

## □リーンヘルスケアのために

1. 「価値」を高めるケア: 質/コスト
2. Shared decision making
3. Advance care planning



44

1. 「保健医療2035」のご紹介
2. 20年後に向けたプライマリ・ケアのあり方は？
3. 今、我々(医療者、研究者)は何にとりくむべきか？

多疾患併存の超高齢者のケアを包括的にコーディネートし、  
余命を考慮した上で、家族・社会経済状況、価値や希望に応じて  
Advance care planningまで行いつつ最期まで診ることが  
適切に行われるにはどうしたらよいか？

45

## 主治医・コーディネータ不在の 93歳男性患者



3日前から手首が腫れた・・・どこへ??

ケア・治療の分断  
臓器疾患別専門診療モデルでは対処不能

46

## 高齢になるほど疾患数が増加

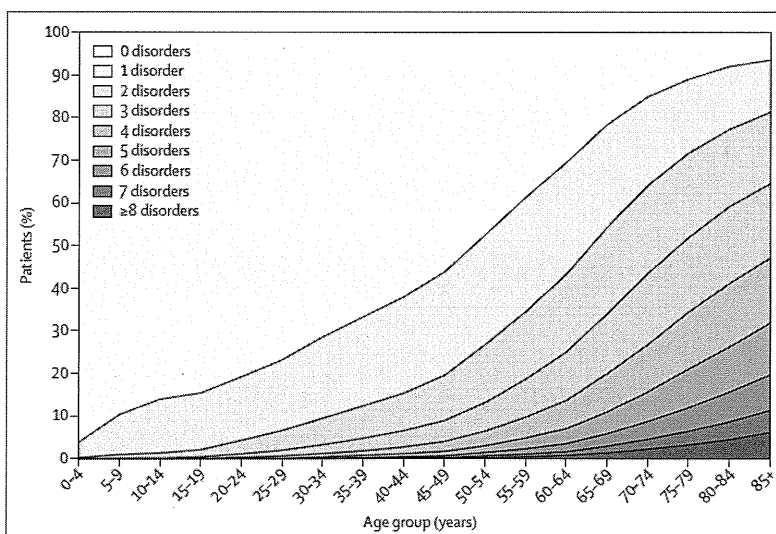


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

1,751,841 people / 314 practices in Scotland, 2007

Barnett K., et al. Lancet 2012;<sup>47</sup>

身体疾患と精神疾患の合併率はLow SES群で高く疾患数が多いほど高い

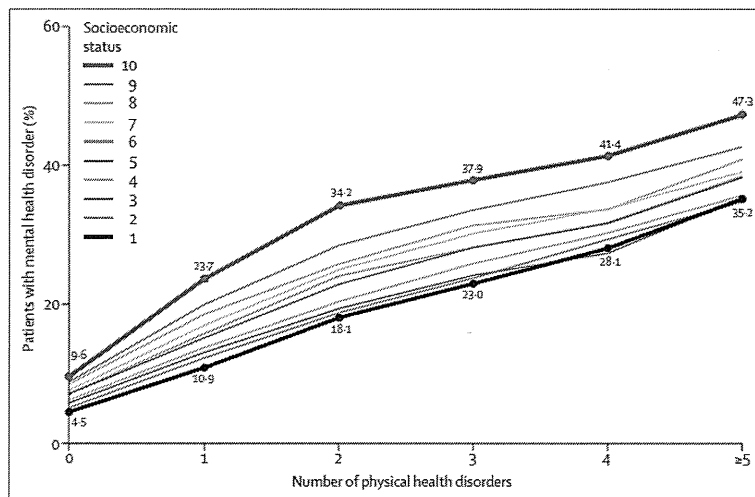
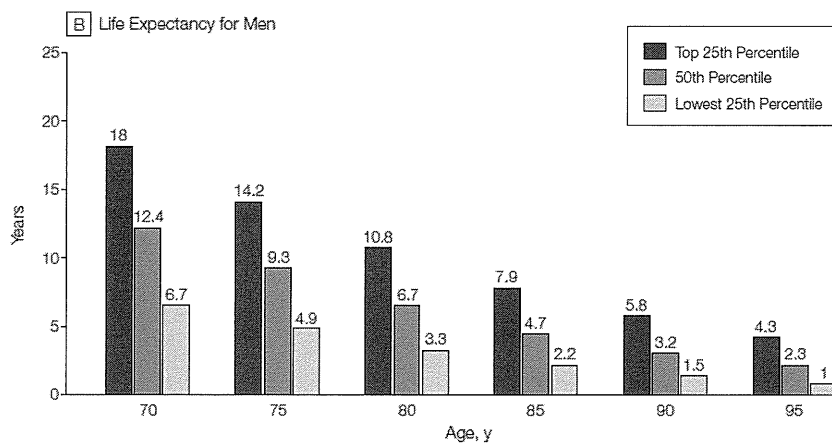


Figure 3: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status. On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

1,751,841 people / 314 practices in Scotland, 2007

Bamett K., et al. Lancet 2012. 48

平均余命は健康状態によって大きく異なる



Data from the Life Tables of the United States.<sup>9</sup>

49

## 診療ガイドラインとMultimorbidity

79歳女性が糖尿病、高血圧、変形性関節症、骨粗鬆症、COPDをもっている場合、各ガイドラインに従うと、計12種類の薬を1日5回に分けて服用しなければならない(月406ドルの薬剤費)

**Table 1. Relevance of Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Older Patients With Diabetes Mellitus, Hypertension, Osteoarthritis, Osteoporosis, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)**

