

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5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6（2024）年3月

## 目 次

### 1. [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 .....	1-5
F. 健康危険情報 .....	1-6
G. 研究発表 .....	1-6
1. 論文発表 .....	1-6
2. 学会発表 .....	1-6
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	1-6
1. 特許取得 .....	1-6
2. 実用新案登録 .....	1-6
3. その他 .....	1-6

### 2. [分担研究]

分担1. 在宅医療介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連：自治体規模別の分析

(山口佳小里、大夢賀政昭、柴山志穂美)

A. 研究目的 .....	2-1
B. 研究方法 .....	2-2
C. 研究結果 .....	2-2
D. 考察 .....	2-3
E. 結論 .....	2-3
F. 健康危険情報 .....	2-3
G. 研究発表 .....	2-3
1. 論文発表 .....	2-3

2. 学会発表 .....	2-3
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

## 分担2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組みの特性 と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討

(大戸賀政昭、山口佳小里、柴山志穂美、中西康裕)

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

## 分担3. 自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用に関するインタビュー調査

(柴山志穂美、大戸賀政昭、山口佳小里)

A. 研究目的 .....	4-1
B. 研究方法 .....	4-1
C. 研究結果 .....	4-2
D. 考察 .....	4-3
E. 結論 .....	4-3
F. 健康危険情報 .....	4-4

G. 研究発表 .....	4-4
1. 論文発表 .....	4-4
2. 学会発表 .....	4-4
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	4-4
1. 特許取得 .....	4-4
2. 実用新案登録 .....	4-4
3. その他 .....	4-4

#### **分担4. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：レセプトを用いた指標案の検討**

(中西康裕、次橋幸男、西岡祐一、赤羽学)

A. 研究目的 .....	5-2
B. 研究方法 .....	5-2
C. 研究結果 .....	5-3
D. 考察 .....	5-4
E. 結論 .....	5-5
F. 健康危険情報 .....	5-6
G. 研究発表 .....	5-6
1. 論文発表 .....	5-6
2. 学会発表 .....	5-6
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	5-6
1. 特許取得 .....	5-6
2. 実用新案登録 .....	5-6
3. その他 .....	5-6

#### **分担5. 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する医療保険上の指導料 と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握**

(次橋幸男、中西康裕、西岡祐一、赤羽学)

A. 研究目的 .....	6-1
B. 研究方法 .....	6-2
C. 研究結果 .....	6-2
D. 考察 .....	6-5

E. 結論 .....	6-5
F. 健康危険情報 .....	6-6
G. 研究発表 .....	6-6
1. 論文発表 .....	6-6
2. 学会発表 .....	6-6
H. 知的財産権の出願・登録状況 .....	6-6
1. 特許取得 .....	6-6
2. 実用新案登録 .....	6-6
3. その他 .....	6-6
3. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	7-1

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5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**

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や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は十分ではない。このような状況の中、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に研究を実施してきた。本年度研究ではこれまでの研究結果を踏まえ、既存指標の妥当性の評価及び適正な評価項目等を提示するための次に示す研究課題を実施した。1) 地域包括ケア「見える化」システムに掲載された重要指標の42指標と保険者機能強化推進交付金の在宅医療・介護連携スコアに関する相関分析、2) 在宅医療・介護連携推進支援事業で収集された市町村調査データの二次分析と在宅医療・介護連携に関する住民ニーズのアンケート調査、3) 地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について検討するためのインタビュー調査、4) 在宅医療・介護連携に関する地域差を可視化するためのレセプトを用いた指標案の検討、5) 医療・介護の突合レセプトデータを用いて多職種による在宅医療・介護連携に係る分析を円滑に実施するための検討。

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、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)
- ・大畠賀政昭 (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**

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や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は十分ではない。このような状況の中、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に研究を実施してきた。

本年度研究ではこれまでの研究結果を踏まえ、既存指標の妥当性の評価及び適正な評価項目等を提示することを目指し、次に示す内容で各分担研究課題を実施した。

- 1) 地域包括ケア「見える化」システムに掲載された重要指標の42指標と保険者機能強化推進交付金の在宅医療介護連携スコアに関する相関分析（担当：山口、大夢賀、柴山）
- 2) 在宅医療・介護連携推進支援事業で収集された市町村調査データの二次分析と在宅医療・介護連携に関する住民ニーズのアンケート調査（担当：大夢賀、山口、柴山、中西）
- 3) 地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について検討するためのインタビュー調査（担当：柴山、大夢賀、山口）
- 4) 在宅医療・介護連携に関する地域差を可視化するためのレセプトを用いた指標案の検討（担当：中西、次橋、西岡、赤羽）
- 5) 医療・介護の突合レセプトデータを用いて多職種による在宅医療・介護連携に係る分析を円滑に実施するための検討（担当：次橋、中西、西岡、赤羽）

## 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分析や検討を実施した。

（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）
- ・大夢賀政昭（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）

（班会議の開催状況）

- ・令和5年6月27日（火）（オンライン）
- ・令和6年2月28日（水）（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・介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連：自治体規模別の分析

本分担研究では、在宅医療・介護連携関連指標の中の重要指標について、在宅医療の4場面ごとの達成状況を示すと考えられる指標と関連のある指標を、人口で定義した自治体規模別に明らかにすることを目的とした。全国の市町村を対象とし、地域包括ケア「見える化」システムに掲載された2019年度のデータを活用して、重要指標のうち「見える化」に収載されている42指標と保険者機能強化推進交付金の在宅医療・介護連携スコアについて、指標間の相関分析を行った。

#### B. 2. 2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組みの特性と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討

本分担研究では、令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業で収集された市町村調査データを用いて二次分析を行った。分析対象項目は、4つの場面ごとの取り組みの有無、目指すべき姿の設定、目標設定、指標の策定、実施していない場合の課題とし、これら項目について人口規模（人口の値を用いた5分位）ごとに集計を行い4つの場面ごとの取り組み状況を把握した。さらに、一般市民を対象とした在宅医療にかかる意識調査を実施・分析し、当該事業のアウトカム把握のための住民意識調査項目を検討した。先行研究より設定した在宅医療に対する4つの場面にかかる意識15項目と、アウトカムとして想定した主観的幸福感と主観的健康感に係わる2項目の相関係

数を算出し、これら項目間の関連性を検討した。

### B. 2. 3. 自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用に関するインタビュー調査

在宅医療・介護連携推進事業において、地域の実情を踏まえてPDCAサイクルに沿った事業展開が求められているが、自治体は評価指標の設定に困難を生じ、活用が進んでいない。そこで本分担研究では、昨年度の研究で選定した活用すべき重要度の高い指標を基に、地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について検討するために、人口規模の異なる6市町村の職員を対象にインタビュー調査を行った。インタビュー内容の録音データを逐語録化したテキストを用いて、項目ごとに内容の類似性に基づき整理した。

### B. 2. 4. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：レセプトを用いた指標案の検討

本分担研究では、昨年度の研究結果を踏まえ、在宅患者訪問診療料や在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数等について、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討した。また、通所介護や訪問介護等の介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、訪問診療等と同様に定義上の注意点を検討した。さらに、昨年度に実施した有識者へのインタビュー調査によって特に重要な指標と評価された「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等についても、レセプト上の定義等を検討した。

### B. 2. 5. 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する医療保険上の指導料と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握

本分担研究では、医療・介護の突合レセプトデータを用いて多職種による在宅医療・介護連携に係る分析を円滑に実施するために、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険上の居宅療養管理指導と関連のある医療保険上の評価（医科、歯科、調剤）及び居宅療養管理指導以外の介護保

険サービスを整理した。

### 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・介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連：自治体規模別の分析

看取り関連指標と訪問診療系指標、入退院支援関連指標2つと緊急時訪問看護加算において、自治体の規模によらず関連があることが明らかとなつた。大規模自治体と異なり、小規模自治体においては、緊急時の対応関連指標と訪問診療系指標ならびに入退院支援指標と、在宅・施設サービス受給比と看護体制強化加算との間にのみ関連がみられた。また、同一場面の指標間で、傾向が異なる指標があった。自治体の規模を考慮することと、各指標の引用元となっている加算の算定基準ならびに現状を踏まえたデータの解釈が重要であると考える。

#### C. 2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組みの特性と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討

二次分析の結果、4つの場面ごとの取り組みは、入退院支援82.3%、日常の療養支援73.2%、急変時の対応52.3%、看取り69.0%であった。4つの場面ごとの目指すべき姿の設定は48.8%～43.1%、目標設定は33.3%～31.7%、評価指標の策定は22.1%～17.7%であった。また、在宅医療4場面ごとの実施できていない場合の理由のうちで多かった現状把握と課題抽出をあげる割合は人口規模が大きくなるほど高まっていた。

在宅医療にかかわる意識調査結果の分析からは、地域住民の在宅療養や看取りに対する意向間の関連について、家族の在宅療養について賛成である群のほうが、家族の看取りにも賛成の意向が強く、在宅療養や退院後の生活に対する不安が小さい傾向が示された。また、在宅療養や退院後の

生活に対する不安の有無別に、他の項目の状況を見たところ、自身の在宅療養や退院後の生活への不安がある群の方が、家族の在宅療養への不安もまた大きく、在宅療養へのサポートの必要性を強く認識していた。

### C. 3. 自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用に関するインタビュー調査

インタビュー調査によって「日頃の取り組みを客観的に裏付けられる」「データから事業改善や課題解決の見通しを立てる」等の指標の活用における利点や有用性が明らかになった。一方、「指標の定義が不明」「医療機関所在地ベースでは、市町村での活用に限界」「データと自治体の実感との不一致」等の課題があげられた。また、「データ活用に関する習熟度」「多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解」等の指標を活用するためには自治体に求められることも明らかになった。

### C. 4. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：レセプトを用いた指標案の検討

市町村間で比較可能な評価指標案として示した標準化レセプト出現比(SCR)は、隣接する自治体や同程度の規模の自治体との比較の中で、各自治体がサービス提供の実態を把握することを可能とし、行政の実務的な観点から有用と考えられる。小規模自治体においてレセプトデータの活用に制限があることは大きな課題であり、今後もさらなる検討が必要と言えるが、レセプトを用いることでほとんどの評価指標の具体的な数値が算出でき、SCRの算出も可能である。

各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引きにおいてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。医療・介護突合レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できることが明らかとなった。

### C. 5. 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する医療保険上の指導

### 料と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）と関連のある医療保険上の評価としては、管理栄養士では在宅患者訪問栄養食事指導料、歯科衛生士では訪問歯科衛生指導料、薬剤師では在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料が挙げられた。

### D. 考察

#### D. 1. 在宅医療・介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連：自治体規模別の分析

小規模自治体では、大規模自治体と異なり、関連のある指標が限られていた。特に、緊急時の対応と訪問診療、入退院支援に関連があったことや、在宅・施設サービス受給比と看護体制強化加算に関連があったことは、小規模自治体において、どのように在宅医療・介護連携関連事業を進めいくか考える上で、参考になる可能性がある。大規模自治体においては、資源量も算定数も多く、特にどの指標間に関連があるか明らかにするためには、さらなる詳細な分析が必要であると考える。

本調査では、「見える化」に掲載されたデータを活用したため、本研究課題前年度成果である「見える化」データ解釈の留意点と限界を伴うため、今後の分析においてはKDB等のデータを用いることでさらに詳細に現状を把握することが可能となる。

#### D. 2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組みの特性と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討

全国市町村における在宅医療の4つの場面ごとの取り組みは、令和5年度時点で100%に達成していないため、社会保障審議会介護保険部会の提言にあるように、今後も4場面ごとの取り組みが推進できるような市町村への広域的な支援が必要なことが再確認された。取組みができていない市

町村の多くは、現状把握や課題抽出ができていないとされていたことから、これらができるような全国的なデータベースの整備やその活用方法の普及が急務であることも確認された。

在宅療養や看取りに対する意向は、在宅医療・介護の提供体制やサービス利用に係る連携状況によって変化すると考えられるが、今回の分析からは在宅療養や、住民の意向や不安をモニタリングすることで、事業実施が地域住民の在宅療養や看取りへの意識への働きかけられているかという一つの中間的アウトカムとして活用できる可能性が示されたものと考えられた。

#### D. 3. 自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用に関するインタビュー調査

データを活用して事業にかかわる情報を体系立てて把握できることにより、事業改善や課題解決の見通しを立てることができる、といった指標活用の可能性が明らかになった。一方で、看取りに関する指標が医療機関の所在地を基に算定されていることによって、市町村の実態把握が困難であることや、看取りなど指標の定義が不明であることなどによる、活用の限界もある。小規模自治体の集計範囲を検討する必要性、データと自治体の実感との不一致など、指標活用上の限界や課題については検討が必要である。

在宅医療連携推進事業を推進する上では、医療・介護の専門職や、医師会や地域包括支援センター、ケアマネジャーなど、地域の実情に応じた多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解が欠かせない。

#### D. 4. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：レセプトを用いた指標案の検討

各評価指標のSCRは各自治体にとって、隣接する自治体や同程度の規模の自治体の実態を把握できる指標は有用であると考えられる。各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引き<sup>⑯</sup>においてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。ただし、集計値が10未満あるいは人口2,000人未満の自治体は非表示にしな

ければならない等のルールによって、小規模自治体においてデータ活用が制限されている現状があり、引き続き検討すべき重要な課題である。

また、分母にどのデータを活用するかで、算出される数値に大きな違いが生じるため、扱い方によってはミスリードを引き起こす恐れがある。

#### D. 5. 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する医療保険上の指導料と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握

管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険サービス及び医療保険情報を分析する際には、1) 医療保険上の指導料は、同じ名称であっても医科、歯科、調剤レセプトにそれぞれ別の請求コードが付与されていること、2) 居宅療養管理指導以外の介護保険サービス(居宅、通所)については、令和3年度(2021年度)に改定された項目が含まれていること、そして3) 介護保険施設入所中であっても、医療保険上の指導料である訪問歯科衛生指導(介護保険施設)や在宅患者訪問薬剤管理指導料(介護老人福祉施設/末期がん)を算定できることに留意すべきである。

### E. 結論

#### E. 1. 在宅医療・介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連：自治体規模別の分析

4場面ごとに達成状況を示す指標と他の指標との関連を、自治体の規模別に分析したところ、自治体の規模により、異なる関連がみられた。また、同一場面の指標であっても、同じ傾向を持つとは限らないことが明らかとなった。各指標の引用元となっている加算の算定基準ならびに現状を踏まえたデータの解釈が重要であると考える。

#### E. 2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組みの特性と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討

市町村の在宅医療・介護連携推進事業における4つの場面ごとの取り組みを推進するような具体

例やわかりやすいガイドラインの提示や、小規模市町村を支援する広域的な取り組みが必要であることが確認された。また、地域住民への調査を介護保険事業計画の策定のサイクルや市町村ごとの事業のモニタリングの実施頻度に合わせて、定期的に実施していくことも必要と考えられた。

#### E. 3. 自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用に関するインタビュー調査

モデル自治体へのインタビューを行ったところ、定性的データと定量的データを組み合わせることによる客観的評価の可能性が明らかになった。一方、指標の定義や評価基準が不明なことによる活用上の課題について、検討する必要がある。また、自治体職員のデータ活用の習熟度に配慮した資料の提示や活用ガイドを示すなど、事前の配慮や工夫により、活用が推進されると考える。

#### E. 4. 在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：レセプトを用いた指標案の検討

レセプトデータを用いることでほとんどの評価指標の具体的な数値が算出可能であり、各評価指標のSCR算出は、小規模自治体において先に述べた制限があるものの、市町村間比較の有用な手段と考えられる。医療・介護窓口レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できる。

#### E. 5. 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する医療保険上の指導料と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握

医療・介護レセプトを活用して管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師によるサービス提供状況を分析するために必要な項目が明らかになった。今後は医療・介護の窓口レセプトデータを用いた 1) 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスの地域差の把握、2) 在宅医療を受けている患者（重症度別）に対する管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスの提供状況の把握、3) 歯科衛生士、管理栄

養士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスを受けている患者における入院や死亡イベント等の発生割合の分析が可能になる。

#### 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

1) 山口佳小里, 大多賀政昭, 柴山志穂美, 赤羽学. 在宅医療・介護連携推進に向けた在宅介護サービス受給の自治体規模別の状況分析. 第 82 回日本公衆衛生学会総会. 2023. 10. 31-11. 2 ; つくば.

#### 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(地域医療基盤開発推進研究事業)  
 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5年度）

**在宅医療・介護連携関連の選定指標間の関連ならびに自治体取組状況との関連  
 :自治体規模別の分析**

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 大多賀政昭（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・活用する必要があるが、その取り組みは未だ十分ではない。本研究では、昨年度明らかにした在宅医療・介護連携関連指標のうち重要指標について、在宅医療の4場面ごとの達成状況を示すと考えられる指標と関連のある指標を、人口で定義した自治体規模別に明らかにすることを目的とした。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。重要指標のうち、「見える化」に収載されている合計42指標と保険者機能強化推進交付金の在宅医療・介護連携スコアについて、指標間の相関分析を行った。結果として、看取り関連指標と訪問診療系指標、入退院支援関連指標2つと緊急時訪問看護加算において、自治体の規模によらず関連があった。大規模自治体と異なり、小規模自治体においては、緊急時の対応関連指標と訪問診療系指標ならびに入退院支援指標と、在宅・施設サービス受給比と看護体制強化加算との間にのみ関連がみられた。また、同一場面の指標間で、傾向が異なる指標があった。自治体の規模を考慮することと、各指標の引用元となっている加算の算定基準ならびに現状を踏まえたデータの解釈が重要であると考える。

### 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。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がたい。

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。

本研究では、昨年度の成果として得られた在宅医療・介護連携における重要な指標のうち、在宅医療の4場面ごとの達成状況を示すと考え

られる指標について、資源など関連する他の指標を明らかにすることを目的とする。自治体の規模別に関連を明らかにすることで、地域の実情を踏まえた知見を得られると期待する。

## B. 研究方法

### 1. 対象

全国の 1,718 の市町村と特別区（東京 23 区）の計 1,741 の自治体を対象とし、地域包括ケア「見える化」システム（以下、「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。

### 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。

### 3. 指標選定

本研究課題の昨年度の成果として明らかとなった、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、「見える化」に掲載されている指標を分析対象とした（表 2）。これに、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。さらに、保険者機能強化交付金の在宅医療・介護連携領域のスコアと選定指標との関連についても分析を行った。

### 4. 分析方法

選定した指標のうち、在宅医療の 4 場面に相当する指標を、各場面の達成状況を示す指標と位置

づけ、これらと他の指標との関連について、相関分析を行い（spearman の順位和相関）、人口五分位グループ毎に相関係数を算出した。なお、「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 3 に示す。表中に記載の gp1 から gp5 はそれぞれ、グループ 1 からグループ 5 を示し、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。いずれも 2019 年度の「見える化」掲載データを用いた。相関係数が  $|0.20|$  以上のものについて表に掲載した ( $|0.20|$  未満についてはほとんど相関なしとみなし、非掲載)。黒色セルは相関係数 ( $r$ ) が  $|0.70|$  以上で強い相関、灰色セルは  $|0.7| > r \geq |0.4|$  で中等度の相関、色なしのセルは  $|0.4| > r \geq |0.2|$  で弱い相関関係があることを示す。なお、各表内の「※」は在宅医療・介護連携の 4 場面のうち同一場面に分類される指標を示す。

### 1. 自治体規模別の指標間関連の特徴

自治体の規模によらず関連のあったものは、看取り関連指標と訪問診療系指標であった。また、入退院支援のうち、退院・退所加算と入院時情報連携加算が、緊急時訪問看護加算と関連があった。診療報酬データ、介護報酬データのいずれも含まれた。

大規模自治体において、入退院支援における退院時共同指導ならびに在宅・施設サービス受給比以外の全ての指標において、資源との関連があった。また、在宅・施設サービス受給比以外で、当該指標以外の 3 場面の指標との関連が確認でき

た。

小規模自治体においては、緊急時の対応と訪問診療系、緊急時の対応と入退院支援の指標に関連があった。また、在宅・施設サービス受給比と看護体制強化加算算定者数との間に関連があった。

## 2. 指標ごとの特徴

「看取り」に関する2指標（看取り・在宅ターミナルケア加算）はいずれも正の相関関係があった。「緊急時の対応」に関する2指標（緊急時訪問看護加算、緊急時等居宅カンファレンス加算）の間に相関関係は認められなかつた。「入退院支援」の5指標（介護支援連携指導、退院時共同指導、退院・退所加算、入院時情報連携加算、退院・退所時連携加算）に関しては、退院・退所時連携加算のみ、（大規模自治体を除いて）他の入退院支援指標と関連が認められなかつた。

入退院支援関連の指標は診療報酬の指標2つと介護報酬の指標3つからなつたが、介護報酬のうちの2指標が、規模の小さい自治体においてもより多く相関が確認できた。

なお、保険者機能強化推進交付金スコアとの相関は、最も小さい自治体規模グループのみ、入退院支援関連の2指標と相関があつたが、いずれも弱い相関であった。

## D. 考察

小規模自治体では、大規模自治体と異なり、関連のある指標が限られた。特に、緊急時の対応と訪問診療、入退院支援に関連があつたことや、在宅・施設サービス受給比と看護体制強化加算に関連があつたことは、小規模自治体において、どのように在宅医療・介護連携関連事業を進めていくか考える上で、参考になる可能性がある。

大規模自治体においては、資源量も算定数も多く、特にどの指標間に関連があるか明らかにするためには、さらなる詳細な分析が必要であると考える。

また、在宅医療の4場面のうち同一場面に分類される複数の指標が、必ずしも同様の傾向を示すとは限らないという結果が得られた。一つの可能

性としては、同一場面に分類される指標であつても、指標となつてある加算の算定数が少ない等の理由でモニタリング等に適していない可能性がある。もう一つの可能性としては、同一場面に分類されていても、各指標が異なる状況を示しているという可能性である。入退院支援関連指標は、病院等の医療機関が算定するものと介護関連施設・事業所が算定するものがあり、加算算定に対応するサービスの内容（算定基準等）が大きく異なる。他の入退院支援関連指標と相関が認められなかつた退院・退所時連携加算は、介護報酬であり、特定施設等が算定できる加算でありながら、医療機関の関与を求めるものであり、医療機関が算定できる入院時に関連する加算とは異なり、算定されがたいという現状を示している可能性も考えられる。詳細を明らかにするためには、各加算の算定基準ならびに現場の状況を踏まえた分析を行うことが肝要である。

本調査では、「見える化」に掲載されたデータを活用したため、同研究課題前年度成果である「見える化」データ解釈の留意点と限界を伴う（末尾のBox参照）。今後の分析においては、KDB等のデータを用いることでさらに詳細に現状を把握することが可能となる。

## E. 結論

4場面ごとに達成状況を示す指標と他の指標との関連を、自治体の規模別に分析した。結果、自治体の規模により、異なる関連がみられた。また、同一場面の指標であつても、同じ傾向を持つとは限らないという結果が得られた。各指標の引用元となっている加算の算定基準ならびに現状を踏まえたデータの解釈が重要であると考える。

## 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

1) 山口佳小里, 大畠賀政昭, 柴山志穂美, 赤羽学. 在宅医療・介護連携推進に向けた在宅介護サービス受給の自治体規模別の状況分析. 第 82 回日本公衆衛生学会総会. 2023. 10. 31-11. 2 ; つくば.

