

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究事業）

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究

平成23年度 研究報告書

研究代表者 近藤 克則

日本福祉大学健康社会研究センター

平成24（2012）年4月

目 次

I	研究組織	1
II	総括研究報告	5
	高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究	7
	研究代表者 近藤 克則	
III	担当研究報告	13
1	SNAC (Swedish National study on Aging and Care)の概要と SNAC データを使用した日瑞二国間比較先行研究結果	15
	共同研究者 訓覇 法子	
2	日瑞比較研究における比較可能な調査項目の選定について	28
	日本とスウェーデンとにおける高齢者の比較研究	30
	共同研究者 三澤 仁平	
3	千葉県柏市における自立高齢者の概要	37
	共同研究者 羽田 明	
4	イギリスに学ぶ保健医療福祉領域のベンチマークの成果と課題	46
	共同研究者 長澤 紀美子	
IV	資料	65
	・ 国際比較研究に向けた国際ワークショップ記録	
	・ 国際ワークショップ (2012年1月8日) 資料	

I 研究組織

平成23年度 研究班組織

- 研究代表者 近藤 克則〔日本福祉大学・健康社会研究センター長〕
高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究総括
- 共同研究者 訓覇 法子〔日本福祉大学福祉経営学部 教授〕
SNAC データを使用した日瑞二国間比較先行研究結果
国際ワークショップ報告
- 共同研究者 羽田 明〔千葉大学大学院医学研究院 教授〕
千葉県柏市における自立高齢者の概要
国際ワークショップ報告
- 共同研究者 三澤 仁平〔日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員〕
日瑞比較研究における比較可能な調査項目の選定について
日本とスウェーデンとにおける高齢者の比較研究
- 共同研究者 **Mårten Lagergren**〔Stockholm Gerontology Research Center,
Associate Professor Principal investigator of SNAC〕
SNAC データを使用した日瑞二国間比較先行研究結果
国際ワークショップ報告
- 共同研究者 長澤 紀美子〔高知県立大学社会福祉学部 教授〕
イギリスに学ぶ保健医療福祉領域のベンチマークの成果と課題

Ⅱ 総括研究報告

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究
長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究事業）
総括研究報告書

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究

研究代表者 近藤 克則（日本福祉大学健康社会研究センター長）

研究要旨

背景と目的：地域・社会環境要因は、介入研究が簡単にはできないため、異なる地域・社会環境特性を持つ地域間の比較研究の意義は大きい。本研究では、日瑞英3カ国共同研究を展望しつつ、それに向けた第1段階として、(1)日本・スウェーデン（瑞）共同研究と、(2)英国研究・日英共同研究の準備を行うことを目的とした。**研究方法：**(1)日本・スウェーデン（瑞）共同研究と、(2)英国研究・日英共同研究の準備の2つに分けて、研究を進めた。日瑞共同研究では、①SNAC（Swedish National study on Aging and Care）に関する情報収集、②SNACと同一項目を含む調査票を用いた柏市調査の実施、③日瑞の研究者が参加する国際シンポジウムにおいて、国際比較研究の意義と可能性の検討の3つを行った。英国研究・日英共同研究の準備では、イギリスでケアの質評価を行っているCare Quality Commission（CQC）を訪問し、ヒヤリング調査を行った。**結果：**SNACに関する情報収集からは、SNACが個人データをベースとした縦断的調査であり、①加齢の過程の分析のみならず、②高齢者ケア・ニーズの生起と変容、さらにサービス給付の相関関係の分析を目的とするものであることなどが明らかになった。SNACとJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study）の調査項目において、健康、社会参加、世帯構成に関する項目などが比較可能であることが明らかになった。また、スウェーデンと日本の高齢者を比較すると、自身の健康状態を良いと回答するものがスウェーデン70%、日本20%超であることや、スウェーデンでは既婚者割合が低い一方、離・死別、未婚の割合が大きいといったことがあった。柏市全体と柏市内の柏の葉地域を比較した調査・分析からは、うつの出現率ばかりでなく、等価所得・世帯構成・地域ソーシャル・キャピタル等の社会的要因においても有意な差が見られた（柏の葉地域のほうがうつの出現率が低い等）。**結論：**SNACの情報収集や柏市の調査を通して、国際シンポジウムで明らかになった国際比較研究の意義と可能性を現実のものにする準備を整えることができた。また、日英の2国間でも個票レベルでの比較研究の可能性も明らかにできた。

A 研究目的

本研究計画は、日瑞英3カ国共同研究を展望しつつ、それに向けた第1段階として、(1)日本・スウェーデン（瑞）共同研究と、(2)英国研究・日英共同研究の準備を行うことを目的とした。第1段階では、独立した研究として進めたので、以下では2つに分けて、背景とそれぞれにおける研究の目的を記述する。

(1) 日瑞共同研究

採択されている厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）の研究課題は「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」（H22-長寿-指定-008）である。そこでは、介護予防を一つの重点に設定し、国内31自治体約11万人のデータを得て、高齢者の身体・心理・社会的健康関連指標について、保険者や生活圏域間でベンチマーク（相対比較）するシステムを開発し

ている。その中で、例えば、転倒率に、前期高齢者に限定しても約10-30%と3倍ものレンジがあるなど、地域・社会環境要因の影響が強く示唆されている。

地域・社会環境要因は、介入研究が簡単にはできないため、異なる地域・社会環境特性を持つ地域間の比較研究の意義は大きい。国際比較研究では、国内よりも地域・社会環境要因の違いがさらに大きくなる。そのため、比較が難しい一方で、ほぼ同じ質問項目を用いて調査した個票データを比較分析することができれば、地域・社会環境要因と健康との関連について、国内の市町村比較研究ではみられない知見が得られる可能性がある。そこで、①国内保険者間比較を超えた国際的な比較ができるベンチマークの可能性、②両国のデータを結合した実証研究、③共通する研究目的のために、ほぼ同様な変数を用いて、両国のデータを別々に並列的に分析する実証研究の3つのタイプの実証研究の実施可能性を検証することを目的とした。

(2) 英国研究・日英共同研究の準備

採択研究課題「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」(H22-長寿-指定-008)では、単にベンチマーク指標の開発だけでなく、継続的なデータの収集や結果の公表・活用を含む、システム開発を目指している。義務化の見直しが見られるように、データを集めて公表するだけでは有用性は保障されず、継続的に使われるための要件や運用の仕方を熟慮して設計する必要がある。

イギリスは、既に10年にわたり、ベンチマーク・システムの開発と改良、運用をしてきた実績がある。そのため、例えば、いったん導入された格付けがなぜ廃止されたのかなど、ベンチマーク・システムの開発と改善に関わる有用な知見が得られると期待できる。そこで、現地調査を行いベンチマーク・システムの日本への導入にあたっての課題を明らかにすることを第1の目的とした。

また、イギリスでも高齢者を対象とするコホート研究として English Longitudinal Study of

Ageing (ELSA)が進められている。ELSAの事務局を担っているUCL (University College London)の研究者から情報を収集し、将来の日瑞英3カ国の高齢者の個票データレベルでの比較研究の可能性を検討することを、第2の目的とした。

B 研究方法

(1)日本-スウェーデン(瑞)共同研究と、(2)英国研究・日英共同研究の準備の2つに分けて、研究を進めた。

(1) 日瑞共同研究

日瑞共同研究では、①SNACに関する情報収集、②同一項目を含む調査票を用いた柏市調査の実施、③日瑞の研究者が参加する国際シンポを開催し、国際比較研究の意義と可能性の検討、の3つを行った。

①SNACに関する情報収集

スウェーデンでは、加齢と高齢者ケアに関する全国調査SNAC (The Swedish National Study on Ageing and Care)が行われている。その中心を担うDr. Lagergrenと共同研究実績がある訓覇教授からSNACに関する情報収集を行った。(訓覇, 分担研究報告参照)

数回の研究会を持って検討し、我々の取り組んでいるJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究)とSNACとでは、全国代表サンプルではなく、自治体単位で高齢者をサンプリングしていること、高齢者の生活や心理社会的側面に関する調査内容に、かなりの共通部分があることを確認した。一方で、訪問面接調査(SNAC)と郵送調査(JAGES)、要介護状態にある者を対象に含んでいるSNACと当初から外しているJAGESなどの違いがあるが、それらの違いを踏まえた慎重な分析と考察をすればある程度の比較可能性はあると考えられた。したがって、すでにある類似項目の他に、JAGES調査票の一部にSNACと同一の項目を追加すれば、高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞比較が個票レベルで可能に

なると判断した。

②同一項目を含む調査票を用いた柏市調査の実施

まず SNAC にはあって JAGES にない項目を追加することで比較できる項目を増やせるよう調査票の設計を行った。次に、2011 年度に調査実施を検討していた柏市に協力申し入れを行い、研究協定を締結し、柏市で調査を実施した。

(羽田・三澤, 分担報告書参照) である。調査対象は、要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者から無作為抽出した 5,000 人で(柏市の一地区のみ全数調査を行っており、その対象者を含めると 5,993 人)ⁱ、柏市の介護保険課と協力し郵送調査を行った。3,220 人(全数調査地域分を含むと 3,896 人)から回答があり、回答率は 64.4%(全数調査地域分を含むと 65.0%)であった。それらの回答をもとにデータ分析を行った。

③日瑞の研究者が参加する国際シンポを開催

国際比較研究の意義と可能性を検討するため、2012 年 1 月 8-9 日の 2 日間にわたって、国際シンポジウムを開催した。(国際シンポジウム資料参照)。

スウェーデンから SNAC (The Swedish National Study on Ageing and Care) の中心を担う Dr. Lagergren を招いた。国際共同研究の可能性を探るために、その経験が豊富な Subramanian 教授 (Harvard School of Public Health) も招聘した。その他、訓覇教授、柏調査を担当した羽田、三澤、近藤をはじめ、このテーマに関心がある研究者も参加して、可能性と課題について検討した。

(2) 英国研究・日英共同研究の準備

第 1 の目的については、イギリスでケアの質評価を行っている Care Quality Commission (CQC) を、8 月長澤・近藤で訪問しヒヤリング

調査を行った。その前後にベンチマークされる側である自治体の担当者や、英国在住で医療福祉に詳しい邦人にもヒヤリングした。文献調査も行い情報収集を進めた。(長澤, 分担報告書参照)

第 2 の目的に関しては、いくつかのルートで UCL と縁のある研究者を探し、相田潤 (東北大学国際歯科保健学准教授)、Dr. Noriko Cable などから情報を収集した。

(倫理面への配慮)

柏市で行った調査は、日本福祉大学倫理審査委員会での承認を得た方法で行った。具体的には、調査目的に同意した者だけに回答をお願いした。

C 研究結果

(1) 日瑞共同研究

日瑞共同研究では、①SNAC に関する情報収集、②同一項目を含む調査票を用いた柏市調査の実施、③日瑞の研究者が参加する国際シンポを開催し、国際比較研究の意義と可能性の検討の 3 つのを行った。

①SNAC に関する情報収集

(訓覇, 分担研究報告参照)

2000 年、スウェーデンの高齢者政策国政基本方針 (Proposition 1997/98:113) に基づいて始められた SNAC は個人データをベースとした縦断的調査である。SNAC は基本的に 2 種類の研究デザインを組み合わせ、①加齢過程の分析 (population study) のみならず、②高齢者ケア・ニーズの生起と変容、さらにサービス給付の相関関係 (care & services study) の分析を目的とする。また、医学的・心理学的問題、社会環境、心身機能などの広範囲な領域にわたり、総合的な観点からのアプローチを特徴とする。調査対象自治体は、スウェーデンの自治体類型に基づき、全国的代表性を考慮して 4 つの広域自治体 (county council) に属する 8 自治体によって構成される。パネル調査は、60 歳、66 歳、72 歳、78 歳、81 歳、84 歳、87 歳、90 歳、93 歳、96 歳のコーホート・グループで構成される。フォローアップ期間としては、78 歳までのパネルは 6 年毎に、78 歳以上

ⁱ 注：羽田の研究報告では柏市の一地区(柏の葉地域)を全数調査したものを含めたデータを用いているため対象者数等が異なる。詳細は羽田, 分担研究報告参照。

のパネルは状態が急速に変化することを考慮して3年毎に調査が実施される。

②同一項目を含む調査票を用いた柏市調査の実施（羽田・三澤，分担報告書参照）

i) 日瑞比較研究における比較可能な調査項目の選定について

SNACの調査項目のうち、健康、口腔機能、体重減少、生活習慣（食事・飲酒・喫煙）、ADL、転倒、社会参加、友人と会う頻度、社会的サポート、生活満足、人生観、居住年数、教育水準、婚姻状況、世帯構成、居住形態、就労状況など、に関する項目がJAGESと比較可能であることが明らかになった。

但し、日常活動制限（General activity limitation：GALI）に関する設問については、これまでJAGESでは採用してこなかった設問であったため、研究者同士による翻訳を行って採用した。

ii) 日本とスウェーデンとにおける高齢者の比較研究

自身の健康状態を良いと回答した高齢者はスウェーデンの70%に対し日本では20%を超える程度であり、日本ではふつうという回答が70%を占めた。

社会関係という点では、スウェーデンは既婚者の割合が低い一方、離・死別、未婚の割が大きかった。また、情緒的サポートを受ける割合は、両国ともに9割を超え大きな差はなかった。

iii) 高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞比較研究

柏市全域と柏の葉地区とでは、うつの出現率ばかりでなく、等価所得・世帯構成・地域ソーシャル・キャピタル等の社会的要因においても有意な差が見られた（柏の葉地域のほうがうつの出現率が低い等）。さらに、うつの出現を目的変数とし、性、年齢などを調整した多変量解析の結果においても社会的要因との有意な相関が示された。

③日瑞の研究者が参加する国際シンポを開催（国際シンポジウム資料参照）。

国際比較研究は政治的・制度的な要素の検討な

どに有効であり、中でも比較疫学はグローバル化の高まりとともに重要性を増している。一方で、比較研究は比較可能性や生態学的錯誤などの課題も有している。JAGES（日本）とSNAC（スウェーデン）を比較する場合にも、生活習慣や健康指標、social capital 関連の調査（質問）項目が共にあるなどの共通点と同時に、いくつかの点での調査方法の相違、両者を比較できるデータ入手の課題、などがある。データの入手の課題では、SNACは全データにアクセスには、複雑な申請手続きが必要であり、JAGESでは柏市データにのみ入れた項目があるなどの点がある。これらのことを考慮する必要はあるものの、「日本の高齢者の特徴」などを描き出すために、国際比較研究は有用であると考えられる。

（2）英国研究・日英共同研究の準備

（長澤，分担研究報告参照）

自治体評価(PAF)および事業者の3つ星評価(star-rating)のベンチマークは、2010年に廃止され、監査機関CQCの役割は事業者の質改善よりむしろ最低要件である基準に基づく登録認可へと移行しつつある。ベンチマークは10年の間にサービスの質改善に寄与したが、現在ではコスト削減という課題や、ケア提供方式の変更（パーソナリゼーションの促進）などから、業績の向上に結び付いていないという課題もある。また、監査の柔軟化の結果、施設の水準は変わりゆくという現実を反映する仕組みとなっていないことや、監査官の減少、書類審査の比重増加による負担増・実態との解離などの問題がある。ベンチマークが機能する条件としては、政治のリーダーシップ及びステークホルダー間の合意、評価のための正しい指標、良い質の達成のためのインセンティブなどが指摘されている。

D 考察

（1）日瑞共同研究

SNACに関する情報収集の結果、ある程度の比較可能性があることが確認できたので、同一調査項目を加えた調査票を用いて柏市調査を実施できた。日瑞の高齢者には、いくつかの点で相違が

あることが明らかになったので、今後、背景や文化の違いなども踏まえた、より詳細で慎重な分析が必要である。国際シンポジウムでの討論によって、国際共同研究には、①政治的・制度的な要素の検討に有効、②因果推論に有効、③比較研究の4つのモデルのうち一部で比較（comparison）可能などの意義や可能性とともに、①比較可能であるか（似た部分が必要）、②社会・政治・慣習システムの違い、③生態学的錯誤などの課題があることが明らかとなった。本研究で取り組んだ柏市調査とSNACでは、これらの可能性のうち、「政治的・制度的な要素の検討」など、課題では「比較可能であるか（似た部分が必要）」などを克服できる可能性があると思われる。本報告書に記述的な報告を行ったが、今後、さらに詳細な分析や将来的には縦断調査への展開が期待される。

（2）英国研究・日英共同研究の準備

（長澤，分担報告書参照）

ベンチマークシステムが機能するための条件として以下の3つが考えられた。それらは、①中央政府のリーダーシップとステークホルダー間の合意、②評価を受ける組織にとってのインセンティブ、③アウトカム・プロセス・インプット（ストラクチャー）からなる体系的な指標が整備されていることである。

一方、過去10年間のベンチマークの取り組みにより、業績を測定・分析し公表するしくみは定着したものと考えられる。但し、3つ星評価（star-rating）の廃止、監査の柔軟化などの変化を考慮すると、今後、ベンチマークの条件が必ずしも確保されていない（中央政府による外部基準値の設定はなされず、比較分析は担保されていない）中で、質改善の実効性をいかに担保するかという課題が残されている。

第2の目的に関しては、個票レベルでの日英比

較研究の可能性があることが判明したので、今後研究資金が得られれば、その具体化に取り組みたい。

E 結論

（1）日瑞共同研究では、SNACに関する情報収集をして、個票レベルでの日瑞比較研究の可能性を明らかにし、同一項目を含む調査票を用いた柏市調査（回収数3,220人、回収率64.4%）を実施できた。今後、これらのデータを活用し、国際シンポジウムで明らかになった国際比較研究の意義と可能性を現実のものにする準備を整えることができた。

（2）英国研究・日英共同研究の準備では、保健医療福祉に関わる4つの団体または個人を対象に聞き取り調査を行った。

10年間のベンチマークシステムの取り組みにより業績を測定・分析・評価する仕組みは定着した一方、自治体評価（PAF）及び事業者の3つ星評価（star-rating）は2010年に廃止された。

CQCなどへのヒヤリング調査によって、ケアの質評価に関する日本への示唆として、①中央政府のリーダーシップとステークホルダー間の合意が必要であること、②評価のための正しい指標が必要であることなどを明らかにできた。また日英の2国間でも個票レベルでの比較研究の可能性を明らかにできた。

F 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

Ⅲ 担当研究報告

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究
長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究事業）
分担研究報告書

「SNAC (Swedish National study on Aging and Care)の概要と
SNAC データを使用した日瑞二国間比較先行研究結果」

共同研究者 訓覇 法子（日本福祉大学 福祉経営学部教授）

2000年、スウェーデンの高齢者政策国政基本方針（Proposition 1997/98:113）に基づいて始められた SNAC は個人データをベースとした縦断的調査である。SNAC は基本的に 2 種類の研究デザインを組み合わせ、①加齢過程の分析(population study)のみならず、②高齢者ケア・ニーズの生起と変容、さらにサービス給付の相関関係(care & services study)の分析を目的とする。また、医学的・心理学的問題、社会環境、心身機能などの広範囲な領域にわたり、総合的な観点からのアプローチを特徴とする。調査対象自治体は、スウェーデンの自治体類型に基づき、全国的代表性を考慮して 4 つの広域自治体 (county council) に属する 8 自治体によって構成される。パネル調査は、60 歳、66 歳、72 歳、78 歳、81 歳、84 歳、87 歳、90 歳、93 歳、96 歳のコーホート・グループで構成される。フォローアップ期間としては、78 歳までのパネルは 6 年毎に、78 歳以上のパネルは状態が急速に変化することを考慮して 3 年毎に調査が実施される。SNAC のデータを基礎にして実施されたスウェーデンにおける研究内容と、さらなる日瑞二国間の研究連携の可能性を考察することを目的として、SNAC データと日本の一部の自治体の要介護認定ならびに給付データによる二国間比較先行研究結果を体系的に記述し、報告する。

1. 背景

SNAC は、2000 年、スウェーデンの高齢者政策国政基本方針(Proposition 1997/98: 113)の一環として、政府の主導により始められた。調査の目的は、高齢者分野における個人をベースとした縦断的データ・ベースの構築によって、加齢過程、高齢者ケア・ニーズの生起と変容、ニーズに正確に応えるサービス給付などに関する研究条件を形成することであった。SNAC は、したがって発足当初から国の助成と、調査に参加する地方自治体および研究財団からの財政的支援によって進められてきた。

他の先進諸国と比較して、スウェーデンの高齢化は一足早く始まったが、ここ 10 年間の 65 歳以上の高齢化は相対的に緩慢であった。しかし、ケア・ニーズが高揚する 80 歳以上の高齢者の割合は既に総人口の 5%を超えている。高齢者人口における 80 歳以上の割合は 1992 年では 22%であったが、2025 年には 32%に達することが予測される。多くの先進諸国と同様にスウェーデンの重要な政治課題は、ケア・ニーズの正確な測定とともに、ケア・ニーズとケア資源とのギャップを縮小することであるが、高齢者の加齢過程やケア・ニーズの厳密な測定は十分に実施されていないことが指摘されてきた。人口構造の急激な変化と限られた財源問題を考えるとき、極めて重要な課題はケア資源の最大限有効利用であり、達成目標効率を高めることである(target efficiency: horizontal and vertical targeting

efficiency, Davies & Challis, 1986).

加齢に関する人口ベースの縦断的調査は既に存在するが、高齢者の不健康や障害、医学的・心理学的問題、社会環境、心身機能活動など広範囲の領域にわたった、総合的な観点からの研究は数少なかった。このような背景から、加齢過程と高齢者ケア・サービスの相互作用に焦点をおく縦断的調査として、SNACが発足させられたといえる。

SNACは、信頼性の高い、自治体間の比較可能な縦断データの収集を目的とし、スウェーデンの4地方(Skåne, Blekinge, Stockholm, Gävleborg)における研究センター(大学及び地方自治体)がデータの収集並びに分析の基盤として機能する。それぞれのデータ・ベースを持つ研究センターは、独自の自律した研究活動を展開すると同時に、国レベルの共同研究プロジェクトも組織化する。これらのデータ・ベースの目的は、医療・福祉分野の研究者に対して重要な情報を提供するとともに、自治体のケア・サービス供給の継続的な質保証や監視システムとして機能し、国に対しては政策上必要な実証データを随時提供することにある。

2. 調査方法：調査デザインと調査領域

(1) 加齢過程とケア・サービス供給という2側面からのアプローチ

SNACの調査デザインのユニークさは、加齢過程とケアという異なる観点を組み合わせたアプローチにある。これによって、①高齢者人口の加齢過程と健康発展(population study, 人口的観点)と、②ケア・サービスニーズの発展(care & services study, ケア・システムの観点)の両方の調査を可能にする。

人口的観点からの調査は、異なる年齢コーホートによって構成される代表的サンプルとしての高齢者パネルの追跡によって、加齢過程を多様な観点(健康状態、身体的・認知的障害、パーソナリティ、社会経済的状态、生活習慣、人生の満足度とQOL観、薬剤使用、補助器具、フォーマル・インフォーマルケアの利用など)から、総合的に分析することを目的とする。

ケア・システムの観点からの調査は、長期ケア・サービスの給付と心身機能力、健康問題、生活条件などに関する体系的、縦断的、個人ベースのデータ収集を目的とする。ケア・サービスを受給する要介護高齢者は、人口調査にも調査対象として参加することにより、両調査を連結し、突合した分析が可能になる。長期にわたる個人ベース・データの追跡調査によって、加齢がどのように進行し、ケア・ニーズがどのように形成され、変容するかという過程を記述することが可能となり、支援ニーズの生起を促すリスク要因、あるいは遅らせる要因は何かを分析することができる。

調査対象自治体としては、スウェーデンの自治体類型(都市、田舎、都市・田舎の中間自治体)に基づき、人口が集中する中部以南の4つの広域地方自治体(county council, 8基礎自治体コミューン=日本の市町村にあたる)が抽出された。これらの抽出自治体の、65歳以上の年齢別高齢者人口割合、長期ケア・サービスの受給者割合や在宅・特別住宅別ケア・サービスの受給者割合は、全国平均値とほぼ同じ水準にある。

(2) 年齢グループの選択とフォローアップの時間間隔

高齢者に対するケア・サービス給付は、社会サービス法(1980年制定)に基づき、老齢年金受給年齢の65歳から提供される。しかし、就労者から年金受給者へ移行する変化を含めた加齢過程を把握するために、60歳グループを調査対象者として人口調査に包括する。パネルは、60歳、66歳、72歳、78歳、81歳、84歳、87歳、90歳、93歳、96歳のコーホート・グループで構成され、78歳までのコーホート・グループのパネル調査は6年毎に実施される。しかし、後期高齢者の状態や支援ニーズは若年高齢者よりも急速に変化するために、フォローアップ間隔が半減され、3年に設定されている。パネル・サンプルは、4つの調査地域に居住する(自宅、特別住宅ともに)60歳以上の高齢者グループから、無差別抽出によって選ばれた。また、6年毎に、60歳以上の新しいコーホートがパネルに加えらる。SNACは数十年に及ぶ長期的な縦断調査を目的とするために、異なるコーホート・グループの加齢過程を比較することが可能である。長い調査期間に及ぶために、国の病院患者退院データと死亡データへの連結ができるように考慮されている。また、プライマリケア・システムの情報も必要に応じて入手することができる。

ケア・サービス調査は、調査対象地域に居住する65歳以上の高齢者を対象とし、データ登録はニーズ認定記録に連結されており、再認定時(最低1年に1度)にフォローアップ調査が実施される仕組みである。

ベースライン調査は、2001年2月1日から実施され、人口調査(2001-2003年)には合計8462名が包括される。その後のフォローアップは、2004-2006年(80歳以上のみ、2406名)、2007-2009年(すべての年齢グループ5126名+1161名の新しいコーホート)、2010-2012年(80歳以上のみ)と3回にわたって実施されている。

(3) 調査内容・手法、調査項目の見直し、無回答率

社会的、医学的、心理学的条件を網羅する調査項目は相当な量に達し、各研究センターで看護師などの専門職員によって実施される身体的・精神的テストや測定も調査に含まれるため、1人につき4-6時間の調査時間を要する。調査方法は、インタビューと自計式調査の両方が使用される。測定のためのスケールは、国際的に承認され、吟味された測定手段(たとえば、認知障害のBerger scale)が使用される。機能障害などによってセンターに出向けない高齢者に対しては家庭訪問が実施され、また、本人自身の調査参加が困難であるために代理調査が必要であれば、高齢者本人の承諾を得て家族から聞き取りが行われる。

2007-2010年に、調査項目の再検討と整理が行われた。過去の調査結果に基づいて、設問ごとの妥当性や意義が検討され、意義が希薄になった設問や必要なくなった設問が整理され、調査紙から省かれた。同時に、各調査地域間の比較性を高めるために一部の新たな設問策定によって質問紙の補足が行われた。設問総数は若干減ったが、国全体の比較の可能性が改善された。これらの改正は、縦断的追跡調査の可能性を希薄化することなく遂行されたことが確認されている。

このような種類の調査において、信頼性かつ代表性の高い結果を獲得するには、無回答率を可能な限り低くすることが重要となる。ベースライン調査の無回答率(死亡者は除外)

は、平均 33.6% (最低 23.4%), 2 回目のパネル調査では 14.6%(最低 12.2%), 3 回目では従来からのパネルの無回答率は 16.2%であったが、新しいコーホートの無回答率は 29.3%であった。最新のパネル調査の無回答率は、以前とほぼ同じ水準であることが予測される。国際的な比較視点からみると、SNAC の人口調査の無回答率は長時間を要する調査負担を考えれば低いといえる。ストックホルム・コミュニティ、クングスホルメン区データによる無回答者分析によれば、無回答者群に偏りは見られず、結果の普遍性は高いことが指摘される。

