医療・介護の見える化と地域包括ケアの進展



松田 晋哉 (まつだ しんや) 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

■略歴

1985年 産業医科大学医学部卒業

産業医科大学医学部助手

1992年 フランス国立公衆衛生大学校卒業

1993年 医学博士号取得(京都大学) 1997年 産業医科大学医学部助教授

1999年 産業医科大学医学部教授

■重門

公衆衛生学(保健医療システム、医療経済、国際保健、 産業保健)

■主な著書

「地域医療構想をどう策定するか」(2015年、医学書院) 「医療のなにが問題なのか:超高齢社会日本の医療モデル」 (2013年、勁草書房)

「診療情報による医療評価: DPC データから見る医療の質」 (共著)(2012年、東京大学出版会)

「これからの地域の急性期医療を考える DPC データ活用の多彩な展開」(共著)(2012年、じほう)

「基礎から読み解く DPC 第 3 版―実践的に活用するために」 (2011 年、医学書院)

「明日の医療に活かす DPC データの分析手法と活用」(共著) (2010 年、じほう)

【要旨】

- 地域包括ケアは医療・介護・予防・生活支援・住の各サービスを日常生活圏域で提供する体制の確立をめざす、超高齢社会における医療介護提供体制である。
- 地域包括ケアでは、医療や介護などを包括した情報基盤が重要であり、既存の多様な データを統合したネットワークづくりが必要である。
- 医療介護データベースの活用で、日常生活圏域ごとに異なる医療介護ニーズに沿った医療・介護の総合的な対策、介護予防事業の評価が可能になる。
- 地域包括ケア体制の構築に際しては、各自に配分される負担が納得できるものであり、 また、コスト削減やシステムの効率性を高めるインセンティブを内包する必要がある。

I はじめに

超高齢社会における医療介護提供体制として、国は2025年(平成37年)を目途に地域包括ケア体制の構築をめざしている。地域包括ケアとは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域における包括的な支援・サービス提供体制」である(注1)。そして、日常生活圏域(おおむね30分の移動圏域)で、医療・介護・予防・生活支援・住を保障することで、「時々入院(入所)、ほぼ在宅」のケア体制を実現するというのが国のめざすところである。

すでに別報で報告しているが(注 2)、現在の受療率を前提とすれば全体の人口減少下においても今後高齢者の絶対数が増加するために、多くの地域で慢性期入院医療のニーズが増大する。しかもその増加量は都市部ほど大きい(注 2 、 3 、 4)。財政制約等のためにこれ以上の増床が難しい以上、療養病床においては平均在院日数を短縮せざるを得なくなり、結果的に現在入院で療養しているようなハイリスク高齢者の在宅ケアニーズが増大する。また、地域医療構想では現在療養病床に入院している患者のうち医療区分1の70%を入院以外で対応するとしたうえで、療養病床入院受療率の地域差の縮小を図ることが仮定されているが、もしこれを実現するのであれば、さらに医療・介護ニーズの高い在宅ケアのニーズが増加することになる。実は地域医療構想の成否はこの慢性期の患者を地域でどのように見ていくかという地域包括ケア体制の状況に依存しているのである。

上記に関連して、高齢化の進展に伴い在宅ケアのニーズが変わってきていることにも 留意が必要である。例えば図表1は福岡県行橋市において医療レセプトと介護レセプト とを連結して、認知症がある患者で在宅介護を受けている者の数を経時的に見たもので ある(注5)。がんについてみると 2011 年4月に 18 名だった患者数が増減を繰り返し

ながら徐々に増加し、2013 年 3月には37名に増加している。 そして同期間に認知症がある 肺炎患者数は16名から42名、 認知症がある筋骨格系疾患患 者数は121名から234名、がん のある虚血性心疾患患者は32 名から53名、糖尿病のある慢 性腎不全患者は37名から67 名に増加していることがわか

図表 1 複合的な傷病を持つ在宅要介護高齢者数の時系列 変化(福岡県行橋市のデータ)

年 月	認知症+	認知症+	認知症+ 筋骨格系	がん+ 虚血性心	糖尿病+ 慢性腎不
	がん	肺炎	疾患	疾患	全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