#### 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：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ピングし、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：分析に用いた指標**

資源（介護保険関連）	
事業所・施設数	サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）
	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）
	サービス提供事業所数（介護老人保健施設）
従事者数	従事者数（介護老人福祉施設）
	従事者数（介護老人保健施設）
	従事者数（訪問看護）
	従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）
在宅医療介護連携：場面ごと	
看取り	在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）
	看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）
急変時の対応	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	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
	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	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
	看護体制強化加算算定者数
介護保険サービスの受給率	受給率（訪問看護）（要介護度別）
	受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）
	受給率（在宅サービス）
	受給率（施設および居住系サービス）
	受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）
保険者機能強化推進交付金	
在宅医療介護連携項目（0-68点）	

**表3-1：保険者機能強化推進交付金（在宅医療・介護連携項目）との相関**

他の選定指標	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
退院退所加算の算定回数		0.27				
入院時情報連携加算の算定回数		0.24				
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.25					

表3-2：「看取り」

## 看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）（算定回数）との関連【診療報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.91				0.30	0.89
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）	0.51					0.39
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.89					0.87
従事者数（介護老人福祉施設）	0.90				0.32	0.89
従事者数（介護老人保健施設）	0.89					0.88
従事者数（訪問看護）	0.86			0.26	0.37	0.85
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.54					0.45
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）※						
緊急時訪問看護加算算定者数	0.90			0.40	0.42	0.87
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.73					0.74
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	0.61					0.50
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	0.45				0.25	0.28
退院退所加算の算定回数	0.77				0.26	0.70
入院時情報連携加算の算定回数	0.80			0.21	0.24	0.74
退院・退所時連携加算算定者数	0.88					0.86
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.94	0.24	0.46	0.55	0.55	0.93
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.79					0.76
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.90			0.29	0.24	0.89
看護体制強化加算算定者数	0.73		0.23	0.22		0.66
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.21			0.25	0.25	0.24
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.42			0.25		0.33
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.23		0.21			
受給率（在宅サービス）						0.29

表3-3：「看取り」

## 在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）と他の指標との関連【診療報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.87					0.85
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）	0.43					0.31
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.84					0.82
従事者数（介護老人福祉施設）	0.88					0.86
従事者数（介護老人保健施設）	0.86					0.84
従事者数（訪問看護）	0.86		0.26		0.40	0.85
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.46					0.37
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）※						
緊急時訪問看護加算算定者数	0.88			0.29	0.36	0.85
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.75					0.76
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	0.56					0.46
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	0.44				0.23	0.29
退院退所加算の算定回数	0.72					0.65
入院時情報連携加算の算定回数	0.76					0.70
退院・退所時連携加算算定者数	0.90					0.88
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.94	0.25	0.50	0.51	0.73	0.93
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.81			0.20	0.26	0.78
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.92			0.30	0.45	0.90
看護体制強化加算算定者数	0.68					0.62
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.20				0.30	0.27
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.43			0.29	0.46	0.39
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.20				0.21	

表 3-4：「緊急時の対応」緊急時訪問看護加算算定者数と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.92			0.25		0.91
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）	0.54					0.44
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.91					0.90
従事者数（介護老人福祉施設）	0.92			0.23	0.22	0.91
従事者数（介護老人保健施設）	0.92					0.91
従事者数（訪問看護）	0.94	0.40	0.28	0.48	0.53	0.95
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.60					0.53
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.88			0.29	0.36	0.85
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.90			0.40	0.42	0.87
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数※						
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	0.75	0.27		0.23	0.22	0.69
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	0.45	0.31				0.29
退院退所加算の算定回数	0.91	0.43	0.48	0.45	0.42	0.89
入院時情報連携加算の算定回数	0.90	0.40	0.38	0.39	0.32	0.88
退院・退所時連携加算算定者数	0.84					0.80
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.94	0.26		0.27	0.27	0.93
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.87					0.85
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.92					0.91
看護体制強化加算算定者数	0.71	0.30	0.33	0.32	0.34	0.64
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.24	0.56	0.69	0.68	0.67	0.32
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.40	0.43	0.27	0.28		0.32
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.25	0.26	0.26	0.22	0.32	
受給率（在宅サービス）			0.36	0.25	0.41	0.38
						0.25

表 3-5：「緊急時の対応」緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.66					0.67
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）	0.22					
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.61					0.61
従事者数（介護老人福祉施設）	0.75					0.75
従事者数（介護老人保健施設）	0.69					0.68
従事者数（訪問看護）	0.67					0.65
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.24	0.22				
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.75					0.76
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.73					0.74
緊急時訪問看護加算算定者数※						
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	0.36			0.34		0.30
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	0.21			0.23		
退院退所加算の算定回数	0.54					0.52
入院時情報連携加算の算定回数	0.61					0.61
退院・退所時連携加算算定者数	0.70					0.70
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数	0.50					0.48
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.70		0.29			0.70
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.69					0.68
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.70		0.28			0.69
看護体制強化加算算定者数	0.50					0.49
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.23					0.21
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）					0.22	
受給率（訪問看護）（要介護度別）						0.22

表3-6：「入退院支援」介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）と他の指標との関連【診療報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.76			0.23	0.23	0.70
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）	0.65					0.59
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.77		0.21			0.72
従事者数（介護老人福祉施設）	0.67			0.24	0.21	0.62
従事者数（介護老人保健施設）	0.68		0.24			0.64
従事者数（訪問看護）	0.71	0.25		0.25	0.23	0.69
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.69					0.65
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.56					0.46
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.61					0.50
緊急時訪問看護加算算定者数	0.75	0.27		0.23	0.22	0.69
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.36			0.34		0.30
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※						
退院・退所時連携加算算定者数※						
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.69					0.63
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.68					0.64
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.66					0.61
看護体制強化加算算定者数	0.59					0.47
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.32					
受給率（在宅サービス）	0.24		0.20		0.25	0.39
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.29					

表3-7：「入退院支援」退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）と他の指標との関連【診療報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.46					0.27
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）	0.36					
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.40					0.21
従事者数（介護老人福祉施設）	0.30					
従事者数（介護老人保健施設）	0.30					
従事者数（訪問看護）	0.33				0.31	0.21
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.30					
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.44				0.23	0.29
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.45				0.25	0.28
緊急時訪問看護加算算定者数	0.45	0.31				0.29
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.21			0.23		
介護支援連携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※						
退院・退所時連携加算算定者数※						
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.42					0.27
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.32					
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.39					0.25
看護体制強化加算算定者数	0.35					
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.25				0.26	0.34
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.44					0.37
受給率（施設および居住系サービス）	-0.20					
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.27					
受給率（在宅サービス）						0.21

表3-8：「入退院支援」退院・退所加算の算定回数と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.88			0.39	0.42	0.84
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）	0.69			0.27	0.28	0.62
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.88	0.31	0.23	0.27	0.29	0.86
従事者数（介護老人福祉施設）	0.82			0.35	0.41	0.80
従事者数（介護老人保健施設）	0.84	0.32			0.25	0.82
従事者数（訪問看護）	0.85	0.31	0.22	0.31	0.30	0.85
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.75			0.23	0.27	0.71
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.72					0.65
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.77				0.26	0.70
緊急時訪問看護加算算定者数	0.91	0.43	0.48	0.45	0.42	0.89
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.54					0.52
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）※						
入院時情報連携加算の算定回数※						
退院・退所時連携加算算定者数※						
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.83	0.34				0.79
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.76					0.73
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.80					0.77
看護体制強化加算算定者数	0.64		0.24			0.55
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.33				-0.25	
受給率（在宅サービス）	0.24	0.33	0.39	0.46	0.59	0.37
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.30				0.21	
受給率（訪問看護）（要介護度別）			0.24			
受給率（施設および居住系サービス）				0.32	0.27	

表3-9：「入退院支援」入院時情報連携加算の算定回数と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.89			0.31	0.34	0.86
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）	0.68			0.21	0.22	0.61
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.88	0.27		0.21	0.23	0.85
従事者数（介護老人福祉施設）	0.84			0.27	0.35	0.82
従事者数（介護老人保健施設）	0.85	0.30			0.20	0.84
従事者数（訪問看護）	0.83			0.24	0.24	0.83
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.73				0.21	0.69
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.76					0.70
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.80			0.21	0.24	0.74
緊急時訪問看護加算算定者数	0.90	0.40	0.38	0.39	0.32	0.88
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数※						
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・退所時連携加算算定者数※						
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.83					0.80
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.75					0.72
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.80					0.77
看護体制強化加算算定者数	0.65					0.55
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.34					
受給率（在宅サービス）	0.23	0.28	0.32	0.34	0.42	0.35
受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）	0.28		0.21			
受給率（施設および居住系サービス）				0.24	0.23	

表 3-10：「入退院支援」退院・退所時連携加算算定者数と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	0.83					0.79
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）	0.39					0.25
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.77					0.72
従事者数（介護老人福祉施設）	0.83					0.81
従事者数（介護老人保健施設）	0.79					0.77
従事者数（訪問看護）	0.81				0.20	0.79
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.44					0.34
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.90					0.88
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.88					0.86
緊急時訪問看護加算算定者数	0.84					0.80
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数	0.70					0.70
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※						
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.91			0.21	0.23	0.89
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	0.79				0.22	0.76
訪問薬剤管理指導受けた者の数	0.88				0.28	0.86
看護体制強化加算算定者数	0.62					0.54
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.24					0.37
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.50			0.22	0.33	0.53
受給率（施設および居住系サービス）						0.21

表 3-11：「日常の療養支援」

受給率割合（在宅サービス）／（施設および居住系サービス）と他の指標との関連【介護報酬】

	全体	gp1	gp2	gp3	gp4	gp5
サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	-0.26			-0.25	-0.22	
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）	0.25					
サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	0.24			-0.25		
従事者数（介護老人福祉施設）				-0.21	-0.23	
従事者数（介護老人保健施設）				-0.22	-0.24	
従事者数（訪問看護）				0.20	0.28	
従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	0.21					
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	0.20					0.21
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）	0.23		0.21			
緊急時訪問看護加算算定者数	0.25	0.26	0.26	0.22	0.32	
緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数						0.22
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	0.29					
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	0.27					
退院退所加算の算定回数	0.30					0.21
入院時情報連携加算の算定回数	0.28		0.21			
訪問診療を受けた患者数（算定回数）	0.21					0.23
訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）				0.25		
看護体制強化加算算定者数	0.26	0.22	0.22			
受給率（訪問看護）（要介護度別）	0.33	0.25	0.28	0.36	0.38	
受給率（居宅療養管理指導）（要介護度別）	0.40	0.23	0.25	0.33	0.24	

## 【表 3 (1-11) 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。いずれも

2019年度の地域包括ケア「見える化」システム掲載データを用いた。相関係数が $|0.20|$ 以上のものについて表に掲載した ( $|0.20|$ 未満についてはほとんど相関なしとみなし、非掲載)。黒色セルは相関係数( $r$ )が $|0.70|$ 以上で強い相関、灰色セルは $|0.7| > r \geq |0.4|$ で中等度の相関、色なしのセルは $|0.4| > r \geq |0.2|$ で弱い相関関係があることを示す。なお、各表内の「※」は在宅医療介護連携の4場面のうち同一場面に関する指標を示す。

#### Box) 解釈における留意点（令和4年度報告書より抜粋）

##### 高齢化率に関する留意点

-団ずれの指標も、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）

- 団宅ターミナルケアを受けた患者数、看取り数・・「看取り」
- 団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」
- 団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）

- 団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」
- 団院・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」
- 団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」  
 令和5年度 分担研究報告書

**在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けた人口規模別の4つの場面ごとの取り組み  
 の特性と事業アウトカム把握のための住民意識調査項目の検討**

研究分担者 大多賀政昭 (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)

**研究要旨**

研究目的：社会保障審議会介護保険部会（2022）では、地域の実情に応じ、在宅医療・介護連携推進事業の取組の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿って運用することが重要であることが指摘されている。しかし当該事業の令和4年度の実態調査（株式会社富士通総研2023）を分析した結果、人口規模によって事業実施やデータ活用に差があることが明らかになった。今年度は、令和5年度調査のデータを活用した二次分析を通じて4つの場面ごとの取り組み状況の把握を行うとともに、一般市民を対象とした在宅医療にかかる意識調査を実施・分析し、当該事業のアウトカム把握のための住民意識調査項目を検討した。

研究方法：令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業で収集された市町村調査データ（回収数1,714）を用いて二次分析を行った。分析対象項目は、4つの場面ごとの取り組みの有無、目指すべき姿の設定、目標設定、指標の策定、実施していない場合の課題とし、これら項目について人口規模（人口の値を用いた5分位）ごとに集計を行った。在宅医療にかかる意識調査については、インターネットモニターを用いて、年齢区分ごとに偏りのないように割付を行い、調査を実施した（回収数1,240例）。先行研究より設定した在宅医療に対する4つの場面にかかる意識15項目と、アウトカムとして想定した主観的幸福感と主観的健康感に係わる2項目の相関係数を算出し、これら項目間の関連性を検討した。

結果と考察：委託事業データの二次分析の結果、4つの場面ごとの取り組みは、入退院支援82.3%、日常の療養支援73.2%、急変時の対応52.3%、看取り69.0%であった。4つの場面ごとの目指すべき姿の設定は48.8%～43.1%、目標設定は33.3%～31.7%、評価指標の策定は22.1%～17.7%であった。また、在宅医療4場面ごとの実施できていない場合の理由のうちで多かった現状把握と課題抽出をあげる割合は人口規模が大きくなるほど高まっていた。在宅医療にかかる意識調査結果の分析からは、地域住民の在宅療養や看取りに対する意向間の関連について、家族の在宅療養について賛成である群のほうが、家族の看取りにも賛成の意向が強く、在宅療養や退院後の生活に対する不安が小さい傾向が示された。また、在宅療養や退院後の生活に対する不安の有無別に、他の項目の状況を見たところ、自身の在宅療養や退院後の生活への不安がある群の方が、家族の在宅療養への不安もまた大きく、在宅療養へのサポートの必要性を強く認識していた。

結論：2023年の市町村の在宅医療介護連携推進事業における4つの場面ごとの目指すべき姿は約4割、目指すべき姿に対する目標の設定は約3割、評価指標の策定約2割の実施にとどまり、人口規模が小さいほどその実施割合が低くなる傾向があった。これら取り組みを推進するような具体例やわかりやすいガイドラインの提示や、小規模市町村を支援する広域的な取り組みが必要であることが確認された。地域住民による家族の在宅療養や看取りに対する意向や在宅療養への不安の状況を把握することは、医療・介護レセプトデータによる実績に加えて、「住民の視点」で事業を実施していくことにつながるため、これら項目を含めた地域住民を対象とした調査を定期的に実施していくことも必要と考えられた。

## A. 研究目的

社会保障審議会介護保険部会（2022）では、地域の実情に応じ、在宅医療・介護連携推進事業の取組の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿って運用することが重要であることが指摘されている。

しかし当該事業の令和4年度の実態調査（株式会社富士通総研 2023）を分析した結果、人口規模によって事業実施やデータ活用に差があることが明らかになった。

今年度は、令和5年度の調査データを活用した二次分析を通じて4つの場面ごとの取り組み状況の把握を行った。

また、一般市民を対象とした在宅医療にかかる意識調査を実施・分析し、当該事業のアウトカム把握のための住民意識調査項目の検討を行った。

## B. 研究方法

### 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5年度在宅医療・介護連携推進支援事業で収集された市町村調査データ（回収数1,714）を用いて二次分析を行った。分析対象項目は、4つの場面ごとの取り組みの有無、目指すべき姿の設定、目標設定、指標の策定、取り組んでいない理由、4つの場面以外の取組み、とし、これら項目について人口規模（人口の値を用いた5分位）ごとに集計を行った。

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のように端数の調整を行った。

この人口区分変数を用いて、以下の5つの設問について、実施や活用の割合（以下の変数における1の回答割合）を算出し、人口規模ごとの差異があるか確認した。

#### （4つの場面について）

問4「日常の療養支援」について取り組んでいますか。

取り組んでいる1、取り組んでいない0  
問4-1「日常の療養支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問4-3めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問4-4評価指標は策定していますか。  
策定している1、策定していない0

問5「入退院支援」について取り組んでいますか。

取り組んでいる1、取り組んでいない0  
問5-1「入退院支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問5-3めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問5-4評価指標は策定していますか。  
策定している1、策定していない0

問6「急変時の対応」について取り組んでいますか。

取り組んでいる1、取り組んでいない0  
問6-1「急変時の対応」においてめざすべき姿は設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問6-3めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問6-4評価指標は策定していますか。  
策定している1、策定していない0

問7「看取り」について取り組んでいますか。

取り組んでいる1、取り組んでいない0  
問7-1「看取り」においてめざすべき姿は設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問7-3めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

設定している1、設定していない0  
問7-4評価指標は策定していますか。  
策定している1、策定していない0

（4つの場面を取り組んでいない理由について）

日常の療養支援 問4-7、入退院支援 問5-7、急変時の対応 問6-7、看取り 問7-7  
・現状把握ができない  
・課題抽出ができない

- ・課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない
  - ・医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない
  - ・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない
  - ・検討の必要性が分からない
  - ・その他
- 該当 1、非該当 0

(4つの場面以外の取組み)

