

Aging & Health

エイジングアンドヘルス

冬

No.116
2026年
第34巻第4号



特集

高齢者総合機能評価
(CGA)に基づく
診療・ケア

対談

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会理事長
辻 哲夫
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、
いまでも現役

一般社団法人
「日本で・あーて、TE・ARTE、推進協会」代表理事
川嶋みどり

ルポ

地域の鼓動

神奈川県川崎市
長野県軽井沢町

📄 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://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>



公益財団法人
長寿科学振興財団

最終回 エッセイ 少子高齢化・人口減少社会のモビリティ

第4回 まちづくりとの連携 3

東京大学名誉教授、一般財団法人日本自動車研究所所長 鎌田 実

巻頭言

CGA 新ガイドラインにみる個別化医療・ケアの実践 4

東京都健康長寿医療センター理事長 兼センター長 秋下雅弘

特集

高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケア 5

高齢者総合機能評価 (CGA) とは
— 新ガイドライン作成の経緯や趣旨、全体像、ツールの有用性 — 6

東京大学大学院医学系研究科老年病学教授 小川純人

CGA を用いた老年疾患・老年症候群の管理 (第2章の解説) 10

名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授 梅垣宏行

医療介護現場、関係職種による CGA の利用 (第3章の解説) 14

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻老年看護学教授 竹屋 泰

CGA の展開：フレイル外来と高齢入院患者のフレイル評価 18

東京都健康長寿医療センターフレイル予防センター長 荒木 厚

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16回 予防から「老いに備える」時代へ 23

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会理事長 辻 哲夫
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 29

インタビュー いつも元気、いまでも現役

生きる力を引き出す「手当て」 30

一般社団法人「日本で・あーて、TE・ARTE, 推進協会」代表理事 川嶋みどり

地域の鼓動

ルポ1 いつでも誰かとつながれる安心の居場所 34

神奈川県川崎市 一般社団法人プラスケア 「暮らしの保健室かわさき」

ルポ2 ケアが循環するまちの拠点 37

長野県軽井沢町 ほっちのロッヂ

最終回 エッセイ 認知症の人のことを知る

第4回 認知症の人との共生の鍵 情動伝染と「ミニらいとモルック®」 41

大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問 佐藤真一

News & Topics 43

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://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>)



<表紙>

一般社団法人「日本で・あーて、
TE・ARTE, 推進協会」代表理事
川嶋みどりさん
(撮影／丹羽 諭)

少子高齢化・人口減少社会のモビリティ

第4回 まちづくりとの連携

東京大学名誉教授、一般財団法人日本自動車研究所所長 鎌田 実

最近のモビリティの状況をこれまで3回にわたって記してきた。モビリティは生活の上で重要であることは間違いないが、あくまで何らかの目的を達成するための手段であって、それだけが整っていても、外出したくなるような目的がないと人は動いてくれず、せっかくの手段がうまく使ってもらえないことにもなる。そう考えると、移動の目的と手段がセットで用意されることが大事である。

公共交通計画を考える際に、必要最小限の外出として、通院や買い物など、週1回のお出かけを達成することを念頭に置くことが多いとされるが、それだと、それ以外は家に閉じこもりがちになってしまい、フレイルの進行を助長してしまうかもしれない。必須の用務だけでなく、余暇的な活動も含めて、外出したくなるような用務先と、それを達成するための手段が整うことが望ましい。

ある町のデマンド交通の実績値と行先ベスト30がホームページで公開されていた。そこは年間4万3,000人規模の輸送を実現していることもすごいが、行先の中にパチンコ店やカラオケ店が入っていて、生活に溶け込んでいる移動手段だと嬉しく思った。手段と目的があれば、多くの人が外出したいのである。そういうことから、まちづくりの観点から総合的にモビリティも考えるべきと思うようになった。

内閣府のSIP（戦略的イノベーション創造プログラム）第3期の事業で、移動の目的と手段の両方がセットされることで人の行動が変わり、人が集うような場所があることで賑わいの創出につながり、人々のウェルビーイングが達成できるだろうと考え、兵庫県養父市と高知県仁淀川町をフィールドとして諸々取り組んでいる。前者では関宮地区の小さな拠点の整備と公共交通再編を実施して効果を検証するもの、後者ではフレイル予防活動からまちづくりへ発展させ交通網の再編もあわせて地域の持続性のあるまちづくりを目指すものである。いずれも、人が動いて、動くことにより集う場所が賑わい、それによりまちの経済効果や人々が健康にいきいきと暮らせることの効果を見ていきたいと思っている。

人口減少を急激にストップさせることは困難であるが、ある程度減ったところで持ちこたえられるような魅力あるまちづくりを実践すれば、そこに人は集まり、また帰ってくることに期待している。そういった事例を丁寧につくりこみ、それをモデルとして横展開できるといいと考えている。

鎌田 実（かまた みのる）

1987年東京大学大学院工学系研究科博士課程修了。東京大学工学部講師、助教授を経て、2002年東京大学大学院工学系研究科教授、2009年東京大学高齢社会総合研究機構機構長・教授、2013年東京大学大学院新領域創成科学研究科教授。2020年より一般財団法人日本自動車研究所所長。専門は車両工学、人間工学、ジェロントロジー。



アンケートにご協力ください！



東京都健康長寿医療センター
理事長 兼センター長
秋下雅弘

秋下雅弘 あきした まさひろ

1985年 東京大学医学部
卒業

2000年 杏林大学医学部
高齢医学講師

2002年 同助教授

2004年 東京大学大学院
医学系研究科加齢医学助
教授(2007年准教授に職
名変更)

2013年 同教授

2024年 東京都健康長寿
医療センターセンター長

2025年 同理事長(セン
ター長兼務)

【専門分野】

老年医学、老年薬学、性差医
学

【過去の掲載記事】

・特集／エンドオブライフ
(End of Life: EOL) の意
思決定(Aging&Health
第31巻第1号)

CGA新ガイドラインにみる 個別化医療・ケアの実践

高齢者は、複数の疾患や老年症候群を有する場合も多く、慢性疾患の罹患や併存に伴い、治癒を目指すことは次第に難しくなる。こうした病状に伴い、生活・人生の質(QOL)が損なわれるだけでなく、QOLの低下自体が症状改善の阻害につながる、という悪循環に陥りやすい。そのため、疾病を含めた高齢者の全体像を適切に把握し、QOLの維持・改善に向けて多職種協働により取り組む必要がある。

こうした全体像把握のために実施されるのが、日常生活活動度(ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、療養環境や社会的背景等を構成成分とした高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)である。

CGAは英国でその礎が誕生して100年近い歴史を有する概念であり、超高齢社会を迎えたわが国では、CGAによる包括的・全人的な評価と、それに基づいた診療とケアの推進が不可欠である。わが国におけるCGAガイドラインは、2003年に『高齢者総合的機能評価ガイドライン』(鳥羽研二監修、厚生科学研究所)が発刊されて以降20年以上、改訂や新たなガイドラインの作成は行われていない。

CGAおよび各要素の評価指標は、高齢者の経過予測に役立つが、これらは単に現状評価や予後予測に使うことが目的ではない。高齢者の状態に最適な診療やケアを考案する、つまり個別化した医療・ケアの提供のために利用するのが本来の目的であり、その点を明確にするため、ガイドラインの名称は『高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024』(長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班、日本老年医学会、国立長寿医療研究センター編、南山堂)とし、2024年6月に発表、出版された。

その後、ガイドラインの概要は4編の英文論文としてGeriatrics & Gerontology International誌に特別号(フリーアクセス)として掲載されるとともに、現場向けの指針として『高齢者総合機能評価(CGA)ガイドブック』も作成された。現在はガイドラインもガイドブックも[日本老年医学会ホームページ](https://www.jgeriatrics.org/)に一般公開されている。

本特集では、このガイドラインの骨子を簡潔に説明するとともに、現場向けにわかりやすく解説いただいた。明日からの診療・ケアにぜひとも活かしていただきたい。



[アンケートにご協力ください！](#)

高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく 診療・ケア

高齢者は、複数の疾患や老年症候群、慢性疾患、認知機能低下、身体機能の衰えなど、様々な健康長寿を阻む要因を抱えている。元気な状態へ戻ることは徐々に難しくなり、QOL (生活の質) の低下が予想される。さらに問題なのは、QOLの低下が新たな症状や機能低下を引き起こし、悪循環に陥ることである。こうした状況に対処するには、高齢者の全体像を多角的かつ正確に把握し、QOLの維持・改善を目指して多職種が協働することが不可欠だ。その全体像の把握に有効な手法が、高齢者総合機能評価 (CGA) である。

CGAは、疾患の評価に加えて、日常生活活動度 (ADL)、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、療養環境や社会的背景などを系統的に評価する方法である。高齢者の健康状態を多面的・包括的に捉えることで、より適切で個別化された医療・ケアにつなげることを可能にする。

2024年には、『高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン2024』が発行された。これは、2003年刊行の『高齢者総合的機能評価ガイドライン』以来の改訂である。新ガイドラインは医師のみならず、高齢者に関わる医療・介護・福祉分野の多職種を対象に作成されており、診療やケアの現場で広く活用できる内容となっている。

本特集では、「高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケア」をテーマに掲げ、企画アドバイザーとしてガイドライン作成代表者の秋下雅弘氏を迎えた。新ガイドライン作成の経緯や趣旨を小川純人氏が解説し、第2章と第3章のポイントを梅垣宏行氏と竹屋泰氏に、またフレイル外来におけるCGAに基づく診療について荒木厚氏に執筆いただいた。

(編集部)





高齢者総合機能評価 (CGA) とは —新ガイドライン作成の経緯や 趣旨、全体像、ツールの有用性—

東京大学大学院医学系研究科老年病学教授

小川純人 (おがわ すみと)

【略歴】 1993 年：東京大学医学部医学科卒業、1994 年：JR 東京総合病院内科、1996 年：日本学術振興会特別研究員、2001 年：カリフォルニア大学サンディエゴ校細胞分子医学教室留学、2005 年：東京大学老年病科助手、文部科学省医学教育課専門官（併任）、2008 年：東京大学老年病科講師（医局長・病棟医長・外来医長）、2013 年：東京大学大学院医学系研究科老年病学准教授、2024 年より現職、2025 年：東京大学医学部附属病院認知症センター長

【専門分野】 老年医学

はじめに

高齢者医療やケアに際しては、疾病の全体像を把握して適切に治療を行うとともに、QOLの維持・改善に向けて医療・福祉サービス等との多職種協働による緊密な連携が不可欠である場合が少なくない。主治医意見書などの要介護認定に必要な書類の作成時にも、高齢者の身体・認知機能等の客観的評価に加えて、生活機能や福祉サービスに関する記載を行うなど、包括的かつ全人的な視点やアプローチが必要とされる。このように、疾患や障害を有する高齢者に対して、医学的、身体的、精神・心理的、社会的な評価や指標に基づいて、生活機能障害を総合的に評価する手法は高齢者総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA) と呼ばれる (表)。

本稿では、最近刊行された『高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン

表 CGAの構成要素ならびに代表的な評価ツール

- 1. スクリーニング**
基本チェックリスト、CGA7など
- 2. 日常生活活動度 (Activities of Daily Living : ADL)**
基本的ADL : Barthel Index
手段的ADL : Lawton's IADL、老研式活動能力指標
- 3. 認知機能**
Mini-Mental State Examination (MMSE)、改訂長谷川式知能評価スケール (HDS-R)、DASC-21、ABC認知症スケールなど
- 4. 気分・意欲・QOL**
Geriatric Depression Scale (GDS)、意欲の指標 (Vitality Index)
QOL : Euro QOL (EQ-5D)、SF-36、SF-8 など
- 5. 社会的要素・背景**
要介護認定、家族関係、自宅環境、財産など
Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6)
- 6. フレイル**
簡易フレイルインデックス、基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、日本版Cardiovascular Health Study (J-CHS) 基準など
- 7. 栄養**
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)、Mini Nutritional Assessment (MNA) など



[アンケートにご協力ください！](#)

2024』¹⁾を中心に、CGAの概要について紹介する。

新ガイドライン作成の背景・趣旨

高齢者医療やケアに際しては、身体機能、生活機能、認知機能、介護状況等を多面的に評価したうえで、現時点での生活上の問題・課題や将来的な問題に発展するリスクを抽出し、医療や福祉サービス等と緊密に連携することが重要である。その際、医学的、身体的、精神・心理的、社会的な評価や指標に基づいて生活機能障害を総合的に評価する、CGAの実施が前提となる。

CGAの歴史は古く、1935年に英国のウォーレン医師が高齢者施設を担当した際に、高齢患者の医学的評価に加えて、ADL、情緒傾向、コミュニケーション能力等の評価を実施し、障害の程度に応じた入居ユニットの選定や施設入所の判断、適切な介護、リハビリテーション・医療につなげたことから始まっている。わが国でもCGAの有用性が見込まれ、特定疾患を有する40歳以上65歳未満の患者、または65歳以上の新規入院患者に対し、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行ったうえでその結果をふまえて入退院支援を実施した場合、平成24 (2012) 年より総合評価加算 (100点) として算定が認められ、令和2 (2020) 年からは入退院支援加算の中に組み込まれる形で50点が算定される流れに改められている。

また、わが国におけるCGAガイドラインについては、2003年に『高齢者総合的機能評価ガイドライン』が発刊され、その後「Minds診療ガイドライン作成マニュアル」に準拠した形でガイドライン作成作業が行われ、『高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン 2024』の発刊に至った¹⁾。

新ガイドラインの構成およびCGAの有用性

『CGAに基づく診療・ケアガイドライン2024』では、「総論」、「Ⅰ. CGAの各要素とそのツールの効果」、「Ⅱ. CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理」、「Ⅲ. 医療介護現場、関係職種によるCGAの利用」の各章から構成されている。

CGAは高齢者の医療と生活機能を多面的に評価するものであり、現場で実践するためのスクリーニングツールが掲載されている。このうち、基本チェックリストは評価対象者が自記式で回答を記入する調査票であり、フレイル判定への応用性も示唆される。全25個の質問項目については、手段的ADL、社会的ADL、運動・転倒、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知症、うつに関する内容となっており、各項目の合計点が一定基準以上の場合には、介護予防プログラム等を推奨する。また、CGAの簡易なスクリーニング検査であるCGA7については、外来患者の場合や入院患者または施設入所者の場合等、患者状況に応じて評価する。いずれかの項目で“問題あり”と判断されたら、次のステップとして、Vitality Index、MMSEまたはHDS-R、Lawton's IADL、Barthel Index、GDS-15等の活用による、より詳細なCGAを実施する。

CGAによるスクリーニングの有用性については、75歳以上の外来患者において生存期間延長、入院時の在院日数短縮に寄与した²⁾。また、CGAが救急外来受診後のアウトカムを改善する可能性も示唆されている。在宅やプライマリケアにおけるCGAの有効性に関しても肯定的な結果が支持され、CGAに基づく在宅医療の提供によって医療介護費用が抑えられた報告もある³⁾。65歳以上の脳梗塞入院患者を対象としたわれわれの研究では、CGA実施と入院中死亡率、長期入院率の低下、退院時ポリファーマシー率、処方薬剤種類数の低下との間に関連性が認められた^{4) 5)}。これまでのさまざまな知見等からも、高齢者に対してCGAによるスクリーニングの実施が推奨されている。



[アンケートにご協力ください！](#)

