

【那珂市の介護保険の全体像】

1 人口、高齢化率（2016年4月1日）

（1）人口 55,576人

（2）65歳以上人口 15,867人

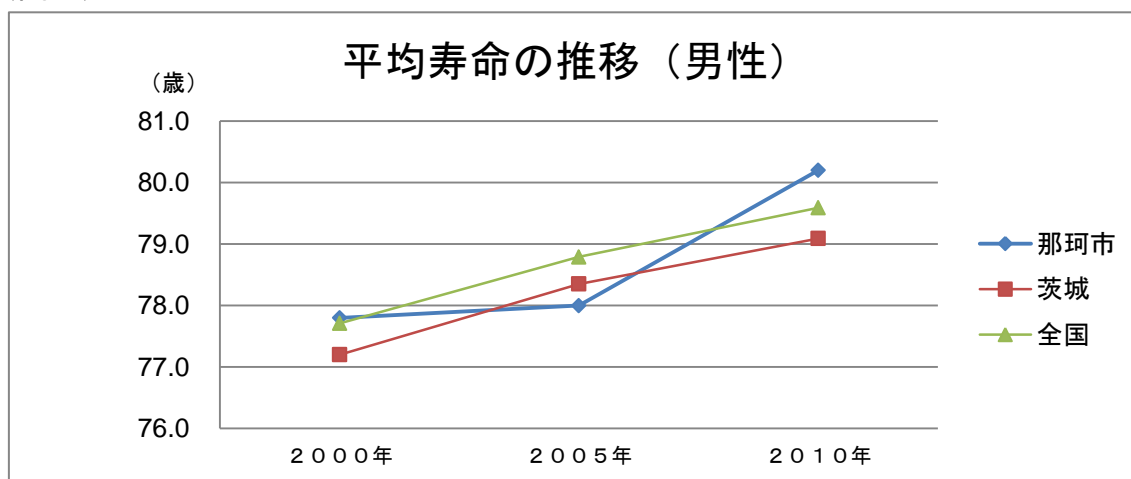
（3）高齢化率 28.6%

2 死亡状況

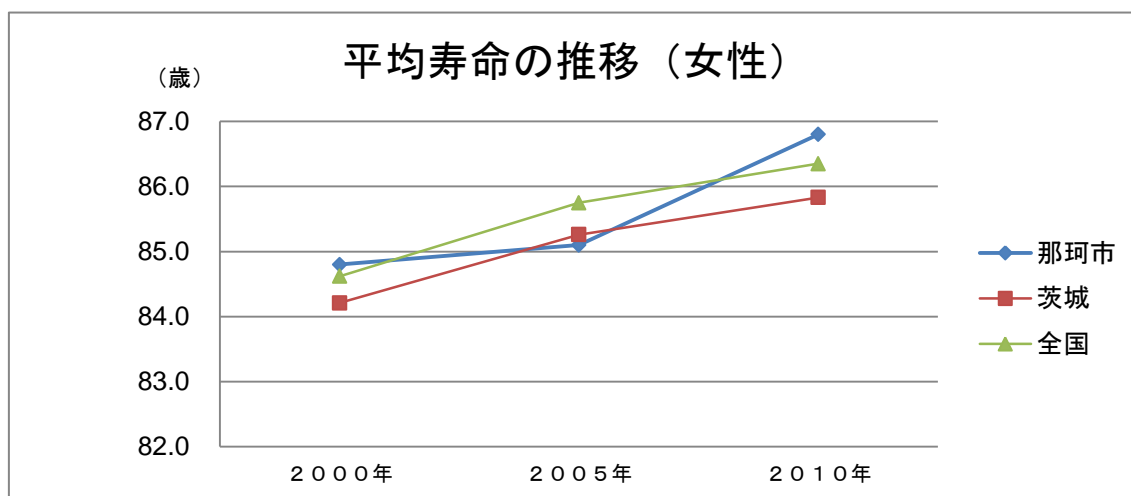
（1）平均寿命の推移（図1、2）

国は2000年から5年ごとに市町村別平均寿命を出しています。市は男女とも平均寿命が延び、2010年は全国及び県より高くなりました。

（図1）



（図2）



(2) 死因別死亡の状況 (表1、2)

