
第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

ねらい

前章において、高齢者の多様な姿について述べたが、これから介護を要する高齢者が増加する反面、健康ではつらつとした高齢者も増加する。

高齢者はできるだけ長く健康で、介護を要する状態にならないで過ごし、家庭、地域、社会において活躍し続けることを希望している。この章では、高齢者の健康の状況、そして活動的な高齢期を送るために重要となる健康づくりについて紹介する。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第1節 健康な長寿

1 疾病構造の変化

戦後、公衆衛生水準の向上や医療提供体制の充実、医学医術の進歩、生活水準の向上等により、すべての年齢層で死亡率が低下してきた。このため、日本人の平均寿命は戦後急速に延び、簡易生命表によると1998（平成10）年では男性77.16歳、女性84.01歳と、世界の最高水準の長寿国となっている。65歳の平均余命をみても、男性17.13年、女性21.96年である。

こうした長寿を実現した背景には感染症などの急性疾患が激減したことがあげられるが、その一方で悪性新生物（がん）や循環器系疾患等の生活習慣病が増加するなど、疾病構造が大きく変化してきた。

がん、脳血管疾患および心疾患による死亡は、1980年代半ばから全死亡の6割を超えている。また、患者調査を見ても高血圧などの循環器系疾患、消化器系疾患、筋骨格系疾患などの傷病が多くなっていることがわかる。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第1節 健康な長寿

2 高齢者の健康状態

2-1 高齢者の健康状態

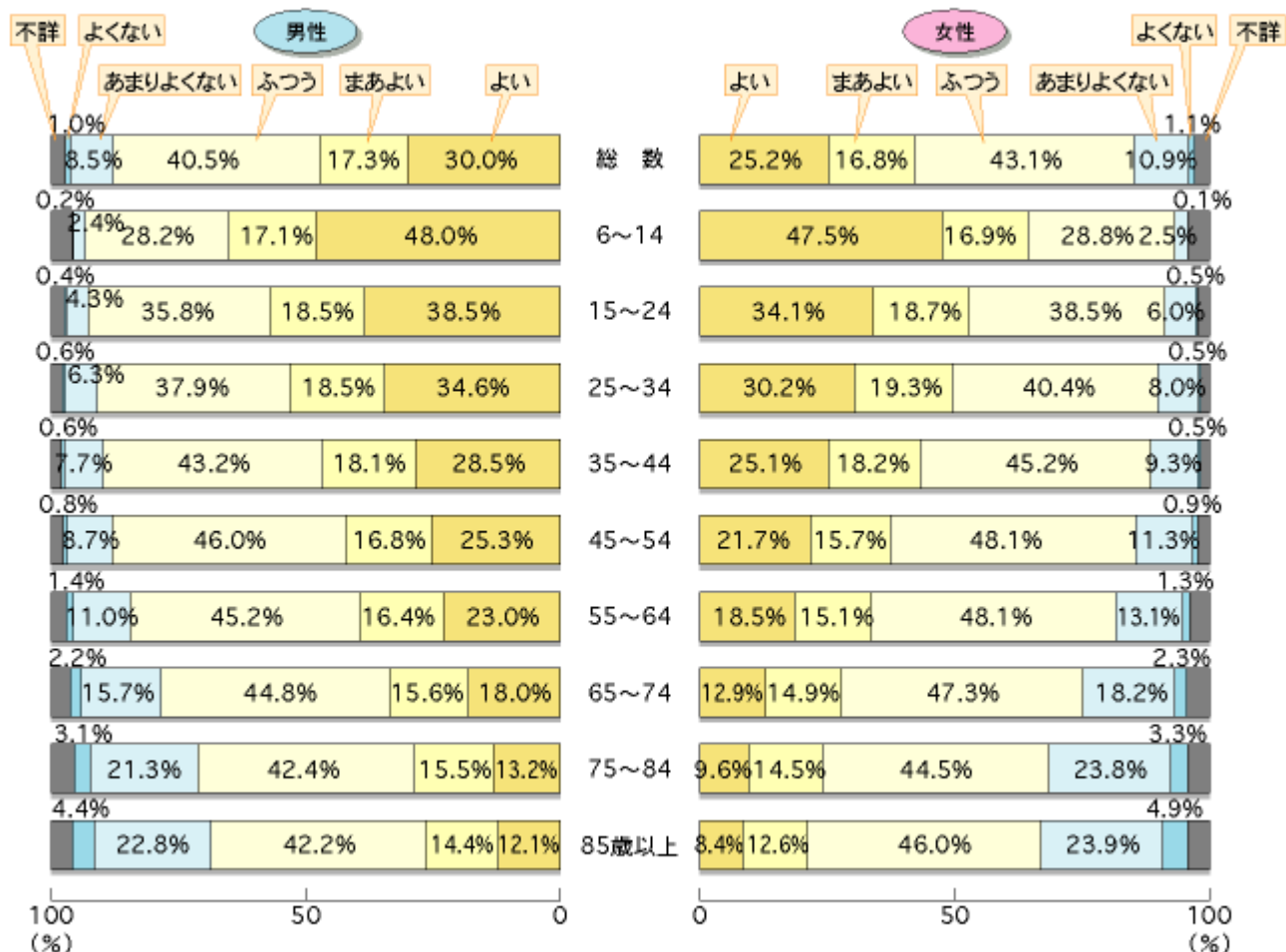
高齢期になると加齢に伴い身体的機能が低下するため、様々な疾病にかかりやすくなる。しかしながら、すべての高齢者が日常生活に支障が生ずる程、健康を損ねているわけではない。

国民生活基礎調査によると、健康について、「よい」「まあよい」「ふつう」と思っている者の割合（入院者、1か月以上の就床者を除く。）は、65～74歳では、男性は78.4%、女性は75.2%であり、75～84歳では、男性は71.1%、女性は68.6%、85歳以上でも、男性は68.7%、女性は67.0%となっている（図2-1-1）。

調査方法が異なることから一概に比較することは困難だが、1986（昭和61）年の厚生白書で紹介している厚生省の「老人実態調査」（1984（昭和59）年）によると、「健康」または「普通」と答えた者の割合は、65～69歳で69%、70～74歳で64%、75～79歳で59.4%、80歳以上で54.1%である。このように高齢の各年齢層において、おおむね普通あるいは健康とする者の割合が増え、新たな高齢世代ほどより健康な高齢者が増えてきていることがうかがえる。

図2-1-1 健康についての意識

図2-1-1 健康についての意識



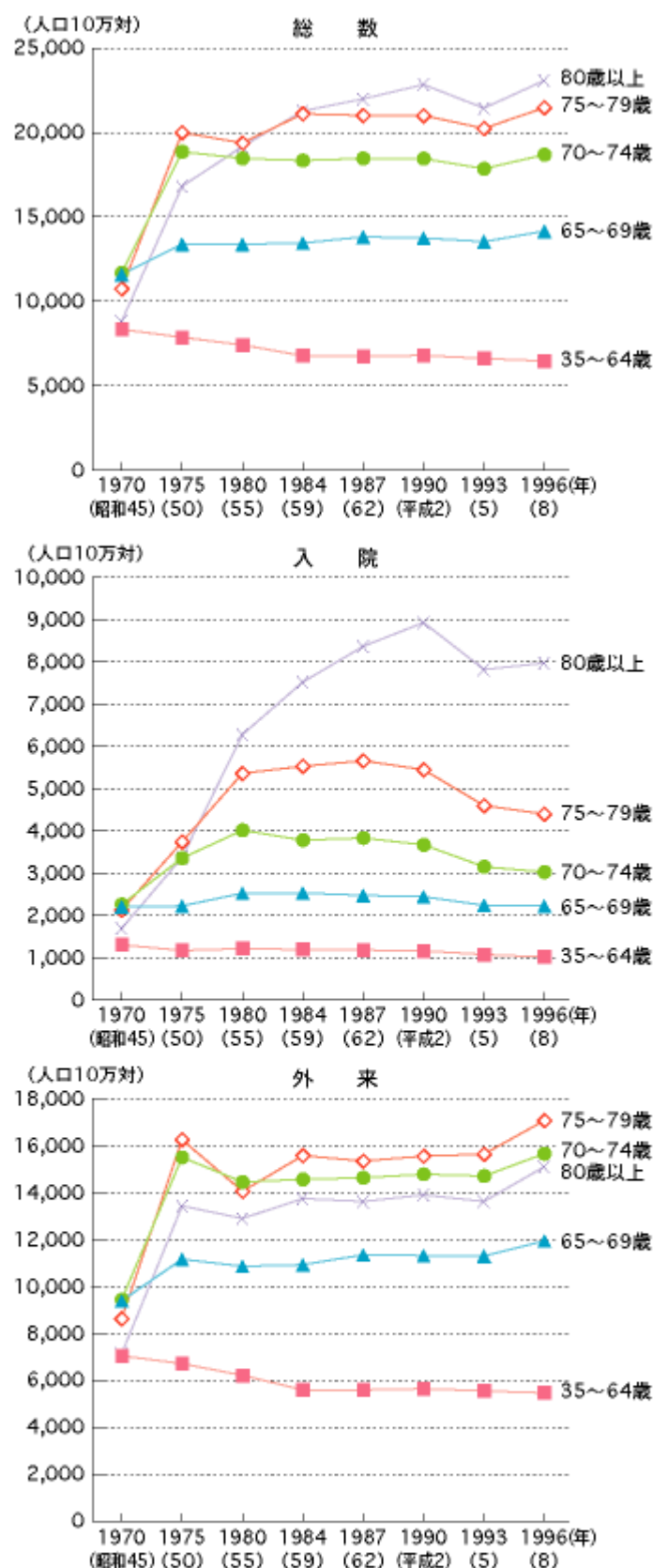
資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(1998(平成10)年)

2-2 医療機関にかかる率

高齢者は若い世代と比較すると、医療機関にかかる割合（受療率）が高い集団である。しかしながら、高齢者の受療率を年齢階層別に見ると、年齢階層ごとには幅があり、65～69歳までの層や70～74歳までの層では、75歳以上の層に比べて低くなっている。このように、高齢者は受療率が高いといっても、高齢者の受療率が一様に高いということではない（図2-1-2）。

図2-1-2 受療率の年次推移

図2-1-2 受療率の年次推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」

- (注) 1. 調査月は、1970～1980年までは各年7月、1984年からは10月である。
 2. 1970～1980年までは、健康者（新生児を含む。）の検査・検診・管理、予防接種、保健サービス等の患者は、推計患者数に含まれていない。

2-3 寝たきりや要介護の割合

今後、年齢の高い高齢者が増加すると共に要介護高齢者が増加していくことが予想されているが、すべての高齢者が要介護状態になるわけではない。寝たきりや痴呆、虚弱となり介護や支援を必要とする高齢者は、2000（平成12）年には、約270万人と見込まれているが、これは65歳以上人口の約13%に当たる。

さらに、在宅で介護を必要とする者や寝たきりの発生率について近年の傾向をみると、年齢が高くなるにつれて要介護率や寝たきり率が高くなる点は以前と同じだが、65歳以上の高齢者の各年齢階層において、要介護率や寝たきり率は横ばいまたは若干下がってきている傾向もみられる（図2-1-3・図2-1-4）。

この結果から寝たきり予防に向けたこれまでの様々な取り組みなどの効果が現れてきていると推測できると共に、介護予防や寝たきり防止に向けて一層取り組むことによって、今後更に健康な高齢者の割合が増えていく可能性をも示唆している。

