

厚生労働科学研究 研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

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

報告書

(H25-健危-一般-005)

平成25年度 総括研究報告書

主任研究者 永田智子

平成26(2014)年3月

目次

要旨.....	i
はじめに.....	1
調査地域の概要.....	5
医療保険レセプトデータ分析.....	7
介護保険レセプトデータ分析.....	23
ヒアリング調査.....	43
質問紙調査.....	47
まとめと次年度への課題.....	65

要旨

本研究事業は、1 県を対象として住民のサービス利用状況・アウトカム・医療費・介護費のデータを収集するとともに、県内の医療・介護資源とそれらのネットワークの現況、サービス利用や療養場所の移行の関連要因等に関するヒアリングや質問紙調査等を行う。これにより、地域の医療・介護連携が地域住民のアウトカムに与える影響を把握するとともに、当該県における効果的・効率的な医療・介護サービス提供や連携体制の構築に対する提言を行うことを目指す。後者に関しては、レセプトデータ等の行政が保有する大規模データの活用についての機運が高まる中、各自治体が各種計画立案等にどのようにこうしたデータ等を活用していけばよいかに関する示唆を得ることを目標とする。

初年度である今年度は、医療・介護保険それぞれのレセプトデータを用い、サービス利用の概略を把握するとともに、データの特徴を把握して今後の分析に向けた示唆を得ることを目的とした。また、一部の自治体に対するヒアリングと住民に対する質問紙調査により、サービス利用や療養場所の移行についての本県の特徴を把握することを目指した。

まず、**医療レセプトデータ**から、福井県の医療サービスの利用状況を概観するとともに、本研究のデータの特徴を確認した。月当たりの入院医療費と入院日数のピークは必ずしも一致しておらず、65 歳前後は入院日数がさほど多くないが医療費が高くなっていた。疾患別では、レセプト件数が多く、入院日数が長いのは精神疾患、入院医療費が高額なのは新生物や循環器であり、一般的な医療ニーズの発生状況と一致する結果と考えられた。一方で、年齢別の分布からは、介護保険レセプトや後期高齢者医療制度との突合を行う必要が改めて確認された。

また、居住地によるサービスの利用範囲を把握することにより、医療ニーズの発生状況とサービス利用における地域特性を把握した。疾患により自市町内や二次医療圏内での受診・入院の割合が異なること、また、市町によって他の市町や二次医療圏への受診の割合が異なることが確認され、地域の資源の配置状況に応じた地域医療連携体制の構築が必要であること、疾患の特性を考慮した連携体制が必要であることが改めて確認された。

次いで、**介護保険レセプトデータ**から、福井県の介護保険サービスの種類別利用状況の月次変化を把握するとともに、市町によるサービスの利用状況の相違を確認した。市町により、利用されるサービスの種類が異なっており、サービス資源の配置やサービスに対する住民の利用意向等について併せて検討する必要性が改めて確認された。合わせて、サービス利用と要介護度の悪化との関連について試算し、サービス利用がアウトカムに与える影響の把握方法について検討した。

さらに、福井県内の市町の基礎情報および保健医療に関する状況を整理し、複数の市町に対しては**ヒアリング**を行って連携体制に対する情報を得た。

加えて、療養場所の移行に関する住民の意向を把握する一環として、福井県内の 1 市の

中年期住民を対象として、将来生活に手助けが必要になった際の居住場所についての意向に関する質問紙調査を行った。その結果、約半数の住民が現在の居住場所から移動する意向を持っており、中でも外出に手助けが必要になった段階で居住場所を移動するとの回答が4分の1を占めること、移動先の多くは介護保険施設等であることが明らかとなった。療養場所の移動に関するニーズの高さを踏まえた施策の必要性が示されるとともに、療養場所や在宅ケア資源に関する情報提供の重要性が示唆された。

次年度は、医療・介護保険レセプトについて、より詳細で、かつ両者を突合したデータが得られることから、医療・介護あるいは施設・在宅サービス間の円滑な移行とアウトカムとの関連についての検討を進めるとともに、ヒアリング等の結果と合わせて、地域特性に応じた連携体制に関する提言を行っていく。

研究成果の刊行に関する一覧表

未公表につき該当なし

. はじめに

1 問題の所在

社会保障制度の持続可能性と機能強化が求められる中、地域ケア機関が密接に連携しながら効果的に役割を果たす必要性が高まっている。医療機関・介護施設の機能分化が進み、在宅ケアへの移行が進められる中、機関・施設間の円滑な連携が求められている。「地域保健対策検討会報告書 今後の地域保健対策のあり方について」(平成 24 年 3 月)においても、保健医療介護の生活圏内でのシームレスな連携の重要性が指摘されている。

一般的に、ニーズに適した療養場所に適切に移行することは、住民自身の健康・QOL にとっても、また資源の有効活用にとっても望ましい。しかし、ケアの継続性が損なわれれば、ケアの質低下が生じ、住民の健康や QOL を損なう危険性がある (van Walraven et al. 2010)。

ケアの継続性を高めるためには、個々の担当者の力量を高めたり、機関間の連携における情報伝達の仕組みを整備したりして、個々の事例における連携が円滑に行われるようにすることが重要である (Haggerty et al, 2003)。一方、日常からのネットワークがあれば、個々の事例においても円滑に協働できる。現在、地域包括ケアの促進において、地域に基盤となるネットワークを構築すること、「顔の見える連携」を推進していくことの重要性が指摘されている (厚生労働省社会保障審議会介護保険部会, 2013)。地域の医療・介護に関するネットワーク体制の構築は、個々の住民の健康アウトカムや入院・施設利用、ひいては地域全体の死亡率やコスト等のアウトカムに繋がると考えられる。

さらに、連携の促進のためには、医療・ケア資源が整備されていることが前提となる。また、ネットワーク体制を築いていくためには、地域における文化・規範・歴史などを踏まえることが必要である。さらに、連携の目的は、人々の QOL 向上に資することであり、そもそも地域の人々がどのように医療・ケアを利用することを望んでいるかを把握し、それを踏まえた体制を整備していくことも求められる。

レセプトデータは、患者・利用者のサービス利用の実態に加え、要介護度や疾患、転帰などといった、患者・利用者の健康に関する情報も提供する。医療保険と介護保険のレセプトデータを連結し、かつ複数年追跡することができれば、サービス利用とその後のアウトカムとの関連を個人単位で追うことも可能である。これを地域単位で分析することにより、地域全体のサービス利用と健康アウトカムの状況、および、時系列でみたときの各々の関連性についても把握することができる。ただし、レセプトデータだけでは、サービス利用や健康状態の背景要因を把握することは不可能である。地域看護診断において、二次資料・地区踏査・インタビュー・サーベイ等を組み合わせて地域の実態把握を行うのと同じように、キーパーソンへのヒアリング等と合わせてレセプトデータ分析の結果を解釈することが重要である。

2 研究目的と全体構成

本研究事業では、福井県全市町の複数年の医療・介護レセプトデータから、住民のサービス利用状況・医療費・介護費のデータを把握するとともに、予防可能な再入院や余剰の入院期間及び療養場所移行などのアウトカムを合わせて把握する。県内の医療・介護資源とそれらのネットワークの現況、サービス利用や療養場所の移行の関連要因等に関するヒアリング等を行う。これにより、地域の医療・介護連携が地域住民のアウトカムに与える影響を把握するとともに、当該県における効果的・効率的な医療・介護サービス提供や連携体制の構築に対する提言を行うことを目指す。後者に関しては、レセプトデータ等の行政が保有する大規模データの活用についての機運が高まる中、各自治体が各種計画立案等にどのようにこうしたデータ等を活用していけばよいかに関する示唆を得ることを目標とする。

初年度である今年度は、**医療・介護保険それぞれのレセプトデータ**を用い、サービス利用の概略を把握するとともに、データの特徴を把握して今後の分析に向けた示唆を得ることを目標とした。また、**一部の自治体に対するヒアリングと住民に対する質問紙調査**により、サービス利用や療養場所の移行についての本県の特徴を把握することを目指した。

次年度は、福井県全域の住民を対象に複数年の各月の下記データ（～）を取得する。取得したデータは、国民健康保険の個人番号を用いて、個人単位で接合する。

国民健康保険の医療レセプトデータ

国民健康保険の特定健診データ

後期高齢者医療制度の医療レセプトデータ

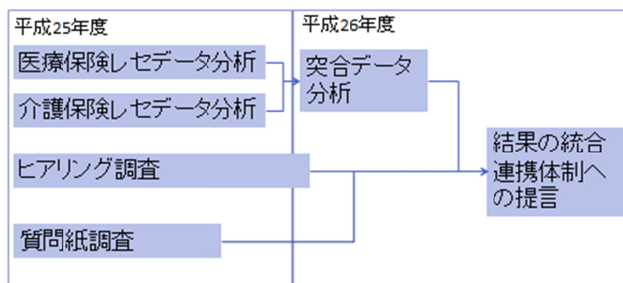
国民保険加入者の介護保険給付データ（本研究事業では、主に、を使用）

取得したデータを用い、療養場所の変更前後の利用サービスとアウトカムを把握する。さらに、市町ごとに、療養場所移行の発生率と前後でのサービス利用率、要介護度の変化や死亡等の転帰の発生率等を算出する。

これに基づき、医療・介護あるいは施設・在宅サービス間の円滑な移行とアウトカムとの関連についての検討を進めるとともに、ヒアリング等の結果と合わせて、地域特性に応じた連携体制に関する提言を行っていく。

研究の全体構成は**図表 1**のとおりである。

図表 1 研究の構成



3 レセプト調査における手続き

3.1 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2か月間しかなく、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。（**図表 -2**）

図表 2 本研究で用いたレセプトデータの種類と内容

国民健康医療保険レセプトデータ（以下、“医療レセプト”）	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。
介護給付費レセプトデータ（以下、“介護保険レセプト”）	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。

3.2 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、レセプト等データを提供に際し、2013年10～11月、データ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。

3.3 地図作成・掲載について

本報告書に掲載した地図は、全て「地理情報分析支援システム MANDARA」（<http://ktgis.net/mandara/>）を用いて作成した。

文献

地域包括ケアシステムの構築に向けて 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会(第46回)資料3, 2013.

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 327(7425), 1219-21, 2003.

Van Malraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956, 2010

・調査地域の概要

本研究は福井県において実施した。

福井県は総面積 4189km² (平成 24 年) 人口 799127 人 (平成 24 年、推計人口) 世帯数 276183 世帯 (平成 24 年) である。人口密度は約 19 人 / km² で全国 32 位、平均世帯人員数は 2.86 人 / 世帯で全国 2 位となっており、世帯人数の多さが特徴的である。さらに、福井県の共働き率は 58.2% (全国 1 位) 3 世代同居率は 20.2% (全国 2 位) であり、祖父母が孫の世話をしつつ両親が働きに出るような家族形態が一般的であると言える。それに関連して、福井県は住宅環境が良好であることが知られている。持ち家比率は 77.4% (全国 3 位) 一戸建て比率は 80.3% (全国 2 位) 持ち家住宅の平均延べ床面積は 172.6 m² (全国 2 位) となっており、広い持ち家に大家族が住んでいることが分かる。

年齢別の人口割合を見ると、年少人口割合が 13.7% (全国 6 位) 生産年齢人口割合が 60.3% (全国 26 位) 老年人口割合が 26% (全国 23 位) であり、高齢化は進んでいるものの少子化は比較的緩やかであると言える。合計特殊出生率も 1.60 と全国 8 位の水準である。人口の転入・転出率はそれぞれ 1.1 (全国 45 位) 1.3 (全国 44 位) であり、また、離婚率は 4.55 (全国 40 位) であることから、人口・家族形態の流動性が低い特徴を持つと言える。医療の主たる受益者である高齢者に焦点を絞ると、先述の通り福井県は高齢化率が 26% で全国より 3 年程度高齢化が先行しているが、平均寿命も男性 79.47 歳 (全国 4 位) 女性 86.25 歳 (全国 11 位) と長く、健康寿命 (日常生活に制限のない期間) をみても男性 71.11 歳 (全国 8 位) 女性 74.49 歳 (全国 11 位) であり、健康長寿県であると言える。それを反映して、要介護認定を受けていない高齢者の割合も前期高齢者において 96.6% (全国 2 位) 後期高齢者で 72.1% (全国 12 位) となっており、元気な高齢者が多いことが特徴である。

(出典：総務省統計局, 2014, 社会生活統計指標 - 都道府県の指標 - 2014

福井県, 2012, 第 5 期福井県老人福祉計画および介護保険事業支援計画

橋下修二ほか, 2012, 健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究)

県内には 17 の市町があり、4 つの二次医療圏に分かれている。概況を **図表 1** に示す。

図表 1 福井県の二次医療圏

(平成 18 年現在)

区分	人口 (人)	面積 (km ²)	市町数	構成市町
福井・坂井	412,880	957	3 市 1 町	福井市、あわら市、坂井市、永平寺町
奥越	64,170	1,126	2 市	大野市、勝山市
丹南	193,729	1,008	2 市 3 町	鯖江市、越前市、池田町、南越前町、越前町
嶺南	148,196	1,099	2 市 4 町	敦賀市、小浜市、美浜市、高浜町、おおい町、若狭町
計	818,975	4,190	9 市 8 町	

https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryuu/iryoujouhou/iryoukeikaku_d/fil/003.pdf

市町別の概況を**図表 2**に示す。福井市が人口 26 万人、次いで坂井市、越前市、鯖江市、敦賀市が 5～10 万人未満の人口規模である。65 歳以上人口の割合は奥越の 2 市と丹南・嶺南の町で 30%以上と高い傾向がある。

	福井・坂井				奥越			丹南				嶺南					
	福井市	吉田郡 永平寺 町	坂井市	あわら市	大野市	勝山市	南条郡 南越前 町	越前市	丹生郡 越前町	鯖江市	今立郡 池田町	大飯郡 高浜町	大飯郡 おおい町	小浜市	三方上 中郡若 狭町	三方郡 美浜町	敦賀市
土地(ha) (平24.1.1)	34792.6	6117	20267.5	8950.7	48457.7	20754.6	13000.4	13137.7	10383.7	8475	6372.5	7220	11762.1	13495.2	12567.2	15232	11120.2
宅地利用 (%)	13.7	6.4	11.5	9.6	2.0	2.9	2.1	14.1	4.7	16.7	1.5	4.2	2.2	4.7	4.2	1.8	12.1
田畑利用 (%)	26.2	18.5	34.7	40.5	9.3	10.1	8.9	31.6	16.5	26.0	10.8	10.2	7.5	13.3	18.9	7.1	14.4
山林・原野利用 (%)	49.9	66.2	30.1	24.3	29.3	46.6	48.9	37.6	44.8	13.4	40.5	31.0	51.3	55.3	43.4	28.4	41.8
人口と世帯 (平24.10.1)																	
総人口(人)	266052	20395	91514	29444	34219	24829	11228	84649	22584	67744	2901	10726	8502	30728	15789	10204	67619
世帯数(世帯)	98089	7245	29309	9630	10621	7640	3440	27523	6689	21250	989	3955	3189	11305	4995	3795	26519
1世帯当たり人員(人)	2.7	2.8	3.1	3.1	3.2	3.3	3.3	3.1	3.4	3.2	2.9	2.7	2.7	2.7	3.2	2.7	2.6
人口密度(人/km ²)	496.2	216.2	436.0	251.7	39.2	97.9	32.7	366.8	147.6	799.3	14.9	148.6	40.1	132.0	88.4	67.0	269.2
65歳以上人口 (%)	24.9	25.0	23.5	27.8	31.1	31.1	30.6	25.0	28.3	23.5	41.4	27.6	27.6	28.2	30.9	30.5	23.6
人口動態(平23.10.1～24.9.30)																	
出生 比率(対1000人)	9.0	6.8	8.1	6.7	6.2	6.9	6.5	8.0	7.0	9.7	3.8	7.7	11.6	8.6	7.8	7.5	8.6
死亡 比率(対1000人)	9.5	11.8	10.1	11.8	14.7	15.0	13.5	11.3	12.7	8.7	21.0	13.3	15.4	12.8	13.2	16.4	9.5
転入(人)	7278	574	2351	769	754	472	272	2547	383	1819	54	285	261	873	375	298	1897
転出(人)	7633	620	2350	872	882	607	366	2928	564	1738	92	420	269	994	414	394	2218
医療関係施設数 (平23.10.1)																	
病院	29	1	4	3	4	2	-	7	2	9	-	1	-	2	3	-	5
一般診療所	261	12	52	18	23	16	7	56	11	38	5	6	7	20	9	9	53
医療関係者数(人) (平22.12.31)																	
医師	873	363	79	35	32	42	8	113	18	106	4	10	8	69	19	7	136
保健師	226	20	35	17	16	14	8	29	10	31	3	8	8	19	10	8	37
助産師	107	13	7	1	1	8	-	12	-	7	-	-	-	21	1	-	24
看護師	4799	631	559	295	236	361	59	802	138	798	12	117	50	448	183	44	902
死因別死亡数(人) (平23年中)																	
全死因	2647	232	923	359	529	366	170	850	293	654	54	130	99	422	244	148	637
悪性新生物(人)	749	69	256	112	140	78	48	221	78	194	14	34	24	115	53	32	181
全死因に対する%	28.3	29.7	27.7	31.2	26.5	21.3	28.2	26.0	26.6	29.7	25.9	26.2	24.2	27.3	21.7	21.6	28.4
心疾患	475	37	166	62	84	72	26	145	45	110	7	18	9	71	39	18	108
全死因に対する%	17.9	15.9	18.0	17.3	15.9	19.7	15.3	17.1	15.4	16.8	13.0	13.8	9.1	16.8	16.0	12.2	17.0
脳血管疾患	227	23	68	29	57	50	20	83	21	64	5	17	12	38	20	12	55
全死因に対する%	8.6	9.9	7.4	8.1	10.8	13.7	11.8	9.8	7.2	9.8	9.3	13.1	12.1	9.0	8.2	8.1	8.6
肺炎	278	36	115	51	62	45	17	119	32	80	6	11	11	45	34	23	72
全死因に対する%	10.5	15.5	12.5	14.2	11.7	12.3	10.0	14.0	10.9	12.2	11.1	8.5	11.1	10.7	13.9	15.5	11.3
老衰	88	7	33	4	17	11	4	43	20	23	5	2	15	18	24	10	35
全死因に対する%	3.3	3.0	3.6	1.1	3.2	3.0	2.4	5.1	6.8	3.5	9.3	1.5	15.2	4.3	9.8	6.8	5.5

図表 2 福井県内の各市町の概況

．医療保険レセプトデータ分析

1 目的

今年度は、まず、医療費の発生状況の概略を疾患・年齢別につかむことを目標とし、それにより医療費の点からみて課題の多い対象集団を明らかにすることを目標とした。また、受診行動の地理的特徴を疾患別に把握し、疾患ごとの医療連携の現状について考察する一助とすることとした。さらに、終末期に医療サービスの消費が過剰になるという問題が以前より指摘されているが、その実態を把握し、今後、介護保険レセプトと合わせてサービス消費の状況を検討していく上での基礎資料とすることを目指した。

2 方法

2.1 解析方法

2.1.1 医療費の発生状況の分析

各年 5 月分の詳細データ（B データ）の入院・入院外のレセプトを利用し、疾患別・年齢別に、月当たりの医療費と発生日数を比較した。それによりどのような年齢が、また、どのような疾患が、月当たりで多くサービスを利用しているかを把握した。使用したデータは以下のとおりである。

性別コード（1：男、2：女）

年齢（被保険者マスタから 1 月時点の年齢算出）

毎年 5 月疾病名（疾患コード 121 分類）

診療日数

医療費

2.1.2 受診範囲の分析

疾患別に、医療圏単位で患者の居住地と医療機関所在地の関係を確認し、医療サービスの偏在が患者の受療行動にどのような影響を与えているかを把握した。

2007 年～2010 年の 5 月のレセプトデータの中から、市町村コードと医療機関番号を用いて疾病ごとの受療範囲を特定・集計した。疾患は在宅医療における重要性から悪性腫瘍、脳梗塞・脳出血、肺炎、認知症を選択した。集計は入院、入院外ごとに行い、受療範囲は自市町内（一次医療圏内）と二次医療圏内に大別し、それぞれの範囲で受療した割合（以下、受療範囲割合）を算出した。また、治療の拠点となる病院の所在地と受療範囲割合を GIS（Geographic Information System：地理情報システム）を用いてプロットし、医療機関の偏在が受療行動に及ぼす影響を概観した。

県内には 1 つの大学病院（永平寺町）と 2 つの国立病院（あわら市、敦賀市）が存在するが、提供を受けたデータでは大学病院および国立病院の医療機関番号が市町村番号とは

