

別添 1

厚生労働科学研究費補助金
(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

真のエイジング・イン・プレイス実現に向けた包括的実証研究

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮菜奈子

平成 30 年 (2018) 年 5 月

目次

I. 総括研究報告

真のエイジング・イン・プレイス実現に向けた包括的実証研究	1
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

II. 分担研究報告

1) 市区町村別の重度要介護高齢者の在宅日数および関連する地域特性	8
研究分担者 植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究分担者 高橋秀人	国立保健医療科学院 保健・医療・福祉サービス研究分野
研究分担者 野口晴子	早稲田大学政治経済学術院
研究分担者 柏木聖代	横浜市立大学医学部看護学科
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
2) 家族介護者における長時間の介護に関連する介護動作.....	13
研究分担者 植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究分担者 高橋秀人	国立保健医療科学院 保健・医療・福祉サービス研究分野
研究分担者 野口晴子	早稲田大学政治経済学術院
3) 主介護者の介護動機が介護負担に与える影響：つくば市に在住する要介護者と家族に対する調査を用いた分析.....	19
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者 柏木志保	山梨大学環境大学院総合研究部生命環境学域 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
研究協力者 Timothy Bolt	埼玉大学人文社会科学部研究科経済学部 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者 森山葉子	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
研究協力者 Felipe Sandval	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
4) 地域課題の類型化にむけた PDCA サイクルを用いた地域ケア会議の実施方法.....	22
研究分担者 松田智行	茨城県立医療大学保健医療学部理学療法学科
研究分担者 植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

研究協力者 中野寛也 大森医院
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

5) オランダにおける介護保険制度と政策決定プロセス..... 28

研究分担者 植嶋大晃 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者 田中宏和 エラスムス大学医療センター公衆衛生学分野
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 31

別添 3

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
総括研究報告書

真のエイジング・イン・プレイス実現に向けた包括的実証研究

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

研究要旨

要介護高齢者が長く在宅で過ごすことは地域包括ケアを推進するにあたり中核となるものであるが、それを実現するには、本人、家族そして地域の選択を尊重した、真のエイジングインプレイスを目指すことが重要である。我々は全国介護レセプトを用いた独自の指標として在宅期間を算出したが、関連する要因までは明らかになっていない。そこで本研究では、在宅日数を用い、地域差に焦点を当てて在宅期間の促進要因や阻害要因を同定することを目的とする。さらに、国民生活基礎調査等を用いた介護負担に関する分析や、モデル地域のレセプトを用いた分析、茨城県つくば市の調査および事例検討会の記録を用いた分析も合わせて、在宅生活の限界点を引き上げるための政策課題を明らかにする。

今年度は、在宅生活継続に関連する市区町村の要因を明らかにするために、全国を俯瞰した観点から、全国介護レセプトを用いた市区町村を単位とする分析（以下、エコロジカル・スタディ）により、急変時や終末期における支援体制の整備が在宅生活の継続を促進する可能性を示した。次に家族介護者については、国民生活基礎調査による全国的な観点からの分析と、つくば市のアンケート調査による地域の実情に目を向けた分析を行い、脳梗塞と認知症では長時間の介護に関連する日常生活動作の支援が異なること、介護の動機が介護負担に関連することを明らかにした。また、多職種での在宅生活支援に関する研究として、地域の現場における個別の困難事例の集積であるつくば市事例検討会について、困難事例の問題点の類型化および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法について検討を行った。

全国介護レセプトを用いたエコロジカル・スタディについては、申請を行っていた全国データの提供を受け、前年度に行っていた予備的分析に基づいて、在宅日数から算出した市区町村の指標を目的変数とした分析を行った。本研究により、在宅での生活を支援するサービスに加え、急変時の支援体制や終末期の支援体制が重度要介護高齢者の在宅生活に関連する可能性があることが明らかとなった。本研究の結果は国内学会において発表した。

国民生活基礎調査を用いた分析については、全国介護レセプトと同時期にデータの提供を受け、介護時間を目的変数とした分析を行った。身体清拭、体位交換・起居、服薬は脳梗塞患者においてのみ長時間の介護に関連した一方で、口腔清掃、着替え、入浴は認知症患者においてのみ長時間の介護に関連した。また、トイレ動作、食事は脳梗塞、認知症の双方において長時間の介護に関連した。本研究の結果から、長時間の介護に関連する日常生活動作は脳梗塞と認知症で異なり、疾患の特性に応じて異なる支援が必要であることが明らかになった。本研究の結果は国際学会において発表した。

つくば市の調査を用いた研究については、平成26年に実施した調査について、介護負担を目的変数とした分析を実施した。本研究により、介護の動機や、家族介護者が介護の方針に対し意見を述べるできないこと、要介護者が認知症であることが高負担感と関連があることが明らかとなった。

つくば市の事例検討会のデータを用いた研究については、地域ケア個別会議の困難事例の問題点の類型化および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法を整理した。今後さらに、キーワードの分類内容や実施方法を発信することにより、より地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与できると考える。なお、本研究の結果は国内学会において発表した。

また、分担研究者（植嶋）が、平成30年1月中旬にオランダに出張し、オランダにおけるヘルスサービスリサーチや疫学調査、在宅医療の実態について視察を行った。オランダでは実施した政策が科学的に評価され、その結果や実態に合わせた修正が行われている。本視察により、本課題を進める上で有用な知見が得られた。

次年度は、今年度の研究に加え、全国介護レセプトを用いた在宅介護サービスの提供状況や、モデル地域のレセプトを用いた在宅医療介護サービスの提供状況および在宅生活継続との関連を明らかにする。これらの結果をまとめ、在宅生活継続の促進要因および阻害要因を明らかにし、政策に反映する方法について提言を行う予定である。

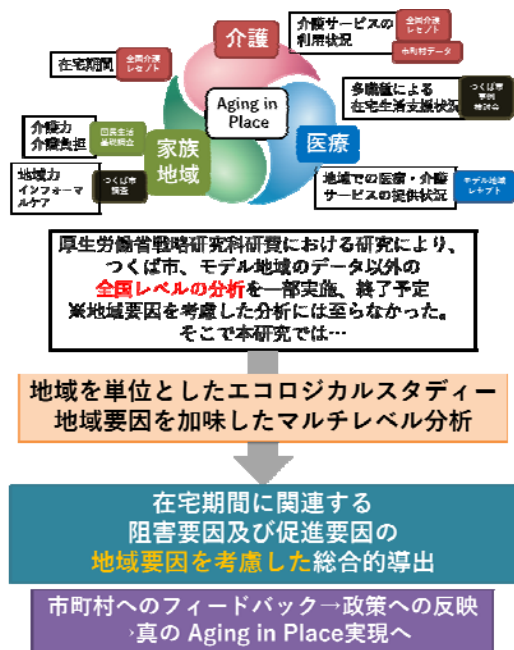
I. 背景及び目的

要介護高齢者が長く在宅で過ごすことは地域包括ケアを推進するにあたり中核となるものであるが、それを実現するには、適切な医療介護サービス、家族、地域の三者のバランスが重要である。要介護高齢者に対して在宅生活だけを強いるのではなく、本人、家族そして地域の選択を尊重した、真のエイジングインプレイスを目指すことが重要である。

要介護高齢者の在宅継続に関連する先行研究は、一度の入院または入所までの期間を算出したものが多く、一定期間において対象者が在宅で生活した全ての期間（在宅期間）を明らかにした研究は行われていない。我々はこれまでの研究により、全国介護レセプトを用いた独自の指標として在宅期間を算出し、在宅日数は地域間に違いがあることを明らかにした。しかし、その要

因までは明らかになっていない。そこで本研究では、在宅日数を用いて、地域差に焦点を当てて在宅期間の促進要因や阻害要因を同定することを目的とする。

また地域の介護力・介護負担については、国民生活基礎調査等を用いて、全国における実態および関連要因を明らかにする。さらに、モデル地域のレセプトを用いた分析や、茨城県つくば市と共に実施する調査を用いた分析、つくば市において行われている多職種での事例検討会の記録の集計結果を用いた分析も実施する。これらの結果も含めて、在宅生活の限界点を引き上げるための具体的政策課題を市町村と連携して明らかにする。研究計画全体の概念図を下図に示した。



II. 研究方法および経過

今年度は、在宅生活継続に関連する市区町村の要因を明らかにするために、全国介護レセプトを用いた市区町村を単位とする分析（以下、エコロジカル・スタディ）、家族介護者に着目し、国民生活基礎調査を用いた全国的な視点からの分析と、つくば市のアンケート調査による地域の実情に目を向けた分析、多職種による在宅生活支援として、地域の現場における個別の困難事例の集積であるつくば市事例検討会を用いた分析を行った。

全国介護レセプトを用いたエコロジカル・スタディについては、データの二次利用について厚生労働省の承認を受け、分析を行った。本研究は、在宅日数を算出可能であったものが100名以上であった全国1560市区町村を対象とし、我々が先行研究で地域の指標として算出した「在宅ゼロ者割合」「平均在宅日数」を目的変数、公表されている市区町村の因子を説明変数として、目的変数に関連する要因を分析した。分析結果については、第76回日本公衆衛

