

2. 被保険者および被保険者家族における年間受診回数別受診者数

表2は同年、同県の被保険者、表3は被保険者家族についての年間の受診回数別受診者数を示してある。図5.6は横軸を受診回数にしたグラフである。個票を記載する歯科医師は9割以上が診療所の開設者もしくは診療所勤務であるため、受診者数は歯科診療所への受診を反映していると考えられる。年間受診回数は、被保険者では5回以下が全体の48.7%と約半数であり、同10回以下となると74.5%を占める。被保険者家族については5回以下の受診で全体の60.1%、10回以下となると82.5%を占める。歯科治療は回数がかかるという認識があるが、前年度および次年度への繰り越しは本データでは考察されていないので注意は必要であるものの、本人、家族とも約半数は5回以内で受診が終了する傾向があることがわかる。

しかし、この受診回数が受けるイメージより少ないことが、予防管理を主体とした単純な治療に起因するものなのかについては不明である。さらに被保険者と被保険者家族の受診回数を比較した時、被保険者家族の受診回数の平均は被保険者に比較して少ない。この点に関しても給付割合が被保険者と被保険者家族とで異なるため、被保険者家族に受診抑制がはたしているのか、もしくは単に長期の治療回数を必要とするような疾患が少ない（いわゆる進行の進んでいない歯科疾患が多い）ものによるものかについては本データからは不明であり、今後の検討が必要である。

表2 被保険者の受診回数別受診者数
(埼玉県2000年)

受診回数	受診人数
1-5	102,203
6-10	54,068
11-15	26,806
16-20	13,080
21-25	6,506
26-30	3,361
31-35	1,691
36-40	955
41-45	444
46-50	271
51-55	116
56-60	55
61-65	25
66-70	20
71-75	36

表3 被保険者家族の受診回数別受診者数
(埼玉県 2000年)

受診回数	受診人数
1-5	101,563
6-10	38,169
11-15	15,572
16-20	6,974
21-25	3,264
26-30	1,637
31-35	897
36-40	470
41-45	255
46-50	147
51-55	63
56-60	30
61-65	17
66-70	16
71-75	22

図5 被保険者の受診回数別受診者数 (埼玉県 2000年)

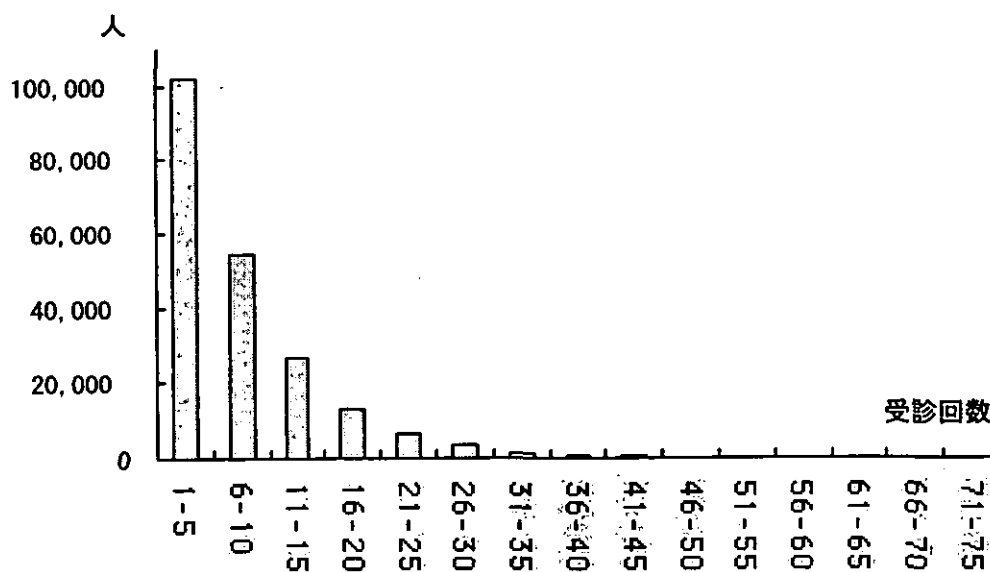
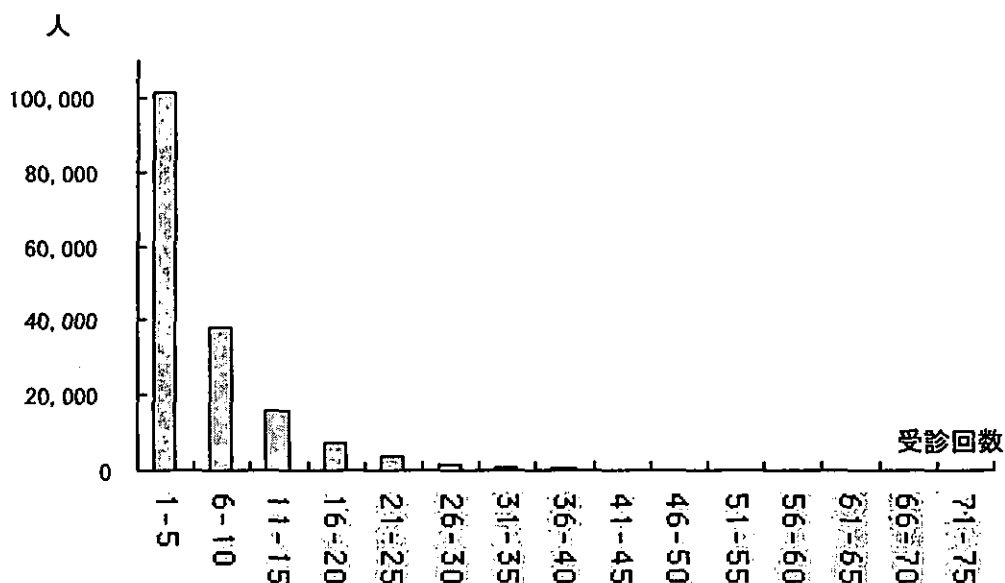


図6 被保険者家族の受診回数別受診者数（埼玉県 2000年）



3. 年齢階級別の年平均受診日数および年平均治療点数

表4は同年、同県の年齢階級別についての1人あたり年平均受診日数および年平均治療点数を示している。図7.9は横軸を年齢階級にした男性および女性の平均受診日数のグラフ、図8.10は横軸を年齢階級にした男性および女性の平均治療点数のグラフである。年齢階級は前記と同じである。

年平均受診日数および年平均治療点数を男女で検討するとほぼ同じ傾向を示す。一方、階級によって検討すると、高齢者世代に相当する年齢階級13.14.15と成人世代である階級5-12を比較した場合、受診日数および治療点数において大きな差はみられない。この点が高齢者になるに従い医療費が高騰する医科とは大きな相違である。

一般に加齢により疾病リスクが高まるので医療費の上昇は避けられないと言われる。しかし、自分で食べられることが維持できれば、自己の健康レベルを保持でき経管栄養にならなくて済む。食べることが維持できる方面に今まで以上に医療費を使うことができれば、経管栄養になっている群との比較を中心とする介入研究は必要であるものの、急激な医療費の上昇を押さえる可能性がある。食べるという視点から考えると、虫歯や歯周病の治療費と認識されている歯科医療費を「食べることを維持する」ために使われる費用と位置付けることも検討に値する。

