



World Health  
Organization

要旨

---

# 高齢化と 健康に 関する ワールド・ レポート



World Health  
Organization

**要旨**

---

**高齢化と  
健康に  
関する  
ワールド・  
レポート**

©世界保健機関 2015

日本語は、WHOの公式言語ではなく、従って、この翻訳版は、WHOの公式出版物ではありません。

不許複製。WHO出版物の複製または翻訳にかかる許可申請は、目的の如何（販売、非営利の配布等）を問わず、WHOウェブサイト ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)) より許可申請頂くか、以下にお問合せください。

〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1 I.H.D.センタービル9F  
WHO健康開発総合研究センター（WHO神戸センター）  
Fax: 078-230-3178  
E-mail: [wkc@who.int](mailto:wkc@who.int)

本報告書の中で用いられている呼称および資料の提示方法は、いかなる国家、領土、都市もしくは地域またはその当局の法的地位ならびにその国境または境界の設定に関するWHOの見解を表明するものではありません。地図上の点線は、関係国間でいまだに完全な合意が得られていない、おおよその境界を示しています。

文中に特定の企業や製品の名称が言及されている場合であっても、WHOはそこに言及されていないが類似した性質を有する企業、製品に比して、それらの企業、製品を特に支持または推奨するものではありません。誤植、脱落は別として、独自製品の名称は、頭文字に大文字を用いて表記しています。

WHOは、本報告書の出版に際してあらゆる合理的な手段を講じて内容の確認を行っていますが、その配布にあたり、明示または黙示の別を問わず、一切の保証を行うものではありません。本報告書に記載されている内容の解釈、使用の責任は読者に帰します。WHOは、本報告書の使用によって生じた損害に対して一切の責を負いません。

指定の編集者の他は、本報告書の記載内容に責任を負うものではありません。

Suggested citation: Beard JR, Officer A, Cassels A, editors. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.

表紙：レポート表紙の絵はRose Wileyによる ‘PV Windows and Floorboards’ です。81歳にしなながら、Rose Wileyのスタイルは新鮮、予測不能、且つ最先端であり、この作品は2014年に、2500点以上の応募作品の中からJohn Moores Painting Prizeを受賞。過去の受賞者の倍ほどの年齢であり、Rose Wileyは高齢であることは成功への妨げとはならないことを証明しました。John Moores Painting Prizeは、ほかの荣誉ある芸術作品賞とは異なり、現代作品の応募を年齢で制限していません。

この絵の著作権は、作者の保有とします。

# 序文

気候変動や新たな感染症、あるいは新種の薬剤耐性病原菌など、人間の健康を取り巻く課題は今後何が起きるのか、予想することができません。しかし、ひとつははっきりしていることは、人口の高齢化は世界規模で、かつ急ピッチに広がりを見せているということです。人類史上初めて多くの人々が60歳以上の寿命を期待できるようになった昨今、人びとの健康や、保健制度、医療従事者や財源の確保など、その影響ははかり知れないものがあるのです。



この「高齢化と健康に関するワールド・レポート」では高齢人口を対象にした保健政策の策定と、実際のサービス提供の両面で大きな変革をもたらすことで、これらの課題に対応すべきだと提言しています。その提言を取りまとめるために、高齢化のプロセスについての最新の知見に着目しています。一般に「高齢者」に対して抱かれている認識や思い込みは、時代遅れのステレオタイプであることが多いのです。

「加齢により機能低下が起きる」と多くの人々が考えるかもしれませんが、最近の知見によると、加齢と機能低下には緩やかな関係性があるだけであることがわかりました。つまり、いわゆる「典型的な」高齢者などは存在しないということです。個々の機能レベルにはばらつきがあり、高齢者の健康に関するニーズはランダムではなく、むしろ、ライフコース（生涯）にわたる検討や対応が必要であることがわかります。

高齢者は健康に関する課題を複数抱えることが多いのですが、「高齢化」がそのまま「依存」を意味するわけでもありません。また、一般の理解とは異なるかもしれませんが、「高齢化」は他の要因と比較しても必ずしも医療費の押し上げにつながる要因ではないことがわかりました。これは新しい医療技術にかかる費用を含めてのことです。

これらのエビデンスを鑑みて、このレポートは人口高齢化への対応における公衆衛生分野で取るべき最も適切な対応について、新しくかつ広範な領域での検討を推し進めていくよう働きかけているものです。適切な政策を適切に実行することができれば、人口の高齢化は個人にとっても社会にとっても新しい可能性を示すものであり、その未来は明るいものと考えます。その結果、示される公衆衛生面のアクション・フレームワークは経済の発展段階に関わらず多くの国が採用できる具体的なステップを提示することになるでしょう。

このフレームワークを開始するに際し、このレポートでは健康な高齢化とは、「単に病気ではない」ということを意味するのではないことを強調しています。多くの高齢者にとっては、機能的能力の維持は最も重要な意味合いを持つでしょう。しかし社会的負担コストとして大きいのは、機能的能力を支援するための費用によるものではなく、むしろ必要な投資や調整を行わないことで失うベネフィットにあるのです。ここで提言されている人口高齢化に対する社会的なアプローチはエイジフレンドリー（高齢者にやさしい）世界を築いていくという最終目標も含め、疾病の治療に軸足を置く既存のモデルから、高齢者のニーズを中心に考える包括的な規定へと保健制度を改革していくことが必要になります。

このレポートの提言はエビデンスに裏打ちされたもので、包括的で、また前向きなアプローチであり、また実に実用的な内容です。いかに革新的なソリューションを持って対応することができれば、具体的な課題に対応できるのかを多くの国での実際の例を示しています。トピックも実に横断的で、高齢者の個人のニーズに対応する包括的なサービス戦略から、現存の介護システム固有の課題や不公正をいかに是正して、高齢者が安全で快適に暮らせるようにサポートする方策まで多岐にわたります。

この「高齢化と健康に関するワールド・レポート」は、政策担当者とサービス提供者の双方が人口高齢化に対して抱いている概念自体を大きく変えてしまうだけの可能性を持つのではないかと、私は考えます。



世界保健機関  
事務局長  
マーガレット・チャン

## はじめに

今日では、歴史上初めて、ほとんどの人が60歳を超えて生きられるようになっていく(1)。出産率の著しい低下と、このような平均余命の増加が同時に生じていることで、世界中での急激な人口高齢化が起きている。

これらの変化は劇的であり、その影響ははかりしれない。ブラジルやミャンマーで2015年に生まれた子どもたちは、50年前に生まれた人よりも、20年以上、長く生きると予想されている。また、2015年の時点のイラン・イスラム共和国における60歳以上の人口は、全体の10分の1程度にすぎない。ところが、たった35年の後には、3分の1にまで増加すると考えられる。そして、人口高齢化の速度は、これまでよりもずっと速くなっている。

長生きは、何事にも代えがたい価値である(2)。長生きは、単に高齢がどのようなものになるかを見直すだけでなく、人生全体をどのように送るべきかを考え直すよいきっかけとなる。例えば、現在世界中の多くの地域では、ライフコースを、固定的な一連の段階という型にはまったものとして捉えている。ここでの段階とは、幼少期、学生時代、決まった期間の就労期、退職、という流れである。この観点からすると、単純に余りの数年が人生の終わりに追加され、それにより、退職後の生活が延長されることになる。しかし、より多くの人々が高齢者として生活するようになるにつれて、多くの人々が、人生に対するこの型にはまった考え方を見直していることが明らかとなった。こういった人々は、代わりに、追加の年数を他の形で過ごそうと考える。例えば、さらなる教育や新たなキャリア、長く無視してきた昔の夢を再び追い始める、などである。さらに、もっと若い人たちが長生きすることを想定し始めており、違う形での計画を立てられるようになってきている。例えば、キャリア形成を後回しにして、人生のより早い段階で家庭を築くためにより多くの時間を使うなどの計画をする。