CGAの各要素

『CGAに基づく診療・ケアガイドライン2024』では、基本的ADL、手段的ADL、認知機能、うつ、意欲、QOL、社会的要素、フレイル／栄養の各領域について、クリニカルクエスチョン^{※1}策定、システマティックレビューによる文献検索、エビデンスレベルの評価、推奨文作成、審議と投票による推奨度の決定等が進められた。

基本的ADLについては、広く用いられている評価法としてBarthel Indexが用いられる場合が少なくない。手段的ADLの評価に関しては、Lawtonの尺度(電話をする能力、買い物、食事の準備、家事、洗濯、移動の形式、服薬管理、金銭管理の8項目)が用いられ、老研式活動能力指標等が活用される。これまでの知見等により、高齢者に対するADL評価はエビデンスの強さ^{※2}Cとして推奨されている。

認知機能に関するCGAツールに関しては、患者本人を対象とした質問式の検査で見当識、3単語記銘、注意と計算、逆唱、遅延再生、呼称、復唱、口頭命令の理解、読字、書字、描画の計11課題からなるMMSE (Mini-Mental State Examination) が広く用いられる。このほか、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (Hasegawa's Dementia Scale-Revised : HDS-R)、DASC-21、ABC認知症スケール等も活用される。高齢者にCGAを行う場合に、認知機能評価ツールによる評価を行うことはエビデンスの強さCとして推奨されている。

うつに関するCGAツールとしては、老年期うつ病評価尺度 (Geriatric Depression Scale 15 : GDS-15) が主に用いられており、15問(15点満点)の質問に「はい」「いいえ」で回答してもらい、5点以上がうつ傾向、10点以上がうつ状態とされ、うつの診断に際しては医師によって総合的に判断される。身体疾患がある高齢者において、うつ評価の実施はエビデンスの強さCとして推奨され、GDS-15が尺度として推奨されている。

意欲に関するCGAツールに関しては、5問の質問に短時間で回答できる意欲の指標 (Vitality Index) が知られており、介護者による観察評価に基づくため、認知症等を有する場合でも実施可能である。意欲低下(アパシー)の可能性のある高齢者に対して意欲の評価を実施することはエビデンスの強さCとして提案されている。

QOLの評価尺度に関しては、主観によって健康状態を価値づける「選好に基づく尺度」と多次元的に健康を測定する「プロファイル型尺度」に大別され、代表的な指標として前者ではEuro QOL (EQ-5D)、後者ではSF-36がそれぞれ知られている。高齢者診療におけるQOL評価について、効果検証した研究は未だ少ないものの有用である可能性がある。

社会的要素の評価の質問票に関しては、高齢者のための社会的ネットワークと社会的支援の程度を測定するための尺度としてLubben Social Network Scale (LSNS) が知られており、その後、同短縮版スクリーニング尺度 Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6) が開発され、日本版LSNS-6が作成されている。高齢者に対する社会的要素の評価に基づく介入の実施はエビデンスの強さCとして提案されている。

フレイルの評価に際しては、簡易フレイルインデックス、前述の基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、日本版Cardiovascular Health Study (J-CHS) 基準等が活用されている。中でも後期高齢者の質問票では、15問の二者択一方式の質問からなり、4点以上が「フレイル」と示唆

※1 クリニカルクエスチョン(Clinical Question; CQ)は、臨床の中で生じる問い。

※2 エビデンスの強さは、強(A)、中(B)、弱(C)、非常に弱(D)の4段階。



され⁶⁾、4点以上を「フレイル」とした場合に、そうでない人に比べて新規要介護認定に対するハザード比が有意に高い可能性が示されている。

栄養の評価ではMalnutrition Universal Screening Tool (MUST) やMini Nutritional Assessment (MNA) 等が活用されている。高齢者に対するフレイル評価や栄養評価の実施はエビデンスの強さCとして提案されている。

おわりに

本稿では、高齢者総合機能評価 (CGA) の概要について、新ガイドライン作成の経緯や趣旨、全体像、ツールの有用性を含めて紹介した。今後、精度の高いCGA評価ツールの開発やCGAの有用性等に関する研究が発展し、CGAの活用を通じた包括的・全人的な高齢者診療・ケアの推進が期待される。

文献

- 1) 長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価 (CGA) ガイドラインの作成研究」研究班, 日本老年医学会, 国立長寿医療研究センター編. 高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン2024. 南山堂, 2024 (2025年12月23日閲覧)
- 2) Ekdahl AW, Alwin J, Eckerblad J, et al. : Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment : A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT) : Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. J Am Med Dir Assoc. 2016 ; 17(3) : 263–268.
- 3) Singh S, Gray A, Shepperd S, et al. : Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? Age Ageing. 2022 ; 51(1) : afab220.
- 4) Hosoi T, Yamana H, Tamiya H, Ogawa S, et al. : Association between comprehensive geriatric assessment and short-term outcomes among older adult patients with stroke : a nationwide retrospective cohort study using propensity score and instrumental variable methods. eClinicalMedicine. 2020 ; 23 : 100411.
- 5) Hosoi T, Yamana H, Tamiya H, Ogawa S, et al. : Association between comprehensive geriatric assessment and polypharmacy at discharge in patients with ischaemic stroke : a nationwide, retrospective, cohort study. eClinicalMedicine. 2022 ; 50 : 101528.
- 6) Yakabe M, Shibasaki K, Hosoi T, Ogawa s, et al. : Validation of the questionnaire for medical checkup of old-old (QMCOO) score cutoff to diagnose frailty. BMC Geriatr. 2023 ; 23(1) : 157.





CGA を用いた老年疾患・ 老年症候群の管理 (第2章の解説)

名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授

梅垣宏行 (うめがき ひろゆき)

【略歴】 1990年：名古屋大学医学部卒業、市立四日市病院研修医、1995年：米国 National Institute on Aging, National Institutes of Health Researcher、1997年：東京都老人総合研究所客員研究員、1998年：名古屋大学医学部大学院卒業、医学博士取得、名古屋大学医学部老年科医員、2002年：同助手、2007年：同老年内科助教、2012年：名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学講師、2017年：同准教授、2021年：名古屋大学未来社会創造機構 ナノライフシステム研究所准教授（兼務）、2023年より名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授、名古屋大学未来社会創造機構ナノライフシステム研究所教授（兼務）

【専門分野】 老年医学、認知症、高齢者糖尿病

はじめに

このたび、『高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン』¹⁾が新たに発表された。このガイドラインの第2章では、「CGAを用いた老年疾患と老年症候群の管理」について、システマティックレビューが実施されエビデンスが収集されたうえで、推奨度が決定された。対象となったのは、フレイル/低栄養、認知症、ポリファーマシー、Multimorbidity(多疾患併存)、糖尿病、高血圧・心疾患、(誤嚥性)肺炎、骨折、外科手術(周術期)、悪性腫瘍である。

認知症、Multimorbidity、骨折、外科手術(周術期)、悪性腫瘍については、CGAの実施が推奨(推奨度1)、フレイル、糖尿病、高血圧・心疾患については提案(推奨度2)とされた。低栄養については文献がなく検討ができなかった。また、(誤嚥性)肺炎については、直接的なエビデンスがなくフューチャーリサーチクエスション^{※1}となった。悪性腫瘍については、CGAの実施により、有害事象減少、QOL向上、入院の減少の効果が得られるとのエビデンスが存在しており、「薬物療法を予定する高齢者悪性腫瘍患者の管理にCGAを実施することを推奨する」と記載された。

以下に個別の症候・疾患に対する記載の概略を示す。以下の囲み枠は、『高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン』¹⁾からの引用である。

老年症候群へのCGA適用

1. フレイル

CQ^{※2}：フレイル高齢者においてCGAは有用か？

ステートメント：フレイル高齢者に対してCGAを行うことを提案する。

※1 フューチャーリサーチクエスション(Future Research Question; FRQ)は、今後の研究において回答が得られるであろう問い。

※2 CQ(Clinical Question; クリニカルクエスション)は、臨床の中で生じる問い。



[アンケートにご協力ください！](#)

フレイル高齢者においては自立機能の改善、緊急入院の発生率低下、死亡率の低下などアウトカムに対してRCTが存在し、有用性を示す報告もあったが、必ずしも一貫した改善効果が示されているとはいえず、CGAの効果が明確に示されたとは言えなかった。しかし、CGAを実施することは患者に対するリスクは低く、QOLや生活機能を支援するという観点から臨床的意義は高いと考えられ、「行うこと」を提案するとされた。

2. 認知症

CQ：認知症高齢者に対するCGAの中の認知機能、行動・心理症状評価ツールによる評価は有用か？

ステートメント：認知症高齢者においてCGAを行う場合に、認知機能もしくは行動・心理症状評価ツールによる評価を行うことを推奨する。

認知症高齢者に対して、CGAにおいて認知機能・行動心理症状評価を行うことに対する介入研究では、2件の報告のうち、1件では有益な結果が得られたが、もう1件では、明確な効果が証明されなかった。一方で4件の観察研究では、CGAの結果が予後と関連している、もしくはCGAの結果から予後予測が可能であることを示していた。エビデンスとしては限定的であるが、認知症高齢者において認知機能の推移もしくは行動・心理症状の程度を評価する臨床的な必要性は高く、一方でこうした評価が有害事象につながる蓋然性が低いことを考慮して、認知症高齢者におけるCGAに認知機能もしくは行動・心理症状評価ツールを含めることを推奨するとされた。

3. ポリファーマシー

CQ：高齢者のポリファーマシーに対し、CGAの実施は有用か？

ステートメント：高齢者のポリファーマシーに対してCGAを行うことを提案する。

特定の疾患の有無に関わらずポリファーマシー患者に対しCGAによる薬剤数減少や予後の改善を評価した研究は少なく、介入研究が1件であった。この研究においては、CGAの実践により、ポリファーマシー患者においてQOLの低下抑制効果が認められ、薬剤見直しの有用性が示された。エビデンスの強さは弱いながら、CGAの実践を提案するとされた。

4. Multimorbidity (多疾患併存)

CQ：Multimorbidityの高齢者に対し、CGAの実施は有用か？

ステートメント：Multimorbidityの高齢者に対してCGAを行うことを推奨する。

複数の慢性疾患を有する高齢者にCGAを適用する介入研究が2件あった。1件目の研究では、生存日数の延長、入院回数・入院日数の減少などの効果が認められ、2件目の研究でも、フレイルと死亡の合算の頻度が減少した。介入による有害事象のリスクは低く、介入コストの増大も明確には認められていない。研究の数は少ないものの、アウトカム改善が一貫して報告されているため、「推奨」とされた。

5. 糖尿病

CQ：高齢糖尿病患者の管理にCGAを用いることは有用か？

ステートメント：高齢糖尿病患者の管理にCGAを用いることを提案する。

糖尿病に特化したCGAの介入研究は限られているが、主に骨折後の糖尿病患者においてCGA



の実施がADLの改善やQOLの維持に関連することが示唆された。大規模なRCTや比較試験は少ないものの、高齢者糖尿病診療ガイドラインにおいても、高齢糖尿病患者では老年症候群の合併が多いためCGAの実施が望ましいとされており、本ガイドラインでもCGAの実施を提案とした。

6. 高血圧・心疾患

CQ：高齢者の高血圧、心疾患の治療方針を決定するにあたって、CGAを用いて評価することは有用か？

ステートメント：高齢者の高血圧、心疾患の治療方針を決定するにあたって、CGAを用いて評価することを提案する。

高齢の心血管疾患患者に対するCGAの有用性については、3件の報告があった。いずれも観察研究であったが、CGAの有効性が示された。リスク層別化や予後予測、治療方針の調整に有用であると考えられ、介入研究の報告はないが、アウトカム改善に対する方向性は一致していたため、本CQに対してCGAを用いて評価することを提案するとされた。

7. (誤嚥性) 肺炎

CQ：CGAに基づく多職種連携のチームアプローチは、高齢者肺炎の改善に有用か？

ステートメント：高齢肺炎患者に対するCGAを基にした多職種連携のチームアプローチの有用性について、直接的な効果を示すエビデンスはなかったが、高齢肺炎患者のCGAによる高齢者特有の特性を理解した多職種によるチームアプローチは重要であり、今後の研究に期待する。

肺炎を対象としたCGAの介入研究は確認されなかったが、誤嚥性肺炎における栄養、嚥下機能、口腔機能、ADLなど多面的評価の重要性は広く認識されている。チーム医療による包括的管理にCGAが寄与し得ると考えられるものの、現時点ではエビデンスは乏しく今後の研究が期待される。

8. 骨折

CQ：CGAによるスクリーニングは高齢者の骨折の管理に有用か？

ステートメント：高齢者の骨折後の管理にCGAを行うことを推奨する。

後ろ向きのコホート研究では、大腿骨近位部骨折によって入院した患者にCGAを実施したほうが死亡率が低かったと報告され、RCTでは、CGA実施群で骨折手術後の運動機能が良好であったと報告されており、骨折後の管理にCGAは有用であると考えられた。

9. 外科手術 (周術期)

CQ：高齢者の消化器がん、大動脈疾患、心疾患に対する外科手術にあたって、術前にCGAを用いて評価することは有用か？

ステートメント：高齢者の消化器がん、大動脈疾患、心疾患に対する外科手術にあたって、術前にCGAを用いて評価することを推奨する。

がん手術、大動脈手術、心臓手術などの術前にCGAを導入することで、生命予後改善、術後合併症・せん妄の減少が報告されている。観察研究が中心であるが、臨床的意義が高く、「強い



推奨」とされた。

10. 悪性腫瘍

CQ：高齢者の悪性腫瘍（薬物療法）の管理にCGAは有用か？

ステートメント：薬物療法を予定する高齢悪性腫瘍患者の管理にCGAを実施することを推奨する。

悪性腫瘍については、CGAの実施により、生存期間の延長効果はないものの、薬物療法による有害事象減少、QOL向上が得られるとのエビデンスが存在しており、「薬物療法を予定する高齢悪性腫瘍患者の管理にCGAを実施することを推奨する」と記載された。

まとめ

総じて、本ガイドラインは、高齢者医療におけるCGA（高齢者総合機能評価）の臨床的有用性を支持するエビデンスが存在することを明らかにした。特に一部の疾患領域では、CGAの実施により転帰改善や医療資源の適正化に寄与する可能性が示されている。一方で、多くの疾患・病態においては、CGAの介入効果を検証する質の高い研究は不足しており、明確な推奨を行うには限界があるCQも多かった。

CGAが高齢者医療において重要な役割を担い得ると考えられる一方で、今後さらに検討と実証が必要であることが示唆される。また、アウトカム指標の標準化や、医療・介護現場での実装可能性、チーム医療との連携体制の整備といった、実践的課題にも取り組む必要がある。

今後は、多様な高齢者集団におけるCGAの効果を前向きに検証する介入研究や、日常診療におけるリアルワールドデータの活用を通じた実用的エビデンスの構築が求められる。CGAの実践とその評価を継続的に積み重ねていくことで、より科学的根拠に基づいた、高齢者一人ひとりのニーズに即した診療の質向上につながることを期待される。

文献

- 1) [長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価 \(CGA\) ガイドラインの作成研究」研究班, 日本老年医学会, 国立長寿医療研究センター編. 高齢者総合機能評価 \(CGA\) に基づく診療・ケアガイドライン2024. 南山堂, 2024 \(2025年12月23日閲覧\)](#)



[アンケートにご協力ください！](#)