生学会において発表した。なお、個人を単位とした分析については、データの整備と記述的な分析に着手した。

国民生活基礎調査も同様にデータの二次利用について厚生労働省の承認を受け、分析を行った。本研究は、65歳以上で要介護1から5の認定を受けた者および同居する主な介護者を対象とし、1日の介護にかかる時間を目的変数、各ADLにおける主介護者による介護の有無を説明変数として分析を行った。分析結果は、The 21th IAGG World Congress of Gerontology & Geriatrics において発表した。

つくば市調査については、平成26年度に行った同様の調査について、論文執筆を進めている。本研究は、65歳以上の472名の要介護者を対象とし、Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J_ZBI_8)が13点以上（高負担群）、または13点未満（低負担群）を目的変数、家族介護者の介護に関わる動機や関わり方を説明変数とした分析を行った。なお本研究には、柏木志保（山梨大学環境大学院総合研究部生命環境学域）、Timothy Bolt（埼玉大学人文社会科学部経済学部）、森山葉子（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部）Felipe Sandval（筑波大学筑波大学ヘルスサービス開発研究センター）が研究協力者として参画した。平成28年12月～平成29年1月に実施した調査については分析の準備中であり、平成30年度に終了する予定である。

つくば市事例検討会のデータを用いた研究は、毎月第3金曜日の定期開催の事例検討会に参加し、事例検討会のための運営支援および検討事例の情報を収集している。第76回日本公衆衛生学会総会では、地域ケア個別会議の困難事例の問題点の類型化

および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法を整理して発表した。また、論文執筆にも着手している。なお本研究には、中野寛也（大森医院）が研究協力者として参画した。

モデル地域のレセプトを用いた研究では、介護レセプトと医療レセプトを統合したデータセットを用いて、在宅医療介護サービスの提供状況や、これらの在宅期間との関連を分析する予定であり、平成30年度に結果を算出できるよう準備を進めている。

また、分担研究者（植嶋）が、平成30年1月中旬にオランダに出張し、オランダにおけるヘルスサービスリサーチや疫学調査、在宅医療の実態について視察を行った。なお、本視察には、オランダのエラスムス大学医療センター公衆衛生学分野に所属する田中宏和が研究協力者として同行した。

Ⅲ. 今年度の成果

全国介護レセプトを用いたエコロジカル・スタディでは、在宅での生活を支援するサービスに加え、急変時や終末期の支援体制や、市町村の財政状況、住居や生活に関する環境整備、他の住民との交流が、重度要介護高齢者の在宅生活に関連する可能性があることが明らかとなった。

国民生活基礎調査を用いた分析については、長時間の介護に関連する日常生活動作は、脳卒中では身体清拭、体位交換・起居、服薬、トイレ動作、食事であり、認知症では口腔清掃、着替え、入浴、トイレ動作、食事であった。本研究の結果から、長時間の介護に関連する日常生活動作は脳梗塞と認知症で異なり、疾患の特性に応じた支援が必要であることが明らかになった。

つくば市の調査を用いた研究では、介護の動機や、家族介護者が介護の方針に対し

意見を述べることができないこと、要介護者が認知症であることが高負担感と関連があることが明らかとなった。

つくば市の事例検討会のデータを用いた研究については、困難事例の類型化のためのキーワードを、本人に関する領域（心身の健康状態、日常生活の自立度）、家族に関する領域（介護負担、経済状況、環境）、サービス提供者に関する領域（サービス内容、サービス提供者間の連携状況）、制度に関する領域（関連法規、行政機関）に加え、4領域の相互関係よりサービス利用の困難性に関する領域（サービスの受容困難、経済的負担）で構成した。

オランダでの視察においては、実施した政策が科学的に評価され、その結果や実態に合わせた修正が行われていることがうかがえた。本邦においても、政策評価に資するような研究や、科学的なエビデンスを基にした議論および政策立案を行うことが求められている。

Ⅳ. 考察および今後の方針

全国介護レセプトを用いたエコロジカル・スタディから、在宅での生活を支援するサービスに加え、急変時や終末期の支援体制が在宅生活継続を促進する可能性が示された。今後は、これらのサービスの個人単位の利用状況を明らかにすると共に、在宅生活継続との関連を検討していく。

国民生活基礎調査を用いた分析では、長時間の介護に関連する日常生活動作は脳梗塞と認知症で異なり、疾患の特性に応じた支援が必要であることが明らかになった。

つくば市の調査を用いた研究では、高齢者が望む介護と家族が行いたい介護について、家族間で方針を定めることが、家族介護者の負担軽減に繋がることが示唆された。

つくば市の事例検討会を用いた分析については、困難事例に対するキーワードの分類内容や実施方法を発信することで地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与すると考える。

<各分担報告の要旨>

1) 市区町村別の重度要介護高齢者の在宅日数および関連する地域特性

(目的) 我々は先行研究において、全国介護レセプトデータを用いて、重度要介護高齢者が観察期間に在宅で生活したと考えられる全ての日数(以下、在宅日数)を算出し、地域の指標として、「在宅日数0日の者の割合(以下、在宅ゼロ者割合)と、「在宅日数1日以上者の在宅日数」(以下、平均在宅日数)を地域を評価する指標として算出した。本研究の目的は、在宅ゼロ者割合と平均在宅日数を市区町村別に算出し、公表されている市区町村データとの関連を検討することである。

(方法) 本研究では、7年間の全国介護レセプトデータ、統計でみる市町村のすがた、および在宅医療にかかる地域別データ集を使用した。目的変数は、市区町村別に算出した在宅ゼロ者割合および平均在宅日数とした。説明変数は、統計でみる市町村のすがた、在宅医療にかかる地域別データ集から得た、市区町村の基本属性や、医療介護サービスの提供状況に関する変数とした。重回帰分析により説明変数と目的変数の関連を検討した。

(結果) 在宅ゼロ者割合のみと有意な負の関連を認めた変数は、財政力指数、在宅療養支援病院数、小規模多機能型居宅介護事業所数であった。平均在宅日数のみと有意な正の関連を認めた変数は、人口総数、人口密度、飲食店数、離婚者数であった。在

宅ゼロ者割合と有意な負の関連があり、かつ平均在宅日数と有意な正の関連を認めた変数は、訪問看護ステーション数、看取りを実施する一般診療所数、公民館数、大型小売店数、小売店数であった。

(考察) 重度要介護高齢者の在宅生活は、在宅での生活を支援するサービスだけでなく、急変時や終末期の支援体制の整備により促進されうる可能性が考えられた。

2) 家族介護者における長時間の介護に関連する介護動作

(目的) 介護時間は介護負担の重要な側面のひとつであり、他の指標に比べて客観的な測定が可能である。長時間介護と、介護を受けるものの日常生活動作(ADL)能力の低下との関連が報告されているが、どのADLが長時間介護に関連するのかは明らかでない。また、これらを疾患別に分析し、比較した研究も行われていない。本研究の目的は、自宅で生活する要介護高齢者の長時間介護に関連する動作を明らかにし、それを疾患別に比較することである。

(方法) 本研究は、国民生活基礎調査を二次利用することにより実施した。対象は、65歳以上で要介護1から要介護5の認定を受けた者(以下、要介護者)と、要介護者と同居し、主に介護をしている者(以下、介護者)とした。目的変数は、介護者が1日の介護にかかる時間、説明変数は、各動作における介護の状況とした。順序ロジスティック回帰分析を用いて、目的変数と説明変数の関連を検討した。

(結果) 対象者は6088人の要介護者および介護者であった。介護が必要となった原因が脳卒中であった者による順序ロジスティック回帰において長時間介護と有意な関連を認めたのは、身体の清拭、体位交換・

起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助けであった。また、介護が必要となった原因が認知症であった者では、口腔清掃、着替、入浴介助、排泄介助、食事介助が長時間介護と有意な関連を認めた。

(考察) 介護者の介護時間軽減に向けた支援をより効率的に行うためには、要介護者の疾患ごとに、ADL の支援を検討する必要があることが示唆された。

3) 主介護者の介護動機が介護負担に与える影響：つくば市に在住する要介護者と家族に対する調査を用いた分析

(目的) 家族介護者は、在宅介護を必要とする高齢者にとり必要なパートナーである。家族介護者の心のバランスを保つことは、在宅介護を継続するために、また高齢者の日々の生活の質を高めるためにも重要であると考えられる。しかし、日本の家族介護者の 68.9%は負担やストレスを感じている。先行研究によると、社会的な規範が介護負担の要因になることが指摘されている。しかしながら、これは、社会や地域の特性により異なると考えられる。そこで本稿では、介護負担の要因を明らかにするとともに、介護の動機が介護負担に与える影響について分析を行うことを目的とする。

(方法) 本研究は、茨城県つくば市が高齢者福祉計画策定のために実施したアンケート調査の結果を用いた。本稿では、65 歳以上の 472 名の要介護者を対象とした。つくば市が実施したアンケート調査では、家族介護者の介護負担を評価するために Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J_ZBI_8) が用いられた。本稿では、13 点以上を高負担群、また 13 点未満を低負担群と設定し、多重ロジスティック解析を試みた。

(結果) 36.0%の家族介護者が高負担群であった。また、多重ロジスティック解析の結果、介護の動機 (環境型) (Odds Ratio: 3.09; 95% Confidence Interval: 1.58-6.05)、家族介護者が介護の方針に対し意見を述べることができないこと (OR: 0.24; 95% CI: 0.08-0.69)、要介護者が認知症であること (OR: 3.91; 95% CI: 1.84-8.30) が高負担感と関連があることが明らかとなった。

