

平成 25 年度厚生労働科学研究補助金（地球規模保健課題推進研究事業）

先進国高齢者パネル調査の国際比較研究を通じた高齢化対応政策の提案

（H24- 地球規模 - 一般 - 002）

総括研究報告書

報告者（主任研究者）

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻

分担研究者

近藤克則 日本福祉大学・社会福祉学部
野口晴子 早稲田大学大学院政治経済学術院

研究要旨

本研究事業は2年計画で、わが国を含む先進諸国・中興国で実施されている国際高齢者パネル調査を利用して、異なる制度における高齢者の医療・介護保障や健康づくり対策の効果を検証し、高齢社会における医療保健政策ならびに社会経済政策に求められる要件を明らかにするとともに、高齢化が進むわが国における高齢者対応政策の特徴を浮き彫りにし、国際的な政策議論の中でわが国のプレゼンスを高めることを目的とした。日本の中高齢者パネルデータとデータ互換性の高い海外研究パネルデータを利用することで上記目的を果たす。

最終年度となる平成25年度は、中高齢社会で注目される医療と就労、ならびにメンタルヘルスに着目し、日本の中高齢者パネルデータ（「暮らしと健康調査」Japanese Study of Ageing and Retirement; JSTAR）と欧州のデータ（Survey of Health Ageing and Retirement in Europe）を用いた比較分析を実施した。医療サービスの水平的アクセス公平性については、欧州ならびに日本において特に65歳以上の高齢層で高度に達成されている一方、65歳未満については、受療回数において我が国では高所得層に有利な不平等が見られた。費用を理由とする医療受療の控えについては、我が国では欧州各国に比較して発生頻度は低く、特に65歳以上高齢者では軽減自己負担率・歯科サービスの公定カバーなどが機能していることが示唆された。50 - 65歳層での引退率は先行研究の示すとおり、欧州ではすでに7割以上が引退していたのに対し、日本では25%程度にとどまっていた。追跡2年間の間に新たに引退したものについて認知機能への影響を見たところ、日本の男性と欧州の女性で有意な認知機能の低下が認められた。またJSTARの第4回追跡調査の一部を実施した。今後国ごとの社会保険制度の比較制度論と併せて、文化やジェンダー役割の違いを考慮しつつ、我が国における中高齢者の就労環境・健康づくりに資する知見を抽出するべく、パネルデータの維持・分析の継続が求められる。

A. 目的

本研究事業は2年計画で、わが国を含む先進諸国で実施中の国際高齢者パネル調査の比較分析を通じ、高齢社会における医療保健・社会経済政策に求められる要件を明らかにする。また高齢化が最も高度に進んでいるわが国の知見を他国と比較し提示することで、わが国における高齢者対応政策の特徴を浮き彫りにし、国際的な政策議論の動向の中でわが国のプレゼンスを高める。最終年度となる平成25年度は、昨年度事業に引き続き、日本の中高齢者パネル調査データ（暮らしと健康調査）の解析を進めるとともに、我が国と同じく政府を中心とする社会保障制度による皆保険制度を堅持する欧州各国を対象としたデータ互換性の高い欧州パネルデータの解析を併せて実施し、比較分析を通じて我が国における医療・就労・健康に関する政策的特徴を明らかにすることを目標とした。

B. 方法

先行研究が築いた中高齢者パネル（「暮らしと健康」調査（経済産業研究所ならびに一橋大学、東京大学の共同、研究代表者清水谷諭・市村英彦）は先行研究の弱点を

克服した国内唯一の高齢者を対象とした包括的パネルデータセットである。2007年より東日本を中心とした5地点で開始され、以後2年ずつ追跡調査ならびに新規地点の調査を導入し、現在全国10地点で実施されている。それぞれの地点（市町村）で住民票に基づき確率論的な代表的中高齢者サンプルを持っていることから、地域間の比較を行うことができる点が、欧米の先行研究においても見られなかった特徴となっている。2007、2009に実施された日本データ（JSTAR）の2回のパネルデータを主に用いた。JSTARが実施に当たって参考にしたのが、欧州各国の共同で2004年から実施されているSurvey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)である。Munich center for the Economics of Ageing (MEA)ならびにMax-Planck-Institute for Social Law and Social Policyなどが中心となり、2004年のwave 1では北欧・大陸ヨーロッパなどを含む11か国で開始され、2010 - 11年までに18か国に展開し、最大4回の追跡調査を実施している。SHAREデータはwww.share-project.orgのサイトを通じて、2013年11月現在、wave1から4までの個票データを公開している。データ利用登録・申請を実施することで、Netherlandsにある

Tilburg University内にあるデータ管理センターからアクセスIDが発行され、誰でも利用が可能のように整備されている。今回はwave 1&2のRelease 2.6.0ならびに、imputationなども一部施したeasySHAREなどの加工データを用いて分析用データを作成した。

以上のデータセットを用いて、これまでJSTARを用いて実施してきた先行研究に基づき、医療サービスのアクセス公平性と医療受療の控えに関する分析を再検討・比較した。また中高齢者のメンタルヘルスに関する影響要因の抽出を行った。さらに引退による健康影響の推計を実施した。各分担分析に詳細を譲る。

なお上記の比較データ分析と並行し、平成25年度実施のJSTAR第4回追跡調査にあたり、健康・栄養関連調査項目を追加し、一部地点（佐賀県鳥栖市）において追跡調査を実施した。

