

介護予防においてハイリスク・ストラテジーはどの程度期待できるか

近藤克則*, 平井 寛**, 吉井清子*,

*日本福祉大学 社会福祉学部, **日本福祉大学 COE主任研究員

【背景と目的】 予防医学には、二つの戦略がある(Rose, 1992¹⁾)。危険因子をもった個人に介入するハイリスク・ストラテジーと、集団全体を介入対象とするポピュレーション・ストラテジーである。介護保険制度の見直しで脚光を浴びる介護予防においても、ふたつの戦略を併用する方向が示されている。介護予防において、リスクを持っている者を対象にするハイリスク・ストラテジーによってどの程度の割合の新規要介護認定者をカバーできるのかを明らかにするために以下の検討を行った。

【対象と方法】 AGES(Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究)プロジェクト²⁾のデータの一部を用いた。7保険者に居住する、要介護認定を受けていない一般高齢者で2003年秋に実施した調査に回答した者(n=15,664)のうち、その後一年間に、新たに要介護認定を受けた684人を対象に分析した。厚生労働省が介護予防の重点として例示しているものを参考に、「口腔状態」(あまり噛めないのので食べるものが限られる)、低栄養(BMI<18.5)、転倒歴(過去一年間に転倒経験複数回あり)、閉じこもり(外出が週1回未満)、抑うつ(GDS15項目版で10点以上のうつ状態)の5つを、要介護状態になるリスク(以下、介護リスク)とした。生活習慣としての、喫煙(現在喫煙している)、飲酒(毎日1.5合以上飲む)、歩行時間(1日30分未満)、年齢(85歳以上)および要介護状態を招きやすい疾病(脳卒中、骨粗鬆症、外傷・骨折、関節痛・神経痛)もリスクとして追加分析した。2003年時点のベースラインデータにおけるこれらのリスク数別の割合を求めた。

【結果】

1) 5つの介護リスク数(A):

1年以内に要介護認定を受けた684人のうち、ベースラインデータにおいて、5つの介護リスクが1つもなかった者は362人(52.9%)と半数を占めていた。リスク数が1から5に増えるにつれ、31.9%、11.7%、2.9%、0.6%、0%と減少する。

2) 5つの介護リスクに、生活習慣リスク(B, C), 高年齢リスク(D), 疾病(E)を追加して分析:

10項目すべてのリスクを考慮した場合(E), リスクなしは16.8%にまで減少する。ただし、一般高齢者全体において、リスクを一つでも持つ者は、64.7%に及ぶ。つまり、一つでもリスクを持つ者をハイリスク者と見なして介入すると、一般高齢者の6割以上を対象にすると、非現実的な事業規模が必要となる。そこで、リスク数2以上を対象者を絞り込むと一般高齢者の3割まで減少するが、一年後までの要介護認定者における捕捉率はやはり50.1%に低下する。

以上より、現在示されている介護リスクに基づくハイリスク・ストラテジーだけでは、不十分と考えられる。

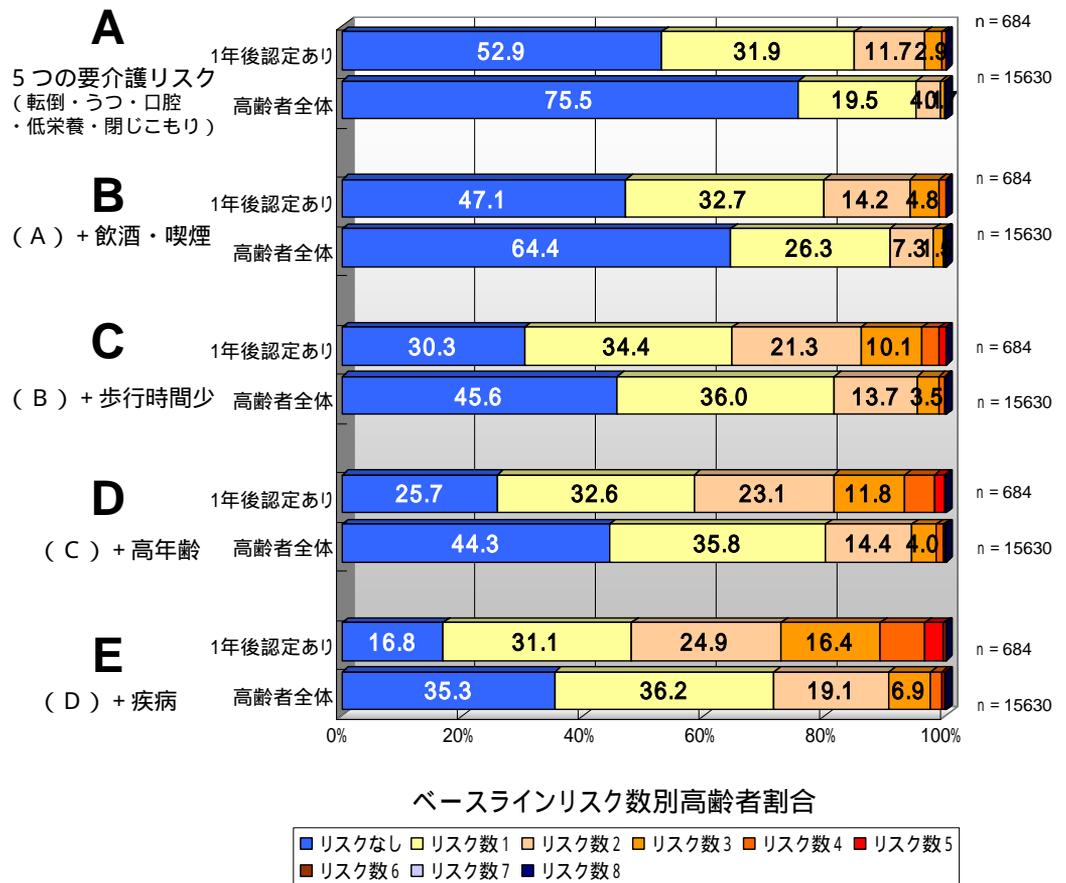


図 1年後までに要介護認定を受けた高齢者・一般高齢者全体のベースラインリスク数別割合

【結論】 5つの介護予防リスクでスクリーニングされた者を対象にした介護予防事業だけでは、新規要介護認定者の半数以上が事業から漏れることを意味する。スクリーニングするリスクの数を増やせば、捕捉率はあがるが、事業の対象者数も増えてしまい、個別介入は現実的ではない。

以上より、ハイリスク・ストラテジーだけでなく、ポピュレーション・ストラテジーによる介入を検討していく必要性が確認された。今後、有効なポピュレーション・ストラテジーの開発が期待される。

Reference:

- Rose G: The Strategy of Preventive Medicine (曾田研二・田中平三監訳: 予防医学のストラテジー-生活習慣病対策と健康増進, 医学書院, 1998). Oxford University Press, 1992
- 近藤克則: 健康格差社会 - 何が心と社会を蝕むのか. 医学書院, 2005.

謝辞: 本研究は21世紀COEプログラムの助成を受け、学術フロンティア推進事業(文科省)の一環として行った。