

厚生労働科学研究費補助金  
(長寿科学政策研究事業)

医療および介護レセプトデータ分析による  
在宅医療・介護連携推進のための  
適性な評価指標等の提案のための研究  
令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 赤羽 学

(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

令和5(2023)年3月

## 目 次

## [総括研究]

医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適性な評価指標等の提案  
のための研究

(赤羽学 研究代表者)

A. 研究目的 .....	1-1
B. 研究方法 .....	1-2
C. 研究結果 .....	1-3
D. 考察 .....	1-4
E. 結論 .....	1-6
F. 健康危険情報 .....	1-7
G. 研究発表 .....	1-7
1. 論文発表 .....	1-7
2. 学会発表 .....	1-7
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	1-7
1. 特許取得 .....	1-7
2. 実用新案登録 .....	1-7
3. その他 .....	1-7

## [分担研究]

1. 在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析

(山口佳小里、大冢賀政昭、柴山志穂美)

A. 研究目的 .....	2-1
B. 研究方法 .....	2-2
C. 研究結果 .....	2-3
D. 考察 .....	2-3
E. 結論 .....	2-4
F. 健康危険情報 .....	2-4
G. 研究発表 .....	2-4
1. 論文発表 .....	2-4
2. 学会発表 .....	2-4
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	2-4
1. 特許取得 .....	2-4

2. 実用新案登録 .....	2-4
3. その他 .....	2-4
2. 在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況 (大野賀政昭、山口佳小里、柴山志穂美)	
A. 研究目的 .....	3-2
B. 研究方法 .....	3-2
C. 研究結果 .....	3-3
D. 考察 .....	3-4
E. 結論 .....	3-5
F. 健康危険情報 .....	3-5
G. 研究発表 .....	3-5
1. 論文発表 .....	3-5
2. 学会発表 .....	3-5
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	3-5
1. 特許取得 .....	3-5
2. 実用新案登録 .....	3-5
3. その他 .....	3-5
3. 日常の療養支援等4場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討 (中西 康裕、次橋 幸男、西岡 祐一、赤羽 学)	
A. 研究目的 .....	4-2
B. 研究方法 .....	4-2
C. 研究結果 .....	4-2
D. 考察 .....	4-3
E. 結論 .....	4-4
F. 健康危険情報 .....	4-4
G. 研究発表 .....	4-5
1. 論文発表 .....	4-5
2. 学会発表 .....	4-5
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	4-5
1. 特許取得 .....	4-5
2. 実用新案登録 .....	4-5

3. その他 .....	4-5
4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布 (次橋 幸男、西岡 祐一、中西 康裕、柿沼倫弘、赤羽 学)	
A. 研究目的 .....	5-2
B. 研究方法 .....	5-2
C. 研究結果 .....	5-2
D. 考察 .....	5-3
E. 結論 .....	5-3
F. 健康危険情報 .....	5-3
G. 研究発表 .....	5-3
1. 論文発表 .....	5-3
2. 学会発表 .....	5-3
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	5-3
1. 特許取得 .....	5-3
2. 実用新案登録 .....	5-3
3. その他 .....	5-3
5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査 (柴山志穂美、大冢賀政昭、山口佳小里、)	
A. 研究目的 .....	6-2
B. 研究方法 .....	6-2
C. 研究結果 .....	6-3
D. 考察 .....	6-4
E. 結論 .....	6-4
F. 健康危険情報 .....	6-4
G. 研究発表 .....	6-4
1. 論文発表 .....	6-4
2. 学会発表 .....	6-5
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	6-5
1. 特許取得 .....	6-5
2. 実用新案登録 .....	6-5
3. その他 .....	6-5

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(令和4年度)

医療および介護レセプトデータ分析による  
在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究

研究代表者 赤羽 学 (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

高齢者が今後さらに増加するため、在宅医療・介護提供体制の整備は急務であるが、それら提供体制の詳細な実態把握は十分ではない。講じるべき施策を検討する際に有用な指標等も行政や医療・介護関係者間での共有が不十分である。個人の医療・介護情報を突合したデータの活用が始まっているが、先行研究において在宅医療・介護連携に関するエビデンスの蓄積は極めて乏しい。また、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みでは協議会の設置等、連携体制は整いつつある一方で、地域の実情を踏まえた PDCA の運用・事業展開は十分には行われていない。定量的・定性的な地域の現状把握を基に、目標設定・課題抽出・対応策の検討を行い PDCA の運用で重要な指標が設定されるが、多くの自治体において指標設定に困難を生じている現状がある。今後の介護保険事業計画に向けた政策提言を検討するうえで、医療計画との整合性を考慮し進めていくことが求められている。そこで、既存の指標に加えて新規指標案の検討もを行い、在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等を提案することを目的に本研究課題を実施した。本研究課題では医療・介護突合レセプトデータ(KDB)を活用するため、特色があり独創的な研究成果を得ることが期待できる。

本研究の研究体制は以下のとおりである。

- ・赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長)
- ・大冢賀政昭 (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)
- ・山口佳小里 (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)
- ・柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長兼保健福祉学部准教授)
- ・西岡祐一 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 助教)
- ・次橋幸男 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 博士研究員)
- ・中西 康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員)

A. 研究目的

高齢者が今後さらに増加するため、在宅医療・介護提供体制の整備は急務であるが、それら提供体制の詳細な実態把握は十分ではなく、講じるべき施策を検討する際に有用な指標等も行政や医療・介護関係者間での共有が不十分である。また、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みでは協議会の設置等、連携体制は整いつつある一方で、地域の実情を踏まえた PDCA の運用・事業展開は十分には行われていない。定量的・定性的な地域の現状把握を基に、目標設定・課題抽出・対応策の検討を行い PDCA の運用で重要な指標が設定されるが、多くの自治体において指標設定に困難を生じている現状がある。

そこで、既存の指標に加えて新規指標案の検討

も行い、在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等を提案することを目的として研究を実施した。具体的には以下を明らかにするための研究課題を実施した。

- ・在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析（山口、大牟賀、柴山）
- ・在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況（大牟賀、山口、柴山）
- ・日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討（中西、次橋、西岡、赤羽）
- ・医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布（次橋、西岡、中西、赤羽）
- ・有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査（柴山、大牟賀、山口）

## B. 研究方法

### B. 1. 全体概要

本研究は、A. 研究目的に示した 5 つの項目について、既存データの分析、有識者や自治体関係者へのヒアリング、班会議における討議を通じて実施した。

（班会議の参加メンバー）（敬称略、順不同）

- ・赤羽 学（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）
- ・大牟賀政昭（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）
- ・山口佳小里（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）
- ・柴山志穂美（神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長兼保健福祉学部准教授）
- ・西岡祐一（公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 助教）
- ・次橋幸男（公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 博士研究員）
- ・中西康裕（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）

（オブザーバー参加）（敬称略）

- ・大西丈二（厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐）

（班会議の開催状況）

- ・令和 4 年 6 月 29 日（水）（オンライン）
- ・令和 5 年 2 月 16 日（木）（オンライン）

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。また、ヒアリング調査を行った専門職や自治体・職員名は匿名化した。

## B. 2. 分担研究について

### B. 2. 1. 在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析

地域の実情は多様であるが、自治体間の差異の 1 つに、自治体の規模による差異が挙げられる。そこで本分担研究では、自治体規模別の特徴を明らかにし、自治体がその規模に応じて指標を活用するための示唆を得ることを目的とした。自治体が活用可能な地域包括ケア「見える化」システムを分析に用いることで、PDCA に則った在宅医療介護連携事業推進における「見える化」の活用可能性についても検討した。

全国の市町村を対象とし「見える化」に掲載された 2019 年度のデータを活用した。人口で自治体の規模を定義し、人口五分位でグルーピングした。分担研究課題である「有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査」の結果を踏まえて、「見える化」に掲載されている合計 42 指標を選定した。これらの指標を在宅医療の 4 場面に分類し、人口五分位ごとに記述統計量を算出した。

### B. 2. 2. 在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

市町村において、高齢化の状況や、地域の医療・介護支援等も踏まえ、地域特性に応じた 在宅医

療・介護連携推進事業が実施されてきたが、その進捗状況は地域により異なっていることが現時点においても示されており、在宅医療介護連携についての課題は継続されている状況にある。そこで本分担研究においては、令和4年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析を実施し、自治体が地域の実情に応じたPDCAサイクルに沿った事業展開を実施するためにどのようなデータや指標が必要かを検討した。令和4年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査のローデータを用いて、市町村別の事業実施率について、 $\chi^2$ 乗検定および調整済み残差を算出し、人口規模ごとの分析を行った。

### B. 2. 3. 日常の療養支援等4場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

4場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）に関する評価指標のさらなる活用を推進する観点から、各評価指標に関するデータが医療・介護突合レセプト（奈良県 KDB）より抽出可能か、レセプト上の定義等を含めて検討した。また、各自治体では事業における定量的な現状把握として地域包括ケア「見える化」システムが最も多く活用されていることを鑑み、評価指標として使用するデータを「見える化」システムから取得する際に、どのような点に注意が必要となるかを併せて検討した。さらに、奈良県内において在宅医療・介護連携の先進自治体とされる A 自治体を対象として、事業の取り組み状況をヒアリング調査した。

### B. 2. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

医療及び介護の突合レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携の推進に関わる適正な評価指標を検討するために、以下の方法で在宅医療を受けている患者の要介護度を分析した。

① 奈良県 KDB の医科レセプトを用いて入院と外来エピソードを患者単位で結合させ（1患者1

データ化）、さらに医科レセプトと介護レセプトを突合させた奈良県 KDB 改良データを分析した。

② 介護レセプトから各月に有効な要介護度が割り付けられたテーブルを作成した。

③ 2018年度から2020年度までの3年間に訪問診療を受けていた75歳以上の患者を抽出した。

④ 医療レセプトを用いて在宅医療の提供状況から4つのカテゴリーに分類した。

⑤ 4つのカテゴリー毎に、有効な要介護度を各月のレセプト件数単位で集計した。

### B. 2. 5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

平成27年に地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、地域の実情を踏まえたPDCAサイクルに沿った事業展開が推進されているが、自治体は評価項目（指標）の設定に困難を生じ、活用が進んでいない。そこで、医療・介護突合レセプト及び国や自治体等が公開する既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」におけるPDCAサイクルの取り組みの評価指標例等のデータを抽出し、4場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに整理した。また、自治体と専門職の有識者にグループインタビューを行い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進を評価する上で重要度の高い項目について検討した。インタビューに先立ち、説明会の実施、専門職の知見を整理してインタビューに臨むための事前インタビューにより、論点整理のフレームワークを用いてグループインタビューを実施した。

## C. 研究結果

本年度研究によって以下の研究成果を得た。詳細については、それぞれの分担研究報告書を参照されたい。

### C. 1. 在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析

「見える化」に収載されている合計42指標を

選定した。これらの指標を在宅医療の4場面に分類し、人口五分位ごとに記述統計量を算出したところ、多くの指標において、素集計値は規模の大きい自治体で大きく、人口10万人あたりの値は規模の大きい自治体で小さかった。資源に関しては、有している施設の種類の種類が自治体規模により異なっており、介護サービスの受給率に関しては、自治体規模の小さい自治体で施設系サービスと比して在宅サービスの受給率が低い一方、自治体規模の大きい自治体においては在宅サービスの受給率が高かった。また、高齢化率の考慮、引用している値がなんであるか、算出方法等が解釈上の留意点として挙げられた。

### C. 2. 在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

在宅医療・介護連携推進事業の実態調査のローデータを用いて、市町村別の事業実施率について、 $\chi^2$ 乗検定および調整済み残差を算出し、人口規模ごとの分析を行ったところ、4つの場面ごとの目指すべき姿の設定や施策立案時における評価項目の設定は令和4年度時点においても30%程度に実施がとどまり、人口規模が小さくなるほど実施率が低くなっていた。人口規模ごとの特性とともにアクセスしやすいデータをその解釈とともに示していくことの重要性が再確認された。

評価指標の設定状況については、活用が40%を超えていた指標がいずれも事業所数・施設数といったストラクチャー指標であったことから今後は在宅医療介護連携のプロセスやアウトカムを示す指標の活用が求められる。

### C. 3. 日常の療養支援等4場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

4場面ごとの多くの評価指標において、レセプト上の定義付けを行う必要性が示唆された。現状自治体において評価指標は十分に活用されているとは言い難いことから、指標に優先順位を付け、市区町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法等を検討し、自治体がより活用しやすい指標を開発

するなど検討する必要があると考えられた。

### C. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリ分類別の要介護度の分布

訪問診療が算定されていたレセプトは3年間で計280,991件であり、このうち要介護2が全体の20%と最多で、要介護4が19.8%、要介護3が19.6%、要介護5が16.0%、要介護が15.3%の順であった。末期がんや難病患者を含めた重度者への在宅医療を示すカテゴリ4は計22,710件で、そのうち要介護5が32%と最多であった。また、カテゴリ4、3、2の順で要介護度（要介護5の割合）は高かった。他方で、在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリ1も計62,214件あり、その中では要介護4が21.0%と最も多かった。

重度者に対するカテゴリ4、カテゴリ3、2の順で要介護度（要介護5の割合）が高く、医療レセプトから定義された在宅患者の状態像と要介護度との関係性が示された。他方、在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリ1でも、要介護度4及び5の患者が少なからず存在していることが明らかになった。

### C. 5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に活用すべき重要度の高い指標について検討した結果、データを取り扱う上での留意点や、指標の定義を整理する必要性が明らかになった。医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するためには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。

## D. 考察

### D. 1. 在宅医療介護連携に関する既存資料を用



## いた自治体規模別の状況分析

多くの指標において、自治体の規模により特徴が異なることから、各自治体は、それぞれ同等規模のグループにおける平均的な値を参照し比較することで、自身の自治体の取り組みの充実状況を検討することができる可能性がある。

自治体の PDCA に則った在宅医療介護連携を推進するための「見える化」の活用において、留意すべき点について整理する。1 つ目に、標準化の課題が挙げられる。各指標値を元に、不足しているか充実しているかを判断するためには、それを必要とする住民の人口（高齢者人口、認定者数など）を踏まえて解釈する必要がある。「見える化」においては、認定者数 1 万人あたりならびに人口 10 万人あたりの値が掲載されているが、高齢化率が十分考慮されているとはいえない。各自治体の高齢化率等に配慮された値が得られると、PDCA に則った在宅医療介護連携推進への活用可能性が高まると考えられる。2 つ目に、値が何を示しているか十分に認識する必要がある。レセプト請求を行った医療機関の住所地をベースに算出されている計 9 指標に関しては、市町村毎の医療サービスの提供状況を把握する上では活用可能な指標であるが、管内住民に対するサービスの提供充実度を示す指標ではない。診療行為を受けた住民の住所地ベースの値が参照できれば、管内住民に対するサービス提供の充実度の指標として活用できる可能性がある。

## D. 2. 在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

4 つの場面ごとの目指すべき姿の設定や施策立案時における評価項目の設定は令和 4 年度時点においても 30%程度に実施がとどまり、人口規模ごとの特性とともにアクセスしやすいデータをその解釈とともに示していくことの重要性が再確認された。現時点活用しているデータは、「地域包括ケア『見える化』システム」のデータが 51.6%と最も多くなっていたことからこれを基本としつつ、今後、「国保データベース（KDB）の医療・

介護レセプトや健診データ」から得られるデータを示していくことが重要であると示唆された。その際、これらデータについては人口規模ごとに活用状況が異なっていたことから市内のデータ共有法やデータ所管といったことにも配慮しつつ、データを示していくことが求められる。これらデータによる評価指標の設定状況については、活用が 40%を超えていた指標がいずれも事業所数・施設数といったストラクチャー指標であったことから今後は在宅医療介護連携のプロセスやアウトカムを示す指標の活用が求められる。

## D. 3. 日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

4 場面に関する各評価指標を KDB より抽出するためには、多くの評価指標においてまずはレセプト上の定義付けを行う必要があると考えられた。

「見える化」システムからデータを取得する際の例として参照した「訪問診療の実績回数」（「見える化」システムにおいては「訪問診療を受けた患者数」）及び「在宅ターミナルケアを受けた患者数」のデータソースはデータブックであり、集計された数が 10 未満等の集計ルールの影響により非表示となっているのを確認した。データブックにおける集計には NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）からデータ抽出が行われており、市区町村別集計は医療機関の住所情報に基づくと考えられる。現状では全ての市区町村が「見える化」システムを用いて評価指標に関するデータを取得し事業の改善に向けて活用することは難しい状況にあることから、今後「見える化」システムの運用には改善が望まれる。

ヒアリング調査結果においては、A 自治体は国が示す評価指標はほとんど活用されていなかった。「見える化」システムにおいて A 自治体の在宅医療・介護連携推進事業に関するデータが非表示となっている項目はわずかであり、「見える化」システムの操作方法や、項目によっては二次医療圏等の単位のみでしかデータが表示されない等のシステム上の仕様がデータ取得の障壁となった

可能性もあるため、この点は今後の検討課題である。

#### D. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

総合的な医学管理を必要とするカテゴリーのうち、末期がんや難病、特別な医療処置が含まれるカテゴリー4、頻回の訪問看護等が要件に含まれるカテゴリー3、それ以外のカテゴリー2の順で要介護度（要介護5の割合）が高かったことは、医療保険を用いた重度者の評価と介護保険による患者の状態像（要介護度）との関係性が示唆された。他方で、カテゴリー4においても要介護が低い患者がいることや、診療報酬が高く設定されている在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料を算定せずに訪問診療が要介護者に対しても提供されているなど、医療保険と要介護度を組み合わせることで医療又は介護レセプトだけでは把握できなかった在宅医療の実態も明らかになった。本分担研究の強みとしては、医療及び介護レセプトデータから患者単位、各月のレセプト単位で各月に有効な要介護度を同定することにより、医療レセプト上の診療行為や介護サービスに関する情報に、患者の状態像である要介護度を付与した分析を可能にしたことが挙げられる。どのような状態（要介護度）の在宅患者が、どこ（在宅／施設）で、月にどれくらい（各診療行為／居宅・通所・短期入所サービス等の算定回数）の医療又は介護サービスを受けているかについて分析することも可能である。

#### D. 5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

有識者インタビューにより、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標について、自治体の有識者、専門職の有識者、よりそれぞれ示された。重要な指標を考える上でのこれらは、「厚生労働省老健局老人保健課、令和2年度在宅医療介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議（令和2年

9月13日）在宅医療・介護連携推進事業について」示されている指標と一致する項目が多かったが、KDBでの集計が不可・要検討の指標もあり、既存データの活用における難易度について、自治体が容易に活用できるか否か、実用可能性について精査する必要がある。自治体が、4つの場面で在宅医療・介護連携推進事業を実施する際の効果を把握する評価項目を設定し、実行できるようになるためには、指標をさらに絞り込み、地域の実情を反映するための方策をモデルとして提示することも検討する必要があると考える。自治体の取り組みを促進するための重要度の高い指標の選定には更なる検証を重ねる必要があると考えられた。

### E. 結論

#### E. 1. 在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析

いくつかの指標において自治体の規模別に特徴が異なっていた。指標を扱う上で、自治体規模を考慮することが重要である。また、各自治体がPDCAに則った在宅医療介護連携事業の推進における「見える化」活用における課題・留意すべき点についても示唆を得られた。今後に向けて、指標間の関連：特に、アウトカム関連指標と他の指標との関連を明らかにすることが肝要である。

#### E. 2. 在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析を実施し、自治体が地域の実情に応じたPDCAサイクルに沿った事業展開を実施するためにどのようなデータや指標が必要かを検討した結果、自治体による地域の実情に応じたPDCAサイクルに沿った事業展開を推進するためには、地域包括ケア「見える化」システムを中心とし、国保データベース（KDB）の医療・介護レセプトによる指標を構造化したうえで人口規模ごとの解釈とともに示しつつ、在宅医療・介護連携推進事業

による「4つの場面」を意識した取組の状況をアウトプット指標として示していくことが有効と考えられた。

### E. 3. 日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

4 場面ごとの多くの評価指標において、レセプト上の定義付けを行う必要性が示唆された。現状では自治体において評価指標は十分に活用されているとは言い難いことから、指標に優先順位を付け、市区町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法等を検討し、自治体がより活用しやすい指標の開発を検討する必要があると考えられた。

### E. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

医療及び介護レセプト情報に月別に有効な要介護度を付与した分析の結果、カテゴリー 4（重度者への在宅医療）、カテゴリー 3、2 の順で要介護度が高かった。他方で、総合的な医学管理に関する診療報酬が算定されていないカテゴリー 1 においても要介護度 4 及び 5 の在宅患者が少なからず存在していることも示唆された。

