

# 「後期高齢者」は何歳からが妥当か？ 「人口統計」と「生きる力」からみた高齢者の分類

## What is the suitable age to be called as "the old-old"? Segmentation of the aged by the demographics and the life skills

伊藤 菜緒<sup>\*1</sup>・武田 春美<sup>\*2</sup>・武田 良一<sup>\*3</sup>  
武田 憲<sup>\*4</sup>・伊藤 武樹<sup>\*5</sup>

ITOH Nao<sup>\*1</sup>・TAKEDA Harumi<sup>\*2</sup>・TAKEDA Ryouichi<sup>\*3</sup>・TAKEDA Akira<sup>\*4</sup> and ITOH Takeki<sup>\*5</sup>

### Abstract

“The late-stage medical care system for the elderly” nicknamed “longevity health care program” by the government is currently one of the pressing issues to be tackled both nationally and politically. This issue has been amplified by emotional arguments as well as arguments on the system itself and has generated a strongly-rooted distrust among citizens. The reasons for the distrust can converge on why and on what ground the aged over 75 is classified as the aged.

This research aimed to mitigate or eliminate the feeling of distrust or discomfort, and to consider at what age the threshold of the old-old should be reasonably set for the aged assuming that a threshold should be defined for the system. We reviewed the appropriateness of the current age segment for the system to suggest a new one. Based on the age of 75 defined by the current system, we utilised “demographics” as quantitative and objective indicators, and used “life skills” as qualitative indicators based on subjectivities of the aged, the individuals who live their daily lives.

As a result of the research, significant distinctions as to characteristics gained from residual analysis in health distribution of healthy aged and the aged who need assistance or care were identified between those who are 80~84 years old and over 85 from the “demographics” indicator’s point of view. As for “life skills”, as a result of studying the significant distinctions identified between the age set by the system and other age segments, significant distinctions were identified between the age set by the system and those who are over 80 among all the aged. Among the healthy aged, however, even though significant distinctions were identified between the age set by the system and those who are 65~69 years old, no significant distinctions were identified between the set age and other age segments. Based on this indicator, no appropriate ground was found to justify the appropriateness of the age of 75 set by the system.

If an age segmentation was necessary for the system, we propose on the grounds of indicators gained from this research that to define the age of 75, which is currently the threshold of the old-old as the threshold of the former stage aged and the aged who are over 80 or preferably over 85 as the old-old would be a more realistic segmentation, which would go along with scientific evidence and the citizens’ emotional arguments.

キーワード：後期高齢者医療制度、人口統計、生きる力、前期高齢者、後期高齢者、オールデスト・オールド

- 
- \*1 筑波大学大学院人間総合科学研究科  
Graduate School of Comprehensive Sciences, University of Tsukuba
  - \*2 弘前大学大学院保健学研究科  
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences
  - \*3 ケアプラザ新函館  
Care Plaza New Hakodate
  - \*4 中央大学法学部  
Faculty of Law, Chuo University
  - \*5 弘前大学教育学部  
Faculty of Education, Hirosaki University

## I. 緒 言

医療福祉分野に関する今日的・国民的かつ政治的問題として注目を集めているものに「後期高齢者医療制度」が挙げられる。この問題に関して、特に後期高齢者に組み込まれた人々の不信感には根強いものが感じられる。不信感の原因として、感情論と制度論上の理由が挙げられよう。「後期高齢者」という線引きと名称に対する不快感といった感情論として、堀内<sup>1)</sup>は1999年からの老人医療費の推移を根拠に、少なくとも今、後期高齢者だけを別枠に置くような制度を導入しなければならぬ差し迫った理由はなく、何故前期・後期と分ける必要があったのかと述べている。このような疑問に対し厚生労働省は各地で講演会を開催してきた。しかし、意に反して国民との溝を深めた例として、石川県（2008年1月18日）での厚生労働省国民保険課長補佐による発言がある<sup>2) 3)</sup>。その発言内容は「75歳以上の方が1回でも病院に行くのをやめていただければ（保険料は）下がる」「医療費が際限なく上がっていく痛みを自ら自分の感覚で感じ取っていただくことにした」というもので、会場の高齢者のひんしゅくと怒りを買った。次に、制度論上の問題として①75歳以上の高齢者は全て収入の如何に関わらず年金からの天引きが課されること、②増える自己負担、③低所得者ほど重い保険料負担、④保険料滞納者へのペナルティが挙げられる。加えて、制限される医療の問題として、①狭まる病院選択、②退院強制と入院・リハビリの制限、③後期高齢者終末期相談支援料の新設、④療養病床の削減・廃止が挙げられる。これらの不安感の払拭にあたって政府は説明不足であったことを認めており、現在制度の見直しを余儀なくされている。

以上、感情論からくる不信感や制度論からくる不安感を払拭するには、納得できる科学的根拠を提示する必要がある。そこで本研究の目的として、特に75歳で線引きされる制度設定上の年齢区分が妥当か否かを、量的・客観的指標である「人口統計」と、高齢者の生活者としての主観に基づく質的指標である「生きる力」を用い検証することとした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象および方法

九州地方の一市に居住する65歳以上の元気高齢者及び要支援・要介護高齢者2,000人（施設・病院入所者

を除く）を対象に、2005年7月～9月に無記名自記式調査票を用いて調査を行った。サンプリングにあたっては、男女比、元気・要介護比を均等に抽出した。倫理的配慮として、調査票に調査の意図及び研究以外への利用はないこと、途中で回答を辞めても不利益のないことを明記し、同意を得た者に対し調査を行った。なお、配布・回収（口頭による記入漏れチェック）については市の全民生委員226人に依頼した。回収された1,854（92.7%）のうち回答に不備の有ったものを除いた有効回答1,616（87.2%）を分析対象とした。

