

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 21 日現在

機関番号：34517

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K11908

研究課題名(和文) 低所得未受療国保健診未受診者の家庭訪問での実態把握とKDBシステムによる訪問評価

研究課題名(英文) Home visits to determine the health status of low-income individuals who had not undergone medical checkups and treatment, and assessment of the effect of the home visits using the Kokuho Database

研究代表者

和泉 京子 (Izumi, Kyoko)

武庫川女子大学・看護学部・教授

研究者番号：80285329

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)：特定健診5年間未受診、未受療、低所得の国保加入者へ保健師により3か月毎4回の健康づくり支援の家庭訪問を行い、健康と生活の実態把握と家庭訪問後の健診受診、受療状況を評価した。家庭訪問時の状況としては、経済的ゆとりのない者、治療中断や高血圧、体調不良の者が多かった。家庭訪問後の評価としては、非訪問群に比べ訪問群は、特定健診受診者の割合、生活習慣病関連疾患の医療費受給者の割合が有意に高く、アウトリーチ活動である家庭訪問により必要な健診や医療につながることを示された。

研究成果の概要(英文)：The health and lifestyle status of low-income individuals covered by the National Health Insurance system who had not undergone medical checkups or treatment for 5 years was investigated by public health nurses through 4 home visits at 3-month intervals. The utilization of medical checkups and treatment by these individuals after completion of the home visits was also assessed. Assessment after the home visits revealed that higher proportions of individuals in the home visit group subsequently received medical checkups with a particular focus on metabolic syndrome and received support for medical expenditures in comparison with individuals in a control group that did not have home visits. This indicates that home visits are a form of outreach that can lead to improved adherence to recommendations for necessary medical checkups and treatment.

研究分野：地域看護学

キーワード：特定健診未受診 未受療 低所得 家庭訪問 保健師 国保 健康格差 KDBシステム

1. 研究開始当初の背景

生活習慣病や要介護リスクを有する者に健診未受診者が多く健診未受診には、近年、低所得や低い教育年数といった社会経済的背景の影響が明らかになっている。

WHO は欧米の研究の蓄積により社会経済格差が健康格差を引き起こしているとし、世界規模での健康の社会経済格差対策の報告書をまとめた。わが国においても、国民生活基礎調査に基づく分析や高齢者への大規模研究により健康格差が報告されており、日本学術会議は 2011 年に「健康の社会格差」についての提言を発表し、「低所得者層において健康問題が集積するとともに、こうした層が最低限の保健医療福祉サービスを受けられなくなっているのではとの懸念がある」と述べている。特に国民の 4 割を占める国保加入者は所得が低く、健診未受診率が高く、医療の受診抑制が多いと報告され、自ら健診受診や医療機関に向いてはじめてつながるわが国のヘルスケアシステムにつながらない層が多く存在するが、これらの層の健康や生活の実態は明らかになっていない。

ヘルスケアシステムにつながらない、自ら声をあげない社会的弱者の健康や生活の実態を把握する方法としては国民生活基礎調査や市町村の計画策定等活用への質問紙調査がある。しかし、所得が低いほど回答率が有意に低下する、無回答者に虚弱で要介護リスクを持つ高齢者が多く含まれると報告され、質問紙調査でもこれらの社会的弱者を把握できず、従来の保健師活動であるアウトリーチ活動すなわち家庭訪問が有効と考える。

家庭訪問の有効性の評価は、母子保健では欧米で広く行われ、わが国においても試みが進められているが、成人保健では、英国において貧困世帯を 1 件ずつ訪問する「Healthy Homes」が早期受診の増加につながっていると報告され、わが国でも、静岡国保保健師の未受診者訪問では、深刻な問題を抱えている家庭が多く生活に精一杯で健診どころでない現状が報告されているが社会的弱者への家庭訪問の有効性の学術的検証は行われていない。公衆衛生を担う専門家である保健師の家庭訪問による社会的弱者への支援方略の学術的検討は急務である。

2. 研究の目的

(1)国保加入者における低所得で未受療、特定健診未受診といったヘルスケアシステムにつながらない社会的弱者へのアウトリーチ活動である家庭訪問による身体心理社会的健康状態および生活状況、健康行動の実態を把握すること。

