

介護給付費等実態調査を用いた境界期健康関連指標について

研究分担者 高橋秀人 国立保健医療科学院 統括研究官
研究分担者 野口晴子 早稲田大学 政治経済学術院 教授
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授

研究要旨

健康延伸のために、壮年期一般集団の健康リスクに関する一次予防に加えて、自立生活ハイリスク集団である介護要支援対象者の健康寿命延伸に特化したアプローチ(ハイリスクアプローチ)も重要である。これに対して、介護給付費等実態調査の情報が役立ち、要介護度 1 以下の対象者に対し、「要介護度 2 以上」への移行確率を用いた 2 種の指標を提案する。

第 1 は、要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行に関する水準の指標であり、第 2 は要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行までの平均期間としての境界期健康寿命である。前者は地域のハイリスク集団の要介護度移行に関する水準の記述、後者は要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行までの平均期間としての意味があると考えられる。

ハイリスク集団の死亡率を介護給付費等実態調査と人口動態調査との突合などで、把握することができれば、より実態に合った指標を作成可能である。

A. 研究目的

健康寿命延伸のために、壮年期一般集団の健康リスクに関する一次予防に加えて、自立生活ハイリスク集団である介護要支援対象者の健康寿命延伸に特化したアプローチ(ハイリスクアプローチ)も重要である。一般に介護状況等は、「介護給付費等実態調査」いわゆる介護レセプトを用いることにより、要支援 1,2、および要介護 1,2,3,4,5 に属する人数および、サービス内容、利用状況がわかる。要支援者であっても、介護なしに元気でいられることは重要であり、その施策の評価のための指標

は重要である。

一般集団に関する健康寿命延伸については、平均寿命に対し、健康でいられる期間を重視するという観点から、健康寿命という指標が、橋本班「平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)による健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班、「健康寿命算定方法の指針」」で開発されている。これは、ある健康状態で生活することの「期待される平均期間」を指し、生存期間を健康な期

間と不健康な期間に分け、集団における各人の健康な期間の平均を求める方法であるが、その際の「不健康」の定義は(1)日常生活に制限のない期間の平均、(2)自分が健康であると自覚している期間の平均、(3)日常生活動作が自立している期間の平均、の3種類考えられている。これらの3種において、(1)(2)については、国民生活基礎調査「健康票」の該当する質問項目、それぞれ(1)は質問項目5「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか(回答項目 1 ある,2 ないから一つ選択)」から、(2)は質問項目7「あなたの現在の健康状態はいかがですか(回答項目 1 よい, 2 まあよい, 3 ふつう, 4 あまりよくない, 5 よくない, から一つ選択)」と、これらは、主観的健康度を含んだ指標になっているが、(3)「日常生活動作が自立している期間」は、介護保険の要介護2~5を「不健康な状態」と定義した指標であり、これらの3種の中では客観性が一番高い指

B. 研究方法(指標の定義)

介護給付費実態調査では「要支援」になり、介護保険利用することにより、その数を把握できる。ある年1年間継続して介護予防サービス及び介護サービスの受給者数を対象者とする。この中で、1年あたりの性別年齢階級別(65-69歳, 70-74歳, 75-79歳, 80-84歳, 90-94歳, 95-99歳, 100-歳の, 要介護度1以下(要支援1,2,要介護度1)から、要介護度2以上への変化割合(移行率)を考える。

この下で、(1)標準要介護度2移行比(Standard Ratio of Transition to Care level 2: SRTC2), (2)境界期健康寿命(要支援者における要介護度2までの期間)を以下のように定義する。

標になっている。

健康寿命の定義は、橋本ら¹⁾の付表5-1(P35-36)にあるように、ある年齢カテゴリーにおける定常人口とその年齢カテゴリーの健康割合との積、いわば定常健康人口について、その年齢以上の定常健康人口の和をその年齢 x の人口 l_x で除して求めている。

これは一般集団での指標であり、要支援者(ハイリスク集団)を対象集団として考えた場合には、より特化した指標が必要と思われる。またこの他にも、要支援者(ハイリスク集団)の健康状態の水準を占めず指標を考えることができる。

これらのことを鑑み、本研究では、介護給付費等実態調査で明らかにできる情報を用いて、健康から要介護になりつつある集団である「要支援」(ハイリスク集団)に特化した、健康延伸のための指標(境界期健康関連指標)を定めることを目的とする。

- (1) 標準要介護度2移行比(SRTC2)
ある年の、基準集団 G (日本全体を想定)における、ある年1年間継続して介護予防サービス及び介護サービスの受給者数の中で要支援1以下の対象者(期間中少なくとも要介護1以下になったことがある人)において、 $x \sim x + \Delta$ 歳における要介護度2移行確率(p_x)を推定する($x = x_0, x_0 + 5, \dots, 100 +$ 歳)(ここでたとえば $x_0 = 40, \Delta = 5$ 想定)。このとき対象地域 K の x 歳の要介護度1未満の対象者における1年間継続して介護予防サービス及

び介護サービスの受給者数 n_x ,
 および要介護度 2 以上移行数 M
 を用いて $SRTC2$ は,

$$SRTC2 = \frac{M}{\sum_x n_x p_x}$$

として定義できる.

