
在宅医療・介護連携を推進するための データ活用手順書

平成30年4月

一般財団法人 厚生労働統計協会

目次

はじめに

| | |
|---|-------|
| 1. データを活かしてどう施策につなげるか | 1- 1 |
| 活用場面1 地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等） | 1- 3 |
| 活用場面2 小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等） | 1-13 |
| 活用場面3 地域での普及と啓発 （多職種に参加する研修会・住民向け講演会等） | 1-22 |
| 活用場面4 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等） | 1-30 |
| 活用場面5 地域課題に対応するための施策検討 （各小地域での在宅療養等） | 1-34 |
| 2. 活用できるデータをどう集めるか | 2- 1 |
| 進め方1 国や県等の公開データや既存データの収集 | 2- 2 |
| 進め方2 医療・介護レセプト分析 | 2- 14 |
| 進め方3 在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリング | 2- 24 |
| 進め方4 独自調査 | 2- 32 |
| 進め方5 指標集としての取りまとめ | 2- 40 |
| 進め方6 最終アウトカムと施策・指標マップ | 2- 47 |

資料編

| | |
|-----------------------------|--------|
| 資料1 指標値ファイルと分析用ファイルの例 | 資料編- 1 |
| 資料2 集計レポート（グラフ・マップ集）の例（一覧表） | 資料編-16 |
| 資料3 集計のための疾病分類の例 | 資料編-19 |

はじめに

◎ なぜデータ活用手順書か

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.2)」(厚生労働省 平成29年10月)には、現状の把握、課題の抽出、施策の検討のために、データを活用することと記載されています。但し、どのようにデータを集めて、どのように活用するかということは、具体的には書かれていません。市区町村毎に環境が異なることがあり、市区町村が考える範囲であるためと推測されます。

例えば、「手引き」によれば地域間の比較や、経時的な変化を見ていくことが大事だとされています。他の市区町村と比べるとしたら、どのような市区町村と比べることが良いのでしょうか。また、市区町村内の小地域を比較するとして、小地域に関して在宅医療のデータは得られるのでしょうか。経時的な比較とありますが、毎年データを取ることは可能なのでしょうか。データ活用では、こうしたことを考える必要があります。

その他にも市区町村がデータを活用して在宅医療・介護連携を推進するためには様々なポイントがあります。本書は、厚生労働統計協会の平成29年度の調査研究を通じて得られた成果を、少しでも市区町村にとって参考になるよう、役立つようにとの主旨でまとめたものです。

◎ データを活かしてどう施策につなげるか ~ 5つの活用場面毎の手順

「手引き」の主旨のとおり、データを分析することは手段であって目的ではありません。分析より活用、活用より施策・施策の成果が重要です。データを集計・分析することにより在宅医療・介護の現状と課題を把握することは重要です。集計・分析結果からどのような施策が効果的か考えていくことは更に重要です。

しかし、現状を把握できても、それをどう施策につなげていくのかわからないという声もよく聞きます。データ活用場面毎に手順を考える必要があります。

この手順書では、在宅医療・介護連携のデータ活用場面として、地域の課題と施策を考える全体推進会議等、日常生活圏域等の小地域毎の課題と施策を考える地域ケア会議等、及び多職種での研修や地域住民への普及のための研修会・講習会等を想定し、活用方法について記載します。この他に、関連する事業や既存施策での活用場面と、地域課題に対応するための施策検討の活用場面についても記載しています。

全体進捗会議等には様々な職種の方が参加します。在宅医療・介護に関する現状をデータにより関係者間で共有することは重要です。データに基づき、参加者が議論できるようになります。具体的なテーマにすぐには結びつかなくとも、まずはデータを活用し、現状を共有するという考え方もあります。

◎ 活用できるデータをどう集めるか ~ 4つのデータ種類毎の手順

集計・分析の対象となる在宅医療・介護に関するデータにはどのようなものがあるのでしょうか。どのように収集すれば良いのでしょうか。活用できるデータの種類毎に手順を考える必要があります。

まず、国や県等の公開データを収集して活用することが考えられます。在宅医療に関して市区町村が使いやすいように整理されたデータ集も国から公表されています。このほか国や県等から公表されている調査結果や、市区町村自身が持っている既存のデータを活用することも考えられます。国や県等の公開データは、比較的容易に得られ、他の地域との比較等に適しているというメリットがあります。しかし、それだけでは、地域の詳しい在宅医療・介護の状況を把握するには不十分な場合があります。

地域の在宅医療・介護の現状について詳しく把握するためには、地域の医療・介護レセプトを集計・分析すること、地域の在宅医療・介護連携関係者等にヒアリングすること、地域の住民に希望や満足度を調査すること、といった手段を考える必要があります。これまで医療分野に直接携わっていない市区町村にとって少しハードルが高い手段も含んでいますが、施策につながるデータを収集するためには必要です。

◎ 医療・介護レセプト分析について ~ KDBデータによる小地域分析

地域の住民がどれだけの在宅医療・介護サービスを受けているか、といった現状を具体的な数値で把握するには、医療・介護レセプト分析が適しています。特に小地域（日常生活圏域）のデータを把握するためには医療・介護レセプト分析が必要です。

医療レセプトと介護レセプトが個人単位で紐付けられていること、個人を特定できないように配慮されていること等、KDB（国保データベース）データは、自治体が集計・分析対象とする医療・介護レセプトデータとしてメリットがあります。この手順書では、KDBデータによる、日常生活圏域レベルでの、医療・介護に渡るデータ分析について記載しています。

多くの市区町村での活用を考慮し、この手順書では、集計・分析作業の一部を外部業者に委託し、市区町村の担当者が集計・分析結果を活用するというケースを中心に記載しています。都道府県からデータ集計結果の提供を受けるというケースも考えられますが、その場合でも本手順書の内容は、市区町村が提供を受けた集計結果を活用する際に参考になります。

◎ 活用できるデータをどう整理するか ~ 指標集、最終アウトカムと施策・指標マップ

データを活用して、PDCAにより施策を進める際、バラバラな指標になりがちです。データを整理して、繰り返して活用しやすいような指標集として取りまとめると便利です。市区町村にとって使いやすい指標集を考える必要があります。在宅医療全国会議資料の地域データ集や、「手引き」の指標集は参考になります。

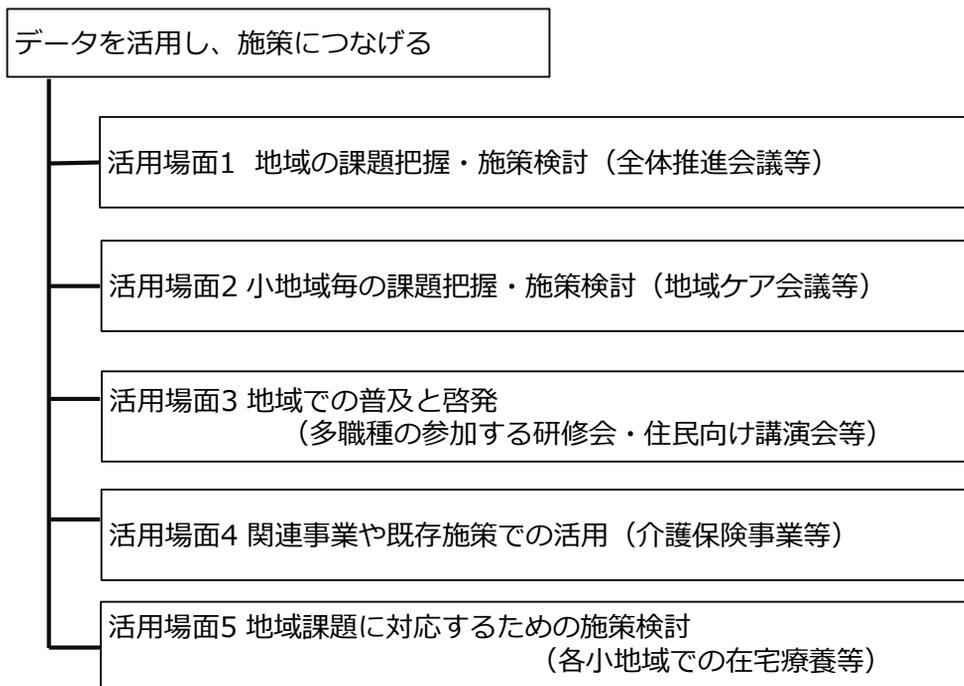
指標集の考え方を更に進めて、指標と指標との関係、指標と施策との関係を見やすく整理する考え方が、施策・指標マップです。アウトカム指標との関連で施策を吟味し、評価できるようにすることが、施策・指標マップの狙いです。

施策・指標マップの全体像を一度に作成し、実際の在宅医療・介護に活用するのは、一般的には困難です。施策・指標マップを部分的に検討することや、多職種の参加するグループワーク研修で活用すること等から始める進め方が考えられます。その場合でも、施策・指標マップの全体像を目指して進めることは重要です。全体像により、最終アウトカム（全体目標）に向けた個々の施策の位置付けを確認できます。

1 データを活用してどう施策につなげるか

◎ データを活用する場面

在宅医療・介護連携推進のためにデータを活用し、施策につなげる場面として、下記が考えられます。



在宅医療・介護連携を推進するためにデータを活用し、施策につなげる場面には、いくつかの典型的な場面、データの活用方法があります。例えば、全体推進会議等では、在宅医療・介護連携に関して市区町村の置かれている状況を他の市区町村等と比較し、課題を把握し、施策を検討することが考えられます（活用場面1）。他の市区町村と比べて、在宅医療の量はどのようになっているか、地域の要介護者がどのような疾病で通院しているのか、といった実態をデータにより確認することができます。

地域ケア会議等では、その小地域（日常生活圏域等）の課題の把握、施策検討のために、小地域の在宅医療・介護に関するデータを活用することが考えられます（活用場面2）。個別ケースを検討する場合にも、背景となる情報として参考になります。また、多職種の参加する研修会や、在宅医療や終末期医療に関する住民向けの普及啓発も重要です。データを活用することにより、地域の現状と課題をより詳しく具体的に共有できます（活用場面3）。

また、介護保険事業計画等の関連事業や、在宅医療・介護連携の既に進めている相談窓口や退院支援の検討等にも、データを活用することが考えられます（活用場面4）。更に、各小地域で要介護者が在宅での療養を続けられるようにする、といった施策を具体的に考える場合、施策の内容や期待効果を評価するためにデータが必要となります（活用場面5）。

本書は、このような典型的な場面毎に、データを活用して施策につなげるための手順を記載します。なお、本手順書は、当協会が千葉県市原市を調査フィールドとした研究の成果をまとめたものです。掲載しているデータは、市原市及び千葉県内の比較対象自治体のデータです。

◎ PDCAを進める過程でのデータ活用

下図はPDCAに基づき、在宅医療・介護連携を推進する際、計画段階だけではなく、実施段階でもデータを活用しながら進める考え方を示しています。実施段階では、データ活用シナリオを検討し、実際に活用し、フィードバックにより、データ収集をさらに進めるとともに、次の施策を検討していきます。こうした進め方により、効率的に在宅医療・介護連携を進めることができます。

本手順書は、こうした実施段階でのデータ活用方法に焦点を当ててデータ活用手順を記載しています。

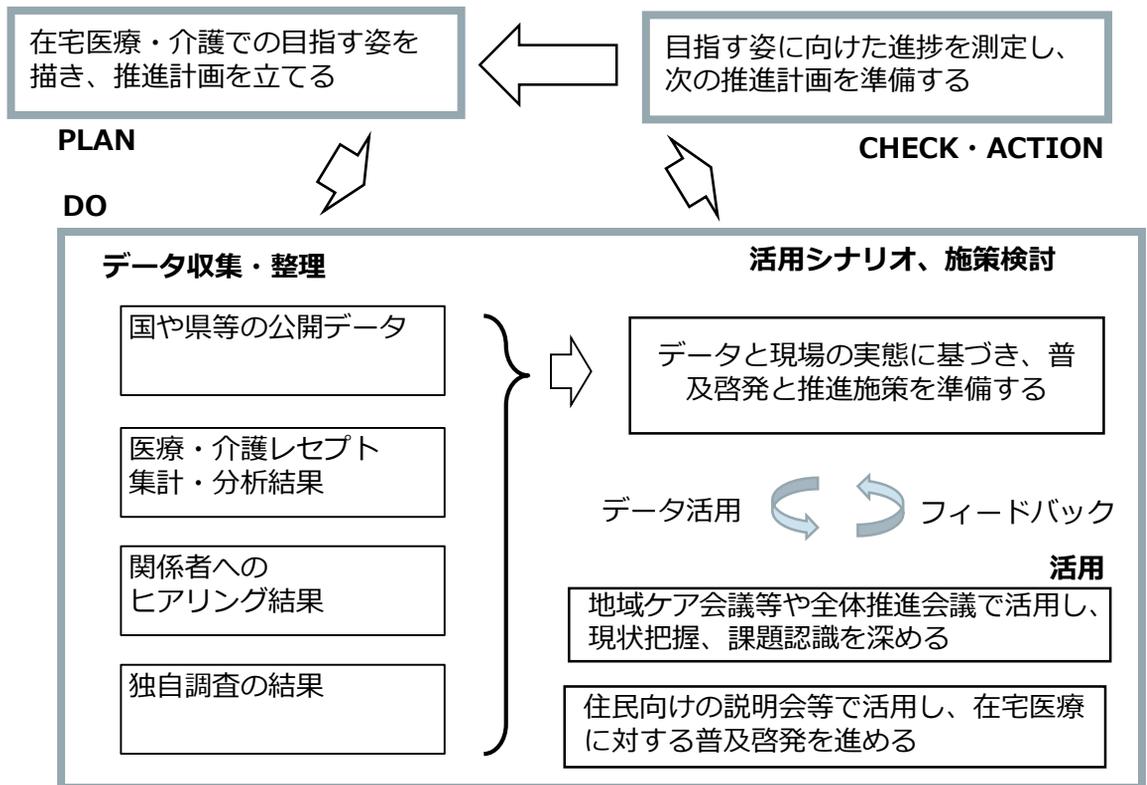


図1 PDCAの実施段階におけるデータ活用場面

活用場面1 地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）

◎ 地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用の考え方

在宅医療・介護連携では、地域の医療・介護の関係団体等が参画する在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議を開催することとなっています（手引きp19）。こうした会議をこの手順書では、全体推進会議等と記載しています。全体推進会議等での現状把握と課題の抽出では、医療・介護に関するデータが極めて重要です（手引きp40）。

医療・介護に関するデータには、医療・介護機関に関するデータや、既存の統計資料等を整理したデータのほかに、医療・介護レセプトを集計・分析したデータが含まれています。既存データやヒアリングデータ等と合わせて医療・介護レセプトを集計・分析したデータを活用することにより、地域の在宅医療・介護に関して、詳しい状況を把握することができます。医療・介護レセプトを活用することにより、在宅医療・介護連携を効率的に進めることができます。

整理して提供



- ・ データによる現状・課題の共有
- ・ 対応策の検討

市原市在宅医療・介護連携推進会議

（関係者ヒアリング結果より）

・ 平成27年10月より「市原市在宅医療・介護連携推進会議」を設置した。委員については医療と介護の関係団体（市原圏域）からの代表者、保健所による構成を考えた。医療や介護の関係団体の中には、これまでの関係性の深い団体と個別での関わりはあっても、団体との関係性が薄い団体があった。関係性の薄かった団体に対しては、事業の趣旨説明のために訪問する等し、団体としての協力を仰いだ。

・ 構成団体：市原市医師会、市原市歯科医師会、市原市薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県理学療法士会、千葉県作業療法士会、千葉県言語聴覚士会、千葉県医療ソーシャルワーカー協会、地域包括支援センター、市原市ケアマネジャー連絡会、千葉県訪問看護ステーション連絡協議会、千葉県介護福祉士会、千葉県ホームヘルパー協議会、市原栄養士会（29年度より）、千葉県市原健康福祉センター

・ 効率的に推進するため部会を設置：多職種連携部会、情報共有部会、研修啓発部会

◎ 地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順

地域の課題把握・施策検討でのデータ活用手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

| | |
|----------------------|--|
| ステップ1 データ活用の狙いの確認 | 在宅医療・介護連携に関して、一部の先進的な市区町村とそれ以外の市区町村があるとされてきました。また、在宅での療養を支える医療は、市区町村のおかれた環境により様々なタイプがあるという議論もされています。 |
|----------------------|--|

市区町村の位置づけを様々な観点からデータにより把握することにより施策検討の基礎となる情報を共有することができます。

| | |
|-----------------|--|
| ステップ2 データの準備 | ステップ1の観点から、収集・整理されているデータ集等から活用できるデータを選択し、加工・分析します。 |
|-----------------|--|

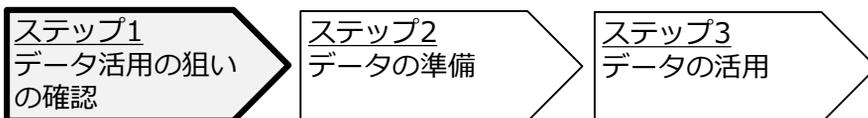
| | |
|-----------------|--|
| ステップ3 データの活用 | こうして準備したデータにより、全体推進会議の場等で、データの裏付けに基づく現状について、関係者が共有することができます。 |
|-----------------|--|

在宅医療・介護に関するデータの重要性について

在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するためには、地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施することが必要であり、地域の現状把握、課題分析に際して、地域の在宅医療・介護に関するデータは極めて重要である（手引きp40）。

手引きの中で都道府県の支援について記載されている箇所ですが、この手順書では、市区町村が都道府県からデータを提供される場合を含めて、市区町村によるデータ活用について記載しています。

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ1 データ活用の狙いの確認

ステップ1では、データ活用の狙いを確認します。データの活用に関して、地域の課題を把握するためのデータ活用と、具体的な事業の進捗やどれだけ理想に迫ったかを知るためのデータ活用が考えられます。

地域の課題を把握するためのデータ活用では、ある程度在宅医療・介護のデータを幅広く見る必要があります。幅広く見る際、他の自治体との比較という観点と、詳しい医療・介護データの活用という観点がポイントとなります。

・ 地域の課題の把握のためのデータ～ 他の自治体との比較

近隣市区町村や、人口規模、高齢化率等の点で類似する市区町村と比較することは、現状把握を始める際に有効です。在宅医療や在宅医療・介護連携への対応が進んでいるとされている市区町村と、自身の市区町村とのデータを比較し、差異の理由などについて考察することも考えられます。

こうした他の自治体とのデータによる比較分析は、在宅医療・介護連携に関する課題把握と施策検討のきっかけとなります。

・ 地域の課題の把握のためのデータ～ 詳しい医療・介護データの活用

高齢化が進むなか、医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるようにすることが、地域包括ケアの目指す姿とされています。目指す姿に向けて、現状がどのようになっているかということ把握するためには、医療と介護に関する詳しいデータが必要です。

医療・介護連携では特に、医療のデータと介護のデータを結び付けてみる必要があります。要介護度が軽度の人、中重度の人が、どのような疾病（例えば、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病、認知症等）で通院しているか、といったデータが必要になります。

詳しい医療・介護データによって地域の現状を把握することは、在宅医療・介護連携に関する課題把握と施策検討のきっかけとなります。

・ 具体的な事業の進捗やどれだけ理想に迫ったかを知るためのデータ

具体的な事業の進捗や、どれだけ理想像に迫ったかを知りたい場合については、その事業の内容や理想とする姿に即して内容を絞ってデータを準備します。

例えば、退院支援がテーマであれば、退院支援に関するデータの準備を検討します。また、特定の疾患や、特定の在宅医療の職種がテーマの場合、それぞれのテーマに沿ったデータを検討します。

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



・ 他の自治体との比較についての補足説明

高齢化率と人口密度により自治体を分類している例を下記に示します。図1-1-1は、横軸に高齢化率、縦軸に人口密度を置いて、調査研究のフィールドである市原市を含む千葉県の35市（千葉市、市川市は含まれていません）をプロットしたものです。図1-1-2は同じ内容をマップに表現したものです。

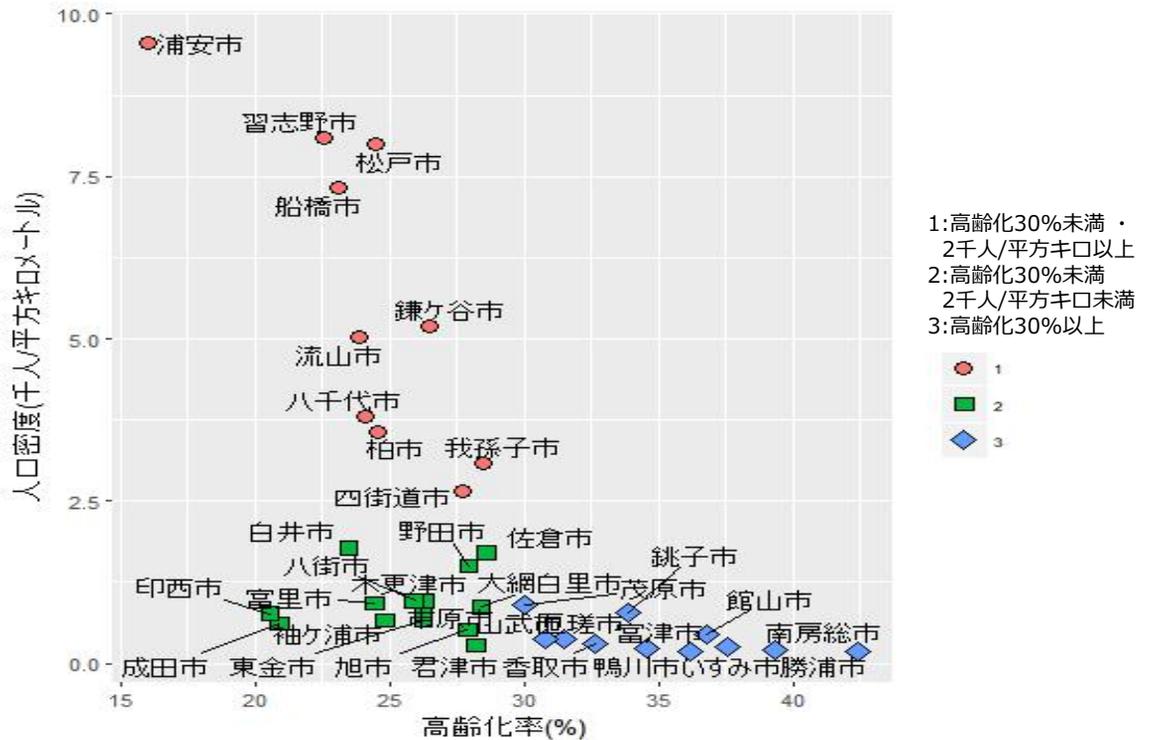
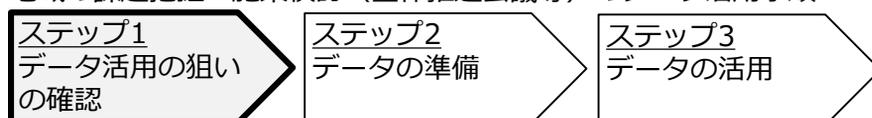


図1-1-1 高齢化率と人口密度（散布図）



図1-1-2 高齢化率と人口密度の地図マッピング

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



・ 詳しい医療・介護データについての補足説明

在宅医療・介護に関するデータには、病院や診療所の数、介護事業所数等のストラクチャー指標（サービス提供体制を表す指標）と、訪問介護の回数や訪問診療回数等のプロセス指標（実施されているサービスを表す指標）が含まれています。手引きでは、ストラクチャー指標をプロセス指標に関連付けて把握するようにと記載されています（手引きp10）。

在宅医療に関する例として、在宅療養支援診療所数というストラクチャー指標と、往診・訪問診療実績というプロセス指標があります。在宅医療について詳しく知るためには、ストラクチャー指標によって、在宅療養支援診療所を把握するほかに、在宅療養診療所の届け出はしていなくても、在宅医療を行っている診療所をプロセス指標によって把握する必要があります。また、これらを小地域（日常生活圏域）毎に把握すると更に役立ちます。

在宅医療・介護連携の実施状態を示す指標（プロセス指標）について、下記に示します。多職種の実施状況を把握するため、多くの指標を見ることとなります。

在宅医療・介護連携の実施状態を示す指標について

在宅医療は多職種が関わっていますので、実施状況の示す指標もかなりあり、下記を参考に選択します。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1.施設介護 | 12. 訪問看護_医療保険 |
| 2.居宅介護 | 13. 訪問看護指示 |
| 3.往診 | 14. 訪問看護_介護保険 |
| 4.訪問診療 | 15. 退院支援加算 |
| 5.在宅医学総合管理 | 16. 介護支援連携指導 |
| 6.施設医学総合管理 | 17. 退院時共同指導 |
| 7.歯科訪問診療 | 18. 看取り加算 |
| 8.訪問歯科衛生指導 | 19. 在宅ターミナルケア加算 |
| 9.歯科疾患在宅管理 | 20. 往診_夜間 |
| 10.在宅患者訪問薬剤管理指導 | 21. 往診_深夜 |
| 11.居宅療養管理指導_薬局 | 22. 往診_休日 |

・ 指標値ファイルと分析ファイル、集計レポート（グラフ・マップ集）

この他、「手引き」の指標を参考にした指標値ファイル、医療・介護の組み合わせを分析する分析ファイル（資料編の資料1）、集計レポート（グラフ・マップ集）（資料編の資料2）があります。

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ2 データの準備

ステップ2では、ステップ1で確認したデータ活用の狙いと準備の方針に沿って、データを準備します。ここでは、訪問診療実施人数（図1-1-3）、高齢化率と人口あたりの在宅医療を受ける人数（図1-1-4）、及び一般診療所による訪問診療実施件数（図1-1-5）の例を示します。

・ 訪問診療に関する近隣自治体との比較（データ例）

訪問診療に関する近隣自治体との比較の例を示します。図1-1-3の左側は、訪問診療を受けた人数、右側は人口千人あたりの訪問診療を受けた人数を示します。

高齢化率等の影響も考慮する必要がありますが、人口千人あたりの訪問診療人数の観点では、フィールドである市原市は、比較対象となっている市と比べて少ないことを示しています。

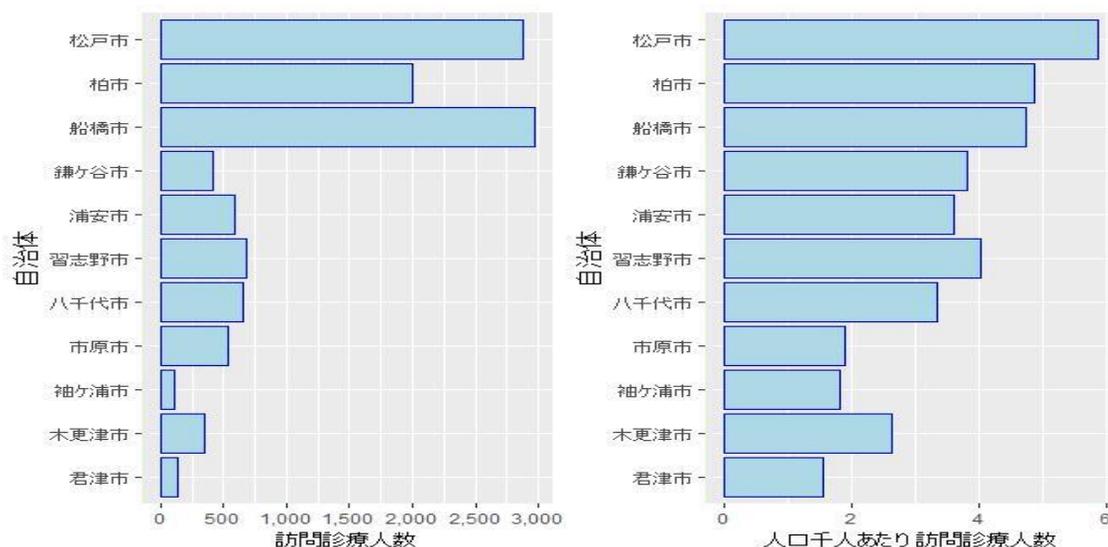


図1-1-3 訪問診療実施人数（KDBデータ分析結果）

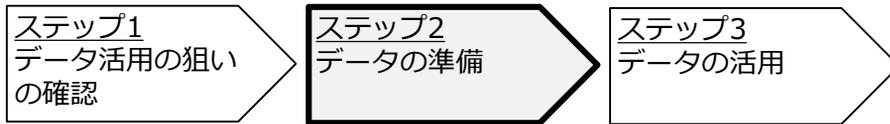
訪問診療人数について

図1-1-3のグラフでの訪問診療人数は、1カ月の間に一回以上訪問診療を受けた人の人数です。週1回の場合も、2週以上に1回という場合もありますが、ここでは訪問診療を受けている人の人数という観点で集計しています。地域住民のうち、何人の方が訪問診療を受けているか、という観点での集計です。

訪問診療の人数（図1-1-3の左側）は、地域の訪問診療の規模感を把握するという観点で利用します。将来、高齢化が進んで、どの程度の人数の訪問診療が必要になるか、といった推計をする際、出発点となる現時点でのデータとして参考になります。

一方、人口千人あたりの訪問診療の人数（図1-1-3の右側）は、他の市区町村と比較するという観点で利用します。高齢化率、人口密度、近隣市との関係等も考慮して見る必要がありますが、施策を考える際の参考になります。

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



・在宅医療に関する近隣自治体との比較（高齢化率等を含めた比較の例）

図1-1-4は高齢化率を含めた比較を表現している例です。横軸に高齢化率、縦軸に人口千人あたりの在宅医療を受ける人数を置き、各自治体をプロットしています。各プロットを高齢化率と人口密度によるグループ分け（図1-1-1参照）で色分けしています。

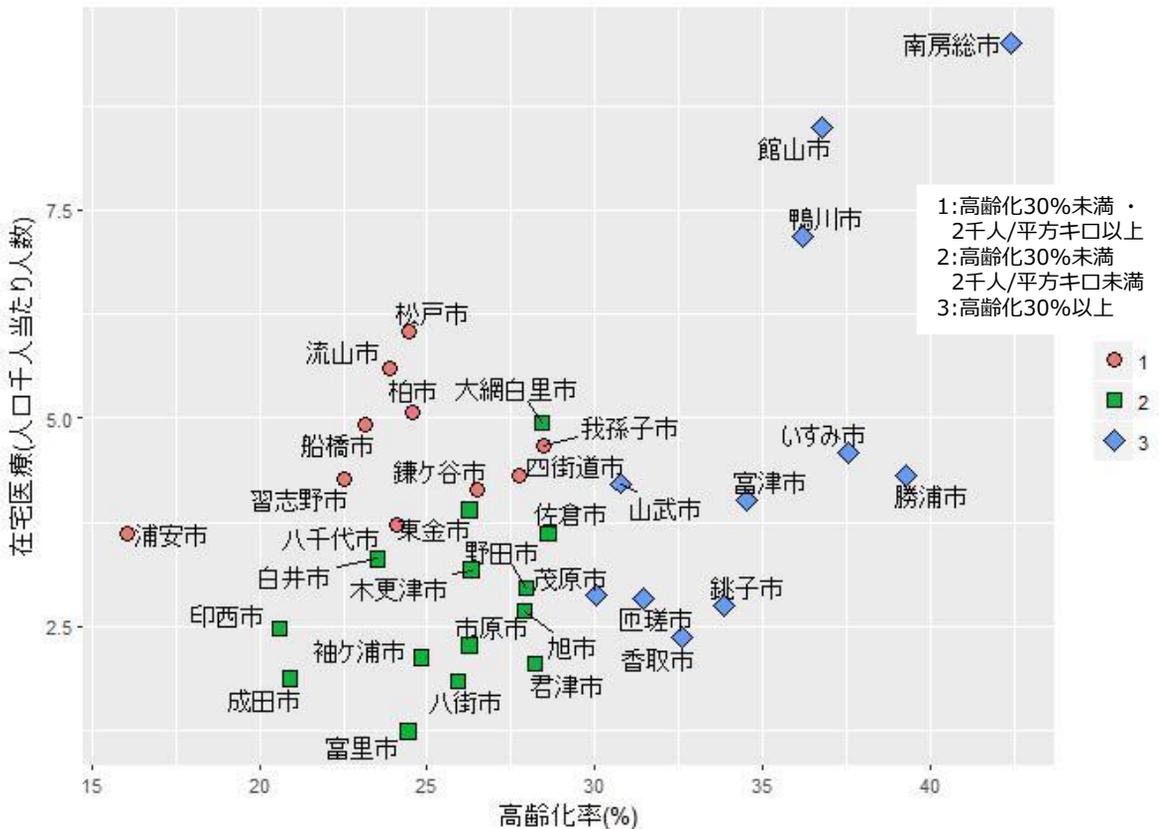


図1-1-4 高齢化率と人口当たりの在宅医療を受ける人数（KDBデータ分析結果）

この手順書でのデータ例は、主にKDBデータ分析によるものです。集計データの見方に関する注意点を下記に記載します。

集計データの見方に関する注意点

- この集計はKDBデータを使っているため、健康保険組合や協会けんぽ（全国健康保険協会）の方等は含まれていません。国民健康保険、後期高齢者医療を含んでおり、国民健康保険については、高齢者だけでなく、64歳以下の方を含めた全体の集計です。
- この手順書の多くのデータ例は、住民の住所地別の集計となっています。例えば他の市区町村の医療機関の訪問診療を受けた人数も、市原市の訪問診療を受けた人の人数に含まれています。その地域の医療機関側から見て、何人の訪問診療を実施しているかを知る場合は、別の集計になります。

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



・訪問診療に関する近隣自治体との比較（国の公開データの活用した例）

図1-1-5は、図1-1-3と同様の内容を、国の公開データ（在宅医療にかかる地域別データ集）により表したものです。図1-1-5は、平成26年10月時点のデータであること、人口当たりの一般診療所による訪問診療件数であること等、条件がやや異なりますが、同じような傾向を読み取ることができます。