問 8「認知症に係る対応」について実施していますか。

実施している 1、実施していない 0

問 9「感染時に係る対応」について実施していますか。

実施している 1、実施していない 0

問 10「災害に係る対応」について実施していますか。

実施している 1、実施していない 0

2) 在宅医療・介護連携推進事業のモニタリングに活用できる住民意識調査項目の検討

在宅医療にかかわる意識調査については、インターネット調査会社の登録モニターリングを用いて、性別／年齢区分ごとに偏りのないように割付を行い(性年齢階級別均等割り付け)、調査を実施した(回収数 1,240 例)。

先行研究より設定した在宅医療に対する 4 つの場面にかかわる意識 15 項目（表 2）について記述統計を行い、回答傾向を把握した。

また、地域住民の家族の在宅療養と看取りに対する意向（1 強く反対、2 反対、3 どちらかと言えば反対を反対群、4 どちらかと言えば賛成、5 賛成、6 強く賛成を賛成群）と自身の在宅療養と退院後の生活に対する不安（1 全く不安はない、2 不安はない、3 どちらかと言えば不安はない、を不安なし群、4 どちらかと言えば不安、5 不安、6 非常に不安、を不安群）を従属変数とし、15 問のうち 6 件法で意向を把握した 10 項目の設問について T 検定を実施し、意向や不安と各設問がどのように関連しているか検討を行った。

さらに、アドバンス・ケア・プランニン

グ（ACP）に着目し、一般の地域住民における ACP の認知度や実施経験、実施したきっかけ等について調査した。

(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

#### 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 つの場面ごとの取り組みは、入退院支援 82.3%、日常の療養支援 73.2%、急変時の対応 52.3%、看取り 69.0%であった。4 つの場面ごとの目標すべき姿の設定は 48.8%～43.1%、目標設定は 33.3%～31.7%、評価指標の策定は 22.1%～17.7%であった。

また、在宅医療の 4 つの場面ごとの実施できていない場合の理由のうちで多かった現状把握と課題抽出をあげる割合は人口規模が大きくなるほど高まっていた（表 3）。

取り組んでいない理由について、4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとに見てみると、いずれも「現状把握ができない」が最も高い理由（59.1%～67.0%）であり、次いで「課題抽出ができない」が 57.8%～61.8%であった（表 4）。

医療計画に合わせて、在宅医療・介護連携推進事業においても 4 つの場面に加えて実施すべきとされた認知症・感染症・災害対応の 3 つの取り組みについては、認知症は 63.8%であるが、感染症 30.6%、災害対応 28.9%にとどまっていた（表 5）。

#### 2) 在宅医療・介護連携推進事業のモニタリングに活用できる住民意識調査項目の検討

先行研究をもとに在宅医療「4 つの場面」にかかわる 15 項目の設問を設定し意識調査を実施した結果を表 6・7 に示す。

地域住民の在宅療養や看取りに対する意向間の関連について、家族の在宅療養について賛成である群のほうが、家族への賛成の意向が強く、在宅療養や退院後の生活

に対する不安が小さい傾向が示された。

また、在宅療養や退院後の生活に対する不安の有無別に、他の項目の状況を見たところ、自身の在宅療養や退院後の生活への不安がある群の方が、家族の在宅療養への不安もまた大きく、在宅療養へのサポートの必要性を強く認識していた（表8）。

ACP の認知度に関しては、「知っている」と回答した者が全体の 4.6% であったものの、ACP の実施経験ありと答えた者の割合は 4 割程度であった。また、実施経験者のうち、ACP を実施したきっかけは「家族や友人などの病気や死」と答えた者の割合が最も高かった（表9）。

#### D. 考察

##### 1) 人口規模別に把握した 4 つの場面ごとの取り組み状況からの示唆

全国市町村における在宅医療の 4 つの場面ごとの取り組みは、令和 5 年度時点で 100% に達成していないため、社会保障審議会介護保険部会の提言にあるように、今後も 4 場面ごとの取り組みが推進できるような市町村への広域的な支援が必要なことが再確認された。

取組みができるない市町村の多くは、現状把握や課題抽出ができるないとされていたことから、これらができるような全国的なデータベースの整備やその活用方法の普及が急務であることも確認された。

4 つの場面に加えて実施すべきとされた認知症・感染症・災害対応の 3 つの取り組みについては、感染症・災害対応の実施率が低く、人口規模ごとに実施傾向に大きな差が見られないことから、後者の 2 つについては、今後の取り組み方策についての方法論の普及が求められる。

##### 2) 「住民の視点」での事業アウトカムを把握する項目の検討

在宅療養に対する意見として、賛成（強く賛成、賛成、どちらかといえば賛成）62.3%、反対（強く反対、反対、どちらかといえば反対）37.7% と示された。

また、家族を看取ることに対する意向についても、看取るつもりである（家族などに希望している人がおり、看取るつもりで

ある、家族などは望んでいないが、家族として看取りたい、（意思確認はできていないが）家族などが希望するなら、看取るつもりである、（意思確認はできていないが）家族などが希望しなくても、家族として看取るつもりである）57.7%、看取らない、看取れない（家族などに希望している人がいるが、看取れないと思う、家族などは望んでいないので、看取らないと思う、（意思確認はできていないが）家族などが希望しても、看取れないと思う、（意思確認はできていないが）家族などが希望しない場合、看取らないと思う）39.1% と示され、今回実施したアンケートからも、在宅療養や看取りに対しての意向がさまざまであることが明らかになった。

また、不安に対する項目としては、「あなたが訪問診療や往診などを活用し在宅療養をする場合、不安を感じますか（感じましたか）？」が、不安ではなかった（全く不安はなかった、不安はなかった、どちらかといえば不安がなかった）34.1%、不安（非常に不安だった、不安だった、どちらかといえば不安だった）65.9%、「退院時に退院後の生活を想像し、不安に感じましたか。」が、不安ではなかった（全く不安はなかった、不安はなかった、どちらかといえば不安がなかった）66.4%、不安（非常に不安だった、不安だった、どちらかといえば不安だった）33.6% と示され、在宅療養や退院後の生活に不安に思っている地域住民が一定程度いる状況が確認されたこれらの不安について在宅療養に対する不安に対し、退院後の不安が少なかった傾向から、在宅療養への将来的な不安があったとしても、入院歴のある住民は、在宅療養を支える体制や入退院支援などによって、不安が軽減される可能性が示唆された。ただし、これら不安に対する意識は、在宅の療養体制や、連携状況に大きくかかることから、地域住民の意識調査を行い、その解釈を行う際には、これらの状況を合わせて確認する必要がある。

これらのことからも、地域ごとに本研究課題で検討している医療・介護レセプトデータによる実績値に加え、こうした地域住民の意向を把握したうえで、在宅医療の 4 場面ごとの在宅医療・介護連携推進事業の

取り組み方策を検討していく必要性が示唆された。

また、地域住民の家族の在宅療養と看取りに対する意向と在宅療養と退院後の生活に対する不安が関連しているかについては、

在宅療養と看取りに対する意向、在宅療養に対する不安と入院経験のある者の退院後の不安、そして、これら不安の有無と家族の在宅療養や看取りに対する意向に関する性がみられた。

在宅療養や看取りに対する意向は、在宅医療・介護の提供体制やサービス利用に係る連携状況によって変化すると考えられるが、今回の分析からは在宅療養や、住民の意向や不安をモニタリングすることで、事業実施が地域住民の在宅療養や看取りへの意識への働きかけられているかという一つの中間的アウトカムとして活用できる可能性が示されたものと考えられた。

## E. 結論

本分担研究においては、令和5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、4つの場面（および新たな3つの取組み）ごとの実施状況や、取り組んでいない場合の理由について人口規模別の状況の把握を行った。

2023年の市町村の在宅医療・介護連携推進事業における4つの場面ごとの目指すべき姿は約4割、目指すべき姿に対する目標の設定は約3割、評価指標の策定約2割の実施にとどまり、人口規模が小さいほどその実施割合が低くなる傾向があった。これら取り組みを推進するような具体例やわかりやすいガイドラインの提示や、小規模市町村を支援する広域的な取り組みが必要であることが確認された。

また、地域住民による家族の在宅療養や看取りに対する意向や在宅療養への不安の状況を把握することは、医療・介護レセプトデータによる実績に加えて、「住民の視点」で事業を実施していくことにつながるため、これら項目を含めた地域住民への調査を介護保険事業計画の策定のサイクルや市町村ごとの事業のモニタリングの

実施頻度に合わせて、定期的に実施していくことも必要と考えられた。

## 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

表2 先行研究より設定した在宅医療に対する4つの場面にかかる意識15項目

1	次のサービスがどのようなサービスか知っていますか(訪問診療、往診、訪問歯科診療)。
2	次のサービスを利用した経験がありますか(訪問診療、往診、訪問歯科診療)。
3	将来あなたが自力での通院が困難になった場合に、あなたは次のことを希望しますか（希望していましたか）。
4	家族が在宅療養することを希望した場合、あなたはどう思いますか。
5	将来、あなたや家族などが訪問診療や往診などを活用し在宅療養をする場合、不安を感じますか（感じましたか）？
6	あなたが在宅療養をする場合に、次のサポートが必要だと思いますか（感じましたか）？
7	あなたが自宅で急に具合が悪くなったとき、どうしますか。
8	あなたは直近の入院（過去3年間）において退院時に関係者間で、あなたに関する情報が引き継がれたと思いますか。
9	あなたは直近の入院（過去3年間）において退院後に生活を想像し、不安に感じましたか。
10	あなたに関わる人が過去3年以内に在宅での療養をしていたことがありますか。
11	家族など身近な人を自宅で看取ったことがありますか。
12	家族などを自宅で看取ることについて、あなたの考えに最も近いものを選択してください。（ひとつだけ）
13	あなた自身の人生の最期を考える際に、次のことは重要だと思いますか。
14	あなたは次の場所で人生の最期を迎えることを希望しますか
15	あなた自身が介護が必要になった場合、あなたはどこでどのような介護を受けたいですか？

表3 「4つの場面」の実施有無や目指すべき姿・目標の設定、評価指標の策定状況

		人口5区分					
		gr1 全体 (-6499)	gr2 (6500-14999)	gr3 (15000-34999)	gr4 (35000-79999)	gr5 (80000-)	
		1741	365	324	367	341	342
「日常の療養支援」	(1) 実施	73.2%	63.3%	66.0%	72.8%	77.7%	86.5%
	(2) 目指すべき姿の設定	46.5%	32.3%	40.1%	49.6%	54.9%	52.4%
	(3) 目標設定	31.7%	16.7%	26.5%	31.8%	38.0%	42.0%
	(4) 評価指標の策定	20.6%	10.8%	15.2%	19.5%	25.1%	29.4%
「入退院支援」	(1) 実施	82.3%	75.6%	82.1%	79.3%	86.8%	88.3%
	(2) 目指すべき姿の設定	48.8%	33.6%	42.8%	52.5%	58.9%	55.2%
	(3) 目標設定	33.2%	21.5%	29.9%	34.1%	38.7%	40.8%
	(4) 評価指標の策定	20.9%	11.3%	16.0%	20.7%	25.2%	29.9%
「急変時の対応」	(1) 実施	54.8%	49.0%	48.1%	50.5%	58.7%	68.1%
	(2) 目指すべき姿の設定	43.1%	22.6%	39.4%	47.2%	54.3%	48.8%
	(3) 目標設定	32.3%	17.8%	32.5%	34.4%	38.8%	36.0%
	(4) 評価指標の策定	17.7%	8.1%	14.4%	21.2%	21.8%	21.1%
「看取り」	(1) 実施	69.0%	54.5%	59.3%	68.0%	77.7%	86.0%
	(2) 目指すべき姿の設定	46.6%	30.3%	41.1%	47.9%	54.3%	53.6%
	(3) 目標設定	33.3%	18.9%	30.1%	32.8%	38.8%	41.0%
	(4) 評価指標の策定	22.1%	9.2%	15.3%	20.7%	26.6%	32.9%

表4 「4つの場面」の取り組みを実施していない場合の理由

	N	人口5区分						
		gr1 (-6499)	gr2 (6500- 14999)		gr3 (15000- 34999)		gr4 (35000- 79999)	
「日常の療養支援」	N		466	134	110	100	76	46
	現状把握ができていない		67.0%	54.5%	60.9%	78.0%	73.7%	82.6%
	課題抽出ができていない		59.2%	44.0%	59.1%	74.0%	59.2%	71.7%
	課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない		15.9%	18.7%	20.9%	12.0%	14.5%	6.5%
	医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		3.9%	5.2%	4.5%	3.0%	2.6%	2.2%
	介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		1.1%	0.7%	0.9%	1.0%	1.3%	2.2%
	検討の必要性が分からない		7.1%	15.7%	5.5%	2.0%	3.9%	2.2%
	その他		13.7%	18.7%	17.3%	8.0%	9.2%	10.9%
「入退院支援」	N		308	89	58	76	45	40
	現状把握ができていない		59.1%	39.3%	65.5%	67.1%	68.9%	67.5%
	課題抽出ができていない		57.8%	41.6%	53.4%	71.1%	62.2%	70.0%
	課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない		17.5%	21.3%	19.0%	13.2%	22.2%	10.0%
	医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		7.1%	10.1%	6.9%	5.3%	4.4%	7.5%
	介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		1.0%	1.1%	0.0%	1.3%	0.0%	2.5%
	検討の必要性が分からない		7.8%	15.7%	8.6%	1.3%	4.4%	5.0%
	その他		17.2%	21.3%	17.2%	13.2%	13.3%	20.0%
「急変時の対応」	N		786	186	168	182	141	109
	現状把握ができていない		69.8%	57.5%	69.6%	71.4%	74.5%	82.6%
	課題抽出ができていない		61.8%	45.7%	60.7%	70.3%	70.9%	65.1%
	課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない		13.2%	14.0%	14.9%	13.2%	14.9%	7.3%
	医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		4.3%	5.4%	3.6%	5.5%	5.0%	0.9%
	介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		0.8%	1.1%	0.6%	1.1%	0.0%	0.9%
	検討の必要性が分からない		6.0%	10.8%	4.2%	4.9%	4.3%	4.6%
	その他		11.8%	13.4%	10.7%	11.0%	9.9%	14.7%
「看取り」	N		540	166	132	118	76	48
	現状把握ができていない		64.6%	44.6%	72.0%	72.9%	75.0%	77.1%
	課題抽出ができていない		59.6%	47.6%	58.3%	70.3%	65.8%	68.8%
	課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない		13.5%	17.5%	12.1%	11.0%	15.8%	6.3%
	医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		6.9%	11.4%	6.1%	6.8%	1.3%	2.1%
	介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		1.7%	1.8%	2.3%	1.7%	0.0%	2.1%
	検討の必要性が分からない		5.4%	10.8%	3.0%	4.2%	1.3%	2.1%
	その他		13.9%	18.7%	13.6%	9.3%	9.2%	16.7%

表5 「4つの場面」以外の取り組み(認知症に係る対応、感染症に係る対応、災害に係る対応)の実施状況

		人口5区分					
		gr1 (-6499)	gr2 (6500- 14999)		gr3 (15000- 34999)		gr4 (35000- 79999)
		1741	365	324	367	341	342
「認知症に係る対応」	実施している	63.8%	61.4%	61.1%	63.1%	67.4%	65.8%
	実施していない	36.2%	38.6%	38.9%	36.9%	32.6%	34.2%
「感染時に係る対応」	実施している	30.6%	30.7%	29.3%	28.3%	31.7%	33.0%
	実施していない	69.4%	69.3%	70.7%	71.7%	68.3%	67.0%
「災害に係る対応」	実施している	28.9%	33.0%	28.4%	27.7%	27.3%	28.1%
	実施していない	71.1%	67.0%	71.6%	72.3%	72.7%	71.9%

表6 「4つの場面」にかかる住民意識15項目の記述統計(その1)

## 1 次のサービスがどのようなサービスか知っていますか(訪問診療、往診、訪問歯科診療)。

	全体	1 全く知らない	2 知らない	3 どちらかと言えば知らない	4 どちらかと言えば知っている	5 知っている	6 よく知っている
1 訪問診療	(1240)	50 4.0	121 9.8	233 18.8	502 40.5	263 21.2	71 5.7
2 往診	(1240)	37 3.0	76 6.1	160 12.9	524 42.3	358 28.9	85 6.9
3 訪問歯科診療	(1240)	136 11.0	202 16.3	266 21.5	390 31.5	193 15.6	53 4.3

## 2 次のサービスを利用した経験がありますか(訪問診療、往診、訪問歯科診療)。

	全体	1 いいえ	2 はい
1 訪問診療	(1240)	1180 95.2	60 4.8
2 往診	(1240)	1140 91.9	100 8.1
3 訪問歯科診療	(1240)	1205 97.2	35 2.8

## 3 将来あなたが自力での通院が困難になった場合に、あなたは次のことを希望しますか(希望していましたか)。

	全体	1 全く希望しない	2 希望しない	3 どちらかと言えば希望しない	4 どちらかと言えば希望する	5 希望する	6 非常に希望する
1 通院の利便性の高い地域に住み替える	(1240)	147 11.9	291 23.5	330 26.6	336 27.1	110 163	26 43
2 訪問診療や往診などを活用し、在宅療養する	(1240)	82 6.6	157 12.7	246 19.8	549 44.3	163 13.1	43 3.5
3 長期にわたって病院で療養する	(1240)	187 15.1	275 22.2	455 36.7	249 20.1	66 5.3	8 0.6
4 医療対応が可能な介護施設で療養する	(1240)	111 9.0	190 15.3	338 27.3	458 36.9	117 9.4	26 2.1

## 4 家族が在宅療養することを希望した場合、あなたはどう思いますか。

	n	%
1 全体	(1240)	
1 強く反対	19	1.5
2 反対	73	5.9
3 どちらかと言えば反対	376	30.3
4 どちらかと言えば賛成	582	46.9
5 賛成	162	13.1
6 強く賛成	28	2.3

## 5 将来、あなたや家族などが訪問診療や往診などを活用し在宅療養をする場合、不安を感じますか(感じましたか)？

	全体	1 全く不安はない	2 不安はない	3 どちらかと言えば不安はない	4 どちらかと言えば不安	5 不安	6 非常に不安	7 該当なし
1 あなたの自身	(1240)	48 3.9	119 9.6	246 19.8	411 33.1	244 19.7	144 11.6	28 2.3
2 あなたの祖父母	(1240)	59 4.8	60 4.8	119 9.6	186 15.0	133 10.7	60 4.8	623 50.2
3 あなたの両親	(1240)	57 4.6	75 6.6	153 12.3	263 21.2	102 15.5	113 9.1	397 31.2
4 あなたの配偶者	(1240)	55 4.4	97 7.8	181 14.6	334 26.9	193 15.6	103 8.3	277 22.3
5 あなたの子ども	(1240)	78 6.3	120 9.7	176 14.2	314 25.3	172 13.9	73 5.9	307 24.8

## 6 あなたが在宅療養をする場合に、次のサポートが必要だと思いますか(思いましたか)？

	全体	1 全くそう思わない	2 そう思わない	3 どちらかと言えばそう思わない	4 どちらかと言えばそう思う	5 そう思う	6 非常にそう思う	7 無回答
1 家族による通院のサポート	(1240)	59 4.8	91 7.3	176 14.2	558 45.0	267 21.5	89 7.2	0 0.0
2 家族による生活のサポート	(1240)	51 4.1	87 7.0	165 13.3	564 45.5	282 22.7	91 7.3	0 0.0
3 ヘルパーなどによる通院のサポート	(1240)	46 3.7	91 7.3	190 15.3	561 45.2	264 21.3	88 7.1	0 0.0
4 ヘルパーなどによる生活のサポート	(1240)	47 3.8	109 8.8	206 16.6	541 43.6	247 19.9	90 7.3	0 0.0
5 看護師による自宅訪問	(1240)	58 4.7	94 7.6	235 19.0	558 45.0	229 18.5	66 5.3	0 0.0
6 その他【】	(1240)	201 16.2	111 9.0	222 17.9	263 21.2	78 6.3	31 2.5	334 26.9

