

った施設が平均に回帰したことによる影響を除けば、結局、制度の本質を十分理解せず、米国式の制度下において求められた在院日数削減というテーゼに「踊らされた」ことが主な要因となっていると考えられる。さらになかには、施設別係数を引き上げるために、調査時期に極端な在院日数の削減・経費の逓減を図る「お行儀の悪い」施設が存在することも指摘されている (e. g. 松田、社会保険旬報 2009. 1. 11)。

すなわち、在院日数を削減するという政治的テーゼは一貫しているが、それを実現する制度においては、理論的に「日数削減」行動を誘発できる制度になっていないため、制度の影響ではよりも、理性的・良心的経営判断ができる能力・情報などが存在したかどうかで、違いが出ている可能性がある。地域差があるとすれば、これまで検討されてきた地域の事情（離島・病院分布・後方病院の有無など）に加え、上述のような各施設の「経営情報リテラシー」の差と外部環境・情報アクセスの地域差が交差した問題となってくる。病院施設の規模と経営主体・経営状況など施設の「経営の質」に関する情報、施設のケースミックスや加算状況などの「臨床的機能」に関する情報、さらにはその当該施設がおかれている地域の競合施設の有無や後方病院の有無などの経営的「外部環境」についても考慮した上で、地域格差の問題を取り扱うことが求められると考えられる。

D. 考察

上記の情報を得るには、複数の既存データを有機的に結合することが必要とされるであろう。施設のケースミックスを明らかにするうえでは患者調査・医療施設調査（以上指定統計）を組み合わせるだけでなく、これに DPC データ（承認統計）を施設番号でマージしたうえで、病院の機能特性を考慮した比較検討が経年データとして必要になるだろう。また患者調査・医療施設調査を 2 次医療圏レベルで統合することで、各施設のおかれている外部環境（競合施設の有無やケースミックスの

シェア率）などを指標化できることは、すでに伏見ら（「DPC データ活用ブック」じほう、2006）によって明らかにされている。「経営の質」指標として、残念ながら病院会計準則の施行以降も標準化された会計情報は入手困難な状況が続いており、これら病院施設の「企業統計」の確立が今後必須となるだろう。また在院日数短縮の影響によって死亡状況や地域の健康指標に影響があったのか、なかったのかを検討するにはアウトカムの指標が必要となる。たとえば国民生活基礎調査と人口動態統計を結合することで、「健康寿命」指標が作成できることは先行研究 (e. g. 橋本英樹ら、厚生科研 2002 など) でなど立証されている。

E. 結論

近年の制度変更による急性期病院の在院日数短縮行動と、その地域差を検討するうえで考慮すべき問題点と、既存統計を用いて検討するための枠組みについて、主に DPC 導入の影響を考察することで整理した。従来の時系列・地域比較では限界があり、行動を引き起こした要因と短縮化の地域差が及ぼす地域健康への影響を検討するうえでは、各種指定統計・承認統計の 2 次医療圏レベルでの統合などを進めることが求められると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・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

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
分担研究者報告書

『 サービス担当者会議の開催実態と内容の経時変化
—平成 17 年度から平成 18 年度への制度改正を跨いでの変化動向— 』

分担研究者 田城孝雄 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授
研究協力者 村田 久 東京大学総括プロジェクト機構 助教

要旨

本研究では、平成 17 年度から平成 18 年度にかけて、介護保険制度改革を経たサービス担当者会議の実態と内容の経時的変化を明らかにし、現在のサービス担当者会議の状況と今後の展望を検討することを目的とした。地域包括ケアのゴールドスタンダードと評される広島県尾道市（尾道モデル）と神奈川県との比較により、その特性を検証した。

サービス担当者会議の開催状況については、尾道市、神奈川県の双方で増加の傾向が示され、特に神奈川県においては、0 回が特徴となっていた 17 年度から 18 年度では 3 回～6 回が大きな特徴として示され 18 年度の制度改革の狙いである実態としてのサービス担当者会議開催の促進という方向性に向かいつつあることが明らかとなった。一方、制度改革の重点項目である、医療と介護の機能分担・連携の明確化については、サービス担当者会議の参加者という観点からは、医療連携が不足していることが明らかになった。

サービス担当者会議の内容については、神奈川県では 17 年度、18 年度両年にわたり情報の事前共有があまりなされていないことが明らかとなった。サービス担当者の会議の効率化と時間の短縮のためには、情報の事前共有の活性化が今後の課題であることが示された。サービス担当者会議での情報共有の変化をみると、尾道市では情報共有型から問題解決型へ、神奈川県では問題解決型の強化という方向がみてとれるが、サービス担当者会議の内容については、向かうべき方向性が模索状態であるとともに、ケースによるバラツキが考えられるので、より詳細な分析は今後の課題としたい。

開催のメリットについては、基本情報の共有については尾道市、神奈川県において強く感じられているが、外との交流、自身の向上といったケアカンファレンスにおけるケアマネジメントの教育的効果については、17 年度から 18 年度にかけて減少の傾向がみられた。ケアカンファレンス機能における教育効果の実感と促進は制度改革のみでなしえる性質のものではなく、今後の啓発・教育の展開が課題である。

A. 研究目的

介護を必要とする高齢者が地域の中で安心して暮らせるようにするためには、個別のケアマネジメントだけではなく、介護を地域全体で支えるという地域ケア全体のマネジメントとして、情報共有、連携、調整を図ることが重要となる。要介護高齢者の援助過程であるケアマネジメントにおいては、ケアカンファレンス（＝サービス担当者会議）がこの役割を担ってきた。利用者各々のニーズに即したサービスを提供するため、多様なサービス提供主体による医療、保健、福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的に提供されるサービス体系の確立はケアマネジメントの重要な要素の一つであり、ケアマネジメントが介護保険制度に導入された理由となっている。