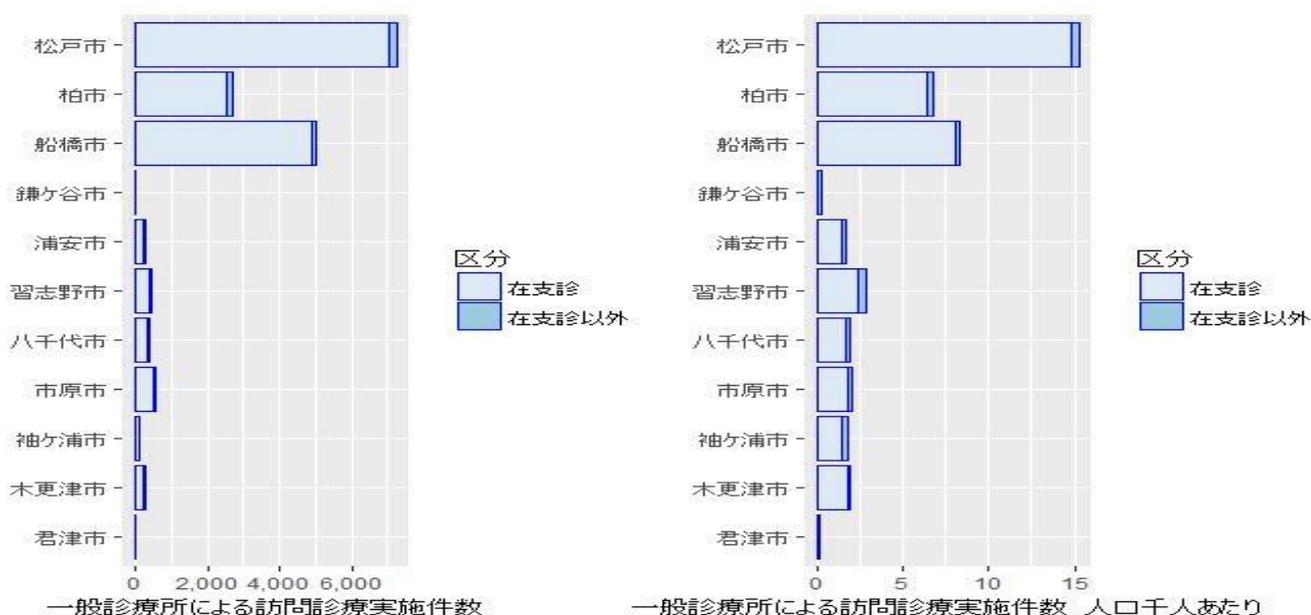
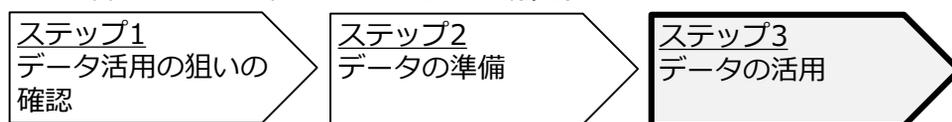


図1-1-5 一般診療所による訪問診療実施件数（地域データ集）

出典：在宅医療にかかる地域別データ集（医療施設調査 特別集計 平成26年10月1日時点）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000134096.xlsx>

地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ3 データの活用 ~ 関係者による課題共有

ステップ3では、準備したデータを全体推進会議等で活用します。在宅医療・介護連携についての現状や施策の進捗状況等をデータによって関係者が共有することにより、対応策の検討を効率的に行うことができます。

全体推進会議等には様々な職種の方が参加します。在宅医療・介護に関する現状をデータにより関係者間で共有することは重要です。データに基づき、参加者が議論できるようになります。具体的なテーマにすぐには結びつかなくとも、まずはデータを活用し、現状を共有するという考え方もあります。

在宅医療・介護連携推進事業（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 （関係者ヒアリング結果より）

- ・「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制」はやや漠然としたテーマであると感じていた。そこで先ず、多職種の団体選出委員よりなる多職種連携部会で、それぞれの立場から、現状の在宅医療と在宅介護の提供体制で「切れ目」を感じることもあるのか意見を求めた。その場の意見として多くは、概ね一定の連携は図られているとのことだった。しかし、委員選出団体に持ち帰り、団体関係者からも意見を求めたところ、「切れ目を感じる」との多くの意見が寄せられた。
 - ・（イ）（ウ）の両取り組みは、在宅医療・介護連携を推進するために最も重要な事項であり、重点的に取り組むべき事項である。
 - ・市原市が本年度取り組んでいる「市原保健医療圏域退院支援ルール」、「千葉県地域生活連携シート」の市内への普及は、現状の最重要課題への対応であり、切れ目のない連携を実現する一つの取り組みと考える。
 - ・手引きの説明で、参考例として示されている「主治医・副主治医」等は、いずれも医療の視点からの取り組みのように感じる。様々な職種の視点から取り組みを考える必要がある。
-

◎活用場面1 地域の課題把握・施策検討（全体推進会議等）のポイント

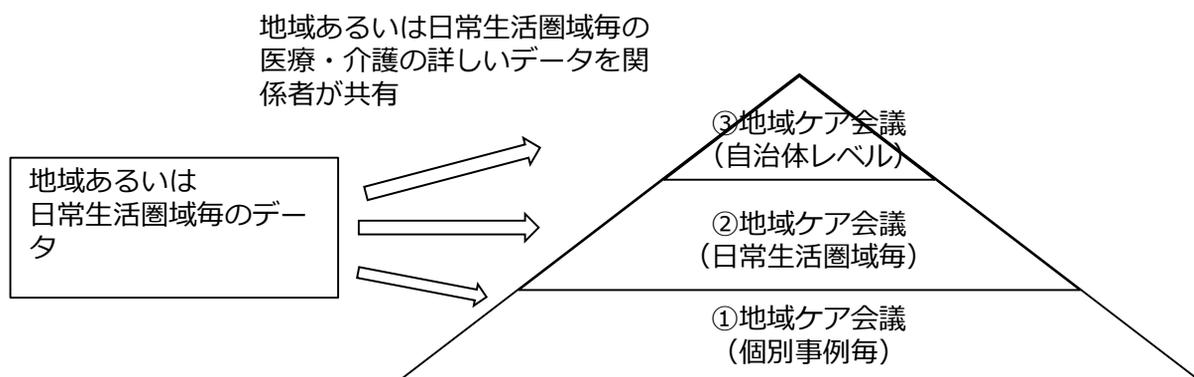
- ・「手引き」が示す、多職種の参加する会議（この手順書では、全体推進会議等と記載しています）では、現状課題把握・施策検討を進めるためにデータが極めて重要です。
- ・特に医療・介護レセプトを分析したデータは、地域の医療・介護の詳しいデータとして重要です。市区町村全体あるいは日常生活圏域について整理して、全体推進会議等で活用します。
- ・活用場面1のデータ活用には、地域の課題を把握するためのデータ活用と、具体的な事業の進捗やどれだけ理想に迫ったかを知るためのデータ活用とがあります。
- ・地域の課題を把握するためのデータ活用では、他の自治体との比較という観点と、医療のデータと介護のデータを結び付けてみるという観点がポイントとなります。
- ・他の自治体との比較では、比較対象の自治体を近隣、人口規模、高齢化率の観点から選択します。特に在宅医療の観点では、人口密度の観点も重要です。
- ・医療・介護連携では、医療のデータと介護のデータを結び付けてみる必要があります。例えば、要介護度が軽度の人、中重度の人が、どのような疾病（例えば、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病、認知症等）で通院しているか、といったデータを見る必要があります。
- ・活用場面1のデータ活用手順は、ステップ1 データ活用の狙いの確認、ステップ2 データの準備、及びステップ3 データの活用よりなります。
- ・ステップ1 データ活用の狙いの確認では、データ活用の狙いを確認します。地域の課題を把握する場合と、具体的な事業の進捗やどれだけ理想に迫ったかを知る場合、といった相違に基づき狙いを確認します。
- ・ステップ2 データの準備では、ステップ1で確認したデータ活用の狙いと準備の方針に沿って、データを準備します。ここでは訪問診療実施人数、高齢化率と人口あたりの在宅医療を受ける人数、及び一般診療所による訪問診療実施件数のデータの例を示しています。
- ・ステップ3 データの活用では、準備したデータを全体推進会議等で活用します。
- ・全体推進会議等には様々な職種の方が参加します。在宅医療・介護に関する現状をデータにより関係者間で共有することは重要です。データに基づき、参加者が議論できるようになります。
- ・具体的なテーマにすぐには結びつかなくとも、まずはデータを活用し、現状を共有するという考え方もあります。

活用場面2 小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）

◎ 小地域毎の課題把握・施策検討のデータ活用の考え方

「手引き」では、日常生活圏域等の小地域毎の課題把握・施策検討の場として、地域ケア会議を位置付けることが認められています。こうした小地域毎の課題把握・施策検討の場（この手順書では地域ケア会議等と表記しています）では、自治体全体のデータとともに、小地域毎のデータが極めて重要です

地域ケア会議は、ある程度の規模の市区町村では、個別ケースに対する地域ケア会議、日常生活圏域レベル（あるいは地域包括支援センター管轄毎に、いくつかの日常生活圏域をまとめた単位）での地域ケア会議、市区町村全体の地域ケア会議の3段階で行われている場合が多くなっています。在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策検討の場としては、全体推進会議等と同じ役割を担っていると言えますが、より個別ケースや小地域の課題に即した検討の場となります。在宅医療・介護のデータの重要性は同じですが、よりきめ細かい小地域のデータを活用する必要があります。



在宅医療・介護連携での地域ケア会議の役割

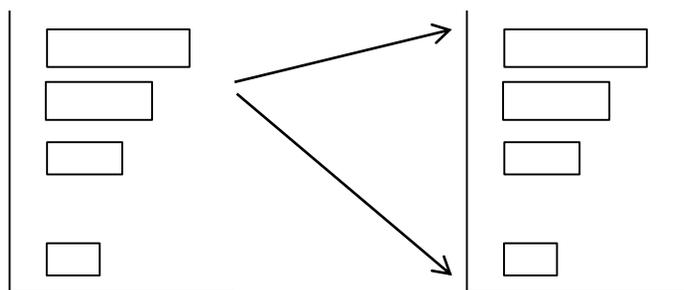
地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法として多くの市区町村で取り組まれています。在宅医療・介護連携でも、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討の場としての位置付けが認められています。

医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市区町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である（手引きp20）。

・ 市区町村比較データと小地域の比較データ

在宅医療・介護連携の現状と課題は、小地域毎に異なります。高齢化率や人口密度の違い、交通アクセスの違い、医療・介護資源の相違、その小地域の成り立ち等によります。在宅医療・介護のデータについても、市区町村全体のデータだけでなく、市区町村内の小地域のデータが必要になります。

介護については、介護保険事業計画のためのニーズ調査等による、日常生活圏域毎のデータがありますが、医療についての日常生活圏域毎のデータは、公開データからは得られません。医療・介護レセプトを集計・分析することにより、小地域毎の詳しいデータを知ることができます。



他自治体との比較：

（例）市全体では、近隣市と比べて訪問診療の人数はほぼ同等になっている

自治体内の小地域の比較：

（例）この日常生活圏域では、訪問診療の人数は多いのか、少ないのか。糖尿病や認知症等は、他と比べて多いのか少ないのか？

・ 個別ケースの検討でも、背景として地域のデータを共有

地域ケア会議には、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化し、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげる、という目的があります。

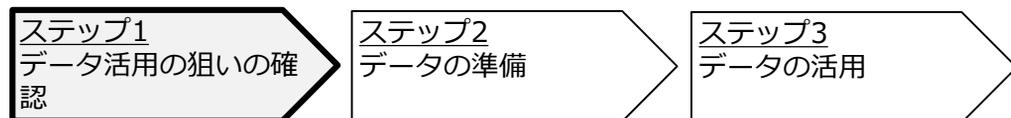
地域ケア会議の場で、共通的な課題を検討する際や、政策形成につなげる際に、在宅医療・介護連携についての詳しいデータを共有することは重要です。また個別ケースの対応を議論する際には、その個別ケースに関わる関係職種の情報が中心になりますが、背景情報として、その小地域のデータを関係者が共有することは、対策を考えるうえでヒントとなることもあり得ます。地域ケア会議でも、まずはデータを使ってみるという考え方があります。

◎ 小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順

小地域毎の課題把握・施策検討でのデータ活用手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

| | |
|--------------------------|---|
| ステップ1 データ活用の狙 いの確認 | 地域毎の在宅医療・介護の詳しいデータを議論のきっかけとするという狙いは同じですが、地域ケア会議等のレベル毎にデータ活用の狙いは異なります。個別ケースの地域ケア会議等でも、ヒントになりそうなデータがあれば、活用を検討します。 |
| ステップ2 データの準備 | 収集・整理されているデータ集等から活用できるデータを選択し、加工・分析を実施します。 |
| ステップ3 データの活用 | こうして準備した情報により、地域ケア会議等で、データの裏付けに基づく現状について、関係者が共有することができます。 |

小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ1 データ活用の狙いの確認

ステップ1では、データ活用の狙いを確認します。データ活用の狙いは、地域ケア会議等のレベルやテーマにより異なります。事務局である市区町村から、各地域ケア会議等参加者に対して、現状の状況をデータで示すことにより、地域ケア会議等での議論を活発化させます。

・ 自治体レベルの地域ケア会議等でのデータ活用

日常生活圏域の地域ケア会議から上がってきた課題を検討する、自治体レベルの地域ケア会議では、課題に対する対応を検討する際、自治体の在宅医療・介護の現状、重点を置いた対策が必要な疾病（例えば、がん、心疾患、脳卒中、糖尿病、認知症等）や地域、年齢区分等のデータを示すことにより、効率的に議論を進めることができます。

・ 日常生活圏域レベルの地域ケア会議でのデータ活用

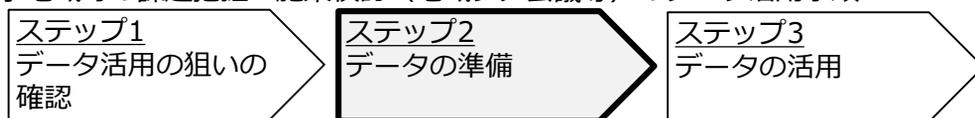
個別ケースの地域ケア会議から上がってきた課題を検討する、日常生活圏域レベル（あるいは、地域包括支援センター管轄単位）の地域ケア会議でのデータ活用の狙いも、自治体レベルの地域ケア会議でのデータ活用とほぼ同じです。活用するデータは、よりその日常生活圏域に即したデータとなります。

地域ケア会議では、参加者の日頃から感じている定性的な課題等に対して、データから見るとどのようになっているか等の分析を行うこととなります。また、日常生活圏域の特徴を見ることで、課題を探っていくこともできます。

・ 個別ケースの地域ケア会議でのデータ活用

個別ケースの対応を議論する際に、その個別ケースに関わる関係職種の情報になりますが、背景情報として、その小地域のデータに関係者が共有することは、対策を考えるうえでヒントとなることもあり得ます。まずはデータを使ってみるという考え方もあります。

小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ2 データの準備

ステップ2では、ステップ1で確認したデータ活用の狙いと準備の方針に沿って、日常生活圏域毎の在宅医療・介護連携に関する現状を詳しく把握するためのデータを準備します。ここでは、小地域毎の訪問診療実施人数と訪問診療を実施する施設数（図1-2-1）、日常生活圏域毎の訪問診療人数と在支診等の内訳（図1-2-2）、及び日常生活圏域毎の訪問診療人数と市内外の医療機関内訳（図1-2-3）の例を示します。

・ 日常生活圏域毎の訪問診療人数と訪問診療を実施する施設数（データ例）

図1-2-1では訪問診療を受けている患者の数と訪問診療を実施している施設の数を確認します。日常生活圏域によって差異があることがわかります。訪問診療を受けている人数については、北部地域が多く、南部地域が少ないという傾向がみられます（図1-2-1 左側）。

訪問診療を実施している施設数も、同様に北部地域が多くなっています（図1-2-1 右側）。北部地域の中で、東側の地域では訪問診療を実施している施設数が少なくなっています。千葉市に隣接しているため、千葉市の施設から訪問診療を受ける患者が多いものと考えられます。別の集計（図1-2-3）によれば、市外の医療施設からの訪問診療を受ける住民が多くなっています。

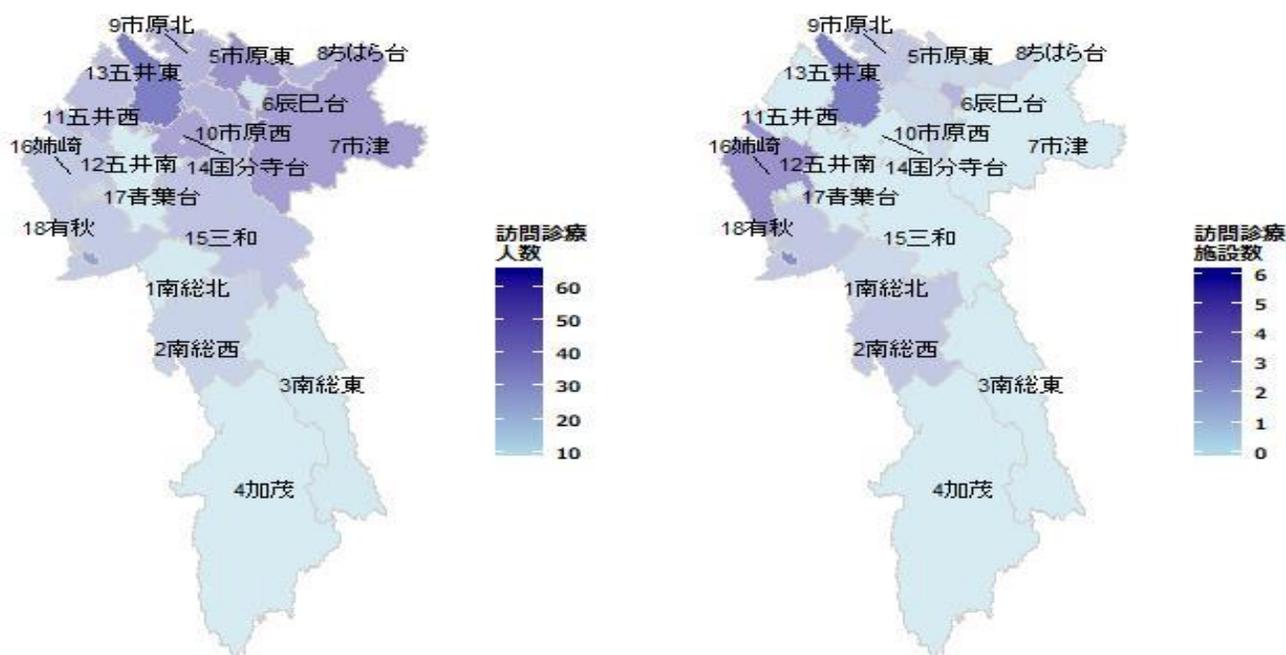


図1-2-1 日常生活圏域毎の訪問診療人数（左側）と訪問診療を実施する施設数（右側）

小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順



・ 訪問診療を行っている医療機関の種類（データ例）

図1-2-2は、訪問診療を実施している診療所等の種類を示すものです。強化型あるいは従来型の在宅療養支援診療所が訪問診療を行っている場合と、一般の診療所が、かかりつけ医として通院が困難になった患者の訪問診療を実施している場合等があります。

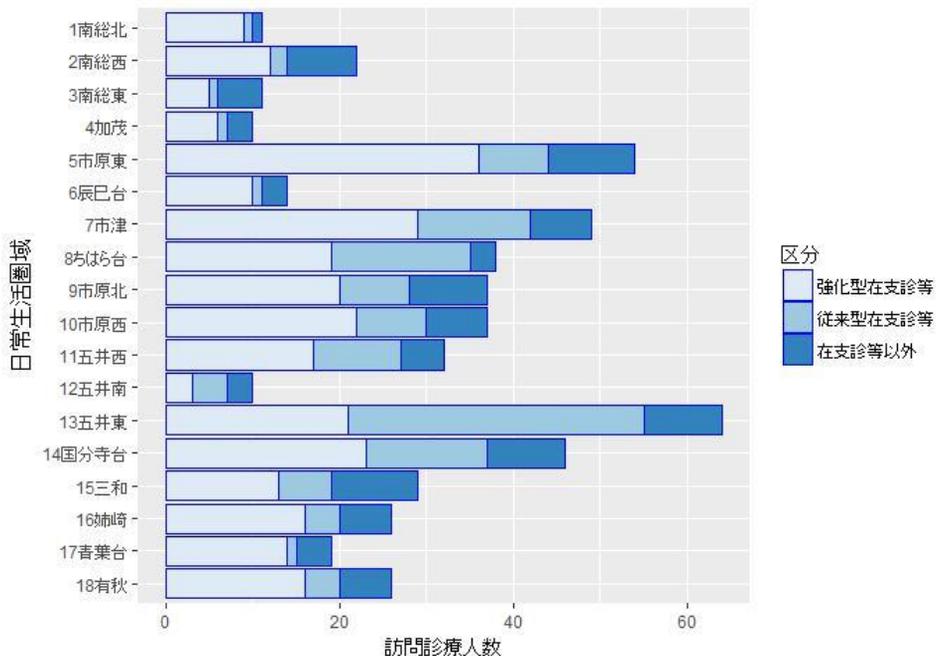


図1-2-2 日常生活圏域毎の訪問診療人数と在支診等内訳

在宅療養支援診療所/在宅療養支援病院：在宅療養支援診療所は、地域の在宅医療を担う診療所として、在宅医療のため24時間連絡をとれる体制を確保している等の基準を満たし、地方厚生局に届出し受理された診療所です。従来型と機能強化型があります。また在宅療養支援病院は、同様に在宅医療を担う病院として、基準を満たし地方厚生局に届出し受理された病院です。図1-2-2の在支診等は、在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院を含んでいます。

医療レセプトには、診療を実施した医療機関を示す番号として医療機関番号が記載されています。医療機関番号は、地方厚生局に保険医療機関申請した時に割り当てられる番号で、地方厚生局により医療機関の住所、診療科目等とともに管理され、公開されています。地方厚生局のホームページの情報を参照することにより、在宅療養支援診療所かどうかといった情報を確認することができます。

小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順



・ 訪問診療を行っている医療機関の所在地（データ例）

図1-2-3は日常生活圏域の住民が、どこの医療機関の訪問診療を受けているかを確認するデータです。日常生活圏域によっては、市外からの訪問診療が多くなっていることがわかります。

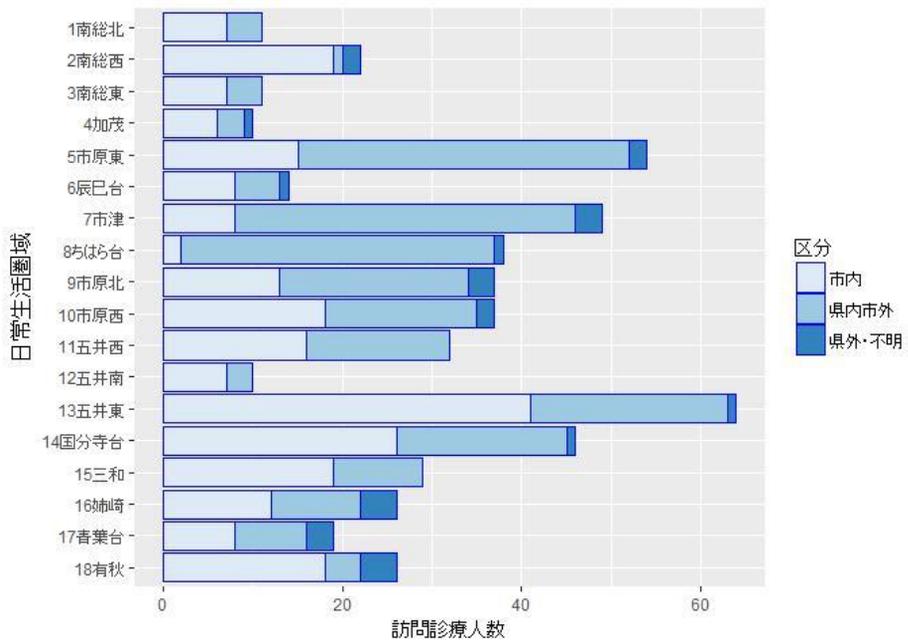


図1-2-3 日常生活圏域毎の訪問診療人数と市内外の医療機関内訳

医療レセプト集計での医療機関所在地

図1-2-2の説明箇所と同様に、医療レセプトに含まれている医療機関番号により地方厚生局のホームページの情報を参照し、訪問診療を行った医療機関の住所情報を判断して集計したものです。

在宅医療・介護連携推進事業（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携（関係者ヒアリング結果より）

・本市は一市一医療圏であることから、（イ）（ここでは省略）の検討の取組をもって（ク）に取り組んでいるとみなし、必ずしも（ク）を実施しなくても差し支えないとされているが、これまで他市との情報交換等を行ってきた。

・隣接する市町村とは医療サービス、介護サービスにおいて、共有する部分もあることから連携を深める必要があると感じている。

小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順



◎ ステップ3 データの活用 ～ 関係者による課題共有

ステップ3では、準備したデータを地域ケア会議等に提示し、関係者と共有します。在宅医療・介護連携についての現状や施策の進捗状況等をデータによって関係者が共有することにより、対応策の検討を効率的に行うことができます。

詳しいデータを見ていくことにより、基礎的なデータを共有することができます。地域ケア会議等の参加者が感じていることと合わせて、課題を考えていく際、参考になります。

基本的なデータであっても、関係者で共有することに意味がある場合もあります。まずはデータを活用してみるという考え方もあります。

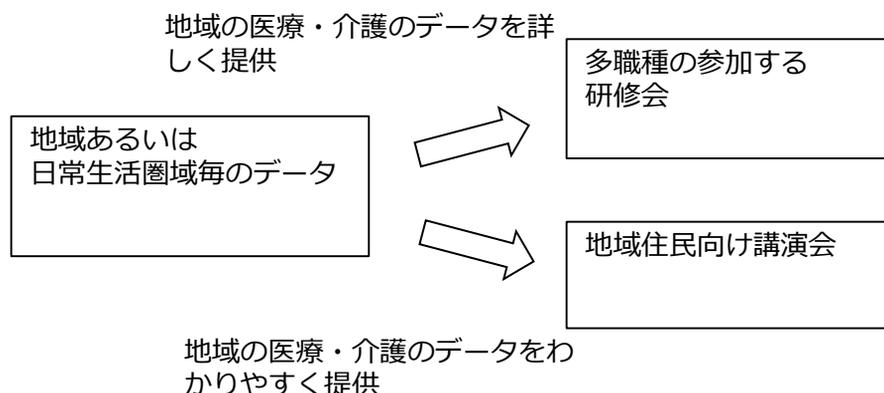
◎活用場面2 小地域毎の課題把握・施策検討（地域ケア会議等）のポイント

- ・ 「手引き」では、日常生活圏域等の小地域毎の課題把握・施策検討の場として、地域ケア会議を位置付けることが認められています。こうした小地域毎の課題把握・施策検討の場（この手順書では地域ケア会議等と表記しています）では、自治体全体のデータとともに、小地域毎のデータが極めて重要です。
- ・ データ活用の目的は、地域ケア会議等の種類（自治体全体、小地域毎、または個別ケース）により異なります。自治体全体での地域ケア会議等や日常生活圏域等の小地域での地域ケア会議等では、自治体全体あるいは小地域の、医療・介護のデータを活用します。
- ・ 個別のケースの地域ケア会議等でも、個別ケースの背景情報として、医療・介護のデータを活用できることがあります。
- ・ 活用場面2 小地域毎の課題把握、施策検討（地域ケア会議等）のデータ活用手順は、ステップ1 データ活用の狙いの確認、ステップ2 データの準備、及びステップ3 データの活用よりなります。
- ・ ステップ1 データ活用の狙いの確認では、地域ケア会議等の種類（自治体全体、小地域毎、または個別ケース）等に基づきデータ活用の狙いを確認します。
- ・ ステップ2 データの準備では、ステップ1で確認したデータ活用の狙いと準備の方針に沿って、データを準備します。ここでは小地域毎の訪問診療実施人数と訪問診療を実施する施設数、日常生活圏域毎の訪問診療人数と在支診等の内訳、及び日常生活圏域毎の訪問診療人数と市内外の医療機関内訳のデータ例を示しています。
- ・ ステップ3 データの活用では、準備したデータを地域ケア会議等で活用します。
- ・ 地域ケア会議等には様々な職種の方が参加します。データにより、在宅医療・介護に関する小地域の現状を関係者間で共有することは重要です。データに基づき、参加者が議論できるようになります。
- ・ 基本的なデータであっても、関係者で共有することに意味がある場合があります。まずはデータを活用してみるという考え方もあります。

活用場面3 地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）

◎ 地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）でのデータ活用の考え方

在宅医療・介護連携を進めるため、市区町村は、医療・介護関係者を対象にグループワーク等を活用した多職種研修を開催しています。また、地域の住民向けに在宅医療・介護の普及啓発のための講演会等を行っています。こうした研修・普及啓発の場面でデータを活用することにより、地域の現状と課題を地域で共有することができます。



・ 地域住民への普及啓発におけるデータ活用

地域住民向けの普及啓発では、データによりわかりやすく説明することが重要です。

地域の住民向け普及・啓発

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種との連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。

また、地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。（手引きp34）

在宅医療・介護連携推進事業（キ）地域住民への普及啓発について

（関係者ヒアリング結果より）

・昨年度は「最期まで自分らしく生きるために～私の生き方連絡ノートを活用して～」をテーマに、本年度は「がんになっても最後まで家にいるために必要なこと」をテーマに市民向け講演会を開催し、多くの方に会場いただいた。

・継続的に実施し広く市民の参加を得るためには、講演内容・講師の選定等における工夫等が必要と感じている。また、講演会については、参加者数に限りがあることから、講演会以外にも普及啓発につながる取り組みの実装が必要ではないかと感じている。

・多職種の参加する研修でのデータ活用

在宅医療・介護連携では、医療・介護関係者を対象にグループワーク等を活用した多職種研修を開催しています。その際、地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例が必要です。ここでもデータによる地域課題の共有が、医療・介護関係者の意識合わせ、研修の効率化のために重要です。

医療・介護関係者の研修で活用するデータとして、基本的には在宅医療・介護に関する他市区町村との比較データや、小地域の比較データが役立つと考えられますが、参加者によっては疾病別あるいは要介護度や介護サービス別の傾向等、やや詳しいデータを活用することが考えられます。

多職種の参加する研修会

研修の具体的な内容には、例えば自己紹介やそれぞれが勤務している医療機関等・介護サービス事業所等の地域における役割・特徴等を共有するとともに、(イ) (ここでは省略) で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行う等、参加者が取り組みやすい内容や構成となるよう配慮する。(手引きp30)

在宅医療・介護連携推進事業(カ) 医療・介護関係者の研修について (関係者ヒアリング結果より)

- ・昨年度実施した研修が、講演方式によるものが多かったことから、顔のみえる関係づくりを推進するため、『グループワーク等で、より交流が図れるスタイルにして連携を推進』、『既に多職種が参加する研修等の場とコラボレーション』等に取り組むこととした。
 - ・日常生活圏域の地域ケア会議を、研修会を含めた形により開催したが、医療・介護関係者向けの研修会としての色が薄れてしまった。既存の研修等を活用する場合には、目的が合致する関係団体の研修会を活用すべきと感じた。
 - ・「市原保健医療圏域退院支援ルール」、「千葉県地域生活連携シート」の普及を目指した研修会については、関係団体との共催により、講演による会とグループワークによる会を開催し、多くの関係者の参加をいただいた。
 - ・これまでの研修会の状況をみると、限られた方の参加が多いように感じており、参加者が増えるような対応が必要であると感じている。また、継続的に実施し成果を得ていくためには、研修内容・講師の選定等においての工夫等が必要と感じている。
 - ・研修会は、広く関係者の意見を聞ける場でもあることから、充実させていく必要がある。
-

◎ 地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順

地域での普及・啓発のデータ活用手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

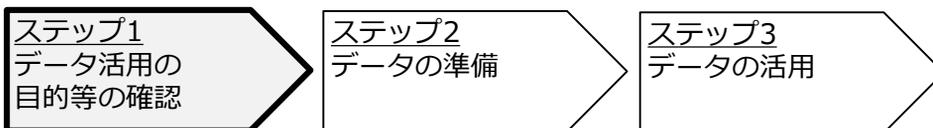
| | |
|---------------------------------|---|
| ステップ1 データ活用の 目的・訴求ポイントの確認 | どのようなデータが活用できるかについては、研修会や講演会の目的により異なります。研修会や講演会等では、説明や解説のための基礎資料として、具体的なデータをグラフ等によりわかりやすく提示することが重要です。わかりやすい資料の提示により参加者の理解を深めることができます。 |
|---------------------------------|---|

また、データにより参加者に何を伝えるかを明確にする必要があります。訴求ポイントにより、必要な項目や比較対象を整理します。

| | |
|-----------------|--|
| ステップ2 データの準備 | 次に、収集・整理されているデータ集等から活用できるデータを選択し、加工・分析します。 |
|-----------------|--|

| | |
|------------------|-----------------------------|
| ステップ3 データ の活用 | こうして準備したデータを、研修会や講演会で活用します。 |
|------------------|-----------------------------|

地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順



◎ ステップ1 データ活用の目的等の確認

ステップ1では、研修会や講演会でのデータ活用の目的や訴求ポイントを確認します。

データ活用の目的としては、発表内容に対する基礎資料としてのデータ活用、説明・解説内容等の根拠資料としてのデータ活用、具体的な数値やわかりやすく整理したデータの活用等があります。

具体的なデータの活用事例として、医療・介護関係者向けセミナーで使用された地域の疾病動向データについて示します（図1-3-1、1-3-2）。この講演会は、脳卒中を中心にして実施中の入退院時の情報連携の対象を、さらに他の疾病にも拡大することを目的に開催されたものです。

この事例では、疾病別の要介護認定者の状況の把握をするために、「疾病別、要介護度別患者数」の集計結果により、今後の取り組みに対する基礎データとして利用しています。

講演会の概要等：

「千葉県地域生活連携シートの深化について」（平成29年10月21日開催）この講演は、市原市の医療従事者を対象に行われた。主催は、市原地域リハビリテーション広域支援センター。協賛・後援では、市原市医師会、歯科医師会等、医療、介護に関係する団体で行われた。

「千葉県地域生活連携シート」は、医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。（千葉県の対象サイト：
<https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/renkei/renkei-sheet.html>）

この講演会とは別の機会に準備されたものですが、日常生活圏域毎の医療・介護連携の傾向を示すデータ例を図1-3-3に示します。

地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順



◎ ステップ2 データの準備

ステップ2では、ステップ1で確認したデータ活用の目的等に沿ってデータを準備します。

・ 軽度の要支援・要介護度及び中重度の要介護度の疾病別患者数（データ例）

多職種向けセミナーで使用されたデータの例を示します。軽度の要支援・要介護では、脳血管疾患以外にも心疾患や糖尿病の患者数が多いことがわかります（図1-3-1）。また、中重度の要介護では、脳血管疾患、心疾患の患者が多いのは同様ですが、糖尿病より認知症患者が多いことがわかります（図1-3-2）。

