

じっきょう 家庭科資料

(通巻 51 号)

みんなで家庭科を

No. **36**

巻頭

「老年学」とは

も く じ /

「老年学」とは	1
食のトレーサビリティ	5
カビについて考える	12
事例紹介 神奈川県家庭科	18

「老年学」とは

1. はじめに

老年学は、人口学と共にわずか100年の歴史しか持たないもっとも新しい学問です。老年学の特徴を一口でいうならば、それは学際的な学問であるということです。学際的という用語が日本語になったのは、昭和40年代に入ってからです。学際的のことを意味する英語には、Multidisciplinary という用語と Interdisciplinary という用語があります。

Multidisciplinary の方は、さまざまな学問の協同性というような意味ですが、Interdisciplinary には、細分化された学問の壁を破って、学問を再統合していくというニュアンスがあります。ギリシア時代には哲学がすべての学問の上位に位置し、その傘の下に個別的の学問がありました。しかし時代と共にそれが縦割りに再分化されてきました。デカルトの人間機械論などが学問における要素還元的な発展を促進したことも否めません。

ともあれ、人間をトータルに捉えるためには、それにふさわしい認識論をもたなければならないとい

桜美林大学大学院教授 柴田 博

う発想が20世紀に芽生えたことは事実であり、その具現化の1つとして老年学が存在します。精神と肉体を分離したままの発想では、人間の老化を論じ得ません。一旦は別々な学問として発展してきた社会学と心理学も社会心理学という Discipline をつくることなしには、高齢社会における人間の問題を解決し得なくなってきたのです。

2. 老年学とは何か

老年学の学際的な構造を問題にする前に、老年学の定義を述べたいと思います。Maddox らの編集した The Encyclopedia of Aging によると、老年学は次のような内容をもっています。加齢変化の科学的研究、中高年者の問題に関する科学的研究、人文学 (Humanities) の見地からの研究 (歴史、哲学、文学、宗教など) 成人や高齢者に役立つ知識の応用¹⁾。

この定義では、研究の対象が中高年者中心となっています。しかし、今日的に老年学は、高齢者が増加していく社会におけるすべての問題を解決する学

問としての使命を負っています。だとすると、当然世代間問題を取り扱うことが必要となるでしょう。

図1に桜美林大学の大学院修士課程の教科の構造を示しました。コア科目として老年医学，老年心理学，老年社会学を設定し，サテライトとしてさまざまな学問領域の教科を配置した構造となっています。この修士課程は2002年にスタートし，多くの社会人を院生として抱えて発展しております。2004年に博士課程もスタートさせました。

実はこのような学際的な構造をもつ課程はアメリカに沢山ありますが，日本では初めてのものです。日本では，老年学の一部である老年医学の課程が全国80の医学部（あるいは医科大学）のうちの23に確立しております。さらに，看護学や福祉学の課程でも老年医学は何らかの形で教育されています。日本老年歯科学会，日本老年精神医学会など，独立の個別疾患を扱う学会も確立しています。このような状況をより良く理解するために，老年学会の組織図を表1にまとめてみました。老年学会という大きな傘組織の元に6つの学会がぶら下がった形となっています。この中で，正常老化を取り扱うのは日本老年社会学会と日本基礎老化学会です。しかも，基礎老化学は，人間以外の動物や人間の部分を主として扱います。したがって，人間を個全体として，あるいは人間集団を対象として正常老化を扱う学会は，老年社会学会のみとなります。

しかし，筆者が批判しているように，この学会には科学という名が冠されているため，Maddoxらの

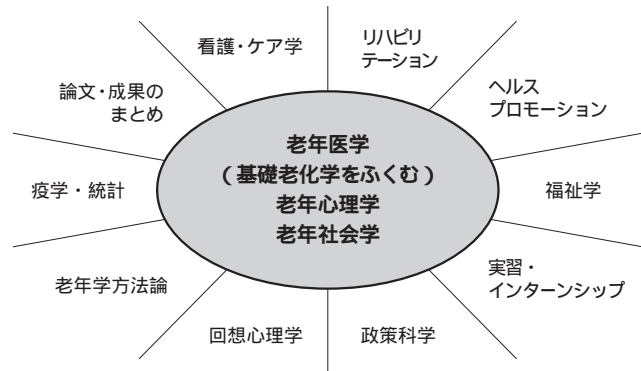


図1 桜美林大学老年学修士課程の構造

出典：文献1

老年学の定義の 人文学を排除する形となっています。哲学，文学，宗教などの分野の研究発表が皆無に近い状態です。筆者は，間もなく訪れるこの学会の50周年を記念して，学会の名前を日本老年社会科学会から日本社会老年学会に改めることを提言しているところです¹⁾。

