

結果ですが、スライド16, 17のごとく、要介護高齢者では健常高齢者と比較して、基本健康診査を受診したことがない人や受診回数の少ない人が有意に多くなっていました。基本健康診査を毎年受診している人の要介護になるリスクを1とすると、隔年受診あるいは受診なしの人のオッズ比は4.46と有意に高くなっていました。

受診回数は要介護高齢者が障害を持つ前の状況について調べていますので、要介護状態になったために、受診ができなくなったということはありません。基本健康診査を受診する人は健康に気をつけている人が多く、そのために要介護状態になる人が少なくなったという可能性は否定できません。しかし、基本健康診査が契機になって、生活習慣を変えた、あるいは高血圧を指摘され降圧剤を服用し始めたなど、要介護状態の主要な原因疾患である脳卒中や骨折の予防に繋がったケースも多いものと思われます。次に示します要介護高齢者群と健常高齢者群の高血圧症の頻度と降圧剤の服用頻度の違いはそのことを良く表していると思います。

スライド18の高血圧の治療歴を見てください。高血圧の治療歴のある人の方がいない人より要介護になるリスクが低いというおかしな結果になっております。一方、糖尿病を見てみますと、糖尿病治療歴のある人の要介護になるリスクは治療歴のない人と比べて、3.54倍と有意に高くなっており、前述しましたコホート研究の結果と一致しておりました。そこで、要介護高齢者群と健常高齢者群の血圧の状況について過去の健診データに遡って見たのがスライド18です。健常高齢者では高血圧の割合が46.2%、高血圧の治療を受けている人の割合が16.7%でありましたが、要介護4・5の人では90%の人が高血圧であったにもかかわらず、高血圧の治療を受けている人の割合は11.1%に過ぎませんでした。要介護高齢

者群では本人に高血圧の認識がない人が非常に多かったという結果でありました。自分の健康状態について正しい認識を持つことから全てが始まると思います。基本健康診査は健康状態について正しい認識を持つという意味で非常に重要な役割を果たしているのではないかと思います。

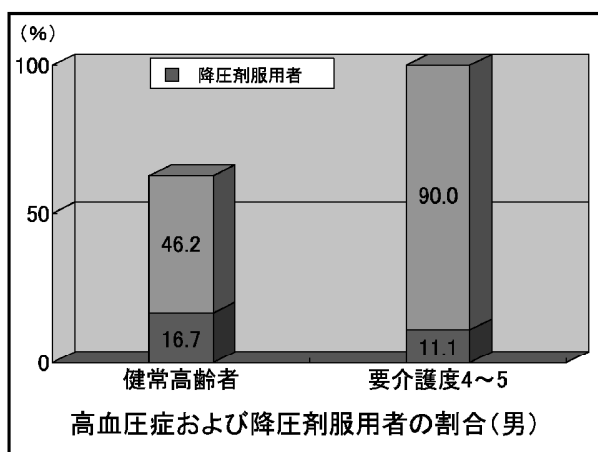
6. 家族構成と介護施設入所との関係

次に行ないましたのが家族構成と介護施設の入所に関する研究であります。この研究も筑前町夜須地区を対象地域として実施しました。要介護認定者289人のうち、拒否あるいは調査不能者を除いた男性71名、女性155名、合計226名のインタビューができました。筑前町夜須地区は福岡市から26キロほど南で、筑紫平野のど真ん中に位置しています。一戸当たりの平均耕作面積が2~3町あり、東日本では狭いと言われるかもしれませんが、西日本では恵まれた農村地域であります。最近、福岡市へ通勤が可能でありますので、福岡市のベッドタウンになってきています。3世代家族が多く、家族の絆が比較的保たれている地域の一つです。

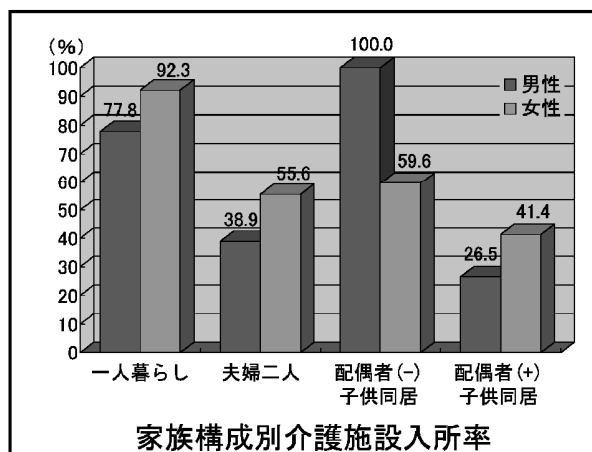
家族構成を見てみますと、男性の寿命が短いために、女性では配偶者なしで子供と同居している人が最も多くなっていました。女性の一人暮らしは子供と同居が多いために、8.4%に過ぎませんでした。

