

広島県の地域包括ケアシステム構築におけるアウトカム指標に基づくデータ分析について

1 アウトカム指標に基づくデータ分析の目的

広島県が独自に作成した評価指標に基づく評価結果により、平成29年度までに、県内すべての日常生活圏域において、地域包括ケアシステムが概ね構築されたと判断された。

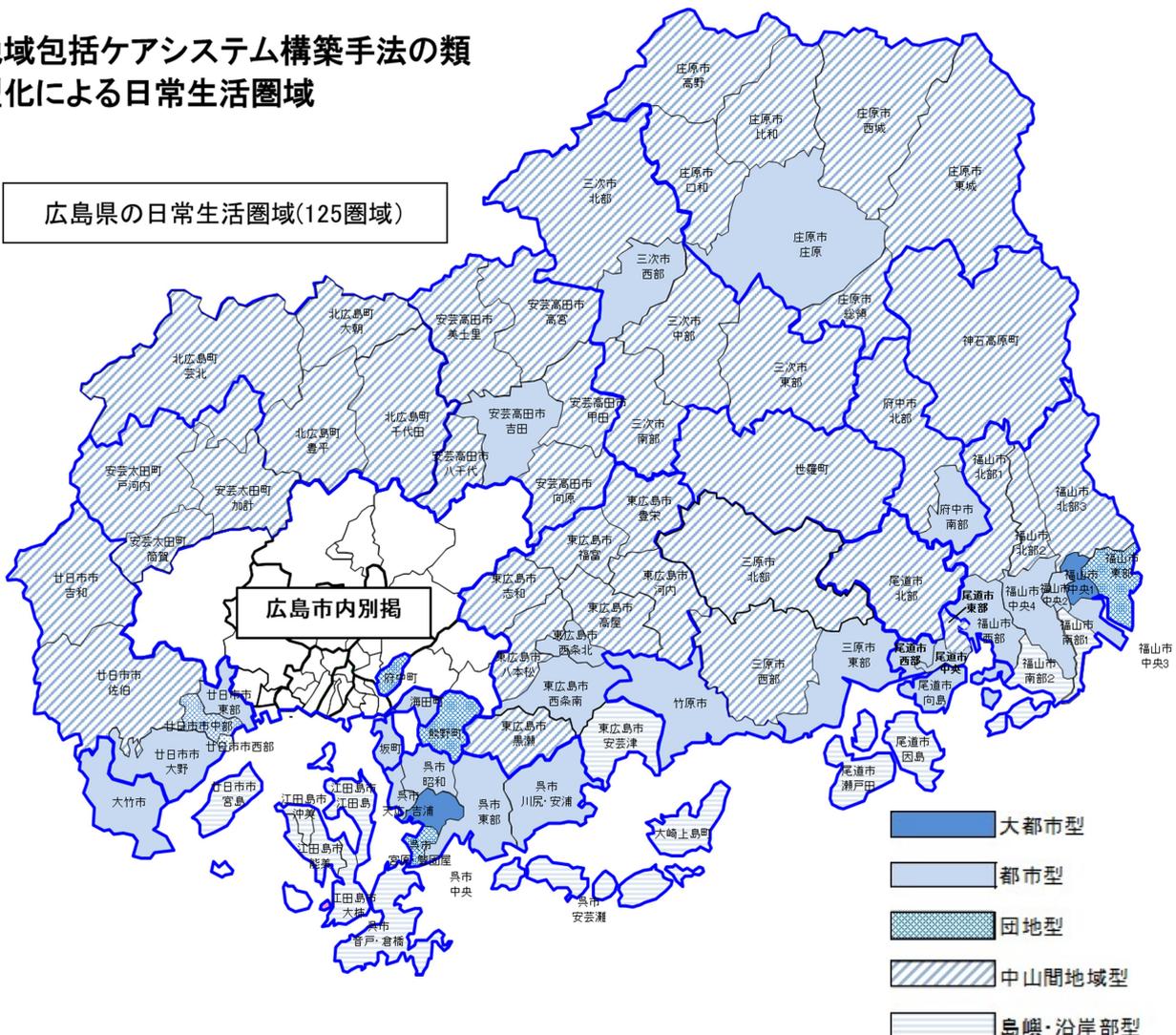
このため、より客観的な指標として定量化が可能な医療、介護等のアウトカム指標により、県内すべての日常生活圏域の評価を行い、地域包括ケアシステムにおける地域課題等を分析する。

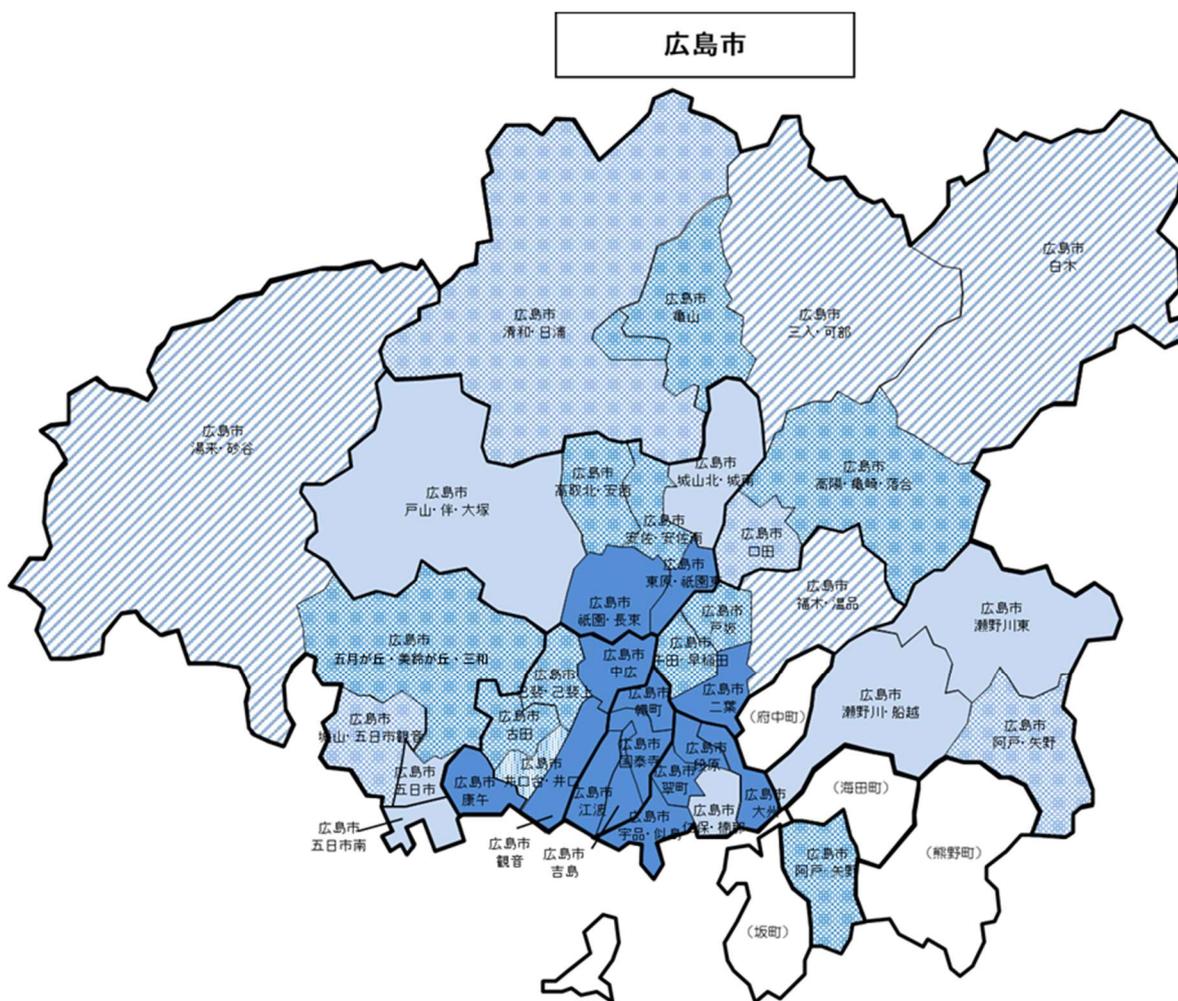
2 アウトカム指標に基づくデータ分析の経緯

(1) 地域包括ケアシステム構築における評価の経緯(平成26年度～29年度)