3. 桜美林大学の学際的大学院の意義

これまで述べたとおり，日本老年学会に加盟している学会の大多数も，また，それ以外の学会領域においても，ほとんどが疾病あるいは障害のある高齢者の問題把握およびその解決のための研究や教育を行ってきています。高齢化社会の初期の段階には，病者や障害者への対策がまず優先されることは止むを得ないことです。そして，欧米先進国のように早く成熟（高齢化）社会に入ったところでは，病者，障害者のみでなく，自立した高齢者の生活の質（Quality of Life）なども問題とし始めるのです。

桜美林大学大学院に正常老化や自立した高齢者の問題を優先的に扱う大学院が出来たことは，ようやく

欧米と同じような老年学の教育が社会的に要請されるように至ったことを示しています。

ところで高齢者を65歳以上とした場合，集団全体の健康度はどのように分布しているのでしょうか。外来通院するようなマイナーな病気があただけで，不健康と定義すると高齢者

表1 日本老年学会（設立年月日 1959.11.7）

	会員数	設立年月日	日本老年学会への加入日
日本老年医学会	6,400	1959.11.7	1959.11.7
日本老年社会学会	1,403	1959.11.7	1959.11.7
日本基礎老化学会	521	1981.5.15 (1977.2.2)	1981.10.16
日本老年歯科医学会	1,859	1990.9.29 (1986.9.13)	1991.11.3
日本老年精神医学会	2,451	1986.6.1	1999.6.17
日本ケアマネジメント学会	1,261	2001.7.14	2003.6.19

（ ）は私的研究会としてスタートした年月日を示す。

* 会員数は2003年10月現在

出典：文献1

はほとんどが不健康ということになります。しかし、1984年世界保健機関は、「高齢者の健康は疾病の有無ではなく、生活機能の自立度で判定することにしよう」と提言しました²⁾。筆者の知人に、人工透析を受けながらあるNPOの代表をして国際的にも活躍をしていた方がいます。この方は腎機能不全という重い病気をもっており、疾病の有無からみれば不健康です。しかし、社会貢献をしていたわけですから、生活機能の面からみれば立派な健康人ということになります。

生活機能を指標とした場合、高齢者の集団の健康度は図2に示すような偏差値とみなすことができます。もっとも左の5%は、障害（あるいは要介護）の層です。日常生活動作の、簡単な歩行、トイレに行く、入浴をする、食事を一人で食べる、風邪を引かない程度に着脱衣ができるという項目のいずれかで介助を受けなければならない状態です。このレベルの生活機能では、高齢者の95%は自立しているわけです。

左から2番目の要支援の高齢者は、日常生活動作では自立していても、ショッピングや食事の用意、金銭管理などの手段的自立のレベルでは自立していない層のことです。このような方々はデイサービスなどを受けているのがふつうです。アメリカのシュロックは、この層が20%くらい存在するとしましたが、これはアメリカの実態を反映しています³⁾。筆者達の研究でも、日本の方がアメリカより要支援の層の割合は小さく、15%とみなします。

左から3番目は平均的自立高齢者です。健康度の分布を偏差値とみなすことの意義は、要介護と要支援の合計20%に相当する層を、右側に示した恵まれた高齢者とみなすことができることなのです。右側にある層ほど、他的高齢者をサポートする能力を多くもっています。そして、そのような高齢者のサポートや相互扶助があれば、高齢者集団全体としては、若い世代に依存するわけではなく自立できるということになります。

以上のように、8割あるいはそれ以上は自立した高齢者なのですから、自立していない高齢者や高齢者の疾病ばかりを扱う老年学は片寄ったものとなります³⁾。自立した高齢者の生活の質や社会貢献、またそれを促進する政策を学ぶことのできる桜美林大学の大学院が設立された意義はきわめて大きいのです。

もちろん、筆者達は、研究としては長い間、自立した高齢者の加齢変化を学際的な長期追跡研究により明らかにしたり、地域高齢者の問題の所在を特定するなどのことを行ってきました。しかし、それを系統的な教育に落とし込む試みは、桜美林大学の大学院をもって嚆矢とします。

4. 老年学の新しいキーワード

疾病や障害のある高齢者のみでなく自立している高齢者の研究が進むにつれ、当然、人間の加齢変化や人生の選択に関する新しいコンセプトが生まれてきています。それを簡単に紹介しておきます。

(1) 直角型の老化と生涯発達理論

図3は加齢変化の様式に関する新旧2つのモデルを示しています⁴⁾。この図の従来の老化モデルでは、人間は加齢と共に坂を転げ落ちるように機能を失い死に向かいます。加齢にともない、知能などの能力のみでなく、人格も劣化すると考えられていました。

しかし、知能の加齢変化の追跡的な研究などにより、人間の能力は直角型に老化することが分かってきました。この図の新しい老化のモデルです。単純な動作性の能力は、中年期をピークに加齢によって低下しやすいものです。しかし、人間にとってより大切な概念を操作したり価値判断をしたり言語性能力は、死の直前まで保たれるのがふつうです。図に示したように、直角型の老化は終末期低下という用語でもよばれます。

