

## 介護保険分析に見る性差

—苫小牧市のデータ分析から—

伊藤春樹 佐々木政人

### An Analysis on the Long Term Care Insurance from the Sex Difference Point of View

—From the data analysis of “Tomakomai-shi” in Japan—

Haruki Ito, Masahito Sasaki

**要旨：**年々、平均寿命の男女差が広がっている。本研究では、この男女差が介護保険にどのような現象を起こし、どのような影響を与えているのかを苫小牧市を事例に、考察した。

この男女差が乳幼児死亡率の低下によるものか、高年齢層の平均余命の伸びによるものなのか明らかにした後に、介護保険の要介護認定にどのような影響を与えているかを調べた。

介護保険が始まって以来、今日までの全ての要介護認定結果の分析では、男性が女性よりも重度に認定されていた。初回認定結果も軽度である女性のほうが多く、その後の更新を繰り返す中でも男性よりも軽度の要介護認定結果を継続していた。そこで、更新ごとの要介護度の改善、維持や重度化の過程を調べることで、明らかにするとともに、死亡した人の中に占める男性の割合の多さを明らかにした。女性が軽度に認定される現実を様々な視点から分析をし、この現実が起こる理由を考えるとともに一つの仮説を明示した。

**Keywords：**介護保険・平均余命・男女差・要介護度

Long term care insurance, An average life span, Sex difference, Care degree required

#### 1. はじめに

人間の一生において、幼児期と高齢期に関してはあまり性差というものを配慮せず研究されているような一面があるが、長い間、平均寿命の男女差は拡大傾向にある。そして、平均寿命が近年初めて減少した2005年でも、男女差は0.01歳広がった。この男女の平均寿命の差は、1947年に3.90歳だったものが2005年には6.96歳まで広がった。この6年間でも男性で0.81歳、女性で0.89歳平均寿命が伸びたが、0歳、65歳、80歳の平均余命の比較では、高齢になればなるほど平均余命の伸びは男女とも短くなる(表1-1の6年間の変化の欄を参照)。しかし、平均寿命の男女差は、加齢とともに大きくなっていて、高齢女性の平均余命が男性に比べて著しく長くなっていることを示している(表1-1)。昔は、平均寿命も短く、乳幼児の死亡率が高かったため、この乳幼児の死亡率を下げれば、平均寿命は画期的に延長することもあって、わが国でも以前は乳幼児の死亡率の改善に力を入れていた。しかし、ここに示した2000年からの5年間のデータからは、世界でも非常に長寿である最近の日本の平

均寿命の伸びはもはや乳幼児の死亡率の低下によるものではなく、高齢者の自身の平均余命の伸びによるものであることを示している。

表 1-1. 0 歳、65 歳、80 歳の平均余命とその男女差

西暦	男性			女性			平均余命の男女差 (女性-男性)		
	0 歳	65 歳	80 歳	0 歳	65 歳	80 歳	0 歳	65 歳	80 歳
2000 年	77.72	17.54	7.96	84.60	22.42	10.60	6.88	4.88	2.64
2001 年	78.07	17.78	8.13	84.93	22.68	10.80	6.86	4.90	2.67
2002 年	78.32	17.96	8.25	85.23	22.96	11.02	6.91	5.00	2.77
2003 年	78.36	18.02	8.26	85.33	23.04	11.04	6.97	5.02	2.78
2004 年	78.64	18.21	8.39	85.59	23.28	11.23	6.95	5.07	2.84
2005 年	78.53	18.11	8.23	85.49	23.16	11.11	6.96	5.05	2.88
6 年間の変化	0.81	0.57	0.27	0.89	0.74	0.51	0.08	0.17	0.24

注) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life05/index.html> の平均余命の年次推移から引用作成。平均余命の男女差は女性の平均余命から男性の平均余命を引いて求めた数値である。また、6 年間の変化は 2000 年と 2006 年に差である。

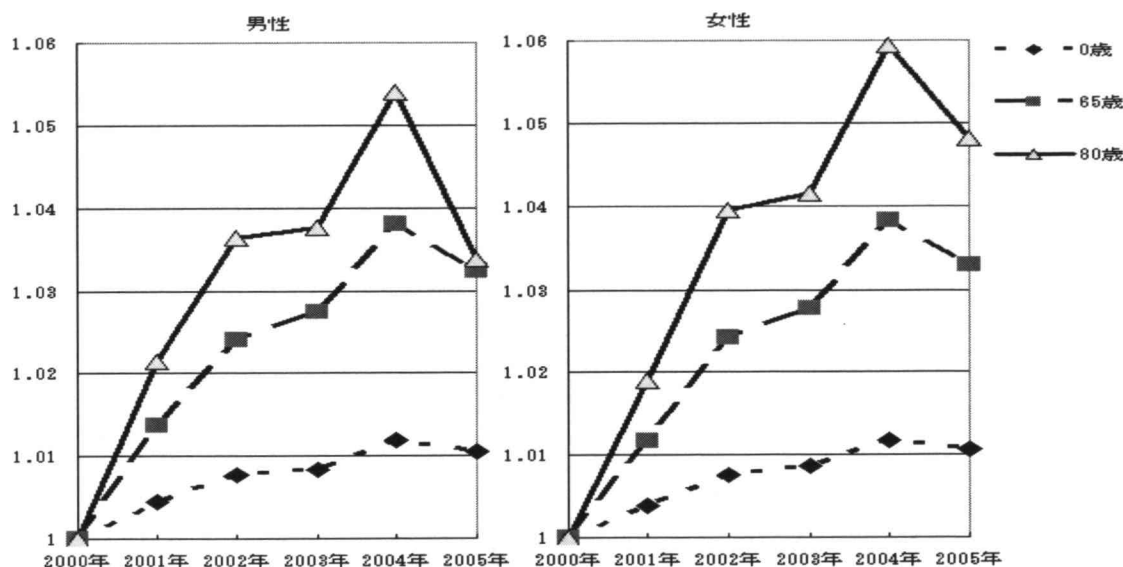


図 1-1. 2000 年から 2005 年の男女別、0 歳、65 歳、80 歳平均余命の推移

2000 年のそれぞれの平均余命を 1 としたときの各年の平均余命の比率。この 5 年間は 0 歳の平均余命 65 歳の平均余命の男女の各年の比率はほとんど差がないが、80 歳の平均余命の比率は差がある。

表 1-1 で示したものをさらに明らかにするために、図 1-1 に男女別の 0 歳、65 歳、80 歳平均余命の推移をグラフとして示した。これは 2000 年のそれぞれの平均余命を 1 としたときの各年の平均余命を比率で示したものである。男性も女性も最後の 2005 年を別にすれば毎年それぞれの年齢の平均余命は長くなり、高齢であるほど平均余命の増加率は図 1-1 で示すように増している。ところで少し詳細に見ていくと、0 歳と 65 歳の平均余命の伸びは男女とも非常に類似している。ところが 80 歳の平均余命は 2001 年には男性のほうが女性よりも 2000 年に比べての伸び率は高いが、2002 年からは逆転している。従って、前にも述べたように、少なくとも 2000 年以降の平均寿命の伸びには、高齢者の平均余命の伸びが大きな影響を与えているとともに、平均寿命における男女差の拡大の原因の一つになっている。