(2)家庭訪問にて実施した特定健診受診勧奨や医療受療 勧奨、生活習慣の見直しの支援などの健康づくり支援について、アウトカムを特定健診受診、医療機関受診、介護認定の有無等として国保データベースシステム(以下、KDB システム)等により

評価を行うこと。

(3)低所得で未受療、特定健診未受診者への支援方略を検討すること。

3. 研究の方法

(1)対象

大阪府下 2 市の 40 歳から 74 歳の国保加入者で、平成 22 年度から 26 年度の 5 年間に 1 度も市の特定健診を受診しておらず、平成 26 年度の医療費の未受給者で政令にもとづく保険料の軽減を受けている者 1,471 人である。

(2)方法

「家庭訪問での健康状態等のお伺いのお願い」の文書を送付し、家庭訪問の意向確認書の返送により訪問受入を確認し、同意を得られた者(訪問群)には保健師による家庭訪問を 3 か月毎に 4 回実施した。家庭訪問では、健康状態・生活状況の聞き取りを中心に進め、聞き取った内容をふまえた健康づくりに関する助言、特定健診受診勧奨、必要な方への医療機関受診勧奨を行った。訪問の同意を得られなかった者(非訪問群)には通常支援を行った。

4 回の訪問後、市の担当者が国保データにて訪問群、非訪問群の平成 27、28 年度健診受診状況、医療費受給状況、介護認定状況を確認した。分析は記述統計量の算出と χ^2 検定、t 検定を行った。

(3)調査期間

平成 27 年 10 月から平成 29 年 7 月である。うち、家庭訪問期間は、平成 27 年 10 月から平成 29 年 3 月である。

(4)倫理的配慮

武庫川女子大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

4. 研究成果

対象者 1,471 人の性別は、男性 59.2%、女性 40.8%、年齢区分は、40-64 歳 64.6%、65-74 歳 35.4%であった。

属性	人数	割合
全体	1,471人	
男性	871人	59.2%
女性	600人	40.8%
40-64歳	950人	64.9%
65-74歳	521人	35.4%

訪問の同意を得られた訪問群は 84 人(5.7%)、同意を得られなかった非訪問群は 1,387 人(94.3%)であった。

属性	人数	割合
全体	84人	5.7%
男性	49人	5.6%
女性	35人	5.8%
40-64歳	34人	3.6%
65-74歳	50人	9.6%

(1)低所得で未受療、特定健診未受診者の健康状態および生活状況（訪問群）

結果

体調不良のある者は34.5%であり、体調不良に対し近いうちに医療機関受診予定15.6%、もっと悪くなったら医療機関受診する9.4%、受診予定なしは75.0%であった。かかりつけ医のない者は75.0%、収縮期血圧値180mmHg以上10.7%、140mmHg以上50.0%であり、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患の治療歴のある者もあったが、いずれも過去1年間の受療はなく中断していた。未受療理由は費用がかかるからが最も多かった。

体調不良あり	34.5%
受診予定なし	75.0%
収縮期血圧値180mmHg以上	10.7%
収縮期血圧値140mmHg以上	50.0%
かかりつけ医なし	75.0%
高血圧、糖尿病、脂質異常症、心疾患、脳血管疾患の治療継続	0.0%

生活をする上での困りごとがある者は34.5%で、経済的な困りごとが最も多く17.9%、障害の困りごと11.9%、家族の介護の困りごと14.3%であった。経済的な困りごとの内容は、「年金が少なく生活が苦しい」「急な出費は困る。家族の医療費が高い」などであった。予想外の出費が必要になった場合の心配がある者は59.5%を占めていた。また、相談できる人がいない者は9.2%であった。

生活をする上での困りごとあり	34.5%
経済的な困りごと	17.9%
障害の困りごと	11.9%
家族の介護の困りごと	14.3%
予想外の出費の心配あり	59.5%
相談できる人なし	9.5%

