

東南アジア研究所の松林と申します。私は高齢者の医学が専門でしたので、医学を通じて地域に入りました（スライド1）。高齢者の方々の病気というのは、病院医学だけでは、必ずしも解決しません。高齢者の疾病は、若・壮年期の疾病と異なり、完全に治癒させてしまうのが困難な慢性疾患だからです。高齢者が慢性疾患という生活上の課題をかかえて、生活するのは地域であり、家庭であります。したがって、病院周辺の地域介入研究にまず入って行きました。昨日来、日本の地域研究者は日本の地域をやらないのかという話がありましたが、私は日本の地域に対する医学的介入研究が原点であります。最近アジアの高齢者の方々を診察しておりますが、日本とアジアの高齢者を比較しながら、高齢者の疾病、生活機能、死生観などについて考えております。

スライドをお願いします。

この「人間の安全保障」という問題は、詰まるところ人間の生命と財産ということになりましようけれども、いわゆる視点、その考察する対象が国家なのか、民族なのか、家族なのか、個人なのかという対象の位相によって若干異なります（スライド2）。しかし私のテーマは医学ですので、ここでは、まず個人を対象とし、ついで家族、一部に民族といった考察を展開したいと思います。

「人間の安全保障」を考察するに際して、社会の高齢化という現実を無視することはできません。スライド3は日本における1950年から2050年までの人口の推移を示したものです。日本の人口は2006年をターニングポイントとして減少に向かいますが、赤の部分でお示した、65歳以上の高齢者の割合はどんどん増えてきて、2050年には、37%くらいになると予想されます。それらを背景にした1人あたりのGNPがこれからどういうふうに向かうのかに関しては、おそらく経済の方々は様々な予測をされるでしょうが、まだよくわかりません。

「朝は4本足、昼は2本足、夕方は3本足となる動物は何か？」というのは、有名なギリシャ神話に出てくるスフィンクスの謎であります。スフィンクスという怪物が、テバイの城門で旅人にこの質問を投げ掛け、答えられなければ殺してしまったと神話は伝えております。朝は4本足、昼は2本足、夕方は3本足となる動物は何か。これを解くのはオイディプス王ですが、幼児人は四肢で這い、成人になれば2本足で立ち、夕方つまり晩年になると杖をつくから3本足、すなわち人間の生涯を描いたものであると解くわけです。

ギリシャの2500年前までさかのぼることもなく、近々50年前まで、老人というものは杖をつくようになれば、やがてろうそくの火が消えるように亡くなっていくものだと思われておりました。しかし現在、人の一生は杖をつく夕方では終わりません。このあとに、寝たきりや痴呆という、長い長い夜の時代があります。したがってこの夜の時代にどのように対応するかというのが、老年医学の最大の課題であります。

事実、15年くらい前まで、いわゆる華々しい急性期病院と表裏してある慢性期病院には、スライドのようなお年寄りの方々がたくさん入院しておられました（スライド4）。意識はなく、自分で動くこともできません。しゃべることもできず、食事は鼻からの管を通じて

しか摂取できません。このような寝たきりのかたは、近年減ってはきましたが、まだまだたくさんおられます。意識がなくても、医療スタッフは日夜、その方々の生命保護を行っているわけです。このような老人病院では、さまざまな人間模様があって、一月に1回くらいは危篤状態になられることがあるのですが、最初の数回はご家族が集まってこられますが、何度にもなると、とても集まれない。あるいは寝たきりの方々の年金を使って生活している子供さんたちもおられます。その人たちは亡くなったら年金が打ち切られるので、とにかく可能な限り延命してほしい、といった要請をされます。このように、老人病院の現実、医学のみでは対処できないさまざまな矛盾があります。したがって、このように疾病や生活機能が非可逆的になる前に何とか手を打てないかということで、地域に入って予防介入していこうというのが、私の地域研究に入った最初の動機でもありました。