### E. 5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

医療および介護レセプトデータ分析による在

宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。指標の実用化に向け、指標を用いた試行評価を行い実際の状況と乖離があるかの確認や指標を使用する自治体が既存データから簡便に取り扱うことが出来るかといった活用の視点を踏まえた検討を重ねる必要があると考えられた。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

なし

#### 2. 学会発表

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況

#### 1. 特許取得

なし

#### 2. 実用新案登録

なし

#### 3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための  
適切な評価指標等の提案のための研究  
分担研究報告書 (令和4年度)

## 在宅医療介護連携に関する既存資料を用いた自治体規模別の状況分析

研究分担者 山口佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究分担者 大野賀政昭 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究分担者 柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター)

### 研究要旨

PDCA サイクルに則って在宅医療・介護連携体制の整備ならびに関連事業を展開するため、各自治体は地域の実情を踏まえつつ適切な指標を選定し、PDCA（現状把握、課題抽出、効果確認など）に活用する必要があるが、その取り組みは未だ十分進んでいない。地域の実情は多様であるが、自治体間の差異の1つに、自治体の規模による差異が挙げられる。そこで本研究では、自治体規模別の特徴を明らかにし、自治体がその規模に応じて指標を活用するための示唆を得ることを目的とした。さらに、自治体が活用可能な地域包括ケア「見える化」システムを分析に用いることで、PDCAに則った在宅医療介護連携事業推進における「見える化」の活用可能性についても検討した。全国の市町村を対象とし、「見える化」に掲載された2019年度のデータを活用した。人口で自治体の規模を定義し、人口五分位でグルーピングした。分担研究課題である「有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査」の結果を踏まえて、「見える化」に掲載されている合計42指標を選定した。これらの指標を在宅医療の4場面に分類し、人口五分位ごとに記述統計量を算出した。結果として、多くの指標において、素集計値は規模の大きい自治体で大きく、人口10万人あたりの値は規模の大きい自治体で小さかった。資源に関しては、有している施設の種類の自治体規模により異なっており、介護サービスの受給率に関しては、自治体規模の小さい自治体で施設系サービスと比して在宅サービスの受給率が低い一方、自治体規模の大きい自治体においては在宅サービスの受給率が高かった。また、高齢化率の考慮、引用している値がなんであるか、算出方法等が解釈上の留意点として挙げられた。今後に向けて、指標を扱う上で自治体規模を考慮することが重要であり、さらに、指標間の関連を明らかにすることが肝要である。

### A. 研究目的

さらなる社会の高齢化が見込まれている本邦において、政府は地域包括ケアシステムのさらなる深化を促進している。高齢者、特に介護を必要とする高齢者が可能な限り住み慣れた

地域での生活を継続するため、在宅医療・介護提供体制の整備は重要な課題である。一方で、自治体におけるPDCAサイクルに則った事業展開が推進されている。在宅医療介護・連携に関して、自治体による連携体制構築等が整備され

つつあるが、PDCA に則った事業展開は十分とはいえない。

PDCA に則って在宅医療・介護連携事業を進める上で課題となる点として、指標の選定が挙げられる。厚生労働省では「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を作成しており、在宅医療の4場面（「看取り」「急変時の対応」「日常の療養支援」「入退院支援」）毎に、非常に多くの指標を紹介している。自治体はこれを参考に、地域の実情を踏まえつつ、適切な指標を選定し、PDCA（現状把握、課題抽出、効果確認など）に活用する必要がある、この点に困難を伴う自治体も少なくない。

地域の実情は非常に多様であるが、自治体間の差異の1つに、自治体の規模による差異が挙げられる。そこで、本研究では、自治体規模別の特徴を明らかにし、自治体はその規模に応じて指標を活用するための示唆を得ることを目的とする。自治体規模別の特徴を明らかにすることで、各自治体が同規模自治体の状況と自地域の状況を比較・検討することが可能になると期待する。また、手引きにおいてもその活用が紹介されている地域包括ケア「見える化」システム（以下、「見える化」）のデータを分析に用いることで、各自治体によるPDCA に則った在宅医療介護連携事業の推進における「見える化」の活用可能性についても検討する。

## B. 研究方法

### B. 1. 対象

全国の1718の市町村と特別区（東京23区）の計1741の自治体を対象とし、「見える化」に掲載された市町村毎のデータを用いた。人口に関しては、住民基本台帳のデータを活用した。いずれも、COVID-19の影響を鑑みて、2019年度のデータを活用した。

### B. 2. 自治体規模の定義

人口を用いて、自治体の規模を定義した。対象自治体を人口五分位でグルーピングし、各グ

ループの区分を調整した5つのグループを採用した（表1）。なお、多くの指標が保険者毎のデータであることから、広域連合に加盟している自治体（210か所）については、五分位作成後に分析対象から除外した。

### B. 3. 指標選定

本研究班で実施している、「有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査」の結果、在宅医療介護連携の指標として重要であるとされた指標のうち、2019年時点で「見える化」に掲載されており、市町村毎のデータがある指標を分析対象に選定した。最終的に、場面ごとに「看取り」2指標、「急変時の対応」2指標、「入退院支援」6指標、「日常の療養支援」4指標の素集計値と、人口10万人あたりまたは認定者1万人あたりの値（いずれも「見える化」に掲載）を含めた合計28指標と、介護保険サービスの受給率5指標（このうち「在宅サービス・施設または居住系サービス比」は既存のデータから独自に作成）の33指標を在宅医療介護連携関連指標として選定した。さらに、自治体の特徴を示すものとして、サービス提供事業所・施設数関連の4指標、従事者数関連の5指標を追加した。

なお、算定回数・レセプト件数の両方のデータが「見える化」に掲載されている指標については、いずれの指標も算定回数のデータを用いた。

### B. 4. 分析方法

選定した指標について、中央値ならびに四分位範囲を人口五分位グループ毎に算出した。「見える化」掲載データの引用元がNDBデータブックとなっている指標に関しては、集計値が「10未満」のものは非表示とされており、これらを欠損値として扱った。

（倫理面への配慮）

研究の実施に際しては、国立保健医療科学院の

研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

(NIPH-IBRA#12407)

## C. 研究結果

分析結果を表 2 - 表 4 に示す。

### C. 1. 自治体規模別の資源の特徴

施設数、従事者数のいずれも、素集計値においては、人口規模が大きいほど値が大きかった。高齢者人口 10 万人あたりの施設数に関しては、介護老人福祉施設に関しては人口規模の小さい自治体で多く、介護老人保健施設は規模の大きい自治体で多かった。認定者 1 万人あたりの従事者数は、在宅サービス（訪問看護）に関しては、規模の大きい自治体で多く、施設従事者数に関しては、規模の小さい自治体で多かった（表 2）。

### C. 2. 自治体規模別の在宅医療介護連携関連指標

サービス受給率に関して、在宅サービスは規模の大きい自治体で高く、施設サービスは、規模の小さい自治体で高かった（表 3）。「看取り」場面関連指標においては、素集計値は規模の大きい自治体で大きく、人口 10 万人あたりでは概ね逆の傾向であった（表 4 - 1）。「急変時の対応」に関しては、素集計値だけでなく、認定者 1 万人あたりの値も、規模の大きい自治体で数が多かった。緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数に関しては、対象自治体 1,530 のうち、算定者数 0 の自治体が 1,241 であり、全国的に算定者数が非常に少なかった（表 4 - 2）。「入退院支援」に関しては、素集計値は規模の大きい自治体で値が高く、人口 10 万人あたりでは、規模の大きい自治体で値が低く、認定者 1 万人では規模の大きい自治体で大きかった（表 4 - 3）。「日常の療養支援」に関しては、ほぼ全ての指標において規模の大きい自治体で値が大きかった（表 4 - 4）。

### C. 3. 解釈における留意点等

これらの指標に関して、解釈における留意点を図 1 に示す。

いずれの指標も、人口 10 万人あたりまたは認定者 1 万人あたりの数値を有するのみであり、高齢化率は十分考慮されていない。

「看取り」に分類される 2 指標（在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数）「入退院支援」に分類される 4 指標（介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）、退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）、退院退所加算の算定回数、入院時情報連携加算の算定回数）、「日常の療養支援」に分類される 3 指標（訪問診療を受けた患者数（算定回数）、訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）、訪問薬剤管理指導を受けた者の数）に関しては、NDB データブックを出典元としており、いずれのデータも、レセプトを請求した病院の住所地をベースに市町村毎の集計値が算出されている。

また、「急変時の対応」に分類される 2 指標（緊急時訪問看護加算算定者数、緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数）、「入退院支援」に分類される 2 指標（退院・退所時連携加算算定者数、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数）、「日常の療養支援」に分類される 1 指標（看護体制強化加算算定者数）に関しては、【対象年度において「年度中の各月の加算の算定者数の累計 ÷ 12」により算定者数を算出した値】が「見える化」に掲載されており、十分実態を反映していない可能性がある。

## D. 考察

多くの指標において、素集計値は規模の大きい自治体で大きく、人口 10 万人あたりの値は、規模の大きい自治体で小さかった。また、資源に関しては、有している施設の種類の自治体規模により異なっており、介護サービスの受給率に関しては、自治体規模の小さい自治体で、施設系サービスと比して在宅サービスの受給率が低い一方、自治体規模の大きい自治体においては、在宅サービスの受給率が高かった。このように、自治体の規模により特徴が異なることから、各自治体は、それぞれ同等規模のグループにおける平均的な値を参照し比較することで、自身の自治体の取り組みの

充実状況を検討することができる可能性がある。

指標値の解釈には留意が必要である。下記に、自治体の PDCA に則った在宅医療介護連携を推進するための「見える化」の活用において、留意すべき点について整理する。1 つ目に、標準化の課題が挙げられる。各指標値を元に、不足しているか充実しているかを判断するためには、それを必要とする住民の人口（高齢者人口、認定者数など）を踏まえて解釈する必要がある。「見える化」においては、認定者数 1 万人あたりならびに人口 10 万人あたりの値が掲載されているが、高齢化率が十分考慮されているとはいいがたい。現状では規模の大きい自治体よりも小さい自治体で高齢化率が高いところが多い。特に人口 10 万人あたりの値に関しては、人口規模の大きい自治体において（若年層の人口の影響で）値が小さくなっている可能性があり、留意が必要である。各自治体の高齢化率等に配慮された値が得られると、PDCA に則った在宅医療介護連携推進への活用可能性が高まると考えられる。2 つ目に、値が何を示しているか十分に認識する必要がある。結果に示すように、レセプト請求を行った医療機関の住所地をベースに算出されている計 9 指標に関しては、市町村毎の医療サービスの提供状況を把握する上では活用可能な指標であるが、管内住民に対するサービスの提供充実度を示す指標ではない。つまり、医療機関をもたない自治体では自動的に値が 0 となり、近隣自治体の医療機関を受診する体制が十分整っている場合にも 0 となる。診療行為を受けた住民の住所地ベースの値が参照できれば、管内住民に対するサービス提供の充実度の指標として活用できる可能性がある。3 つ目に、値の算出方法について確認する必要がある。本結果に示すように、介護レセプト請求の値から加工された数値が掲載されている場合もある。これらを確認し、どの程度実態を把握しているか考慮することが必要である。

## E. 結論

いくつかの指標において自治体の規模別に特

徴が異なっていた。指標を扱う上で、自治体規模を考慮することが重要である。また、各自治体が PDCA に則った在宅医療介護連携事業の推進における「見える化」活用における課題・留意すべき点についても示唆を得られた。今後に向けて、指標間の関連：特に、アウトカム関連指標と他の指標との関連を明らかにすることが肝要である。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1：自治体規模別グループ（人口五分位）

グループ	人口区分	市町村数
グループ 1 (gp1)	6500人未満	340
グループ 2 (gp2)	6500人以上 - 15,000人未満	314
グループ 3 (gp3)	15,000人以上 - 35,000人未満	379
グループ 4 (gp4)	35,000人以上 - 80,000人未満	342
グループ 5 (gp5)	80,000人以上	349

対象としている1741か所の自治体（全国の市町村1718か所と東京23区）を人口に応じた五分位でグループ分けし、さらに各グループの人口区分の区切りを調整し、最終的な5グループを作成した。

## ※表 2－表 4 について

gp1:グループ 1, gp2:グループ 2, gp3:グループ 3, gp4:グループ 4, gp5:グループ 5。人口五分位のうちグループ 1 が最も人口が少なく、グループ 5 が最も人口が多いグループを示す。自治体数(n)は該当指標が欠損している自治体を除いた数を示す。いずれも2019年度の地域包括ケア「見えるか」システム掲載データより算出した。

表 2－1：自治体規模別の特徴：物理的資源

自治体数	素集計値			高齢者人口10万人あたり		
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲	
<b>サービス提供事業所数合計（介護老人福祉施設、地域密着型、介護老人保健施設）</b>						
全体	1528	4.0	2.0 - 10.0	51.2	36.1 - 71.8	
人口gp1	284	1.0	1.0 - 2.0	83.6	51.5 - 127.5	
人口gp2	273	2.0	2.0 - 3.0	69.3	47.1 - 88.3	
人口gp3	324	4.0	3.0 - 6.0	55.1	41.5 - 68.8	
人口gp4	312	8.0	5.0 - 10.0	47.2	37.6 - 58.9	
人口gp5	335	17.0	11.0 - 29.0	35.8	28.5 - 47.1	
<b>サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）</b>						
全体	1528	2.0	1.0 - 5.0	9.0	5.3 - 15.4	
人口gp1	284	1.0	1.0 - 1.0	22.8	15.5 - 35.9	
人口gp2	273	1.0	1.0 - 2.0	14.0	9.5 - 21.2	
人口gp3	324	2.0	1.0 - 3.0	9.6	6.2 - 13.0	
人口gp4	312	4.0	3.0 - 6.0	7.9	5.3 - 10.5	
人口gp5	335	10.0	6.0 - 16.0	5.2	4.1 - 7.3	
<b>サービス提供事業所数（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）</b>						
全体	1528	1.0	0.0 - 2.0	0.3	0.0 - 3.8	
人口gp1	284	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0	
人口gp2	273	0.0	0.0 - 1.0	0.0	0.0 - 8.2	
人口gp3	324	0.0	0.0 - 1.0	0.0	0.0 - 5.2	
人口gp4	312	1.0	0.0 - 2.0	1.8	0.0 - 3.9	
人口gp5	335	2.0	1.0 - 5.0	1.3	0.3 - 2.6	
<b>サービス提供事業所数（介護老人保健施設）</b>						
全体	1528	1.0	0.0 - 3.0	3.4	0.0 - 6.6	
人口gp1	284	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0	
人口gp2	273	1.0	0.0 - 1.0	7.1	0.0 - 11.2	
人口gp3	324	1.0	1.0 - 2.0	5.7	3.4 - 8.3	
人口gp4	312	2.0	1.0 - 3.0	4.0	2.6 - 5.7	
人口gp5	335	5.0	3.0 - 8.0	2.8	1.9 - 4.1	



表 2-2 : 自治体規模別の特徴 : 人的資源

自治体数	素集計値				認定者1万人あたり			
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲			
従事者数：入所施設合計（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）								
※高齢者人口10万人あたり								
全体	1445	<b>206.0</b>	88.0 -	424.0	<b>2087.2</b>	1552.7 -	2806.7	
人口gp1	216	<b>47.0</b>	34.0 -	72.0	<b>3235.3</b>	2300.2 -	4846.0	
人口gp2	264	<b>87.0</b>	55.5 -	122.0	<b>2399.0</b>	1644.2 -	3173.7	
人口gp3	319	<b>178.0</b>	110.0 -	247.0	<b>2213.8</b>	1680.3 -	2819.0	
人口gp4	311	<b>312.0</b>	225.0 -	410.0	<b>1930.5</b>	1527.4 -	2373.4	
人口gp5	335	<b>744.0</b>	531.0 -	1347.0	<b>1683.8</b>	1354.3 -	2033.9	
従事者数（訪問看護）								
全体	1116	<b>23.0</b>	9.0 -	59.5	<b>102.5</b>	66.3 -	154.2	
人口gp1	41	<b>4.0</b>	3.0 -	6.0	<b>127.8</b>	90.4 -	227.3	
人口gp2	153	<b>5.0</b>	4.0 -	7.0	<b>76.9</b>	49.1 -	114.7	
人口gp3	282	<b>12.0</b>	7.0 -	18.0	<b>84.1</b>	52.7 -	127.2	
人口gp4	305	<b>26.0</b>	17.0 -	43.0	<b>98.0</b>	62.4 -	148.6	
人口gp5	335	<b>103.0</b>	59.0 -	209.0	<b>136.5</b>	96.3 -	180.4	
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）								
全体	736	<b>35.0</b>	23.0 -	69.0	<b>152.7</b>	81.7 -	277.4	
人口gp1	44	<b>24.0</b>	15.0 -	29.0	<b>714.7</b>	504.8 -	1160.5	
人口gp2	94	<b>24.0</b>	19.0 -	33.0	<b>349.5</b>	254.6 -	464.6	
人口gp3	149	<b>26.0</b>	21.0 -	41.0	<b>191.9</b>	133.1 -	293.4	
人口gp4	195	<b>35.0</b>	23.0 -	60.0	<b>133.3</b>	80.0 -	214.0	
人口gp5	254	<b>75.0</b>	41.0 -	138.0	<b>88.2</b>	46.7 -	145.1	
従事者数（介護老人福祉施設）								
全体	1404	<b>119.0</b>	55.0 -	257.0	<b>713.5</b>	512.2 -	1009.5	
人口gp1	200	<b>39.0</b>	31.0 -	52.5	<b>1406.1</b>	1005.4 -	2048.3	
人口gp2	251	<b>56.0</b>	40.0 -	81.0	<b>879.6</b>	638.8 -	1212.1	
人口gp3	310	<b>102.0</b>	63.0 -	149.0	<b>727.1</b>	517.6 -	947.2	
人口gp4	308	<b>175.0</b>	126.5 -	241.0	<b>656.0</b>	494.7 -	827.6	
人口gp5	335	<b>447.0</b>	300.0 -	782.0	<b>546.1</b>	412.0 -	687.2	
従事者数（介護老人保健施設）								
全体	1091	<b>109.0</b>	59.0 -	193.0	<b>449.8</b>	310.4 -	649.6	
人口gp1	62	<b>51.0</b>	30.0 -	61.0	<b>1538.4</b>	850.4 -	2167.5	
人口gp2	141	<b>53.0</b>	39.0 -	68.0	<b>725.6</b>	525.4 -	1033.3	
人口gp3	259	<b>69.0</b>	54.0 -	105.0	<b>518.7</b>	369.8 -	684.8	
人口gp4	296	<b>118.5</b>	72.0 -	166.5	<b>406.1</b>	294.2 -	571.1	
人口gp5	333	<b>270.0</b>	169.0 -	466.0	<b>328.3</b>	248.6 -	449.8	

※従事者数：入所施設合計（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）に関しては、認定者1万人あたりではなく高齢者人口10万人あたりの値を示す。

表 3：自治体規模別の受給率（認定者における受者割合）

自治体数	素集計値		
	中央値	四分位範囲	
<b>受給率（訪問看護）</b>			
全体	1531	1.1	0.7 - 1.6
人口gp1	287	0.9	0.4 - 1.3
人口gp2	273	1.0	0.6 - 1.5
人口gp3	324	1.1	0.8 - 1.5
人口gp4	312	1.1	0.8 - 1.5
人口gp5	335	1.4	1.0 - 2.0
<b>受給率（居宅療養管理指導）</b>			
全体	1531	1.1	0.6 - 1.7
人口gp1	287	0.6	0.3 - 1.0
人口gp2	273	0.9	0.5 - 1.3
人口gp3	324	1.0	0.6 - 1.4
人口gp4	312	1.3	0.8 - 1.8
人口gp5	335	2.0	1.4 - 2.9
<b>受給率（在宅サービス<sup>※1</sup>）</b>			
全体	1531	9.2	8.1 - 10.3
人口gp1	287	8.6	7.2 - 10.0
人口gp2	273	9.2	8.2 - 10.2
人口gp3	324	9.1	8.0 - 10.1
人口gp4	312	9.2	8.1 - 10.3
人口gp5	335	9.6	8.5 - 10.6
<b>受給率（施設<sup>※2</sup>および居住系サービス<sup>※3</sup>）</b>			
全体	1531	4.6	3.8 - 5.5
人口gp1	287	6.1	5.3 - 7.2
人口gp2	273	5.1	4.5 - 5.8
人口gp3	324	4.6	3.9 - 5.5
人口gp4	312	4.2	3.5 - 4.7
人口gp5	335	3.8	3.4 - 4.3
<b>受給率比（在宅サービス／施設および居住系サービス）</b>			
全体	1531	2.0	1.6 - 2.4
人口gp1	287	1.5	1.1 - 1.8
人口gp2	273	1.8	1.5 - 2.1
人口gp3	324	2.0	1.7 - 2.3
人口gp4	312	2.2	1.9 - 2.5
人口gp5	335	2.4	2.2 - 2.8