	Chronic Disease Addressed by Guidelines				
	Diabetes Mellitus <sup>1,2</sup>	Hypertension <sup>3</sup>	Osteoarthritis <sup>4</sup>	Osteoporosis <sup>5</sup>	COPD <sup>6</sup>
Guideline addresses treatment for age of patient?	Older, yes Multiple comorbidities: yes Both, yes	Older, yes Multiple comorbidities: no Both, yes	Older, yes Multiple comorbidities: yes Both, yes	Older, no Multiple comorbidities: no Both, no	Older, no Multiple comorbidities: no Both, no
Quality of evidence discussed for high population?	Older, yes Multiple comorbidities: yes Quality of evidence poor, requires extrapolation for inpatient recommendations	Older, yes Multiple comorbidities: no Quality of evidence good for treating hypertension in older patients	Older, no Multiple comorbidities: no	Older, no Multiple comorbidities: no	Older, no Multiple comorbidities: no
Specific recommendations for patients with comorbid conditions?	Yes Diseases: hypocholesterolemia, hypertension, congestive heart failure, chronic kidney disease, cardiovascular disease, peripheral vascular disease, benign prostatic hypertrophy	Yes Diseases: coronary artery disease, diabetes mellitus, metabolic syndrome, sleep apnea, chronic kidney disease, glaucoma, left ventricular hypertrophy, angyle arteriosclerosis, peripheral vascular disease, osteoarthritis, osteoporosis, renal insufficiency, renal artery stenosis, urinary sodium excretion	Yes Drugs/drugs: aspirin/aspirin, glucocorticoids, peptic ulcer disease, chronic kidney disease, hypertension, congestive heart failure	No	No
Specific recommendations for patients with severe comorbid conditions?	Yes	No	No	No	No
Time needed to track to benefit from treatment in the context of life expectancy discussed?	Yes	No	No	No	No

高齢者についてのエビデンスの記載なし  
併存疾患がある場合の推奨の記載なし  
余命がどれだけある場合に治療のベネフィットがあるのかの記載なし

718 JAMA, August 10, 2005—Vol 294, No. 6 (Reprinted)

©2005 American Medical Association. All rights reserved.

Boyd CM, et al. JAMA, 2005.

50

## 米国老年医学会より

### Multimorbidity診療に関するガイド

- 患者家族のPrimary Concernは何か
- 現在の問題点は
- 患者の意向は
- 重要なアウトカムに関わるエビデンスは
- 予後予測を行う
- 疾患、症状、治療の相互作用は
- 利益と害を検討する
- 話し合って決め、随時見直す

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity  
J Am Geriatr Soc. 2012

51

# 高齢者の予後予測ツール

## ePrognosis

Estimating Prognosis for Elders

Home | Bubbleview | Calculators | About | How We Sort | How to Use | FAQ | Links | GeriPal | Cancer Screening

### Tell us about the patient to find the best calculator

1. Where is the patient

[refresh page](#)



ePrognosis  
ePrognosis Cancer  
screening iPhone/iPad  
app



ePrognosis Cancer  
screening website

#### DISCLAIMER

The information provided on ePrognosis is designed to complement, not replace, the relationship between a patient and their own medical provider. ePrognosis was created with the support of the Division of Geriatrics at the University of California, San Francisco. However, its content is strictly the work of its authors and has no affiliation with any organization or institution. This web site does not accept advertisements. If you reproduce the material on this website please cite the source(s). For feedback and questions regarding the site please email Gai Lee, MD (gai.lee@ucsf.edu), Alex Smith, MD (asmith@ucsf.edu) or Eric Vidaver, MD.



<http://eprognosis.ucsf.edu/>

# 地域に住む致命的疾患のない高齢者の予後予測

## Lee Index

- Population: Community-dwelling adults aged 50 and over
- Outcome: All cause 4 and 10 year mortality
- Scroll to the bottom for more detailed information

Are you a healthcare professional?  No  Yes

## Lee Index

50歳以上の地域在住成人  
4-10年における死亡率

### Risk Calculator

1. How old is your patient?
2. What is your patient's biological sex?
3. What is your patient's BMI?
4. Does your patient have Diabetes?
5. Has your patient ever had cancer (excluding minor skin cancers)?
6. Does your patient have COPD that limits their usual activities at home?
7. Does your patient have congestive heart failure?
8. Does your patient currently smoke cigarettes?
9. Does your patient have difficulty with bathing or showering without help from other people?
10. Does your patient have difficulty with managing their finances on their own?
11. Does your patient have difficulty walking several blocks?
12. Does your patient have difficulty pulling or pushing large objects such as a living room chair?

Total Points: 0

Your best guess of 4 year mortality risk

79歳男性  
慢性心房細動  
慢性心不全  
喫煙あり  
重い物を動かす  
のは困難

53

## 地域に住む致命的疾患のない高齢者の予後予測

Home | Bubbleview | Calculators | About | How We Sort | How to Use | FAQ | Links | GenPat | Cancer Screening

### Lee Index

- Population: Community-dwelling adults aged 50 and over
- Outcome: All cause 4 and 10 year mortality
- Scroll to the bottom for more detailed information

**Lee 4 year mortality risk:**

As illustrated by the graphic below, out of 100 community dwelling adults aged 50 and older with similar answers, 44 will die (shaded) and 56 will survive (un-shaded) over the next 4 years.

Risk calculators cannot predict the future for any one individual. Risk calculators give an estimate of how many people with similar risk factors will live and die, but they cannot identify who will live and who will die.



