

201405044A

厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ

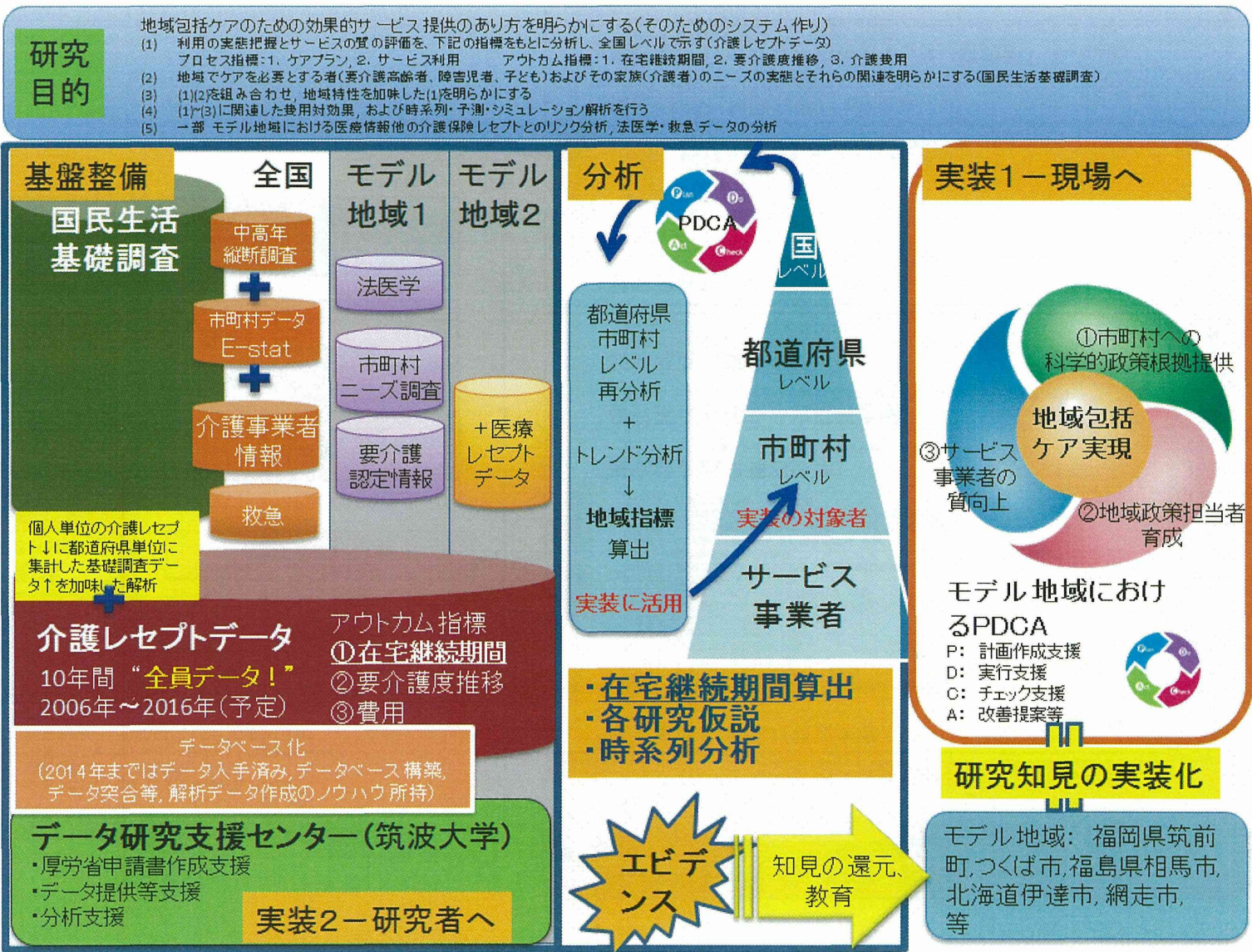
—二次データ活用システム構築による多角的エビデンス創出拠点—

平成26年度 総括研究報告書

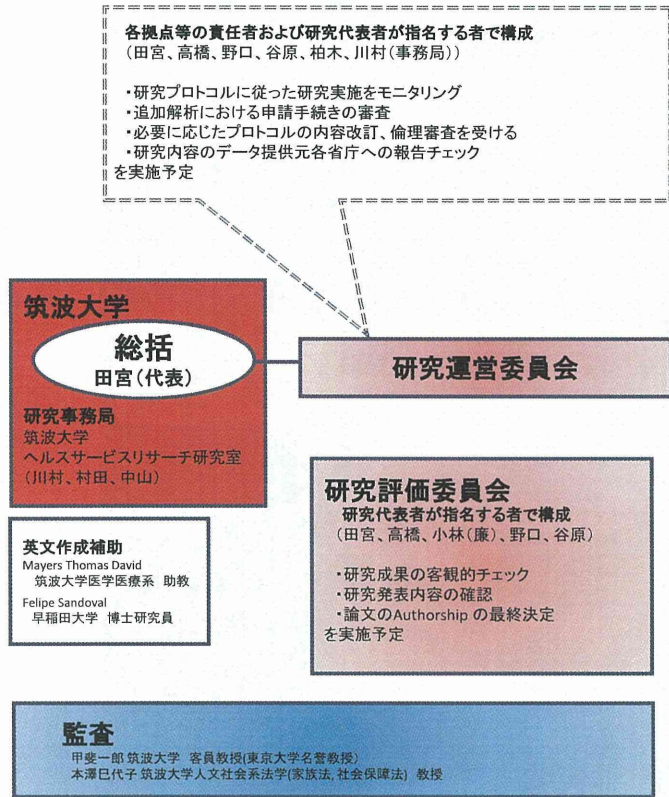
研究代表者 田宮 菜奈子

平成27 (2015) 年5月

0. 概要
シエーマ



研究体制



データ提供・研究者への二次データの活用支援システム

0.1 目的

0.1.1 研究(分析)

地域包括ケアのための効果的サービス提供のあり方を多角的に明らかにする。

- (1) 介護保険サービス利用の実態把握とサービスの質の評価を、下記の指標の個人単位での算出および各種の分析により、全国の状況を明らかにする（全国介護レセプトデータ）。

アウトカム指標：①在宅継続期間，②要介護度推移，③介護費用

プロセス指標：①ケアプラン，②サービス利用提供実態

- (2) 地域でケアを必要とする者（要介護高齢者，障害児者，子ども，貧困者等社会的弱者）またはその家族（介護者）のニーズの実態と各種サービス利用の関連を個人単位の分析により，全国の状況を明らかにする（国民生活基礎調査）。
- (3) (1)の個人単位のデータに，地域単位で集計した(2)，および他の二次データを組み合わせることにより，(1)に地域特性を加味した結果を明らかにする（全国介護レセプトデータ+国民生活基礎調査）。
