

問4. 「4. 平均自立期間の算定方法 (1) 基本事項」を読んで下さい。

(1) 平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きします。

本指針(要介護2～5)以外に、介護保険の要介護度で、適切なものはあると思いますか。

- a. ある b. どちらかといえばある c. どちらかといえばない d. ない

(2) 「(1)」で「a. ある」と「b. どちらかといえばある」と回答された方にお聞きします。

本指針以外に、介護保険の要介護度で、適切なものがあれば以下に記入して下さい。

「要介護」の定義：

(3) 平均自立期間の「要介護」の定義として、介護保険以外で、適切なものはあると思いますか。

- a. ある b. どちらかといえばある c. どちらかといえばない d. ない

(4) 「(3)」で「a. ある」と「b. どちらかといえばある」と回答された方にお聞きします。

「要介護」の定義として、介護保険以外で、適切なものがあれば以下に記入して下さい。

「要介護」の定義：

問5. 本指針では都道府県の平均自立期間の算定を想定しています。

都道府県以外での平均自立期間の算定についてお聞きします。

(1) 二次医療圏の平均自立期間の算定は重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(2) 保健所管轄地域の平均自立期間の算定は重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(3) 市区町村の平均自立期間の算定は重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

問6. 「4. 平均自立期間の算定方法 (4) 算定プログラム」を読んで下さい。

本プログラムを使用することは容易でしょうか。

- a. 容易 b. どちらかといえば容易 c. どちらかといえば困難 d. 困難

問7. 本指針と本プログラムへの意見や要望などがあれば、以下に記入して下さい。

意見や要望など：

II. 健康寿命に関する質問です。

問 8. 健康寿命（本指針の平均自立期間を除く）についてお聞きします。

(1) これまでに、算定したことがありますか。

- a. ある b. ない

(2) 「a. ある」と回答された方にお聞きします。その概要を以下に記入して下さい。

健康寿命の概要：

問 9. 認知症でない平均生存期間（または平均認知症期間）についてお聞きします。

(1) それを算定することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(2) 「a. 重要」または「b. どちらかといえば重要」と回答された方にお聞きします。

その算定の開始年齢として、適切なものに、いくつでも○を付けて下さい。

- a. 0 歳 b. 40 歳 c. 65 歳 d. 75 歳 e. その他（ 歳）

問 10. 医療機関の受診（入院または外来）がない平均生存期間（または平均受療期間）についてお聞きします。

(1) それを算定することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(2) 「a. 重要」または「b. どちらかといえば重要」と回答された方にお聞きします。

その算定の開始年齢として、適切なものに、いくつでも○を付けて下さい。

- a. 0 歳 b. 40 歳 c. 65 歳 d. 75 歳 e. その他（ 歳）

問 11. 自覚的に健康と感じる平均生存期間（または自覚的に不健康と感じる平均生存期間）についてお聞きします。

(1) それを算定することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(2) 「a. 重要」または「b. どちらかといえば重要」と回答された方にお聞きします。

その算定の開始年齢として、適切なものに、いくつでも○を付けて下さい。

- a. 0 歳 b. 40 歳 c. 65 歳 d. 75 歳 e. その他（ 歳）

問 12. 健康寿命として、問 9～11 と平均自立期間以外に、適切なものがあれば、その概要を以下に記入して下さい。

健康寿命の概要：

裏面に続く

問 13. 健康寿命の検討すべき課題についてお聞きます。

(1) 健康寿命の算定方法の標準化を検討することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(2) 健康寿命の年次推移を検討することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(3) 健康寿命の地域分布を検討することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(4) 健康寿命の延長に関連する要因を検討することは重要でしょうか。

- a. 重要 b. どちらかといえば重要 c. どちらかといえば重要でない d. 重要でない

(5) これら以外に、健康寿命の検討すべき課題があれば以下に記入して下さい。

検討課題：

問 14. 健康寿命に関して意見などがあれば、以下に記入して下さい。

意見など：

この調査票に記入いただいた方にお尋ねします。なお、複数の方が調査票に記入された場合には、主に記入された方が回答して下さい。

あなたの職位はいずれでしょうか。

- a. 保健所長 b. 部課長またはそれに相当 c. 課長補佐・係長またはそれに相当
d. その他 ()

あなたの職種はいずれでしょうか。

- a. 医師 b. 保健師 c. その他専門職 ()
d. 行政職

以上で質問は終了です。同封の返信用封筒に入れて、投函して下さい。

ご協力ありがとうございました。

「平均自立期間の算定方法の指針」と「平均自立期間の算定プログラム」は「健康日本 21」ホームページからダウンロードすることができます。
(<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/index.html>)

平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査

—調査結果の概要—

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金

(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)

「健康寿命の地域指標算定の標準化に関する研究班」

【調査の背景と目的】

地域保健医療福祉分野において、健康寿命の重要性が高まりつつある。その中でも、平均自立期間は都道府県健康増進計画の目標項目に挙げられている。本研究班では、平均自立期間などの健康寿命について適用拡大を目指して研究を進めており、平成 19 年度には「平均自立期間の算定方法の指針」（以下、本指針と記す）と「平均自立期間の算定プログラム」を「健康日本 21」ホームページに公開した。（<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/database/index.html>）

研究の一環として、本指針の改訂の必要性を把握するとともに、今後の健康寿命の適用拡大に向けた方策を探ることを目的として、「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」を実施した。

【調査の対象と方法】

調査対象としては、都道府県・特別区・指定都市の健康福祉担当部局主管課長および保健所長とした。それぞれの施設数は 47、23、17、517 であり、合計 604 であった（2008 年 7 月 1 日時点）。

調査方法としては、調査票による郵送法とした。調査対象者に対して 2008 年 7 月に調査票を送付・回収した。未回収者に対して 2008 年 8 月に再依頼した。調査票の内容としては、本指針と健康寿命に関する事項であった。なお、調査前に全国保健所長会から調査実施の了解を得た。

【調査の結果と考察】

回収状況を表 1 に示す。都道府県・特別区・指定都市（以下、都道府県等）では、対象者が 87 人、回収者が 69 人（79%）であり、保健所ではそれぞれ 517 人、388 人（75%）であった。