考察

家庭訪問を通して、治療中断や体調不良があるにもかかわらず受療予定のない者が多いこと、半数以上が高血圧であり、中でも度高血圧で即刻の受療が必要な者も1割近いということ、すでに進行した生活習慣病として治療が必要になる者も少なくなかったことを知ることができた。健診や受療につながない者に支援が必要な者が潜在していることをふまえたアウトリーチの重要性が示唆された。

経済的な困りごとの多い中、健診受診や受療を控えていることも推測されるが、重症化するとより厳しい状況となるため低所得で

受療がなく健診未受診の者へいかに受診勧奨を行うかが課題であり、支援の方策を検討していきたいと考える。

障害を有していることが健診受診を妨げる要因の一つになっている者、家族の介護等で自身の健康に気を配るゆとりのない者もいると考えられ、障害者への丁寧な受診勧奨や要介護者支援にあたり家族介護者の健康への支援も合わせて行うことも重要であるとする。また、障害や病気の困りごとなどを有する者へは、まずは困りごとへの支援を行うことが健康の保持増進にもつながると考えられ、対象者に会い、支援の糸口をみつけることが重要であるとする。

(2) 特定健診受診、医療機関受診の状況（訪問群および非訪問群）

結果

訪問を実施した平成27年10月から平成29年3月の1年半の間に健診受診を受診した者は、訪問群では40.5%、非訪問群は6.6%であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差があった(p<.01)。性別の受診割合は、訪問群では男性38.8%、女性45.7%、非訪問群では男性5.8%、女性7.6%であった。年齢区分別の受診割合は、訪問群では40-64歳38.2%、65-74歳42.0%、非訪問群では40-64歳7.1%、65-74歳5.5%であった。健診受診者のうち82.4%が有所見者であった。

	訪問群	非訪問群
全体	40.5%	6.6%
男性	38.8%	5.8%
女性	45.7%	7.6%
40-64歳	38.2%	7.1%
65-74歳	42.0%	5.5%

2回目の家庭訪問後に受診につながった者は38.2%であった。1回目の訪問では話されなかった心身の気がかりや生活上での困りごと、経済的な困窮状況が2回目訪問以降に語られ、その内容をふまえた健診受診等への支援を行うこととなった者も複数あった。

訪問の約束電話後から	人数	割合
1回目家庭訪問まで	3人	8.8%
1回目家庭訪問後	18人	52.9%
2回目家庭訪問後	8人	23.5%
3回目家庭訪問後	4人	11.8%
4回目家庭訪問後	1人	2.9%

平成28年度の医療費受給者の割合は、訪問群では60.7%、非訪問群では40.2%であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差があった(p<.01)。性別にみると、訪問群では男性

67.3%、女性 51.4%、非訪問群では男性 37.1%、女性 44.6%であった。年齢区分別にみると、訪問群では 40-64 歳 47.1%、65-74 歳 70.0%、非訪問群では 40-64 歳 39.7%、65-74 歳 41.0%であった。また、そのうち的生活習慣病関連疾患の医療費受給者の割合は、訪問群では 26.2%、非訪問群では 8.9%であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差があった ($p<.01$)。性別にみると、訪問群では男性 26.5%、女性 25.7%、非訪問群では男性 8.2%、女性 10.1%であった。年齢区分別にみると、訪問群では 40-64 歳 20.6%、65-74 歳 30.0%、非訪問群では 40-64 歳 8.2%、65-74 歳 10.4%であった。

訪問群の 70 歳代女性の A 氏は、初回訪問時の血圧は 240/150 mmHg であった。経済的理由より受診にためらいがあったが、訪問による健康づくり支援において健診受診勧奨を行い、健診と受療につながり高血圧、脂質異常症の内服治療が開始された。60 歳代男性の B 氏は、初回訪問時の血圧は 179/94 mmHg であった。障害を有しているために健診には行けないものと思っていた。訪問により健診と受療につながり高血圧、糖尿病、脂質異常症の内服治療が開始された。A 氏、B 氏ともに eGFR は 50 未満であった。

	訪問群	非訪問群
全体	26.2%	8.9%
男性	26.5%	8.2%
女性	25.7%	10.1%
40-64歳	20.6%	8.2%
65-74歳	30.0%	10.4%

