

厚生労働科学研究 研究費補助金

政策科学総合研究事業

縦断的レセプトデータを用いた医療・介護サービス利用状況の

地域間比較

(H25-政策-若手-014)

平成25年度 総括研究報告書

主任研究者 成瀬昂

平成26(2014)年3月

目次

研究概要

(課題整理 1)

中年期以降成人の生活習慣病...

(課題整理 2)

高齢者の介護予防・要介護高齢者の重度化予防

研究概要

1. 研究背景

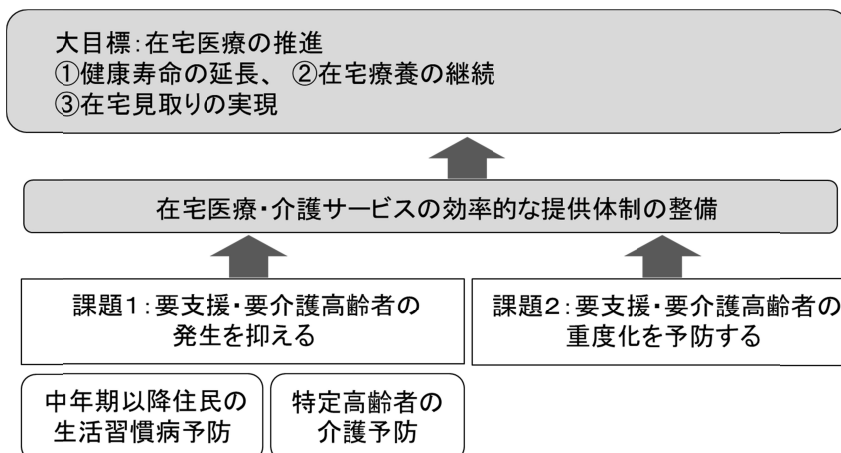
2014年度、日本の高齢者人口は全人口の25%を上回り、その割合はさらに大きくなると予測されている。その結果生じる医療費の急増への備え、および国民の生活の質(QOL)の両観点から、現在の日本の医療・介護・福祉政策の主軸となっているのが在宅医療の推進である。その具体的な課題としては、健康寿命の延長(要介護状態になることを予防)、在宅療養の継続(不要な入院・入所の回避)、在宅看取りの実現、が挙げられる。

現在、地域の医療計画・介護計画を立案するのは各市町村、および都道府県の役割である。各機関は、自身の管轄地域の医療・介護の資源状況を把握し、住民アウトカムの改善に向けて計画をたて、努力することが義務付けられている。在宅看取りの達成率が地域間で大きく異なることがないよう、フォーマル・インフォーマル資源を整備することは、計画立案の重要な視点となる。本研究は、医療・介護計画立案の最小単位である「市町村」に着目し、在宅医療の推進という視点から、地域のサービス資源の充・不足状況とその原因を明らかにすることを目的とする。

本研究は、高齢化が進行し、人口流出が続いている地方の都道府県の事例として「福井県」を分析対象とする。県内全17市町に対してケーススタディ法を参考にした分析を行い、健康寿命、在宅療養の継続、在宅看取り、の3つのアウトカムについて、市町の現状とその原因をつなぐ理論の形成を目指す。これにより、高齢化と人口流出が深刻化する地方都市が、現状を把握し、アウトカムを改善しようとする際の戦略モデルを示すことができると考える。

2. 3年間の計画と研究のフレームワーク

本研究は、3年間の研究期間を経て、健康寿命、在宅療養の継続、在宅看取り、のそれぞれについて、市町の現状とその原因をつなぐ理論の形成を目指すものである。図表-2-1は、研究全体の目的を図式化したものである。高齢化と人口流出が続く地方都市で在宅医療を推進する場合、資源の有効活用という観点から、「予防」に焦点をあて、「効率的な在宅医療・介護サービスの提供体制を整備すること」を目指す取り組みが重要と考え、設定した。



図表 -2-1 研究全体の目的

本研究では、「要支援・要介護高齢者の発生を抑える」、「要支援・要介護高齢者の重度化を予防する」の2課題に注目し、これらの取り組みについて、地域のサービス資源の充・不足状況とその原因を明らかにすることから開始した。「要支援・要介護高齢者の発生を抑える」は、さらに(1) 中年期以降住民の生活習慣病予防、(2) 特定高齢者の介護予防、の2段階に分け、「要支援・要介護高齢者の重度化を予防する」と合わせて3つの予防的取り組みについて、その現状を評価し、その具体的な改善策を提案することを目指す。

上記の3つの予防的取り組みについて、各市町村のサービス提供体制を評価するためのフレームワークとして、Donabedianの「医療の質を評価する視点」を用いた。これは、「医療の質」を測る視点として、「ストラクチャー(構造)」、「プロセス(過程)」、「アウトカム(成果)」の3つを提案したものである。ストラクチャーは医療を提供するための体制、プロセスは医療者により実施された診療やケアの内容の評価、アウトカムは診療・ケアにより実際に得られた効果を評価するものである。

プロセスの評価は、診療ガイドラインなどで推奨されているエビデンスの確立した診療項目を指標として定め、患者に提供されるべきベストプラクティスと、実際に提供された医療との乖離を測定するのが一般的な方法である。アウトカムの指標としては、臨床的アウトカムとして院内死亡率、再入院率などのほか、合併症発生率といった避けるべきアウトカム、さらには患者満足度やQOL等の患者報告アウトカム(patient reported outcome: PRO)や、在院日数・コスト等の経済的アウトカムなどを用いることが一般的である。

これら「ストラクチャー(構造)」、「プロセス(過程)」、「アウトカム(成果)」の視点に従って、(1) 中年期以降住民の生活習慣病予防、(2) 特定高齢者の介護予防、(3) 要支援・要介護高齢者の重度化予防、の3つの予防的取り組みの現状を評価することとする。

3. 本年度の実施内容と成果

本年度は、以下の方法で実施し成果が得られた。

1) レセプトデータ連結システムの開発

本研究事業では、市町村住民の ~ の現状を把握するため、福井県の国民健康保険組合連合が管理する医療・介護給付レセプトデータと特定健診受診者データ、同県の広域連合が管理する後期高齢者医療制度の医療レセプトデータ、および各市町が管理する介護予防事業対象者データ、を活用する。

初年度は、上記のレセプト等データを活用するために必要な調査説明・各団体との契約と、データ抽出のためのプログラム開発を行うことを主とした。このシステムは、種類の異なる保険に加入する者について、同一個人を連結し、住民の医療・介護等資源の消費状況を多面的に把握すること、および、同一個人に関する経時データを連結し、住民の資源消費状況を縦断的に把握することを目的に開発した。

異なるデータ間で同一個人を特定・連結するためのキー変数は、国民健康保険の被保険者番号とした。これにより、国民健康保険の医療レセプト・特定健診データ・介護保険給付レセプトは、すべて連結することが可能である。後期高齢者医療制度の医療レセプトデータには、国民健康保険の被保険者番号は含まれていないため、介護保険の要介護認定を受けている者についてのみ、その被保険者番号で前述の国民健康保険の医療レセプト・特定健診データ・介護保険給付レセプトと連結することができる。そのため、今後本事業においては、0歳から74歳までを基本的な解析対象とする。さらに、介護保険の要介護認定を受けており、連結可能な場合のみ、75歳以上の高齢者のレセプトデータも解析に含むこととする。

2) 課題整理1：中年期以降成人の生活習慣病

方法：糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出血）に焦点をあて、福井県内17市町について、それぞれの疾患関連レセプトの人口あたり発生率を比較した。

また、17市町のうち県北部3市町、県南部2市町の計5市町のみを対象に、特定健診での疾患関連指標データの比較、および生活習慣・受療行動に対する住民の嗜好性に関するヒアリングを行った。これにより、糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出血）について、診断を受ける前の住民の疾患発生リスクを把握することを目的とした。あわせて、住民の生活習慣の実態とその背景要因を明らかにすることを目的に、同県内市町Nでの一般住民対象調査結果（同県内で実施された調査データ）の二次分析を行った。

成果：同県内の17市町間で、糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出

血) 関連レセプトの発生率は大きく異なっていた。こうした住民の受療行動の違いから、次年度以降は医療・介護サービスの提供体制の充足状況を評価する。そこでは、疾患別、入院・入院外別にレセプト発生件数を集計すること、入院・入院外のレセプト発生経緯を縦断的に集計することが重要である。また、診断を受ける前の段階の生活習慣の実態を評価し、予防的取り組みの介入策等を提案するには、住民の医療行動や健康行動に対する規範意識を評価すること、住民の産業構造に合わせた生活習慣指標を評価することが重要である。調査に基づいて市町の住民属性を数値化し、より住民のニーズにあった市町の「生活習慣病予防」事業を提案する。

3) 課題整理 2 : 高齢者の介護予防・要介護高齢者の重度化予防

方法：高齢者の介護予防・要介護度の悪化予防に関連する現状と課題を整理するため、介護予防事業データ、および介護給付費データの解析を行った。高齢者の要介護認定率の市町間比較、各市町で行われている介護予防事業の実施状況・効果評価、要介護 1～2 の認定を受けた高齢者の予後 12 か月の要介護度の悪化者割合の市町間比較、を行った。さらに、17 市町のうち県北部 3 市町、県南部 2 市町の計 5 市町のみを対象に、在宅医療・介護サービスの利用に関する住民の嗜好性に関するヒアリングを行った。これにより、要支援・要介護認定率、および要介護度の悪化率に市町間で差が生じる原因について、仮説を探索した。

成果：要支援・要介護認定率、および要介護度の悪化者発生率の分布が市町間で異なっていた。その分布が異なる原因について、次年度以降は医療・介護サービスの提供体制の充足状況をもとに評価する。まず、介護予防事業の提供体制については、スクリーニングから参加までの待機期間の長さが適切かどうか、参加者の対象像と介入内容(介入の種類、回数、期間の長さ)が合致しているか、参加者の像に応じて適切な評価指標が特定できているか、の 3 点からの評価が必要であることがわかった。

また、要介護度の悪化に関連する要因として、医療・介護サービスの利用率とその背景にある住民の規範・価値観があり、住民が求める理想的な「在宅医療・介護サービス」を市町ごとに記述し、その差が各市町のサービス利用状況に与える影響を排除した上で、現在提供されているサービス提供量の充足状況を評価することが重要であると言える。

