

(2) 課題の設定

目標を達成するための解決すべき問題点を抽出する。問題は現実と理想の落差によって認識され、最もよい成果の具体例との差や全国平均との比較から問題を抽出したり、逆に住民や専門家の意見よるあらまほしき姿との落差を分析したりすることが必要である。

(3) 戦略計画と執行計画

戦略計画では一般に、まず

「展望」：計画全体を俯瞰し、参加者全員が向かうべき方向を示す指針となる。

「理念」：は計画の基本的考え方を示し、参加者にとっての行動規範となる。

「目的」：計画の目指すべき具体的な到達地点を示し、参加者によって共有されるべきもの。

「目標」：計画の目的を数値かした指標であり、参加者によって共有されるべきものである。

執行計画の場合は、資源活用、予防手順の執行等、実務的計画となる。

4. 目標の設定と評価基準

(1) 目標と評価の枠組

健康 21 の基本的な目的である、国民の健康寿命の延長と生活の質の向上に向けて、健康課題の優先順位の決定からその管理までを総合的に実施する必要がある。つまり、

- ① どの健康課題が重要であるかを評価し、優先順位を決定する。
- ② 選択した健康課題に対して、その解決のための健康サービスを把握する。
- ③ それぞれについて利益と危険の根拠を総合的に評価し、最大の健康改善が得られる健康サービスを選択する。
- ④ そのサービスにより達成可能な、健康改善の目標を設定する。
- ⑤ 選択した健康サービスを実行するとともに、どのようにサービスが実施されているか管理する。
- ⑥ 最後に、目標がどの程度達成できたかを評価して、問題点を検討し、今後の管理方法改善へつなげる。

(2) 健康課題の選定

健康課題の優先順位決定 3 つのアプローチ

- ① 疾病負荷：疾患負荷指標としては、疾患の死亡率、有病率、生活の質の障害、DALY（障害調整生存年）、DFLY（無疾患生存年）、疾患費用など
- ② 健康改善の可能性：健康サービスの有効性を評価し、それに基づいたサービス計画を立案し、健康改善の到達目標を明確にする。
- ③ 経済的効率：金銭に見合う利益があるかどうか検討する。QALY（生活の質で調整した生存年）を 1 年延長するために要する費用により、健康サービスの提供あるいは健康課題の優先順位を決定。

(3) 目標の設定

具体的な目標値を設定するには、まず健康改善の可能性の評価、次に対象者・領域の規模と種類およびそれぞれ健康状態、危険因子の状態、サービスの提供状況等の現状地の把握を把握する。

①健康改善の可能性の評価

a.働きかけの内容：保健指導やスクリーニングなど具体的サービスを記述、リストアップする。

b.根拠の質：サービスにより健康改善を実現するためには、科学的有効性が確立しているか明確な基準で評価、分類する。

c.効果の予測：サービスによる死亡率、有病率の減少を予測する。

d.費用の効果：サービスの費用（人、物、時間）を推定し、さらに費用対効果を比較し効率的サービスの把握。

②サービスの把握

保健サービスの対象者・領域の種類と規模および現状値の把握。まず、全国あるいは地域で取組みを進める場合には、健康問題に関連する対象者と領域、種類と規模、つまりそれぞれの健康問題について年齢・領域別に、どの程度の対象人口が存在するかを把握する。次に対象者・領域について、現状値を評価する。

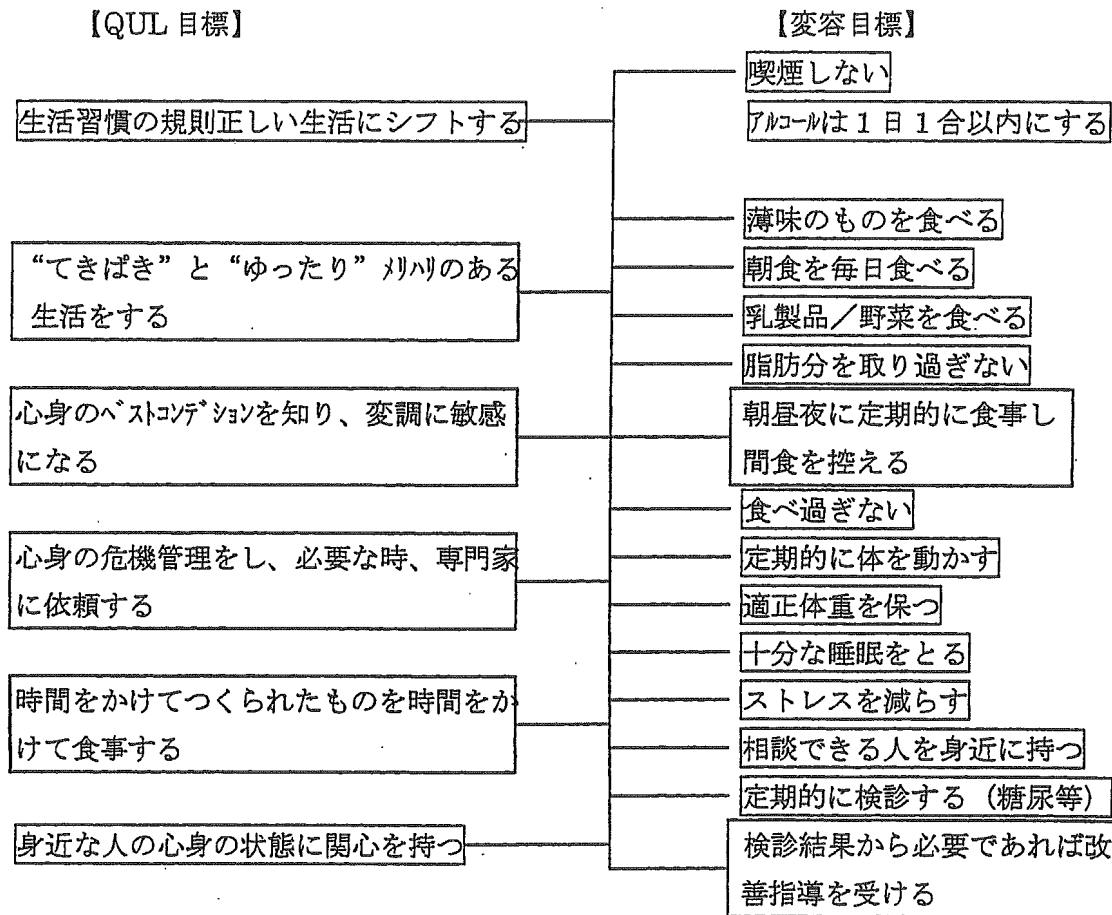
③目標の設定

最後にこれらを総合して目標値を設定する。年齢、領域別に把握した対象人口と保健サービスに予測される効果を掛合わせて総計すれば、地域全体の効果予測できる。その結果と現状を比較すれば、実現可能な目標値の設定が可能となる。

5. 目標達成の評価

目標値を設定する段階で、目標に関する情報内容と収集方法をあらかじめ決めておくことが必要である。仕組みのないものは仕組みを作ることから始める。

QUL 目標と変容内容



6. 人生の各段階の課題

(1) 幼年期

- ①特徴：生理機能が自立する時期。幼年期の死亡は、世界で最も低く、原因の多くは、周産期に発生した主要病態と先天異常、その他不慮の事故が目立つ。障害は他の期に比べて知的障害が多く、原因も先天性ならびに周産期に起因している。罹患は、外来・入院とも比較的多く、外来では呼吸器の感染症、入院では喘息が第一位である。
- ②課題：回避できるリスク対策としての「不慮の事故」がある。家庭内教育は、健康に関連した習慣に重点を置く。周産前からの母子対策も重要。

(2) 少年期

- ①特徴：この期は、社会参加への準備の意義があり、精神神経機能の発達の時期。死亡、障害ともあまり増加しないが、死亡最大原因は「不慮の事故」である。この時期の健康観は、清潔や衛生などに関連していることが多い。
- ②課題：生活習慣が固まる時期として重要。働きかけは、学校や家庭を通じたものが重要。早世や障害の観点から事故予防が重要な課題。

(3) 青年期

- ①特徴：身体的には生殖機能は完成し、子供から大人へ移行する時期。死因の原因としては「事故」「自殺」が多い。この時期の健康観は、病気の有無ではなく美容やファッションという視点で捕らえることが多い。
- ②課題：学生生活、単身生活で生活習慣に問題がある場合も多く、壮年期以降の危険な生活習慣の出発点でもあり、重要な時期。支援は、学校や職場を通じたものに重点を置き、さらにメディアや企業を通じて働きかける。

