

特集：地域における医療介護連携の展望

<資料>

地域包括ケアシステム構築にむけた市町村のデータ活用に関する
全国調査から捉えた医療介護連携の課題

森川美絵, 玉置洋, 大冢賀政昭, 熊川寿郎

国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

**Integrating health care and long-term care: Issues explored through
the nationwide survey on data utilization by the local government for
building a community-based integrated care system**

Mie MORIKAWA, Yoh TAMAKI, Masaaki OTAGA, Toshiro KUMAKAWA

Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health

抄録

医療介護連携の政策は、日本においては近年、地域包括システム構築の一貫として本格的に推進されるようになった。そうした政策を検証していく上でも、自治体による地域包括システム構築にむけた取組みのなかで、どのように医療介護連携が位置づけられ、どのように医療と介護に関する情報が統合されようとしているのか、現状の把握が求められる。本稿では、国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が取り組んだ厚生労働科学研究のうち、分担研究として実施した「地域ケア会議等における客観的データの活用に関する調査」(2015年1月)の集計結果を報告する。結果からは、医療介護連携等の分野横断的な取組みの根拠となる、または取組みを評価するための客観的なデータの活用が、必ずしも十分ではないことが示された。また、市町村の介護担当課においては、医療や保健分野の情報があまり活用されていなかった。本調査結果は、今後の医療介護連携にむけた情報活用に関する全国的な状況を評価するためのベースラインとして位置づけられる。

キーワード：医療・介護連携, 地域包括ケアシステム, データ活用, 市町村, 日本

Abstract

Integration of health care and long-term care has come to be promoted by Japan's national government as a part of policy measures to build an integrated care system at a local government or municipality level. To evaluate the policy, it is important to monitor how the local governments or the municipalities utilize the statutory survey data and other administrative data on medical, health, and long-term care, incorporating them to develop the measure for the integrated care system. In this paper, we, the research team of the Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health, report the results of our nationwide survey on data utilization by the local government for building a community-based integrated care system, which was conducted in January of 2015 as part of the research project supported by the Health Labour Sciences Research Grant. The results suggest that empirical data

連絡先：森川美絵
〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6, Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.
Tel: 048-458-6143
Fax: 048-468-7985
[平成28年3月14日受理]

utilization for an evidence-based program design and evaluation has not yet spread in the municipalities. The results also showed that few administrative data, accumulated in preventive care and medical care sections, have been utilized in the long-term care sections in municipalities. Currently, the integration of health care and long-term care at the level of data utilization is far from realization. Our survey results are to be the baseline for monitoring and evaluating the development of health care and long-term care integration in local governments.

keywords: integrated care, long-term care, data use, local government, Japan

(accepted for publication, 14th March 2016)

I. はじめに

地域における医療介護連携は、日本の現在の政策的文脈において、地域包括ケアシステム構築の一貫としての推進が本格化しつつある（国の動向については本特集の城論文を参照）。そうした政策を検証していく上でも、自治体による地域包括ケアシステム構築にむけた取組みのなかで、どのように医療介護連携が位置づけられ、どのように医療と介護に関する情報が統合されようとしているのか、現状の把握が求められる。

こうした観点から、本稿では、国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部が取り組んだ厚生労働科学研究 [1] のうち、分担研究として実施した「地域ケア会議等における客観的データの活用に関する調査」（2015年1月）の集計結果について報告し [2]、結果から示唆される医療介護連携の課題について若干の考察を加える。本調査は、介護保険法に位置づけられ市町村が実施することとされている「地域ケア会議」「地域支援事業」に着目し、そこでのエビデンスとなるデータの活用実態を把握した初の全国調査である。

「地域ケア会議」「地域支援事業」に着目するのは以下の理由による。地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを実現する有効なツールとされ、近年ではその開催が介護保険法のなかに制度として位置づけられた [3]。また、2014年度（平成26年度）の介護保険法改正において、在宅医療・介護連携拠点の機能が自治体の地域支援事業に位置づけられた。従って、自治体による地域ケア会議および地域支援事業における医療と介護の関わり方には、地域包括ケアシステムとしての医療介護連携の状況が大きく反映されると考えられる。