4年後の死亡率  
約44%と推計

個人差や誤差、見立てによる違いはある。  
参考にしながら、何を優先するか(症状緩和、  
QOL改善)話し合いをすすめる。

Graphic adapted from Han 2011

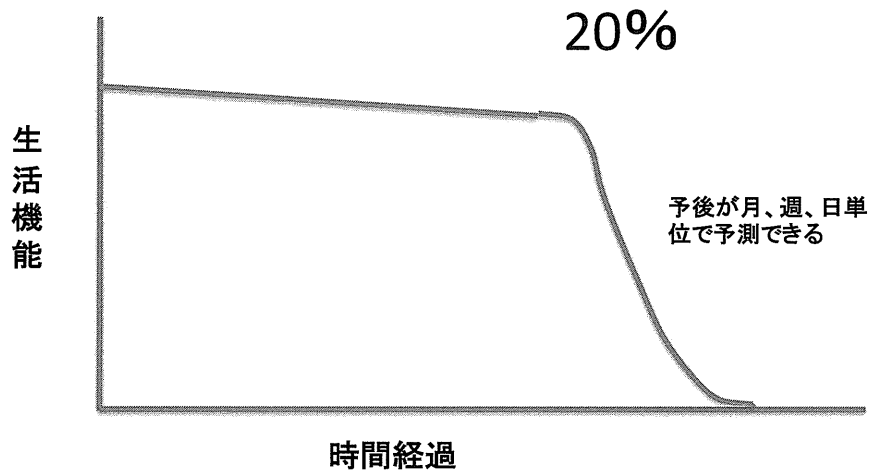
54

## 終末期のパターン

- ① がん(悪性腫瘍)
- ② 慢性疾患(心・肺疾患、肝硬変など)
- ③ 認知症・老衰など

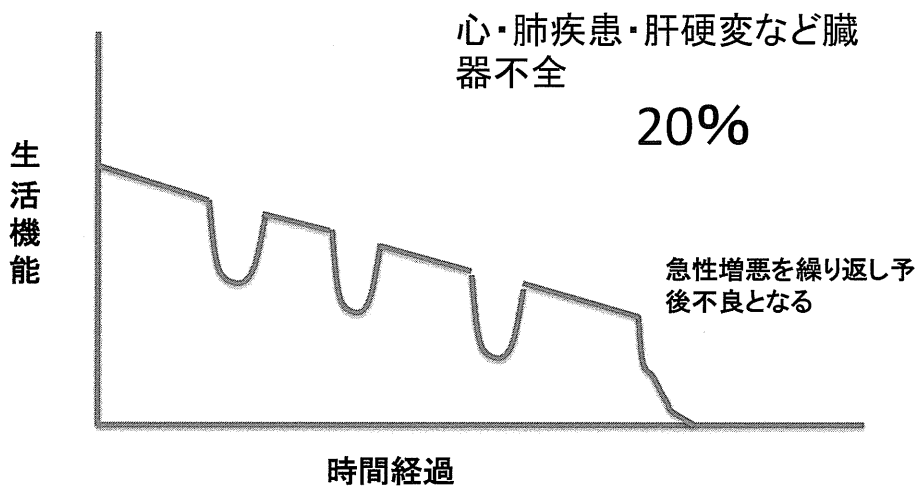
Lynn & Adamson, Living Well at the End of Life - RAND Corporation, 2003<sup>55</sup>

## ① がん(悪性腫瘍)の経過



Lynn & Adamson, Living Well at the End of Life - RAND Corporation, 2003<sub>56</sub>

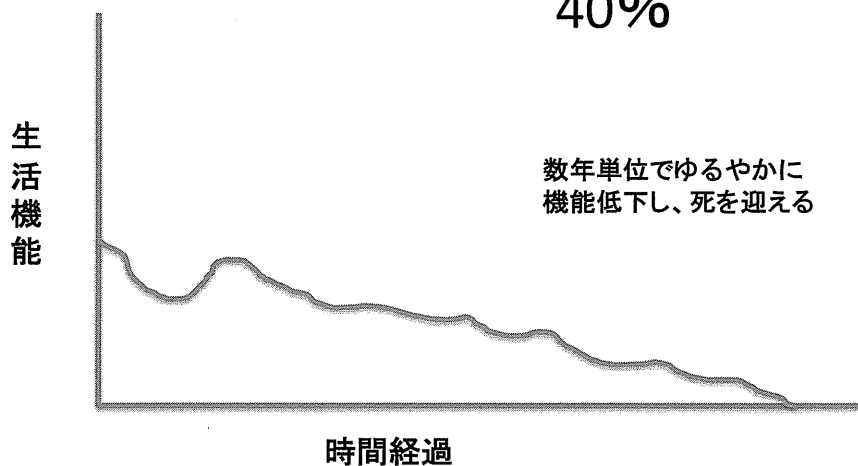
## ② 慢性疾患の経過



Lynn & Adamson, Living Well at the End of Life - RAND Corporation, 2003<sub>37</sub>

### ③ 認知症・老衰の経過

40%



Lynn & Adamson, Living Well at the End of Life - RAND Corporation, 2003<sub>58</sub>

#### 事例

### 前立腺癌の90代男性

- 在宅療養中は抗がん剤(ホルモン剤)治療で
- 疾患の進行抑制(抗腫瘍効果がみられた)
- 肺炎、食思不振で入院(在宅看取りの意思固まらず)
- 入院中に抗がん剤中止
  - 1日薬価12000円(エンザルタミド160mg)
  - ホスピス入院の包括診療では継続困難
- 疾患は進行(PSA急上昇)
- 全身状態はいったん改善し再び在宅へ
- 抗がん剤は最期まで続けるのか? 最期はどこで?

