

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための  
適な評価指標等の提案のための研究  
分 担 研 究 報 告 書 (令和4年度)

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

研究分担者 次橋幸男 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 西岡祐一 (奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)  
研究分担者 中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究協力者 柿沼倫弘 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)  
研究代表者 赤羽 学 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

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

- ① 奈良県 KDB の医科レセプトを用いて入院と外来エピソードを患者単位で結合させ (1 患者 1 データ化)、さらに医科レセプトと介護レセプトを突合させた奈良県 KDB 改良データを分析した。
- ② 介護レセプトから各月に有効な要介護度が割り付けられたテーブルを作成した。
- ③ 2018 年度から 2020 年度までの 3 年間に訪問診療を受けていた 75 歳以上の患者を抽出した。
- ④ 医療レセプトを用いて在宅医療の提供状況から 4 つのカテゴリーに分類した。
- ⑤ 4 つのカテゴリー毎に、有効な要介護度を各月のレセプト件数単位で集計した。

訪問診療が算定されていたレセプトは 3 年間で計 280,991 件であり、このうち要介護 2 が全体の 20% と最多で、要介護 4 が 19.8%、要介護 3 が 19.6%、要介護 5 が 16.0%、要介護 1 が 15.3% の順であった。末期がんや難病患者を含めた重度者への在宅医療を示すカテゴリー 4 は計 22,710 件で、そのうち要介護 5 が 32% と最多であった。また、カテゴリー 4、3、2 の順で要介護度 (要介護 5 の割合) は高かった。他方で、在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリー 1 も計 62,214 件あり、その中では要介護 4 が 21.0% と最も多かった。

本研究の結果、重度者に対するカテゴリー 4、カテゴリー 3、2 の順で要介護度 (要介護 5 の割合) が高く、医療レセプトから定義された在宅患者の状態像と要介護度との関係性が示された。他方、在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリー 1 でも、要介護度 4 及び 5 の患者が少なからず存在していることが明らかになった。今後、各カテゴリーの医療及び介護保険サービス (居宅・通所・短期入所等) の提供状況についても調査する予定である。

## A. 研究目的

医療および介護レセプトデータを用いて在宅医療・介護連携の推進に関わる分析を進めていくためには、介護レセプトから各月に有効な要介護度を同定して、様々な診療行為や介護サービスがどのような状態像（要介護度）の患者に提供されているかを評価することが重要になる。

そこで、本研究では訪問診療を受けていた75歳以上の患者を対象として、医科レセプトから分類された在宅医療のカテゴリーを定義して、各カテゴリーの要介護度を分析した。

## B. 研究方法

次に示す順に分析を進めた。

### B. 1. 奈良県 KDB 改良データの分析

本研究では、奈良県における医科レセプト（国民健康保険及び後期高齢者医療制度）を用いて入院と外来エピソードを患者単位で結合させ、さらに患者単位で医療・介護レセプトを突合させた奈良県 KDB 改良データを分析した。

### B. 2. 要介護度テーブルの作成

奈良県 KDB 改良データ内に、介護レセプト（受給者台帳情報）から各月に有効な要介護度を選定し、医療及び介護レセプトの突合用 ID が割り付けられたテーブルを作成した。

### B. 3. 訪問診療を受けていた患者の抽出

奈良県 KDB データから、訪問診療が1回以上提供されていた75歳以上の患者レセプトを抽出した。

### B. 4. 医療レセプトから在宅医療における4つのカテゴリーを定義

訪問診療に関する診療行為が提供されていたレセプトのうち、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等別表第八の二に相当するもの）、在宅がん医療総合診療料のいずれかが算定されているレセプト

をカテゴリー4（重度者）、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料の包括的支援加算が算定されているレセプトをカテゴリー3、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料が算定かつカテゴリー4又は3に該当しないレセプトをカテゴリー2、在宅時医学総合管理料又は施設入居時医学総合管理料のいずれも算定されていないレセプトをカテゴリー1として定義した。（参考資料参照）

## B. 5. 要介護度分析

カテゴリー毎に、各月の要介護度の分布についてレセプト件数単位で集計した。

（倫理面への配慮）

本研究は奈良県立医科大学の倫理審査を受けて実施された。また、奈良県 KDB を用いた分析結果は、奈良県の公開審査を受けて承認された。

## C. 研究結果

2018年度から2020年度までの3年間で訪問診療に関する診療行為コードが含まれてレセプト件数は、計280,991件であった。全レセプト280,991件中、要介護2が全体の20%と最多であり、次いで要介護4が19.8%、要介護3が19.6%、要介護5が16.0%、要介護1が15.3%であった。