(4) 壮年期

- ①特徴：社会的には、働く、子育てなど極めて活動的時期。この時期から死亡は少し増加し始め、精神障害、身体障害も増加し始める。死因の一位は「がん」、次いで「自殺」、「事故」となっている。
- ②課題：働けるということが健康であると考える時期。支援の重点は、職場や家庭で、マスコミや企業を通じて働きかける必要がある。

(5) 中年期

- ①特徴：身体機能が徐々に低下していく時期。65歳未満の死亡の中でこの期の占める割合が最も多く45～64歳までの区間死亡確率は男性で13.1%、女性で6.3%を占める。障害は圧倒的に身体障害が多い。この時期の健康観は、病気と関係が深く、健康が期になり始める時期である。
- ②課題：高年期への準備としてのこの時期は重要で、趣味、自らの健康問題、親の介護を通じたネットワークがケイセイされる可能性が高い。自らの健康を設計することが重要である。支援は、職場や家庭を加え、地域に通じたものに重点を置き、マスメディア、企業がそれを支える必要がある。

(6) 高年期

- ①特徴：社会的には、人生の完成期で余生を楽しみ、豊かな収穫を得る時期。身体的には老化が進み、健康問題が多くなる。障害は、寝たきりや痴呆など介護を必要とするものもあるが視聴覚、歯の喪失など。外来、入院とも極めて多く、脳卒中、心臓病、がんなどが多い。
- ②課題：支援は、主として地域や保健医療福祉の専門家によるものが中心になる。人生に取り組む姿勢が身体的な健康にも影響を与えるといわれている。

7. 環境整備とその実態主体の役割

健康日本 21 の主役は国民一人一人である。しかし、健康を実現するには社会側の支援、健康実現のための資源の開発、確保、情報提供などを揃える必要がある。

(1) 企業

①特徴：健康関連企業は環境衛生に関連する約 64 万の事業所、医薬品・医薬機器に関連する約 1 万の企業、検査受託企業などの医療に関連する約 7 千の企業、スポーツ施設など健康増進に関連する約 2 千の企業が存在する。

②役割：現代人の生活は個人のニーズの変化、世帯人数の減少や生活のテンポが早くなることにより、従来家庭が担っていたものを外部から入手するようになってきている。例えば、外食や完成品をスーパーマーケットで購入するというように。

③資源：企業は、健康に関連した商品やサービスの提供により、市場を通じて消費者、国民に貢献できる。

(2) マスメディア

①特徴：不特定多数、若年から高齢まで、都会から地方まで、多数の人々を対象に大量の情報を、迅速かつ継続して送ることができる。

②役割：テレビ・ラジオの放送、新聞・雑誌・書籍等の印刷、またインターネット、CD などの新しいメディアに分類できる。

③資源：マスメディアが提供している資源は情報である。

(3) 非営利団体

①特徴：手作りで身近で需要に直接近い情報や資源は提供できるが、広がりを持ちにくい欠点も有する。しかし、各人の創意工夫、情熱により、比較的密な接触と継続性を持つので有効な影響力を持ちうる。

②役割：思春期には、同世代の友人と趣味に媒介したネットワーク、若年期には子育てや趣味など目的を共有するネットワーク、中年期には地域や介護、趣味、職業を介するネットワークなどである。

③資源：ボランティア団体は約 8 万、人員は約 500 万人にのぼる。活動の内容も保健医療福祉、社会教育、まちづくり、環境保全、文化芸術振興、災害救助、国際協力など多岐に渡っている。

(4) 職場、学校、地域、家庭

①特徴：それぞれ共通の目的、比較的固定されたメンバーを持ち情報の提供や交換が継続的で有効である。

②役割：学校は健康学習が重要な役割を果たす。職場は働いている間だけでなく、退職後の健康確保の観点からも重要な役割を果たす。

③資源：地域は人々の生活の場であり、生涯を通じて影響を及ぼし、家庭も特に幼・少年期においては重要な場である。

(5) 保険者

- ①特徴：医療保険は地域と職場に分けられる。職域には約 1,800 の健康保険組合、地域職域合わせて 5,000 に余る保険者が存在する。
- ②役割：保険者は保険加入者に対して医療サービスを提供する医療機関に報酬を支払ったり、被保険者及び被扶養者の健康の保持・増進のために必要な保健・福祉事業サービスを提供する機能を有している。
- ③資源：保険者は病気発生のリスクに対応するとともに、予防事業に取り組んできている。

(6) 保健医療専門家

- ①特徴：医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、栄養士、歯科衛生師等の保健医療専門家が、医療及び公衆衛生の分野において働いており、その数約 280 万人。
- ②役割：診療、予防について技術・情報の提供ができる。病院、診療所、かかりつけ医師、歯科医師は高血圧や糖尿病、生活習慣改善指導などの重要な役割が期待される。
- ③資源：協力し合いチームとして活動することが有効。提供するサービスの質に対する大きな責任を負っている。

(7) 行政機関

- ①国：健康に関連する省庁としては厚生労働省、文部科学省などがある。
- ②都道府県：衛生部局
- ③市町村：衛生部局

行政機関は法的権限を有し、規制や処罰等、健康に関連したグループに対する命令や指導を行い、特定分野の識者を集めた審議会等を通して政策、指針、提言をまとめ政策に生かす。

8. 行政機関の役割／地方計画

国・県・市町村の 3 つのレベルの行政機関においても、企業・NPO・保険者、そして国民一人ひとりの計画においても「戦略計画」、「執行計画」を持たなければならない。しかし、その内容はそれぞれ異なる。行政計画は一般に、執行者を支援し、調整し、連携し、場合によっては啓発し引っ張っていくための計画である。

(1) 国

展望・理念、範囲の決定と関係者の同定、現状分析、課題の設定などと各論が「戦略計画」に当たり、計画の「執行」は、県・市町村の機構を通してあるいは、民間セクターの様々なグループの具体的な活動を通して行われる。

(2) 県・市町村

民間セクターや市町村の行政レベルでの「戦略計画」をつくるのが「執行計画」の一部をなし、県の権限において法律的、経済的、教育的、技術的手段で計画を遂行していく必要がある。

9. 健康情報システムの確立

(1) 情報入手及び提供に関するそれぞれの役割

- ①国の役割：国は、定期的かつ統計的に全国規模の統計資料をまとめ、地方自治体や国民に情報を提供してきた。従来から収集されている官庁統計および今後新設する調査について、病気の罹患や死亡、クオリティオブライフ、健康観、健康へのリスク要因、生活習慣の現状等に分類し、健康 21 の推進に直接役立つ形に整理し、地方自治体が他自治体と比較分析できるようにする必要がある。
- ②地方自治体の役割：国が実施する統計について、地域分に関する情報を蓄積するとともに、地域特性に合わせた独自の情報の収集、蓄積を自ら行う。そのためには、地方自治体自ら決定し実施していくための、戦略的情報システムを構築していく必要がある。
- ③個人：個人の健康に関する情報は基本的に個人に属し、個人が管理し、それを十分活用し健康の実現を目指す。
- ④健康関連グループ：自ら情報を蓄積、検討し他グループとの連携、個人への支援を効率的に行う。

(2) 現在可能な情報と今後利用すべき情報

- ①死亡状況に関する情報
- ②疾病の発生状況に関する情報
- ③疾病・障害の保有に関する情報
- ④保健行動（生活習慣）に関する情報
- ⑤疾病や予防対策の知識等に関する情報
- ⑥保健サービスの利用に関する情報
- ⑦保健サービスの提供に関する情報
- ⑧民間において実施されている調査

(3) 情報の有効活用

国は、地方自治体や保険者等が行う保健サービスの提供状況を把握するとともに、今後とも地方自治体や保険者等が行う各地・各レベルでの様々な健康計画・実践についての情報を収集する必要がある。