### 2. 調査項目

- 1) 人口統計：下記属性項目の中から年齢と元気高齢者および要支援・要介護者（旧介護保険制度による分類）を用いた。
- 2) 生きる力：本宮<sup>4)</sup>の「ライフスタイルのコントロール度」を高齢者用に改変し、身体局面（5）、精神局面（5）、他者局面（4）、環境局面（4）の計18問に関して 1. とても悪い 2. やや悪い 3. 普通 4. やや良い 5. とても良いの5件法で選択させた。
- 3) 属性項目：性別、年齢区分、世帯構成、元気高齢者および要支援・要介護者区分の計4項目を聞いた。

### 3. 解析方法

解析にあたってはSPSS 16.0J for Windows<sup>5)6)</sup>を活用した。「人口統計」については $\chi^2$ 乗検定および残差分析を、「生きる力」については一元配置分散分析および多重比較を用いた。

尚、分析に先立ち得られたデータの信頼性と検定力を事後検証した。

信頼性については、「生きる力」のアンケート結果の信頼性を求めた。その結果、Cronbach's  $\alpha$ は.916と高い評価を得た。

検定力<sup>7)8)</sup>については、本データ数1,616名による「人口統計」（ $\chi^2$ 乗検定）と「生きる力」（一元配置分散分析）との分析精度をGPOWER<sup>9)</sup>のPost hocによって求めた。「人口統計」では、効果の大きさ（ $w$ ）を、Cohen, J.<sup>10)</sup>が示す小さな差においても有意差が得られるとする、0.11に設定し、有意水準（0.05）、データ数（1616）、自由度（30）を指定し、検定力を求めた結果、0.956となり、有意に検定精度の十分高いことが認められた。他方、「生きる力」（一元配置分散分析）の検定力を求めた。効果の大きさ $f$ を0.11、

有意水準0.05、データ数を近似値1620、年齢区分を6として検定力を求めた結果、0.947となり、有意に検定精度の十分高いことが認められた。

### Ⅲ. 結 果

#### 属性傾向

研究対象の属性は以下の表1に示す通りである。性別については、男性49.1%、女性50.9%と、ほぼ同数のデータが得られた。全対象者比でみた年齢構成については、65-69歳が25.4%、70-74歳が30.0%、75-79歳が21.5%、80-84歳が12.8%、85-89歳が7.1%そして90歳以上が3.2%の割合となった。世帯構成については、独居が18.3%で、81.7%は配偶者や実子などの誰かと同居していることが認められた。元気高齢者および要支援・要介護者区分については、元気高齢者は80.6%、要支援は4.1%、要介護1は5.5%、要介護2は4.1%、要介護3は3.9%、要介護4は1.4%、要介護5は1.3%の割合によって構成されていることを認めた。

#### 「人口統計」からみた高齢者の分類

本指標によって解明できることは、人間の意思の入らざる余地のない高齢者の健康状態の経年の人口分布

を量的・客観的傾向としてみるのが可能であり、その傾向がどの年齢区分で顕著に変化するのかを分類することが可能となる。

その分布傾向の人口特性を解明するために、属性項目の中から年齢区分と元気高齢者および要支援・要介護者区分を用い、 $\chi^2$ 乗検定および残差分析をおこなった。

分析結果については、年齢区分と元気高齢者および要支援・要介護者区分とのクロス集計表(表1)と、残差分析による各セルの調整済み残差値(表2)を用いた。

$\chi^2$ 乗検定では、表1のクロス集計表の一部のセルに明らかに期待度数が5未満のセルが認められたため、分析に先立ち期待度数を求めた結果、期待度数5未満が15セル(35.7%)認められた。そこで、正確率検定(モンテカルロ法)を用い検定した。分析の結果、年齢が進むと共に元気高齢者数は減少し、それに反比例し、要支援・要介護者群については、人口の増加する傾向が有意( $\chi^2(30) = 408.840 p < .001$ )に認められた。また、それらの関連性については  $V = .225$ とやや弱い関連性を示した。

そこで、年齢区分別の元気高齢者および要支援・要介護者区分群別人口にどのような特性が認められるのか

表1. 年齢別・元気高齢者および要支援・要介護者区別にみた人口統計傾向

年齢区分	n (%)	元気高齢者および要支援・要介護者(旧規定による)						
		元気高齢者	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
65-69歳	411(25.4%)	386(93.9%)	4(1.0%)	8(1.9%)	8(1.9%)	3(0.7%)	1(0.2%)	1(0.2%)
70-74歳	485(30.0%)	435(89.7%)	11(2.3%)	16(3.3%)	7(1.4%)	12(2.5%)	4(0.8%)	0(0.0%)
75-79歳	347(21.5%)	289(83.3%)	16(4.6%)	15(4.3%)	9(2.6%)	7(2.0%)	5(1.4%)	6(1.7%)
80-84歳	207(12.8%)	140(67.6%)	20(9.7%)	18(8.7%)	12(5.8%)	10(4.8%)	4(1.9%)	3(1.4%)
85-89歳	114(7.1%)	43(37.7%)	12(10.5%)	20(17.5%)	19(16.7%)	10(8.8%)	5(4.4%)	5(4.4%)
90歳以上	52(3.2%)	10(19.2%)	3(5.8%)	12(23.1%)	11(21.2%)	7(13.5%)	3(5.8%)	6(11.5%)
合計(N=1616)		1303(80.6%)	66(4.1%)	89(5.5%)	66(4.1%)	49(3.9%)	22(1.4%)	21(1.3%)

表2. 残差分析からみた人口統計分布特性

年齢区分	元気高齢者および要支援・要介護者						
	元気高齢者	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
65-69歳	7.9	-3.7	-3.7	-2.5	-3.2	-2.3	-2.2
70-74歳	6.0	-2.4	-2.5	-3.5	-0.9	-1.2	-3.0
75-79歳	1.4	0.6	-1.1	-1.6	-1.2	0.1	0.8
80-84歳	-5.1	4.3	2.2	1.3	1.6	0.8	0.2
85-89歳	-12.0	3.6	5.8	7.0	3.7	2.9	3.0
90歳以上	-11.4	0.6	5.6	6.3	4.5	2.8	6.6