（表）

カテゴリー別の集計では、カテゴリー4（重度者への在宅医療）に分類された計22,710件では、要介護5が32%と最多であり、次いで要介護4が23.0%、要介護2が15.7%、要介護3が14.3%、要介護1が8.4%の順に多かった。カテゴリー3（包括的支援を必要とする在宅医療）は計134,561件あり、4つのカテゴリーのうち最もレセプト件数が多かった。カテゴリー3の内訳としては、要介護2が23.8%と最多であった。カテゴリー2は計61,506件あり、このうち要介護1が28.4%と最多であった。また、カテゴリー1（在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理

料が算定されていない訪問診療)についても計62,214件あり、このうち要介護4が21.0%と最も多かった。

#### D. 考察

本研究の結果、重度者に対する在宅医療を示すカテゴリ4では要介護度(要介護5の割合)が最も高く、カテゴリ3、2と要介護度(要介護5の割合)が低くなる傾向が示された。他方で、在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料が算定されていないカテゴリ1でも、要介護度4及び5の割合がカテゴリ3とほぼ同じ水準であった。

要介護度は身体機能、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活への適応、過去14日間に受けた特別な医療に関する評価項目に基づいて判定される。そのため、総合的な医学管理を必要とするカテゴリのうち、末期がんや難病、特別な医療処置が含まれるカテゴリ4、頻回の訪問看護等が要件に含まれるカテゴリ3、それ以外のカテゴリ2の順で要介護度(要介護5の割合)が高かったことは、医療保険を用いた重度者の評価と介護保険による患者の状態像(要介護度)との関係性が示唆された。他方で、カテゴリ4においても要介護が低い患者がいることや、診療報酬が高く設定されている在宅時医学総合管理料や施設入居時医学総合管理料を算定せずに訪問診療が要介護者に対しても提供されているなど、医療保険と要介護度を組み合わせることで医療又は介護レセプトだけでは把握できなかった在宅医療の実態も明らかになった。

カテゴリ1の背景には、各管理料の必要要件である1)連携調整を担当する者の配置、2)在宅医療を担当する常勤医師、3)他の保健医療や福祉サービスとの連携調整、そして4)緊急時の協力体制、等の要件を満たしていない在宅医療提供体制、例えば日中の訪問診療のみを提供されている要介護者が少なからず存在していることが示唆された。

本研究の強みとしては、医療及び介護レセプト

データから患者単位、各月のレセプト単位で各月に有効な要介護度を同定することにより、医療レセプト上の診療行為や介護サービスに関する情報に、患者の状態像である要介護度を付与した分析を可能にしたことが挙げられる。今後、どのような状態(要介護度)の在宅患者が、どこ(在宅/施設)で、月にどれくらい(各診療行為/居宅・通所・短期入所サービス等の算定回数)の医療又は介護サービスを受けているかについて分析していく予定である。

#### E. 結論

本研究では、医療及び介護レセプト情報に月別に有効な要介護度を付与した分析を可能にした。その結果、カテゴリ4(重度者への在宅医療)、カテゴリ3、2の順で要介護度が高かった。他方で、総合的な医学管理に関する診療報酬が算定されていないカテゴリ1においても要介護度4及び5の在宅患者が少なからず存在していることも示唆された。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表. 各カテゴリーの要介護度（奈良県 KDB 改良データより 2018～2020 年度に訪問診療を受けていた 75 歳以上のレセプトを抽出し、レセプト件数単位で集計）

	Category 1		Category 2		Category 3		Category 4		Total	
	N=62,214		N=61,506		N=134,561		N=22,710		N=280,991	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>性別</b>										
女性	45,392	73.0%	45,425	73.9%	100,938	75.0%	13,240	58.3%	204,995	73.0%
<b>年齢</b>										
平均年齢 (SD)	88.2(6.0)		88.1(5.8)		88.5(5.9)		86.3(6.5)		88.2(6.0)	
75-79	5,840	9.4%	5,529	9.0%	10,662	7.9%	4,118	18.1%	26,149	9.3%
80-84	10,964	17.6%	10,637	17.3%	22,928	17.0%	5,025	22.1%	49,554	17.6%
85-89	18,875	30.3%	18,879	30.7%	40,641	30.2%	6,247	27.5%	84,642	30.1%
90-94	16,937	27.2%	18,595	30.2%	39,363	29.3%	4,837	21.3%	79,732	28.4%
95-99	8,203	13.2%	6,792	11.0%	17,783	13.2%	1,967	8.7%	34,745	12.4%
≥100	1,395	2.2%	1,074	1.7%	3,184	2.4%	516	2.3%	6,169	2.2%
<b>要介護度</b>										
要介護度なし	1,364	2.2%	2,144	3.5%	917	0.7%	493	2.2%	4,918	1.8%
要支援 1	1,639	2.6%	4,194	6.8%	1,780	1.3%	440	1.9%	8,053	2.9%
要支援 2	2,931	4.7%	7,215	11.7%	2,418	1.8%	540	2.4%	13,104	4.7%
要介護 1	7,739	12.4%	17,442	28.4%	15,851	11.8%	1,907	8.4%	42,939	15.3%
要介護 2	12,372	19.9%	8,136	13.2%	32,071	23.8%	3,576	15.7%	56,155	20.0%
要介護 3	12,585	20.2%	8,433	13.7%	30,899	23.0%	3,251	14.3%	55,168	19.6%
要介護 4	13,051	21.0%	8,142	13.2%	29,174	21.7%	5,231	23.0%	55,598	19.8%
要介護 5	10,533	16.9%	5,800	9.4%	21,451	15.9%	7,272	32.0%	45,056	16.0%

