



平成21年度 J A 共済総研セミナー 講演録

『ジェロントロジー（老年学）と地域社会』

東京大学高齢社会総合研究機構 教授 辻 哲夫

目次

1. はじめにー長寿社会・高齢社会の到来
2. ジェロントロジー（老年学）の体系
3. 東大高齢社会総合研究機構
4. 超高齢化社会の姿（後期高齢者の激増）
5. 高齢期と自立ー大部分の人は虚弱な期間を経て亡くなる
6. 目指す方向としての二つの視点
7. 東大高齢社会総合研究機構の試み（柏プロジェクト）
8. 都市の高齢化への対応を通じた高齢化政策におけるブレイクスルー
9. 日本社会の構造転換（経済と公的負担）
10. アジアのモデルに



〔本稿は、本年3月12日（金）に開催された「JA 共済総研セミナー」の講演録に基づきます。〕

1. はじめにー長寿社会・高齢社会の到来

ただいまご紹介いただきました、辻でございます。熊澤理事長からのご紹介でもありましたように、私は理事長に現職時代から大変、それも相当前から、ご指導いただいています。心から敬愛をしております。その理事長にこうしてお招きいただき、お話させていただくことをまずもって心から光栄に思います。

それから私は現職中も、厚生労働行政の立場からですけれども、農業関係者といろいろな形で接点を持っていました。そういうこと

で、これまで様々な観点から、いわゆる社会保障あるいは高齢化対応ということにつきまして、農業関係者がお心を砕いていらっしゃることも学んでまいりましたので、今日は少しでも何かお役に立てばということでお話をさせていただきたいと思います。

大きな話の流れとしては、世界に例を見ない高齢化がこれから進むのですが、これを本当に積極的に迎えていく必要がある。具体的には急速な都市の高齢化が進んでいくのです。しかし、その都市の高齢化への対応が、日本の高齢化への対応の基本的考え方を変革していく。そして、都市以外の地域にも大き

くそういう変革が及んでいくだろう。こういう形で、これから20年ぐらいの間、高齢化というものを軸足にして、都市、地方を問わず、大きな変革が起こるであろう。また起こらなければいけない。起こさなければいけない。こういう話をさせていただきたいと思います。

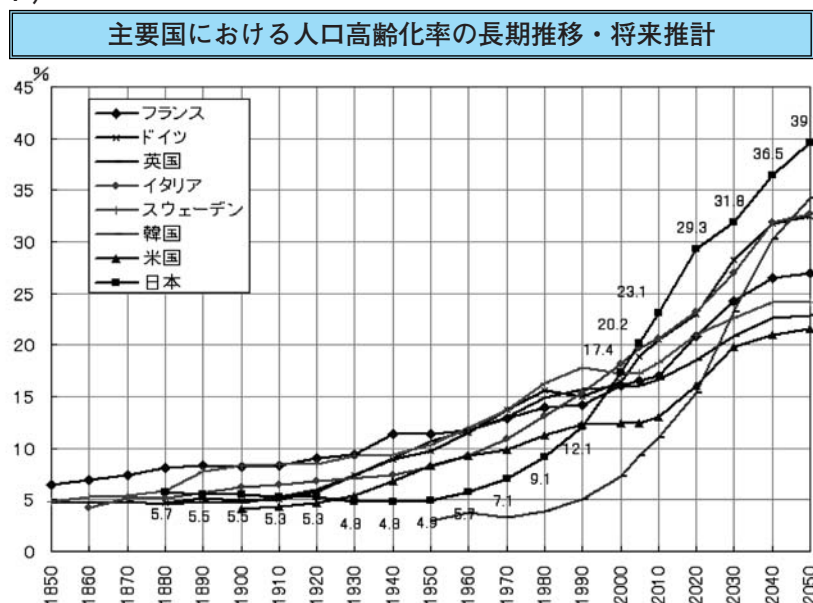
日本の高齢化は大変な勢いで進んでいます(図-1)。高齢化率というのは、総人口に対する65歳以上人口の比率ですが、現在、日本はすでに世界トップに躍り出ています。2000年ぐらいのところで、ごぼう抜きに各国を抜いてトップとなりました。日本の高齢化の特徴は、ものすごく速いということです。ヨーロッパ諸国は、従来から高齢化が進んでいますが、ゆっくり進んでいるのです。私が厚生省に入省した1971年頃は、言わば、高齢化率の低かった日本からヨーロッパの国々の様子を仰ぎ見るように語ったことを記憶しています。例えば、イギリスでは、公園のベンチに

お年寄りがいっぱい座っているらしいとか、今でいうデイサービスをやっているとか。仰ぎ見るようにヨーロッパを観察し、そして将来の日本の高齢化に備えるというようなことでやってまいりましたが、あっという間に2000年頃に追い抜かしまして、断然トップで上昇中です。

高齢化の代表格でよく言われているスウェーデンもゆっくりです。ドイツ、イタリアという旧枢軸国がかなり少子化が進んだために高齢化しているのですが、それらヨーロッパの国々をはるかに追い抜く。最後にお話しますけれども、東アジアの経済発展国ですね。あとから発展する経済発展国は、日本と同じ形で、あっという間に高齢化する。このように最初に急速に高齢化する日本がうまく乗り切れるかどうか、欧米やアジアの専門家は非常に関心を持って見ていると言われています。

その中で今日、特にお話したいのは、長寿

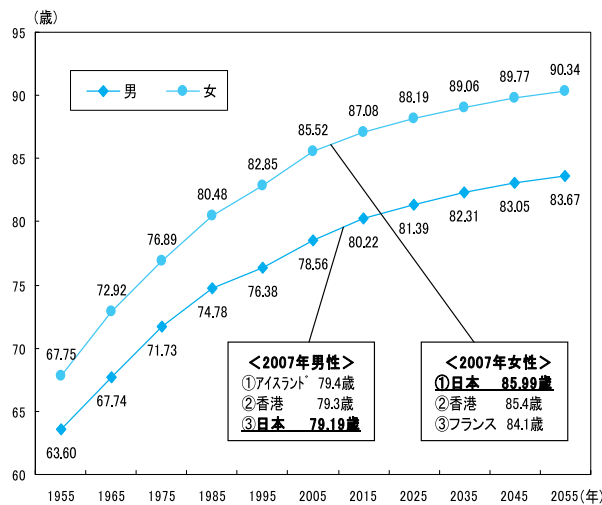
(図-1)



(注) 65歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。
 日本は1950年以降国調ベース(2005年迄は実績値)。諸外国は国連資料による。
 日本推計は「日本の将来推計人口(平成18年12月推計、出生中位(死亡中位)推計値)」
 (資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集2009」、国連「2008年改訂国連推計」

(図-2)

○平均寿命は伸び続ける。女性は2055年、90歳に到達。



(資料) 2005年までは厚生労働省「完全生命表」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006年12月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

化です。(図-2)は平均寿命ですね。現在で女子85歳、男子79歳です。確実に伸びています。これは若死にを含めた平均寿命ですから、65歳まで生き残った人はこれよりももう少し長く生きています。そういうことで、このような勢いで寿命が伸びているわけです。この数十年で、20年以上伸びているわけです。本当に「人生50年」から、以前は「人生70年」と言っていましたけれども、それが「80年」になって、女性の場合は「人生90年」という時代になってきました。

これは全く歴史上経験したことのないことで、すごいスピードで上がって行っているのです。

高齢化率は、65歳以上の人口の総人口に占める割合ですから、寿命が伸びて長生きするから高齢者の割合が増えるというのと、子どもの生まれる数が減って、その結果、人口が減って高齢化率が伸びるという二つの要素が

あります。日本の高齢化率は、その両方で伸びているのですが、高齢者の数が伸びるといのは、主としてあと20~30年間ぐらいなのです。あとは、お子さんが生まれる数が少ないから更に高齢化が進むということです。したがって長寿化したお年寄りがいかに安心して住めるかという政策を急ぐと同時に、少子化対策をやる。こういう組合せで政策を進めないと、日本の高齢化は対応できないということです。

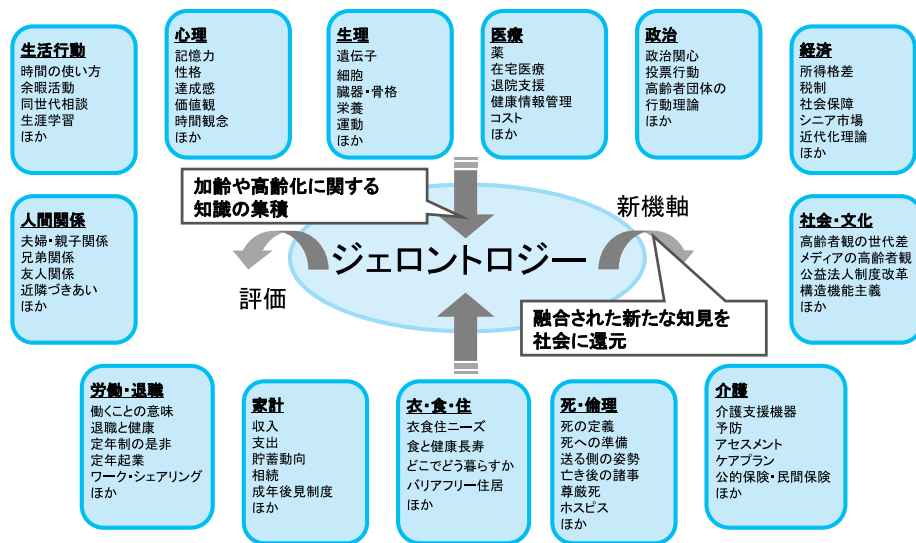
2. ジェロントロジー(老年学)の体系

今日は、この長寿化という側面を中心にお話したいと思います。個人の寿命が伸びる、そして社会の高齢化率が上がっていくことに着目した学問を、ジェロントロジーと呼んでいます。老年学と意識されています。

アメリカで始まった学問ですが、日本もこれを本気でやらなければいけないということ

(図-3)

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

で、東京大学はこの学問を今、進めようとしています。ジェロントロジーの系譜というのは、最初はやはり長生きを目指すということに重点があったのです。生命というのはどのくらいまで生きられるのかとか、どうしたら長生きできるのかということで、言わば生理学、医学など、ジェロントロジーの中心はこの辺りから始まりました。

それで、寿命が延びてきたという中で、延びた寿命をどう捉えていくか。歴史的には、アクティブ・エイジングや、アンチ・エイジングという概念が出てきて、要するに年を取るのは怖くない、元気で長生きであれば素晴らしいことではないかということで、どちらかと言うと、生理学とか医学などの自然科学を中心に来たわけですが、自ずから今の長寿化のグラフでもご覧いただけるように、寿命が延びても横ばいに入っていくという中で、長生きから生活の質といってもいいと思いま

すが、いかに質のいい生活ができるかという方向に、学問の重点がシフトしてきています。

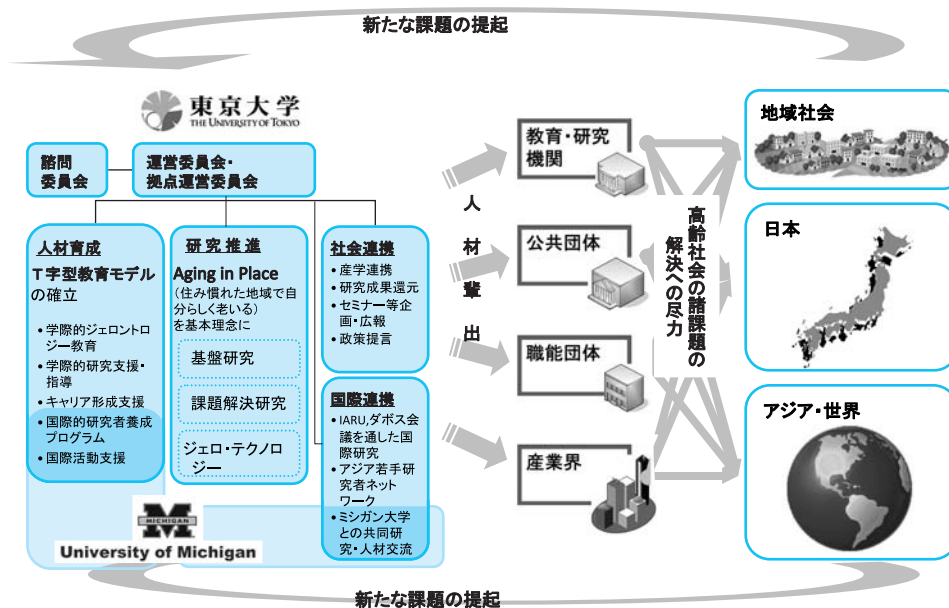
そうすると、介護など医療周辺分野は当然のことですが、社会、文化、労働、経済、こういう非常に幅の広い学問に広がっていった、この問題をいかに学際的にやるのか。社会科学、人文科学を含めて全体で考察していかなければいけないという総合的な学問となってきています(図-3)。

3. 東大高齢社会総合研究機構

そういうことでジェロントロジーというのは、国際的に研究が進みつつあるのですが、これだけの領域をカバーするような総合的な研究機関は、これまでは日本ではありませんでした。それをアメリカのミシガン大学で老年学に取り組んで来られた秋山弘子先生が、日本に戻って来られて、東京大学にジェロントロジーの研究教育センターを作って、アジ

(図-4)

今求められる日本・アジア・世界のジェロントロジー教育研究拠点



アの拠点にしよう。アメリカ以外にヨーロッパでは、イギリスなどにジェロントロジーの研究部門があるそうですが、日本でも作ろうということで、3年間の準備期間を経て、去年4月に高齢社会総合研究機構が、東大で立ち上がり、そこに私は呼んでいただきました(図-4)。

まず、これはどういう構造になっているかというと、運営委員会があり、運営委員長は医学部の大内先生、日本老年学会の理事長です。運営委員全体としては、機構長は工学部鎌田教授です。秋山先生が老年学の専門家で、その他の運営委員は、東大のほぼ全学部の高齢化に関わっている先生が加わっていて、学部横断的な運営委員会という構成で、老年学、ジェロントロジーを研究することになっています。学部横断で、ジェロントロジーという名の下での講義を始めていて、各学部の学生が選択科目として、ジェロントロジーという

講義の単位を取るという通年授業が始まっています。

それから、社会全体が老いるわけですから、企業がどう対応するかということも重要なことです。社会連携ということで、日本の大手企業三十数社と共にジェロントロジーコンソーシアムと銘打って共同研究をして、2030年に向けて企業がどういう対応をこれからしていったらいいかという研究を一年やって、来年度は二年目に入ろうとしています。

それから、国際的な学会やイベントを始めていて、最低限アジアのジェロントロジーの研究拠点になり、そして世界とネットワークを結ぼうということで、世界中に研究者のネットを持っている秋山先生は、活発に活動されています。

これを推し進められた前総長の小宮山先生は、課題解決型の研究を進めようというお考えがあって、課題解決型の研究をメインにし

ています。そして私は、それを担当する教員の一人になっています。

ただ単に研究教育をするだけでなく、これから出てくる課題を解決するということに取り組んで、課題解決をしようとする中で必要な学問体系を作っていかなければいけないということで、課題解決型の研究をやるというのが、当面の高齢社会総合研究機構のコアです。