医療介護現場、関係職種によるCGAの利用（第3章の解説）

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻老年看護学教授

竹屋 泰（たけや やすし）

【略歴】 1997年：大阪大学医学部卒業、1998年：国立大阪南病院循環器内科、2008年：大阪大学大学院医学系研究科博士課程修了、2011年：大阪大学大学院医学研究科老年・腎臓内科学助教、2019年：大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学講師、2020年より現職

【専門分野】 老年医学、老年看護学

はじめに

高齢者医療においては、疾患の治療にとどまらず、その人らしい生活を尊重した包括的な支援が求められる。高齢者は、複数の疾患や加齢に伴う身体的・精神的機能の低下を抱えることが多く、医療と介護の双方における多職種の視点が不可欠である。CGA（高齢者総合機能評価）は、高齢者の身体的・精神的・社会的側面から生活機能を多面的に評価し、適切な介入方針を個別に導くための体系的な手法である。多職種がそれぞれの専門性を発揮しつつ協働することで、患者の生活機能を最大限維持・回復するとともに、本人および家族の意思を尊重した個別化された医療とケアの提供を目指すことが重視される。本稿では、『高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024』¹⁾を踏まえ、医療・介護現場、関係職種によるCGAの利用について概説する。

CGAは「誰が」行うのか？

高齢者診療とケアの現場で活用されているCGAの有用性は、ランダム化比較試験(RCT)や大規模な系統的レビュー、およびメタアナリシスの結果から、医療現場や職種の違いによって異なることが示唆されている^{2) 3)}。すなわち、CGAを「誰が」行うのかによって、CGAの有用性が異なる可能性があり、さまざまな医療介護現場および関係職種によるCGAの有用性を評価するために、本ガイドラインでは各論の第3章として「医療介護現場、関係職種によるCGAの利用」というテーマが設定され、下位領域として(1)看護(看護師)、(2)介護(ケアマネジャー、介護福祉士等の役割)、(3)薬剤師、(4)リハビリテーション、(5)アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の5つの領域が設定された。

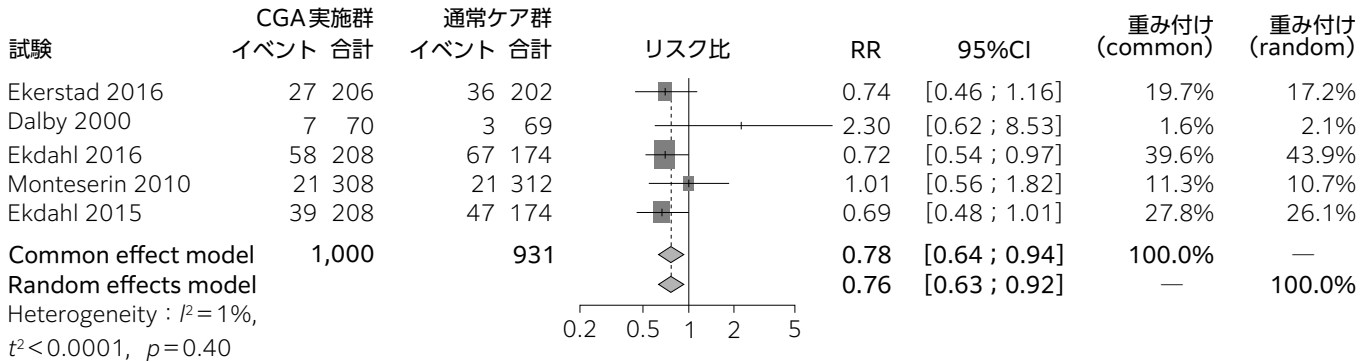
看護(看護師)

看護領域において、抽出された論文は14件あり、5領域のうち最も多くの報告がみられた。高齢者看護においてCGAは、死亡率の低下、ADLおよびQOLの維持、さらに医療費の削減に対して有用であることが示されている。とくに死亡率の低下およびADLの維持に関しては、メタ解析によってもその有効性が明らかにされ(図)、エビデンスの強さA、推奨度1、合意率100%と、本ガイドライン全体の中で最も高い推奨が得られた。

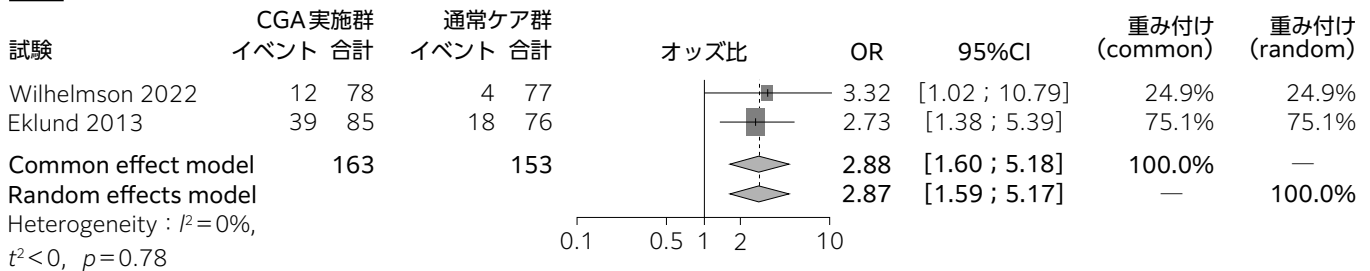


[アンケートにご協力ください！](#)

死亡率



ADL



☒ 看護師が行うCGAの有用性

(出典：長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班、日本老年医学会、国立長寿医療研究センター編、高齢者総合機能評価(CGA)に基づく診療・ケアガイドライン2024. 南山堂、2024¹⁾, P87)

看護領域は他領域と比較して報告数が多く、RCTやサブ解析の結果が蓄積されていることも特徴である。これらの研究の集積から、CGAの有効性は、より長期の追跡研究において明確に示されやすいこと、身体的フレイルの程度が強い集団で死亡率や医療費削減への効果が高まること、認知機能が低下した高齢者集団でADLの維持に有用性が確認されていることが報告されていた。これらの知見から、CGAの効果は、脆弱な高齢者の長期予後に反映されやすい可能性があると考えられる。

看護師は、疾患に加えて生活機能进行评估し、介入を行うことを得意とする職種である。CGAを活用することで、ADL、認知機能、気分、栄養状態、社会的支援体制などを多面的に評価でき、疾患のみならず生活全体を見据えた支援が可能となる。これにより、リスクの早期発見や予防的介入、退院支援、在宅移行などの場面で、より質の高い看護ケアを提供できる。また、看護師は多職種と最も関わる機会の多い職種であり、CGAは医師、薬剤師、リハビリ専門職、介護職、ケアマネジャーなどと情報を共有するための共通言語として機能する。看護師がCGAにより得た生活情報や観察所見を多職種と共有することで、チーム全体で統一した目標設定やケア方針の調整が可能となり、包括的かつ継続的な高齢者ケアの実現に寄与することができる。

介護(ケアマネジャー、介護福祉士等の役割)

介護領域において、抽出された論文は0件であった。これは、介護領域における研究報告自体が少ないことに加え、国や地域によって介護システムが大きく異なり、わが国におけるケアマネジャーや介護福祉士に相当する職種が海外には存在しないことが一因と考えられた。

介護職は患者の日常生活に最も近い立場にあり、CGAを通じて得られた情報を活用し、わずかな変化を早期に発見して医療職へ共有できる。また、客観的な評価法では捉えきれない重要な情



アンケートにご協力ください！

報を把握しており、CGAの点数化による定量的評価をナラティブな側面から補完することで、利用者のニーズに即した介入を可能にする。CGAを医療介護連携における共通言語として活用することで、医療職との情報共有や意思決定の橋渡しを、より円滑に行うことができると考えられる。

薬剤師

薬剤師領域において抽出された論文は2件あり、CGAを通じて処方最適化に寄与する可能性が示された。一方で、アウトカムとして設定された入院リスク、医療費、薬物関連問題については、期待される効果は確認されなかった。そのため、本ガイドラインのステートメントにおいては、薬剤師によるCGAの活用は「提案する」ととどまる弱い推奨とされた。

薬剤師にとってCGAは、単なる薬学的管理にとどまらず、高齢者の生活機能や認知機能、栄養状態、社会的背景を踏まえた包括的な薬物療法を実践するうえで有用である。薬剤師はCGAにより得られた情報を集約し、服薬アドヒアランスの低下や副作用リスク、ポリファーマシーの影響を多面的に把握したうえで、適正な処方調整や服薬支援へとつなげることが求められる。また、CGAは多職種間の情報共有を促進し、共通の評価指標として薬物治療の方針を検討する基盤となる。薬剤師がCGAを活用することは、医療と生活の両面から高齢者のQOL向上に寄与することが期待される。

リハビリテーション

リハビリテーション領域において、抽出された論文は高齢大腿骨近位部骨折患者を対象とした2件であった。各研究においてアウトカムに対する有用性にばらつきがみられたが、メタ解析の結果、死亡率、再入院率、ADL、身体機能、医療費のいずれにおいても、CGA施行群と非施行群との間に有意差は認められなかった。また、今回抽出された文献の対象疾患は大腿骨近位部骨折に限られており、エビデンスは限定的であった。今後は、より多様な疾患を対象とした研究の蓄積が望まれる。

リハビリテーション領域においてCGAは、単なる運動機能の改善にとどまらず、生活機能の再獲得や再入院予防を目的とした個別性の高い介入計画の立案に有用である。患者と1対1で関わる機会の多い療法士は、日常の何気ない会話や観察の中でCGAのスクリーニングを行い、その結果を多職種間で共有することで、情報共有や目標設定を円滑にし、より包括的で持続可能なリハビリテーションの実現に寄与することができる。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

ACPとは、人生の最終段階における医療やケアを見据えて、医師などの医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者本人と家族が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を行う過程を指す⁴⁾。本ガイドラインにおいては、悪性腫瘍の併存・既往がある高齢者を対象としたACPに関する文献検討を行ったが、該当する論文は見当たらず、今後の研究課題である。

ACPにおいてCGAは、本人の価値観や希望を踏まえた意思決定を支援するうえで重要な役割を担う。CGAによって患者の生活目標や支援ニーズが明確になり、本人の希望に即した医療・ケア方針を具体的に検討できる。ACPを行う職種は症例によって異なるが、いずれの職種が行った場合でもCGAは多職種が共有できる共通言語となり、情報共有や合意形成を円滑にすることができる。



関係職種に関するCGAの課題

関係職種によるCGAの有用性については、依然報告が少なく、看護領域を除いて抽出された論文は極めて少なかった。また、CGAにおけるアウトカムは、死亡率や入所率に加えADLやQOLが重視されるが、研究ごとに評価尺度が異なっており、メタ解析が困難であった。今後は、国際的に統一された評価尺度の導入が望まれるとともに、単純に「エビデンスが乏しい領域」と捉えるのではなく「メタ解析が困難な領域」と捉える視点が必要である。

また、CGAは「評価→ケアプランの作成→ケアプランの実践」の三段階から成るが⁵⁾、適切なケアプランの作成や実践が伴わなければCGAの有用性は発揮されない。本ガイドラインに含まれた文献には、評価後の介入を詳細に規定したものは少なく、現状では現場の裁量に委ねられている。この不均一性が有用性のばらつきにつながっていると考えられる。今後はCGA評価後の標準化と臨床現場への実装が不可欠である。さらに、そもそもCGAは多職種で行うことが原則であり、「関係職種におけるCGAの有用性」という問いは「各職種が単独で実施するCGA」の有用性ではなく、「各職種が多職種の中で中心的な役割を果たすCGA」の有用性を意味する。実際、看護領域における報告では、看護師が多職種協働の中でCGAを主導し、共通言語として利用しながらファシリテータ機能を果たしていた。しかし多職種連携は有用性が理論的に認識されながらも、多忙な臨床現場では直接的な情報共有の機会が時間的にも物理的にも制約され、現場での調整は容易ではない。今後は「誰が」CGAを実施するかに加え、効率的に関係職種が連携できるシステムを構築し介入すること、すなわち「どのように」CGAを行うかが課題となる。

今後の展望

今後の研究課題として、第一に、各職種におけるCGAの活用と効果を検証する研究を推進していくこと、第二に、臨床現場でCGAを効率的に運用するためにICTやAIなどのテクノロジーを活用することが期待される。さらに、CGAは単なる評価手法にとどまらず、適切な介入を通じて高齢者医療・介護の質保証に寄与する重要な枠組みである。CGAに基づくデータの蓄積と解析は、医療政策立案や医療資源配分の合理化にも資する可能性があり、研究者・臨床家・政策担当者が連携し、臨床実装と学術研究の双方の視点からCGAを発展させていくことが望まれる。ガイドラインの名称が『高齢者総合的機能評価ガイドライン』から『高齢者総合機能評価に基づく診療・ケアガイドライン2024』へ刷新されたのは、このような観点から、CGA評価後のケアの標準化を通じて、未来の高齢者医療を見据えたものだからである。

文献

- 1) 長寿医療研究開発費「高齢者総合機能評価 (CGA) ガイドラインの作成研究」研究班, 日本老年医学会, 国立長寿医療研究センター編. 高齢者総合機能評価 (CGA) に基づく診療・ケアガイドライン2024. 南山堂, 2024 (2025年12月23日閲覧)
- 2) Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. : Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment : Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. J Am Med Dir Assoc. 2017 ; 18 (2) : 192.e1-192.e11.
- 3) Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, et al. : Frailty and Multimorbidity : A Systematic Review and Meta-analysis. J Geronatol A Biol Sci Med Biol Sci. 2019 ; 74 (5) : 659-666.
- 4) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 2018.
- 5) Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. : What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age and Aging. 2018 ; 47 (1) : 149-155.



