

## 国保レセプト情報による地域の保健医療の実態調査

——医療機関への外来受診状況の男女差を中心に——

古 田 真 司      坂 田 利 弘  
Masashi FURUTA · Toshihiro SAKATA  
(健康科学選修)      (体育学教室)

古 田 加 代 子      近 藤 高 明      宮 尾      克  
Kayoko FURUTA      · Takaaki KONDO · Masaru MIYAO  
(豊田学園医療専門学校)      (名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

### I. は      じ      め      に

日本における国民健康保険（以下「国保」）の診療報酬請求明細書（以下「レセプト」）にふくまれる情報は、ある地域における保健医療活動を評価するための貴重なデータである。国保の加入者（被保険者）は、その市町村全体と比べると、職業や年齢構成にかなり片寄りがあるが、各保険種のレセプト情報のうち、加入者の居住地が市町村別に把握できるのは国保のみである。また、全国どこでも加入者が存在するという利点からも、地域の疾病構造の把握にはきわめて適しており、過去にも、国保レセプト情報を用いた、いくつかの報告が見られる<sup>1)~5)</sup>。

しかし、実際にそれぞれの市町村が国保のレセプト情報を利用するに際して、いくつかの問題点が存在していることも事実である。その最大の問題点は、レセプトの枚数があまりにも多くて、集計や記載内容の検討を十分行なうことが難しいという点である。レセプトは、もともと医療機関が各保険者（国民なら主に市町村）に対して被保険者（すなわち患者）の医療費を請求するための書類であり、医療費の金額に関しては毎月詳しい集計データが作成されるが、そこに記載された傷病名に関しては、専門知識が要求され、かつ集計が手作業で膨大な手間が必要となるため、ほとんど集計されていないのが現状である。ただし、ほとんどの都道府県では、年に1回程度（ほとんどが5月）、国保の疾病統計作成のための集計を行なっている。この月のレセプトだけが主病名（複数の傷病名が記載されている時、その主たる疾患名）か第一疾病名（レセプトの最上に記載された病名）を付けた形で集計され、一部の県では磁気テープの形で保管されている<sup>6)</sup>。

我々はこれまで数年間にわたり、愛知県内における2つの町において、それぞれの町の依頼を受けて、こうした国保レセプト情報（磁気テープ情報）の分析を行い、それぞれの町内の国保加入者の疾病構造や受療状況などを検討してきた<sup>7)~8)</sup>。本研究では、そうした国保レセプト情報によって、地域の保健医療の実態を明らかにする方法とその限界について検討し、その結果、これら2つの地域の医療機関への受療状況にはいくつかの共通点があることが明らかとなったので報告する。

## II. 資料と方法

分析の対象地区は、愛知県内にあるM町とA町である。国保加入率はどちらも平均すると25%前後であるが、60歳以上の高齢者の加入割合は60%前後と高い。分析に用いた資料は、毎年6月請求分（ほとんどが5月診療分）の国保のレセプト情報である。この情報は、疾病統計作成用に作られるもので、愛知県の場合、愛知県国民健康保険団体連合会に磁気テープの形で保管されているが、それぞれの町の要請により貸し出されたものを用いた。ここには、レセプト1枚ごとの生年、性別、傷病名(第1疾病)、診療日数、点数などが記載されているが、プライバシーに配慮して、個人名がわからないように処理されたものを、磁気テープ情報のまま受け取り、名古屋大学大型計算機センターを利用して解析を行った。

分析の対象となった期間は、M町が昭和62年度と昭和63年度のデータを、A町が昭和63年度、平成元年度、平成2年度のデータを用いて分析した。さらに、その年度の10月末現在の男女別年齢階級別国保加入者数を母数として、加入者1人当たりのレセプト枚数（いわゆる「受診率」）と、加入者1人当たりの医療費を計算した。なお今回は、入院のレセプトは除いて、枚数の多い、入院外（いわゆる「外来」）のレセプトのみの分析とした。