- (4) 一部モデル市町村においては，医療保険と介護保険のレセプトデータおよび他の関連データを個人レベルで連結し，医療と介護のより効果的な連携やバランスを明らかにする（モデル地域：医療レセプトデータ+介護レセプトデータ+その他のデータ）。
- (5) その他各種二次データ（法医学・救急データ，医療施設調査等）を用いて，上記知見を補完する（その他のデータ）。
- (6) 費用対効果分析，時系列分析，予測およびシミュレーション分析により，上記を包括し，総合的に解析する（包括的総合解析）。

0.1.2 研究を実現するための基盤整備

本研究を実現するために，データ研究支援センター，およびモデル地域統括のための拠点を整備する。

- (1) 全国介護レセプトデータは時系列に個人単位で連結し，国民生活基礎調査は，調査年度毎に各調査票を個人単位に一元管理する個人単位データベースシステム（DB）を構築する。
- (2) 国民生活基礎調査の地域単位集計情報および現在使用できる市町村単位情報（e-stat:総務省），ニーズ調査（可能な市町村のみ）等から地域単位 DB を構築する。
- (3) (1)(2)で構築した DB を組み合わせ，質の高い地域包括ケアに向けた政策決定に資する各都道府県および市町村への還元資料算出システムを構築する。

0.1.3 目指す実装成果

<実装1ー現場へ>

構築した DB に基づく分析結果や地域別の還元資料（上述 B の(4)）を、全国の各レベルの担当者（市町担当者、国保連合会担当者および事業者）に説明する機会を作り、根拠に基づく政策策定への理解および評価指標を定めた PDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルの重要性の理解を推進する（日本公衆衛生学会などの活用）。