※1：訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護（介護老人保健施設）・短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）・短期入所療養介護（介護医療院）・福祉用具貸与・福祉用具購入費・住宅改修費・介護予防支援居宅介護支援・定期巡回随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・地域密着型通所介護を含む。※2：介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院を含む。※3：特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者・生活介護を含む。（地域包括ケア「見える化」システムの指標の定義説明より）

表 4-1：自治体規模別の「看取り」場面関連指標

自治体数	素集計値			人口10万人あたり		
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲	
<b>在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）</b>						
全体	693	53.0	25.0 - 130.0	78.5	47.1 - 121.0	
人口gp1	5	24.0	23.0 - 33.0	630.1	471.7 - 632.4	
人口gp2	18	24.5	23.0 - 36.0	241.8	192.3 - 443.7	
人口gp3	111	25.0	18.0 - 43.0	103.2	59.8 - 162.2	
人口gp4	236	36.0	19.0 - 56.0	64.0	37.1 - 103.0	
人口gp5	323	133.0	71.0 - 311.0	79.0	53.1 - 108.7	
<b>看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）</b>						
全体	930	67.0	34.0 - 157.0	135.4	87.4 - 196.7	
人口gp1	19	26.0	23.0 - 32.0	569.2	503.2 - 708.8	
人口gp2	64	28.0	23.0 - 35.5	276.5	206.5 - 378.1	
人口gp3	215	38.0	24.0 - 54.0	160.0	102.3 - 227.2	
人口gp4	298	61.0	36.0 - 93.0	110.8	71.1 - 166.0	
人口gp5	334	218.0	122.0 - 404.0	121.7	86.9 - 164.6	

表 4-2 : 自治体規模別の「急変時の対応」場面関連指標

自治体数	素集計値			認定者1万人あたり			
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲		
<b>緊急時訪問看護加算算定者数<sup>※</sup></b>							
全体	1530	50.8	13.3 - 145.0	323.6	188.8 - 477.0		
人口gp1	286	3.4	1.1 - 8.3	139.7	58.1 - 295.7		
人口gp2	273	16.7	7.9 - 30.3	268.6	135.3 - 410.0		
人口gp3	324	44.3	28.0 - 66.6	312.3	222.3 - 469.1		
人口gp4	312	97.0	65.0 - 141.9	351.7	252.2 - 481.4		
人口gp5	335	387.8	208.2 - 757.1	450.0	349.1 - 578.2		
<b>緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数<sup>※</sup></b>							
全体	1530	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0		
人口gp1	286	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0		
人口gp2	273	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0		
人口gp3	324	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0		
人口gp4	312	0.0	0.0 - 0.0	0.0	0.0 - 0.0		
人口gp5	335	0.1	0.0 - 0.3	0.4	0.0 - 0.2		

※対象年度において「年度中の各月の加算の算定者数の累計÷12」により算定者数を算出した値（地域包括ケア「見える化」システムの指標の定義説明より）。対象自治体1,530のうち、1,241の自治体において算定者数0。

表 4-3 : 自治体規模別の「入退院支援」場面関連指標

自治体数	素集計値			人口10万人あたり		認定者1万人あたり	
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲
<b>介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）</b>							
全体	922	214.5	80.0 - 560.0	379.2	197.1 - 786.2		
人口gp1	21	79.0	44.0 - 127.0	1628.2	1082.1 - 2608.7		
人口gp2	82	76.5	49.0 - 164.0	860.5	454.4 - 1451.1		
人口gp3	210	103.0	51.0 - 208.0	427.3	229.1 - 912.1		
人口gp4	281	189.0	80.0 - 353.0	344.5	159.8 - 707.3		
人口gp5	328	588.0	280.5 - 1233.5	316.2	168.9 - 537.8		
<b>退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）</b>							
全体	444	66.0	28.5 - 152.0	57.2	31.9 - 108.9		
人口gp1	2	27.5	27.0 - 28.0	664.2	589.9 - 738.4		
人口gp2	3	58.0	34.0 - 76.0	424.8	305.9 - 663.2		
人口gp3	42	38.0	20.0 - 87.0	164.9	72.1 - 303.0		
人口gp4	122	38.5	19.0 - 74.0	64.8	35.6 - 141.5		
人口gp5	275	100.0	39.0 - 204.0	49.1	28.4 - 82.5		
<b>退院退所加算の算定回数</b>							
全体	1519	150.0	59.0 - 370.0	574.1	353.9 - 840.9		
人口gp1	275	20.0	7.0 - 39.0	624.7	290.2 - 1041.1		
人口gp2	273	68.0	40.0 - 98.0	723.8	435.3 - 933.9		
人口gp3	324	143.0	99.0 - 210.5	647.5	419.8 - 890.7		
人口gp4	312	291.0	196.5 - 406.5	541.5	379.7 - 768.6		
人口gp5	335	720.0	422.0 - 1267.0	417.6	257.6 - 610.1		
<b>入院時情報連携加算の算定回数</b>							
全体	1519	33.0	10.0 - 89.0	109.3	61.3 - 188.9		
人口gp1	275	3.0	1.0 - 7.0	93.5	23.1 - 212.6		
人口gp2	273	12.0	5.0 - 22.0	114.9	53.4 - 221.5		
人口gp3	324	29.0	18.0 - 50.0	131.4	76.0 - 214.8		
人口gp4	312	60.5	39.0 - 95.5	114.1	73.6 - 169.9		
人口gp5	335	168.0	98.0 - 347.0	92.7	62.7 - 138.3		
<b>退院・退所時連携加算算定者数<sup>※</sup></b>							
全体	1530	0.3	0.0 - 1.6			2.4	0.0 - 6.1
人口gp1	286	0.0	0.0 - 0.1			0.0	0.0 - 2.5
人口gp2	273	0.1	0.0 - 0.3			1.4	0.0 - 4.6
人口gp3	324	0.3	0.1 - 0.7			2.1	0.5 - 5.0
人口gp4	312	0.8	0.3 - 1.8			3.1	1.1 - 6.2
人口gp5	335	4.7	1.7 - 11.0			5.4	2.2 - 9.3
<b>リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数<sup>※</sup></b>							
全体	1321	21.7	4.1 - 71.6			112.1	37.1 - 239.1
人口gp1	156	2.0	0.7 - 5.8			89.2	25.3 - 195.3
人口gp2	225	5.6	1.4 - 15.9			90.2	26.0 - 246.1
人口gp3	300	12.4	2.1 - 38.9			102.7	19.1 - 286.3
人口gp4	306	40.3	15.6 - 71.8			146.4	53.4 - 271.1
人口gp5	334	116.4	47.9 - 249.8			125.8	60.9 - 215.7

※対象年度において「年度中の各月の加算の算定者数の累計÷12」により算定者数を算出した値（地域包括ケア「見える化」システムの指標の定義説明より）

表 4-4 : 自治体規模別の「日常の療養支援」場面関連指標

自治体数	素集計値			人口10万人あたり			認定者1万人あたり		
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲	
<b>訪問診療を受けた患者数（算定回数）</b>									
全体	1373	2451.0	641.0 - 8574.0	8438.8	3922.4 - 14897.0				
人口gp1	168	214.0	88.5 - 473.0	4689.9	2130.6 - 10465.8				
人口gp2	240	539.5	230.5 - 1291.0	6056.7	2348.9 - 12057.9				
人口gp3	318	1599.5	797.0 - 3102.0	7184.0	3622.9 - 12349.7				
人口gp4	312	4103.0	2171.5 - 7093.0	8046.0	4207.8 - 13649.7				
人口gp5	335	19265.0	10943.0 - 46603.0	12305.6	8445.2 - 16949.0				
<b>訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）</b>									
全体	1236	1168.0	245.5 - 5394.5	3414.4	1167.1 - 8101.3				
人口gp1	90	112.5	34.0 - 301.0	2565.6	727.1 - 5349.0				
人口gp2	201	206.0	64.0 - 484.0	1972.6	650.9 - 5342.8				
人口gp3	300	557.0	176.0 - 1339.0	2432.0	756.0 - 5312.3				
人口gp4	310	1625.5	574.0 - 3813.0	3043.5	1101.6 - 7188.6				
人口gp5	335	12668.0	4493.0 - 28087.0	7014.2	3321.6 - 12937.3				
<b>訪問薬剤管理指導受けた者の数</b>									
全体	908	145.0	50.0 - 508.5	288.4	146.8 - 529.0				
人口gp1	11	29.0	23.0 - 40.0	915.9	459.4 - 978.9				
人口gp2	51	41.0	29.0 - 71.0	422.0	264.0 - 692.1				
人口gp3	209	45.0	27.0 - 85.0	192.7	102.5 - 367.3				
人口gp4	303	116.0	54.0 - 202.0	217.1	102.1 - 360.9				
人口gp5	334	733.0	338.0 - 1840.0	450.0	240.3 - 709.2				
<b>看護体制強化加算算定者数<sup>※</sup></b>									
全体	1530	3.5	0.0 - 30.6			25.4	0.0 - 107.3		
人口gp1	286	0.0	0.0 - 1.0			0.0	0.0 - 39.6		
人口gp2	273	0.4	0.0 - 5.1			7.7	0.0 - 75.6		
人口gp3	324	2.2	0.1 - 18.2			17.4	0.3 - 128.2		
人口gp4	312	13.3	1.9 - 36.8			53.1	6.9 - 144.3		
人口gp5	335	57.8	18.4 - 123.9			56.8	20.4 - 112.5		

※対象年度において「年度中の各月の加算の算定者数の累計÷12」により算定者数を算出した値（地域包括ケア「見える化」システムの指標の定義説明より）

## 図： 解釈における留意点

### 高齢化率に関する留意点

- ☒ ずれの指標も、人口10万人あたりまたは認定者1万人あたりの数値を有するのみであり、高齢化率は十分考慮されていないため、解釈には留意を必要とする。特に人口10万人あたりの値に関しては、人口規模の大きい自治体において、（若年層の人口の影響で）値が不適切に小さくなっている可能性がある。

### 医療施設の住所地をベースに値が算出されており、自治体ごとの供給量を示している指標

（レセプト請求を行った病院のある自治体に計上されるため、必ずしも当該自治体の住民におけるサービス充実度を示さない指標）

- ☒ 在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数・・・「看取り」

- ☒ 看護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）、退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）、退院退所加算の算定回数、入院時情報連携加算の算定回数・・・「入退院支援」

- ☒ 訪問診療を受けた患者数（算定回数）、訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）、訪問薬剤管理指導受けた者の数・・・「日常の療養支援」

### 介護レセプト請求の値から加工された数値が掲載されている指標

（掲載値が十分実態を反映していない可能性があり留意が必要な指標）

- ☒ 緊急時訪問看護加算算定者数、緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数・・・「急変時の対応」

- ☒ 院・退所時連携加算算定者数、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数・・・「入退院支援」

- ☒ 看護体制強化加算算定者数・・・「日常の療養支援」

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による  
在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究  
分担研究報告書(令和4年度)

在宅医療介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

研究分担者 大冢賀政昭 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 山口佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター)

研究要旨

研究目的：平成 26 年介護保険法改正により、在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市町村が主体となり、郡市区等医師会等関係団体と連携しつつ、取り組むこととされた。これまで、市町村において、高齢化の状況や、地域の医療・介護支援等も踏まえ、地域特性に応じた在宅医療・介護連携推進事業が実施されてきたところであるが、その進捗状況は地域により異なっていることが現時点においても示されており、在宅医療介護連携についての課題は継続されている状況にある。そこで本分担研究においては、令和 4 年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析を実施し、自治体が地域の実情に応じた P D C A サイクルに沿った事業展開を実施するためにどのようなデータや指標が必要かを検討した。

研究方法：令和 4 年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査のローデータを用いて、市町村別の事業実施率について、 $\chi^2$  乗検定および調整済み残差を算出し、人口規模ごとの分析を行った。

結果及び考察：4つの場面ごとの目指すべき姿の設定や施策立案時における評価項目の設定は令和 4 年度時点においても 30%程度に実施がとどまり、人口規模が小さくなるほど実施率が低くなっていたことから人口規模ごとの特性とともにアクセスしやすいデータをその解釈とともに示していくことの重要性が再確認された。評価指標の設定状況については、活用が 40%を超えていた指標がいずれも事業所数・施設数といったストラクチャー指標であったことから今後は在宅医療介護連携のプロセスやアウトカムを示す指標の活用が求められる。

結論：自治体による地域の実情に応じた P D C A サイクルに沿った事業展開を推進するためには、地域包括ケア見える化システムを中心とし、国保データベース (K D B) の医療・介護レセプトによる指標を構造化したうえで人口規模ごとの解釈とともに示しつつ、在宅医療・介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取組の状況をアウトプット指標として示していくことが有効と考えられた。

次年度以降、具体的な市町村を事例として、データを入れた指標を示しつつ、P D C A サイクルに沿った事業展開の検討プロセスを例示することが求められると考えられた。

## A. 研究目的

平成 26 年介護保険法改正により、在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市町村が主体となり、郡市区等医師会等関係団体と連携しつつ、取り組むこととされた。

これまで、市町村において、高齢化の状況や、地域の医療・介護支援等も踏まえ、地域特性に応じた在宅医療・介護連携推進事業が実施されてきたところであるが、その進捗状況は地域により異なっていることが示されてきている。

また、こうした地域格差を是正するための在宅医療・介護連携推進事業に対する都道府県や保健所等による市町村支援や複数市町村連携支援の重要性も増している。

在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会（令和元年 12 月 27 日）」では、

「在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。」といったことや、

「国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体が PDCA サイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。」

といったことが指摘されている。

その後、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」が作成され、この手引きに基づいて、市町村・都道府県では令和 3 年度（2021）～5 年度（2023）の第 8 期介護事業計画期間における在

宅医療・介護連携推進事業の目標設定を行い、この事業が実施されてきたところである。

「介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会（令和 4 年 12 月 20 日）」においても、先に記載した内容とほぼ同様の記述がなされており、「令和 2 年介護保険制度改正において見直した 省令や手引き等について、国としても引き続きその周知を図っていくことが適当である。」と書かれていることから在宅医療介護連携についての課題は継続されている状況にある。

ただし、「自治体が PDCA サイクルに沿った事業展開を確立していくため、地域包括ケア『見える化』システムも含む データの活用方法を分かり易く整理し、周知することが適当である。」という記述があるように、すでに示されているデータや指標をわかりやすく、かつ、地域の実情に応じて活用できるようにしていくことが求められている。

そのような中、ここ数年「在宅医療・介護連携推進支援事業」が実施され、都道府県・市町村連携支援、都道府県・市町村連携支援、都道府県等担当者研修会議に加え、アンケートによる在宅医療・介護連携推進事業の実態調査が実施されている。

このアンケートの結果については、同事業の実施主体が報告書にまとめているが人口規模別にその結果がどのように異なるかまでは明らかにされていない。

そこで本分担研究においては、令和 4 年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析を実施し、自治体が地域の実情に応じた PDCA サイクルに沿った事業展開を実施するためにどのようなデータや指標が必要かを検討した。

## B. 研究方法

### B. 1. 在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析

令和 4 年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査のローデータをを用いて、人口規模ごとの分析を行った。

人口規模の区分（以下、本報告書では人口区分と略す。）については、令和元年（2019）人口動態統計（確定数）の記述統計を実施し、人口5分位で区切った値をもとにし、表1のようにグループ分類を行った。

表1 本研究で用いた人口区分の定義

五分位	人口		市町村数	人口		市町村数		
グループ1	159	-	6,479	340	6500未満	-	340	
グループ2	6,513	-	15,608	340	6500以上	-	15,000未満	314
グループ3	15,639	-	34,497	348	15,000以上	-	35,000未満	379
グループ4	34,526	-	80,012	348	35,000以上	-	80,000未満	342
グループ5	80,212	-	3,648,264	348	80,000以上	-		349

この人口区分変数を用いて、以下の5つの設問について、実施や活用の有無それぞれの割合を算出した。

人口規模ごとの差異があるかの検討に際して、 $\chi^2$ 乗検定を実施した上で、調整済み残差によって多重比較を行った。

#### ・問4①-1. めざすべき姿の設定

- 4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載
- 4つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない
- 4つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる
- 本事業の実施によって目指すべき姿の設定はしているが、特に4つの場面での設定はしていない
- 特に設定はしていない  
(1.~4.を有、5.を無と定義)

#### ・問4①-2.1) 定量的な現状把握として確認しているデータ

- 活用している
- 現在は未実施だが、活用を検討している
- 未実施であり、特に検討していない  
(1.を有、2~3.を無と定義)

#### 問4①-7. 施策立案時における評価項目（指標）の設定

- 現在実施している
- 現在は未実施だが、来年度設定することを検討している

- 未実施であり、特に検討していない  
(1.を有、2~3.を無と定義)

#### 問4①-7.2) 実施した取組の効果・事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標

- 現在実施している
- 現在は未実施だが、来年度設定することを検討している
- 未実施であり、特に検討していない  
(1.を有、2~3.を無と定義)

#### 問5 在宅医療・介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取組の状況

- 実施している
- 実施していない  
(1.を有、2.を無と定義)

（倫理面への配慮）

研究の実施に際しては、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。  
(NIPH-IBRA#12407)

#### C. 研究結果

4つの場面ごとの目指すべき姿の設定については、30.6%であり、人口規模が大きくなるほど実施率が高まる傾向にあった。

定量的な現状把握としての確認しているデータは、「地域包括ケア『見える化』システム」のデータが51.6%、「人口動態推計（死亡票等）」が46.5%、「国保データベース（KDB）の医療・介護レセプトや健診データ」が35.8%、「介護保険総合データベースの情報」23.9%と示され、それ以外のデータの活用は20%未満となっていた。

施策立案時における評価項目の設定については28.6%であり、目指すべき姿の設定同様、人口規模が大きくなるほど実施率が高まる傾向にあった。

施策立案時における評価項目（指標）の設定については、「23. 訪問看護ステーション数」が60.0%から「28. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数」44.7%までは事業所数、施設数にかかわる指標であった。

その後「6. 自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数」37.0%、「8. 自治体内における場所別の死亡者数・率」34.6%、「10. 入退院時の連携状況（入院時の情報提供率、退院調整率等）」31.4%、「14. 一人あたり介護費」30.8%と続き、これ以外については活用が30%未満であった。

在宅医療・介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取組の状況は、取り組みの状況が4つの場面ごとに異なっていた。

日常の療養支援は、最大「7. 地域ケア会議」84.6%、最小「6. 地域リハビリテーション活動支援事業」49.6%であった。

看取りは、最大「5. 人生の最終段階における意思決定支援等の施策」68.5%、最小「6. 居宅・高齢者住まい等における終末期の対応に関するガイドラインの策定」10.9%であった。

急変時の対応は、最大「1. 消防署との高齢者情報の連携・共有」44.7%、最小「2. 消防署（救急）との高齢者情報（人生の最終段階における本人の意思等）の連携・共有」20.6%であった。

入退院支援は、最大「3. 医療機関との連携による入退院支援の実施」81.9%、最小「5. 入退院支援に係る業務の整理」41.5%であった。

人口規模ごとに差異があった項目数は、日常の療養支援は、8項目中5項目、看取りは9項目中6項目、急変時の対応は9項目中5項目、入退院支援は8項目中3項目であった。

## D. 考察

### D. 1. 在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析

4つの場面ごとの目指すべき姿の設定や施策立案時における評価項目の設定は令和4年度時点においても30%程度に実施がとどまり、人口規模が小さくなるほど実施率が低くなっていたことから、人口規模ごとの特性とともにアクセスしやすいデータをその解釈とともに示していくことの重要性が再確認された。

現時点活用しているデータは、「『地域包括ケア『見える化』システム』のデータ」が51.6%と最も多くなっていたことからこれを基本としつつ、

今後、「国保データベース（KDB）の医療・介護レセプトや健診データ」から得られるデータを示していくことが重要であると示唆された。その際、これらデータについては人口規模ごとに活用状況が異なっていたことから庁内のデータ共有法やデータ所管といったことにも配慮しつつ、データを示していくことが求められるとかが得られた。

