

表 39 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の慢性腎不全の罹病状況の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.33$)

表 39 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の慢性腎不全の罹病状況の関係
(N=613)

クロス表

			慢性腎不全201104		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	383	27	410
		糖尿病201104 の %	93.4%	6.6%	100.0%
	1	度数	185	18	203
		糖尿病201104 の %	91.1%	8.9%	100.0%
合計		度数	568	45	613
		糖尿病201104 の %	92.7%	7.3%	100.0%

表 40 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と観察期間中の慢性腎不全の新規診断の関係を
見たものである。有意ではないが糖尿病のある群で慢性腎不全の新規診断の割合が高い
傾向が観察された (χ^2 乗検定: $p=0.09$)

表 40 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の慢性腎不全の新規診断の関係
(N=613)

クロス表

			慢性腎不全新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	194	44	238
		筋骨格系疾患201104 の %	81.5%	18.5%	100.0%
	1	度数	316	59	375
		筋骨格系疾患201104 の %	84.3%	15.7%	100.0%
合計		度数	510	103	613
		筋骨格系疾患201104 の %	83.2%	16.8%	100.0%

表 41 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の筋骨格系疾患の罹病状況の関係をみたものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=1.00$)

表 41 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の筋骨格系疾患の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			筋骨格系疾患201104		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	159	251	410
		糖尿病201104 の %	38.8%	61.2%	100.0%
	1	度数	79	124	203
		糖尿病201104 の %	38.9%	61.1%	100.0%
合計		度数	238	375	613
		糖尿病201104 の %	38.8%	61.2%	100.0%

表 42 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と観察期間中の筋骨格系疾患の新規診断の関係をみたものである。両者に有意の関連は認められなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.40$)

表 42 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と察期間中の筋骨格系疾患の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			筋骨格系疾患新規		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	344	66	410
		糖尿病201104 の %	83.9%	16.1%	100.0%
	1	度数	176	27	203
		糖尿病201104 の %	86.7%	13.3%	100.0%
合計		度数	520	93	613
		糖尿病201104 の %	84.8%	15.2%	100.0%

表 43 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の認知症の罹病状況の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.28$)

表 43 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の認知症の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			認知症201104		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	355	55	410
		糖尿病201104 の %	86.6%	13.4%	100.0%
	1	度数	169	34	203
		糖尿病201104 の %	83.3%	16.7%	100.0%
合計		度数	524	89	613
		糖尿病201104 の %	85.5%	14.5%	100.0%

表 44 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と観察期間中の認知症の新規診断の関係を
見たものである。両者に有意の関連は認められなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.61$)

表 44 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と察期間中の認知症の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			認知症新規		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	358	52	410
		糖尿病201104 の %	87.3%	12.7%	100.0%
	1	度数	174	29	203
		糖尿病201104 の %	85.7%	14.3%	100.0%
合計		度数	532	81	613
		糖尿病201104 の %	86.8%	13.2%	100.0%

表 45 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の認知症以外の精神疾患の罹病状況の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.60$)

表 45 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の認知症以外の精神疾患の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

		認知症以外の精神疾患201104		合計	
		0	1		
糖尿病201104	0	度数	323	87	410
		糖尿病201104 の %	78.8%	21.2%	100.0%
	1	度数	156	47	203
		糖尿病201104 の %	76.8%	23.2%	100.0%
合計		度数	479	134	613
		糖尿病201104 の %	78.1%	21.9%	100.0%

表 46 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と観察期間中の認知症以外の精神疾患の新規診断の関係を見たものである。両者に有意の関連は認められなかった (χ^2 乗検定: $p=0.57$)

表 46 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と察期間中の認知症以外の精神疾患の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

		認知症以外の精神疾患201104		合計	
		0	1		
糖尿病201104	0	度数	323	87	410
		糖尿病201104 の %	78.8%	21.2%	100.0%
	1	度数	156	47	203
		糖尿病201104 の %	76.8%	23.2%	100.0%
合計		度数	479	134	613
		糖尿病201104 の %	78.1%	21.9%	100.0%