別に割り振られているために、所在する市町村を判別することが出来ない。ただし、大学病院、国立病院であるということは医療機関種別より特定可能である。よって、永平寺町で発生したレセプトのうち大学病院で受療したものは一次医療圏内受療であるとみなし、また、あわら市および敦賀市で発生したレセプトのうち国立病院で受療したのも一次医療圏内受療であるとみなした。さらに、永平寺町およびあわら市の含まれる福井・坂井二次医療圏内で発生したレセプトのうち大学病院および国立病院で受療したものは二次医療圏内受療であるとみなし、敦賀市の含まれる嶺南二次医療圏内で発生したレセプトのうち国立病院で受療したのも二次医療圏内受療であるとみなした。

2.1.3 死亡前1年間の医療費の発生状況の分析

各年の全ての月のデータ（Aデータ）を利用し、死亡前3か月、1年の入院医療費・入院外の医療費と発生日数を、年齢別に把握した。それにより、年齢によって死亡前の医療サービスの利用状況が異なるかどうかを把握することとした。

3 結果と考察

3.1 医療費の発生状況の分析

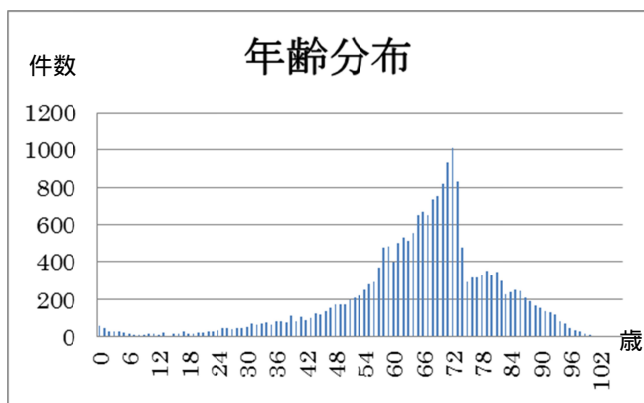
3.1.1 データの概要

B データの入院レセプトの全データ数は 20,962 件、うち、診療日数が 0 日の 1 データと 32 日以上の 281 データを除いた 20,680 データを分析対象とした。また、入院外レセプトの全データ数は 551,088 件、同様のケースを除外した 550,496 データを分析対象とした。

図表 1~2 に、データの概要を示す。入院レセプトでは、データの性別はほぼ半々、年齢の中央値は 68 歳、平均は 65 歳だった。75 歳以上については、平成 20 年からは後期高齢者医療制度に移行しているため、件数が少なくなっており、60 歳代~74 歳までの件数が多くなっている。医療費の中央値は 33 万円、平均は 43 万円で、最大値は 701 万円と右にすその長い分布になっていた。入院外レセプトでは、女性のデータの方が 59.2%と多く、年齢の中央値は 66 歳で分布の形はほぼ同じ、医療費の中央値は 9 千円、平均は 16 千円であった。

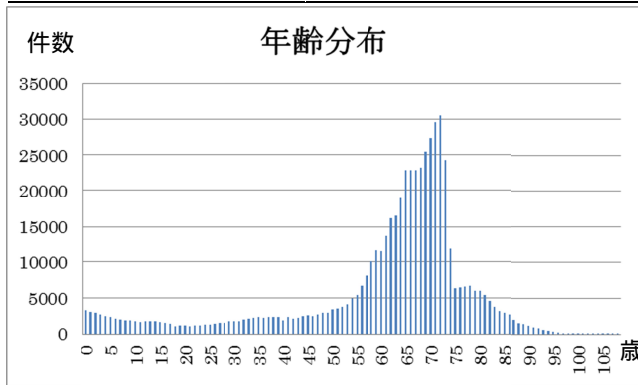
図表 -1 データの概要(入院医療費)

	n (%)				
性別					
男	10,448	(50.5)			
女	10,232	(49.5)			
	中央値	平均	SD	最小値	最大値
年齢	68	65.19 ±	16.290	0	108
医療費(円)	335,295	429,382.55 ±	424,788.9	80	7,013,700
診療日数(日)	18	18.09 ±	11.67	1	31



図表 -2 データの概要 (入院外医療費)

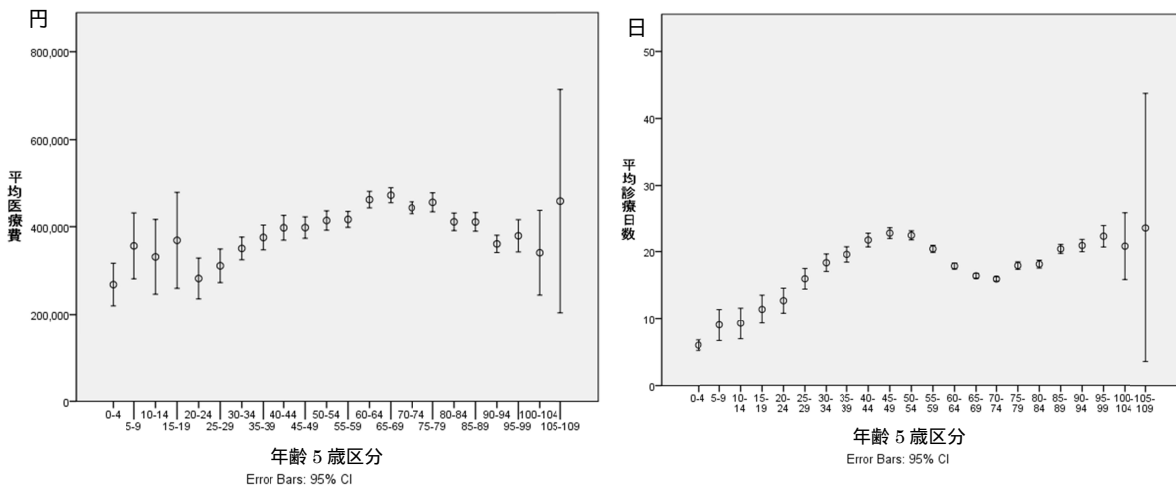
	n (%)					
性別						
男	224,440	(40.8)				
女	326,056	(59.2)				
	中央値	平均	SD	最小値	最大値	
年齢	66	60.73 ±	26.701	0	—	108
医療費 (円)	9,010	15,588.23 ±	33,374.274	0	—	3,524,400
診療日数(日)	1	1.93 ±	2.30	1	—	31



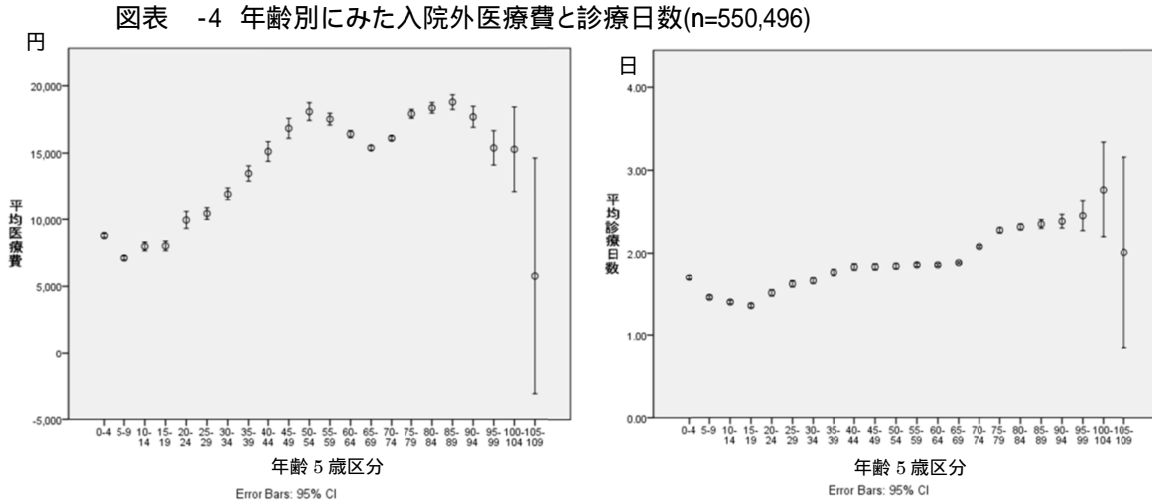
3.1.2 年齢別の医療費と診療日数

レセプト1件あたりの入院医療費の分布を図表-3に示す。20歳未満と100歳以上では、件数が少ないため分散が大きくなっている。医療費のピークはおよそ65歳で、それ以降は漸減しているが、介護保険への移行も考えられるため、突合データの分析が必要である。入院日数については45歳前後と90歳以降に山があるが、超高齢者についてはやはり人数が少なくなるためデータの解釈には注意が必要である。医療費のカーブとは必ずしも一致しておらず、入院日数がさほど多くないのに医療費が高い65歳前後は、手術等により短期間でも多くの支出が必要な疾患が多い可能性もある。

図表 -3 年齢別にみた入院医療費と入院日数(n=20,672)



レセプト1件あたりの入院外医療費の分布を、**図表 -4**に示す。医療費は50歳と85歳にピークがあり、診療日数については、高齢になるほど増える傾向がある。



3.1.3 疾患別（大分類）の医療費と診療日数

入院レセプトでは、最も件数が多いのは精神疾患、ついで循環器疾患、新生物であった。件数が少ない疾患はばらつきが大きいいため、100件以上レセプトのある疾患の中で見ると、入院医療費が高額なのは、新生物、循環器、筋骨格であり、入院日数が長いのは精神疾患、神経疾患、損傷・中毒であった。**(図表 -5)**

図表 -5 入院レセプトにおける疾患(大分類)の件数および疾患(大分類)別にみた入院医療費と入院日数 (n=20,675)

	件数		医療費 (円)				診療日数 (日)			
	n	(%)	平均	SD	最小値	最大値	平均	SD	最小	最大
感染症	419	(2.0)	360,787.2	± 528,061.1	480	6,900,340	12.02	± 10.35	1	31
新生物	2955	(14.3)	559,701.4	± 530,750.1	560	7,013,700	13.75	± 10.07	1	31
血液	99	(0.5)	531,024.7	± 525,378.7	1,300	2,443,430	15.06	± 10.90	1	31
内分泌	965	(4.7)	391,372.6	± 322,300.0	190	3,721,470	16.17	± 10.84	1	31
精神	4454	(21.5)	315,266.3	± 113,235.1	140	1,419,290	28.78	± 6.46	1	31
神経	927	(4.5)	444,377.0	± 286,931.8	2,450	3,880,230	23.34	± 10.83	1	31
眼	602	(2.9)	344,305.5	± 243,869.3	380	1,649,370	5.81	± 5.72	1	31
耳	120	(0.6)	343,449.2	± 326,569.7	17,830	1,892,360	9.18	± 7.57	1	31
循環器	3431	(16.6)	544,125.0	± 622,320.9	720	6,686,210	16.94	± 11.51	1	31
呼吸器	1125	(5.4)	350,439.6	± 283,409.6	190	2,427,420	13.61	± 10.32	1	31
消化器	1372	(6.6)	353,083.5	± 301,163.0	80	2,340,250	12.44	± 9.84	1	31
皮膚	141	(0.7)	340,471.1	± 285,903.8	720	2,458,530	15.09	± 10.87	1	31
筋骨格	1296	(6.3)	500,165.3	± 490,039.8	100	3,116,690	16.64	± 10.96	1	31
腎尿路	758	(3.7)	432,347.9	± 394,407.3	1,900	4,135,080	13.37	± 10.83	1	31
妊娠産褥	163	(0.8)	224,372.1	± 217,648.6	320	1,071,330	8.99	± 7.06	1	31
周産期	18	(0.1)	248,235.0	± 214,919.8	2,710	562,860	10.33	± 10.13	1	31
先天奇形	67	(0.3)	556,497.0	± 637,575.8	35,760	4,597,740	18.99	± 12.26	1	31
他	277	(1.3)	295,979.7	± 348,354.4	1,400	2,676,050	12.12	± 10.53	1	31
損傷・中毒	1486	(7.2)	436,003.1	± 386,810.9	350	2,954,650	17.65	± 11.08	1	31

一方、入院外レセプトで件数が多いのは、循環器、筋骨格、内分泌であった。1000件以上のレセプトの中で、医療費が高いのは腎泌尿器、新生物で、診療日数が多いのは筋骨格、損傷・中毒、腎泌尿器であった。腎泌尿器の医療費が高いのは、人工透析によるものと考えられる。(図表 -6)

図表 -6 入院外レセプトにおける疾患(大分類)の件数および疾患(大分類)別にみた入院外医療費と診療日数 (n=550,496)

	件数		医療費 (円)				診療日数 (日)			
	n	(%)	平均	SD	最小値	最大値	平均	SD	最小値	最大値
感染症	19917	(3.6)	15,201.5 ±	28,251.6	20	1,174,050	2.10 ±	2.60	1	31
新生物	19752	(3.6)	33,477.2 ±	71,172.5	40	3,524,400	1.70 ±	1.84	1	31
血液	2221	(0.4)	18,150.8 ±	54,200.7	340	975,850	1.78 ±	1.84	1	24
内分泌	62641	(11.4)	18,788.6 ±	34,303.3	0	1,636,500	1.72 ±	1.91	1	31
精神	25119	(4.6)	15,032.1 ±	23,138.5	0	428,580	1.98 ±	2.54	1	31
神経	10643	(1.9)	16,952.7 ±	30,350.1	260	598,870	2.03 ±	2.58	1	31
眼	45094	(8.2)	8,429.2 ±	16,287.5	380	378,920	1.21 ±	0.70	1	22
耳	8935	(1.6)	9,138.0 ±	9,881.0	0	225,400	2.20 ±	2.35	1	24
循環器	128331	(23.3)	15,767.7 ±	21,982.9	0	2,139,780	1.74 ±	1.81	1	31
呼吸器	53698	(9.8)	10,320.7 ±	13,410.3	80	418,410	1.70 ±	1.60	1	31
消化器	30944	(5.6)	15,640.9 ±	19,496.0	130	879,340	1.95 ±	2.21	1	31
皮膚	30662	(5.6)	6,727.2 ±	7,645.2	30	611,340	1.48 ±	1.16	1	31
筋骨格	69300	(12.6)	14,541.4 ±	18,248.7	30	827,640	3.04 ±	3.62	1	31
腎尿路	17104	(3.1)	45,384.3 ±	112,837.9	20	1,788,080	2.40 ±	3.42	1	28
妊娠産褥	532	(0.1)	11,017.3 ±	9,826.8	340	76,410	1.99 ±	1.55	1	18
周産期	82	(0.0)	10,001.1 ±	13,306.1	700	99,360	1.74 ±	1.12	1	5
先天	696	(0.1)	19,007.8 ±	53,567.7	680	788,920	1.86 ±	2.24	1	26
他	9065	(1.6)	10,494.8 ±	13,277.4	0	413,620	1.64 ±	1.55	1	25
損傷・中毒	15676	(2.8)	13,004.9 ±	16,755.8	0	476,010	2.53 ±	3.16	1	31

3.2 医療圏別に見た居住地と医療機関所在地との関係

表記について、4つの疾患別にまとめたものを以下に示す。

3.2.1 悪性腫瘍

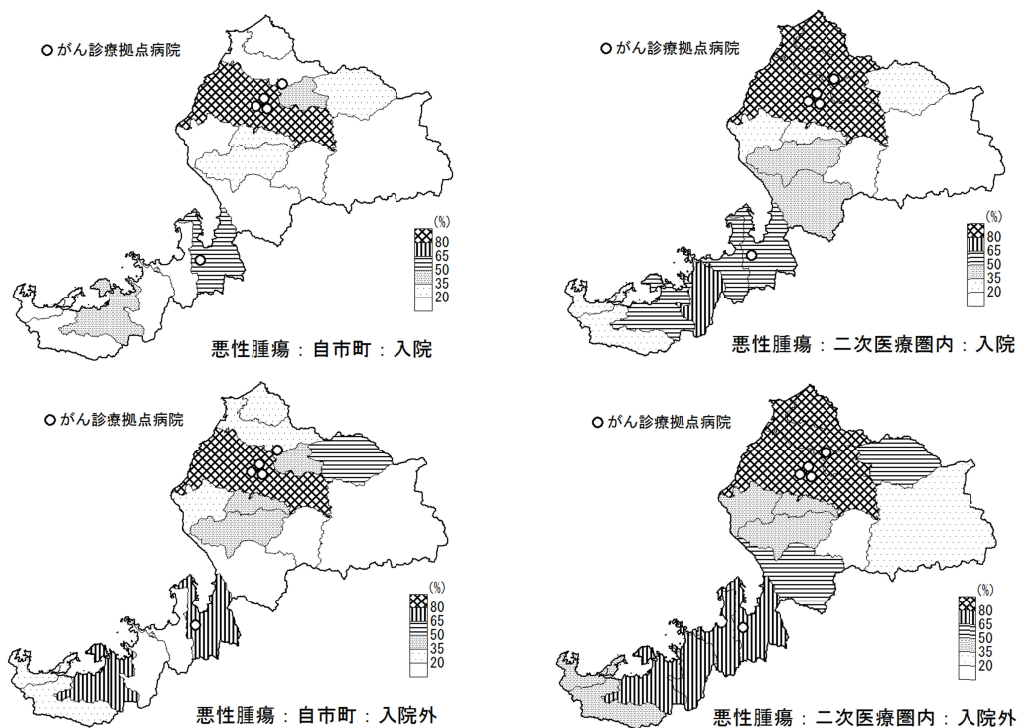
悪性腫瘍についての集計結果を図表-7に、各市町の受療範囲割合とがん診療連携拠点病院の所在地を地図上に表したものを図表-8に示す。

悪性腫瘍においては、市町ごとの受療範囲割合の差が著しい。福井市では89%の者が福井市内で入院しているのに対し、池田町・南越前町・美浜町などでは自市町内で入院する者はいない。二次医療圏レベルでも、福井・坂井医療圏に比べて奥越、嶺南医療圏では二次医療圏内で入院している者が少ないことが分かる。入院外は入院に比べて全体的により身近な範囲内で受療している者が多いが、奥越、丹南医療圏では多くの者が二次医療圏を超えて入院している。がん診療拠点病院の所在と照らし合わせると、それらが福井市に集中しており、周辺市町の者が市町境を超えて福井市において受療していると考えられる。一方で、高浜町・おおい町など県西部では、県境を越えた受療も多く、これらは舞鶴市の医療機関を利用していると考えられる。

図表-7 悪性腫瘍に対する受療範囲(診療区分別)

悪性新生物	一次医療圏内 受療割合 (%)	二次医療圏内 受療割合 (%)	自市町内	自市町外	県内国立病院	県内大学病院	三次医療圏内	県外	合計 受療件数	国保加入者 千人あたりの 発生件数
			受療件数	二次医療圏内 受療件数	受療件数	受療件数	受療件数	受療件数		
入院										
福井市	89.0	98.4	654	6	4	59	6	6	735	12.18
敦賀市	53.9	53.9	76	0	49	26	77	4	232	13.64
小浜市	48.6	57.0	52	4	5	8	15	23	107	13.39
大野市	9.2	17.0	14	12	1	25	98	3	153	16.84
勝山市	27.3	28.8	18	1	0	26	21	0	66	10.89
鯖江市	23.4	24.4	48	2	0	41	110	4	205	12.11
あわら市	10.6	97.3	8	73	4	25	1	2	113	15.78
越前市	30.3	35.2	79	13	2	32	132	3	261	13.71
坂井市	15.0	99.3	40	145	3	77	1	1	267	12.97
永平寺町	47.1	95.6	0	33	0	32	2	1	68	16.45
池田町	0.0	8.3	0	1	0	2	9	0	12	15.75
南越前町	0.0	46.9	0	23	1	6	19	0	49	18.70
越前町	5.7	21.4	4	11	2	7	45	1	70	12.44
美浜町	0.0	64.0	0	19	13	7	11	0	50	18.08
高浜町・おおい町	17.4	33.3	12	11	0	1	5	40	69	13.89
若狭町	5.6	66.7	3	15	18	3	12	3	54	12.87
(合計)	43.5	66.3	1008	369	102	377	564	91	2511	13.27
入院外										
福井市	89.4	98.3	4128	34	13	361	47	32	4615	76.49
敦賀市	74.0	74.2	704	2	286	60	254	31	1337	78.61
小浜市	66.4	73.5	403	17	26	8	40	113	607	75.98
大野市	17.9	33.2	125	107	0	74	390	3	699	76.93
勝山市	54.7	54.7	296	0	2	138	102	3	541	89.29
鯖江市	38.3	40.2	398	19	4	97	510	10	1038	61.32
あわら市	24.2	97.4	108	307	32	117	13	2	579	80.88
越前市	38.4	43.0	572	68	10	121	706	11	1488	78.15
坂井市	23.8	99.1	362	749	15	379	5	9	1519	73.79
永平寺町	44.7	96.0	10	174	6	147	13	1	351	84.93
池田町	4.8	17.5	3	8	0	3	49	0	63	82.68
南越前町	11.6	56.6	28	109	3	23	79	0	242	92.33
越前町	20.9	37.9	84	68	1	17	229	2	401	71.26
美浜町	8.4	76.3	27	140	77	21	47	8	320	115.73
高浜町・おおい町	27.8	42.7	114	57	4	5	16	214	410	82.56
若狭町	17.7	75.9	67	168	52	13	48	30	378	90.06
(合計)	54.1	75.2	7429	2027	531	1584	2548	469	14588	77.08