私は15年間、高知県におりました。介入地域として、高知県の香北町という、人口6000人、高齢化率が30%の町に入りました(スライド5)。いわゆるマルチ・ディシプリナリーという問題は、医学でも大きな問題です。たとえば現在、病院内では臓器専門が細分化されて、脳、心臓、肝臓、これら各々が完全なディシプリンであります。同じ医師でも心臓、腎臓、あるいは脳の研究者が、研究の最先端に関してはほとんど相互には了解不可能なほど学問の先端は先鋭化しています。しかし一人の病人、とくにひとりで多くの病気をもっている高齢者に対応するためには、この人たちが協力しなければいけませんし、また地域に出たら、医学以外に保健、リハビリ、介護が協力する必要があります。さらに社会という観点に立ちましたら、医療、経済、政治、心理、社会が共同対応する必要があると思います(スライド6)。

このような観点から地域に出たコンセプトは、高齢者を病気の単位だけで見のではなく、生活機能障害がどうか、あるいは社会的背景がどうか、生きがいはどうかといった複数のディメンションから、高齢者の健診に入りました(スライド7)。スライド8は健診風景です。

スライド9は、調査初年度の香北町の成績ですが、縦軸は自分で自分のことが完全にできる自立度を示し、横軸は年齢です。65~74歳の方は9割以上、自分で自分のことができます。それが75~84歳になると7~8割に減ります。85歳を超えると、半数以上の方が人の手を借りなければ生活できないという現状が明らかになりました。したがって、生活自立度が加齢とともに低下していくことはやむをえないにしても、何とかこれを底上げできないかということを実験研究の目的にしたわけです。

様々な介入を行ったわけですが、スライド10がそのまとめです。65歳以上の高齢者の方々に毎年、健康関連アンケートをいただくとか、75歳以上の全高齢者を毎年、診察するといったことをやりました。そのときは医師団、保健所、町の保健福祉係あるいは産業振興課、農協、その他、様々な民間ボランティア組織の人たちと、マルチ・ディシプリナリーな対応をせざるをえないわけです(スライド11)。

その結果、どうなったかというのが、スライド12です。日常生活の完全な自立度の1991

～2001年の推移です。1991年は、完全に自立している人が70%くらいでしたが、介入の3年目からだんだん上昇し始めて、だいたい85%程度をプラトーとして自立度が高まりました。

一方、このような介入によって医療費がどのように推移したかというのが、スライド14です。赤のポイントは高知県平均の、老人1人あたりの医療費を示したものです。黄色のポイントは介入した香北町の医療費です。香北町は高知県の平均よりも高齢化率が高かったものですから、介入前は1人あたり3万円高かったのですが、介入を始めて高知県の平均並みになっています。やがて数年の間県の平均とパラレルに推移しますが、1995年度から高知県の平均を下回るようになりました。最大に開いたときは、1人あたり約5万円の医療費の伸びの抑制に成功したわけですが、1人あたり5万円といたしますと、香北町には約2000人の高齢者がいますので、約1億円の医療費の抑制につながったと解釈されます。したがって医療費の面から見ても、このような介入をある程度の費用をかけてもやる価値があることがわかってきました。

本介入研究は、医学的研究という意味では、元気な老人が増加したということで、その目的を達成したわけですが、この老人たちからいろいろなコメントがでてきました。元気にしてもらってよかった、しかし元気な私たちはいったい何をするのかという問題です。したがって医学としてはこれで終了ですが、老年学としては次の課題がでてきたこととなります。

現在の田舎の農村部は高齢化、過疎化し、農地は荒廃しております。畑でつくった作物を自分で食べることはしますが、それを売るというシステムにつながりません。したがっていままでつくったもので消費できないものは、近所の人に分けるか、孫にあげるか、あとは廃棄するというのが実情でありました。農作業の積極的モチベーションがわきません。それで、高齢者の農作業を何とか活性化できないかということで、従来の保健・福祉部門から産業振興課、農協などと協議しました。そして、関係担当課の協力を得て、個々の農家から加工品、農産物を集荷するシステム(スライド14)、それを直販していくシステム(スライド15、16)をつくりました。この中には松ぼっくりとか、いろいろ工夫した産物があります。各農家あるいは地域が競争のようにして、いいものをつくっていこうという意味では、収益はあまり合いませんが、いいリハビリテーションになったと思います。