る。このように今後複合的な医療問題を抱えた要介護高齢者の在宅ケアのニーズが増大 するのである。地域包括ケアはこのようなニーズに応えるものでなければならない。

日本創成会議は東京圏 (一都三県) における後期高齢者が 10 年間で 175 万人増加というデータを示したうえで、介護施設や人材の余力があり、医療にかかる費用も比較的安い地方へ東京圏の高齢者が移住できるようにする環境の整備を提案している(注6)。しかし、地域包括ケアという理念から考えると、住み慣れた地域で老いていくというAgeing in place が基本であろう。老いてから居住地を変えることのストレスは大きく、住み慣れた地域とは別のところで友人や家族と離れて暮らすことはそれほど容易なことではない。

例えば、筆者が訪問調査を行なったアメリカの CCRC (Continuing Care Retirement Community、高齢者が健康なうちに移住し要介護になっても終身を過ごす継続的ケア付き生活共同体)の事例の場合、その施設の利用者の多くは、近隣に子供たちが住んでいる、あるいは自分自身がその地域の住民であったという者である。この意味でもContinuous なのである。このアメリカの CCRC のマーケティング担当者はこうした地域との連続性があるため、「I have to live here ではなく I want to live here という意思決定により高齢者がこの CCRC に来ることを選択している」と説明していた。我が国のCCRC もまずはこうした観点から考えられる必要がある。

本稿では地域包括ケアに関連して議論されている以上のような論点を踏まえたうえで、実効性のある施策を展開するためには医療介護情報基盤を確立することが必要であることを、筆者のこれまでの研究結果をもとに論考してみたい。

- (注1) 地域包括ケア研究会: 地域包括ケア研究会報告書 ~今後の検討のための論点整理~ (平成20年度老人保健健康増進等事業)、http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf (平成28年5月10日閲覧)
- (注2) 松田晋哉:平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)総括報告書、2014.
- (注3) 松田晋哉:大都市圏の医療介護提供体制をどう考えるのか(上)、社会保険旬報、No. 2601: 18~24, 2015.
- (注4) 松田晋哉ら:大都市圏の医療介護提供体制をどう考えるのか(下)、社会保険旬報、No. 2602: 28~36, 2015.
- (注5) 松田晋哉:平成25年度厚生労働科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)・介護予防を推進する地域づくりを戦略的に進めるための研究(H25-長寿-一般-006 研究代表者:松田晋哉)総合報告書、平成28年3月.
- (注 6) 日本創成会議: http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04_digest.pdf (平成 28 年 5 月 10 日閲覧)

Ⅱ 地域包括ケア実現のための医療介護情報基盤

地域包括ケアとは高齢者が地域で尊厳を持って「生きる」ことを支える地域ネットワークであると筆者は考える。ネットワークが機能するためには、あるべき理想像が関係者で共有されたうえで、現状に関する情報が必要である。そのギャップを可視化することで課題と行なうべき対策が明確になる。すなわち、地域包括ケアを実現するためには医療介護を包括した情報化が必要であり、こうした情報基盤があってはじめて PDCAサイクルに基づいた運営を、施設・地域の各レベルで行なうことが可能になるのである。

残念ながら、これまでの地域医療計画や介護保険事業計画は、必ずしもそのような情報基盤に基づいて策定されてはこなかった。多くの場合、これらの計画に記載された目標値は、各地域の現状を踏まえたうえで設定されていないし、また進捗管理もされていない。その結果、前期の計画の目標が達成されていない場合でも、その原因が分析されて、次期の計画策定に活かされることはなかった。そのためにこれらの計画に記載された事項が当該地域でサービスを提供する医療・介護の経営判断に反映されることは少なかったのが実情であろう。

地域包括ケアはネットワークである。ネットワークの作り方は、当該地域の一般的な経済環境や人口構成、利用可能な医療・介護資源の状況に依存する。従って、地域包括ケアを実現するためのネットワークは地域ごとに構築するしかない。また、民間のサービス提供者が主体の我が国の場合、各事業体の経営のあり方を国が一方的に決めることはできない。こうした状況下で一貫性を持って地域包括ケアのネットワークづくりをするためには、根拠のある目標と、それを達成するための工程表が具体的な数字として行政の計画に記述されている必要性がある。それがあってはじめて民間の事業体は行政目標と自施設の経営の方向性のすり合わせを行なうことが可能となる。

