

老人保健

- 老人とは？
- 老化とは？
 - 加齢と老化 / 死亡の人口モデルからみた老化 / 分子生物学からみた老化 / 老化の進化的理由 / 長寿化の仮説
- 老化のプロセス
- 高齢化の人口学的実態
 - 高齢化社会と高齢社会 / 人口分布の変化 / 世帯構造の変化
- 老人の健康
 - 有訴者率でみた健康状態 / 8020運動 / 要介護者 / 健康寿命 / 老人の受療状況 / 終末期医療と緩和ケア
- 日本の老人保健制度の歴史
- 現在の老人保健制度と政策
- 老人保健に関する法律
- <参照>

老人とは？

- 大抵の場合、65歳以上の人を指す。
 - 国際保健分野では60歳以上の場合も多い。
- 老人福祉法の対象は65歳以上及び「特に必要があると認められるもの」
- 高齢者虐待防止法の「高齢者」は65歳以上
- 介護保険法では65歳以上で要介護・要支援または65歳未満でも特定疾病による場合は介護給付対象
- 高齢者医療確保法(旧老人保健法)：前期高齢者：65-74歳，後期高齢者：75歳以上
- 高齢社会対策基本法：定義なし。ただし「人口構造の高齢化」と書かれているので、おそらく65歳以上人口割合(高齢化率)をターゲットにしている。

加齢と老化

■ 加齢

- ◆ すべての生物にみられる, 時間経過に伴う全ての変化
- ◆ 時間が停まらないので不可避。

■ 老化

- ◆ 個体ごとに多様
- ◆ 一般に時間経過とともに強まる退行性・有害性変化
- ◆ 一般に不可逆
- ◆ 特徴は
 - 心身に有害
 - 進行する
 - 内因性
 - 普遍性

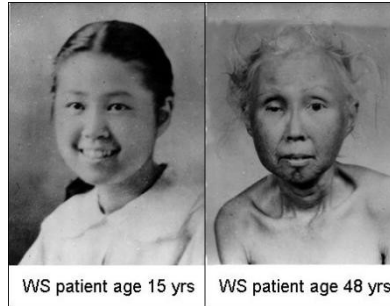
死亡の人口モデルからみた老化

- **Gompertz-Makeham model**
 - ◆ 年齢によらない死亡 (Makeham成分)
 - ◆ 高齢部分に死亡率急増 (Gompertz成分)
 - ◆ $\mu(x) = A + B \cdot \exp(C \cdot x)$
- **Gavrilov and Gavrilova (1991)のAvalancheモデル**
 - ◆ 死亡 = 確率的成分 + 蓄積した損傷 (老化) に比例する成分
 - ◆ 損傷の蓄積 = 確率的成分 + 蓄積した損傷に比例する成分
 - ◆ 集団レベルで集計すると, Gompertz-Makehamに一致
 - ◆ ただしゼロ歳で高いのと, 中年期が合わない
- **Mori and Nakazawa (2003)の改良Avalancheモデル**
 - ◆ 先天異常によりゼロ歳でも損傷が多い部分集団
 - ◆ 死亡の老化成分は比例ではなくS字曲線
 - ◆ どんな集団の死亡にもほぼ完全に合う
- 老化とはそれまでに蓄積した損傷である, と考えることに蓋然性があるといえる

分子生物学からみた老化(1)

■ ウェルナー症候群: 第8染色体上の遺伝子の劣性遺伝

- ◆ 電子伝達が正常に行われず活性酸素が過剰に放出され, 核の遺伝子に損傷が蓄積(DNAヘリカーゼに変異があり, DNA複製時にテロメアが損傷しやすい)



■ 長寿遺伝子型線虫

- ◆ ミトコンドリアの電子伝達系でユビキノンが少ないので活性酸素発生が低下し遺伝子損傷が起こりにくい

■ 低カロリー(+高ポリフェノール?)食→ミトコンドリアからNAD放出→第10染色体上SIRT2遺伝子発現→テロメア周囲にあるヒストンが活性酸素により破壊されるのを修復して複製時のテロメア破壊を防ぎ, 細胞老化遅延(石垣島の長寿一族?)

- ◆ SIRT2を含むSirtuinを発現させるポリフェノールとしてはレスベラトロールが近年注目されている

<写真出典>

分子生物学からみた老化(2)

■ 生命活動速度論

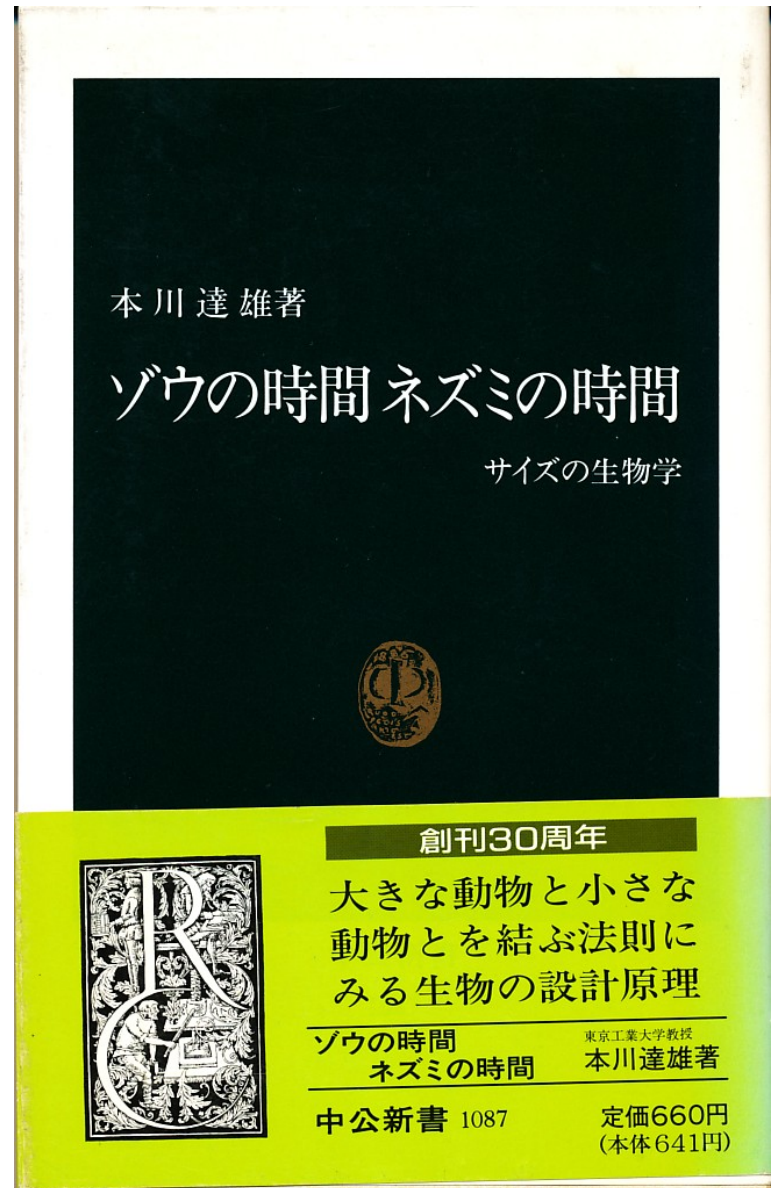
- ◆ 小さい動物は大きい動物に比べ体重当たりの体表面積が大きいので体温維持には相対的に多くの酸素呼吸が必要になり、生命活動が速く行われるので老化が速く短命

■ 低カロリー摂取で実験動物長命化

- ◆ DNAチップで調べると高齢の実験動物ではストレス応答遺伝子群が活性化しているが、カロリー摂取を制限するとこの遺伝子群の反応が少ない
- ◆ メカニズムはいろいろ考えられるが活性酸素減少が鍵らしい

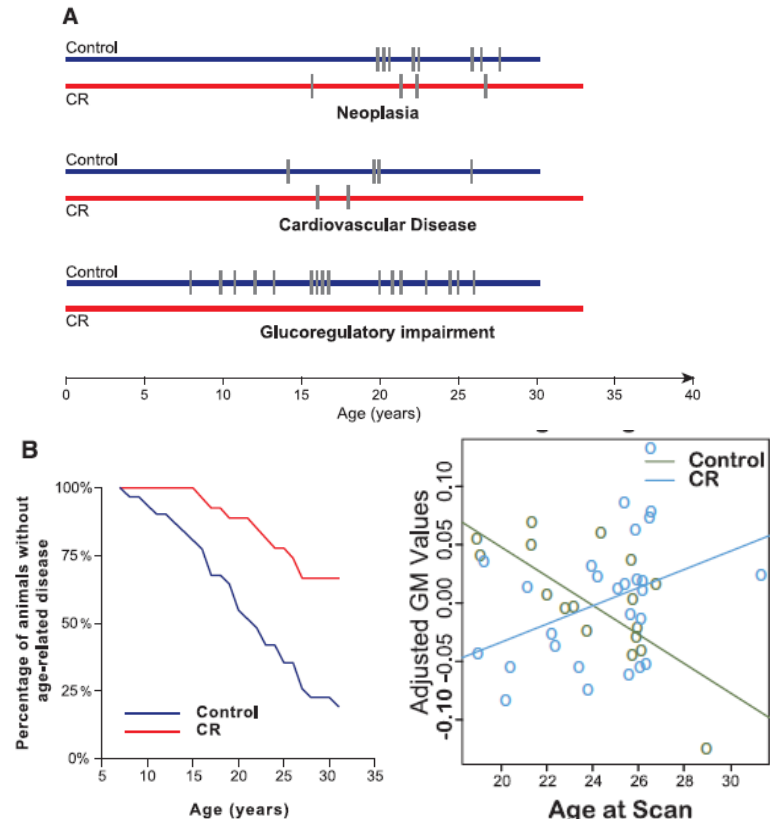
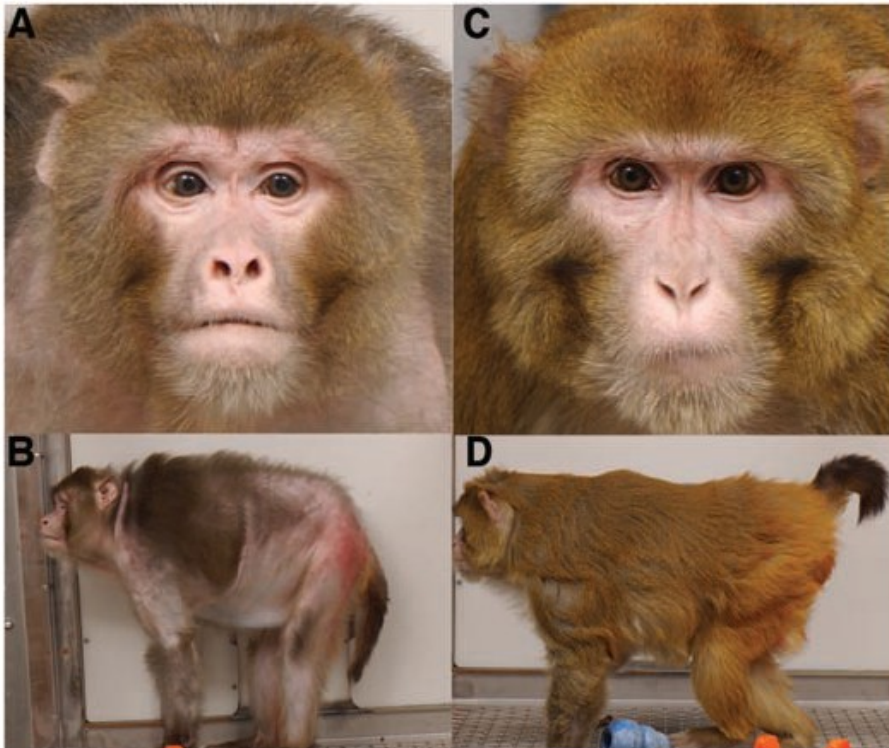
■ 長寿の人に多いミトコンドリア多型