59



## 寝たきり状態の70代男性

- 原因不明の骨硬化にて寝たきり状態
- 貧血進行にて在宅で輸血を繰り返す
- 入院中は絶食だが、自宅ではどうしても食べたい  
とって経口摂取すると
- 誤嚥(発熱、食思不振)を繰り返し、その都度入院  
加療
- 在宅で持続中心静脈栄養実施中
- 家族は妻のみ。どこまで肺炎治療を行うか？

60

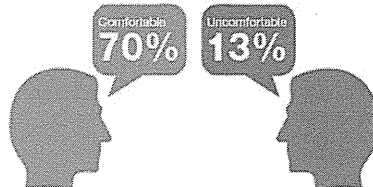
## WE SAY WE'RE CONFIDENT

*Let's talk about it*

Dying Matters

### Discussing death

Most people express a considerable degree of confidence around discussing death and planning for the end of life.



70% say they feel comfortable talking about death; just 13% feel uncomfortable doing this.



The majority express confidence about planning in relation to one or more aspects of the end of life; 73% feel confident about making financial plans for the end of life, while 79% feel confident about planning for the right sort of support and care.

[www.dyingmatters.org](http://www.dyingmatters.org)

61

## BUT WE'RE NOT TAKING ACTION

Dying Matters

Let's talk about it

ComRes research released for Dying Matters Awareness Week 2014 found:

- Just 36% of adults said they had made a will
- 29% had let someone know their funeral wishes
- 6% had written down wishes or preferences about the care they would want if they couldn't make decisions
- 51% of people with a partner were unaware of their wishes

[www.dyingmatters.org](http://www.dyingmatters.org)

62

## 嚥下障害のある80代男性

63

- 脳梗塞後遺症で片麻痺と認知症がある
- 嚥下障害が増悪、誤えん性肺炎で入院
- 誤嚥・窒息を繰り返し、経口摂取不能に
- 本人はごく簡単な応答以外は意思表示困難
  
- 栄養方法と療養場所をどうするか？

## 嚥下障害のある80代男性(続き)

64

- 栄養方法と療養場所をどうするか？
  - 患者本人は自分で意思表示ができない
  - 身内は、80代の妻(同居)、長男、次女、三女と家族
  - 主に介護をしているのは、妻と三女、妻も疾患をもっている
  - 家族全体で話し合い、意思決定のキーパーソンは長男
  - 若い頃から無口で頑固な人、終末期の希望について話し合ったことはなかった
  - 最終的に外科的に胃瘻造設したが、その後も退院に至らず

## Advance Care Planning (ACP)

- 将来起こりうる人生の最終段階における医療やケアに関して事前に相談し、計画するプロセス
- 患者のQOL向上、ホスピス入院の増加
- 家族の代理意思決定に関する葛藤の減弱、その後の悲嘆反応の軽減に有用



NHSガイドブック

65

## 治療の目標・価値観・代理決定者は？

Planning for your future care 2

- 会話を始める
- 自分の願いや希望、考え方を示す
- どのような選択肢があるか探る  
(治療、栄養、点滴、最期の場所など)
- 自分のことで誰に相談してほしいか
- 家族など周りの人達に希望を伝える
- 代理決定者について相談する



Opening the conversation

A conversation about advance care planning may be prompted by:

- ☐ The wish to make plans just in case something unexpected happens
- ☐ Planning for your future or for retirement
- ☐ The diagnosis of a serious or long term condition or being aware that you may have a limited time to live
- ☐ The death or serious illness of a spouse, partner, relative or friend.

Not everyone will choose to engage in such a conversation and that is fine. However, talking and planning ahead means that your wishes are more likely to be known by others. This is important for those responsible for making decisions about your care if you lose capacity to make your own decisions.

