

『ジェロントロジー（老年学）と地域社会』

— J A 共済総研セミナー（2010年3月12日開催）報告 —

去る3月12日「J A 共済総研セミナー」が開催された。東京大学高齢社会総合研究機構教授で、元厚生労働事務次官の辻哲夫氏に『ジェロントロジー（老年学）と地域社会』と題してご講演をいただいた。以下に講演要旨をご紹介します（なお、今夏発行の当研究所機関誌『共済総合研究』第58号において、講演録を全文掲載する予定）。

1. 長寿社会、高齢社会の到来

日本の高齢化の特徴は、ヨーロッパ諸国と比較して非常に速いということです。また長寿・高齢社会については、未だ対応するシステムもありません。

高齢化には、寿命が延びて長生きするから高齢者の割合が増えていくことと、子どもの人口が減少して高齢化がすすむという2つの要素があります。今後約20年間、お年寄りがいかに安心して暮らせるかという政策と併せて少子化対策を行う必要があります。

2. 老年学（ジェロントロジー）の体系

「ジェロントロジー」とは、個人の寿命が延び、社会の高齢化率が上がっていくという現象がいかにあるべきか、というアメリカで始まった学問です。「ジェロン」は老人、「ロジー」は学問という意味で、「老年学」と意識されています。

ジェロントロジーの系譜については、生命はどのぐらいまで生きられるのか、どうしたら長生きできるのかということで、まず生理学、医療の周辺から始まりました。

次にアクティブ・エイジングやアンチ・エイジング、要するに元気に過ごせるなら年を取るのは怖くないということで、生命から生活の質にシフトしていきます。さらに介護、



社会、文化、労働、経済など、学際的な広がりを見せました。

3. 東京大学 高齢社会総合研究機構における研究の取り組み

アメリカのミシガン大学で勉強した秋山弘子先生が、東京大学にジェロントロジー研究のセンターを作ってアジアの拠点にしようと考えました。3年間の準備期間を経て、2009年4月に高齢社会総合研究機構が立ち上がりました。

高齢社会総合研究機構には学部横断の運営委員会があり、ほぼ全学部の高齢化に関わる先生がジェロントロジーを研究します。また各学部で通年授業を始めています。

企業が社会全体の老いにどう対応するかについては、日本の大手企業30数社とコンソーシアムを組んで共同研究しています。また国

際的な学会やイベントも開催しています。

ここでは課題解決型の研究をすること、すなわち“aging in place”住み慣れた地域に住み続けて、終の棲家の地域となる。それが高齢社会の生活の質だろうという考え方にもとづき、社会実験や提案を行っていかうとしています。

4. 超高齢社会の姿

特に危機意識を持つのは、後期高齢者は将来都市部で激増することです。都市部は地価が高く、かつ団塊の世代が青年期に移動してきた町が本格的に老いるわけです。

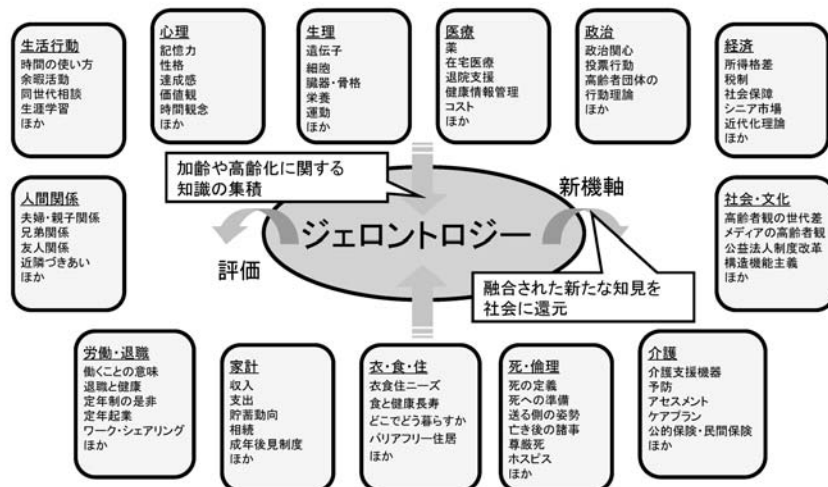
また、人間は本来家で生まれて死にます。終戦直後は病院で亡くなるのは1割強でしたが、昭和50年頃に在宅死亡率を上回り、現在は8割超です。高齢社会は多死社会ともいいます。医療の基本的な論理は、死と向き合い闘うことです。死なない医療というのが病院医療です。しかしそれだけの死亡数を支える