家族構成別に介護施設入所率を見たのがスライド19であります。意外であったのは、配偶者(-)・子供同居の男性では全員が介護施設に入所していた点であります。100%介護施設に入所しておりました。また、一人暮らしの人は当然のことながら、男女ともに入所率が高くなっていました。配偶者(+).子供同居では介護力が十分あるということで、入所率が最も低くなっています。夫婦二人のところを見てください。男性では奥さんが面倒を見ま

スライド18



スライド19



すので、在宅でケアが結構できています。昨日、俳優の長門裕之が認知症になった南田洋子さんを在宅で面倒を見ているテレビ番組がありました。本当に涙が出てきました。女性が要介護者で男性が介護者の場合でも、子供と同居しているよりは在宅ケアの割合が高いという結果でありました。

介護施設入所には家族構成以外に、年齢と要介護度が大きく影響します。そこで、多変量解析により年齢と要介護度を補正して見たのがスライド20であります。配偶者があって子供と同居している人を1とすると、夫婦二人暮らしの介護施設入所に対するオッズ比は1.99、配偶者(-)・子供同居では2.53、一人暮らしは11.62という結果でありました。筑前町夜須地区は農村地域の雰囲気が色濃く残っており、親の面倒を看なくてはいけないという意識が強いところですが、子供が要介護になった親を在宅で看るということは困難になってきているようです。要介護高齢者の在宅ケアは配偶者が子供より頼りになるということではないかと思えます。スライド21は、配偶者の有無別に介護施設入所率を見たものです。要介護4~5では介護施設入所率は配偶者がい

る場合といない場合で10ポイント程度の違いしかありませんでした。要介護4~5のような重度の要介護者を在宅でケアすることは大変難しいようです。要介護3では配偶者がいる場合といない場合で23ポイントとかなり差があり、比較的軽度の要介護者の在宅ケアには配偶者の存在が大きいことが伺われました。

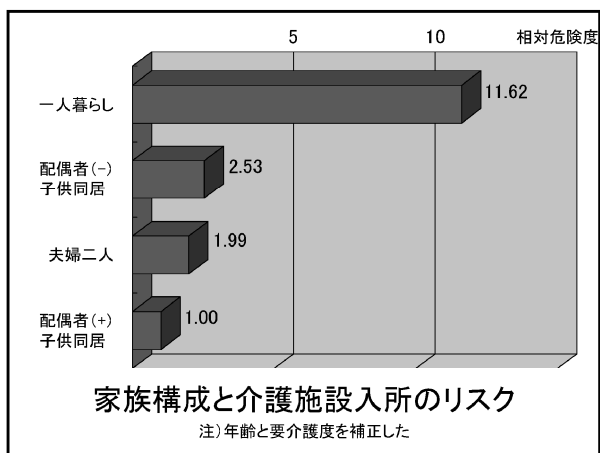
7. 医療および介護レセプトデータを突合した分析

1) 性別・年齢別・要介護度別平均余命

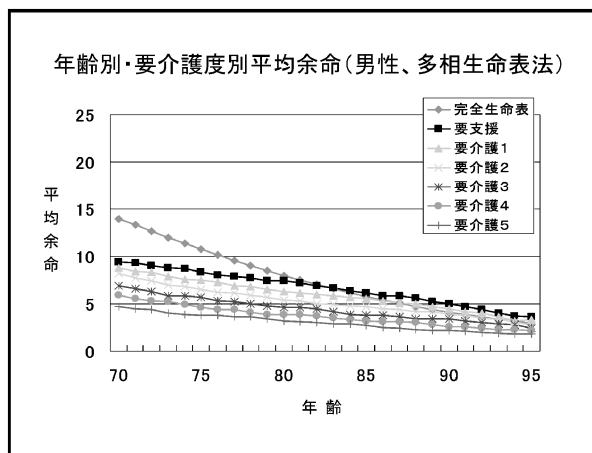
続きまして、医療と介護のレセプトデータを突合して分析した結果についてお話しします。医療と介護のデータを突合して分析することは、医療政策を立案するために貴重なデータを提供することができるということで、今後必要不可欠なものになって行くと思います。

