

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正な評価指標等の提案のための研究
分担研究報告書(令和5年度)

在宅医療・介護連携に関する地域差の可視化：
レセプトを用いた指標案の検討

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、昨年度の研究結果を踏まえ、在宅患者訪問診療料や在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数等について、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討した。また、通所介護や訪問介護等の介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、訪問診療等と同様に定義上の注意点を検討した。さらに、昨年度に実施した有識者へのインタビュー調査によって特に重要な指標と評価された「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等についても、レセプト上の定義等を検討した。

本研究結果から、市町村間で比較可能な評価指標案として示した標準化レセプト出現比(SCR)は、隣接する自治体や同程度の規模の自治体との比較の中で、各自治体がサービス提供の実態を把握することを可能とし、行政の実務的な観点から有用であると考えられる。小規模自治体においてレセプトデータの活用に制限があることは大きな課題であり、今後もさらなる検討が必要と言えるが、レセプトを用いることでほとんどの評価指標の具体的な数値が算出でき、SCRの算出も可能である。各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引きにおいてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。さらに、医療・介護突合レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できる。人口推計データ等も活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も可能であり、KDBの幅広い活用可能性が考えられる。

A. 研究目的

前年度は、4 場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）に関する評価指標のさらなる活用推進の観点から、各評価指標に関するデータが医療・介護突合レセプト（奈良県 KDB）より抽出可能か、レセプト上の定義等を含めて検討した¹⁾。その結果、レセプトから9割程度の評価指標に関するデータが抽出可能であるものの、多くの評価指標においてレセプト上の定義付けを行う必要性が確認された。また、自治体が評価指標として使用するデータを地域包括ケア「見える化」システム（以下、見える化システム）から取得する際に、どのような点に留意する必要があるかを検討したところ、「訪問診療の実績回数」（見える化システムにおいては「訪問診療を受けた患者数」）や「在宅ターミナルケアを受けた患者数」等の見える化システムより取得できるデータは、情報元が「医療計画作成支援データブック」（以下、データブック）であり、集計された数が10未満を非表示とする等の公表ルールによって多くの自治体が非表示となっていた。さらに、奈良県内において在宅医療・介護連携の先進自治体とされるA自治体を対象として事業の取り組み状況をヒアリング調査したところ、見える化システムにより参照できるデータは評価指標の設定を検討するうえで活用されておらず、有用な情報ツールとは捉えられていなかった。これらの結果から、自治体における評価指標の促進を図るには、指標に優先順位を付け、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法等を検討し、自治体がより活用しやすい指標の開発を検討する必要があると考えられた。

本研究では、前年度の研究結果を踏まえ、訪問診療や在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数等について、市町村間で比較可能な指標の抽出・作成方法を検討した。また、通所介護や訪問介護等の介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、市町村間で比較可能な指標作成を念頭に、定義上の注意点を検討した。さらに、当研究班で昨年度に実施

した有識者へのインタビュー調査によって、特に重要な指標と評価された「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等についても、レセプト上の定義等を検討した。

B. 研究方法

B. 1. 市町村間で比較可能な評価指標の抽出・作成

前年度の取り組みを踏まえ、本分析において対象とする評価指標例は「訪問診療を受けた患者数」及び「在宅ターミナルケアを受けた患者数」とした。

奈良県 KDB 改良データにおける 2019 年度の医療レセプトデータを用いた。75 歳以上の後期高齢者医療制度加入者を対象として、「在宅患者訪問診療料」及び「在宅ターミナルケア加算」等の診療行為（コード）が算定されたレセプト件数を性・年齢階級、市町村別に抽出した。上記の二つの評価指標例を医療レセプトで定義するにあたっては、見える化システムにおいてそれぞれが該当する項目のデータソースはデータブックであることを考慮し、データブック上の診療行為（コード）の定義を参照した¹⁾。