本指針と健康寿命に関する事項の回答割合を都道府県等と保健所別に、図 1～図 10 に示す。

平均自立期間の名称が「適切」または「どちらかといえば適切」の回答は 90%であった（図 1）。そのおおよその意味の理解が地域保健の担当者に「容易」または「どちらかといえば容易」の回答は 92%、一般住民でのそれは 62%であった（図 2）。都道府県健康増進計画以外への活用が「可能」または「どちらかといえば可能」の回答は 68%であった（図 3）。平均自立期間の要介護の定義として、本指針（要介護 2～5）以外に適切なものが「ある」または「どちらかといえばある」の回答は 10%未満であった（図 4）。二次医療圏、保健所管轄地域と市区町村の算定が「重要」または「どちらかといえば重要」の回答はいずれも 80%前後であった（図 5）。

健康寿命（本指針の平均自立期間を除く）の算定経験が「ある」の回答は 19%であった（図 6）。認知症、医療機関の受診、自覚的に不健康について、それぞれがない平均生存期間の算定が「重要」または「どちらかといえば重要」の回答は 74%、44%、58%であった（図 7、8、9）。健康寿命の課題として、算定方法、年次推移、地域分布、関連要因の検討が「重要」または「どちらかといえば重要」の回答はいずれも 95%以上であった（図 10）。

以上、都道府県等と保健所ともに回収率が比較的高く、回収者の回答が調査対象者全体のそれをおおよそ反映すると考えられる。本指針の平均自立期間については、名称、定義、意味の理解ともに、回答状況からみると比較的良好な評価を受けた。今後、小地域での算定、より広い活用、一般住民向けの平易な説明を検討することが重要と考えられた。健康寿命については、現時点ではあまり算定されておらず、より広い適用に向け、容易に算定できる環境づくりが大切であろう。また、平均自立期間以外の指標の算定をはじめ、多くの検討課題が残されていることが確認された。

本調査にご協力頂きました方々に対して、深甚の謝意を表します。

表1. 回収状況

	対象数	回収数	回収率(%)
都道府県・特別区・指定都市	87	69	79.3
保健所	517	388	75.0
計	604	457	75.7

I. 「平均自立期間の算定方法の指針」について

図1. 平均自立期間という名称は適切でしょうか。

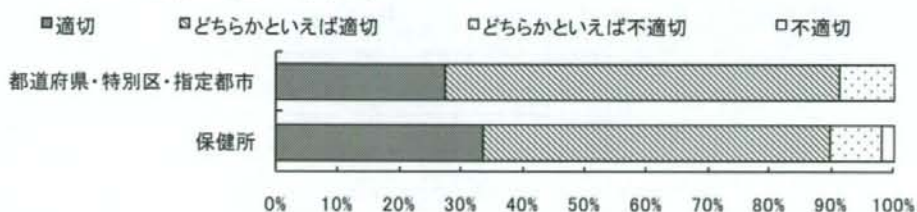
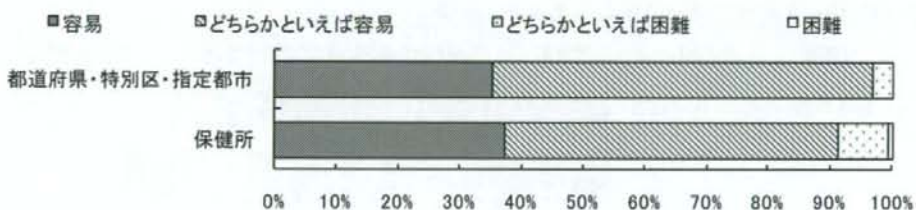


図2. 平均自立期間のおおよその意味について、お聞きします。

(1) 地域保健の担当者が、それを理解するのは容易でしょうか。



(2) 一般住民が、それを理解するのは容易でしょうか。

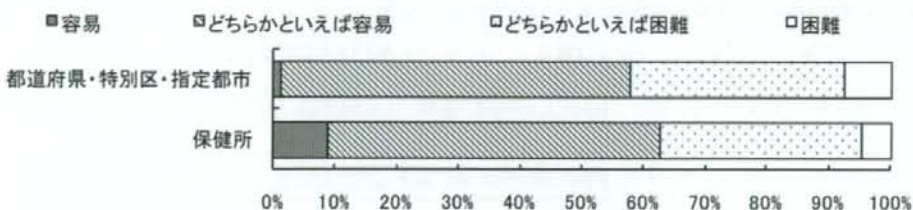


図3. 都道府県健康増進計画以外に、平均自立期間を活用することが可能でしょうか。

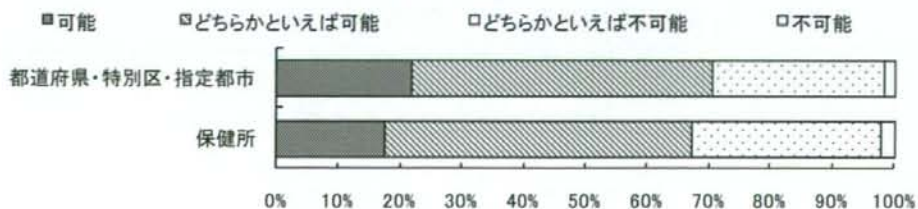
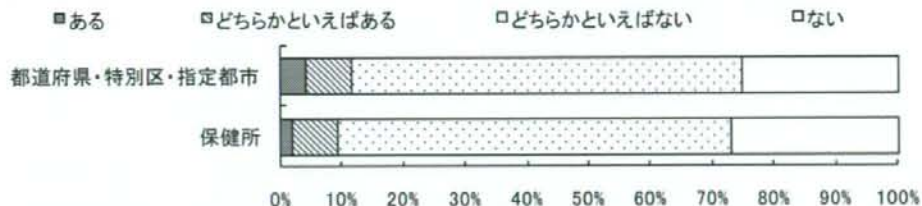