わが国の高齢化の状況

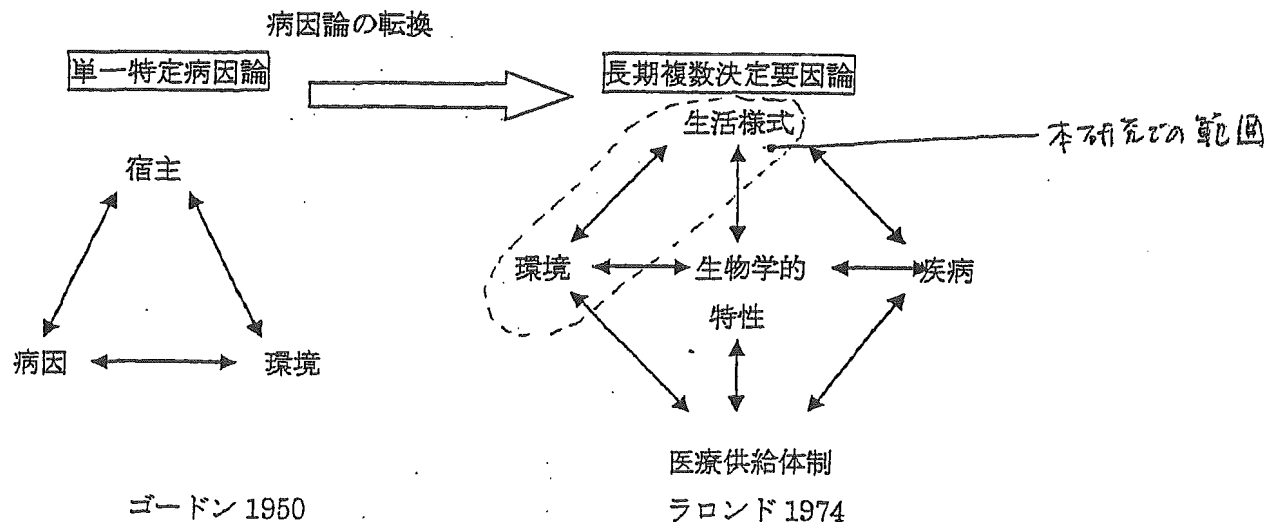
10. 病因論・早世について

*根本概念となる病因論

健康づくりの基本となる、病因論については、1974年にカナダの保健大臣ラロンドによって報告発表された「長期複数決定要因論」がその原点にある。それまでの環境、宿主が作用しあうとする単一特定病因論（1950年ゴードンによる）から、病因は疾病、生物学的特性、環境だけでなく、生活様式や医療供給体制を含めた長期複数決定要因が関係して発生すると提言された。

このラロンド報告を受けて、1978年WHOによる高度医療中心から「プライマリ・ヘルス・ケア」への転換の宣言、1986年カナダのオタワ国際会議での「健康増進を個人の生活改善のみならず、社会環境の改善を含む」とする宣言の採択などがなされた。

更に近年では、数値目標によって国民健康の改善を図ろうとする国が増加している。英国では1992年の「The Health of the Nation」（5疾病を優先順位領域として26目標を設定した健康政策）をうけて、1998年「Our Healthier Nation」との新政策が手法を継承している。また米国では現在「Healthy People 2010」（22の優先順位領域と300の目標設定）を策定中である。わが国においては「健康日本21」にて健康づくり施策が展開されており、本研究では病因に影響を与える要因のうち、環境、生活様式を主眼に置くものとする。



11. 健康状態の地域別格差

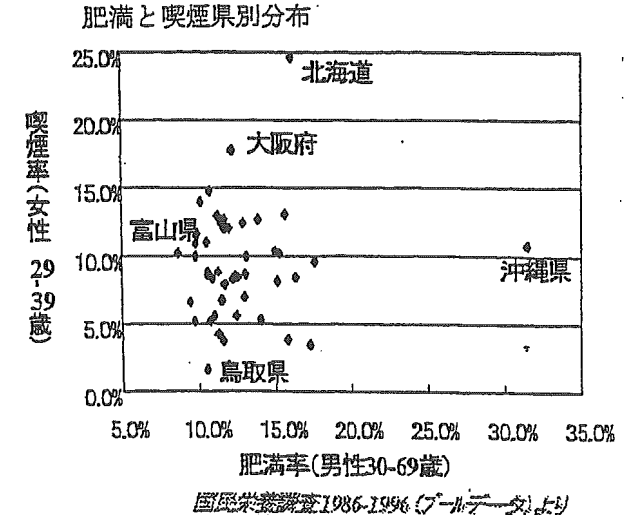
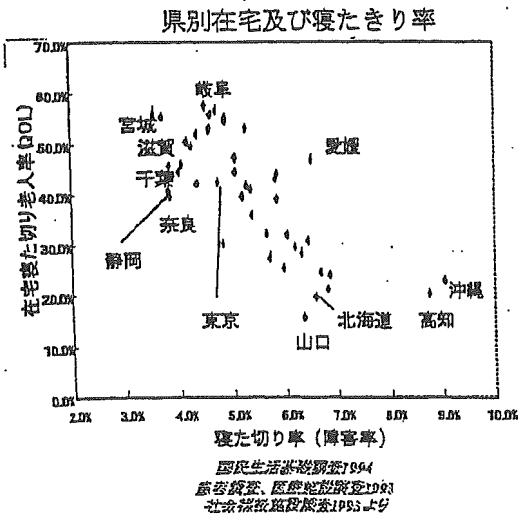
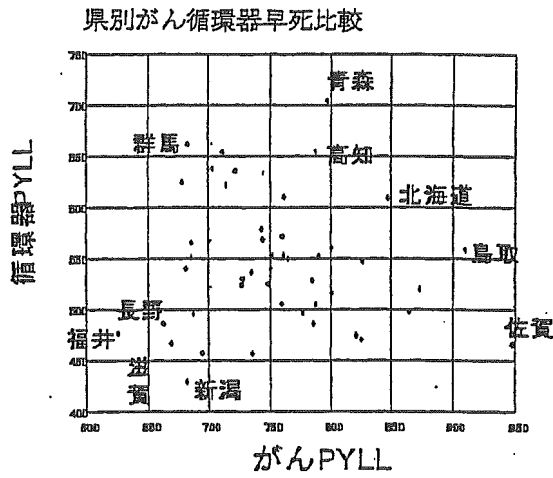
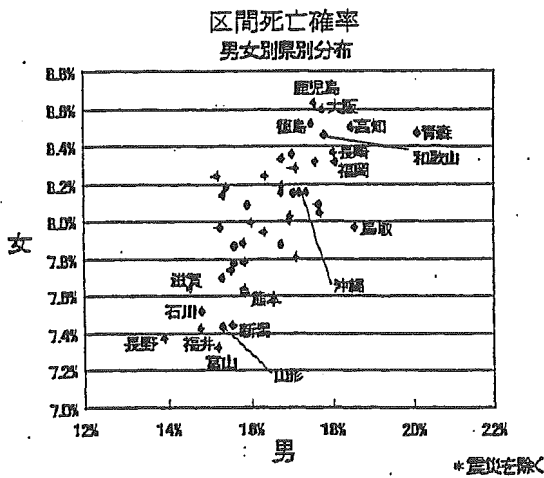
国内における健康状態は、「区間死亡確率（男女別県別分布）（A-1）」からもわかるように、県別にかなりばらつきがある。その際、男女をそれぞれX軸、Y軸ととり、その分布はほぼ一定ライン内にあることから、県毎の男女の区間死亡確率比は一定しているということを示すことができる。

「区間死亡確率0～64歳（A-1）」を県別にみると、男性の場合、最低長野県と最高青森県の間で1.7倍の格差が存在する。癌と循環器病、自殺と不慮の事故を比較しても、男性の癌で1.7倍、女性で2.0の開きがある。また、「区間死亡確率」と「がん循環器早死比較（A-2）」を比較すると、高率群（青森、高知など）と低率群（長野、福井、新潟、滋賀など）にそれぞれ因果関係が認められる。

一方、高齢者の障害及びクオリティオブライフの指標となる寝たきり老人比率と在宅率（A-3）も、県別で大きなばらつきが見られる。寝たきり率は3～9%範囲内に分布するが、宮城県、滋賀県、千葉県など寝たきり率の低い地域では在宅ねたきり率が高く、逆に寝たきり率の高い沖縄県、高知県、北海道などでは在宅ねたきり率が低いという結果がみられ、高齢者の在宅・施設施策に格差があることを指摘できる。

その他、生活習慣病の危険因子である肥満、喫煙、飲酒率（A-4）においても同様に県別格差が認められる。

- ・健康状態の地域格差は、各県毎の課題を明らかにし、対象人口別に健康問題を分析した上で政策を策定する必要があることを示している。
- ・また、例えば冬の寒さが厳しく人々(特に高齢者)が閉じこもりがちになる地域での、日中の過ごし方に多様性を提供できるようなアプローチが考えられる。