(結論) 日本では、高齢者が元気なうちに、介護方針について家族間で話し合うことは好ましくないと考えられる傾向にある。しかしながら、介護が必要になる前に、家族間で介護について詳細に話しあうことが、家族介護者の介護負担を軽減させることになると思われる。

4) 地域課題の類型化にむけた PDCA サイクルを用いた地域ケア会議の実施方法

(目的) 地域ケア会議を活用した地域包括ケアシステムの実現へ向け、地域包括支援センターレベルの会議 (以下、地域ケア個別会議) で検討された個別事例の問題点や支援方法を蓄積し、地域課題を検討する地域ケア推進会議の整備が必要である。しかし、地域毎に個別事例の蓄積の方法が異なり、地域間の比較が難しい。そこで、個別事例の問題点や支援方法を類型化したデータとして蓄積し、統一の評価方法を行うことにより、Plan-Do-Check-Action (以下、PDCA) サイクルが可能となる地域ケア個別会議の実施方法を提案することを目的とした。

(方法) 地域ケア会議など多職種による個別事例の検討会に関する文献レビューおよびこれまでのケア会議の経験もとに、問題点の分類方法を検討した。さらに、支援方法を評価するための PDCA サイクルを基

盤とした実施方法を整理した。

(結果) 個別事例において複数の問題点を抽出し、問題点に対応した複数のキーワードを用いて整理することで、個別事例が抱える問題点の多様性を評価することが可能である。さらに、キーワードは、本人に関する領域(心身の健康状態、日常生活の自立度)、家族に関する領域(介護負担、経済状況、環境)、サービス提供者に関する領域(サービス内容、サービス提供者間の連携状況)、制度に関する領域(関連法規、行政機関)とした。さらに、4領域の相互関係よりサービス利用の困難性に関する領域(サービスの受容困難、経済的負担)で構成した。3ヶ月後に支援方法の実施の有無および問題点の解決の有無の評価を行い、さらに未解決の問題点を蓄積することにより地域課題としてPDCA整理することが可能となる。

(結語) 地域ケア個別会議の困難事例の問題点の類型化および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法を整理した。今後さらに、キーワードの分類内容や実施方法を発信することにより、より地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与できると考える。

5) オランダにおける介護保険制度と政策決定プロセス

(目的) 今年度、分担研究者である植嶋がオランダに出張し、同国のヘルスサービスリサーチの公的研究機関の研究者にインタビューする機会を得た。本稿では、オランダの介護保険制度の改正について紹介するとともに、政策決定に対する研究者の関わりについて考察を行う。

(方法) オランダにおけるヘルスサービスリサーチの公的研究機関である NIVEL を訪問

し、Senior researcher である Madelon Kroneman 氏に、オランダの医療介護政策や政策決定プロセスについてインタビューを行った。なお、本視察には、オランダのエラスムス大学医療センター公衆衛生学分野に所属する田中宏和が研究協力者として同行した。

(結果) 2015年の改正により、身体的または精神的な障害により継続的な見守りや介助が必須となった者に対する介護施設サービスが新たに「介護保険法(Wlz)」を根拠とする公的サービスとして位置づけられ、改正前までは公的医療保険によるサービスとして提供されていた訪問看護サービスは、管理された民間健康保険者によるサービスとして位置づけられた。また、在宅介護、移動サービスや住宅環境整備の提供体制は地方自治体によって地域の実情に合わせて構築されることが義務付けられた。

(考察) この改正の目的は、(1)コストの削減、(2)利用者満足度の維持、および(3)介護の質の改善とされており、改正にあたっては多くの議論が行われた。このように、オランダでは実施した政策が科学的に評価され、その結果や実態に合わせた修正が行われている。本邦においても、政策評価に資するような研究や、科学的なエビデンスを基にした議論および政策立案を行うことが求められている。

別添 4

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)) 分担研究報告書

市区町村別の重度要介護高齢者の在宅日数および関連する地域特性

研究分担者	植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究分担者	高橋秀人	国立保健医療科学院 保健・医療・福祉サービス研究分野
研究分担者	野口晴子	早稲田大学政治経済学術院
研究分担者	柏木聖代	横浜市立大学医学部看護学科
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

要旨

(目的) 我々は先行研究において、全国介護レセプトデータを用いて、重度要介護高齢者が観察期間に在宅で生活したと考えられる全ての日数（以下、在宅日数）を算出し、地域の指標として、「在宅日数 0 日の者の割合（以下、在宅ゼロ者割合）と、「在宅日数 1 日以上の子の在宅日数」（以下、平均在宅日数）を地域を評価する指標として算出した。本研究の目的は、在宅ゼロ者割合と平均在宅日数を市区町村別に算出し、公表されている市区町村データとの関連を検討することである。

(方法) 本研究では、7年間の全国介護レセプトデータ、統計でみる市町村のすがた、および在宅医療にかかる地域別データ集を使用した。目的変数は、市区町村別に算出した在宅ゼロ者割合および平均在宅日数とした。説明変数は、統計でみる市町村のすがた、在宅医療にかかる地域別データ集から得た、市区町村の基本属性や、医療介護サービスの提供状況に関する変数とした。重回帰分析により説明変数と目的変数の関連を検討した。

(結果) 在宅ゼロ者割合のみと有意な負の関連を認めた変数は、財政力指数、在宅療養支援病院数、小規模多機能型居宅介護事業所数であった。平均在宅日数のみと有意な正の関連を認めた変数は、人口総数、人口密度、飲食店数、離婚者数であった。在宅ゼロ者割合と有意な負の関連があり、かつ平均在宅日数と有意な正の関連を認めた変数は、訪問看護ステーション数、看取りを実施する一般診療所数、公民館数、大型小売店数、小売店数であった。

(考察) 重度要介護高齢者の在宅生活は、在宅での生活を支援するサービスだけでなく、急変時や終末期の支援体制の整備により促進されうる可能性が考えられた。

A. 研究目的

わが国では急速な高齢化に伴う重度要介護高齢者の増加に対し、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ことを目的とした、「地域包括ケアシステム」の構築が厚生労働省によって推進されている。そのために、市区町村の現状に基づいた独自の施策の立案および実行が求められており、地域包括ケアの担い手である市区町村の実態や施策の評価指標が必要とされている。重度要介護者の在宅生活継続は、前述の「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らし」という地域包括ケアシステムの目標に相応する指標になりうると考えられる。

在宅生活継続の関連要因を検討した先行研究は本邦においても行われているが、それらは個人を対象とし、特定の都道府県や市区町村から対象者を抽出して行われた研究のみであり、在宅継続の状況や関連要因について、市区町村を単位とした研究は実施されていない。

我々は先行研究において、全国介護レセプトデータを用いて、重度要介護高齢者が観察期間に在宅で生活したと考えられる全ての日数（以下、在宅日数）を算出した。また、在宅生活が可能となった者に対しては、その在宅生活を継続するための支援が必要である一方、在宅への復帰が困難な者に対しては、施設での療養の質の向上に目を向ける必要がある。そこで、「在宅日数0日の者の割合（以下、在宅ゼロ者割合）」と、「在宅日数1日以上の子の在宅日数」（以下、平均在宅日数）を地域を評価する指標として算出した。在宅ゼロ者割合と平均在宅日数を市区町村別に算出し、それに関連する市区町村単位の要因を明らかにすることは、地域包括ケアシステム構築に関する市区町村の方針や政策の決定に貢献すると考えられる。

本研究の目的は、在宅ゼロ者割合と平均在宅日数を市区町村別に算出し、公表されている市区町村データとの関連を検討することである。

B. 研究方法

本研究では、統計法第33条（調査情報の提供）による二次利用の承認を受け、厚生労働省統計情報部より提供された7年間の全国介護レセプトデータ（サービス提供年月：2007年4月～2014年3月）における基本情報データ、集計情報データおよび受給者台帳データを用いた。また、公表データとしてインターネット上に公開されている、統計でみる市町村のすがた（総務省統計局）、および在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）も使用した。

本研究では、介護レセプトデータを提供し、在宅日数を算出した重度要介護高齢者の人数が100人以上であった市区町村とした。なお、在宅日数算出の対象者は、提供を受けたデータの期間に要介護度4または5の認定を受け、認定を受けた時点の年齢が65歳以上であった者のうち、要支援または要介護の認定を受けていた期間に介護保険サービスを少なくとも1日以上利用した者とした。

在宅日数は、対象者ごとに介護保険サービスを少なくとも1日以上利用した月の総数を日数換算した値から、「総入所期間」（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のサービス利用日数と、15日以上の短期入所生活介護、介護老人保健施設および介護療養型医療施設の短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護の短期利用型サービスの利用日数の合計）を減じることにより算出した。