表 47 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の肺炎の罹病状況の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=1.00$)

表 47 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と 2011 年 4 月の肺炎の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			肺炎201104		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	390	20	410
		糖尿病201104 の %	95.1%	4.9%	100.0%
	1	度数	194	9	203
		糖尿病201104 の %	95.6%	4.4%	100.0%
合計		度数	584	29	613
		糖尿病201104 の %	95.3%	4.7%	100.0%

表 48 は 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と観察期間中の肺炎の新規診断の関係を見たものである。両者に有意の関連は認められなかった (χ^2 乗検定: $p=0.26$)

表 48 2011 年 4 月の糖尿病罹病状況と察期間中の肺炎の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			肺炎新規		合計
			0	1	
糖尿病201104	0	度数	250	160	410
		糖尿病201104 の %	61.0%	39.0%	100.0%
	1	度数	114	89	203
		糖尿病201104 の %	56.2%	43.8%	100.0%
合計		度数	364	249	613
		糖尿病201104 の %	59.4%	40.6%	100.0%

表 49 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月のがんの罹病状況の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.42$)

表 49 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月のがんの罹病状況の関係
(N=613)

クロス表

			がん201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	210	28	238
		筋骨格系疾患201104 の %	88.2%	11.8%	100.0%
	1	度数	339	36	375
		筋骨格系疾患201104 の %	90.4%	9.6%	100.0%
合計		度数	549	64	613
		筋骨格系疾患201104 の %	89.6%	10.4%	100.0%

表 50 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中のがんの新規診断の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.26$)

表 50 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中のがんの新規診断の関係
(N=613)

クロス表

			がん新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	204	34	238
		筋骨格系疾患201104 の %	85.7%	14.3%	100.0%
	1	度数	334	41	375
		筋骨格系疾患201104 の %	89.1%	10.9%	100.0%
合計		度数	538	75	613
		筋骨格系疾患201104 の %	87.8%	12.2%	100.0%

表 51 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の虚血性心疾患の罹病状況の関係をみたものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.44$)

表 51 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の虚血性心疾患の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			虚血性心疾患201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数 筋骨格系疾患201104 の %	156 65.5%	82 34.5%	238 100.0%
	1	度数 筋骨格系疾患201104 の %	234 62.4%	141 37.6%	375 100.0%
合計		度数 筋骨格系疾患201104 の %	390 63.6%	223 36.4%	613 100.0%

表 52 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の虚血性心疾患の新規診断の関係をみたものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.78$)

表 52 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の虚血性心疾患の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			虚血性心疾患新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数 筋骨格系疾患201104 の %	216 90.8%	22 9.2%	238 100.0%
	1	度数 筋骨格系疾患201104 の %	337 89.9%	38 10.1%	375 100.0%
合計		度数 筋骨格系疾患201104 の %	553 90.2%	60 9.8%	613 100.0%

表 53 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の脳血管障害の罹病状況の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.14$)

表 53 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の脳血管障害の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			脳血管障害201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	162	76	238
		筋骨格系疾患201104 の %	68.1%	31.9%	100.0%
	1	度数	276	99	375
		筋骨格系疾患201104 の %	73.6%	26.4%	100.0%
合計		度数	438	175	613
		筋骨格系疾患201104 の %	71.5%	28.5%	100.0%

表 54 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の脳血管障害の新規診断の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=1.00$)

表 54 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の脳血管障害の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			脳血管障害新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	199	39	238
		筋骨格系疾患201104 の %	83.6%	16.4%	100.0%
	1	度数	314	61	375
		筋骨格系疾患201104 の %	83.7%	16.3%	100.0%
合計		度数	513	100	613
		筋骨格系疾患201104 の %	83.7%	16.3%	100.0%

表 55 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の慢性腎不全の罹病状況の
 関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 :
 $p=0.64$)

表 55 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の慢性腎不全の罹病状況の関
 係 (N=613)

クロス表

			慢性腎不全201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	219	19	238
		筋骨格系疾患201104 の %	92.0%	8.0%	100.0%
	1	度数	349	26	375
		筋骨格系疾患201104 の %	93.1%	6.9%	100.0%
合計		度数	568	45	613
		筋骨格系疾患201104 の %	92.7%	7.3%	100.0%