注1: 臨界比 1.96<\*2.58<\*\*\*

注2: - (人口少数傾向) + (人口多数傾向)

を剰差分析によって解明した。その結果、剰差分析から年齢区別の元気高齢者および要支援・要介護者の人口特性をみると、65-74歳では元気高齢者が多く、要支援・要介護者の少ない傾向が1%水準で有意に認められた。後期高齢者のカットポイントとされる75歳を含む75-79歳では、注視すべき傾向は認められなかった。80-84歳では元気高齢者が少なく、要支援・要介護1については1%水準で有意に多くなる傾向が認められた。しかし、要介護2~5については注視すべき傾向が認められなかった。ただし、元気高齢者の調整済み剰差の値-5.1を表1でみると、元気高齢者の割合は約7割もあり、65-79歳の元気高齢者の割合と比べて少なくないことが認められた。85歳以上は元気高齢者が少なく、要支援・要介護者が多くなる傾向が1%水準で有意に認められた。特に、85-89歳の年齢区分については、元気高齢者と要支援・要介護者の全ての調整済み剰差値において、元気高齢者が少なく、要支援・要介護者が多くなる傾向が1%水準で有意に認められた。

#### 「生きる力」からみた高齢者の分類

本指標によって解明できることは、高齢者が日常生活の中で健康でありたいと願う意志の力、即ち高齢者の「生きる力」を自己及び他者評価する指標であり、

高齢者の「生きる力」がどの年齢区分間で有意な差となるのかを検証することが可能となる。

そこで本研究では、本宮の「ライフスタイルの20の局面」を用いて高齢者用に一部改変し、高齢者の「生きる力」と捉えた。改変した具体的項目については以下の通りである。主体軸の身体局面「体質・素因」「疲労・休養」「運動・体操」「食事・栄養」「性」および精神局面の「才能・適正」「性格・個性」「思想・倫理」「ライフプロセス」「気づきと自己実現」については改変することなく5項目によって構成した。他方、環境軸の他者局面については「家族」「友人」「地域社会・社会」「愛」の4項目に、更に環境局面についても「居住環境」「地域環境」「地球環境・エコロジー」「収入」の4項目によって構成した。その結果、本研究ではライフスタイルを18の局面とした。両局面とも「職場」関係の項目についての質問を各1項目ずつ削除した。なぜならば、65歳以上の高齢者の場合、すでにリタイアしているものもいれば、まだ働いているものもいるからである。

分析にあたっては、表3に示す「生きる力」の4局面と、その総合指標について、要支援・要介護者を含む全高齢者群と元気高齢者のみの群の2群に分け、両群のそれぞれについて「生きる力」の減少傾向を、一元配置分散分析によって検証した。