3. 現在に至る調査結果

(1) 人口調査の共同プロジェクト

4 つの研究センターはそれぞれ独立しており、独自の研究活動を展開することができる。しかし、SNAC の基本的な構想は、4 つの異なる地方のデータ比較と国全体の発展動向を分析することにある。したがって、すべてのデータ・ベースを突合した共同プロジェクトが促進させられてきた。ひとつは、高齢者ケアのニーズ認定における厳密性とケアを必要としないニーズの有無 (**horizontal and vertical target efficiency**) の分析であった。その 1 例が、年齢別グループ、性別、世帯構造による分析と同時に、自治体間の類似性と差異の比較分析であった。さらに、フォーマルケアとインフォーマルケアの相互作用に関する共同研究も実施されている。現在進行中の共同プロジェクトは以下の通りである(Berglund, Wimo, Lundgren & Wånell, 2012)。

- 複数疾患(**multi-morbidity**):リスク要因、生起、影響と結果
- 耳界細動(**auricular fibrillation**)と死亡率の相関関係
- 身体的活動と健康及び寿命との相関関係
- 高齢者の薬剤使用
- 寿命に対する、糖尿病、肥満やその他の血管性リスク要因の影響
- 高齢者の多様な状態における正常性の決定、腎臓機能と肺機能、臨床ガイドライン。治療方針と速やかな治療推薦

既に決定された新しい共同プロジェクトは以下の通りである。

- 高齢者の人生の満足・充足感と心身機能の変化との相関関係
- 高齢者のコンピューター利用：地域間、年齢、性、教育水準別比較

独立した主なプロジェクトとしては、認知機能の低下と認知症(リスク要因、進行過程、ケア・ニーズ)、疾患動向と寿命に影響を与える要因、不健康を導く栄養不足とストレス、高齢者の精神的健康などがある。

(2) ケア・システム調査

ケア・システム調査は、4つの調査地域において、社会サービス法と機能障害者援助サービス法（1993年制定）に基づくニーズ査定によって給付されるサービス、さらに日常的な医療サービスや在宅リハビリテーションを受ける65歳以上の高齢者すべての個人データを包括する。さらに、他のデータ・ベースから、高齢者本人の承諾を得て、環境要因、介護依存や特別なケア・サービスニーズが登録されるように設計されている。2001年の調査開始以降、毎年定期的にデータ収集が実施されてきた。近年、コンピューター化が導入され、現在ではウェブ・ベースによるデータ記入が可能となり、調査時間の短縮や無回答率の低下を図った。また、調査地域によっては地方自治体の登録システムと統合されているため、完全登録が可能となっている。

ケア・サービス調査の結果は、横断的にも、縦断的にも多様な分析が行われてきた。SNACの重要な目的は、一定のニーズに対するケア・サービス給付内容・量などの分析であるが、心身の障害度に関連させたニーズの測定を図るために、SNAC-PADL(Personal Activity of Daily Life)インデックス(0-23, ADL, 排尿・排便自制, 可動・移動制限, 認知障害)が作成され、使用されている。

既に実施された調査のひとつが、サービス供給責任者である基礎自治体が必要とするケア・サービスに関する情報提供を目的とした、高齢者ケアにおける査定され、給付されたサービスと機能低下の多様な形態との関連性、サービス利用者の医療サービス消費、医療と高齢者ケア(社会サービス)との相互作用、高齢者ケアのダイナミクス:年齢と機能低下によるサービス受給者の状態像変化、多様な居住形態間の移動、全介護型介護住宅への入居引き伸ばしに影響を与える要因などである。また、共同プロジェクトとして、在宅並びに特別住宅で暮らすサービス受給者の保健・医療サービスの消費分析が、現在進行中である。

さらに、SNACは国政に必要なデータやデータ分析を数多く提供してきた。そのひとつが、高齢者住宅専門委員会の委託による、安全の保障された中間形態住宅の効果(たとえば、サービスハウス⇒ホームヘルプ・サービスなどの多様な居宅サービスがニーズに応じて受けられる年金受給者のための集合住宅、社会サービス法に基づくニーズ査定が必要)、すなわち介護住宅への入居を引き伸ばし、特別入居ニーズを縮小することの可能性を実証するための分析であった。さらに、社会省が取り組む、将来の福祉システムの分析のためのマイクロ・シミュレーション・モデル(SESIM)の開発のためのデータ提供がある。また、高齢者ケアにおけるニーズ査定と給付サービスの相関関係、多様な居住形態間の移動動態分析なども実施されてきた。最近では、政府が重視する重度な疾患高齢者に対する対策改善のために、人口調査とケア・サービス調査の両方のデータから、人口統計的变化、多様な機能低下や多様な方法によって定義された対象グループの医療・社会サービスの消費に関する分析が提供されている。

2007年には、基礎自治体の税均衡化システムの改正のために、SNAC質問紙の簡易版による調査が8コミューンで実施された。また、同じ調査紙が、高齢者ケアにおけるニーズ査定フォローアップ調査のために、ストックホルム・コミューンにおいて使用された。これらの調査によって明らかになったことは、縦断的で豊富なデータをもつデータ・ベー

スが存在するため、相対的に小規模の作業投与によって、ニーズとケア・サービスの相関関係、高齢者ケアの事業計画や評価、フォローアップに必要な情報の確保が随時可能なことであった。

(3) 要介護状態をもたらすリスク要因分析

高齢者ケアの政策上、高齢者、特に後期高齢者の割合とともに高揚する介護ニーズに対して、限られたケア・サービス資源の下で、ケア・サービスを必要とする高齢者のニーズが正確に認定され、認定された要介護高齢者に対して必要なケア・サービスが提供されているかどうかという「水平的・垂直的達成目標効率」(horizontal and vertical targeting efficiency)の実証は、高齢化が進行するすべての国にとって極めて重要な意味を持つ。しかし、この問いに答えるには、人口ベース・データと要介護高齢者ケア・サービス給付データの両方が必要となる。両種類のデータを縦断的に収集する SNAC は、2001-2004 年における達成目標効果を分析している。その結果に基づけば、公的ケア・システムの水平的達成目標効率(HTE)は極めて高く、ADL において障害をもつ 80%以上の高齢者がケア・サービスの受給者であることが確認された。ケア・サービスの質の不十分さやサービス料金の高さを理由に、ケア・サービスを利用しないと回答した人は極めて少ないことも明らかになった。高齢(75歳以上)の他、IADL の低下がケア・サービス受給者(要介護高齢者)になるもっとも重要なリスク要因であった。さらに、水平的達成目標効率(HTE)は、比較的若い高齢者や夫婦世帯において低かった。垂直的目標達成効率(VTE)を高くする重要な要因は、ADL よりもむしろ IADL における障害度・依存度であった。

(4) SNAC の教育・研究貢献

国並びに地方自治体の高齢者事業計画や政策評価への貢献とともに、縦断的データの提供による教育・研究貢献も著しい。人口調査データに関しては、多様な研究プロジェクトが実施されており、現在合計 43 名の博士課程の学生が分析にあたっている。SNAC データの使用によって現在までに書かれた博士論文に対して付与された博士号数は 14 に上る。また、国内外の学術誌への多数の論文掲載とともに、研究報告書や国際的な老年学会などの学術学会で毎年発表が行われてきた。

加齢過程とケア・サービスのニーズの生起や給付を組み合わせた数十年に及ぶパネル調査は、高齢者人口の増大を控える将来の高齢者のための保健・医療政策策定と政策評価に重要な知識の提供を可能にする。多様な調査・研究によって、既に、高齢者の健康発展が将来のサービス・ニーズに重大な影響をもたらすことが指摘されており、高齢者に対する国民保健推進事業がもたらす経済的意義は高い。このような背景から、SNAC に対する政府の評価は高く、経済的支援の継続が約束されている。

4. SNAC と日本の要介護認定並びにサービス給付・データとの比較

2000 年に導入された日本の介護保険制度、特に一律に標準化された要介護認定システム

と個人ベースの認定・給付データによるフォローアップを可能とするシステム構築への関心が、政策策定者並びに研究者の両方から高まった。SNAC の調査も 2001 年度から開始され、日本とスウェーデンの高齢者ケア・システムの比較研究の重要性が両国間で確認されたことによって、一連の比較研究が始められた。

(1) 日瑞両国比較のための PADL-インデックス

日本とスウェーデンのデータセットは多くの点で異なる。ニーズと介護依存度の比較を可能にするためには、両データセットの変数の「翻訳」作業が必要となる。いくつかの変数は直接対応が可能であり、その他は変数の組み合わせによって類似した結果を創出することが可能である。日本のデータセットには、SNAC 調査のケア・システムよりもはるかに多くの変数が登録されているために、スウェーデンの変数に対応する日本の変数を日本のデータセットから探す方法がとられた。入浴、排泄、移動、食事における ADL-依存変数は、両方のデータセットで同様に定義されているため、これらの変数の変換は比較的容易であった。更衣における依存に関しては、スウェーデンの更衣 ADL-変数に対応するように、ふたつの日本の更衣変数（上着、ズボン）を組み合わせた。しかし、排便・排尿の自制に関しては日本のデータ登録に含まれていないため割愛せざるをえなかった。可動性能力の制限に関しては、ほぼ等しい 4 段階スケールの定義による日本の対応変数を使用することが可能であった。視覚と聴覚に関しては、両方のシステムで 4 段階スケールが使用されているが、定義が異なるゆえに、第 1 段階（普通に見える・聞こえる）と第 4 段階（ほとんど見えない・聞こえない）を除いては比較が困難であった。

認知障害は、スウェーデンのデータセットでは 4 段階スケールによって測定されている。測定は、正式な認知症診断ではなく、ニーズ査定職員による一般的なアセスメントに基づくものである。

一方、要介護認定結果を表わす日本のデータセットでの認知機能の計測は、認知症高齢者の日常生活自立度と意思の伝達や日課の理解、季節の理解や徘徊の有無等の認知機能に関する設問（変数）がある。今回の比較分析については、「毎日の日課を理解」、「生年月日をいう」、「短期記憶」、「自分の名前をいう」、「今の季節を理解」、「場所の理解」の 6 つの変数を用いた。

日瑞両国の分析では、比較のためにこれらの変数を合計して 1 つのインデックスを作成した。このインデックスがさらにスウェーデンの 4 段階スケールに対応するように性・年齢調整を行った。かくして、年齢グループ別及び性別によるケア受給者の認知障害の発現率は日本とスウェーデンにおいて同じであると仮定することにした。なぜならば、このような仮定は、当然、直接の測定なしには検証することはできないが、先行研究によって年齢を調整した認知症罹患率は世界的に近似することが指摘されているからである (Fratigioni, De Ronchi & Agüero-Torres 1999)。

同様なアプローチが問題行動に関してもとられた。スウェーデンのデータセットでは、問題行動は「皆無」(0) から「非常に重度」(3) という、4 段階スケールによって測定されている。日本の要介護認定システムでは、19 の変数によって多様な異常行動の発現が記述されている。本分析では、スウェーデンのスケールに対応できるように、日本の変数を 4

段階スケールに圧縮した。

スウェーデンのデータとは対照的に、日本のデータ登録には IADL-変数（たとえば、掃除、洗濯）による依存度測定が含まれていない。住環境やインフォーマルケアへのアクセスが包括されない理由は、個人的な特性（個別利用者の状態像）のみがニーズ認定において重視されるためである。

このような状況を踏まえて、両国を比較するためのインデックスを以下の要領で作成した。

PADL - インデックス = 入浴 + 更衣 + 排泄 + 移動 + 食事 + 2×可動性障害 + 3×認知障害

5つのADL-変数（入浴、更衣、排泄、移動、食事）は、0（非依存=自立）から2（依存）、「可動性障害」は0（制限なし）から3（寝たきり）、「認知障害」は0（障害なし）から3（非常に重度な障害）のスケールによって測定された。このインデックスは、SNAC調査に包括される地方自治体で共通に使用され、因子分析によって開発された修正インデックスである。

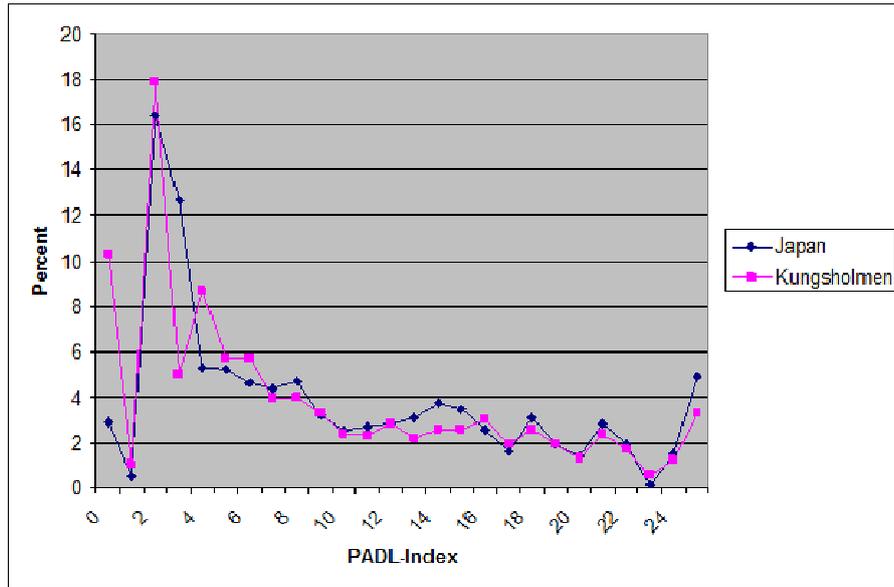
両国比較分析では、日本のデータ登録には含まれない「排便・排尿の自制」を除き、その代わりに「入浴」のADL-変数を加えることによって修正を行った。PADL-インデックスは、0から25で成り立ち、5つのPADL-グループ（①0-2、②3-5、③6-10、④11-17、⑤18-25）に分類される。

（2）要介護高齢者と給付サービスに関する日瑞二国間比較（2006-2007年）

SNAC データと日本の要介護認定データ並びにサービス給付データによる、最初の日本・スウェーデン二国間比較の試みは、スウェーデン社会庁の委託を受けて実施された「要介護高齢者と給付サービスに関する日瑞二国間比較」（2006-2007年、訓覇 法子、SNAC 統括責任者 Mårten Lagergren）であった。比較対象は、両国の各1自治体に居住する要介護高齢者（日本 n=2,860、スウェーデン n=2,676）であった。先述したように、比較のためにSNACのPADLインデックスに類似した比較PADLインデックスによって比較分析を行った（図1）。

主な結果は、①日本の要介護高齢者は、スウェーデンの要介護高齢者よりも平均年齢が低く、身体的・認知的機能の低下度が高い、②日本の高齢者ケアは通所型サービスを給付の中心とするが、スウェーデンの主な給付はホームヘルプ・サービスである、③スウェーデンの年間総合サービス費用は日本の費用の約3倍に達する、ことなどであった。

図1 PADLインデックス分布（日本とスウェーデン）



出所：訓覇法子「科学研究費補助金研究成果報告書」（2010年5月19日）

（注）SNAC 調査結果の度数分布の一部で数が合わないのは，全国共通の質問紙と Stockholm-Kungsholm の質問紙が必ずしも同じではないことなどに起因する。

（3）日瑞二国実証データに基づく高齢者ケアのサービス・コスト格差に関する比較研究（2008－2010年）

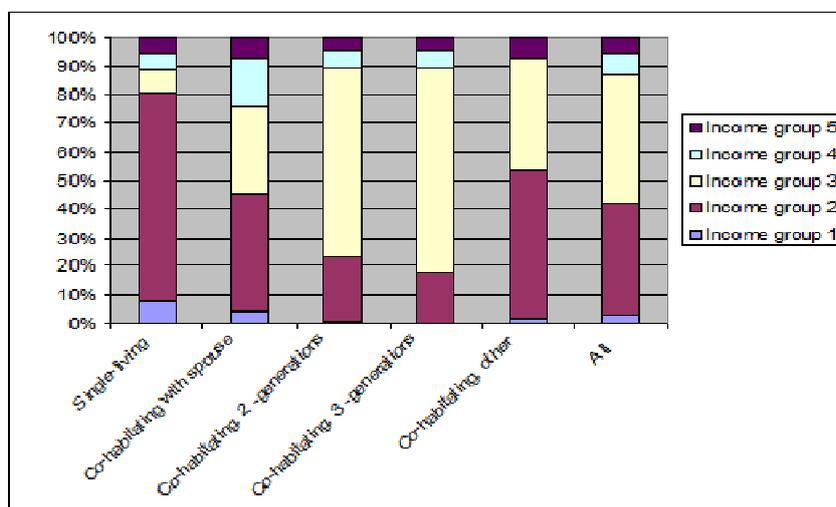
次の日瑞二国比較として実施されたのが、「日瑞二国実証データに基づく高齢者ケアのサービス・コスト格差に関する比較研究」（文部科学省科学研究費補助金研究 2008－2010年，訓覇法子，Mårten Lagergren）であった。目的のひとつは，上記の先行研究で対象とした自治体の要介護高齢者（日本 n=2,860，スウェーデン n=2,676）に関する比較結果に加えて，先行分析に含まれなかった①環境要因（世帯構造や所得レベル）が与える影響の分析であった。もう 1 つの研究目的は，②要介護高齢者とサービス給付ならびに費用に関する自治体（大中小規模）間の日瑞二国間比較であった。

① 環境要因の影響

日瑞両国間において大きく異なることは，高齢者の世帯構造であった。日本の大半の高齢者が同居世帯であり，独居高齢者は約 4 分の 1 であった。独居高齢者は機能低下の最軽度グループにもっとも多く見られ，約半数近くを占めた。同居高齢者で機能低下が軽度である割合はわずか 15%であった。日本とは逆に，スウェーデンの独居高齢者は全体の 88% を占め，世帯構造による要介護度間の格差はほとんど見られなかった。重度な認知障害をもつ割合は，日本の独居高齢者では 17%，同居高齢者では 45%であり，認知障害をもつ高齢者の独り暮らしは日本では難しいことが伺われた。スウェーデンでは日本と逆の傾向が指摘され，重度の認知障害をもつ割合は同居高齢者(17%)よりも，独居高齢者に多かった (22%)。その主な理由は，認知障害をもつ高齢者の多くが介護住宅などの特別住宅に居住することが考えられ，したがって，自宅高齢者だけに制限するとその割合は減少した。

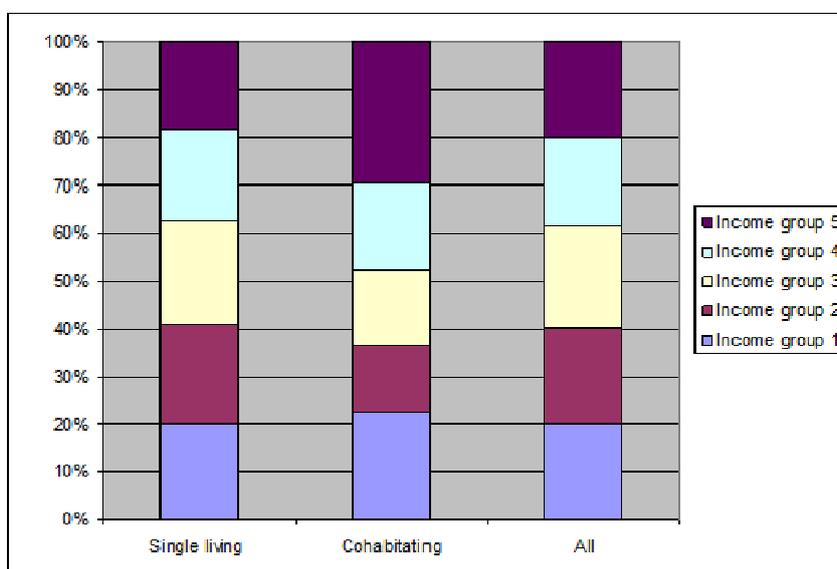
高齢者女性が大半を占める日本の独居高齢者の所得レベルは最低であったのに対して、最高の所得レベル保持者は同居高齢者に多かった。スウェーデンの世帯構造別所得格差は、日本ほど大きくないことが明らかであった（図2と図3）。機能低下による所得格差はそれほど見られなかったが、格差はスウェーデンの方が日本より相対的に大きかった。認知障害と所得レベルの明確な相関関係は、両国のどちらにも指摘されなかった。

図2 所得レベルと世帯構造(日本)



出所：訓覇法子「科学研究費補助金研究成果報告書」（2010年5月19日）

図3 所得レベルと世帯構造（スウェーデン）



出所：訓覇法子「科学研究費補助金研究成果報告書」（2010年5月19日）

世帯構造と要介護度や給付サービスとの関係を見ると、日本の要支援介護高齢者の割合は、独居高齢者で40%、同居高齢者では15%と低かった。また、高い要介護度（5）をもつ独居高齢者の割合は少なかった。スウェーデンでは日本と逆の傾向が見られ、給付レベルが最も高い割合は、独居高齢者において40%、同居高齢者では25%であった。所得レベ

ルと要介護度・給付レベル間の明確な相関関係は、日本・スウェーデンのいずれにおいて存在しなかった。

② 規模の異なる自治体間の二国間比較

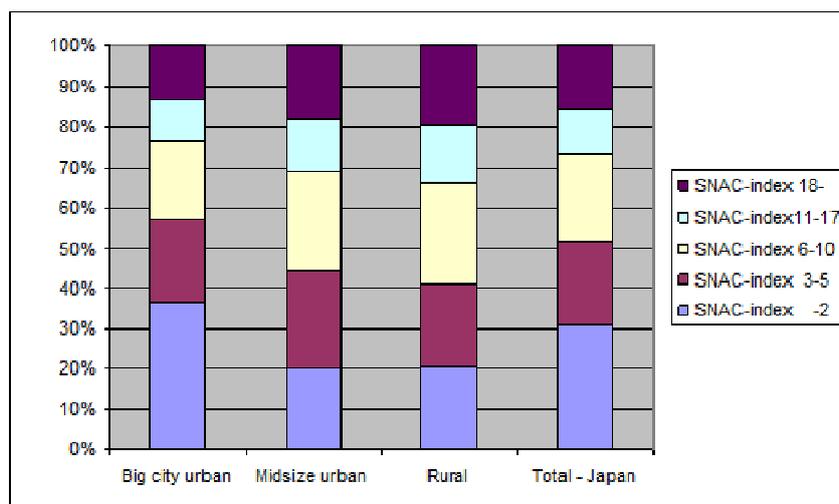
要介護高齢者の特徴：

日本及びスウェーデンの各 9 自治体（大規模自治体＝大都市，中規模自治体＝中核都市，小規模自治体＝田舎）に居住する要介護高齢者（日本 n= 20,699，スウェーデン n=17,576）が比較対象であったが，両国ともに女性の割合が 7 割強を占めた．日本では自治体規模間格差はなかったが，スウェーデンでは女性の割合は大都市において高かった．また，日本では要介護高齢者の平均年齢は都市部よりも地方の方が高かったが，スウェーデンでは中規模自治体で最も高かった．

さらに，トイレと移動の介護依存度は，日瑞両国間に大きな格差はなかったが，入浴と着脱衣の介護依存度は日本よりスウェーデンで高かった．認知症機能障害は，両国ともに大規模自治体よりも小規模自治体と中規模自治体の要介護高齢者により多く見られた．機能低下度を総合的に見ると，両国ともに，大規模自治体よりも小規模自治体並びに中規模自治体の要介護高齢者の割合が高かった（図 4 と図 5）．

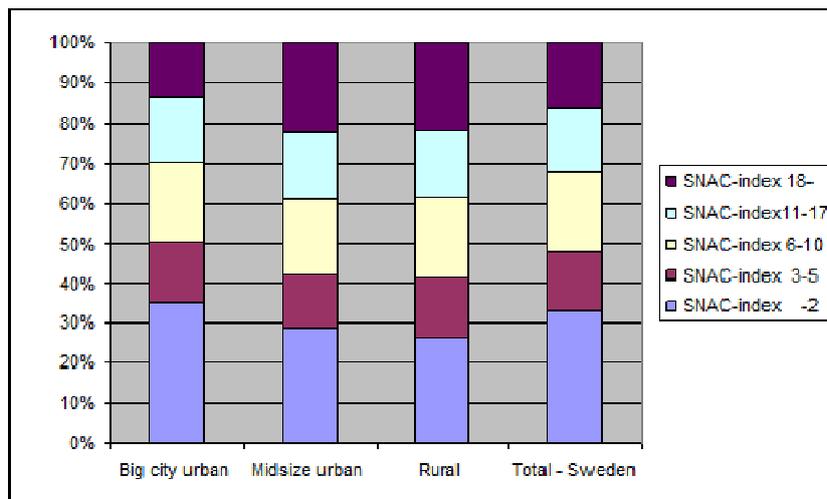
また，心身機能低下は，スウェーデンの要介護高齢者よりも日本の要介護高齢者に全体的に顕著であった．先行研究でも確認されたが，複数の自治体を対象とする本調査においても，欧米諸国で共通に見られる Kats（1963）の ADL 階段（入浴⇒着脱衣⇒トイレ⇒移動⇒食事）が，日本では見られなかったことが実証された．主な理由としては，他の研究によっても指摘されるように，トイレや食事様式などの環境的・文化的要因が影響することが考えられる．

図 4 自治体規模別機能低下度（日本）



出所：訓覇法子「科学研究費補助金研究成果報告書」（2010年5月19日）

図5 自治体規模別機能低下度（スウェーデン）



出所：訓覇法子「科学研究費補助金研究成果報告書」（2010年5月19日）

自治体規模間の格差が著しいことは、日本・スウェーデン両国に共通であった。ただ、日本では中規模自治体と小規模自治体(田舎)の格差が顕著であったが、スウェーデンの自治体規模間格差は相対的に小さかった。いずれにしても、都市部では、特に日本で単身世帯高齢者の増加、女性就業率の上昇、家族介護の責任を重視する伝統的価値観が希薄化していることが推察される。また、都市部の高齢者の公共サービス受給に対する肯定的な観方が、申請率ひいては利用率を高くしていることが考えられる。

給付サービスと費用：

日本の要介護高齢者 1 人当の居宅関連サービス給付費用は、大都市の方が他の自治体類型よりも高かったが、施設ケアの費用に関しては結果が逆転し、大都市の費用は中規模自治体の 73%であった。1 人あたりの総合費用は大都市の方が低かったが、標準化によって要支援レベルも包括すると、小規模自治体（田舎）のサービス給付費用が最も低かった。同じ傾向がスウェーデンも指摘された。居宅関連サービスの利用率は、大都市で最も高かった。PADL グループ別にみると、日本の居宅関連サービスの自治体間費用格差は、スウェーデンよりも顕著であった。理由としては、大都市と田舎ではサービスの組み合わせ内容が異なるために、給付サービス費用の大きさも異なることが考えられる。日本の費用は、概してスウェーデンの約半分であった。

(4) 10 年間の時系列データに基づく高齢者ケアのサービス・コストに関する日瑞二国比較研究 (2011-2013 年)

上記の先行研究の結果を踏まえた、現在進行中の研究が「10 年間の時系列データに基づく高齢者ケアのサービス・コストに関する日瑞二国比較研究」(文部科学省科学研究費補助金研究 研究代表者訓覇法子) であり、研究目的は以下の通りである。

- 国際的視点から日本の介護保険制度を批判的に検証するために、過去 10 年間（2001－2010 年）の日瑞両国の高齢者ケアの発展・推移について比較分析を行う
- 国際的な政策評価システムを開発するために、認定された要介護度と給付サービスの相関関係を分析する
- 10 年間に実施された介護保険制度改正が要介護高齢者群やサービス給付内容、費用に与えた影響について分析する
- 特に、認知症ケア・モデルの構築に関して、認知障害をもつ要介護高齢者の状態像と給付サービスの変容過程を分析する
- 研究者や自治体職員など、介護保険に関わるデータを必要とする人に対して開かれたデータ・ベースの構築の基本設計を行う

参考文献

Berglund, J., Wimo, A., Lundgren, H. & Wånell, S-E. (2012) *Lägesrapport avseende uppbyggnaden av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet per den 15 mars 2012(SNAC – the Swedish National study on Aging and care)*.