表 56 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の慢性腎不全の新規診断の
 関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 :
 $p=0.38$)

表 56 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の慢性腎不全の新規診断の関
 係 (N=613)

クロス表

			慢性腎不全新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	194	44	238
		筋骨格系疾患201104 の %	81.5%	18.5%	100.0%
	1	度数	316	59	375
		筋骨格系疾患201104 の %	84.3%	15.7%	100.0%
合計		度数	510	103	613
		筋骨格系疾患201104 の %	83.2%	16.8%	100.0%

表 57 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の認知症の罹病状況の関係をみたものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.24$)

表 57 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の認知症の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			認知症201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	198	40	238
		筋骨格系疾患201104 の %	83.2%	16.8%	100.0%
	1	度数	326	49	375
		筋骨格系疾患201104 の %	86.9%	13.1%	100.0%
合計		度数	524	89	613
		筋骨格系疾患201104 の %	85.5%	14.5%	100.0%

表 58 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の認知症の新規診断の関係をみたものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定: $p=0.61$)

表 58 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の認知症の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			認知症新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	198	40	238
		筋骨格系疾患201104 の %	83.2%	16.8%	100.0%
	1	度数	334	41	375
		筋骨格系疾患201104 の %	89.1%	10.9%	100.0%
合計		度数	532	81	613
		筋骨格系疾患201104 の %	86.8%	13.2%	100.0%

表 59 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の認知症以外の精神疾患の罹病状況の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.16$)

表 59 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の認知症以外の精神疾患の罹病状況の関係 (N=613)

クロス表

			認知症以外の精神疾患201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	193	45	238
		筋骨格系疾患201104 の %	81.1%	18.9%	100.0%
	1	度数	286	89	375
		筋骨格系疾患201104 の %	76.3%	23.7%	100.0%
合計		度数	479	134	613
		筋骨格系疾患201104 の %	78.1%	21.9%	100.0%

表 60 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の認知症以外の精神疾患の新規診断の関係を見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった (χ^2 乗検定 : $p=0.10$)

表 60 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の認知症以外の精神疾患の新規診断の関係 (N=613)

クロス表

			認知症以外の精神疾患新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	189	49	238
		筋骨格系疾患201104 の %	79.4%	20.6%	100.0%
	1	度数	318	57	375
		筋骨格系疾患201104 の %	84.8%	15.2%	100.0%
合計		度数	507	106	613
		筋骨格系疾患201104 の %	82.7%	17.3%	100.0%

表 61 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の肺炎の罹病状況の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった(χ²乗検定: p=0.44)

表 61 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と 2011 年 4 月の肺炎の罹病状況の関係
(N=613)

クロス表

			肺炎201104		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	229	9	238
		筋骨格系疾患201104の %	96.2%	3.8%	100.0%
	1	度数	355	20	375
		筋骨格系疾患201104の %	94.7%	5.3%	100.0%
合計		度数	584	29	613
		筋骨格系疾患201104の %	95.3%	4.7%	100.0%

表 62 は 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の肺炎の新規診断の関係を
見たものである。両者の間には明確な関連は観察されなかった(χ²乗検定: p=0.61)

表 62 2011 年 4 月の筋骨格系疾患罹病状況と観察期間中の肺炎の新規診断の関係
(N=613)

クロス表

			肺炎新規		合計
			0	1	
筋骨格系疾患201104	0	度数	138	100	238
		筋骨格系疾患201104の %	58.0%	42.0%	100.0%
	1	度数	226	149	375
		筋骨格系疾患201104の %	60.3%	39.7%	100.0%
合計		度数	364	249	613
		筋骨格系疾患201104の %	59.4%	40.6%	100.0%