ベッドはあるのか、それ以前に当のご本人は幸せなんでしょうか。超高齢社会における医療のあり方も問われています。さらに後期高齢者が増えれば、必然的に認知症の人も増えます。

日本はヨーロッパに比べて子ども世代との同居が多いですが、それでも2025年にはたった3割まで減少します。高齢者の単独ないしは夫婦のみの世帯で、認知症が増える。これにどう対応するのか、相応な発想転換が必要です。

これらは栄養水準の高まりや感染性疾患の減少、様々な医療技術の進展によって寿命が延びたこと、医療保険、社会保障制度が整備されたことなど日本の経済発展がもたらした成果です。しかし一方で年代を問わず、年を取るのが怖い、弱ったときのことを考えるのは気が重いという心理があります。実際、親が弱ると子どもたちの生活も激変するという問題もあります。では日本の経済発展とはい

ジェロントロジーが関連する多彩な領域



ジェロントロジー(老年学)の定義: 医学、生物学、心理学、社会学、法学、経済学、工学などを総合して加齢現象や老化にかかわる諸問題の解決を探索する学際的な学問分野

ったい何だったのでしょうか？今、そのことが問われている社会がきています。

5. 高齢期と自立

秋山先生は日本のコホート研究を20年ほどしています。高齢者の自立度については以下のデータをまとめました。男性では約1割が90歳まで若者に近い自立を維持し、2割は60歳代から急激に自立度が低下します。7割は70歳代中盤から虚弱になり、自立度が落ちて死に向かっています。一方女性は統計的に男性より生活習慣病が少ないので、急激に落ち込む人が1割、9割は骨粗しょう症のように足腰から弱るといった特徴があり、徐々に弱って死に向かっている、というものです。

人間はピンピンコロリと逝くのが理想といわれていますが、100歳の方でも最期は虚弱の期間を経て亡くなります。それが現代社会の私たちの生、そして死なのです。

私は約20年前に聞いた水野肇先生（医事評論家）の講演が忘れられません。癌の末期で余命いくばくもない方が、ある朝すばらしい俳句ができた、うれしくて、心が躍ってたまらないと言った。これを健康と言わずして何を健康と言うか、と。

精神が充実していることが幸せで、体が弱っていくのは宿命です。弱って役に立たない人はおしまいと言われたら、あまりにも悲しいことです。生活の質を確保できる社会であることが、経済発展した社会に問われていることだ、と思うようになりました。

戦略となる政策は予防です。生活習慣病は予防できます。そして要介護状態になるのを極力遅らせるための介護予防です。この2つを今後本気でやる必要があります。

20世紀は治療の時代であったかもしれませんが。しかし21世紀は、できるだけ虚弱にならないように予防することが非常に重要な位置付けになります。

6. 予防政策と地域社会

(1) 生活習慣病予防対策と介護予防対策

癌以外に死因の多くを占めるのは心臓病と脳卒中ですが、それらの原因は生活習慣病です。また肺癌・喉頭癌はタバコを止めれば相当防げますが、それだけでは予防とはいえません。胃癌などは早期発見と早期治療で非常に助かるようになりました。

生活習慣病は、肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症など、生活習慣に起因する病気の総称です。昔は高血圧には塩分、糖尿病はカロリーを抑える対策を行いました。現在はこの病気に共通の因子があるということがわかったので、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）と整理されました。血管が老いないように予防をすれば、血管内の代謝が促進され、生活の質が落ちるのを防ぐことができます。