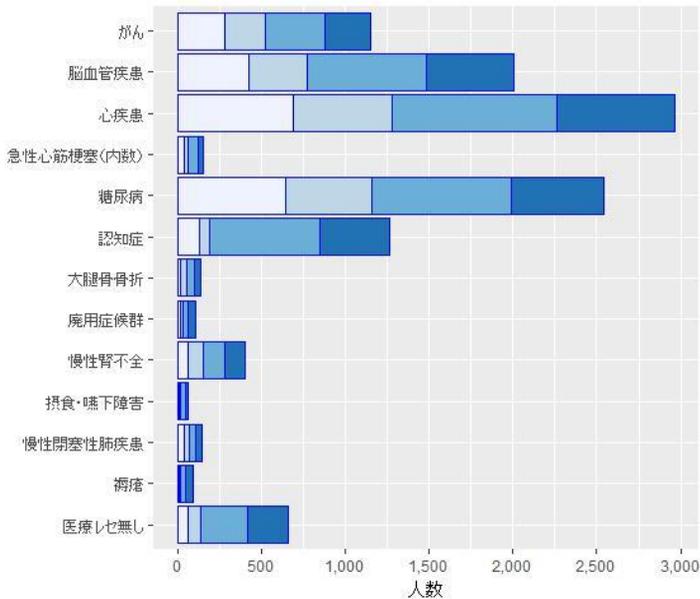


図1-3-1 軽度な要支援、要介護度の疾病別患者数（KDBデータ分析結果）

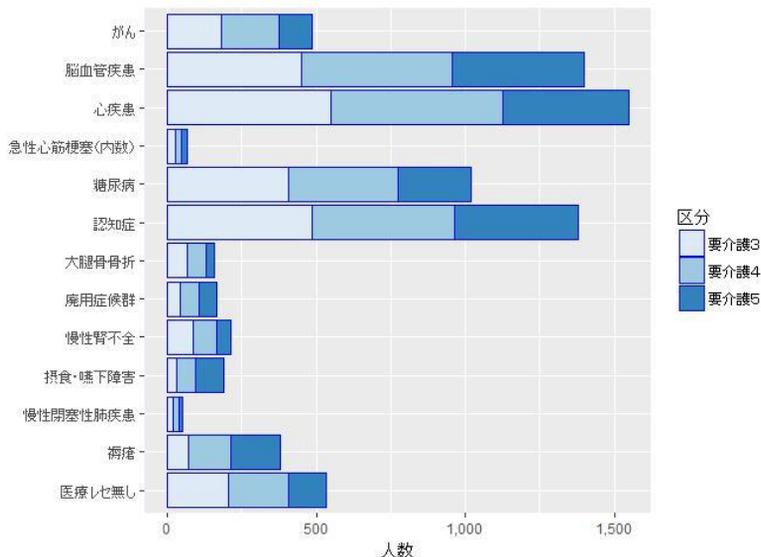


図1-3-2 中・重度な要介護度の疾病別患者数（KDBデータ分析結果）

地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順



・ 日常生活圏域毎の在宅医療・介護連携に関する傾向（データ例）

図1-3-3は高齢化率を横軸に、人口あたりの糖尿病の人数（医療レセプトの傷病名に糖尿病を含む人の人数）を縦軸にして、市原市の各日常生活圏域をプロットしたものです。高齢化が進んだ日常生活圏域で、人口あたりの糖尿病の人数が多くなっていること、高齢化率の割に糖尿病の人数が高くない日常生活圏域があること、といった傾向がわかります。

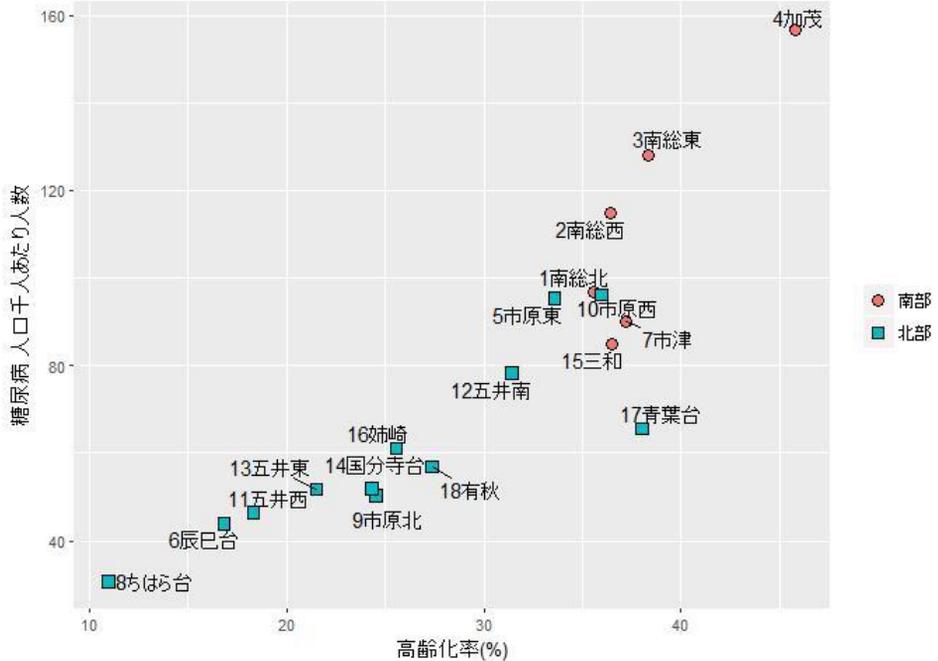


図1-3-3 日常生活圏域毎の疾病の傾向

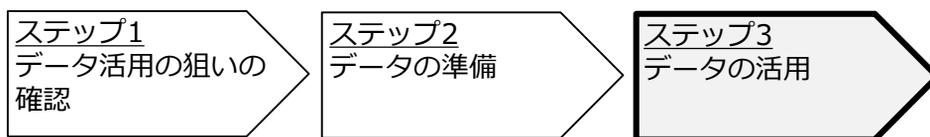
医療レセプトの集計での傷病名の判別について

ここでの糖尿病の人数は、医療レセプトの傷病名から集計したものです。医療レセプトには傷病名がいくつか記載されます。主傷病と主傷病以外という区別があります。また、疑い傷病として記載されているものもあります。ここでの集計では、主傷病に限らず、糖尿病が含まれている医療レセプトのある人を、糖尿病として集計しています。疑い傷病は集計対象としていません。一般に傷病名は複数ありますが、特に高齢者では、心疾患と糖尿病等、複数の傷病があることが多いため、傷病別の集計では、それぞれの傷病について集計対象としています。

集計対象の傷病を持っている人かどうかについては、医療レセプトに記載されているICDコード（国際疾病分類）により、判断しています。ICDコードでは糖尿病等、大きくくりにした傷病種類に関して、更に細かい分類コードを割り当てています。どの範囲までを集計対象にするかということ、傷病集計では決める必要があります。集計の目的にもよりますが、医療の専門家等の助言を受けて決める必要があります。

平成29年度調査研究での集計対象とした主要な傷病と、その基準となるICDコードについては、この手順書の資料編の資料3に添付しています。

地域での普及・啓発（多職種に参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順



◎ ステップ3 データの活用 ~地域の在宅医療・介護連携についての現状と課題の共有

ステップ3では、準備したデータを研修会や講演会で活用し、在宅医療・介護の現状を共有します。多職種による現状課題の共有や、地域住民の在宅医療・介護に関する理解を深めることは、在宅医療・介護を進めるうえで重要です。データを使って説明することにより、地域の在宅医療・介護連携についての現状と課題を、より詳しく、具体的に地域で共有することができます。

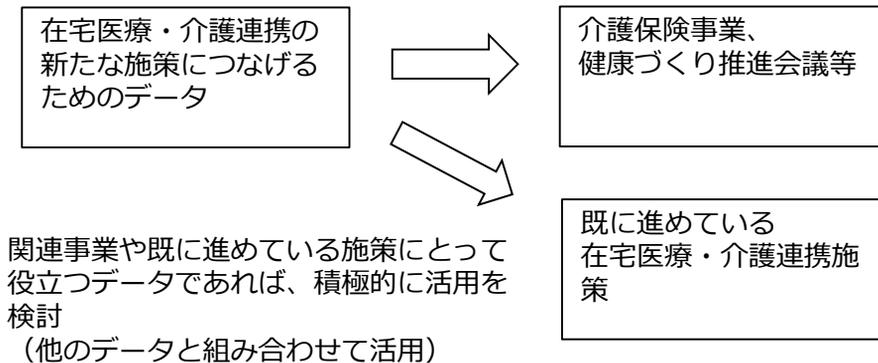
◎ 活用場面3 地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のポイント

- ・ 「手引き」は、在宅医療・介護に関する住民向け普及・啓発、多職種の参加する研修会は重要と記載しています。
- ・ 地域住民向けの普及啓発では、データや事例によりわかりやすく説明することが重要です。
- ・ 医療・介護関係者の研修で活用するデータとして、基本的には在宅医療・介護に関する他市区町村との比較データや、小地域の比較データが役立つと考えられますが、参加者によっては疾病別あるいは要介護度や介護サービス別の傾向等、やや詳しいデータを活用することが考えられます。
- ・ 活用場面3 地域での普及・啓発（多職種の参加する研修会・住民向け講演会等）のデータ活用手順は、ステップ1 データ活用の目的・訴求ポイントの確認、ステップ2 データの準備、及びステップ3 データの活用よりなります。
- ・ ステップ1 でのデータ活用の観点としては、発表内容に対する基礎資料としてのデータ活用、説明・解説内容等の根拠資料としてのデータ活用、具体的な数値やわかりやすく整理したデータの活用等があります。
- ・ ステップ2 データの準備では、ステップ1で確認したデータ活用の目的に沿って、データを準備します。ここでは軽度の要支援・要介護者の方及び中・重度の要介護度の方のそれぞれの疾病別患者数のデータ例、及び日常生活圏域毎の疾病の傾向のデータ例を示しています。
- ・ ステップ3 データの活用では、準備したデータを研修会や講演会で活用し、現状課題を共有します。
- ・ データを使って説明することにより、地域の在宅医療・介護連携についての現状と課題を、より詳しく、具体的に地域で共有することができます。

活用場面4 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等）

◎ 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等）の考え方

活用場面3までは、在宅医療・介護連携の推進施策につなげるためのデータ活用について記載しましたが、関連する事業や、既存の在宅医療・介護連携事業のための活用についてここでは説明します。



◎ 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等）の手順

関連事業や既存施策でのデータ活用手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

| | |
|-------------------------|--|
| ステップ1 データ活用候補の 検討 | 在宅医療・介護の既存の施策で活用できないか、関連する事業で活用できないか等、関係者との打ち合わせにより洗い出します。 |
| ステップ2 データの活用 | 関連事業や既存施策で活用します。多くの場合他のデータとの組み合わせで活用することとなります。 |

関連事業や既存施策でのデータ活用手順

ステップ1
データ活用候補の検討

ステップ2
データの活用

◎ ステップ1 データ活用候補の検討

ステップ1ではデータ活用候補となる関連事業や既存施策について、関係者と打ち合わせにより検討します。

検討例1 既に進めている在宅医療・介護連携施策でのデータ活用

在宅医療・介護連携推進事業の地域の在宅医療・介護資源の把握という項目では、地域の医療機関、介護事業所の住所、連絡先等を整理し、関係者で共有することとされています。多くの市区町村でリストやマップとして地域で共有する取り組みが行われています。

また、在宅医療・介護連携に関する相談支援という項目では、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、対応を支援する取り組みが行われています。市区町村では、こうした相談窓口の設置に向けた準備や、設置された相談窓口の活用に取り組んでいます。

在宅医療・介護連携の実施に関する詳しいデータを関係者が共有することは、医療・介護資源マップや、相談窓口の運用を効率的に行うことにつながります。

在宅医療・介護連携推進事業（ア）地域の医療・介護の資源の把握

（関係者ヒアリング結果より）

・医療・介護の資源の把握として、医療・介護マップを作成することとした。作成に当たっては、関係機関に対しマップへの掲載の可否を含めた調査票を作成し、送付したところ、掲載否とする機関もあった。調査項目は細かい設定としたが、マップ化するにあっては掲載内容を精査し選定した。マップに掲載する項目以外については、今後関係者向けにリスト化すること等も考えられる。

在宅医療・介護連携推進事業（イ）医療・介護関係者の情報共有の支援

（関係者ヒアリング結果より）

・医療や介護関係者間の情報共有ツールについて、まず現状の使用状況を確認した。ICTによる情報共有ツールについて検討し、導入する方向で進めることとなった。いくつかの事業者のツールを機能性、使い易さ（利便性、操作性）、普及面等に注目して検討した。

・本年度取り組んでいる「市原保健医療圏域退院支援ルール」、「千葉県地域生活連携シート」の市内への普及も、関係者間の情報共有の役割を担っている。

在宅医療・介護連携推進事業（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

（関係者ヒアリング結果より）

・相談窓口の機能、設置・運営主体等について、部会で検討した。検討結果も踏まえ、当面は市が窓口機能を担うこととした。関係機関のバックアップを得ながら対応力を高めていく必要がある。

検討例2 関連事業でのデータ活用

介護保険事業の関連では、小規模多機能型居宅介護施設の計画的配置のための活用や、主治医意見書とケアプランとの関係等が検討事例としてあります。また、口腔の健康づくり推進会議で、訪問歯科診療や訪問歯科衛生指導の実施状況を関係者で共有することが検討事例としてあります。いずれも、在宅医療・介護連携施策のために集計・分析したデータだけで、関連事業の施策につなげることは難しいですが、他の事業での実績データ等と組み合わせ活用することが考えられます。

関連事業や既存施策でのデータ活用手順



◎ ステップ2 データの活用

ステップ2では、ステップ1で検討した活用候補に対するデータを準備し、活用します。ここでは、小規模多機能型居宅介護施設の計画的配置のための活用例について記載します。

図1-4-1は小規模多機能型居宅介護施設の、施設所在地と利用者の関係を示すデータです。近くに施設が無い場合、遠くの施設を利用している人がどの程度いるのかを把握するための集計です。

この例の場合は、事業所数が少ないこと、潜在ニーズの把握が困難なことから、このデータだけでの活用は困難との結論でしたが、こうした所在地と利用者との関係の把握は、ニーズ調査と組み合わせることにより、計画配置のために有効です。

| 利用者の圏域 | 1南総北 | 2南総西 | 3南総東 | 4加茂 | 5市原東 | 6底巴台 | 7市津 | 8ちはら台 | 9市原北 | 10市原西 | 11五井西 | 12五井南 | 13五井東 | 14国分寺台 | 15三和 | 16姉崎 | 17青葉台 | 18有秋 |
|--------|------|------|------|-----|------|------|-----|-------|------|-------|-------|-------|-------|--------|------|------|-------|------|
| 18有秋 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17青葉台 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16姉崎 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15三和 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14国分寺台 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13五井東 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12五井南 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11五井西 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10市原西 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9市原北 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8ちはら台 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7市津 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6底巴台 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5市原東 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 8 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4加茂 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3南総東 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2南総西 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1南総北 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

図1-4-1 小規模多機能型居宅介護施設の所在地と利用者の関係

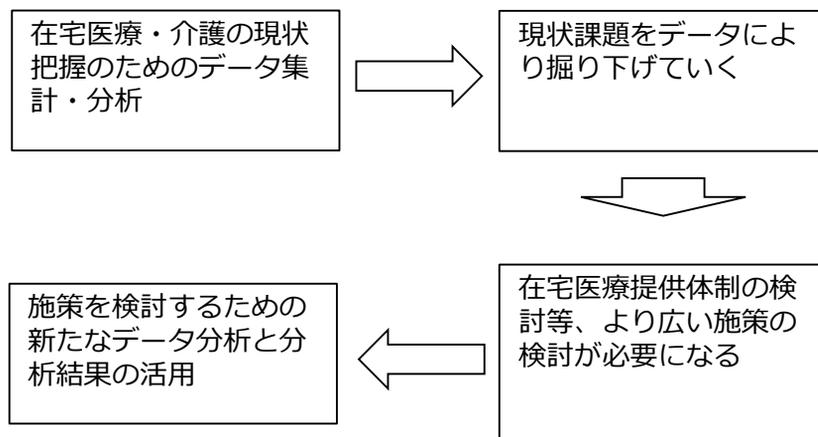
◎ 活用場面4 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等）のポイント

- ・ 在宅医療・介護連携のデータの中に、関連事業や既に進めている施策にとって役立つデータがあれば、活用を検討します。
- ・ データ活用候補としては、介護保険事業、健康づくり推進会議等の関連事業や、既に進めている在宅医療・介護連携の施策となります。
- ・ 活用場面4 関連事業や既存施策での活用（介護保険事業等）のデータ活用手順は、ステップ1 データ活用候補の検討及びステップ2 データの活用よりなります。
- ・ ステップ1 データ活用候補の検討では、在宅医療・介護の既存の施策で活用できないか、関連する事業で活用できないか等、関係者との打ち合わせにより洗い出します。
- ・ ステップ2 データの活用では、ステップ1で検討した活用候補に対するデータを準備し、活用します。ここでは、小規模多機能型居宅介護施設の計画的配置のための活用例について記載しています。

活用場面5 地域課題に対応するための施策検討（各小地域での在宅療養等）

◎ 地域課題に対応するための施策検討のデータ活用の考え方

在宅医療・介護連携推進のための現状課題をデータにより掘り下げていく過程で、各小地域での在宅医療・介護連携を推進するために、在宅医療提供側の施策等、幅広い施策の検討が必要になることがあります。そうした施策検討のためのデータ活用例について、ここでは説明します。



◎ 地域課題に対応するための施策検討でのデータ活用手順

地域課題に対応するための施策検討でのデータ活用手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

| | |
|--------------------------|---|
| ステップ1 新たなデータ分析 の検討 | 在宅医療提供体制の検討等、より広い施策の検討が必要になり、その施策を検討するためのデータ分析を検討する |
| ステップ2 データ分析実施と 活用 | 新たなデータ分析を実施し、活用する。 |

地域課題に対応するための施策検討（各小地域での在宅療養等）でのデータ活用手順



◎ ステップ1 新たなデータ分析の検討

ステップ1では、施策検討に必要となる新たなデータ分析を検討します。ここでは、下記の検討例にあるように、医療資源の少ない地区に対してどのようなことができるか、というテーマについて記載します。

この例の場合では、日常生活圏域レベルで、どの圏域の方が、どの圏域の医療施設に通院しているかというデータが、施策の検討の基礎データとして役立ちます。

検討例

- ・ 2025年までに前期高齢者が1000人減り、後期高齢者が1万数千人増えるという状況で深刻であるとの認識。
 - ・ 医師会等でも、医療資源の少ない地区に対して何ができるのか、という議論を行っている。医療資源の少ない地区に拠点を置いて巡回診療のような形はないか、交通手段について検討できないか、といった話も医師会主催の講演会では出ている。
-

地域課題に対応するための施策検討（各小地域での在宅療養等）でのデータ活用手順

ステップ1

新たなデータ分析の検討

ステップ2

データ分析実施と活用

◎ ステップ2 データ分析実施と活用

図1-5-1は、ステップ1で検討した、日常生活圏域レベルで、どの圏域の方が、どの圏域の医療機関に通院しているかという分析例を示しています。

この図では、横軸が住民の住所地の日常生活圏域、縦軸が医療機関の所在する日常生活圏域を表します。左の4列が、比較的医療資源の少ない南部地域の日常生活圏域の方が通院している医療機関を示しています。通院先としては、南部地域の医療施設が多いですが、北部地域にもかなりの人数の方が通院していることがわかります。

年齢区分、要介護度、疾病分類、交通手段等と合わせて、検討していく必要がありますが、まずは圏域間の外来患者数の規模感を把握することも重要です。

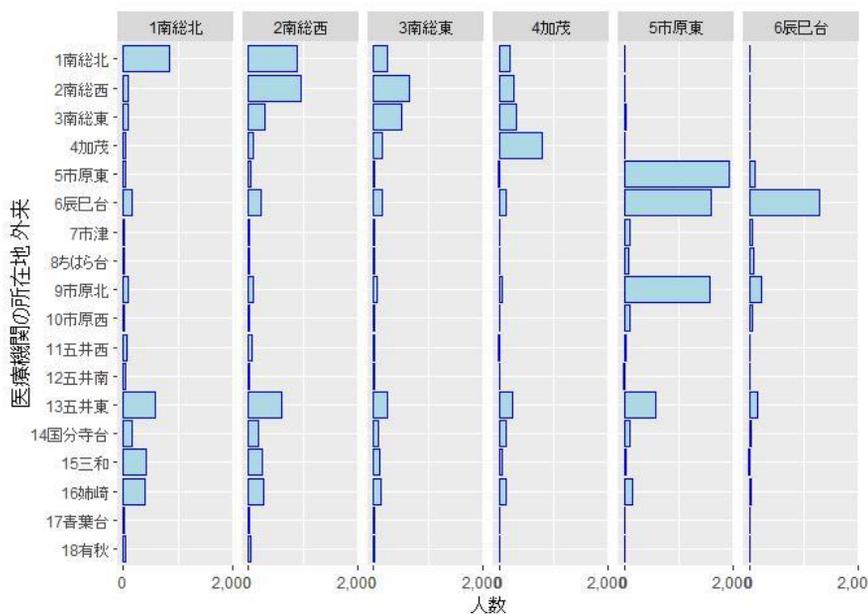


図1-5-1 圏域間の外来患者の移動

・ 施策の具体的な検討

以上により、基礎データの一つが得られました。この先の具体的な検討には、市の各種計画での考え方、地域のニーズ、想定される施策実現方法と期待される効果等を調べる必要があります。

◎ 活用場面5 地域課題に対応するための施策検討（各小地域での在宅療養等）のポイント

- ・ 在宅医療・介護連携推進のための課題把握・施策検討をデータにより掘り下げていく過程で、在宅医療提供体制の検討等、より広い施策の検討が必要になり、新たなデータ分析が必要になる場合があります。
- ・ 活用場面5 地域課題に対応するための施策検討（各小地域での在宅療養等）のデータ活用手順は、ステップ1新たなデータ分析の検討、ステップ2データ分析実施と活用よりなります。
- ・ ステップ1 新たなデータ分析の検討は、検討する施策内容によりますが、ここでは、医療資源の少ない地区に対してどのようなことができるかという対策に関連するデータ分析を検討する例について記載しています。
- ・ ステップ2 データ分析実施と活用では、ステップ1で検討したデータ分析の目的に沿って、データを準備します。ここでは日常生活圏域レベルで、どの圏域の方が、どの圏域の医療機関に通院しているかという分析例を示しています。
- ・ 新たなデータ分析により、基礎データの一つが得られます。この先の具体的な検討には、市の各種計画での考え方、地域のニーズ、想定される施策実現方法と期待される効果等を調べる必要があります。新たなデータ分析の結果を、これらと組み合わせて活用します。

2. 活用できるデータをどう集めるか

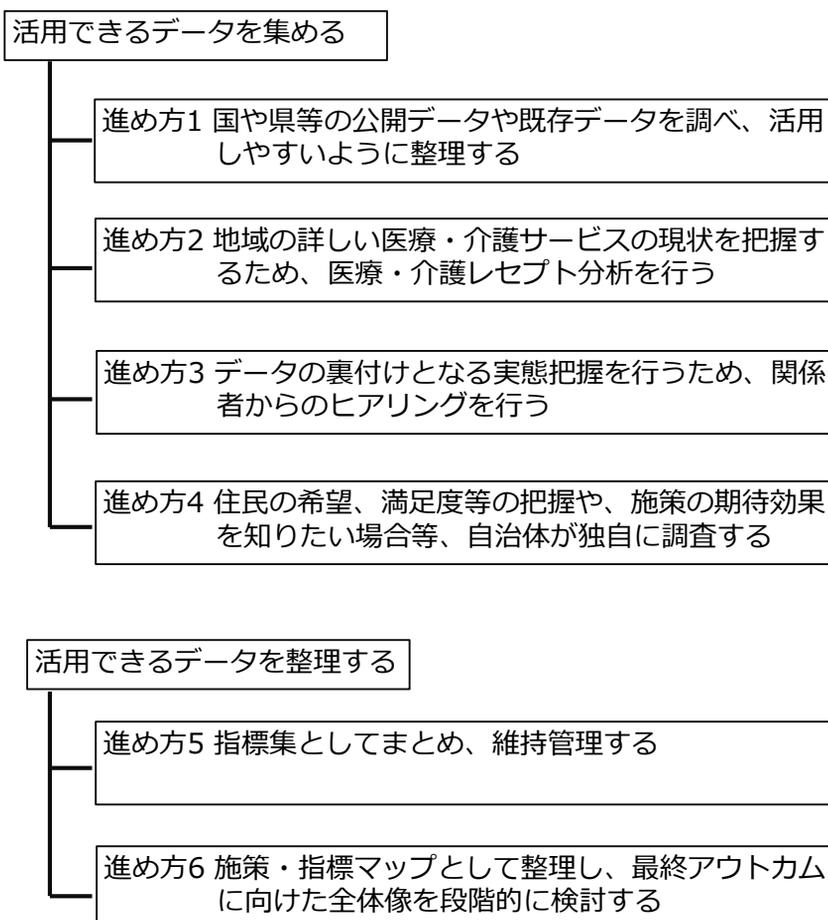
データを活用して施策につなげることと並んで、活用できるデータをどう集め、整理するかということを考える必要があります。在宅医療・介護連携に関するデータの元には、下記があります。これらを、どのように収集、整理するか、この章では記載します。

- ・ 国や県等から公開されているデータや自治体の既存データを利用する
- ・ 医療・介護レセプトデータを分析する
- ・ 地域の在宅医療・介護関係者に対するヒアリングを行う
- ・ 自治体独自の調査を行う

このうち医療・介護レセプトデータについては、特に小地域レベル（日常生活圏域レベル）の集計・分析の進め方を含めて記載します。自治体が在宅医療・介護連携でデータを活用する場合、小地域のデータが必要になるためです。

また、関係者からのヒアリングについては、特に在宅医療の関係者等からのヒアリングの進め方等を含めて記載します。多くの自治体では、介護事業者等との接点と比較して、医療の関係者との接点が少ないと考えられるためです。

活用できるデータを集めるとともに、活用できるデータを使いやすく整理することも重要です。この章では、指標集としてのまとめ方と、最終アウトカムと施策・指標マップの考え方について記載します。



進め方1 国や県等の公開データや既存データの収集

◎ 国や県等の公開データや既存データの収集の考え方 ～ 必要性、他のデータ収集手段との役割分担

公開データ等の収集で得られるデータについては、医療・介護レセプト分析や独自調査等を実施する必要はありません。公開データ等の収集で得られないデータを、医療・介護レセプト分析や独自調査により収集するという関係にあります。まず活用したいデータが公開データ等に含まれていないか確認することが重要です。

公開データ等の活用のもう一つの観点は、医療・介護レセプト分析データ等との比較対象として活用するという観点です。医療・介護レセプト分析の実施方法を検討する際、あるいは、医療・介護レセプト分析結果や独自調査結果を考察する際に利用するという考え方です。

例えば、自治体の医療・介護レセプト集計・分析を実施する前に、NDB（National Database、レセプト情報・特定検診等情報データベース）データや介護給付実態調査のデータにより県全体の在宅医療・介護の指標値を調べて集計・分析方法の参考にし、集計・分析実施後に医療・介護レセプト分析結果と比較するという使い方があります。

(例) NDB/介護給付実態調査データによるデータ件数の試算

主旨：

- ・ ある自治体の1か月分のKDBデータの集計・分析方法を検討する際に、既存の公開データを参考にして、およその件数を試算する。
- ・ 医療データについては、第1回NDBオープンデータ（H26.4 - H27.3）に都道府県別の診療行為別集計件数が公開されているので、在宅医療関連のデータで算定回数がある程度多いものを参考にする（期間比、人口比で対象自治体の1ヵ月分に換算）。NDBの対象範囲には、被用者保険の対象者を含むため、KDBデータより広範囲であることにも留意する。
- ・ 介護データについては、介護給付等実態調査の月次、都道府県別のサービス受給者数を参考にする（人口比で対象自治体に換算する）。

ある自治体の1か月分のKDBデータについての試算結果：

- ・ 訪問診療件数 2.1千件/月（月に2~4回とすると、0.5~1千人）程度
- ・ 介護サービス受給者数 9.5千人程度
- ・ KDBデータの集計・分析について検討する際、及び集計・分析結果を考察する際に、上記の試算結果を参考にする。

(*1) NDBオープンデータ：NDBデータを集計し、公開しているデータ。なお、上記の例では、第1回NDBオープンデータを使用しているが、現時点（2018年3月）では、第2回NDBオープンデータ（H27.4-H28.3のレセプト情報、H26.4-H27.3の特定検診情報を集計対象としている）も公開されている。

(*2)KDB（国保データベース）：健診（特定検診・特定保健指導）、医療（国保及び後期高齢者医療）、介護保険の各種データを突合したデータベース。なお、この手順書で参照している事例では、千葉県が千葉県国保連から借用し、調査研究での利用許諾を各自治体から得た県下52自治体（千葉市、市川市は含まれていません）の1か月分のKDBデータであり、健診データは含まれていない。

・ 国や県等の公開データや既存データの種類

自治体が、在宅医療・介護連携推進に利用できる公開データ等には下記があります。また、このうち国の統計調査データに関して、自治体は、国から調査票情報の提供を受けて、集計を実施することにより、自地域についてより詳しい集計結果を得ることができます（次ページ参照）。

| データの種類 | データの例、特徴 |
|--|--|
| 国が市町村で利用しやすいように整理したデータ集 | 在宅医療全国会議の地域データ集等 国による統計調査データ等を元としている |
| 関連団体、大学、研究機関、民間企業等が市町村で利用しやすいように整理したデータ集 | 国による統計調査データ等を元としている 日本医師会の地域医療情報システムや、東京大学公共政策大学院の医療圏データベース等 |
| 自治体による既存の調査結果、整理された統計データ | 介護認定データ、日常生活圏域ニーズ調査結果等 |
| 医療保険・介護保険事業の運営に関して、自治体に提供されているデータ | 地域包括ケア「見える化」システムによる集計帳票、国保データベースシステム(KDB)による集計帳票等 |
| 県による調査結果、県によって整理された統計データ | 医療計画策定のための医療機関調査結果等 |
| 国による統計調査データ | 医療施設調査、患者調査、介護サービス施設・事業所調査、人口動態統計等 国、県、二次医療圏単位の集計しかないものもある。また、3年毎に調査されるため、直近年のデータが得られない場合もある。 |
| 国が医療保険・介護保険のレセプトデータを集計し公表しているデータ | 社会保険診療行為別統計、オープンNDB、介護給付費等実態調査等 毎年のデータを得ることができる。国、県までの集計しかないものもある。 |
| 医療機関から国への報告結果の公表（各都道府県のホームページで公表） | 病床機能報告 |

・ 国から調査票情報の提供を受けて実施する集計の検討について

国の統計調査は、国、県、二次医療圏単位の集計しか公開されていない場合がありますが、自治体は、国から統計調査の調査票の提供を受けて、集計を実施し、自地域についてより詳しいデータを得ることができます。在宅医療・介護連携を進めるうえで必要な場合、この仕組みの利用について検討します。

調査票の提供を国に申請する場合、在宅医療・介護連携に関する統計は、人口動態統計、医療施設調査、患者調査等、厚生労働省の統計ですので、厚生労働省に申請し、調査票の提供を受けることとなります。申請手続き等については、「統計法第33条に基づく調査票情報の提供に係る厚生労働省事務処理要領」により公表されています (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sonota/dl/manual.pdf>)。

申請には、申出書、集計様式、出力様式、誓約書、委託関係書類等が必要です。申出書の記載事項を下記に示します。審査では、目的が自治体の政策の企画、立案、実施又は評価等の統計の作成であること、調査対象の秘密保護に欠けることが無いこと、等が審査されます。調査票提供の申請を検討している方のための事前相談窓口もあります（厚生労働省 政策統括官付参事官付審査解析室）。

調査票情報の提供について（申出）の記載事項

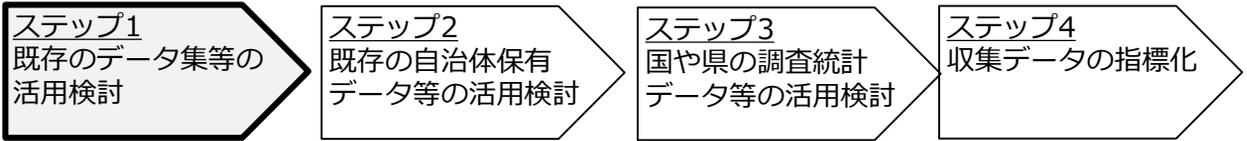
1. 統計調査の名称
 2. 調査票情報の利用目的
 3. 調査票情報の利用者の範囲
 4. 利用する調査票情報の名称及び範囲
 - (1) 名称
 - (2) 年次等
 - (3) 地域
 - (4) 属性的範囲
 5. 利用する調査事項及び利用範囲
 - <調査事項>
 - <利用方法>
 6. 利用期間
 7. 利用場所、利用する環境、保管場所及び管理方法
 8. 結果の公表方法及び公表時期
 9. 転写した調査票情報の利用後の処置
 10. 著作権
 11. 転写した調査票情報の仕様
 - ファイル形式
 - 文字コード
 - 不要項目の処理
 12. 事務担当者
-

◎ 国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順

国や県等の公開データの収集や既存データの整理の手順は以下のステップで進めます。次ページ以降に各ステップについて記載します。

| | |
|----------------------------|---|
| ステップ1 既存のデータ集等の活用検討 | まず、国や関連団体、大学、研究機関、民間企業等が使いやすく整理したデータ集を調べることから始めることが効率的です。 |
| ステップ2 既存の自治体保有データ等の活用検討 | さらに自分の自治体の既存の調査結果、整理した統計データ、あるいは医療保険、介護保険事業の運営に関して提供されているデータを活用することが、自治体の施策を考える上では有効です。 |
| ステップ3 国や県の調査統計データ等の活用検討 | 国の統計データや、県によって整理された統計データ等は、近隣自治体等との比較の観点でも有効です。 |
| ステップ4 収集データの指標化 | 収集したデータは指標化し、使いやすい指標集として整理します。例えば人口や高齢人口で割ることにより、近隣自治体や国全体、県全体等と比較しやすくなります。 |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



◎ ステップ1 既存のデータ集等の活用検討

既存のデータ集には、国によるデータ集と、関連団体、大学、研究機関、民間企業等によるデータ集とがあります。

・ 国によるデータ集

国によるデータ集には下記があります。在宅医療・介護に関して、市町村別のデータを得ることができます。

| | |
|---------------------------------------|--|
| 在宅医療にかか る地域別デー タ 集 | 厚生労働省は、医療施設調査、介護サービス施設・事業者調査、人口動態調査等の統計調査について、在宅医療に関する項目（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の数、自宅死の割合、老人ホーム死の割合等）を抜き出して、市町村別の数字として、ホームページ上に公表しています。（平成26年～28年） http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html |
|---------------------------------------|--|

