

(9) ホームレスも高齢化、60歳以上で増加傾向

平成24（2012）年のホームレスの年齢構成を19（2007）年と比較すると、平均年齢は59.3歳で前回より1.8歳上昇した。年齢分布をみても60歳以上が全体の半分以上（55.2%）を占めており、このうち60～69歳は42.3%で前回より7.5ポイント増加、70歳以上は12.9%で前回より5.5ポイント増加しており、ホームレスの高齢化が進んでいる（図1-2-2-15）。

3 高齢者の健康・福祉

(1) 高齢者の健康

ア 高齢者の半数近くが何らかの自覚症状を訴えているが、日常生活に影響がある人は5分の1程度

65歳以上の高齢者の健康状態についてみると、平成22（2010）年における有訴者率（人口1,000人当たりの「ここ数日、病気やけが等で自覚症状のある者（入院者を除く）」の数）は471.1と半数近くの人が何らかの自覚症状を訴えている。

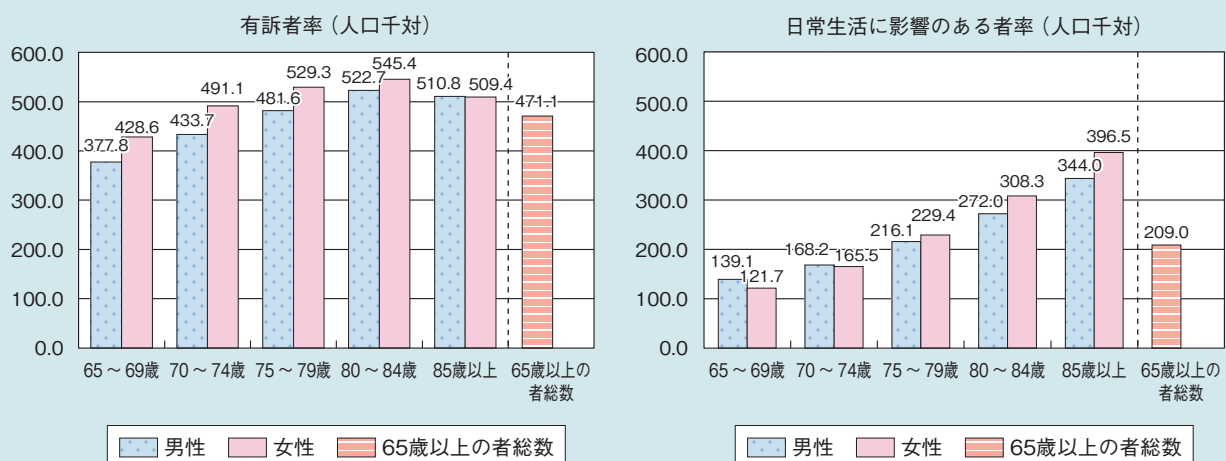
一方、65歳以上の高齢者の日常生活に影響

のある者率（人口1,000人当たりの「現在、健康上の問題で、日常生活動作、外出、仕事、家事、学業、運動等に影響のある者（入院者を除く）」の数）は、22（2010）年において209.0と、有訴者率と比べると半分以下になっている。これを年齢階級別、男女別にみると、年齢層が高いほど上昇し、また、70歳代後半以降の年齢層において女性が男性を上回っている（図1-2-3-1）。

この日常生活への影響を内容別にみると、高齢者では、「日常生活動作」（起床、衣服着脱、食事、入浴など）が人口1,000人当たり100.6、「外出」が同90.5と高くなっており、次いで「仕事・家事・学業」が同79.6、「運動（スポーツを含む）」が同64.5となっている（図1-2-3-2）。

また、現在の健康状態に関する意識を年齢階級別にみてみると、高齢になるにしたがって、健康状態が「よい」、「まあよい」とする人の割合が下がり、「よくない」、「あまりよくない」とする人の割合が上がる傾向にある（図1-2-3-3）。

図1-2-3-1 65歳以上の高齢者の有訴者率及び日常生活に影響のある者率（人口千対）



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成22年)