図表 -8 悪性腫瘍に対する受療範囲ごとの受療割合(診療区分別)



3.2.2 脳梗塞・脳出血

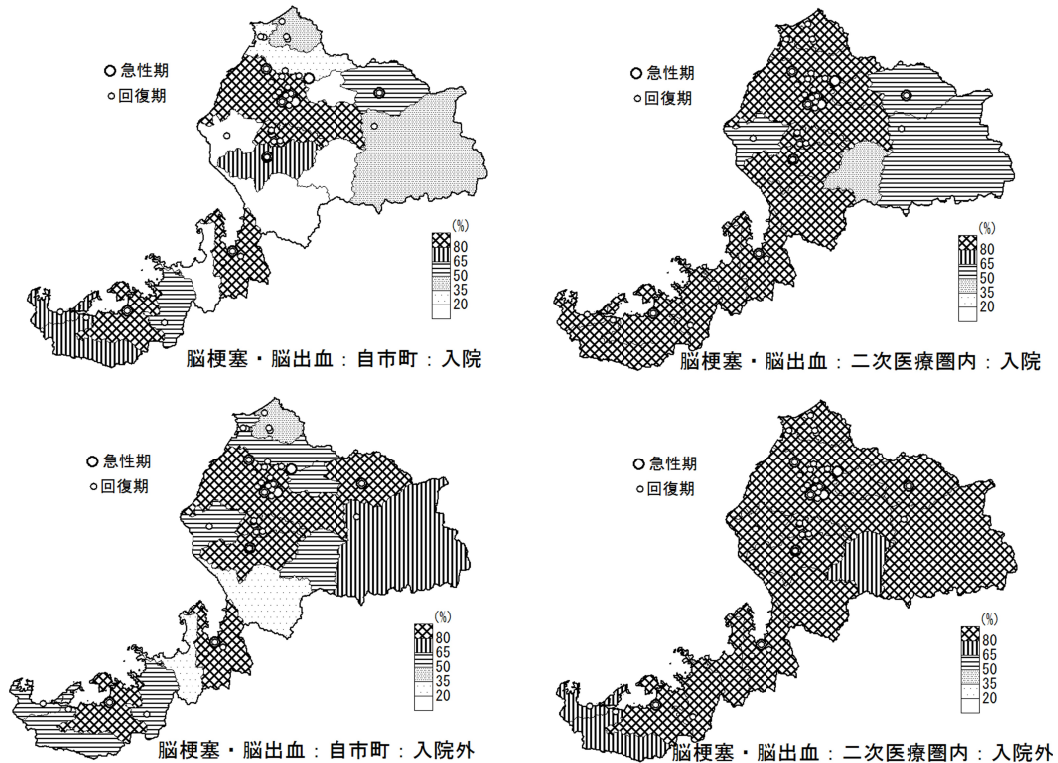
脳梗塞・脳出血についての集計結果を図表 -9 に、各市町の受療割合と脳卒中治療を行う病院（急性期および回復期）の所在地を地図上に表したものを図表 -10 に示す。

脳梗塞・脳出血は入院・入院外ともに、悪性腫瘍に比べて身近な範囲内での受療割合が高いことが分かる。これは、悪性腫瘍の場合は治療を行う医療機関・医師が患者の選択や医療機関同士の紹介関係によって決まることが多い（また、決めるための時間がある）のに対し、脳梗塞・脳出血の場合は発症後すぐに救急受診につながるケースが多く、身近な医療機関が選択されることや、治療の均霑化が進んでいることによると考えられる。また、二次医療圏レベルではおおむね圏内で治療が完結する傾向にあるが、市町レベルで見ると医療機関の乏しい勝山市、池田町、南越前町、美浜町では隣の市町へ受療することが多い。

図表 -9 脳梗塞・脳出血に対する受療範囲(診療区分別)

脳梗塞・脳出血	一次医療圏内		二次医療圏内		自市町内 受療件数	自市町外 二次医療圏内 受療件数	県内国立病院 受療件数	県内大学病院 受療件数	三次医療圏内 受療件数	県外 受療件数	合計 受療件数	国保加入者 千人あたりの 発生件数
	受療割合 (%)	受療割合 (%)	受療割合 (%)	受療割合 (%)								
入院												
福井市	93.0	94.7	334	3	0	3	18	1	359	5.95		
敦賀市	90.3	93.1	62	2	3	0	5	0	72	4.23		
小浜市	87.9	97.0	29	3	0	0	0	1	33	4.13		
大野市	44.8	59.7	30	10	0	0	27	0	67	7.37		
勝山市	51.6	58.1	16	2	0	4	9	0	31	5.12		
鯖江市	85.3	86.2	99	1	0	2	14	0	116	6.85		
あわら市	49.4	100.0	27	29	11	10	0	0	77	10.76		
越前市	75.7	94.6	84	21	0	0	6	0	111	5.83		
坂井市	28.6	99.2	34	71	0	13	0	1	119	5.78		
永平寺町	13.6	97.7	0	37	0	6	1	0	44	10.65		
池田町	0.0	37.5	0	3	0	0	5	0	8	10.50		
南越前町	6.3	84.4	2	25	0	0	4	1	32	12.21		
越前町	5.6	50.0	2	16	0	0	17	1	36	6.40		
美浜町	0.0	100.0	0	19	1	0	0	0	20	7.23		
高浜町・おおい町	66.7	92.3	26	10	0	0	0	3	39	7.85		
若狭町	51.3	97.4	20	16	2	0	1	0	39	9.29		
(合計)	65.3	89.9	765	268	17	38	107	8	1203	6.36		
入院外												
福井市	95.4	98.2	3197	52	1	41	50	10	3351	55.54		
敦賀市	94.0	94.3	538	2	53	2	31	3	629	36.98		
小浜市	90.3	95.8	326	19	1	1	4	10	361	45.19		
大野市	68.3	84.8	369	89	0	2	79	1	540	59.43		
勝山市	90.0	90.0	387	0	0	17	23	3	430	70.97		
鯖江市	81.8	86.2	538	29	0	3	85	3	658	38.87		
あわら市	47.4	97.5	142	141	12	22	8	0	325	45.40		
越前市	83.8	92.7	794	84	0	2	66	1	947	49.73		
坂井市	57.9	98.8	613	319	1	112	11	2	1058	51.39		
永平寺町	50.2	98.2	58	130	0	78	5	0	271	65.57		
池田町	51.9	78.8	27	14	0	0	11	0	52	68.24		
南越前町	33.1	91.9	45	80	0	0	11	0	136	51.89		
越前町	56.6	83.1	141	66	0	1	40	1	249	44.25		
美浜町	25.7	96.1	39	94	13	0	4	2	152	54.97		
高浜町・おおい町	62.7	78.7	141	36	0	0	1	47	225	45.31		
若狭町	51.6	91.6	111	80	6	0	8	10	215	51.23		
(合計)	79.3	94.2	7466	1235	87	281	437	93	9599	50.72		

図表 -10 脳梗塞・脳出血に対する受療範囲ごとの受療割合(診療区分別)



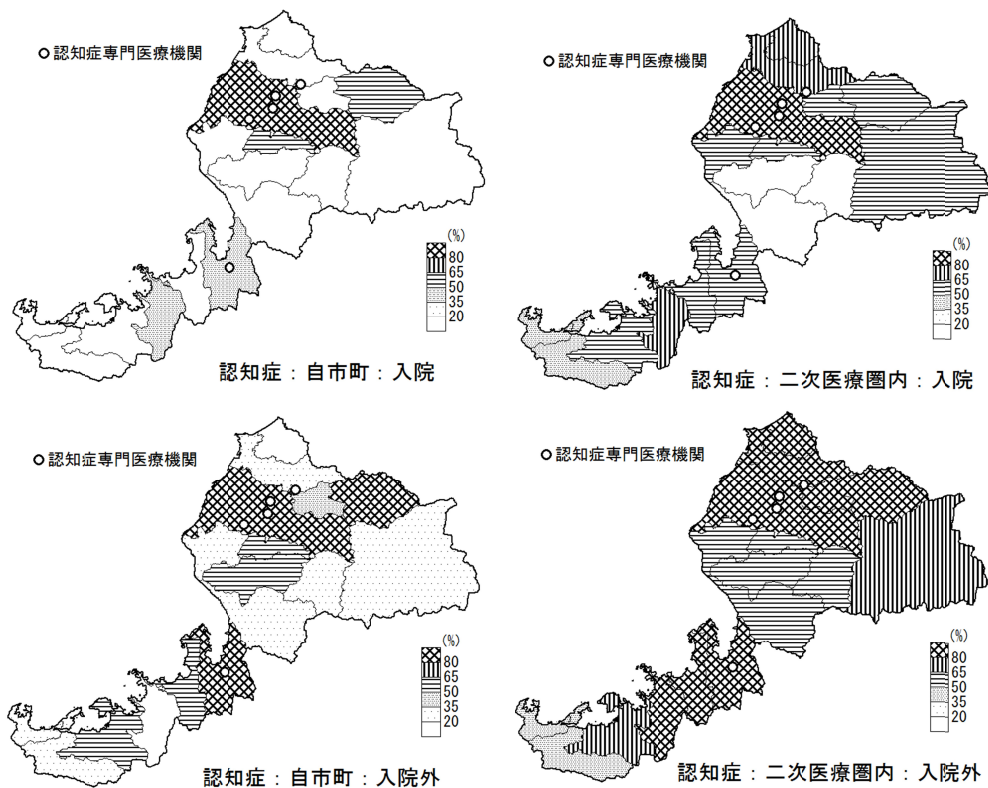
3.2.3 認知症・アルツハイマー病

認知症・アルツハイマー病についての集計結果を図表 -11 に、各市町の受療割合と認知症専門医療機関および専門医のいる医療機関の所在地を地図上に表したものを図表 -12 に示す。認知症・アルツハイマー病はそれ自体が主疾患となることは稀で、全体の件数が少なくなっている。入院については受療割合の差が大きく、認知症治療を目的に入院できる医療機関が限られていることが分かる。一方、入院外については二次医療圏レベルでほとんど治療が完結しており、入院/入院外で病態自体が異なることも示唆される。

図表 -11 認知症に対する受療範囲(診療区分別)

認知症 アルツハイマー病	一次医療圏内		二次医療圏内		自市町内 受療件数	自市町外 二次医療圏内 受療件数	県内国立病院 受療件数	県内大学病院 受療件数	三次医療圏内 受療件数	県外 受療件数	合計 受療件数	国保加入者 千人あたりの 発生件数
	受療割合 (%)	受療割合 (%)	受療割合 (%)	受療割合 (%)								
入院												
福井市	93.9	95.1	77	0	0	1	4	0	82	1.36		
敦賀市	38.5	61.5	5	3	0	0	4	1	13	0.76		
小浜市	15.4	61.5	2	6	0	0	0	5	13	1.63		
大野市	14.3	57.1	1	3	0	0	3	0	7	0.77		
勝山市	50.0	50.0	4	0	0	0	4	0	8	1.32		
鯖江市	50.0	50.0	3	0	0	0	3	0	6	0.35		
あわら市	0.0	66.7	0	5	0	1	3	0	9	1.26		
越前市	11.1	11.1	1	0	0	0	7	1	9	0.47		
坂井市	2.1	78.7	1	35	1	0	10	0	47	2.28		
永平寺町	0.0	50.0	0	1	0	0	1	0	2	0.48		
池田町	0.0	0.0	0	0	0	0	1	0	1	1.31		
南越前町	0.0	0.0	0	0	0	0	1	0	1	0.38		
越前町	0.0	50.0	0	1	0	0	1	0	2	0.36		
美浜町	0.0	50.0	0	2	0	0	1	1	4	1.45		
高浜町・おおい町	0.0	46.7	0	7	0	0	0	8	15	3.02		
若狭町	37.5	75.0	3	3	0	0	1	1	8	1.91		
(合計)	42.7	73.1	97	66	1	2	44	17	227	1.20		
入院外												
福井市	95.5	97.9	493	4	0	8	8	3	516	8.55		
敦賀市	83.3	83.3	35	0	0	0	6	1	42	2.47		
小浜市	58.8	79.4	20	7	0	0	4	3	34	4.26		
大野市	23.0	68.9	14	28	0	3	16	0	61	6.71		
勝山市	80.8	80.8	59	0	0	2	12	0	73	12.05		
鯖江市	57.1	63.3	28	3	0	0	18	0	49	2.89		
あわら市	14.8	92.6	7	34	1	8	4	0	54	7.54		
越前市	57.7	62.8	45	4	1	3	25	0	78	4.10		
坂井市	23.8	100.0	29	73	0	20	0	0	122	5.93		
永平寺町	40.0	97.8	7	26	0	11	1	0	45	10.89		
池田町	20.0	60.0	1	2	0	0	2	0	5	6.56		
南越前町	22.2	55.6	4	6	0	0	8	0	18	6.87		
越前町	28.6	57.1	8	8	0	0	12	0	28	4.98		
美浜町	53.8	84.6	7	4	0	0	1	1	13	4.70		
高浜町・おおい町	20.0	40.0	5	5	0	0	0	15	25	5.03		
若狭町	16.7	100.0	2	9	1	0	0	0	12	2.86		
(合計)	66.0	87.3	764	213	3	55	117	23	1175	6.21		

図表 -12 認知症に対する受療範囲ごとの受療割合(診療区分別)



3.2.4 肺炎

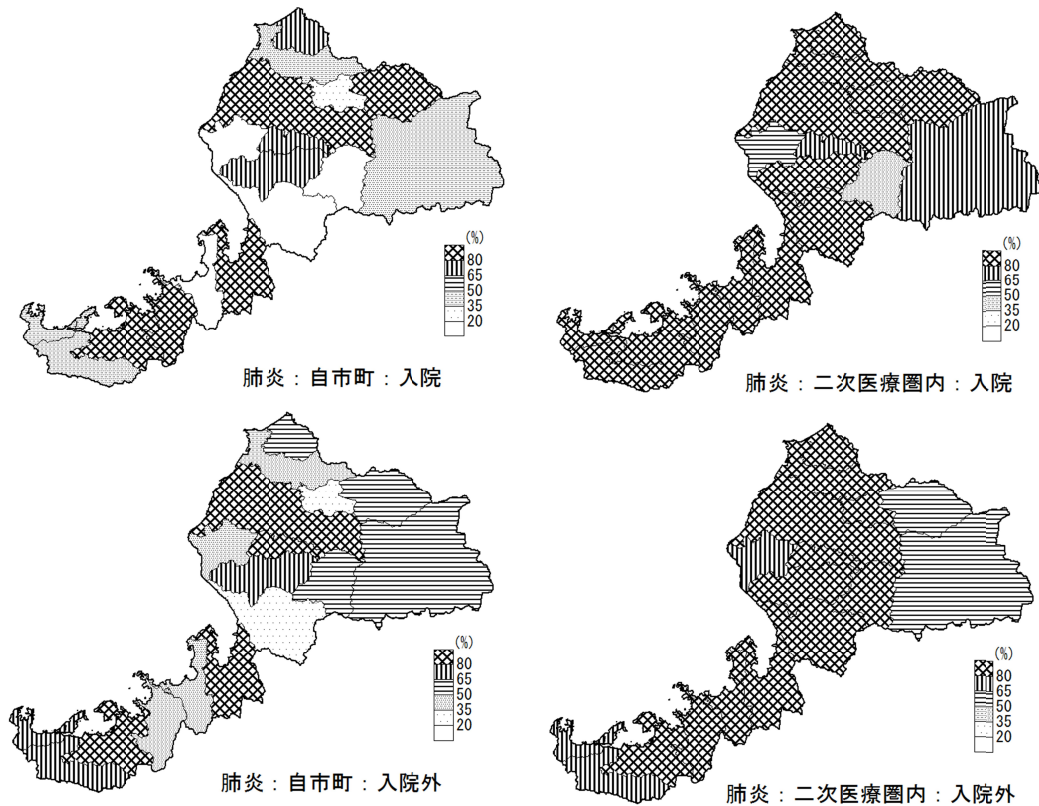
肺炎についての集計結果を**図表 -13**に、各市町の受療割合を地図上に表したものを**図表 -14**に示す。

肺炎は少なくとも二次医療圏レベルで治療が完結していることが分かる。これは、脳梗塞・脳出血の場合と異なり、治療の専門性が低いためと考えられる。また、肺炎における専門医療機関は特にないことから、特定の市町への集中も見られない。大学病院・国立病院での受療が少ないことも特徴的である。

図表 -13 肺炎に対する受療範囲(診療区分別)

肺炎		一次医療圏内	二次医療圏内	自市町内 受療件数	自市町外 二次医療圏内 受療件数	県内国立病院 受療件数	県内大学病院 受療件数	三次医療圏内 受療件数	県外 受療件数	合計 受療件数	国保加入者 千人あたりの 発生件数	
		受療割合 (%)	受療割合 (%)									
入院	福井市	94.8	98.0	145	2	1	2	3	0	153	2.54	
	敦賀市	94.0	98.0	35	2	12	0	1	0	50	2.94	
	小浜市	94.7	100.0	18	1	0	0	0	0	19	2.38	
	大野市	37.5	67.5	15	12	0	0	12	1	40	4.40	
	勝山市	84.4	84.4	27	0	0	3	2	0	32	5.28	
	鯖江市	79.1	79.1	34	0	0	1	8	0	43	2.54	
	あわら市	72.7	100.0	7	3	1	0	0	0	11	1.54	
	越前市	73.7	90.8	56	13	0	1	6	0	76	3.99	
	坂井市	39.0	95.1	16	23	0	0	2	0	41	1.99	
	永平寺町	20.0	100.0	0	7	1	2	0	0	10	2.42	
	池田町	0.0	42.9	0	3	0	0	4	0	7	9.19	
	南越前町	0.0	83.3	0	5	0	0	1	0	6	2.29	
	越前町	9.5	61.9	2	11	0	0	8	0	21	3.73	
	美浜町	0.0	93.3	0	11	3	0	1	0	15	5.42	
	高浜町・おおい町	42.9	85.7	3	3	0	0	0	1	7	1.41	
	若狭町	83.3	100.0	20	3	1	0	0	0	24	5.72	
	(合計)		70.8	90.1	378	99	19	9	48	2	555	2.93
	入院外	福井市	94.6	98.0	191	4	1	2	2	2	202	3.35
		敦賀市	96.4	98.2	89	2	18	0	0	2	111	6.53
		小浜市	84.8	90.9	28	2	0	0	1	2	33	4.13
大野市		53.1	62.5	17	3	0	0	10	2	32	3.52	
勝山市		56.5	60.9	13	1	0	8	1	0	23	3.80	
鯖江市		83.8	83.8	57	0	0	0	11	0	68	4.02	
あわら市		50.0	95.0	9	6	1	3	0	1	20	2.79	
越前市		67.3	80.4	72	14	1	1	19	0	107	5.62	
坂井市		39.4	97.2	28	29	2	10	2	0	71	3.45	
永平寺町		31.6	89.5	0	11	0	6	2	0	19	4.60	
池田町		57.1	85.7	4	2	0	0	1	0	7	9.19	
南越前町		33.3	91.7	4	7	0	0	1	0	12	4.58	
越前町		38.9	72.2	7	6	0	0	5	0	18	3.20	
美浜町		46.7	100.0	7	7	1	0	0	0	15	5.42	
高浜町・おおい町		66.7	73.3	20	2	0	0	1	7	30	6.04	
若狭町		42.9	85.7	6	4	2	0	1	1	14	3.34	
(合計)			73.8	89.3	552	100	26	30	57	17	782	4.13