2013年の死因別死亡順位は男女とも1位2位は、悪性新生物、心疾患であり男性は、3位が肺炎、4位が脳血管疾患、女性は、3位が脳血管疾患、4位が肺炎でした。

心疾患数や死亡率は男性61人(20.5%)、女性56人(21.2%)で大きな男女の差はありませんが、内訳をみると、急性心筋梗塞は男性25人(10.5%)、女性19人(7.2%)で、男性が多い傾向があり、心不全は男性15人(5.1%)、女性19人(7.2%)と女性が多い傾向でした。また、脳血管疾患については、男性31人(10.4%)、女性36人(13.6%)で女性が多く、その内訳をみると、脳梗塞は男性18人(6.1%)、女性25人(9.5%)と女性は男性の1.6倍でした。

(表1) 2013年那珂市死因別死亡数・死亡率

順位	総数 (561人)			男性 (297人)			女性 (264人)		
1	悪性新生物	153人	27.3%	悪性新生物	92人	31.0%	悪性新生物	61人	23.1%
2	心疾患	117人	20.9%	心疾患	61人	20.5%	心疾患	56人	21.2%
3	脳血管疾患	67人	11.9%	肺炎	35人	11.8%	脳血管疾患	36人	13.6%
4	肺炎	62人	11.1%	脳血管疾患	31人	10.4%	肺炎	27人	10.2%
5	不慮の事故	26人	4.6%	不慮の事故	13人	4.4%	老衰	16人	6.1%
6	老衰	18人	3.2%	自殺	11人	3.7%	不慮の事故	13人	4.9%
7	自殺	14人	2.5%	肝疾患	4人	1.3%	大動脈瘤及び解離	5人	1.9%
"	-	-	-	-	-	-	腎不全	5人	1.9%
8	腎不全	7人	1.2%	老衰	2人	0.7%	高血圧性疾患	4人	1.5%
"	-	-	-	腎不全	2人	0.7%	-	-	-
"	-	-	-	高血圧性疾患	2人	0.7%	-	-	-
9	高血圧性疾患	6人	1.1%	大動脈瘤及び解離	1人	0.3%	自殺	3人	1.1%
"	大動脈瘤及び解離	6人	1.1%	糖尿病	1人	0.3%	-	-	-
"	肝疾患	6人	1.1%	喘息	1人	0.3%	-	-	-
10	糖尿病	3人	0.5%	-	-	-	肝疾患	2人	0.8%
"	-	-	-	-	-	-	糖尿病	2人	0.8%

(表2) (再掲) 心疾患・脳血管疾患

	総数			男性			女性		
心疾患	急性心筋梗塞	44人	7.8%	急性心筋梗塞	25人	10.5%	急性心筋梗塞	19人	7.2%
	心不全	34人	6.1%	心不全	15人	5.1%	心不全	19人	7.2%
脳血管疾患	脳梗塞	43人	7.7%	脳梗塞	18人	6.1%	脳梗塞	25人	9.5%
	脳出血	20人	3.6%	脳出血	12人	4.0%	脳出血	8人	3.0%
	クモ膜下出血	3人	0.5%	クモ膜下出血	1人	0.3%	クモ膜下出血	2人	0.8%

(3) 5 年間（2009 年～2013 年）の標準化死亡比の状況 （資料 1－①、②）

男性の標準化死亡比は、急性心筋梗塞が 2.05 倍（県内 6 位）と高く、悪性新生物は 0.89 倍（44 位）と低い状況でした。

女性の標準化死亡比は、急性心筋梗塞が 1.91 倍（県内 4 位）、脳内出血が 1.49 倍（3 位）と県内トップクラスですが、悪性新生物は 0.85 倍（45 位）と低い状況でした。

