

## 高連協公開講座 シニアの健康寿命の伸長

開催日時 2015年11月13日(金) 会場 日本教育会館 一ツ橋ホール

主催 高齢社会NGO連携協議会(高連協)

後援 厚生労働省 国際高齢者団体連盟(IFA)

プログラム



高連協公開講座  
**シニアの  
健康寿命の伸長**

**開催日時** 2015年11月13日(金) 13:20~16:00

**会場** 日本教育会館 一ツ橋ホール  
〒101-0003 東京都千代田区一ツ橋2-6-2

**主催** 高齢社会NGO連携協議会(高連協)

**後援** 厚生労働省  
国際高齢者団体連盟(IFA)

## 高連協公開講座「シニアの健康寿命の伸長」の開催にあたって

高連協(高齢社会NGO連携協議会)は、高齢社会関係団体の連合体で、1999年「国際高齢者年」以来、総務庁(現内閣府)高齢社会対策部門や国連等国際関係団体と共催・協力して「すべての世代のための高齢者の社会活動」を推進する諸活動を展開しております。そのため、「高齢者(シニア)の健康づくり」は必要不可欠なテーマです。

社会発展の総合指標とされる「平均寿命」の伸長は私たちシニアのバロメーターで、日本が世界最高水準であることはこの半世紀間、私たちの誇りでもありました。しかし、“自立した日常生活ができる”「健康寿命」を知るようになった今日、平均寿命の伸長だけを素直に喜ばないシニアも急増しているのは周知のとおりです。

健康づくりの社会的環境では恵まれていると言われる日本において、特にシニアが罹り易いインフルエンザや肺炎の発症予防、その予防接種率が先進国の中では未だ低い日本人シニアの意識啓発が求められます。

このような我が国の状況から、高連協はシニアが取り組み易いインフルエンザ等感染症予防を初回テーマに、「健康寿命の伸長」を目指し、本公開講座を開催致します。

高連協公開講座企画運営委員会

## ウエルカム メッセージ

IFA(国際高齢者団体連盟)の会長として、シニア各位が幅広く健康寿命を伸ばすことについて学び合う本公開講座が開催されることを大変嬉しく思っております。

日本は、60歳以上人口割合が30%を超え、世界で最も高齢化が進んだ国で、政府による健康づくり施策も進んでいます。そのような日本において、健康長寿の伸長をテーマに、インフルエンザ等感染症予防や成人ワクチン接種の重要性についてシニアが学び合う本公開講座の開催を実現させていただいた関係者各位に敬意を表すると共に、シニアの公衆衛生知識がさらに普及し、その成果が格段に上がっていくことを大いに期待しております。

IFAは、皆様と共に将来に向けて健康長寿の伸長に努力をしていく所存です。

IFA会長 ピヤネ ハストラップ

## プログラム

### 13:20～13:50 主催者基調講演

**樋口 恵子** 氏 高連協 共同代表、高齢社会をよくする女性の会 理事長

### 13:50～14:30 健康づくりと社会保障

14:20～14:30  
質疑応答10分

**原 勝則** 氏 前厚生労働審議官、元厚生労働省老健局長

### 14:30～14:40 休憩

### 14:40～15:30 シニアの感染症予防

15:20～15:30  
質疑応答10分

**長谷川 直樹** 氏 慶應義塾大学医学部 感染制御センター 教授

### 15:30～16:00 最後まで自己実現

**堀田 力** 氏 高連協 共同代表、さわやか福祉財団 会長

<総司会> **松村 満美子** 氏 高齢社会をよくする女性の会 理事、元 NHK

## 講演者のプロフィール

### 主催者基調講演

13:20～13:50



**樋口 恵子** 氏 高連協 共同代表、高齢社会をよくする女性の会 理事長

#### プロフィール

評論家。東京家政大学名誉教授・同大学女性未来研究所長。

社会保障審議会、男女共同参画会議民間議員、消費者庁参与等を歴任。現在、社会保障審議会医療保険部会委員。

著書は、「祖母力」、「女、一生の働き方」、「私の古い構え」、「人生100年女と男の花ごよみ」、「大介護時代を生きる」、「人生100年時代への船出」、「おひとりシニアのよろず人生相談」等。

### 健康づくりと社会保障

13:50～14:30 (質疑応答 14:20～14:30)



**原 勝則** 氏 前厚生労働審議官、元厚生労働省老健局長

#### レジュメ

1. 我が国の社会保障、とりわけ医療・介護保険制度は世界トップレベルで、国民の健康寿命も世界最高水準。しかし、今後の超少子高齢社会の到来を見据え、持続可能な制度の構築が大きな課題。また、2020年の財政健全化目標の達成に向け、医療・介護等の社会保障の歳出改革も課題。
2. 現在、政府が取り組んでいる地域包括ケアシステムの構築は、自助、互助、共助、公助の適切な取り組みを実現することにより、こうした課題の克服にもつながるもの。
3. とりわけ、自助、すなわち健康づくりや介護予防の取り組みが極めて重要。一般の医療保険制度改革によるデータヘルスの推進やインセンティブ改革などの新たな展開、介護保険制度の地域支援事業の着実な実施が不可欠。
4. 本年9月に厚生労働省が打ち出した新しい福祉ビジョン等に基づき、子育てや障害福祉等も含めた、地域包括ケアシステムのバージョンアップも重要。

### シニアの感染症予防

14:40～15:30 (質疑応答 15:20～15:30)



**長谷川 直樹** 氏 慶應義塾大学医学部 感染制御センター 教授

#### レジュメ

1. 健康寿命を理解する。
2. 肺炎の疫学・原因・病態を理解する。
3. 感染対策の基本を理解する。
4. ワクチンを理解する。
5. 肺炎球菌ワクチンを理解する。

### 最後まで自己実現

15:30～16:00



**堀田 力** 氏 高連協 共同代表、さわやか福祉財団 会長

#### プロフィール

特捜検事、最高検察庁検事、法務省大臣官房長等を歴任。弁護士。

民間法制・税制調査会座長、「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」議長、等。

著書は、「心の復活」、「生きがい大国」、「心は上天気」、「『人間力』の育て方」、「挑戦」、「中年よ大志を抱け」、「第二の人生、勝負の時である。」、「『共助』のちから」、等。

#### レジュメ

1. 人生の幸せは、尊厳をもって、つまり、自分らしく、生きることにある。
2. 健康であれば、自分らしく生きることができる幅が広がるから、幸せに生きたいと望む人は、疾病予防を含め、健康の保持に努めるのが本能。
3. 健康寿命が強調されるが、健康を失っても、認知症になっても、自分らしく、幸せに生きることは可能。
4. よって、人は最後まで自分らしく生きたいという望みを捨てないこと。  
また、社会は、人が最後までそのような生きられるような環境づくりに努めること。

## 協力団体

### 協 力

アジアン・エイジング・ビジネス・センター	エイジコンサーンジャパン
エイジング総合研究センター	グローバルスカイ
高齢社会をよくする女性の会	高齢者活躍支援協議会
国際長寿センター	さわやか福祉財団
シニア社会学会	シニアルネサンス財団
市民福祉団体全国協議会	社会教育協会
生涯学習開発財団	新情報センター
すこやか食生活協会	生活・福祉環境づくり21
成年後見センター・リーガルサポート	全国介護者支援協議会
全国老人クラブ連合会	損保ジャパン日本興亜福祉財団
ダイヤ高齢社会研究財団	長寿安心会
長寿社会文化協会	ニッポン・アクティブライフ・クラブ
日本ウェルエイジング協会	日本高齢者生活協同組合連合会
日本産業退職者協会	日本シンクタンクアカデミー
日本心身機能活性療法指導士会	日本チャリティ協会
日本レクリエーション協会	日本老年医学会
ふれあい写真クラブ	Friends of IFA Japan
ホールファミリーケア協会	ライフ・ベンチャー・クラブ
高齢・障害・求職者雇用支援機構	AARP
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	(株)アサツー ディ・ケイ
(株)博報堂	(株)ヤマシタコーポレーション
ファイザー(株)	医療法人惇慧会
アステラス製薬(株)	(株)フォーエバー
Meiji Seika ファルマ(株)	