D. 考察

本分析により要支援高齢者の要介護度の悪化に認知症、認知症以外の精神疾患、肺炎、慢性腎不全、虚血性心疾患が関連していることが示唆された。特に、認知症と慢性腎不全は2011年4月時点の罹患及び新規診断の両方が要介護度の悪化に関連していた。本研究では糖尿病の罹患状況が要介護度の悪化に関連する要因として検出されなかったが、糖尿病が慢性腎不全や認知症、虚血性心疾患の発症及び悪化に関連していることが、過去の研究から明らかにされている。また、本研究でも糖尿病の罹病は虚血性心疾患と慢性腎不全の罹病に有意に関連していることが示されている。したがって、認知症と慢性腎不全、虚血性心疾患による要介護度の悪化を予防するためにも糖尿病の管理は重要であると考えられる。今回対象とした要支援者の33%は分析開始時の2011年4月の時点で糖尿病に罹患しており、数の面からも管理の重要性は高いと言える。糖尿病予防については75歳未満の被保険者及びその家族を対象に特定健診・特定保健指導事業が行われているが、介護予防という観点からは後期高齢者についても同様の事業が行われるべきであろう。

また、肺炎罹患と要介護度悪化に絞ったCoxの比例ハザード分析では肺炎の新規診断が要介護度の悪化に有意に関連していた。これまでの研究でも肺炎への罹患が自立度悪化の要因であることが明らかとなっており、その意味でも肺炎予防は重要な介護予防のための重要な施策の一つであると言える。要支援レベルの高齢者の場合、誤嚥性肺炎よりも市中肺炎の方が重要であり、したがって肺炎球菌ワクチンやインフルエンザワクチンの接種が積極的に進められるべきであろう。昨年度の本研究では肺炎球菌ワクチンの費用便益分析を行っているが、肺炎球菌ワクチンの経済的効果は明らかであった。

分析対象者が罹患している傷病でもっとも多かったのは筋骨格系疾患で、61.2%の対象者が2011年4月の時点で罹患していた。今回の分析では要介護度の悪化や他の疾患の罹病との関連は明らかでなかった。過去の分析でも明らかにされているように要支援高齢者が介護認定を受ける理由としては膝関節症等による移動制限に基づくADL障害が多い。しかしながら、こうした高齢者の筋骨格系疾患の状態は比較的安定しており、2年程度の観察期間でそれが悪化して要介護度が高まることはそれほど多くはないと考えられる。

現行の介護保険制度では傷病情報が体系的に集められていないが、本研究結果が示しているようにベースとなる傷病の状況及び新規に発生する傷病によって要介護度が悪化の確率は大きく変わってくる。また、現在介護サービスの質の議論が活発化しているが、罹病している傷病によって必要な介護予防的なサービスは異なる。例えば、脳血管障害で要介護4になっており嚥下障害と重度の片麻痺がある利用者であれば、誤嚥性肺炎や褥瘡、尿路感染のリスクが高く、したがって介護サービスとしてはそのような事態が生じないように予防的ケア（適切な体位交換や食材の選択）がプロセスとして重要となる。したがって、介護の質の評価としてはリスクのレベルに応じた適切なサービスがどれくらい行われているか（プロセス）、そしてその結果としてどのくらいネガティブイベントが予防できているか（アウトカム）をみることになる。要支援の場合も同様の視点で評価を行うことが必要

であろう。

要支援のような軽度の高齢者の場合、基本的には日常的な傷病の管理が介護予防の点からも重要であることが本研究からも明らかである（例えば、糖尿病の管理や肺炎の予防）。したがって、現在議論が進められている地域包括ケアの体制づくりのためには、いかにかかりつけ医による定期的な健康管理を地域包括ケアの中核的活動として位置づけるかが重要な論点となると考えられる。また、介護予防を適切に進めるためにも傷病情報を制度として適切に収集することが望ましい。具体的には、主治医意見書の情報を公的に活用することが必要であると考え。平成30年の介護保険制度改正を機にそのような情報基盤が整備されることが介護予防の視点からの必須であると考え。

E. 結論

要支援高齢者の要介護度の悪化に認知症、認知症以外の精神疾患、肺炎、慢性腎不全、虚血性心疾患が関連していることが示唆された。特に、認知症と慢性腎不全は2011年4月時点の罹患及び新規診断の両方が要介護度の悪化に関連していた。このことは軽度要介護高齢者の場合、日常的な医学的管理が介護予防の視点からも重要であることを示している。介護予防を適切に進めるためにも傷病情報を制度として適切に把握することが望ましいと考えられる。