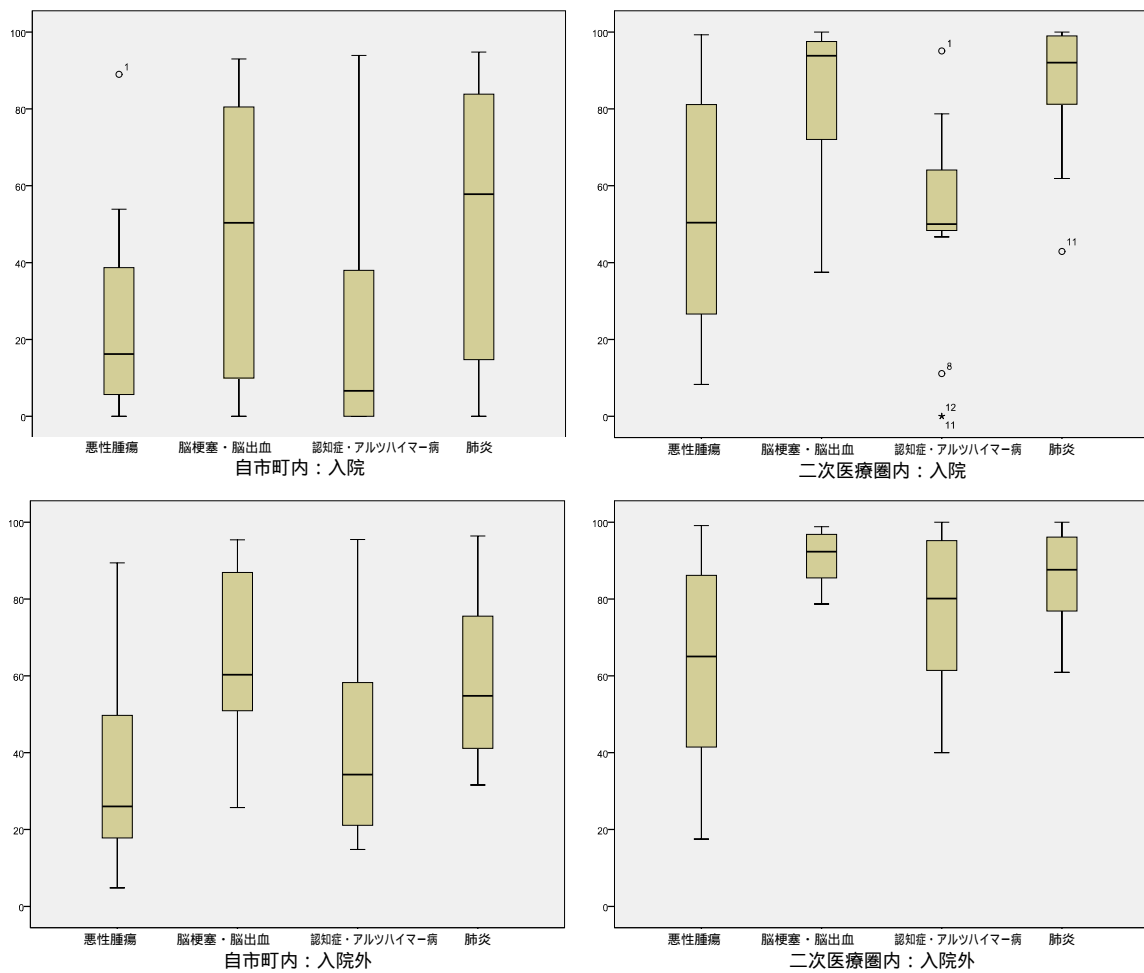
図表 -14 肺炎に対する受療範囲ごとの受療割合(診療区分別)



3.2.5 疾患ごとの受療範囲割合の比較

疾患ごとの受療範囲割合のばらつきを比較するために、**図表 -15** に箱ひげ図を示した。各プロットエリア内のバーは左から悪性腫瘍、脳梗塞・脳出血、認知症・アルツハイマー病、肺炎を示す。入院の自市町内受療割合はいずれの疾患でも差が大きく、特に悪性腫瘍と認知症では受療割合が平均的に低いこと、悪性腫瘍は二次医療圏内での受療割合のばらつきが他の疾患に比べて大きいことが分かる。

図表 -15 疾患・診療区分ごとの受療範囲割合



3.3 死亡前1年間の入院医療費の発生日数・金額：年齢別

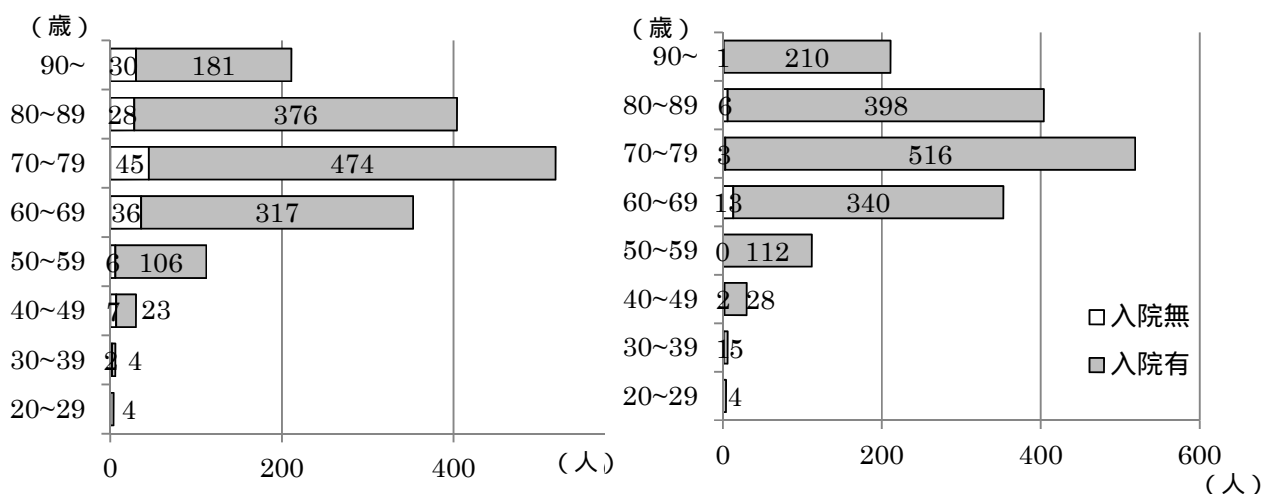
該当するレセプトの中で、死亡前1年間に入院レセプトが存在したのは実人数で1639名であった。年齢の内訳を**図表 -16**に示す。60歳以上が全体の約90%を占めた。

図表 -16 死亡前の入院レセプトを有する対象者の年齢構成(n=1639)

年齢	n	%
20~29	4	0.2
30~39	6	0.4
40~49	30	1.8
50~59	112	6.8
60~69	353	21.5
70~79	519	31.7
80~89	404	24.6
90~	211	12.9

死亡前の入院の有無を死亡前3か月、1年についてみた結果が**図表 -17**である。死亡前3か月間では90%以上の者が入院歴を有していた。年齢別にみると、人数は少ないものの50歳未満で入院歴のない者の割合が高かった。一方、60歳以上では、おおよそ10%が入院歴を有しておらず、介護保険施設等での死亡が考えられた。死亡前1年については、全体の98%が入院歴を有していた。

図表 -17 死亡前3か月(左)および1年間(右)の入院の有無(年齢別)(n=1639)



死亡前3か月間および1年間の入院日数および入院医療費について、記述統計量を算出した(図表-18、件数の少ない39歳未満は除く。また、該当期間に入院の実績がない者も除く)。入院日数については、年齢間で大きな差は見られず、3か月間の平均・中央値は約40日、1年間の平均は80~90日で中央値は約60日であった。一方、入院医療費については、年齢別にみると、40歳代・60歳代で死亡前3か月および1年間の入院医療費の平均・中央値が高くなっていた(3か月間で平均が約150万円、中央値が120万円台;1年間が平均280~360万円、中央値が約250万円)。最も高額な者は50歳代・60歳代にあり、1年間に2500万円以上の医療費を要していた。その一方で、70歳以上では年齢が高くなるごとに医療費が減っており、介護保険との突合データによる分析の必要性が改めて示された。

図表 -18 死亡前3か月および1年間の入院日数・入院医療費(年齢別)

年齢		死亡前3か月		死亡前1年間	
		入院日数(日)	入院医療費(円)	入院日数(日)	入院医療費(円)
40~49	度数	23	23	28	28
	平均値	39 ± 24	1,534,668 ± 1,703,332	96 ± 95	3,652,447 ± 4,606,893
	中央値	39	1,284,430	64	2,549,205
	範囲	2 — 78	90,700 — 8,321,910	2 — 342	90,700 — 23,448,610
50~59	度数	106	106	112	112
	平均値	36 ± 27	1,375,202 ± 1,327,590	89 ± 94	2,969,037 ± 3,389,245
	中央値	33	988,290	60	2,187,640
	最小値	2 — 88	20,460 — 9,640,030	2 — 363	27,900 — 25,150,690
60~69	度数	317	317	340	340
	平均値	39 ± 26	1,456,353 ± 1,155,422	83 ± 82	2,836,791 ± 2,614,502
	中央値	37	1,216,050	60	2,204,515
	最小値	1 — 91	45,060 — 7,572,040	1 — 364	46,870 — 25,552,280
70~79	度数	474	474	516	516
	平均値	38 ± 27	1,333,208 ± 1,219,434	86 ± 84	2,657,904 ± 2,368,180
	中央値	33	1,083,080	61	2,012,530
	最小値	1 — 90	20,160 — 9,547,310	1 — 365	23,180 — 13,445,770
80~89	度数	376	376	398	398
	平均値	41 ± 29	1,109,055 ± 1,000,351	99 ± 105	2,312,490 ± 2,228,744
	中央値	41	904,715	59	1,699,765
	最小値	1 — 91	15,130 — 8,456,940	1 — 365	15,130 — 14,909,150
90~	度数	181	181	210	210
	平均値	40 ± 27	851,493 ± 568,924	80 ± 93	1,522,160 ± 1,403,163
	中央値	36	823,340	53	1,109,480
	最小値	1 — 90	28,840 — 3,682,490	1 — 365	41,260 — 6,766,330

・介護保険レセプトデータ分析

1 目的

まず、介護保険サービス利用者について全体像を把握したうえで、つぎに焦点をあてる介護保険サービス利用者数と利用日数を明らかにし、さらにサービスの利用状況が要介護度の悪化にもたらす影響について検討することを目的とした。加えて、市町別に利用されるサービスに相違があるかどうかについても調べた。

2 方法

2.1 データ範囲

福井県から入手した 2009 年 5 月から 2010 年 4 月の 12 か月間の介護保険レセプトデータを用いて分析をおこなった。2009 年 5 月から 12 か月間とした理由は、今後当該介護保険レセプトデータと医療保険レセプトデータ B (疾患名等を含む) を突合し、突合データをもとに対象者のより詳細なデータを利用し、介護保険サービスの利用が利用者の状態像に与える影響を明らかにするためである。

2.2 要介護認定者数およびサービス利用者数の把握

まず、福井県全域の要介護認定者数(要支援 1～要介護 5)を、全数および 65 歳以上(1号被保険者)について把握した。つぎに、65 歳以上を対象として、訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ ショートステイ(短期入所生活介護・短期入所療養介護・短期入所療養介護)の各月の利用者数を把握した。

2.3 サービス利用とアウトカムの関連の検討

サービス利用と転帰の関係を検討するため、訪問看護・通所サービス等の利用有無と要介護度変化の関係を調べた。福井県の 15 市町と 1 広域連合で 2009 年 5 月から 2010 年 4 月に介護保険サービスの利用資格をもつ者のデータを分析対象とした。データ抽出条件は以下のとおりである。

<データ抽出条件>

市町：福井市、敦賀市、小浜市、大野市、勝山市、鯖江市、越前市、永平寺町、池田町、南越前町、越前町、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町、坂井市広域連合

サービス提供期間：2009 年 5 月～2010 年 4 月(12 か月分)

介護度：要支援 1・2、要介護 1～5

資格取得・喪失年月：特に指定なし

(1) LONG 形式データの対象

上記条件に該当したデータは、計 465605 レコード(ケース重複あり)であり、このうち

2009年5月までにサービス利用資格をもつものは計463300レコード(ケース重複あり)であった。2009年4月までに資格を喪失したものを除くと計390490レコード(ケース重複あり)が存在した。このうち第1号被保険者の者(年齢65歳以上)のものを抽出し、計380393レコード(ケース重複あり)が分析対象としてレセプトデータから抽出された。

(2) WIDE形式データの対象

各ケースに割り当てられている個人番号から同一人物のデータであるものでソートし、38220名のデータであることがわかった。2009年5月時点のサービス利用の有無でその後の要介護度の悪化に差があるかを検討するため、2009年5月時点でデータが存在する者(33209名)を抽出した。さらにこのうち、2009年5月時点で要介護度が要介護1または要介護度2である者は12616名であった。

(3) 着目する介護保険サービス

介護保険サービスの中でも比較的利用の多い以下のサービスに着目することとした。

- ・訪問介護
- ・訪問看護
- ・通所介護
- ・通所リハビリ
- ・ショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護(介護老人保健施設等)、短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)のいずれかを利用)

(4) 分析方法

サービス利用の有無と要介護度の悪化との関連を明らかにするため、Cox 比例ハザードモデルを用いた分析を行った。変数投入法は以下のとおりである。

< 従属変数 >

要介護度の悪化の有無

< 独立変数 >

2009年5月時点におけるサービス利用の有無：強制投入

< 共変量 >

2009年5月時点における以下の変数：変数増加法(尤度比)

- ・年齢
- ・性別(男性または女性)
- ・要介護度(要介護度1または要介護2)

2.4 市町別にみたサービス利用の特徴

市町によって種類別に見たサービス利用に差があるかどうかを検討するために、県内の各市町の2010年5月の65歳以上の要介護者におけるサービス利用者を、当概月の要介護認定者数で除してサービス利用割合を算出し、市町の地図にGISを用いて描出した。

3 結果

3.1 各月のサービスの利用者数・利用日数：要介護度・サービス種類別

本研究での母集団を把握するため、福井県全域の要介護認定者数（要支援 1～要介護 5、年齢 40 歳以上）を**図表 -1**に示す。

2009 年 5 月から 2010 年 4 月までの全期間を通じて、各月の要介護認定者数の総計は常に増加していた。また要支援 1、要介護 2、要介護 4 の者については、観察期間 12 か月間において常に増加しており、2009 年 5 月から 2010 年 4 月の間に 1 か月あたりの要介護認定者数が 400 名程増加していることが分かった（要支援 1：447 名、要介護 2：407 名、要介護 4：457 名）。一方で、要支援 2、要介護 3 の者は 2009 年 5 月から 2010 年 4 月の間に 1 か月あたりの要介護認定者数が減少していることがわかった（要支援 2：174 名、要介護 3：85 名）。要支援 2、要介護 3 の者の各月毎の増減に一定の傾向は見いだされなかった。同様に、要介護 1、要介護 5 の者についても各月毎の要介護認定者数の増減に一定の傾向は見いだされなかった。2009 年 5 月と 2010 年 4 月の認定者数をみると、要介護 1（347 名）要介護 5（259 名）と増加している。前月増減数（該当月認定者数 - 前月認定者数で計算）については、要介護 1 の者で 2009 年 12 月、2010 年 4 月に 10 名程減少していた。また、要介護 5 の者では 2010 年 2 月のみ、32 名が要介護 5 から要介護度の改善あるいは死亡などのイベントが発生した等の理由により減少していることが明らかになった。

図表 -1: 2009 年 5 月～2010 年 4 月の各月における要介護認定者数(40 歳以上)

サービス提供年月日	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総計
2009 年 5 月	3260	5541	7635	6350	5595	4883	4747	38011
6 月	3376	5516	7655	6370	5581	4928	4758	38184
7 月	3455	5482	7694	6388	5572	4957	4801	38349
8 月	3529	5454	7767	6418	5517	4963	4823	38471
9 月	3569	5455	7783	6437	5472	4999	4855	38570
10 月	3589	5432	7872	6496	5444	5028	4905	38766
11 月	3590	5405	7895	6501	5450	5073	4921	38835
12 月	3592	5396	7879	6562	5418	5112	4969	38928
2010 年 1 月	3618	5398	7926	6647	5406	5120	4984	39099
2 月	3641	5349	7964	6688	5427	5191	4952	39212
3 月	3660	5366	7992	6725	5487	5275	5006	39511
4 月	3707	5367	7982	6757	5510	5340	5006	39669
総計	42586	65161	94044	78339	65879	60869	58727	465605

さらに、高齢者について各月のサービスの利用者数・利用日数を要介護度・サービス種類により詳細に検討するため、上記母集団から年齢が65歳以上（第1号被保険者）のものを抽出し、各月の要介護認定者数を算出した（**図表 -2**）。

2009年5月～2010年4月各月における全要介護認定者中、65歳以上認定者の割合は97.34%～97.46%であった。要介護認定者のほぼ97%を占めることから、要介護度別の12か月後認定者数の増減傾向は、要介護認定者数（要支援1～要介護5、年齢40歳以上）において見出された傾向とほぼ同様であった。しかし、前月増減数（該当月認定者数 - 前月認定者数で計算）でみると、要支援2あるいは要介護3で2009年6月～2010年1月に前月より認定者数が減少していた。また、要介護5の者では2010年2月のみ34名が要介護5から要介護度の改善あるいは死亡などのイベントが発生した等の理由により減少していることが明らかになった。

図表 -2:2009年5月～2010年4月の各月における要介護認定者数(65歳以上)

サービス提供年月日	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総計
2009年 5月	3194	5377	7458	6144	5456	4772	4601	37002
6月	3307	5352	7481	6162	5441	4819	4608	37170
7月	3384	5320	7519	6185	5438	4848	4655	37349
8月	3456	5292	7591	6219	5388	4853	4679	37478
9月	3493	5296	7602	6238	5346	4888	4713	37576
10月	3509	5277	7686	6303	5319	4913	4764	37771
11月	3511	5248	7714	6312	5321	4960	4779	37845
12月	3514	5239	7700	6370	5283	4993	4831	37930
2010年 1月	3540	5241	7745	6450	5275	4998	4846	38095
2月	3564	5194	7777	6500	5296	5067	4812	38210
3月	3585	5206	7805	6544	5351	5150	4866	38507
4月	3629	5209	7795	6568	5379	5212	4866	38658
総計	41686	63251	91873	75995	64293	59473	57020	453591

上記 65 歳以上の要介護 1～5 の要介護認定者を分析対象として、以下 5 種類の介護保険サービスについて利用者数と利用日数を示す（図表 -3～9）。

訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ ショートステイ

ショートステイは、短期入所生活介護・短期入所療養介護（介護老人保健施設等）・短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）別に示す。

図表 -3 訪問介護・要介護度別利用者数、平均利用回数、延べ利用回数

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数
2009年5月	1014	10.6	10720	944	12.2	11498	579	13.7	7918	456	15.8	7206	374	15.8	5902
6月	1045	10.8	11263	932	12.4	11567	585	13.3	7792	464	15.6	7259	385	15.4	5946
7月	1036	11.0	11399	927	12.6	11689	571	14.2	8125	468	16.4	7667	381	15.2	5794
8月	1041	10.5	10909	920	12.5	11469	581	13.7	7953	469	14.9	6996	364	15.1	5505
9月	1051	10.3	10774	940	12.5	11717	552	14.0	7709	470	14.6	6871	370	14.9	5527
10月	1051	10.6	11111	947	12.9	12188	572	14.3	8175	502	14.9	7502	384	15.6	5984
11月	1055	10.0	10517	971	12.2	11828	573	13.3	7607	505	14.9	7503	387	15.0	5795
12月	1041	10.3	10742	965	12.8	12351	565	14.0	7916	511	15.1	7708	387	15.4	5968
2010年1月	1001	9.7	9734	992	11.8	11664	564	13.2	7439	497	14.9	7398	370	14.7	5426
2月	1030	9.5	9813	961	11.5	11054	582	12.7	7412	498	14.2	7086	368	14.5	5318
3月	1077	10.8	11590	960	12.9	12402	597	14.4	8624	505	15.4	7794	386	15.6	6026
4月	1104	10.2	11288	978	12.6	12274	611	13.6	8321	522	14.4	7497	402	15.0	6026
総計	12546	10.4	129860	11437	12.4	141701	6932	13.7	94991	5867	15.1	88487	4558	15.2	69217

図表 -4 訪問看護・要介護度別利用者数、平均利用回数、延べ利用回数

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数	利用者数	平均利用回数	延べ利用回数
2009年5月	356	4.77	1699	442	4.99	2206	347	5.80	2013	339	5.94	2012	394	6.88	2709
6月	372	5.39	2004	431	5.65	2433	338	6.43	2175	361	6.48	2338	392	7.67	3006
7月	376	5.50	2069	432	5.91	2555	336	6.37	2139	358	6.56	2347	389	7.65	2975
8月	362	5.21	1886	448	5.31	2378	329	5.72	1882	347	5.98	2076	382	6.87	2626
9月	372	5.18	1927	436	5.10	2222	330	5.85	1931	358	5.97	2138	387	6.96	2695
10月	384	5.43	2087	443	5.44	2410	327	6.11	1997	362	6.41	2320	405	7.42	3007
11月	394	4.98	1963	440	5.13	2258	323	5.44	1758	360	6.04	2174	401	7.02	2814
12月	400	5.13	2051	444	5.41	2403	306	5.83	1784	363	6.18	2242	414	6.92	2866
2010年1月	402	4.85	1951	452	5.08	2297	308	5.29	1629	345	6.08	2096	400	6.67	2666
2月	404	4.72	1907	450	5.27	2371	309	5.35	1652	366	6.08	2227	400	6.82	2726
3月	423	5.37	2270	441	5.91	2606	327	5.94	1944	373	6.73	2512	422	7.50	3164
4月	416	5.06	2103	448	5.75	2574	324	5.96	1931	376	6.65	2499	425	7.17	3049
総計	4661	5.13	23917	5307	5.41	28713	3904	5.85	22835	4308	6.26	26981	4811	7.13	34303