## III. 結 果

1カ月に複数の医療機関にかかる者を例外とすれば、その月のレセプトの枚数は、ほぼその月の医療機関への受診者数である。そのため、このレセプト枚数を国保の加入者数で割った数字を「受診率」と呼ぶことがある。しかし、総合病院で「科」ごとにレセプトがでる場合や、複数の医療機関にかかるいわゆる「多受診者」が多いと、正確な受診率ではなくなるが、国保加入者の受診動向はほぼ把握できると思われる。

図1ではM町の2年間（昭和62年、昭和63年）の平均入院外受診率（外来受診率）を、図3ではA町の3年間（昭和63～平成2年）の平均入院外受診率（外来受診率）を、年齢階級・男女別に示したものである。この両者は、ほぼ同じ傾向を示していた。すなわち、10歳未満の受診率が高く、10代から40代の受診率はおおむね低い。その後急激に受診率が増加し、70代がピークとなる。男女差を見ると、20代以降は女性の受診率が約10～20%、同年代の男性よりも高いことがわかった。

次に、それぞれのレセプトで請求された入院外医療費の総額を、国保の加入者数で割った、1人当たりの入院外医療費を見てみると(図2, 4), M町, A町とも、40代までは1人当たりほぼ5千円以下で推移したが、50代から急激に医療費が高くなり70代でピークとなることがわかった。しかし、男女の1人当たりの入院外医療費を年齢階級別に較べると、受診率の差ほどの大きな差は見られず、ほぼ拮抗していることがわかった。

図5は、A町における入院外（外来）レセプトに記載された第1疾病名に基づく、疾病大分類（17分類）による受診割合の3年間の平均である。これによると、高血圧などを含む「循環器」は女性の受診割合が高く、また、耳鼻咽喉科や眼科を含む「神経感覚器」や、整形外科領域の「筋骨格器系」の割合も、女性の方に高い傾向がみられた。ただし、1枚のレセプトには複数の病名が記載されていることがあり、愛知県のデータの場合は、いちばん上にかかれた第1疾病によって分類されているため、この値は、厳密な意味での地域の疾病の発生率とは異なる。しかし、軽症例が多数を占める入院外（外来）のレセプトで

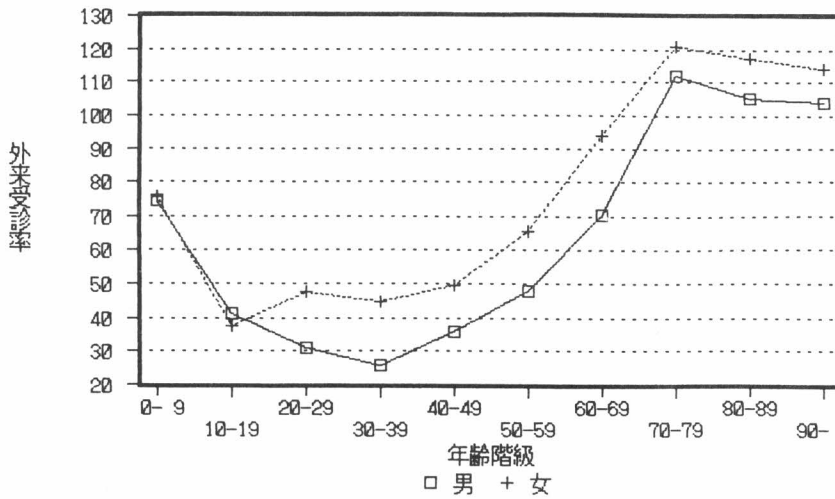


図1 M町の国保加入者の年齢階級別・男女別、入院外受診率  
(昭和62年および昭和63年の平均、各年の5月診療分のみ)

