

提言

よりよい高齢社会の実現を目指して
-老年学・老年医学の立場から-



平成23年（2011年）7月21日

日 本 学 術 会 議

臨床医学委員会

老化分科会

この提言は、日本学術会議臨床医学委員会老化分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会老化分科会

委員長	北 徹	(第二部会員)	神戸市立医療センター中央市民病院院長
副委員長	大内尉義	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科加齢医学教授
幹事	横出正之	(連携会員)	京都大学大学院医学研究科教授
	荒井秀典	(特任連携会員)	京都大学大学院医学研究科教授
	井口昭久	(特任連携会員)	愛知淑徳大学保健福祉学部教授
	井藤英喜	(連携会員)	東京都健康長寿医療センターセンター長
	植松 宏	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院教授
	江藤文夫	(連携会員)	国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長
	大島伸一	(連携会員)	(独)国立長寿医療研究センター総長
	太田喜久子	(連携会員)	慶應義塾大学看護医療学部教授
	齋藤 康	(連携会員)	千葉大学学長
	佐々木英忠	(連携会員)	仙台富沢病院顧問
	坪田一男	(連携会員)	慶應義塾大学医学部眼科学教室教授
	鳥羽研二	(特任連携会員)	(独)国立長寿医療研究センター病院長
	福山秀直	(連携会員)	京都大学医学研究科高次脳機能総合研究センター教授
	細井孝之	(特任連携会員)	(独)国立長寿医療研究センター臨床研究推進部長
	本田孔士	(連携会員)	京都大学名誉教授

要 旨

1 作成の背景

我が国は戦後医療・医学の進歩と衛生環境及び食料事情の改善によりまたたく間に世界一の長寿国となった。1960年に5.7%であった高齢化率（65歳以上の高齢者人口の総人口に占める割合）は2010年には23.1%となり、過去50年間で4倍以上となった。このスピードは世界で最も速く、フランスの高齢化率が過去100年間で2倍程度の増加であることを考えると未曾有の速さといえよう。また、虚弱な人が占める割合が多くなる75歳以上の後期高齢者人口も2008年には10%を超えた。このように高齢化が進む我が国において高齢者の多くは単なる長寿ではなく、最後まで質の高い人生を送り、有終の美を飾って人生を終えることを望んでいる。そのためには、高齢者を否定的にとらえるのではなく、高齢者であっても社会参加と社会貢献を通して、豊かで質の高い生活を享受しうる社会を構築することが必要となる。

上記のような高齢者の願望を阻害する要因として、高齢期に多発する疾患とともに、高齢期に生じる種々の心理的及び社会的問題がある。従って、高齢者の健康維持や高齢者を取り囲む福祉、心理、環境、社会システムに関する学問である老年学、及び高齢者の身体的問題を主として研究、教育、実践する老年医学の重要性はますます増大している。また、高齢者医療・介護を支えるためにはチーム医療・介護が必要とされており、高齢者をケアする医療職・介護職に対して包括的教育システムを構築する必要性が高まっている。従って、今こそ我が国においても老年学・老年医学の重要性を再認識し、今後の長寿社会の構築に向けた環境整備が必要である。

人口の高齢化はグローバルな現象であり、高齢化最先進国である日本の取り組みに世界が注目している。我が国において社会の高齢化は医療・介護・福祉領域にとどまらず、経済・産業・文化にわたり相互に関連する複雑な課題を提起している。従ってこれらの課題を解決するためには、産学官民の有機的な連携・協働が不可欠であり、医学、看護学、介護学、福祉学、社会学、理学、工学、心理学、経済学、宗教学、倫理学など学際的なアプローチにより、有機的な連携・協働が望まれる。なお、老年学の推進については日本学術会議の「持続可能な長寿社会に資する学術コミュニティの構築委員会」も提言を作成し、2011年4月20日に公表された。