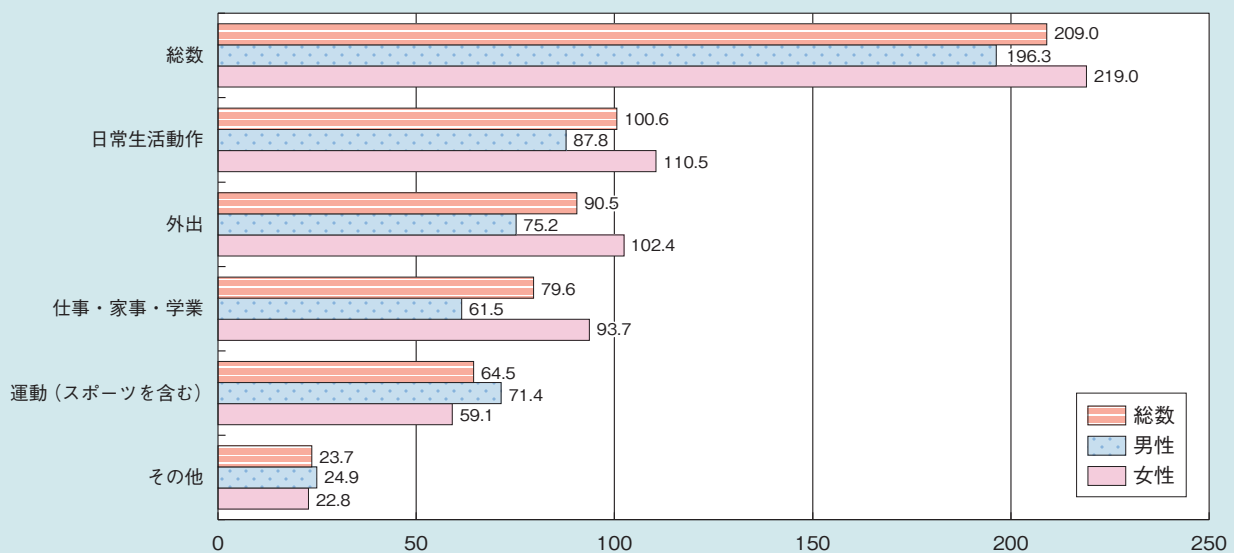
イ 健康寿命が伸びているが、平均寿命に比べて伸びが小さい

日常生活に制限のない期間（健康寿命）は、平成22（2010）年時点で男性が70.42年、女性が73.62年となっており、それぞれ13（2001）年と比べて伸びている。しかし、13（2001）年から22（2010）年までの健康寿命の伸び（男性1.02年、女性0.97年）は、同期間における平

均寿命の伸び（男性1.57年、女性1.46年）と比べて小さくなっており、22（2010）年における平均寿命と健康寿命の差は男女とも13（2001）年と比べて広がった（図1-2-3-4）。

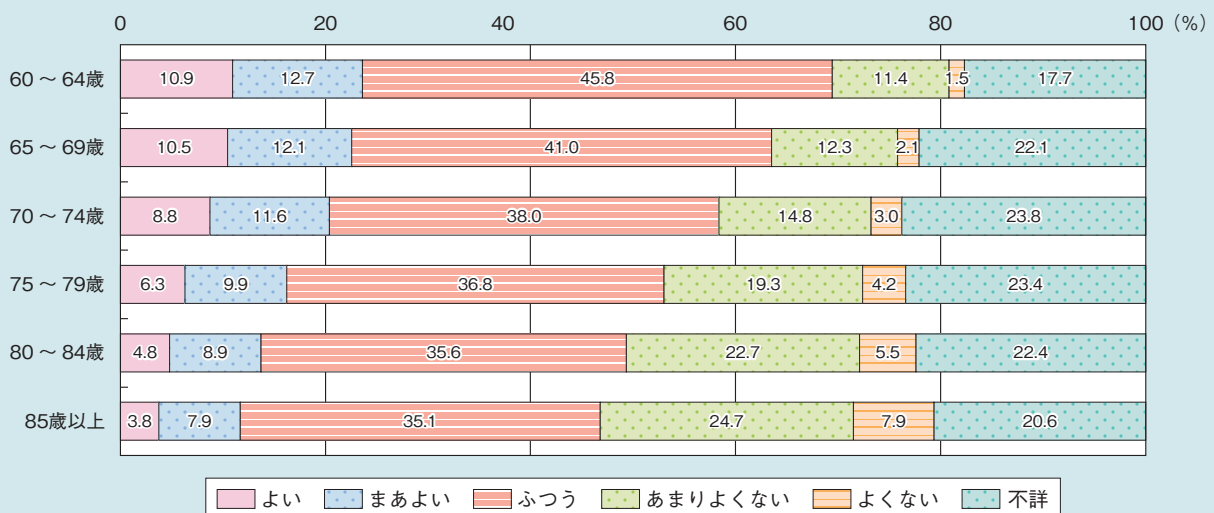
また、健康についての高齢者の意識を、韓国、アメリカ、ドイツ及びスウェーデンの4カ国と比較してみると、60歳以上で「健康である」と考えている人の割合は、日本は65.4%で