本研究では、上記の方法により対象者ごとに在宅日数を算出し、それを市区町村別に集計することにより、在宅ゼロ者割合および平均在宅日数を算出した。

また、統計でみる市町村のすがた、在宅医療に

かかる地域別データ集から、市区町村の基本属性や、医療または介護サービスの提供状況に関する変数を説明変数として用いた。具体的な変数は以下の通りである。

統計でみる市町村のすがたから用いた変数は、人口総数、人口あたり 65 歳以上人口、65 歳以上の世帯員のいる主世帯数人口あたり高齢夫婦世帯数、65 歳以上の世帯員のいる主世帯数あたり高齢単身世帯数、人口あたり離婚件数、人口密度、人口あたり課税対象所得、人口あたり従業者数、人口あたり第 1 次産業従業者数、財政力指数、人口あたり公民館数、人口あたり図書館数、世帯数あたり一戸建住宅数、1 住宅あたり延べ面積、世帯数あたり高齢者等用設備住宅数、世帯数あたり最寄りの老人デイサービスセンターまでの距離が 250m 未満の住宅数、人口あたり小売店数、人口あたり飲食店数、人口あたり大型小売店数、人口あたり百貨店・総合スーパー数、人口あたり一般病院数、人口あたり療養病床を有する病院数、人口あたり一般診療所数、人口あたり歯科診療所数、人口あたり介護老人保健施設数、人口あたり介護老人福祉施設数、人口あたり有料老人ホーム数、人口あたり国民健康保険被保険者数、国民健康保険被保険者 1 人あたり診療費であった。

在宅医療にかかる地域別データ集から使用した変数は、人口あたり在宅療養支援病院、人口あたり在宅療養支援診療所数、人口あたり訪問診療を実施する一般診療所数、人口あたり看取りを実施する一般診療所数、人口あたり訪問看護ステーション数、人口あたり介護療養型医療施設病床数、人口あたり小規模多機能型居宅介護事業所数であった。

分析においては、まず在宅ゼロ者割合および平均在宅日数の市区町村を単位とした基本統計量を算出し、次に重回帰分析により説明変数と目的変数の関連を検討した。重回帰分析にあたっては、多重共線性の影響を考慮し、VIF が 10 以下となるよう変数を選択した。

分析には、SAS 9.3 (SAS Institute, Cary, NC, USA) および Stata14 (StataCorp, College Station, TX, USA) を用いた。また、本研究は筑波大学倫理委員会の承認を得て実施した。(通知番号 第 1166 号)

C. 研究結果

2014 年 3 月 31 日現在における 1741 市区町村のうち、対象となったのは 1560 市区町村であった。(89.6%) 在宅ゼロ者割合の平均値および標準偏差は $38.4 \pm 10.4\%$ で、最大値は 78.2%、最小値は 13.2% であった。また、平均在宅日数の平均値および標準偏差は 336.3 ± 59.3 日で、最大値は 616.5 日、最小値は 113.9 日であった。

重回帰分析は、説明変数の全てについて欠損のない 1530 市区町村において実施した。在宅ゼロ者割合のみと有意な負の関連を認めた変数は、財政力指数が高い、在宅療養支援病院が多い、小規模多機能型居宅介護事業所が多いであった。平均在宅日数のみと有意な正の関連を認めた変数は、人口総数が多い、人口密度が高い、飲食店が多い、離婚数が多いであった。在宅ゼロ者割合と有意な負の関連があり、かつ平均在宅日数と有意な正の関連を認めた変数は、訪問看護ステーションが多い、看取りを実施する一般診療所が多い、公民館が多い、大型小売店が多い、小売店が多いであった。(表 1、表 2)

D. 考察

本研究において用いた在宅医療介護サービスに関する変数の中で、訪問看護ステーション数と看取りを実施する一般診療所数は、在宅ゼロ者割合と有意な負の関連を認め、かつ平均在宅日数とも有意な正の関連を認めた。また、在宅療養支援病院数、小規模多機能型居宅介護事業所数は、在宅ゼロ者割合との有意な負の関連のみを認めた。

在宅ゼロ者割合は要介護 4 または 5 の認定を受けていた期間の全てで自宅で生活しなかった者の

割合である。従って、ある変数と在宅ゼロ者割合と有意な負の相関が認められた場合、その変数が大きいほど、重度要介護高齢者のうち在宅で生活した者の割合が大きいことが示唆され、在宅生活の促進に関連する可能性があると考えられる。また、平均在宅日数は自宅で生活した重度要介護高齢者がその在宅生活を継続した期間を示す指標である。従って、ある変数が平均在宅日数と正の相関を認めた場合、その変数が大きいほど、在宅で生活した重度要介護高齢者が長期間の在宅生活を送ったことが示唆され、在宅生活の促進に関連する可能性があると考えられる。

訪問看護ステーション数と看取りを実施する一般診療所数は、在宅ゼロ者割合との有意な負の関連と、平均在宅日数との有意な正の関連の双方を認めた。本結果から、これらの数が多い市区町村ほど、在宅で生活した重度要介護者が多く、かつ重度要介護者が在宅生活を長期間にわたり継続していたことが示唆された。特に、看取りを実施する一般診療所数に関しては、既存の診療所が体制を整えることで増加させることが可能であるため、診療報酬など医療政策の変更により増加が期待できることから、政策提言上の意義もあるものと考えられる。

小規模多機能型居宅介護事業所数、在宅療養支援病院数は、在宅ゼロ者割合との有意な負の関連が認められた。本結果から、これらの数が多い市区町村ほど、在宅で生活した重度要介護者が多かったことが示唆された。小規模多機能型居宅介護サービスは、訪問介護、通所介護、短期入所を同一の事業所が一貫して行うサービスである。今後は個人を単位として、本サービス提供の影響を明らかにすることが必要であると考えられる。また、在宅療養支援病院の主な施設基準は、医師および看護師が患者の自宅を24時間訪問可能であることである。従って在宅療養支援病院数は、市区町村における在宅生活者の急変時における支援体制の一部を示していると考えられる。在宅療養支援

病院数は、看取りを実施する一般診療所数と同様、既存の病院の体制変更により増加させることが可能であることから、診療報酬等の医療政策の変更による増加が期待でき、政策提言上の意義もあるものと考えられる。

本研究は市区町村を単位としたエコロジカル・スタディであり、因果関係について言及することは困難であるが、今後、個人を単位とした分析を行っていく上で、本研究の結果は有用であると考えられる。

E. 結論

重度要介護高齢者の在宅生活は、在宅での生活を支援するサービスだけでなく、急変時や終末期の支援体制の整備により促進されうる可能性が考えられた。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

植嶋大晃, 高橋秀人, 野口晴子, 田宮菜奈子.
市区町村別の重度要介護高齢者の在宅日数および関連する地域特性. 日本公衆衛生学会, 第76回公衆衛生学会学術集会, 2017

発表日: 2017年11月1日

H. 知的財産権の出願・登録状況

表 1 重回帰分析において在宅ゼロ者割合と有意な関連を認めた変数

独立変数	標準化 偏回帰 係数	P値
財政力指数(市町村財政)	-0.19	0.00
小売店数/人口	-0.13	0.00
看取りを実施する一般診療所数/人口	-0.11	0.00
公民館数/人口	-0.09	0.00
訪問看護ステーション数/人口	-0.08	0.00
大型小売店数/人口	-0.08	0.00
小規模多機能型居宅介護事業所数/人口	-0.06	0.00
在宅療養支援病院/人口	-0.05	0.02
一般診療所数/人口	0.06	0.04
介護療養型医療施設病床数/人口	0.09	0.00
介護老人保健施設数/人口	0.10	0.00
介護老人福祉施設数/人口	0.13	0.00
人口あたり歯科診療所数/人口	0.16	0.00
療養病床を有する病院数/人口	0.16	0.00
第1次産業従業者数/人口	0.18	0.00
在宅日数を算出したもののうち女性の割合	0.28	0.00

表 2 重回帰分析において平均在宅日数と有意な関連を認めた変数

独立変数	標準化 偏回帰 係数	P値
公民館数/人口	0.10	0.00
小売店数/人口	0.10	0.02
訪問看護ステーション数/人口	0.10	0.00
看取りを実施する一般診療所数/人口	0.09	0.00
大型小売店数/人口	0.07	0.02
飲食店数/人口	0.07	0.04
離婚件数/人口	0.07	0.05
人口密度	0.05	0.04
人口総数	0.05	0.05
療養病床を有する病院数/人口	-0.07	0.05
人口あたり歯科診療所数/人口	-0.07	0.01
一般病院数/人口	-0.08	0.03
一般診療所数/人口	-0.11	0.00
第1次産業従業者数/人口	-0.11	0.00
国民健康保険被保険者数/人口	-0.12	0.00
在宅日数を算出したもののうち女性の割合	-0.12	0.00
課税対象所得/人口	-0.17	0.00
介護老人福祉施設数/人口	-0.21	0.00

別添 4

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))
分担研究報告書

家族介護者における長時間の介護に関連する介護動作

研究分担者	植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究分担者	高橋秀人	国立保健医療科学院 保健・医療・福祉サービス研究分野
研究分担者	野口晴子	早稲田大学政治経済学術院

要旨

(目的) 介護時間は介護負担の重要な側面のひとつであり、他の指標に比べて客観的な測定が可能である。長時間介護と、介護を受けるものの日常生活動作 (ADL) 能力の低下との関連が報告されているが、どの ADL が長時間介護に関連するのかは明らかでない。また、これらを疾患別に分析し、比較した研究も行われていない。本研究の目的は、自宅で生活する要介護高齢者の長時間介護に関連する動作を明らかにし、それを疾患別に比較することである。