図4. 平均自立期間の「要介護」の定義についてお聞きします。

(1) 本指針(要介護2～5)以外に、介護保険の要介護度で、適切なものがありますか。



(2) 平均自立期間の「要介護」の定義として、介護保険以外で、適切なものがありますか。

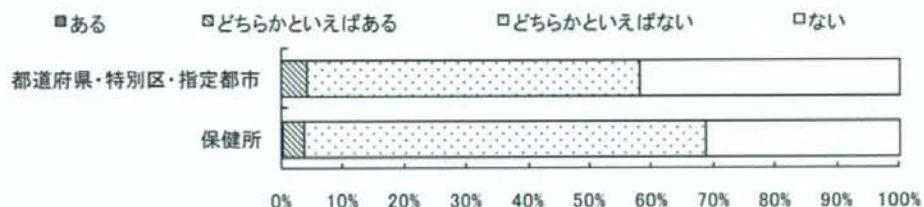
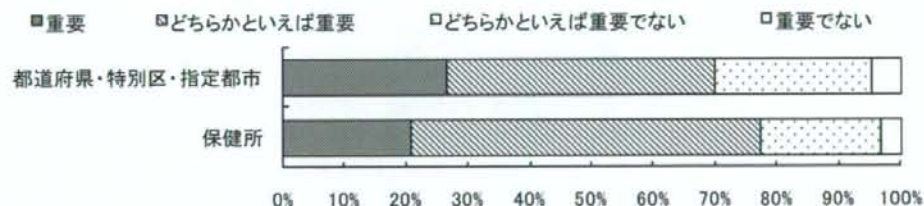
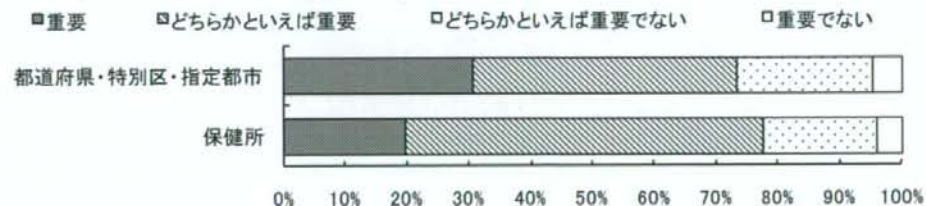


図5. 都道府県以外での平均自立期間の算定の重要性についてお聞きします。

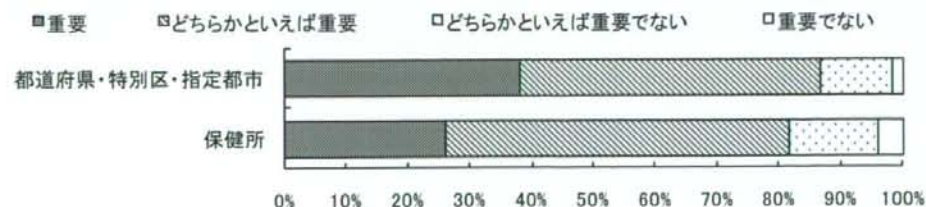
(1) 二次医療圏の平均自立期間の算定は重要でしょうか。



(2) 保健所管轄地域の平均自立期間の算定は重要でしょうか。



(3) 市区町村の平均自立期間の算定は重要でしょうか。



II. 健康寿命について

図6. 健康寿命(本指針の平均自立期間を除く)を算定したことがありますか。

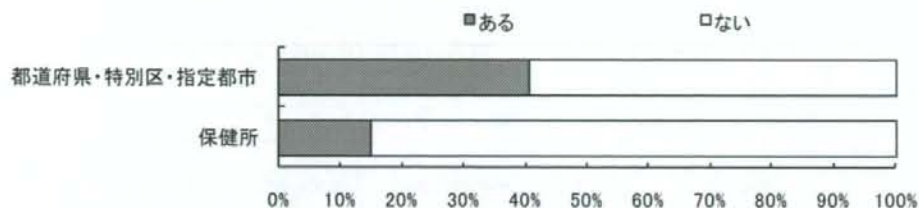


図7. 認知症でない平均生存期間(または平均認知症期間)の算定は重要でしょうか。

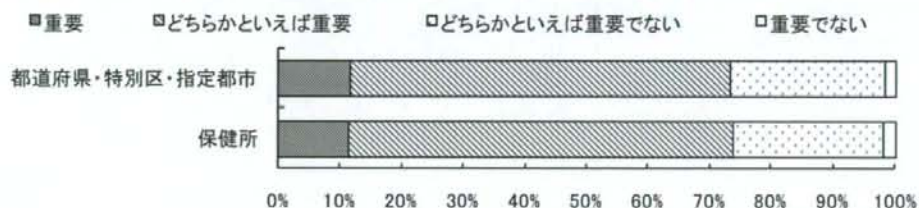


図8. 医療機関の受診がない平均生存期間(または平均受療期間)の算定は重要でしょうか。

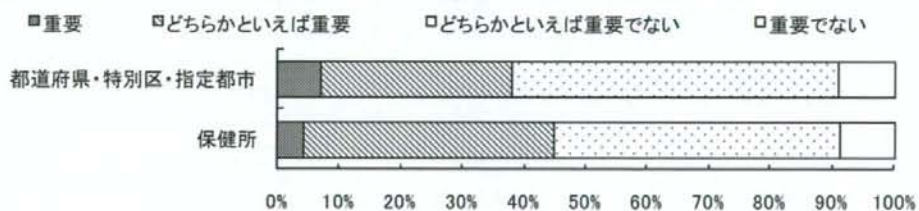


図9. 自覚的に健康(または不健康)と感じる平均生存期間の算定は重要でしょうか。

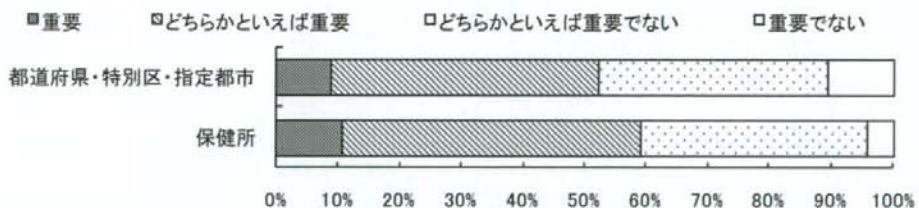
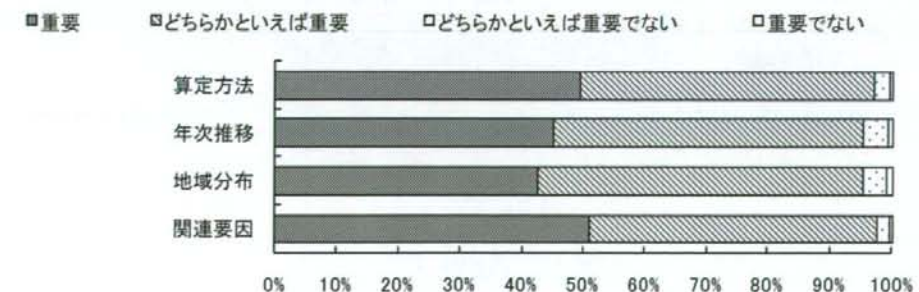