この高齢者の平均余命の伸びと、平均余命の男女差がどのような影響を介護保険に与えているか

(介護保険が平均余命に与えた影響かもしれないが)、苫小牧市から提供を受けたデータを基に考えてみたい。なお、苫小牧市から提供されたデータで、この小論に利用したのは以下のデータである。

- ・被保険者（資格取得喪失事由）一覧表（2006年9月現在）
- ・1999年の準備認定審査会から2006年7月7日までの介護認定実施状況一覧表

## 2. 苫小牧市の人口構成における男女別人口

図2-1の2004年12月の人口構成図であるが、概略を理解するために、20歳、40歳、60歳、80歳の男性、女性どちらの人数が多いか調べると、20歳、40歳では男性の方の人口が多いが、60歳でほぼ同数になり、80歳では女性の人口が男性を上回る。

この状況をより正確に示すために、図2-2に各年齢の男女別人数の差の推移を示した。20歳までは、常に男性の人数が多く、60歳頃までは男性が多くなったり女性が多くなったりしているが、60歳以上になると常に女性の人数が男性を上回っている。大きな傾向としては、50歳代までは男性が多く、それ以降は女性の人数が多くなる。また、男女別人数の差が82歳で267名と最高になって、82歳までは男性の死亡者数が女性のそれよりも多いが、その後は女性の死亡者数が男性の死亡者数よりも多くなり、男女の人数差を減少に転じている。

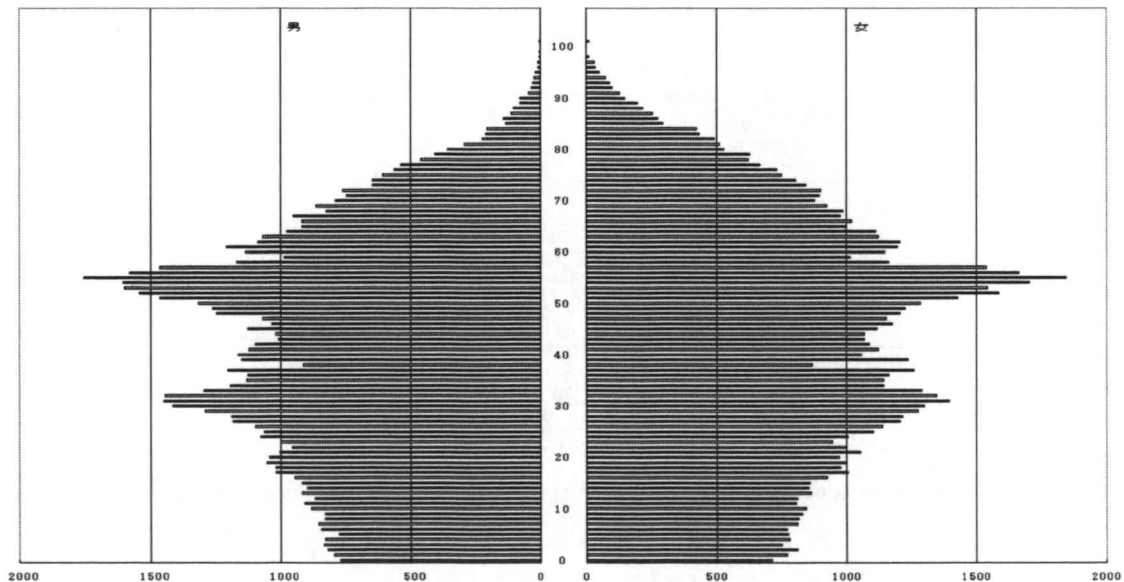


図 2-1. 苫小牧市の人口構成図（2004年12月のデータより作成）

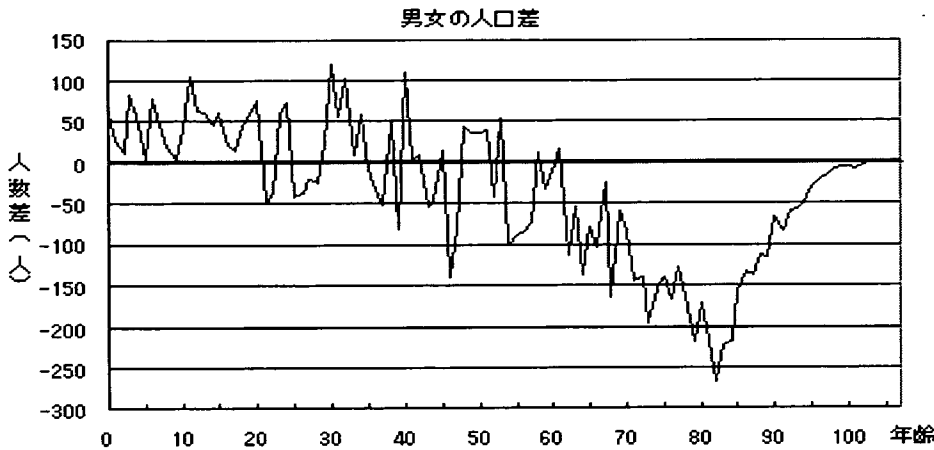


図 2-2. 年齢ごとの男性人口と女性人口の差の推移 (2004 年 12 月のデータより作成)

男性人口－女性人口で求めたので、プラスの数は男性人口が多く、マイナスは女性人口が多いことを示している。男女別の人口差は 82 歳が最大であるがそれ以降は差が減少するが、図 2-3 の男性の占める割合を考慮して考えれば、男性が殆どいなくなっていく状況が読み取れる。

そこで、図2-3のように年齢別人口に占める男性の割合の推移を見てみると、80歳以降も男性の割合は引き続き減少していることが分かるが、時々男性の割合が高くなったりするが最後には20-30%の間を上下して、100歳以上に達している。従って、この80歳代後半の上下する現象は、一つの市町村においては80歳後半以上の人口は多くないので、一人及び二人の死亡が大きく影響していることは容易に想像できる。

従って、一生を通じて、女性の割合は徐々に増加し、そして、逆に男性の割合は徐々に減少するが、人生の終盤にかけて男性の減少の割合が女性に比較して非常に多いので、結果として女性の人口に占める割合が高くなる。この現象は、ほとんどの市町村における高齢化率の男女差にも見られる。高齢化の問題は、男性よりも女性のほうが重要な問題である。

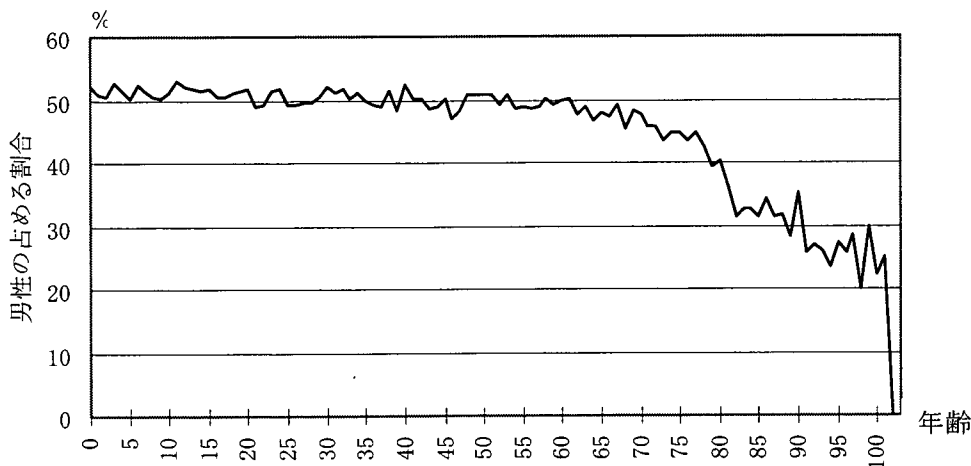


図 2-3. 年齢別、男性人口の総人口に占める割合 (2004 年 12 月のデータより作成)