一方、幼児、児童期である年齢階級1.2.3では図7.9とも受診日数が他の年齢階級に比較して少ない。これには以下の理由が考えられる。

- 1 保護者の子供への関心が高まったことによる歯科疾患の早期発見
- 2 学校の検診による受診勧告
- 3 永久歯に置換するため積極的な治療の手控え

年齢階級3以降、急激に平均受診日数、平均治療点数が増加するのは、幼児、児童期

に疾患に罹患したパターンを繰り返したためと考えられる。今後は、平均受診日数、平均治療点数の増加が認められる前の時期（年齢階級 2.3）において健康教育を充実させるなどして、予防を喚起することが必要である。歯科疾患自体が予防可能な疾患であるため健康教育の充実によって近い将来、歯科医療費用軽減の可能性もある。

また 8020 運動などの啓蒙普及は、歯科疾患のみならず生活習慣病を予防できる可能性があり、高騰する医療費問題の解決のヒントを与えてくれる。

本稿では高齢化率が低い埼玉県に注目して検討を加えたが、今後、他県との比較も課題である。

表 4 年齢階層別の年平均受診日数および治療点数（埼玉県 2000 年）

男性			女性		
年齢階級	日数	点数	年齢階級	日数	点数
1	1.87	826.14	1	1.85	827.97
2	1.96	820.97	2	1.91	796.39
3	1.82	771.23	3	1.80	766.83
4	2.18	1205.18	4	2.13	1160.73
5	2.38	1469.43	5	2.31	1314.52
6	2.42	1519.44	6	2.36	1334.97
7	2.47	1579.77	7	2.42	1357.85
8	2.45	1545.44	8	2.44	1384.25
9	2.47	1558.55	9	2.50	1426.71
10	2.54	1634.00	10	2.56	1466.91
11	2.59	1625.35	11	2.59	1490.20
12	2.62	1632.07	12	2.61	1491.76
13	2.62	1577.02	13	2.64	1536.96
14	2.67	1647.25	14	2.67	1539.29
15	2.66	1406.40	15	2.87	1697.73

図7 年齢階級別男性平均受診日数（埼玉県 2000年）

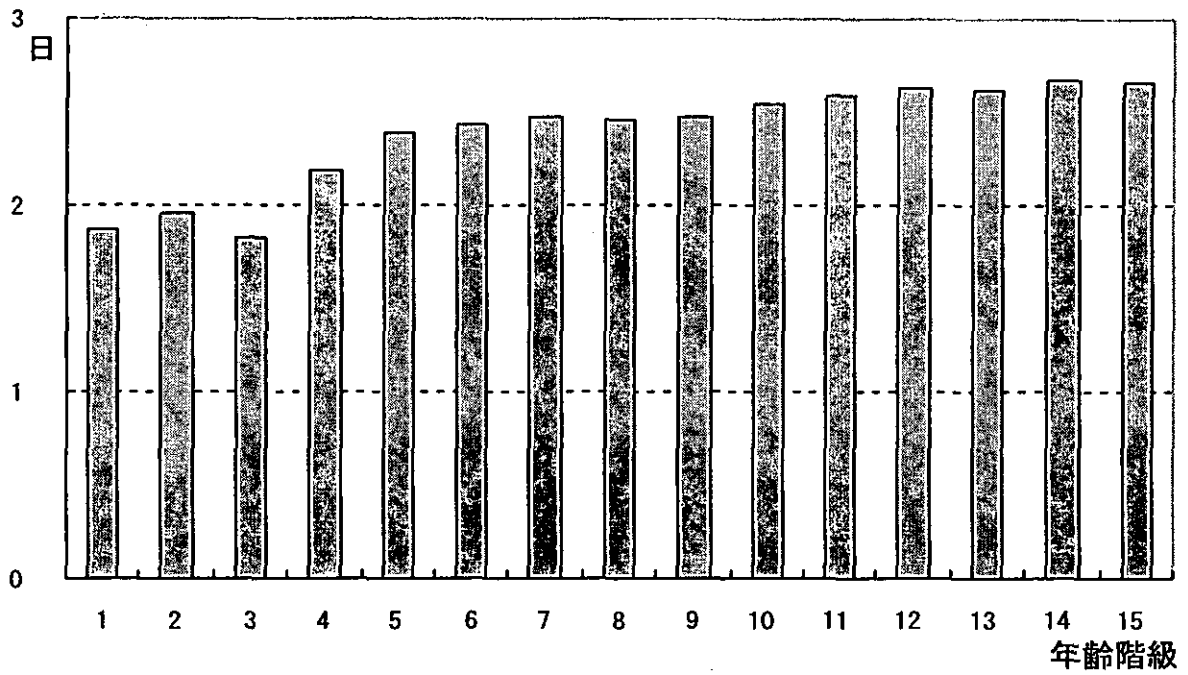


図8 年齢階級別男性平均治療点数（埼玉県 2000年）

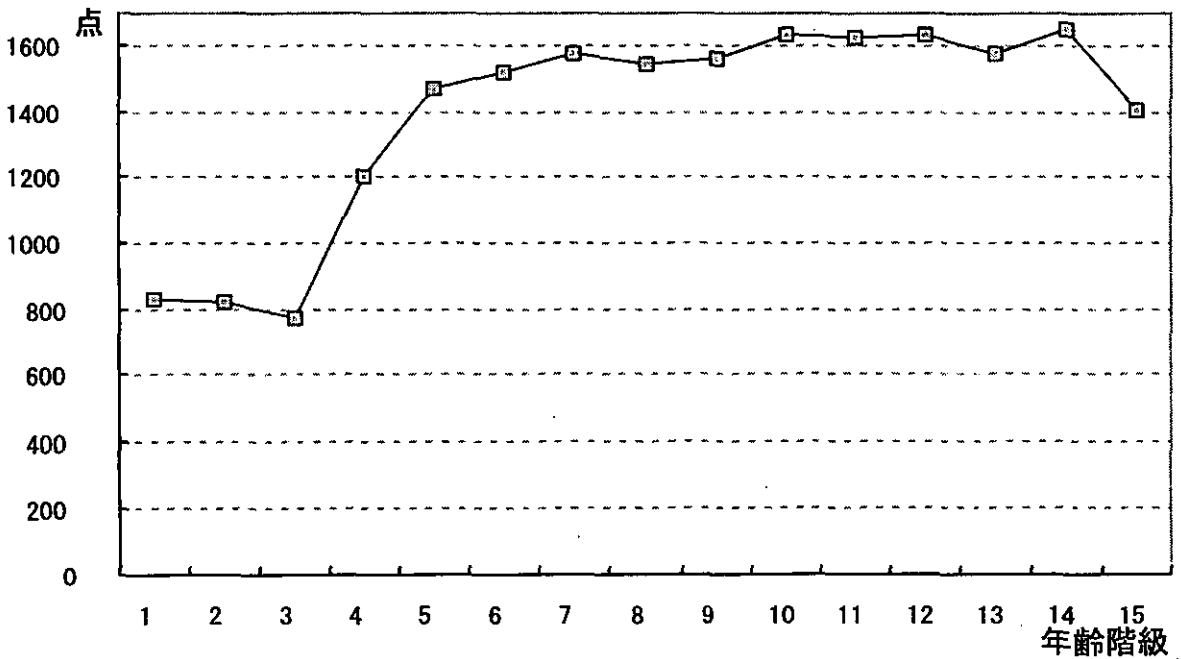


図9 年齢階級別女性平均受診日数 (埼玉県 2000年)