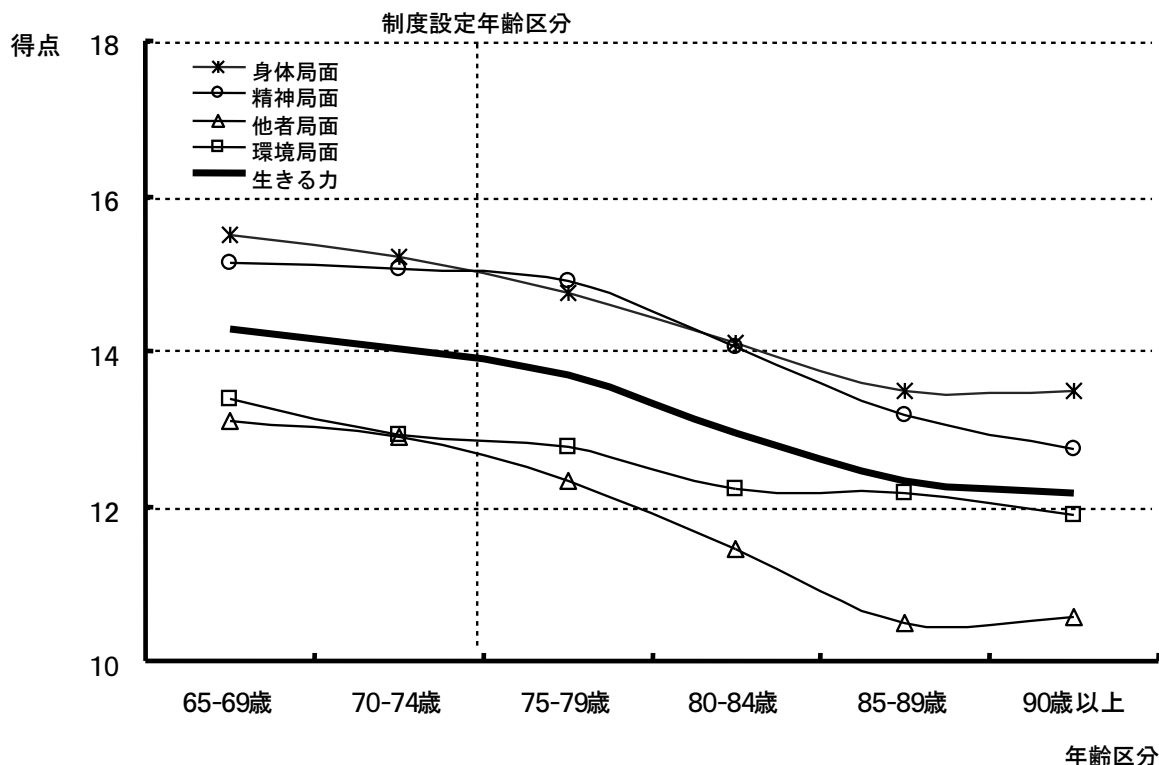


図1. 全高齢者群の加齢に伴う「生きる力」の減少傾向

その結果、要支援・要介護者を含めた全高齢者群（以降：全高齢者群と記す）の領域別減少傾向（図1）については、太線で示す「生きる力」の総合指標線は加齢と共にほぼ線形的に低下する傾向を認めた。主体軸については、制度設定基準年齢を含む75-79歳代までは15点代の「生きる力」を有し、80歳以上に至って13点台に低下する傾向を認めた。しかし、身体局面の低下傾向の緩やかなことも認められた。環境軸の他者局面については、全年齢区分で視覚的に顕著な低下傾向は認められない。しかし、環境局面については制度設定基準年齢を含む75-79歳代までは13点～12点代の範囲で低下するが、80歳以上に至って11点代に低下し、85歳でほぼ低下傾向は停止する傾向が認められた。これら、「生きる力」の総合指標と各局面の減少傾向を分散分析によって検証した結果、「生きる力」については、全年齢区分間に有意 ( $F(5,1610) = 20.326 p < .001$ ) な減少傾向が認められた。また、身体局面 ( $F(5,1610) = 14.246 p < .001$ )、精神局面 ( $F(5,1610) = 14.553 p < .001$ )、他者局面 ( $F(5,1610) = 22.708 p < .001$ )、環境局面 ( $F(5,1610) = 7.835 p < .001$ ) についても有意な減少傾向を認めた。他方、元気高齢者（要支援要介護者を除く）群（図2）については、太線で示す「生きる力」の総合指標線は加齢と共に85-89歳代まではほぼ線形的に低下し、

90歳以上は高く評価する傾向が認められた。そこで、「生きる力」の総合指標の減少傾向を分散分析で検証した結果、全年齢区分間で有意 ( $F(5,1297) = 5.942 p < .001$ ) な差を認めた。つづいて、主体軸の身体局面の「生きる力」については、85-89歳代まではほぼ線形的に低下し、90歳以上は高く評価する傾向が認められた。精神局面については前年齢区分間で視覚的に顕著な傾向は認められない。他方、環境軸の2局面は、80-84歳代まではほぼ13点～12点代の「生きる力」を有することが認められたが、85歳以上は特に他者局面の低下傾向が顕著に認められた。90歳以上に至って環境局面の「生きる力」は70-74歳代のレベルと同程度の評価をする傾向が認められた。これら、「生きる力」の総合指標と各局面の増減傾向を分散分析によって検証した結果、「生きる力」については、全年齢区分間に有意 ( $F(5,1297) = 5.942 p < .001$ ) な減少傾向が認められた。また、身体局面は ( $F(5,1297) = 4.802 p < .05$ ) と有意な増減傾向を認めた。しかし、精神局面については ( $F(5,1297) = 1.871 p < .097$ ) と有意傾向に留まった。他者局面 ( $F(5,1297) = 9.484 p < .001$ )、環境局面 ( $F(5,1297) = 3.498 p < .01$ ) については有意な増減傾向を認めた。

以上、分散分析の結果、「生きる力」の総合指標と4局面全てに有意傾向ないし有意差を認めたことか

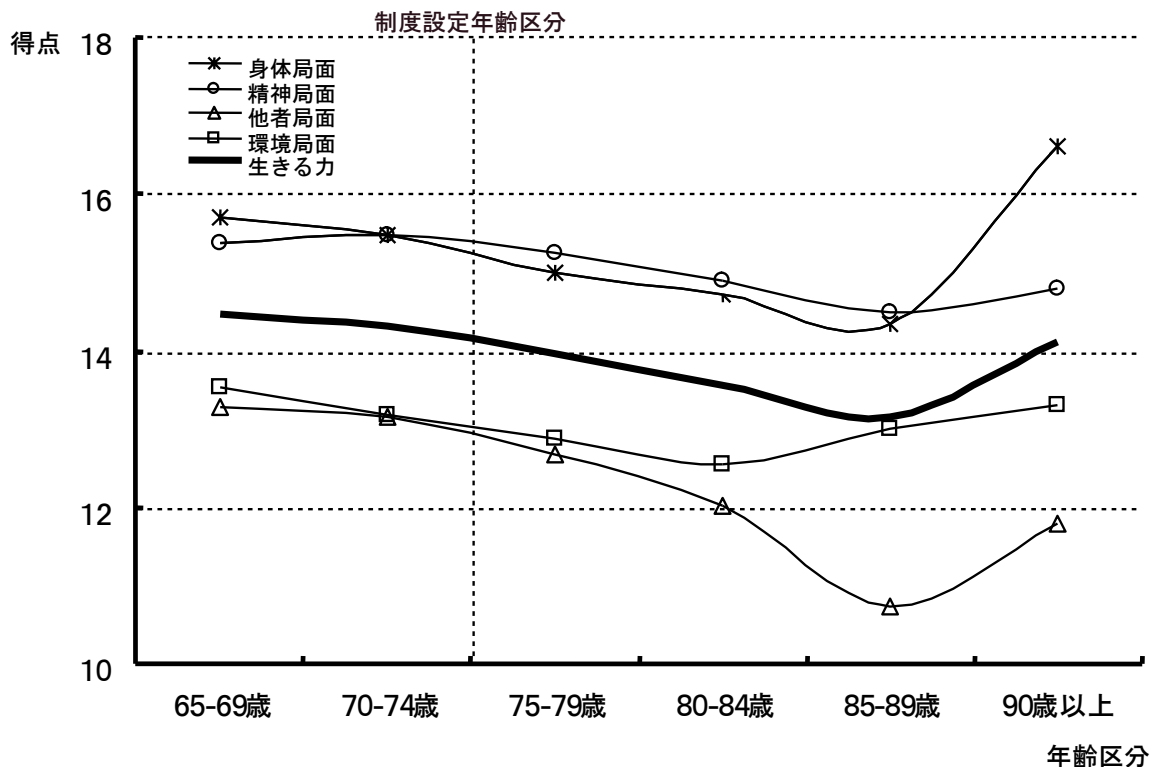


図2. 元気高齢者群の加齢に伴う「生きる力」の減少傾向

ら、引きつづき多重比較を用い、後期高齢者の制度設定年齢区分75-79歳を基準に、その他の年齢区分との間の有意差を5%水準で検証した(表3)。

まず、要支援・要介護者を含む全高齢者群について検証した結果、主体軸の身体局面では制度設定年齢区分を含む75-79歳と65-69歳および85-89歳の年齢区分との間においてのみ有意な差が認められた。しかし、精神局面では80歳以上との年齢区分において有意な差が認められた。また、他者局面では65-69歳と80歳以上の年齢区分との間において有意な差が認められた。環境局面では、65-69歳の年齢区分との間においてのみ有意な差が認められた。そして、総合指標としての「生きる力」については、制度設定年齢区分を含む75