C. 結果

1) 医療アクセスの公平性

外来診療アクセスは比較的公平性が保たれているものの、65歳未満で受療回数は低所得層でニーズが高い割に利用が満たされていないことにより、水平的不公平が存在

することが示された。一方65歳以上の層では、アクセスならびに受療回数ともに、欧州各国と比較して水平的公平性の達成レベルは遜色が見られなかった。

2) 費用を理由とした医療受療の控え

50歳以上75歳以下の層における医療・歯科など保健サービスの受療について、費用工面を要因とする受療控えの状況と、その関連要因について探索的に分析したところ、我が国では欧州各国に比べ受療控えの割合は低かった。その理由として、高齢者でニーズが高い歯科サービスや薬剤費用も公的保険がカバーしていること、フリーアクセス・高い医療機関密度によるアクセスの機会費用の低さ、さらに高額療養費制度などが機能していると考えられた。一方、50～65歳では、欧州・日本に共通して、貯蓄の低さと糖尿病の2つが受療控えの有意要因となっていた。引退により労働所得から貯蓄の切り崩しへと家計が移行するとともに、医療ニーズが高まる年齢層で経済的理由による受療控えが国をまたいで見られたことは、自己負担など費用の適正化に加え、適切な受診行動を促す施策が必要とされていることが示唆された。

3) 中高齢者のメンタルヘルスの規定要因
SHAREならびにJSTARで自記入式質問票に基

づき、メンタルストレスの状況を測定し、それを規定する要因として、人口学的・社会経済的・機能要因などを探索的に検討したところ、日欧いずれにおいても機能状態・IADLや握力などとメンタルヘルスの関係が一貫して抽出された。このことから機能状態の維持は、高齢社会におけるメンタル対策として共通のターゲットとなることが確認できた。その一方、年齢層・国などにより、婚姻や就労、子供との同居・隣接性などの影響は異なっており、家族制度・就労状況・所得水準・社会関係などは制度・文化により影響が異なる可能性が示唆された。特に子供との関連、所得・資産や学歴など社会経済的要因との関係は、中高齢者の生活を支える経済的・社会的資源の確保が多様性に富んでいることを示唆していた。

4) 引退による認知機能への影響

傾向スコアマッチング・差の差分析により推計したところ、JSTAR男性、SHARE女性で、有意ないしマージナルに有意な認知機能の低下が検出されたのに対し、JSTAR女性、SHARE男性では有意な変化は見られなかった。国による就労・社会保障制度の違いに加えて、ジェンダーによる社会参加・就労参加の機会の違いなどを反映した可能性があり、今後比較制度論と合わせて、就労・引退の認知機能への影響を解釈することが必要である。

D. 考察

今回の比較を通じて、我が国の医療提供体制の特徴として、65歳以上高齢者において公平性や受療控えの予防対策は、欧州に比較して高度なものが提供されていることが示唆された。高齢者に対する自己負担低減や、高額となりやすい歯科サービスのカバーなどがその要因となっており、日本の高齢者医療対策の水準の高さが確認された。一方、50 - 65歳の層では、受療回数などに pro-rich な不平等が確認されたこと、貯蓄額との有意な関連が見られたこと、さらに糖尿病患者での受療控えが明確に見られたことは、糖尿病対策・引いては医療費の適正化対策を考慮する際に、看過できない発見であった。特に貯蓄と糖尿病は日本のみならず制度や公的カバー率が異なる欧州各国とも共通の問題とし抽出されたことは特筆すべきことであろう。この年齢層が引退や健康状態の変化など社会的にも臨床的にも変節点に立つ世代であることから、適切な医療受診と効率的な疾病管理を考えるうえで、この年齢層に着目した施策が必要とされている。中高齢者のメンタルストレスとして、身体・移動機能、IADL との関係が、国・文化・社会規範などを越えて共通に抽出されたことは、中高齢者の心身の健康は不可分であり、機能の維持を図るための予防的介入や、機能低下に対する支援的な環境づくりなどが共通の介入ポイントとして確認された。一方、

家族との関係や所得・資産、就労との関係は国ごとの制度や文化・社会規範の違い、さらに国ごとに違うジェンダー差（就労・社会役割など）も絡んだ複雑な問題となっていた。特に日本の高齢者（65歳以上）で、子供との関係よりも配偶者との離別・死別が影響していたことは、我が国において、かつての大家族制を前提とした、「家族による支援」が逆説的に機能を失い、高齢者同士のペアの支えあいが重要なファクターとなっていることを示唆しているのかもしれない。近年課題となっている老々介護の問題と合わせて、高齢者のカップルをどう支援するかは、高齢社会日本の大きな課題なのかもしれない。

最後に引退による認知機能は、昨年度研究に引き続き日本では男性に限って、認知機能の有意な低下が再確認された。これに対して欧州ではむしろ女性でそうした低下が目立っていたことは、現時点でそれをうまく説明することはできていない。欧州との引退年齢の違いやジェンダーごとの引退経路の違いなどについて、より詳細な記述分析と、制度比較論による分析などをさらに併せることで、今回見られたジェンダー差がなにを政策的に示唆するのか、慎重な解釈が必要である。

E. 結論

本研究事業が目的と掲げた、中高齢者パネ

ルデータの国内外比較分析を通じて、我が国の中高齢者に対する、医療・健康づくり・就労などの政策について、その特徴の一部が浮き彫りとなった。我が国の施策が高度に達成している部分、欧州に比較して再検討が必要な部分などが抽出される一方、社会・文化・制度が複雑に絡む現象の存在も明らかとなった。今後こうした比較分析をより広く展開することで、世界をリードする高齢者対策を我が国から発信していくことが継続的に必要である。そのうえで、比較可能性の高い中高齢者パネルデータの構築・維持と、タイムリーな分析体制の確立が重要となることが確認された。

