

平成20年度

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金

長寿総合科学総合 研究事業

社会経済的格差と高齢者の健康、  
生活習慣、医療介護資源利用に  
関する検討  
(H19-長寿-一般-017)

研究報告書

(平成20年度総括・分担研究報告)

主任研究者：橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科 教授）

社会経済的格差と高齢者の健康、生活習慣、医療介護資源利用に関する検討  
(H19-長寿-一般-017)

研究報告書

目次

研究班員所属一覧

平成20年度総括研究報告書	橋本英樹	1 ページ
平成20年度分担研究報告書 「高齢者の健康・生活習慣・医療介護資源利用の検討のための 医療介護給付情報データの整備」		
付録図表	野口晴子ほか	6 ページ
平成20年度分担研究報告書 「健康状態・世帯所得・学歴と医療給付の関連についての検討」		
付録図表	近藤克則ほか	30 ページ
平成20年度分担研究報告書 「中高齢者における医療資源利用と生活習慣の関連」		
付録図表	佐々木敏ほか	51 ページ

平成20年度 班構成

主任研究者

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学分野教授

分担研究者

近藤克則 日本福祉大学福祉学部教授

佐々木敏 東京大学大学院医学系研究科 社会予防疫学分野 教授

野口晴子 国立社会保障・人口問題研究所

社会保障基礎理論研究室長

研究協力者

市村英彦 東京大学大学院経済学系研究科 教授

清水谷諭 (財)世界平和研究所 主任研究員

平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（長寿総合科学総合 研究事業）分担研究報告書  
社会経済的格差と高齢者の健康、生活習慣、医療介護資源利用に関する検討

(H19-長寿-一般-017)

総括研究報告書

報告者（主任研究者）

橋本 英樹

東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学分野

分担研究者

近藤克則

日本福祉大学福祉学部

佐々木敏

東京大学大学院医学系研究科 社会予防疫学分野

野口晴子

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究

研究協力者

市村英彦

東京大学大学院経済系研究科

清水谷諭

(財)世界平和研究所 主任研究員

研究要旨

本研究事業は、高齢者とその世帯を囲む社会経済的要素と健康状態・心身機能や生活習慣を複合的に測定し、それらと公的医療・介護サービス利用との関係を検討することを目的とした、3年計画事業である。初年度は先行研究（「暮らしと健康」調査）のサンプルフレームを利用し、5市町村において、50～75歳の男女約4000人余について、健康状態、認知・身体機能、生活習慣などを追加的に測定し、先行研究から得た世帯所得・資産・家族構成などの社会経済的データと突合しそれらの関係について検討を行った。2年目となる今年度は、調査地点の市町村自治体の協力を得て国民健康保険ならびに介護保険の給付情報について分析を行い、年齢・性別・疾患罹患の状況、生活習慣、そして世帯所得や学歴と、入院外来の受療率・年間総診療費との関連を横断的に検討した。

対象者のうち国民健康保険加入者は58%で、その8割から給付情報の参照について承諾を得た。年齢が高いもので入院受療率・入院診療費とも低く、逆に外来受療率は高い傾向が見られた。脳心血管系疾患と悪性腫瘍が入院受療率や入院診療費に関与し、高血圧・高脂血症・関節疾患などが外来受療率や診療費に関連していた。地域によって診療所などへのアクセスが比較的限られている市町村では、有意に入院受療率が高く、逆に外来受療率は低く認められた。世帯所得・学歴については受療率・診療費とも有意な関連を認めなかったが、傾向としては低所得者で入院・外来診療費は低く、義務教育以下のもので受療オッズが低い傾向が見られた。生活習慣については運動習慣のあるもので入院受療率が有意に低いほか、一定の傾向は認めがたかった。今回は横断的な検討に過ぎず、最終年度である次年度に追跡調査の結果が得られることから、縦断データを用いて、因果関係を明確にしつつ、高齢者の医療・介護資源の利用について検討を深める予定である。

## A. 目的

本研究事業は、高齢者とその世帯を囲む社会経済的要素（世帯構成、学歴・所得・資産・社会的支援）と、就労・社会参加の状況、そしてその健康状態・心身機能や生活習慣（喫煙・飲酒・運動・栄養摂取）を複合的に測定し、それらと公的医療・介護サービス利用との関係を検討する、3年計画の事業である。