F. 健康危険情報

特に関係なし。

G. 研究発表

特になし

医療介護総合分析システムの精緻化

A. 目的

我々は本研究で自治体の保有する医療・介護レセプト及び関連の情報を個人単位で連結し分析する仕組みの開発を行ってきた。平成 28 年度研究では対象となる自治体関係者の意見も取り入れながら、その有用性を改善するための精緻化を行った。ここではその主な内容について説明する。

B. 方法

データは福岡県の 1 自治体の医療・介護レセプト、特定健診・特定保健指導データ、日常生活圏域ニーズ調査結果、総合事業の参加記録当である。これらのデータを匿名化された個人 ID を用いて連結し、総合的に分析できるシステムとした。なお、データの利用に関しては、対象自治体の議会の個人情報保護委員会の了承を得るとともに、産業医科大学倫理委員会の審査を受けた。

C. 結果

表 1 は分析対象となった自治体の後期高齢者で 2012 年 1 月から 2015 年 3 月までの間に新たに胃瘻増設術を行い、胃瘻継続中の患者数とその保有する病気を経時的に見たものである。

表 1 新たに胃瘻増設術を行った患者の状況

傷病別患者数分析	傷病別患者数分析														合計
診療年月	胃瘻患者数	脳梗塞	胃がん	大腸がん	肝がん	膵がん	肺炎	COPD	糖尿病	虚血性心疾患	特種しう症	血管性認知症	アルツハイマー病	骨折	
201201	180	41	0	9	0	19	83	100	57	51	33	46	32	28	
201202	10	0	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	
201203	17	7	0	0	0	0	0	10	7	0	10	0	0	0	
201204	9	0	0	0	0	9	9	9	9	0	0	0	0	0	
201205	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	6	
201206	16	10	0	0	0	16	9	0	0	0	0	0	0	0	
201211	9	0	0	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0	0	
201212	18	0	0	0	0	0	8	10	0	0	10	0	0	0	
201303	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
201306	17	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	6	0	0	
201310	11	4	0	0	0	0	4	0	7	7	0	4	7	0	
201408	7	7	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7	0	0	
201409	19	0	0	9	0	10	0	10	9	10	0	0	0	0	
201410	10	0	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	10	0	
201412	14	7	0	0	0	0	7	7	0	0	7	14	0	7	
201502	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	
201503	15	6	0	0	0	0	15	15	15	15	0	15	9	0	

例えば、2015 年 3 月をみると 15 名の患者が胃瘻継続中であるがその内訳を見ると肺炎 15 名、COPD 15 名、糖尿病 15 名、虚血性心疾患 15 名、血管性認知症 15 名となっている。この結果はこのような傷病をすべて持っている者が胃瘻を設置されていることを示している。また、6 名は脳血管障害に罹病していることもわかる。

胃瘻の是非については現在さまざまところで議論されているが、まずどのような病態の高齢者が胃瘻を使っているのかに関するこのような客観的なデータが感情的な議論を避けるためにも必要であると考えられる。

表 2 は 2015 年 3 月に異なる医療機関（調剤薬局を含む）から薬効 9 ケタベースで同じ薬剤を処方された高齢者についてどの領域の薬剤の重複処方が多いかを分析した結果を示したものである。561 名の後期高齢者が薬効 9 ケタレベルで 2 か所以上の医療機関から重複した処方を受けているが、最も頻度の高いのは中枢神経系用薬であった。次いで循環器用薬、消化器用薬、外皮用薬であった。

表 2 重複処方された薬の種類（2015 年 3 月診療分）

患者数	患者数
薬効中分類	患者数 /
	561
11.中枢神経系用薬	112
21.循環器用薬	108
23.消化器用薬	104
26.外皮用薬	63
33.血液・体液用薬	40
39.その他の代謝性医薬品	28
13.感覚器用薬	26
22.呼吸器用薬	17
12.末梢神経系用薬	15
52.漢方製剤	12
31.ビタミン剤	11