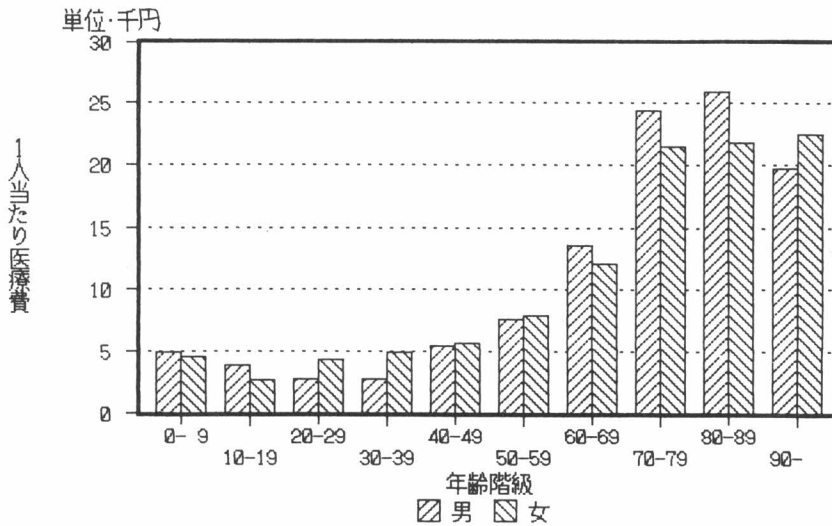


図2 M町の国保加入者の年齢階級別・男女別、1人当たり入院外医療費  
(昭和62年および昭和63年の平均、各年の5月診療分のみ)

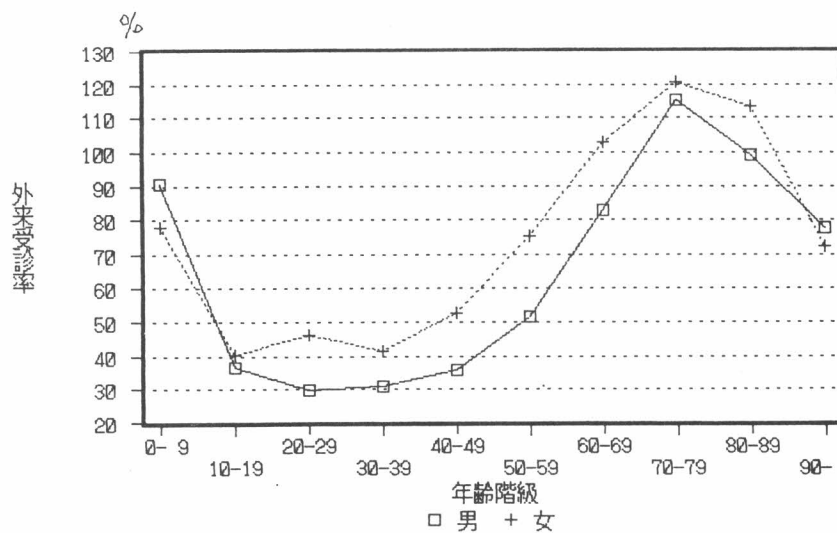


図3 A町の国保加入者の年齢階級別・男女別，入院外受診率  
(昭和63年，平成元年および平成2年の平均，各年の5月診療分のみ)

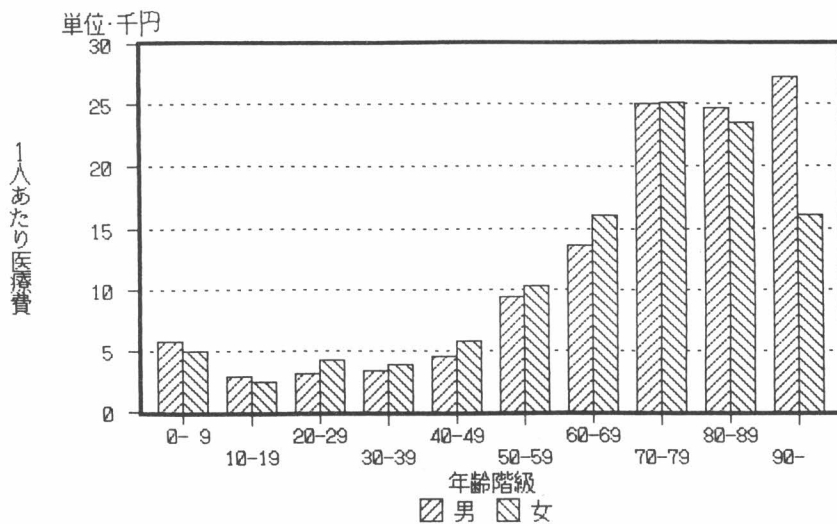


図4 A町の国保加入者の年齢階級別・男女別，1人当たり入院外医療費  
(昭和63年，平成元年および平成2年の平均，各年の5月診療分のみ)

