

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

日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

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

研究要旨

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

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

## A. 研究目的

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

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

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

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

## B. 研究方法

### B. 1. 4場面ごとに示される評価指標の分析

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

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

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

### B. 2. 自治体へのヒアリング調査

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

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

さらに、多職種連携のための専門職へのヒアリングも実施した。

(倫理面への配慮)

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

## C. 研究結果

### C. 1. 4場面ごとに示される評価指標

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

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

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

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

### C. 2. 自治体のヒアリング調査結果

A 自治体のヒアリング調査から得られた結果は、下記の通りである。

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

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

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

### D. 考察

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

見える化システムからデータを取得する際の

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

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

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

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

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

## E. 結論

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

## 引用文献

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

## F. 健康危険情報

なし

**G. 研究発表**

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1：評価指標（日常の療養支援）

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

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

表 2：評価指標（入退院支援）

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

表 3：評価指標（急変時の対応）

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

表 4：評価指標（看取り）

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



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

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

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

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