次年度以降の取り組みは、これら ～ を骨子に、介護予防、および要介護度の悪化予防の取り組みについて評価する。

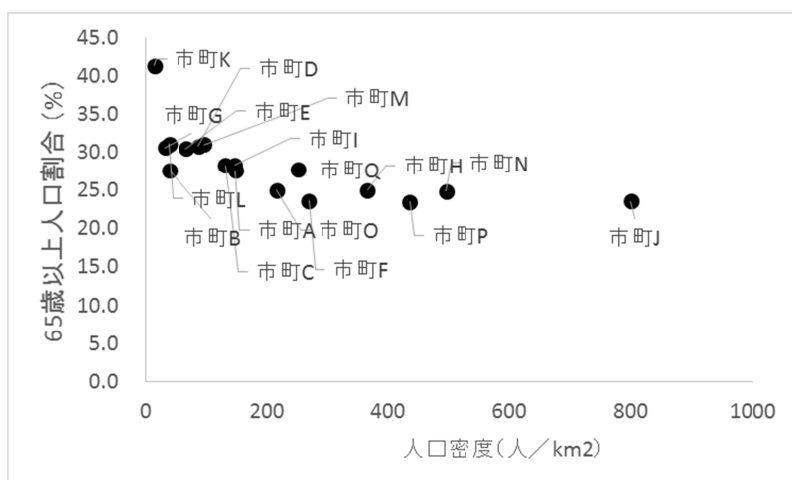
4. 研究対象地域(17市町)の基本情報

研究対象地域の 17 市町について、それぞれの基本情報を図表 -4-1~3 に示す。

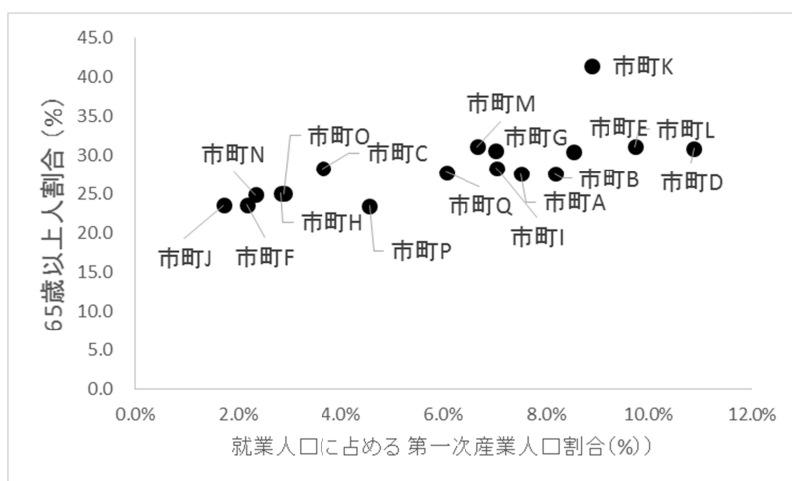
人口密度、65 歳以上人口割合、第一次産業人口割合から、17 市町の基本情報

を整理する。人口密度は、最も低い市町 K の 15 人 / km² から市町 J の 799 人 / km² まで、市町によって大きく差があり、同県内でも人口の偏在が顕著である。人口密度が高くなるほど 65 歳以上人口割合が低い傾向にあり、市町 K の 65 歳以上人口割合は 41.0% で全市町中の最高値、市町 J の 65 歳以上人口割合は 23.5% で全市町中の最低値である。また、第一次産業人口割合が高い市町ほど 65 歳以上人口割合も高くなる傾向にあり、市町 J は第一次産業人口割合が 1.7% と最も低い。

市町 J は県庁所在地である市町 N の南側に隣接し、大きな国道と鉄道が中央を通っているために他市町への交通アクセスが良く、近年では若年向けの商業施設や団地の建設が進んでいる。人口流入が流出を上回っており、若年層が多く流入している市町と考えられる。この市町 J の内陸側は市町 K に隣接しており、市町 K から市町 J へと若い世代が移動した結果、人口密度と高齢化率に顕著な差が生じていると考えられる。



図表 -4-1 人口密度と 65 歳以上人口割合



図表 -4-2 第一次産業人口割合と 65 歳以上人口割合

5. 解析に用いたレセプト等データの詳細

本研究では主に、福井県国民健康保険団体連合会が管理する国民健康医療保険レセプトデータ、介護給付費レセプトデータ、および特定健診審査データを用いて地域資源の解析を進めた。本年度は、データ解析のための契約（詳細は次項）締結時点から研究終了までの期間が 2 か月間と短かったため、連合会が保管する直近のデータを新たに抽出・整理し、解析するには至らなかった。そこで、本事業とは別に抽出されていた 2007～2010 年度のレセプトデータ（詳細下記）を解析し、次年度以降の最新データを解析するための基礎解析とした。

初年度、使用したレセプト等データ（他事業ですでに作成されていたデータ）

（データ 1）国民健康医療保険レセプトデータ

2007 年 1 月に入院・入院外・歯科・調剤のいずれか 1 種以上でレセプトが発生した被保険者について、2007 年 1 月～2010 年 12 月までの入院・入院外・歯科・調剤のレセプトデータ。1 個人・1 回の受診・1 か月で 1 レコード。

（データ 2）介護給付費レセプトデータ

2007 年 4 月～2010 年 12 月の期間中に給付申請のあった全レセプトデータ。
1 個人・1 か月で 1 レコード。

（データ 3）特定健康診査データ

2008 年 4 月～2011 年 3 月の期間中に受診した全個人の特定健康診査の記録データ。1 個人・1 回の受診で 1 レコード。

6. レセプト等データ使用にあたって保険者と締結した契約

本研究は、東京大学高齢社会総合研究機構と福井県の共同研究事業（「医療・介護保険・特定健診レセプトデータ等を用いて行う研究」）の一環として実施した。

この共同研究事業の開始に際し、2013 年 10 月 25 日、東京大学高齢社会総合研究機構、福井県、およびレセプトデータの管理を委託する業者（株式会社福井システムズ）の三者間でデータ取扱いに関する契約書、（医療・介護保険・特定健診レセプトデータ等を用いて行う研究において使用するデータ作成および管理等に関する契約書）覚書を交わした。

研究者らは、契約書に記載されたデータ管理方法を遵守することについて、誓約書を作成し、福井県国民健康保険団体連合会へ提出した。福井県国民健康保険団体連合会は、レセプト等データの提供に際し、2013 年 10～11 月、デー

夕の取り扱いに関して福井県内全 17 市町へ口頭および書面で説明し、データ提供に対する同意を全市町から書面で得た。

図表 -5-1 対象地域（17市町）の基本属性

（引用）福井県市町勢要覧平成24年版（<http://www.pref.fukui.jp/doc/toukei-jouhou/youran/shichousei.html>）

	A	B	C	D	E	F	G	H
土地(ha)(平24.1.1)								
固定資産概要調書による地目別面積								
総数	7220	11762.1	13495.2	12567.2	15232	11120.2	13000.4	13137.7
宅地	300.8	261	631.9	524.5	267.9	1348.8	276.8	1852.7
宅地利用(%)	4.2	2.2	4.7	4.2	1.8	12.1	2.1	14.1
田	535.6	762.1	1546.2	1954.7	945.6	1337.8	1007.5	3807.6
畑	198.1	115.4	242.2	416.3	129.4	258.1	147.4	341.4
田畑合計	733.7	877.5	1788.4	2371	1075	1595.9	1154.9	4149
田畑利用(%)	10.2	7.5	13.3	18.9	7.1	14.4	8.9	31.6
山林	2116.9	5951.7	7317.5	5390.9	4232.6	4432.5	6147.9	4831.4
原野	119.4	86.4	149.5	66	86.9	219.2	204.8	110.4
山林・原野合計	2236.3	6038.1	7467	5456.9	4319.5	4651.7	6352.7	4941.8
山林・原野利用(%)	31.0	51.3	55.3	43.4	28.4	41.8	48.9	37.6
人口と世帯(平24.10.1)								
世帯数(世帯)	3955	3189	11305	4995	3795	26519	3440	27523
総人口(人)	10726	8502	30728	15789	10204	67619	11228	84649
男(人)	5392	4253	15118	7613	5081	33431	5377	41274
女(人)	5334	4249	15610	8176	5123	34188	5851	43375
男/女(%)	101.1	100.1	96.8	93.1	99.2	97.8	91.9	95.2
1世帯当たり人員(人)	2.7	2.7	2.7	3.2	2.7	2.6	3.3	3.1
人口密度(人/k㎡)	148.6	40.1	132	88.4	67	269.2	32.7	366.8
65歳以上人口(人)	2959	2344	8675	4871	3109	15968	3437	21196
65歳以上人口(%)	27.6	27.6	28.2	30.9	30.5	23.6	30.6	25.0
人口動態(平23.10.1～24.9.30)								
出生 実数(人)	83	99	265	123	77	583	73	673
比率(対1000人)	7.7	11.6	8.6	7.8	7.5	8.6	6.5	8
死亡 実数(人)	143	131	393	208	167	640	152	957
比率(対1000人)	13.3	15.4	12.8	13.2	16.4	9.5	13.5	11.3
転入(人)	285	261	873	375	298	1897	272	2547
転出(人)	420	269	994	414	394	2218	366	2928
農業(平22.2.1)								
農家人口(人)	1294	1792	3411	4137	1600	2296	2112	9878
農業従事者(人)	891	1214	2314	2716	1070	1563	1400	6650
非農業従事者(人)	259	366	639	906	349	537	457	2168
農家数(戸)								
総農家数	621	756	1310	1470	661	1150	789	3076
販売農家	305	450	756	979	372	601	495	2198
自給的農家	316	306	554	491	289	549	294	878
公共施設数(平24.4.1)								
図書館数	1	2	1	2	1	1	3	2
公民館 本館	4	4	13	9	4	9	3	18
公民館 分館	-	-	-	-	4	-	7	-
公園	1	-	24	-	2	40	-	89
労働(人)(平22.10.1)								
就業者総数	5691	4221	15645	8267	5449	33377	5771	41875
男	3447	2554	8937	4722	3337	19555	3129	23407
女	2244	1667	6708	3545	2112	13822	2642	18468
第1次産業	428	345	572	899	465	727	406	1185
農業	317	235	442	816	322	619	302	1089
漁業	98	69	105	52	133	95	58	8
第3次産業	3686	2807	10209	4958	3729	22893	3299	22267
社会福祉(平24.4.1)								
老人福祉施設 施設数	4	2	6	3	2	6	3	17
収容定員(人)	23	10	44	22	10	104	75	486
介護保険施設 施設数	12	12	35	13	11	56	8	84
収容定員(人)	232	266	694	367	224	1396	330	1911
衛生								
医療関係施設数(平23.10.1)								
病院	1	-	2	3	-	5	-	7
一般病院	1	-	2	2	-	3	-	6
一般診療所	6	7	20	9	9	53	7	56
有床	-	1	2	-	-	5	2	11
医療関係者数(人)(平22.12.31)								
医師	10	8	69	19	7	136	8	113
保健師	8	8	19	10	8	37	8	29
助産師	-	-	21	1	-	24	-	12
看護師	117	50	448	183	44	902	59	802
死因別死亡数(人)(平23年中)								
全死因	130	99	422	244	148	637	170	850
悪性新生物	34	24	115	53	32	181	48	221
心疾患	18	9	71	39	18	108	26	145
脳血管疾患	17	12	38	20	12	55	20	83
肺炎	11	11	45	34	23	72	17	119
老衰	2	15	18	24	10	35	4	43

