

総合都市研究 第74号 2001

東京都立大学都市研究所 第13回公開講演会

都市における健康水準とあなたの寿命

日時 2000年11月22日

場所 東京都衛生局研修センター 1階講堂

(東京都社会福祉保健医療研修センター内)

1. 開会あいさつ
2. 都市の健康水準
3. 都道府県の平均寿命
4. 23特別区の健康水準
5. 地域の健康づくり
6. まとめ
7. パネルディスカッション
8. 閉会あいさつ

開会挨拶：荻 上 紘 一\*  
 講演：星 旦 二\*\*  
           谷 口 力 夫\*\*\*  
           藤 原 佳 典\*\*\*\*  
           桜 井 尚 子\*\*\*\*\*  
 司 会：羽 貝 正 美\*\*

1. 開会あいさつ

荻 上 紘 一

本日は、東京都立大学都市研究所第13回公開講演会にお越しいただきまして、誠にありがとうございます。主催者を代表して、一言ご挨拶申し上げます。東京都立大学は東京都が設置する総合大学として1949年に開学されて以来、満51年目を迎

えております。その間、昼夜開校制、都民カレッジの開校など、常に都民の大学として、都民と共に歩んでまいりました。皆様の暖かいご支援をいただきながら、学部・大学院の新設、再編、キャンパスの八王子への移転などの改革を経て、順調に研究・教育の成果を積み上げ、全国でも有数の総合大学として発展してまいりました。

このような本学の歴史の中で、都市研究所は大

\*東京都立大学総長・都市研究所長

\*\*東京都立大学都市研究所・大学院都市科学研究科

\*\*\*杉並区杉並保健所

\*\*\*\*財団法人東京都老人総合研究所

\*\*\*\*\*東京慈恵会医科大学医学部

都市東京都が設置する大学に相応しく、都市に関する研究センターという全国でも数少ない都市そのものを研究テーマとするユニークな研究機関でございます。東京の一極集中化が進み、都市問題が深刻化してきた1977年に設置され、1994年に組織改正をして、ことしで24年目を迎えております。大都市の交通問題や住宅問題、高齢者問題など今日の都市問題は一つの分野だけでは、解決しきれないほど複雑化しております。5年前に起きた阪神淡路大震災を思い出していただければ、お分かりのように、ひとたび地震などの災害が起きれば、その復旧には土木・建築の分野だけではなく、医療・福祉を初めとして、法律・経済・教育・心理・社会学・地理学などなど、広範な分野の知恵を必要として、都市というものは、いかに多岐にわたる要素から成り立っているかということは、お分かりいただけたらと思います。都市研究所は災害時は元より、平常時における都市の問題についても多角的な研究をしております。そのような日頃の研究成果の一端を都民の皆様にご覧いただくという趣旨で、毎年このような公開講演会を開催しております。

本日は、ご案内のように、「都市における健康水準とあなたの寿命」ということをテーマにして、4人の講師の先生に講演をしていただきます。皆様すでにご存知の通り、我が国は男女共に世界の最長寿国となっております。特に東京都の平均寿命は、1950年代から他の道府県をリードし続け、男女共に第一位を維持していました。しかし、1980年以降は他の道府県の平均寿命が急速に伸びていったために、どんどんと追い抜かれて、1995年には遂に男性が20位、女性は何と33位になってしまいました。東京都は保健・医療・福祉システムが全国で最も優れているにもかかわらず、どうしてこのようなことになってしまったのでしょうか。私たちが、日々生活している東京のどのような点に、平均寿命を縮める原因があるのだろうか。長野県や沖縄県との違いは、どこにあるのか。そのあたりの事情について興味深い報告を聞くことができます。

今回の講演会を機に住民と行政および関係機関

が連携して、都市における健康水準の実態について理解を深めると共に、課題解決方法について考え、健康づくりを一步でも進められたらと願っております。最後までじっくりお聞きいただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

## 2. 都市の健康水準

星 旦 二

皆さん、こんにちは。ご紹介いただいた星と申します。きょうは皆さんと一緒に「都市の健康水準とあなたの寿命」ということで勉強させていただきたいと思っております。きょうの話題提供は幾つかありますが、一つは健康は何で決まるのだろうかという問題があります。もう一つは都市の健康づくりはどうなってくるのだろうかという点について、県別と同時に特別区・市町村別に見てみたいと思っております。それから、皆さんが後何年生きられるかシミュレーションできますので、一緒にやってみてみたいと思っております。もう一点は一人一人ではなくて地域全体で健康づくりを進めていく上での具体的な試みについて都市部と地域の具体的な話を申し上げたいと思っております。

先ほどご紹介していただきましたように、私たちの大学院は昼と夜の2部制になっていて、社会人入学も取り上げています。修士・博士課程がありますが、これから私の後半にお話しいただく3人とも修士および博士課程にいらっしゃる方で、もう一人の方は研究生として4年間、私のところに見えた藤原さんも話していただけるということです。ちょっと宣伝でした。

さて、私の話は、一つは世界のレベルから見た平均寿命はどうだろうかという話と、健康は何で決まるのだろうか。こういう話。それから皆さんの平均余命。それからちょっと後半になりますけれども、「健康日本21」の試みの話を、これは厚生省がつくった、ことしの3月に報告された新しい健康づくりの計画ですが、これをご紹介しようと思っております。その後、谷口さんが、全国のレベルで見た平均寿命、東京都はどうだろうかというところと、藤原さんの方からは、東京の特別区23区別の平均寿命を中心にお話しいただいて、桜

井さんの方からは地域の具体的な取り組みを、お話しいただこうと思います。最後にまた、私が、「健康日本21」の計画と、地域の健康づくりをご紹介しようと思っています。平均寿命ということは、後でまた谷口さんがお話しを申し上げますけれども、今、赤ちゃんがおぎゃあと生まれた時に、今のままの死亡率で、これは生存率曲線ですけれども、赤ちゃん、ほんのちょっとですけれども、千人生まれたら3~4人ぐらい今、亡くなりますが、小・中・高校は、ほとんど亡くなりません。だけど30~40代過ぎると少しずつ亡くなっていく方がいます。もちろん108歳、109歳まで生きる方もいますけれども、その当時になるとすべての人は亡くなってしまいうけです。これが、生存率曲線と呼んでいますけれども、平均寿命はどうして出すかという、実はここにかけた白いスペースがありますけれど、この白いスペースをこちらの赤い、青いスペースで埋めた時に、この四角の面積はどうなるか、こういう話です。簡単に言えば、今、生まれた赤ちゃんがこのまま死亡率のパターンが変わらないと仮定した時に、今後生きるであろう推定の生存年数、これを平均寿命と言います。45歳の人はどうだろうかというのは平均余命というふうに呼んでいます。この平均寿命というのは、そういう地域の健康水準は、どのくらい高いのか、逆に低いのかということを示す、総合的な指標として使われていることをご理解ください。

さて、世界的に見た日本はどうでしょうか。先ほど総長が述べられたように、実は世界最高レベルです。東京はどうでしょうか。23区はどうでしょうか。この2つについては後で紹介いただこうと思います。実は日本の平均寿命、これは男性ですけど、ごらんいただくように、1960年代からは、もう世界第1位のレベルに行っています。こんなに急速に伸びていますけど、よくごらんいただけませんか。伸びのスピードがちょっと鈍ってきたということですね。よくごらんいただくと、後、ほぼ15年たつと、ほかの先進諸国に日本の男性の平均寿命が追い抜かれるであろう。これが私たちの推測です。男性の皆さん、残

念ながら、15年後は追い抜かれます。ところが、女性をごらん下さい。女性はそんなことは決してありませんで、伸びっぱなしです。ですから、ほかの国に追い抜かれることは、ほぼないだろうと推測されています。どうしてでしょうか。私たちは世界的に見た男女の喫煙率の格差が影響しているのだろうと推測をしています。

そして次の話は県別の平均寿命です。これは谷口さんが詳しくご紹介しますが、平均寿命が極めて伸びた県もあれば、あまり伸びない県もあります。それから23区の特別区別に見た平均寿命は大きな格差があります。このような詳しいことは後でお話をいただこうと思います。

そして、23区、どこが長生きでしょうかという話です。ガンの死亡率はどこが高いのでしょうか。逆に低いのでしょうか。実は、平均寿命が圧倒的に長かったのは、東京なんです。東京がほかの県に追い抜かれた姿については、後で詳しくご紹介いたします。私が一番問題にしたいのは、この格差が広がりっぱなしであることです。つまり今後、この推定曲線のままで行きますと、たぶん東京は最下位に近くなるだろうというふうに予測されます。なぜ東京都民が早死にするのでしょうか。これについても後でお話しをしたいと思います。どうぞ最後までいらっしゃってください。

平均寿命が伸びた県もあります。とりわけ東北の山形県は非常に長寿になりましたけれど、なぜか？ これについても後で考えてみたいと思います。1965年代、この時代に最も平均寿命が長いのは東京・神奈川です。この太平洋沿岸と暖かい瀬戸内海地方が長かったように思えます。ところが1995年、30年たつとどうなるか。これは、ごらんいただきたいのは、フォッサマグナの県と阿蘇山と沖縄を思い出していただければと思いますけれども、絶対値で平均寿命が長いのは、何と山の県だと言えます。最近、ちょっとびっくりしたのは、ここに岐阜市民の方がいらっしゃったら、注目してもらいたいのですが、岐阜市民の平均寿命のことを調べてみたら、こんなことがわかりました。岐阜市というのは最も平均寿命が短いことがわかりました。どうでしょうか。もっとびっくりしま

したのは、岐阜市は男女共、平均寿命が一番短いんですけども、平均寿命を、岐阜県の市だけプロットしました。調査は人口規模が小さいので、ちょっと変動要素が大きいということもあって、市だけ並べてみたら、上流に行けば行くほど、平均寿命が男女とも長いことが分かりました。きょう、ここに水道局の方がいらっしゃったら、是非この図を参考にさせていただきたいと思います。つまり上流の市ほど長寿だということが分かってきました。是非きれいな水とか、空気の問題も、健康と関連づけて、考えていくべき必要があるというふうに言えると思います。最近、きのこがダイオキシンを分解することも分かってきました。住居・所得・食生活・社会環境、こういった総合的なものが、反映された結果なのではないかというふうに思います。

健康を規定する要因を初めて4つに分けたのは、カナダのラロンドという厚生大臣でした。25年前の話ですけども、その後、アメリカはHealthy Peopleという報告書をつくって、人が早く死んでしまう要素を4つに分けて、この割合を試算してしまいました。早く死んだ人、遺伝だというのは20人。環境は20人います。残り60人をどうぞ振り分けてくださいますか。30秒間話し合っただけませんか。早く死んだ人が60人いたとしたら、残りは生活習慣の影響でしょうか。それとも保健・医療の影響でしょうか。健康診査を受けなかったからでしょうか。どうぞお話をしてくださいませんか。居眠りしている人、起こしてただけませんか。大切な問題ですからね。いかがでしょうか。

ここで幾つかの情報を提供したいと思います。皆さん、感染症はどうして撲滅されたと思われませんか。私たちが医学部でならった教科書には、まだ、今でもそうですけど、「感染症の撲滅は医療の発達によって」と書いてあります。でも実際は違います。はしかをごらんいただきたい。昔はこういう病気、はしか、しょうこう熱、チフス、結核で亡くなったわけですけども、死亡率はどんどんどんどん下がりますけれど、薬をいただいたのが、ちょうど死亡率がほぼゼロに近づいた時だと

思います。薬とは何ら関係なく、医療と何ら関係なく死亡率が低下している。この背景は何でしょうか。是非、上下水の整備とか、蛋白質を摂取することとか、手を洗うことの重要性をもう一度再確認すべきだと思います。全国で最も早く下水道の100%を達成した市は実は三鷹市です。ごらんいただきたい。三鷹市は東京では最も平均寿命が長かったことをご理解ください。

さあ、皆さんが亡くなるのは感染症ではなくて、私はガンだと思います。これが実はアメリカのがん年齢調整死亡率です。1930年代から急速に延びてきた、このガンの種類は何でしょうか。逆に急速にガンの死亡率が低下したのは何ガンでしょうか。この、実はグリーンのがん、これは大腸ガンです。こんなに急速に増える予定だったのが途中で増えなくなったのは、これは野菜キャンペーン効果です。どうぞ皆さん、きょうから野菜を多く召し上がっていただきたい、そう思います。では、増えたガンは何で、減ったガンがどういう種類のがんだろうか、ちょっと話し合ってもらえませんか。全然、会場は盛り上がりませんね。

はい、実は増えたのが肺ガンで、減ったのが胃ガンです。問題はなぜ肺ガンが増え、なぜ胃ガンが減ったか、ということを考えてみたいと思います。なぜ肺ガンは、増えたのでしょうか。喫煙の影響であることを是非ご理解ください。目一杯大きく書いてきたんです。どうして笑わないんでしょうかね。健康日本21で初めて喫煙のことが前面に出たというふうに私は思います。本当のことを言うと、私は厚生省に勤めていたのですが、実は運動・栄養・休養とずうっと言い続けてきた。これは本当は嘘の情報です。本当に健康を規定する最大の要素は喫煙です。どうして厚生省が禁煙と言えないかご存知ですか、皆さん。そうです。大蔵省に2兆円の税金が入るからです。ご理解いただけませんか。私たちは大蔵省のタバコ事業室の室長とのディスカッションの中で一つだけお話をすると、高校生なんかタバコを飲んでも関係ないよ。税金が国にいっぱい入るじゃないかと。何言ってんだよ、医療費が上がるじゃないかと。これが僕たちの問題提起です。よろしいですか。だ

けど、大蔵省の人は何て言うか。実は喫煙者がいつ亡くなるか、平均的に言えば、どんなに早くても、50代・60代です。年金を払うことがなければ国の財政はもっと豊かになるんじゃないか。これが大蔵省の発想です。やっと笑っていただけましたね。