市町村間で比較可能な評価指標案として標準化レセプト出現比（standardized claims data ratio, SCR）^{2), 3)}を算出するにあたり、まず「住民基本台帳」の人口データ⁴⁾を用いて、在宅患者訪問診療料に関するレセプト件数及び在宅ターミナルケア加算に関するレセプト件数の受療割合を下記により算出した。

$$\text{受療割合} = \frac{\text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数}}{\text{性・年齢階級別、市町村別人口}}$$

次に、各市町村の性・年齢構成の違いを調整し、SCR を下記により算出した。

$$\text{SCR} = \frac{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数}}{\sum \text{性・年齢階級別、市町村別レセプト期待数}}$$

$$= \frac{\text{性・年齢階級別、市町村別レセプト件数の合計}}{\left\{ \text{性・年齢階級別、市町村別人口} \times \frac{\text{県全体の性・年齢階級別レセプト件数}}{\text{県全体の性・年齢階級別人口}} \right\} \text{の合計}}$$

県全体の平均を 100 として、期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを市町村ごとで比較した。

B. 2. 通所介護等のデータ抽出に関する注意点の整理

介護レセプトからデータ抽出が必要な評価指標についても、医療レセプトと同様に、市町村間で比較可能な評価指標案として SCR を活用することを念頭に、定義上の注意点を整理した。分析を行う評価指標例としては、「通所介護の実績数」及び「訪問介護の実績数」を対象とした。

まず、各評価指標を見える化システムから取得可能なデータによって評価した場合に生じる課題を検討した。見える化システムでそれぞれの評価指標の数値を把握する場合、「受給者 1 人当たり利用日数・回数」又は「受給率（要介護度別）」等が該当し、訪問診療や在宅ターミナルケアとは異なり、レセプト件数は示されていない。例えば、見える化システムにおける通所介護の「受給者 1 人当たり利用日数・回数」及び「受給率（要介護度別）」の算出方法は、下記の通り定義されている。

- 通所介護 受給者 1 人当たり利用日数・回数（年次）：
通所介護が利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数
- 通所介護 受給率（要介護度別）：
通所介護の受給者数の最新月までの総和を第 1 号被保険者数で除した後、当該年度の月数で除した数

本分析では、「受給者 1 人当たり利用日数・回数」に着目し、分母を「全年齢 サービス受給者数」又は「65 歳以上人口」とした場合に算出されるそれぞれの数値の差異について検討した。各介護サービスの利用日数・回数及びサービス受給者数は令和元年度の「介護保険事業状況報告」⁵⁾を参照し、65 歳以上人口は 2019 年の

「住民基本台帳」⁴⁾を参照した。

また、奈良県 KDB 改良データにおける 2019 年度の介護レセプトデータを用いて、抽出したデータを「介護保険事業状況報告」⁵⁾において示されるデータと比較・検証した。見える化システムにおいて介護データはレセプト件数が示されていないことを考慮し、KDB の介護レセプトより抽出するデータは各介護サービスの実利用者数とした。ただし、比較・検証を目的として抽出したデータは、「介護保険事業状況報告」の集計方法に合わせて、2019 年 3 月分～2020 年 2 月分までの延人月とした。抽出する介護サービス（コード）は、「介護保険事業状況報告」に示されている区分に基づきサービス種類コード（2 桁）をベースとし、通所介護（15）、訪問介護（11）、居宅・介護予防居宅療養管理指導（31, 34）、介護予防支援・居宅介護支援（46, 43）を対象とした。

B. 3. 看取り加算等のレセプト上の定義

昨年度に実施した有識者へのインタビュー調査によって、「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」等が、特に重要な指標と評価された。これらの評価指標についても、KDB の医療・介護レセプトを用いて SCR を算出することを念頭に、レセプト上の定義等について検討した。

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果は奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

C. 研究結果

C. 1. 訪問診療及び在宅ターミナルケアの市町村別 SCR

訪問診療の市町村別 SCR を算出した結果、最大

となる自治体の SCR は 173 で、最小は 22 であった。ただし、公表ガイドラインによって人口 2,000 人未満のため非表示の扱いとなった自治体が 9 村あった。