では、課題は何かということなのですが、今まで申し上げたような社会の高齢化をどのように迎えるか。「aging in place」(エイジング・イン・プレイス)という言葉は国際用語になっているようですが、住み慣れた地域に安心して住み続ける。そこで老いる。そしてあえて言いますが、そこで生を全うして亡くなる。こういう社会が目指すべき社会だということで、それが高齢社会の生活の質を確保する具体的な姿だという考え方です。そういう観点に立って、社会実験をやろうと。その体

系からいろいろな学問、体系を作っていこうと。こういうことをやっています。

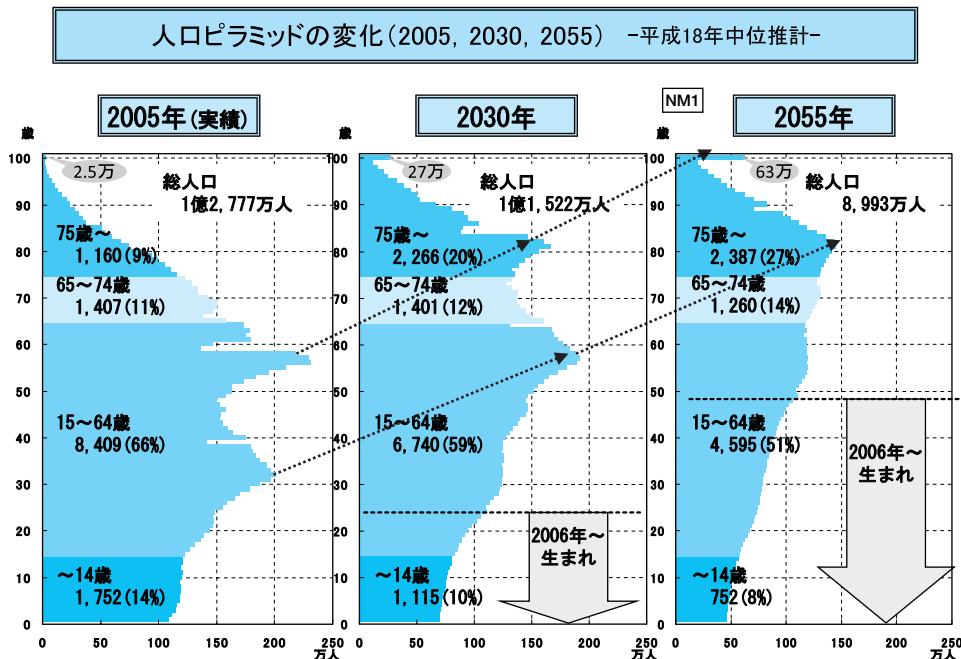
4. 超高齢化社会の姿（後期高齢者の激増）

今日は、その社会実験がどのように日本の高齢化の中で位置付けられ、どのようなことをやろうとしているかということをご説明をしたいと思います。

基本的に高齢者が増えて高齢化が進むというのは、主としてこの20年だと申し上げたのは、このことです(図-5)。今は2010年を過ぎているわけですが、2005年から25年刻みで作ったデータです。2005年から2030年に向けて高齢者が増えるのですが、65~74歳はほとんど横ばいで、減るぐらいです。これからは75歳以上の人口が増えるのです。そして2030年ぐらい以降、21世紀中頃に向けてほぼ横ばいになります。

高齢化率が上がり続けるのは、お子さんが

(図-5)



(注) 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030・2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

減るから高齢化率が上がるというもう一つの要素があるのです。したがって、お子さんを今よりも生まれるような方向にしない限り、この高齢化率の上昇は当分止まらないわけです。

当面、75歳以上が1,100万人から2,200万人に増えるということにどう対応するかということと同時に、お子さんが生まれやすい環境を作る。2030年は、今生まれたお子さんが、やっと20歳です。ということは、2030年の就労人口は所与のものになっているので、2030年までの日本の経済の支え手の構造はもう確定している。2030年以降2055年に向けては、これから生まれるお子さんが増えれば、就労人口は増えるわけです。

したがって、後期高齢者の激増に対応すると同時に、お子さんが生まれやすい環境を作るというのが、今から20年の日本の課題なのです。本当に大きな曲がり角です。そここのところをダブルでやろうということなのですが、aging in placeという考え方の社会、つまり安心できる国を作るということは、おそらくお子さんも生まれやすい安心できる国にするということと考え方において軌を一にしたいと思います。今日は、aging in place（エイジング・イン・プレイス）という理念をどのように実現するのかということを中心に、お話したいと思います。

今はもう、確か100歳以上人口は、年間数千人増えているはずですよ。2030年に30万人弱、2055年に65万人弱と、小さな県の県民人口に近い数になるわけです。しかも私は団塊の世代なのですが、生きていたら2030年は82歳です。大きなグループです。あとでデータを見て頂きますが、平均的には75歳ぐらいから虚

弱になります。団塊世代の大集団が虚弱な世代の真っ只中に入っていくわけです。

こういう社会は、どのような社会になるのか。秋山教授は、ジェロントロジーの权威なので、国際学会にしょっちゅう行っていらっしゃいますけれども、私が伺ったところによると日本のこの資料を見せると、会場がざわめくと言っておられました。昨日よりも今日、今日より明日と、社会は確実にこういう社会になっていくのです。

（都市の高齢化）

そして、特に私が危機意識を持つのは、今から増加する後期高齢者は大都市圏で激増するということなのです（図-6）。増える人口は、ほとんど都市部です。地方はかなり伸び切っている。地方でも伸びる部分は、地方の中核都市のはずです。要するに、かつての経済発展の過程で大移動するように人々が移り住んだ地域における高齢化が、これから始まるということなのです。

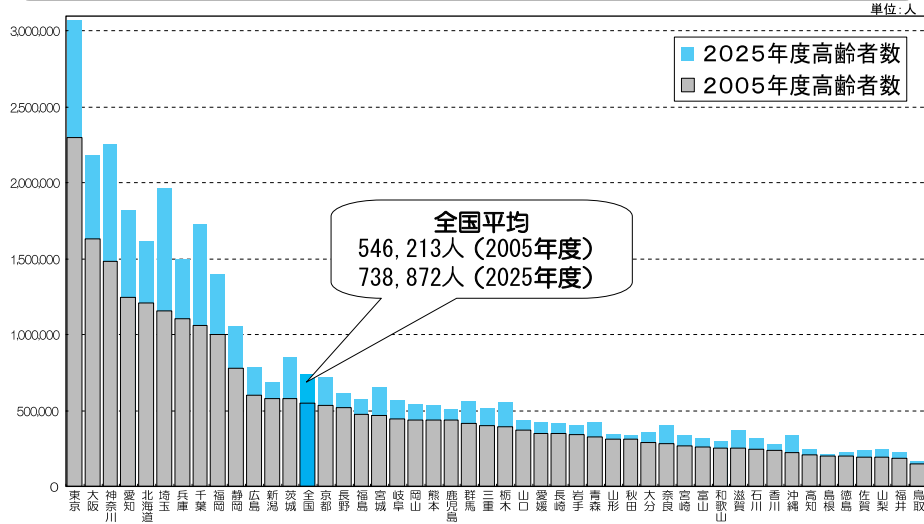
特に都市部の本格的な高齢化というのは、日本はまだ経験していません。地方のほうは、ご案内の通り、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床といった、施設で預かるという形で基本的には対応してきました。しかも、ゆっくり進んでいたもので、そのゆっくり進むのに対応して作ってきました。

そういう施設は原則として土地が無償で出てくるのが前提で、出てきた土地に施設を作るのに補助するということですから、都市部は土地の価格が高いので、このような用途として土地が無償で出てきにくい。そういう中で、地方で推し進めてきたような政策の延長

(図-6)

都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。



(資料) 2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」
2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成14年3月推計)」

という形で、急速に進む都市部の高齢化は対応できないだろうと思われています。

もう一つは、日本のあちこちから一時的に大移動した人口が作った街が老いるわけですから、コミュニティができていないということで、その点から見ても都市部の高齢化は、今までの経験の延長では難しい。それが、これから始まろうとしているのです。私は団塊の世代で62歳ですから、言ってみれば、まだ弱る年まで時間があるわけですが、15年後ぐらいから弱っていく人が特に大幅に増えるわけです。

私自身、自分で言うのも変ですけども、団塊の世代というのは、子どもの世話にはならない、また、なったら迷惑になるということ当たり前のこととして口にしていて、そう思っている。子どもの世話になるのは、期待もできないと思っているという世代です。どうも私の世代よりも少し上のほうが

ら、同じような考え方ですね。ということは、もう少し私よりも上の世代の人が、これから本格的に私よりも先に老いるわけですけども、その時の社会をどうするのか。子どもの世話にはなれない。そういうことで、そこをこれから本当に考えなければいけないというのが、今後の大きな課題です。

(死に場所、多死社会)

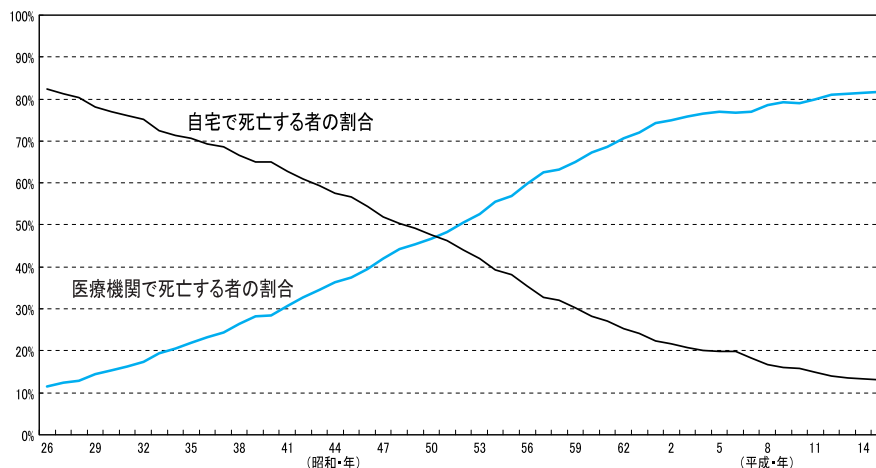
もう一つ、指摘せざるを得ない、また指摘すべきなのが、老人の死に場所の問題です。これはとても大きな問題です。人間というのは、家で生まれて家で死ぬというのがこれまでの歴史の姿です。戦後は、病院で亡くなるのはほんの1割強で、大部分は家で亡くなっていたものが、一挙に病院死亡率が上がって、今、8割を超えています(図-7)。国際的にも異例な数字です。

これは何なのか。昭和50年頃にクロスして、

(図-7)

医療機関における死亡割合の年次推移

- ・医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



(資料)「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

病院死亡率が在宅死亡率を上回り、死ぬのは病院というのが、日本人の常識になってきたということです。

それはなぜか、そして、それでいいのか。昭和48年に老人医療を無料化して、自己負担なしで病院に入れるようになったということで、老人病院が急に増えたのですが、私はその時を境に病院死亡率が上がっていると、長らく思っていました。それがこの図をみると、昭和48年に有意の変化が生じていない。これはどういうことかと言うと、日本人は、入院のアクセスの善し悪しと関係なく、とにかく病院に行って亡くなるのが幸せだと考え続けてきたということだと私は思います。

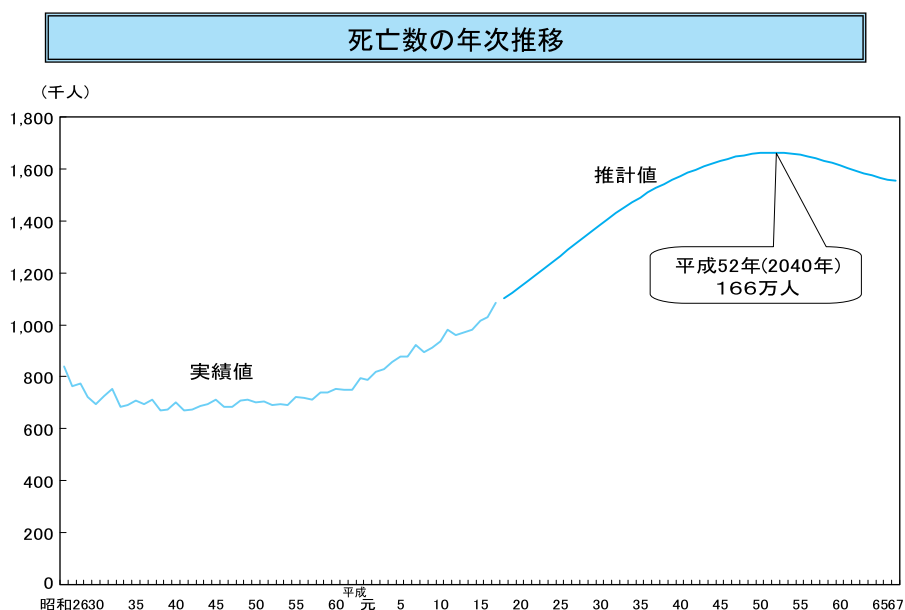
長野の言葉だそうですが、亡くなる時に医師にかかることを「医者を超える」と言ったそうです。要するに、医者にかかるというのは最後の贅沢だという感じです。ましてや、昭和30年代後半ぐらいでしょうか、医療技術

が病院を中心にものすごく進展して、外科的な手術など、病院がものすごい高水準の医療水準で伸びていくわけです。したがって、病院に入れば、何とかなると。入院して、できる限りのことをしてほしい。これが我々の価値観となったわけです。それは病院信仰と言ってもいいと思います。そういう形で、ずっと病院に吸い込まれて行って、その病院で死んでいったというのが、おそらく日本のこれまでの歴史です。

しかし、それが本当に幸せなのか。最近ようやく、その議論が社会的な議論として出始めてきているように思います。特に病院のあの暗い霊安室を経て、長寿を全うした高齢者がいわば死との戦いの敗北者の如く、裏口から逃げて出るようになっていく。それが最期でよいのかということです。

それが幸せなのか、これから相当社会的な議論として議論されるようになると、私は思

(図-8)



(資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

います。それは、これから言わば多死社会になるのです(図-8)。これも暗い数字ですが、年間死亡者数です。基本的には80万人弱でずっと推移していたものが、最近は一挙に年間死亡者数が増えて100万人を超え、170万人近くまでジェットコースターが逆にビュンと上がるように増えていくと。それは当然で、人間は必ず死ぬので、後期高齢者が増えるということは、死亡者数が増加するわけで、このように増えていきます。多死社会とも言われています。それが高齢社会です。

ここで注目すべきは、昭和40年頃を調べてみたら、死亡者数の内75歳以上人口の占める割合は、3分の1です。それが現在は3分の2。そして20年後で4分の3。ピーク時には、5分の4と見込まれています。しかも75歳以上と言いますが、今の人口ピラミッドをご覧いただいたように、平均寿命から見て死亡年齢の最頻値というのは、男性85歳、女

性90歳という年です。平均的に見て85歳、90歳といった年齢での死が、言わば4分の3、5分の4を占めるようになる社会に変わっていくわけです。

昭和40年頃というのは、逆に言えば3分の2は75歳未満ということで、言わば若死にと言えますので死との闘いです。死と闘う。医療の基本的なロジックです。死と闘う、死なない医療というのが病院医療で、どんな高齢者もその病院に入ったら何とかなると思ってきた。しかし、これからの超高齢社会はそれでいいのだろうか。それだけ死亡数を支えるだけの病床が確保できるのかといった技術的な問題以前に、それが本当に幸せなのか。そして、医療のあり方は今のままでいいのかということが、今、問われています。今、医療で多くの問題が出ていますが、医療そのもののあり方も問われています。