話は違いますが、ガンの原因は何でしょうか。これが早期ガン、これが進行ガンです。どうぞ話し合ってくださいませんか。この胃ガンの原因は何でしょうか。これが早期ガンです。この原因の一つは塩とか、ストレスとかいうのは、胃の粘膜に傷をつけます。その傷ついたところにニトロソアミンとか、トリハロメタンとかという発ガン物質が作用する。いわゆる焦げですね。環境ホルモンもあると思います。ごらんいただきたいのは、実はこの急速に低下した死亡率、胃ガンです。なぜ下がったか、簡単です。食生活の中で、塩と焦げを減らしたことに大きく寄与した電化製品は何でしょうか。そうです。冷蔵庫です。もっと、皆さん、驚いていただけませんか。驚かないですかね。はい、ありがとうございます。こんなこと言うといろいろいじめられますので、あまり言いません。さあ、問題は、この早期ガンからこの進行ガンまで何年かかかるといいますか。日本で最も早期ガンの発見の頻度というか、率が高いのは東京都ガン検診センターです。実はこの写真もそうですけど。このこういう早期ガンから進行ガンまで移行するのに果たして何年かかるか、お話しください。どうぞ。5秒間で。はい、ほぼ20年かかります。あんまり驚かないですね。もちろん、スキルスという極めて進行の早いガンもありますが、平均するとこのくらいかかるということです。これは私のデータです。東京都ガン検診センターのデータです。先ほどの結論はこうです。人の健康を規定するのは、それは医療ではなくて、日々の生活習慣、そして環境だ。だからアメリカの政策はちょうど20年前に医療中心から生活中心に、生活環境中心に健康政策がシフトしたということをご理解いただけますか。それを日本は20年遅れましたけど、真似をしたというのが、実は健康日本21です。医療の健康に対する寄与度は極めて

低い。これがバックグラウンドです。

今度は自分の健康づくりの話をしたと思います。皆さん、男性の公務員って年金何年もらうか、ちょっと話し合っていただけませんか。10秒間でけっこうです。会場が全然盛り上がらないのは、おもしろくないですね。いかがですか。実は5年です。どうして短いと思いますか。大丈夫ですよ。女性は長生きしますからね。男性の問題だけです。一番危ないのは校長先生です。なぜか。私たちの推測では、プライドがじゃまして地域とのつき合いがありませんので、閉じこもることだと思っています。

皆さんは何年生きられるか、計算しましょう。あなたの健康習慣ということで計算することができます。このバックグラウンドのデータはアメリカのデータです。睡眠時間は皆さん、どうでしょうか。極めて重要なファクターです。とりわけ夜、コップ一杯のあせをかきますから、是非これは蒲団乾燥機とか、ふとんを太陽に干してもらいたいと思っています。それから、朝食も重要です。時間がなくても牛乳など飲んでほしいと思います。間食を取ってけっこうですけど、果物類がいいと思います。血圧が高い人がいたら、是非果物を取ってください。体重は実は小太りが長生きをしています。どうして笑わないんでしょうかね。小太りが長生きですから、忘れないでください。それから、運動は重要ですけども、活性酸素の問題だけは注目してもらいたい。活性酸素というのは要するに遺伝子を傷つけてしまうということです。それから実はお酒は少し飲んでいる人が長生きします。是非きょうから晩酌を始めてください。いいですか、少し飲んでいる人の方が長生きする。少しというのはアメリカのデータですけど、1～2合です。日本の健康日本21で一応推薦しているのは1合です。これは分解酵素の違いがあるからです。タバコを吸わない。これは当たり前のことです。最も大切な生活習慣の一つです。皆さん、幾つ守っていらっしゃいますか。5つ、6つ、7つ守っている人、どのくらいいらっしゃいますか。さすがですね。皆さん、長生きするんですね。男性か女性かで大体その後の平均余命が分かりま

す。はい、これがそうですね。自分がもし45歳になった時、ゼロ歳からほとんどめちゃくちゃな生活習慣をしていたとしても、21年生きられます。65歳ですから、5年間ぐらい年金をもらうということですが、後15年たつとこの人は年金をもらわないで死ぬわけです。このデータを知っているから、年金開始年時が65になったって知っていますか、皆さん。意味がやっと伝わりましたね。6から7、きちっと守っている人は33年生きられます。実はこの格差が11年あることをごらんください。11年長く生きられるということは、年金受け取り総額3,300万円も得して死ぬ。だけどこの人は早く死ぬわけです。きっとこの人はもらわないで死ぬ。これが15年後の姿です。毎日の睡眠、毎日の喫煙をしないこと、毎日のバランスのよい食事をとること、運動をすること、そういったファクターがその後の平均余命を大きく規定する。このことが明確になって初めてアメリカは、医療中心から生活習慣中心の政策に切り替えた。これが20年前なんです。日本もそういうことをやってみようというのが健康日本21なんです。

皆さん、何歳まで生きてますか。どうですか。さっき手を挙げた人多いですけど、長生きするでしょう。ただ問題は最後、どの病気がいいですかとちょっと話し合ってもらえませんか。心臓病がいい人はどのくらいいますか。そんなにいませんか。はい。これはころっと死にますので。脳血管障害の人はどのくらいいらっしゃいますか。あんまりいませんね。寝たきりになりますね。ガンがいい人はどのくらいいます？ ああ、さすがですね。ガンはいつ死ぬか大体分かるということが最高のよさです。はっきりと、ほとんど手を挙げないというのは死ななかつもりでいる。ああ、やっと笑っていただけました。絶対死ぬんで、やっぱりどういう終末に向かうかということと、健康水準とは、私はパラレルだと思っています。

実はアメリカの話です。アメリカで最も大切にされる健康づくりの一番に挙げられるのはタバコを吸わないことです。この日本との違いは是非ご理解ください。食事は最も重要です。当たり前ですね。そして健康診査、推薦されていますけど、

3年に1回の子宮ガン検診とそれから大腸ガン検診だけです。つまり科学的な有効性が死亡率を低下させることを証明されているのは、この2つだけです。是非子宮ガンについても、きょう時間がありませんが、体を清潔にする大切さをご理解ください。個人の生活習慣が重要なことはもちろん分かりましたけれども、是非、1年に1回の健康診査、1年に1回のこういう健康教育だけじゃなく、日々の生活習慣の大切さをご理解いただきたいというふうに思います。

自分と家族の役割。極めて大きいというのが私たちの考え方ですが、果たして自己責任で可能かという問題については世界で議論されてきました。とりわけ、Premature deathというのは簡単です。60歳以下で亡くなるという話です。正直言いますと、私の父は52歳で亡くなってしまいましたけれど、それは個人の責任でしょうか。どうぞ話し合ってください。5秒間でどうぞ。一人で話し合っていたいただいてもけっこうですけど、お隣に誰かいらっしゃったら、言葉かけていただいてもいいと思います。Premature deathというのは先ほど定義したように、若くして死ぬということですけど、これについては個人の責任を迫及しないで、早死にをさせてしまった家庭、早死にをさせてしまった職場、早死にをさせてしまった東京都。ちょっと意地悪でしょうか。少なくとも東京都民は早く死ぬということが分かってきた。これは事実ですから、東京で生まれれば、平均的に見たら早く死ぬという状況です。ということで、家庭とか職場とか地域の問題を考えないと健康問題は解決しない。これが世界の学会の考え方だということをご理解してください。

そういうことでWHOはどういう問題提起をしているかということ、人々が元気で生き生き、はつらつと、早死にしないために、何が必要かというポイントは、環境を整備して、人々が健康になる。これにはバリアフリーもあります。それから、学校教育もあります。もちろん水も空気もあります。そういう様々な環境整備をして、みんな健康になろうという考え方をサンドバール宣言ということを行っています。私たちは基本的にはゼロ次予防

というふうに呼んでいます。あまり広がりませんが、私がつくった言葉です。健康を規定するまとめは簡単です。もう一度、手を洗う大切さ、うがいをする重要性、食事の大切さ。タバコを吸わないことの重要性。それから水も空気も極めて重要ですし、住居はもっともっと重要かもしれません。きょう話題になりませんでした。所得の問題とネットワーク、つまり社会的なつながりの話ですね。そしてそういった生活習慣も、もちろんとても重要ですが、一人一人の役割だとか、生き甲斐だとか、閉じこもらないで、spiritualに生きる。これについては後で、桜井さん、藤原さんが紹介して下さると思います。こういうことが可能になる環境整備をしよう、これが世界の考え方だということをご理解いただきたい。言い換えれば、これが健康日本21で目指していく方向性だということをご理解いただきたいと思います。

健康をつくることで、住居・所得・食生活・社会環境が極めて重要だということをご理解してください。この後に谷口さんの方から、県別に分けた平均寿命の話とか、藤原さんの方からは、特別区別に見た平均寿命の話、そして桜井さんの方

からは地域の具体的な取り組みの話をご紹介いただきたいと思います。最後に私が健康日本21の計画と世界のアプローチの違いを紹介したい、そういうふうに思っています。私の問題提起は以上でした。ご清聴ありがとうございます。

### 3. 都道府県の平均寿命

谷口 力夫

こんにちは。谷口と申します。よろしく申し上げます。きょう、私が話させていただきたい内容は、健康指標という、先ほど星教授の方から少し、お話がありましたが、その中でも代表的な指標として平均寿命というのがございます。その平均寿命について、過去にさかのぼりまして30年間、1965年から95年までの間の30年間の平均寿命につきまして、地域別、それから年代別、男女別に比べた時に、どのようなことが分かってくるかということをお話ししたいと思います。

今の話なんです。要するに地域による平均寿命に格差はどのようになるのでしょうかということですね。それから、これからの男性と女性は、どちらが長生きしていくか。これは先ほど星教授の

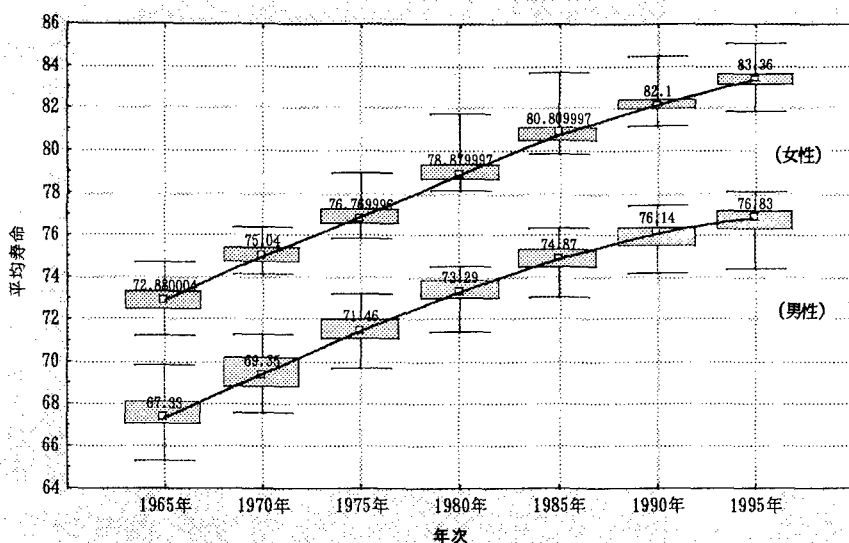


図1 都道府県別平均寿命の平均値の径年変化 (1965年-1995年)

方からお話しがありましたけれども、もう少し詳しくお話しさせていただきます。それから、都市の住民はいつも長生きでしょうか。これはもう先ほど答えが出てましたけれども、東京都はずうっと長生きできてました。それが長生きできるかどうかということの傾向を探ることによって、これから先の対策とかも考えられると思いますので、このような内容にさせていただきました。

少しこれは細かいことになりますけれども、これは先ほどお話しがあった日本の平均寿命を1965年から95年まであらわしたものです。1965年のこちらの方が男性の平均寿命。それからこの真ん中のところに印がついているのは、中央値と言いますけれど、47都道府県ありましたら、24番目の都道府県の位置がここですね。この真ん中に示しました。その推移をあらわしております。それからこちらが女性の方の30年間の推移を同じようにあらわしております。それから、こちらの上下に幅がとってあるのは、この平均寿命のばらつきがこれで分かるようになっております。すなわち、これを見ていただくと分かりますように、都道府県別に見ました平均寿命というのは、30年間の間で男性は67.3歳から76.83歳まで延びています。こちらからここまでということで。それから女性については、約73歳から83歳までというふうに延びています。すべてこのように、どの地域でも平均寿命というのは延びているわけですが、もうちょっとこれを考察してみますと、こちらは1965年の男性の各都道府県の寿命がX軸、こちらにY軸に女性の平均寿命ですね、これをとってあります。ですから一番男性も女性も寿命が1965年のあたりでこの辺で短かったのはこちらの県ということになります。その時点で一番長かったのは、この県ということになりますね。男性がこちらですと短い方の県ですと65歳。女性が約71歳。その時に同じ年に長いところだと、男性が約70歳。女性が75歳ということになりますね。これは、これだけ地域によって差があるというのはお分かりいただけますでしょうか。これで幅があります。これが1995年になりますと、ぱっと見てお分かりでしょうか。この青い印つけたところが、ぱっと

真ん中の方にかたまってきています。これは、この30年の間に47都道府県の間格差というのは非常に縮まってきたことが、これで一目でわかります。

さらにもうちょっと分析を続けてみますと、こちらの図は今と同じグラフなんですけれども、男性の平均寿命、女性の平均寿命、それを30年間。ですから7回計測しているわけですが、それを全部こちらに順番に全部一つのグラフの上のつけたものです。ここで一番注目していただきたいのは、この1という印をつけてありますが、この矢印です。これは1965年から1975年までの間にここに印をつけたところの一番真ん中のところを通った線ですが、この時は男性が1歳寿命が延びるのに対して、女性の延びる率というのは、0.89歳。ですからこの時は男性の寿命の延びの方が大きかったんです。ところが1980年から95年に関して、これですけれども、この時期になりますと、男性が平均寿命1歳延ばす間に女性は約1.12歳と逆転しています。最近になると女性の方が寿命を男性より延ばしているという傾向がこれで分かります。これは延びの比較をしたものですが、30年間の男性に対して女性がどれくらい、ですから男性1歳寿命が延びるのに対して、女性は大体何歳ぐらい延びているかということを示しています。例えば東京都ですと、男性が1歳寿命を延ばす間に約1.2歳、女性は寿命を延ばすという結果が出てきます。このように先ほどもちょっと星教授が触れましたけれども、最近になってくると女性の平均寿命の延び、それに対して男性の平均寿命の延びの鈍りというのがあります、その格差が広がる傾向があるということが分かります。これは東京だけではなくて、都市部においてみんな同じような傾向があるということが分かってきております。女性の方は男性よりも寿命の延びが大きいですね。

それから次に、都道府県別に見た平均寿命の比較というのを、このマップ上にあらわしてみました。これは1965年の男性についてですが、青色が濃いほど寿命が長かった地域です。先ほども同じような図が出ましたが、東京、神奈川、名古屋、



大体東海道沿線のところが寿命が長かったようです。これに対して東北3県、こちらが寿命の短い地域として図にあらわされているわけです。次、この30年後、1995年になるとこのように変わります。東京は、今、こちらを見ていただくと緑色になっています。青からだんだん色が移ってきて緑色になっています。目立たなくなっています。それに反して目立ってきたのは、長野とか、この山間部とこちらですね。この辺です。東北3県を見ていただきますと、違います、たぶん同じような生活環境、状況にあると思いますが、なぜこんなふうに分岐に違ってきたかというのは、こういう問題を解決していくための一つの鍵になるかと思っております。