I	J	K	L	M	N	O	P	Q
10383.7	8475	6372.5	48457.7	20754.6	34792.6	6117	20267.5	8950.7
484	1413.8	94.6	968.6	597.2	4771.3	392.4	2332.7	862.7
4.7	16.7	1.5	2.0	2.9	13.7	6.4	11.5	9.6
1396.9	2073.4	566.9	4260.5	1942	8178.5	1044.3	6129.8	2708.3
317.2	128.8	119.3	241.3	156.7	947	87.4	906.3	913.5
1714.1	2202.2	686.2	4501.8	2098.7	9125.5	1131.7	7036.1	3621.8
16.5	26.0	10.8	9.3	10.1	26.2	18.5	34.7	40.5
4568.8	1134.2	2501.8	13528	9342.1	17089.9	4002.7	6004.7	2078
78.5	0	80.5	682.3	331.7	266.2	48.4	103.7	92.9
4647.3	1134.2	2582.3	14210.3	9673.8	17356.1	4051.1	6108.4	2170.9
44.8	13.4	40.5	29.3	46.6	49.9	66.2	30.1	24.3
6689	21250	989	10621	7640	98089	7245	29309	9630
22584	67744	2901	34219	24829	266052	20395	91514	29444
10779	32692	1382	16189	11761	128450	9960	43954	13837
11805	35052	1519	18030	13068	137602	10435	47560	15607
91.3	93.3	91	89.8	90	93.3	95.4	92.4	88.7
3.4	3.2	2.9	3.2	3.3	2.7	2.8	3.1	3.1
147.6	799.3	14.9	39.2	97.9	496.2	216.2	436	251.7
6398	15935	1200	10641	7713	66147	5102	21487	8176
28.3	23.5	41.4	31.1	31.1	24.9	25.0	23.5	27.8
159	658	11	213	171	2391	139	741	198
7	9.7	3.8	6.2	6.9	9	6.8	8.1	6.7
287	591	61	503	373	2524	241	928	348
12.7	8.7	21	14.7	15	9.5	11.8	10.1	11.8
383	1819	54	754	472	7278	574	2351	769
564	1738	92	882	607	7633	620	2350	872
4150	4188	962	7084	4714	18906	2810	12275	4110
2800	2728	634	5131	3335	12513	1909	8403	2752
867	908	246	1174	849	4320	556	2354	886
1406	1196	411	1988	1457	5944	917	3166	1205
922	868	238	1589	1057	4224	613	2672	894
484	328	173	399	400	1720	304	494	311
4	1	1	1	1	5	3	4	2
1	10	1	9	10	50	7	26	9
4	-	-	-	-	6	1	-	-
11	131	-	33	33	357	1	81	24
11563	33657	1373	18212	12833	131245	10447	47112	15513
6340	18235	764	9820	6874	71756	5689	25542	8140
5223	15422	609	8392	5959	59489	4758	21570	7373
815	580	122	1772	857	3074	302	2152	940
442	519	84	1671	800	2835	285	1976	910
321	8	4	3	4	85	2	121	4
6365	18968	730	10808	7240	90027	7033	28938	9648
6	4	2	7	4	35	4	18	9
218	110	10	312	81	1115	525	519	758
21	56	4	42	24	265	13	80	29
600	1291	69	785	644	6221	440	1824	662
2	9	-	4	2	29	1	4	3
2	8	-	4	1	25	1	4	3
11	38	5	23	16	261	12	52	18
4	10	-	8	4	58	-	6	2
18	106	4	32	42	873	363	79	35
10	31	3	16	14	226	20	35	17
-	7	-	1	8	107	13	7	1
138	798	12	236	361	4799	631	559	295
293	654	54	529	366	2647	232	923	359
78	194	14	140	78	749	69	256	112
45	110	7	84	72	475	37	166	62
21	64	5	57	50	227	23	68	29
32	80	6	62	45	278	36	115	51
20	23	5	17	11	88	7	33	4

(課題整理 1)

中年期以降成人の生活習慣病

1. 研究背景

本報告では、糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出血）の4疾患に焦点をあてる^{注1}。糖尿病は脳梗塞・脳内出血の、高血圧は脳内出血の重要なリスク因子の1つである。脳梗塞・脳内出血は、要介護状態の第一の原因疾患であり、その予防は介護予防の点から重要であると考えたためである。また、これらの疾患名は、一般住民にも広く認識されていること、生活習慣の改善で予防しうるという点からも、焦点をあてる意義があると考えた。本年度はまず、福井県内17市町について、それぞれの疾患関連レセプトの年齢人口あたり発生率を比較する^{注2}。また、年齢人口別の疾患関連レセプト発生率と市町村指標の関連を俯瞰する。

また、17市町のうち県北部3市町、県南部2市町の計5市町のみを対象に、特定健診での疾患関連指標データの比較、および生活習慣・受療行動に対する住民の嗜好性に関するヒアリングを行った。これにより、糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出血）の4疾患について、診断を受ける（レセプトが発生する）前の住民の疾患発生リスクを把握することを目的とした。あわせて、住民の生活習慣の実態とその背景要因を明らかにすることを目的に、同県内市町Nでの一般住民対象調査結果（同県内で実施された調査データ^{注3}）の二次分析を行った。

疾患レセプトの集計（17市町全域）、診断前の生活習慣病リスクの実態（5市町のみ）、生活習慣の実態（1市町のみ）を統合することで、次年度以降、各疾患の発生率が高い市町と低い市町を選定し、その原因と解決策を明らかにするための調査計画を検討した。

注1) 図表 -1-1 レセプトの疾患コード詳細

疾病	コード	包含する情報
糖尿病	402	1型・2型糖尿病、インスリン依存性糖尿病、インスリン非依存性糖尿病、糖尿病性腎症、糖尿病性白内障、その他糖尿病又は糖尿病性と記された疾病
高血圧性疾患	902	高血圧、本態性高血圧、腎硬化症、高血圧性腎症、動脈硬化性腎硬化症、高血圧性腎不全、二次性高血圧、腎血管性高血圧、高血圧性疾患、高血圧性心腎疾患
脳梗塞	906	脳梗塞、脳梗塞の続発・後遺症
脳内出血	905	脳内出血、脳内出血の続発・後遺症

注2) 疾患レセプトの集計（17市町全域）に関しては、提供されたデータの制限により「2007年1月、国保加入者であり、かつ医療の入院、入院外、歯科、調剤のいずれか1つ以上でレセプトが発生していた者」に限定される。本年度のレセプトデータ解析は、次年度以降の研究解析の参考値として参照した。

注3) 代表研究者 永田智子，平成26年度厚生労働科学研究費補助金（健康

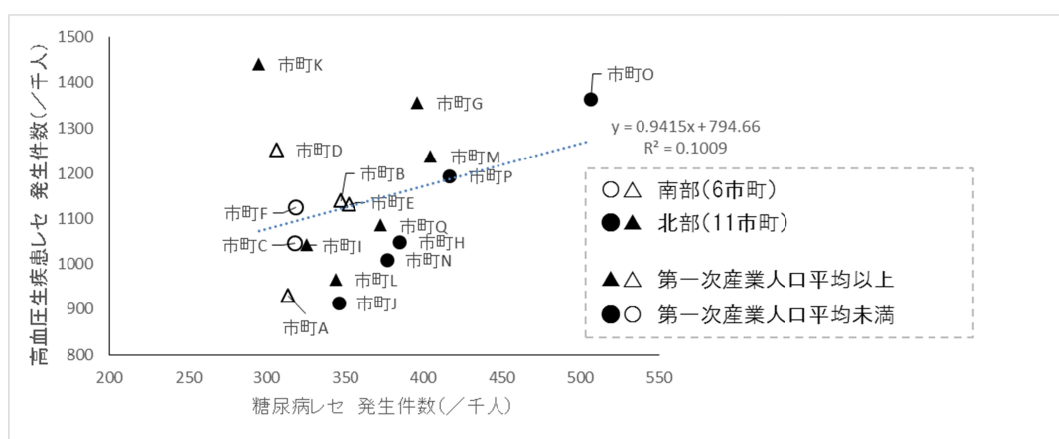
安全・危機管理対策総合研究事業)の事業、レセプトデータを活用した療養場所移行とサービス利用の追跡調査に基づく効果的な地域連携体制の明確化(H25-健危-一般-005)の調査報告、からデータを引用した。

2. 疾患関連レセプトの人口あたり発生件数比較(全17市町)

被保険者の居住市町ごとに、2007年5月、2008年5月、2009年5月、2010年5月時点のレセプト発生件数(入院・入院外)を集計した結果は図表-2-1~6の通りである。それぞれ、市町の南部・北部、就業人口に占める第一次産業人口をそれぞれ異なるマーカーで示した。

図表-2-1~3は、糖尿病レセと高血圧性疾患レセの人口1000人あたり発生件数(人口は2009年5月時点の推定国保加入者数、レセ件数は2007年5月、2008年4年間の5月、2009年5月、2010年5月時点のレセプト発生件数の合計)を市町ごとに示したものである。市町A、C、I、J、Lは糖尿病レセ・高血圧性疾患レセの発生件数がどちらも少なく、一方、市町Oはどちらも多いことがわかる。南部地域の市町は糖尿病レセの発生件数がおおむね少ない。就業人口に占める第一次産業人口の割合が平均以上・平均未満で市町を分類したが、人口あたり糖尿病レセ・高血圧性疾患レセの発生状況との関係は見えなかった。また、市町Kを除くと、糖尿病レセと高血圧性疾患レセの発生件数はおおむね正の相関関係にあると言え、このことから、市町の人口構造や生活習慣が、市町の各レセプト発生件数に影響していると推測できる。