アンケートにご協力ください！



CGAの展開：フレイル外来と 高齢入院患者のフレイル評価

東京都健康長寿医療センターフレイル予防センター長

荒木 厚 (あらき あつし)

【略歴】 1983年：京都大学医学部卒業、京都大学医学部附属病院老年科研修医、1984年：静岡労災病院（現、浜松労災病院）内科研修医、1989年：京都大学医学博士取得（医博第1128号）、東京都老人医療センター内分泌科医員、1995年：University College London Medical School, The Rayne Institute 留学、1996年：Case Western Reserve University, Institute of Pathology 留学、1997年：東京都老人医療センター内分泌科医員、2006年：同内分泌科部長、2009年：東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科部長、2012年：同内科総括部長、2019年：東京都健康長寿医療センター副院長（～2023年）、2020年より東京都健康長寿医療センターフレイル予防センター長、2022年より東京都健康長寿医療センター健康長寿医療研修センター長（兼務）

【専門分野】 老年医学、糖尿病、臨床栄養

【過去の掲載記事】 [特集／高齢期に必要な生活習慣病管理（Aging&Health 第27巻第1号）](#)

はじめに

高齢者総合機能評価(CGA)は身体機能、認知機能、心理機能、栄養、薬剤、社会状況、併存症など領域を評価し、多職種で治療方針決定、リハビリテーション、心理サポート、栄養治療、薬剤の見直し (medication review)、社会サービスなどの提供などを行うものである。しかしながら、CGAは多くの時間と人手を要することが多く、急性期病院においては効率的なCGAを行うシステムを構築することが必要である。

東京都健康長寿医療センターでは、2017年にフレイルを含めたCGAを行い、その対策を講じる内科の外来として、フレイル外来が東洋で初めて開設された。糖尿病、高血圧などの生活習慣病で定期通院している患者、外科系患者、入院患者のCGAを行っている。また、最近では地域から直接紹介された患者もフレイル評価やCGAの結果に基づき治療方針を決定している。現在、年間合計約900人の患者の診療を行っている。

2023年には高齢入院患者の入院前から入院直後の慢性疾患、老年症候群、ADLなどの電子カルテの情報を利用し、障害蓄積モデルによるFrailty Indexであるelectronic Multimorbidity Frailty Index (eMFI) を評価するシステムを構築した。このeMFIを構成する評価領域は上記のCGAの領域であり、その該当数(割合)に応じて、治療方針の決定、退院支援、退院後の社会サービスなどのケアプランの作成に利用できる。

本稿で、フレイル外来と入院患者におけるeMFIを中心に、CGAの果たす役割と今後の展望について述べてみたい。



[アンケートにご協力ください！](#)

フレイル外来における診療の流れと評価項目

フレイル外来の診療は糖尿病・代謝・内分泌内科、循環器内科、研究所の医師5～6人と臨床心理士2人が担当している。糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病を有し、疲れやすくなった、身体活動量が低下した、歩く速度が遅くなったなどのフレイルの症状がある患者に受診を勧め、可能な限り年1回の受診を行っている。

診療の流れは医師が問診と診察を行った後に、臨床心理士が握力や歩行速度などの身体機能、体組成(InBody®)、フレイル(J-CHS、基本チェックリスト、後期高齢者の質問票など)、転倒リスクスコア、認知機能(MMSE、MoCA-J)の検査を行い、うつスケール(GDS15)、身体活動量(IPAQ)、栄養(MNA-SF)、薬剤、社会ネットワーク(Lubben Social Network Scale短縮版: LSNS-6)などを評価する(図)。握力、歩行速度、片足立ち時間の年齢別の成績、体力年齢、および認知機能の障害の領域の図を示すことで、どの能力が保たれ、または低下しているか説明している。体力年齢は研究所の行ってきた5つの疫学調査の握力、歩行速度、片足立ち時間のデータから算出している。体力年齢はサルコペニアを反映し、体力年齢と暦年齢の差はBMI高値、HbA1c高値、うつ、低アルブミン血症、シスタチンC高値、BNP高値があると大きくなることを報告している¹⁾。

フレイル外来の治療とフレイル対策としての運動、栄養、社会参加

フレイル外来ではフレイル評価に基づいた治療を行うとともに、地域における運動、食事、社会参加・サポートの対策を立てる(図)。

フレイル外来ではフレイルの原因を明らかにし、対策を立てる。糖尿病、肥満、心不全、心房細動、心血管疾患、慢性腎臓病、認知症、うつ病、パーキンソン病、骨粗鬆症、変形性関節症、関節リウマチ、慢性閉塞性肺疾患、肝硬変、貧血などの疾患はフレイルの原因となるので、適切な治療方針を決定する。これらの疾患は、(1)フレイルを考慮して治療の目標や方針を決める疾

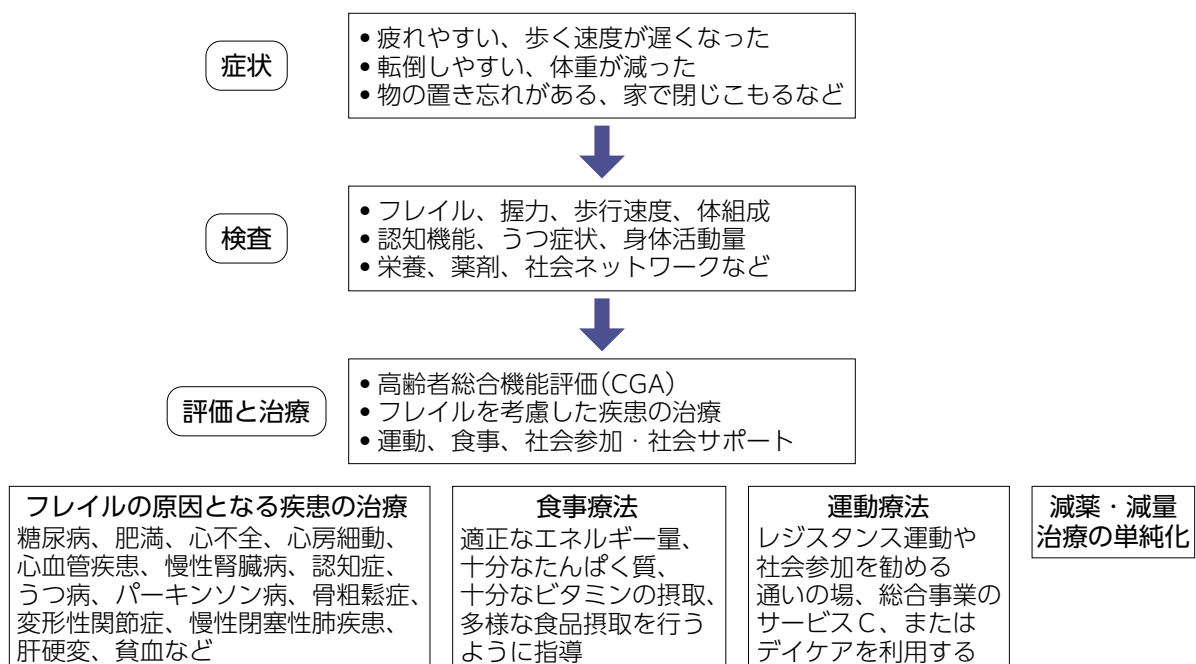


図 フレイル外来の流れ



アンケートにご協力ください！

患(糖尿病、高血圧など)、(2)疾患の重症度が増すにつれてフレイルのリスクが大きくなる疾患(心不全や慢性腎臓病など)、(3)背景にサルコペニアや低栄養があるもの(COPD、肝硬変など)、(4)転倒予防が重要な疾患(起立性低血圧、骨粗鬆症など)、(5)フレイルに付随しておこりやすく、ともに進行しやすいもの(認知機能障害、うつなど)がある。例えば、糖尿病では、認知機能、ADL、フレイル・サルコペニアの評価によって、糖尿病などの治療目標や治療方針の見直しを行うとともに、低血糖などの薬剤有害作用、ポリファーマシーなどに対する対策を講ずる。

CGAの要素である身体機能低下、認知機能障害、うつ、低栄養、ポリファーマシー、社会サポート低下などもフレイルをきたしうる。易転倒性、嚥下障害、摂食障害、慢性疼痛、睡眠障害、便秘、排尿障害、視力障害、聴力障害、ポリファーマシーなどの老年症候群はフレイルの人に多いので、こうした老年症候群のケアを行う必要がある。とくに、マルチモビディティ(多疾患併存)の患者はその背景にフレイル、うつ、ポリファーマシーなどがあり、心血管障害、転倒・骨折、死亡のリスクとなる。したがって、マルチモビディティの患者こそ、CGAを行うべき対象であり、多職種でCGAに基づいた複合的なアプローチを行う必要がある。

フレイル対策としての運動や社会参加は、地域の社会サービスにつなげることで、継続できるようにする。フレイル予防のためのレジスタンス運動を行うために、介護保険の要介護認定を申請し、デイケアなどを勧める。フレイル外来の詳細な検査結果に基づく意見書で適切な要介護度の認定が得られた例も少なくない。要介護と認定されない場合でも「通いの場」や総合事業のサービスCを利用し、運動を勧める。板橋区は「通いの場」として「10の筋トレ」ができる場所が110以上あり、利用を勧めている。

低栄養、フレイル・サルコペニアなどがある場合には栄養指導を行い、適正なエネルギー量の摂取、十分なたんぱく質とビタミンの摂取、多様な食品摂取を行うように指導する。改善しない場合は経口栄養補助食品の利用を勧める。

フレイル外来における臨床研究

フレイル外来では約900人の心血管代謝疾患を有する外来患者を登録し、約400人の患者を追跡して縦断研究を行っている。横断研究では、(1)フレイル外来患者の約8割がMCIレベルの認知機能障害があり、フレイルと認知機能障害は同時に対策を立てる問題であると思われる²⁾。(2)フレイル外来患者の認知・生活機能質問票であるDASC-8のカテゴリーの段階が進むにつれて、CGAの評価項目でもあるフレイル、サルコペニア、認知症、低栄養、服薬アドヒアランス不良の割合が増えることも明らかにしている³⁾。(3)肥満に関しては、ダイナペニア肥満とMCIとの関連⁴⁾、腹部CTによる内臓脂肪量高値とサルコペニアの組み合わせからなるサルコペニア肥満と頸動脈IMT高値との関連⁵⁾を報告している。(4)その他、起立時の血圧上昇とフレイルとの関連⁶⁾、脈圧高値と握力低下、脈圧低値と認知症の関連⁷⁾、腹部CTで評価した脊柱起立筋の筋量低下とフレイルとの関連⁸⁾、脾静脈の血流低下とサルコペニアとの関連⁹⁾、うつ症状とフレイルの双方向の関連¹⁰⁾なども報告している。

フレイル外来の縦断研究により、(1)脳局所の白質統合性異常¹¹⁾、(2)座位から立位への動作の床反力のスピード低下¹²⁾、(3)炎症、酸化ストレス、栄養のマーカーのGDF15高値¹³⁾やRDW高値¹⁴⁾など、(4)DASC-8カテゴリーⅡ以上がフレイル発症の危険因子となる¹⁵⁾ことを明らかにしている。この結果は、脳局所の白質線維の早期の変化、立位動作における身体機能、炎症や酸化ストレスに係る因子、および生活機能がフレイル発症に関与していることを示唆してい



る。その他、高血圧患者の観察期間における脈圧減少と3年後の握力低下との関連⁷⁾、糖尿病患者におけるHbA1c7.5%以上、臨床虚弱尺度 (CFS) 4以上、および言語流暢性障害が要介護発症の危険因子である¹⁶⁾ことも明らかにしている。

フレイル外来の今後の展開

フレイル外来におけるプレフレイルまたはフレイルの患者は多くの疾患や老年症候群を持ち、運動、栄養、社会参加の説明をしても、実行に至るのは半数に達しない。こうした患者は要支援レベルが多く、介護保険では十分なサービスを提供できない。そこで、2024年からフレイル外来患者を対象に院内の通いの場をつくり、簡単な運動、ゲーム、絵本の読み聞かせ、囲碁を用いたゲームを週1回行っている。また、医師と一緒に地域包括支援センターや社会福祉協議会などと連携し、通いの場などの様々な社会サービスにつなげるコーディネーターをつくることで、医師の社会的処方が推進できると考えている。東京都ではこのコーディネーターを担う多職種を養成するフレイル連携研修会を計画している。フレイル外来は医師とコーディネーター、その他の多職種とが協力してCGAを行い、フレイルの対策を行う外来として、さらなる発展を図っていききたいと考えている。

入院患者におけるfrailty指標による予後予測とCGA

複数の慢性疾患を同時に併発することは「マルチモビディティ」と呼ばれており、死亡やADL低下、長期入院のリスクとなる。高齢患者では、慢性疾患の数だけでなく、転倒、低栄養、疼痛などの老年症候群の数、ADL制限もその予後に悪影響を与える可能性がある。一方、海外では慢性疾患、老年症候群、ADL制限の合計数による欠損累積モデルによるFrailty Indexが開発されており、これも高齢者の死亡リスクを予測する。

そこで、前述のように日常診療の中で入院時にルーチンに電子カルテに記録されている慢性疾患17項目(心疾患、糖尿病、腎疾患、認知症、変形性関節症、悪性腫瘍など)、老年症候群16項目(転倒歴、低栄養、不眠、疼痛、うつ状態、視力障害など)、ADL制限2項目(BADL低下、IADL低下)などの35項目のデータからなるeMFI (electronic Multimorbidity Frailty Index) -35を開発し、高齢入院患者の予後との関連を調べた¹⁷⁾。対象は当センターへ入院した60歳以上の患者1,491名で、手術目的の短期入院や重複入院を除外した。eMFI-35は、Frailty Indexとしては35項目中、該当する項目の割合を求め、マルチモビディティとしては正常または軽度(0-2項目)、中等度(3-4項目)、高度(5-9項目)、極めて高度(10項目以上)と4群の重症度に分類した。主要アウトカムは入院中死亡、ADLの改善(Barthel Index 20点以上の改善)、入院期間(15日以上を長期入院と定義)、自宅退院の可否とした。平均年齢は82歳、女性53.9%でeMFI-35重症度は軽度22.3%、中等度30.0%、高度39.1%、極めて高度9.6%であった。eMFI-35重症度の極めて高度群(10項目以上)は、入院中死亡リスクが3.1倍、長期入院のリスクは2.1倍に上昇、ADL改善の見込みが49%低減、自宅退院の見込みが39%低減した。高度群(5-9項目)も、長期入院のリスクも1.5倍となり、自宅退院が19%減少した。

電子カルテ情報から自動に算出されるeMFI-35は、「マルチモビディティの指標」かつ「Frailty Index」でもあり、入院患者の予後を推定できることが明らかになった。入院時におけるeMFI-35の評価は、予後を推定できるだけでなく、治療やケアの方針の決定、退院支援、構成する項目の評価に基づいたCGAや社会サービスの導入に利用できることが期待される。



文献

- 1) Toyoshima K, Seino S, Araki A, et al. : Difference between "Physical Fitness Age" Based on Physical Function and Chronological Age Is Associated with Obesity, Hyperglycemia, Depressive Symptoms, and Low Serum Albumin. *J Nutr Health Aging*. 2022 ; 26(5) : 501-509.
- 2) Tamura Y, Ishikawa J, Araki A, et al. : Prevalence of frailty, cognitive impairment, and sarcopenia in outpatients with cardiometabolic disease in a frailty clinic. *BMC Geriatr*. 2018 ; 18(1) : 264.
- 3) Toyoshima K, Araki A, Tamura Y, et al. : Use of Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items (DASC-8) for the screening of frailty and components of comprehensive geriatric assessment. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 ; 20(12) : 1157-1163.
- 4) Oba K, Tamura Y, Araki A, et al. : Dynapenic abdominal obesity is associated with mild cognitive impairment in patients with cardiometabolic disease : a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022 ; 22(1) : 255.
- 5) Sato M, Tamura Y, Araki A, et al. : Coexistence of high visceral fat area and sarcopenia is associated with atherosclerotic markers in old-old patients with diabetes : A cross-sectional study. *J Diabetes Investig*. 2024 ; 15(10) : 1510-1518.
- 6) Toba A, Ishikawa J, Araki A, et al. : Orthostatic blood pressure rise is associated with frailty in elderly patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 ; 19 : 525-529.
- 7) Ishikawa J, Toba A, Araki A, et al. : Association of pulse pressure and mean blood pressure to frailty, sarcopenia, and cognitive dysfunction in elderly outpatients with history of hypertension. *Hypertens Res*. 2024 ; 47(8) : 2029-2040.
- 8) Sato M, Tamura Y, Araki A, et al. : The cross-sectional area of erector spinae muscle and the liver-to-spleen ratio are associated with frailty in older patients with diabetes : A cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2023 ; 23(1) : 765.
- 9) Ishikawa J, Futami S, Araki A, et al. : Splenic and portal venous flow associated with frailty and sarcopenia in older outpatients with cardiovascular disease. *BMC Geriatr*. 2025 ; 25(1) : 319.
- 10) Yorikawa F, Ishikawa J, Araki A, et al. : Determinants of depressive symptoms in older outpatients with cardiometabolic diseases in a Japanese frailty clinic : importance of bidirectional association between depression and frailty. *Plos One*. 2023 ; 18(2) : e0281465.
- 11) Tamura Y, Shimoji K, Araki A, et al. : Association between white matter alterations on diffusion tensor imaging and incidence of frailty in older adults with cardiometabolic diseases. *Front Aging Neurosci*. 2022 ; 14 : 912972.
- 12) Murao Y, Ishikawa J, Araki A, et al. : Association between physical performance during sit-to-stand motion and frailty in older adults with cardiometabolic diseases : a cross-sectional, longitudinal study. *BMC Geriatr*. 2023 ; 23(1) : 337.
- 13) Oba K, Ishikawa J, Araki A, et al. : Serum Growth Differentiation Factor 15 Levels Predict the Incidence of Frailty Among Patients with Cardiometabolic Diseases. *Gerontology* 2024 ; 70(5) : 517-525.
- 14) Oba K, Tamura Y, Araki A, et al. : High red blood cell distribution width associated with incident frailty in patients with cardiometabolic diseases : A longitudinal study. *Sci Rep*. 2025 ; 15(1) : 30907.
- 15) Katsumata Y, Toyoshima K, Araki A, et al. : Categorization using the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items (DASC-8) based on cognitive function and activities of daily living predicts frailty, disability, and mortality in older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2024 ; 24 Suppl 1 : 150-155.
- 16) Toyoshima K, Tamura Y, Araki A, et al. : Risk Factor of Disability as New Certification of Long-Term Care Needs in Older Japanese Adults with Diabetes Mellitus : A Longitudinal Study. *Geriatr Gerontol Int*. 2024 ; 24(10) : 1030-1038.
- 17) Toyoshima K, Araki A, Tamura Y, et al. : Prognostic value of the electronic Multimorbidity Frailty Index for mortality, change in basic activities of daily living, length of hospital stay and discharge home in older hospitalized patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2025 ; 25(9) : 1185-1193.



