

Aging & Health

エイジングアンドヘルス

秋

No.111
2024年
第33巻第3号



特集

高齢者の 食事と栄養

対談

元読売新聞編集委員
南医療生活協同組合専務室企画 鈴木敦秋
公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

シリーズ

インタビュー

いつも元気、 いまも現役

病理学者、予防栄養学者
家森幸男

ルポ

地域の鼓動

静岡県袋井市
愛知県豊田市

アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。

<https://bit.ly/3a6es7l>



公益財団法人
長寿科学振興財団

連載 エッセイ 長寿を目指す「隠居道」

第3回 ダイエット「入門」の達人 3
隠居・大阪大学名誉教授 仲野 徹

巻頭言

健康長寿に資する食と栄養研究の進展と社会・経済的課題 4
女子栄養大学地域保健・老年学研究室教授 新開省二

特集

高齢者の食事と栄養 5

フレイル予防のための食事と栄養 6

東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加とヘルシーエイジング研究チーム研究員 横山友里

高齢期の低栄養改善：課題と実践的方策 10

東京通信大学人間福祉学部准教授 成田美紀

過疎地域における高齢者の遠隔共食——スマホ食事クラブの試みから 15

津田塾大学学芸学部多文化・国際協力学科准教授 木村友美

フードデザート問題の実態と支援事業の課題 20

茨城キリスト教大学文学部文化交流学科教授 岩間信之

対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

第11回 記者の眼で社会を見つめて 25
元読売新聞編集委員、南医療生活協同組合専務室企画 鈴木敦秋
公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

最新研究情報 31

インタビュー いつも元気、いまま現役

健康長寿のポイントは「食」にある 32
病理学者、予防栄養学者 家森幸男

地域の鼓動

ルポ1 通いの場×移動販売でこころと体の健康増進！ 36

静岡県袋井市 とれたて食楽部、Honey！ハニー！！

ルポ2 高齢者や障がい者が地域と若者を支える食堂～スマイリングキッチン LABO～ 39

愛知県豊田市 株式会社 SMIRING

連載 エッセイ 死を生きる

第3回 「人生100年時代」における「延命治療」の功罪1 42
堀ノ内病院 地域医療センター在宅診療科医師 小堀鷗一郎

News & Topics 44

アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、本誌へ
のご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。(https://bit.ly/3a6es7l)



<表紙>

病理学者、予防栄養学者
家森幸男さん
(撮影/丹羽 諭)

長寿を目指す「隠居道」

あっぱれ 第3回 ダイエット「入門」の達人

隠居・大阪大学名誉教授 仲野 徹

手を替え品を替え、これでダイエットができますという本が出され続けています。言い換えてみると、それだけダイエットは難しいということでしょう。でも、原理は極めて単純です。摂取カロリーを減らせばいいのです。まあ、それを実行するのが難しいわけですが。

運動すれば痩せるのではないのか、と思われるかもしれませんが、それはほぼ間違いです。『運動しても痩せないのはなぜか 代謝の最新科学が示す「それでも運動すべき理由」』（草思社）という本によると、他の動物と違って、人間はどうやら運動しても消費カロリーが増えないようなのです。非常に信頼度の高い方法による結論なので、まず間違いありません。

自慢じゃありませんが、効きそうなものからそうでないものまで、10種類以上のダイエットを試みてきました。なので、ダイエット入門の達人を名乗ってます。数多（あまた）の経験から導き出した結論は、ダイエット中であると自覚し続けることです。そのためには利き手の親指の爪に、ダイエットしてることがわかる印をつけるのが有効です。そうしておく、何かを食べる時、箸でもフォークでも手づかみでも、必ずその印が目に入ります。そこで、食べる量を抑えればいいのです。この方法、健康雑誌やテレビでも取り上げられたことがあるほど、確かに有効です。慣れると印などなくても、親指を見れば抑制がかかるようになります。私など、コンビニでお菓子を買おうかどうか迷った時、親指をじっと見つめて、やっぱりやめておこうと決断することがあるほどです。ちょっと怪しいおっさんですけど。

自分で10年以上続けているのは、レコーディングダイエットです。といっても簡単なもので、毎朝体重を記録するだけ。増えすぎたら食べる量を減らす、の繰り返しです。これについてはスマホよりもグラフ用紙がオススメです。記入しながら、あっちゃ～増えてきた、とか心理的に自分を追い込むのが大事のように考えています。

1年ほど前から始めたのはプチ断食ダイエットです。これは、14時間以上、できれば16時間、食事をとらないでおくという方法です。他のやり方は食べる量の制限が必要ですが、この方法は、時間さえ守ればどれだけ食べてもいいというのが大きなメリットです。といっても、それほど食べられませんが。

さてどうでしょう。少なくとも私は、親指、レコーディング、プチ断食で適正体重を維持できています。健康のため、気になる人はやってみられてはどうでしょう。

仲野 徹（なかの とおる）

1957年大阪市生まれ。大阪大学名誉教授。大阪大学医学部卒業後、ドイツ留学、京都大学医学部講師、大阪大学微生物病研究所教授を経て、2004年大阪大学大学院医学系研究科病理学教授。2022年定年退職。現在、晴耕雨読+ときどき物書き生活の隠居。著書に『からだと病気のしくみ講義』（NHK出版）、『仲野教授の この座右の銘が効きまっせ！』（ミシマ社）など多数。



[アンケートにご協力ください！](#)



女子栄養大学
地域保健・老年学研究室教授
新開省二

新開省二 しんかいしょうじ

1980年 愛媛大学医学部
卒業

1984年 愛媛大学大学院
医学研究科博士課程修了、
同助手(医学部衛生学)を
経て、講師、助教授

1990年 文部省在外研究
員としてトロント大学医学
部留学(~1991年)

1992年 愛媛大学助教授
(医学部公衆衛生学)配置
換え

1998年 東京都老人総合
研究所地域保健部門研究
室長を経て、同研究部長

2009年 東京都健康長寿
医療センター研究所社会
参加と地域保健研究チ
ーム研究部長

2015年 同副所長

2020年より現職

【専門分野】公衆衛生学、老
年学(ジェロントロジー)、
疫学

【過去の掲載記事】

・特集/健康長寿新ガイドラ
イン—健康長寿のための
12か条(Aging&Health 第
26巻第4号)

・総論2. 高齢者の栄養問
題—健康日本21(第二次)の
視点から—(令和元年度長
寿科学研究業績集)

健康長寿に資する食と栄養研究の 進展と社会・経済的課題

高齢期の「低栄養」が健康施策に取り上げられたのは、健康日本21(第二次)においてである。私どものデータでは、低栄養は一般高齢者の4人に1人に見られ、軽度な段階では自覚症状がなく気づきにくい、持病の進行や加齢に伴って次第に深刻化し、フレイルや要介護、死亡といった負の健康アウトカムのリスク要因となる。

高齢期の低栄養の直接的な原因は、たんぱく質を中心とした様々な栄養素の摂取不足であり、その背景には小食・粗食の傾向がある。したがって、低栄養予防においては多様な食品の摂取が重要であり、10の食品群の摂取頻度を得点化した食品摂取の多様性得点を活用して、一日平均7点以上を目指すことが推奨されている。

健康日本21やこれら研究成果の普及もあって、一般国民の食・栄養のあり方に対する認識に好ましい変化が見られている。高齢期は栄養の摂りすぎではなく不足が問題であること、たんぱく質や脂質をしっかりと確保すべきであること、食事は誰かと楽しく美味しくとること、などである。

一方で、高齢者を取り巻く「食環境」は大きく変化してきている。もともと年齢が進むと食品購入や外食が難しくなる時期である。それを加速させるような世帯構成や食環境の変化が起きている。都市部では一人暮らし高齢者が増加の一途をたどっている。それは「孤食」をもたらし、高齢者の身体的、精神的健康の悪化のリスクとなる。他方、地方では人口減少が加速しており、農林漁業や食品加工・販売・流通業など地方経済の縮小が起きている。このことは公共交通機関の縮小、食品小売業の撤退などをもたらし、住民の食へのアクセスをさらに制限している。また、昨今の物価高は、人々の食品選択に大きな影響を及ぼしている。新鮮な野菜や果物の購入控え、相対的に価格の高い牛肉・豚肉から鶏肉へのシフト、さらには魚の購入控えなどである。年金収入に依存する高齢者では、物価高の影響はより大きい。

健康長寿に資する食・栄養についての研究は進展し、エビデンスもかなり蓄積されてきた。一方で、そうした食・栄養を実現するうえで、大きな社会・経済的な課題が横たわっている。そうした課題解決には国・都道府県レベルでの政策に加えて、基礎的自治体レベルでの様々な実践的な取り組みが求められる。



特集

高齢者の 食事と栄養

高齢期の栄養状態は健康寿命と余命を大きく左右する。高齢期に直面する主な栄養の課題として、やせや低栄養がある。高齢期の低栄養は、転倒・骨折、サルコペニア、認知機能低下などにつながり、要介護や死亡のリスク要因となる。

高齢期の低栄養の主な原因は、たんぱく質などの栄養素不足や食事の摂り方にある。中年期ではメタボリック症候群の懸念から栄養の摂りすぎが問題視されることがあるが、高齢期ではたんぱく質や脂質を十分に摂り、多様な食品の摂取とバランスの取れた食事を維持することが重要になる。高齢期の低栄養の背景には「小食・粗食」があることから、高齢期の食事と栄養についての正しい理解の促進が求められる。

また、適切な食環境づくりも重要となる。独居高齢者や高齢世帯の「孤食」の課題、地方では買い物困難者への対策なども食に関わる課題として挙げられる。

そこで今号の特集では新開省二先生（女子栄養大学教授）を企画アドバイザーに迎え、「高齢者の食事と栄養」をテーマに取り上げる。

高齢期の栄養改善の提案として、「フレイル予防のための食事と栄養」「高齢期の低栄養改善」、食環境づくりの提案として「過疎地域における高齢者の遠隔共食」「フードデザート問題の実態と支援事業の課題」を各先生方に執筆いただいた。

（編集部）



[アンケートにご協力ください！](#)



フレイル予防のための 食事と栄養

東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加とヘルシーエイジング研究チーム研究員

横山友里 (よこやま ゆり)

【略歴】 2014年：日本学術振興会特別研究員 (DC2)、2016年3月：東京農業大学大学院 (農学研究科食品栄養学専攻) 博士後期課程修了、2016年4月より現職

【専門分野】 栄養疫学、公衆栄養学

【過去の掲載記事】

・特集 / 健康長寿のための食事と栄養 (Aging&Health 第26巻第4号)

はじめに

フレイルとは、高齢期に生理的予備能が低下することで種々のストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡など様々な負の健康アウトカムを起こしやすい前障害状態のことである¹⁾。高齢期の健康づくりでは、疾病予防や管理に加えて、加齢に伴う機能低下を防ぐ観点が重視され、年齢とともにフレイル予防の重要性が高まる。

高齢者が直面する主要な栄養の課題としてやせや低栄養が挙げられる。高齢期は、身体的要因 (味覚・嗅覚等の感覚器の機能低下、咀嚼・嚥下能力の低下、身体活動量の低下) のほか、うつや認知症などの精神的要因や、孤食や独居などによる社会的要因等が相互に関連し、食欲や摂食量が低下することにより、低栄養状態に陥りやすくなる。低栄養、さらにはフレイルを予防するためには、これらの背景要因を考慮したうえで、日々の食事から必要な栄養素等を適切に摂取することが重要になる。

本稿では、「多様な食品摂取」と「たんぱく質摂取」に焦点をおいて、地域高齢者を対象とした栄養疫学研究等の知見をもとに、食事・栄養面からのフレイル予防について概説する。

多様な食品摂取

高齢期はエネルギー摂取量をはじめ、多くの栄養素や食品群の摂取量が低下し、低栄養状態に陥りやすい傾向があることから、日々の食生活においては、多様な食品摂取を通じて食事の質を高めることが第一に重要と考えられる。

日本人高齢者の食品摂取の多様性を評価する指標としては、2003年に東京都老人総合研究所 (現・東京都健康長寿医療センター研究所) の熊谷らが開発した食品摂取の多様性得点 (Dietary Variety Score: 以下、DVS)²⁾がある。DVSは10食品群 (肉類、魚介類、卵類、牛乳、大豆製品、緑黄色野菜類、海藻類、果物、芋類、および油脂類) の1週間の食品摂取頻度から、各食品群に対して、「ほぼ毎日食べる」に1点、「2日に1回食べる」、「週に1、2回食べる」、「ほとんど食べ



[アンケートにご協力ください!](#)

ない]の摂取頻度は0点とし、その合計点を算出するものである(得点範囲0-10点)。

地域高齢者を対象にDVSと栄養素摂取量(3日間の食事記録より算出)との関連を検討した研究では、DVSが高い群(7点以上)は、低い群(3点以下)に比べて、たんぱく質・脂質エネルギー比率は高く、たんぱく質や種々の微量栄養素の摂取量は多かった一方、炭水化物摂取量は少なかったことが示されており³⁾、多様な栄養素摂取を反映する指標であることが確認されている。また、DVSは地域高齢者対象の観察研究に多数用いられており、フレイル予防に関連する研究成果としては、多様な食品を摂取している者ほど、筋量が多く、身体機能(握力や通常歩行速度)が高いこと⁴⁾や、多様な食品摂取が4年後の身体機能の低下抑制に関連することが示されている⁵⁾。

DVSは10の食品群の摂取頻度から簡便に評価できることが特徴であり、栄養価計算などを必要としないため管理栄養士・栄養士などの専門職がいなくても使用可能である。地域高齢者を対象とした介入研究から、チェック表によるセルフチェックや栄養教育を通じてDVSの向上が可能であることも示されており^{6),7)}、高齢者の食事評価・改善のツールとして実践現場でも広く活用されている。チェック表(☒)については、「いろいろ食べポチェック表」として当チームが開設したWebサイト⁸⁾よりダウンロード可能なため、参考にされたい(<https://www.healthy-aging.tokyo/top>)。

日付	さ	あ	に	ぎ	や	か	に	い	た	だ	く	○の数 (点)
	さかな	あぶら	にく	牛乳乳製品	やさい	海藻	いも	たまご	大豆製品	くだもの		
例	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7点
1日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
2日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
3日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
4日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
5日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
6日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点
7日目	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	点

「さあにぎやかにいただく」は、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取多様性スコアを構成する10の食品群の頭文字をとったもので、ロコモチャレンジ！推進協議会が考案した合言葉です。なお、このチェックシートは、東京都健康長寿医療センターとILSI Japanの共同研究の成果物を基に作成されました。

☒ 食品摂取多様性のチェック表(いろいろ食べポチェック表)

(出典：東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム、フレイル予防「ちよい足しTM」コンテンツ⁸⁾)



アンケートにご協力ください！

たんぱく質摂取

食事から摂取するたんぱく質は、筋たんぱく質合成に必要なアミノ酸を供給し、直接的な影響を与える。高齢期のフレイル予防に向けては骨格筋とその機能維持が重要であることから、たんぱく質は高齢期のフレイル予防に不可欠な栄養素である。習慣的なたんぱく質摂取量とフレイルとの関連に関する観察型の疫学研究をまとめたメタアナリシスでは、日本人を対象とした研究を含む4つの横断研究が対象となっており、観察集団内における相対的なたんぱく質摂取量が多いほど、フレイルの有病率が低い傾向にあることが報告されている⁹⁾。

フレイルの発症予防を目的とした望ましい摂取量については十分に明らかになっていないが、The European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) (など4団体合同)¹⁰⁾やThe European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Expert group¹¹⁾は、健康な高齢者に勧めるべきたんぱく質摂取量を1.0～1.2g/kg体重/日としており、従来考えられていた値(0.8g/kg体重/日)よりも高く設定されている。日本人の食事摂取基準(2020年版)¹²⁾においても、高齢期のたんぱく質摂取の重要性などを鑑み、目標量の下限値が他の年齢区分よりも引き上げられており(15～20%エネルギー)、参照体位を想定した限りにおいては、少なくとも1.0g/kg体重/日以上のレベルで目標量が示されている。

最近では、1日のたんぱく質の摂取量だけでなく、朝食・昼食・夕食といった各食事の摂取配分(distribution)についても注目されている。フレイルの高齢者は、プレフレイルやノンフレイルの高齢者と比べて、3食(朝食・昼食・夕食)の摂取配分が均等でないことなどが報告されているが¹³⁾、たんぱく質の摂取配分と各種アウトカム(フレイル、筋量、筋力、歩行速度など)との関連に関する研究はまだ限られており、現段階では一貫した結果が得られていない¹⁴⁾。しかしながら、たんぱく質の摂取配分は夕食に偏っていることが多いため、特に1日のたんぱく質摂取量が不十分な高齢者では、朝食と昼食でより多くのたんぱく質を摂取し、1日のたんぱく質の摂取配分のバランスを改善することが、フレイル予防にも役立つ可能性がある¹⁴⁾。

おわりに

高齢期のフレイル予防において、日々の食事は重要な役割を担っており、本稿では「多様な食品摂取」と「たんぱく質摂取」に焦点をあて、地域高齢者のフレイル予防のための食事と栄養について概説した。フレイル対策の要は、「運動」「栄養」「社会参加」の三本柱に集約され、どれか1つを実践するよりも、複数実践することがフレイル予防や介護予防効果を高めることが報告されている¹⁵⁾、¹⁶⁾。フレイル予防をはじめ、健康長寿の実現に向けては、「栄養」とともに、「運動」や「社会参加」も不可欠な要素であり、複合的な対策と地域環境の整備が今後ますます重要になると考えられる。

文献

- 1) Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al.: Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14(6): 392-397.
- 2) 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他: 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50(12): 1117-1124.
- 3) 成田美紀, 北村明彦, 武見ゆかり, 他: 地域在宅高齢者における食品摂取多様性と栄養素等摂取量, 食品群別摂取量および主食・主菜・副菜を組み合わせた食事日数との関連. 日本公衆衛生雑誌 2020; 67(3): 171-182.



