

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
総合研究報告書 (令和4～5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

高齢者が今後さらに増加するため、在宅医療・介護提供体制の整備は急務であるが、それら提供体制の詳細な実態把握は十分ではない。講じるべき施策を検討する際に有用な指標等も行政や医療・介護関係者間での共有が不十分である。個人の医療・介護情報を突合したデータの活用が始まっているが、先行研究において在宅医療・介護連携に関するエビデンスの蓄積は極めて乏しい。また、在宅医療・介護連携推進事業の取り組みでは協議会の設置等、連携体制は整いつつある一方で、地域の実情を踏まえた PDCA の運用・事業展開は十分には行われていない。定量的・定性的な地域の現状把握を基に、目標設定・課題抽出・対応策の検討を行い PDCA の運用で重要な指標が設定されるが、多くの自治体において指標設定に困難を生じている現状がある。今後の介護保険事業計画に向けた政策提言を検討するうえで、医療計画との整合性を考慮し進めていくことが求められている。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た。

本研究では2年間の研究期間で、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である。

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)
- ・大野賀政昭 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・山口佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
- ・柴山志穂美 (神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・地域ケア教育部長兼保健福祉学

部准教授)

- ・西岡祐一 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 助教)
- ・次橋幸男 (公立大学法人奈良県立医科大学 医学部 博士研究員)
- ・中西 康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員)

## A. 研究目的

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

そこで、本研究では、既存の指標に加えて新規指標案の検討も行い、在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等を提案することを目的として研究を実施した。具体的には各年度で次に示す内容で研究課題を実施した。

## B. 研究方法

### B. 1. 全体概要

各年度で次に示す研究課題を設定し実施した。詳細については各年度の報告書を参照されたい。

#### B. 1. 1. 令和4年度実施課題

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

（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）

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

#### B. 1. 2. 令和5年度実施課題

- ・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、大夙賀、柴山）
- ・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：大夙賀、山口、柴山、中西）
- ・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、大夙賀、山口）
- ・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）
- ・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）

（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）
- ・大夙賀政昭（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）

### B. 1. 3. 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. 令和4年度研究の概要

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

④ 医療レセプトを用いて在宅医療の提供状況から 4 つのカテゴリーに分類した。

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

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

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

### B. 3. 令和 5 年度研究の概要

#### B. 3. 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」に記載されている 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. 3. 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わる意識調査を実施・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 つの場面にかかわる意識 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. 3. 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. 3. 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. 3. 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連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

各年度の研究によって次の研究成果を得た。詳細については、各年度の報告書を参照されたい。

### C. 1. 令和4年度の研究結果

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

「見える化」に収載されている合計 42 指標を選定した。これらの指標を在宅医療の 4 場面に分類し、人口五分位ごとに記述統計量を算出したところ、多くの指標において、素集計値は規模の大きい自治体で大きく、人口 10 万人あたりの値は規模の大きい自治体で小さかった。資源に関しては、有している施設の種類の自治体規模により異なっており、介護サービスの受給率に関しては、

自治体規模の小さい自治体で施設系サービスと比して在宅サービスの受給率が低い一方、自治体規模の大きい自治体においては在宅サービスの受給率が高かった。また、高齢化率の考慮、引用している値がなんであるか、算出方法等が解釈上の留意点として挙げられた。

#### C. 1. 2. 在宅医療・介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

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

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

#### C. 1. 3. 日常の療養支援等 4 場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

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

#### C. 1. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

訪問診療が算定されていたレセプトは 3 年間で計 280,991 件であり、このうち要介護 2 が全体の 20%と最多で、要介護 4 が 19.8%、要介護 3 が

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

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

### C. 1.5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

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

## C. 2. 令和5年度の研究成果

### C. 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

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られる。

### C. 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

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. 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

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自治体に求められることも明らかになった。

#### C. 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

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・介護実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. 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連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

各年度の研究成果の考察を次に示す。詳細については、各年度の報告書を参照されたい。

#### D. 1. 令和4年度研究の考察

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

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

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

##### D. 1. 2. 在宅医療・介護連携における人口規模別のデータ活用の状況

4つの場面ごとの目指すべき姿の設定や施策立案時における評価項目の設定は令和4年度時点においても30%程度に実施がとどまり、人口規模ごとの特性とともにアクセスしやすいデータをその解釈とともに示していくことの重要性が再確認された。現時点活用しているデータは、「地域包括ケア『見える化』システム」のデータが51.6%

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

#### D. 1. 3. 日常の療養支援等4場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討

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

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

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

テム上の仕様がデータ取得の障壁となった可能性もあるため、この点は今後の検討課題である。

#### D. 1. 4. 医療・介護突合レセプトを用いた在宅医療におけるカテゴリー分類別の要介護度の分布

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

#### D. 1. 5. 有識者を対象とした指標選定に関するインタビュー調査

有識者インタビューにより、自治体が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を評価する際に、活用すべき重要度の高い指標について、自治体の有識者、専門職の有識者、よりそれぞれ示された。重要な指標を考える上でのこれらは、「厚生労働省老健局老人保健課、令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議（令和2年9月13日）在宅医療・介護連携推進事業につ

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

## D. 2. 令和5年度研究の考察

### D. 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

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られる。

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. 2.2. 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となることが再確認された。取り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. 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

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・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。

### D. 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

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>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。

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. 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連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内科、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られる。

#### 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、活用が推進されることが考えられる。

#### 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。

#### 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連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。

#### 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, 大冢賀政昭, 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