何かを決定することをめざすのではなく、話し合うプロセスとして重視

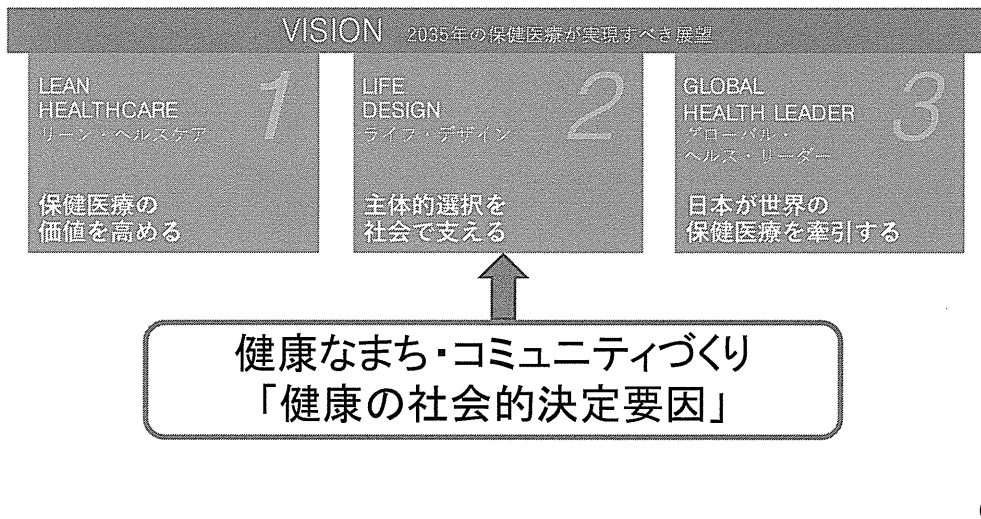
66

### 今日のお話

1. 「保健医療2035」のご紹介
2. 20年後に向けたプライマリ・ケアのあり方は？
3. 今、我々(医療者、研究者)は何にとりくむべきか？

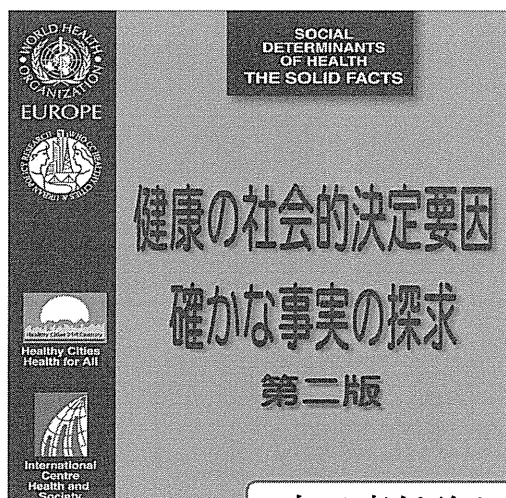
多疾患併存の超高齢者のケアを包括的にコーディネートし、余命を考慮した上で、家族・社会経済状況、価値や希望に応じて Advance care planningまで行いつつ最期まで診ることが適切に行われるにはどうしたらよいか？

67



- 重症化予防の徹底による医療費削減
  - 公的保険を補完する財政支援の仕組みの確立
  - 「健康への投資」による生活の質と生産性の向上
  - 医療等IDを用いたデータ突合による予防・健康に関する科学的エビデンスの蓄積
  - ICT(情報通信技術)の活用による診療実績の見える化の推進
  - 遠隔診断・治療・手術などの基盤確立
  - 遺伝子解析、遺伝子情報の取り扱いに関する法整備
  - 地域総合ケアステーションの設置
  - 「たばこフリー」オリンピックの実現
  - 「保健医療2035」モデルシティーの認定
- 69

# The Solid Facts (WHO)



## はじめに -INTRODUCTION-

最も裕福な国においてさえ、低所得者は高所得者に比べて寿命が短く、疾病負担は高い。このような健康格差は重大な社会的不平等であるだけでなく、科学的見地から現代社会における健康水準に最も強く影響を与えるいくつかの要因に注目するきっかけを作ってきた。こうした状況は、特に社会的環境に対する注目すべき健康に対する関心を増

し、健康の社会的決定要因として知られるようになったものを選び出している。本書は、公共政策分野に関連がある、この新しい領域の最重要部分を概観したものである。取り上げられた10テーマは、幼少期における健康の決定要因の生涯にわたる影響性、貧困、虐待、労働条件、失業、社会的支援、食料の不安定な供給に交通手段の影響を含む

People's lifestyles and the conditions in which they live and work strongly influence their health.