- ◆ 百寿者では10398Gなどの頻度が一般集団より高い



アカゲザル論文

- Colman RJ, Anderson RM, Johnson SC, et al. (2000) Caloric restriction delays disease onset and mortality in Rhesus Monkeys. *Science*, 325: 210-204.
<https://dx.doi.org/10.1126%2Fscience.1173635>
- 7～14歳から、30%摂取カロリー制限群と通常食群を20年間フォローアップ
(当初は雄のみ15頭ずつ、途中で雌15頭ずつと雄8頭ずつを追加)



カロリー制限すれば長寿になるか

- 「よくネズミの実験で、総エネルギー摂取を制限すると寿命が延び、免疫力が上昇することが示されると、これを短絡的に人間に当てはめようとする人がいます。しかし、これは、日本人の1.5倍もエネルギーを摂取している欧米人には当てはまりませんが、もし日本人がその真似をしたら早死にしてしまいます。」(出典:柴田 博『8割以上の老人は自立している！』ビジネス社, 2002年, pp.72)
- 個人差にも注意が必要
- 米国NIAの最近の報告はColmanの研究結果に批判的(Mattison JA, et al., Impact of caloric restriction on health and survival in rhesus monkeys from the NIA study. *Nature*, 489: 318–321, 2012)だったが、Colmanを支持する論文も出ている (Redman LM et al. Metabolic Slowing and Reduced Oxidative Damage with Sustained Caloric Restriction Support the Rate of Living and Oxidative Damage Theories of Aging. *Cell Metab.* 27(4): 805-815, 2018.)
- 炭水化物制限とは違う。炭水化物を制限して、その分のエネルギー摂取を脂肪や動物性タンパクで補うと、短命になるという研究が多い
- カロリー制限の方法として、毎食の摂取を一様に減らすだけではなく、間欠的断食の方が長寿に良いという研究もある (Mitchell SJ et al. Daily Fasting Improves Health and Survival in Male Mice Independent of Diet Composition and Calories. *Cell Metab.* 29(1): 221-228, 2019.)

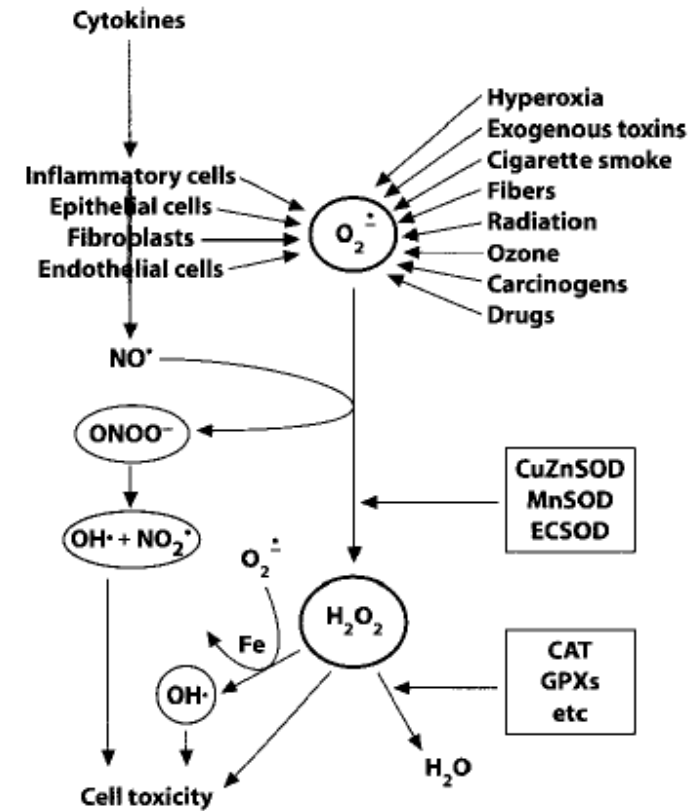
老化の進化的理由

■ 老化がなぜ起こるのかについて結論は出ていない

- ◆ 体細胞廃棄説: 体細胞すべてでDNA複製時のエラー修復を長い間続けるより, 生殖細胞だけのエラー修復をし, そこから再び個体発生をして次世代を構築する方が効率よくエラー蓄積を避けられる。副作用として次世代に伝わらない体細胞にエラーが蓄積するのは不可避。それが老化

■ ヒトは他の動物より相対的に長寿

- ◆ SOD(スーパーオキシドディスムターゼ: MnまたはCuとZnを含む抗酸化酵素)が多い。
- ◆ しかも, 閉経後も長生きする。体細胞廃棄説からは謎
 - おばあちゃんの孫育て仮説
 - 繁殖成功を犠牲にした長寿仮説



Source: Kinnula VL, Crapo JD (2003) Superoxide Dismutases in the Lung and Human Lung Diseases. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 167: 1600–1619.

老化のプロセス

■ 形態的变化

- ◆ ほぼすべての臓器や組織の退縮
- ◆ 脂肪組織や膠原繊維は増加
- ◆ 白髪, はげ, 皮膚のしわ, ...

■ 機能的変化

- ◆ 各種生理機能の低下
- ◆ 運動機能低下
- ◆ 認知機能低下
 - アフォーダンスの知覚の低下(7メートル先のバーをまたげるか尋ねると, 脚長の1.07倍まではまたげると答える人が多い。60歳までは回答と実際が一致。60代では一致しない人々が出現する。この人々は情緒的幸福感も低い)
- ◆ バランス感覚やアフォーダンスの知覚のズレは転倒が増える原因と言われるので, 介護予防ではその低下を予防するような運動が取り入れられている。

■ 個人差が大きい(人格の尊重が大事)

■ なるべく機能低下を起こさない老化の仕方がサクセスフル・エイジングには大事とされている。アンチエイジングも同様な発想。

- ◆ しかし実際に何が「サクセス」なのか? は難しい問題(→本日のミニレポート)

■ 老年症候群(geriatric syndrome)や廃用症候群(disuse syndrome)を防ぐため, 介護予防は重要

社会的老化も含めた老化のフレームワーク

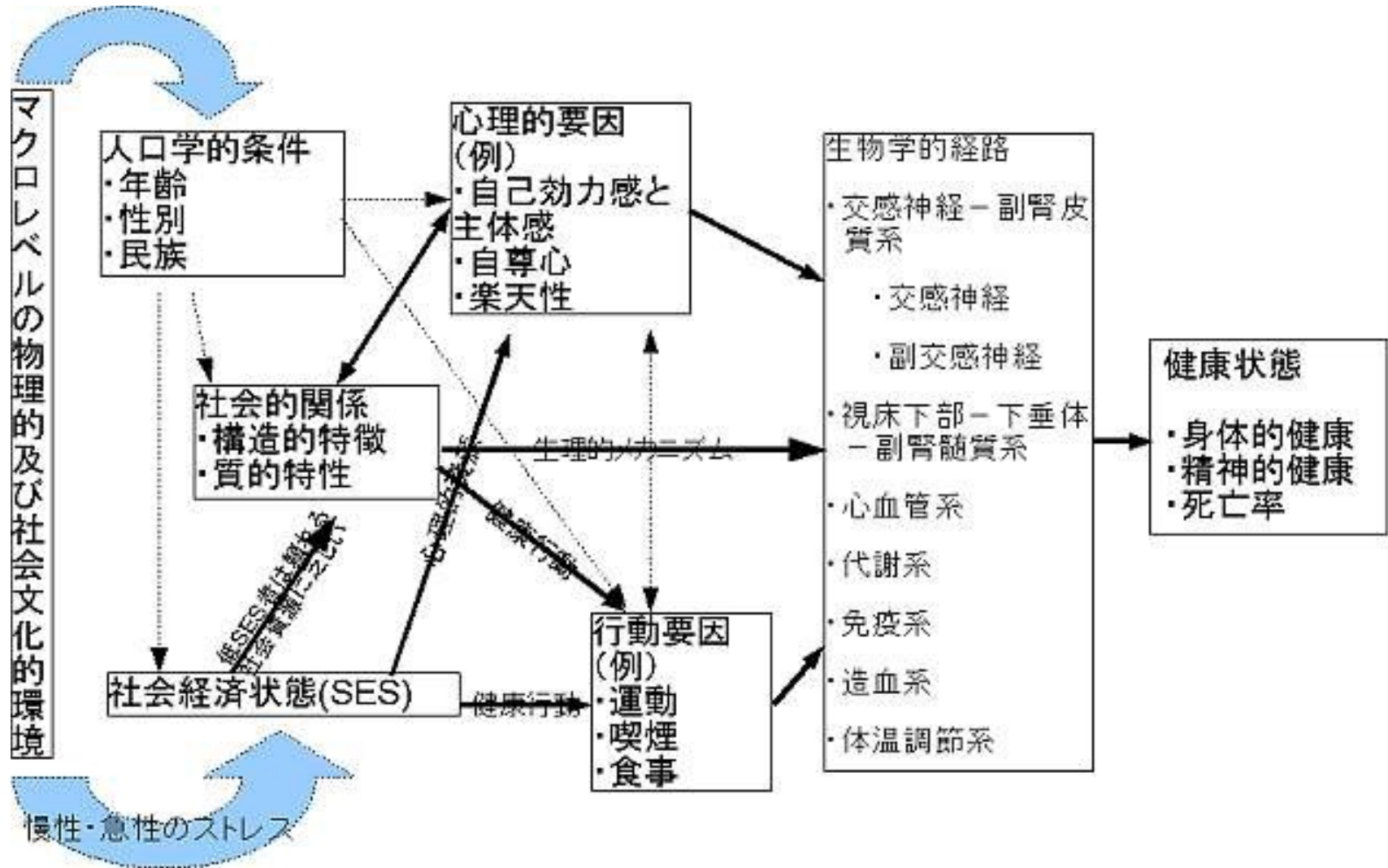
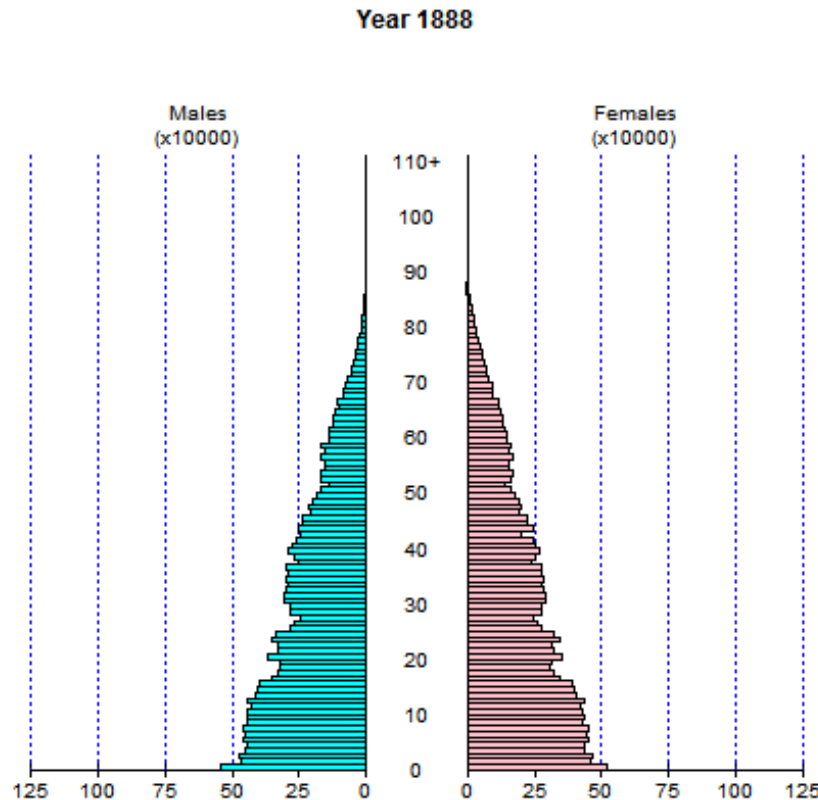