広島県は、平成26年度に作成した評価指標により地域包括ケアシステムの構築状況について評価し、平成29年度末までに、全125の日常生活圏域で構築できたと判断した。

地域包括ケアシステム構築手法の類型化による日常生活圏域





(2) 日常生活圏域における地域包括ケアシステム構築の評価の課題

広島県独自の「広島県における地域包括ケアシステムの評価指標」は、8項目（①医療、②介護、③予防、④住まい、⑤生活（在宅）支援、⑥ネットワーク構築の有無、⑦行政の関与（連携）、⑧住民の参画）を用いた評価基準となっており、各市町の地域包括ケア支援センターの自己評価（40点満点=1項目5点×8項目）に対して第三者（広島県地域包括ケア推進センター、県保健所）による定性的な評価であるため、定量的なデータ分析に基づく客観的な評価が必要とされた。

このため、定量的な評価として、8つの指標の内、数値化が可能な①医療、②介護、③予防の3項目に限定して分析を行うこととなった。

具体的には、広島県地域包括ケア推進センターは、平成29年12月末に市町等の承諾を得て、広島県国民健康保険団体連合会から日常生活圏域別（広島市の39の日常生活圏域を除く）のデータ（平成24年度から28年度分のデータ）の提供を受け、①医療、②介護、③保健予防に係る「アウトカム指標に基づくデータ分析」の検討を開始した。

平成30年度(平成29年度分データ)からは、広島市を含む県内125の全ての日常生活圏域のデータ分析が可能になり、広島県全体の「医療」、「介護」、「保健予防」それぞれを「点」で分析する

ことはもとより、3項目の要素が連携（連動）した「線」の分析による「医療から介護、医療及び介護から在宅までの流れの見える化」を目標として検討を進めた。

(3) 地域包括ケアシステム構築における評価の課題に対する対応(平成30年度～令和2年度)

広島県は、平成30年度に68指標（177基準）の評価指標で実施し、評価内容の定量化・明確化を図り、地域課題等の把握ができたが、ほとんどの日常生活圏域で出来ている指標もあり、地域包括ケアシステムの継続的な質の向上と県民のQOLの向上のため、指標変更の必要性が明らかになった。

また、平成30年度には、国のインセンティブ交付金等の評価指標が新たに開始され、評価指標の内容と時期が重複したことなどにより、評価指標・基準及び評価方法の活用に対して市町等から意見聴取し、整理を行った。

令和元年度からは、地域包括ケアシステム構築のための指標から質の向上へ移行し、より質の高い地域包括ケアシステムの推進を図るため、35指標（66基準）に変更し、コアコンセプトに基づく地域包括ケアシステムの評価指標により評価を行っている。

評価指標の変遷

| 年度 | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 |
|-------|--------------------|-----|-----|---------------------------|-----|---|---|
| 構築圏域数 | 21 | 49 | 98 | 125 | 125 | | |
| 本県の評価 | 地域包括ケアシステム構築のための指標 | | | | | 質の向上 | |
| | H26～H28 60指標 | | | H29～H30 68指標 (指標追加) | | *評価基準の設定による 質の向上 68指標（177基準） 評価基準（施行版） | *評価指標等の変更による 質の向上 35指標（66基準） 評価基準（確定版） |
| 国の評価 | | | | | | 国評価指標と評価時期・内容の重複 | |
| | | | | | | 61指標 保険者機能強化推進交付金 | 65指標 → 76指標 → 保険者機能強化推進交付金 介護保険者努力支援交付金 |

*評価時期について：前年度の評価を当年度に実施

3 アウトカム指標に基づくデータ分析の基本的な考え方と具体的な視点

(1) アウトカム指標に基づくデータ分析の基本的な考え方

医療費や介護給付費等は、高齢化の進展や診療報酬並びに介護報酬の改定等に伴う直接的な要因により変動するが、各日常生活圏域における人口規模をはじめ、地理的条件（類型等）、経済情勢、社会資源、交通網（医療機関等へのアクセス等）の整備状況などの間接的な要因によっても影響を受けるとされている。

従って、アウトカム指標に基づくデータ分析は、各日常生活圏域における直接的な要因による医療費及び介護給付費等の経年変化等の各種分析による数値変動から、地域課題等の見える化を図ることを目的とするが、各日常生活圏域における地域特性等についても考慮した分析を基本的な考え方とする。

(2) 具体的なデータ分析の視点

① 日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり医療費の状況（医療データ1）

- ア 高齢化の進展における後期高齢者医療を中心とする医療費の経年変化
- イ 後期高齢者医療が全体の医療費（国保プラス後期高齢者医療）に及ぼす影響

② 日常生活圏域別の高齢者数と医療費総額の状況（医療データ2）

- ア 後期高齢者数の変動による後期高齢者医療費の構成割合（対全体の医療費）の経年変化
- イ 後期高齢者数の変動による後期高齢者医療費の伸び率の経年変化

③ 日常生活圏域別の高齢化率と要支援及び要介護の状況（介護データ1）

- ア 要介護別の（軽度、中等度、重度）の構成割合の経年変化
- イ 高齢化の進展における介護の重度化予防の進捗状況
- ウ 高齢化の進展における介護給付費及び伸び率の経年変化

④ 日常生活圏域別の高齢化率と医療費、介護給付費及び特定検診等の状況（医療、介護、保健予防データ）

- ア 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上による医療費及び介護給付費に対する影響（注意事項）

保健予防のデータは、国民健康保険の被保険者の特定健診受診率及び特定保健指導実施率のデータで、受診率・実施率とも低く、短期間のため、医療費や介護給付費等に対する影響は少なく、医療データ1～介護データ1の分析結果を参考にするとともに、市町における保健予防活動（医療の重症化予防及び介護の重度化予防の取り組み）を考慮した分析が必要である。

(3) データ分析の特性

このデータは、国民健康保険医療費及び後期高齢者医療費を対象にしており、特に、国保の医療費を引き上げている要因は、他の保険制度と比較して被保険者の平均年齢が高いことや、受診機会等に恵まれていることなどにより、外来医療費が全体の医療費を引き上げており、1人当たり医療

費（入院医療費+外来医療費）は全国の上位に位置しているため、広島県全体の1人当たり医療費とは若干の相違があるなどの特性があり、これらを踏まえたデータ分析が必要である。

4 アウトカム指標に基づくデータ分析の概要

県内125の日常生活圏域について、高齢化率、国民健康保険医療費（以後、「国保医療費」という。）及び後期高齢者医療費の「医療」、介護給付費及び要介護別（軽度、中等度、重度）の構成割合の「介護」、特定健診受診率及び特定保健指導実施率の「保健予防」の3つのアウトカム指標に基づき各指標の相関等を明らかにし、各日常生活圏域の現状及び今後の地域包括ケアシステムの進展のための分析をおこなった。

(1) 全県の分析結果

① 高齢化率と医療費、介護給付費

平成29年度と令和元年度の比較では、全県の高齢化率は、28.4%から29.1%に上昇し、後期高齢化率は14.2%から15.0%に上昇した。また、一人当たり平均医療費（国保医療費と後期高齢者医療費）は2%増加し、一人当たり平均介護給付費は3%増加した（H29～R 元 一人当たり平均医療費（介護給付費）/H29 一人当たり平均医療費（介護給付費））。