2 現状及び問題点

(1) 高齢者の社会参加、社会貢献の推進

我が国においては少子化、高齢化のため、今後労働人口が減少することが予想される。しかし、多くの高齢者、特に前期高齢者においては労働するこ

とができる十分な身体能力を有し、社会貢献も可能な者が多い。これらの高齢者のための再教育、多様な就労形態など高齢者が働ける社会システムを構築し、雇用を確保すべきである。このように高齢者の社会参加、社会貢献を推進することは生産人口の実質的な増加もたらし、消費の増大を介した国民経済活動の増大にもつながるだけでなく、要介護に陥る高齢者の減少につながる可能性があることから、高齢者が種々の社会活動に従事するための再教育システム、多様な就労形態、新たな就労機会のためのシステム構築など種々の方策を練る必要がある。無論、全体のパイは限られており、若者の雇用に影響が出ないような配慮は必要である。

(2) 高齢者の心身の特性を十分に理解した医療専門職の育成

高齢者は多種類の疾患と複数要因による症候（老年症候群）を同時に保有することが多い。症候の現れ方には個人差が大きく、かつその症状はしばしば非定型的である。そのため多くの医療機関を受診し、検査・薬剤処方も多くなる。従ってかかりつけ医による効率的なスクリーニングシステムの構築と個人情報に配慮した異なる医療機関における医療情報の共有が必要である。高齢者を診療する医療現場においては認知症のみならず、うつ、転倒、尿失禁など老年症候群を合併することが多い高齢者の心身の特性を十分に理解し、介護との有機的な連携も視野に入れた全人的医療が求められる。我が国の医師養成システムでは、このような機能を果たす医師を養成し得ていない。従って、高齢者人口の急増が予想される今後に向けて、特に後期高齢者を包括的に診療する医師や老年医学を専門とする医師、そして高齢者のケアにおいて老年医学の原理を理解する医療専門職の育成が急務である。

(3) 高齢者特有の疾患の診断、治療システムの整備

我が国では認知症をはじめとする高齢者特有の疾患の診断、治療システムの整備は大幅に立ち遅れている。従って、その診断と治療、介護に関して、実態を調査し、学問的根拠を集積する必要がある。高齢者医療・介護を安心して行うためのエビデンスを蓄積すべく臨床研究の推進と高い医学水準にある高齢者医療センターの大幅な拡充・増設が強く望まれる。

(4) 在宅医療・チーム医療・チーム介護の推進

急性期病院（発症間もない急性期の患者に、一定期間集中的な治療をするための病床を持つ病院）の在院日数の短縮をはかり、そこで働く医師の負担を軽減し、かつ住み慣れた自宅での生活を継続したいという多くの高齢者の希望を満たすためには、在宅医療のさらなる推進が必要である。また、高齢者の医療・介護および保健・福祉における多様な需要に対し、「チーム医療」・「チーム介護」の必要性が高まっている。保健、医療、介護、福祉分野の専

門職が、疾病予防、医療、介護、福祉の課題に対する解決策を共有し、各自の専門性を発揮して、すべての医療・介護・福祉および保健専門職が連携することが重要である。

3 提言等の内容

従って、本分科会として以下の提言を行う。

- (1) 看護学、介護学、福祉学、社会学、理学、工学、心理学、経済学、宗教学、倫理学など他領域との協同で行う高齢者の社会参加、社会貢献を可能とするシステムの開発とその推進
- (2) 老年学の推進と老年学・老年医学の学部・大学院・卒後教育での整備・充実
- (3) 各地域に高齢者医療センターを設置し、老年疾患研究・高齢者医療におけるエビデンスを国家規模で蓄積
- (4) 在宅医療・チーム医療・チーム介護のシステム開発とその推進

以上の対策を実行することによって、日本はグローバルに進んでいる高齢社会対策でのモデルケースとなることが期待される。

目 次

1	はじめに	1
2	現状及び対策	2
(1)	高齢者の社会貢献と医療経済	2
(2)	高齢者医療の実態とその方向性	3
(3)	高齢者医療に関わる医師の育成	4
(4)	高齢者疾患に関する臨床研究の推進	5
(5)	在宅医療及びチーム医療の推進	6
3	提言	7
4	まとめ	8
	<参考文献>	9
	<参考資料>	
	臨床医学委員会老化分科会審議経過	10