スライド22, 23のように、医療および介護レセプトデータを突合して分析することにより、性別・年齢別・要介護度別平均余命を計算することができます。この年齢別・要介護度別平均余命は多相生命表

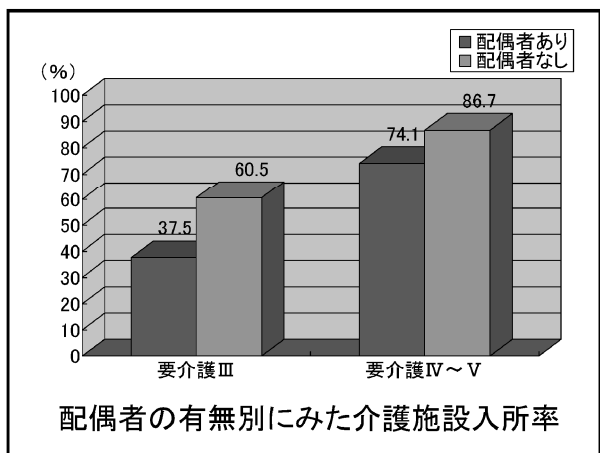
スライド20



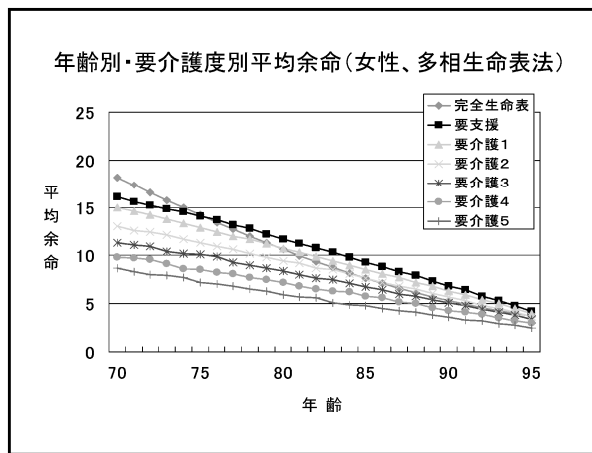
スライド22



スライド21



スライド23



方式で行なっていますので、時間の経過とともに要介護度が1から2, 2から3, 3から4, 4から5と進んでいくことも考慮されています。80歳の時の要介護度別の平均余命を見てみましょう。完全生命表の平均余命は男性で7.96年, 女性で10.6年でした。要支援では男性が7.4年, 女性が11.7年で, 要介護度が進むに従い, 平均余命は短くなり, 要介護5では男性が3.2年, 女性が6.5年でありました。これを長いと見るか, 短いと見るか, いろいろ評価があると思いますが, 介護者はかなり長期間介護することを覚悟しなければならないことだけは間違いありません。

2) 介護施設入所率の男女差

スライド24は, 要介護度別に年齢を調整した長期介護施設入所率(6ヶ月以上)を示したものです。女性では男性より介護施設入所率がかなり高くなっています。要介護度別に見ると, 女性は男性と比べて, 要介護度の軽い要介護1では介護施設入所率が1.5倍高く, 要介護2~5においても1.7~1.8倍高いという結果でした。これは, 女性では男性よりかなり寿命が長い一人暮らしになる人が多く, 要介護状態になった時, 在宅で介護してくれる人がいないケースが多いためではないかと思われました。