ケアカンファレンスの重要性の強調、指摘が増す一方で、現実的にはケアマネジャーが日々の業務に忙殺される中、多職種による共同開催の困難さもあり、ケアカンファレンスの実施については低調であることが指摘され、開催状況と内容についても標準化されていとはいえない。

このような状況を踏まえ平成 18 年度 4 月における介護保険制度改正では、やむをえない理由がある場合を除きサービス担当者会議の開催は基本であることが明示され、不適切な事業運営に関する報酬減算の対象とするなど随所にサービス担当者会議の重要性が盛り込まれ、サービス担当者会議の開催を促進した。また、報酬配分の点からは、医療と介護の機能分担・連携の明確化に重点が置かれていると考えることができる。

本研究では、平成 17 年度から平成 18 年度にかけて、介護保険制度改正を経たサービス担当者会議の実態と内容の経時的変化を明らかにし、現在のサービス担当者会議の状況と今後の展望を検討することを目的とする。地域包括ケアのゴールドスタンダードと評される広島県尾道市（尾道モデル）と神奈川県との比較により、その特性を検証する。

B. 研究方法

(1) 分析データ

サービス担当者会議の開催状況については、1ヶ月あたりの開催回数、1回あたりの所要時間のデータを用いた。サービス担当者会議の内容については、サービス担当者会議の開催にあたり、事前に共有した情報及びサービス担当者会議において共有した情報、サービス担当者会議の開催にあたり、参加を呼びかけた人及び実際に参加した人、サービス担当者会議を開催することのメリットをそれぞれ用いた。

(2) 調査対象

平成 17 年度においては、神奈川県、広島県尾道市における居宅介護支援業務に従事する、介護支援専門員 (N=1167)、平成 18 年度において同様に、神奈川県、広島県における居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員 (N=1427) を対象とした。

(3) 分析手続き

サービス担当者会議の開催状況については、地域/年度を独立変数としたクロス集計結果を双対尺度法 (Dual Scaling) により分析した。

サービス担当者会議の内容については、各分析対象データに因子分析を行い、質問項目をカテゴリ化するとともに、因子得点を算出し、地域/年度別における因子得点平均値の変化を比較することにより考察した。

(倫理面への配慮)