同じように女性について見ますと、1965年、やはりこの男性と同じところが平均寿命長かったですね。大体この沿線です。東北地方はやはり寿命が短い地域になっています。これが30年後になると、このように変わります。東北地方もだいぶ改善されていきました。ほかの県と並んできたということです。東京とかこの辺ですね、寿命が長かった地域は伸びが戻ってきて、こちらの兵庫県ですが、これは地震の影響がありましたので、ちょっと赤くなっています。これは地震の影響も含めてしまった図ですのでこうなってますけれども、大体周りと同じぐらいのレベルだと思います、この影響につきましては、これに対して伸びてきているのは、この辺ですね。

こちらが30年間の寿命の伸びを男性について見たものです。一番寿命の伸びてきているのは、秋田、岩手で、この辺については11歳近く伸びています。これに対して、こちらですね、東京、これも一番伸びが悪い地域になっています。沖縄というのは、1965年までデータがありませんので、最初のデータが欠けていますから、ちょっと伸びが小さくなっているんですが、これを除きますと、東京、さらにこの兵庫をいうのは地震の影響もありますから、ちょっと低めに出ていると思います。で、東京、それから愛知とか、この辺の東海道沿線のところがやはり伸びが鈍いというのが、これでもわかります。

これは女性について同じように見たものですが、やはり富山とか、大分とか、山梨とか、秋田、この辺が一番伸びているところでして、これに対してやはり東京が一番伸びが悪い地域になってしまうんです。今の結果から見ますと、都市の住民の寿命の伸びは小さくなっている。これは、やはり過去30年間の結果からはっきりしてきたと思います。それから、何でもそうなんです、物事というのは限界があります。例えばさつき星教授のお話しにありました、病気にかかる率というもの、ある時ぐつと減りますが、最後の方はなかなかゼロにはならないです。ただ限りなくゼロには近づいていきますけれども、そこまで行くと、いろいろな要件整えてもなかなか減らなくなります。で、寿命についてもそういう限界点があるんじゃないかということをやっぱり考えるんですけれども、さてそうかどうかということですね。

こちらなんです、これは年代ですね。30年間、横にとっています。それから、上に男性の平均寿命をとっています。で、この赤い線で示したのは、東京都の平均寿命の推移を示しております。それで黄色いのは青森県です。先ほどの地図で示しましたが、あまり寿命の伸びがほかと比べて伸びない県で、青森県が出てたと思います。これは、青森県の伸びです。東京都の伸びですね。これに対してもし限界があるとすれば、伸びてきた地域も東京都のあたりぐらいまで来たら、横に並ぶんじゃないかと思われま。長野県の例をこちらに挙げてありますけれども、1965年時点では東京都よりもやや平均寿命が短い傾向がありました。これがどんどんどんどんこの幅を狭めて、1980年ぐらいでほぼ追いついて、85年では、追い越してしまいました。この辺で追い越して並ぶかと思えば、そうでなくて、その後95年までも、この差は開く傾向にあります。同じように女性について見てみます。これも同じ3県について女性について見たものですが、男性ほど明らかではないんですが、東京都に対してやっぱり80年から85年の間に長野県は追い越して、さらにその上を行くようになっていますね。青森県はほぼ平行してきています。ですからこれらの結果から、寿命というのは、限

界、今の時点では都市部の寿命の限界が来て、それで延びが止まっているということではなくて、その環境なり、周りの状況によっては、長野県のように東京都の寿命の延びをさらに延ばすことも可能であるということが分かってきます。

次に今度はちょっと範囲を狭めまして、東京都の中で、昔は乳児死亡率が高いんで平均寿命が下がると言われてましたが、今の状況はどうなのかということ調べるためには、各年代ごとに死亡率が異なるものかということ調べれば分かってきますので、じゃあ、どの年代が死亡率高いんだらうかということで、調べて結果を示します。死亡率、これ死亡率比というのも設けますが、全国の平均のある年齢階級、例えば10歳までとか、10歳から20歳、またはそれを5歳刻みにしたりもしますが、そのある年齢階級全体人口のうちの亡くなった方の人数。それは全国に対して求めたのが全国の死亡率とします。これに対してある地域の年代層の方の亡くなった率を分子として、比を出したものが、死亡率比ということになります。これを求めることによって、全国平均と比べてどうかということが分かります。

こちらは1980年の東京における、これも男女一緒ですけども、死亡率、年齢階級別の死亡率を求めたものです。この100と書いてあるところ、青い線で示しましたが、これが各年齢階級における平均値を100としたものです。死亡率の平均値を100としたものです。それに対して東京の年齢階級別の死亡率というのは、こちらにあります。例えばゼロ歳から4歳の場合、90%いってないくらいです。これを、ずっと年齢階級ごとに追っていきまると、全国よりもすべての階級が低い値を示していました。ですからこの時は、やっぱり平均寿命も全体としても長生きをしていると思います。これに対して1990年の段階で、男性についてどうかということと同じように調べてみました。そうしますとこの真ん中の線は全国平均です。これに対して東京都です。さっきすべての年齢階級で低かったんですが、この辺ちょっと問題あるんですが、この成人した方たちの死亡率を見ていただきたいのです。ほとんどもう全国平均と並ぶぐ

らいのところまで来ています。年齢層によってはちょっとオーバーしているところもあります。これは長野県です。そうしますと長野県、同じような年代層を見ていただきますと、例えば36歳となっていますが、この辺の死亡率というのは一番働き盛りの方の死亡率というのは、80%から90%ぐらいのところ。東京都の方をほぼ100%にしますと、それぐらいの差が大体1割から2割ぐらい死亡率で差があるということになります。それに対して、まだ平均寿命の延びがそれほど顕著に出てきてない、延び悩んでいる青森県の例です。これはこの辺の年齢層の死亡率というのは、まだ遙かに高いレベルになっています。東京都と同じように女性についても求めてみます。これやはり全国平均の上下で動くようになります。長野県は同じように全国平均よりも働き盛りの年代層の死亡率は低いです。青森県はこんな感じですね。男性ほどは明らかではありませんが、死亡率の高い層があります。以上のような結果から、グラフを今、思い出していただきますと、中高年のところの方の亡くなる率というのは、東京都の場合には高いということが分かってきました。

次に東京23区、東京でも都心部ですね。周辺地域の三鷹とか、多摩、その辺ではなくて都心部のところに、23区だけに限って同じように年代別の死亡率というのは、どんなものなのかということ調べてみました。これは1990年の男性について調べたものです。10歳刻みで23区の死亡率を示してあります。平均値をとって示してありますが、注目していただきたいのは、40歳から49歳のところ。全国平均がこれだと考えてください。そうしますと全国平均より高くなっているのは40歳から49歳です。ここから60歳から69歳までの間が顕著に死亡率の高い年代層というのが分かります。次に女性ですが、女性については男性ほど明らかではありませんが、40歳・50歳、この辺が全国の平均値より高いことが分かります。この結果から、23区の中年の男性の死亡率が上昇傾向にある。非常に高い状況にあるというのは、分かってきました。

私の持分はここまでなんです、平均寿命を全

国のレベル、それから性別、男性・女性別、それから東京都のレベル、それから特別区の都市部のレベルというふうに注目しまして、それを年代別に見ていくと、傾向としてわかってきたのは、中年男性の死亡率が非常に高いということです。これが平均寿命の伸びを鈍らせている原因ではないかということが分かりました。ではこれから、この中年男性の死亡率が高い原因というのは何かを探り、それに対して対策をとっていくというのが、これからやっていくべき対策ではないかということまでできております。ということで、一応私の方の話は終わらせていただいて、次に藤原先生の方をお願いいたします。

#### 4. 23特別区の健康水準

藤原 佳典

ご紹介いただきました藤原でございます。先ほど谷口先生の方から、日本全国の中での東京の健康水準の推移、特に平均寿命に着目した見方、それと東京都全体が都市部23区全体として、どのような傾向にあるかという話をいただきましたが、私の方といたしましては、その平均寿命という話もありましたが、こういった年齢層が、あるいは、その地域別に地理的に相関関係があるのかといったような、もう少し東京の内部について、突っ込んでお話申し上げたいと思います。2つ目の柱といたしまして、平均寿命とか、死亡とか、死ぬ、生きるということについて、指標は健康水準として重要なのは明らかなのですが、それだけでいいのでしょうかということに関し、これからの健康指標として、今一番の問題とされています quality of life でありますとか、寝たきりにならないとかいったような、別の健康指標というものが、非常にこれから重要になってきますので、その現在の東京都の実態、それから、望ましいものであるとか、あるいは、こういった背景、社会的な背景があるのかということをし、健康指標についてお話しさせていただきたいと思います。

それでは、初めなんです、健康水準に格差があるのかということで、先ほど谷口研究員の方からも簡単に説明はあったと思いますが、まず、23

区全体とすると、多摩・武蔵野を中心とするような、23区以外の市部について、どういう格差があるのかということをお話し申し上げたいと思います。これは先ほど谷口先生からも紹介ありました死亡率の比というものです。全国平均のこの100を基準にして、それよりも、100のラインより上が死亡率が全国に比べて高い。それに比べて、100を下回っていると低いという意味ですが、これを0歳、10歳、20代、30代というふうに10歳代ずつに区切りました。80歳以上まで、この太い線が、実線の部分が23区全体、点線の部分が市部の方全体に合わせてあります。青色が両地区とも男性、赤色が女性です。これを見ていただきますと、やはり10代、20代までぐらいは、あまり格差がなく、30代を境にぐうっと23区の男女の死亡率が上がってまいります。それに比べて、市部の場合は緩やかな上昇ではありますが、なだらかに少しずつ上昇していく。そしてまた、その50代ぐらいまでピークを迎えて、60代、70代と来ると、少しずつ終息してきて、男性は男性の、女性は女性のというような死亡率で、トータルを見ましても、高齢期に入ってくると、全国平均よりは上回っておりますが、23区と市部の差というのは、少し減ってきているような印象を受けております。例えば市部と23区にこういった違いがあるのかということをしマッピングしたような図で見ていただきたいんですが、やはり先ほども問題になっておりました、30代以降、40代、50代と、最も疾病の中で重要になってまいります悪性新生物、つまりガンについて、年齢を調整しました、こういう死亡率で見ましたところ、この赤のこの下へ来れば来るほど、ガンの死亡率は高い地域になるんですが、この地域がやはり23区を中心にガンの死亡率が高い。それに対して上のこの黄色、緑、青と行けば行くほど、死亡率が低いわけですが、やはり多摩・武蔵野地区の方がこういった中高年の死亡の主要な原因でありますガンの死亡率が低いというようなこともありましたので、単なる平均寿命が、あるいは年齢階級別が総死亡率だけではなくて、そのメインとなるガン自体も、23区で多く、またその多摩・武蔵野で低いという、こういう傾

向が伺えます。それをまとめますと、やはりこの健康水準の格差というのは、23区の中年…男性ほどの差はございませぬが、女性でもやはり30代から50歳代で多摩地区に比べて死亡率の比が高いのではないかと考えられます。

それでは、先ほどの市部と23区の違いは分かりましたが、次は、それじゃ23区の中には何か格差というものは潜んでいないのか、ということに話題を移したいと思えます。ここにお示しいたしますのは、23区の女性の平均寿命です。これは1990年のデータですが、あまり大きな違いはございませぬが、この平均寿命の女性ですが、これを23区で並べてみた図です。概ね、階段状に上が平均寿命83歳から一番短い区で80.6~80.7歳ぐらいの差ができておまして、それが階段状に並んでいます。ここでちょっと、こちらでござんたいだきたいのは、階段状といいます中で、一つこういう同じような平均寿命が並んでいる地区です。これは例えば最も長いところで杉並・世田谷・目黒といった上位ランクの区があるわけですが、その次、少し下がってきて、また、ここで、ある程度フラットな地区が並んでいます。これで見ますと板橋・練馬・北区という地理的にもちょっと隣接した地域が同じような平均寿命を持っています。また、格差がありまして、ここで台東・墨田・江東・江戸川といった、ちょっと東の方の地区でやはり地理的に隣接した地区でよく似た平均寿命を示している傾向が伺えると思えます。

では、実際、先ほどの平均寿命というのは最も長い区から短いところまで、大体2.5歳ぐらい、同じ都道府県の中であるということが示されます。東京都の場合は、ご承知の通り、23区という特別区が50万、60万というような区が非常にたくさんあるわけで、これはかえりみますと島根県とか鳥取県の人口よりも大きな特別区が多いわけでありまして、こういった格差というのは、何もミクロな世界じゃなく、都道府県レベルの差に匹敵すると言ってもよいのではないのでしょうか。じゃあ、先ほど申しました平均寿命の格差というものが、どこから、何に由来しているのか。地域による格差だとか、あるいは先ほど谷口先生からも触

れましたが、そういう中年とか、年代別にやはり格差があるのか、その年代別の格差も、やはり地域格差があるのかといったようなところで、もう少し詳しく追っていきたいと思っております。

次にお示しいたしますのは、50歳から59歳、先ほどの中年層の一番ちょっと死亡率が高そうな年代の女性の方です。先ほど谷口先生が男性の方を示しましたので、女性の方を示します。この女性の方はあまり突出した死亡率の高低が男性から見て比較的少ないのですが、その分逆に地理的になめらかに隣接しているといえますか、なだらかに変移しているというような意味で、あえて今回、女性の方をお示しいたしましたが、これで見ただけですと、この紺色の一番色の濃いところ、これは墨田区になるわけですが、その墨田区を取り巻いてもう少し城東、城北地区にあたるような地区が非常に全国平均の100よりも1.1から1.3~1.4倍ぐらい高い死亡率を示しております。それに比べて少しずつ、この薄緑色の地区というのが死亡率が落ちてまいりまして、このあたりが大体全国平均を少し下回るぐらいです。そしてその都心の城南地区の都市のところの白い地区は、全国平均の7割とか、9割レベルで死亡率が収まっている地区を示しています。

次は年齢階級を少し上げてまして、高齢期、特にその高齢期もだいぶ、超高齢期といえますか、80歳以上の方にターゲットを示しました場合に、その死亡率の比というのは、どう変わっていくかというと、これもやはり女性で見えておりますが、色の濃いこのあたりというのは、先ほどの50代と同じように比較的東京都の中でも全国と比べて100に1.25倍、全国の1.35倍と死亡率が高い地域であります。その次に1.15倍から1.25倍というところが、オレンジ色の地区です。そして1.05倍から1.15倍というような地区とやはり東から西に行くに比べて死亡率の低下というのが認められます。しかし、先ほどの50代に比べますと、ここの倍率自体の格差というのは少しずつ縮まっているように思えます。しかも、その最も健康水準が高いと考えられていました、その黄色の地区であっても、最低のその105といった、全国平均よりも上回って