下記は、平成28年7月に公表されたときの内容ですが、その後、平成29年11月に、平成28年のデータ等が追加されています。欄外のS、P、Oという表記は、指標の種類を示します。Sはストラクチャー指標、Pはプロセス指標、Oはアウトカム指標の意味です。

| | 項目 | 出典 | 時点 | 備考 | 時点(追加) |
|---|----|---------------------------|-------------------------------|--------------|---------------------------------|
| | 1 | 人口 | 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省) | H26.1.1 | H27.1.1 |
| | 2 | うち65歳以上 | 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省) | H26.1.1 | H27.1.1 |
| S | 3 | 在宅療養支援病院 | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 4 | うち機能強化型(単独) | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 5 | うち機能強化型(連携) | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 6 | うち従来型 | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 7 | 在宅療養支援診療所 | 厚生局調べ | H26.3.31 | 群馬県内の従来型の値のみH25.11.1時点 H27.3.31 |
| S | 8 | うち機能強化型(単独) | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 9 | うち機能強化型(連携) | 厚生局調べ | H26.3.31 | H27.3.31 |
| S | 10 | うち従来型 | 厚生局調べ | H26.3.31 | 群馬県内の値のみH25.11.1時点 H27.3.31 |
| S | 11 | 一般診療所総数 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | |
| S | 12 | 訪問診療を実施する一般診療所数 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 13 | うち在宅診 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 14 | うち在宅診以外 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 15 | 一般診療所による訪問診療の実施件数 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 16 | うち在宅診によるもの | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 17 | うち在宅診以外によるもの | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 18 | 看取りを実施する一般診療所数 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 19 | うち在宅診 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 20 | うち在宅診以外 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 21 | 一般診療所による看取りの実施件数 | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 22 | うち在宅診によるもの | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| P | 23 | うち在宅診以外によるもの | 医療施設調査(厚生労働省) | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 24 | 訪問看護ステーション | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 25 | 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算) | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 26 | うち24時間対応のステーションの職員数(常勤換算) | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 27 | 介護養老型医療施設病床数 | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | |
| S | 28 | 介護老人保健施設定員 | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | |
| S | 29 | 介護老人福祉施設定員 | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 地域密着型は含まれていない |
| S | 30 | 小規模多機能型居宅介護事業所 | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 特別集計 |
| S | 31 | 複合型サービス事業所 | 介護サービス施設・事業所調査 | H26.10.1 | 特別集計 |
| O | 32 | 自宅死の割合 | 人口動態調査(厚生労働省) | H26.1～H26.12 | 特別集計 |
| O | 33 | 老人ホーム死の割合 | 人口動態調査(厚生労働省) | H26.1～H26.12 | 特別集計 |
| | 34 | 人口 | 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省) | H27.1.1 | |
| | 35 | うち65歳以上 | 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省) | H27.1.1 | |
| | 36 | 在宅療養支援病院 | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 37 | うち機能強化型(単独) | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 38 | うち機能強化型(連携) | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 39 | うち従来型 | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 40 | 在宅療養支援診療所 | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 41 | うち機能強化型(単独) | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 42 | うち機能強化型(連携) | 厚生局調べ | H27.3.31 | |
| | 43 | うち従来型 | 厚生局調べ | H27.3.31 | |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



・ 関連団体、大学、研究機関、民間企業等によるデータ集

医療・介護に関する関連団体、大学、研究機関、民間企業等によるデータ集もあり、活用を検討できます。下記はその一例を示すものです。日本医師会のホームページには、市区町村別の在宅医療等に関する医療機関の情報が掲載されています。また、在宅医療に関する民間企業によるデータ集もあります。市区町村での利用は許諾されていることが多いですが、著作権の表示等に注意が必要です。

| | |
|---|---|
| <p>日本医師会： 地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2016年度版)</p> | <p>日本医師会の研究機構である日医総研がワーキングペーパーとして公開しているデータ集です。 (*このサイトによる内容の紹介) 本データ集は2012年に第1版として公表した二次医療圏データ集の第5版である。本年度中に策定される地域医療構想を踏まえ、今後の地域医療計画のための客観的なデータ提供を行うことを目的としている。全国の二次医療圏の医療施設、医療従事者、介護施設や介護サービス職員の多寡、在宅医療に関わるデータを共通の指標を用いて示した。また2004年から2014年にかけての10年間の医師数、病床数の変動を二次医療圏別に把握した。 http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_612.html</p> |
| <p>日本医師会： 地域医療情報システム</p> | <p>日本医師会のサービスサイトです。 (*このサイトによる内容の紹介) このサイトは、日本全国の地域医療提供体制に関する情報を正しく把握し地域医療の質を高めることを目的として、公益社団法人日本医師会が2013年3月に開設しました。多くの皆様にご活用いただければ幸いです。 http://jmap.jp/</p> |
| <p>東京大学公共政策大学院：医療圏データベース (全国地域別・病床機能情報等データベース)</p> | <p>東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット（2016年3月に終了）による5疾病・5事業・在宅医療等に関する二次医療圏単位での情報元横断的な指標集（同ユニットとウェルネス社が作成）。 (*このサイトによる内容の紹介： 病床機能報告制度で開示されたデータ等多岐にわたる情報源のデータを使いやすいように整理・統合したデータベースです。ご活用ください。 http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/data/index.html</p> |
| <p>ウェルネス社： 2次医療圏データベースシステム 地域包括ケア版基礎データ</p> | <p>(*このサイトによる内容の紹介) 全国の市区町村単位での医療や介護に関する資源供給や需要推計を整備することで、地域包括ケアシステムの現状と今後の方向性に関する分析を行うことができます。 https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/</p> |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



◎ **ステップ2 既存の自治体保有データの活用検討**

ステップ2は、既存の自治体保有データ等の活用検討です。既存の自治体保有データを活用することにより、地域の医療・介護に関してより詳しいデータを得ることができます。介護保険事業の運営のために自治体が保有しているデータと、医療保険、介護保険の運営のために国から提供されるデータとがあります。

またここで記載しているデータ以外にも、住民基本台帳による人口データや、各種の計画策定のための調査データ等について、活用を検討することができます。

・ **介護保険事業の運営のために自治体が保有しているデータ**

介護保険事業の運営のために自治体が保有しているデータには、要介護認定データや、日常生活圏域二一ズ調査結果等があります。

| | |
|---------------------------|---|
| <p>要介護認定データ</p> | <p>自治体が高齢者からの申請を受けて、要介護認定を行う際の要介護認定データです。要介護度と、身体及び精神の状況等についての要介護認定に必要なデータよりなります。要介護認定は原則として2年に1回行われるので、自治体は、要介護者の状況を継続的に把握することができます。</p> |
| <p>日常生活圏域二一ズ調査</p> | <p>介護保険事業計画を策定する際に、日常生活圏域毎の要介護者等の実態に関する調査を行います。調査事項や対象者については自治体毎に異なっています。高齢者の介護サービスや医療の受給状況、二一ズ等が含まれています。</p> |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



・医療保険・介護保険事業の運営に関して、国が市区町村に提供しているデータ

医療保険・介護保険事業の運営に関して、国が市区町村に提供しているデータには、下記があります。

| | |
|--|---|
| <p>地域包括ケア「見える化」システムによる集計帳票</p> | <p>厚生労働省により、都道府県・市区町村での介護保険事業（支援）計画の策定・実行を総合的に支援するために提供されているシステムです。</p> <p>各市区町村の人口、介護費用額、要介護認定者数、保険料額等の基礎的なデータを整理し、市区町村比較による現状分析や、同様の課題を抱える自治体の取組事例を参照することもできるようになっています。</p> |
| <p>国保データベースシステム(KDB)による集計帳票</p> | <p>国保データベースシステムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として、国民健康保険中央会が構築したものです。</p> <p>対象は、国民健康保険及び後期高齢者医療制度のレセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報、介護保険のレセプト情報です。</p> <p>市町村は、国民健康保険、後期高齢者医療制度、介護保険の保険者であるので、各市町村の国保担当課等において、端末からKDBの集計情報を利用することができます。ただし、利用できる帳票の様式は定められているので、それ以外の整理による情報を得たい場合は、都道府県の国保連合会に申請して、情報の提供を求めることが必要です。</p> |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



◎ **ステップ3 国や県の調査統計データ等の活用検討**

ステップ3では、国や県の調査統計データの活用を検討します。

・ **県による調査結果、整理された統計データ**

医療計画を策定するために調査し、公表しているデータ等は、市区町村の在宅医療・介護連携を推進するうえで役立つデータを含んでいますので、活用を検討します。データの種類等は都道府県により異なります。

・ **国による医療・介護関係の統計調査データ**

在宅医療・介護関係で活用できる国の統計調査には以下のものがあります。公表されているこれらの調査結果は、都道府県や政令市単位の集計しかない場合が多く、市区町村単位の集計をする場合には、統計法33条に基づく調査票情報の提供についての申出を行う必要があります。また、元の統計調査が全数調査ではなく、標本調査の場合は、市区町村単位での集計ができない場合もあります。

国による医療・介護関係の統計データを活用することのメリットは、全国規模で、比較的長い期間に渡るデータを活用することができることです。市区町村の集計データを得られない場合でも、地域の現在のデータとの比較対象として、国や都道府県単位の医療・介護データを活用する、といった使い方もあります。

| | |
|------------------------------|--|
| <p>医療施設調査</p> | <p>医療機関を対象とする全数調査です。在宅医療に関しては、以下の状況を把握することができます。但し、国の公表している統計表での集計単位は、一部を除き全国単位となっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療サービスを実施している医療機関の数（往診、在宅患者訪問診療、歯科訪問診療、救急搬送診療、在宅患者訪問看護・指導、精神科在宅患者訪問看護・指導、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、訪問看護ステーションへの指示書の交付、在宅看取り） |
| <p>患者調査</p> | <p>患者を対象とする抽出調査です。在宅医療に関しては、9月～ヶ月間に入院から在宅医療に移行した者の数を把握することができます。但し、集計単位は二次医療圏単位までです。</p> |
| <p>介護サービス施設・事業所調査</p> | <p>介護保険施設及び居宅介護サービスを提供している事業所を対象とする全数調査です。サービス種類別の介護保険施設及び居宅介護サービス事業所の数等を把握することができます。</p> |
| <p>人口動態統計</p> | <p>出生・死亡・婚姻・離婚の人数、出生率等を、保健所別・市区町村別に把握することができます。死因については、公表資料は都道府県別までですが、市区町村は、厚生労働省に申請すれば、市町村別の数字を見ることができます。</p> |

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



・ 国が医療保険・介護保険レセプトデータを集計し公表しているデータ

国が医療保険・介護保険のレセプトデータを集計して公表しているデータには下記があります。国の公表しているデータは全国レベルおよび都道府県、二次医療圏レベルまでです。

これらのデータを活用することのメリットは、全国規模で、毎年のデータを得ることができることです。市区町村の集計データを得られない場合でも、地域の現在のデータとの比較の対象として、国や都道府県単位の医療・介護データを活用する、といった使い方もあります。

| | |
|---|---|
| <p>社会医療診療行為別統計</p> | <p>医療保険のレセプト（医療機関が診療報酬を請求する際の請求明細書）の情報を基に、行われている診療行為の内容を明らかにするための統計です。在宅医療に関する診療行為の実施状況を知ることができます。但し、毎年5月分のレセプトだけを対象とするものであり、また、全国レベルの統計だけになっています。</p> |
| <p>オープンNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）</p> | <p>厚生労働省は、NDB(*1)の集計結果をNDBオープンデータ(*2)として、定期的にホームページ上に公開しています。都道府県別データまで見ることができます。第1回公表は、平成26年度のレセプト情報及び平成25年度の特定健診、第2回公表は平成27年度のレセプト情報及び平成26年度の特健健診情報を集計対象としています。</p> <p>(*1) NDB:高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づいて、厚生労働省は平成21年度以降の、電子化された分の医療保険レセプトデータ及び特定健診・特定保健指導のデータを保有しています。医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進に有益な研究又は学術の発展に資する目的で行う研究であれば、NDBデータの提供を受けることはできます。但し、厳しい審査があり、また、審査に期間がかかります。</p> <p>(*2)NDBオープンデータ：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）に蓄積されたレセプト情報及び特定健診情報を抽出し、公表しています。</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html</p> |
| <p>介護給付費等実態調査</p> | <p>介護サービスについて、毎月の介護サービスの受給者数、受給者1人当たり費用額等を集計した数字が公表されています。公表されるのは、都道府県単位までとなっています。</p> |

・ 医療機関から国への報告結果の公表（各都道府県のホームページで公表）

病院、有床診療所の病床が担っている機能について、以下のデータがあります。

| | |
|----------------------|--|
| <p>病床機能報告</p> | <p>地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行うために必要なデータを収集するため、医療機関が病床（一般病床及び療養病床）で担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組み。平成26年に導入されている。</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html</p> |
|----------------------|--|

国や県等の公開データ収集や既存データ収集の手順



◎ ステップ4 収集データの指標化

ステップ4では、収集したデータを指標化し、使いやすい指標集として整理します。

使いやすい指標集としては、全国在宅医療会議の地域データ集が参考になります。比較しやすいように人口で割る、比較対象の自治体に絞る等の整理が考えられます。

◎ 進め方1：国や県等の公開データや既存データの収集のポイント

- ・在宅医療・介護連携を進めるためのデータを集める際、まず、国や県等の公開データや既存データに参考となるデータが含まれていないか確認します。
- ・国や県等の公開データや既存データは、医療・介護レセプトデータの集計・分析や独自調査を検討する際にも、比較対象データとして参考になります。
- ・国や県等の公開データや既存データの種類としては、既存のデータ集、自治体保有データ、国や県の調査統計データ等があります。
- ・自治体は、地域の詳しいデータを知るため、国の統計調査の調査票の提供を受けて、集計を実施することができます。在宅医療・介護連携に関する調査は、人口動態統計、医療施設調査、患者調査等ですので、厚生労働省に申請し、調査票の提供を受けることとなります。
- ・進め方1国や県等の公開データや既存データの収集の手順は、ステップ1既存のデータ集等の活用検討、ステップ2 既存の自治体保有データ等の活用検討、ステップ3 国や県の調査統計データ等の活用検討、及びステップ4 収集データの指標化よりなります。
- ・ステップ1 既存のデータ集等の活用検討の対象として、国によるデータ集には、在宅医療にかかる地域別データ集があります。また、関連団体、大学、研究機関、民間企業等によるデータ集には、日本医師会の地域医療情報システムや、東京大学公共政策大学院の医療圏データベース等があります。
- ・ステップ2 既存の自治体保有データ等の活用検討の対象としては、要介護認定データ、日常生活圏域ニーズ調査、地域包括ケア「見える化」システムによる集計帳票、国保データベース（KDB）による集計帳票等があります。
- ・ステップ3 国や県の調査統計データ等の活用検討の対象としては、県による医療計画策定時の調査結果、人口動態統計、医療施設調査、患者調査等の国の統計、オープンNDBデータ、介護給付費等実態調査、病床機能報告等の公開データとなります。
- ・ステップ4 収集データの指標化では、収集したデータを指標化し、使いやすい指標集として、整理します。
- ・使いやすい指標集としては、全国在宅医療会議の地域データ集が参考になります。比較のために人口で割る、比較対象の自治体に絞る等の整理が考えられます。

進め方2 医療・介護レセプト分析

◎ 医療・介護レセプト分析の考え方

～ 医療・介護レセプト分析が必要となるケース、他のデータ収集手段との役割分担

在宅医療・介護連携を進める際に、地域の住民がどれだけの在宅医療・介護サービスを受けているか、という現状を把握することが基本になります。そうした現状把握に最も適しているのが、医療・介護レセプト分析です。前項で説明した国や県から公表されているデータで、自治体全体のおよその姿を把握することはできますが、小地域（日常生活圏域）のより詳しいデータを把握するためには医療・介護レセプト分析が必要となります。

市区町村は、その市区町村の医療・介護レセプトデータについて、県の国保連から、KDBデータとして提供を受けることができます（提供を受けることのできない県もあるので、国保連に確認が必要です）。県内の他の市区町村のKDBデータについては、その市区町村より承諾されれば、提供を受けることができます。県を経由して国保連より提供を受けるということも考えられます。

KDBデータでは、医療レセプトと介護レセプトとが個人単位で紐づけされていること、個人を特定できないよう匿名化処理が行われていること等、取り扱いやすく加工されています。一つの自治体の1か月分のKDBデータを集計・分析することは、データ量や集計の複雑さの観点で比較的ハードルの低い集計・分析作業と言えます。

医療・介護レセプト分析のメリット（KDBデータの場合）

- ・ 地域の高齢者を中心とした分析に適している（国民健康保険、後期高齢者医療保険、介護保険のレセプトを含んでいる）。
- ・ KDB個人番号により紐づけられているので、利用している在宅医療と介護の組み合わせの傾向等を集計・分析できる。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の手引きに例示されている指標の一部を得ることができる（訪問診療の件数、退院支援加算の件数、要介護高齢者の在宅療養率等）。
- ・ 個人を特定できないよう配慮がされている（氏名を含まない、住所は郵便番号、生年月日ではなく生年月まで）。

集計・分析作業の一部を外部委託することについて

医療・介護レセプトの集計・分析には、医療・介護レセプトについての知識と、大量のデータを集計・分析するための技術が必要であり、集計・分析の全体を一般の自治体を実施するのは、ややハードルが高いと言えます。本書はそのハードルを少しでも下げることが意図していますが、集計・分析の一部を外部業者に委託することが一般的と考え、外部業者に委託する場合について、医療・介護レセプト分析の進め方を説明します。

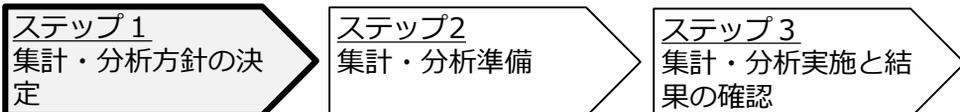
外部業者に委託する場合、個人を特定することができないように加工されているとは言え、データの取り扱いや集計結果の利用には十分注意することが必要です。外部業者の選定の際に留意する必要があります。

◎ 医療・介護レセプト分析の手順

1カ月分のKDBデータを対象とし、集計・分析作業の一部を外部業者に委託する場合について、医療・介護レセプト分析の手順を示します。

| | |
|----------------------------|---|
| ステップ1 集計・分析方針の決定 | <ul style="list-style-type: none">・ 集計・分析の目的、観点を確認する・ 目的、観点に沿った集計・分析範囲、方法を定める |
| ステップ2 集計・分析準備 | <ul style="list-style-type: none">・ 集計・分析仕様を決める・ 小地域や人口等の集計・分析に必要なデータを準備する・ 外部委託のための委託仕様を作成する |
| ステップ3 集計・分析実施と結果 の確認 | <ul style="list-style-type: none">・ 委託先を選定し、集計・分析を依頼する・ 集計・分析結果を受領し、集計・分析方針で定めた結果が得られているか確認する |

医療・介護レセプトデータ分析の手順



◎ ステップ1 集計・分析方針の決定

ステップ1では集計・分析の目的、観点を確認し、目的、観点に沿った集計・分析範囲、方法を決めます。

・ 集計・分析の目的・観点

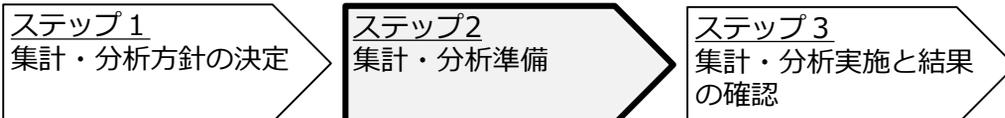
医療・介護レセプト分析の特徴は、地域の医療・介護サービスの利用状況等について詳しく知ることができることです。医療・介護レセプト分析の目的は、基本的には現状把握・課題抽出となります。

現状把握・課題抽出という医療・介護レセプト分析の目的について、在宅医療・介護連携の施策の進め方の段階により、重点の置き方がやや変わります。現状把握・課題抽出を幅広く実施している段階では、医療・介護レセプト分析の進め方についても、比較的幅広く、現状を把握することが中心となります。これまでの経緯によりある程度現状把握や課題の抽出が進んでいて、施策が絞られている場合は、実施しようとしている施策の方向性に関連する部分を中心に、医療・介護レセプト集計・分析を実施します。

データ集計・分析の観点としては、以下があります。

| 集計・分析の観点 | 趣旨 | 集計・分析範囲等 |
|---------------|---|--|
| 他の自治体と比較する | 近隣の自治体や、類似点の多い自治体のデータと比較することは、現状把握・課題抽出のために役立ちます。 | 比較対象となる他の自治体のKDBデータを利用することができる場合に限定されます。 |
| 自治体内の小地域を比較する | 介護保険事業は、小地域（日常生活圏域）を単位にして現状把握し、施策を実施します。在宅医療・介護連携でも、介護保険事業に合わせて、小地域単位で現状把握することが重要です。 | 小地域（日常生活圏域）に関するデータを準備する必要があります。 |
| 経年的な変化を把握する | 在宅医療・介護連携をPDCAサイクルに沿って進めていく際、指標の経年変化を見ていくことが重要です。施策を実施した結果として、その施策が期待されている効果を上げているかという観点です。 | 例えば毎年の同じ月のKDBデータを同じ方法で集計・分析するといったことが必要となります。 |
| 主要傷病に関する現状把握 | 医療レセプトは傷病名を含んでいますので、住民の傷病に関する傾向を把握することができます。在宅医療・介護連携の施策では、傷病の観点を含めて、把握することが重要です。 | 集計・分析の対象となる主要傷病を、医療レセプトの観点で定義する必要があります。 |

医療・介護レセプトデータ分析の手順



◎ **ステップ2 集計・分析準備**

ステップ1で決定した集計・分析方針に沿って、集計・分析の準備を行います。集計・分析準備は、集計・分析の仕様（結果のまとめ方の仕様を含む）の決定、小地域や人口等の必要データの準備、外部委託のための委託仕様作成よりなります。

・ **集計・分析仕様の検討・決定**

集計・分析の観点にもよりますが、主な集計・分析の仕様項目の考え方を以下に示します。

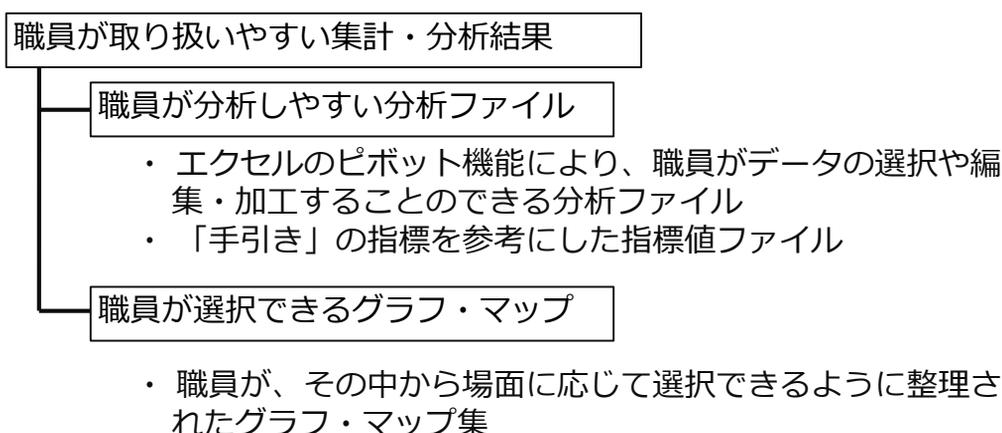
| 仕様項目 | 考え方 |
|------------------|--|
| 集計対象とする地域・小地域の定義 | 他の自治体と比較する場合は、主な比較対象自治体 小地域分析の場合は、小地域の定義。 (日常生活圏域、地域包括ケアセンター管轄等) |
| 地域・小地域集計の基準 | 患者・サービス利用者の住所地で集計する場合と、医療機関・介護事業所の所在地で集計する場合の両方があります。 |
| 性別・年齢区分による集計 | 性別に集計するかどうか 年齢区分の定義（0-39歳、40-64歳、65-74歳、75歳以上等） |
| 集計単位 | 人数、件数、点数、施設数等の集計単位を定めます。 |
| 集計する摘要コードの定義 | 往診、訪問診療、退院支援等、集計対象の在宅医療・介護連携の行為を、医療レセプトの摘要コード（診療行為コード）で定義します。 |
| 傷病分類 | がん、脳血管疾患、糖尿病等、集計対象の傷病分類を、医療レセプトの傷病コード（ICD10）で定義します。 |
| 介護サービスの分類 | 約60種類のサービス種別を例えば居宅系サービス等更にグルーピングして集計することにより、より分析しやすい集計となります。 |
| 医療機関・介護事業所に関する集計 | 医療機関マスターや介護事業所マスターによる、医療機関や介護事業所の所在地の把握方法等を定義します。 |

医療・介護レセプトデータ分析の手順



・集計・分析仕様：分析ファイルとグラフ・マップ集

KDBデータの集計と分析は、自治体の担当職員が現状把握や分析に活用することを目的としています。委託する集計・分析仕様を決める際、自治体の職員が取り扱いやすい集計結果の形式を考慮する必要があります。職員が取り扱いやすい集計・分析結果としては、分析ファイルとグラフ・マップ集の両方が考えられます。



・集計・分析仕様：職員が分析しやすい分析ファイル

自治体の担当職員が取り扱いやすい分析ファイルの形式は、手元のパソコンでエクセルを使って分析できる形式（エクセルファイルまたはcsvファイル）が考えられます。他の公開データ（例えば、在宅医療に関する地域データ集）等もエクセルで取り扱うことのできるファイル形式になっています。

エクセルファイルまたはcsvファイルであれば、エクセル以外の多くのツールで読み込むことができます。

(*) 専用のデータ分析・表示ソフトウェア（BIツール）について：

より高度な現状把握・分析を効率的に行うには、専用のデータ分析・表示ソフトウェア（BIツールと呼ぶこともある、Tableau、QLIKVIEW等）を利用することが考えられ、実際に、医療・介護レセプト分析を行う研究者によってはこれらのツールを使用している例も見受けられます。こうしたツールは一般的には有償で、習得のための期間が必要であること等から、実際に現状分析や施策検討を行う自治体の担当者が使用することは少ないと考えられるため、本説明書の範囲外としています。

Tableauは、Tableau Software, Inc.の商標または登録商標、QLIKVIEWは、QlikTech International AB の商標または登録商標です。

医療・介護レセプトデータ分析の手順



・ 集計・分析仕様：職員が選択できるグラフ・マップ集

集計・分析結果をわかりやすく表現するためには、データの性質に即してグラフまたはマップ化する必要があります。特にKDBデータの集計の場合、データ数値の精度より傾向が重要ですので、グラフまたはマップによる表現が適しています。

職員が分析ファイルから手作業でグラフ・マップ化することも考えられますが、より望ましい形は、集計結果をある程度幅広くグラフ・マップ化したものを受領して、その中から職員が全体傾向を掴み、必要なグラフ・マップを選択して利用することです。在宅医療・介護連携で使用する可能性のあるグラフの種類には下記があります。

| グラフの種類 | 考え方 |
|----------|--|
| 単純横棒グラフ | 日常生活圏域毎あるいは自治体毎の訪問診療人数、人口当たりの訪問診療人数等の指標値を比較する際に使用する。 |
| 積上げ横棒グラフ | 診療所の種類（強化型在支診/従来型在支診/在支診以外）や、所在地（市内/県内市外/県外）毎の訪問診療の人数や、要介護度別の疾病分類毎の人数等、内訳のある指標値を比較する際に使用する。 |
| グループ棒グラフ | 関連する指標や、日常生活圏域毎の複数の指標を一覧表示する際に使用する。例えば、外来患者の住所地（日常生活圏域）と、医療施設の所在地（日常生活圏域）との関係を表現し、どの地域の外来患者が、どの地域の医療施設に通院しているかを分析する際に使用する。 |
| 散布図 | 2つの指標のそれぞれの分布と相互の相関を一覧表現する際に使用する。 例えば、横軸に高齢化率、縦軸に人口当たりの訪問診療の人数を割り当てて、日常生活圏域毎の指標値をプロットし、各日常生活圏域の特徴を分析する際に使用する。 |
| 相関図 | 複数の指標のそれぞれの分布と相互の相関を一覧表現する際に使用する。 |
| ヒートマップ | 2つの指標の関連を表現する際に使用する。例えば、外来患者の住所地（日常生活圏域）と、医療施設の所在地（日常生活圏域）との関係を表現し、どの地域の外来患者が、どの地域の医療施設に通院しているかを分析する際に使用する。 |
| 色塗りマップ | 指標値をマップ上で表現する際に使用する。例えば、日常生活圏域毎の、人口当たりの訪問診療の人数を、マップ上で表現する際に使用する。 |
| 折れ線グラフ | 時系列推移等を表現する際に使用する。 |

医療・介護レセプトデータ分析の手順



・ 必要なデータの準備

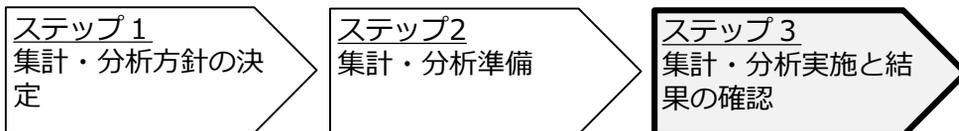
医療・介護レセプトの集計・分析準備の一部として、集計・分析で必要となる人口や小地域定義等のデータを準備する、あるいは参照先を確認する必要があります。必要なデータの種類、必要な理由、参照元等下記に示します。

| データの種類 | 必要な理由、参照元 |
|-----------|---|
| 人口データ | 自治体や小地域の指標を作成する際に、人口や高齢者人口で割る場合があり、その際の基準となる人口データを示します。一般的には自治体が公表している住民基本台帳人口を利用します。 |
| 小地域のデータ | 医療・介護レセプトに含まれている郵便番号から、日常生活圏域を把握するために利用します。一般的には自治体のホームページから取得することができます。 |
| 医療機関のデータ | 医療レセプトに含まれている医療機関番号より、医療機関の所在地等を把握するために使用します。管轄する地方厚生局のホームページより取得することができます。 |
| 介護事業所のデータ | 介護レセプトに含まれている介護事業所番号より、介護事業所の所在地等の情報を把握するために使用します。その自治体を含む県のホームページ等から取得することができます。 |

・ 委託仕様の作成

集計・分析仕様の内容を含む委託仕様を作成します。特にデータの取り扱いについては、管理責任者の配置、施錠管理、再委託先へのデータ持出の禁止、データの返却および廃棄等について配慮する必要があります。

医療・介護レセプトデータ分析の手順



◎ ステップ3 集計・分析実施と結果の確認

委託仕様に沿って外部業者を選定し、KDBデータを貸し出して、集計・分析を委託します。

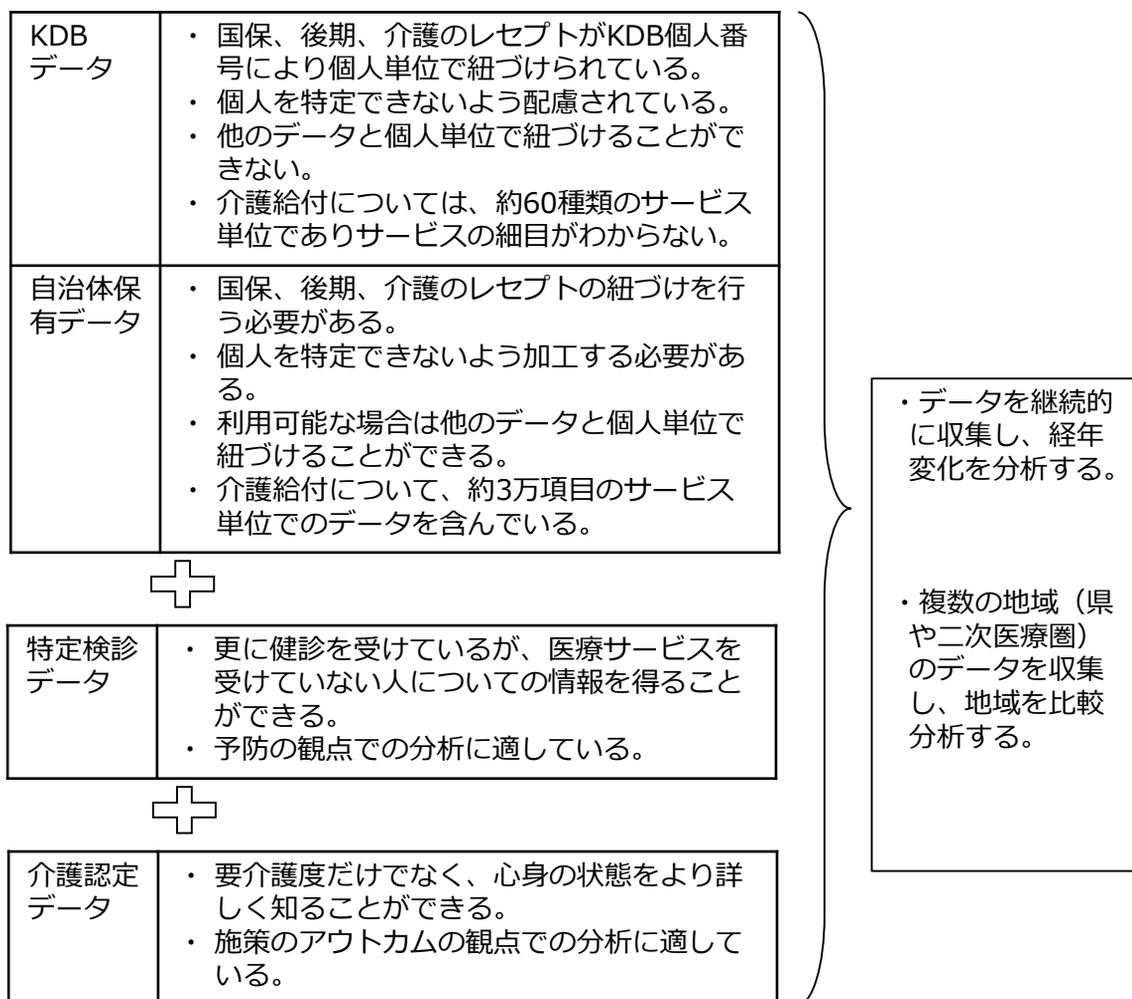
集計・分析結果として、分析用ファイルとグラフマップ集を受領します。分析ファイルにより実際に分析作業を行い、また、グラフ・マップ集から利用しやすいグラフ・マップを選定して、集計・分析方針で定めた結果を得られていることを確認します。

◎ 補足 KDBデータ以外の集計・分析候補について

在宅医療・介護連携を進めるための医療・介護レセプト分析の候補として、KDBデータの他に、自治体保有データを利用するという選択肢があります。自治体保有の介護給付データを集計・分析することにより介護についてのより詳しい情報を得ることができます。

(*) 医療・介護連携に関して、例えば介護レセプトに含まれる退院時共同指導加算、退院・退所加算については、自治体保有の介護レセプトで把握することはできますが、KDBデータに含まれる介護レセプトでは把握できません。

また予防等の施策を検討するには、健診データを医療・介護レセプトデータと合わせて分析することが役立ちます。更に、介護認定データに含まれる日常生活機能や認知症自立度等に関するデータを活用すれば、医療・介護サービスのアウトカムとして、サービスを受ける人の心身状態について把握することが可能となります。