しかし、寿命が延びたことによる機会の拡大は、1つの重要な要因に大きく依存している。その要因とは、健康である。人々がこういった追加の年数を良い健康状態で過ごせるならば、自分が重要だと思うことを実行する能力は、若い人の能力とほとんど変わらないだろう。しかし、その追加の年数が、肉体的・精神的能力の減退によって影響されるならば、高齢者や社会に対して大きくマイナスの影響が及ぶことになる。

残念なことに、寿命が延びると同時に良い健康状態の期間も延びると考える人が多いのだが、今日の高齢者がその親の世代と比べて同年齢でより良い健康状態にあることを示すような証拠はほとんどない。

しかし、健康でない状態によって高齢期が必ずしも影響されるわけではない。高齢者が直面する健康問題のほとんどは、慢性症状、特に非感染性疾患と関係している。これらの疾患の多くは、健康的な行動をすることで回避したり遅らせたりすることができる。多くの健康問題は、特に十分早い時期に発見された場合には、効果的な対処が可能だ。能力が低下している人々でさえ、支援環境があれば、確実に、尊厳のある生活を送ることができ、個別に豊かな人生を送り続けることができるのだ。しかし、世界の現状は、こういった理想からは、かけ離れている。

だからこそ、人口高齢化には、包括的な公衆衛生における対応が必要となる。しかし、対応として何をすべきかに関する議論があまりなされておらず、何ができるかに関する証拠は限られている(3,4)。しかし、だからといって、今、何もできないわけではない。実際に、取り組みの必要は差し迫ったものである。このレポートでは、健康と高齢化について何が分かっているのかを詳細に確認し、公衆衛生における取り組みのための戦略的枠組を作り、経済発展のどの段階にある国でも適用が可能な、次に取るべき実践的な手段についてのリストを作成する。

この過程において、ライフコース全体の流れの中での加齢に関連する変化について取り上げる。しかし、高齢期において特別な課題が生じることと、この期間がこれまでほとんど注目されてこなかったことを踏まえて、このレポートでは人生の後半期に焦点をあてるものとする。

## 健康と高齢化に関する認識を変える

人口高齢化に対する包括的な対応を作成するにあたっての問題の1つが、高齢者に対して抱いている共通の認識や思い込みの多くが、時代遅れのステレオタイプに基づいているということである。この問題のために、諸問題を整理する方法が制限され、疑問点が狭められ、革新的なチャンスを得るための能力が抑制されるのだ(5)。実際のデータでは、新しい視点が必要であることが示されている。

### 典型的高齢者は存在しない

高齢者人口の特徴は、非常に多様であるということにある。例えば、80歳の人の中には、多くの20歳の若者と匹敵するレベルの肉体的・精神的能力をもっている人もいる。できるだけ多くの人を、高齢化のこのようなプラスの軌道に乗せられるような形で、政策の枠組を作る必要がある。また、その政策は、高齢者の持続的な社会参加と社会貢献を阻むような多くの阻害要因を打ち壊すのに役立つものでなくてはならない。しかし、多くの人々は、もっと若い時期に、能力の大幅な低下を経験する。例えば、60歳代で、基本動作でさえも他の人の助けが必要となる人もいる。高齢人口に対する包括的な公衆衛生における対応は、こういった人々のニーズも解決するものでなくてはならない。

このように多様な人口グループの能力を有効に活用し、そのニーズに応えるための政策は、まとまりのないもののように見えるかもしれないし、政府の異なる部

門や対立する部門によって実行されることもあるかもしれない。しかし、高齢者の多様なニーズは、連続する生活機能という観点から見るのが最善であり、包括的政策による対応は、このような様々な観点を、高齢化という一連の流れの中で捉えることができるものでなくてはならない。

## 高齢者の多様性はランダムではない

高齢期に見られる多様性の中には、私たちの遺伝的形質を反映している部分もあるが(6)、ほとんどは、私たちの物理的・社会的環境により生じるものである。この環境には、家庭や近隣、コミュニティなどがあるが、これらは健康に影響を及ぼしうる。直接の影響の場合もあれば、阻害要因や誘引を通して私たちのその時々々の決定や行動に影響することもある。

しかし、私たちと環境との関係は、多くの個人的特性、例えば、自分が生まれた家庭、性別、民族などに応じて変化する。環境による影響は、こういった特性により根本から変えられることが多くある。それは健康における不平等につながり、その不平等が不当かつ回避可能という状況では、健康格差が生じるのである(7)。実際に、高齢期に見られる能力および状況の膨大な多様性の大部分は、ライフコースにわたるこれらの健康格差の影響の積み重ねに基づいている。(8)

こういった動向を図1に見ることができる。図1は、女性の健康に関するオーストラリアの縦断的研究(Australian Longitudinal Study on Women's Health) (9)のデータを用いて、ライフコースにわたる身体能力の軌跡を表したものである。この図から、高齢期における身体能力が広い範囲に分散していることが分かる(最上部と最下部の2本の暗色の線により示されている)。ただし、この図はまた、同じ年代に対して、収入の適正さに応じて5分割したのものである。収入のレベルが高いほど、若年期における平均の身体能力のピークが高い位置にくる。そして、この差異は、ライフコース全体において継続する傾向にある。

こういったパターンは政策立案にとって大いに示唆的である。どの年代においても、健康に関するニーズが最も大きい人というのは、そのニーズの解消のために利用できるリソースが最も少ない人でもあるのだ。政策対応は、こういった格差を強めるのではなく打開するようなものにすべきである。

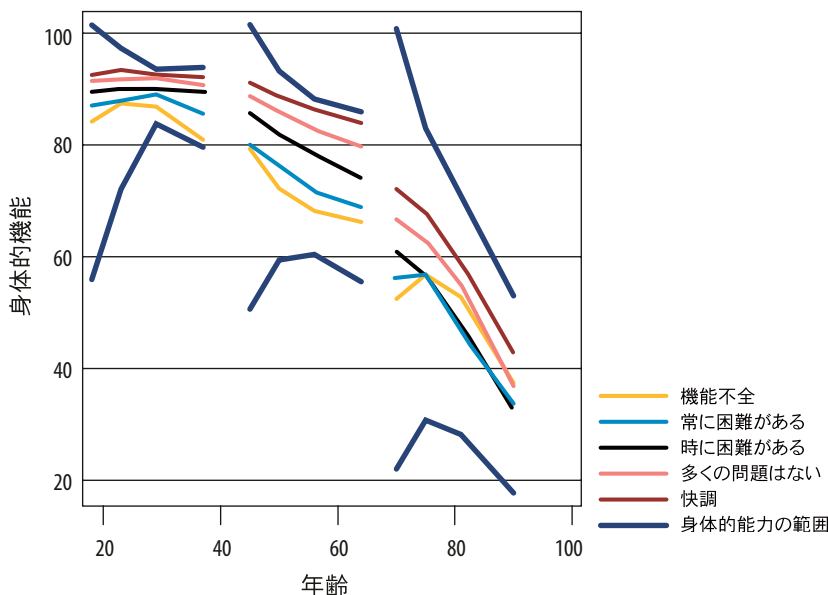
## 高齢は依存を意味しない

典型的な高齢者というものは存在しないのだが、社会では高齢者をステレオタイプ化した視点から見る事が多くあり、そのため年齢だけから個人やグループに対する差別が生じることがある。これは年齢差別といわれるものであり、現在では、性差別や人種差別よりもより広範に見られる差別の形態である(10,11)。高齢者に対する年齢差別的なステレオタイプとして広く見られるものの1つに、「高齢者は他人に頼る」あるいは「高齢者は重荷である」というものがある。このステレオタイプにより、政策立案の過程において、「高齢者のために費用を投じるのは単なる経済的浪費」という思い込みが生じたり、費用切り下げを強調する方向へと進んだりすることになる。

依存性に関する年齢に基づく思い込みは、経済に対する高齢者の多くの寄与を無視したものである。例えば、英国で2011年に実施された研究での概算によると、年金・福利厚生・医療のコストと、税金・個人消費・経済的に価値ある活動を通



図1. ライフコースにわたる身体能力を、現在の収入によって生活する能力に応じて階層化



ソース: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson ; 女性の健康に関するオーストラリアの縦断的研究を用いた未発表の分析結果 (Australian Longitudinal Study on Women's Health) (9).