入院でお金がかかり、要介護状態で不自由な生活を送るのを予防するのが、本当のヒューマニズムだと思います。高脂血症、高血糖を抑える薬はあるけれども、代謝の不調を直す薬はありません。これを直すには「1に運動、2に食事」です。治療という学問は、薬を処方するけれども、予防という学問は、薬だけではなく、運動と食事でも処方することで効果があるとしています。私はこれを「世紀の新薬」だと言っています。

例えば長野では、減塩食をすすめ、急に部屋を冷やさないようにする予防政策をとった

結果、かつて脳卒中発症率で国内トップクラスを争っていたのを、平均値まで落としました。

(2) ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチ

ハイリスク・アプローチとは特定検診・特定保健指導のことです。昔は検診するだけで終わっていました。そこで不調が起り始めているハイリスクの人を発見し、保健師さんが保健指導をするのです。

またポピュレーション・アプローチとは地域啓発です。要するに地域全体を変えてゆく、あるいは食育全体の考え方を改めてゆくことです。この典型例といえる活動を行っているのは、全国出荷量一番の野菜を作っている千葉県のある市です。農政の戦略に生活習慣病予防をパッケージにして市民運動を展開しました。単に行動抑制をしたり危機意識を煽るのではなく、みんなが楽しみながら健康づくりに取り組める環境が生活習慣病予防には必要です。

また介護予防においてもポピュレーション・アプローチは大切です。

私が20年前に老人福祉課長をやっていた時、多くの特別養護老人ホーム（特養）を見学させていただきました。そこでは高齢者のほとんどが寝ていました。だから死ぬ前は寝たきりになると思っていました。ところがリハビリを行い、常に体を動かしていれば寝たきりを予防できることがわかりました。弱っても人と会うことができ、したいことがあれば幸せです。また、高齢者は日常の食事がおそろかになり、貧栄養になる傾向があります。それが体力の低下を招きます。そこで高齢者がいかにバランスの良い食事を摂取し、外出

できる環境を整備するかという介護予防政策も、まさしくポピュレーション・アプローチです。

7. 地域包括ケアシステムと地域社会

(1) 介護政策の考え方の変遷

介護政策の考え方は大きく変遷してきました。かつては特養の6人部屋でみんな寝ていました。集団処遇すれば食事も一挙にでき、少ない職員でケアができる、と言っていたら、入居者はどんどん弱っていきました。そして職員の達成感もない。そこでユニットケアという新しい処遇法が確立しました。特養で50人を10人単位ぐらいのユニットに分けて、全部個室にして、ユニットごとに茶の間のような共同空間を作り、顔なじみの職員を配置するというものです。ユニットごとに食事する時、人と会いたい時には出かけるという環境を作りました。するとユニットケアの人たちは、6人部屋と比較して歩く歩数も会話数も自立度もすべて高かった。それまでのライフスタイルを切らずに続けられるようにするのが、唯一のケアシステムだったわけです。

認知症についても、かつて施設には回廊式と呼ばれる閉鎖型の廊下がありました。歩き回れば疲れるので徘徊も減るだろう、という発想では問題は解決しませんでした。ところが宅老所という、7～8人単位の老人下宿を作ってみた。個室と茶の間が用意された環境に認知症の人を置いたら、問題行動は減ったのです。

高齢者本位のケアを行うことが、お年寄りの自立を一番維持できるのです。例えばデイサービスを利用してもらい、弱ってきたらヘルパーが家に通い、さらに症状が悪化してき

たらショートステイで預かる。認知症が重い時にはグループホームというように、地域の中に小規模で家庭的な環境を埋め込んで行くという政策に変わっているのです。

地域に小規模な宅老所があるとか、知的障がいのある人がグループホームに暮らし、地域で働いているようなところに行けば、必ず体でわかります。温かい風が吹いている。

私は最初、それが何なのかわかりませんでした。あえて言うと、ケアする側とケアされる側の助け合いがあるからなのです。みんなが絶対弱者として死んでいくような冷え冷えした社会では、経済は完成していないと思うのです。