※標準化死亡比とは

高齢化率などに違いがある市町村間の死亡状況を比較するのに適している統計。市の死亡率が全国を基準として何倍かということを表し、1.0 より高いと全国に比べ死亡率が「高い」、1.0 より低いと全国に比べ死亡率が「低い」と言えます。

(4) 65 歳未満死亡率の推移 （資料 2－①、②）

全国県別順位中の市の位置は、男性は女性に比べ高順位の年度が多く、1997 年から 2014 年の死亡率を見ると、男性は女性の 1.4 倍から 3.2 倍で推移しており、男性の方が早世と言えます。

3 医療費と介護給付費の状況

(1) 国保医療費：年間 1 人当たりの医療費 （資料 3）

全国県別順位中の市の位置は 41 位（2014 年度）となっており、国保医療利用が少ないことがわかります。

市は、全国トップの島根県に比べ 104,073 円（2014 年度）少ない状況ですが、2014 年度は 2013 年度に比べ 19,088 円増加しています。

(2) 後期医療費：年間 1 人当たりの医療費 （資料 3）

全国県別順位中の市の位置は 40 位（2014 年度）となっており、後期医療の利用が少ないことがわかります。

市は、全国トップの福岡県に比べ 360,524 円（2014 年度）少ない状況ですが、2014 年度は 2013 年度に比べ 16,075 円増加しています。

(3) 介護給付費：年間 1 人当たりの費用 （資料 3）

全国県別順位中の市の位置は 47 位（2014 年度）となっており、介護保険利用が少ないことが分かります。

市は、全国トップの沖縄県に比べ 124,076 円（2014 年度）少なく、2014 年度と 2013 年度の給付費を比較すると、全国 4,373 円、茨城県 3,537 円、市 3,687 円の増加となり、市の給付費の増加は県を上回りました。

4 介護保険認定状況

(1) 1 号被保険者（65 歳以上）の認定率

①認定率の推移（2010～2014 年度） （資料 4）

全国県別順位中の市の位置は、2010 年度から 2014 年度まで 46 位であり、認定率が低いことが分かります。

②認定者の重症率 （資料 5）

全国県別順位中の市の位置は、2014 年度の軽症率（要支援 1～要介護 2）は最下位であり、重症率（要介護 3～要介護 5）は、2013 年度の 6.2%から 6.4%に増加し、順位も 36 位から 27 位に上昇しました。

（2）2 号被保険者（40～64 歳）の認定率

①認定率の推移（2010～2014 年度） （資料 6）

全国県別順位中の市の位置は、2010 年度から全国トップクラスで推移していましたが、2014 年度の認定率は、2013 年度の 0.42%から 0.36%に減少し、順位も 4 位から 15 位に低下しました。

②認定者の重症率 （資料 7）

2014 年度の軽症率は、2013 年度の 0.24%から 0.19%に減少し、順位も 15 位から 37 位に低下したのに対し、重症率は、2013 年度の 0.19%から 0.17%に減少したものの、順位は 2 位から 4 位と高止まりしており、重症率が高いことが分かります。

5 2014 年度介護保険受給者、給付費等の状況 （資料 8）

（1）介護保険サービス別受給者の割合（1 号+2 号受給者）

市のサービス別受給者割合を全国県別順位で見ると、居宅サービス最下位、地域密着型サービス 16 位、施設サービス 1 位でした。

（2）介護保険サービス別給付費の割合（1 号+2 号受給者）

市のサービス別給付費割合を全国県別順位で見ると、居宅サービス最下位、地域密着型サービス 32 位、施設サービス 1 位でした。

（3）1 号被保険者 1 人当たりの給付費

市のサービス別給付費を全国県別順位で見ると、居宅サービス最下位、地域密着型サービス全国 38 位、施設サービス全国 8 位でした。

市の居宅サービス給付費は全国トップの沖縄県の 1/2 となっていますが、施設サービス給付費は全国最下位の千葉県の 1.6 倍となっています。

6 介護保険料の推移（平均保険料基準額） （資料 9）

全国県別順位中の市の位置は、介護保険制度が始まった第 1 期（2000 年 - 2002 年）は 48 位、第 5 期（2012 年 - 2014 年）は 31 位に上昇しましたが、第 6 期（2015 年 - 2017 年）は 41 位にとどまり、第 5 期から第 6 期の伸び率は全国 44 位と低い状況です。