地域ケア会議は、多職種協働にもとづいた個別ケースの多面的アセスメントと、客観的データを活用した地域診断が有機的に結び付けられ、行政の政策対象としての課題が明らかにされ、政策形成に結びついていくという展開に意義が見出されている。保健師が中心となり、予防や医療の視点を持ちこみながらこうした展開を図る事例が出てきている一方 [4]、それが十分にできない状況も報告されている [5]。地域支援事業においても、認知症対策や介護予防などのそれぞれの取組みにおいて、地域診断の必要性が指摘されている。

地域診断に関しては、地域包括ケアシステムの構築にむけて、既存の行政データ・行政統計等の活用も含めた地域診断方法の手引きも開発されてきている [6-8]。また、世界保健機関（WHO）の取組みとして、自治体の行政統計データの活用も視野に入れた高齢者のヘルスマネジメントの指標や指標活用のツールの開発も進み [9]、日本における介護予防推進の観点から、介護保険の保険者による地域診断とそれに基づく政策立案実行支援のための指標や支援ツールの開発も進められている [10]。国でも、2015年7月より「地域包括ケア『見える化』システム」（以下、「『見える化』システム」）を稼働させた。「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を支援するための情報システムであり、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化され、見やすい形で提供されるものと説明されている [11]。

このように、地域包括ケアシステム構築にむけ、エビデンスとなる行政その他の情報の活用にもつなげた研究開発や政策が、進められてきている。しかし、そうした情報の活用が、果たしてどの程度全国的に進んでいるのか、どのようなデータが実際には活用されているのか、その全体的な状況は明らかではない。本報告は、この点に関わる実証的知見を提供する点で、意義がある。

なお、介護分野において医療介護連携にむけた取り組みが全国的に本格化するのには、第6期介護保険事業計画が開始される2015年度（平成27年度）以降であると予想される。本調査の実施時期は、その直前（2015年1月）であることから、今後の医療介護連携にむけた情報活用に関する全国状況を評価する上での、ベースライン調査としての意義があると考えられる。

II. 方法

全国の市町村（2014年4月、1741）の地域包括ケア担当課のうち、協力が得られたものを対象に、郵送質問紙調査「地域ケア会議等における客観的データの活用に関する調査」を実施した（2015年1月）。「地域ケア会議」開催運営の担当職員に、記入を依頼した。把握項目は、「回答自治体・担当課について」「地域ケア会議の運営体制・開催状況」「個別ケース検討タイプの地域ケア会議

におけるアセスメント情報の標準化と共有、保健医療情報の把握実態、保健医療データベースの認知と活用（国保データベース（KDB）含む）「地域支援事業の取組状況（医療介護連携、認知症施策、介護予防、生活支援）」「地域課題の検討タイプの地域ケア会議における客観的情報・データの参照状況（国保データベース（KDB）含む）」である。

調査は、所属機関による倫理審査の承認を得て実施した（承認番号NIPH-IBRA#12083）。

分析は、単純集計結果を中心に行った。自由記載を求めた設問については、代表的な記載例の抽出を行った。なお、地域支援事業において活用したデータについて、その出典・出所を尋ねた設問の回答（自由記載）については、電子テキスト化し、テキストマイニングのソフトウェアを用いて分類した後、研究班によるコーディング処理を行った。

III. 結果

1. 地域ケア会議の運営体制、開催状況

621市町村（35.7%）より回答を得た。回答自治体の内訳は、政令指定都市・特別区20（3.2%）、中核市・特別市35（5.6%）、市（10万人以上）78（12.6%）、市（10万人未満）242（39.0%）、町村232（37.4%）、不明14（2.3%）であり、市（10万人未満）と町村で76.4%を占めた。

地域包括支援センターの運営形態に関して、直営のセンターは416箇所、うち「基幹型」は96箇所であった。委託型のセンターは1438箇所、うち「基幹型」は47箇所

であった。なお、「基幹型」とは、地域包括支援センターで行う事業のほか、自治体内の地域包括支援センターの機能の強化を図るために必要な事業（他の地域包括支援センターの統括、監督・指導や連携調整、バックアップ等）を行うことがセンター機能として位置づけられている地域包括支援センターをいう。