### 3. 介護保険における男女別の特徴

苫小牧市における2006年9月時点での高齢化率は18.27（男性：16.01、女性：20.42）であり、現在までの介護給付の資格取得者は40,332名で男性44.6%、女性55.4%であったが、介護保険に申請した

人は9,137名で、男性が35.9%であるのに女性は64.1%である（表3-1）。このように10%近くも差のある男女割合について詳細に調べるために、要介護認定審査会に申請したグループとしなかったグループに分け、それぞれのグループをさらに生存者、死亡者に細分した。そして、最後に死亡者を申請者と無申請者に細分したものを再び示した（表3-1）。これによると資格取得者の22.7%<sup>1)</sup>が要介護認定審査会に認定を申請した人で（第1号被保険者に占める要介護認定者の割合：全国平均で15.7%、北海道もほぼ同じ<sup>2)</sup>）、この申請した人の中では男性が35.9%で、女性が64.6%である。申請した人の中では、生存している女性が圧倒的に多い。一方、申請をしていない人に占める男性の割合は47.1%で資格取得者の男性割合よりも少し高いが、申請しなくて生存している人の割合が45.2%と資格取得者の男性割合とほぼ同じにもかかわらず、申請もせず亡くなった人に占める男性の割合63.6%と比較できないほど高いことで、申請していない人に占める男性の割合を押し上げている。

表 3-1. 介護保険の資格取得者、申請者、利用者、死亡者などの人数とその男女割合

	資格取得者	申請者			申請なし			死亡者			
		生存者	死亡者	合計	生存者	死亡者	合計	申請者	申請なし	合計	
男性	17,979	1,814	1,470	3,284	12,636	2,059	14,695	1,470	2,059	3,529	
女性	22,353	4,152	1,701	5,853	15,321	1,179	16,500	1,701	1,179	2,880	
合計	40,332	5,966	3,171	9,137	27,957	3,238	31,195	3,171	3,238	6,409	
		男 女 割 合									
男性(%)	44.6	30.4	46.4	35.9	45.2	63.6	47.1	46.4	63.6	55.1	
女性(%)	55.6	69.6	53.6	64.1	54.8	36.4	52.9	53.6	36.4	44.9	
合計(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

死亡者において、申請した人でも申請しない人でも男性の占める割合は高くなるが、申請しないで亡くなる男性の割合が63.6%と非常に高い要因を検討する必要がある。すなわち、男性は介護の必要もなく死亡するのか、介護は必要であったが男性の介護の場合にはその介護が家族で行われている場合が多いのかなどを調べる必要がある。後者の場合には介護をする家族の意識の変化によって、今後介護保険の財政に大きな影響を及ぼす可能性があり、前者の場合ならば、どのような生活をすれば介護を受けずに人生を全うできるのか、期待と不安の両方を含んだ研究でもある。ただ残念なのは、直接介護保険を利用せずに亡くなった人の研究が今回の資料からではできず、単なる類推でしかないことを断らなければならない。

今までは介護保険給付の資格取得者に関する分析を行ったが、さらに詳しく分析するために、介護保険が始まってから現在までの間に行われた認定審査会の認定結果を分析した。苫小牧市では延べ35,562件の審査が行われたが、この認定結果を半年ごとにまとめると表3-2のようなものであり、要介護1と認定された延べ件数が最も高く、全体の約1/3に当る。

ところで『平成17年度版厚生労働白書』によれば「要支援・要介護1といった軽度者が84万人から185万人へ大幅に増加（120%増）し、要介護認定者数全体の48%を占めている<sup>3)</sup>」となっているが、苫小牧市の軽度の要介護認定者は要介護認定者全体の約50%を占めている。表3-2の半年ごとの認定結果からも、1999年10月から2000年3月までの305件の要支援認定者が、2005年10月から2006年3月までの330件と増加した（但し、2006年4月以降は改正されたので除外）。同じように1999年10月から2000年3月までの596件の要支援認定者が、2005年10月から2006年3月までの1,161件と増加、苫小牧市という一つの保険者においても全国での現象と類似したものが見られた。また、図3-1には、半年ごとの全ての認定結果の各要介護度別の割合を示した。準備認定審査会の期間で約40%の軽度の要介護認定者は、2005年10月から2006年3月まででは約60%に増加している。半年ごとの認定審査会へ

の申請件数は多少の増減はあるものの、ほぼ一定と考えることができるので、2003年4月以降は要支援と要介護1の軽度の要介護認定者が一定の割合を保った。1999年10月から2003年3月までは制度創設に伴う特殊な時期であって、今後、同じように推移すると考えられるのは2003年4月以降ということになる。

表 3-2. 半年ごと認定結果の要介護度別件数

	非該当	要支援1	要支援2	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
1999/10/1-2000/3/31	71	0	0	305	596	462	287	296	292	2,309
2000/4/1-2000/9/30	39	0	0	291	590	456	246	224	265	2,111
2000/10/1-2001/3/31	13	0	0	411	887	628	359	273	256	2,827
2001/4/1-2001/9/30	16	0	0	440	1,049	684	359	277	248	3,073
2001/10/1-2002/3/31	12	0	0	389	740	491	270	203	235	2,340
2002/4/1-2002/9/30	14	0	0	428	765	433	213	168	211	2,232
2002/10/1-2003/3/31	13	0	0	462	905	529	283	199	259	2,650
2003/4/1-2003/9/30	9	0	0	504	940	382	266	200	230	2,531
2003/10/1-2004/3/31	12	0	0	454	1,027	443	369	239	272	2,816
2004/4/1-2004/9/30	13	0	0	511	1,082	421	291	241	266	2,825
2004/10/1-2005/3/31	16	0	0	416	1,209	464	367	260	284	3,016
2005/4/1-2005/9/30	7	0	0	440	1,114	423	332	181	131	2,628
2005/10/1-2006/3/31	5	0	0	330	1,161	425	320	196	131	2,568
2006/4/1-2006/7/7	5	159	364	23	340	251	218	144	132	1,636
合計	245	159	364	5,404	12,405	6,492	4,180	3,101	3,212	35,562

注) 要支援1、要支援2は2006年4月からのものなので、当然それ以前の認定結果には現れてこない。また、最初の一年に数多くの非該当者が出ているが、その後非該当者の数が減少してきているのは、制度が定着したためである。

この軽度の要介護認定者の増加が、住民の権利意識の高まりによって軽度の要介護認定を受ける可能性のある第一号被保険者が申請をし始めたのか、それとも軽度に要介護認定された人が繰り返し同じ要介護度に認定されているのかは大きな違いがある。従って、初回申請に限って、半年ごとの認定結果の要介護度別割合を調べてみた(図3-2)。初回申請者の半年ごとの認定結果の要介護度別割合の推移を見るとときには、準備認定審査会が行われていた1999年10月から2000年4月までの間のデータは、制度が創設され、初めて申請が開始されたため、本来ならばすでに介護が必要であった重度の要介護者が多く申請したと考えられるので、特別な状況と判断しなければならないことは前にも述べた。そこでこの時期を除いて考えると、初回認定時において、特に軽度な要介護認定者が増加している現象は見られない。このことは、軽度の要介護認定者の増加は、初回認定時に軽度の要介護認定者を多く出現させたわけではなく、長期にわたって、繰り返して軽度の要介護度認定されている人が多いことを示しているか、あるいは認定を繰り返す中で、重度要介護認定者が多数軽度に改善した結果と考えることができる。