【1号認定者（65歳以上）2,363人の実態】

1 認定者の特徴

（1）性・年齢（資料10）

性別は、男性 715 人（30.3%）、女性 1,648 人（69.7%）であり、女性は男性の 2.3 倍となっています。

年齢構成は、65～74 歳 266 人（11.3%）、75～84 歳 761 人（32.2%）、85 歳以上 1,336 人（56.5%）となっており、75 歳を境に認定者が増加しています。

（2）認定者の有病状況（資料10）

有病状況は、脳血管疾患 1,125 人（47.6%）、認知症 808 人（34.2%）、筋骨格疾患 2,031 人（86.0%）等となっており、1 人の認定者が複数の疾患を合併していると言えます。

（3）脳血管疾患を有する者 1,125 人の状況（資料10）

疾患の内訳は、脳出血 99 人（8.8%）、脳梗塞 1,079 人（95.9%）となっています。

①脳出血を有する者 99 人の状況

有病率は、85 歳未満が全体の 72.7%を占めています。

脳出血の原因疾患と考えられている高血圧、糖尿病、脂質異常症の有病率を見ると、高血圧 89.9%、脂質異常症 60.6%、糖尿病 45.5%と続きます。

②脳梗塞を有する者 1,079 人の状況

有病率は、75 歳から急増し 85 歳以上が全体の 55.6%を占めています。

脳梗塞の原因疾患と考えられている高血圧、糖尿病、脂質異常症の有病率を見ると、高血圧 89.5%、脂質異常症 59.0%、糖尿病 44.1%と続きます。

（4）認知症を有する者 808 人の状況（資料10）

有病率は、75 歳から急増し 85 歳以上が全体の 61.6%を占めています。

また、脳梗塞との合併は 52.0%となっています。

（5）筋骨格疾患を有する者 2,031 人の状況（資料10）

有病率は、脳梗塞や認知症と同様に 75 歳から急増し、85 歳以上が全体の 59.0%を占めていますが、他の疾患との合併については、大きな特徴は見られませんでした。

(6) 認定者 2,363 人の介護度 (資料 1 1)

介護度は、軽症者(要支援 1～要介護 2) 1,414 人(59.8%)、重症者(要介護 3～要介護 5) は 949 人(40.2%)となっています。

①脳血管疾患を有する者 1,125 人の状況

介護度別に見ると、65 歳～84 歳までの年代で重症者の割合が高くなっています。

②認知症を有する者 808 人の状況

介護度別に見ると、75 歳以上の年代で重症者の割合が高くなっています。

③筋骨格疾患を有する者 2,031 人の状況

介護度別に見ると、各介護度に占める筋骨格疾患の割合は脳血管疾患や認知症より高い状況ですが、75 歳以上の年代で軽症者の割合が高くなっています。

【2号認定者（40～64歳）73人の実態】

1 認定者の特徴

（1）性・年齢（資料12）

性別は、男性40人（54.8%）、女性33人（45.2%）と女性より男性の方が多い状況です。

初回認定時年齢は、40歳代11人（15.1%）、50歳代37人（50.7%）で50歳を境に認定者が増加しています。

（2）健康保険の移行（資料12）

初回認定時の健康保険は、国保33人（45.2%）、社保34人（46.6%）とほぼ同率ですが、2016年3月現在の健康保険は、国保47人（64.4%）、社保20人（27.4%）と国保が増加しています。特に、脳血管疾患を原因とする認定者については、社保だった者22人のうち10人（45.5%）が国保に移行しています。