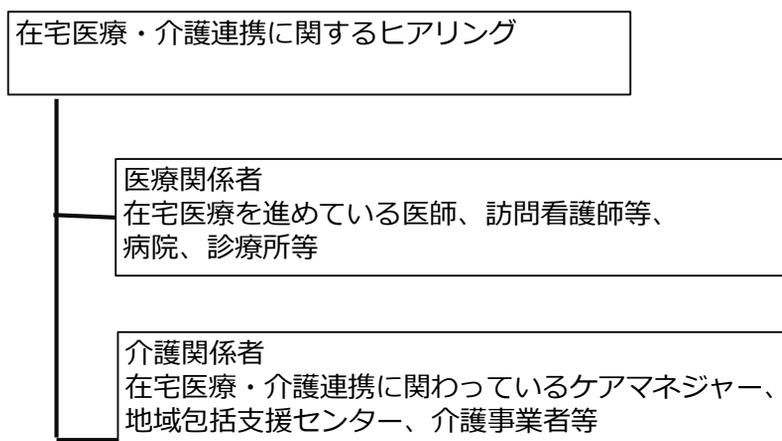
◎ 進め方2：医療・介護レセプト分析のポイント

- ・地域の住民がどれだけの在宅医療・介護サービスを受けているか、といった現状を具体的な数値で把握するには、医療・介護レセプト分析が必要になります。
- ・医療レセプトと介護レセプトが個人単位で紐付けられていること、個人を特定できないように配慮されていること等、KDB（国保データベース）データは、自治体が行う集計・分析の対象としてメリットがあります。
- ・1ヶ月分のKDBデータの分析であれば、ハードルは比較的低いですが、一般的には集計・分析の一部を外部委託することが想定されます。
- ・進め方2 医療・介護レセプト分析の手順は、ステップ1 集計・分析方針の決定、ステップ2 集計・分析準備、及びステップ3 集計・分析実施と結果の確認よりなります。
- ・ステップ1 集計・分析方針の決定では、集計・分析の目的、観点を確認します。目的、観点として、他の自治体との比較、自治体内の日常生活圏域の比較、傷病と要介護度等医療と介護とを組み合わせた集計・分析等が考えられます。
- ・ステップ2 集計・分析準備では、ステップ1で決定した集計・分析方針に従って、集計・分析の仕様を決定し、小地域や人口等の必要データを準備し、外部委託のための委託仕様を作成します。
- ・集計・分析の仕様では、集計単位（性・年齢区分、傷病分類、介護サービス種類等）、日常生活圏域の定義等を検討し、決めます。また、職員が取り扱いやすい集計・分析結果について検討し、決める必要があります。
- ・職員が取り扱いやすい集計・分析結果としては、職員が分析しやすい分析ファイル（エクセルファイルまたはcsvファイル）と、職員が全体傾向を把握し、場面に応じて選択できるグラフ・マップ集とすることが考えられます。
- ・必要なデータには、人口データ、日常生活圏域のデータ、医療機関や介護事業所のデータがあります。あらかじめ準備する、あるいは参照先を確認する必要があります。
- ・委託仕様書では、特にデータの取り扱い方法（管理責任者の配置、施錠管理、再委託先へのデータ持出の禁止、データの返却および廃棄等）について記載します。
- ・ステップ3 集計・分析実施と結果の確認では、委託仕様に沿って外部業者を選定し、集計・分析結果を受領し、集計・分析方針で定めた結果が得られていることを確認します。
- ・KDBデータ以外の選択肢として、自治体保有の医療・介護レセプトデータがあります。介護についてより詳しい情報が得られる等のメリットがあります。
- ・予防の観点の分析では、医療・介護レセプトデータに加えて、特定健診データを分析することが考えられます。
- ・高齢者の心身の状態をより詳しく知るためには、医療・介護レセプトデータに加えて、要介護認定データを分析することが考えられます。

進め方3 在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリング

◎在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの考え方 ～ヒアリングが必要となるケース、他のデータ収集手段との役割分担

地域の在宅医療・介護連携を進めるうえで、実際に地域の在宅医療・介護連携に関わっている医療施設や介護事業所等の関係者が、どのようにサービス提供を進めているかを把握することは重要です。一般的に自治体では、介護事業所に対する接点と比べて、医療施設との接点は少ないので、在宅医療・介護連携を進める上で、在宅医療関係者からのヒアリングは特に重要です。また、介護事業者についても、在宅医療・介護連携という観点でのヒアリングが必要となります。



国や県から公開されているデータや医療・介護レセプト分析により、在宅医療・介護連携に関する利用量等の現状は得られます。他の地域との比較や、経年変化により現状と課題を把握することもできます。しかしそれだけでは在宅医療・介護連携の施策を具体的に検討する際には、不十分です。

実際にサービスを提供している方々が、どのような取り組みを行っているか、課題についてどう考えているか、といった情報も必要となります。ヒアリングの役割としては、公表データや、医療・介護レセプトデータで得られる情報の裏付けをとり、深掘し、施策検討に結びつけるといった位置付けとなります。

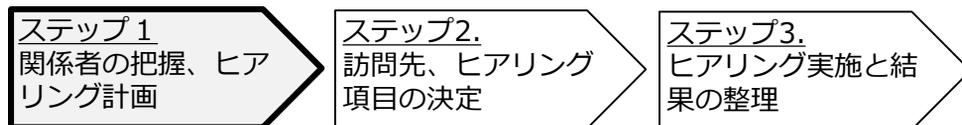
在宅医療を進めている関係者から、どのような在宅医療を進めているか、どのようなことを課題と感じているのか、といったヒアリングを行います。また、在宅医療・介護連携について、医療の側から関わっている方と、介護の側から関わっている方のそれぞれからヒアリングすることが重要です。

◎ 在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順

まずは、自治体あるいは小地域毎にどのような方が、在宅医療・介護連携に関わっているか大まかに把握します。訪問診療を実施している病院・診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所、訪問薬局、介護関係者等が対象となります。続いて、具体的な訪問先、実態を知るための質問項目等を準備します。準備した項目に沿ってヒアリングを実施し、実施後に結果をまとめます。

| | |
|-------------------------|--|
| ステップ1 関係者の把握、ヒアリング計画 | 在宅医療・介護連携を担っている関係者を大まかに把握し、ヒアリングの計画を立てる。 ・ 病院・診療所、訪問看護ステーション等 ・ 郡市医師会等関係団体 ・ 介護関係者等 |
| ステップ2 訪問先、ヒアリング項目の決定 | 訪問先、ヒアリング項目を決める。 ・ 在宅医療の現状 ・ 在宅医療・介護連携の現状 ・ 在宅医療・介護連携を進めるうえでの課題、推進策 |
| ステップ3 ヒアリング実施と結果の整理 | ヒアリングを実施し、結果を整理する。 ・ 事前に準備した調査結果、データ等との関連による整理 ・ 地域の課題、推進策につなげて課題を深堀するための整理 |

在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順



◎ ステップ1 関係者の把握とヒアリング計画の作成

ステップ1では、関係者を把握し、ヒアリングの計画を作成します。

・在宅医療・介護連携関係者の把握

地域の在宅医療の量については、在宅医療全国会議資料の地域データ集等である程度把握することができます。在宅医療の大まかな姿を把握するのに役立ちます。

在宅医療を実施している医療機関については、県や市のホームページ、医師会のホームページ等を参照することにより把握することができます。また、地方厚生局のホームページから在宅療養支援診療所の届出情報を含めダウンロードすることができます。実際に訪問診療を実施している医療機関や量については、医療レセプトを集計した結果により把握できます。

訪問歯科診療、訪問薬局、訪問看護ステーション等についても、同様にデータを公開しているホームページや医療・介護レセプト分析等より把握することができます。

在宅医療を推進している医師会等の関係団体は、在宅医療・介護連携関係者を把握するうえでも重要です。

・主なヒアリング先

主なヒアリング先としては下記が考えられます。

- 在宅医療を実施している医師、訪問看護師、訪問歯科医師、訪問薬剤師等
- 在宅医療を推進している、医師会等の関連団体
- 入退院連携等で在宅医療と関わっている、地域包括支援センター、ケアマネジャー等
- 地域のきめ細かい課題把握のため、社会福祉協議会等の福祉関係者

地域の在宅医療・介護連携の状態にもよりますが、まずは実際に在宅医療を行っている医師、訪問看護師等がヒアリング対象となります。ヒアリングは一過性のものではなく、継続的に行うものですから、順次ポイントを決めてヒアリング先を選択するという考え方もあります。

医師会等の関連団体も、在宅医療を進めていく上での課題や施策についてのヒアリング対象として重要です。

在宅医療・介護連携について、介護の観点や福祉の観点から見ていくことも重要です。地域包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉協議会等からのヒアリングは、在宅医療・介護連携の現状と課題を把握するうえで重要です。

在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順

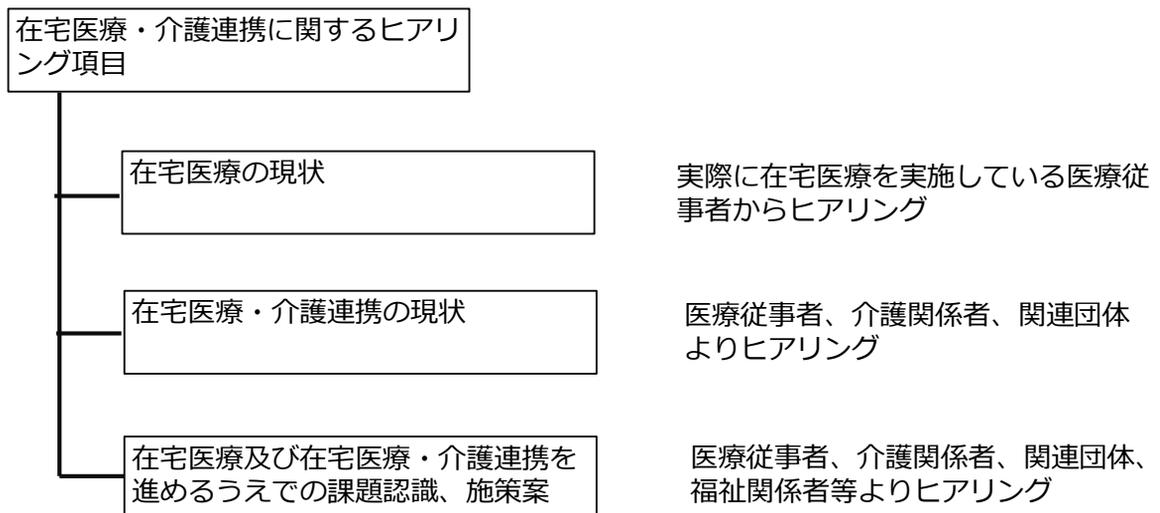


◎ ステップ2 訪問先、ヒアリング項目の決定

ステップ2では、ステップ1のヒアリング計画に基づき、訪問先とヒアリング項目を決定します。

訪問先は、ステップ1で把握した在宅医療・介護連携に関わる関係者の全体を考慮して決めます。また地域のきめ細かい課題把握の観点では、社会福祉協議会等の福祉関係者からのヒアリングも有効です。

ヒアリング項目は、在宅医療の現状、在宅医療・介護連携の現状、課題認識と施策案に大別されます。在宅医療の現状については、主に自治体内で実際に在宅医療を実施している医療従事者からヒアリングします。在宅医療・介護連携の現状、課題認識と施策案については、医療従事者、介護関係者、関連団体よりヒアリングします。



在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順



・ ヒアリング項目の準備 ~ 現状についてのヒアリング項目

在宅医療の現状および在宅医療・介護連携の現状についてのヒアリング項目は、下記を参考に事前に準備します。

在宅医療の現状についてのヒアリング項目

往診、訪問診療等をどのように行っているか

- ・ 診療所として往診や訪問診療を始めた時期、きっかけ
- ・ 往診や訪問診療を実施している患者数
- ・ 外来診療との時間の関連で、往診や訪問診療を実施している曜日、時間帯等
- ・ 在宅医療のチームとして、決まった訪問看護ステーションや介護関係者等いるか
- ・ 病院から退院患者について、在宅診療を行うよう依頼を受けることはあるか
- ・ 他の在宅療養支援診療所と連携しているか（24時間対応等）

往診、訪問診療等の患者について

- ・ どのような傷病分類の患者が多いか（がん、がん以外等）
- ・ 退院から在宅医療の場合と通院が困難になって在宅医療の場合とどちらが多いか
- ・ 訪問診療の頻度、期間
- ・ 看取りは実施しているか

在宅医療・介護連携の現状に関するヒアリング項目

在宅医療を行っている医療従事者向け

- ・ 在宅で療養している患者に関して、ケアマネジャーやヘルパー等と、どのように連携しているか（情報の共有や、役割分担等）
- ・ 特養や有料老人ホームの入居者に対する在宅医療を行っているか。介護施設の介護関係者との連携はどのようになっているか

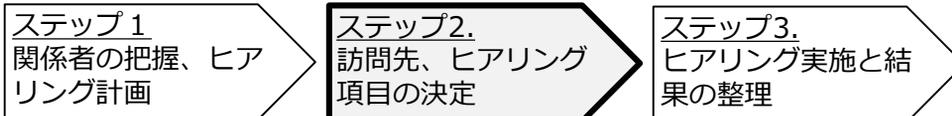
在宅医療患者に関わっている介護従事者向け

- ・ 在宅で療養している患者に関して、医療従事者等と、どのように連携しているか（情報の共有や、役割分担等）
- ・ 入院時の情報提供や、退院時の退院カンファレンスへの参加について、どのように行っているか

関係団体向け

- ・ 在宅で療養している患者に関する、訪問診療医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーやヘルパー等の連携について、どのように感じているか（情報の共有や、役割分担等）

在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順



・ ヒアリング項目の準備 ～ 課題、推進策についてのヒアリング項目

在宅医療、在宅医療・介護連携を広めるにあたっての課題、推進策についてのヒアリング項目は、下記を参考に事前に準備します。

在宅医療を広めるにあたっての課題、推進策

在宅医療を行っている医療従事者向け

- ・ 在宅医療を実施していて、何が難しいと感じているか
- ・ 在宅医療を実施していない医師にとって、何が難しいと感じているか
- ・ 在宅医療を広めるうえで、どのような取り組みが効果があると思うか
- ・ 在宅医療に関する患者や住民の意識の現状や、普及促進等についてどう考えるか

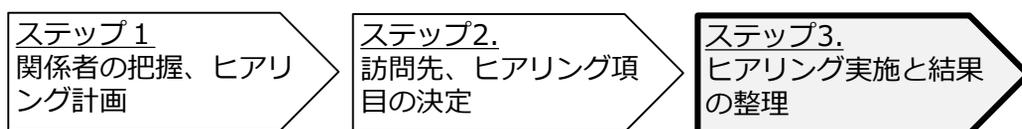
在宅医療患者に関わっている介護従事者向け

- ・ 在宅医療の患者に関わっていて、何が難しいと感じているか
- ・ 在宅医療を広めるうえで、どのような取り組みが効果があると思うか
- ・ 在宅医療に関する患者や住民の意識の現状や、普及促進等についてどう考えるか

関係団体向け

- ・ 在宅医療を広めるうえで、どのような取り組みが効果があると思うか
 - ・ 在宅医療に関する患者や住民の意識の現状や、普及促進等についてどう考えるか
-

在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順



◎ ステップ3 ヒアリングの実施と結果の整理

計画に沿ってヒアリングを実施し、結果をまとめます。ヒアリング結果は担当職員間で共有し、事前に準備したデータや、他のヒアリング結果等との関連で整理します。さらに地域の課題に対する推進策につなげるために考察し、活用します。

ここでは、在宅医療に関するヒアリング結果の例を示します。

(ヒアリング結果の例) 在宅医療を進めていて感じたこと等

- ・ 自分が診ていた外来患者が、通院が難しくなり、在宅医療を始めたというケースが多い（医師）
- ・ 外来と比較して在宅診療なら、住まいのこと、家族のことも含めて患者のことがわかると感じた（医師）
- ・ 在宅医療に踏み込めないことについて考えられる理由は、実態をよく知らないことではないかと思う。24時間対応が負担になると感じているようだが、訪問看護がここまでやってくれるということを知れば、もっと気軽に始められるのではないかと感じる（医師）
- ・ 在宅医療についてまだ知らない患者もいる（医師）
- ・ ごく自然なこととして、在宅診療を始めた（医師）
- ・ 医師、訪問看護師、ケアマネジャー等在宅医療担当者間でのICTによる情報共有が重要だが、なかなか進まない（医師）
- ・ 今後在宅医療が今の1.6倍になると認識しており、若い医師を中心に在宅医療を行う医師を増やそうとしている（医師）
- ・ 一人で対処しなければならぬので負担だが、やりがいがある（訪問看護師）

(ヒアリング結果の例) 在宅医療の課題等

- ・ 近くに訪問看護ステーションが無い地域があり、遠隔の在宅患者を引き受けることもある（訪問看護師）
- ・ 病院とは常に連携しており、担当する在宅医を探すのに以前は苦労していたが、今は何とかなっている（地域包括支援センター）
- ・ 既に医療にかかっている人は何とかなるが、かかっていなかった人は苦労する（地域包括支援センター）
- ・ 医療について相談された場合は、かかりつけ医に聞くよう回答している（地域包括支援センター）
- ・ 車で通院している方で、高齢になり車を運転できなくなって在宅医療に移行するケースについては、交通機関があれば、通院で対応可能な患者は少なくないはずだ（医師）

◎ 進め方3：在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングのポイント

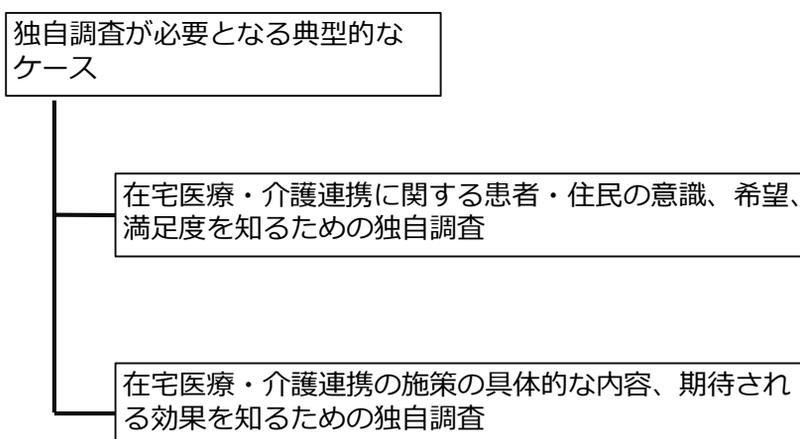
- ・ 公開されているデータや医療・介護レセプト分析だけでは在宅医療・介護連携の施策を具体的に検討する際には、不十分です。実際にサービスを提供している方々が、どのような取り組みを行っているか、課題についてどう考えているか、といった情報も必要となります。関係者からのヒアリングが必要です。
- ・ ヒアリングは、公表データ等や医療・介護レセプトデータ分析で得られるデータの裏付けをとり、深掘し、施策検討に結びつけるといった位置付けとなります。
- ・ 一般的に自治体では、介護事業所に対する接点と比べて、医療施設との接点は少ないので、在宅医療関係者からのヒアリングは特に重要です。
- ・ 進め方3 在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリングの手順は、ステップ1 関係者の把握とヒアリング計画、ステップ2 訪問先とヒアリング項目の決定、及びステップ3 ヒアリング実施と結果の整理よりなります。
- ・ ステップ1 関係者の把握とヒアリング計画では、公開データ等から地域の在宅医療の概要を知り、関係者を把握し、ヒアリング計画を作ります。
- ・ 主なヒアリング先としては、在宅医療を実施している医師、訪問看護師等、及び医師会等の関連団体となります。また介護の観点から在宅医療・介護連携に関わっている、地域包括支援センター、ケアマネジャー、等もヒアリング対象です。更に、地域のきめ細かい課題把握のため、社会福祉協議会等の福祉関係者もヒアリング対象となります。
- ・ ステップ2 訪問先とヒアリング項目の決定では、ステップ1の計画に沿って、ヒアリング先とヒアリング項目を決めます。ヒアリング項目としては、在宅医療の現状、在宅医療・介護連携の現状、在宅医療・介護連携に関する課題認識や施策案となります。
- ・ 在宅医療や、在宅医療・介護連携に関して、課題とともに、進めてきて良かったと感じていることを聞き取ることも重要です。
- ・ ステップ3 ヒアリング実施と結果の整理では、ヒアリングを実施し、事前に準備したデータや、他のヒアリング結果等との関連で整理し、地域の課題に対する推進策の検討に向けて活用します。

進め方4 独自調査

◎ 独自調査の考え方

～ 独自調査が必要となるケース、他のデータ収集手段との役割分担の考え方

在宅医療・介護連携を進める際に、国や県等が公表しているデータや既存データ、医療・介護レセプトデータの集計・分析結果、及び在宅医療・介護連携関係者からのヒアリング結果は役立ちますが、それだけでは足りない場合があります。アンケート調査等の独自調査を検討します。



独自調査が必要となる典型的な例の一つは、在宅医療・介護連携に関する希望、満足度等を知る必要がある場合です。医療・介護レセプトデータにより、在宅医療・介護サービスの提供状況や、利用者の利用状況について詳しく知ることができますが、利用者の希望や満足度等についてのデータは得られません。独自調査が必要となります。

例えば、医療・介護連携を進める際に、サービス利用状況と、サービスに対する利用者の意識や希望（サービスを利用していない人の潜在的なニーズを含む）の両方を把握したい場合です。介護に関するニーズについては日常生活圏域ニーズ調査で得られますが、在宅医療・介護連携に関する意識、希望や満足度については、必ずしも日常生活圏域ニーズ調査でカバーされているとは限りません。独自調査が必要になります。

独自調査が必要となる典型的な例の他の一つは、施策の具体的な内容や期待される効果を検討する場合です。公開されているデータや、医療・介護レセプト分析により、地域の在宅医療・介護連携の現状と課題を把握し、施策の方向性を検討することはできますが、実際の施策に落とし込むにはそれらのデータだけでは十分ではない場合があります。独自調査が必要になります。

例えば、公表されているデータや医療・介護レセプト分析により、地域の在宅医療のサービス利用状況が、類似の自治体より少ないことがわかり、またサービス提供量を増やすための方策があったとしても、どの地域にどの程度の施策を行えばいいのか、あるいは、どの程度の効果が見込まれるかといった具体策の検討には、地域毎の実態をきめ細かく知る必要があります。独自調査が必要となります。

◎ 独自調査の手順

在宅医療・介護連携に関する独自調査を行う手順は、調査方針の決定、調査企画、調査実施と結果の確認となります。調査方針の決定では、調査の目的等を確認し、その目的に沿った調査範囲と方法等を決めます。

調査企画では、具体的な調査対象、調査項目等を決め、具体的な調査票に落とし込み、調査スケジュールを設定します。調査実施を外部業者に委託する場合は、委託仕様を作成します。

調査実施と結果の確認では、調査企画で決めた内容に沿って調査を実施し、集計・分析結果をまとめ、調査方針の決定で設定した目的に照らして、必要なデータが得られていることを確認します。

| | |
|---------------------|---|
| ステップ1. 調査方針の決定 | <ul style="list-style-type: none"> ・調査により得たい知見、活用シーンを確認する ・目的に沿った調査範囲、方法等を決める |
| ステップ2. 調査企画 | <ul style="list-style-type: none"> ・具体的な調査対象、調査項目を決め、調査票に落とし込む ・調査結果を集計・分析するための集計・分析仕様を作成する ・調査スケジュールを決める ・外部委託する場合、集計・分析仕様を含む委託仕様を作成する |
| ステップ3 調査実施と結果の確認 | <ul style="list-style-type: none"> ・外部業者に委託する場合は、外部業者を選定する ・調査を実施し、調査結果を集計・分析する（外部業者に委託した場合は、集計・分析結果を確認する） ・調査企画で設定した目的に必要なデータが得られていることを確認する |

独自調査の手順



◎ ステップ1 調査方針の決定

調査方針の決定では、まず、独自調査によって得たい知見、活用シーンを確認します。在宅医療・介護連携の施策に結びつく知見という観点重要です。

例1：在宅医療・介護連携に関する希望や満足度の調査

在宅医療・介護に関する希望や満足度の調査では、地域の在宅医療・介護の現状に対する住民の意識を知ることにより、施策の方向性を検討したり、施策の実施結果を測定することが目的となります。調査範囲や方法に関して、地域比較できることや経年変化を把握できること等が留意事項となります。

例2：具体的な施策内容を検討するための調査

地域内のどの小地域でも在宅医療・介護連携を得られるようにするという施策の方向性に対して、具体的な施策の内容を検討する調査の場合、どの小地域でどのような施策が求められているか、具体的に把握することが目的となります。例えばある小地域で在宅医療を実施する施設が特に不足しているのか、あるいは、交通手段が不足しているのか、といったことをきめ細かく把握することが目的となります。

続いて調査目的に沿った、調査範囲、方法、調査項目を決めます。

独自調査の手順



◎ ステップ2 調査企画

ステップ1で決めた調査方針に沿って具体的な調査対象、調査項目を決め、調査票に落とし込みます。調査結果を集計・分析するための集計・分析仕様を作成し、調査スケジュールを決めます。外部委託する場合、集計・分析仕様を含む委託仕様を作成します。

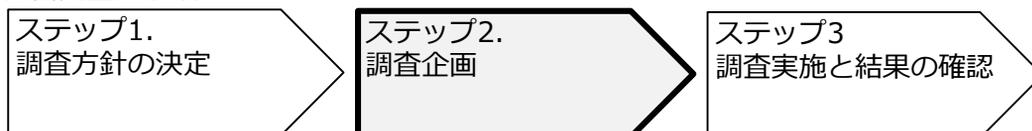
・ サンプル数に関する留意事項

医療機関や介護事業者等を対象とした調査では全数調査もあり得ますが、住民を対象とした調査の場合は、費用・スケジュール等の関係より一般的にはサンプル調査となります。サンプル調査の場合、サンプル数が重要です。以下を参考にサンプル数を決めます。

<サンプル数に関する留意事項>

- ・ サンプル調査の結果からサンプルを取る元となった全体について推定するので、サンプルの取り方が偏っていたり、サンプル数が小さいと誤差が大きくなる
 - ・ サンプルの取り方の偏りを減らすには、無作為抽出をする
 - ・ サンプル調査は、無作為抽出であっても必ず誤差を伴うので、許容される誤差を決めて、対応するサンプル数と決める
 - ・ 必要なサンプル数は、集計する単位に対して決める必要がある。例えば、男女別、年齢区分別に集計結果を利用する場合で、許容誤差から計算した必要サンプル数が300人である場合、それぞれ300人、年齢区分を4区分とすると合計で2,400人のサンプルが必要となる
 - ・ 通常は、対象地域全体から無作為抽出して、集まった結果から男女別、年齢区分別のサンプル数（人数）を知ることが多いので、こうした場合は、一番少ない性別・年齢区分でも、300人以上となるように、更に多めのサンプル数が必要となる
 - ・ 回答率が100%とは限らないので、有効回答率を考慮してサンプル数を決める必要がある
 - ・ 回答する人とならない人とが、調査に関連する傾向で差異がある場合、誤差の原因になることを考慮する必要がある
-

独自調査の手順



許容誤差とサンプル数についての補足説明

- 例えば前ページの例で、「はい/いいえ」で答えられる質問に対する300人の答の内、「はい」の人が150人、つまり50%であったとします。知りたいのは、300人の元となった集団（例えばある地区の、ある年齢区分の、男性または女性全体）についてです。およそ50%と考えることはできそうですが、サンプリングの誤差がありますので、ある程度幅を持って考える必要があります。ある確からしさで言えるのは、例えば44%から56%の範囲（±6%の範囲）であると考えする必要があります。
- 「ある程度の幅」には、確からしさに対する考え方、回答の偏り、サンプル数が影響します。確からしさについては、調査の対象分野や目的にもよりますが、ニーズ調査等の場合には通常95%の確からしさを採用します（95%信頼区間と言います）。回答の偏りは、事前にはわからないので、幅が一番大きくなる場合で計算するという考え方もあります。上記例では、はい/いいえが半々である場合に、幅が一番大きくなります。
- 確からしさを95%と決め、回答の偏りを半々とすると、「ある程度の幅」はサンプル数から数式により計算することができます。エクセルで計算することもできますし、書籍やホームページにある早見表を参照することもできます。下記は早見表の一部の例です。
- 集計結果はある程度幅を持って考える必要があるため、集計結果を内部で施策検討のために使用する場合、あるいは外部に公表する場合、サンプル数を合わせて記載（上記の例では、n=300と記載）することが大事です。サンプル数により、サンプルの集計結果の確からしさをある程度知ることができます。また、ある程度の幅（上記の例では44%から56%の幅）で表記することも考えられます。
- こうした表記の工夫をしても、サンプリング数があまりに少ない場合は、正しく理解されない可能性があります。幅が大き過ぎる部分については、記載範囲に含めないとか、参考扱いとして分けて記載する等注意する必要があります。

| 簡易早見表（一部の例） 確からしさ：95%、 回答の偏り（P）：0.5 | |
|---|------|
| サンプル数 (n) | 標準誤差 |
| 100 | 9.8% |
| 150 | 8.0% |
| 200 | 6.9% |
| 250 | 6.2% |
| 300 | 5.7% |

標準誤差の式
確からしさ：95%、
回答の偏り：P、
サンプル数：n

$$\text{標準誤差} = \pm 1.96 \times \sqrt{\frac{P \times (1-P)}{n}}$$

（数値例）P=0.5、n=200

$$\begin{aligned} \text{標準誤差} &= \pm 1.96 \times \sqrt{\frac{0.5 \times 0.5}{200}} \\ &= \pm 1.96 \times \frac{0.5}{14.14} \\ &= \pm 0.069 \quad (6.9\%) \end{aligned}$$

独自調査の手順



・ 調査票の作成

ステップ1で決めた調査方針に沿って、調査対象（サンプル数等）、質問項目を決め、調査票に落とし込みます。調査票の設計は、調査の成否を決める重要な事項です。下記の調査票の質問の用語・表現についての留意点や、質問順序についての留意点を参考にして、調査票を設計します。

(*)

調査票の質問の用語・表現についての留意点

- ・ やさしい言葉や表現を用いる。専門用語等は使用しない。
- ・ 否定文の質問は避ける。特に二重否定の質問はわかりにくいばかりでなく、誤解を生じるので避ける。
- ・ 質問文は簡潔にする。前文や修飾語等はできるだけ切り捨てる。問題が複雑でどうしても長くなる場合は、何問かに分割する。
- ・ 質問は明確にする。何を聞こうとしているか、質問の趣旨をはっきりさせる。
- ・ 回答を偏らせるような誘導的な質問はしない。

(*)

質問の順序についての留意点

- ・ 最初の質問は、回答者にとって心理的な抵抗が無く、簡単に答えられるものにする。
- ・ 関連のある質問は、できるだけ続けて質問するように配列する。
- ・ 前の質問が、後ろに続く質問の回答をゆがめないようにする。
- ・ 難しい質問、関心が低いと思われる質問、回答者が嫌がるような質問は、なるべく後ろに置く。

(*) 厚生統計テキストブック第6版（一般財団法人 厚生労働統計協会）より抜粋

独自調査の手順

ステップ1.
調査方針の決定

ステップ2.
調査企画

ステップ3
調査実施と結果の確認

◎ ステップ3 調査実施と結果の確認

調査実施を外部業者に委託する場合は、委託仕様に沿って外部業者を選定します。選定の際は、下記の外部委託する場合の留意点を参考にします。

外部委託する場合の留意点

- ・ 調査の目的を正確に把握しているか
 - ・ 調査の仕様に沿った調査を確実に実施できるか
 - ・ 仕様に沿った集計・一次分析を実施し、納品することができるか
 - ・ データの紛失等が無いようにきちんとした管理体制、教育等が行われているか
 - ・ 調査票情報の秘密の保護に関する体制、教育が行われているか
 - ・ 納期を守れる実施体制がとられているか
-

調査を実施し、調査結果を集計・分析します。外部業者に委託する場合は、調査、集計、および一次分析までを委託し、集計・一次分析結果により分析します。

続いて調査企画で設定した目的に必要なデータが得られていることを確認します。

◎ 進め方4：独自調査のポイント

- ・ 国や県等の公開データや既存データ、医療・介護レセプトデータの集計・分析結果、及び在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリング結果だけでは足りない場合があります。独自調査を検討します。
- ・ 独自調査が必要となる典型的な例としては、在宅医療・介護連携に関する希望、満足度等を知る必要がある場合、施策の具体的な内容や期待される効果を検討する場合等が考えられます。
- ・ 進め方4 独自調査の手順は、ステップ1 調査方針の決定、ステップ2 調査企画、及びステップ3 調査の実施と結果の確認よりなります。
- ・ ステップ1 調査方針の決定では、調査により得たい知見、活用シーンを確認し、目的に沿った調査範囲、方法等を決めます。
- ・ ステップ2 調査企画では、ステップ1で決めた調査方針に沿って具体的な調査対象、調査項目を決め、調査票に落とし込み、調査結果を集計・分析する仕様を作成し、調査スケジュールを決めます。外部委託する場合は、委託仕様を作成します。
- ・ 調査企画ではサンプルの設計と、調査票の設計がポイントです。サンプルの設計では、無作為抽出と、許容誤差に基づくサンプル数の設定が重要です。調査票の設計では、やさしい用語・表現を使う等の質問に関する留意事項があります。
- ・ ステップ3 調査の実施と結果の確認では、調査を実施し、調査結果を集計・分析し、調査方針の決定で設定した目的に必要なデータが得られていることを確認します。
- ・ 外部業者に委託する場合は、調査、集計及び一次分析までを委託し、集計・一次分析結果を受領し、加工・分析します。外部委託する場合は、データの紛失防止や調査情報の秘密保護に関して、管理体制、教育が行われていること、といった事項に留意します。

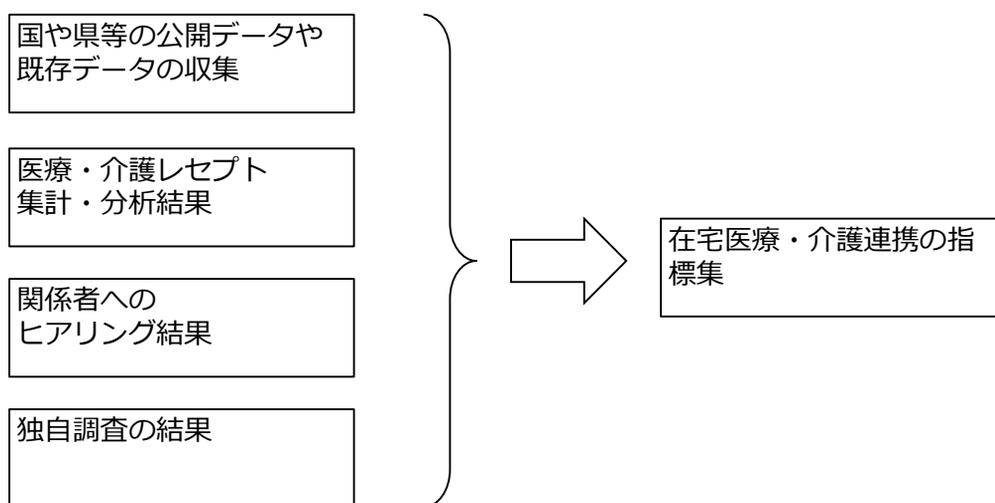
進め方5 指標集としての取りまとめ

◎ 指標集としての取りまとめの役割、データ収集の進め方との関係

進め方1から4では、国や県等の公開データや既存データの収集、医療・介護レセプト分析、在宅医療・介護連携関係者等からのヒアリング、独自調査といった手段で活用できるデータを収集する進め方を説明しました。これらの在宅医療・介護連携に関するデータを整理して、繰り返して活用しやすいような指標集として取りまとめる際の進め方について、ここでは説明します。

