

〈1〉宇都宮市民の医療・介護レセプトデータに関する定量的解析 —在宅ケアに着目して—

市政研究センター 係長 藍原 紀子

宇都宮大学地域デザインセンター 特任助教 野原 康弘

要旨 本研究では、宇都宮市における医療と介護の利用実態について、医療・介護レセプトデータを連結し現状把握を行うとともに、レセプトデータと地理情報システムを関連させることで、医療費や介護費の地域差を可視化した。分析にあたっては、特に、地域包括ケアシステムの中で取り組まれている高齢者の在宅ケアに注目し、介護度や地域によって異なる介護サービス利用状況を明らかにした。解析結果に基づき、今後の在宅医療・介護連携の推進に向けた関係データの有効な活用について提案する。

キーワード: 医療, 介護, レセプトデータ分析, 在宅ケア, 地域差

1 はじめに

(1) 研究の背景と目的

国立社会保障・人口問題研究所(2018)によると、宇都宮市(以下「本市」という)の65歳以上人口割合(高齢化率)は、2015年の23%から2045年には32%に上昇するとされている。この数字は、県庁所在都市の中では比較的緩やかな進行といえるが、今後人口減少が予想される中、社会保障費の伸びを抑制し市民の健康寿命を延伸することは、本市において喫緊の課題となっている。

このような中で、国において、診療報酬明細書(レセプト)や介護保険給付費明細書(介護レセプト)(以下、これらのデータを総称し、「医療・介護レセプトデータ」という)の電子化やデータベースシステムの整備が進められている。各自治体においては、医療や介護情報を分析することにより、健康課題を抽出し、医療費や介護給付費の適正化を進める動きが加速しつつある。

本市においても、国保データベースや介護保険総合データベース等の活用により、医療・介護費それぞれの全市的な傾向は一定程度把握されている。しかし、地区レベルでの地域的な傾向について詳細な分析は行われていない。

そこで本研究では、本市の医療・介護レセプトデータを連結して分析することで、医療費と介護費の地域的な傾向を把握するほか、サービスにかか

る費用や市民の受療・受給行動を明らかにする。分析にあたっては、本市が進める地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の中でも核となる高齢者の在宅ケアに着目する。

それらをふまえた上で、今後本市で取り組むべき医療・介護費用の適正化や保健・福祉施策の充実に資する基礎資料とするとともに、地域におけるより効果的な医療・介護サービスの在り方について検討する。

(2) 研究構成

本研究では、本市の国民健康保険、後期高齢者医療および介護保険サービスの活用実態を明らかにするため、医療・介護レセプトデータからこれらの制度を併用する者を分析対象者とする。まず、在宅ケアと施設ケアの費用バランスを把握し(2章)、次に、在宅ケアにおける医療・介護サービス選択の特徴を把握する(3章)。さらに、分析対象者を地区ごとに区分し、医療費・介護費の地域差を分析することにより、地域特性について考察する(4章)。最後に、効果的な医療・介護連携につながるデータの活用について提案を行う(5章)。

(3) 研究体制

本研究は、医療・福祉政策や都市構造解析を専門とする宇都宮大学地域デザイン科学部の佐藤栄治准教授監修の下、同地域創生推進機構地域デザインセンターの野原康弘特任助教と共同で行った。

(4) レセプトデータの概要

本研究では、本市保健福祉部保険年金課で所管する国民健康保険と後期高齢者医療の診療報酬明細書の月次データ²、また高齢福祉課で所管する介護保険給付実績等の月次データ³を用いる。

分析対象者は、介護保険と国民健康保険または後期高齢者医療を併用する被保険者⁴とする。分析対象期間は、利用年月が平成28年2月から平成29年1月の1年間とする。各種サービスを利用する被保険者数は介護保険で18,688人、国民健康保険で121,065人、後期高齢者医療で57,682人である。そのうち介護保険と国民健康保険または後期高齢者医療を併用する被保険者数は16,562人である。内訳は、国民健康保険1,669人と後期高齢者医療15,049人の合計から、年度内に国民健康保険から後期高齢者医療に移行した重複者156人を除いた数である。分析対象のレセプト数（月次データ数）は、介護保険295,138件（24,594件／月）、国民健康保険41,907件（3,492件／月）、後期高齢者医療647,448件（53,954件／月）である。

(5) 分析方法

本研究では地域差を把握するために、分析対象者の居住地情報を緯度経度に変換して地理情報システム（ArcGIS）に取り込み、圏域ごとに集計する。

² 被保険者（個人）別・医療機関別・入院・外来区分別ごとに月次で集計されたものである。分析に使用した項目は、住所性別、年齢（平成30年12月31日時点）、入院・外来区分、診療報酬点数区分（医科、歯科、調剤、訪問看護、整骨・接骨院）、診療実日数、決定点数である。

³ 被保険者（個人）別・介護事業所別・サービス種別ごとに月次で集計されたものである。分析に使用した項目は、住所（緯度経度に変換）、性別、年齢（平成30年12月31日時点）、要介護度、サービス種別コード、利用実日数、決定点数である。

⁴ 介護保険の利用者には65歳以上の第1号被保険者および40歳以上の第2号被保険者が含まれる。国民健康保険は社会保険や後期高齢者医療保険を利用する者、生活保護を受けている者を除いたすべての市民が対象であり、また、後期高齢者医療は生活保護を受けている者を除いた75歳（寝たきりの場合は65歳）以上の高齢者が対象であるが、本研究では、そのうちの介護保険を利用している者を分析対象とする。