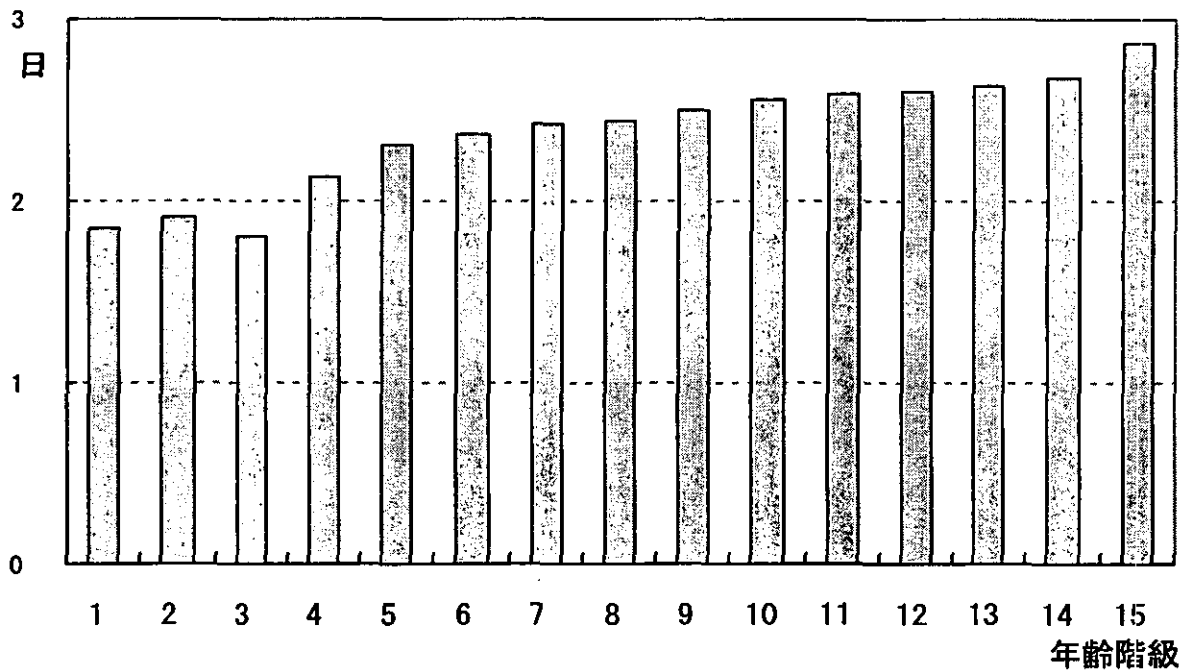
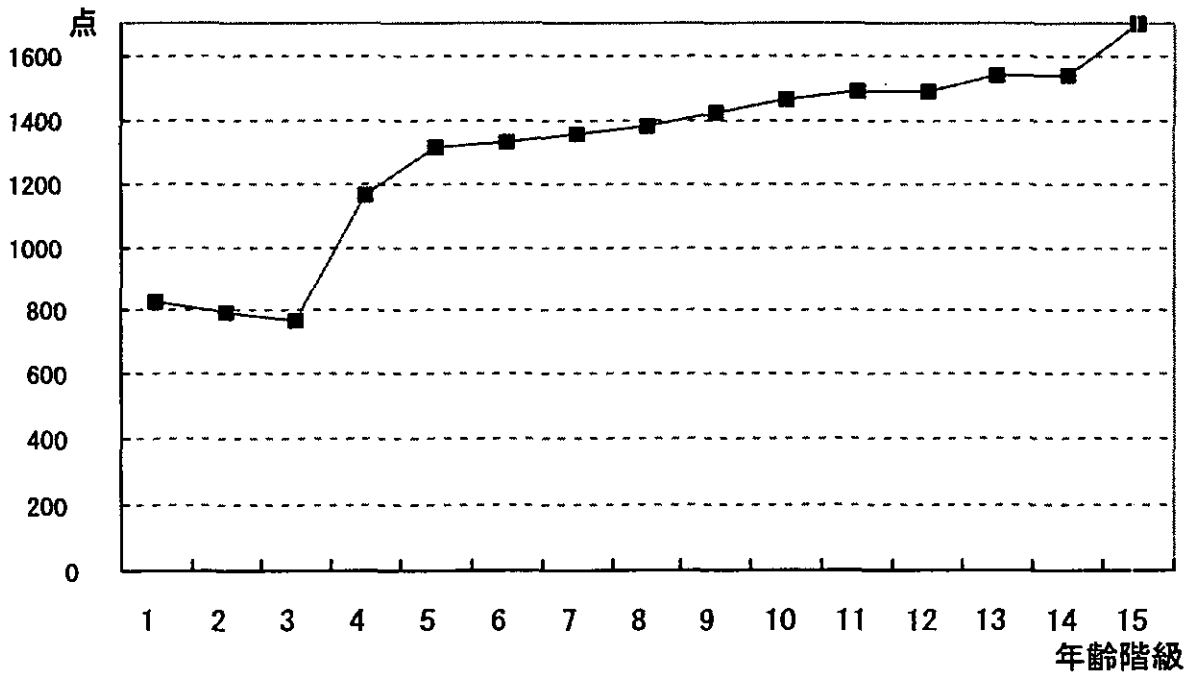


図10 年齢階級別女性平均治療点数 (埼玉県 2000年)



Ⅲ. 結語

本稿では

1. 歯科受診数が4-7月にかけてなだらかな上昇があること
 2. 年間平均受診回数は5回以下が多いこと
 3. 幼児、児童期を除き、年齢毎に受診回数および治療点数に大きな差がないこと
- の結果を得た。今後、高騰する医療費に対処するためにも、健康教育の充実に力を入れ、経管栄養にならず自分で食べられることの重要性を広く認知させていくことが必要である。

参考文献

- 植村尚史（2002）個票データを利用した医療、介護サービスの受給に関する研究報告書
厚生労働省（2002） 歯科疾患実体調査
目で見える医療保険白書（2003） ぎょうせい
健康日本 21（2000）健康体力づくり事業財団

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

⑥ 脳血管疾患の受診パターンに関する研究

分担研究者 佐藤雅代 国立社会保障・人口問題研究所

平成 14（2002）年度人口動態統計月報年計によると、平成 14 年の死亡数 982,371 人のうち、脳血管疾患による死亡は 129,589 人であり、死亡率は減少傾向にあるものの死亡順位では依然第 3 位を維持している。では、死亡率が減少傾向にあるのだから、診療医療費は減少しているであろうか。平成 13(2001)年度国民医療費によると、平成 13 年度の脳血管疾患に対する一般診療費は 17,874 億円で、一般診療費総額の約 7.3%である。平成 10 年度に比較すると 1,878 億円減少しており、一般診療費総額に占める割合も 1.1 パーセント減少している。

死亡率や診療費が減少しているから、軽視してよいほど脳血管疾患は容易な疾患ではない。なぜなら、脳血管疾患は、発症から死亡までの時間が長く、結果として入院が長期化する傾向にある。また、死亡した場合に、原疾患の脳血管疾患が記載されないと、他の疾患による死亡に分類されることがあり、そもそも過小評価されやすい疾患である。