(方法) 本研究は、国民生活基礎調査を二次利用することにより実施した。対象は、65 歳以上で要介護 1 から要介護 5 の認定を受けた者 (以下、要介護者) と、要介護者と同居し、主に介護をしている者 (以下、介護者) とした。目的変数は、介護者が 1 日の介護にかかる時間、説明変数は、各動作における介護の状況とした。順序ロジスティック回帰分析を用いて、目的変数と説明変数の関連を検討した。

(結果) 対象者は 6088 人の要介護者および介護者であった。介護が必要となった原因が脳卒中であった者による順序ロジスティック回帰において長時間介護と有意な関連を認めたのは、身体の清拭、体位交換・起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助けであった。また、介護が必要となった原因が認知症であった者では、口腔清掃、着替、入浴介助、排泄介助、食事介助が長時間介護と有意な関連を認めた。

(考察) 介護者の介護時間軽減に向けた支援をより効率的に行うためには、要介護者の疾患ごとに、ADL の支援を検討する必要があることが示唆された。

A. 研究目的

わが国では急速な高齢化に伴い、介護が必要な高齢者の人数も増大している。「平成 27 年度介護保険事業状況報告」によると、介護保険制度が開始された 2000 年に約 256 万人だった要介護および要支援認定者数は、2015 年では約 620 万人まで増加しており、今後も増加が予想される。

近年、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ことを目的とした「地域包括ケアシステム」の構築が厚生労働省によって推進されており、中でも要介護高齢者が在宅で生活することは重要な要素である。介護保険制度において、自宅で生活する要介護高齢者に対して種々の介護保険サービスが提供され、サービス受給者数も増加している。一方、要介護高齢者の在宅生活において、家族をはじめとする介護者の役割は依然として大きい。要介護高齢者の在宅生活の継続には、本人に対する支援だけでなく、家族介護者の負担軽減も必要であると考えられる。

家族の介護負担には種々の指標があるが、本研究では、1 日にかける介護の時間（以下、介護時間）に焦点を当てた。介護時間は介護負担の重要な側面のひとつであり、他の指標に比べて客観的な測定が可能である。先行研究によると、介護時間の増大は、介護者における介護負担感の増大、抑うつ症状、ストレス増大、退職との関連が報告されている。

長時間介護には、介護者が女性であること、介護者にうつ症状があること、介護を受ける者の認知機能低下や脳血管疾患といった因子が長時間介護に関連することが報告されている。さらに、介護を受けるものの日常生活動作（ADL）能力の低下と長時間介護との関連が報告されているが、これらの先行研究は種々の ADL 能力の合計点を測定したものであり、どの ADL が長時間介護に関連するのかが明らかでない。また、これらを疾患別に分析し、比較した研究も行われていない。

本研究の目的は、自宅で生活する要介護高齢者の長時間介護に関連する動作を明らかにし、それを疾患別に比較することである。

B. 研究方法

本研究は、統計法第 33 条（調査情報の提供）による二次利用の承認を受け、厚生労働省統計情報部より提供された国民生活基礎調査を二次利用することにより実施した。本調査は、厚生労働省が実施する基幹統計である。本研究では、2013 年、2010 年および 2007 年に実施された大規模調査から、世帯票、健康票、および介護票を用いた。

データから、65 歳以上で要介護 1 から要介護 5 の認定を受けた者（以下、要介護者）と、要介護者と同居し、主に介護をしている者（以下、介護者）の組を抽出した。次に、以下の基準に該当するものを除外した組を対象とした。1) 要介護者が日常生活で介護を受けていると回答していない。2) 世帯に乳幼児が含まれている。3) 要介護者が就業している。4) 要介護者が認知症グループホームに入居している。

目的変数は、介護者が 1 日の介護にかかる時間である。本項目は、調査票では「ほとんど終日、半日程度、2～3 時間程度、必要な時に手をかす程度、その他」という 5 つの選択肢であったが、本研究における分析では、「ほとんど終日」、「半日程度または 2～3 時間程度」、「必要な時に手をかす程度」との 3 つの選択肢とし、「その他」と回答した者は分析から除外した。

説明変数は、各動作における介護の状況である。調査票では、洗顔、口腔清掃、身体の清拭、洗髪、着替、入浴介助、体位交換・起居、排泄介助、食事の準備・後始末、食事介助、服薬の手助け、散歩、掃除、洗濯、買い物、話し相手、の 16 の動作のそれぞれについて、事業者による介護の有無、主介護者による介護の有無、主介護者以外の家族等による介護の有無、の介護の有無を回答する形

式であった。本研究では、16の動作のうち8の動作（口腔清掃、身体の清拭、着替、入浴介助、体位交換・起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助け）のそれぞれについて、「主介護者から介護を受けていない」、「主介護者から介護を受けている」の二値変数に変換して用いた。

また、調整変数として、調査年、要介護者に関する変数（年齢、性別、要介護度、介護を必要とする原因となった疾患、1ヶ月あたりの介護保険サービスに対する自己負担額）、および介護者の因子（性別、要介護者との続柄、就労の有無）を用いた。

まず、上記の変数について記述的な分析を行った。その際、要介護者の介護にかかる時間、介護の原因となった疾患、および介護者の性別に関する情報が非回答であった対象者と、説明変数とした8つのADLに関する変数のうち1つ以上が非回答であった対象者は分析から除外した。次に順序ロジスティック回帰分析を用いて、目的変数と説明変数の関連を検討した。また、全対象者による分析に加え、介護が必要となった原因が認知症、脳卒中であった介護者に層別化した分析も実施した。

分析には、Stata14 (StataCorp, College Station, TX, USA) を用いた。また、本研究は筑波大学倫理委員会の承認を得て実施した。（通知番号 第1166号）

C. 研究結果

対象者は6088人の要介護者および介護者で、要介護者のうち、介護が必要となった原因が脳卒中であった者は1637人（26.9%）、認知症であったものは1243人（20.4%）であった。要介護者の年齢の平均及び標準偏差は 83.4 ± 7.8 歳、介護者の年齢は 65.1 ± 11.6 歳であった。また、要介護者のうち女性は3757人（61.7%）、介護者のうち女性は4535人（74.5%）であった。また、1日の介護にかかる時間は、「ほとんど終日」が1,898

人（31.2%）、「半日程度または2～3時間程度」が1,654人（27.1%）、「必要な時に手をかす程度」が2,146人（35.3%）であった。

全対象者による順序ロジスティック回帰分析において、長時間介護と有意に関連を認めたADLは、口腔清掃、身体の清拭、着替、体位交換・起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助けであった。

（表1）次に、介護が必要となった原因が脳卒中であった者による順序ロジスティック回帰において長時間介護と有意な関連を認めたのは、身体の清拭、体位交換・起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助けであった。また、介護が必要となった原因が認知症であった者による順序ロジスティック回帰において長時間介護と有意な関連を認めたのは、口腔清掃、着替、入浴介助、排泄介助、食事介助であった（表2）。

D. 考察

本研究の結果から、身体の清拭、体位交換・起居、および服薬は脳卒中においてのみ長時間介護と関連し、口腔清掃、着替えおよび入浴は認知症においてのみ長時間介護と関連することが明らかになった。また、排泄介助および食事介助は脳卒中および認知症の双方で長時間介護との関連が認められた。

本研究の強みは、日本全国から抽出された対象者に対して、長時間介護と、要介護者が介護を受けているADLとの関連を疾患別に明らかにしたことである。先行研究における説明変数はADL評価指標における合計点であるのに対し、本研究ではそれぞれのADLにおける介護の有無を説明変数としたものであり、実際の介護の現場に適用しやすいものであると考えられる。

本研究において脳卒中患者においてのみ長時間介護と関連した、身体の清拭および体位交換・起居は、介護者の身体的な負担に関連すると考えられる。この結果から、脳卒中患者における介護者支援に対しては、関節可動域の確保や起居動作の

指導といった、身体的側面に焦点を当てた支援が有効である可能性が考えられた。

認知症患者における口腔清掃、着替えおよび入浴の介助の際は、認知症患者が介護を拒否することと介護時間が延長している可能性が考えられる。従って、認知症患者における介護者支援に対しては、認知機能低下に伴う精神的側面に焦点を当てた支援が必要であることが示唆された。

また、排泄介助および食事介助は、脳卒中、認知症の双方で長時間介護との関連が認められた。これらの動作に関しては、介護が必要となった際に支援を提供するだけでなく、環境設定や動作訓練により要介護者自身の自立度を高める介入も必要であると考えられる。

本研究の限界は以下の通りである。まず、介護票は要介護者が記入した場合と、介護者が記入した場合（要介護者の理解や意思疎通が困難であった場合等）が考えられるが、その区別は不可能であった。次に、目的変数とした1日の介護時間は選択肢で回答する質問により得られた離散変数であり、直接的に介護にかかる時間を計測したわけではない。また、本研究は横断研究であるため、本研究の結果は目的変数と説明変数の関連に留まることに留意が必要である。

E. 結論

本研究により、介護者の介護時間軽減に向けた支援をより効率的に行うためには、要介護者の疾患ごとに、ADLの支援を検討する必要があることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

Hiroaki Ueshima, Nanako Tamiya, Haruko Noguchi, Felipe Sandoval, Hideto Takahashi.
The Relationship Among Types of Daily Living

Assistance and Long Hours of Informal Care,
The 21th IAGG World Congress of Gerontology
& Geriatrics, San Francisco, July 23-27, 2017

