

第Ⅱ章 介護予防の総合的評価・分析に関する研究〈進捗管理委員会報告〉

a. 効果評価

北里大学大学院薬学研究科臨床医学(医薬開発学)准教授 成川 衛

1. 背景

介護予防事業の効果等を検証するために、平成 18 年度より「継続的評価分析支援事業」が実施された。同事業においては、全国市町村の協力の下で介護予防に係るデータが収集され、施策導入の効果や費用対効果の分析・評価が行われた。その結果、介護予防事業（特定高齢者施策）については、施策導入前後で要介護度が悪化した者の発生率は低下していたが、統計学的有意差を示すには至らなかった。理由として、

- 調査対象群とコントロール群とで属性が大きく異なっていたこと
- 十分な調査対象者数のデータが収集できなかったこと

などが考えられ、これらの要素を考慮しつつ適切なデザインによる調査研究を新たに実施する必要があるとされた。

このような背景を踏まえ、平成 21 年度から実施される介護予防実態調査分析支援事業（介護予防モデル事業）においては、介護予防事業の効果等を検証するための調査デザイン、サンプルサイズ等について既存の情報に基づいて予め検討し、モデル事業の計画策定に当たって参考とした。

2. 研究計画の概要

(A) システム介入

介護予防事業のシステム面を強化したモデル（システム介入）を実施するものである。具体的には、以下の 2 つの事業を実施することとされた。

- A-1： 地域包括支援センターの担当圏域内の全高齢者（要支援・要介護者を除く）を対象に「基本チェックリスト」を配布し、回収率を上げる（5 割以上を目標）ことにより、より多くの特定高齢者候補者の選定や特定高齢者施策への参加率の向上につながることを検証する。
- A-2： 地域包括支援センターの担当圏域内の高齢者（400 人程度を目安）を対象に介護予防教室を周知し、参加率を上げる（5 割以上を目標）ことにより、より多くの特定高齢者候補者の選定や特定高齢者施策への参加率の向上につながることを検証する。

両事業において、基本チェックリスト実施率、特定高齢者候補者率、生活機能評価実施率、特定高齢者率、特定高齢者施策参加率等の指標に関して平成 20 年度の全国値等との比較を行う。

(B) プログラム介入

一般高齢者及び特定高齢者に対して、より効果が見込まれる介護予防プログラムを行うモデル（プログラム介入）を実施するものである。具体的には、以下の 2 つの事業を実施することとされた。

- B-1： 転倒・骨折予防及び膝痛・腰痛対策を重点とした運動器の機能向上プログラム（膝痛対策、腰痛対策又は転倒・骨折予防対策プログラム）を実施し、その有効性を検証する。
- B-2： 栄養改善、口腔機能向上の各プログラムについて、各単体のプログラムを運動器の機能向上プログラムと組み合わせることで、対象者の栄養改善及び口腔機能の向上、並びに生活機能の維持・向上が図られることを検証する。

B-1、B-2 のいずれにおいても、プログラム対象者を無作為に 2 群に分け、第 1 群（先行群）には 3 ヶ月間プログラムを実施し、第 2 群（待機群）は 3 ヶ月間待機させた後に（待機期間中のデータをコントロールとして用いる）プログラムを実施する。無作為化に当たっては、B-1 においては性別及びプログラム種類（膝痛対策、腰痛対策又は転倒・骨折予防対策プログラム）を層とした層別無作為化を、B-2 においては性別及び高齢者の状態（一般高齢者、特定高齢者）を層とした層別無作為化を行うこととした。

3. 中間集計結果の概要（平成 21 年 12 月末時点）

(A) システム介入

モデル事業 A-1 には全国から 16 の地域包括支援センターが参加し、15 センターにおいて基本チェックリストの配布・回収が行われ、うち 11 センターにおいて特定高齢者候補者の把握まで終了した。以下、特定高齢者候補者の把握が行われた 11 センターにおける結果の概要を述べる。

A-1 の中間集計結果は表 1 に示すとおりである。A-1 に参加した地域包括支援センターにおける基本チェックリスト (CL) 実施率 (対高齢者) は 58.4% であり、平成 20 年度全国値 (30.7%) を大きく上回った。特定高齢者施策への参加率 (対特定高齢者) については、集計に使えるデータがまだ少ないことから今後のデータの集積が待たれる。