また、医療・介護点数や介護度などの各変数の関連性については、Pearsonの相関係数⁵を用いた2変数間の相関関係により分析する。

2 在宅ケアと施設ケアの費用バランス

(1) 分析対象者の分類

医療・介護レセプトデータの分析にあたっては、対象の被保険者の生活拠点が在宅か施設かにより、利用するサービスの種類や費用等の傾向も異なることが想定される。そのため、本研究では、年間のレセプトデータを在宅ケア・ケア移行期・施設ケアの3つに区分し分析を行う。在宅サービスのみを利用している場合を在宅ケアの被保険者、施設サービスのみを利用している場合を施設ケアの被保険者、在宅ケアと施設ケアの両方を利用している場合をケア移行期の被保険者とする。

また、介護保険により受けることのできるケアサービスは、在宅で受けられる居宅サービスと、施設に入所または入院して受ける施設サービスの大きく2つに分けられることから、本研究において、施設サービスは、①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・②介護老人保健施設・③介護療養型医療施設・④地域密着型介護福祉施設入所者生活介護（密着特養）の4つとし、その他を在宅サービスとする。

(2) ケア区分と介護度別にみた費用バランス

表1にケア区分と介護度別⁶にみた分析対象の被保険者数と分析対象者に占めるケア区分ごとの介護度別被保険者数割合を示す。ケア区分ごとの被保険者数の総計は、在宅ケアが13,235人で全体の80%を占める。ケア区分ごとの介護度別被保険者

⁵ 相関係数が±0.2以上±0.4未満を弱い相関あり、±0.4以上±0.7未満を相関あり、±0.7以上±1.0以下を強い相関ありとして分析を行った。

⁶ 介護度については、要支援1・2を要支援、要介護1・2を軽度、要介護3・4・5を中重度とし、集計・分析を行った。

数割合は、在宅ケアでは軽度、ケア移行期および施設ケアでは中重度がそれぞれ最大値をとる。

図1にケア区分と介護度別にみた1人当たり平均医療費、図2に同じく1人当たり平均介護費、図3に同じく1人当たり平均医療・介護費を示す⁷。

平均医療費について、在宅ケアでは介護度が高くなるほど費用が高くなる。ケア移行期と施設ケアでは介護度にかかわらず医療費は同等である。中重度の被保険者については、ケア移行期や施設ケアに比べて在宅ケアを選択した場合に平均的に医療費が高くなり、また点数のばらつきも大きいことから高額な医療費を利用する被保険者が含まれる。

平均介護費について、すべてのケア区分において介護度が高くなれば費用が高くなる傾向がある。軽度・中重度では施設ケアにおいて平均介護費が最も高くなる。

医療費と介護費を合算した平均医療・介護費について、すべてのケア区分において介護度が高くなれば費用が高くなる傾向がある。中重度においては、ケア移行期で最大値をとる。その理由として、介護サービスにおいては在宅と施設サービスの両方を利用するほか、施設ケアに比べて医療費も高いため総じて合算した費用を押し上げていると考えられる。また、中重度において、在宅ケアと施設ケアを比較すると、ほとんど費用に差がみられない。

表1 ケア区分と介護度別にみた被保険者数

	要支援	軽度	中重度	総計
在宅	3,825(28.9)	5,365(40.5)	4,045(30.6)	13,235(100.0)
移行期	28(3.2)	171(19.5)	679(77.3)	878(100.0)
施設	—	314(12.8)	2,135(87.2)	2,449(100.0)
総計	3,853(23.3)	5,850(35.3)	6,859(41.4)	16,562(100.0)

() は、介護度別被保険者数の割合 (%)

介護レセプトデータから作成

⁷ 四分位を用いてデータの散らばりを示す。四分位とはデータを昇順に並べて、小さい値から数えて総数の1/4番目にあたる値が第1四分位、真ん中にあたる値が中央値、3/4番目にあたる値が第3四分位とする。本研究では、第3四分位の1.5倍以上の値を外れ値とし、図1～3では外れ値を除く最大値を示す。