した貢献とを比較した結果、高齢者による社会への差し引きの貢献は約400億ポンドであり、その額は2030年には770億ポンドに達することが分かった(12)。

低・中所得国におけるデータは少ないものの、そういった国々でも高齢者による貢献は非常に大きい。例えばケニアでは、小自作農の平均年齢は60歳を超えている。よって、ケニアやサハラ以南のアフリカの他の地域の食糧の安全確保の維持にとって、高齢者が非常に重要であると言える(13)。また、高齢者は他の世代を支えるという重要な役割を担っている。例えばザンビアでは、高齢の女性のおよそ3分の1が、蔓延するHIVのために親を失った孫や、出稼ぎで親がいない孫の世話をし、生活の面倒を見ている。

さらに、どのような経済的環境であっても、明確に経済面ではいえないまでも、高齢者は様々な形で貢献している。例えば、ストレス時には精神的支柱となり、また、困難な課題に対しては指導的役割を担う。こういった様々な形で貢献できる能力を高齢者が保てるような形で、政策を立案すべきである。

## 人口高齢化により保健医療のコストは増加するだろうーしかし、予想されるほど多くはない

別の共通する思い込みとして、「高齢化が進む人口のニーズが増加により、保健医療のコストが維持できないほど増加する」というものがある。実際にはこのイメージは、全く不確かなものである。

一般的に、高齢者は増加する健康関係のニーズと関連があるとされているが、高齢者と、保健医療の活用と出費の両方との関連は変化しうるものである(14-17)。実際に、高所得国の中には、1人あたりの医療費がおよそ75歳を超えると大幅に下がる国もある(ただし介護の出費は増加する)(18-20)。高齢化はますます進んでいるので、人々が長く健康な生活を送ることができるようにすることが、医療費の膨張という負担を実際に軽減することになるだろう。

また、年齢と医療費の関係は、医療制度そのものに強く影響される(21)。医療供給のシステムやインセンティブ、脆弱な高齢者への介入策や文化的規範などにおける差異を反映する可能性も高く、臨終近くになると、とりわけ顕著となる。

実際に、何歳であろうと、医療費が最も高くなる時期は、人生の最後の1~2年間のことである(22)。しかし、この関係も、国ごとに大きく変わる。例えば、人生で最後の1年の間に治療費として使われる医療費は、オーストラリアとオランダでは全医療費の約10%だが、米国では約22%である(23-25)。また、人生で最後の数年間に使われる費用が最も少ないのは、若者のグループと比較しても、最高齢のグループであるように思われる。

さらに多くのデータが必要ではあるが、人口の年齢構成に基づく将来的な医療費の予測は、このように疑わしいものなのだ。このことは、高齢化の医療費への影響は他の複数の要因よりもはるかに少ないということは、これを示唆するこれまでの分析結果によっても裏付けられている。例えば、米国では、1940~1990年の間(それまでよりも急激に高齢化が進んだ期間である)、医療費は高齢化によって約2%しか増加していないが、技術に関連する変化によって38~65%も増加しているのだ(19)。

## 今の70歳は昔の60歳に相当するわけではない— しかし、相当することもありうる

加齢と結びついた思い込みはネガティブなものが多いが、逆向きの思い込みもある。「今日の高齢者はその親世代や祖父母世代よりも良い健康状態で人生を送っている」というのがそれである。これは、よく言われる「70歳は昔の60歳」という言葉に集約されている。一見ポジティブな言葉だが、この思い込みには疑問が残る。もし今日の70歳が昔の60歳と同じ健康状態にあるのならば、今日の70歳は自力で生活できるはずであり、よって彼らを支援するための政策活動の必要はあまりない、という結論が導き出されてしまうのだ。

高齢者が長生きするようになったことを示すはっきりとした証拠が、特に高所得国では存在するのだが、この延びた分の期間の生活の質は明確ではない(26)。また、調査結果は、国内でも国家間でも大きな食い違いが見られる(27-35)。さらに、ある人口グループにおける様々なサブグループ内の動向も、それぞれで全く違っている場合がある(36,37)。

1916~1958年に生まれた人で大規模な縦断的研究に参加した被験者についてWHOが調査したところ、重度障害(食事や洗濯など基本動作について他の人の支援を必要とする障害)の有病率はわずかに減少しているものの、比較的軽度の障害の有病率は大きくは変化していないことが分かった(38)。

さらに、状況に関わらず、今までの多くの調査では、亡くなる前の数年間に共通して生じる能力の大幅な低下にしか注目していなかった。通常、能力低下はそれよりずっと早くから始まるものなので、これから10~20年は生存するであろう人たち

の内在的能力をどのようにして前の世代の人と比較すればよいのかについてはほとんど分かっていない。

現状では、今の70歳が昔の60歳に相当するとは思えないのであるが、将来的に実現不可能とは限らない。しかし、これを実現させるには、高齢化に対する公衆衛生での活動をさらに協力して行う必要があるだろう。

## 過去ではなく将来に目を向ける

人口高齢化に伴い、他にもたくさんの大きな社会的変化が生じている。これらを総合すると、将来において年を取るということは、前の世代の経験とは大きく違ったものになるだろうと考えられる。

例えば、都市化とグローバル化に伴い、移民が増加し、労働市場の規制撤廃が進んだ(39,40)。望ましいスキルと経済的柔軟性を備えた高齢者にとっては、こういった変化によって新しいチャンスが生まれる。しかし、そうでない人々の場合は、若い世代が発展する地域へと移住する一方で、自分たちは貧しい農村部に取り残されることになる。しかも、これまでならば助けを求められたであろう家族構造や社会的セーフティ・ネットは、失われているのだ。

性に関する規範もまた、世界の多くの地域で変化しつつある。女性の重要な役割とは、子どもや高齢の親類の世話であることが多かった。賃金労働への女性の参加は限られており、後年、女性自身にそのしわ寄せが多く及んだ。例えば、貧困のリスクの拡大、良質な保健医療やソーシャルケアサービスを受けるにあたっての困難、虐待や健康状態の悪化、年金受給の減額などのリスクの高まりなどが挙げられる。今日では、女性が他の役割を担うことが増えており、そのため、高齢期における安全性は高まることとなった。しかし同時に、こうした変化によって、助けを求める高齢者の世話を、女性や家族が行うことが難しくなっている。介護が必要となる可能性のある高齢者が急増している状況と合わせると、これは単に、家族が介護をするという古いモデルが持続可能なものではないことを意味している。

技術的变化もまた、人口高齢化に伴って生じており、これまでは決してなかったようなチャンスが生まれている。例えば、インターネットによって、実際の距離に関係なく家族のつながりを継続することができるようになり、高齢者のセルフケアに役立つ情報や介護者を支援するような情報を得ることもできる。補聴器などの福祉機器は、これまでよりも機能的かつ安価になっており、ウェアラブルデバイス(身につけられる機器)によって、健康管理や個人的保健医療の面で新しいチャンスが生まれている。