本研究では、すでに先行している欧米の大規模高齢者包括的調査（Health and Retirement Survey, Survey of Health and Retirement in Europe, England Longitudinal Survey of Ageingなど）との綿密な連携のもと、公的サービスと私的ケアの適正配分を検討し、持続可能性の高い医療介護サービスのあり方を探ること、そのために、高齢者の健康・生活習慣・社会経済的資源や地域環境との関連を明確にすることを目指すものである。

初年度である昨年度は、先行調査のサンプルフレームを用いて、追加的に高齢者の健康・機能・生活習慣を測定し、それらと就労・世帯所得・学歴などの社会経済的特性との相互関係を記述的に検討した。2年目となる今年度は、調査地点の協力自治体と対象者の承諾を得て、国民健康保険加入者について医療ならびに介護の公的保険給付情報を入手し、それを昨年度完成しているデータと突合させて、入院外来診療の受療率と年間の総診療費について、年齢・性別・疾患罹患の状況、

生活習慣、そして社会経済的特性（所得と学歴）との関連を検討することを目的とした。

## B. 方法

1) 先行研究からの社会経済的世帯調査結果の抽出と昨年度データの統合

「暮らしと健康」調査は平成18~19年度に清水谷・市村らによって文部科学省特別推進研究費・独立行政法人産業経済研究所研究補助金などにより支援され、都市規模などを考慮し全国から選ばれた5市町村において、50~75歳の男女につき、住民票からの年齢層化無作為抽出により市町村ごとの代表的標本抽出を得ている。「暮らしと健康」調査は、設計時点からHRS、SHARE、ELSAの研究代表者らとの協議により、世界標準データセットとしての要件を備えるべく質問票の開発など準備が進められてきた。昨年度研究事業に引き続き同調査のデータ4,112名分の個票データの提供を受けた。また昨年度研究事業で追加収集した、こころの健康状態（CES-D日本語版）、認知機能、ADLならびにIADL、握力、生活習慣（喫煙・飲酒・運動）、そして栄養調査の情報を突合した。

2) 医療・介護給付情報の収集・クリーニングとデータ突合（分担研究担当：野口・橋本）

面接調査開始の前に、調査地点市町村担当者から、対象者から承諾が得られることを条件に、国民健康保険加入者について市町村保険担当部局が保有する医療・介護給付情報について参

照することを認めていただいた。面接調査にあたって、対象者に目的を口頭で説明したのち、承諾が得られた場合は書面にて署名をいただき、それを市町村担当部局に提出して、該当者に関する情報の抽出を依頼した。調査時点からさかのぼって2年間分の給付実績について情報提供を依頼した。

得られたファイルについて、まず情報項目を地点別に比較した。ついで患者IDごとに年間のパネルデータを作成し、調査時点からさかのぼって1年分の総診療費を外来・入院診療別に推計した。

3) 受療率と診療費の対象者特性別の比較検討(分担担当:近藤、佐々木、橋本)

1)と2)で得られたデータをさらに突合したのち、年齢・性別・疾患罹患状況を踏まえつつ、社会経済的特性として世帯の等価所得と対象者の学歴ごとに受療率や診療費に違いはないかを検討した(担当:近藤・橋本)。また同様の検討を生活習慣について行った(担当:佐々木・橋本)。前者については近年言われる社会格差の拡大によって、医療サービスへのアクセスに格差が出てきているとの指摘があることから、検討することとした。後者については、平成20年度より始まった特定検診の趣旨として、生活習慣の改善によって医療費抑制を図ることが目標とされていることから、横断的検討で限界はあるものの、生活習慣と診療受療のパターンについて検討しておく必要があると思われることから行うこととした。

## C. 結果

1) 給付情報の整備(野口・橋本担当); 対象者の約8割から給付情報を参照することについて承諾が得られた。医療サービスについて利用有無や自己負担について面接調査から得られた情報と、給付情報から得られた推計とを比較したところ、ばらつきが見られ、外来診療についていえば、年齢や性別・自覚的健康状態・認知機能(計算力)などによって一致率に違いが見られた。このことから、高齢者の社会経済的要因と、医療介護サービスの利用状況の関連を検討していく上では、より信頼性の高い客観的な給付情報と、世帯面調査情報を組み合わせた検討を進めることが必要であることが示された。