1 人当たり医療費は、訪問を開始した平成 27 年度では、訪問群では 12,949 円、非訪問群では 11,172 円であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差はみられなかった。平成 28 年度では、訪問群では 49,353 円、非訪問群では 17,069 円であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差があった ($p<.01$)。生活習慣病関連疾患の 1 人当たり医療費は、平成 27 年度では、訪問群では 4,146 円、非訪問群では 5,725 円であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差はみられなかった。平成 28 年度では、訪問群では 27,213 円、非訪問群では 8,179 円であり、訪問群と非訪問群の間に有意な差があった ($p<.01$)。2 報で報告した訪問群の 70 歳代女性の A 氏の医療費は、平成 27 年度は 89,950 円、平成 28 年度は 114,540 円であった。60 歳代男性の B 氏の医療費は、平成 27 年度は 0 円、平成 28 年度は 153,060 円であった。

	訪問群	非訪問群
27年度	12,949円	11,172円
28年度	49,353円	17,069円

	訪問群	非訪問群
27年度	4,146円	5,725円
28年度	27,213円	8,179円

対象者はいずれの群も介護保険の非認定者であったが、平成 28 年 3 月時点では、訪問群では 4.8%、非訪問群では 0.9%が介護認定を受けていた。

	訪問群	非訪問群
全体	4.8%	0.9%

考察

過去 5 年間あるいはそれ以上の長い期間の未受診のうち、訪問群では 4 割の者が健診受診につながったが、通常支援の非訪問群では 1 割に満たなかった。有所見者も 8 割を超えていたことから、早期発見・早期治療につなげるため、通常支援では健診受診に結びつかない長期の未受診者への受診に向けた支援としてアウトリーチである訪問の有効性が示唆された。

また、4 割弱が 2 回目の家庭訪問後に健診受診につながったことから、長期間健診や受療につながっていない者へは、1 回のみの訪問にとどまらず家庭訪問を重ね関係を築き未受診背景を知ること対象者に応じた支援を行えると考える。

過去 1 年間あるいはそれ以上の長い期間の未受療者の中には、生活習慣病の重症化予防のためすぐに受療する必要のある者が少なからず見受けられた。訪問群では約 3 割の者が受療につながったが、非訪問群では 1 割に満たなかった。訪問での支援により必要な受療、特に生活習慣病関連疾患の受療につながるにより、重症化・合併症予防、ひいては要介護状態の予防に寄与すると考える。

1 人当たり医療費と生活習慣病関連疾患のそれは、平成 27 年度では訪問群と非訪問群に有意差はなかったが、平成 28 年度では訪問群の医療費が高い結果であった。これは、10 月より訪問を開始した平成 27 年度は、健診受診した結果により治療が開始されるなど受療までに時間を要したため受療者が少なかったが、訪問数の増加とともに平成 28 年度には受療者が増加したためであると考えられる。A 氏と B 氏の医療費は、平成 26 年度は 0 円であったが、生活習慣病の適切な内服治療につながり、A 氏は訪問を開始した 27 年度下半期、B 氏は平成 28 年度より医療費が生じている。両者の医療費は国および大阪府の 1 人当たり医療費よりも低額であり、重症化が進む前に治療が開始されたことより医療費を抑制することができたと考えられる。A

氏と B 氏は腎症が一定進行していたと考えられ、訪問を行わず受療につながらなかった場合は、数年後に人工透析の適用になっていた可能性もあり、本人の QOL の低下はもとより非常に高額な医療費がかかることになる。受診勧奨により受療につながると医療費の増加はあるが、生涯にかかる医療費を削減させることができると考える。

介護認定の割合は訪問群の方が多かった。家庭訪問により対象者の状況を把握し必要な介護認定に早期につなげることができ、重度化予防、ひいては将来的な介護給付費の抑制に寄与する可能性も考えられる。

(3)低所得で未受療、特定健診未受診者への支援

特定健診 5 年間未受診、未受療、低所得の国保加入者へ保健師により 3 か月毎 4 回の健康づくり支援の家庭訪問を行い、健康と生活の実態把握と家庭訪問後の健診受診、受療状況を評価した。家庭訪問時の状況としては、経済的ゆとりのない者、治療中断や高血圧、体調不良の者が多かった。家庭訪問後の評価としては、非訪問群に比べ訪問群は、特定健診受診者の割合、生活習慣病関連疾患の医療費受給者の割合が有意に高く、アウトリーチ活動である家庭訪問により必要な健診や医療につながることを示された。