図2-1-3 在宅の年齢階層別要介護者率の推移

図2-1-3 在宅の年齢階層別要介護者率の推移

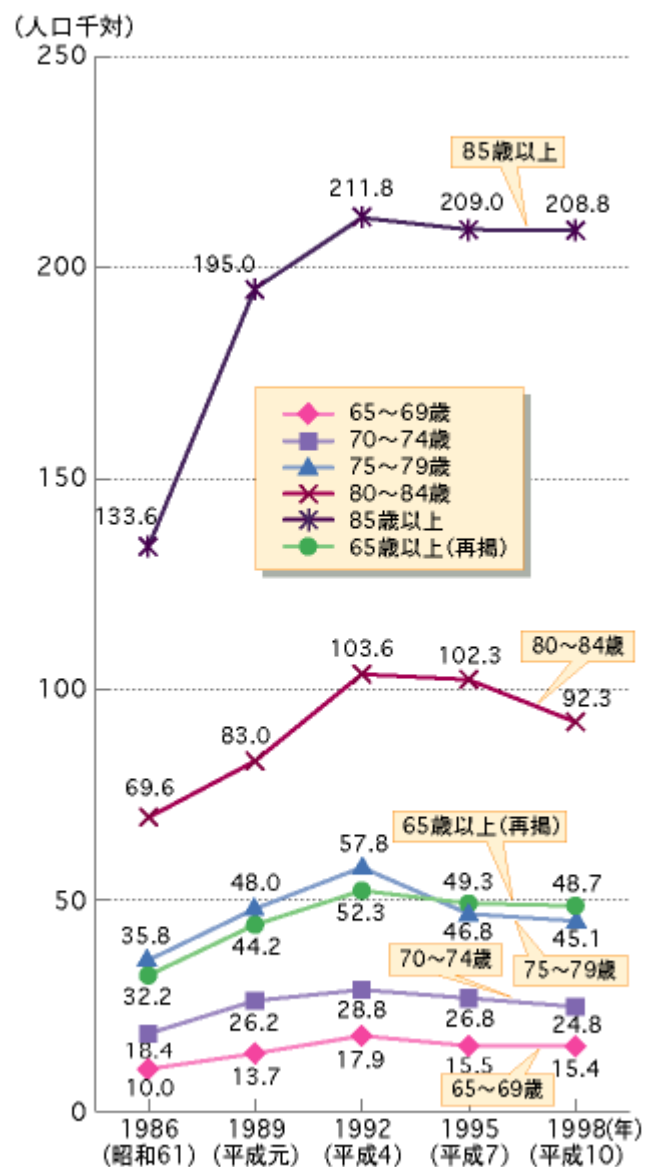
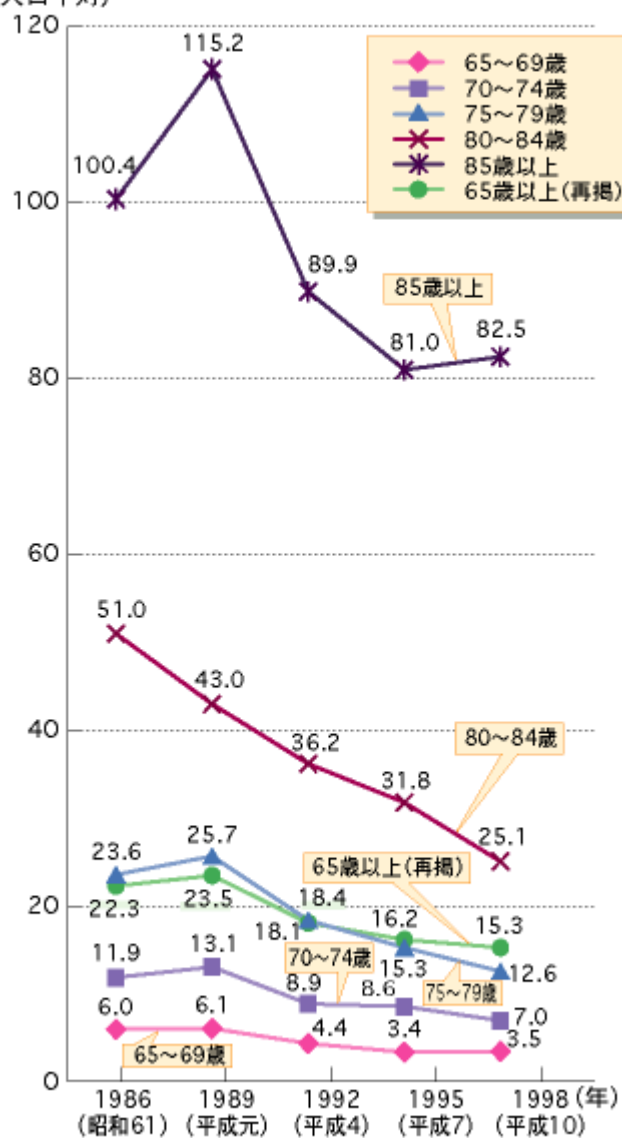


図2-1-4 在宅の年齢階層別寝たきり者率の推移

図2-1-4 在宅の年齢階層別寝たきり者率の推移

(人口千対)



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」

(注) 1995年は兵庫県を除いたものである。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第1節 健康な長寿

3 健康な長寿

悪性新生物（がん）や循環器疾患などの生活習慣病は、生命を奪わない場合でも、身体機能や生活の質を低下させることも多い。

平均寿命という考え方が広く用いられているように、これまで医学は、どちらかという、いかに長く生きられるかということを目指してきた。

しかしながら、長くなった寿命が、「心身に障害のない自立した期間」となるか、あるいは「疾病や障害を抱えた介護を必要とする期間」となるかでは、高齢者自身にとって生活の質は大きく異なったものとなる。できるだけ長く、健康で自立して暮らすことができれば、より活動的で充実した生活を送ることができ、長寿がより実り豊かなものになる。

このように単なる寿命の延長だけでなく生活の質も重視する観点から、近年、米国の研究者らによって、「日常生活に介護を必要としない、心身ともに自立した活動的な状態で生存できる期間」として「活動的平均余命」あるいは「健康寿命」という考え方が提唱されてきている。そうした中で、健康寿命に関係する指標として、生活の質と量とを統合した概念であるQALY（Quality Adjusted Life Year；生活の質を調整した生存年）という指標を用いた研究が盛んとなってきている。QALYは、生活の質（Quality of Life：QOL）の程度と時間経過から計算されるものであり、疾病の予防や治療などの効果を客観的に判断する指標として有効といわれている。

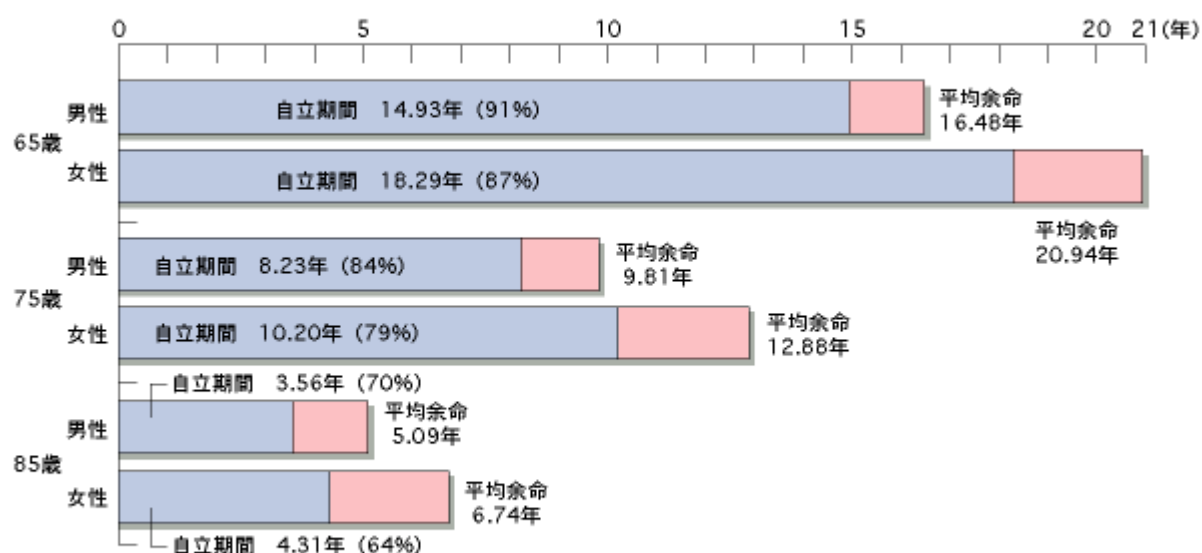
ある研究によれば、1995（平成7）年においては、75歳の男性の平均余命9.81年のうち自立期間は8.23年（84%）、75歳の女性の平均余命12.88年のうち自立期間は10.20年（79%）と推計されている（図2-1-5）。

また、先にみたように、高齢者が要介護や寝たきりとなる割合は、同じ年齢層でも年代が違えば異なり、今後の予防や治療に関する取組みや医学医療の進歩によっては更に改善していく可能性もある。

高齢者自身にとって、また、社会全体にとって、これからの真に豊かな長寿社会を達成するためには、できるだけ長く、より自立した期間を過ごすことができる「健康な長寿」を実現してゆくことが求められるであろう。

図2-1-5 平均自立期間（1995年）

図2-1-5 平均自立期間 (1995年)



資料：『保健医療福祉に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究』（平成9年度厚生科学研究費補助金報告書）

(注) 自立期間とは、要介護とならない平均期間を意味する。%の数値は自立期間の割合（平均余命のうち要介護とならない期間の割合）を示す。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第2節 長寿社会における健康づくり

1 生涯を通じた健康づくり

解説 健康日本21の基本理念

21世紀の我が国を、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康寿命）の延伸などを目的に、社会の様々な健康関連団体等がその機能を活かして、一人一人が自己の選択に基づき、主体的に健康実現を図れるよう支援することにより、国民の健康づくりを総合的に推進する。

図2-2-2 健康日本21の概要

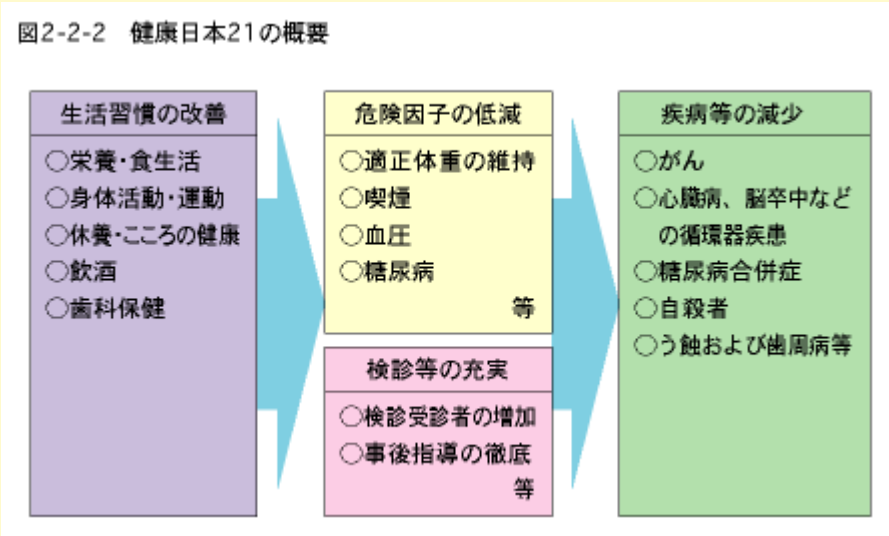


表2-2-3 これまでの健康づくり対策と健康日本21

表2-2-3 これまでの健康づくり対策と健康日本21

	基本的考え方	主な施策
第1次国民健康づくり対策 (1978(昭和53)年～)	1. 生涯を通じる健康づくりの推進 成人病予防のための1次予防の推進 2. 健康づくりの3要素(栄養、運動、休養)の健康増進事業の推進(栄養に重点)	○健診、保健指導体制の確立 老人保健法制定(1982(昭和57)年) ○健康づくりの基盤整備等 市町村保健センター等 ○健康づくりの啓発・普及 栄養所要量の普及
第2次国民健康づくり対策 (1988(昭和63)年～) (アクティブ80ヘルスプラン)	1. 生涯を通じる健康づくりの推進 2. 栄養、運動、休養のうち、運動習慣の普及に特に重点を置いた、健康増進事業の推進	○健診、保健指導体制の充実 ○健康づくりの基盤整備等 健康科学センター等 健康運動指導士等の確保 ○健康づくりの啓発・普及 健康文化都市等の整備
21世紀における国民健康づくり運動 (2000(平成12)年～) (健康日本21)	1. 生涯を通じる健康づくりの推進 「1次予防」の重視と生活の質の向上 2. 国民の保健医療水準の指標となる具体的目標の設定および評価に基づく健康増進事業の推進 3. 個人の健康づくりを支援する社会環境づくり	○多様な経路による普及啓発 ○各種保健事業の効率的・一体的事業実施の推進 ○地方自治体・関係団体等における取り組みの支援 ○推進組織の整備

解説「健康日本21」の推進方策～5つの基本的観点

(1) 全国的な推進体制の整備

広く関係者が協力して、継続的に運動を進めるため、国、地方公共団体、各種健康関連団体等により構成する健康日本21推進全国会議を設置するなどの、運動の中核となる体制を整備する。

(2) 地域等における地方計画の策定等に対する技術的支援

地方計画(都道府県、政令市および特別区において管下地域を対象とする健康づくりに関する具体的な計画)の策定および保健事業推進に係るマニュアルの作成配布や各種統計資料のデータベースを構築し、地方計画の策定などの際に利用できるようにする。