図. 健康と老化の生物心理社会モデル。提示されている関係はライフスパン内の各個人の水準において、フレームワークに対する累積的機能として作用すると考えられる。それらの関係は、一生のうち、各個人が生きている社会文化的及び物理的環境というより広い環境影響を受けると考えられる。(出典: Seeman TE, Crimmins E, 2005)

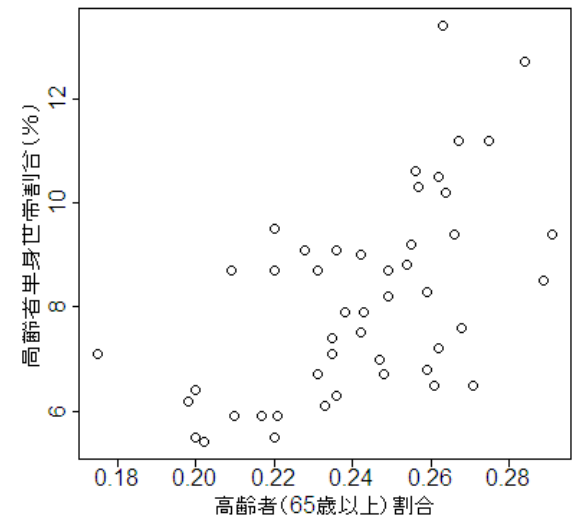
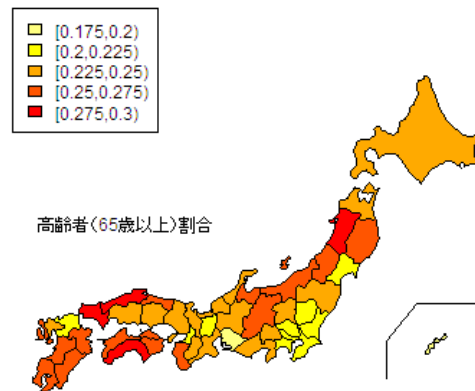
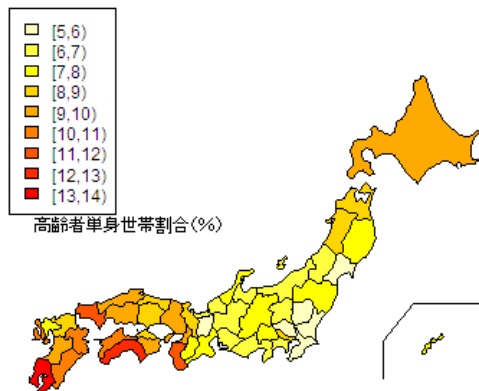
高齢化の人口学(1) 65歳以上人口割合

- 65歳以上人口が総人口に占める割合による区分
 - ◆ 高齢化社会 (7%~14%) : 日本は1970年~
 - ◆ 高齢社会 (14%~21%) : 日本は1994年~
 - ◆ 超高齢社会 (21%以上) : 日本は2007年~



高齢化の人口学(2) 人口分布の変化

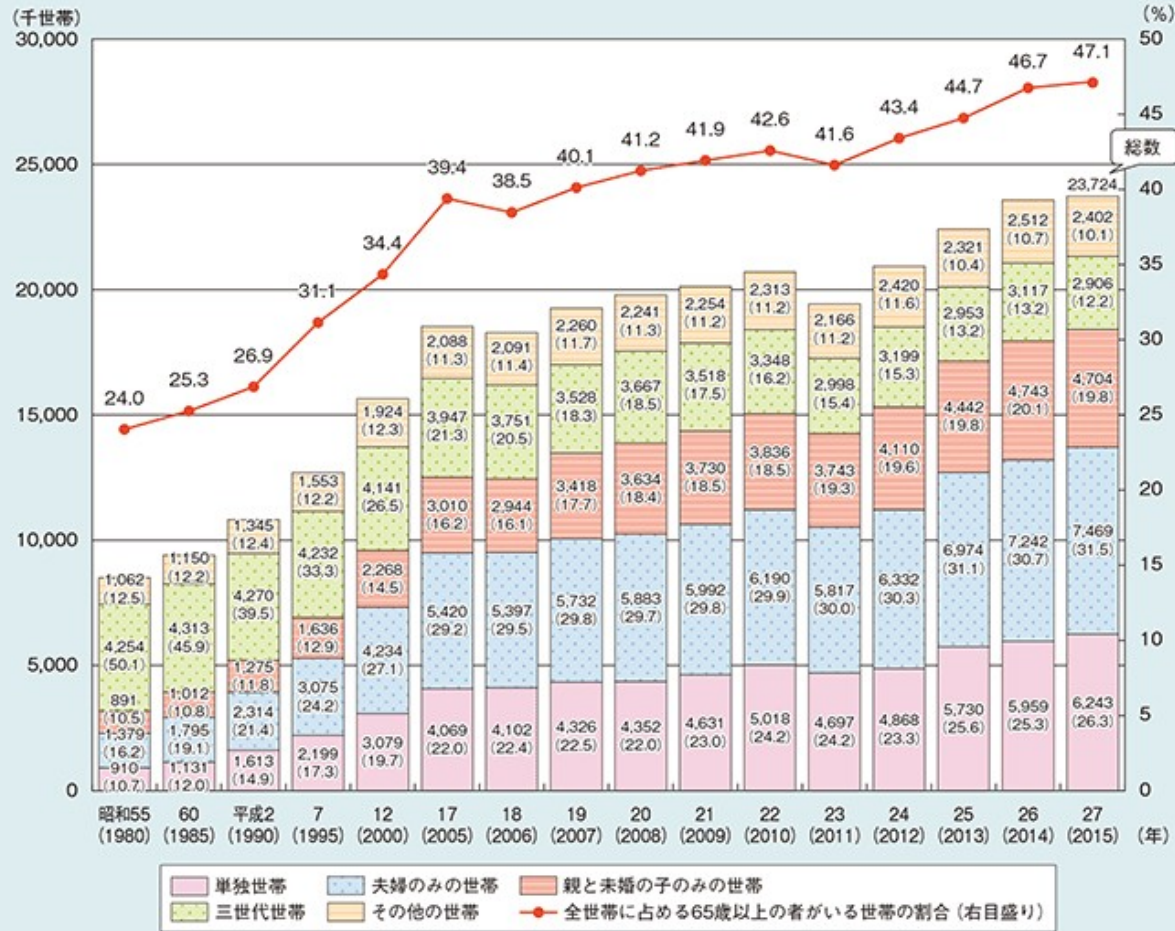
- 都市化の進行, 農村から都市への移住, DID地区居住人口の増加
- 限界集落
 - ◆ 大野晃により1991年に提唱された
 - ◆ 人口の50%以上が65歳以上の高齢者である集落
 - ◆ 自治, 生活道路の管理, 冠婚葬祭など共同体としての機能の急速な衰え→消滅へ
 - ◆ 自治体レベルで人口の50%以上が65歳以上だった「限界自治体」は2005年には4つ



高齢化の人口学(3) 世帯構造の変化

図1-2-1-1

65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合



資料：昭和60年以前の数値は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降の数値は厚生労働省「国民生活基礎調査」による
 (注1) 平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたものである。
 (注2) () 内の数字は、65歳以上の者のいる世帯総数に占める割合 (%)
 (注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

- 高齢者単独世帯
 - ◆ 61万(1975)
 - ◆ 91万(1980)
 - ◆ 308万(2000)
 - ◆ 407万(2005)
 - ◆ 502万(2010)
 - ◆ 624万(2015)
- 全世帯数
 - ◆ 3288万(1975)
 - ◆ 3534万(1980)
 - ◆ 4555万(2000)
 - ◆ 5036万(2015)
- 多要因の複合原因
 - ◆ 核家族化
 - ◆ 男女寿命差
 - ◆ 離婚の増加

有訴者率でみた健康状態

■ 有訴者率：「病気やけが等で自覚症状のある者の割合」（国民生活基礎調査）。通常，人口千対。

表11 性・年齢階級別にみた有訴者率（人口千対）

（単位：人口千対）

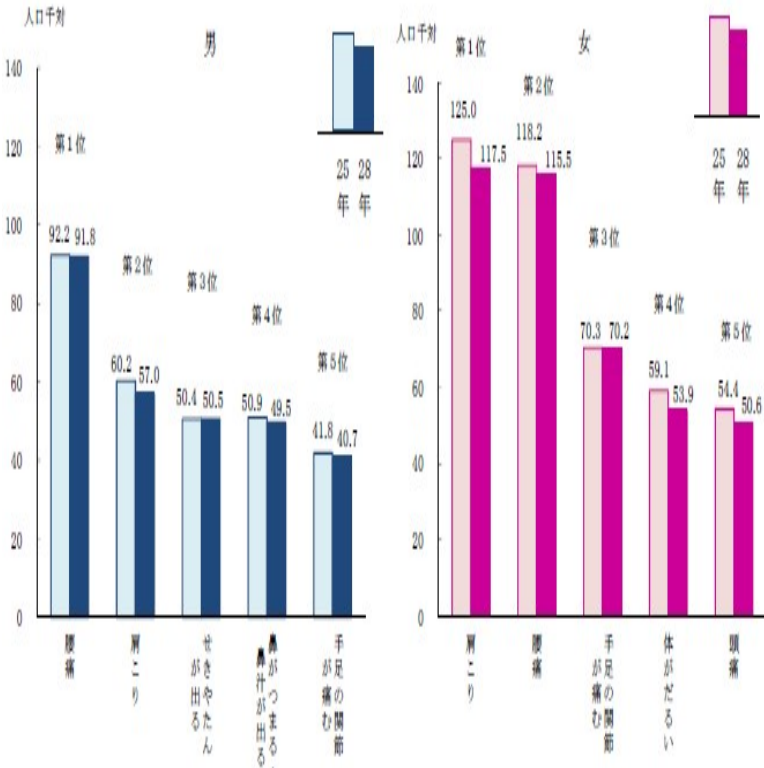
| 年齢階級 | 平成28年 | | | 平成25年 | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 総数 | 男 | 女 | 総数 | 男 | 女 |
| 総数 | 305.9 | 271.9 | 337.3 | 312.4 | 276.8 | 345.3 |
| 9歳以下 | 185.7 | 198.1 | 172.8 | 196.5 | 204.7 | 187.9 |
| 10～19 | 166.5 | 162.4 | 170.7 | 176.4 | 175.2 | 177.8 |
| 20～29 | 209.2 | 167.7 | 250.3 | 213.2 | 168.7 | 257.6 |
| 30～39 | 250.6 | 209.0 | 291.2 | 258.7 | 214.4 | 301.4 |
| 40～49 | 270.0 | 224.9 | 313.6 | 281.1 | 234.3 | 325.7 |
| 50～59 | 308.8 | 263.0 | 352.8 | 319.5 | 271.0 | 365.8 |
| 60～69 | 352.8 | 330.6 | 373.5 | 363.0 | 338.5 | 385.5 |
| 70～79 | 456.5 | 432.2 | 477.2 | 474.8 | 448.0 | 497.4 |
| 80歳以上 （再掲） | 520.2 | 499.1 | 533.2 | 537.5 | 528.1 | 542.9 |
| 65歳以上 | 446.0 | 417.5 | 468.9 | 466.1 | 439.9 | 486.6 |
| 75歳以上 | 505.2 | 480.5 | 522.5 | 525.6 | 506.1 | 538.8 |