## 7 あなたが自宅で急に具合が悪くなったとき、どうしますか。(例えば、持病があり急に苦しくなったなど体の異常を感じたとき)

	全体	1 全くそう思わない	2 そう思わない	3 どちらかと言えばそう思わない	4 どちらかと言えばそう思う	5 そう思う	6 非常にそう思う	7 無回答
1 往診を依頼する	(1240)	136 11.0	212 17.9	358 28.9	330 26.6	124 10.0	29 2.3	0 0.0
2 病院に電話する	(1240)	61 4.9	106 8.5	179 14.4	470 37.9	341 27.5	83 6.7	0 0.0
3 救急車を呼ぶ	(1240)	29 2.3	60 4.8	153 12.3	456 36.8	345 27.8	197 15.9	0 0.0
4 その他【】	(1240)	227 18.3	109 8.8	214 17.3	226 18.2	84 6.8	24 1.9	356 28.7

## 8 あなたは直近の入院(過去3年間)において退院時に係る情報が引き継がれたと思いませんか。

	全体	1 全くそう思わない	2 そう思わない	3 どちらかと言えばそう思わない	4 どちらかと言えばそう思う	5 そう思う	6 非常にそう思う
1 診療所の医師に対して、自身の病気やこれまでの治療についての引継ぎ	(411)	72 17.5	62 15.1	96 23.4	114 27.7	50 12.2	17 4.1
2 ケアマネジャーなどの介護関係者に対して、食事や日常生活についての引継ぎ	(411)	108 26.3	67 16.3	114 27.7	89 21.7	27 6.6	6 1.5
3 薬剤師に対して、自身の常備薬などの薬についての引継ぎ	(411)	99 24.1	80 19.5	102 24.8	90 21.9	34 8.3	6 1.5
4 リハビリテーションの専門家に対して、リハビリや日常生活についての引継ぎ	(411)	107 26.0	77 18.7	104 25.3	97 23.6	22 5.4	4 1.0

## 9 あなたは直近の入院(過去3年間)において退院後の生活を想像し、不安に感じましたか。

	n	%
1 全体	(411)	
2 不安はなかった	71	17.3
3 不安はなかった	89	21.7
4 どちらかと言えば不安はなかった	113	27.5
5 どちらかと言えば不安だった	98	23.8
6 不安だった	27	6.6
6 非常に不安だった	13	3.2

表7 「4つの場面」にかかる住民意識 15 項目の記述統計(その2)

10 あなたに関わる人が過去3年以内に入院・入所、あるいは在宅での療養をしていたことがありますか。

	全体	病院	1	2	3	4	該当なし	無回答
			介護施設 (施設入 所)	自宅(在 宅療養)				
1 あなたの祖父母	(1240)	41 3.3	34 2.7	33 2.7	1147 92.5	0 0.0		
2 あなたの両親	(1240)	226 18.2	109 8.8	98 7.9	885 71.4	0 0.0		
3 あなたの配偶者	(1240)	92 7.4	7 0.6	26 2.1	1119 90.2	0 0.0		
4 あなたの子ども	(1240)	29 2.3	3 0.2	10 0.8	1199 96.7	0 0.0		
5 あなたの親族	(1240)	112 9.0	58 4.7	44 3.5	1066 86.0	0 0.0		
6 あなたの友人	(1240)	70 5.6	15 1.2	23 1.9	1144 92.3	0 0.0		
7 その他【】	(1240)	12 1.0	5 0.4	5 0.4	885 71.4	335 27.0		

11 家族など身近な人を自宅で看取ったことがありますか。

	n	%
全体	(1240)	
1 ない	1041	84.0
2 ある	199	16.0

12 家族などを自宅で看取ることについて、あなたの考えに最も近いものを選択してください。(ひとつだけ)	n	%
1 全体	(1240)	
1 家族などに希望している人がおり、看取るつもりである	125	10.1
2 家族などに希望している人がいるが、看取れないと思う	45	3.6
3 家族などは望んでいないが、家族として看取りたい	96	7.7
4 家族などは望んでいないので、看取らないと思う	140	11.3
5 (意思確認はできていないが) 家族などが希望するなら、看取るつもりである	397	32.0
6 (意思確認はできていないが) 家族などが希望しても、看取れないと思う	119	9.6
7 (意思確認はできていないが) 家族などが希望しなくとも、家族として看取るつもりである	98	7.9
8 (意思確認はできていないが) 家族などが希望しない場合、看取らないと思う	181	14.6
9 その他【】	39	3.1

13 あなた自身の人生の最期を考える際に、次のことは重要だと思いますか。

	全体	1	2	3	4	5	6	非常にそ う思う	無回答
		全くそう 思わない	そう思わ ない	どちらか と言えば そう思わ ない	どちらか と言えば そう思 う	そう思 う			
1 信頼できる医師、看護師、介護職員などにみてもらえること	(1240)	33 2.7	46 3.7	138 11.1	471 38.0	370 29.8	182 14.7	0 0.0	
2 自分のなじみのある場所で過ごすこと	(1240)	27 2.2	51 4.1	142 11.5	542 43.7	342 27.6	136 11.0	0 0.0	
3 家族などの十分な時間を過ごすこと	(1240)	33 2.7	41 3.3	141 11.4	514 41.5	345 27.8	166 13.4	0 0.0	
4 自分らしくいられること	(1240)	13 1.0	15 1.2	80 6.5	403 32.5	455 36.7	274 22.1	0 0.0	
5 人間としての尊厳を保てること	(1240)	16 1.3	19 1.5	94 7.6	421 34.0	433 34.9	257 20.7	0 0.0	
6 体や心の苦痛なく過ごせること	(1240)	13 1.0	12 1.0	67 5.4	340 27.4	439 35.4	369 29.8	0 0.0	
7 家族などの負担にならないこと	(1240)	14 1.1	22 1.8	60 4.8	285 23.0	404 32.6	455 36.7	0 0.0	
8 積極的な医療を続けられること	(1240)	49 4.0	100 8.1	287 23.1	478 38.5	240 19.4	86 6.9	0 0.0	
9 経済的な負担が少ないこと	(1240)	12 1.0	29 2.3	77 6.2	340 27.4	402 32.4	380 30.6	0 0.0	
10 その他【】	(1240)	184 14.8	59 4.8	150 12.1	252 20.3	112 9.0	82 6.6	401 32.3	

14 あなたは次の場所で人生の最期を迎えることを希望しますか。

	全体	1	2	3	4	5	6	非常にそ う思う	無回答
		全くそう 思わない	そう思わ ない	どちらか と言えば そう思わ ない	どちらか と言えば そう思 う	そう思 う			
1 病院	(1240)	99 8.0	130 10.5	325 26.2	423 34.1	190 15.3	73 5.9	0 0.0	
2 介護施設	(1240)	155 12.5	191 15.4	404 32.6	337 27.2	133 10.7	20 1.6	0 0.0	
3 自宅	(1240)	82 6.6	91 7.3	263 21.2	473 38.1	223 18.0	108 8.7	0 0.0	
4 その他【】	(1240)	247 19.9	89 7.2	220 17.7	186 15.0	57 4.6	35 2.8	406 32.7	

15 あなた自身が介護が必要になった場合、あなたはどこでどのような介護をうけたいですか?

	n	%
1 全体	(1230)	
1 自宅で家族中心に介護を受けたい	109	8.9
2 自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい	187	15.2
3 家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい	398	32.4
4 有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい	136	11.1
5 特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい	161	13.1
6 医療機関に入院して介護を受けたい	215	17.5
7 その他【】	24	2.0

表8 意識調査の設問10項目と、家族の在宅療養と看取り意向、自身の在宅療養や退院後の生活への不安の関連

		家族の在宅療養への意向				家族の看取りへの意向				自身の在宅療養に対する不安				自身の退院後の生活への不安			
		賛成(a) (N=772)	反対(b) (N=468)	平均値の差 (a)-(b)	P値	看取れる い(a) (N=716)	看取ら ない(b) (N=485)	平均値の差 (a)-(b)	P値	不安ではな い(a) (N=413)	不安(b) (N=779)	平均値の差 (a)-(b)	P値	不安ではな い(a) (N=273)	不安(b) (N=138)	平均値の差 (a)-(b)	P値
1 次のサービスがどのようなサービスか知っていますか	訪問診療	3.92	3.66	0.26	0.00	3.88	3.71	0.17	0.01	3.84	3.83	0.01	0.95	3.73	3.71	0.02	0.88
1全く知らない~6よく知っている	往診	4.18	3.93	0.25	0.00	4.13	4	0.13	0.05	4.12	4.09	0.03	0.67	3.97	3.99	-0.02	0.88
	訪問歯科診療	3.47	3.22	0.25	0.00	3.41	3.31	0.1	0.19	3.45	3.34	0.11	0.20	3.33	3.43	0.1	0.47
3 将来あなたが自力での通院が困難になった場合に、あなたは次のことを希望しますか。	通院の利便性の高い地域に住み替える	3.03	3.06	-0.03	0.65	3	3.09	0.09	0.22	2.92	3.12	0.2	0.01	2.95	3.2	0.25	0.05
1全く希望しない~6非常に希望する	訪問診療や往診などを活用し、在宅療養する	3.72	3.27	0.45	0.00	3.66	3.4	0.26	0.00	3.48	3.61	0.13	0.07	3.26	3.7	0.44	0.00
	長期にわたって病院で療養する	2.78	2.85	-0.07	0.27	2.78	2.84	0.06	0.36	2.69	2.87	0.18	0.01	2.74	3.01	0.27	0.03
	医療対応が可能な介護施設で療養する	3.24	3.36	-0.12	0.09	3.28	3.3	-0.02	0.84	3.11	3.39	0.28	0.00	3.11	3.43	0.32	0.01
4 家族が在宅療養することを希望した場合、あなたはどう思いますか。1強く反対~6強く賛成	-	-	-	-	-	3.88	3.42	0.46	0.00	4	3.57	0.43	0.00	3.69	3.67	0.02	0.88
5 将来、あなたや家族などが訪問診療や往診などを活用し在宅療養をする場合、不安を感じますか？	あなたの自身	3.68	4.32	-0.64	0.00	3.8	4.14	-0.34	0.00	-	-	-	-	3.79	4.31	-0.52	0.00
1全く不安はない~6非常に不安	あなたの祖父母	5.28	5.53	-0.25	0.02	5.29	5.52	-0.23	0.04	4.58	5.73	-0.15	0.00	5	5.35	-0.35	0.06
	あなたの両親	4.73	5.16	-0.43	0.00	4.74	5.13	-0.39	0.00	3.97	5.31	-0.34	0.00	4.68	5.09	-0.41	0.02
	あなたの配偶者	4.36	4.88	-0.52	0.00	4.39	4.79	-0.4	0.00	3.59	4.98	-0.39	0.00	4.23	4.9	-0.67	0.00
	あなたの子ども	4.32	4.73	-0.41	0.01	4.36	4.64	-0.28	0.01	3.53	4.88	-0.35	0.00	4.19	4.86	-0.67	0.00
6 あなたが在宅療養をする場合に、次のサポートが必要だと思いますか？	家族による通院のサポート	3.96	3.87	0.09	0.22	4.03	3.83	0.2	0.00	3.63	4.1	-0.47	0.00	3.9	4.22	-0.32	0.01
1全くそう思わない~6強くそう思う	家族による生活のサポート	4.02	3.91	0.11	0.11	4.08	3.88	0.2	0.00	3.7	4.14	-0.44	0.00	3.9	4.2	-0.3	0.01
	ヘルパーなどによる通院のサポート	3.94	3.96	-0.02	0.78	3.95	3.94	0.01	0.90	3.69	4.09	-0.4	0.00	3.84	4.09	-0.25	0.03
	ヘルパーなどによる生活のサポート	3.88	3.91	-0.03	0.69	3.89	3.91	-0.02	0.76	3.64	4.04	-0.4	0.00	3.7	4.11	-0.41	0.00
	看護師による自宅訪問	3.8	3.83	-0.03	0.57	3.83	3.79	0.04	0.58	3.55	3.96	-0.41	0.00	3.66	3.98	-0.32	0.01
	その他【 】	3.02	2.96	0.06	0.50	2.99	3.02	-0.03	0.72	2.78	3.12	-0.34	0.00	2.92	3.36	-0.44	0.01
7 あなたが自宅で急に具合が悪くなったとき、どうしますか。	往診を依頼する	3.21	2.94	0.27	0.00	3.23	2.92	0.31	0.00	3.11	3.11	0	0.97	3.07	3.21	-0.14	0.28
1全くそう思わない~6強くそう思う	病院に電話する	3.97	3.91	0.06	0.43	4.06	3.78	0.28	0.00	3.77	4.06	-0.29	0.00	3.98	4.22	-0.24	0.04
	救急車を呼ぶ	4.3	4.32	-0.02	0.77	4.38	4.22	0.16	0.02	4.12	4.39	-0.27	0.00	4.22	4.38	-0.16	0.17
	その他【 】	2.92	2.85	0.07	0.50	2.96	2.8	0.16	0.12	2.77	2.98	0.21	0.04	2.87	3.38	-0.51	0.00
8 あなたは直近の入院において退院時に関係者間で、あなたに関する情報が引き継がれたと思いますか。	診療所の医師に対して、自身の病気やこれまでの治療についての引継ぎ	3.12	3.18	-0.06	0.64	3.21	3.09	0.12	0.43	3.05	3.2	-0.15	0.29	2.95	3.54	-0.59	0.00
1全くそう思わない~6強くそう思う	ケアマネジャーなどの介護関係者に対して、食事や日常生活についての引継ぎ	2.76	2.62	0.14	0.28	2.75	2.66	0.09	0.49	2.66	2.73	-0.07	0.61	2.52	3.07	-0.55	0.00
	薬剤師に対して、自身の常備薬などの薬についての引継ぎ	2.85	2.61	0.24	0.08	2.79	2.7	0.09	0.53	2.7	2.78	-0.08	0.57	2.58	3.1	-0.52	0.00
	リハビリテーションの専門家に対して、リハビリや日常生活についての引継ぎ	2.73	2.57	0.16	0.21	2.69	2.64	0.05	0.70	2.58	2.72	-0.14	0.32	2.44	3.1	-0.66	0.00
9 あなたは直近の入院において退院時に退院後の生活を想像し、不安を感じましたか。1全く不安はない~6非常に	-	2.83	3.01	-0.18	0.19	2.88	2.99	-0.11	0.43	2.6	3.08	-0.48	0.00	-	-	-	-
13 あなた自身の人生の最期を考える際に、次のことは重要だと思いますか。	信頼できる医師、看護師、介護職員などにみてもらえること	4.38	4.24	0.14	0.03	4.42	4.24	0.18	0.01	4.13	4.43	-0.3	0.00	4.14	4.38	-0.24	0.06
1全くそう思わない~6強くそう思う	自分のなじみのある場所で過ごせること	4.34	4.06	0.28	0.00	4.4	4.02	0.38	0.00	4.21	4.25	-0.04	0.54	4.2	4.29	-0.09	0.43
	家族などとの十分な時間を過ごせること	4.42	4.07	0.35	0.00	4.49	4.04	0.45	0.00	4.24	4.32	-0.08	0.23	4.25	4.42	-0.01	0.96
	自分らしくいられること	4.74	4.6	0.14	0.02	4.75	4.62	0.13	0.03	4.6	4.74	-0.14	0.03	4.58	4.58	0	0.98
	人間としての尊厳を保てること	4.67	4.54	0.13	0.04	4.66	4.57	0.09	0.15	4.5	4.69	-0.19	0.00	4.47	4.5	-0.03	0.82
	体や心の苦痛なく過ごせること	4.86	4.81	-0.05	0.39	4.85	4.86	-0.01	0.90	4.68	4.93	-0.25	0.00	4.65	4.73	-0.08	0.49
	家族などの負担にならないこと	4.91	4.99	-0.08	0.20	4.92	4.99	-0.07	0.24	4.69	5.08	-0.39	0.00	4.8	4.81	-0.01	0.91
	積極的な医療を続けられること	3.89	3.7	0.19	0.01	3.92	3.69	0.23	0.00	3.79	3.84	-0.05	0.49	3.87	3.99	-0.12	0.30
	経済的な負担が少ないとこと	4.78	4.83	-0.05	0.43	4.75	4.86	-0.11	0.09	4.55	4.92	-0.37	0.00	4.62	4.68	-0.06	0.62
	その他【 】	3.39	3.29	0.1	0.39	3.36	3.36	0	1.00	3.29	3.38	-0.09	0.42	3.34	3.54	0.02	0.27
14 あなたは次の場所で人生の最期を迎えることを希望しますか。	病院	3.42	3.78	-0.36	0.00	3.41	3.81	-0.4	0.00	3.34	3.69	-0.35	0.00	3.45	3.63	-0.18	0.17
1全くそう思わない~6強くそう思う	介護施設	3.02	3.32	-0.3	0.00	3.02	3.31	-0.29	0.00	2.97	3.23	-0.26	0.00	3.09	3.28	-0.19	0.14
	自宅	4.08	3.33	0.75	0.00	4.13	3.31	0.82	0.00	4	3.69	0.31	0.00	3.81	3.81	0	0.99
	その他【 】	2.84	2.7	0.14	0.16	2.84	2.74	0.1	0.39	2.7	2.84	-0.14	0.19	2.71	3.19	-0.48	0.01

表9 ACPに関する認知度、実施経験、実施したきっかけ

1 あなたは「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」について、知っていますか？  
 ACPは「人生会議」とも呼ばれているもので、あなたや家族などの人生の最終段階を含む今後の医療・療養について、家族や医療・介護関係者などとあらかじめ話し合う自発的なプロセスのことです。

	n	%
全体	(1240)	
1 全く知らない	762	61.5
2 知らない	331	26.7
3 どちらかと言えば知らない	90	7.3
4 どちらかと言えば知っている	38	3.1
5 知っている	12	1.0
6 よく知っている	7	0.6

2 あなたや家族（祖父母や両親、配偶者、子ども）の死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、次の方と話し合ったことはありますか。

全体	1	2	3	4	5	6	無回答	
	全くない	ない	どちらかと言えばない	どちらかと言えばある	ある	非常にある		
1 家族	(1240)	337 27.2	295 23.8	195 15.7	246 19.8	131 10.6	36 2.9	0 0.0
2 親戚（2親等以内）	(1240)	465 37.5	367 29.6	205 16.5	123 9.9	67 5.4	13 1.0	0 0.0
3 友人・知人	(1240)	499 40.2	360 29.0	181 14.6	149 12.0	42 3.4	9 0.7	0 0.0
4 かかりつけ医など医療従事者	(1240)	586 47.3	369 29.8	171 13.8	81 6.5	25 2.0	8 0.6	0 0.0
5 介護関係者	(1240)	692 55.8	348 28.1	134 10.8	55 4.4	8 0.6	3 0.2	0 0.0
6 法律関係者	(1240)	719 58.0	348 28.1	121 9.8	44 3.5	6 0.5	2 0.2	0 0.0
7 その他【】	(1240)	617 49.8	287 23.1	87 7.0	25 2.0	7 0.6	2 0.2	215 17.3
8 家族	(1240)	388 31.3	287 23.1	186 15.0	213 17.2	142 11.5	24 1.9	0 0.0
9 親戚（2親等以内）	(1240)	507 40.9	350 28.2	172 13.9	130 10.5	70 5.6	11 0.9	0 0.0
10 友人・知人	(1240)	580 46.8	353 28.5	167 13.5	102 8.2	31 2.5	7 0.6	0 0.0
11 かかりつけ医など医療従事者	(1240)	624 50.3	359 29.0	140 11.3	75 6.0	34 2.7	8 0.6	0 0.0
12 介護関係者	(1240)	672 54.2	345 27.8	129 10.4	63 5.1	26 2.1	5 0.4	0 0.0
13 法律関係者	(1240)	709 57.2	342 27.6	130 10.5	43 3.5	13 1.0	3 0.2	0 0.0
14 その他【】	(1240)	610 49.2	276 22.3	99 8.0	23 1.9	2 0.2	3 0.2	227 18.3

3 前問で、死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について話し合ったことがあると回答した方にお尋ねします。  
 どのようなことがきっかけで話し合いましたか。（いくつでも）

全体	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	誕生日	結婚	妊娠・出産（配偶者の場合も含む）	あなたの病気	家族や友人などの病気や死	退職	退廻	人生の最終段階についてメディア（新聞・テレビ・ラジオなど）から情報を得た時	医療や介護関係者による説明や相談の機会を得た時	その他【】
1 あなた自身について	(495)	30 6.1	8 1.6	5 1.0	108 21.8	220 44.4	22 4.4	25 5.1	146 29.5	49 9.9
2 家族（祖父母や両親、配偶者、子ども）について	(449)	22 4.9	6 1.3	2 0.4	62 13.8	225 50.1	9 2.0	20 4.5	117 26.1	55 12.2