2) 受療率・年間診療費と社会経済的特性の関係(近藤・橋本担当)

入院診療受療は高齢者・女性で低い傾向があるが有意にはいかなかった。心臓病・脳卒中・悪性腫瘍・糖尿病の罹患患者で有意に高かった。入院受療実績があるもののなかで見ると、高齢者では有意に年間入院診療費が低く、脳卒中罹患患者で有意に高かった。受療オッズ・年間入院診療費とも学歴・所得による有意差は見られなかったが、傾向としては低所得者で入院・外来とも年間受療費は低く、義務教育以下のもので入院・外来とも年間受療オッズが低い傾向が見られた。一方、外来診療の受療では高齢者・女性でオッズが高く、高血圧・高脂血症・糖尿病・関節疾患罹患患者

で有意に高かった。なお予想に反して給付率による違いは認められず、世帯所得・学歴による差も有意ではなかった。年間外来診療費については、高齢者ほど低く、女性・給付率が9割のもので高く、脳心血管疾患ならびに糖尿病で有意に高かった。

### 3) 受療率・年間診療費と生活習慣の関係(佐々木・橋本担当)

肥満は心臓病・高血圧・高脂血症・糖尿病などの有病率と正相関が見られた。一方BMI>25のものでは、BMI<22のものと比較し、年齢・性別・自覚的健康状態など考慮してなお、入院・外来受療率が低く、年間の入院・外来診療費についても低い傾向が見られた。一方喫煙については、むしろ喫煙者で有病率が低く、これは疾患罹患を契機に禁煙したものの結果を反映していると思われる。そのため現在喫煙の有るもので、入院・外来受療率は低く、診療費も低い傾向が見られた。最後に運動習慣(歩行時間)については自覚的健康状態やADL制限などを考慮してなお、歩行時間の長いもので、入院受療率は有意に低かったが、外来受療率・入院外来診療費については統計的に有意にはいかなかった。

## D. 考察

国民健康保険加入者に限られてはいるが、医療・介護給付情報と自己申告による医療受給の状況を比較したことは、内外の研究

でもきわめてまれなものである。その結果、利用有無などのレベルであっても約20%のケースで、不一致が見られたことから、聞き取り調査だけから得られた情報では、医療受給・介護需給などの情報を十分な精度で得ることの困難さが伺われた。このことはさらに、より客観的な情報として給付情報から得られたデータを、聞き取り調査のデータと突合して分析していくことの必要性・意義を示したこともなった。社会として当該対象者にどれだけの医療資源が総額として投入されたのかは、給付情報以外には得られない情報である。

ただし、最大の限界として国民健康保険加入者からの情報に限られていることについて、わきまえておかななくてはならない。そのため相対的に見て若年層の被雇用者については、情報が得られていない。少なくとも医療ニーズの高い、地域在住の高齢者については、約6~8割の情報が得られているが、平成20年度からは後期高齢者医療制度の導入により、75歳以上の医療給付が広域連合体に移行したため、市町村自治体で把握できなくなったため、大きな制度的壁となっている。

上記の限界はあるものの、客観的な情報として医療・介護給付情報を入手したことにより、社会経済的要因や健康・機能状態

によって、どのように医療・介護資源の利用の度合いが異なるかを検討する道が開かれたことの意義は大きいと考えられた。

第2の大きな限界として、現時点では初回調査時の横断的検討に留まっていることは言うまでもない。特に生活習慣と受療率の関係については、因果関係が逆転していると思われる結果が出たことから、次年度研究以降、2年後の追跡調査データが入手できたところで、縦断的データを利用して、因果関係をより明瞭にした解析を進めることが必要である。その上で、社会経済的要因・健康や機能状態と医療・介護資源の利用パターンの相互的關係について考察を深める必要がある。

#### 【E. 結論】

「暮らしと健康」調査から提供された対象者世帯の社会経済情報に昨年度収集された健康・機能・生活習慣情報を突合し、さらに今年度はこれに客観的情報として、医療・介護給付情報を加えた複合的データセットの解析を行った。