(3) 多様な経路による普及啓発の実施

国民および関係者の理解を深めるため、マスメディアを活用した広報、健康づくり支援者(ボランティア)の育成など、様々な方法による普及啓発を実施する。

(4) 調査研究の推進および人材の確保等

運動の効果的な推進を図るための健康教育に係る手法の開発などに関する調査および研究を推進するとともに、健康づくり対策を推進するための医師、看護婦、薬剤師、保健婦、保健士、管理栄養士などの確保や健康づくり関連のボランティア組織の支援に努める。

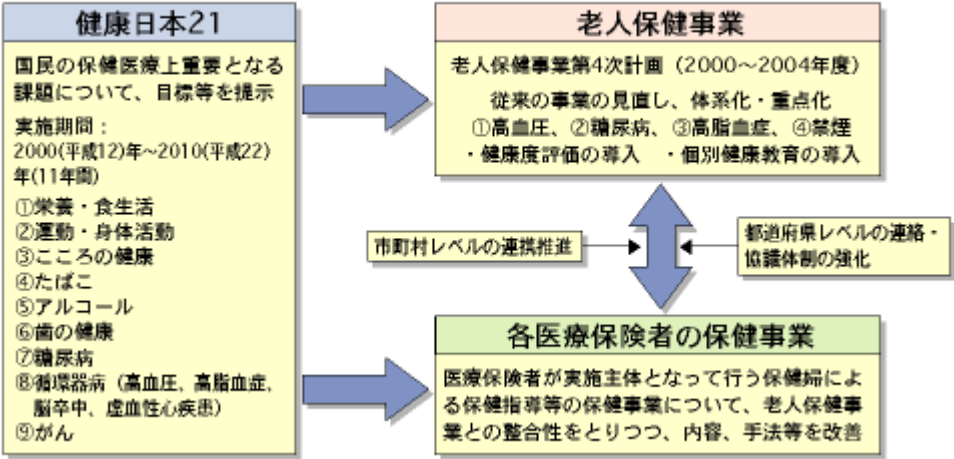
(5) 各種保健事業の連携の推進

市町村、医療保険者、医療機関、学校、非営利団体、企業、マスメディアなどの広範な健康関連団体が相互に連携して、より質の高い保健サービスが一体的かつ効果的に実施されるよう、共通の基盤づくり等を推進する。

また、総合的な健康づくり運動を継続的に推進していくため、多様な関係者1)団体からなる推進組織を整備する。

図2-2-4 各種保健事業の効率的・一体的事業実施の推進

図2-2-4 各種保健事業の効率的・一体的事業実施の推進



コラム 高齢者の医療費と健康づくり

（高齢者の医療費）

高齢期になると心身の機能の低下などからいくつかの病気を併せ持つことが多くなり、また、高血圧など高齢者の病気の多くは慢性的で完全に治すことが難しく療養期間も長くなりがちである。このため高齢者の医療費は、若い世代と比べると高くなる傾向がある。

我が国の老人（70歳以上または65歳以上70歳未満で障害認定を受けた者）医療費は、1999（平成11）年度では11.4兆円となり国民医療費全体（30.4兆円）の約38%を占めると推計されている（厚生省保険局推計）が、高齢化の進行とともにこの割合は増えてきている。

これを1人当たりの医療費（1997（平成9）年度）でみると、老人は約79万円と若人（老人以外の者）の5.3倍になっている。（図2-2-8参照）

特に、老人の医療費の特徴としては、入院診療費が大きいこと（1人当たり入院診療費は若人の7.4倍（1997年度））（表2-2-5参照）や長期入院が多いこと、外来の薬剤比率が高いこと（若人の1.2倍（厚生省大臣官房統計情報部「平成10年社会医療診療行為別調査」））があげられている。

近年では、老人1人当たり医療費の伸び率は若人の1人当たり医療費の伸び率と大きな違いはなく、老人1人当たり医療費の若人1人当たり医療費に対する比率は若干の低下傾向もみられるが、おおむね5倍程度で推移している。こうしたことから、近年の老人医療費の国民医療費に占める割合の増加の多くは、高齢者人口の増加が要因であると言えよう。

また、国際的に厳密な比較は困難であるが、65歳以上の1人当たり保健費と0～64歳の1人当たり保健費との比を欧米と比較すると、我が国では4.8であるのに対し、英米で4、独仏では3程度となっており、多少の差はあるものの高齢者の医療費が高いことは共通している。（「OECD HEALTH DATA 1997」）

2000年度からの介護保険の導入により、高齢者医療の一部は介護保険の中に取り込まれることとなるが、第2部において紹介しているように、高齢化の一層の進行に伴う高齢者医療の負担のあり方については現在検討が進められている。

表2-2-5 老人と若人の1人当たり診療費の比較

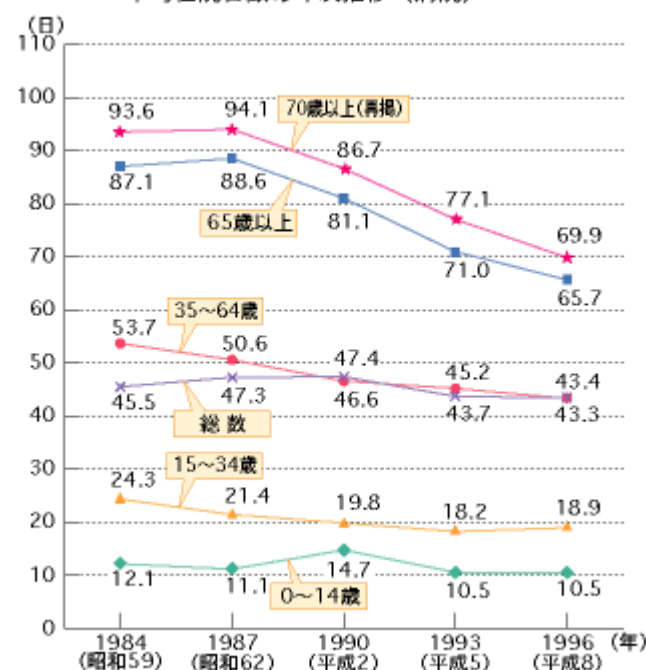
表2-2-5 老人と若人の1人当たり診療費の比較

	1人当たり診療費			うち入院			うち外来		
	若人	老人	倍率	若人	老人	倍率	若人	老人	倍率
1983(昭和58)年度	65,100	429,800	6.6	29,100	240,500	8.3	26,900	179,000	6.7
1988(昭和63)年度	102,100	540,900	5.3	36,300	306,000	8.4	50,500	219,900	4.4
1993(平成 5)年度	132,600	652,900	4.9	45,500	337,800	7.4	69,200	294,600	4.3
1994(平成 6)年度	138,600	683,000	4.9	47,700	353,400	7.4	72,900	307,800	4.2
1995(平成 7)年度	142,800	712,900	5.0	49,600	367,500	7.4	75,000	322,500	4.3
1996(平成 8)年度	148,500	736,500	5.0	51,300	378,800	7.4	77,900	332,900	4.3
1997(平成 9)年度	146,200	737,300	5.0	51,000	377,100	7.4	76,300	334,800	4.4

資料：厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等

図2-2-6 年齢階層別にみた退院患者平均在院日数の年次推移（病院）

図2-2-6 年齢階層別にみた退院患者
平均在院日数の年次推移(病院)



資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」

表2-2-7 老人と若人の医療費、対象者数、1人当たり医療費の伸び率の比較

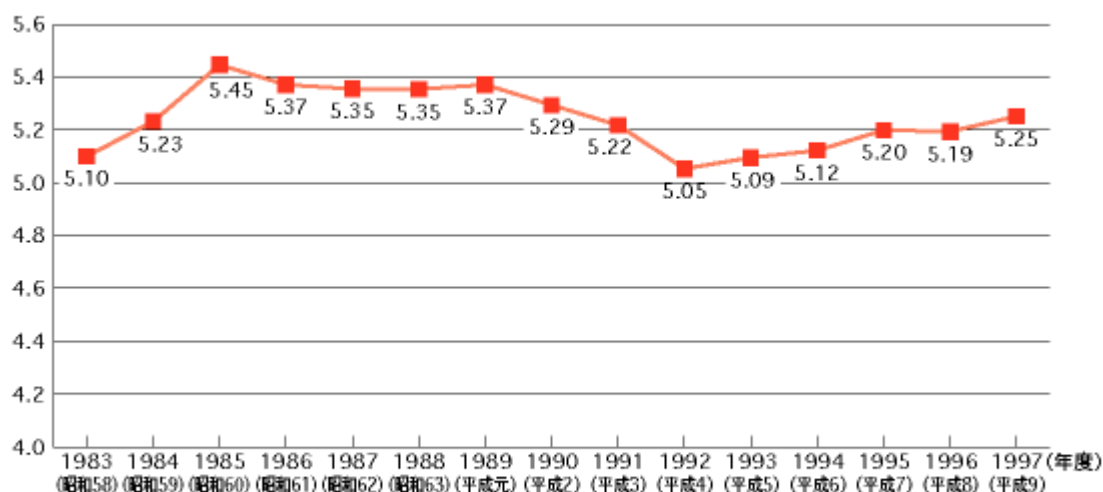
表2-2-7 老人と若人の医療費、対象者数、1人当たり医療費の伸び率の比較

	若人			老人		
	医療費	対象者数	1人当たり	医療費	対象者数	1人当たり
1984(昭和59)年度	2.0%	0.5%	1.5%	8.8%	4.4%	4.2%
1985(昭和60)年度	4.4%	0.6%	3.8%	12.7%	4.3%	8.1%
1986(昭和61)年度	6.7%	0.3%	6.4%	9.1%	4.0%	4.9%
1987(昭和62)年度	5.4%	0.2%	5.2%	8.9%	3.8%	4.9%
1988(昭和63)年度	4.1%	0.5%	3.5%	6.8%	3.2%	3.5%
1989(平成元)年度	4.7%	0.5%	4.2%	7.7%	3.1%	4.5%
1990(平成2)年度	4.3%	0.2%	4.1%	6.6%	3.9%	2.6%
1991(平成3)年度	5.6%	0.0%	5.6%	8.1%	3.9%	4.1%
1992(平成4)年度	7.6%	-0.1%	7.8%	8.2%	3.7%	4.4%
1993(平成5)年度	2.5%	-0.1%	2.6%	7.4%	3.8%	3.5%
1994(平成6)年度	4.3%	-0.2%	4.5%	9.5%	4.2%	5.1%
1995(平成7)年度	2.7%	-0.3%	3.0%	9.3%	4.5%	4.6%
1996(平成8)年度	3.8%	-0.2%	4.0%	9.1%	5.0%	3.9%
1997(平成9)年度	-0.2%	-0.2%	0.0%	5.7%	4.6%	1.1%
1983~97(昭和58~平成9)年度	4.1%	0.1%	4.0%	8.4%	4.0%	4.2%

資料：厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等

図2-2-8 老人1人当たり医療費の若人1人当たり医療費に対する倍率

図2-2-8 老人1人当たり医療費の若人1人当たり医療費に対する倍率



資料：厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」、社会保険庁「社会保険事業年報」等

(健康づくりと高齢者の医療費)

健康づくりに対する取組みは、短期間に目に見える具体的な成果を上げることが困難な性格のものであるが、長期的には疾病の予防等を通じて、高齢者医療に関する資源の効率的な運営につながることも期待されている。

高齢者の医療費は、地域的に格差があり、1人当たりの医療費が最も高い北海道（1997年度104万円）は最も低い長野県（同59万円）の1.8倍となっている。特に格差の大きい入院医療費でみると、北海道と長野県の差は2.4倍となる。（厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」）

こうした低い医療費の中で、長寿を実現している長野県（男性の平均寿命全国1位、女性全国4位（1995（平成7）年））について、医療提供体制等だけでなく、健康教育や保健婦活動などの健康づくり活動に特徴があるとする研究もある。

全国の市区町村を対象に、老人保健法に基づく事業の実施状況と老人医療費の関連を調べた研究（注1）によると、以下のようになっている。

- 1) 事業実施が多い市区町村では、老人医療費が少ない。最も関連の強い項目は、基本健康診査であり、次いで健康相談、訪問指導、がん検診、健康教育、機能訓練の順であった。
- 2) 1人当たり老人医療費と健康教育参加延べ人員には、高度に有意な相関が見られ、参加人員が40歳以上人口1,000人当たり1人増えるごとに老人医療費が11円下がることが示された。