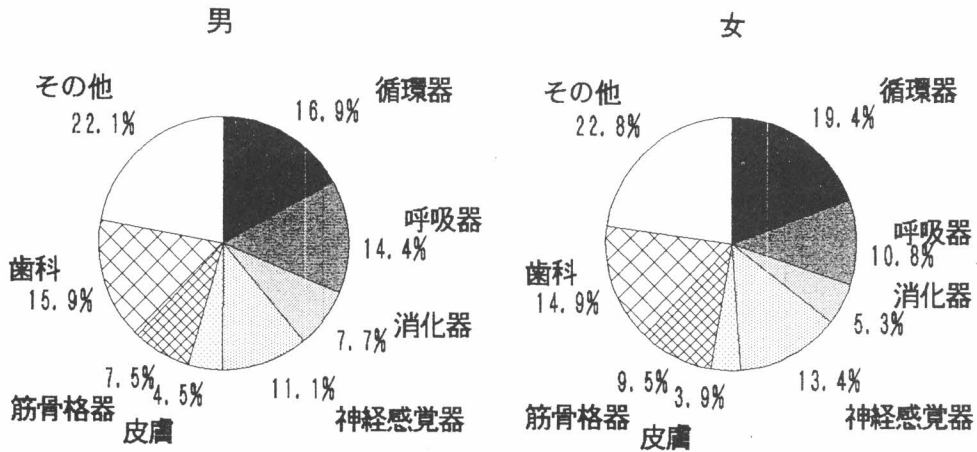


図5 A町の男女別に見た入院外レセプトの傷病名（第1疾病）の割合  
（昭和63年，平成元年および平成2年の平均，各年の5月診療分のみ）

は，ほとんどの場合，第1疾病がその患者にとって最も重要な病名（主病名）であるので，患者の受診傾向は，ほぼ把握できたと思われる。

#### IV. 考 察

我が国において，国保などのレセプトの情報を用いて，地域や職域の保健医療に関する分析を行なおうとする試みは，これまでにもいくつか散見される。小澤ら<sup>1)</sup>は，高知県野市町の高血圧対策事業が循環器系疾患の医療費を抑制していることを，国保レセプトを用いて示している。前田<sup>2)</sup>は，岩手県沢内村の脳血管疾患の予防活動が医療費抑制に果たした役割を，国保レセプトの情報で分析している。また，筆者の古田<sup>9)</sup>は，同じ岩手県沢内村のガンと脳血管疾患のすべての入院レセプトを検討することで，これらの疾患に関して，さらに詳しい分析が行なえることを報告した。

このような国保レセプト情報にたいして，杉浦ら<sup>10)</sup>は，その筆頭病名とすべての疾病像との関係を検討して，筆頭病名の曖昧さを指摘している。古田<sup>9)</sup>も前述の論文の中で，レセプト集計上の問題点として，記載された病名の曖昧さや，いわゆる「保険病名」（診断によって医療行為が行なわれるのではなく，行なわれた診療行為にあった病名を保険請求のために後からつけること）の問題，月単位で複数の病名が併記される問題点，長期間集計する膨大な手間の問題などを指摘した。

国保は現在，主に市町村によって運営され，加入者の受診状況が記載された「レセプト」は各市町村が保管している。市町村の保健婦は，かつては「国保保健婦」であり，このレセプトの内容を見て，援助の必要な家庭を訪問していたという歴史がある<sup>11)</sup>。しかし，昭和53年に国保保健婦は市町村保健婦へと移管され，その後，市町村における保健婦の業務も様変わりして，かつてのような国保への関心も減少しつつあるのが現状である。市町村レベルでは，国保の保険料の収納率，医療費の金額や赤字の有無などの金銭的な面が重要視