図10. 健康寿命の課題として、検討することは重要でしょうか。



資料 3. 「平均自立期間などの健康寿命の適用に関する調査」—自由回答一覧—

資料 3-1. 問 1 (2) 指標の名称 (平均自立期間以外)

(地域) 介護自立指標
1. 日常生活に介護を要しない平均期間 2. 平均身体自立期間
自主活動生活期間
「自立」の意味が把握しにくい、障害者自立支援法の「自立」と混同しがち→非要介護期間が解りやすい。
平均非依存期間
自立、要支援、要介護の3区分とするのが一般的と考えます。本指針の自立は自立+要支援という気がします。
平均自立期待年数
65歳時平均自立期間
65歳平均自立期間
「平均自立期間 (健康寿命)」
高齢者の平均無介護状態
平均介護不要期間
基点となる年齢を入れずに期間ということばはわかりにくい
平均介護不要期間、平均自立生活期間
「家内自立余命」、「半自立余命」。一般的に、支援や介護1の方が自立しているとは言えない。しかし、家庭内では、1人でもなんとか自立した生活が出来ると思われる。
当該計画は住民の皆様がごらんになります。用語の想定読者の検討が必要と思います (どのレベルでの適・不適を想定されていますでしょうか)
生活自立期間
健康寿命という名称の方に慣れていない平均健康期間の方がわかりやすいか
ADL平均自立期間 (ひとつの単語で、その意味を理解できるほうがよいので)
「65歳健康寿命」「75歳健康寿命」(学問的には「平均自立期間」ですが、健康増進計画など住民と共有するため)
介護不要平均期間
平均不要介護期間、平均非介護期間など
「平均自立期間」だけだとわかり難い。「平均要介護期間」と並べることで理解できる。
平均自立活動期間
適切な名称は思いつかないが「自立」には社会的・経済的自立等も含まれるため「自立」の定義が名称のみではわかりにくい
健康寿命という言葉があるのに、更に平均自立期間を使うのはわかりにくい
健康寿命との差が明確でないため、理解しにくい
介護不要期間
しいて言えば、平均非介護期間
〇〇歳の平均自立期間
今、思いかげないが、より健康生活の維持が伝わるもの。
「要介護」に対し、「非介護」「否介護」の方がわかりやすいのでは、「自立」は肉体的自立、金銭的自立、家族間自立等がありわかりづらいのでは。
平均生活自立期間
65歳以上の平均自立期間
もう少し人間の生活や健康を連想するような言葉が良いです。

資料3-2. 問3(2) 平均自立期間の活用できそうな状況や場面など

国、都道府県、市町の保健医療福祉計画他あらゆる分野の計画や評価に有効。へき地政策、地域振興、農業振興等
*保健医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画。 *住民向け相談等における資料(意識づけへの活用)
保健医療計画、介護保険事業支援計画
高齢者福祉計画、地域保健医療福祉計画
医療保健福祉に関する計画、評価の指標として活用可能と思われる
地域ケア体制整備構想 保健医療計画
介護保険事業計画、都道府県保健医療計画、市町村健康づくり計画、老人関係福祉など
他の計画(介護保険事業支援計画や地域保健医療計画など)が想定される。
指針P. 4が示唆するように、健康増進(≒一次予防)の取り組みだけが平均自立期間を規定するとは考えにくい。例えば、もし医療・介護体制の善し悪しが平均自立期間に影響するのであれば、医療・介護関連の計画、あるいはその上位に存在するであろう都道府県長期総合計画の保健・医療・福祉領域においても、平均自立期間をアウトカム指標のひとつとして使用することが考えられるのではないかと。
都道府県における、その他保健医療福祉に関する計画への活用
1. 「地域保健医療推進プラン」(二次保健医療圏単位計画) 2. 「保健医療福祉データ集」(上記圏域の市町村単位データ集)人口規模の小さい市町村単位に使えるようにする知恵を結集して頂きたい。例 標準化死亡比のベイズ法等
保健医療計画、がん対策推進計画、老人保健福祉計画、などにおいて活用可能
都道府県の5か年計画、都道府県地域保健医療計画にも既に活用している。
各種保健医療福祉分野の計画や評価
市町健康増進計画、都道府県介護保険計画、都道府県保健医療計画等
保健医療計画や介護保険計画等の計画
医療費適正化計画、保健医療計画、介護保険計画等の各種計画地域ケア体制整備の指標など
介護保険事業計画や医療保健計画等
介護保険事業計画、市町村総合基本計画、医療費適正化計画
医療計画、介護保険事業支援計画
介護保険事業支援計画、医療費適正化計画など
介護保険事業の評価。脳卒中医療体制の評価
都道府県医療計画、都道府県地域ケア体制整備、都道府県介護保険事業支援計画
*医療計画 *介護保健事業支援計画等
都道府県地域医療計画、医療費適正化計画、高齢者保健福祉計画
医療費や介護保険関係の費用の削減に利用する
医療計画 介護保険事業支援計画
医療計画や介護保険事業支援計画等でも活用できると思います。
地域福祉、地域医療計画等の参考資料として
市町健康増進計画、都道府県や市町高齢保健福祉計画、住民への衛生教育など。
*介護予防事業や特定健診の事後指導などの評価 *一般住民向けの健康教育
市町村健康増進計画、介護予防事業、健診事後指導、健康教育
自治体の高齢者保健福祉計画。一般住民への健康づくりの啓発等。
介護予防事業の評価、市町村の健康増進計画(地区診断)
*高齢者福祉計画 *高齢者への健康教室評価など
*基本計画の目標に65歳健康寿命を掲げている *また介護予防事業にも活用出来る
*介護予防事業に従事する関係者が事業の目的、目標にする。 *市町村の健康増進計画に取り入れる。