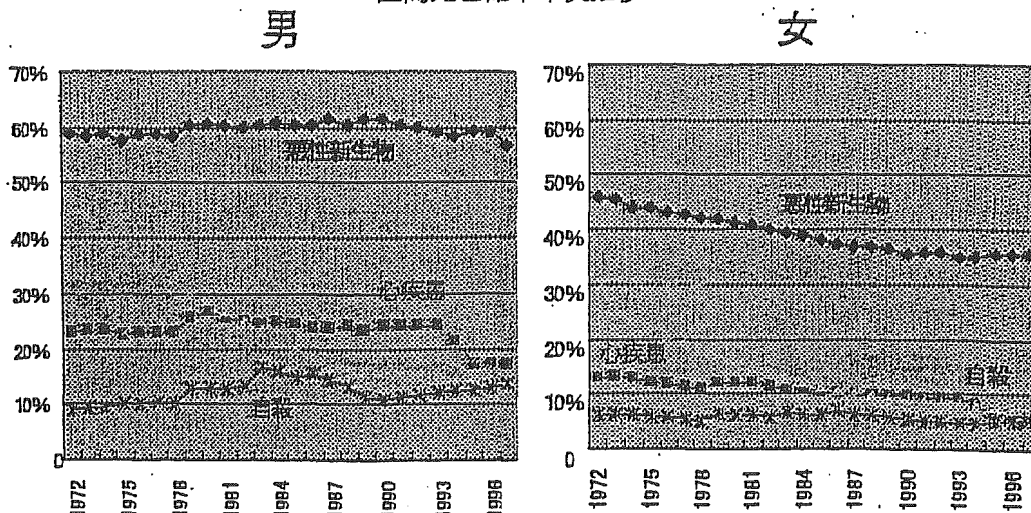
12. 早世

高齢社会を迎えた現代において、65歳未満区間死亡率は男性15.7%、女性7.8%（1997年）となっており、1948年には50%前後であったことと比較すると著しい改善が見られる。医療技術の進歩、医療・公衆施策の整備、環境改善などが起因しているとみることができ、今後も更に低下すると予測される。

また早世原因については、早世によって失われた寿命の長さを表す標準早死損失年（PYLLSR）（A-6）によると「悪性新生物」「不慮の事故」「自殺」「心疾患（高血圧性除く）」「脳血管疾患」「肝疾患」「腎不全」の順となっている。これを年代別に比較すると、0～4歳は「先天性・周産期」、5～24歳は「不慮の事故」、25～44歳では「不慮の事故」「自殺」「癌」となっており、最も早世割合の高い45～64歳では「癌」が最も大きな原因を占める。

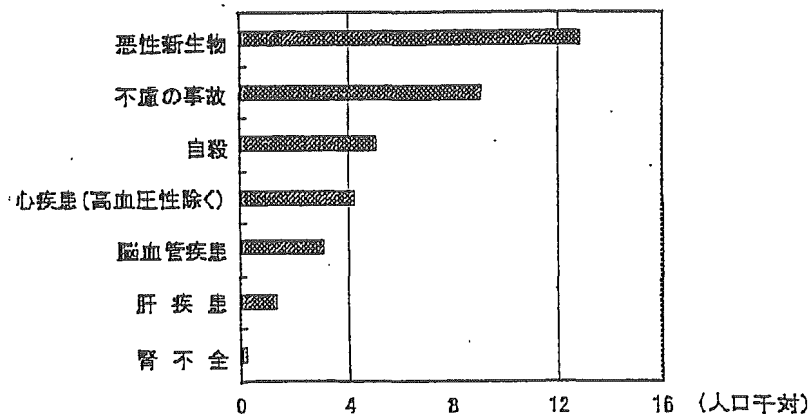
一方、早世原因の時代変遷について区間死亡率0～64歳（A-5）でみると、男性の場合、悪性新生物や心疾患脳卒中は減少傾向、不慮の事故は横ばいであるが、自殺は増加傾向にある。1980年代初頭に急激に増加し、80年代後半に向けて減少したが、90年代に入り再び増加傾向にある。これはバブル崩壊後の不況など社会の世相をも反映したものと思われる。女性については、男性の悪性新生物の低下傾向に比べてより右肩下がりの低下傾向にあるのが特徴的であるが、近年は低下が鈍っている。心臓・脳卒中は確実に低下している。不慮の事故、自殺は殆ど変化がない。また、男女とも4疾患の死亡確率は収斂しつつあるといえる。

区間死亡率年次推移



早世によって失われた寿命の長さを表す標準早死損失年（PYLLSR）で測ると、「がん」「不慮の事故」「自殺」の順となる。

新たな早死指標による疾病負担
標準早死損失年（PYLLSR）



1995人口動態統計より

5)

家族のライフサイクル

13. ライフサイクルの変化と平均寿命の伸び

ライフサイクルとは一般的に、一組の夫婦が様々な社会との結びつきや家族の中で起きる出来事を経験しながらたどる一定の規則的な生活の変化を、その夫婦の形成から志望までの時間的過程を通して見たものである^(*)。ライフサイクルやライフコースの変化に影響を与えている主な社会現象には、現在進行しつつある未婚・晩婚化、離婚の増加、及びそれに伴う少子化、その一方で平均寿命の伸びなどが挙げられる。

平均寿命については、1994年に高齢化率14%を突破し高齢社会を迎え^(*)世界でも高水準の平均寿命国となった。この長寿化は「生命表上の特定年齢まで生存する割合(A-10)」からも考察することができる。65歳まで生存する割合を戦後の昭和22年と平成12年で比較した場合、男性は39.8%から84.6%、女性は49.1%から92.6%へと大きく上昇している。また80歳までの生存確率も、男性は52.3%、女性は74.4%と高い確率であり、平均寿命は平成12年簡易生命表によれば男性77.64年、女性84.62年にまで伸びている。

特に女性は男性を上回る平均寿命となり、また女性を取り巻く社会環境の変化が起きている。そのため、とりわけ女性のライフコースは大きく変容しつつあると言える。

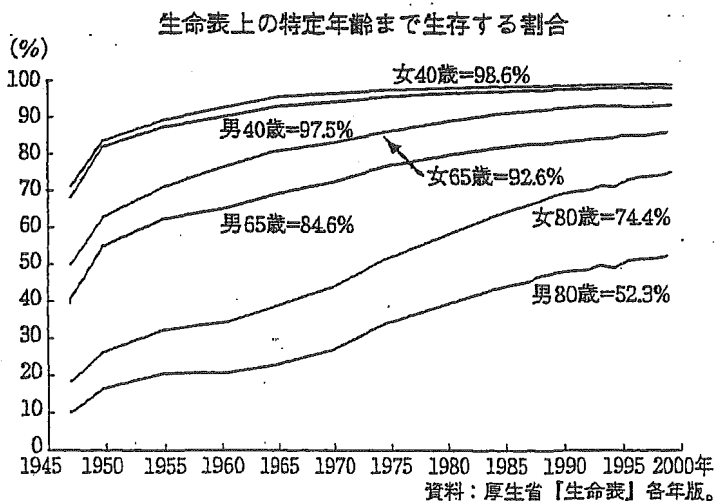
(*)東條光雄・冷水豊編『最新介護福祉全書 2巻 老人福祉論』メヂカルフレンド社 2000年 p.22

(*)同(*)p.8

ライフコースの類型別分布
：1965年、1990年および1995年

ライフコースの型	女子		
	1965年	1990年	1995年
初婚同士安定型	82.6	70.7	64.7
本人死亡型	20.8	11.2	6.2
死別非再婚型	61.8	59.5	58.5
再婚型	4.4	10.2	13.2
離別再婚型	4.3	10.0	12.8
死別再婚型	0.1	0.2	0.4
離別非再婚型	5.0	6.2	7.4
未婚型	8.0	12.9	14.8
合計	100.0	100.0	100.0

資料：高橋重郷「個人のライフサイクルと家族の変貌」
(第53回日本人口学会)、2001年6月1日



14. ライフコースの変化

女性のライフコースについて、高度経済成長期の1965年と比較的最近の1995年について比較考察した場合、以下の点に整理することができる。(以下の文中の年齢は平均発生年齢を示す。)

①「結婚夫死亡型」ライフコースにおける寡婦期間の老齢化 (A-8)