(2) 医療の問題点と方向性

今の日本では医療必要度が高くなると病院に行かざるを得ません。病院の役割はその人の持っている回復力をできるだけ引き出し、生活の場に戻すことです。しかし、85歳を過ぎた老人の入院では、ほとんどの人が寝たきりになっています。その人らしい生活ができ

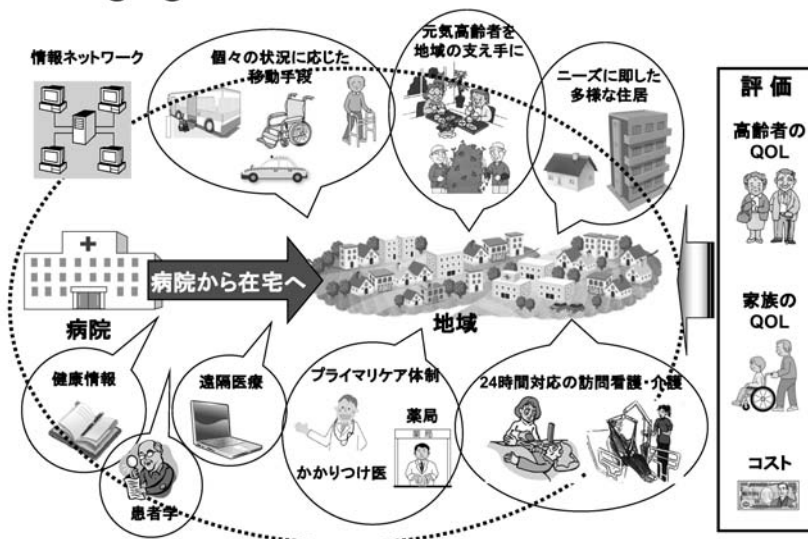
る環境を地域につくれても、現状において、在宅に医療が十分に及んでいません。要するに、医療を在宅に届けることができないのか、ということが今、問われているわけです。

在宅に医療が及ぶためには、病院にバックアップ病床が必要です。悪くなったときに受け入れてくれる病床がなければがんばれません。次にケア付きで自分の生活ができる個室のある住まいです。一人暮らしや夫婦だけの世帯にそういう環境を提供し、看護師とヘルパー、ケアマネによる看護・介護が及ぶことです。そして重要なのは、家に来てくれる医師がいることです。この3本柱がないと、在宅医療は成立しません。そしてもし本人と家族が望むのであれば、看取りまでする体制が必要です。

(3) 看取りについて

「在宅医療で看取りを」というと、国が医療費を下げるためだろうといわれるのですが、とんでもない間違いです。多くの人はできることなら生活の場で死にたい、というデ

Aging in Place: コミュニティーで社会実験



一タがあります。しかし実際は無理と考えているようです。家族に迷惑をかけるから、医療上の不安があるから、というのが主な理由です。したがって前者はケアシステムが生活の場まで及ぶこと、後者には医師が来る体制を持つこと、この2つがあれば我々の願いは実現します。

在宅での看取りを多く経験した医師がいうには、在宅で亡くなる環境を整備すると、家族のきずなが深まり、地域もそれを理解し温かくなる。関わった人は多くのことを学ぶと言っています。死というのはそれぐらい厳かな最後の場面です。これをきちんと位置付けなければ、多死社会は殺伐たる社会になるかもしれません。

(4) 地域包括ケアシステムの構図

生活の場にいる人が、その生活の場で安心していられるように、訪問看護を含めた在宅サービス系のシステムが必要です。病院では朝から晩まで病人扱いです。しかし家にいる人は生活者です。痛い時は病人になりますが、痛みが取れば普通の生活です。弱った人間のための環境づくりにお金をかけるのはもったいない、という思想自体が古いのです。

そうなると、住宅政策との連携が必要です。認知症にグループホームは必要です。例えば、集合住宅の1階にグループホームを作り、バリアフリーにすれば、ここでがんばれる。必要な時には入院するけれども、戻ることができる。それではじめて終の棲家です。一戸建ての住宅であっても、拠点があればサービスが及ぶ。我々が作った棲家が、本当の終の棲家になることによって、価値があるわけです。