-79歳と65-69歳および80歳以上の年齢区分との間において有意な差が認められた。

他方、元気高齢者群については、身体局面では制度設定年齢区分を含む75-79歳と65-69歳の年齢区分との間のみ有意な差が認められた。しかし、精神局面では、いかなる年齢区分とも有意な差が認められなかった。また、他者局面では85-89歳の年齢区分との間においてのみ有意な差が認められた。環境局面では、65-69歳の年齢区分との間においてのみ有意な差が認められた。そして、総合指標としての「生きる力」については、制度設定年齢区分を含む75-79歳と65-69歳の年齢区分との間においてのみ有意な差が認められた。

表3. 制度設定年齢区分(75-79歳)を基準とした「生きる力」の局面別多重比較 (Tukey HSD)

領域	4局面	年齢区分	全高齢者 (要支援・要介護者含む)			元気高齢者		
			平均値の差	標準誤差	有意確率	平均値の差	標準誤差	有意確率
主体軸	身体局面	65-69歳	0.74	0.22	*	0.69	0.22	*
		70-74歳	0.46	0.22	-	0.46	0.22	-
		75-79歳						
		80-84歳	-0.66	0.27	-	-0.29	0.30	-
		85-89歳	-1.27	0.33	*	-0.66	0.47	-
		90歳以上	-1.27	0.45	-	1.59	0.93	-
	精神局面	65-69歳	0.25	0.23	-	0.12	0.21	-
		70-74歳	0.16	0.22	-	0.23	0.21	-
		75-79歳						
		80-84歳	-0.85	0.27	*	-0.35	0.28	-
		85-89歳	-1.71	0.34	*	-0.76	0.45	-
		90歳以上	-2.17	0.46	*	-0.45	0.88	-
環境軸	他者局面	65-69歳	0.76	0.23	*	0.61	0.23	-
		70-74歳	0.54	0.22	-	0.49	0.23	-
		75-79歳						
		80-84歳	-0.89	0.27	*	-0.65	0.31	-
		85-89歳	-1.85	0.34	*	-1.93	0.49	*
		90歳以上	-1.78	0.46	*	-0.87	0.96	-
	環境局面	65-69歳	0.62	0.20	*	0.66	0.21	*
		70-74歳	0.16	0.20	-	0.29	0.21	-
		75-79歳						
		80-84歳	-0.55	0.25	-	-0.33	0.28	-
		85-89歳	-0.60	0.30	-	0.12	0.44	-
		90歳以上	-0.87	0.41	-	0.42	0.88	-
4局面合計	生きる力	65-69歳	0.47	0.15	*	0.47	0.15	*
		70-74歳	0.26	0.14	-	0.26	0.14	-
		75-79歳						
		80-84歳	-0.59	0.18	*	-0.59	0.18	-
		85-89歳	-1.09	0.22	*	-1.09	0.22	-
		90歳以上	-1.22	0.30	*	-1.22	0.30	-

#### IV. 考 察

なぜ、75歳を「後期高齢者」の制度設定年齢区分としたのか？

「後期高齢者医療制度」の制度設計の出発点は、2003年7月16日医療保険制度改革基本方針の閣議決定（3月末）を受け、厚生労働省社会保障審議会・医療保険部会初会合に始まる。閣議の基本方針の骨格は、(1)給付の平等と負担の公平など医療保険制度の一元化 (2)市町村国保など再編統合して都道府県単位を軸とした運営 (3)老健制度を廃止して75歳以上の後期高齢者医療制度の創設、65-74歳の前期高齢者での制度間調整の実施などであった。

しかし、部会では各方面から問題視されていた項目のなかで、基本方針に盛りこまれた高齢者医療の年齢区分設定の意味、若年者が支援する社会的な連帯保険料の根拠、都道府県単位とする保険者再編統合などに異論が相次いだ。

その中でも、本研究に関係する問題点である、65-74歳を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢者」と位置づけた根拠について厚生労働省は「65歳までは現役世代で保険者の自立、65-74歳は働く人もいるので財政調整、75歳以上は働く人は少なく国保被用者も『相当近いものがある』」<sup>11)</sup>と理由を説明している。しかし、多くの委員を納得させるような科学的根拠は示されていないと考える。

この点に関して、3年後の2006年4月21日の衆議院厚生労働委員会質疑の場においても、厚生労働省は「高齢者の健康面の状況から考えると、生理機能の低下、日常生活動作能力の低下の症状が増加する。75歳を境に入院の受療が増加する。また就業者が9%と非常に少なく、心身の特性や生活実態で他の世代と異なるからだ。」<sup>12)</sup>と、前回同様に、科学的根拠は示されず納得のいく説明がされていないと考える。

和田<sup>13)</sup>は、「医学的な意味で本当に老人というのは、75歳からだと言っても過言ではない。」「いろいろな臓器の老化はもっと早くから始まる。しかし、…その能力が半分になったところで、日常生活にほぼ影響はない。」「事務職や管理職あるいはオートメーション化された工場での労働において、75歳くらいまでの老人がそれに見合う体力がないと主張する人はほとんどいないだろう。」と述べている。また臓器の老化についても「どれかの臓器が実用化レベルでなくなったら老人扱いしようとするならば75歳よりもはるかに遅い年齢にならないと老人という必要はない。」、知的機能