Davies, B. & Challis, D. (1986) *Matching resources to needs*. Aldershot, England: Gower publishing company.

Fratiglioni, L., De Ronchi, D. & Aguero-Torres, H. (1999) Worldwide Prevalence and Incidence of Dementia. *Drug and Aging*, 15, 366-375.

訓覇 法子 (2011) 『科学研究費補助金研究成果報告書』

訓覇 法子 (2010) 『平成 23 年度 (2011 年度) 基盤研究 (B) 研究計画書』

Lagergren, M. et. al. (2004) A longitudinal study integration population, vare and social services data. The Swedish National study on Aging and Care SNAC), *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 2: 158-168.

Lagergren, M. et.al. (2010) Horizontal and vertical targeting efficiency: a population-based comparison between users and non-users of long-term care for older persons (submitted).

Lagergren, M., Kurube, N. & Parker, M. (2009) A comparison of long-term care recipients in Japan and Sweden, *Hallym International Journal of Aging*, 11, 2:119-133.

Lagergren, M., Kurube, N. & Parker, M. (2010) Provision of long-term care in relation to needs – A comparison of Japan and Sweden, *Hallym International Journal of Aging*, 12, 1: 63-78.

Lagergren, M. & Kurube, N. (2012) Comparing needs assessment and provision of services between Japan and Sweden taking into account household situation and income (submitted).

Lagergren, M. & Kurube, N. (2012) Comparing long-term care recipients in urban and rural areas in Japan and Sweden (submitted).

Lagergren, M. & Kurube. N. (2012) Comparing long-term care recipients in urban and rural areas in Japan and Sweden (submitted).

Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan föräld*

日瑞比較研究における比較可能な調査項目の選定について

研究分担者 三澤仁平（日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員）

研究要旨

日瑞比較研究の可能性を探るべく、スウェーデンの高齢者調査の設問から、わが国の高齢者調査に適用可能な設問を抽出し、文言の翻訳を行った。その結果、SNACの調査項目のうち、健康、口腔機能、体重減少、生活習慣（食事・飲酒・喫煙）、ADL、転倒、社会参加、友人と会う頻度、社会的サポート、生活満足、人生観、居住年数、教育水準、婚姻状況、世帯構成、居住形態、就労状況など、に関する項目がJAGESと比較可能であることが明らかになった。さらには選択肢数を調整したSRHや文言の翻訳を行った日常生活制限（General activity limitation : GALI）－「この半年間に、健康上の理由で、普段の生活に支障がありましたか」に対する回答の選択肢「かなりあった」「あった」「なかった」－をJAGES2011柏調査の項目として追加することにした。日瑞両国における高齢者調査におけるこれらの項目を用いれば、日瑞比較研究の可能性が高いと考える。

A. 研究目的

国際比較研究を行うにはさまざまな方法論的課題が生じる。言語や文化の違いはもちろんのこと、設問文のわずかな言い回しの違いなどによる誤差の問題など、国際比較研究の困難さをあげれば枚挙にいとまがない。

しかし、そのような状況の中において、われわれは日瑞比較研究の可能性を探るべく、スウェーデンにおける全高齢者対象の調査（Swedish National Study on Aging and Care : SNAC）の設問項目の中で、わが国の高齢者調査（日本老年学的評価研究 Japan Gerontological Evaluation Study : JAGES, 要介護認定を受けている高齢者は除く）に適用可能な設問を抽出すること、および文言翻訳等の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

SNAC調査項目のうち、JAGESに適用可能な設問について、研究者同士によるグループディスカッションを踏まえJAGESの

設問として採用選定するとともに、設問文の翻訳を行った。

C. 研究結果

SNACの調査項目のうち、健康、口腔機能、体重減少、生活習慣（食事・飲酒・喫煙）、ADL、転倒、社会参加、友人と会う頻度、社会的サポート、生活満足、人生観、居住年数、教育水準、婚姻状況、世帯構成、居住形態、就労状況など、に関する項目がJAGESと比較可能であることが明らかになった。

健康状態の指標については、SNACで採用している設問が5件法（カテゴリー化して3件法となる）の健康度自己評価指標（Self-rated Health : SRH）であったため、JAGESにおいても、「あなたのふだんの健康状態は、次のどれにあてはまりますか」の問いに対し「よい」「ふつう」「よくない」で回答する3件法SRHをJAGESに採用することとした。

それに関連して精神的健康度の尺度について、SNACでは包括的精神病理学評価尺度（Comprehensive Psychopathological R

ating Scale : CPRS) を採用していた。そこで、JAGESにおいてもSPRSのうち、うつ状態を評価するための項目を抽出したCPRS下位尺度であるMontgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) を採用することを検討したが、おもに面接用であったことと、自記式においても項目数が多かったことから採用を見送ることとした。

以上の項目については、JAGESで設問の文言を大きく変更して採用することはなかったが、日常活動制限 (General activity limitation : GALI) に関する設問については、これまでJAGESでは採用してこなかった設問であったため、研究者同士による翻訳を行って採用した。GALIはEUでHealthy Life Years (HLY) の算出にも使われる指標である。“For at least the last six months have you been limited in activities people usually do because of a health problem?” に対し、“Yes, strongly limited” “Yes, limited” “Not limited” の3件法で回答するものである。われわれは「この半年間に、健康上の理由で、普段の生活に支障がありましたか」に対し「かなりあった」「あった」「なかった」で回答するよう翻訳を行いJAGESの設問として採用することとした。

D. 考察

SNACとJAGESとでは多くの設問項目が比較可能であると言える。多様な項目で比較が可能であれば、多くの示唆が得られる可能性があると言えよう。しかし、ここで抽出された設問がJAGESの設問項目内容と完全に一致しているわけではない(文言の差異や選択肢のずれなど)ことに留意する必要がある。

しかし、選択肢を調整したSRHや翻訳作業を行ったGALIを採用したため、アウト

カムとして健康指標を用いれば、より精度の高い日瑞比較研究ができる可能性が広がると考える。

このように日瑞二国間の高齢者調査における設問項目を比較検討することで、比較研究の可能性を追求することができると思う。わが国における高齢者調査を他国の高齢者像と比べることで多くの知見が得られることを期待したい。

E. 結論

スウェーデンと日本との高齢者調査において比較可能な設問が抽出された。また、比較可能性を高めるため選択肢の調整や翻訳作業を行って設問を採用した。日瑞二国間での比較研究の可能性を追求することができたと思う。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし
3. その他
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究
長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究事業）
分担研究報告書

日本とスウェーデンにおける高齢者の比較研究

研究分担者 三澤仁平（日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員）

研究要旨

本研究では、日瑞における高齢者調査のデータを用いて、スウェーデンとわが国の高齢者で比較可能な項目の一部について比較することを目的とした。用いたデータは、スウェーデンのSwedish National Study on Aging and Care (SNAC) のストックホルムのKungsholm地区における調査データ (n=2399) , JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) プロジェクトの柏市における郵送調査データ (n=2991) である。その結果、日本の高齢者ではスウェーデンの高齢者に比べ、健康度自己評価で「ふつう」が多く「よい」が少ない、介助を必要とする高齢者の割合が低く（ただし、JAGESでは要介護認定を受けている者を対象から外している）、飲酒、喫煙は少なく、婚姻状況で既婚者の割合が小さいかわりに、離・死別、未婚者の割合は大きく、住宅の種類で持ち家が有意に多かった。情緒的サポートをしてくれる人がいる者の割合は2国間に有意差を認めなかった。日瑞の高齢者において異なる一面が明らかとなった。ただし、国際比較研究をする上では、サンプリングや調査方法、各国・各地域の背景や文化の違いを踏まえつつ分析・解釈することが必要である。

A. 研究目的

高齢化が進むわが国にとって、質が高く将来にわたって安定した介護保険制度については社会保障制度を確立することは喫緊の課題であると言える。

その中において、北欧型福祉国家¹⁾であるスウェーデンにおける高齢者とわが国の高齢者を比較検討することは、将来的な介護保険制度または将来目指すべき国のあり方を検討する基礎資料になりうると考える。

そこで、本研究では、スウェーデンにおける高齢者とわが国における高齢者との特徴について二国間で比較可能な項目の一部について比較することを目的とした。

B. 研究方法

1. データ

日本におけるデータは、JAGES (Japan

Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) プロジェクトのうち柏市における65歳以上の要介護認定を受けていない高齢者5000名を対象に 2011年12月から2012年1月にかけて自記式郵送調査を実施した個票データを用いる（以下、柏市データ）。回収数は3220名であった（回収率64.4%）。ただし、性別、年齢に不備がない対象者2991名のみを分析対象とした。

スウェーデンにおけるデータは、全高齢者を対象としたSwedish National Study on Aging and Care (以下、SNAC)²⁾のうち、ストックホルムのKungsholm地区における調査データ (n=2399) の単純集計結果を2次利用した。

2. 変数

日本、スウェーデンで比較可能な変数のうち、設問の文言や選択肢に類似が見られる、健康度自己評価、介助を必要とする高齢者の割合、飲酒、喫煙、婚姻状況、情緒的サポート、住宅の種類をとり

あげる。

3. 分析方法

まず、各変数それぞれについて柏市データの単純集計を算出し、その結果と2次利用したSNACの単純集計結果とを比較検討する（独立性の検定： χ^2 検定）。

C. 研究結果

約70%のスウェーデンの高齢者は自身の健康状態をよいと回答したが、日本の高齢者は20%を超える程度で、むしろふつうと回答した高齢者が70%を占めた（図1； $\chi^2=1169.9$, $df=2$ ）。しかし、介助を必要とする高齢者の割合は日本のほうが少なかった（図2； $\chi^2=276.8$, $df=1$ ）。

生活習慣に関して、喫煙をする高齢者の割合はスウェーデンの方がわずかに多かった（図3； $\chi^2=39.6$, $df=2$ ）。一方、飲酒についてはスウェーデン人高齢者が圧倒的に大きい割合を示していた（図4； $\chi^2=1336.5$, $df=1$ ）。

社会関係という点で言えば、スウェーデンでは既婚者の割合が小さいかわりに、離・死別、未婚者の割合が大きかった（図4； $\chi^2=902.5$, $df=4$ ）。また、情緒的なサポートを受ける割合は、日本、スウェーデンともに9割を超え、二国間に大きな違いは認められなかった（図5； $\chi^2=1.4$, $df=1$ ）。

最後に、持家の割合を見てみると、わが国では9割以上であったが、スウェーデンでは5割程度であった（図6； $\chi^2=1224.8$, $df=1$ ）。

D. 考察

日本人が自身の健康を低く評価することは一般によく知られている。世界価値観調査の結果においても、日本人の約4割、

スウェーデン人の約7割が健康をよいと評価しており³⁾、本研究でもその傾向を支持することとなった。しかも、情緒的なサポートに二国間で大きな違いが認められなかったことや日本人高齢者の方が介助を受ける必要がないと判断していたことにもかわらず、このような結果が得られたことを考えれば、なぜこれほどまでに健康評価に差が出るのか検討する余地があるところといえよう。健康度自己評価を1つだけよいとみなすだけで、医療費を3割程度減少できると指摘されていることから⁴⁾、健康評価を高める方策を構築することがわが国の医療政策にとっても大きな課題と言えよう。

国別と喫煙との関係は統計学的には有意に独立とは認められたが、二国間での喫煙割合に大きな違いがあると考えられるほどの大きさではないだろう。一方で、高齢者の飲酒割合は圧倒的にスウェーデンが大きかった。ストックホルムは柏市よりも平均気温が低いことは容易に想像できるため、気候の要因を考慮に入れて、飲酒割合を再検討する必要があるかもしれない。

高齢者における既婚割合や持家割合が日本とスウェーデンとで大きく異なっていた。今後は、二国間での価値観の違いも反映させた分析が求められると言えよう。

本研究では、単純集計結果を比較するのみで、さまざまな要因を統制したわけではない。したがって、二国間の比較可能な項目内容を再検討するとともに、さまざまな変数間の関係を精査する必要があると考えられる。

また、SNACの調査結果はストックホルムのKungsholm地区だけの結果であり、一方で日本のデータも柏市という日本の一部を切り取ったに過ぎない。したがって、ここで得られた結果を各国の代表地とし

てそのまま一般化することは難しいと考えられる。そのような意味で言えば、日瑞間、ひいては多地域の国際比較研究をする上では、サンプリングや調査方法、各国・各地域の背景や文化の違いを踏まえた分析・解釈することが望まれると言えよう。

E. 結論

スウェーデンと日本との高齢者調査データを用いて二国間の高齢者像について、比較可能な項目の一部を用いて比較検討した。健康度自己評価、介助を必要とする高齢者の割合、飲酒、喫煙、婚姻状況、住宅の種類において二国間で差異が認められた。国際比較研究をする上では、サンプリングや調査方法、各国・各地域の背景や文化の違いを踏まえた分析・解釈することが望まれる。

F. 文献

- 1) エスピン-アンデルセン, G: 福祉資本主義の3つの世界—比較福祉国家の理論と動態. ミネルヴァ書房, 2001
- 2) Lagergren M, Fratiglioni L and Hallberg IR et al: A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Aging Clinical and Experimental Research 16(2): 158-68, 2004
- 3) 世界価値観調査
(http://www.worldvaluessurvey.org/index_html, 2012.4.19アクセス)
- 4) 小椋正立: ストレス, 健康の自己評価と医療費の関係について. 医療経済研究 18(1): 23-39, 2006

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし
3. その他
該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

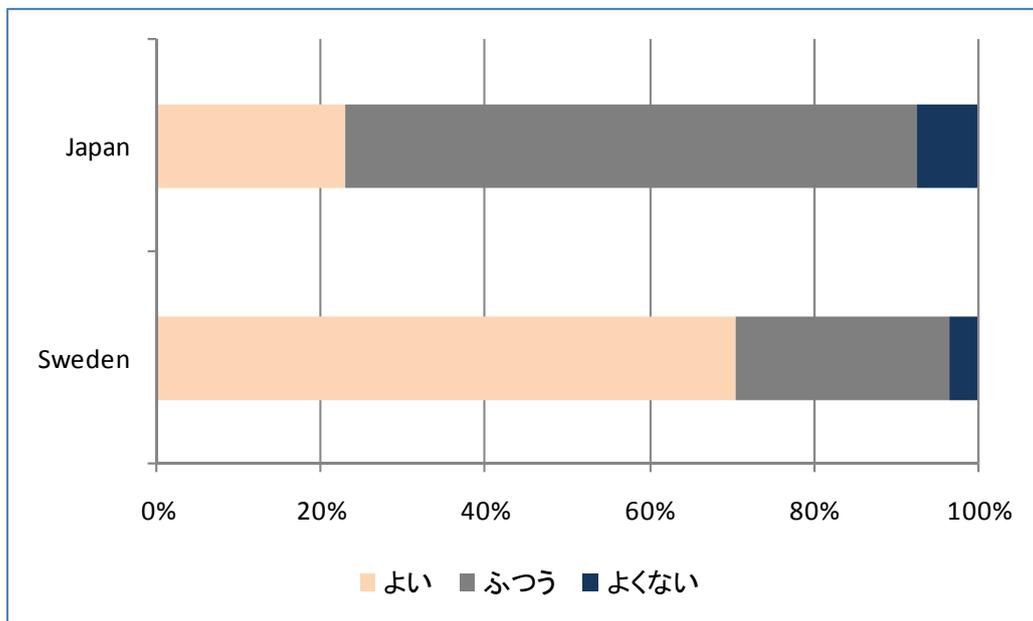


図1 健康度自己評価の割合

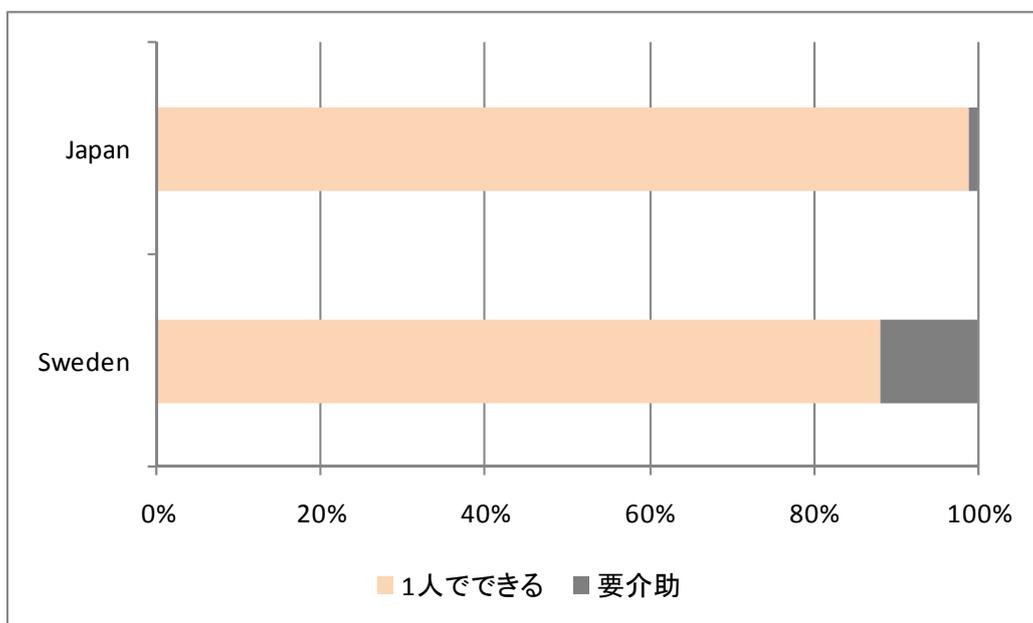


図2 介助を必要とする高齢者の割合

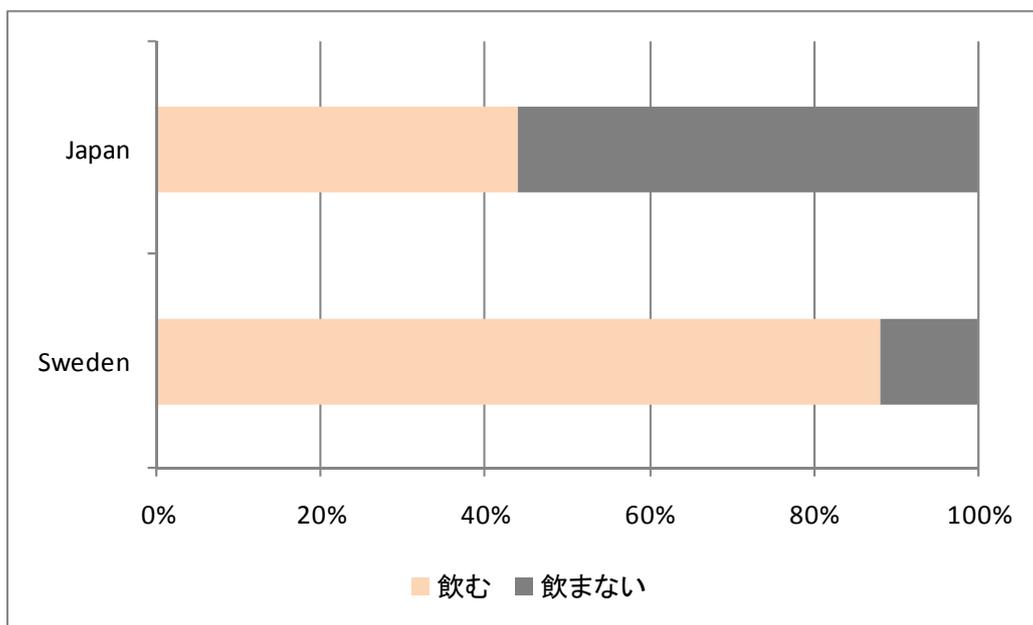


図3 飲酒の割合

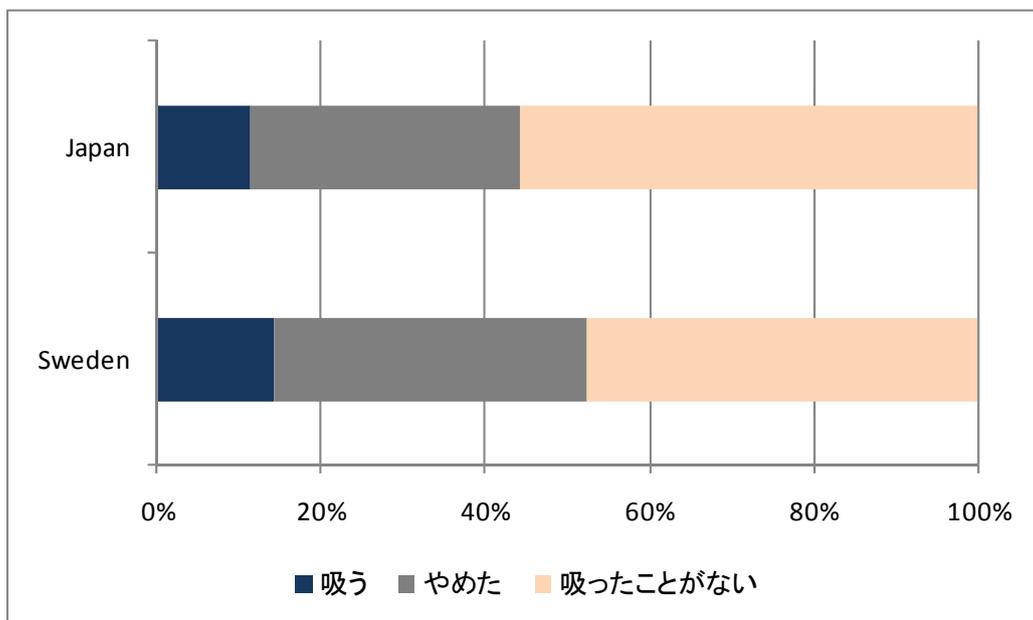


図4 喫煙の割合

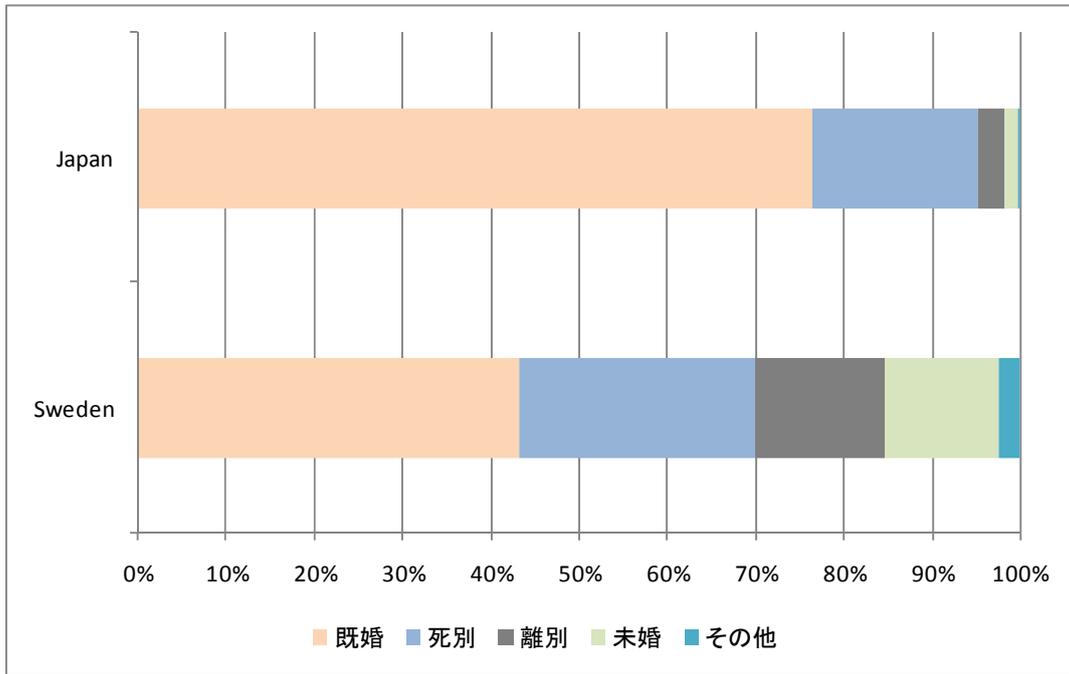


図5 婚姻状況の割合

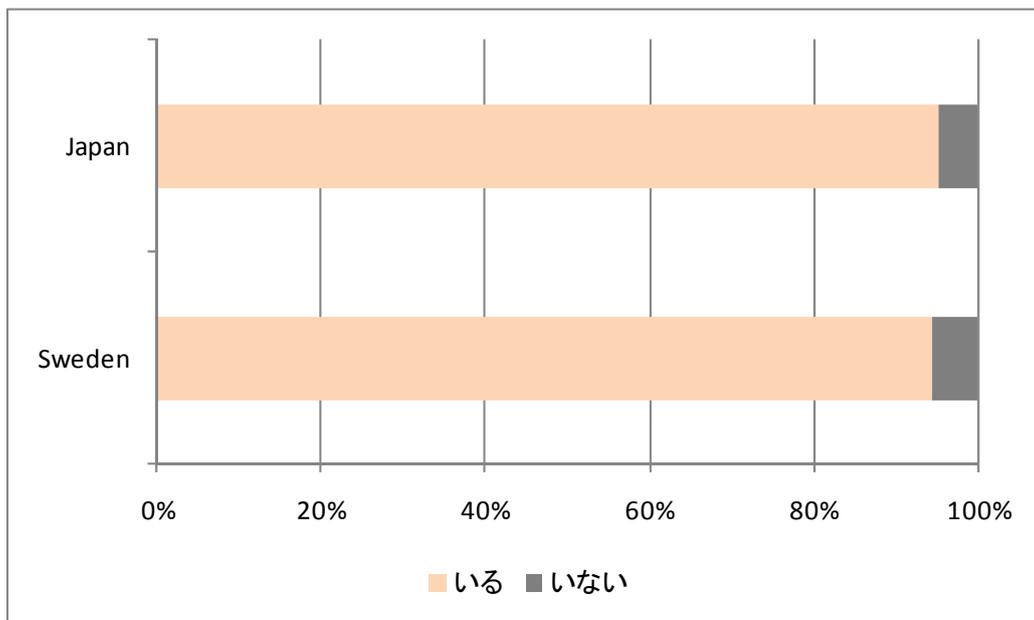


図6 情緒的サポートしてくれる人のいる割合

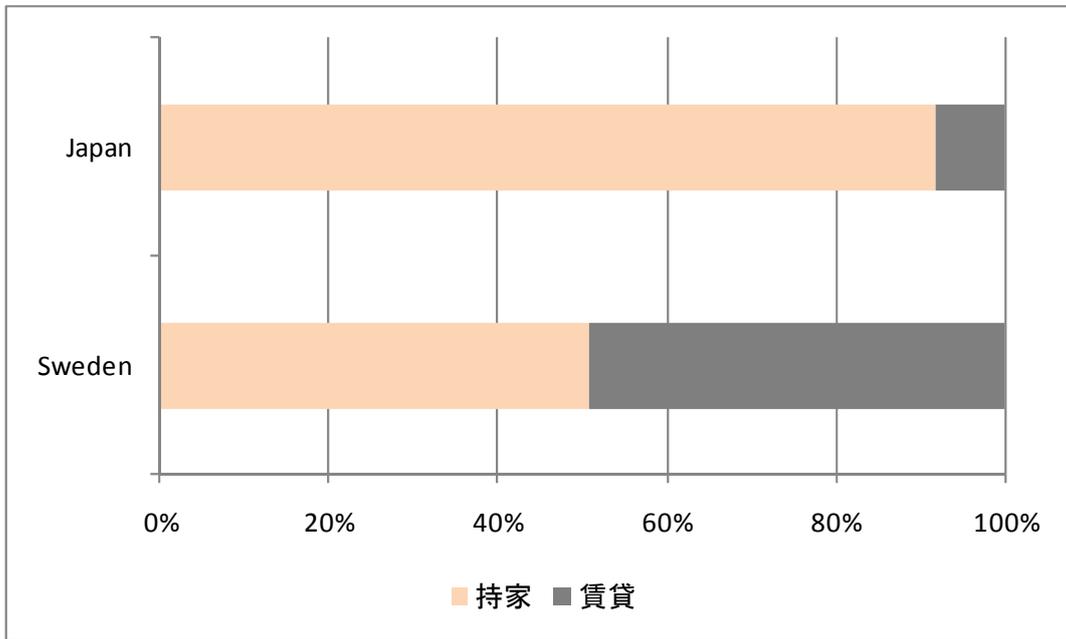


図7 住宅種類の割合

高齢者の身体心理社会的な健康関連指標の日瑞英比較研究
長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究事業）
分担研究報告書