図1-2-3-2 65歳以上の高齢者の日常生活に影響のある者率（複数回答）（人口千対）



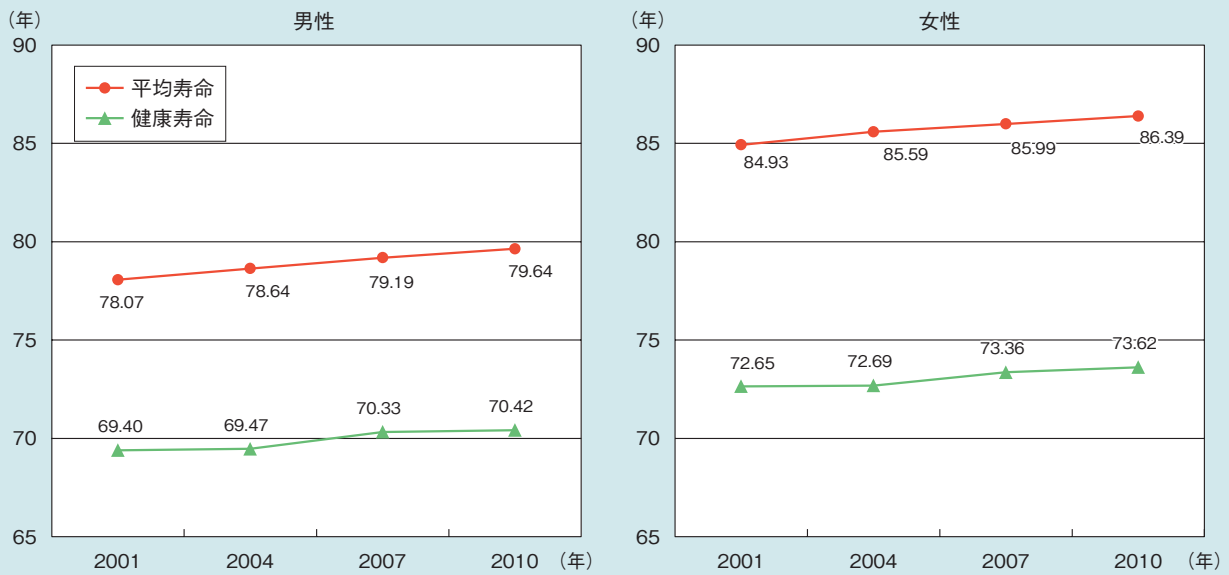
資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成22年）

図1-2-3-3 健康状態に関する意識



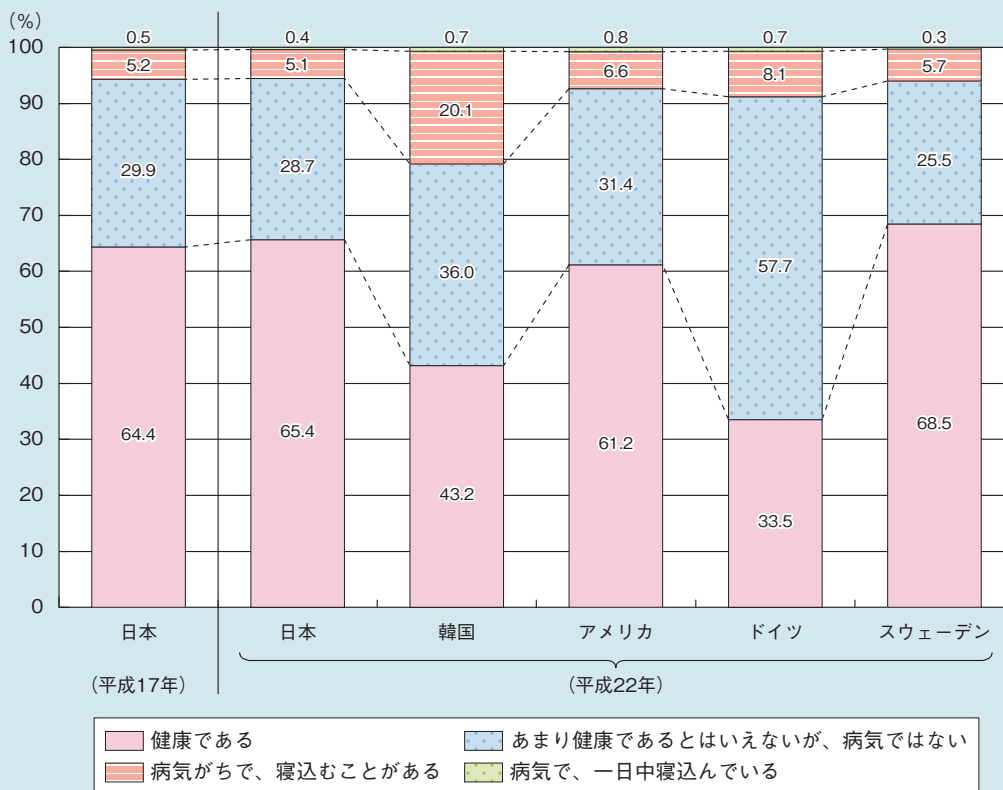
資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成22年）