地域ケア会議の開催状況を見ると、「地域ケア個別会議」（個別ケースの検討を行うタイプ）は85.2%が開催しており、そのうちの3分の2は不定期開催である。「地域ケア推進会議」（市町村レベルで地域課題を検討するタイプ）は、「開催なし」58.0%、「開催あり」38.5%と、開催されていない自治体も4割近くに上っていた（表1）。

2. 個別ケース検討タイプの地域ケア会議におけるデータ活用

個別ケース検討タイプの地域ケア会議におけるアセスメント情報の標準化と共有、保健医療情報の把握実態、保健医療データベース（KDB含む）の認知と活用について、みていく。

（1）個別ケース検討の選定基準

個別ケース検討の選定基準（複数選択）は、「困難ケース中心」が74.1%（n=460）と多くを占め、「認知症ケース中心」12.4%（n=77）、「重症化予防ケース中心」5.6%（n=35）、「医療依存度の高いケース中心」2.9%（n=18）となった（表2）。

個別ケース検討における「保健医療面の情報」の共有をみると、「概ね共有有」の割合は全体の66.5%（n=

表1 地域ケア会議の開催状況

(N = 621)

	地域ケア個別会議		地域ケア推進会議	
	n	%	n	%
開催なし	83	13.4	360	58
概ね不定期に開催	355	57.2	239	38.5
概ね定期的に開催	174	28	22	3.5
不明	9	1.4	621	100

表2 地域ケア会議ケース検討の選定基準

(N = 621, 複数選択)

	n	%
重症化予防ケース中心	35	5.6
要介護認定の高いケース中心	6	1
医療依存度の高いケース中心	18	2.9
認知症ケース中心	77	12.4
困難ケース中心	460	74.1
その他	61	9.8
不明	82	13.2

413)であった一方、「おおむね共有なし」の自治体も20.0% (n=124) にのぼった。

「おおむね共有あり」と回答した自治体 (n=412) について、共有している情報の内訳 (複数選択) をみると、「現病歴」92.2% (n=380), 「通院状況」90.5% (n=373), 「既往歴」88.3% (n=364), 「服薬状況」85.2% (n=351), 「本人の主訴」83.0% (n=342) など、病歴や通院服薬状況はほとんどの自治体で把握していた。これに対し、「主治医の情報」65.0% (n=268), 「主治医意見書」32.8% (n=135) など、主治医に関する情報は共有されていないことも多かった。「特定健診・特定保健指導の情報」は3.6% (n=15) と、ほとんど活用されていない (相当する表は既発表のため [12], 本稿では省略)。

(2) 国保データベース (KDB) の認知と活用状況・活用意向

個別ケース検討レベルの地域ケア会議における国保データベース (KDB) の認知と活用状況・活用意向をみてる。「KDBから個別ケースの保健医療面の情報を閲覧・利用できることを知っているか」という設問については、「知っている」38.8% (n=241), 「知らない」46.4% (n=288), 「不明」14.8% (n=92) であり、「知らない」が「知っている」を上回っていた。また、地域ケア個別会議で、KDBが「活用されたことがある」と回答したのは8自治体のみであり、全体の1.3%であった。

地域ケア個別会議におけるKDB活用の関心は、「関心がある」61.7% (n=383) である。しかし、具体的な情報活用のイメージがあるのは128自治体と、「関心ある」の約3分の1に留まり、残りの3分の2は関心があるが「活用のイメージは持っていない」状況であった。

3. 地域課題検討タイプの地域ケア会議におけるデータ活用

(1) 客観的なデータの参照状況

地域ケア推進会議 (市町村レベルで地域課題を検討するタイプ) において、地域全体の課題を検討する際に、統計や調査、帳票などから集計した何らかの客観的な情報・データ等を参照しているかどうかみていく。

地域課題の把握分析にあたり客観的な情報・データ等

を参照しているか尋ねたところ、「参照している」は14.8% (n=92), 「特に参照していない」35.6% (n=221), 「不明・無回答 (会議未開催を含む)」49.6% (n=308) であった。

客観的な情報・データ等を「参照している」と回答した自治体 (n=92) について、取り組み別の参照状況を把握したところ、「医療介護連携」における参照は38.0%, 「認知症施策」55.4%, 「生活支援」47.8%, 「介護予防」59.8%と、医療・介護連携では、課題把握分析におけるデータ参照の割合が相対的に低い状況であった (表3)。