介護保険事業計画や市町村健康増進計画、障害者計画など
介護予防、脳卒中対策における指標
老人福祉計画策定 介護保険計画策定 保健事業計画策定
都道府県介護保険事業計画 市町村健康増進計画／介護保険事業計画
*市町村が策定する健康づくり計画や介護保険事業計画への活用 *都道府県介護保険事業支援計画への活用
介護予防 健康増進計画の評価
各市町の介護予防対策、健康づくり対策の基礎資料として。
生活習慣病対策事業、介護予防事業のアウトカム評価
地域ケア体制の構築、地域連携クリティカルパスの作成
*介護保険計画等にも関係するのではないかと。 *講習会等で一般の方々への予防活動に活用している。
高齢者保健福祉計画や各種健康教育等
福祉や介護保険計画、一般的な都道府県民への啓発、講演、保健指導
*地域福祉計画や、高齢者福祉計画に反映 *市町の地域支援事業での啓発等に活用
老後の生活資金計画相談、介護施設整備計画
市町村介護保険計画策定、保健所市町村の講演会
*介護予防事業の評価 ・各種健康教育
*介護保険事業計画 *各種健康教育において
健康教育や介護予防事業
介護保険の事業全体の評価や短期的な将来予測などに活用できないかと。
市町村における介護予防事業のアウトカム評価 「要介護期間」における生活の質の充実と向上に向けた検討
平均自立期間を健康指標として地域の健康度や、介護予防の効果判定に利用
*介護予防事業及び地域リハビリテーション事業の評価・分析 *介護予防事業計画
介護保険計画、医療、介護費分析、他都道府県との比較
老人福祉計画策定時の高齢者の現状把握、特定健康診査等計画の地域診断等
介護保健に関する計画、民間の商品開発
介護保険の分野での活用ができそうな気がします
介護保険計画の策定 地域福祉計画の策定
介護保険事業計画の状況把握と評価
平均自立期間を元に、地域支援事業の対象者の拡大や参考資料となる。
高齢者保健福祉計画
介護、保健施設計画
必要サービス量の予想→施設整備計画の策定
地域の高齢者保健福祉計画等の中で、高齢者全体を把握する上で、評価指標として平均自立期間が明記されるとわかりやすく比較できると思われる。（人口規模によるが）
高齢福祉予算算定の基礎資料
高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画など
高齢者福祉対策（生涯現役社会づくり）への活用
介護予防の指標
高齢者福祉計画等
*介護予防事業の評価？ *介護保険事業計画
市の高齢者計画や、介護保険の計画等
介護保険事業計画 老人福祉計画
*介護保険事業計画 *地域福祉計画
高齢者福祉計画や高齢者に対する施策を考える上で。

介護予防事業の効果判定の一助として
高齢者福祉・介護分野などで活用が可能と思われる。
介護保険に関連する事業評価
介護保険関係の資料として
高齢者保健福祉計画における介護予防事業の推進
介護予防サービスの評価
介護予防事業の指標とする方が適切
介護予防に関する事業の評価に活用
介護保険事業計画など介護予防分野
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
介護
介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画等。
福祉計画など
介護保険関係事業の評価の参考
介護保険事業
介護予防のための指標として。
介護予防計画。
介護予防の評価
高齢者福祉計画等
介護予防の事業評価
介護予防計画
市町村介護保険事業計画など
介護保険関係業務
介護予防対策
介護予防事業 e t c
介護保険関係
市町村障害者プラン 高齢者保健福祉計画など
増進計画以外の計画（例えば、介護保険計画など）に活用
老人福祉計画
介護予防事業の事業計画
高齢者保健福祉計画
介護保険事業計画、老人福祉計画等
高齢者保健福祉計画や介護保険事業支援計画に活用すべき。
介護予防事業の評価
介護保険事業支援計画策定等
介護予防サービス、介護予防事業等の効果を測定する指標として活用可能と考えられます。
高齢者保健福祉計画など
高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画で要介護1以上を含まなければ、介護予防事業推進によって平均自立期間を延長
介護、福祉関係予算の計上 特別養護老人ホームの需要把握等
介護予防などの場面でも利用できるのでは。
市町村ごとに算定可能ならば、介護保険事業計画に活用したい。
介護保険事業支援計画
介護保険事業計画、老人福祉計画の策定

市町村介護事業計画 都道府県介護事業支援計画
介護保険認定の基準、介護予防事業計画と評価
高齢者に関する計画作成など
区市町村で策定する「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の見直しの際に、介護予防や健康づくりの取り組みのひとつの指標となる。
市町村の介護保険事業の評価
介護保険の地域支援事業（介護予防事業）
高齢者プラン
都道府県の介護支援計画・高齢者福祉計画
介護事業評価 介護予防事業評価
介護予防事業の評価
高齢者保健福祉計画など
介護保険に関する計画
95%信頼区間を考慮し、推定を避けた方がよい地域は不可能だと思いますが、市町等で現在とりくんでいる介護予防等のアウトカム指標として使用可能ではないかと思われます。介護保険事業計画等の各計画
介護保険事業計画
介護予防事業の評価 高齢者保健福祉計画等の計画立案
介護保険や高齢者福祉計画
介護予防事業の評価。
介護計画等の長期的な行政計画に活用
地域保健医療計画等他の関連計画、一般住民への啓発
都道府県における保健医療に関する多くの計画に盛り込み活用でき、さらに健康政策における指標として活用できる。これを具体的にイメージ可能な表現や説明を加えることにより、住民の方々にも実感していただける可能性があると思われます
*各種計画での活用 *地域保健医療計画 がん対策推進計画等 *保健医療推進計画 *住民へ健康に対する啓発に活用
地域保健医療計画、地域連携クリティカルパスの評価に使えないでしょうか。
保健医療計画等
市町村健康増進計画、二次医療圏保健医療計画
保健医療計画
保健医療計画における在宅医療の推進を始め各分野の推進に係る評価、医療費適正化計画における各指標の評価
都道府県基本計画・健康施策ビジョン、都道府県保健医療計画等
保健医療計画
医療費適正化計画等
*地域の代表的な健康指標として *高齢者の地域活動における潜在的能力の把握手段として
健康教育の場で、当区の現状として他のデータと共に紹介 健康づくりの戦略目標に健康寿命の延伸を掲げている。
市町村健康増進計画、二次医療圏の健康増進計画、住民健康教育での活用
市町村健康づくり計画、健康教育等
市町村での健康づくり指標の一つとして、健康教育への活用
市町村健康増進計画や、健康教育等で活用できる
市町村健康増進計画 保険者による健康増進計画
メタボ対策。（特に重症化防止の指標）