いるということで、必ずしも都内の中の格差で、健康水準がいいとか、総死亡率が低いといって、全国と比べて必ずしも喜べるものではないということをお示しいたしました。そうすると、その死亡率の地域格差というのをまとめますと、一般的には城南地区・城西地区で死亡率というものは低く、城東・城北地区で高い傾向にあります。

では、その死亡率の地域格差というのは、先ほど50代、80代という例をお示ししましたが、ほかの年代というのはどういう格差があるかというようなことを、世代格差、年齢階級別にもう少し詳しく見ていただきたいと思います。特別区、これは地理的に城東・城北・城西・城東北部、城南、及び都心中央部というように一般的に、その地理的によく用いられる（6区分）の中で、代表的な区を6つ挙げさせていただきました。大体その6つの傾向なんですが、これが10歳階級で、10代、20代、30代で、80歳以上というぐあいにまとめておきまして、ここのラインを100歳、平均のラインのところで見ますと、先ほど市部全体と特別区全体のスライドを初めにお見せしましたが、それと概ねよく似た形で20代ぐらいは非常にどの区も健康水準がよいというか、死亡率が低いです。全国より低いです。

しかし、これを見てもみますと、どんどんどんどん30代を境にぐうっと上がってまいりまして、特に台東でありますとか、足立といったようなちょっと東の方の男性で、40代・30代、40代以降にぐうっと盛り上がりを見せております。また杉並・世田谷区といった城西・城南地区は、平均を下回っているわけです。女性についても、ほぼ同様な傾向が…女性の場合はここの盛り上がりが少し、ちょっとここまで盛り上がり、なだらかというか、まんべんなく同じように、やはりこう上がってくるというようなところが見られたわけですが、やはり全体として、右上がり傾向ということが示されています。それも、その地区の格差をほぼ保ちながら、右上がり傾向ということになります。まとめますと、死亡率の世代格差というのは、30代以降に東高西低の状態を保ちながらも、全体としては、全国平均を上回っていく傾向にあるという

ことが示されたと思います。

ここで先ほど申しました2本目の柱といたしまして、今までは死亡率とか、寿命といった生きるか死ぬかというようなお話をしてまいりましたが、次は、それじゃ健康水準自体、生きたか、死んだかだけで、それで我々は満足なのかというようなことですね。寝たきりで何年でも長生きすることが本人にとって、あるいは家族にとって望ましいことなのかという、今、当たり前のように考えられていることなんですが、これについてももう少し、新しい基準で考えていく必要があるのではないのでしょうか。死亡率による評価だけで、健康水準の評価というものは十分かというようなお話しです。やはりこの健康水準について考える時によく我々がお示しいたしますものに、1946年、かなり昔の話ですが、基本的にWHOが提唱しています健康の定義というのがあります。これによりまして、完全に肉体的・精神的・社会的な健康状態が維持されて、その3つ、三位一体になって、3つが揃って初めて健康な状態ですよというお話しになっています。そういう基準に照らし合わせてみますと、特に高齢期などというものは、実際我が国の調査で分かっていますように、約60%の方が何らかの病気を持っていて、通院されている。あるいはまた同じぐらいの比率の方が何らかの愁訴、つまり簡単な体のちょっとした不調を訴えられているというような実態があります。また多くの方が複数の病気を持っていて通ってられるというのが、実態調査のわけですが、果たして、それじゃ、高齢者の半数もの方が不健康な状態でおられるかということですね。そういうことは、いやこの定義自体、もう少しちょっと考え直してみる必要があるのではないかと考えております。

では高齢者の健康には新しい視点が必要なのではないかということです。それについてやはりこの46年からほぼ50年たって最近WHOでまた提唱されました健康の概念があります。WHOの方も単にこの肉体・精神あるいはその社会的な健康というだけでは、健康は語り尽くされないのではないかということを提唱したお話で、そこに新しく加わってきました概念として、ダイナミズムとい

う、連続とか、絶え間なくというような訳で相当していると考えられますが、それにspiritual、これは本来、精神的なことと重複するのですが、もっと前向きとか、ポジティブにというような意味で、もう少し単に精神と身体と社会的に健康が維持されれば、それで健康が保たれているのではなく、もう少し前向きに、生き甲斐を持ってとか、そういったところをWHOもやはり提唱しております。

じゃあ、具体的に高齢者の健康というものは更にWHOの定義によりますと、特に高齢者に限定しては、先ほど言いましたspiritualにあるいはダイナミックに健康を維持するには、やはりその先にあるQOLとか、最近よく言われております、寝たきりでなく、現在の健康状態のまま、今まで通りに過ごせる期間という意味で、健康寿命というような言葉があります。こういった状況をずっと実現し続けるには、高齢者の健康の場合は、もう少し、その単なる血圧が高いですとか、血液検査が引っかかったとか、いいとかいうようなデータ重視ではなくて、もう少し病気を持っているようがいまいが、その方の生活機能の自立がなされているかどうかで、真の高齢者の健康というものを定義しようというようなラインに変わってきております。ですから、一病息災というような言葉もありますが、高齢者側の健康というものは今までの、その中年までの生活習慣の、生活習慣病による、健康診断とか、そういったものでは語りつくせなく、いつまでも自立した生活ができるかということ、最終的健康目標に置こうというような発想であります。こういう発想に基づきますと、いろいろ高齢者の能力の段階というのが、階段状にモデル化されている考えがございまして、これを見ますと最もベーシックな能力というのが、生命維持がされているか、心臓が動いているかというような能力であります。それがだんだんだんだんこちらへ行くほど高度な能力ということになってまいりまして、身体的自立がなされています。これが実は先ほどの介護保険での審査の基準になっている、身繕いが自分でできるかといった能力があります。しかし、実際その身繕いの能力が維

持されていても、その方は、ヘルパーさんがおられなかったら一人暮らしはできないわけでありませう。じゃあ、その方は一人暮らしを快適にできるための能力というのは、この身体的自立よりもさらに高度な能力を備えていることが、その方の生活能力、つまり、ひいては高齢者の健康の一つの尺度になるのではないかと、こういうような考え方があります。この具体的に、この手段的事実というのは、その状況、対応、社会的役割、この3つのヒエラルキーがなされているわけですが、これについては私どもの東京都老人総合研究所で1984年に開発されました活動能力についての指標がございませう。これなんか、一つの例でございませうが、その手段的な能力というのは、単に足腰が立つかとかというようなことよりももう少しハイレベルであります。バスや電車を使って一人で外出はできますかとか、あるいはご飯が一人で食べられますかじゃなくて、自分で食事の用意ができますかとか、金銭管理能力といった、もう少し高度な能力、あるいはその知的能動性という、次の上のレベルなどは本や新聞を読んでいるかとか、情報収集をしたり、知的な好奇心を持っているか、といったようなもう少し高度な、頭を使ったような能力のことを言っております。そしてさらにもう一つ最高位に高齢者にとって望ましい生活レベル、生活機能のレベルとしまして、社会的役割の能力というのを、最高峰においております。この能力はどういうことかといいますと、社会的役割を、先ほど星教授からも出ておりましたが、社会的ネットワークが確立されているか、あるいは役割とか生き甲斐を持っているかということです。これよりも下の能力、このレベルの能力が自己完結する能力に関して、これはやはり、社会といつまでも交流を持って自分の位置付けというものを、役割を保たれていくかという能力を問うているものであります。ですから高齢者がいつまでも同じ健康状態、ひいてはその生活機能を維持するには、この辺の能力が次の新たな死亡、死ぬか生きるかの基準ではなくて、健康指標として重視されてきているのが、現実であります。

ここにお示しいたしますのは、これは私どもが、

老人総合研究所が長期プロジェクトということで、10年間にわたって東京都のある一つの町と、秋田県の純農村地区の、都市部と農村部の比較ということで、先ほど申し上げました3つの能力、個人の生活の能力、手段的な自立と、知的な能動性、社会的役割についてその6年間の間に、元々健康であった全然生活に支障のない健康な高齢者の方が、どういう順番でそういう機能が落ちていくかというものを観察した結果です。これは、その女性の場合ですが、都市部の東京都のある町の女性の場合なんです、女性の場合、この階段状の変化を見てみますと、まず社会的な役割から、とんとんと落ちていく。その次にその知的な好奇心とか頭を使うというような能力が次に落ちると、そしてその次に手段的な自立というものが落ちて、さらにその後にはここに示していませんが、基本的な身繕いといったところの能力、さらにはまたその下のレベルというふうに、階段状にやはり落ちていくということが示されています。

一方、これに対しまして、その秋田県の純農村地域におきましては、先に知的なそういうもの、知的な好奇心とか、知的な能力を問うものの能力が落ちてきて、その次に社会的な役割というのが落ちて、その次に手段的な自立というものが落ちるといふ、落ち方のパターンが違うことが非常に興味深いことであります。しかもただ単に、これ、一つ一つ、これが落ちました、これが落ちました、これが落ちましたというだけではなく、将来のその生活機能が落ちていく予測する因子として先に知的な能動性が落ちてきた場合、その何年後かには、その方は次、社会的な役割が落ちてくる可能性が高いですよ。その次にその方はみるみる手段的な自立が落ちてきますよと。そうするとすぐその方は引き続いて、基本的な身繕い、ひいては寝たきりになるという、将来のその方の生活機能がどんどん落ちていくパターンというのが予測されていくということが、非常にまた重要になっています。それとその地域による違いがあることが非常に重要な視点かなというふうに考えております。

このようにお示いたしますと、東京都の代表的な都市部としての町と、秋田県の純農村を比較しましても、やはり個人の生活機能にも地域格差があるということが、分かっています。残念ながら、こういった生活機能の全国一斉調査というのは、先ほど死亡のデータのように、これはまだまだ我々の検討課題であって、全国レベルではお示しできませんが、やはり代表的な地域を取っても地域に格差があります。さらにはその落ちる落ち方のパターンが、速さが、何か含まれる要因というのものがあるのではないかとことを考えますと、やはり、その社会的な背景、例えば、その秋田県の農村地区であります、日頃からやはりそういう呼びかけといった習慣も乏しいというようなことがあったり、最終学歴のような問題もありますし、逆にその東京都の都市部におきましては、学はあっても社会とのつながりとか役割といったものが、非常に希薄な地域であったりするというような、社会的な、文化的背景が非常にあります。そういったものを背景として、次の寝たきりの予測因子として考えられるのではないかとことが言えると思います。ですから、今後、我々が実際に地域でいろいろな住民活動なり、趣味の活動なり、中高年がリタイヤした後、第二の人生を切り開いていく上で、やはり特にこの東京都のような都市部におきましては、読み書きといった能力ではそんなに心配されることもないでしょうが、どちらかというと、やはりネットワークですとか、役割とか、こういったものを維持することが逆に将来の手段的な自立、あるいは、その上の寝たきり予防、あるいは死亡といった高齢者の健康指標に非常に大事なファクターになってくるんじゃないかということが示されたと思います。一つの事例ではありますが、私の方からは以上のように最終的に、特に中高年以降になってきますと、命だけではなく生活機能による評価というのも、一つは健康水準に加える必要があるのではないかと、このようにお話し申し上げました。以上、私のパートは終了させていただきます。ありがとうございます。

## 5. 地域の健康づくり

桜井尚子

先ほど来、東京都に住んでいるとどうも平均寿命も短くなってきて、短くといえますか、延びが悪くなっていっているようだし、どうしたら私たちの健康づくりができるんだろうかというふうなことを、それぞれの皆さんが今、考えていらっしゃると思います。私はここで、健康づくり戦略として私たちがこれから何をすればいいんだろうか。まさか、長野に引っ越すわけにもいきませんしね、いろいろ事情がありますので。ですので、引っ越さなくてもできる健康づくりはどうやったらいいんだろうかというふうなところの話をしていきたいと思います。

きょう私がお話しする内容は、次の3つのことです。まず、先程藤原先生の話の最後にでてきました社会ネットワークの話、気になっていますよね。それから健康感。先ほど健康の定義、変わってきているよということがありましたけれども、その主観的健康感についてのことです。そして最後に、それらを踏まえた事例の紹介ということで、お話しを進めていきたいと思います。

まず最初に社会ネットワークについてです。要するに社会とのつながりとか、人とのつながりとか、そういったネットワークに関することです。これは、社会ネットワークと死亡率の関連を表したものです。これを見ていただきたいのですが、こちらが男性です。こちらが女性についてのものです。このグループが40代以下です。30から49歳までのグループ。次のこの一つのグループが50代のグループ。そして60代のグループとなっています。社会的なネットワーク、社会的つながりをたくさん持っている人が、この紫の色の人たちです。そして社会的なつながりが少ない人たち、これが緑…薄緑といえますかね…の人たちです。これを見ていただきますと、まず、女性の方にしましょうか。社会的なつながりが多い人たち、こういった人たちですね、こういった人たちと社会的なつながりが薄い人たちを見ますが…この縦軸が死亡率をあらわしています。ですので、これが高

いほど死亡する割合が高いということです。これで見ますと、社会的なつながりの多い人たちというのは少ない人たちに比べて、死亡する割合が少ない。こちらもそうですね。こちらもそうです。男性においても同じように。それからもう一つ見ていただきたいのは、40代以下のグループの場合のこの差。それから60歳代になった時のこの差です。ですので、高齢になるほど社会的なつながり、ネットワークというのがより重要だということが、これから分かります。つまり社会的ネットワークが多くある人というのは死亡率が低いということです。

じゃあ、どこに行ったら、そういったものがあるのだろう。つまり人が集まる場所はどこかということです。一つは銭湯というのがありますね。皆さん、今、家庭でお風呂をお持ちだとは思いますが、たまには銭湯友だちといえますか、そういったことがあってもいいだろう。それから地域の地域センター、あるいは公民館と言われているもの。今、町中では理容院だとか、床屋さんだとか、美容院とか、けっこう長居する人が多いと思います。皆さん、おしゃべりしたがるんですよ。それから後、飲食店ですとか、というふうなところがあると思います。

北欧の話なんですけど、北欧の方でもこういったいろんな集まりということは非常に重要視されているわけです。北欧の中で最も人がたくさん集まる場所、あるいは集まるイベントは、何だと思われませんか。ちょっと考えてみてください。私はこういうことがあれば行くな。どうでしょう。それはですね、チークダンスのグループなんです。健康づくりとかウォーキングをやるうと言っても人集まらなくても、チークダンスのグループは北欧の方で一番人が集まってくる。つまりやっぱり楽しいこと、胸がわくわくして心が躍ること、そういったことをたくさんやっていくということが、やはり必要なんじゃないかというふうに思います。