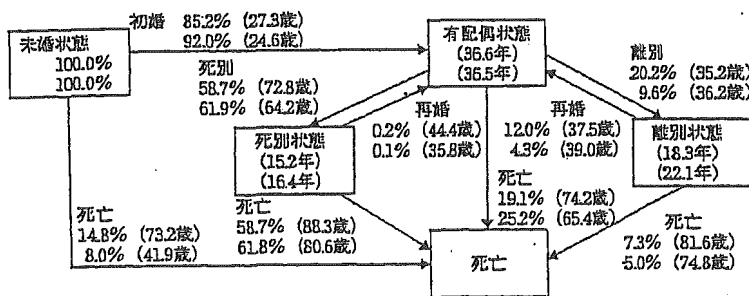
女性の典型的なライフコースである「結婚夫死亡型」を取り上げてみる。1965年では、生まれた女子の92.0%が24.6歳で結婚、36.5年の夫婦生活を営む。そして結婚した妻の多くが64.2歳で夫を先に亡くし、80.6歳で死去するまでの間、平均16.4年の寡婦期間を過ごしている。これに対し1995年になると、生まれた女子の85.2%が27.3歳で結婚しており、初婚年齢でみると2.7歳結婚年齢が遅くなっている。夫婦生活期間は36.6年であり、1965年と大きな変化はないが、その後夫を亡くす平均年齢が8.6歳上がり72.8歳となった。そして寡婦期間は平均15.2年と大きな変化はなく88.3歳で自らの死を迎える。この平均寿命は7.7歳高くなっている。つまり寡婦である期間には大きな変化はないが、寿命の延びや晩婚化により、寡婦期間が約8年、高齢期へスライドしているといえる。つまり高齢期になってから一人で過ごす時間が長くなってきている。

②離別・未婚の増加

生まれた女子のうち初婚のまま安定する夫婦は82.6%から64.7%と大きく減少している (A-7)。離別を経験する女性は、1965年はわずか9.6%だったが、1995年には20.2%にまで増加している。そのため離別後再婚する女性も増加しており、1965年は4.3%だったが1995年には12.0%となっている。また未婚女性の割合についても、1965年では生まれた女子の8.0%が平均41.9歳で死去しているが、1995年の場合14.8%が未婚で平均73.2歳で死を迎えており (A-8)、増加しているといえる。更に未婚者の平均寿命の差は、早世による未婚からそれ以外の理由による未婚化が進んでいることが推察される。(A-7)

女性のライフコースは、晩婚化や未婚化・離別の増加により、それまでの典型的な「結婚夫死亡型」から、再婚型や未婚型などもあわせ多様化する傾向がうかがえる。更に長寿化により、特に女性が高齢期を1人で過ごす期間が伸びている。そのため各年代層毎、或いは年代を超えた「家庭以外での楽しみの方」や「高齢期になっても気軽に出かけられる、交流できる場」の提供が必要とされているといえるのではないか。

女子のライフコース経路別分布、事象の発生年齢、滞在年数の比較：1965年と1995年



注) 上段が1995年、下段が1965年を示す。

括弧内の数値は平均発生年齢(歳)と平均滞在期間(年)を示す。

資料：高橋重郷「個人のライフサイクルと家族の変貌」(第53回日本人口学会)、2001年6月1日。

ライフコース別女子人口の割合

ライフコースの型	1990年	1995年
初婚同士安定型	70.7	64.7
無子型	2.1	2.0
一人っ子型	6.2	5.7
二子型	40.4	34.9
三子型	18.2	18.4
多子型	3.8	3.1
再婚型	10.2	13.2
離別再婚型	6.2	7.4
未婚型	12.9	14.8
合計	100.0	100.0

資料：高橋重郷「個人のライフサイクルと家族の変貌」(第53回日本人口学会)、2001年6月1日。

15. 家族形態の変化

《わが国の家族構成（家族規模や家族員の続柄構成）の変化について》

世帯規模の縮小が挙げられる。（国勢調査より）

- ・大正9年の平均世帯人員は4.89人で、その後も約5人の水準が続いた。昭和30年代の高度成長期に入ると平均世帯人員は縮小し始め、昭和40年には4.05人、昭和50年3.45人、昭和60年3.23人、平成2年3.06人と減少の一途をたどる。そして平成7年には2.82人となり3人以下となり、平成12年の2.67人にまで縮小した。
- ・世帯数は、平均世帯人員の縮小に反比例する形で増加していく。大正9年の11,222千世帯から徐々に増加し、平均世帯人員に大きな変化があった昭和40年には、世帯数も昭和30年の17,540千世帯から23,280千世帯へと大幅に増加し、平成12年には46,782千世帯となった（A-11）。



要因①：夫婦が生む子どもの数の減少

夫婦（結婚15～19年を経過した夫婦）の生む平均子ども数は、戦前の1940年は4.27人だったが、1972年には2.20人に低下した。

要因②：世帯の単身化の進行

世帯構成について昭和50年から平成12年の推移をみる。世帯構成割合は、核家族世帯（夫婦のみ、夫婦と未婚の子のみ、片親と未婚の子のみ世帯の合計）、単独世帯、三世帯世帯の順であり、両年において変わりはない。

しかし、核家族世帯の内訳をみると、昭和50年は夫婦のみ11.8%、夫婦と未婚の子のみ42.7%、片親と未婚の子のみ4.2%の計58.7%だったのに対し、平成12年はそれぞれ20.7%、32.8%、5.7%となっており、夫婦のみの世帯の増加、夫婦と未婚の子のみの世帯の減少、片親と子のみの世帯の微増が読み取れる。

また、単独世帯については18.2%→24.1%と増加し、その一方で三世帯世帯は16.9%→10.6%へと減少している（A-12）。

以上の点から、世帯の単身化が進行しているといえる。

要因③：高齢者世帯の増加

世帯数については先述のとおり増加しているが、65歳以上高齢者のいる世帯数の増加も注目すべきである。昭和50年から平成12年を比較してみると、7,118千世帯から15,647千世帯となり、急速に進行する人口高齢化に即して高齢者世帯の数も年々増加している（A-14）。

またその高齢者世帯についてその世帯構成をみると、三世帯世帯が54.4%から26.5%へと減少する一方、夫婦のみの世帯が13.1%から27.1%へ増加、また単独世帯も8.6%から19.7%と増加している（A-13）。

世帯率からみても、65歳以上の者のみの世帯率が15.0%から39.9%へと大幅に増加している（A-14）。

このように従来の伝統的な三世帯世帯は数の上では減少していないにもかかわらず、高齢者人口の量的増加のため、夫婦のみの世帯や単独世帯、あるいは高齢者のみの世帯の増加が著しい状況にある。

・「個族」「一人暮らし高齢者」の問題

・子ども数の減少に関しては、女性のライフコースの変化や社会進出の増加とともに、核家族化による子育てを担う家庭機能の低下、家庭や子どもに対する考え方の変化（例：共働きだから子どもはいらない）等さまざまな要因が考えられる。そのため子育て機能の外部化の必然性が高まっているといえる。その一方で高齢者の単身化という問題が存在する。元気な高齢者のシニアビジネス、シルバー人材の活用の一環として、「家庭機能の外部化」を担う体制づくりが考えられる。子育て支援なども含め女性の社会進出と家族機能の補完を行うとともに、高齢者の日常生活の活性化につながる。結果として高齢者の自立生活の促進に寄与するといえる。

16. 老親子の居住形態と同別居意向

《老親との同居に対する子どもの考え方》

老親とその子どもが同居し三世代世帯となるかどうかは、双方の家族観がその要因の一つにある。扶養する側である子どもが「老親扶養についてどう考えるか」という点については、時代の変遷がみられ、特に昭和 61（1986）年までと、昭和 61～平成 2（1990）年、平成 2 年以降に分かれていることが読み取れる（A-②）。

戦前の昭和 38 年では「あたりまえの義務」とする人が 38.6%で最も多く、ついで「よい慣習」が 36.1%であったが、時代が進むにつれ「あたりまえの義務」が増加していき、一方「よい慣習」とする人が減少していく。その義務感がピークになったのが昭和 61 年で、「あたりまえの義務」が 56.5%、「よい慣習」が 16.0%である。そしてその間否定的な意見である「やむを得ない」が約 7～8%、「よい慣習ではない」が約 3%台を推移していた。ところが昭和 61 年を境として、半数以上を占めていた「あたりまえの義務」が急激に減少し、「やむを得ない」「よい慣習ではない」との否定的意見が増えいった。平成 2 年の調査では「あたりまえの義務」29.6%、「やむを得ない」21.8%、「よい慣習」19.6%、「よい慣習ではない」12.1%となっている。そして平成 2 年以降は大まかにその割合を推移している。

- ・昭和 61 年までは義務感という側面が強くなっていったが肯定的に捉える人々が多かったとみられる。しかしその後、「やむを得ない」という否定的な義務感を抱く傾向に変わっていき、老親扶養を日本的なよい慣習と考える人々は少なくなっている、といえる。とは言え、平成 12 年現在では依然として半数近くが肯定的に考えている面もあり、必ずしも今の高齢者に対し「老後の生活は自分で責任を持つべき」という考え方が確立しているわけではない。「老親扶養」に対する考え方も人それぞれに多様化している。
- ・昭和 61～平成 2 年に大きな考え方の変化があった背景には、日本のバブル景気といった社会的背景なども影響したとみることが出来るのではないかと。逆に言えば、老親扶養についての考え方は今後も社会趨勢などに左右される側面は大きいと思われる。