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16回は、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会理事長の辻哲夫氏をお招きしました。

第16回

予防から「老いに備える」時代へ



辻 哲夫(つじ てつお)

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会理事長

1971年東京大学法学部卒業後、厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険、健康政策担当)、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2008年から田園調布学園大学教授、2009年から東京大学高齢社会総合研究機構教授を務める。現在、東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター客員研究員、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会理事長、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団専門部会長など。厚生労働省在任中に医療制度改革に携わった。編著書として、『日本の医療制度改革がめざすもの』(時事通信社)、『地域包括ケアのすすめ：在宅医療推進のための多職種連携の試み』(東京大学出版会)、『在宅医療：治し支える医療の概念と実践』(中央法規)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。公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団理事。2023年瑞宝重光章受章。

出会いが導いた転機——系賀一雄氏、佐藤智氏との邂逅

大島：今号の対談には、元厚生労働事務次官の辻哲夫さんをお迎えしました。辻さんとのお付き合いは、私が国立長寿医療センター(現・国立長寿医療研究センター。以下、長寿医療センター)に赴任した直後からで、もう20年になります。まずは経歴を簡単にご紹介いただけますか。

辻：大学卒業後の1971年に厚生省(当時)に入省し、2007年に退官しました。若い頃から「大学で教員をしてみたい」という夢があり、偶然が重なった結果、東京大学高齢社会総合研究機構の職に就きました。東大では地域包括ケアシステムの構築に向け、「住み慣れた場所で自分らしく老



アンケートにご協力ください！

いるまちづくり」を目指した柏プロジェクトに取り組みました。プロジェクトにひと区切りをつけた現在は、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会(社福協)で理事長を務めています。

大島：大学卒業後は一貫して厚生労働行政に携わってこられました。進路を選ぶ際には、ご家族の影響も大きかったのでしょうか。

辻：父も兄も医師でしたが、兄が医師だったこともあって、私は法学部に進みました。卒業時には公務員を志し、いくつかの選択肢の中から厚生省を選びました。今にして思えば、医療に囲まれた家庭環境が、その選択の土台にあったのかもしれないと思います。

これは初めてお話ししますが、入省前、「本当に困っている人を理解し、力になれるだろうか」と悩み苦しんだ時期がありました。しばらく悩んだ末、「一度決めたらとにかくやる」と覚悟を固め、入省してみたら仕事が本当に面白かった。以来、仕事にのめり込み、年金・医療保険など、保険財政のマネジメントが中心でしたが、いろいろな分野の仕事に携わりました。

大島：辻さんといえば、私が長寿医療と関係がありますので、高齢者ケア政策や地域包括ケア、在宅医療が浮かんできますが、その転換点はどのように訪れたのでしょうか。

辻：1980年、33歳の時に滋賀県庁の厚生部社会福祉課へ出向し、糸賀一雄先生の足跡に触れたことが大きな転機となりました。糸賀先生は、「この子らを世の光に」という発信をされ、日本の知的障害者福祉を切り開いた第一人者です。「人の幸せをどう考えるか」という意味で決定的な影響を受けました。

その後、滋賀県庁から戻り、老人福祉課に異動し、勉強のために書店巡りをしていて出会ったのが、在宅医療の先駆者・佐藤智(あきら)先生の著書『在宅老人に学ぶ』(ミネルヴァ書房)でした。在宅医療に取り組まれる中で見出された、「老人は最後の時まで生き続ける者であり個性的なものである。老人は無限の可能性をもつ」という考えは、糸賀先生の思想とまったく同じでした。私がある講演で、『在宅老人に学ぶ』という本を書かれた佐藤智先生に、「私は開眼させられました」という話をしたところ、会場から「それは私です」と手を挙げられたのが、まさに佐藤智先生本人。その出会いをきっかけに、先生に師事することになりました。

「高度に進歩した現代医療の次のステップとして、在宅医療が必要だ」と確信したのが40歳のこの頃です。その後、58歳の頃に大島先生と出会うのですが、それまでの約20年間、在宅医療のことを考え続けてきました。

在宅医療を政策医療の柱に

大島：私が初めて辻さんにお会いしたのは2005年、長寿医療センターの初代総長に就任した翌年でした。当時、私は腎臓移植の専門医から高齢者医療に転じて2年目。辻さんは厚生労働審議官を務めておられました。どのような経緯でお会いしたのか、少し記憶が曖昧です。

辻：2004年に厚生労働審議官に就任した当時、医療制度改革が大きな政治課題でした。制度改革の立案を担う立場でしたが、私は医療保険財政を中心に歩んできたため、「医療とは何か」を一から学ぶ必要性を感じていました。そこで、6つあるナショナルセンター(国立高度専門医療研究センター)の総長を一人ずつ訪ねることにし、東京にある各センターを回ったあと、最後に伺ったのが愛知県の長寿医療センター、つまり大島先生のところでした。

大島先生にお会いして、一言でいえば、「私が探していたのはこの方だ」と思いました。私の信念は「政策医療の中に在宅医療の考え方を取り入れること」。その考えを共有し、共に実現してくださる方をずっと探していました。



[アンケートにご協力ください！](#)



大島伸一理事長

腎臓移植の外科医として「目の前で苦しむ患者さんを救いたい」という強い思いをもつ先生のまなざしに、深く感銘を受けました。ご自身の身からにじみ出る信念をもって行動される方だと感じました。「センターに赴任して2年、自分なりに懸命に勉強したけれど、不老長寿もあったもんじゃないよね」とおっしゃったことも印象に残っています。老化や死は避けられないという当たり前を受け入れて、医療のあり方を考えなければならない、という話だったと思います。

もう「この方だ!」と確信したので、一度目に会った時から在宅医療の話をした記憶があります。その後、先生が東京にお越しになったときに厚生労働審議官室に立ち寄ってくださり、再びじっくりお話しする機会がありました。

大島：たしかに、あの時は“さらわれるように”審議官室へ連れて行かれましたね(笑)。「役人にこんな方がいるのか」と驚いたことを覚えています。私はちょうど長寿医療センターとしての方向性を模索していた時期で、辻

さんのお話を伺い、「進むべき道が見えた」と感じました。すなわち、「これからの長寿社会では医療の形が変わる。病院中心の医療から、地域全体で支える医療へと転換する」こと。そして「その中核となるのが在宅医療である」という2点です。

ナショナルセンターに在宅医療を組み込む

大島：辻さんのお話を伺ってから、長寿医療センターとして何に取り組むべきかを深く考えました。これから迎える超高齢社会において、国民にとって最良の医療とは何か。その答えが「在宅医療」だと確信しました。しかし、ナショナルセンターの総長会議や有識者会議などで「長寿医療センターとして在宅医療に取り組みたい」と話をしても、ほとんどの反応は「なぜナショナルセンターで在宅医療を?」というものでした。当時は「在宅医療は、病院で行う医療を居宅で行うもの」といった認識が一般的で、医療界でも社会でも、その価値は十分に理解されていませんでした。その頃、辻さんにだいたひ愚痴をこぼしたことを覚えています。

その後、2007年に公表された「国立高度専門医療センターの今後のあり方についての有識者会議」の報告書の中で、今後の医療課題における各センターの役割が明示され、長寿医療センターには小さいながらも「在宅医療」という文言がありました。おそらく辻さんが支援してくださったのでしょう。「これで在宅医療を推進する条件が整った」と強く感じました。

辻：当時のナショナルセンターの先生方すべてが在宅医療に理解がなかったわけではなく、特に国立がんセンター(現・国立がん研究センター)の当時の総長・垣添忠生先生は、その意義をよく理解されていました。その中で、大島先生は在宅医療の本質をいち早く理解し、ナショナルセンターの体系に組み込まれた。先生ならきっと実現してくださる信じていました。その実行力と推進力に、ただただ感服しました。

大島：私としては、「長寿医療センターに在宅医療を組み込むように追い込まれた」というか、辻



[アンケートにご協力ください!](#)

さんにうまく仕組まれたような気がします(笑)。

そして、在宅医療を普及・充実させるには、センターだけでなく国の施策全体に働きかける必要があると考えました。そこで2007年、長寿医療センターを事務局として、「在宅医療推進会議」(座長：佐藤智氏)を立ち上げました。医師会をはじめ、在宅医療の関連団体や各職能団体が一堂に会する場を設け、在宅医療を推進するために全国的な議論を始めました。

「治し支える医療」と「ライフ(生命・生活・人生)」——日本独自の医療モデル

大島：2012年には、私は社会保障制度改革国民会議の委員を務めることになりました。きっかけをつくってくださったのは大久保満男先生(元日本歯科医師会会長、Aging&Health第32巻第4号対談「[第8回 歯科医療は生きる力を支える生活の医療](#)」)です。もともと辻さんと大久保先生の間に交流があり、辻さんが私を紹介してくださいました。大久保先生が私を委員に推薦してくださいました。

会議では各委員に発言の機会があり、私は「治す医療から、治し支える医療へ」という言葉を発表しました。発言内容は辻さんを含め多くの方と意見交換をしてまとめたものです。結果、2013年国民会議の報告書には、「『病院で治す』から『地域全体で治し・支える』医療へ」と記され、「治し支える医療」という言葉が広く知られるようになりました。翌2014年には、医療と介護が一体となった「医療介護総合確保推進法」が制定され、地域包括ケアシステムの構築が進んだという流れです。

その後、「支えるとは何を支えるのか」という話の中で、私は当初「生活を支えること」と考えていましたが、辻さんが関わる在宅医療の団体で、「支えるのはライフ(生命・生活・人生)」という考えが打ち出されました。今ではそれが在宅医療の基本概念として定着しています。

辻：「治し支える医療」の考え方と「ライフ(生命・生活・人生)」という考え方は、大島先生と私のそれぞれの思い入れが端緒になったのではないかと理解しています。私は「日本在宅ケアアライアンス」という団体の在宅医療が目指すべき方向性を示す「基本文書」の原案づくりを担当しました。その際、在宅医療の質を評価する指標は、「QOL (Quality of Life)」であると合意されていましたが、「Life」という言葉を日本語で示し、多職種が合意できる、分かりやすい共通概念をつくりたいと考えました。辞書を引くと、「Life」は「生命・生活・人生(あるいは生涯)」と訳されています。そこで、「基本文書」の原案作成を担当した仲間の医師と相談し、治す医療は「治し支える医療」の一部に過ぎず、人がその人らしく生きがいをもって生き切れるよう、在宅医療においては、医師を含む医療介護を通ずる多職種がこの3つのライフの質の最適の組合せに向けて連携して取り組むという方向が明らかになりました。

この3つのライフの質という視点を大切にして、「治し支える医療」への転換を進めていく。「治し支える医療」という概念と「3つのライフの質」という概念が結びついたことで、超高齢社会を迎える今後の日本の独自の医療のあり方を示すことができるようになったと思っています。

大島：「ライフ」という言葉には、生命・生活・人生という、人の誕生から死までを包括する深い



辻哲夫氏



[アンケートにご協力ください!](#)

意味があります。その考え方を知ったとき、まさに目が開かれる思いでした。

在宅医療の礎を築いた勇美記念財団

大島：在宅医療の話に戻りますと、在宅医療の発展の歴史を語る上で、「在宅医療助成勇美記念財団」(以下、勇美記念財団)の存在は欠かせません。2000年、株式会社オートバックスセブンの創業者の一人・住野勇氏の寄附により設立された財団法人です(現在、公益財団法人)。辻さんは財団設立当初から携わっておられますが、その経緯を教えてください。

辻：私が勇美記念財団に関わるようになったのは、本当に偶然のことでした。住野勇・美代子ご夫妻は、事業で得た資産を社会に還元したいと考え、医療分野に貢献する財団を厚生省の関係で設立したいと希望されていました。住野氏は、つてを探り、厚生省医系技官・高原亮治氏(のちの健康局長)に相談されたそうです。そこから同郷つながりで近藤純五郎保険局長に話が伝わり、当時、その下で保険局の審議官を務めていた私に声がかかりました。そこで、近藤局長と意見が一致し、「在宅医療を推進する財団がいいのでは」という話になり、佐藤智先生を住野ご夫妻に紹介したところ、ご夫妻は佐藤先生の思いに深く共感され、保険局の管轄の下、極めて短期間で設立が認可されました。

私は佐藤先生にこの話をつないだ後、保険局を離れましたが、後輩の皆さんが引き続き勇美記念財団を支えてくれました。財団の勉強会には、迫井正深さん(現・医務技監)が第1回から参加されたと聞いており、その後も厚労省の現役の関係者が途切れることなく出席し、この勉強会は重要な役割を担っています。

大島：辻さんから勧められて私も勇美記念財団の勉強会に参加し、日本の在宅医療の実際を学ばせていただいています。「在宅医療推進会議」を立ち上げた2007年には、勇美記念財団と「第3回在宅医療推進フォーラム」を共催させていただき、共に歩んできました。

在宅医療は介護とともに

大島：その後、長寿医療センターで発足した「在宅医療推進会議」は、2016年に厚労省医政局が主導する「全国在宅医療会議」へと発展し、国の事業として在宅医療が正式に位置づけられました。私も座長として参画しましたが、残念ながらこの会議は2019年で終了しています。

辻：終了した理由はよく知りませんが、会議の場で大島先生が「在宅医療に介護関係者が関わるべきだ」とご発言されたように、老健局との連携ができていないという構造的問題がありました。そもそも在宅医療の概念は、介護を含めた体系を構築しなければ完成しません。医政局と老健局が組織として連携を取らなかった、つまり縦割り行政の壁をこえられなかったことが、あの会議が続かなかった大きな原因だと私は考えています。