本稿では、傷病名に脳血管疾患を持つ個人のレセプトを用いて、その受診パターンを明らかにする。使用するデータには死亡の転記が含まれており、死亡者の受診パターンとそれ以外を詳細に検討することができた。まず、死亡者であるが、1ヶ月の受診で死亡した人と、2ヶ月の受診で死亡した人では、総額でほぼ同程度の医療費を使っていた。これは支払請求が 1ヶ月単位であり、入院期間が同じ 2 週間でも、月をまたぐとレセプトが 2 枚でてくることに起因するものと思われる。また、死亡月とその前月の決定点数を比較すると、平均して約 24,442 点減少していることがわかった。終末期の集中的な医療投下により、死亡月の医療費が高騰しているのではとの予測はずれ、増加する患者の場合でも微増程度であった。次に、生存者については、入院・入院外とともに、継続的な受診傾向が認められた。15ヶ月連続の入院者がかなり存在すること、死亡者の場合 11ヶ月以上連続の入院者がいなかったことを考えると、長期入院者は死亡に至らない程度に体力があり、発症から死亡までの時間が長いことが、レセプト情報からも証明されたと言える。

A. 研究目的

脳血管疾患は、発症から死亡までの時間が長く、結果として入院が長期化する傾向にある。また、死亡した場合に、原疾患の脳血管疾患が記載されないと、他の疾患による死亡に分類されることがあり、そもそも過小評価されやすい疾患である。したがって、死亡率や診療費が減少しているからといって、軽視してよいほど脳血管疾患は容易な疾患ではないので、レセプト個票を用いてその受診パターンを明らかにする。

B. 研究方法

組合健康保険組合の平成13年1月から平成14年3月の間に傷病名に脳血管疾患が現れたレセプト10,055件を再集計し、入院と入院外について月別の推移を死亡者と生存者について分析する。

C. 研究結果

研究会の成果を踏まえ、論文「脳血管疾患の受診パターンに関する研究」にまとめた。

D. 考察

世界的には脳血管疾患死亡率は減少の傾向にあるが、有病率は高く(ある時点での人口あたり患者数)、後遺症の問題もあり、予防管理の上で今尚重要な疾患である。今回用いたデータは、患者が高齢であり分析結果を若年者にそのままあてはめることはできないが、傷病名に脳血管疾患が現れた加入者のうち約

5%が死亡していることがわかった。

また、通常の支払業務データには傷病名や死亡の転記がなく、患者受診行動を厳密に詳細に分析することは難しいが、今回使用したデータによりこの点は克服することができた。しかし、同じ患者のレセプトでも、疾病に脳血管疾患が入っていないものは含まれておらず、当該患者のすべての医療費を把握できていない可能性がある。しかし、診療点数の総和の他に、脳血管疾患に係る診療行為点数や診療開始日等の項目もあり、工夫次第ではより詳細な検討が可能となり、高齢者の脳血管疾患に関する受診行動をより明らかにすることができるであろう。受診行動の特徴をいかに抽出するか、その手法については今後の課題としたい。

E. 結論

死亡の転記があることにより、本稿では、死亡者と生存者にわけて分析することが可能であった。まず、死亡者であるが、サンプルの中に突出して高い医療費を使った人がいたため若干高めに数値が出たきらいがあるが、1ヶ月の受診で死亡した人と、2ヶ月の受診で死亡した人では、総額でほぼ同程度の医療費を使っていることがあきらかになった。これは支払請求が1ヶ月単位であり、入院期間が同じ2週間でも、月をまたぐとレセプトが2枚でてくることに起因するものと思われる。

また、この影響からか、死亡月とその前月の
決定点数を比較すると、平均して約 24,442 点
減少していることがわかった。終末期の集中
的な医療投下により、死亡月の医療費が高騰
しているのではとの予測はずれ、増加する
患者の場合でも微増程度であった。

次に、生存者については、入院・入院外と
ともに、継続的な受診傾向が認められた。入
院が継続しなくても、退院後、外来にシフト
し、高額ではないものの毎月医療費を使い続
ける傾向にある。15 ヶ月連続の入院者がかな
り存在すること、死亡者の場合 11 ヶ月以上連
続の入院者がいなかったことを考えると、長
期入院者は死亡に至らない程度に体力があ
ると考えてよいのかもしれない。また、外来に
ついては、生存者は初診以来コンスタントに
通院し続けていることがわかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

第6章 脳血管疾患の受診パターンに関する研究¹

佐藤雅代 (国立社会保障・人口問題研究所)

I. はじめに

平成 14 (2002) 年度人口動態統計月報年計によると、平成 14 年の死亡数 982,371 人のうち、脳血管疾患による死亡は 129,589 人であり、死亡率は減少傾向にあるものの死亡順位では依然第 3 位を維持している²。では、死亡率が減少傾向にあるのだから、診療医療費は減少しているであろうか。平成 13(2001)年度国民医療費によると、平成 13 年度の脳血管疾患に対する一般診療費は 17,874 億円で、一般診療費総額の約 7.3% である。平成 10 年度に比較すると 1,878 億円程減少しており、一般診療費総額に占める割合も 1.1 パーセント程減少している。

死亡率や診療費が減少しているから、無視してよいほど脳血管疾患は容易な疾患ではない。まず、脳血管疾患は、発症から死亡までの時間が長く、結果として入院が長期化する傾向にある³。また、死亡した場合に、原疾患の脳血管疾患が記載されないと、他の疾患による死亡に分類されることがあり、そもそも過小評価されやすい疾患なのである⁴。本稿では、傷病名に脳血管疾患を持つ個人のレセプトを用いて、その受診パターンを明らかにする。使用するデータには死亡の転記が含まれており、死亡者の受診パターンとそれ以外を詳細に検討することができた。

II. データの概要

本研究で利用したデータ⁵は、平成 13 年 1 月から平成 14 年 3 月の間に傷病名に脳血管疾患が現れたレセプト 10,055 件である。個人属性を示すのは個人番号、性別、年齢の 3 項目であり、他には診療年月、119 分類の疾病コード、診療開始日、死亡の転記、

¹ 本稿は厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」(主任研究者：植村尚史早稲田大学人間科学部教授)の助成を受けている。本稿に残される誤りはすべて筆者の責任である。最後に、本稿の内容は筆者の所属機関とはなんら関係がない。

² 脳血管疾患は昭和 26 年に結核にかわって第 1 位となったが、45 年をピークに低下しはじめ、56 年には悪性新生物にかわり第 2 位に、更に、60 年には心疾患にかわり第 3 位となりその後も死亡数・死亡率とも低下を続けている。

³ CT スキャンの普及により脳梗塞と脳出血の鑑別が比較的容易になったこと等により、診断が付きやすい。

⁴ ICD-10 による原死因選択ルールの明確化により、肺炎、気管支肺炎との組合せで脳血管疾患が原死因となる事例が増加し、平成 7(1995)年に一時的に脳血管疾患による死亡率が増加したが、死亡率は以後低下傾向にある。

⁵ 某組合健康保険のご協力によって得られた脳血管疾患データおよび手術コードテーブルである。なお、個人の識別は、1 から通し番号でふられた個人番号、性別、年齢によって行っている。