発表日：2017年7月24日

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表 1 全対象者によるロジスティック回帰分析

All subjects n=5181		Pseudo R2= 0.166	
	OR	95% CI	
Assistance by main caregiver (ref: Not assisted by main caregiver)			
Oral cleansing	1.29*	1.11 - 1.50	
Wiping body	1.44*	1.25 - 1.65	
Changing clothes	1.32*	1.14 - 1.51	
Bathing	1.07	0.94 - 1.22	
Changing positions	1.32*	1.12 - 1.55	
Toileting	1.58*	1.36 - 1.82	
Feeding	1.55*	1.35 - 1.77	
Taking medicine	1.43*	1.25 - 1.64	
Year (ref: 2007)			
2010	1.01	0.88 - 1.17	
2013	1.05	0.91 - 1.20	
Age of care recipients			
	1.00	0.99 - 1.01	
Female care recipients			
	1.05	0.90 - 1.23	
Care level (ref: 1)			
2	1.56*	1.33 - 1.83	
3	1.89*	1.57 - 2.25	
4	2.86*	2.31 - 3.54	
5	4.25*	3.31 - 5.45	
Expenditure to formal care per month (ref: Less than 10,000)			
10,001-20,000 yen	1.05	0.92 - 1.21	
20,001-30,000 yen	1.30*	1.08 - 1.55	
More than 30,001 yen	1.21*	1.01 - 1.45	
Female caregiver			
	0.93	0.80 - 1.09	
Caregiver relationship with recipients (ref: Spouse)			
Son or daughter	0.90	0.75 - 1.08	
children in law	0.68*	0.55 - 0.84	
Work (caregiver)			
	0.52*	0.46 - 0.60	
Main Disease (ref: Other diseases)			
Stroke	1.22*	1.04 - 1.43	
Heart disease	1.37	0.99 - 1.90	
Respiratory disease	1.28	0.87 - 1.90	
Dementia	1.47*	1.24 - 1.74	
Fracture or fall	1.12	0.90 - 1.38	
Frailty	0.83	0.67 - 1.02	
/cut1	1.13	0.36 - 1.89	
/cut2	2.74	1.97 - 3.51	

*p < 0.05

表 2 脳梗塞および認知症の被介護者で層別化したロジスティック回帰分析

	Stroke n=1402 Pseudo R2= 0.169		Dementia n=1072 Pseudo R2= 0.142	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Assistance by main caregiver (ref: Not assisted by main caregiver)				
Oral cleansing	1.09	0.82 - 1.44	1.45*	1.04 - 2.00
Wiping body	1.56*	1.21 - 2.02	1.23	0.89 - 1.71
Changing clothes	0.94	0.71 - 1.24	1.89*	1.39 - 2.58
Bathing	1.05	0.82 - 1.35	1.42*	1.05 - 1.94
Changing positions	1.79*	1.32 - 2.44	0.96	0.66 - 1.40
Toileting	1.44*	1.08 - 1.92	1.45*	1.04 - 2.03
Feeding	1.33*	1.02 - 1.75	1.54*	1.14 - 2.08
Taking medicine	1.53*	1.15 - 2.02	1.22	0.88 - 1.69
Year (ref: 2007)				
2010	0.81	0.62 - 1.06	0.95	0.70 - 1.30
2013	0.91	0.69 - 1.19	1.09	0.80 - 1.49
Age of care recipients	1.01	0.99 - 1.03	0.99	0.97 - 1.02
Female care recipients	1.00	0.71 - 1.40	1.17	0.83 - 1.64
Care level (ref: 1)				
2	1.49*	1.06 - 2.09	1.36	0.97 - 1.90
3	2.12*	1.47 - 3.06	1.80*	1.22 - 2.66
4	2.94*	1.91 - 4.54	2.48*	1.51 - 4.09
5	5.68*	3.44 - 9.39	3.57*	2.02 - 6.31
Expenditure to formal care (ref: Less than 10,000)				
10,001-20,000 yen	1.09	0.83 - 1.43	1.10	0.80 - 1.52
20,001-30,000 yen	1.32	0.95 - 1.85	1.38	0.93 - 2.05
More than 30,001 yen	1.50*	1.05 - 2.15	1.14	0.77 - 1.68
Female caregiver	0.93	0.65 - 1.32	0.98	0.71 - 1.36
Caregiver relationship with recipients (ref: Spouse)				
Son or daughter	0.94	0.66 - 1.33	1.05	0.70 - 1.56
children in law	0.77	0.49 - 1.19	0.81	0.53 - 1.25
Work (caregiver)	0.53*	0.41 - 0.69	0.57*	0.44 - 0.74
/cut1	0.65	-0.75 - 2.05	0.21	-1.66 - 2.08
/cut2	2.20	0.79 - 3.60	2.00	0.12 - 3.88

*p < 0.05

別添 4

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)) 分担研究報告書

主介護者の介護動機が介護負担に与える影響： つくば市に在住する要介護者と家族に対する調査を用いた分析

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者	柏木志保	山梨大学環境大学院総合研究部生命環境学域 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野
研究協力者	Timothy Bolt	埼玉大学人文社会科学研究科経済学部 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者	森山葉子	国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部
研究協力者	Felipe Sandval	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

要旨

(目的) 家族介護者は、在宅介護を必要とする高齢者にとり必要なパートナーである。家族介護者の心のバランスを保つことは、在宅介護を継続するために、また高齢者の日々の生活の質を高めるためにも重要であると考えられる。しかし、日本の家族介護者の 68.9%は負担やストレスを感じている。先行研究によると、社会的な規範が介護負担の要因になることが指摘されている。しかしながら、これは、社会や地域の特性により異なると考えられる。そこで本稿では、介護負担の要因を明らかにするとともに、介護の動機が介護負担に与える影響について分析を行うことを目的とする。

(方法) 本研究は、茨城県つくば市が高齢者福祉計画策定のために実施したアンケート調査の結果を用いた。本稿では、65歳以上の472名の要介護者を対象とした。つくば市が実施したアンケート調査では、家族介護者の介護負担を評価するために Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J_ZBI_8)が用いられた。本稿では、13点以上を高負担群、また13点未満を低負担群と設定し、多重ロジスティック解析を試みた。

(結果) 36.0%の家族介護者が高負担群であった。また、多重ロジスティック解析の結果、介護の動機(環境型)(Odds Ratio: 3.09; 95% Confidence Interval: 1.58-6.05)、家族介護者が介護の方針に対し意見を述べるできないこと(OR: 0.24; 95% CI: 0.08-0.69)、要介護者が認知症であること(OR: 3.91; 95% CI: 1.84-8.30)が高負担感と関連があることが明らかとなった。

(結論) 日本では、高齢者が元気なうちに、介護方針について家族間で話し合うことは好ましくないと考えられる傾向にある。しかしながら、介護が必要になる前に、家族間で介護について詳細に話しあうことが、家族介護者の介護負担を軽減させることになるとと思われる。

A. 研究目的

在宅介護を必要とする要介護者にとり、家族介護者は必要なパートナーである。しかし、高齢者と同居する家族介護者の 68.9%が負担やストレスを感じている。家族介護者の心のバランスを保つことは、在宅介護を継続するために、また高齢者の日々の生活の質を高めるためにも重要であると考えられる。

家族介護者の負担に関する先行研究では、社会的な規範が介護負担の要因になることが指摘される一方で、子が高齢の親の面倒をみるべきだという社会的な規範は日本社会においては時代とともに、また社会や地域の特性により異なることが指摘されている。そこで、本稿では、家族介護者の介護負担との関連要因を明らかにするとともに、家族介護者の介護の動機と介護負担の関係について分析することを目的とする。

B. 研究方法

本稿では茨城県つくば市が高齢者福祉計画策定のために、2014年に実施したアンケート調査の結果を用いた。この調査では、要介護認定を受けた6,683名の中から1,972名が無作為に抽出され、郵送によるアンケート調査が実施された。984名(回収率49.9%)から回答があった。この調査では、家族介護者の負担を評価するためにZarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J_ZBI_8)が用いられた。本稿では、J_ZBI_8を回答していない者、そして家族から介護を受けていない者を対象から除外した。その結果、472名の要介護高齢者とその家族介護者が対象となった。

本稿では13点以上を高負担群、13点未満を低負担群と設定し、多重ロジスティック解析を試みた。

この調査では、6つの介護の理由を設定している。それらは、1)自分がすべきだと義務感を感じたから、2)自分がかつても介護しやすい状況にあったから、3)自分しかいなかったから、4)介護す

べき人がその役割を果たさなかったから、5)自分がお世話してあげたいと思ったから、6)その他である。本稿では先行研究に従って「義務(規範)」と「自分しか介護に携わることができない環境」に分類した。「義務(規範)」には上述の1)を選定した。また、「自分しか介護に携わることができない環境」には、上記3)と4)を選定した。

C. 研究結果

集計の結果、36.0%の家族介護者が高負担群であった。多重ロジスティック解析の結果、介護の理由(環境型)(OR: 3.09; 95% CI: 1.58-6.05)、家族介護者が介護の方針に対し意見を述べることをできないこと(OR: 0.24; 95% CI: 0.08-0.69)、要介護者が認知症であること(OR: 3.91; 95% CI: 1.84-8.30)が高負担感と関連があることが明らかとなった。また、本稿では社会的な規範は介護負担と関連がなかった。

