

第67回日本公衆衛生学会総会 議事録

学会長講演

「人生90年 超高齢社会の光と影」

福岡大学医学部衛生学講座教授 畝 博

1. 高知県立宿毛病院幡西医療センターにおける 僻地医療活動の経験

学会長講演では最初に、若干の自己紹介をすることになっているようですので、私が20代でやったことについて少しお話をいたします。

20代の前半は、その当時の学生の例に漏れず、安保、ベトナム戦争、全共闘で日々デモ隊の後ろについて回っておりました。20代の後半は、学生運動をしたために大学にいるのも居心地が悪かったし、何か変わったことがしたいということで就職先をいろいろ探していましたが、私の大学の先輩であり、学生運動の先輩でもある五島正規先生が高知県の宿毛という、高知市からも遠く離れた僻地で保健と医療を一体化したサービスを住民に提供しており、余り考えることなくそうした活動に参加するため、高知県立宿毛病院幡西医療センターに赴任した次第です。

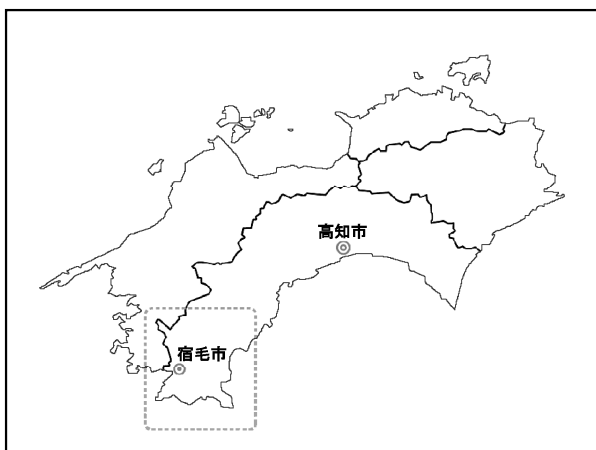
スライド1, 2は無医地区診療を行っていた宿毛市、大月町、三原村の3市町村です。●印の付いている所が無医地区です。宿毛市には島が二つありまして、一つが鵜来島で、もう一つが沖ノ島です。沖ノ島にはお医者さんが駐在していましたが、時々なくなります。医師がいなくなると、県立病院から手伝いにいくという状況でした。

「沖ノ島よ 私の愛と献身を」という本を知っている人はもう定年間近の保健師さんだろうと思います。昭和42年に沖ノ島の保健師をされていた荒木初子さんの活動を記述したこの本が第一回の吉川英治賞に輝きました。この本は「孤島の太陽」という映画にもなり、全国的な話題になりました。そうしたことも、私が県立宿毛病院に赴任する一つの要因になったと思います。

宿毛市から鵜来島は船で大体1時間かかる距離があり、2週間に1回無医地区診療に行っておりました。スライド3の写真は無医地区診療に行ったときの写真で、こういうスタイルで無医地区を回っていました。

高知の宿毛に居る時に一番感じましたのは、要介護高齢者の非常に悲惨な姿でした。その当時、介護は家庭でやるということになっていましたが、他方で夫婦二人して働いていかないと生活ができないというのが実状でした。要介護者が出ると、配偶者がいると何とかありますが、配偶者がいないと、糞尿にまみれて一人部屋にほったらかしにされる、そういう状況でした。そうした要介護者を保健師さんが見つけてきては、「先生、往診を頼みます」と来るわけです。大きな褥瘡ができていて、その褥瘡の処