千葉県柏市における自立高齢者の概要

研究分担者 羽田 明

（千葉大学大学院医学研究院環境医学講座公衆衛生学 教授）

研究要旨

本研究の目的は、日瑞二国間比較研究において、日本人集団として選んだ千葉県柏市の自立高齢者の概要を把握することにより、今後の比較研究における基礎的なデータとすることである。年齢・性別回答の有効な3,624例を用い、全数調査を行った柏の葉地区と柏市全域からの抽出データを比較しつつ、年齢・性別・BMI・等価所得・世帯構成・うつ・SOC（首尾一貫感覚）の度数分布およびクロス表について分析した。その結果、柏市全域と柏の葉地区とでは、うつの出現率ばかりでなく、等価所得・世帯構成・地域ソーシャル・キャピタル等の社会的要因においても有意な差が見られた。さらに、うつの出現を目的変数とし、性、年齢などを調整した多変量解析の結果においても社会的要因との有意な相関が示された。今回の柏市調査においては、高齢者の身体心理社会的な健康関連指標に地域間で差があることが不完全ながらも示され、行政施策にも反映しうるデータを得ることができた。

1. 研究目的

本研究の目的は日瑞二国間比較研究において、日本人集団として選んだ千葉県柏市の自立高齢者の概要を把握することにある。これにより今後、どのような比較研究をすることが妥当かなどの検討するうえでの基礎的なデータとする。本研究および今後の追跡調査を通して、日本国内の比較研究のみでは検出できない要因を明らかにし、ひいては有用な介護予防施策の手がかりとする事が期待できる。

2. 研究方法

2-1. 柏市の概要

柏市は千葉県北西部に位置する。人口は1954年誕生時の4.5万人から55年間で40万人、約9倍と急速に増加した。柏市は、巨大消費地である首都圏に隣接した立地を生かした従来からの農業地域、古くから首都圏のベッドタウンとして多くの団地、住宅地が造成され、その中でも早期に入居が始まった極めて高齢化が進んだ地域、東京大学および千葉大学のキャンパスがある学際地域であり、大手ディベロッパーが両大学と組んで開発しつつある柏の葉地区など多様な地域から構成されている。従って柏市が抱える課題は地域により様々であるが、柏市全体の高齢化率は平成20年度で20.0%程度と比較的若い地域ではあるものの、今後の高

齢化の速度は極めて速いことが予測されており、高齢化対策は喫緊の課題のひとつといえる。

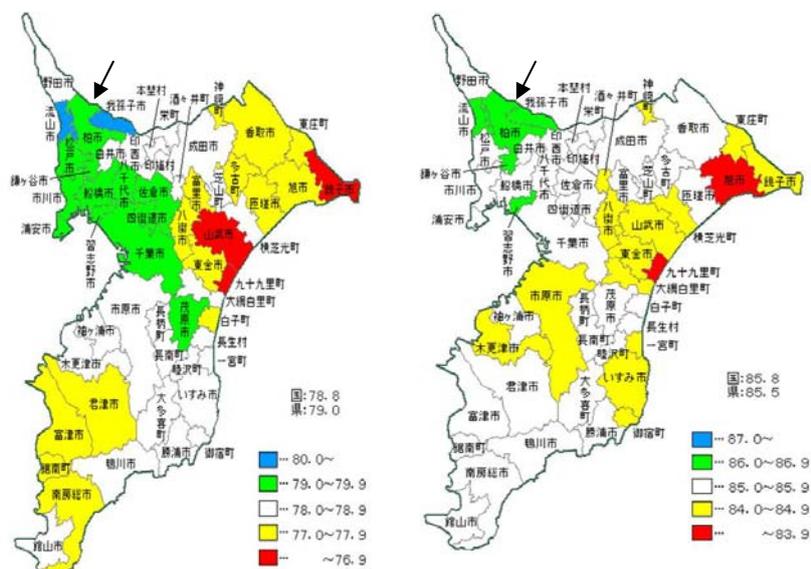


図1 千葉県市区町村別平均寿命（平成17年）

平成17年における男性（図1左）および女性（図1右）の千葉県市区町村別の平均寿命を地図上に記載した。男女とも健康指標のひとつである平均寿命は千葉県下でトップクラスである事がわかる。

また、柏市は様々な市民による活動が盛んであり、かしわタウン情報 (http://kashiwa.info/site/site_view.cgi?category=306&page=1)に登録されているボランティア活動団体だけでも60グループがある。まちづくり、障害者支援、健康増進、ゴミ問題など多様な市民活動が盛んにおこなわれていることがわかる。行政による介護関連の活動は地域包括支援センターを中心に担われており、現在、沼南、柏西口、柏東口、光ヶ丘、柏南部、柏北部の7地域包括支援センターが設置されている。

2-2. 調査票の内容と配布

柏市の全地域から65歳以上で介護認定を受けていない集団を対象とし、5,000名を抽出した（以降、A群とする）。一方、柏の葉地区は全数調査をすることにした。同地区の対象者数は1,078名であったが、全域を対象として抽出した5,000名のうち78名は柏の葉地域に居住している事、質問票郵送直前のチェックで死亡、転出、要介護認定が合計7名であった事から、これらを除いた発送数は993名となった（以後、B群とする）。結果として両群合計で総数5,993名に調査票を郵送した。自記式調査票であり、記入後、返信用封筒により千葉大学に返送する事により回収した。発送は2011年12月中旬に、回収は2012年1月中旬までに行われた。

調査票の主な内容は、主観的健康感、ADL、既往歴、転倒リスク、認知症の傾向、抑うつ、

SOC (Sense of Coherence : 首尾一貫感覚), ソーシャル・キャピタル, 社会的孤立, 社会的排除, 性別, BMI, 家族構成, 所得などである。

2-3. 解析方法

回収した質問票は項目ごとに入力し, データクリーニングをおこなった後, 解析した。年齢・性別に関し, 「本人が無回答」「抵抗回答」「65から110歳の範囲に収まっていない」場合は年齢無効として分析対象から除いた。その他, 身長, 体重, 質問票番号などの修正を行った。

統計解析にはSPSS ver17.0を使用した。

3. 結果

3-1. 調査票の回収

対象住民からの問い合わせは主に設置したコールセンターで受け付けたが, 大きな問題は発生しなかった。郵送した調査票5,993のうち, 回収できたのは3,896名分(回収率65%)であった。そのうち年齢無効と判断された245を除き, さらに性別無効26を削除した結果, 今回の解析対象は3,624例となった。このうちA群の合計は2,992名分, B群は632名分であった。今回はA群とB群の比較検討, 「うつ」の要因解析などを中心とした。

3-2. 基礎的統計量(性別, 年齢分布, BMI)

男性比率はA群51.2%, B群57%で両群とも男性がやや多かった。両群の年齢分布を図2に示す。

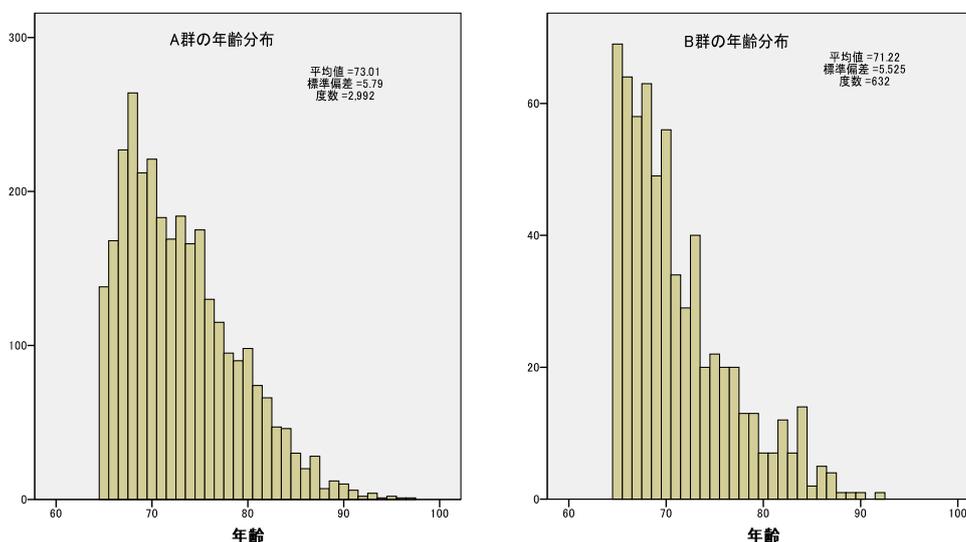


図2 柏市の調査サンプルA群・B群の年齢分布

BMIの分布は図3のように両群とも正規分布をとっていると見なせる。さらにBMIの25以上を肥満と定義して両群を比較したが有意差はなかった($p=0.125$)。

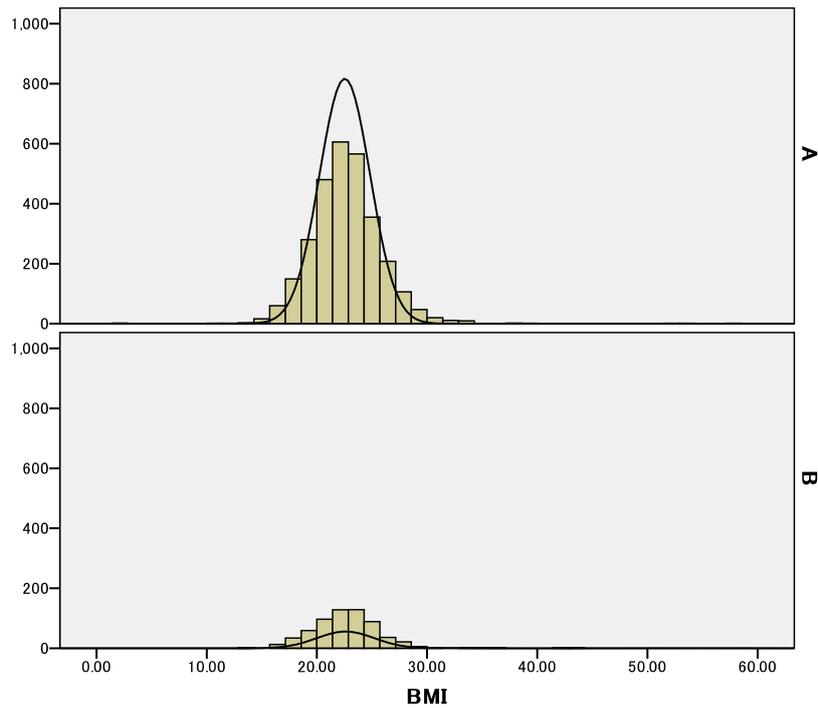


図3 柏市の調査サンプルA群・B群のBMI分布

3-3. 世帯年収区分および等価所得区分による比較

質問票のデータは世帯年収を15区分で得ているが、今回は250万円未満（区分1）、250～700万円未満（区分2）、700万円以上（区分3）の3区分で分析した(表1)。B群の世帯年収はA群に比し有意に高いことがわかった($p=8.53E-22$)。

表1 世帯年収区分と柏地域別のクロス表

			柏地域		合計
			A	B	
世帯年収区分 1	度数		703	66	769
	柏地域の%		26.3%	11.3%	23.6%
2	度数		1643	372	2015
	柏地域の%		61.4%	63.9%	61.9%
3	度数		328	144	472
	柏地域の%		12.3%	24.7%	14.5%
合計	度数		2674	582	3256
	柏地域の%		100.0%	100.0%	100.0%

次に表2に示すように、等価所得を200万円未満（区分1）、200～400万円未満（区分2）、400万円以上（区分3）の3区分で分析した。その結果、世帯年収と同様、等価所得でもB群

ではA群に比し有意に高いことがわかった($p=1.56E-22$).

表2 等価所得区分と 柏地域別のクロス表

		柏地域		合計
		A	B	
等価所得区分 1	度数	896	105	1001
	柏地域の%	35.0%	18.5%	32.0%
2	度数	1288	293	1581
	柏地域の%	50.3%	51.6%	50.5%
3	度数	379	170	549
	柏地域の%	14.8%	29.9%	17.5%
合計	度数	2563	568	3131
	柏地域の%	100.0%	100.0%	100.0%

3-4. 等価所得と「うつ」との関連

15点満点の老年期うつ病評価尺度 (GDS) のデータを使用して0-4点 (うつなし) , 5-9点 (うつ傾向) , 10点以上 (うつ) の3カテゴリーに分類した. この分類と等価所得区分の関連を二項ロジスティック回帰分析で検討した. その結果, 等価所得区分3 (400万円以上) をレファレンスとすると, 「うつ傾向」で等価所得区分2のオッズ比は1.356 (95%信頼区間0.992-1.852, $p=0.056$), 等価所得区分1のオッズ比は2.198 (95%信頼区間1.594-3.032, $p=1.59E-6$)であった. 同様に「うつ」はそれぞれ1.805 (95%信頼区間0.873-3.730, $p=0.111$), 5.651 (95%信頼区間2.795-11.426, $p=1.43E-6$)となり, 等価所得区分2では有意とはならなかったものの, 等価所得区分1ではあきらかに「うつ傾向」および「うつ」で強い関連がみられた. この解析は全サンプルで行ったが, 柏地域の変数を調整してもほとんど影響はなかった.

3-5. 地域と「うつ」の関連

前項の「うつ尺度」の3カテゴリーと地域の関連を解析したところ, 有意差($p=0.006$)がみられたので, 「うつなし」と「うつ傾向」+「うつ」の2群でも解析した. その結果, 表3に示すように, A群ではB群に比し有意に「うつ傾向」+「うつ」が多いことが明らかとなった ($p=0.002$).

表3 柏地域 と うつカテゴリ のクロス表

			うつ尺度カテゴリ			合計
			1	2	3	
柏地域	A	度数	1851	442	135	2428
		柏地域の %	76.2%	18.2%	5.6%	100.0%
		総和の %	62.6%	14.9%	4.6%	82.1%
	B	度数	437	75	18	530
		柏地域の %	82.5%	14.2%	3.4%	100.0%
		総和の %	14.8%	2.5%	.6%	17.9%
合計		度数	2288	517	153	2958
		柏地域の %	77.3%	17.5%	5.2%	100.0%
		総和の %	77.3%	17.5%	5.2%	100.0%

3-6. 世帯構成の地域比較

世帯構成を以下の区分に分けてクロス表を作成した（表4）。1=独居，2=夫婦のみ，3=夫婦と子，4=本人と子，5=その他。A群ではB群に比べて独居である頻度が高く，夫婦のみの頻度が低い事がわかった。

表4 柏地域 と 世帯構成 のクロス表

			世帯構成					合計
			1	2	3	4	5	
柏地域	A	度数	440	1341	760	343	55	2939
		柏地域の %	15.0%	45.6%	25.9%	11.7%	1.9%	100.0%
	B	度数	55	370	135	47	18	625
		柏地域の %	8.8%	59.2%	21.6%	7.5%	2.9%	100.0%
合計		度数	495	1711	895	390	73	3564
		柏地域の %	13.9%	48.0%	25.1%	10.9%	2.0%	100.0%

3-7. SOCの分布状況

今回の調査ではSOC尺度のうち，SOC9, 16, 19, 21, 28, 29の6項目を使った。各5点で合計30点を度数分布から4分位に分けたところ，1-19点（区分1），20-21点（区分2），22-23点（区分3），24-30点（区分4）となった。この区分を両群で比較したクロス表を作成したが（表5），有意差はみられなかった(p=0.490)。

表5 柏地域 と SOC区分 のクロス表

			SOC区分				合計
			1	2	3	4	
柏地域 A	度数		682	516	844	735	2777
	柏地域の%		24.6%	18.6%	30.4%	26.5%	100.0%
B	度数		136	127	182	160	605
	柏地域の%		22.5%	21.0%	30.1%	26.4%	100.0%
合計	度数		818	643	1026	895	3382
	柏地域の%		24.2%	19.0%	30.3%	26.5%	100.0%

3-8. 「うつ」の要因に関する多変量解析の試み

「うつ」の要因を検出するために、年齢、性別、地域などを調整した上で社会的要因の関与をロジスティック回帰で解析した。従属変数には前記の「うつ尺度」を使用し、因子として「性別」、「柏地域」、「地元の行事や祭りへの積極的な参加」、前項で用いたSOC4区分を、共変量として「年齢」、「地域の人々への信頼」、「地域の人々が他人に役立つと思っていると思うか」、「居住している地域への愛着」を投入した。従属変数の「うつ尺度」を3カテゴリーとして多項ロジスティック回帰で解析した場合と、「うつなし」と「うつ傾向」+「うつ」の2群について二項ロジスティック回帰で解析した場合とで、ほぼ類似した結果が得られたため、ここでは後者の結果を示す（表6）。

表6 パラメータ推定値

うつ傾向+うつ ^a	自由度	有意確率	Exp (B)	Exp (B) の 95% 信頼区間	
				下限	上限
2.00 切片	1	.000			
年齢	1	.003	1.029	1.010	1.049
地域の信頼	1	.028	1.244	1.024	1.511
地域に役立つ意志	1	.018	1.226	1.035	1.452
地域への愛着	1	.000	1.922	1.645	2.246
[男性]	1	.383	1.099	.889	1.357
[女性]	0	.	.	.	.
[A群]	1	.072	1.310	.976	1.759
[B群]	0	.	.	.	.
[祭りへの参加]	1	.004	.711	.564	.897
[祭りへの不参加]	0	.	.	.	.
[SOC第1区分]	1	.000	10.610	7.672	14.674
[SOC第2区分]	1	.000	3.533	2.492	5.011
[SOC第3区分]	1	.005	1.648	1.167	2.328
[SOC第4区分]	0	.	.	.	.

a. 参照カテゴリは 1.00 です.

SOC区分はその質問内容からも予想されるように「うつ」と相関があることがわかった。その他の「地元の行事や祭りへの積極的な参加」、「年齢」、「地域の人々への信頼」、「地域の人々が他人に役立つと思っていると思うか」、「居住している地域への愛着」なども「うつ」と有意な相関を持っていた。

ここで有意となった要因のうち、B群がA群に比し有意に優れていたのは「地域の人々への信頼」、「地域の人々が他人に役立つと思っていると思うか」であったが、「地元の行事や祭りへの積極的な参加」、「居住している地域への愛着」の地域差はなかった。

4. 考察

柏市の自立高齢者を柏市の全域から抽出したA群と学際地区として新たな町づくりに取り組んでいる柏の葉地域の全数を対象としたB群の比較を中心として解析した。方法でも記載したように、A群のなかに本来B群に該当する78例が含まれる事から、比較は難しいかと予想されたが、多くの項目において有意差を検出できた。A群は全地域からランダムに抽出した点から、柏市を代表する集団と考えても良いと思われる。

解析した項目において両群間で有意差を検出した項目は以下の通りであった。

- 世帯年収区分および等価所得区分で評価した所得はB群が有意に多かった。
- 「うつ尺度」のカテゴリーで評価したところ、A群に有意に「うつ」が多かった。
- A群ではB群に比べて独居である頻度が高く、夫婦のみの頻度は低い。
- 「地域の人々への信頼」，「地域の人々が他人に役立とうとしていると思うか」などはB群がA群に比し有意に優れていた。

これらの有意差のみられた項目は、新しく開発された地域に入居したB群は収入が多いだろうとの予測に合致するものであった。これまでの研究で「収入」や「学歴」と「うつ」頻度に相関があるというデータが報告されている。本研究の対象においても、等価所得区分1（200万円未満）では同区分3をレファレンスとした場合、有意に「うつ」あるいは「うつ傾向」が多いことがわかった。しかし、この関連は柏地域（A群かB群）の変数を調整しても大きな影響はなかった。

一方、地域の有意差が検出されなかった項目として、

- 年齢分布，肥満度
- SOC区分
- 「地元の行事や祭りへの積極的な参加」，「居住している地域への愛着」がある。さらに詳細に検討する必要があるだろう。

「うつ」に関与する収入以外の社会的要因を検出する試みとして、要因となり得る可能性のある項目を使った多変量解析を年齢、性別要因を調整しておこなった。その結果、SOC区分および投入した社会的要因はいずれも要因として残った。さらに詳細な解析が必要であるが、柏市のうつ対策の根拠となる結果であると考えられる。

今回の解析に、解析対象の居住する地域区分データが間に合わなかったため、詳細な解析はできなかった。しかし、柏の葉地域と柏市全域でも多くの特徴が見いだせたことから、地域区分データが入手できればGIS解析を駆使する事も含めて多くの示唆が得られるデータを産出できると期待される。今回は時間的な制約から概要の解析にとどまったが、今後、多くの残っている項目においても解析を進めていきたい。また、時間軸での変化から多くの示唆が得られると思われるので、追加調査を進めていきたい。

5. 結論

柏市の自立高齢者を対象としておこなった質問票調査でこれまで得られたデータからその概要をまとめた。詳細な地域区分データが未入手であるが、全数調査をした柏の葉地区と柏市全域からの抽出データを使って不完全ながら地域差を検出することができた。また、「うつ要因」を多変量解析により、性、年齢などを調整しても社会的要因が残ったことから、行政施策にも反映しうるデータを得ることができた。

「イギリスに学ぶ保健医療福祉領域のベンチマークの成果と課題」

長澤 紀美子（高知県立大学 社会福祉学部教授）

研究要旨

本研究では、イギリスにおいて保健医療福祉に関わる団体または個人を対象に、保健医療福祉領域でのベンチマーク・システムに関して聞き取り調査をおこない、政策動向及びベンチマークの成果と課題に関する各々の認識を整理し、ベンチマーク・システムが機能するための条件について考察した。

自治体評価(PAF)および事業者の3つ星評価(star-rating)のベンチマークは、集権的な規制よりも分権的かつ自主的な規制を重視する現連立政権により、2010年に廃止された。また連立政権の方針のもとで、監査機関CQCの役割は事業者の質改善よりむしろ、最低要件である基準に基づく登録認可へと移行しつつある。

一方で、過去10年間のベンチマークの取り組みにより、業績を測定し、分析し、公表するしくみは定着したものと考えられる。今後はベンチマークの条件が必ずしも確保されていない（中央政府による外部基準値の設定はなされず、比較分析は担保されていない）ために、質改善のための実効性を担保するための課題が残されている。

さらに、ベンチマーク・システムが機能するための条件として、以下の3つを指摘した。

- ①中央政府のリーダーシップ（指標の特定やプラットフォームの整備）の下で、指標の内容やその活用目的についてステークホルダー間の合意があること。
- ②高い業績を達成した場合は、中央政府からの報奨（金銭的報酬など）や利用者からの信頼がえられる一方で、業績が低い場合には制裁措置など、評価を受ける組織にとってのインセンティブが組み込まれていること。
- ③利用者評価を含めたアウトカム・プロセス・インプット（ストラクチャー）から構成される体系的な指標が整備されていること。

A. 研究目的

イギリスでは、保健医療及び福祉サービスにおけるベンチマーキング型評価において、既に10年以上の経験がある。保健医療福祉行政（いわゆる「保険者機能」の評価）に対してはPAF（定量的指標）、事業者に対しては格付け評価（定性的基準）という集権的なベンチマーク・システムを開発し、各々の業績を全国共通の指標により測定・公表し、比較分析を行うことで、継続的改善を促す取り組みを進めてきた。

我が国の介護保険制度において、義務化に対し見直しが行われた「介護サービス情報の公表制度」に見られるように、データを集めて公表するだけではシステムの有用性は保障されず、継続的に使われるための要件や運用の仕方を熟慮して設計する必要がある。本調査研究では、イギリスにおける保健医療福祉事業者の規

制・評価機関である Care Quality Commission、自治体（福祉サービス担当者）、事業者（介護施設経営者）、イギリスの医療問題の識者に聞き取り調査を行い、保健医療福祉領域のベンチマーク・システムに関する近年の政策の展開ならびに各々の立場からみたベンチマーク・システムの成果と課題を明らかにし、それが機能するための条件について考察することを目的とする。それにより、我が国で今後ベンチマーク・システムを開発し運用するにあたっての有用な知見を見出すことを試みる。なお、本稿における「イギリス」とは、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国を構成している4ヶ国の1つである「イングランド」を指すこととする。

B. 研究方法

イギリスにおいて、以下のとおり聞き取り調査をおこなった。

① 日程

2011年8月8日(月)～12日(金)

② 訪問地域

イギリス(ロンドンおよびノーサンブラン地方)

③ 訪問先

- ・ロンドン(8/11-12)
 - A) 竹之下泰志氏(マッキンゼー・アンド・カンパニー, ロンドン支社勤務)
 - B) Care Quality Commission(保健医療福祉事業者登録・評価機関)
- ・ノーサンブラン地方(8/8-10)
 - C) 自治体: Northumberland Foundation Trust ケアマネジメント, 利用者評価担当者
 - D) 事業者: 民間営利部門の老人ホーム(residential home) Woodhorn Park Care Home 地域オペレーション・マネジャー, 施設長

④ 調査者

- ・近藤克則(ロンドン), 長澤紀美子(ロンドン及びノーサンブラン地方)

なお、イギリス保健省など公的機関による資料および専門誌(Community Care)等による文献調査により、聞き取り調査結果を補足した。

C. 研究結果(聞き取り調査結果)

(1)イギリスの医療政策の動向とベンチマーク

- ・日時: 2011年08月11日
- ・聞き取り対象者: 竹之下泰志氏(マッキンゼー・アンド・カンパニー, ロンドン支社 パートナー)
- ・場所: マッキンゼー・アンド・カンパニー, ロンドン支社オフィス
- ・竹之下氏のプロフィール: マッキンゼー・アンド・カンパニーで18年間勤務しており、主な担当は民の医薬品分野。6年前よりイギリスに赴任、NHS(プライマリケアトラス

ト等)・保健省に対して仕組みの設計・連携等に関するコンサルタントに携わる。日本医療政策機構の研究会にも参加。

(以下は、現場からの経験を踏まえた、竹之下氏の個人的な見解によるものである。)

1) イギリス連立政権成立(2010年5月以降)の医療政策の動向

(a)新連立政権による医療政策の転換

- ・2010年5月から保守・自民党の連立政権成立後、いくつかの誤作動がみられる。新政権はブレア政権下の医療改革とは新しい方向を打ち出そうとした結果、変えなくてもよいことを変えようとしたり、変化に時間がかかることを早くやろうとして空回りしている。(以下に詳細)
- ・誤作動の背景として、新政権に改革の意欲があったものの、政策立案の実務経験がなく、政策立案者(特に保健大臣 Andrew Lansley)が医療関係者との協働の経験がなかった。保健大臣は、ネットワーク型・協働型リーダーではなく、特定の人からの意見を受けて一人で考えるタイプであり、成熟した立案過程になっていない。方針を公表するまでに、実効性の確認、保健省幹部やGP等ステークホルダーとの意見の擦り合わせ・調整などがされていなかった。このような状況は日本の民主党とも類似している。
- ・ブレア労働党政権、さらにそれ以前の保守党政権から基調となっている3つの方針(①購入と供給の分離、②個人の健康に対する責任の強調、③競争原理の導入)は現政権下でも継承されている。