こうした基盤となるべき医療介護関連情報はすでに「電子化された」状態で地域に存在している(しかも、これらの情報はフォーマットが標準化されている)。具体的には、医療および介護のレセプト、そして要介護認定に係る情報(認定調査票など)である。しかし、我が国にはこうした優れた情報があるにもかかわらず、これまで十分に活用されてこなかった。その理由としては、行政の縦割り構造や情報リテラシーの問題など種々の要因が考えられる。しかしながら、我が国の医療介護をとりまく経済環境は、そのような無為無策を放置できない状況になっている。しかも、医療介護に関連する仕組みづくりは、それぞれの地域の特性を把握したうえで行なわれなければならず、従って地方自治体の職員や地域の医療介護関係者がマネジメント可能な情報システムが準備される必要がある。こうした問題意識に基づき、筆者らの教室では福岡県の自治体関係者の協力を得て、医療介護の情報を総合的に分析する仕組みの開発を行なってきた(注

5)。次節では、このシステムを使ってどのような分析ができるのかを示してみたい。

Ⅲ 医療介護データの総合分析の事例

高齢者のニーズは医療、介護、生活の多方面にわたるため、地域包括ケアのネットワークは相互の整合性を図りながら総合的なサービスを提供できるような体制でなければならない。これは、現時点ではばらばらに存在しているデータを統合し、それを分析・活用するための情報基盤を必要とする。しかも、それは住民の日常生活圏域(おおむね30分で移動できる生活圏域)での分析を可能にするものでなければならない。市町村が保有する情報としては国保レセプト、長寿医療制度レセプト、介護保険レセプト、特定健診・特定保健指導関連レセプト、日常生活圏域ニーズ調査などがある。これらの情報を個人レベルで連結したうえで圏域別に集計することで、各圏域の地域包括ケア策定のための課題が明らかにできる。以下、福岡県行橋市の事例をもとに、その概要について説明する。

1. 医療介護総合データ分析システム(Health Data Analysis System: HDAS) の概要

図表 2 は当教室で作成したシステムの概要である。医科・調剤レセプトと介護レセプトを別途作成した個人台帳(暗号化)をもとに連結し、さらにそれを介護予防事業・生活支援事業参加者情報、基本チェックリスト、日常生活圏域ニーズ調査の結果などと連結して総合的に分析できる仕組みとした。

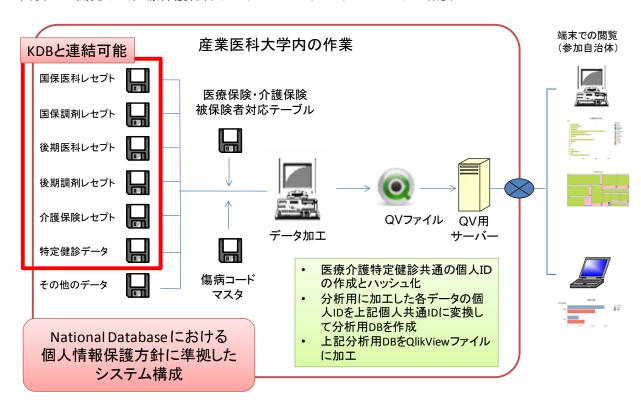
図表3は作成したシステムのファイル構成である。個人 ID (あて名番号; 匿名化)、受診年月の2変数をキーに個人の識別を行ない、医療、介護のレセプトを統合している。医療レセプトと介護レセプトはそれぞれ SQL server 2008R を用いて加工して、分析用ファイルを作成した。具体的には現行の電子レセプト (医科・調剤) は図表4の上段に示したようなフォーマットとなっているが、これを各行が医療行為ごとの情報を表すように正規化した図表4下段のようなフォーマットにすることで分析がしやすいものになる。介護レセプトについても同様の加工を行なった。そのうえでこれらのファイルをbusiness intelligence tool の一つである QlikView を用いて連結・可視化する仕組みを構築した。

図表 5 は HDAS の最初の介護レセプト分析画面を示したものである。このシートでは 利用年月別の利用件数と給付額を居宅、入所、地域密着の 3 区分別に見ることができる。 また、介護給付費の要素分析(利用率=被保険者 100 人あたりレセプト数、1 件あたり 費用額)の結果も分析できる。画面で日常生活圏域を選択することで、上記の分析を地 域別に行なうことが可能である。さらに、医科レセプトに記載されている傷病名から疑 い病名を除いたうえで脳血管障害、認知症、筋骨格系疾患のある患者について同様の分析ができる仕様としている(ただしこの分析は医科レセプトがある対象者に限定される)。以上の分析が要介護区分ごと、年齢階級ごとにできる。このような仕様とすることで、例えば、筋骨格系疾患を持った前期高齢者の介護給付費の状況などを詳細に分析できる。