本稿の最後のまとめの箇所で、どちらのレセも多い市町O、少ない市町A、高血圧性疾患のみ多い市町Aについて、それぞれデータ等から推測できるその原因を述べる。



図表-2-1 17市町の疾病関連レセプト発生件数(糖尿病・高血圧性疾患)と地域特性

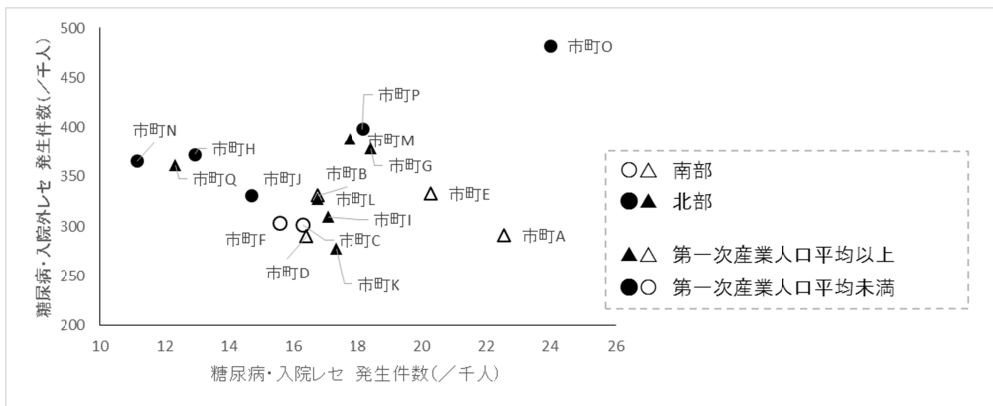
図表 -2-2 17市町の疾病関連レセプト発生件数（糖尿病・高血圧性疾患）

	居住 市町村	発生件数			推定 母集団	千人あたり発生件数		
		入院	入院外	合計		入院	入院外	合計
糖尿病	市町 A	8	103	111	354	22.60	290.94	313.53
	市町 B	4	79	83	239	16.75	330.75	347.49
	市町 C	16	296	312	981	16.31	301.74	318.05
	市町 D	9	159	168	548	16.42	290.11	306.53
	市町 E	8	131	139	394	20.29	332.32	352.61
	市町 F	29	563	592	1860	15.59	302.73	318.33
	市町 G	6	123	129	325	18.43	377.91	396.34
	市町 H	28	806	834	2167	12.92	371.99	384.91
	市町 I	11	199	210	644	17.08	308.93	326.01
	市町 J	28	631	659	1907	14.69	330.96	345.64
	市町 K	2	32	34	115	17.35	277.59	294.93
	市町 L	21	410	431	1252	16.77	327.44	344.21
	市町 M	14	305	319	788	17.77	387.24	405.01
	市町 N	79	2589	2668	7082	11.15	365.57	376.73
	市町 O	11	221	232	458	24.00	482.24	506.24
	市町 P	40	878	918	2203	18.16	398.54	416.70
	市町 Q	11	322	333	893	12.32	360.77	373.09
	合計		325	7847	8172	22210	14.63	353.31
高血圧性疾患	市町 A	6	323	329	354	16.95	912.36	929.31
	市町 B	1	271	272	239	4.19	1134.58	1138.77
	市町 C	6	1021	1027	981	6.12	1040.81	1046.92
	市町 D	7	679	686	548	12.77	1238.91	1251.68
	市町 E	7	439	446	394	17.76	1113.64	1131.39
	市町 F	18	2075	2093	1860	9.68	1115.76	1125.44
	市町 G	1	440	441	325	3.07	1351.87	1354.94
	市町 H	13	2260	2273	2167	6.00	1043.04	1049.04
	市町 I	5	666	671	644	7.76	1033.90	1041.67
	市町 J	7	1736	1743	1907	3.67	910.52	914.19
	市町 K	0	166	166	115	0.00	1439.97	1439.97
	市町 L	26	1183	1209	1252	20.76	944.77	965.54
	市町 M	12	962	974	788	15.24	1221.38	1236.62
	市町 N	45	7107	7152	7082	6.35	1003.52	1009.88
	市町 O	5	620	625	458	10.91	1352.88	1363.80
	市町 P	24	2606	2630	2203	10.89	1182.92	1193.82
	市町 Q	5	963	968	893	5.60	1078.95	1084.55
	合計		188	23517	23705	22210	8.46	1058.86

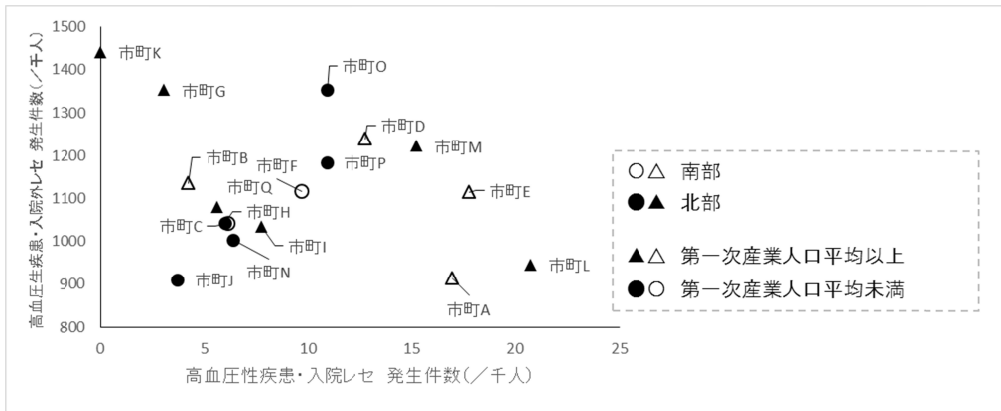
図表 -2-2～4 は、糖尿病レセ、高血圧性疾患レセ、脳梗塞・脳内出血の人口1000人あたり発生件数を市町ごとに示したものである（算出条件は前述の図表-2-1と同様）。

市町 O は、いずれも入院・入院外ともに件数が多い傾向にあった。市町 K は、高血圧性疾患、脳梗塞・脳出血で、入院はほぼ 0 件であるにもかかわらず、入院外が比較的多く発生していた。糖尿病の入院では市町 A と市町 O、高血圧性疾患の入院では市町 L、脳梗塞・脳出血の入院では市町 B と市町 G でレセプトが多く発生していた。市町、および疾患の種類によって、入院・入院外の発生件数の特徴が大きく変動することは、各自治体の生活習慣病リスク、医療サービス資源、および住民の受療行動の習慣や規範がそれぞれ大きく異なっていることを表すと考えられる。医療資源等の充足状況を評価する場合には、疾患別の解析が望ましいと考えられる。

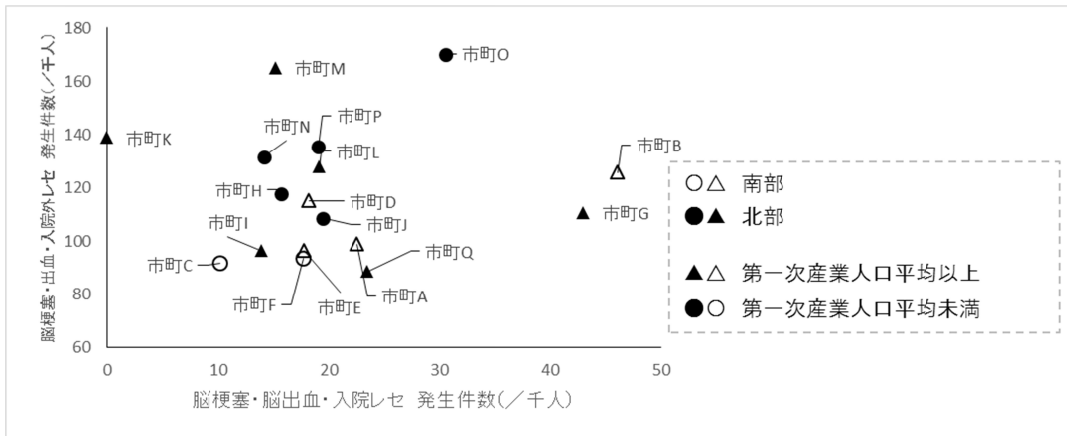
また、入院レセプトと入院外レセプトの発生件数の間に正・負の相関関係はなく、それぞれ独立しているように見えた。入院の前後には外来受診（つまり入院外レセプトの発生）があるとすれば、本来、入院レセが多い市町は入院外レセも多いと考えるのが妥当である。本解析は、毎年 5 月の 1 時点のデータをのべ集計したものであるため、入院・入院外のレセ発生の実態を正しくとらえられていない可能性がある。本集計の様相から、市町の入院・入院外の実態を評価し、過不足を論じるには、縦断的データを用いて、外来受診 入院 退院 外来受診、の流れについて、各住民の経験を記述することが重要と考える。



図表 -2-3 17市町の糖尿病レセプト発生件数（入院・入院外）と地域特性



図表 -2-4 17市町の高血圧性疾患レセプト発生件数（入院・入院外）と地域特性



図表 -2-5 17市町の脳梗塞・脳出血レセプト発生件数（入院・入院外）と地域特性

図表 -2-6 17市町の疾病関連レセプト発生件数（脳梗塞・脳内出血）

	居住 市町村	発生件数			推定 母集団	千人あたり発生件数		
		入院	入院外	合計		入院	入院外	合計
脳内出血 ・脳梗塞	市町 A	8	35	43	354	22.60	98.86	121.46
	市町 B	11	30	41	239	46.05	125.60	171.65
	市町 C	10	90	100	981	10.19	91.75	101.94
	市町 D	10	63	73	548	18.25	114.95	133.20
	市町 E	7	38	45	394	17.76	96.40	114.15
	市町 F	33	174	207	1860	17.74	93.56	111.31
	市町 G	14	36	50	325	43.01	110.61	153.62
	市町 H	34	255	289	2167	15.69	117.69	133.38
	市町 I	9	62	71	644	13.97	96.25	110.22
	市町 J	37	207	244	1907	19.41	108.57	127.98
	市町 K	0	16	16	115	0.00	138.79	138.79
	市町 L	24	160	184	1252	19.17	127.78	146.95
	市町 M	12	130	142	788	15.24	165.05	180.29
	市町 N	100	933	1033	7082	14.12	131.74	145.86
	市町 O	14	78	92	458	30.55	170.20	200.75
	市町 P	42	299	341	2203	19.06	135.72	154.79
	市町 Q	21	79	100	893	23.53	88.51	112.04
合計		386	2685	3071	22210	17.38	120.89	138.27

3. 診断前の生活習慣病リスクの実態（5市町のみ）

県北部3市町（H, J, O）、県南部2市町（A, B）を対象に、2010年の特定健診受診者のデータの集計、および住民の生活習慣に関する保健師等行政職員へのヒアリングを行った。

1) 特定健診データの集計

特定健診の糖尿病・高血圧・脳血管性疾患（脳梗塞・脳内出血）発症に関連する指標データとして、血圧、脂質、血糖の値に注目した。各指標について生活習慣病リスク保持者の割合を算出、市町間比較を行った。市町ごとの対象データの基本属性を図表 -4-1 に、血液データ指標と喫煙習慣からハイリスクと特定された者の男女別の割合を図表 -4-2 に、それぞれ示す。

リスクの有無判定は、厚生労働省の特定健診ガイドラインに従い、下記の基準で行った。

- ・血圧：収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上の者
- ・脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満の者
- ・血糖：HbA1c 6.1%以上の者

図表 -3-1 2010年度の特定健診受診者数（人）

	県全体	市町 H	市町 J	市町 O	市町 A	市町 B
	43977	3539	2730	300	1465	1003
男性	18162 (41.3%)	1488 (42.0%)	1189 (43.6%)	113 (37.7%)	659 (45.0%)	430 (42.9%)
女性	25815 (58.7%)	2051 (58.0%)	1541 (56.4%)	187 (62.3%)	806 (55.0%)	573 (57.1%)

図表 -3-2 各指標でハイリスク者と特定された者の人数と割合（男性）

	県全体	市町 H	市町 J	市町 O	市町 A	市町 B
	43977	3539	2730	300	1465	1003
血圧	32.9%	33.7%	33.1%	26.5%	45.2%	26.5%
脂質	29.6%	29.4%	30.0%	35.4%	29.3%	28.6%
血糖	10.5%	10.1%	10.5%	10.6%	9.3%	13.7%
喫煙者	22.1%	23.1%	19.3%	20.4%	25.2%	25.1%

図表 -3-3 各指標でハイリスク者と特定された者の人数と割合（女性）

	県全体	市町 H	市町 J	市町 O	市町 A	市町 B
	43977	3539	2730	300	1465	1003
血圧	26.5%	24.2%	26.4%	21.9%	38.7%	23.4%
脂質	20.2%	18.2%	19.3%	35.8%	13.0%	18.5%
血糖	5.9%	5.5%	5.3%	5.9%	4.5%	8.4%
喫煙者	2.9%	2.4%	2.6%	1.6%	1.4%	3.1%