ある保健所管内の国民健康保険加入者の追跡調査（注2）によると、非喫煙者の1人当たり平均医療費（1か月当たり）は、喫煙者に比べ、男性で10.5%、女性で4.9%低かった。また、基本健康診査の受診者は、非受診者に比べ、平均医療費は7.3%低かった。

国民健康保険中央会が老人医療費の地域格差の原因について調査1)分析した報告書（「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」（1997年3月））によると、以下のようなことが明らかにされている。

(1) 老人医療費と関係がある要因

- 1) 医療機関数、病床数および医師数が多い都道府県は、1人当たりの老人医療費が高かった。
- 2) 平均在院日数が長い都道府県は、1人当たりの老人医療費が高かった。
- 3) 自宅での死亡割合が高い都道府県は、1人当たりの老人医療費が低かった。
- 4) 65歳以上の単独世帯の割合が高い都道府県は、1人当たりの老人医療費が高かった。
- 5) 高齢者の就業者率が高い都道府県は、1人当たりの老人医療費が低かった。

(2) 長野県の医療・保健活動の特徴

長野県の医療の特徴としては、地域に密着したかかりつけ医と患者との関係が明確になっていること、平均在院日数が全国最短であること、自宅での死亡が全国最高であること、高齢単独世帯の割合が低いこと、高齢者の就業者率が全国最高であることなどがあげられている。

さらに、長野県の保健活動の特徴として

- 1) 健康診断受診後の説明、個別指導等の事後対応が充実している
- 2) 公民館活動の一環として健康教育が広く実施されている
- 3) 「保健補導員」「食生活改善推進員」の活動が活発に行われている

長野県のように住民の健康に対する意識が高く健康づくりに熱心に取り組んでいる例は、今後の高齢者医療を考える上でも示唆を含むものであろう。

(注1) 三浦宜彦ら「老人保健事業における健康教育効果の評価方法の標準化に関する研究」(平成9年度厚生科学研究費補助金)

(注2) 辻 一郎ら「保健サービスの効果の評価に関するコホートおよび介入」(平成10年度厚生科学研究費補助金)

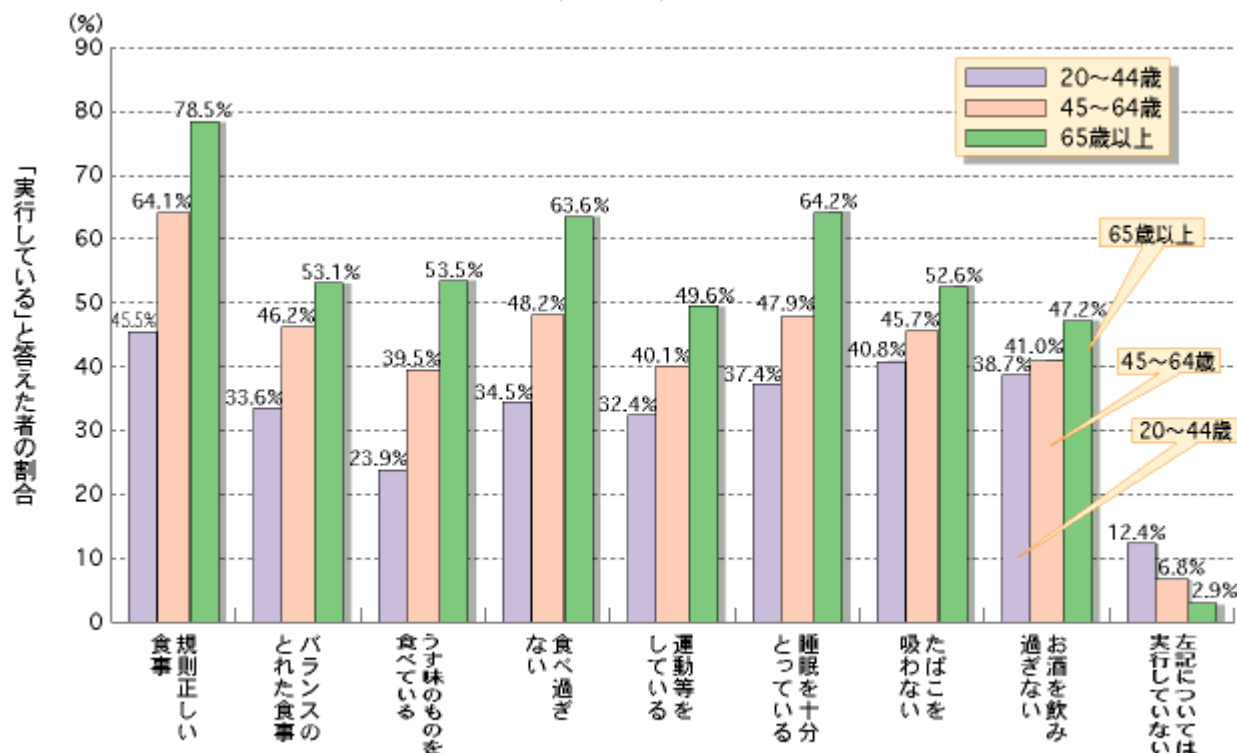
1-1 高齢者の健康への高い関心

前節で見たとおり、健康な高齢者は増えているが、その一方で、例えば、総理府の調査(「国民生活に関する世論調査」1997(平成9)年)によると、65歳以上の者の41.2%が自分の健康について悩みや不安を感じていると答えており、高齢になるにつれて心身の機能が低下することや健康を損ねやすくなることに対する不安も大きいことがうかがわれる。

こうした健康に対する関心や不安から、高齢になるほど健康のために何らかのことを日頃から気をつけて実践している者の割合も大きくなっている。国民生活基礎調査によると、65歳以上の者の多くが「健康のために日頃から行っていることが何かある」と回答しており、若い年齢層に比べてその割合は高くなっている。具体的内容としては、「規則正しい食事(78.5%)」、「バランスのとれた食事(53.1%)」、「うす味のものを食べている(53.5%)」、「食べ過ぎない(63.6%)」、「運動等をしている(49.6%)」、「睡眠を十分とっている(64.2%)」、「たばこを吸わない(52.6%)」、「お酒を飲み過ぎない(47.2%)」などである(図2-2-1)。

図2-2-1 日ごろ健康のために実行している事柄(複数回答)

図2-2-1 日ごろ健康のために実行している事柄(複数回答)



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(1998(平成10)年)

1-2 生涯を通じた健康づくり

先に述べたように、我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病を中心としたものに変化してきている。生活習慣病は、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発生・進行に關与する疾患群」という定義に示されているように、食生活を始めとする個々人の生活様式の中にその危険因子が潜んでいるものであり、正しい生活習慣を身につけることが健康の増進や病気の予防につながる。

生活習慣は「幼年期」「少年期」「青年期」「壮年期」「中年期」および「高齢期」という人生の積み重ねの中で身についてくるものも多い。こうしたことから、健康寿命の延長、つまり高齢期においても生活の質(QOL)を維持し、障害の少ない生活を送るためには、高齢期になってから初めて健康づくりを始めるのではなく、若い頃から、正しい食生活や体を動かすことなどの生活習慣を身につけ、日常の健康管理に留意して、生涯を通じた健康づくりに取り組むことが重要である。

1980(昭和55)年の循環器疾患基礎調査の対象者を1994(平成6)年まで追跡した研究(注)によると、日常生活動作能力(Activities of Daily Living: ADL)が低下する危険因子として、高血圧、高血糖、喫煙が挙げられている。

また、生活様式は個々人によって多様であることから、健康づくりのためには、一人一人が健康に対する意識を一層高め、「自分の健康は自分で守る」という自覚と責任をもって自発的に取り組むことが重要である。

(注) 柳川 洋ら「人口集団の長期追跡による老化抑制因子の解明に関する疫学研究」(平成10年度厚生科学研究費補助金)

1-3 健康日本21

これまで、我が国においては、1978（昭和53）年からの「第1次国民健康づくり対策」、1988（昭和63）年からの「第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）」を通じて国民の健康づくりに取り組んできた。

これらの対策は、疾病の早期発見・早期治療のための健診体制の充実や市町村保健センター等の施設の整備、保健婦等の人材（マンパワー）の育成・確保など、国民の疾病予防や健康づくりの推進に一定の成果をあげてきた。しかしながら、健康づくり対策における目標およびその評価が明確でなかったこと、生活習慣改善の働きかけの対象者が限定される傾向にあったこと等の問題を残していた。また、生涯を通じた健康づくりの必要性が高まるとともに、保健・医療・福祉分野の関係者および関係機関の相互連携が一層重要となってきた。

こうした取組みを基礎として、厚生省は、2000（平成12）年度から2010（平成22）年度までの11年計画の「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を掲げた。ここでは、科学的根拠に基づいて、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の原因となる食生活や運動、休養などの改善に向けた目標等を掲示することにより、健康寿命を延長し生活の質を高めるための取組みを総合的に推進することとしている。

さらに「健康日本21」を総合的かつ効果的に推進するために、地方公共団体や関係者の積極的な取組みを支援していくこととしている。

1-4 壮年期からの健康づくり（老人保健事業第4次計画）

健康づくりの一環として、壮年期からの疾病予防と健康増進を図るため、1983（昭和58）年以来、市町村における老人保健事業を計画的に実施しており、胃がん、子宮がん、脳卒中、女性の心臓病による死亡率を減少させるなどの成果をあげてきた。2000年度から始まる第4次計画に基づく老人保健事業においては、生活習慣病等の疾病予防および要介護状態になることを予防するための施策を推進し、「健康日本21」の目標でもある健康寿命の延伸を図ることを重点にしている。

疾病予防については、新たに健康度評価（ヘルスアセスメント）や個別健康教育といった手法を用いて、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、高脂血症、歯周疾患および骨粗しょう症に重点を置いた取組みを推進することとしている。健康度評価とは、質問票などにより生活習慣病になる危険度を把握し、医師、保健婦、管理栄養士などの専門家が評価を行い、個人個人に最も適切な保健サービスを提供していこうとするものである。また、個別健康教育とは、知識の普及に重点を置いて講義形式などにより従来から行われていた健康教育とは別に、医師、保健婦、管理栄養士などが対象者に1対1で個別に健康教育を行い、生活習慣の改善のための指導を行うもので、第4次計画では高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙の4つの分野において実施することとしている。このように、個人の状況にきめ細かく対応することにより、効果的に生活習慣を改善し、高齢期における生活の質の低下をもたらす生活習慣病を予防することを目指している。

さらに、第4次計画で、介護保険制度の実施に併せて推進する介護予防対策の一環として、脳卒中等の疾病予防に加え、健康度評価事業を活用して、閉じこもりや転倒予防に重点を置いた保健事業を実施する。また、介護予防・生活支援事業の効果的な活用、適正な医療機関の受診や要介護認定の申請に係る指導など、保健医療福祉サービスの活用に関する全般的な相談や調整も行うこととしている。また、家族介護を担う者の健康管理のために健康相談や訪問基本健康診査といった新しい取組みを開始することとしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第2節 長寿社会における健康づくり

2 高齢者の健康づくり

食塩摂取量の多い地域では高血圧、脳卒中が多く、塩分の過剰摂取が高血圧、脳卒中の危険因子であることは比較的古くから知られている。最近の研究によれば（注1）、日本で生活している日本人とハワイの日系人とを比較すると、塩分の摂取が少ないハワイの日系人の方が、日本で生活している日本人よりも脳卒中の発生率が低いことがわかっている。また、高コレステロール血症が、心筋梗塞等の危険因子であること、さらには、血清総コレステロール値が低いほど、脳内出血が起こりやすいことなども明らかにされている。

秋田県の脳卒中登録データを活用して1960年代と1990年代を比較した研究（注2）によると、1960年代は脳卒中を起こした者の多くは、高血圧が原因だったため、脳卒中の予防には、高血圧の未治療者を早期に発見し、早期に治療することが有効な方策であった。しかし、1990年代になると、血圧が正常であっても、脳卒中を起こす者の割合が相対的に増加してきたため、危険因子が低い者を含めた幅広い者に対する健康教育など、様々な取組みが重要となっている。

脳卒中と糖尿病の関係に関する疫学研究によると、糖尿病は脳卒中を引き起こす可能性が高いことが判明している。また、インシュリン非依存性糖尿病患者を8年程度追跡した研究（注3）によると、脳卒中の危険因子として高血圧、高血糖、蛋白尿が初診時にみられることが挙げられている。糖尿病の初期は自覚症状がないことから、健康診査を受けていない者の未治療率は極めて高い。現在、糖尿病は増加傾向にあることから、健診を積極的に勧奨するとともに、糖尿病のもたらす危険について情報提供を行う必要がある。