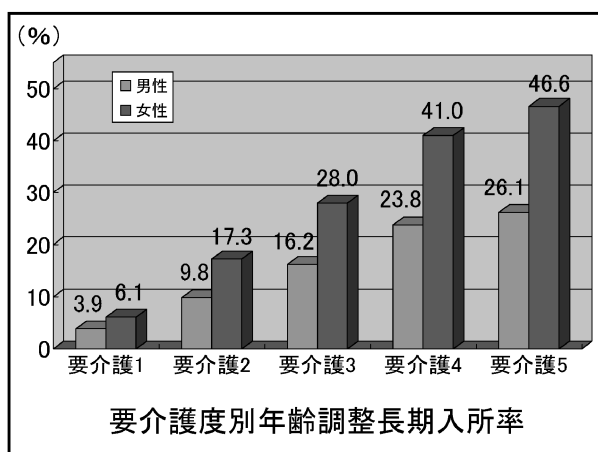
平均寿命の男女差は, 1970年代に横ばいの時期が一時ありますが, 全体的には1997年まで拡大し続けていました。平均寿命の男女差が拡大した最大の原因は, 男性の喫煙率が非常に高く, 女性の喫煙率が極めて低いことにあるのではないかと思います。現在, 平均寿命の男女差は7年ですが, それに加えて, 男女の結婚年齢が約2歳違いますので, 女性では平均して約10年未亡人で過ごさないといけないという計算になります。一人暮らしになると, 家族構成と介護施設入所との関係のところで見たとように,

介護施設に入所する確率が高くなります。社会的な介護負担のことを考えると, 出来る限り, 寡婦の期間を短くすることが重要なのではないかと思います。小柳ルミ子的に女性が年下の男性と結婚するようになると, 寡婦の期間は確実に短くなります。しかし, 1992年の実施された第10回出生動向基本調査によると, 結婚するに当たって重視する条件は, 女性では経済力, 職業, 学歴など多様なのですが, 男性では容姿だけで, 美人で若い女性を求める傾向が強く, 姉さん女房が一般的になることは中々難しいように思えます。平均寿命の男女差を縮小するためには, 男性の生活習慣を改善して寿命の延長を図るしかないようです。

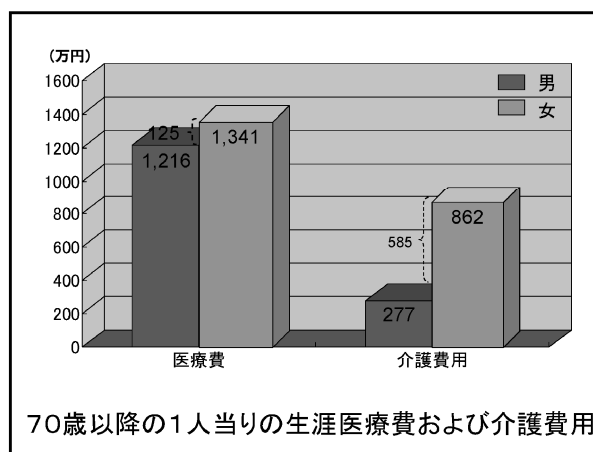
3) 70歳以降の生涯医療費および介護費用

スライド25が今日皆さんに最もお見せしたかったもので, 70歳以降の一人当たりの生涯医療費と介護費用であります。これは福岡県の70歳以上高齢者の医療と介護のレセプトを突合して生命表法により算出したものであります。日本の女性は生活習慣が良く非常に長生きです。一方, 男性は生活習慣が悪く, 先進国の中でも最も喫煙率が高く, 平均寿命は女性と比べて7年短くなっています。生活習慣が良く長生きである女性と生活習慣が悪く寿命の短い男性の間で, 70歳以降の一人当たりの生涯医療費と介護費用を比較してみました。男性では医療費が1216万円, 介護費用が277万円, 一方, 女性では医療費が1341万円, 介護費用が862万円でした。女性では男性より, 医療費が125万円, 介護費用が585万円高いという結果でありました。スライド26は, その内訳です。医療費については入院費用に, 介護費用については入所介護費用に大きな違いがありました。長生きすると, ある程度お金がかかります。そのことを覚悟しなければいけないと思います。消費税の