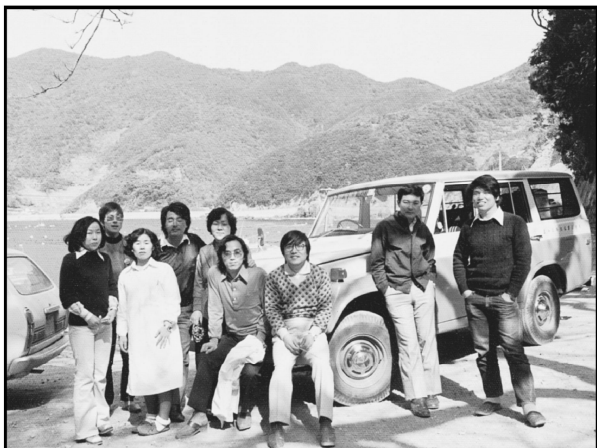
スライド1



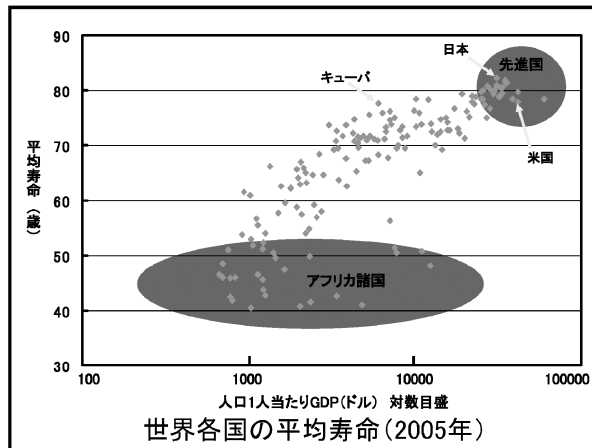
スライド2



スライド3



スライド4



置を何回したかわかりません。

1970年は脳血管疾患による死亡率が最も高い年でした。1970年における全国の年齢調整死亡率は10万人対334人、西日本は全体的に全国平均より低かったのですが、高知だけが全国平均を超えていました(10万人対388人)。本当に脳卒中が多かった。脳血管疾患による死亡率が最も高かった秋田県は10万人対482人でありました。

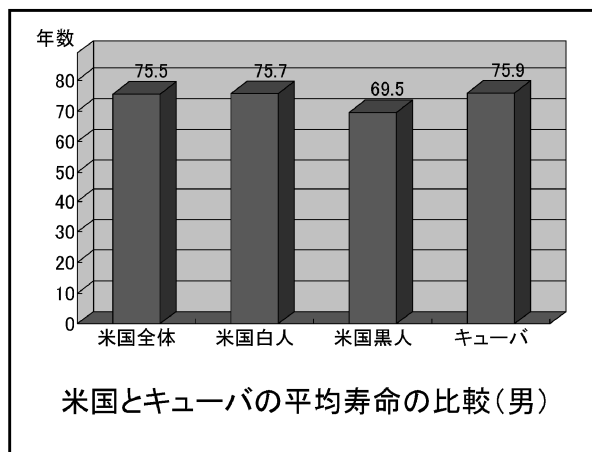
当時、無医地区の高齢化率は3割を超えているのではないかと感じていましたが、実際に国勢調査で調べてみますと、1975年の高齢化率は宿毛市12.5%、大月町15.0%、三原村17.0%で、全国が7.9%でした。私が行っていた無医地区は20%を超えていたかもしれませんが、高齢化率が30%を超えるような高齢社会になると、介護問題が大変なことになる、ということに非常に強く感じました。

その中で、その当時、まだ若くて具体的に理論化された訳ではありませんでしたが、介護の社会化をしていかないと、要介護高齢者の人権が守られないのではないかと思います。今回、特別講演で堤修三先生にお話していただきますが、堤先生は厚生省で介護保険を計画し、作られた方ということで、是非お話をお聞きしたいということで講師としてお招きしました。

2. わが国における平均寿命の推移

それでは本題に入り、わが国における平均寿命の推移について話をいたします。スライド4は、世界各国の平均寿命と一人当たりのGNPを示したのですが、やはり生活が豊かになるに従って、平均寿命は上がって行く傾向が見られます。生活環境のインフラが整備され、医療体制が整い、安全な水が供給されるなどすることにより、平均寿命が延びて行きます。アフリカ諸国は全般的に所得が低く、平均寿命も短く低迷しています。南アフリカとか、ボ

スライド5



ツアナとかは宝石が出てGNPは高いですが、平均寿命は短くなっています。これはエイズが蔓延しているためです。

ここで是非知っていただきたいのは、キューバとアメリカについてであります。「シッコ」という映画でも取り上げられましたが、キューバとアメリカの平均寿命はほとんど変わりません。日本人は何でもアメリカに見習いますが、先進諸国の中で健康水準の最も低い国がアメリカです。