進め方1から4でデータを集めた結果を、進め方5で指標集として取りまとめるという関係ですが、可能であれば、あらかじめ指標集の形を考慮して収集すると効率的です。

指標集の具体的な内容は、その市区町村にとって使いやすいものである必要がありますが、在宅医療全国会議資料の地域データ集や、「手引き」の指標集が参考になります。ここでは「手引き」の指標集を主な対象として説明します。



「手引き」の指標について（「手引き」p9）

- 本事業における指標のイメージは「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業」（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）報告書に、下記の図3（ここでは省略）のように考え方が示されている。指標例の詳細については本手引きの参考資料および報告書を参照いただきたい。
- 在宅医療・介護連携の取組における指標については、市区町村における課題や取組内容、医療・介護の連携の場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）に応じて必要な指標を検討、選択することが重要である。

◎ 指標集としての取りまとめの手順

指標集としての取りまとめは、まず、指標集の目的、主な内容等の指標集としての取りまとめの方針を決定し、その方針に沿って取りまとめ、維持管理するというステップとなります。

指標集の目的は、在宅医療・介護連携の推進ですが、地域の位置づけによる現状把握に重点を置く場合は、他の市区町村と比較しやすい指標が適しています。また、施策によりどれだけ理想像に迫ったかを把握する場合には、経年変化を把握しやすい指標が適しています。

在宅医療・介護連携のPDCAに活用するという指標集の目的より、一旦作成した指標集を、どのように維持管理していくか、ということも方針の決定での考慮事項となります。

決められた方針に沿って、指標集として取りまとめ、維持管理します。

| | |
|----------------------------|---|
| ステップ1. 方針の決定 | 指標集の目的、主な内容、維持管理方法等の方針を決めます。 |
| ステップ2 指標集としての取りまとめと維持管理 | 進め方1から4で収集したデータを整理・加工して指標集として取りまとめ、他の地域との比較あるいは地域の経年変化の把握等の目的に沿って維持管理します。 |

指標集としての取りまとめの手順

ステップ1.
方針の決定

ステップ2.
指標集としての取りま
とめと維持管理

◎ ステップ1 方針の決定

ステップ1方針の決定では、指標集の活用目的、維持管理方針、主な内容を決めます。指標集の活用目的としては、「手引き」を参考に、現状課題分析を目的とした指標と、どれだけ目標に迫ったかを示す指標とを考慮し、指標集としての活用目的を整理します。

維持管理方針に関しては、基本的には年次のデータを積み重ねていくことが考えられますが、最新データの必要性和収集の手間とを考慮し維持管理方針を決めます。

・ 指標集の主な内容

「手引き」の指標を参考に主な内容を決定します。

指標の目的について（「手引き」p9）

○ 設定する指標は大きく2つの目的があり、1つは、「地域の課題の分析や事業の進捗状況を確認するための指標」であり、もう1つは、「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標に迫ったかを示すための指標」に大別される。

・ 指標集としての取りまとめの際の留意点

在宅医療・介護連携での指標集として以下に留意して取りまとめます。

- 他の地域との比較や、小地域間の比較の場合には、人口当たり、高齢者人口当たり等の指標を使用します。計算のための人口データとともに管理することが重要です。
- 指標の元となる公開データの出典や調査分析方法等を指標集とともに管理することが重要です。
- 指標数は、少な過ぎると用途が限定され、多過ぎると参照する際にも維持管理する際にも不便になります。活用目的に即して、最適な指標数になるよう心がけます。
- 経年変化を見る場合、極力一貫して収集できるように考慮します。

指標集としての取りまとめの手順



◎ **ステップ2 指標集としての取りまとめと維持管理**

ステップ2では、ステップ1で決められた方針に沿って、進め方1から4で収集したデータを整理・加工して指標集として取りまとめ、維持管理します。

・ **指標集としての整理**

ステップ1の方針に沿って、指標集としての整理を実施します。ここでは、「手引き」で例示されている45指標（下表での一連番号は、この手順書で付けたもの）に関して記載します。サンプル指標集の対象とあるものは、KDB分析および国や県等の公開データで作成する指標集の対象として想定している指標です。

| 手引きの分類 | 手引きの指標 | 収集方法 | サンプル指標集対象 |
|-------------|--|--------------------|-------------|
| 人口 | 1-3 人口・高齢化率、他 | 国県等の公開データ | 1-3 |
| 在宅介護 | 4-10 高齢者施設の待機者数、在宅介護支援事業所数、他 | 国県等の公開データ/独自調査 | 5-10 |
| 在宅医療 | 11-21 在宅療養支援病院数、他 | 国県等の公開データ/独自調査 | 11-15、17-18 |
| 連携に係る診療報酬 | 21 退院支援加算 22 介護支援連携指導料 23 退院時共同指導料 | 医療・介護レセプト分析 | 21-23 |
| 市区町村の取り組み | 24-27 医療・介護関係者向け研修等の実施回数等 | 独自調査 | - |
| 住民の意識・ニーズ | 28 在宅療養・介護の希望割合 29 在宅看取りの希望割合 | 独自調査 | - |
| 在宅医療サービスの実績 | 30 訪問診療の実績回数 31 訪問歯科衛生指導の実績回数 32 訪問薬剤指導の実績回数 33 訪問看護の実績回数 34 訪問看護の夜間休日対応実績回数 | 医療・介護レセプト分析 | 30-34 |
| 連携に係る介護報酬 | 35 入院時情報連携加算 36 退院退所加算 | 医療・介護レセプト分析 | - |
| 入退院時の連携 | 37-41 入院時情報提供率、他 | 独自調査 | - |
| 在宅看取の状況 | 42 在宅看取数・在宅看取率 | 国県等の公開データ | 42 |
| 目標指標 | 43 患者の生活満足度 44 従事者満足度（勤労従事者の労働生活の質） 45 要介護高齢者の在宅療養率 | 独自調査/ 医療・介護レセプト | 45 |

指標集としての取りまとめの手順

ステップ1.
方針の決定

ステップ2.
指標集としての取りま
とめと維持管理

医療・介護レセプト分析で収集する指標について

- ・ 医療・介護レセプトで収集できる指標であっても、KDBデータの特徴（介護レセプトの詳細なデータを含まないこと）から、KDBデータでは収集できない指標があります。
例：34訪問看護の夜間休日対応実績回数（介護）、35入退院時情報連携加算、36退院退所加算
- ・ KDBデータで収集できるが、実際の件数が少ないことから市区町村間の比較等で注意する必要のある指標があります。
例：23 退院時共同指導料。
- ・ KDBデータと小地域毎の認定者数のデータとを組み合わせることにより得られるデータがあります。
例：45 要介護高齢者の在宅療養率
- ・ 訪問看護ステーションの医療レセプトは電子化されていない場合があります。訪問看護ステーション分の実績が含まれていないことに注意する必要があります。
例：33訪問看護の実績回数（医療）、34訪問看護の休日夜間対応実績回数（医療）
- ・ 手引きで単位が回数になっている指標に関して、単位を人数とした指標で代替したほうが、地域の現状把握の指標として適している場合もあります。
例：30訪問診療の実績件数のかわりに、訪問診療を受けた実績人数を用いる

独自調査で収集する指標について

- ・ 「医療・介護関係者向け研修等の実施回数」等、市区町村の取り組みに関する指標（24-27）は、在宅医療・介護連携推進の施策を進めるうえで、施策の進捗を確認するアウトプット指標と考えられます。指標の定義等は施策の内容により、市区町村毎に異なるものと考えられます。
- ・ 在宅療養・介護の希望割り合い等、住民の意識・ニーズの調査（28-29）は、介護保険の日常生活圏域ニーズ調査や、医療計画のための調査等で把握されているデータがあれば、活用できると考えられます。
- ・ 入退院時の情報提供率等、入退院時の情報連携に関する指標の内、医療圏完結率を除く指標（37-39、41）は、在宅医療・介護連携の施策として、入退院時の情報連携を推進している場合、進捗を測る指標と考えられます。

指標集としての取りまとめの手順

ステップ1.
方針の決定

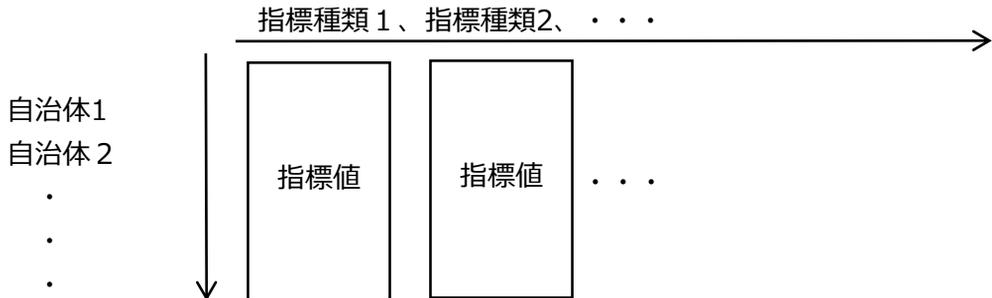
ステップ2.
指標集としての取りま
とめと維持管理

・ 指標集のファイル形式

指標集は取り扱いやすいエクセルファイルで管理することが効率的です。ファイルの形としては、在宅医療全国会議資料の地域データ集の形式(下図：指標の表示に適した形式)が、参考になります。また、エクセルのピボット機能等を使って指標集を編集・分析する際に扱いやすいエクセルファイルの形もあります(下図：エクセルのピボット機能による分析に適した形式)。

指標の表示に適した形式

- ・ 指標数が少ないときは直感的でわかりやすい
- ・ 単純な指標ファイルであっても、指標数が多くなったり、階層関係ができたりすると横に長くなり、エクセルでの視認性が悪くなる



エクセルのピボット機能による分析に適した形式

- ・ そのまま印字して利用する場合にはわかりにくい
- ・ 複数年の指標や、内訳のある指標をわかりやすく操作できる。但し、指標の組み合わせ数が多くなると表が縦に長くなる
- ・ エクセルのピボット操作と相性が良い。また、エクセル以外のツールで使用する際も扱いやすい。



◎ 進め方5：指標集としての取りまとめのポイント

- ・ 進め方1～4で示した、国や県等の公開データや既存データの収集、医療・介護レセプト分析、在宅医療関係者等からのヒアリング、及び独自調査で収集したデータを整理して、繰り返して活用しやすいような指標集として取りまとめると便利です。
- ・ 指標集の具体的な内容は、その市区町村にとって使いやすいものである必要がありますが、在宅医療全国会議資料の地域データ集や、「手引き」の指標集が参考になります。
- ・ 進め方5 指標集としての取りまとめの手順は、ステップ1 方針の決定、ステップ2 指標集としての取りまとめと維持管理よりなります。
- ・ ステップ1 方針の決定では、指標集の活用目的、維持管理方針、主な内容を決めます。
- ・ 指標集取りまとめの留意点としては、必要な指標を網羅しかつ使いやすい指標数に抑えること、出典や調査方法とともに管理すること、人口あたりあるいは高齢者数あたり等の比較しやすい指標とすること、等が考えられます。
- ・ ステップ2 指標集としての取りまとめと維持管理では、ステップ1で定めた方針に沿って、指標集を取りまとめ、維持管理します。
- ・ 「手引き」で例示されている45指標の一部を参考にして、国や県等の公開データと医療・介護レセプト分析で取りまとめた指標集を、手順書の資料編に示しています。
- ・ 指標数は取り扱いやすいエクセルファイルで管理すると効率的です。エクセルファイルの行・列構成としても、単純な指標に適した構成と、ピボット機能による分析に適した構成とがあります。

進め方6 最終アウトカムと施策・指標マップ

◎ 最終アウトカムと施策・指標マップの考え方 ～ 施策・指標マップの役割、他の進め方との関係

進め方1-4で収集したデータを、進め方5で指標集として取りまとめることによって、データを活用しやすく整理することができます。指標集の考え方を更に進めて、指標と指標との関係、指標と施策との関係を見やすく整理する考え方が、施策・指標マップです。

指標集でも、指標の間関係や施策と指標との関係は、暗黙のうちに意識されていると言えます。例えば、市区町村の取り組みに関する指標は、市区町村の施策の結果を測る指標という関係にあります。また、在宅医療、在宅介護の提供に関する指標や、医療・介護連携に関する指標は、医療や介護を利用する人の満足度や要介護高齢者の在宅療養率等の指標に向けた状態を測る指標と考えることもできます。施策・指標マップは、こうした関係を明示的に示し、関係者で共有するための手法です。

施策と指標との関係の例

研修会、普及啓発の講演会等の実施回数



研修、普及啓発等の施策

指標と指標との関係の例

満足度や要介護高齢者の在宅療養率等の指標



在宅医療や在宅介護の提供に関する指標

医療・介護連携に関する指標

施策・指標マップとロジックモデルについて

上記の図のように、〇〇をするためにXXをする、といった関係を矢印で表している図をロジックモデルと呼びます。ロジックモデルは、因果関係等を表現する汎用的な記法です。施策・指標マップは、ロジックモデルに指標や施策を割り当てたものです。

ロジックモデルを使うことにより、企画立案力アップ、説明力アップ、共有力アップにつながり、広い範囲のステークホルダでの共通言語となります。また、ただの指標集では意味が見えませんが、ロジックモデルの上に指標を配置することにより必要な施策が見えてきます。施策を事後的に評価ができて、改善すべきことが浮き彫りになります。

このようにロジックモデルと施策・指標マップは、関係者が集まって施策を考えたり評価したりする際に便利なツールであるため、医療計画や在宅医療・介護連携等に関する自治体職員研修等で活用されています。

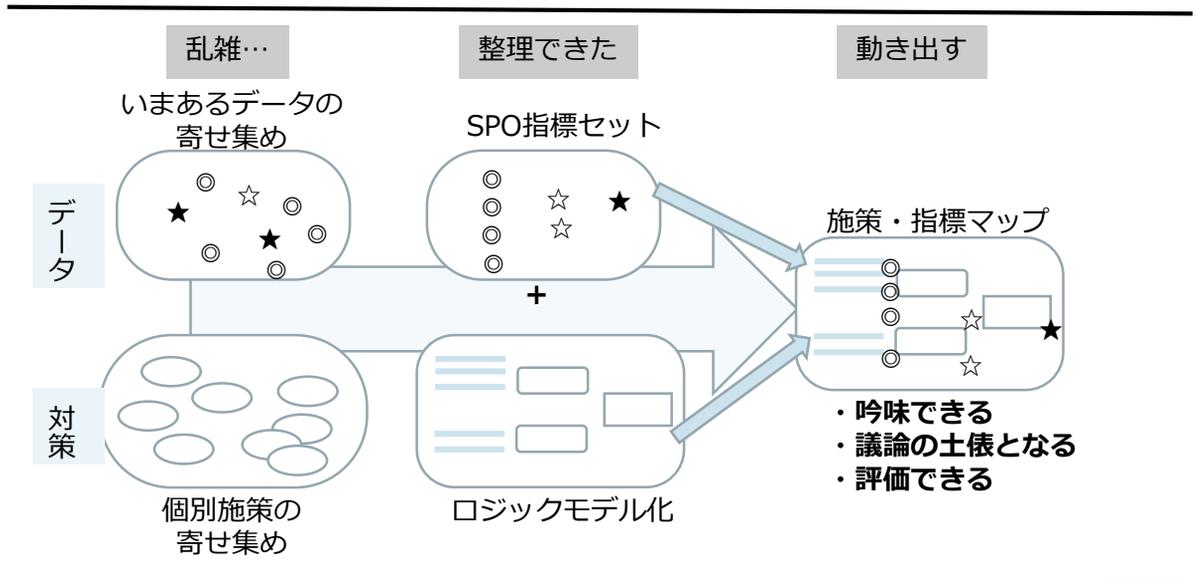
ロジックモデルは厳密にいうと、指標によって表現されているものの間の関係を示すものです。施策・指標マップと相違はありますが、この手順書では、特に必要な場合を除いて、ロジックモデルと施策・指標マップをほぼ同じ意味で使っています。

・ 施策・指標マップのポイント

施策・指標マップは下図に示すとおり、施策を吟味できるようになること、議論の土俵となること、施策を評価できるようになることがポイントです。

この図のデータに関する部分は、いまあるデータを寄せ集めただけでは乱雑になってしまうため、活用が難しいが、集めたデータをSPO（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）の観点で整理した指標セットにすることで、データ活用の土俵ができるということを示しています。

また、この図の対策の部分は、個々の施策を並べるだけではなく、施策と施策の関係をロジックにより整理して、ロジックモデルにする必要があることを示しています。更に、ロジックモデルと指標セットを重ね合わせることにより、吟味することができ、議論の土俵となる施策の全体像が得られ、施策の実施過程や施策の結果をデータにより評価できることを示しています。



・ 最終アウトカムについて

〇〇をするためにXXをするという関係を表すのが施策・指標マップですので、在宅医療・介護の全体を表す施策・指標マップを作るには、全体としての最終アウトカムが必要となります。手引きの指標イメージでは、満足度や要介護高齢者の在宅療養割合といった指標が最終アウトカムの候補の位置にあると考えられます。また、在宅医療・介護連携だけで最終アウトカムを考えるだけでなく、地域の保健福祉計画全体の最終アウトカムを考慮して考えていく必要もあります。

最終アウトカムの候補があり、検討して設定することができる場合でも、設定した最終アウトカムから個別の施策まで施策・指標マップでロジックによりつなぎ、個々の施策を最終アウトカムに照らして評価するのは、困難だというのが実情です。

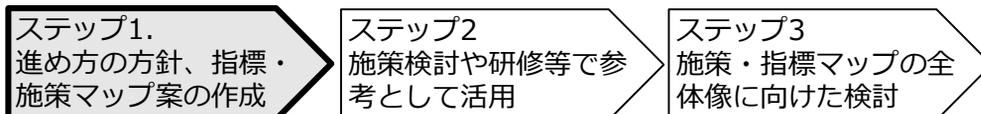
施策・指標マップという手法は、研修等で関係者が議論を深めるためのツールとして有効です。また在宅医療・介護連携の一部の範囲で施策・指標マップを使ってみることは、有力な手段です。そうした場合でも、全体としての最終アウトカムを意識して進めることは重要です。最終アウトカムを意識することにより、段階的に全体像を組み立てて行くことにも繋がります。

◎ 最終アウトカムと施策・指標マップの手順

ここでは、在宅医療・介護連携の一部で、施策・指標マップを作成してみて、多職種での研修や施策評価に活用する手順を説明します。

| | |
|-----------------------------|---|
| ステップ1. 進め方の方針 | 考慮する最終アウトカムを確認し、使ってみる在宅医療・介護連携の分野を決め、可能な範囲で施策・指標マップ案を作成します。 |
| ステップ2 施策検討や研修等で参考として活用 | 施策・指標マップ案を、多職種研修や、実際の施策検討の際に参考として活用します。 |
| ステップ3 施策・指標マップの全体像に向けた検討 | ステップ2での活用結果等に基づき、施策・指標マップの全体像を段階的に検討します。 |

最終アウトカムと施策・指標マップの手順



◎ ステップ1 進め方の方針確認、施策・指標マップ案の作成

ステップ1では、考慮する最終アウトカムを確認し、施策・指標マップを適用する在宅医療・介護連携の分野を決め、可能な範囲で施策・指標マップ案を作成します。

・ 考慮する最終アウトカムの確認

在宅医療・介護連携推進事業としての目指すべき理想の姿を、事業のアウトカムとして考慮します。また、自治体の保健福祉分野の計画で設定されている、総合目標は、施策・指標マップの最終アウトカム候補として考慮の対象となります。

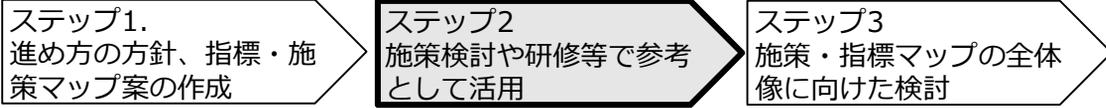
保健福祉分野のアウトカムの例：

「いちほら健伴まちづくりプラン」で、総合目標として健康寿命の延伸と健康格差の縮小が設定されています。在宅医療・介護連携の施策・指標マップでの、最終アウトカム候補として考慮します。

在宅医療・介護連携推進事業での目指すべき理想の姿の例：

在宅医療・介護連携推進事業の目指すべき理想像として、退院支援を重点に置いた医療と介護の提供体制の構築としています。施策・指標マップでの（中間）アウトカムとして考慮します。

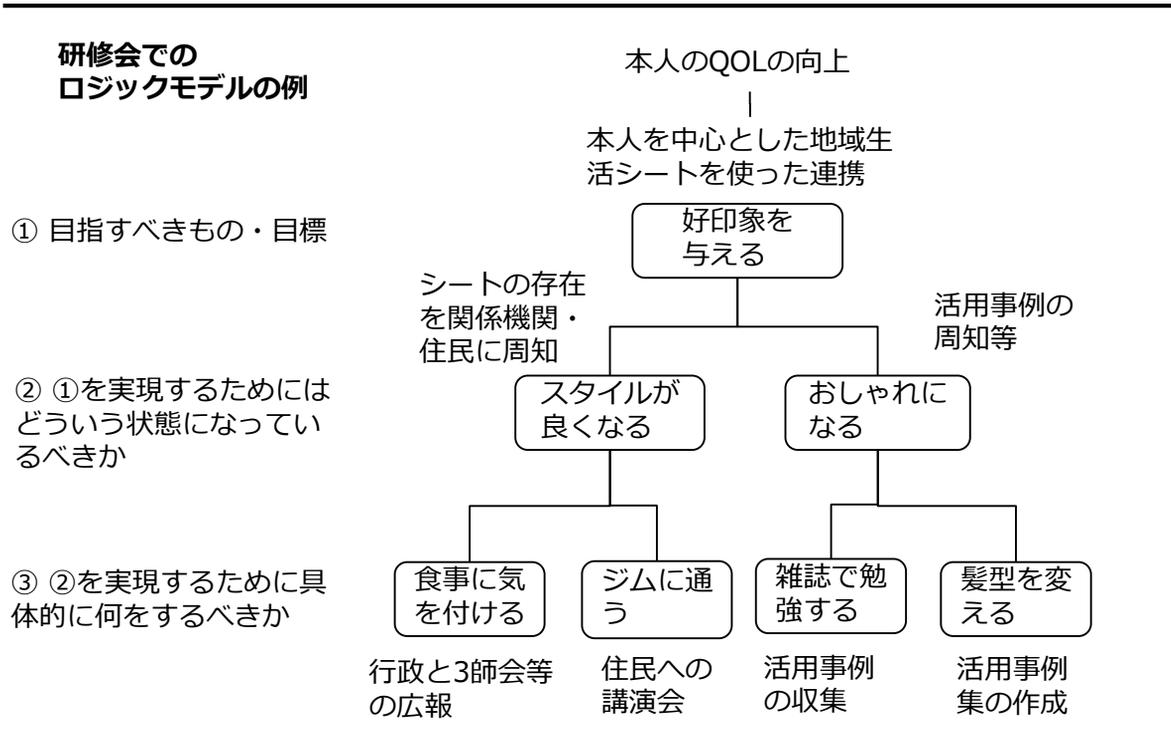
最終アウトカムと施策・指標マップの手順



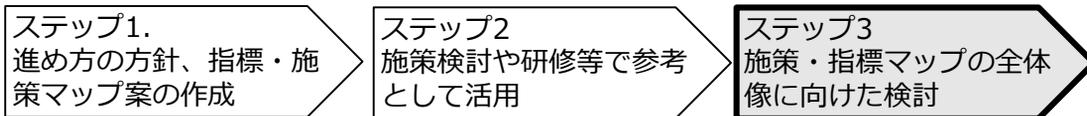
◎ ステップ2 施策検討や研修等での参考として活用

在宅医療・介護連携施策の一部で施策・指標マップ案を使って、施策を評価してみます。また、多職種研修で、テーマを決めて、ロジックモデルの作成を行って見ます。

ロジックモデルは、多職種連携でのグループワーク等で関係者が施策を検討し、議論を深めるのに有効です。研修の場での議論は深まるが、職場に戻ってすぐに施策に結びつくわけではない、という声も聞きますが、施策を検討していく場でのツールとして有効です。下図は、研修会で実際に使われた資料を基に作成したものです。



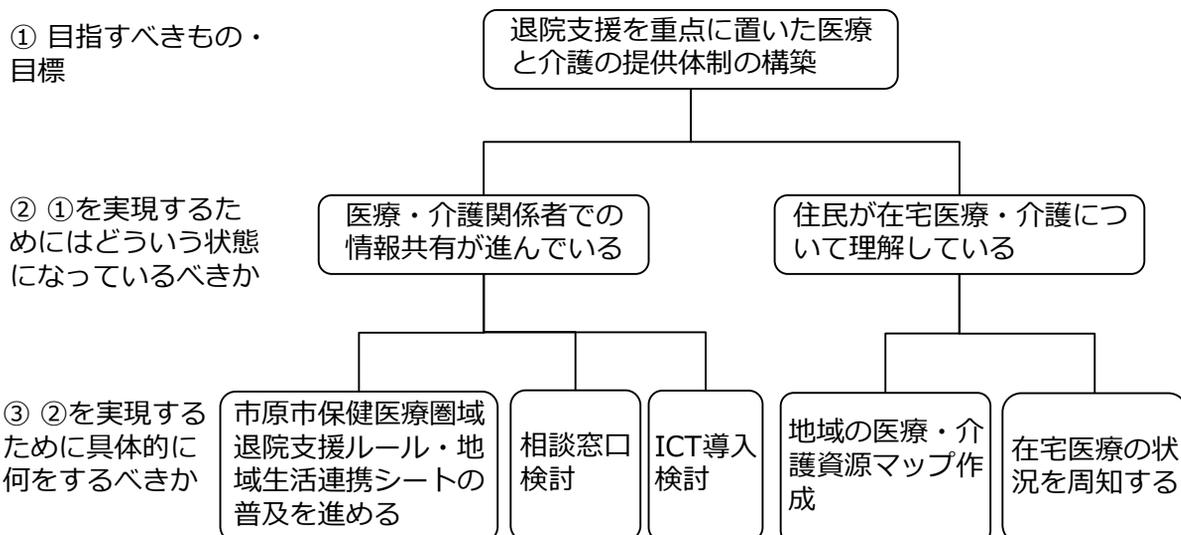
最終アウトカムと施策・指標マップの手順



◎ ステップ3 施策・指標マップの全体像に向けた検討

施策検討や研修等で参考として活用した実績の積み重ねにより、施策・指標マップの全体像に向けた検討を進めます。

例：在宅医療・介護連携の施策の体系（平成29年度推進事業の重点施策分野に絞った整理）



(*) 市原市と事務局による検討により、在宅医療・介護連携推進事業の全体像の内、平成29年度の重点施策である「退院支援を重点に置いた医療と介護の提供体制の構築」の分野に絞って施策・指標マップを作成することとした。

「① 目指すべきもの・目標」については、平成29年度の在宅医療・介護連携推進事業が目指す理想の姿としている「退院支援を重点に置いた医療と介護の提供体制の構築」とした。在宅医療・介護連携の全体像（今後検討）の中では、中間アウトカムの位置づけとなる。

「② ①を実現するためにはどういう状態になっているべきか」については、市原市と事務局による検討により「医療・介護関係者での情報共有が進んでいること」と、「住民が在宅医療・介護について理解していること」の2つとした。

「③ ②を実現するために具体的に何をすべきか」について、「医療・介護関係者での情報共有が進んでいる」状態に向けては、「市原市保健医療圏域退院支援ルール・地域生活連携シートの普及を進める」、「相談窓口検討」及び「ICT導入検討」とした。また、「住民が在宅医療・介護について理解している」状態に向けては、「地域の医療介護資源マップ作成」と「在宅医療の状況を周知する」とした。これらは、平成29年度の推進事業で実施している事項であり、目指す姿に向けた各施策の位置付けを明確にすることから始めている。

進め方6：最終アウトカムと施策・指標マップのポイント

- ・ 指標集の考え方を更に進めて、指標と指標との関係、指標と施策との関係を見やすく整理する考え方が、施策・指標マップです。
- ・ 施策・指標マップの指標については、集めたデータをSPO（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）の観点で整理した指標セットにすることが必要です。
- ・ 施策・指標マップの施策については、個々の施策を並べるだけではなく、施策と施策の関係をロジックにより整理して、ロジックモデルにすることが必要です。
- ・ こうして整理した指標セットとロジックモデルとを重ね合わせて、施策・指標マップを作成します。施策を吟味できるようになること、議論の土俵となること、施策を評価できるようになることが、施策・指標マップのポイントです
- ・ 施策・指標マップの全体像には、最終アウトカムの設定が必要です。自治体の保健福祉分野の計画で設定されている総合目標は、施策・指標マップの最終アウトカム候補として考慮する対象となります。
- ・ 最終アウトカムに向けた施策・指標マップの全体像を一度に作るのは困難と考えられます。最終アウトカムを意識しながら、段階的に進めます。
- ・ 進め方6 最終アウトカムと施策・指標マップの段階的な進め方の手順は、ステップ1 進め方の方針と施策・指標マップ案の作成、ステップ2 施策検討や研修等で参考として活用する、及びステップ3 施策・指標の全体像に向けた検討よりなります。
- ・ ステップ1では、進め方を確認し、在宅医療・介護連携の一部で、施策・指標マップ案を作成します。
- ・ ステップ2では、ステップ1で作成した案を施策検討に活用します。また、多職種での研修で施策・指標マップを使ったグループワークを行う等により、施策・指標マップの考え方を広めます。
- ・ ステップ3では、ステップ2での施策検討や考え方の普及に基づき、施策・指標マップの全体像に向けて検討します。
- ・ 一度に作り上げることは困難でも、在宅医療・介護連携を効果的に進めていくためには、全体像を可視化し、全体目標に向けた個々の施策の位置付けを確認することは重要です。

資料編

資料編1 指標値ファイルと分析ファイルの例

資料編2 集計レポート（グラフ・マップ集）の例（一覧表）

資料編3 集計のための疾病分類の例

資料編1 指標値ファイルと分析用ファイルの例

資料編1では、本調査研究で作成した下記の指標値ファイルと分析ファイルを例として示します。指標値ファイルは、手引きの指標の一部に関して、KDBデータ集計・分析結果等によりまとめた指標値ファイルです。分析ファイルは、医療及び介護サービスを受けた人の人数に関して、エクセルのピボット機能を使って組み合わせ条件により分析するためのファイルです。

(指標値ファイル)

| | |
|------------------------------|---|
| 手引きの指標を参考とした市原市日常生活圏域指標値ファイル | 手引きの指標の一部に関して、KDBデータ集計・分析結果等により市原市日常生活圏域毎にまとめた指標値ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・人口、高齢者数等の基本的な指標 ・退院支援加算人数等の医療・介護連携プロセス指標 ・「要介護3以上で入院患者でも介護三施設入所者でもない人の割合」等のアウトカム指標 |
| 手引きの指標を参考とした千葉県52自治体指標値ファイル | 手引きの指標の一部に関して、KDBデータ集計・分析結果等により千葉県52自治体毎にまとめた指標値ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・人口、高齢者数等の基本的な指標 ・在宅療養支援診療所数等のストラクチャー指標 ・退院支援加算人数等の医療・介護連携プロセス指標 ・「要介護3以上で入院患者でも介護三施設入所者でもない人の割合」等のアウトカム指標 |

(分析ファイル)

| | |
|-----------------------|--|
| 市原市医療・介護連携分析ファイル | 住民が受けている医療と介護サービスに関して、KDBデータ集計・分析結果により、市原市日常生活圏域毎にまとめた分析ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・住所地の日常生活圏域、疾病分類、性別、年齢区分、要介護度、入外区分、介護サービス分類の組み合わせ毎に集計した人数 |
| 市原市医療移動分析ファイル | 住民が受けている医療に関して、患者の住所地の日常生活圏域と、医療施設所在地の日常生活圏域（または市外）の組み合わせを、KDBデータ集計・分析結果によりまとめた分析ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・患者住所地の日常生活圏域、医療施設所在地の日常生活圏域（または市外）、疾病分類、性別、年齢区分、要介護度、入外区分の組み合わせ毎に集計した人数 |
| 市原市介護移動分析ファイル | 住民が受けている介護サービスに関して、利用者の住所地の日常生活圏域と、介護事業所所在地の日常生活圏域（または市外）の組み合わせを、KDBデータ集計・分析結果によりまとめた分析ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の住所地の日常生活圏域、介護事業所の日常生活圏域（または市外）、疾病分類、性別、年齢区分、要介護度、入外区分、介護サービス分類の組み合わせ毎に集計した人数 |
| 千葉県52自治体医療・介護連携分析ファイル | 住民が受けている医療と介護サービスに関して、KDBデータ集計・分析結果により、千葉県の52自治体毎にまとめた分析ファイル <ul style="list-style-type: none"> ・住所地の自治体、疾病分類、性別、年齢区分、要介護度、入外区分、介護サービス分類の組み合わせ毎に集計した人数 |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 手引きの指標を参考にした市原市日常生活圏域指標値ファイル - 指標の説明

手引きの指標を参考にした市原市日常生活圏域指標値ファイルは、手引きの指標の一部に関して、KDBデータ集計・分析結果等によりまとめた指標値ファイルです。各日常生活圏域の在宅医療・介護連携に関する特徴を把握することを目的としています。この指標値ファイルは人口、高齢者数等の基本的な指標、退院支援加算人数等の医療・介護連携プロセス指標、「要介護3以上で入院患者でも介護三施設入所者でもない人の割合」等のアウトカム指標を含んでいます。