この指標は, それぞれの対象地域
 において, 要介護度 1 未満の年齢
 階級別の介護予防サービス及び介
 護サービスの受給者数 (期間中少
 なくとも要介護 1 以下になっ
 たことがある人) と, その中で要介
 護度 2 以上移行した数のみから算出
 できる

- (2) 境界期健康余命 (要支援者にお
 ける要介護度 2 までの期間)

生命表法を考える. 基準集団 G
 (日本全体を想定) の, ある年 1 年
 間継続して介護予防サービス及び
 介護サービスの受給者数の中で,
 $x \sim x + \Delta$ 歳における要介護度 2
 移行確率 (p_x) より, $x \sim x + \Delta$ 歳
 の定常要介護度要介護度 1 以下数
 L_x は, 基準集団 G の年齢 $x \sim$
 $x + \Delta$ 歳における要介護度 1 以下
 の数 l_x とすれば, $L_x = \frac{l_x + l_{x+\Delta}}{2}$ と

自然な定義を用いることができる

($l_{x+\Delta} = l_x (1 - p_x)$). $x \sim x + \Delta$

歳以上の定常要介護度 1 以下数
 $T_x = L_x + L_{x+\Delta} + L_{x+2\Delta} + \dots$ となり,
 境界期健康寿命 (要支援者にお
 ける要介護度 2 までの期間) は,

$$x \text{ 歳における境界期健康余命} = \frac{T_x}{l_x}$$

と定義できる. また要支援者の死亡
 の状況を勘案し, (3) 死亡を勘案し
 た標準要介護度 2 移行比 (Standard
 Ratio of Transition to Care level
 2 or death: $SRTC2D$), (4) 死亡を勘
 案した境界期健康寿命 (要支援者に
 おける要介護度 2 までの期間) を以下
 のように定義することができる.

- (3) 死亡を勘案した標準要介護度 2 移
 行比 (Standard Ratio of
 Transition to Care level 2 or
 death: $SRTC2D$)

(1) に加えて, 基準集団 G のあ
 る年 1 年間継続して介護予防サー
 ビス及び介護サービスの受給者数
 の中で要支援 1 以下の対象者 (期
 間中少なくとも要介護 1 以下にな
 ったことがある人) において, x
 $\sim x + \Delta$ 歳における死亡率を q_x
 とし, 対象地域 K での同 $x \sim$
 $x + \Delta$ 歳における死亡数を D とす
 ると,

$$SRTC2D = \frac{M + D}{\sum_x n_x (p_x + q_x)}$$

と定義できる.

- (4) 死亡を勘案した境界期健康寿命
 (要支援者における要介護度 2 ま
 での期間)

(2) に お い て ,
 $l_{x+\Delta} = l_x (1 - p_x - q_x)$ と読み替え,
 定義する.

C. 研究結果

本年度個票申請したデータが届くので、そ

れを待ってデータ解析の予定である。

D. 考察

本指標は、介護給付費等実態調査を用いて、ハイリスク集団(要介護度 1 以下)が要支援 2 以上に移行するかという点に重きをおき、これに合わせて 2 種の水準の指標を考案した。これにより要介護者に特化した健康延伸(自立延伸)のための指標として、その地域の水準を記載することは可能となった。

本指標に関し、要介護度の移行は死亡とは異なり可逆的な動きである。そのため、対象者 n_x の定義には注意を要する。本研究ではある年 1 年間継続して介護予防サービス及び介護サービスの受給者数の中で「期間中少なくとも要介護 1 以下になったことがある人」を対象者とし、「少なくとも要介護 1 以下になったことがある人」の

「要介護度 2 以上への移行」を考えている。これは要介護度悪化と改善を相殺後の移行確率となっている。

ただ介護保険給付費等実態調査では、死亡のアウトカムはわからないために、本調査からは死亡者を除いたケアレベルの移行情報を基にした情報になっている。これについては、指標の分子分母両方から除かれているので、これは一つの指標と理解して使用するという考え方と、死亡情報をなんらかの形で導入してこれに対応するという考え方がある。後者については、介護給付費等実態調査と人口動態統計の突合が試験的に可能になる見込みがあることから、今後これを用いて試験的に指標の作成を試みる予定である。

E. 結論

健康延伸のために、一般集団へのポピュレーションアプローチだけではなく、自立生活ハイリスク集団である介護要支援対象者の健康延伸に特化したアプローチ(ハイリスクアプローチ)も重要である。これに対して、介護給付費等実態調査の情報が役立ち、要介護度 1 以下の対象者に対し、「要介護度 2 以上」への移行確率を用いた 2 種の指標を提案する。

第 1 は、要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行に関する水準の指標であ

り、第 2 は要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行までの平均期間としての境界期健康寿命である。前者は地域のハイリスク集団の要介護度移行に関する水準の記述、後者は要介護度 1 以下の対象者の要介護 2 以上への移行までの平均期間としての意味があると考えられる。

ハイリスク集団の死亡率を介護給付費等実態調査と人口動態調査との突合などで、把握することができれば、より実態に合った指標を作成可能である。

参考文献

1. 橋本修二, 辻一郎, 尾島俊之ら. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(循環

器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)による「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効

果に関する研究班，健康寿命の算定方法の指針，
http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/syuyou/kenkoujyumu_shishin.pdf
(平成29年5月15日アクセス)

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況