注：1）有訴者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員には入院者を含む。

2）「総数」には、年齢不詳を含む。

3）平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。なお、平成25年の熊本県及び同県分を除いた46都道府県の数値は、55頁の参考表16に掲載している。

図19 性別にみた有訴者率の上位5症状（複数回答）



注：1）有訴者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員には入院者を含む。

2）平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。

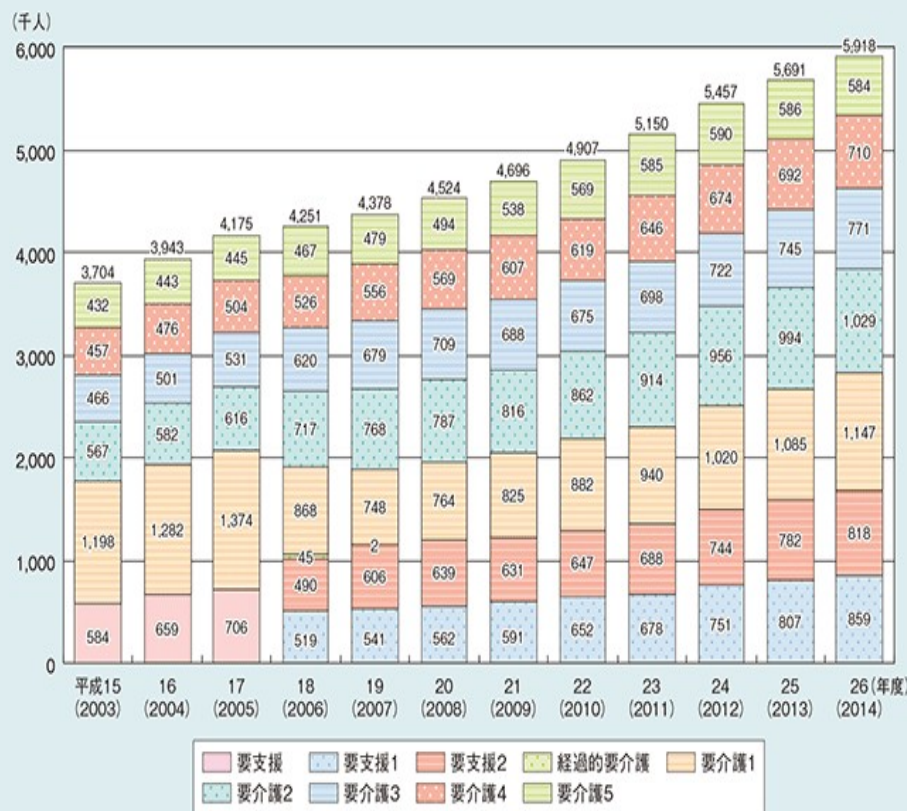
8020運動

- 80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした運動
- 平成12年12月1日に(財)8020推進財団[<http://www.8020zaidan.or.jp/>]が設立され、8020運動の推進、口腔と全身との関係に関する情報の収集・提供・調査研究などを主な柱として活動している。
- 歯を失うと、義歯が必要になったり咀嚼機能が低下したり会話が不自由になったりして、栄養状態や全身の健康状態にも悪影響を及ぼす(口角炎, 帯状疱疹, 口腔カンジダ症を起こしやすくなる)ため、歯周疾患やむし歯によって歯が失われることを避けるべきと考えられ、精力的にこの運動が続けられている。
- 現状として、80～84歳で一人平均残存歯数は、2005年に8.9で、そのうち健全歯は2.7に過ぎない。8020達成者は全体の21.1%。

要介護

- ADL (Activities of Daily Living; 日常生活動作＝移動, 食事, 排泄, 入浴, 着替え, 整容を含む)に支障を来たした高齢者は, 介護を要する
- http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html

図1-2-3-6 第1号被保険者 (65歳以上) の要介護度別認定者数の推移



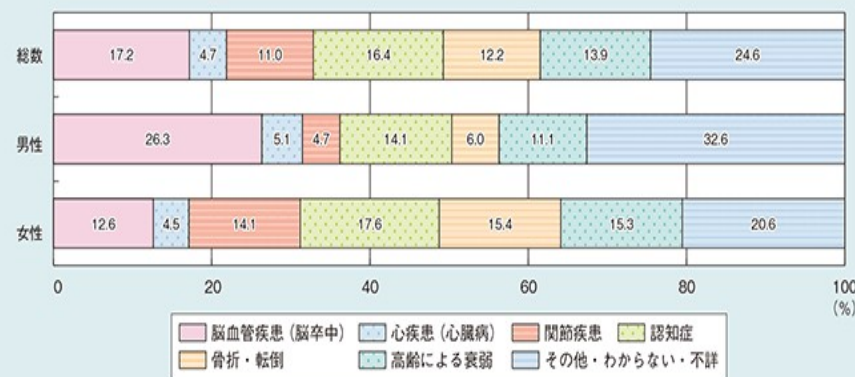
資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」
 (注1) 平成18年4月より介護保険法の改正に伴い、要介護度の区分が変更されている。
 (注2) 平成22(2010)年度は、東日本大震災の影響により、報告が困難であった福島県の5町1村(広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町)を除いて集計した値

表1-2-3-7 要介護等認定の状況

| 単位：千人、()内は% | | | |
|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| 65～74歳 | | 75歳以上 | |
| 要支援 | 要介護 | 要支援 | 要介護 |
| 245 (1.4) | 508 (3.0) | 1,432 (9.0) | 3,733 (23.5) |

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（平成26年度）より算出
 (注1) 経過的要介護の者を除く。
 (注2) ()内は、65～74歳、75歳以上それぞれの被保険者に占める割合

図1-2-3-8 65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成25年）

手段的ADL尺度の例：老研式活動能力指標

1. バスや電車を使って一人で外出できますか
2. 日用品の買い物ができますか
3. 自分で食事の用意ができますか
4. 請求書の支払いができますか
5. 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか

手段的
自立

6. 年金などの書類が書けますか
7. 新聞を読んでいきますか
8. 本や雑誌を読んでいきますか
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか

状況対応＝
知的能動性

10. 友だちの家を訪ねることがありますか
11. 家族や友だちの相談にのることがありますか
12. 病人を見舞うことができますか
13. 若い人に自分から話しかけることができますか

社会的
役割

*「はい」に1点を与え、合計得点算出(毎日の生活について)
5点以下だと自立生活困難。全国代表サンプルで、65歳以上
平均11点弱。80歳以上では男性 8.7 ± 4.2 、女性 7.6 ± 4.2

健康寿命

- 【参考】 <http://www.paoj.org/taikai/taikai2018/abstract/1001.pdf>
- ある年齢でのあるレベル以上の健康状態での期待生存年数を健康余命という。「あと何年、自立して健康に生きられるか」を意味する。
- ゼロ歳における健康余命＝健康寿命(都道府県別の値は行政に影響大)
- 計算方法に多相生命表を使う方法とサリバン法があり、厚労省は概ねサリバン法を採用。生命表の死亡率に健康でない生存割合を追加して計算することで、得られる平均余命が健康余命となる。「健康でない」には主として以下2点のどちらかが用いられる(厚労科研橋本班は両方計算している)が、両者の結果は大きく異なる。
 - 介護保険の要介護度2以上
 - 国民生活基礎調査の自覚症状が「あり」
- 国際的には、寿命 \div 健康で自立した生存期間(健康寿命=HALE)＋疾病や障害をかかえての生存期間(～DALYs)という考え方も良く用いられる
 - DALYs (Disability adjusted life years)＝障害調整生存年
 - DALYs = YLL + YLD
 - YLL: 未熟な死亡により失われる生存年数
 - YLD: 疾病発生による障害のために失われた生存年数
 - 1 DALY = 完全な健康状態での1年間の生存と等価な損失
 - 中西準子「環境リスク学」の批判: 障害をもって生きる1年は健康な1年よりも価値が低い? 劣っている? 差別では?
 - 2017年、日本の都道府県でも国連(GBD)方式で計算した値が初報告された <http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2931544-1>

メディア発表での扱いは不統一

公的機関がソース

- **長野県健康長寿プロジェクト報告書(2015.3)**

<http://www.pref.nagano.lg.jp/kenko-fukushi/kenko/kenko/kenkochojupj.html>

- 朝日新聞(2016.1.20)『山梨が健康寿命1位 県民「不健康」なのになぜ?』=山梨県発表(厚労省研究班)

- **週刊東洋経済2016年7月2日号特集「健康格差」の記事「元気で長生きできる都道府県はどこか」=厚労省研究班発表**

- 読売新聞(2016.5.20)『日本人の健康寿命、74.9歳で世界一…医療水準の高さを裏付け』=WHS2016

- 毎日新聞(2016.8.19)『健康寿命改善へ“歩く” 男性69.01歳、女性72.71歳 岡山市が運動促進事業』=「健康寿命の指標化に関する研究(2013年度分担研究報告)」の紹介

個別研究がソース

- 日本経済新聞(2015.8.28)『「健康寿命」日本トップ 男性71.1歳、女性75.5歳』Lancetの論文

- **琉球新報(2016.6.12)『長寿の質、沖縄は全国最下位 「健康寿命」男47位、女46位 聖徳大教授調査』**

(2) 健康寿命(平均自立期間)も全国1位

| 項目 | 男性(2010年) | | | 女性(2010年) | | |
|--|-----------|-------|----|-----------|-------|----|
| | 全国 | 長野県 | 順位 | 全国 | 長野県 | 順位 |
| 健康寿命(日常生活動作が自立している期間の平均) 【健康寿命の算定方法の指針】 | 78.17 | 79.46 | 1位 | 83.16 | 84.04 | 1位 |
| 平均寿命【都道府県生命表】 | 79.59 | 80.88 | 1位 | 86.35 | 87.18 | 1位 |