② 特定健診受診率及び特定保健指導実施率

全県の特定健診受診率は、25.9%から27.6%に上昇し、特定保健指導実施率は19.5%から25.0%に上昇した。

(2) アウトカム指標に基づくデータ分析の基本的な考え方と具体的なデータ分析の視点

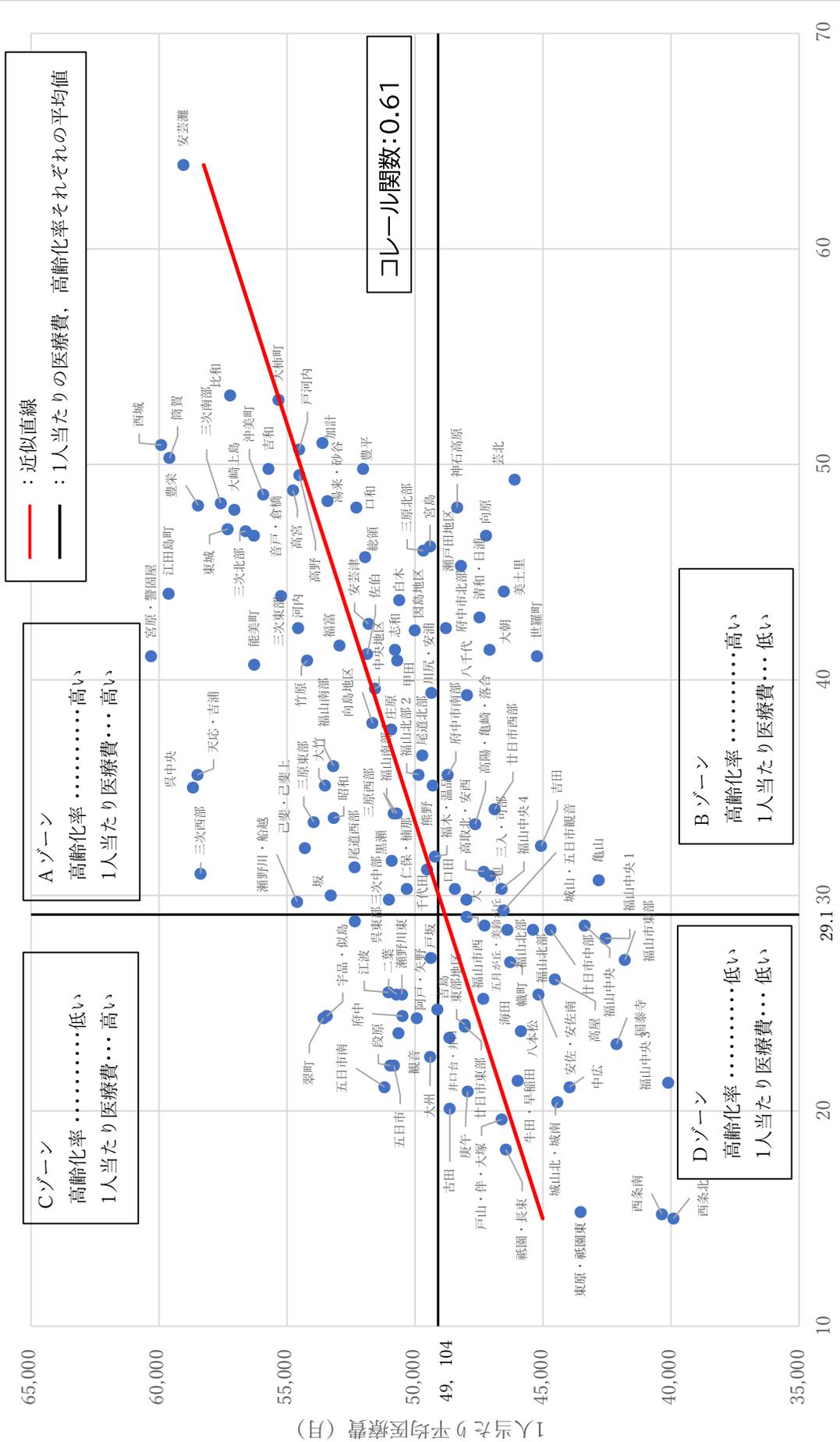
各日常生活圏域の高齢化率と1人当たり医療費及び介護給付費の相関は図1及び図2のとおりであり、これに基づき、各日常生活圏域の現状と課題について分析を行った。

図1は日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり医療費の状況（平成29年度～令和元年度）を示す。高齢化率と1人当たり医療費の相関を図表化しており、コレール関数では0.61でかなりの正の相関（ $0.4 < r < 0.7$ ）を示している。図2は日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり介護給付費の状況（平成29年度～令和元年度）を示す。高齢化率と1人当たり介護給付費の相関を図表化しており、コレール関数では0.26でやや相関あり（ $0.2 < r < 0.4$ ）を示している。

125の日常生活圏域は、地理的条件、交通網などそれぞれの地域特性に応じ、大都市型、都市型、団地型、中山間地域型、島嶼・沿岸部型の5つに分類した。

また、医療は社会保険を除いた国保医療費及び後期高齢者医療費の分析であるため、広島県全体の医療の傾向とは差異があると思われる。保健・予防については国保の特定健診受診率及び特定健診保健指導率は受診率・実施率とも低く、短期間のため、医療、介護予防に対する効果が少ないことなどを考慮する必要がある。

日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり平均医療費（平成29年度～令和元年度）の状況 (図1)



※県平均1人当たり医療費：49,104円, 県平均高齢化率：29.1% (令和2年3月31日現在)

5 アウトカム指標に基づくデータ分析の見える化による地域課題

(1) Aゾーン(高齢化率と1人当たり平均医療費がともに県平均を上回る日常生活圏域)

| | Aゾーンの特性 | Aゾーンの地域課題 |
|-------------|--|---|
| 高齢化率と医療費の相関 | <p>1 Aゾーンは、高齢化率、1人当たり医療費が共に高い日常生活圏域群になっている。</p> <p>2 日常生活圏域の類型は、人口規模の小さい中山間地域型や島嶼・沿岸部型が7割を占めており、都市型については多くは中山間地域型に近い小規模の日常生活圏域となっている。</p> <p>3 ゾーン別では、圏域数が最も多いゾーンである。日常生活圏域別の類型61(125)の内訳は、次のとおりである。 大都市型1(16), 都市型14(31), 団地型3(20), 中山間地域型31(45), 島嶼・沿岸部型12(13) ※ ()内は、全体の類型別の日常生活圏域数の合計</p> <p>4 Aゾーンのうち近似値直線より上側に位置する日常生活圏域(39圏域)には、大都市型と都市型のほとんどが含まれている。 内訳は、大都市型1(1), 都市型12(14), 団地型2(3), 中山間地域型16(31), 島嶼・沿岸部型8(12) ※ ()内は、Aゾーンの類型別の日常生活圏域数の合計</p> | <p>1 Aゾーンは、医療施設等の社会資源の不足など、医療を取り巻く環境は良好とは言えない日常生活圏域が多くあるため、地域包括ケアシステムの構築による効率的な社会資源の活用が必要となっている。</p> <p>2 高齢化率が高いため、疾病の罹患率が高く、複雑な疾病構造になっている。</p> <p>3 人口の少ない中山間地域型を中心にしたゾーンであるため、少数の癌患者や人工透析の患者によって、全体の医療費が引き上げられている日常生活圏域がある。</p> |
| 介護給付費との相関 | <p>1 高齢化率が高く、介護受給者も多いため、1人当たり介護給付費も高くなると推測されるが、Aゾーンの中でも1人当たり医療費が高い近似直線より上側に位置する日常生活圏域(39圏域)では、半数強が県平均の1人当たり介護給付費より低い日常生活圏域となっている。</p> <p>2 1における県平均の1人当たり介護給付費より低い日常生活圏域別の類型20(39)の内訳は、次のとおりである。 大都市型1(1), 都市型8(12), 団地型2(2), 中山間地域型6(16), 島嶼・沿岸部型3(8) ※ ()内は、Aゾーンのうち、近似値直線より上側に位置する日常生活圏域の合計</p> | <p>1 人口規模が小さな日常生活圏域が多く、介護施設等の社会資源の不足やアクセスが不便であるなど、介護を取り巻く状況は良好とは言えない日常生活圏域が多くある。 従って、日常生活圏域における介護施設等の社会資源の有無や地域の介護力の強弱等によって、1人当たり介護給付費が増減するなどの影響が推測される。</p> <p>2 一方で、人口の多い日常生活圏域では、1人当たり介護給付費が県平均よりも低くなっており、介護施設の不足やアクセスの利便性等が影響していると推測されるが、医療施設が充実しているため、介護を医療で看ているケースもあると考えられる。</p> |