自己責任論からの脱却

## 保健医療2035 3つのビジョン

保健医療  
2035  
実現の展望

### VISION 2035年の保健医療が実現すべき展望

LEAN  
HEALTHCARE  
リーン・ヘルスケア

1

保健医療の  
価値を高める

LIFE  
DESIGN  
ライフ・デザイン

2

主体的選択を  
社会で支える

GLOBAL  
HEALTH LEADER  
グローバル・ヘルス・リーダー

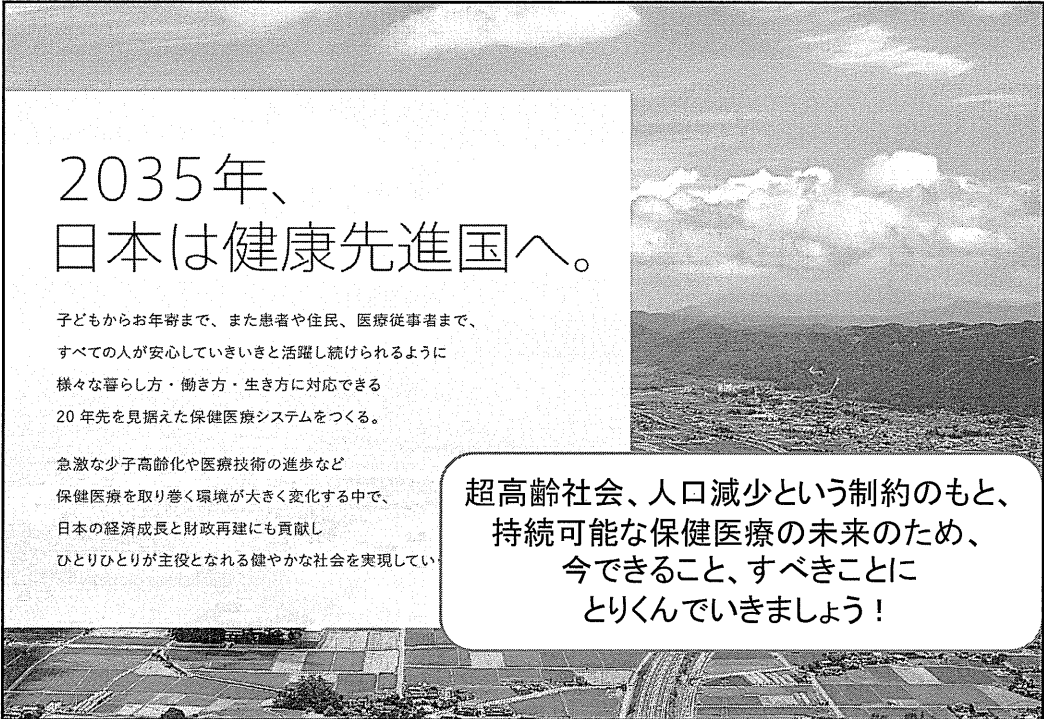
3

日本が世界の  
保健医療を牽引する

保健医療による国際貢献、リーダーシップ

- 世界をリードする厚労省
  - 健康危機管理体制の確立（「健康危機管理・疾病対策センター」の創設）
  - グローバル・ヘルス・イニシアティブの策定
  - 保健医療補佐官（Chief Medical Officer）」および「グローバルヘルス戦略官」の創設
- オリンピックに向けた国際的診療体制の確立
- UHCや医薬品等承認などのシステム構築の支援
- グローバル・ヘルス・サミットの開催
- 社会的インパクト投資

- 厚生労働省内で実行推進本部を設置し、提言内容について広く国民的議論を喚起するとともに、十分な議論を経たのちに、実行可能な短期の施策から着実に実施すべきである。
- 「保健医療2035」の進捗を適宜フォローアップしていくための体制を構築する。
- 20年後を見据えた提言を行うにあたり、敢えて議論を喚起する提案も施策例として記載している。その内容や是非も含め、この提言書に関して忌憚のないご意見・ご批判をいただき、国民的議論の端緒としていただきたい。
- そのような議論こそが、よりよい未来を創造する第一歩になるものと確信している。



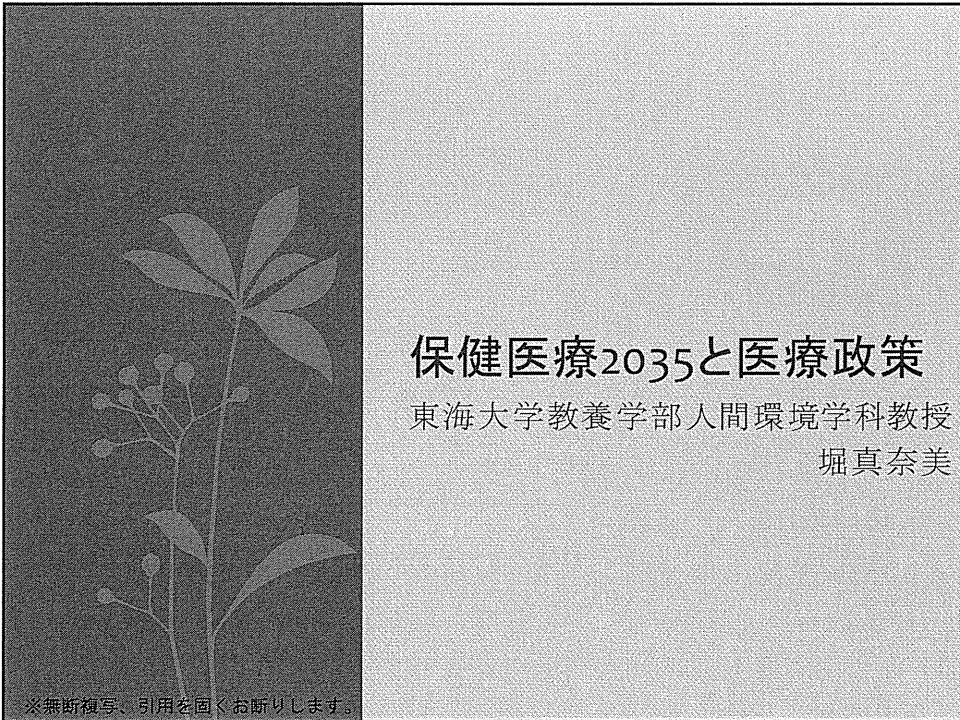
## 2035年、 日本は健康先進国へ。

子どもからお年寄まで、また患者や住民、医療従事者まで、  
すべての人が安心していきいきと活躍し続けられるように  
様々な暮らし方・働き方・生き方に対応できる  
20年先を見据えた保健医療システムをつくる。

急激な少子高齢化や医療技術の進歩など  
保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、  
日本の経済成長と財政再建にも貢献し  
ひとりひとりが主役となる健やかな社会を実現してい

超高齢社会、人口減少という制約のもと、  
持続可能な保健医療の未来のため、  
今できること、すべきことに  
とりくんでいきましょう！





## はじめに

国民皆保険が達成したのは1961年。  
制度創設以降、改革は繰り返し行われている。  
だが、局所的な改革が多く、構造的な改革は少ない。

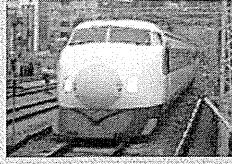
従来の制度枠組みでは、社会環境(人口構造、雇用形態、家族のあり方)の変化に対応することが困難になりつつある。

社会環境  
の変化

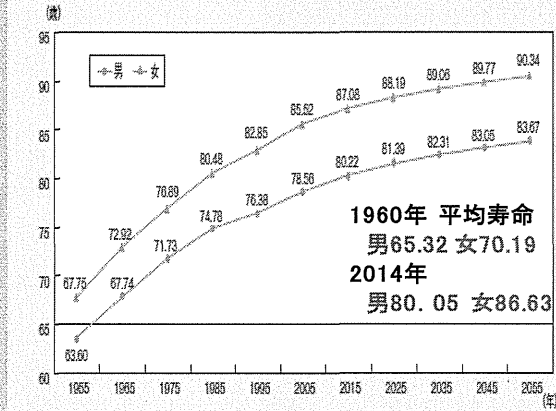
制度の  
構造的な  
問題

財政再建

# 社会環境の変化と平均寿命の伸長



1960年代前半といえば・・・  
 高度経済成長期  
 カラーテレビ  
 公害発生  
 NHK朝の連続テレビ小説  
 ベルリンの壁の設置  
 日本の初のテレビアニメ  
 東海道新幹線開通  
 ビートルズ  
 産業構造変化（第一次産業の衰退）  
 所得倍増計画