表 1 モデル事業 A-1 の中間集計結果の概要

	モデル事業 A-1	(参考) 平成 20 年度全国値
高齢者数	58,630	28,291,360
基本 CL 配布人数 (対高齢者数%)	46,968 (80.1%)	14,827,633 (52.4%)
基本 CL 実施人数 (対高齢者数%)	34,263 (58.4%)	8,694,702 (30.7%)
特定高齢者候補者数 (対基本 CL 実施人数%)	10,157 (29.6%)	2,178,952 (25.1%)

モデル事業 A-2 には全国から 9 の地域包括支援センターが参加し、6 センターにおいて介護予防教室が開催され、うち 5 センターにおいて特定高齢者候補者の把握まで終了した。以下、特定高齢者候補者の把握が行われた 5 センターにおける結果の概要を述べる。

A-2 の中間集計結果は表 2 に示すとおりである。A-2 に参加した地域包括支援センターにおける基本チェックリスト実施率（対介護予防教室参加者数）は 87.8%であった。特定高齢者施策への参加率（対特定高齢者）については、集計に使えるデータがまだ少ないことから今後のデータの集積が待たれる。

表 2 モデル事業 A-2 の中間集計結果の概要

	モデル事業 A-1	(参考) 平成 20 年度全国値
高齢者数 (介護予防教室参加者数)	31,270 (288)	28,291,360
基本 CL 配布人数 (対参加者数%)	284 (98.6%)	14,827,663 (52.4%)
基本 CL 実施人数 (対参加者数%)	253 (87.8%)	8,694,702 (30.7%)
特定高齢者候補者数 (対基本 CL 実施人数%)	87 (34.4%)	2,178,952 (25.1%)

(B) プログラム介入

モデル事業 B-1 には全国から 10 の地域包括支援センターが参加し、うち 9 センターにおいて先行群のプログラムが終了した。以下、必要なデータの入力完了した対象者における中間集計解析結果の概要を述べる。

B-1 に参加した高齢者の背景因子の分布は表 3 のとおりである。症例数は介入群（先行群）が 145 例、コントロール群（待機群）が 89 例であり、不均衡が認められた。無作為割り付け時には、乱数表を用いて両群間の例数がほぼ同数になるように割り付けられたが、コントロ

ール群に割り付けられた症例の中に参加を取りやめた例が多かったことや、データ入力完了していない症例数に不均衡がある可能性があることから、今回の中間集計時にはこのような結果となった。最終集計時には、例数不均衡の状況及びその理由、結果への影響等について検討する必要がある。

参加高齢者の背景因子を介入群、コントロール群で比較すると、両群間で大きく異なる項目はほとんどなく、両群間の比較可能性については大きな問題はないものと判断した。

表3 モデル事業 B-1 に参加した高齢者の背景因子の分布

項目	カテゴリー	介入群 (先行群)		コントロール群 (待機群)		p 値 ^{注1)}
		例数	%	例数	%	
性別	男	44	30.3%	34	38.2%	p=0.2158
	女	101	69.7%	55	61.8%	
プログラム 種類	膝痛対策	59	40.7%	37	41.6%	p=0.9185
	腰痛対策	59	40.7%	34	38.2%	
	転倒・骨折予防 対策	27	18.6%	18	20.2%	
状態	一般高齢者	39	26.9%	33	37.1%	p=0.1014
	特定高齢者	106	73.1%	56	62.9%	
		例数	平均値 (SD)	例数	平均値 (SD)	
年齢		145	75.4 (5.9)	89	75.2 (6.5)	p=0.6305
身体状況 (介入前)	開眼片足立ち (秒) ^{注2)}	144	23.9 (21.2)	89	25.9 (21.4)	p=0.4281
	TUG (秒) ^{注2)}	144	8.2 (2.8)	89	8.4 (3.2)	p=0.6490
	5m 通常歩行時 間 (秒)	145	4.4 (1.4)	88	4.5 (1.5)	p=0.8520
	5m 最大歩行時 間 (秒)	145	3.3 (1.1)	88	3.4 (1.2)	p=0.7542
運動器疾患 (介入前)	JKOM (VAS)	59	37.3 (25.1)	35	37.1 (27.9)	p=0.8083
	JKOM (総得点)	59	21.1 (16.5)	37	21.6 (15.1)	p=0.6704
	JLEQ (VAS)	59	41.6 (24.4)	33	31.5 (29.0)	p=0.0451
	JLEQ (総得点)	59	25.8 (19.9)	34	27.0 (21.3)	p=0.8356
	転倒不安尺度 (総得点)	27	14.3 (4.9)	18	14.3 (4.0)	p=0.8142