医療・介護給付情報・生活習慣・健康・機能情報と、世帯の社会経済的情報とを統合することで、高齢者の世帯家計・経済、健康機能状態などの複合的影響を考慮しつつ、医療・介護資源の利用に影響する要因の相互影響を検討する道筋が開かれてきた。最終年度

となる次年度では、追跡調査による縦断データがさらに収集される見込みである。これまでの横断的解析から十分検討できなかった因果関係について明確にしていくことによって、高齢者の健康と世帯の社会経済的環境がどのように高齢者の医療・介護ニーズやサービス消費を左右するのか、さらにこれに世帯のインフォーマルケアがどう関わるかを最終年度には明らかにしていくことが求められる。

平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（長寿総合科学総合 研究事業）分担研究報告書  
社会経済的格差と高齢者の健康、生活習慣、医療介護資源利用に関する検討  
(H19-長寿-一般-017)

高齢者の健康・生活習慣・医療介護資源利用の検討のための

## 医療介護給付情報データの整備

報告者（分担研究者）

野口晴子 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

橋本英樹 東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学分野

研究協力者

市村英彦 東京大学大学院経済学系研究科 教授

清水谷諭 (財)世界平和研究所 主任研究員

抄録

「暮らしと健康」調査（清水谷・市村ら）の対象者フレームを利用して（5市町村在住の55歳以上74歳までの中高齢者4112名）、初年度研究では社会経済的要因と健康状態・機能・そして生活習慣との関係を検討した。今年度は、当該調査地点自治体の協力を得て国民健康保険加入者の医療給付情報を収集したので、社会経済的要因と医療資源消費の断面的関係を検討することとした。本分担研究では医療給付情報の収集の状況、基礎統計を求めた。対象者の約8割から給付情報を参照することについて承諾が得られた。医療サービスについて利用有無や自己負担について面接調査から得られた情報と、給付情報から得られた推計とを比較したところ、ばらつきが見られ、外来診療についていえば、年齢や性別・自覚的健康状態・認知機能（計算力）などによって一致率に違いが見られた。このことから、高齢者の社会経済的要因と、医療介護サービスの利用状況の関連を検討していく上では、より信頼性の高い客観的な給付情報と、世帯面調査情報を組み合わせた検討を進めることが必要であることが示された。次年度ではこれら初回調査の2年後追跡結果を受けて、縦断的な検討により、医療・介護資源の利用を規定する社会・経済・臨床的要因の相互影響を明らかにしていく所存である。

## 【A. 目的】

本研究事業では、高齢者とその世帯を囲む社会経済的要素（所得・資産・世帯構成など）と、就労・社会参加の状況、そしてその健康状態・心身機能や生活習慣（喫煙・飲酒・運動・栄養摂取）を複合的に測定し、それらと公的医療・介護サービス利用との関係を検討する3年計画の事業である。初年度研究では、横断的調査として世帯の社会経済的要因と健康・機能・生活習慣との関連を検討した。2年度となる本年度では、調査地点自治体の協力を得て入手した国民健康保険化入社の医療給付情報・ならびに介護給付情報を用いて、横断的調査として社会経済的要因や健康・機能・生活習慣と医療資源・介護資源の利用状況との関係を検討することとした。

そのために、本研究では平成18-19年度に実施された「暮らしと健康」調査（清水谷・市村らによる）の対象者フレームと、同調査で測定された詳細な世帯の社会経済的情報について、提供を受け、別途本研究事業を通じて同対象者から収集した健康・機能・生活習慣情報・そして医療・介護給付情報とを突合することで、上記目的を遂行することを目指している。

本分担研究では、収集された医療給付情報の状況（回答率など）に加え、自己申告された医療サービスの利用の有無、自己申告された自己負担額などと、医療給付情報から得られた情報との比較を行うことで、自己申告情報の精度を確かめる作業を行うこととした。

## 【B. 方法】

### （1）データソース

「暮らしと健康」調査は平成18-19年度に清水谷・市村らによって文部科学省特別推進研究費・独立行政法人産業経済研究所研究補助金などにより支援され、都市規模などを考慮し全国から選ばれた5市町村において、50～75歳の男女につき、住民票からの年齢層化無作為抽出により市町村ごとの代表的標本抽出を得ている。抽出総数8,252名のうち、長期不在などでコンタクトが取れなかったものを除き、拒否2,884名、調査承諾・協力4,163名を得た（回収率59.07%）。本調査は中高齢者の就労・引退・貯蓄・社会保障などの経済的分析を行うことを主たる目的とし、家族構成・婚姻状況・就労歴・世帯所得・流動資産保有額（貯蓄・証券・債券を含む）・消費などの詳細な情報を得ている。同調査データについてクリーニングの後、4,112名分の個票データの提供を受けた。