<データ分析から推測される地域課題等>

- ① A ゾーン内で高齢化率と医療費が相関以上に医療費が高い日常生活圏域（近似値直線より上側に位置する日常生活圏域）は、地域特有の疾病構造になっていることや、疾病の重症化などが要因であると推測される。

従って、医療費を引き上げている疾病については、別紙の日常生活圏域別医療費分析（細小分類）を活用し、特定した疾病に対する早期発見・早期治療はもとより、疾病の重症化予防への取り組みや住民に対する健康啓発等の対策を講じる必要がある。

- ② A ゾーンは、人口の少ない中山間地域、島嶼・沿岸部の日常生活圏域が大半を占めており、医療費が高くなっている要因が少数の癌患者や、人工透析の患者等が全体の医療費を引き上げることがあり、これらを除いた医療費分析では高齢化率と医療費が相関にある場合や、B ゾーンに入るケースも推測される。

しかし、いずれにしても高齢化率が高いことから、生活習慣病をはじめとする疾病構造になっており、がん検診や特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上による早期発見・早期治療及び疾病の重症化予防を講じる必要があると考える。

- ③ 介護給付費が高い日常生活圏域（図2，3）は、人口規模が小さく医療施設や介護施設等の社会資源の整備が十分でない小規模の日常生活圏域が大半を占めており、高齢化率が非常に高いために介護に移行しやすい疾病構造になっているとともに、要介護度3以上における各サービス利用率（ケアバランス）では施設サービスの構成割合が高いことなどが推測される。

従って、住民主体の通いの場の設置やフレイル対策など、健康寿命の延伸を目的にした高齢者対策を講じる必要があると考える。

- ④ A ゾーンの中でも近似値直線より上側に位置する1人当たり医療費が相当程度高い日常生活圏域のうち介護給付費が県平均より低い日常生活圏域は、大都市型1（1）、都市型8（12）、団地型2（2）、中山間地域型6（16）、島嶼・沿岸部型3（8）の計20（39）となっており、次の要因等が考えられる。

ア 介護給付費が県平均(133,218 円)より低い類型の日常生活圏域は、高齢化率が県平均(29.1%)に近接しており、A ゾーンでも人口規模が大きな大都市型、都市型、団地型が大半を占め、医療及び介護施設等が充実しており、介護の重度化予防等が講じられていると推測される。

なお、医療及び介護施設等が不十分な中山間地域型及び島嶼・沿岸部型の日常生活圏域は、地域包括ケアシステム構築による医療の重症化予防や介護の重度化予防をはじめ、医療及び介護から在宅までの流れの見える化を図り、具体的な対策を講じる必要があると考える。

イ また、人口規模の大きな日常生活圏域は、「介護から在宅までの流れ」におけるシームレスなサービスの提供が行われ、在宅における介護力や在宅での介護を可能にするシステム（地域での見守り体制等の構築）が出来ていると考えられる。

ウ 一方で、都市部等の医療施設が充実している日常生活圏域は、既往症を持っている介護受給者を医療施設で看ているケース等により、介護給付費が県平均より低くなっていることも考え

られる。

なお、小規模の日常生活圏域では、介護施設等が少なく、遠距離でアクセスが悪いために、在宅での介護が困難であるため、介護施設等に入所させざるを得ないことなどにより、介護給付費が高くなっていると推測され、在宅での介護を可能にするための行政の関与等が必要であると考えます。

<市町における確認事項>

- ① 人口の少ない中山間地域型、島嶼・沿岸型の日常生活圏域は、高額な医療を必要とする少数の患者により、一時的に1人当たり医療費が上がっている日常生活圏域があると推測され、少なくとも5年間の医療費分析が必要であり、変化のあった年度における高額レセプトの疾病分析をすることが重要であると考えます。

なお、日常生活圏域別帳票作成システムにおける日常生活圏域別医療費分析（細小分類）は、疾病分析、生活習慣病、その他の分析別に、入院医療費点数及び外来医療費点数等の高い疾病のベスト10等を出力しているが、日常生活圏域内の疾病構造の特徴・特性などの詳細な分析をするためには、レセプトによる疾病分析が必要であると考えます。

- ② 日常生活圏域における医療費の高低差の要因は、人口比に対する医療機関数、ベッド数などの社会資源の充足度によって影響しているため、市町内の日常生活圏域における社会資源等を調査し、医療費への影響を分析していく必要があると考えます。

- ③ 医療費が高い日常生活圏域は、高齢化率が高いことや地域特有の疾病構造等によることが大きな要因になっており、がん検診や特定健診受診率及び特定保健指導率等の向上など、疾病の早期発見・早期治療による医療の重症化予防を行うとともに、地域の疾病構造に沿った各種健康教室の開催などの住民に対する健康啓発が必要であると考えます。

- ④ Aゾーンは、人口の少ない中山間地域型、島嶼・沿岸型の類型が多く占める日常生活圏域であり、医療施設及び介護施設等の社会資源が少ないため、介護受給者を地域全体で見守るネットワークの構築等を推進するとともに、地域包括ケアシステム構築の課題を分析し、対策を講じる必要があると考えます。

また、住民主体の「通いの場」についても、設置目的としての機能を果たしているか検証するとともに、特定健診等を受診しない住民への受診勧奨や引きこもりの高齢者への対応等を積極的に進めていく必要があると考えます。

- ⑤ 高齢化率以上に介護給付費が高い日常生活圏域については、介護度（軽度、中等度、重度の構成割合）の変化や、要介護度3以上における各サービス利用率（ケアバランス）等の分析による「医療及び介護から在宅までの見える化」を図り、介護における地域課題等を明確にしていく必要があると考えます。

- ⑥ アウトカム指標に基づくデータ分析では、数値化が困難な経済的な理由や生活様式、食生活等の地域特有の様々な地域課題等があり、これらを踏まえた日常生活圏域の実態を把握する必要があると考える。

(2) Bゾーン(高齢化率が県平均を上回り、1人当たり平均医療費が県平均を下回る日常生活圏域)

| | Bゾーンの特性 | Bゾーンの地域課題 |
|-------------|--|---|
| 高齢化率と医療費の相関 | <p>1 Bゾーンは、高齢化率は高く、1人当たり医療費が低い日常生活圏域群になっている。</p> <p>2 日常生活圏域の類型は、人口規模の小さい団地型、中山間地域型、島嶼・沿岸部型が8割強を占めており、都市型も4圏域あるが、大半が中山間地域型に近い小規模の日常生活圏域となっている。</p> <p>3 Bゾーンにおける日常生活圏域別の類型の内訳は、次のとおりである。 大都市型 0(16), 都市型4(31), 団地型7(20), 中山間地域型9(45), 島嶼・沿岸部型1(13) ※ ()内は、全体の類型別の日常生活圏域数の合計</p> | <p>1 Bゾーンは、医療施設等の社会資源の不足やアクセスが不便であるなど、医療を取り巻く環境は良好とはいえないが、地域包括ケアシステムが効率的に機能していると推測される。 しかし、一方では受診機会に恵まれていないため、1人当たり医療費が低くなっている日常生活圏域があると推測される。</p> <p>2 従って、受診機会に恵まれていないために1人当たり医療費が低くなっている日常生活圏域は、潜在する疾病に対する調査をし、早期発見、早期治療等の対策を講じる必要がある。</p> |
| 介護給付費との相関 | <p>1 高齢化率が高く、介護受給者も多いため、1人当たり介護給付費は、県平均より高い日常生活圏域が7割弱を占めている。</p> <p>2 Bゾーンにおける県平均の1人当たり介護給付費よりも高い日常生活圏域別の類型14(21)の内訳は、次のとおりである。 大都市 0(0), 都市型2(4), 団地型5(7), 中山間地域型7(9), 島嶼・沿岸部型0(1) ※ ()内は、Bゾーンの類型別の日常生活圏域数の合計</p> | <p>1 1人当たり医療費は県平均よりも低いが、逆に1人当たり介護給付費はほぼ7割が高くなっており、「医療から介護、介護から在宅までの流れ」におけるシームレスなサービスの提供が円滑に行われていないケースがあると推測される。</p> <p>2 1人当たり介護給付費が県平均より高い日常生活圏域は、小規模の中山間地域型が多く、地域の介護力の多くは老々介護に委ねられ、施設サービスに依存せざるを得ない状況もあると推測される。</p> <p>3 従って、老々介護は、過疎化が進むなか、大きな地域課題となっており、介護を地域全体で見守るネットワーク等の根本的な対策が急務となっている。</p> |