これらデータによる評価指標の設定状況については、活用が40%を超えていた指標がいずれも事業所数・施設数といったストラクチャー指標であったことから今後は在宅医療介護連携のプロセスやアウトカムを示す指標の活用が求められる。

具体的には、「8. 自治体内における場所別の死亡者数・率」34.6%、「7. 自治体内における居宅、高齢者住まい等での看取り数」26.5%「1. 自治体内における要介護高齢者の在宅療養率」21.5%といった項目について活用の割合を高めていくことが期待されるが、人口規模ごとに現時点活用の状況に差異が示されるため、人口規模ごとの特性を考慮した示し方が求められるものと考えられた。

一方、「10. 入退院時の連携状況（入院時の情報提供率、退院調整率等）」31.4%、「15. 在宅医療サービスの実施（訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導・訪問看護等の実施回数）」28.8%、「9. 自治体内における退院調整率（退院時のケアマネジャーとの調整率）23.3%、「11. 連携に係る介護報酬（入院時情報連携加算、退院退所加算等）」16.5%、「12. 連携に係る診療報酬（退院支援加算、介護支援連携指導料等）14.3%については人口規模ごとの有意差が示されなかった。これらについては、国保データベース（KDB）の医療・介護レセプトで示すことが可能であることから今後都道府県から市町村に対し、データを提供することで活用が高まる可能性がある。その活用の仕方を含めてデータの提供方策の検討が求められるものと考えられた。

### D. 2. 活用を促すためのデータや指標を示す方法の検討



活用を促すためのデータや指標を示す方法として、医療計画の連動上重要な4場面の設定、行政分野のEBPM推進の同行と親和性の高いロジックモデルの要素をもつ、目指すべき姿の設定が「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」や過去の調査研究によって推進がなされている。

しかしながら、ロジックモデルの各要素にかかわる評価指標の設定が難しいことに課題がある。本分担研究で示したように人口規模ごとに取り組みや考え方に大きな差がある内容を考慮して、甚個規模ごとに類型化したうえで、全国規模で標準設定した評価指標やこの解釈や留意点を踏まえた活用方法を示すことが求められる。

すでに在宅医療に係わる4場面ごとの取り組みにかかわる項目は、在宅医療・介護連携推進事業の実態調査に示されており、これらをアウトプット項目として示すことでロジックモデルに近い構造のPDCAサイクルに沿った事業展開を実施するための評価モデルが提案できるものと考えられる。

表2 PDCAサイクルに沿った事業展開を実施するための評価モデル（案）

最終アウトカム	中間アウトカム	アウトプット
		看取り
		急変時の対応
		退院支援
		日常の療養支援

## E. 結論

本分担研究においては、令和4年度の在宅医療・介護連携推進事業の実態調査データの二次分析を実施し、自治体が地域の実情に応じたPDCAサイクルに沿った事業展開を実施するためにどのようなデータや指標が必要かを検討した。

検討の結果、自治体による地域の実情に応じたPDCAサイクルに沿った事業展開を推進するためには、地域包括ケア見える化システムを中心とし、国保データベース（KDB）の医療・介護

レセプトによる指標を構造化したうえで人口規模ごとの解釈とともに示しつつ、在宅医療・介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取組の状況をアウトプット指標として示していくことが有効と考えられた。

次年度以降、具体的な市町村を事例として、データを入れた指標を示しつつ、PDCAサイクルに沿った事業展開の検討プロセスを例示することが求められると考えられた。

## 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

なし

表3 4つの場面ごとの目指すべき姿の設定および現状把握として確認しているデータ

	全体		Group1 (-6,499)		Group2 (6,500- 14,999)		Group3 (15,00- 34,999)		Group4 (35,000- 79,999)		Group5 (80,000-)		χ <sup>2</sup> 検定	残差分析				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		Group1⇔ 全体	Group2⇔ 全体	Group3⇔ 全体	Group4⇔ 全体	Group5⇔ 全体
4つの場面ごとの目指すべき姿の設定について	457	30.6%	62	22.7%	70	26.3%	95	29.7%	102	33.6%	128	38.6%	0.00	0.00	0.09	0.37	0.17	0.00
定量的な現状把握としての確認しているデータ																		
4. 「地域包括ケア『見える化』システム」のデータ	771	51.6%	166	60.8%	157	59.2%	166	51.9%	143	46.9%	139	41.9%	0.00	0.00	0.01	0.40	0.08	0.00
10. 人口動態推計（死亡票等）	694	46.5%	114	41.8%	134	50.6%	156	48.8%	130	42.8%	160	48.2%	0.14	0.09	0.13	0.27	0.15	0.31
1. 国保データベース（KDB）の医療・介護レセプトや健診データ	536	35.8%	127	46.5%	104	39.1%	102	31.9%	105	34.4%	98	29.5%	0.00	0.00	0.19	0.09	0.33	0.01
2. 介護保険総合データベースの情報	357	23.9%	61	22.3%	71	26.8%	71	22.2%	86	28.2%	68	20.5%	0.12	0.31	0.19	0.29	0.05	0.11
12. 上記以外の、都道府県独自の在宅医療に関する調査データ	275	18.4%	19	7.0%	45	17.0%	47	14.7%	68	22.4%	96	29.0%	0.00	0.00	0.31	0.07	0.05	0.00
6. 医療施設調査等の各種厚生統計（「在宅医療にかかる地域別データ集」含む）	261	17.5%	14	5.1%	35	13.2%	40	12.5%	55	18.0%	117	35.2%	0.00	0.00	0.05	0.01	0.38	0.00
7. 届出受理医療機関名簿や施設基準届出受理状況等（地方厚生局から公表）	240	16.1%	10	3.7%	22	8.3%	33	10.3%	50	16.4%	125	37.8%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.39	0.00
3. レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の情報	183	12.2%	49	17.9%	33	12.5%	33	10.3%	35	11.5%	33	9.9%	0.02	0.00	0.40	0.19	0.35	0.13
9. 地域医療構想「必要病床数等推計ツール」の現状及び将来の在宅医療等の必要量	179	12.0%	22	8.1%	28	10.6%	24	7.5%	36	11.8%	69	20.8%	0.00	0.04	0.29	0.01	0.40	0.00
5. 医療機能情報公表制度のデータ	163	10.9%	10	3.7%	22	8.3%	30	9.4%	41	13.5%	60	18.1%	0.00	0.00	0.13	0.24	0.11	0.00
11. 上記以外の、民間事業者や研究機関等による在宅医療等に関するデータ	105	7.0%	12	4.4%	6	2.3%	22	6.9%	25	8.2%	40	12.0%	0.00	0.07	0.00	0.40	0.27	0.00
8. 「医療計画策定支援データブック」の在宅医療に関連するデータ	62	4.1%	9	3.3%	15	5.7%	6	1.9%	11	3.6%	21	6.3%	0.04	0.29	0.15	0.03	0.35	0.03

表4 施策立案時における評価項目の設定

	全体		Group1 (-6,499)		Group2 (6,500- 14,999)		Group3 (15,000- 34,999)		Group4 (35,000- 79,999)		Group5 (80,000-)		χ2検定 残差分析 Group1⇔ Group2⇔ Group3⇔ Group4⇔ Group5⇔ 全体 全体 全体 全体 全体					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
	施策立案時における評価項目の設定の有無	401	26.8%	31	11.4%	50	18.8%	66	20.6%	98	32.2%	156	47.0%	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02
施策立案時に設定している評価項目 (指標)																		
23. 訪問看護ステーション数	337	60.0%	34	61.8%	46	62.2%	66	61.7%	79	59.4%	112	58.0%	0.95	0.08	0.19	0.40	0.38	0.04
24. 居宅介護支援事業所数	330	58.9%	36	66.7%	47	63.5%	68	63.6%	77	57.9%	102	53.1%	0.23	0.38	0.35	0.19	0.29	0.03
29. 訪問介護の事業所数	316	56.3%	35	63.6%	44	60.3%	65	60.7%	78	58.2%	94	49.0%	0.14	0.19	0.31	0.24	0.35	0.02
25. 介護老人保健施設数	314	56.1%	32	59.3%	45	60.8%	66	61.7%	77	57.9%	94	49.0%	0.17	0.40	0.35	0.15	0.22	0.01
26. 通所介護の事業所数	314	56.1%	34	63.0%	47	63.5%	65	60.7%	77	57.9%	91	47.4%	0.05	0.40	0.40	0.31	0.38	0.39
20. 訪問診療を行う診療所数	312	55.7%	31	56.4%	41	56.2%	56	52.8%	76	56.7%	108	56.3%	0.98	0.40	0.35	0.24	0.35	0.40
27. 通所リハビリテーション事業所数	306	54.6%	30	55.6%	42	57.5%	65	60.7%	79	59.0%	90	46.9%	0.11	0.35	0.27	0.17	0.35	0.02
30. 訪問リハビリテーション事業所数	300	53.6%	30	55.6%	41	56.2%	63	58.9%	76	56.7%	90	46.9%	0.24	0.19	0.27	0.22	0.38	0.05
18. 在宅療養支援診療所数	282	50.5%	21	38.9%	32	43.8%	54	50.9%	65	49.2%	110	57.0%	0.11	0.02	0.27	0.19	0.37	0.11
19. 在宅療養支援病院数	276	49.5%	21	38.9%	33	45.2%	52	49.1%	65	49.2%	105	54.4%	0.30	0.33	0.35	0.38	0.38	0.40
21. 訪問歯科診療を行う診療所数	268	48.3%	28	51.9%	38	52.1%	44	41.5%	68	51.5%	90	47.4%	0.52	0.33	0.31	0.11	0.29	0.38
22. 訪問薬剤指導を行う薬局数	250	45.0%	24	44.4%	35	47.9%	43	40.6%	67	47.0%	86	45.3%	0.86	0.11	0.29	0.40	0.40	0.09
28. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数	250	44.7%	22	40.7%	35	47.3%	49	46.2%	59	43.7%	85	44.7%	0.95	0.22	0.15	0.22	0.35	0.00
6. 自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数	207	37.0%	29	51.8%	31	41.9%	34	32.1%	51	38.3%	62	32.5%	0.06	0.22	0.29	0.24	0.33	0.11
8. 自治体内における場所別の死亡率・率	194	34.6%	11	20.4%	17	22.7%	32	29.9%	53	39.6%	81	42.6%	0.00	0.01	0.31	0.31	0.39	0.00
10. 入退院時の連携状況 (入院時の情報提供率、退院調整率等)	177	31.4%	19	33.9%	34	44.7%	33	30.8%	40	29.6%	51	26.8%	0.08	0.03	0.40	0.08	0.22	0.00
14. 一人あたり介護費	172	30.8%	29	51.8%	27	36.5%	47	43.9%	32	24.1%	37	19.6%	0.00	0.22	0.40	0.29	0.38	0.39
15. 在宅医療サービスの実施 (訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導・訪問看護等の実施回数)	160	28.8%	19	35.2%	21	28.8%	27	25.5%	39	29.8%	54	28.3%	0.79	0.00	0.22	0.00	0.07	0.00
7. 自治体内における居宅、高齢者住まい等での看取り数	148	26.5%	10	18.2%	11	15.1%	23	21.9%	43	32.6%	61	31.6%	0.01	0.11	0.09	0.01	0.27	0.00
13. 一人あたり医療費	131	23.6%	23	41.8%	18	24.3%	37	34.6%	29	22.0%	24	12.8%	0.00	0.13	0.02	0.19	0.08	0.05
9. 自治体内における退院調整率 (退院時のケアマネジャーとの調整率)	131	23.3%	12	21.8%	25	33.3%	23	21.3%	33	24.4%	38	20.0%	0.22	0.00	0.19	0.38	0.19	0.11
16. 在宅療養の希望率	120	21.7%	5	9.3%	16	21.9%	16	15.1%	24	18.3%	59	31.4%	0.00	0.37	0.01	0.40	0.35	0.09
1. 自治体内における要介護高齢者の在宅療養率	119	21.5%	21	38.2%	20	27.0%	22	20.6%	23	17.7%	33	17.6%	0.01	0.37	0.05	0.35	0.22	0.00
17. 在宅看取りの希望率	114	20.6%	3	5.6%	13	17.6%	19	18.1%	26	19.8%	53	28.0%	0.01	0.03	0.03	0.22	0.15	0.01
31. その他	99	20.4%	6	12.0%	7	11.9%	9	10.0%	21	17.5%	56	33.7%	0.00	0.38	0.37	0.37	0.39	0.31
11. 連携に係る介護報酬 (入院時情報連携加算、退院退所加算等)	92	16.5%	6	11.1%	10	13.3%	14	13.2%	24	18.3%	38	20.0%	0.34	0.38	0.04	0.35	0.37	0.17
12. 連携に係る診療報酬 (退院支援加算、介護支援連携指導料等)	79	14.3%	5	9.3%	9	12.2%	13	12.4%	22	16.8%	30	16.0%	0.59	0.00	0.39	0.00	0.35	0.00
2. 自治体内における在宅療養者の生活満足度	71	12.9%	6	11.1%	11	15.1%	14	13.3%	19	14.7%	21	11.2%	0.85	0.24	0.11	0.24	0.33	0.00
3. 自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度	53	9.6%	6	11.1%	12	16.4%	10	9.4%	11	8.5%	14	7.4%	0.26	0.37	0.04	0.40	0.35	0.19
5. 自治体内における在宅医療・介護サービス従事者 (介護職) 満足度	50	9.1%	3	5.6%	3	4.1%	7	6.7%	10	7.8%	27	14.4%	0.04	0.22	0.33	0.33	0.27	0.29
4. 自治体内における在宅医療・介護サービス従事者 (医療職) 満足度	37	6.7%	3	5.6%	1	1.4%	6	5.7%	6	4.7%	21	11.1%	0.04	0.37	0.33	0.40	0.31	0.27

表5 在宅医療介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取り組みの状況

在宅医療・介護連携推進事業による「4つの場面」を意識した取組の状況	全体		Group1 (-6,499)		Group2 (6,500- 14,999)		Group3 (15,00- 34,999)		Group4 (35,000- 79,999)		Group5 (80,000-)		χ <sup>2</sup> 検定 残差分析					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Group1⇔	Group2⇔	Group3⇔	Group4⇔	Group5⇔	
													全体	全体	全体	全体	全体	
日常の療養支援																		
7. 地域ケア会議	935	84.6%	147	88.0%	171	89.1%	203	87.9%	182	0.809	232	80.0%	0.01	0.17	0.07	0.13	0.09	0.02
1. 認知症初期集中支援チームとの連携	868	78.4%	127	75.6%	163	84.9%	188	81.0%	170	0.752	220	76.1%	0.07	0.24	0.02	0.22	0.17	0.22
3. その他認知症施策	776	70.2%	98	58.7%	134	69.8%	160	69.6%	169	0.748	215	73.9%	0.01	0.00	0.40	0.39	0.09	0.11
5. その他介護予防施策	739	66.9%	111	66.5%	145	75.5%	152	66.1%	149	0.662	182	62.8%	0.07	0.40	0.01	0.38	0.38	0.08
4. 通いの場における住民への普及啓発	734	66.7%	109	65.3%	145	75.5%	159	69.1%	148	0.664	173	60.1%	0.01	0.37	0.01	0.27	0.40	0.01
2. 認知症カフェ	733	66.5%	97	58.1%	135	70.3%	169	73.2%	145	0.647	187	64.7%	0.02	0.02	0.19	0.02	0.33	0.31
6. 地域リハビリテーション活動支援事業	546	49.6%	82	49.1%	97	50.5%	123	53.5%	109	0.489	135	46.9%	0.67	0.39	0.38	0.17	0.38	0.22
8. その他	69	6.9%	4	2.5%	9	5.3%	9	4.3%	20	0.096	27	10.6%	0.00	0.03	0.27	0.09	0.09	0.01
看取り																		
5. 人生の最終段階における意思決定支援等の施策（ノート、パンフレットの作成、記入支援等を含む）	645	68.5%	59	54.1%	86	56.6%	108	54.5%	166	0.826	226	80.4%	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
8. 在宅看取りをテーマとした住民向けシンポジウム・講演会の開催	461	49.0%	35	32.1%	71	46.7%	83	41.9%	109	0.537	163	58.4%	0.00	0.00	0.33	0.04	0.13	0.00
2. 在宅死・看取りに対する市民意識調査の実施	305	32.7%	18	16.5%	39	25.7%	51	26.0%	64	0.323	133	48.0%	0.00	0.00	0.05	0.03	0.40	0.00
1. 在宅看取りの問題や課題についての検討会の設置	271	29.1%	34	31.2%	46	30.3%	47	24.0%	59	0.296	85	30.8%	0.52	0.35	0.37	0.08	0.39	0.31
4. 人生の最終段階における体制・看取り体制の整備	242	26.0%	36	33.0%	50	32.9%	36	18.4%	46	0.232	74	26.7%	0.01	0.08	0.04	0.01	0.24	0.38
3. 人生の最終段階における体制・看取り体制に必要な医療・介護量の検討	168	18.0%	26	23.9%	34	22.4%	26	13.3%	33	0.166	49	17.8%	0.10	0.09	0.13	0.05	0.33	0.40
7. 人生の最終段階にあるがん患者のコーディネート	155	16.6%	20	18.3%	34	22.4%	28	14.3%	33	0.166	40	14.5%	0.24	0.35	0.04	0.24	0.40	0.22
9. その他	108	12.6%	8	7.8%	19	13.9%	22	12.3%	15	0.081	44	17.3%	0.03	0.13	0.35	0.40	0.04	0.01
6. 居宅・高齢者住まい等における終末期の対応に関するガイドラインの策定	102	10.9%	4	3.7%	21	13.8%	22	11.2%	16	0.081	39	14.1%	0.02	0.01	0.19	0.40	0.13	0.05
急変時の対応																		
1. 消防署（救急）との高齢者情報（基礎疾患、服薬情報）の連携・共有	319	44.7%	54	51.4%	65	53.3%	63	44.7%	62	0.434	75	37.1%	0.04	0.13	0.04	0.40	0.37	0.01
3. 救急時の情報共有ツール・システムの作成	316	44.3%	41	39.4%	56	45.9%	60	42.3%	61	0.43	98	48.3%	0.60	0.22	0.37	0.33	0.37	0.17
6. 災害時の在宅療養者等への対応の検討	283	39.6%	57	54.3%	50	41.0%	65	45.8%	50	0.347	61	30.3%	0.00	0.00	0.38	0.09	0.17	0.00
4. 情報共有ツール・システムを介した救急との情報連携・運用	261	36.7%	28	26.9%	52	42.6%	50	35.7%	50	0.35	81	39.9%	0.12	0.04	0.13	0.38	0.35	0.22
7. 在宅酸素や人工呼吸器、電力が必要な医療・介護機器の利用者の把握	216	30.3%	64	61.0%	40	32.8%	42	29.6%	34	0.238	36	17.9%	0.00	0.00	0.31	0.39	0.07	0.00
5. 看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築	153	21.6%	27	26.0%	26	21.3%	22	15.7%	35	0.246	43	21.4%	0.31	0.19	0.40	0.07	0.24	0.40
8. 一時避難所等に避難した高齢者に対する医療と介護の連携体制	153	21.5%	36	34.6%	38	31.1%	29	20.6%	29	0.204	21	10.4%	0.00	0.00	0.01	0.38	0.37	0.00
2. 消防署（救急）との高齢者情報（人生の最終段階における本人の意思等）の連携・共有	147	20.6%	23	21.9%	26	21.3%	24	17.1%	30	0.21	44	21.8%	0.85	0.38	0.39	0.22	0.40	0.35
9. その他	38	5.9%	3	3.0%	2	1.9%	5	3.9%	10	0.076	18	10.0%	0.02	0.15	0.07	0.24	0.27	0.01
入退院支援																		
3. 医療機関との連携による入退院支援の実施	927	81.9%	162	91.5%	173	86.9%	213	86.2%	180	0.793	199	70.6%	0.00	0.00	0.05	0.05	0.22	0.00
2. 入退院時連携シート等の作成	901	79.2%	135	75.4%	160	80.4%	199	80.2%	183	0.803	224	79.2%	0.73	0.15	0.37	0.37	0.37	0.40
1. 入退院調整ルール等の策定	760	67.0%	123	68.7%	133	66.8%	180	73.2%	148	0.646	176	62.4%	0.10	0.35	0.40	0.03	0.29	0.07
6. 退院調整カンファレンス等の実施	683	60.5%	120	68.2%	139	69.8%	158	64.2%	126	0.56	140	49.6%	0.00	0.03	0.00	0.17	0.11	0.00
7. 在宅移行に向けたコーディネートの実施	566	50.1%	93	52.8%	110	55.3%	125	50.6%	110	0.485	128	45.6%	0.26	0.29	0.11	0.39	0.35	0.08
4. 地域における退院支援フロー等の作成	518	45.8%	79	44.4%	87	43.7%	124	50.8%	104	0.46	124	43.8%	0.49	0.37	0.31	0.08	0.40	0.29
5. 入退院支援に係る業務の整理	468	41.5%	73	41.2%	92	46.2%	98	40.0%	93	0.412	112	39.7%	0.65	0.40	0.13	0.35	0.40	0.31
8. その他	63	6.0%	6	3.6%	7	3.9%	8	3.6%	15	0.07	27	10.4%	0.01	0.13	0.17	0.08	0.31	0.00