それから、近頃、先ほど来のいろんなデータを見ましても、どうも女性の方が長生きするらしいということがありまして、じゃあ、どうしてなん



だろうか。これは一番見えないかもしれないけれど、女性の人のほうがたくさん外に出ていませんか？女性が外出するメリット、考えてみますと、口紅をして、お化粧して、身なりを正して行きますよね。ですので、男性の方もやはり外出するとなると、おうちでいるのよりは、ちょっといいものを着たり、あるいはアイロンをかけたり、というようなことで、それなりの姿勢というのが出てくるかと思えます。こういったことがやはり生活の中で非常に重要なのではないかというふうなことが言えます。

次に主観的健康感。私はきょうは元気だ、私は健康だと感じているよというようなことです。さあ、あなたは健康でしょうか。どうですか。きっと皆さんの中には、私はとっても元気だよ、健康だよと言う人と、そうだね、まあまあ健康かな。やや健康ではない。あるいは、どっちかと言うと、ちょっと健康じゃないかな。あるいは、ちょっと最近、具合悪いよとかですね、いろいろ思われていると思います。こういった主観的健康感が私の寿命にどういふふうな影響を与えるか、与えているかというふうなことを調査した人がいます。これはアメリカの方のデータなんですけれども、まず、私はとっても元気だよ、健康だよって言う人は、このオレンジといいますかね。まあまあ健康だ、ピンクの人。まあ、普通かなと言う人が黄色。そしてこのブルーが、私はちょっと健康ではないよって、さっき言った4段階の健康の基準なんですけれども。最初に皆さんに聞きます。そしてそれぞれの人たちに関して、10年間ずっと追跡してみました。縦軸は今度は生存率。生きている率です。ですので、この生存率が高いほど生きているというようなことになります。とても元気だ、とても健康だと答えた人は10年たっても、そんなに下がっていません。生きている人たちが多いうことですね。これに反して、私はちょっと健康じゃないかな、不健康かな、あるいはちょっと具合悪いかなと言った人たちのグループというのは、10年たったら、これだけ、60%に減っているんですね。要するに約40%の人が亡くなっているということがあります。つまり、主観的健康感、

私は健康だと言える人は、その後も死亡率が低いという経過があります。

次に、これはその主観的健康感と、所得の関連をあらわしたものです。こちらが、横軸が所得です。50万未満から、こちらの方は900万円以上になっています。この紫がとても健康だと言っている人たち、この赤が健康でないと言っている人たちの割合を出したものです。所得の低い人、こう見ていただくと、健康でないという人は15~16%ですね。そして、所得が上がるに従って、健康でないと思っている人は減ってきています。一方、健康だと言っている人たちは、この紫ですけれども、50万未満の人はこれくらいで、所得が上がるに従って、だんだん増えていくということは、所得とその主観的健康感というのは関連が何かあるのではないかということが、一つ言えるかと思えます。

このようなことを踏まえて、こういったいろいろな今までのデータを基にして、健康づくり活動をした地域がありますので、その地域のことについてお話ししようと思います。対象地区は、神奈川県川崎市多摩区布田・中野島地区です。人口が約2万2千人。高齢化率10.2%といたしまして、大体住宅地域の話です。まず、これは65歳以上の人口の推移をあらわしています。縦軸が人口です。横軸が平成7年から10年。この黄色が川崎市です。川崎市は毎年毎年65歳以上の人が増えています。赤の部分がこれからお話しする布田・中野島地区です。布田・中野島地区も同じように増えています。次にこれは65歳以上で介護を要する人。要するに介護が必要な人たちの数の推移をあらわしたものです。縦軸が人数です。そうしてやはり同じように横軸が平成7年から10年までです。黄色の川崎市をこう見てみますと、介護を要する人たちが年度を追って、少しずつ増えている傾向にあります。一方布田・中野島地区、この赤の方は黄色に比べると減っていますよね。これは、先ほどの2つの図を合わせてみたものです。つまり、65歳以上の人口100人当たりで、介護を要する人たちの人数の割合が、どのように推移しているのかというものを見たものです。そうしますと、川崎市は割合で見ると、少し上昇傾向ぐらいかな。あまり

変わらないということです。しかし、この布田・中野島地区は実に減少しています。要するに介護が必要な人たちの数が減ってきているということが言えるかと思えます。

次にこれは、経済効果についてあらわしたものです。これから、お話しする布田・中野島地区というのは、平成7年度の水準で、寝たきりの人たちの割合が平成7年度は2.5%だったんです。平成10年度の人口割で換算しますと、平成10年度は55名寝たきりの人が出ても、おかしくないということです。しかし、実際、平成10年度の寝たきりの方の数は28名でした。要するに55から28を引いた27名の人が寝たきりにならないで済んだと考えることもできるかと思うんです。この布田・中野島地区で、寝たきりになる一番の要因というのは、脳梗塞ということでした。脳梗塞になりますと、医療費が1年間に概算ですけれども、入院費、通院費、介護料いろいろ含めまして、一人当たり366万円かかると概算されております。つまり先ほど言いました、患者さんとして出るはずだった27人×366万円、年間9千万円の医療費が本来だったら出るはずだったけれど、27人出なかったので費用を出さなくて済んだというふうな経済効果もあったと言えるかと思えます。

じゃあ、こういった効果を生む健康づくり、何をしたんでしょうね。どうだったんでしょう。とても気にかかるところです。方法は住民の人たちの健康づくり活動です。健診を一生懸命やったわけでもありません。あるいは、こうやってお話を聞いてずうっと座っていたわけでもありません。住民の方々が健康づくり活動をおこなったということです。それでは、どういうふうにしてやったのかということ、これからお話ししていこうと思えます。

まず、これは平成4年の川崎市の高齢者の年齢別移動能力をあらわしています。この縦軸が65歳から5歳刻みで90歳以上までです。それから横軸がパーセンテージです。そしてこの水色の部分がバスや電車を使って外出できる人の割合です。65歳から70歳未満の人たちはほぼ、ほとんどの人が何らかの交通機関を使って外出できています。し

かし、90歳以上の人たちは10%にも満たないんですね、交通機関を使って外出できる人たちは。

次にこれは、川崎市における特別養護老人ホームの状況です。縦軸が人数です。これが平成6年、8年、9年、10年となっています。その赤いところが老人ホームの入所者の定員数です。高齢者社会ということで老人ホームも増えてきました。そういったことによって、老人ホームの定員数、少しずつですが上がってきています。しかし、入りたいということで、入所を待っている人たち、その人たちの人数がこの緑です。入所待機者と言われる人たちですね。そしてこう見てみますと、定員数をはるかに上回って、どんどん増えているということです。平成10年になりますと、申し込んでから4年たたないと、老人ホームに入れないという状況になっていました。これらの状況を知った住民の方々から、高齢になっても寝たきりになりたくない、家のローン返し終わっても、寝たきりにならないで元気にいたいよという声が出てきました。そういった声を受けまして、地域の保健婦さんが、町会や老人会、あるいは婦人会といったような、いろんな会で健康学習を企画して、住民の方々と健康づくりについての勉強会を始めました。そうしましたら、その次の年になったら、こんなに多くの住民の人々の健康づくりグループ、自主グループと言われるものですが、健康づくりグループができてきました。こういった健康づくりグループの中で話し合われたことがあります。どのグループの中でも同じように出た内容です。それは、高齢者になっても健康でしあわせに暮らしたいよねということです。そして、そのためには自分が元気である、健康であるということがより必要な、私が元気であっても病院にお見舞いに行くだけじゃつまらない、やっぱり一緒になって楽しんでくれる人たちがほしい。そういった意味で自分の周りの人、奥さんやあるいはご主人だったり、あるいは友人だったり、そういった周りの方々も元気でいてほしい。じゃあ、そのために何をしましょうか、どうしたらいいんでしょうかという話の中で、生活の中でできる健康づくりをしましょうよというふうなことがすべ

でのグループの中で、話し合いの中で出されています。

それぞれの健康づくりのグループの中で、いろいろな目標が立てられています、すべてのグループの中でこれからお話しする3つのことはお互いにやりましょうよということで、保健婦さんが一つ提案しています。それはまず第1に豊かな人生のために何かすることを増やしましょうということです。2番目にそれぞれ、一人一人の健康課題、要するに私はもうちょっとこうしたいわというふうな、そういうことを何か改善しましょうということ。それから3番目に自分で学んでよかったと思うこと、役に立ったと思うこと、あるいは楽しかったこと、そういったことを自分だけでしまっておかないで、周りの人に話をしましょう、伝えましょうということです。こういった申し合わせをしまして、次の年に、みんなでじゃあ、どうだったんだろうかということ、また話し合いをしました。そうしましたら、健康のために私はやることを増やしたよという人たちがほとんどでした。じゃあ、どういったことを増やしたんでしょうかと聞きますと、食事について何か気をつけたことがあるという人が98%。ほとんどの人は食事については以前と比べると何か気を使うようになっていくということです。それから、健康課題の改善ということですけども、昨年に比べて精神的によくなったと言っている人が90%以上います。それから体調が昨年よりよくなったと言っている人が50%以上出てきています。

次に健康づくりの普及活動ということですが、配られたパンフレットを1、2枚多くもらって近所の人に配ったり、あるいは聞いた話をお孫さんに話したり、あるいは友人に話したりですね、あるいは場合によっては、いろいろな会がある時に一緒に行こうよと誘ったり、そういった健康づくり普及活動を私のために1年間何かしましたよと言う方が、全体の4分の3いらっしゃいました。このように自分のための健康づくり活動を地域の人たちがおこなわれたわけですね。そうしましたら住民の健康づくりグループのいろんなメンバーの方々から、どうも高齢になって家に閉じこもっ

ている人っていうのは、だんだん弱くなっていくみたいだ、保健婦さん何とかできないかなあ、何とかしようよというような話が出てきました。こういった話を住民の方々が何人か寄りまして保健婦の支援もありまして、それでは私たち自身で住民の方自身で高齢者体操のヘルスポランテアをしたいというふうなことが企画されました。そうしまして、今までは自分のためだけの健康づくりだったんだけど、地域のいろいろな人たちも健康になるために、支援する、そういった健康づくりグループがまた、一つできたということです。こうやっていろいろなグループがたくさんできてきました。そうしますと、布田・中野島地区にいろいろなグループがありますと、どうも隣が気になりますよね。やっぱり隣は何をしているかなと、人間気になるものです。そういった中で、じゃあ、みんなでそれぞれのグループの活動の紹介をしようじゃないかというふうなことが、これも住民の方々から出てきました。そこで、健康づくり、楽しさ再発見、広げよう仲間、続けよう健康づくりということで、健康づくりグループの交流会を開催しました。この交流会はそのグループのメンバーの方々だけではなくて、口コミやあるいは広報も使いまして、一般の住民の方にもどうぞ来てくださいという形で企画をしました。ですので、この交流会を通してそれぞれのグループのメンバーが人数が増えました。それから、そういったグループ活動を見まして、新たに私たちもこういった会をつくろうよっていうことで、また健康づくりグループが増えました。さて、ここまでは川崎市布田、要するにお隣の神奈川県でおこなわれている健康づくりグループのお話です。

じゃあ、東京都の中でどうなんだろう。どうでしょう、皆さんの周り。いかがですか。そうですね。今ですね。足立区の中で、足立区の住区センターといいますか、公民館みたいなところを中心にしまして、足立区の中にも多くの健康づくりグループ、あるいは健康づくりとまで言わなくてもかまいませんが、仲間のいろいろなグループがたくさんできて活動しています。これは足立区の65歳以上の寝たきりの方の人数の割合の推移をあ

らわしたものです。縦軸が人数で、これ、平成4年から11年までです。この平成5年ぐらいから徐々に減ってきています。それから、先ほど来、何回となく特別区の平均寿命が出てきておりますが、これは1990年の女性です。お気づきの方もあったかもしれませんが、23番目、足立区だったんです。それが95年になりますと20番目になってきているんですね。ここの20番目と21番目同じ数なんですけれども、少なくともこちらからこちらに移ってきている、ということです。

今までのお話を振り返ってみますと、健康づくりにはグループ活動や、あるいは仲間づくりが非常に大切なんではないかということが出るかと思えます。そしてグループ活動する時に、あるいはご自分の中で個人の目標を立てるということが、非常に重要なのではないかと。例えば、3年前に買ったお気に入りのズボンが今はけなない、何とか来年はけるようになりたいとかですね、あるいは家の前の庭木の手入れをここ1年、自分の役割としてやろうとかですね、何でもいいんだと思います。そういった個人の目標を持って、生活をすることです。それからグループの目標、先ほどグループでいろんなことを申し合わせをしたというような話をしましたけれども、そういったグループの目標もつくるということですね。そして個人の活動もグループの活動もお互いに1年たったらどうだったんだろうか。ということで、効果を共有していくということが大切です。これらのグループ活動によりまして、町が活性化していく。そして先ほど来、出ておりますように財政効果がある。そして平均寿命の改善がおこなわれていくというふうなことが言えるかと思えます。そして、この町に住みたい、この国に住みたい、あるいは都民であり続けたいと思う人が増えるというふうなことが言えるかと思えます。

最後に私たち一人一人が健康で長生きするためにはどうしたらいいかということですが、一つはみんなが集まる場を活用するというです。つまり集う場が非常に重要であるということ。それから一人一人が活躍の場を持つということ、そして社会とのつながりを大切にしてい

くということです。こういったことを通してお互いが発表する場を持つということが、非常に重要なのではないかというふうに考えます。以上です。

## 6. まとめ

星 旦 二

今まで勉強してきましたことをもう一度、健康日本21の視点から振り返ってみたいと思っています。町の試みとこういう活動を展開したら、どんな効果があったんだろうかというところを確認したいこととか、それから実は健康づくり一番進んでいるのは、どこか北欧だと思いますけど、そこから辺から学べることもかも話をしたいと思います。

実は今年の3月に厚生省は健康日本21という計画を発表しました。この中で出された大きなポイントは、やはり寿命だけじゃなくて健康で長生きをしよう、これが第1のポイントです。言い換えれば65歳から死なないようにしようという展開、目標設定です。それと誰でもが、生き生きした町づくりでの目標設定と言ったら弱いので、少なくとも後5年たったら、10年たったら、早く死ぬ割合をこのぐらい減らそうという指標の目標値を設定しよう。