<データ分析から推測される地域課題等>

- ① Bゾーンの日常生活圏域は、医療に対する重症化予防への取り組みや、住民の健康意識（行政の健康啓発等）が高いことなど、医療においては地域包括ケアシステムの構築が円滑に進捗していると推測される。

しかし、介護においては、介護給付費が高い日常生活圏域が7割程度あり、施設サービスへの依存等、「介護から在宅への流れ」を阻害している要因があることも考えられる。

- ② 中山間地域型、島嶼・沿岸型などの小規模の日常生活圏域の医療状況は、地域に医療施設が少なく、大病院をはじめとする医療機関へのアクセスが悪いことなどにより、受診機会に恵まれていないために医療費が低くなっているケースもあり、潜在する疾病に対する調査・分析をし、早期発見・早期治療等の対策を講じる必要があると考える。

- ③ 介護給付費が低い類型（図2, 3）は、高齢化率が県平均に近接し、人口規模が中規模の都市型、団地型の日常生活圏域が多く、医療施設や介護施設等の社会資源が整備され、「医療から介護、介護から在宅までの流れ」におけるシームレスなサービスの提供が行われていると推測される。

- ④ Bゾーンにおける介護給付費が県平均より高い日常生活圏域は、大都市型0(0)、都市型2(4)、団地型5(7)、中山間地域型7(9)、島嶼・沿岸部型0(1)の計14(21)となっており、次の要因等が考えられる。

ア 中山間地域型の日常生活圏域等では、高齢化率が県平均よりもかなり高いために、施設介護サービスに依存せざるを得ない状況になっていると推測される。

イ 従って、「医療及び介護から在宅までの流れ」におけるシームレスなサービスの提供を担う介護施設等の社会資源が少ないため、要介護3以上における各サービス利用率（ケアバランス）の施設サービスの構成割合が高くなっていると推測される。

ウ また、人口が少なく高齢率の高い中山間地域型及び島嶼・沿岸部型の日常生活圏域は、限界集落が増加しつつあり、介護の重度化も進んでいることも相俟って、老々介護での対応が困難な状況になっているため、施設に入所させざるを得ない集落のある日常生活圏域が増えつつあると推測される。

エ 都市型の団地の日常生活圏域は、急激に高齢化が進展しており、介護受給者も必然的に増加しているため、これまでの高齢者が多い中山間地域型の地域包括ケアシステムから、新たな団地型の地域包括ケアシステムを構築していく必要がある。

オ 従って、今後は、団地型の日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築のため、積極的な行政の関与はもとより、データ分析に基づく新たな取り組みが必要であると考えられる。

<市町における確認事項>

- ① 医療費は、高齢化率に反して低くなっているが、少数の高額を必要とする患者の影響を受けやすい小規模の日常生活圏域が多くあるため、地域特有の疾病構造の分析や医療費の経年変化が上昇傾向にある場合は早期発見・早期治療をはじめとする保健・予防対策を講じていく必要があると考えられる。

る。

- ② 本分析は、本来であれば5年以上の分析が必要であると考えているが、3年間の短期間のデータ分析であるため、各日常生活圏域における実態とは相違するケースもあると推測され、市町独自のデータ分析が必要であると考え。
- ③ 医療の重症化予防として、特定健診受診率及び特定保健指導率の向上対策や、地域の疾病構造に沿った各種の健康教室の開催、或いは住民主体の「通いの場」の設置などの取り組みが機能し、特定健診等に受診しない被保険者への受診勧奨による受診率の向上や、引きこもりの高齢者の減少等の成果についてPDCAサイクルによる検証が必要であると考え。
- ④ 介護給付費が高い日常生活圏域については、軽度、中等度、重度の構成割合の経年変化のうち、特に、中・重度が増加傾向にある場合は、介護の重度化の要因となっている疾病分析をすることはもとより、要介護3以上における各サービス利用率（ケアバランス）等により、施設サービスの占める構成割合が高くなっている要因を分析し、軽度・中等度に対する重度化予防や、居宅サービスへの移行に向けたシームレスなサービス提供体制等を講じる必要があると考え。
- ⑤ Bゾーンは、人口の少ない中山間地域や島嶼・沿岸部で、医療費と介護給付費の県内順位は差異が生じており、分析に当たっては「医療」と「介護」をそれぞれ点で見るのではなく、医療及び介護から在宅までを線で分析する必要があると考え。
- ⑥ その他、各日常生活圏域には、アウトカム指標に基づくデータ分析の結果以上に、地域特有の様々な地域課題等があるため、これらを踏まえた分析が必要であると考え。

(3) Cゾーン(高齢化率が県平均を下回り、1人当たり平均医療費が県平均を上回る日常生活圏域)

| | Cゾーンの特性 | Cゾーンの地域課題 |
|-------------|--|---|
| 高齢化率と医療費の相関 | <p>1 Cゾーンは、高齢化率が低く、1人当たり医療費が高い日常生活圏域群になっている。</p> <p>2 日常生活圏域の類型は、大都市型、都市型が7割弱を占めており、人口規模の大きな日常生活圏域となっている。</p> <p>3 Cゾーンにおける日常生活圏域別の類型15(125)の内訳は、次のとおりである。 大都市型8(16)、都市型4(31)、 団地型3(20)、中山間地域型0(45)、 島嶼・沿岸部型0(13)</p> <p>※ ()内は、県内の類型別の日常生活圏域数の合計である。</p> | <p>1 Cゾーンは、高度医療を担う医療機関が多く、1人当たり医療費も高くなるが、高度医療を必要としない患者も多く受診しており、「病診連携」の確立や「かかりつけ医制」の徹底等が必要であると考える。</p> <p>2 都市部の住民は、健康意識の高さに加え、医療情報の過多も相俟って、「多受診」や「重複受診」が多く、該当住民に対する受診啓発が必要である。 なお、「医療費のお知らせ」は、ジェネリックへの切り換えのアナウンスも必要ではあるが、重複受診等に対する健康への弊害(禁忌等の副作用)を通知することが重要と考える。</p> |
| 介護給付費との相関 | <p>1 高齢化率は低いが、1人当たり介護給付費は、県平均よりも高い日常生活圏域が7割弱を占めている。</p> <p>2 Cゾーンにおける県平均の1人当たり介護給付費よりも高い日常生活圏域別の類型10(15)の内訳は、次のとおりである。 大都市型7(8)、都市型1(4)、団地型2(3)、 中山間地域型0(0)、島嶼・沿岸部型0(0)</p> <p>※ ()内は、Cゾーンの類型別の日常生活圏域数の合計である。</p> | <p>1 介護受給者は、高齢化率が低いために少ないが、Cゾーンの7割近い日常生活圏域の1人当たり介護給付費が県平均よりも高くなっており、軽度、中等度等に対する重度化予防が重要であると考えられる。</p> <p>2 都市部の核家族化の進展や団地における急速な高齢化等により、老々介護による在宅での介護に限界がきており、新たな地域包括ケアシステムの構築が必要になっている。</p> |