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による  
在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究  
分担研究報告書 (令和 4 年度)

日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

研究分担者 中西 康裕 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 次橋 幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 西岡 祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

本研究では、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）に関する評価指標のさらなる活用を推進する観点から、各評価指標に関するデータが医療・介護突合レセプト（奈良県 KDB）より抽出可能か、レセプト上の定義等を含めて検討した。また、各自治体では事業における定量的な現状把握として地域包括ケア「見える化」システムが最も多く活用されていることを鑑み、評価指標として使用するデータを見える化システムから取得する際に、どのような点に注意が必要となるかを併せて検討した。さらに、奈良県内において在宅医療・介護連携の先進自治体とされる A 自治体を対象として、事業の取り組み状況をヒアリング調査した。

本研究結果から、4 場面ごとの多くの評価指標において、まずはレセプト上の定義付けを行う必要性が示唆された。現状自治体において評価指標は十分に活用されているとは言い難いことから、指標に優先順位を付け、市区町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法等を検討し、自治体がより活用しやすい指標を開発するなど検討する必要があると考えられた。

## A. 研究目的

我が国では、各地域において医療機関や介護施設、その他関係機関が連携し、包括的かつ継続的に在宅医療・介護の提供が可能となるようさらなる体制整備が求められている。平成26年の介護保険法改正によって、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられてから、連携体制構築や相談支援等に関する自治体による取り組みが進められてきた。各市区町村においては、高齢化や地域の医療・介護支援等の状況を踏まえて、地域の特性に応じた事業が推進されているが、その進捗状況は地域によって差が見られる。

令和4年2～3月に実施された「在宅医療・介護連携推進支援事業の実施状況調査」<sup>1)</sup>によれば(n=1,717)、PDCAによる事業の推進を4場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)で設定している自治体はおおよそ3割程度であり、早急な改善が望まれるが、効果的な改善策は未だ見出されていない。

本研究では、4場面に関する評価指標のさらなる活用を推進する観点から、各評価指標に関するデータが医療・介護突合レセプト(奈良県KDB)より抽出可能か、レセプト上の定義等を含めて検討する。また、各自治体では事業における定量的な現状把握として地域包括ケア「見える化」システム(以下、見える化システム)が最も多く活用されていることを鑑み<sup>1)</sup>、評価指標として使用するデータを見える化システムから取得する際に、どのような点に注意が必要となるかを併せて検討する。

さらに、奈良県内において在宅医療・介護連携の先進自治体とされるA自治体を対象として、事業の取り組み状況をヒアリング調査する。

## B. 研究方法

### B. 1. 4場面ごとに示される評価指標の分析

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」<sup>2)</sup>における「3.4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例」で4場面ごとに示される計91項目の評価指標を分析対象とした。各評

価指標に関する量的データが奈良県KDBで抽出可能かを①集計可、②要検討(集計可能だが先行研究等で扱われた実績が乏しいため集計方法等において特に注意が必要と考えられる項目)、③集計不可の三つに分類した。また、各評価指標が見える化システムにより関連するデータが取得可能かも検討した。

さらに、在宅医療に関する評価指標である「訪問診療の実績回数」及び「在宅ターミナルケアを受けた患者数」を例として、見える化システム及びレセプトからデータを取得する際に事前に把握しておくべき定義上の問題を整理した。

### B. 2. 自治体へのヒアリング調査

先進自治体のヒアリングに関しては、令和5年1月12日に、A自治体の職員3名(自治体幹部及び担当者)を対象として、在宅医療・介護連携事業の取り組みに関してインタビュー調査を行った。当研究班からは現地に1名が赴き、その他はオンラインによりヒアリングに参加した。自治体の概況(2022年12月1日現在)は下記の通りである。

- ・人口：3万人弱
- ・高齢化率：40～45%
- ・入院医療機関：数カ所
- ・診療所：10数カ所
- ・歯科診療所：10数カ所

さらに、多職種連携のための専門職へのヒアリングも実施した。

(倫理面への配慮)

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。また、ヒアリング調査を行った自治体・職員名は匿名化した。

## C. 研究結果

### C. 1. 4場面ごとに示される評価指標

4場面ごとに示される91項目の評価指標をレセプトによる集計の可否等で分類した結果は、表1～4の通りであった。集計可(橙色)が44項目、

要検討（水色）が 38 項目、集計不可（灰色）が 9 項目となり、見える化システムで検索可能なのは 41 項目であった。

また、2019 年度の訪問診療に関する診療行為（コード）は計 8 個あり、基本的な集計単位として算定回数（回）、レセプト件数（件）、実患者数（人）が考えられたが、見える化システムにおける項目名「訪問診療を受けた患者数」のレセプト上の定義は、訪問診療に関する 4 つの診療行為（コード）により行われていた（表 5 の赤字参照）。集計単位は算定回数（回）及びレセプト件数（件）であった。これらのデータソースは、「医療計画作成支援データブック」（以下、データブック）であった。さらに、見える化システムにおいて人口過疎が進む市町村では集計された数が 10 未満等の集計ルールの影響で非表示が発生し、奈良県では算定回数・レセプト件数ともに 1 町 9 村で非表示であった（奈良県には 12 市・15 町・12 村の計 39 の市町村がある）。

見える化システムにおける「在宅ターミナルケアを受けた患者数」（評価指標名と見える化システムにおいて該当する項目名が一致）のレセプト上の定義は、ターミナルケアに関する 9 つの診療行為（コード）により行われていた（表 6 の赤字を参照）。集計単位は「訪問診療を受けた患者数」と同様に算定回数（回）及びレセプト件数（件）であった。これらのデータソースも、同様にデータブックであった。集計ルールの影響で非表示となっていたのは、奈良県では算定回数・レセプト件数ともに 1 市 11 町 12 村であった。

### C. 2. 自治体のヒアリング調査結果

A 自治体のヒアリング調査から得られた結果は、下記の通りである。

- ・A 自治体では「医療介護あんしんセンター」を設置し、地域包括支援センター、在宅医療介護

連携支援、認知症総合支援事業、介護予防事業、重層的支援体制整備事業等を一体的に対応。

- ・独自で医療介護連携 ICT ネットワークを構築。
- ・市民の病院・診療所の受診、薬局からの処方、介護サービスの利用、在宅生活の中での医療介護情報等から、健康医療介護共有情報を作成し、在宅医療・介護連携事業に関して独自に取り組みを推進（地域の医療・介護従事者が連携）。
- ・国の「手引き」で示されている評価指標はほとんど活用していない。
- ・見える化システムのデータは参照しているが、例えば在宅医療・介護連携に関するデータがあると知り検索してみたものの、A 自治体は非表示となっていた項目もあり、評価指標として活用はしていない。
- ・KDB のデータも頻繁ではないが参照しているものの、A 自治体単独のデータを経年的に見るだけでは活用が難しい。
- ・KDB のデータは、例えば看取り加算や在宅ターミナルケア加算の件数を確認したい時等に、他の市町村の状況と比較できるのであればぜひ活用したい（県と協議したこともあるが実現しなかった）。
- ・市町村間で比較されることに抵抗を感じるかどうかについては、コロナ対応で比較されることが多々あったので、今ではほとんど抵抗感を感じない（すでに見える化システムにおいても市町村間の比較が可能となっている）。

### D. 考察

本研究では、4 場面に関する各評価指標が奈良県 KDB より抽出可能かレセプト上の定義等を含めて整理したところ、9 割程度抽出可能であるものの、多くの評価指標においてまずはレセプト上の定義付けを行う必要があることが確認された。

見える化システムからデータを取得する際の

注意点としては、今回例として参照した「訪問診療の実績回数」(見える化システムにおいては「訪問診療を受けた患者数」)及び「在宅ターミナルケアを受けた患者数」のデータソースはデータブックであり、集計された数が10未満等の集計ルールの影響により非表示となっているのを確認した。データブックにおける集計にはNDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)からデータ抽出が行われており、市区町村別集計は医療機関の住所情報に基づくと考えられる。現状全ての市区町村が見える化システムを用いて評価指標に関するデータを取得し、事業の改善に向けて活用することは難しい状況にあることから、今後見える化システムの運用には改善が望まれる。

なお、本研究で示したデータブックにおけるレセプト上の定義は一般には公開されていない。そのため、見える化システムからデータを取得する際に、自治体は現状自ら定義の詳細を確認することができない。レセプトから抽出されるデータは、診療行為(コード)の定義により数値が変わり得るため、各自治体が独自に評価指標に関するデータをKDBより抽出し活用する場合は注意を要する。特に、市区町村間の比較を行う際は、異なる定義によって抽出されたデータ同士を比較してしまう恐れがあるため、見える化システム内のレセプトから抽出されたデータの定義は自治体によって確認可能となるよう整備が求められる。

ヒアリング調査結果においては、A自治体は在宅医療・介護連携の取り組みにおいて独自のICTネットワークを構築するなど、県内においてはこの分野において先進自治体と見なされているものの、国が示す評価指標はほとんど活用されていなかった。全国調査においてもPDCAによる事業の推進を4場面を設定している自治体はおよそ3割程度<sup>1)</sup>であることから、今後自治体により活用しやすい評価指標となるよう改善を検討する必

要があると考えられる。ただし、見える化システムにおいてA自治体の在宅医療・介護連携推進事業に関するデータが非表示となっている項目はわずかであり、見える化システムの操作方法や、項目によっては二次医療圏等の単位のみでしかデータが表示されない等のシステム上の仕様がデータ取得の障壁となった可能性もあるため、この点は今後の検討課題である。

本検討を通して、今後の取り組み(課題)としては、訪問診療や在宅ターミナルケア加算に関する算定回数等について、市区町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討する必要がある。また、当研究班において今後実施予定であるインタビュー調査の結果等も参考に、評価指標に優先順位を付け、特に重要度の高い評価指標はより複雑な集計を行うことによって指標の有用性やさらなる活用可能性等を検討する必要がある。

## E. 結論

本研究結果より、4場面ごとの多くの評価指標において、まずはレセプト上の定義付けを行う必要性が示唆された。現状自治体において評価指標は十分に活用されているとは言い難いことから、指標に優先順位を付け、市区町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法等を検討し、自治体により活用しやすい指標の開発を検討する必要があると考えられた。

## 引用文献

- 1) 富士通総研. 令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書. 2022年3月.
- 2) 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き: Ver. 3. 2020年9月.

## F. 健康危険情報



なし

**G. 研究発表**

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1：評価指標（日常の療養支援）

	No	項目	見える化システム
体制整備	1	居宅介護支援事業所数	○
	2	介護老人保健施設数	○
	3	指定介護老人福祉施設数	○
	4	地域密着型介護老人福祉施設数	○
	5	介護療養型医療施設数	○
	6	介護医療院数	○
	7	通所介護の事業所数	○
	8	訪問介護の事業所数	○
	9	通所リハビリテーション事業所数	○
	10	訪問リハビリテーション事業所数	○
	11	在宅療養支援診療所・病院数（医）	
	12	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	○
	13	訪問看護事業所数（医）	○
	14	看護小規模多機能型居宅介護事業所数	○
	15	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	○
	16	在宅療養支援歯科診療所数（医）	
	17	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数（医）	
	18	在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数（医）	
	19	薬局数（ただし、保険薬局数）	
	20	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医）（ただし、保険薬局数）	○
	21	認知症疾患医療センター数	
	22	認知症初期集中支援チーム数	
	23	認知症短期集中リハビリテーション加算	○
	24	医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症サポート医等）	○
	25	介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症介護実践リーダー等）	
	26	認知症地域支援推進員数	
	27	訪問診療の実績回数	○
	28	訪問歯科診療の実績回数	○
	29	訪問薬剤指導の実績回数	○
	30	訪問看護（医療・介護）の実績回数	○
	31	通所介護の実績数	
	32	訪問介護の実績数	○
	33	通所リハビリテーションの実績数	○
	34	訪問リハビリテーションの実績数	○
	35	要介護高齢者の在宅療養率※（独自調査が必要）	

連携	診療報酬	36	機能強化型訪問看護管理療養費	
		37	緊急訪問看護加算	
	介護報酬	38	居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）	○
		39	特定事業所加算	
		40	看護体制強化加算	
		41	緊急時訪問看護加算	
		42	医療連携強化加算	
		43	医療連携体制加算	
		44	看護・介護職員連携強化加算	
	45	リハビリテーションマネジメント加算（II 以上）	○	
		46	かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合 ※（独自調査が必要）	
		47	認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合 ※（独自調査が必要）	
		48	初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合 ※（独自調査が必要）	

表 2：評価指標（入退院支援）

	No	項目	見える化システム	
体制整備	1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（医）		
	2	退院支援を実施している診療所・病院数（医）		
	3	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数（医）		
	4	退院時共同指導を実施している診療所・病院数（医）		
	5	退院時訪問指導を実施している診療所・病院数（医）		
	6	退院支援（退院調整）を受けた患者数（医）	○	
	7	介護支援連携指導を受けた患者数（医）	○	
	8	退院時共同指導を受けた患者数（医）	○	
	9	退院時訪問指導を受けた患者数（医）		
連携	診療報酬	10	入退院支援加算	
		11	介護支援連携指導料	○
		12	退院時共同指導料	○
		13	退院前訪問指導料	
	介護報酬	14	診療情報提供料	
		15	入院時情報連携加算	○
		16	退院・退所加算	○
		17	退院・退所時連携加算	
		18	入院時情報提供率 ※（独自調査が必要）	
19	退院調整率 ※（独自調査が必要）			

表 3：評価指標（急変時の対応）

		No	項目	見える化システム
体制整備		1	在宅療養支援診療所・病院数（医）	
		2	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	○
		3	往診を実施している診療所・病院数（医）	○
		4	在宅療養後方支援病院数（医）	
		5	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数（医）	
		6	在宅療養支援歯科診療所数（医）	
連携	診療報酬	7	往診料（夜間、日祝）／全体	○
		8	機能強化型訪問看護管理療養費	
		9	緊急訪問看護加算	
	介護報酬	10	配置医師緊急時対応加算	
		11	緊急時訪問介護加算	
		12	看護体制強化加算	
		13	緊急時訪問看護加算	
		14	緊急時等居宅カンファレンス加算	

表 4：評価指標（看取り）

		No	項目	見える化システム
体制整備		1	在宅療養支援診療所・病院数（医）	
		2	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	○
		3	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（医）	○
		4	在宅ターミナルケアを受けた患者数（医）	○
		5	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（医）	○
		6	在宅死亡者数（医）	○
連携	介護報酬	7	配置医師緊急時対応加算	
		8	看取り介護加算	
		9	ターミナルケア加算	
		10	ターミナルケアマネジメント加算	

表 5：見える化システムでの「訪問診療の実績回数」に関する診療行為（コード）の定義（2019 年度）

評価指標	診療行為（コード）		集計単位
訪問診療の実績回数（見える化システムでは「訪問診療を受けた患者数」が該当）	114001110	在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者以外）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・算定回数（回）</li> <li>・レセプト件数（件）</li> <li>・実患者数（人）</li> </ul>
	114030310	在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者）	
	114042110	在宅患者訪問診療料（1）2（同一建物居住者以外）	
	114042210	在宅患者訪問診療料（1）2（同一建物居住者）	
	114042810	在宅患者訪問診療料（2）イ（有料老人ホーム等に入居する患者）	
	114046310	在宅患者訪問診療料（2）ロ（他の保険医療機関から紹介された患者）	
	114027710	在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外）	
	114027810	在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者・特定施設等）	

表 6：見える化システムでの「在宅ターミナルケアを受けた患者数」に関する診療行為（コード）の定義（2019 年度）

評価指標	診療行為（コード）		集計単位
在宅ターミナルケアを受けた患者数（見える化システムにおいても同様の項目名が該当）	114018170	在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在宅支診等）（病床あり）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・算定回数（回）</li> <li>・レセプト件数（件）</li> <li>・実患者数（人）</li> </ul>
	114018270	在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在宅支診）（病床なし）	
	114018370	在宅ターミナルケア加算（イ）（在宅支診等）	
	114018470	在宅ターミナルケア加算（イ）（在宅支診等以外）	
	114042370	在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在宅支診等）（病床あり）	
	114042470	在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在宅支診）（病床なし）	
	114042570	在宅ターミナルケア加算（ロ）（在宅支診等）	
	114042670	在宅ターミナルケア加算（ロ）（在宅支診等以外）	
	114042970	在宅ターミナルケア加算（2）（機能強化した在宅支診等）（病床あり）	
	114043070	在宅ターミナルケア加算（2）（機能強化した在宅支診）（病床なし）	
	114043170	在宅ターミナルケア加算（2）（在宅支診等）	
	114043270	在宅ターミナルケア加算（2）（在宅支診等以外）	
	114044370	在宅ターミナルケア加算（在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く）	
	114044470	在宅ターミナルケア加算（特養等（看取り介護加算等算定））	
	114042770	酸素療法加算（在宅患者訪問診療料（1）1）	

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための  
適な評価指標等の提案のための研究  
分 担 研 究 報 告 書 (令和4年度)

医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

研究分担者 次橋幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 西岡祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究協力者 柿沼倫弘 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

本研究では、医療及び介護の突合レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携の推進に関わる適正な評価指標を検討するために、以下の方法で在宅医療を受けている患者の要介護度を分析した。

- ① 奈良県 KDB の医科レセプトを用いて入院と外来エピソードを患者単位で結合させ (1 患者 1 データ化)、さらに医科レセプトと介護レセプトを突合させた奈良県 KDB 改良データを分析した。
- ② 介護レセプトから各月に有効な要介護度が割り付けられたテーブルを作成した。
- ③ 2018 年度から 2020 年度までの 3 年間に訪問診療を受けていた 75 歳以上の患者を抽出した。
- ④ 医療レセプトを用いて在宅医療の提供状況から 4 つのカテゴリーに分類した。
- ⑤ 4 つのカテゴリー毎に、有効な要介護度を各月のレセプト件数単位で集計した。

訪問診療が算定されていたレセプトは 3 年間で計 280,991 件であり、このうち要介護 2 が全体の 20% と最多で、要介護 4 が 19.8%、要介護 3 が 19.6%、要介護 5 が 16.0%、要介護 1 が 15.3% の順であった。末期がんや難病患者を含めた重度者への在宅医療を示すカテゴリー 4 は計 22,710 件で、そのうち要介護 5 が 32% と最多であった。また、カテゴリー 4、3、2 の順で要介護度 (要介護 5 の割合) は高かった。他方で、在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリー 1 も計 62,214 件あり、その中では要介護 4 が 21.0% と最も多かった。

本研究の結果、重度者に対するカテゴリー 4、カテゴリー 3、2 の順で要介護度 (要介護 5 の割合) が高く、医療レセプトから定義された在宅患者の状態像と要介護度との関係性が示された。他方、在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリー 1 でも、要介護度 4 及び 5 の患者が少なからず存在していることが明らかになった。今後、各カテゴリーの医療及び介護保険サービス (居宅・通所・短期入所等) の提供状況についても調査する予定である。

## A. 研究目的

医療および介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携の推進に関わる分析を進めていくためには、介護レセプトから各月に有効な要介護度を同定して、様々な診療行為や介護サービスがどのような状態像（要介護度）の患者に提供されているかを評価することが重要になる。

そこで、本研究では訪問診療を受けていた75歳以上の患者を対象として、医科レセプトから分類された在宅医療の 카테고리を定義して、各カテゴリの要介護度を分析した。

## B. 研究方法

次に示す順に分析を進めた。

### B. 1. 奈良県 KDB 改良データの分析

本研究では、奈良県における医科レセプト（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）を用いて入院と外来エピソードを患者単位で結合させ、さらに患者単位で医療・介護レセプトを突合させた奈良県 KDB 改良データを分析した。