(b)(誤作動と考えられる)3つの新しい政策内容とその後の経過

①プライマリケアトラスを廃止し、その機能を、新たに再編するGPグループへ移行する政策について

- ・住民・患者に身近なGPに医療予算を全て持たせ、現在購入・保険者機能を担っているプ

ライマリケアトラストは廃止するという案である。当初は「2年以内、2013年4月までに実施」とした。

・理想的には誤りではないが、実際にはGPとプライマリケアトラストから反対を受ける。

GP：日本の開業医と同様に、個人事業者であり、購入機能等の運営はやりたがらない。共同でリスクプールをしなければならないがGP間の協働は難しい。

プライマリケアトラスト：職員は職を失う（新たなGPグループに再雇用される人もいるが、原則的には失職）ため、アレルギーが大きい。

・キングズファンド財団は、GPグループの実効性への疑問を提示している。

・当初3か月間は方向性を維持したが、現在は2013年4月の期限も曖昧になり、プライマリケアトラストが、名前を変えて生き延びる可能性が大きい。

②さらなる競争の導入と民間営利部門の医療への参入

・患者がGPも選択できるようにする（ブレア政権下で患者が病院を選べるようになったが、GPは選択の対象ではなかった）；また、民間企業に対し医療機関の運営を委任する。

・この政策提案はNHSにおける市場原理へのイデオロギーを噴出させた。もともと90年代に競争原理は導入され、競争自体には違和感があるわけではない。しかし、PRが拙く、民間企業がNHSの仕事を取ってしまう、というイメージに受け取られた。もともと労働組合が強く、労働党の支持基盤であるNHSは、保守党には懐疑的な立場であり、NHSを潰すのではと現場から反感を買った。NHSの幹部など公的な立場にある人が、半ば私的意見として発言し、社会的な医療に民間を入れることは良しとしないイデオロギー的論争になりつつある。（研究者による分析に基づいた意見はあまりなく、どちらかといえば主観的意見の論争）。その後、購入者

（GPグループ）にGP以外にも病院の専門医も参加するべき、という議論もあったが、その場合、購入と供給の分離の原則が崩れてしまう。

・民間企業の医療への参入については、医療機関（提供側）とGPグループ（購入側）の両方がある。たとえば、倒産する病院がオークションに出され、民間企業が運営する例もある。また、GPグループもGPが運営する形態を表面的には取りつつ、実際にはアメリカの大手保険会社が買収することも考えられる。民間企業は、購入者（保険者）機能を2つに分割できる（日々の収支を合わせるオペレーターとしての機能と、システムの監督と住民への啓蒙をおこなう機能）とし、前者に関し、コミッションング・サポートという形式で民間企業が加わる形を提案している。たとえば、アメリカのUnited Healthが保険者機能の一部を代理する、プライマリケアトラストのマネジメント機能を民間企業が請け負う等が考えられる。

③ 予算配分に関わる見直し

・医療費の2割を健康増進に使う。住民の健康に責任を持つ地域協議会を設置し、それぞれの地域に大きな権限を与えるという提案。しかし、上記の①②の改革が頓挫しつつあるため、進んでいない。

・医療予算は、労働政権時代、年率7%上昇し続けた。現在は実質増だが財源制約のためほぼフラットであり、その予算内でやりくりすることが求められる。

・現在の保守党政権は、直接的な資源配分はせずに、ある程度の方向を出し、市場原理にまかせていけばよい、とする考え。予算の重点化に関しては、健康と予防への焦点、経営コストの効率化（間接経費を4割削減する方針、しかしイギリスの医療経営のコストは現在でも他の先進国の半分以下である）を掲げている。

・自治体に対するフォーミュラ（計算式）による予算配分の見直しをおこなった。従来健

康ニーズ（社会的ニーズ）を踏まえた級数があり、予算の傾斜配分をおこなっていた。たとえば、裕福なバッキンガムシャー州は、低所得者層が多い地域（ロンドンやマンチェスターなど）と比較すると、一人当たり医療費配分が2割少なかった。これを見直し、配分を平準化するために、低所得者が多い地域の貧困などの社会的ニーズが見落とされる懸念がある（同様の教育予算の自治体への配分の均等化が、若者の授業料値上げ反対の暴動（2010年夏）の背景ともなった）。

(c)ブレア労働党政権と現政権との違い

・理論的基盤と実効性の検討の不足

ブレア政権下での政策は一貫性があり、理論的な基盤がしっかりとしていた。たとえば、プライマリケアトラスト発足の際も、6～7年間計画で教育プログラムを手厚く準備し、よく練られた、実効性の高い政策提案であった。

・財政状況の悪化

ブレア政権下では、黒字財政の追い風を受け、医療費予算を最終的に5割増加した。当時のような分配が増える時期には賛同を得やすく、既得権益に触れることなく、パイを増やすことができた。

・わかりやすさの不足

ブレア首相は、待ち時間改革、ガン生存率向上など、国民に係る重要な生活問題を優先政策に掲げ、自らPRして人気を上げた（日本では、小泉首相の郵政改革に例えられる）。

2) 医療の可視化や規制に関する動向

(a)イギリスにおける医療の可視化の現状

・現状として、進んでいるようで進んでいない、といえる。データは多いが、情報に基づき、患者が適切な判断をしているか、データを使いこなせる人がどの程度いるか（人々がデータを使えるように提示することも含めて）については、十分であるとはいえないのではないかと。医療機関に対する監視・規制の機関（CQCなど）の調査報告、

評価・格付け等があるが、実際には人々は口コミや自分の経験によって病院を選んでいる。

(b)官邸主導での（公共サービスの）「見える化」の推進

・新政権では、官邸主導で「見える化」を推進している。市民にどのように情報を提示し、活用させるかを提言しているが、実際に検討されているのは電子カルテなど手法の電子化である。

・政権も国民も、「見える化」への関心はそれほど高くない。理由としては、既に多くの情報は開示されており、調べようと思えば調べられる（病院における致死率、信号色で各病院の業績が開示されている等）ため、現在では顕在的なニーズはない。

・なぜ「見える化」を進めるべきか、進まない原因はなにか、の本質的な議論がない。政策文書は表面的であり、詳細については解決策を提案する民間企業に任せている怖さがある（たとえば、患者向けのポータルサイト設置や情報の加工・分析・解析する企業等に提案を委任している）。各病院や医師の医療成績を公開し、それを質の低下の抑止力や、質・生産性向上の推進に役立てたいのが意図としても、民間企業に任せてうまくいくのかどうかは不明である。

・本来社会的情報インフラは国が整備すべきではないか。元来イギリスでは、NHSが国営で、国による統制的な側面により、医療情報の整備が行われてきた。データを収集することに国民も医療機関も納得していた。公がトップダウンで情報を集めるイギリス型に対し、日本はボトムアップ型（行政も民間もそれぞれ情報を収集し、データプロバイダー間の競争がある）ではないか。イギリス保守党は日本型を検討しているかもしれない。

・日英では、行政活動の情報開示に対する文化が違う。法(Freedom of Information Act 2000)により、情報を知る権利が国民に保障され、政府が行っている活動は全て(E

メールも含め) 開示要求があれば開示しなければならないと規定されている。

(c) 監査機関に対する新政権の対応

・医療や社会的ケアに関する NICE, CQC, Monitor などの、前労働党政権の政策の目玉でもあった監査機関は新政権の批判の対象となった。新政権は、それらの機関がもつ規制・監査等権限を削減し、情報収集と提言機能に縮小しようとした。しかしその当初の方針は、現在は修正され、一定の規制的な役割はもつようになっている。

3) ベンチマーク指標の導入に際してのイギリスから日本への示唆

(a) リーダーシップとガバナンス：医療機関に対するデータの影響力

・イギリスで情報インフラが整備され機能している理由として、データを集める主体（イギリスでは、中央政府）が明らかであり、政治のリーダーシップがあること、医療機関のガバナンスと医療システム全体のガバナンスがしっかりとリンクしていることにある。たとえば、リーダーシップの例として、政府は、何のために情報を集めるのかしっかりと説明し、関係機関に協力を求めている。またガバナンスの例としては、NICE の医薬品に係るガイダンスを保険者が無視できない；Monitor が実質的権限はないもののファウンデーション病院トラストの経営の質について評価し、病院は無視できず、データを提出せざるを得ない（評価が悪い場合は内閣府から直接医療機関に電話がいくこともある）；各急性期病院トラストは、ファウンデーション病院トラスト化しなければならず、そのためにどの程度水準から離れているかをデータによって判断され、業績の悪い病院はブラックリスト化され、保健省が経営をマークする、等がある。つまり、データに基づいて何が起きるかが関係各所に理解され、権限があるため、医療機関には、提出しないと解雇される、データの開示命令が保健省から

あれば夜中まで働かなければならない、というような認識がある。

(b) 日本における情報インフラ整備にあたっての課題

・リーダーシップをとる主体がどこにするかが課題。厚労省、医師会等のステークホルダー間で主体をどこにしたらよいか明らかでなく、互いの利害調整に時間がかかる。そもそも何の目的で情報を収集するのかの合意形成、互いの立場を離れた一定の譲歩が必要である。

・どのようなタイプの情報が必要か、社会的ニーズが高い情報はなにかについての、患者等も巻き込んだ議論が必要である（医療のアウトカムか、病院や医師のパフォーマンスの情報か）。指標の内容（アウトカムにするかなど）の議論は（日本でも厚労省の検討会でおこなっているが）難しい。イギリスでは、研究者の層が厚く、早くから指標に関する準備を研究面で支えてきた。またイギリスでは、ブリストル病院の死亡率の高さなどスキャンダルの存在がアウトカムデータの整備が進んだ背景にあったが、このような希求性があることは世論や関係者の合意形成につながりやすい。

・データを集めたことが医療機関の経営にどのような影響を与えるのか、データが医療経営の改善に結びつくかが課題である。イギリスでは、Monitor がファウンデーション病院トラストの評価（指標による測定）と認定の権限をもっている。日本では、DPC 等の診療報酬と関連させる、病院の監督やライセンスのやり直しを関連づける、データを集める時に病院の実態を把握する、情報を医療費の削減に繋げる等の提案が考えられるのではないか。

(2) 規制・評価機関 Care Quality Commission(CQC)の創設とその機能

1) インタビューの概要

・日時：2011年08月12日

- ・場所：CQC ロンドンオフィス
- ・聞き取り対象者と管轄業務

Mr. Alan Rosenbach : Special Policy Lead (Chief Executive; Special Policy Advice) 社会サービスの政策全体について統括する. 自治体の社会サービス部長の経験あり)

Ms. Rachael Dodgson : Head of Regulatory Design (評価基準やその運用等の規制の仕組みについて立案・設計し, 普及指導を行う)

2) CQC の創設とその背景

Health and Social Care Act 2008 により, Healthcare Commission (医療), Mental Health Act Commission (精神保健), Commission for Social Care Inspection (CSCI, 社会的ケア (福祉)) の 3 領域の規制機関を統合する Care Quality Commission (CQC) が設置され, 2009 年 4 月から業務が移管された. なお三つの機関の予算総計は £ 214,000,000 だったが, 統合により £ 160,000,000 へと約 8 千万 £ が削減された.

① 人口学的・社会的背景

日本同様, イギリスも今後は高齢化に直面し, 医療および社会的ケア費用の対 GDP 比における高齢者が占める割合が増加している. イングランドでは (スコットランドでは異なる), 医療は受診時無料, 社会的ケアはミーンズテストによる給付を行っており, 異なる仕組みである. 高齢者には医療と社会的ケアの両方が必要であり, 高齢者も両者が統合されたシンプルな仕組みを望んでいる. CQC の設置で保健医療と福祉の分野の規制を統合させることにより, 患者経験 (満足度) を向上させる狙いがあった.

② 納税者のバリューフォアマネー (納税に見合った価値) の向上

政府と国民 (納税者) との関係において, 政府にどこまでの水準のサービスを求めるか, 市民はどこまで負担するかという, 給付と負担の関係を明確化するうえで, CQC のようなサービスの質を評価し, 公表する機関が必要とされる.

3) 2010 年連立政権による CQC の機能の見直し

(a) 行政評価 PAF (Performance Assessment Framework) の廃止¹

2010 年 11 月にケアサービス大臣 Paul Burstow は, (2001 年に開始された) 自治体のベンチマーク (3 つ星評価) の廃止 (CQC に今後業績データを提出する必要はないこと) を公表した. 最後の CQC の報告書 (09 年度版) は 2010 年 11 月に公表されている. ただし, 自治体の行政評価 (監査) を中止しても, 利用者へのリスクが認められる場合には監査をおこなうことができる. また, 問題のある児童ケアへの監査は続ける. PAF の廃止とともに, Audit Commission (地方自治監査委員会) は廃止, その HP である自治体ベンチマーク評価の公表・比較サイトの One Place も, 前労働党政権で 1 年間実施した後に中止された.

PAF の廃止には以下の要因が指摘されている.

- (ア) 集権的な規制の縮小と地域主義 (新連立政権の方針によるもの. 政府が全国の自治体に共通の集権的な規制を設けたり, 自治体に介入したりするのは好ましくない, 規制については地域に委任し (「分権化した政府」), 各地域での説明責任により, 各セクターが主導する相互援助に基づくべきである, という考え). 今後は, 地方政府協会 (Local Government Association, LGA) の提案により, 地方議員が自治体職員とともにアセ

メントし、協議会を設置して地域で規制をおこなう方向性が提案されている。

- ② 有用性の低下（自治体のベンチマーク・システムは、サービスの質改善に一定の成功を収めたが、10年過ぎて既に寿命となり、現在では業績の向上に結び付いていない。）
- ③ コスト削減（業績評価システムは費用がかさみ、財政制約の折には廃止が必要）。
- ④ ケア提供方式の変更（社会的ケアの分野ではパーソナライゼーションが促進されている現在、行政評価の手法は質を評価する最善の方法ではない。）
- ⑤ 利用者・介護者による評価が必要（自治体は透明性のあるデータを公表し、利用者・介護者（例えば地域の利用者団体等）が業績のアセスメントにより大きな役割を果たす必要がある。
※ ただし、事業者団体からは、自治体が（事業者からの）サービスの購入判断がよくない場合に介入する規制主体がなくなることが懸念されている。

(b)基準の最低要件化と認可（質の改善より最低限の質の保証を目指す）

- ・ 2010年に公表された新しい「質と安全のための基本的基準」は、28の基準の内、16がコア基準（患者経験に重要なインパクトがあるもの）となっており、コア基準を日常的に評価する。新基準は、単純化したコントロールしやすい基準であり、最低限の要件を表したもの。医療も社会的ケアも同じ基準により、領域間で公平な評価（playing field）とする。
- ・ 以前の基準（NMS）では、質がどの程度改善したか、その改善度によって善し悪しを4段階に判断した。しかし、現在のCQCの機能はあくまでも事業者の認可（ライセ

ンス）であり、ミニマムの要件を満たしていることが認可の要件となる。

- ・ 質改善のための指標については、医療に係る指標の開発をおこなってきたNICEが今後は社会的ケアの指標開発も行う。様々な領域の指標の体系を作成中である。
- ・ 従来自治体および事業者に対しおこなっていた評価の柔軟化（業績結果と監査の間隔をリンクさせ、業績のよい場合は3年に1回の監査とする）に対しては批判があった。3年に一度では間隔が空きすぎ、その間に質の低下がありえる。本来、年1回はおこなう必要がある。
- ・ 従来のように業績評価の結果と監査を連動させようとする、予算や人員が必要であり、CQCが統合により約3分の1の予算が削減された背景から、監査の仕組みを簡素化する必要があった。
- ・ CQCは引き続き、事業者に対し、強制的権限をもつ（法令遵守がなされていなければ、通告、罰金、それでも改善されない場合は、裁判で訴追もおこなう）。そのために裏付けとなるデータについて、急性期病院ⁱⁱについては存在するが、他のサービス（民間営利・非営利の病院、成人社会的ケア、NHS コミュニティケア）については、情報が十分でないために、今後年1回現地訪問調査を行うことで補う。

4) 新しい法案の審議の経過

- ・ 以上の政策（CQCの機能の改変等）の内容を含む、NHS ソーシャルケア 2010年度法案（Health and Social Care Bill 2010-11）が国会で審議中である。法案としては大部なもの（HP上では全418ページ）である。
- ・ 同法案は、2011年1月19日に議会（下院）に提出された。しかし、保健省は2011年4月に一旦審議の中断を言明した。内容も大幅に見直しがされ、従来なかったほど、議論が長期にわたっており、法案の内容に異論が大きいことが背景にあるⁱⁱⁱ。2012

年5月に議会通過を予定である(2011年9月7日現在, 上院の第三読会段階).

5) その他の関連施策の方向性

- ・ 医療における成果に応じた診療報酬 Payment by Results(PbR)の動向
新たな経済的規制団体 (Monitor) がタリフの開発をおこなっている. コストに基づくデータが必要なため, 開発にはもう2~3年はかかる. 料金表に最低料金は設定されない. そのため, もっとも安い金額を提示する医療機関と契約する可能性がある.

6) ベンチマーク・システムについて

(a)ベンチマーク・システムが機能するための条件

(以下は, 質問に対する Rosenbach 氏の個人的な見解によるものである.)

- ・ ベンチマークのシステムは必要である. それによって競争することが健康的な競争といえる.
- ・ 正しい指標を開発することは政府の役割である. そうでないと, データを捏造 (gaming) することが考えられる.
- ・ 第一線の臨床スタッフが納得するような指標がよい. 現場職員にあまりにも時間の負担が多い指標はよくないが, 負担が全くない (burden-free) こともありえない. どのようなデータを集めるか, ステークホルダー間の合意が必要だ.
- ・ インセンティブが必要だ. PbR や質の尺度(Quality Measures)などは支払い(事業者の報酬)に関連している. よい質の達成には金銭的に評価することが必要である.
- ・ アウトカム評価だけでなく, アウトカムの代理指標となるプロセス指標も重要であり, プロセス, アウトカム両方の指標を統合して用いることが重要である.

(社会的ケアの領域ではアウトカムの評価が困難であるが, 観察や利用者満足度等の調査により行っている(認知症患者に対し SOFI も使用している). ケアパスウェイ(どこでどのようなケアが提供されたか)につ

いても, 患者・利用者家族に直接聞き観察したりして行う).

(b)指標開発における役割分担と研究者の関与

- ・ 指標の開発は CQC ではなく, 保健省がおこなっている. (社会的ケアについては Rosenbach 氏の元同僚の Simon Medcalfe が担当).
- ・ 指標開発・データの所轄の部局は The Information Centre for health and social care (以下, IC とする. <http://www.ic.nhs.uk/>) である. Tim Straughan が会長(CEO).
- ・ 指標開発に関し, 医療領域では多くの大学研究者の協力がある. 社会的ケアについては LSE 等が開発に協力している.

(3) 自治体(福祉サービス担当者)からみた近年の政策動向

1) Northumberland Foundation Trust について

(a)Northumberland の地理的位置と特性^{iv}

- ・ Northumberland は, 北の国境をスコットランドと接する, イングランドで最も北東部にあり, 最も面積の広い単一自治体 (Unitary District; 県と市の機能を両方兼ねる). 大都市ニューキャッスルを含むカウンティ (県にあたる) Northumberland and Tyne and Wear を構成する3つの地域の1つ. 行政機能は Morpeth にある. 人口は 311,000 人 (08 年) でイングランドの中で最も人口密度が少ない地域 (1 平方キロメートルあたり 62 人).
- ・ 産業革命時には国内で主導的な役割を果たし, 圏域内に多くの炭鉱町があった. 現在はこれらの産業が衰退し, 観光等が主要産業. イギリス (UK) の自治体の中では, 最も住民の所得が低い6分位にある.



上図：Northumberland の位置

(<http://en.wikipedia.org/wiki/Northumberland>)

写真：インタビューを行った John Young 氏 (右) と今回のコーディネイトをしていた John Downswell 氏 (左)

(b)インタビューの概要

- ・日時：2011年8月8日 (①), 8月10日 (②)

・場所：Northumberland Foundation Trust (Morpeth)

- ・聞き取り対象者と管轄業務

- ① John Young 氏：ケアマネジメント統括
- ② Joanna Sunderland 女史：利用者評価

2) Young 氏へのヒアリング結果

(a)Young 氏の管轄業務

Young 氏は、ケアマネジメント統括 (head of care management) であり、職位としては、成人ケアサービス部長、副部長の下で Senior Manager の一人 (シニア・マネジメント・チームの一員)。

(b)Northumberland Foundation Trust における保健医療福祉の協働

- ・ 当該地域には 20 年間以上の長期にわたって、保健医療と福祉が協働体制を構築してきた歴史がある。Health and Social Care Act 2011 法により、保健医療 (NHS) と福祉 (自治体の社会サービス部) の「特定のサービスに関する供給の統合」の方針により、ケアトラストがイングランド全土で 8 つ設置されたが、Northumberland Care Trust は初期にできたその 1 つであり、高齢者ケアに関する部分が統合された。その背景として、この地域には、炭鉱労働者の健康被害の問題や貧困世帯の生活問題など、保健医療と福祉の間の連携の必要性の高い問題があり、既に全国的な制度化 (ケアトラスト化) の前から連携の実態があったためである。
- ・ 2011 年 4 月からは、ケアトラストが NHS の Foundation Trust に統合された。これにより、NHS の入院医療、在宅医療、成人福祉サービスが全て 1 つの機関に統合され、自治体 (社会サービス部) 職員が NHS の職員となり、大幅な組織改編がおこなわれた。
- ・ 現在では、組織の各チームが様々な職種から構成される (たとえば、登録看護師 Registered Nurse である Young 氏は、ソーシャルワーカー、作業療法士 (OT) らの部下を統括している)。各専門職のアイデンティティは重要であるが、利用者・患者の立場からは継ぎ目のない統合されたケアが提供されていることが重要である。
- ・ 圏域内には 2 つの NHS 病院がある (Blyth 及び Ashington)。退院遅延法 (Delayed Discharge Act) により、退院遅延のペナルティに関し、自治体の NHS への支払いが義務化されたが、Young 氏が知る限り過去 4 年間で、遅延支払いが発生したケースは稀 (1~2 回) である。入院中に病棟にソーシャルワーカーが訪問し、退院後の生活の希望について聞き、早期退院に繋げており、組織連携・統合が患者の退院促進に効果があったと考えられ

る。

(c)当該トラストで管轄しているサービス

- ・トラストは、300～400人の職員を抱え、予算は7億ポンド（ケアの購入予算のみで、人件費等は含まれていない）。近年の経費削減により予算が切り詰められてきている。

① ケア・マネジメントサービス

- ・ Northumberland を4つの地域（北、東、西、中央）に分け、それぞれに **operational manager** を置いている。Young氏は4地域の **operational manager** を管轄している。自治体全体では、30チームのケアマネジメントチームがある。
- ・ 各 **operational manager** の下に精神、知的障害、LTC（長期ケア患者）などのサービス担当者がある。各々の業務はオーバーラップしている。

② 成人社会的ケア：高齢者、特に精神障害（認知症）、知的障害、身体障害、脳障害患者への福祉サービス

③ 福祉用具や医療器具の供与（車いす、心臓ペースメーカーなど）

④ 「個別化」(Personalisation)サポートチーム

⑤ 精神保健パートナーシップ合意

本来、医療側の foundation trust にあったサービス。自治体とのパートナーシップ契約により、医療職とともにソーシャルワーカーも担当し、若年の稼働年齢層から65歳までを対象とした精神保健サービスを提供する。

(d)「個別化」(Personalisation)と新たに導入された政策（ショートターム・スタート）

- ・ 2011年3月までにクライアントの30%が個別予算（personal budget）をもつという全国目標があるが、実現は容易ではない。まず、職員の考え方（mind set）の変化を必要とする。
- ・ 制度導入により、今後、ケアマネジャーはモニタリング、ゲートキーピング、監視役

となる。たとえば、ソーシャルワーカーはケアマネジメント業務が減り、元の専門職としての業務が中心となる。ヴァルネラブルな人々（被虐待者等）のケアはソーシャルワーカーへというように、各専門職へつなぐことがより可能になる。

- ・ 2011年4月から、6週間のショートサポートプランを開始。この期間のサービスは無料であるが、7週目以降は「個別予算」の適用となり、サービスが有料となる。現在、10名のサポートプランナーがいるが、今後もっと必要であり、増やしていきたい。
- ・ このために、看護、ソーシャルワーカー等の専門職が毎日集まり、共同ミーティングを開催して、誰をどの事業所、サービスに措置するかを話しあっているが、日々ケースが少なくなっている。まだ開始して半年であり、データが少ないが12月ごろには集計データが出せる可能性がある。
- ・ 利用者に対し、最初から援助し、サービスを提供すると、受け身になりやすいが、「あなた（利用者）には6週間あり、その間のサービスは無料、しかしそれから有料になりサービスを購入しなければならない」と初めに伝えることで、どうやって6週間で自立できるかを人は考えるようになる。このように自立を促し、エンパワメントにつながるこれがこのしくみのメリットである。
- ・ 個別予算制度は費用削減に繋がる。ソーシャルワーカーを一人雇うコスト（賃金で35,000ポンド、事務経費や諸費用を入れる48,000ポンド）を払うよりも個別予算の方が費用が抑えられる。個別予算の担当者は元銀行員である。

(e)PAF（業績評価）に係る会議と評価^v

- ・ ①毎月のパフォーマンス会議、②3か月に1度の業績管理（パフォーマンス・マネジメント）会議（地域全体）の2種類がある。
- ①毎月のパフォーマンス会議では、業績評価責任者、各専門職、予算担当者ら（20～30

人)が毎月1回集まり、全ての業績指標について、その経過や背景について議論する。

② 3か月に1回の業績管理会議では、チームマネジャー、オペレーショナル・マネジャー、議長 (Young 氏)、業績マネジャー等が集まり、全てではなく、一部の指標について検討する。各業績指標について、目標値を達成したか、現状ではどの程度かということ議論する。

- ・ 当該自治体の業績 (3つ星) 評価は改善した。信号色により業績を表示するが、以前は赤が多く、黄色・緑色が少なかった。現在では赤がなし、殆どの業績が緑である。理由としては、達成できなかった業績の背景になにがあるかを皆で考え、担当者のせいにはせず、懸命に皆でチームとして対応するからであると思う。

3) Joanna Sunderland 女史へのヒアリング結果

(a) 管轄業務について

- ・ 利用者評価を担当している (以下に詳細)。一方、それとは別に Downswell 氏 (今回のコーディネイター) が, LINKs (Local Involvement Networks) や患者フォーラム等のトラストが主催するフォーカスグループ方式で定期的に集まる機会を設け、患者や家族の関心事や意見を聞く等の取り組み等による評価を担当している。このような当事者グループには、高齢者、認知症、長期ケア患者等がある。

(b) Northumberland Foundation Trust で取り扱う利用者調査の種類と内容

① 利用者への満足度調査 (抽出調査)

- ・ 最低年一回、サービスを受けている利用者の中からサンプルを抽出し、サービスに関する経験を質問紙により聞き、フィードバックする。
- ・ 質問項目は、サービス供給に関する 10

のコアコミットメント (重要方針) が中心 (たとえば、プライバシーの確保、フレンドリーな態度、性別・年齢・民族等に関係なく公平な扱いを受けたか、必要な情報をえられたか等)。各項目を4段階 (強くそう思う、そう思う、あまり思わない、まったく思わない) で評価する。また利用者が選択の際に十分に意見を聞かれたか、選択ののちのアウトカムはどうか、等について聞く項目がある。

- ・ フリーアンサーにより意見も記入してもらい、報告書にまとめ、改善に役立てる。
- ・ コミュニティ・ヘルスケア (在宅医療) と社会的ケア (福祉) 両方の分野で行い、結果は報告書にして現場にフィードバックする。