<データ分析から推測される地域課題等>

- ① Cゾーン内の類型は、人口が県平均(22,570人)よりも多い都市型の日常生活圏域が中心となっており、医療施設等への受診機会に恵まれているため多受診や重複受診になっていること、高度医療を必要としない患者の大病院への受診などにより医療費が高くなっていると推測される。住民の健康意識が高いことは良いことではあるが、重複受診の弊害等に対する健康啓発を行うことはもとより、病診連携の確立やかかりつけ医制を推進していくことが必要であると考えられる。
- ② Cゾーンの日常生活圏域は、一部を除き全体的に近似値線に近接しており、住民に対し多受診や重複受診などについて行動変容を促すことにより、1人当たり医療費は減少に向かうと推測される。一方で住民ひとり1人に対する意識改革は、継続的な活動が必要であると考えられる。
- ③ 介護給付費が低い日常生活圏域(図2, 3)は、人口規模が中規模の5圏域(大都市型1, 都市型3, 団地型1)となっているが、高齢化率が県平均(29.1%)に比べ低いことため介護受給者が少ない面もあるが、「医療から介護、介護から在宅までの流れ」におけるシームレスなサービスの提供が行われていると推測される。
一方で、人口比に対する医療機関数、ベッド数などの社会資源の充足度が高いため、介護保険で診るべき介護受給者を医療保険で診ているケースがあると考えられる。
- ④ 介護給付費の比較は、介護受給者の1人当たり介護給付費で比較しているため、介護サービスの受給者が要介護3以上における各サービス利用率(ケアバランス)における中・重度の介護受給者の構成割合や施設サービスの構成割合が高低によって左右される。
Cゾーンは、中・重度の構成割合が高い日常生活圏域が多くなっており、介護受給者の主因となっている疾病を明確にすることはもとより、介護における軽度、中等度、重度の介護受給者に対する一貫した重度化予防を講じ、居宅での介護を推進することが重要であると考えられる。
- ⑤ Cゾーンにおける介護給付費が県平均より高い日常生活圏域は、大都市型7(8)、都市型1(4)、団地型2(3)、中山間地域型0(0)、島嶼・沿岸部型0(0)の計10(22)となっており、次の要因等が考えられる。
ア 大都市型で介護給付費が高い日常生活圏域は7圏域と多い。都市部の核家族化による老々介護や同居の息子夫婦等が共働きによる介護不足等のため、施設サービスに依存(アクセスが良く、介護施設も充実等)している傾向があると考えられる。
イ 都市型1圏域、団地型2圏域についても、同様の要因によるものと考えられる。

<市町における確認事項>

- ① 高齢化率は低いながら1人当たり医療費が高い市町は、データ分析から推測される課題以上に多くの地域特有の数値化が困難な地域課題が存在し、しかも日常生活圏域毎に地域課題が異なるため、第1に、市町全体の地域課題を把握し、最終的には個々の日常生活圏域における課題に対して対策を講じることが重要であると考えられる。

- ② このため、具体的には、地域ケア会議(①個別会議での解決、②ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成)における5つの機能について十分に協議していくことが重要であると考えます。
- ③ また、介護受給者の多くは、在宅での生活を希望していることから、「医療及び介護から在宅までの流れ」をシームレスなサービスの提供を行うことはもとより、介護受給者並びに介護者(家族等)をサポートするため、地域ケア個別会議による施設間及び専門職等の連携(連動)が重要であると考えます。
- ④ 医療の重症化予防については、特定健診受診率及び特定保健指導率の向上や疾病構造に沿った各種予防教室の開催などの取り組みが重要であるが、都市部では受診機会に恵まれているために特定健診受診率等は低く、住民主体の「通いの場」の設置などの対策が講じられているが、これらが機能しているか検証し、特定健診等に受診しない被保険者への受診勧奨(個別訪問や電話による受診勧奨等)や、引きこもりの高齢者への対応等を積極的に進めていく必要があると考えます。
- ⑤ その他、各日常生活圏域におけるアウトカム指標に基づくデータ分析の結果以上に、地域特有の様々な地域課題等があり、それらを踏まえた分析が必要と考えます。

(4) Dゾーン(高齢化率と1人当たり平均医療費がともに県平均を下回る日常生活圏域)

| | Dゾーンの特性 | Dゾーンの地域課題 |
|-------------|---|---|
| 高齢化率と医療費の相関 | <p>1 Dゾーンは、高齢化率、1人当たり医療費が共に低い日常生活圏域群になっている。</p> <p>2 日常生活圏域の類型は、人口規模の大きな大都市型、都市型が6割占めており、団地型及び中山間地域型が各々2割ずつ混在した日常生活圏域になっている。</p> <p>3 Dゾーンにおける日常生活圏域別の類型 28(125)の内訳は、次のとおりである。 大都市型7(16)、都市型9(31)、 団地型7(20)、中山間地域型5(45)、 島嶼・沿岸部型 0(13) ※ ()内は、全体の類型別の日常生活圏域数の合計</p> <p>4 Dゾーンのうち、近似直線より上側に位置する日常生活圏域(7圏域)は、概ね Cゾーンの特性を有していると考えられる。</p> | <p>1 現状では、高齢化率が低いことにより、1人当たり医療費は低くなっているが、団塊の世代が75歳以上になり、高齢化率がピークに達する2025年問題を間近に控え、これまで以上に医療費分析に基づく保健予防をはじめとする医療の重症化予防等に取り組むことが必要である。</p> <p>2 特に、古い団地のある日常生活圏域は、高齢化が急速に進展しており、新たな団地型の地域包括ケアシステムの構築が必要である。</p> <p>3 地域包括ケアシステム構築による効果を測定するためには、アウトカム指標に基づくデータ分析を5年以上(現行3年間分)継続する必要があるが、A～Dゾーン全てに言えるが、各日常生活圏域における数値化が困難な社会環境等を踏まえた分析が必要である。</p> |
| 介護給付費との相関 | <p>1 高齢化率が低いため、介護受給者は少ないが、県平均の1人当たり介護給付費よりも高い日常生活圏域が半数弱ある(13/28)。</p> <p>2 Dゾーンにおける県平均の1人当たり介護給付費より高い日常生活圏域別の類型 13(28)の内訳は、次のとおりである。 大都市型5(7)、都市型4(9)、団地型4(7)、 中山間地域型0(5)、島嶼・沿岸部型 0(0) ※ ()内は、Dゾーンの類型別の日常生活圏域数の合計</p> <p>3 Dゾーンのうち、近似直線より上側に位置する日常生活圏域(7圏域)は、Cゾーン同様に高齢化率は低いが、1人当たり介護給付費が県平均より高い日常生活圏域が7割を占めている。</p> | <p>1 少ない介護受給者数の重度化が進んでおり、軽度、中等度に対する介護予防が今後の課題であると考ええる。</p> <p>2 また、都市部並びに団地は、高齢化率がピークに達する2025年問題を踏まえ、これまでの中山間地域型や島嶼・沿岸部を中心とした地域包括ケアシステムから、新たに都市型、団地型のシステムを構築する必要がある。</p> <p>3 従って、新たな地域包括ケアシステムを構築するためには、「医療から介護、介護から在宅までの流れ」の見える化を図るためのアウトカム指標に基づくデータ分析が必要であると考ええる。</p> |