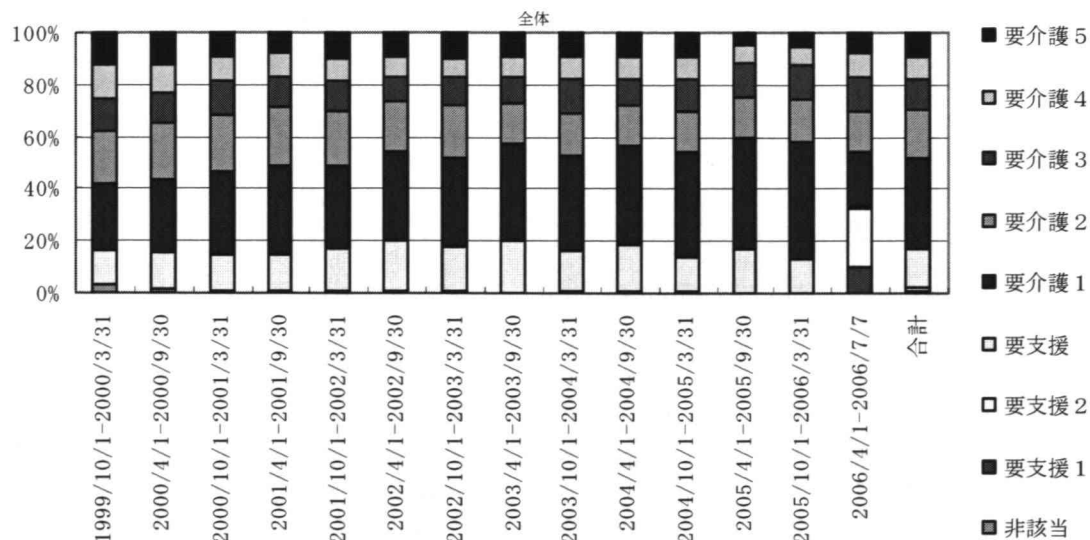


図 3-1. 半年ごと認定結果の要介護度別割合の推移

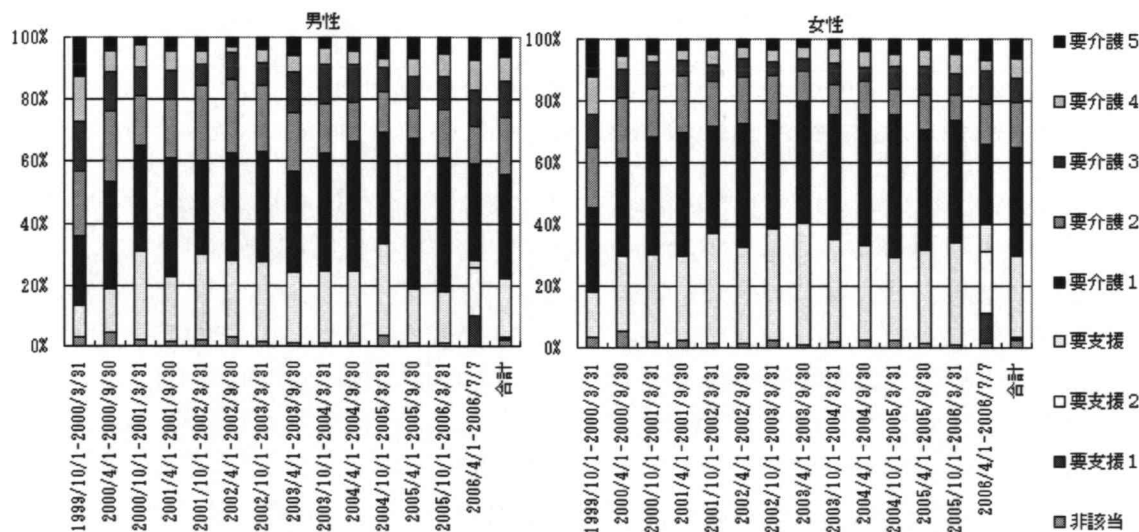


図 3-2. 男女別、初回申請者の半年ごとの認定結果の要介護度別割合

ところが、小樽市のデータではあるが、重度要介護認定者が軽度に改善する割合は10%程度しかなく、逆に重度化する割合は20%-30%あった<sup>4)</sup>。このような事実から改善した要介護認定者は少なく、加齢とともに重度化する傾向にあることは誰にでも理解できる。従って、軽度の要介護認定者が多いのは、要支援から要介護1と重度化した人と、要介護1と認定されてその認定結果を繰り返す人が多いという結果になる。全体としてこのような傾向のあることを前提に、男女差を図3-2で見ると、初回認定において要支援や要介護1の軽度の要介護度認定者が男性よりも女性のほうが20%近く多い時期がある。逆に、初回認定において、要介護2からの重度の要介護認定者は男性の方が多くなっている。従って、全期間を通して、初回認定時において男性が女性よりもより重度に認定されている。この初回の認定結果の男女の差が認定を繰り返すうちにどのような影響を示すのか提示するために、図3-1のデータを男女別にまとめたものが、図3-3である。この男女別に分析した図3-3でも、女性のほうが軽度の要介護度認定者の割合が高い傾向が見て取れる。特に、複数回数認定審査

会への申請を繰り返している人が多くなる最近に近い半年になるほど、半年間に認定される要介護1の割合が男女ともに高くなっているが、男性よりも女性のほうが明らかに高くなっている。

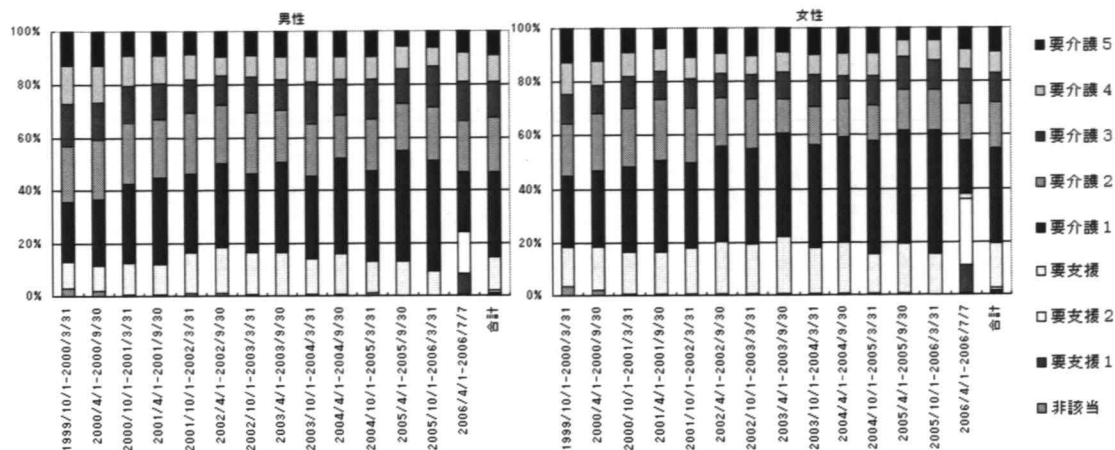


図 3-3. 男女別、半年ごとの認定結果の要介護度別割合の推移

女性に軽度の要介護認定者が多いことは理解できたが、年齢区分ごとに占める要介護認定結果の割合を示したものが図3-4である。男性の軽度の要介護認定者は比較的高齢な人に多いが、女性は比較的低年齢の高齢者に軽度の要介護認定者が多いことを示している。このように、若くて軽度な要介護認定者が女性に多いことは、長期間にわたって介護給付を受ける可能性があることを明らかに示している。