1 はじめに

我が国においては 65 歳以上の高齢者人口が過去 50 年間に 5.7% (1960 年) から 23.1% (2010 年) へと 4 倍以上増加し、未曾有の速さで超高齢社会を迎えている。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、高齢者人口は今後も 2015 年には 26.0% となり、2020 年まで急速に増え続ける。その後はやや安定するが、総人口が減少していくため高齢化率はさらに上昇し続けて、2055 年には 40.5% に達すると見込まれている。日本人の 5 人に 2 人が 65 歳以上という“超高齢社会”が訪れるのは確実である。高齢者を診療する医師の診療技術・知識の急速な向上、生活習慣病予防の飛躍的進歩、認知症などの老年症候群の予防法の確立、在宅医療や地域の介護力の飛躍的拡充などが計られないかぎり、行き場のない虚弱高齢者が地域にあふれ、大きな社会問題となることは避けられない。療養病床（急性期の治療を終えた長期療養患者のうち、常に医学的管理が必要な要介護者のための施設）の大幅な削減、急性期病院の入院日数の短縮、在宅医療の充実の遅れによって、安らかな死は本当に迎えられるのか、死生学は社会の変革に応じているのか、など取り組むべき課題は多い。また、高齢者の虐待、介護者の介護疲れ、尊厳死、認知症高齢者に対する胃瘻造設の適否などの社会的問題も検討すべきである。特に高齢者にとって尊厳のある医療が行われるためには、死の直前の死周期だけでなく、その前の年余にわたる衰退の時期における適切な医療と介護が求められる。

しかしながら、いまだに日本においてはこれらの諸問題に対して取り組んでいる老年学・老年医学に対する理解が乏しく、その医療・教育における中味の充実がなされていないのが現状である。従って、その方策として、医学、看護学、介護学、福祉学、社会学、理学、工学、法学、経済学、心理学、倫理学などの諸科学が有機的に連携・協働して取り組むことが求められる。さらには老年医学の学部教育・大学院教育の整備・充実をはかるとともに高齢者医療センターの設置により、老年医学教育・医療を実地可能な専門医を育成することが必要である。また、現実に高齢者の診療に当たっている、あるいは将来的に当たることになる他の専門医やかかりつけ医の高齢者医療への理解を深めるためのシステム構築も行うべきである。

2 現状及び対策

(1) 高齢者の社会貢献と医療経済

我が国においては少子化、高齢化のため、今後 20～64 歳のいわゆる労働人口が減少することが予想される。現在高齢者は前期高齢者（65 歳から 74 歳まで）と後期高齢者（75 歳以上）に分けられているが、なかでも前期高齢者においては労働することができる十分な身体能力を有していることが多く、社会参加による生産活動への貢献も可能であるが、十分に活用されているとは言い難い。高齢者の社会参加、社会貢献を推進することは、それらを希望する高齢者の生きがいの創生につながるとともに、生産人口の実質的な増加、高齢者の経済的安定と自立をもたらす、消費の増大を介した国民経済活動の増大をもたらす。従って、高齢者が種々の社会活動に従事するための再教育システム、ボランティア活動、多様な就労形態、新たな就労機会のためのシステム構築など種々の方策を福祉学、社会学、経済学など他の領域と協同で練る必要がある。無論、全体のパイは限られており、若者の雇用に影響が出ないよう配慮することは当然である。