その問題に向き合わなければ、なかなかこ

の超高齢社会の問題はブレークスルーできないということで、医療の問題を含めて、今日はさらに詳しくいろいろお話ししてみたいと思います。

(認知症高齢者の増加、高齢者だけの世帯の増加)

変化として、ほかにも大きな変化があります(図-9)。認知症が増える。認知症というのは、皆さんご案内の通り、以前は痴呆症と言っていました。要するに、自分のお子さんを見ても「あなた、だあれ」と、認知ができなくなる。認知症と言いますが、脳の病気です。それが年を取ると増えてくるということで、75歳、80歳、85歳と5歳刻みぐらいで、発生率がどんどん増えていきます。ということは、後期高齢者が増えれば、必然的に認知症の人が増えて、だいたい2025年で倍ぐらいになります。

それからもう一つは、高齢者世帯の内、一人暮らしと高齢者のみの二人世帯が非常に増えていく。日本は同居が多いとあって、欧米の人に常に羨ましがられていたのですが、私が見ていると、子どもとの同居世帯はだいたい10年に10%確実に減って、2025年で高齢者一人の単独世帯が、高齢者世帯の内4割弱、それから夫婦だけの世帯が3割強、合わせて7割で、他世代、子どもさんの世代とご一緒に住んでいるというのは、たった3割にすぎない。それでも日本は高いですけども。

ヨーロッパの高齢者世帯というのは、高齢者のみの世帯が基本となっています。

そうすることで、高齢者の単独ないしは夫婦のみの世帯が基本で、認知症が増える。こういう社会になるということなのです。これにどう対応するのかということで、大きな発想転換が必要です。

(図-9)

高齢者介護施策の現状と課題 ①																							
<p>1. 介護保険制度の定着</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。 ○ 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。 	<p>認知症高齢者数の増加</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2002年</th> <th>2015年</th> <th>2025年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>認知症高齢者数(万人)</td> <td>149</td> <td>250</td> <td>323</td> </tr> <tr> <td>65歳以上人口に占める割合(%)</td> <td>6.3</td> <td>7.6</td> <td>9.3</td> </tr> </tbody> </table>				2002年	2015年	2025年	認知症高齢者数(万人)	149	250	323	65歳以上人口に占める割合(%)	6.3	7.6	9.3								
		2002年	2015年	2025年																			
認知症高齢者数(万人)	149	250	323																				
65歳以上人口に占める割合(%)	6.3	7.6	9.3																				
<p>2. 介護保険制度の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。 ・ 高齢者数の急速な増加 → 「予防」を重視したサービスモデルへ転換 ・ 認知症高齢者の急速な増加 → 認知症に対応したサービスモデルへ転換 ・ 高齢者世帯の急速な増加 → 単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換 	<p>高齢者の世帯形態の将来推計</p> <p style="text-align: right;">(万世帯)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2005年</th> <th>2015年</th> <th>2025年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般世帯</td> <td>4,904</td> <td>5,048</td> <td>4,964</td> </tr> <tr> <td>世帯主が65歳以上</td> <td>1,338</td> <td>1,762</td> <td>1,843</td> </tr> <tr> <td>一人暮らし(高齢世帯に占める割合)</td> <td>386万世帯 28.9%</td> <td>566 32.2%</td> <td>680 36.9%</td> </tr> <tr> <td>夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)</td> <td>470万世帯 35.1%</td> <td>614 34.8%</td> <td>609 33.1%</td> </tr> </tbody> </table>				2005年	2015年	2025年	一般世帯	4,904	5,048	4,964	世帯主が65歳以上	1,338	1,762	1,843	一人暮らし(高齢世帯に占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%	夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%
		2005年	2015年	2025年																			
一般世帯	4,904	5,048	4,964																				
世帯主が65歳以上	1,338	1,762	1,843																				
一人暮らし(高齢世帯に占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%																				
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%																				

(経済発展と超高齢社会)

そのようなことに対してどう対応するのか。ここで振り返って考えると、私が強調したいことは、この姿は日本経済発展の成果なのです。経済が発展し、栄養水準が上昇し、そして、感染性疾患も減り、また様々な医療技術の進展によって寿命が延びていった。そして医療技術が全国民にいきわたるように、医療保険制度、社会保障制度が整備されていった。その結果、こういう社会ができたのです。都市で高齢化が一挙に進むのも、経済発展の過程で都市に人口が移り住んだ結果、都市で急速な高齢化が起こり、高齢者だけの世帯が増えます。

したがって、古くは明治維新以降の近代化、新しくは戦後の経済発展によって得たものの一つが、こういう社会です。それが、本当に何だか不安だ、年を取るのが怖い。あるいは、親がそうなるのを思うと、子どももそのことを考えるのは気が重い。実際問題としても、親が弱ると、子どもたちの生活も激変する。

そして、それがしんどい。

もし、そういう社会であるとすれば、日本の経済発展というのはいったい何だったのでしょうか。素晴らしい生活水準を楽しむという、いっぱいいいこともありますけれども、終わりよければすべてよしという言葉もありますが、人間は刻一刻生きて終わりに向かっている、その最期のところがそういうことだと、本当に一体、経済発展というのはいったいよかったのか。私は、そのような問題が経済発展の一つの姿として問われる、それが今から20年の間で日本は問われる、そのような社会が今、やってきていると思います。

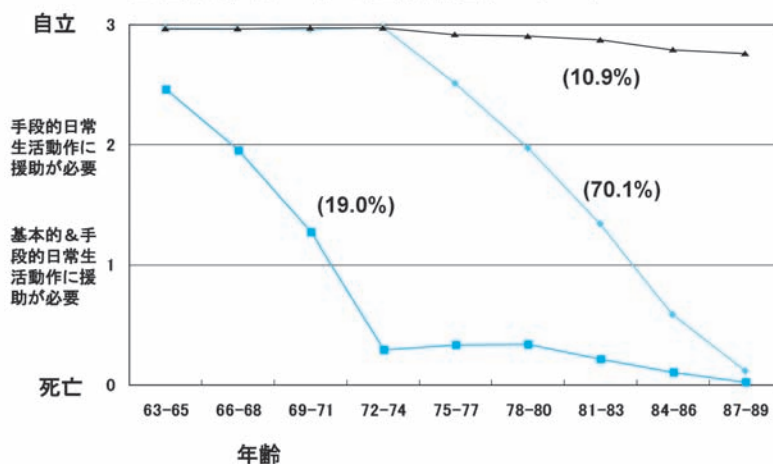
5. 高齢期と自立—大部分の人は虚弱な期間を経て亡くなる

そのような社会にどのように我々は向き合っていくのか。私は結論から言うと、ブレークスルーできる、またしなければいけないと思っています。これから、その話をしたいわけです。(図-10)はアメリカの学会で公表されたものですが、お借りしてきました。大変

(図-10)

機能的健康度の変化パターン【男性】

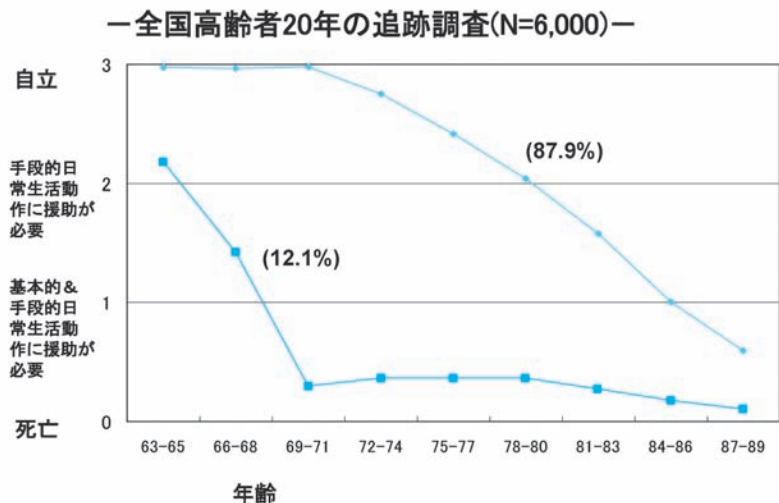
—全国高齢者20年の追跡調査(N=6,000)—



(資料) Akiyama et al. (2008) アメリカ老年学会2008年年次大会

(図-11)

機能的健康度の変化パターン【女性】



(資料) Akiyama et al. (2008) アメリカ老年学会2008年年次大会

興味深いものです。私が今、申し上げたジェロントロジーの大家の私の同僚の秋山先生が、アメリカ老年学会で発表されたものです。秋山先生はミシガン大学から東大へ戻って来られたのですが、ミシガン大学の時代から、日本の高齢者の研究を長らくしています。

過去20年を調査して、今一番高齢になっている方が89歳ぐらいというところまで、その自立度についてずっと一定の集団を統計的な手法で調査をした結果、三つのパターンに分けられるということが判ったのです。自立3というのは、若者の完全自立とほぼ同じです。そして自立2、自立1、自立0。0というのは死亡です。

こうして見ると、男性は、1割ぐらいの方がずっと若者に近い自立を90歳まで維持している。一方、2割は、60代ぐらいから自立度がガタンとレベルダウンする。その後、要介護度の高い状態が続いて亡くなる。そして残りの7割は、70代中盤ぐらいから徐々に弱っ

てきている。虚弱になって、徐々に自立度が落ちて、死に向かっているというデータが出ています。

そして、女性のほう(図-11)は、本当に男性のように90まで全く自立度が落ちていない人はまれで、統計的には、1%もない。そして、生活習慣病が男性よりも少ないですから、ガンと落ち込む人が1割、男性に比べて半分少しぐらい。残りの9割は、骨粗しょう症というのがよく言われますが、多くは足腰から弱るという特徴があり、徐々に弱って死に向かっている。こういうデータが出ています。

これを総括すると、結局、人間というのは、俗にピンピン、コロリと言って、コトンと亡くなるのが理想だと言われてはいますが、これは私の耳学問で間違いかもしれませんが、学会発表を聞いてきた人の話だと、100歳の方でもやはり最期は虚弱の期間を経て亡くなると。要するに、一定の虚弱の期間を経て亡くなるというのが、現代社会の私たちの生であ

り、死なのです。

この過程をどう考えるのか。私はこう思うのです。弱ったらおしまいかと。弱ったら役に立たない。役に立たない人はおしまいなどと言われたら、みんな年老いて死に向かって虚弱になって死んでいくのに、それがおしまいと言うのなら、あまりにも悲しいことではないでしょうか。私は思うのです。弱ったらおしまいという社会は貧しい社会で、みんなが戦争をしているような時代にはあったかもしれないけれど、この経済的に豊かな社会においては、弱っても生活の質があるという社会を作るのが、本当の豊かさなのではないでしょうか。

私は、水野肇先生という医事評論家が、今も大変お元気で活躍されていますが、20年ぐらい前に講演で話した話が耳に焼き付いて、忘れられないのです。癌の末期で余命いくばくもない方が、俳句が大好きで、すばらしい俳句が、ある朝できた。うれしくて、心が躍ってたまらないと言ったと。これを健康と言わずして何を健康と言うかと。

要するに、心が躍っている、うれしい、充実していると、これが健康であって、体が弱っていくというのは、生きている者の一つの宿命ですよ。したがって、体が弱ってもそのような生活の質を確保できる社会にできるのかということが、経済発展した我が国社会で問われているのだと、私は思うようになりました。

6. 目指す方向としての二つの視点

(1) できる限りの元氣と自立が一番

秋山先生のデータを以上のように理解する

わけですが、これをもう一度整理して申し上げますと、一つ目は、「元氣、自立することが1番」です。やはり元氣、自立。秋山先生のデータにある下降線を極力、横に広がるようにするというのが、王道です。そういう意味では、予防政策です。21世紀は予防の時代であり、そこには二つの戦略があると思います。

一つは生活習慣病の予防です。これからの病気は、残念ながら癌の場合は、現在のところ予防には限界がありますが、生活習慣病は予防できる。したがって、生活習慣病の予防をすれば、秋山先生のグラフの中でガタンと自立度が落ちる人が減らせます。

もう一つは、秋山先生のグラフの徐々に自立線が下降するグループの介護予防です。要介護状態になるのを極力遅らせるように防ぐ。したがって、この二つの予防政策で秋山先生のグラフの下降線を極力横へ広げる。この政策をこれから本気でやらなければいけない、ということの意味しているのです。

それをどのようにやるのかですけれども、20世紀は治療中心の時代であったといえます。死にそんな病気を治療で治す、死から遠ざける、死と闘うというのが、20世紀の医療では相当大きな営みでした。病気治療は今後も重要ですが、それに加えて予防政策により自立度の低下を極力防ぐ。これが、21世紀のメインロードです。

したがって、予防政策というものが、21世紀には非常に重要な位置付けになります。そのところを次にお話したいと思います。

(生活習慣病の予防)

まず、生活習慣病の予防についてお話し

す。私の耳学問なのですけれども、日本人は、男子は2人に1人が癌になる。女子は3人に1人です。癌で死亡する人はもちろんこれより少ないです。それ以外の大きな死因は心臓疾患と脳卒中で、生活習慣病なのです。

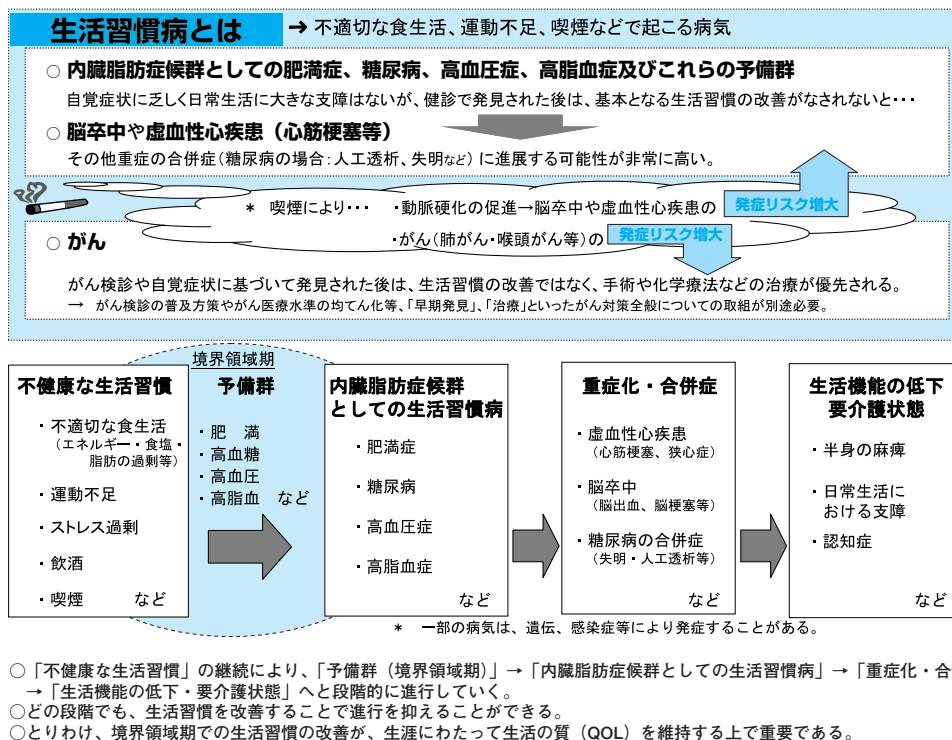
典型的には、タバコと肺癌・喉頭癌というのは、相当、相関関係が高い。タバコを止められたら肺癌と喉頭癌はかなり防げる、と言われていますが、一般的には癌の予防は難しい。したがって、癌については早期に発見する。そして早期に治療する。これが基本的なパターンです。早期に発見することによって、胃癌などは典型ですが、非常に助かるようになりました。