健康格差の解消に向けた支援として、限られた費用と時間を最大限に有効利用するためにも、優先順位づけが必要であると報告されている。このたびの訪問は、急を要する、優先順位が高い訪問であった。また、社会弱者に特化したポピュレーション・アプローチにより、社会的弱者に特化した施策を展開することで、彼らの健康を底上げして、健康格差の縮小を目指す方向性が報告されている。本研究においては、特定健診未受診、医療機関未受診、低所得、家族介護者、障害者へのアウトリーチ活動である家庭訪問での個別性に応じた丁寧な支援の重要性が示された。

5 . 主な発表論文等

〔学会発表〕(計 6 件)

和泉 京子:特別シンポジウム 特定健診未受診者への家庭訪問の有無別の特定健診受診状況、第 6 回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集、2018、p.170

蔦谷 裕美、守田 佳織、和泉 京子、岩佐 真也、松井 菜摘:特定健診 5 年未受診者への家庭訪問実施回数と特定健診受診状況、第 76 回日本公衆衛生学会総会抄録集、2017、p.438

和泉 京子、蔦谷 裕美、田平 昌代、岩佐 真也、海原 律子:特定健診 5 年未受診者への家庭訪問の有無別の特定健診受診状況、第 5 回日本公衆衛生看護学会学術集

会講演集、2017、p.170

蔦谷 裕美、田平 昌代、守田 佳織、和泉 京子、岩佐 真也、海原 律子:特定健診 5 年未受診者への家庭訪問からみえたもの 1 報 健康状態と健康行動、第 75 回日本公衆衛生学会総会抄録集、2016、p.426

田平 昌代、蔦谷 裕美、守田 佳織、和泉 京子、岩佐 真也、海原 律子:特定健診 5 年未受診者への家庭訪問からみえたもの 2 報 本人および家族の健康と生活状況、第 75 回日本公衆衛生学会総会抄録集、2016、p.427

岩佐 真也、蔦谷 裕美、田平 昌代、守田 佳織、和泉 京子、海原 律子:特定健診 5 年未受診者への家庭訪問からみえたもの 3 報 本人の困りごとと保健師の気付き、第 75 回日本公衆衛生学会総会抄録集、2016、p.427

〔その他〕(計 3 件)

和泉 京子:特定健診～未来の健康のために～健診受けて健康へ一歩前進、羽曳野市広報「広報はびきの」2017 年 11 月号、p.8、2017

和泉 京子:くらしナビ・ライフスタイル・健康狂想曲 第 2 章 広がる健康格差・毎日新聞、2017-07-01 朝刊、19 面、2017

和泉 京子:特定健診 - 受けていますか? 特定健診 - 健やかな未来のために、羽曳野市広報「広報はびきの」2016 年 11 月号、p.11、2016

6 . 研究組織

(1)研究代表者

和泉 京子 (IZUMI, Kyoko)
武庫川女子大学・看護学部・教授
研究者番号: 8 0 2 8 5 3 2 9

(2)研究分担者

上野 昌江 (UENO, Masae)
大阪府立大学大学院・看護学研究科・教授
研究者番号: 7 0 2 6 4 8 2 7

阿曾 洋子 (ASO, Yoko)
武庫川女子大学・看護学部・教授
研究者番号: 8 0 1 2 7 1 7 5

岩佐 真也 (IWASA, Maya)
武庫川女子大学・看護学部・准教授
研究者番号: 7 0 4 0 5 3 7 2

川井 太加子 (KAWAI, Takako)
桃山学院大学・社会学部・教授

研究者番号：70441102

内藤 義彦 (NAITO, Yoshihiko)
武庫川女子大学・生活環境学部・教授
研究者番号：90388801

松井 菜摘 (MATSUI, Natsumi)
武庫川女子大学・看護学部・助教
研究者番号：90806803