大島：在宅医療は「生活を支える医療」ですから、介護と一体で進めて、より大きな体系に発展させていく必要がありますね。

辻：おっしゃるとおりです。その流れを受けて、今回進めている「新たな地域医療構想」では、医政局が、85歳以上の人口の急増に対応する新たな最大の改革の柱のひとつとして、「病院の入院機能の分化と連携」という従来からの枠組みに、初めて「外来」「在宅医療」「介護との連携」という体系を組み込んだのです。

大島：それが初めてだとは、意外です。

辻：医政局もようやく、介護と連携した在宅医療なくして医療改革は成り立たないという結論に



たどり着いたのだと思います。そもそも医療と介護の連携は、地域から積み上げるものです。老健局の「在宅医療・介護連携推進事業」は、社会保障制度改革国民会議の提言に基づく一連の改革として2015年頃から介護保険の地域支援事業として始まりました。この取り組みを確実に進めていくためにも、やはり老健局と医政局が真に手を組むことが不可欠です。

医政局が老健局との連携の必要性を認識した今回の新たな地域医療構想が、実際に機能するかどうか、医療改革が本当の意味で動き出すかどうかの分岐点になると考えます。私は今理事長をさせていただいている医療経済研究・社会保険福祉協会として地域の医療介護の連携体制のデータの「見える化」を進め、地域での実効性のある話し合いが進むように支援し、厚労省をバックアップしていきたいと考えています。

老いのプロセスを学び、老いを正しく受け入れる

辻：今後の医療改革は、人生100年時代を迎え85歳以上人口が急増することを機として、「治し支える医療」の普及、政策的には、新たな地域医療構想に基づく地域における多職種連携の在宅医療の普及の成否が焦点になります。同時に、もうひとつどうしても必要なことがあります。

現在の85歳以上人口の平均の要介護認定率は約6割です。そして2040年には85歳以上人口が1,000万人に達します。介護保険の財政が厳しくなり、必要な良質な介護サービスの確保は難しくなり、医療提供体制にも大きな影響が及ぶことが懸念されます。要するに、国民全体の要介護になる時期をもっと遅らせる政策が不可欠です。

老いの始まりはフレイルです。要介護になってからでは元に戻る可能性は低く、その一歩手前がフレイル、そのまた手前がプレフレイルで、健常から徐々に弱っていく過程にあります。「要介護の手前であるフレイルは可逆性がある」という見解を日本老年医学会が示していますが、その段階では、現実には専門職の支援が必要です。しかし、地域住民自身がプレフレイルや健常の段階から「栄養」「身体活動」「社会参加」の3つの柱に取り組めば、フレイルになってから対応するよりも、より長く自立を保てると期待できることが分かってきています。

フレイルの概念を通して、老いがどのように進むのかを地域住民同士がきちんと学び行動すれば、早期から老いを遅らせるとともに、最期への覚悟を含めて老いを正しく受け入れる準備ができる。単なる予防ではなく、「老いに備える」という発想転換が必要です。この場合、上から教えられるのではなく、住民同士が自発的に学び励まし合うことが重要であり、このような観点から、医療経済研究・社会保険福祉協会が事務局となって、自治体と産業界の有志が中心となったフレイル予防推進会議が立ち上げられ、フレイル予防5か年活動計画の策定を目指しています。

大島：今日は、在宅医療の黎明期からその発展の歴史、そして現在の研究の中心であるフレイルの話まで多彩な話を伺いました。辻さんと出会って約20年。振り返ると、医療の大きな方向性がまさに辻さんの言葉どおりに進んできたと感じています。地域包括ケアが進み、医療は病院完結型から地域完結型へ。その中心を支えているのが在宅医療です。辻さんは、私に医師として最後に進むべき道を示してくださった方だと強く感じています。これからも日本の政策医療への的確な提言を期待しています。

辻：大島先生との対話の中で、多くのエピソードを思い出し、改めて元気が出ました。私は、これからは後期高齢者になっても、もう一仕事する時代だと言っています。これからも大島先生と共に仕事をさせていただきたいですし、先生がいらっしゃるからこそ私も頑張れる。大島先生がお元気であることが、私の元気の源です。今日は楽しい時間を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、福岡国際医療福祉大学特任教授・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シニアフェロー・井上剛伸氏、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学教授（代表）・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。

老化脳神経細胞でのカルシウムイオン流出阻止と糖化タンパク質処理の重要性

アルツハイマー病 (AD) の脳では老人斑と神経原線維変化が病理的特徴として知られているが、それに加えて細胞内の酸化ストレスに呼応してカルボニル化蛋白質が増加し、細胞内のカルシウムストア (小胞体) からの Ca^{2+} イオンの流出も増える。このイオン流出は小胞体膜上のリアノジン受容体 (RyR2) のリン酸化がカギになる。イオン流出が増えると糖化蛋白質を除去しようとする酵素グリオキサラーゼ (GLO1) も増加する。そのような状態のマウスやマカク猿は記憶障害になりやすい。RyR2のリン酸化を阻止して Ca^{2+} イオン流出を止め、GLO1の誘導を阻止することもADや認知障害の抑制につながる可能性がある。米国エール大学のエミー・アルンステン、ローラ・サンシンらのラボの共同研究 (Woo E, et al., JCI Insight. 2025 ; e184041. doi : 10.1172/jci.insight.184041)。(森)

日本発のエビデンス：移行期ケア提供による再入院予防

高齢患者の急性期医療では再入院予防が重要課題となっており、退院支援や多職種連携等の移行期ケアが重要とされている。Machidaらは日本の急性期病院 (711施設) のDPCデータを使って外来診療対応可能疾患 (ACSC) による高齢入院患者 (約8.6万人) を分析し、移行期ケアを受けた患者は7日以内および60日以内のACSC関連再入院リスクが有意に低いことを明らかにした。移行期ケアによって退院前後の連携体制を整備することで、ケアの継続性が向上し、回避可能な入院の予防につながる可能性が示された (Machida A, et al., Age Ageing. 2025 ; 54 (9) : afaf247)。(石崎)

介護者用パワーアシストスーツに個人の嗜好を反映する制御手法が開発される

パワーアシストスーツは介護者の腰部負担軽減に役立つものの、最適なアシスト量の決定に課題があり、広く利用されるには至っていない。そこで、介護者の好みに合わせたアシスト量の設定をベイズ推定を用いて理論的に行う手法が提案された。本人が微妙にアシスト量の違いを感じることができる2種類の設定を試し、どちらが好ましいかを回答することで、好みに合った設定を効率よく導き出す手法である。実験の結果、介護者は持ち上げる時と下ろす時で、異なるアシスト量の設定を好み、持ち上げる時のほうが大きなアシスト量を好むことが示された。これにより、アシストスーツのさらなる普及が期待される (Arens P, et al., Science Advances. 2025 ; 11 (15) : eadu2099)。(井上)

介護施設入所高齢者における降圧薬減量の安全性

フレイル高齢者では、厳格な降圧が転倒や低血圧などのリスクを増やす可能性があるが、安全な薬剤減量の根拠は乏しい。フランス・ディジョン大学病院のベネトスらは、多施設共同研究 (RETREAT-FRAIL試験) で80歳以上の介護施設入所者1,048例を対象に、降圧薬段階的減量と通常治療を比較した。平均38か月追跡で血圧はわずかに上昇したが、死亡率や有害事象に差はなく、過度な降圧治療の見直しを促す結果となった (Benetos A, et al., N Engl J Med. 2025 ; doi : 10.1056/NEJMoa2508157)。(竹本)

新しい神経細胞間コミュニケーション経路の発見

古典的に、神経細胞間コミュニケーションはシナプスを介して行われるとされてきた。しかし、ジョンズ・ホプキンス大学のKwon博士らは、新しい経路として、dendrite-dendrite nanotubes (DNT) という隣接する細胞をつなぐ極細いナノチューブが存在し、カルシウムなどの分子を伝播できることを見つけた。興味深いことに、このDNTを介してアルツハイマー病原因分子である $\text{A}\beta$ も細胞間を伝播した。DNTがアルツハイマー病に対して保護的か病的かはまだわからないが、この新しい経路の発見は生物学的にも病理学的にも大変興味深い (Chang M, et al., Science. 2025 ; 390 (6768) : eadr7403)。(堀)



[アンケートにご協力ください！](#)

生きる力を引き出す「手当て」



一般社団法人「日本で・あーて、TE・ARTE、推進協会」代表理事 **川嶋みどりさん 94歳**

PROFILE 川嶋みどり (かわしま みどり)

看護師。1931年5月18日、京城(現・韓国ソウル)生まれ。6人きょうだいの長女。1951年日本赤十字女子専門学校卒業、日本赤十字社中央病院(現・日本赤十字社医療センター)に勤務。82年から健和会臨床看護学研究所長。2003年から11年日本赤十字看護大学教授、現在同大名誉教授。「東京看護学セミナー」世話人代表。11年東日本大震災後に看護チームを率いて被災者を支援。22年雑誌『オン・ナースング』(看護の科学新社)を創刊。1995年第4回若月賞、2007年第41回フローレンス・ナイチンゲール記章、15年第1回山上の光賞受賞。著書は『看護の力』(岩波書店)、『長生きは小さな習慣の積み重ね』(幻冬舎)、『私的高齢者ケア論』(医学書院)など多数。

■ やわらかい手が触れると

70年余りにわたる看護師の経験から、看護の基本は「手当て」という信念をもつ。

ナイチンゲールの肖像写真が飾られたご自宅の書斎で、なぜ「手当て」なのか、お話をうかがった。資料があふれ、本棚には医療以外のアートや文学の本も見える。パソコン、大型コピー機を



[アンケートにご協力ください!](#)



美智子皇后(当時)手ずからナイチンゲール記章を授けられた(本人提供)

備え、編集者らとのやり取りにはPDFやWordを使いこなし、メールの返信はすばやい。朝5時半に起き、講演や執筆を通して「手当て」の有効性を説く。

小柄な体格。小さな手は、ふっくらとしている。この手で94歳のいままで、どれだけ多くの患者さんの心と体に触れ、生きる力を引き出してきたのだろう。そのやわらかい手で撫でてもらうと、手がふんわりと温かい層に包まれ、穏やかな気持ちになっていく。川嶋さんが考える看護とは、患者さんをよく見て体に触れ、何がこの人に必要かを五感で感じとることだ。

「脈をとらせてください」と語りかけ、目をみつめながら、手首から指先まで「鳥の羽のように」優しく優しく触れていく。それだけで、脈の強弱、発熱、水分不足など、患者さんの状態が分かると話す。

■ 看護婦志望ではなかったけれど

少女のころは看護婦[※]になりたいとは思っていなかった。医師のお手伝いさんのような印象だったためだ。親戚に医師が多かったため、小学生のころは医師になりたかったという。

銀行員の父が赴任していた京城(現・韓国ソウル)で生まれた。釜山高等女学校時代は戦時中の勤労働員で軍服のボタン付けをさせられ、勉強どころではなかった。

1946年5月、家族8人全員で父の故郷・島根県にたどりつく。ようやく手に入れた4反歩(約4,000㎡)で、“にわか農家”の両親が肥え桶をかつぐ。現金収入はなく、学費がかかる医師への夢は言い出せない。ただ、父は女子医専の規則書を取り寄せていたようだ。高等女学校の保健の教師が聖路加女子専門学校出身で、看護学校の給費生になることを勧めてくれた。

■ 学ぶ喜びに満ちた学生生活

15人の合格者のひとりとなって日本赤十字女子専門学校に入学。東京での生活が始まる。学校と寮は渋谷区の日本赤十字社中央病院敷地内にあった。当時は同じ場所で聖路加女子専門学校の学生と一緒に、同じカリキュラムで学ぶ。GHQ(連合国軍最高司令官総司令部)が両校を合体し、看護のモデル校としたためだ。学生とはいっても、午後11時から午前7時までひとりで病棟の夜勤をしなければならない実習もあった。それも1週間通しだ。むろん昼には授業があり、試験日と重なっても夜勤は外されない。

それでも学ぶ喜びが上回っていた。戦争で勉学の機会を奪われていたため、とにかく勉強したかった。特に聖路加女専の高橋シュン先生との出会いは、その後の道しるべとなった。

※ 2002年3月に法改正で、看護婦、看護師から男女を問わず看護師という呼び方になりました。本稿では当時使われていた呼称を使っています。





看護した子どもたちはフルネームで覚えている(本人提供)

■ 小児科をライフワークにしたい

高橋先生は自ら腕まくりをして臨床指導に当たり、厳しいけれど涙もろい一面もあった。

実習中、警察官が渋谷の飲食店のごみ捨て場で見つかった赤ちゃんを連れてきた。残飯まみれで悪臭がひどい。立ちすくむ川嶋さんに先生はすぐ、ホウ酸綿、オリーブ油と脱脂綿、お湯で絞ったタオルを持って来てと指示。か細い声でなく赤ちゃんを拭き、小児水(赤ちゃん用に作った水)を飲ませた。衰弱し、かさぶ

たに覆われていた赤ちゃんは生きる力を取り戻した。抱き上げ、「きれいになったね」と頬ずりする先生の姿に、看護の力を思い知らされた。

一時母校の教員となったが、通算5年小児科病棟に勤務。「子どもたちから看護のあり方を教えられました」。患者さんのために何をしたらよいか考える看護は、言葉で苦痛を訴えられない小さな子どもだけでなく、病気の種類を問わず老若男女に通用する原点だと確信した。

30歳前後には大きなできごとが次々とあった。当時の看護婦は、寮で暮らし結婚退職するのが当然だった。寮を出てみて薄給に愕然とし、病院に待遇改善を要求した。1957年、通産省地質調査所(当時)の研究者と結婚、長男、次男を出産した。母になる看護婦が増え始め、院内に保育所設置を求めた。“優等生”の川嶋さんは、こうした行動により上司から睨まれるようになる。

「乳児がミルクを飲むゴクゴクという動きが哺乳瓶から手に伝わる心地よさから病棟看護婦が感じる赤ちゃんの可愛さと、母親になってわが子に対して感じる可愛さとは質が違う。母親の気持ちが本当には分かっていなかった」。そのため産休明けには「小児科が自分のライフワーク」と訴えて、小児病棟への復帰を志望したが、耳鼻科外来にまわされた。規模が小さい科で、外来は「島流し」と目されており、左遷かと疑った。

■ お腹がすいているのになぜ食べない

「でも、耳鼻科は人間が人間らしくある臓器を扱う科だと“開眼”したんです」。生命維持に欠かせない呼吸、嚥下、直立歩行するための平衡器官がある内耳、コミュニケーションに必要な耳や滑舌などは耳鼻咽喉科の領域だ。医師が額帯鏡をつけて局所をみるのに対し、「看護婦はジェネラリスト」という意志はさらに強まる。

夏休みになると、扁桃腺除去手術をする子どもたちが多く入院する。術後はお腹がすいているはずなのに、食



次男・均さんが小学4、5年生ごろママと兄、自分を描いた。ママの手は大きい



アンケートにご協力ください!