## 高連協公開講座 シニアの健康寿命の伸長



写真は伊藤実 高連協理事

### 主催者挨拶 から

**吉田成良高連協専務理事**：高連協はいまから17年前、数え方によっては18年前になりましょうか、1998年に高齢者団体関連の連合体として発足しました。その時に高連協は連携体をつくると同時に「高齢者憲章」をつくりました。この憲章の中身というのは、国連が1999年に「国際高齢者年」というのを設定しまして、これに向かって各国の活動がおこなわれたわけですが、国連の活動のなかで謳われていた「高齢者に関する五原則」、これは高齢者の「自立・自己実現・尊厳・ケア」と「社会参加」というもので、それを高連協のスローガンとして取り入れました。以来、高齢者だけではなくすべての世代が幸せな社会であるような活動をしてまいりました。その一環として公開講座も開いております。

今回のテーマについて、ここにおられます穂積先生、お医者さんでいらして高齢者の総合医療をやっておられますが、高連協の理事であってなおかつ本日の公開講座の後援団体であるIFAA（国際高齢者団体連盟）の理事でもありますので、ひとことご挨拶をお願いしたいと思います。

**穂積恒 IFAA理事**：わたしは2006年からIFAAの会員ですが、IFAAというのは本部がカナダのトロントにありまして、現在73カ国で傘下の会員数は4500万人います。今回、IFAAは高齢者の肺炎予防、肺炎が高齢者の死亡原因として高くなってきていると



ということで、これを予防するキャンペーンを世界でおこなっております。ことしの6月に、IFA事務局長のジェーン・バラッドさんが、当時は厚労省の局長で今日の講師であられる原勝則さん、前審議官を訪問されて、日本でもキャンペーンをとということになりました。そのことでわたしが高連協にうかがったところ、肺炎予防だけではなくて全般の「健康寿命の伸長」というテーマで公開講座をやったほうがいいのではということで、このような会議を開催させていただくことになりました。これからもIFAは高連協と協力して啓蒙活動といたしますか市民公開講座やいろいろな会議をすすめていきたいと思っております。

吉田：穂積さんありがとうございました。それではきょうの総合司会をつとめていただきます松村満美子さん、ご存じの方も多いたと思いますが、NHKで「家庭の医学」ほかの番組の司会やらコーディネーターをなさった方でございます。松村さん、よろしくお願いたします。

**松村満美子 高齢社会をよくする女性の会理事**：みなさんようこそお越しくださいました。それではさっそく始めたいと思います。本日は、「シニアの健康寿命をいかに延ばすか」というお話でございます。高連協の共同代表でいらっしゃる樋口恵子さんと堀田力先生からお話をうかがいます。それではさっそく今日のメインテーマについての基調講演を、樋口恵子さんをお願いしたいと思います。



## 主催者基調講演

**樋口恵子** 高連協共同代表 高齢社会をよくする女性の会理事長

みなさまよくお出でくださいました。

わたくしは堀田力先生とごいっしょに高連協の共同代表をつとめさせていただいております樋口恵子でございます。きょうのテーマからしてまず年から申し上げます。わたくしは83歳でございます。そしてこのごろは日々、健康のことを考えるようになりました。今回いろいろな方のご協力を得まして、「健康寿命を延ばそうよ」という会が高連協の主催でできましたことを、ほんとうに喜ばしく思っております。

今やいろいろと対立する点が多い社会に生きておりますけれど、世にめずらしいくらいこれほど意見の一致する政策はないのです。右から左まで、大人から子どもまで、かなり対立するところのある女と男も、「健康寿命を延ばそうよ」こればかりはいっしょに取り組もうと。国をあげての取り組みのなかで、これほど対立点の少ない政策はないのではないのでしょうか。

## 平均寿命と健康寿命とに10年の差

「健康寿命」ということばは、20年近く前から、たとえば内閣府が出す『高齢社会白書』などにも入るようになりました。このごろでは平均寿命と健康寿命の違いということが言われて、みなさんよくご存じでいらっしゃると思います。いちおう知ってはいるのですけれど、なぜそう決めたのかということはよく分かりませんので、これから少し勉強してみたいと思うのですけれど、いちおう『白書』などでは、「日常生活に不自由のない時期」というのを「健康寿命」と呼んでおります。



これがちょっと短いのですね。資料編にもございますし、ご専門の先生方が資料を使ってご説明なさると思います。わたくしは代表としてきょうの趣旨を自分の経験に引きつけながらお話するので、資料はゆっくりご覧になってください。とにかく男も女も平均寿命との比較では、男性では約9年、女性にいたっては12年も健康寿命は短いのです。なんたることですか。

つまり日常生活に不自由があるようになってから男女ともに10年前後を生きているというのが、このデータが間違いなければ、日本の高齢者の実態でございます。医療費については元政府高官の方からお話があるかもしれませんが、わたくしなどのごく雑駁な知識でいえば、われら日本人はいまの物価になおして、これは自己負担と医療保険あわせてですけれども、一生に2500万円ぐらいの医療費を使います。これは男と女でちょっと違います。わたくしは生涯医療費の図表をみてびっくりしました。その半分を使いきって何歳になっているとお思いですか。70歳になっている。残りの半分は70を過ぎてから使うのです。

## つましくて豊かな長寿社会への努力

家だって車だって人間だって、年がくればガタがきて人間なら医療費がかかる。もし年寄りが増えるので医療費がかかりすぎるといような声が出てくるとしたら、もちろん医療費が少なくなるような方策をとるのは当たり前ですが、医療費のかかる年寄りは早く死んでくれみたいな政策が出てきたら、わたくしは体をはって反対しようと思っています。家だって車だって人だって、みんな年を経ればメンテが必要になってくるのは当たり前。

ですから後期高齢者の医療制度という制度をつくり、年をとったら自己負担が少なくなるような制度をつくり、若い世代をはじめ高齢者の医療費のために支援をしてくれております。ですから自分の心がけによって減らすことのできる医療費・介護費を少なくする努力は、とくに高齢者個人はしていくべきであるというのが、わたしの考えであり高連協のスタンスであると思っております。

ある方が計算されて、もしいまの日本の認知症でかかる医療費・介護費が、認知症になることは避けられなくても1年間遅らせたらいへんな金額が節約できると話されてお

## ○日本人の平均寿命

日本人の平均寿命は、終戦2年後の昭和22(1947)年の人口調査で男性50.06歳、女性53.96歳となっていることが分かり、史上初めて「人生50年」が男女共に実現しました。以来寿命は伸び続け、先の東京オリンピックの翌年昭和40(1965)年には男性67.74歳、女性72.92歳とスウェーデンに追付き、世界のトップ水準になり、2014年には男性80.50歳、女性86.83歳となっています。

厚生労働省は、日本人男女の「平均余命」を毎年発表しています。「平均寿命」とは「0歳児の平均余命」です。現在65歳の平均余命を見ると、男性19.3年、女性24.2年となっていますので、現在65歳の人の寿命は男性84.3歳、女性89.2歳となり、平均寿命より男性が約4年、女性で約2年以上寿命が長くなります。

<表> 日本人男女の特定年齢別にみた平均余命 (年)

性別	年齢	0歳	60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	90歳
		男性	80.5	23.4	19.3	15.5	11.9	8.8
女性		86.8	28.7	24.2	19.8	15.6	11.7	5.7

資料：(2014年簡易生命表)