こういった大きな社会的変化と技術的变化が意味するのは、高齢化に関する時代遅れの社会モデルに基づいた政策立案をすべきではないということであり、こういった開発によりもたらされる革新的な新しいアプローチに向けたチャンスを捉えるような政策にすべきだということである。しかし、その一方で、将来的に起こるかもしれないという、可能性に基づく政策立案には限界があるだろう。将来的な変化やその影響について想像するのは困難だからだ。よって、このレポートで用いたアプローチでは、高齢者が、変化する世界を乗り切り、新しく、より良く、より生産的な生き方を創り出すことを可能にするような、高齢者の能力強化に焦点をあてている。これは、経済的効用のみに焦点をあてるのではなく、人々が理由をもって価値を見出している事物を獲得するためのチャンスを彼ら自身に与えることを目指している他の政策領域とも足並みを揃えたものである(41-43)。

## 高齢者への出資は投資であって、コストではない

保健システム、介護、より広範な対応を可能とする環境づくりへの出資が、コスト（費用負担）と表現されることがよくある。このレポートでは、それとは異なるアプローチをとる。これらの出資を投資として捉えるのだ。その投資により、高齢者の能力を培い、その結果として満足できる生活が可能となり、高齢者が貢献できるようにもなる。また、こういった投資により、高齢者の基本的権利に関する責務を社会が果たせるようにもなる。こういった投資の効果が分かりやすい形で見られる場合もある（より良い保健システムにより健康状態が改善され、その結果、高齢者による参加が増加し、満足できる生活状態が得られる）。効果が分かりづらい場合もあるが、同様に考慮すべきである。例えば、介護に対する投資によって、能力を大幅に失った高齢者が尊厳のある生活を維持でき、女性が仕事を続けられるようになり、コミュニティ全体でリスクを分担することで社会的一体性が促進されるのだ。

この方法での取り組みのために経済的合理性の枠組を再構築することで、いわゆるコストを最小限に抑えることに焦点をあてた議論から、社会が適切な運用と投資に失敗すれば失ってしまうであろう利益を考慮した分析へと、議論を移すことになる。政策立案者が本当の意味での情報に基づく政策を打ち立てようとするならば、投資とそれにより生じる利益の程度を十分に定量化し考察することが非常に重要となるだろう。

## 加齢、健康、生活機能

### 加齢とは何か

加齢を構成し、加齢に影響を及ぼす変化は、複雑である(44)。生物学のレベルでは、加齢は、広範かつ様々な形での分子・細胞に対する損傷の積み重ねと関係している。時間経過に伴い、この損傷によって、各個体の生理的予備力は徐々に低下し、多くの疾病リスクが増加し、内在的能力が徐々に低下する。そして最終的に死に至る。しかし、これらの変化は、直線的に生じるわけでも一貫して起きるわけでもなく、年を経るなかでの個人の年齢と、ゆるやかに関係しているのみなのである。

さらに、高齢者には、生物学的な衰えの他にも大きな変化を経験することが多い。例えば、役割や社会的地位が変化したり、近親者の死去に対応しなくてはならなくなったりする。この状況に応じて、高齢者は、より少数の、より有意義な目的や活動のみを選択するようになり、残った能力を訓練や新技術を通して最適化し、失った能力を補うような他の方法を見つけて、すべきことをするようになる(45)。目的や、意欲のもととなる優先順位、嗜好などもまた、変化するように思われる(46-48)。これらの変化の一部は喪失への適応によるものかもしれないが、その他の変化は、「新たな役割や視点、相互に関係のある多くの社会的背景」と関係すると考えられる高齢期の心理学的発達を反映している(45,49)。これらの心理学的変化によって、多くの環境において、高齢期が、主観的に満足度の高い生活を体験する時期になりうるこの理由が説明できるかもしれない(50)。

よって、公衆衛生による高齢化への対応策を考える際には、高齢期に関わる喪失の状況に対処するためのアプローチを考えるだけでなく、レジリエンスや心理的成長を強化できるアプローチを考えることが重要である。

### 高齢期の健康

60歳以降の障害と死亡の多くは、年齢に関連する能力の喪失に大きく起因する。例えば、聴力や視力、移動能力、非感染性疾患（心臓病、脳卒中、慢性呼吸疾患、癌、認知症など）である。これらは、裕福な世界だけの問題ではない。実際に、こういった身体状態の多くに関連する高齢者の困難は、低・中所得国の方がずっと大きい。

しかしながら、こういった健康状態からは、高齢者の生活に及ぼしている影響は何も分からない。例えば、重篤な聴力障害があるにも関わらず、補聴器を活用することで高レベルの機能を維持できているかもしれない。さらに、個々の状態による影響を別々に考えるのは、あまりに単純すぎる。2種類以上の慢性疾患を同時にもつリスク（複合疾患として知られる）の増加とも、加齢は関連しているからである。例えば、ドイツでは、70～85歳の人の4分の1近くが、5種類以上の疾病を同時にもっている(51)。複合疾患が、身体機能や医療の利用や医療費に及ぼす影響は、こういった状態の個々の影響から想定されるよりも大幅に大きいことがしばしばある。

さらに、高齢期には、これまでの疾病の分類では把握しきれないような健康状態が生じる。これらの状態は慢性の場合もあれば（例えば、極度の脆弱性は65歳以上の高齢者の約10%に広がっている）、急性の場合もある（例えば、感染症や手術の副作用など複数の決定要因の結果として生じうる精神錯乱など）。

高齢者が経験する、健康面や機能面の状態におけるこの複雑さを考えると、「高齢者の健康」とは何を意味するのか、どのように測定するのか、どうすれば促進できるのかといった、基本的な疑問が生じる。疾病の有無によって単純に定義するのではなく、高齢者の身体機能や満足できる生活状態にこれらの状態が及ぼす影響という観点から見た、新しいコンセプトが必要である。個々の疾病の有無や併存疾患の範囲などではなく、これらの健康状態に対する包括的評価の方が、生存や他のアウトカムを予測するために、はるかに有効である(52)。

### 健康な高齢化

高齢者の健康と身体機能を考察する方法を組み立てるために、このレポートでは、2つの重要なコンセプトを定義し、違いを明確にする。1つ目のコンセプトとは**内在的能力**である。これは、個人がいつでも利用することのできるあらゆる身体的・精神的能力を合わせたものを意味する。

しかし、内在的能力は、ある高齢者に実行可能なことを決定する要素の1つにすぎない。その他の要素とは、高齢者がその中で生活し、相互作用をもっている環境である。こういった環境が様々な形での促進要因・阻害要因となり、最終的にはそれらの要因によって、あるレベルの能力をもつ人々が、自身が重要と考えることを実行できるかどうかが決まる。よって、高齢者の身体機能が限られていても、抗炎症薬や福祉機器（杖や車椅子やスクーターなど）が入手可能で、近くに安価で使いやすい交通機関がある場所で暮らしていれば、買い物はできるのだ。

個人と環境、そしてその相互作用を組み合わせたものが、機能的能力である。このレポートではこの**機能的能力**を、「自分が重要と考えることを実行でき、望ましい状態であることができるような、健康に関する特性」と定義している。

これらの2つのコンセプトに基づいて、このレポートでは、**健康な高齢化を、高齢であっても満足できる生活状態が可能であるような機能的能力を発達させ維持するプロセス**と定義している。

健康な高齢化に対するこのような概念化の中心にあるのは、内在的能力も機能的能力も一定ではない、という理解である。加齢に伴い、両方が低下する傾向にあるが、人生の選択やライフコースにおける様々なポイントでの介入によって、個人ごとの人生の経路—または軌跡—が決まる。

つまり、健康な高齢化とは、それぞれの高齢者と関係し続けるようなプロセスなのである。健康な高齢化に関するそれぞれの経験は、常に、よりポジティブにもネガティブにも変わりうるからである。例えば、認知症や深刻な心臓病をもつ人の健康な高齢化の軌跡は、能力を最適化する安価な治療を受けて支援的な環境で生活するならば、改善されうるのである。

## 健康な高齢化のための公衆衛生の枠組

高齢化に対する包括的な公衆衛生上の活動は、早急に必要である。知識の隔たりは大きいものの、今すぐ行動できるだけの十分な証拠は揃っており、各国の現時点での状況や発達の度合いに関係なく、できることは何かしらあるのだ。