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」  
令和5年度 分担研究報告書

**自治体を対象とした評価指標の妥当性と活用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 大多賀政昭（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）

**研究要旨**

在宅医療・介護連携推進事業において、地域の実情を踏まえてPDCAサイクルに沿った事業展開が求められているが、自治体は評価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、昨年度の研究で選定した、活用すべき重要度の高い指標を基に、地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について検討するために、人口規模の異なる6市町村の職員を対象にインタビュー調査を行った。その結果、【日頃の取り組みを客観的に裏付けられる】【データから事業改善や課題解決の見通しを立てる】など、指標の活用における利点、有用性が明らかになった。一方、【指標の定義が不明】【医療機関所在地ベースでは、市町村での活用に限界】【データと自治体の実感との不一致】などの課題があげられた。また、【データ活用に関する習熟度】【多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解】など、指標を活用するために自治体に求められることも明らかになった。指標の定義や評価基準が不明なことによる活用上の課題については、実用可能となるよう検討し、自治体職員のデータ活用の習熟度に配慮した資料の提示や活用ガイドを示すなど、事前の配慮や工夫により、活用が推進されると考える。

**A. 研究目的**

在宅医療・介護連携推進事業において、地域の実情を踏まえてPDCAサイクルに沿った事業展開が求められているが、自治体は評価指標の設定に困難を生じ、活用が進んでいない。そこで本研究では、前年度に実施した「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から選定した4場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとの活用すべき重要度の高い指標について、国や自治体等が公開する既存資料等を用いて各自治体のデータを抽出した。これを基に人口規模の異なる6市町村の職員を対象

にインタビュー調査を行い、地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について検討することとした。

**B. 研究方法**

地域の実情に応じた選定指標の活用に向けて、評価指標の妥当性と活用可能性についてモデル自治体職員を対象としたグループインタビューを行った。対象自治体は、人口規模による事業展開の違いを考慮し、人口規模の異なる3市（A市、B市、C市）2町（D町、E町）1村（F村）を対象とした。各自治体職員の数はA市2名、B市5名、C市2名、D町2名、E町2

名であった。また、医師会単位での在宅医療・介護連携推進事業を実施している地域もあったため、これら自治体の職員に加え、県の職員10名とオブザーバー6名による協力を得た。インタビュー調査に先立ち、事前説明会を実施した。

### 1. 事前説明会

事前説明会は、対象者の希望に合わせた日程を2日間設定し、1回60分、合計2回、オンラインで実施した。

提示した資料は、昨年度の成果と今年度の研究内容を記載した説明資料、関連指標について「当該自治体の取り組み状況のデータ」である(表1-1～表1-3)。評価指標について対象自治体の値と全国の同規模自治体内における当該自治体の位置づけを示した。なお、医師会単位で事業を展開している地域に関しては、各自治体に加えて、医師会単位での各指標の値も併せて提示した。

資料に基づき、本研究事業の説明と、インタビューに伴う準備について説明した。また、モデル自治体の在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況を総合的に把握するため、第9期介護保険事業計画の指針で使用が推奨されている地域包括ケアシステム点検ツールの内容に準じて、市町村が介護保険事業計画等の策定プロセスで提出している各種情報を基に、目指すべき姿の有無と取り組み状況や目標に対する評価を記載する「事前点検シート」(図1)の記入を依頼した。

### 2. 自治体職員へのインタビュー調査

インタビューは、対象者の希望に合わせた日程とし、自治体ごとに会議室等で90分のグループインタビューを全3回実施した。

「看取り」、「入退院支援」、「日常の療養支援」を中心に、以下1) 2) 3) のインタビュー項目の順に、参加者から意見を聴取した。

#### 1) 事前の取り組み状況について

「事前点検シート」(図1)を基に、その内容を振り返りながら、現在の取り組み状況について意見を求めた。

#### 2) データから読み取ることについて

事前に提示した、キー指標に関する自治体データ(表1-1～表1-3)から読み取ることを確認し、在宅医療・介護連携推進事業と関連づけて、課題と改善策方策の検討について意見を求めた。

#### 3) 指標に関する意見

提示した「評価指標」の妥当性と活用可能性についてと、他の指標や活用方法に対する意見を求めた。

### 3. 分析方法

インタビュー内容の録音データを逐語録化したテキストを用いて、項目ごとに内容の類似性に基づき整理した。

#### (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

インタビュー結果として抽出された要素と具体例を表2から表4に示した。

#### 1. 指標の活用における利点

指標の活用における利点、有用性は、「居宅療養管理指導の薬局は日頃の連携のなかでよく取り組んでいる実感があるため客観的な指標として見てみたい」、といった【日頃の取り組みを客観的に裏付けられる】、「全国値との比較や自エリアがどこにプロットされているのかという視点も使い勝手は良い」、といった【データを活用した現状把握に対する理解の促進】、【データから事業改善や課題解決の見通しを立てる】、「今回のように整理されてやっと見えてきた。このようなデータが見えてくると、自治体がこれまで取

り組めていなかった客観的な評価が可能になる。」など、【指標によって、事業にかかわる情報を体系立て把握できる】、の4つの要素に整理された。

## 2. 指標の活用における課題

指標の活用におけるデータ提示上の課題は、6つの要素が抽出された。「入退院や急変時に連携する病院は市外の大病院が多い」、「市内に大きな病院がない。」といった【医療機関所在地ベースでは、市町村での活用に限界がある】、「小規模自治体は市町村単位だけでなく、郡市医師会単位や複数自治体レベルでのデータがよいのではないか」、といった【実態を反映できるデータ集計範囲の検討】、在宅ターミナルケアを受けた患者数のデータの定義や、看取りの定義が不明など、【指標の定義が不明】、「病院以外の家や施設での死亡者数が計上されており、市町村担当者で議論してきたことと乖離している」、また、「データを見るだけで正しく現状が分かるのか」という疑問など、【データと自治体の実感との不一致】、「介護サービスは地域の特性上サービス提供できないことが多く、データに反映されない。訪問介護の活動状況をどう把握し、評価するか。」といった【在宅介護の状況を示すデータの充実の必要性】、【データ時期の検討】などであった。

## 3. 指標を活用するために自治体に求められること（前提条件）

指標活用を可能にするための組織体制など、指標が活用できない理由については、3つの要素が抽出された。データの読み解き方の基本的な理解や、解釈・評価の仕方がわからない、といった【データ活用に関する習熟度】、自治体職員の【データを基に説明する必要性の認識】、「医療・介護の各専門職がお互いの立場を理解しあった上で4場面を考える必要がある。目指すべき姿の共有が何よりできていない、そこから取り組みたい。」など【多様なステークホルダーとの連携体制と相

互理解】や、目指すべき姿を共有する必要性について挙げられた。

## D. 考察

指標の活用の利点としては、データを活用して事業にかかわる情報を体系立て把握できることにより、事業改善や課題解決の見通しを立てることができる、といった活用可能性が明らかになった。一方で、看取りに関する指標が医療機関の所在地を基に算定されていることによって、市町村の実態把握が困難であることや、看取りなど指標の定義が不明であることなどによる、活用の限界もある。

小規模自治体の集計範囲を検討する必要性、データと自治体の実感との不一致など、指標活用上の限界や課題については、検討が必要である。

在宅医療・介護連携推進事業を推進する上では、医療・介護の専門職や、医師会や地域包括支援センター、ケアマネジャーなど、地域の実情に応じた多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解が欠かせない。

また、データ活用に関する自治体担当職員の習熟度の課題など指標活用のために自治体に求められる要素を解決するためには、自治体の自助努力に委ねるだけではなく、ガイドを作成するなど、自治体職員への支援策も必要だと考える。評価指標の実用可能性を高めるためには、自治体の特性に応じたモデル事例など具体的に示していく必要があると考える。

## E. 結論

活用すべき重要度の高い指標を基に、地域の実情に応じた評価指標の妥当性と実用可能性について、モデル自治体へのインタビューを行った。

定性的データと定量的データを組み合わせることによる客観的評価の可能性が明らかになった。一方、指標の定義や評価基準が不明なことによる活用上の課題について、検討する必要がある。

また、自治体職員のデータ活用の習熟度に配慮した資料の提示や活用ガイドを示すなど、事前の

配慮や工夫により、活用が推進されると考える。

**F. 健康危険情報**

該当なし

**G. 研究発表**

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

**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1-1 キー指標に関する自治体データ：自治体規模別グループ（人口5分位）（グループ4の例）

## 自治体規模別グループ（人口5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ピングし、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1-2 キー指標に関する自治体データ：看取りの指標検討シート（グループ4の例）

「看取り」

gp4（自治体人口規模35,000人以上80,000人未満）

## キー指標に関するデータ

指標名	富谷市	素集計値			
		中央値	四分位範囲		
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）※	49.0	36.0	19.0	-	56.0
看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）※	71.0	61.0	36.0	-	93.0

0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「看取り」在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			
			中央値	四分位範囲		
0.40	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0
0.36	緊急時訪問看護加算算定者数	67.2	97.0	65.0	-	141.9
0.23	退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）※	0.0	38.5	19.0	-	74.0
0.73	訪問診療を受けた患者数（算定回数）※	2,837.0	4,103.0	2,171.5	-	7,093.0
0.26	訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）※	1,293.0	1,625.5	574.0	-	3,813.0
0.45	訪問薬剤管理指導受けた者の数※	108.0	116.0	54.0	-	202.0
0.30	受給率（訪問看護）	0.7	1.1	0.8	-	1.5
0.46	受給率（居宅療養管理指導）	1.0	1.3	0.8	-	1.8
0.21	受給率比（在宅サービス／施設および居住系サービス）	2.4	2.2	1.9	-	2.5

0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「看取り」看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			
			中央値	四分位範囲		
0.30	サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	3.0	4.0	3.0	-	6.0
0.32	従事者数（介護老人福祉施設）	98.0	175.0	126.5	-	241.0
0.37	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0
0.42	緊急時訪問看護加算算定者数	67.2	97.0	65.0	-	141.9
0.25	退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）※	0.0	38.5	19.0	-	74.0
0.26	退院退所加算の算定回数※	149.0	291.0	196.5	-	406.5
0.24	入院時情報連携加算の算定回数※	37.0	60.5	39.0	-	95.5
0.55	訪問診療を受けた患者数（算定回数）※	2,837.0	4,103.0	2,171.5	-	7,093.0
0.24	訪問薬剤管理指導受けた者の数※	108.0	116.0	54.0	-	202.0
0.25	受給率（訪問看護）	0.7	1.1	0.8	-	1.5
0.29	受給率（在宅サービス）	7.7	9.2	8.1	-	10.3

0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

表1-3 キー指標に関する自治体データ：入退院支援の指標検討シート（グループ4の例）

## [入退院支援]

gp4（自治体人口規模35,000人以上80,000人未満）

## キー指標に関するデータ

指標名	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
		中央値	四分位範囲						
介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）※	13.0	189.0	80.0	-	353.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）※	0.0	38.5	19.0	-	74.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
退院退所加算の算定回数※	149.0	291.0	196.5	-	406.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
入院時情報連携加算の算定回数※	37.0	60.5	39.0	-	95.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
退院・退所時連携加算算定者数	0.0	0.8	0.3	-	1.8	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「入退院支援」介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
			中央値	四分位範囲						
0.23	サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	3.0	4.0	3.0	-	6.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.21	従事者数（介護老人福祉施設）	98.0	175.0	126.5	-	241.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.23	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.22	緊急時訪問看護加算算定者数	67.2	97.0	65.0	-	141.9	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.25	受給率（在宅サービス）	7.7	9.2	8.1	-	10.3	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「入退院支援」退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
			中央値	四分位範囲						
0.31	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.23	在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）※	49.0	36.0	19.0	-	56.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.25	看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）※	71.0	61.0	36.0	-	93.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.26	受給率（訪問看護）	0.7	1.1	0.8	-	1.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「入退院支援」退院退所加算の算定回数との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
			中央値	四分位範囲						
0.42	サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	3.0	4.0	3.0	-	6.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.28	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）	1.0	1.0	0.0	-	2.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.29	サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	2.0	2.0	1.0	-	3.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.41	従事者数（介護老人福祉施設）	98.0	175.0	126.5	-	241.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.25	従事者数（介護老人保健施設）	127.0	118.5	72.0	-	166.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.30	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.27	従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	28.0	35.0	23.0	-	60.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.26	看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）※	71.0	61.0	36.0	-	93.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.42	緊急時訪問看護加算算定者数	67.2	97.0	65.0	-	141.9	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
-0.25	受給率（居宅療養管理指導）	1.0	1.3	0.8	-	1.8	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.59	受給率（在宅サービス）	7.7	9.2	8.1	-	10.3	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.27	受給率（施設および居住系サービス）	3.2	4.2	3.5	-	4.7	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.21	受給率比（在宅サービス／施設および居住系サービス）	2.4	2.2	1.9	-	2.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「入退院支援」入院時情報連携加算の算定回数との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
			中央値	四分位範囲						
0.34	サービス提供事業所数（介護老人福祉施設）	3.0	4.0	3.0	-	6.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.22	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）	1.0	1.0	0.0	-	2.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.23	サービス提供事業所数（介護老人保健施設）	2.0	2.0	1.0	-	3.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.35	従事者数（介護老人福祉施設）	98.0	175.0	126.5	-	241.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.20	従事者数（介護老人保健施設）	127.0	118.5	72.0	-	166.5	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.24	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.21	従事者数（地域密着型介護老人福祉施設）	28.0	35.0	23.0	-	60.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.24	看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）※	71.0	61.0	36.0	-	93.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.32	緊急時訪問看護加算算定者数	67.2	97.0	65.0	-	141.9	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.42	受給率（在宅サービス）	7.7	9.2	8.1	-	10.3	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.23	受給率（施設および居住系サービス）	3.2	4.2	3.5	-	4.7	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

## 「入退院支援」退院・退所時連携加算算定者数との相関

相関係数	他の選定指標	富谷市	素集計値			0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
			中央値	四分位範囲						
0.20	従事者数（訪問看護）	4.0	26.0	17.0	-	43.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.23	訪問診療を受けた患者数（算定回数）※	2,837.0	4,103.0	2,171.5	-	7,093.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.22	訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）※	1,293.0	1,625.5	574.0	-	3,813.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.28	訪問薬剤管理指導受けた者の数※	108.0	116.0	54.0	-	202.0	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
0.33	受給率（居宅療養管理指導）	1.0	1.3	0.8	-	1.8	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%

図1 在宅医療・介護連携推進事業の取組の確認に用いた事前点検シート

## 在宅医療介護連携推進事業における取り組みの検討

市町村が作成している第8期介護保険事業計画や「第8期介護保険事業計画 取組と目標に対する自己評価シート」といった各種資料からの情報に加え、(担当業務を通じて) 把握している状況等をもとに、(可能な範囲で) 記載を行って下さい。

### (1) 取り組みの目標（目指すべき姿・具体的な状態像）

各種資料情報、(担当業務を通じて) 関わっている状況等を参考に、「在宅医療介護連携推進事業」に関わる目標（目指すべき姿・具体的な状態像）を記載して下さい。

- ① 在宅医療介護連携推進事業全体
- ② 在宅医療 4 場面ごと  
**看取り**
- 入退院支援**

### (2) 取り組みの内容

各種資料情報、(担当業務を通じて) 関わっている状況等を参考に、「在宅医療介護連携推進事業」に関わるどのような取り組みを行っているかを記載して下さい。

**看取り**

**入退院支援**

### (3) 取り組みの目標（目指すべき姿・具体的な状態像）に対する実現状況の評価

(1) や (2) の記述より、あなたが考える対象自治体における目標（目指すべき姿・具体的な状態像）に対する実現状況の評価を4段階で評価し（該当選択肢に○を付す）、その理由を記載して下さい。

#### 【看取り】

- ( ) 概ね実現できている .. 目指す姿を具体的に共有し、成果も現れている
- ( ) なかば実現できている .. 目指す姿は共有できているが、成果が現れているのはこれから
- ( ) あまり実現できていない .. 取り組みはあるが、目指す姿を共有できていない
- ( ) ほとんど実現できていない .. これから目指す姿や取り組みを具現化していく

(その理由)

#### 【入退院支援】

- ( ) 概ね実現できている .. 目指す姿を具体的に共有し、成果も現れている
- ( ) なかば実現できている .. 目指す姿は共有できているが、成果が現れているのはこれから
- ( ) あまり実現できていない .. 取り組みはあるが、目指す姿を共有できていない
- ( ) ほとんど実現できていない .. これから目指す姿や取り組みを具現化していく

(その理由)

### (4) 評価に対する解決すべきと考えられる要因（データ確認前、データを見る視点の洗い出し）

(3) の評価に対する解決すべきと考えられる要因をいくつか検討し記載して下さい。

**看取り**

**入退院支援**

表2 インタビュー調査結果1（指標の活用における利点）

抽出された要素	具体例
日頃の取り組みを客観的に裏付けられる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導の薬局は日頃の連携のなかでよく取り組んでいる実感があるため客観的な指標としてみてみたい。</li> <li>・今回のデータでも在宅ターミナル患者数や看取り数が多いことから、成果は現れていると評価している。</li> <li>・居宅療養管理指導の薬局は日頃の連携のなかでよく取り組んでいる実感があるため客観的な指標としてみてみたい。推移ではなく、定期的にみられるといい。</li> <li>・訪問看護は従事者数が多く、緊急時訪問看護加算の算定者数も多いことから、行政の実感と合っている。</li> <li>・キー指標に関するデータで「退院時共同指導」「退院退所加算」「退院・退所時連携加算」が低い点はリンクしている可能性がある。</li> <li>・緊急時訪問看護加算は、急変時に対応してもらえるため、訪問看護を使うような利用者の場合にはケアマネに取得してほしい。数字をみるのは有効で、それだけ資源があることを意味すると捉えている。</li> </ul>
データを活用した現状把握に対する理解の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国値との比較や自エリアがどこにプロットされているのかという視点も使い勝手は良い。</li> <li>・医療計画の作成に当たり厚生労働省からデータブックが提供されたが、NDBデータ、介護保険や医療保険、介護サービス施設・事業所調査など、様々な出典がある。似たような指標を比べた際に数字が逆転している場合もある。何を取っているかを考えることも大切だと感じた。</li> <li>・市の方針を説明するときに、担当課や包括と話した肌感覚、蓄積したデータが裏づけとしてあると説得力があるのではないかとの示唆をいただいたため、入退院支援はみえてきた。</li> <li>・市レベルになると計画策定について、指標の解釈を含めて外部委託している場合もあり、本研究に参加することで改めて指標の定義をよくよくみる機会になっていく。</li> </ul>
データから事業改善や課題解決の見通しを立てる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業が指標をどう動かすか意識して事業を組み立てていけると効率的で、実現できると良いと感じた。</li> <li>・在宅での医療体制が整っていれば、119番をかける前に訪問看護に連絡が入り、現在の様々な課題が解決あるいは軽減すると考えている。緊急時訪問看護加算、緊急時訪問介護加算、緊急時居宅カンファレンス加算の数値が上がれば、色々な課題が解決するだろう。</li> <li>・自宅で亡くなるのは良い、病院で亡くなるのは悪いという話ではなく、最終的には本人がどこで亡くなりたいかということになる。住民の方が本来思っている「どこで亡くなりたいか」と「実際に亡くなっている場所」が徐々にマッチしていくと良いと感じた。</li> <li>・次の段階では、何らか事業を実施することで、この指標の数値が変動するという予測が立てられると良く、そのヒントを得たい。</li> </ul>
指標によって、事業にかかる情報を体系立てて把握できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・このようなデータが見えてくると、自治体がこれまで取り組めていなかった客観的な評価が可能になる。</li> <li>・提示されたデータを活用していきたいと率直に感じる。</li> <li>・数字をみるのは有効で、それだけ資源があることを意味すると捉えている</li> <li>・居宅療養管理指導料等の介護サービス利用者、在宅医療を受けている人など医療と介護の両方が必要な人に関しては意外とデータがある。</li> <li>・一つ一つ指標の説明ができるように、便利になると良い。</li> <li>・介護保険事業計画を策定する上で、医療レセプトの数値を見ていくことは非常に大事。</li> </ul>