D. 考察

分析の結果、自分しか介護をする人がいないという環境が介護負担と関連があることがわかった。これは、Schulz (2012)が選択の余地がないことと介護負担との関連を示した研究と同様の結果である。

本稿では、家族介護者が介護方針に意見を述べることをできないことも介護負担と関連があることが明らかとなった。高齢者介護は、忍耐が必要な作業である。このような作業に対し、日々介護に携わる家族介護者の意見が介護方針に反映されなければ、個々の作業に対し家族介護者の負担感が高くなることは、当然である。

本稿では要介護者が認知症である場合も家族介護者の負担感が高くなることが明らかとなった。この結果は、介護負担に関する先行研究と同様の結果である。

E. 結論

日本では、高齢者が元気な時に介護の話を家族間で行うことは好ましいと思われない傾向にある。しかし、介護を担うことができる者が少なくなった現状を考慮すると、高齢者が元気なうちにどのような介護を望むのか、またそれを受け家族はどのような介護を実践しようと思うのかを話しあい、介護の方針を家族間で定めることが家族介護者の負担軽減策になるとと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添 4

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)) 分担研究報告書

地域課題の類型化にむけた PDCA サイクルを用いた地域ケア会議の実施方法

研究分担者	松田智行	茨城県立医療大学保健医療学部理学療法学科
研究分担者	植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者	中野寛也	大森医院 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

要旨

(目的) 地域ケア会議を活用した地域包括ケアシステムの実現へ向け、地域包括支援センターレベルの会議（以下、地域ケア個別会議）で検討された個別事例の問題点や支援方法を蓄積し、地域課題を検討する地域ケア推進会議の整備が必要である。しかし、地域毎に個別事例の蓄積の方法が異なり、地域間の比較が難しい。そこで、個別事例の問題点や支援方法を類型化したデータとして蓄積し、統一の評価方法をすることにより、Plan-Do-Check-Action（以下、PDCA）サイクルが可能となる地域ケア個別会議の実施方法を提案することを目的とした。

(方法) 地域ケア会議など多職種による個別事例の検討会に関する文献レビューおよびこれまでのケア会議の経験もとに、問題点の分類方法を検討した。さらに、支援方法を評価するための PDCA サイクルを基盤とした実施方法を整理した。

(結果) 個別事例において複数の問題点を抽出し、問題点に対応した複数のキーワードを用いて整理することで、個別事例が抱える問題点の多様性を評価することが可能である。さらに、キーワードは、本人に関する領域（心身の健康状態、日常生活の自立度）、家族に関する領域（介護負担、経済状況、環境）、サービス提供者に関する領域（サービス内容、サービス提供者間の連携状況）、制度に関する領域（関連法規、行政機関）とした。さらに、4 領域の相互関係よりサービス利用の困難性に関する領域（サービスの受容困難、経済的負担）で構成した。3 ヶ月後に支援方法の実施の有無および問題点の解決の有無の評価を行い、さらに未解決の問題点を蓄積することにより地域課題として PDCA 整理することが可能となる。

(結語) 地域ケア個別会議の困難事例の問題点の類型化および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法を整理した。今後さらに、キーワードの分類内容や実施方法を発信することにより、より地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与できると考える。

A. 研究目的

地域ケア会議を活用した地域包括ケアシステムの実現へ向けて、地域包括支援センターレベルの会議（以下、地域ケア個別会議）で検討された個別事例の個別課題や支援方法を蓄積し、地域課題を検討する地域ケア推進会議の整備が必要である。

しかし、地域毎に個別課題の蓄積の方法が異なり、地域間の比較が難しく、地域課題を検討することが難しい。

茨城県つくば市では、1991年から、多職種により実施されてきた事例検討会での経過記録に基づき、個別事例の課題についての分類方法（表1）を用いて実施してきた。

そこで、この事例検討会での経験をふまえ、個別事例の問題点や支援方法を類型化したデータとして蓄積し、統一の評価方法を用いることにより、PDCAサイクルが可能となる地域ケア会議の実施方法について整理することを目的とした。

B. 研究方法

地域ケア会議など多職種による個別事例の検討会に関する文献レビュー5編および過去の報告書を参考に4編をもとに整理を行った。また、これまでのケア会議の経験をもとに、個別課題の分類方法について整理を行った。

C. 研究結果

これまでの事例検討会の経験をもとに、個別課題の分類方法について、1事例における1つの個別課題について、複数のキーワードで問題点を分類することで課題に対する問題点の多様性を理解しやすいと考えた。そこで、過去の事例から分類したキーワード（表1）を参考に、「本人に関する領域」「介護者に関する領域」「専門職に関する領域」「地域システムや制度に関する領域」を個別課題に対する問題点の構造として、図1の通り整理をした。

図1の個別課題に対する問題点の構造をもとに、文献レビューの結果から、個別課題における問題点を整理した（表2）。その結果、本人に関する領域では、「本人の認識」「本人の疾病」「本人の日常生活能力」「本人の支援状況」「本人の経済状況」「サービス利用に対する不安」の6項目、介護者に関する領域では、「介護者の認識」「介護者の介護能力」「介護者の疾病」「介護者の経済状況」「サービス利用に関する認識」「介護者間の認識」と整理をした。また、専門職に関する領域では、「介護支援専門員の認識」「介護支援専門員の専門性」「保健医療の専門家の認識」「保健医療の専門家の専門性」と、介護支援専門員と保健医療の専門家とを区別し整理をした。地域システムや制度に関する領域では、「インフォーマルサービス」「フォーマルサービス」「連携」「制度」の4項目に整理した。

個別課題に関するキーワード分類の整理（表2）と、過去の事例から分類したキーワード（表1）をもとに、1事例に対する1個別課題の問題点を、複数のキーワードで整理ができるように、新たなキーワード分類を、人単位と、地域システムや制度の単位に関する構造に整理した（表3）。その結果、「個人・組織」を統合し、「環境」および「心身の状況」を大項目として整理を行い、大項目に準ずる項目を小項目に整理を行った。そのうち、「個人・組織」に、「介護支援専門員」を追加した。

D. 考察

今回、地域ケア会議の困難事例の問題点のキーワード分類について整理を行った。今後、新たに整理をしたキーワード分類（表3）を用いて検討を行い、個別課題に対する問題点の整理方法として実用が可能かの検討を行う。

さらに、個別課題に対する問題点について、地域ケア会議の検討の結果、解決をしたのか否かを

整理するためには、地域ケア会議後の振り返り評価が必要である。事例検討会では、3か月後の振り返りを行い、問題点に対する解決の有無を知ることができ、どのような方法での関わりが有効であったかを参加者が理解する機会を設けている。定期的な振り返りを行うことにより、PDCAサイクルの構築が可能であり、解決しがたい問題点がどのような項目であるのか、それによる地域課題も明らかになると考える。

そのため、今後、地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与するため、新たに整理をしたキーワード分類の内容での事例検討の方法と実施方法について整理し、発信することを予定している。

E. 結論

地域ケア個別会議の困難事例の問題点の類型化および支援方法のプロセス評価まで含めた実施方法を整理した。今後さらに、キーワードの分類内容や実施方法を発信することにより、より地域間の比較が可能となり、地域特性を踏まえた地域ケア会議の運用に寄与できると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

松田 智行、田宮 菜奈子、中野 寛也、植嶋 大晃.
地域課題の類型化にむけた PDCA サイクルを用いた地域ケア会議の実施方法. 日本公衆衛生学会.
2017

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 過去の事例から分類したキーワード分類

大項目	小項目
個人	1.被介護者
	2.介護者
	3.サービス提供者
	4.行政担当者
場・組織	5.世帯全体
	6.診療所/病院/施設
	7.官公庁・公的機関
	8.環境
	9.物理的環境
	10.法/制度的環境
相互関係	11.信頼関係
	12.情報共有
	13.愛憎・葛藤
	14.肉体的健康の問題
	15.精神的健康の問題
	16.思想・信条・虐待
サービス利用	17.受容困難
	18.疾患等による利用困難
	19.経済的負担