得意料理はボルシチ、餃子。庭で収穫した梅を毎年、梅干しにする(本人提供)



東日本大震災被災地の「て・あて塾」では手を使ったケアを実技指導した(本人提供)

欲も元気もない。のどが痛むのだろうか。ひとりの子どもに麦茶なら飲めるか聞くと一気に飲み、「痛くない」と答えた。痛くないならなぜ、食べないのか。術後の食事は重湯や葛湯だった。そこで小学2年生から5年生に「重湯や葛湯を知っているか」とアンケートをすると、「知らない」という答えばかり。早速カンパを募り、プリン、アイスクリームなど子どもが親しんでいるものから自由に選ばせると、喜んで食べた。親から離され、病院という非日常空間で、未知のものを怖れて口にできなかったのだと実証した。

■ やはり手には力がある

夫は結婚当初から妻の激務を理解し、家事分担を申し出てくれた。その夫が金婚式を前に舌がんにかかり、緩和ケア病棟に入院。「手をつないだことなんてなかったのに、ギュッと手を握っちゃって離さない」。苦しそうなので看護師を呼ぶたび、血中酸素濃度の数値を見て「大丈夫」と去っていく繰り返しだった。ところが、友人で看護師の村松静子さんは見舞いに来ると、さっと首のあたりに手を当て、「肩凝ってるね。痛かったでしょ。辛かったでしょ」と肩や手をさすり、握手してくれた。気管切開して話せない夫は「ありがとう。気持ちよかった」と書いて涙を流した。やっぱり手だ、手当てだと強く思った。

2011年、日本赤十字看護大学を退職。ほっとする間もなく、東日本大震災被災者の姿にいてもたってもいられなくなり、退職した看護師を率いて支援にむかう。ここでも寄り添い、手を触れる看護の力を再確認した。そして手によるケアの有効性を研究、普及するため13年、[一般社団法人「日本で・あて、TE・ARTE、推進協会」](#)を設立。協会は25年、「未来のいしずえ賞」を受賞した。さらに看護現場での実体験を看護師自身が「書き手として伝え、読み手となり考える」ため、雑誌『[オン・ナーシング](#)』（看護の科学新社）を22年に創刊している。

90歳から合気道を習い始めた。「氣」によって自分より重い人を動かせるなら看護にも取り入れられるかと入門し、月2回通う。

「て・あて」は「手」と「アート」の造語。研修で来日したアフリカの看護師に、機器が乏しくても「手当て」があると話すと、ひとりが「て・あて、て・あて」と歌い出した。mottainai(もったいない)が世界語となったように、「TE・ARTE」も広まってほしい。そう願っている。

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



[アンケートにご協力ください！](#)



いつでも誰かとつながれる 安心の居場所

神奈川県川崎市
一般社団法人プラスケア 「暮らしの保健室かわさき」

街の人と医療者が気軽につながる暮らしの保健室

「職場の人間関係で悩んでいます」「介護の悩みを聞いてほしい」「がんの治療をしているけれど、医師とのコミュニケーションが難しくて……」「今日は一人でいたくなくて来てみました」

「暮らしの保健室かわさき」には、こうしたさまざまな背景をもつ利用者が訪れる。ふらりと立ち寄る人もいれば、予約をして個別相談の枠を利用する人もいる。利用者の年代も10～70代までと幅広い。丸テーブルを囲み、コーヒーや紅茶を飲みながら、医師・看護師・ソーシャルワーカー・臨床心理士などの専門スタッフと気軽に談笑し、つながることができる。病気や介護の悩み事はもちろん、最近観た映画の話や旅行の話など、日常の話題でも歓迎だ。

「暮らしの保健室かわさき」は、2023年5月、神奈川県川崎市中原区のJR武蔵新城駅近く、カフェやコワーキングスペースが並ぶにぎやかなエリアの一角に新拠点を開設した。それまでの“出張スタイル”の暮らしの保健室^{※1}から、週4～5日開催の常設型へと発展した形である。

薬ではなく、人とのつながりを処方する「社会的処方」

「暮らしの保健室かわさき」を運営するのは、「一般社団法人プラスケア」。代表理事の西智弘さんは、川崎市立井田病院の腫瘍内科・緩和ケア科の医師である。

「私はがん専門のドクターとして、病気を抱えながら街で暮らす患者さんが、孤独感や孤立感に苦しむ姿を見てきました。生活の延長線上にあるような場所で気軽に話せる環境があれば、もっと安心して過ごせるのではないかな。そう考えたのが活動のきっかけです」

西さんは2013年頃から、街のカフェなどで地域住民の話を聞く活動を始め、2017年にプラスケアを設立。看護師でコミュニティナース^{※2}の石井麗子さんを専任スタッフに迎え、川崎市初の暮らしの保健室を開設し、武蔵小杉や溝の口のコミュニティスペースを巡回する形で活動を始めた。そして、



カフェのような外観の「暮らしの保健室かわさき」



丸テーブルを囲んで利用者とスタッフが談笑する

※1 暮らしの保健室は、2011年に高齢化が進む新宿区の戸山団地で訪問看護師の秋山正子氏が始めた活動。看護師や医療専門家が常駐し、健康や病気、介護など暮らしの中でのさまざまな困りごとを相談できる。

※2 コミュニティナースとは、株式会社CNCが提唱するコンセプト。職業や資格名ではなく、誰もが実践できる役割を示す言葉。「人とつながり、まちを元気にする」ことを目指し、地域住民のウェルビーイングに貢献する活動やあり方を指す。



[アンケートにご協力ください！](#)

ある婦人との出会いが、その後の活動に大きな影響を与えた。

「“はじまりの婦人”と呼んでいるのですが、その方は『夫が認知症で、私を家から出してくれないんです。今は夫の症状が落ち着いているので、ようやく外に出られました。夫以外の人と話をするのは久しぶりです』と話されました。そのとき、私は何も申し上げることができず、ただ話を聞くことしかできませんでした。公的サービスは使いたくないというご本人の意向もあり、継続的に関わることは難しい。もっと街の中に、自然なつながりをつくっていかねばならないと痛感しました」



プラスケア代表理事で医師の西智弘さん

その後、西さんはイギリス発祥の仕組み「社会的処方」を知る。「薬で人を健康にするのではなく、地域とのつながりを利用して人を元気にする」という考え方だ。社会的処方の仕組みを学んだのち、2018年に「[社会的処方研究所](#)」というオンラインコミュニティを立ち上げた。ここでは、社会的処方に関する情報を収めて共有し、その取り組みが広がるよう活動が続けている。

こうして、社会的処方の考え方を基盤に据えたプラスケアの暮らしの保健室は、「街や人とのつながり」をより重視した活動へと発展していった。そして2023年、地域の縁に支えられ、常設型の「暮らしの保健室かわさき」武蔵新城拠点を開設。それまで年間約300人だった利用者は、2023年度には約800人、2024年度には約1,000人へと右肩上がりに増えている。

武蔵新城拠点の常駐スタッフは、ソーシャルワーカーの勝山陽太さんと、臨床心理士・コミュニティナースの福島沙紀さん。取材に伺った日も、利用者とスタッフが丸テーブルを囲み、笑い声が絶えない和やかな時間が流れていた。

この武蔵新城拠点のほか、隣駅の武蔵中原や溝の口でも月1回暮らしの保健室を開室。「グリーフケア・あのねの部屋」「鍼灸師によるお灸セルフケア教室」「栄養相談」「化粧外来」などの定期イベントを開催し、地域の人々のセルフケアの力を引き出す活動が続けている。

一人ぼっちでも精神的には一人ぼっちではない

「暮らしの保健室かわさき」ならではの“つながり”のつくり方について、西さんに伺った。

「映画の話をしにきた方がいました。『好きな映画は?』『最近観た映画は?』と話しているうちに、その方がふと、『このあいだ観た映画で配偶者を亡くすシーンがあったのですが、実は私も半年前に妻を亡くしまして……』と話し始めたんです。『本当なら妻と映画の話をしたかったけれど、妻を失ってから誰ともそういう話ができなくなりました』とおっしゃいました。『奥さんはどんな方でしたか?』と尋ねると、『妻はこういう人で……』と、ボロボロと涙を流されました。その方は最後に、『妻の話をするつもりはなかったのですが、ここなら安心して話を聞いてもらえると思って、つい話してしまいました。悲しい気持ちを聞いてほしいだけなのに、周囲から“元気を出して”と励まされるのがつらかった。今日は妻の話ができて本当によかったです』と話して帰られました。

半年後、その方は奥さまの一周忌を終えたあと、ふと思い出したように保健室を訪れ、『元気でやっています』と報告してくださいました。今は特に困りごとがあるわけではないけれど、また半年後、一年後に相談したいことができたとき、ここに来れば誰かが待っていて話を聞いてくれる。一人ぼっちでも、精神的には一人ぼっちではない。そう思えることが大切だと思っています」





左：「保健室となり文庫」のシンボル「ブックタワー」

中：センスの光る入口の看板

右：書棚には西智弘編著の『社会的処方』『みんなの社会的処方』（いずれも学芸出版社）も並ぶ

「暮らしの保健室かわさき」では、無理に話を引き出すことはせず、本人が話したいことを話し、スタッフは静かに耳を傾ける。医療的な助言を求めて訪れる利用者には、必要に応じて医学的見地から話をしたり、適切な支援先につなげたりすることもあるが、それが主目的ではない。「話を聞いてくれる人がいる」と信じられること、そして「あなたはここにいていい」と感じられる場所であること。その環境づくりに、何より心を配っているという。

● 文庫と保健室を行き来しながら緩やかなつながりを

「暮らしの保健室かわさき」のすぐ隣、裏路地にある「保健室となり文庫」は、プラスケアが運営する“本のある居場所”だ。2階の天井まで届く本棚には、「社会的処方」「まちづくり」「アート」などの本がぎっしり。会員登録なしでも室内で自由に本を読むことができ、会員になった場合には本のレンタルも可能になる。螺旋階段の脇にはアート作品を展示する小さなギャラリーもある。

取材の日に出会ったのは、ちょうどギャラリーで作品を展示していたアーティストのご家族。暮らしの保健室の利用者でもあるその方は、「展示にチャレンジできたのは、保健室で顔を知っているという安心感があったから」と笑顔で話してくれた。

暮らしの保健室と文庫には各々の会員制度があり、行き来自由だ。保健室では医療者とつながり、文庫では本やアートに触れて一人の時間を楽しみ、心の元気を取り戻す——そんな場所である。

● 利用者本人の力を信じて、その時間を共に過ごす

「まちの日常の中で、つながりたいときにつながれる木陰のような場としてあり続け、その人の決めていく時間を共に過ごす」

これは、「暮らしの保健室かわさき」が掲げる行動理念である。この中に「背中を押す」「支援する」「伴走する」といった言葉がないのは、「利用者さん本人の力を信じているから」と西さんは言う。

「私たちは何かを促したり導いたりはしません。人生を歩もうとしているのは本人であり、その方が決めて進むとする力を信じ、その時間を共に過ごす。“つながりたいときにつながれる”という言葉にも、本人を尊重する思いを込めています」

印象的だったのは、「“医療にとっても詳しい街の人”という気持ちでここにいたい」という西さんの言葉。「暮らしの保健室かわさき」は、専門知識をもつスタッフが“街の人”として常駐し、誰もがつながりたいときに安心して立ち寄れる、やわらかな居場所である。

● 文／編集部



[アンケートにご協力ください！](#)



ケアが循環するまちの拠点

長野県軽井沢町 ほっちのロッジ

診療所と大きな台所のあるところ

長野県軽井沢町発地(ほっち)の森の一角にある「ほっちのロッジ」は、診療所とまちの居場所が一体となった複合施設。「症状や状態、年齢じゃなくって、好きなことをする仲間として、出会おう」を合言葉に、「ケアの文化拠点」としてまちの文化を育む起点になりたい——そんな思いが込められた場所だ。

ほっちのロッジには、診療所、在宅医療・訪問看護の拠点、医療的ケア児の居場所、病児保育室、共生型デイサービス、放課後等デイサービスといった機能が備わっている。まちの人の居場所として、アトリエ、台所、文庫もあり、子どもから高齢者まで、さまざまな背景を持つ人々が集う。

入り口を入ると、あたたかな電球に照らされた山小屋のような空間が広がる。中央には大きな台所がどんと構え、座卓を囲んで、医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、保育士、社会福祉士など多職種がミーティングをしたり、食事をとったりする。診療所はあえて2階に設け、できるだけ“医療感”を排している。だだ広だけのワンフロアではなく、壁に凹凸を設け、扉のない小さな空間が連続するづくりが特徴だ。室内では子どもたちが元気に走り回る姿もあれば、文庫で静かに読書をする子どももいる。畳の部屋で昼寝する子どもを高齢者が見守る光景も見られる。ここは、施設の利用者のほか、元患者さん、調理ボランティア、アトリエで行われるイベントの参加者など、地域の人々で賑わう。

ほっちのロッジは、地域の人々の可能性を引き出す取り組みが評価され、「第10回アジア太平洋地域・高齢者ケアイノベーションアワード2022」のSocial engagement program部門で最優秀賞、



森に囲まれた「ほっちのロッジ」



大きな台所の前の座卓で多職種ミーティング(ほっちのロッジ提供)



緩やかに仕切られた文庫で読書に集中(ほっちのロッジ提供)



[アンケートにご協力ください！](#)

「2022年度グッドデザイン賞」を受賞した。

ほっちのロッヂを運営するのは医療法人社団オレンジ。福井県福井市を拠点に、在宅医療、医療的ケア児の居場所、クリニックなど、地域のニーズをベースに多様な事業を展開している法人だ。ほっちのロッヂ開設の背景には、オレンジ代表の紅谷(べにや)浩之医師と、福祉環境設計士の藤岡聡子さん(株式会社ReDo代表)との出会いがあった。



藤岡聡子さん(左)と紅谷浩之医師(右)

● オレンジが進める地域医療 —— 医療もみる、地域もみる、暮らしもみる

紅谷医師は、福井県おおい町国保名田庄診療所、高浜町国保和田診療所で在宅医療・地域医療に従事した後、医療法人社団オレンジを設立。2011年に福井県初となる複数医師による在宅医療専門クリニックを福井市に開設し、2012年に医療的ケア児の居場所「オレンジキッズケアラボ」、2013年に誰でも立ち寄れる「みんなの保健室」、2016年にはクリニックなどを展開してきた。

「私たちの専門は在宅医療だけでなく地域医療です。医療もみる、地域もみる、暮らしもみる。その時の地域のニーズに応えていたら、自然と多角経営になりました。在宅医療は、その人らしく住み慣れた場所で最期まで暮らせるよう支える医療。暮らしにつながることは何でも取り組んでいきたいと思っています」

軽井沢との縁は、「医療的ケア児のキャンププロジェクト」がきっかけだ。

「医療的ケア児は、病気のせいで動けないと思われがちですが、実際には『遊び』や『友達』が暮らしの中にないたため家にこもっていただけです。だからこそ、暮らしを取り戻す活動を続けてきました。2015年、北陸新幹線が金沢まで開業したことで、福井から軽井沢に行きやすくなり、その年には『子どもたちを連れていこう』と決め、以来、毎年1か月間の軽井沢滞在プロジェクトを続けています」

このプロジェクトを重ねる中で、軽井沢病院の医師や地域の人々とながりが生まれた。その際に聞いたのが、「軽井沢では在宅医療がまだ発展していない」という課題だった。さらに、軽井沢町発地に(現・ほっちのロッヂの真向かい)に「軽井沢風越学園」(以下、風越学園)が開校するという話を耳にした。幼稚園・小学校・中学校の一貫校で、「大人が教えたいことを教えるのではなく、子どもが学びたいことに伴走する教育」を掲げた魅力的なプロジェクトである。

「私は高齢者をみる在宅医ですが、子どものプロジェクトに一生懸命取り組むことで、その先に高齢者にとっても幸せなまちづくりがあるのではないかと仮説を持っています。風越学園のような学校が地域と連動し始めたら、町全体が元気になり、高齢者もがん患者も精神疾患の人も、みな力を取り戻せるのではないかと感じ、風越学園と一緒に何かできないかと考えました」