[アンケートにご協力ください!](#)

- 4) Yokoyama Y, Nishi M, Murayama H, et al.: Association of Dietary Variety with Body Composition and Physical Function in Community-dwelling Elderly Japanese. *J Nutr Health Aging*. 2016; 20(7): 691-696.
- 5) Yokoyama Y, Nishi M, Murayama H, et al.: Dietary Variety and Decline in Lean Mass and Physical Performance in Community-Dwelling Older Japanese: A 4-year Follow-Up Study. *J Nutr Health Aging*. 2017; 21(1): 11-16.
- 6) 秦俊貴, 清野諭, 遠峰結衣, 他: 食品摂取の多様性向上を目的とした10食品群の摂取チェック表『食べポチェック表』の効果に関する検討. *日本公衆衛生雑誌* 2021; 68(7): 477-492.
- 7) Seino S, Nishi M, Murayama H, et al.: Effects of a multifactorial intervention comprising resistance exercise, nutritional and psychosocial programs on frailty and functional health in community-dwelling older adults: A randomized, controlled, cross-over trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 17(11): 2034-2045.
- 8) [東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム. フレイル予防「ちょい足し™」コンテンツ \(2024年9月20日閲覧\)](#)
- 9) Coelho-Junior HJ, Rodrigues B, Uchida M, et al.: Low Protein Intake Is Associated with Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*. 2018; 10(9): 1334.
- 10) Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al.: Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(8): 542-559.
- 11) Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, et al.: Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr*. 2014; 33(6): 929-936.
- 12) [厚生労働省. 「日本人の食事摂取基準\(2020年版\)」策定検討会報告書 \(2024年9月20日閲覧\)](#)
- 13) Bollwein J, Diekmann R, Kaiser MJ, et al.: Dietary quality is related to frailty in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013; 68(4): 483-489.
- 14) Hudson JL, Iii REB, Campbell WW: Protein Distribution and Muscle-Related Outcomes: Does the Evidence Support the Concept? *Nutrients*. 2020; 12(5): 1441.
- 15) Seino S, Nofuji Y, Yokoyama Y, et al.: Combined Impacts of Physical Activity, Dietary Variety, and Social Interaction on Incident Functional Disability in Older Japanese Adults. *J Epidemiol*. 2023; 33(7): 350-359.
- 16) Abe T, Seino S, Nofuji Y, et al.: Modifiable healthy behaviours and incident disability in older adults: Analysis of combined data from two cohort studies in Japan. *Exp Gerontol*. 2023; 173: 112094.





高齢期の低栄養改善： 課題と実践的方策

東京通信大学人間福祉学部准教授

成田美紀 (なりた みき)

【略歴】 1996年：青山学院大学大学院理工学研究科博士前期課程修了（修士：理学）、2003年：東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯科学専攻修士課程修了（修士：医科学）、2005年：東京都老人総合研究所（現・東京都健康長寿医療センター研究所）研究員、2011年：東京医科歯科大学大学院医歯学総合医歯科学専攻博士課程単位取得満期退学、2020年：女子栄養大学大学院栄養学研究科にて学位取得（博士：栄養学）、2022年より現職

【専門分野】 公衆衛生学、栄養疫学

【過去の掲載記事】 ・住民、専門職（栄養士）、多職種連携 様々な形による高齢者の食に対する取り組み事例を中心に―（令和元年度長寿科学研究業績集）

はじめに

低栄養は、身体が必要とするエネルギーや栄養素が十分に摂取されないことで、健康や身体機能が損なわれる状態を指す。特に高齢者では、加齢による身体機能の低下や、食事摂取量の減少などが原因で低栄養状態に陥りやすくなる。低栄養の診断には、複数の指標が用いられ、これらを総合的に評価することが求められる。

低栄養が高齢者に与える影響として、転倒・骨折リスクの増加、免疫力の低下、慢性疾患の進行の助長と疾病リスクの増加など負の健康アウトカムへの影響に加え、機能面の影響として身体機能の低下や認知機能の低下、心理的・経済的影響など生活の質の低下につながるリスクも高くなることが懸念される。したがって、健康長寿の観点から高齢者の低栄養改善は重要視されている。本稿は、高齢者の低栄養の現状と課題について記載し、課題解決のための方策を提示する。

高齢者の低栄養：現状と課題

低栄養とは、身体が必要とするエネルギーや栄養素が不足し、健康や機能が損なわれる状態を指す。高齢者における低栄養の診断基準として、食事摂取不足、食欲不振、筋肉の消耗、体重減少などの指標が存在し¹⁾、Malnutrition Screening Tool (MST)²⁾、Mini-Nutritional Assessment Short Form (MNA[®]-SF)³⁾、Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)⁴⁾などのスクリーニングツールは、高齢者の低栄養リスクを特定することができる。ただし、国際的な低栄養の診断基準は定まっていなかったため、2016年に70以上の国内科学団体を代表する欧州、アメリカ、アジア、南米の臨床栄養学会は、世界規模ですべての臨床現場で使用できるGlobal Leadership Initiative on Malnutrition criteria (GLIM基準)を、新しい成人の低栄養診断基準として提唱した(図1)⁵⁾。日本栄養治療学会(JSPEN)のホームページにGLIM基準の概略が掲載されている⁶⁾。GLIM基準は、従来の



[アンケートにご協力ください！](#)

低栄養リスクスクリーニング

- ・全ての対象者に対し栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある者を特定する
- ・検証済みのスクリーニングツール(MUST、MNA[®]-SFなど)を使用する

低栄養診断のためのアセスメント

表現型			病因	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事量減少/ 消化吸収脳低下	疾患負荷/炎症
<input type="checkbox"/> 5%/6か月以内 <input type="checkbox"/> 10%/6か月以上	アジア <input type="checkbox"/> <18.5/70歳未満 <input type="checkbox"/> <20.0/70歳以上	DXA、CT、BIA 等によって評価。 上腕筋周囲長や 下腿周囲長など 身体計測値によ る評価も可能。	<input type="checkbox"/> エネルギー必要量の 50%以下が1週間以上 <input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下が2 週間以上 <input type="checkbox"/> 消化吸収障害、慢性的 な消化管症状	<input type="checkbox"/> 急性疾患や外傷による炎症 <input type="checkbox"/> 慢性疾患による炎症

低栄養の診断

表現型、病因の両者から1項目以上該当した場合に、「低栄養」と診断

重症度の判定

・表現型の基準に基づき重症度を判定する

重症度	体重減少	低BMI	筋肉量減少
中等度	5 ~ 10%/6か月以内、10 ~ 20%/6か月以上	アジア<18.5/70歳未満、<20/70歳以上	軽度~中等度の減少
重度	>10%/6か月以内、>20%/6か月以上	アジア基準未設定	重大な減少

図1 GLIM基準による低栄養診断の過程

(出典：Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019⁵⁾をもとに筆者作成)

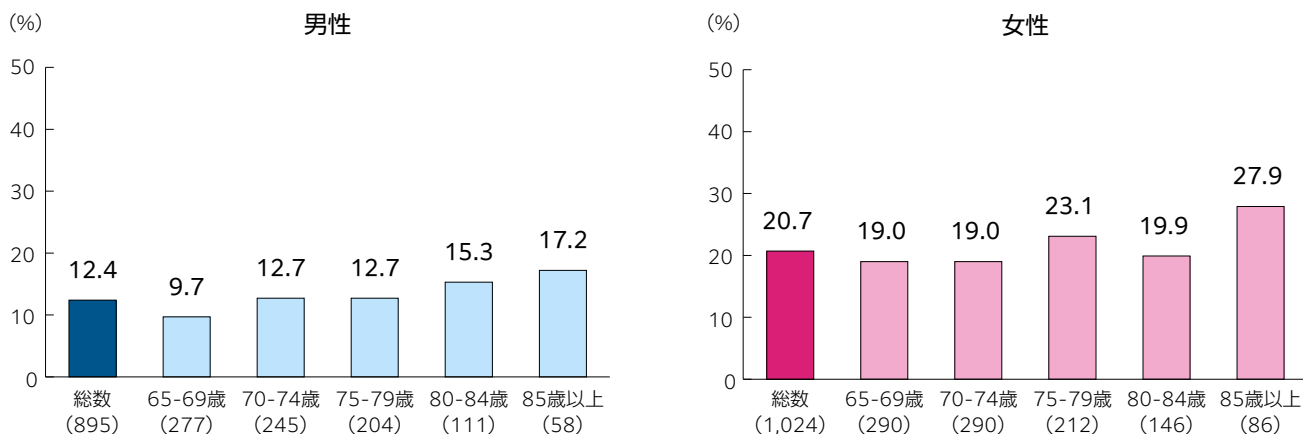


図2 低栄養傾向者 (BMI 20kg/m²以下) の割合

(出典：厚生労働省, 令和元年国民健康・栄養調査報告, 2020⁸⁾)

食物摂取不足による低栄養に加え、医療施設における疾患関連性低栄養についても考慮される。

日本の高齢者の低栄養の現状として、MNA[®]-SFによる低栄養のスクリーニング結果によると、在宅療養高齢者の約20%が低栄養状態、50%以上が低栄養のリスクを抱えている⁷⁾。令和元年度国民健康・栄養調査の結果によると、健康日本21(第二次)より設定された低栄養傾向(BMI 20kg/m²以下)である65歳以上の高齢者の割合は、男性で12.4%、女性で20.7%、85歳以上では、男性で17.2%、女性で27.9%であり、年代が高くなるにつれて低栄養傾向者が多くなる(図2)⁸⁾。



アンケートにご協力ください!

低栄養は高齢者の罹患率、死亡率、および生活の質の低下に大きく寄与するため、早期発見と介入が重要とされる^{9), 10)}。定期的な栄養評価は、入院、介護施設、外来診療所など、様々な医療の接点で実施する必要がある¹¹⁾。高齢者の低栄養に対処するには、身体的および心理的要因に加え、慢性疾患などの根本的な原因を考慮した包括的なアプローチが必要である⁹⁾。

高齢者の低栄養の課題解決に向けた方策

高齢者の低栄養の病因は複雑で多因子的であり、老化の過程によって促進される可能性が高い¹²⁾。在宅高齢者の適切な栄養摂取を阻む障壁として、悪い食習慣、食事管理に関する知識の欠如、口腔衛生の低下などが挙げられる¹³⁾。歯の喪失は、特に社会経済的地位の低い人々において、栄養摂取量の減少と関連している¹⁴⁾。良好な食習慣や食事管理に関する知識を獲得するためには、食事・栄養情報にアクセスし活用するスキルとして栄養リテラシーが重要であるが、男性であること、教育水準が低いこと、経済的地位が低いことが日本人高齢者の栄養リテラシーが低いことと関連している¹⁵⁾。

高齢者の低栄養の予防戦略として、フレイルやサルコペニアを予防するために、たんぱく質の十分な摂取や食品摂取の多様性の向上を伴うバランスの取れた食事を維持することに重点が置かれている¹⁶⁾。高齢者が低栄養となる潜在的な原因は多岐にわたるため、効果的な栄養管理には、個人の状況に合わせた栄養アドバイス、質の高い食事サービス、社会的支援が必要である^{13), 17)}。

介護や医療の現場において、ケアマネジャーや医療・福祉関連従事者は、介護を必要とする高齢者の身体的および精神的機能にとって栄養状態が重要であることを認識しているが、栄養を正確に評価し管理することが課題となっている^{18), 19)}。高齢患者の低栄養の管理には、様々な職種が関与する多面的なアプローチが推奨されている²⁰⁾。

研究と実践の連携

日本人高齢者の栄養状態を改善するための介入を検討した実践的知見をいくつか紹介する。2006年から開始した介護予防事業において、地域在宅高齢者に向けた運動、栄養教育、社会参加を組み合わせた包括的なプログラムは、たんぱく質を豊富に含む食品の摂取量の増加や食品摂取の多様性の改善など、食習慣に良い影響があることが示されてきた^{21), 22), 23)}。また、口腔機能訓練と組み合わせた栄養介入において、血清アルブミン値および全体的な栄養状態の改善が実証された²⁴⁾。ただし、介護予防二次予防事業に関するシステムティックレビューでは、虚弱性や日常生活活動の様々な側面に対処する、より多様な介入プログラムの必要性が強調された²⁵⁾。運動プログラムは、栄養補給と組み合わせた場合、筋肉量の増加²⁶⁾、体脂肪量の減少や歩行速度など²⁷⁾、身体機能指標の改善に効果があることが報告されている。地域ベースの介入も、高齢者の食生活の改善を促進し^{28), 29)}、自己評価による健康度の向上に効果的である²⁸⁾。

高齢患者の栄養介入において、たんぱく質補給は、特にレジスタンストレーニングと組み合わせた場合、筋肉量と筋力の改善に有望であり、ロイシン補給はサルコペニアを患う高齢者の筋肉量に大きな効果があることが実証されている³⁰⁾。高齢者のリハビリテーションの現場では、運動の有無にかかわらず、たんぱく質を含む経口栄養補助食品が、ほとんどの研究でたんぱく質摂取量と機能的転帰を改善することが報告されている³¹⁾。生活機能向上を目的としてリハビリテーションと栄養管理を同時進行させるリハビリテーション栄養管理は、高齢者のフレイル、低栄養、サルコペニアの改善に役立つことが期待される^{32), 33)}。透析患者の低栄養状態の改善については、最近の研究では塩分摂取制限を緩め、たんぱく質摂取量を増やすことが示唆されている³⁴⁾。



まとめと今後の展望

地域で暮らす高齢者、介護が必要な高齢者、治療を必要とする高齢者では、生活の仕方が個々で異なり、かつ多様な健康課題を抱えている。高齢者の低栄養改善には、個人の食生活改善だけでなく、社会的な支援体制の構築が必要である。対象の属性や環境に応じ、どの方法が適切で効果が高いかを検証するために、今後もエビデンスに基づいた具体的な介入策の開発と評価が求められるであろう。

文献

- 1) Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al.: Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. 2015; 34(3): 335-340.
- 2) Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M.: Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition. 1999; 15(6): 458-464.
- 3) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al.: Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009; 13(9): 782-788.
- 4) [Malnutrition Action Group \(MAG\) \(a standing committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition\): THE "MUST" EXPLANATORY BOOKLET A Guide to the "Malnutrition Universal Screening Tool" \('MUST'\) for Adults. 2003](#) (2024年9月20日閲覧)
- 5) Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al.: GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019; 38(1): 1-9.
- 6) [日本栄養治療学会 \(JSPEN\): GLIM基準](#) (2024年9月20日閲覧)
- 7) 榎裕美, 杉山みち子, 井澤幸子, 他: 在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Studyより. 日本老年医学会雑誌 2014; 51(6): 547-553.
- 8) [厚生労働省: 令和元年 国民健康・栄養調査報告, 2020](#) (2024年9月20日閲覧)
- 9) Chen CC, Schilling LS, Lyder CH.: A concept analysis of malnutrition in the elderly. J Adv Nurs. 2001; 36(1): 131-142.
- 10) Harris D, Haboubi N.: Malnutrition screening in the elderly population. J R Soc Med. 2005; 98(9): 411-414.
- 11) Agarwal E, Miller M, Yaxley A, Isenring E.: Malnutrition in the elderly: a narrative review. Maturitas. 2013; 76(4): 296-302.
- 12) Norman K, Haß U, Pirlich M.: Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. Nutrients. 2021; 13(8): 2764.
- 13) Hirakawa Y, Kimata T, Uemura K.: Current Challenges in Home Nutrition Services for Frail Older Adults in Japan-A Qualitative Research Study from the Point of View of Care Managers. Healthcare (Basel). 2013; 1(1): 53-63.
- 14) Kosaka T, Kida M.: Tooth loss leads to reduced nutrient intake in middle-aged and older Japanese individuals. Environ Health Prev Med. 2019; 24(1): 15.
- 15) Aihara Y, Minai J.: Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people. Health Promot Int. 2011; 26(4): 421-431.
- 16) 本川佳子: フレイル・サルコペニアを予防する高齢者の食と栄養. 日本老年医学会雑誌 2021; 58(4): 550-555.
- 17) 渡邊健太郎: 高齢者の食事管理. 日大医学雑誌 2019; 78(4): 215-221.
- 18) Fujio Y, Enomoto Y, Ogawa N, et al.: Structure of Care Managers' Approaches to and Awareness of "Nutritional Improvement" for Care-dependent Older People. Asian Journal of Human Services. 2020; 18: 1-17.