介護支援専門員に対する質問紙調査の結果のデータベースを解析した。利用者・家族などの権利を侵害する可能性など、倫理面での問題点はない。

C. 研究結果

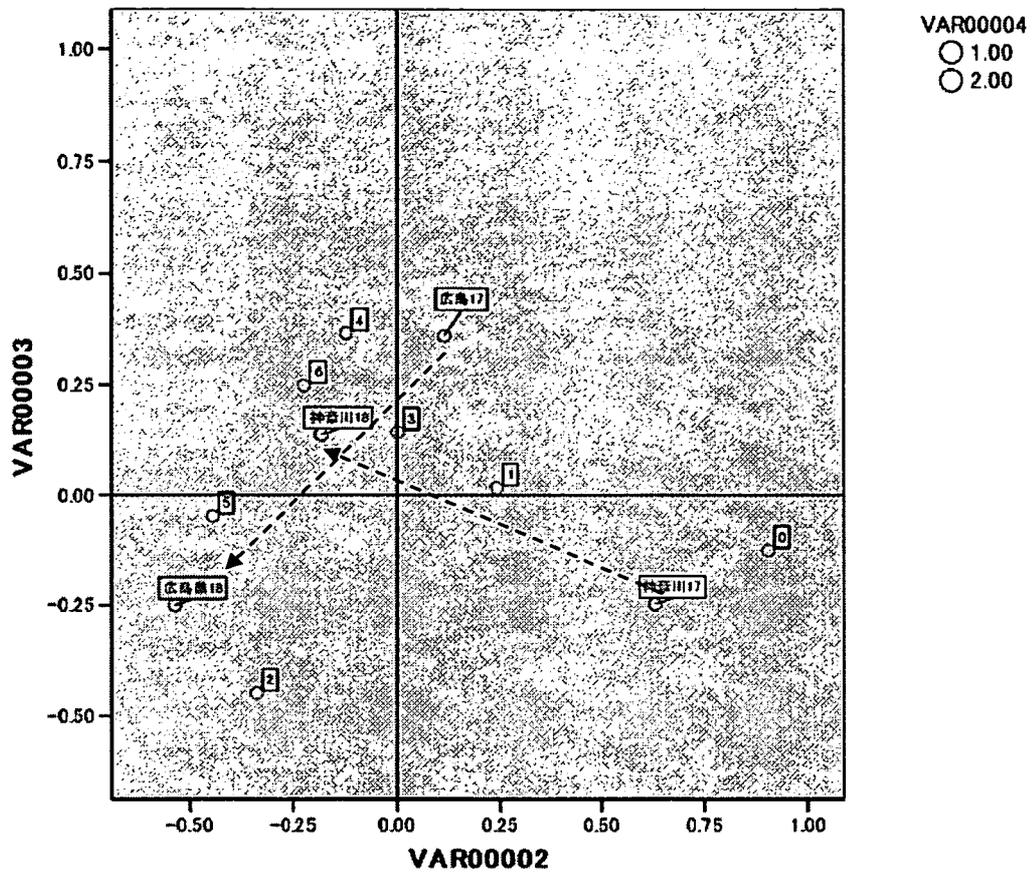
D. 考察

(1) サービス担当者会議の開催状況

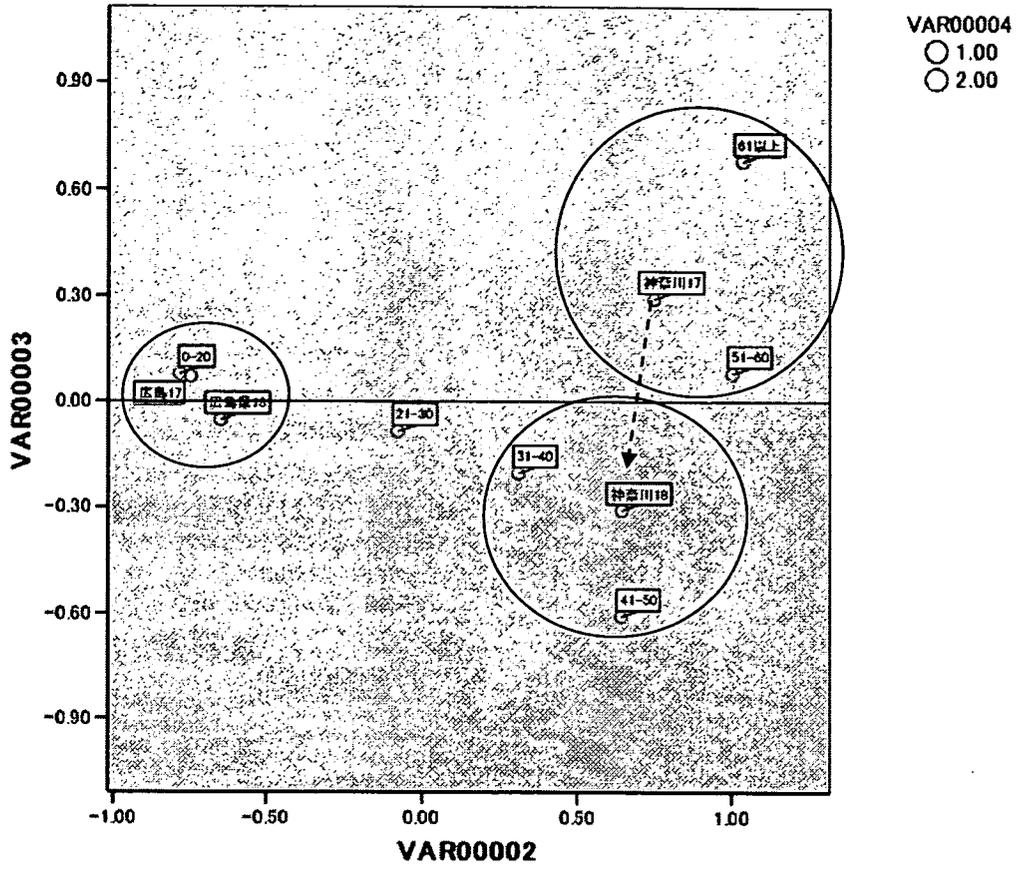
サービス担当者会議の開催実態については、開催回数 (1ヶ月あたり) 及び所要時間 (1回あたり) により 17 年度から 18 年度へかけての変化の特徴をみていく。

図表 1 は開催回数を双対尺度法により解析した結果を表したものである。解 1 により重み付けられたベクトルを横軸に、解 2 により重み付けられたベクトルを縦軸に配した 2 次元上への同時プロットである。神奈川 17 年は「0 回」近くに布置されるが、18 年度になると「3 回」及び「6 回」近くに布置される。また、尾道市 17 年は「4 回」の近くに布置され、18 年度になると「2 回」及び「5 回」近くに布置される。神奈川県におけるサービス担当者会議の開催回数の顕著な増加がみてとれ、尾道市では「2 回」と「5 回」に 2 極分化している傾向が伺える。

図表 1 (開催回数)



図表 2 (所要時間)