図1-2-3-4 健康寿命と平均寿命の推移



資料：健康寿命は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」
 平均寿命は厚生労働省「簡易生命表」
 (注) 日常生活に制限のない期間が「健康寿命」、0歳の平均余命が「平均寿命」である。

図1-2-3-5 健康についての意識（国際比較）



資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(平成17年・平成22年)
 (注) 対象は、60歳以上の男女

スウェーデン（68.5％）に次いで高い結果となっており、以下、アメリカ（61.2％）、韓国（43.2％）、ドイツ（33.5％）の順となっている（図1-2-3-5）。

ウ 高齢者の受療率は他の年代より高く、国際的にみても高齢者が医療サービスを利用する頻度は高い

65歳以上の受療率（高齢者人口10万人当たりの推計患者数の割合）は、平成20（2008）年において、入院が3,301、外来が10,904となっており、他の年齢階級に比べて高い水準にある

が、近年は減少傾向である（図1-2-3-6）。

65歳以上の高齢者の受療率が高い主な傷病をみると、入院では、「脳血管疾患」（男性555、女性653）、「悪性新生物（がん）」（男性473、女性236）となっている。外来では、「高血圧性疾患」（男性1,293、女性1,706）、「脊柱障害」（男性1,125、女性1,126）となっている（表1-2-3-7）。

高齢者の死因となった疾病をみると、死亡率（高齢者人口10万人当たりに対する死亡者数の割合）は、平成22（2010）年において、「悪性新生物（がん）」が967.5と最も高く、次いで「心疾患」576.8、「肺炎」391.2の順になってお