それ以外は基本的には、いろいろな病気がありますけれども、量的には生活習慣病なのです。生活習慣病というのは、端的に言うと、肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症と言われる病気です（図-12）。昔は、高血圧は減塩

で塩分を抑える、糖尿病はカロリーを抑えるといったように、糖尿病対策、高血圧症対策と個別にやっていたのです。実はこれらの病気に共通の因子があるということがわかったのです。これらの病気が似たコースで進んで行くので、どうも一つのカテゴリーだということがわかってきて、シンドロームXと一時言っていたのですが、今はメタボリックシンドローム、内臓脂肪症候群が共通項であるというように整理されてきました。

それは、内臓脂肪から分泌する一定の物質が血管を痛めるのです。つまり、血管内でエネルギー代謝が進んでいるのですが、内臓脂肪から出る物質によって代謝の不調をきたすわけです。その結果、血管の中が詰まったり、ぼろぼろになったりするわけです。そして、血管の劣化が、心臓に来たら心筋梗塞、狭心症、頭の毛細血管に来たら脳出血、脳梗塞、目の毛細血管に来たら失明、それから腎臓の

（図-12）



毛細血管に来たら人工透析というようにガタンと生活の質が落ちる。先ほどの秋山先生のグラフで、ガタンと落ちるといふグループに対応し、その後要介護状態になるということなのです。

「人は血管とともに老いる」という有名な言葉があるのですが、血管が老いないように、血管内の代謝が促進されて、(図-12)の二つ目の箱に行くのを防いだら、通常は日本人の場合は、三つ目の箱には行きにくい。したがって、先ほどのグラフにあるガタンと自立度が落ちるのを防ぐことができるのです。

しかし、今は三つ目の箱で入院し、ものすごく医療費がかかり、その後多くの方が要介護になって、大変に不自由な生活を送る。これを予防しようということなのです。この構造がわかってきたのです。二つ目の箱へ行くのを止める。ないしは、二つ目めの箱から戻す。これが一番です。病気になって、すばらしい

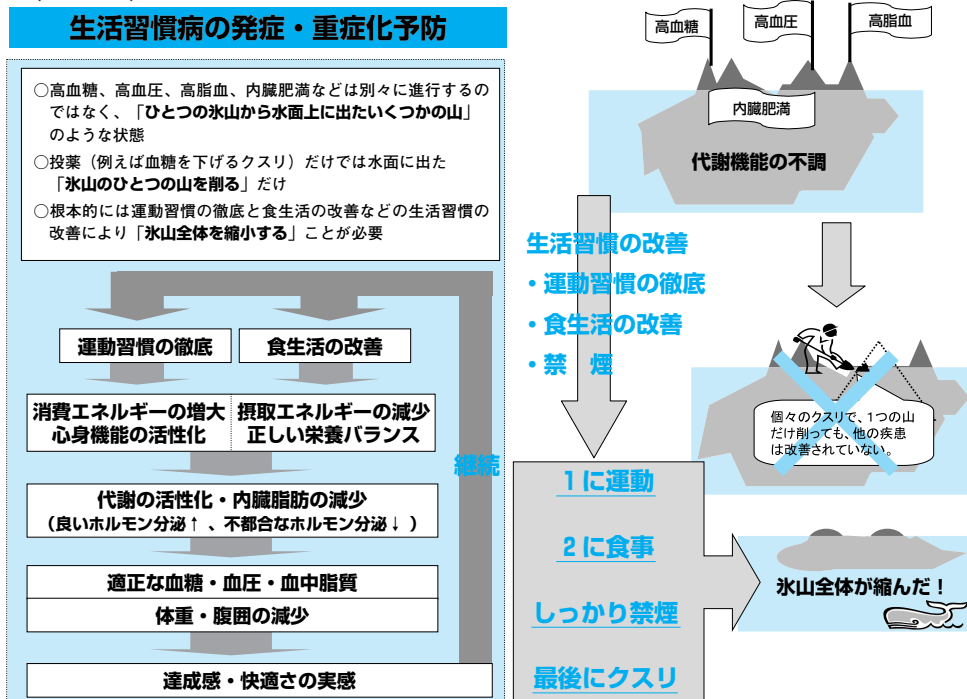
治療を受けるより病気にならないのが一番の政策だと思います。そして、それが本当のヒューマニズムだと思います。

したがって、この予防政策を社会としてどのように展開するかということが、今、問われているわけです。人間というのは、思い通りにならないものだ、そんな節制などするものかと言ったら、それまでです。そうではないと私は思います。

それで、どうしたらいいかということが相当、解明されてきて、血管内の代謝の不調をきたす内臓脂肪が悪いのです。お相撲さんのように皮下脂肪が多くても、問題ないそうです。

今は、高脂血症、高血糖症という現象を抑えるための薬はできているけれども、代謝の不調を直す薬はない。代謝の不調を直すには、すなわち、(図-13)の氷山を小さくするには、結論から言うと、運動と食事です。特に運動、すなわち歩くだけでいいのです。なぜ歩くの

(図-13)



がいいかと言うと、太ももの筋肉が一番太いから、一番カロリー消費をたくさんする。それで、カロリー消費をすることによって内臓脂肪が減ると、それとは別に筋肉を動かすと代謝がよくなるのだそうです。ということは、筋肉を動かすというのはダブルの効果ですね。カロリーを消費して、同時に代謝をよくする。カロリーを消費すると、内臓脂肪が減って、ダブルで代謝をよくします。

1に運動です。そして、2に食事つまりダイエット。ただし、ダイエットと言いますが、ただ単にやせてはいけません。正しい栄養を摂って総カロリーを減らす。薬を飲んで各種の症状を治すということと、症状の元となる代謝の不調自体をよくするのは別の効果ですから、薬を飲んでいる人も「1に運動、2に食事」というのをやると、よりよくなる。だから、薬だけに頼ったら危険です。薬を飲んでいて、「いいや、痛くも痒くもないから」というので薬を止めた時、この氷山が小さくなっていないと、結局また悪くなるわけです。

そういうことで、この「1に運動、2に食事」というのは、薬とは別の独立した処方箋なのです。お医者さんが必要ないという意味ではないですよ。治療という分野は、この薬を飲めば症状を抑えると言うけれども、予防という分野は、薬だけではなく、運動と食事という処方をすれば、元からよくなると言っている。したがって私は、これは「世紀の新薬」に相当すると言っているのです。薬とは独立した効果を持つ、薬の前にこれという処方箋なのです。これをどのように我々は普及させるのが、今、問われているわけです。

そんなものできるかと言われるかもしれない

いのですが、かつて「1に運動、2に食事」の代わりにこととして高血圧については減塩、しょっぱいものを食べるのを減らそうという提唱をした。それから、部屋の温度差というのが脳卒中の発症につながったので部屋の温度差に気をつける。そういう予防政策をやったのが長野県です。長野はそれを一生懸命にやって、県レベルで明らかに有意に、脳卒中発症率で日本トップクラスを争っていたのが、平均値まで落とした。要するに、県単位での県民の行動の変容が可能だったということです。

1に運動、よく歩く。それから適正な食事をして、体重をコントロールする。これをすれば、もっと根源的に、生活習慣病そのものをコントロールできるわけです。私は、そのことは相当程度、可能だと思います。現に私自身も、個人的な健康問題はあまり言わないほうがいいのですが、糖尿病系の家系ですが、自分の歩く量とカロリーコントロールをすると、年に1回、人間ドックに行っていますが、数値は確実にそれに対応しています。そういうことで、これはやれば効果があるということは、はっきりしているということです。

それをどうやるのかということなのですが、基本的には、ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの組合せです。ハイリスク・アプローチというのは、特定検診・特定保健指導というものです。少し血糖値が高い、少し血圧が高いといった一定のレベルに達した言わばハイリスクの人のグループ。そういう人については、それが健診で見つかったら特定保健指導、つまり、もう

少し歩きましょう、あるいはあなたの食生活をこう変えたほうがいいですよといった指導を受けます。

昔は健診しても、しっぱなし。悪くなっていくのをみすみす放っておいた。放置しないでそれを保健指導しようということで、特定検診・保健指導の仕組みが導入された。要するに、代謝の不調が起り始めているハイリスクの人を発見して、指導するということです。しかし、実際はどうかというと、あの人だって、太っている、あの人もいつも一緒にビールを飲んでいるけれども、気にしていない。だから自分もこのままでいいかなという感じになってなかなか行動の変容は起こらないのです。

ところが、例えば、特定検診でひっかかってお昼に特定保健指導で保健師さんに色々言われたけれども、あまりこたえた気持ちにならないという感じで帰ってきた。しかし、家に帰って、お子さんに「お父さん、学校で勉強したけれども、太るって、すごく怖いことらしいよ」とか、奥様から「地域の勉強会で勉強したけれども、恐ろしい。このままいったら、お父さんが倒れて、私たちの家庭には大変なことが起こる」と本気で迫られたら、保健師さんの言うことをいろいろ考えようという気持ちになる。もちろん奥様も、ダイエット食の協力をするでしょう。そういうことですよ。周囲の環境を変えていく地域啓発が大切です。それをポピュレーション・アプローチと呼んでいるわけですが、要するに地域全体の意識や文化を変えていくことと組み合わせることでより効果があがります。

それと、保健指導も、グループワークのほうがよく効くそうです。例えば7～8人で一

緒に勉強会をやる。あなたはどのような食事をしてますかと皆に申告してもらおう。一番、典型的に悪いのは、昼に甘いジュースとコーヒーをいっぱい飲むことです。これはものすごいカロリーです。そういうものを一つひとつ勉強していくのです。普通は、面倒くさいからみんなやらない。ところがグループワークでやると、グループの中で1人、2人は必ず真面目にやってしまう人がいるのです。そうすると、一定期間後に健診をやったら、その人だけ確実に数字がよくなっている。次の勉強会で知ったグループの他の人は、みんな非常に驚く。それで、あの人ができるのだから私もできる。「私もやろう」ということになり大変効果があがるといいます。

ですから、そのように、いかに人間が行動変容をするかというハイリスク・アプローチの技術そのものも大切です。しかし、地域が常識を変えていくというポピュレーション・アプローチは不可欠です。例えばポピュレーション・アプローチの典型例で私が聞いているのは、千葉県のある市です。千葉県は野菜で有名ですけれども、ある全国出荷量一番の野菜を作っているある市が、もちろん市全体もその野菜を大切に、大いに売り込もうということで農政担当課が、その野菜のレシピをいっぱい開発して、我々の市では、この野菜を使ったおいしい食事をみんなでしようという運動をやるわけですが、健康づくり担当課と連携してその運動に必ず生活習慣病予防の勉強をくっつける。その市の売りで一番大事にしている、いわゆる農政の戦略に生活習慣病予防をくっつける。自慢の野菜を使った料理のレシピと同時に、生活習慣病はこう

いうことに気をつけないといけない、このようにしようということをパッケージで、市民運動をやっていったのです。

そうしたら、ずいぶん食生活の改善が進んだということです。やはり地域の常識を変えていく。「あれをやってはいけない、これをやってはいけない」ではなくて、野菜をいっぱい食べて、こうしたら楽しい、そうしたら、みんな、健康になる、こうしたら快適になるというのが大切です。「〇〇してはならない」「こんなことを続けたら早く死ぬぞ」、これはよく言われるのですが、そんなことを言われても、当面は痛くもかゆくもない状態ですからなかなかみんな、ピンとこない。だけれども、こうしたら楽しい、みんなもこうしているという運動は広がります。

こういう健康づくり文化を展開することが大切です。歩くということで、私がいつも言っているポピュレーション・アプローチの典型例は、長野県のある市ですけれども、体育

の日に、ある小高い山にある市民公園にみんなで集まるわけです。そして、様々な運動イベントとともに健康問題の勉強会もやって、各自治会からその小高い山に歩く散歩道を決めて、1年間、どの自治会が一番歩いたか累積数を競うとか、何かそういう楽しいイベントを考えて、この処方箋を地域住民に提供していきます。

「予防に勝る治療なし」とは、よく言ったものです。そして、それが一番の幸せです。一見、軽い仕事に見えるけれども、悪くなって薬を飲むよりも、はるかに優れたことです。これをどう展開するかが、大きなポイントです。

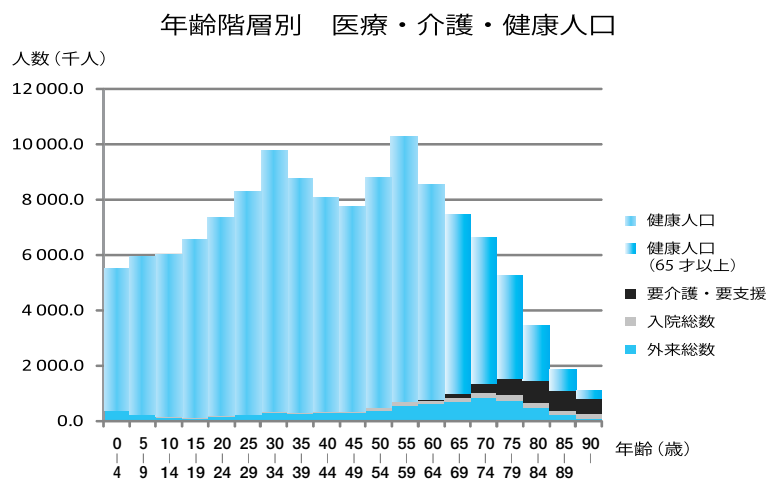
(介護予防)

(図-14)は東大の森田先生が作った資料です。年を取るとともに病気の外来が増え、入院が増える。生活習慣病がメインです。次に要支援、要介護がずっと増えていっている。

(図-14)

高齢化社会の課題と対策

・ 高齢者の健康状態



やはり80歳、90歳になったら、こういう人のウェイトが非常に高くなるのです。人間は虚弱になって亡くなる。したがって、今度は、介護予防をいかにやるかということです。昔は歳をとったら寝たきりというのは、当然だと思っていた。20数年前に老人福祉課長をやっている時、私は特養をたくさん見てきましたが、みんな寝たきりでした。だから、高齢者は死ぬ前は普通にそうなると思っていた。ところがその後寝たきりは、寝かせっきりにするからなるのだということが分かってきた。自分で自分の体を使わないと、どんどん筋力が落ちていく。落ちていくから、寝たきりになるわけです。