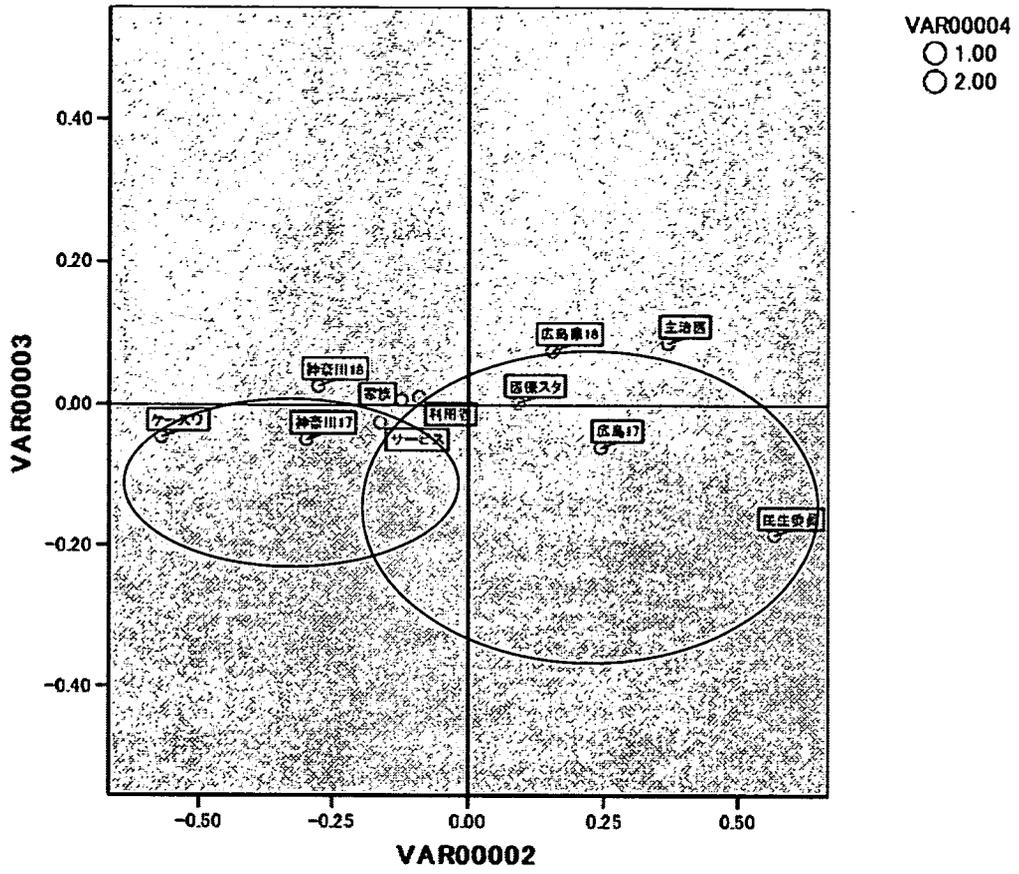


図表 2 は所要時間について双対尺度法により解析した結果を表したものである。神奈川 17 年は、「51-60 分」、「61 分以上」近くに布置され、18 年度になると「31-40 分」、「41-50 分」近くに布置される。尾道市でみると、年度における布置に変化はなく、両年とも「20 分以下」近くに布置されている。これらのことから、神奈川県では、開催時間が 10～20 分程度短縮している傾向みてとれ、18 年度では 30～50 分の所要時間の事業所が多いことがわかる。尾道市では、一貫して 20 分以下の所要時間の事業所が多数を占める。

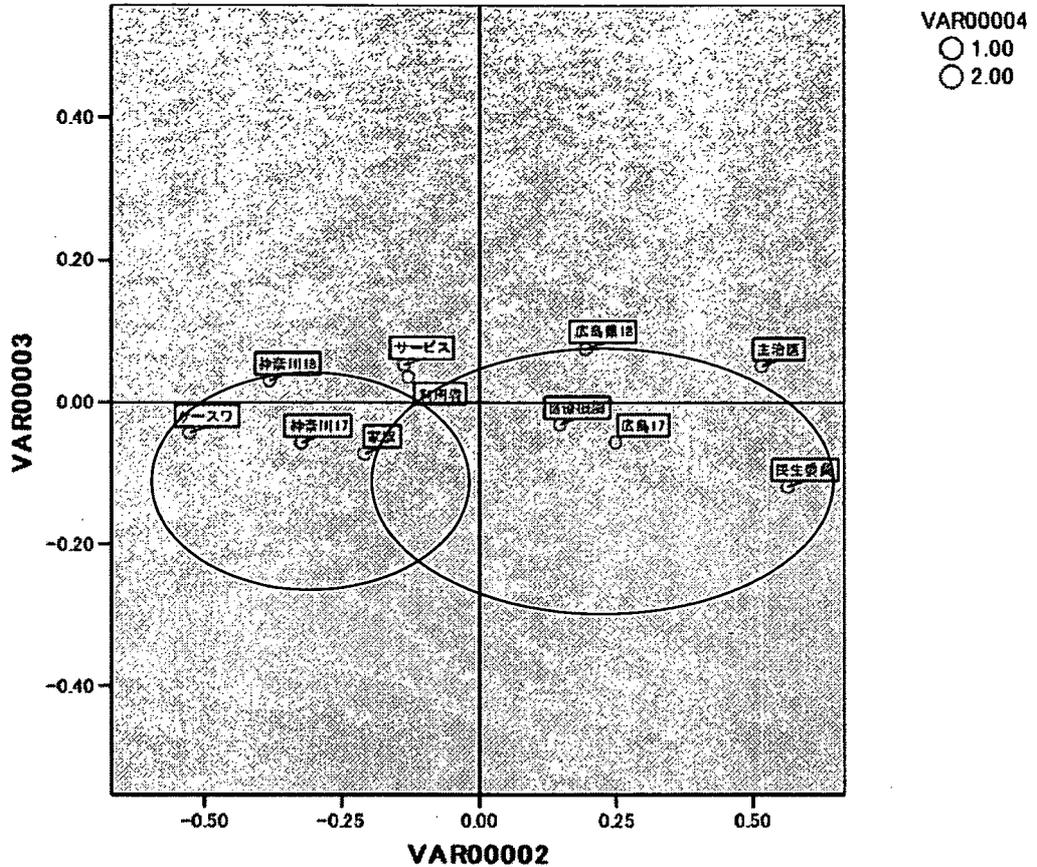
図表 3、図表 4 は〈呼びかけた人〉、〈参加した人〉を双対尺度法により解析した結果を表したものである。

〈呼びかけた人〉でみると、神奈川県及び尾道市の双方で 17 年度と 18 年度で変化はほとんど見られず、神奈川県は「ケースワーカー」、尾道市では「主治医」、「医療スタッフ」、「民生委員」で特徴付けられている。一方〈参加した人〉でみると、同じく 17 年度と 18 年度で変化はみられない。〈呼びかけた人〉と同様の特徴がみられ、神奈川県は「ケースワーカー」、尾道市では「主治医」、「医療スタッフ」、「民生委員」で特徴づけられる。サービス担当者会議の参加メンバーについては、17 年度と 18 年度で変化はなく、呼びかけた人が実際の参加メンバーとなっており、神奈川県では「ケースワーカー」、尾道市では医療関係者と民生委員が特徴となっていることがわかる。

図表 3 (呼びかけた人)



図表 4 (参加した人)



(2) サービス担当者会議の内容

「サービス担当者会議開催にあたり事前に共有すべき情報」として訊ねた 12 項目に対して、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行った。固有値の変化及び項目の理論的整合性を考慮し、因子数を 3 に決定した。因子分析の結果は図表 5 に示した通りであり、第 I 因子は「利用者の状況」、第 II 因子は「今後の方針」、第 III 因子は「利用者の主訴」を表している因子としてそれぞれ解釈する。