注1) 分類データについては χ^2 検定、計量データについてはWilcoxon 順位和検定による p 値 (両側)

注2) 開眼片足立ち、TUG については、2 回測定の平均値を使用

主な評価指標について、介入前後の指標の変化量を介入群（介入 3 ヶ月後の値－介入前の値）とコントロール群（観察 3 ヶ月後の値－観察開始時の値）とで比較した結果を表 4 に示す。全ての指標において介入群の変化（改善）量はコントロール群を上回っており、ほとんどの指標において両群間の変化量に統計的に有意な差が認められた。

表 4 モデル事業 B-1 に参加した高齢者の主な指標の変化量

項目	カテゴリー	介入群 (先行群)		コントロール群 (待機群)		p 値 ^{注 1)}
		例数	変化量の 平均値 (SD)	例数	変化量の 平均値 (SD)	
身体状況	開眼片足立ち (秒) ^{注 2)}	144	4.4 (13.4)	88	2.1 (13.7)	p=0.0678
	TUG (秒) ^{注 2)}	144	-0.7 (2.4)	89	-0.3 (1.3)	p=0.0013
	5m 通常歩行時間 (秒)	144	-0.5 (0.7)	86	-0.2 (0.6)	p=0.0002
	5m 最大歩行時間 (秒)	145	-0.4 (0.9)	87	-0.2 (0.9)	p=0.0122
運動器疾患	JKOM (VAS)	58	-12.3 (21.3)	35	-5.1 (25.0)	p=0.0006
	JKOM (総得点)	59	-7.3 (7.3)	37	0.8 (8.4)	p<0.0001
	JLEQ (VAS)	59	-14.8 (23.3)	33	-1.2 (23.8)	p=0.0005
	JLEQ (総得点)	59	-8.6 (12.9)	34	-0.2 (9.5)	p=0.0041
	転倒不安尺度 (総得点)	27	-1.0 (2.9)	18	-0.5 (2.0)	p=0.8318

注 1) Wilcoxon 順位和検定による p 値（両側）

注 2) 開眼片足立ち、TUG については、2 回測定の平均値を使用

モデル事業 B-2 には全国から 8 の地域包括支援センターが参加し、うち 6 センターにおいて先行群のプログラムが終了した。以下、必要なデータの入力完了した症例における中間集計解析結果の概要を述べる。

B-2 に参加した高齢者の背景因子の分布は表 5 のとおりである。症例数は介入群が 179 例、コントロール群が 167 例であり、大きな不均衡は認められなかった。参加高齢者の背景を介入群、コントロール群で比較すると、ほとんどの項目は両群間で類似していたが、発音・嚥下機能（タ音、カ音）において違いが認められており、結果の解釈において留意する必要がある。

表 5 モデル事業 B-2 に参加した高齢者の背景因子の分布

項目	カテゴリー	介入群 (先行群)		コントロール群 (待機群)		p 値 ^{注 1)}
		例数	%	例数	%	
性別	男	44	24.6%	48	28.7%	p=0.3813
	女	135	75.4%	119	71.3%	
状態	一般高齢者	64	35.8%	48	28.7%	p=0.1636
	特定高齢者	115	64.3%	119	71.3%	
		例数	平均値 (SD)	例数	平均値(SD)	
年齢		179	76.3 (7.2)	167	75.8 (6.4)	p=0.6550
口腔機能 (介入前)	RSST (秒)	179	37.8 (24.0)	167	38.8 (27.4)	p=0.6360
	発音・嚥下機能 (回/秒) パ音	179	4.9 (1.2)	167	5.1 (1.1)	p=0.2024
	発音・嚥下機能 (回/秒) タ音	179	5.0 (1.2)	167	5.2 (1.1)	p=0.0286
	発音・嚥下機能 (回/秒) カ音	179	4.9 (1.1)	167	5.1 (1.1)	p=0.0341
	口腔の QOL	179	51.0 (7.4)	167	51.7 (7.4)	p=0.2980
栄養改善 (介入前)	食事摂取量 (総得点)	179	3.6 (0.6)	167	3.6 (0.6)	p=0.6244
	達成度 (総得点)	179	15.4 (3.0)	167	15.9 (2.7)	p=0.2816
身体状況 (介入前)	開眼片足立ち (秒) ^{注 2)}	179	19.8 (18.0)	167	24.4 (20.8)	p=0.0563
	TUG (秒) ^{注 2)}	179	8.2 (2.6)	167	8.1 (2.3)	p=0.8000