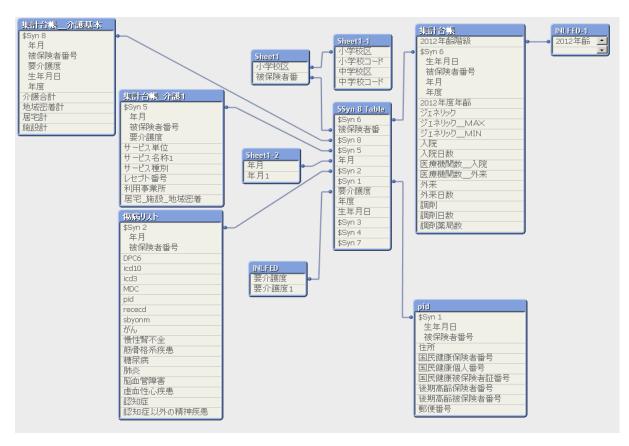
図表 6 は一日常生活圏域における前期高齢者(65 歳-74 歳)の利用年月別介護給付の 分析結果を示したものである。利用者数は被保険者数の 4 %程度で、また利用者の 9 割 以上は居宅介護の利用者であることがわかる。

図表7は上記日常生活圏域における前期高齢者(65歳-74歳)で筋骨格系疾患のある者の利用年月別介護給付の分析結果を示したものである。図表6と比較することで利用者の約25%は筋骨格系疾患を持っていることがわかる(ただし、対象は医科レセプトがある者に限定されるため、過少推計の可能性がある)。本システムを使うことで他の傷病についても同様の分析が可能である。例えば、上記日常生活圏域における認知症のある者の割合は前期高齢者では10%程度、後期高齢者では20%程度であった。さらに、近年救急部門に肺炎や骨折で搬送される高齢者が増加しているが、その多くはすでに要支援・要介護高齢者であることが本システムを使うことで明らかになっている。医療・介護の複合化は、急性期と慢性期の複合化ももたらしているのである。

図表2 開発した医療介護総合データベース (HDAS) のシステム概要



図表3 システムのファイル構成



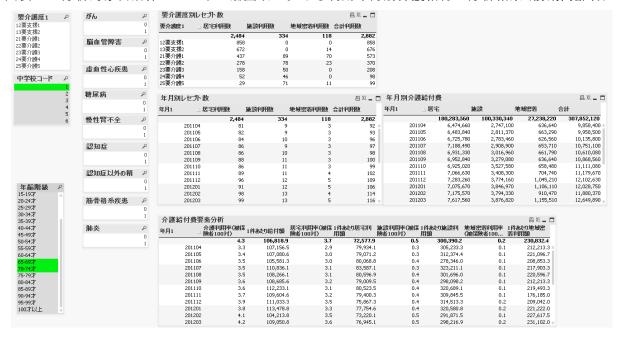
図表4 現行電子レセプト(医科・調剤)のフォーマットと分析用データフォーマットの例

```
【現行電子レセプトのフォーマット】
IR,2,40,1,2345678,01,松田病院,42204,00,
RE,3,1318,42203,大牟田 次郎,2,3240522,70,,,,,243,,,,,01,,,,,,,21203
HO,409999,999,123456789,2,2175,,,,,,,
SY,2500015,3520613,1,,,01,
SY,8838071,3520613,1,,,,
SI,12,1,112011310,,70,2,,,,,
SI,13,1,120002370,,10,1,,,,,
IY,21,1,620002032,2,,,,,,
IY,,1,620002121,2,19,35,,,,,
SI,25,1,120001210,,42,1,,,,,
SI,60,1,160010010,,50,1,,,,,
【分析用データのフォーマット】
                        診療区分
医療機関番号 患者氏名
                                     順序番号
                                                 詳細番号
                                                                                                   単位
                                                             コード
                                                                          名称
                                                                                      数量
            診療点数
                        薬剤料
                                     回数
                                                 診療月
402345678
            大牟田 次郎
                        12
                                     0001
                                                 001
                                                              112011310
                                                                          外来診療料
                                                                                                   0
                                                 20100301
            70
            大牟田 次郎
402345678
                        13
                                     0001
                                                 001
                                                              120002370
                                                                          薬剤情報提供料
                                                                                                   1
                                                              20100301
                        10
                                     0
                                                 1
402345678
            大牟田 次郎
                        21
                                     0001
                                                 001
                                                              620002032
                                                                          グリミクロン錠40mg
                                                                                                  2
            16
                        O
                                     59
                                                 35
                                                              20100301
402345678
            大牟田 次郎 21
                                     0001
                                                 002
                                                              620002121
                                                                          ベイスンOD錠0.3 0.3mg 2
                                                              20100301
            16
                        0
                                     132
                                                 35
402345678
            大牟田 次郎 25
                                                 001
                                                              120001210
                                                                          処方料(その他)
                                     0001
                                                                                                  1
                                                              20100301
            O
                        42
                                     O
                                                 1
402345678
            大牟田 次郎
                        60
                                     0001
                                                 001
                                                              160010010
                                                                          HbA1c
                                                                                                  0
            50
                        0
                                                 20100301
```