契約のあるモデル市町村においては、それぞれの契約に応じた該当地域の結果（一部モデル地域では医療保険と介護保険のレセプトデータを連結した分析による結果）を直接還元し、これらの資料を活用し、具体的に政策決定に活用しうるまで伴走し、担当者の教育を実施する。さらに、施策の成果を同じ指標で継続的に評価し（後ろ向き評価も含む）、地域の PDCA サイクル実施を支援する（モデル地域における医療保険と介護保険のレセプトデータの連結による指標は、今後の KDB（国保データベース）を活用した指標構築に資する）。可能な限り長期的に(2)の PDCA サイクルを継続し、その成果を(1)で示すことにより、モデル地域への参加を促進し、より広域な根拠に基づく政策策定支援を展開する。

<実装2ー研究者へ>

二次データを活用したい研究者のために、これらのデータについての申請支援を実施し、申請許可後に提供可能な必要データを、DB 構築システムを用いて編集して提供するなどの支援を実施する（研究者への二次データ活用支援システム）。

0.2 対象データ

(1) 全国データ

介護レセプトデータ、国民生活基礎調査、高齢者縦断調査、医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査、病院報告、医師・歯科医師・薬剤師調査、患者調査、社会医療診療行為別調査、社会・人口統計体系、国勢調査小地域集計、市町村別決算状況調、福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報（WAMNET）

(2) 地域データ

介護レセプトデータ、住民基本台帳、医療レセプトデータ(国保・後期高齢者)、人口動態調査死亡個票データ、主治医意見書、要介護認定調査

(3) モデル地区における医療レセプトと介護レセプトの連結データ

(4) その他のデータ

患者調査、中高年者縦断調査、介護サービス施設・事業所調査、社会診療行為別調査、病院報告、医療施設静態調査、医療施設動態調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、介護サービス事業所公表システム(WAMNET)、社会・人口統計

体系市町村編

0.3 研究デザイン

- (1) 経時悉皆調査（介護レセプトデータ：2006～2016年）によるコホート研究デザイン（連結不可能匿名化された個人が紐づく継時的断面調査研究），介護レセプトデータは，提供を拒否した以外の自治体の介護レセプトデータとなる。
- (2) 繰り返し断面研究デザイン（国民生活基礎調査（昭和61年，平成1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22年））
- (3) (1)(2)と各種二次データを補助情報とするコホート研究デザイン。
- (4) 医療保険（国民健康保険及び後期高齢者医療制度対象者）と介護保険のレセプトデータを個人単位で連結したコホート研究デザイン，または医療レセプトのみのコホート研究デザイン。
- (5) 断面研究デザインまたは縦断研究デザイン。
- (6) 数理モデル

0.4 拠点

- (1) 基盤整備拠点
データ研究支援センター： 筑波大学
- (2) 研究拠点
研究拠点1（本部）： 筑波大学
研究拠点2： 早稲田大学
研究拠点3： 福島県立医科大学
研究拠点4： 東京大学
- (3) 実装拠点（実装拠点地域，実装地域）
実装拠点1（本部）： 筑波大学・茨城県つくば市，北海道伊達市，網走市
実装拠点2： 福岡大学・福岡県筑前町
実装拠点3： 東京都長寿医療研究センター・福島県相馬市

0.5 研究事務局

筑波大学 ヘルスサービスリサーチ研究室

E-mail: hsr@md.tsukuba.ac.jp

tel/fax 029-853-8324

目次

0. 概要	2
シエーマ	2
研究体制	3
0.1 目的	4
0.1.1 研究(分析).....	4
0.1.2 研究を実現するための基盤整備	4
0.1.3 目指す実装成果.....	5
0.2 対象データ	5
0.3 研究デザイン	6
0.4 拠点	6
0.5 研究事務局.....	6
1. 研究の名称.....	16
2. 研究の目的.....	16
2.1 研究	16
2.2 対象データ	16
2.3 研究デザイン	17
2.4 社会実装	17
3. 研究の背景と意義.....	17
3.1 この研究が必要である背景（研究の合理性の根拠）	17
3.2 現在までの研究蓄積.....	19
3.3 この研究によって明らかになること	19
3.4 この研究の知見による貢献の大きさについて	19
3.5 研究デザイン	20
4. 本研究で用いる基準・定義.....	20
4.1 要介護度（要介護度区分）と要介護度認定	20