注 1) 分類データについては χ^2 検定、計量データについては Wilcoxon 順位和検定による p 値（両側）

注 2) 開眼片足立ち、TUG については、2 回測定の平均値を使用

主な評価指標について、介入前後の指標の変化量を介入群（介入 3 ヶ月後の値－介入前の値）とコントロール群（観察 3 ヶ月後の値－観察開始時の値）とで比較した結果を表 6 に示す。ほとんどの指標において介入群の変化（改善）量はコントロール群を上回っていたが、発音・嚥下機能（パ音）、栄養改善に関する指標（食事摂取量、達成度）及び TUG においては両群間の変化量に統計的に有意な差は認められなかった。

表 6 モデル事業 B-2 に参加した高齢者の主な指標の変化量

項目	カテゴリー	介入群 (先行群)		コントロール群 (待機群)		p 値 ^{注 1)}
		例数	変化量の 平均値 (SD)	例数	変化量の 平均値(SD)	
口腔機能	RSST (秒)	179	-5.2 (24.1)	167	0.4 (21.6)	p=0.0103
	発音・嚥下機能 (回/秒) パ音	179	0.4 (0.9)	167	0.3 (1.4)	p=0.1861
	発音・嚥下機能 (回/秒) タ音	179	0.4 (0.9)	167	0.3 (1.3)	p=0.0216
	発音・嚥下機能 (回/秒) カ音	179	0.3 (0.8)	167	0.2 (1.3)	p=0.0030
	口腔の QOL	179	0.6 (5.1)	167	-1.3 (5.0)	p=0.0011
栄養改善	食事摂取量 (総得点)	179	0.0 (0.5)	167	-0.0 (0.5)	p=0.6019
	達成度 (総得点)	179	0.6 (2.8)	167	0.1 (2.1)	p=0.1271
身体状況	開眼片足立ち (秒) ^{注 2)}	179	3.5 (13.1)	167	-2.3 (14.0)	p=0.0002
	TUG (秒) ^{注 2)}	179	-0.2 (2.1)	167	-0.2 (1.5)	p=0.4417

注 1) Wilcoxon 順位和検定による p 値（両側）

注 2) 開眼片足立ち、TUG については、2 回測定の平均値を使用

4. 考察

中間集計結果を評価分析した結果、システム介入に関するモデル事業（A-1 及び A-2）については、一部地域におけるデータに基づく中間評価ではあるものの、参加地域における基本チェックリスト実施率は平成 20 年度全国値を上回っており、事業は順調に進行しているものと判断できる。今後、特定高齢者施策への参加率等に関するデータの集積が待たれる。

プログラム介入に関するモデル事業（B-1 及び B-2）は、プログラム参加者を介入群又はコントロール群に無作為に割り付け、介入の効果をコントロール群と比較して評価するというデザインであり、これにより介入効果に関する信頼度の高いデータを得ることができると考える。B-1 及び B-2 のいずれにおいても、参加者の 2 群への無作為割り付けは適切に行われ

ている。しかしながら、B-1 においては、コントロール群に割り付けられた症例の中にプログラムへの参加を取りやめた例が多くみられたことが推測され（モチベーションの理由によるものと考えられる）、結果として2群間の例数に不均衡が生じている。最終集計時には、例数不均衡の状況及びその理由、結果への影響等について検討が必要であり、来年度以後の事業実施に当たっては、この点に関する対応策の検討が必要となると考えられる。介入の効果については、一部データに基づく中間評価ではあるものの、多くの指標において介入群はコントロール群に比し有意に改善している結果が得られており、事業は順調に進行しているものと判断する。

また、B-2 における介入の効果については、一部データに基づく中間評価ではあるものの、口腔機能に関する指標はコントロール群に比べて介入群で改善が認められているが、栄養改善に関する指標については期待するほどの効果は得られていない。来年度以後の事業実施に当たっては、栄養改善に関する評価の指標及びその測定方法、必要なサンプルサイズ等について更なる検討が必要であると考えられる。