図表 -5 通所介護:要介護度別利用者数、平均利用回数、延べ利用回数

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数
2009年5月	2441	9.1	22282	1982	9.9	19672	1296	10.6	13747	729	9.7	7104	397	9.1	3606
6月	2492	9.5	23644	1978	10.3	20375	1304	10.9	14230	738	10.4	7672	389	9.6	3748
7月	2493	9.9	24639	1992	10.5	20984	1303	11.4	14800	748	10.6	7963	401	9.6	3847
8月	2498	9.4	23445	1998	10.1	20091	1291	11.1	14345	742	10.4	7684	393	9.5	3729
9月	2538	9.4	23792	2005	10.0	20009	1290	11.0	14145	766	10.3	7910	407	9.7	3944
10月	2561	9.6	24561	2036	10.3	20997	1303	11.1	14489	780	10.4	8117	419	9.8	4093
11月	2562	8.9	22917	2039	9.7	19677	1276	10.5	13428	795	9.6	7651	416	9.2	3841
12月	2539	9.2	23389	2064	9.9	20354	1255	10.7	13392	786	10.0	7860	415	9.3	3852
2010年1月	2483	8.7	21531	2066	9.3	19314	1205	10.1	12173	754	9.4	7105	391	8.8	3422
2月	2519	8.6	21718	2067	9.4	19438	1235	10.2	12638	756	9.6	7247	398	9.3	3685
3月	2551	9.6	24585	2096	10.5	22060	1301	11.2	14565	790	10.5	8300	419	10.0	4185
4月	2599	9.3	24130	2144	10.1	21704	1344	10.7	14407	833	10.1	8402	422	9.6	4060
総計	30276	9.3	280633	24467	10.0	244675	15403	10.8	166359	9217	10.1	93015	4867	9.5	46012

図表 -6 通所リハビリ:要介護度別利用者数、平均利用回数、延べ利用回数

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数
2009年5月	882	8.6	7612	909	9.4	8558	626	9.9	6219	344	9.1	3118	166	8.0	1334
6月	886	9.4	8337	907	10.0	9078	631	10.3	6515	354	9.6	3382	162	8.5	1371
7月	898	9.6	8597	908	10.1	9178	619	10.6	6562	361	10.0	3599	165	8.9	1468
8月	898	9.1	8190	906	9.6	8666	603	10.2	6160	350	9.7	3390	169	8.3	1411
9月	919	8.7	8041	903	9.5	8585	615	10.2	6247	354	9.6	3393	169	8.4	1418
10月	926	9.2	8492	942	9.8	9241	606	10.7	6476	363	9.8	3564	175	8.6	1513
11月	920	8.7	7959	923	9.2	8487	599	9.6	5729	373	8.9	3337	180	7.8	1402
12月	909	8.8	8010	929	9.4	8726	579	9.9	5715	383	9.0	3464	183	8.4	1534
2010年1月	906	8.3	7516	902	8.9	8021	543	9.3	5038	351	8.5	2997	163	8.1	1316
2月	911	8.3	7581	902	9.1	8188	553	9.3	5134	358	8.7	3112	172	7.8	1334
3月	929	9.2	8589	936	10.1	9447	576	10.4	5965	371	9.7	3615	182	8.6	1567
4月	943	9.0	8457	983	9.5	9384	595	10.2	6060	391	9.3	3628	186	7.8	1457
総計	10927	8.9	97381	11050	9.6	105559	7145	10.1	71820	4353	9.3	40599	2072	8.3	17125

図表 -7 ショートステイ:短期入所生活介護

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数
2009年5月	260	7.5	1937	435	9.1	3943	524	12.0	6281	403	12.3	4943	252	11.7	2951
6月	242	7.0	1701	402	9.2	3706	553	11.1	6159	395	12.6	4969	259	11.6	2995
7月	247	7.8	1933	421	9.1	3831	540	12.0	6494	406	12.5	5084	260	11.7	3038
8月	261	7.3	1914	434	8.9	3856	528	12.0	6344	421	12.7	5358	270	12.0	3238
9月	247	7.5	1856	439	8.8	3881	515	12.3	6359	409	12.0	4921	276	12.0	3319
10月	280	7.1	1985	457	8.5	3870	535	11.8	6333	420	11.8	4949	286	11.6	3317
11月	292	7.1	2087	471	8.3	3893	513	11.6	5934	440	11.6	5111	292	11.3	3306
12月	288	7.6	2189	443	9.0	3977	484	12.7	6139	427	12.9	5504	285	11.6	3319
2010年1月	268	8.1	2164	421	9.8	4128	495	13.5	6676	413	13.3	5505	264	11.9	3139
2月	256	8.0	2058	445	9.1	4053	493	12.0	5935	419	12.8	5367	247	11.2	2769
3月	263	8.2	2156	466	8.8	4110	542	12.3	6687	457	12.8	5862	276	11.5	3180
4月	244	8.1	1984	439	9.3	4091	532	12.0	6365	448	12.4	5533	286	11.0	3159
総計	3148	7.6	23964	5273	9.0	47339	6254	12.1	75706	5058	12.5	63106	3253	11.6	37730

図表 -8 ショートステイ:短期入所療養介護(介護老人保健施設等)

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数
2009年5月	58	5.7	332	105	6.0	626	104	7.9	818	69	8.1	560	61	9.0	546
6月	55	4.6	253	99	5.5	549	115	6.5	747	80	8.2	656	64	9.1	584
7月	54	5.3	284	96	6.1	586	99	6.8	675	88	7.1	626	63	9.0	570
8月	62	5.0	311	99	5.9	589	95	7.3	694	83	8.6	711	56	9.5	532
9月	65	5.3	346	102	6.1	626	100	6.9	690	73	7.3	531	61	9.4	573
10月	64	5.0	322	98	6.3	613	97	6.6	645	86	6.7	572	70	8.7	612
11月	68	4.8	323	89	6.1	541	95	6.5	622	85	7.2	614	73	8.1	588
12月	59	6.0	354	83	6.2	516	85	6.4	546	75	6.7	503	68	9.0	611
2010年1月	61	6.0	368	85	6.3	534	72	7.2	518	80	7.4	591	66	9.3	616
2月	56	5.5	307	77	6.5	499	74	6.2	461	82	6.8	561	47	10.2	478
3月	53	5.6	296	77	6.1	469	86	6.8	585	95	7.0	661	55	9.5	522
4月	58	5.4	316	91	6.5	595	87	5.7	498	103	6.9	707	58	9.3	540
総計	713	5.3	3812	1101	6.1	6743	1109	6.8	7499	999	7.3	7293	742	9.1	6772

図表 -9 ショートステイ:短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)

サービス提供年月	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5		
	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数	利用者数	平均利用日数	延べ利用日数
2009年5月	15	7.0	105	30	6.6	199	42	7.2	304	34	7.1	241	34	8.7	297
6月	16	7.8	125	26	6.7	174	34	6.6	225	40	6.4	255	31	8.7	271
7月	14	8.1	113	27	6.3	170	32	6.4	206	33	7.3	242	31	8.0	248
8月	12	8.3	99	32	6.7	215	32	8.5	273	31	6.9	215	39	7.3	284
9月	7	7.7	54	35	7.9	278	30	7.6	228	33	6.4	212	32	8.9	284
10月	10	7.8	78	31	7.2	224	28	6.1	170	35	6.9	241	33	7.0	230
11月	15	7.9	118	30	7.7	232	27	6.6	178	30	5.7	172	38	7.2	272
12月	20	7.8	155	30	7.1	212	24	6.6	158	26	7.3	190	32	8.3	266
2010年1月	12	8.3	100	31	7.7	239	31	7.5	234	25	7.9	198	31	8.5	263
2月	12	9.7	116	32	7.5	241	29	7.8	226	23	6.3	144	33	7.7	254
3月	22	7.1	157	29	7.4	215	30	7.8	235	25	5.4	134	34	7.6	257
4月	15	9.1	136	33	6.5	216	35	6.5	228	29	6.7	193	30	8.5	254
総計	170	8.0	1356	366	7.1	2615	374	7.1	2665	364	6.7	2437	398	8.0	3180

訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリ、ショートステイの各サービスのうち、最も利用者数の多いサービスは、通所介護（延べ利用者数、84230名）であった。次いで、訪問介護（41340名）、通所リハビリ（35547名）、ショートステイ（32502名）、訪問看護（22991名）の順に利用者数が多かった。なお、延べ利用回数においても、利用回数が一番多いサービスは、通所介護（延べ830694回）であり、訪問介護（524256回）、通所リハビリ（332484回）、ショートステイ（292217回）、訪問看護（136749回）の順に利用回数が多かった。

訪問介護、訪問看護、ショートステイ（短期入所療養介護：介護老人保健施設等）では、要介護度が重いほど、平均利用日数が多い傾向があった。また、通所介護、通所リハビリでは、要介護3の者の平均利用日数が最も多く、要介護2以下および要介護4以上で平均利用日数は徐々に少なくなる傾向があることが分かった。他方、要介護4をピークに平均利用日数が減少する傾向を示したのは、ショートステイ（短期入所生活介護）であった。その一方で、要介護4の者の平均利用日数が最も少なく、要支援1および要介護5の者の平均利用日数が多くなる傾向を示したのは、ショートステイ（短期入所療養介護：介護療養型医療施設等）であった。

3.2 サービス利用とアウトカムの関連の検討

3.2.1 データ概要

2009年5月時点で要介護度が要介護1または要介護2である者は12616名であった。2009年5月時点の介護保険サービス利用者の概要を**図表 -10**に示す。

分析対象者の平均年齢は83.82歳（標準偏差7.30歳）であった。性別は、女性の割合が多く70%ほどを占めていた。要介護1の被介護認定者が最も多かった（21.1%）。

図表 -10 2009年5月における65歳以上要介護認定者(n=33209)

	n	%	最小値	最大値
年齢 平均値(標準偏差)	83.82	(7.30)	(65-	111)
性別				
男性	9468	(28.5)		
女性	23741	(71.5)		
要介護度				
要支援1	3074	(9.3)		
要支援2	5123	(15.4)		
要介護1	7015	(21.1)		
要介護2	5601	(16.9)		
要介護3	4800	(14.5)		
要介護4	3967	(11.9)		
要介護5	3629	(10.9)		

それぞれ2009年5月時点に要介護1または要介護2である者について、その後12か月間に要介護3・要介護4・要介護5への悪化と中途打ち切りについて、観測数を求めた。対象者の概要を**図表 -11**に示す。

要介護度の悪化が観測されなかった者は8761名であり、悪化ありの者は1649名であった。また、2009年5月から2010年4月の観測期間内でデータが打ち切られた者は2206名であった。平均年齢は、要介護度の悪化なしの者より悪化ありの者の方が高い傾向があり、中途打ち切りの者が最も高かった。性別についてみると、悪化なしの者、悪化ありの者の男女比は男性が約3割でほぼ同様であった。一方で、中途打ち切りの者は男性の割合が約4割と高い傾向にあった。要介護度の悪化がなかった者とあった者について、2009年5月時点の要介護度別割合を比較すると、悪化がなかった者は悪化のあった者に比べて有意に要介護1の者が多いことが分かった。

サービス利用の有無別でみると、要介護度の悪化なし・悪化ありの者でサービス利用割合に5%以上の差があったのは、通所介護とショートステイであった。通所介護では、要介護度の悪化ありの者の中でサービス利用なしの者の割合（86.0%）が多く、ショートステイでは、要介護度の悪化なしの者の中でサービス利用なしの者の割合が95.0%と多かった。

図表 -11 要介護度悪化の有無別における記述統計量(2009年5月時点の属性とサービス利用による分類)

	全体		要介護度の変化											
	n=12616		悪化なし n=8761				悪化あり n=1649				打ち切り n=2206			
	n	%	n	%	最小値	最大値	n	%	最小値	最大値	n	%	最小値	最大値
年齢 平均値(標準偏差)	83.78	(7.13)	83.20	(7.15)	(65-	108)	84.59	(6.98)	(65-	102)	85.51	(6.82)	(65-	102)
性別														
男性	3739	(29.6)	2431	(27.7)			464	(28.1)			844	(38.3)		
女性	8877	(70.4)	6330	(72.3)			1185	(71.9)			1362	(61.7)		
要介護度														
要介護1	7015	(55.6)	5336	(60.9)			569	(34.5)			1110	(50.3)		
要介護2	5601	(44.4)	3425	(39.1)			1080	(65.5)			1096	(49.7)		
サービス利用(2009年5月時点)														
訪問介護なし	10796	(85.6)	7533	(86.0)			1389	(84.2)			1874	(85.0)		
あり	1820	(14.4)	1228	(14.0)			260	(15.8)			332	(15.0)		
訪問看護なし	11896	(94.3)	8310	(94.9)			1535	(93.1)			2051	(93.0)		
あり	720	(5.7)	451	(5.1)			114	(6.9)			155	(7.0)		
通所介護なし	8462	(67.1)	5948	(67.9)			3571	(86.0)			1448	(65.6)		
あり	4154	(32.9)	2813	(32.1)			583	(14.0)			758	(34.4)		
通所リハなし	10896	(86.4)	7562	(86.3)			1435	(87.0)			1899	(86.1)		
あり	1720	(13.6)	1199	(13.7)			214	(13.0)			307	(13.9)		
ショートステイなし*	11793	(93.5)	8319	(95.0)			1441	(87.4)			2033	(92.2)		
あり*	823	(6.5)	442	(5.0)			208	(12.6)			173	(7.8)		

注: 欠損値なし

*短期入所生活介護・短期入所療養介護(介護老人保健施設等)・短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)のいずれかのサービスを使っている場合に、「ショートステイあり」とした。

3.2.2 サービス利用と要介護度の悪化との関連

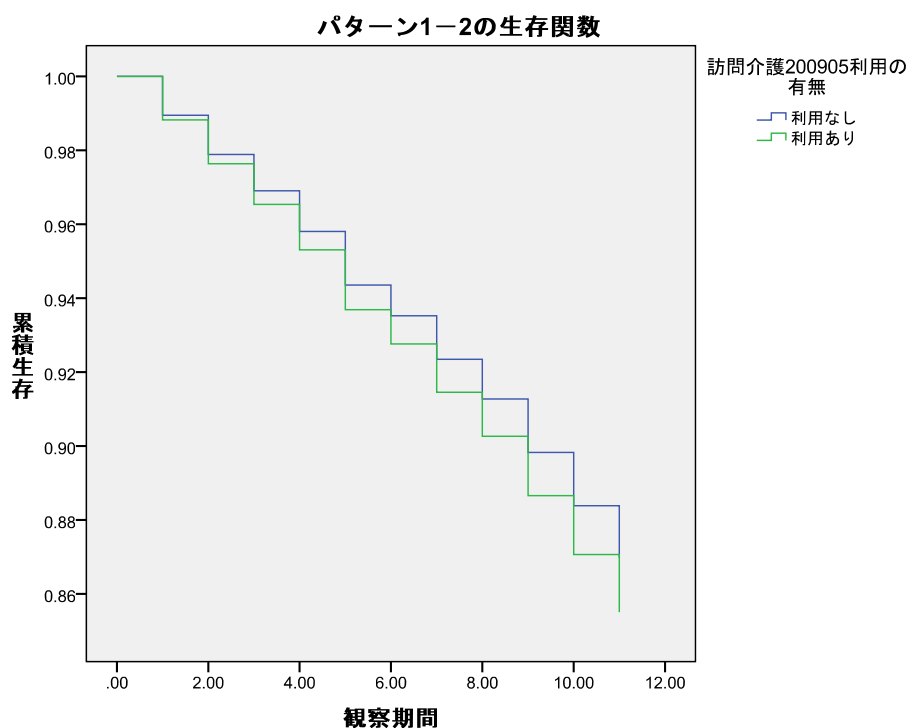
介護保険サービスの利用による要介護度の悪化への影響を明らかにするため、2009年5月時点におけるサービス利用と、その後12か月間における要介護度の悪化との関連を検討した。

(1) 訪問介護

2009年5月時点における訪問介護利用者は10796名(85.6%)、利用していない者は1820名(14.4%)であった。2009年5月時点の訪問介護の利用の有無による要介護度の悪化に有意な差はなかった(図表-12)。

図表 -12 Cox 比例ハザード分析:訪問介護 (n=12616)

	調整済み ハザード比	95%信頼区間		P 値
		下限	上限	
年齢	1.020	(1.013-	1.027)	0.000
要介護度				
要介護 1	1			
要介護 2	2.580	(2.331-	2.856)	0.000
訪問介護				
利用なし	1			
利用あり	1.122	(0.982-	1.282)	0.090

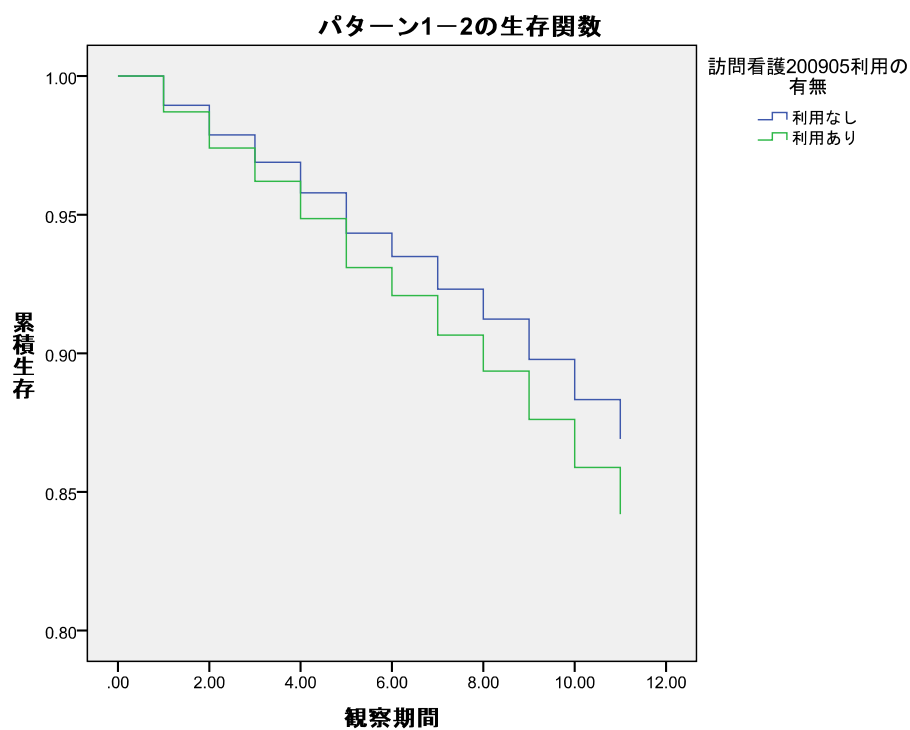


(2) 訪問看護

2009年5月時点において訪問看護を利用している者は利用していないものと比べて有意に要介護度が悪化することが分かった(図表-13)。

図表-13 Cox 比例ハザード分析:訪問看護 (n=12616)

	調整済み ハザード比	95%信頼区間		P 値
		下限	上限	
年齢	1.020	(1.013-	1.027)	0.000
要介護度				
要介護 1	1			
要介護 2	2.573	(2.324-	2.849)	0.000
訪問介護				
利用なし	1			
利用あり	1.226	(1.013-	1.485)	0.036