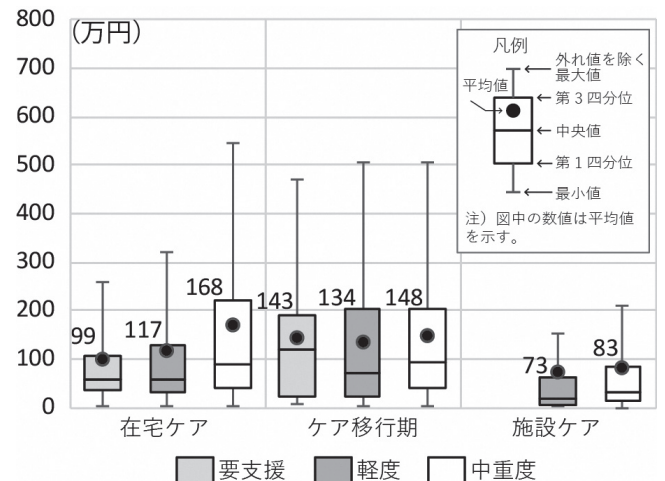


図1 ケア区分・介護度別1人当たり平均医療費
医療・介護レセプトデータから作成

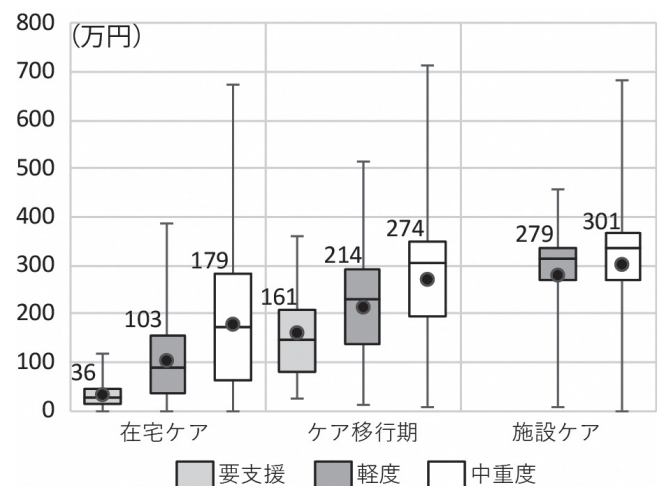


図2 ケア区分・介護度別1人当たり平均介護費
医療・介護レセプトデータから作成

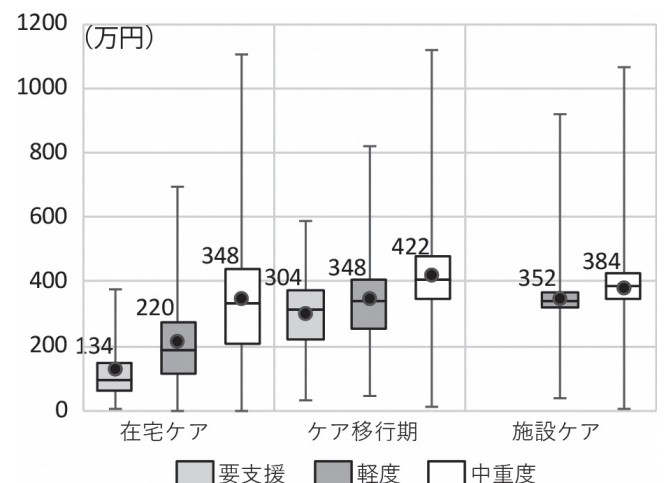


図3 ケア区分・介護度別1人当たり平均医療・介護費
医療・介護レセプトデータから作成

3 在宅ケアにおける 医療・介護サービス選択の特徴

(1) 在宅ケアにおける診療種別ごとの医療費と利用頻度

ここからは、地域包括ケアに不可欠な在宅ケアに焦点を当て分析を行う。以降の分析は、在宅ケアの被保険者のみの値となる。まず、在宅ケア被保険者の医療サービスの利用傾向を探るため、診療種別ごとの利用者数・医療費・利用頻度について把握する。診療種別⁸は医科・歯科・調剤・訪問看護⁹・整骨院（接骨院）の5種について入院・外来別に分析する。

図4は、診療種別ごとの利用者数割合を示す。医科（外来）と調剤は介護度にかかわらず高い割合で推移する。医科（入院）と訪問看護では介護度が高くなるほど利用者数割合が増加する。一方、歯科（外来）では、介護度が高くなるほど利用者数割合は減少している。

図5に診療種別ごとの1人当たり平均医療費を示す。医科（外来）、調剤、歯科（外来）では介護度の変化にかかわらず医療費はほとんど一定である。その他の診療種別では介護度が高くなるほど医療費が増加する。訪問看護は要支援と中重度を比較して約20万円（1.8倍）の差がある。また、入院にかかる費用も要支援と比較して中重度では約1.5倍増加する。

図6に診療種別ごとの月平均利用実日数を示す。医科（外来）・歯科（外来）・調剤では介護度の変化にかかわらず利用頻度はほとんど一定であり、医科（外来）と歯科（外来）では月2回程度利用されている。医科（入院）・訪問看護・整骨では介護度が高