スライド24



スライド25



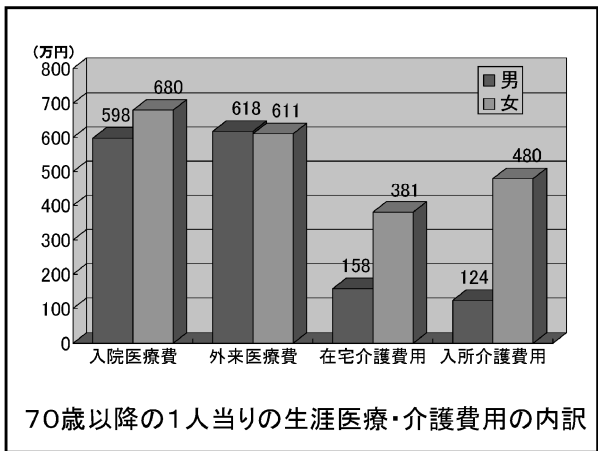
論議が出ていますが、やはり消費税は上げざるを得ないのではないのでしょうか。

この生涯医療費と介護費用に対して、女性の方から異論が出るのではないかと思います。男性では病気が介護が必要になった時、配偶者から看病や介護を受けることができるが、女性では病気が介護が必要になった時、配偶者はすでに亡くなっており、止むを得ず、療養病床に入院したり、介護施設に入所せざるを得ない状況にあります。したがって、生涯医療費と介護費用の男女差については、かなり割引いて考えなければいけないと思います。そうしますと、特に、生涯医療費については、女性のように長生きしても、男性のように比較的寿命が短くても、集団としてみると、あまり変わらないのではないかと思います。結局長生きして問題になるのは介護問題です。高齢社会では医療費や介護費用を低下させることは中々難しいでしょうが、平均寿命の男女差を縮小し、女性の寡婦の期間を短くすることが医療費や介護費用を抑制することに繋がるのではないかと思います。スライド27は、平均寿命の男女差の国際比較です。平均寿命の男女差が一番大きいのはロシアで13年も違います。2番目はフランスです。ロシアはウオッカ、フランスはワインの飲み過ぎによるものだと思います。3番目が日本で、これはタバコの吸い過ぎのためです。まずは、平均寿命の男女差をアメリカ並みの5年程度まで縮めるために、男性の生活習慣の改善を今後の保健活動の中心に置いたらいかがでしょうか。そのためには、男性に対して禁煙を強力に推し進めていくことが重要であると思います。また、特定健診・特定保健指導は健康ファシズムみたいでいささか閉口していますが、メタボリック対策も非常に大切だと思います。女性は特別な対策をしなくても、平均寿命は90歳程度まで順調に延長して行くと思います。女性では寿命の延長より、寿命の質を高めて行くことが重要ではないかと思っています。

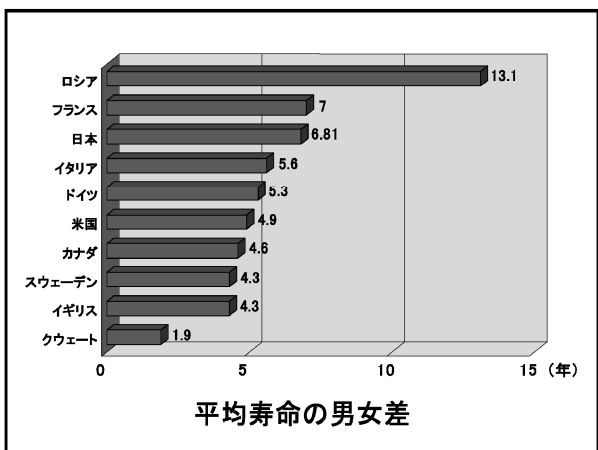
平均寿命の男女差が縮小しますと、男やもめが増加する可能性があります。配偶者に先立たれた男性はがっくりきて、生きがい無くし、スライド28のように、死亡率は配偶者のいる人と比較すると、約3倍になると報告されています。男やもめでは女やもめより、介護の問題は少ないかもしれませんが、精神的サポートはより必要であると思われます。

人生は90年時代になってきています。85歳を過ぎ、90歳近くなると、全ての病気の予防は不可能です。何らかの病気になります。今までの疫学研究は疾病の予防ばかりを扱ってきましたが、今後は、亡くなる時には、どういう病気で亡くなりたいか、ということでも使うことができるのではないかと思います。東北大学の辻先生らの報告によれば、長期要介護（6ヶ月以上）に対する相対危険度は、がんを1としますと、脳血管疾患では2.5、心筋梗塞では0.31、その他では2.08となっています。介護のことを考えると、亡くなる時には、脳血管疾患より心筋梗塞の方がよいのかな、と思ったりしています。こ