《子との同別居状況》

高齢者が子と同居あるいは別居している状況について、平成 10 年の割合をみてもみる（A-@@@）。65 歳から 5 歳毎に区切って考えた場合、同居割合は 65～69 歳では 43.3%と半数以下だが、70～74 歳が 46.0%、75～79 歳が 52.7%、80 歳以上では 66.0%と半数を超えている。逆に子と別居している割合は、65～69 歳が 41.9%、70～74 歳が 40.3%、75～79 歳が 35.4%、80 歳以上では 25.6%と年齢が上がるほど少なくなっている。とはいえ、後期高齢者でも 1/3～1/4 は単独世帯が占めているという現状は現代の大きな特徴と言えるだろう。

また、65 歳以上高齢者全体の子どもの同別居状況を、山形県・東京都・鹿児島県の 3 県を取り上げ地域別に特徴を挙げる（A-@@@、@@@）。山形では「子との同居」が 70.4%と圧倒的な割合を占める。これは全国平均の 50.3%、東京 36.4%、鹿児島 26.9%と比較してわかるように全国的にみてかなり高い割合である。また、70.4%の内訳は「子ども夫婦と同居」が 53.2%、「配偶者のいない子との同居」が 17.2%となっており、前者のいわゆる三世代世帯が多いことを示している。

一方東京は、「子と同居」と「同一家屋あるいは同一敷地」のいわゆる「スプーンの冷めない距離」が約半数（44.8%）、それ以外の地域が約 3 割（33.1%）で、残り約 2 割（19.7%）を「子どもなし」が占めており、全国平均の「子どもなし」11.8%と比較してわかるように、現在の高齢者世代でも都市部にいる人々の場合には、「子どもを持たない高齢者」の数が比較的多いことがわかる。また「子と同居（36.4%）」のうち、「子ども夫婦との同居」は 12.2%とその 1/3 に過ぎず、残りの 24.2%は「配偶者のいない子」との同居である。つまり、三世代世帯というよりは、老親が世帯主の核家族が「子との同居世帯」の多くを占めているといえる。これらのことからあらためて都市部での「核家族化・少子化」を見出すことができるだろう。

また、西の鹿児島では、子とは別居の割合が高く、中でも同一市区町村以上に離れた「その他の地域」居住が24.1%と、同居の割合とほぼ同程度の水準である。また、家族構成も単独世帯(21.6%)、夫婦のみの世帯(47.7%)と、高齢者のみの世帯が約7割(68.3%)を占めており、山形(25.3%)東京(60.1%)全国平均(45.5%)と比してもわかるように、子どもとは離れて生活している高齢者が多いことがうかがえる。

- ・(母集団の規模こそ異なるが、)高齢者の生活環境についても地域性が大きいことを示しており、それぞれの家族形態にあった各種サービスを提供していく必要があるといえる。
- ・高齢者の子どもとの同別居の現状をみる上では、介護の必要になった老親に対し、子どもが在宅介護と施設介護のどちらを選択しているのか、等といった観点も考慮する必要があるだろう。「できるだけ在宅介護を」という考えであれば、同居率が上がる、「十分なケアが可能な施設介護を」という考えが強い地域では、別居が多くなる?

《家庭内で高齢者の果たす役割》

まず、わが国における「高齢者の家族内での役割」に対する意識について、昭和55年と平成12年を比較してみる(A-@@@@@)。

昭和55年では、①「家族の相談相手(40.8%)」②「家事の担い手(36.9%)」③「家族や親族関係の長(33.5%)」が上位を占めている。ところが平成12年になると「家事の担い手」が40.7%に増える一方、「家族の相談相手」や「家族や親族関係の長」との意見は大きく減少している。(それぞれ、26.0%、19.3%へ。)ここには大家族及び家長制度といった習慣が失われていったことや、高齢者単独世帯化により高齢者自身が家事を担う必要性が高まっていったことが影響しているとみることができるのだろうか(←?)。また単独世帯化や少子化に関連して、「小さな子どもの世話」という意見も16.1%から7.8%に減少している。その一方で「特に役割はなし」とする意見が6.8%から21.7%へと大きく増加しており、総じて、わが国ではいわゆる「高齢者=人生のご意見番」というような、高齢者の「存在意義」に対する役割の概念は減少しているとみることができる。

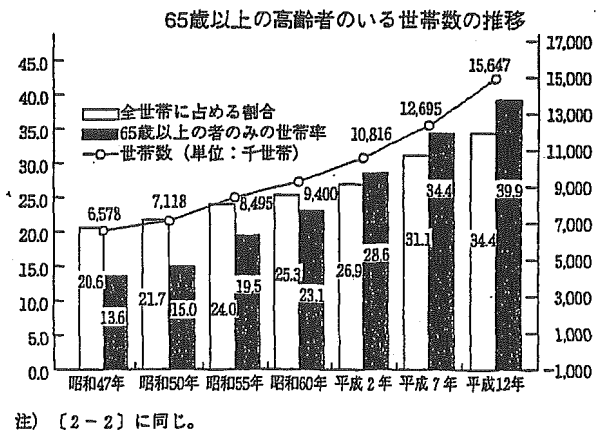
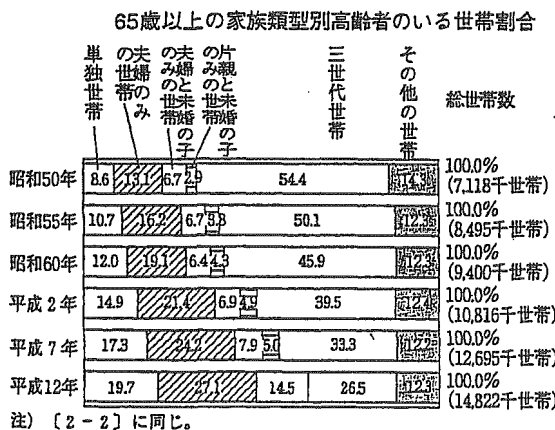
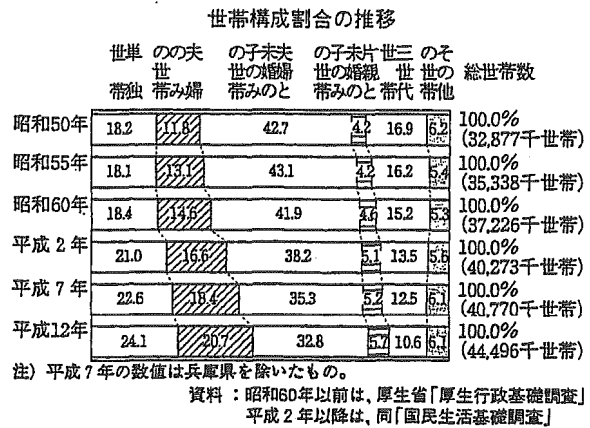
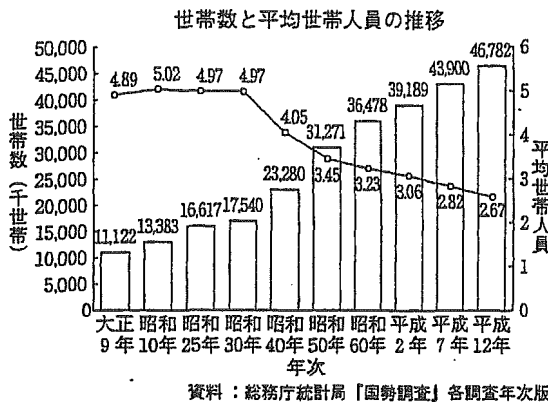
更に「子どもや孫とのつきあい方(A-@@@@@)」についての両年の変化をみると、「いつも一緒に生活できるのがよい」との意見は59.4%から43.5%に減少し、逆に「ときどき会って食事や会話をするのがよい」が30.1%から41.8%に増加している。これは、老親と子どもとの関係性の変化を示すとともに、現状として三世代同居が減少してきていることで結果として考え方の変化が生じているとみることができるだろう。ただ、会う頻度として次のレベルである「たまに会話をする程度でよい」は、いずれの年も5~7%台にとどまることには変わりなく、高齢者にとって子どもや孫といった親族の存在は、精神面で重要な要素であることが伺える。