図表 6 は地域、年度別の第 I、第 II、第 III の因子得点の平均値を 3 次元プロットしたものである。神奈川県においては、17 年度と 18 年度に変化は見られず、「利用者の状況因子」、「今後の方針因子」、「利用者の主訴因子」すべてにおいて低い値となっている。つまり、サービス担当者会議の事前にほとんど情報共有を行っていない状況がみてとれる。尾道市では、17 年度は「今後の方針因子」及び「利用者の主訴因子」の得点が高く「利用者の状況因子」の得点は低かったが、18 年度では「今後の方針因子」が若干低くなり、「利用者の状況因子」が高い値に変化した。

図表 5

パターン行列^a

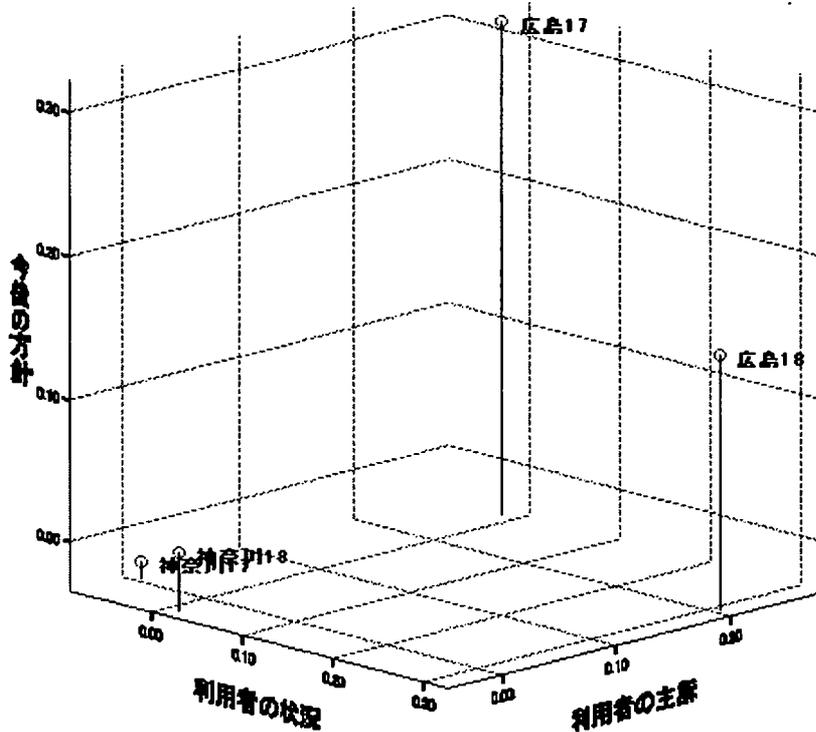
	因子		
	1	2	3
問5①1 事前に共有した情報(利用者の主訴)	-019	-057	.942
問5①2 事前に共有した情報(家族の主訴)	-001	.021	.765
問5①3 事前に共有した情報(ADL/IADL)	.256	.180	.251
問5①4 事前に共有した情報(要介護認定状況)	.514	-.025	.076
問5①5 事前に共有した情報(利用者の疾病情報)	.567	.073	.093
問5①6 事前に共有した情報(利用者の生活歴)	.884	-.117	-.083
問5①7 事前に共有した情報(利用者の生活状況)	.653	.062	.022
問5①8 事前に共有した情報(利用者の経済状況)	.715	-.069	-.043
問5①9 事前に共有した情報(医療的知識等)	.371	.327	-.039
問5①10 事前に共有した情報(生活問題への対処方針)	.064	.680	-.009
問5①11 事前に共有した情報(介護の方針)	-.029	.826	-.013
問5①12 事前に共有した情報(ケアプラン共有・検討・確定)	-.122	.754	-.005

因子抽出法: 一般化された最小2乗

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

a. 5 回の反復で回転が収束しました。

図表 6 (事前に共有すべき情報)



「サービス担当者会議において共有した情報」として訊ねた 12 項目に対しても同様に、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行った。固有値及び項目の理論的整合性から、因子数を 3 に決定した。図表 7 は因子分析の結果を示したものであり、抽出の順位に変動はあるが、事前に共有した情報と同様に「利用者の状況因子」、「今後の方針因子」、「利用者の主訴因子」がそれぞれ抽出された。

図表 8 は地域、年度別に第 I～III の因子得点の平均値を 3 次元プロットしたものである。神奈川県では、「利用者の主訴因子」が高くなり、「利用者の状況因子」が低く変化している。尾道市では、「今後の方針因子」が低くなり、「利用者の状況因子」が高くなったことが特徴としてみてとれる。

「サービス担当者会議を開催することのメリット」について訊ねた 9 項目に対して、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行い、固有値及び項目の理論的整合性から因子数を 3 に決定した。図表 9 は因子分析の結果を

示したものである。因子Ⅰは「基本情報の共有因子」、因子Ⅱは「外との交流因子」、因子Ⅲは「自己の向上因子」として解釈した。

図表 10 は地域、年度別に第Ⅰ～Ⅲの因子得点平均値の3次元プロットをあらわしたものである。神奈川県では、「基本情報の共有因子」が若干高くなり、「外との交流因子」、「自己の向上因子」がそれぞれ低く変化している。尾道市では、17年度は全ての因子において高い得点を示しているが、18年度では、「外との交流因子」の得点が大幅に減少している。