「データを用いて検証した、地域支援事業以外のテーマ」としては、「高齢者の孤立/孤立死防止」「高齢者の生活 (移動手段) 確保」「救急搬送の実態把握」「高齢者・障害者の災害時対応」「緊急事態対応」等の記載があった。

(2) 国保データベース (KDB) の認知と活用状況・活用意向

地域課題の検討レベルの地域ケア会議における国保データベース (KDB) の認知と活用状況・活用意向をみてる。設問「KDBから地域ごとに保健医療面の情報を入手できることを知っているか」については、「知っている」30.8% (n=191), 「知らない」34.8% (n=216), 「不明」34.5% (n=215) であった。

地域ケア推進会議で、KDBデータが資料として提供されたことが「あった」と回答したのは7自治体 (調査回答自治体の1.1%) のみであった。

地域ケア推進会議におけるKDB活用の関心については、51.2% (n=318) が関心を持っている。しかし、具体的な情報活用のイメージがあるのは112自治体と、関心のあるもののうちの3分の1強であり、3分の2弱は関心があるが情報活用のイメージは持っていない状況にあった。

地域包括ケアシステム構築の推進におけるKDBデータの活用の制約について尋ねたところ、「大きな制約」ないし「一定の制約」のあるものが全体の約1割、制約について「検討中」が3.9%, 「とくに制約はない」が16.7%, 「検討していない」が64.1%となった (表4)。地域包括ケアにKDBを活用する場合の個人情報保護等の制約について、検討未着手の自治体が多数をしめてお

表3 「客観的データ参照あり」自治体の取り組み別データ参照状況

(N=92)

	参照あり		参照なし		不明	
	n	%	n	%	n	%
医療介護連携	35	38.0%	41	44.6%	16	17.4%
認知症施策	51	55.4%	29	31.5%	12	13.0%
介護予防	55	59.8%	24	26.1%	13	14.1%
生活支援	44	47.8%	33	35.9%	15	16.3%

表 4 KDBデータの活用における制約

(N = 621)

	n	%
課内での利用に大きな制約がある（業務に使用することはほとんどできない）	19	3.1
課内での利用に一定の制約がある（KDBの一部の活用または時宜を得た活用ができない）	40	6.4
課内での利用に関する制約の内容や程度について検討中	24	3.9
とくに制約はない	104	16.7
課内での利用の制約に関して検討していない	398	64.1
不明	36	5.8

表 5 地域支援事業の課題分析におけるデータ活用の有無

(N = 621)

		既存データ		独自データ	
		n	%	n	%
医療介護連携	あり	147	23.7	107	17.2
	なし	430	69.2	455	73.3
	不明	44	7.1	59	9.5
認知症施策	あり	326	52.5	182	29.3
	なし	257	41.4	386	62.2
	不明	38	6.1	53	8.5
介護予防	あり	396	66.6	260	41.9
	なし	199	33.4	307	49.4
	不明	26	4.4	54	8.7
生活支援	あり	181	29.1	183	29.5
	なし	390	62.8	379	61
	不明	50	8.1	59	9.5

り、制約なく利用できる自治体は2割に達していなかった。

4. 地域支援事業の課題分析におけるデータ活用

(1) 各事業の課題分析におけるデータ活用の有無

地域支援事業の医療介護連携、認知症施策、介護予防、生活支援の各事業について、事業が対象とする課題（地域の課題または住民の生活課題等）の把握分析を、何らかの客観的な情報・データ等を用いて実施しているかどうか、「既存データ」、「独自データ」、それぞれの活用の有無を尋ねた。「既存データ」とは、国や都道府県に報告することや自治体による実施が法制度上義務付けられている調査等のデータや、国や県で整備しているデータを指す（例えば、要介護認定調査、介護保険事業状況報告、日常生活圏域ニーズ調査（基本チェックリスト）等）。「独自データ」とは、「既存データ」以外で、自治体において、独自に作成した調査票（項目）・帳票等により収集作成したデータを指す。

課題の把握分析におけるデータ活用が比較的進んでいるのは、介護予防と認知症施策であった（表5）。介護予防施策では、回答自治体の3分の2が既存データを活用していたほか、4割以上の自治体で、独自データを用いた課題の把握分析も実施していた。これに対し、デー