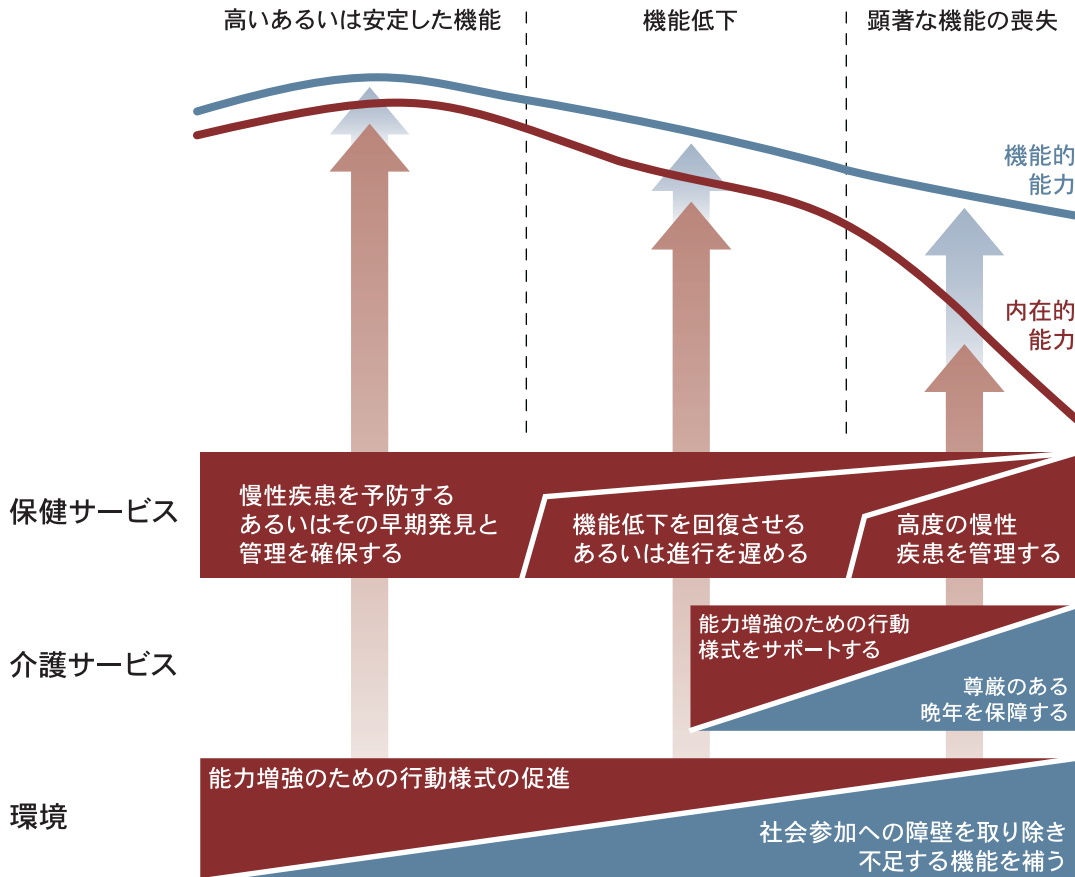
健康な高齢化を促進する介入策のための開始点は数多く特定されているが、すべてが同じゴール、つまり「機能的能力の最大化」を目指している。このゴールを達成するための方法が2つある。内在的能力を強化・維持することと、自分が重要と考えることを機能的能力が減退しつつある人が行えるようにすること、である。

ライフコースにわたる機能的能力と内在的能力の軌跡を最適化するための取り組みにとってキーとなる可能性を、図2に示した。図では、高齢者を3つのグループに分けている。比較的高く安定した能力をもつ者、能力が低下しつつある者、能力を大幅に失った者の3通りである。これらのグループは固定的なものではなく、すべての高齢者の人生の軌跡がカバーされるわけでもない。しかし、これらのグループのニーズが解消されれば、ほとんどの高齢者の機能的能力を強化することができるようになるだろう。その達成のために役立つ4つの主要な活動領域を、以下に示す。

1. 支援対象である高齢人口に合わせた保健システムの調整
2. 介護システムの開発
3. 加齢に対して適合性のある環境の創出
4. 測定、モニタリング、理解の改善

活動のための準備という点で各国に違いはあるが、有効と考えられるいくつかのアプローチは、いずれの活動領域でも採用できる。厳密に何をどの順番で行う必要があるかについては、各国の状況に非常に強く依存する。

図2. 健康な高齢化のための公衆衛生の枠組：ライフコースにわたる公衆衛生の取り組みのための機会



## 支援対象である高齢人口のニーズに合わせた保健システムの調整

年をとるにつれて、人の健康に関するニーズはより恒常的かつ複雑になりがちである。こういった高齢期の多次元の要求を解決するには、総合的な形の保健医療の方が、単に特定の疾病に個別に対応するサービスよりも効果が高いことが分かっている(53-55)。しかし、高齢者がしばしば遭遇するのは、急性の疾患や症状を治療するように設計されたサービスである。こういったサービスでは、全体的でなく個別的な形で健康問題に対処し、治療にあたる人々や治療内容や治療時間は概ね画一的である。その結果、高齢者のニーズに適切に対処できないばかりでなく、高齢者と保健システムの両方に対して大きな費用負担がかかることにもなりうる。

つまり、健康な高齢化の促進とは、これまでになされてきたことを単に拡張するという話ではない。そうではなく、高齢者のニーズに主眼を置いた総合的サービスを確実かつ安価に利用できるような保健システムを開発する必要がある。それにより高齢者にとってより良いアウトカムが得られることは既に明らかになっており、従来のサー

ビスよりも費用を低減できる。こういった保健システムはいずれも高齢者の機能的能力を強化・維持することに焦点をおいた多部門連携の視点をもつだろうが、保健サービスがこれを達成するためには内在的能力を最大化することが最も効果的だろう。

この方向転換は、世界中の低・中所得国やさらに貧しい環境においては特に困難であろう。リソースに制約のある環境では、保健システムの基本的な構成要素が欠けていることが多い。しかしこの状況は、若年世代では依然として重要である急性疾患への治療へのニーズも解消しながら、高齢者中心の総合的医療を実施できるような新たなアプローチを開発するチャンスでもある。

次の3つのアプローチにより、保健システムを高齢者のニーズに合わせることができよう。

1. 高齢者中心の総合的医療を提供するサービスを確実に受けられるようにする。
2. 内在的能力を目指すシステムに方向転換する。
3. 適切な訓練を受けた持続可能な保健医療人材の確保。

## 高齢者中心の総合的医療を提供するサービス

高齢者中心の医療を提供し、その利用を保証するためには、システムが、高齢者のニーズや嗜好を踏まえて構築されなければならない、また、サービスに加齢適合性があり、家族やコミュニティと密接に関わっている必要がある。各レベルの間やサービスの間を、また、保健医療と介護の間をつなぐ、統合した医療が必要である。これを達成するための主な取り組みを下に挙げる。

- 確実に、すべての高齢者が包括的評価を受け、能力の最適化を目的とした広範なサービスにわたる治療プランを1つだけ与えられるようにする。
- 高齢者が住む場所に可能な限り近くで実施できるサービスを開発する。例えば、自宅への訪問サービスや、コミュニティ基盤の医療提供などである。
- 治療を促進するサービス構造を、多部門連携チームが構築する。
- 相互支援、専門的訓練、情報およびアドバイスを提供することにより、自己管理ができるよう、高齢者を支援する。
- 高齢者の能力を最適化するために必要となる、医薬品、ワクチン、および医療技術が確実に手に入るようにする。