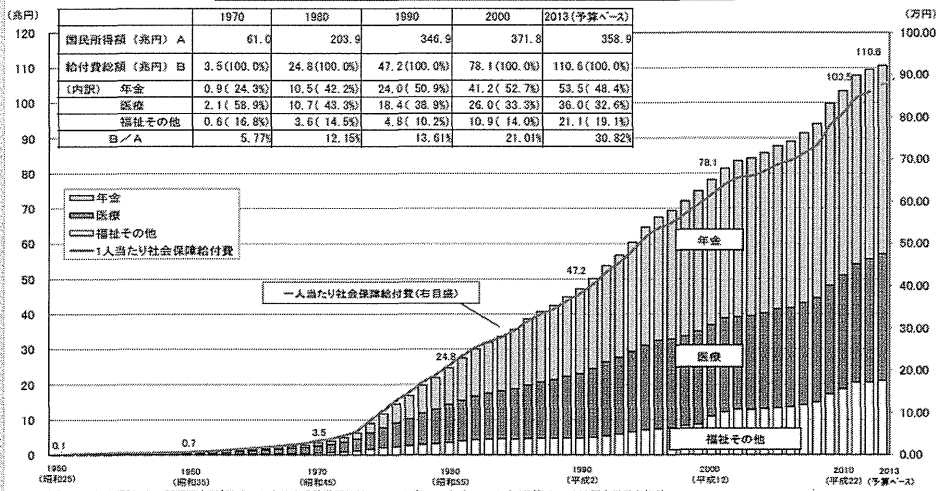
資料：2055年までは、厚生労働省「完全寿命表」  
 2015年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生率・死亡・中位仮定による最新結果

今後は  
 団塊世代の高齢化など  
 「非円すつ自然増」が  
 見込まれる

# 社会保障給付費の推移

本来、増加＝悪ではない。  
 仕送りがなくても生活が  
 できるようになったと考えると  
 豊かな高齢社会

社会保障給付費の推移

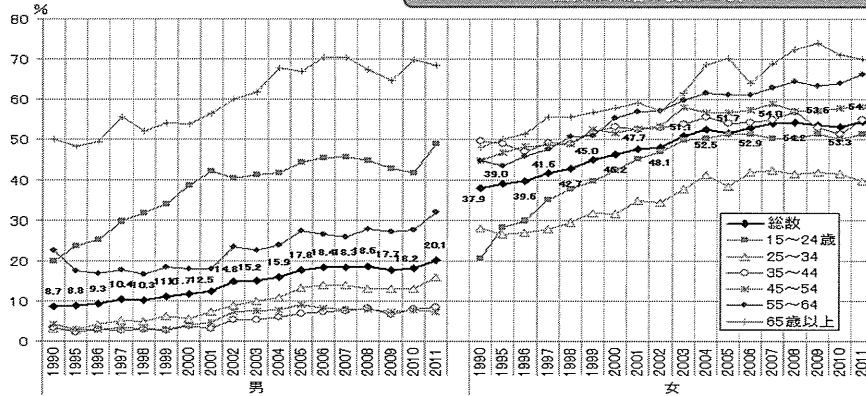


社会  
環境の  
変化

## 雇用環境の変化

非正規雇用者比率の推移(男女年齢別)

特に若者層、女性の非正規雇用の増加、  
国保加入層の変化にも。



(注) 非農林業雇用者(役員を除く)に占める割合。1~3月平均(2001年以前は2月)。非正規雇用者にはパート・アルバイトの他、派遣社員、契約社員、嘱託などが含まれる。数値は男及び女の総数の比率。2011年は岩手・宮城・福島を除く。  
(資料) 労働力調査

社会  
環境の  
変化

## 産業構造の変化

年次	就業者数 (1,000人)				割合 (%)		
	総数	第1次産業	第2次産業	第3次産業	第1次産業	第2次産業	第3次産業
1950	36,025	17,478	7,838	10,671	48.5	21.8	29.6
1955	39,590	16,291	9,247	14,051	41.1	23.4	35.5
1960	44,042	14,389	12,804	16,841	32.7	29.1	38.2
1965	47,960	11,857	15,115	20,969	24.7	31.5	43.7
1970	52,593	10,146	17,897	24,511	19.3	34	46.6
1975	53,141	7,347	18,106	27,521	13.8	34.1	51.8
1980	55,811	6,102	18,737	30,911	10.9	33.6	55.4
1985	58,357	5,412	19,334	33,444	9.3	33.1	57.3
1990	61,682	4,391	20,548	36,421	7.1	33.3	59
1995	64,142	3,820	20,247	39,642	6	31.6	61.8
2000	62,978	3,173	18,571	40,485	5	29.5	64.3
2005	61,506	2,966	16,065	41,329	4.8	26.1	67.2
2010	59,611	2,381	14,123	39,646	4	23.7	66.5