5つの市町の特定健診参加者の平均年齢は67～69歳であった。いずれの市町でも女性の方が10%程度多く、5市町の間でこの傾向に統計的に有意な差はなかった（Chi-squared test, $p>0.05$ ）。

市町 H・市町 J では、女性はいずれの指標もリスク者の割合が県全体を下回っていた。男性、市町 J、喫煙者 19.3% 県全体を下回る。市町 B では男女どちらも血糖、喫煙の項で県全体に比べリスク者が多かった。市町 A は男女とも血圧の項でリスク者の割合が高く、男性では加えて喫煙の項でもリスク者が多かった。市町 O は、特に女性の脂質の項でリスク者の割合が県全体を大きく上回っていた。市町 O は、医療レセプトの解析でも、糖尿病・高血圧性疾患の発生件数が多かったことに加えて、診断前のリスク保持者も多いことが明らかになった。

2) ヒアリング調査

5つの市町で、慢性疾患領域に関する重点課題、生活習慣（住民の食事・運動習慣）とそれに関連する要因について、ヒアリングを行った。各市町の特徴の概要を図表 -5-1 に示す。

まず、糖尿病発症の大きなリスク要因である朝食欠食について尋ねたところ、いずれの市町でも、朝食欠食者は少なかった。漁師町を市町内に含む市町 A・市町 B では、漁師特有の生活リズム（明け方に食事をとり、漁を行い、昼に飲酒しはじめる）があり、「朝食欠食」の判断がつかない住民が多いという話がきかれた。このことから、朝食欠食に焦点をあてて、生活習慣病の発症につながるような住民の生活様式を解釈することは困難であろうと判断した。

ついで、全般的な食習慣・文化について、特に市町が課題と捉え、解決のために取り組んでいるものは何かと尋ねた。いずれの市町でも「糖分」「動物性タンパク質」「塩分」の過剰摂取に対する課題が語られた。「糖分」の過剰摂取の背景として、市町 J 全域の家内工業従事者、市町 B の北部の漁師らが、「簡単に摂取できる」「仕事をしながら食事できる」という理由で「菓子パン」「菓子」「缶コーヒー」を頻繁に摂取することが語られた。また、市町 B 南部の地域住民では、会合や集団での食事機会が多く、その結果として「糖分」を含むあらゆる食品の摂取量が多くなっていた。「動物性タンパク質」については、市町 H の惣菜文化、および市町 B 北部の漁師らの「毎食魚介類の料理が 1 品以上ある」という習慣が過剰摂取につながっている可能性があると言われた。「塩分」については、いずれの市町においても「漬物（梅干し・へしこ等ふくむ）」「みそ汁」の摂取機会・量が多いことが課題として挙げられており、家族の集まる場所に漬物の入れ物が常にある、毎食みそ汁を用意する、等の習慣があった。

運動習慣については、いずれの市町でも、運動習慣の有無と住民の居住地にはあまり関連がないという意見が主であった。運動施設の有無については、市町 B にはあらゆる年齢層の住民が利用できる運動施設があること、隣町の市町 A からも利用者が多いという意見があり、自動車移動に障害がない者であれば比較的容易にアクセスしやすい環境にあった。そうした施設を使わない場合の運動習慣としては、いずれの市町でも「余暇歩行」「ウォーキング」が代表であったが、市町 J を除く 4 市町では、特に高齢者が余暇歩行する姿に対し、「仕事や家事をせずに暇をしている」「徘徊している」等の否定的な規範があるという意見が聞かれ、こうした価値観によって住民の余暇歩行行動が妨げられている可能性がある。一方、市町 J ではウォーキング促進のための事業を実施しているなど、住民の中で「余暇歩行」「ウォーキング」に対する評価が否定的であるという意見はなかった。歩行しやすい環境を整備する際には、地域の住民の規範意識を肯定的なものに転換するような介入が必要と考えられる。

図表 -3-4 各市町の特徴の概要（他と比較して特徴的だった点を整理）

	市町 H	市町 J	市町 O	市町 A	市町 B
地域分類	中央／東／西 中央部が便利	中央／東／西 中央部が便利	中央／東／西 医療機関が偏在	地域差 あまりない	北／中央／南 産業・生活に違い
朝食	欠食が少ない	欠食が少ない	欠食が少ない	欠食が少ない 漁師町は朝食 時間・意味が違う	欠食が少ない 漁師町は朝食 時間・意味が違う
食習慣	惣菜文化 必ず 1 品ある	家内工業者は 糖分摂取過多	家内工業者は 糖分摂取過多	甘菓子・パン 摂取・店舗多い	北：タンパク多い 南：全て過剰摂取
運動習慣	運動場所・ 機会がない	家内工業者は 運動不足傾向	運動場所・ 機会がない	運動施設多い 場所に困らない	運動施設多い 場所に困らない
余暇歩行	奇異な目で 見られる	活発、市の促進 事業もあり	余暇歩行の 習慣はない。	奇異な目で 見られる	奇異な目で 見られる

4. 住民対象調査の二次分析

住民の生活習慣の実態とその背景要因を明らかにすることを目的に、同県内市町 N での一般住民対象調査結果（同県内で実施された調査データ*）の二次分析を行った。

（*代表研究者 永田智子，平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）事業，レセプトデータを活用した療養場所移行とサービス利用の追跡調査に基づく効果的な地域連携体制の明確化（H25-健危一般-005）の調査報告）

1) 調査概要

2013 年 11 月に福井県 市町 N に居住する 45～64 歳の住民の中から住民基本台帳を用いて 2500 名を無作為抽出し、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。回収数は 652 件（25.9%）、有効回答数は 616 件（24.6%）であった。本章では、調査結果データの中から、生活習慣（朝食欠食、余暇歩行習慣）の 2 点について二次分析した結果を報告する。

対象者の平均年齢は 63.3 歳、男性が 237 名（37.7%）、女性が 392 名（62.3%）であった。就労している者は 256 名（40.7%）で、3 名以上の家族で同居している者が 509 名（80.9%）であった。

2) 朝食欠食者の分布：市町 N 包括エリア間比較

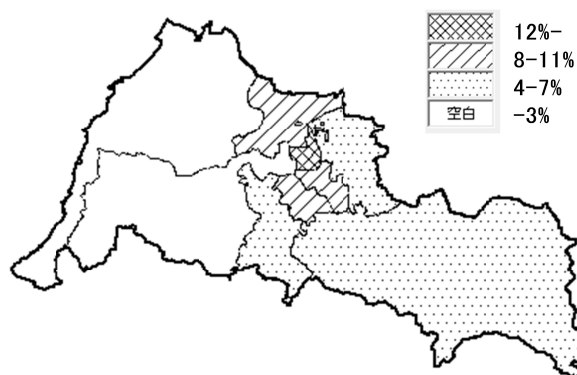
一日の食事の中でも、朝食欠食は糖尿病発症リスクの大きな要因の1つである。そこで、朝食欠食について、欠食者（朝食習慣について、「とらないことが多い」、「ほとんどとらない」と回答したもの）の人数を調べた。市町内全体で朝食欠食者は48名（7.6%）であり、90%以上の者が朝食常食者（朝食習慣について、「必ずとる」、「たまに、とらないことがある」と回答したもの）であった。

市町 N 内を9つの地域包括センター圏域（以後、包括圏域）で分け、朝食欠食者の発生率を図表 -4-1 に、地図で示したものを図表 -4-2 に、それぞれ示す。圏域ごとの回答者数が少なく粗い推定値であるが、おおむね国道 X 号線沿い地域に欠食者が集中していることがわかる。朝食欠食者を減らすための介入事業を行う場合には、この地域から優先的に実施することが望ましいと考えられる。

図表 -4-1 包括圏域ごとの朝食欠食者数

	回答者		朝食欠食者	
	(人)	(人)	(人)	(%)
地区 1	102	3	3	2.9
地区 2	82	7	7	8.5
地区 3	62	5	5	8.1
地区 4	32	1	1	3.1
地区 5	49	3	3	6.1
地区 6	100	7	7	7
地区 7	92	6	6	6.5
地区 8	58	8	8	13.8
地区 9	56	5	5	8.9

図表 -4-2 包括圏域ごとの朝食欠食率



3) 朝食欠食者の特徴

朝食欠食者に共通する特徴を見出すため、朝食欠食の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。その結果を図表 -4-3 に示す。朝食欠食者は、常食者に比べて、男性、最終学歴が高校より前の者、単独または2人世帯に住む者、が多いことが明らかになった。

図表 -4-3 朝食欠食に関連する要因（多重ロジスティック回帰分析）

	OR	95%CI		<i>p</i>
年齢	0.96	(0.92	1.01)	0.10
女性	0.29	(0.15	0.59)	0.00
大学以上	0.27	(0.11	0.68)	0.01
単独・2人世帯	2.33	(1.09	4.96)	0.03
出生地:福井市内	0.54	(0.26	1.14)	0.11
住居愛着あり	1.27	(0.47	3.39)	0.64
借家	1.66	(0.50	5.55)	0.41
集合住宅	1.03	(0.30	3.57)	0.96
郊外部	0.66	(0.33	1.32)	0.24
周縁部	0.58	(0.17	1.95)	0.38
同乗することがある	1.35	(0.66	2.73)	0.41
地域活動に参加する	1.06	(0.47	2.39)	0.89
近隣住民と交流がある	0.74	(0.30	1.80)	0.50

「欠食する」= 1、「欠食しない」= 0

4) 余暇歩行習慣があるものの分布：市町 N 包括エリア間比較

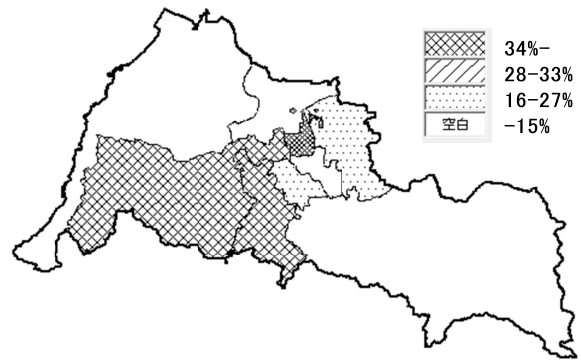
定期的な運動は、糖尿病を含む様々な生活習慣病、精神疾患発症を予防することが示されている。なかでも余暇歩行は、専門的知識・技術を要さず、道具や環境の制限が少ないことから、WHO でも推奨される運動形態の 1 つである。余暇歩行は、単純な身体活動としての意義だけではなく、精神的な安定につながる穏やかな運動であること、身体能力が低下したり、離職などで生活習慣が大きく変わったりした後でも続けられやすいことなど、住民にとって長期的な健康促進効果が期待できる。そこで、余暇歩行の習慣について、習慣があるもの（定期的な運動習慣として、「余暇歩行の習慣がある」と回答したもの）の人数を調べた。市町内全体で余暇歩行の習慣がある者は 135 名（21.5%）であり、約 80%の者は余暇歩行の習慣をもっていなかった。