## 内在的能力を目指したシステム

システムの方向性を、内在的能力に焦点をあてる方向へと転換するためには、収集した保健および管理情報を修正し、能力測定の方法や、使用する資金ソースの仕組みやインセンティブ、提供する訓練の内容などを変更する必要がある。この転換を支えるためのいくつかの取り組みを下に挙げる。

- 内在的能力に関するデータを収集・分析・レポートするための、情報システムを適用する。
- 能力を最適化する医療を促進するための、能力測定、報酬、資金ソースの仕組みを適用する。
- 内在的能力の軌跡を最適化するための医療上のガイドラインを作成し、既存のガイドラインを、能力に対する影響が明確になるよう、改訂する。



## 適切な訓練を受けた持続可能な保健医療人材

これらの新しいシステムでは、すべてのサービス提供者が、基本的な老人学や老年医学に関する技術、そして、総合的医療システムで働くためのより一般的な能力（例えば、コミュニケーションやチームワーク、情報通信技術に関する技術など）を身につけている必要がある。現在の医療従事者の姿にとらわれた戦略を立ててはならない。主な活動を以下に挙げる。

- サービスに先立つ訓練において、また、健康に関するすべての専門家を対象にした専門能力開発コースを継続的に行う中で、老年医学や老人学の問題に関する訓練を行う。
- あらゆる保健関連のカリキュラムに、必修となる老年医学や老人学を追加する。
- 老年医学の専門家の数が人口のニーズに確実に見合うようにする。そして、複雑な症例を管理するために老年医学の部門を設置するよう奨励する。
- 新しい職務（医療コーディネーターや自己管理カウンセラーなど）の必要性を考慮し、地域の医療従事者など、既存のスタッフの役割を拡張して、コミュニティレベルで高齢者の治療の連携をとる。

## 介護を提供するためのシステムの開発

21世紀には、どんな国でも、介護の包括的システムをもたないわけにはいかない。これらのシステムを中心とする目標は、能力が大幅に低下した、またはそのリスクが高い、高齢者の機能的能力のレベルを維持することではなければならない。また、その治療は、高齢者の基本的権利や基本的自由、人としての尊厳に合致したものでなければならない。そのためには、高齢者が常に抱えている、満足できる生活状態と敬意を得たいという強い思いを、しっかりと認識する必要がある。

介護システムは、介護に依存する高齢者が尊厳ある生活を送ることができるようにするだけでなく、様々な効果をもたらす可能性がある。例えば、不適切な急性疾患の治療サービスの利用を減らす、家族に高額医療費の負担がかからないようにする、女性を解放して、より広範な社会的役割を担えるようにする、などの効果である。介護依存に伴うリスクおよび負担を分担することで、介護システムにより、社会的一体性を強化することが可能となる。

高所得国での包括的システムの構築にあたっての課題は、次のような必要性の解決が中心となる傾向にある。介護の質を改善する、治療を必要とするすべての人が受けられるようにするために財政的に持続可能な方法を開発する、保健システムとより良い形で一体化させる、などの必要性である。低・中所得国での課題は、既存システムがない場所でのシステム構築となることだろう。この環境では、介護の責任を丸ごと家族が引き受けざるをえないことが多かった。社会経済的な発展や人口高齢化、女性の役割の変化を考えると、この慣習は、もはや持続可能なものではないし、公正でもない。

このようなシステムを開発し監督できるのは、政府のみである。だからといって、介護の全責任を政府だけが引き受けるということではない。介護システムは、家族やコミュニティ、他の医療従事者や民間セクターなどとの緊密な協力関係に基づく必要があり、これらの利害関係者の考えや視点を反映したものでなければならない。政府の役割（厚生省により実施されることが多い）とは、この協力関係を調

整し、介護者に対する訓練と支援を行い、様々なサービスが確実に統合されたものであるようにし（例えば保健部門とのサービスと統合する）、良質なサービスを保証し、最も必要としている人（内在的能力が低下した人や社会経済的状態が悪化した人）にサービスを直接提供することである。リソースに関する制約が非常に厳しい国でも、これは達成可能である。

このレポートでは、介護を提供するシステムを開発するにあたり極めて重要となるであろう、3つのアプローチを特定した。以下に示す。

1. 介護システムのために必要な基盤を確立する。
2. 適切な訓練を受けた持続可能な保健医療人材を構築し維持する。
3. 良質な介護を保証する。

## 介護システムの基盤

介護システムには、開発を指導・監督し、進捗の責任を割り当てられるような、管理構造が必要である。この管理構造により、必要となる主なサービスや役割の定義、存在するかもしれない阻害要因の特定、サービス提供にあたり最善の人員配置、専門的訓練や資格認定など他の役割への最適な人員配置、などを決定することが可能となる。コミュニティおよびソーシャル・ネットワークとの関わりを維持するのを助ける形で、また、高齢者の権利であるエイジ・イン・プレイスに即してシステムを開発することが、取り組みの主な焦点となるだろう。医療へのアクセスを保証し、かつ、受診者や介護者が経済的困難を被るというリスクを低減するためには、適切なリソースと、健康面と経済面でのニーズが最も深刻な人々に対する優先的な支援が必要となるだろう。主な活動を以下に示す。

- 介護が重要な公益であることを認識する。
- 介護システムの開発に向けた責任の所在を明確にすること、そのための計画策定を行う。
- 医療の資金調達のための公正かつ持続可能な仕組みを創出する。
- 政府の役割を定義し、それらの役割を果たすために必要となるサービスを開発する。

## 適切な訓練を受けた持続可能な人材

これらの新システムで必要となる保健医療人材を開発するためには、多くの取り組みが必要となる。取り組みの多くは保健システムとの関連で概要が決まるが、同時に、給料制の介護従事者にとって適正なものともなる。しかし、介護の分野は過小評価されており、さらなる重要な戦略によって、給料制の介護従事者がその仕事にふさわしい地位と認識を確実に得られるようにする。

さらに、保健システムとは違って、介護システムにおける介護者の大半は、現在のところ、家族やボランティア、コミュニティ組織のメンバー、そして給料制ではあるが専門的訓練を受けていない者たちであり、そのほとんどが女性である。業務を的確に行えるようになるための訓練を実施し、難しい状況への対処方法に関する情報の不足により感じるストレスから彼らを解放することが、介護システム構築の中心となる。主な活動を以下に示す。

- 給料制の介護従事者の給料と労働環境を改善し、責任と報酬が多いポジションへと昇進できるようなキャリアパスを設計する。
- 家族を介護する人のための柔軟な労働形態や介護休暇取得を支援する法制度を確立する。
- レスパイトケア（介護する家族の負担軽減のために一時的に施設が預かる介護サービス）の提供や、アクセスしやすい専門的訓練や情報源など、介護者を支援する仕組みを確立する。
- 介護の価値と報酬に関する意識向上のための活動を行い、男性や若者を介護者として働かせないようにする社会的規範や役割の押し付けと戦う。
- 介護や地域開発の活動の人材源とするために高齢者の力を集結させるようなコミュニティのイニシアチブを支援する。低・中所得国ですで見られる例としては、高齢者の権利を訴え、困っている仲間のための介護や支援を行うという高齢者自身による組織によって、高齢のボランティアが活力を得ているという事例がある。こういったコンセプトは高所得国の環境でも応用可能だと考えられる。

### 良質な介護

良質な介護を確実に行うための最初のステップは、機能的能力の最適化というゴールを目指してサービスの方向性を揃えることにある。このためには、満足できる生活状態を確実に送れるレベルの機能的能力を高齢者が維持できるような介護の提供と環境整備を行うことにより、どのようにして高齢者の能力の軌跡を最適化し、どのようにして低下した能力を補うのかを、システムと介護者が検討する必要がある。主な活動を以下に挙げる。

- 主だった課題に対処するための介護の手順とガイドラインを開発し配布する。
- サービスと介護専門家のための資格認定の仕組みを確立する。
- 介護の調整（介護と保健医療サービスの間の調整など）のための公的な仕組みを確立する。
- 機能的能力の最適化に焦点を合わせ、それを確実に維持するための、品質管理システムを確立する。