② ショートターム・スタートの利用者への悉皆調査

- ・ 6週間の短期集中ケアの終了時に利用者全体に質問紙を渡す。
- ・ 現在、進行中のサービスや活動について意見を聞き、報告書にまとめる予定。

③ 病院での満足度調査

- ・ 従来から、病院トラストでの満足度調査も行っている。入院患者に行うため、データを取りやすく、コストがかからないメリットがある。

④ 苦情と褒め言葉 (complaints & compliments)

- ・ 手紙、e-mail などでも受け付けているが、あまり数は多くない。

⑤ アドホックなテーマ (サービス) ごとのレビュー

- ・ その他、特別な目的やサービスごとの調査をアドホックに行うこともある。

⑥ 知的障害者自身による調査 “Third

Degree”（「取り調べ」の意）

- ・ 質を表す基準に基づいて、障害者向けデイサービスを障害者自身が評価し、レポートを作成する（調査・レポート作成にはアドボケイターの健常者が支援する）。基準の例として、よいプログラムかどうか、アクティビティの内容はどうか、経験あるスタッフかどうか、食事と栄養、態度・姿勢、アクセシビリティなどがある。
- ・ 2日間訪問して監査(inspection)をおこない、その結果をもとに基準にスコアを付けて採点し、報告書を作成、公表している。

⑦ 介護者に対する調査

- ・ ノーサンブランド地方全体の介護者への質問紙を送る。質問項目は、サービスは時間どおりに来たか、サポートは十分受けられたか等の内容。

⑧ 独立監査者（Independent Observer）制度

- ・ 一般市民から選ばれ、訓練を受けた監査者が施設を訪問し、措置された入所者の権利の保護、施設の方針、施設の処遇手続き等について監査をおこなう。
- ・ 最初に、市民は半日のトレーニングを受ける（虐待等に関する知識を学ぶ）。その後、施設を訪問し、入居者とその家族に質問（構造化面接）をおこなう、彼らの経験がどうだったか、食事はよいか等。職員に質問する時もあるが、主な対象は利用者と家族である。その後、報告書を作成、施設にフィードバックする。
- ・ 現在、25人の監査者がおり80施設を回っている。少なくとも各施設に対し、毎年1回は行われている。

⑨ 障害者による公共サービスのチェック（Deaf and Disability Forum）

- ・ 聾者、障害者が公共サービスについてア

クセスやサービスがよいか、審査する。福祉や医療サービスだけではなく、図書館や交通機関等、公共サービス全般に対してのアクセシビリティの調査。自治体が障害者団体（ボランタリー団体）に費用を支払い、委託している。

- ・ 審査の中には、ミステリーショッピング（審査することをあえて隠して利用者のふりをしておこなうもの）もある。利用者のナラティブな経験も重要視している。

⑩ 担当者自身（Sunderland氏）による医療福祉サービスのミステリーショッピング

- ・ トラストの最初のコンタクトについて、（自分も職員であるとは名乗らずに）患者や家族等、一般住民のふりをして、相談したり問い合わせをおこなう。社会的ケア、コミュニティヘルスケアの両方に対しておこなう。
- ・ レター、Eメール、時には電話などの手段を使う。問い合わせにどう対応しているか、どのくらい速く対応してくれたか、要望した情報をきちんと提供してくれたか、相談者を尊重しているか、態度が丁寧かなどについて審査する。
- ・ サンプルのシナリオがいくつかある。例：介護者が介護施設を探しており、どうすればよいか助けてほしい、とサービス窓口でレターを出すなど。
- ・ 昨年からはじめ、現在は年1回行っている、もっと頻繁におこないたい。
- ・ 現在は窓口サービス（ファースト・コンタクト）のみであるが、今後は、サービス提供についてもこのような方法を開発したい。

(c)自治体の3つ星評価と利用者評価との関係

- ・ 行政の3つ星評価(star-rating)は、新政権のもとで新たな評価システムになると思われるが、その青写真は未だあきらかではない。

- ・ 自治体としては、公共サービスの自己評価、また自治体から公費を支出している事業者に対する評価は継続しておこなっている。
- ・ 従来おこなってきた、自治体の3つ星評価の中には、利用者評価の結果も考慮されていた。現地の訪問調査により、スタッフやクライアントにインタビューした質的情報と利用者のサンプルサーベイによる量的情報の両方が審査に含まれる。

(4)事業者（介護施設経営者）からみた近年の 監査・評価政策の動向

(a)インタビューの概要

- ・ 日時：2011年8月9日
- ・ 場所及び対象機関：Woodhorn Park Care Home (Ashington)
- ・ 聞き取り対象者と管轄業務
 - ① Steven Phipps (Regional Operations Manager) 法人の地域オペレーショナル・マネジャー
 - ② Vivian Morris (Manager of home) 施設長

(b)Woodhorn Park Care Home についてⁱⁱⁱ

- ・ 経営する民間営利事業者 Barchester Healthcare は、1993年に最初の施設の運営を開始し、現在ではイギリス(UK)全土で200以上の施設や在宅ケア機関を運営し、10,000以上の利用者を抱える、国内でも有数の民間営利ケアグループの1つ。高齢者ケアでは老人ホーム、ナーシングホーム、デイケアなどを運営し、その他にも身体障害者や自閉症利用者のための施設や病院も経営している。
- ・ Woodhorn Park Care Home は認知症等の症状をもつ高齢者のための入所施設(residential home)であり、60床の施設である。公表されている最も最近の

2009年のCSCI(Commission for Social Care Inspeicton)の監査によると3つ星(Excellent)の評価を受けている。入居費用は週あたり£444.00から£564.00である。



Woodhorn Park Care Home の正面玄関



Steven Phipps 氏 (左) と Vivian Morris 氏



食堂(ホームは2階建てであり、各階に食堂がある)

1) 監査の動向と現状について

(a) 近年の CQC (以前は CSCI) による監査制度の変化

- ・ 現在の監査 (施設の評価) 制度は近年改悪されてきた, という認識をもっている。なぜなら, 以前は年 2 回の監査が義務化され, 2 回の内 1 回は抜き打ちで行われていた。現在は, よい (Excellent) (3 つ星評価の 4 段階の最も良いランク) に認定されれば, 2 ~ 3 年に 1 回である (監査の柔軟化)。経営者の交代等により施設のケア水準は変わることがあるため, 監査の間隔が空くと質を継続的に担保できないと考えられる。また, 以前の監査は 2 日間行われ, 入居者や家族から直接話を聞いたりする時間も多かった。しかし, 現在では監査にかかる時間は 5 ~ 6 時間となり, 朝 10 時に訪問し夕方 17 時には終了している。また CQC は夜間の監査や, 抜き打ちの監査はおこなっていない。
- ・ 現在の監査のしくみ (監査の柔軟化) は, 理論上は正しいかもしれないが, 現実には適合していない, と考える。実際には予算削減により, CQC は職員を減らし, 訪問調査員 (監査官) (inspector) を減らしている。そのため, 以前に比べ書類審査の比重が高くなっている。書類の作文能力によって評価が左右されることになり, このような監査では入居者の家族に対し, 十分な説明責任を果たせない。
- ・ 監査官の職種は, 以前は看護師, 元施設長 (マネジャー) など, 施設において経験のある専門職であり, 監査は, そのような専門職から学ぶことができる肯定的な学習の機会であった。現在では監査官は専門職とは限らず, 様々なバックグラウンドの人がいる。そのため, 監査官との常識の共有が難しい。
- ・ 監査は有料。CQC には毎年登録のための費用として 50 万 £ 支払っている。

(b) CQC の監査と自治体の監査

- ・ CQC と自治体は異なるプライオリティ, 異なる基準によって監査を行っている。しかし, 監査の内容は重複している。
- ・ 現在, サービスを利用している 95% の高齢者が公費による支払いの該当者で, 残り 5% が私費で支払いをしている。公費により支払いがされる利用者がある場合, 必ず自治体の監査を受けなければならない。
- ・ CQC の基準は法的基準であり, それを遵守しているかどうか問われる。自治体の基準は自治体と事業者との契約に基づいており, CQC のものに比べ, 内容は詳細である (たとえば, サービス開始後の 2 日後に報告が必要等の条件がある)。Barchester Healthcare は, この地域 (Northumberland) 全体で 11 施設を運営しており, 7 つの自治体に分散している。自治体ごとに異なる基準が設けられているために, 監査への対応が複雑化している。
- ・ 監査官により得意分野があり, それに焦点を当てたがる傾向がある。そのように監査官一人一人の主観的判断にゆだねられている部分大きい。

(c) 基準の変化と監査手続きの変化

- ・ NMS (National Minimum Standard) から「質と安全のための基本的基準」へと基準が変更され, 医療により重点化したものになったが, 実際にはあまり変化していないのではないかと。ただし, 以前の NMS の方がより判断しやすい基準であり, 現在の方がより多くの書類を要求されるようになった。
- ・ 現在は, CQC から施設に電話があると, その 5 日後に 16 のコア基準について, 書類を提出しなければならない。さらに電話の 6 週間後に訪問調査が入る。短期間で多くの書類を準備しなければならないなくなったため, 施設の自己評価と監査

- ・ 法人グループはもともと医療機関(民間病院)ももっていたために、新しい医療機関と共通した「質と安全基準」への対応もしやすかった。また法人には高齢者ケアだけではなく、身体・知的障害者などさまざまな種別の施設が全国に 200 以上あるため、ベストプラクティスの共有を図るとりくみも進めている。

(d)施設の自己評価と(監査に対応した)法人研修

- ・ CQC や自治体の監査に備え、書類を日ごろから準備するとともに、法人の中で月 1 回監査を行っている。たとえば、先週午前 2 時に、施設長が施設を訪問し、(職員には知らせずに)抜き打ち監査をおこない、夜間の施設の状況を確認した。他の法人や施設はそこまでやっていると限らない。
- ・ 法人の登録担当責任者(Head of registration)が CQC のリエゾン・オフィサーと月 1 回情報交換等の機会をもっている。
- ・ 法人の中に元監査官を 4 名、監査機関の元管理職員を 3 名雇用し、基準の変化や監査制度の変化について、いち早く法人理事会に知らせ、職員に周知を図っている。
- ・ 法人内でマネジャーに対しては、CQC の監査にどのような書類を提出すべきか、どのような指導がされるか、基準の内容等について、3 日間の研修を行っている。既に管轄地域の 11 施設の中で 2 施設が CQC の監査を終了している。
- ・ 定期的に、11 施設のマネジャー(施設長)会議を行っている。マネジャーには、元看護師、ソーシャルワーカー、等様々な職種がおり、それぞれの専門職の視点を活かして話し合う。優れた看護師のマネジャーをえることはどの施設でも難しい。
- ・ 家族への満足度調査も年 1 回独自におこなっている。通常およそ 60%の家族が回答する。同じ質問項目を専門職である施設職員にも回答してもらう。これらの回答結果を法人本部で分析し、報告している。

2) 今後の監査制度の方向性

(a)3 つ星評価の廃止と今後の方向性

- ・ 従来の 3 つ星(格付け)評価(excellent-good-adequate-poor の 4 段階)の判定の際は、評価機関(CQC、それ以前は CSCI)の評価と自治体の評価を統合していた。具体的には CQC 評価を 30%、残り 70%を自治体評価として評点に加える(例えば、CQC 評価が excellent の場合 30%、good の場合 20% 等として点数化する)。自治体評価は、施設との契約に基づき、ケアプランが適切に策定され見直しされたか、職員の配置等の項目に基づいて判断し、最終的に残り 7 割分として点数化される。しかし、CQC の 4 段階評価が廃止されたために、現在は両者の評価を統合できなくなった。
- ・ そのような従前の判定方式を廃止し、新政権は新しいシステムに置き換えようとしている。しかし、対案が確定しているわけではなく、今後の方向性は明らかではない。
- ・ 現在の案(諮問文書'Recognising Excellence in Adult Social Care'(CQC 2011))では、CQC が最低基準である「質と安全のための基本的基準」による登録を行った後に、事業者は、外部の民間評価機関に別途費用を支払い、質の評価に関わる審査を受けるという提案が示された。つまり、最低基準を満たし登録された施設がより高いサービスを行っているという評価をえるためには、CQC ではない、他の評価機関からさらに認証を受ける必要がある、というもの

である。しかし、実際にそれができるといふような団体があるのか、監査官としてどのような人が想定されるかの詳細は示されておらず、現実的ではない。本来既存の制度を廃止する前に対案を示すべきだが、それがなく廃止にしたことに問題がある。

(b)事業者にとって望ましい情報公表

- ・ 利用者・住民に情報を提供する際は、シンプルなものにすべきである。事業者には詳細な報告書が必要だが、利用者・住民が施設を選ぶ際には簡単でわかりやすいものがよい。その意味では 3 つ星（格付け）評価や 4 段階評価はわかりやすい。

3) その他のイギリスの高齢者ケアをめぐる現状

(a) 要介護認定の問題

- ・ 予算が削減されているために、自治体は、高齢者を 4 つの要介護度のカテゴリーの中で「グレード 4」（介護度が最も軽い）に認定し、支出を削減しようというインセンティブをもっている。そのため、介護度の認定については自治体との間でいつも争いがある。
- ・ 自治体の認定審査会は、ケアマネジメントのリーダーと財政担当者が参加し、その判断はブラックボックスである。審査会のメンバーや人数についても、なぜどのように介護度を判断したのかも明らかではない。このような問題の解決に向けて、ケア事業者団体と自治体との間で交渉を続けている。

(b) 公的ケア受給者の縮小傾向

- ・ 7 年前は、要介護度の 4 レベルの内、全ての要介護高齢者が公的ケアを受給することができた。現在は、上（より重度）の 2 段階、あるいは最も上の 1 段階しか、公的ケアを受けることができない。在

宅ケアの整備も不十分であるために、十分なケアを受けることができない高齢者がむしろ重度化してしまうという悪循環がある。

(c) 在宅ケアの不足

- ・ 在宅ケアを受けている人の 9 割が認知症患者といわれているが、現在、ホームヘルパー等の専門職が不足しているため、認知症に十分な対応ができていない。たとえば 1 日の間に朝 7 時に整容・排泄のために 15 分訪問し、次は夕方 5 時、といったルーティーンな訪問しかできていない。その間、社会的に孤立し、介護職としか日々コミュニケーションがとれていない、といった高齢者も多い。このような高齢者が在宅で認知症が悪化する場合もある。
- ・ 最近の調査によると、10 人に 9 人の割合で在宅高齢者は投薬が適切に行われていないことが明らかとなった（薬の量や摂取の時間など）。在宅において十分な支援体制が構築されていない。

D. まとめと考察

(1)ベンチマーク・システムに関わる政策動向

1)自治体評価のベンチマーク PAF の廃止

今世紀の初めから、医療行政を担う NHS、続いて福祉行政を担う自治体社会サービス部において、PAF によるベンチマーク評価が開始され、データの公表と分析が行われてきた。行政評価の指標については保守党政権下からあったものの、労働党政権において初めて、全国的な共通の指標として制度化され、ベンチマークとして全国のデータが公表され比較ができるようになった。その後、社会サービスの PAF は過去 10 年間に、ランキング（3 つ星評価）から格付け、格付けからアウトカムごとの判断と、情報公表の方法の見直しをおこなうなど、様々な改革をおこなってきた（長澤 2005, 2010）。

しかし、2010年の政権交代により、集権的な行政評価のしくみが地方分権の政策理念に反するものとしてPAFは廃止された。現在はPAFに代わるものとして、社会的ケアのアウトカム評価枠組み(Adult Social Care Outcome Framework, ASCOF)が提案されている(DH 2011)。ASCOFにおいては、中央政府は目標値の設定や自治体の業績マネジメントを行わず、その活用や住民への公表は自治体の任意であり、自治体が自主的に質の向上に取り組む際の目安としての活用が勧められている(白瀬 2012)。

2)事業者評価のベンチマーク 3つ星評価の廃止と監査の変容

事業者に対しては、2000年ケア基準法により全国最低基準(National Minimum Standard, NMS)に基づく監査・評価が行われてきた。しかし、それに基づいて2008年1月に開始された3つ星評価(star-rating)を廃止することをCQCは2010年5月に公表し、2010年10月以降、新たな登録・監査システムが開始された。基準については、NMSに代わり、医療と福祉の領域間で共通した「質と安全の基本的基準」が導入された。この基準は法令に準拠し、事業者の登録の最低要件とされ、新連立政権以降のCQCは事業者の質の評価よりも、最低要件の登録認可機能がより重視されることとなった。この背景には、新連立政権による監査機関の機能の縮小、対象事業者の種別や数の増加とともに、予算の縮小があることも聞き取り調査により明らかとなった。また事業者の自己評価に関わる報告の増加とともに、実地調査の頻度の削減があり、事業者の視点からは監査の実効性について懸念があることも明らかとなった。

(2)ベンチマークの成果と課題に関する各々の認識

1)自治体担当者の認識

今回聞き取り調査をおこなった自治体担当者からは、CQCにデータを提出する必要はなくなったものの、住民・納税者への説明責任として、従来のPAFに関わるデータの蓄積は継続する方向であることが明らかとなった。10年間に及ぶ行政評価の経験により、業績を測定し、分析し、公表するしくみはNHS・自治体にも国民の間にも定着したものと考えられる。

2)事業者の認識

今回調査した事業者は1施設であるが、従来CQCからは高評価を得ている介護施設である。経営者は、近年の監査の柔軟化(高い業績の場合は監査の頻度を低下させる)や今後のCQCの機能が最低基準の登録のみで質の評価をおこなわないことに対し批判的であり、監査の実効性に懸念をもっている。また、従来の3つ星評価のような直観的に分かりやすい評価の公表を求めていること、専門職である監査官による実地調査により、質の改善に向けた助言や支援を期待していることが明らかとなった。

(3)ベンチマーク・システムが機能するための条件と課題

今回の聞き取り調査対象者の意見を踏まえると、ベンチマーク・システムが機能するための条件を次のように整理できる。

①何を測るか(指標の内容)、結果のデータがどのように利用されるか(業績に基づくガバナンス)に関し、中央政府のリーダーシップ(指標の特定やプラットフォームの整備)の下、ステークホルダー間の合意(特に第一線の現場職員の理解)があること。

②第三者機関の判断に基づき、高い業績を達成した場合は、中央政府からの報奨(金銭的報酬など)や利用者からの信頼がえられる一方で、業績が低い場合には制裁措置など、評価を受ける組織にとってのインセンティブが組み込まれていること。

③アウトカム指標、アウトカムの代理指標

となるプロセス指標、インプット（ストラクチャー）指標から構成された指標体系が構築され、その中には利用者評価や職員評価等の質的な情報も含まれ、利用者の視点が反映されていること。

ただし、①の中央政府による業績に基づくガバナンスについてはNHSのような全国で統合された1つの組織（医療領域）では機能しているものの、自治体や民間営利事業者等の多様な利害関係者が存在する福祉領域では十分に機能していないこと、②については業績結果の判断に妥当性があることが前提であること、③アウトカム指標については、今後自治体で利用される ASCOF 指標の運用実績に基づき、さらに検討しなければならないことを指摘しておきたい。

今後は、自治体の方は ASCOF によるアウトカム評価で、事業者は新しい登録・評価システムに基づき評価を受け、公表されることになる。その中では、自らの業績を測定し、ベストプラクティスとしたもの（あるいは適切な外部基準値）と比較分析することにより継続的改善を行うことであるベンチマークの条件が必ずしも確保されていない（中央政府による外部基準値の設定はなされず、比較分析は担保されていない）ために、質改善のための実効性を担保するための課題が残されている。

E. 結論

本研究では、保健医療福祉に関わる4つの団体または個人を対象に聞き取り調査をおこなった。その結果を踏まえて、ベンチマークに関する政策動向とベンチマークの成果と課題に関する各々の認識を以下のとおり整理し、ベンチマーク・システムが機能するための条件を考察した。

自治体評価(PAF)および事業者の3つ星評価(star-rating)のベンチマークは集権的な規制よりも分権的かつ自主的な規制を重視する現連立政権により、2010年に廃止された。また連立政権の方針のもとで、監査機関 CQC の

役割は事業者の質改善よりむしろ、最低要件である基準に基づく登録認可へと移行しつつある。

一方で、自治体への聞き取りから、過去10年間のベンチマークの取り組みにより、業績を測定し、分析し、公表するしくみは定着したものと考えられる。事業者からもベンチマーク・システムの利用者に対するわかりやすさが評価されている。このように自治体評価や事業者評価におけるベンチマーク・システムは質を改善するための手段として一定の成果を挙げたものと考えられる。

今後はベンチマークの条件が必ずしも確保されていない（中央政府による外部基準値の設定はなされず、比較分析は担保されていない）ために、質改善のための実効性を担保するための課題が残されている。

さらに、ベンチマーク・システムが機能するための条件として、以下の3つが考えられる。

①中央政府のリーダーシップ（指標の特定やプラットフォームの整備）の下で、指標の内容やその活用目的についてステークホルダー間の合意（特に第一線の現場職員の理解）があること。

②高い業績を達成した場合は、中央政府からの報奨（金銭的報酬など）や利用者からの信頼がえられる一方で、業績が低い場合には制裁措置など、評価を受ける組織にとってのインセンティブが組み込まれていること。

③利用者評価を含めたアウトカム・プロセス・インプット（ストラクチャー）から構成される体系的な指標が整備されていること。

i Rosenbach 氏への聞き取り及び同氏に紹介された以下のサイトの論考を参考にした。

Mithran Samuel, Councils back scrapping of annual care rating, despite provider warnings, Community Care:08 Nov. 2010 (<http://www.communitycare.co.uk/Articles/2010/11/08/115766/councils-back-end-of-care-rating-despite-provider-doubts.htm>)

ii NHS 急性期病院については、疾病、治療実績、患者満足度（保健省が毎年調査）等豊富なデータが存在する。他にも非通知の監査も行っており、ケアの質が低い場合は通告するしくみがある（聞き取り内容より）。

iii Health and Social Care Bill 2010 法案の主な内容は以下のとおりである。

(<http://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare.html>)

- ・ 資源配分と購入（コミッション）の指針を提供する独立した NHS 委員会の設置
- ・ 患者の代理としてサービスを購入する GP の権限の強化
- ・ CQC の役割の強化
- ・ 現在ファウンデーショントラストの規制をおこなっている Monitor の機能を NHS のアクセスや競争の面で監視する経済的規制とする。
- ・ NHS の管理的コストを 3 分の 1 削減するという政府のコミットメントに見合うためにプライマリケアトラストと戦略的保健当局等の医療関係機関の数を削減する。

iv <http://en.wikipedia.org/wiki/Northumberland> より引用。

v 業績評価の直接の担当者にはアポが取れなかったが、業績管理会議の議長である Young 氏に氏に関係する業務について伺うことができた。

<http://www.barchester.com/>

<http://www.bestcarehome.co.uk/services/view/woodhorn-park> を参照。

文献

CQC, 2011, *Recognising Excellence in Adult Social Care*.

DH(Department of Health),2011,

Transparency in Outcomes: Framework for Quality in adult social care.

長澤紀美子,2005,「イギリス自治体社会サービスの行政評価」『老年社会科学』27(1), pp.81-89.

長澤紀美子,2010,「高齢者介護施設のコンプライアンス—オーストラリアおよびイギリスにおけるコンプライアンス態勢構築に向けた方策—」『高知女子大学紀要(社会福祉学部編)』59, 67-85.

長澤紀美子,2011,「高齢者ケアのアウトカム評価」『高知女子大学紀要(社会福祉学部編)』60, 169-183.

Samuel,M., 2010, *Councils back scrapping of annual care rating, despite provider warnings*, Community Care,08 Nov. 2010 <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2010/11/08/115766/councils-back-end-of-care-rating-despite-provider-doubts.htm>

白瀬由美香,2012,「イギリスにおける介護サービス事業者の監査・評価制度 - Care Quality Commission による質保証の意義と課題」国立社会保障・人口問題研究所ディスカッション・ペーパー発表会報告論

文(2012.03.26).