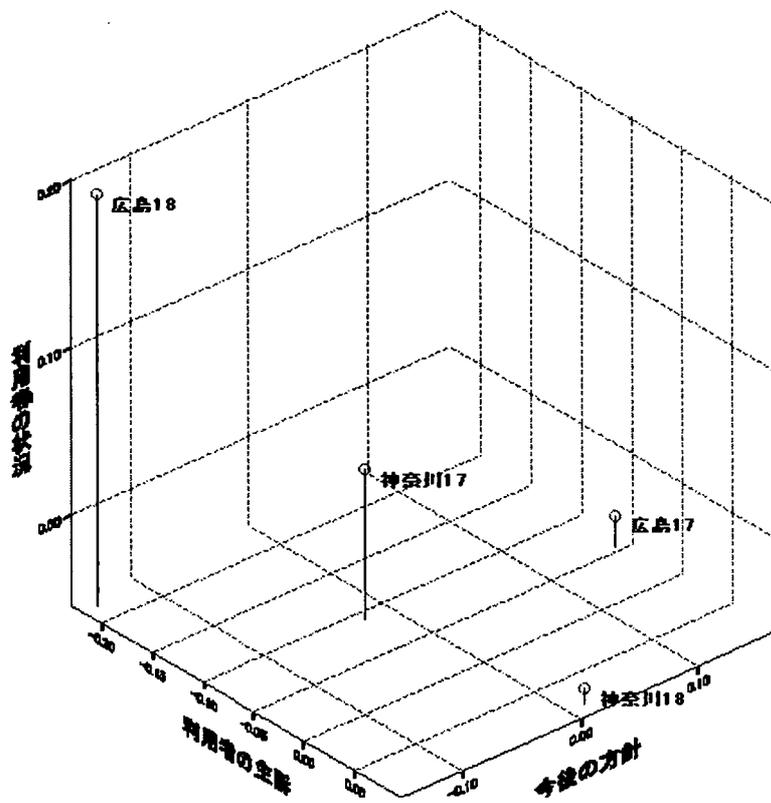
図表 7

パターン行列^a

	因子		
	1	2	3
問5②1 会議で共有した情報(利用者の主訴)	.939	-.082	-.031
問5②2 会議で共有した情報(家族の主訴)	.867	-.084	-.004
問5②3 会議で共有した情報(ADL/IADL)	.425	.213	.065
問5②4 会議で共有した情報(要介護認定状況)	.288	.455	-.011
問5②5 会議で共有した情報(利用者の疾病状況)	.231	.489	.046
問5②6 会議で共有した情報(利用者の生活歴)	-.096	.843	-.079
問5②7 会議で共有した情報(利用者の生活状況)	.153	.528	.043
問5②8 会議で共有した情報(利用者の経済状況)	-.132	.690	-.027
問5②9 会議で共有した情報(医療的知識等)	-.084	.314	.294
問5②10 会議で共有した情報(生活問題への対処方針)	-.036	.059	.582
問5②11 会議で共有した情報(介護の方針)	-.002	-.056	.682
問5②12 会議で共有した情報(ケアプラン共有・検討・確定)	.047	-.073	.549

因子抽出法: 一般化された最小2乗
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 5 回の反復で回転が収束しました。

図表 8 (当日共有した情報)



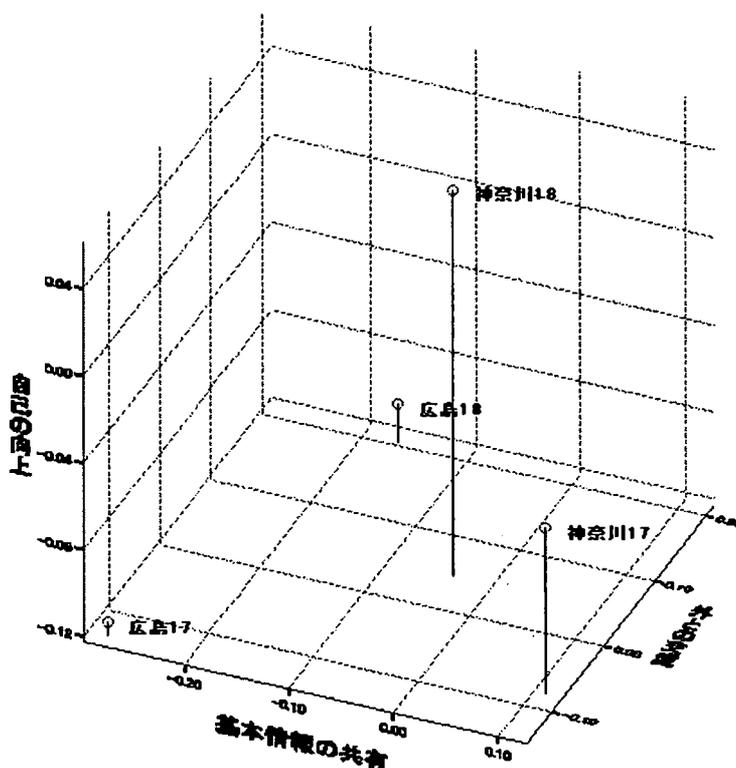
図表 9

パターン行列*

	因子		
	1	2	3
問23-1 会議のメリット(利用者や家族の情報入手)	.495	.203	-.050
問23-2 会議のメリット(ケアプラン作成に欠かせない)	.677	.326	-.164
問23-3 会議のメリット(ケアの目標の共有)	.824	-.126	.089
問23-4 会議のメリット(ケアの進捗状況確認)	.680	-.055	.202
問23-5 会議のメリット(専門職の共通基盤の共有)	.458	-.084	.477
問23-6 会議のメリット(社会資源との関係確立)	-.032	.320	.535
問23-7 会議のメリット(自分の知識の広がり)	.013	.352	.499
問23-8 会議のメリット(自分の労働環境の向上)	-.042	.673	.106
問23-9 会議のメリット(自分の能力を生きし成長)	.050	.713	.110