在宅ターミナルケアの市町村別 SCR は、最大となる自治体の SCR は 180 で、最小は 45 であった。ただし、公表ガイドラインによって人口 2,000 人未満のため非表示の扱いとなった自治体が 9 村、人口 25,000 人未満・患者数 20 未満のため非表示が 9 町 3 村、人口 25,000 人以上・患者数 10 未満のため非表示が 1 市あった。

C. 2. 通所介護等の介護データ活用に関する注意点

通所介護の「受給者 1 人当たり利用日数・回数」について、分母を「全年齢 サービス受給者数」とした場合の結果は図 1 の通りであった。県全体での受給者 1 人当たり利用日数・回数は 10.0、最大となる自治体は曾爾村で 15.1、最小は天川村で 5.3 であった。

分母を「65 歳以上人口」とした場合の結果は図 2 の通りであった。県全体では 3.7、最大は高取町で 4.8、最小は十津川村で 0.3 であった。

KDB の介護レセプトから抽出した各介護サービスの実利用者数（2019 年 3 月分～2020 年 2 月分までの延人月）を「介護保険事業状況報告」と比較した結果は、表 1 の通りであった。介護レセプトから抽出した各介護サービス種類コードで集計した実利用者数は、「介護保険事業状況報告」で報告されている数の 96.0～98.7%をカバーしていた。

C. 3. 看取り加算等のレセプト上の定義と検討課題

「看取り加算」、「退院時共同指導料」、「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」のレセプト上

の定義を検討した結果、表 2～5 の通りとなった。

「看取り加算」及び「退院時共同指導料」については、医療レセプトから抽出する項目となるため、診療行為（コード）の定義はデータブックの定義を参照した。「看取り加算」及び「死亡診断加算」に関する 8 つの診療行為（コード）のうち、定義付けに使用されたコードは赤字で示す 4 つであった（表 2）。「退院時共同指導料」に関しては、4 つの診療行為（コード）のうち、定義付けに使用されたコードは赤字の 1 つであった（表 3）。

「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」は介護レセプトから抽出する項目となるが、定義付けの参考となるものが見当たらなかったため、各加算に該当する 2 桁のサービス種類コードと 4 桁のサービス項目コードにより定義付けを行った（表 4 及び 5）。

D. 考察

本研究では、市町村間で比較可能な評価指標案として、訪問診療及び在宅ターミナルケアの市町村別 SCR を提示した。各評価指標の SCR は、市町村間で大きなばらつきがあることが確認された。各自治体にとって、隣接する自治体や同程度の規模の自治体の実態を把握できる指標は有用であると考えられる。今回は試行的な取り組みとして訪問診療と在宅ターミナルケアに限って市町村別 SCR を算出したが、介護サービスを含めほとんどの評価指標の具体的な数値をレセプトから抽出可能で、SCR も算出できる。各自治体がレセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引き⁶⁾においてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが求められる。ただし、集計値が 10 未満あるいは人口 2,000 人未満の自治体は非表示にしなければならない等のルールによって、小規模自治体においてデータ活用が制限されている現状があり、引き

続き検討すべき重要な課題であると考えられる。

通所介護等の介護データ活用に関する注意点については、分母にどのデータを活用するかで、算出される数値に大きな違いが生じる。本研究で示した図1及び2は、どちらの算出方法が適切と言えるものではないが、扱い方によってはミスリードを引き起こす恐れがある。分母を「全年齢 サービス受給者数」とした場合に利用日数・回数が最大となった自治体は、奈良県内で過疎の進展が著しい地域の一つである。分母を「65歳以上人口」とした場合、利用日数・回数は下位であり、分母の違いによって県内における相対的な位置に大きな差があり、数値の解釈は慎重に行う必要があると考えられる。

今後さらに行政上のKDB活用を推進するうえで、既存統計との比較による検証は重要である。KDBからのデータ抽出は、各評価指標を組み合わせるなど、自治体の実態や課題に応じてより複雑な集計を行うことが可能である。そのため、既存統計には存在しない形で集計が可能であり、正確にデータ抽出ができていないか、多くの場合検証が困難である。今回は介護レセプトから抽出されたデータが「介護保険事業状況報告」のデータと比較して、大きなずれがないことが確認できたが、今後も可能な範囲で既存統計との比較・検証を行うことはレセプトデータの信頼性を担保するうえで、重要である。