表3 インタビュー調査結果2（指標の活用における課題）

抽出された要素	具体例
医療機関所在地ベースでは、市町村での活用に限界がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内に大きな病院がないため、どのような数字をみるべきか考える必要がある。</li> <li>・現在は、見える化システムとKDBの両方をみなければ分からぬ。</li> <li>・入退院や急変時に連携する病院は市外の大病院が多い。市町村単位ではなく、2次医療圏単位で比較する方が有効な場合もあるが、今回の5つの人口規模グループとしては同じ位置づけとなるためあまり変わらないかもしない。</li> <li>・人口規模が小さいなか、医療は他市町村で受診する人が多く、ターミナルでも訪問診療、訪問看護も村外から来ることが多い。数字に現れないところが非常に多い。</li> <li>・周辺自治体からの受け入れによって数値が高いことの考慮は不要か。</li> </ul>
実態を反映できるデータ集計範囲の検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療サービスの提供エリアとして郡内は結構重複しているため、同じエリアで見る方が良いと考える。</li> <li>・医師会管内で見ていくよりは、実態に即したエリアとして捉えて見る必要がある。住民の受療行動は医師会管内に収まらない。介護サービスは市町村にとどまらず、より広域で利用している人が多い印象がある。</li> <li>・小規模市町村（1グループ、2グループ）は社会資源が少ないため、データを見なくても計画が立てられる状況。</li> <li>・在宅医療介護連携の支援を進める時に、県で仲介・調整を行っているところなど、小規模自治体は、市町村単位だけでなく、郡市医師会単位や複数自治体で事業を進めるようところもあり、広域なデータでの分析も必要。</li> <li>・在宅医療・介護連携推進事業は市町村単位だが、郡市医師会単位でみる必要があることがデータからも分かった。</li> <li>・全体で見れば相関が高く、取組が見えてきそうな感触がある。また、今後、専門部会で協議・検討する題材として、関係がある箇所のデータを各市町村で持ち寄って検討する際の材料にはなるだろう。</li> <li>・指標が良い場合も資源が多いから当然と受け止められかねない。アウトカムが大事。看取りにおける包括の課題意識は、市民の意識や看取りへのハードルの高さ、不安軽減にあるが、どのように裏付けをとっていけば良いか。</li> </ul>
指標の定義が不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問歯科診療を受けたところが非常に高い。歯科診療所は10か所ぐらいあるが、訪問診療を謳っているところは多くないため、在宅だけではなく施設も含めた数値なのか分からぬ。</li> <li>・看取りの場面での届出数であって、正確な数字としては分からぬ。</li> <li>・地域包括ケア見える化システム「看取り数」のデータの定義が分からぬ。</li> <li>・「看取り数」のデータで表している診療行為はどのようなものがあるか。</li> <li>・「看取り数」については、死亡診断書は記載されるはずで、加算をとれないケースがあるのかもよく分からぬ。例えば死亡届のうち自宅で亡くなった数の推移や病院・施設での死亡数などを組み合わせて使うこと自体も有効なのかな。</li> <li>・在宅看取りのなかには、有料老人ホームやグループホームは含まれているのか。</li> <li>・在宅ターミナルケアを受けた患者数のデータの定義について。</li> <li>・在宅ターミナルケア加算は、例えば1箇所の診療所の医師が死亡診断書を書いたあるいは看取りに関する何らかの加算を取っている場合、老健の医師が死亡診断書を書いた場合も含まれるということか。</li> <li>・何をすれば、何回、算定できるのか説明があった方が良い。どうすれば0にならないか？どんな加算を算定すれば反映されるか。</li> </ul>

データと自治体の実感との不一致	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院以外の家や施設での死亡者数が計上されており、市町村担当者で議論してきたこととの乖離、また、データを見るだけで正しく現状が分かるのかという疑問がある。</li> <li>看取りの場面で、届出数であって、正確な数字としては分からぬ。</li> <li>専門部会で実感として不足しているという介護事業所のサービス量や訪問診療は、全体では高い値になる。</li> <li>自治体によって加算など表記されている項目に違いがある。人口規模が小さいグループの集計では、関連指標が少くなる。</li> <li>人口規模や資源が多いにも関わらず、加算等は「このくらいの数字なのか」と感じた。在宅訪問診療が満たされているかどうかは、この数値だけでは判断できない。退院に当たって訪問診療の相談を受けてうまくつながっているとは思うが、実際に上手に活用されているのかも気になる。</li> </ul>
在宅介護の状況を示すデータの充実の必要性	<p>訪問介護の活動状況をどう把握し、評価するか。</p> <p>サービス提供できないことが多い。データに反映されない。</p>
データ時期の検討	2019年度（コロナの影響前）のデータのため。

表4 インタビュー調査結果3（指標を活用するために自治体に求められること：前提条件）

抽出された要素	具体例
データ活用に関する習熟度	<ul style="list-style-type: none"> <li>データを読み解くことが苦手。評価の仕方が分からぬ。（どの指標が医療データ・介護データかが分からぬ。）</li> <li>データを見慣れていない。</li> <li>そもそも介護分野の職員は、診療報酬にさほど明るくない。</li> <li>25～50%になっている項目を上げていく形での指標設定と、50～75%である程度の社会資源があるような項目についてさらに75～100%に上げるような指標設定と、どのような指標設定が適切なのか。</li> <li>訪問看護の受給率はグループの下位だが、従事者数は高い。資源はあるが、受給率が低いことをどう解釈すればよいか。</li> <li>実感として不足しているという介護事業所のサービス量や訪問診療は、郡市医師会圏域全体では高い値になる。少ない人数で頑張って取り組めていると捉えていいのか、疑問に感じた。</li> <li>資源はあるが、受給率が低いことをどう解釈すればよいか。</li> </ul>
データを基に説明する必要性の認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後はデータを基に市町村が在宅医療介護連携の現状と課題を説明していく必要がある。現状ではデータの特性上、説明は難しく、生データだけでなく、推論も加えなければいけない。</li> <li>市の方針を説明するときに、担当課や包括と話した肌感覚、蓄積したデータが裏づけとしてあると説得力があるのではないかとの示唆をいただいたため、入退院支援はみえてきた。</li> <li>看取りは事業の手法を変えながら、あわせてデータも取っていく必要がある。</li> </ul>
多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>最終的な目標は利用者や患者の療養を支援することが大事だが、その前に、医療・介護の各専門職がお互いの立場を理解しあった上で4場面を考える必要がある。</li> </ul>

多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会・市・包括の担当者同士で、現状を共有した段階で、場面ごとの課題となぜそれが生じるのかということの整理が必要。</li> <li>・住民からの相談や普及啓発を担う包括の意見に偏っているのが現状のため、今後は、医師等の意見も踏まえて優先課題を決めることが課題。意識を変えていくには、医療と介護の相互の立場とメリットを明確に表すことが必要。</li> <li>・退院時の多職種連携は、医師の意識を変える必要もあり、病院側の負担も大きいのではないか。</li> <li>・ケアマネがカンファレンスに呼ばれているだけではなく、情報共有ができているのか、アンケートで把握したストレスが解消に向かっているかを検証する必要がある。既存のアンケート調査、本日のデータでの裏付け、現場の肌感覚を基に課題を説明し、課題に対するルール作りや関係をよくするために何に取り組むべきか話し合いができると良い。</li> <li>・退院・退所加算や入院時情報連携加算を基にケアマネに対する取組（医療や医療機関への意識変容を促す研修等）を考えるには、ケアマネが利用者の入院後のフォローをどの程度しているのか実態を把握する必要がある。退院時に自宅ではなく、別の病院や施設に移動する場合など、ケアマネが把握しづらい部分もある。</li> <li>・評価に対する解決すべきと考えられる要因は、看取りと同様、現状把握、関係機関との連携、共有が必要。</li> <li>・有料老人ホームとケアマネの連携に係る加算データは、推進連絡協議会やケアマネ部会に聞いてみるのも面白いかもしない。</li> <li>・目指すべき姿の共有が何よりできていない、そこからが取り組みたい。</li> <li>・ただ、相関係数の低い指標が挙げられているため、量的なことだけではなく、しっかりと質的なところまで拾い上げた上で、地域の医療と介護の連携を進めていく必要があると感じた。</li> <li>・住民は、他市町村の病院に行く人が多いため、市町村のみならず広域内でデータ確認していくことも必要と感じた。</li> <li>・日常の療養支援を考えるときに、特養の待機者数が出るが、評価指標としてみていった方が良いのか。在宅医療介護連携がうまくいっていると特養待機は減るのかどうか。世帯構成や家族介護との関係性の方が大きいかもしない。</li> </ul>
------------------------	--

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5年度）

**在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：  
レセプトを用いた指標案の検討**

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、昨年度の研究結果を踏まえ、在宅患者訪問診療料や在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数等について、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討した。また、通所介護や訪問介護等の介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、訪問診療等と同様に定義上の注意点を検討した。さらに、昨年度に実施した有識者へのインタビュー調査によって特に重要な指標と評価された「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等についても、レセプト上の定義等を検討した。

本研究結果から、市町村間で比較可能な評価指標案として示した標準化レセプト出現比（SCR）は、隣接する自治体や同程度の規模の自治体との比較の中で、各自治体がサービス提供の実態を把握することを可能とし、行政の実務的な観点から有用であると考えられる。小規模自治体においてレセプトデータの活用に制限があることは大きな課題であり、今後もさらなる検討が必要と言えるが、レセプトを用いることでほとんどの評価指標の具体的な数値が算出でき、SCRの算出も可能である。各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引きにおいてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。さらに、医療・介護統合レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できる。人口推計データ等も活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も可能であり、KDBの幅広い活用可能性が考えられる。

## A. 研究目的

前年度は、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推進の観点から、各評価指標に関するデータが医療・介護統合レセプト（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<sup>1)</sup>。その結果、レセプトから9割程度の評価指標に関するデータが抽出可能であるものの、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確認された。また、自治体が評価指標として使用するデータを地域包括ケア「見える化」システム（以下、見える化システム）から取得する際に、どのような点に留意する必要があるかを検討したところ、「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」）や「在宅ターミナルケアを受けた患者数」等の見える化システムより取得できるデータは、情報元が「医療計画作成支援データブック」（以下、データブック）であり、集計された数が10未満を非表示とする等の公表ルールによって多くの自治体が非表示となっていた。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ところ、見える化システムにより参照できるデータは評価指標の設定を検討するうえで活用されておらず、有用な情報ツールとは捉えられていなかった。これらの結果から、自治体における評価指標の促進を図るには、指標に優先順位を付け、市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。

本研究では、前年度の研究結果を踏まえ、訪問診療や在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数等について、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討した。また、通所介護や訪問介護等の介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、市町村間で比較可能な指標作成を念頭に、定義上の注意点を検討した。さらに、当研究班で昨年度に実施

した有識者へのインタビュー調査によって、特に重要な指標と評価された「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等についても、レセプト上の定義等を検討した。

## B. 研究方法

### B. 1. 市町村間で比較可能な評価指標の抽出・作成

前年度の取り組みを踏まえ、本分析において対象とする評価指標例は「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」とした。

奈良県KDB改良データにおける2019年度の医療レセプトデータを用いた。75歳以上の後期高齢者医療制度加入者を対象として、「在宅患者訪問診療料」及び「在宅ターミナルケア加算」等の診療行為（コード）が算定されたレセプト件数を性・年齢階級、市町村別に抽出した。上記の二つの評価指標例を医療レセプトで定義するにあたっては、見える化システムにおいてそれが該当する項目のデータソースはデータブックであることを考慮し、データブック上の診療行為（コード）の定義を参照した<sup>1)</sup>。

市町村間で比較可能な評価指標案として標準化レセプト出現比（standardized claims data ratio, SCR）<sup>2), 3)</sup>を算出するにあたり、まず「住民基本台帳」の人口データ<sup>4)</sup>を用いて、在宅患者訪問診療料に関するレセプト件数及び在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数の受療割合を下記により算出した。

$$\text{受療割合} = \frac{\text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数}}{\text{性・年齢階級別、市町村別人口}}$$

次に、各市町村の性・年齢構成の違いを調整し、SCRを下記により算出した。

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数}}{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別レセプト期待数}} \\ &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数の合計}}{\left\{ \text{性・年齢階級別、市町村別人口} \times \frac{\text{県全体の性・年齢階級別レセプト件数}}{\text{県全体の性・年齢階級別人口}} \right\} \text{の合計}} \end{aligned}$$

県全体の平均を 100 として、期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを市町村ごとで比較した。

## B. 2. 通所介護等のデータ抽出に関する注意点の整理

介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、医療レセプトと同様に、市町村間で比較可能な評価指標案として SCR を活用することを念頭に、定義上の注意点を整理した。分析を行う評価指標例としては、「通所介護の実績数」及び「訪問介護の実績数」を対象とした。

まず、各評価指標を見える化システムから取得可能なデータによって評価した場合に生じる課題を検討した。見える化システムでそれぞれの評価指標の数値を把握する場合、「受給者 1 人当たり利用日数・回数」又は「受給率（要介護度別）」等が該当し、訪問診療や在宅ターミナルケアとは異なり、レセプト件数は示されていない。例えば、見える化システムにおける通所介護の「受給者 1 人当たり利用日数・回数」及び「受給率（要介護度別）」の算出方法は、下記の通り定義されている。

- 通所介護 受給者 1 人当たり利用日数・回数（年次）：  
通所介護が利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数
- 通所介護 受給率（要介護度別）：  
通所介護の受給者数の最新月までの総和を第 1 号被保険者数で除した後、当該年度の月数で除した数

本分析では、「受給者 1 人当たり利用日数・回数」に着目し、分母を「全年齢 サービス受給者数」又は「65 歳以上人口」とした場合に算出されるそれぞれの数値の差異について検討した。各介護サービスの利用日数・回数及びサービス受給者数は令和元年度の「介護保険事業状況報告」<sup>5)</sup>を参照し、65 歳以上人口は 2019 年の

「住民基本台帳」<sup>4)</sup>を参照した。

また、奈良県 KDB 改良データにおける 2019 年度の介護レセプトデータを用いて、抽出したデータを「介護保険事業状況報告」<sup>5)</sup>において示されるデータと比較・検証した。見える化システムにおいて介護データはレセプト件数が示されていないことを考慮し、KDB の介護レセプトより抽出するデータは各介護サービスの実利用者数とした。ただし、比較・検証を目的として抽出したデータは、「介護保険事業状況報告」の集計方法に合わせて、2019 年 3 月分～2020 年 2 月分までの延人月とした。抽出する介護サービス（コード）は、「介護保険事業状況報告」に示されている区分に基づきサービス種類コード（2 桁）をベースとし、通所介護（15）、訪問介護（11）、居宅・介護予防居宅療養管理指導（31, 34）、介護予防支援・居宅介護支援（46, 43）を対象とした。

## B. 3. 看取り加算等のレセプト上の定義

昨年度に実施した有識者へのインタビュー調査によって、「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等が、特に重要な指標と評価された。これらの評価指標についても、KDB の医療・介護レセプトを用いて SCR を算出することを念頭に、レセプト上の定義等について検討した。

### （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。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

## C. 研究結果

### C. 1. 訪問診療及び在宅ターミナルケアの市町村別 SCR

訪問診療の市町村別 SCR を算出した結果、最大

となる自治体の SCR は 173 で、最小は 22 であった。ただし、公表ガイドラインによって人口 2,000 人未満のため非表示の扱いとなった自治体が 9 村あった。

在宅ターミナルケアの市町村別 SCR は、最大となる自治体の SCR は 180 で、最小は 45 であった。ただし、公表ガイドラインによって人口 2,000 人未満のため非表示の扱いとなった自治体が 9 村、人口 25,000 人未満・患者数 20 未満のため非表示が 9 町 3 村、人口 25,000 人以上・患者数 10 未満のため非表示が 1 市あった。

### C. 2. 通所介護等の介護データ活用に関する注意点

通所介護の「受給者 1 人当たり利用日数・回数」について、分母を「全年齢 サービス受給者数」とした場合の結果は図 1 の通りであった。県全体での受給者 1 人当たり利用日数・回数は 10.0、最大となる自治体は曾爾村で 15.1、最小は天川村で 5.3 であった。

分母を「65 歳以上人口」とした場合の結果は図 2 の通りであった。県全体では 3.7、最大は高取町で 4.8、最小は十津川村で 0.3 であった。

KDB の介護レセプトから抽出した各介護サービスの実利用者数（2019 年 3 月分～2020 年 2 月分までの延人月）を「介護保険事業状況報告」と比較した結果は、表 1 の通りであった。介護レセプトから抽出した各介護サービス種類コードで集計した実利用者数は、「介護保険事業状況報告」で報告されている数の 96.0～98.7% をカバーしていた。

### C. 3. 看取り加算等のレセプト上の定義と検討課題

「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」のレセプト上

の定義を検討した結果、表 2～5 の通りとなった。「看取り加算」及び「退院時共同指導料」については、医療レセプトから抽出する項目となるため、診療行為（コード）の定義はデータブックの定義を参照した。「看取り加算」及び「死亡診断加算」に関する 8 つの診療行為（コード）のうち、定義付けに使用されたコードは赤字で示す 4 つであった（表 2）。「退院時共同指導料」に関しては、4 つの診療行為（コード）のうち、定義付けに使用されたコードは赤字の 1 つであった（表 3）。

「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」は介護レセプトから抽出する項目となるが、定義付けの参考となるものが見当たらなかったため、各加算に該当する 2 衍のサービス種類コードと 4 衍のサービス項目コードにより定義付けを行った（表 4 及び 5）。

### D. 考察

本研究では、市町村間で比較可能な評価指標案として、訪問診療及び在宅ターミナルケアの市町村別 SCR を提示した。各評価指標の SCR は、市町村間で大きなばらつきがあることが確認された。各自治体にとって、隣接する自治体や同程度の規模の自治体の実態を把握できる指標は有用であると考えられる。今回は試行的な取り組みとして訪問診療と在宅ターミナルケアに限って市町村別 SCR を算出したが、介護サービスを含めほとんどの評価指標の具体的な数値をレセプトから抽出可能で、SCR も算出できる。各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引き<sup>⑥</sup>においてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。ただし、集計値が 10 未満あるいは人口 2,000 人未満の自治体は非表示にしなければならない等のルールによって、小規模自治体においてデータ活用が制限されている現状があり、引き

続き検討すべき重要な課題であると考えられる。

通所介護等の介護データ活用に関する注意点については、分母にどのデータを活用するかで、算出される数値に大きな違いが生じる。本研究で示した図1及び2は、どちらの算出方法が適切と言えるものではないが、扱い方によってはミスリードを引き起こす恐れがある。分母を「全年齢サービス受給者数」とした場合に利用日数・回数が最大となった自治体は、奈良県内で過疎の進展が著しい地域の一つである。分母を「65歳以上人口」とした場合、利用日数・回数は下位であり、分母の違いによって県内における相対的な位置に大きな差があり、数値の解釈は慎重に行う必要があると考えられる。

今後さらに行行政上のKDB活用を推進するうえで、既存統計との比較による検証は重要である。KDBからのデータ抽出は、各評価指標を組み合わせるなど、自治体の実態や課題に応じてより複雑な集計を行うことが可能である。そのため、既存統計には存在しない形での集計が可能であり、正確にデータ抽出ができているか、多くの場合検証が困難である。今回は介護レセプトから抽出されたデータが「介護保険事業状況報告」のデータと比較して、大きなずれがないことが確認できたが、今後も可能な範囲で既存統計との比較・検証を行うことはレセプトデータの信頼性を担保するうえで、重要である。

昨年度実施の有識者インタビュー調査によって特に重要と評価された「看取り加算」等の指標の定義の検討については、介護レセプトからデータ抽出が必要な指標であっても、具体的に定義付けを行うことで、訪問診療や在宅ターミナルケア等医療レセプトと同様の手法により、市町村別SCRの算出が可能となる。さらに、医療・介護融合レセプトを用いることで、様々な分析が実行可能である。例えば国立社会保障・人口問題研究所

による人口推計等を活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も実行可能となり、さらなる政策への活用可能性が考えられる。

## E. 結論

本研究結果より、各自治体が医療・介護レセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引きにおいてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが必要であると考えられる。レセプトを用いることではほとんどの評価指標の具体的な数値が算出可能であり、各評価指標のSCR算出は、小規模自治体において先に述べた制限があるものの、市町村間比較の有用な手段と成り得る。医療・介護融合レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できる。人口推計データ等も活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も可能であり、KDBの幅広い活用可能性が考えられる。

## 引用文献

- 1). 中西康裕, 西岡祐一, 次橋幸男, 赤羽学. 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. 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」(研究代表者: 赤羽学. 22GA1001)令和4年度 分担研究報告書. 2023.
- 2). 内閣府. 医療提供状況の地域差(都道府県別、二次医療圏別、市区町村別): 評価・分析WG (4月) 藤森委員提出資料より. 第17回経済・財政一体改革推進委員会資料, 2017年4

月 28 日.