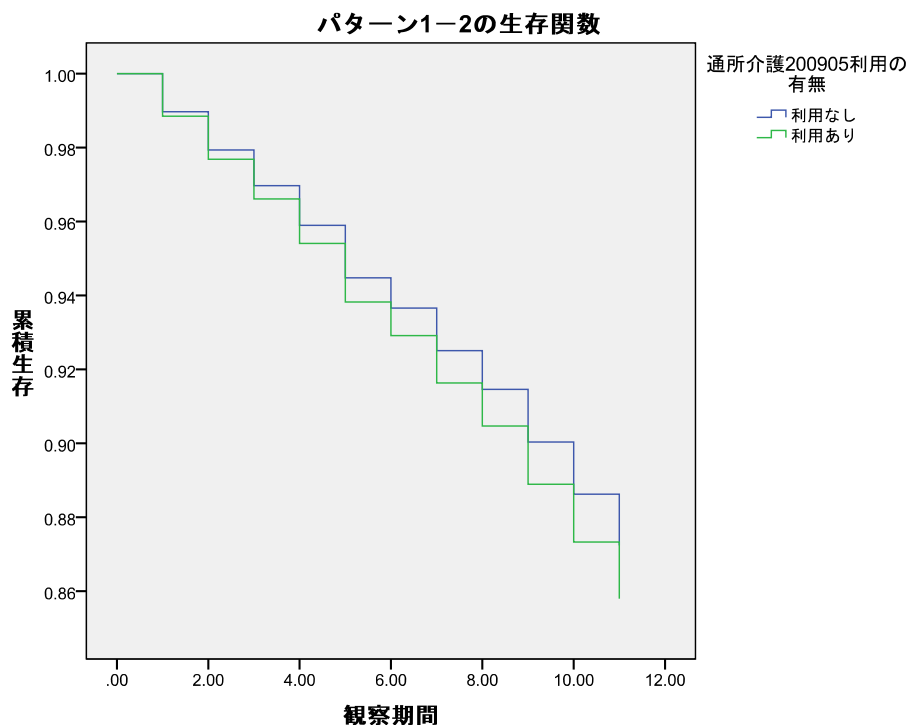


(3) 通所介護

訪問介護、通所リハビリ、ショートステイの利用者数と比べて、通所介護の利用者数は最も多く、2009年5月時点において通所介護を利用している者は8,462名(67.1%)、利用していない者は4,154名(32.9%)であった。2009年5月時点において通所介護を利用している者は利用していない者と比べて有意に要介護度が悪化することが分かった(図表-14)。

図表 -14 Cox 比例ハザード分析:通所介護 (n=12616)

	調整済み ハザード比	95%信頼区間 下限 上限	P 値
年齢	1.019	(1.013- 1.026)	0.000
要介護度			
要介護 1	1		
要介護 2	2.588	(2.338- 2.865)	0.000
通所介護			
利用なし	1		
利用あり	1.122	(1.014- 1.241)	0.025

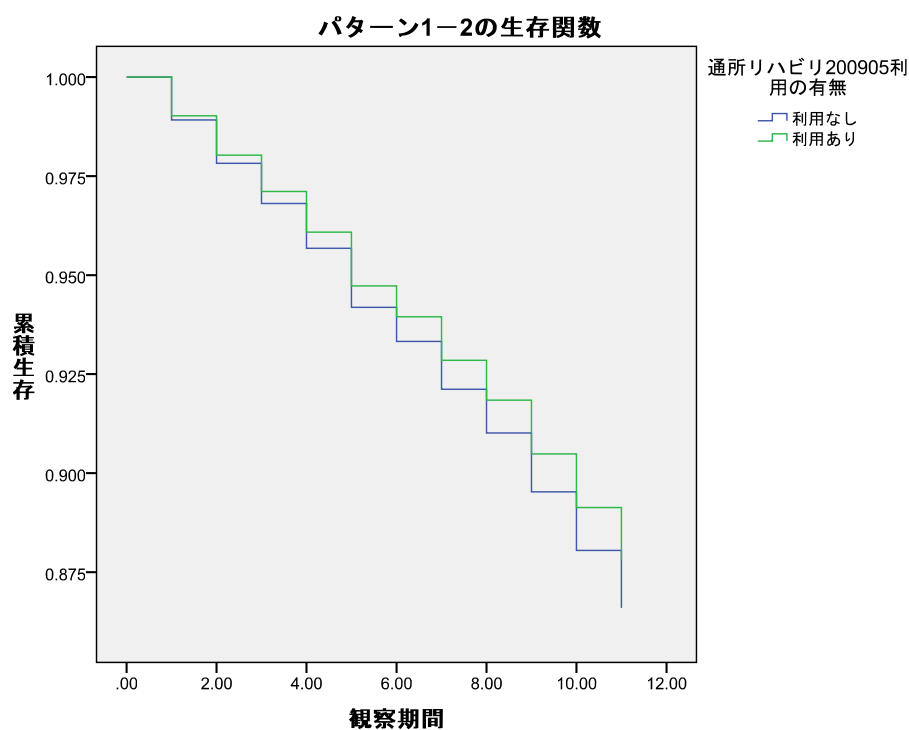


(4) 通所リハビリ

2009年5月時点において通所リハビリを利用している者は1,720名(13.6%)、利用していない者は10,896名(86.4%)であった。2009年5月時点において通所リハビリを利用している者と利用していない者との間で要介護度の悪化に有意な差はなかった(図表-15)。

図表-15 Cox 比例ハザード分析:通所リハビリ (n=12616)

	調整済み ハザード比	95%信頼区間		P 値
		下限	上限	
年齢	1.019	(1.012-	1.026)	0.000
要介護度				
要介護 1	1			
要介護 2	2.594	(2.343-	2.872)	0.000
通所リハ				
利用なし	1			
利用あり	0.904	(0.783-	1.044)	0.168

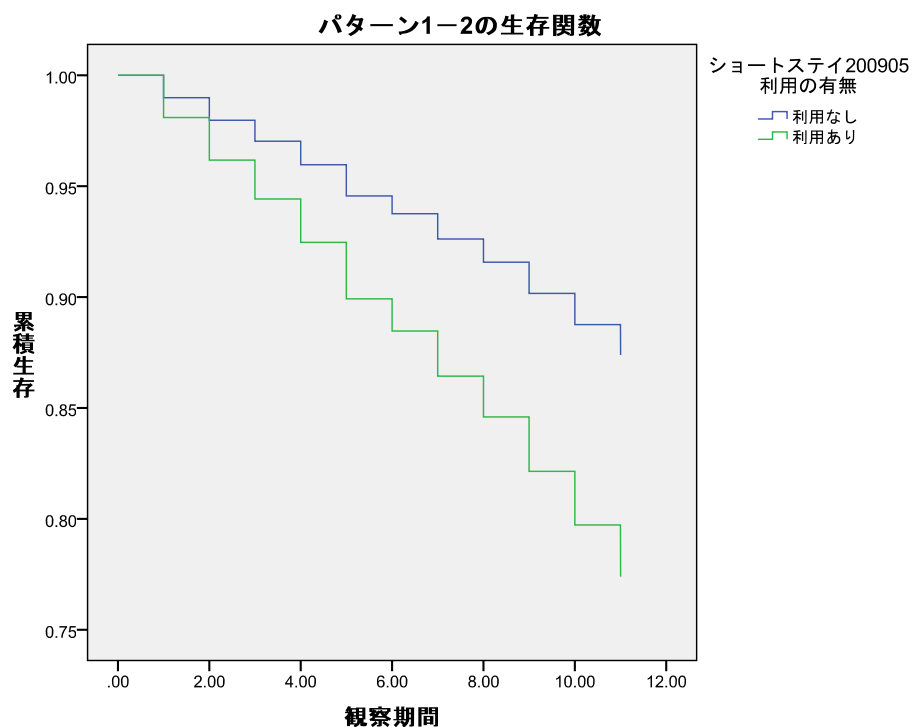


(5) ショートステイ

2009年5月時点においてショートステイを利用している者は823名(6.5%)、利用していない者は11,793名(93.5%)であった。短期入所生活介護、短期入所療養介護(介護老人保健施設等)、短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)を合わせても、訪問介護、通所介護、通所リハビリと比べて利用者数が少なかった。2009年5月時点においてショートステイを利用している者は利用していない者と比較して、有意に要介護度が悪化することが分かった(図表-16)。

図表-16 Cox 比例ハザード分析:ショートステイ (n=12616)

	調整済み ハザード比	95%信頼区間 下限 上限	P 値
年齢	1.017	(1.010- 1.024)	0.000
要介護度			
要介護 1	1		
要介護 2	2.496	(2.253- 2.764)	0.000
ショートステイ			
利用なし	1		
利用あり	1.900	(1.640- 2.202)	0.000



参考：

年月	要介護度悪化者数
2009年5月	該当なし
2009年6月	154
2009年7月	161
2009年8月	147
2009年9月	167
2009年10月	212
2009年11月	128
2009年12月	168
2010年1月	123
2010年2月	160
2010年3月	158
2010年4月	154

3.3 市町別にみたサービス利用の特徴

市町別に、2009年5月時点における訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハビリ・ショートステイの利用者割合を算出した(図表-17)。母数は65歳以上の要介護認定者とした。

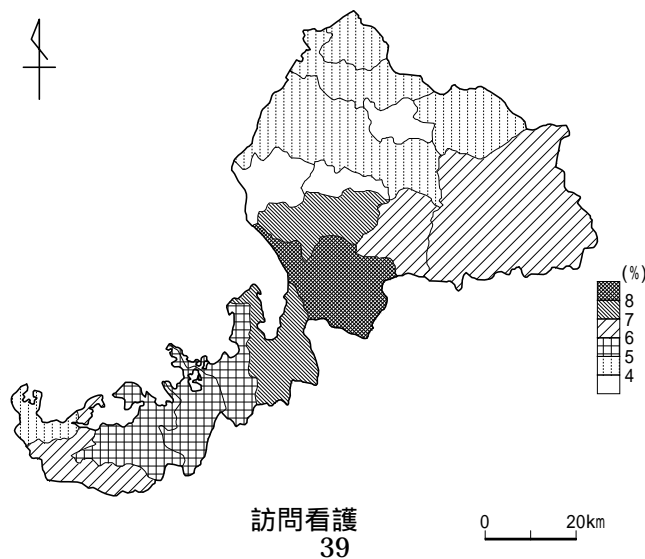
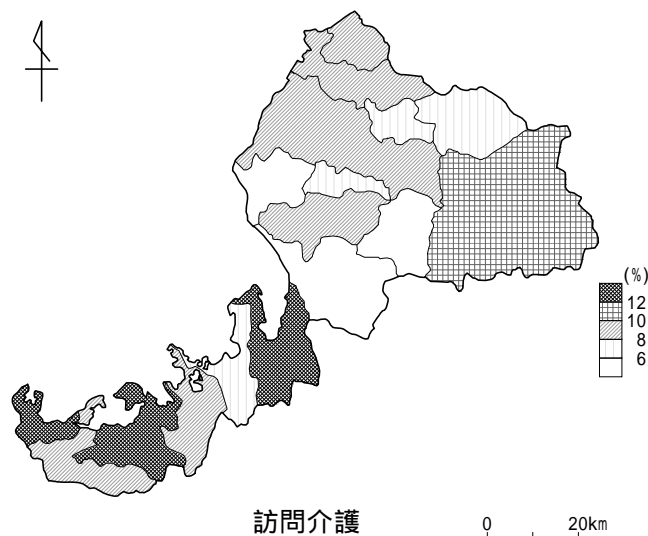
訪問介護の利用者割合は、4.8%～14.3%と約10%の差があった。訪問介護の利用者割合が10%以上である市町は、敦賀市・小浜市・大野市・高浜町であった。訪問看護の利用者割合は、1.8%～8.7%と約7%の差があった。訪問看護の利用者割合は、大半の市町で3%～6%であった。訪問看護利用者割合が最も高かったのは、南越前町であった。通所介護の利用者割合は、14.4%～27.1%と約13%の差があった。通所介護の利用者割合が20%以上である市町は、敦賀市・小浜市・永平寺町・高浜町であった。通所リハビリの利用者割合は、0.0%～10.7%と約10%の差があった。池田町・美浜町では通所リハビリの利用者割合が低く、他の市町では4%～9%が通所リハビリを利用していった。ショートステイの利用者割合は、4.3%～8.1%と約4%の差があった。大半の市町で、5%～7%がショートステイを利用していた。

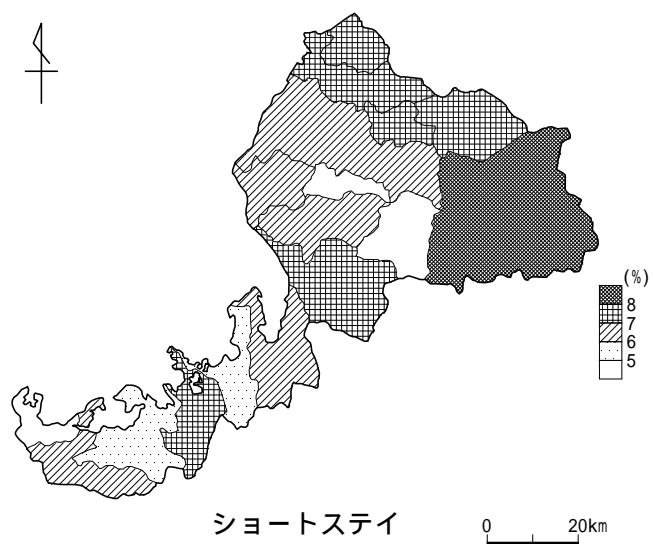
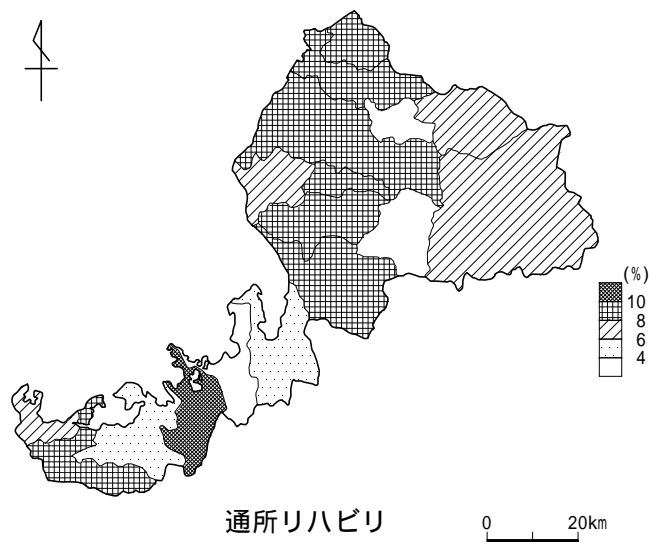
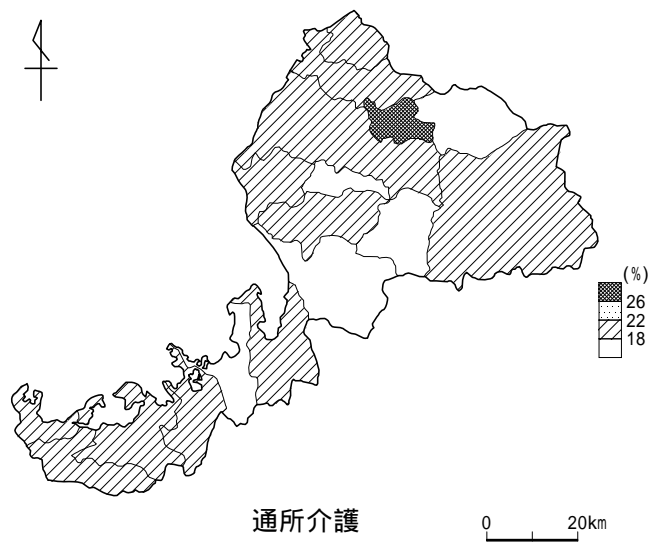
ショートステイの利用者とは、短期入所生活介護・短期入所療養介護(介護老人保健施設等)・短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)のいずれかのサービスを利用している者を指す。

図表 -17 訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハビリ・ショートステイの市町別にみた利用者割合
(2009年5月)

市町名	要介護認定者数 65歳以上	訪問介護 %	訪問看護 %	通所介護 %	通所リハビリ %	ショートステイ %
福井市	11029	8.2	4.7	18.2	8.9	6.8
敦賀市	3024	14.3	7.0	20.8	4.8	6.2
小浜市	1922	13.5	5.0	20.8	4.1	5.9
大野市	2192	10.4	6.2	18.8	6.2	8.1
勝山市	1635	7.4	4.8	14.4	7.8	7.1
鯖江市	2781	7.0	3.8	15.4	9.2	4.3
越前市	3602	9.6	7.0	18.2	9.9	6.1
永平寺町	919	6.4	3.2	27.1	2.0	7.5
池田町	230	4.8	6.1	17.4	0.0	4.8
南越前町	709	5.8	8.7	15.4	8.7	7.6
越前町	1096	5.3	1.8	18.9	6.2	6.8
美浜町	633	6.6	5.4	14.4	0.3	5.5
高浜町	529	13.6	4.5	18.3	7.6	4.7
おい町	433	9.9	6.2	18.2	8.1	6.5
若狭町	826	8.7	5.2	20.1	10.7	7.6
広域連合(坂井市・あわら市)	5442	8.9	4.2	19.0	9.8	7.1

ショートステイは、短期入所生活介護・短期入所療養介護(介護老人保健施設等)・短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)のいずれかのサービスの利用者の割合を算出。





4 考察

2009年5月～2010年4月における要介護認定者数及びサービス利用者数、利用日数を算出した結果、サービス提供月に限りなく認定者数が増加している要介護度区分があり、65歳以上における認定者数の増減では要支援2、要介護3の者である一定の期間に認定者数が減少する傾向が見出された。要支援2および要介護3にあたる状態像は、日常生活動作に多少の介護を必要とする場合や医療機関等での入院生活を経て自宅退院となる場合などの状態と想定される。これらの状態像が要介護度の変更を受けやすさに関連し、要介護度の悪化あるいは改善によって該当者数が減少しやすいのではないかと考えられる。今後は、これらの傾向性が数年にわたって観測されるか否かを明らかにするため、より大規模なパネルデータで検証することが必要である。

2009年5月時点で訪問介護・通所リハを利用している者と利用していない者との間に有意な要介護度の悪化の差は認められなかった。訪問介護は家事援助・身体介助の側面を担うサービスである。サービス利用の有無によって要介護度の悪化に有意な差が見られなかった要因として、二点考えられる。まず、訪問介護サービスは家事援助・身体介助の側面を担っており、要介護者に対して予防的側面からアプローチすることは少ない点である。次いで、サービス利用者の特徴が挙げられる。要介護1あるいは要介護2にあたるサービス利用者は、身体介護の側面よりも家事援助を選択する可能性が高く、要介護度への影響は少ないと考えられる。

2009年5月時点で訪問看護、通所介護、ショートステイのサービスを利用している者は利用していない者より有意に要介護度が悪化することが明らかとなった。訪問看護の利用者は、がんの終末期や難病等、何らかの疾病管理が必要であるケースが多い。そのため、訪問看護を利用している者は利用していない者に比べて要介護度がより悪化しやすかった可能性がある。通所介護の利用者は、同じ要介護度であっても日中独居であるケースや認知症のケース等、家族のサポートが十分に得られないものが多い可能性がある。また同様に、ショートステイの利用者は、同じ介護度であっても、認知症を有していたり家族の介護力不足などの要因を有していたりする可能性がある。

今回は、各サービスの利用の有無について検討したが、実際には複数のサービスを利用している者が多い。そのため、複数のサービス利用と要介護度の悪化との関連を明らかにすることが今後必要である。また、介護保険データと医療保険データを突合し、利用者の対象像によるサービス利用の違いを明らかにすること、サービス利用のパターンの違いによって要介護度の悪化・施設入所・医療施設入院・死亡といったイベントとの関連を明らかにすることが必要であると考えられる。

なお、訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハビリ・ショートステイの利用者割合の地域差を確認したところ、数%ではあるが利用者割合に相違があった。今後、利用者割合と資源配置との関連について検討することが必要であると考えられる。

・ヒアリング調査

1 目的

県内の各市町の医療・介護サービスの資源配置状況、自治体を実施している保健福祉事業の特徴、医療・介護サービスの利用等における住民の特徴等に関して、市町の保健福祉担当者から直接情報収集し、レセプトデータ解析やその他の調査結果を解釈するために役立てることを目的として実施した。

2 方法

県内の 5 つの市町について、市町の保健福祉主管課に上記の目的でヒアリングにご協力をいただきたい旨を依頼した。ヒアリングに際しては、以下の質問項目を提示した。

- | |
|--|
| <p>1. 市(町)の居住環境について</p> <p>(1) 商業の中心地区はどこか。</p> <p>(2) 高齢者世帯・子育て世帯が多く住んでいる / あまり住んでいない地区はどこか。</p> <ul style="list-style-type: none">・(高齢者世帯で) 介護が必要となった場合、どのように対応しているか・ 高齢者住宅、高齢者施設等の整備状況はどうか。不足している施設等はあるか。 <p>(3) 医療機関が多い地区はどこか。</p> <p>(4) 市(町)内の小地区ごとにどんな産業に就労する住民が多いか。</p> <p>(5) 地区によって居住環境に違いがあるか。あるとすれば、地区ごとの特徴は何か。</p> <p>(6) 特徴的な疾患や病状(がん、脳血管疾患、透析、周産期、小児科等)ごとに、市民は、どこのどんな施設を利用することが多いか。</p> <p>例) がんの患者は中央の大学病院で最後まで治療を受けることが多い。</p> <p>(7) 住民の疾患発症・受診・介護サービス等の利用状況に、季節は影響するか。</p> <p>2. 医療・介護の課題について</p> <p>(1) 平成 25 年度、市(町)が力を入れている医療・介護の課題は何か。具体的にはどんな取り組みを行っているか。</p> <p>(2) 病院と地域、および地域の医療・介護職間の連携は十分とれているか。</p> <p>平成 18 年ごろから現在までを振り返り、上記の連携推進のために、市や、市内の組織等(病院連絡会等)が取り組んでいること(例:事例検討会)はあるか。あるとすれば、その効果はどうか。</p> <p>(3) 現時点で、市(町)が持っている医療・介護の「強み」と「弱み」は何か。</p> <p>(4) 今後の市(町)の医療・介護のありかたについて、ビジョン等が設定されているか。</p> <p>設定されていれば、それはどのようなものか。</p> <p>(5) 在宅医療について、市(町)の現状はどのようなものか。</p> <p>(6) 高齢者住宅の課題・準備状況について、市(町)の現状はどのようなものか。</p> |
|--|