第Ⅱ章 介護予防の総合的評価・分析に関する研究〈進捗管理委員会報告〉

b. モニタリング

福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 安村誠司

1. はじめに

進捗管理委員会は、介護予防実態調査分析支援事業（以下「モデル事業」とする）の実施市町村における進捗状況を第三者的に評価し、事業の適切な実施・継続のためのアドバイス（勧告）を行うことが目的である。そして、本委員会の下に、モデル事業の進捗管理を行うために設置されたのが、モニタリング委員会である。

モニタリングの実施内容は、モデル事業参加市町村（以下「モデル市町村」とする）に対して、当該市町村における事業の進捗状況に関する進捗管理票を用いて情報収集し、評価し、必要に応じて支援を行うことである。進捗管理票は、モデル事業のマニュアルに従って事業が実施されているかどうかを確認するために用いられ、そのおもな着目ポイントは以下の通りである。

1. システム介入（A－1，A－2）：基本チェックリストの全数配布及び未回収者へのフォローの状況、介護予防教室の参加募集、実施状況などについての確認等である。
2. プログラム介入（B－1，B－2）：事前準備、プログラム実施対象者の選定、対象者に対する事前説明会、個別プログラムの内容・実施状況、評価などについての確認等である。また、割付け（先行群・待機群）に従った介入が行われているかについても確認する。

また、モデル市町村に対して、当該市町村における事業の進捗状況に関して、進捗管理票のみでは把握できない情報や生の声を聴取する目的で、聞き取り調査、または、訪問調査を行うこととした。

以上の視点で、それぞれの市町村で実施されたモデル事業について、検討した。

2. 方法

進捗管理票（A－1、A－2、B－1、B－2）、及び、介護予防実態調査分析支援事業進捗管理実施要領を作成した。原則的に毎月1回、モデル市町村から厚生労働省老健局老人保健課へ、進捗管理票にて進捗状況を報告してもらうことにした。なお、対応が難しい事項については都度相談してもらうこととした。それらの報告については、モニタリング責任者（安村）に「市町村の状況・相談事項等の報告」として、適宜送付された。その内容に対応して、進捗状況の分析・相談への回答などが老人保健課に送られ、それらに基づき老人保健課から、市町村へ進捗に応じてフィードバック・相談内容の回答が伝えられる流れとなっている。

また、モデル事業を遂行するに当たっての重要な点をチェックすることで、進捗に応じて必要な点を確認することが出来るようにするための重要事項チェックリストも作成した。なお、この帳票は提出を求めなかった。

進捗管理票及び重要事項チェックリストは、本事業を実施している市町村又は地域包括支援センター職員が記入することとした。

さらに、「介護予防の総合的評価・分析に係る研究委員会」委員、厚生労働省担当職員、三菱総合研究所のスタッフが、モデル市町村における実施状況について、現地調査を実施した。

3. 結果

1. それぞれのモデル事業について、平成 21 年 12 月末までの進捗状況を概観する。

- 1) A－1 では、基本チェックリスト配布の周知に関して、その具体的な周知方法や配布・回収法について、さまざまな工夫がされていた。特定高齢者候補者の把握については、11 地域包括支援センター担当圏域で実施されており、事業は順調に実施されていると判断された。
- 2) A－2 では、9 地域包括支援センター担当圏域すべてで、概ね事業は順調に実施されていると判断された。また、介護予防教室の開催に関して、それぞれの市町村で、教室の内容等さまざまな工夫をしていることが読み取れた。
- 3) B－1 では、モチベーションの維持を図るために、プログラム実施中の待機群・先行群への対応として、いくつかの市町村で工夫が見られた。事業の実施において特に大きな問題となるような課題はなく、10 地域包括支援センター担当圏域すべてで事業は順調に実施されていることが伺えた。
- 4) B－2 では、モチベーションの維持を図るために、プログラム実施中の待機群・先行群への対応として、ほとんどの市町村で工夫が見られた。また、事業の実施において特に大きな問題となるような課題・要望等は特になく、8 地域包括支援センター担当圏域すべてで事業は順調に実施されていると判断された。

2. 現地調査

現地調査については、平成 21 年 12 月 22 日（火）に栃木県大田原市（A－1）と福岡県行橋市（B－1）を、平成 22 年 1 月 8 日（金）に和歌山県橋本市（A－2）を、1 月 26 日（火）に埼玉県和光市（B－1）を、1 月 21 日（木）に埼玉県吉見町（B－2）を、2 月 1 日（月）に福島県西会津町（B－1）と広島県尾道市（A－1）を、2 月 10 日（水）に佐賀県多久市（A－2）を訪問して実施した。