昨年度実施の有識者インタビュー調査によって特に重要と評価された「看取り加算」等の指標の定義の検討については、介護レセプトからデータ抽出が必要な指標であっても、具体的に定義付けを行うことで、訪問診療や在宅ターミナルケア等医療レセプトと同様の手法により、市町村別SCRの算出が可能となる。さらに、医療・介護突合レセプトを用いることで、様々な分析が実行可能である。例えば国立社会保障・人口問題研究所

による人口推計等を活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も実行可能となり、さらなる政策への活用可能性が考えられる。

E. 結論

本研究結果より、各自治体が医療・介護レセプトを活用し、評価指標の具体的な数値として用いることを推進するには、国の手引きにおいてレセプト上の定義付け等をまずは整備することが必要であると考えられる。レセプトを用いることでほとんどの評価指標の具体的な数値が算出可能であり、各評価指標のSCR算出は、小規模自治体において先に述べた制限があるものの、市町村間比較の有用な手段と成り得る。医療・介護突合レセプトデータを用いることで、各評価指標を組み合わせたより複雑な集計を行うことが可能であり、自治体の実態や課題に応じて様々な分析が実行できる。人口推計データ等も活用することで、各評価指標に関する自治体ごとの将来推計等の応用も可能であり、KDBの幅広い活用可能性が考えられる。

引用文献

- 1). 中西康裕, 西岡祐一, 次橋幸男, 赤羽学. 日常の療養支援等4場面に関する評価指標のレセプト等による定義の検討. 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性な評価指標等の提案のための研究」(研究代表者: 赤羽学. 22GA1001) 令和4年度 分担研究報告書. 2023.
- 2). 内閣府. 医療提供状況の地域差(都道府県別、二次医療圏別、市区町村別): 評価・分析 WG (4月) 藤森委員提出資料より. 第17回経済・財政一体改革推進委員会資料, 2017年4

月 28 日.

- 3). Tamaki J, Fujimori K, Ikehara S, Kamiya K, Nakatoh S, Okimoto N, Ogawa S, Ishii S, Iki M; Working Group of Japan Osteoporosis Foundation. Estimates of hip fracture incidence in Japan using the National Health Insurance Claim Database in 2012–2015. Osteoporos Int. 2019;30(5):975–983.
- 4). 総務省. 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数:【総計】市区町村別年齢階級別人口 (2019年1月1日).
- 5). 厚生労働省. 令和元年度介護保険事業状況報告 (年報).
- 6). 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き: Ver. 3. 2020年9月.