タ活用が進んでいないのは、医療介護連携、および生活支援であった。医療介護連携に関しては、既存データの活用による課題の把握分析を実施していたのは回答自治体の23.7%、独自データの活用は17.2%にとどまった。

(2) 活用されたデータの出典・出所

地域支援事業として展開されている医療介護連携、認知症施策、介護予防、生活支援の各事業において活用されている既存データの出典について、自由記載の回答（複数回答）を整理し、記載した自治体数が多い順に並べて一覧表にしたところ、以下のようになった（表6）。

医療・介護連携については、活用された既存データとして、自治体による251の記載が確認された。内容を、記載した自治体数が多い順に（カッコ書きで記載した自治体数を表示）、「要介護認定調査」（63）、「日常生活圏域ニーズ調査、または高齢者実態調査」（59）、「介護保険事業状況報告、または、介護保険給付実績」（48）、「基本チェックリスト」（11）である。これらは、いずれも介護保険制度において実施や報告が求められているものである。医療に関するデータ出典の記載も見られたが、記載した自治体数は少ない。複数自治体による記載が

表6 地域支援事業の課題分析に活用された既存データ一覧

(※数字は、記載した自治体数)

医療介護連携

要介護認定調査	63	地域保健	1
日常生活圏域ニーズ調査(含・高齢者実態調査)	59	健康増進事業報告	1
介護保険事業状況報告・介護保険給付実績	48	保健衛生統計	1
基本チェックリスト	11	医療情報	1
人口動態統計・人口推移データ	10	診療情報提供	1
主治医意見書	8	受診歴	1
管内医療機関一覧・県医療機関名簿・県医療情報検索サービス	4	疾患集計	1
在宅療養支援診療所医療機関一覧	3	人口10万対医師数	1
国保データベース・国保医療費情報	3	縦覧点検(国保連介護給付適正化システム)	1
死亡数・死亡場所	3	住基データ等	1
医療施設調査・病院報告	3	施設基準届出受理状況	1
介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画・市高齢者福祉課統計情報	3	都道府県医療介護連携調整実証事業	1
介護サービス施設事業所調査	2	医師会連携調査	1
保険者データ分析	2	保健所市民対象アンケート調査	1
被保険者管理台帳等	1	その他(内閣府, 厚生労働省, 厚生局等)	12
訪問看護実態調査	1		
在宅時医学総合管理料等	1		
		計	251

認知症施策

要介護認定調査	198	二次予防支援者実績データ	1
日常生活圏域ニーズ調査(含・高齢者実態調査)	116	認知症疾患医療センター受診状況結果一覧	1
基本チェックリスト・生活機能評価	68	もの忘れ相談医・サポート医リスト	1
介護保険事業状況報告・介護保険給付実績	45	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者リスト	1
主治医意見書(要介護認定)	22	認知症サポーター数	1
認知症日常生活自立度	22	医療・介護連携	1
人口統計・人口動態統計・高齢化率・高齢者数	8	地域医療ミーティング	1
要介護認定者数・認定率	4	疾患集計	1
認知症高齢者数・認知症有病率	3	高齢者福祉統計データ	1
国民健康保険疾病統計表・国保情報	2	住基データ等	1
若年性認知症実態等	2	介護度	1
後期高齢者医療疾病統計表・後期広域連合	2	行方不明者数	1
県報告データ・県国保連	2	包括支援センター相談内容	1
厚生労働省統計	2	アセスメント票	1
介護認定新規申請時理由	1	ワークシート	1
介護保険サービス利用一覧	1	高齢社会意識調査(内閣府調査)	1
長谷川式認知症スケール	1		
		計	515