スライド5は、アメリカとキューバの男性の平均寿命を比較したものです。アメリカの平均寿命を見ますと、白人と黒人では平均寿命が物凄く違います。アメリカの白人とキューバの人の比較ではほとんど変わりありません。次に、乳児死亡率を比較して見ました。乳児死亡率はその国の健康水準を最もよく反映する指標であると言われていますが、キューバの乳児死亡率は5.2で、アメリカよりもいいという結果でした。アメリカの乳児死亡率は6.6で、黒人に至っては13.6という高い値でありました。

2002年にキューバを訪問しました。キューバに行き一番感じたのは非常に町が清潔だということ

す。キューバはお金がありませんので、高度な医療はできませんが、医療は無料でアクセスが非常に良く、予防とかプライマリケアに重点を置いてやっています。キューバの医療を見ていると、予防とかプライマリケアに重点を置くことが比較的金を掛けずに、高いアウトカムを得ることができる方法であることが分かります。アメリカは先進国の中で国民皆保険がない唯一の国で、医療へのアクセスが悪いのが特徴です。また、アメリカは病院中心の医療で、病気になってからスペシャリストが治す医療です。病院中心の医療は非常にコストパフォーマンスが悪いということを知っていただきたいと思いません。日本も次第にアメリカのようになっていっているのではないかと危惧しています。キューバは一人当たりのGNPが約3,500ドル、一方アメリカは一人当たりの医療費が6,300ドルであります。アメリカではキューバのGNPの2倍の医療費を使って、キューバの健康水準より低いという現実をぜひ知っていただきたいと思いません。

日本の高齢者の死亡率は大体1970年頃から2005年まで一定の割合で下がり続けています。1973年に老人医療費の無料化が実施されました。1973年当時、実際に臨床をやっておりまして、お金のことを心配しなくて高齢者の治療が出来るようになり、高齢者の健康状態は急激に改善されたのではないかと考えていました。しかし、老人医療費無料化以降、高齢者の死亡率が特に改善されたと言うような兆候はありません。健康水準はその国の総合力の反映であり、老人医療費無料化といったような個別的な一つの政策により、急に良くなるということはないようです。

2001年には高齢者に対して1割の定率負担が導入されましたし、また、この頃より医療崩壊といわれるようになりました。しかし、高齢者の死亡率の推移には何の影響も出ていません。現在の医療体制にはいろんな問題があります。特に小児科とか産婦人科の医師不足は非常に深刻な状況にあります。健康指標には医療崩壊と呼ぶような現象は全く認められておりません。女性でも男性と同様に、高齢者の死亡率はこの35年間一定の割合で下がり続けています。素晴らしいことです。「20世紀後半は健康の黄金期」と言っても過言ではないと思いません。

「Broken Limits to Life Expectancy」という論文がサイエンス誌 (Science 2002; 296: 1029-1031) に発表されました。平均寿命には限界があるというのが、これまでの定説でありました。しかし、日本女性の平均寿命の伸びを見ますと、その定説が怪しくなってきたという論文であります。実際、1985年に

行われた平均寿命の推計値と実際に観察された平均寿命は全然合わず、実際に観察された平均寿命の方がかなり高くなっています。1985年の推計によると、女性では85歳程度で頭打ちになるのではないかと推計していましたが、2002年には平均寿命が85歳を越えてしまっています。2000年に行われた平均寿命の将来推計によると、女性では2040年ごろには90歳を超えるのではないかと予想されています。