健康寿命ベスト・ワースト5

— 男性 —

| 順位 | 都道府県 | 健康寿命 | 平均寿命 |
|-----|------|-------|-------------|
| 1 | 山梨 | 72.52 | 79.54 (25位) |
| 2 | 沖縄 | 72.14 | 79.40 (29位) |
| 3 | 静岡 | 72.13 | 79.95 (10位) |
| 4 | 石川 | 72.02 | 79.71 (17位) |
| 5 | 宮城 | 71.99 | 79.65 (22位) |
| ... | ... | ... | ... |
| 18 | 長野 | 71.45 | 80.88 (1位) |
| ... | ... | ... | ... |
| 43 | 大阪 | 70.46 | 78.99 (41位) |
| 44 | 青森 | 70.29 | 77.28 (47位) |
| 45 | 京都 | 70.21 | 80.21 (6位) |
| 46 | 高知 | 69.99 | 78.91 (42位) |
| 47 | 徳島 | 69.85 | 79.44 (28位) |
| 全国 | | 71.19 | 79.59 |

— 女性 —

| 順位 | 都道府県 | 健康寿命 | 平均寿命 |
|-----|------|-------|-------------|
| 1 | 山梨 | 75.78 | 86.65 (13位) |
| 2 | 静岡 | 75.61 | 86.22 (31位) |
| 3 | 秋田 | 75.43 | 85.93 (39位) |
| 4 | 宮崎 | 75.37 | 86.61 (16位) |
| 5 | 群馬 | 75.27 | 85.91 (41位) |
| ... | ... | ... | ... |
| 16 | 長野 | 74.73 | 87.18 (1位) |
| ... | ... | ... | ... |
| 43 | 徳島 | 73.44 | 86.21 (33位) |
| 44 | 兵庫 | 73.37 | 86.14 (35位) |
| 45 | 京都 | 73.11 | 86.65 (13位) |
| 46 | 広島 | 72.84 | 86.94 (6位) |
| 47 | 大阪 | 72.49 | 85.93 (39位) |
| 全国 | | 74.21 | 86.35 |

(注)健康寿命は2013年、平均寿命は2010年。単位は年
(出所)平均寿命は「平成22年度都道府県別生命表」、健康寿命は「平成27年度厚生労働科学 健康寿命研究」

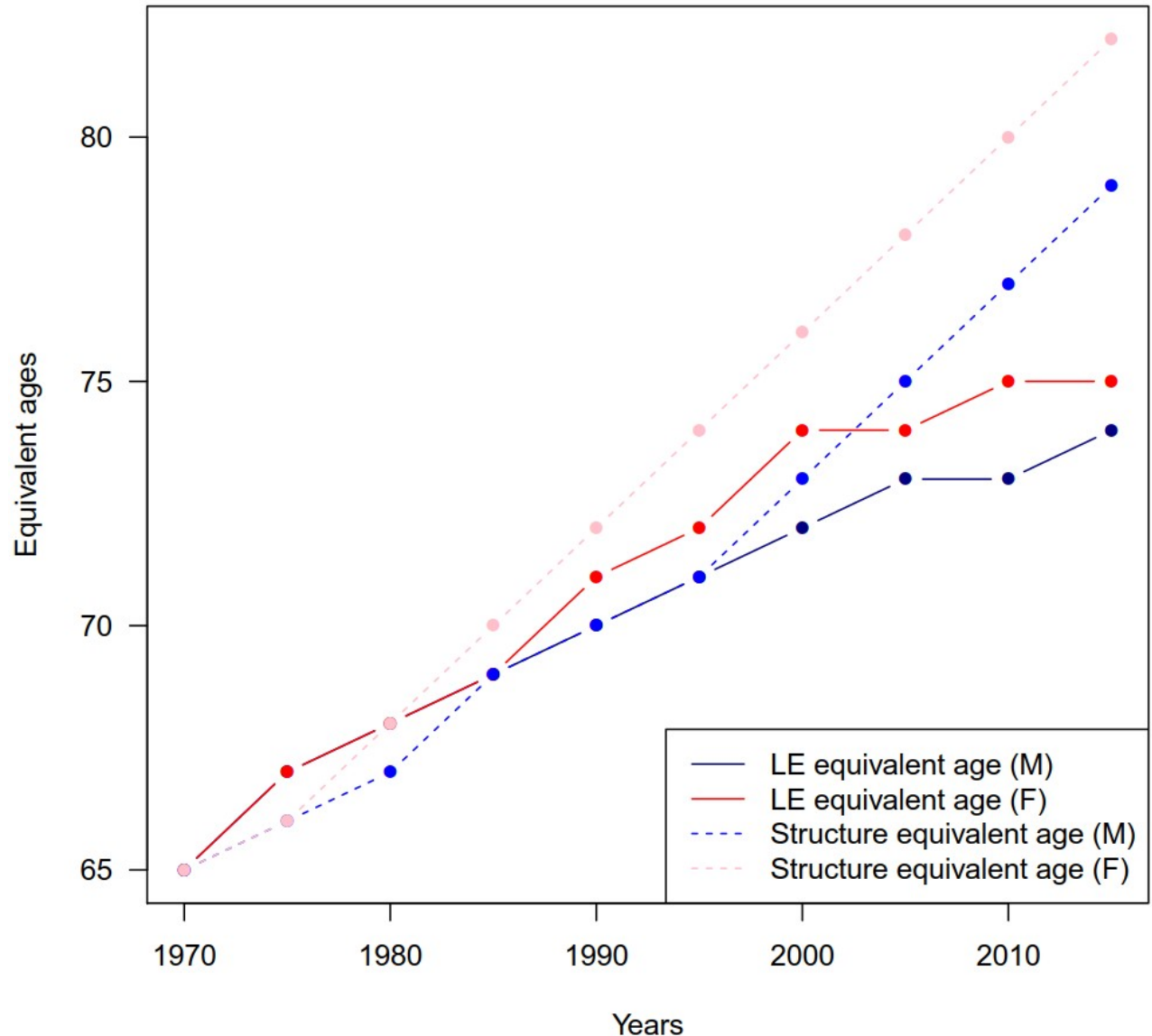
平均寿命に占める健康寿命の割合

| 順位 | 男性 (%) | 女性 (%) |
|-----|---------|---------|
| 1 | 茨城 93.0 | 静岡 87.1 |
| 2 | 山梨 93.0 | 茨城 87.1 |
| 3 | 栃木 92.9 | 栃木 87.1 |
| ... | ... | ... |
| 45 | 京都 90.8 | 京都 84.3 |
| 46 | 大阪 90.6 | 沖縄 83.7 |
| 47 | 沖縄 90.4 | 大阪 83.7 |

※小数点第2位で四捨五入

余命等価年齢及び人口構造等価年齢

- かつての65歳平均余命と同じ平均余命をもつ年齢(余命等価年齢=LEEA)は上昇し続けている
- かつての65歳以上人口割合と同じ人口割合をもつ年齢下限(人口構造等価年齢=SEA)も上昇し続けている



- **社会生活, 家庭生活, ソーシャル・ネットワークの重要性**
 - ◆ 1990年代のGoldman Nらの研究: 男性は配偶者を失うと死亡率が高いが, 女性は配偶者を失っても死亡リスクは上がらない
 - ◆ 社会参加の機会を損失するとQOLも健康状態も悪化
- **性生活: QOLに大きく影響する**
 - ◆ **WHOQOL-BREFのQ21"How satisfied are you with your sex life?" (SF36/SF8はない)**
 - ◆ 小林照幸(2000)『熟年性革命報告』, (2004)『熟年恋愛講座: 高齢社会の性を考える』
- **認知症増加: 2012年に65歳以上認知症462万人(7人に1人), 2015年推定で517-525万人, 2025年予測では675-730万人(5人に1人)**
- **受療状況(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html)**

表1-2-3-4 主な傷病別にみた受療率(人口10万対)

| | | 男 | | | | 女 | | | |
|----|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 65歳以上 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75歳以上 | 65歳以上 | 65~69歳 | 70~74歳 | 75歳以上 |
| 入院 | 総数 | 2,786 | 1,618 | 2,110 | 4,036 | 2,881 | 1,102 | 1,568 | 4,311 |
| | 悪性新生物(がん) | 395 | 282 | 385 | 483 | 203 | 146 | 182 | 240 |
| | 高血圧性疾患 | 11 | 3 | 4 | 20 | 24 | 2 | 4 | 44 |
| | 心疾患(高血圧性のものを除く) | 152 | 69 | 99 | 244 | 163 | 23 | 53 | 279 |
| | 脳血管疾患 | 398 | 190 | 277 | 621 | 434 | 100 | 162 | 714 |
| 外来 | 総数 | 10,327 | 7,821 | 10,266 | 12,169 | 10,872 | 8,761 | 11,224 | 11,741 |
| | 悪性新生物(がん) | 487 | 345 | 486 | 590 | 245 | 247 | 263 | 236 |
| | 高血圧性疾患 | 1,373 | 1,014 | 1,324 | 1,661 | 1,682 | 1,093 | 1,462 | 2,062 |
| | 心疾患(高血圧性のものを除く) | 384 | 226 | 323 | 535 | 280 | 122 | 183 | 399 |
| | 脳血管疾患 | 266 | 147 | 223 | 378 | 215 | 87 | 144 | 308 |
| | 脊柱障害 | 975 | 549 | 963 | 1,290 | 961 | 585 | 1,030 | 1,114 |

資料: 厚生労働省「患者調査」(平成26年)より内閣府作成

老人保健制度の歴史(1960年代まで)

- 医療保険の視点からみると, 医療法, 医師法, 保健師助産師看護師法などが全て1948年に施行(GHQによる戦後医療改革スタート)
- 1958年に国民健康保険法施行+1961年に国民皆保険
 - 被雇用者の健康保険は10割給付, 家族は5割給付
 - 国民健康保険は本人も家族も5割給付であった。
- 1961年参議院議員選挙で自民党が老人福祉法制定を公約にして勝利
- 1963年老人福祉法が政府提案として国会で審議され成立
 - 国民健康保険は本人3割, 家族5割自己負担
- 1968年国民健康保険法改正により, 家族の自己負担も3割に

老人保健制度の歴史(1970年代)

- 1972年老人福祉法が改正
- 1973年から70歳以上の高齢者医療費無料化
- 健康保険法改正:被雇用者の家族の自己負担も3割に
- 1970年代後半から寝たきり老人の増加が社会問題化
 - 1978年ショートステイ制度化
 - 1979年デイサービス制度化

老人保健制度の歴史(1980年代前半)