主傷病以外の疾病個数、診療年月内での診療日数、診療点数の総和、入院外来区分等の項目がある。

このデータの特色は、死亡の転記および診療開始日の記載⁶があることである。支払請求にのみにレセプトを用いるのであれば、実際に行われた診療行為に対する支払を行うだけなので、当該患者の病気が治癒したのか、転院したのか、死亡したのかの情報は必要ない。しかし、受診指導や予後管理といった保健事業を実施するためには、患者の受診行動を把握する必要がある。死亡等の転記は重要な役割を持つ。また、脳血管疾患に係る診療行為点数、手術コード⁷の項目があり、どのような処置にどれだけの費用を投入したかがわかる。当該データを個人単位で集計して、年齢別にまとめたのが図表1である。

図表1 死亡・生存別個人数

年齢	総計			死亡			生存		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
64	2	2					2	2	
65	3	1	2				3	1	2
66	9	7	2				9	7	2
67	11	8	3				11	8	3
68	12	8	4				12	8	4
69	20	10	10	2	1	1	18	9	9
70	52	20	32				52	20	32
71	62	26	36				62	26	36
72	59	26	33	1	1		58	25	33
73	51	22	29				51	22	29
74	41	19	22	4	3	1	37	16	21
75	72	36	36	1		1	71	36	35
76	62	19	43	1	1		61	18	43
77	68	30	38	2	2		66	28	38
78	68	25	43	1		1	67	25	42
79	59	18	41	2		2	57	18	39
80	68	22	46	4	1	3	64	21	43
81	64	14	50	1	1		63	13	50
82	49	14	35	2	1	1	47	13	34
83	48	15	33	3		3	45	15	30
84	50	12	38	4	1	3	46	11	35
85	49	13	36	4		4	45	13	32
86	31	8	23	2		2	29	8	21
87	34	7	27	1		1	33	7	26
88	24	8	16	3	1	2	21	7	14
89	34	6	28	4		4	30	6	24
90	26	2	24	1	1		25	1	24
91	19	4	15	2		2	17	4	13
92	13	4	9	1		1	12	4	8
93	20	6	14	3		3	17	6	11
94	10	1	9	3		3	7	1	6
95	5	1	4	1		1	4	1	3
96	4	3	1	1		1	3	3	
97	5	1	4				5	1	4
98	2		2				2		2
99	1		1				1		1
100	3		3	1		1	2		2
101	1		1				1		1
総計	1211	418	793	55	14	41	1156	404	752

⁶ もっとも古い初診日を持つレコードの初診日、1962年10月である。

⁷ 最大5個。

図表 1 より、当該データには 1,211 人分のレコードがあり、うち 55 人に死亡の転記があることがわかる。また、年齢幅が 64 歳以上 101 歳となっており、現役世代というよりもほとんどが老健対象である老年世代の患者である。

Ⅲ. 受診行動

Ⅲ- i. 死亡者の受診行動

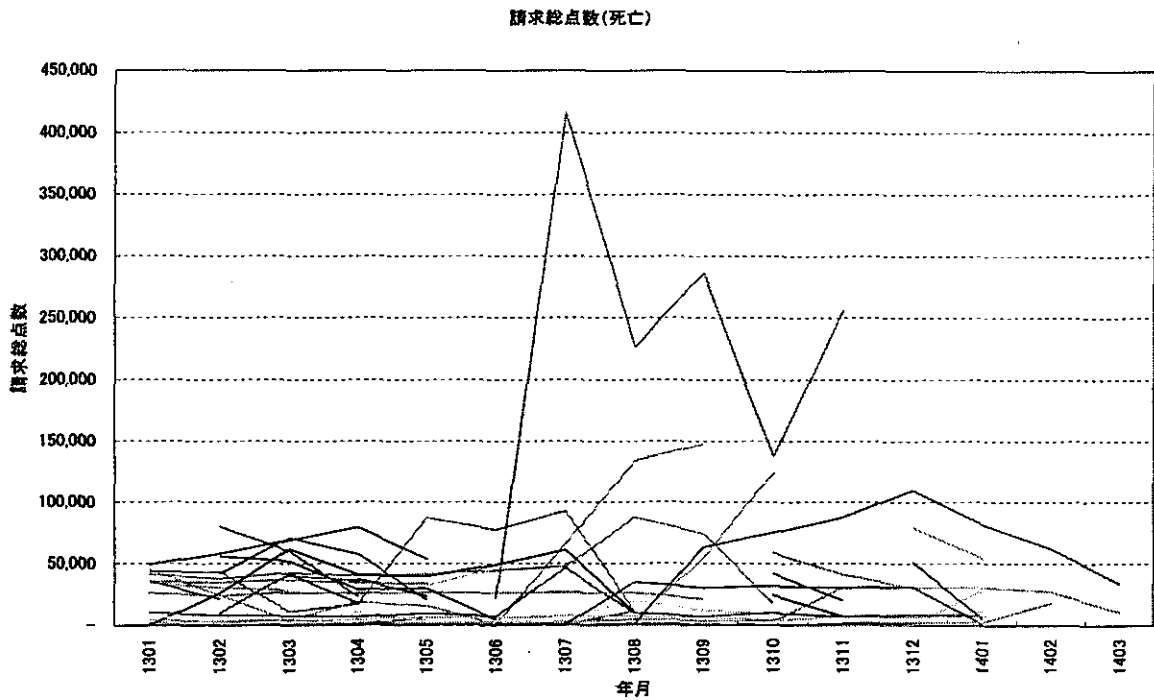
サンプル期間は、平成 13 年 1 月から平成 14 年 3 月までの 15 ヶ月間であるが、死亡の転記のある患者は、最高でも 10 ヶ月しか入院していない。これは、11 ヶ月以上連続で入院してから死亡している患者がいないことを意味する。また、入院月数が 1 ヶ月の死亡者が 14 人と他に比べて多いが、サンプルの第 1 期すなわち平成 13 年 1 月のみの入院者は 2 人のみで、残りは入院の 1 ヶ月以内で死亡していることがわかる。また、入院月数が 2 ヶ月の死亡者で、平成 13 年 1 月と 2 月の入院者も 2 名であった。

図表 2 死亡者の入院行動：入院月数と月当たり平均点数

受診月数	人数	1人1ヶ月当たり 平均決定点数
1	14 人	47,867
2	9 人	27,014
3	4 人	56,283
4	1 人	47,864
5	5 人	43,918
6	3 人	110,528
7	3 人	44,002
8	1 人	48,112
9	1 人	25,760
10	1 人	47,636