因子抽出法: 一般化された最小2乗
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 6 回の反復で回転が収束しました。

図表 10 (会議のメリット)



E. 結論

サービス担当者会議の開催状況については、尾道市、神奈川県 の双方で増加の傾向が示され、特に神奈川県においては、0回が特徴となっていた17年度から18年度では3回～6回が大きな特徴として示され18年度の制度改正の狙いである実態としてのサービス担当者会議開催の促進という方向性に向かいつつあることが明らかとなった。開催数の増加傾向の背景には、介護支援専門員の標準担当件数が50件から35件に引き下げられたことも理由にあると考えられるが、本研究で明らかになったように、多忙な各サービス担当者を招集するにあたり、1回あたりの所要時間の短縮により対応していると考えられる。尾道市では1回あたりの所要時間は20分以下であるので、神奈川県においても会議の効率化によりさらに時間を短縮できる余地があることが示唆される。一方、制度改正の重点項目である、医療と介護の機能分担・連携の明確化については、サービス担当者会議の参加者という視点からは、尾道市では進んでいるのに対

し、尾道市と比較して神奈川県では医療連携が不足していることが明らかとなった。

サービス担当者会議の内容については、神奈川県では 17 年度、18 年度両年にわたり情報の事前共有があまりなされていないことが明らかとなった。サービス担当者の会議の効率化と時間の短縮のためには、情報の事前共有の活性化が今後の課題であることが示されたといえる。

ケアカンファレンスは 2 つの機能に分類できるとされている（白澤,2001）。1 つは参加メンバーが利用者のニーズを分析し、ケアプランを完成させることであり、もう 1 つはメンバーが利用者に関する情報を共有し、相互の役割分担を確認しあうことである。前者が中心であれば「問題解決型」ケアカンファレンス、後者が中心であれば「情報共有型」ケアカンファレンスとして位置づけることができる。本研究で見出された因子に置き換えると、「問題解決型」は利用者の主訴因子及び利用者の状況因子、情報共有型は今後の方針因子として考えることができる。サービス担当者会議での情報共有の変化をみると、尾道市では情報共有型から問題解決型へ、神奈川県では問題解決型の強化という方向がみてとれるが、サービス担当者会議の内容については、向かうべき方向性が模索状態であるとともに、ケースによるバラツキが考えられるので、より詳細な分析は今後の課題としたい。

開催のメリットについては、基本情報の共有については尾道市、神奈川県において強く感じられているが、外との交流、自身の向上といったケアカンファレンスにおけるケアマネジメントの教育的効果については、17 年度から 18 年度にかけて減少の傾向がみられた。ケアカンファレンス機能における教育効果の実感と促進は制度改正のみでなしえる性質のものではなく、今後の啓発・教育の展開が課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・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

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
分担研究者報告書

『医療・介護サービス提供の地理的範囲に関する実態調査・分析』

分担研究者 宮澤仁 お茶の水女子大学

研究協力者 西律子 お茶の水女子大学

医療・介護サービス提供の地理的範囲は、地域的公正の概念を用いた地域格差研究のなかで取り扱われてきたが、医療・介護財政との関係や、サービス格差が高齢期の生活選択に及ぼす影響を明らかにするという学問的・政策的な重要課題には十分に取り組めていない。また、保険給付の適正化を目的とした介護保険の改正により、今後、医療・介護サービス提供の枠組みが変化するため、地域の医療・介護サービス機会と高齢期の生活選択との関係を明らかにすることは急務の課題である。そこで本研究では、医療・介護サービス提供の地理的範囲と、それが地域住民の高齢期の生活選択に与える影響について、GISを用いた地理的分析、ならびにフィールドワークによる実態調査から明らかにすることを目的とする。

今年度は、まず精緻な地理的分析に供するための統計データベースを作成し、それをGISと融合することで医療・介護GISの構築を進めた。そして、地域分析を試みた結果、我が国における高齢期の生活選択には、大都市圏とそれ以外の地域、また東日本と西日本のあいだで対照的な地域差があることが確認され、特に西日本では介護療養型医療施設の入所が、大都市圏では有料老人ホームの入所が顕著であった。この地域差は、基本的にサービス提供量の格差と関係していたが、他の要因として同居志向と別居志向の違いという家族形態の地域差が指摘された。ゆえに、地域の医療・介護サービス提供と制度改正によるその変化、また家族を中心とした高齢者に対するサポート関係が、高齢期の生活選択に与える影響を、医療・介護の現場におけるインテンシブな実態調査を通じて明らかにすることが今後の課題である。この結果を受けて、本格的なフィールドワークのための予備調査を長野県松本市において実施し、本研究の課題に対して適切な対象地域のひとつであることを確認した。

A. 研究目的

医療・介護サービス提供の地理的範囲は、地域的公正の概念を用いて、経済地理学や福祉地理学、また社会福祉学における地域格差研究のなかで取り扱われてきた。しかし、そ

の成果は地域格差の検出にとどまっており、

医療・介護財政との関係や、サービス格差が高齢期の生活選択に及ぼす影響を明らかにするという学問的・政策的な重要課題には十分取り組めていない。また、保険給付の適正化

を目的とする介護保険の改正により、施設整備の抑制ならびに在宅介護の推進、医療・福祉の役割区分の明確化が図られている。今後、地域において医療・介護サービス提供の枠組み変化が予想されるため、地域の医療・介護サービス機会と高齢期の生活選択との関係を明らかにすることは急務の課題である。

そこで本研究では、高齢者を対象とする医療・介護サービスの地域的体制について、サービス提供の地理的範囲とその地域性に注目した実態調査・分析を行う。また、地域の医療・介護サービスの水準が、医療・介護財政ならびに地域住民の高齢期の生活選択に与える影響について実態調査を踏まえて明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