次に平成12年の調査結果を他国と比較してみる。最も特徴的なのは日本の「家事の担い手」との意見の少なさ、および「特に役割はなし」との意見の多さである。「家事の担い手」は、スウェーデン85.2%、アメリカ76.9%、ドイツ72.7%、韓国55.3%に対し日本では40.7%と最も低く、逆に「特に役割はなし」は、日本21.7%、韓国17.5%、ドイツ4.5%、スウェーデン4.2%、アメリカ2.9%となっている。日本がこれらの国々に比べて高齢者に対する役割意識が低いことを示している。

また、「子どもや孫とのつきあい方(A-@@@@@)」に対する意見(平成12年)を比較してみる。「いつも一緒に生活できるのがよい」は日本43.5%、韓国38.4%、ドイツ14.9%、アメリカ8.7%、スウェーデン5.0%の順であり、「ときどき会って食事や会話をするのがよい」との意見はアメリカ66.2%、スウェーデン64.6%、ドイツ60.5%、韓国46.2%、日本41.8%と、全く逆転している。また両意見とも日本・韓国の東アジアと欧米各国とで大きな差があることから、東アジアの家族主義を含む儒教的文化が反映されて、その結果として、日本・韓国では同居志向が高くなっているとみることができる。更に、「たまに会話をする程度でよい」との意見が、日本では6.6%と低いのに対し、韓国10.4%、ドイツ14.1%、アメリカ20.8%、スウェーデン24.7%と比較的高い割合となっている。

特に欧米では、精神的な子離れが浸透しているとみることができよう。

- ・わが国でも、「家族の安定」を担う存在からより具体的な「家庭の運営」にを担う存在へと、高齢者の役割は徐々に変化しつつある。またそれに伴い、子どもと老親のつきあい方も、「付かず離れず」を良しとする意見に変化している。とはいえ、欧米に比べると、子どもや孫など直系子孫との関係性を重要視している。
- ・これらの意見の背景には、三世同居の減少、高齢者単独世帯や単独世帯の増加といった現状が反映されているとみることできる。(意識の変化があったから現状が変化したというよりは現実が変わってきたからそれに対応して考え方を変化させていったと見る方が自然?)
- ・国際比較の観点からは、日本の家族主義は「東アジアの儒教文化」が色濃く反映されつつも、戦術的「現状に応じた老親・子ども双方の変化しつつある考え方」が融合してきていると言える。そのため、日本の「家族・高齢者」問題に対する考え方には独自性があり、その特徴をつかんだ上での施策が求められているといえよう。



17. 高齢者の配偶関係、子との同居率、寝たきり・痴呆等の状況

高齢者世帯の単身化の進行については先述したとおりであるが、一口に高齢者といっても性別・年齢層による生活状況の違いがある。高齢者の家族生活は男女間の死亡率の違いから生じる配偶関係の状態や、健康状態が影響を及ぼす。ここでは配偶関係や子との同居率、寝たきり・痴呆等の状況から整理する。

① 配偶関係、子との同居率 (A-15)

高齢期の有配偶者割合を年齢別、男女別にみる。男性の場合、79歳までは80%台の水準であり、80歳を超えると77.0%、85歳以上になると60.5%と徐々に低下している。それに対し女性は、60歳台から5年毎の区分でみた場合75.7% (60~64) → 67.8% (65~69) → 55.8% (70~74) → 38.3% (75~79) と急速に低下していく。そして80歳を超えると21.0%、85歳以上ではわずか7.6%である。このように高齢期の女性の有配偶率が顕著に低い背景には、(女性のライフコースの項で述べたとおり) 男性に比して女性の平均寿命の長寿化がより一層進んでいることや晩婚化といった要因に加え、男女間の結婚時の年齢差によることも挙げられる。

次に子との同居率について前項でも述べたが、ここでは男女別という観点からみると、年齢が上昇するとともに男女ともその比率が高くなる。そして80歳以上になると男性の55.1%、女性の72.0%が子と同居している。女性の方が高齢期の同居率が高いことは、有配偶率との関係が深いことがわかる。

② 寝たきり・痴呆等の状況 (A-15)

高齢者の寝たきり率や痴呆性老人出現率については、加齢とともに上昇するが、特に80歳ないしは85歳以上になるとその割合が増える。寝たきり率は、75~79歳の12.5 (人口千人対) から80歳を超えると24.8に、そして85歳以上になると73.1となる。また痴呆性老人出現率も、75~79歳で4.1%だったのが80歳を超えて7.4%に上昇し、85歳以上になると19.3%となっている。

- ・子との同居率と有配偶率の相関関係からもわかるように、男女が健康でいるうちは夫婦で独立した生活が営まれるが、年齢の上昇とともに子との同居率が上昇する傾向が見られる。その背景には、加齢に伴って夫や妻との死別の発生が多くなり、残された者がその子と同居する傾向にあることや、健康面の問題が顕在化して子との同居により介助を受けながら生活を形へと変化している、といった点が考えられる。高齢者の生活スタイルの変化が起こるとともに、同時に親を受け入れる子の家族の生活スタイルも変わる点に留意する必要がある。
- ・高齢者の生活や健康面の大きな変化は、大まかには80歳を境にしているとみることができる。一般には「前期高齢者」は65~74歳、75歳以上を「後期高齢者」とみなすが、長寿化によりその年齢区分が上がってきていることが考えられる。また65歳以上が高齢期とされていることにも今後考慮の余地があるのではないかと。さまざまな高齢者施策を講じる上で、「高齢者像」をどのようにとらえるのかを見直す時期に来ているのかもしれない。また世代とその男女比構成によって必要とされる施策が異なることが考えられる。そのため各施策に対する対象者を明確化する必要性があると思われる。
- ・特に80歳以上になり、寝たきりや痴呆性疾患など要介助となる要因が増加している。また人口全体の中で急速にこのような後期高齢者の人口が増加する趨勢にあることから、介護を必要とする高齢者が量的に増大することが予測される。

18. 終末期について

人生の終末期における生活の自立についてみると、平成7年に65歳以上で死亡した人々のうち、死亡3年前の時点で20%の人が何らかの日常的介助を必要としており、死亡1年前は約35%に上昇し、死亡半年前からは急速にその割合が上昇している。またその寝たきり度についても、死亡3年前では10%未満であったが、死亡半年前になると約25%となりやはりそこから急速に寝たきり度も上昇する。つまり介護の必要性が高まることを示している (A-16)。

一方、高齢者死亡場所について病院 (老人福祉施設も含む) と自宅との割合でみても、昭和45年には77.3%が自宅死亡で、病院死亡は19.3%に過ぎなかった。しかしその後自宅死亡は減少し、逆に病院死亡が増加して行く。昭和55年自宅が51.1%、病院が46.1%とほぼ半数になり、その後病院での死亡が自宅死亡を上回る。この傾向は現在まで続き、平成11年には82.5%が病院死亡、自宅死亡は15.9%となり、30年間で完全にその比率は逆転した (A-17)。これに対し、亡くなった人が望んでいた「死亡場所」は、男女とも特定の場所を希望していた人は31.0%で、希望なしが57.1%であった。そして希望する場所があった人の89.1%は「自宅」であった。医療の高度化や世帯構造の変化により、病院における終末看護は不可欠なものとなっている現実がある一方で、現実と人々が望む人生の終焉の場所にはずれがあることがわかる。

- ・高齢者へのターミナル・ケアは、一部を除きあまり重視されてきていないのが現状であるが、今後高齢者人口が更に増加していく中で、医療・福祉における重要な側面を担うものと思われる。また死期に近づくにつれ、家族への影響も大きくなっていくことがわかる。本人に対するケアとともに、家族の身体的負担及び精神的ケアをどのように行っていくのかが大きな問題となる。
- ・自宅での最期を望む患者が多いが実際にその願いがかなっている人は少ない。自宅とまではいなくても慣れ親しんだ地域の中で最期を迎えることはできないのだろうか。

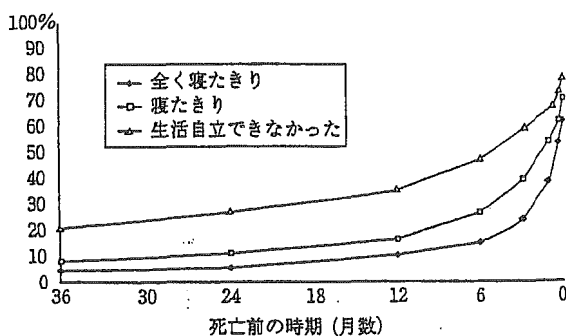
高齢者の年齢階級別有配偶率、寝たきり・痴呆等の状況等

(%)