同調査にあたっては、対象者から同意が得られた場合、調査地点の協力自治体の国民健康保険保険者から、過去2年間にさかのぼって医療給付ならびに介護給付情報を参照することについて許可を得た。

同調査実施にあたり、国民健康保険加入者、ないし介護保険の給付を受けている対象者に対して、給付情報を参照させていただくことについて説明を行い、書面で承諾を得た。承諾書を自治体担当部局に提出し、該当する給付情報について抽出を依頼した。抽出された情報は無記名化され、調査IDと突合したものを、自治体から研究者に提供され、調査データとマージして分析に供した。

### （2）社会経済的変数の内訳

- ・ 学歴

- 中卒以下、高卒、短大・専門学校、大卒以上(大学院を含む)などの8段階で聴取した結果を中卒以下、高卒以上の2段階に集約した
- ・ 所得

- 対象者の本人年間所得(税引前)と配偶者がいる場合には配偶者の年間所得(税引前)を聞き取りした。その上で世帯家計が夫婦で独立しているかどうかをたずね、一であると回答された場合は夫婦を世帯の基本単位として定義し両者の所得を合計した。一方家計が夫婦で独立していると回答された場合は、対象者本人の所得に留めた。これを本人・配偶者・経済的に依存している子供の数、同居両親・両義親の数を合わせたものを「扶養家族数」とし、これの平方根で除して「世帯等価所得」を算出した。

所得については、ナイーブな質問でもあり、回答を拒否するもの、ないし正確に答えられないものが多いことから、「暮らしと健康」調査ではunfolding bracket法を採用している。これは所得や資産保有額を直接尋ねるのではなく、ランダムに発生させた「上限・下限額」についてそれ以上か以下かだけを答えてもらうものである。所得・資産保有額を直接の額で答えなかった対象者についてはunfolding bracket法による質問を実施し、底から得られた「上限・下限」を情報として取り込んでいる。Unfolding bracket法により得られた上限・下限データの利用にあたっては、interval regressionなどを応用した手法が提案されているが、

本研究の範囲では簡略的に上下限の中央値をもって、所得額にあてた。

## 【C. 結果】

### 1) 給付情報の収集状況

5つの都市(都市番号2, 3, 4, 5, 6)のうち、都市番号2の地点からは医療給付情報が2009年3月になって届いたため、分析が間に合っていない。表には都市2を除く4地点から得られた情報について、項目を比較した。都市3では他の自治体よりも参照を許された項目が少なく、特に入院・外来区別情報が入手できなかったため、次回以降について再度検討を御願うこととした。その他の自治体についてはほぼ同等の情報が得られていた。

介護給付情報の入手状況について次に示す。介護給付情報はもともとデジタル情報で、全国统一フォーマットで集められていることから、標準データのうち、認定情報ファイル・H1ファイル(月別利用)・T1ファイル(サービス別利用)、そして共用ファイル(所得5段階など)の情報提出を依頼した。都市5では提出を受けたものの、ファイルを2次加工した情報となっており、現在再提出を依頼している。その他の都市でも特に認定情報のうち1次審査項目の情報や共用情報について、自治体の判断は異なっており、この結果を再度各自治体の担当部局にフィードバックし、提出可能項目について、再度判断を仰ぐこととしている。なお介護給付の対象者は、今回の調査では各自治体とも20人以下となっており、今回の分析報告では割愛し、以下医療給付情報の分析についてのみ報告する。

次に給付情報調査の対象者の割合を示す。

全対象者 4,112 人のうち、国民健康保険加入者・ないし介護保険給付受給者は 2,415 人 (59%) にあつた。都市 2,3 (県庁所在地) では 51%前後、一方都市 4,5 (農林業中心の地方都市) では 65%に上つた。都市 6 (特別区) も 65%に達した。年齢別に見れば、当然ではあるが、国保加入者割合の低い 50 代男女では 33-35%に留まり、70 代では 81-86%となつた。