- 1980年～厚生省に老人保健医療対策本部設置
 - 老人保健法法案作り開始。1980～1982年法案却下。
 - 1982年8月「自己負担を若干抑える」自民・公明・民社合意で、老人保健法成立
- 1983年2月～老人保健法施行
 - 老人医療費有料化(70歳以上の老人を既存の医療保険制度から別建てに。財源を公費[国2/3, 都道府県・市町村が各1/6]と既存の医療保険制度から折半して拠出。老人は一部負担金として外来通院1ヶ月400円, 入院1日300円を自己負担)
 - 70歳以上の医療費が無料だったのは1973～1982年
- 1981年第二次臨時行政改革推進審議会(第二臨調)設置
→医療費抑制が国家的基本戦略として位置づけ
- 老人保健法制定とほぼ同時「派遣事業運営要綱」改訂
 - ホームヘルパーの派遣対象拡大(有料):
生活保護世帯と所得税非課税世帯のみ→所得税課税世帯も
- 老人保健法の施行で70歳以上の老人を6割以上かかえる病院を「特例許可外老人病院」に。特例許可外老人病院についての職員配置基準制定

老人保健制度の歴史(1980年代後半)

- 1984年健康保険法改正:被雇用者自己負担が本人2割(ただし1996年までは1割)に。
- 国庫負担なしの退職者医療制度創設。被雇用者が高齢で退職すると、国民健康保険の被保険者となって給付水準が下がることが問題視されたため
- 高齢化率上昇→自己負担を増やし国庫負担を軽減する方策
- 1985年生活保護費や老人福祉措置費など福祉措置費の国庫負担が8割から7割に。
- 1986年老人保健法改正:一部負担金が外来1ヶ月800円,入院1日400円に引き上げ。病院と在宅の中間施設として老人保健施設設置。
- 1987年老人保健法改正では,保険料滞納者は保険証を取り上げられる
- 1989年3%消費税実施。高齢者保健福祉推進十ヶ年計画(ゴールドプラン)が策定され,10年間で10万人のヘルパー確保が謳われた。

老人保健制度の歴史(1990年代前半)

- 1990年:「寝たきり老人ゼロ作戦」
- 1990年:老人福祉法等,福祉関係の8つの法律が一部改正
 - 老人福祉法第10条の3:市町村は65歳以上の者について,老人デイサービスセンターや老人短期入所施設(ショートステイ)など施設入所などの便宜を図る
- 1991年:老人保健法改正:老人医療費の自己負担額引き上げ。
- 1991年:障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準が設けられた。
- 1992年:医療法改正+「老人訪問看護ステーション」創設。
- 1990年代=少子高齢化進行→老人福祉措置制度が解体する方向へ
- 1993年:長期入院する高齢者用に療養型病床群設置
- 1994年:健康保険法改正
 - 付き添い看護,介護撤廃/在宅医療の明確化と訪問看護拡大
- 1994年:年金改革法:厚生年金の満額支給年齢を段階的に遅らせて65歳に
- 1994年末:新ゴールドプラン策定

老人保健制度の歴史(1990年代後半)

- 1995年: 社会保障制度審議会が介護保険制度創設提言
- 1995年: 高齢社会対策基本法及び介護休業法成立(施行は1999年)。
- 1990年代後半～介護保険制度に向けた流れ
 - 1996年: 厚生省「介護保険制度案大綱」作成→「高齢社会白書」開始
 - 1997年: 医療法改正→療養型診療所設置
 - 1997年: 健康保険法改正→被保険者自己負担2割+外来薬剤一部自己負担
 - 1997年末: 介護保険法成立(施行は2000年)。
 - 1998年: 改正医療法施行→インフォームドコンセント義務化+70歳以上の外来診療自己負担が1回500円に(月4回まで, 5回目以降は無料)

老人保健制度の歴史(2000年代)

- 2000年:介護保険制度スタート
- 2000年:「ゴールドプラン21」策定
 - 「新寝たきり老人ゼロ作戦」:三次予防充実
- 2002年:健康保険法改正→70歳以上の窓口負担が, 外来1回800円(月4回まで, 5回目以降は無料)か, 定率1割負担(上限3000円)かを医療施設側が選択導入
- 2003年:健康保険法改正→70歳未満の患者の自己負担が3割に
- 2005年:医療制度改革大綱
- 2006年:改正介護保険法施行
- 2007年:終末期医療ガイドライン
- 2008年:高齢者医療確保法(後期高齢者医療制度を含む)施行
- 2009年:民主党に政権交代→後期高齢者医療制度は廃止が決まった(見通しは不明)→結局ダメ

現在の老人保健政策

- 健康づくりの総合的推進（生涯にわたる健康づくりの推進，健康づくり施設の整備等，介護予防の推進）
- 介護保険制度の着実な実施
- 介護サービスの充実（必要な介護サービスの確保，介護サービスの質の向上，認知症高齢者支援対策の推進，介護に関する普及啓発）
- 地域の支え合いによる生活支援の推進
- 高齢者医療制度の改革（後期高齢者医療制度の廃止と新たな制度の検討，現行制度の問題点の検証等，特定健診・特定保健指導，老人医療費の動向）
- 子育て支援施策の総合的推進

2000年「ゴールドプラン21」の具体的施策

1. 介護サービス基盤整備～「いつでもどこでも介護サービス」
 1. 人材確保と研修強化
 2. 介護関連施設の整備
 3. 施設処遇の質的改善
2. 痴呆性高齢者支援対策推進～「高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり」
 1. 痴呆性老人グループホームの整備
 2. 痴呆介護の質的向上
 3. 権利擁護体制の充実
3. 元気高齢者づくり対策の推進～「ヤング・オールド作戦」の推進
 1. 総合的な疾病管理の推進
 2. 地域リハビリテーション体制の整備
 3. 生きがい、介護予防、社会参加の推進
4. 地域生活支援体制の整備～「支え合うあたたかな地域づくり」
 1. あたたかな地域社会づくりの支援
 2. 生活支援サービスの充実
 3. 居住環境等の整備
5. 利用者保護と信頼できる介護サービスの育成～「安心して選べるサービスづくり」
 1. 情報化と利用者保護の推進
 2. 多様な事業者の参入促進
 3. 福祉用具の開発・普及
6. 高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立～「保健福祉を支える基礎づくり」
 1. 長寿科学の推進
 2. 福祉教育の推進
 3. 国際交流の推進

老人を主なターゲットとする法律・関連する法律

- 老人を主なターゲットとする法律
 - 高齢社会対策基本法
 - 老人福祉法
 - 高齢者虐待防止法
 - 介護保険法
 - 高齢者医療確保法
 - * 関連して
 - 健康保険法
 - 国民健康保険法
 - 高年齢者等の雇用の安定等に関する法律
 - 高齢者の居住の安定確保に関する法律
- 関連する法律
 - 国民年金法
 - 道路交通法
 - 育児・介護休業法

高齢社会対策基本法

- http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a_4.htm
- 急速な人口高齢化に対応し
 - 「国民一人一人が生涯にわたって真に幸福を享受できる高齢社会を築き上げていくためには、雇用、年金、医療、福祉、教育、社会参加、生活環境等に係る社会のシステムが高齢社会にふさわしいものとなるよう、不断に見直し、適切なものとしていく必要があり、そのためには、国及び地方公共団体はもとより、企業、地域社会、家庭及び個人が相互に協力しながらそれぞれの役割を積極的に果たしていく」
ことが必要
- 生涯の就業機会・社会参加確保，健やかで充実した生活
- 政府は高齢社会対策大綱を策定する義務
- 『高齢社会白書』を毎年作成・公開

老人福祉法

- <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S38/S38HO133.html>
- 目的(第一条)
「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図る」
- 理念(第二条)
「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」
- 老人自身の責務(第三条)
「老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努める」

(参考) 老人の社会における位置づけ

- 絶対的権威→敬愛され保護される→扶養される負荷
- パプアニューギニア, ソロモン諸島, サモア, トンガ等
 - 1970年代まで: 長老会の決定は, どんなに理不尽でも絶対(婚姻ルールとか)
 - 1980年代~90年代: 例外・抜け道作り(莫大な婚資とか), 抜け駆けする若者グループ(禁猟期にツカツクリの卵を掘って売ってしまう)←長老会の権威の失墜(西洋医学による救命・外部の豊かさを知ってしまった社会), ただし一定の尊敬は保つ
 - 2000年以降: 長寿化→老人人口増加→被扶養負荷増加→老人も生産活動に従事することが求められ, その面での能力が衰えていることから軽視
- 日本では
 - 戦前のムラ社会ではやはり絶対的権威(とくに神事), ただし姥捨てもあり
 - コミュニティ崩壊で権威失墜(敬愛は残存)
 - 都市では, 老人福祉法第二条に明記しなくてはならないほど「お荷物」化した事例も。棄老問題。cf. 映画「おとうと」



高齢者虐待防止法

- <http://law.e-gov.go.jp/announce/H17HO124.html>
- 高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定める
→ 高齢者虐待防止等の施策を促進し、高齢者の権利利益の擁護に資する
- この法でいう虐待とは？ 身体外傷が生じるおそれのある暴行／著しい減食・長時間放置等／著しい暴言・拒絶的反応等の著しい心理的外傷を負わせる言動／わいせつ行為及びその強制／財産の不当な処分
- 養護・介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、**医師**、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない(第5条)

介護保険法

- <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>
- 「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態」
→「入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等」
←「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、介護保険制度を設け、保険給付等に関して必要な事項を定める（1条）
- 被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し必要な保険給付を行う（2条）
…… 介護職員の善意に基づく行為が制約を受ける面も。
- 市町村及び特別区が介護保険を行う（3条）
- 国民の介護予防義務＋費用の公平負担（4条）
- 介護保険についての国や都道府県の援助義務（5条）
- 医療保険者の義務（6条）
- 要介護・要支援の定義，介護支援専門員の定義（7条）
- 要介護認定←申請・市町村職員面接・主治医意見書（27条）

高齢者医療確保法

- <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/S57/S57HO080.html>
- 元は「老人保健法」。小泉改革で2008年からこうなった
- (1) 医療費適正化「基本方針」「適正化計画」の策定・評価
 - * 第1条に掲げられた(目的)のメインが「医療費適正化」で良いのか？
 - * 第2条「自助と連帯」「自ら健康保持増進に努める」「医療費を公平負担」が「適切な保健サービスを受ける機会を与えられる」に先行するような「基本的理念」でいいのか？
 - * 国の責務は第3条でやっと出てくるが、この書き方では、高齢者医療制度が健全に運営されるよう費用適正化することがメインに見える。それでいいのか？
- (2) 特定健診(いわゆるメタボ健診)と特定保健指導の規定
 - * スクリーニングとしての意味が乏しいという指摘も多い基準値に拘って続ける意味があるのか？
- (3) 後期高齢者医療制度を巡る諸問題
 - * 後期高齢者医療制度は当面継続(ただし75歳以上を完全別立てにはしない)。70~74歳は段階的に2割負担に

2013年2月厚労省資料から(1)