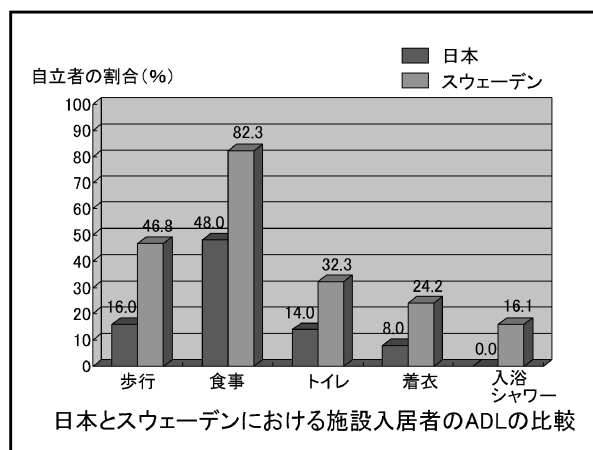
3. 日本とスウェーデンの介護施設入所者の比較

私は2000年に高齢者福祉を勉強するために、スウェーデンに留学しましたので、この件について少しお話しします。

ストックホルムから北に車で1時間程行ったところにウプサラという町があり、そこに留学しました。ウプサラ市の介護施設を回り、スウェーデンの介護施設入所者のADLを調査しました。スライド6は、スウェーデンの介護施設入所者と日本の特別養護老人ホーム入所者のADLを比較したものです。歩行、食事、トイレ、着衣・入浴(シャワー)の5つの項目について見ますと、日本の方がスウェーデンより全ての項目で自立度が低く、身体障害が非常に強いという結果でありました。介護負担という観点から見ますと、両国の生活習慣の違いも考慮する必要があります。スウェーデン人の主食はパンですから、手で持って食べます。日本人は箸で食べます。入浴も、スウェーデン人は一般的にシャワーで済ませますので、極めて簡単です。要介護度が同じ程度であっても、日本とスウェーデンではその介護負担が全く異なります。日本の方が大変であります。

介護施設へどのような原因で入所したかについて、日本では脳卒中が多く、スウェーデンでは少ないというのが一番の特徴でありました。主要死因死

スライド6



亡率についても、スウェーデンでは心筋梗塞が非常に多く、脳血管疾患が少ない。人生90年にもなると、全ての病気を予防するということはできません。これは不謹慎かもしれませんが、ある程度亡くなる病気を選ぶということも重要になってくるのではないかと思います。スウェーデンでは脳血管疾患になる前に心筋梗塞で死んでしまうために、身体障害の強い脳卒中による要介護者が少ないのではないかと思います。

男性の全がん死亡率は日本の方がスウェーデンより高くなっています。日本ではきちんとしたがん治療ができていないためだ、ということ言う人がいますが、これは日本男性の喫煙率が高いためであり、その証拠に、女性では日本人の喫煙率が低いために、全がん死亡率はスウェーデンより圧倒的に低くなっています。

スライド7の写真は、スウェーデンの介護施設の食堂です。スウェーデンの介護施設は社会に開かれているという印象を持ちました。介護施設の多くが町の中でありまして、一般の人が気軽にお茶を飲みに来たり、ご老人がしゃべりに来たりしています。日本では介護施設になかなか気軽に立ち寄りと言う雰囲気はありません。介護施設がもう少し社会にオープンになって行く必要があるのではないかと思います。

これは主題とは関係ありませんが、スライド8は、日本とスウェーデンの年齢階級別の全死因死亡率を比較して見たものです。スウェーデンの死亡率を100としております。日本では男女ともに0~4歳の死亡率が非常に高くなっています。また、働き盛りの中年期の死亡率も高率であります。一方、高齢者の死亡率は日本の方がスウェーデンより抜群に良いという結果でありました。こうした健康指標を見る限り、日本の高齢者は恵まれていると言えるので

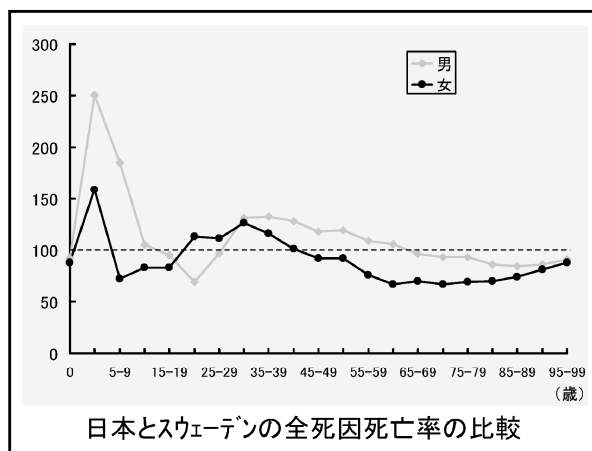
はないかと思えます。働き盛りの中年層の死亡率がなぜ高いかと言いますと、やはり喫煙率が高いためではないかと思えます。それ以外に、肝がんと自殺が多いことも影響しています。0~4歳の死亡率が高い原因は溺死です。スウェーデンとの比較から、幼児期の溺死、中年期の喫煙、自殺などが、今後、日本が解決しなければならない健康課題であると思えます。