- 19) Fujio Y, Enomoto Y, Ogawa N, et al.: Structure of Nutrition Improvement Approaches for Care-dependent Older People and Related Challenges in Community-based Integrated Care. *Asian Journal of Human Services*. 2021; 20: 1-18.
- 20) Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al.: Management of Malnutrition in Older Patients-Current Approaches, Evidence and Open Questions. *J Clin Med*. 2019; 8(7): 974.
- 21) 渡辺修一郎, 熊谷修, 柴田博: 地域高齢者の栄養改善の介入試験. *日本老年医学会雑誌* 2010; 47(5): 422-425.
- 22) 深作貴子, 奥野純子, 戸村成男, 他: 特定高齢者に対する運動及び栄養指導の包括的支援による介護予防効果の検証. *日本公衆衛生雑誌* 2011; 58(6): 420-432.
- 23) 川畑輝子, 武見ゆかり, 村山洋史, 他: 地域在住高齢者に対する虚弱予防教室による虚弱および食習慣の改善効果. *日本公衆衛生雑誌* 2015; 62(4): 169-181.
- 24) Kikutani T, Enomoto R, Tamura F, et al.: Effects of oral functional training for nutritional improvement in Japanese older people requiring long-term care. *Gerodontology*. 2006; 23(2): 93-98.
- 25) 鷗川重和, 玉腰暁子, 坂元あい: 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生雑誌* 2015; 62(1): 3-19.
- 26) Seino S, Sumi K, Narita M, et al.: Effects of Low-Dose Dairy Protein Plus Micronutrient Supplementation during Resistance Exercise on Muscle Mass and Physical Performance in Older Adults: A Randomized, Controlled Trial. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22(1): 59-67.
- 27) Kim H, Kim M, Kojima N, et al.: Exercise and Nutritional Supplementation on Community-Dwelling Elderly Japanese Women With Sarcopenic Obesity: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17(11): 1011-1019.
- 28) Kimura M, Moriyasu A, Kumagai S, et al.: Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr*. 2013; 13: 8.
- 29) 秦俊貴, 清野諭, 遠峰結衣, 他: 食品摂取の多様性向上を目的とした10食品群の摂取チェック表『食べポチェック表』の効果に関する検討. *日本公衆衛生雑誌* 2021; 68(7): 477-492.
- 30) Gielen E, Beckwée D, Delaere A, et al.: Nutritional interventions to improve muscle mass, muscle strength, and physical performance in older people: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Nutr Rev*. 2021; 79(2): 121-147.
- 31) van Wijngaarden JP, Wojzischke J, van den Berg C, et al.: Effects of Nutritional Interventions on Nutritional and Functional Outcomes in Geriatric Rehabilitation Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2020; 21(9): 1207-1215.e9.
- 32) 西岡心大: 低栄養とリハビリテーション栄養管理の考え方 -特にエネルギー必要量に関して-. *日本静脈経腸栄養学会雑誌* 2016; 31(4): 944-948.
- 33) Kokura Y, Momosaki R.: Rehabilitation Nutrition in Older People. *Nutrients*. 2023; 15(8): 1893.
- 34) Kanno Y, Kanda E, Kato A.: Methods and Nutritional Interventions to Improve the Nutritional Status of Dialysis Patients in JAPAN-A Narrative Review. *Nutrients*. 2021; 13(5): 1390.





過疎地域における 高齢者の遠隔共食 ——スマホ食事クラブの試みから

津田塾大学学芸学部多文化・国際協力学科准教授

木村友美 (きむら ゆみ)

【略歴】 2012年：京都大学医学研究科社会健康医学系博士、2016年：大阪大学大学院人間科学研究科共生学系助教、2019年：大阪大学大学院人間科学研究科附属未来共創センター専任講師、2024年より現職

【専門分野】 公衆衛生学、フィールド栄養学

はじめに

一人で食事をする「孤食」^{*1}が、高齢者の健康問題の背景のひとつとして注目されるようになって久しい。筆者らは2009年より、地域在住高齢者を対象とした疫学調査において、孤食に関する調査を実施してきた。高知県の山間地域に位置する土佐郡土佐町の調査からは、65歳以上の高齢者856人の調査対象者のうち約33%が孤食(1週間の半分以上の食事を一人で食べる状況)であり、家族と同居している高齢者でも約20%が一人で食事をしてきたことが明らかになった¹⁾。孤食の高齢者は、孤食でない高齢者に比べて食品摂取の多様性に乏しく、低栄養(やせ)の頻度が高く、心理的健康度(QOL)が低く、うつ傾向の頻度が有意に高いことを明らかにし、孤食への介入の重要性を示した。その後、高齢者の孤食の実態は、都市部も含めた日本各地からの研究で報告されるようになり、心理的健康度や死亡率との関連等においてエビデンスが蓄積されている²⁾。

筆者らは食のもつ社会的側面に着目し、2019年からは「フィールド栄養学」のアプローチによって文化的要素もふまえた「共食」(食を共にする)の行動について考察してきた³⁾。高齢者自身が孤食をどのように捉えているかについて、質的調査の結果、疾患や食の嗜好の違いによる共食の困難や、口腔機能の低下から人前で食べることをためらう状況等が明らかになっている⁴⁾。さらに、一人で食べることによって「マナーを気にしなくなった」、「好きなものしか食べない」、「食文化が伝承されない」といった高齢者の語りから、食のもつ社交としての意義が示唆された。

一方で、日本の人口構造の推移をみると、高齢者の共食はますます困難になると考えられる。将来的な人口予測として、2040年には高齢者の男性約356万人(20.8%)、女性約540万人(24.5%)が独居になるとされている。特に、人口減少・過疎化の進む農村地域における状況は深刻である。筆者らが調査地としている高知県土佐町では、かつては家族を超えた「地域での共食」が頻繁にみられていたという。冠婚葬祭や年中行事、祭りや地域の運動会など、近所で集まって食べる機会がた

※1 一人で食べることには、「孤食」のほかに、「個食」とも表現される状況もある。「個食」は主として、おのおのが個別に異なる食事をするをさし、惣菜や加工品、外食などにより食が簡易に準備できるようになったことが背景としてあげられる。本稿では、健康との関連において研究の蓄積がなされている「孤食」を用いる。



びたびあり、それは一人暮らし世帯にとってのセーフティネットとなる側面をもっていた。過疎化の進行によって、そのような地域の行事等の機会は減少した。山間地域では、住居が離れた地域に点在しており、高齢者が日常的に集うことが地理的に困難なケースもみられる(図1)。



図1 過疎集落に暮らす高齢者

過疎地域でのスマホ食事クラブの試み

近年、スマートフォンを用いたSNSなどのデジタル技術が、高齢者に社会的つながりの機会を提供し、QOLを向上させ孤独感を減少させるという研究報告がみられるようになった。筆者らは2018年より、ロンドン大学の文化人類学者らとの共同研究で、日本の農村地域に暮らす高齢者らのスマートフォンの使用に関する民族誌的調査を実施してきた^{※2}。その結果、高齢者のスマートフォン使用に関する特徴として、SNSのような不特定多数に開かれたネットワークに戸惑いがある一方で、一対一または少人数での会話アプリケーション(LINEなど)利用に対する心理的なハードルの低さが観察されていた。

そこで、日本の高齢者にとって身近な会話アプリケーションといえるLINEのグループチャット機能を用いて、日常の食に関する話題を共有する「バーチャル共食」の介入を試みた。研究としては、その介入が食事摂取の状況や心理的健康度にどのような影響を与えるかを明らかにすることを目的とした。本稿では、予備的調査として実施した5名の介入プログラムへの参加状況と、その経験が参加者自身にどのように捉えられたかという質的インタビューによる分析を中心として紹介する。

■プログラムの内容と調査方法

本プログラムで実施した「遠隔共食」は、高齢者らが同じタイミングでビデオ通話等をつないで食事をライブ中継するというものではない。会話アプリケーションである「LINE」のグループチャット機能を用いて、食べた料理や食事の様子などの写真を複数人のメンバーと共有することによって仮想的に食事内容を共有することを、遠隔共食と定義した。また、この遠隔共食の介入プログラムは、参加する高齢者にとって親しみやすいものであることを目指し、「スマホ食事クラブ」と名付けて参加者のリクルートを行った。高齢者らが使い慣れているLINEを利用すること、また、食べる内容を投稿する時間や内容に制限をつけないことで、自由な会話型参加を促した。これには、研究としての介入後も、高齢者自身が日常で簡易に実践できるようにという意図もあった。

対象者は、土佐町の社会福祉協議会が月1回の頻度で実施している「高齢者のためのスマホ教室」の参加者(22人)のうち、LINEの利用ができる者の中から、自由意志で参加を希望した5名とした。参加者には、食事に関すること——食材、調理行程、食事内容、料理の紹介、食事の様子(一緒に食べている人)など——をグループチャット内で自由に発信してもらうように依頼した。

「スマホ食事クラブ」のグループチャットには、参加者の高齢者に加え、筆者を含む研究者3名(うち1名はロンドン大学所属、イギリスから参加)、および社会福祉協議会の職員2名がスタッフとして

※2 University College London を中心としたプロジェクト「The Anthropology of Smartphones and Smart Ageing (ASSA)」の一環として実施された調査である。プロジェクトの詳細と成果はオンラインで発刊されている。(https://www.uclpress.co.uk/collections/series-ageing-with-smartphones)



参加した。また、本プログラムの趣旨は高齢者らが食を共有する交流に重点をおくため、スタッフらによる食事指導は行わないこととした。これによって、「よい食事内容でなければ報告しづらい」という心理的プレッシャーを回避し、共食の交流としての側面を楽しんで継続してもらえるように配慮した。介入の観察期間は2020年1月29日からの1か月とし、その介入期間の直前と直後に同じ質問票を用いた調査、およびインタビュー調査を実施した⁵⁾。質問票は自記式で合計30問あり、基本的属性、日常の食行動や食態度および食多様性などの食事関連項目、心理的健康度に関する項目を含む³⁾。

スマホ共食からみえた高齢者の食の日常

グループチャットの中でみられた会話は、その日に食べたものの内容や写真の共有だけでなく、庭の畑で収穫した作物、外食の際の写真、つくった料理のレシピなど多岐にわたり、1か月の介入期間内に様々な内容の会話に発展していく様子がみられた(図2)。ある参加者の夕食の写真を見ると、煮魚を主菜として汁物や野菜が彩りよく盛り付けられ、写真を撮ることを意識して張り切った様子がうかがえるケースもあった。それをみた別の参加者から「おいしそう!」という声があがると、「さっぱりしていて食欲がわきます」などの、味の感想についてのコメントがやりとりされることもあった。そこから、調理やレシピの共有といった話題へと展開することもあった。このように、食事の最中にオンラインでつながなくても、写真やコメントのやりとりによって、まるで食事を共にしているような雰囲気を感じられていた。

特徴的であったのは、参加高齢者らと若い世代のスタッフらとのやり取りである。食材の加工に関する話題は、筆者を含め20～30歳代の研究者らにとってはなじみのないものも多く、高齢者らの食加工の知恵を若者が教えてもらうという構図が自然とできあがっていた。山間部でよく食べられるズ



図2 スマホ食事クラブの会話の様子

※3 研究デザインや調査項目等の詳細は、文献5 (Sasaki R, et al. 2020) を参照。



アンケートにご協力ください!

イキをキンピラにした様子や、タケノコの塩漬け、手摘みで加工した自家製の茶など、食加工の知恵や工夫が伝えられた。

さらに、バーチャルでの食の共有から、その食材を通じて実際に会うという交流につながったケースもみられた。これは、山間部に住む参加者の1人が、罨でイノシシを捕獲したことを報告した会話から始まった。彼女は一頭のイノシシが横たわった写真を共有しながら、「何をつくったらよいか」と調理方法に関するアドバイスを求めた。参加者たちは次々と会話に参加し、そのうちの一人からの「カレーはどう?」というコメントを受けて、数日後にはイノシシ肉を使ったカレーの写真が投稿された。さらにその後、このイノシシ肉が隣人へのおすそわけを経て、別の参加者がそれを口にするという交流がうまれていたことも確認された。

遠隔共食の効果

スマホ食事クラブの実践によって、参加者らの精神的健康度や食態度にどのような変化がみられただろうか。1か月の介入期間の前後で、精神的健康度(QOLなど)や食態度に関する自記式アンケートと個別インタビューを実施したところ、次のような特徴が明らかになった⁵⁾。

1. 社会とのつながりの促進

スマートフォンなどのデジタル技術やSNSなどのツールは、利用者を対面でのつながりから遠ざけるという懸念もあった。しかし、この取り組みからは、イノシシ肉の共有のように、オンラインでの会話から実際の「食のおすそわけ」につながった例もみられた。さらに、スマホ食事クラブをきっかけに別の友人とのLINEグループに参加したという声も聞かれた。

2. 料理意欲の向上

一人暮らしの高齢者にとっては、自分のためだけにつくって食べるだけだった料理を、人にみせることで張り合いが出たという意見があった。例えば、「自分のレパートリーが増え、食生活が豊かになる」などである。実際に会話の中で、ある参加者が投稿したレシピをアレンジして自分もつくってみたという投稿もみられた。

3. 多世代交流と食の伝承への意識

スマホを通じた食の共有は、多世代交流がしやすいプラットフォームとして有効であったことが参加者の発言からうかがえた。

「会うというのは、いつも同じ年齢の人が集うでしょう。老人クラブだったら、老人の同年代だけが集まるし。スマホなら、若い人も入ってこれる」

さらに、調理法等を若者に伝えたいという気持ちの高まりとして、「自分でも役に立っていることがあるんだと思ってね」という役割を意識した発言も聞かれた。

4. 精神的な状況の変化

QOLの主観的健康度、家族関係・友人関係の満足度、幸福感が介入後に高いスコアになった参加者もみられた。他の人の料理の写真をみて「食欲がわいた」という声も聞かれた。食に対する意欲の向上から、世代間の知の伝承への役割の達成感まで、スマホによる「食の共有」は、全般的な「健康度」の向上に資する可能性が高いことが、調査結果から明らかとなった。

コロナ禍にみる遠隔共食の可能性

上述のように、スマートフォンによる遠隔共食の試みは、デジタル機器になじみのない高齢者にとっても比較的受け入れやすく、楽しく続けることのできるつながりの場として機能していた。さら



[アンケートにご協力ください!](#)

に、調査開始時には予期しなかった感染症の拡大という状況下でも、このようなバーチャルな仕組みがうまく機能することがわかった。スマホ食事クラブの活動を始めた頃、新型コロナウイルス感染症の拡大が深刻化した。2020年4月からは、全国各地で外出自粛が求められるようになり、様々な活動や集いの場が休止される状況下で、社会的孤立のリスクを増大させた。スマホ食事クラブの取り組みは、予備的研究としての1か月間の介入期間後も自主的な活動として続き、コロナ禍でさらに参加者を増やして発展していった。特に一人暮らしの高齢者では、スマホ食事クラブでの会話は、「現実から目をそむけることができる居場所になっていた」との声が聞かれた。