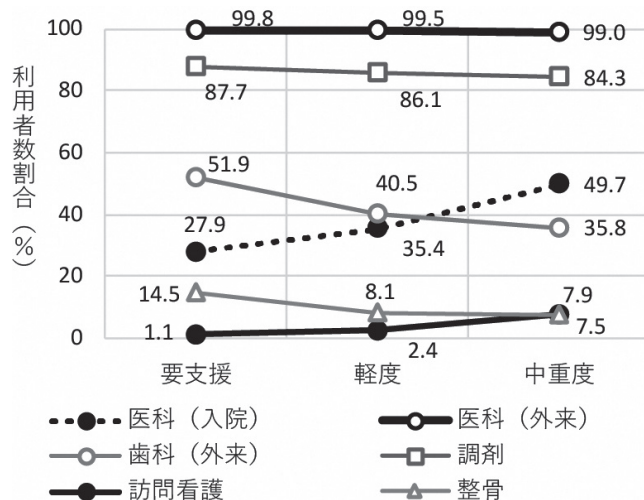


図4 診療種別利用者数割合
医療・介護レセプトデータから作成

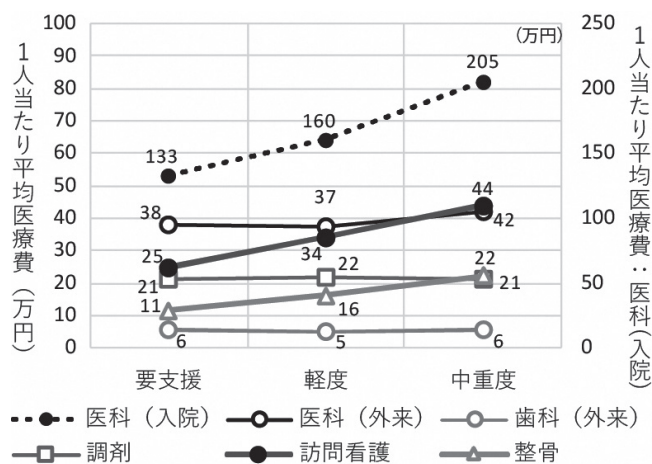


図5 診療種別1人当たり平均医療費
医療・介護レセプトデータから作成

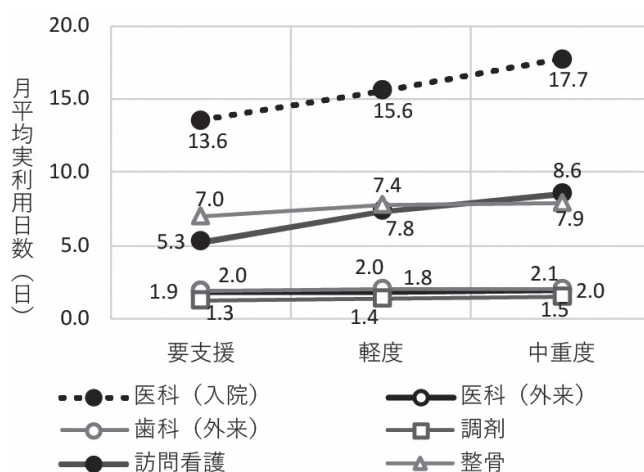


図6 診療種別月平均利用実日数
医療・介護レセプトデータから作成

⁸ 調剤、訪問看護、整骨院（接骨院）は外来のみ。また、入院の歯科については事例数が少ないため今回の分析から省いた。

⁹ 訪問看護は、介護認定を受けている場合には基本的に介護保険が適用されるが、国が定める特定の疾病等、状況に応じて医療保険が適用される。

くなるほど利用頻度が増加する。要支援と中重度を比較すると、中重度で医科（入院）は約4日／月増加し、訪問看護は約3日／月増加する。

(2) 在宅ケアにおける介護サービス選択の特徴

在宅ケア被保険者の介護サービスの利用傾向を探るため、主要なサービスである訪問介護・訪問看護・通所介護（デイサービス）・短期入所生活介護（ショートステイ）・小規模多機能型居宅介護¹⁰・地域密着型通所介護¹¹に着目し、各サービスの利用者数・介護費・利用頻度について把握する。

図7は介護サービス種別ごとのサービス利用者数割合を示す。軽度と中重度に着目すると、訪問看護と短期入所生活介護で利用者数割合が増加し、中重度では在宅医療とレスパイト¹²サービスへの需要が高まることがわかる。在宅ケアの被保険者の5割が利用する通所介護や訪問介護は軽度と中重度で利用者数割合はほとんど一定であり、介護度にかかわらず一定のニーズがあることがわかる。

図8は介護サービス種別ごとの1人当たり平均介護費を示す。各種サービスともに介護度が高くなるほど平均介護費は増加する。特に、小規模多機能型居宅介護では平均介護費が高く、軽度と中重度の平均介護費の差が大きい。他にも訪問介護では軽度に比べて中重度では約2.4倍の差があり、中重度の被保険者における訪問介護に対するニーズの高さが窺える。

図9は介護サービス種別ごとの月平均利用実回数を示す。利用頻度が特に高いのは小規模多機能型居宅介護で、すべての介護度において月平均20回以上の利用がみられる。訪問介護については、軽度に比べて中重度では約5回／月の増加がみられ、