図表5 介護レセプト分析画面



図表 6 分析対象自治体の一日常生活圏域における利用年月別介護給付の分析結果(前期高齢者)



要介護度1 P 12要支援1 13要支援2 21要介護1 22要介護2 要介護度別レセプト数 がん 要介護度1 施設利用數 地域密着利用数 合計利用数 721 12要支援1 13要支援2 21要介護1 脳血管障害 218 264 106 31 33 4 218 264 135 32 58 5 23要介護 虚血性心疾患 中学校コード 糖尿病 年月別レセプト数 △ Ⅱ □ 年月別介護給付費 EXL_ 年月1 居宅利用動 施設利用制 合計利用税 年月1 居宅 施設 地域密着 슴計 721 0,621,070 10,051,040 6,557,090 57,229,200 慢性腎不全 201104 201105 201106 201107 201108 1,827,290 1,924,020 2,137,690 2,187,720 20 24 24 23 22 21 認知症 2,122,370 1,676,580 1,864,750 1,656,460 2,148,290 2,318,500 201109 124,540 269,700 1,307,540 1,342,400 1,411,960 1,625,940 1,796,150 1,626,410 1,765,640 252,650 244,500 252,650 252,650 236,350 201110 認知症以外の精 201111 201112 201201 201202 201203 201111 0 269,700 269,700 252,300 269,700 年齢階級 15-19才 20-24才 25-29才 30-34才 35-39才 40-44才 45-49才 50-54才 55-59才 筋骨格系疾患 252,650 介護給付費要素分析 たまたが、 介護利用率(被保 1件あたり給付額 医宅利用率(被保 1件あたりを受利 により にない という はい といっと (被保 1件あたり施設利 という (を持て100対) 用額 (株計100対) 用額 (株計100対) 用額 (株計100対) 用額 (株計100対) 用額 (株計100対) 用額 (株計100対) (株計10対) (株計100対) (株計 1件あたり地域密 着利用額 234,181.8 肺炎 年月1 251,276.0 47.6 43.3 61,922.4 2.6 79,374.8 79,447.4 76,960.8 79,173.7 81,026.7 81,629.6 69,857.5 192,770.0 201,910.0 187,730.0 197,120.0 201,160.0 124,540.0 269,700.0 201104 59,862.5 57,615.9 244,500.0 252,650.0 244,500.0 252,650.0 252,650.0 244,500.0 252,650.0 252,650.0 252,650.0 252,650.0 252,650.0 0-64才 57,615.9 63,238.8 64,201.3 63,800.0 59,433.6 63,923.8 61,389.6 60,220.0 66,524.1 58,086.1 67,909.2 201106 201107 201108 201109 70-74才 75-79才 80-84才 85-89才 90-94才 81.076.1 201111 39.3 69,019.2 0.0 -1.6 1.5 1.7 95-99才 100才以上

図表7 分析対象自治体の一日常生活圏域における利用年月別介護給付の分析結果(前期高齢者・筋骨格系疾患有)