テレビ電話のような動画配信型の共食と異なる点として、LINEのグループチャットの中での食の共有が有効であった理由のひとつに、時間の制約やプレッシャーを感じにくいということと、一人で好きな時にその会話を見直せるという「空間」——高齢者個人の語りでは「居場所」と表現された——が存在したことである。それは、テレビ電話が「通話を切ってしまうと部屋に一人きりの自分」となる一種の寂しさを突き付けてしまう点とは、本質的に異なるものだった。

さらに、スマホ食事クラブのようなグループチャット型の遠隔共食は、多世代が交流しやすいプラットフォームとして有用であった。本プログラムの介入時にイギリス人の研究者がいたことも、会話を盛り上げるきっかけのひとつとなった。将来的に、日本語を学んでいる留学生や技能実習生等が加わることも双方にとって効果的な交流になるのではないだろうか。

対面での「共食」活動はもちろん重要であるが、現代的な状況下では、デジタル技術の応用もふくめた「食の共有」は、介護予防に有効であるだけでなく多世代交流の場としての可能性も秘めており、日本の今後の高齢社会のあり方を考えるうえでも有意義であろう。

謝辞

本稿は、科学研究費・基盤B「地域に根差した介護予防プログラムの構築—日タイ比較研究から実践的介入への挑戦」(19H04352、2019～2023年、代表・木村友美)、科学研究費・挑戦的研究(萌芽)「地域での『共食の場』を通じた介護予防の効果—住民主体の活動における実践的研究」(19K21587、2019～2021年、代表・木村友美)、および、大阪大学とUniversity College Londonとのシードファンドに基づく研究助成「Facilitating digital health for older people in rural Japan」(2019年～2020年度、代表・木村友美、Daniel Miller)の助成を受け実施した。

文献

- 1) Kimura Y, Wada T, Okumiya K, et al.: Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: association with depression and food diversity. *Journal of Nutrition Health & Aging*. 2012; 16 (8): 728-731.
- 2) Tani Y, Kondo N, Noma H, et al.: Eating Alone Yet Living With Others Is Associated With Mortality in Older Men: The JAGES Cohort Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018; 73 (7): 1330-1334.
- 3) 木村友美, 野瀬光弘, 松林公蔵: 超高齢社会における孤食と共食—ソーシャル・インクルージョンの観点から. *未来共創* 2020; 7: 99-117.
- 4) 木村友美: 食を通じた介護予防—孤食と食多様性に関する日タイ比較から. *生活協同組合研究* 2024; 579: 46-54.
- 5) Sasaki R, Haapio-Kirk L, Kimura Y.: Sharing virtual meals among the elderly: An ethnographic and quantitative study of the role of smartphones in distanced social eating in rural Japan. *J Review of Cultural Anthropology*. 2020; 21 (2): 7-47.



[アンケートにご協力ください!](#)



フードデザート問題の 実態と支援事業の課題

茨城キリスト教大学文学部文化交流学科教授

岩間信之 (いわま のぶゆき)

【略歴】 2002年：筑波大学大学院博士一環課程地球科学研究科修了、博士（理学） 2003年：Southampton大学（UK）客員研究員、2007年：茨城キリスト教大学講師、2010年：同准教授、2015年：Edinburgh大学（UK）客員研究員、2015年より現職

【専門分野】 都市地理学

フードデザート問題とは

1. 買い物弱者問題

本稿の目的は、フードデザート(食の砂漠：FDs)問題を、人文地理学や社会学、流通論といった人文社会科学の視点から整理することにある。中でも、地方都市における買い物環境を中心に議論を進める。

食と健康は密接につながる。食生活が偏り低栄養状態にある高齢者は、全体の16.8%に達する¹⁾。こうした高齢者の居住地は、特定のエリアに集中する傾向にある。このことは、何らかの地理的要因(生活環境要因)の悪化が、高齢者の食生活に影響を及ぼしていると考えられる。食生活や健康は栄養学や医学といった学問領域に属する研究課題である。しかし、この問題を居住地という視点から見た場合、高齢者の食生活や健康を人文社会科学の文脈から語る事が可能となる。

食生活をめぐる地理学や流通論研究として有名なのが、買い物弱者(食料品アクセス)問題であろう。これは、食料品店チェーンの大型化・郊外に伴う、地方都市や中山間地域での中心商店街の空洞化と、自家用車を利用しない主に高齢者の買い物利便性の低下に関する社会問題である。農林水産省は日本全国の人口分布と食料品の位置関係を算出し、自宅から500m以内に生鮮食料品店がなく、かつ自家用車を所有していない65歳以上の食料品アクセス困難者が、2020年時点で全国に約904万人存在すると推計している²⁾。この数は年々増えている。

ただし、こうした高齢者たちの多くは、買い物不便だけでなく、社会や家族からの孤立や貧困などの問題も抱えている。これらも、高齢者の食生活を規定する地理的要因(生活環境要因)に該当する。

2. 海外におけるフードデザート問題

FDsとは、1990年代に欧米で研究が始まった学術用語である。FDsと買い物弱者は似た概念であるが、生活環境要因における着眼点異なる。上述の通り、買い物弱者は買い物環境に注目した研究である。一方、FDsは、買い物環境の悪化そのものよりも、その背後にある社会的排除(Social Exclusion)に力点が置かれている。本来公共であるべき社会サービスからの弱者排除の構図の一部として、住民の食生活に目を向けたものがFDs問題である。

イギリスをはじめとした欧米諸国では、1970～90年代半ばに中心商店街の空洞化と大型店の郊



[アンケートにご協力ください！](#)

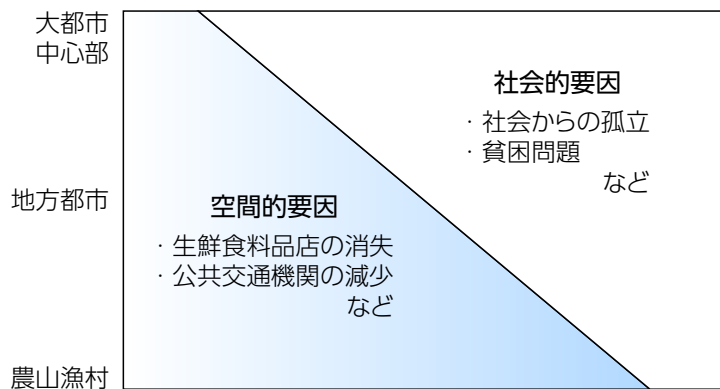


図1 地域別にみるフードデザートの発生
(出典：岩間信之編著，都市のフードデザート問題 2017³⁾)

外出店が顕在化した。その結果、まちなかに取り残された低所得者層やエスニック・マイノリティ、シングルマザー、こうした世帯の子どもたちなどの、いわゆる社会的弱者を中心に、買い物環境が悪化した。研究開始当初のイギリスでも、FDs問題を買い物弱者と類似する定義で捉えていた。しかし現在では、買い物環境だけでなく、地区の平均所得(≒人種・民族構成)や公共交通機関の充実度、教育水準、ファストフード店の集積などの包括的な生活環境(建造環境：built environment)が、住民の食生活を規定していることがわかっている。

3. フードデザート問題の本質と定義

同様のことは日本にも該当する。FDsとは、広義には「何らかの生活環境の悪化により、地域住民が健康的な食生活を営むことが困難となった地域」である。国や地域によって、FDsの性質は大きく異なる。日本におけるFDsは、①社会的弱者(高齢者、低所得者など)が集住し、②買い物利便性の悪化(買い物先の減少：食料品アクセスの低下)と、家族・地域コミュニティの希薄化[相互扶助の減少：いわゆるソーシャル・キャピタル(以下、SC)の低下]のいずれか、あるいは両方が生じた地域と定義できる³⁾。これらは、少子高齢化を前提とした東アジア型のFDsといえるだろう。

図1は、FDsの発生要因を地域別に模式化したものである。都市から遠く離れた農山漁村などの縁辺地域(remote rural area)では、食料品店の消失や公共交通機関の不足が、高齢者の食生活悪化を誘引している。その一方で、家族間や地域コミュニティの相互扶助が、高齢者の生活不便を一定程度補っている。一方、大都市中心部は相対的に買い物環境に恵まれている反面、SCは低い。SCが低下すると、買い物代行やお裾分け、悩み相談といった、家族や近隣住民からの支援が受けにくくなる。また、社会からの孤立も誘引する。社会から孤立し健康的に生きる意欲を喪失した高齢者は、たとえ近所に食料品店があっても、偏食になりがちである。

地方都市におけるフードデザート問題研究の一例

1. 空間的要因から見た分析

図2は、地方都市A市の概要と食料品アクセスを示す⁴⁾。A市は東京近郊に位置する人口約8.4万人の地方都市であり、いわゆる新住民向けの住宅団地が卓越する市域西部と、農業を営む旧住民が多い東部からなる。スーパーをはじめとした商業施設は西部に集中しており、東部には買い物先空白地域が広がっている。

食料品アクセスマップとは、食料品店から一定距離(一般的には道路距離で半径500m)圏に該当するエリアを抽出することで、買い物先空白地帯を可視化するものである。従来の食料品アクセスは、



アンケートにご協力ください！

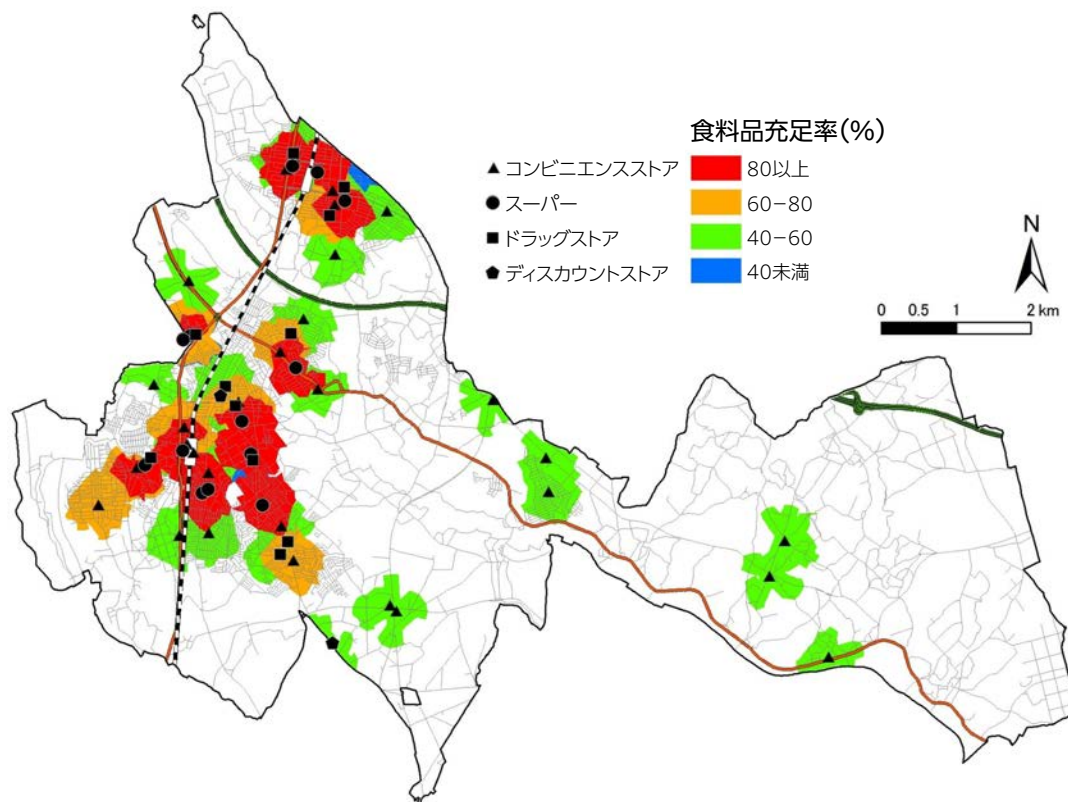


図2 食料品充足率を加味した食料品アクセスマップ
(出典：岩間信之 他，フードシステム研究 2018⁴⁾)

食料品店の品ぞろえをすべて一律に評価していた。例えば近所に食料品店がある場合、その店の品ぞろえが悪くても、当該地域の買い物環境は良好であると判断されてしまう。しかし、実際にはスーパーやコンビニ、個人商店では品ぞろえが大きく異なる。一方、図2は各店舗の品ぞろえ(食料品充足率)を加味したうえで、買い物環境を評価している。これにより、買い物先空白地帯をより正確に把握できる。

なお、距離減衰充足率と高齢者の食生活の関係性を分析した結果、食料品充足率が100%の店舗(例えばスーパー)から1,264mの距離の地点では、食料品充足率60%の店舗(生鮮食品を多く扱うコンビニなど)に隣接している場合と同じ水準の「多様な食料品の購入のしやすさ」(低栄養のリスクを抑える効果)であることが明らかとなっている⁵⁾。また、食料品充足率40%程度の店舗(一般的なコンビニなど)でも、店舗近隣の住民に対して低栄養のリスクを下げる効果を有していることがわかっている。

筆者たちは、2014年にA市の協力のもとでアンケート調査を実施した⁶⁾。同市在住高齢者1万6,428人からランダムに抽出した5,500人にアンケート票を配布し、3,984部の有効回答を得た。調査内容は、個人属性、買い物環境、SC、食品摂取の多様性調査⁷⁾である。独居は11.9%(男性7.6%、女性15.9%)、運転免許保有者は58.3%であった。表は買い物行動を示す。この表から、近隣に食料品店が少なく、自動車やバイクで買い物に出ている高齢者が多いことがうかがえる。

アンケート調査では、全体の53.5%が食品摂取の多様性得点低群(低栄養のリスクが高い)に該当した。筆者たちの経験上、これは全国の地方都市で平均的なスコアである。エリア別にみると、食料品アクセスが低い市域東部一帯と西部・北部の縁辺エリアのほか、アクセスが高い中心市街地の一部(JR駅周辺など)で、低栄養リスク高齢者の割合が高かった(図3)。つまり、食料品アクセスマップ(図2)と低栄養リスク高齢者の分布には、一定の乖離が見られた。これは、食料品アクセス以外の要因が高齢者の食生活に影響していることを示唆する。



アンケートにご協力ください!