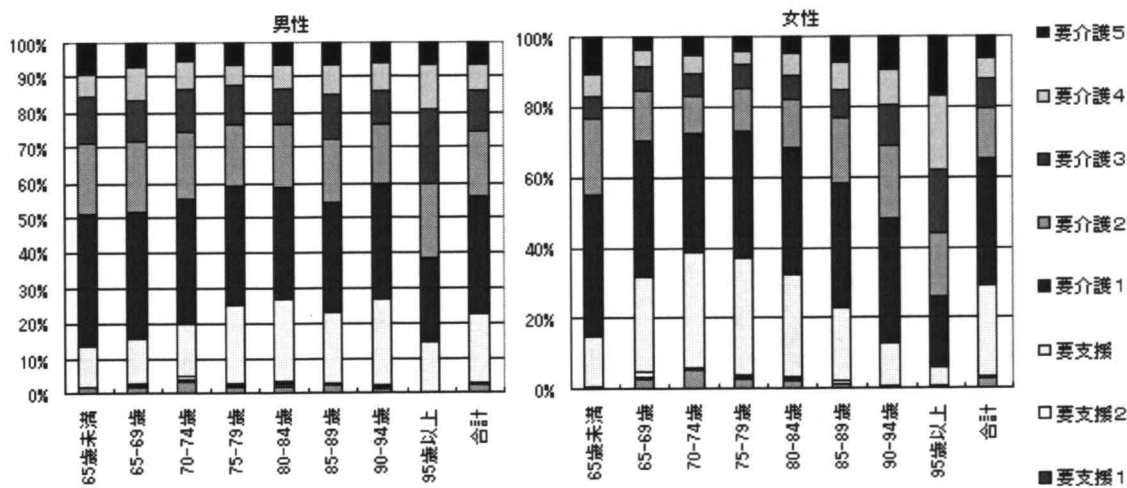


図 3-4. 年齢区分別、初回認定結果の要介護度別割合

後でも別の角度から詳細に述べるが、認定回数ごとに認定された要介護度別割合を男女別に示すと図3-5のようになる。男女ともに7回目までは比較的直線的に重度化が進んでいるが、それ以降はデータ数が少ないので一定の規則性があるのかどうかは明らかではないが、要介護5の割合が減少しているが要介護2以上の重度の人の割合が減少しているわけではない。今後データが集積されれば、どのような傾向になるのかは明確にされるものと思うが、現段階ではこれ以上明らかにすることはできない。



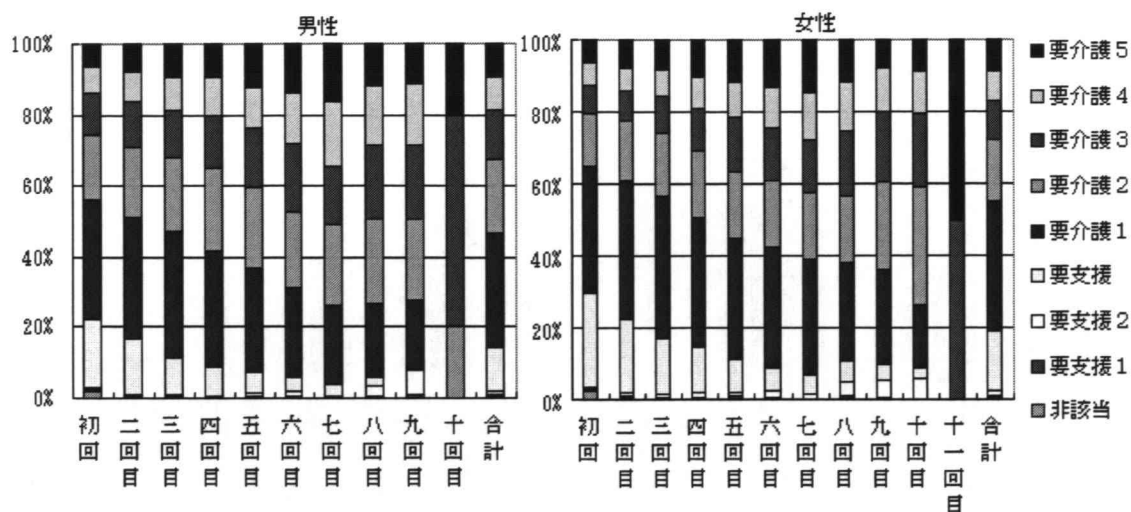


図 3-5. 男女別、認定回数ごとの要介護度別割合の推移

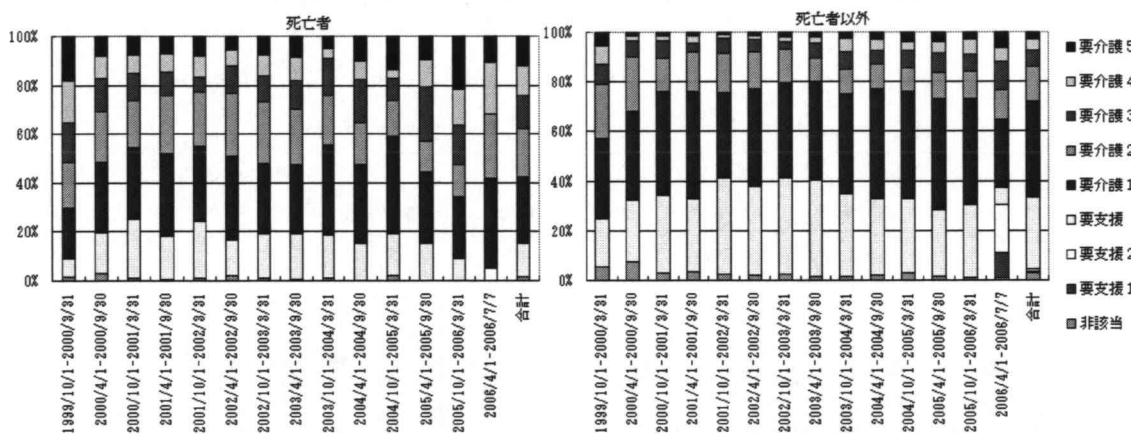


図 3-6. 死亡者と死亡者以外別、半年ごとの初回認定結果の要介護度別割合の推移

ところで、初回申請時に軽度の要介護認定を受けることがどのような意味を持っているのか、死亡者と生存者の初回の要介護認定別の割合を比較してみたものを図3-6に示した。初回にどのように認定されても死はまぬがれることは出来ないが、明らかに重度の要介護度に認定された人が死亡している割合は高く、軽度に要介護度を認定されるほど生存する割合は高い。特に、生存者の75%近くの人が要支援や要介護1と初回の認定審査会で認定されているが、死亡者の約45%が要支援や要介護1と認定された人であって、30%近くの差がある。