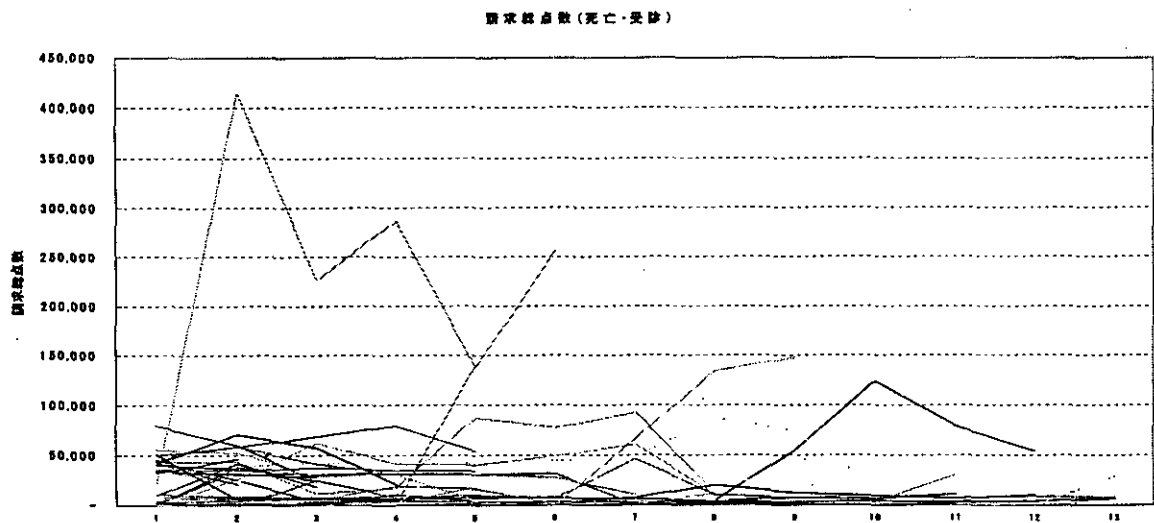
図表 3 では、死亡者の発生月別決定点数を示している。もっとも低い点数で 250 点、高い点数で 1,343,626 点となっている。グラフからは読み取りづらいが、死亡月とその前月の点数を比較すると、死亡月に減少したのが 23 人、減少幅が 24,442 点となっており、死亡月に増加したのが 18 人、増加幅が 21,260 点であった。減少している場合の原因には、月初に死亡して診療実日数が少ないケースが考えられる。また、増加している場合については、終末期の集中的な医療投与が考えられるが、死亡前月と比べて 10 万点以上増えたのは 1 人だけであり、それ以外については微増傾向といえることができる。

図表3 死亡者の月別の請求総点数：発生月別



さて、図表2では、受診月数ごとに月当たり平均点数を求めたが、この値は重症度や進行度を考慮していない。また、図表3では、発生月の決定点数を示しているが、受診開始月がバラバラであり、特に目立った傾向を見て取ることができない。そこで、進行度に応じて受診月順にレコードを並べて、決定点数の推移を見たのが、図表4である⁸。

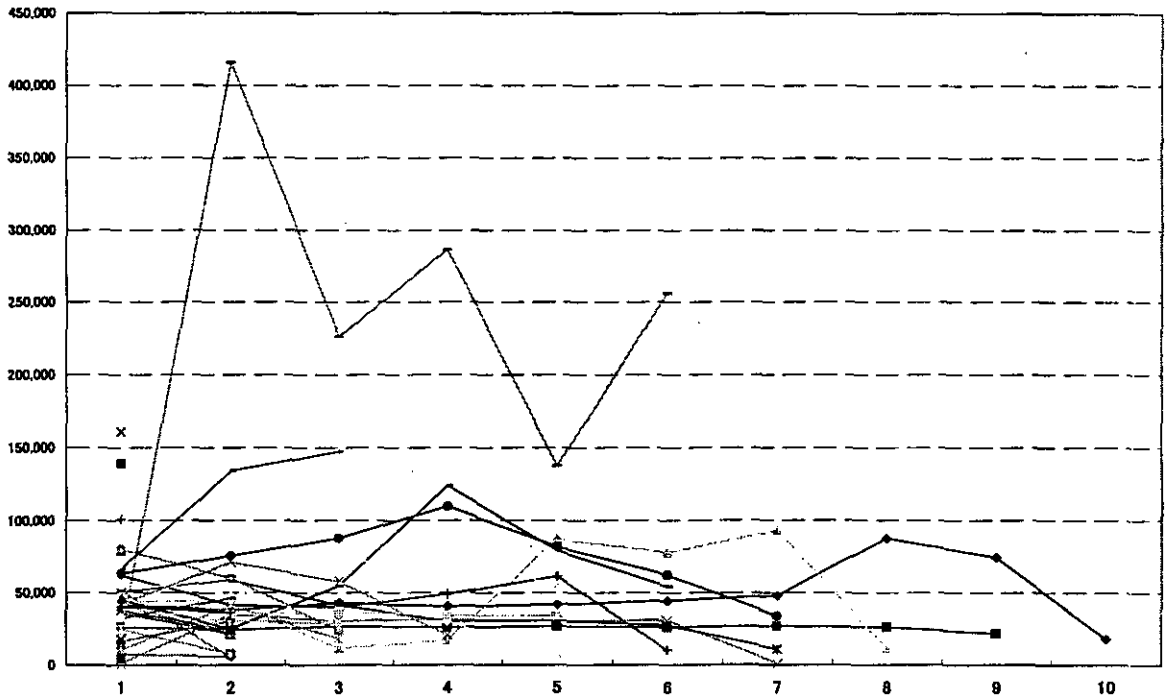
図表4 死亡者の月別決定点数：受診月順



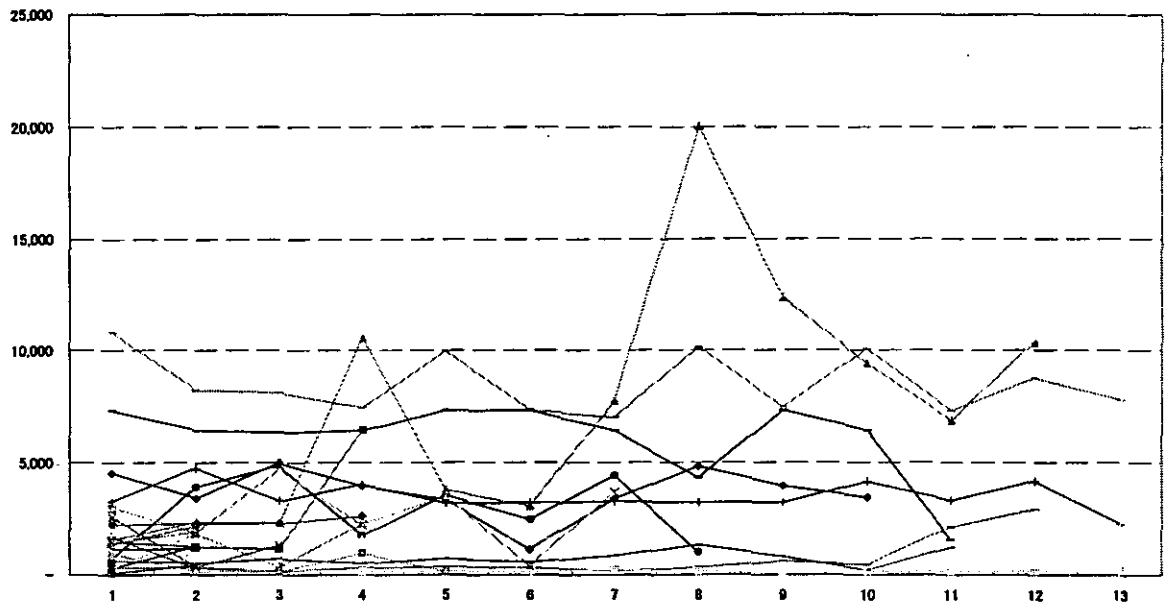
⁸ すべての患者が連続した月に受診しているわけではない。

次に、死亡者のレコードから入院のみの決定点数を図表5に示す。月別の決定点数の傾向とほぼ同じであるが、死亡月とその前月の点数を比較すると、死亡月に決定点数が減少する傾向が見られる。