なお、本ヒアリングは、厚生労働科学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)」(主任研究者:成瀬昂)との合同事業として実施した。

3 結果

本年度は 5 市町（永平寺町、鯖江市、越前市、おおい町、高浜町）に対してヒアリングを行った。ヒアリング項目に添って伺った内容を、研究者間で話し合い、テーマおよび強み・課題、という軸で整理した。その結果をテーマごとに**図表 -1~3**に示す。

図表 1 要支援者対策について

	強み	課題
永平寺町	包括が中心となった異業種連携として年に 2-3 回研修会を行っている。 町内会組織によるふれあいサロンを活用した介護予防事業。町が直営ですより参加率高い。	サロンへの参加率は運営者により異なる。男性の参加率が低い。
鯖江市	健康づくり推進員が健診受診率の向上に貢献している。地域によっては、公民館活動が盛んで要支援者を見つけやすい、介護予防事業の実施も多くなされている。	地域によっては、ニュータウンの中で高齢者が日中過ごせるような場所がなかったり、インフォーマルサポートが少ないところがある。 また、介護予防事業等が行われている地域でも、参加者に偏りがある。
越前市	毎週介護予防事業が行われており参加者も多い。	参加者に偏りがある。
おおい町	地域によっては、地域住民のつながりが強い。	高齢化が進むと支援者自体が減り、うまく回らなくなる。閉じこもり男性への介入が困難。
高浜町	保健センターで介護予防教室を行っている。	介護給付費が県内で最も多い。特に通所・訪問介護の利用者が多い。

図表 -2 かかりつけ医・患者流出入について

	強み	課題
永平寺町	大学病院の地域連携室がかかりつけ医への逆紹介をしている。 町が受診のためのタクシー代を補助している。 医療アクセスは向上しているが患者流出傾向。	三次医療機関でも、一次医療機関と同じような感覚で受診する住民が多い。
鯖江市	地域病院や診療所は存在している。中央部には多くの病院等がある。 専門的な治療は市外病院で実施され、地域病院は治療後の受け入れ機関として用いられることが多い。	地域によってはコミュニティバスなどの利用が不便であり近医への受診行動が制限されている可能性がある。
越前市	交通機関、幹線道路があり、市外の医療機関にかかりやすい。 市内の中核病院は治療後の受け入れ・管理の立場をとっている。	無医地区があり、市内・市外の医療機関にかかるためには自運転またはバス利用（週 3 日程度運行）が必要。
おおい町	圏内に有用診療所がある。 医師会を中心とする医師間の連携がある地域もある。	重症者は他市などへ行くしかない。
高浜町	市内に病院がある。	通院医療費が低く、入院医療費が高い。 複数の医療機関に頻回受診する高齢者がいる。

図表 3 在宅看取りについて

	強み	課題
永平寺町	往診できる個人医院がある。また、地域によっては訪問看護ステーションも存在している。医師会の福井市医師会の支部になっているので、認知症研修など新しい情報が入る。	特別養護老人ホームが多く、介護保険料を押し上げている。 グループホームや小規模多機能施設に対し、利用を躊躇する傾向あり。 在宅推進の体制づくりが困難。
鯖江市	24時間訪問看護がある地域がある。	専門医がほとんどいないため、市外医療機関にかかる住民が多い。一部の医師等は前向き。 地域によっては高齢者単独世帯が多く、対策が不十分。 在宅サービス利用者数が少なく、地域住民のサービス受け入れはこれから。
越前市	24時間訪問を行っている病院が2カ所ある。地域によっては、サービスが整っている。包括エリアごとにコーディネーター役の医師を設置している。	在宅看取りの経験が少なく、訪問看護師のスキルアップが必要。地域によっては、訪問看護などの資源に乏しい。 在宅サービス利用に対する住民の抵抗感あり。 住民の在宅看取りに対する意識が低い。 高齢者単独世帯が多く、介護度2・3くらいが在宅で過ごせる限界。
おおい町	名田庄地区では、診療所医師の尽力により、在宅医療が可能になっており、住民の意識も向いている。中央部でも、近年、在宅医療も増えてきている。	
高浜町	どの地区でも在宅療養は可能。 住民の中に介護保険サービス利用への否定的イメージは無い。 在宅医療に対する意志の理解はある。保健センターに附置されている総合診療所や病院からの訪問看護などもある。	北部(内浦地区)では小浜病院からの巡回診療が月1回程度しかない。

4 考察

要支援者対策に関しては、介護予防事業への参加者の偏り、特に男性の参加が少ないこと、インフォーマルサポートの少なさが共通して挙げられた。地域によっては住民のネットワークや地区組織活動により活動が活発に行われているとの回答もあった。

かかりつけ医・患者の流入出については、「専門的な治療を要する患者は、居住する市町外での受診を最初から想定している」という所が多かった。高度医療機関が専門的医療を要する患者以外にも受け入れている実態、複数の医療機関に頻回受診する高齢者の存在など、医療資源利用の適正化という点で課題が示された一方、地域によってはアクセスの悪さから受診行動が妨げられている実態も示された。

在宅看取りについては、訪問診療や24時間訪問看護などの資源を有する地域、熱意のあ

る医療機関により在宅医療が推進されている地域の存在が示された一方で、訪問看護や往診などの資源が乏しい地域の存在、在宅ケア提供者のスキルアップや地域住民のサービス受入れの意識啓発などが必要な実態なども示された。

各市町とも、自治体内でも地域によって資源配置や住民の意識などに差があることが示された。本研究事業では主にレセプトデータ解析を扱い、患者や医療機関の住所は市町単位でしか把握出来ないが、実際に各市町への提言を行っていく際にはより詳細なデータが必要なことが明らかになった。

・質問紙調査

1 調査の概要

将来の要介護高齢者に対する在宅サービスと住まいの確保は、自治体の重要課題の1つである。本調査は、現在の中年期成人を対象とし、将来要介護状態になったときの転居意向、および現時点での介護・医療に対するニーズ・認識を明らかにすることで、今後の対策案を検討するための資料とすることを目的とした。

2013年11月に福井県福井市に居住する40～64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。郵送の4週間後に回収を打ち切った。回収数は652件(25.9%)であった。66歳以上と回答した者、現在施設や社宅等に居住している者、現在の日常生活自立度がすでに外出が困難な者は全ての集計から除外し、さらに集計項目ごとに欠損を除外した。主要項目である「要介護時の転居意向」項目における有効回答数は616件(24.6%)であった。

2 回答者の概要

平均年齢は53.7歳、男性が237人(37.7%)、女性が392人(62.3%)であり、一般の集団に比べて女性の回答者が多かった。回答者の最終学歴を**図表 -2-1**に、主観的経済状況を**図表 -2-2**に示す。最終学歴は短大・高専・専門学校以上の者と、中学・高校の者がおおむね半数ずつであった。経済状況については過半数の者が現在の暮らしを「普通」と回答したが、「大変苦しい」と回答した者も1割以上いた。

図表 -2-1 回答者の最終学歴

	人数	%
大学・大学院	157	26.0
短大・高専・専門学校	169	28.0
高校	250	41.4
中学	28	4.6

図表 -2-2 回答者の経済状況に対する認識

	人数	%
大変苦しい	64	10.6
やや苦しい	117	19.4
普通	326	54.0
ややゆとりがある	88	14.6
大変ゆとりがある	9	1.5

3 家族人数

回答者の世帯人数および近隣に居住する家族・親族の人数を**図表 -3-2**に示す。図表-3-2における割合は全回答者(602人)に占める割合を示す。単独世帯の者は26人(4.3%)と少ない一方、4人以上で同居している世帯の者が406人(67.4%)と過半を占めており、三世代同居など大家族が一般的であるという福井県の特徴を反映した結果と言える。また、表には示していないが、配偶者と同居している者は505人(81.9%)、子と同居している者は391人(63.4%)であった。近隣に居住する家族・親族の人数では、無回答の者が234人(38.9%)と多いが、約半数の者は1人以上の家族・親族が近隣に居住していることが分かる。単独世帯の者で、かつ、近隣に一人も家族・親族がいないと回答した者は11人(1.8%)であり、**ほとんどの者は家庭内・近隣に家族・親族があり、回答者が家族・親族から何らかの支援を受けることが可能であると推測される。**

図表 -3-1 世帯人数と近隣の家族・親族人数

世帯人数	近隣に居住する家族・親戚の人数								合計	
	0人		1~4人		5人以上		無回答			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
単独世帯	11	1.8	7	1.2	3	0.5	4	0.7	26	4.3
2人世帯	14	2.3	29	4.8	16	2.7	34	5.6	103	17.1
3人世帯	17	2.8	32	5.3	21	3.5	39	6.5	117	19.4
4人世帯	21	3.5	37	6.1	29	4.8	53	8.8	151	25.1
5人世帯	18	3.0	26	4.3	21	3.5	42	7.0	115	19.1
6人以上世帯	22	3.7	26	4.3	18	3.0	62	10.3	140	23.3
合計	103	17.1	157	26.1	108	17.9	234	38.9	602	100.0

図表 -3-2においては、別居している子がいると答えた者に占める各選択肢の割合を示した。別居している子がいる者は309人(全体の50.0%)で、その半数程度は車で3時間以上かかる地域に居住していた。一方、車で10分以下の地域に子が居住している者は49人(15.9%)であった。

図表 -3-2 別居している子の距離

	人数	%
別居している子がいる	309	
地元の地域(車で10分以下)	49	15.9
車で10分~1時間の距離にある地域	75	24.3
車で1~3時間の距離にある地域	45	14.6
車で3時間以上かかる地域	139	45.0

4 所有形態ごとの住宅環境の概要比較

持ち家・借家で、住居の建て方等を比較した結果を図表 -4-1 に示す。全体の 90.8%は持ち家に居住し、借家に住む者は 1 割以下であった。建て方については、持ち家の場合は大半が一戸建てであるが、借家の場合は集合住宅に住む者が多い。エレベーターの無い集合住宅に居住する者も 26 人おり、居住階数にもよるが、これらの者は身体機能低下時に転居・改修等が必要になると考えられる。延べ床面積については、持ち家の場合は 100m²以上の比較的広い家であることが多く(64.4%)、借家の場合は 100 m²以上の家であることは稀(8.9%)であることが分かる。一方、住宅の広さに対する回答者の主観的な評価は、持ち家・借家ともに半数以上の者が適切な大きさだと考えていた。しかし、持ち家の場合は大きすぎると思っている者、借家の場合は小さすぎると思っている者がそれぞれ 3 割程度存在していた。住居の居住年数については、持ち家の場合は 20 年以上住んでいる者が 6 割を占めるが、借家では比較的最近に引っ越してきた者が多いことが分かる。住居の愛着については、「愛着がある」と回答した者は持ち家の者に多かった。総じて、借家の住環境は持家に比べて利便性が低く、将来にわたって住み続けることは難しい可能性がある。

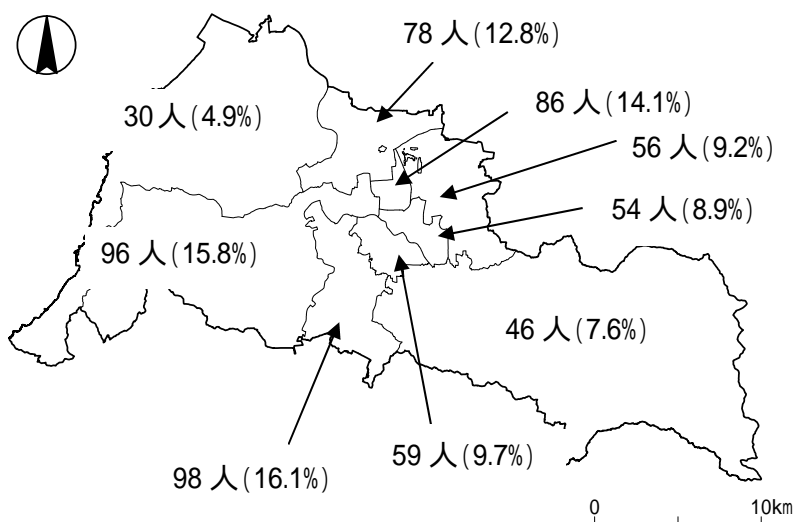
図表 -4-1 住居の建て方・面積・居住年数・愛着：所有形態別比較

		持ち家 (n=553)		借家 (n=56)	
		人数	%	人数	%
建て方	一戸建て	525	95.8	21	37.5
	エレベーターのある集合住宅	27	4.9	10	17.9
	エレベーターのない集合住宅	1	0.2	25	44.6
延べ床面積	25 m ² 以下	7	1.3	10	17.9
	26～49 m ²	32	5.8	13	23.2
	50～69 m ²	42	7.7	8	14.3
	70～99 m ²	70	12.8	11	19.6
	100～149 m ²	130	23.7	4	7.1
	150 m ² 以上	223	40.7	1	1.8
	分からない	42	7.7	7	12.5
住居面積の認識	適切な大きさだと思う	365	66.6	30	53.6
	大きすぎると思う	153	27.9	7	12.5
	小さすぎると思う	34	6.2	19	33.9
住居居住歴	5年未満	40	7.3	18	32.1
	5～9年	61	11.1	16	28.6
	10～19年	115	21.0	15	26.8
	20年以上	332	60.6	7	12.5
住居への愛着	愛着をもっていない	67	12.2	22	39.3
	愛着を持っている	486	88.7	32	57.1

5 地域利便性・地域愛着

回答者の居住地（地域包括支援センター圏域）を**図表 -5-1**に示す。おおむね人口分布にしたがって回答者も分布している。このことから、本調査の結果は中心部に居住する者の意向をよりが強く反映していると考えられる。

図表 -5-1 回答者の分布



自動車の運転機会および他人の運転する自動車に同乗する機会を**図表 -5-2**に示す。9割以上の者が週に数回以上、自分で運転すると回答した。他人が運転する自動車に同乗する機会が全くないと回答した者は178人(29.4%)であった。日常生活にも自分で運転する自動車が必要不可欠であり、重要な移動手段であることが分かる。

図表 -5-2 自動車の利用機会

	週に数回以上		週に1回以下		全くない	
	人数	%	人数	%	人数	%
自分での運転機会	549	90.1	13	2.1	47	7.7
他人が運転する車への同乗機会	150	24.8	278	45.9	178	29.4

最寄りの施設・店舗・交通機関までの距離を**図表 -5-3**に示す。コンビニエンスストアやバス停は徒歩で10分以下のところにあると回答した者が高い。一方、病院や鉄道駅は車で10分以上のところにある者が3割程度を占めていた。つまり、将来自分で運転することが出来なくなった場合に、病院や鉄道駅への適切な移動手段を確保するような対策を要する者が人口の30%ほどいるということになる。

図表 -5-3 施設・交通機関までの距離

	徒歩で10分以下		車で3～10分		車で10分以上		分からない	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
病院	132	21.9	289	47.9	178	29.5	4	0.7
スーパーマーケット	257	42.5	291	48.2	55	9.1	1	0.2
コンビニ	364	60.4	213	35.3	26	4.3	0	0.0
レストラン・食堂	247	41.0	265	44.0	86	14.3	4	0.7
鉄道駅	148	24.6	237	39.4	213	35.4	4	0.7
バス停	516	85.9	71	11.8	8	1.3	6	1.0

出生地、地域での居住年数別に、地域への愛着の有無を図表 -5-4 に示す。福井市内で生まれた者、地域に20年以上住んでいる者が大半を占め、それらの者は地域に愛着を持ちやすいことが分かる。

図表 -5-4 地域への愛着の有無

		愛着を持っている		愛着を持っていない		合計
		人数	%	人数	%	人数
出生地	現在の福井市内	301	83.8	58	16.2	359
	現在の福井市外・福井県内	132	76.3	41	23.7	173
	福井県外	50	70.4	21	29.6	71
地域居住年数	5年未満	17	58.6	12	41.4	29
	5～9年	24	63.2	14	36.8	38
	10～19年	75	69.4	33	30.6	108
	20年以上	366	85.9	60	14.1	426
合計		482	80.2	119	19.8	601

また、家族や親族の中で「土地やお墓を守るべき中心的立場にある」と回答した者は372人(61.1%)、「家屋以外に田・畑・山などを所有している」と回答した者は183人(30.0%)であった。

6 ソーシャルサポート・近隣住民との関係

同居または別居している子からのサポートの有無を**図表 -6-1**に示す。同居している者のうち、心配事や愚痴を聞いてくれる（情緒的サポート受領）と回答した者は295人（75.4%）、病気で寝込んだときに看病や世話をしてくれる（道具的サポート受領）と回答した者は268人（68.5%）であった。子と同居していても3割程度の者はサポートを受領しえないことが分かる。また、子が別居している場合は情緒的サポートに関しては同居の場合と変わらないが、道具的サポートを受領する割合は大きく下がっていた。これは、**図表 -3-2**に示した通り、別居子が比較的遠距離に住む場合が多く、電話などで話をしたりすることは可能であっても、実際に親を訪れて世話をしたりすることは難しいためと推測される。

図表 -6-1 子からのサポートの受領

	人数	%
同居している子がいる	391	
同居子は心配事や愚痴を聞いてくれる	295	75.4
同居子は病気で寝込んだときに看病や世話をしてくれる	268	68.5
別居している子がいる	309	
別居子は心配事や愚痴を聞いてくれる	231	74.8
別居子は病気で寝込んだときに看病や世話をしてくれる	124	40.1

次に、居住地域別に近隣住民との付き合いを**図表 -6-2**に、地域活動への参加頻度を**図表 -6-3**に示す。割合は地域ごとに算出した。居住地域は地域包括支援センター圏域をさらに3つ（中心市街部、郊外部、沿岸・山間部）に統合した分類を用いた（**図表 -6-4**）。全体では、497人（82.4%）が近隣住民と付き合いがある、多少付き合いがあると回答し、388人（64.5%）が地域活動に年に数回以上参加すると回答した。地域別に見ると、沿岸・山間部に居住する者は付き合い、地域活動参加ともに活発であり、郊外・中心市街部に居住する者は比較的不活発であることが分かる。

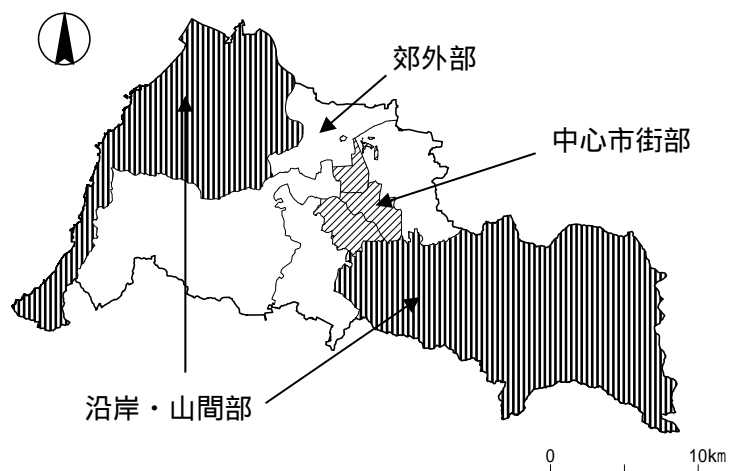
図表 -6-2 近隣住民との付き合い：居住地域別比較

	中心市街部		郊外部		沿岸・山間部		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
近隣住民付き合い								
付き合いがある	132	36.9	61	36.1	52	68.4	245	40.6
多少付き合いがある	156	43.6	75	44.4	21	27.6	252	41.8
ほとんど付き合いがない	58	16.2	20	11.8	2	2.6	80	13.3
まったく付き合いがない	12	3.4	13	7.7	1	1.3	26	4.3

図表 -6-3 地域活動参加：居住地域別比較

	中心市街部		郊外部		沿岸・山間部		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
地域活動参加								
月に1、2回以上参加する	17	4.8	11	6.5	14	18.4	42	7.0
年に数回以上参加する	207	58.0	85	50.3	54	71.1	346	57.5
ほとんど参加しない	95	26.6	52	30.8	6	7.9	153	25.4
全く参加しない	38	10.6	21	12.4	2	2.6	61	10.1