図1-2-3-6 年齢階級別にみた受療率の推移

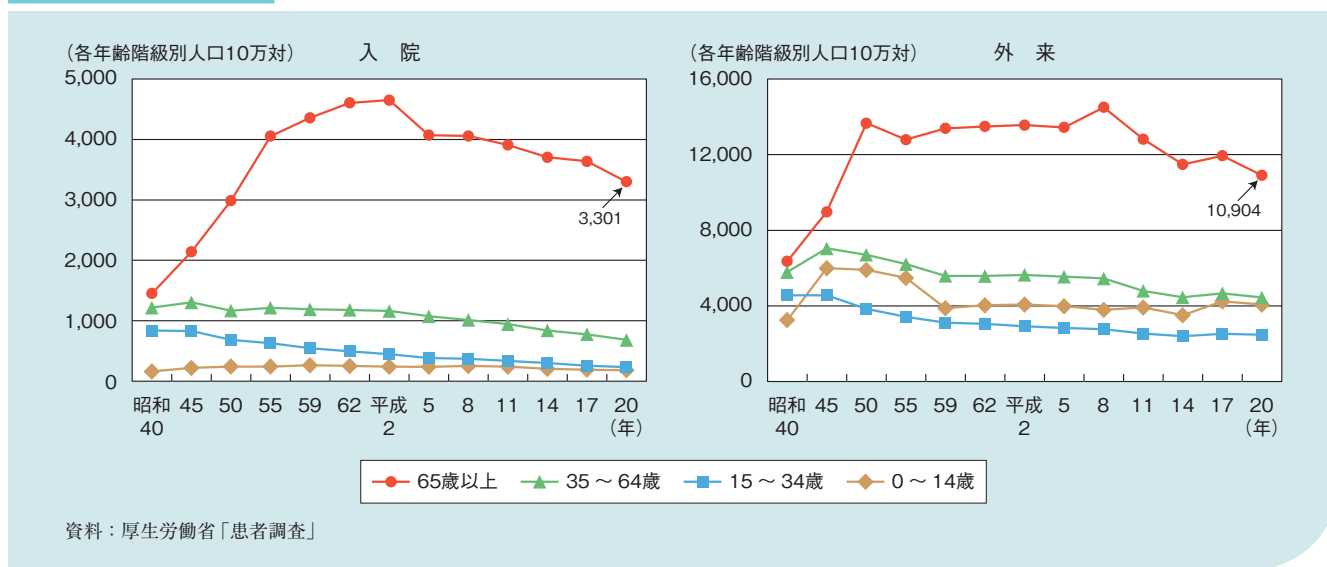


表1-2-3-7 主な傷病別にみた受療率（人口10万対）

		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	3,186	1,865	2,526	4,630	3,387	1,291	1,924	5,120
	悪性新生物	473	337	458	588	236	170	203	286
	高血圧性疾患	15	5	6	28	39	4	8	71
	心疾患(高血圧性のものを除く)	164	76	118	261	184	36	60	317
	脳血管疾患	555	250	396	893	653	130	252	1,103
外来	総数	10,484	8,031	10,826	12,156	11,218	9,024	12,001	11,981
	悪性新生物	484	340	493	589	234	227	254	228
	高血圧性疾患	1,293	956	1,287	1,556	1,706	1,101	1,562	2,080
	心疾患(高血圧性のものを除く)	406	245	368	555	316	144	237	439
	脳血管疾患	376	218	346	517	315	129	248	440
	脊柱障害	1,125	677	1,162	1,445	1,126	775	1,272	1,238

資料：厚生労働省「患者調査」（平成20年）より作成

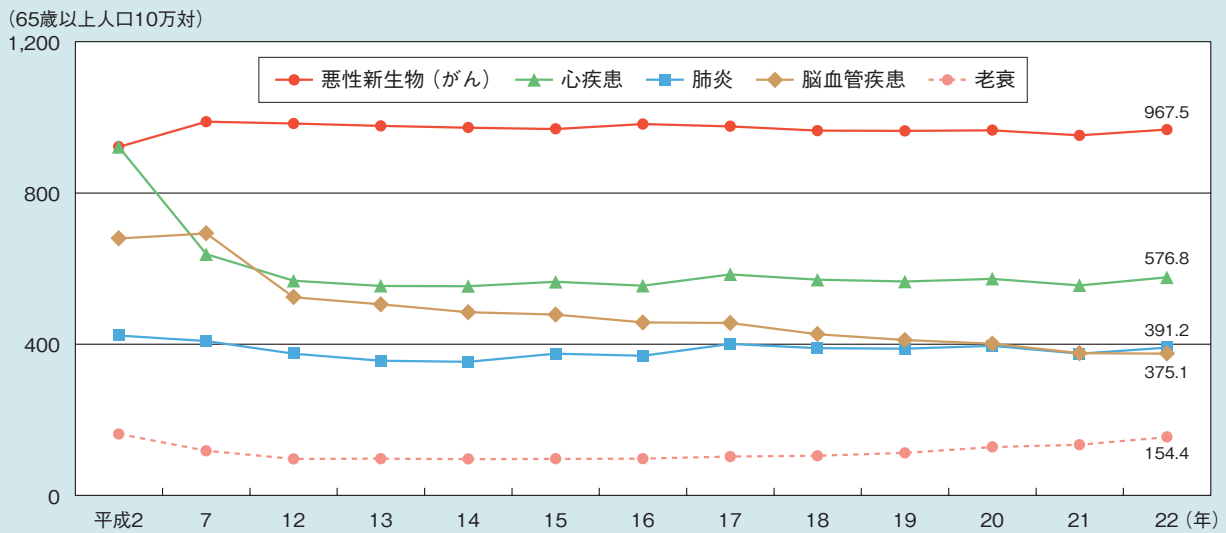
り、これら3つの疾病で高齢者の死因の約6割を占めている（図1-2-3-8）。

国民の死亡場所の構成割合の推移をみると、昭和26（1951）年の時点では「自宅」が82.5%を占めていたが、平成22（2010）年には「病院」が77.9%を占め、「自宅」は12.6%にまで