### B. 2. 要介護度テーブルの作成

奈良県 KDB 改良データ内に、介護レセプト（受給者台帳情報）から各月に有効な要介護度を選定し、医療及び介護レセプトの突合用 ID が割り付けられたテーブルを作成した。

### B. 3. 訪問診療を受けていた患者の抽出

奈良県 KDB データから、訪問診療が1回以上提供されていた75歳以上の患者レセプトを抽出した。

### B. 4. 医療レセプトから在宅医療における4つのカテゴリを定義

訪問診療に関する診療行為が提供されていたレセプトのうち、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等別表第八の二に相当するもの）、在宅がん医療総合診療料のいずれかが算定されているレセプト

をカテゴリ4（重度者）、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料の包括的支援加算が算定されているレセプトをカテゴリ3、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料が算定かつカテゴリ4又は3に該当しないレセプトをカテゴリ2、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料のいずれも算定されていないレセプトをカテゴリ1として定義した。（参考資料参照）

## B. 5. 要介護度分析

カテゴリ毎に、各月の要介護度の分布についてレセプト件数単位で集計した。

（倫理面への配慮）

本研究は奈良県立医科大学の倫理審査を受けて実施された。また、奈良県 KDB を用いた分析結果は、奈良県の公開審査を受けて承認された。

## C. 研究結果

2018年度から2020年度までの3年間で訪問診療に関する診療行為コードが含まれてレセプト件数は、計280,991件であった。全レセプト280,991件中、要介護2が全体の20%と最多であり、次いで要介護4が19.8%、要介護3が19.6%、要介護5が16.0%、要介護1が15.3%であった。

（表）

カテゴリ別の集計では、カテゴリ4（重度者への在宅医療）に分類された計22,710件では、要介護5が32%と最多であり、次いで要介護4が23.0%、要介護2が15.7%、要介護3が14.3%、要介護1が8.4%の順に多かった。カテゴリ3（包括的支援を必要とする在宅医療）は計134,561件あり、4つのカテゴリのうち最もレセプト件数が多かった。カテゴリ3の内訳としては、要介護2が23.8%と最多であった。カテゴリ2は計61,506件あり、このうち要介護1が28.4%と最多であった。また、カテゴリ1（在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理

料が算定されていない訪問診療)についても計62,214件あり、このうち要介護4が21.0%と最も多かった。

#### D. 考察

本研究の結果、重度者に対する在宅医療を示すカテゴリ4では要介護度(要介護5の割合)が最も高く、カテゴリ3、2と要介護度(要介護5の割合)が低くなる傾向が示された。他方で、在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリ1でも、要介護度4及び5の割合がカテゴリ3とほぼ同じ水準であった。

要介護度は身体機能、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活への適応、過去14日間に受けた特別な医療に関する評価項目に基づいて判定される。そのため、総合的な医学管理を必要とするカテゴリのうち、末期がんや難病、特別な医療処置が含まれるカテゴリ4、頻回の訪問看護等が要件に含まれるカテゴリ3、それ以外のカテゴリ2の順で要介護度(要介護5の割合)が高かったことは、医療保険を用いた重度者の評価と介護保険による患者の状態像(要介護度)との関係性が示唆された。他方で、カテゴリ4においても要介護が低い患者がいることや、診療報酬が高く設定されている在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料を算定せずに訪問診療が要介護者に対しても提供されているなど、医療保険と要介護度を組み合わせることで医療又は介護レセプトだけでは把握できなかった在宅医療の実態も明らかになった。

カテゴリ1の背景には、各管理料の必要要件である1)連携調整を担当する者の配置、2)在宅医療を担当する常勤医師、3)他の保健医療や福祉サービスとの連携調整、そして4)緊急時の協力体制、等の要件を満たしていない在宅医療提供体制、例えば日中の訪問診療のみを提供されている要介護者が少なからず存在していることが示唆された。

本研究の強みとしては、医療及び介護レセプト

データから患者単位、各月のレセプト単位で各月に有効な要介護度を同定することにより、医療レセプト上の診療行為や介護サービスに関する情報に、患者の状態像である要介護度を付与した分析を可能にしたことが挙げられる。今後、どのような状態(要介護度)の在宅患者が、どこ(在宅/施設)で、月にどれくらい(各診療行為/居宅・通所・短期入所サービス等の算定回数)の医療又は介護サービスを受けているかについて分析していく予定である。

#### E. 結論

本研究では、医療及び介護レセプト情報に月別に有効な要介護度を付与した分析を可能にした。その結果、カテゴリ4(重度者への在宅医療)、カテゴリ3、2の順で要介護度が高かった。他方で、総合的な医学管理に関する診療報酬が算定されていないカテゴリ1においても要介護度4及び5の在宅患者が少なからず存在していることも示唆された。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし



表. 各カテゴリーの要介護度（奈良県 KDB 改良データより 2018～2020 年度に訪問診療を受けていた 75 歳以上のレセプトを抽出し、レセプト件数単位で集計）

	Category 1		Category 2		Category 3		Category 4		Total	
	N=62,214		N=61,506		N=134,561		N=22,710		N=280,991	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>性別</b>										
女性	45,392	73.0%	45,425	73.9%	100,938	75.0%	13,240	58.3%	204,995	73.0%
<b>年齢</b>										
平均年齢 (SD)	88.2(6.0)		88.1(5.8)		88.5(5.9)		86.3(6.5)		88.2(6.0)	
75-79	5,840	9.4%	5,529	9.0%	10,662	7.9%	4,118	18.1%	26,149	9.3%
80-84	10,964	17.6%	10,637	17.3%	22,928	17.0%	5,025	22.1%	49,554	17.6%
85-89	18,875	30.3%	18,879	30.7%	40,641	30.2%	6,247	27.5%	84,642	30.1%
90-94	16,937	27.2%	18,595	30.2%	39,363	29.3%	4,837	21.3%	79,732	28.4%
95-99	8,203	13.2%	6,792	11.0%	17,783	13.2%	1,967	8.7%	34,745	12.4%
≥100	1,395	2.2%	1,074	1.7%	3,184	2.4%	516	2.3%	6,169	2.2%
<b>要介護度</b>										
要介護度なし	1,364	2.2%	2,144	3.5%	917	0.7%	493	2.2%	4,918	1.8%
要支援 1	1,639	2.6%	4,194	6.8%	1,780	1.3%	440	1.9%	8,053	2.9%
要支援 2	2,931	4.7%	7,215	11.7%	2,418	1.8%	540	2.4%	13,104	4.7%
要介護 1	7,739	12.4%	17,442	28.4%	15,851	11.8%	1,907	8.4%	42,939	15.3%
要介護 2	12,372	19.9%	8,136	13.2%	32,071	23.8%	3,576	15.7%	56,155	20.0%
要介護 3	12,585	20.2%	8,433	13.7%	30,899	23.0%	3,251	14.3%	55,168	19.6%
要介護 4	13,051	21.0%	8,142	13.2%	29,174	21.7%	5,231	23.0%	55,598	19.8%
要介護 5	10,533	16.9%	5,800	9.4%	21,451	15.9%	7,272	32.0%	45,056	16.0%

参考資料. カテゴリー分類の定義

#### カテゴリー 4.

##### 対応している診療行為

- ・ 在宅時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの）
- ・ 施設入居時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの）
- ・ 在宅がん医療総合診療料

##### （特掲診療料の施設基準等 別表第八の二）

以下に示す1の疾患に罹患している又は2の状態の患者に対して、カテゴリー2の要件を満たす定期的な訪問診療を行った場合

##### 1. 次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・ 末期の悪性腫瘍
- ・ スモン
- ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・ 後天性免疫不全症候群
- ・ 脊髄損傷
- ・ 真皮を越える褥瘡

##### 2. 次に掲げる状態の患者

- ・ 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- ・ 在宅血液透析を行っている状態
- ・ 在宅酸素療法を行っている状態
- ・ 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・ 在宅自己導尿を行っている状態
- ・ 在宅人工呼吸を行っている状態
- ・ 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・ 肺高血圧症であって、プロスタグランジン I2 製剤を投与されている状態
- ・ 気管切開を行っている状態
- ・ 気管カニューレを使用している状態
- ・ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

#### カテゴリー 3.

##### 対応している診療行為

- ・ 在宅時医学総合管理料 包括的支援加算（特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）
- ・ 施設入居時医学総合管理料 包括的支援加算（特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）

##### （特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）

以下のいずれかに該当する患者に対して、カテゴリー2の要件を満たす定期的な訪問診療を行った場合

- ・ 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態
- ・ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態

- ・ 頻回の訪問看護を受けている状態
- ・ 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- ・ 介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- ・ その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

## カテゴリー 2.

カテゴリー 4 又は 3 以外の患者に対して、以下の要件 1 から 4 を満たした在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（注 1）、それ以外の診療所、又は許可病床 200 床未満の病院が、通院が困難な患者（注 2）に対して計画的な医学管理のもとに月 1 回以上の定期的な訪問診療を行った場合

### 要件

1. 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
2. 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。
3. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
4. 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

注 1. 以下の施設基準を満たした場合、在宅療養支援診療所（①～⑥）又は在宅療養支援病院（①～⑧）には、その他の診療所又は病院が提供する計画的な医学管理よりも高い診療報酬が設定されている。

- ① 24 時間連絡を受ける体制の確保
- ② 24 時間の往診体制
- ③ 24 時間の訪問看護体制
- ④ 緊急時の入院体制
- ⑤ 連携する医療機関等への情報提供
- ⑥ 年に 1 回、看取り数等を報告している
- ⑦ 在宅療養支援病院の場合、許可病床 200 床未満（医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては 240 床未満）であること又は当該病院を中心とした半径 4 km 以内に診療所が存在しないこと
- ⑧ 在宅療養支援病院の場合、往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

注 2：以下に示す 1 の施設または 2 のサービスを受けている患者については、在宅での療養を行っている患者に対する計画的な医学的管理（在宅時医学総合管理料）とは別に、居住系施設の利用者への計画的な医学管理に対する診療報酬（施設入居時医学総合管理料）がある。

1. 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者
  - ・ 養護老人ホーム
  - ・ 軽費老人ホーム（軽費老人ホーム A 型に限る）
  - ・ 特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って 30 日以内の患者に限る）
  - ・ 有料老人ホーム
  - ・ サービス付き高齢者向け住宅
  - ・ 認知症対応型共同生活介護事業所

2. 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者<sup>†</sup>

- ・短期入所生活介護<sup>†</sup>
- ・介護予防短期入所生活介護

<sup>†</sup> サービス利用前 30 日以内に訪問診療を行った医療機関に限り、サービス利用開始後 30 日以内の患者に限る。なお、末期の悪性腫瘍患者については 30 日以内の制限はない。

**カテゴリー 1.**

カテゴリー 2, 3, 4 の要件に該当しない訪問診療を月 1 回以上行った場合

---

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための  
適な評価指標等の提案のための研究  
分 担 研 究 報 告 書 (令和4年度)

有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

- 研究分担者 柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学実践教育センター)  
研究分担者 大冢賀政昭 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)  
研究分担者 山口佳小里 (国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部)  
協力研究者 川越正平 (松戸市医師会会長、あおぞら診療所院長)  
協力研究者 中島朋子 (訪問看護事業協会常務理事、東久留米白十字訪問看護ステーション所長)  
協力研究者 大川潤一 (国立市健康福祉部長)  
協力研究者 葛原千恵子 (国立市地域包括ケア・健康づくり推進担当部長)  
協力研究者 金丸絵里 (武蔵野市健康福祉部地域支援課在宅医療・介護連携担当係長)  
協力研究者 武田輝也 (宮城県仙台保健福祉事務所、塩釜保健所地域保健福祉部高齢者支援班)

研究要旨

研究目的：平成 27 年に地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、地域の実情を踏まえた PDCA サイクルに沿った事業展開が推進されているが、自治体は評価項目（指標）の設定に困難を生じ、活用が進んでいない。本研究では、医療・介護突合レセプト及び国や自治体等が公開する既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」における PDCA サイクルの取り組みの評価指標例等のデータを抽出し、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに整理した。自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標を選定することを目的とした。

研究方法：自治体と専門職の有識者にグループインタビューを行い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進を評価する上で重要度の高い項目について検討した。インタビューに先立ち、説明会の実施、専門職の知見を整理してインタビューに臨むための事前インタビューにより、論点整理のフレームワークを用いてグループインタビューを実施した。

結論：自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に活用すべき重要度の高い指標について検討した結果、データを取り扱う上での留意点や、指標の定義を整理する必要性が明らかになった。医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するためには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。具体的には、指標の実用化に向け、指標を用いた試行評価を行い実際の状況と乖離があるかの確認や指標を使用する自治体が既存データから簡便に取り扱うことが出来るかといった活用の視点を踏まえた検討を重ねる必要があると考えられた。

## A. 研究目的

平成 27 年に地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられてから、連携体制構築や相談支援等に関する自治体による取り組みが進められてきた。近年では、地域の実情を踏まえた PDCA サイクルに沿った事業展開が推進されているが、協議会の設置等、連携体制は整いつつある一方で、PDCA を運用した事業展開は十分に行われていない。PDCA を運用するうえで重要な点の一つに、指標の設定が挙げられる。しかし、令和 2 年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査（令和 2 年度在宅医療・介護連携推進支援事業、富士通総研）結果では、施策を実施する際に、その効果を把握する評価項目（指標）の設定について、「未実施であり、特に検討していない」が、60.8%である。また、令和 3 年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況（令和 3 年度 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書、富士通総研）結果では、目指すべき姿の設定状況において、「4 つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載」が 14.4%、「4 つの場面で設定し、在宅医療・介護の関係者では共有しているが、介護保険事業計画では記載していない」が 13.2%、「4 つの場面で設定しているが、自治体内の共有に留まる」が 3.4%であり、4 つの場面で設定しているのは、31.0%にとどまっている。指標設定においては、定量的・定性的な地域の現状把握を基に、目標の設定、課題の抽出・対応策の検討を行い、指標を設定するというプロセスを要するが、多くの自治体において指標設定に困難を生じており、活用が進んでいない現状にある。

本研究では、まず医療・介護突合レセプト及び国や自治体等が公開する既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」における PDCA サイクルの取り組みの評価指標例等のデータを抽出し、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに整理した。次に、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標を選定するために、有識者を対象としたインタビュー調査を行った。

## B. 研究方法

有識者にグループインタビューを行い、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進を評価する上で重要度の高い項目について検討した。

対象者は、地域の実情に詳しい専門家として、自治体関係者と専門職とした。自治体関係者は、

地域医療計画を策定しているなど在宅医療・介護連携推進事業の先進的な取り組みを行っている自治体のうち、市町村規模を勘案して、3 市を選定し 4 名を対象者とした。専門職は、在宅医療介護連携に関する有識者として在宅医と訪問看護師の 2 名を対象者とした。

インタビューに先立ち、対象者への事前説明会と専門職への事前インタビューを行った。

### B. 1. インタビュー調査の事前説明会

事前説明会は、対象者の希望に合わせた日程で 2 日間設定し、1 回 1 時間、合計 2 回、オンラインにて実施した。対象者には事前に資料を送付した。提示した資料は、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」において「3. 4 つの場면을意識した PDCA サイクルの考え方と展開例」で 4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに示されている 2 つの表「PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）」、「PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）」を転記し、「地域包括ケア見える化システム」において示されている項目との対応関係を整理、そして研究班で検討する KDB 集計の難易度を表にまとめて、指標と共に指標カテゴリーを追加して示した。説明会では、研究事業の背景、目的、インタビュー調査の狙い、グループインタビューの流れ、本研究事業の最終的なイメージ、について説明した。参考資料として配布した資料の、4 つの場面ごとの指標一覧について、作成プロセスと 4 場面ごとの指標について説明した。インタビュー実施の際は、4 つの場面ごとの指標一覧の中で重要だと思ふ指標とその理由について、それぞれの立場から意見を求めたい、と協力の依頼をした。指標一覧やインタビューの主旨等の説明に対する質疑応答の中では、特に専門職より豊富な経験に基づく問題意識や意見が多かったことから、専門職の知見を事前に把握し、整理した上でインタビューに臨む必要があると考え、事前インタビューを実施することとした。

### B. 2. 専門職への事前インタビュー

対象者は、グループインタビューの協力者である在宅医と訪問看護師の 2 名である。対象者には、事前インタビューの目的、意義について説明し、同意を得たうえで都合の良い日程・方法で実施した。事前説明会で用いた参考資料である指標一覧を基に、在宅医はオンライン、訪問看護師は電話にて、それぞれ 1 時間行った。

内容は、メモを取り意味内容のまとめ毎に整理した。分析結果は、内容を対象者に確認し、了解を得てグループインタビューの配布資料とした。

### B. 3. 自治体と専門職の有識者グループインタビュー

在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標の選定と、指標を活用した評価の考え方を整理するため、対面にてグループインタビューを1回、2時間で実施した。「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」「日常の療養支援」の4場面ごとに、既存資料等を用いて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」におけるPDCAサイクルの取り組みの評価指標例等のデータを基に抽出・整理した指標一覧について、次の2つの視点で実施した。

- (1) 活用度の高い重要な指標とその理由、
- (2) 在宅医療介護連携を評価する上で、必要だが掲載されていない指標とその理由について、自治体、専門職の順に自由討論形式とした。事前インタビューにより整理された、論点のフレームワークは、事前の資料として対象者に配布・説明し、4場面ごとに、論点に沿ってインタビューを実施した。(表2、表3)

倫理面への配慮として、研究への協力は自由意志であることや負担の軽減に努めることなど説明し、同意を得た。国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### C. 1. 専門職への事前インタビュー結果

在宅医、訪問看護師に事前インタビューの分析結果から、4場面(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り)ごとに次の3つに論点が整理された。

- (1) 重要な指標を考える上で前提となる考え方
- (2) 重要と考えられる指標1：体制整備「PDCAサイクルに沿った取組の前提として把握するデータ(例)」、指標2：連携「PDCAサイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目(例)」
- (3) 指標を見るうえでの留意事項。これらのフレームワークを用いて整理した、在宅医と訪問看護師の事前インタビュー結果は、自治体有識者、専門職有識者へのインタビューの事前資料として活用するとともに、グループインタビューの結果のまとめにも活用した。

表1 事前インタビュー結果のフレームワーク

	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考える上で前提となる考え方				
重要と考えられる指標1 体制整備				
重要と考えられる指標2 連携				
留意事項				

### C. 2. 有識者グループインタビューの結果

自治体と専門職の有識者による4場面ごとの重要だと考える指標は、次のように示された。

「看取り」：体制整備の指標は、在宅療養支援診療所・病院数、訪問診療を実施している診療所・病院数、在宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数(死亡診断のみの場合を含む)、在宅死亡者数、の5項目、連携の指標は、看取り介護加算、ターミナルケア加算であった。そのほか、看取り加算など、指標にない3項目があげられた。

(表4)

「緊急時の対応」：体制整備の指標は、在宅療養支援診療所・病院数、訪問診療を実施している診療所・病院数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、緊急訪問看護加算、など8項目があげられた。掲載されていないが必要な指標として、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、訪問看護の夜間・早朝加算、短期入所生活介護の緊急利用数、の3項目があげられた。(表5)

「入退院支援」：体制整備の指標は、退院支援担当者を配置している診療所・病院数であった。連携の指標は、退院時共同指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、退院・退所時連携加算など6項目であった。必要だが掲載のない指標として、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、再入院がわかる指標、があげられた。(表6)

「日常の療養支援」：体制整備の指標は、看護小規模多機能型居宅介護事業所数、在宅療養支援診療所・病院数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、訪問診療の実績回数、など18項目全てであった。連携の指標は、居宅療養管理指導料(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)、看護体制強化加算、など7項目全てであった。必要だが掲載のない指標として、初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合、認知症対応型共同生活介護事業所数など、認知症にかかわる5項目があげられた。(表7)

### C. 3. 重要な指標を考える上で前提となる考え方(表8、表9)

「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」「日常の療養支援」に共通している訪問看護の特徴として、医療保険は請求データが把握できないため、

報酬に反映されない、といった算定上の問題があり、看護活動が可視化されるような指標が必要であること等が専門職より問題提起された。

自治体の意見では、「看取り」、「緊急時の対応」、「入退院支援」においては、住民の声を把握し、目指す姿を指標に取り入れる必要がある。「日常の療養支援」では、地域資源の充足状況など地域性を踏まえて見る必要性などがあげられた。