<表> 特定年齢の男女別生存率の推移

年次	男				女			
	65歳	75歳	90歳	95歳	65歳	75歳	90歳	95歳
昭和22年 (1947)	39.8	18.5	0.9	0.1	49.1	29.0	2.0	0.2
25～27 (1950～52)	55.1	29.4	2.0	0.3	62.8	40.5	4.0	0.6
30 (1955)	61.8	34.6	2.7	0.5	70.6	47.6	6.2	1.3
35 (1960)	64.8	36.1	2.3	0.4	75.2	51.5	6.0	1.2
40 (1965)	69.1	39.9	2.3	0.3	80.0	57.1	6.5	1.2
45 (1970)	72.1	43.5	3.5	0.6	82.6	61.2	8.6	1.9
50 (1975)	76.8	51.0	5.4	1.1	86.1	67.8	12.0	2.9
55 (1980)	79.4	55.7	7.1	1.5	88.5	72.7	16.0	4.2
60 (1985)	81.1	60.2	9.4	2.2	90.1	76.9	21.2	6.4
平成2 (1990)	82.6	63.0	11.6	3.0	91.3	79.8	26.3	9.0
7 (1995)	83.3	63.8	12.8	3.4	91.6	81.2	30.9	11.9
12 (2000)	84.7	66.7	17.3	5.7	92.6	83.7	38.8	17.7
17 (2005)	85.7	69.3	19.3	6.5	93.1	85.1	42.7	20.8
22 (2010)	87.0	72.2	21.5	7.3	93.6	86.5	46.2	22.8
25 (2013)	88.0	73.6	23.1	8.1	93.9	87.1	47.2	23.4

生命表作成時点における死亡状況を一定不変とした場合の状況を表しており、現実の生存者の割合とは異なる。  
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「簡易生命表」(各年分)

このふたつが満たされなかったら、人間の寿命などというものはいとも無残に縮みます。

敗戦の年の日本人の平均寿命は男子23.9、女子37.5であったことを思い出していただきたい。わたくしたちがこの長寿社会を平和でそれなりにつつましくても豊かなものとして完結するためには、やっぱり人生90年、100年時代の初代であるわたくしたちがそれなりの努力をしていかなければなりません。高齢者としてなすべき代表的な努力のひとつが、この「健康寿命の延伸」にかかわる努力ではないだろうかというのが、わたしの企画趣旨でございます。

## 77歳にして「健康」に目覚める

さてわたくし自身のことをちょっとお話し申し上げますと、健康に目覚めたのが遅うございまして、77歳まではあまり健康に気をつけておりませんでした。メチャクチャに働き、メチャクチャに食べ、メチャクチャに寝そべっておりました。77歳ぐらいまでというものはそれで済むこともあるのです。身の周りに、人生の軸足を「健康を保つ」ということに懸けて生きていらっしゃる方もたくさんおられますが、ジョギングがいいといえ



雨が降ろうと槍が降ろうとジョギングをする。でもそういう方も良いとばかり思いませんでした。わたくしと同じ年の男性は80を超えたところで軟骨が擦り減って、両足とも人工関節になりました。見なさい、過ぎたるはなお及ばざるがごとし。普通に生きているのがいいのです。

わたくしは70歳ぐらいには食べる量は食べ盛りと変わらないほどよく食べました。それが樋口さんのエネルギーだといわれました。70歳過ぎてもなお太りつづけておりました。娘が医者ですから怒るんです。でもわたしは、「なに言ってんの、死んで持っているのは食べたものだけだ」、ほんとうですよ。

わたくしは身長が160センチで、この年代の女としては大きいほうですから、体重は60キロ台はまあまあ、70キロの喫水線にかかる、たしかに膝が痛い。膝は変形性膝関節症という病気を、これは50代から持っておりまして、膝が痛くなるので体重が増えているのは分かるのですけれども。とかなんとか言いながら、健康を目的とするような生き方をわたくしはしたくない。健康はいろんな活動をするための条件であって、健康が目的となるような生き方も社会も、目的と手段を間違えているんじゃないというのが、わたくしの意見でした。

### 「健康が国是」となる高齢先進諸国

3年前にフィンランドへ行ったとき、男女平等参画局、日本でいえば内閣府のその担当のところへ男女平等の話を知りたてで行きました。そしたらそこの局のえらい女性が出てきて、最初にいわれました。「わがフィンランドの国是は健康であります」。男女平等の話を知りたてでいったのに、いきなり健康でした。

この点において男性も女性も、達者でいる人も移民の子どもも、みんなフィンランド国民として健康に暮らし、子どもたちも育てていく。ですから「わたしたちの国フィンランドだけだと思いますが、子どものお昼に温かい給食を出している」ことが自慢であります。一食しか取れなくとも最低の栄養は取れるように、未来の国民は健康に育てている。高齢者も健康に老られるように、健康・健康・健康といわれている。

考えて見ると、これは隣のオランダの専門家からも聞きましたけれど、どこの国も超高齢社会に向かいつつあります。その中でももちろん日本は先頭をきっているのですけれど、他の先進諸国の国策を聞きましても、まさに健康ということが国是となりつつあるのを感じます。

でもわたくしは77歳までは平気だったわけです。そしてある日、下腹部に異変を感じ、ついた病名は胸腹部大動脈瘤。破裂のおそれのある感染症。きょうのテーマのひとつが感染症。最初に一般病院に入ったのですけれど、その夜のうちに専門病院に運ばれました。高度のこういう血管系の手術をする病院は、お医者さんを近所に住まわしているんですね。夜中に呼び集めて約5時間、もちろん心臓を止めての手術でした。大動脈瘤4つのうち3つ取りまして、人口血管に入れ替えて、もうひとつ爆弾をかかえています。いやはや死ぬ

思いでした。

こんな痛い目をするのだったら、ご自分の選択ですけれど、すーっと死んだほうが楽かもしれません。助かって痛くて痛くて、泣きましたよ。家に帰って泣いていたら、猫がいっしょうけんめい舐めてくれた。優しい猫ですよ。手の甲をむんずと押さえて舐めてくれて、ネコからも舐められる体たらく。



以来、健康に気を遣うようになりました。食べたい放題でなくなりまして、これを「悔い（食い）改めた女」といいます。おかげで少し痩せましたので、大太りだったのが小太りになり、これがほんとうの「こぶとりばあさん」であります。

間もなく元気になりましたので、年賀状に「手術成功、部品交換、新品同様、益々元気、百歳確実、乞御期待」と書いたら、あんまりいい気になるなど怒られましたけれど。あれからちょうど5年経ちます。

### 確実な診断を受ける権利

今また新たな転機が訪れております。今年の5月の連休の初日に、頭の先から足の先まで斜めに突き抜けるようなものすごい悪寒に襲われました。なんだろう、と思っておりましたら、今度は歯がガチガチいう音が聞こえるような震えに襲われました。起きていられず寝まして熱を測ったら、39度と40度の間でした。

みなさんに申し上げておきますけれど、連休に病気になってはいけません。ほんとうにそうですよ。近所の病院に行きましたけれど、明らかにアルバイトという感じの方がいらして、「熱冷ましあげますから、あしたいらっしゃい」と帰されました。連休でしたが一日だけウイークデーだったんですね。40度の熱でガタガタ震えながら、血液検査だけでもと言いましたら、「検査室もきょうは休みですからあしたまたどうぞ」。熱冷ましだけもらって帰ったら、熱冷ましってよく効くんです。翌日、熱が下りていた。

わたくし高齢者の方に申し上げたいのは、それで死んでしまう覚悟ならよろしいんですけど、治るものなら治したいとお思いになっているとしたら、これは厚労省の方針と反するのか反しないのかわかりませんが、診断は確実につけてもらったほうがいいです。高熱を出して、熱冷ましだけもらって帰されました。娘が「救急車呼ぼうか」といいます。わたしはあちこちに行っては「80歳以上の救急車利用が多すぎる」と言っています。もちろん必要な場合はありますが、高齢者が倒れたからといってとくに子どもが呼ぶことには、批判的な精神で端的な言辞を弄しておりましたので、娘には「死んでも救急車には乗らぬ」と言いまして翌日、総合病院へ行きました。