表 3 は外皮用薬について薬効 9 ケタ別にその内容を詳細に見たものである。ケトプロフェンが最も多く、いわゆる湿布薬で重複処方が行われている場合が多いことがわかる。

表 3 薬効 9 ケタ別に見た外皮用薬の重複処方の状況

患者数	患者数
薬効名	患者数 /
	63
ケトプロフェン(外)S3	22
ケトプロフェン(外)S2	15
ケトプロフェン(外)S1	6
ロキソプロフェンナトリウム水和物(外)S3	5
フルルビプロフェン(外)S1	3
ゲンタマイシン硫酸塩(外)M1	2
インドメタシン(外)S1	2
ポピドンヨード(外)Q3	1
クロタミトン(外)N1	1
クロベタゾン酪酸エステル(外)M1	1
フェルビナク(外)S1	1
フェルビナク(外)M1	1
ロキソプロフェンナトリウム水和物(外)S2	1
ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酪酸エステル(外)M1	1
フラジオマイシン硫酸塩(外)S1	1

E. 考察

本研究からも明らかなように、我が国は医療政策・介護政策の立案・評価に活用可能な情報がすでに実務レベルで存在している。例えば、現在議論されている高齢者の胃瘻や重複処方状況を客観的なデータとして、各自治体レベルで示すことが可能なのである。こうしたデータがあることで、被保険者である国民が自らの終末期医療のあり方や医療財政を担う立場としての適切な受療行動のあり方について具体的に考えることができる。特に後期高齢者の重複処方の回避については医療安全の面から非常に重要であり、このようなデータを示すことで国民に安全な受療行動をとることを促すことが可能になる。

我が国のレセプトデータを他国の類似データと比較すると、情報の詳細さとカバー率、そして規模において我が国のそれは他国のものよりも優れている。しかしながら、このデータがこれまで十分に活用されてこなかった。そのもっとも大きな理由は情報を活用するための基盤整備の不足である。これらのデータを基礎的自治体レベルで集約し、それを総合的に分析することでそれぞれの地域の実情にあった保健政策の運営が可能になる。

これまでの医療および介護関連の計画は、国が策定のためのマニュアルを作成し、そのテンプレートにあった数字を当てはめるだけに過ぎないものが少なくなかった。しかしながら、高齢化や医療・介護資源に大きな地域差が生じている今日の状況で、画一的な視点からの計画策定は有用ではない。同じ都道府県内、さらには同じ市町村内でも以上の要因に大きな差が存在している現状を考慮すれば、都道府県の支援を受けながら各市町村で政策運営のためのある程度の分析ができることが望ましいだろう。

高齢者、特に後期高齢者のもつ健康課題は複合的であり医療・介護の双方にまたがる。加えて、両保険制度で給付されるサービスは重なっている部分も多く、したがって介護予防事業の効果については医療・介護サービスの利用状況を総合的に見るものでなければならない。実際、平成 26 年度研究では二次予防事業に参加している高齢者の方が医療給付の使用額が少ないことが示されている。

地域包括ケアは基礎的自治体レベルで保健政策の PDCA サイクルが回ることを前提としている。そのためには基礎的自治体レベルでそうした分析ができるための情報基盤の構築とそれを活用するための人材育成が急務である。以下、今後の課題について列挙する。

(1) より良いシステムにするための課題

本研究で示したように医療介護関連情報を総合的に分析するための仕組みを、既存データをもとに自治体レベルで作成することは可能である。しかし、こうしたシステムを一般化するための課題も多い。以下、その主なものについて列挙し検討する。

1) システム構築のパッケージ化と支援体制の整備

今回の研究にあたっては対象自治体の 1 年分のデータを一括処理するという手順で行ったが、1 自治体あたりデータ加工に 2 週間、システム構築に 2 週間の合計 4 週間が最低でも必要になる。一連の作業過程では SQL server による加工などデータベースを