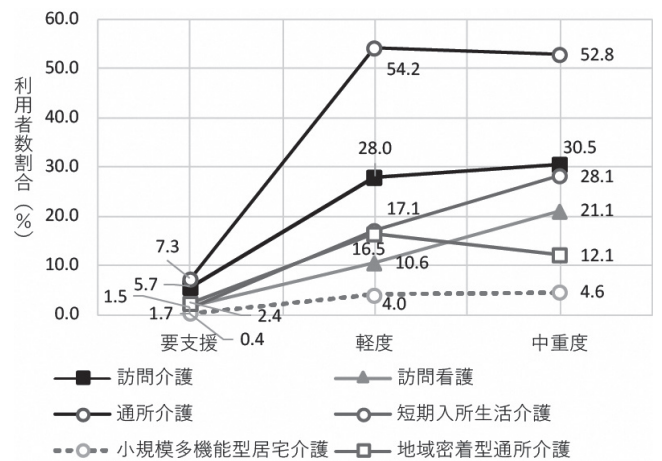


図7 介護サービス種別利用者数割合

医療・介護レセプトデータから作成

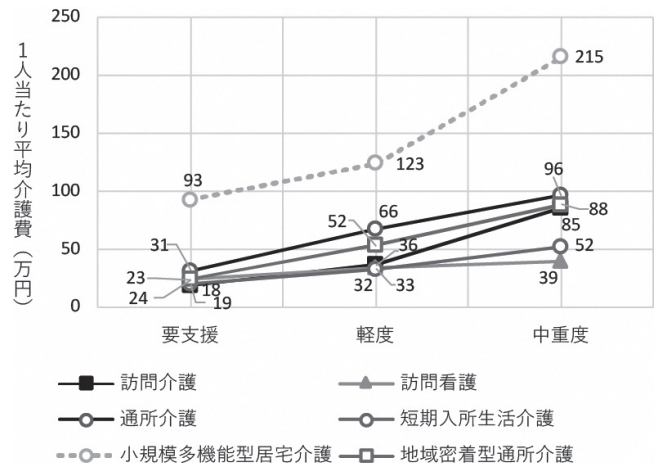


図8 介護サービス種別1人当たり平均介護費

医療・介護レセプトデータから作成

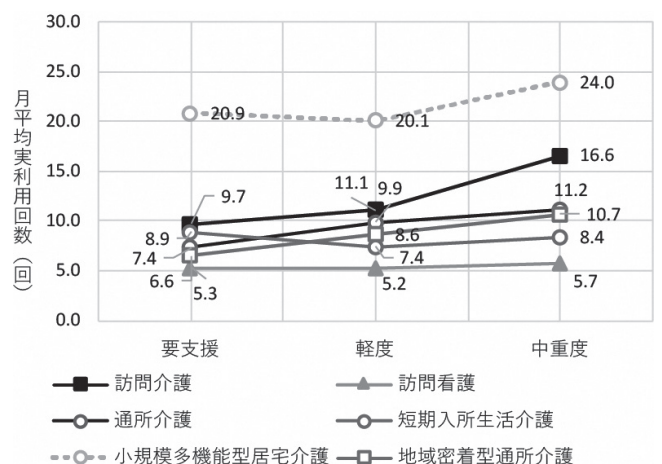


図9 介護サービス種別月平均利用実回数

医療・介護レセプトデータから作成

¹⁰ 同一の介護事業者が通所介護を中心に訪問介護や短期入所生活介護を一体的に提供するサービスである。

¹¹ 利用定員18人以下の小規模なデイサービスである。

¹² 短期入所生活介護は、介護者が自宅を空ける際や体調を崩した場合、また、介護者のレスパイト（休息・息抜き）を目的として利用される。

上記の平均介護費と同様に中重度の被保険者における訪問介護のニーズの高さが窺える。その他のサービスについては介護度にかかわらず利用頻度はほぼ一定である。

(3) 小括

在宅ケアの医療サービスについては、医科（外来）・歯科（外来）・調剤は、8～9割の被保険者に月に1～2回の頻度で利用されており、利用頻度、1人当たり医療費ともに介護度によって大きな変化はない。医科（入院）と訪問看護では介護度が高くなるほど利用日数が増加し、医療機関における療養期間の長期化や在宅療養に関する需要増加がみられる。

在宅ケアの介護サービスについては、図7に示したサービス利用割合を介護度別に合計すると、要支援では19%であるが、軽度130.4%、中重度149.2%では100%を超えていることから、介護度が高くなるほど複数のサービスを重複して受けている者が多くなると思われる。また、訪問看護のように医療系専門職の訪問サービスが必要となる被保険者も増加する。1人当たり平均介護費は、介護度が高くなるにつれて増加するが、中重度になると短期入所生活介護や小規模多機能型居宅介護、訪問介護にかかる介護費が大きく増加する。同時に、中重度の訪問介護と小規模多機能型居宅介護では利用頻度が軽度と比較して大きく増加する。通所介護の利用割合は軽度と中重度で大きな差がなく、いずれも5割強の利用がされていることから、介護度の高低にかかわらず、選択されやすいサービスであると思われる。

4 在宅ケア・施設ケアの選択と医療費・介護費の地域差との関連性

本市においては、地域包括支援センター設置単位である日常生活圏域は、地区連合自治会区域を

分割・統合し25か所に設定されている。また、地域保健を担う保健師の活動も地区連合自治会区域に沿って実施されている。よって、圏域設定の基礎単位である地区連合自治会に着目し、医療・介護サービス利用の動向について把握する。

(1) 地区連合自治会圏域でみた在宅ケア被保険者の特徴と医療費・介護費の地域差

図10に39地区連合自治会の圏域と分析対象者に占める在宅ケアの被保険者数割合の分布を示す。また、表2に、39地区連合自治会ごとの在宅ケアの被保険者数割合と在宅ケア被保険者の介護度別割合、1人当たり平均医療費、1人当たり平均介護費を示す。

被保険者数のうち在宅ケアの被保険者数割合が高い地区は中央部にまとまって多く見受けられる。また、西部の城山、南部の富士見、明保、五代若松原でも比較的在宅ケアの被保険者数割合が高い。最も在宅ケアの被保険者数割合が高いのは明