血液を採ってもらって、血液検査ひとつで白血球が人様の2、3倍あるということがわ

かるのに、総合病院の検査室ならものの30分とかかりませんでした。白血球の数でこの人は重篤な感染症にかかったということが、地域の中核病院ですけれど総合病院で検査をすれば早いものは30分、午前中に結果が出るんです。わたくしは診断を受ける権利は高齢者になってもあっていいと思っていますけれど、医療行政の幹部の方からご意見をうかがいたいと思います。

細菌が特定されればいちばん効き目のある抗菌剤が何かはわかる。他のところは何も悪くなかったから、わたしは3、4日で帰るつもりで仕事の予定なんかをしていました。ところが帰れない。細菌が特定できない。有名菌じゃないんです、わたしのは。雑菌なんです。で、分からない。抗菌剤は数打ちや当たるといので、ついに白血球が元に復する効果を示したときは10日か11日経っておりました。ときならず重度1の入院をいたしました。何もしないでほうって置いたら死んだ可能性もありました。

### 年金生活者に見られる「中流低栄養」

そこでわたくしはもう一度認識を改め直しました。つまり77歳で気をつけ始めたのは食べ過ぎないことだけでした。実は80を過ぎたころから自分自身の変化をじわっと感じておりました。わたくしは見かけによらず手先が器用で料理をやるのが好きで、死んだつれあいにも食事の文句は一度も言わせたことがありません。つれあいに食べさせたいからではなくて、自分がおいしいものを食べたい、食いしん坊であるにすぎないのですけれど、それがどうでもよくなった。朝起きますと、パンを食べて牛乳を飲んで・・・

今年の春ころに開業医の方から年金生活者で十分おカネのある人で具合が悪くなったので診てみると「栄養失調」であるという話を聞き、こういう症状が新聞などでも伝えられて、わたくしは心ひそかに「中流低栄養」と呼んでおりました。まさにわたくしはそうなっていたと思います。

・・・食べ物はあるのです、中流ですから。その証拠に台所へいけば食料品の棚に、有名ホテルの缶スープが集まっている。そのひとつを開けて、沸かして飲む。卵は目玉焼きにお醤油をかけるのがいちばんおいしい。つい最近、97歳の健康長寿の見本のような吉沢久子先生のお宅へうかがってビデオを撮らせていただきましたけれど、吉沢久子先生も「目玉焼きにお醤油をかけるのがいちばんおいしい。そこにゆでたホウレンソウを和えておくと、栄養は十分」といわれました。

それがおっくうになってきたんです。パンと牛乳とスープで終わって、卵はゆでたまごになってきた。食器を洗うのもめんどろで、「食生活が荒れているな」と今年のお正月あたりから思っておりました。そうしたら5月にやられたわけです。わたくしは2度目の悔い(食い)改めをすることになりました。

### 「人生100年社会」への処方箋

女性がなんで男性よりも健康寿命が短いのだろうかということもこれから解明しなければ

ばいけないと思っております。80過ぎまで生きた人が調査分析できるようなボリュームゾーンになってきたのは、つい今しがたのこと。80過ぎて食べることにまめであったわたし自身が食事づくりがめんどろになるなんて、77の時はちっとも思っていなかった。

80歳を、おばあさんの「おやじ化年齢」と名づけております。なにもしたくない。このあたりを男性方は奥さまの助けで乗り切っているのかどうか。運動ときちんとした栄養と人間関係づくり。この三つが基本であるということを、83歳にして感染症に罹り、認識しなおし、もう一度その三つについてのチェックリストをつくりつつあるところでございます。

わたくしどもは「人生100年社会」の初代でございます。80代、90代はこれまでボリュームゾーンとしてなかったのですから、初代としての情報を集めあって、わが高連協の会員、参加者のみなさん、広く市民も参加して、「人生100年」を生きる健康への処方箋をつくりあげようではございませんか。

ご静聴ありがとうございました。(文責 堀内正範)

**司会者：**ありがとうございました。また食いしん坊の樋口さんに戻っていただいて、100歳までかんばっていただきたいと思いながらお話をうかがっておりました。さて続いては「健康づくりと社会保障」につきまして、前厚生労働審議官で、また厚生労働省の老健局長もなさっておられました原勝則さまにお話をうかがいます。

以下 未整理です。

写真は 伊藤実 高連協理事

## 健康づくりと社会保障

原 勝則 氏

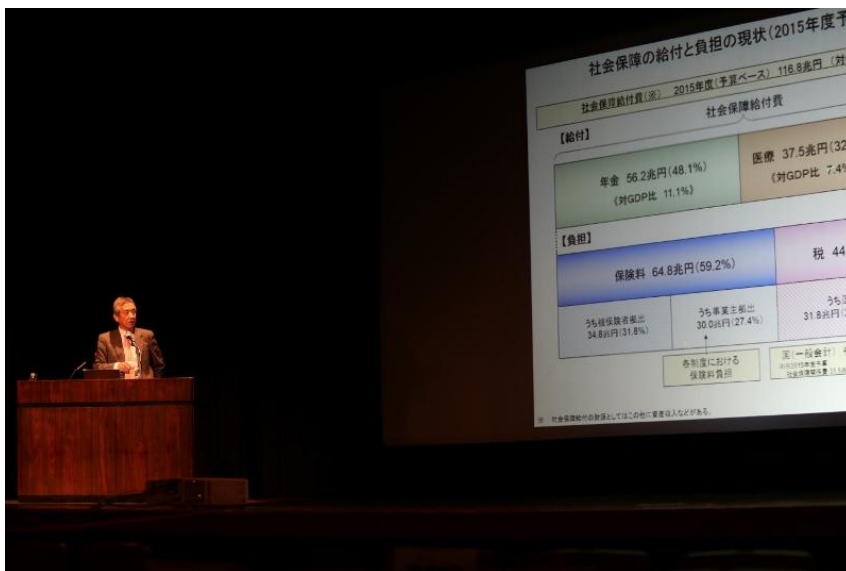
前厚生労働省審議官 元厚生労働省老健局長



ご紹介いただきました原でございます。10月1日に37年間勤めてまいりました厚生労働省を退職いたしました。4月に満60歳になりましたが、わたしが役所にはいったころは60歳という社会では支えられる側でした。このごろはそんなことをいったら怒られる。隔世の感がございます。

きょうの講演会も「健康寿命の延伸」ということで、与えられたテーマが「健康づくりと社会保障」ということでしたので、社会保障制度における健康づくりが厚生労働省のデータでどうなっているのか。健康づくりというと、介護予防もはいますし、高齢者が在宅で地域で生活をしていくために必要な生活支援、こういうものを含めて健康づくりといたしておりますけれども、社会保障制度においてどう位置づけられているのか、

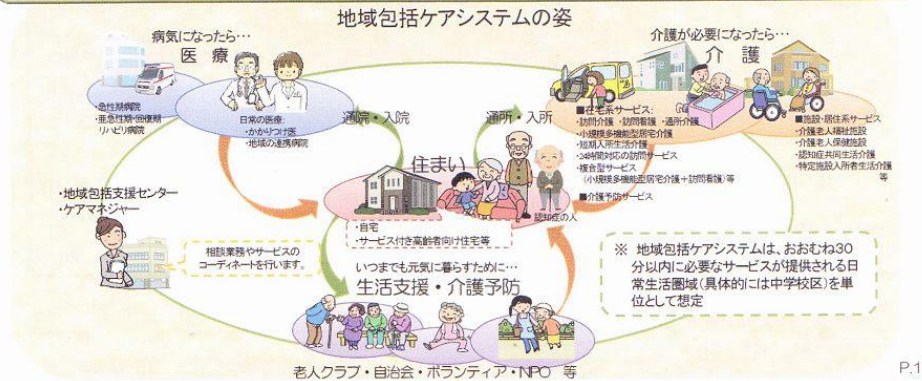
これからどうすすめていくのか、概況をお話させていただいて。高連協のみなさんが取り組んでこられた方向と国の維持していく健康づくり国をあげて取り組んでいかなければいけないということでございます。発言は未整理です。