図表5 死亡者の月別入院決定点数：受診月順



図表6 死亡者の月別入院外決定点数：受診月順

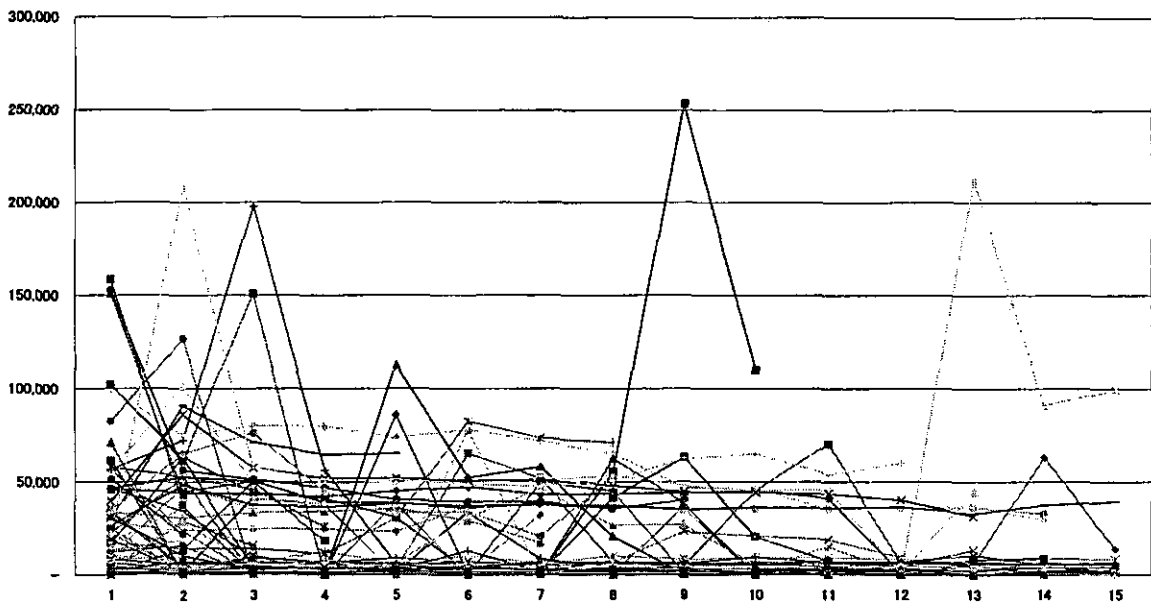


図表 6 は、死亡者の外来受診決定点数を示したグラフである。死亡者 55 人のうち、外来受診があったのは 29 人である。その傾向としては、まず空白月が無いことがあげられよう。継続的に外来受診をしており、5000 点未満の医療費を使っている。

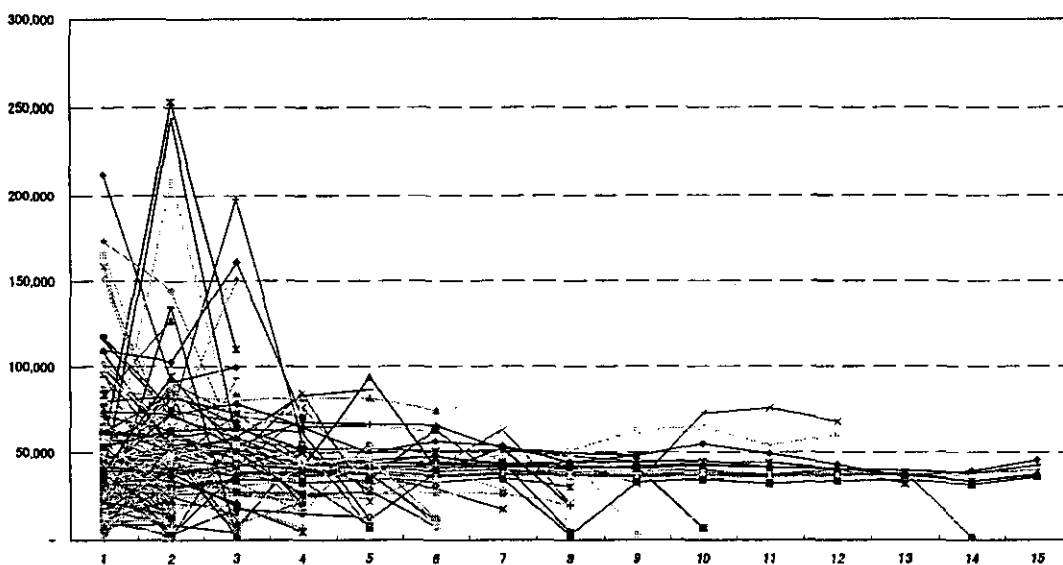
Ⅲ－ii．生存者の受診行動

ここでは、生存者の受診行動を明らかにする。

図表 6 生存者の月別決定点数：受診月順



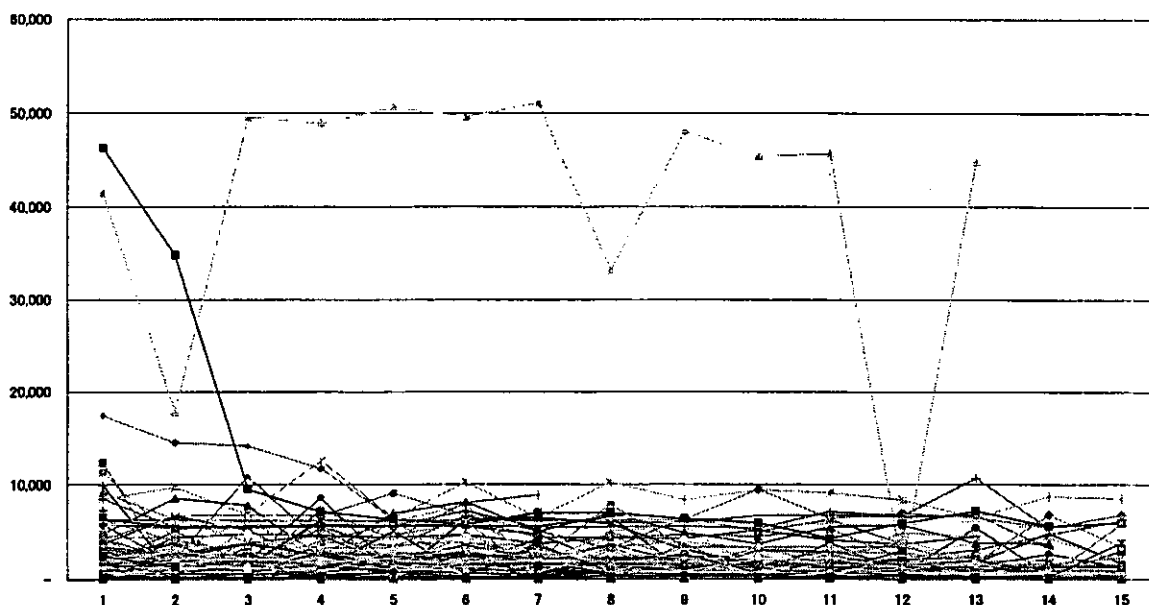
図表 7 生存者の月別入院決定点数：受診月順



図表 6 では、生存者の総決定点数を示している。前半の期間の点数が高く、徐々にある程度の水準まで減少していることがわかる。原則的に、受診が無くなることはなく、軽費の外来受診を続けているのであろう。