我が国は、世界一の長寿国であり、かつ健康寿命（疾病、認知症、衰弱などで要介護状態となった期間を平均寿命から差し引いた寿命）も世界一である。世界の先進国家の GDP あたりの医療費比率をみると、2008 年の米国では 16% であり、日本の約 2 倍である。フランス、ドイツと比較しても日本の GDP あたりの医療費は約 2/3 であり、世界一効率的な医療が行われていることが示されている。また、過去 10 年間の高齢者一人あたりの年間医療費は 67 万円前後でほとんど変化していない。しかしながら、今後の高齢者人口の増加を考えれば、高齢者医療費総額の増加は避けられない。佐々木らは長命と短命のどちらでより医療費がかかるかを比較し、長命群で医療費が少ないことを明らかにし、健康長寿が医療経済に与える影響を示した [1]。従って、健康長寿を享受できるよう予防医学を充実させ、さらに効率的な医療を行うべく努力を重ねて、医療への満足度を向上させることが重要である。高齢者医療の議論はこれらの事実を十分国民に周知した上でなされるべきである。

高齢者医療の在り方は、医療システムのみで解決がつくことではなく、医療を取り巻く介護、福祉、住宅などの社会システムも密接に関係する。従って、高齢者医療の問題点の解決を図る上でも、高齢者や高齢社会に関する諸問題の解明や実践的解決を目指して、諸領域が協同して、問題点の解決策を研究する老年学を推進する必要性が高くなっている。

このような高齢者の就労の場の作り方、医療・介護・福祉のあり方については、他の領域のメンバーを加えた、より広い立場でのメッセージを発信することが今後必要である。その中心的な役割を担うのは日本老年医学会及び

日本老年学会であり、これらの学会が中心となって国立長寿医療研究センター、東京都健康長寿医療センター、東京大学高齢社会総合研究機構、桜美林大学などを拠点として「高齢者が生きがいをもって参加できる社会づくり」のための活動を行っていく必要がある。

(2) 高齢者医療の実態とその方向性

高齢者の疾患にはいくつかの特徴がある。

まず、第一の特徴として、老化に伴う各臓器の機能低下を背景に疾患が発症しているという点があげられる。このため、それほど重篤な疾患でなくても、想定外の臓器機能の低下をもたしめるのである。また、老化とともに恒常性維持機能が低下し、生体防御能・栄養も低下することが多くなり、症候が慢性、難治性となることが多くなる。

臨床症候学的観点からみると、高齢者の多くは多種類の疾患と、複数の原因が複雑に関与して生じる症候（老年症候群）を同時に保有する例が多いが、症候の現れ方には個人差が大きく、しばしば非定型的である。また、薬剤に対する反応が非高齢者と異なるなどの特徴もある。

高齢者は複数疾患にかかりやすいため、多くの医療機関を受診し、検査・薬剤処方も多くなり[2]、必然的に高齢者の医療費は高額となる。高齢者の医療費が高額であることが医療制度の運営を難しくしているとよく言われるのであるが、この件に関しては、一疾患あたりの医療費が非高齢者より高いか否かを論ずるべきであり、病気が多いから、一つ一つの疾患の検査や投薬を経済的に制限するという議論は、高齢者に対する差別（エイジズム）であり、成り立ちえない論議であることを認識すべきである。しかしながら、検査に関しては、疾患ごとに複数の専門医療機関を受診することによる重複検査を減らすことが必要であり、かかりつけ医による効率的なスクリーニングシステムの構築と、異なる医療機関における検査結果や薬物治療に関する情報の個人情報に配慮した共有が必要である。薬物治療に関しては、日本老年医学会では、長寿医療委託研究の成果として「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を策定した[3]。この中で、症状に対する安易な投薬、エビデンスのない慢性疾患の悪化予防に対する投薬など、優先順位の低い例をあげて、主として後期高齢者を対象とした薬物療法の基本を掲げている。出来高払いでも、包括医療（医療費の定額払い制度）でも患者本位で投薬態度を変えない制度を確立すべきである。後期高齢者に有効な検査や薬物療法のエビデンスの構築に関しては、医療制度の整備とは別に、積極的な研究体制を整えることが医療経済的にも望ましい。政府は現行の後期高齢者医療制度を廃止する方針であるが、今後検討される高齢者医療制度にも後期高齢者医療制度に盛り込まれた、高齢者の疾病予防、高齢者総合機能評価、退院支援等にインセンティブをつけるという基本理念は守るべきであると思われる。