このように心筋梗塞や脳卒中の予防のためには、栄養、運動、休養などの生活習慣の改善が必要であり、各地で様々な健康づくりへの取組みが行われている。

（注1） Kagan A, Yano K : The Ni - Hon - San Study, 1996年ほか

（注2） 鈴木一夫ら「高血圧と関連疾患の疾病管理の研究」（平成10年度厚生科学研究費補助金）

（注3） 藤島正敏ら「脳卒中の危険因子としての糖尿病の疫学研究（NIPPON DATA80、久山町研究）」（平成10年厚生科学研究費補助金）

コラム 脳卒中減少のための施策の効果

脳卒中を減少させるための施策についての研究のうち、代表的なもの（注）として、秋田県の二つの農村地域を20年以上にわたって追跡した比較研究がある。それによると、高血圧についての健康教育、地域における広報活動、血圧検査、ハイリスク

者に対する診療所の紹介、健康ボランティアのトレーニングの5種類の取組みを行った結果、取組み前に比べ、男性の脳卒中の発症率が、開始後10年間で42%、15年間で53%、さらに20年間で75%減った。

上記5種類のうち、健康教育と広報活動以外の3種の取組みを同時期に行った別の地域では、取組みを開始してから20年間で男性の脳卒中の発症率は、取組みを行う前に比べ29%減っているが、脳卒中の発症率に及ぼした影響は、健康教育と広報活動を含めた取組みより有意に小さかった。

つまり、脳卒中を減らすために健康教育と広報活動は大きな役割を果たすといえよう。

(注) Hiroyasu Iso et al. "Effects of a Long-term Hypertension Control Program on Stroke Incidence and Prevalence in a Rural Community in Northeastern Japan"

コラム「我が町探検ウォーク」～宮城県矢本町

「やもと特産の野菜たちを見に行こう」とか「お店めぐりと屋号の秘密」など、毎回テーマを設定し、自分たちの町を歩きながら特産の野菜や史跡をみたり、講師の説明を受けて町の歴史を知ったりと健康づくりのためのウォーキングとまちづくりや町の探検を一体化させた活動を1998（平成10）年から行っている。

50～60歳代の熟年層を中心に毎回50名程度が参加し、地域住民による自発的活動へと発展してきている。

写真 講師の説明を聞く参加者

講師の説明を聞く参加者



コラム「ねたきりは予防できる」

寝たきりの高齢者については、1968（昭和43）年に、全国社会福祉協議会が「居宅ねたきり老人実態調査」を行い、その生活実態の深刻さが明らかになった。この調査結果が話題を呼んだことが一つの契機となり、寝たきりの高齢者に関する対策が進められるようになった。

昭和50年代から60年代にかけて、高齢者保健福祉施策が充実されてきた中で、寝たきりの状態は高齢者自身にとっても「生活の質」が著しく低下した状態であることや、介護負担を増大させるものであることから、改めて寝たきりは大きな問題となっていた。

昭和60年代のはじめには、我が国でも適切な取組みを行えば、寝たきりの高齢者を大幅に減らすことができるとする研究も行われるなど、寝たきりの状態は、本人の訓練や周囲の適切な介護等により、多くの場合避けることができるともいわれるようになってきた。実際、高齢者対策の進んでいる北欧等には、我が国と比較して寝たきりの高齢者が極めて少ない。

こうした中、厚生省は、寝たきり予防対策に力を入れ、1990（平成2）年度から、「ねたきりは予防できる」ことについて普及啓発を行うとともに、脳卒中などの寝たきりの原因となる病気の予防、適切なリハビリテーションの提供、在宅の保健・医

療・福祉サービスの充実とこれらのサービスを円滑に提供するための情報網の整備（脳卒中情報システム）などの施策を講ずる「ねたきり老人ゼロ作戦」を展開している。

さらに、1991（平成3）年3月には、寝たきり予防を国民全体に広く普及啓発できるよう、「寝たきりゼロへの10か条」を策定した。また、地域や施設等の現場において、保健婦等が高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短期間に判定できるようにと、同年11月には、寝たきり度（日常生活自立度）判定基準が策定された。

こうした取組みは、現在の介護保険や介護予防に関する施策につながっている。

コラム 痴呆防止の取組み～佐賀県伊万里市

佐賀県伊万里市では、高齢者の痴呆の早期発見と予防に関し、1990年度からある医師による先駆的な取り組みが始まり、1994（平成6）年度から市の事業として「痴呆予防システムづくり推進事業」が実施されている。

この事業の特色は、「高齢者健康教室」を開催し、参加している高齢者に対して痴呆の早期発見のための検診を行い、さらに必要と認められる者に対しては、画像検査と精神科医による診察が行われていることである。

また、高齢者健康教室においては、健康をテーマとした講演、健康食の試食、レクリエーションなどが実施されている。1998年度には高齢者健康教室は、市内4地区で21回開催されるに至った。ある地区では、地区内の65歳以上の高齢者数743人に対し、高齢者健康教室の参加者数は240人であり、1/3の高齢者が参加したことになる。また、同地区で1998年度までに検診を受けた者の延べ人数は1,600人を超過しており、高齢者数の倍以上に相当する。

検診の結果、「要注意」あるいは「痴呆」と判断された場合には、保健婦、看護婦が訪問指導を行い、必要に応じてデイサービスやデイケアへ通所したりするなどの対応が行われている。さらに、リズム運動、カラオケ、大正琴、囲碁、陶芸などからなる「生きがいづくり事業」への参加を呼びかけている。

以上のような高齢者健康教室の開催に加え、生きがいづくりや高齢者支援活動のリーダーの育成の一助として、「ふれあいのまちづくり交流会」が実施されている。

これらの「痴呆予防システムづくり推進事業」を実施するため、伊万里市では1)学識経験者、2)医療関係者、3)老人クラブ、婦人会、民生委員等の関係者、4)保健所、市役所等の行政機関からなる「推進委員会」を設置している。また、事業参加者の満足度や効果などについて科学的分析や検証が行われ、一層の事業の充実を図っている。

さらに、市民に対しては、毎年、「痴呆予防システムづくり報告会」が開催され、この事業の進捗状況が報告されており、住民の痴呆への理解を深めている。

解説 食生活指針

厚生省では、国民の一人一人が食生活の改善に取り組むよう、1985（昭和60）年に「健康づくりのための食生活指針」を策定した。さらに1990（平成2）年には、個々人の特性に応じた具体的な食生活の目標として、成長期、女性、高齢者、成人病（生活習慣病）予防のための食生活指針を策定し、その普及啓発に努めてきた。

しかし、近年、がん、心臓病、糖尿病などの生活習慣病が健康問題として大きな課題となり、その予防のために食生活の改善はますます重要となってきた。このため、毎日の生活の中で何をどれだけ、どのように食べたらよいかを実践するための具体的な目標を策定する必要が生じていた。農林水産省、文部省と連携して検討した結果、2000（平成12）年3月に新たに「食生活指針」を策定した。「健康日本21」の推進とあわせ、生活習慣病の予防のための啓発活動を行うこととしている。

コラム 沖縄における長寿と食事

沖縄は、長寿県として知られている。例えば、1999（平成11）年の百歳以上長寿者（1999年9月末現在における百歳以上または2000年3月31日までに満百歳に達する者）をみると、全国では15,369人（男性2,742人、女性12,627人）だが、そのうち沖縄県が、447人（男性71人、女性376人）と全体の2.9%を占めている。1995（平成7）年の全人口に占める沖縄県の人口が約1%であることや、高齢化率が全国（14.6%）に比べて低く、11.7%であることから、百歳以上の長寿者が多いことがわかる。

沖縄において、長寿が多い理由については、遺伝1)環境要因や生活様式など多方面から研究が行われているが、まだまだ不明な点が多い。沖縄の温暖な気候と、あまりものにこだわらない気質もその要因の一つと考えられる。

沖縄の食生活について、多くの研究者が研究を行っているが、長寿の原因として、

- 1) 豚肉を始めとする肉類を積極的に食べて、動物性タンパク質を多く摂取している、
- 2) 漬け物をほとんど食べないため、塩分の摂取が少ない（厚生科学研究によると、沖縄県住民の平均食塩摂取量は10.5g/日で、日本人の平均食塩摂取量（13.0g/日）より少ない。）

3) 米飯を食べ過ぎず、緑黄色野菜、魚、沖縄豆腐、乳製品などを多く摂取しており、偏食がみられない、などの特徴があげられている。

コラム デイサービスセンター巡回歯科保健対策事業～宮城県

在宅の要介護高齢者は、歯科保健医療サービスを受ける機会が少ないため、宮城県が宮城県歯科医師会に委託し、市町村のデイサービスセンター等で、巡回診療車を使って、歯科健康診査、保健指導、歯科診療などを実施している。口腔衛生の確保や咀嚼機能を維持回復することで、食べることや会話を楽しむことができるようになるが、これを契機に、生活の意欲が高まり、寝たきりや痴呆の予防といった効果も期待される。本事業は、1999年度から始まり、宮城県内の23市町村で約1,000名が対象となっている。

コラム 合築による世代間交流～「マイホームはるみ」東京都中央区

都市部の用地難の解消を図るとともに、住民サービスの向上や世代間交流を図ることを目的とし、新たに建物を建築する際や立て替えの際に、単一機能ではなく、多機能複合型の施設整備を行う事例が増加している。東京都中央区では、かねてから特別養護老人ホームの建設が住民から要望されていたが、「臨海部副都心開発計画」に関連して晴海地区に用地を取得し、1992（平成4）年に特別養護老人ホーム「マイホームはるみ」を含む地下1階、地上7階建てのビルを建設した。地下1階から4階までがマイホームはるみ、地下1階から4階までの一部と5、6階部分が区立晴海中学校、1階の一部が区立晴海保育園となっている。

雛祭りなどの季節行事、入学式、運動会、文化祭といった学校、保育園行事に老人ホームの高齢者を招待する一方、中学校の新1年生がマイホームはるみの施設長の話の聞いたり、生徒が、老人ホームの夏祭りの手伝いをしたり、様々な形での世代間交流が実現している。

コラム 化粧の効用

特に女性の場合は、化粧が大きな心理的な効果を持つことが知られている。スキンケア、マッサージ、メイクアップなどの化粧効果が、気分の高揚による脳の活性化や免疫力の向上に役立つともいわれる。例えば、クリームで肌をマッサージすると血液の循環を良くするだけでなく、手を動かすことは、リハビリにもつながり、さらには、美しくなることで気分が明るく前向きになれるという効果が期待できる。このように嗅覚、視覚、触覚を動員した化粧行為は、心身の活性化に有効であるとの研究も行われている。A病院で看護婦が女性患者にメイクの指導をするという「化粧療法」を週1回4か月間行った結果、9割近くの患者に表情の変化が見られ、痴呆性高齢者の中にはおむつが取れた者もいたという結果が出ている。（資生堂編「美しく年を重ねるヒント」求龍堂、1997年）

このような効果に着目し、化粧品会社が高齢者施設でメイクアップ講座を開講したり、美容専門学校などがボランティアで高齢者に化粧を施したり、高齢者が美しくかついきいきと過ごせるような試みが広がっている。

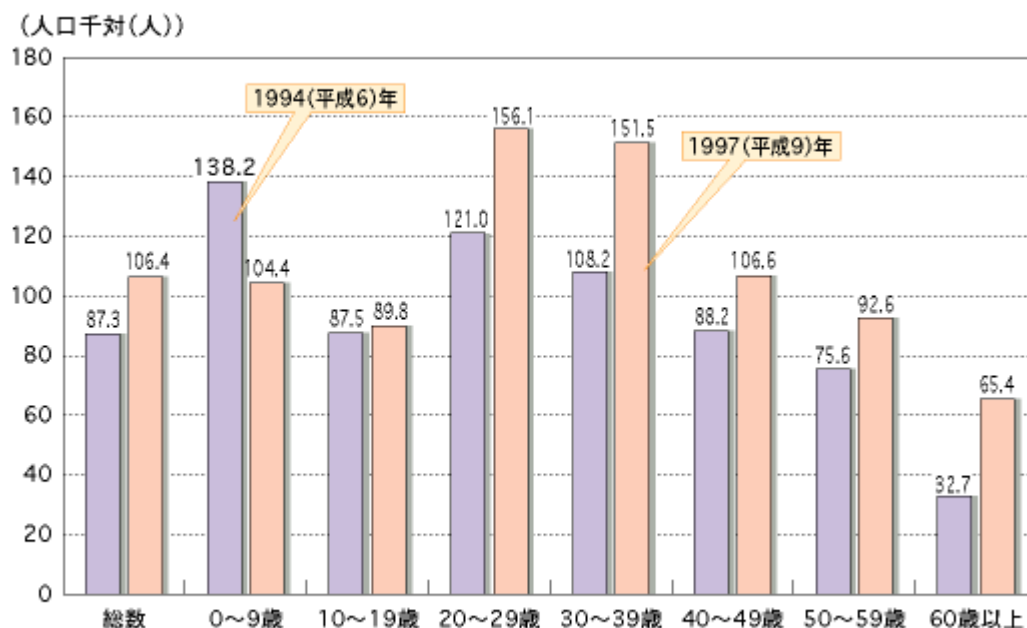
コラム フィットネスクラブなど健康増進施設の利用状況

厚生省の調査によると、健康増進施設（フィットネスクラブ等）の利用者を年齢階層別にみると、20歳代の女性が最も多くなっているが、60歳以上の利用者も全体の13.3%を占めており、人口千人当たりの利用者数をみても、1994（平成6）年から1997（平成9）年の3年間に2倍に増加している。