- 3). Tamaki J, Fujimori K, Ikehara S, Kamiya K, Nakatoh S, Okimoto N, Ogawa S, Ishii S, Iki M; Working Group of Japan Osteoporosis Foundation. Estimates of hip fracture incidence in Japan using the National Health Insurance Claim Database in 2012–2015. *Osteoporos Int.* 2019;30(5):975–983.
- 4). 総務省. 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数：【総計】市区町村別年齢階級別人口（2019年1月1日）.
- 5). 厚生労働省. 令和元年度介護保険事業状況報告（年報）.
- 6). 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

図1：市町村別 通所介護 受給者 1人当たり利用日数・回数（分母：全年齢 サービス受給者数、分子：全年齢 利用日数・回数）

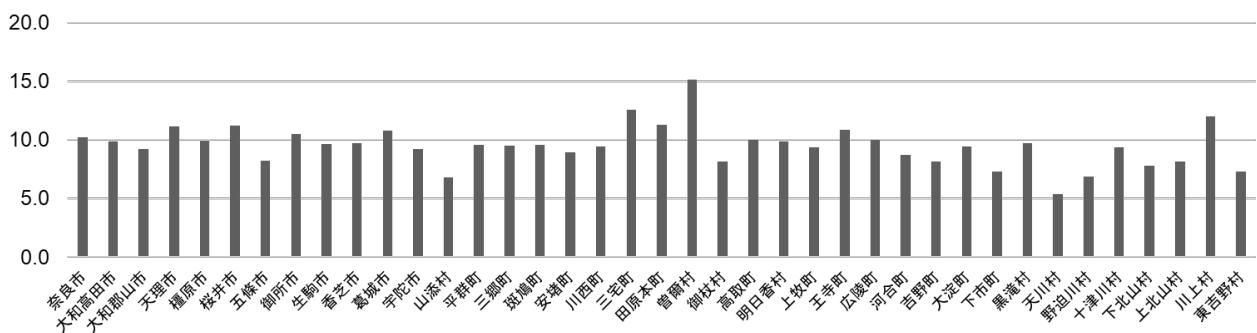


図2：市町村別 通所介護 受給者 1人当たり利用日数・回数（分母：65歳以上人口、分子：全年齢 利用日数・回数）

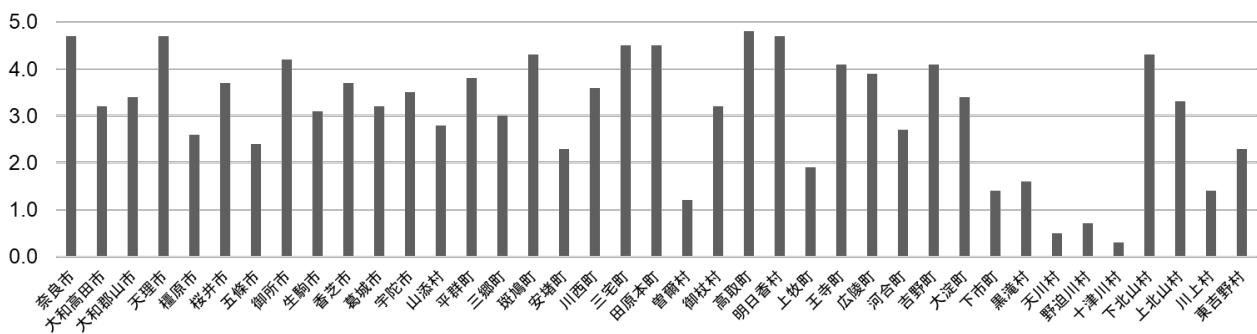


表1：通所介護等介護サービス（2桁）の集計結果の検証：2019年度

介護サービス（2桁）	KDB（人）	状況報告（人）	比率（%）
通所介護（15）	149,689	155,554	96.2
訪問介護（11）	156,877	160,936	97.5
居宅・介護予防居宅療養管理指導（31,34）	95,892	97,155	98.7
介護予防支援・居宅介護支援（46,43）	447,030	465,706	96.0

※KDB：奈良県 KDB

※状況報告：介護保険事業状況報告

表2：評価指標のレセプト上の定義案：看取り（2019年度）

評価指標	診療行為（コード）	
看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（医）	114018570	看取り加算（在宅患者訪問診療料（1）1・（2）イ・往診料）
	190144870	看取り加算（有床診療所入院基本料）
	190144970	看取り加算（在支診）（有床診療所入院基本料）
	190145170	看取り加算（有床診療所療養病床入院基本料）
	190145270	看取り加算（在支診）（有床診療所療養病床入院基本料）
	114007270	死亡診断加算（往診料）
	114018670	死亡診断加算（在宅患者訪問診療料（1）1・（2）イ）
	114019970	死亡診断加算（在がん医総）

表3：評価指標のレセプト上の定義案：退院時共同指導料（2019年度）

評価指標	診療行為（コード）	
退院時共同指導料	113008610	退院時共同指導料1（在宅療養支援診療所）
	113008710	退院時共同指導料1（1以外）
	113008910	退院時共同指導料2
	113014370	特別管理指導加算（退院時共同指導料1）

表4：評価指標のレセプト上の定義案：入院時情報連携加算（2019年度）

評価指標	サービスコード		サービス内容略称
	種類	項目	
入院時情報連携加算	43	6125	居宅支援入院時情報連携加算I
	43	6129	居宅支援入院時情報連携加算II

表5：評価指標のレセプト上の定義案：退院・退所加算（2019年度）

評価指標	サービスコード		サービス内容略称
	種類	項目	
入院時情報連携加算	43	6132	居宅支援退院退所加算I1
	43	6143	居宅支援退院退所加算I2
	43	6144	居宅支援退院退所加算II1
	43	6145	居宅支援退院退所加算II2
	43	6146	居宅支援退院退所加算III

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5年度）

**管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導に関する  
 医療保険上の指導料と居宅療養管理指導以外の居宅・通所サービス項目の把握**

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 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 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、医療・介護の突合レセプトデータを用いて多職種による在宅医療・介護連携に係る分析を円滑に実施するために、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険上の居宅療養管理指導と関連のある医療保険上の評価（医科、歯科、調剤）及び居宅療養管理指導以外の介護保険サービスを整理した。

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）と関連のある医療保険上の評価としては、管理栄養士では在宅患者訪問栄養食事指導料、歯科衛生士では訪問歯科衛生指導料、薬剤師では在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料が挙げられた。

管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険サービスや医療保険情報を分析する際には、  
 1) 医療保険上の指導料は同じ名称であっても医科、歯科、調剤レセプトにそれぞれ別の請求コードが付与されていること、2) 居宅療養管理指導以外の介護保険サービス（居宅・通所）については令和3年度（2021年度）に改定された項目が多いこと、3) 介護保険施設入所中であっても、医療保険上の指導料である訪問歯科衛生指導（介護保険施設）や在宅患者訪問薬剤管理指導料（介護老人福祉施設／末期がん）を算定できることに留意すべきである。

**A. 研究目的**

介護保険における居宅療養管理指導費は、在宅の利用者に対して定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等が行う場合が設定されている<sup>1)</sup>。特に薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士による在宅の利用者へのサービスの多くが介護保険から居宅療養管理指導とし

て提供されている<sup>2)</sup>。一方で、歯科衛生士では医療保険の活用も少なくないことが報告されている<sup>2)</sup>。したがって、在宅医療を支える管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による在宅サービスの全体像を把握するためには、各専門職による実際のサービス提供とレセプト算定状況をふまえて介護保険及び医療保険レセプト双方からの分析が求められる。また、居宅療養管理指導以外にも管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師

が居宅や通所で関わる介護保険サービスや介護保険施設に入所中であっても医療保険上で評価される診療及び調剤行為（指導料等）を把握しておくことで、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師が関わる在宅医療・介護連携に関する介護保険及び医療保険レセプトデータ分析を行う際の参考になる。（下図）

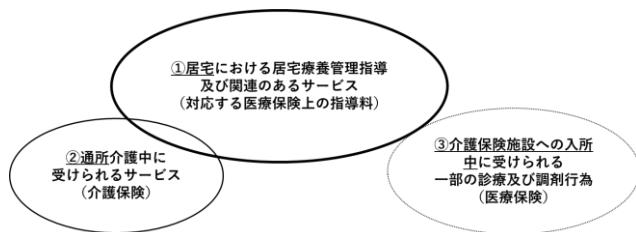


図. 管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師による在宅における指導等の全体像

そこで、本研究では在宅患者に対して提供されている管理栄養士、歯科衛生士等、薬剤師による居宅療養管理指導等の介護保険サービスとそれらに関連する医療保険上の指導料等の評価について、各専門職へのインタビュー及び文献検索を行うことで整理した。さらに、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師が提供することができる居宅療養管理指導以外の居宅と通所における介護保険サービスと介護保険施設の入所者に対して提供できる医療保険上の評価（医科、歯科、調剤）についても整理した。

## B. 研究方法

### 1) インタビュー調査

奈良県内において居宅療養管理指導を提供していた薬剤師（調剤薬局、2名）、管理栄養士（診療所、2名）、歯科医師（歯科診療所、1名）及び歯科衛生士（歯科診療所、1名）に対してインタビュー調査を行い、対象者が所属する施設が実際に算定していた居宅療養管理指導費と医療保険上の評価及び居宅療養管理指導費以外の介護保険サービスの項目を抽出した。

### 2) 文献検索による医療・介護保険サービス項目の整理

インタビューの結果に文献検索を追加する

ことによって、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導と関連のある医療保険上の評価を整理した。次に、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師が提供可能な介護保険サービスについて、①居宅、②通所、③介護保険施設の3つの場に分けて、主に①②について居宅療養管理指導以外の介護保険サービスの項目を整理した。③については介護保険施設の入所者に対して算定可能な医療保険上の評価を整理した。

文献検索には、中央社会保険医療協議会、社会保障審議会（介護給付費分科会）、社会保障審議会医療部会等の公開資料及び在宅医療・介護連携に関する報酬の解釈<sup>3)</sup>を用いた。医療保険と介護保険サービスについては、令和5年4月時点において算定可能な項目を整理した。

### （倫理面への配慮）

本研究は専門職に対するインタビュー調査及び文献検索による介護保険サービスと診療報酬を整理した研究であり、個人に関する情報を取り扱っていない。

## C. 研究結果

### 1) インタビュー調査（インタビュー対象者の施設における算定状況等）

#### 1. 1) 管理栄養士

##### ・介護保険（居宅療養管理指導費他）

管理栄養士が在宅患者に算定していた居宅療養管理指導費（管理栄養士居宅療養）のサービス項目としては、大部分が管理栄養士居宅療養Ⅱ 1

（当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合、单一建物居住者が1人の場合）と管理栄養士居宅療養Ⅰ 3（当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合、单一建物居住者が10人以上の場合）であった。管理栄養士居宅療養Ⅰ 3は、主に有料老人ホーム等の居住系施設の入居者に提供されていた。管理栄養士居宅療養は月2回を限度として算定可能であり、

その内訳は月2回が約80%弱、月1回が約20%、2カ月に1回が数%であった。管理栄養士は医師の指示又は介護支援専門員から必要性の検討依頼を受けて医師の指示の元実施されており、管理栄養士側から在宅患者に対する栄養面でのスクリーニングは行われていなかった。他方で居住系施設（有料老人ホーム等）では、施設側から管理栄養士に相談される場合もあった。その場合は口腔・栄養スクリーニング加算を用いてスクリーニングを行い、管理栄養士による居宅療養管理指導につなげていた。また、認知症グループホームでは栄養管理体制加算として入所者全体をカバーする介護報酬が算定されていた。その他、介護保険施設では栄養ケアマネジメント加算（現在は実施されなければ減算）、栄養マネジメント強化加算、経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、再入所時栄養連携加算も算定されていた。

#### ・医療保険

2020年度から在宅患者訪問栄養食事指導料2が新設されたことで、診療所に勤務する管理栄養士が他院からの指示を受けられるようになっていた。また、数は非常に少ないが、40歳未満の難病患者に医療保険を用いた指導（在宅訪問栄養食事指導）も行われていた。

### 1. 2) 歯科衛生士

#### ・介護保険（居宅療養管理指導費他）

調査対象となった施設では、主として歯科衛生士等居宅療養Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（月4回を限度、単一建物居住者が1人、2から9人、10人以上の区分あり）が算定されていた。

有料老人ホームや認知症グループホームの入居者も居宅療養管理指導の対象となるが、依頼を受けた入居者に限って対応していたことから、単一建物居住者が2以上9人以下の歯科衛生士等居宅療養Ⅱの算定数が多かった。また、介護予防に

よる居宅療養管理指導の対象者はほとんどいなかつた。

#### ・医療保険

難病を抱える小児についても訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導の対象になることから、医療保険からの訪問歯科衛生指導の算定は少なくなかった。その際、訪問歯科衛生指導料（月4回限度、1回20分以上、単一建物居住者の数が1人、2以上9人以下、10名以上の区分あり）が算定されており、歯科衛生士が歯科医師と連携して子供の成長を見守りながら脱落した乳歯の誤嚥を防ぐためにもタイミングよく乳歯を抜歯することも行われていた。

また、病院入院中の患者や介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設や介護医療院）の入所者への訪問歯科衛生指導は医療保険の対象となることから、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の対象者は介護保険施設の入所者が自宅で療養中の患者よりも多かった。介護保険施設の入所者については各施設の入所者の全員にケアを担当している訳ではなかったが、施設側から「この方もどうですか」という形で少しずつ依頼されていった結果、介護老人福祉施設や介護老人保健施設では1施設あたり20人から30人程度に歯科衛生士が訪問歯科衛生指導を提供していた。なお、1人20分以上の訪問歯科衛生指導が求められていることから、介護保険施設では20分毎に連続して歯科衛生士によるケアが提供されていた。

### 1. 3) 薬剤師

#### ・介護保険（居宅療養管理指導費他）

介護保険による薬剤師居宅療養管理指導（薬剤師居宅療養）の導入契機としては、医師の指示又は介護支援専門員からの依頼が多かった。薬剤師居宅療養の内訳としては、薬剤師居宅療養Ⅱ2

(がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合、单一建物居住者が1人の場合)と主に施設(有料老人ホーム等)の入居者に対する薬剤師居宅療養II5が多かった。介護予防としての予防薬剤師居宅療養も多くはないが算定されていた。

2021年度には通信情報機器を用いることを想定した薬剤師居宅療養II7と予防薬剤師居宅療養II7が新設されていたが、調査対象施設では算定されていなかった。その理由としては、対象患者が高齢であり、通信情報機器を活用しにくいことが挙げられていた。また、有料老人ホーム等の居住系施設(单一建物居住者が10人以上)については、インタビューの対象者がサービスを提供していた地域では、都市部にある大手の薬局がまとめて薬剤管理に入ることで算定されている場合もあるということであった。

#### ・医療保険

調剤薬局では、基本的には調剤報酬が算定されていた。(医療機関が在宅薬剤管理を直接行う場合には医科診療報酬が算定される)なお、調査対象となった調剤薬局では関わる在宅患者のほとんどが介護保険による居薬療養管理指導費の対象であり、医療保険を用いた在宅患者訪問薬剤管理指導料はほとんど算定されていなかった。ただし40歳未満の精神や小児領域の在宅患者については在宅患者訪問薬剤管理指導の対象となるがその数は非常に少なかった。

医療保険(調剤報酬)としては、調査対象となった調剤薬局では計画外の訪問に対する在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が主な調剤報酬として算定されていた。新型コロナウイルス感染症患者の自宅へ訪問した場合には在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定可能であったことから、コロナ禍以降に一気に算定件数が増えている。また、在宅患者緊急時等共同指導料も算定可能であるが、緊急的に開催されたカンファレンスの参加

者(訪問看護師等の医療専門職)氏名の把握や薬学的管理以外の協議事項に関する記載が大変であることから算定できていなかった。また、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料が大きな収入源となっていた。

#### 2) 管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士による居宅療養管理指導と関連のある医療保険上の評価

インタビュー調査の結果をもとに、文献検索を行い、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導と関連のある医療保険上の評価を整理した(表1)。医療保険では、同じ診療・調剤行為名称であっても医科、調剤、歯科診療報酬としてそれぞれ別のコードが付与されていることに留意すべきである。また、介護保険においては居宅療養管理指導と予防居宅療養管理指導は別のサービス種類コード(居宅療養管理指導:31、介護予防居宅療養管理指導:34)とサービス項目コードが付与されていたが、居薬療養管理指導と介護予防居宅療養管理指導に対応する医療保険上の評価は同じであった。居宅療養管理指導(表2)、介護予防居宅療養管理指導(表3)については、介護給付費単位数等サービスコード表を引用した<sup>4)</sup>。

#### 3) 居宅(在宅)、通所、介護保険施設の3つの場に注目した医療・介護保険サービス項目の整理

医療・介護保険サービスの居宅及び通所において算定可能な居宅療養管理指導以外の介護保険サービスについて、口腔関連(サービス担当者:歯科衛生士やその他の職種、介護サービス事業所の従業者)(表4)、栄養関連(サービス担当者:管理栄養士、管理栄養士が多職種と共に、介護サービス事業者の従業者)(表5)を整理した。両者に共通する介護保険サービスについては、口腔・栄養共通として各表に重複して記載した<sup>5)</sup>。なお、

薬剤師が提供する介護保険サービスは居宅療養管理指導と介護予防居宅療養管理指導のみであった。また、通所サービスにおける口腔・栄養スクリーニング加算や栄養アセスメント加算、居宅サービスにおける栄養管理体制加算（認知症グループホーム）は令和3年度（2021年度）の改定において新設されていた<sup>5)</sup>。

介護保険施設における薬剤管理としては、介護老人福祉施設においても、末期がんの患者については医療保険を用いた計画に基づく訪問による薬剤管理指導（訪問薬剤管理指導）が算定可能であった<sup>6)</sup>。また、介護保険施設では、医療保険を用いて歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を受けることが可能であった<sup>7)</sup>。

#### D. 考察

本研究では、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による居宅療養管理指導費と関連のある医療保険（医科、歯科、調剤）における評価として、管理栄養士による在宅患者訪問栄養食事指導料、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士）、そして薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の項目と診療行為／調剤行為コードを整理した。さらに、居宅療養管理指導以外に居宅と通所介護中に受けられる口腔及び栄養関連の介護保険サービスコードとともに、介護保険入所中であっても薬剤師と歯科衛生士によって医療保険から提供可能な指導料についても整理した。

特に管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険サービス及び医療保険情報を分析する際には、1) 医療保険上の指導料は、同じ名称であっても医科、歯科、調剤レセプトにそれぞれ別の請求コードが付与されていること、2) 居宅療養管理

指導以外の介護保険サービス（居宅、通所）については、令和3年度（2021年度）に改定された項目が含まれていること、そして3) 介護保険施設入所中であっても、医療保険上の指導料である訪問歯科衛生指導（介護保険施設）や在宅患者訪問薬剤管理指導料（介護老人福祉施設／末期がん）を算定できることに留意すべきである。

#### E. 結論

本研究の結果より、医療・介護レセプトを活用して管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師によるサービス提供状況を分析するために必要な項目が明らかになった。

本研究の成果を用いることで、今後は医療・介護の突合レセプトデータを用いた1) 管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスの地域差の把握、2) 在宅医療を受けている患者（重症度別）に対する管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスの提供状況の把握、3) 歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師による介護保険・医療保険サービスを受けている患者における入院や死亡イベント等の発生割合の分析が可能になる。

#### 引用文献

- 1). 厚生省老人保健福祉局企画課長通知. 平成12年3月1日 老企第36号 第2の6. 居宅療養管理指導費. URL : <https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2000/12632/shiteikyotaku2.PDF> (閲覧日 令和6年4月5日)
- 2). 中央社会保険医療協議会 総会（第557回）. 在宅（その2）について. p104. URL : [mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00213.html](mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00213.html) (閲覧日 令和6年4月5日)