され、国保加入者の健康への関心がおろそかになりがちである。これには、市町村において、国保に関わる担当者の少なさや、根本的には、レセプトにかかれた病名や医療行為の内容が読みこなせる専門家がほとんど配置されていない、という現状に問題があるとも言える。

我々はこうした現状を鑑み、市町村単位で国保データを分析するには、まず、既存の統計データの活用から始めることが望ましいと考えた。既存データとは、毎年主として5月診療分を県単位で集計している、国保レセプトの疾病統計のことである。大野<sup>9)</sup>は、岐阜県白川町の脳血管疾患の予防対策の効果を、我々が今回用いた資料と同じ種類の、5月診療分の国保の疾病別統計表を用いて分析している。この中では、すべての疾病の全レセプトを分析する手間や、他の市町村の同様のデータを得ることの困難さを考えると、既存の国保の資料を用いることがより現実的であると述べている。

田村<sup>6)</sup>は、県単位での国保レセプトデータの蓄積状況をまとめ、ほとんどが県が5月のみ1カ月の集計で、半数以上の28県（昭和62年現在）が磁気テープ化しており、これらに基づいた統計報告書は、内容は様々ながら37県で作成されていたと報告している。こうした県単位の集計データが、愛知県の場合、愛知県国民健康保険団体連合会に磁気テープの形で保管されていたため、我々の分析もそれぞれの町の要請により、その氏名などのプライバシーに関する項目をのぞいた形で貸し出されたものを用いて、分析することができたのである。このような方法ではなく、我々が町の国保レセプトを1枚1枚見て集計するのは、膨大な手間と労力がかかり事実上不可能であった。しかし、逆に、現在のような磁気テープのデータなら、どの市町村の分析もほぼ同じ手順で行なえることが、今回のM町とA町の分析を通じて明らかとなった。このことは、市町村が必要と感じるなら、どこでも同程度の分析が可能であるということである。

さて、地域住民の医療機関への受診行動に関しては、村上ら<sup>4)</sup>が日立市の国保加入者と日立製作所工場健康保険加入者を比較検討して、入院と入院外の総受診率は15歳～44歳が谷となった形となること、15歳以上はすべての年代で女性が高受診であったことを報告している。また、眼科や耳鼻科、高血圧、歯科、泌尿器科などの疾患がとくに女性の受診率が高かったと述べている。これらは、今回の我々の結果にかなり類似した点が多い報告と言える。我々の結果では、M町とA町とも年齢階級別の受診率はほぼ同様で10代から40代が低くなり、第1疾病についても、女性が循環器系（高血圧を含む）、神経感覚器系（眼科、耳鼻科を含む）などが多い傾向を示した。

女性の高受診については、全国レベルの調査でもみられ、厚生省が3年ごとに行なっている「患者調査」でも同様な傾向が示されている。患者調査は、10月中旬のある1日に、都道府県別に無作為に選ばれた医療機関を受診した患者から回答を得るもので、調査が1日だけである点が、1カ月単位のレセプトによる受診率とは異なる。しかし、昭和62年患者調査の結果<sup>12)</sup>でも、15歳～19歳が外来受診率の最も低い階級で、その後受診率は上昇すると同時に、受診率の男女差が20代～60代まで見られる（女性が多い）ことがデータとして示されている。

しかし残念ながら、この患者調査は全国を対象とした抽出調査であり、都道府県ごとの比較はできるものの、1市町村のレベルではあまり活用できないデータである。現在、住民の健康を守るサービスは、市町村を主体として行なう方向へ向かっているので、住民の

受診動向のような基本的なデータは、本来、各市町村が持つべきものであろう。しかし現状では、このような分析はほとんど行なわれていないのが実態である。このためには、我々が行なったような国保レセプトを利用した受診状況の分析が現実的であろう。