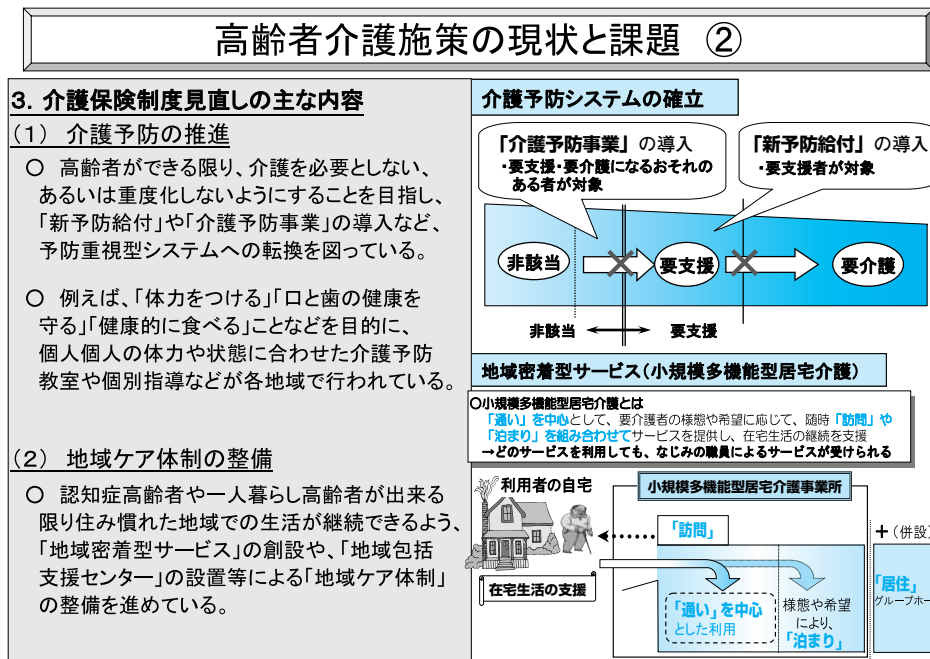
したがって、脳卒中等の急性期の治療直後からリハビリをやり、治療後も常に体を動かしていれば、相当程度寝たきりは予防できるということがわかった。今、特別養護老人ホームに行ったら、寝たきりの方は、胃ろうを

付けた方とか、そういう方以外の多くは、食堂に行って食事をしている。それは軽い人を入れたのではなくて、昔であれば寝たきりになってしまった人も、今は身体の自立度を維持することが大切であると考えようになったからです。寝たきりは相当に予防できる。それだったら、次は要介護になるのを予防すればいいということになってきました。

弱ったらおしまいではない。寝たきりの方と車椅子で動ける方との表情は全く違う。弱っても、人と会うことができる、したいことがある。そうすれば、幸せな笑顔がある。このような表情が持てる社会をできる限り作るということが大切です。したがって、介護予防が非常に大きなテーマになります。

(図-15)は厚生労働省が作った前回の介護保険改革の考え方を示した資料です。要するに介護予防、すなわち要介護状態になる手前で止められるのがいい。生活習慣病で言え

(図-15)



ば、病気になったのを見つけて、薬をあげるというよりも、病気になる前で止める。それと同じように、寝たきりになったものを戻すということも大事ですが、更にその手前で虚弱になって自立度が低下するのを予防するのが一番です。

どうやるか。私が思うのは、極めてシンプルなのです。要するに、介護予防というのは食べることと歩くことです。

なぜ一人暮らしのお年寄りが特養に行くのかと、私がある県の課長をやっている時に担当者に聞かれたのです。それは脳卒中で倒れるからだと言いますと、それは大きな原因の一つだが、そうではないルートがもう一つある。それは食事の手抜きだと。一人暮らしのお年寄りは、食事が面倒くさくなってくるのです。食事の手抜きを始めると、急速に体力は落ちます。体力が落ちれば、起きられなくなってくる。起きられなくなると放置しておけば、それは施設に行くしかありません。

したがって、食べるというのは、ものすごく重要なことです。まだ若い時はダイエットが大切。ところが75歳以上ぐらいの高齢者で、特に高齢者夫婦や一人暮らしの方は、貧栄養、栄養不足の方がかなり多いそうです。

したがって、食べるということ。それから、口腔ケアが大切です。歯科の関係者に教えていただいたある人の話なのですが、入院して入れ歯をはずしたまま退院してしまったと。その人は車椅子に乗っていたのです。まわりに居たある人が、この人は入れ歯をしていないということに気がついた。それでその人の歯に合う入れ歯にして、食べてもらうようにした。そうしたら、私はその方の写真を見ま

したけれども、車椅子をやめて歩けるようになったのです。そして、合った入れ歯をつける前、つけた後の表情はまるで違う。元気になったのです。

要するに食べるためには、歯の管理がものすごく大事なのです。それから口の中を清潔にしたり、かむ力をつけたりする口腔ケアをすることにより、誤嚥で肺炎になるのを防ぐことも大切です。

私は20数年前のテレビ番組で忘れられない思い出があるのですが、寝たきりの高齢者をテレビ取材しているわけです。その人がこう言った。「食べるものがおいしいんですよ。おいしい限りは、僕はこれでも生きていたい」。奥様は一生懸命にやっていたらっしゃる。食べるというのは、すばらしいことですよ。その人には、先ほどの俳句の人と同じで喜びがあるわけです。ちなみに、その人は、今なら早期のリハビリをやっていたら、寝たきりにならないで済んだ人だと思います。

それからもう一つは、歩くということです。歩くのを止めたら、足腰が弱る。当然のことです。筋トレといった介護予防をやって、足が前に出やすくなる。だけれども、せっかく歩く力がついてもあの人に会いたい、あれがしたい、だから外へ出るという生活のスタイルがないと、なかなか歩かないですよ。歩こう、歩こうと言っても、なかなか人は動かない。要するに大切なのは、出て行くところがあるということです。会いたい人がいるということです。

結局、このような社会のシステムを作っていかなければ、予防政策は動かない。いかに外へ出ていく環境を作るかという、まさしく

ポピュレーション・アプローチが大切です。環境整備が大切です。

そういうことで、食べる環境、歩く環境を作り、それを高齢者に提供していくことが、これからの非常に大きなテーマになるでしょう。そここのところの私ども東大の試みを、またあとで話をしてみたいと思います。

(2) 弱ってもおしまいではない社会 (介護政策の考え方の変遷)

しかし、人間は最後は弱っていく。認知症になる人も多い。弱ったらおしまいか。決してそうではない。日本の介護政策の考え方は大きく変遷してきました。行政官として経験してきました。私が20年ほど前老人福祉課長をしていた頃は、特養で多くの人は寝たきりでした。それも6人部屋の集団処遇でした。その後、ユニットケアという方式が出てきた。ユニットケアというのは、特別養護老人ホームで同じ定員50人でも、50人を10人単位ぐらいのユニットに分けて、みんな個室にして、ユニットごとに食事する時に出かける茶の間のようなもの、共同空間を作るわけです。もちろんユニットごとに、顔なじみになるように職員を配置する。要するに、個室に住みユニットごとに食事する時には出かける、人と会いたい時には出かけるという環境を作ったわけです。

そうしたら、6人部屋とタイムスタディで比較をすると、6人部屋の人は、窓際の人はベッドに座って外を見ているか、ベッドの上で寝て上を向いている時間が一番多い。それから廊下側の人は、廊下を向いているか、上を向いて寝ている時間が一番多い。真ん中の

人は、上を向いている時間が一番多い。体が弱りますよね。だけれども、ユニットケアの人を調べると、歩く歩数も会話数も自立度も全部が高かった。個室にすると閉じ込めるのではないかという当時の一般的な見方と結果は違ったのです。

6人部屋で、年を取ってから知らない人と一緒にいて、みんな仲よくするかといったら無理ですよ。接触を避ける。余計動かない。心も閉じる。一方、ユニットケアは、自分の気分のいい時、あるいは食べるために部屋から出ようとする。また、自分が話をしたい時だったら、そのために共同空間に出て人と話をする。それによって自立度が高まっていたわけです。

考えてみれば当たり前で、それまでのライフスタイルを切らない、続けられるようにするというのが、最も優れたケアシステムだったわけです。集団処遇で画一的な処理をすれば、対応は楽だけれど、お年寄りには自立度が落ちていく。そして、職員も達成感がない。しかし、ユニットケアは、上手に環境を作れば、老人の笑顔が見られる。職員の達成感もある。自立度も高いのです。

特に認知症には困り果てていたわけです。昔、大部屋で処遇している時は、回廊式といって、建物の中をグルグル歩く閉鎖型の廊下を作ったのです。グルグル歩いたら、疲れて徘徊も減るだろうというような考え方だったと思うのですが、これでは解決しなかった。ところが、今述べたユニットケアと同じ考えですが、宅老所という、地域のなじみの環境の下で7~8人の言わば老人下宿を作ってみました。個室があって、茶の間があって、出たり

入ったりするという環境に認知症の人を置いた。そうしたら、お年寄りも落ち着きました。

そこでの生活の典型的なスタイルとして紹介しますと、ケアワーカー、すなわちお世話する人が座っている。そして、一人のお年寄りはそのケアワーカーの膝枕で寝て、もう一人のお年寄りはケアワーカーの肩をもんでいる。お年寄りが日常性を楽しんでいる。そういうシーンです。ケアワーカーは、かいがいしく世話をしているのではなく、座っているのです。本当にお年寄りの生活のリズムを守っているわけです。そうしたら、以前は大変荒れていた人が、想像もつかないぐらいに落ち着いています。

そういうことで、基本的には、地域のなじみの環境でその人中心に、いわば靴に足を合わせるのではなく、足に靴を合わせるようにシステムを作る。(図-15)にある小規模多機能サービスというのはそうなのですが、その人中心に、デイサービスに来るのが一番いい時にはデイサービスに来て、弱ってきたら、日中独居の方にはヘルパーが家に訪問し、家族が疲れ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、その人本位に、小規模で家庭的な環境で、地域の中にそういうものを埋め込んで行こうという政策に変わっているのです。

ですから、相変わらず集団処遇で、とにかく施設を作って預かればいいのではないかというのは、過去の考え方です。お年寄り本位にするのが、お年寄りの自立を一番維持できる。

そして、私が強調したいこと、それは、地域に小規模なグループホームがあるところ、あるいは知的障害のある人たちがグループホ

ームに住んで地域で働いているところ、こういう環境を作っているところに行くと温かい風が吹いているように感じる。そこに行ったら、何かすごく心地いいですよ。私は最初、それが何なのか判らなかつたのです。

それは、あえて言うと、認知症の人が弱い人で、普通の人が強いの、一方的にお世話するのでなくて共に過ごすというスタイルでお世話していると本当はどちらが強いか弱いかわからないという話になってしまうのです。強い人と弱い人との助け合いが始まるからなのです。

助けているつमりのほうの人も、教えられている。教えられることばかりだと、言い始めるのです。そういう関係性ができた時に、温かい風が吹くわけです。強い人だけの世界で、通常は助け合いが必要ない。だから、通常は優しさなど見えてきにくいのです。

したがって、こういう社会を作るといふことは、温かい社会を作るといふことです。私は、それはすばらしい社会だと思うのです。豊かになったけれども、冷え冷えした社会では、経済発展は完成していないと私は思うのです。経済が成長し、長生き社会になって歳をとるとみんなが弱って、最後は絶対弱者として死んでいく。それは暗い社会か。今言いましたようなシステムを持った社会を作れば、温かい社会として完成することができるのではないかと。要するにできる限り自立できるように努力し、しかし、弱っても安心な環境をこのように作っていく。こういうことだと私は思います。

(医療の問題点と方向性)

しかし、問題が一つあります。医療なのです。このように、その人本位で小規模で、その人らしい生活ができる環境を地域に作っていかうとしても、医療必要度が一定以上になると、今の日本社会は病院に行かざるを得ない。80歳を過ぎたような老人の入院は、寝たきりで認知症になって帰ってくるとよく言われます。そして、施設に行くか病院を転々とするというのです。

したがって、すばらしい温かい風の吹く地域が作れても、医療が及ばなければ、それで生活が切れてしまうということです。要するに、医療は在宅に及ぶ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。医療がやはり本気で動いてくれないと、なかなか安心して生活できる社会は完成しない。

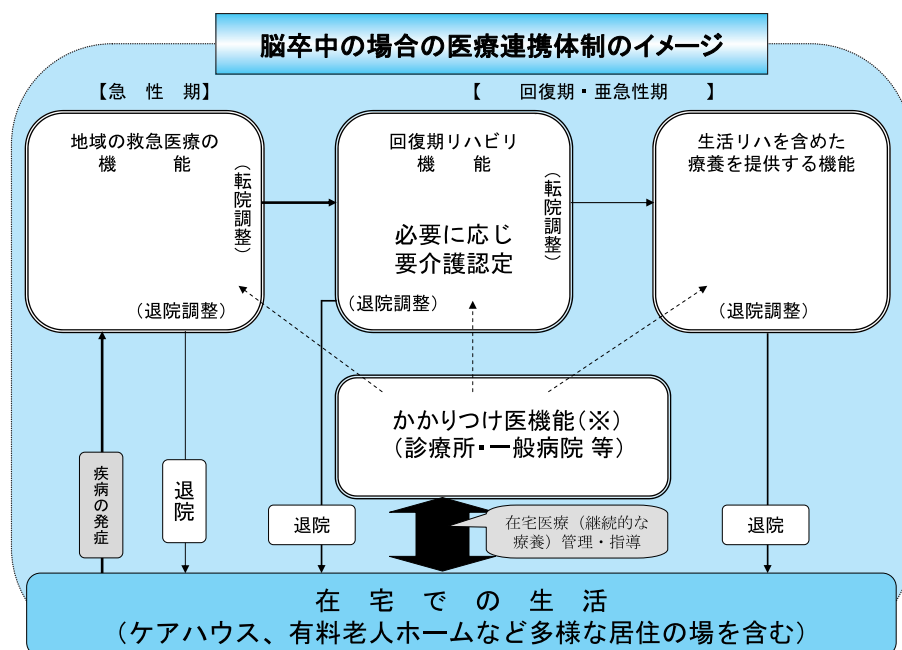
医療も、体系的に見直していかなければいけない。まず、病院機能の機能分化と連携と

呼んでいますが、病院はもっと病院らしくならなければいけないということです(図-16)。病院というのは、言わば専門分化して行く方向にあり、例えば脳卒中の手術で入院すると、高いレベルの脳の手術をして、直後の集中治療室にいる時からリハビリを始める。そして、車椅子ぐらいまでに戻す。次に、回復期リハビリという、急性期の治療が終わった人のリハビリをしっかりと2~3カ月やる。そうしたら、杖歩行まで行く。昔は、ここまでできていなかったで、寝たきりになる人が多かったと思います。

医療が機能分化すると言っていますが、このようにそれぞれ高レベルの機能を発揮して、つないで行けば、例えば全員が全員とは行きませんが、杖歩行まで戻る。杖歩行まで行けば、家での生活が相当、がんばれる。

そういうことで実は、病院が病院らしくなってくれなければいけない。病院は、その人

(図-16)



※急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

の持っている回復力を、ある限りまで戻す。そういうことで、病院の役割というのは、きちっとその役割を発揮して、その人を生活の場に戻す仕事をするのが一番だということです。

今、そういう形で病院は機能分化しようとしています。そして、機能分化をして集中度の高い病院にすれば、それだけ医師も確保しやすい。医師確保対策にもなるということで、病院は機能分化して、拠点化していくという方向なのですが、しかし、家に帰った人が、必要な時には入院するけれども、家にずっと居続けるように医療が在宅に及ばなければ、また戻ってくる。したがって、病院は機能分化できない。要するに、在宅に医療が及ばないというのは、今の医療政策の大きなネックなのです。そこを解決する必要があるということです。

(地域包括ケアの構図)