<原先生資料>

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供される**地域包括ケアシステムの構築**を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



P.1

### 支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



<b>自助</b>	・ 介護保険・医療保険の自己負担部分 ・ 市場サービスの購入 ・ 自身や家族による対応
<b>互助</b>	・ 費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
<b>共助</b>	・ 介護保険・医療保険制度による給付
<b>公助</b>	・ 介護保険・医療保険の公費(税金)部分 ・ 自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

P.2

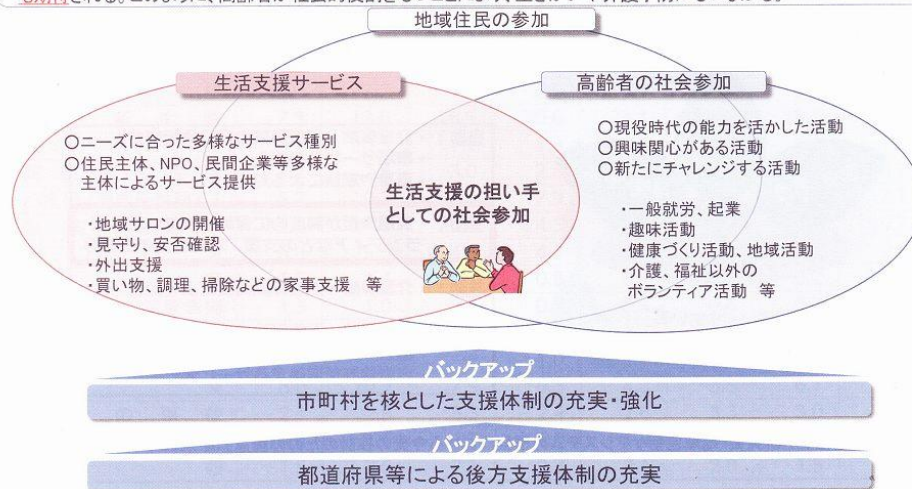


出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告  
 「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」  
 田中座長の図をもとに事務局作成

P.3

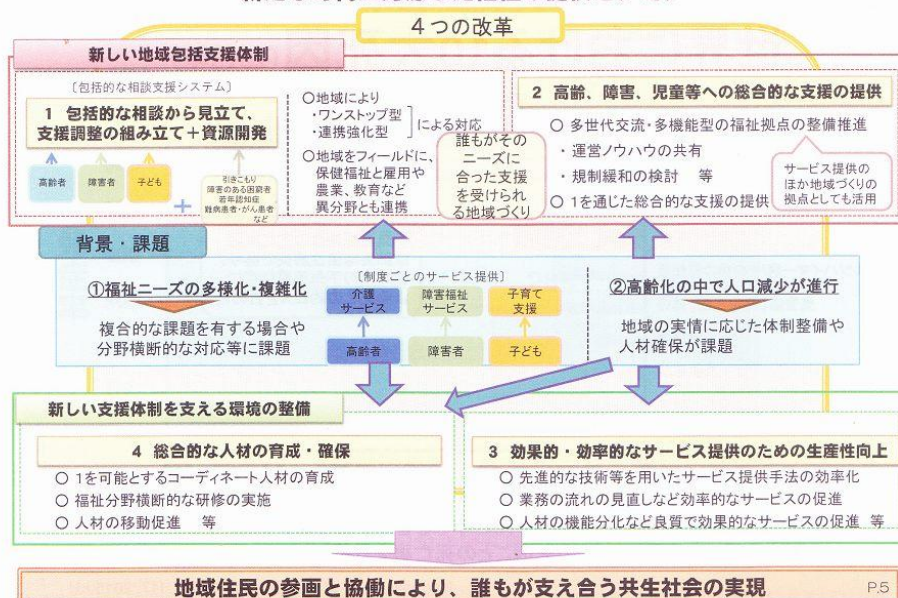
### 生活支援・社会参加の充実

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。**ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。**
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、**元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍すること**も期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



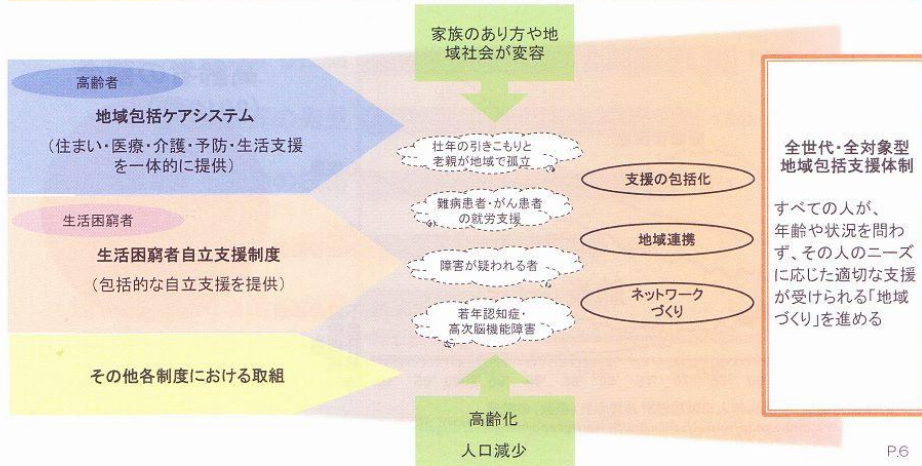
P.4

## ～新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン～



## 新しい地域包括支援体制の構築

- これまで、高齢者施策における「地域包括ケアシステム」の構築、生活困窮者に対する「生活困窮者自立支援制度」の創設など、各制度においても、支援の包括化や地域連携、ネットワークづくりを推進している。
- 今後とも、地域包括ケアシステムなどを着実に進めつつ、こうしたコンセプトの適用をさらに広げ、多様なニーズを掘り取る「全世代・全対象型地域包括支援体制」を構築していく。