8. 東京大学 高齢社会総合研究機構の試み

(1) “Aging in Place” 2つの視点に基づく取り組み

“Aging in place” は、東京大学高齢社会総合研究機構における社会実験の課題です。65歳から85歳ぐらいまでの20年間、地域で元気に働けるところや、出かけたくなるところがある。車椅子以外の移動手段も必要になるでしょう。そしてバリアフリーの住宅がある。これが、できる限り自立度を維持し続ける社会の基本形です。

しかし、それでも虚弱になって最後は亡くなるという時のために、24時間対応の看護・介護、往診する医療、そして何でも診てくれる総合医、家庭医という在宅サービスのシステムを地域に埋め込みます。これが日本の課題に応える具体的なまちづくりのイメージだと思います。

(2) 在宅医療と農業を通した、高齢者の就労による政策パッケージの提案

東大はモデル地として千葉県柏市を選びました。柏市は高度成長時に人口移動した典型的なベッドタウンです。UR都市機構・豊四季台団地は、昭和39年に当時の日本住宅公団が開発した5,000世帯の大団地です。交通の便も良く、やがて団地周辺にも人が住み始めました。

現在この地域の高齢化率は35%を超えています。まだおそらく60歳代から70歳代前半の人々が中心で、本格的には老いていません。これから人口が高齢化していくこの地をプロジェクトのモデル地域にしようということです。「柏-東大モデルプロジェクト」のテーマは、住宅政策と連携した総合的な在宅医療福

祉システムを普及させ、最後までがんばれる安心のシステムを作ることです。元気であり続けるためのシステム、生きがい就労の場をいかに作るかが課題です。

豊四季台団地は建替えが進んでいます。高層化でエレベータ付きのバリアフリーに建替えていくのですが、URの再開発では、建替えた過程で特養、ショートステイ、グループホームを併設するのが普通になってきています。

しかし、最後まで安心できる生活の場であるためには医療が必要です。医療がなければ終の棲家になりません。そこで建替えの過程でできた空き地にクリニックを誘致して、バックアップ病院との連携、介護との連携、そして地域の開業医とのグループ化を進め、助け合いながら24時間の対応が可能なシステムを作る必要があります。

東京大学は、千葉県の医療再生計画で寄附講座をいただきました。一つはこのシステム

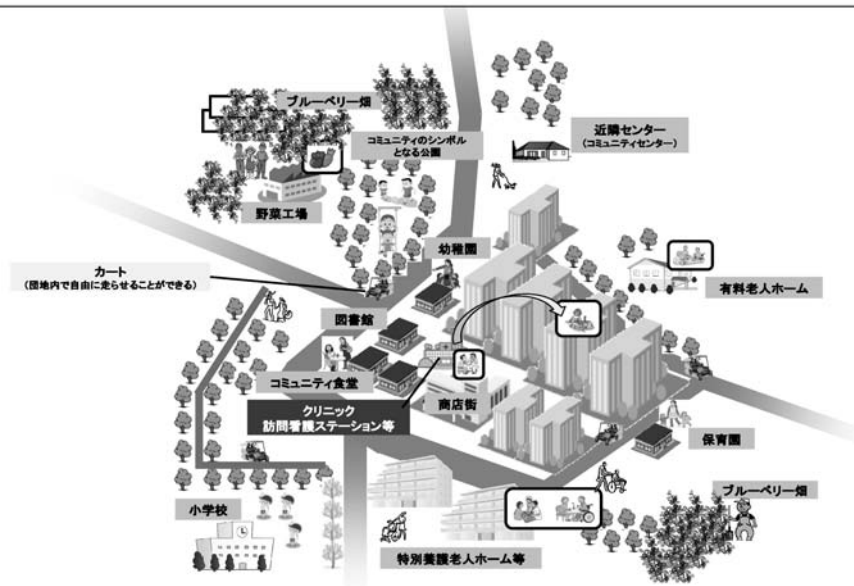
を作る必要があるのですが、同時にこのシステムを担える医師の育成にも取り組まなければなりません。そこで地域の開業医に研修事業を行うため、研修プログラムの開発を平成22年度から本格的に始めることにしました。