参考資料. カテゴリー分類の定義

#### カテゴリー 4.

##### 対応している診療行為

- ・ 在宅時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの）
- ・ 施設入居時医学総合管理料（特掲診療料の施設基準等 別表第八の二に相当するもの）
- ・ 在宅がん医療総合診療料

##### （特掲診療料の施設基準等 別表第八の二）

以下に示す1の疾患に罹患している又は2の状態の患者に対して、カテゴリー2の要件を満たす定期的な訪問診療を行った場合

##### 1. 次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・ 末期の悪性腫瘍
- ・ スモン
- ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・ 後天性免疫不全症候群
- ・ 脊髄損傷
- ・ 真皮を越える褥瘡

##### 2. 次に掲げる状態の患者

- ・ 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- ・ 在宅血液透析を行っている状態
- ・ 在宅酸素療法を行っている状態
- ・ 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・ 在宅自己導尿を行っている状態
- ・ 在宅人工呼吸を行っている状態
- ・ 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・ 肺高血圧症であって、プロスタグランジン I2 製剤を投与されている状態
- ・ 気管切開を行っている状態
- ・ 気管カニューレを使用している状態
- ・ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

#### カテゴリー 3.

##### 対応している診療行為

- ・ 在宅時医学総合管理料 包括的支援加算（特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）
- ・ 施設入居時医学総合管理料 包括的支援加算（特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）

##### （特掲診療料の施設基準等 別表第八の三）

以下のいずれかに該当する患者に対して、カテゴリー2の要件を満たす定期的な訪問診療を行った場合

- ・ 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態
- ・ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態

- ・ 頻回の訪問看護を受けている状態
- ・ 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- ・ 介護保険法第 8 条第 11 項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- ・ その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

## カテゴリー 2.

カテゴリー 4 又は 3 以外の患者に対して、以下の要件 1 から 4 を満たした在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（注 1）、それ以外の診療所、又は許可病床 200 床未満の病院が、通院が困難な患者（注 2）に対して計画的な医学管理のもとに月 1 回以上の定期的な訪問診療を行った場合

### 要件

1. 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
2. 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。
3. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
4. 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

注 1. 以下の施設基準を満たした場合、在宅療養支援診療所（①～⑥）又は在宅療養支援病院（①～⑧）には、その他の診療所又は病院が提供する計画的な医学管理よりも高い診療報酬が設定されている。

- ① 24 時間連絡を受ける体制の確保
- ② 24 時間の往診体制
- ③ 24 時間の訪問看護体制
- ④ 緊急時の入院体制
- ⑤ 連携する医療機関等への情報提供
- ⑥ 年に 1 回、看取り数等を報告している
- ⑦ 在宅療養支援病院の場合、許可病床 200 床未満（医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては 240 床未満）であること又は当該病院を中心とした半径 4 km 以内に診療所が存在しないこと
- ⑧ 在宅療養支援病院の場合、往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

注 2：以下に示す 1 の施設または 2 のサービスを受けている患者については、在宅での療養を行っている患者に対する計画的な医学的管理（在宅時医学総合管理料）とは別に、居住系施設の利用者への計画的な医学管理に対する診療報酬（施設入居時医学総合管理料）がある。

1. 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者
  - ・ 養護老人ホーム
  - ・ 軽費老人ホーム（軽費老人ホーム A 型に限る）
  - ・ 特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って 30 日以内の患者に限る）
  - ・ 有料老人ホーム
  - ・ サービス付き高齢者向け住宅
  - ・ 認知症対応型共同生活介護事業所

2. 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者<sup>†</sup>

- ・短期入所生活介護<sup>†</sup>
- ・介護予防短期入所生活介護

<sup>†</sup> サービス利用前 30 日以内に訪問診療を行った医療機関に限り、サービス利用開始後 30 日以内の患者に限る。なお、末期の悪性腫瘍患者については 30 日以内の制限はない。

**カテゴリー 1.**

カテゴリー 2, 3, 4 の要件に該当しない訪問診療を月 1 回以上行った場合

---