現行の高齢者医療制度

制度の概要

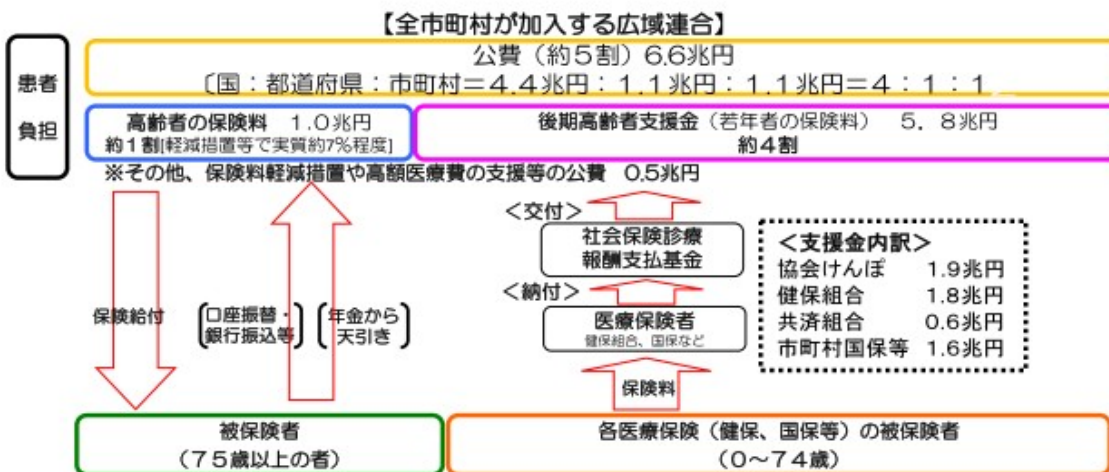
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,500万人

<後期高齢者医療費>
15.0兆円（平成25年度予算案ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

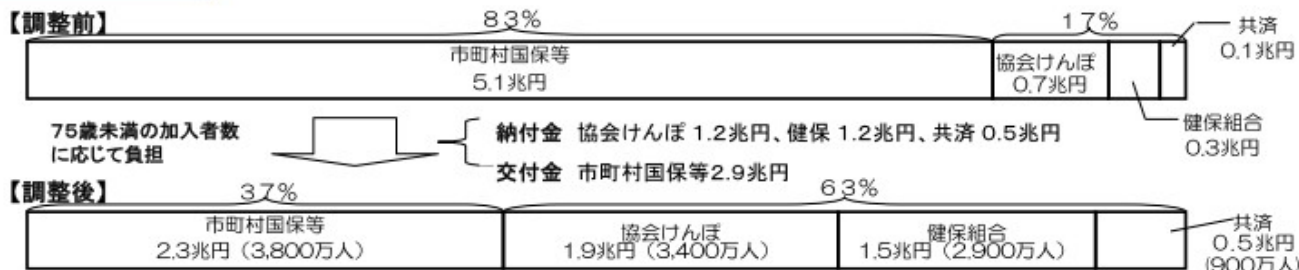
<保険料額（平成24・25年度見込）>
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は
約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,500万人

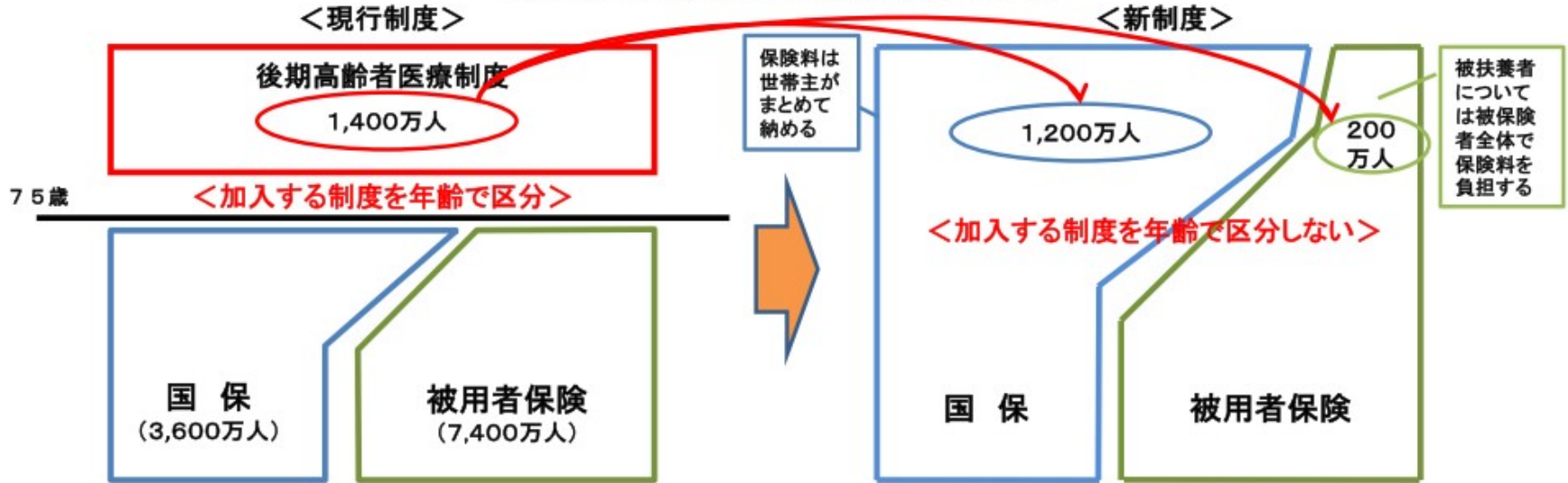
<前期高齢者給付費>
6.1兆円
（平成25年度予算案ベース）



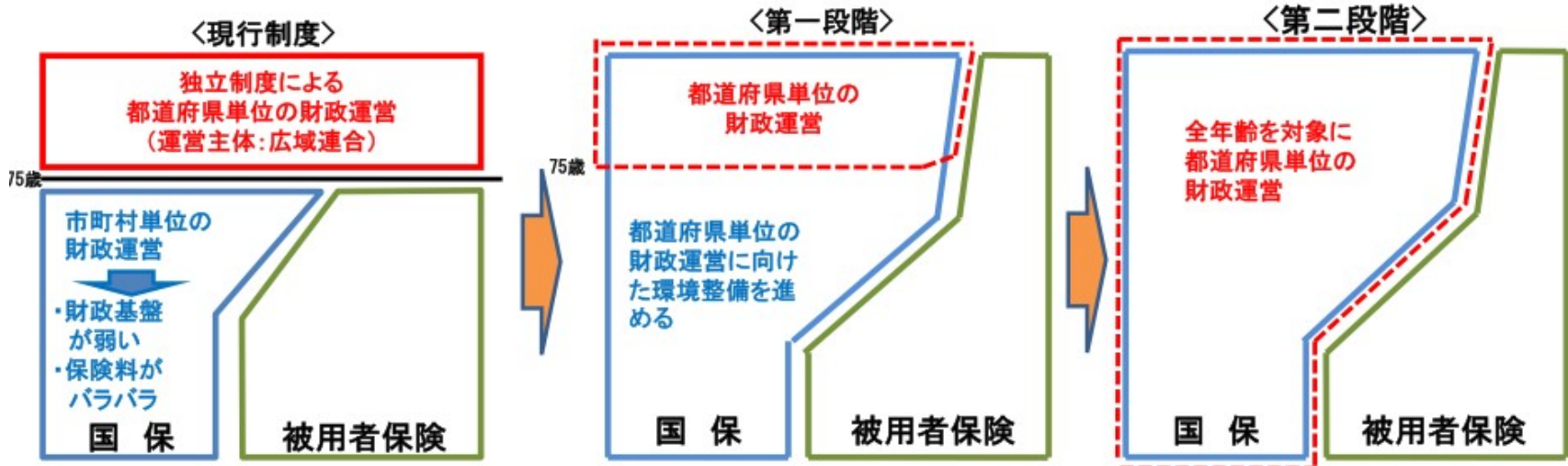
2013年2月厚労省資料から(2)

●改革会議最終とりまとめの考え方

制度の基本的枠組み、加入関係



国保の財政運営の都道府県単位化



後期高齢者医療制度の何が問題か

- 医療保険の枠組みとして、75歳以上の人をそれまでの医療保険（一般企業の被雇用者は健康保険法、船員は船員保険法、国家公務員は国家公務員共済組合法、私学の教職員は私立学校教職員共済組合法、その他の人は国民健康保険法でカバー）から離脱させ、新たに広域で75歳以上だけを対象にした独立医療保険を作って運用
 - * 確かに「公平負担」には近づくかもしれないが……
- 75歳以上の人配偶者で所得が無かった人は、健康保険法などでは被扶養者として保険対象となっていたが、後期高齢者医療制度では、例えば夫が再就職して一般企業で働いていて75歳を迎えた無職の70歳の妻は、それまでは健康保険の被扶養者としてカバーされていたが、夫が後期高齢者医療の被保険者になったら、自身が国民健康保険に加入せねばならない→大幅な支払い増
- 人生終わりであるかのような「後期」という名称のまずさ
- 老人保健法が高齢者医療確保法になったことから、健康保険法や国民健康保険法も変更された

国民健康保険制度発祥地・越谷に立つ「相扶共済」碑



国民年金法

- 憲法の生存権規定に基づき，老齢・障害・死亡によって国民生活の安定が損なわれることを国民の共同連帯によって防止する目的
 - 国民皆年金＝基本的に強制加入
 - 政府が管掌：
社会保険庁→日本年金機構(<http://www.nenkin.go.jp/>)
- 基本骨格は世代間扶養＝世代間所得移転
 - 掛け金(保険料)が増えて戻ってくるのではない
 - 自分が払っている年金の掛け金(保険料)は，同時代の高齢者を支えている
 - 人口高齢化に伴って破綻するのは必然
- 20～60歳が保険料を支払い，65歳から老齢基礎年金が給付される
- 65歳以上世帯の収入の7割は年金に依存している
- 国庫負担を1/2にすることや受給資格を10年納付に短縮することは消費増税と連動していて不透明

道路交通法

- 免許更新日に70歳以上の者は、その前6ヶ月以内に、「高齢者講習」を受ける
 - 高齢者講習：加齢に伴って生じる身体機能低下が運転に影響することを理解する目的（アフォーダンスの知覚の低下への対策といえる）
- 背景：死亡重症者数75歳以上の割合増（数は減少）
 (<http://www.itarda.or.jp/itardainfomation/info110.pdf>)
- 免許更新日に75歳以上の者は、「高齢者講習」に加え、認知機能検査を受けることが義務付けられている
- 高齢運転者は、車の前後の所定の位置に高齢運転者標識を付けること
 - 70～75歳は努力義務，75歳以上は義務
 - ただし附則により，75歳以上の義務化は「当分の間適用しない」ので，結局，70歳以上全員が努力義務
- 平成22年4月「高齢運転者等専用駐車区間制度」
 - 70歳以上高齢者・障害者・妊産婦が安全・安心に駐車できるためのゾーン
 - 専用標章掲示が必要