4.2	在宅継続期間	21
4.3	介護費用	21
4.4	医療費	21
5.	データの準備状況および使用するデータの特徴	21
5.1	データの準備状況	21
5.1.1	別プロジェクトで整備しているデータ	21
5.1.2	公表データ	23
5.2	使用するデータとその特徴	23
(1)	全国データ	23
5.2.1	国民生活基礎調査	23
5.2.2	全国介護レセプトデータ	24
5.2.3	中高年者縦断調査	25
5.2.4	医療施設調査	25
5.2.5	介護サービス施設・事業所調査	25
5.2.6	病院報告	25
5.2.7	医師・歯科医師・薬剤師調査	26
5.2.8	患者調査	26
5.2.9	社会医療診療行為別調査	26
5.2.10	社会・人口統計体系	26
5.2.11	国勢調査小地域集計	26
5.2.12	都道府県/市町村別決算状況調査	27
5.2.13	介護サービス情報公表システム	27
5.2.14	福祉医療機構が運営する、福祉・保健・医療の総合情報(通称 WAMNET) の介護事業者情報	27
(2)	地域データ	27
5.2.15	介護レセプトデータ	27
5.2.16	医療レセプトデータ (国保・後期高齢者)	27

5.2.17	住民基本台帳.....	27
5.2.18	人口動態調査死亡個票データ	28
5.2.19	主治医意見書.....	28
5.2.20	要介護認定調査.....	28
5.2.21	介護保険計画策定のためのニーズ調査（日常生活圏域ニーズ調査）	28
5.2.22	法医学データベース	29
5.2.23	日本外傷データバンク	29
(3)	モデル地域における医療レセプトと介護レセプトの連結データ	29
5.2.24	福岡県筑前町の場合	29
5.2.25	福島県相馬市の場合	30
5.2.26	北海道伊達市の場合	31
6.	研究の遂行方法および統計解析.....	31
(1)	介護レセプトデータ個票のみを用いた分析	31
6.1	介護保険サービス利用の全国における実態	31
6.2	介護アウトカム指標の全国における実態.....	33
6.2.1	在宅継続期間の算出アルゴリズム	33
6.2.2	主たる統計解析	34
6.3	介護アウトカム指標とサービスとの関連.....	35
6.3.1	主たる統計解析	35
6.4	各種介護保険改正によるサービス利用実態への影響	35
6.4.1	主たる統計解析	36
(2)	国民生活基礎調査個票データのみを用いた分析	36
(2)-1	高齢者.....	36
6.5	家族介護者の現状把握，家族介護の経済評価，及び介護者支援政策の提言	37
6.5.1	主たる統計解析	37
6.6	認知症にともなう主介護者の生活上の損失に関する基礎的分析.....	37
6.6.1	主たる統計解析	37

(2)-2 子ども、障害者、貧困者等社会的弱者	37
6.7 子育てが母親・父親の身体的・精神的健康に関連する要因とその経年変化 38	
6.7.1 主たる統計解析	38
6.8 障害のある者の実態およびニーズ把握に関する研究	38
6.8.1 主たる統計分析	38
6.9 所得状況等による生活・健康・介護の実態に関する研究	39
6.9.1 主たる統計解析	39
(3) 介護レセプトデータ個票+事業所/市町村/都道府県データを用いた分析	39
6.10 地域指標の作成.....	39
6.10.1 主たる統計解析	40
6.11 居宅介護支援事業所特性の違いがサービス種類数・利用量等に与える影響 の検証.....	40
6.11.1 主たる統計解析	41
6.12 地域特性を加味した介護アウトカム指標とサービス利用との関連および 要因分析	41
6.12.1 主たる統計解析	42
6.13 介護サービス施設・事業所の人的資源充足度と利用者の要介護度変化の関 連の解明	42
6.13.1 主たる統計解析	42
6.14 介護サービス事業所数の変化要因および介護費への影響	43
6.14.1 主たる統計解析	43
6.15 認知症にともなう介護費用に関する基礎的分析	44
6.15.1 主たる統計解析	44
6.16 施設介護と在宅介護の費用対効果の比較.....	44
6.16.1 主たる統計解析	44
6.17 施設/事業所および地域の介護サービスにおける生産性分析.....	45
6.17.1 主たる統計解析	45