2. 日常生活圏域ニーズ調査の活用

筆者らが開発したシステムでは日常生活圏域ニーズ調査データの可視化もできるようになっている(図表 8)(注 5)。このデータは市内の3ヵ所の地域包括支援センターの管理区域ごとに20%の抽出を行ない、郵送法によって収集したものである。調査項目は一般的事項(家族の状況、住居の状況など)、運動、閉じこもり、転倒予防、口腔、栄養、物忘れ、日常生活について(IADL)、社会参加、主観的健康感と包括的な内容となっている。このデータについても(1)で説明したシステム(HDAS)に取り込み、分析できる仕組みとした。以下、回答の得られた2,593名のデータをHDASで分析した主な結果を示す。

主観的健康感の回答別に介護予防の二次予防事業対象者の割合を見ると、「とても健康」では対象者が 147 人中 17 人 (11.6%) と低いのに対し、「まあまあ健康」1,253 人中 520 人 (41.5%)、「あまり健康でない」577 人中 453 人 (78.5%)、「健康でない」386 人中 350 人 (90.7%) と主観的健康感が低くなるにつれて二次予防事業対象者の割合が高くなっていた(p < 0.01; χ^2 検定)。

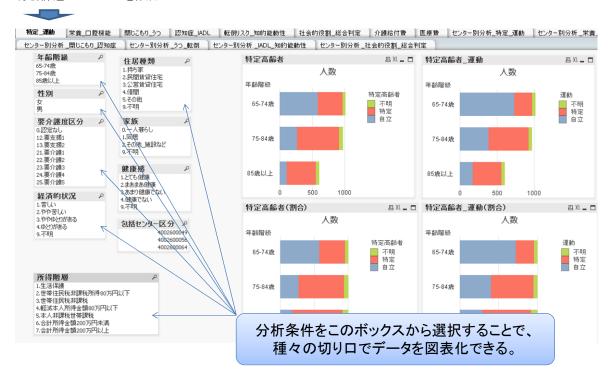
経済状況では「苦しい」と回答している者では、対象者が 438 名中 298 名 (68.0%) と非常に高くなっており、以下「やや苦しい」が 1,049 名中 609 名 (58.1%)、「ややゆとりがある」が 832 名中 436 名 (52.4%)、「ゆとりがある」が 91 名中 38 名 (41.8%) となっていた $(p < 0.01; \chi^2$ 検定)。

住居所有形態別に二次予防事業対象者の割合を見ると「持ち家」では二次予防事業対象者が 2,269 名中 1,256 名(55.4%)であるのに対し、「公営賃貸」では 73 名中 60 名 (82.2%)、「借間」では 24 名中 19 名 (79.2%) となっていた $(p < 0.01; \chi^2$ 検定)。

本システムを用いた分析の結果、介護予防事業の展開にあたっては、基本チェックリストから把握される状況だけでなく、対象者の一般的健康観や社会経済的状況も考慮して対象者を選択する必要があることが明らかとなった。これは生活支援や住まいの支援が、医療介護サービスのあり方に影響することを示すものであり、地域包括ケアの仕組みづくりの重要性が改めて確認された。

図表8 日常生活圏域ニーズ調査の分析画面

分析課題ごとにシートを作成



Ⅳ 総合データの活用

前節で説明した医療介護データベースは実際の業務にどのように活用できるのであるうか。以下、地区診断とプログラム評価を例に説明してみたい。

1. 地区診断と事業評価(図表9)

同じ自治体であっても日常生活圏域ごとの医療介護のニーズは大きく異なっている。 例えば、予防対策を考えたとき、筋骨格系疾患で医療および介護サービスを利用してい る率が高く、また基本チェックリストで運動機能の二次予防事業の必要性が高い高齢者が多い地域では、医療・介護の総合的な対策として運動機能向上プログラムを行なうことが妥当であろう。他方、閉じこもりがちな高齢者が多く、抑うつや認知症のリスクが高いと評価された地域では、介護予防デイサービスのように高齢者を外に連れだし、他者と触れ合う機会を設定することが有効である。こうした地区診断の作業を丁寧に行なうことで、地方自治体はきめ細やかな対策を行なうことが可能になるし、また住民も自身の住む地域の現状を知ることで種々の医療介護問題を「自分事」として考えることが可能になる。