表 買い物行動

(出典：岩間信之 他, 地学雑誌 2016⁶⁾より一部改変)

(単位：%, n：全体数)

最寄りのスーパーマーケットまでの町丁目別平均距離		買い物先までの主な移動手段	買物先までの主な移動手段			食料品の買物頻度			宅配サービス利用者	移動販売車利用者	栄養バランスを重視している高齢者	買い物に困っていると感じる高齢者	
			全体	男性	女性	全体	男性	女性					
500m以内	13.9	徒歩	22.9	21.6	24.0	毎日	18.4	19.4	17.4	全体 9.8	全体 12.8	全体 59.6	全体 5.4
500～1,000m	41.7	自転車	13.9	13.4	14.3	週3～5回	40.6	40.3	40.8	男性 8.3	男性 15.6	男性 55.9	男性 3.4
1,000～1,500m	12.5	バス	2.4	1.6	3.2	週1～2回	34.7	34.8	34.7	女性 11.1	女性 10.3	女性 63.0	女性 7.1
1,500～2,000m	9.7	タクシー	0.5	0.5	0.5	月1～3回	4.1	3.9	4.4				
2,000～2,500m	5.6	自動車・バイク(自分)	33.5	45.1	22.7	その他	2.2	1.7	2.8				
2,500～3,000m	4.2	自動車・バイク(家族)	22.3	14.8	29.4								
3,000m以上	12.5	その他	4.6	3.0	6.0								
			(n=3,601)			(n=3,656)			(n=3,983)		(n=3,983)	(n=3,984)	(n=3,984)

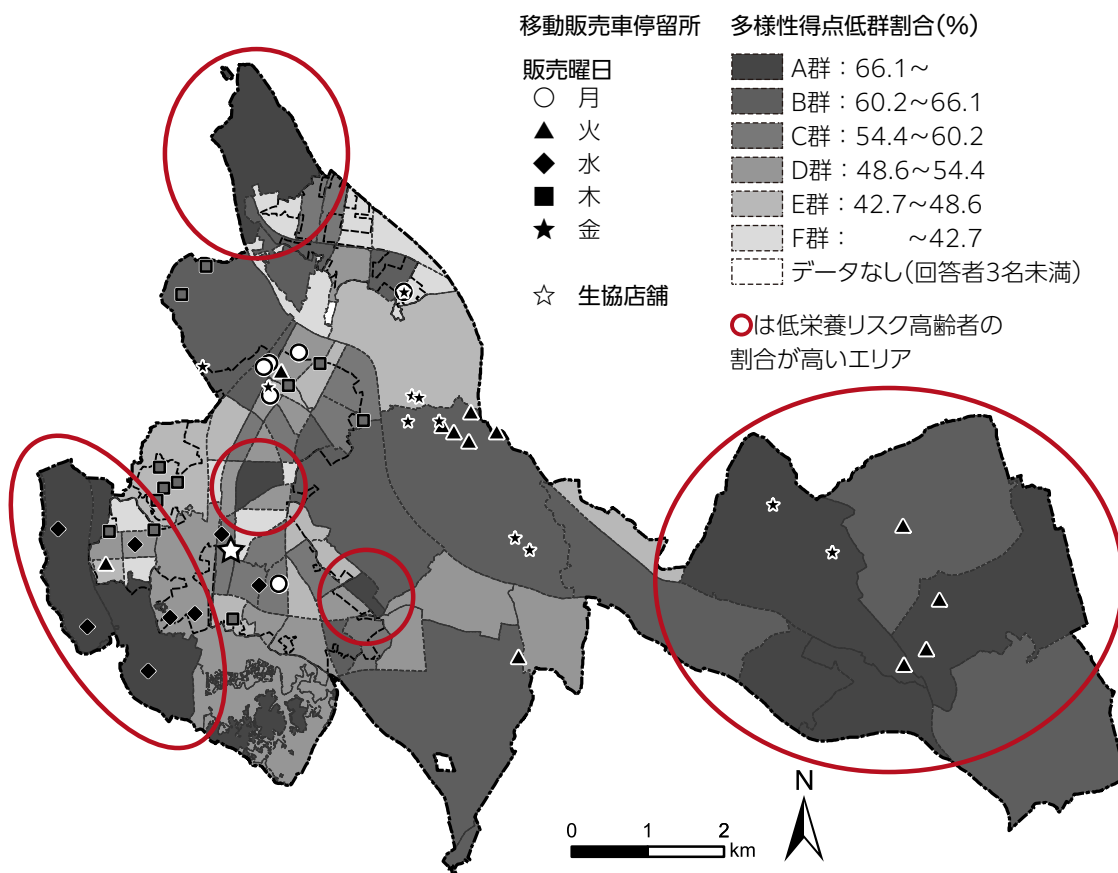


図3 A市における低栄養リスク高齢者の町丁目割合および移動販売車停留所

(出典：岩間信之 他, 地学雑誌 2016⁶⁾より一部改変)



アンケートにご協力ください！

2. 社会的要因 (SCの低下、貧困化など) から見た分析

社会的要因も、高齢者の食生活に大きな影響を与えている。そこで、A市を事例に多様性得点を被説明変数、個人属性や買い物行動、SCに該当する項目を説明変数としてロジスティック回帰解析を実施したところ、次の2点が明らかとなった³⁾。①スーパーまでの距離が1km遠いほど、多様性得点低群となる確率が約10%高くなる。②趣味関係のグループに参加していない人(いわゆるSCが低い人)に比べて、参加している人は低群となる確率が20%低い。SCが低く、かつ低栄養リスクが高い高齢者は、市街地中心部に集中していた。こうした傾向は、東京都心部や県庁所在都市などの大都市で顕著であった。なお、技術的にはSCを加味した地図を作成することも可能である。

フードデザート問題対策の課題

FDs・買い物弱者支援事業は、食事会の開催などの「共食型」、配食、買い物代行、宅配サービスなどの「配達型」、買い物場の設立や移送サービス、移動販売などの「アクセス改善型」に整理される。買い物弱者報道が過熱した2000年代初頭、新たなビジネスという視点から、全国で移動販売車事業などが展開された。しかし、買い物弱者という言葉が独り歩きする一方で、学術的な実態調査は追いついていなかった。その結果、予想に反して利用者が集まらず、事業開始後数年で廃業するケースが相次いだ。大きな反省点である。

筆者の知る限り、人口の少ない地方都市で採算性を確保している支援事業は、いまだ見られない。たとえばA市では、生協が行政や地域住民と連携して移動販売車事業を展開している。筆者たちと連携して食料品アクセスマップを活用したり(図2)、地区会長や民生委員などが各停留所を担当して高齢者に移動販売車の利用を呼びかけるなど、様々な工夫を凝らしている。しかし、利用者を安定的に確保しているものの、残念ながら採算の確保には至っていない。

採算確保が難しい理由としては、①買い物支援を必要としている人を把握しにくい、②健康的な食生活に関する知識や意欲に欠けた高齢者が多い、などが挙げられる。前者については、例えば介護保険に関する個人データを匿名化したうえで行政と企業、研究者などが共有できれば、問題は緩和すると思われる。後者については、食育の進展やSCの醸成に関する支援が必要となる。また、市街地から遠く離れた人口減少地域では、採算性の確保自体が不可能である。福祉の観点からの支援事業の見直しも必要である。

文献

- 1)厚生労働省: 令和元年 国民健康・栄養調査結果の概要 (2024年9月20日閲覧)
- 2)農林水産政策研究所: 食料品アクセスマップ (2024年9月20日閲覧)
- 3)岩間信之編著: 都市のフードデザート問題—ソーシャル・キャピタルの低下が招く街なかの「食の砂漠」. 農林統計協会, 2017.
- 4)岩間信之, 今井具子, 田中耕市, 他: 食料品充足率を加味した食料品アクセスマップの開発. フードシステム研究 2018; 25(3): 81-96.
- 5)浅川達人, 岩間信之, 田中耕市, 他: 食料品充足率を加味したアクセス測定指標による食品摂取多様性の分析—高齢者の健康的な食生活維持に対する阻害要因のマルチレベル分析. フードシステム研究 2019; 26(2): 21-34.
- 6)岩間信之, 田中耕市, 駒木伸比古, 他: 地方都市における低栄養リスク高齢者集住地区の析出と移動販売車事業の評価. 地学雑誌 2016; 125(4): 583-606.
- 7)熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他: 地域在宅高齢者における食品摂取多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50(12): 1117-1124.



対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

人生100年時代を迎え、一人ひとりが生きがいを持って暮らし、長生きを喜べる社会の実現に向けて、どのようなことが重要であるかを考える、「長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして」と題した、各界のキーパーソンと大島伸一・公益財団法人長寿科学振興財団理事長の対談の第11回は、元読売新聞編集委員で南医療生活協同組合専務室企画の鈴木敦秋氏をお招きしました。

第11回

記者の眼で社会を見つめて

鈴木敦秋(すずき のぶあき)

元読売新聞編集委員、南医療生活協同組合専務室企画

1963年東京都生まれ。明治大学卒業。商社勤務を経て、1990年読売新聞に入社。医療取材に長く関わり、2007年に『明香ちゃんの心臓—東京女子医大病院事件』で第29回講談社ノンフィクション賞を受賞。2018年第7回日本医学ジャーナリスト協会賞優秀賞受賞(長期連載『いのちの値段』)。2024年より南医療生活協同組合で「共生のまちづくり」に携わる。精神保健福祉士。その他の著書に『大学病院に、メス!』『小児救急』『いのちの値段—医療と費用を巡る50の物語』(いずれも講談社)などがある。



大島伸一(おおしま しんいち)

公益財団法人長寿科学振興財団理事長

1945年生まれ。1970年名古屋大学医学部卒業、社会保険中京病院泌尿器科、1992年同病院副院長、1997年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授、2002年同附属病院病院長、2004年国立長寿医療センター初代総長、2010年独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長、2014年同センター名誉総長。2020年より長寿科学振興財団理事長。2023年瑞宝重光章受章。



医者と記者24年の付き合い

大島: 今回の対談には、元読売新聞の医療担当記者の鈴木敦秋さんにお越しいただきました。鈴木さんとはもう20年以上の付き合いになりますね。

鈴木: 私が2000年に医療担当になって最初に関わったテーマが医療事故で、その頃に大島先生にお会いしているので、もう24年ですね。大島先生は名古屋大学病院の副院長で医療安全対策の責任者をされていました。

大島: 鈴木さんは2007年に『明香ちゃんの心臓』で講談社ノンフィクション賞、2018年には『いのちの値段』で日本医学ジャーナリスト協会賞優秀賞を受賞した優秀なジャーナリストです。鈴木さんのこれまでの歩みを簡単に紹介いただけますか。

鈴木: 1990年に読売新聞に入社し、社会部を経て医療の世界に関わるようになりました。医療取



アンケートにご協力ください!

材は20年以上になります。取材テーマは、「医療事故」「小児救急」から始まり、超高齢社会の到来や医療の専門分化、社会の変化に沿って変化し、記者最後の5年間は「認知症と家族」「命の値段」「意思決定」、そして「共生とまちづくり」へ移っていきました。

この間、2002年に大島先生が名古屋大学病院の医療安全対策の責任者として、医療事故に対する理念「隠さない、ごまかさない、逃げない」を公表され、これが医療安全・事故防止、あるいは医療事故発生時の対応を評価するスタンダードとなりました。その11年後、大島先生の言葉「治す医療から、治し支える医療へ」は、2013年の社会保険制度改革国民会議の報告書の根幹となりました。病院中心の医療から、地域全体で支えていく高齢者医療へのパラダイム転換でした。そこからさらに11年経って今日があるのですが、私自身は、どう猛に進歩する医療を追いかけてきた時代を経て、現在は名古屋市に本部を置く南医療生活協同組合（以下、南医療生協）に籍を置き、「医とまちづくり」「医療と人の幸せがどうリンクするのか」をテーマにしています。

「人の生き死に関わる仕事」という意識

大島：鈴木さんの扱う「医療事故」は非常に繊細なテーマです。鈴木さんの場合、単に医療事故を報じるのではなく、医療事故の被害者家族へ取材を重ね、命の重さに直接関わる。医療事故がどのような社会的な意味合いを持つのか。鈴木さんの記事にはそういった社会に対する問題提起が常にあるように感じています。それは意識的にされているのですか。

鈴木：記者の仕事は「人の生き死に」に関わります。社会が生む理不尽に巻き込まれたり、望まない形での別離があったり。それが社会の矛盾の反映であっても、正解はなかなか見えません。けれど、声を聞かせてくれる方から「記者は答えを探すために命がけでやってくれるんでしょう」という言葉にならない期待を感じ、逃げられない責任を負う。そういう仕事ですから、自ずと視点が「社会」や「命を巡る人間の本质」に迫っていくのでしょうか。

大島：そのように追求していくと、背負い切れないことが当然ありますよね。100人いれば100人の人生があり、医師や看護師、患者、患者家族それぞれの人生があります。取材をする中で、事実の隠ぺいや責任逃れなど、理不尽な事実が次々と見えてくる。それに直面し、その中に埋没していく感覚もあるでしょうし、何を言葉として選ぶかというジレンマもあると思います。

鈴木：ええ。偉そうに言っても、責任を果たしきれものではありませんし、記事を書くことも、ノンフィクションとして記録に残すことも、その免罪符にはなり得ません。ただ、自分の姿勢に嘘がないよう、自分が今、歴史の縦軸と社会の横軸のどこに位置して、どの方向を目指しているのかを常に考えます。矛盾、混沌を感じつつ、自分の立ち位置を見つめながら、取材に関わってくださった方に対して、真摯でありたいと思っています。

大島：記者として「事実」と「価値観」と「自分の立ち位置」をどう調整していくのか。取材を続ける中で感情に流されることも当然あるでしょう。

鈴木：感情が揺れるからこそ、あるルールを身につけているのかもしれません。例えば、医療事故で医療側と患者側が対立し、患者側が圧倒的に弱い立場にある時、真ん中より半歩だけ患者側、苦しみをより負っている側に軸足を置く。そういうスタンスです。

自分の価値観をどこに置くか

大島：「価値観」や「立ち位置」の話をしめすと、医療の中では、答えがないものにぶつかることが日常的にあるんですね。例えば、若い医師が主治医として患者に対応している。治療法は手術がべ





ストだが、患者・家族の話を聞く中で、主治医が感情に流され、「彼の生活が壊れるので、手術はできません」と言う。生活に支障が出るかもしれないが、それは人生の一時期で、今何かを捨てたとしても完全な治癒が得られるならば、手術を受けたほうがいい。治療に要する時間を棒に振るのが嫌で、その後の人生を棒に振ることはあり得ない。医師にとって「最適な治療を行うという信念・価値観」は譲れないものです。患者の生活や人生観を聞きながら説得することも医師の重要な役割です。最終的には患者が決めることですが、

医師が感情に流されて、自分の価値観を見失うことは決してあってはならない。

同じように、記者という第三者の眼で、人の人生というものを、医療や治療というものを見つめる時、自分の価値観をどこに置くのかということは、非常に難しい問題だと思います。

鈴木：確かに難しいのですが、どこかで「人間の善意と無限の可能性」を信じているのでしょうか。立場が異なる方々の対立を取材する時、その集積が混沌のままかというところではなく、対話を通じてひとつの突破口が生まれ、共通する価値観が見つかることがあります。それがあって記事が成立することがある。人間の可能性への信頼が価値観のベースでしょうか。

大島先生は「隠さない、ごまかさない、逃げない」から「治す医療から、治し支える医療へ」という変遷の中で、多くの価値を言葉にして残されましたが、その折々で先生から思考の格闘を教わってきたことが大きいです。要するに、「考え抜くしかない」、あるいは「気づいてしまった以上は逃げずに走り続けるしかない」。医者も記者も、職人って、そういうものなのでしょう。

記事で社会に問題提起を

大島：医師は実務者で人の命に直接関係していて、一方、記者は人の命から距離がある。距離があるからこそ、医療事故がなぜ起きたのか、第三者の眼で事実を見ることができます。手術で命を落とすという最悪な事態になった場合、結果が悪ければすべてが悪い。周りから責められ、説明をすればするほど、当事者は泥沼に入っていく。それを一歩引いて見ながら、ジレンマの中に医師がいることを見抜く記者と、とにかく結果だけを責める記者がいます。鈴木さんにはそういう問題意識があって、表には現れていない、伝えるべき何かがあると考えたのですね。

鈴木：私は2000年に医療担当になりました。前年の横浜市立大学の患者取り違え事故から始まって、医療事故への批判の嵐が吹き荒れた時代です。「読者体験をお寄せください」と呼びかけると、週に100通ほど声が寄せられました。その大半は、医療者のヒューマンエラーではなく、「隠さない、ごまかさない、逃げない」の反対のケースが起きたことによる理不尽な体験でした。

当時2人だった医療担当になって間もない頃、東京医科歯科大学病院で薬剤投与ミスによる医療事故がありました。病院長が記者会見を開くというので、ずっと上の先輩と一緒に向かいました。会見場では、従来通り、追及型の会見が行われました。質疑応答の最後に先輩が手を挙げ、「病院が自ら医療事故を公表したことを、私は高く評価します」と語り始め、会場はシーンとなりました。その上で、「なぜ公表しようと思われたのですか」と問い、病院長は「我々も一層努力するが、それ



[アンケートにご協力ください！](#)

でも医療事故がなくなるとすれば、社会の問題として一緒に考えてほしい」という趣旨の話をしました。その会見が印象深く、私たちの視点や立ち位置によって、社会をよい方向に変えていけるのではと気づいたんですね。そういう瞬間が、かなり初期にあったんです。ノンフィクションを手掛けたのもその延長で、医療事故の当事者が、医療の不確実さや理不尽さをどう受け入れて生きていくのか。その物語を追いかけて記録することで、つらい記憶を弔い、一緒に社会を変えていけると考えたからです。



大島：鈴木さんの記事からは、その思いがよく伝わってきます。しかし、医療事故はいつの時代もなくなりません。医療者にとっては「隠さない、ごまかさない、逃げない」が大原則であることは言うまでもなく、記事を発信する人には、医療事故を責めるのではなく、社会に問題を投げかけ、社会全体で考えてほしいという願いが伝わるような記事をお願いしたいと思います。