IV 資料

<資料>

国際比較研究に向けた国際ワークショップ記録

概要

国際比較研究から何を学ぶことができるのか及びその可能性に加え、国際比較研究を行ううえで留意すべき点や課題・限界を検討する目的で、国際ワークショップを開催した。

ワークショップは 2012 年 1 月 8 日に日本福祉大学名古屋キャンパスにて、S V Subramanian 氏（ハーバード大学公衆衛生大学院教授）、訓覇法子氏（日本福祉大学教授）、Mårten Lagergren 氏（Stockholm Gerontology Research Center 准教授）、羽田明氏（千葉大学大学院医学研究院 教授）らを演題者として行った。

ワークショップは、1) 国際比較研究から何を学べるか (comparative epidemiologic research: an overview)、2) SNAC の概要と日瑞比較研究の可能性、3) JAGES—柏市調査の概要と日瑞比較研究の可能性という 3 つのテーマで行った。

国際比較研究は、政治的・制度的な要素の検討などに有効であり、中でも比較疫学はグローバル化の高まりとともに重要性を増している。同時に、比較研究は比較可能性や生物学的錯誤などの課題も有している。

日本とスウェーデンには高い高齢化率などで類似するものの、財政運営などの面で異なる。また、JAGES（日本のデータ）と SNAC（スウェーデンのデータ）では、データ入手の面で課題（相違）などがある。

これらのことを踏まえる必要はあるものの、「日本の制度が優れているかどうか」などにつき正当性・妥当性を持って検証するためには、国際比較研究が有用である。

1. ワークショップの目的

国際比較研究から何を学ぶことができるのか及びその可能性に加え、国際比較研究を行ううえで留意すべき点や課題・限界を検討する目的で、国際ワークショップを開催した。

2. ワークショップのプログラム

国際シンポジウムは以下のプログラムで実施した。

日時：2012 年 1 月 8 日（日）

午前 10 時 20 分～午後 4 時

場所：日本福祉大学名古屋キャンパス 7B 会議室

10：20— 開会あいさつ

10：30— 「国際比較研究から何を学べるか」：S V Subramanian 氏（ハーバード大学公衆衛生大学院教授）

11：50— 昼食

13：00— 「SNAC の概要と日瑞比較研究の可能性」：訓覇法子氏（日本福祉大学 教授）、Mårten Lagergren 氏（Stockholm Gerontology

Research Center 准教授）

14：40— 休憩

14：50— 「JAGES—柏市調査の概要と日瑞比較研究の可能性」：羽田明氏（千葉大学大学院医学研究院 教授）

15：30— 総合討論

16：00 閉会あいさつ

3. ワークショップの内容

ワークショップは主たるテーマは次の 3 つである。それらは、①国際比較研究から何を学べるか (comparative epidemiologic research: an overview)、②SNAC の概要と日瑞比較研究の可能性、③JAGES—柏市調査の概要と日瑞比較研究の可能性である。以下、テーマごとについてワークショップの内容を記述する。

1) 国際比較研究から何を学べるか (comparative epidemiologic research: an overview)

すべての研究は比較研究であるが、特に比較研

究を意識した場合には次のことに留意する必要がある。比較研究とは、質的・量的手法を用いて、2 つ以上の対象について類似点もしくは相違点、秩序あるいは特異性を明らかにすることである。

比較研究が以前から用いられてきた研究方法であることの例として、Chadwick が 1842 年に実施した調査（人口学的解析）がある。この調査では、社会階層・地域によって平均余命は異なるが、同じ階級であっても地域によって異なり、労働者階級であっても rutland の労働者階級は liverpool の貴族階級よりも長生きだった。

比較研究には 4 つのモデル (bereday)、記述 (description : 事実を記述するのみ)、解釈 (interpretation : outcome について羅列)、並列 (juxtaposition : outcome を比較し仮説の検証が可能となる、A と B を別に並べる)、比較 (comparison : A と B を同時に比較し検討する。) がある。

比較研究の一つである比較疫学は、グローバリゼーションに伴い重要性を増してきている。肥満、非感染性の疾患等は政治的・制度的な要素が大きいことも指摘されており、(国際) 比較研究はその検討に有用である。また、因果推論における有効な手法であると考えられる。

一方で、比較研究には課題もある。課題は主に次の 3 つの視点から述べる事が出来る。一つ目は、「比較可能であるか (似た部分が必要)」という点である。たとえば、“old”とは何歳以上か、“中心地”とはどの程度の都市か、“近所”をどのようにイメージするか等について同等性がないと比較可能性が保てない。その他、人種、社会階層、ジェンダー等、その国によって意味するところが異なることがある。

二つ目は、社会・政治・慣習のシステムの違い (概念・認識) が国によって異なる点である。“福祉”の言葉一つをとっても、単に支出額だけではなく、“福祉”にその国の人々が何を期待するのか、どのように捉えているかが異なり、単純な比較が困難となる。

三つ目は、生態学的錯誤である。その例としては、非識字率と人種に関する研究では個人レベルと州レベルでは結果が異なり、分析レベルによっ

てその結果が異なるといったものがある。Subramanian らが検証した際には、個人レベルでは OR が 12 程度あったものが、州を考慮に入れることで OR は 6 程度へと低減した。その理由としては、白人においては州ごとの非識字率の差が大きく、黒人は州ごとの差が比較的小さいといったことがある。また、Robinson の論文では生態学的研究では十分な解析は出来ないと結論付けられており、multilevel での検討が必要であることの根拠ともなる。

2) SNAC の概要と日瑞比較研究の可能性

2006 年に日本とスウェーデンの研究連携が始まった。日本とスウェーデンの類似点としては、高い高齢化率・長寿命・公的に保障されている長期療養へのアクセスなどがある。他方、財政運営が異なり、ニーズ把握手法も異なる。日本では全国で統一されているが、スウェーデンの場合は地域で異なる。その他の日瑞の相違として、日本は国が介護保険システムを担っていて手続きがフォーマルであるのに対し、スウェーデンでは法に基づくものであるものの、資金は地方税による地方自治体ベースのサービス提供であり、評価手順は統一化されていない。

日瑞の比較研究において、以下のことなどが検討される必要がある。まず比較研究の問題点では、ケアシステムの違いから比較可能性があるのかどうかという点である。加えて、日本の全国データがない現状で (スウェーデンでは各都市の人口プロファイルが作成されているが)、日瑞の比較をして良いのかという点もある。一方、本研究の意義あるいは目的として、「日本の制度が優れているかどうか」については、日本以外の国との比較を行わないと正当性・妥当性を持つての検証が出来ないという要因がある。また、比較研究におけるテクニカルな部分では、日瑞 2 つのシステムを比較するには、データベースへのアクセス、変数が比較可能か、変数の定義自体が比較可能か、共通の理論を構成できるかなどの点がある。

ここからは SNAC の概要について述べる。SNAC は、2001 年から政府主導で開始され、増加する要介護高齢者対策が目的としている。4 つ

の地域において統一デザイン・プロトコールで実施され、健康・身体機能・認知機能、社会経済的等の多側面から評価を行っている。また、ポピュレーションについては60歳から年齢コホートごとに6年ごと（78歳からは3年ごと）の評価を行っている。（2001-2004年がベースライン調査）。加えて、インタビューand質問紙の両方で実施されている（1人につき5-6時間）。医師を含め多職種により実施し、非常に広範にわたる調査を行っている。さらに、agingだけでなくcareも含まれている点に特徴がある。

3) JAGES—柏市調査概要と日瑞比較研究の可能性

JAGESの目標は、政策・サービスを評価する、社会疫学的観点から高齢に係る検討を行う、介護保険システムに係るベンチマーク指標の開発などである。ベンチマークは、開発及び運用による自治体間の比較をすることが目下の目標であるが、ベンチマークにおいては、データ収集、適切な指標の選定、信頼性・妥当性の評価、運用に適した簡素化が課題となっている。

JAGESでは地域在住高齢者を対象に大規模なアンケート調査を行っている。質問項目は、社会的要因に関するものなどで、死亡・介護データをoutcomeデータとした解析、小学校区データを用いた地理情報システムによる解析が実施可能である。

Social capitalについては、trustによる2値的なsocial capitalとスポーツクラブに行っているかどうかの構造的なsocial capital等を測定している。たとえば、Social capital (trust)が高いと痩せの割合も少ない。同様に、social capital (sports clubs)が高いと痩せが少ない、social capital (sports clubs)が高いとfalling downが少ないなどの結果が得られている。

日瑞の比較研究に際しては、以下のことなどを検討する必要がある。

SNACでは多くのsocial capitalに関する質問が組込まれている（社会参加等）。スウェーデンでの要介護認定者の割合は約15%であり、日本16%と割合は近似している。

SNACには転倒に関する項目と、外傷に係る医

療データを組み合わせて評価を行っているが、日本ではこのような評価は一般的ではない。スウェーデンでは医療機関内で転倒することが最も多いという実態がある。

SNACとJAGESの比較にはデータ入手の課題があり、SNACでは全データにアクセス可能である一方、JAGESではPADL(=Personal activities of daily living)で1以上は市町村データに依存する。

また、JAGESに選ばれた地域の日本全体としての代表性の担保はどうかという課題もある。この点については、JAGESでは大都市も含めて調査を実施しており、代表性の担保に向けての努力は行われている。しかしながら、評価の際に配慮は必要である。なお、介護保険は市町村単位であるため、当該自治体としての代表性はあり、将来的にはベンチマークシステムを用いて自治体自身が評価を行えるシステム作りを目指している。

4. まとめ

国際比較研究の利点や課題を検討しつつ、日瑞比較研究の可能性や今後の課題について議論を行うため国際シンポジウムを開催した。

国際比較研究は政治的・制度的な要素の検討などに有効であり、中でも比較疫学はグローバリゼーションの高まりとともに重要性を増している。同時に、比較研究は比較可能性や生物学的錯誤などの課題も有している。

日本とスウェーデンには高い高齢化率・近似する要介護認定者割合などの類似点があるものの、財政運営などの面で異なる。

また、JAGESとSNACを比較した場合、social capitalに関する調査（質問）項目が共にあるなどの共通点の一方、両者を比較するにあたりデータ入手の課題などがある。データの入手の課題では、SNACは全データにアクセス可能であるが、JAGESでは市町村データに依存する。

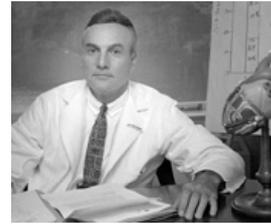
以上のことを踏まえる必要があるものの、「日本の制度が優れているかどうか」などにつき正当性・妥当性を持って検証するためには、国際比較研究が有用である。



Comparative Epidemiologic Research: An Overview

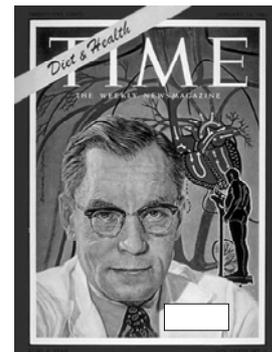
S V Subramanian
Professor of Population Health and Geography
Harvard School of Public Health

International Workshop on
"Potentials of international collaborative research in social epidemiology and gerontology"
The Center for Well-being and Society (CWS), Nihon Fukushi University, Nagoya, Japan
January 8-9, 2012

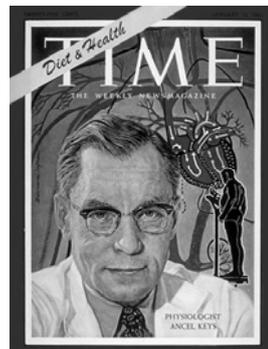


Outline

- Comparative epidemiology: a brief history
- Components of comparative research
- Multilevel approach to comparative research
- Recent examples of comparative research in epidemiology



"The fundamental rationale of comparative research: to learn about one setting, we must necessarily examine others" (Western 2001)



Ancel Keys
Seven Country Study



Thomas Dawber
Framingham Heart Study

Risk factors for Cardiovascular Disease

• Framingham

- 1948 and on-going
- One town in Massachusetts, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
- Inferential Unit: Individuals
- Population variability: a nuisance
- Unit of analysis: Individuals, xxxxxxxxxxxxxx
- <http://www.framinghamheartstudy.org/about/history.html>

• Seven Country

- 1958 – 1970
- 7 countries: Yugoslavia, Italy, Greece, Finland, Netherlands, USA, Japan
- Inferential Unit: Populations
- Population variability: of substantive interest
- Unit of analysis: Sites/Countries
- <http://www.sph.umn.edu/epi/history/sevendecountries.asp>

Defining comparative research

- Comparative research can be defined as a quantitative and qualitative comparison of two or more entities with a goal to:
 - identify similarity (and differences)
 - isolate regularities (and uniqueness)
- Isn't all research "comparative"?
 - According to Durkheim (1938: 139): "Comparative sociology is not a particular branch of sociology; it is sociology itself, in so far as it ceases to be purely descriptive and aspires to accounts for facts"

Chadwick, Edwin (1842) Sanitary Conditions of the Labouring Poor in Britain

TABLE 2-1. Longevity of Families Belonging to Various Classes:
Average Age at Death

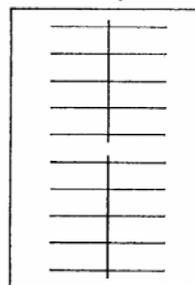
District	Gentry and Professional	Farmers and Tradesmen	Laborers and Artisans
Rutland	52	41	38
Bath	55	37	25
Leeds	44	27	19
Bethnal Green	45	26	16
Manchester	38	20	17
Liverpool	35	22	15

Source: Wohl, 1983, p. 5.

A Model for Undertaking Comparative Studies

I. DESCRIPTION

Pedagogical Data Only

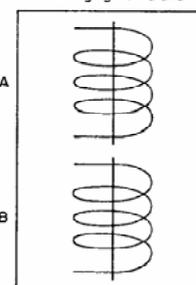


Country A

Country B

II. INTERPRETATION

Evaluation of Pedagogical Data



Historical
Political
Economic
Social

Historical
Political
Economic
Social

Source: Bereday GZF (1964) Comparative Method in Education (New York, Holt, Rinehart & Winston).

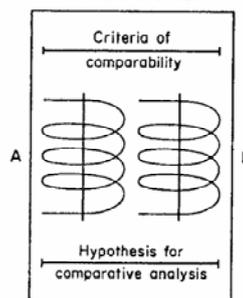
Why comparative epidemiology?

- Inter-connectedness in disease patterns triggered through globalization (within and across countries)
- Classic example: obesity (but also other communicable and non-communicable diseases)
- Biomedical explanations while important and relevant are increasingly being trumped by larger social, political and institutional factors
- Useful design for establishing the consistency of an association strengthening causal inference

A Model for Undertaking Comparative Studies

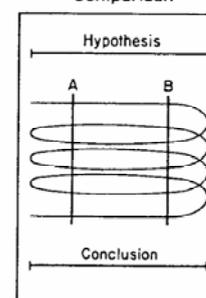
III. JUXTAPOSITION

Establishing Similarities and Differences



IV. COMPARISON

Simultaneous Comparison



Source: Bereday GZF (1964) Comparative Method in Education (New York, Holt, Rinehart & Winston).

Conducting comparative research

- **Equivalence in**

- **Cases or Observations**

- Are the population samples comparable across contexts? [e.g., defining “old” across contexts]
 - Are they representative of the context they are drawn from in the different countries? [i.e., if **intra**-country variations are substantial then **inter**-country comparisons becomes untenable]

Conducting comparative research

- **Equivalence in**

- **Larger social, political and institutional systems**

- e.g. comparing “welfare” policies in countries with qualitatively different notions of welfare

Conducting comparative research

- **Equivalence in**

- **Geographic Units**

- Are the geographic units comparable across contexts? [e.g., the idea of “neighborhoods”]

Scales of comparative research

- Two units (2 countries)
- Regional
- Global

Conducting comparative research

- **Equivalence in**

- **Constructs**

- Are instruments and definitions measuring the same latent trait across all contexts? [e.g., race, social class, or gender]

Analytic Approaches to Comparative Research

- Pool all observations across all contexts (e.g., countries) and report “average” associations between X and Y
- Analyze one context at a time, and then do comparisons
- Pool all observations across all contexts (e.g., countries) and report “average” associations between X and Y, **AND their variability across contexts**

ECOLOGICAL CORRELATIONS AND THE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS

W. S. ROBINSON
 University of California at Los Angeles
 American Sociological Review, Vol. 15, No. 3 (Jun., 1950), pp. 351-357

Published by Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association
 © The Author 2009; all rights reserved. Advance Access publication 28 January 2009
 International Journal of Epidemiology 2009; 38:137-141
 doi:10.1093/ije/dyn357

REPRINTS AND REFLECTIONS

Ecological Correlations and the Behavior of Individuals*

WS Robinson¹

ECOLOGICAL CORRELATIONS AND THE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS

W. S. ROBINSON
 University of California at Los Angeles

American Sociological Review, Vol. 15, No. 3 (Jun., 1950), pp. 351-357

- On the ecological relationship
 - The purpose of this paper will have been accomplished if it prevents the future computation of **meaningless** correlations.
- On the individual relationship
 - The purpose of this paper will have been accomplished if it stimulates the study of similar problems with use of **meaningful** correlation between the properties of individuals.

ECOLOGICAL CORRELATIONS AND THE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS

W. S. ROBINSON
 University of California at Los Angeles
 American Sociological Review, Vol. 15, No. 3 (Jun., 1950), pp. 351-357

Individual		
Illiteracy	1	
Black	0.203	1
State		
%Illiteracy	1	
%Black	0.773	1

Published by Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association
 © The Author 2009; all rights reserved. Advance Access publication 28 January 2009
 International Journal of Epidemiology 2009; 38:142-146
 doi:10.1093/ije/dyn356

Revisiting Robinson: The perils of individualistic and ecologic fallacy

S V Subramanian,^{1*} Kelyvn Jones,² Afamia Kaddour³ and Nancy Krieger¹

ECOLOGICAL CORRELATIONS AND THE BEHAVIOR OF INDIVIDUALS

W. S. ROBINSON
 University of California at Los Angeles
 American Sociological Review, Vol. 15, No. 3 (Jun., 1950), pp. 351-357

Individual		
Illiteracy	1	
Foreign-born	0.118	1
State		
%Illiteracy	1	
%Foreign-born	-0.526	1

Revisiting Robinson's Example

- **Data:** 1930 US Census
- **Structure:** 98 241 245 individuals in 49 States
- **Outcome:** Illiterate or not
- **Predictors:**
 - **Individual:** Race/Nativity (White Native, Foreign-born Native, and Black)
 - **State:** Percentage of Black Population; and Jim Crow or not
- **Model:** Two-level Binomial Logistic Model using Monte Carlo Markov Chain (MCMC) estimation with Metropolis-Hastings Algorithm

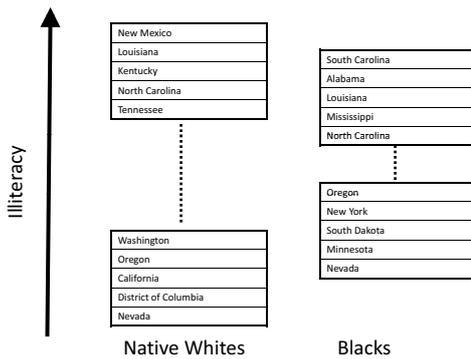
State not simply “aggregates” of individuals

Race-illiteracy association appears to be sensitive to States’ circumstances

	Ignoring states OR (95% CI)	Accounting for states OR (95% CI)
Native White	1	1
Black	11.66 (11.63, 11.69)	5.86 (5.84, 5.88)

- Presence of Jim Crow Law
 - *i.e.*, federal and state laws that permitted racial discrimination under the concept of “**separate but equal**”
- Reality: “**separate and unequal**”
 - Per capita educational expenditure in public schools
 - Georgia: White Child = \$11.30; “Colored” Child = \$0.00.
 - Alabama: White Child = \$26.47; “Colored” Child = \$3.81

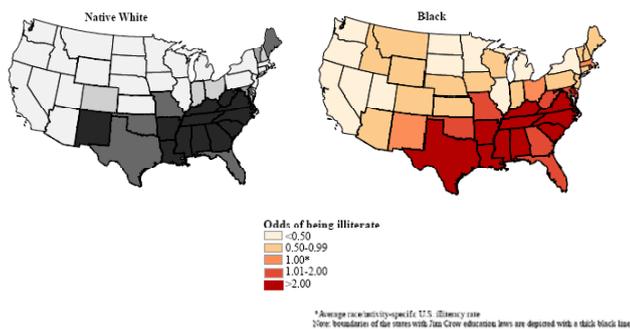
Substantial heterogeneity in the illiteracy-race association



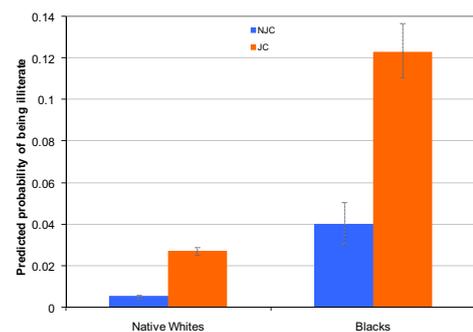
States with and without Jim Crow Laws in Education



“Everywhere is nowhere”



Association between state Jim Crow laws, race, and illiteracy



**Comparative research
– which always entails multiple contexts –
is intrinsically multilevel**

Maternal Height and Offspring Growth Failure: Global

	RR (95% CI)		
	Underweight	Stunting	Wasting
Maternal height per 1-cm increase	0.968 (0.968 - 0.969)	0.968 (0.967 - 0.968)	0.994 (0.993 - 0.995)
Maternal height, cm			
≥ 160	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
155-159.9	1.241 (1.222 - 1.260)	1.242 (1.229 - 1.255)	1.029 (1.005 - 1.054)
150-154.9	1.467 (1.444 - 1.490)	1.475 (1.460 - 1.491)	1.050 (1.024 - 1.077)
145-149.9	1.751 (1.721 - 1.782)	1.779 (1.758 - 1.800)	1.109 (1.076 - 1.143)
<145	2.152 (2.109 - 2.196)	2.132 (2.103 - 2.161)	1.174 (1.129 - 1.222)



Association of Maternal Height With Child Mortality, Anthropometric Failure, and Anemia in India

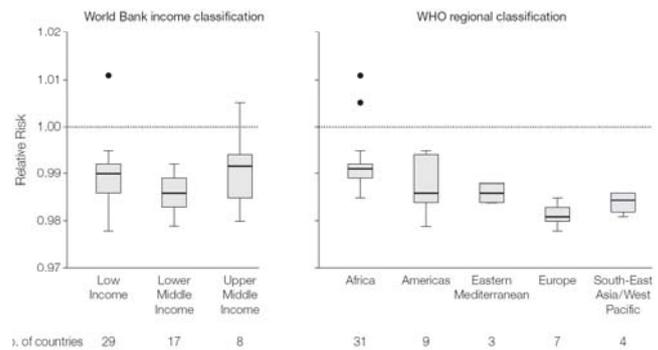
S. V. Subramanian, Leland K. Ackerson, George Davey Smith, et al.
JAMA. 2009;301(16):1691-1701 (doi:10.1001/jama.2009.546)



Association of Maternal Stature With Offspring Mortality, Underweight, and Stunting in Low- to Middle-Income Countries

Emre Özalpin; Kenneth Hill; S. V. Subramanian
JAMA. 2010;303(15):1507-1516 (doi:10.1001/jama.2010.450)

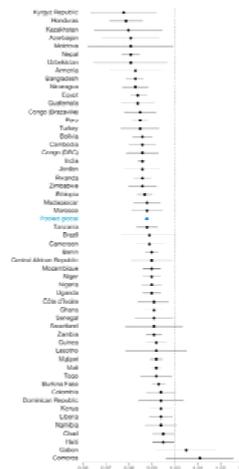
Maternal Height and Offspring Mortality By Regions



Maternal Height and Offspring Mortality: Global

	RR (95% CI)			
	Overall	Neonates (<1m)	Infants (1-11m)	Children (12-60m)
Maternal height per 1-cm increase	0.988 (0.987 - 0.988)	0.982 (0.981 - 0.983)	0.988 (0.987 - 0.989)	0.990 (0.989 - 0.992)
Maternal height, cm				
≥ 160	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
155-159.9	1.062 (1.051 - 1.072)	1.099 (1.077 - 1.112)	1.059 (1.039 - 1.079)	1.050 (1.032 - 1.068)
150-154.9	1.128 (1.116 - 1.141)	1.195 (1.170 - 1.221)	1.143 (1.120 - 1.166)	1.090 (1.069 - 1.111)
145-149.9	1.230 (1.213 - 1.246)	1.336 (1.303 - 1.370)	1.231 (1.201 - 1.261)	1.192 (1.164 - 1.221)
<145	1.397 (1.373 - 1.422)	1.584 (1.536 - 1.633)	1.385 (1.342 - 1.430)	1.331 (1.287 - 1.375)

Maternal Height and Offspring Mortality By Country



Consistency of the association in every context strengthens our belief that it may be causal

Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts

Silvia Stringhini^{1*}, Aline Dugravot¹, Martin Shipley², Marcel Goldberg¹, Marie Zins¹, Mika Kivimäki², Michael Marmot², Séverine Sabia¹, Archana Singh-Manoux^{1,2,3}

PLoS Med 8(2): e1000419.

Health behaviors

- do account for the social class gradient in mortality in Whitehall cohort, England
- do NOT account for the social class gradient in mortality in Gazel cohort, France

Disease and Disadvantage in the United States and in England

James Banks, PhD

Michael Marmot, MD

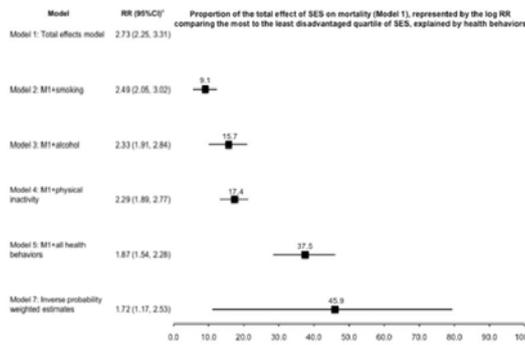
Zoe Oldfield, MSc

James P. Smith, PhD

JAMA. 2006;295:2037-2045

Americans worse-off than the English at all levels of SES.

What's happening in the United States?



Nandi A, Glymour MM, Subramanian S V. Association between SES, health behaviors and mortality in the Health Retirement Cohort, United States. Under Review

Concluding Remarks

- **Formal and Informal**
 - Learning about others
 - Learning from others
 - Learning about ourselves
 - Learning with others

Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study

Salim Yusuf, Steven Hawken, Stephanie Ounpuu, Terry Dansie, Alvaro Avezum, Fernando Lanas, Matthew McQueen, Andrzej Budaj, Prem Pais, John Varigos, Liu Lisheng, on behalf of the INTERHEART Study Investigators*

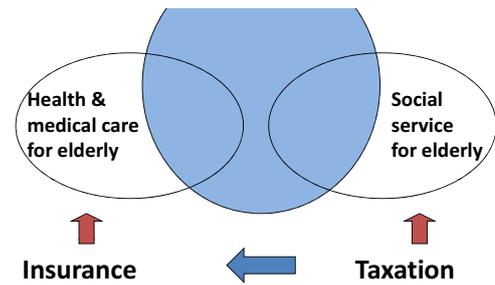
Lancet 2004; 364: 937-52

Interpretation Abnormal lipids, smoking, hypertension, diabetes, abdominal obesity, psychosocial factors, consumption of fruits, vegetables, and alcohol, and regular physical activity account for most of the risk of myocardial infarction worldwide in both sexes and at all ages in all regions. This finding suggests that approaches to prevention can be based on similar principles worldwide and have the potential to prevent most premature cases of myocardial infarction.

Why Comparing?

Noriko Kurube
International Workshop
2012-01-08
Nihon Fukushi University, Nagoya

Public Long-Term Care Insurance System (2000)



Social policy models Welfare-state regimes

R.M. Titmuss (1974)

1. Residual Welfare Model
2. Industrial Achievement-Performance Model
3. Institutional Redistributive Model

G. Esping-Andersen (1990)

1. Liberal welfare-state regime
2. Corporatist welfare-state regime
3. Social democratic regime

Why a standardized assessment instrument?

- To assess care needs uniformly, objectively and fairly
- To come to a speedy decision with help of a computer program
- To systematically develop an evidenced-based care needs certification and follow-up system

Similarities between J & S

- High proportion of elderly (further increases)
- High average length of life
- Public responsibility to provide access to LTC

Differences between J & S

	Japan	Sweden
Financing base	Insurance fee.	Tax revenue.
Assessment of care needs	Nationally standardized instrument. The same routines. Individual data (needs certification + provided care and services).	No standardized instrument. Different routines for assessment. Big differences between municipalities. Collective data (provided care and services).

Aim and questions

To compare recipients, the amount of provided care & services and costs ⇒ verification of the system

- Do Japanese and Swedish recipients of long-term care and services differ and – if so- to which extent and from which aspects?
- Does the formalized Japanese care needs-certification system ensure greater conformity, when it comes to provision of services in relation to needs, than the non-regulated Swedish system?

SNAC

The Swedish National Study on Ageing and Care
(started 2001)

Longitudinal Study

Four areas in Sweden (8 municipalities)

- Ageing process (all persons +60, every 6 years follow up with a new cohort, n=8 600/base line)
- Care and services (all persons +65, based on the assistance decision, n=7500/base line)

Horizontal and vertical target efficiency

Target efficiency depends on the assessment system

Horizontal target efficiency:

- the extent to which those deemed to need a service receive it

Vertical target efficiency:

- the corresponding extent to which those receiving services actually need it

Variables in SNAC-K

- Age, sex and marital status
- Housing conditions
- Access to informal care and services
- Disability and health problems (ADL-dependency, mobility/cognitive disability, incontinence, vision & hearing, anxiety & depression, behavior problems, pain, dizziness, pressure sores etc)
- Need of special health care treatment
- Allotted care and services (home help, meals on wheels, personal assistance, day care, rehabilitation, short stay care, special housing with 24-hour care)

Variables in Japanese LTC

- Administrative variables
- Age and sex
- Currently received care and services
- Result from primary care needs certification
- Physical and psychological status Scores (care time index)
- Result from final care needs certification
- Medical treatment-variables (12 items)
- Allocated care and services

PADL-index(0-25)

based on SNAC PADL-index

$PDLIX = \text{Bathing} + \text{Dressing} + \text{Toilet} + \text{Transfer} + \text{Feeding} + 2 * \text{Mobility disability} + 3 * \text{Cognitive disability}$

- ADL-variables: 0(independent) to 2(dependent)
- Mobility disability: 0(no restrictions) to 3(bedfast)
- Cognitive disability: 0(no disability) to 3 (very severe disability)



Overview of SNAC and potentials of Japan-Sweden comparative study

International Workshop in Nagoya: Potential of
International Collaborative Research in Social
Epidemiology and Gerontology
Jan.8 , 2012
Noriko Kurube Marten Lagergren



The system of health and social care of the elderly in Sweden

- **Social and health care provided by the municipality in ordinary or special housing**
- **Acute somatic and psychiatric care, geriatric care and home health care provided by the county council**
- **Care provided by private or voluntary organisations**
- **Care provided by family and friends**



SNAC

Swedish National study
on Ageing and Care



SNAC - a four-centre individual-based longitudinal study intended to

- *describe the ageing process* from different aspects – the development of health, functional and cognitive ability, social and economic situation etc., and
- *monitor the total consumption of health and social care* of the elderly population in the area.