図表 -6-4 居住地域区分



7 介護に対する認識

まず、介護経験がある者は260人(42.7%)、現在同居している家族の中に要介護者がいる者は81人(13.3%)であった。家族の同居状況ごとに将来介護してくれそうな家族の有無を**図表 -7-1**に示す。図表 -7-1における割合は、同じ同居家族がいる者のうち、「将来介護してくれそうな家族がいる」、「いない」と回答した者の割合を示す。子・配偶者ともに同居していない場合は「介護してくれそうな家族がいる」と答えた者の割合が37.0%であるのに対し、配偶者・子の両方と同居している場合はその割合が83.7%に増加する。また、子または配偶者のいずれか一方のみと同居している場合を比較すると、子のみ同居している場合は82.1%、配偶者とのみ同居している場合は65.6%であり、子のほうが配偶者に比べて将来の介護者として期待される傾向にあると推測される。全体では134人(24.6%)が「将来介護してくれそうな家族がいない」と回答しており、家族以外からの介護の必要性があると言える。

図表 -7-1 将来介護してくれそうな家族の有無：同居家族別比較

同居子	同居配偶者	将来介護してくれそうな 家族がいる		将来介護してくれそうな 家族がいない	
		人数	%	人数	%
いる	いる	287	83.7	56	16.3
いる	いない	23	82.1	5	17.9
いない	いる	84	65.6	44	34.4
いない	いない	17	37.0	29	63.0
合計		411	75.4	134	24.6

次に、介護を受けることに対する抵抗感を**図表 -7-2**に示す。どんな状況であっても、おおむね2~3割程度の者は介護を受けることを嫌だと思っていることが分かる。また、「家族からの介護」に対しては女性がより抵抗感を持ちやすいのに対し、「家族以外からの介護」に対しては男性がより抵抗感を持ちやすいというように、抵抗感の持ち方には性差があることがうかがえる。

図表 -7-2 介護を受けることに対する抵抗感：性別・状況別比較

	女性 (n=370)		男性 (n=223)		合計 (n=602)	
	人数	%	人数	%	人数	割合
以下のことを「嫌だと思う」と回答						
家族から介護を受けること	100	27.0	47	21.1	153	25.5
家の中でヘルパーから介護を受けること	95	25.7	60	26.9	158	26.2
施設で介護を受けること	85	23.0	63	28.3	151	25.1
家族以外から介護を受けること	118	31.9	82	36.8	204	33.9

図表 -7-2 で示した 4 つの状況において、それぞれ「嫌だと思う」または「嫌だとは思わない」と回答した場合、 $2^4 = 16$ 通りの抵抗感の組み合わせが考えられる。その 16 通りの組み合わせのうち、回答者が多い上位 4 通りの組み合わせを図表 -7-3 に示す。この 4 通りの中に全体の 71.6% が含まれ、これ以下は全て 30 人未満の回答者であった。最も多い組み合わせは上記 4 つの状況においてすべて介護を受けることを「嫌だとは思わない」というものであり、288 人(48.3%) が該当した。「家族から介護を受けること」のみ「嫌だと思う」と回答し、その他の 3 つの状況は「嫌だと思わない」と回答した者が 48 人(8.1%)、「家族から介護を受けること」のみ「嫌だとは思わない」と回答した者が 42 人(7.0%)、すべての状況において「嫌だと思う」と回答した者が 49 人(8.2%) であった。**介護を受けることに対して強い抵抗感を持つ者とほとんど抵抗感が無い者、家族だけに介護してほしいと思う者と家族からだけは介護を受けたくないと思う者、というように対照的な組み合わせに回答が集中したと言える。**

図表 -7-3 介護を受けることに対する抵抗感：組み合わせ

	人数	%
全ての状況で「嫌だと思わない」	288	48.3
「家族からの介護」のみ「嫌だと思う」	48	8.1
「家族からの介護」のみ「嫌だとは思わない」	42	7.0
全ての状況で「嫌だと思う」	49	8.2
その他	169	28.4

8 終末期医療に対する期待

居住地域別の終末期医療に対する期待を**図表 -8-1**に示す。療養場所については、居住地域によらず「出来るだけ自宅で療養して、必要になれば医療・介護施設に入りたい」と回答した者が最も多かった。必要な医師の往診体制についても、居住地域ごとの大きな差は見られず、「24時間365日30分以内に駆けつけてくれる医師が必要だ」と回答した者が最も多かった。実際には地域によって医療提供体制に大きな差があり、全ての地域においてそのような往診体制を整備することが難しい。住民の期待と実情を調整していくことが必要になると考えられる。

図表 -8-1 終末期医療に対する期待：居住地域別比較

	中心市街部		郊外部		沿岸・山間部	
	人数	%	人数	%	人数	%
終末期の療養場所						
最期の時まで自宅で療養したい	61	17.1	22	13.1	12	15.8
出来るだけ自宅で療養して、必要になれば医療・介護施設に入りたい	206	57.9	103	61.3	46	60.5
自宅ではなく、できるだけ早く医療・介護施設に入りたい	44	12.4	27	16.1	13	17.1
分からない	45	12.6	16	9.5	5	6.6
必要な医師の往診体制						
24時間365日いつでも30分以内に駆けつけてくれる医師が必要だ	215	61.4	93	58.9	43	58.9
24時間365日いつでも1~2時間以内に駆けつけてくれる医師が必要だ	91	26.0	53	33.5	23	31.5
24時間365日いつでも3~6時間以内に駆けつけてくれる医師が必要だ	11	3.1	3	1.9	1	1.4
24時間365日いつでも7~12時間以内に駆けつけてくれる医師が必要だ	5	1.4	1	0.6	0	0.0
そのような体制は必要ない	28	8.0	8	5.1	6	8.2

9 インターネットの利用

インターネットの利用頻度を**図表 -9-1**に示す。4割以上の者が毎日使用しているが、インターネットを「全く使わない」と回答した者も138人(22.7%)いた。

図表 -9-1 インターネットの利用頻度

	人数	%
全く使わない	138	22.7
使うが週に1回以下	93	15.3
週に数回は使う	122	20.0
ほぼ毎日使う	252	41.4

さらに、利用頻度を年齢・性別に比較した者を**図表 -9-2**に示す。55歳未満の若い年齢層は55歳以上に比べてインターネットをよく利用していることが分かる。男女別に見ると、「ほぼ毎日使う」と答えたものの割合は、いずれの年齢層においても男性が女性より高い。55歳未満の年齢層においては、「全く使わない」と答えた者の割合は男女で差が無く、利用頻度のみ男女で差があることが分かる。一方、55歳以上の年齢層においては女性の4割近くが「全く使わない」と回答しており、男女で差が見られる。

図表 -9-2 インターネットの利用頻度：年齢・性別

	ほぼ毎日使う		週に数回は使う		使うが週に1回以下		全く使わない	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
55歳未満	156	51.8	63	20.9	48	15.9	32	10.6
男性	62	61.4	19	18.8	8	7.9	11	10.9
女性	94	47.0	44	22.0	40	20.0	21	10.5
55歳以上	92	30.7	59	19.7	43	14.3	104	34.7
男性	54	43.5	21	16.9	13	10.5	35	28.2
女性	38	21.6	38	21.6	30	17.0	69	39.2

また、インターネットを使用すると回答した467人のうち、「メールやSNSなど、人とのコミュニケーションに使う」と回答した者は215人(46.0%)、「情報収集に使う」と回答した者は499人(91.9%)、「買い物に使う」と回答した者は172人(36.8%)であった。

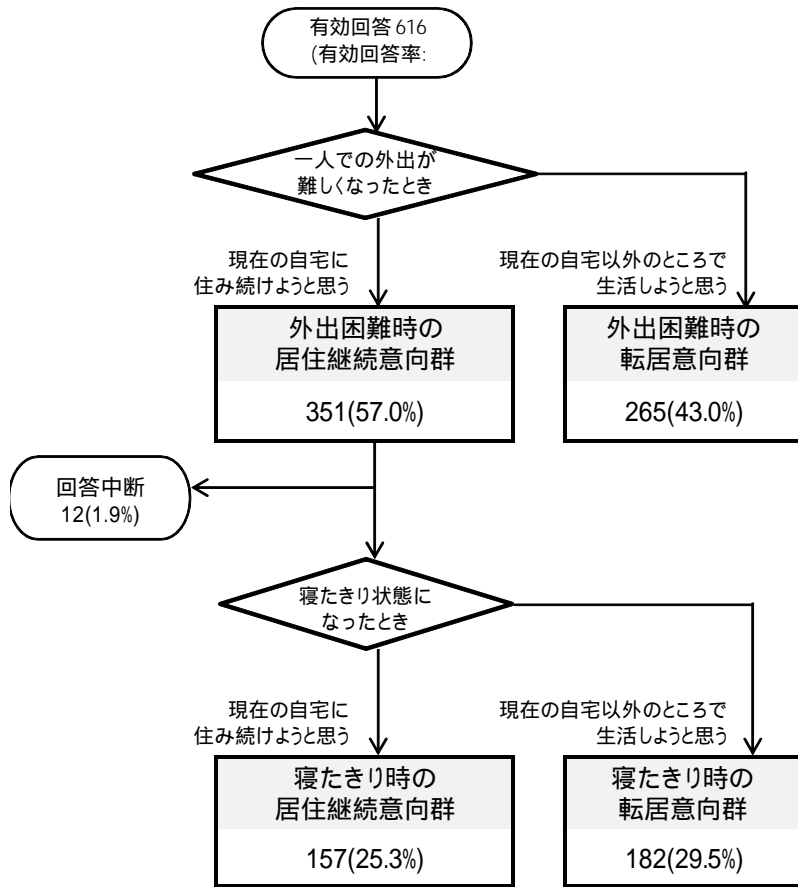
10 要介護状態になったときの転居意向

「近い将来、自身の健康状態に変化が無いうちに引っ越す予定がある」と回答した者は 56 人 (9.2%) であった。

要介護状態になったときの転居意向については、まず、「あなたは、1 人での外出が難しくなった (外出に車イスや他の人の手助けが必要になった) とき、どこで生活しようと思えますか」(外出困難時) という問いに対し、「現在の自宅に住み続けようと思う」(居住継続意向群)、「現在の自宅以外のところで生活しようと思う」(転居意向群) の 2 つの選択肢で尋ねた。前者を選択した場合は、さらに、「あなたは、寝たきり (1 人でベッドから起き上がることが出来ない) 状態になったとき、どこで生活しようと思えますか」(寝たきり時) という問いに対し、同様に 2 つの選択肢で尋ねた。また、「現在の自宅以外のところで生活しようと思う」を回答した者には、具体的な転居先施設・住宅の意向 (民間の有料老人ホーム・特別養護老人ホーム / サービス付き高齢者向け住宅 / 子や親戚の家 / その他) と転居先の地域の意向を尋ねた。

転居意向の分布を **図表 -10-1** に示す。各段階での回答者を図の通り、616 件 (100.0%) の有効回答のうち、外出困難時の転居意向群は 265 人 (43.0%)、居住継続意向群は 351 人 (57.0%) であった。また、寝たきり時の転居意向群は 182 人 (29.5%)、居住継続意向群は 157 人 (25.3%) であった。なお、外出困難時の居住継続意向群のうち 12 人は寝たきり時の転居意向に無回答であったため、外出困難時の分析にのみ使用した。

図表 -10-1 要介護状態になったときの転居意向の分布



具体的な転居先の意向を図表 -10-2 に示す。外出困難時の転居意向群（n=265）のうち介護施設（民間老人ホーム＋特別養護老人ホーム）が184人(69.4%)、サービス付き高齢者向け住宅が43人(16.2%)、子・親戚の家が15人(5.6%)であり、寝たきり時の転居意向群（n=182）のうち介護施設が155人(85.2%)、サービス付き高齢者向け住宅が13人(7.1%)、子・親戚の家が5人(2.7%)であった。転居先の地域については、「地元の地域で生活しようと思う」あるいは「どちらでもよい」と回答した者が大半であった。

図表 -10-2 具体的な転居先の希望

	外出困難時の 転居意向群 (n=265)		寝たきり時の 転居意向群 (n=182)	
	人数	%	人数	%
転居先の施設・住宅				
民間老人ホーム	53	20.0	34	18.7
特別養護老人ホーム	131	49.4	121	66.5
サービス付き高齢者向け住宅	43	16.2	13	7.1
子や親戚の家	15	5.7	5	2.7
その他	20	7.5	3	1.6
転居先の地域				
地元の地域で生活しようと思う	84	31.7	93	51.1
どちらでもよい	136	51.3	71	39.0
地元の地域以外のところで生活しようと思う	36	13.6	6	3.3

次に、転居意向に関連する要因を分析した。今回は前章までに挙げた項目のうち、年齢・性別・教育歴・世帯人数・就労状態・主観的経済状況などの「個人・家族要因」、住居所有形態・建て方・延べ床面積・住居面積の認識などの「住居要因」、居住地域・病院等までの距離・運転頻度・インターネット利用頻度などの「地域環境・アクセシビリティ要因」、出生地・地域居住年数・地域への愛着などの「場所とのつながり要因」、近隣住民との付き合い・地域活動への参加などの「近隣住民関係要因」を取り上げて分析した。分析手法は、まず、各要因を独立変数、転居意向を従属変数とする単変量のロジスティック回帰分析を行った。そこで $p < 0.2$ であった項目と年齢・性別を多重ロジスティック回帰分析の独立変数として投入した。各分析において有意 ($p < 0.5$) であった項目を図表 -10-3 に示す。多変量解析の結果、外出困難時の転居意向には性別・世帯人数・住居の所有形態・延べ床面積・住居と地域への愛着の有無が有意に関連し、寝たきり時の転居意向には性別・住居の所有形態・最寄りの病院とスーパーマーケットまでの距離・インターネット利用の有無が有意に関連していた。

図表 -10-3 転居意向に有意に関連する要因

	外出困難時の転居意向群に多い特徴	寝たきり時の転居意向群に多い特徴
2 変 量 解 析 結 果	女性 単独世帯または2人世帯 就労している 借家に居住している 集合住宅に居住している 延べ床面積 50 m ² 未満の住居に居住 住居を小さすぎると思っている 出生地が福井市外 地域居住年数が20年未満 地域に愛着を持っていない 住居に愛着を持っていない 地域活動にほとんど参加しない	女性 最寄りの病院まで車で3分以上 最寄りのスーパーマーケットまで車で3分以上
多 変 量 解 析 結 果	女性 単独世帯または2人世帯 借家に居住している 延べ床面積が50 m ² 未満の住居に居住 地域に愛着を持っていない 住居に愛着を持っていない	女性 借家に居住している 最寄りの病院が車で3分以上の距離にある 最寄りのスーパーマーケットまで車で3分以上 インターネットを使用する

「寝たきり状態になった」段階で自宅での居住継続の意向を有する者は対象者の25.3%に留まり、地域包括ケアシステムの構築、特に在宅医療・介護サービスの整備においては、住民の多くが要介護状態になった段階で転居する意向を持っていることを踏まえた資源の配置等が求められる。なかでも、「外出が難しくなった」段階で介護施設へ転居する意向を持つ者が多かった。これは「日常生活への支援は必要だが、家族に迷惑をかけたくない」と考えて介護施設への転居を希望したからだと考えられる。さらに、単独世帯の者は生活基盤の脆弱さを代償するために、2人世帯の者は同居者の介護負担が過重になることを避けるために、借家・狭小住宅に住む者は住居のバリアフリー化の困難さから、より転居する意向を持つ傾向にあったと考えられる。多様な住まいの確保や生活支援サービスの充実などの必要性が示唆される。一方で、「寝たきり状態になった」段階でも居住継続の意向を示した者の多くは、「寝たきりでも安心して在宅療養が出来る」と認識していたと考えられる。つまり、病院が徒歩圏内にあることは在宅医療が実現可能だという認識につながり、スー

パーマーケットが徒歩圏内にあることは身近に生活インフラが集積していることによる安心感をもたらす。さらに、地域活動に参加する者は在宅療養時の近隣住民からのサポートを期待して居住継続の意向を持ちやすかったと考えられる。このことは、在宅医療・介護サービスの充実と周知、地域のソーシャルキャピタルの醸成などによって、居住継続の意向を持つ住民が増加する可能性を示唆する。

11 総括・コメント

今回の調査は中年期成人が将来、要介護状態になったときに、いつまで、どこで生活しようとしているのかを把握することを主たる目的として実施した。この目的に対する結果は前項に示した通りであるが、本調査は住環境や介護に対する認識などを広く扱っており、それらを総合して以下の7点を総括として記す。ただし、本調査は有効回答率が高いものではなく回答者が偏っている可能性があること、現時点での認識のみを問うていることなどから、正確な将来予測を行うことは出来ない。また、本結果が福井市以外の地域でも同様であるかは不明である。

(1) 家族のサポート：世帯人数が多いこと、また近隣にも家族が居住している者が多いことから、将来、介護が必要になったときにも家族から直接的・間接的な支援を受ける者は多いと思われる。ただし、家族との関係性によっては同居していたとしても直接的な介護を受けることが難しい場合もあり、社会的な生活支援・介護サービスの整備は依然として必要である。

(2) 住居：借家に住む者は数としては少ないが、これらの者は住環境に問題があること、そもそも住み続けようとする意思が薄いことから、高齢になった際に高齢者住宅などのより生活しやすい住居へ転居することが予想される。また、持ち家居住者であっても、住宅が過大で維持管理が困難になること、老朽化が進むことなどの理由から転居することが適切である場合も考えられる。

(3) 地域のインフラ：中心市街地以外に居住する者は病院や小売店などの生活インフラが徒歩圏内に無いことが多く、自動車の運転が困難になった場合に不便な暮らしを強いられることが予想される。特に、身近な他者が運転する自動車に同乗できるような場合以外は、交通手段の提供や利便性の高い地域への転居が必要になると考えられる。

(4) 近所づきあい：地域差はあるものの、全体の半数程度の者は近所づきあいや地域活動への参加に消極的であり、高齢になった際に直接的なインフォーマルサポートを受けにくいだけでなく、社会的孤立や閉じこもりが発生することも予想される。特に中心市街部や最近に転入した者の多い地域においてはソーシャルキャピタルを豊かにするための取り組みが求められる。

(5) 介護の認識：特に男性において、家族以外から介護を受けることなどへの抵抗感が強く、介護サービスの利用を控える者が存在すると予想される。その結果、家族介護者に過重な負担がかかったり、セルフ・ネグレクトに陥ったりする可能性があり、介護に対す

る意識を変容していくための啓発活動などの取り組みが重要であると考えられる。

(6) 医療体制：一方で、手厚い終末期医療を求めたり、早期の介護施設への転居を希望したりするなど、医療・介護提供体制に過大な期待を寄せている者も少なくない。一定水準までサービス提供体制は整えるべきであるが、現実の体制を正確に認識することや、自助・共助の意識を持つことが可能になるような情報提供・地域づくりも求められる。その際、特に若い世代に対してはインターネット等の活用も有効である。

(7) 転居意向：介護が必要になったときに自宅以外で生活しようと考えている者が多く、その受け皿となるような住居・施設や円滑な住み替え支援制度の整備が求められる。その際には、地域の世帯構成・住居環境・地域環境の特徴を把握し、地域の実情に即した対策を行うことが有効である。

．まとめと次年度への課題

初年度である今年度は、医療・介護保険それぞれのレセプトデータを用い、サービス利用の概略を把握するとともに、データの特徴を把握して今後の分析に向けた示唆を得ること、また、一部の自治体に対するヒアリングと住民に対する質問紙調査により、サービス利用や療養場所の移行についての本県の特徴を把握することを目指した。その結果、医療・介護レセプトの分析から、サービス利用の地域特性を把握した。また、ヒアリングからは在宅ケアへの整備体制に地域差がある可能性が示唆された。質問紙調査からは、住民が比較的早い段階で介護施設等へ移動する意向を有していることが明らかになった。

次年度は、医療・介護保険レセプトについて、より詳細で、かつ両者を突合したデータが得られる。そこで、まずはレセプトデータを用いて、医療・介護あるいは施設・在宅サービス間の円滑な移行とアウトカムとの関連についての検討を進める。具体的には、どのようなサービス導入が患者の入院回避や死亡などのアウトカムに効果があるのかを検証すること、退院と在宅サービス利用とのタイムラグの評価方法を検討し、アウトカムとの関連を検討することなどを行いたい。また、サービス導入やそのタイムラグの発生状況が地域によって異なるかどうかについても検証したい。

さらに、残りの自治体へのヒアリング、および、自治体以外のキーパーソンへのヒアリングも行い、圏内の医療連携体制とその課題について整理する。それと、前述のサービス導入に関する地域差とを合わせみて、医療連携体制の構築がアウトカムに与える影響について考察することを目指す。それにより、地域特性に応じた連携体制に関する提言を行っていきたい。