一方、1人あたり医療費から見た男女差を指摘した報告はこれまでにほとんど見られない。今回の結果からは、1人あたりの入院外医療費が受診率ほどの男女差がなかったことから、男性の入院外レセプト1枚の単価が高いことが示された。これは男性が女性にくらべて外来1回の医療費が高い、すなわち重症度が高いことが考えられる。男性は病気がやや重症になってはじめて受診する、もしくは、女性が比較的軽症で多く受診していることが考えられるが、一般的に、女性は男性に比べて時間的に余裕があり、医療機関へ受診する機会が多いためかもしれない。

しかし一方、このことはさらに、受診率が低い集団や地域が、必ずしも良い保健医療の水準にないことを示す結果でもある。すなわち、受診率が低下する場合は、「保健医療活動が進むことによって、重大な疾患の発症率が低下する場合」以外に、「医療機関が近くにない場合」や、「多忙で、受診機会があまりない場合」も考えられ、後二者の場合は、決してその地区の住民の保健医療水準が高いとは言えないことは明らかである。また、被保険者1人当たりの医療費が安いことも、「疾病が減少して医療費が安くなる」面が考えられる一方、「重症になるまで医療機関にかからず、すぐに死亡するから医療費が安い」ということも考えられる。従って、単純に受診率が低い・医療費が安いだけでは正しい評価は難しく、詳細でかつ継続的な分析が行なわれてこそはじめて、正しい解釈ができるといってよい。

我々は、M町およびA町を通じて、約5年間にわたり、地域における保険医療情報源としての国保レセプトの再評価をめざして、調査研究をおこなってきた。その結果、国保レセプトによる分析には、曖昧な点も多く、厳密な分析は難しいが、こうした問題に精通した専門家が、それぞれの市町村で、単年度ではなく、経年的に経過を見ていくことでかなり有用な知見が得られる可能性があることを指摘したい。

御協力いただいた、M町、A町、および愛知県国保連合会の関係各位に感謝の意を表します。また、本研究に関連して貴重な御示唆をいただいた、名古屋大学医学部公衆衛生学教室山田信也教授に深謝いたします。

## 引用文献

- 1) 小澤秀樹, 石川善紀, 谷垣正人, 他: 地域における循環器疾患予防対策と国民健康保険医療費。日本公衛誌, 29, 289-299, 1982
- 2) 前田信雄: 脳血管疾患予防の保健活動と脳血管疾患医療費との関連に関する研究。日循協誌, 19(2), 177-182, 1984
- 3) 大野良之: 国保医療費推移からみた脳卒中予防対策の評価方法。日循協誌, 19(2), 183-188, 1984
- 4) 村上正孝, 小川清, 森口祐一, 西岡秀三: 国保と健保加入者の受診構造についての検討 — 日立市における国保と日立製作所日立工場健保の疾病分類統計 —。日本公衛誌, 31, 177-185, 1984
- 5) 多田羅浩三, 大石充, 新庄文明, 他: 大阪府S市国民健康保険患者の在院日数の推移に関する分析。日衛誌, 42(2), 618-632, 1987
- 6) 田村憲治, 金子勇, 小野雅司, 村上正孝: 国保レセプトデータの蓄積状況と疾病統計のまとめ方に関する調査。日本公衛誌, 35, 486-491, 1988
- 7) 宮尾克, 古田真司: 三好町の保健医療に関する調査結果 — 国民健康保険レセプトを用いて —。名古屋大

学公衆衛生学教室, 1988, 1989

- 8) 宮尾克, 坂田利弘, 古田真司: 阿久比町の保健医療に関する調査結果—国民健康保険レセプトを中心に—。名古屋大学公衆衛生学教室, 1989, 1990, 1991
- 9) 古田真司: 国保レセプトから見た脳卒中の医療費。国立公衆衛生院特別研究論文集録(専門課程), 64-77, 1986
- 10) 杉浦静子, 松井清夫, 村田美津子, 他: 小地域の受診疾病情報分析における診療報酬請求明細書記載の筆頭傷病の意味に関する研究。三重医学, 27, 350-356, 1984
- 11) 平山朝子: 公衆衛生看護学 p362-p363。日本看護協会出版会。1986
- 12) 厚生省大臣官房統計情報部編: 昭和62年患者調査(全国編)上巻 p27。厚生統計協会。1989

(平成4年8月31日受理)