(4)地域データ	46
(4)-1 医療レセプト個票+介護レセプト個票の連結データを用いた分析	46
6.18 介護保険サービスの利用による将来の医療・介護費用増大への影響.....	46
6.18.1 主たる統計解析	46
6.19 高齢者に対する予防接種の医療及び介護費用抑制効果の検証	47
6.19.1 主たる統計解析	47
6.20 糖尿病と介護の内容, 介護度, 介護費等との関連に関する研究	47
6.20.1 主たる統計解析	48
6.21 療養場所移動パターンの把握と再入院の発生率・関連要因に関する分析..	48
6.21.1 主たる統計解析	49
6.22 医療と介護の連携の程度によるアウトカムの違い	49
6.22.1 主たる統計解析	49
(4)-2 医療レセプト個票を用いた分析	50
6.23 二号被保険者における要介護の主要な原因とされる疾患の分布に関する 分析 50	
6.23.1 主たる統計解析	50
6.24 地域における認知症の医療レセプトによる実態把握	51
6.24.1 主たる統計解析	51
(5) その他統計を用いた分析.....	52
(5)-1 その他統計(全国データ).....	52
6.25 地域における医療供給体制, 及び, 医療サービスの質が施設/在宅介護需 要に与える影響についての定量的分析.....	52
6.25.1 主たる統計解析	52
6.26 家族介護による社会参加活動状況の変化とそれによる精神健康への影響..	53
6.26.1 主たる統計解析	53
6.27 高齢者の外傷パターンおよび退院後の療養場所の解析	53
6.27.1 主たる統計解析	53

(5)-2 日常生活圏域ニーズ調査を用いた分析	54
6.28 高齢者の生活状況及び支援ニーズの実態	54
6.28.1 主たる統計解析	54
6.29 高齢者および介護者の Well-Being の実態および関連要因（『日常生活圏域ニーズ調査』を用いたモデル地域を基本にした市町村レベル分析）	54
6.29.1 主たる統計解析	55
(5)-3 その他統計(地域)	55
6.30 高齢者死亡の実態からみた地域包括ケアへの提言(岡山県における法医学関連データ分析).....	55
6.30.1 主たる統計解析	56
(6) 包括的総合解析.....	56
6.31 時系列・予測・包括的シミュレーション解析.....	56
6.31.1 主たる統計解析	56
6.32 地域包括ケアシステム構築, 改善のために必要な, 全国調査設計に関する検討 57	
6.32.1 主たる統計解析	57
7. 統計学的事項	57
7.1 主たる解析.....	58
7.1.1 判断基準および使用ソフト.....	58
7.2 追加解析	58
8. 拠点の設定.....	58
8.1 基盤整備	58
8.2 研究拠点	58
8.3 実装拠点	58
9. データ研究支援センター	58
9.1 データ研究支援センターの設置.....	58
9.2 データ研究支援センターの役割.....	59

9.3	データベースの概要.....	59
9.4	拠点間のデータの移動について.....	62
9.5	介護レセプトデータと県別に集計した（個票レベルの連結は不可能であるため）国民生活基礎調査との連結について.....	62
9.6	マニュアル化と外部研究者の支援(実装2 ー対研究者).....	64
10.	実装拠点およびモデル地域.....	64
10.1	モデル地域の設定.....	65
10.1.1	実装拠点1（本部）（筑波大学）におけるモデル地域.....	65
10.1.2	実装拠点2（福岡大学）におけるモデル地域.....	65
	福岡県筑前町とする.....	65
10.1.3	実装拠点3（東京都長寿医療センター研究所）におけるモデル地域	
	65	
	福島県相馬市とする.....	65
10.2	実装拠点の役割.....	65
10.2.1	実装本部.....	65
10.2.2	研究成果の地域へのフィードバック.....	65
10.2.3	地域におけるP D C Aサイクルへの支援.....	66
10.2.4	地域における人材育成.....	66
11.	実装拠点における知見の一般化.....	68
11.1	全国データによる分析結果との対照.....	68
11.2	モデル地域間の相互検証.....	68
11.3	実装拠点の拡充.....	69
12.	スケジュール.....	69
12.1	データ研究支援センターのスケジュール.....	69
12.2	全国データ研究班のスケジュール.....	69
12.3	モデル地域データ研究班のスケジュール.....	69
12.4	実装のスケジュール.....	70