そして農業を基本に働く場をつくろうとしています。川のそばに休耕地があるので市民農園にし、団地の屋上を簡単な農園にしようという計画です。また団地の空き室で花のポット栽培をするのです。ここならば車椅子の人も働けます。

さらに食の拠点、コミュニティ食堂をつくることです。栄養を摂るだけでなく、人とのつながりが、働くこと、食べることを通してできる。「今週、誰々さんは1回も顔を見せないね。どうしたのだろう」と、一人暮らしの閉じこもりが見つかる。

大都市のベッドタウンにおける高齢化では、孤独死が激増する恐れがあります。その

超高齢化社会対応型のまちづくり: コンセプトマップ



ためにも昼に働く場が要るでしょう。それには農業が一番ではないかと思えます。自然というのは、毎日手をかけることで応えてくれます。さらに高齢者は年金を持っています。農業は彼らが年金+ α で働く場になる可能性もあります。

私は団地で聞き取りを行いました。完成当初に入った人は現在70歳ぐらいで、「何十倍というものすごい抽選に当たって、家内のうれしそうな顔が忘れられない」とおっしゃいました。ピカピカに光ったダイニングキッチン、テーブルでの食事は中堅サラリーマンのあこがれの的だったのです。それが今や「ひょっとして姥捨て山ではないか」と自嘲気味に言う人がいるような地域になりつつあるのです。もう一度、ここに住んでいてよかった、と思える安心の地にする必要があると考えます。

9. 日本社会の構造転換

(1) 地方を含めた政策の転換

地方で一人暮らしの方は、夏場は自分の田畑を耕し、冬場は地域の拠点の賃貸住宅に行く。だんだん弱るに従って、そこに住み続ける。都市で開発したシステムを地方にもこのような住み替えの形で適用できないかと、国土交通省などとも議論しています。日本人の新しい生活モデルをつくる必要があるのです。

(2) 経済と公的負担

昔は虚弱になると感染症や肺炎で亡くなったので要介護期間は短く、かつ介護者は若かった。ゆえに現代の介護問題を家族の責任とするのは、あまりにも厳しい考えです。我々は家族に代わる介護システムを作らない限り、安心して過ごせません。

しかし、そのためには負担が必要になります。高所得の高齢者は少数派であるために、

公的なセクターを通して、十分な介護サービス、在宅医療、住宅改造への投資が必要ですが、日本の国民負担率はあまりにも低い水準です。

(3) 価値観の転換

必要な負担をして、安心できる社会を作ろう。こういった発想に転換する必要があります。例えば弱った時に、本当にその人が幸せに、そして、ともに生きる我々が幸せになるために、お金を払うのは惜しくないという価値観を持つことです。高齢化に必要な負担、消費税を上げる必要もあるでしょう。それはきちんと安心できるシステムのために使い、賃金となって循環する方向に進めるための国民的合意が必要です。

国民の安心を生み出す仕事は、ある種の公共事業です。サービスを受けている人、そこに携わる人自身をやさしい豊かな気持ちにする。そういう公共事業を行えばよいのです。アジア諸国も我が国同様、都市部で急激に高齢化するという歴史を20~30年の時間差でたどります。その時日本はどのようなモデルを示しているのでしょうか。そのような歴史的意味も、これからの20年にはあると思えます。

農協は産業組合の時代から、人と人が地域でつながり、高利貸しや新しい産業資本から守ろうという営みだったと聞いています。都市も地方も、どんどん人と人の輪が縮んでいっています。しかし人々のつながりを通して、地域が温かくなっていくようなものとして農業の役割があるのではないのでしょうか。特に自然との調和です。農業は食糧自給など大変な任務を負っていますが、高齢化と農業というものを、都市をきっかけに考えていただけたらよいのではないかと、という印象を持ちました。

(文責・調査研究部)