扱う作業が必須となるが、これを各自治体の担当者が担うことには無理がある。したがって、こうしたデータ加工と分析画面の設計を支援する体制が必要となる。システムの基本的な部分は共通であるとしても、自治体ごとに活用可能な情報にはばらつきがあり、また注目すべき点も異なることを考えれば、都道府県や地域の大学関係者が支援する体制を構築するとともに、DPC や介護保険制度導入時と同様にシステム整備に関してベンダーとの一定の取り決めを行い、その基盤を標準化しておくことが必要である。基盤を標準化することで、いわゆる「囲い込み」の防止が可能であり、国全体としてコストパフォーマンスの良いものにすることができる。

特に取り込むべき基本情報（特に医療・介護レセプト）については加工手順を標準化しておくことが必須である。現在、国保中央会が医療・介護の総合データベースを開発しているが（いわゆる KDB）、これが完成し、そのシステムから保険者単位で被保険者のデータが切り出せるようになると、システムの運用費用を大幅に軽減できるであろう。

また、今回の分析では傷病別の検討も行ったが、これは医療と介護の両方のレセプトが存在する対象者に限定される。傷病別の分析は対策を考える上で重要な視点であり、主治医意見書の情報が使えるようになることが必要である。関係者による前向きな協議を期待したい。

2) 既存情報の精度の向上

今回のシステム構築で苦労した問題の一つに情報精度がある。特に支払いに直接関係しないがデータの個人化に必要な情報でばらつきがあり（例えば全角・半角の混在や外字を使った記号、未コード化病名など）、データベース化の加工作業で問題となった。問題の大半は個々のサービス提供者におけるレセプト情報系のシステムのマスターに起因するものであり、その標準化が喫緊の課題である。エラーがあると、それが一つであっても場合によってシステム構築に大きな負荷をかけ、結局コスト増になってしまう。DPC 事業でレセコンのマスターの標準化を求めたように、医療・介護レセプト双方の連結を視野に入れた情報システムの標準化が必要であり、時間軸を定めて段階的に行っていくべきであろう。

3) 利用者のキャパシティビルディング

システムはそれがハード的にどんなに優れたものであっても、それを使う人材の育成というソフト面の充実をきちんと行わなければ十分に活用されない。筒井は保険者機能を基礎的機能（被保険者の管理、支払い事務など）、発展的機能、戦略的機能の3つに区分した上で、現在の我が国の保険者のほとんどは基礎的機能さえ十分に果たしていないと問題提起している。地方自治体の業務全体の中での社会保障関連業務は、その量の増大化とともに、その内容も複雑化している。特に医療に関してはある程度

医療サービスの内容に関する知識も求められるようになってきている。このような状況を考えると、ジョブローテーションを基本とする地方自治体の人事制度そのものが保険者機能を発揮するための阻害要因になっているのかもしれない。

長期的にはこうした人事制度そのものを再考していく必要があると思われるが、当面の課題として策定したシステムを使うことができる人材育成が重要となる。本研究では協力自治体の関係者を対象とした説明を複数回行うことで対応しているが、今後このシステムを一般化するためには、研修体制についてもその体系化が必要である。

D. 結論

我々がこれまでの研究で作成してきた総合情報分析システムを用いて、調査協力自治体の介護関連の既存情報（基本チェックリスト、アセスメント結果、二次予防事業の種類と参加状況、介護認定情報、介護給付情報）を個人ベースでデータベース（DB）化した。このシステムを用いることで、自治体レベルで介護予防事業を始めとした各種保健プログラムをPDCA サイクルに沿って運用できると考えられる。こうしたシステムを実装することにより各地域で地域包括ケア体制の構築が可能になると考えられる。

E. 健康危険情報

特に関係なし。

F. 研究発表

- 1) 松田晋哉、藤野善久：医療保険・介護保険レセプトと特定健診データの連結分析システムの開発、フィナンシャルレビュー、123：69-91、2015.
- 2) Matsuda S and Fujino Y: Development of Analysis System Connecting Healthcare and Long Term Care Insurance Claim Data and Specified Health Checkup Data, Public Policy Review, Vol.11(5)：659-684, 2015