これら対象者のうち、実際に医療給付情報の参照を承諾したものの割合を示す。全体では対象者 2,415 人のうち 1,932 人 (80%) が参照承諾し、承諾書に署名して下さつた。都市別に見ると、都市 6 を除いて 80% を越えているが、都市 6 では都会の特徴か、協力率は悪く、68%に留まつた。年齢性別では特に大きな違いは見られなかつた。

次に得られた給付情報と、すでに面接調査から得られていた対象者の自己申告に基づく医療サービスの利用・自己負担額との対比を行う。都市 5 では提出された給付情報の時期が調査時期からずれていたので、ここでは都市 3,4,6 の 3 地点の情報について検討を進める。給付情報 (レセプト) 上、調査からさかのぼって 1 年間の間に医療給付を受けたものが 86%見られたが、このうち 237 人については、自己申告上、過去 1 年間に定期的な外来受診・ないし入院サービスを利用していないと回答していた。このうち 106 件では時期がずれて医療給付情報が発生していたものなので矛盾回答ではなかつたが、残る 121 件については調査時期を考慮してもなお、自己申告と給付情報で一致を見なかつた。また給付情報が発生していない 151 人のうち、90 人で自己申告

上過去 1 年間に医療サービスを受給していると回答があつた。すなわち全体の約 20% で自己申告と給付情報で受療の有無について情報が矛盾していた。

次に利用額について自己申告による自己負担分と、給付情報から得られた利用額に給付率を単純に掛け合わせて得られた推定自己負担額との比較を行った。給付情報をゴールドスタンダードとすると、外来診療では、受給者数についてはアンダーレポート、自己負担額についてはオーバーレポートの傾向が見られた。この傾向は給付率によって特に違いは見られなかつた。入院診療については、人数が少ないことから推計が不安定だが、受給者数についてオーバーレポート、自己負担額についてはアンダーレポートになっていた。これは高額療養費などによる補助や公費補助などを受けたケースがあるためと推測される。今回公費による支払いの有無や他の保険との併用状況などについては情報が得られなかつたので、自己負担額を正確に推計することは難しい。

以上を、入院・外来別、給付率・年齢性別でさらにブレイクダウンして見てみたが、人数が少なくなり、一定の傾向を見ることはできなかつた。

レポートのずれがどのような特性を持った層で見られるかを検討した。若年層で外来利用の有無について不一致が多く見られたが、これは若年層では不定期な外来受診があるケースが多いためと思われた。また男性では利用有無の不一致率が高かつた。それ以外では都市・学歴・所得・メンタルヘルスの状況などについては差が見られなかつた。自覚的健康状態がよいもの、認知機能 (計算力) が低いもので有意に自己申

告とレセプトとの間に乖離を見た。これらの結果を多変量ロジスティック回帰分析で見たと、高齢者・女性・計算力の高さ・自覚的健康状態が悪いもので、自己申告とレセプト情報の一致が高いことが確認された。

外来診療の自己負担額について、同様の検討を行った。いずれもばらつきが多く、有意にはいたらなかったが、都市別の差は有意に見られた。傾向として低学歴では過小申告、等価所得の低いもので過剰申告が見られた給付率による差も見られなかった。

#### 【D. 考察】

医療給付情報は 2011 年に向けた電子レセプト化を前に、各自治体とも対応がばらついており、参照許可項目についても初回はテストケースということでばらつきが見られている。今回の結果を各市町村担当部局にフィードバックしたところ、得られなかった情報については、さかのぼって再抽出を御願ひできる可能性が出てきている。介護給付情報については、当初よりデジタルで標準情報仕様になっていることから、抽出作業そのものは、手作業がはいる医療給付情報に比して少ないが、やはり自治体ごとに参照許可項目に違いが見られていた。これについても、各項目の分析上の必然性などについて説明を繰り返し、ご理解をさらに得ていく方向で協力を仰いでいる。

今回内外の調査でも初めて、自己申告による医療受給の状況と、給付情報から得られた「客観的」情報を突合することを試みた。利用有無などのレベルであっても約 20% のケースで、不一致が見られたことから、聞き取り調査だけから得られた情報で