についても「話を聴いたりという言語機能については…80代になるまでほとんど落ちないというコンセンサスが得られている。」と厚生労働省の、特に前段部分に反論できる科学的根拠を述べている。後段部分について堀内<sup>14)</sup>は、確かに老人医療費は現役世代の4~5倍の額であり、2002年の11兆7,300億円をピークに過去増え続けてきた。しかし、その後2003年度以降、前年度比で3~5%弱で年々減少してきている。この実態を踏まえ、国民に受け入れられない制度設計のままに「後期高齢者医療制度」を急ぐ理由は無いと論じている。

これらの説明不足と制度設計において哲学ないし思想が欠落していることが、今日に至るも、不信心・不安感の一掃には至らず、かえって増悪の方向に迎っており、後期高齢者は勿論のこと、それを支える若年者においても納得は得られていない。

そこで年齢区分75歳の根拠を歴史的に遡ってみると、1974年、老年学の権威であるベルニース・ニューガートン<sup>15)16)</sup>がアメリカの高齢者について介護の観点から、75歳くらいまでは要介護率が5%未満だとして当時の定年を基点とした55歳から74歳までをヤング・オールド、75歳以上をオールド・オールドと定義したことに始まっている。

即ち35年前のアメリカのカットポイントを21世紀の日本の医療制度の基準としてそのまま用いること自体の不用意さが、今日の国民的かつ政治的問題を引き起こしたものと考えられる。

「人口統計」の指標からみた高齢者の年齢区分は何歳が妥当か？

量的・客観的指標としての「人口統計」の結果、残差分析から年齢区分別の元気高齢者および要支援・要介護者区分の人口特性をみると、後期高齢者のカットポイントとされる75歳を含む75-79歳では注視すべき人口傾向を認めなかった。しかし、80-84歳における元気高齢者の人口傾向は、有意に少なくなることを認めたが、要介護2~5については、注視すべき人口傾向を認めなかった。ただし、元気高齢者の調整済み残差値-5.1の意味を表1で確認すると、80-84歳の元気高齢者の割合は約7割もあり、65-79歳の元気高齢者の割合と比べ少ない割合とは言えないことが認められた。85歳以上については、元気高齢者が少なく、要支援・要介護者が多くなる傾向が1%水準で有意に認められた。特に、85-89歳の年齢区分については、元気高齢者と要支援・要介護者の全ての調整済み残差値に

において、元気高齢者が少なく、要支援・要介護者の多くなる傾向が1%水準で有意に認められた。

以上の結果を基に「後期高齢者」のカットポイントを設定してみると、一つは80歳以上とすることが可能である。しかし、もう一つのカットポイントとして、全高齢者の残差が有意な特徴を示す85歳以上とすることが妥当とも言える。

これら2つのカットポイント年齢は、「国民衛生の動向」<sup>17)</sup>によると2007年度の日本人の平均寿命は男性で79.19歳、女性では85.99歳と一致することを読み取ることができる。男子の平均寿命については、Katz等<sup>18)</sup>による高齢者の平均余命に関する研究が参考となる。Katz等は、高齢者を「活動的な平均余命」即ち自活可能な余命と、「依存的な平均余命」即ち介護を必要とする余命とに分け、研究結果からほぼ35年前の1974年時点で、75歳までは自活可能と論じている点から、本研究の80歳以上の提言に妥当性を与えるものとする。他方、85歳以上の根拠として、Hudson<sup>19)</sup>、やPerls<sup>20)</sup>が提唱する概念を紹介する。彼等は、85歳以上を「オールドスト・オールド」と命名することを既に1995年に発表しており、本研究の85歳以上の提言に妥当性を与えるものとする。

英語による命名「オールドスト・オールド」は、今回厚生労働省が「後期高齢者医療制度」の評判の悪さに対する苦肉の策として改名した「長寿医療制度」の長寿に奇しくも一致するものとする。その一致を認めるとするならば、「前期高齢者」「後期高齢者」と二分するのではなく、85歳以上を「長寿高齢者」と命名し、国民皆保険の中で長寿を尊敬することこそが、日本人が古くから抱えてきた健康観に沿った制度と言えるのではないであろうか。

人間は等しく加齢に伴い病気がちにもなるし健康も害しやすくなる。それが老化という姿であり、誰しもが必ず通過する時系列的プロセスであることを認めるならば、「後期高齢者」だけをその時系列から切り離すことに、何の正当性や人間性を見いだすことができるであろうか。高齢者が、高齢者らしく生きるために健康を維持したり、取り戻すために時に応じて医療の力を借りたいとする意志や行為に対して高齢者を責めることは誰にもできないものとする。

本研究対象の全ての高齢者も医療費を使うために生きているのではない。ただ、生きている限り人間としての尊厳をもち、より質の高い健康で文化的な生活を謳歌したいと願うだけであり、それは日本国憲法(25条1項)によって保障される全ての日本国民の権利で

もあると考える。

### 「生きる力」の指標からみた高齢者の年齢区分は何歳が妥当か？

筆者らは、高齢者の「生きる力」の指標として本宮の「ライフスタイルの20の局面」<sup>21)</sup>を用いた。その根拠は以下に示す通りである。本宮は年齢に関係なく人間の健康を全人的に捉える観点から「ホリスティックな健康とは、精神、身体、他者、環境からなる自己の全関係性から見て、一人一人与えられた条件において自ら達成可能なより良好なレベルの生の質を得ている状態である」と定義し、それをライフスタイルの4つの局面に整理構造化し、ホリスティックな健康を「ライフスタイルの個々の局面がより良くコントロールされている状態」と定義し直している。そして、コントロールの向上について「環境、身体、精神をよく知り、それらと対話・交流を重ね、情報交換を行い、コミュニケーションを深めていくことにより、レベルは向上する」と述べている。それらの定義を具現化する上から20の質問項目を具体的生活実態に即した内容として示している。本指標の利点として、「健常者のみならず病者や障害者においても、健康度を評価しうるものであり、個々人の価値観を尊重しつつも、包括的・全体的に健康状態を把握しうるものである。ライフスタイルのどの部分を改善する必要があるかが明確となるために、今後の生活改善の指針となる等、高齢者の「生きる力」を評価し生活改善のための方策策定の指針として有効な指標である」と述べている。本指標の因果的構造の有効性については、筆者らが大学生を対象とした研究において検証している<sup>22)~28)</sup>。