この死亡者と生存者の中で明快になった軽度の要介護認定者のほうが生存する可能性が高いということは、男女別の要介護度認定結果では、女性のほうが軽度に初回に要介護認定される割合が男性よりも高いことは述べたが、軽度に要介護認定される確率の高い女性だから、長期間にわたって介護を受けるという結果を生み出している。

#### 4. 男女別の要介護度の変化

認定審査会へ申請する人は、表3-1に示したように圧倒的に女性の割合が多いことを示したが、男女別に認定審査の更新を行うたびごとの要介護度の変化を調べることにする。当然、変化をとらえるときに何を基準にするかは重要であり、加齢とともに変化する現状があることを考えれば時間という機軸をとることには意味があるが、ここでは変化をより重要視して分析することにした。この

ために、時間という機軸よりも、時間という概念に関して少しあいまいになることを理解した上で、更新回数という機軸に基づいて分析した。この更新回数という基軸にしても時間という機軸に比べて大きな違いがないことは今までの研究で調べてきた<sup>5)</sup>。大きな違いが生じなかったのは、介護保険法第28条（要介護認定の更新）で要介護認定の有効期間が定められ、認定の有効期限は原則新規・区分変更申請は6ヶ月、更新申請は12ヶ月とされているが、安定している利用者に関しては2年間の有効期間が認められているからである<sup>6)</sup>。従って、区分変更申請<sup>7)</sup>が行われたい限り、二回目の申請は半年後に、その後は毎年繰り返されることが前提になっている。

また、社会福祉においては申請主義という考え方が以前は存在したが、この考え方に沿えば、更新申請は必要でなく、新規申請と区分変更申請とがあれば十分に機能すると考える立場もある。さらに、更新申請という仕組みが、介護保険のかかわる事務業務を膨大に膨らませ、保険者である市町村に大きな負担を強いている現実を無視できないと考えるので、このような分析をして問題点を明快にしたい。

これらの前提の下に、更新回数ごとの要介護度の変化を調べる。表4-1は男女別ではなく全体の初回認定を基準にしたときに二回目の認定結果がどのように変化したかを示したもので、表4-2は表4-1で分析したものを、改善、維持、重度化、死亡、転出・その他に分類しその割合を計算して、初回到認定された結果ごとにまとめたものである。

表 4-1. 初回認定結果から二回目認定結果の間の変化

	非該当	初回認定結果					合計			
		要支援 1	要支援 2	要支援	要介護 1	要介護 2		要介護 3	要介護 4	要介護 5
非該当	8			13	3	1				25
要支援 1				33	2	1				36
要支援 2	1			17	34	4	1			57
二 回 目 認 定 結 果	要支援	64		1,157	156	13	2			1,392
要支援 1	41	1		508	2,011	187	24	7	1	2,780
要支援 2	5	1		55	309	806	106	10	3	1,295
要支援 3	5			19	76	179	388	66	5	738
要支援 4	3			11	42	42	109	284	33	524
要支援 5				8	20	25	41	122	356	572
死亡	11		1	83	171	120	89	85	131	691
転出・その他	8			33	50	20	7	10	15	143
合計	146	2	1	1,937	2,874	1,398	767	584	544	8,253

表4-1においては、例えば初回認定が要介護4と認定された人が584名いたが、この人々が二回目の認定では、要介護1が7名、要介護2が10名、要介護3が66名で（この合計83名：改善）、要介護4が284名（維持：284名）、そして要介護5が122名（重度化：122名）と死亡85名、最後に転出・その他が10名であったというように示した。これらの改善、維持、重度化、死亡などの数値の割合を求めて初回認定結果が要介護4の人の改善、維持、重度化、死亡などに割合とし、表4-2に記入した。表4-2において、非該当とか要支援1や要支援2では非常に高い数値が計算されているが、データ数が非常に少ないので、統計的な価値は殆どなく、事例としてこのような結果になった人もいるという程度に理解していただきたい。

表 4-2. 二回目認定結果における初回認定結果の要介護度別、改善、維持、重度化などの割合

	改善	維持	重度化	死亡	転出・その他	合計
非該当	0.0	5.5	81.5	7.5	5.5	100.0
要支援 1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
要支援 2	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
要支援	3.3	59.7	31.0	4.3	1.7	100.0
要介護 1	6.8	70.0	15.6	5.9	1.7	100.0
要介護 2	14.7	57.7	17.6	8.6	1.4	100.0
要介護 3	17.3	50.6	19.6	11.6	0.9	100.0
要介護 4	14.2	48.6	20.9	14.6	1.7	100.0
要介護 5	7.7	65.4	0.0	24.1	2.8	100.0
合計	8.7	60.7	20.4	8.4	1.7	100.0

注) 要介護3が最も改善した割合が高く、次いで要介護2、要介護4が高い。

このように初回から二回目の認定結果における変化を求めたが、同じプロセスを経て、二回目から三回目、三回目から四回目と更新を重ねるごとにどのような変化をしたかを、改善、維持、重度化、死亡などの割合で計算し、まとめることによって、更新を重ねる中での、改善、維持、重度化、死亡などがどのように推移したかをグラフにした。

図4-1に男女別の更新を重ねる中での改善の割合の推移をグラフに示した。男女とも認定された要介護度別ではなく合計で見ると男女ともに大きな差がないことが分かるが、初回と二回目の更新で、男性において最も改善の割合が高かったのは要介護4であるが、女性では要介護3が最も高い。また、この初回と二回目の更新で、男性は要介護5が合計よりも高い割合で改善しているが、女性では非常に低い。初回と二回目の更新で、女性では要介護3が最も改善の割合が高いが、その後、急激に改善の割合を下げている一方、男性の要介護3は僅かな減少でとどまって、三回目から五回目まで改善の割合が最も高くなっている。このように改善の推移の中では、男性は要介護4と要介護3が比較的改善される傾向にあり、女性では、男性よりも少し軽度の要介護度、要介護3や要介護2が比較的改善される傾向にある。

男性においても、女性においても、要支援や要介護1があまり改善されていないことが最も大きな問題である。特に、介護予防という概念が今年の4月から導入されたのであれば、介護が必要にならないように予防することは最も重要であるが、介護が必要になった人が少しでも介護を必要としなくなる状態を作り出すことも重要である。