は、医療受給・介護需給などの情報を十分な精度で得ることの困難さが伺われた。このことはさらに、より客観的な情報として給付情報から得られたデータを、聞き取り調査のデータと突合して分析していくことの必要性・意義を示したこともなった。

一方、自己負担額の正確な推計は、給付率だけでは困難で、特定療養費の有無、高額療養費対象の有無など、給付情報だけでは十分得られないものもあることから、世帯面での対所得医療費負担などを検討する場合には、自己申告の情報も併せて考慮することが必要となる。

とはいえ、自己負担額からは伺えない、社会として当該対象者にどれだけの医療資源が総額として投入されたのかは、給付情報以外には得られない情報である。ただし、最大の限界として国民健康保険加入者からの情報に限られていることについて、わきまえておかななくてはならない。そのため相対的に見て若年層の被雇用者については、情報が得られていない。少なくとも医療ニーズの高い、地域在住の高齢者については、約 6～8 割の情報が得られているが、元気で現役で働いている被雇用者や、組合保険の扶養家族となっている、3 世代世帯在住の高齢者などについては、やはり情報が欠損してしまっているであろうことを考慮して、分析結果を考察する必要がある。

さらに平成 20 年度からは後期高齢者医療制度の導入により、75 歳以上の医療給付が広域連合に移行したため、市町村自治体で把握できなくなったことなどは、高齢者における医療・介護給付と、社会経済的・臨床的・心理的健康決定要因との関係を検討していく上で、立ちはだかる大きな制度

的壁となっている。

上記の限界はあるものの、客観的な情報として医療・介護給付情報を入手したことにより、社会経済的要因や健康・機能状態によって、どのように医療・介護資源の利用の度合いが異なるかを検討する道が開かれたことの意義は大きい。今後、高齢者の医療確保に関する法律第 16 条に基づいて、電子レセプト+特定健診情報が厚生労働省保険局レベルで収集されることとなっているが、こうした情報も、世帯面調査で得られた情報と突合できる可能性を模索してやる必要があるだろう。

以下、本年度研究の範疇では得られた給付情報を生活習慣・健康・機能情報と統合し、当初予定どおり高齢者の世帯家計・経済、健康機能状態などの複合的影響を考慮しつつ、医療・介護資源の利用に影響する要因の相互影響を横断的に検討することとなる。次年度研究では、2 年後の追跡調査が実施されそのデータが入手できるようになることから、縦断的な検討に進めることができる」と期待できる。

#### 【E. 結論】

「暮らしと健康」調査対象者をサンプルフレームとし、協力自治体から提供された公民健康保険加入者の医療・介護給付情報をまとめ、記述的統計を求めた。客観的な情報として公的保険給付情報を用いてやることで、より精度・妥当性の高い情報を入手し、高齢者における健康・機能・社会経済的要因と、医療・介護受給の状況の関係を検討する素地が得られた。次年度ではこれら初回調査の 2 年後追跡結果を受けて、縦断的な検討により、医療・介護資源の利用を規

定する社会・経済・臨床的要因の相互影響を明らかにしていく所存である。

本分析を進めるにあたり、データの初期整理を行ってくれた濱秋純哉氏（東京大学大学院経済学専攻 博士課程）の尽力に感謝申し上げます

#### 【F. 研究発表】

平成 21 年 3 月現在未発表

#### 【G. 知的所有権の取得状況】

該当なし

国保医療給付情報の提出状況について比較

データ項目	都市ID			
	3	4	5	6
都市特性	中核都市	その他	その他	特別区
実診療年月	○	○	○	○
入外区分	×	○ (recooded)	○	○
医療機関番号_種別	○	×	×	○
医療機関番号_番号	×	×	○	○
診療科目	×	○	×	○
合計日数	×	○	○	○
合計点数	○	○	○	○
保険給付率	×	○	○	○
公費1_受給者番号	×	○	○	○
公費給付額	×	○	○	×
自己負担額	×	○	○	×
初診	×	○	○	○
入院期間月数	×	○	○	×
受給者資格異動事由	×	×	×	○
病名(5月分)	×	○ (中分類コード)	○	×
備考		※2月以降(1999年以降)は 提出時期がずれている		
提出時期	17.4-19.7	17.4-19.9	19.4-20.5	17.4-19.7
第1回調査実施時期	19.4-19.6	19.3-19.5	19.1-19.4	19.3-19.6
抽出レセプト(年額計算)	18.4-19.3	18.5-19.4	19.4-20.3	18.5-19.4
調査対象者数(面接)	1005	567	803	862
レセプト調査該当者数	518	353	524	558
レセプト調査該当者割合(%)	51.5	62.3	65.3	64.7
レセプト調査承認者数	429	295	468	379
レセプト調査承認者割合(%)	82.8	83.6	89.3	67.9