健康増進施設利用者の年齢層が広がり、高齢者においても比較的二ーズが高いことがうかがわれる。

図2-2-17 健康増進施設（スポーツクラブ、クアハウス等）利用者数

図2-2-17 健康増進施設(スポーツクラブ、クアハウス等)利用者数



資料：厚生省大臣官房統計情報部「健康・福祉関連サービス需要実態調査」

写真 健康のために運動する高齢者

健康のために運動する高齢者



写真提供：川崎医療福祉大学医療技術部健康体育学科

2-1 高齢期における運動と寝たきり予防

(高齢期における身体活動・運動)

高齢になるにつれて、日常生活において身体を動かす機会は減少しがちになる。加齢によって体を構成する諸器官の機能が低下する中で、更に運動不足が加われば、身体機能の低下を加速させ、高齢者の活力を低下させることにもつながる。活力が低下すれば、老いを感じ、自信の喪失につながる。このような社会的・心理的な老化は、日常生活における運動量を一層減少させ、身体の痛みや心臓病、高血圧といった状態を引き起こすという悪循環に陥るともいわれている。

仙台市で60歳以上の市民に対して実施した身体運動訓練に関する研究（注1）によると、6か月間の運動

訓練により、持久性の指標である最大酸素摂取量が2.1ml/kg/分、改善した。これは、5歳程度の若返りに相当する。

全国5か所の健康増進センターを訪れた人の追跡調査を行った研究（注2）によると、体力水準の高い群は、体力水準の低い群と比較して、その後の死亡率が低かった。また、中高年において継続的に有酸素運動を行うことは心肺の持久力の向上に有用であった。

1977（昭和52）年から1997年までの20年間、地域住民を対象として追跡を行った研究（注3）では、70歳以上の高齢女性では、活発に活動している人ほど、脳卒中の発生率が低かったことがわかっている。

運動習慣のある者は、全体的に見ると、男性では30歳代から50歳代の働き盛りの年齢で低く、女性では20歳代、30歳代の割合が低い。高齢者では運動習慣を持つ者の割合が増えるが、70歳以上の男性で33.2%、女性で27.3%である（図2-2-9・図2-2-10）。

高齢期においても運動をすることで、健康・体力を保持・増進できることが知られている。持久的トレーニングを行っている高齢者では、呼吸循環系の機能が高く維持されていること、運動習慣のない高齢者でも適度な有酸素運動を継続すれば、糖・脂質代謝、血圧調節が改善すること、また適度な筋力トレーニングを行うことにより、高齢者でも筋力の保持・増進が可能であるという研究もある。さらに、運動は、人との交流の場、気分転換の場としても有用であるといえよう。

こうしたことから、地域住民を対象とした「歩く（ウォーキング）」活動など高齢者でも気軽にできる運動を取り入れた健康づくりのための取組みも各地で行われている（表2-2-11）。

また、高齢になるにつれて、特別なスポーツや運動という形をとらなくても、日常生活の中で、家事、散歩、買い物などにより身体を動かすことも身体機能の維持や健康づくりに有益である。

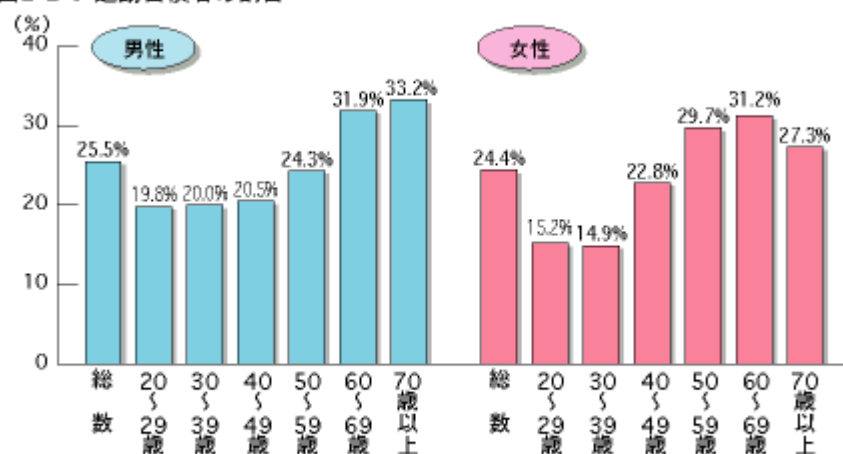
（注1）辻 一郎ら「保健サービスの効果の評価に関するコホートおよび介入」（平成10年度厚生科学研究費補助金）

（注2）能勢隆之ら「高齢者の運動による老化予防および体力向上に関する長期縦断的研究」（平成10年度厚生科学研究費補助金）

（注3）（注2）と同じ

図2-2-9 運動習慣者の割合

図2-2-9 運動習慣者の割合

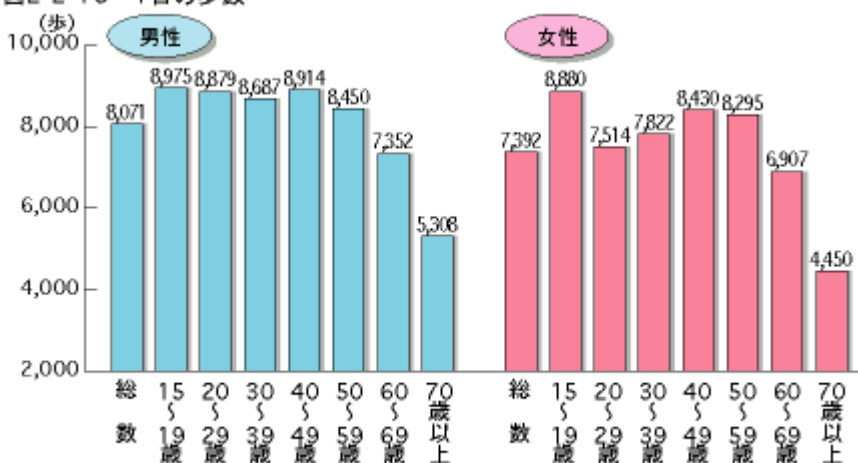


資料：厚生省保健医療局「国民栄養の現状 平成10年国民栄養調査結果」

(注) 運動を週2回、1回30分以上、1年以上継続している者。

図2-2-10 1日の歩数

図2-2-10 1日の歩数



資料：厚生省保健医療局「国民栄養の現状 平成10年国民栄養調査結果」

表2-2-11 高齢期の身体活動指針（「健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針」から）

表2-2-11 高齢期の身体活動指針(「健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針」から)

	身体活動の種類			身体活動の強度	身体活動の時間・回数	注意事項
	日常生活活動	趣味・レジャー活動	運動スポーツ			
i) 健康の保持・増進と疾病の予防・改善(主に前期高齢者)	● 散歩、買い物等	● 日曜大工、園芸、ハイキング等	● ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、ゲートボール、ゴルフ等	● 最大酸素摂取量の50%程度の強度の有酸素運動が望まれ、主観的には「楽である」と感じる程度となる。	● 種目によって異なるが、1日20分以上、身体活動の頻度は、週2回以上が望まれ、1週間で合計約140分以上が望ましい。	i) 筋力低下 ii) 運動中の内 科的事故 iii) 日常生活での 事故
ii) 自立の維持、向上(主に後期高齢者)	● 散歩、掃除、買い物、料理等	● 園芸等	● ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、水中運動等	● 有酸素性能の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の40～50%、あるいは主観的には「かなり楽である～楽である」と感じる強度の有酸素運動が主体となる。 ● 筋力の維持のための身体活動は、息を止めないで、一つの動作が20回くりかえせる程度の強度が望ましい。	● 個人の体力に合わせて行うべきであり、1週間で140分を目標にする程度でよいと考えられる。 ● できるだけ毎日行うことが、効果をあげ、安全性を確保するためにも有効である。 ● 週2～3回の頻度で行うことが望ましい。	
iii) 生きがい・満足感・コミュニケーションの獲得		● カラオケ、買い物、日曜大工、園芸、ダンス、ボランティア活動、釣り、ハイキング、登山等	● 体操、ゴルフ等			

資料：厚生省保健医療局「生涯を通じた健康づくりのための身体活動のあり方検討会報告書」(1997(平成9)年3月)

(寝たきり予防)

身体活動や運動は、疾病の予防につながるだけでなく、運動機能を高め、転倒による骨折などにより寝たきりになることを防ぐことにもつながる。

かつて、高齢期になると身体機能が低下し、寝たきりになるのはやむを得ないと考えられていた。しかし、それは「寝かせきり」によるものであり、現在では寝たきりは適切なケアにより予防できることが知られている。

心身の機能を適切に使用しないこと(廃用)による機能の低下は、共通の原因により多数の臓器に同時に生じるため、「廃用症候群」と呼ばれている。これは、若年者よりも高齢者に起こりやすい。最初は軽い転倒のような、わずかなきっかけによって生じるが、一度起こると、若年者に比べて回復は困難となりがちである。また、これは廃用症候群→機能低下(疲れやすくなる、能力が低下する)→ADLの低下→生活の不活発化→一層の廃用症候群の進展という悪循環を作り、最終的に「寝たきり老人」を作る大きな原因となっている。この場合、早期に離床し、早期に自立を目指すリハビリテーションおよび介護を行うことにより、悪循環を断ち切ることが、寝たきり予防につながる。

一方、リハビリテーション医学の向上により慢性期リハビリテーションの医療水準も向上しつつある。初発脳梗塞患者のリハビリテーションを評価した研究(注4)によると、発症後90日以上慢性期脳卒中中でも、リハビリテーションの開始時期や入院時の障害の程度に関わらずリハビリテーションが機能改善に有効であることがわかっている。

脳卒中による片麻痺の患者に対する研究(注5)では、廃用症候群の原因として足の血流の低下、インシュリン抵抗性(インシュリンを投与しても血糖値が下がらないこと)が挙げられており、新しい予防法およびリハビリテーション法の開発が進められている。

寝たきりの原因の第1位は脳血管疾患、第2位は転倒等による骨折である。高齢期には老化による脚力や平衡感覚の低下、視力の衰え等により、足がもつれやすくなり、転倒の危険性が高まる。また、高齢者は、骨の中のカルシウム量が低下しており、転倒すると骨が折れやすい。そのため、家屋内の段差の解消、階段に滑り止めを備え付けるなどの、転倒防止のための工夫を行うことにより、骨折を原因とする寝たきりを予防しようという取り組みも行われている。

(注4) 宮井一郎ら「脳卒中および神経変性疾患に対するリハビリテーションの効果とその作用機序に関する研究」(平成9年度厚生科学研究費補助金)

(注5) 上田 敏ら「高齢者における廃用症候群1)過用症候1)誤用症候の本態1)予防1)リハビリテーション」(平成10年度厚生科学研究費補助金)

2-2 高齢期における食生活

高齢者にとって食生活は、大きく二つの意味を持っている。つまり、栄養素を摂取すること、そして生活の中での楽しみである。食生活の重要性はすべての世代に共通であるが、特に高齢期においては、食欲が低下し、消化吸収機能も衰える。こうした点も考慮して適切な栄養素をバランスよく適量摂取することが、健康を維持するために重要である。

総務庁の調査(「高齢者の健康に関する意識調査結果」1997(平成9)年)によると高齢者の約86%が「健康のために食生活に気をつけている」と回答しており、高齢者の食生活に対する意識は高いことがうかがわれる。