① 医療・介護 GIS の構築 医療・介護に関する地域統計ならびにサービス施設・事業者の個票データを集成し、データベースを作成するとともに、GIS（地理情報システム）との融合を図る。このシステムにより、我が国における医療・介護事業の地理的展開の様相を示す各種主題図（医療・介護アトラス）の作成が容易になるとともに、医療・介護サービス提供の地域格差や問題地域を把握するための分析が可能となる。

② 医療・介護サービス提供の地理的分析方法①で構築した医療・介護 GIS を活用し、医療・介護サービスの提供範囲に関する地理

的分析を行う。

③ 地域の医療・介護サービス水準と高齢期の生活選択に関する実態調査 具体的な対象地域を選定した上で、地域の医療・介護サービスの水準が高齢者の生活選択に与える影響を、現地での実態調査を通じて明らかにする。

今年度は、方法①の医療・介護 GIS の構築と、方法③の実態調査の本格化に向けた予備調査を中心に研究を進めた。

（倫理面への配慮）

方法③に関しては、インフォーマントになる高齢者のプライバシーに配慮する（対象者および介護者に研究内容について十分説明し、同意の得られた者のみを対象にする。また成果の公表にあたっては仮名を使用等）。

研究 1. 医療・介護 GIS の構築

C. 研究結果

医療・介護 GIS は、都道府県ならびに市区町村単位の地域統計（一部の県では町丁・字、地域メッシュ単位まで）、また医療・介護事業者の施設・事業所単位のデータを、デジタル地図とともにデータベース化するものである。事業者・施設データに関しては独立行政法人福祉医療機構の WAM NET と民間のマーケティング会社提供の情報を、地域統計に関しては関連する行政機関と財団法人統計情報研究開発センター提供の情報を、またデジタル地図は主に国土交通省国土地理院発行の地図データを用いた。

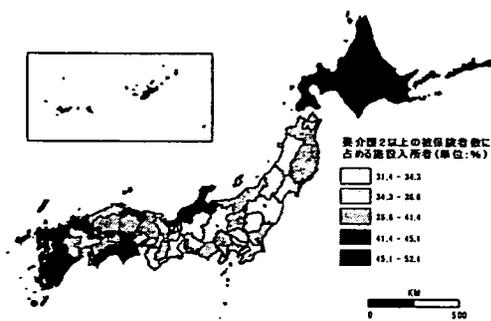


図1 施設入所者数の地域差

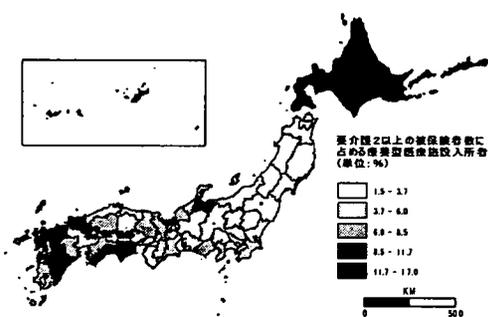


図2 療養型医療施設入所者数の地域差

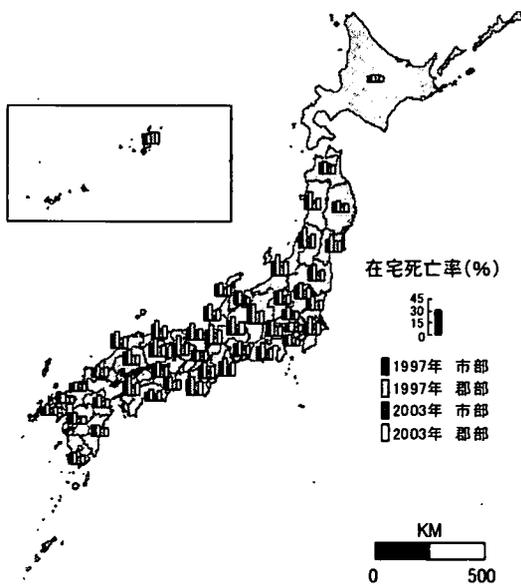


図3 在宅死亡率の地域差

この医療・介護 GIS はいまだ構築途中ではあるが、現段階で使用できるデータを用いて、

高齢期の生活選択と、医療・介護サービス提供の地域格差、部門別構成（医療・福祉・保健、在宅型・入所型）、医療・介護財政の状況、そして地域の諸条件との関係の解明を試みた。

生活選択に関する指標として、要介護度2以上の被保険者100人あたりの施設入所者数をみると、北海道ならびに北陸と四国、九州地方の諸県で45人を超えている。反対に3大都市を要する都府県と東北、中部・東海、近畿地方の諸県では30人台前半である。

また、入所施設の内訳をみると、介護老人福祉施設の入所者に関しては有意な地域差はみられないが、国土の縁辺部に位置する県で入所者が比較的多い。対して、介護老人保健施設と介護療養型医療施設、有料老人ホームの入所者数には明瞭な地域差がみられる。介護老人保健施設に関しては、北東北と北陸、北九州地方の諸県で入所者が多く、介護療養型医療施設では北海道と四国、九州地方の諸県ならびに富山県で入所者が多い。有料老人ホームの入所者に関しては、南関東と静岡県、兵庫県が他の県と比べて際立った多さである。

終末期の選択として死亡の場所についてもみたところ、南東北と中部、近畿地方の諸県で在宅死亡率が15%を超える反面、北海道と九州地方の諸県では10%以下の低い値である。さらに、市部と郡部で比較すると、多くの県で後者の在宅死亡率が高い。

これら生活選択にみられる地域差は、基本

表1 正準変量の因子構造