SNAC

**The development of longitudinal area
databases for monitoring and analysis of
the system of long-term care for elderly
persons in Sweden**



Four different areas

- **Five municipalities in Region Skåne (Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby, Ystad)**
- **Karlskrona municipality in Blekinge**
- **Kungsholmen district, Stockholm**
- **Municipality of Nordanstig**

All four areas follow the same design and use the same core protocol

Basic study design

- **Population perspective**
in order to describe the life situation of the elderly and the ageing process
- **Care system perspective**
in order to describe the functioning of the system of health and social care for the elderly in relation to their needs

Care system perspective

- Systematic, longitudinal, individual-based collection of data concerning the operations of the system of long-term care for the elderly
- Base-line survey of all recipients of long-term care in the areas by Febr. 1, 2001.
- Subsequently all changes in the provision of long-term care by municipality or county council are recorded
- The recording includes measures of dependency/functional ability, housing and informal care and allotted services
- Data on admission and discharge from acute in-patient care and visits in out-patient care are taken from the ordinary registration system

Population perspective

- In each area large, representative panels of elderly in different age cohorts will be followed over time
- The panels consist of people aged 60,66,72, 78,81,84...96 years
- Baseline survey in each area 2001 -2004
- Follow-up every sixth years for the younger, every three years for the older.

Advantages of an approach that combines a population and a care system perspective?

Main reason for choosing this approach in SNAC:

- To be able to study the interplay between ageing/dependency development and the provision of different forms of care.

Population perspective, ctd.

- A new cohort of 60 year old will be recruited every six years
- The recording of data encompasses development of health and dependency as well as social, psychological and economic circumstances.

The SNAC project is financed

- by
 - national governmental grants
 - local government contributions – in cash and kind
 - contributions from universities and research funds

Short summary of work so far...

- Baseline survey in the population part 2001-2003 – 8 300 persons examined.
- Follow-up waves: 2004-2006 (only 80+); 2007-2009 (all); 2010 -2012 (only 60+)
- On-going monitoring in the care services system part since Febr. 2001. completed with renewed cross-sectional surveys
- Many research publications produced so-far --- and many more will come!

Different systems of aged care

Japan:

- National long-term care insurance
- Financing shared by insurance system, state and local authority
- Formalized assessment procedure
- Provision of care decided by the old persons within a cost frame and assisted by a care manager

Very long-term study

- The SNAC-study is intended to be very long-term, 30 – 40 years. Subsequent funding has to found during the way
- More information on web-site
www.snac.org

Different systems of aged care, ctd

Sweden:

- Services regulated by Social Service Act
- Finance by local taxes
- Municipality-based provision of services
- Non-formalized assessment procedure
- Services decided by social manager after assessment

Potential of Japan-Sweden comparative study

- Many similarities but also many differences between Japan and Sweden in terms of systems of care for frailed older persons
- Similarities: Highly developed countries, aging society, public responsibility for providing access to long-term care and services
- Differences: Social conditions, cultural traditions, role of women and family

Possibilities for adequate comparison between the two systems of care

- Access to extensive databases with
- Variables describing different aspects of needs for long-term care and services
- Comparable variable definitions
- Common frame of reference with regard to important research questions
- Experience of comparative research



Previous Japanese-Swedish comparative research projects

- A comparison of long-term care recipients in Japan and Sweden (Hallym International Journal of Aging, 11 (2009)
- Provision of long-term care in relation to needs – A comparison of Japan and Sweden (Hallym International Journal of Aging, 12 (2010)
- Comparing long-term care needs assessment and provision of services between Japan and Sweden taking into account household situation and income (submitted)



Summary of results of previous comparison projects – Japan and Sweden

- Japanese LTC recipients are on average more dependent than their Swedish counterparts
- Patterns of provision differ: In Japan more day care, less home help services
- Costs of LTC services per capita appr. 3 times higher in Sweden than in Japan
- Differences between urban and rural areas show the same pattern: urban areas are more "modernized" than rural in terms of single-living, female gainful employment and access to informal care



Previous Japanese-Swedish comparative research projects, ctd

- Comparing long-term care recipients in urban and rural areas in Japan and Sweden (submitted)
- Provision of LTC services given needs in urban and rural areas in Japan and Sweden (work in progress)



Outline of new comparison project

Purpose:

Describe and compare developments of LTC system in Japan and Sweden in the period 2001 -2010

Basic idea of approach:

Divide the development into four components: population, needs, provided service, costs



Databases used in previous comparison projects

Japan :

- Data from Nation LTC Insurance System (Handa, 9 municipalities in Hyogo prefecture)

Sweden:

- Data from SNAC-study (Kungsholmen district, Stockholm)
- Data from 8 municipalities collected for the national Swedish tax equalization scheme



Population development

- Description of development in terms of age and gender, household structure, access to informal care, education, income, ethnicity
- Swedish data source: ULF-surveys (Statistics Sweden, Survey of Living Conditions)

Development of health and needs of LTC

- Prevalence of ill-health and needs of LTC measured as subjective health, general activity limitations (GALI), mobility disability, dependency in ADL/IADL (Activities of Daily Living)
- Swedish data sources: ULF-surveys (Statistics Sweden, Survey of Living Conditions), SNAC-study, SWEOLD-study

Possibilities and limitations of comparison project

- Proposed design with split of total cost development into components will clarify driving forces and provide focus for evaluation and reform in both countries
- Sufficient data are available in the Swedish case. However, supply of comparable data will always be limited.
- Earlier experience has shown that despite of these limitations it is possible to make relevant comparisons and achieve interesting conclusions

Long-term care services in relation to needs

- Provision of home help and home health care in ordinary housing , or place in special accommodations for round-the-clock care according to needs (age, gender, dependency etc., household...)
- Swedish data sources: SNAC-study, data from tax equalization surveys

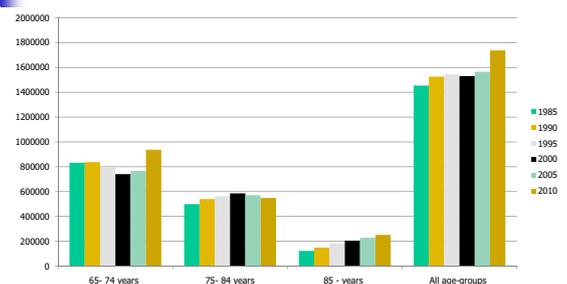
Preliminary results

Development of Long-term Care in Sweden 1985 - 2010

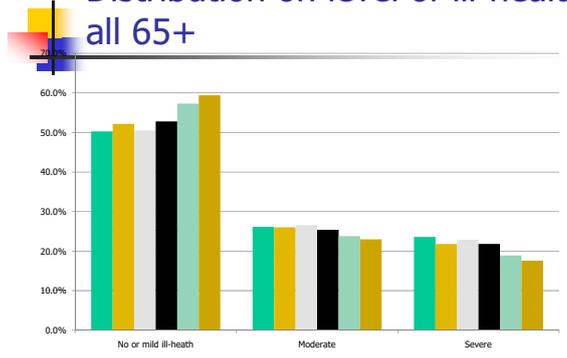
Cost development in relation to LTC services

- Development of costs for home help (per weekly hours), special accommodations, day care. Adjustment for inflation rate. Calculation of total cost in relation to GDP
- Swedish data source: Cost data from Federation of Swedish County councils and municipalities

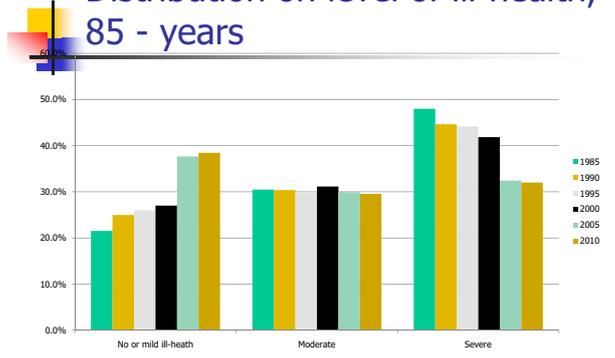
Swedish old age population 1985 -2010



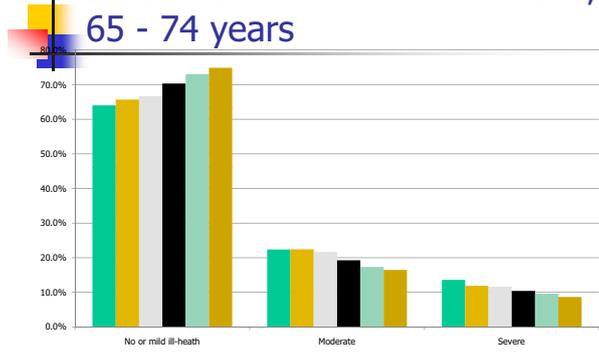
Distribution on level of ill-health, all 65+



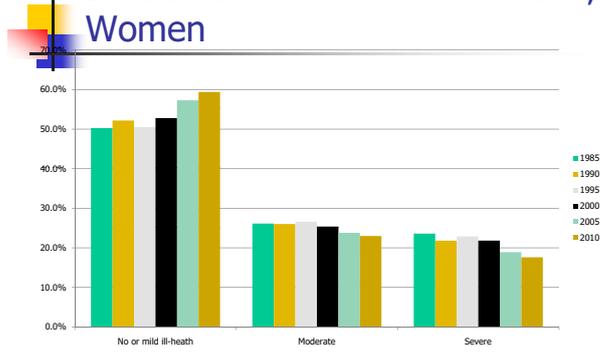
Distribution on level of ill-health, 85 - years



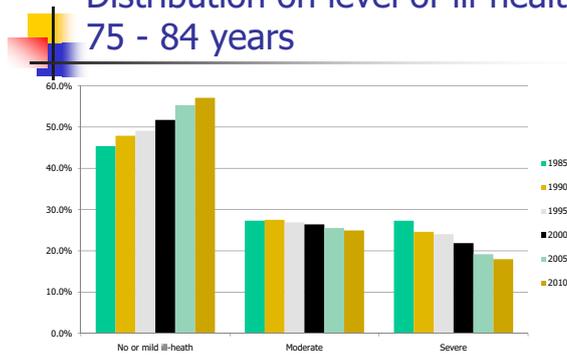
Distribution on level of ill-health, 65 - 74 years



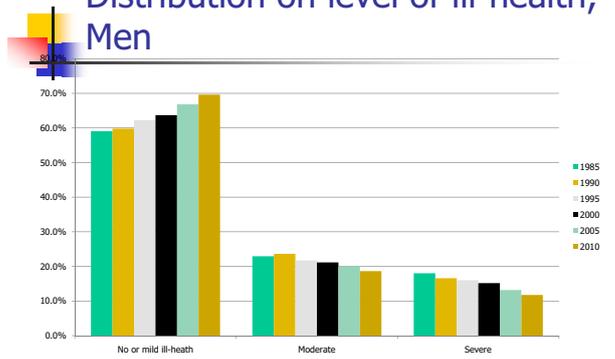
Distribution on level of ill-health, Women



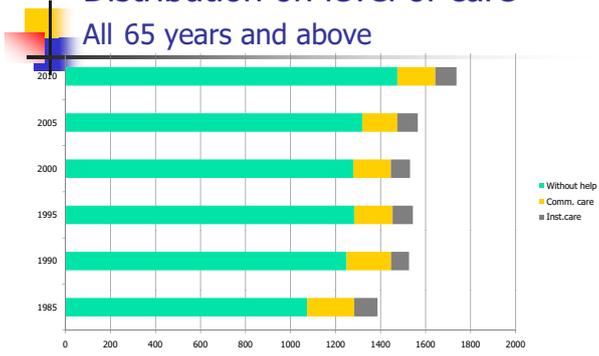
Distribution on level of ill-health, 75 - 84 years



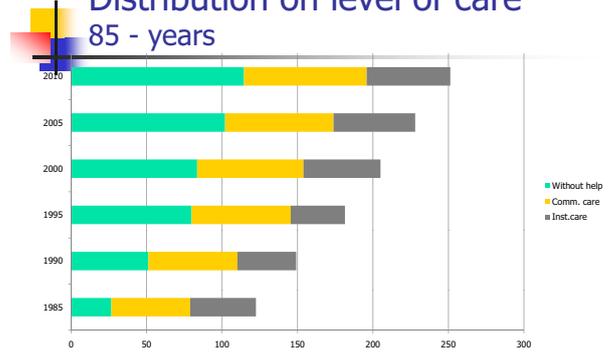
Distribution on level of ill-health, Men



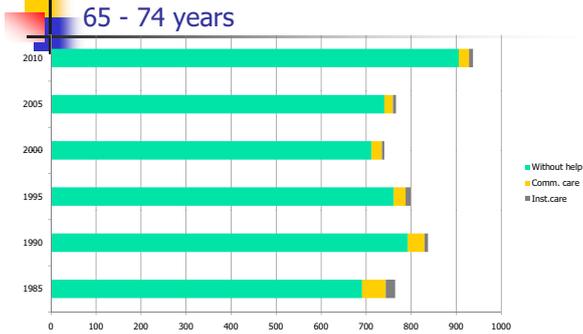
Distribution on level of care All 65 years and above



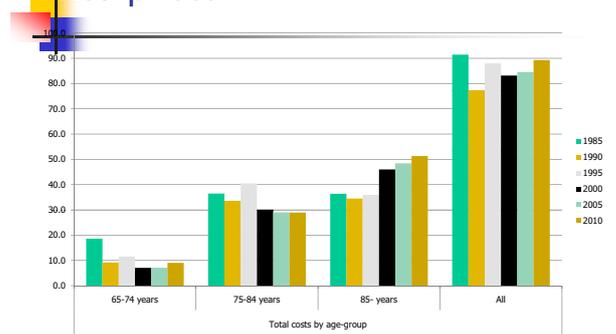
Distribution on level of care 85 - years



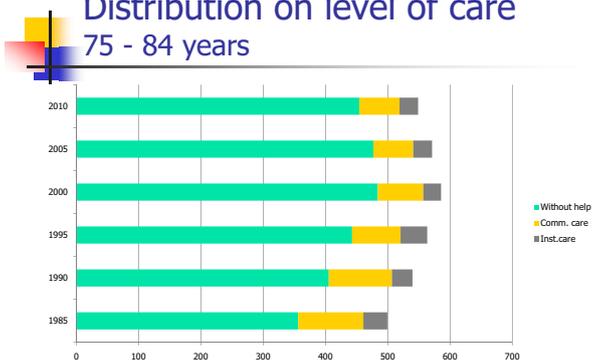
Distribution on level of care 65 - 74 years



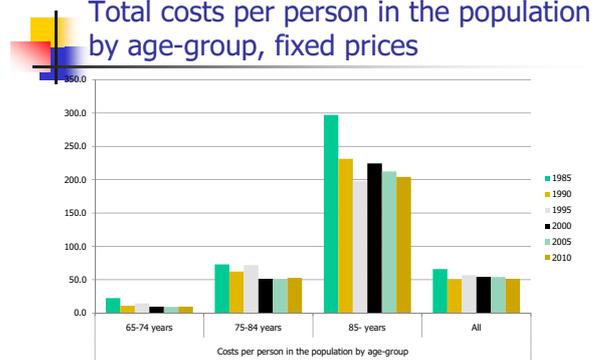
Total costs by age-group, fixed prices



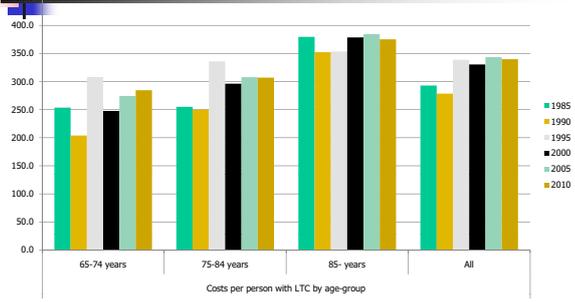
Distribution on level of care 75 - 84 years



Total costs per person in the population by age-group, fixed prices



Total costs per person with LTC by age-group, fixed prices



J-AGES project and Kashiwa City as a unit

Akira HATA, M. D., Ph. D.
 Department of Public Health
 Center for Preventive Medical Science
 Chiba University

Gerontological Evaluation Study led by Prof. Kondo

- 1999: Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) started from two municipalities.
- 2003-2004: participated municipalities have increased to 15.
- 2010-: Japan Gerontological Evaluation Study (J-AGES) started to Japan-wide scale to recruit 10,000 aged people.



Today's topics

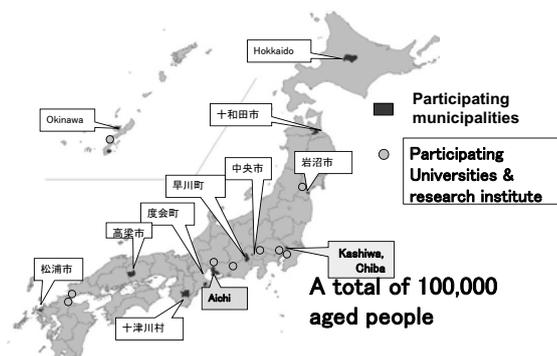
1. What is the J-AGES project?
 - History of the project led by Prof. Kondo
 - Aim and method of the project
2. What kind of data obtained so far?
3. About Kashiwa City as a unit of the project

The aim of the J-AGES project

1. to evaluate policies and services provided under long-term care insurance
2. to conduct studies from gerontological and social epidemiological perspectives
3. to develop a new benchmark system for long term care insurance

J-AGES project

(Japan Gerontological Evaluation Study) funded from 2010 by MHLW



Some advantageous points of J-AGES project

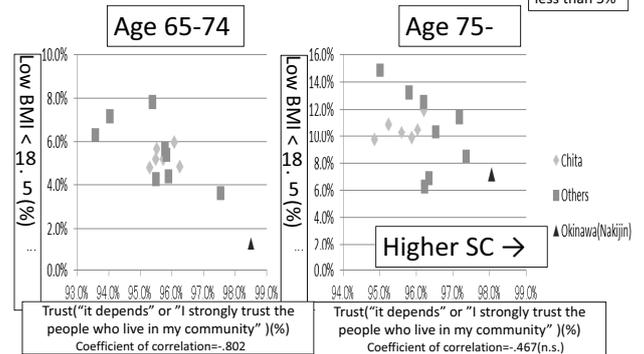
- Large sample size (n=about 100,000)
 - Mailed Questionnaires (response rate: 64.8%)
- Multi-dimensional variables
 - Bio-psycho-social factors including SDH
- Possible contribution for "Healthy aging"
 - Reliable (municipalities') endpoint data
- Cohort studies / repeated panel surveys
- Address data included → GIS analysis is feasible

Contents of Questionnaire

<p><Health></p> <ul style="list-style-type: none"> •Comorbidity •Smoking/Alcohol •BMI •Teeth/Oral functions •Fall <p><Psychological></p> <ul style="list-style-type: none"> •Depression:GDS15 •Self rated health •Sense of Coherence(SOC) <p><Functions></p> <ul style="list-style-type: none"> •ADL, IADL 	<p><Socio economic status></p> <ul style="list-style-type: none"> •Household type Alone/Cohabitanace •Educational attainment •Income <p><Social role></p> <ul style="list-style-type: none"> •Employment •Housework •Volunteer <p><Social Support></p> <ul style="list-style-type: none"> •receive / provide •emotional/instrumental •abuse 	<p><Social participation></p> <ul style="list-style-type: none"> •Type of organization •No. of organizations <p><Social capital>from 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> •perceived trust, reciprocity •structure: participation in community organization etc.
---	--	---

Trust and low BMI

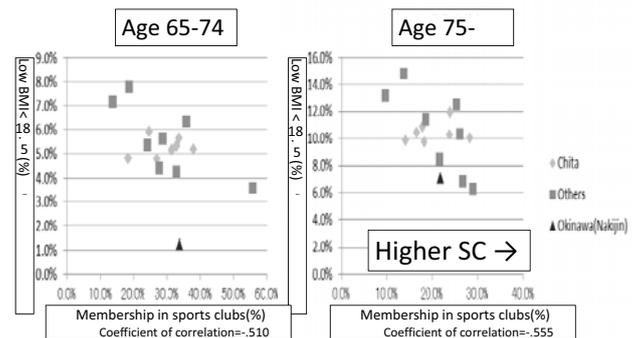
Low BMI is a health risk for Japanese older people than obesity
less than 5%



Today's topics

1. What is the J-AGES project?
 - History of the project led by Prof. Kondo
 - Aim and method of the project
2. What kind of data obtained so far?
3. About Kashiwa City as a unit of the project

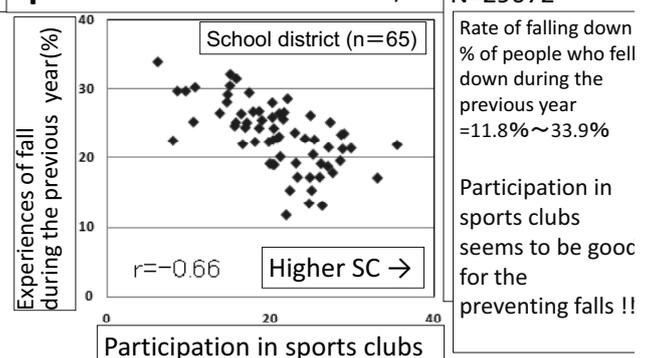
Membership in sports clubs and low BMI



Findings about social capital and health by AGES project (Prof. Kondo)

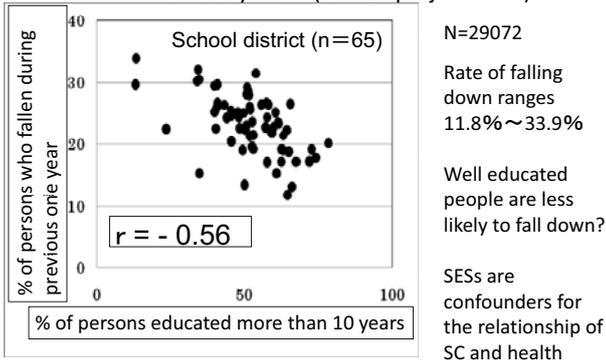
- One of our research interests is the relationship between social capital (SC) and health. SC is one of the SDH.
- Social capital is "Social characteristics, which generate positive externalities facilitating corporative actions for the achievement of common goals"
- We analyzed using "trust" as a variable of perceptual SC & "the rate of participation in sports clubs in the community" as a variable of structural SC.

Rate of falling down & Participation in sports clubs limited to 65-74 y. o. N=29072

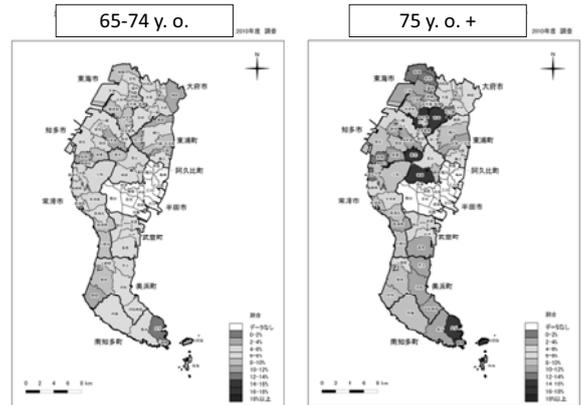


Rate of falling & educational attainment

limited to 65-74 y. o. (J-AGES project 2011)



Prevalence of Depression (GDS≥10)



Benchmark system (BS)

A tool that provides comparative statistics

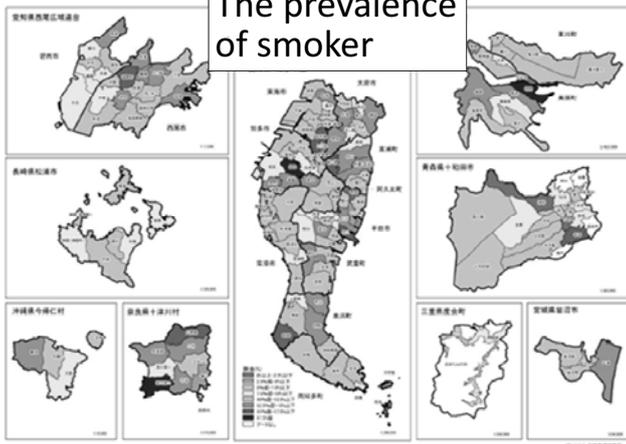
The aim of BS is

1. to make the measured health disparities more easily visible
2. to support municipalities when setting priorities and targets for policies
3. to analyze possible factors relating to policy targets such as participation in sports clubs for fall prevention
4. to monitor changes in time and effects of intervention.

Challenges for developing BS

1. data collection
2. choosing suitable indices
3. examining the reliabilities and validities of those indices
4. to simplify indices so that they can be easily understood by those actually implementing them andso on.

The prevalence of smoker



Conclusions 1

- We are developing a benchmark system.
- We are collecting data from about 100,000 individuals from Japan-wide municipalities.
- We found that municipalities with higher social capital, in particular network aspects, correlated to healthier conditions which were confirmed in our previous cohort studies to be risk factors causing loss of healthy aging.

Conclusions 2

- Developing studies on a benchmark system with collaborating municipalities are ongoing.
- Although there are many challenges, further efforts are likely worthwhile for developing a benchmark system for health disparities and related social determinants of health as recommended by WHO.

Acknowledgement

This study was supported by a grant of Strategic Research Foundation Grant-aided Project for Private Universities from the Japanese Ministry of Education, Culture, Sport, Science, and Technology (MEXT), 2009-2013, for the Nihon Fukushi University, Center for Well-being and Society, and also a Health Labour Sciences Research Grant, Comprehensive Research on Aging and Health (H22-Choju-Shitei-008) from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare.

Kashiwa City, Chiba

- Located north-east area of Chiba Prefecture
- 114.9 km² in area
- Population:
 - 405,233 people, 162,301 households (2011)
 - 45,000 people 8,586 households(1955)
 - 9 times (population) and 19 times (households) increase in 55 years
- About 40 min to Tokyo station by train

Today's topics

1. What is the J-AGES project?
 - History of the project led by Prof. Kondo
 - Aim and method of the project
2. What kind of data obtained so far?
3. About Kashiwa City as a unit of the project

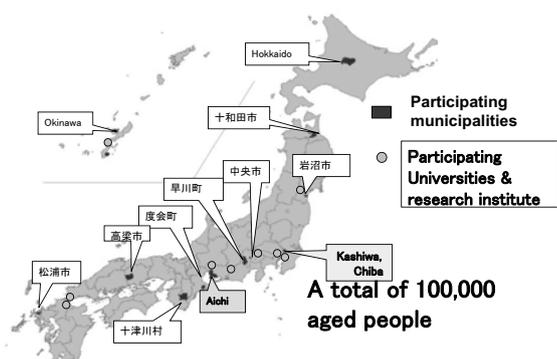
Population aging rate in Kashiwa city

- Average population aging rate
 - 19.8% (>65 years old) and 7.8% (>75 years old)
- Population aging rate in newly developed area around 1950s like TOYOSHIKIDAI area
 - 40.6% (>65 years old) and 18.0% (>75 years old)
 - Younger people have moved to Tokyo area and retired parents remain to live.
- Uneven distribution of aged population

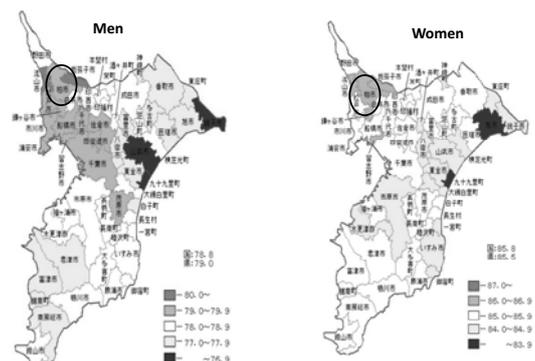
J-AGES project

(Japan Gerontological Evaluation Study)

funded from 2010 by MHLW



Distribution of average life expectancy in Chiba Prefecture





Radioactive substance fallout from Fukushima Daiichi

Ongoing study in Kashiwa City

- Questionnaire have sent to 5,000 randomized extracted healthy and independent residents of more than 65 years old.
- Additional 1,000 residents to whom some intervention planned are also included.