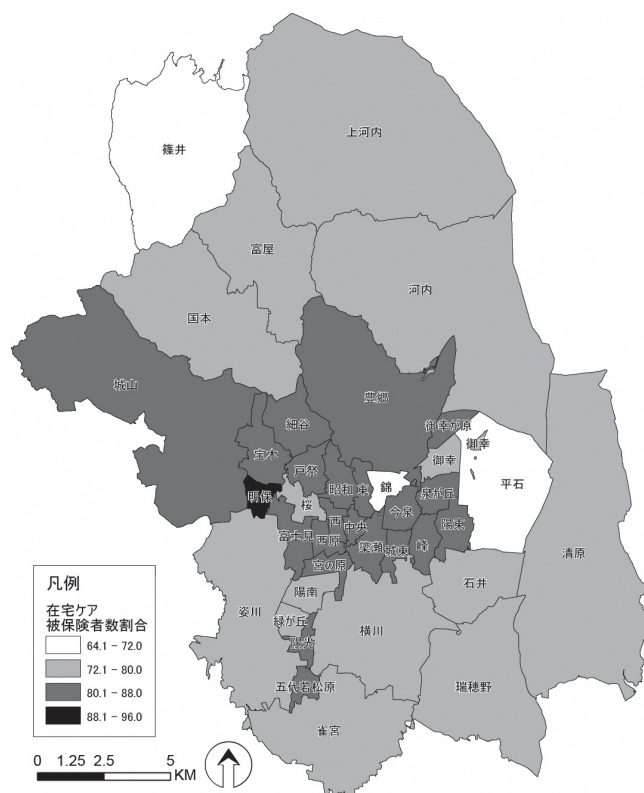


図10 地区連合自治会ごとの在宅ケア被保険者数割合
医療・介護レセプトデータから作成

表2 地区連合自治会ごとの在宅ケア被保険者の概要

地区	全被保険者数	在宅ケア割合(%)	要支援(%)	軽度(%)	中重度(%)	平均医療費(万円)	平均介護費(万円)
西部	国本	553	72.9	21.8	46.9	31.3	123
	篠井	139	70.5	26.5	51.0	22.4	98
	城山	645	82.2	27.0	40.0	33.0	136
	富屋	208	74.0	32.5	40.9	26.6	115
中央部	細谷・上戸祭	503	81.9	25.2	43.7	31.1	127
	宝木	493	86.2	24.5	40.7	34.8	120
	御幸が原	222	86.0	25.7	38.7	35.6	158
	豊郷	956	80.4	29.3	40.8	29.9	126
	宮の原	308	83.4	31.5	37.7	30.7	135
	錦	299	70.9	32.1	40.1	27.8	107
	戸祭	498	81.3	35.6	38.3	26.2	116
	御幸	220	80.0	26.7	46.6	26.7	118
	今泉	211	84.8	26.8	44.7	28.5	132
	桜	369	76.4	33.7	34.8	31.6	114
	昭和	279	83.2	26.7	42.2	31.0	109
	城東	146	80.8	26.3	43.2	30.5	131
	西	314	83.4	31.7	40.5	27.9	117
	西原	335	82.4	36.6	35.5	27.9	122
	泉が丘	357	81.0	32.9	38.8	28.4	136
	中央	228	82.5	23.4	40.4	36.2	128
	東	339	81.4	28.6	37.7	33.7	123
	峰	341	85.3	34.4	35.1	30.6	134
	陽東	333	86.2	20.6	49.5	30.0	116
	築瀬	322	81.7	26.2	40.7	33.1	140
東部	平石	184	64.1	22.0	49.2	28.8	107
	石井	440	80.0	33.0	36.9	30.1	126
	瑞穂野	353	76.5	19.6	40.0	40.4	121
	清原	777	77.0	30.1	39.5	30.4	127
南部	姿川	1161	79.6	30.3	40.8	28.9	132
	富士見	520	84.0	34.6	38.7	26.8	130
	明保	138	89.1	27.6	39.8	32.5	150
	五代若松原	163	82.2	39.6	30.6	29.9	116
	雀宮	1113	79.6	30.8	39.5	29.7	128
	陽光	181	80.7	28.1	37.0	34.9	148
	陽南	416	79.1	28.9	44.4	26.7	140
	緑が丘	372	79.6	32.4	35.8	31.8	136
	横川	674	76.6	23.3	43.0	33.7	132
北部	河内	1057	78.1	30.4	39.8	29.8	135
	上河内	388	78.4	20.1	46.7	33.2	116
市外		7	14.3	0.0	0.0	100.0	8
市全体		16,562	80	29	41	31	128

医療・介護レセプトデータから作成

保の89.1%(123人)である。一方、東部と北部、城山を除く西部の3地区では在宅ケアの被保険者数割合は低い。

表3に、介護度別の被保険者数割合と在宅ケア被保険者数割合、平均医療費、平均介護費との相関関係を示す。在宅ケアの被保険者数割合および1人当たり平均医療費と介護度の関係については、軽度と中重度で相関がみられ、軽度介護者数の割合が低く、また中重度介護者数の割合が高いほど在宅ケアの被保険者数割合が高くまた、平均医療費が高くなる傾向がみられる。1人当たり平均介護費と介護度の関係については、要支援と中重度で

表3 介護度別の被保険者数割合と在宅ケア被保険者数割合、平均医療費、平均介護費との相関関係

	要支援	軽度	中重度
在宅ケア被保険者数割合	0.155	-0.368	0.254
1人当たり平均医療費	0.021	-0.334	0.403
1人当たり平均介護費	-0.436	0.025	0.593

注) 網かけ部分は相関関係にあるもの

医療・介護レセプトデータから作成

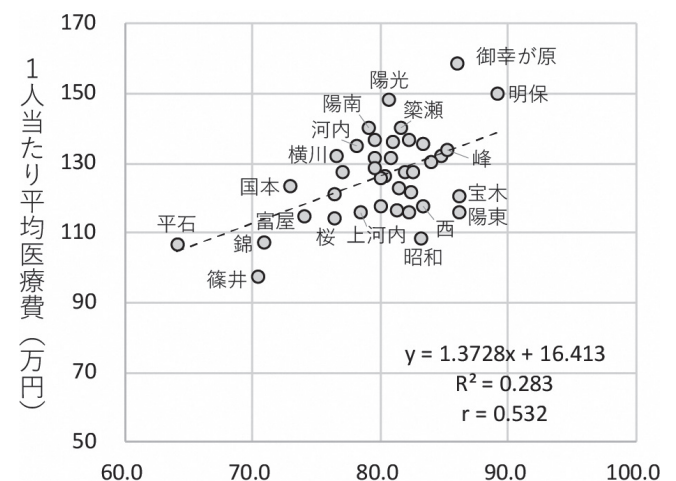


図11 在宅ケア被保険者数割合と1人当たり平均医療費の関係

医療・介護レセプトデータから作成

相関がみられ、要支援者数の割合が低く、また中重度介護者数の割合が高いほど平均介護費が高くなる傾向がみられる。

図11に在宅ケア被保険者数割合と1人当たり平均医療費の関係を示す。相関係数は $r = 0.532$ で正の相関関係がみられ、在宅ケアの被保険者数割合が高い地区では、平均的に医療費が高くなる傾向がある。一方、在宅ケア被保険者数割合と1人当たり平均介護費との間には相関関係はみられなかった。

(2) 主要な在宅サービス種別利用頻度の地域差

在宅ケアの被保険者が利用するサービス種別について月平均利用回数を把握し、地区別の利用傾向をみる。図12は、在宅ケアの被保険者が利用する主要なサービス種別について、地区別と市全体の

月平均利用回数（図中 Ave の値）との差分を示しており、値がプラス方向に出れば、そのサービスはその地区でよく利用されているといえる。

訪問介護については、西部と東部で利用頻度が低い。訪問看護と通所介護については、多くの地区が平均的である。地域密着型通所介護については、中央部でまとまって利用頻度は低い傾向にある。短期入所生活介護については、南部の明保・陽光・緑が丘・横川でまとまって利用頻度が低く、中央部の桜・昭和・城東・西で利用頻度が高い傾向にある。小規模多機能型居宅介護については、地区によって大きくばらつきがみられ、特に中央部では平均値を大きく下

回る地区がみられる。

表4は、図12に示す主要な在宅サービス種別の月平均利用回数と表2に示した在宅ケアの被保険者数割合との相関関係を示している。訪問介護に正の相関（ $r = 0.439$ ）がみられ、在宅ケアの被保険者が少ない地域では、訪問介護の利用頻度が低い傾向にある。