それから、もう一つは、こういった活動、可能な限り、住民と一緒にいこうという展開です。その中に明確に入っていませんが、少なくとも世界の状況を見るならば、そういった環境整備を含む計画を総合的にしようというのが、世界のヘルス・プロモーションの流れです。もっと重要なのは、こういった健康日本21は行政の評価の一つのモデルになるのではないかと、そう思っています。そうはいっても、仕事の受け取られ方は実に様々でして、ほとんどは余計な仕事と思っています。皆さん、いかがでしょうか。だけど活用しようという人がいることも確かです。あまりにも今からとりわけ厚生省もそうですけれども、あせい、こうせいという指示が多過ぎたというふうに思います。だから「こうせい」省と言う人もいますけれども、まもなく厚生省はなくなります。労働省と一緒にになります。

本当は私たちの目指しているのは、自分の町の基本構想、総合的に道路のバリアフリーも、水も空気も学校教育も健康の視点から見直そう、言い換えれば健康計画に切り替えること。WHOの言うヘルス・プロモーションだと思っています。私たちの（国の基本計画と自治体）を見ますと、非常に印象的なのは、ほとんどが金太郎あめですね。そうして美辞麗句を並べたてる。ほとんど形式と建前が前提になってる。そしてほとんど民間のシンクタンクに丸投げしている。これが実状ではないでしょうか。是非ご自分の町の住みやすい計画を住民も参加して、みんなで手を取り合って展開する。これが新しい展開だと思います。もちろん地域特性が違いますから、実は私はこの辺で一番最先端に進んでいるのは、三鷹市が今進めている市民400人の市民公募の中で展開している計画づくりだと思います。行政は一切そういうものをつくらない、もちろんシンクタンクになれない10の市民部会が住民を中心として、計画づくりをおこなっている。ほとんどの行政の人は夜のボランティアとして、ここに参加していく。これがたぶん日本で最も先進性のある計画づくりだと思っています。10月の中間答申をホームページで読ませていただきまして、極めて優れた内容だと思っています。

さあ、そういう意味では、健康日本21のまさにモデルがこの三鷹市なのかもしれませんが、本当のこと言いますと、健康日本21の計画のモデルは、アメリカのHealthy Peopleでした。先ほど紹介した計画です。21年前の報告ですが、これはまさに健康・公衆衛生の革命と呼ばれている報告書でした。どこが革命か、当たり前ですけど、医療だけでは健康は無理だというのがポイントです。これの端書き、皆さん、誰が書いたと思いますか。そうです。これは例のジミー・カーター大統領が書きました。なぜかという厚生省だけで健康は無理だからです。もっと文部省とも手を取り合い、バリアフリーも広げ、ユニバーサルプランも広げ、という、そういう意味だったんです。同じようにイギリスではHealth of the nationというのが日本に先駆けて展開されていました。こ

れをつくったのは誰かという、サッチャー首相です。そして健康日本21には「住民第一主義」という言葉が盛り込まれましたけれども、この「患者第一主義」という言葉をつくったのは何と、サッチャー首相です。彼女はこれを展開するために、何が必要か。看護専門学校をすべて大学に移行させたのもサッチャー首相です。つまり、国の最優先課題が健康になっている事実を押さえていただきたいと思います。私は健康日本21は是非、小淵総理大臣に書いてもらうべきだという提起をしましたけど、厚生大臣も書いていなければ、局長も書いていません。もし小淵総理が書けたならば、死ななくて済んだと思っています。嫌みではありません。心からそう思っています。実は計画に取り組む分野というのは、魚屋さんも、八百屋さんも、レストランも、バリアフリーもみんな含めて展開しよう、これが健康日本21の基本理念であります。先ほど出た話と同時に魚屋も八百屋もみんな健康資源だという発想です。実は私の言っていることではなくて、WHOが（1991年）言ったのは、こういったすべての分野と手をつなぎながら、健康問題に対処しないと問題解決はしないということ、最も聞き入れていないのは日本だということです。ここまで一度も笑っていない人は、ぼける予備軍だと思ってください。

話は全然違います。先ほど何度も言いませんでしたが、私が考える東京都民が早く死ぬ理由は、仮説ですが、大気汚染、東京の飲んでいる水です。この水は上流の市町村の屎尿処理場の濾過水です。誰も笑わないんですね。もっと重要なのは除草剤だと思います。そして大気汚染の問題も極めて大きい。皆さん、野菜はどうやってつくられるかご存知でしょうか。農家の人たちは自分たちの食べる野菜は、ほとんど農薬を使っていません。農協に出すのは、しっかり使っています。ストレスも仕事もローンも税金も、こういった様々な要因が寄与して、結果的にこうなったのではないかという仮説を持っています。山形県も含めて非常に平均寿命が延びましたが、環境を大事にした県、言い換えれば産業の発展が遅れた県と言ってもいいかもしれません。環境がきれいなことは事実で

す。山形県が米にしがみついた宮城県をまもなく追い抜こうとしていますけれど、私はサクランボとラフランスのおかげじゃないかと思っています。どうして笑わないんでしょうかね。

さあ、ここからお話したい話は一つの町の試みです。ちっちゃい人口の町ですけども。皆さんの町どうですか。皆さんの市、どうですか。特養にすぐ入れますか。万が一寝たきりになっても安心ですか。私たちが関わった熊本県の蘇陽町の話を中心に申し上げます。簡単です。万が一寝たきりになっても、痴呆になっても安心できる仕組みづくりです。1988年からスタートしました。人口5000のちっちゃな町です。阿蘇山です。町役場です。一生懸命がんばったのが保健婦の2人です。ちょっと小太りですが、住民と手をとり合って健康づくりをスタートさせたのは12年前です。町長さんにも非常にがんばっていただきました。一番重要なのは、10億円のお金を確保したことと最も優秀な人を課長にしたことだと私は思っています。一番重要なのは住民参加です。つまり住民が自分がどんな町に住みたいのか、水も空気も確かに大切です、お嫁さんも重要です。実はこの模造紙に書いてある住民が発表している姿ですが、この模造紙には水も空気もお嫁さんが来るように、例えば、車椅子でも町が通れるように、つまりバリアフリーです。つまり学校教育も農業のことも産業のこともみんなこの中に入っていたものですから、実は住民がつくった計画は町の総合計画になりました。たぶん日本で初めてだと私は思っています。ただ内容的には三鷹の方がはるかに優れています。安心してぼけたり、痴呆になる仕組みづくりは完成したと思います。ここが問題です。だから、特養がけっこう必要だ。ホームヘルパー5人必要だという計画はつくってみたものの、助役に持っていったら、町長に持っていったら、やめてくれ、理念型の充実強化に直してくれと言われました。さあ、ここでどう説得しましょうか。これはちょっと考えていただけますか。話し合うのが難しいなら。それでけっこうです。第三者の関係のない私はこう言います。この計画は何言ってる、住民がつくったんですよ、無視する

んですよ、いいですよ、無視しても。じゃあ、あなたは町長になれませんよねって、私は嫌みを言うだけです。もっと笑っていただきたいんですよ。

つまり、この町はすべての施設とヘルパー、こういう職員を雇ってこの施設の整備状況は、今、全国一です。最も安心してぼけられるのは、蘇陽の町だというふうに言っていると思います。目標設定というのは、指標型が重要だというのがこの町で証明されたと思いますが、実は健康日本21というのは、まさに指標型の目標値を設定しよう、ベンチマークをつくろう、行政評価の始まりです。そしてその効果を住民の視点から見て公開する、しかも量的です。この施設できましたけど、特別老人養護ホームですけど、何と入所希望者がいませんでした。最近、町長が、元町長がまもなく入るという話を聞きましたが、(笑)世の中こんなものです。65歳以下で死ぬ人の割合は、確実に減りました。それから、私は健康だと言われる人が、確実に増えました。それから寝たきりの数も、高齢者の絶対数は1.5倍ほど増えましたが、確実に数だけは減ったことは事実です。ぼけの予防は極めて難しいことがわかりました。とはいっても安心できる仕組みには成功したと思います。この町の10年間の医療費をごらんいただきたいと思いますが、熊本平均の、一人当たり100万円に対して、この町は70万です。この30万の格差は極めて大きいと思います。結局、活動効果を明確にし、住民と関係者で共有していく。このことが最も重要なのではないかと思います。そして推進状況の最大の条件は、そのことで本当に住民にメリットがあるのかどうかということです。これがベースです。そしてこういう計画をつくるプロセスを重視して、そのプロセスで自分たちの役割を見出して、自分にとってどんなメリットがあるのか、そういう話し合いの場を確保したり、みんなのメリットを考えながら、知恵を出し合いながら、まず文化活動から展開していくことが重要なのではないかと思います。

北欧から学ぶことは山のようにありますけれども、一番大きいことはもう寝たきりというのは止

めよう。これからこそ、発生予防にしようという言葉が一番学べるポイントだと思います。先ほど申しましたように、できるだけ寝たきり・痴呆を遅らせよう。そのために一番大切なのは、チークダンスだという話も是非ご理解いただきたいと思っています。楽しいことを毎日可能にさせる場の確保の整備。これが行政の役割ではないでしょうか。そしてこういった活動に最も活躍するのは女性です。ごらんいただきますように投票率は実は91%ですけど、女性の大任、何割占めますでしょうか。何と5割ですね、フィンランドは。スウェーデンは4割が女性です。申し訳ないけど、70歳の国会議員はいないことをご理解ください。何が大切かというと、女性たちが実はがんばった背景、これが健康政策を盛り上げました。基本的には、なぜ女性だけが家事・育児・介護なのかということが背景にあることを是非学んでほしいと思います。今後の展望で大切なのはこういったことです。住民自治も必要です。

まとめ。考え方としては、globallyでけっこうですけど、実際に行動するのはもっとact locallyでけっこうだと思っていますが、いかがでしょうか。皆さん、是非早死にしないでいただきたい。そしてできるだけ生き生きした人生を、少なくとも28年生きられますと年金1億円獲得できることをご理解いただきたい。そんなことを選ぶか選ばないか、それは自分が決めること。これがインフォームド・チョイスです。私たちのつくった概念です。これが健康日本21の戦略に採用されています。そして、まとめは、どうぞ皆さん、私たちがもうですけども、可能な限り90歳以上まで生きて、さらに安心してPPK、ピンピンコロリしたらどうか。そのための仕組みづくりを今やらないと間に合わなくなるのではないかと考えています。

私は蘇陽町に関わったおかげで、健康日本21の策定委員にさせていただいているのは、とてもありがたいんですけど、私のピンピンコロリには何も役立ちません。私は今、多摩市に引っ越しましたが、今は総合計画の委員になりました。私は自分で立候補して委員長になりました。なぜか

と言うとhealth promotionを展開してみたいと思ったからです。誰のためでもない、自分が安心してばけるためです。きょうは専門家の方もいっぱいいらっしゃっていますけれども、実はWHOの前の事務局長、マーラーさんでしたが、彼がよく使う詩があります。是非お読みいただきたい。重要なキーポイントは、learn from them、つまり、人々から、住民から、患者から学ぶことが重要だというポイントと、それからこういう仕事を住民と一緒に展開し、最後は住民がどう言うかということ、我々住民がこぞって次のように言うでしょう。俺たちが俺たちだけでこれをやったんだという詩です。ご清聴ありがとうございます。

## 7. パネルディスカッション

星：時間がちょっと押ししてしまいましたけど、パネルディスカッションと言っても実質的には、会場の皆さんと私たちの質疑応答を中心に展開したいと思っています。ところで3人の方で追加コメントございますか。会場と皆さんとのディスカッションを中心にしたいと思います。ご質問、ご意見などいかがでしょうか。どうぞお願いします。

質問者1：千葉市から来ました。きょうのお話は、健康ということがテーマですが、健康で長生きというのが、その具体的な流れだと思いますが、どうもきょうの話は平均寿命とか平均余命年齢とかいうことにポイントが置かれているらしい印象を受けました。最後に星さんからの話でやっとピンピンコロリが出てきて、去年だか、ことしだか、いつだったか、厚生省から発表になりましたけど、平均余命年齢の中で区・県別でどれだけが自立できるか、どれだけが介護しなくちゃいけないかというような話がきょう幾分か入るかと思ったら、それは全然出てこなかった。ということになると、単に長生きだけじゃ、決して健康でもないし、満足感がないと。要するに、最後の星さんが言われてたことは、我々は、どういう生活をチョイスできるかということでは、寝たきりで長生きするのもチョイスだけど、早く死んじゃうというのもチョイスだし。冗談めかして、どんな症状で死ぬのが皆さん、好きかってことがあったけど、

苦しめないで早く、満足のできる死を迎えるということも、きょうのテーマの一つでもあっていいんじゃないかと思います。そういうことで、補足説明をお願いします。

**星：**ご指摘ありがとうございます。僕たちの最初の導入は平均寿命ですから、何年生きたかの問題ですけれども、同じ生きるにしても、寝たきりで10年生きるのか、痴呆で10年生きるのかという問題は、最初全然問題にしていまませんでしたけど、後半の藤原さんの問題提起の中にも出てきましたけど、健康寿命の話は、今、ご指摘いただいた通り、極めて重要な問題ですので、実はその高齢者の、健康感を高めるといことが藤原さんのメインテーマですので、彼に少しコメントいただければと思いますが、いかがですか。

**藤原：**ご指摘いただきました通り、きょうの演題は、大体、寿命とか命の、寿命の延長というようなお話が多かったと思いますが、やはり、高齢者の場合、70代で…当たり前の話なんですけど…寝たきりになるよりも80代で寝たきりになった方が、あるいは80代で寝たきりよりも90代で寝たきりの方が、結局、寝たきりでいる期間は短縮されます。高齢になればなるほど死亡に影響するようなストレス、例えば、重篤な病気とか、栄養不良といった状態に対する潜在的な予備能力が乏しくなります。とかく、我々が寝たきり、3年以上寝たきりとか、そういった情報ばかりが先行するんですが、平均的な最終の看取りの期間というのは、半数以上の方がほとんど一月以内にお亡くなりになっているというのが、実態ですね。これは、もう60歳以上、すべての年齢合わせてそういう状態です。この場合もやはり80代・90代まで長生きすれば長生きするほど、寝たきりの期間が短くなって、最後はピンピンコロリという我々の業界用語でも知られてますが、急に、コロッと亡くなるわけです。要介護の1から5までという方が全国でどのくらいの状況にいるのかということも、まだまだ全国集計とか、地区格差というのまでは、出てないんで、それは、ちょっとグローバルにご報告申し上げるのですが、一般的に20年前の高齢者に比べて10年前の高齢者の方が生活機能は平均的

に高くなってますし、10年前に比べて現在の高齢者の方が明らかに生活機能が高く維持されています。平均寿命もこの間に全国的には延びているわけですから、大まかに言うと、平均寿命を延ばせば、それだけ健康寿命も比例して延びていくというようなことは言えると思います。