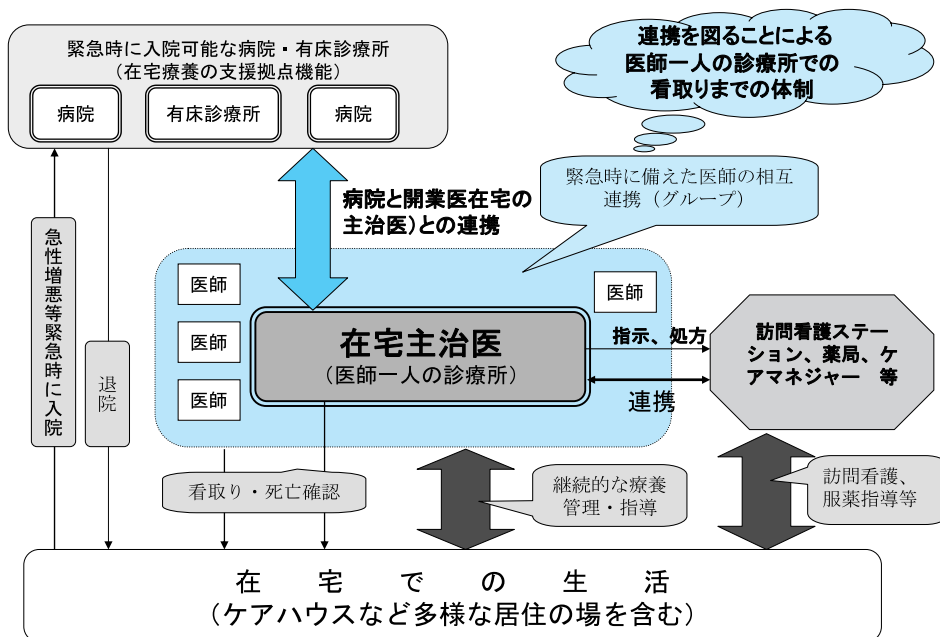
それはどのように進めるのか(図-17)。一つは、バックアップ病床が要る。悪くなった時に受ける病床がないと、安心してがんばれない。病院はバックアップ病床として大切です。特に肺炎の時などは、行かなければ亡くなってしまう。しかし、肺炎の治療が終わったら、すぐ返します。

それで在宅というのは、家だけではありません。ケアハウスとかグループホームとか、ケアの付いた、今、申し上げた自分の生活のできる個室のある住まいは在宅です。これからは一人暮らしと夫婦だけというのが普通だから、そういう住まいの環境を作っていく。そこに看護、介護が及んでいます。

そして、重要なのは、医師が在宅に来る。医師が在宅に来なければ、一定以上の医療必要度になれば、病院に行くしかない。一定以上の医療必要度であっても、病院でなければ

(図-17)

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



対応できない場合は別として、その人が望んで、その人のその人らしい生活をした場合に、来てくれる医師がいる。

この3本柱がないと、在宅は存在しない。介護保険で、看護介護は相当できてきた。しかし、この医師の在宅医療が普及しない。ここをどうするかというのが、非常に大きなポイントです。医師が在宅医療に取り組む気になってくれることが必要です。そして、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。

よく国が「在宅医療で看取り」と言うと、それは医療費を下げるためだろうと言うのですが、それは違います。多くの人は、できることなら生活の場で死にたいと言っているというデータが出ています。だけれども、無理だと思っている。それは一つには、家族に迷惑をかけるから。もう一つは、医療上の不安があるからです。

したがって、家族に迷惑をかけるということについては、これからは介護保険のケアシステムがしっかり生活の場に及ぶことで対応する。もう一つの医療上の不安については、医師が来る体制を持つ。この二つを持てば、我々の願いは実現できるわけです。医療費を下げるためではありません。

看取りというのは大変大きなことです。病院の死の形というのは、非常にデフォルメして言うと、亡くなる時に、横に心電図があり、周りでずっと見ている。心電図上の線がずっと横ばいになった時に、「ご臨終です。亡くなりました」と、あたかも物体の如く見ている。

だけれども在宅は、そんなものは着けない。ずっと生活して、ずっと見守って、その人を

日常の中で見送っていく。そして、その過程で在宅ならば、ペットも足元にいる。それから癌などでは多いのですが、亡くなる直前まで「あれが食べたい。これが食べたい」と。病院の病室では無理だけれども、在宅だと鍋物も食べられる。ビールも飲める。「ああ、うまい。グッド!」とか言って、写真を残す。そして永遠に家族の心に残る。そういうことですよね。

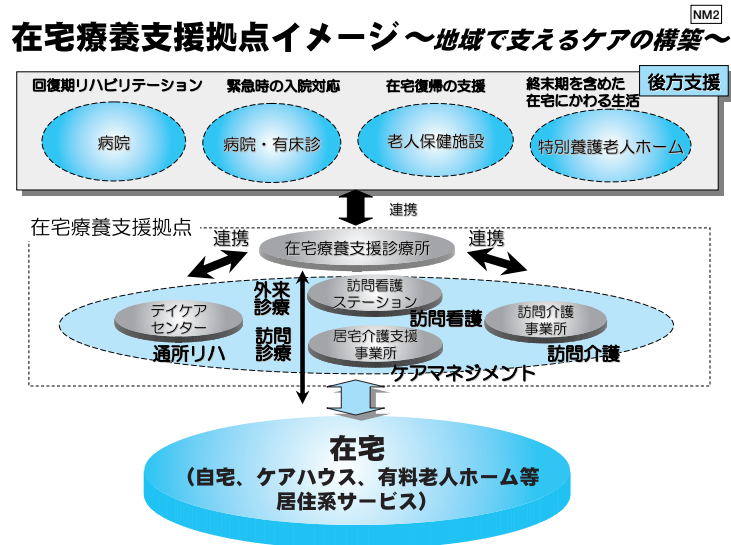
看取りを多く行った医師が言うのは、多くの場合、在宅で亡くなると家族のきずなが深まる。そして地域も、それを理解し温かくなると。そして、それに関わった人はみんな、多くを学ぶということです。死というのは、それぐらい厳かな最後の事です。これをきっちり位置付けることをしなければ、多死社会というのは殺伐たる社会になるかもしれない。

そういうことで、基本的には、在宅医療のシステムが生活の場に及ぶことが完成形だと、私は確信しています。

在宅医療とは多職種連携ということでもあり、訪問看護を含めた在宅サービス系のシステムとクリニックから往診に来てくれる医師の連携システムです(図-18)。国際医療福祉大学の高橋先生はこれを「医療福祉ハイブリッドシステム」と言っていますが、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、このシステムが動くとなれば、我々は在宅で自分の生活を守ることができます。

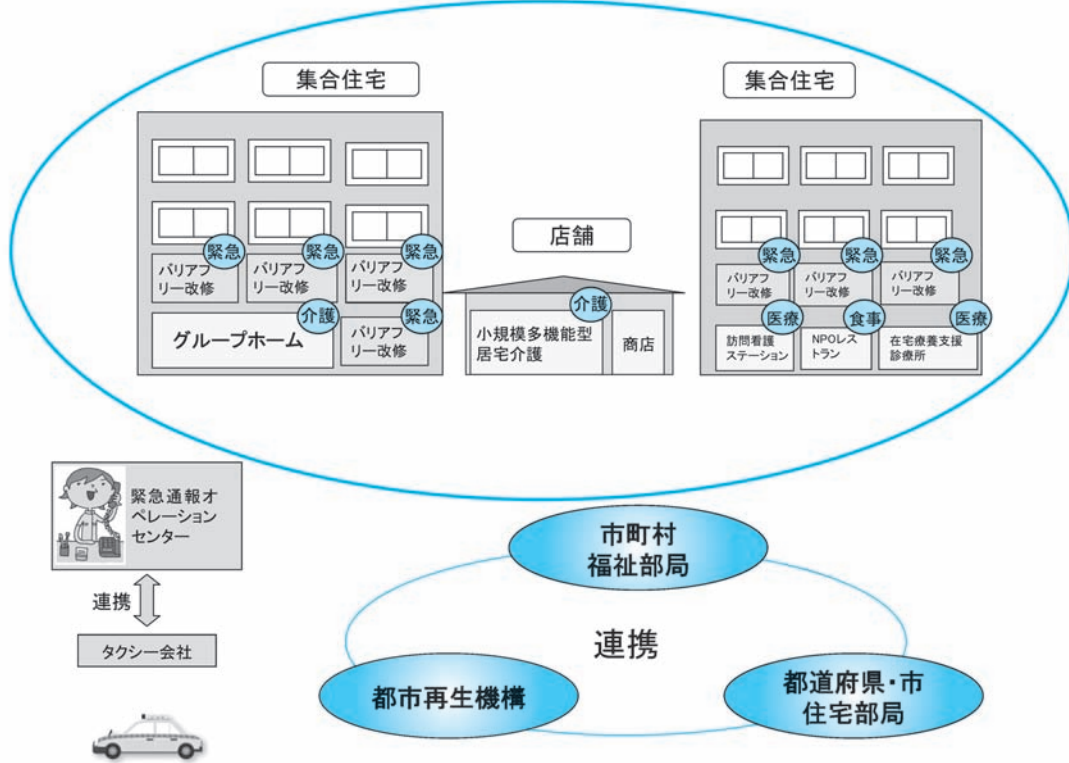
病院に入れば、朝から晩まで病人です。「〇〇さん、熱測りしましょう」から始まって、あれをしてはいけない、これをしてはいけない。だけれども、家にいる人は生活者ですよ。

(図-18)



(図-19)

住宅政策との連携のイメージ



今、申し上げたように、自分の生活を自分で
味わい抜く。そして、痛いと感じた時に病人
です。その痛みを在宅医療が取ってくれば、
普通の喜びのある生活です。

そういう環境を作るために、お金をかける

のはもったいないのか。弱った人間に金をか
けるのはもったいないという思想が古い。そ
ういう環境を作るのにお金をかけるのはも
ったいない社会を作るといことです。私
は、厚生労働省にいたからではなく、これか

らの豊かな社会というのは、そういう社会ではないかと、確信を持つに至りました。

そうすると、住宅政策との連携が必要です(図-19)。例えば集合住宅の中、または中なくてもその周辺に敷地があったら、その周辺でいいのですが、今、申し上げた医療福祉ハイブリッドシステムを埋め込んでいく。やはり認知症については、グループホームは必要ですね。これはURの集合住宅を念頭に置いています。そういうものが1階にあって、在宅をバリアフリーにすれば、ここでがんばれる。もちろん必要な時には入院するけれども、戻ってきて、ここでがんばれる。それで初めて終の棲家です。

この周辺の一戸建ての家も、この拠点があれば、サービスが及ぶ。立派な家を建てても、弱ったらおしまいですよ。その家から出て行くのでは価値がない。すなわち、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。

基本的にはこういう環境を都市の中に埋め込んでいくことが、今後の方向性である。そして、これは都市だけのものではないです。もともとこれが一番快適だから、都市部でこのシステムができれば、地方のシステムもこのように変えるべきであると思います。

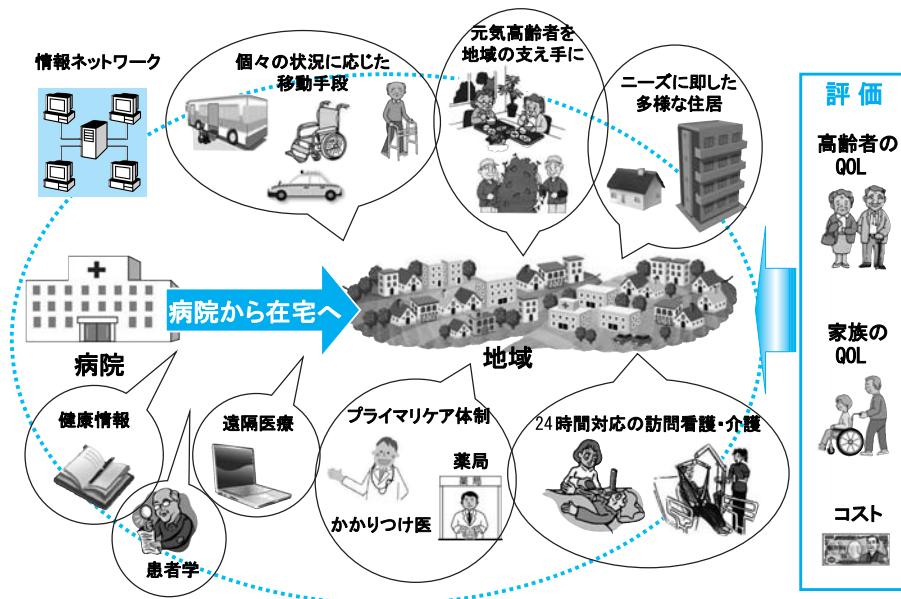
時間はもう20年しかない。20年しかないということは、10～15年ではぼ見通しがついていないといけないということだと思います。20年経ったら、団塊の世代は80歳台になる。多くの人は弱っているでしょう。そういうことで、15年ぐらいの勝負だと思うのです。

7. 東大高齢社会総合研究機構の試み(柏プロジェクト)

これはaging in place (地域に住み続けること)の構造を図示したものです(図-20)。東京大学の高齢社会総合研究機構の社会実験の課題です。その課題を果たすためには、歳をとっても基本的にはやはり元気であり続けることが一番です。そのためには65歳から85歳

(図-20)

Aging in Place: コミュニティーで社会実験



ぐらいまで、地域に働くところがある。出かけたくなるところがある。そして、だんだん虚弱になっても、移動手段がいろいろ地域の中に埋め込まれている。これから、車椅子だけでなく、移動を支えるシステムが色々と要るでしょう。そして、バリアフリーの住宅がある。

これが基本形です。今、申し上げた、できる限り自立度を維持し続ける社会です。しかし、弱って最後は亡くなるという時に必要になるのは、24時間対応の看護・介護、そしてプライマリーケアと書いていますが、往診する医療です。そして、何でも診てくれる総合医、家庭医です。このシステムを地域に埋め込む。これが基本的には、今、申し上げた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。

それで、東大はモデル地として千葉県の柏市を選びました。柏市には、東大の柏キャンパスがあるということもあるのですが、柏市は典型的な、日本の高度成長時に人口移動し

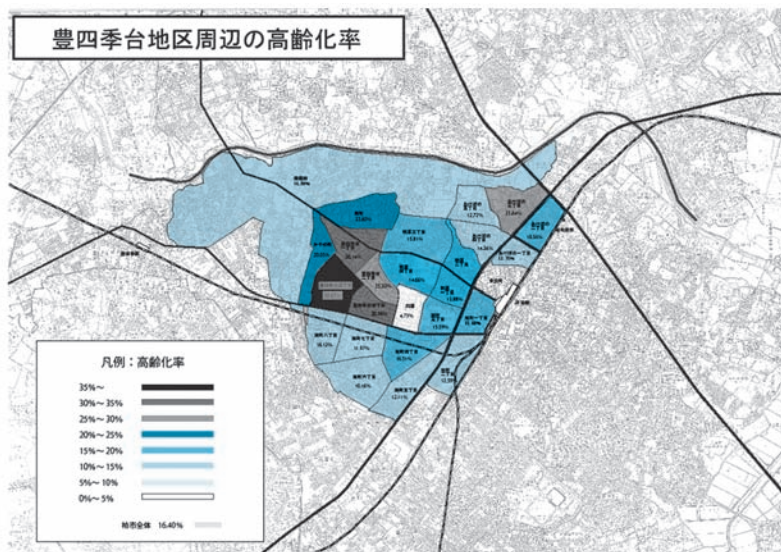
たベッドタウンなのです。その豊四季台という団地に注目しました。ここにUR、当時の住宅公団が、昭和39年に約5000世帯の大団地を作った。そして、その周辺に人が住み始めました(図-21)。