現地調査では、進捗管理票等では把握できない事業実施状況を担当者からのヒヤリング等により情報収集したが、特に問題となるような報告はなかった。また、担当者からは進捗管理票からは分からない実施上の工夫や課題を聴取することができ、事業評価を行う上で極めて有益な情報を得ることができたとの意見が多かった。現地調査した市町村においては、事業が円滑に実施されていると判断できた。

4. まとめ

進捗管理票により、全てのモデル市町村の事業の進捗状況を評価した。その結果、いずれの事業に関しても、概ね事業は適正に、かつ、円滑に実施されていると判断された。

また、現地調査の実施により、進捗管理票からは得られない情報を得る機会となり、事業の実施状況に関して適切な判断をするために有効であった。現地調査した市町村においては、事業が円滑に実施されていると判断できた。

第Ⅱ章 介護予防の総合的評価・分析に関する研究〈費用分析報告〉

1. 新予防給付の費用効果分析

筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野
教授 大久保一郎

1. 目的

新予防給付の費用効果分析は、新予防給付が実施される前と後において、それに要した費用とその効果を比較することで可能である。既に 2008 年度の厚生労働省の検討会では、新予防給付導入後は 2007 年の「継続的評価分析支援事業」の結果を、また導入前は 2004 年介護給付費実態調査（レセプトデータ）のうち継続的評価分析支援事業の対象となった市町村のレセプトデータを使用し、効果を悪化率（要支援 1 または要支援の者がそれ以下の要介護区分に悪化する平均期間）の導入前後の差として分析した。この結果、新予防給付の導入により悪化率は改善し、かつ費用も減少し、費用効果的に優れた事業であることが示された。

しかし、導入後の評価で使用された「継続的評価分析支援事業」は一時的な事業であり、その成果に基づいた費用効果分析を新予防給付のモニタリングとして使用することはできない。そのため、今後継続的に評価をするためには、他の新しい方法が必要である。今回の研究では、費用効果の視点から継続的に安定的に評価できる方法を具体的に考案することを目的とする。

2. 研究方法

- 1) 2008 年度に厚生労働省の検討会で公表された分析に関係者や有識者を交えてレビューし、その課題や限界を検討する。
- 2) 上記検討から、新しい方法に必要とされる条件を抽出し、「継続的評価分析支援事業」以外の方法を検討し、具体的に提言する。

3. 結果

3.1 新しい方法に必要とされる条件の検討

- 1) 新予防給付導入後の効果の測定や費用計算に用いるデータは何が適切か。
 - ① 入手が比較的容易で、そのための費用が妥当なものであること。
 - ② 一定規模以上のデータ量が安定的に入手できること。
- 2) 効果の指標は何が適切であるか。
 - ① 効果の測定が比較的容易であること。
 - ② 介護予防の効果として適切であること。
- 3) 費用の測定は適切であるか。
 - ① 費用は正確に測定できること。
 - ② 分析に必要とされる費用がすべて把握できること。
- 4) 費用と効果の観察測定期間は適切か。
 - ① 新予防給付の効果を適切に測定するための十分な期間であること。
- 5) 評価の対象とする集団は適切か。

- ① 新予防給付の影響を受ける対象者であること。

3.2 新しい方法の提言

1) データ

レセプトデータである介護給付費実態調査とする。

2) 効果の指標

- ① 悪化率とする。ただし、要支援1から要支援2以上を悪化とする場合と要支援2までは悪化と見なさず、要介護1以上をもって悪化とする方法も検討の余地がある。
- ② 悪化率の測定では悪化した時点で観察を終了するが、その後の要介護度の変化は評価されない。そのため、これら进行评估するためには、要介護区分毎の分布を比較する方法もある。
- ③ 悪化後の要介護度区分による評価は、要介護区分に応じた重みづけを行うこととで、より適正な評価となる可能性もある。荷重方法は要介護区分に応じて、単純に1、2、3・・・といった順位づけの評価もあるが、より適切な方法としては **Utility Score** を用いることも考えられる。ただし、**Utility Score** の測定は容易ではない。
- ④ 2008年度の検討会では、レセプトデータを利用して観察人月当たりの悪化人数を算出したが、全国から抽出した83市町村のみを対象にした限られた集団のデータとはいえ解析には多くの時間を要した。今後、全国規模のレセプトデータを対象に分析する場合は、対象自治体数が約1700市町村となること、加えて、継続的評価分析支援事業には、特別区及び政令市等がほとんど参加していなかったことを考慮すると、扱うデータ量は非常に膨大なものとなる。
- ⑤ 従って、悪化率を計算するための分母を、観察人月ではなく、追跡する母集団の人数にするような簡便な方法を選択することも検討の余地がある。