また、本稿では示していないが、閉じこもりになる要因の一つとして、男女ともに「尿失禁」の経験が重要であることが HDAS の分析結果として明らかとなっている。これに対して尿失禁は多くの高齢者が経験していることをデータとして示し、自分だけの問題ではないこと、その対策は可能であることを市の広報などを通じて情報提供を行なうことが閉じこもり予防の一つとなる。このようなデータに基づく地区診断結果を示すことで住民の意識変革を促進し、それによりハイリスクアプローチだけではなく、ポピュレーションアプローチの視点から保健施策を考えることが可能になる。そして、事業を行なった地域については、その前後で医科および介護レセプトを分析することで、事業の効果を分析することもできる。

図表 9 データを用いた地区診断と介護予防事業の展開



2. 介護予防事業の評価

行橋市では独自に開発した標準的なアセスメントシートを用いて、二次予防事業対象者の評価を行なっている。このアセスメントシートでは、各項目に必要なサービスを示唆するためのトリガーが設定されており、この結果と対象者の希望を総合的に検討することで、各対象者に提供する二次予防事業・生活支援事業を決定している。図表 10 はこの事業の効果について本稿で説明したシステムを用いて評価を行なった結果を示したものである。上段は配食サービスが必要であると判定された者でそれを使用した者と使用しなかった者で、その後の介護保険利用状況を介護給付費の平均で見たものである。配食サービスを受けた者は、そうでない者に比較して介護保険を使っておらず、また、使っている場合でも配食サービスを受けた者はそうでない者に比較して要介護度は軽度であった。

他方、通所サービスを受けた者はそうでない者に比較して、その後介護保険の給付を使う割合が高くなっていた。しかしながら、要介護度を見ると参加者では要介護度の低い者が多くなっていた。その理由をヒアリングによって分析した結果、通所サービスは3ヵ月という制限があるため、このサービスを継続して使いたいという希望者が、そのために要介護認定を受けるという事態が発生していたことがわかった。配食サービスは期限のないプログラムであるために、そのようなことが起こらなかったのである。この結果を踏まえて行橋市では、介護予防通所サービス(体操教室)の運営にあたって、たんに一方通行の教室運営を行なうのではなく、公民館等を活用した体操教室を地域単位で自主的かつ継続的に行なっていくための人材づくりをプログラムの中に入れ込んでいる。そのようなエンパワーメントの仕組みを内包させることで、高知市の「いきいき百歳体操」のような自主的な取組みに展開されることがめざされているのである。

ちなみに学術的によりしっかりした評価を行なうためには、別途精緻なモデルで分析を行なうことが必要である。それについても本システムからデータを抽出して行なうことは可能であるが、実務レベルでの意思決定には本稿で示した程度の根拠で十分だろう。精緻なモデル分析は筆者らのような研究者が適宜支援することで良いと思われる。

図表10 介護予防事業の評価



アセスメントを受けて(CGA: Comprehensive Geriatric Assessment=1)、二次予防対象事業対象者となった者のうち、各サービスを受けた者(1)、受けなかった者(0)でその後の一人当たり介護給付費を比較した

V まとめ

~地域包括ケア体制確立のための医療・介護情報の見える化の重要性~

超高齢社会に突入した我が国では、高齢者の複合的なニーズに応えていくための枠組みづくりが喫緊の課題となっている。高齢化率が 30%を超える状況で現役世代から高齢者への所得移転を基本とした現在のままの共助・公助の仕組みを維持することは難しい。国民皆保険下のフリーアクセスという医療制度・介護保険制度の恩恵を最も受けているのは国民である。しかし、国民が納めている保険料や税金で「現在の」国民が使っている医療費・介護給付費は賄いきれていない。法律上、医療の公費負担部分を含む社会保障4経費については、確かに消費税財源が充当されることとなっているが、収支にはギャップがあるのが現状で、仮に消費税を8%から 10%に引き上げたとしても、20兆円弱ほどギャップが残ると考えられる (2017 年度)。結局このギャップは将来の世代に赤字国債という形で付け回すことになる。65 歳以上人口が全人口の3分の1になるという我が国で、このような状況を放っておいて良いはずはない。従って、医療費・介護給付費の適正化は全国民的に取り組まなければならない課題である。医療者・介護事業者、国民、保険者、医療・介護産業関係者、いずれにとっても痛みのない改革はあり得ず、痛みをどのように分かち合うのかが議論の焦点となる。不利益を分配するという難しい作業を行なうことに我が国は直面しているのである。関係者が納得のうえで対策

