

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 大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
研究分担者 山口佳小里（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

研究要旨

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、活用が推進され则认为る。

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いずれも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と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) データから読み取れることについて

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)から読み取れることを確認し、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、その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、活用が推進され则认为る。

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 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%

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%

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								
		中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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								
			中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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								
			中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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								
			中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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								
			中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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								
			中央値	四分位範囲				0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
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	・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。 ・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。 ・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よい。 ・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。 ・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。 ・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。
データを活用した現状把握に対する理解の促進	・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。 ・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。 ・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示唆をいただいたため、入退院支援はみえてきた。 ・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る。
データから事業改善や課題解決の見通しを立てる	・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。 ・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。 ・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けば良いと感じた。 ・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。
指標によって、事業にかかわる情報を体系立てて把握できる	・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。 ・提示されたデータを活用していきたいと率直に感じる。 ・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 ・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。 ・一つ一つ指標の説明ができるように、便利になると良い。 ・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。

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	・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。 ・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ない。 ・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れない。 ・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。 ・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。
実態を反映できるデータ集計範囲の検討	・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。 ・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。 ・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。 ・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なところもあり、広域なデータでの分析も必要。 ・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。 ・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。 ・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。
指標の定義が不明	・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ない。 ・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ない。 ・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ない。 ・「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。 ・「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ない。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。 - 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。 ・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。 ・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。 ・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。

データと自治体の実感との不一致	・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。 ・看取りの場面で、届出数であって、正確な数字としては分らない。 ・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。 ・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、関連指標が少なくなる。 ・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思うが、実際に上手に活用されているのかも気になる。
在宅介護の状況を示すデータの充実の必要性	訪問介護の活動状況をどう把握し、評価するか。 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。
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	・データを読み解くことが苦手。評価の仕方が分からない。（どの指標が医療データ・介護データかが分からない。） ・データを見慣れていない。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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いると感じていいのか、疑問に感じた。 ・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。
データを基に説明する必要性の認識	・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。 ・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示唆をいただいたため、入退院支援はみえてきた。 ・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。
多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解	・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。

多様なステークホルダーとの連携体制と相互理解	・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。 ・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などが課題。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。 ・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と。 ・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ないのか、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。 ・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。 ・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。 ・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れない。 ・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。 ・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。 ・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。 ・日常の療養支援を考えると、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れない。
-------------------------------	--