下記に各指標の名称と出典等を示します。

| 指標名 | 説明 |
|---|--|
| 00.1 都道府県 | 千葉県 |
| 00.2 自治体名 | 市原市 |
| 00.3 自治体コード | 12219 |
| 00.4 日常生活圏域名 | 圏域名は、市原市ホームページより |
| 00.5 日常生活圏域番号 | この調査研究で割り当てた番号 |
| 01.1 人口 | 平成28年10月1日時点の住民基本台帳人口より編集 |
| 01.2 高齢者数 | 平成28年10月1日時点の住民基本台帳人口より編集 |
| 01.3 75歳以上人口 | 平成28年10月1日時点の住民基本台帳人口より編集 |
| 01.4 高齢化率 | 平成28年10月1日時点の住民基本台帳人口より編集 |
| 01.5 75歳以上人口の割合 | 平成28年10月1日時点の住民基本台帳人口より編集 |
| 03.9 要介護3以上人数 試算値 | 平成24年10月1日時点の圏域別認定者数(第6期介護保険事業計画)より、認定者数の増加を1.19倍として試算した値 |
| 03.9 要支援12要介護12人数 試算値 | 平成24年10月1日時点の圏域別認定者数(第6期介護保険事業計画)より、認定者数の増加を1.19倍として試算した値 |
| 21 退院支援加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上退院支援加算を含むレセプトのある人数 |
| 22 介護支援連携指導料人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上介護支援連携指導料を含むレセプトのある人数 |
| 23 退院時共同指導料人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上退院共同指導料を含むレセプトのある人数 |
| 30 訪問診療実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問診療を含むレセプトのある人数 |
| 31 訪問歯科衛生指導実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問歯科衛生指導を含むレセプトのある人数 |
| 32 薬局在宅療養管理指導実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上薬局による在宅介護指導の介護給付実績のある人数 |
| 33 訪問看護(介護)実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問看護の介護給付実績のある人数 |
| 42.1 看取り加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)看取り加算を含むレセプトのある人数 |
| 42.2 在宅ターミナルケア加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)ターミナルケア加算を含むレセプトのある人数 |
| 45.1 要介護3以上で入院 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上入院レセプトのある要介護3以上の人数 |
| 45.2 要介護3以上で外来 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上外来レセプトのある(但し入院、在宅医療のある人は除く)要介護3以上の人数 |
| 45.3 要介護3以上で在宅医療 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上在宅医療のレセプトのある(但し入院のある人は除く)要介護3以上の人数 |
| 45.4 要介護3以上で介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)介護三施設の介護給付実績のある要介護3以上の人数 |
| 45.5 要介護3以上で入院かつ介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)入院レセプトと介護三施設の介護給付実績の両方のある要介護3以上の人数 |
| 45.6 要介護3以上で、入院でも介護三施設でもない人の割合(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45.7 要介護3以上で、入院でも介護三施設でもない人(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45.8 要支援1-2・要介護1-2で入院 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上入院レセプトのある要支援12要介護12の人数 |
| 45.9 要支援1-2・要介護1-2で外来 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上外来レセプトのある(但し入院、在宅医療のある人は除く)要支援12要介護12の人数 |
| 45.10 要支援1-2・要介護1-2で在宅医療 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上在宅医療のレセプトのある(但し入院のある人は除く)要支援12要介護12の人数 |
| 45.11 要支援1-2・要介護1-2で介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)介護三施設の介護給付実績のある要支援12要介護12の人数 |
| 45.12 要支援1-2・要介護1-2で入院かつ介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)入院レセプトと介護三施設の介護給付実績の両方のある要支援12要介護12の人数 |
| 45.13 要支援1-2・要介護1-2で、入院でも介護三施設でもない人の割合(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45.14 要支援1-2・要介護1-2で、入院でも介護三施設でもない人(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |

(注1) 手引きの指標との相違点

退院支援加算等のプロセス指標について、手引きの指標では件数の指標とされていますが、市原市日常生活圏域の指標値ファイルでは、本調査研究での集計方法に沿って、人数の指標としています。

(注2) 日常生活圏域毎、要介護度毎の認定者数

アウトカム指標である「要介護3以上で入院患者でも介護三施設入所者でもない人の割合」を計算するための、日常生活圏域毎、要介護度毎の認定者数については、第6期介護保険事業計画での数値を元に認定者数の増加を1.19倍として試算しています。

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 手引きの指標を参考にした、市原市日常生活圏域指標値ファイル - 指標値

下記に、手引きの指標を参考にした市原市日常生活圏域指標値ファイルの指標値を示します。

| 00_1.都道府県 | 00_2.自治体名 | 00_3.自治体コード | 00_4.日常生活圏域名 | 00_5.日常生活圏域番号 | 01_1.人口 | 01_2.高齢者数 | 01_3.75歳以上人口 | 01_4.高齢化率 | 01_5.75歳以上人口の割合 | 03_8.要介護3以上人数 | 03_9.要介護12要介護12人数 | 21.退院支援加算人数 | 22.介護支援連携指導料人数 | 23.退院時共同指導料人数 | 30.訪問診療実績人数 | 31.訪問歯科衛生指導実績人数 | 32.薬局在宅薬管理指導実績人数 | 33.訪問看護(介護)実績人数 | 42.1.看取り加算人数 | 42.2.在宅ターミナルケア加算人数 |
|-----------|-----------|-------------|--------------|---------------|---------|-----------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-------------------|-------------|----------------|---------------|-------------|-----------------|------------------|-----------------|--------------|--------------------|
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 1南総北 | 01 | 7,589 | 2,699 | 1,090 | 35.6 | 14.4 | 131 | 270 | 6 | 1 | 0 | 11 | 15 | 5 | 20 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 2南総西 | 02 | 9,917 | 3,615 | 1,673 | 36.5 | 16.9 | 253 | 443 | 7 | 1 | 0 | 22 | 21 | 9 | 26 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 3南総東 | 03 | 6,203 | 2,379 | 1,195 | 38.4 | 19.3 | 203 | 288 | 3 | 0 | 0 | 11 | 23 | 5 | 14 | 1 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 4加茂 | 04 | 5,398 | 2,473 | 1,418 | 45.8 | 26.3 | 290 | 396 | 2 | 1 | 1 | 10 | 37 | 8 | 23 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 5市原東 | 05 | 20,707 | 6,953 | 3,289 | 33.6 | 15.9 | 336 | 774 | 15 | 2 | 0 | 54 | 11 | 30 | 51 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 6辰巳台 | 06 | 12,079 | 2,033 | 825 | 16.8 | 6.8 | 102 | 196 | 3 | 1 | 0 | 14 | 4 | 12 | 7 | 0 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 7市津 | 07 | 13,882 | 5,166 | 2,339 | 37.2 | 16.8 | 401 | 531 | 10 | 3 | 0 | 49 | 41 | 35 | 37 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 8ちはら台 | 08 | 25,316 | 2,782 | 947 | 11.0 | 3.7 | 159 | 250 | 8 | 0 | 0 | 38 | 6 | 28 | 17 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 9市原北 | 09 | 21,481 | 5,273 | 2,360 | 24.5 | 11.0 | 280 | 536 | 11 | 1 | 0 | 37 | 8 | 22 | 27 | 0 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 10市原西 | 10 | 9,962 | 3,581 | 1,696 | 35.9 | 17.0 | 268 | 387 | 5 | 1 | 0 | 37 | 36 | 17 | 28 | 1 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 11五井西 | 11 | 19,522 | 3,575 | 1,458 | 18.3 | 7.5 | 257 | 375 | 7 | 1 | 0 | 32 | 13 | 15 | 20 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 12五井南 | 12 | 6,574 | 2,065 | 945 | 31.4 | 14.4 | 101 | 234 | 6 | 1 | 1 | 10 | 43 | 3 | 15 | 1 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 13五井東 | 13 | 33,389 | 7,178 | 3,051 | 21.5 | 9.1 | 363 | 856 | 22 | 6 | 0 | 64 | 23 | 36 | 42 | 2 | 2 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 14国分寺 | 14 | 28,111 | 6,840 | 2,387 | 24.3 | 8.5 | 331 | 621 | 15 | 2 | 1 | 46 | 32 | 21 | 44 | 2 | 1 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 15三和 | 15 | 14,656 | 5,343 | 2,196 | 36.5 | 15.0 | 322 | 476 | 11 | 4 | 1 | 29 | 19 | 21 | 29 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 16姉崎 | 16 | 22,314 | 5,701 | 2,458 | 25.5 | 11.0 | 346 | 599 | 16 | 6 | 0 | 26 | 15 | 17 | 52 | 8 | 4 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 17青葉台 | 17 | 7,743 | 2,944 | 1,223 | 38.0 | 15.8 | 130 | 224 | 3 | 0 | 0 | 19 | 7 | 8 | 26 | 1 | 0 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 18有秋 | 18 | 14,283 | 3,812 | 1,422 | 26.7 | 10.0 | 211 | 355 | 18 | 6 | 2 | 26 | 12 | 12 | 41 | 1 | 0 |

| 45_1.要介護3以上で入院 | 45_2.要介護3以上で外来 | 45_3.要介護3以上で在宅医療 | 45_4.要介護3以上で介護3施設 | 45_5.要介護3以上で入院かつ介護3施設 | 45_6.要介護3以上で、入院でも介護3施設でもない人の割合(試算値) | 45_7.要介護3以上で、入院でも介護3施設でもない人の割合(試算値) | 45_8.要介護1-2で入院 | 45_9.要介護1-2で外来 | 45_10.要介護1-2で在宅医療 | 45_11.要介護1-2で介護3施設 | 45_12.要介護1-2で入院かつ介護3施設 | 45_13.要介護1-2で、入院でも介護3施設でもない人の割合(試算値) | 45_14.要介護1-2で、入院でも介護3施設でもない人の割合(試算値) |
|----------------|----------------|------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|-------------------|--------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 29 | 73 | 5 | 40 | 7 | 52.7 | 69 | 9 | 223 | 6 | 9 | 0 | 93.3 | 252 |
| 42 | 101 | 14 | 64 | 5 | 60.1 | 152 | 21 | 320 | 7 | 22 | 2 | 90.7 | 402 |
| 21 | 87 | 9 | 81 | 5 | 52.2 | 106 | 19 | 243 | 4 | 28 | 0 | 83.7 | 241 |
| 40 | 165 | 6 | 149 | 14 | 39.7 | 115 | 21 | 287 | 6 | 26 | 1 | 88.4 | 350 |
| 69 | 136 | 34 | 49 | 8 | 67.3 | 226 | 54 | 544 | 17 | 15 | 1 | 91.2 | 706 |
| 18 | 41 | 10 | 20 | 2 | 64.7 | 66 | 19 | 179 | 6 | 2 | 0 | 89.3 | 175 |
| 53 | 231 | 29 | 182 | 14 | 44.9 | 180 | 35 | 399 | 12 | 22 | 2 | 89.6 | 476 |
| 23 | 68 | 18 | 39 | 4 | 63.5 | 101 | 17 | 205 | 18 | 2 | 0 | 92.4 | 231 |
| 50 | 128 | 24 | 46 | 6 | 67.9 | 190 | 46 | 423 | 18 | 8 | 0 | 89.9 | 482 |
| 51 | 174 | 23 | 127 | 16 | 39.6 | 106 | 39 | 320 | 15 | 18 | 2 | 85.8 | 332 |
| 40 | 111 | 17 | 59 | 3 | 62.6 | 161 | 34 | 249 | 11 | 9 | 1 | 88.8 | 333 |
| 23 | 72 | 7 | 37 | 4 | 44.6 | 45 | 14 | 183 | 4 | 9 | 0 | 90.2 | 211 |
| 67 | 177 | 33 | 90 | 7 | 58.7 | 213 | 58 | 555 | 34 | 14 | 0 | 91.6 | 784 |
| 44 | 157 | 29 | 89 | 4 | 61.0 | 202 | 38 | 458 | 15 | 15 | 2 | 91.8 | 570 |
| 62 | 159 | 22 | 80 | 5 | 57.5 | 185 | 34 | 402 | 14 | 15 | 3 | 90.3 | 430 |
| 60 | 164 | 31 | 67 | 3 | 64.2 | 222 | 42 | 478 | 15 | 17 | 2 | 90.5 | 542 |
| 24 | 55 | 15 | 20 | 2 | 67.7 | 88 | 12 | 182 | 10 | 4 | 0 | 92.9 | 208 |
| 34 | 117 | 10 | 77 | 7 | 50.7 | 107 | 24 | 279 | 10 | 11 | 0 | 90.1 | 320 |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 手引きの指標を参考にした、千葉県52自治体指標値ファイル - 指標の説明

手引きの指標を参考にした千葉県52自治体指標値ファイルは、手引きの指標の一部に関して、KDBデータ集計・分析結果等によりまとめた指標値ファイルです。市原市との比較のため、各自治体の在宅医療・介護連携に関する特徴を把握することを目的としています。この指標値ファイルは人口、高齢者数等の基本的な指標、在宅療養支援診療所数等のストラクチャー指標、退院支援加算人数等の医療・介護連携プロセス指標、「要介護3以上で入院患者でも介護三施設入所者でもない人の割合」等のアウトカム指標を含んでいます。

下記に各指標の名称と出典等を示します。

| 指標名 | 説明 |
|--|--|
| 00 1. 都道府県 | 千葉県 |
| 00 2. 自治体名 | 自治体コード順(千葉市、市川市を除く) |
| 00 3. 自治体コード | |
| 01 1. 人口 | 平成28年4月1日時点の住民基本台帳人口(千葉県ホームページを参照)より編集 |
| 01 2. 高齢者数 | 平成28年4月1日時点の住民基本台帳人口(千葉県ホームページを参照)より編集 |
| 01 3. 75歳以上人口 | 平成28年4月1日時点の住民基本台帳人口(千葉県ホームページを参照)より編集 |
| 01 4. 高齢化率 | 平成28年4月1日時点の住民基本台帳人口(千葉県ホームページを参照)より編集 |
| 01 5. 75歳以上人口の割合 | 平成28年4月1日時点の住民基本台帳人口(千葉県ホームページを参照)より編集 |
| 01 6. 面積 | 平成28年10月 国土地理院(平方キロメートル) |
| 01 7. 人口密度 | 人口(人) / 面積(平方キロメートル) |
| 03 8. 要介護3以上人数 | 平成29年3月末の認定者数(介護保険事業状況報告平成29年3月分暫定) |
| 03 9. 要支援12要介護12人数 | 平成29年3月末の認定者数(介護保険事業状況報告平成29年3月分暫定) |
| 11 在宅療養支援病院数 | 平成28年3月末厚生局調べ(在宅医療に関する地域別データ集) |
| 12 在宅療養支援診療所数 | 平成28年3月末厚生局調べ(在宅医療に関する地域別データ集) |
| 17 1. 訪問看護ステーション数 | 平成27年10月1日 介護サービス施設・事業所調査特別集計(在宅医療に関する地域別データ集) |
| 17 2. 訪問看護職員数(常勤換算) | 平成27年10月1日 介護サービス施設・事業所調査特別集計、准看護師含む(在宅医療に関する地域別データ集) |
| 18 24時間対応の訪問看護職員数(常勤換算) | 平成27年10月1日 介護サービス施設・事業所調査特別集計、准看護師含む(在宅医療に関する地域別データ集) |
| 21 退院支援加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上退院支援加算を含むレセプトのある人数 |
| 22 介護支援連携指導料人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上介護支援連携指導料を含むレセプトのある人数 |
| 23 退院時共同指導料人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上退院共同指導料を含むレセプトのある人数 |
| 30 訪問診療実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問診療を含むレセプトのある人数 |
| 31 訪問歯科衛生指導実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問歯科衛生指導を含むレセプトのある人数 |
| 32 薬局居宅療養管理指導実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上薬局による居宅介護指導の介護給付実績のある人数 |
| 33 訪問看護(介護)実績人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上訪問看護の介護給付実績のある人数 |
| 42 1. 看取り加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)看取り加算を含むレセプトのある人数 |
| 42 2. 在宅ターミナルケア加算人数 | 平成29年3月(KDB処理年月)ターミナルケア加算を含むレセプトのある人数 |
| 45 1. 要介護3以上で入院 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上入院レセプトのある要介護3以上の人数 |
| 45 2. 要介護3以上で外来 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上外来レセプトのある(但し入院、在宅医療のある人は除く)要介護3以上の人数 |
| 45 3. 要介護3以上で在宅医療 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上在宅医療のレセプトのある(但し入院のある人は除く)要介護3以上の人数 |
| 45 4. 要介護3以上で介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)介護三施設の介護給付実績のある要介護3以上の人数 |
| 45 5. 要介護3以上で入院かつ介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)入院レセプトと介護三施設の介護給付実績の両方のある要介護3以上の人数 |
| 45 6. 要介護3以上で、入院でも介護三施設でもない人の割合(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45 7. 要介護3以上で、入院でも介護三施設でもない人 | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45 8. 要支援1-2・要介護1-2で入院 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上入院レセプトのある要支援12要介護12の人数 |
| 45 9. 要支援1-2・要介護1-2で外来 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上外来レセプトのある(但し入院、在宅医療のある人は除く)要支援12要介護12の人数 |
| 45 10. 要支援1-2・要介護1-2で在宅医療 | 平成29年3月(KDB処理年月)1か月に1回以上在宅医療のレセプトのある(但し入院のある人は除く)要支援12要介護12の人数 |
| 45 11. 要支援1-2・要介護1-2で介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)介護三施設の介護給付実績のある要支援12要介護12の人数 |
| 45 12. 要支援1-2・要介護1-2で入院かつ介護三施設 | 平成29年3月(KDB処理年月)入院レセプトと介護三施設の介護給付実績の両方のある要支援12要介護12の人数 |
| 45 13. 要支援1-2・要介護1-2で、入院でも介護三施設でもない人の割合(試算値) | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |
| 45 14. 要支援1-2・要介護1-2で、入院でも介護三施設でもない人 | KDB集計結果と認定者数による試算結果 |

(注1) 手引きの指標との相違点

退院支援加算等のプロセス指標について、手引きの指標では件数の指標とされていますが、千葉県52自治体の指標値ファイルでは、本調査研究での集計方法に沿って、人数の指標としています。

(注2) 対象自治体について

この指標値ファイルの対象自治体は、本調査研究で対象としたKDBデータに含まれる自治体(千葉県の自治体のうち、千葉市、市川市を除く52自治体)です。

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 手引きの指標を参考にした、千葉県52自治体指標値ファイル - 指標値

下記に手引きの指標を参考にした千葉県52自治体指標値ファイルの指標値を示します。

| 00.1.都道府県 | 00.2.自治体名 | 00.3.自治体コード | 01.1.人口 | 01.2.高齢者数 | 01.3.75歳以上人口 | 01.4.高齢化率 | 01.5.75歳以上の割合 | 01.6.面積 | 01.7.人口密度 | 03.8.要介護3以上人数 | 03.9.要介護1・2要介護1・2人数 | 11.在宅療養支援診療所数 | 12.在宅療養支援診療所数 | 17.1.訪問看護ステーション数 | 17.2.訪問看護職員数(常勤換算) | 18.24時間対応の訪問看護職員数(常勤換算) |
|-----------|-----------|-------------|---------|-----------|--------------|-----------|---------------|---------|-----------|---------------|---------------------|---------------|---------------|------------------|--------------------|-------------------------|
| 千葉県 | 鎌倉市 | 12202 | 64,990 | 21,986 | 11,365 | 33.8 | 17.5 | 84 | 772 | 1,328 | 2,336 | 0 | 0 | 3 | 11 | 0 |
| 千葉県 | 船橋市 | 12204 | 627,816 | 145,201 | 65,673 | 23.1 | 10.5 | 86 | 7,333 | 8,027 | 15,391 | 2 | 43 | 25 | 86 | 78 |
| 千葉県 | 館山市 | 12205 | 48,043 | 17,655 | 8,842 | 36.7 | 18.4 | 110 | 437 | 991 | 2,390 | 1 | 3 | 6 | 28 | 28 |
| 千葉県 | 木更津市 | 12206 | 134,029 | 35,270 | 15,405 | 26.3 | 11.5 | 139 | 965 | 2,150 | 3,452 | 1 | 7 | 6 | 15 | 15 |
| 千葉県 | 松戸市 | 12207 | 490,273 | 120,125 | 53,524 | 24.5 | 10.9 | 61 | 7,986 | 6,947 | 11,673 | 3 | 35 | 27 | 100 | 90 |
| 千葉県 | 野田市 | 12208 | 155,134 | 43,354 | 17,731 | 27.9 | 11.4 | 104 | 1,498 | 2,338 | 4,247 | 0 | 7 | 5 | 14 | 14 |
| 千葉県 | 茂原市 | 12209 | 90,078 | 27,357 | 12,377 | 30.0 | 13.6 | 100 | 912 | 1,521 | 2,607 | 0 | 4 | 3 | 20 | 20 |
| 千葉県 | 成田市 | 12211 | 131,901 | 27,568 | 12,109 | 20.9 | 9.2 | 214 | 617 | 1,322 | 2,505 | 0 | 3 | 3 | 7 | 7 |
| 千葉県 | 佐倉市 | 12212 | 178,876 | 50,802 | 20,722 | 28.6 | 11.7 | 104 | 1,707 | 2,136 | 4,612 | 3 | 11 | 7 | 25 | 22 |
| 千葉県 | 東金市 | 12213 | 59,962 | 17,739 | 6,994 | 29.4 | 11.7 | 89 | 673 | 1,030 | 1,390 | 0 | 2 | 3 | 12 | 12 |
| 千葉県 | 旭市 | 12215 | 67,415 | 18,808 | 9,293 | 27.9 | 13.8 | 130 | 517 | 1,276 | 1,615 | 0 | 2 | 4 | 19 | 13 |
| 千葉県 | 習志野市 | 12216 | 169,461 | 38,175 | 17,380 | 22.5 | 10.3 | 21 | 8,081 | 1,882 | 3,868 | 0 | 7 | 7 | 25 | 22 |
| 千葉県 | 柏市 | 12217 | 410,033 | 100,743 | 43,335 | 24.6 | 10.6 | 115 | 3,574 | 4,911 | 9,781 | 0 | 31 | 22 | 79 | 70 |
| 千葉県 | 勝浦市 | 12218 | 18,765 | 7,374 | 3,666 | 39.3 | 20.6 | 94 | 200 | 588 | 686 | 0 | 0 | 2 | 6 | 6 |
| 千葉県 | 市原市 | 12219 | 279,396 | 73,736 | 31,105 | 26.3 | 11.1 | 368 | 759 | 4,085 | 7,294 | 2 | 9 | 14 | 47 | 45 |
| 千葉県 | 流山市 | 12220 | 177,597 | 42,411 | 18,374 | 23.9 | 10.3 | 35 | 5,028 | 2,479 | 4,369 | 0 | 11 | 8 | 26 | 17 |
| 千葉県 | 八千代市 | 12221 | 195,371 | 47,077 | 20,904 | 24.1 | 10.7 | 51 | 3,802 | 2,181 | 4,399 | 0 | 8 | 10 | 35 | 30 |
| 千葉県 | 孫悟空市 | 12223 | 132,715 | 37,250 | 16,821 | 28.4 | 12.7 | 43 | 3,076 | 1,812 | 3,592 | 0 | 9 | 6 | 24 | 22 |
| 千葉県 | 鴨川市 | 12223 | 34,247 | 12,393 | 6,451 | 36.2 | 18.8 | 191 | 179 | 476 | 1,440 | 2 | 3 | 7 | 24 | 22 |
| 千葉県 | 鎌ヶ谷市 | 12224 | 109,415 | 29,010 | 12,033 | 26.5 | 11.0 | 21 | 5,190 | 1,361 | 2,741 | 1 | 5 | 6 | 20 | 20 |
| 千葉県 | 君津市 | 12225 | 86,999 | 24,532 | 11,419 | 28.2 | 13.1 | 319 | 273 | 1,394 | 2,359 | 0 | 0 | 5 | 12 | 9 |
| 千葉県 | 高津市 | 12226 | 46,275 | 15,976 | 7,792 | 34.5 | 16.8 | 206 | 225 | 1,170 | 1,576 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 浦安市 | 12227 | 165,411 | 26,578 | 10,048 | 16.1 | 8.1 | 17 | 9,561 | 1,121 | 2,477 | 0 | 10 | 3 | 16 | 14 |
| 千葉県 | 四街道市 | 12228 | 91,767 | 25,443 | 10,506 | 27.7 | 11.4 | 35 | 2,658 | 1,031 | 2,082 | 0 | 6 | 3 | 7 | 7 |
| 千葉県 | 袖ヶ浦市 | 12229 | 62,147 | 15,433 | 6,362 | 24.8 | 10.2 | 95 | 655 | 809 | 1,200 | 0 | 1 | 1 | 8 | 8 |
| 千葉県 | 八街市 | 12230 | 72,406 | 18,762 | 7,437 | 25.9 | 10.3 | 75 | 968 | 1,039 | 1,381 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 印西市 | 12231 | 95,185 | 19,599 | 8,000 | 20.6 | 9.4 | 124 | 769 | 1,443 | 1,310 | 0 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 白井市 | 12232 | 63,175 | 14,852 | 5,842 | 23.5 | 8.9 | 35 | 1,781 | 679 | 1,268 | 0 | 1 | 2 | 6 | 6 |
| 千葉県 | 高里市 | 12233 | 49,897 | 12,192 | 4,338 | 24.4 | 8.7 | 54 | 926 | 518 | 767 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 南房総市 | 12234 | 40,073 | 16,895 | 8,895 | 42.4 | 22.2 | 230 | 174 | 1,240 | 1,794 | 0 | 4 | 2 | 8 | 8 |
| 千葉県 | 匝瑳市 | 12235 | 38,063 | 11,971 | 6,210 | 31.5 | 16.3 | 109 | 325 | 750 | 1,149 | 0 | 3 | 1 | 13 | 13 |
| 千葉県 | 香取市 | 12236 | 79,647 | 25,968 | 13,183 | 32.6 | 16.6 | 262 | 304 | 1,431 | 2,499 | 0 | 3 | 5 | 16 | 6 |
| 千葉県 | 山武市 | 12237 | 53,866 | 16,571 | 7,821 | 30.8 | 14.5 | 147 | 367 | 1,054 | 1,543 | 0 | 2 | 3 | 13 | 13 |
| 千葉県 | いすみ市 | 12238 | 39,762 | 14,927 | 6,328 | 37.5 | 19.3 | 158 | 252 | 1,101 | 1,472 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| 千葉県 | 大網白根市 | 12239 | 50,365 | 14,316 | 6,328 | 28.4 | 12.6 | 58 | 867 | 863 | 1,220 | 0 | 1 | 4 | 6 | 7 |
| 千葉県 | 清文井町 | 12322 | 21,189 | 6,196 | 2,395 | 29.2 | 11.3 | 19 | 1,115 | 452 | 487 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 栄町 | 12329 | 21,470 | 6,657 | 2,666 | 31.0 | 12.4 | 33 | 660 | 285 | 434 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 神崎町 | 12342 | 6,291 | 1,958 | 1,022 | 31.1 | 16.2 | 20 | 316 | 127 | 200 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 多古町 | 12347 | 15,174 | 5,084 | 2,803 | 33.5 | 18.5 | 73 | 208 | 303 | 435 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 |
| 千葉県 | 東庄町 | 12349 | 14,564 | 4,966 | 2,409 | 34.1 | 16.6 | 46 | 315 | 302 | 411 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 九十九里町 | 12403 | 16,963 | 5,868 | 2,812 | 34.6 | 16.6 | 24 | 694 | 397 | 473 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 芝山町 | 12409 | 7,582 | 2,327 | 1,180 | 30.7 | 15.6 | 43 | 175 | 154 | 166 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 横芝光町 | 12410 | 24,617 | 8,175 | 4,122 | 33.2 | 16.7 | 67 | 367 | 467 | 709 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 長生町 | 12421 | 12,421 | 3,945 | 1,847 | 31.8 | 14.2 | 54 | 225 | 219 | 356 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 睦沢町 | 12422 | 7,315 | 2,671 | 1,290 | 36.5 | 17.6 | 36 | 206 | 157 | 251 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 長生村 | 12423 | 14,681 | 4,582 | 2,146 | 31.2 | 14.6 | 28 | 519 | 290 | 294 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 白子町 | 12424 | 11,777 | 4,284 | 2,043 | 36.4 | 17.3 | 28 | 428 | 323 | 376 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 長柄町 | 12426 | 7,348 | 2,553 | 1,227 | 34.7 | 16.7 | 47 | 158 | 162 | 189 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 長町 | 12427 | 8,507 | 3,175 | 1,732 | 37.3 | 20.4 | 66 | 246 | 315 | 315 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 |
| 千葉県 | 大多喜町 | 12441 | 9,661 | 3,696 | 2,051 | 38.3 | 21.2 | 130 | 74 | 280 | 364 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 御宿町 | 12443 | 7,769 | 3,682 | 1,870 | 47.4 | 24.1 | 25 | 313 | 248 | 322 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉県 | 颯南町 | 12463 | 8,308 | 3,655 | 1,929 | 44.0 | 23.2 | 45 | 184 | 319 | 362 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |

| 21.退院受入 接加入人数 | 22.介護 連携連携 導入人数 | 23.退院 連携連携 導入人数 | 30.訪問 看護人数 | 31.訪問 看護人数 | 32.薬局 薬剤師 人数 | 33.訪問 看護人数 | 40.看 察人数 | 41.要 介護3 以上 人数 | 42.2.在宅 ケア加 入人数 | 43.1.要 介護3 以上 在宅 人数 | 44.2.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.1.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.2.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.3.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.4.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.5.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.6.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.7.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.8.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.9.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.10.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.11.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.12.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.13.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.14.要 介護3 以上 在宅 人数 | 45.15.要 介護3 以上 在宅 人数 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|-------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 75 | 16 | 0 | 153 | 42 | 41 | 71 | 3 | 0 | 271 | 735 | 129 | 492 | 40 | 45.6 | 605 | 211 | 2,105 | 54 | 124 | 6 | 85.9 | 2,007 | | | | |
| 746 | 120 | 22 | 2,973 | 901 | 1,815 | 1,375 | 46 | 39 | 1,442 | 3,693 | 1,585 | 2,466 | 218 | 54.0 | 4,337 | 1,127 | 12,091 | 1,132 | 391 | 27 | 90.3 | 13,900 | | | | |
| 37 | 35 | 1 | 258 | 59 | 94 | 236 | 5 | 5 | 226 | 346 | 141 | 364 | 17 | 42.2 | 418 | 205 | 1,882 | 107 | 121 | 2 | 86.4 | 2,066 | | | | |
| 90 | 35 | 0 | 351 | 116 | 152 | 189 | 10 | 9 | 349 | 1,127 | 223 | 746 | 55 | 51.6 | 1,110 | 235 | 2,743 | 134 | 125 | 1 | 89.6 | 3,093 | | | | |
| 421 | 68 | 0 | 2,875 | 833 | 1,516 | 868 | 53 | 5 | 1,150 | 2,625 | 2,139 | 3,821 | 306 | 63.6 | 3,821 | 906 | 8,966 | 669 | 51 | 12 | 88.7 | 10,416 | | | | |
| 176 | 32 | 3 | 411 | 173 | 168 | 207 | 57 | 5 | 469 | 1,321 | 232 | 946 | 88 | 43.2 | 1,011 | 378 | 3,820 | 132 | 191 | 10 | 86.6 | 3,688 | | | | |
| 88 | 26 | 0 | 224 | 171 | 78 | 136 | 5 | 3 | 335 | 880 | 132 | 478 | 41 | 49.2 | 749 | 234 | 2,289 | 89 | 80 | 7 | 88.2 | 2,300 | | | | |
| 66 | 17 | 0 | 250 | 65 | 64 | 79 | 5 | 5 | 287 | 702 | 131 | 523 | 21 | 40.3 | 533 | 284 | 2,117 | 96 | 145 | 9 | 83.2 | 2,085 | | | | |
| 125 | 30 | 4 | 598 | 301 | 336 | 329 | 5 | 5 | 355 | 1,070 | 304 | 802 | 53 | 48.3 | 1,032 | 336 | 3,565 | 279 | 184 | 12 | 89.0 | 4,104 | | | | |
| 63 | 6 | 0 | 199 | 52 | 32 | 72 | 2 | 2 | 58 | 104 | 283 | 29 | 57 | 32 | 53 | 23 | 1,058 | 42 | 36 | 0 | 83.3 | 1,256 | | | | |
| 92 | 29 | 0 | 111 | 15 | 4 | 138 | 2 | 0 | 205 | 798 | 87 | 545 | 28 | 45.4 | 554 | 114 | 1,447 | 33 | 76 | 9 | 88.8 | 1,434 | | | | |
| 130 | 24 | 2 | 682 | 96 | 451 | 387 | 11 | 12 | 325 | 904 | 383 | 637 | 40 | 51.0 | 960 | 314 | 2,986 | 246 | 128 | 7 | 88.8 | 3,433 | | | | |
| 366 | 74 | 11 | 1,998 | 962 | 1,153 | 1,057 | 26 | 28 | 1,087 | 2,318 | 1,018 | 1,764 | 151 | 45.0 | 2,211 | 878 | 7,847 | 776 | 289 | 28 | 88.4 | 8,642 | | | | |
| 8 | 10 | 0 | 70 | 19 | 26 | 63 | 5 | 4 | 88 | 175 | 66 | 135 | 11 | 63.9 | 376 | 51 | 543 | 35 | 32 | 1 | 88.0 | 604 | | | | |
| 165 | 35 | 6 | 529 | 362 | 308 | 603 | 19 | 15 | 755 | 2,228 | 338 | 1,321 | 116 | 52.0 | 2,125 | 540 | 5,988 | 225 | 247 | 16 | 89.4 | 6,523 | | | | |
| 225 | 76 | 3 | 920 | 301 | 441 | 525 | 8 | 8 | 429 | 1,273 | 471 | 842 | 67 | 51.4 | 1,275 | 336 | 3,504 | 308 | 70 | 4 | 90.8 | 3,967 | | | | |
| 151 | 30 | 0 | 650 | 124 | 447 | 409 | 6 | 6 | 423 | 1,145 | 321 | 692 | 47 | 51.0 | 1,113 | 347 | 3,692 | 273 | 118 | 4 | 89.5 | 3,938 | | | | |
| 69 | 23 | 1 | 600 | 338 | 286 | 260 | 12 | 9 | 386 | 889 | 294 | 719 | 85 | 43.7 | 792 | 272 | 3,003 | 260 | 160 | 14 | 88.4 | 3,174 | | | | |
| 28 | 28 | 0 | 172 | 6 | 51 | 205 | 1 | 1 | 123 | 436 | 98 | 364 | 15 | 46.2 | 406 | 137 | 1,160 | 61 | 55 | 2 | 86.8 | 1,250 | | | | |
| 71 | 2 | 1 | 417 | 240 | 175 | 256 | 8 | 8 | 205 | 694 | 213 | 513 | 27 | | | | | | | | | | | | | |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 市原市医療・介護連携分析ファイル - ファイルの説明

市原市医療・介護連携分析ファイルは、各日常生活圏域の医療及び介護サービスを受けた人数に関して、KDBデータ集計・分析結果をまとめた分析用のファイルです。住民が受療した医療（入院／外来／在宅医療の別、疾病分類）と利用した介護サービス（要介護度、介護サービス）の組み合わせに関して、各日常生活圏域の特徴を、エクセルのピボット機能を使って分析することを目的としています。

下記にこの分析ファイルの先頭の一部と、各列の説明を示します。

（ファイルの先頭の一部）

| 地域 | 疾病分類 | 性別 | 年齢区分 | 要介護度 | 入外区分 | サービス分 | 人数 |
|-------|------|----|---------|------|------|-------|----|
| 01南総北 | がん | 女 | 0歳～39歳 | 認定無 | 外来 | 医療のみ | 3 |
| 01南総北 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 認定無 | 外来 | 医療のみ | 11 |
| 01南総北 | がん | 女 | 65歳～74歳 | 要介護2 | 入院 | 介護全体 | 1 |