を行なうためには、その根拠となる情報の可視化が不可欠である。我が国の医療制度改革・介護制度改革を考えるためには、結局のところ医療介護情報の標準化と可視化をいかに図っていくかが最も重要な課題なのである。

地域包括ケア体制の構築に際しては、上記のような厳しい状況にいかに対応していくのかという財政的視点も踏まえて考える必要がある。地域包括ケアは医療・介護・予防・生活支援・住の各サービスを日常生活圏域で提供する体制の確立をめざすものである。今よりも国民の利便性を高めようというこのプログラムが、そのままで関係者の経済的負担を軽減するような効果を持つとは考えにくい。むしろよりコストがかかると考えるのが妥当だろう。従って、地域包括ケア体制の実現に向けて策定される各種関連計画は、関係者が各自に配分される負担を納得できるようなものでなければならないし、また各関係者がコスト削減やシステムの効率性を高めるようなインセンティブを内包したものでなければならない。

ただし、必要なコストは必ずしも金銭的なものだけを意味するものではない。例えば、独居高齢者の家事援助や見守りを町内会の相互扶助の一環として行なえば、介護保険や介護予防・日常生活支援総合事業という公的な財源を節約できる。東日本大震災や熊本地震の際のボランティア活動からもわかるように、我が国にはそうした相互扶助の文化的基盤がある。問題はどこにどのようなニーズがあるのかが可視化されていないことであろう。ボランティアが提供したいと考えているサービスと地域の個別ニーズのマッチングを行なう仕組みが不足しているのである。本稿で示したように、自治体が持っている各種情報をシステム化することで、そうした個別ニーズを可視化する必要がある。

もちろんボランティアという契約性の低いサービス提供形態に過度に依存することは、サービスの継続性・安定性という点で適切ではない。また、戦後の社会環境の変化に伴って地域とのかかわりを避ける風潮が強くなってきたことも確かである。例えば、子供会や自治会、老人会の活動が低迷していることはそのことの証左である。介護保険をはじめとして、従来家族内のインフォーマルサービスとして行なわれてきたものを社会化・外部化することで市場経済に取り込んできたという我が国の近年の歴史を考えると、その時計を逆に回すような試みがかなり困難であろうことは容易に想像できる。

しかしながら、超高齢社会の進行、経済格差の拡大といった社会の変化が、コミュニティの再構築を求めているのである。その自覚を地域住民に持ってもらうための、具体的な仕組みが必要である。筆者はそれが今回の地域包括ケア策定に関連して収集・分析、そして公開されるデータだと考えている。各自治体は、情報を分析し、活用するための体制を持つことを求められているのである。

かつては、このような情報システムの構築に巨額の費用が必要であった。しかし、IT 技術が進歩した今日、しかもすでに電子化が進んでいるレセプト情報を分析するシステム構築に必要なコストはそれほど大きいものではなくなっている。さらに、国保中央会が構築している医療介護の総合データベースである KDB から CSV 形式で個人単位のデ ータが抜き出せれば、さらに安価にシステムを構築することが可能であり、実際、筆者らは現在国内のいくつかの自治体で KDB データを用いたシステム構築を支援している。銀行の決済システムのような即時性と厳密性を要求される仕組みではないので、高度なスペックは必要ない。

システムを作ること以上に重要なのは、情報を活用する組織風土を作ることである。 筆者はこれまでこのような分析システムの導入について、多くの自治体で支援をしてきた。残念ながら、問題意識を持った担当者が異動で別部署に移ってしまうと、システムが活用されなくなってしまう例が少なくない。超高齢社会では、各自治体において医療・介護・福祉関連の支出が最も重要なものになる。各自治体は住民の安心を保障するために、この支出を賢く行なう(wise spending)ための工夫が求められており、それを可能にするための人材育成を行なわなければならない。

人口構造の変化は確実な未来である。日本のような成熟社会では、その人口構造の変化に伴って医療介護のどのようなニーズが顕在化してくるかもかなりの精度で予想可能である。活力ある高齢社会を実現するために、我々日本人は知恵を出すことが求められている。先人が築きあげてきた医療介護の情報基盤を広く活用するための組織づくり・人づくりが求められている。

なお、超高齢社会における情報化の役割については拙著に詳しく論じている。興味の ある方はお読みいただければ幸いである(注7)。

(注7) 松田晋哉「医療のなにが問題なのか-超高齢社会日本の医療モデル」勁草書房(2013)