## 介護認定情報ならびに共用情報の提出状況の比較

都庁ID	二次審査 日	二次審査 届状地区 区分	認定有効 開始日	認定有効 終了日	前回二次 審査届介 届状地区 区分	被保険者 区分																
2																						
3		二次審査 届状地区 区分	認定有効 開始日	認定有効 終了日																		
4							世帯所得 区分コード				船舶積込 年次所得 の所得				利用委員 相乗の段 階				異動年月 日			
6	認定結果 決定日	認定届介 届状地区 区分	認定期間 開始日	認定期間 終了日	前回認定 届介届状 地区区分	病号付走 人自立度	障害主人 自立度	特定疾病 区分				意見書項 目・認知 能力	意見書項 目・交通 能力	意見書項 目・食事 能力	意見書項 目・食事 者番号	居宅介護 支援事業 者番号	世帯所得 区分	個人所得 区分	船舶積込 年次区分	利用委員 相乗の段 階	資格取得 年月日	資格喪失 年月日

city	レセプト調査対象者割合 (1 = 対象)		Total
	0	1	
2	413 47.20	462 52.80	875 100.00
3	487 48.46	518 51.54	1,005 100.00
4	214 37.74	353 62.26	567 100.00
5	279 34.74	524 65.26	803 100.00
6	304 35.27	558 64.73	862 100.00
Total	1,697 41.27	2,415 58.73	4,112 100.00

cagesex	レセプト調査対象者割合 (1 = 対象)		Total
	0	1	
50代男性	554 66.91	274 33.09	828 100.00
50代女性	483 64.14	270 35.86	753 100.00
60代男性	299 35.81	536 64.19	835 100.00
60代女性	222 26.33	621 73.67	843 100.00
70代男性	54 13.81	337 86.19	391 100.00
70代女性	85 18.44	376 81.56	461 100.00
Total	1,697 41.28	2,414 58.72	4,111 100.00

city	対象者のうちレセプト調査承諾者 (1 = 承諾)		Total
	0	1	
2	101 21.86	361 78.14	462 100.00
3	89 17.18	429 82.82	518 100.00
4	58 16.43	295 83.57	353 100.00
5	56 10.69	468 89.31	524 100.00
6	179 32.08	379 67.92	558 100.00
Total	483 20.00	1,932 80.00	2,415 100.00

cagesex	対象者のうちレセプト調査承諾者 (1 = 承諾)		Total
	0	1	
50代男性	55 20.07	219 79.93	274 100.00
50代女性	66 24.44	204 75.56	270 100.00
60代男性	96 17.91	440 82.09	536 100.00
60代女性	137 22.06	484 77.94	621 100.00
70代男性	65 19.29	272 80.71	337 100.00
70代女性	64 17.02	312 82.98	376 100.00
Total	483 20.01	1,931 79.99	2,414 100.00

City = 3, 4 & 6 のみで検討

過去1年  
医療サービス  
利用

(自己申告)	レセプトなし	あり	
0	61	237	298
	5.55	21.55	27.09
1	90	712	802
	8.18	64.73	72.91
Total	151	949	1,100
	13.73	86.27	100.00

- \* 自己申告なし(0)でレセプトありの237件のうち  
106件についてはインタビュー1年前の期間の前後で  
レセプトが発生しているの、矛盾とならないものだったが  
残る121件については、インタビューでの聴取期間に該当して  
レセプトが発生している矛盾例であった。  
(1100件中、矛盾例が131+90=221 (20%))
- \* 自己申告なしでレセプトありの中身を個別に見たところ、  
一部では「定期的に通っていない」ことから自己申告が落ちたものも散見されたが  
ほとんどは、ほぼ毎月医療・調剤薬局レセプトが出ていたもので、アンダーレポートと  
考えられた