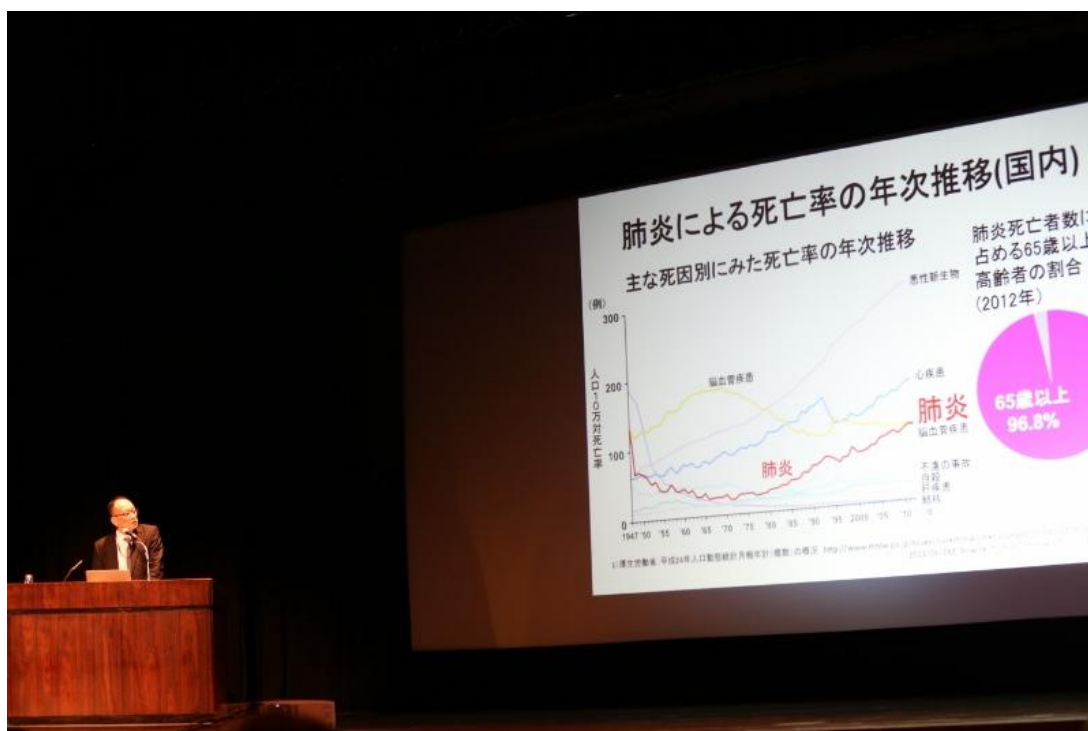


## シニアの感染症予防

長谷川直樹 氏

慶応義塾大学医学部感染制御センター教授

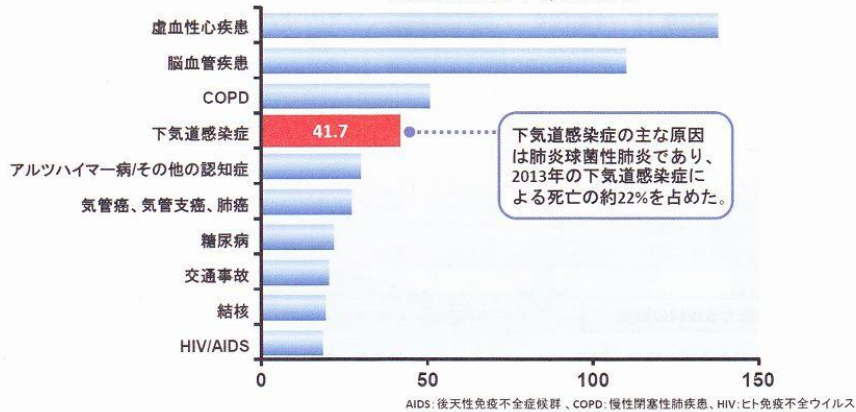
発言は未整理です。



<長谷川先生資料>

## 世界における10大死因 (2013年)

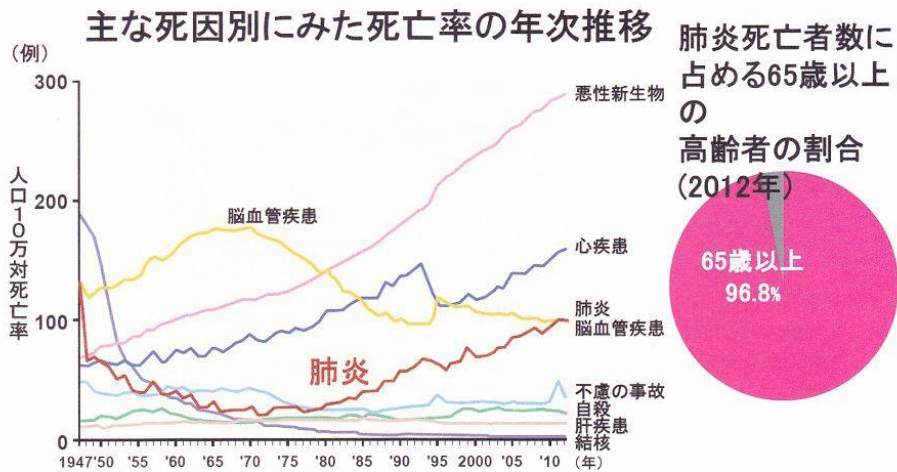
年齢調整死亡率(/10万人)



方 法 : 世界188か国を対象に2013年の死亡率などを集計した世界疾病負担研究 (GBD) のデータを基に、240の死因ごとの死亡率を分析した。

Naghavi, M. et al.: Lancet 385(9963):117, 2015より P.1

## 肺炎による死亡率の年次推移(国内)

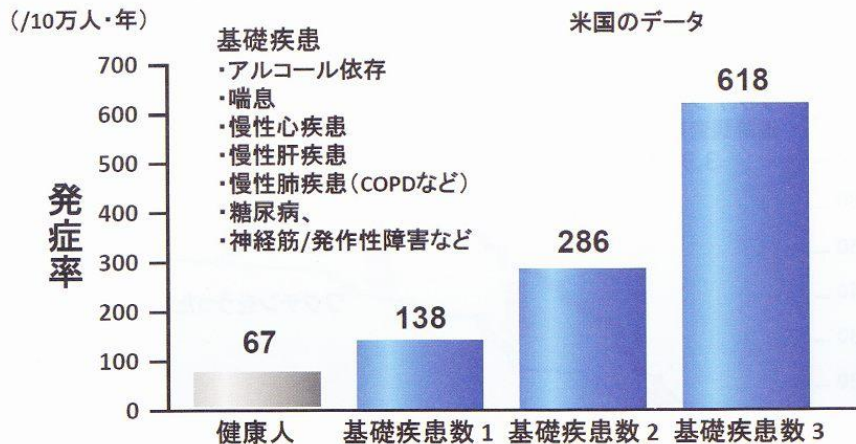


1) 厚生労働省: 平成24年人口動態統計月報年計(概数)の概況  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai12/dl/gaikyou24.pdf>

540, 2012より作図

2013/06/282) Bewick, T. et al.: Thorax (6):

## 基礎疾患数別 肺炎球菌性肺炎の発症率(65歳以上)



2007～2010年に65歳以上の方11.7百万人に聞きました。

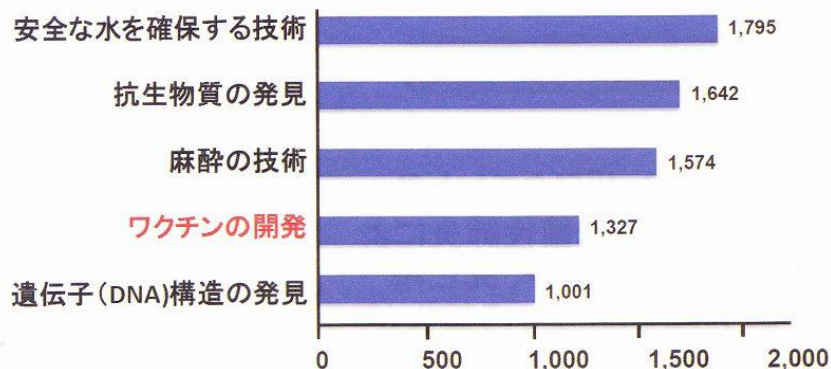
➡ 基礎疾患をたくさんもっている人ほど肺炎球菌性肺炎にかかりやすい

P.3

Copyright © 2015 by permission of Oxford University Press, K. M. et al.: Open Forum Infect Dis 1(1): ofu024, 2014より改変または作図

## 医学史上、最も偉大な業績は？

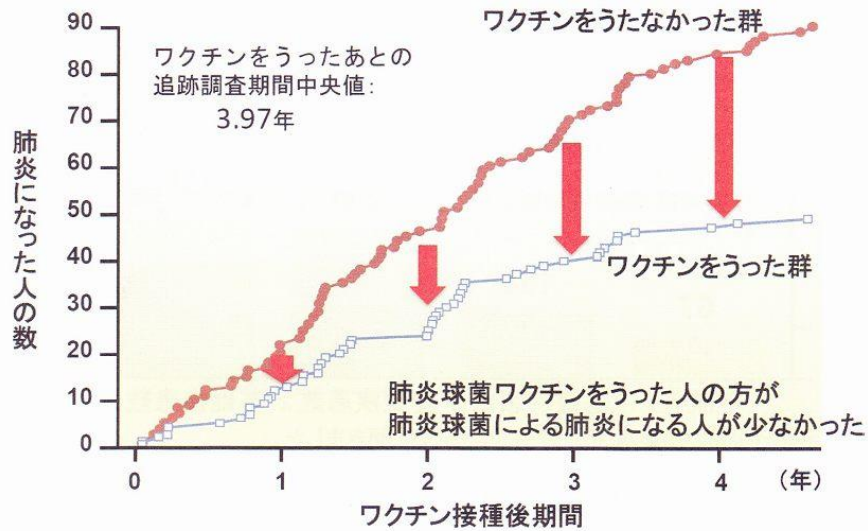
英国で最も権威ある医学雑誌の読者1万人に尋ねたところ



ワクチン開発は第4位にランクイン

Brit Med J 2007 P.4

## 肺炎球菌ワクチンによる市中肺炎の 発症予防効果



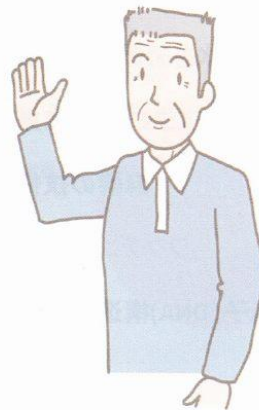
Bonten MJ, et al.: N Engl J Med 372(12):1114, 2015