4. 要介護のリスク要因に関する研究

これからは少し、私がフィールドでやった仕事をご紹介します。特に、要介護のリスク要因に関する研究をここ10年ぐらやってまいりました。まず、長期要介護のリスク要因に関するコホート研究です。対象は1989~1993年の間に一度でも基本健康診査を受けたことのある福岡県筑前町夜須地区の40歳以上の住民2,291名です。エンドポイントは寝たきりや痴呆のために常時介護が1年以上必要になった時点とし、2004年3月末まで約10~14年間観察いたしました。

要介護状態になった原因疾患をスライド9に示し

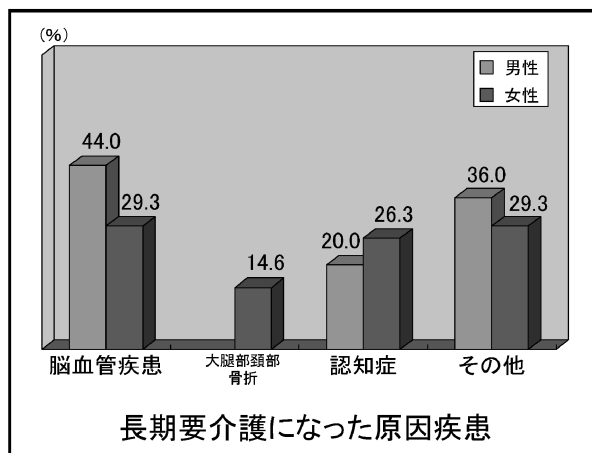
スライド8



スライド7



スライド9

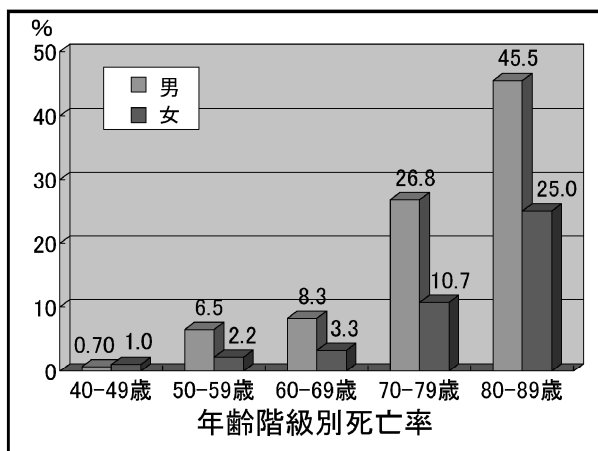


ました。男性と女性で若干の違いが見られます。男性では半数近くが脳血管疾患でした。一方、女性では若干バラエティに富んでおり、一番多いのは脳血管疾患ですが、その他、大腿頸部骨折や認知症も結構多いという結果でありました。スライド10は、このコホートの年齢階級別死亡率を見たものです。男性の死亡率は女性の約2倍です。ところが、長期要介護率を見ますと、スライド11のごとく、長期要介護率は男性と女性がほぼ同じであります。女性は長生きだけけれど、困ったことに必ずしも元気で長生きではありませんでした。女性では生命維持器官の機能は非常に良いのですが、運動器と脳がそれに付いて行っていない。アンバランスになっている。このバランスを取るのなかなか難しいと思います。生命維持器官の機能を下げてもバランスを取るという訳には行きませんので、運動器や脳細胞の機能を上げて行くということになります。脳を鍛えろとか、運動器を鍛えろとか、そういったことが介護予防に必要なのではないかと思います。