区市町村の健康の指標として
市の健康増進計画
各市区町村の健康増進計画や介護予防・健康教育の場面などで活用
二次医療圏ごとの健康日本21実施計画とその評価など
圏域、各市町健康増進計画
市町村における健康づくり計画の評価。
二次医療圏健康増進計画
市町村健康増進計画、市町村の健康づくり事業など
二次医療圏又は市町の健康増進計画
都道府県以外の自治体の健康増進計画その他の保健関係の計画等
市町村健康増進計画
地域の保健活動の評価指標の1つとして活用可能
市町健康増進計画への活用
健康指標として活用
健康づくり計画の評価指標として活用
例 A保健所管内での女性の平均自立期間は7.5年だがB町の女性の平均自立期間は7.2年。B町の女性の健康増進支援を早期から取り組む。〇〇支援の強化をすれば、※予測が出来る。今後の市町の計画づくりや具体的な事業企画、対象年齢等の設定に生かせる
増進計画にとどまらず、様々な地域保健活動の基礎となる地域診断の指標として
平均寿命に代わる目標として、「健康寿命を伸ばす」などと使える。経年的変化や、他都道府県との比較に使える。
市町村や関係機関等での計画の際活用は可能
様々な地域活動の指標となりうる
自治体の政策目標（指標ベンチマークとして）
長期的な評価指標 各種行政計画や市場調査における人の活動予測 ex. 交通需要など
事業評価 事業企画時の参考資料
事業評価に用いられる
健康増進計画よりも広範囲で、上位計画である政策評価指標
都道府県の行政推進プラン（すでに使用）
市町村が立案する各種計画に活用可能
区市町村での計画策定など
各市区町村においても平均自立期間の延伸を目標として計画等に掲載する可能性はある。
市町村単位の計画評価
*住民に対する健康教育 *市町村への情報提供
生活習慣病予防、介護予防等の健康教育など
地域や福祉・医療関係者への研修会等で現状を知ってもらうひとつの数値になる
健康教育
特定健診、保健指導
計画以外の、健康教育等の現場においても活用できるのではと思います。
住民への健康教室
市民への健康教育など、啓発資料として用いる。
日頃の健康教育や健康づくりボランティアの人達に自分の地域を知ってもらうのに有効ではないか。また、行政担当者としても、地区把握に役立つと思われる。
健康教育や対策にきめ細かなアプローチができる。

健康教育、住民啓発
生活習慣病予防対策や特定保健指導
高齢者等を対象とした保健指導などに
関係機関とのケアに関する会議、介護予防や健康増進に関する住民啓発事業等
健康づくり等の会議の資料として
衛生教育等
健康面だけでなく、生活設計・経済面の計画等人生全体の参考値として活用できるか？
脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率アウトカム指標には、活用できるかも知れない。
介護予防に関する会議、研修会など
市町村が実施する健康教育の場で活用できるのでは。
健康づくりや介護予防の普及啓発活動に活用できる。
地域における健康教育やライフプランニング等により具体的な目標値として活用できる。
健康教育の機会など
健康教育等の啓発事業
介護予防などの健康教育場面地区組織活動
*地域連携クリティカルパスの推進 *地区活動、健康教育等
在宅支援等に関する会議 介護予防に関する健康教育や会議等
健康づくりの意識付けのためのアプローチ等
健康教育の中で、個々人が自分の健康状況を考慮しつつ、ある程度の指標として、現状を判断できると考える
健康教育など健康づくりや介護予防の啓発
健康教育等で活用し、生活習慣病の啓発を図るなど
介護予防事業における健康教育において地域住民への動機付け
健康教育
老人会等での研修等
健康教室等
住民各個人に対する平均的な将来予測、目標設定として活用できる（ポピュレーションアプローチなど）。
健康教育・情報提供
看護師・保健師の教育（地域診断）、卒後臨床研修医の研修材料。
保健所管轄地域の地区診断等
他の様々な健康指標連続データや生活習慣等カテゴリデータとの関連を探る等の研究
医療機関の評価→退院患者のQOL
平均自立期間が短く結果が出たとき、その地域での疾病構造の分析等のきっかけになる。
高齢者の健康実態を示す場合有病率健診有所見率とともに、地域比較のしやすい指標となりうる。
地域性の分析時など。
脳血管疾患の急性期治療、リハビリ等の評価指標として活用できそうに思う。
地域比較、年次比較、学術
疾病治療のQOL予後判定
市町村における健康指標としての経年評価
経済活性（高齢者の出費）の予想 自立度と考えられる？
・地域間、年次間比較、その背景（保健・医療・福祉個人特性等）の分析
市町村の比較による健康課題の究明
地区診断
民間の高齢者向けサービス
平均自立期間を長くするよう、観察する 平均要介護期間が1.4年あることを意識するようにする。

可能と思うが今思い浮ばない。
高齢者を含む固定した集団ならば可能（例：〇〇地区の住民）
健康寿命という概念の方がわかりやすいと思います。
平均自立期間を都道府県で競争させ、介護予防の底上げを図る。（「絶対的な値として厳密に解釈せず」としているが、公表しマスコミベースにのるとそうはいかない、むしろ積極的に利用すべきであり、それができないならあまり意味もない）
雇用の場等
健康長寿な《都道府県》をPRする際の一つの根拠指標として活用が可能
一般住民が容易に「平均自立期間」という用語を理解できるようになれば、様々な場面で活用できる。
*細分化した疾病分類の平均自立期間を算定することにより、一般住民に理解しやすいのではないかと思われる。
都道府県の健康増進計画では、健康寿命を伸ばすことを目的としておりますが、健康寿命を計画の目標項目・指標としては、位置づけていません。国（研究班）で検討した定義・算出方法を参考に、都道府県の健康増進計画に位置づけることについて検討することが先決となります。
逆にもし市町村の介護保険事業計画等に使われてしまった時に、人口の少ない自治体で推定精度を無視したり、多要因の解釈のまちがいをおかすことが心配
研究班でのご検討を期待します。
健康《都道府県》デザイン2.1 推進協議会

資料3-3. 問4(2)「要介護」の定義(介護保険で、要介護2~5以外)