<データ分析から推測される地域課題等>

- ① Dゾーンにおける日常生活圏域は、高齢化率・医療費が共に現状では低くなっているが、高齢化がピークに達する2025年問題を間近に控え、これまで以上に医療費等の分析に基づく疾病の早期発見・早期治療はもとより、医療の重症化予防等に取り組むことが必要になってくると考える。
- ② 2025年問題は、社会全体に影響を及ぼす大きな課題ではあるが、高齢化による疾病構造の変化による医療費の増嵩や、類型では団地型の日常生活圏域の高齢化対策が特に重要であり、新たな地域包括ケアシステムの構築が急務になると考える。
 なお、今回のデータ分析（3年間分）は、短期間のデータ分析であるため、各日常生活圏域における実態等を正確に把握することが困難であるため、間近に控えた2025年問題への適切な対応を図るためには継続した分析が必要であると考ええる。
- ③ 介護給付費が低い類型（図2～3）は、島嶼・沿岸部型を除く類型が平均的に存在し、日常生活圏域は介護の重度化の予防対策が講じられていると推測されるが、高齢化率が低いことによる介護受給者数が少ないことを考慮すると、県平均(133,218円)よりも低い日常生活圏域が多くあるべきと考える。
- ④ Dゾーンにおける介護給付費が県平均より高い日常生活圏域は、大都市型5(7)、都市型4(9)、団地型4(7)、中山間地域型0(5)、島嶼・沿岸部型0(0)の計13(28)となっており、次の要因等が考えられる。
 ア 高齢化率が県平均(29.1%)よりも低いにもかかわらず、1人当たりの介護給付費は県平均よりも高い日常生活圏域では、居宅サービス費よりも施設サービス費が高くなっていると推測され、在宅における介護力が課題であると考えられる。
 イ 従って、在宅における介護力の向上はもとより、医療においては介護に移行すると推測される疾病に対する重症化予防や、介護においては軽度（要支援I～介護度2）の介護の重度化予防等の一連の課題を、線による対策を講じていく必要があると考える。
 ウ Dゾーンは、現状では高齢化率は低いが、2025問題は待って欲しくないことを踏まえ、「地域ケア会議」による5つの機能について十分検討するとともに、住民主体の「通いの場」の設置など、対策を講じていくことが必要であると考ええる。

<市町における確認事項>

- ① Dゾーンは、島嶼・沿岸部型を除く、大規模から小規模までの類型の日常生活圏域が混在し、高齢化率が低いため、県平均の1人当たり医療費(49,104円)より低くなっているが、県平均の高齢化率(29.1%)に近接している日常生活圏域でも医療費、介護給付費が低い圏域もあれば、高齢化率はかなり低いながら1人当たり介護給付費は県平均(133,218円)より高い圏域もあるなど、地域包括ケアシステム構築の進捗状況は各種各様となっている。
- ② 従って、介護給付費が県平均(133,218円)より高い日常生活圏域については、広島県の地域包括

ケアシステム構築の評価指標（35 指標：66 基準）で、出来ていない指標（基準）を再評価・改善、特に医療から介護、介護から在宅までの流れをシームレスなサービスの提供体制を構築することによって、医療費はもとより介護給付費も減少してくると考える。

③ また、2025 年問題は、日本における社会保障関係等の大きな課題であり、具体的な医療費等の経年変化等の医療費分析や、レセプト分析による日常生活圏域毎の将来的な疾病構造の傾向等进行分析することが、2025 年問題への対応や地域包括ケアシステム推進の一助になると考える。

④ 疾病の早期発見・早期治療については、特定健診受診率及び特定保健指導率の向上の取り組みが重要であるため、健診をしない被保険者への受診勧奨等(個別訪問、電話による勧奨等)が必要であり、各日常生活圏域における疾病構造に沿った各種健康教室の開催など、住民に対する健康啓発が重要であると考え。

なお、介護保険については、住民主体の「通いの場」設置による引きこもりの高齢者への対応や健康体操の普及(百歳体操等)を推進していく必要があると考える。

⑤ その他、各日常生活圏域におけるアウトカム指標に基づくデータ分析の結果以上に、地域特有の様々な課題等があり、それらを踏まえた分析が必要と考える。

(5) 保健予防(特定健診受診率及び特定保健指導実施率)

県平均の特定健診受診率は、類型別では中山間地域型、島嶼・沿岸部型のほとんどの日常生活圏域で県平均を上回っている（県平均 26.8%）。

特定健診受診率の高低による医療費、介護給付費への影響は認められなかった。一方、特定保健指導実施率は、県平均は 23.2%。日常生活圏域別では、類型別の傾向等はなく、0.0～63.0%と幅がある。

今回、分析に用いた特定健診と特定保健指導データについては、①市町村国保の特定健診受診率及び特定保健指導実施率であること、②市町の特定健診受診率及び特定保健指導実施率はかなり低いため、医療の重症化予防や介護の重度化予防に及ぼす影響の評価は今回のデータだけでは難しい、③保健・予防については、県民の健康啓発事業(健康教室等)など数値化が困難なデータが多い等のため、今後も継続的なデータ分析が必要である。

<データ分析から推測される地域課題等>

厚生労働省の特定健診・保健指導の医療費適正化効果の検証のためのワーキンググループの検証結果によると、特定保健指導に参加した者では、多くの項目で保健指導後の検査値の数値の改善が認められていることから、他の健康啓発事業を進めるとともに、特定健診の受診率向上と特定保健指導実施率の向上に向けた取組みを進めていく必要がある。

＜ 総 括 ＞

医療の分析等に当たっては、高齢化率と医療費が「かなりの正の相関」（コレール関数：0.61）にあることから、近似値線に対して県平均の高齢化率を縦線、県平均の1人当たり医療費を横線にして引いた4つのゾーン内における各日常生活圏域の地域包括ケアシステム構築における地域課題を、アウトカム指標に基づくデータ分析により推測することを目的としている。

現状における各日常生活圏域の地域課題等を特定するためには、アウトカム指標に基づくデータ分析による地域課題等の推測はもとより、医療施設等の社会資源の充足度や医療機関等へのアクセス及び人口規模、地理的条件（類型）、経済情勢等の地域特性などを、両面から分析する必要があると考える。

具体的には、各ゾーンにおける日常生活圏域の地域課題は、①データ分析から推測される地域課題に対して、②市町においては、データ分析により推測される地域課題等の確認（調査・確認）することによって明確になると考える。

医療費等の分析は、高齢化の進展及び診療報酬等の改定等による直接的な要因や、人口比に対する医療機関数（ベッド数等）などの社会資源の状況等の間接的な要因により、医療費等は高騰するが、医療費等を引き下げることが目的ではなく、医療の重症化予防による住民一人ひとりの健康寿命の延伸を目的とし、介護においても住民主体の「通いの場」の設置や高齢化による身体的低下に伴うフレイルや介護に直結する認知症等への対策を講じることが重要と考える。

最終的には、これらの医療分析及び介護保険に係る分析が、地域包括ケアシステム構築の理念である「高齢者が住み慣れた地域で生きがいを持って、安心して健康な人生を最後まで暮らせる地域づくり」の参考となり、市町の実情に沿った地域包括ケアシステム構築の深化の一助になればと考えている。

6 その他（今後の新たなデータ分析）

(1) 日常生活圏域別の入院及び入院外等の1人当たり医療費の状況

各日常生活圏域における医療費の増減の要因は、病床数等医療提供体制や医療施設等の社会資源の充実や、住民の受診行動の地域差等によることが考えられるが、これら数値化が困難な影響を把握する一つの方法として、入院費及び入院外費等の伸び率の経年変化や、全体の医療費に占める入院費及び入院外費（調剤料を含む）、歯科医療費（歯科入院医療費を含む）の構成割合等による分析が必要であると考えられる。

(期待される効果)

この分析は、全体の医療費を引き上げている要因が入院費か入院外費（調剤料を含む）かによって医療施設等の充足状況の影響、併せて入院費及び入院外費それぞれを引き上げている疾病をレセプトにより特定することが必要である。また、データヘルス計画における分析も加えることにより、対象疾病に対する保健予防や早期発見・早期治療による重症化予防などの対策が期待される。

(2) 日常生活圏域別の介護における居宅サービス及び施設サービスの状況

介護における重度化予防の取り組みの効果は、介護施設等の社会資源の整備状況や、行政の関与、家族の介護力、地域の見守り体制（ネットワーク）の有機的な連携など、数値化が困難な項目が多いため、分析の手法として全体の介護給付費に占める居宅サービス費と施設サービス費の構成割合の比較や、介護受給者における要介護別（軽度、中等度、重度）の経年の変化、要介護3以上における各サービス利用比率（ケアバランス）による確認が必要であると考ええる。