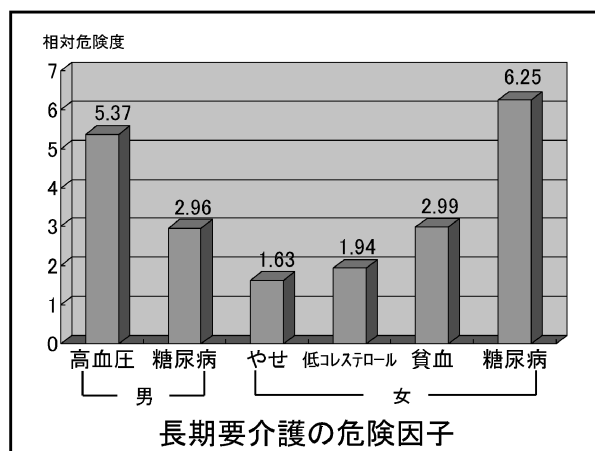
スライド12は、長期要介護の危険因子を示しています。男性と女性ではかなり違います。男性では高

血圧が圧倒的なリスク要因になっています。高血圧のオッズ比は5.37でした。もう一つ有意なリスク要因であったものが糖尿病で、オッズ比が2.96でありました。女性では年齢という要因が強く影響をしていました。その他、糖尿病が有意なリスク要因でした。糖尿病のオッズ比は6.25と高いのですが、女性では糖尿病の有病率が今のところ少ないために、寄与危険度はそれ程高くありません。糖尿病以外では貧血の人とか、痩せている人とか、低コレステロール血症の人とか、いわゆる虚弱な高齢者が要介護状態になるリスクが高いという結果でありました。年を取ったら、少し太ったぐらいの方が元気で長生きするのではないかと思います。私個人は実家に帰ったら、いつも両親に肉を食べるように言っています。30歳代で脂っこいものばかり食べているのは、身体に良くありませんが、60歳を超えると、コレステロール値が少々高い程度であるならば、あまり問題にすることは無いのではないかと思います。高齢者に対しては、コレステロール値が少々高くても、「今までの生活が良かったから元気なのですよ」、「コレステロール値は正常値まで下げた方が良いと