低下している（図1-2-3-9）。

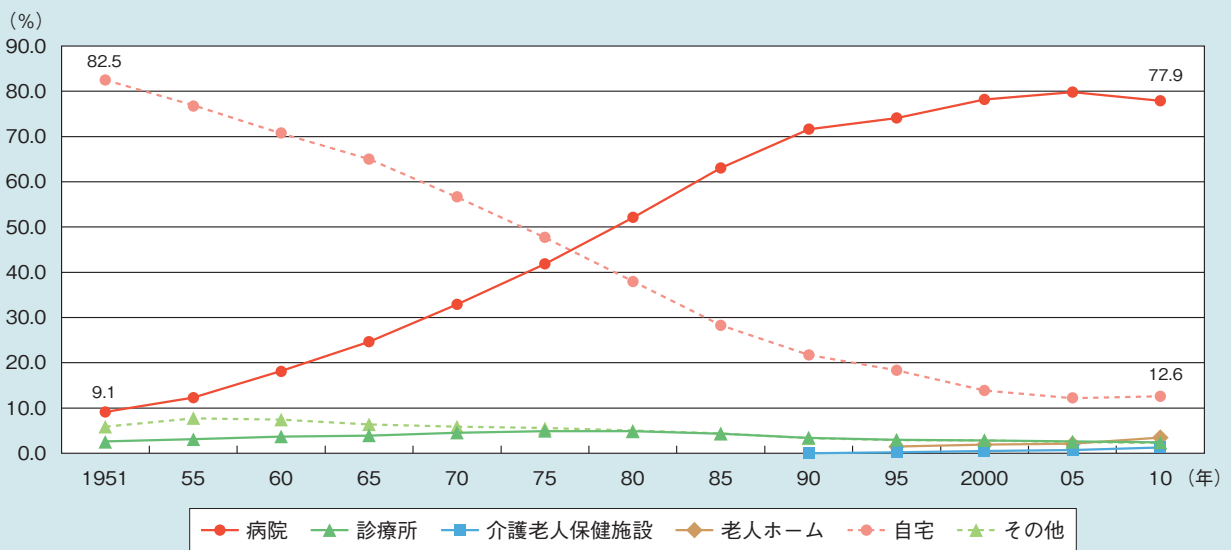
60歳以上の医療サービスの利用状況について、韓国、アメリカ、ドイツ及びスウェーデンの4か国と比較すると、日本は「ほぼ毎日」から「月に1回くらい」までの割合の合計が61.6%で最も高くなっている（図1-2-3-10）。

図1-2-3-8 65歳以上の高齢者の主な死因別死亡率の推移



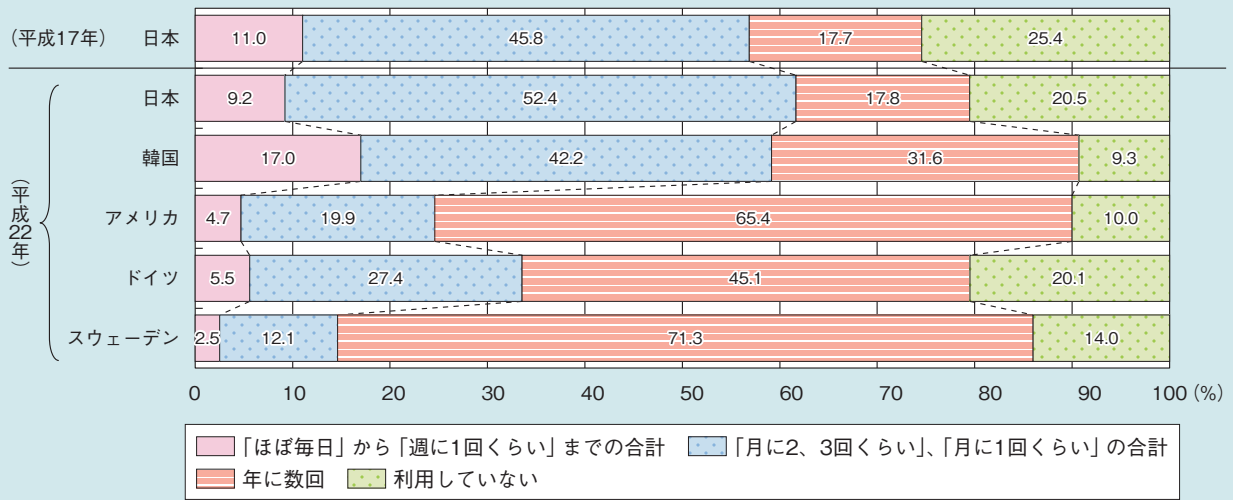
資料：厚生労働省「人口動態統計」
 ※心疾患においては、平成7年1月から死亡診断書に「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないください。」という注意書きが追加された影響で、平成2～7年間で大きく減少している。