本分析の結果からみても解るように、全高齢者の「生きる力」と4局面は共に加齢に伴いほぼ線形的に弱体化していく傾向が明らかになった。しかし、制度設定年齢区分との有意差をみると、「生きる力」の総合指標、精神局面、他者局面において、80歳以上との間で年齢区分に差が認められるという一定の法則性が認められた。しかし、本研究データの81%を占める元気高齢者をみると、ほぼ全ての局面と総合指標において制度設定年齢区分75歳をカットポイントとして良いという科学的根拠は認められなかった。本研究における「生きる力」の指標は生活実感的年齢区分であり、科学的根拠を示せなかった制度設定年齢区分75歳との間に5~10歳の乖離が認められことが、国民の不信感・不安感を安心感に転換させることができなかつたものと推察する。よって、「生きる力」の指標に対して、



科学的根拠の示せなかった75歳を「後期高齢者」のカットポイントとする根拠には説得力は無いと言えよう。

表4の「生きる力」の総合指標によって全高齢者のカットポイントを示すならば80歳が、他方、元気高齢者の立場からみれば「高齢者」を国民皆保険から切り離す根拠は見あたらない。加えて、図2の90歳以上の「後期高齢者」の「生きる力」が「前期高齢者」のレベルまで高まっていること、その評価を高める背景に、特に身体局面と環境局面の主観的評価に回復力が認められることと他者局面の回復力も無視できないこと等を考慮に加え、この先も健康増進法や介護予防等の効果によって元気高齢者がますます増加して行くことを総合的に考えるならば、政府が示す制度設定年齢区分と「人口統計」および「生きる力」の指標との間のカットポイント年齢の乖離は、更に開くものと推察される。和田<sup>29)</sup>も「現実には75歳までで年寄り扱いをしなければならないヒトは5%ぐらいはいる。…一方では85歳以上だって半数は元気なお年寄りである」、「個人差の大きい高齢者の中でも、75歳までの人の95%以上は、高齢者扱いをしなくてもよい」、加えて、「高齢者の個人差の大きさは、老年医学や、福祉制度を考える上でも、年齢だけを尺度にして一律型のモノサシが作れないことを意味している」と述べており、本研究結果を支持するものであった。

#### 「人口統計」と「生きる力」指標による全体論的提言

本研究では、特に75歳で線引きされる制度設定年齢区分が妥当か否かを量的・客観的指標として「人口統計」を、また、高齢者の生活者としての主観に基づく質的・主観的指標として「生きる力」とする2つの指標を用い、それぞれの高齢者の特性の分類を試みた。この2つの指標の持つ意味は、例えば、2つの指標間のカットポイント値が一致していれば、客観的分類評価と主観的分類評価とに差がないことを意味し、課題となる高齢者の不信感・不安感の軽減と解消に納得を与えるものとなるであろう。逆にこれらの指標の不一致が大きい場合、不安感・不信感は拡大するものと考えられる。

本研究結果の場合、「人口統計」の指標から導き出したカットポイントと、全高齢者の「生きる力」から導き出したカットポイントとの間に大きな不一致は認められず、保健政策上何かの指標（年齢区分）を必要とするならば、それは75歳ではなく80歳或いは85歳以

上で区分するのが妥当であると考えられる。しかし、元気に生きようとしている多くの元気高齢者の「生きる力」からみるならば、再度、世界に誇れる国民皆保険の中で区別せずに一元化して支えるべきであることを提言するものである。本研究結果から導き出された提言を支持する有効な報告として、WHO<sup>30)</sup>が2000年に平均寿命とは異なる新たな指標として公表した健康寿命（HALE:Healthy life expectancy）を示すことができる。WHOの示す健康寿命は日常的に介護を必要せず自立した生活のできる生存期間を示したものである。そこで、「The World Health Report 2004」による健康寿命をみると、日本人全体での健康寿命は75歳、男性で72.3歳（71.5～73.1）女性に至っては77.7歳（76.9～78.1）であり、世界一の健康国民であることを報告している。WHOの健康寿命指標と後期高齢者を示すカットポイント75歳との関係性をみると、日本人全体の健康寿命75歳の後期高齢者は、自立した生活のできる健康的国民と言える。特に、女性の78.1歳を考慮すれば、本提言として示した80歳ないし85歳説は有力な国際的かつ統計学的根拠となるものと考えられる。

日本は世界にも例をみない速さで高齢化が進行している超高齢社会の国のひとつである。高齢化は世界的な傾向であり、遅かれ早かれどの国にもふりかかってくる国民的・政治的課題となる。先頭を切って走る日本の「後期高齢者医療制度」が、真の意味で多くの後発国の制度基準とし参考にされることを期待したい。

#### 今後の研究課題

本研究では「人口統計」と「生きる力」から「後期高齢者」のカットポイントについて論じてきた。本研究の進むべき目標は、特に高齢者の場合、年齢を用いて区分することの非科学性を根拠に、いかなる指標が妥当なのかについての更なる研究が必要不可欠である。今後の研究を21世紀の健康憲章であるヘルスプロモーションの観点から捉えるならば、最終目的であるQOLを指標とする検証が今後に残された課題であると言えよう。今や、健康政策や健康方策の策定にあたっての視点として「イルネス・モデル」から「ライフ・モデル」へのパラダイム・シフトは必要不可欠なキーワードとなっている。

## V. 総 括

本研究は、「後期高齢者医療制度」の制度設定基準年齢に対する感情論的不快感の解消を目的に、「後期

高齢者」は何歳からが妥当かを、65歳から90歳以上の高齢者1,616名を対象に、「人口統計」と「生きる力」の指標を用い科学的根拠に基づく妥当性と、新たな年齢区分を提言しようとしたものである。