12.5	研究終了後の役割	72
13.	倫理的事項.....	72
13.1	対象者の保護	72
13.1.1	全国データ	72
13.1.2	地域データ	73
13.2	インフォームドコンセント（およびインフォームドアセント）	73
13.3	データセキュリティ	73
13.4	倫理委員会の承認	74
13.5	プロトコルの改訂について	74
13.6	本研究に関わるものの利益相反（COI）の管理について.....	74
13.7	研究機関の長への報告内容及び方法	74
13.8	研究に関する情報公開の方法.....	74
13.9	研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応	75
14.	進捗管理について	75
14.1	定期進捗確認	75
14.1.1	内部モニタリング	75
14.1.2	監査.....	75
14.2	プロトコル違反.....	75
15.	大学等の協力	75
16.	学会などの協力.....	76
17.	研究参加者.....	77
17.1	分担研究者	77
17.2	連携研究者	77
18.	研究組織	78
18.1	データ研究支援センター（筑波大学）	78
18.1.1	人員の役割	78
18.2	研究拠点 1（本部）（筑波大学）	79

18.3	研究拠点 2 (早稲田大学)	79
18.4	研究拠点 3 (福島県立医科大学)	79
18.5	研究拠点 4 (東京大学)	79
18.6	実装拠点 1 (本部) (筑波大学)	79
18.7	実装拠点 2 (福岡大学)	79
18.8	実装拠点 3 (東京都長寿医療センター研究所)	79
18.9	研究運営委員会	80
18.9.1	研究運営委員会の役割	80
18.10	研究評価委員会	80
18.10.1	研究評価委員会の役割	80
18.11	監査	80
18.12	研究事務局	80
18.13	プロトコル作成責任者	80
19.	条件付き採択となった場合の手続き	81
20.	厚生科学課および戦略研究企画・調査専門検討会との関係	81
21.	データ利活用に関わる省庁や自治体との関係	81
22.	研究結果の発表	81
23.	研究成果の帰属	81
24.	参考文献	82

1. 研究の名称

地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ

—二次データ活用システム構築による多角的エビデンス創出拠点—

2. 研究の目的

本研究の目的は、地域包括ケアのための効果的サービス提供のあり方を明らかにすることである。そのために研究等の基盤を整備し、地域包括ケアのために社会実装を行う。

2.1 研究

地域包括ケアのための効果的サービス提供のあり方を多角的に明らかにする。

- (1) 介護保険サービス利用の実態把握とサービスの質の評価を、下記の指標の個人単位での算出および各種の分析により、全国の状況を明らかにする (全国介護レセプトデータ)。

アウトカム指標：①在宅継続期間、②要介護度推移、③介護費用

プロセス指標：①ケアプラン、②サービス利用提供実態

- (2) 地域でケアを必要とする者（要介護高齢者、障害児者、子ども、貧困者等社会的弱者）またはその家族（介護者）のニーズの実態と各種サービス利用の関連を個人単位の分析により、全国の状況を明らかにする (国民生活基礎調査)。
- (3) (1)の個人単位のデータに、地域単位で集計した(2)、および他の二次データを組み合わせることにより、(1)に地域特性を加味した結果を明らかにする (全国介護レセプトデータ+国民生活基礎調査)。
- (4) 一部モデル市町村においては、医療保険と介護保険のレセプトデータおよび他の関連データを個人レベルで連結し、医療と介護のより効果的な連携やバランスを明らかにする（モデル地域：医療レセプトデータ+介護レセプトデータ+その他のデータ）。
- (5) その他各種二次データ（法医学・救急データ、医療施設調査等）を用いて、上記知見を補完する (その他のデータ)。
- (6) 費用対効果分析、時系列分析、予測およびシミュレーション分析により、上記を包括し、総合的に解析する (包括的総合解析)。

2.2 対象データ

- (1) 全国データ

介護レセプトデータ、国民生活基礎調査、高齢者縦断調査、医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査、病院報告、医師・歯科医師・薬剤師調査、患者調査、社会医療診療行為別調査、社会・人口統計体系、国勢調査小地域集計、市町村別決算状況調、福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報

(WAMNET)

(2) 地域データ

介護レセプトデータ, 住民基本台帳, 医療レセプトデータ(国保・後期高齢者), 人口動態調査死亡個票データ, 主治医意見書, 要介護認定調査

(3) モデル地区における医療レセプトと介護レセプトの連結データ

(4) その他のデータ

患者調査, 中高年者縦断調査, 介護サービス施設・事業所調査, 社会診療行為別調査, 病院報告, 医療施設静態調査, 医療施設動態調査, 医師・歯科医師・薬剤師調査, 介護サービス事業所公表システム(WAMNET), 社会・人口統計体系市町村編