介護予防

基本チェックリスト・生活機能評価表(二次予防対象者把握事業・特定高齢者把握事業)	249	国保疾病分類別統計表・市国保担当課	2
日常生活圏域ニーズ調査(含・高齢者実態調査)	129	障害調整健康余命・平均自立期間・平均寿命	2
要介護認定調査	51	県健康マクロ指標・県統一評価項目	2
介護保険事業状況報告・介護予防給付実績	29	国民健康・栄養調査効果測定統計	1
地域支援事業実施状況調査・介護予防事業実施状況調査	23	要支援者ケアプラン・予防給付ケアプラン	1
人口統計・人口動態調査・高齢化率	6	予防推進モデル事業	1
要介護認定率・要介護度別認定者数等	6	高齢者台帳	1
要介護認定主治医意見書	5	後期高齢者健康診査	1
介護予防・日常生活支援総合事業	4	医療・介護連携	1
特定健診・特定保健指導	4	医療費	1
アセスメント票	3	地域医療ミーティング	1
介護保険認定非該当者リスト・介護認定新規申請時理由	2	特定高齢者管理システム	1
主観的健康観(国民生活基礎調査)	2	地域包括支援センター支援システム	1
2次予防事業参加者・介護予防教室	2	生活支援総合調査票	1
高齢社会意識調査(高齢社会白書)	2	その他	2
住民基本台帳	2		
		計	538

生活支援

日常生活圏域ニーズ調査(含・高齢者実態調査)	24	地域包括支援センター支援システム	1
基本チェックリスト	10	市高齢者福祉アンケート調査	1
要介護認定調査	8	基準緩和サービス提供取組	1
介護保険事業状況報告・給付実績	8		
介護予防サービス・支援計画書	2		
		計	55

あったのは、「主治医意見書(※)」(8)(※要介護認定調査に含まれるが、独立して記載されていたものは独立させた)、「管内医療機関一覧、または、県医療機関名簿、または、県医療情報検索サービス」(4)、「在宅療養支援診療医療機関一覧」(3)、「国保データベース(KDB)、または、国保医療費情報」(3)、「死亡数・死亡場所」(3)、「医療施設調査・病院報告」(3)等である。

認知症施策については、活用された既存データとして、自治体による515の記載が確認された。記載した自治体数が比較的多いものは、「要介護認定調査」(198)、「日常生活圏域ニーズ調査・高齢者実態調査」(116)、「基本チェックリスト・生活機能評価」(68)、「介護保険事業状況報告・介護保険給付実績」(45)、「主治医意見書」(22)、「認知症日常生活自立度」(22)であった。

介護予防については、活用された既存データとして、自治体による538の記載が確認された。記載した自治体数が比較的多いものは、「基本チェックリスト・生活機能評価表(二次予防対象者把握事業・特定高齢者把握事業)」(249)、「日常生活圏域ニーズ調査・高齢者実態調査」(129)、「要介護認定調査」(51)、「介護保険事業状況報告・介護保険給付実績」(29)、「地域支援事業実施状況調査、または、介護予防事業実施状況調査」(23)などであった。その他、保健医療分野の行政データの出典として、掲載した自治体の数はごくわずかだが、「特定健診・特定保健指導」(4)、「国保疾病分類別統計表・市国保担当課(KDB含)」(2)、「県健康マクロ指標・県統一評価項目」(2)などがあった。

生活支援については、活用された既存データとして、自治体による55の記載が確認された。記載した自治体数が比較的多いものは、「日常生活圏域ニーズ調査・高齢者実態調査」(24)、「基本チェックリスト」(10)、「要介護認定調査」(8)、「介護保険事業状況報告・介護保険給付実績」(8)などであった。

IV. 考察——データ活用にむけた課題

実態調査の結果、以下のような状況が確認された。

個別ケース検討レベルの地域ケア会議に関して、ほとんどの自治体で会議が開催されている。そこでの保健医療情報の共有に関しては、概ねなされていた。しかし、共有されていない自治体も2割程度と無視できない割合に上っていた。また、共有内容に関して、主治医との情報共有に課題がある場合が多く、特定健診・特定保健指導の情報はほぼ活用されていなかった。

地域課題検討レベルの地域ケア会議に関しては、開催は4割程度にとどまっていた。地域課題の把握分析に客観的データを参照しているのは、そのうち3割未満と限られていた。

地域支援事業におけるデータ活用について、課題の把握分析における活用が比較的实施されているのは、介護予防と認知症施策であった。これに対し、データ活用が

進んでいないのは、医療介護連携および生活支援であった。

各事業において活用されている既存データの出典を整理すると、現状の主要な出典は、「要介護認定調査」「日常生活圏域ニーズ調査・高齢者実態調査」「基本チェックリスト・生活機能評価」「介護保険事業状況報告・介護保険給付実績」「主治医意見書」「認知症日常生活自立度」等であった。すなわち、介護保険制度において調査・報告が求められている行政データの活用が、大半を占めていた。他方で、保健・医療分野の行政の調査・報告データが出典として明記されることは、ごくわずかにとどまっていた。