次に、図表 7 に示した生存者の月別入院決定点数の傾向で死亡者と大きくことなるのは、15 ヶ月間連続で、すなわち毎月連続で入院している人がかなりいる点である。10 万点で 2 ヶ月と、5 万点で 6 ヶ月では、後者のほうが総額が大きくなることは自明である。1 ヶ月あたりの水準としては、若干、死亡者よりも低く見えるものの、期間の長さによって、総医療費を大きくしている。また、生存者の場合、1 ヶ月目の決定点数が大きい人が多い。これは、急性期等で運び込まれて、手術等が行われ、その後、順調に回復するパスを通っているものと思われる。次に目立つのは、2 ヶ月目の決定点数が大きい場合だが、緊急ではないものの、時期をはかって高度な診療がなされているものと想像される。

図表 8 生存者の月別入院外決定点数：受診月順



死亡者と生存者であまり大きな違いがみられないのは、入院外の決定点数も同様である。両者とも 10,000 点未満の水準でコンスタントに推移している。もっとも、死亡者の場合は、死亡によって短期間で外来受診が途切れるが、生存者は基本的にコンスタントに外来受診を続けるため、15 ヶ月間連続のレコードを含め、初診時以来受診が継続する傾向があることがわかった。

Ⅲ. 考察

当該健保組合では、傷病名に脳血管疾患が現れた加入者のうち約5%が死亡している。ただし、対象者が高齢であり、平均寿命等を考えるとこの数値を若年者にそのままあてはめることはできないであろう。

死亡の転記があることにより、本稿では、死亡者と生存者において分析することが可能であった。まず、死亡者であるが、サンプルの中に突出して高い医療費を使った人がいたため若干高めに数値が出たきらいがあるが、1ヶ月の受診で死亡した人と、2ヶ月の受診で死亡した人では、総額ではほぼ同程度の医療費を使っていることがあきらかになった。これは支払請求が1ヶ月単位であり、入院期間が同じ2週間でも、月をまたぐとレセプトが2枚でてくることに起因するものと思われる。また、この影響からか、死亡月とその前月の決定点数を比較すると、平均して約24,442点減少していることがわかった。終末期の集中的な医療投下により、死亡月の医療費が高騰しているのではとの予測ははずれ、増加する患者も微増傾向であった。次に、生存者については、入院・入院外とともに、継続的な受診傾向が認められた。入院が継続しなくても、退院後、外来にシフトし、高額ではないものの毎月医療費を使い続ける傾向にある。15ヶ月連続の入院者がかかり存在すること、死亡者の場合11ヶ月以上連続の入院者がいなかったことを考えると、長期入院者は死亡に至らない程度に体力があると考えてよいのかもしれない。また、外来については、生存者は初診以来コンスタントに通院し続けていることがわかった。

本稿で使用したデータは、疾病コードや死亡の転記が入っている点で、非常に優れたデータと言える。しかし、同じ患者のレセプトでも、疾病に脳血管疾患が入っていないレコードは含まれておらず、当該患者のすべての医療費を把握できていない可能性がある。また、本文中でも述べたが、最も若い患者で64歳という高齢なサンプルであったため、若年者に結果を類推できるかどうか不安が残る。しかし、診療点数の総和の他に、脳血管疾患に係る診療行為点数や診療開始日等の項目もあり、工夫次第ではより詳細な検討が可能となり、高齢者の脳血管疾患に関する受診行動をより明らかにすることができるであろう。受診行動の特徴をいかに抽出するか、その手法については今後の課題としたい。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

⑦ 所得階層と死亡確率との関係および要介助発生確率との比較

分担研究者 山田篤裕 慶應義塾大学

本分析では、65歳以上の高齢者を四つの所得階層（所得四分位）に分けて、各所得階層で65歳以上の死亡率のオッズ比（相対危険度）を推定し、さらに50歳以降生活自立不能に陥るハザード比（瞬間的危険度）、あるいは生活自立に陥った場合に死亡するハザード比（瞬間的危険度）を組み合わせて比較参照し、それが、介護需要と介護サービス費用の負担にどのような政策的含意をもつのかを考察した。

その結果、最も高い所得階層に属する男性は、生存期間が長く、しかも生活自立不能になるリスクは低く、その一方で、生活自立不能に陥った場合には死亡までの期間は長い、という事が示された。また、最も低い所得階層に属する男性は、生存期間が短い一方で、生活自立不能にはなりにくい事を確認した。これは、政策的には所得比例の介護保険料負担でも、各所得階層で異なる介護サービス需要の発生およびその需要量を勘案すると、逆進的にはならないことを示唆している。

A. 研究目的

異なる所得階層によって、65歳以上の高齢者の生存期間（死亡確率）がどのように相違するのかについて定量的に分析し、低所得階層への介護保険料の減免・軽減などの正当性について基礎的な情報を提供する。また、(2)各所得階層での死亡リスクと要介助リスクや要介助期間の相違を組み合わせて考察し、どのように介護保険料を設定することが望ましいかについての基礎的情報を提供することを目的とする。

B. 研究方法

『平成7年度人口動態社会経済面調査（高齢者死亡）』に基づき作成された男女別所得階層別の（死亡者の）再集計表と、『平成7年度国民生活基礎調査』に基づき作成された男女別所得階層別の（生存者の）再集計表を利用しオッズ比（相対的死亡危険度）を計算した。その上で、要介助リスクならびに要介助後の死亡リスクと比較参照した。

C. 研究結果

最も低い所得階層（第1所得四分位）に属する男性は、65歳以降の生存期間が短く、第2四分位に属する男性と比較すれば50歳以降生活自立不能に陥るリスクは低いですが、それでも第3、第4四分位と比較すると、生活自立不能に陥るリスクは高くなっている。一方で、最も高い所得階層に属する男性は、生存期間が長く、しかも50歳以降生活自立不能に陥るリスクは、他のどの所得階層よりも低いが、その一方で、生活自立不能に陥った場合には死亡までの期間（要介助期間）は長い、ということになる。女性の場合には男性ほど傾向は明らかでない。

D. 考察

仮に定額の介護保険料を想定した場合でも、男性の高所得層は生存期間が長いことにより、まず生涯でみた保険料の支払い額は、他の階層と比較して多くなる。その一方で、高所得層の生活自立不能になるリスクは低いことから、介護サービスを必要とする確率は、その階層内で平均的にみるとそれほど高くない。ただし、いったん生活自立不能に陥ると、死亡するまでの期間は他の階層と比較して相対的に長いので、より多くの介護サービスを必要し、その結果、より多くの費用がかかることになる、と予想される。

E. 結論

所得比例の年金保険の場合に、所得階層ごとの死亡率の相違により、所得分配上の逆進性がある可能性が指摘されているが、介護保険の場合には、現行制度下においてもそうした問題は小さい。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。