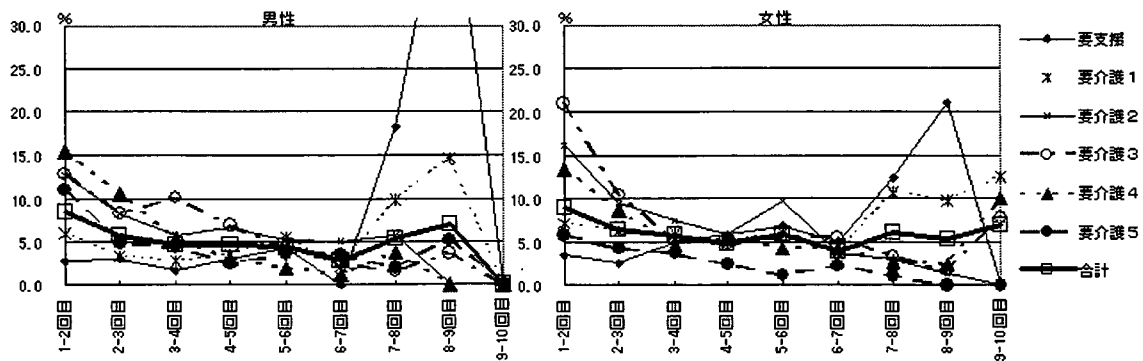


図 4-1. 男女別、認定審査会に申請する回数間の要介護度別改善の割合の推移

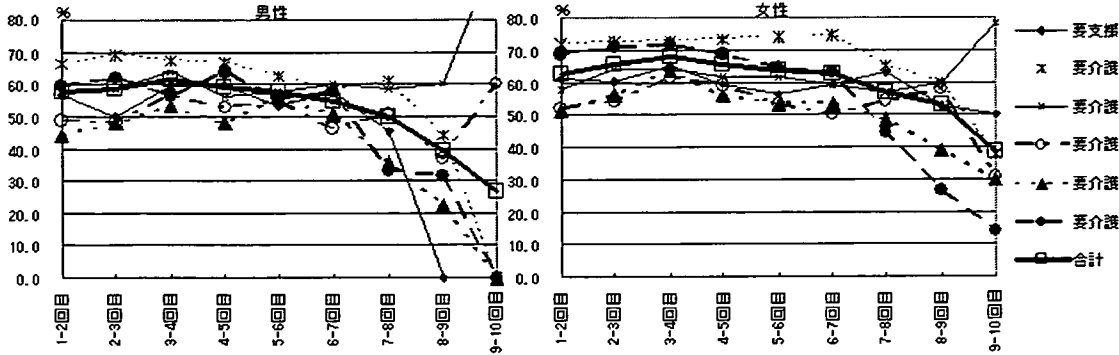


図 4-2. 男女別、認定審査会に申請する回数間の要介護度別維持の割合の推移

維持の割合の推移を図4-2に示した。維持は男女とも大体60%前後を推移していることは、改善が10%満たないことを踏まえれば、急激に重度化もしていないことを示している。

ところで維持の割合が60%以上を推移するのは、男性では四回から五回目までであるが、女性は六回から七回目までである。従って、女性のほうがより長く同じ要介護度を維持していることが分かる。また、男女ともに最も維持する割合が高いのは要介護1であり、次いで最初のころは要介護5である。

改善において、要介護度の軽度な人のほうが改善しやすいとは言えないことを指摘したが、ここでも要介護度が軽度な人が維持をしやすいわけでもないことが示された。

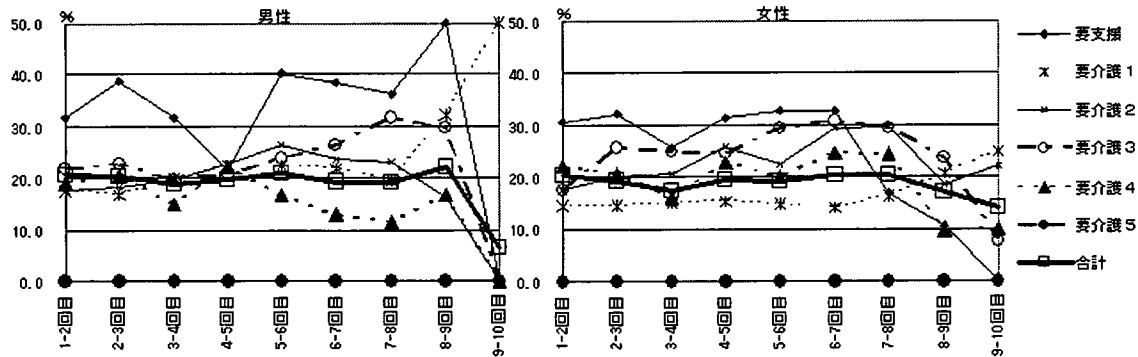


図 4-3. 男女別、認定審査会に申請する回数間の要介護度別重度化の割合の推移

重度化に関して、要介護5が重度化することはないのでここでは議論の対象外になるが、最も重度化する割合が高いのは男女ともに要支援である。また、表3-1の説明のところで、介護給付受給資格取得者のうち22.7%であることを述べたが、要介護認定を受けた人も同じ程度の割合でいつも重度化していることは非常に興味深い。男女別の合計推移を見ると非常に類似していることが分かるが、重度化はほぼ同じペースで進んでいることが示された(図4-3)。

介護予防の概念として、より重度化されないという考え方もあるが、この重度化の割合をより低く抑えるように努力することは非常に重要である。今後、さらに長期間にわたる分析を行えば、更新回数を今以上に重ねる人がさらに増えてくることが予想できるが、より長期にわたって重度化する割合を一定に保つことも重要な介護予防の目的になる。但し、これは、介護保険財政にとってははなはだ不都合なことになることが予想できる。

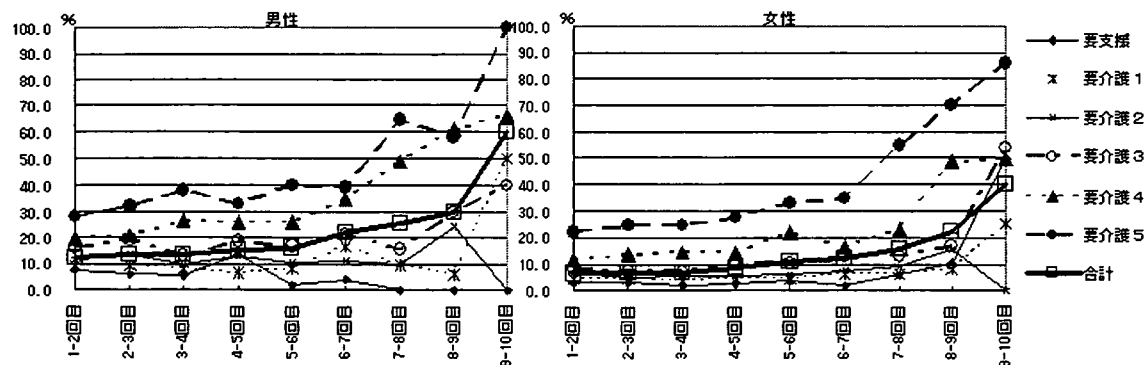


図 4-4. 男女別、認定審査会に申請する回数の中の要介護度別死亡の割合の推移

最後に、死亡の割合の推移に関しては、男女の差は前章で述べたことの検証になっている。この、死亡の割合が最も高いのは男女とも要介護5で、更新を重ねるほどその割合も高くなる。また、この死亡の割合は要介護度が重度なほどその割合が高くなり、「重い病気なほど早く亡くなる」という一般的な考え方を裏付けている。

合計の死亡の割合は男性が女性よりも高く、この傾向は各要介護度においても見られる。また、男性は女性よりも、更新回数が少ないうちに死亡の割合が上昇し始めていることもうかがえる。

## 5. まとめ

苫小牧市における人口は、この5年間人口増減が少なく推移しているが、人口の高齢化は徐々に進み、団塊の世代が65歳以上になったときには大きな問題を抱えることになることはどこも同じである。この団塊の世代にかかわる問題のほかに、今回論じてきた男女差による問題もある。特に表3-2や表3-3に示したように、要支援や要介護1のような軽度の要介護度認定者が女性の多くの年齢層で男性よりも多い割合を示していることは、介護予防を考える上でも重要である。