医療者だけでは人の幸せを実現できない

大島：鈴木さんは昨今の日本の医療や医師の変化をどう捉えていますか。

鈴木：医療の変化は社会のニーズに即している面が大きいです。高齢化が進み、療養環境を巡る人々の価値観が多様化し、経済的な格差も広がる中、在宅医療が注目されました。大きな転換期でしたが、今や都心部では在宅医が飽和状態の地域もあります。また、2016年に「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定され、翌年には「我が事・丸ごと」の地域共生社会を目指すとして、地域に課題が投げられました。2020年に地域共生社会に関する新たな事業「重層的支援体制整備事業」の創設へと続きます。要するに、従来の医療だけでは人生のQOLは上がらないし、幸せを実現できない。医療費をできるだけ抑えつつ、地域ネットワークの中で人をどう支えるかという流れが不可避になってきました。昨今では、総合診療、総合診療医がトレンドです。彼らの活動範囲の幅はとても広く、一口では説明できないのですが、入院中の患者さんをよい状態で早く地域に帰すというニーズを受けたものです。国は、その先に高齢者を地域で支えるという形を描いていますが、これも住民のニーズに外れたものではありません。

大島：実際に地域はうまく動いているのでしょうか。

鈴木：残念ながら、なかなか進んでいない印象ですね。私がいる南医療生協で言えば、住民と「医療でまちづくり」を進めていますが、シニア世代と現役世代で、地域づくり、健康づくり、おたがいさまの支え合いに対する意識に大きく隔たりがあります。何より現役世代に余裕がなく、まちづくりに対する価値観には惹かれても、義務的な役割を担うことに抵抗がある。マイノリティーや社会的弱者が昔よりも多様になってきていること、家庭の経済的基盤が弱くなってきていることなどの社会的要因もあり、地域ネットワークの中で人を包摂していくこと自体の足場は、もろいと感じます。

大島：高齢化が進み、高齢者医療に医療需要がシフトしていますから、今後も在宅医療や総合診療の需要は増えていくでしょう。高齢者医療の需要は確実に増えていきますが、医師数は増えません。



一方、医療はどんどん進歩し、最先端医療を支える医師も一定数必要です。どう計算しても両方の需要を満たすことは不可能ですから、次の一手としては、医師以外の人に医療を担ってもらわなければなりません。医師の業務の一部を看護師に振り分け、看護業務の一部を介護職に振り分けてゆく。現時点で考えられる方法としては、これしかないと思います。同時に、必要な医師数も、紙の上に人口構成を書いてみれば一目瞭然です。疾病構造を右側に置き、地域ごとに医師、看護師、さらに介護職を割り当てれば、簡単に必要数・目標数が出ます。

鈴木：医療は不確実であると同時に、統計的な科学でもあるので、人口動態と疾病構造の変化を見れば、どうあるべきかという議論は可能です。ただし、患者さんや住民の人生や暮らしの質が十分に問われてきませんでした。

大島：確実なのは、高齢者が増えるということ。高齢者が増えると慢性疾患が増え、フレイルや認知症も増えます。超高齢社会ではこれから約10年は医療者の必要数は変化しませんから、医療者の具体的な目標数の確保と質の向上に向けて動く必要があると思います。

超高齢社会の本当の問題は20年後以降にある

鈴木：私は、超高齢社会の本当の問題は、20代～40代の現役世代が20年後以降に直面する現実にごそあると考えています。団塊の世代は社会保障が担保された中で生きていけますが、今の現役世代が直面する高齢社会は、未婚率が高く、親の介護を1人で担い、非正規雇用で暮らしが安定しない中、崩れた社会保障の中で老いを迎えていく。

大島：簡単には言えないことですが、社会保障は20年持たないということですね。

鈴木：今の現役世代は、団塊の世代と同じような社会保障は享受できないと思います。

大島：では20年後以降に高齢者になる人はどうすればいいのか。

鈴木：人は一人では生きていけないので、何らかの人とのつながりが必要です。家族がいない、家族とのつながりが乏しいとしても、最期の意思決定も含め、頼れる人は人しかいません。その関係性をどのようにつくっていくのか。「ナイナイづくしの時代の関係性づくり」が現役世代の大きな課題です。その時代に医療はどう関与していくのか。医療はなお進歩と成長を求めるのか。このあたりは関心を持っているところです。

大島：医療は進歩し続けると見ていますか。

鈴木：例えば、がんや認知症が克服されたとしても、次の病気に向けて医療は進歩し続けると思います。医療の進歩は止まらず、それを得る人と得られない人の格差は広がっていく社会にならざるを得ないでしょう。しかし、大島先生の言う「ライフ」、人の生活・暮らし・人生を考えた時に、高齢になるほど人との関わりなしには生きていけませんし、ライフにおいて医療の進歩を最優先と考える人の割合は少なくなると感じています。

大島：100歳人生を長生きする人と、ある程度の年齢で寿命を迎える人の差が広がっていくということでしょうか。豊かであるか豊かでないかという経済格差の話に直結するような気がします。そうすると、富裕層は長生きだが、貧困層は早死にということになりますよね。

鈴木：アメリカ的になるというか、こと医療に関しては、選択肢を多く持つ人とあまり持てない人に分かれると思います。記者の最後の5年間に扱ったテーマのひとつに「命の値段」というシリーズがありました。命は平等だと言っても、実際に受ける医療や、特に療養場所・環境については決して平等ではない。

大島：それはいわゆる格差という形で今、広がりつつあるのか。



鈴木：国際的に見れば平等に保たれているように見える医療や介護も、制度の隙間にいる人たちが大勢おり、医療や介護単体では、受けられる人と受けられない人の格差がより広がると思います。医療や福祉に対する依存度や費用を抑えるねらいもあって「まちづくり」や「重層的支援」、地域ネットワークの中でその解を見つけようと取り組みが始まっていますが、そこから先、どんな社会、どんな医療をつくるべきか、合意をつくる仕組みは見えてきません。



58歳の誕生日に決意した2つの宿題

大島：鈴木さんは読売新聞を60歳で退職して、名古屋の南医療生協に籍を移しましたが、どのような経緯があったのですか。

鈴木：58歳の誕生日を迎えた朝、「宿題が残っている」と思ったんですね。ひとつは、地域医療を含め地域を取材して書いてきましたが、地域とは何かが実はわかっていない。もうひとつは、精神疾患の人たちのリアルな世界がわかっていない。この2つが宿題だと思いました。新聞社の記者として世の中を見ていると、視点が固定化して見えるものが見えなくなる。60歳になったらもっと地べたに近いところで宿題をやろう、そう思ったんですね。

以前からご縁があった南医療生協と、福島・南相馬で、震災以降、途切れることなく精神疾患のケアを行っている認定NPO法人「相馬広域こころのケアセンターなごみ」に連絡を取りました。「60歳まで記者をやった後、働けないか」と話したら、どちらからもOKの返事で、58歳の誕生日に60歳以降の仕事の方向が決まったんです。それもやはり大島先生の影響が大きいです。先生は60歳前に岐阜の山の中に家を建てられたでしょう。

大島：50代半ばですね。人のるつぼの中を生きてきた人生だから、ある程度の年齢になったら田舎で暮らすと決めていました。

鈴木：「70歳のことは70にならないとわからない、80歳のことは80にならないとわからないが、60歳は死ぬ準備を始める年だ」という大島先生の言葉が頭の中にあり、60歳が節目だとずっと考えていました。専門学校の通信教育を受けて、今年2月に精神保健福祉士の国家資格を取り、ひとつ目の宿題をやるために、今、南医療生協にいます。

大島：南医療生協に移ってどうですか。

鈴木：南医療生協は伊勢湾台風をきっかけに生まれた医療生協という組織で、65年の歴史があり、10万人の組合員がいます。その歴史、地域の広がりや舞台にして、その中で交わされてきた色々な実践知とか現場知を、人の物語の中から聞き出し、構成し直して、「これまで」と「これから」を書いていく。「これから」には自分も積極的に関わっていく。そこから、これからの高齢社会を生きるヒントが見えるのではないかと考えています。3年で「医とまちづくり」の本をまとめたと思います。

大島：新聞社の記者と違って、現場で当事者として関わりながら記録することは新しい試みだと思います。南医療生協の人間ドラマの記録を楽しみにしています。今日はありがとうございました。



国内外の新しい長寿科学研究を紹介します。今回の情報は、長崎大学名誉教授・森望氏、京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室担当部長・石崎達郎氏、国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発室長・井上剛伸氏、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学主任教授・竹本稔氏、東京大学大学院薬学系研究科機能病態学教室准教授・堀由起子氏から提供いただきました。

炎症性サイトカインIL-11を抑えて健康長寿

老化すると免疫力が落ち炎症も増える。炎症時に暴れ出す炎症性サイトカインは多種あるが、その中でIL-11といういわばマイナーだったものを抑えると健康長寿へ向かうという。マウスでの結果だが、IL-11遺伝子のノックアウトマウスは肥満抑制、筋肉増量、糖代謝改善、しかも平均寿命も2割延伸した。遺伝子欠損ではなく、中年期以降にIL-11の作用を抑えるべく抗体注入によってその効果を見ると、ほぼ同様の結果になった。しくみとしては老化制御に関わるmTOR経路を抑制している。炎症性サイトカインの抗体医薬で健康長寿を目指せるのか？ まだマウスでの結果だが、今後、ヒトでの効果に期待がかかる。シンガポール国立大学からの研究成果だ(Widjaja AA, et al., Nature. 2024; 632(8023): 157-165)。 (森)

高齢入院患者の潜在的不適切投薬と薬物有害反応は女性が多い

高齢患者における薬物有害反応(ADR)は女性が多いが、その理由はよくわかっていない。欧州6か所の大規模病院で行われたSENATOR試験の二次解析から、ADRの性差の要因を検討したところ(1,537名、女性47.2%、年齢中央値78歳)、急性期入院中の潜在的に不適切な処方(PIMs)や潜在的に必要な処方の欠落(PPOs)は女性患者で多く、これらがADRの性差に寄与していると結論された。高齢女性患者でPIMsとPPOsのリスクが高いことに留意してADRを防ぐことが重要である(O'Mahony D, et al., J Am Geriatr Soc. (in press). doi: 10.1111/jgs.19071)。 (石崎)

高齢者と一緒に創るデジタル楽器とデジタル音楽の効果が示される

タブレットに表示される鍵盤でピアノを弾くといったデジタル楽器を、高齢者施設の入居者と一緒に開発し、それらを使って合奏することの効果や配慮点が質的研究で示された。ここでは、参加型ユーザ中心設計プロセスが実践された。個人演奏では、個々に適した操作方法や楽曲の選定、成功体験、個々の聴力に適した音量調節等の重要性が示された。また合奏では、他者の演奏とのバランスやグループとしての演奏の向上などが重要視され、それらが個人間の相互作用を促進した。デジタル技術で機能を補うことで個々の能力を最大限発揮して、全体としてひとつのことに取り組むことの意義が示されたといえる(MacRitchie J, et al., Disabil Rehabil Assist Technol. 2024; 19(5): 1935-1944)。 (井上)

腸内細菌は運動による骨粗鬆症予防効果をブーストする

運動(機械的負荷)は骨の健康維持と骨粗鬆症予防に不可欠だが、その効果には個人差がある。中国第四軍医科大学のWangらはある特定の腸内細菌によるL-シトルリンの産生とそのL-アルギニンへの変換が、骨の機械的適応の重要な調節因子であることを発見した。さらに、L-アルギニンなどの代謝産物が骨細胞における一酸化窒素とカルシウムの正のフィードバックループを活性化し、骨の機械的適応の鍵であることを明らかにした。腸内細菌とその代謝産物は、運動による骨粗鬆症予防効果を最大化できる可能性を示唆する(Wang D, et al., Cell Metab. 2024; 36(6): 1252-1268.e8)。 (竹本)

アルツハイマー病において免疫系T細胞がミエリン傷害を引き起こす

脳内の神経細胞の周りを取り囲み神経伝達を円滑にするミエリンは、加齢とともに傷害を受けることが知られているが、アルツハイマー病(AD)との関連はよくわかっていなかった。ミュンヘン工科大学M. Simons博士らは、ADモデルマウス脳内のミエリンを観察したところ、折れ曲がりや断片化といったミエリン傷害が起きていることを見出した。またこのミエリン傷害のメカニズムとして、脳内に浸潤した免疫系T細胞がミクログリア細胞を活性化することで傷害が生じることが明らかになった。脳内からT細胞やミクログリア細胞を除去したり、ミクログリア細胞の活性化を抑制すると、ミエリン傷害を緩和できることを示している。これらの結果は、AD発症にミエリン傷害が関わることを示すとともに、脳内の細胞の傷害に免疫系細胞が関わるという新しい概念を提唱している(Kedia S, et al., Nat. Neurosci. 2024; 27(8): 1468-1474)。 (堀)



[アンケートにご協力ください!](#)

健康長寿のポイントは「食」にある



病理学者、予防栄養学者 **家森幸男さん 87歳**

PROFILE 家森幸男（やもり ゆきお）

1937年(昭和12年)7月29日京都生まれ。京都大学医学部卒業後、同大学医学部助教授、島根医科大学教授、京都大学大学院人間・環境学研究科教授などを歴任。京都大学名誉教授。現在、武庫川女子大学健康科学総合研究所国際健康開発部門部門長、公財)兵庫県健康財団会長、公財)健康加齢医学振興財団理事長。WHOの協力を得て、世界25か国61地域で健診して栄養と健康を研究。紫綬褒章、日本脳卒中学会賞、日本循環器学会賞、ベルツ賞、杉田玄白賞、瑞宝中綬章など受賞。著書『110歳まで生きられる！脳と心で楽しむ食生活』(NHK出版)、『大豆は世界を救う』(法研)、『世界一長寿な都市はどこにある？』(岩波書店)、『奇跡の令和食』(集英社インターナショナル)、『80代現役医師夫婦の賢食術』(文春新書)など多数。

▶ エネルギーが迫ってくる勢い

これまで世界25か国61地域を訪ね、現地の人たちの「24時間分の尿」の検査と採血により食と健康の関係を研究してきた予防栄養学の専門家の家森幸男さん。カスピ海ヨーグルトを日本に



[アンケートにご協力ください！](#)

紹介したことで知られている。

身振り手振りを交え、時々大きく目を見開いて早口で語る姿からはエネルギーが迫ってくる勢いだ。現在は武庫川女子大学健康科学総合研究所国際健康開発部門の部門長として、自宅がある京都市から兵庫県西宮市まで電車を乗り継いで1時間かけて通っている。しかも「ゆっくり」と「さっさか」の歩きを交互に繰り返す「インターバル速歩」で8,000歩は歩く。

2枚いただいた名刺には公益財団法人兵庫県健康財団会長など肩書がずらりと並んでいる。研究や講演、執筆、学会発表と毎日、元気に活躍している。

■京大馬術部で命の恩人の娘と出会い結婚

1937年7月29日、医師の父とのちに家庭裁判所調停委員をつとめた母の次男として生まれた。兄と妹の3人きょうだい。父は1937年から始まった日中戦争に軍医として応召された。

幼少期に膿胸になり、危うく命を落とすところだったが、入院した京都大学病院でドイツで開発されたサルファ剤による化学療法をいち早く導入した医師のおかげで完治した。この命の恩人の医師の娘がのちに家森さんの妻となる百合子さん。実に不思議な縁だ。

京都の当時の名門・鴨沂(おおき)高校を経て、京都大学医学部に進学。馬術部に入った。京大馬術部といえばオリンピック選手を輩出する伝統ある強豪で、家森さんがいたときに全日本自馬大会で連続優勝した。家森さんが主将となったとき、史上初の全日本学生総合馬術で3連覇を達成した。4歳年下の百合子さんが京大薬学部に入ったとき、入部希望として①南極探検に成功した探検部、②ヒマラヤ登頂を成し遂げた山岳部、③オリンピック出場した馬術部と書いたところ、馬術部の家森さんが百合子さんのもとに駆け付けたという。

その後、百合子さんは医学部に編入し、5年生のとき家森さんと結婚。卒業後、間もなく長女が生まれた。続いて次女、長男と3人の子宝に恵まれた。現在、長女は小児科医として発達障がい児にかかわり、次女は栄養学者として研究成果を社会還元することに尽力し、長男は口腔外科医として活躍している。百合子夫人は71歳のとき35年つとめた障がい児施設を退職し、発達障がい児専門のクリニックを開業し、多忙を極めている。