- 3). 社会保険研究所（2023）. 在宅医療・介護連携 報酬の解釈（令和5年度4月版）. 社会保険研究所.
- 4). 介護給付費単位数等サービスコード表（令和5年4月施行版）. URL :  
<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=19129&ct=020050010> (閲覧日 令和6年4月5日)
- 5). 第224回社会保障審議会介護給付費分科会（web会議）【資料3】口腔・栄養 p4-5.  
URL :  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_3516\\_2.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_3516_2.html) (閲覧日 令和6年4月5日)
- 6). 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）資料（令和5年4月19日）  
高齢者施設・障害者施設等における医療 参考資料 p67. URL :  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001132761.pdf> (閲覧日 令和6年5月5日)
- 7). 社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）（令和5年11月27日）口腔・栄養（改訂の方向性）p40. URL :  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001171213.pdf> (閲覧日 令和6年4月5日)

#### 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. (介護予防を含む) 居宅療養管理指導に対応する医療保険サービスの対応表

介護保険サービス				医療保険		
サービス種類	サービス項目	サービス種類コード	サービス項目コード	医療保険上の診療・調剤行為名称	区分番号	診療・調剤行為コード
居宅療養管理指導	薬剤師居宅療養Ⅰ～Ⅱ7	31	1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, *1257 (※Ⅱ.7情報通信機器を用いて行う場合)	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (以下は調剤報酬のみ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン薬剤管理指導料 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	医科 : C008-00 調剤 : なし 歯科 : C003-00	医科 : 114044710, 114044810, 114044910, 114009070, 114045070, *114007810, *114015110 (※2018年3月廃止) 調剤 : 440005710, 440005810, 440005910, 440014010, †440009710, †440009810, †440014110 (†緊急訪問／オンライン薬剤管理指導) 歯科 : 303002410, 303002510, 303008510
	管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ		1131, 1132, 1133, †1134, †1135, †1136 (†当該指定居宅療養管理事業所以外の管理栄養士による)	在宅患者訪問栄養食事指導料	医科 : C009-00	医科 : 114045110, 114045210, 114045310, 114049510, 114049610, 114049710, *114007910, *114015210 (※2018年3月廃止)
	歯科衛生士居宅療養Ⅰ～Ⅲ		1241, 1243, 1250	訪問歯科衛生指導料	歯科 : C001-00	歯科 : 303007310, 303007410, 303007510,
介護予防居宅療養管理指導	予防薬剤師居宅療養Ⅰ～Ⅱ7	34	1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, *1257 (※Ⅱ.7情報通信機器を用いて行う場合)	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (以下は調剤報酬のみ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン薬剤管理指導料 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	医科 : C008-00 調剤 : なし 歯科 : C003-00	医科 : 114044710, 114044810, 114044910, 114009070, 114045070, *114007810, *114015110 (※2018年3月廃止) 調剤 : 440005710, 440005810, 440005910, 440014010, †440009710, †440009810, †440014110 (†緊急訪問／オンライン薬剤管理指導) 歯科 : 303002410, 303002510, 303008510
	予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ		1131, 1132, 1133, †1134, †1135, †1136 (†当該指定居宅療養管理事業所以外の管理栄養士による)	在宅患者訪問栄養食事指導料	医科 : C009-00	医科 : 114045110, 114045210, 114045310, 114049510, 114049610, 114049710, *114007910, *114015210 (※2018年3月廃止)
	予防歯科衛生士居宅療養Ⅰ～Ⅲ		1241, 1242, 1243	訪問歯科衛生指導料	歯科 : C001-00	歯科 : 303007310, 303007410, 303007510,

参照：① KM200401（令和2年4月1日）介護給付費単位数表標準マスター（2015年以降にActiveなデータ）② （下線）【令和3年度介護報酬改定項目】

表2. 居宅療養管理指導サービスコード表（令和5年4月施行版）<sup>4)</sup>

サービスコード 種類	サービス内容略称 項目	算定項目			合成 単位数	算定 単位		
31 1111 医師居宅療養管理指導Ⅰ 1	イ 医師が行う場合 (月2回限度)	[1]居宅療養管理指導費(Ⅰ) (2)以外	(一)単一建物居住者が1人の場合	514 単位	514	1回につき		
31 1113 医師居宅療養管理指導Ⅰ 2		(2)居宅療養管理指導費 Ⅱ(在宅時 医学総合管理料等を算定する場合)	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486			
31 1115 医師居宅療養管理指導Ⅰ 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	445 単位	445				
31 1112 医師居宅療養管理指導Ⅱ 1	ロ 歯科医師が行う場合 (月2回限度)	(一)単一建物居住者が1人の場合	298 単位	298				
31 1114 医師居宅療養管理指導Ⅱ 2		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	286 単位	286				
31 1116 医師居宅療養管理指導Ⅱ 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	259 単位	259				
31 2111 歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ	歯科医師が行う場合 (月2回限度)	[1]单一建物居住者が1人の場合	516 単位	516				
31 2112 歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ		[2]单一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486				
31 2113 歯科医師居宅療養管理指導Ⅲ		[3](1)及び(2)以外の場合	440 単位	440				
31 1221 薬剤師居宅療養Ⅰ	ハ 薬剤師が行う場合 の薬剤師の 場合(月2回 限度)	[1]医療機関 の薬剤師の 場合(月2回 限度)	(一)単一建物居住者が1人の場合	565				
31 1222 薬剤師居宅療養Ⅰ・特葉			565 単位	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	665		
31 1251 薬剤師居宅療養Ⅱ		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	416 単位	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	516		
31 1252 薬剤師居宅療養Ⅱ・特葉		(三)(一)及び(二)以外の場合	379 単位	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	479		
31 1244 薬剤師居宅療養Ⅲ		[2]薬局の薬 剤師の場合	(一)単一建物居住者が1人の場合	517 単位	517			
31 1245 薬剤師居宅療養Ⅲ・特葉			がん末期の患者・中心静 脈栄養患者等以外の場合 (月1回限度)	517 単位	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	617	
31 1223 薬剤師居宅療養Ⅳ			(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	378 単位	がん末期の患者・中心静 脈栄養患者等の場合(月8回 限度)	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	617
31 1224 薬剤師居宅療養Ⅳ・特葉			(三)(一)及び(二)以外の場合	341 単位	がん末期の患者・中心静 脈栄養患者等の場合(月8回 限度)	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	441
31 1255 薬剤師居宅療養Ⅴ			[4]情報通信機器を用いて行う場合(月1回限度)	45 単位	特別な薬剤の場合	+ 100 単位	441	
31 1256 薬剤師居宅療養Ⅴ・特葉								
31 1225 薬剤師居宅療養Ⅵ								
31 1226 薬剤師居宅療養Ⅵ・特葉								
31 1253 薬剤師居宅療養Ⅶ								
31 1254 薬剤師居宅療養Ⅶ・特葉								
31 1246 薬剤師居宅療養Ⅷ								
31 1247 薬剤師居宅療養Ⅷ・特葉								
31 1248 薬剤師居宅療養Ⅸ								
31 1249 薬剤師居宅療養Ⅹ 6・特葉								
31 1257 薬剤師居宅療養Ⅹ 7								
31 1131 管理栄養士居宅療養Ⅰ	ニ 管理栄養士が行う 場合(月2回限度)	[1]当該指定医・栄養管理指導事業 所の管理栄養士が行った場合	(一)単一建物居住者が1人の場合	544 単位	544			
31 1132 管理栄養士居宅療養Ⅰ 2			(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486			
31 1133 管理栄養士居宅療養Ⅰ 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	443 单位	443				
31 1134 管理栄養士居宅療養Ⅱ 1	[2]当該指定医・栄養管理指導事業 所以外の管理栄養士が行った場合	(一)単一建物居住者が1人の場合	524 単位	524				
31 1135 管理栄養士居宅療養Ⅱ 2		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	466 単位	466				
31 1136 管理栄養士居宅療養Ⅱ 3		(三)(一)及び(二)以外の場合	423 単位	423				
31 1241 歯科衛生士等居宅療養Ⅰ	ホ 歯科衛生士等が行 う場合(月4回限度)	[1]单一建物居住者が1人の場合	361 単位	361				
31 1243 歯科衛生士等居宅療養Ⅱ		[2]单一建物居住者が2人以上9人以下の場合	325 単位	325				
31 1250 歯科衛生士等居宅療養Ⅲ		[3](1)及び(2)以外の場合	294 単位	294				
31 8000 特別地域医療費算出基準 算出基準	特別地域医療費算出基準 算出基準	所定単位数の 15% 加算						
31 8100 居宅療養費算出基準 算出基準	中山間地域等における小規模事業所算出 基準	所定単位数の 10% 加算						
31 8110 居宅療養費算出基準 算出基準	中山間地域等に居住する人々へのサービス提供加算	所定単位数の 5% 加算						

表3. 介護予防居宅療養管理指導サービスコード表（令和5年4月施行版）<sup>4)</sup>

サービスコード		サービス内容略称	説明	算定項目			合成 単位数	算定 単位
種類	項目							
34	1111	予防医師居宅療養Ⅰ	イ 医師が行う場合 (月2回限度)	① 医師が行う場合 (月2回限度)	①) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ) (②) 以外	(一) 単一建物居住者が1人の場合	514 単位	514
34	1113	予防医師居宅療養Ⅱ			(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486	
34	1115	予防医師居宅療養Ⅲ			(三) (一) 及び (二) 以外の場合	445 単位	445	
34	1112	予防医師居宅療養Ⅰ		②) 介護予防居宅療養管理指導費 (Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する場合)	(一) 単一建物居住者が1人の場合	298 単位	298	
34	1114	予防医師居宅療養Ⅱ			(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	286 単位	286	
34	1116	予防医師居宅療養Ⅲ			(三) (一) 及び (二) 以外の場合	259 単位	259	
34	2111	予防歯科医師居宅療養Ⅰ	ロ 歯科医師が行う場合 (月2回限度)	①) 単一建物居住者が1人の場合	516 単位	516		
34	2112	予防歯科医師居宅療養Ⅱ		(2) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486		
34	2113	予防歯科医師居宅療養Ⅲ		(3) (1) 及び (2) 以外の場合	440 単位	440		
34	1221	予防薬剤師居宅療養Ⅰ	ハ 薬剤師が行う場合 ①) 医療機関の薬剤師の場合 (月2回限度)	(一) 単一建物居住者が1人の場合	565 単位	565		
34	1222	予防薬剤師居宅療養Ⅰ・特薬		特別な薬剤の場合 + 100 単位	665	665		
34	1251	予防薬剤師居宅療養Ⅱ		(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	416 単位	416		
34	1252	予防薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬		特別な薬剤の場合 + 100 単位	516	516		
34	1271	予防薬剤師居宅療養Ⅲ		(三) (一) 及び (二) 以外の場合	379 単位	379		
34	1272	予防薬剤師居宅療養Ⅲ・特薬		特別な薬剤の場合 + 100 単位	479	479		
34	1223	予防薬剤師居宅療養Ⅳ		(2) 薬局の薬剤師の場合	517 単位	517		
34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅳ・特薬		(一) 単一建物居住者が1人の場合 がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合 (月4回限度)	617 单位	617		
34	1255	予防薬剤師居宅療養Ⅴ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合 (3回)	517 単位	517		
34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅴ・特薬		(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合 (月4回限度)	617 单位	617		
34	1225	予防薬剤師居宅療養Ⅵ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合 (月3回限度)	378 単位	378		
34	1226	予防薬剤師居宅療養Ⅵ・特薬		(三) (一) 及び (二) 以外の場合 がん末期の患者・中心静脈栄養患者以外の場合 (月4回限度)	478 单位	478		
34	1253	予防薬剤師居宅療養Ⅶ		がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合 (月3回限度)	378 单位	378		
34	1254	予防薬剤師居宅療養Ⅶ・特薬		(四) (一) 及び (二) 以外の場合 がん末期の患者・中心静脈栄養患者の場合 (月3回限度)	478 单位	478		
34	1273	予防薬剤師居宅療養Ⅷ	二 管理栄養士が行う場合 (月2回限度)	341 単位	341			
34	1274	予防薬剤師居宅療養Ⅷ・特薬		特別な薬剤の場合 + 100 単位	441	441		
34	1275	予防薬剤師居宅療養Ⅸ		特別な薬剤の場合 + 100 単位	341	341		
34	1276	予防薬剤師居宅療養Ⅸ・特薬		特別な薬剤の場合 + 100 単位	441	441		
34	1257	予防薬剤師居宅療養Ⅹ		45 单位	45	45		
34	1131	予防管理栄養士居宅療養Ⅰ	ホ 歯科衛生士等が行う場合 (月4回限度)	①) 当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者が1人の場合	544 単位	544	
34	1132	予防管理栄養士居宅療養Ⅱ			(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	486 単位	486	
34	1133	予防管理栄養士居宅療養Ⅲ			(三) (一) 及び (二) 以外の場合	443 单位	443	
34	1134	予防管理栄養士居宅療養Ⅳ		②) 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者が1人の場合	524 単位	524	
34	1135	予防管理栄養士居宅療養Ⅴ			(二) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	466 単位	466	
34	1136	予防管理栄養士居宅療養Ⅵ			(三) (一) 及び (二) 以外の場合	423 单位	423	
34	1241	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅰ		(1) 単一建物居住者が1人の場合	361 単位	361		
34	1242	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅱ		(2) 単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	325 单位	325		
34	1243	予防歯科衛生士等居宅療養Ⅲ		(3) (1) 及び (2) 以外の場合	294 单位	294		
34	8000	予防特別地域居宅療養管理指導加算	特別地域介護予防居宅療養管理指導加算 中間開域等における小規模医療所加算	所定単位数の 15% 加算				
34	8100	予防居宅療養小規模医療所加算		所定単位数の 10% 加算				
34	8110	半時居宅療養(中間開域等における小規模医療所加算)		所定単位数の 5% 加算				

表4. 居宅療養管理指導以外の介護保険サービスコード表【口腔関連】(引用文献5をもとに作成)

口腔／栄養	サービス提供の場	サービス担当者	サービス項目	サービス内容略称	点数	サービス種類コード	サービス項目コード
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	33	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予防特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	35	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	地域特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	36	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予認知症対応型口腔栄養スクリーニング加算	20	37	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	小多機能型口腔栄養スクリーニング加算	20	73	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予小多機能型口腔栄養スクリーニング加算	20	75	6201
口腔	居宅	歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士→介護職員	口腔衛生管理体制加算	認知症対応型口腔衛生管理体制加算	30	32	6122
口腔	居宅	歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士→介護職員	口腔衛生管理体制加算	特定施設口腔衛生管理体制加算	30	33	6122
口腔	居宅	歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士→介護職員	口腔衛生管理体制加算	予防特定施設口腔衛生管理体制加算	30	35	6122
口腔	居宅	歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士→介護職員	口腔衛生管理体制加算	地域特定施設口腔衛生管理体制加算	30	36	6122
口腔	居宅	歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士→介護職員	口腔衛生管理体制加算	予認知症対応型口腔衛生管理体制加算	30	37	6122
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	15	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	15	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	16	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	16	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知症対応型口腔栄養スクリーニング加算	20	32	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	66	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	66	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	72	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	72	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予認通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	74	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予認通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	74	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	看護小規模口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	77	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	看護小規模口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	77	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	地域通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	78	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	地域通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	78	6201
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅱ:LIFE】	通所介護口腔機能向上加算Ⅰ	150	15	5606
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅱ:LIFE】	通所介護口腔機能向上加算Ⅱ	160	15	5608
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ	150	16	5606
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ	160	16	5626
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予防外部通所リハ口腔機能加算	135	35	1823
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予外認通介口腔機能向上加算	135	35	2143
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予外外部通所サービス口腔機能加算	135	35	2324
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅰ	150	66	5004
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予防通所リハ口腔機能向上加算Ⅱ	160	66	5010
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	認知通所介護口腔機能向上加算Ⅰ	150	72	5607
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	認知通所介護口腔機能向上加算Ⅱ	160	72	5608
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予認通所介護口腔機能向上加算Ⅰ	150	74	5607
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	予認通所介護口腔機能向上加算Ⅱ	160	74	5608
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	看護小規模口腔機能向上加算Ⅰ	150	77	5600
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	看護小規模口腔機能向上加算Ⅱ	160	77	5606
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	地域通所介護口腔機能向上加算Ⅰ	150	78	5606
口腔	通所	歯科衛生士、看護師、言語聴覚士	口腔機能向上加算【Ⅲ:LIFE】	地域通所介護口腔機能向上加算Ⅱ	160	78	5608

参照：介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（令和5年3月30日事務連絡）

表5. 居宅療養管理指導以外の介護保険サービスコード表【栄養関連】(引用文献5をもとに作成)

口腔／栄養	サービス提供の場	サービス担当者	サービス項目	サービス内容略称	点数	サービス種類コード	サービス項目コード
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	33	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予防特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	35	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	地域特定施設口腔栄養スクリーニング加算	20	36	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予認知症対応型口腔栄養スクリーニング加算	20	37	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	小多機能型口腔栄養スクリーニング加算	20	73	6201
口腔・栄養共通	居宅	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算【6月に1回を限度】	予小多機能型口腔栄養スクリーニング加算	20	75	6201
栄養	居宅	管理栄養士－介護職員	栄養管理体制加算【認知症GHのみ】	認知症対応型栄養管理体制加算	30	32	6200
栄養	居宅	管理栄養士－介護職員	栄養管理体制加算【認知症GHのみ】	予認知症対応型栄養管理体制加算	30	37	6200
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	15	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	15	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	16	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	16	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知症対応型口腔栄養スクリーニング加算	20	32	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	66	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予防通所リハ口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	66	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	72	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	認知通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	72	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予認通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	74	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	予認通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	74	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	看護小規模口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	77	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	看護小規模口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	77	6201
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	地域通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	78	6202
口腔・栄養共通	通所	介護サービス事業所の従業者	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ【6月に1回を限度】	地域通所介護口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	78	6201
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	通所介護栄養アセスメント加算	50	15	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	通所リハ栄養アセスメント加算	50	16	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	予防通所リハ栄養アセスメント加算	50	66	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	認知通所介護栄養アセスメント加算	50	72	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	予認通所介護栄養アセスメント加算	50	74	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	看護小規模栄養アセスメント加算	50	77	6116
栄養	通所	管理栄養士が多職種と共同	栄養アセスメント加算	地域通所介護栄養アセスメント加算	50	78	6116
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	通所介護栄養改善加算	200	15	5605
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	通所リハ栄養改善加算	200	16	5605
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	予防外部通所リハ栄養改善加算	180	35	1822
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	予外認通所リハ栄養改善加算	180	35	2142
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	予防外部通所サービス栄養改善加算	135	35	2323
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	予防通所リハ栄養改善加算	200	66	5003
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	認知通所介護栄養改善加算	200	72	5606
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	予認通所介護栄養改善加算	200	74	5606
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	看護小規模栄養改善加算	200	77	5605
栄養	通所	管理栄養士が中心となり多職種と共同して栄養ケア計画を作成	栄養改善加算	地域通所介護栄養改善加算	200	78	5605

参照：介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（令和5年3月30日事務連絡）

## 3. 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	巻号	ページ	出版年
該当なし					

令和6年3月29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長)一殿  
(国立保健医療科学学院長)

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 曾根 智史

次の職員の令和5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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	■ □	■	国立保健医療科学院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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: )	□ ■	□		□

(※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。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) 未審査に場合は、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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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6年3月29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長)一殿  
(国立保健医療科学学院長)

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 曾根 智史

次の職員の令和5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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	■ □	■	国立保健医療科学院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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: )	□ ■	□		□

(※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。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) 未審査に場合は、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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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6年3月29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長)一殿  
(国立保健医療科学学院長)

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 曾根 智史

次の職員の令和5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) 大畠賀 政昭・オオタガ マサアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	■ □	■	国立保健医療科学院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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: )	□ ■	□		□

(※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。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) 未審査に場合は、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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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

令和6年5月8日

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 村上 明美

次の職員の令和5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) 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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  
クレ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) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 魔止前の「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6年3月29日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長)一殿  
(国立保健医療科学学院長)

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 曾根 智史

次の職員の令和5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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	■ □	■	国立保健医療科学院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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: )	□ ■	□		□

(※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。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) 未審査に場合は、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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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

令和6年2月1日

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5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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	■ □	■	奈良県立医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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 : )	□ ■	□		□

(※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  
クレ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) 未審査に場合は、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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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。