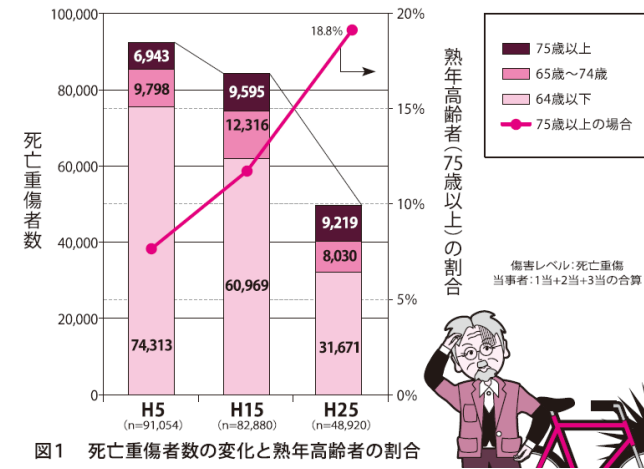


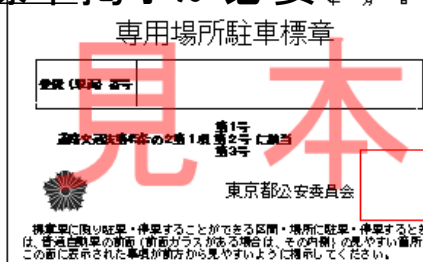
図1 死亡重症者数の変化と熟年高齢者の割合



＋
2011年追加



高齢運転者等専用駐車区間を表示する道路標識



【高齢運転者等標章自動車駐車可】



【高齢運転者等専用時間制限駐車区間】

その他

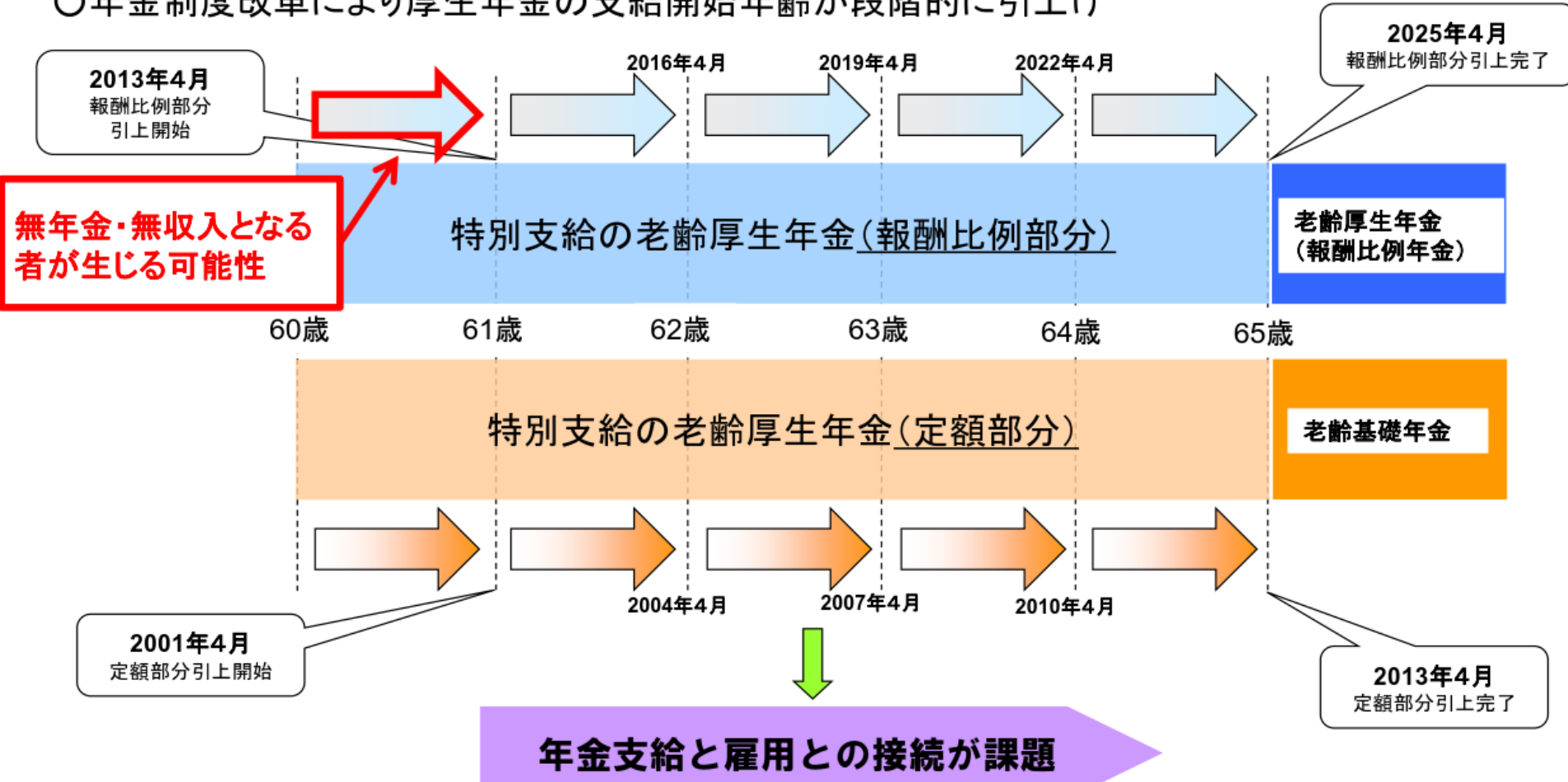
- 高齢者雇用安定法
 - 年金支給開始年齢まで安心して働けるようにするため、平成25年までに(ただし移行措置あり)、段階的に定年を引き上げて65歳定年にする等の対策をとることを事業者^に義務付けた法律
 - 大企業では概ねOK
 - 中小・零細は……
 - 若者でさえ雇用不安があるのに高給で体力に不安があることは否めない高齢者雇用を安定させることは可能か？
- 高齢者住まい法
 - 高齢者の住まいについての社会不安(賃貸住宅不足, 高齢者入居拒否, バリアフリー不足)への対策としてスタート
 - 高齢者単身世帯用住宅だけでなく, グループホームなど多様な形態も考慮されるべき
- 育児・介護休業法
 - 常時介護を要する家族1人につき, 「通算93日まで」
 - 平成21年から, 介護のための短期休暇制度: 要介護家族1人で年間5日, 2人以上なら年間10日まで

高年齢者雇用安定法による雇用延長(1)

[出典] https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/koureisha/topics/dl/tp0903-gaiyou.pdf

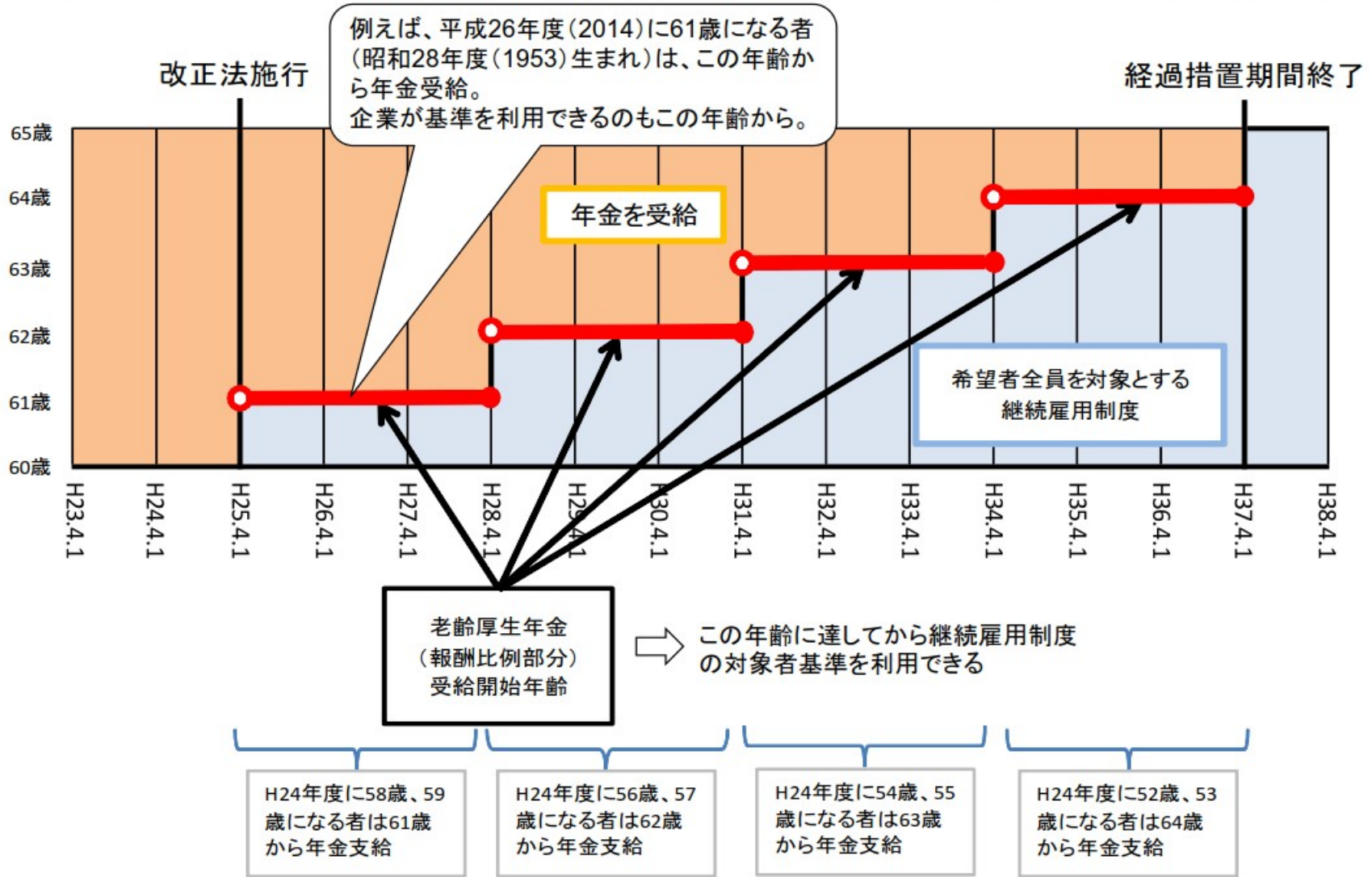
公的年金（厚生年金）の支給開始年齢の引上げにより、現在の高年齢者雇用制度のままでは、平成25年度には、60歳定年以降、継続雇用を希望したとしても、雇用が継続されず、また年金も支給されないことにより無収入となる者が生じる可能性。

○年金制度改革により厚生年金の支給開始年齢が段階的に引上げ



高年齢者雇用安定法による雇用延長(2)

[出典] https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/koureisha/topics/dl/tp0903-gaiyou.pdf
現行の高齢法第9条第2項に基づく継続雇用制度の対象者を限定する基準を設けている事業主は、老齢厚生年金（報酬比例部分）の受給開始年齢に到達した以降の者を対象に、その基準を引き続き利用できる12年間の経過措置を設ける。



まとめ

- 多種多様な制度と法律が設けられている
- 場当たりの・グランドデザイン不足な面はある
- 高齢者の保健・福祉増進というよりも、増え続ける高齢者を支えるためのシステムがどうしたら破綻せずに済むかという視点になってきている。地域包括ケアもその流れ。
- 視点の転換はできないか？
 - 平均寿命が70年の社会と、平均寿命が80年の社会において、65歳の意味は同じか？
 - 65歳平均余命が10年の社会と20年の社会で65歳の意味は同じか？
 - 1970年の65歳平均余命は男性12.8年、女性15.6年だが、2015年の65歳平均余命は男性19.7年、女性24.5年。
 - 1970年の65歳平均余命と同じ平均余命をもつ年齢は、2015年には男性約74歳、女性約75歳
 - 65歳健康余命が15年あったら、あと5年や10年は働いてもいいのではないか？