■結核治療に専念した父の影響で病理医を目指す

無事、中国から帰還した父は当時、国民病といわれた結核の治療に専念し、結核療養所の所長を経て開業医になった。母は平安女学院大学で教鞭をとり、家庭裁判所調停委員をつとめていた。

医学の道を選んだのは、結核治療に生涯を捧げた父の影響が大きかったが、家森さんが医師になったころは死因のトップが結核から脳卒中になった時代で、一人ひとりの治療をする臨床医になるより、病気にならない予防医学に関心が向いた。そこで家森さんは脳卒中の原因をつきとめる病理医になろうと病理学教室に進んだ。ラットの飼育小屋には空調がなかったため、夏にはトタン屋根に放水し、冬は底冷えするので朝4時までオイルストーブで温度管理をした。ある時、父が教室を見にきたが、ラットの飼育で寝泊まりしていた家森さんを見て驚きを隠せなかったという。

その後、病理学教室で岡本、青木両博士により開発された遺伝的に高血圧になるラットを合わせて、100%脳卒中を発症するラットの開発に世界で初めて成功した。1974年のことだ。このラットに1%の塩水を与えると真水を与えたラットより短期間で脳卒中が発生することを証明し、脳卒中は遺伝因子より環境因子が大きく影響することを初めて明らかにした。





「アリコートカップ」の開発に2年かかった。24時間分の尿を集めて食事成分を調べる「島根医大方式」がのちに世界中の研究の基本となった

これが「アリコートカップ」だ。二重底のプラスチック製のカップで、上の部分に排尿してボタンを押すと40分の1の尿が下のカップにたまる仕組み。これで24時間分の尿が容易に採取でき、食べた食事の成分がわかるというもの。

世界各地の食生活と脳卒中の関係を調べたいと1982年に世界保健機関 (WHO) に提案したが、WHOは感染症の撲滅を主目的としている国際組織のため、「研究資金100万ドルは日本で集めてほしい」といわれた。当時1ドル280円のため2億8,000万円という大金になる。そこで日本心臓財団の協力で研究のかたわら全国で講演して歩き、2年間で30万人の人々の協力のおかげで総額1億5,180万円を集めることができた。急速な円高で1ドル150円という「神風」が吹いたことも大きかった。こうしてWHOの専門委員会の承認を得て、1985年から世界中での栄養健診(世界健診)が始まった。

▶ 日本食は優れているが塩分が多い

こうした60を超える地域の世界健診の結果、日本食は大変に優れていることが明らかになった。しかし、難点は塩分が多いということだ。

脳卒中ラットや24時間尿で血管の健康によいことが検証された魚のタウリンや大豆のイソフラボンの両方を摂取できるのが日本食である。この両方の摂取は世界健診でも心筋梗塞の死亡率の低下と関連し、平均寿命の延伸に貢献するが、大豆と魚をよく食べる人はあまり食べない人よりも1日の食塩摂取が4～5gも多いことが、兵庫県の「健康ひょうご21県民運動」の健診でわかった。したがって、大豆・魚の摂取で寿命は延びても、食塩で高血圧、脳卒中になりやすく、日本人が世界一の平均寿命であるにもかかわらず、健康寿命がそれより10年も短いという原因でもある。そこで、県民運動では、日本の伝統食の代表として大豆を取り上げて、「食はバランス、ご飯、大豆と減塩で元気なひょうご」を強調して、健康寿命の延伸につながる活動を行っている。

▶ 健康を支える「美・ランチ」と未来に貢献できることは？

良質のタンパク質を摂れば血管が強くなる。ナトリウム(塩)やコレステロールなどの動物性の脂の過剰摂取を控えれば、高血圧、動脈硬化が予防できる。それに役立つのが野菜・海藻・果

▶ WHOの承認を得て世界中で研究が始まる

京大の助教授を経て、当時「1県1医科大学政策」でできたばかりの島根医科大学に教授として赴任。そこで隠岐の島と山間部の脳卒中の発生率を比較すると、明らかに隠岐の島のほうが低い。その理由として隠岐の島は新鮮な魚を食べ、山間部は塩漬けの魚を食べるという塩分の摂り方の違いと、日常的な魚の摂取が脳卒中予防に役立つのではと想定した。

そこで、食塩とそれ以外の様々な栄養素の分析のために1日分の尿を調べるという「島根医大方式」を2年かけて開発した。それ



[アンケートにご協力ください!](#)



『Healthy+のきれいでげんきになるレシピ。実践編』森真理 著、武庫川女子大学出版部



百合子夫人お手製の弁当には「美・ランチ」食材が入っている

物・芋などからのカリウムやマグネシウムで、魚介類からのタウリン・DHA、大豆からのイソフラボンなど、それらを食べることで、末梢循環もよくなり、お肌がキレイになると脳・心・腎などの血液の循環もよくなり、健康長寿につながる。

武庫川女子大学研究所所属の管理栄養士・森真理氏（現NPO法人世界健康フロンティア研究会理事長）が、世界健診でわかった研究成果を社会還元する活動として、2008年に食育グループ「Healthy+」（ヘルシープラス）の“誰でも食育先生プロジェクト”として確立した。これは、一般の方々が「美・ランチ」の5つの基準^{*1}（①適塩、②適脂、③多菜、④「まごわやさしい」の食材、⑤主食1、主菜1、副菜2+乳製品と果物の食事バランス）を学び、地域で開催する体験食育講座で食育先生として「美・ランチ」を披露していただく実践的な食育講座であり、16年間で400人近い食育先生が誕生している。

家森さんのお弁当も妻の百合子さんがつくる「美・ランチ」。毎日、「ま」は豆で大豆製品、「ご」は「ごま」などの種実類、「わ」は“わかめ”などの海藻類、「や」は野菜、「さ」は“魚”などの魚介類、「し」は“しいたけ”などのきのこ類、「い」はイモ類と確認しながら昼食を楽しみ、朝食のカスピ海ヨーグルトと果物の摂取で健康を維持している。

現在、家森さんが研究代表者の科学研究費助成事業で京都大学の長浜コホート研究に関わっている。遺伝子を含むあらゆる健康リスクとの栄養の関係が明らかになるのは10年以上先になると考えられるが、世界健診で使用したアリコートカップの栄養バイオマーカーで予防栄養医学に貢献できること、また、その成果が未来の予防栄養医学に貢献できることが夢であるという。

世界に誇る九州大学の久山研究^{*2}で、大豆、魚、野菜、海藻と乳製品をよく食べる人では認知症が4～6割少なくなることが証明されているが、循環器病のリスク軽減に有効な「美・ランチ」の適塩・適脂で多様性のある食事が認知症予防にも有効であることが、長浜コホート研究で証明されるかもしれない。まさに健康長寿のポイントは「食」にある。

「私自身も家族に支えられながら予防栄養学者として、それらが証明できるように、自らの研究成果を実践していきたい」と力強く語った。

●写真／丹羽諭 ●文／編集部

※1 NPO法人世界健康フロンティア研究会推奨

※2 久山研究 Am J. Clin Nutr. 2013; 97; 1076-1082



アンケートにご協力ください！



通いの場×移動販売で こころと体の健康増進!

静岡県袋井市
とれたて食楽部、Honey!ハニー!!

健康体操のあとの楽しみは移動販売車でのお買い物

介護予防を目的とした通いの場で行われる健康体操のあとの楽しみは、移動販売車による直売所でのお買い物。新鮮な野菜や肉に魚、パン、生花、日用品などの品々が一台のトラックにギュッと詰め込まれ運ばれてくる(写真1)。「次はお花がほしい」「この間のお総菜が美味しかった」など、お客さんと販売スタッフの話に花が咲く。

これは静岡県西部にある袋井市の風景。この移動販売の取り組みは、「とれたて食楽部(くらぶ)」(株式会社プランエコ)と「Honey!ハニー!!」(一般社団法人ペイフォワード静岡)によるもので、2020年に「第9回健康寿命をのばそう!アワード(介護予防・高齢者生活支援分野)厚生労働大臣優秀賞企業部門」を受賞し、高い評価を得ている。

とれたて食楽部はJR袋井駅から徒歩5分の場所に、地元的新鲜野菜を提供する農産物直売所として2007年にオープンした(写真2)。2015年には「憩いの場」としてフードコートが併設され、ここにテナントとして出店したのがレストランHoney!ハニー!!である。

地域課題を解決して地元貢献したい

とれたて食楽部(株式会社プランエコ)の親会社は、創業110年の歴史ある農業用機器メーカー・静岡製機株式会社。本社を移転することになり、現在のとれたて食楽部の土地に空きが出た。駅近の好立地のためマンション用地にするという声もあったが、四代目社長の鈴木直二郎氏の「農家の方から受けてきた恩を返したい」という思いから農産物直売所をつくることに。こうして農業用機器メーカーが農産物直売所という異分野の事業に取り組むことになった。

移動販売を始めたのは、とれたて食楽部の元店長で現在シニアアドバイザーの村松英明さん(写真3)とHoney!ハニー!!店長の鈴木功三さん(写真3)の「地域の高齢者が抱える問題を解決したい」という思いが一致したことによる。袋井市は南北に長い地形で、車なしでは移動が困難な地域が多い。路線バスの廃止、高齢者の免許返納などで、移動手段の確保が地域課題となっていた。

「高齢者はなかなか自分では運転ができません。そんな中、生鮮食品店の閉店が続き、買い物に



写真1 とれたて食楽部の移動販売車は移動式の直売所だ



写真2 とれたて食楽部の店内。地元的新鲜な農産物が並ぶ



[アンケートにご協力ください!](#)



写真3 とれたて食楽部の村松英明さん(左)とHoney!ハニー!!の鈴木功三さん(右)

困っているという声がありました。市からも高齢者の安否確認につながる取り組みはないかという話があり、地域課題を解決して地元へ貢献できないかと考えていました」(村松さん)

「当時から2025年問題が懸念されていた中、周りでは明らかに買い物困難者が増えていました。とれたて食楽部には地元の生産者がつくる農産物がある。売りたい人と買いたい人を移動販売でマッチングさせれば、経済効果と見守りにつなげられると考えました」(鈴木さん)

村松さんは最初、高齢者への御用聞きや配達を検討したが、それでは支援の範囲に限られる。そこに鈴木さんの移動販売の提案を受け、二人の思いが合致。こうして2017年、とれたて食楽部の農産物を載せたトラックを、Honey!ハニー!!が委託を受ける形で移動販売がスタートした。

● 地道な販路開拓から、通いの場×移動販売のルート確保へ

一番の課題は販売ルートの開拓だった。移動販売担当の鈴木さんは、まずは近所を訪問してニーズを探りにいくことから始めた。高齢者の見守りを想定していたことから、民生委員や地域包括支援センター、連合自治会に相談を持ち掛け、協力が得られた地域では回覧板で情報を回してもらうなどして、コミュニティセンター(公会堂)や個人宅へと販売ルートが広がっていった。

「販売ルートが定着してくると信用も高まってきます。老舗企業の静岡製機が親会社であることも信用度をアップさせていると思います。袋井市の地域包括ケア推進課から、住民主体の通いの場で行っている健康体操(しぞ~かでん伝体操)の開催に合わせて回ってみてはどうかと提案を受け、開催日に合わせてルートを組み立てていきました」(鈴木さん)

通いの場や地域の居場所などは午前を中心にルートを組み、午後は個人宅やサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)などに訪問。現在の訪問先は、通いの場32か所、個人宅18か所、サ高住3か所(2024年8月現在)などに及ぶ。

袋井市のホームページに掲載している「[地域支え合いふれあい活動マップ](#)」を見ると、通いの場(健康体操)や地域の居場所の開催日時と一緒に、「移動販売・とれたて食楽部×Honey!ハニー!!」の訪問日時が公開されている(移動販売は他2社も掲載)。市が推薦する移動販売事業ということで、市民は安心して買い物ができる。

● 経済に役立っている、社会に参加している喜び

移動販売でどのような効果が見られるのか。「通いの場で運動して、コミュニケーションを取って、買い物を楽しんで帰るといった楽しみがひとつプラスされ、それによって参加者も増えるという好循環





写真4 移動販売車で買い物を楽しむ地域の皆さん



写真5 販売スタッフとの会話がもうひとつの楽しみ

につながっているようです。外出が難しい高齢者の個人宅へ伺った際、こちらから『買ってくれてありがとう』と気持ちを伝えると、とても喜んでくださいます。経済に役立っている、社会に参加しているという喜びにつながっているようです」と鈴木さんは言う。

村松さんは、「高齢になると、自分で買い物をする機会が少なくなりますが、本当は自分の目で見て商品を選んで、お金を使って、買い物を楽しみたいものです。そして買い物と同じくらい、販売スタッフとの会話を楽しみにしているようです」と話す(写真4、5)。移動販売は現在、主に女性スタッフが担当しており、鈴木さんも「女性のコミュニケーション力の高さに脱帽です」と共感する。

見守りにつながったケースもある。約束の時間に個人宅を訪問した際、呼び鈴を鳴らしても応答がなく、玄関の鍵が開いた状態で、買い物カゴも用意してある。すぐに市の地域包括ケア推進課に連絡を取り、自宅で倒れている高齢者を発見し、大事に至ることがなかったという。

● 恩返しと恩送りの気持ちを移動販売車に載せて

とれたて食楽部の移動販売は、市の委託や補助はない民間企業の取り組みであるところにも注目したい。「移動販売で大きな利益を上げようとは思っていません。宣伝効果になり、社会貢献になればいいと思っています。生産者、消費者、従業員、みんなを幸せにするという大きなポリシーがあります。今は収支トントンでやっていますが、三者が幸せになるために、収支をきちんと合わせて持続可能な事業にしていく必要があります」(村松さん)

そこで、売上を伸ばす試みとして取り入れたのが、移動販売車にGPSを付けること。トラックのルート周辺にスマホを使える高齢者がいれば、トラックの現在地が簡単にわかる仕組み。

「移動販売をすることで、地域の高齢者、生産者、地域包括支援センター、民生委員、自治体、そして私たち企業もみなウィンウィンの関係になる。さらに、高齢者の経済参加、見守り、コミュニケーションづくりにつながる、非常に価値のある事業だと思っています。静岡製機の『人のため、地域のために役立つ』という社風が、移動販売を行う際の大きなモチベーションになっています」(鈴木さん)

Honey!ハニー!!の法人名「ペイフォワード静岡」の“ペイフォワード”には、受けた恩を他の誰かに渡すことで、恩を未来へつないでいくという“恩送り”の意味がある。農家の方への恩返しと、その受けた恩を地域へ送る。恩返しと恩送りの気持ちを載せて、とれたて食楽部の移動販売車は今日も市内を循環する。

●写真提供／とれたて食楽部(写真3を除く) ●文／編集部



[アンケートにご協力ください!](#)



高齢者や障がい者が 地域と若者を支える食堂 ～スマイリングキッチンLABO～

愛知県豊田市 株式会社SMIRING

① 「高齢者が若い人を支える」という逆転の発想

愛知県豊田市にある地域コミュニティ食堂「スマイリングキッチンLABO」では、要介護高齢者、認知症の人、障がいを持つ人がそれぞれの力を発揮しながら働いている。一緒に働くスタッフは福祉の有資格者ではない主婦や料理好きの人が中心。ランチタイムには、会社員のグループ、近所の夫婦、子ども連れの家族などが訪れ、旬の野菜を使ったランチビュッフェを楽しんでいる。福祉カフェという雰囲気はなく、街なかのカフェレストランだ(写真1、2)。

スマイリングキッチンLABOを運営するのは株式会社SMIRING。市内でデイサービスや訪問看護事業所などを展開している。SMIRINGが進める「おんぶにだっこプロジェクト」は、「若い人が高齢者を支える」というこれまでの社会像ではなく、「高齢者が若い人を支える」という逆転の発想から生まれた。高齢者や障がいのある人が共働き世帯や子どもをサポートする。障がいや認知症の有無にかかわらず、その人ができることに目を向け、それぞれの役割を生かす地域づくりを目指している。

SMIRINGではこのプロジェクトの下、認知症の人が料理をふるまう子ども食堂を2019年から定期的に開催してきた。これを日常的に提供するため、就労継続支援B型事業所として2021年に開設したのが、地域の誰もが利用できる食堂・スマイリングキッチンLABOである。[2022年度NHK厚生文化事業団「第6回認知症とともに生きるまち大賞」](#)を受賞した注目の取り組みである。