2.3 研究デザイン

- (1) 経時悉皆調査(介護レセプトデータ: 2006~2016年)によるコホート研究デザイン(連結不可能匿名化された個人が紐づく継時的断面調査研究), 介護レセプトデータは, 提供を拒否した以外の自治体の介護レセプトデータとなる.
- (2) 繰り返し断面研究デザイン(国民生活基礎調査(昭和61年, 平成1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22年))
- (3) (1)(2)と各種二次データを補助情報とするコホート研究デザイン.
- (4) 医療保険(国民健康保険及び後期高齢者医療制度対象者)と介護保険のレセプトデータを個人単位で連結したコホート研究デザイン, または医療レセプトのみのコホート研究デザイン.
- (5) 断面研究デザインまたは縦断研究デザイン.
- (6) 数理モデル.

2.4 社会実装

- (1) 地域包括ケアのために各市町村への還元(モデル市町村への還元)すること,
- (2) 担当者の教育(モデル市町村・事業所での実施), および
- (3) 介護レセプトデータ活用による介護サービス提供事業所の質の向上及び継続的改善策(PDCAの支援)の実施.
- (4) 医療保険と介護保険のレセプトデータを連結した分析によって地域の実態をより正確に反映した保健福祉医療施策立案に必要な根拠を還元する.

3. 研究の背景と意義

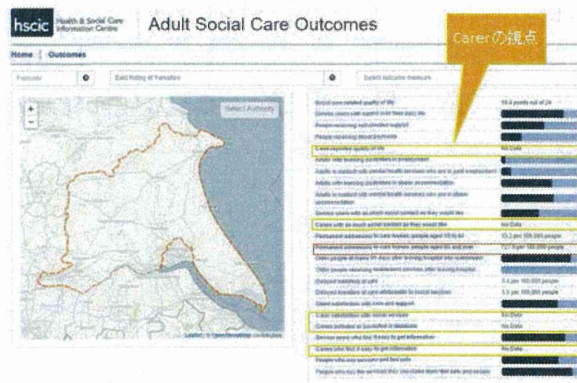
3.1 この研究が必要である背景(研究の合理性の根拠)

他に類を見ない急速な高齢化に向けた対応は, いまや我が国の急務であり, 2025年

を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されているところである。

地域包括ケア実現に向け、保険者である市町村は、従来の介護保険計画に加え、独自の政策策定が求められる。この支援のための情報提供システム「地域包括ケア見える化事業」も厚生労働省により急ピッチで整備中である。これは介護レセプトをはじめとする全国データをもとにした、エビデンスベースドポリシー（EBP: Evidenced Based Policy, 根拠に基づいた保健政策）にむけた市町村への情報提供であり、英国の地方行政への情報提供システム（ASCOF: Adult Social Care Outcomes）と同様、我が国のEBPに向けた画期的なシステムである。

しかし、これを活用しEBPを実現するには、大きな課題がある。それは、オープンな国レベルのデータから多くの研究者によるヘルスサービスリサーチ（HSR: Health Services Research, 保健医療政策研究）が蓄積され、それをもとに各自自治体がEBPを展開しうる欧米とは異なり、我が国では、これらのデータから、いかにして目的に向かった政策の方向を見いだすのかという学術的な蓄積がまだほとんどないことである。実際、H27年度から市町村独自に作成すべきであった介護保険計画は、29年まで実質延期の形になっている。



また、上記 ASCOF では、2013年から家族の状況が政策決定の基礎資料として算出・揭示が必須化された（左図）。HSRの視点では、介護政策には家族の状況の加味が必須であるが我が国では未だ議論されず、実態調査すらされておらず、国民生活基礎調査は介護者の状況を把握しうる唯一の全国データである。

今こそ、全国データを活用し、地域特性を加味した全国レベルの分析による介護福祉政策評価研究 HSR を、現場のニーズに即し全国レベルで学術的に検証することがまず必須である。これらの結果をモデルとした上で、初めて、都道府県・市町村といった地域の視点に還元し、より効果的な政策提言につなげるように協働していく