（3）初回認定時の原因疾患（資料12）

脳血管疾患45人（61.6%）、初老期認知症9人（12.3%）、糖尿病合併症7人（9.6%）で、2号認定者全体の83.6%を占めています。

（4）脳血管疾患45人の状況（資料12）

①性別

男性27人（60.0%）、女性18人（40.0%）と男性は女性の1.5倍となっています。

②脳血管疾患の分類

脳梗塞20人（44.4%）、脳出血19人（42.2%）、クモ膜下出血6人（13.3%）となっています。

男女別で見ると、男性は脳梗塞12人（44.4%）脳出血13人（48.1%）、クモ膜下出血2人（7.4%）でした。

女性については、脳梗塞8人（44.4%）、脳出血6人（33.3%）、クモ膜下出血4人（22.2%）でした。

脳梗塞については男女差が見られませんでした。脳出血については男性の割合が高く、クモ膜下出血については女性の割合が高い傾向が見られました。

③脳血管疾患発症前の生活習慣病治療歴

KDBや介護認定調査票から、脳血管疾患発症前の生活習慣病治療歴を見ると、治療歴無30人（66.7%）、治療歴有15人（33.3%）となっています。

治療歴無を健康保険別に見ると、国保18人中11人（61.1%）、社保22人中15人（68.2%）、生保5人中4人（80.0%）となっています。

④2016 年 3 月現在の治療状況

国保加入者 28 人の 2016 年 3 月分レセプトを見ると、脳梗塞 17 人(60.7%)、脳出血 13 人(46.4%)であり、その原因となる主な疾患は高血圧 27 人(96.4%)、脂質異常症 20 人(71.4%)、糖尿病 12 人(42.9%)となっています。

(5) 医療費、介護給付費 (資料 12)

国保加入者の 1 か月の医療費が 20 万円を超える人が多い疾患は、糖尿病性神経症、腎症、網膜症(以下「糖尿病合併症」という。)に多く、2016 年 3 月現在の有病状況を見ると、透析を実施していることや生活習慣病との重複が多いことが考えられます。

1 か月の介護給付費で 20 万円を超える人が多い疾患は、初老期認知症 9 人中 7 人(77.8%)、脳血管疾患 45 人中 15 人(33.3%)でした。

国保加入者について、2016 年 3 月分の医療費と介護給付費が、初回認定時から続いていたと仮定し費用を試算してみると、1,000 万円以上の人は脳血管疾患 28 人中 15 人(53.6%)、初老期認知症 6 人中 2 人(33.3%)、糖尿病合併症 5 人中 3 人(60.0%)でした。最高額は No. 66(関節リウマチ)の 299,687,392 円(要介護 4、9 年 8 か月)ですが、脳血管疾患の中では No. 26 の 48,411,080 円(要介護 5、8 年 11 か月)でした。

これらのことから、1 人当たりの医療費が高い疾患は糖尿病合併症ですが、介護給付費が高い疾患は脳血管疾患、初老期認知症と言えます。

また、1 か月当たりの介護給付費総額は 10,641,247 円となっており、そのうち、脳血管疾患 6,642,385 円と初老期認知症 2,045,123 円で、全体の 81.6%を占めています。

【地区の実態】

1 地区の特徴

施設等入所者を除く 1 号認定者 (65 歳以上) 2, 124 人について、地区 (神崎、額田、菅谷、五台、戸多、芳野、木崎、瓜連) の特徴を見ました。

(1) 認定者の重症率 (資料 1 3 - ①)

前期高齢者は、芳野、木崎の順で重症率が高く、それぞれ市の 1.6 倍、1.4 倍となっています。後期高齢者は、戸多、神崎の順で高く、それぞれ市の 1.4 倍、1.3 倍となっています。

(2) 脳血管疾患を有する者 1, 042 人の状況 (資料 1 3 - ②)

前期高齢者は、額田、神崎の順で脳血管疾患を有する者の割合が高く、それぞれ市の 1.4 倍、1.3 倍となっています。後期高齢者は、戸多、木崎の順で高く、それぞれ市の 1.3 倍となっています。

(3) 認知症を有する者 730 人の状況 (資料 1 3 - ③)