KDB(国保データベース)の活用について、個別ケース検討レベルにせよ、地域課題の検討レベルにせよ、現時点で、地域ケア会議における活用はほとんどなされていない(621自治体中10自治体未満)。自治体の約半数は「関心はあるが活用イメージわからない」状況であった。個人情報活用の制約については、制約がないという回答は2割未満であり、多くが未検討であり、有効に活用できる条件が現状では整っていないことが示唆された。

自治体および関係者は、地域包括ケアシステムの構築にむけ、関係機関同士や住民、ケアを必要とする方や介護者との対話・調整を重ねながら、事例ごとの課題、そして、地域の課題に取り組んでいる。それらに加え、行政の役割としては、分野横断的に既存の統計調査や独自の調査のデータを活用し、地域や住民の状態の分析・評価をする取り組みの重要性も、高まっている。今回の実態調査結果からは、医療介護連携に関わり、後者の取り組みをさらに充実させる余地が大きいことが伺えた。

他方で、データの活用に積極的に取り組んでいる、もしくは、高い関心をもっている自治体担当者へのインタビュー調査からは、データの活用に関わり、以下のような論点が抽出された[13]。データに基づく医療依存度・介護依存度の時系列推移の予測の重要性について、いずれの自治体担当者も言及していた。他方で、家庭内の状況(家族介護者の疲弊、経済状況、家屋の環境、その他)が把握できる指標が含められてはじめて、これらについての総合的な判断が可能になる、との認識が示されていた。そして、自治体では、これらの状況を把握するために、地道な訪問の積み重ねを通じた定性的な情報収集を重視していた。また、データにどのような意味を見出していくのかという論点も示された。これはすなわち、実際に投入されたサービスの種別、サービス量、サービス提供主体が把握できたとしても、その地域の実情に合ったケア提供システムのデザインができていなければ、これらのデータの活用はできないとの認識が示された。

こうしたことをふまれば、情報活用においては、単に、客観的なデータをエビデンスとして活用しているか否かのみが、突出した評価基準とならないような留意が必要である。今後、エビデンスに基づいた地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、地域レベルのアセス

メントに基づいたケア提供システムを展望しつつ、その実現のために定性的な現場の実践知と、定量的な客観的データの活用がうまく関連づけられ、相乗効果が発揮されるようなデータ活用のあり方を探ることが、重要であろう。

V. 結論

本稿で報告した調査は、市町村における地域包括ケアシステム構築にむけた重要な仕組みである「地域ケア会議」「地域支援事業」におけるデータ活用の実態に関する初の全国調査である。各地では、地域における医療介護連携の取り組みが徐々に進められている。しかし、医療介護連携をはじめとした分野・領域横断的な取組みについて、その根拠や評価のためのデータ活用という位相においては、必ずしも、十分なデータの活用がなされていないことが、本調査では明らかにされた。また、活用されるデータについては、介護保険制度の枠内で把握された行政データの活用が一定程度みられるが、それ以外の領域・分野の行政データとの統合は、あまりなされていないことも、明らかにされた。

自治体の介護担当課において医療介護連携の推進が全国的に本格化するのには、2015年度（平成27年度）に開始される第6期介護保険事業計画以降である。従って、本報告は、今後の医療介護連携にむけた情報活用に関する全国的な状況を評価するためのベースラインとしての意義がある。

今後、本調査結果と比較しながら、市町村レベルでのデータの活用面における医療と介護の統合、医療介護に限らない地域包括ケアシステム構築に必要な多分野の情報の統合化について、その進捗・展開を把握し、更なる連携充実につなげていくことが求められる。臨床ないし地域のマネジメントレベルでのデータの一元化や部門横断的なデータ共有の難しさは、国際的課題でもある [9, 14]。既存の行政統計・報告調査等のデータを、行政のみならず地域のケア関係者が統合ケアの観点から活用していくことも視野に入れ [15]、日本からその取組みを国際的な成果として発信していくことが期待される。