年齢	① 人口性比 (男性を100)	② 有配偶率		③ 子との同居率		④ 受療率(人口千人対)		⑤ 寝たきり率 (人口千人対)	⑥ 痴呆性老人 出現率
		男	女	男	女	男	女		
60~64歳	106.5	87.2	75.7	-	-	16.4	78.6	-	-
65~69歳	113.1	87.4	67.8	41.9	41.3	21.5	107.1	3.7	0.7
70~74歳	120.2	86.3	55.8	41.7	46.2	28.4	138.0	7.1	2.2
75~79歳	160.0	83.2	38.3	46.9	55.0	40.9	150.1	12.5	4.1
80~84歳	190.6	77.0	21.0	55.1	72.0	60.0	140.8	24.8	7.4
85~89歳	225.6	60.5	7.6			87.4	124.9	73.1	19.3
90歳以上	303.1			124.0	95.9				
65歳以上全体	104.9	84.5	52.5	44.8	52.3	39.1	128.2	15.5	4.1

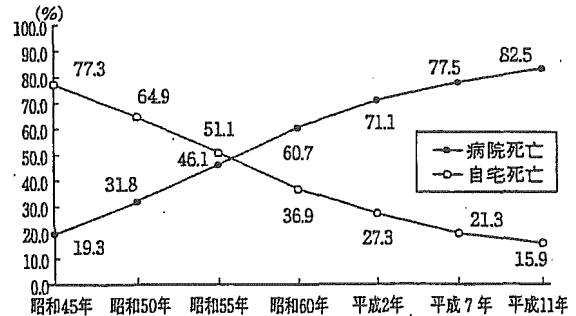
資料：①、②総務庁「平成12年国勢調査(1%抽出集計結果)」、③厚生省「平成12年国民生活基礎調査の概況」、④厚生省「平成11年患者調査」、⑤厚生省「平成10年国民生活基礎調査」より作成、⑥東京都福祉局「平成7年度高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査結果報告書(東京都福祉局)」(平成8年)

死亡前の時期別にみた寝たきり度の変化



資料：厚生省「平成7年人口動態統計社会経済面調査報告：高齢者死亡」1997.3

高齢者(70歳以上)の死亡場所別死亡者割合



注)「病院」には「診療所」「老人保健施設」「老人ホーム」を含む。「その他」の死亡場所を除く。したがって、「病院」と「自宅」を合計しても100%にならない。

19. 運動習慣と健康

- ・ 定期的な運動習慣→加齢に伴う運動量の低下を ⇔ 加齢に伴う運動量の低下→体力減退
軽減・阻止→体力水準の保持・増進 →疾病罹患率の上昇
- ・ 体力減退・基礎代謝量の低下→消費エネルギーの低下→体脂肪量の増加：肥満→生活習慣病危険因子へ …体力の変化は間接的に健康状態の悪化を引き起こす。
《「身体活動と健康」：アメリカ公衆衛生局長官公表 1997》
- ・ 運動習慣が好影響を与えるとされる項目：死亡率、心臓血管系疾患罹患率、結腸癌罹患率、糖尿病（インシュリン非依存型糖尿病）発症の危険性、変形性関節症（スポーツ障害を除く）、転倒、肥満、精神保健、生活の質（QOL）
- ・ 運動との因果関係が不明、結論未定の項目：生殖器の癌、骨粗鬆症（治療との併用が必要？）
- ・ 運動のマイナス影響：急な運動、過度の運動による筋骨格系の障害、心臓血管系の事故

- ・ 運動習慣は高齢者にとって、体力の向上とそれに密接に関連した心と身体の健康に寄与し、最終的には高齢者の QOL 向上に貢献する。
- ・ 高齢者の運動には、「意図的な運動」と「日々の生活の中で自然になされる生活活動」の二面からのアプローチが考えられる。前者は、自発的な側面が大きく、それを可能にする場の提供（レクリエーション資源・会場・気軽な参加を可能とする働きかけ）が主眼に置かれる。一方後者については、外出や交通機関の利用、買物など、IADL を促進することによって維持される。そのため、転倒の危険などを気にすることなく気軽に出かけられるような道路、交通機関の整備、また出かける場が適度な距離、適度な混雑度である交流の場が提供されることが望まれる。

20. 高齢者の歩行能力

自立した生活を営む上で、人間の基本的動作である歩行は重要な要素となるが、加齢に伴い歩行能力は低下していくといわれる。

歩行能力の指標である歩行速度と歩幅を年齢別に計測した調査によると、主観的に「ゆっくり」「普通」「速く」と感じる速さで歩いたときの歩行速度と歩幅は、男女とも年齢の3乗に反比例するような曲線を描いて加齢に伴い減少している。特にその程度が急激になる年齢は62歳前後であり、臨界年齢があることを示唆している。また速度・歩幅とも、男性の方が加齢による減少幅が大きい(A-18)。

また歩行能力と生活自立度との関係についてみる。自立した生活を送る高齢者の歩行能力を他人の手を借りて生活する高齢者と比較したところ、男女ともに自立した生活を送る高齢者の方が歩行速度、歩幅ともに高い数値を示した(A-19)。

更に、61~87歳の男女が一定期間の筋力トレーニングを行ったところ、筋力の有意な増加が見られただけでなく、「できるだけ速く歩く」時の速度が有意に速くなった。このことは「速く歩く」能力が筋力との関係が深いということを示唆する。

・歩行能力は高齢者が自立した生活を行う上で必要な能力であるとともに、自立した生活を送ることによってその能力が保持・増進されていく。また高齢者であってもトレーニング(運動)を行うことは歩行能力を含めた身体体力の保持・増進に寄与するといえる。この好循環をできるだけ長く維持することが、元気な高齢者を増加させ、元気な高齢社会をつくることにつながる。

・高齢者の単身化の進行は、さまざまな社会問題を抱えているがその一方で、「一人だからこそ自分で何でもやろう」との気概を持つ要因にもなり得る。それが可能であるような、地域全体のバックアップが必要である。

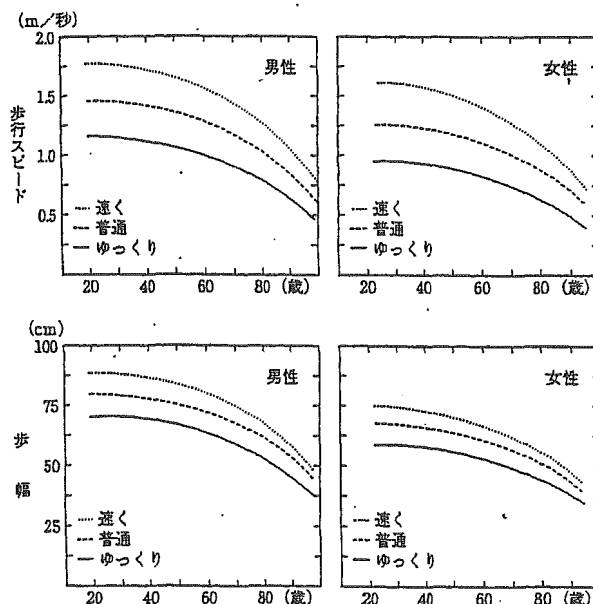
～ 一人で暮らしていても寂しくない環境

- ・交流する場が気軽に近所にある。
- ・出て行こうと思えば出て行ける場所がある
- ・地域の中で役割があるので「出かけなくちゃ」という気になる。
- ・出て行きやすい道路交通網が整備されている。

～ 必要なときに必要な量のヘルプが受けられるサービス

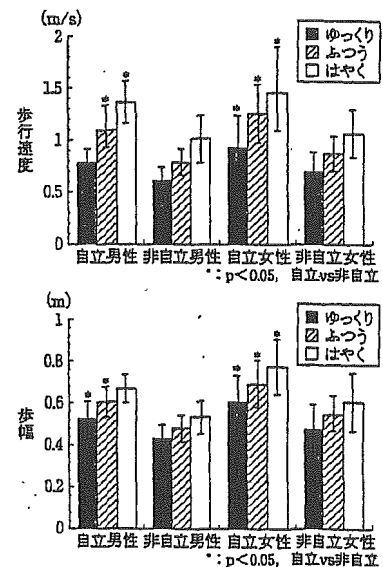
- ・日々の変化に応じた多様性のあるサービス。(例: 普段は自分で料理をするが、今日は調子が悪いのでご飯だけ炊いておかずは配食サービスを頼む。)

3種類の歩き方での年齢と歩行速度(上)、歩幅(下)の関係



資料: Hirnann S, 1988

自立した生活を営む高齢者と他人の手を借りて生活する高齢者の3種類の歩き方での歩行速度(上)と歩幅(下)の関係



資料: Cunrigham S, 1993