60歳以上の者の栄養摂取状況は、塩分摂取量が他の世代と同様に、男女とも目標値である10gを大きく上回っていること、70歳以上の女性でカルシウムの摂取量が平均栄養所要量を若干下回っていること以外は、ほぼ平均栄養所要量を満たしている。また、食品群別摂取量では、油脂類、肉類の摂取が年齢とともに減少する傾向がみられる(図2-2-12・図2-2-13)。

食生活と生活習慣病との関連は深く、そのリスクを低下させるためには若い頃から正しい食習慣を身につけることが重要である。

現在の食生活・栄養の全体状況を概観すると、男性ではいずれの世代でも肥満の割合が増加しているため、適正体重を知り、運動量などのエネルギー消費とのバランスを考え、栄養の過剰摂取を慎む必要がある(図2-2-14)。

一方、若い女性には行き過ぎたダイエットによるやせすぎの者が増えている。ごはんなどの穀類を基本に、野菜・果物、牛乳・乳製品、豆類、魚なども組み合わせて、健康的な食生活を実践する必要がある。

また、高血圧や脳卒中、虚血性心疾患、胃がんの予防等の観点から「食塩を1日10g未満」にすべきであると長年いわれているが、この水準もまだ達成されていない。また、カリウム、食物繊維、抗酸化ビタミン、カルシウムなどを摂取するため、野菜など、これらを多く含む食品を十分摂取しなければならない、とも指摘されている。

なお、高齢者が寝たきりになるきっかけの一つにあげられている大腿骨頸部(太ももの付け根)の骨折の予防のためには、若い時期の骨の中のカルシウム量(骨量)のピークを高める必要がある。

25～44歳の女性1,400人に対して行った骨量測定と生活習慣に関する調査(注)の結果、最大骨量に影響する要因は、1)小学校から中学校での給食に出された牛乳をいつも飲んでしたこと、2)中学校時代に運動部に所属していたこと、3)現在も運動習慣があること、4)現在も牛乳を飲む習慣があること、5)力が強いこと、であることが判明している。

また、閉経後女性約100人を追跡調査(注)した結果、閉経後の骨量減少が大きいのは閉経後5年間であ

り、この時期およびその前に喫煙しない、また、牛乳を定期的に摂取するなどの対策を講ずることが骨粗しょう症の予防に必要なことが明らかになっている。

(注) 伊木雅之ら「効果的な骨粗鬆症予防対策の実施方法に関する研究」(平成9年厚生科学研究費補助金)

図2-2-12 食塩摂取量

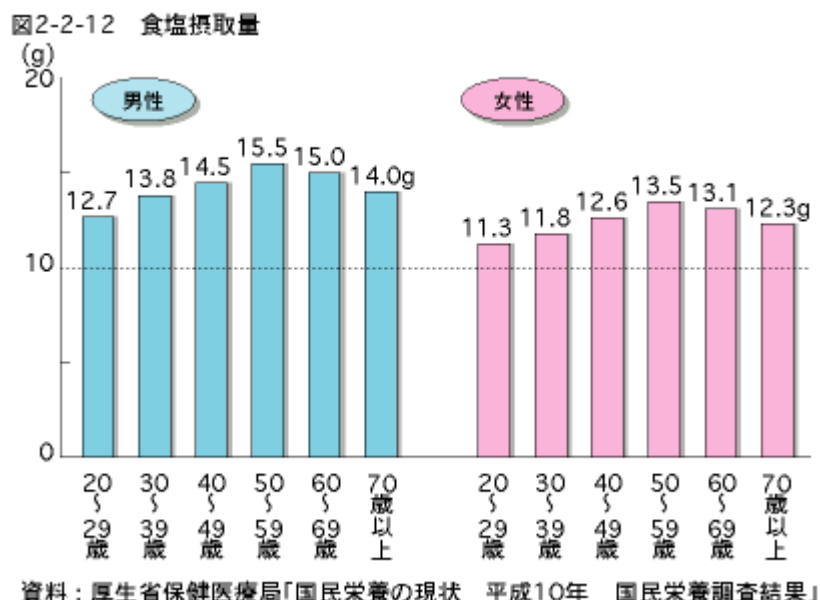


図2-2-13 年齢別カルシウム摂取量

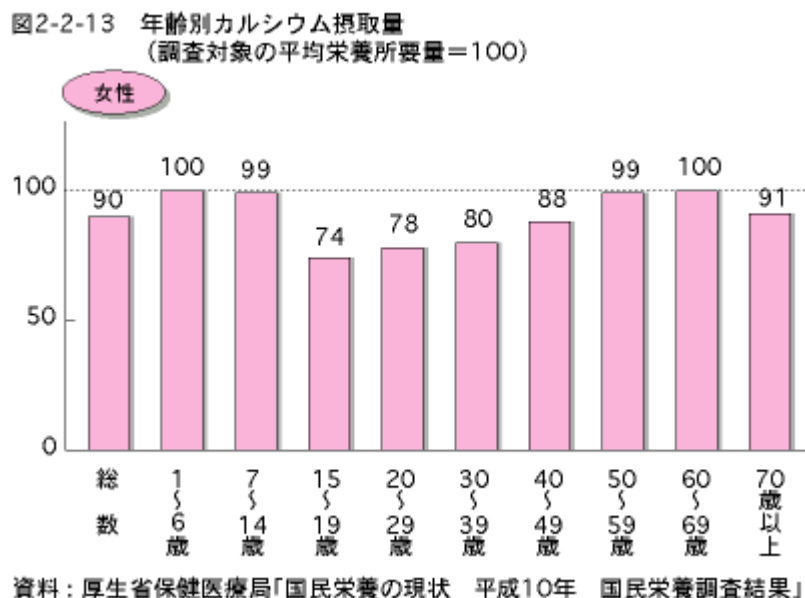
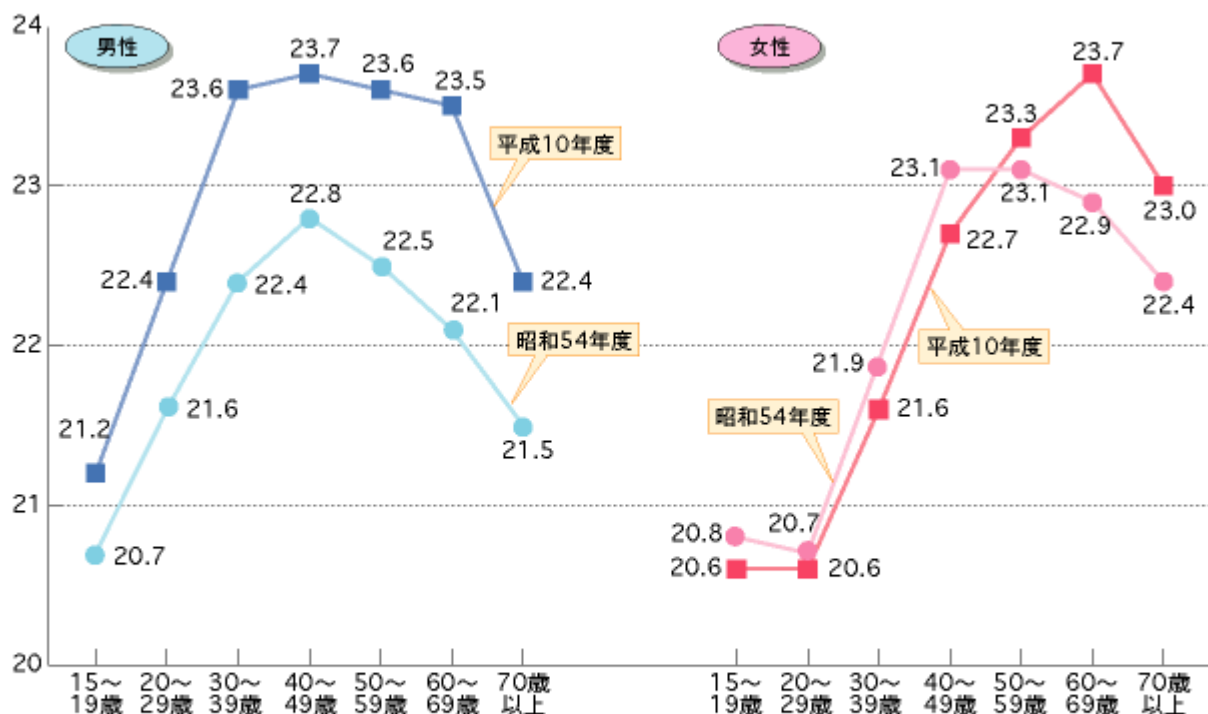


図2-2-14 BMI (Baby Mass Index：肥満指数) の変化

図2-2-14 BMI (Body Mass Index : 肥満指数) の変化



資料：厚生省保健医療局「国民栄養の現状 平成10年 国民栄養調査結果」

(注) BMIは、「体重/(身長m)²」により算定。

BMI=22を標準とし、BMI<18.5は「やせ」、18.5≤BMI<25「正常」、25≤を「肥満」と判定する。(日本肥満学会「肥満の判定基準」より)

2-3 高齢期における歯と口腔の健康づくり

生涯にわたり歯と口腔の健康を守り、健全な咀嚼能力を維持することは、単に食物を咀嚼するというだけでなく、楽しい食生活や会話、若々しい表情の維持など健やかで明るい生活に欠かせないものである。

歯の喪失が少なく、よく噛むことができる者は生活の質および活動能力が高く、運動1)視聴覚能力に優れているとの研究もある。また、要介護者を対象とした調査においても、口腔衛生状態や咀嚼能力の改善を図ることが、誤嚥性肺炎(口の中の食物が食道に入らずに気管または気管支に入ることにより生じる肺炎)の減少やADLの改善に有効であることを示す研究もある。

1999年の歯科疾患実態調査によると、う蝕と歯周疾患を主な原因として、40~50歳代にかけて歯が急速に失われる傾向にあり、1人平均現在歯数は、65~69歳で16.8本と20本を下回り、80歳以上では平均6.2本である。80歳で自分の歯を20本以上有する者は、15%に過ぎない。

厚生省では、失われた歯の数が10本以下、すなわち残っている歯がおおむね20本以上あれば、ほぼ日常の食生活に支障を生じないことから、平均寿命である80歳まで自分の歯を20本以上保つことを目標とする「8020(ハチマル・ニイマル)運動」を提唱し、1991(平成3)年度よりその実現に向けて普及啓発事業を行ってきた。また、1997(平成9)年度からは、地域に密着したより実践的な対策を推進するため、市町村を実施主体とする歯科保健推進事業を展開している。

「健康日本21」では、80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合を20%以上、60歳で24本以上の自分の歯を有する者の割合を50%以上に増加させることを目標に、定期的な歯石除去や歯面清掃などの予防処置1)指導と定期的な歯科検診を推進することとしている。

また、脳卒中によるまひなどで食物を飲み込んだり、嚙んだりすることができない嚥下¹⁾摂食障害の高齢者に対するケアも様々な形で行われている。さらに、咀嚼と体力や食物摂取との関わり、あるいは、食と痴呆などの老化予防との関わりも研究され始めている。

2-4 高齢期における生活

(休養・こころの健康)

WHO（世界保健機関）の健康の定義（注）を待つまでもなく、身体のみならず、こころの健康が、いきいきと暮らしていくために不可欠であることは、高齢期だけに限ったものではない。また、高齢者では心身の相関が若年期よりも更に顕著になるとの指摘もある。

総務庁の調査（「高齢者の健康に関する意識調査」1997（平成9）年）によれば、60歳以上の者の42.0%がイライラしたり、ストレスを感じており、その原因としては、「健康上の問題（14.8%）」が最も多くあげられている。

ストレスの解消方法としては、「友人に話を聞いてもらう（20.9%）」、「配偶者に話を聞いてもらう（14.4%）」、「スポーツなどをして身体を動かす（12.6%）」、「カルチャーセンターなど趣味の集い等に参加する（9.5%）」などが多くなっている。

こころの健康を保つには、十分な睡眠をとるなど心身の疲労を回復する「休む」という側面と、リラックスして自分を見つめなおす時間をもったり、趣味やスポーツ、ボランティア活動など明日に向かって鋭気を「養う」という側面を合わせた「休養」をとることが重要といわれている。

（注）世界保健機関（World Health Organization：WHO）の健康の定義：

「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」

(他世代との交流)

高齢になるとともすれば、家に閉じこもりがちになり、自分の世界だけで生活しがちになる。総務庁の調査によれば、積極的に外出する60歳以上の者が約6割いる反面、「外出することはほとんどない」、「家族や他の人から誘われても極力外出しない方である」と答える者の割合は、年齢と共に上昇し、特に75歳以降では、大幅に増えている（図2-2-15）。