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

図1：市町村別 通所介護 受給者1人当たり利用日数・回数（分母：全年齢 サービス受給者数，分子：全年齢 利用日数・回数）

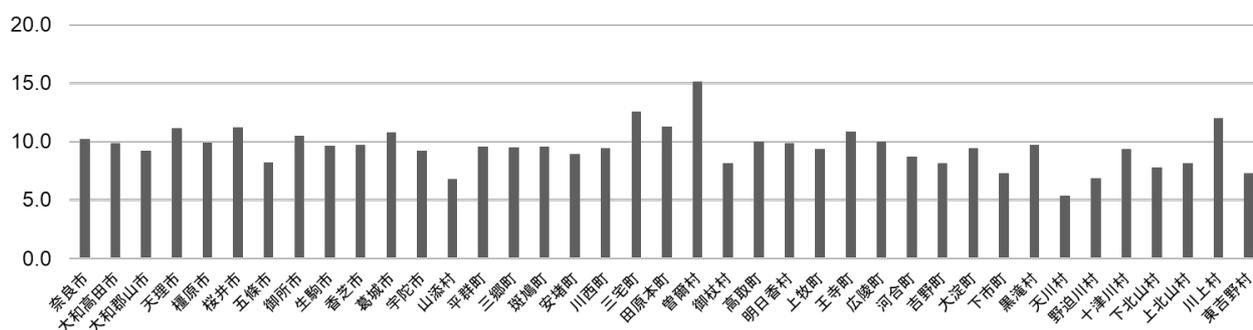


図2：市町村別 通所介護 受給者1人当たり利用日数・回数（分母：65歳以上人口，分子：全年齢 利用日数・回数）

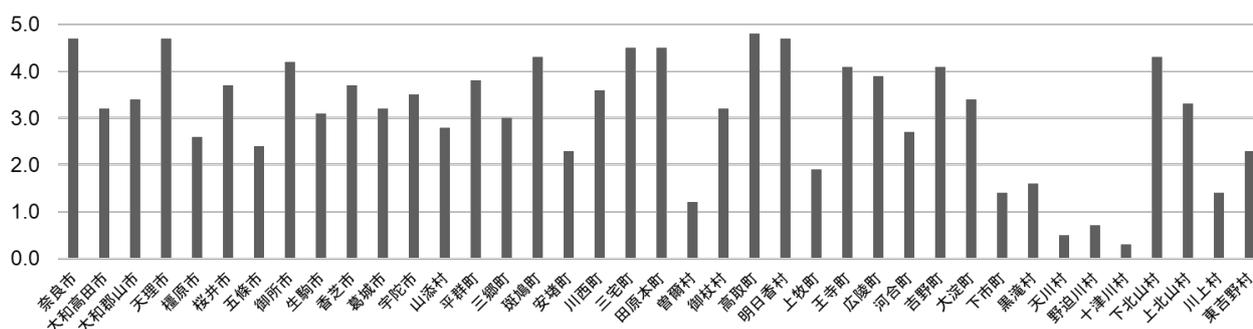


表1：通所介護等介護サービス（2桁）の集計結果の検証：2019年度

介護サービス（2桁）	KDB（人）	状況報告（人）	比率（%）
通所介護（15）	149,689	155,554	96.2
訪問介護（11）	156,877	160,936	97.5
居宅・介護予防居宅療養管理指導（31,34）	95,892	97,155	98.7
介護予防支援・居宅介護支援（46,43）	447,030	465,706	96.0

※KDB：奈良県 KDB

※状況報告：介護保険事業状況報告

表 2：評価指標のレセプト上の定義案：看取り（2019 年度）

評価指標	診療行為（コード）	
	種類	項目
看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（医）	114018570	看取り加算（在宅患者訪問診療料（1）1・（2）イ・往診料）
	190144870	看取り加算（有床診療所入院基本料）
	190144970	看取り加算（在支診）（有床診療所入院基本料）
	190145170	看取り加算（有床診療所療養病床入院基本料）
	190145270	看取り加算（在支診）（有床診療所療養病床入院基本料）
	114007270	死亡診断加算（往診料）
	114018670	死亡診断加算（在宅患者訪問診療料（1）1・（2）イ）
	114019970	死亡診断加算（在がん医総）

表 3：評価指標のレセプト上の定義案：退院時共同指導料（2019 年度）

評価指標	診療行為（コード）	
	種類	項目
退院時共同指導料	113008610	退院時共同指導料 1（在宅療養支援診療所）
	113008710	退院時共同指導料 1（1 以外）
	113008910	退院時共同指導料 2
	113014370	特別管理指導加算（退院時共同指導料 1）

表 4：評価指標のレセプト上の定義案：入院時情報連携加算（2019 年度）

評価指標	サービスコード		サービス内容略称
	種類	項目	
入院時情報連携加算	43	6125	居宅支援入院時情報連携加算 I
	43	6129	居宅支援入院時情報連携加算 II

表 5：評価指標のレセプト上の定義案：退院・退所加算（2019 年度）

評価指標	サービスコード		サービス内容略称
	種類	項目	
入院時情報連携加算	43	6132	居宅支援退院退所加算 I 1
	43	6143	居宅支援退院退所加算 I 2
	43	6144	居宅支援退院退所加算 II 1
	43	6145	居宅支援退院退所加算 II 2
	43	6146	居宅支援退院退所加算 III