P.5

インフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンを併せて接種するとより効果的に肺炎を予防できます。

65歳以上の方

インフルエンザワクチンとの併用で、肺炎球菌性肺炎による入院が36%減少、死亡率が57%減少したという報告があります。



Christenson B, et al. Lancet 2001;357:1008-11

P.6

## 最後まで自己実現

堀田 力 氏

高連協共同代表 さわやか福祉財団会長

発言は未整理です。



## ○世界一の高齢化先進国「日本」

21世紀現在、日本は世界で最も人口高齢化が進んだ国です。総務省統計局の2015年（9月15日推計）発表によると、日本の人口は約1億2,683万人、このうち65歳以上高齢人口は約3,384万人で高齢化率は26.7%です。日本人口は2007～8年の約1億2,800万人をピークに減少しはじめていますが、人口の高齢化は今後も進行し、東京オリンピック・パラリンピック開催予定の2020年には高齢化率が29%、2024年には30%を超えると推計されています。〈参考表1〉

〈参考表1〉 高齢者人口及び割合の推移：昭和25（1950）年～平成52（2040）年

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	80歳以上	65歳以上	80歳以上
昭和25年 (1950)	8,320	411	37	4.9	0.4
30 (1955)	8,928	475	51	5.3	0.6
35 (1960)	9,342	535	67	5.7	0.7
40 (1965)	9,827	618	78	6.3	0.8
45 (1970)	10,372	733	95	7.1	0.9
50 (1975)	11,194	887	120	7.9	1.1
55 (1980)	11,706	1,065	162	9.1	1.4
60 (1985)	12,105	1,247	222	10.3	1.8
平成2年 (1990)	12,361	1,493	296	12.1	2.4
7 (1995)	12,557	1,828	388	14.6	3.1
12 (2000)	12,693	2,204	486	17.4	3.8
17 (2005)	12,777	2,576	636	20.2	5.0
22 (2010)	12,806	2,948	820	23.0	6.4
27 (2015)	12,683	3,384	1,002	26.7	7.9
32 (2020)	12,410	3,612	1,173	29.1	9.4
37 (2025)	12,066	3,657	1,339	30.3	11.1
42 (2030)	11,662	3,685	1,571	31.6	13.5
47 (2035)	11,212	3,741	1,627	33.4	14.5
52 (2040)	10,728	3,868	1,576	36.1	14.7

資料：昭和25年～平成22年は「国勢調査」、平成27年は9月15日現在「人口推計」、平成32年以降は「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）から作成。イタリック体で表記。

注 1) 平成27年は9月15日現在（推計）、その他の年は10月1日現在。

2) 国勢調査による人口及び割合は、年齢不詳を按分した結果。

3) 昭和45年までは沖縄県を含まない。

## ○日本人の平均寿命

日本人の平均寿命は、終戦2年後の昭和22(1947)年の人口調査で男性50.06歳、女性53.96歳となっていることが分かり、史上初めて「人生50年」が男女共に実現しました。以来寿命は伸び続け、先の東京オリンピックの翌年昭和40(1965)年には男性67.74歳、女性72.92歳とスウェーデンに追付き、世界のトップ水準になり、2014年には男性80.50歳、女性86.83歳となっています。

厚生労働省は、日本人男女の「平均余命」を毎年発表しています。「平均寿命」とは「0歳児の平均余命」です。現在65歳の平均余命を見ると、男性19.3年、女性24.2年となっていますので、現在65歳の人の寿命は男性84.3歳、女性89.2歳となり、平均寿命より男性が約4年、女性で約2年以上寿命が長くなります。

<表> 日本人男女の特定年齢別にみた平均余命

(年)

性別	年 齢	年 齢						
		0歳	60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	90歳
男	性	80.5	23.4	19.3	15.5	11.9	8.8	4.4
女	性	86.8	28.7	24.2	19.8	15.6	11.7	5.7

資料：(2014年簡易生命表)

<表> 特定年齢の男女別生存率の推移

年 次	男				女			
	65歳	75歳	90歳	95歳	65歳	75歳	90歳	95歳
昭和22年 (1947)	39.8	18.5	0.9	0.1	49.1	29.0	2.0	0.2
25～27 (1950～52)	55.1	29.4	2.0	0.3	62.8	40.5	4.0	0.6
30 (1955)	61.8	34.6	2.7	0.5	70.6	47.6	6.2	1.3
35 (1960)	64.8	36.1	2.3	0.4	75.2	51.5	6.0	1.2
40 (1965)	69.1	39.9	2.3	0.3	80.0	57.1	6.5	1.2
45 (1970)	72.1	43.5	3.5	0.6	82.6	61.2	8.6	1.9
50 (1975)	76.8	51.0	5.4	1.1	86.1	67.8	12.0	2.9
55 (1980)	79.4	55.7	7.1	1.5	88.5	72.7	16.0	4.2
60 (1985)	81.1	60.2	9.4	2.2	90.1	76.9	21.2	6.4
平成 2 (1990)	82.6	63.0	11.6	3.0	91.3	79.8	26.3	9.0
7 (1995)	83.3	63.8	12.8	3.4	91.6	81.2	30.9	11.9
12 (2000)	84.7	66.7	17.3	5.7	92.6	83.7	38.8	17.7
17 (2005)	85.7	69.3	19.3	6.5	93.1	85.1	42.7	20.8
22 (2010)	87.0	72.2	21.5	7.3	93.6	86.5	46.2	22.8
25 (2013)	88.0	73.6	23.1	8.1	93.9	87.1	47.2	23.4

生命表作成時点における死亡状況を一定不変とした場合の状況を表しており、現実の生存者の割合とは異なる。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部『簡易生命表』(各年分)

## ○健康寿命

21世紀になって、WHO（世界保健機関）等が発表している“介護の必要がなく自立して日常生活を送れる”「健康寿命」が注目されています。WHOの発表によると日本人の健康寿命は2000年の発表以来世界一とみなされていますが、2000年で男性70歳・女性76歳、2013年で男性72歳・女性78歳と平均寿命と比べて健康寿命が8～9歳（年）も短いことが注視されています。＜参考表2＞

＜参考表2＞ 主要国の男女別平均寿命と健康寿命（20か国）

（年）

国名	平均寿命						健康寿命					
	2000（平成12）年			2013（平成25）年			2000（平成12）年			2013（平成25）年		
	男女計	男	女	男女計	男	女	男女計	男	女	男女計	男	女
オーストラリア	80	77	83	83	80	85	70	68	72	73	71	74
カナダ	79	77	82	82	80	84	70	68	72	72	71	73
中国	71	70	73	75	74	77	64	62	66	68	67	69
フィンランド	78	74	81	81	78	84	69	66	71	71	68	73
フランス	79	75	83	82	79	85	69	67	72	72	69	74
ドイツ	78	75	81	81	79	83	69	67	71	71	69	73
イタリア	80	77	83	83	80	85	70	68	72	73	71	74
日本	<b>81</b>	<b>78</b>	<b>85</b>	<b>84</b>	<b>80</b>	<b>87</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>76</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>78</b>
オランダ	78	76	81	81	79	83	69	67	70	71	70	72
ニュージーランド	79	76	81	82	80	84	69	67	71	72	71	73
ノルウェー	79	76	82	82	80	84	68	66	70	71	69	72
韓国	76	73	80	82	78	85	68	65	71	73	70	75
ロシア	65	59	72	69	63	75	57	51	63	61	55	66
シンガポール	79	76	81	83	81	85	71	70	73	76	75	78
スペイン	79	76	83	83	80	86	70	68	73	73	71	75
スウェーデン	80	78	82	82	80	84	70	68	72	72	70	73
スイス	80	77	83	83	81	85	70	68	72	72	71	74
タイ	70	66	75	75	71	79	62	58	65	66	63	69
英国	78	76	80	81	79	83	68	66	70	71	69	72
米国	77	74	80	79	76	81	68	66	70	69	68	71

資料：WHO, Global Health Observatory Data Repository.