また、高齢者には慢性疾患に伴う、あるいは疾患ではなく老化に伴う生活機能障害が起きやすい。生活機能障害は生活の自立を脅かし社会的不利をもたらすばかりでなく、二次的に新たな疾患を発症させ、要介護あるいはより重度の要介護状態をもたらし、QOL（生活の質）を低下させることが多い。従って、高齢者の疾患治療においては、生命予後、臓器機能予後とならんで、あるいはそれ以上に生活機能の予後を重視すべきである。また、高齢者は社会環境の変化に基づく心理学的変化が症候を修飾することが多いため、治療方針の策定や退院支援には高齢者総合的機能評価によって、からだのみならずこころ、そして社会的背景を全人的に捉えて対処する必要がある。このように高齢者を対象とした医療においては、臓器機能を守るだけでなく、生活機能を維持し、その低下を防止することが重要である。

自立した生活には、日常生活活動度、認知機能、情緒、社会性（家族関係、友人、仕事など）などの機能が維持されていることが必要であるが、それらの機能を全般的・系統的に評価する方法を高齢者総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment; CGA）という。CGAを実施することによりどのような支援を行えば自立した、あるいはより自立に近い生活を維持できるかが明らかになる。しかしながら、CGAの実施にはマンパワーが必要であり、かつ依然として認知度が低い。CGAの普及をはかるためには、まずその認知度を上げる方策を検討し、認知度を上げることにより高齢者医療の向上に役立てるべきである。

高齢者の終末期医療は高齢者医療で極めて重要な課題であるが、我が国においては、自らの終末期医療に対してどのような医療を望むかについての、いわゆる事前指示書を用意している例はきわめて少ない。本人の意思確認のあり方、医療代理人の必要性、患者・医師関係の有り様等、議論すべき課題が山積している。従って、高齢者の終末期医療をどうするかについて医師、看護師などの医療従事者、介護関係者及び患者・家族などの意識を調査し、今後の方向性を決めるための議論を進める必要がある。高齢者の終末期医療に関しては、日本老年医学会の倫理委員会が、2000年に公表し、現在その改訂作業を進めている「高齢者の終末期医療に関する立場表明」[4]や終末期医療分科会からの提言[5]を参照すべきである。

(3) 高齢者医療に関わる医師の育成

高齢者数は今後急増するが、老年科専門医が今後急増する可能性は医師養成システムの現状を考えると少ない。近い将来に急増する高齢者の診療をどうするかという問題を解決するには、高齢者を現実に診療している他の診療科の専門医、かかりつけ医、あるいは介護施設に勤務する医師に対する高齢者の医療への理解を深める教育システムを構築し、その教育において老年病専門医を活用することがきわめて有効であり、現実的解決策と考えられる。

かかりつけ医あるいは高齢者の診療に当たる他科専門医を高齢者医療に必要な十分な知識をもつ医師として養成するためには、他の診療科の専門医のカリキュラムの中に、高齢者医療に関し最低限習得しておくべき必修事項を組み入れ、他科専門医であっても多くなるであろう高齢者診療の質を担保する教育体制を構築する必要がある。高齢者特有の症候を理解し、その評価、治療、介護あるいは介護保険の利用法などについて必要最低限の知識を提供すべく、現在日本老年医学会においては「健康長寿診療ハンドブック」の作成を進めている。本ハンドブックを学部生、研修医・修練医、実地医家、あるいは他科専門医の教育に生かすことにより、高齢者医療の充実が図られることが期待される。米国では不足する高齢者医療専門医対策として、他の専門医の養成プログラムの中に最低限の高齢者医療の教育プログラムを設けることを強力にすすめている[6]。

(4) 高齢者疾患に関する臨床研究の推進

我が国における認知症をはじめとする高齢者の疾患の診断、治療、介護システムの整備は大幅に立ち後れている。高齢者の診療に必要なことは、高齢者に特有の疾患の正確な診断と治療に関する学問的根拠を集積し、それを日常の診療や介護に反映させることである。そのためには、我が国において高齢者医療あるいは介護におけるエビデンスを積み上げる必要があり、そのための臨床研究の推進と、そのような研究の遂行を可能とする高い医学水準にある高齢者医療センターの大幅な増設が強く望まれる。