この集荷、直販システムは「生き生き生産部」と呼ばれ、平成7年に始まって、当初の純益が2700万くらいだったのが、平成12年には8400万円くらいまで上がっています(スライド17)。これは1人あたりの収入になおすと、たかだか月額2万円程度のものですが、少なくとも元気になった高齢者の方々にやりがいがあった、ということにつながったのではないかと思います。

では、こういう介入成績が高知県だけの特殊な問題なのか、あるいは日本の他の地域でも言えるのかどうかということのために、現在では北海道、滋賀県、京都府で同じように高齢者の健康度、生活機能を追跡中です(スライド18)。

さて日本での高齢化はいま申し上げたような状態ですが、社会の高齢化はアジアにおいても進行しております。スライド 20 は、アジアの諸国の 65 歳以上の高齢者の割合の 1950 ~ 2050 年の推移を示していますが、1950 年ごろは、日本を含めたアジア全域で高齢者の割合は 4 ~ 5 % でした。それが 2050 年にはすべてのアジアの国々で 7 % 以上の高齢化社会 (Aging Society) となります、一部の社会では 14% をこえる高齢社会 (Aged Society) となります。

一方、スライド 21 は、それと表裏してある子供の割合ですが、1950 年現在、アジア全域の国でほぼ 40% が子供の占める割合でした。それが 2050 年にはアジア全域で 20% に収斂します。したがって少子高齢化は先進国だけの問題ではありません。

これらにどういう背景があるかということ、スライド 22 は世界 190 カ国の 65 歳以上の割合と 1 人あたりの GDP の値の相関をとってみたものですが、非常に高い相関率です。すなわち経済が高い国は高齢者が多い。これは当たり前かもしれませんが、これほど高い相関があるわけです。一方、平均寿命ですが、平均寿命は乳児死亡が非常に引っ張りますので、貧しい国は乳児死亡が高い。そこで、スライド 23 は、60 歳から何年生きられるかという平均余命を見ていますが、やはり経済と平均余命は男も女も非常に高い相関を示します。したがって経済問題は高齢社会にとって、大変重要な問題であることがわかります。

本邦と同様の高齢者の健康度、生活機能調査をインドネシアの西ジャワの高齢者 400 人、ベトナムの 400 人、京都の 3000 人で行い、その所見を比較検討してみました (スライド 24)。スライド 25、26 は西ジャワのシーンです。スライド 27、28、29、30 はベトナムです。スライド 27 は水牛と農夫、ベトナムの平均的な農村の風景かと思えます。スライド 28 は診療風景です。ベトナムの 75 歳以上の高齢者はほとんどがベトナム戦争、フランス独立戦争の生き残りの勇士ですので、非常にいろいろな話が聞けます (スライド 29)。

スライド 30 は様々な医学の指標を高齢者の経済ランク別に示したものです。たとえばヘモグロビンは貧血の指標ですが、インドネシアではこれと経済状況を、貧しい方、中くらい、お金持ちの 3 段階に分けています。血中アルブミンは栄養の指標です。それから日常生活の自立の度合い、高度な日常生活、それからいわゆるうつ病、ディプレッションの頻度、これらはすべて経済が高いほうがいいということがわかりました。当たり前のことなのかもしれませんが、スライド 31 は、ベトナム高齢者における医学指標と経済関係を示したものです。ここで、Odds ratio と申しますのは、貧しい層の高齢者の日常生活が完全に自立している人の割合のを 1 とした場合、経済的に中等度の層、裕福な層ではどれくらいになるかといった表しかたをいいます。つまりベトナムでは、裕福層では日常生活が完全に自立している人は、貧しい層の 3 倍自立しています。一方、Depression の頻度すなわち、うつ病の頻度は、貧しい層を 1 とすると、裕福層は 0.2 倍であるという見方が出ています。