在宅ケアにかかる費用と訪問介護の利用頻度の関係性については、より詳細な調査・分析が必要であるが、図9でみたように訪問介護は中重度になると利用頻度が格段に増えることから継続的な在宅ケアに必要不可欠なサービスであるといえる。被保険者が在宅ケアを選択する上で、

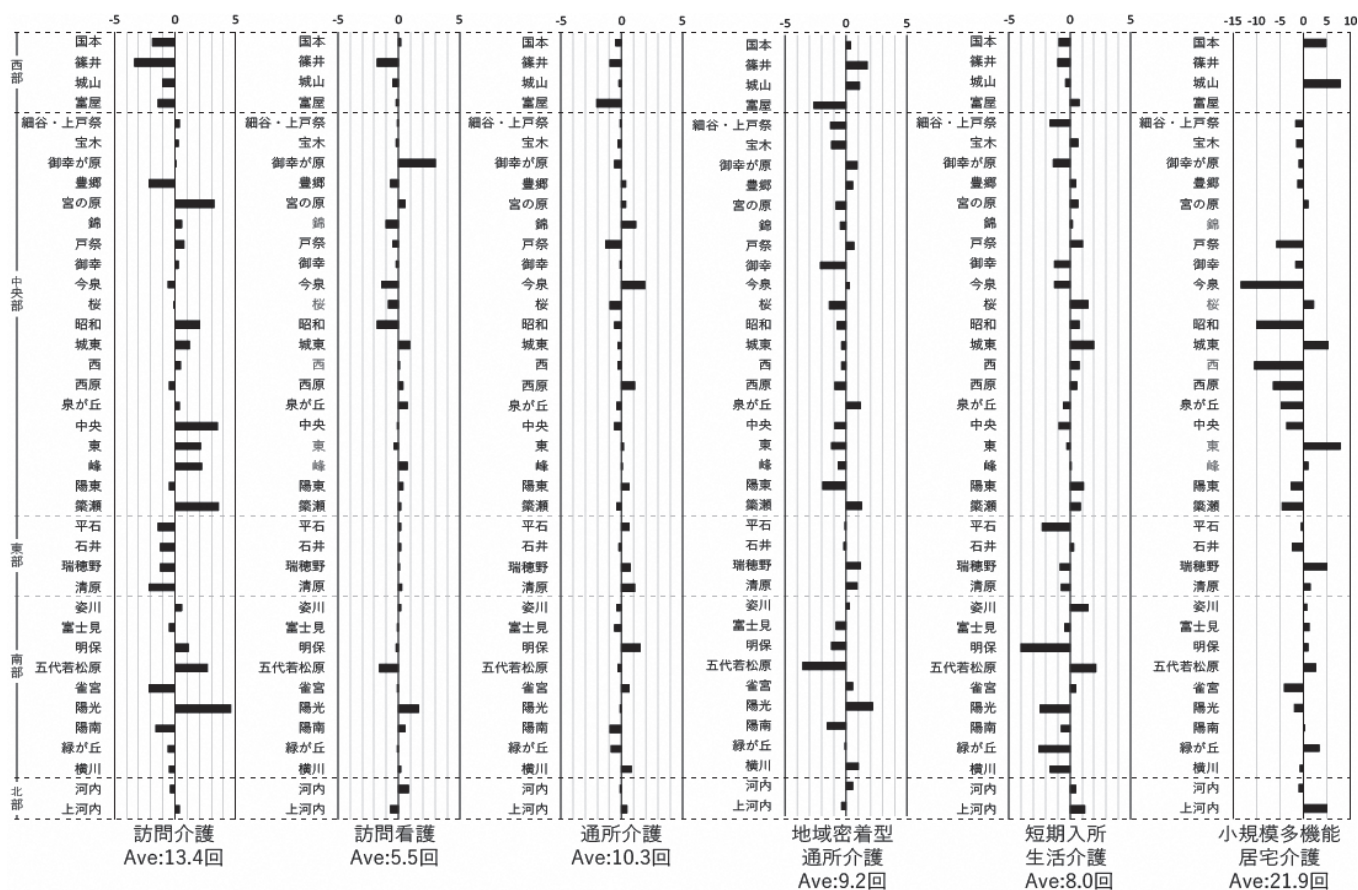


図12 主要なサービス種別ごとの地区別と市全体の差分（月平均利用回数）

表4 主要な在宅サービス種別の月平均利用回数と在宅ケアの被保険者数割合の相関関係

	訪問介護	訪問看護	通所介護	地域密着型通所介護	短期入所生活介護	小規模多機能居宅介護
在宅ケア被保険者数割合	0.439	0.190	0.104	-0.208	0.074	-0.262

医療・介護レセプトデータから作成

訪問介護の担う役割は大きいといえる。

(3) 分析からみえる地域別傾向

西部は、要介護者の割合が高いが、訪問介護の利用頻度は低く、地域密着型通所介護や小規模多機能型居宅介護が多く利用されている。小規模多機能型居宅介護は、1つの事業所で訪問介護や通所介護等を要介護者の状態により組み合わせ利用できるサービスであり、国本や城山で多く利用されている。篠井は、西部の中では要介護者の割合が低いためか、訪問介護の利用頻度は低く、地域密着型通所介護の利用頻度が高い。

中央部は、訪問介護の利用頻度が高い地区がある一方で、小規模多機能型居宅介護の利用は多くの地区で平均を大きく下回っている。

東部は、訪問介護の利用頻度は低い、通所系サービスの利用は平均を上回っている。

南部は、訪問介護の利用が多い地区では、短期入所生活介護の利用が少ない傾向がみられる。たとえば、陽光地区の場合、訪問介護や訪問看護の利用頻度が高い一方、レスパイト機能をもつ短期入所生活介護の利用は少ない。これは、陽光地区では、軽度・中重度の対象者の割合が高く、かつレスパイトが必要な家族等のいない単身世帯が他の地区と比較して多い可能性を示していると考えられる。