したがって、その40数年後の今日、この高齢化率は35%を超えている。最初に移り住んだ世代の多くは聞き取りをしてみるとまだ70代前半です。まだ本格的には老いていない。それでも、もう65歳以上がメインになってきている。これが一つの、これから都市が高齢化していく先がけ、先行部隊です。この周りにも、後から移り住んできた人の一戸建てがいっぱいあります。ここをモデルにしようということです。

(総合的な在宅医療福祉システム)

それで「柏一東大モデルプロジェクト」(図-22)ということで、その眼目の一つは、住宅政策と連携した総合的な在宅医療福祉システムの普及です。今申し上げた、「最後ま

(図-21)



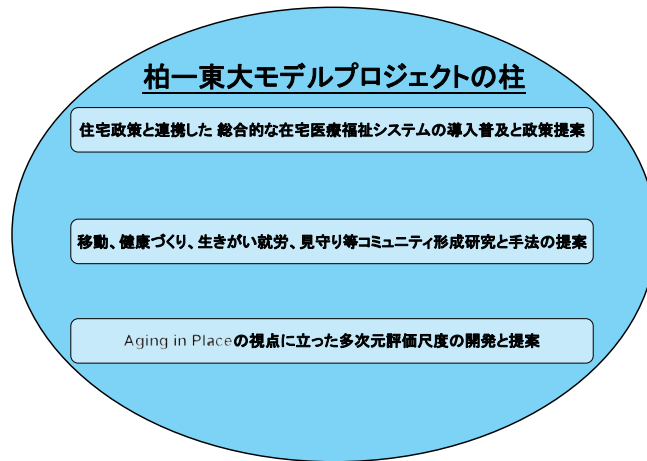
でがんばれる」という安心のシステムを作る。だけれども、その前は虚弱な期間は短ければ短いほどいい。できる限り元気であり続けるためのシステム。特に生きがい就労です。この出かける場所をいかに作るか。これが大きなテーマです。

(図-23)は模式図ですが、豊四季台は建替が進んでいます。今、2期工事に入ろう

としています。1期工事では、最初の部分が高層化して、エレベータが付いてバリアフリーになっている。順番に建替えていくのですが、建替える過程でURの再開発は、特養、デイサービス、ショートステイ、グループホームはだいたい付けるのが普通になってきています。

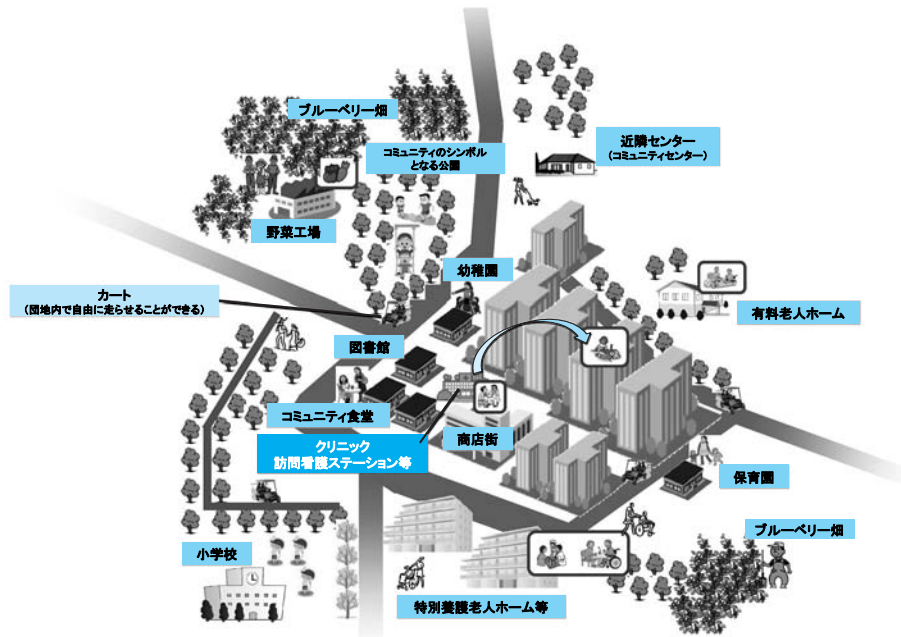
だけれども、これまで、申し上げたように、

(図-22)



(図-23)

超高齢化社会対応型のまちづくり: コンセプトマップ



最後まで安心という医療がないと、これは終の棲家にならない。例えば特養に入れたとしても、特養で弱ったら今度は救急車で病院に行って死ぬ。結局、生活の場でその人らしく終わることができない。したがって、本当に生活の場に医療が来る必要があります。

我々は、ここの建替えの過程でできた空き地に在宅医療の拠点を誘致したいということで、東京大学としては、千葉県の医療再生計画で助成をいただくことになりました。先ほど見ていただいたようにバックアップ病院との連携、看護、介護との連携、それから特に医師がグループ化することが必要です。先ほど説明しませんでした、一人のクリニックだけでは無理です。したがって、ここに誘致する拠点のクリニックは、地域の開業医とグループ化する。グループ化して、開業医とこの拠点が助け合って、24時間対応をするようにします。

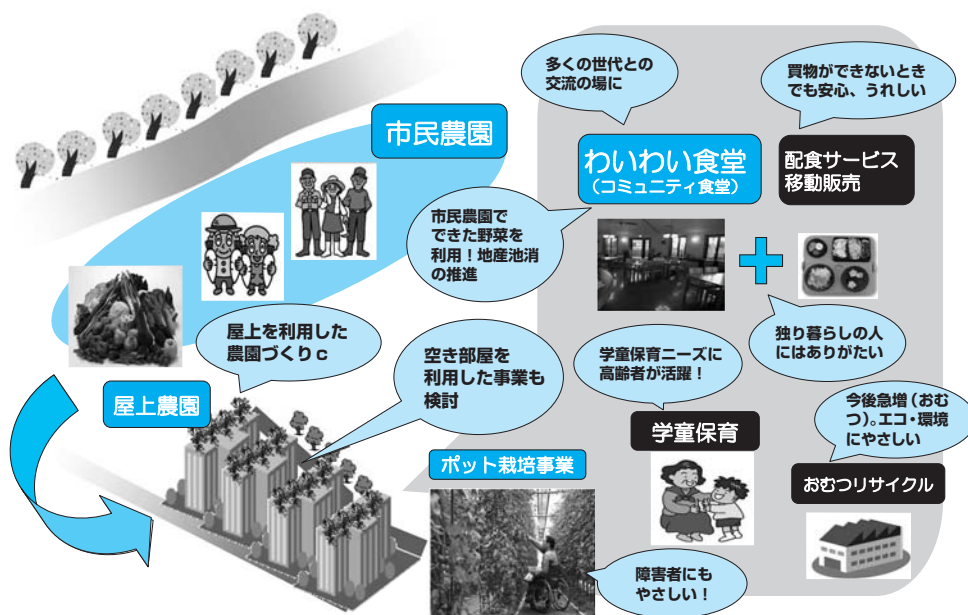
そのようなシステムをモデル的に開発すると同時に、やる気のある医者育てなければいけないので、地域の開業医に研修事業を行う。その研修プログラムを開発するということを東大の機構で22年度から地域医療再生計画の事業として本格的に始めることにしました。研修は23年度から行います。一方において、東大が誘致した拠点において、在宅医療の実習センターを作ります。

(高齢者の地域就労一特に農業に注目)

もう一つの眼目は、働く場を地域に埋め込もうというプロジェクトです。これは非常に意欲的なもので、先ほど紹介した秋山弘子先生がプロジェクトリーダーとなって、今、進めようとしています(図-24)。基本的には、農業を基本にまず考えようという発想です。豊四季台の近くに川があって、川のそばに休耕地があるのです。ここを地産地消の市民農

(図-24)

“楽しく働く・遊ぶ”場づくりの視点⇒団地・周辺地域で



園にしよう。

それから、団地に空き部屋がいっぱいあるのです。これから、35歳未満の家を建てようという人口は減っていくので、住宅は供給過剰になる。この空き室で、ポット栽培と言うのでしょうか、一番いいのは苗物と言っていました。アパートの空き部屋でも、段を付けて苗を育てていく。ここならば、車椅子の人も働けます。もう一つURが本気で研究し始めたのは、屋上を農園にすることです。みんなが屋上に行って、物を作る。家から出るということです。

また、食の拠点を作ることも検討しています。コミュニティ食堂と言っているのですが、1日1回は昼、外で食べるといいですね。きちっとした栄養を摂ると同時に、ここで人と人が付き合う。人と人のつながりが、働くことを通して、食べることを通してできる。そうしたら、「今週、何々さんは1回も顔を見せないね。どうしたのだろう」というので、一人暮らしの閉じこもりが見つかる。

こういうシステムを作らない限り、一人暮らしの閉じこもりを探そうといっても、間に合いませんよ。大都市のベッドタウンの高齢化というのは、ひょっとしたら孤独死が激増して、災害状態になるのではないかとという人がいます。災害状態というのは、お手上げだということです。そうなりかねません。

そういうことで、閉じこもり防止のためには、昼に働く場があるのが良い。そして、農業が一番ではないか。自然というのは、手をかけたら応えてくれる。毎日、手をかけることが必要です。あとは学童保育のお手伝いなど生活支援の就労も企画しています。

私なりに思うのは、農業というのは都市においては多面的な価値がある。消極的に言えば、高齢者の閉じこもり防止、積極的に言えば、高齢者の言わば地域の人と人との触れ合いの場。そして、高齢者はそれなりに水準の高い年金を持っているわけです。ベッドタウンは都市サラリーマンですから、厚生年金を持っている。それなりの額を持っているわけです。そしてそのプラス・アルファとして働くから消費につながるのです。

埼玉県上尾市の例ですが、助成をもらって休耕田をどんどん畑作のできる場所に変えて、上尾を中心に四十何ヘクタールと聞きましたが、小松菜を収穫している。年6回だそうです。そして、どんどん地域の人にアルバイトに来てもらう。もちろん高齢者がいっぱいいる。1時間800~1,000円ぐらいで、即金でお手当を払うのだそうです。みんな喜んで来ているし、年6回なので、繰り返す中で、熟練度も高まっていくそうです。

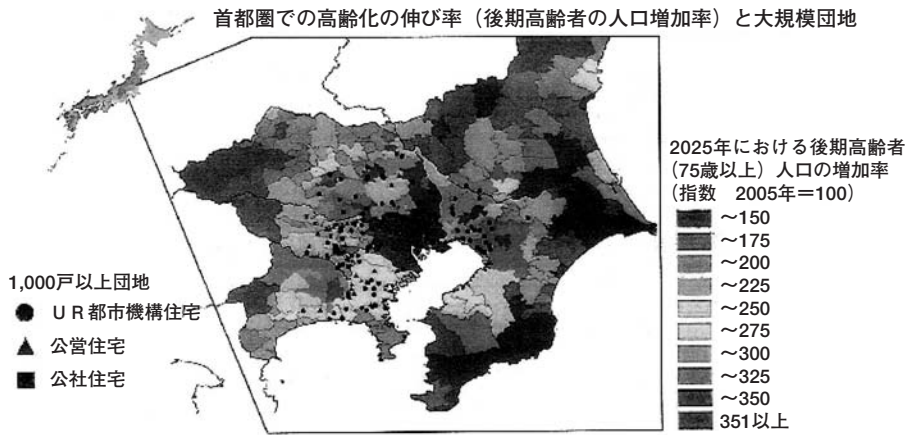
私が言いたいのは、年金プラス・アルファということで満足する、少し言い方は悪いのですが、低い賃金でも楽しく働く労働力がたくさん得られるということです。その人は楽しみのために働きに来る。そして、その上尾で出ている話題は、そういうものが動き始めた周辺の蕎麦屋さんで、みんな帰りに食事をしてビールを飲んでいくのだそうです。蕎麦屋さんも元気と。そういう良い循環です。

これからの都市のまちづくりで、在宅医療とあわせて、もう一つ必須なのは、こういう生産する分野です。賃金というのは適切な言葉ではないかもしれませんが、生きがい就労のお手当で喜んで働く人がいっぱいいる地域

(図-25)

高齢化の進展と大規模団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する（高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地）。



を作るべきではないでしょうか。

8. 都市の高齢化への対応を通じた高齢化政策におけるブレイクスルー

(図-25)は、首都圏の今から2025年に向けての75歳以上人口の増加率です。全国平均は200%程度で、首都圏のベッドタウンは、もっと増加し、350%。3.5倍以上のところもある。

(図-25)の黒い丸印は旧公団住宅。高度成長期に一挙に移り住んだ人たちの受け皿が、こういうURの団地であり、その周辺に一戸建てがいっぱいできている。それが今から一挙に高齢化するということです。

これに対するシステムを、例えば今、柏プロジェクトの例で申し上げたような形でシステム化していかないと、暗い街になる。私はこのURの団地に聞き取りで行きましたが、当初に入った人は今、だいたい70歳を超えたぐらいです。それで、こうおっしゃるのです。「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。

当時は、ピカピカに光ったダイニングキッチンですね。そして、テーブルでの食事。中堅サラリーマンのあこがれの的だったわけです。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地域にいるような地域になりつつあります。

それをもう一度、ここに住んでいてよかったなという、安心の地にすることが、どうしてもこれから20年間で日本経済がやらなければいけないことではないかと、私は言いたいのです。大なり小なり、大阪もそう、福岡もそう、名古屋もそう、首都圏が一番すごいです。その他の地方も、中核都市は似た状況のところが出るでしょう。

そして、今、都市部において申し上げたようなものの考え方で政策におけるブレイクスルーをしようとするれば、地方も同じような考え方で変革されるべきだと思います。そして、おそらく地方の団塊世代の一人暮らしの方は、夏場は自分の田畑を耕しているけれども、

冬場になったら、いろいろなものがそろっている近隣の地域の拠点の賃貸住宅に行き、だんだん弱るに従って、そこに住み続ける。そのように住み替えしていくという形で、都市で開発したシステムを何らかの形で地方にも普及していく方向になるのではないかと考えています。

いずれにしろ、これは都市だけの問題ではなく、日本人全体のこれからの一生のライフスタイルのあり方、弱って亡くなっていく社会のあり方の問題として取り組み、新しい生活モデルを作っていく必要があります。

9. 日本社会の構造転換（経済と公的負担）

そして最後に、私には必ず言わなければいけないことがあります。それは、今後の国づくりには負担を伴うということです。例えば、介護は新しい問題です。昔から、介護をやっていたというのは、必ずしもそうではない。なぜならば、昔は虚弱になると感染症、肺炎で、多くの方は亡くなっていた。しかも、昔は介護者が若かった。戦後、平均寿命が20年以上延びており、介護者も20数年老いているということです。