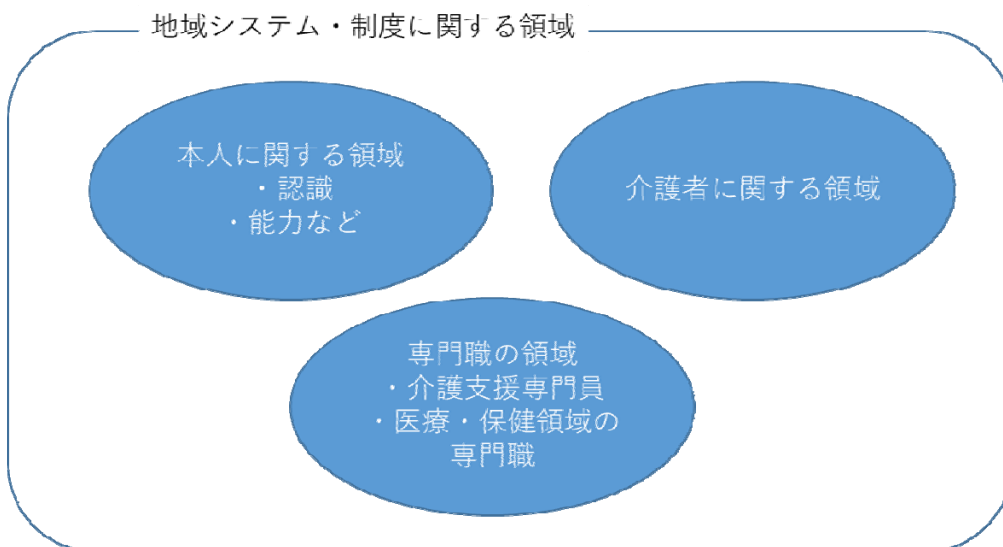


図1. 個別課題に対する問題点の構造

表2. 課題に対する問題点の整理

領域	項目	具体的な内容
1 本人に関する領域	①本人の認識	自らの課題や病状を理解しているか、必要となるサービスを理解しているか
	②本人の疾病	本人の疾病に関すること
	③本人の日常生活能力	本人の日常生活動作能力に関すること
	④本人の支援状況	本人を支援する環境に関すること、世帯構成も含む
	⑤本人の経済状況	本人の経済状況に関すること
	⑥サービス利用に対する不安	サービス利用に対しての不安感や不慣れ、拒否
2 介護者に関する領域	⑦介護者の認識	自らの課題や病状を理解しているか、必要となるサービスを理解しているか
	⑧介護者の介護能力	介護をする人の介護能力に関すること（疾病以外に、実施能力など）
	⑨介護者の疾病	介護者が有する疾病に関すること
	⑩介護者の経済状況	介護者の経済状況に関すること
	⑪サービス利用に関する認識	サービス利用に関する認識、理解に関係すること
	⑫介護者間の認識	家族間で意見が一致しない
3 専門職に関する領域	⑬介護支援専門員の認識	介護支援専門員のサービス利用に関する認識に関すること
	⑭介護支援専門員の専門性	介護支援専門員の専門性に関すること
	⑮保健医療専門家の認識	医師や看護師などの保健医療専門職のサービス利用に関する認識に関すること
	⑯保健医療専門家の専門性	保健医療の専門性に関すること
4. 地域システムや制度に関する領域	⑰インフォーマルサービス	インフォーマルサービスに関すること
	⑱フォーマルサービス	フォーマルサービスに関すること
	⑲連携	地域システムの連携に関すること
	⑳制度	制度上に関係すること

表3. 新たに整理したキーワード分類

大項目	小項目
個人・組織	1.被介護者
	2.介護者
	3.サービス提供者
	4.介護支援専門員
	5.行政担当者
	6.世帯全体
	7.診療所/病院/施設
	8.官公庁・公的機関
環境	9.物理的環境
	10.法/制度的環境
相互関係	11.信頼関係
	12.情報共有
	13.愛憎・葛藤
	14.経済的負担
心身の状況	15.身体的健康問題（疾病、生活障害）
	16.精神的健康問題（精神障害）
	17.思想・信条・虐待
サービス利用	18.サービスの受容困難
	19.サービスの利用困難

別添 4

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)) 分担研究報告書

オランダにおける介護保険制度と政策決定プロセス

研究分担者	植嶋大晃	筑波大学ヘルスサービス開発研究センター
研究協力者	田中宏和	エラスムス大学医療センター公衆衛生学分野
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

要旨

(目的) 今年度、分担研究者である植嶋がオランダに出張し、同国のヘルスサービスリサーチの公的研究機関の研究者にインタビューする機会を得た。本稿では、オランダの介護保険制度の改正について紹介するとともに、政策決定に対する研究者の関わりについて考察を行う。

(方法) オランダにおけるヘルスサービスリサーチの公的機関である NIVEL を訪問し、Senior researcher である Madelon Kroneman 氏に、オランダの医療介護政策や政策決定プロセスについてインタビューを行った。なお、本視察には、オランダのエラスムス大学医療センター公衆衛生学分野に所属する田中宏和が研究協力者として同行した。

(結果) 2015 年の改正により、身体的または精神的な障害により継続的な見守りや介助が必須となった者に対する介護施設サービスが新たに「介護保険法 (Wlz)」を根拠とする公的サービスとして位置づけられ、改正前までは公的医療保険によるサービスとして提供されていた訪問看護サービスは、管理された民間健康保険者によるサービスとして位置づけられた。また、在宅介護、移動サービスや住宅環境整備の提供体制は地方自治体によって地域の実情に合わせて構築されることが義務付けられた。

(考察) この改正の目的は、(1)コストの削減、(2)利用者満足度の維持、および (3)介護の質の改善 とされており、改正にあたっては多くの議論が行われた。このように、オランダでは実施した政策が科学的に評価され、その結果や実態に合わせた修正が行われている。本邦においても、政策評価に資するような研究や、科学的なエビデンスを基にした議論および政策立案を行うことが求められている。

A. 研究目的

本邦では要介護高齢者数や介護保険給付費の急速な増大が喫緊の課題となっているが、高齢化は全世界で進んでおり、諸外国においても同様の課題に直面している。今年度、分担研究者である植嶋がオランダに出張し、同国のヘルスサービスリサーチの公的研究機関の研究者にインタビューする機会を得た。本稿では、オランダの介護保険制度の改正について紹介するとともに、政策決定に対する研究者の関わりについて考察を行う。

B. 研究方法

オランダにおけるヘルスサービスリサーチの公的研究機関である NIVEL を訪問し、Senior researcher である Madelon Kroneman 氏に、オランダの医療介護政策や政策決定プロセスについてインタビューを行った。

C. 研究結果

まず、オランダの医療介護保険制度と、2015 年に行われた介護保険制度に関する改正について概説する。

オランダの医療介護保険システムは三層構造になっている。改正前は、第 1 層は公的な医療および介護保険であり、長期入院、介護施設でのケア、身体・精神障害者施設でのケア、在宅ケアが対象となる。第 2 層は管理された保険市場で民間健康保険者が保険を販売し、皆保険を実現している医療保険、第 3 層は第 1 層、第 2 層の補償を補完するために民間保険者が任意で販売する保険であった。

介護サービスは、2015 年までは第 1 層である「特別医療費保険 (AWBZ)」を根拠としており、公的サービスとして提供されてきた。しかし 2015 年の改正により、身体的または精神的な障害により継続的な見守りや介助が必須となった者に対する介護施設サービスのみが新たに「介護保険法 (Wlz)」を根拠とする公的サ

ービスとして位置づけられた。改正前までは AWBZ を根拠として提供されていた在宅における訪問看護サービスは、第 2 層の「健康保険法 (HIA)」を根拠として、管理された民間健康保険者によって販売される保険によって提供されるサービスとして位置づけられた。

また、同様に AWBZ を根拠として提供されていた在宅介護、移動サービスや住宅環境整備は、専門家による支援や、地域コミュニティ、ボランティアによる援助といった様々な形式で提供され、それらの支援体制は地方自治体によって構築されることが義務付けられた。

要介護者の介護の必要性やサービス内容は、専門の教育を受けた評価者が本人・家族と議論することにより決定される。上述の在宅介護サービス等の提供における利用者の評価も地方自治体が行うため、地域の特性に合ったサービスを自由に提供することが可能となる。ただし、地方自治体にとってもこれまでに行ったことのない取り組みであり、試行錯誤しながら進めているのが実情であるとのことであった。

D. 考察

この改正の目的は、(1)コストの削減、(2)利用者満足度の維持、および (3)介護の質の改善とされており、改正にあたっては多くの議論が行われたとのことであった。議論においては、専門家はもちろん政治家も基本的には科学的なエビデンスを重視して行われ、議論によって明らかになった課題をリサーチクエスチョンとした研究を行うこともあるとのことであった。

本インタビューにおいて聴取したことはないが、エビデンスの一例として、訪問介護サービスの市区町村への移行に関するものが挙げられる。2007 年に施行された "Social Assistance Act" において、それまではサービス事業者が提供主体であった障害者への訪問介護サービスの一部を地方自治体に移行した。こ

の改定により、改定前に比べて訪問介護サービスの提供価格が低下した、という研究結果が、2013年のOECD Economics Department Working Papersにおいてオランダの介護保険制度改正に関連付けて紹介されており、実際の介護保険制度改正にも影響したと考えられる。

このように、政策課題の科学的な検証と、科学的なエビデンスに基づいた政策決定は、我が国においても同様に重要であると思われる。

また、今回紹介された介護保険制度の改正のように、オランダでは実施した政策が科学的に評価され、その結果や実態に合わせた修正が行われている。本邦においても医療介護保険財政は逼迫しており、介護保険制度の持続を目的とした改正が必要不可欠である。研究機関に所属する立場として、政策決定に資するような研究の必要性を改めて痛感した。また同時に、政策決定において、科学的なエビデンスに基づく客観的な評価を基にした議論が必要であると考えられた。

E. 結論

本稿では、オランダにおいて2015年に行われた介護保険制度に関する改正について紹介した。オランダと本邦では人口規模や制度設計が大きく異なるため、本邦において全く同じ対策を取ることとは困難であるが、政策評価に資するような研究や、それを基にした議論および政策立案を行うことの重要性は本邦においても同様であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

Van Ginneken, E., Kroneman, M.,
Ginneken, et al. : Long-Term Care Reform in
the Netherlands : Eurohealth Incorporating
Euro Observer, Vol.21(No.3), 47-50, 2015.

別添5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					