包括圏域ごとの余暇歩行の習慣がある者（以後、歩行習慣あり者）の発生率を図表 -4-4 に、地図で示したものを図表 -4-5 に、それぞれ示す。（2）の結果と同様、圏域ごとの回答者数が少なく粗い推定値であるが、同様に国道 X 号線沿い地域に歩行習慣あり者が多いことがわかる。一方、沿岸部や東部では歩行習慣を持つものが少なかった。

図表 -4-4 地域包括圏域ごとの歩行習慣あり者数

	回答者 (人)	歩行習慣あり者 (人)	歩行習慣あり者 (%)
地区 1	102	30	29.4
地区 2	82	13	15.9
地区 3	62	13	21
地区 4	32	4	12.5
地区 5	49	6	12.2
地区 6	100	30	30
地区 7	92	15	16.3
地区 8	58	20	34.5
地区 9	56	8	14.3

図表 -4-5 包括圏域ごとの歩行習慣あり率



5) 余暇歩行習慣がある者の特徴

余暇歩行習慣がある者に共通する特徴を見出すため、余暇歩行習慣の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。その結果を図表 -5-7 に示す。余暇歩行習慣がある者は、習慣がない者に比べて、年齢が高い者、就労していない者、地域活動に参加している者、が多いことが明らかになった。また、市町内中心部に住む者に比べて、周縁部に住む者はより余暇歩行習慣を持つ者が少なかった。これらに該当しない者、つまりより若年で、就労しており、地域活動に参加していない者、特に周縁部に住む者は余暇歩行をしない傾向にある。余暇歩行習慣には、住民個人の特性に加えて、地域活動への参加状況や居住地そのものの特徴が影響していると言える。先行研究では、世間体意識の高い住民と低い住民では、それぞれ余暇歩行を促進する要因が異なっており、世間体意識の高い住民にとって、余暇歩行を是とする地域の規範や価値観が強く影響することが明らかになっている。余暇歩行等の運動習慣は、朝食欠食の食習慣と異なり、周囲の目にさらされやすいという特徴がある。余暇歩行促進のための介入事業を実施する場合には、対象者、および地域の文化的背景を踏まえた検討が必要である。

図表 -4-6 余暇歩行習慣に関連する要因（多重ロジスティック回帰分析）

	OR	95%CI		<i>p</i>
年齢	1.07	(1.04	1.11)	0.00
女性	0.92	(0.61	1.40)	0.71
就労している	0.61	(0.39	0.94)	0.03
主観的経済状況:悪い	0.80	(0.50	1.27)	0.34
単独・2人世帯	1.58	(0.94	2.65)	0.09
借家	0.58	(0.21	1.62)	0.30
集合住宅	0.85	(0.32	2.25)	0.74
郊外部	1.02	(0.64	1.63)	0.92
周縁部	0.36	(0.16	0.80)	0.01
地域活動に参加する	1.74	(1.07	2.82)	0.03
地域に20年以上居住する	1.02	(0.59	1.78)	0.94

「余暇歩行習慣あり」= 1, 「余暇歩行習慣なし」= 0

5. 総括・まとめ

糖尿病・高血圧性疾患・脳梗塞・脳出血のレセプト発生件数の分布が市町ごとに異なっていた結果について、本年度のヒアリング等の結果を踏まえてその原因を推測すると、下記の通りである。

市町 K は、糖尿病レセの発生件数が少ない一方、高血圧性疾患の発生件数が多かった。市町 K は内陸・山間部にあり、第一次産業として農業を営む者が多く居住する地域である。65 歳以上人口割合が 41%（17 市町中最高値）と非常に高く、人口密度が 14.9 人 / km²（17 市町中最低値）と低く、年間流出者数が人口の約 10%にあたる。つまり、すでに深刻な過疎化に直面している市町といえる。ここで高血圧性疾患のレセ件数のみが多くなった原因として、高齢者人口が多いという背景から、糖尿病の原因となるような糖質・脂質摂取よりも、塩分濃度が高い食生活を好む住民が多いと考えられる。加えて、高血圧性心疾患のリスクとして、運動不足やカリウム摂取の不足（山間部に住むことで魚介類等の摂取量が少ない可能性）が重なり、高血圧性心疾患レセプトの発生件数だけが高くなった可能性がある。

一方、市町 O は、市町 K と同様に内陸の山間部に位置し、山林・原野面積が土地利用の 66.2%（17 市町中最高値）という条件にもかかわらず、県庁所在地である市町 N に隣接しているため、新たに住居を持ち始めた若年・中年世帯と古くからの農業・林業世帯が混在して居住し、65 歳以上人口割合は 25%（17 市町中 4 番目に低い値）に抑えられている市町である。市町 O で糖尿病レセ・高血圧性疾患レセの発生件数が多かった理由として、市町 N の企業等で勤務する多忙な若年・中年世帯と、古くからの山間部生活を続ける高齢者世帯の数がどちらも多いことが影響していると考えられる。勤務者の若年・中年世帯は糖尿病の発生件数を、山間部に居住する高齢者は高血圧の発生件数を、それぞれ引き上げている可能性がある。

市町 A・市町 B では、糖尿病・高血圧性疾患のレセプト発生件数はいずれも

他市町に比べて少なく、立地条件や人口動態も類似している。しかし、市町 A では糖尿病・高血圧性疾患の入院外来が少なく入院が多いのに対し、市町 B では脳梗塞・脳出血での入院外来が少なく、入院が多い。これは、市町 B は簡単に近隣市町の中小規模の病院にかかりやすいよう道路が整備されていることで、比較的軽度の状態から気軽に入院しやすい環境にあること、一方で在宅医療推進に熱心に取り組む町営の医療機関があり、脳梗塞・脳出血等で要介護状態になった後でも在宅療養を継続しやすい環境が整っていることが影響したと考えられる。逆に市町 A は、近隣市町の大病院へのアクセスは市町 B に劣るものの、他県の特設機能病院や大学病院へ行きやすい環境にあるため、脳梗塞・脳出血等より専門性の高い治療を要する場合に入院加療を受けやすく、一方で糖尿病や高血圧に関する検査・教育目的の軽症時の入院が実施されにくかったことが背景にあると考えられる。

本年度の課題整理から、住民の受療行動をレセプトデータから解釈するには、疾患別、入院・入院外別に発生件数を集計すること、入院・入院外のレセプト発生経緯を縦断的に集計すること、が重要だと考えた。また、診断を受ける前の段階の生活習慣の実態を評価し、予防的取り組みの介入策等を提案するには、住民の医療行動や健康行動に対する規範意識と住民の産業構造に合わせた生活習慣指標を評価することが重要であるため、市町の住民属性を調査・数値化することで、より住民のニーズにあった市町の「生活習慣病予防」事業を提案できると考える。次年度以降の取り組みは、これら ~ を骨子に進めることとする。

(課題整理 2)

高齢者の介護予防・要介護度の悪化予防

1. 研究目的

高齢者の介護予防・要介護度の悪化予防に関連する現状と課題を整理するため、介護予防事業データ、および介護給付費データの解析を行う。まず、高齢者の要介護認定率を市町間で比較し、市町間の認定率の差を示す。その後、各市町で行われている介護予防事業の実施状況・効果評価を行う。また、要介護1～2の認定を受けた高齢者に注目し、その後12か月の要介護度の悪化者・維持者の割合を市町間で比較する。さらに、17市町のうち県北部3市町、県南部2市町の計5市町のみを対象に、在宅医療・介護サービスの利用に関するヒアリングを行った。これにより、要支援・要介護認定率、および要介護度の悪化率に市町間で差が生じる原因について、仮説を探索した。

これらを通して、次年度以降の介護予防事業の評価の視点と收拾すべき情報の詳細について、検討することとした。

2. 要支援・要介護認定率の市町間比較

2010年4月の介護給付費レセプトデータから、要支援・要介護認定者数を算出した。さらに福井県国民健康保険団体連合会より、2010年5月時点の市町・5歳階級別加入者数の情報を得て、国保加入の高齢者人口に占める要支援・要介護認定率を算出した。75歳以上はすべて後期高齢者医療広域連合に所属するため、正確な市町ごとの高齢者人口は不明である。そのため、ここでは65～74歳の前期高齢者のデータのみを扱った。なお、17市町のうち、2市町は連合体を組織しており、要支援・要介護認定は同組織で実施されているため、すべての数値は15市町+1連合体の16地域ごとに集計した。

要支援・要介護の前期高齢者の分布を図表-2-1に示す。前期高齢者の要支援・要介護認定率は、最も低い市町Kで3.8%、最も高い市町Cで11.9%と8.0%以上の差があった。前期高齢者数が1000名を超える市町に限定しても、最も低いのは市町Aの7.7%で、最も高い市町Cより4.0%の差があった。このように市町間で要支援・要介護認定率に差が生じた原因を明らかにするために、次年度以降行うべき調査・解析の方向性について、本稿の最後のまとめの箇所述べる。

図表 -2-1 市町別、前期高齢者数の要支援・要介護認定者数と認定率

		前期 高齢者数	要支援		要介護		要支援・介護	
			N	(%)	N	(%)	N	(%)
南部	市町 A	1021	15	1.5%	64	6.3%	79	7.7%
	市町 B	781	13	1.7%	54	6.9%	67	8.6%
	市町 C	2714	73	2.7%	250	9.2%	323	11.9%
	市町 D	1584	44	2.8%	86	5.4%	130	8.2%
	市町 E	1065	41	3.8%	60	5.6%	101	9.5%
	市町 F	5637	213	3.8%	397	7.0%	610	10.8%
北部	市町 G	1106	32	2.9%	57	5.2%	89	8.0%
	市町 H	6928	191	2.8%	410	5.9%	601	8.7%
	市町 I	1984	50	2.5%	107	5.4%	157	7.9%
	市町 J	5406	149	2.8%	351	6.5%	500	9.2%
	市町 K	372	5	1.3%	9	2.4%	14	3.8%
	市町 L	3491	82	2.3%	238	6.8%	320	9.2%
	市町 M	2477	67	2.7%	136	5.5%	203	8.2%
	市町 N	21271	533	2.5%	1339	6.3%	1872	8.8%
	市町 O	1657	63	3.8%	102	6.2%	165	10.0%
	市町 P・Q	9810	227	2.3%	566	5.8%	793	8.1%
全体	67304	1798	2.7%	4226	6.3%	6024	9.0%	

3. 介護予防事業の実施状況・効果の評価

各地域で実施された介護予防事業の実施状況とその効果を検証するため、福井県内 17 市町のうち、16 市町から下記のデータ提供を受けた。提供されたデータは、平成 22～24 年度の 3 年間について、介護予防事業対象者各人の基本情報、介護予防事業参加者各人の基本情報と、参加終了後平成 25 年 12 月までの間の要介護認定の有無である（図表 -3-1）。

本年度は、市町によって提供されたデータの期間・種類が異なり、また各市町から得られた事業参加者のデータ数が少ない（参加者のデータ数が 100 件未満の市町が 7 市町）。そのため、本年度は市町間の比較は行わず、全市町の統合データを用いて解析をすすめた。これにより、次年度、介護予防事業の実施状況・効果を市町間で比較するための方策を検討することとした。