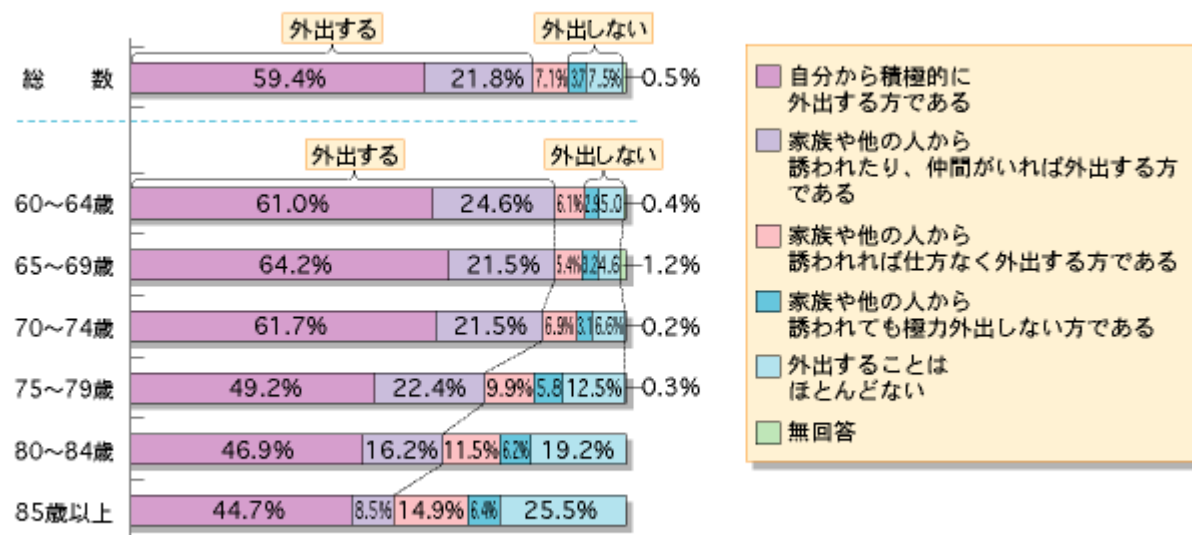
家に閉じこもり、社会と接触しないことは、身体を健康を損なうだけでなく、こころの健康を損なうおそれもある。このため、昼食会など高齢者が集う機会を設けたり、地域の中でふれあいの場を提供することなどによって閉じこもりを防ぐための取組みも各地で行われている。

自分の世界の中に閉じこもらずに、同世代と交流するだけでなく、他世代とも触れ合うことによって高齢者の世界が更に広がる。総務庁の調査（「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果」1998（平成10）年）によれば、60歳以上の者の約半数が若い世代との交流の機会があり、また交流の機会があれば参加したいと考えている。若い世代と一緒に楽しみ、また若い世代に自分の特技を伝え、若い世代から文化¹⁾技術などを教わりたいとの希望が多い。交流の機会やきっかけがあれば、このような世代間交流は一層、活発になると考えられる。

利用目的の異なる公共施設を複合化、併設する「合築」という試みが行われているが、これも高齢者の交流の場を確保することに役立っている。また、保育園と高齢者施設や老人クラブなどが共同して行事を開催するなど、様々な取組みが行われている。

図2-2-15 60歳以上の者の外出状況

図2-2-15 60歳以上の者の外出状況



資料：総務庁「高齢者の日常生活に関する意識調査」(1999(平成11)年)

写真 保育園児と高齢者とのふれあい

保育園児と高齢者とのふれあい

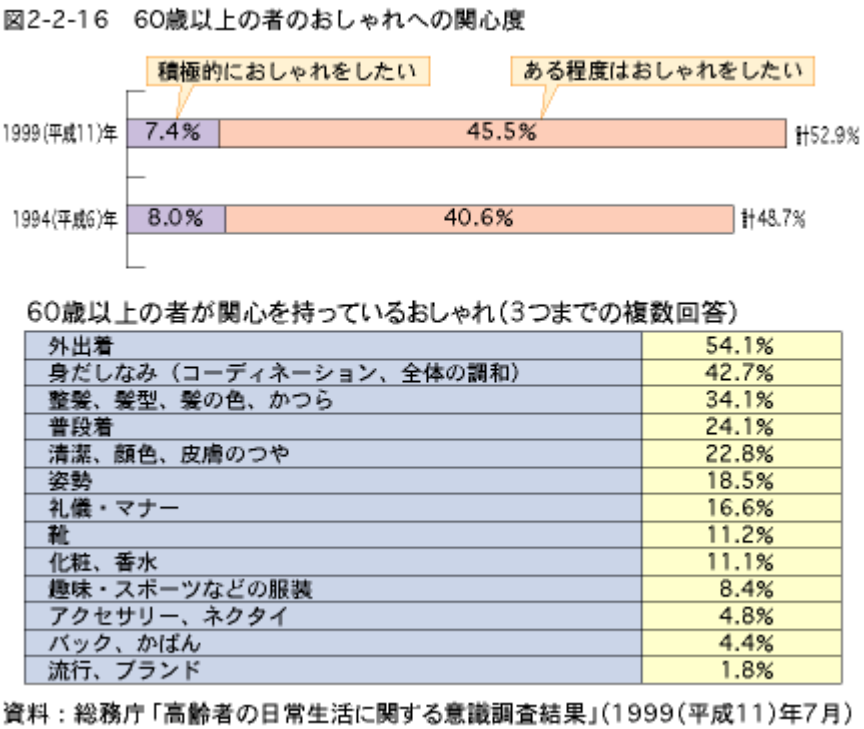


老人農園(新潟県三条市)～地元の老人クラブから46人が参加し、市内2か所の農園で、さつまいも、じゃがいも、大根、ねぎなどを栽培している。農作業を通じて参加者間の交流を図るほか、地元の保育園の児童を交えた芋掘り大会を実施している。

(身だしなみ)

元気な高齢者が増え、また、社会に参加する機会が増えるにつれ、高齢者のおしゃれへの関心も高まっている。おしゃれに心がけ、清潔できちんとした身だしなみを保つ姿勢は、こころの健康を維持し、さらには高めるために有効であるといわれる。60歳以上の者が関心を持っているおしゃれは、男女共に「外出着」が最も多く、半数以上の者が関心を持っており、次いで「身だしなみ」となっている。このように、服装や身だしなみに関心が高いが、これらが心理面に与える影響は大きい。日中、寝間着から洋服に着替える試みを行った施設では、装うことが緊張感を生むためか、高齢者が目に見えていきいき

図2-2-16 60歳以上の者のおしゃれへの関心度



2-5 健康関連ビジネス

国民の健康に対する意識の高まりに対応して、健康関連ビジネスも大きく成長している。

健康関連ビジネスには、検診から健康増進施設（フィットネスクラブ等）に至るまで非常に広範な分野があるが、健康の向上や維持を図るためにこれらのサービスを適切に活用することは、高齢期における生活の質を高めるためにも有用であろう。

1996（平成8）年の健康・福祉関連サービス産業統計調査によると、フィットネスクラブなどの運動型健康増進施設やクアハウスなどの温泉利用型健康増進施設の事業者だけでも1,953に上り、その従事者数は全国で約5.1万人である。

最近、高齢者でも気軽に利用できるフィットネスクラブが増えつつあり、運動を楽しむ高齢者がよく見かけられる。こうした施設では、水中運動や簡単な運動など高齢者が健康づくりのために安全に行えるプログラムを用意するなどの配慮をしている。

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第3節 長寿科学の振興

1 長寿科学研究の推進

高齢者のこころと身体健康を守り、生活の質を高めるためには、科学的な研究を進め、痴呆、寝たきり、骨粗しょう症などの原因を調べたり、高齢者を支援するための機器を開発することが必要である。

そのためにはまず、なぜ老化が起こるのか、なぜ特定の疾病が高齢者に多く発症するのかを研究する必要がある。また、高齢者に多い疾病をどうやって予防し、早期に診断し、治療すればいいのか、どのようにケアすればいいのかを研究することで、臨床の現場の医療従事者の役に立つことができる。さらに、高齢者の心理的・社会的問題（閉じこもりなど）について、研究することにより、よりきめ細かなサポートを行うことができる。

このように、自然科学から人文科学に至るまで、幅広い分野を総合的、学術的に研究する「長寿科学」の研究を進めることは、21世紀の高齢社会においても一層重要となる。

我が国におけるこれまでの長寿科学研究の成果としては、痴呆の代表的疾患であるアルツハイマー病の原因遺伝子の発見、糖尿病や高血圧の治療ガイドラインの作成、寝たきりの大きな原因である転倒の原因とその防止法の検討、さらには運動に障害のある高齢者や介護者を支援する機器の開発などがあげられる。

また、老化を観察し、老年病の発生原因を明らかにするためには、多施設共同での老化の長期縦断研究が有効であるとされている。しかし、老化に関する詳細な調査を中心とする長期縦断研究は膨大な費用と時間を要するという問題もあるため、同じ人を長期間にわたり継続して追跡する研究（注）も行っている。

さらに、WHOの支援のもと、各国の整形外科学会が国際的に連携して取り組んでいるプロジェクトである「骨と関節の十年」に呼応し、また、寝たきりの原因にもなっている大腿骨骨折の発症防止の観点から、厚生省としても長寿科学総合研究事業に新たに骨・関節の分野を設け、これに積極的に取り組むこととしている。

（注）下方浩史ら「老化の多施設共同縦断疫学調査に関する研究」（平成10年度厚生科学研究費補助金）

第1編

第1部 新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－

第2章 高齢者と健康

第3節 長寿科学の振興

2 長寿医療研究センター

厚生省は、1995（平成7）年度に愛知県の国立療養所中部病院に長寿医療研究センターを設立した。このセンターは、臨床部門との密接な連携の下に老化・老年病の基礎・臨床研究、高齢者のリハビリテーション、介護・看護に関する研究、さらに高齢者の身体機能等の低下を補う機器や介護支援機器の開発など、総合的な長寿医療研究を行っている。

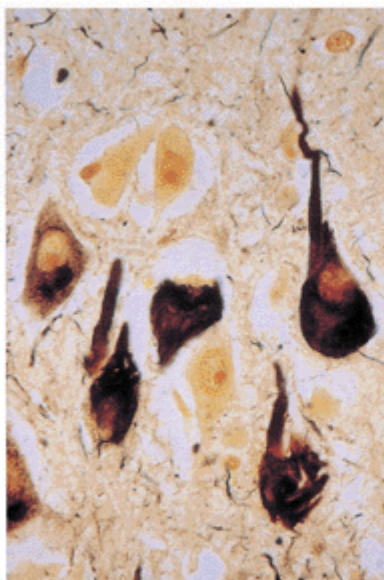
今後更に診療研究体制を充実するため、国立高度専門医療センターとして整備されることが計画されており、重要な役割を担うことが期待されている。

また、ここでは厚生科学研究費を活用した長寿科学総合研究の振興も行われている。こうした研究の結果、糖尿病、心筋梗塞、高血圧、骨粗しょう症などの一般的な予防のためのガイドラインが作られるなどの成果もあがってきている。

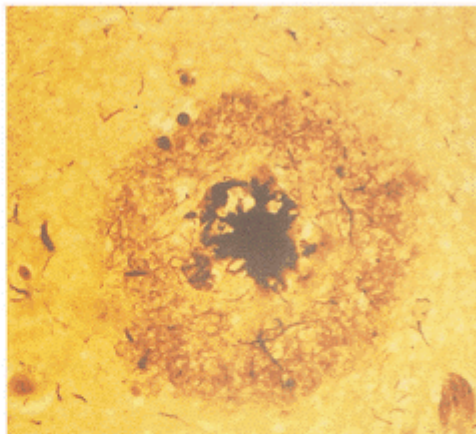
さらに、当センターでは、愛知県大府市（人口7万人）および知多郡東浦町（人口4万人）から無作為抽出された1,000名程度の住民について、老化の程度を追跡するため、医学、身体組成、心理、運動、栄養などの項目を調査する縦断研究を実施している。

写真 神経原線維変化、老人斑

神経原線維変化、老人斑



神経原線維変化
(写真提供：自治医科大学
中野今治先生)



老人斑（写真提供：鳥取大学 大浜栄作先生）

アルツハイマー病になぜかかるのかを明らかにするためには、この疾病にかかった人の脳組織によく見られる「老人斑」という小さな斑点や、神経細胞の中のタンパク質の異常である「神経原線維変化」といわれる状態の成り立ちについて研究する必要がある。長寿科学総合研究では、神経細胞を構成するタンパク質が異常な状態に変化していく仕組みを分析している。