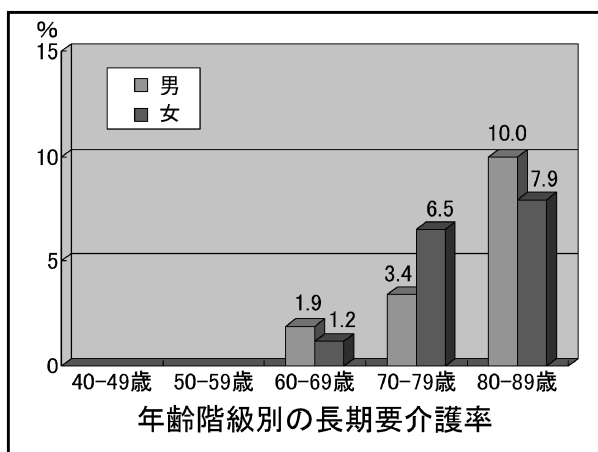
スライド10



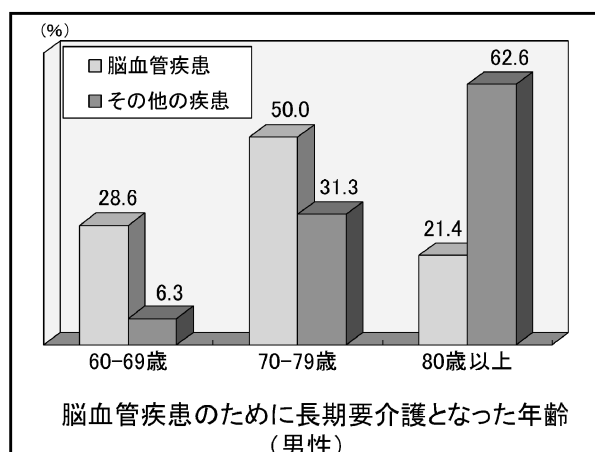
スライド12



スライド11



スライド13



と思いますが、このままほっておいたら84歳で死ぬところが、正常値まで下げたら85歳で亡くなる程度の違いしかありませんよ」と保健指導しています。

スライド13は、コホートの中で脳血管疾患のために長期要介護となった人の年齢を見たものですが、やはり脳血管疾患では他の病気より要介護状態になった年齢が若いようです。血圧コントロール別に要介護になるリスクをみたのがスライド14ですが、降圧剤を飲んで正常血圧まで下がっている人では要介護になるリスクは血圧正常者とほとんど変わりませんでした。しかし、降圧剤を服用していなくて血圧が高い人では血圧正常者と比べて、要介護になるリスクは約4.7倍、降圧剤を飲んでいけど正常血圧まで下がっていない人では同じく約5倍高いという結果でありました。降圧剤を飲んでも正常血圧のレベルまで十分に血圧を下げないとダメです。これは非常に重要な所見であります。

1989年から2004年までの観察期間を前半と後半に分けて、長期要介護率が低下したか否か見たのがスライド15であります。長期要介護率は年齢調整をしております。年齢調整長期要介護率は、女性では約

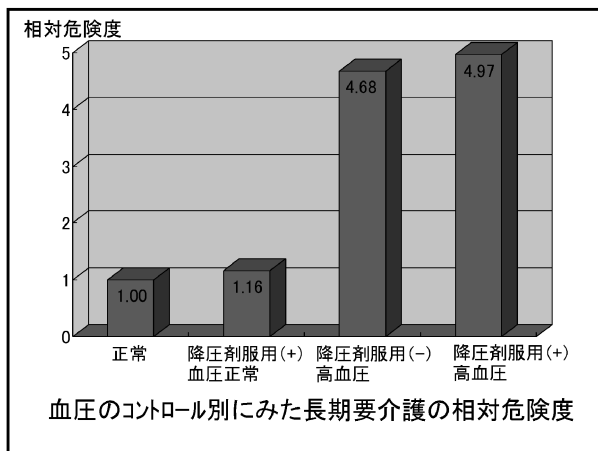
半分に、男性では約2/3に低下しています。筑前町では高血圧症対策や脳卒中予防対策、それから介護予防対策等を積極的に行なっていますので、こうした保健活動がそれなりに効果を上げたのではないかと思います。

5. 基本健康診査の効果に関する症例対照研究

健康基本診査は果たして要介護状態になることを防ぐのに何らかの効果があつたか否かを明らかにするために症例対照研究を行ないました。本来ならば、Randomized Control Trial (RCT) をしなければ、本当の意味での健康基本診査の効果を明らかにすることができないことは知っています。RCTの信奉者の間では症例対照研究はやってもしょうがないという人がいますが、症例対照研究でPositiveな結果が出なかった時には効果がない訳ですから、一応は、行なう甲斐はあるのではないかと思います。

対象は筑前町夜須地区で要介護4・5に認定された要介護高齢者を症例群とし、健常高齢者の中から無作為に1対1の割合で年齢をマッチングして対照群を選び、症例対照研究を行ないました。

スライド14

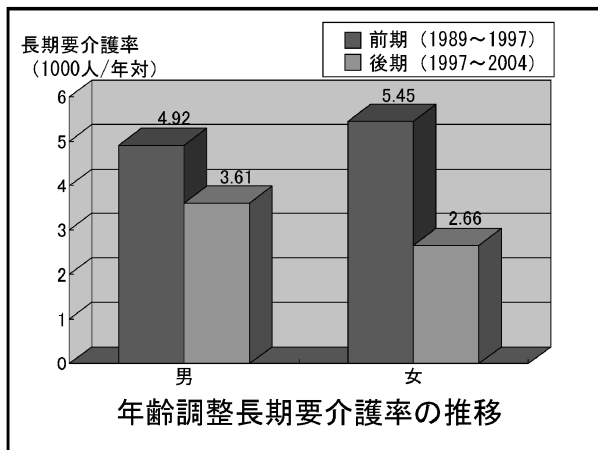


スライド16

要介護のリスク要因に関する多変量解析の結果

要因	オッズ比	有意差
治療歴		
高血圧症	なし	1.00
	あり	0.82 (ns)
糖尿病	なし	1.00
	あり	3.54 (<0.05)
基本健診受診状況		
	ほぼ毎年	1.00
	隔年~なし	4.46 (<0.05)

スライド15



スライド17