図表 -3-1 各市町から提供された介護予防事業対象者、事業参加者の情報

	提供された介護予防事業対象者の情報			提供されたデータの対象期間		
	参加者		非参加者	H22 年度	H23 年度	H24 年度
	データ (件)	終了後の 要介護認定の有無	データ (件)			
市町 A	120	○	977	○	○	○
市町 B	87	○	×	○	○	○
市町 C	134	○	×	○	○	○
市町 D	225	○	×	○	○	○
市町 E	83	○	×	○	○	○
市町 F	×	×	×	×	×	×
市町 G	122	○	×	○	○	○
市町 H	284	×	×	×	×	○
市町 I	194	○	2802	○	○	○
市町 J	92	○	2099	×	×	○
市町 K	73	○	×	○	○	○
市町 L	91	×	×	○	○	○
市町 M	310	○	×	○	○	○
市町 N	1557	○	12156	○	○	○
市町 O	57	×	×	×	×	○
市町 P	632	○	×	○	○	○
市町 Q	36	×	×	×	×	○

1) 介護予防事業参加者の参加状況

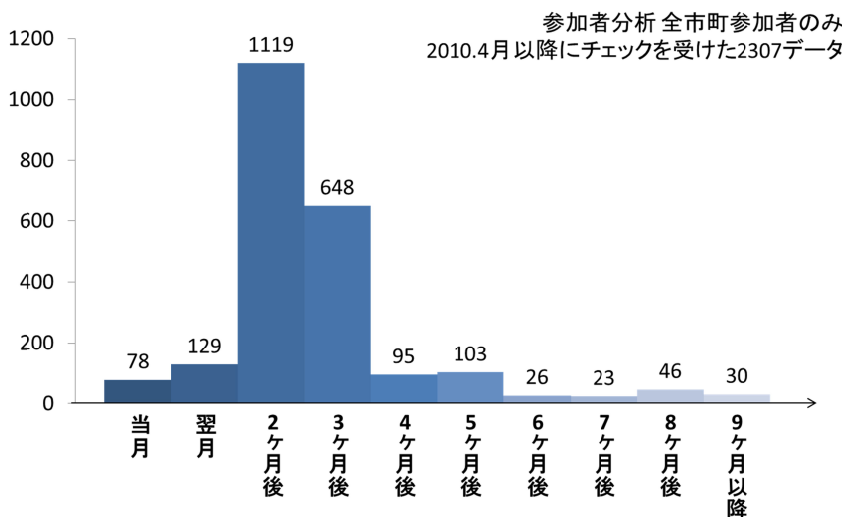
介護予防事業参加者のみに焦点をあて、(1) 参加までに要した時間、(2) 介護予防事業の参加継続率・実施内容、(3) 介護予防事業の効果、の3点を評価する。

介護予防事業参加者の情報が1年分以上ある16市町のデータ(4097レコード)を選定した。そのうち、同一人物の記録が繰り返し記載されている場合には、最も古いレコード1件に限定し、さらに、スクリーニングの日付が2010年4月以降の3278名分のレコードを解析対象とした。なお、3278名のうち、標準的と考えられる介護予防事業(1コースあたりプログラム回数が24回以下)に参加した者は2951名で、そのうち、スクリーニングから12か月以内に事業に参加した者は1918名であった。

(1) 参加までに要した時間

介護予防事業が住民に効果を及ぼすためにはまず、特定高齢者スクリーニングチェックを受けて事業対象者となったものが、きちんと事業に参加することが必要である。平成 22～24 年度の 3 年間を通して、介護予防事業対象者、および介護予防事業参加者の両方の情報がある 3 市町（市町 A、市町 I、市町 N）を対象に、介護予防事業への参加率（介護予防事業対象者数に占める参加者数（％））、介護予防事業の対象者となってから実際に事業に参加するまでの期間（特定高齢者スクリーニングチェックを受けた月から事業参加月までの月数（か月））を算出した。

平成 22～24 年度の 3 年間、介護予防事業に参加するまでに要した期間は、平均 3.01 か月であった。スクリーニングチェックから事業参加までの期間を図表 -3-2 に示す。参加者の 58.7%はスクリーニングから 2 か月以内に参加している一方、42.3%は 3 か月目以降に参加していることがわかる。この間、事業に参加していない者の 2.0%はスクリーニングチェックを受けてから 2 か月以内に要支援・要介護認定を受けていた。予防的介入の導入が間に合わず、要支援・要介護状態になった高齢者がいる可能性もあり、スクリーニングチェックから事業参加までの期間をより短くする努力が必要と考える。試算した結果、全対象のスクリーニングチェックから参加までの期間を全体的に 1 か月早くすると、参加者の 86.0%は 2 か月以内に事業に参加すると推計できる。



図表 -3-2 スクリーニングチェックから事業参加までの期間

参加までの期間が遅れた理由、および事業に参加できなかった理由には、スクリーニングを受けた時期や高齢者の居住地が影響する可能性がある。天候(大雪等)のために外出が難しい、仕事(農家の繁忙期等)のために参加が難しい、等の理由である。市町によって、送迎手段や事業開業時間帯にどのような工夫があり、それが参加率や参加までの期間に影響しているかどうかについて、来年度は丁寧な調査が必要であろう。また、スクリーニングから事業参加までの期間の長さがその後の要介護認定に与える影響もあわせて明らかにする必要がある。こうした介護予防事業に参加するまでのプロセスを評価し、市町間で比較することで、市町間の要支援・要介護認定率の差の解消策の提案につながる可能性がある。

(2) 介護予防事業の参加継続率・実施内容

スクリーニングから 12 か月以内に事業に参加した 1918 名のプログラムに参加している期間は、2.7 か月であった。最も短い者は事業参加から終了まで 1 か月も経過しておらず、最も長い者は 9 か月かけて事業に参加していた。事業参加回数は 1~24 回であった。1918 名のうち、予定されたプログラム回数だけ出席できなかった者は 1845 名いた。ここには「体調を崩した結果、プログラムを継続することが出てきなかった者」が多数含まれていると考えられるが、具体的な参加中断理由は不明であった。

介護予防事業の参加による効果を評価するには、参加継続率と実施内容、参加中断理由を把握することが重要である。本年度のデータから、事業予定回数が 1~24 回以上と対象者・市町によってかなり差があること、市町の記録からは詳しい事業の介入内容・中断理由を把握することが難しいこと、がわかった。次年度以降、市町間で介護予防事業を評価・比較するには、そうした事業予定内容について詳細な情報収集を行う必要がある。

(3) 介護予防事業の効果

本年度は、予定されたプログラムに全て参加したことが確認できた 1069 名について、事業参加が心身機能に与えた影響を評価する。ここでは、事業開始前と終了時点のスクリーニング(チェックリスト)の 25 項目について、その変化状況を単純集計した(図表 3-3)。スクリーニング(チェックリスト受診)を受けた時点で状態が不良だった者のうち、終了時点で良好な状態に変わっていた者(改善群)の割合を改善者割合(%)、スクリーニング(チェックリスト受診)を受けた時点で状態が良好だった者のうち、終了時点でも良好な状態であった者(維持群)の割合を維持者割合(%)とする。改善群の割合が高かった項目は、週一回以上の外出(項目 16)、電話番号を調べる(項目 19)、充実感がある(項目 21)、喜びの消失がある(項目 22)であり、これはそれぞれ、事業に参加したことによって、外出や調べものができるようになり、充実感・喜びを感じられるようになったことを表す。一方、改善者割合が低かったのは、預貯

金の出し入れをする（項目3）、自力で階段を昇る（項目6）、転倒不安が少ない（項目10）であった。これが改善したということは、事業参加によって、貯金管理や階段昇降が出来るようになったり、転倒に対する不安が軽減したりすることを表す。これらの結果から、介護予防事業によって改善が見込まれやすい項目とそうでない項目がある可能性が考えられる。これはつまり、介護予防事業の対象者選定においても、予防効果が見込まれやすい対象とそうでない対象がいることを示していると解釈できる。それぞれの市町が、対象者の状態像やセグメントに応じた適切な介入事業を展開しているかどうか、次年度以降の事業評価の重要な視点と考える。

	事業前は不良			事業前は良好			(再掲)	
	事業後も不良		事業後に良好	事業後に不良		事業後も良好	事業前不良のうち	事業前良好のうち
	不良継続群	改善群	悪化群	良好維持群	改善群 (%)	維持群 (%)		
1.一人で外出する	94 (8.8%)	71 (6.6%)	77 (7.2%)	797 (74.6%)	(43.0%)	(91.2%)		
2.日用品買い物に行く	57 (5.3%)	45 (4.2%)	34 (3.2%)	904 (84.6%)	(44.1%)	(96.4%)		
3.預貯金の出入りする	58 (5.4%)	35 (3.3%)	35 (3.3%)	908 (84.9%)	(37.6%)	(96.3%)		
4.友人宅訪問する	130 (12.2%)	112 (10.5%)	69 (6.5%)	726 (67.9%)	(46.3%)	(91.3%)		
5.相談に乗る	86 (8.0%)	96 (9.0%)	71 (6.6%)	781 (73.1%)	(52.7%)	(91.7%)		
6.自力で階段昇りする	600 (56.1%)	204 (19.1%)	52 (4.9%)	182 (17.0%)	(25.4%)	(77.8%)		
7.椅子から自力で起立する	254 (23.8%)	268 (25.1%)	74 (6.9%)	444 (41.5%)	(51.3%)	(85.7%)		
8.15分間歩行持続する	180 (16.8%)	178 (16.7%)	72 (6.7%)	610 (57.1%)	(49.7%)	(89.4%)		
9.1年間転倒なし	239 (22.4%)	221 (20.7%)	94 (8.8%)	484 (45.3%)	(48.0%)	(83.7%)		
10.転倒不安少ない	617 (57.7%)	232 (21.7%)	59 (5.5%)	131 (12.3%)	(27.3%)	(68.9%)		
11.体重減少なし	79 (7.4%)	137 (12.8%)	100 (9.4%)	715 (66.9%)	(63.4%)	(87.7%)		
12.BMI標準以上	50 (4.7%)	34 (3.2%)	19 (1.8%)	877 (82.0%)	(40.5%)	(97.9%)		
13.半年前と咀嚼変化なし	221 (20.7%)	245 (22.9%)	99 (9.3%)	473 (44.2%)	(52.6%)	(82.7%)		
14.汁物等でむせない	222 (20.8%)	209 (19.6%)	82 (7.7%)	525 (49.1%)	(48.5%)	(86.5%)		
15.口の渇き気にならない	312 (29.2%)	209 (19.6%)	96 (9.0%)	417 (39.0%)	(40.1%)	(81.3%)		
16.週一回以上外出	17 (1.6%)	67 (6.3%)	41 (3.8%)	913 (85.4%)	(79.8%)	(95.7%)		
17.外出回数減少なし	187 (17.5%)	190 (17.8%)	117 (10.9%)	543 (50.8%)	(50.4%)	(82.3%)		
18.周囲から物忘れ指摘	130 (12.2%)	133 (12.4%)	85 (8.0%)	683 (63.9%)	(50.6%)	(88.9%)		
19.電話番号調べる	14 (1.3%)	37 (3.5%)	35 (3.3%)	953 (89.1%)	(72.5%)	(96.5%)		
20.日付混乱なし	171 (16.0%)	146 (13.7%)	119 (11.1%)	602 (56.3%)	(46.1%)	(83.5%)		
21.充実感あり	65 (6.1%)	159 (14.9%)	65 (6.1%)	748 (70.0%)	(71.0%)	(92.0%)		
22.喜び消失なし	63 (5.9%)	150 (14.0%)	63 (5.9%)	764 (71.5%)	(70.4%)	(92.4%)		
23.徳劫な感じなし	203 (19.0%)	271 (25.4%)	101 (9.4%)	464 (43.4%)	(57.2%)	(82.1%)		
24.卑下する感情なし	99 (9.3%)	168 (15.7%)	106 (9.9%)	667 (62.4%)	(62.9%)	(86.3%)		
25.不明な疲労感なし	171 (16.0%)	247 (23.1%)	96 (9.0%)	522 (48.8%)	(59.1%)	(84.5%)		