したがって、現在の介護問題というのは、これまでの日本の歴史が経験したことのないものなのです。今後子供との同居も減る中でそれを家族あるいは個人の責任と言うのは、あまりにも現実とかけ離れた考えです。一方、介護を家族の責任と言われたら、「確かになあ」と言う日本人は多く、日本人はものすごく健気です。そのことはすばらしいと、私は思います。しかし、現実を直視すると相当な介護システム、家族に代わるシステムを作ら

ない限りは、我々は安心して過ごせません。逆にそうすれば家族の交流が深まるのです。

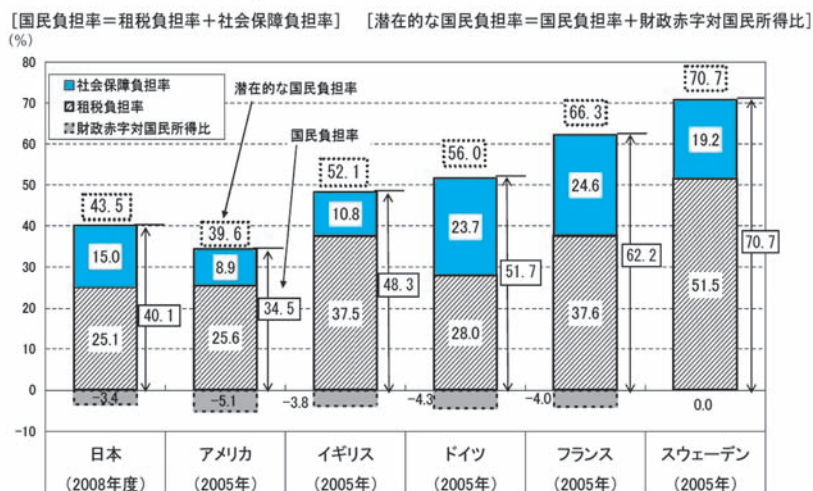
そのためには負担が必要です。というのは、老人で高所得者というのは少ないので市場システムだけでは対応できない。したがって、公的なセクターを通して、しっかりした介護サービス、そして在宅医療、それからもう一つは、やはり住宅の改造です。この投資が必要です。そのためには、日本はあまりにも国民負担率が低いのです。

（図-26）は、国民所得に対する税負担と社会保険料負担を合わせたものです。日本は合わせて国民所得の40%。この時代で高齢化率は20%。アメリカは今、公的医療保険が若人にはないので、若人を公的医療保険で日本と同じ仕組みにすれば、アメリカの高齢化率はまだ確か12~13%ですけれども、国民負担率はおそらく日本より上回る。医療費が大変に高い。イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンは冒頭にご覧いただいたように、日本より高齢化率が低い。低いにも関わらず、国民の負担率は、財政赤字を入れたものは捨象してランニングで見た時に、日本よりもはるかに高い。大変負担の高いスウェーデンの真似をする必要はありませんが、スウェーデンは今、国際競争率世界トップクラス、一人当たり国民所得も日本よりかなり高い。要するに、ちゃんと国として成り立っている。それは、公的に負担したものが内需としてグルグル循環しているからです。

もちろん、その大前提は国際競争力のある産業を維持し続けることです。一方、先進国は、高齢化し、介護が必要になるというのは、産業が発展した結果です。そして、その産業

(図-26)

国民負担率の国際比較



(注) 1. 日本は2008年度(平成20年度)見通し。諸外国は2005年度実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
【諸外国出展】“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

が発展した先進国は、次に追い上げてくるアジアの国々に対して、世界経済の中の役割分担として、比較優位の取れる競争力のある産業を持ち続けながらしっかりした社会保障を持続する。これが経済発展した国の言わば生き様です。高齢化対応の内需サービスというのは、経済発展した国を経済的にも支える経済の両輪の一つなのです。

私は、都市の農業もそうだと思うようになりました。年金制度を通じて生活費のベースを所得保障された、多くの元気になってほしい農業従事者候補の人口、素人の農業人口ですがこの集団が今後膨大な量で都市にいるわけですから。そういう高齢者が比較的低い賃金で支える都市農業で地産地消と言うのでしょうか、地域を温かく元気にして活性化させるという方向が良いのではないかと思います。このように、高齢社会にふさわしい経済システムを作っていくことも必要だと思うのです。

ともあれ、国民負担率をある程度大きくす

ることは、何ら恐れることはない。日本の国民負担率は低過ぎる。健気なぐらいに低い。上がった日本は減びるといのように、みんな思いこんでいる節がある。私はそうではないと思います。もちろん、日本経済が適度の国際競争力を持ち続けることとパッケージです。

そういう形で、むしろ必要な公的負担をして、安心できる社会を作ろう。そうすれば、消費も起こる。今の健気なまでの自己責任では、最後はお金が使えない。漫然と貯める。したがって、消費は伸びません。

(価値観の転換)

ここの発想転換を思い切ってやるのが、この日本を元気にする、あるいは経済的にも新しいサイクルに入る引き金だと、私は確信しています。それは、例えば弱った時に、本当にその人が幸せに、そしてその人と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。

そうでしょう。若い人が映画を観る、ゲームで遊ぶ、観光する。そのことと、地域ケアサービスでお年寄りが喜び社会も安心することとは、経済的には等価です。かつ、そのためにお金を使えば、雇用の場もできる。賃金も増える。そして日本経済はまわる。要するに、必要なのは価値観の転換なのです。

このように今後、公的負担を上げる必要がある。そして、それは高齢者や子育て世帯が、安心して暮らせるようなシステムの分野のために使う。それが賃金としてグルグル回る。そういう方向に国づくりを持って行くという、国民的な合意が必要だと思います。この安心できる国づくりの政策をやる前に、金利が上がれば大変です。手をつけられなくなります。

このように、私は本当に今が重要な時期だと思っています。そして、あえて言うと、国民の安心を生み出す仕事は、ある種の公共事

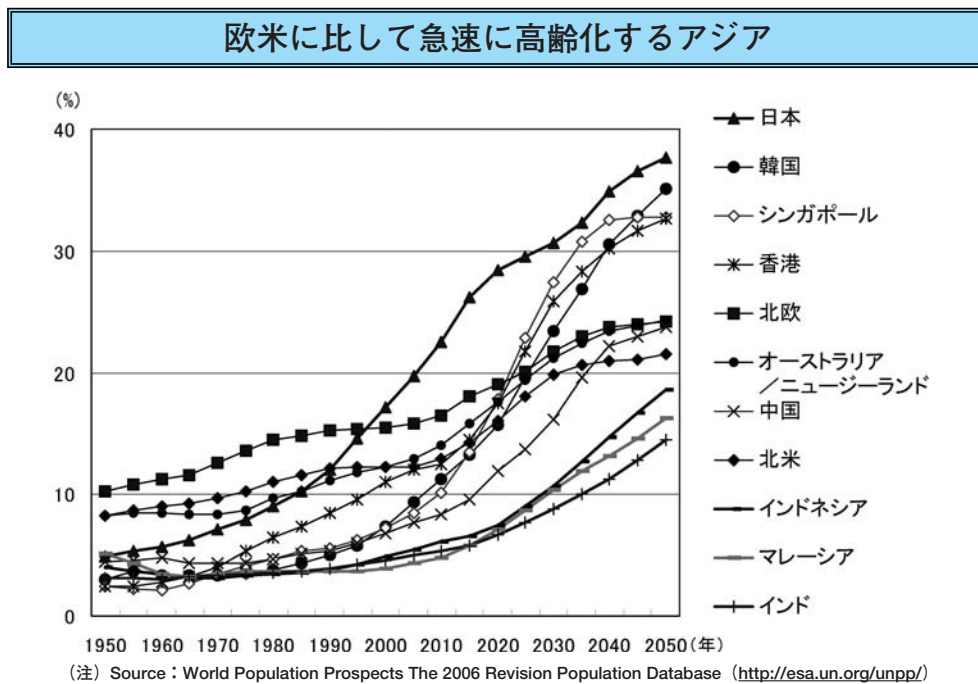
業です。それはこれまで申し上げたように、サービスを受けている人、そして携わる人自身をやさしい豊かな気持ちにする。社会を温かくする。人間と社会の変革を伴っているわけです。言わば、人間と社会の変革を伴う公共事業、そういうものを作ってほしい。

その中に私は、都市農業というものをぜひ一緒に乗せてほしいと思うのですが、そのような感じで、これからの高齢化で国を暗く捉えるのではなく、温かい国に向かうと捉えていきたいということを重ねて訴えたいと思います。

10. アジアのモデルに

そしてアジアの高齢化なのですが(図-27)、韓国、シンガポール、香港は、急速に高齢化するパターンが日本にそっくりです。この図に台湾は入っていませんが、台湾もそうです。そして、中国が同じようにそれを追ってくる。

(図-27)



中国は高齢者人口の絶対数が多いです。

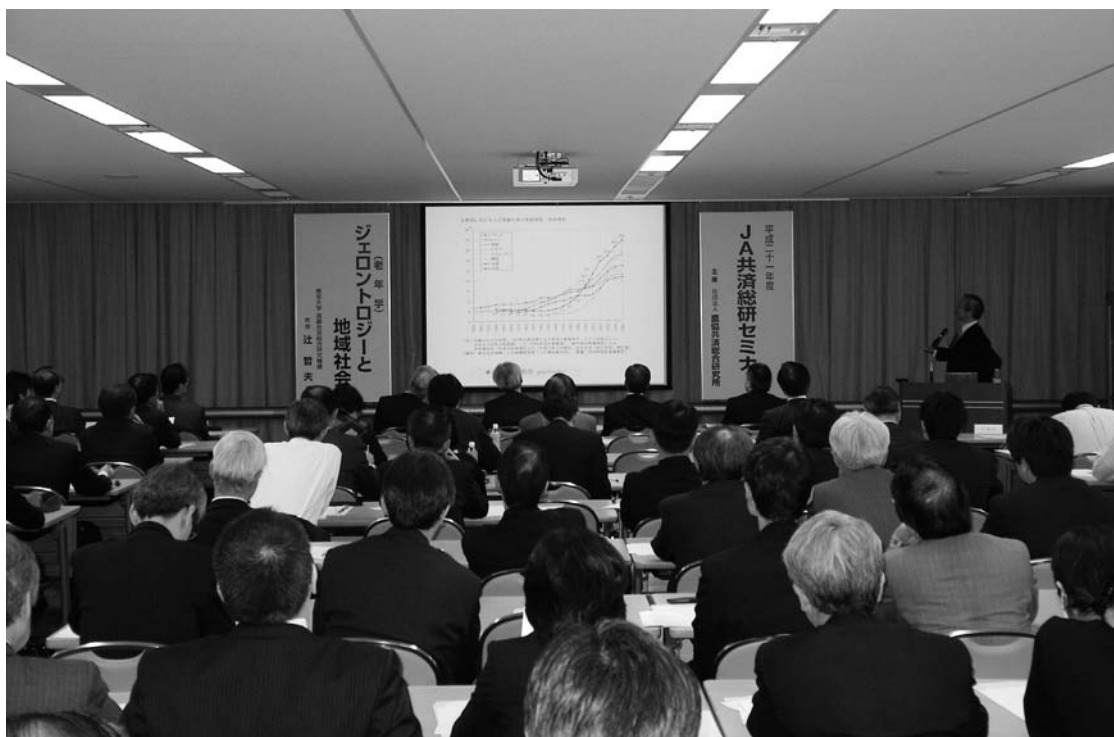
アジアが、都市部で急激に高齢化するという、日本と同じ歴史が20～30年のタイムラグで起こるでしょう。その時に、日本がどのようなモデルを示しているか。私は、そのような歴史的な意味も、日本のこれからの20年にはあると思います。この場合、価値観の転換ですね。そのことが一番大事だと私は思います。

私は農業そのものについては専門ではないので資料を読ませていただきましたが、農協は、昔は産業組合から始まった。それは基本的には生業的なのというのでしょうか、人と人が地域でつながり、農作物を作っている地域社会を、当時の新しい高利貸しや産業資本から、守ろうという営みだったと聞いています。

そういうようなことであるとすれば、再度私は言いたい。都市が今、高齢者人口の急増

で変容しようとしている。その中で、人と人のつながりとか、地域の輪やつながりを通して、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か。また、自然との融合ということも高齢者の生活にとっては魅力的ですね。そういう感じがしてなりません。農業は食料自給とか、いろいろ重要な任務を負っていらっしゃると思いますが、高齢化と農業というものを都市を引き金にして、少し考えていただいたらという印象を持ちました。

このように高齢化という我が国の大課題への対応について幅広い分野で議論し、コンセンサスを作り上げるようにしていきたいと思えます。皆様よろしくお願ひしたいと思えます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)



● 質 疑 応 答 ●

(司会) 元気な老人をやはり作っていくことが大事だということと、もう一つは、予防政策というものをきちっと地域の中に根付かせていかなければならないということをおっしゃられました。そういう意味では、私どもの母体である農協という組織が、いろいろな地域貢献活動のような中で、元気老人の活動を側面から支援するような活動をしていたり、あるいは病院の検診などの普及をするための努力を今までしてきたわけです。そういう面から、今後の農業協同組合の果たすべき役割もあるように考えられますが、その点、先生、いかがでしょうか。

(辻) 今までの日本の政策というのは、医療モデルがそうですけれども、病院を作って、そこに来てもらったら問題は解決する。あるいは福祉も特養を作って、そこに来てもらったら問題は解決するという、いわば箱もの型の対応だったのです。それが今、申し上げたように、予防システムというのは、地域のコンセンサスも要る。地域で、みんな歩こう、本当に健康的に太り過ぎないようにしよう。介護予防の場合は、お年寄りちゃんと食べられるようにしよう、あるいは、お年寄りが外に出るように、環境を作っていこうと。まず、このコンセンサスを作るという仕事そのものが大事なのです。

そしてもう一つは、箱ものだけではなくコ

ーディネート・システム。今、申し上げたように齢をとっても住み続けられるような地域を作るには、在宅医療をやるといったら、病院と開業医や訪問看護師と介護事業者、そして何にもまして「私は家にいたら、もっと幸せだから、そうしてほしい」と願う住民が、お互い上手に話し合っていかなければいけないわけです。しかし、今はそれをコーディネートするシステムがない。

更に言うと、今言った予防政策におけるコンセンサスの形成についてもそうです。地域を啓発する、そして地域を結びつけていくコーディネート・システムがないというのが、絵は描けるのだけれどもなかなか動いていない大きな理由なのです。そういう意味では、農協というのは、地域のまさしく、つながりの拠点ですよ。これからの予防政策で重要な役割を果たすことが期待されていると思います。だから、コーディネーターを育てる。あるべき方向をみんなで合意するように啓発することも含めて、コーディネーター機能を農協が担うということが、非常に重要だと思うのです。

健康づくり的な方面では、コーディネーターの典型的な職種は保健師さんだったりすると思いますが、コーディネーターをいかに育て使いこなすのか。このことも今後の重要な農協の仕事ではないか。また、そういうことのできる力があるのではないかと、私は期待しています。

<講師プロフィール>

辻 哲夫 (つじ てつお) 氏

<ご経歴>

1971年、東京大学法学部卒業後、厚生省（当時）に入省。
老人福祉課長、国民健康保険課長、
大臣官房審議官（医療保険、健康政策担当）、
官房長、保険局長、厚生労働事務次官等を歴任。
現在、東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
厚生労働省在任中に医療制度改革に携わった。

<主な著書>

『日本の医療制度改革がめざすもの』（時事通信社出版局）など