要支援1~要介護5。どの介護度までを「健康」、「不健康」と判定するかは議論が分かれるところであり、介護度の途中で区切ると、健康でないにも関わらず健康と判断される人を増加させる可能性がある。
要支援以上
要介護についてのイメージは介護保険利用範囲(要支援1~要介護5)に定着しているので、それに合せて考えた方がよいと思われる。《他の計算プログラム》など。
《他の計算プログラム》では、「要支援以上」としている。
要支援1、2、介護1も含める。(対象外にする理由が明確に示されていない。)
要支援1・2及び要介護1~5
介護保険を申請する時点で、生活は何らかの援助を必要としていることから、要支援1以上は自立期間の定義にあてはまらないのではないかと。
「要介護2~5」は重度の者のみ 「要支援1~要介護5」は軽度の者も含むが、未だ社会的影響が強い。今後は活用法との関係で利用の仕方が決まってくるが。
平均自立期間を求めたいのであるからその反対語である要支援1以上全てにするべきでは?
要支援1~要介護5
要支援から要介護5
要支援
要支援1~要介護5までと考える。(理由)介護保険の給付対象者は、自立とは言えないと思う。
支援または要介護3で区切る考えもあると思う
要介護度の認定(給付要件)について見直しがされ、要介護1の一部の方が要支援と認定されている実情があります。当初より要介護1の程度が重度になっていると考えられるので要介護1も含むことを検討する必要があります。
「要介護」は要介護1~5の方が適当であると思います。
要介護1以上
現時点での定義であり、要介護1~5とした方が曖昧さがなく、受け入れ易いと考えます。
要介護1を含めることが適切であると思います。
要介護度1~5(自立している人は、「要支援」判定となる。要介護1には、「認知症」等、何らかの介護が必要なものが含まれることが多い。
要介護1がどうして入らないのか? 自立とは言えないが?
要介護1~5の方が説明しやすい
「要介護」の定義としては介護度1~5全ての方が一般向けかと思われる。介護度1を除いた理由が不明確(いわゆる予防給付を除くので良いのでは)
「要介護1」でも介助を行っているのには必ず理由がわからないので「要介護1~5」でいいのでは。
介護保険制度において、要介護においても、介護が必要であると判断していることから、要介護割合を求めるにあたっては、要介護1~5の認定者数を用いるべきではないか
要介護度1も加えたい。
介護の言葉を使用するのであれば要介護1から定義すべきである。
要介護1でも自立しているとは言えない人もいますので、介護1~5が適当と思う。
要介護1以上
「要介護1~5」、「要支援2~要介護5」、「要支援1~要介護5」のいずれか。
3~5
要介護(3~5)
要介護3~5

介護保険サービス以外の福祉サービス（紙おむつ等の助成、介護手当、寝具洗濯サービス等）の対象者が、要介護3以上となっている為、要介護3～5
要介護2～5を一律にせず、介護度ごとに差をつける。あるいは、4、5を要介護とする
要介護認定において、「自立でない」者を要介護者とすることが妥当であると思われます。
要介護度だけでは表わしきれないものがあると思いますが。
認知症での要介護1は「自立」とはとてもいえない状態である。
ADLに介護を要する要介護2より重度な状態として「要介護」を定義した面は評価できますが、連続・可逆性についても考慮すると要介護度別の改善・悪化率を提示した上で線引きするのが適切と考えます。
認知症の重症度を加味する必要はないでしょうか。
介護保険は、法律が変わる可能性があり、基準として好ましくない。ある程度、世界的に統一された基準が必要であり、それを使うべきである。
本来は、自立度、J、A、B、Cの方が、適切であるが、統計的データとして、得ることは、困難であるので認知症のケースの場合、現在の介護保険制度では、要介護1相当の人も多いため、要介護1のうち、認知症高齢者の日常生活自立度も考慮した方が良いのではないかと。

資料3-4. 問4(4)「要介護」の定義(介護保険以外)

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 ※情報は介護保険の中から算出する。
40歳未満の身体、精神障害等を持つ者
家庭介護を勘案すること
疾病状況の調査や介護状況(ADL)の抽出調査など。
要介護2~5は、法律の改正で基準が変わる可能性があり、好ましくない。海外で、介護保険が施行されていない国では、いくつかの基本的動作の可否で、要介護としているようである。WHOと連絡をとり、世界的に統一した基準にすべきと思う。
障害程度区分認定を受けておられる方たちがおられます。要介護認定も同時に受けている人と単独の人がおられます。「平均自立」の中の「自立」の扱いが障害者支援の中での自立という言葉の使い方と異なるので整合性が必要と考えます。
障害高齢者の自立度、認知症高齢者の自立度指標の活用
入院加療の有無(介護保険の要介護度に加えて)
調整変数として、年金受給額、持ち家率、世帯人数などはどうか?
古いものですが、以下のようなものもありましたよね。*障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準とADLの状況 ・痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 平成3年頃
入院データを加える。あわせて介護度別の重み付けが必要か検討すべきと考える。
医療の中で要介護となっている者(療養病床の区分を参考に使えないか)
長期入院の社会的入院期間も要介護になるのではないか?
たとえば、医療で6M(月)以上の入院
6カ月以上の長期入院