資料: 総務省統計局「国勢調査報告」

社会  
環境の  
変化

## 人口の高齢化

高齢化25%超  
10年後、30%超  
20年後は？

高齢者人口及び割合の推移

年次	総人口 (万人)	高齢者人口 (万人)				総人口に占める割合 (%)			
		65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上
昭和25年 (1950)	8320	411	234	106	37	4.9	2.8	1.3	0.4
30年 (1955)	8928	475	278	139	51	5.3	3.1	1.6	0.6
35年 (1960)	9342	535	319	163	67	5.7	3.4	1.7	0.7
40年 (1965)	9827	618	362	187	78	6.3	3.7	1.9	0.8
45年 (1970)	10372	733	435	221	95	7.1	4.2	2.1	0.9
50年 (1975)	11194	887	542	284	120	7.9	4.8	2.5	1.1
55年 (1980)	11706	1065	689	366	162	9.1	5.7	3.1	1.4
60年 (1985)	12105	1247	828	471	222	10.3	6.8	3.9	1.8
平成2年 (1990)	12361	1493	981	599	296	12.1	7.9	4.8	2.4
7年 (1995)	12557	1828	1187	718	398	14.6	9.5	5.7	3.1
12年 (2000)	12693	2204	1492	901	486	17.4	11.8	7.1	3.8
17年 (2005)	12777	2576	1830	1164	636	20.2	14.3	9.1	5.0
22年 (2010)	12806	2948	2121	1419	820	23.0	16.6	11.1	6.4
24年 (2012)	12750	3074	2256	1517	892	24.1	17.7	11.9	7.0
25年 (2013)	12726	3186	2317	1560	930	25.0	18.2	12.3	7.3
平成27年 (2015)	12660	3395	2424	1646	1013	26.8	19.1	13.0	8.0
32年 (2020)	12410	3612	2797	1879	1173	29.1	22.5	15.1	9.4
37年 (2025)	12066	3657	2850	2179	1339	30.3	24.5	18.1	11.1
42年 (2030)	11682	3685	2949	2275	1571	31.6	25.3	19.5	13.5
47年 (2035)	11212	3741	2945	2245	1627	33.4	26.3	20.0	14.5

資料：昭和25年～平成22年は「国勢調査」、平成24年及び25年は「人口推計」  
平成27年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生（中位）死亡（中位）推計（国立社会保険・人口問題研究所）から作成  
注1）平成24年及び25年は9月15日現在、その他の年は10月1日現在  
注2）国勢調査による人口及び割合は、年齢不詳をあん分した結果  
注3）昭和45年までは沖縄県を含まない。

社会  
環境の  
変化

## 世帯構造の変化

年次	総数	世帯構造							世帯類型			平均世帯人員
		単身世帯	夫婦のみ の世帯	夫婦と未婚 の子のみの世帯	ひとり親と 未婚の子のみの世帯	三世帯 世帯	その他の 世帯	高齢者 世帯	母子世帯	父子世帯	その他の 世帯	
昭和61年	37 544	6 826	5 401	15 525	1 908	5 757	2 127	2 362	600	115	34 468	3.22
平成元年	39 417	7 866	6 322	15 478	1 985	5 599	2 166	3 057	554	100	35 707	3.10
4	41 210	8 974	7 071	15 247	1 998	5 390	2 529	3 688	480	86	36 957	2.99
7	40 770	9 213	7 488	14 398	2 112	5 082	2 478	4 390	483	84	35 812	2.91
10	44 496	10 627	8 781	14 951	2 364	5 125	2 648	5 614	502	78	38 302	2.81
13	45 664	11 017	9 403	14 872	2 618	4 844	2 909	6 654	587	80	38 343	2.75
16	46 323	10 817	10 161	15 125	2 774	4 512	2 934	7 874	627	90	37 732	2.72
19	48 023	11 983	10 636	15 015	3 006	4 045	3 337	9 009	717	100	38 197	2.63
22	48 638	12 386	10 994	14 922	3 180	3 835	3 320	10 207	708	77	37 646	2.59
25	50 112	13 285	11 644	14 899	3 621	3 329	3 334	11 614	821	91	37 586	2.51
26	50 431	13 662	11 748	14 546	3 576	3 464	3 435	12 214	732	101	37 384	2.49
昭和61年	100.0	18.2	14.4	41.4	5.1	15.3	5.7	6.3	1.6	0.3	91.8	・
平成元年	100.0	20.0	16.0	39.3	5.0	14.2	5.5	7.8	1.4	0.3	90.6	・
4	100.0	21.8	17.2	37.0	4.8	13.1	6.1	8.9	1.2	0.2	89.7	・
7	100.0	22.6	18.4	35.3	5.2	12.5	6.1	10.8	1.2	0.2	87.8	・
10	100.0	23.9	19.7	33.6	5.3	11.5	6.0	12.6	1.1	0.2	86.1	・
13	100.0	24.1	20.6	32.6	5.7	10.6	6.4	14.6	1.3	0.2	84.0	・
16	100.0	23.4	21.9	32.7	6.0	9.7	6.3	17.0	1.4	0.2	81.5	・
19	100.0	25.0	22.1	31.3	6.3	8.4	6.9	18.8	1.5	0.2	79.5	・
22	100.0	25.5	22.6	30.7	6.5	7.9	6.8	21.0	1.5	0.2	77.4	・
25	100.0	26.5	23.2	29.7	7.2	6.6	6.7	23.2	1.6	0.2	75.0	・
26	100.0	27.1	23.3	28.8	7.1	6.9	6.8	24.2	1.5	0.2	74.1	・

資料：厚生労働省「平成26年国民生活基礎調査の概況」