**星：**そのほか、いかがでしょうか。どうぞ、真ん中の方、手を挙げていただきましたけど。

**質問者2：**どうもご講演ありがとうございました。大体、お話を聞いていますと、生物学的な見地からのお話が多かったような感じがするんですが、実は私、ちょっと労働法とか労働環境とかに関心がございまして、最近、昨年度の自殺の数が約3万3千人で、自動車の交通事故は約9千人ですから、3倍強の自殺者がいる。またその予備軍となれば、その10倍か、あるいはそれ以上。自殺というのは、自殺の行為をして12時間以内に死んだのを自殺と言うそうです。それ以降12時間たったやつは自殺とは言わないそうですので、大変な数だと思うんです。その契機は、日本経済の間違った経済政策、それによってリストラ、あるいは過重労働、それから、いろいろ労働条件が非常に悪化しておりまして、そういったことで家族との精神的なゆとりもないし、最近、非常に増えております。そのために子供を産まない、産めない、そして子供を産んでも二重保育をしたり、大変な精神的な、お母さんは、もちろんお父さんも苦勞をしているわけです。そういうような世界的、経済的、労働的、社会的に…そういうのは社会的問題ですね。そういうものの方の話もきょうは欠落しているような気がしております。すごく医学的・生物学的な話がちょっと強くて、とにかく私には不満ですが、私の見解につきまして、もし若干でもいいですから補足していただければ、それもありがたいと思います。よろしくお願いします。

**星：**拍手は一人だけでしたけれども、心からそう思っている人は、たぶんいっぱいいらっしゃるでしょう。実は自殺の問題も極めて重要な問題で、過去は1万人ぐらしか自殺はなかったんですが、ここの経済状況の影響だと私たちは思っていますが、確かに3万人になりました。だけ



れどもっと重要なのは、中高年層の自殺が増えてきていること。これが極めて重要だという問題の指摘を、今していただいたんだと思います。ありがたい指摘だと思う理由は、きょうの私たちの目的は、医学的・生物的な話だけでしたけど、本当はもっと社会・経済的な要因とか、労働問題とか、家族形態の問題、これを抜きには考えられないことは、よく分かっています。だからこそ、都市研究所があって、医者ももちろんいますけど、社会学者もいますし、経済学者もいますし、工学者もいる。そういう研究所が20年にわたって、従って今、現在あるということですので、来年は是非、そういったテーマで、こういった公開講座、ないしは再来年か、次に必ずそういう機会がつかれると思いますので、その段階では、もう少し皆様が満足いくような形で情報を提供できる公開講座を開きたいと思っています。

松本先生、コメントがあったら。彼は、社会学の視点から都市の問題を対処なさっていますので、もし、コメントがあったら、お願いできませんか？

松本：突然ふられてちょっと困っていますが。私も、あつという間にいろいろ、ちらちらとスライドのデータが出てくるものですから、なかなか記憶に留められなかったんですが、こういう問題も考えていただきたい。今、自殺の話してはいたんですが、日本で自殺率の最も高いのは、高齢者じゃないんですが、秋田県なんですね。しかも、先ほどの話ですと、何か都会ではネットワークをつくって、農村ではネットワークを近隣でつくるというストーリーになっているんですが、秋田県の場合には、3世代同居の方が実は自殺が多いんです。これはどうしてなのか。一人暮らしの方がむしろ、いわば、精神的に自立して生きてみたいですね。秋田県の場合には、ある意味でお世話にならなきゃいけないというネガティブな社会的な役割を抱え込まざるを得なくて、かえって生きがいがない、肩身の狭い思いをする、ということでございます。ですから、都会は都会なりの自分たちで自立していかなければいけないという、そういう気構えとでもいうんですけど、士気といいま

すかね、あまりお上や身内の世話にならずにやっていくよ。その中で、しがらみではなくて、もっとポジティブな人間関係の構築のあり方が大切です。そういう質的なところまで入っていただくと、ああ、なるほどという説得力が増すんじゃないかという感じがしました。

藤原：ちょっと一言述べさせていただきたいんですが、先ほど秋田県のある町と東京都の生活機能の変化のお話をさせていただいて、先生の方から、秋田県の自殺の話とか…秋田県だけでなく、東北地区のちょっと閉鎖的な農村なんかでもよく見られる現象なんですけれども、自殺なんかの影響というのは、高齢者に非常に平均寿命という意味で、東京はまだまだ秋田とかと比べますと、トータルで見ますと、東京の方が寿命は長く、高齢者の死亡率も低いと言えましょう。ですから先ほどの農村部と都市部の違いというのは、そういった生活機能の落ち方のパターンの違いと、落ち方がそもそも社会的なネットワークとか役割から、都市部は落ちやすく、読み書きそろばんですとか、知的な好奇心というものから、秋田県なり、元々その方が落ちやすいというような地域性の違いがあるということは言えますが、それだけで、全然東京の方が早く落ちてしまうとか、死亡率が高くなるとか、そのまま言えるというものではないと思うのですが、その辺ちょっと訂正させていただきたいと思います。

それから、先ほどからご指摘ありました、様々なそういう社会問題に関する背景というのは、我々としても、実際のところ調べたり、あるいは実態を把握したくても、のどから手が出るほどな状態で、ずっと我々やってきているわけなんですけれども、これは泣き言というわけじゃございませんが、やはりこれも都市部におけますプライバシーの保護という問題が非常に大きな妨げになる場合が多いことも事実であります。と申しますのは、比較的農村部なんかですと、生活実態調査とかさせていただく時なんか、非常に多くの方が行政といっしょになって参加させていただいて、非常に奥まで突っ込んだ幅広い情報を社会的な背景を得ることができるんですが、やはりこれが、東

京初め都市部でいろいろなそういう社会調査をする場合に、みんな、行政の方も非常にその辺神経質なんです。例えば、国勢調査の時なんか、何でここで昼の広さが必要なのかということが新聞に載っていたと思うんですが、なぜ、そこまで質問するかという理由を明示するのも我々や行政の義務だと思います。つまりその死亡というものに、社会的な要因が非常に重要なんですよということを我々も普及していく必要がございますし、そういうことに対して、もし今後学術調査をさせていただいたら、一緒にやっていくという時に住民の皆様も社会的な背景の重要性ということをご確認いただいて、やはり根本的な実態を把握するということが、実は一番大事ですので、その辺住民の皆さんもご理解をいただきたいというふうに考えております。

星：ありがとうございました。そのほか、ご意見とか、ご質問とか、お願いします。

質問者3：きょうの講演は、統計等、非常に理解が進んだと思います。その中で健康に対して、自分でできることと、できないことがあるなと思いました。一つは以前の星さんのご講演で、岐阜の平均寿命で川上と川下の関係でだいぶ差があると。この辺は谷口さんのご講演の中で都・区部で西高東低というんですかね、だいぶ2歳か3歳差があるということがだいぶ気になってたんですけども、都民の水瓶として、多摩川水系や利根川水系はずいぶん昔に飲んでいたと思います。今の利根川水系、これの例えば、し尿は一応は有害物質を除去した後には飲んでるような上水でございまして、荒川を浄化して朝霞で浄水して主に使っていると。他の水も原水として使って、それぞれバイパスを通じて自給しているという関係があると思います。そこでどうしても自分でこれ、水道自体は選べないもので、何か健康づくりに対して、こういう水の供給から逃れる方法があったら教えたいんですけど。

星：今回の私たちの調査で一番、とにかく気になったのは、海に近いか、標高の低い県とか、標高の低い市部の平均寿命は、どうも低そうだというのが、何となく共通した結論だったんですね。そ

れだけのデータで、ないしは岐阜で言えば、すべての市をずっと平均におこうとしたら、上流ほどだんだん長生きしている。これは事実ですが、それだけのデータで水が影響しているとは言えません。だから、今の段階でそうは言いませんが、ただ僕は問題提起をしたいのは、少なくとも下流の人たちが飲む水を汚さないように、できるだけ上流の人たちともっと手をつないで、例えば、ゴルフ場はあんなに真っ青じゃなくていいんじゃないですか、もう少し除草剤を少な目にするとか、田畑に使う農薬も、考えてみれば、何千万トンも関東平野に送られている、その分解産物をどうしても飲まざるを得ない東京都民の現実をもう少し明確にしているのではないかと。この前、中学校の教科書を見ていたら、上水道と下水道が並んで載っていました。でも上流の方の上水道と下水道は、上水道が上であって下水道が下にありますが、少なくとも東京は下水道が上であって、上水道が下にある。この事実をもう少し小学校レベルから学習して、できるだけゴミを捨てないとか、できるだけ農薬を使わないとか、環境に配慮するとか、散々僕はお話し申し上げました。think globallyは重要ですが、やっぱりact locallyのところ、もう少し都市の住民と農村、ないしは地域の住民と手をつなぎ合いながら、本当に共存して生きていける、そういう社会をどうつくるかというのは、一つ、ものすごく大きな課題というふうに私は思っています。

今回の僕たちの問題提起は何度も、しつこいんですけど、仮説で申しただけですので、東京都の水道局ももう少し、ミクロのレベルでの環境ホルモンのレベルの違いを少なくとも上流と中流と下流とに分けて調査してもらいたいと思っています。僕たちは熊本とのつきあいが長いんですけども、この前聞いたら、熊本の市内は阿蘇山に100年前に降った水の地下水を飲んでるという話を聞きました。少なくとも100年前にダイオキシンはなかったのではないかと、これが私が最近考える問題提起です。是非act locallyのところ、住民と一緒に手をつなぎglobally thinkingのところでは完璧な最先端の情報を住民に提供する。そういう仕

組みづくりをしながら、一步一步少しずつ現実の問題点の解決に向かって進むべきだと思います。そういう点では、もっと大学も、もっともっと情報を住民に提供したり、研究者と手をつないだり、住民と手をつないだりすることが大切だと私は思っています。その程度のコメントしかできませんが、よろしいでしょうか。もし、コメントがあったら、おっしゃってください。

**藤原：**一言だけ付け加えますと、誠に理想的な話からすればそうなんですけど、例えば、具体的に、もう全くの私見なんですけど、飲料水用の水とそれ以外の生活水を区別するというのも一つの手段かなと、やむを得ない手段かなと考えられるとも思うのです。いちいち飲料水分として、ペットボトルで用意する、多少はお金がかかりますけれども、最終手段としては、欧米のように「飲料水は買って飲む」という発想の転換の時期にきた、そういうことも現時点での可及的解決策としては一つ重要なかなと思います。ただ、そういう時にですね、「どこそこの水はこういう検査の結果、このレベルで飲料水としては適していない」というように、科学的データを公開することが重要で、いや、その前に調査をするよう指示することが重要ではないでしょうか。「危険なことを知らされずに危険に曝されている」ことだけは避けなくてははいけません。東京都なら、東京都で都民の方に、先ほど星先生の方も申しましたように、情報公開するとともに、分別ゴミの場合みたいなように、補助を出すということも考えられますでしょうし、多額の費用をすぐに投じて生活用水をきれいにすることは、今の現状からすると難しいと思いますので、折衷案的に、正直に危ないもの、安全なものを明確にするということを最優先していく必要はあると思います。

**谷口：**すみません、後、ちょっと。平均寿命が23区の中で西側と東側で格差があるというご指摘がありましたんで、そのことなんですけど、仮説としては、水を含めて環境というお話もしてますけれども、その中のもう一つですね、それが可能性として大きいんじゃないかというのは、23区の東側の方にお住まいの方というのは、東北地方から

出てこられて、上野駅に降りて、大体その着いた駅の周辺に住まわれる方が多いということが、現実としてあります。ですから、その方たちから考えますと、食生活、食習慣というものをそのまま引き継いでいращる場合に、先ほど日本全国の地図、都道府県別にお示ししましたけれども、あのような差が東京都の中でも起こってくるということは、東北地方から来られた方は、例えば塩分濃度の高い食べ物を食べるために、いわゆる生活習慣病になりやすい。それで、寿命の方にも影響しているんじゃないかとも考えられますので、水ということも一つの仮説でありますし、ほかの要因というのも十分作用しているものもあると思います。それは、あくまでも仮説でして、まだ証明できてませんので、これからの研究課題ということになると思いますので。

**星：**そのほかの会場の方で、ご意見とか、ご質問いかがでしょうか。お願いします、手が挙がっていますね。

**質問者4：**質問なんですけれども、健康日本21計画という中で、先ほども3世帯同居の方が自殺が多いというようなお話もありましたが、病気になった時に主体的に生きるということがすごく大切だというお話もきょうあったと思うんですね。自分が健康であると、病気があっても健康だという自分の実感が大切だということがあったと思うんですけれども、手が動いても、例えば病気だからお年寄りには食べさせなきゃいけないとか、動かないように、動かないようなという今の社会的な価値観というのがあると思うんです。それをやはりリハビリが大切だとか、お年寄りでも自分ができるところは自分でやっていくとか、そういうような社会的な啓蒙というか、提案というか、そういうのは健康日本21計画という中では、どのように捉えられているんでしょうか。

**星：**今、ご指摘いただいた、手の動く限り自分の手を使って食事をするとか、そういう残存機能をできる限り維持をさせていく、それをみんなで応援しようというのは極めて重要なことです。考え方としては、**patient first**つまり患者第一主義という言葉ですね。つまり患者が選択していく、患

者が意思決定をしていく。それを周りの職種が様々な形で支援していく、つまりサポートしていく。この考え方は健康日本21の草案の中には入っています。ところが現実をごらんになっていただくと、日本はまだまだ医者第一主義 doctors firstの世界で、決して患者第一主義の世界では、まだないと思います。けれど、それを、そのバランスを切り替えてきたのは、サッチャー政権だけががんばっただけではなくて、やはり住民ががんばったり、関係職種の人が非常に新しい発想を展開して、そういう幾つかの背景があることも、ご理解いただきたいと思っています。後、もう一点重要なのは、informed choiceという概念です。情報提供して最終的には患者さんの価値観とか、自分の思いだとか、自分に一番フィットする、自分が一番心地よい選択が自分でできるようにみんなで応援していこうという informed choiceの概念。consentじゃないです。consentというのは契約ですから、informed choiceの状況を設定しようという考え方だけは草案に述べられたということころは、私はとても大切だと思います。それを具体的に展開していく。これについてはもっともっと私たちの方もつくっていかないと話にならないんです。これに関して私がいつも使うのは、高齢者がうちにいて、例えばお嫁さんがもうお掃除しなくていいよ、茶碗も洗わなくていいよ、座っていればいいわよと言われたら、もうこいつは殺す気なんだな、この嫁はというふうになんか思わないといけないと思うんです。可能な限り最後の最後まで自分で役割ないし使命でもいいし、人に、社会に役立っている、家族の役に立っているという思いを最後の最後まで確保する。何しろ生きていることで、寝たきりや痴呆の人でも十分感動を与えることができる。そこまで今後は私たちは見ていく必要があるのかなと思っています。少なくともその考え方だけは、健康日本21の草案にありますので、是非草案をお読みいただいたらと思います。きょう紹介した私たちの本『都市の健康水準』のなかにも健康日本21の考え方については述べられていますので、ごらんになっていただければと思います。よろしいでしょうか。むしろ、