### 加齢に対して適合性のある環境の創出

このレポートでの、環境を私たちが生活する状況のすべてを包含するものとして捉えるという考え方は、国際生活機能分類（*International classification of functioning, disability and health*）の枠組から採用したものである(56)。この状況には、交通、家屋、労働、社会的保護、情報、コミュニケーションなどが含まれ、さらには保健医療サービスと介護も含まれる（ただし、このレポートではこの2つを区別してさらに詳細に扱っている）。健康な高齢化のための公衆衛生の枠組により、こうしたすべての利害関係者にとって共通のゴールが特定される。それは「機能的能力を最適化する」というゴールである。高齢者が重要と考えることを自分で行えるようにするために必要不可欠である機能的能力の、相互に強く結びついている5つの領

域において、ゴールをどのようにして達成すればよいかをこのレポートでは探っている。その5つの能力を以下に示す。

- 基本的ニーズを満たす。
- 学び、成長し、判断を下す。
- 移動する。
- 関係を構築し維持する。
- 貢献する。

これらの能力を合わせることで、高齢者は、エイジ・イン・プレイスに即して安全に年を重ね、個別に成長し続け、コミュニティに貢献し、自主性と健康を維持できる。

これらの能力を促進するために必要な活動は様々な形をとるが、いずれも基本的な2つの方法で実行される。1つ目は、内在的能力の構築と維持であり、これは、リスクの軽減（深刻な大気汚染など）、健康な行動の促進（身体的活動など）、阻害要因の除去（高い犯罪率や危険性の高い交通路など）などによって、また、能力を促進するサービス（保健医療など）を提供することによって、実現される。2つ目の方法は、一定レベルの能力をもつ人の、機能的能力の向上を可能にすることである。言い換えると、これは、その一定レベルの能力に応じてできることと、もしその人が可能性を高める環境で生活をしていればできるであろうこととの間のギャップを埋めることにより実現される（例えば、適切な福祉機器の提供、公共交通機関へのアクセスの改善、近隣の治安の改善など）。国家レベルでの介入により、これらの両方の方法を用いて多くの高齢者にとっての環境を改善できるかもしれないが、高齢者の多くは、個々の必要性に応じた支援がなくては十分な便益を得ることはできないだろう。

非常に多くの部門や影響力の大きい人たちが健康な高齢化に影響を及ぼすが、高齢者のニーズや希望をその中心に置いた政策や実践においては、組織的なアプローチが非常に重要になるだろう。このレポートでは、導入のための優先課題としてほぼすべての部門を横断するような3つのアプローチを特定した。以下に挙げる。

1. 年齢差別と戦う。
2. 自律性を可能にする。
3. あらゆる政策と政府のすべてのレベルにおいて健康な高齢化を支援する。

## 年齢差別との戦い

年齢に対するステレオタイプの差別は人々の行動や政策開発や研究にすら影響を及ぼす。年齢差別と戦い、これらのステレオタイプを解消することが、人口高齢化に対処するあらゆる公衆衛生の取り組みの核とならなくてはならない。これは困難ではあるが、性差別や人種差別など、蔓延している他の差別との戦いにおける経験から、態度や規範が変化しうるものであることは分かっている。

年齢差別と戦うには、加齢に対する新たな理解を確立し、すべての世代の思考にそれを組み込む必要があるだろう。これは、高齢者を重荷とみなすような時代遅れの考え方や、今日の高齢者は親や祖父母世代にあった健康問題をどうにかして免

れているなどといった非現実的な仮説に基づいては達成できない。むしろ、高齢期の多種多様な経験を受け入れ、しばしば潜んでいる格差について認識し、どうすれば物事がより良い方向に進むのかを虚心坦懐に問うことが必要となる。主な活動を以下に示す。

- メディアや一般市民、政策立案者、企業、サービス提供者に対して、加齢に関する知識と理解を増やすための広報キャンペーンを開始する。
- 年齢に基づく差別を法規制する。
- 例えば、高齢者に対する犯罪の扇情的な報道を最小限に抑えるなど、加齢に関するバランスの取れた視点が確実にメディアで現れるようにする。

### 自律性の確保

2つ目の部門横断的な優先課題が、自律性を可能にするということである。自律性は、高齢者の基本的なニーズが満たされていることに強く依存しており、また、高齢者の尊厳や品位、自由、独立性に強力な影響を及ぼす。そして、一般的な高齢者の満足できる生活状態にとって核となる要素であることは、これまでも繰り返し確認されてきた。

高齢者には、様々な問題について自分で判断し、主導権をもつ権利がある。例えば、住む場所や、人との付き合い方、身に着ける物、時間の使い方、治療を受けるか受けないかなどの問題である。例えば、高齢者の内在的能力、住む場所の環境、活用できる人材や資金源、利用できる機会など、数多くの要因によって、選択や主導権に関する潜在的な力が形成される。

自律性を可能にするための主な取り組みの1つが、内在的能力を最大限にすることであろう。そして、これについては、保健システムに関連する戦略の中で広く議論されている。しかし、自律性は高齢者の能力のレベルに関わらず強化することができる。これを達成するために役立つ活動を以下に挙げる。

- 高齢者の権利を守るための法整備を進める（例えば、老人虐待から高齢者を守るなど）、高齢者が自分たちの権利について認識し活用できるよう支援を行う、緊急時などを含めて、権利侵害を解決するために活用できる仕組みを構築する。
- 例えば福祉機器などの身体機能を促進するサービスや、コミュニティ基盤・家庭基盤のサービスを提供する。
- 先進医療計画と意思決定支援のための仕組みを提供する。その仕組みとは、高齢者が能力の大幅な低下にも関わらず自らの生活に対する主導権を最大限維持することを可能にするようなものである。
- 生涯にわたる学びと成長のためのアクセスできる機会を創出する。

### あらゆる政策と政府のすべてのレベルにおける健康な高齢化

多くの国で高齢化が急激に進む中で、人口の5分の1以上が60歳を超えている。政策やサービスのほとんどは、何らかの形で、この状態に影響を及ぼしている。よって、あらゆる政策と政府のすべてのレベルに健康な高齢化の概念を埋め込むことが非常に重要となる。高齢化に対する国家や地域、州、地方自治体の戦略および活動計画によって、この多部門連携による対応が導かれ、また、複数の部門や政府の各

レベルにまたがる組織的な対応が確実に行われるようになる。そのためには、ゴールに向けた確実な取り組みと、責任の明確な線引きを行い、適正な予算を確保し、部門をまたがっての調整・モニタリング・評価・報告のための仕組みを定める必要がある。高齢者の能力について収集し年齢別に細分類したデータもまた重要になるだろう。これにより、既存の政策やシステム、サービスの有効性やその中のギャップについての調査が促進される。さらに、政策の立案および評価にあたって、高齢者や高齢者の組織に助言を求め、あるいは彼らを参加させるような仕組みによって、地元の人々との関係を構築することができる。これ以外にも活動分野は数多くあり、その例を以下に挙げる。

- 高齢者がエイジ・イン・プレイスに即して年を重ねられるよう、高齢者のための住宅供給の選択肢を増やし、家屋の改修を支援するための、政策とプログラムを構築する。
- 例えば社会的保護というスキームを通じて、高齢者を貧困から確実に守るための方策を導入する。
- 社会参加を促進し意味のある社会的役割を担うための機会を提供する。特に、高齢者を過小評価し孤立させるような事象を標的とする。
- 障害要因を取り除き、アクセスしやすさの基準を設定し、建物や交通、情報通信技術における法規制順守を保証する。
- 都市計画および土地利用における判断と、それが高齢者の安全と移動に及ぼす影響について、十分に考慮する。
- 労働環境における年齢の多様性を促進し、高齢者が労働という環境からはじき出されないようにする。