前期高齢者は芳野、瓜連、額田の順で認知症を有する者の割合が高く、芳野は市の 1.5 倍となっています。後期高齢者は、木崎がやや高くなっています。

(4) 筋骨格疾患を有する者 1, 912 人の状況 (資料 1 3 - ④)

前期高齢者は、木崎、神崎の順で筋骨格疾患を有する者の割合が高く、それぞれ市の 1.4 倍、1.3 倍となっています。後期高齢者は、戸多、額田の順で高く、戸多は市の 1.4 倍となっています。

【まとめ】

1 那珂市の介護保険の全体像

死亡率については、男女とも全国より低く、平均寿命についても全国を上回っています。一方で、標準化死亡比については、男女とも急性心筋梗塞が県内トップクラスであり、さらに女性は脳出血が県内上位となっており、全国と比べて有意に高くなっています。

介護保険認定率については、1号被保険者（65歳以上）は全国46位と低い状況ですが、2号被保険者（40～64歳）は県や全国を上回っています。介護認定を受けた者のうち、1号被保険者の重症率は県や全国を上回っており、2号被保険者の軽症率が減少する一方で、重症率は高止まりしています。

医療費と介護給付費については、国保・後期・介護全てにおいて全国40位以下となっており、市全体としては医療費や介護給付費がかからない傾向が見られます。

介護給付費のサービス別割合については、居宅サービスは全国最下位ですが、施設サービスは全国トップとなっており、介護給付費に占める施設サービスの比重が高いことが分かります。

介護保険料については、介護保険認定率が低いこともあり、第1期～第6期まで低い保険料で推移しています。

2 1号認定者の実態

認定率については75歳を境に上昇し、一人で複数の疾患を合併しています。

男性は女性に比べて、脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全を合併している割合が高く、原因疾患としては、糖尿病の割合が高くなっています。

女性は男性に比べて、脂質異常症や筋骨格疾患の割合が高くなっています。

脳血管疾患のうち脳出血については、65～84歳までの人に多く発症しており、その半数が脳梗塞を合併しています。原因疾患としては、高血圧の割合が圧倒的に高くなっており、糖尿病や脂質異常症の割合も高くなっています。

脳梗塞については、後期高齢者に多く発症しており、虚血性心疾患や認知症、腎不全との合併率が高い傾向があります。原因疾患としては、高血圧の割合が圧倒的に高くなっており、糖尿病や脂質異常症の割合も高くなっています。

さらに、脳血管疾患を合併している人の介護度については、重症者の割合が高い傾向があります。

認知症については、後期高齢者に多く発症しており、その半数が脳梗塞を合併しています。また、介護度については、重症者の割合が高い傾向があります。

筋骨格系疾患については、後期高齢者に多く発症しています。また、介護度については、軽症者の割合が高い傾向があります。

3 2号認定者の実態

初回認定時の健康保険は、国保、社保ともほぼ同率ですが、2016年3月現在の健康保険は、国保が64.4%を占めており、社保から国保へ移行する傾向が見られます。

認定者は男性が多く、50歳を境に増加しています。また、初回認定時における介護度については、重症者が41.1%を占めています。

認定者の61.4%が脳血管疾患を原因としており、その内訳は脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血の順となっています。

脳血管疾患の主な原因としては、高血圧96.4%、脂質異常症71.4%、糖尿病42.9%等の生活習慣病が挙げられ、特に高血圧との重なりがある傾向が見られます。

脳血管疾患発症前の治療歴については、66.7%が「治療歴なし」となっており、高血圧等の生活習慣病があっても、健診を受診しないため気づかなかつたり、気づいていても医療機関を受診しないまま病状が進行し、脳血管疾患の発症に至ったことが予想されます。

脳血管疾患を原因とする認定者のうち、初回認定時における介護度が重症の者は48.9%を占めます。また、2016年3月現在、初回認定時から5年以上経過している者は51.1%を占めています。脳血管疾患を原因とする認定者は、重症かつ長期に渡って介護を必要とする傾向があり、国保医療費や介護費用がたくさんかかっています。