今後、対象者の世帯構成などの詳細情報を関連づけて分析し検証することが必要ではあるが、このように、利用されているサービスと介護度の関連をみることで、地区ごとの差が明らかとなった。

5 政策提案の方向性

(1) レセプトデータの活用

本市では、平成30年3月に策定された「第2期

宇都宮市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」において、レセプトデータや統計資料等の活用による医療費抑制や各種保健事業に取り組んでいる。また、同時期に策定された「第8次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第7期宇都宮市介護保険事業計画（にっこり安心プラン）」においては、計画策定にあたって市民に実態調査を実施するなど、各種データの収集がなされている。

このような全市的に収集したデータのほか、地域別データとして、特定健康診査結果データを地域行政機関の管轄地域である16地域ごとに分析したデータの蓄積がある。しかしながら、これらのデータが施策立案において積極的に活用されているとは言いがたい。本研究では、39地区連合自治会圏域でレセプト分析を行ったことにより、これまでより細分化した地域における医療・介護サービスの利用実態や地域的傾向を可視化することができた。今回の分析結果は、既存の特定健康診査結果データや市民のアンケート結果データなどと組み合わせることで、政策立案・事業推進のエビデンスとして、保健福祉・介護予防事業の展開や社会保障費抑制策等を検討する際の基礎資料となりうる。それらが各地区や医療・介護の関係機関等において戦略的に活用されることを期待する。

(2) 在宅ケアにかかる費用の抑制

厚生労働省（2017）によると、人生の最期を迎えたい場所として「自宅」と回答した人が7割に及ぶ。

本市が実施した高齢者調査¹³においても、将来の在宅医療や介護の意向および実現についての質問に対し、6割の高齢者が在宅での医療や介護を希望しており、人生の最後を迎えたい場所として、自宅を希望する市民が約半数を占める結果となっている。このことから、市民が地域に住み続けられる在宅ケアの仕組の充足が必要不可欠である。

¹³ にっこり安心プラン策定にあたり実施した実態調査

ケアにかかる費用は、図3に示したように、中重度の介護度において、在宅ケアと施設ケアを比べると同程度となっている。しかし介護施設ケアの場合、利用者は費用の1割負担のほかに居住費、食費、日常生活費なども必要となるため、費用の負担は在宅ケアのほうが少ない。さらに、要支援・軽度の被保険者では、施設ケアと比較して在宅ケアにかかる費用は非常に低い結果となっている。このことから、現在の健康度・介護度をできるだけ維持し、健康づくりや介護予防の取組を行うことの必要性が改めて確認された。

また、図4・図5に示したとおり、医療の入院については、平均医療費、利用者割合ともに高く、社会保障費としてかかる費用は膨大である。個人の費用負担も大きい入院にかかる医療費について、入院時の在院日数を極力抑えけるとともに、在宅での訪問診療や訪問看護などの在宅医療を推進していくことも必要である。

さらに、図7で示したとおり、中重度で多く利用され、介護をする家族の負担を一時的に軽減するレスパイト機能をもつ短期入所生活介護や、複数の介護サービスを組み合わせて1か所の事業所で利用できる小規模多機能型居宅介護など、利用者に使いやすいサービスの充実も、在宅での生活を維持するためには重要となる。

(3) 地域特性を考慮した在宅ケアの推進

4章でみたように、市内において在宅ケアを選択する被保険者数には地域差がみられる。西部と東部の地区では中重度の被保険者が多いことが影響して、在宅ケアの選択割合が低い傾向にあると考えられる。また、訪問介護の利用しやすさが在宅ケアの選択に影響を与えている可能性が分析結果より明らかとなった。

今回のレセプトデータ分析では、介護サービス事業所の所在や、被保険者の家族構成などの生活環境要因を考慮に入れていないため、地域差の要

因は詳細に解明できていない。今後は、地区ごとの住民の健康状態、生活習慣や経済的要因、医療・介護サービス利用行動の傾向、サービス提供体制や保健・医療・福祉連携の状況等について調査を行うなどして、多角的視点から地域差の要因を明らかにすることが必要である。

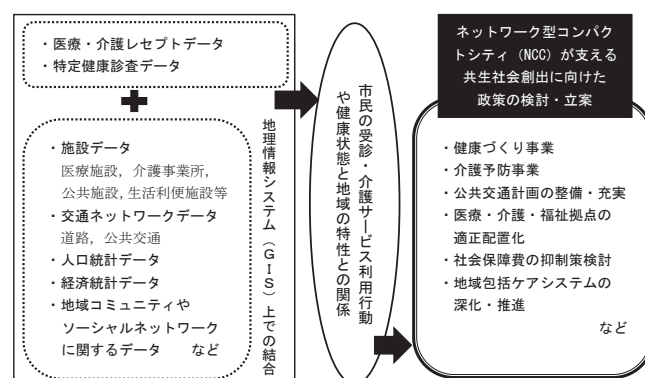


図13 分析データ活用のイメージ 筆者作成

6 おわりに

今回、医療・介護報酬の支払審査や行政計画策定の基礎資料などの限定的な利用にとどまっていたレセプトデータについて、宇都宮大学との共同研究により、年間で約100万件に及ぶ膨大なデータを詳細に分析できた意義は大きい。

特に、在宅ケアにかかる分析を中心に行ったが、レセプトデータから得られる情報は多岐に渡る。図13に示したように、たとえば、位置情報から得られる医療・介護サービスの受療・受給行動の詳細な分析により、受診に利用される公共交通の整備計画や医療・福祉拠点の配置計画等に活用できる可能性もある。

今後、保健福祉分野をはじめとした全庁横断的な部署での積極的なデータの活用が期待される。

参考文献

- 厚生労働省, 2017,『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』
- 国立社会保障・人口問題研究所, 2018,「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」