● 紅谷浩之医師と藤岡聡子さんの出会い

同じく風越学園の理念に共感したのが、福祉環境設計士の藤岡聡子さんだ。藤岡さんは風越学園の理事長に「社会とつながる環境を一緒につくりませんか」と手紙を送り、紹介された紅谷医師と意気投合。2017年からほっちのロッヂ構想を進め、2019年4月に「ほっちのお茶会」と称して地域の全世代との語らいの場を設け、同年9月には訪問看護事業をスタート。そして2020年4月の風越学園開校と同時に、ほっちのロッヂが誕生した。紅谷医師と藤岡さんが共同代表を務める。



藤岡さんは、2010年に大阪で有料老人ホームの立ち上げに携わり、当時から高齢者だけでなく地域に開かれた場所をつくることを意識していた。デンマーク留学を経て、2017年には東京都豊島区に「長崎二丁目家庭科室」を主宰し、多世代で暮らしの知恵を学び合う場所をつくった。その後、軽井沢に家族と移住し、ほっちのロッジの立ち上げから運営に携わっている。

「福祉環境設計士」という肩書きは藤岡さん独自のものだが、近年は「Designer of community development in home healthcare」という肩書きのほうが、よりしっくりくるという。

「私は、人の生き方や暮らしの全景を捉えたいという思いが強いです。人が大事にしていることにとても関心があります。『命の終わり方』と『地域開発』、『人をエンパワメントすること』は、一つにつながっていると感じています」

● ケアは医療者だけのものじゃない

ほっちのロッジが掲げるテーマ「ケアの文化拠点」にどのような思いを込めているのか。

藤岡さんは「働き手によっていろんな解釈がある」と前置きしつつ、こう語る。「命の終わりを見送る人が、命をたぎらせ生きる人からバトンを受け継ぐ——生活文化の継ぎ手なのではないか、と自身の父母の看取りを通してそう感じています。看取りを医療者だけが担っているのは、本当はもったいないことだと思います」

紅谷医師も続ける。「『ケアは誰がするのか』と考えると、専門家だけが担うものとするに違和感があります。『ケアの文化』といえば、僻地でみられる“お互い様”の文化が思い浮かびます。名田庄診療所にいた頃、90代の寝たきりのおばあちゃんが一人暮らしをしていました。デイサービスもヘルパーも週1回だけで、他の日は地域の人が世話をする。『なぜそこまで?』と聞くと、『元気な頃、おばあちゃんがうちの子どもをみてくれたから当たり前よ』と言います。ケアは専門職だけのものではなく、もともと文化として息づいていたのではないかと。医療的ケア児を軽井沢のキャンプに連れてくる際、乗り換えで困っていると、たくさんの方が『大丈夫? 手伝おうか?』と声を掛けてくれました。医療的ケア児の子どもたちと旅する中で、『人は皆、本当は誰かをケアしたいと思っている』と気づかされました」

「ケアを文化に取り戻すための場所」——これが「ケアの文化拠点」に込められた願いだ。

● ケアする・されるの関係性は容易に入れ替わる

ほっちのロッジでは、共生型デイサービスや医療型短期入所の制度を使い、さまざまな状態の人に合わせ食事を用意し、スタッフも含めて食卓を囲む日常がある。部屋の中央にある大きな台所で調



調理担当はボランティアやパートスタッフの地域の人たち(ほっちのロッジ提供)



美味しい料理を囲み笑顔のスタッフの皆さん(ほっちのロッジ提供)



[アンケートにご協力ください!](#)



敷地前の森で地域の人とバーベキュー（ほっちのロッジ提供）



アトリエの風景。窓を開けて舞台として利用することも（ほっちのロッジ提供）

理を担うのは、地域のボランティアや「お台所さん」と呼ばれるパートスタッフだ。

「ケアする・されるの関係性が容易に入れ替わる」と藤岡さんは言う。調理ボランティアには、「お世話になったお返しをしたい」という元患者さんや、家族を亡くした人が外へ出るきっかけとして台所に立つことがあるそうだ。「皆さんのおかげで、スタッフも美味しい食事でお腹を満たせます」

紅谷さんは、数年前に在宅医療で看取った末期がんの高齢女性・Tさんの話を聞かせてくれた。同居家族が献身的に介護する一方、本人は徐々に「できること」がなくなり、病人としての役割しか持てなくなっていく。「ほっちのロッジに行ってみたい」と話すTさん。病状が落ち着いた頃に来てもらうと、普段よりも早い足取りで歩き出し、医療的ケア児がお腹を出して寝ているのを見て、「風邪ひくわよ」とタオルケットをかけてくれたという。

「その瞬間、家ではケアされる側だったTさんが、ケアする側へと変わりました。ほっちのロッジでは、『あなたの役割は何ですか?』と問うことができる。この場所が生み出すケアの循環です」

子どもたちが育つ場が豊かになると、地域全体がもっと豊かになる

「症状や状態、年齢じゃなくって、好きなことをする仲間として、出会おう」という合言葉のとおり、ほっちのロッジでは、人をカテゴライズせず、その人の強みやつなげる力を引き出していく。ケアする・される関係は絶えず循環し、ケアの連鎖が生まれていく。

ここには、地域の人が自由に出入りする。子育て中のお母さんが「1時間ここで過ごしていいですか」と訪れたりする。敷地前の森の手入れをしてくれる人も、元はクリニックの患者だったという。風越学園の生徒が放課後に立ち寄ることもある。アトリエでは週2回ほど、絵画教室や木工工作などの教室が開かれ、対象者は「3歳～150歳」。つまり、参加したい人は誰でも参加できる。写真展やコンサート、演劇なども開催していて、文化企画担当者がさまざまな企画を生み出している。

ほっちのロッジは開設6年目を迎え、今後について紅谷医師はこう語る。「地域の居場所として、これからどんな出会いが生まれていくのかを見続けていきたい。長い目で見ると、『地域の子どもたちが育つ場が豊かになると、高齢者も含めて地域全体がもっと豊かになる』という思いがあります。やがては、風越学園出身の子が『ここで働きたい』と来てくれるかもしれない。その頃、私自身がケアを必要とする側になっている可能性もあります。年齢を重ねれば誰しもケアが必要ですし、そんな循環を存分に楽しみたいと思っています」

ケアの循環が生まれ、その人本来の力を取り戻せる場所。ほっちのロッジは、医療や福祉の枠をこえて、人が「自分らしく生きる」を支え合う拠点である。

●文／編集部



[アンケートにご協力ください！](#)

認知症の人の ころを知る

第4回 認知症の人との共生の鍵 情動伝染と「ミニらいとモルック®」

大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問 **佐藤眞一**

「認知症基本法」の正式名称は「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」である。その「第一章総則 第一条目的」の末尾に共生社会の定義と本法律の目的が記載されている。

「・・・(前略)、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(以下、共生社会という。)の実現を推進することを目的とする。」

私が気になったのは「個性」という言葉だった。「個性」は、一人一人が持つ他者とは異なる特性という意味だが、通常はポジティブな面を指す言葉である。認知症の人のポジティブな特性に寄り添い支える活動が種々行われていることは承知している。しかし、一人一人異なる特性を個別に尊重することが、本当に認知症の人との共生「社会」を実現することにつながるのか、という疑問を感じた。国民の心構え程度にしか感じられなかったからである。そこで、認知症の人の多くに共通して認められるポジティブな特性を「認知症の人の個性」と捉えて、その特性に介護者を含むコミュニティに共に暮らす人々が共感することが、社会関係の変化につながるのではないかと考えた。

本法律の施行後に認知症施策推進基本計画が閣議決定された。認知症の人のネガティブな特性をいかに支えるかについては、多面的に指摘され、記載されているものの、認知症の人の特性のポジティブな面を社会の中でどのように捉えて支えるかについては、私の心に刺さるに足る具体的な記載を見つけることはできなかった。

認知症の人のポジティブな特性はどこに見られるだろうか? と自問している時に気づいたのが、私がボランティア参加をしている「(一社)認知症予防活動コンソーシアム(通称:ニヨ活)」の活動であった。この団体は、一般女性3人が「認知症で人生をあきらめる人をゼロにしたい」を合言葉に掲げて2019年に始めた。3人のうちの1人は介護職の経験があったが、他の2人は介護をした経験も認知症の人に接した経験すらないにもかかわらず、認知症に悩む本人や家族が世間にはたくさんいることに、いても立ってもいられなくなって始めてしまったそうである。

アロマセラピー、ハンドケア、ヨガ、フィットネス、健康講座、スマホ講座など、さまざまな活動を手探りでやっているのを見聞きしていた私は、認知症の研究者としてエビデンスを探る必要性を示唆しているうちに、彼女たちの仲間になってしまった。彼女たちのように明るく無垢に、認知症に関する活動をしている人に出会ったことがなかったからである。

いつも笑いが絶えない彼女たちに、他に2人の男性が仲間に加わったのだが、その2人は共に「モルック」という近年わが国でも急速に競技者人口が増えているフィンランド生まれの競技スポーツの仲間であった。そして、そのうちの1人が、幼児から高齢者までの多世代の人々や、障がいがあってもできるようにと、競技に使用するモルック®という木の棒とそれを倒すために投げるスキttlというピンを小型化し、さらにいくつかの工夫を加えて「ミニらいとモルック®」を開発して商標も取得して、「(一社)ミニらいとモルック協会」を創設していた。そして、この2つの団体が共同して活動し





ミニらいとモルック®(右)はモルック®(左)の1/5の重さ(画像提供:ミニらいとモルック協会)



ニヨ活で行っているオレンジリンピックでは、年齢や障がいの有無を問わずミニらいとモルック®を楽しんでいる

ていることも知ることになった。

ミニらいとモルック®は3～5名程度のグループが競い合うユニバーサル・スポーツである。私も誘われて初めて会った人たちと共に行ってみたところ、競技の簡便性にもかかわらず、偶然が左右することも多いため、いつの間にか競技に熱中し、味方になった人たちと一投ごとに興奮し、喜びや失望に感情が揺り動かされ、終わった頃には敵・味方関係なく、それを観戦していた人たちも含めて強い喜びと幸せの感情を共有していることに気づいた。誰かが当てたことに喜び、失敗したことを残念がり、自分の順番になると期待とともに不安がよぎる。そして、その感情を皆で共有しているのである。

そこで研究者の知識が閃いた。これはまさに「情動伝染(emotional contagion)」である。情動伝染は、社会生活の中で体験する他者の感情への共感の核となる心理・神経学的体験をいう。感情の制御が不安定になる認知症や軽度認知障害の人に関する情動伝染の研究は多数認められるが、そのほとんどは興奮や攻撃性、暴言・暴力といったネガティブな感情の制御とケアに限られており、喜び(幸福)というポジティブな感情制御に対する研究はほとんどない¹⁾。さらには、感情制御能力の低下している認知症の人のほうが健常者よりも情動は伝染しやすいことも明らかになっている²⁾。ポジティブな情動伝染のしやすい傾向は、まさに認知症の人に共通する「個性」だ、と閃いたわけである。

このことに気づいた私は、すぐにニヨ活のメンバーに伝え、ミニらいとモルック®をニヨ活の地域活動の核に据えて、それによってコミュニティ・エンパワメントの実践例になるデータを集めることの必要性を訴えた。幸いにも大阪府の支援が得られることになり、現在、大阪府下のいくつかのコミュニティで継続的な活動を行っている。関心を持たれた方は、[ミニらいとモルック協会](#)、あるいは認知症予防活動コンソーシアム([ニヨ活](#))のホームページから問い合わせてみていただきたい。

文献

- 1) Marx AKG, et al.: Susceptibility to positive versus negative emotional contagion: First evidence on their distinction using a balanced self-report measure. PLoS One. 2024; 19(5): e0302890.
- 2) Sturm VE, et al.: Heightened emotional contagion in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease is associated with temporal lobe degeneration. Proc Natl Acad Sci USA. 2013; 110(24): 9944-49.



佐藤真一(さとう しんいち)

早稲田大学大学院文学研究科博士後期課程単位取得退学。博士(医学)。東京都老人総合研究所研究員、マックスプランク人口学研究所上級客員研究員、明治学院大学心理学部教授、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、現在、大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問。専門は老年心理学、老年行動学。『心理老年学と臨床死生学』(ミネルヴァ書房)、『老いのこころ—加齢と成熟の発達心理学』(有斐閣)、『認知症の人の心の中はどうなっているのか?』(光文社)、『心理学で支える認知症の理論と臨床実践』(誠信書房)など著書多数。

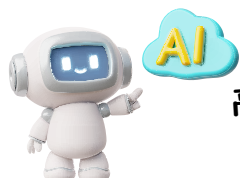


[アンケートにご協力ください!](#)

長寿科学研究者支援事業 高齢社会課題解決研究（AI）への助成

長寿科学振興財団は、Googleの慈善事業部門であるGoogle.orgから寄附を受け、AI搭載のロボットによるアシスタンスやコンパニオンシップなど、超高齢社会における人工知能の変革の可能性を活用するために、高齢者のAIリテラシーを強化し、若者との有意義な世代間学習を促進することに焦点を当てた包括的な戦略を実施します。また、学生が、高齢者の課題を解決するAIロボティクス開発を促進するコンテストを開催します。

なお、以下の事業は予告となりますため、変更になる可能性もあります。



高齢社会を救え！学生向けAIロボティクスコンテスト（仮称） 【予告】

挑戦への招待

テーマ：「高齢者の課題を解決するAIロボティクス」

※見守り、移動支援、認知症サポートなど、高齢者の困ったを解決する課題に、若い自由な発想で提案してください。

充実のサポートと未来へのステップ

開発助成金：書類選考した15チームに、プロトタイプ開発費用を支援します。

応募期間： 2026年2月1日～ 4月30日

決勝大会には更なるチャンスが！

開発の様子や決勝大会がテレビ放映される予定です。

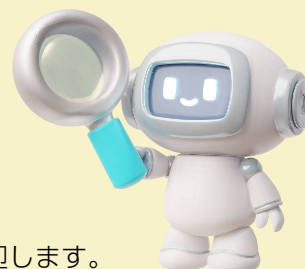
応募資格： 高専生・大学生なら誰でも応募可能

1名からでもチームを結成でき、他校との合同チームも歓迎します。

応募方法： 公式サイトから詳細を確認し応募ください。

応募様式をダウンロードし、メールまたはポータルサイトから提出してください。

※応募期間及び応募方法については、変更することがありますので、ご了承ください。



【長寿科学振興財団広報委員会委員名簿】

令和8年1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
〈副委員長〉	鳥羽 研二	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 真一	大阪大学 名誉教授
	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7年9月から令和7年11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

(有) 明治牛乳西尾販売所ミルク屋ペーター代表取締役 石原 学 様 (愛知県)
鈴木 滋 様 (埼玉県) ウエダ ケイスケ 様 カワベ マサシ 様

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

銀行振込でのご寄附を希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力、送信の上、下記寄附金振込先口座宛にお振込みください。なお、振込手数料のご負担をお願いいたします。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



【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希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力し、送信してください。専用の郵便振替用紙 (振込手数料不要) を郵送にてお送りいたします。郵便振替用紙が届きましたら最寄りの郵便局にてご送金ください。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



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

2026年 冬号 No.116 第34巻第4号

令和8年1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。