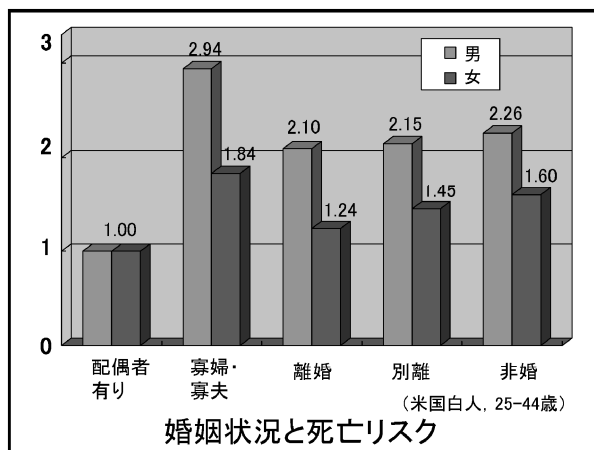
スライド26



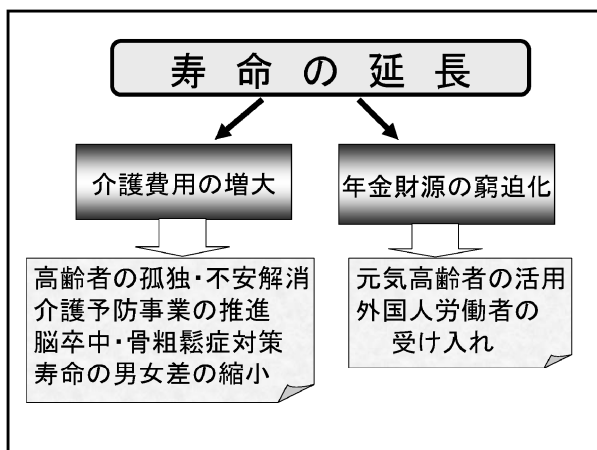
スライド27



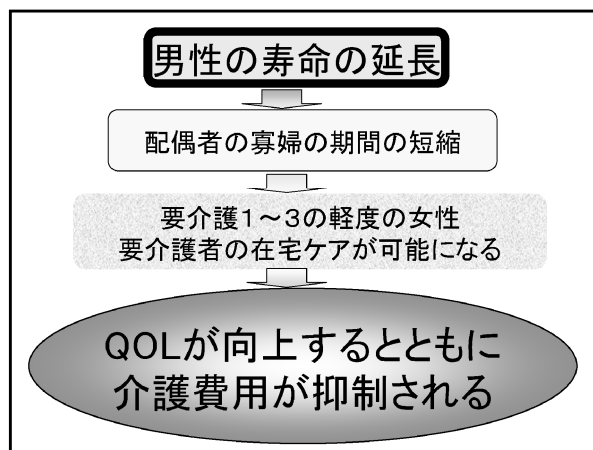
スライド28



スライド29



スライド30



これは私の家族だけの話ですが、両親とか、年取った親族にはいつも脂っこいものを食べるように勧めています。

スライド29, 30がまとめであります。寿命は、これからも特別大きな経済的変動がない限り、延長していきます。寿命の延長に伴って、介護費用は増大し、年金財源は窮迫化していきます。この2つは避けて通ることができませんし、なかなか克服することが難しいのではないかと思います。しかし、何とかやり繰りしていかなければなりません。年金財源の方は私の専門ではありませんが、やはり定年を延ばすという選択肢以外残されていないのではないかと思います。高齢者の生理的年齢はどんどん若くなっています。そういう元気老人に働いて貰う他にないと思います。もう一つは、副作用がかなり大きいかもしれませんが、外国人労働者の受け入れるという選択肢があります。私は必ずしも賛成ではありま

せんが、議論はしたら良いのではないかと思います。

次に、介護費用の増大の問題ですが、今まで我々が地域や職域で行ってきた高血圧・脳卒中対策、骨粗しょう症対策、介護予防などを今後とも積極的に実施していく必要があると思います。こうした従来の対策に加えて、男性の寿命を延ばし、寿命の男女差を縮小することが介護費用を抑制するための戦略の一つになるのではないかと思います。高齢になると、いろいろなところが悪くなります。要介護4, 5になると無理ですが、要介護1とか要介護2でしたら、夫婦が揃って補い合えば、在宅ケアを続けることができるのではないかと思います。夫婦二人が揃って、できるだけ長く自宅で元気に暮らすことは、本人達のQOLも高まりますし、そのことが介護費用の抑制に繋がれば、一石二鳥ではないかと思います。