（期待される効果）

この分析は、要介護3以上の施設サービス費と在宅サービス費の構成割合の経年変化等を分析することにより、在宅サービスが増加傾向にある場合は地域包括ケアシステム構築の進捗状況は良好に推移していると推測され、施設サービスが増加傾向にある場合には重度化予防を講じる必要が考えられるなど、それぞれの地域における重度化予防への取り組みの成否の把握が期待される。

(3) 日常生活圏域別の医療費分析(疾病における最小分類)

医療保険や介護保険に大きな影響を及ぼす疾病構造は、本来、日常生活圏域におけるアウトカム指標に基づくデータ分析の根幹をなすものであるが、日常生活圏域別帳票作成システムと国保データベース（KDB）のレセプトデータとリンクしていないため、「日常生活圏域別の医療費分析（疾病における最小分類）」やデータヘルス計画の分析を活用し、各日常生活圏域の疾病分析、生活習慣病分析、その他分析による上位10位の疾病の順位変動等により、分析する必要があると考ええる。

（期待される効果）

この分析は、各日常生活圏域における疾病構造を明確にすることはもとより、保健・予防、医療、介護を線による総合的な分析を行い、特定された疾病に対する重点的な対策を講じることにより、健康寿命の延伸が期待される。

（本文資料）

1 日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり医療費の状況・・・（図1）

（平成29年度～令和元年度）

1人当たり医療費を縦軸、高齢化率を横軸とし、高齢化率と1人当たり医療費の相関を図表化しており、コレール関数では0.61でかなりの正の相関（ $0.4 < r < 0.7$ ）を示している。

2 日常生活圏域別の高齢化率と1人当たり介護給付費の状況・・・（図2）

（平成29年度～令和元年度）

1人当たり介護給付費を縦軸、高齢化率を横軸とし、高齢化率と1人当たり介護給付費の相関を図表化しており、コレール関数では0.26でやや相関（ $0.2 < r < 0.4$ ）有りを示している。

(参 考 資 料)

3 日常生活圏域別の1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費の状況(1)・・・(図3)
(平成29年度～令和元年度)

1人当たり医療費は縦軸(県平均49,104円)、1人当たり介護給付費を横軸(県平均133,216円)とし、其々の県平均で4分割(Aゾーンは1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費が共に高いゾーン、Bゾーンは1人当たり医療費が低く、1人当たり介護給付費が高いゾーン、Cゾーンは1人当たり医療費が高く、1人当たり介護給付費が低いゾーン、Dゾーンは1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費が共に低いゾーン)し、4つのゾーンにおける高齢化率と1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費との関係、各ゾーンにおける大都市型から島嶼・沿岸部型までの種類の分布の状況などを表している。

なお、高齢化率が県平均より高い日常生活圏域は○印、低い日常生活圏域は△印で表示している。

4 日常生活圏域別の1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費の状況(2)・・・(図4)
(平成29年度～令和元年度)

下段の棒グラフは、県内125の日常生活圏域における1人当たり医療費の状況を示しており、上段の折れ線グラフは1人当たり介護給付費の状況を表している。

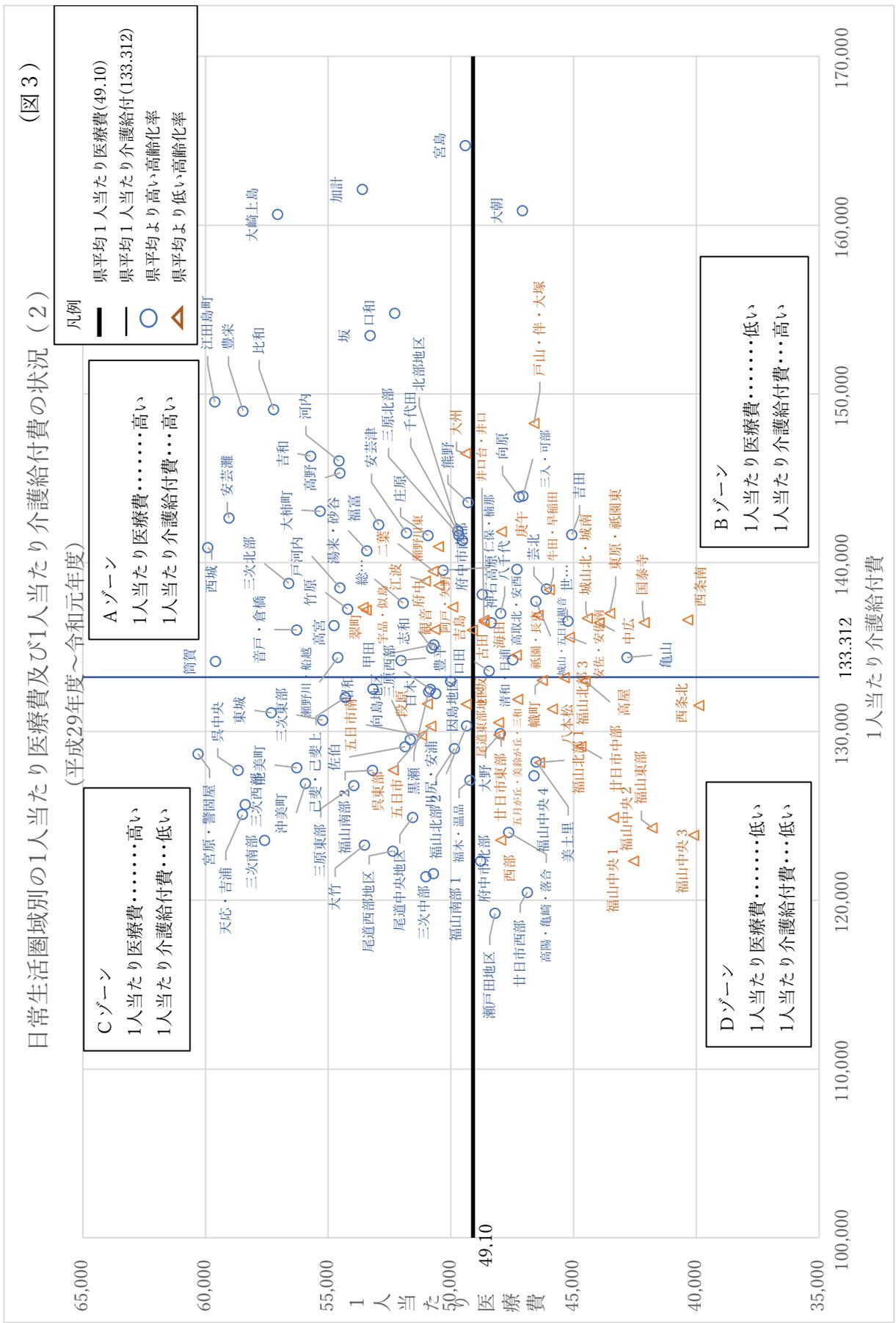
なお、下段の棒グラフは、高齢化率が県平均より高い日常生活圏域を黄色の棒線、低い日常生活圏域は青色の棒線とし、上段の折れ線グラフは高齢化率が県平均より高い日常生活圏域を○印、低い日常生活圏域は△印で表示している。

(添 付 資 料)

日常生活圏域別の医療費分析(細小分類)の解説

医療や介護に大きな影響を及ぼす疾病の分析等については、「日常生活圏域別の医療費分析(細小分類)」を活用し、各日常生活圏域における疾病分析、生活習慣病分析、その他の分析による10大疾病の経年変化(順位変動等)を分析し、疾病における地域課題を推測(特定)することにより、アウトカム指標に基づくデータ分析を補完するデータとして活用できると考える。

なお、市町における日常生活圏域は、数値化が困難な社会環境や社会資源などの異なる地域特性があるため、地域の実態に沿った対応が必要であると考えます。



日常生活圏域別の1人当たり医療費及び1人当たり介護給付費の状況 (2) (図4)