現在、我が国においては、高齢者医療センターは東京と名古屋の二つの都市にしかないため、高水準の診療研究拠点としての高齢者医療センターを北海道、東北、北陸、関東、甲信越、東海、近畿、中国、四国、九州の各地域に設置し、国立長寿医療研究センターが中枢機関として、全体的な情報ネットワークの中心としての役割を担うべきである。また、国立長寿医療研究センターが中心となって高齢者医療に関する活動の有効性や政策との整合性を検証し、多施設共同研究や臨床推進事業の統括を行い、高齢者医療・介護の標準化、診療ガイドラインの作成等を行うことにより高齢者医療の充実を図る必要がある。この過程で、各地域の高齢者医療センターがプラットフォームになって、全国的なデータの蓄積を行うとともに、非老年科専門医の再教育機関としても機能するように計画すべきである。

現在日本老年医学会主導にて後期高齢者の脂質異常症治療に関する臨床研究を行っている。このような臨床研究に対するサポート体制の構築や、薬物療法以外、すなわち栄養、運動などの有効性に関するエビデンスの集積も重要である。

(5) 在宅医療及びチーム医療の推進

病気があっても住み慣れた家で、地域でいつまでも暮らしたいという、大半の高齢者が抱えている希望と、増加する医療費の抑制のため、在院日数を短縮し、ベッド数を削減したい国の方針を背景に、在宅医療を推進するための誘導医療政策がとられてきたが、いまだ在宅医療を支える仕組みが充分とはいえず、さらなる在宅医療の充実を図る必要がある。すなわち、それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく在宅を強いられることもなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる地域の医療・介護体制を構築する必要がある。在宅医療を充実させることにより、疲弊した急性期病院の医師や看護師の負担を軽減し、救急医療、産科医療など不足している分野をより充実させることができるであろう。

在宅医療を担当する医師や患者、そしてその家族の大きな不安の一つとして、急病・急変時にスムーズに入院できる保証のないことがあげられている。この問題を解決する試みの一つが、国立長寿医療研究センターで行われている「在宅医療支援病棟」である。そこでは、在宅医療担当医師および医療継続を希望する患者は登録制とし、入院適応は在宅医療担当医師が行うことになっており、常時入院可能となっている。このようなシステムの成果が期待されている。

在宅医療の現場においては、一人の患者を中心に、多様な専門性を有する医療専門職が複数人でチームを形成し、相互に連携しながら自分の役割を発揮することになる。このようなチーム医療においては、高齢者の病態、病期に応じてチームを構成する専門職を変えることが重要である。しかしながら、多職種が連携して医療・介護を提供する場合には問題点もある。ひとつは、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法に準拠して行動する医療サービス提供者と、介護保険法に準拠して行動する介護サービス提供者の間にある制度の壁による“はざま”の存在である。他にも治癒を目指す医療サービスとケアを目指す介護サービスとの理念の違いによる齟齬もある。このような問題解決のため、制度上の問題を含めた検討を行いつつ、医療と福祉の連携をさらに推進するために老年科を有する大学や高齢者医療連携に実績のある地域の中核医療機関を中心に在宅医療の推進をすべきである。

3 提言

現在の日本における高齢者医療の様々な問題点に対する対策として以下に挙げる提言をしたい。

(1) **看護学、介護学、福祉学、社会学、理学、工学、心理学、経済学、宗教学、倫理学など他領域との協同で行う高齢者の社会参加、社会貢献を可能とするシステムの開発とその推進**

日本社会全体のパイに配慮し、若者の雇用に影響しないように高齢者の社会参加、社会貢献を推進することは、それらを希望する高齢者の生きがいの創生につながるとともに、虚弱、要介護に陥る高齢者の増加に歯止めをかけることが期待される。生産人口の実質的な増加、高齢者の経済的安定と自立をもたらし、消費の増大を介した国民経済活動の増大をもたらすことが期待される。