それについてのコメントでもおっしゃっていただけませんか。

**質問者4**：コメントというより、私の体験なんです。父が数年前に亡くなりましたけれども、脳内出血をして10数年リハビリというか、頼みますとそれに応えていろいろやってくれるんですね。それで寒い時期になると入院をくり返しましたが、最後に亡くなるまで、機能が少しずつ落ちていくという状態でした。そういう父につき合っただけでなく、父は来たことがあるらしくて、お店の人と話をしたりしていましたが、私が離れて座っていたら、そばにいた男の方が急に話し出して…その方の父親という方が亡くなってお葬式に行ってきたばかりなんだと。行って帰ってきたら、一週間で母親が今度自殺をしてしまったとおっしゃるんですね。私は父の看病など手伝っていましたが、亡くなられた、看病していた人が亡くなられていると、看病していた人の方が精神的に喪失感とか、それから今度は自分がそういう世話になるのかと。長年寝たきりのお父さんだったということで、とても精神的に持ちこたえるのが大変だったんだらうなという感じはしたんですけど、その時に私は何と言っていいかわからなくて、お父さんとお母さんをお呼びになったんですねって言ってあげるしかできなかったんです。やっぱり新潟かなんかの地方の方で、本当に仕事をしながら、その1週間の間にお父さんが死んで、お母さんも死んで大変だったというのがすごく。先ほど3世代同居だと自殺者が多いところと何か急に思い出して。東京でももちろんそうなんですけど、高齢者の方が自分でできることが一番のしあわせなんだという、自分のこととか、家のこととか、何でも自分にできるところがあるってのは、すごくしあわせなんだと。そのために、今できなくてもできるようにがんばろうという気持ちになれるとすごくいいなと思って、ちょっと健康日本21計画というのは、どういふものかと思って伺って

ました。

星：はい、ありがとうございます。基本的にそういった考え方も私は十分取り入れられているかなと思います。決して長生きだけの問題ではなくQOLつまり生活の質を高めながら、健康寿命を伸ばしていこう、寝たきりはできるだけ少なく、痴呆になる時期をできるだけ遅らせる、こういう考え方は十分反映されているというふうに思います。ありがとうございます。どうぞ、お願いします。

桜井：今、お話を聞いて考えていたことなんですけれども、2つのことがあるかなと思ったんですね。1つは、やはり行政ですとか、ケアサービスをする民間団体も含めて、サービスをするのが、してあげるのが、一番いいんだと思っているところはないだろうか。本来的には、ご本人が必要なことをサポートして、そして、ここは時間がかかっても私がやりたいんだっていうところは、やっぱり残すということが、要するに患者第一主義であり、住民主体ということですよ。ですので一つはサービスをする側、今まで提供者だった人たちが、そういうふうに考え方をきっちりシフトしているかどうかということが一つ。

それと後、この健康日本21の中では、一番大きなものは、先ほど星先生からも言われましたように住民参加…住民参加というのは単に加わるだけではなくて、住民参画、住民主体ということなんですね。ですので、今、フロアの中から褒めていただきましたように、そういった皆さんの意見をどんどん自治体の中のいろんな政策の中に言っていく、述べていく、皆さんは手足ではなくて、自分が主人公なんだ、町の計画の主人公は私なんだということで、こういうことがあったんですよ、こういうための支援が必要なんじゃないか、あるいは地域の中にこういったグループが必要なんじゃないかと、そういうことをやはり主張していくということは、非常に求められていて、それをより促そうとしているのが健康日本21だというふうにお考えいただければいいんじゃないかと思います。

星：ありがとうございます。もう少し時間があり

ますけど、会場の方でご意見とかご質問、いかがですか。手を挙げていただいている方、よろしくお願いします。

質問者5：星先生の蘇陽町についての講義を5年ほど前に受けたことがあるんですけども、蘇陽町の件は、老人の医療費の差、これが安くなるということで、桜井先生の中野島地区ですか、これと同じような効果があって、とても大変意欲的なんですけれども、ただ5年以上たって、蘇陽町を見本にしている自治体もたくさんあると思うんですが、そういった蘇陽町の取り組みがほかの自治体でおこなわれているようなデータがあるのか、またもし、そういった取り組みが根づいてないんだとすれば、それはどういった理由からなのか、その辺をちょっとお聞きしたいんですけど。

星：最後の質問、もう一度、おっしゃっていただけます？ 蘇陽町での活動がほかの町に何でしたっけ？

質問者5：蘇陽町の取り組みが大変意欲的なので、行政としてそういう取り組みがなされているところが、ほかにもたくさんあるのか。もし、そういった取り組みがなされていないような理由があるとすれば、どうして根づかないのか、ということです。

星：私たちが関わったのは蘇陽町。いくつか全国にありますけれども、私たちが知っている限りでも、全国にはつきり言って山のようにあります。同じような取り組みをしているところはたくさんあります。ただ、3300という視点で見ていると、まだ点かなと言ってもいいです。今、現時点でも僕は、全国の16の市町村とのこういったつき合いがありますし、協力しながら、新しい発想での情報を提供しながら、町とか住民に選んでもらう、そういうアプローチを取っていますけれども、先ほど紹介した三鷹のような事例についても、僕たちが知らないだけで、よく似た取り組みを既に開始している町も市も区もいっぱいあると思いますので、それは蘇陽町だけじゃないです。蘇陽町に僕たちが注目したのは、(どなたかがおっしゃいましたが)じゃあ、同じような形でほかの町で、新しい活動を展開していく時に、どういう条件、

どういふファクターであれば、再現性があるかというよな、蘇陽町で例えば12年かかりましたけれども、ある町でやられた時に、例えばそれが5年でできるために何が必要かということを読んできたつもりですけど、さっきも紹介しましたけど、それも住民のメリットを一番に位置付けて、関係者と足りないところの話し合いを何度かくり返しなが、政策・意思決定をしていく。そういうことをプロセスさえ大切にすれば、きつうまくいくんではないかと。その時々にはどのくらいうまくいったかについて、成果を確認していく。

本当のこと言うと、その成果を確認する時は、必ず終わった後、酒を飲む。これはエモーション・ネットワークというんですけども、同じ目の高さで人間同士として学べる関係をしっかり構築できないと、私が行って指導するよなやり方をしてほんどどうまくいかないことも分かってきましたけれども、やはり、そういう関係をつなげばうまくいくと思いますけど。そのノウハウについても、ある程度その本に書いてありますので、ごらんいただいて、その条件で展開してみたら、もし、うまくいかなかったら、その本を書き換えていただきたいというふうに思います。蘇陽町に限らずいっぱい、そういう町があることをご理解ください。よろしいでしょうか。

はい、それでは時間も残り少なくなってきましたけど、きょうの4人、私も含めて4人の方から一言ずつきょう学べたことも含めてお話しをいただいて終わりたいと思いますけれど、よろしいでしょうか。じゃあ、桜井さんの方から、1~2分。  
**桜井**：きょうは、私の健康寿命を延ばすための一こまといえますか、一つの場所であったと思います。やっぱり発表する場、活躍する場、役割がある。そして、こうやってみんなと一緒にまた一步、絆が深まっていってましたね。いろんな意味でのつながりができる、ネットワークができる、それを大切に私はこれから生きていきたいと思っています。ありがとうございました。

**藤原**：健康状態に地域格差があるというよな、きょうのメインテーマだったと思うんですけど、私もいろんな自治体、あるいは地域と関ら

せていただいてまして、よく実感しますのは、桜井先生からの発言でも出ていましたが、いかにその町を愛せるか、その町に住んでよかったかということ、その一言に尽きると思うんですね。

それから、都市部の宿命としまして、職・住がほとんどの方が乖離されていると思います。ですから、例えばこういう健康づくりのプログラム展開するにしても、サラリーマンの方のほとんどは、そういう活動やっていることすらも知らないでしょうし、やはり、そういうのに積極的に携わるのは、主婦層であったりとか、高齢者層ということになってしまうわけです。先ほどのquality of lifeとか、生活機能の低下というよなことで、実のところ、落ち出してしまると、地域でいろんなプログラムを組んでもなかなか戻れないのは実状です。でもあんまりそう言うと夢がなくなりますので、我々も言いませんが、ですからできるだけ準備の段階、予防の段階、水際の段階で、つまり第二の人生で、生活機能を維持し続けられるよなライフスタイルを身につけていくということが、地域レベルで本当に、これはもう地域を愛するということでも重要になってくると思います。ですから、高齢期になる前に、10年前から予防していきましようということが大事なと思っております。以上です。

**谷口**：私、現在、杉並区の職員として行政に携わっているわけです。それで今回のよな健康日本21ができたということで、杉並区版の健康日本21をどうやって実施していくかという、計画するメンバーに加わって、ちょっと前から活動しているところなんですけれども、行政の方だけじゃなくて…きょう、行政の方だけじゃない人もいますんで、実際のことを申し上げますと、何かを目標にするためには、まず、これ、この前に会議で私が言ったんですけども、例えば服を選ぶ時には、まず自分のサイズがわからなければ服は選べないし、できればオーダーしてもらうのが一番いいです。でも今の行政のやり方というのは、自分のサイズもわからない。既製服がいっぱい並んでいるのを、あれがいいかな、これがいいかなと人を選んでもらって着るのが行政の計画じゃないか

など。それではいけないです。まして、四季がある。夏がある、冬がある、秋がある、この時に着替えられるような余裕を持ったやり方をしなきゃいけないんじゃないかと、ちょっと漠然とした言い方ですけど、この健康日本21の計画をつくるにあたっては、そういう方向性で行かなくては実るものにならないんじゃないかという発言をしたんですけれども。

まずやらなければならないことは、自分たちのサイズはどんなものか。きょうは、平均寿命ということを健康指標の一つとして、お話ししましたが、これは、これだけに限るということではなくて、この平均寿命を見ることだけで、これぐらいのことは分かってくるという意味で、特にこれを取り上げさせていただいたわけなんですけど、ほかにもいろいろ指標がございます。

今、私は役所の方では生活衛生課というところで食品衛生にも関わっているんですけれども、もしかしたら、食べ物というのも非常に重要な役割を担っております。毎日摂取するものです。そうしたら、この食べ物についても、どうしたら、地域の方たち、住民の方たちが安心したものを毎日食べることができるか、それを一つ健康の目標にしておいて皆さんが取り組むということも、重要なファクターになると思っております。役所は住民の方たちが、住民の方たちの立場で考え出したことをいかに実現していけるか、その器つくりなり、バックアップをしていくというのが、本来の仕事だと思っておりますけれども、実際申しますと、なかなか今までのやってきたやり方、基本案をつくって、それをある団体にはかって、これで報告書にして終わりというふうになってることが多くて、今回は是非そうならないでほしいなと思っております。微力ですが、これからその方向でがんばっていきたいと思っておりますので、またよろしくお願ひします。

星：私は実際20年前に東京都の衛生局に勤めました。その頃から実は23区の平均寿命は今と全く同じ状況でした。私は学会にそれを報告しようと思ったら、課長にだめだって言われました。下町の土地の値段が下がるからというのが理由でしたけ

ど、本当は、こんなのが都議会で議題になると私は答弁するのが嫌だとかいうのが本音のようでした。私はこういうことをオープンにできる大学に来て、とても自分はうれしく思っています。

もう一点は、もし足立区が、杉並区並に平均寿命が伸びたと仮定するならば、足立区には1年間でおよそ2千億円の年金がもらえるはずなのに、国に返しているという現実です。この情報をきくと足立区民に提供し、足立区は実は10数年も前から自主グループを地域でうんと展開してきました。一番最初ががんばったのは、あそこに座っているおそばやさんの人ですけれども、今、それが全国的に広がりました。それだけの効果だと思いませんが、確実に、ガン検診センターをつくった荒川区を追い抜き、私が勤めた葛飾区を追い抜き、今そこを追い抜いた事実は認められるべきではないでしょうか。

きょう、実はそういうことを学ぶために、韓国の延世大学の人たちと韓国の厚生省の人たちが上に来て、この話を聞いていらっしゃると思いますので、改めてご紹介したいと思っておりますけど、是非こういった足立区の活動を韓国の人たちも学びに来ているという事実を押しえていただきたいと思っておりますし、ほかの区でもほかの市町村でもこういった歩調をとっていただけたらと思っております。もし、それならばとった時にどのぐらい効果があったかということのを是非データとして打ち出してもらいたいというふうに思っています。私は、これ、終始一貫して、医療の役割が極めて小さいという話を申し上げましたが、自分の主治医というのは絶対に重要なので、血圧が高いという方もここにいらっしゃるはずですが、是非お願ひしたいのは、自分の本当に信頼できる主治医、これは是非、続けていただきたいと思っております。

最後になりますけど、総長に最後までここにいただいたことに私は心から感謝申し上げます。本当に都市研究所というか、総合的な健康の問題を解決するのは重要なんだということをきょう確認できたなら、こんなにうれしいことはありません。それから、フロアの方からも様々な形で新しい問題提起をいただいたことも、とても感謝申

上げたいというふうに思います。時間をちょっとオーバーしましたが、これでパネル・ディスカッションは終わりにいたします。

## 8. 閉会あいさつ

羽 貝 正 美

講師の皆様、本当にきょうはありがとうございました。現在の日本、あるいは世界の状況と言ってもいいかと思いますが、少子化という現象に高齢化という現象が加速しながら、つながっているというふうに説明できるかと思います。私自身、きょう、いろいろご講演を伺ってまして、都市の生活、住民にとって非常に健康ということが、ますますやっぱり重要になってきているということを改めて確認できたように思います。しかしながら、この問題は一人一人個人的な問題というよりは…一人、もちろん個人が大事です。しかし、それ以上に地域社会にとって、あるいは自治体にと

って、あるいはまた国にとって、それぞれ極めて重要で、それぞれというよりは、むしろその連携が壊れている問題かというふうに改めて感じた次第です。本日も講演並びにフロアの方からいただいたご意見、またその討論がこのテーマに改めて迫るという非常に大きな機会を、重要な機会を提供していただいているんじゃないかと感じました。また様々な重要な情報を私たちは得ることができたと思います。

改めて本日の講師の先生方にお礼申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。また、長い時間ご参加いただきました皆様方には、きょう、こうしてご参加いただいたことを、改めて心よりお礼申し上げます。本日はこれにて講演会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(了)