#### C. 4. 指標を見るうえでの留意事項 (表 10)

指標の取扱いにおいては、算定要件や定義の解釈など留意点があげられた。「看取り」、「緊急時の対応」においては、届け出と実態の乖離、「入退院支援」は、医療保険のみで介護報酬での加算設定がないこと、「日常の療養支援」では、訪問診療における、歯科診療・薬剤指導は居住系・入所系の種類別に把握する必要性、居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）においても、専門職ごとに分けて算定状況を見る必要性など、「算定回数」と「レセプト件数」のどちらを取り扱うか否か整理する必要性が示された。ターミナルケア加算は在宅・施設別の加算があることや、自宅死には孤独死やグループホームでの死亡も含まれることなど、定義の確認や整理が必要なども留意事項としてあげられた。

#### D. 考察

有識者インタビューにより、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標について、自治体の有識者、専門職の有識者、よりそれぞれ示された。あわせて、重要な指標を考える上でのこれらは、「厚生労働省老健局老人保健課 令和2年度在宅医療介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議 (令和2年9月13日) 在宅医療・介護連携推進事業について」示されている指標と一致する項目が多かったが、KDB での集計が不可・要検討の指標もあり、既存データの活用における難易度について、自治体が容易に活用できるか否か、実用可能性について精査する必要がある。

また、「看取り」や「緊急時の対応」では、自宅死の解釈、ターミナルケア加算の解釈、在宅にどこまで含めるか、数でみるか割合で見ると、など指標の定義を整理する必要性も指摘されている。診療報酬・介護報酬における加算のうち、体制加算は届け出のみのため、必ずしも活動実態を反映しているとは言えず、在宅医療・介護連携推進に資する評価となりうるか否か、報酬算定上の定義と指標の解釈について検討する必要がある。

そして、重要な指標を考える上での考え方、指標を見る上での留意事項の課題として、訪問看護

の医療保険での提供が紙ベースでの請求している現状においては、医療ニーズの高い疾患や状態像における看護活動が反映されない、といった問題がある。

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」で示されている4場面ごとの指標を検討するとき、医療ニーズの高い、「看取り」「緊急時の対応」「入退院支援」の場面においては、既存データには反映されない、訪問看護による活動や支援の実態をモニタリング・評価する方法についても工夫や検討が必要である。これから高齢化が加速し、緊急時や看取りのニーズが高まる中、地域の提供体制や社会資源の充足度、ACP など住民の理解や価値観も大きく影響する。「日常の療養支援」を把握する指標を検討する上では、前提条件として、地域性を踏まえた上で、指標を取り扱う必要がある。

自治体が、4つの場面で在宅医療・介護連携推進事業を実施する際の効果を把握する評価項目を設定し、実行できるようになるためには、指標をさらに絞り込み、地域の実情を反映するための方策をモデルとして提示することも検討する必要があると考える。

自治体の取り組みを促進するための重要度の高い指標の選定には更なる検証を重ねる必要があると考えられた。

#### E. 結論

自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に活用すべき重要度の高い指標について検討した結果、重要な指標を扱う際には、場所別や専門職別など、データを取り扱う上での留意点や、指標の定義を整理する必要性が明らかになった。

医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適切な評価指標を設定するには、診療報酬・介護報酬上の算定要件も踏まえ、重要な指標についての引き続きの精査が必要であると考えられた。

具体的には、指標の実用化に向け、指標を用いた試行評価を行い実際の状況と乖離があるかの確認や指標を使用する自治体が既存データから簡便に取り扱うことが出来るかといった活用の視点を踏まえた検討を重ねる必要があると考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表



なし

2. 学会発表

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表2 専門職への事前インタビュー\_在宅医（有識者インタビュー\_ビデオ参考資料）

有識者グループインタビュー参考資料（在宅医） 追加：指標にないが、必要な項目	【令和4年度厚生労働科学研究費補助金】 医療および介護シニアデータ分析による在宅医療・介護連 携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究 有識者ワーキンググループ（R5.1.31） 参考資料2
看取り	日常の療養支援
緊急時の対応	入退院支援
看取り	入退院支援
<p>・看取り数（死亡診断の場合を含む）</p> <p>・在宅ターミナルケアを受けた患者数</p> <p><b>重要と考えられる指標1</b></p> <p><b>体制整備</b></p>	<p>・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数</p> <p>・退院支援担当者配置している診療所・病院数</p> <p>・退院支援を実施している診療所・病院数</p> <p>・介護支援連携指導を実施している診療所・病院数</p> <p>・（地密）地域密着型介護老人福祉施設数</p> <p>・（地密）認知症共同生活介護</p> <p>・（地密）小規模多機能型居宅介護事業所数</p> <p>・（地密）看護小規模多機能型居宅介護事業所数</p> <p>・介護サービスの利用状況（施設在宅バランス）</p>
<p>・ターミナルケア加算（診療報酬）</p> <p>・看取り加算（診療報酬）</p> <p>・看取り介護加算（診療報酬）</p> <p>・ターミナルケア加算（診療報酬） <b>追加</b></p> <p><b>重要と考えられる指標2</b></p> <p><b>連携</b></p>	<p>・診療情報提供料（診療報酬）</p> <p>・入院時情報連携加算（介護報酬）</p> <p>・介護支援連携指導（診療報酬）</p> <p>・退院時共同指導料（診療報酬）</p> <p>・退院前訪問指導料（診療報酬）</p> <p>・退院・退所加算（介護報酬）</p> <p>・退院・退所時連携加算（介護報酬）</p>
<p>・医療と介護（診療報酬と介護報酬）の両面からプロセスを把握することが重要ではないか。</p> <p><b>（他の分野も共通）</b></p> <p>・現在の看取りや在宅死のデータは、定義を踏まえた留意が必要。</p> <p><b>重要な指標を考える上で前提となる考え方</b></p>	<p>・診療所・病院に加え、介護事業所のストラクチャー項目が数多くあるが、在宅限界点を高めるための介護サービスの基盤整備を戦略的にできているかが重要になる。そのような内容がわかるような指標の読み方や新たな指標が必要。</p>
<p>・「在宅療養支援診療所・病院数」や「訪問診療を実施している診療所・病院数」はストラクチャーとして基本的なデータとなるが、届け出ペースでは実態との乖離があることがあり、ある程度の実績がある診療所・病院を把握するところが必要ではないか。<b>（他の事業所数も同様）</b></p> <p><b>留意事項</b></p>	<p>・ストラクチャーの項目は他の分野と共通となる。</p> <p>・ストラクチャーの項目は他の分野と共通となる。</p> <p>・居宅療養管理指導料は、専門職ごとの算定状況を見る必要がある。</p> <p>・リハビリテーションマネジメント加算は先進的な取り組みを実施しているかの評価となる。</p> <p>・訪問診療（歯科診療、薬剤指導）は居宅分を切り出す必要がある。（居住系、入所施設への実績も多いため）</p>

表 3 専門職への事前インタビュー\_訪問看護師 (有識者インタビュー\_参考資料)

有識者インタビュー参考資料 (訪問看護師)	有識者インタビュー_参考資料 2
<p>追加：指標にないが、必要な項目</p> <p><b>看取り</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア加算は、入院したとしても、最後の訪問から24時間以内であれば算定されるが、24時間を過ぎると請求できない。</li> <li>・介護報酬でターミナルケア加算を算定しているも、終末期の最期は医療保険に移行することが多いため、診療報酬でも見ることがある。</li> </ul> <p><b>重要な指標を考える上で前提となる考え方</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生局に年1回 (7月) 提出する医療保険の届出の資料では、年間のターミナルケア患者数を報告している。医療と介護の両方を出している。在宅は自宅とGH、施設など分けて出している。</li> <li>・ACPは訪問看護が中心となって多職種連携のマネジメントを行っている。訪問看護師が医療機関や医師を動かしている。活動が可視化できるような指標が必要。</li> </ul>	<p>【令和4年度厚生労働科学研究費補助金】 医療および介護シニアデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究</p> <p>有識者アンケートグループ (R5.1.31) 参考資料 2</p>
<p><b>急変時の対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の場合、緊急時の対応としても反映されない実態がある。訪問看護の緊急時は、5割弱が夜間早朝に対応しているが、夜間・早朝に訪問しても1回目は算定できず月の2回目以降にしか加算がつかないため、提供実態とずれる。</li> <li>・訪問看護は予測しきれないため、夜間・早朝加算が多いことは、必ずしも訪問看護の質が高いとは言えない。夜間・早朝に状態が悪化することのないように日中しっかりとセサメントして時間外の対応を回避することもある。在宅は自宅とGH、施設など分けて出している。</li> <li>・ACPは訪問看護が中心となって多職種連携のマネジメントを行っている。訪問看護師が医療機関や医師を動かしている。活動が可視化できるような指標が必要。</li> </ul>	<p><b>入退院支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「入院時情報連携加算」はケアマネしか算定できず、訪問看護から病院に情報提供しても報酬がないため、実態が反映されない。</li> <li>・退院後直後の2週間の訪問看護は医療保険で対応することが多いため、実態が反映されない。退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の限界点が引き上げられ、再入院が回避される。</li> </ul>
<p><b>日常の療養支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算・緊急時訪問看護加算は、緊急訪問がない場合や電話対応だとしても、病状安定や安心につながっている。</li> <li>・がん末期で医療依存度の高い場合は、日常の支援を行っているが、医療保険のため実態が反映されない。→厚生局に提出している、別表7、別表8の1年間と直近の月の利用者数で把握することが可能。</li> </ul>	<p><b>入退院支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護情報提供療養費3 (診療報酬)</li> <li>・退院時共同指導加算 (診療報酬)</li> <li>・退院時共同指導加算 (介護報酬) <b>追加</b></li> </ul>
<p><b>重要と考えられる指標 1</b> 体制整備</p>	<p>・緊急訪問看護加算 (診療報酬)</p> <p>・緊急時訪問看護加算 (介護報酬)</p> <p>・特別管理加算 (診療報酬、介護報酬) <b>追加</b></p>
<p><b>重要と考えられる指標 2</b> 連携</p>	<p>※緊急訪問看護加算 (診療報酬)、緊急時訪問看護加算 (介護報酬) は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</p> <p>※機能強化型訪問看護管理療養費を算定している事業所は、5%未満で1万5千が所のうち702か所しかない。(厚生局に提出)</p>
<p><b>留意事項</b></p>	<p>※訪問看護情報提供療養費3は、かかりつけ医を通して病院に「入院時の情報提供」した場合、一定の条件で算定可能。</p>

表 4 重要だと考える指標「看取り」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計			専門職	自治体	指標
			見える化有無	在宅医療での設定	集計			
体制	看取りにかかわる医療機関の状況	診療	KDB集計可		○	△		在宅療養支援診療所・病院数
			KDB集計可	○	○	△		訪問診療を実施している診療所・病院数
			KDB集計可	○	○	●		在宅ターミナルケアを受けた患者数
			KDB集計可	○	○	●	●	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)
	要検討	○	○	△		在宅死亡者数		
連携	看取りにかかわる介護報酬上の加算の算定実績	診療	介護	KDB集計可	○			配置医師緊急時対応加算
			介護	KDB集計可	○	●		看取り介護加算
			介護	KDB集計可	○	●	●	ターミナルケア加算
			診療			●		看取り加算
					●		特定行為研修を修了した看護師の数	
						●	どこで亡くなりたいか	

表 5 重要だと考える指標「急変時の対応」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計			専門職	自治体	指標
			見える化有無	在宅医療での設定	集計			
体制の整備	急変時の対応可能な医療機関/訪問看護の状況	診療	KDB集計可		○		●	在宅療養支援診療所・病院数
			KDB集計可	○	○		●	訪問診療を実施している診療所・病院数
			KDB集計可	○	○		●	往診を実施している診療所・病院数
			集計不可		○	●	●	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数
連携	急変時の対応にかかわる診療報酬上の加算の実績	診療	要検討				●	機能強化型訪問看護管理療養費
			要検討			●		緊急訪問看護加算
			介護	KDB集計可	○		●	緊急時訪問介護加算
			介護	要検討	○		●	緊急時訪問看護加算
追加	診療・介護	診療	介護	KDB集計可	○		●	緊急時等居宅カンファレンス加算
			診療			●		在宅患者緊急時等カンファレンス加算
			診療・介護			●		訪問看護の夜間・早朝加算
					●		短期入所生活介護の緊急利用数	

表 6 重要だと考える指標「入退院支援」

体制	指標カテゴリ	報酬	KDBによる集計			専門職	自治体	指標	
			見える化有無	在宅医療での設定	集計				
体制	入退院支援を実施する医療機関の状況	診療	集計不可		○		●	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	
連携	入退院支援にかかわる診療・介護報酬上の加算の算定実績	診療	KDB集計可	○		●		介護支援連携指導料	
			KDB集計可	○		●	●	退院時共同指導料	
			KDB集計可			●		退院前訪問指導料	
			KDB集計可			●		診療情報提供料	
			介護	KDB集計可	○		●	●	入院時情報連携加算
			介護	KDB集計可	○		●	●	退院・退所加算
			介護	KDB集計可				●	退院・退所時連携加算
追加	介護	診療				●		退院時共同指導加算 追加	
						●		退院支援指導加算 追加	
						●		再入院率、数？ 追加	

表 7 重要と考える指標「日常の療養支援」

	指標カテゴリ	専門職	自治体	指標
体制の整備	介護サービス事業所	●		地域密着型介護老人福祉施設数
			●	訪問介護の事業所数
		●		看護小規模多機能型居宅介護事業所数
		●		小規模多機能型居宅介護事業所数
		●		認知症対応型共同生活介護事業所
	在宅医療機関		●	在宅療養支援診療所・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
	訪問看護事業所	●	●	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数
	歯科医療機関	●		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数
	薬局		●	訪問薬剤指導を実施する薬局数
			●	訪問薬剤指導を実施する診療所・病院
	認知症関連機関、専門職	●	●	認知症初期集中支援チーム数
		●		訪問診療の実績回数
●			訪問歯科診療の実績回数	
●			訪問薬剤指導の実績回数	
訪問看護の実績	●		訪問看護(医療・介護)の実績回数	
在宅介護の実績	●		介護サービスの利用状況(施設在宅バランス)	
連携	訪問看護との連携体制	●		機能強化型訪問看護管理療養費
		●		緊急訪問看護加算
	専門職との連携実績	●	●	居宅療養管理指導料(医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)
	居宅介護支援事業所の体制		●	特定事業所加算
	医療・訪問看護との連携体制	●		看護体制強化加算
		●		緊急時訪問看護加算
	リハビリにかかわる連携	●		リハビリテーションマネジメント加算(II 以上)
追加	認知症にかかわる連携	●		初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合
		●		特別管理加算
		●		定期巡回・随時対応型訪問介護看護の算定回数
		●		サービス付き高齢者住宅数
		●		認知症対応型共同生活介護事業所数
	●		機能強化型訪問看護ステーション数	

表 8 重要な指標を考える上で前提となる考え方【専門職】

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<p>●活動が可視化できるような指標が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護のプロセスが見える化されない。</li> <li>・医療保険での保険請求はデータ把握できない</li> <li>・多機能化している訪問看護の質的評価がない。</li> </ul> <p>(例) ・終末期の多くは、看取りの時期は医療保険に移行する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・グリーンケアや症状緩和の加算がない。ACPは訪問看護が中心にマネジメントしているが、評価されない</li> </ul> <p>注！数値とサービスの質は必ずしも一致しない</p>	<p>●サービス提供実態の質的評価がされない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応をしても反映できない算定上のルール。</li> </ul> <p>(例) 緊急時の約半数は夜間・早朝対応だが、ルール上1回目の訪問は請求できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・体制加算は提供実態と必ずしも一致しない</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外の急変、状態悪化を防ぐための良質のケアが報酬評価されない</li> </ul> <p>注！体制加算だけでは実態把握できない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院に情報提供しても算定できない、介護報酬の要件</li> <li>・退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の限界点が引き上げられ、再入院が回避される。</li> <li>・入院しても望む場所に帰るためには、ACPの共有が大切。在宅でのACPを病院に伝えても介護では加算評価がない。</li> <li>・退院支援の実態をケアマネごと個別に評価する必要性</li> <li>・連携実践と市の方針と合致していることの確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加算評価につながらない療養支援</li> </ul> <p>(例) 緊急訪問せずに電話や相談対応での病状安定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療ニーズの高い介護保険対応者への日常の支援は医療保険での算定のためデータで見れない</li> <li>・認知症の方への早期対応やデイサービスにつなぐことで在宅の限界点が引き上げられる。</li> </ul> <p>地域性や社会資源不足への柔軟な訪問看護の対応で療養生活が支えられる。質の高い看護で、療養生活が継続できる。</p>

表 9 重要な指標を考える上で前提となる考え方【自治体】

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような姿を目指す？=住民の声を反映「どこで亡くなりたいか」</li> </ul> <p>「最期まで自宅で」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りに必要な社会資源</li> </ul> <p>目指す姿と資源のミスマッチが起きないように！</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の生活がどうだったかアウトカムを出すには</li> </ul> <p>目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事</p> <p>注！データと実態の乖離在宅死は自宅だけではない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市民の意識をどのように把握し指標にするか、やりとりの仕方重大</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変の捉え方の確認、対話の必要性</li> <li>・24時間体制による安心</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支え手は医療サービスだけでない。体調不良時に、訪問・通所・入所系サービス提供、専門職がいることで体調変化に対応可能</li> </ul> <p>注！届け出と実態の乖離</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院しても、本人が望む場所に戻れることが大事</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者が地域の事業所を評価。保険者の考え方と合致するか</li> <li>・保険者も評価される側</li> <li>・関係者間でイメージの共有</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院と在宅の双方向の連携効果。連携加算は必要</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援担当者の専任・専従</li> <li>・活動実績の算定を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の排泄ケアや認知症の人を支えることで在宅の限界点が上がる</li> <li>・認知症対応のサービス、訪問系の介護サービス指標として認知症初期集中支援チームが重要</li> <li>・地域資源の充足状況、地域性を踏まえた指標</li> </ul> <p>(例) 医療資源不足、遠距離移動に対する効率化を考慮したサービス提供（サ高住、有料ホームなど）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のサービス事業所不足に対し、所在地ではなく市内住民に対するサービス提供を市単業で評価</li> </ul>

表 10 指標を見るうえでの留意事項

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような姿を目指す？=住民の声を反映「どこで亡くなりたいか」</li> </ul> <p>「最期まで自宅で」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りに必要な社会資源</li> </ul> <p>目指す姿と資源のミスマッチが起きないように！</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の生活がどうだったかアウトカムを出すには</li> </ul> <p>目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事</p> <p>注！データと実態の乖離在宅死は自宅だけではない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市民の意識をどのように把握し指標にするか、やりとりの仕方重大</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変の捉え方の確認、対話の必要性</li> <li>・24時間体制による安心</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支え手は医療サービスだけでない。体調不良時に、訪問・通所・入所系サービス提供、専門職がいることで体調変化に対応可能</li> </ul> <p>注！届け出と実態の乖離</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院しても、本人が望む場所に戻れることが大事</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者が地域の事業所を評価。保険者の考え方と合致するか</li> <li>・保険者も評価される側</li> <li>・関係者間でイメージの共有</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院と在宅の双方向の連携効果。連携加算は必要</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援担当者の専任・専従</li> <li>・活動実績の算定を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の排泄ケアや認知症の人を支えることで在宅の限界点が上がる</li> <li>・認知症対応のサービス、訪問系の介護サービス指標として認知症初期集中支援チームが重要</li> <li>・地域資源の充足状況、地域性を踏まえた指標</li> </ul> <p>(例) 医療資源不足、遠距離移動に対する効率化を考慮したサービス提供（サ高住、有料ホームなど）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のサービス事業所不足に対し、所在地ではなく市内住民に対するサービス提供を市単業で評価</li> </ul>