なお、本研究の限界としては、回答自治体が3分の1程度であること、回答自治体の4分の3が10万人以下の小規模自治体であったことによる回答の偏り等が考えられる。そのまま全国自治体の状況として普遍化するには注意を要する。また、分析は、単純集計の記述統計と自由記載の整理に留まっていることから、更なる詳細な分析を展開する必要がある。

謝辞

本研究は、「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」（研究代表者 熊川寿郎、平成26年度厚生

労働科学研究費補助金長寿科学研究開発事業、平成27年度日本医療研究開発機構委託費長寿・障害総合研究事業）の成果による。本稿において、COI（利益相反）はない。

なお、著者の分担は以下の通り。筆頭著者の森川は、共著者の原案をふまえた論文全体の執筆を行った。共著者・玉置は、「4. 地域支援事業の課題分析における情報活用」に関わるテキストデータマイニング、共著者・大冢賀は、「4. 地域支援事業の課題分析における情報活用」のデータコーディングと分析・考察、および「IV. 考察」の加筆修正、共著者・熊川は、「I. はじめに」および「V. 結論」の原案を作成した。

参考文献

- [1] 熊川寿郎, 代表研究者. 厚生労働科学研究委託費長寿科学研究開発事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」平成26年度総括・分担研究報告書. 2015. p.1-98.
- [2] 森川美絵, 熊川寿郎, 松繁卓哉, 玉置洋, 平塚義宗. 地域包括ケアシステム構築のための市町村地域ケア会議等における情報活用状況に関する研究, 厚生労働科学研究委託費長寿科学研究開発事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」(代表研究者:熊川寿郎) 平成26年度研究報告書. 2015. p.16-60.
- [3] 厚生労働省老健局振興課. 介護保険制度の改正と地域ケア会議の位置づけについて. 地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料. 平成26年10月8日. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka_1.pdf (accessed 2016-02-27).
- [4] 高橋都子, 小林由紀子, 池松こずえ, 村中峯子, 前田恵子, 田中明美. 地域ケア会議はこう生かす! 多職種協働で生み出す成果に向けて. 地域保健. 2015;46(7):8-36.
- [5] 原田小夜. 地域ケア会議の企画・運営に関する課題(一般演題,第25回日本健康医学会総会抄録集). 日本健康医学会雑誌. 2015;24(3):238-239.
- [6] 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会. 実践につながる住民参加型地域診断の手引き—地域包括ケアシステムの推進に向けて—. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査事業」. 2012.
- [7] 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会. 実践につながる住民参加型地域診断の手引き—地域包括ケアシステムの推進に向けて—version2. 平成24年度老人保健事業推進費等補助金「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携

- 促進に関する調査事業」. 2013.
- [8] 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会. 実践につながる住民参加型地域診断の手引き—介護予防編. 平成25年度老人保健事業推進費等補助金「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査事業」. 2013.
- [9] 狩野恵美. 健康の社会的決定要因と格差対策のための世界保健機関 (WHO) による指標とヘルス・マネジメント・ツールの開発. 医療と社会. 2014;24(1):21-34.
- [10] 鈴木佳代, 近藤克則, JAGESプロジェクト. 見える化システムJAGES HEARTを用いた介護予防における保険者支援. 医療と社会. 2014;24(1):75-85.
- [11] 厚生労働省. 地域包括ケア「見える化」システム. <http://mieruka.mhlw.go.jp/> (accessed 2016-02-27)
- [12] 森川美絵. 福祉介護分野から: 多職種多分野連携による地域包括ケアシステムの構築. 保健医療科学. 2016;65(1):16-23.
- [13] 松繁卓哉, 熊川寿郎, 森川美絵, 玉置洋, 平塚義宗. 地方自治体における客観的データを活用した地域の課題把握の状況に関するインタビュー調査. 厚生労働科学研究委託費長寿科学研究開発事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」(代表研究者: 熊川寿郎) 平成26年度研究報告書. 2015. p.7-13.
- [14] Wilson R, Baines S, Cornford J, Martin M. 'Trying to do a jigsaw without the picture on the box': understanding the challenges of care integration in the context of single assessment for older people in England. *International Journal of Integrated Care*. 2007;7(2):25.
- [15] Wilkinson DL, McCarthy M. Use of comparative data for integrated cancer services. *BMC Health Services Research*. 2007;7:204.