また、認定者の約1割は糖尿病合併症を原因としています。その原因は糖尿病ですが、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、腎不全等多くの疾患を合併する傾向が見られます。心臓血管治療や人工透析など高額な治療を必要とすることも多く、特に国保医療費がたくさんかかっています。

4 1号認定者の地区の実態

人口規模や人口構成が異なるため、地区間の比較は難しいことですが、地区の特徴として、以下のような傾向が見られました。

神崎地区：重症率、脳血管疾患、筋骨格疾患を有する者の割合が高い。

額田地区：前期高齢者で、脳血管疾患、認知症を有する者の割合が高い。

菅谷地区：特に大きな特徴は見られない。

五台地区：筋骨格疾患を有する者の割合が市平均より高い。

戸多地区：後期高齢者で、重症率、脳血管疾患、筋骨格疾患を有する者の割合が高い。

芳野地区：前期高齢者で、重症率、認知症を有する者の割合が高い。

木崎地区：重症率、脳血管疾患、筋骨格疾患を有する者の割合が高い。

瓜連地区：前期高齢者で、認知症、筋骨格疾患を有する者の割合が高い。

【市の課題】

1 2号認定者の減少

2号認定者の認定率は、県や全国を上回り、重症者の割合が高い状況が続いています。2号認定者はいずれ1号認定者に移行し、全体の認定率を押し上げるとともに、重症者が長期に渡り、国保及び後期医療費や介護給付費を必要とするため、市の財政や個人の生活に影響を与えると予想されますので、2号認定者を減らすことが市の課題と言えます。

2号認定者の原因疾患は、主に脳血管疾患、糖尿病合併症であり、これらの基礎疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病を早期から把握し、生活習慣改善と必要な治療を継続して重症化を予防することが重要です。

そのために、関係機関の連携により、発症予防、早期発見、治療継続のための周知活動、支援体制を整えることが必要です。

2 1号認定者の重症化予防

1号認定者の認定率は、全国と比べてかなり低いレベルですが、重症率は県や全国を上回っています。このまま高い重症率が続けば、より多くの介護給付費を必要とするため、市の財政や個人の生活に影響を与えると予想されますので、1号認定者の重症化を予防することが市の課題と言えます。

1号認定者の治療状況を見ると、重症者は、脳血管疾患、認知症の割合が高く、認知症はその半数が脳血管疾患を合併しています。1号認定者の重症化を予防するためには、脳血管疾患の発症や再発を予防することが重要であり、これらの基礎疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病を早期から把握し、生活習慣改善と必要な治療を継続して重症化を予防することが重要です。

そのために、関連機関の連携により、発症予防、早期発見、治療継続のための周知活動、支援体制を整えることが必要です。

3 介護予防の取り組み

前期高齢者で重症率が高い地区は、ライフスタイル等の変化が影響し、今後、後期高齢者の重症率も増加していくことも考えられるため、高齢期以前からの生活習慣病予防、介護予防が重要と言えます。

また、後期高齢者で重症率が高い地区は、加齢に伴う心身機能の低下や社会的要因が影響している可能性があり、高齢者の健康を維持するための介護予防活動、社会資源整備が重要と言えます。

介護予防の取り組みでは、こうした地区の特性に応じたきめ細かい活動を、市民と関係機関が一体となり展開していくことが必要です。

4 情報共有と実行

介護認定者の実態把握で得た情報については、市民、市役所関係部署、関係機関等と共有する場を設け、市の課題に対して、それぞれの立場でできることから実行していくことが大切です。

5 今後の課題

介護認定者の実態把握は、昨年に続き 2 回目となります。今後も、情報を積み上げ、経年の動向の把握と将来予測により、地域包括支援センターの事業や高齢者施策に活かしていく必要があります。

また、把握された実態（男女差、年齢差、地域特性等）について、生理的要因や社会的要因との関連性について調査し、根拠をもって事業を行いたいと考えています。