単純な動作性能力は加齢によって低下しやすいのですが、知恵にまで高められた動作性能力は加齢によって発達するものです。たとえば音楽の指揮は動作ですが、その能力は加齢にともない発達します。このような考え方を生涯発達理論と呼びます。この

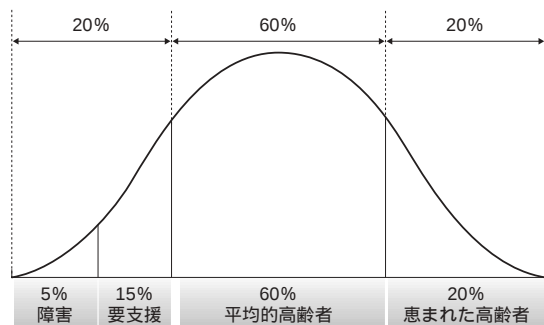


図2 高齢者の生活機能（老化度）の偏差値モデル
（1981年のSchrockのモデルを日本に合わせてアレンジ）

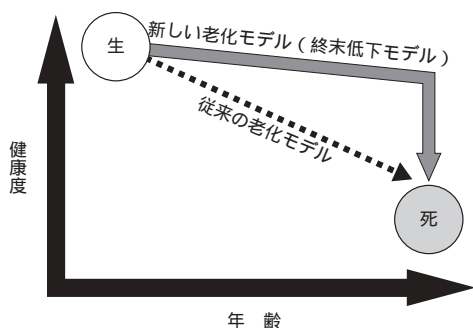


図3 新しい老化モデルと古い老化モデル

出典：文献4

ような生涯発達には、特殊な芸術の分野のみでなく、もっと一般的な活動分野にもみられるのですが、詳細は拙書に譲ります⁵⁾。

生涯発達するのは能力のみでなく人格面でもみられます。マズローやエリクソンの考え方にそれは示されています。現在では、背景に知能の劣化がないかぎり、加齢のみによって人格が劣化することはないと考えられています。多くの人々において、加齢にともなう円熟などの生涯発達が観察されます。

もちろん、加齢によってすべての人の能力や人格が発達するわけでないことは、若いからといって独創力や柔軟性があるとはかぎらないことと同じです。ともあれ、加齢変化（＝老化）＝退行的変化と考えていた時代と比べると、まさに今昔の感があります。アメリカの大学院の老年学教育の中でも、あらゆる学問領域において、この生涯発達（Lifespan

表2 サクセスフル・エイジングの条件

・長寿
・高い生活の質（QOL）
・高いProductivity(社会貢献)

出典：文

表3 生活の質（QOL）の概念枠組

生活機能や行為・行動の健全性（ADL、手段的ADL、社会的活動など）
生活の質への認知（主観的健康観、認知力、性機能など）
生活環境（人的・社会的環境、都市工学、住居などの物的環境）
主観的幸福感（生活満足度、抑うつ状態 など）

Lawton WP: In the Concept and Management of Quality of Life in the Frail Elderly (Birren JE et al eds) pp4-27

Development) がキーワードとなっています。

(2) サクセスフル・エイジングの概念

サクセスフル・エイジングという概念は、良い人生を送って天寿をまっとうするという、いわば中高年者の人生論のようなものです。人間は若いときと同じようにあらゆる活動において生涯現役を貫くのがよいのかという活動理論と、一定の年齢でハッピーリタイアメントするのがよいとする離脱理論の間の論争もまだ終着がついておりません。

筆者は表2のようにサクセスフル・エイジングの条件を考えています²⁾。長寿には疾病予防がふくまれますが、これは、いわば生命の量的側面です。生命の質的側面として高い生活の質があります。これにはさまざまな定義がありますが、表3に示するような枠組みで考えるのがよいと考えています。Productivity（社会貢献）は、表4のような内容をふくみます。高齢人口が全人口の4割にも達すると予測されるわが国の状態において、何らかの高齢者の社会貢献は当然のことです。

筆者たちの研究によっても、社会貢献はそれを行っている中高年者の疾病を予防、余命を延長、認知症や寝たきりの予防、主観的幸福感の向上に有用であることが示されています^{2) 5)}。

文献

- 1) 柴田 博：社会老年学のあり方・老年社会科学 26：351 - 358，2004
- 2) 柴田 博：中高年健康常識を疑う・講談社選書メチエ，2003
- 3) 柴田 博：8割以上の老人は自立している・ビジネス社，2002
- 4) 柴田 博：元気に長生き元気に死のう・保健同人社，1994
- 5) 柴田 博：現役スーパーシニアの生活と信条（仮題）・技術評論社（近日発刊）

表4 Productive Behavior の構成要素

・有償労働（自営や専門の仕事）
・無償労働（家庭菜園、家政など）
・ボランティア活動
・相互扶助
・保健行動（Self-care）

Kahn R: J Am Geriatr Soc 31:750-757,1983