② 要介護認定を受けていても、少しの手助けでできることがたくさんある

「おんぶにだっこプロジェクト」の発案者の一人であるSMIRINGの統括マネージャーの加藤香苗枝さん(写真3)は、プロジェクト発想のきっかけをこう話す。

『「これからの介護・福祉を考えるデザインスクール」に参加した際、理想の高齢社会について考える場がありました。真っ先に思い浮かんだのは『年を重ねても働きたい、役に立ちたい』ということでした。要介護認定を受けていても、少しの手助けがあればできることがたくさんある。できるけれど、危ないという理由で役割を奪われてしまう。その現状を何とかしたいと思いました。『これからは高齢者が若者をおんぶにだっこする時代に』という気持ちを込めてこのネーミングにしました』

SMIRING代表の中根成寿さん(写真3)は、「現在は事業所で働くスタッフのお子さんを預かる企業



写真1 旬の野菜を使ったランチビュッフェ



写真2 お客様のテーブルで珈琲をドリップ



[アンケートにご協力ください！](#)



写真3 左から加藤香苗枝さん、中根成寿さん、斎藤有香さん



写真4 併設の駄菓子屋は子どもたちの集いの場

主導型保育所を運営していますが、保育所開設前はデイサービスの一角にキッズコーナーを設けて、子連れのスタッフが働ける環境をつくっていました。その時に、デイサービス利用者の高齢者が子どもの面倒を見て、デイサービスでは子どもたちのお母さんが働くという光景がありました。それがおんぶにだっこの考え方の原点です」と振り返る。

月1度の認知症の人が料理をふるまう子ども食堂から、常設の食堂に移行した理由のひとつに、共働き世帯やひとり親世帯が増え、多くの家庭で子どもと関わる時間が短くなっている現状がある。そこに高齢者の力を借りることができたら、現役世代にも、子どもにも、地域にとってもいい。高齢者は要介護認定を受けていても、若い人を支える社会貢献を仕事にしながら報酬を得られ、生きがいにもつながる。まさに三方よしのプロジェクトである。

● 地域の人々をつくったコミュニティ食堂

スマイリングキッチンLABOは「地域コミュニティ食堂」の名前の通り、地域の人がつながる場を目指している。開店に当たっては、地域の人や子どもたちと一緒に壁にペンキや漆喰を塗り、内装工事は地元企業トヨタ自動車OBのシニアの皆さんが担当した。

営業時間は平日の朝8時半から夕方5時。朝はモーニングビュッフェ、お昼はランチビュッフェ、カフェタイムにはこだわりの珈琲など、多彩なメニューを提供している。お客さんがお店で2時間のお手伝いをすると、一食分の無料チケットを受け取れるシステムもある。無料チケットは自分で使うもよし、店内の応援ボードに寄付してもいい。

敷地内に併設された駄菓子屋に子どもたちがコインを手に集まるのは、昔と変わらない光景だ(写真4)。月1回第4土曜日の夜には、NPO法人おんぶにだっこの連携の取り組みで、子ども食堂を開催している。デイサービスの利用者である高齢者や介護職員と一緒に料理を担当し、地域の親子連れをもてなし、ホッとできる時間を提供している。

食堂以外では、廃寺を借りて食堂で使う野菜の下ごしらえ。所有する畑では野菜を栽培し、収穫された野菜は食堂や配達のお弁当に使用。ここでも高齢者や障がいのある人が活躍している。

● 食堂の仕事がリハビリと生きがいに

スマイリングキッチンLABO店長の斎藤有香さん(写真3)に話を伺うと、「私は福祉経験者ではなく、元々は普通の主婦です。料理とおもてなしが好きなんです」とやわらかい表情。厨房を案内してもらおうと、この日は認知症の症状があるTさんと半身麻痺の障がいのあるSさんが担当していた(写真5)。お二人とも週5日、1日5時間働いているという。「料理が好きですから、働けることがありがたいです」と笑顔で語るTさん。包丁さばきは誰よりもはやく見事だという。元理容師のSさんは、働き始め



[アンケートにご協力ください！](#)



写真5 高齢者、障がいのある方が生き生き活躍



写真6 食堂の入り口には見守りのお願いの看板

た当初は言葉につまることもあったが、仕事がりハビリとなり、会話もスムーズになった。普段はフロアで接客担当だが、この日は厨房でクッキーづくりを担当していた。

一緒に働くスタッフは福祉の経験がない主婦などが中心で、「黒子になって高齢者や障がいのある人をサポートしてほしい」とお願いしているそうだ。「スタッフは高齢の方などにどう接していいかわからず、思わず自分でやってしまう、ということもありました。そこをグッと堪えて見守りを重ね、サポートの仕方を覚えていきました」(斎藤さん)。お客さんには入り口の看板で、高齢スタッフや障がいのあるスタッフへの温かい見守りをお願いしている(写真6)。

● 新しい多世代共生のまち「スープタウン」の誕生

SMIRINGでは現在「[スープタウン構想](#)」を進めている。コンセプトは「多世代が支え合って暮らす小さなまち。スープがさめないぐらいの、人と人の距離感がちょうどいいまち」。

スープタウンの拠点となる通称「スープな建物」は2025年3月にオープン予定。SMIRINGの事業所は、豊田市の南部から南西部の自然豊かな里山地域である松平・下山地区を中心に展開している。その松平・下山地区の玄関口となる、市街地と里山をつなぐ場所に「スープな建物」をつくる計画だ。地域の人々と一緒に「住み続けたい地域」をつくるために、月1回の“スープ会議”を重ね、アイデアを出し合ってきた。

スープな建物は3階建ての複合福祉施設。1階と3階には有料老人ホーム。1階の一部には看護小規模多機能型居宅介護事業所。2階にはレストラン、イベントスペース、駄菓子屋、放課後等デイサービスなど、地域の人々が集まる場所を設ける。市街地にあるスマイリングキッチンLABOは、「レストランSOUP」(仮)として、ここに移転する予定だ。就労継続支援B型事業所として、要介護高齢者や障がいのある人が働く環境はそのまま引き継がれる。

「有料老人ホームの利用者には2階のレストランでご飯を食べてもらい、例えば、昔のご近所さんとここで顔を合わせたりする。家族に面会に来てもらうのではなく、『ご飯をごちそうするから来て』と家族を誘ったり、その逆で『レストランに来たからおばあちゃんに会っていこう』といった関係性をつくれる建物です。なおかつ『弱って食べられなくなってもスープで栄養を届ける』といった形で、この建物を拠点に地域を支えていくことを考えています」(中根さん)

スマイリングキッチンLABOの里山への移転に惜しむ声もあるが、市街地の「LABO(実験・研究)」で社会的実験を行ってスープタウンで再スタートする計画だったという。地域の人々とつくる新しい多世代共生のまち・スープタウンの誕生が楽しみだ。

●文／編集部



[アンケートにご協力ください!](#)

連載
エッセイ

死を生きる

第3回 「人生100年時代」における「延命治療」の功罪 1

堀ノ内病院 地域医療センター在宅診療科医師 小堀鷗一郎

温暖化花にわびつつ夏日和

この俳句は9年半にわたって週3回の透析を行うという過酷な闘病生活を送った後、101歳で死亡した女性が詠んだものである。

私がこの女性を知ったのは20年以上前に静岡県御殿場市の病院に週1回のパート勤務を行っていたときで、今となっては彼女がどのような経緯で俳句に親しんだのかはわからない。記憶しているのは、彼女の作句への情熱が並々ならぬものがあったことで、これは数々の入選作(朝日俳壇6回、毎日俳壇4回、NHK俳句2回入選)からも想像に難くない。

少しだけおしやれ楽しき花水木

(ご高齢の作者。ご入院先からの投句だが、何とも明るい。感嘆のほか無い。ご快癒を——。選者岡本眸) (『毎日新聞』2006年7月30日)

静岡新聞の知人に依頼して紹介記事「吟行 心の癒し—高齢者、創作に燃え生きる喜び」(『静岡新聞』夕刊2003年12月8日)を書いてもらったこともあった。亡くなる1年前の手紙には次のような文章がしたためられていた。

投句は朝日、毎日、NHKと夢を追っております。俳句を作り、庭を一巡りが老いも病も忘れ、いきるただ一つの楽しみでございます。

私は1月1日透析日、生きるためのお年玉を頂けたとうきうきしてましたら12月31日に振りかえられ戸惑いました。

彼女が最後に残した言葉は「母のところへ行きたい」とのことであった。

もう一例、高齢患者における透析治療の事例を掲げる。

ある年の正月、透析センターの医師から94歳の女性の訪問診療を依頼された。患者は約9年間週3回の透析治療を受けており、介護を担当するのは長男である。長男の説明によると3年前から透析に行くことを嫌がるようになり、最近では「行きたくない」と泣く母親をなだめすかして送迎車に乗せる日々が続いていた。このため長男が主治医と相談し、週3回の透析を2回にしてもらうことになった。主治医からは週3回の透析を2回に減らすことにより心停止のリスクも増すことから、その対応策として訪問診療を依頼したいとのことであった。



[アンケートにご協力ください!](#)

訪問してみると患者は認知症がかなり進行しており、私が医師であることも、往診の理由も理解したとは思えなかった。数日後、電話があり、透析から帰宅後、自宅玄関で失神し脈も触れないということであった。直ちに患家に急行したところ、幸い患者の状態は平常に戻っていた。このとき長男が私に心情を語った。すなわち、母親の脈が触れなくなったとき、私に緊急連絡の電話をしつつ、心の底では母親がこのまま静かに旅立つことを願っていた、というものである。

私は患者がかなり進行した認知症で主治医の顔も判別できない状態にあること、すでに85歳から9年間週3回の透析という過酷な闘病生活を続けていること、本人にも家族にも、さらに生きたい、生きていてほしいという願望がないこと、などを勘案して透析を中止する選択肢があることを長男に伝えた。長男は文字通り翌日主治医を訪ね、透析治療中止が決定した。患者は1週間後に静かに息を引き取った。

2年後に私は偶然の機会から長男と再び文通する機会を得た。彼の手紙によると、患者は最後の1週間、長年禁止されていた果汁(特にグレープフルーツジュース)を心ゆくまで飲んだということであった。

2人の高齢患者が受けていたのは延命治療である。延命治療は老化や疾患によって生命の維持が困難となった患者に対し医療的措置によって一時的に生命をつなぐ行為を指すもので、具体的には人工呼吸、人工栄養、人工透析からなる。当然のことながら、いずれも高度な病院医療である。

延命措置という表現がある。しばしば延命治療と混同されて用いられているが、羽田澄子『私の記録映画人生』(岩波書店)に記された描写がこの用語を見事に表現している。羽田氏は記録映画作家として『痴呆性老人の世界』をはじめとする作品で、必ず訪れる人間の最期のあるべき姿を社会に語りかけた。その契機となったのは、妹の死である。彼女は卵巣がんの終末期を病院で過ごした。臨終に際して、家族は病室外に出され、家族不在のまま心臓マッサージなどの延命措置が行われ、再び家族が部屋に入ることを許可されたときの状況がこのように記されている。

「お入りください。亡くなりました」と私たちは部屋に入れられた。妹はもう息をしていなかった。私は最期のときには彼女の手をとり、頬を撫でて声をかけてやりたかったのに。

このとき、私は医療のなかに「人間の死」についての思想が欠如しているを感じたのである。

(羽田澄子『私の記録映画人生』岩波書店、2014年)

近年、こうした延命措置の中に「人間の死」についての思想が欠如していることは患者とその家族を含め、社会に認知されてきた感がある。一方、延命治療についての認識はどうだろうか？ 90歳を超えた高齢患者に、患者がどのような人生を望んでいるのか、家族は何を望んでいるのか、その目的と意味を顧みることなく、ひたすら生命の延長を図るために行われる延命治療にも「人間の死」についての思想の欠如が指摘されるのではないだろうか。

小堀鷗一郎(こぼり おういちろう)

1938年生まれ。東京大学医学部医学科卒業後、東京大学医学部第1外科教室助教授などを経て、国立国際医療センター(現国立国際医療研究センター)外科部長・副院長・病院長。外科医として約40年勤務。定年退職後、2005年より埼玉県新座市の堀ノ内病院で在宅医療に携わる。現在、訪問診療医。母は小堀杏奴、祖父は森鷗外。著書『死を生きた人びと—訪問診療医と355人の患者』(みすず書房)、『死を生きる—訪問診療医がみた709人の生老病死』(朝日新聞出版)など。



発表会 「長生きを喜べる高齢社会課題解決研究および社会実装活動」プロジェクト

Googleの慈善事業部門であるGoogle.orgの支援を受け、高齢者のデジタルデバイド解消、多世代型地域コミュニティの強化等の実現に取り組む、プロジェクト発表会を開催します。



当日は、「国際シンポジウム」として開催され、プロジェクト発表会は午前の部となります。参加方法等、詳細は[当財団ホームページ](#)またはQRコードからご確認ください。

日程：令和6年11月30日(土) 10:00～17:30

場所：名古屋コンベンションホール 名古屋市中村区平池町4-60-12 グローバルゲート

国際シンポジウムテーマ：Digital Healthcare: Bridging Health, Medicine and Welfare
(デジタルヘルスケア: 健康、医療、福祉の橋渡し)

みんなで学ぶ やさしいがんの知識 公益財団法人がん研究振興財団

「がん」ってどんな病気だろう？

今日、2人に1人が生涯において1度はがんにかかるかと推計されており、がんは誰にでもなる可能性のある病気です。

しかし、日ごろの生活習慣や生活環境を見直すことで、がんを予防できることもわかってきました。

また、がんは早期発見や治療法の進歩に伴って「不治」ではなく、「長くつきあう」病気になりつつあります。

万一、自分や家族、親しい人ががんと向き合うことになったときに備え、がんに対する正しい知識を身につけておくことが大切です。

(冊子から抜粋)



この冊子を公益財団法人がん研究振興財団からいただきました。上記の発表会で配布いたします。また、以下の「がん研究振興財団 刊行物」のURLから無料ダウンロードできます。

<https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html>

がん研究振興財団 刊行物 検索

【長寿科学振興財団広報委員会委員名簿】

令和6年9月現在

〈委員長〉	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
〈委員〉	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
	飯野 奈津子	医療福祉ジャーナリスト
	櫻井 孝	国立長寿医療研究センター 研究所長
	佐藤 眞一	大阪大学 名誉教授
	鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 理事長
	柳澤 信夫	全日本労働福祉協会 会長



[アンケートにご協力ください!](#)

長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

長寿科学振興財団では、高齢者と高齢社会全般に関わる諸課題を研究し、実践的に解決する学術分野である長寿科学に関する調査研究の実施・研究の助長奨励・研究成果の普及を促進し、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とします。これらの活動はすべて皆様からの温かいご支援によって成り立っています。令和6年6月から令和6年8月までの間で寄附者芳名を記して感謝の意を表します。

寄附者芳名

富ヶ原 誠治 様(鹿児島県)

平山 友茂 様(福岡県)

匿名希望 4名

寄附の方法について

●つながる募金



SoftBank のスマホから
ご利用料金とまとめて寄付



どなたでも可能
クレジットカードで寄付



●銀行振込

ご住所、お名前を総務企画課にメール (soumu@tyojyu.or.jp) または電話 (0562-84-5411) にてご連絡ください。

【寄附金振込先口座】

金融機関：三菱UFJ銀行(0005)大府支店(344)

種別：普通預金

口座番号：1762379

口座名義：公益財団法人長寿科学振興財団 基本財産受入口 理事長 大島伸一

●郵便振替用紙(振込手数料不要)

郵便振替用紙でのご寄附をご希望の方は下記までご連絡ください。専用の郵便振替用紙(振込手数料不要)を郵送にてお送りします。郵便振替用紙が届きましたら、最寄りの郵便局にて送金ください。

詳しくは、当財団ホームページ「[ご寄附の方法について](#)」をご覧ください。

【お問合せ】公益財団法人長寿科学振興財団 総務企画課 E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

当財団は、所得税法(所得税関係)、法人税法(法人税関係)および租税特別措置法(相続税関係)上の「特定公益増進法人」です。当財団への寄附金は、寄附金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

長寿科学振興財団機関誌 Aging & Health エイジングアンドヘルス

2024年 秋号 No.111 第33巻第3号

令和6年10月発行

編集発行人 大島 伸一

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL 0562-84-5411 FAX 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp> E-mail soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所

TEL 03-3400-6070



[アンケートにご協力ください!](#)



公益財団法人 **長寿科学振興財団**

当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇陛下、皇太后陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。