3) 費用の測定

- ① 費用は要介護区分別の平均介護給付費を使用する。これも、全観察期間の積算から算定する方法と、ある一定の月のみを定点とし、それをもとに算出する方法等考えられるが、レセプト分析であればいずれの手法も可能である。
- ② 予防給付による費用は介護保険受給者のみで使用されるのではなく、一般住民に対する広報、行政管理上の費用等もあり、これらをどのように組み入れるかは検討を要する。ただし、これらの費用は費用効果分析を行う上で、結果に大きく影響を及ぼさない程度であれば、無視してもよい。
- ③ 2008年度の検討会では、毎月発生するレセプト情報から給付費を割り出し、要介護認定区分別にかかった費用を算出したが、これは、全国から抽出した83市町村のみを対象にした限られた集団のデータとはいえ解析に時間を要した。今後、全国規模のレセプトデータを対象に分析する場合は、対象自治体数が約1700市町村となること、加えて、継続的評価分析支援事業には、特別区及び政令市等がほとんど参加していなかったことを考慮すると、扱うデータ量は非常に膨大なものとなる。
- ④ 従って、追跡する対象者の全月レセプトデータを積算して分析をすることは非常に労力を要することが懸念されるため、例えば、1年後及び2年後のレセプトデータをのみを用いて費用を算出するような簡便な方法を選択することも、検討の余地がある。

4) 効果と費用の観察測定期間

要介護認定や区分の変更は6月や1年であることも多く、1年間における費用と効果の測

定では正しく把握することができない可能性がある。そのため、より適切に効果と費用を測定するには2年間の観察期間が必要と考えられる。

5) 評価対象集団

- ① 評価の対象集団は要支援1であるが、悪化率を効果の指標とした場合、同じ要介護状態でも評価対象者が評価の対象となった時点における要介護認定期間が大きく異なると悪化率に差が出る。つまり、評価対象時点における要支援1の要介護認定期間が長い者が多いと悪化率は高くなる。そのため可能な限り認定直後の者を追跡することが望ましい。
- ② 2008年度の厚生労働省の検討会では、「平成16年1月に要支援として給付を受けていた者」全員を対象にしたものの、「継続者」（平成15年12月以前に認定され給付を受けていた者）を除外せずに分析したが、可能な限り認定直後の者を追跡することが望ましい。これをレセプトで選定できるようにする工夫が必要である。現在はレセプトデータに「新規」もしくは「継続」のコードが無いために、各種データの条件を組み合わせで「『新規』と思われる者」を抽出する作業が発生する。
- ③ 2008年度の厚生労働省の検討会では、評価の対象を要支援1の介護予防サービスを受給している者に限定したが、新予防給付全体の評価を行うには、介護保険を使用しない者も含めた評価の視点も重要である。検討会では、新予防給付は費用効果的に優れているといった結果が示されたが、それが極一部の者に限定されていれば、地域全体では介護保険の恩恵を受ける者の減少となり、費用効果比のみを評価の指標とすることは適切ではない。従って、介護保険認定者以外を含んだ地域全体での評価方法の検討する必要がある。

3.3 提案した方法による検証

現在以下の方法で費用効果分析を試行的に行った。現在解析中であり、すべての結果を示すに至っていない。

- ① 使用データ：2007年1月から2008年12月における「継続的評価分析支援事業」の対象となった83市町村のレセプトデータ
- ② 評価対象集団：2007年における要支援1の者
- ③ 効果の指標：悪化率（要支援1から要介護への平均移行期間）
- ④ 費用の種類：観察期間における介護給付費
- ⑤ 費用効果分析：集団の性年齢別の観察人月に基づき調整を行った悪化者数と費用の増分を比較する。

4. 考察と結果

継続的評価分析支援事業以外のデータを用いて、継続的に新予防給付の費用効果の分析ができる方法を提言することを試みた。分析にはレセプトデータを使用することが妥当であるが、これ以外にも今後検討すべき事項が複数見出された。