ところで、昭和50年代でも定年は男性が55歳、女性は50歳であった<sup>8)</sup>。この当時は、定年の差が裁判問題になっていたことは良く知られている。この定年制に基づいて、老齢厚生年金の支給開始年齢は男性が60歳、女性が55歳であった。そして、老齢厚生年金の支給開始年齢は、昭和15年4月2日生まれから昭和16年4月1日生まれまでの人が男女ともに60歳支給開始となるまで、この5歳差が段階的に縮小されてきたが、その後また拡大し昭和29年4月2日生まれから昭和30年4月1日生まれまでの人が男女ともに65歳で支給開始年齢となって、再び同じ年齢になって年金が支給されることになる。定年制や年金制度は男女別の対応の仕方をしてきた。そして判例では同じ年齢で定年が考えられるべきという判決が下されている。このような経緯を経て、男女の平等は定年も年金も同じ年齢で行われるように改定されたといえる。ところで、平均寿命が女性のほうが長いことを考えれば、給付を受ける可能な年金総額は非常に不平等ということになる。

今回、男女の性差による介護保険分析を試みたが、男女は法の下で公平であると考えられている。従って、介護保険制度の下でも公平でなければならない。このような考え方に異論を挟むものではないが、男女ともに年齢が満65歳になったときに、介護保険の資格（第一号被保険者としての）を取得する。確かに生後65年を経て誰でもがこの資格を取得できると考えれば男女ともに平等であるが、私たちが、ある年齢に到達することにたいして介護保険はどのような意味を持つのか考えてみたい。

男女平等という概念を、生後何年経ったかで平等を考えて、何の不思議さも感じなかった。これは男女の平均寿命がそれほど大きな差がなかった時代のことである。しかし、現在男女の平均寿命

の差は、前にも述べたように1947年の倍近くの差になった。この現実には65歳という年齢を介護保険の資格取得年齢と考えると、男性は平均余命で考えれば、平均的には18.21年間介護保険の給付を受ける権利を持つことになるが、女性は23.28年間受ける権利を持つことになる。

このように考えると、平等という概念は何も開始年齢が平等であると考えてるのではなく、可能な平均利用期間が公平であるべきと考えることも出来る。もしこの平均利用期間という概念で介護保険の資格取得年齢を決定するならば、男性65歳（男性の65歳の平均余命：18.21歳）に対して、女性は71歳（女性の71歳の平均余命：18.15歳）ということになる。しかし、女性を70歳で資格取得者にしても現在のデータからは現実には、資格取得者は10,837名少なくなるが、申請者は675人少なくなるだけで介護保険財政にはそれなりの効果をもたらす程度である。

なぜ女性が、男性と比較して軽度の要介護認定を受け、介護サービスを必要としているのか明確にすることは重要であるが、今回は次のような仮説が考えられる。

- 1) 女性は男性より長生きであるために、男性が軽度の要介護度に認定されるような状況になっても、伴侶である女性がいるが、女性が軽度の要介護度に認定される状況になったときには単身である場合が多い<sup>9)</sup>。従って、軽度な要介護度であっても申請をして、サービスを受ける必要がある。
- 2) 男性の家事や介護の能力が女性に比べてはるかに劣る。

この仮説を検証するには、次のような分類に基づいた調査をして、本当の原因を探りながら、仮説の検証をしなければならない。

#### 分類1：配偶者の有無

##### A) 配偶者がいない。

###### (ア) 同居人がいない

- ① 高齢単身生活者の男女差
- ② 生活能力の男女差
- ③ 高齢者の意識や価値観

人の世話を受けたくないとか、家族の誰かが自分の介護をするのが当然と考えたり、など。

###### (イ) 同居人がいる

- ① 同居者の介護能力、価値観など
- ② 被介護者の態度、意識や価値観など

##### B) 配偶者がいる。

###### (ア) 配偶者の介護能力

###### (イ) 配偶者の意識、認識、価値観など

###### (ウ) 被介護者の生活能力

###### (エ) 被介護者の意識、認識、価値観など

###### (オ) 社会的強制

#### 分類2：希望する介護者

##### A) 家族、親族に介護を頼みたい。

##### B) 家族、親族以外の第三者に頼みたい。

## 分類3：介護に対する権利意識の程度

- A) 介護を受ける本人の権利意識
- B) 家族の権利意識
- C) 地域の権利意識

## 分類4：介護する能力

- A) 家族の能力
- B) 地域の能力

今回の小論では、介護保険分析を通して、性差を見たが、原因を探るにはさらに慎重な調査と分析が必要である。そして、男女差をこのように大分類をすることによって研究することで、この男女差が、何が原因で発生しているかを考えてみることは重要である。また、この原因を見出すことで、軽度に認定されている女性が介護を必要な状態にならないような方法を見出せば、介護予防のより有効な施策につながり、将来的な介護保険費用の節約につながる。

## 謝辞

この小論は、苫小牧市保健福祉部長をはじめ介護保険課の皆様ののおかげで出来上がった。資料の提供から、私たちの様々な質問にお答えいただいたことなど、この紙面を借りて感謝の意を表明したい。また、このような分析が少しでも、苫小牧市や市民の皆様の役に立てれば幸いである。

- 
- 1) この22.7%は資格取得者には第一号被保険者と第二号被保険者が含まれている上に、非該当に判定された人も含まれているので、多少高くなっている。
- 2) 『平成17年度版厚生労働白書』<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm> (2006年10月20日参照)
- 3) 『平成17年度版厚生労働白書』<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm> (2006年10月20日参照)
- 4) 伊藤春樹、橋本伸也『介護保険分析—小樽市5年間のデータから介護予防を考える—』筒井書房、2005年、30-31
- 5) 伊藤春樹、橋本伸也『同上書』
- 6) 『平成16年2月の全国高齢者保健福祉・介護保険担当課長会議資料』  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/040219/2-2d.html> (2006年10月20日参照)  
 認定有効期間の拡大に関して次のように述べている(開始は2004年4月1日より)。更新認定に係る有効期間について、これまで原則6ヶ月(認定審査会の意見に基づき特に必要と認める場合にあっては3~12ヶ月の範囲で定めることが可能)であったものを、原則12ヶ月(同様に3~24ヶ月の範囲で定めることが可能)に拡大する。また、要支援認定の更新についても原則12ヶ月とするが、上限は従来どおり12ヶ月とする。なお、認定審査会が12ヶ月を超える有効期間の意見を付する場合の考え方は、「介護認定審査会運営要綱」を一部改正し、以下の下線部分を追加することとする。  
 [認定の有効期間を原則より長く設定する場合]
- ・ 身体上又は精神上の障害の程度が安定していると考えられる場合
  - ・ 同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合(重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する)
  - ・ その他、認定審査会が特に必要と認める場合
- 7) 伊藤春樹、橋本伸也、『前掲書』、筒井書房、2005年、16-17。  
 小樽市の場合、区分変更申請は集計結果からは約3%であるが多めに見て10%でしかない。
- 8) 定年の男女差に関して、<http://kobetsu.jil.go.jp/kobetsu/book/86.html>、(2005年10月25日参照)。
- 9) 『平成16年度版 高齢社会白書』によれば、平成12年の国勢調査では高齢の一人暮らし生活者は3.032千人いるが、男性の高齢単身世帯は742千人、24.5%である。  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2004/zenbun/html/G1211000.html>、(2005年10月20日参照)。