(2) **老年学の推進と老年学・老年医学の学部・大学院・卒後教育での整備・充実**

高齢者や高齢社会に関する諸問題の解決のためには、老年学を推進するとともに、高齢者医療に関わる医療専門職の研究・教育を充実させることが必要であり、高齢者の心身の特性を十分に理解し、介護との有機的な連携も視野に入れた全人的医療を提供できる医療専門職の育成により、安心できる医療・介護の提供が期待される。

(3) **各地域に高齢者医療センターを設置し、老年疾患研究・高齢者医療におけるエビデンスを国家規模で蓄積**

高齢者の疾患の診断、治療、介護システムの整備のためには、臨床研究を遂行することにより、エビデンスを蓄積することが重要であり、そのために国家的な取り組みが必要である。

(4) **在宅医療・チーム医療・チーム介護のシステム開発とその推進**

高齢者医療連携に実績のある大学や地域の中核医療機関を中心に在宅医療・チーム医療・チーム介護の推進を行うことにより、病院の負担を軽減するとともに高齢者の希望を満たすことが期待される。

以上の対策を実行することによって、日本はグローバルに進んでいる高齢社会対策でのモデルケースとなることが期待される。

4 まとめ

社会の高齢化というとにかく暗いイメージでとらえられがちであるが、高齢者の中での要介護者は約 13%に過ぎず、今後それ程増加するものではない。逆に、その数倍もの「円熟した頭脳と豊富な経験を有する健やかな高齢者」が増える事実を目を向けるべきで、この事実が未来に向けてマイナスに働く筈はない。この健やかな高齢者のエネルギーを社会発展に向け再構築すれば、未来は無限に明るくなるはずであり、その中で医療と福祉は大きな力を発揮することが期待される。未来の長寿社会はわれわれの努力で創造可能であるが、そのためには高齢者医療と福祉との一体化が不可欠であることを認識すべきである。

我が国が世界に先駆けて高齢社会を乗り切るためには、高齢者にやさしい医療機器や、人手不足を解消するために多くの介護機器の開発が必要と考えられる。これらの機器開発において日本が優位に立つことにより国内はもとより世界に機器開発により得られる成果を発信することができ、日本のこれからの産業の一つの柱として、雇用の創出と輸出の増加をもたらす大きな成長分野と位置づけられる。

健康寿命世界一の我が国に課せられた課題は、高齢者の満足度も世界のトップを目指す姿勢である。地域社会の変革によって、高齢者の「役割」と「尊敬の対象としての存在感」が乏しくなり、医療と介護の「負担」という印象が社会を覆っている。団塊の世代が高齢者に加わる今こそ、新たな役割と満足の地域の形を再構築すべき時代である。この役割の中には、福祉・医療の担い手・ボランティア活動も重要な位置づけになる。老年学は高齢者像の新しいイメージ作りの先陣をきって、具体的取り組みを多様な産業や行政に発信する必要がある。

<参考文献>

- [1]佐々木英忠、医療経済、老年医学テキスト、248-249.
- [2]秋下雅弘、寺本信嗣、荒井秀典、荒井啓行、水上勝義、森本茂人、鳥羽研二、日本老年医学会雑誌、41：303-306、2004年
- [3]日本老年医学会編 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2005年
- [4]井口昭久、日本老年医学会雑誌、42：285-287、2005年
- [5]日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会、対外報告『終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－』、2008年2月14日
- [6]井藤英喜、科学、80：68-72、2010年

<参考資料> 老化分科会審議経過

平成 21 年

2 月 28 日 第 1 回メール審議

○委員長、副委員長、幹事の選出

平成 22 年

10 月 19 日 第 2 回

○提言に関するまとめ

平成 23 年

6 月 23 日 日本学術会議幹事会（第 127 回）

臨床医学委員会老化分科会提言「よりよい高齢社会の実現を目指して-老年学・老年医学の立場から-」について承認