資料3-5、問7 本指針と本プログラムへの意見や要望など

算定方法、計算式がエクセル等で簡易に入力できれば誰でも活用できると思います。
活用したいと思うが、事前の資料収集、算定等、困難な状況にある
入力算定用のソフト・マニュアル（素人向け）があると取り組み易いかもかもしれません。
データを入手することが困難
簡便に利用できるプログラムと使用説明が必須だと思います
研修会等を実施していただきたい。
使用が容易なプログラムが望ましいと考えます。
研修会を実施していただくよう、お願い致します。
高齢化に伴い、医療費、介護保険に関する課題を各地域は抱えていると思うので、その指標として十分活用できると思います。容易に算出できるのであれば、ぜひ活用したいと思います。
使用する人の公衆衛生、疫学のバックグラウンド、Excelの使用能力により、プログラムを使用する容易度が変わってくると思います。
事業評価に手軽に使用できるとよい
人口規模による補正プログラムは必要でないでしょうか。
Sullivan法では要介護割合の情報が自立期間を左右することになる。全国で65歳要介護期間が1.44年というのは、実際のイメージとかけ離れており、誤解の元であろう。そのため「指標」にした方がよい。死亡個票の死亡場所をもちいて、要介護状態の人とその他の（急死した人）を分けて計算した方がよい。
介護面での自立だけでなく、医療面での自立の有無についても考慮する必要があることから、入院データの算入についても検討すべきと考える。要支援状態について、要介護2（日常生活動作についても部分的な介護状態が必要）から要介護5（介護なしには日常生活を行うことが不可能）では自立状態が大きく異なっていること、介護状態の改善の取り組みにより例えば要介護5から要介護2へと移行した際の自立状態の変化についての評価も求められることから、介護度別の重みづけが必要か検討すべきと考える。
介護療養型が廃止されると、平均自立期間が急伸する可能性がある。病院・診療所と介護施設のどちらが充実しているか、を知るための指標とならないためには、医療分野の情報をどう加えるか、検討する必要があるのではないかと。
基礎資料の中の人口について 住民基本台帳人口を用いる際には、外国人登録人口を加える必要があると思われる。「全国の基礎資料」の元の資料について 平成17年生命表は完全生命表ではないでしょうか。
年齢階級の階層について、85歳以上をひとくりにしているが、高齢者人口の多い自治体では平均自立期間に影響を与えるため85歳以上も5歳きざみにし、90歳以上をひとくりにした方がよいと考えます。
*健康指標のひとつになると思うので各市町村毎に比較できるとよいと考えました。 *算定結果の解釈上の留意点～算定プログラムを利用して計算することは比較的容易ですが、元資料の比較性の確保という点に課題があると思います。
要介護認定の基本単位である市町村単位での算定が望ましいと思われます。要介護認定のバラツキが大きく、都道府県単位での算定では、結果の解釈が困難と思われます。
介護保険組合単位で算定できるようにすべきである
市町村単位で活用出来るプログラムを開発して欲しい。
可能であれば市町村毎のデータがほしいが、当然人口規模が少ないほど変動しやすくなるためその解釈に注意が必要になる。でもほしい！
現在市町において介護予防事業が実施されており、介護予防事業の評価においてこのプログラムが利用出来るとうい。
市町村単位の評価が重要だが、平均自立期間算定データの有効な人口サイズが大きすぎる。健康寿命があれば良いのではないかと。

<p>もし都道府県健康増進計画において平均自立期間を評価指標として採用するのであれば、ほぼ確実に「市町村健康増進計画でも平均自立期間を採用したい」といった要望が出てくるものと思われる。中小地域における平均自立期間の不安定性については指針P、15にも言及があるが、例えば経験的ベイズ推定などにより不安定性の緩和を図ることはできないものかと、管内人口が3万人に満たない保健所の所長としてはそう思う。</p>
<p>平均自立期間の基礎データとなる要介護認定割合や死亡率は中長期的には市町村や県における介護予防や生活習慣病予防等の取り組みが影響を与えるため、そのアウトカム指標として活用していくため、県単位だけでなく、二次医療圏や市町村単位での平均自立期間の算定が可能となれば各取り組みの中長期的な住民の立場からみた数値目標設定ができると考える</p>
<p>保健所単位、市町村単位で活用できるソフトの開発があれば活用したい</p>
<p>1. 「健康寿命の延伸」は全住民の願望であり、それを達成するために平均寿命をのばし、介護予防を延伸すべく、取り組んでいます。本指標の開拓は、その進展度を測る「ものさし」として大変貴重です。2. ただ上記のとおりくみのストレートの主体は市町村、住民です。市町村単位に使い、住民にも理解できるものへの改善を期待します。</p>
<p>保健、医療、福祉施策の評価指標として重要であるが、制度変更や、家族状況などの環境要因の影響が大きく、解釈が難しい。そのあたりの妥当性も含めて、国で定期的に算出（できれば市町村別）していただきたい。また、要介護度のみでなく、主治医意見書や認定調査票、生活機能調査なども活用すれば、新たな算出プログラムの確立や、地域の課題抽出に役立つものと思われる。</p>
<p>介護予防事業の実施主体が市町村であることを考えれば市町村単価での平均自立期間の算定は重要と考える。市町村単価の算定にあたっては、データ数が少なくなればなるほど精度が低下することに留意しそのことを補正したうえで算定できるようになることが望ましい。例えば市町村単位でのSMR（標準化死亡比）算定にベイズ推定が活用されるように。</p>
<p>「平均自立期間」などの結果を出すのは比較的容易と思われますが数字を一人歩きさせない上でも、以下について留意するようシートにわかりやすく記載してはいかがでしょうか。（P12に詳しく述べられているように、解釈が重要です） *Sullivan法的前提と特色・限界 *Chiang法における各指標の意味 *（特に女性では）85歳以上をひとまとめに扱っている点 *自立と要介護の連続・可逆性</p>
<p>健康寿命と平均自立期間の指標として用いる場合の留意点があると良い？</p>
<p>少し説明がある方が使い易いと思います（数字を入れるだけでよいというのは使い易いのですが）</p>
<p>平均自立期間の算定結果をどのように読みとるかが十分私たちも十分理解できていないし、普及できていない様思うので、何らかの形で普及させてほしいと思う。</p>
<p>平均自立期間は、その意味は比較的理解し易いが、施策への応用を図っていくためには、その差異や変化に対し合理的な説明がされることが重要。今後そうした方向の研究についても推進していただきたい</p>
<p>この情報の価値を理解に至るまでが難しいと思う。</p>
<p>今まで算定基準がバラバラであったので、何らかの指針が必要であると思う。</p>
<p>本プログラムで全国統一してやる、という基準ができれば安心。長く比較可能な指標として確立されてほしい</p>
<p>健康寿命については、単一な指標としての定義や算定方法が確立していない中で、今回厚労省研究班報告としてこのような指針が示されたことの意義は大きいと考えている。今後は、この指針が健康寿命の標準的な算定方法として認知されることを期待している。</p>
<p>このプログラムは、エクセルを使うようだが、OpenOfficeのような互換ソフトでも動くようで配慮をお願いしたい。そうしないと、国のシステムが海外のある1社に握られ、危機管理上、極めて好ましくない状態となる。国の補助金を使うからには、そのような配慮を最低限求めたい。すなわち、互換性を損なうような特殊な関数は利用すべきではない。</p>
<p>「介護保険制度」の改正（5年ごと）に伴って要介護度の基準が変更となり、長期的な比較は困難では（制度改正後の比較では誤差が生ずる）</p>