4. 要介護状態の悪化率の市町間比較（17市町）

2009年5月～2010年4月の介護給付費レセプトデータから、要介護認定者の要介護状態の悪化率を図表-4-1に示す。データは、2009年5月時点で要介護1もしくは要介護2の認定を受けた高齢者の要介護認定者について、その後12か月間の要介護度の推移を前向きに追いかけて、要介護3～5の認定を受けた場合を「悪化あり」、要介護1～2にとどまっていた場合を暫定的に「悪化なし」とした。

全16地域で、2009年5月時点で要介護1もしくは2だった者が29,631名おり、その後2010年4月までの間に要介護3以上に要介護度が悪化したものは15,311名(51.7%)であった。各地域の悪化者の割合は43.1%～58.2%と最大約10.0%の差があった。要介護1～2の者の年齢が高いほど悪化しやすいと考え、2009年4月時点の年齢(65～74歳、75～84歳、85歳以上)でそれぞれ悪化率を算出した(図表-4-2～3)ところ、各年齢別集計でも悪化率に最大20.0%の差があった。このことから、年齢によらず、地域によって要介護状態の悪化しやすさに差があることが明らかになった。

図表 -4-1 要介護1・2の認定者の2009年5月～2010年4月の推移

	2009年5月時点	2009年5～2010年4月間の变化			
	要介護1・2の認定者数	要介護1・2を維持		要介護3～5に悪化	
市町A	186	163	87.6%	23	12.4%
市町B	159	141	88.7%	18	11.3%
市町C	644	570	88.5%	74	11.5%
市町D	244	207	84.8%	37	15.2%
市町E	201	169	84.1%	32	15.9%
市町F	1017	891	87.6%	126	12.4%
市町G	183	151	82.5%	32	17.5%
市町H	1149	966	84.1%	183	15.9%
市町I	351	283	80.6%	68	19.4%
市町J	946	832	87.9%	114	12.1%
市町K	79	76	96.2%	3	3.8%
市町L	721	623	86.4%	98	13.6%
市町M	531	463	87.2%	68	12.8%
市町N	3949	3445	87.2%	504	12.8%
市町O	266	227	85.3%	39	14.7%
市町P・Q	1990	1760	88.4%	230	11.6%
合計	12616	10967	86.9%	1649	13.1%

図表 -4-2 要介護1・2の認定者(75~84歳)の推移

	2009年5月時点	2009年5~2010年4月の間の変化			
	要介護1・2の認定者数	要介護1・2を維持		要介護3~5に悪化	
65~74歳					
市町A	24	22	91.7%	2	8.3%
市町B	16	15	93.8%	1	6.3%
市町C	66	61	92.4%	5	7.6%
市町D	23	20	87.0%	3	13.0%
市町E	14	10	71.4%	4	28.6%
市町F	136	125	91.9%	11	8.1%
市町G	20	18	90.0%	2	10.0%
市町H	149	133	89.3%	16	10.7%
市町I	30	28	93.3%	2	6.7%
市町J	112	101	90.2%	11	9.8%
市町K	4	4	100.0%	0	0.0%
市町L	69	66	95.7%	3	4.3%
市町M	44	41	93.2%	3	6.8%
市町N	428	378	88.3%	50	11.7%
市町O	20	18	90.0%	2	10.0%
市町P・Q	169	154	91.1%	15	8.9%
合計	1324	1194	90.2%	130	9.8%
74~85歳					
市町A	61	55	90.2%	6	9.8%
市町B	63	57	90.5%	6	9.5%
市町C	279	252	90.3%	27	9.7%
市町D	107	95	88.8%	12	11.2%
市町E	87	76	87.4%	11	12.6%
市町F	447	394	88.1%	53	11.9%
市町G	87	72	82.8%	15	17.2%
市町H	444	388	87.4%	56	12.6%
市町I	148	119	80.4%	29	19.6%
市町J	373	329	88.2%	44	11.8%
市町K	37	34	91.9%	3	8.1%
市町L	297	255	85.9%	42	14.1%
市町M	233	208	89.3%	25	10.7%
市町N	1653	1447	87.5%	206	12.5%
市町O	110	92	83.6%	18	16.4%
市町P・Q	858	766	89.3%	92	10.7%
合計	5284	4639	87.8%	645	12.2%

図表 -4-3 要介護1・2の認定者（85歳～）の推移

	2009年5月時点	2009年5～2010年4月の間の変化			
	要介護1・2の認定者数	要介護1・2を維持		要介護3～5に悪化	
市町A	101	86	85.1%	15	14.9%
市町B	80	69	86.3%	11	13.8%
市町C	299	257	86.0%	42	14.0%
市町D	114	92	80.7%	22	19.3%
市町E	100	83	83.0%	17	17.0%
市町F	434	372	85.7%	62	14.3%
市町G	76	61	80.3%	15	19.7%
市町H	556	445	80.0%	111	20.0%
市町I	173	136	78.6%	37	21.4%
市町J	461	402	87.2%	59	12.8%
市町K	38	38	100.0%	0	0.0%
市町L	355	302	85.1%	53	14.9%
市町M	254	214	84.3%	40	15.7%
市町N	1868	1620	86.7%	248	13.3%
市町O	136	117	86.0%	19	14.0%
市町P・Q	963	840	87.2%	123	12.8%
合計	6008	5134	85.5%	874	14.5%

5. 5市町の介護サービス利用に関連する聞き取り調査結果

要支援・要介護認定率や要介護状態の悪化のしやすさが地域によって異なる原因を探索するため、介護サービスの利用状況や在宅医療に関する住民の意識と課題について5市町でヒアリング調査を行った（のヒアリング調査と同じ対象に同時に行った）。その結果、地域住民にとって「介護」にまつわる大きな課題であり、地域間で差が大きいものとして、世間体意識の高さがあげられた。

いずれの市町においても、古典的なイエ意識や価値観、つまり「親の介護は子供世代が担うべきである」という意識が残っている地区があり、そうした地区では介護サービスを利用することに対して抵抗があり、必要であってもサービスを利用しにくい住民がいる可能性があるという意見が繰り返し聞かれた。

また、サービス資源の偏在を課題とする市町があり、特に訪問サービス・通所サービスのサービス提供範囲が限られており、冬季の山間部に住む住民には、豪雪などのためにサービスが十分提供されにくい現状が聞かれた。サービス利用に対する抵抗意識や、地理・天候によるサービス提供範囲の制限が、要支援・介護認定率の高低や要介護度の悪化につながっていると考えられる。

また、市町 N の在宅医療支援診療所医師へのヒアリングでは、住民が提供を望む介護サービスの内容が市町によって異なる可能性があるという意見が出た。具体的には、都心部ではより密度が高く、高度な介護・医療サービスを望む傾向がある一方、古くからの集落や山間部では、密度が低く、最低限の介護・医療サービスを受けながら在宅療養を過ごしたいという傾向があるという意見であった。

6. 総括・まとめ

要支援・要介護認定率の分布が市町ごとに異なっていた結果について、本年度の課題整理・ヒアリング等の結果を踏まえてその原因を推測すると、下記の通りである。

まず 1 つ目は、市町によって、介護予防事業の提供に差がある点である。これは主に要支援～要介護 1 程度の軽度要介護認定者の発生に影響するものである。介護予防事業が適切に行われているかどうか、市町ごとに比較し評価するために必要な視点として、スクリーニングから参加までの待機期間の長さが適切かどうか、参加者の対象像と介入内容（介入の種類、回数、期間の長さ）が合致しているか、参加者の像に応じて適切な評価指標が特定できているか、の 3 点がある。特に については、対象者のスクリーニング時点で低下している機能項目の種類によって、改善しやすいものとそうでないものがあるため、事業の効果を市町間で比較する場合には、参加者の対象像を考慮した分析が必要である。

2 つ目として、市町によって医療・介護サービスの利用率の差がある。これは主に要介護 2～5 の中度～重度要介護認定者の発生に影響するものである。医療・介護サービスの利用には、市町の住民が提供を望む介護サービスの内容、ひいてはサービス利用に対する嗜好・抵抗意識が強く影響している可能性がある。つまり、同じ要介護度にあっても、住民の価値観が異なるために、利用するサービスの種類や利用の有無に差が生じている現状にあると想定される。

これは、同様の対象像には同様のサービスニーズがあるはずだという normative needs の観点からみれば市町間のニーズ充足状況に不均衡があるように見える一方、住民の求めるニーズである felt / expressed needs の観点からみれば、unmet needs につながるようなニーズ充足の不均衡があると言い切るのは難しい。在宅医療・介護のサービス提供の充足状況を評価する場合には、住民の求めるニーズを考慮する必要がある。次年度以降は、住民が求める理想的な「在宅医療・介護サービス」を市町ごとに記述し、その差が各市町のサービス利用状況に与える影響を排除した上で、現在提供されているサービス提供量の充足状況を評価することが重要である。次年度以降の取り組みは、これら ～ を骨子に進めることとする。

【研究代表者】

成瀬 昂 東京大学大学院医学系研究科

【分担研究者】

辻 哲夫 東京大学高齢社会総合研究機構
飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構
吉江 悟 東京大学高齢社会総合研究機構
永田 智子 東京大学大学院医学系研究科
蔭山 正子 東京大学大学院医学系研究科
岩本 康志 東京大学大学院経済学研究科
両角 良子 富山大学経済学部
湯田 道生 中京大学経済学部

【研究協力者】

阪井 万裕 東京大学大学院医学系研究科
松本 博成 東京大学大学院医学系研究科
寺本 千恵 東京大学大学院医学系研究科
櫻井 美里 東京大学大学院医学系研究科
伊藤 翠 東京大学大学院医学系研究科
錦織 梨紗 東京大学大学院医学系研究科
山本 なつ紀 東京大学大学院医学系研究科

(以上、順不同)

厚生労働科学研究 研究費補助金
政策科学総合研究事業
縦断的レセプトデータを用いた医療・介護サービス利用状況の地域間比較
平成25年度総括研究報告書
平成 26 年 3 月

企画・編集

東京大学大学院 医学系研究科
健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
助教 成瀬 昂
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
TEL 03 (5841) 3597
FAX 03 (5802) 2043

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 なし

雑誌 なし