経済が高齢者の健康指標に影響するという事実は東南アジアだけかと申しますと、そうではありません。スライド 32 は、高度な日常生活機能の自立の度合いを経済層で分け、日本、

インドネシア、ベトナムで比較したものです。このスライドからは二つのことが見てとれます。すなわち、ひとつは、明らかに高齢者の健康状態は経済状況に依存していること、これは途上国と先進国に共通した普遍的な現象のようです。しかしもう一つの点で、経済が健康に影響する度合いは多様性があるということが言えると思います。

ではその貧しい高齢者たちにどう対応するかということが、もちろん「人間の安全保障」としては対策が要求されることですが、スライド 33 はミャンマーの仏教系老人ホームです。Aged poor と言って、70 歳以上の身よりのない貧しい人たちが入所している老人ホームです。このミャンマーにおける仏教系老人ホームでも、同一の高齢者評価指標を用いて健診を行いました。日本でも貧しくて身よりのない方が入る老人ホームに、「養護老人ホーム」というものがあります。一方日本には、最近、数千万円払えば入居できるケア付きマンションがあります。スライド 35 は、ミャンマーの仏教系老人ホームに入居している貧しい高齢者、日本の養護老人ホームに入居している日本の貧しい高齢者、そして日本のケア付きマンションに入居している裕福な高齢者の三者で、いきがい(QOL)を比較したものです。QOLの内容としては、自分がどれほど健康と思っているか。家族関係が満足しているか、友人関係が満足か、経済状態が満足か、幸福感はどうかといったことです。この三者を比較すると、日本の養護老人ホームに入っている方がいちばん低い。もちろん日本の高級ケア付きマンションの方は高いのですが、主観的な幸福度はミャンマーの仏教系老人ホームがいちばん高くなります。ミャンマーの仏教系老人ホームの方は瞑想することが最大の喜びであるといっておりました(スライド 36)。すなわち高齢者のQOLは、もちろん身体的問題、メンタルな問題、ソーシャルの問題、エコノミカルな問題がありますが、それに加えてスピリチュアルという問題があるようです(スライド 37)。多くのアジア諸国では宗教がスピリチュアルな問題を支えています。アジアで得られた知見を日本に持ち帰って、日本の高齢者にとってスピリチュアルなものは何かということ、これから追求していきたいと考えています。

スライド 38 に示しますように、フィールド医学、地域研究を通じて私が学んだことは、まず医学的な問題ですが、臓器に還元せず、個体全体としてとらえる視点を神経学で学びました。一方、老年医学からは、生物学的な個体ではなくて、地域に生活する生活者としてとらえる視点、さらにフィールド医学というか地域研究からは、単なる生活者ではなく、その自然環境や文化背景も視野に入れるという生態学的視点、このように広がってきました。

そういう意味でいままで臨床医学、ベッドサイド、病院医学が医学の中心でしたが、地域研究を通じて臨地医学、いわゆるフィールド・メディスンというものを重要な領域として確立すべきであろうと思います(スライド 39)。

最後にマルチ・ディシプリナリーというテーマですが、インター・ディシプリナリーという語感、ディシプリンとディシプリンの合間を埋めるといった、消極的な語感があります。一方、マルチ・ディシプリナリーという言葉は、先ほどの調査と同じように多くの

人が集まってやるけれども、経済用語で言う合成の誤謬というか、バラバラにやっているということがぬぐい去れません。

そういう意味ではディシプリンを統合していく、スーパーという言葉がいいかどうかはわかりませんが、ディシプリンを統合して設計していくという視点がこれから重要ではなかろうか（スライド 40）と思います。ご清聴どうもありがとうございました。