## ○日本の高齢者の健康と意識

WHOが日本人の健康寿命を世界トップレベルにあげているように日本の高齢者の健康状態はおおむね良好と言われています。厚生労働省の国民生活基礎調査など多くの健康状態評価調査でも、高齢者の7割以上の人々が「良い」、「まあ良い」、「普通(に生活している)」と答えています。その背景には、自らの健康保持への配慮があるとされています。

内閣府が5年毎に行っている「高齢者(60歳以上)の生活と意識に関する国際比較調査」の第7回(2010年)調査で、「健康について心がけていること」を見ると、「休息や睡眠を十分とる」62.9%、「規則正しい生活」58.4%、「栄養バランスのとれた食事」57.2%、「散歩や運動」47.9%となっていて、各国と比べていずれも高い割合です。また、高連協の社会活動に関わっている高齢者対象の調査(2007年)では、「食生活に配慮」76.4%、「定期的健康診断」64.5%、「規則的体操・運動」63.3%などとなっています。

## ○健康(身体)検査「肥りすぎ」「やせすぎ」

健康(身体)検査が身長、体重の測定から始まるように、「肥りすぎ」や「やせすぎ」は疾病にも関わって重要で、私たち誰もの関心事です。1970(昭和55)年代から、「身長<sup>2</sup>」で「体重」を割ったBMI:ボディマス指数が一般に用いられるようになり、日本人の場合、BMIが25以上は肥満、18.5未満は低体重としています。ボディマス指数の計算例(身長150cm〔1.5m〕で体重50kgの女性のBMI指数は、 $50/1.5^2 \approx 22.2$ になります。)

なお、日本人シニアの身長と体重の平均(標準)値は<参考表3>のようになっています。<参考表3>

<参考表3> 日本人男女50歳以上の身長・体重平均値の推移

<男>

年齢	身長 (cm)				体重 (kg)			
	1980年	1990年	2000年	2012年	1980年	1990年	2000年	2012年
	(昭和55)	(平成2)	(平成12)	(平成24)	(昭和55)	(平成2)	(平成12)	(平成24)
50～59	161.1	162.8	165.5	168.6	58.7	61.7	64.6	68.0
60～69	159.0	161.0	163.0	165.5	55.8	58.7	62.5	64.7
70～	156.9	158.3	159.5	162.1	52.6	55.2	57.5	61.4

<女>

年齢	身長 (cm)				体重 (kg)			
	1980年	1990年	2000年	2012年	1980年	1990年	2000年	2012年
	(昭和55)	(平成2)	(平成12)	(平成24)	(昭和55)	(平成2)	(平成12)	(平成24)
50～59	149.5	151.4	153.2	156.1	52.0	53.7	54.0	55.2
60～69	147.3	148.6	150.6	152.8	49.8	51.9	53.6	53.2
70～	142.6	144.3	146.1	148.2	45.8	47.3	49.3	50.3

資料：厚生労働省健康局「国民健康・栄養調査」

## ○高齢者の疾病・死因・死亡

患者調査等によれば、高齢者の疾病・死因は、21世紀を迎えた頃までは、脳血管疾患、悪性新生物（ガン）、心疾患が三大疾患でかつ三大死因でした。しかし、2010年代現在では、脳血管疾患が減塩等食生活改善や健康づくり運動で減少して疾病・死亡の第四位となり、肺炎が第三位になっています。肺炎もインフルエンザや感染症予防等が進めば減少するとされており、さらに悪性新生物への対処も進めば、20年後の死因は「老衰」が主になるとも言われています。＜参考表4＞

＜参考表4＞ 日本人男女の主要死因別死亡割合の推移

(%)

死因	1950年 昭和25	1960年 昭和35	1970年 昭和45	1980年 昭和55	1990年 平成2	2000年 平成12	2010年 平成22	2014年 平成26
<b>&lt;男&gt;</b>								
死亡総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
結核	13.9	5.2	2.8	1.2	0.6	0.4	0.2	0.2
悪性新生物	7.0	13.5	17.3	23.9	29.4	34.1	33.4	33.1
糖尿病	0.2	0.4	1.0	1.0	1.0	2.0	1.2	1.1
高血圧性疾患	1.0	1.9	2.2	1.7	0.8	4.0	0.4	0.4
心疾患(高血圧性除く)	5.6	9.2	11.9	16.4	18.4	13.7	14.0	14.0
脳血管疾患	11.2	20.9	25.0	20.9	13.0	12.0	9.5	8.3
肺炎	6.0	5.3	3.9	4.8	8.7	8.9	10.0	9.8
喘息	2.0	1.8	1.4	1.0	0.8	0.4	0.1	0.1
胃潰瘍・十二指腸潰瘍	2.9	2.0	1.4	0.9	0.4	0.4	0.3	0.2
肝疾患	1.0	2.1	2.8	3.4	3.0	2.1	1.7	1.5
腎不全	...	...	...	0.9	1.7	1.5	1.7	1.8
老衰	5.0	5.4	3.5	2.9	1.8	1.1	1.7	2.8
不慮の事故	5.1	7.9	8.5	5.4	5.0	4.8	3.8	3.4
(再掲)交通事故	1.2	3.8	4.8	2.6	2.6	1.7	0.8	0.6
自殺	2.1	3.0	2.3	3.3	2.8	4.1	3.3	2.6
<b>&lt;女&gt;</b>								
死亡総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
結核	12.9	3.7	1.5	0.5	0.2	0.2	0.1	0.1
悪性新生物	7.3	13.0	16.3	20.6	23.1	26.7	25.2	24.4
糖尿病	0.2	0.5	1.2	1.3	1.3	1.3	1.2	1.0
高血圧性疾患	1.2	2.4	3.0	2.8	1.6	0.9	0.8	0.7
心疾患(高血圧性除く)	6.2	10.2	13.4	17.9	22.2	17.1	17.9	17.1
脳血管疾患	12.2	21.6	26.0	24.3	17.1	15.9	11.2	9.7
肺炎	6.0	5.3	4.0	4.3	7.9	9.2	9.8	9.0
喘息	1.5	1.4	1.1	0.8	0.7	0.5	0.2	0.2
胃潰瘍・十二指腸潰瘍	1.3	1.0	0.8	0.7	0.4	0.4	0.2	0.2
肝疾患	0.9	1.6	1.9	1.7	1.7	1.1	1.0	0.9
腎不全	...	...	...	1.0	2.1	2.1	2.3	2.1
老衰	8.0	10.2	7.9	6.3	4.3	3.5	6.1	9.3
不慮の事故	2.1	2.8	3.3	2.4	2.6	3.3	3.0	2.7
(再掲)交通事故	0.4	1.1	1.7	1.0	1.2	0.9	0.4	0.3
自殺	1.5	2.6	2.1	2.3	2.1	2.0	1.5	1.2

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

＜エイジング総合研究センター編集＞

止