（各列の説明） (*1)～(*4)は次ページ参照

| | |
|--------------------|---|
| 地域 | 医療・介護サービスを受けた住民の住所地の日常生活圏域 |
| 疾病分類 (*1)(*2) | がん／脳血管疾患／心疾患／急性心疾患／糖尿病／認知症／ 大腿骨骨折／廃用症候群／慢性腎不全／摂食・嚥下障害／ 慢性閉塞性肺疾患／褥瘡／対象全体／対象以外／疾病無／全体 |
| 性別 | 男／女 |
| 年齢区分 | 0歳～39歳／40歳～64歳／65歳～74歳／75歳以上 |
| 要介護度 | 認定無／要支援1／要支援2／ 要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5 |
| 入外区分(*3) | 入院／外来／在宅医療／介護のみ／薬局のみ |
| サービス分類 (*1)(*4) | 居宅系／訪問看護／GRホーム／特定施設／小規模多機能／ 特養／老健／療養／介護全体／医療のみ／全体 |
| 人数 | 人数以外の各列の値によって定まる集計条件で集計した人数 |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

(*1) 重複して集計される集計項目

- ・ 疾病分類、サービス分類は、重複して集計される集計項目に該当します。重複して集計される集計項目の場合、同じ人が複数の集計条件に対して集計されます。
- ・ 例えば、心疾患と糖尿病の両方の傷病コードを含むレセプトのある人は、心疾患の患者と、糖尿病の患者との両方に集計されます。同様に、訪問介護と訪問看護の両方の介護レセプトのある人は、訪問看護の利用者と、訪問介護の利用者との両方に集計されます。

(*2) 疾病分類

- ・ がん～褥瘡（対象疾病分類）：それぞれの疾病分類の傷病コードを含む医療レセプトがあるという集計条件
- ・ 対象全体：対象疾病分類のいずれかに該当する傷病コードを含む医療レセプトがあるという集計条件
- ・ 対象以外：医療レセプトはあるが、対象疾病分類の傷病コードを含む医療レセプトがないという集計条件
- ・ 疾病無し：介護レセだけという集計条件
- ・ 全体：医療レセまたは介護レセがあるという集計条件

(*3) 入外区分

- ・ 入院：入院の医療レセがあるという集計条件
- ・ 外来：医療レセはあるが、入院、在宅医療（往診、訪問診療）のレセは無いという集計条件
- ・ 在宅医療：入院の医療レセが無く、在宅医療（往診、訪問診療）の医療レセはあるという集計条件
- ・ 介護のみ：介護レセだけという集計条件
- ・ 薬局のみ：調剤レセだけという集計条件

(*4) サービス分類

- ・ 居宅系～療養：それぞれの介護サービス分類の介護レセがあるという集計条件
 - ・ 介護全体：介護レセがあるという集計条件
 - ・ 医療のみ：医療レセだけという集計条件
 - ・ 全体：医療レセまたは介護レセがあるという集計条件
-

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 市原市医療・介護連携分析ファイル - ピボット操作による分析方法について

この分析ファイルには、ピボットテーブルのワークシートが含まれています。下記は、このファイルを開いたときのピボットテーブルを示します。各列の説明（前ページ）を参照し、エクセルのピボット操作を使って、行・列の選択、範囲の絞り込み等により、組み合わせ分析します。

| 疾病分類 | 全体 | | | | | | |
|-----------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|--------------|--|
| サービス分類 | 全体 | | | | | | |
| 合計 / 人数 | 列ラベル | | | | | | |
| 行ラベル | 介護のみ | 外来 | 在宅医療 | 入院 | 薬局のみ | 総計 | |
| 01南総北 | 40 | 2295 | 11 | 93 | 2 | 2441 | |
| 02南総西 | 72 | 3054 | 23 | 141 | 4 | 3294 | |
| 03南総東 | 77 | 2040 | 14 | 79 | 3 | 2213 | |
| 04加茂 | 66 | 1991 | 13 | 104 | 2 | 2176 | |
| 05市原東 | 91 | 5479 | 55 | 241 | 7 | 5873 | |
| 06辰巳台 | 27 | 1864 | 16 | 80 | 1 | 1988 | |
| 07市津 | 87 | 4080 | 42 | 200 | 14 | 4423 | |
| 08ちはら台 | 31 | 2618 | 36 | 103 | 7 | 2795 | |
| 09市原北 | 70 | 4412 | 42 | 205 | 13 | 4742 | |
| 10市原西 | 64 | 3313 | 38 | 156 | 1 | 3572 | |
| 11五井西 | 60 | 3123 | 29 | 150 | 6 | 3368 | |
| 12五井南 | 44 | 1890 | 11 | 95 | 3 | 2043 | |
| 13五井東 | 113 | 6520 | 75 | 270 | 15 | 6993 | |
| 14国分寺台 | 101 | 5833 | 45 | 216 | 11 | 6206 | |
| 15三和 | 85 | 4460 | 39 | 221 | 4 | 4809 | |
| 16姉崎 | 96 | 5083 | 48 | 230 | 14 | 5471 | |
| 17青葉台 | 32 | 2120 | 25 | 89 | | 2266 | |
| 18有秋 | 49 | 3050 | 23 | 126 | 4 | 3252 | |
| 総計 | 1205 | 63225 | 585 | 2799 | 111 | 67925 | |

ピボットテーブルのフィ...

レポートに追加するフィールドを選択してください:

- 地域
- 疾病分類
- 性別
- 年齢区分
- 要介護度
- 入外区分
- サービス分類
- 人数

その他のテーブル...

次のボックス間でフィールドをドラッグしてください:

| | |
|--|-----------------------------|
| <p>▼ フィルター</p> <p>疾病分類 ▼</p> <p>サービス分類 ▼</p> | <p>≡ 列</p> <p>入外区分 ▼</p> |
| <p>≡ 行</p> <p>地域 ▼</p> | <p>Σ 値</p> <p>合計 / 人数 ▼</p> |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 市原市医療移動分析ファイル - ファイルの説明

市原市医療移動分析ファイルは、各日常生活圏域の住民が、どの日常生活圏域（または市外）の医療施設の診療を受けているかという「移動」に関して、KDBデータ集計・分析結果をまとめた分析用のファイルです。医療を受ける人の住所地と、医療施設の所在地の組み合わせを分析することを目的としています。

下記にこの分析ファイルの先頭の一部分と、各列の説明を示します。

| 地域 | 施設所在地 | 疾病分類 | 性別 | 年齢区分 | 要介護度 | 入外区分 | 人数 |
|-------|-------|------|----|---------|------|------|----|
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 認定無 | 外来 | 2 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 65歳～74歳 | 認定無 | 外来 | 6 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要介護2 | 入院 | 1 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要介護4 | 入院 | 3 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要支援1 | 外来 | 2 |

(各列の説明) (*1)～(*3)は資料編p8参照

| | |
|------------------|---|
| 地域 | 医療サービスを受けた住民の住所地の日常生活圏域 |
| 施設所在地 | 医療サービスを行った医療施設所在地の日常生活圏域または市外 |
| 疾病分類 (*1)(*2) | がん／脳血管疾患／心疾患／急性心疾患／糖尿病／認知症／ 大腿骨骨折／廃用症候群／慢性腎不全／摂食・嚥下障害／ 慢性閉塞性肺疾患／褥瘡／対象全体／対象以外／疾病無／全体 |
| 性別 | 男／女 |
| 年齢区分 | 0歳～39歳／40歳～64歳／65歳～74歳／75歳以上 |
| 要介護度 | 認定無／要支援1／要支援2／ 要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5 |
| 入外区分(*3) | 入院／外来／在宅医療／介護のみ／薬局のみ |
| 人数 | 人数以外の各列の値によって定まる集計条件で集計した人数 |

(注1) この分析ファイルで入外区分は、医療サービスを受けている住民毎に入院／外来／在宅医療／介護のみ／薬局のみのうち一つと定めています（資料編P8参照）。施設所在地毎の入外区分という意味ではないので、組み合わせ分析の際ご注意ください。

(注2) 施設所在地は、重複集計のある集計項目となります。日常生活圏域および市外の場合自治体毎に、一つの施設所在地として集計されます。

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 市原市介護移動分析ファイル - ファイルの説明

市原市介護移動分析ファイルは、各日常生活圏域の住民が、どの日常生活圏域（または市外）の介護事業所のサービスを受けているかという「移動」に関して、KDBデータ集計・分析結果をまとめた分析用のファイルです。介護サービスを受ける人の住所地と、介護事業所の所在地の組み合わせを分析することを目的としています。

下記にこの分析ファイルの先頭の一部と、各列の説明を示します。

| 地域 | 施設所在地 | 疾病分類 | 性別 | 年齢区分 | 要介護度 | 入外区分 | サービス分 | 人数 |
|-------|-------|------|----|---------|------|------|-------|----|
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 65歳～74歳 | 要介護3 | 入院 | 介護全体 | 1 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 65歳～74歳 | 要介護3 | 入院 | 居宅系 | 1 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要介護2 | 入院 | 介護全体 | 1 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要介護2 | 入院 | 居宅系 | 1 |
| 01南総北 | 01南総北 | がん | 女 | 75歳～ | 要介護4 | 入院 | 介護全体 | 1 |

(各列の説明) (*1)～(*4)は資料編p8参照

| | |
|--------------------|---|
| 地域 | 介護サービスを受けた住民の住所地の日常生活圏域 |
| 施設所在地 | 介護サービスを行った介護事業所在地の日常生活圏域または市外 |
| 疾病分類 (*1)(*2) | がん／脳血管疾患／心疾患／急性心疾患／糖尿病／認知症／ 大腿骨骨折／廃用症候群／慢性腎不全／摂食・嚥下障害／ 慢性閉塞性肺疾患／褥瘡／対象全体／対象以外／疾病無／全体 |
| 性別 | 男／女 |
| 年齢区分 | 0歳～39歳／40歳～64歳／65歳～74歳／75歳以上 |
| 要介護度 | 認定無／要支援1／要支援2／ 要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5 |
| 入外区分(*3) | 入院／外来／在宅医療／介護のみ／薬局のみ |
| サービス分類 (*1)(*4) | 居宅系／訪問看護／GRホーム／特定施設／小規模多機能／ 特養／老健／療養／介護全体／医療のみ／全体 |
| 人数 | 人数以外の各列の値によって定まる集計条件で集計した人数 |

(注1) この分析ファイルは介護サービスに関するものですが、この分析ファイルに疾病分類、入外区分が含まれているのは、介護サービスを受けた人が同時期（同じ月）に受けた医療サービスに関する集計条件を指定するためです（同時期に受けている医療サービスが無い場合には、疾病無しおよび介護のみとなります）。

(注2) 施設所在地は、重複集計のある集計項目となります。日常生活圏域および市外の場合自治体毎に、一つの施設所在地として集計されます。

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 市原市介護移動分析ファイル - ピボット操作による分析方法

この分析ファイルには、ピボットテーブルのワークシートが含まれています。下記は、このファイルを開いたときのピボットテーブルを示します。各列の説明（前ページ）を参照し、エクセルのピボット操作を使って、行・列の選択、範囲の絞り込み等により、組み合わせ分析します。

| 列ラベル | 01南総北 | 02南総西 | 03南総東 | 04加茂 | 05市原東 | 06辰巳台 | 07市津 | 08ちはら台 | 09市原北 | 10市原西 | 11五井西 | 12五井南 | 13五井東 | 14園分寺台 | 15三和 | 16姉崎 | 17青葉台 | 18有秋 | 市外 | 総計 | |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|-------------|--------------|------|-----|
| 74 | 11 | 52 | 14 | 1 | | 9 | 4 | 8 | 11 | 2 | 1 | 21 | 30 | 48 | 47 | | | | 2 | 157 | 492 |
| 72 | 45 | 138 | 25 | | 2 | 10 | 6 | 9 | 7 | 1 | | 53 | 25 | 59 | 61 | | | | 2 | 241 | 756 |
| 31 | 23 | 184 | 22 | 1 | | 4 | 1 | 6 | 3 | 1 | | 25 | 7 | 20 | 30 | | 1 | 1 | 177 | 537 | |
| 26 | 22 | 137 | 218 | 3 | 1 | 1 | 3 | 6 | 2 | 3 | | 34 | 8 | 12 | 19 | | | 3 | 248 | 746 | |
| 3 | | 5 | 2 | 85 | 62 | 41 | 25 | 145 | 128 | 9 | 1 | 102 | 57 | 9 | 50 | | | | 488 | 1212 | |
| | | 1 | | 15 | 47 | 32 | 16 | 32 | 27 | 3 | | 24 | 16 | 4 | 21 | | 1 | | 156 | 395 | |
| 6 | | 1 | 2 | 9 | 88 | 233 | 48 | 37 | 34 | 4 | 1 | 45 | 26 | 6 | 16 | | | | 421 | 977 | |
| 1 | | 3 | 3 | 7 | 13 | 30 | 74 | 14 | 13 | 3 | | 14 | 8 | 4 | 14 | | | | 274 | 475 | |
| 2 | 2 | 4 | 3 | 34 | 17 | 33 | 15 | 178 | 89 | 8 | | 119 | 61 | 18 | 50 | 6 | 4 | 4 | 375 | 1018 | |
| 8 | | 4 | 4 | 29 | 36 | 44 | 8 | 69 | 187 | 10 | 3 | 76 | 72 | 22 | 45 | 4 | | | 312 | 933 | |
| 33 | | | 4 | 4 | | 6 | 2 | 31 | 18 | 59 | 2 | 112 | 54 | 21 | 67 | 14 | 3 | 3 | 243 | 669 | |
| 11 | | 5 | 2 | 3 | 1 | 3 | 5 | 18 | 16 | 12 | 2 | 55 | 32 | 33 | 59 | 9 | 1 | 1 | 148 | 415 | |
| 14 | 1 | 4 | 4 | 19 | 3 | 20 | 1 | 123 | 54 | 20 | 6 | 299 | 123 | 27 | 83 | 8 | 2 | 3 | 534 | 1345 | |
| 7 | 1 | 7 | 5 | 17 | 7 | 15 | 12 | 77 | 84 | 5 | 7 | 124 | 222 | 73 | 57 | 2 | 3 | 400 | 1125 | | |
| 41 | 4 | 25 | 8 | 1 | 6 | 19 | 6 | 39 | 33 | 5 | 3 | 90 | 106 | 200 | 67 | 2 | 3 | 351 | 1009 | | |
| 23 | 4 | 5 | 7 | | 7 | 5 | 2 | 41 | 9 | 38 | 7 | 96 | 49 | 28 | 384 | 26 | 8 | 8 | 424 | 1156 | |
| 7 | | 3 | 1 | | | 1 | 1 | 19 | 8 | 6 | 2 | 35 | 13 | 17 | 136 | 8 | 5 | 5 | 161 | 423 | |
| 22 | 1 | 5 | 1 | 1 | | 2 | 1 | 14 | 12 | 14 | 7 | 37 | 14 | 32 | 189 | 12 | 57 | 223 | 644 | | |
| 381 | 114 | 583 | 314 | 236 | 283 | 508 | 230 | 866 | 735 | 203 | 42 | 1361 | 923 | 633 | 1395 | 93 | 94 | 5333 | 14327 | | |

ピボットテーブルのフィ...

レポートに追加するフィールドを選択してください:

- 地域
- 施設所在地
- 疾病分類
- 性別
- 年齢区分
- 要介護度
- 入外区分
- サービス分類
- 人数

その他のテーブル...

次のボックス間でフィールドをドラッグしてください:

| | | |
|--|------------------------|---------------------------|
| <p>▼ フィルター</p> <p>疾病分類 ▼ ▲</p> <p>入外区分 ▼</p> <p>サービス分類 ▼ ▼</p> | <p>≡ 行</p> <p>地域 ▼</p> | <p>≡ 列</p> <p>施設所在地 ▼</p> |
| <p>Σ 値</p> <p>合計 / 人数 ▼</p> | | |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 千葉県52自治体医療・介護連携分析ファイル - ファイルの説明

千葉県52自治体医療・介護連携分析ファイルは、各自治体の医療及び介護サービスを受けた人数に関して、KDBデータ集計・分析結果をまとめた分析用のファイルです。住民が受けている医療（入院／外来／在宅医療の別、疾病分類）と介護サービス（要介護度、介護サービス）の組み合わせに関して、各自治体の特徴を、市原市との比較のため、エクセルのピボット機能を使って分析することを目的としています。

下記にこの分析ファイルの先頭の一部と、各列の説明を示します。

| 地域 | 疾病分類 | 性別 | 年齢区分 | 要介護度 | 入外区分 | サービス分 | 人数 |
|------|------|----|---------|------|------|-------|----|
| いすみ市 | がん | 女 | 0歳～39歳 | 認定無 | 外来 | 医療のみ | 22 |
| いすみ市 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 要介護2 | 外来 | 介護全体 | 1 |
| いすみ市 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 要介護2 | 外来 | 居宅系 | 1 |
| いすみ市 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 要介護2 | 外来 | 訪問看護 | 1 |
| いすみ市 | がん | 女 | 40歳～64歳 | 要介護5 | 入院 | 医療のみ | 1 |

(各列の説明) (*1)～(*4)は資料編p8参照

| | |
|--------------------|---|
| 地域 | 医療・介護サービスを受けた住民の住所地の日常生活圏域 |
| 疾病分類 (*1)(*2) | がん／脳血管疾患／心疾患／急性心疾患／糖尿病／認知症／ 大腿骨骨折／廃用症候群／慢性腎不全／摂食・嚥下障害／ 慢性閉塞性肺疾患／褥瘡／対象全体／対象以外／疾病無／全体 |
| 性別 | 男／女 |
| 年齢区分 | 0歳～39歳／40歳～64歳／65歳～74歳／75歳以上 |
| 要介護度 | 認定無／要支援1／要支援2／ 要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5 |
| 入外区分(*3) | 入院／外来／在宅医療／介護のみ／薬局のみ |
| サービス分類 (*1)(*4) | 居宅系／訪問看護／GRホーム／特定施設／小規模多機能／ 特養／老健／療養／介護全体／医療のみ／全体 |
| 人数 | 人数以外の各列の値によって定まる集計条件で集計した人数 |

資料編1 指標集と分析用ファイルの例

◎ 千葉県52自治体医療・介護連携分析ファイル
- エクセルのピボット操作による分析方法について

この分析ファイルには、ピボットテーブルのワークシートが含まれています。下記は、このファイルを開いたときのピボットテーブルを示します。各列の説明（前ページ）を参照し、エクセルのピボット操作を使って、行・列の選択、範囲の絞り込み等により、組み合わせ分析します。

| 疾病分類 | 全体 | | | | | | |
|-----------|--------------|----------------|--------------|--------------|-------------|----------------|--|
| サービス分類 | 全体 | | | | | | |
| 合計 / 人数 | 列ラベル | | | | | | |
| 行ラベル | 介護のみ | 外来 | 居宅 | 入院 | 薬局のみ | 総計 | |
| いすみ市 | 437 | 11868 | 173 | 721 | 53 | 13252 | |
| 旭市 | 391 | 18172 | 140 | 727 | 24 | 19454 | |
| 一宮町 | 80 | 3532 | 61 | 148 | 9 | 3830 | |
| 印西市 | 288 | 16276 | 228 | 830 | 666 | 18288 | |
| 浦安市 | 269 | 24040 | 580 | 860 | 51 | 25800 | |
| 栄町 | 104 | 5743 | 61 | 262 | 43 | 6213 | |
| 横芝光町 | 145 | 7487 | 54 | 324 | 12 | 8022 | |
| 我孫子市 | 551 | 30399 | 594 | 1422 | 102 | 33068 | |
| 鎌ヶ谷市 | 473 | 23832 | 419 | 1005 | 46 | 25775 | |
| 鴨川市 | 352 | 9769 | 166 | 566 | 6 | 10859 | |
| 館山市 | 544 | 14811 | 259 | 827 | 33 | 16474 | |
| 鋸南町 | 102 | 2964 | 27 | 163 | 2 | 3258 | |
| 九十九里町 | 121 | 4958 | 89 | 240 | 17 | 5425 | |
| 君津市 | 554 | 20536 | 174 | 949 | 26 | 22239 | |
| 御宿町 | 98 | 2676 | 42 | 181 | 2 | 2999 | |
| 香取市 | 550 | 22643 | 227 | 1329 | 61 | 24810 | |
| 佐倉市 | 671 | 41473 | 615 | 1834 | 94 | 44687 | |
| 山武市 | 361 | 14950 | 177 | 694 | 36 | 16218 | |
| 四街道市 | 391 | 21029 | 396 | 928 | 86 | 22830 | |
| 市原市 | 1212 | 63604 | 590 | 2819 | 114 | 68339 | |
| 芝山町 | 35 | 2203 | 6 | 113 | 2 | 2359 | |
| 酒々井町 | 92 | 5098 | 56 | 237 | 10 | 5493 | |
| 習志野市 | 596 | 30702 | 668 | 1435 | 314 | 33715 | |
| 勝浦市 | 195 | 5717 | 118 | 346 | 34 | 6410 | |
| 松戸市 | 1723 | 97844 | 2818 | 4532 | 273 | 107190 | |
| 神崎町 | 49 | 1691 | 9 | 84 | 17 | 1850 | |
| 成田市 | 533 | 25128 | 244 | 1256 | 208 | 27369 | |
| 船橋市 | 2333 | 119300 | 2929 | 5440 | 819 | 130821 | |
| 匝瑳市 | 266 | 11712 | 76 | 498 | 14 | 12566 | |
| 袖ヶ浦市 | 251 | 13935 | 124 | 614 | 22 | 14946 | |
| 多古町 | 116 | 4667 | 22 | 278 | 9 | 5092 | |
| 大多喜町 | 92 | 2786 | 55 | 225 | 5 | 3163 | |
| 大網白里市 | 211 | 12289 | 215 | 518 | 92 | 13325 | |
| 銚子市 | 391 | 19550 | 193 | 998 | 40 | 21172 | |
| 長生村 | 78 | 3969 | 35 | 194 | 4 | 4280 | |
| 長南町 | 61 | 2788 | 58 | 146 | 9 | 3062 | |
| 長柄町 | 61 | 2197 | 22 | 116 | 1 | 2397 | |
| 東金市 | 296 | 14332 | 158 | 612 | 86 | 15484 | |
| 東庄町 | 157 | 4115 | 35 | 200 | 41 | 4548 | |
| 南房総市 | 460 | 14449 | 334 | 776 | 35 | 16054 | |
| 柏市 | 1514 | 83146 | 1922 | 4143 | 409 | 91134 | |
| 白井市 | 221 | 12403 | 195 | 585 | 42 | 13446 | |
| 白子町 | 80 | 3846 | 22 | 181 | 9 | 4138 | |
| 八街市 | 296 | 16849 | 112 | 745 | 41 | 18043 | |
| 八千代市 | 673 | 38922 | 636 | 1713 | 185 | 42129 | |
| 富津市 | 395 | 13439 | 154 | 627 | 13 | 14628 | |
| 富里市 | 205 | 11293 | 61 | 496 | 28 | 12083 | |
| 睦沢町 | 59 | 2346 | 17 | 127 | 5 | 2554 | |
| 茂原市 | 432 | 23323 | 245 | 1147 | 54 | 25201 | |
| 木更津市 | 599 | 30537 | 393 | 1294 | 46 | 32869 | |
| 野田市 | 686 | 37118 | 408 | 1806 | 81 | 40099 | |
| 流山市 | 626 | 34429 | 861 | 1656 | 79 | 37651 | |
| 総計 | 21476 | 1062885 | 18273 | 49967 | 4510 | 1157111 | |

ピボットテーブルのフィ...

レポートに追加するフィールドを選択してください:

- 地域
- 疾病分類
- 性別
- 年齢区分
- 要介護度
- 入外区分
- サービス分類
- 人数

その他のテーブル...

次のボックス間でフィールドをドラッグしてください:

| | |
|----------|-----------|
| ▼ フィルター | ≡ 列 |
| 疾病分類 ▼ | 入外区分 ▼ |
| サービス分類 ▼ | |
| ≡ 行 | Σ 値 |
| 地域 ▼ | 合計 / 人数 ▼ |

資料編2 集計レポート（グラフ・マップ集）の例（一覧表）

資料編2では、本調査研究で作成した下記のレポート（グラフ・マップ集）を例として示します。本調査研究のレポート（グラフ・マップ集）は、KDB集計・分析結果をグラフ、マップ等を含むウェブスライド形式のファイルにまとめたもので、在宅医療・介護データを分析するためにわかりやすく表現したものです。

在宅医療・介護に関する指標の分析のためのレポート、在宅医療を実施する医療機関（所在地等）の分析のためのレポート、疾病分類を含む傾向を分析するためのレポート、自治体比較のためのレポート、医療・介護に関する移動を分析するためのレポート、手引きの指標に関するレポートよりなります。

（在宅医療・介護に関する指標の分析のためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|----------------------------------|---|
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-1A小地域比較 | 市原市の日常生活圏域毎の指標（利用数等）をグラフで示す <ul style="list-style-type: none"> 往診、訪問診療、在総管、施設総管 歯科訪問診療、歯科衛生管理指導、歯科在宅療養管理 訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導（薬局） 訪問看護_医療保険、訪問看護指示、訪問看護_介護保険 退院支援加算、介護支援連携指導 看取り加算、ターミナルケア加算 居宅介護、施設介護 往診夜間、往診深夜、往診休日 |
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-1A 小地域比較マップ | 市原市の日常生活圏域毎の指標（利用者数、サービス提供施設数等）をマップで示す <ul style="list-style-type: none"> 往診、訪問診療、在総管、施設総管 歯科訪問診療 |
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-1B 自治体比較 | 市原市と比較対象自治体との指標（利用数等）をグラフで示す <ul style="list-style-type: none"> 往診、訪問診療、在総管、施設総管 歯科訪問診療、歯科衛生管理指導、歯科在宅療養管理 訪問薬剤管理指導 訪問看護_医療保険、訪問看護指示、訪問看護_介護保険 退院支援加算、介護支援連携指導 看取り加算、ターミナルケア加算 居宅介護、施設介護 往診夜間、往診深夜、往診休日 |

（在宅医療を実施する医療機関（所在地等）の分析のためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|----------------------------------|--|
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-1C 医療機関について | 市原市の在宅医療を実施している医療機関について、人数・件数の順に、種別、所在地によりグラフで示す <ul style="list-style-type: none"> 往診、訪問診療、在総管、施設総管 歯科訪問診療 訪問看護指示、訪問看護_介護保険 看取り加算、ターミナルケア加算 往診夜間、往診休日 |

資料編2 レポート（グラフ・マップ集）の例（一覧表）

（疾病分類等の傾向を分析するためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|--|---|
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-2B1傷病と在 宅医療等 | 傷病分類毎の受療者数等について示す <ul style="list-style-type: none"> 受療者数、医療療養病床の人数、在宅医療を受けている人数、看取りを受けた人数（市原市、近隣市） 傷病グループ毎の人数、人口千人あたりの人数、患者中の割合（市原市、近隣市） 受療者数、医療療養病床の人数、在宅医療を受けている人数、看取りを受けた人数（市原市の日常生活圏域） 傷病グループ毎の人数、人口千人あたりの人数、患者中の割合（市原市の日常生活圏域） |
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-2B2傷病と介 護サービス | 傷病分類と介護サービスの組み合わせについて示す。 <ul style="list-style-type: none"> 各傷病の介護サービス分類（市原市） 介護サービス分類と各傷病の受療者数、介護サービスを受けている人の中での割合（市原市、近隣市） 介護サービス分類と各傷病の受療者数、介護サービスを受けている人の中での割合（市原市の日常生活圏域） |
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-1B3 傷病と要 介護度マップ版 | 傷病分類と要介護度の組み合わせについて示す。 <ul style="list-style-type: none"> 傷病グループ毎の要介護度の内訳人数（市原市） 要介護度軽度/中重度の人数および人口千人あたりの人数（市原市、近隣市） 要介護度軽度/中重度の人数および人口千人あたりの人数（市原市の日常生活圏域、マップ表示） |
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-1B4 傷病と性 別・年齢区分 | 傷病分類と性別・年齢区分について示す <ul style="list-style-type: none"> 傷病グループ毎、性・年齢区分の内訳人数（市原市） 傷病グループ毎、年齢区分毎の内訳人数（市原市、近隣市） |

（自治体比較のためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|--|---|
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-3S2 千葉県 の市の比較 | 千葉県の35市（千葉市、市川市を除く）について下記を マップと散布図で示す。 <ul style="list-style-type: none"> 高齢化率、人口密度によるグループ分け 高齢化率、人口密度と入院、外来、在宅医療、看取り 診療所、訪問看護ステーションと高齢者人口密度 在宅医療、看取り実績と高齢者人口密度 |
| 市原市在宅医療・介護データ 分析レポート1-3S3 千葉県 の町村の比較 | 千葉県の17町村について下記をマップと散布図で示す。 <ul style="list-style-type: none"> 高齢化率、人口密度によるグループ分け 高齢化率、人口密度と入院、外来、在宅医療、看取り 診療所、訪問看護ステーションと高齢者人口密度 在宅医療、看取り実績と高齢者人口密度 |

資料編2 レポート（グラフ・マップ集）の例（一覧表）

（医療・介護に関する移動を分析するためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|----------------------------------|---|
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-1E | 小規模多機能について、利用者の日常生活圏域と、事業所の日常生活圏域の関係を示す。 |
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-3S4圏域の移動 | 主に日常生活圏域間の移動の観点から以下を示す。 <ul style="list-style-type: none"> 日常生活圏域毎の人口、高齢化率、距離、人口密度 患者住所別患者数と施設所在地別患者数 患者住所地別に見た、医療施設所在地 医療施設所在地別に見た、外来患者の住所地マップ表示 医療施設所在地別に見た、外来患者の住所地 主要傷病別 医療施設所在地別に見た、外来患者の住所地 年齢区分等の傾向 |
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-3S6圏域の移動_介護 | 主に日常生活圏域間の移動の観点から以下を示す。 <ul style="list-style-type: none"> 日常生活圏域毎の人口、高齢化率、距離、人口密度 住所別利用者数と事業所所在地別利用者数 利用者住所地別に見た、介護事業所所在地 |

（手引きの指標による分析のためのレポート）

| レポート名 | 内容 |
|-------------------------------------|---|
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-3S5 手引きの指標 | 千葉県の35市（千葉市、市川市を除く）について手引きの指標を参考にした下記の指標を示す。 <ul style="list-style-type: none"> ストラクチャー指標：在宅療養診療所数等（人口千人あたり） プロセス指標：退院支援加算人数、訪問診療実績人数、訪問歯科衛生指導実績人数、薬局居宅療養管理指導実績人数、訪問看護_介護保険実績人数（人口千人あたり） アウトカム指標：要介護3以上で、入院または介護施設入所以外の人の割合 |
| 市原市在宅医療・介護データ分析レポート1-3S7 手引きの指標_市原市 | 市原市の日常生活圏域について手引きの指標を参考にした下記の指標を示す。 <ul style="list-style-type: none"> プロセス指標：退院支援加算人数、訪問診療実績人数、訪問歯科衛生指導実績人数、薬局居宅療養管理指導実績人数、訪問看護_介護保険実績人数（人口千人あたり） アウトカム指標：要介護3以上で、入院または介護施設入所以外の人の割合 |

資料編3 集計のための疾病分類の例

資料編3では、医療レセプトを疾病分類の観点から集計する際の、集計方法の例を示します。この例では、がん、脳血管疾患等の主要な疾病と、在宅医療や介護の観点から着目したい疾病計12疾病について、医療レセプトに含まれるICD10コード（国際疾病分類コード）に基づいて集計しています。

| 疾病 | 検索条件 | 備考 |
|-------------------------|--|---|
| がん（新生物） | 悪性新生物（C00－C97） 性状不詳又は不明の新生物（D37－D48） | ・上皮内新生物（D00－D09） ・良性新生物（D10－D36）（除外） |
| 脳血管疾患 | 脳血管疾患（I60－I69） | |
| 心疾患 | 虚血性心疾患（I20－I25） 肺性心疾患及び肺循環疾患（I26－I28） その他の型の心疾患（I30－I52） | 「急性心筋梗塞」と重複してカウント |
| 急性心筋梗塞 | 急性心筋梗塞（I21） 再発性心筋梗塞（I22） | 「心疾患」の内、左記2分類を抽出 「心疾患」と重複してカウント |
| 糖尿病 | 糖尿病（E10－E14） | 糖尿病の分類を全て集計 ※在宅医療の視点から糖尿病に分類される全ての疾病を集計。 補足： 「生活習慣病」予防の視点からであれば、「E11：2型糖尿病」のみに注目した方が良いが、在宅医療における「管理」の視点からは全ての糖尿病に注目したほうが良い。」 |
| 認知症 （アルツハイマー、レビー小体型） | 神経系のその他の変性疾患（G30－G32） 症状性を含む器質性精神障害（F00－F09） | Fコードの器質性精神障害も介護との関係が深く、集計に含む。 ※レビー小体型（G318）はG31に含まれる。 |
| 大腿骨骨折 | 大腿骨骨折（S72） | ※骨粗鬆症を把握する目的から、大腿骨骨折を集計。 |
| 廃用症候群 | 筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの（M625） の内、「廃用症候群」を含む（M6259）を抜粋 | 「上肢筋萎縮」等、気になる項目はあるが、ICD10でこれ以上の分解は不可能なため、今回は含めて集計 |
| 慢性腎不全 | 慢性腎不全（N18） 詳細不明の腎不全（N19） | 急性腎不全（N17）は除外 ※医療費が非常に高額になることから、把握しておきたいため。 |
| 摂食・嘔下障害 | その他の心理的障害に関連した過食（F504） その他の心理的障害に関連した嘔吐（F505） その他の摂食障害（F508） 摂食障害、詳細不明（F509） えん<嘔>下障害（R13） | 神経性の摂食障害（F500- F503）は除外 ※歯科で注目度が高い。口腔ケアで防げる疾病とのこと。 口腔ケアの重要性を表す指標として有効。 |
| 慢性閉塞性肺疾患（COP） | その他の慢性閉塞性肺疾患（J44） | ※たばこの関係性が高い。 |
| 褥瘡 | じょく<褥>瘡性潰瘍（L89） | ※レセプトにはある程度症状が進まないで記載されない点に注意。 |

「在宅医療・介護連携を推進するためのデータ活用手順書」

発行日 2018年4月16日 初版
発行者 一般財団法人 厚生労働統計協会
〒103-0001
東京都中央区日本橋小伝馬町4番9号
小伝馬町新日本橋ビルディング3階

本書は、著作権法上の保護を受けています。
本書の一部または、全部について、一般財団法人厚生労働統計協会から文書による許諾を得ずに、いかなる方法においても無断で複写、複製することは禁じられています。
本書への問い合わせについては、ホームページを確認ください。

(HP: <http://www.hws-kyokai.or.jp/publishing/reprint.html>)