図1-2-3-9 死亡場所の構成割合の推移



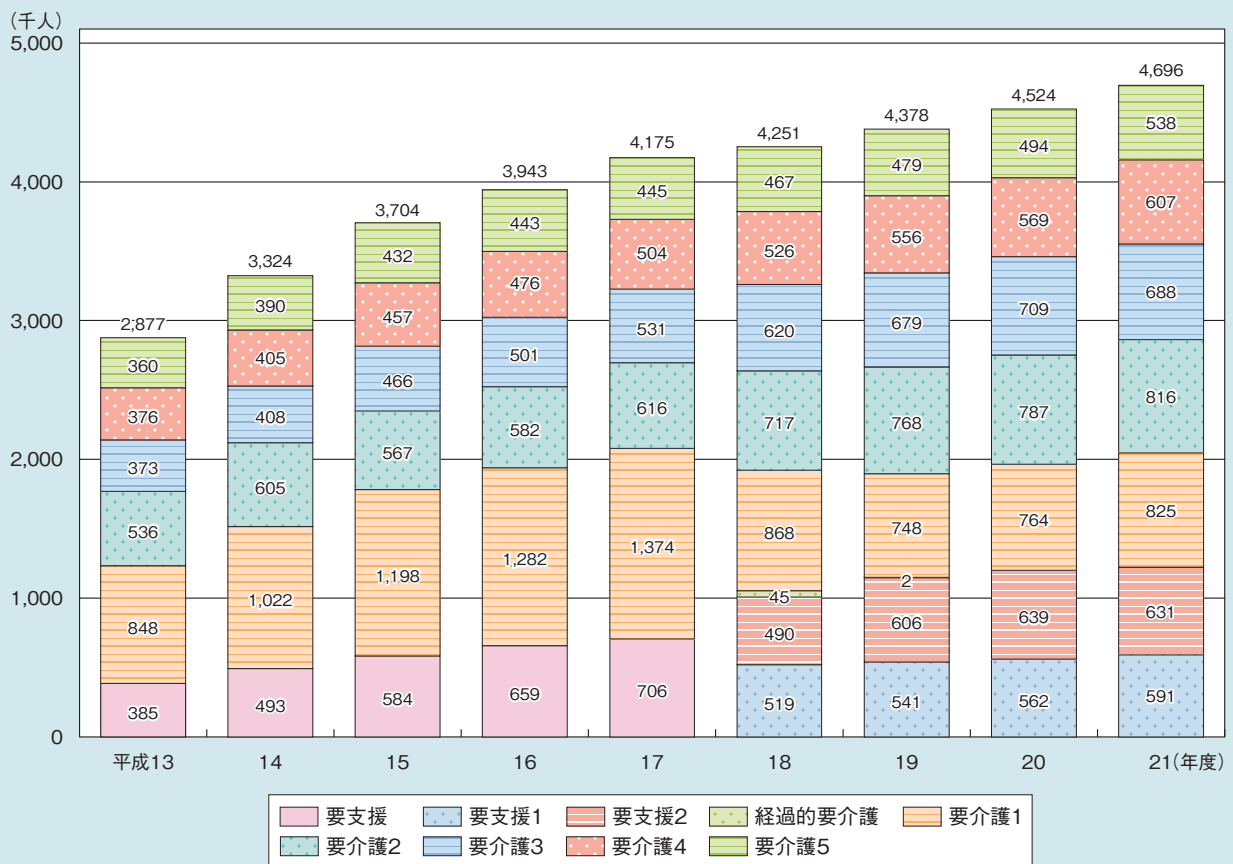
資料：厚生労働省「人口動態統計」
 (注) 1990年までは、老人ホームでの死亡は自宅又はその他に含まれている。

図1-2-3-10 医療サービスの利用状況（国際比較）



資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成17年・平成22年）
 (注) 対象は、60歳以上の男女

図1-2-3-11 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) 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。