その結果、以下のような知見を得た。

- 1) 「人口統計」指標からみた「後期高齢者」の年齢区分は、80歳ないし85歳以上とすることが妥当である。
- 2) 「生きる力」指標からみた「後期高齢者」の年齢区分は、全高齢者群で見た場合、80歳以上が妥当である。
- 3) また、元気高齢者群でみた場合、年齢区分を設定することは不可能である。
- 4) 以上の結果から、現制度設定基準年齢の妥当性は認められなかった。
- 5) そこで両指標の結果を総合し、もし制度として区分せざるを得ないとするならば、制度設定年齢区分75-79歳は「前期高齢者」に、80歳、できれば85歳以上を「後期高齢者」とすることを提言するものである。

#### 参考文献

- 1) 堀内光雄：「後期高齢者」は死ねというのか。文藝春秋 第86巻第6号。東京。146-153。2008
- 2) 伊藤周平：後期高齢者医療制度 高齢者からはじまる社会保障の崩壊。平凡社新書437。株式会社平凡。東京。2008
- 3) 奥野修司：特集「後期高齢者」を捨てる国 国民皆保険が崩壊する日。文藝春秋 第86巻第7号。東京。106-118。2008
- 4) 本宮輝薫：2. 健康度のホリスティックな把握と評価。園田恭一、川田智恵子（編）健康観の転換—新しい健康理論の展開—。東京大学出版会。東京。40-46。2001
- 5) SPSS 株式会社 編：SPSS for Windows 16.0J Users Guide。SPSS 株式会社。東京。2008
- 6) 竹原卓真：SPSS のススメ 1 2 要因の分散分析をすべてカバー。北大路書房。京都。2007
- 7) 山田剛史、村井潤一郎：やわらかアカデミズム・〈わかる〉シリーズ よくわかる心理統計。ミネルヴァ書房。東京。224-227。2006
- 8) 山田剛史、杉澤武俊、村井潤一郎：R によるやさしい統計学。オーム社。東京。357-375。2008
- 9) Frantz Faul. : Universität Kiel. Germany. G\* Power Ver.3.0.10, <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/>. 2008
- 10) Cohen J. : A power primer. Psychological Bulletin. *American Psychological Association*. 112(1). 155-159. 1992
- 11) 国保新聞：医療保険部会初会合、基本方針・具体的な制度設計へ/厚労省年めどに法案提出方針示す、「若年者の支援」相次ぐ異論も。7月20日付11面。東京。2003
- 12) 国保新聞：衆議院厚生労働委員会質疑（4月21日）後期高齢者医療制度について。5月1日1面。東京。2006
- 13) 和田秀樹：特集 高齢化社会の新常識① 老人医療現場からの提言「日本人の定年は75歳でよい」。講談社。東京。30巻11号。248-256。1996
- 14) 前掲書：1) 堀内光雄
- 15) Bernice L. Neugarten : “Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old.” *Annals of the American Academy of Political and Social Science* American Academy of Political and Social Science Published by A. L. Hummel for the *American Academy of Political and Social Science*. 1890-. Vor. 415. 187-198. 1974
- 16) Neugarten B. L. : Expanded options for meeting the differing needs of the young-old and old-old. *Geriatrics : Official journal of the American Geriatrics Society the American Geriatrics Society*. Modern Medicine Publications 30 (11) 41-52. 1975
- 17) 厚生統計協会 編：国民衛生の動向。第5巻第9号。東京。69。2008
- 18) Katz S. et al. : Active life expectancy. *New England journal of medicine*. Vor. 309 (17). 1218-1224. 1983
- 19) Hudson R. B. : Who are the oldest old and what is their future? : Policy issues. *Journal of geriatric psychiatry* 28(1) 11-32. 1995
- 20) Thomas T. Perls. : The Influence of Demographic Selection Upon the Oldest Old. *Journal of geriatric psychiatry* 28(1). 33-56. 1995
- 21) 前掲書：4) 本宮輝薫。31-50。
- 22) 伊藤武樹。伊藤菜緒。他5名：大学生のライフスタイルと健康状態に関する因果モデル。体育・スポーツ教育研究（第2巻第1号）。14-23。2002
- 23) 伊藤菜緒。伊藤武樹。高橋俊哉：ライフスタイル・コントロールの構成概念モデルに関する検証的因子分析。弘前大学教育学部紀要 第89号。111-119。2003
- 24) 伊藤武樹。伊藤菜緒。高橋俊哉：大学生の Lifestyle と Health Locus of Control (HLC) に関する因果構造モデル。弘前大学教育学部紀要 第89号。121-129。2003
- 25) 高橋俊哉。伊藤菜緒。他2名：大学生の健康行動とその潜在的影響要因に関する因果構造モデル。第50

- 回日本学校保健学会講演集, 学校保健研究 vol. 45 suppl. 312-313. 2003
- 26) 伊藤菜緒, 高橋俊哉, 他2名: 大学生のライフスタイルについての因果的様態の検討—前提要因を基点とした PRECEDE - PROCEED モデルの適用—. 学校保健研究 第46号第3号, 264-282. 2004
- 27) 工藤洋輔, 毛竹, 伊藤菜緒, 他2名: 男子大学生のライフスタイルとその影響要因に関する構造モデル. 第54回東北学校保健学会 第54号, 13-14. 2006
- 28) 毛竹, 工藤洋輔, 伊藤菜緒, 他2名: 女子大学生のライフスタイルとその影響要因に関する構造モデル. 第54回東北学校保健学会 第54号, 15-16. 2006
- 29) 和田秀樹: 75歳現役社会論 老年医学をもとに. NHK ブックス [821]. 東京. 日本放送出版会, 34-35. 1997
- 30) WHO: The World Health Report 2004 - changing history. 77. [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf). 2009
- (2009. 1. 14受理)