ことが可能となる。

3.2 現在までの研究蓄積

我々は、老健施設長や在宅医師の経験があり、米国で HSR 手法を修得した主任田宮をはじめ、現場を熟知した HSR の専門家と経済・法学者など学際的チームを組み、一市町村のレセプトデータで、介護度推移 (BMC, 2011),在宅継続期間 (GGI, 2012) 介護費用(BMC, 2011), それぞれをアウトカムとして算出し、サービス評価論文の実績を上げてきた。さらに、介護関連の2大全国レベルデータである介護レセプトデータおよび国民生活基礎調査の個票分析をいち早く構築し、その一部の基礎調査の分析で全国レベル我が国初の介護保険制度評価の国際雑誌への発行 (Lancet, 2011) など、全国データによる学術的蓄積を開始した。全国の介護レセプトデータの利用許可を得て、分析体制を整備し結果を出しているのは当チームのみである。

3.3 この研究によって明らかになること

この全国介護レセプトデータの強みは、在宅生活継続期間など、まさに地域包括ケアの目標そのものであるアウトカム指標を、介護保険“全利用者”における算出ができる点、そして、サービス利用の詳細、すなわち、利用の時期、量、組み合わせを加算情報、提供者情報まで含めて把握できる点、さらに、それらの各データを、各サービス業者、市町村、都道府県の各レベルで算出可能な点である。

また、医療保険と介護保険のレセプトデータを連結した分析をモデル市町村において実施することで、地域における医療と介護の体制を包括的に検討する上での課題が明確にできる。これにより、従来の医療と介護がそれぞれ分割されていたデータによる分析結果よりもさらに地域の実態を反映した保健福祉医療施策立案に必要な根拠を提示できる。

3.4 この研究の知見による貢献の大きさについて

この研究により、全国規模で、在宅継続期間、要介護度推移、介護費用、ケアプランの統一した基準における実態が明らかになる。またこれらと各種サービス利用との関連が明らかになる。さらに解析モデルから各市町村の固有情報（人口、平均年齢、平均要介護度等の情報）を用いることにより、その全国モデルにおけるその地域の在宅継続期間、要介護度推移、介護費用等の特性値を推定できる。この推定値と実際値との比較より、その地域の全国に対する相対的な情報があきらかになる。これを用いてその地域の介護に関する方策を導くことができる。今まで明らかにされていなかった全国情報や、各地域の情報が明らかになることで、地域包括ケア政策における PDCA サイクルを回すことができるようになる。これは現在

のわが国の高齢者福祉の状況の改善に絶大な寄与となる。

また、医療保険と介護保険のレセプトデータを連結した分析を医療と介護を個人単位で合算した費用が明らかになる。これにより地域包括ケア政策立案において、医療と介護を同時に考慮した地域住民の生活実態に近い根拠を還元することが可能となる。これは現在及び今後のわが国の高齢者保健医療福祉に関する政策を検討する上での必須と考えられる。さらに、医療保険と介護保険のレセプトデータを連結する上での問題点を明らかにすることで、医療保険と介護保険を合算したレセプトデータを全国レベルで構築する上での貴重なノウハウを得ることが可能となる。

3.5 研究デザイン

- (1) 経時悉皆調査（介護レセプトデータ：2006～2016年）によるコホート研究デザイン（連結不可能匿名化された個人が紐づく継時的断面調査研究）、介護レセプトデータは、提供を拒否した以外の自治体の介護レセプトデータとなる。
- (2) 繰り返し断面研究デザイン（国民生活基礎調査（昭和61年、平成1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22年）
- (3) (1)(2)と各種二次データを補助情報とするコホート研究デザイン。
- (4) 医療保険（国民健康保険及び後期高齢者医療制度対象者）と介護保険のレセプトデータを個人単位で連結したコホート研究デザイン、または医療レセプトのみのコホート研究デザイン。
- (5) 断面研究デザインまたは縦断研究デザイン。
- (6) 数理モデル

4. 本研究で用いる基準・定義

4.1 要介護度（要介護度区分）と要介護度認定

要介護度とは、その人が介護を必要とする程度を表した区分で、下記のように、全部で8区分ある。要介護度認定とは、申請者を8つの要介護度区分に認定する手続きである。

表 要介護度区分と介護保険サービス利用の可否

状態	要介護度区分	サービス利用の可否
要介護状態	要介護5	可
	要介護4	
	要介護3	
	要介護2	
	要介護1	
要支援状態	要支援1	可
	要支援2	
非該当	— 自立 —	不可