参考資料 1 有識者インタビュー結果（専門職：在宅医、訪問看護師）

有識者インタビュー結果（専門職：在宅医、訪問看護）		追加：指標にないが、必要な項目		
	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考 える上で前提となる 考え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療と介護（診療報酬と介護報酬）の両面からプロセスを把握することが重要。（他の分野も共通）</li> <li>・ 現行の看取りや在宅死のデータは、定義を踏まえた旨意が必要。</li> <li>・ 現状と住民の意向を把握し、ギャップがあるならどう埋めるか。そのために指標を使うのかという整理は良い。</li> <li>●活動が可視化できるような指標が必要</li> <li>・ 訪問看護（医療保険）は紙ベースでの請求のための、看護のプロセスが見える化されない。</li> <li>・ 多機能化している訪問看護の質的評価ができない。</li> <li>（例）終末期の看取り段階では、介護保険から医療保険に移行することが多い。</li> <li>・ グリーフケアや症状緩和の加算がないため、濃厚なケアや良質なサービス提供をしても評価されない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急対応の内容を「救急搬送」、「時間外加算・休日加算・深夜」対応などから総合的に判断することが必要。ただし、地域資源の状況も考慮する必要がある。</li> <li>・ 緊急時対応は時間を問わず必要なことから、昼間と夜で異なるのは対応に疑問を感じる。</li> <li>・ 急変しない患者の機間は、1つの項目のみでの評価では不十分。</li> <li>・ まずは重点的に把握していくのが第一段階で、質は次の段階。</li> <li>・ 看多機のショートステイ（泊まり）は、状態変化が分かりやすいので整備するだけでも評価できる。実行したらのりかは次の段階。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入退院支援に係わる項目の中でも、医師の関わる連携が実施されているか（「退院時共同指導料」等）が重要。</li> <li>・ 「退院前訪問指導料」などは病院の在宅へのフォローアップの目安になる。</li> <li>・ 「入院時情報連携加算」はケアマネしか算定できず、訪問看護から病院に情報提供しても報酬がないため、実態が反映されない。</li> <li>・ 退院後直後の2週間の訪問看護は医療保険で対応することが多いため、実態が反映されない。</li> <li>・ 退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の境界点が引き上げられ、再入院が回避される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所・病院に加え、介護事業所のストラクチャー項目が数多くあるが、在宅境界点を高めるための介護サービスの基礎整備を戦略的にできているかわかるような指標と指標の読み方が必要。</li> <li>・ 資源量を高めるのも一つ、社会資源の量的整備を高めることも大切。</li> <li>・ 算定実績でみれば住民の実績になるので、うまく組み合わせるのだろう。</li> <li>・ 保険者の考え方や地域事情があるが、居宅、居住系、施設において、訪問サービスがあることで望みは自宅を選べる。次に居住系も次に選べる。</li> <li>・ 登録患者数、かかわっている専門職の数・機関数の3つの数字でみている。資源やサービスの差以外のこともあっても良いのかもしれない。</li> <li>・ 他機関間の連携をみられる指標（ICT等）。</li> <li>・ 質を高める観点から、研修の実施状況の指標。</li> <li>・ 認知症初期集中支援チームは地域によって定義が異なるため、意味あるものを設定して欲しい。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遺族会のサポートをしたり、訪問看護が多機能化している。</li> <li>・ ACPは、訪問看護が中心となり医療機関や医師を含む多職種連携のマネジメントを行っている。</li> <li>・ 「特定行為研修を修了した看護師」の評価など質の高い看護の評価指標が必要。</li> <li>・ くるまでの本人の発言や家族のその後の発言の記録などがアウトカムになるのでは。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●実態を質的評価する</li> <li>・ 夜間・早朝加算が多いことは、必ずしも訪問看護の質が高いとは言えない。夜間・早朝に状態が悪化しないよう、予測に基づくアセスメントで時間外の状態悪化を回避できるよう、質が高い看護を提供している。アセスメント力が弱い訪問看護ステーションは夜間・早朝の状態悪化を回避できずに訪問していることもある。</li> <li>・ 一人暮らし・認知症では医療機関での受け入れの問題が生じるため、必要ときに医療が受けられることも大切</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院支援担当者配置している診療所・病院数</li> <li>・ 訪問歯科診療の実績回数</li> <li>・ 退院支援を実施している診療所・病院数</li> <li>・ 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数</li> <li>・ 退院時共同指導を実施している診療所・病院数</li> <li>・ 退院時訪問指導を実施している診療所・病院数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急訪問看護加算・緊急時訪問看護加算は、緊急訪問がない場合や電話対応としても、病状安定や安心につながっている。</li> <li>・ がん末期で医療依存度の高い場合は、日常の支援を行っているが、医療保険のための実態が反映されない。→厚生局に提出している、別表7、別表8の1年間と直近の月の利用者数で把握することが可能</li> <li>・ 在宅境界点を高める「認知症初期集中支援」訪問看護</li> <li>（例）一人暮らしの認知症、近所トラブルがある場合も、認知症初期集中支援の看護で生活を整える</li> <li>・ デイサービスに行けない人も訪問看護から対応を始める</li> <li>・ 地域性を考慮した評価</li> <li>・ 特定行為研修を修了した看護師が活躍することで、北海道や山間部では越冬できる事例。</li> </ul>
重要と考えられる 指標 1 体制整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）</li> <li>・ 在宅ターミナルケアを受けた患者数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数</li> <li>・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所数 追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療情報提供料（診療報酬）</li> <li>①入院時情報連携加算（介護報酬）</li> <li>・ 介護支援連携指導（診療報酬）</li> <li>②退院時共同指導料（診療報酬）</li> <li>③退院前訪問指導料（診療報酬）</li> <li>・ 退院・退所加算（介護報酬）</li> <li>・ 退院・退所時連携加算（介護報酬）</li> <li>・ 訪問看護情報提供療養費3（診療報酬）</li> <li>・ 退院支援指導加算（診療報酬）追加</li> <li>・ 退院時共同指導加算（診療報酬・介護報酬）追加</li> <li>○再入院率、数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療を実施している診療所・病院数</li> <li>・ 訪問歯科診療の実績回数</li> <li>・ 訪問薬剤指導の実績回数</li> <li>・ サービス付き高齢者住宅</li> <li>・ （地密）地域在宅型介護老人福祉施設数</li> <li>・ （地密）認知症対応型共同生活介護事業所数</li> <li>・ （地密）小規模多機能型居宅介護事業所数</li> <li>・ （地密）看護小規模多機能型居宅介護事業所数</li> <li>・ 介護サービスの利用状況（施設在宅バランス）</li> <li>・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の算定回数</li> <li>・ 機能強化型訪問看護ステーション数（診療報酬、全国で702か所のみ）</li> <li>・ 認知症初期集中支援チーム数</li> </ul>
重要と考えられる 指標 2 連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取り加算（診療報酬）</li> <li>・ 看取り介護加算（診療報酬）</li> <li>・ ターミナルケア加算（診療報酬）</li> <li>・ ターミナルケア加算（診療報酬）追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護の夜間・早朝加算（診療・介護報酬）</li> <li>・ 緊急訪問看護加算（診療報酬）</li> <li>・ 緊急時訪問看護加算（介護報酬）</li> <li>・ 緊急時訪問介護加算（介護報酬）</li> <li>・ 緊急時カンファレンス料（介護報酬）</li> <li>・ 機能強化型訪問看護管理療養費（診療報酬）</li> <li>・ 訪問看護の夜間・早朝加算（診療報酬・介護報酬）</li> <li>・ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算（診療報酬）追加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療情報提供料（診療報酬）</li> <li>①入院時情報連携加算（介護報酬）</li> <li>・ 介護支援連携指導（診療報酬）</li> <li>②退院時共同指導料（診療報酬）</li> <li>③退院前訪問指導料（診療報酬）</li> <li>・ 退院・退所加算（介護報酬）</li> <li>・ 退院・退所時連携加算（介護報酬）</li> <li>・ 訪問看護情報提供療養費3（診療報酬）</li> <li>・ 退院支援指導加算（診療報酬）追加</li> <li>・ 退院時共同指導加算（診療報酬・介護報酬）追加</li> <li>○再入院率、数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）介護報酬</li> <li>・ リハビリテーションマネジメント加算（II以上）（介護報酬）</li> <li>・ 緊急訪問看護加算（診療報酬）</li> <li>・ 緊急時訪問看護加算（介護報酬）</li> <li>・ 特別管理加算（診療報酬、介護報酬）追加</li> <li>・ 訪問看護（医療・介護）の実績回数</li> </ul>
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「在宅療養支援診療所・病院数」「訪問診療を実施している診療所・病院数」はストラクチャーとして基本的データとなるが、層分けベースでは実態との乖離があることがあり、実績がある診療所・病院を把握する必要がある。（他の事業所数も同様）</li> <li>・ アウトカムからストラクチャーが整理は必要</li> <li>・ 自宅死には孤独死やGHでの死亡も含まれるため、純粋な在宅ではないことに留意。</li> <li>・ ターミナルケア加算は、層場所によっても算定の仕方が異なる。（加算1：在宅、加算2：施設）。入院したとしても最長の訪問から24時間以内であれば算定できるが、24時間を超えてもできない。厚生局に年1回（7月）提出する医療保険の届出の資料では、年間のターミナルケア患者数（医療と介護）を報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストラクチャーの項目は他の分野と共通。</li> <li>・ 24時間の訪問看護ステーションは層出ベース。算定量など、本当の活動と近いかは具体的な地域でみるとわかるのではない。</li> <li>・ 緊急ショートステイが入れるなら病院以外で受け止められるため、地域の対応力になるかもしれない→<u>認知症初期集中支援の緊急利用数（報酬上の位置づけはない）</u></li> <li>※緊急時訪問看護加算は、提供実態が反映されていない（緊急時の5割弱は、夜間早朝の対応だが、月の2回目以降にはしか加算請求できない）。</li> <li>※緊急訪問看護加算（診療報酬）、緊急時訪問看護加算（介護報酬）は体制加算のため、実際の対応状況が見えない。（※緊急時の訪問実績の有無にかかわらず月1回算定）</li> <li>※届出をしても24時間の対応をしていないところもある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストラクチャーの項目は他の分野と共通。</li> <li>・ どの指標を使うかは検討が必要。（医師が関わっているなど一定の水準）</li> <li>・ 数の把握して指標にするのと率にする2の方法がある。率の方が内容を示す可能性があるか。その延長線上に再入院率があって、プロセスになるのでは。</li> <li>※訪問看護情報提供療養費3は、かかりつけ医を通して病院に「入院時の情報提供」した場合、一定の条件で算定可能。</li> <li>・ 入院しても望む場所にいるためには、在宅でのACPをどう病院に伝えるか難関だが、介護は加算がない（診療報酬では一部ある）提供率で出せると良い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅療養管理指導料は、専門職ごとの算定状況を見る必要がある。</li> <li>・ リハビリテーションマネジメント加算は先進的な取り組みを実施しているかの評価となる。</li> <li>・ 訪問診療（歯科診療、薬剤指導）は層宅分を切り出す必要がある。（居住系、入所施設への実績も多くあるため）</li> <li>※緊急訪問看護加算（診療報酬）、緊急時訪問看護加算（介護報酬）は、体制加算のため、緊急訪問の実績有無にかかわらず算定。</li> <li>※機能強化型訪問看護管理療養費を算定している事業所は、5%未満で1万5千か所のうち702か所しかない。（厚生局に提出）</li> <li>・ 訪問看護のない市町村は26%、看多機は全国で897事業所。</li> <li>・ 認知症看護認定看護師の配置による認知症ケア加算1など、認定看護師の評価</li> </ul>

参考資料2 有識者インタビュー結果（自治体）

自治体（国立市、宮城県塩釜市、武蔵野市）				
	看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
重要な指標を考えた上で前提となる考え方	<p><b>A市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どういう姿を目指すのかを考えながら、さかのぼって市の医療計画を作成した。死亡したい場所について、住民アンケートの結果、6割が自宅であったことを前提に、本人が望む場所で最期まで可能か。それを目指すなかで、介護がどう機能するか、事業所数はあげられるが、中身がうまく評価できない。看取りは4場面の全部に共通して関係する。</li> <li>・本人の生活がどうだったかがアウトカムとして出せる指標があるとよいが難しい。</li> <li>・自宅死=本当の自宅での死亡なのか。</li> <li>・評価内容に該当する指標が何か整理されるとよい</li> </ul>	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療の関係づくりは市民のため。市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。</li> <li>・在宅を支えるうえで急変に注意しないこと望まない医療になったことはある。</li> <li>・救急車を呼ぶ・呼ばないという話を市民をしないとイケない。</li> <li>・在宅と連携とれたか消防に話を聞いた。</li> <li>・急変をどう捉えるか。救急車を呼ぶ・呼ばないは、救急対応することで元の生活に戻るイメージが持てるか。</li> <li>国立市 市民の意識をどのように把握し指標にするか、市民とどのようにやりとりするかが入った方がよいのではないか。全国レベルの指標ではそこまで及ばないのではないが業態と全国的に使えらる指標を考えたときのバランスが難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院すると戻ってこれないということもあるので、本人が望む場所に戻れること</li> <li>・入院中カンファレンスは、退院前の病院との連携の指標となる。本人が退院後の生活をイメージできる</li> <li>・保険者が地域の事業所をみるということ</li> <li>で、ケアマネごとに入退院支援をやっている</li> <li>・やっていないのはみるのはどうか。それを見ている保険者を評価するのはどうか。</li> <li>・害害ならやりやすいが全般的にはこうだと言い切れない部分はある。そこを見ていくことで、市の考え方と合致していると有効なのではないかと感じる（大川部長）</li> </ul>	<p>A認知症の人が増えていくので、どう支えていくかを見るのがいまは初期集中くらいかチーム数とか？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医を持つことを推進しているが、かかりつけ医の定義がない。総合診療ができるのならそのような指標になるのかもしれないが、かかりつけ医を持ちましようと言及発表しているが、どれとどれを組み合わせると評価できるのかと思っている。</li> <li>・かかりつけ医はいるが、自宅に行くことができない場合、患者は、訪問診療・往診をやっている別の医療機関について状態が改善してかかりつけに戻るケースがある。診療連携だが、それを見れる指標はあるのだろうか。目に見えようにするには、そのような指標があればと思った。</li> <li>・認知症初期支援チームで対応できる。Aさんを見るために、医師・薬剤師・ケアマネ・・・参加する人たちが増えれば色々なBさんやCさんが出てきても対応できるのではないかと。認知症初期支援チーム提供側の参加状況（チームでみる体制）を指標にしている</li> </ul>
	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事。スタート地点は住民がどこまで亡くならないか。</li> <li>・本人の望む場所：東北の医師会会員約10人で医療介護連携を話し合うなかで（亡くならない）場所は変化する。医師と住民が話し合える重ねるなかで、自宅で亡くならない人は増えてくる。50人の小さい町でも自宅となると体制は必要。データから読み取れることだけだと話を聞いてもらえない。住民から話を聞いていると、家族に看取られたいかを自分で医師として働いている。介護実態調査では認知症になると施設に入りたという傾向がある。目指す姿と資源とのミスマッチがないか。在宅死で資源とのミスマッチを見る必要がある。</li> </ul>	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かなど。</li> <li>・体質悪化もあるなかでの在宅生活を送ることが想定すると、医療的なサービスだけではやがて、体質が悪くなったときに短期入院生活介護を利用（緊急ショートステイ、医療ショートステイなど）、という指標も関連するのでは。</li> <li>・体質悪化し、家族以外の専門職がいるところでみてもらうプランは結構ある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10数年みていて、一番よくなった場面。変わらないうちは、加算でも誘導できないところが課題として残っている</li> <li>・退院支援担当者が専任でないところは加算のやりとりも難しい（どのようなアウトプットと指標が動くか分からないが）。</li> <li>KDB上では集計不可だが、ケアマネは把握している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一昔地域差があり、重要なものを進ぶのが難しくなった。</li> <li>・在宅介護実態調査を読み取ると、元気なときは自宅だが、認知症になると施設を考える。訪問介護が入ると在宅継続は高まる。日常の排泄ケアも外部支援が入ると限界点が高まり、家族の負担も高まり、本人も在宅で過ごすとする。認知症対応、訪問系介護サービスが大事。</li> <li>・医療資源がないところや介護の訪問距離が長くなるころは、効率的にサービス提供をするという観点では、サ高住、有料老人ホームは、大事。</li> </ul>
	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りの数を増やしたいと言われた。何をみればよいかが悩んだ。出ている数字について話していたが、業態との不一致（非難？）に悩む。介護報酬のターミナルケア加算とあわせていくのか、漠然とした考えはある。実際にやっても加算の算定は別物になるのが難しい。</li> <li>・地域における看取り支援を考えたとき、加算がないから支援してないとはいえない。この指標、データを単独だけでは難しいのでクロスしたりする必要があるのかなど。</li> </ul>	<p>急変とは、救急車を呼ぶ・呼ばないではないが、ACPと同様に本人や家族は揺れもある。24時間体制をとっている往診の先生や事業所があると安心感につながる（指標として）あってもよいのかなど。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化型の訪問看護はしっかり見れるようにすることで、訪問看護ステーションの中身が充実するのかなと感じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナの影響もあり、どうみていけばよいかが考えづらい。コロナがあってもやれるところと、やらないところもある。連携加算を確認することは必要。</li> <li>・やっているのに、入院時情報連携加算をとらない。入院時の連携をする、退院時に病院からの返しが多くなったということはケアマネアンケートでも出ているので、セットでみられるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援チームは、色々な数え方がある。利用者本人を中心に考えると、関わる人数が多いことがよく、関わる機関が少ないことがだめとはならない。</li> <li>・地域にどのくらい24時間体制や、居宅の特定加算を見るのも一つかな。</li> <li>・家賃が高いので、事業所が立ち上がらず、別の市から来るので、事業所がどこにあるかの市域で分けると難しい。</li> <li>・市単独事業として、武蔵野市民に訪問看護を提供しているステーションがケアマネに情報提供した場合、1件毎に情報提供料を支払っている。</li> </ul>
重要と考えられる指標1 体制整備	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どこで最期に亡くならないか</li> <li>・看取りに必要な社会資源</li> </ul> <p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り数</li> <li>・ターミナルケア加算（介護報酬）を合わせて見る</li> </ul>	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療を実施している診療所・病院数</li> <li>・往診を実施している診療所・病院数</li> <li>・在宅療養支援診療所・病院数</li> </ul> <p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制をとっている訪問看護ステーション数</li> </ul>	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援担当者を配置している診療所・病院数</li> </ul> <p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時情報連携加算（介護報酬）</li> <li>・退院・過時時連携加算（介護報酬）</li> </ul>	<p><b>A市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症初期集中支援チーム数</li> </ul> <p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括薬局数</li> <li>・訪問薬剤指導を実施する薬局数、訪問薬剤指導を実施する診療所・病院、？</li> <li>・地域にでいていく医療機関がどのくらいあるか</li> <li>・在宅療養支援診療所・病院数</li> <li>・訪問診療を実施している診療所・病院数</li> <li>・往診を実施している診療所・病院数</li> <li>・認知症初期集中支援チーム数</li> </ul> <p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症対応・・・認知症初期集中支援チーム数？</li> <li>・訪問介護の事業所数</li> </ul>
重要と考えられる指標2 連携	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りの数</li> </ul>	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化型の訪問看護管理療養費（診療報酬）</li> </ul>	<p><b>A市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再入院数？率？（2週間以内とか）</li> </ul>	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制をとっている訪問看護ステーション数：追加</li> <li>・機能強化型訪問看護管理療養費（診療報酬）</li> <li>・看護体制強化加算（介護報酬）</li> <li>・特定事業所加算</li> </ul>
留意事項	<p><b>B市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ここ2-3年、有料老人ホームで亡くなる人が多い（コロナ）</li> <li>・認知症や排泄ケアが難しくなると自宅にいられない。在宅、有料老人ホーム、特養、老健、（在宅死は）どこまで含めるか。</li> </ul> <p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り数とターミナルケア加算（介護報酬）を合わせて見る</li> </ul>	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護・看護は、急変しないうちやっていると、ケアの質を算定する指標がないため、結果としてはあられもない。</li> <li>・本当に24時間か、往診や在宅医療の届出と業態が異なる。出せる数字は決まっているので、仕方ない面もある。</li> </ul>	<p><b>C市</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所は加算をとるのが面倒だとの理由で、やっているのに入院時情報連携加算をとらないところが結構ある。指標とすることで、行政からも算定を推進できるかもしれない。</li> </ul>	



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
該当なし					

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 曽根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・部長  
(氏名・フリガナ) 赤羽 学・アカハネ マナブ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 曽根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官(氏名・フリガナ) 山口 佳小里・ヤマグチ カオリ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曽根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官(氏名・フリガナ) 大冨賀 政昭・オオタガ マサアキ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 曽根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・研究員(氏名・フリガナ) 中西 康裕・ナカニシ ヤスヒロ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・助教  
(氏名・フリガナ) 西岡 祐一・ニシオカ ユウイチ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年2月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生学講座・博士研究員  
(氏名・フリガナ) 次橋 幸男・ツギハシ ユキオ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	奈良県立医科大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月12日

厚生労働大臣 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中村 丁次

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 准教授兼地域ケア教育部長  
(氏名・フリガナ) 柴山 志穂美 (シバヤマ シオミ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。