## 測定、モニタリング、理解を改善する

健康な高齢化を進めるためには、年齢に関する課題や動向について、さらに深くまで理解する必要がある。基本的な疑問点の多くは、まだ答えがないままである。

- 健康な高齢化の現在のパターンはどのようなもので、それは時の経過とともに変化するのか。
- 健康な高齢化の決定要因は何か。
- 不平等は、増加しているのか、減少しているのか。
- 健康な高齢化を促進するのに効果的な介入とは何か。
- こういった介入の適切なタイミングと優先順位はどのようなものか。
- 高齢者のための保健医療と介護のニーズとは何か、それらのニーズはどの程度満たされているのか。
- 高齢者による実際の経済面での貢献にはどのようなものがあるか、健康な高齢化を促進するための本当のコストと利益はどの程度か。

これらの疑問に答えるための最初のステップとして、高齢者を、人口動態統計と一般集団調査の対象に含める必要がある。そして、それらの情報源を、年齢と性別に応じて細分類しなくてはならない。健康な高齢化および、その決定要因と分布の適正な測定も、それらの研究に含める必要がある。

さらに、加齢と健康に関わる幅広い分野においても、研究を促進する必要がある。そのためには、主要概念とその測定方法に対する意見の一致が必要となる。また、多国間にわたる学際的研究といったアプローチを推進すべきである。なぜなら

ば、人口の多様性の典型例となりうるし、健康な高齢化の決定要因や高齢者の個々の環境を調査することができるからである。同様に、より今日的かつ革新的な結論が導き出される可能性があるため、このアプローチを用いて、高齢者の関与と貢献に関する研究を進めるべきである。そして、加齢と健康に関する新しい今日的な知見が得られれば、臨床診療や人口ベースの公衆衛生上の介入策、社会保健政策などに、その知見を確実かつ早急に組み込むための、世界規模の仕組と地域規模の仕組が必要となる。

測定とモニタリング、理解を改善するために重要となる、3つのアプローチは、以下の通りである。

1. 健康な高齢化のための計量基準、測定、および解析的アプローチについて、意見を一致させる。
2. 高齢人口の健康状態とニーズ、それらのニーズはどの程度満たされているのかということに対する理解を改善する。
3. 健康な高齢化の軌跡と、それらを改善するためにできることに対する理解を改善する。

### 計量基準、測定、および解析的アプローチ

高齢化という分野で現在用いられている計量の基準と手法は限られたものであるため、健康な高齢化の主要な側面を確実に理解することはできない。どのアプローチと手法が最も適切であるかについて、意見を一致させなければならない。幅広い分野からデータを収集し比較を行い、場合によっては、様々な国や環境、部門から収集されたデータの関連を調べる必要がある。優先課題を以下に挙げる。

- 健康な高齢化に関する主要概念に対する、計量基準や測定戦略、機器、試験、生体指標について、開発を進め意見を一致させる。主要概念としては、機能的な能力、内在的な能力、客観的な満足できる生活状態、健康特性、個人特性、遺伝的形質、複合疾患、サービスおよび医療に対するニーズ、などがある。
- ライフコースにおける、これらの計量基準および測定結果の軌跡を評価し解釈するためのアプローチについて、意見を一致させる。政策やモニタリング、評価、医療や公衆衛生上の判断に、生成された情報を組み込むことができる方法を示すことが重要となるだろう。
- 高齢者の様々な生理機能や複合疾患が考慮された、医療に対する介入策を試験するためのアプローチを、改善し適用する。

### 高齢人口の健康状態とニーズ

一般的な集団調査や観察では高齢者により重点を置くべきであるが、高齢者対象の特定の集団調査でも、機能的な能力や内在的な能力のレベルや分布を特定する必要がある。例えば、これらの能力が時の経過とともに変化するのか、保健医療や介護、支援に対するニーズと、それらのニーズはどの程度満たされているのか。この調査には、以下が含まれているとよいだろう。

- 高齢者に対する標準の集団調査を確立する。この調査では、機能的な能力、内在的な能力、特定の健康状態、保健医療や介護へのニーズ、広範な環境の変化、それらのニーズは満たされているのか、といったことを詳細に調査する。

- 様々な同時出生集団について内在的能力と機能的能力における傾向を調査し、寿命の増加が健康な状態にある年数の増加との関係について決定する。
- 健康な高齢化の軌跡について継続的調査を行うための指標と仕組を特定する。

## 健康な高齢化の軌跡と、それらを改善するためにできること

健康な高齢化を促進するためには、内在的能力と機能的能力で共通の軌跡について、またそれらの決定要因や、それらを変えるために有効な介入について、より深い理解が必要となる。これを達成するための活動を以下に挙げる。

- 様々な人口グループにおける、内在的能力と機能的能力の軌跡、およびその決定要因の、範囲や種類について特定する。
- 保健医療、介護、環境に対する介入の、健康な高齢化の軌跡に対する影響を定量化し、その軌跡の経路を特定する。
- 高齢者の経済的貢献および、健康な高齢化のために必要なサービスを提供するためのコストについて、より精密に定量化し、投資に対する利益率を分析するための正確かつ妥当、比較可能な手法を開発する。

## 結論

高齢化に対する包括的な公衆衛生の取り組みが早急に求められており、社会経済的な発展の度合いに関わらず、あらゆる状況において何かしらできることが存在する。

このレポートでは、健康な高齢化というコンセプトに基づいて設計された活動のための、公衆衛生の枠組について概観した。人口高齢化に社会的に対処するには、疾病に基づく治療モデルから、高齢者中心の総合的治療の提供へと、保健システムを変革しなくてはならない。そのためには、介護の包括的システムを、場合によってはゼロから開発する必要がある。また、多くの他の部門と政府の複数のレベルからの反応をとりまとめる必要がある。その基礎となるのが、私たちの加齢に対する理解を変容させて、高齢者が多種多様であることに配慮し、根底に潜んでいることの多い不平等に対処できるようにすることである。また、高齢者の健康と身体機能を測定しモニターするより良い方法を活用する必要がある。

これらの取り組みにはどうしてもリソースが必要であるが、社会の未来にとって、安定した投資であると考えられる。その未来においては、高齢者が、過去の世代が想像もしなかったような生活を送る自由をもっているのだ。



## 参考文献

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 ([http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_archive/2007wess.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf), accessed 22 July 2015).
2. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13 ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf), accessed 22 July 2015).
3. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf), accessed 21 July 2015).
8. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
9. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.12.028> PMID: 25562311
17. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
18. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/>

- field\_publication\_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).
19. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
  20. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
  21. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
  22. Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
  23. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2006.04.018> PMID: 16781037
  24. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
  25. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
  26. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
  27. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
  28. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
  29. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
  30. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
  31. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
  32. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
  33. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
  34. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
  35. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524
  36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549

37. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014 Nov 5;385(9967):563-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. The Symbolism of globalization, development, and aging. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
45. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
47. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczký M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
53. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
54. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
55. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
56. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.



高齢人口に対する包括的な公衆衛生上の活動は、早急に必要である。そのためには、活動だけではなく、私たちの加齢そのものに対する理解の根本的な変容が求められている。高齢化と健康に関するワールド・レポートでは機能的能力という新しいコンセプトに基づいて設計された健康な高齢化の促進活動のための枠組について概観した。疾病に基づく治療モデルから、高齢者中心の統合的治療の提供へと、保健システムを変革しなくてはならない。そのためには、長期介護の包括的システムを、場合によってはゼロから開発する必要がある。また、多くの他の部門と政府の多様なレベルからの対応をとりまとめる必要がある。そして、高齢者の健康と身体機能を測定しモニターする、より良い方法を活用する必要がある。

これらの取り組みは社会の未来にとって、安定した投資であると考えられる。そうして、高齢者が、過去に想像もしなかったような生活の自由を与える未来となる。