老年医学とは何か

井口 昭久

Key words : 世界の老年医学, アメリカの老年医学, イギリスの老年医学, 老年学

(日老医誌 2003 ; 40 : 439—444)

はじめに

今日「老い」に寄せられている関心は今までになかったものであらゆる分野に及んでいる。各学問分野はこれまでもおざりにされてきた「老い」というテーマの中に、ひとの一生にかかわる本質的な要素をみつけだそうとしている。

高齢者が社会のマイノリティではでなくなった現在において老人に関わる問題は単に老人のものだけではなく、社会全体の問題である。そのような中で我が国においては老年医学に対する期待が次第に高まってきている。

その理由は

1. 日本の医療は、臓器別医療に適應するように整備されてきており、それらの分野は相應に發達してきた。しかし高齢者への医療行為に適應しているとはいえない。したがって老年者の多くは真に必要とされる医療サービスを受けていない。

2. 高齢者は様々な種類の医療サービスを必要としているが、その内容は統一されておらず個々の高齢者に必ずしも適應しているとはいえない。社会全体として、一貫性が達成されてはいない。

3. 高齢者は、高齢者を診るための教育を受けた医師による責任ある継続的な治療が行われるべきである。

4. 予防医療サービスの供給、高齢者への専門治療、ターミナル・ケアなどは特別な教育を受けた医師により行われるべきである。

5. 日本にかぎらず高齢者医療は本来、ふさわしい教育を受けた医師に責任を負わせるべきものであるというのは世界における合意である。

世界の老年医学

医学の歴史において老年医学が登場してはまだ 1 世紀

What is geriatrics?

Akihisa Iguchi : 名古屋大学加齢医学講座 (老年科学)

を経ていない。

どこの国においても、老年医学はいまだ發展途上にあると言える。アメリカやヨーロッパ諸国においては、日本よりも早くから老年医学は發達しており、多くの報告が存在する。しかし、欧米諸国といっても様々であり、かならずしも一様ではない。

従って彼等の実施してきた方法がそのまま日本の風土に合うとは限らない。欧米諸国のシステムをそのまま日本には導入できないが、彼等のたどってきた過程は参考になるであろうと思う。

世界における老年医学の現状について概観してみると、その成り立ちから發展の経緯にいたるまで、各国の社会情勢や保険制度によってかなり異なった様相を呈している。

このことは老年医学が社会から独立した学問として存在するものではなく常に時代の要請に応じて変遷するものであることを示している。人口の高齢化にも国、地域により大きな差異があり一元的に総括することは不可能であるが、アメリカとイギリスの老年医学の現状について概観してみる。またアジア域内における現時点での状況についても簡単にふれる。

アメリカの老年医学

アメリカにおいても人口の高齢化が進行している。

アメリカにおいて老年医学という用語が使われるようになったのは 1914 年であり、老年医学会が発足したのは 1942 年である。その頃すでに高齢者は人口の 7% に達しようとしていた。1945 年に老年医学会に遅れること 3 年、老年学会が発足するにいたっている。この頃老年医学は学際的な学問であるという認識が生まれたとされている。

1965 年、公的医療保険であるメデイケアが開始され、高齢者医療への大幅な財政投資が行われるようになった。この年、高齢者庁による老年医学、老年学への補助

金制度が開始されるにいたって、老年医学の研究への本格的な取り組みが始まった。

1974年には老年科学の国家的研究センターである国立老化研究所(NIA)が発足し、現在の姿にいたっている。

Institute of Medicineが老年医学と老化学の進歩のため老年科が整備されるべきであるという提言を発表したのは1978年である¹⁾。現在ではで当時とは大きく状況が変わってきている。老年医学が特別な知識と技術を必要とする独立した分野として認められてきており研究、教育のための経済的な支援も増加してきている。

しかし医療界全体における老年医学の認識は高いものとはいえず、1977年のUCLAの調査においては内科医のわずか0.2%が老年医学を内科の重要項目と考えていたにすぎなかったという²⁾。

老年科医の絶対数は日本同様不足しているが、老年医療に携わる医者以外のスタッフの数は豊富で老年学(後述)が大学などの教育機関で体系的に教えられている。やや古い1992年の調査でさえも全米3,000の大学のうち1,695校が老年学の教育コースを有している。

アメリカでの老年医学の問題

アメリカにおいても老年医療、福祉の供給において所得層によるサービス格差の増大、高額な薬価負担などの制度上の問題もあるようである。それに老年科医の供給不足の問題点が指摘されている。特に医学部レベルでの老年医学の教育は質、量ともに不十分であると指摘されており、Reubenらの調査によれば、老年科スタッフの数は全医学生、レジデントに適切なトレーニングを提供するのには不十分であったという³⁾。どの程度の人数が老年科に入ってくるかという調査によれば全米の医学部卒業生の16,268名を追跡して7年後、老年科のfellowship programを選択したのは全体の0.8%に過ぎなかった⁵⁾。一方ではSiuらは医者の満足度を調査して、老年科医の満足度は一般に高いと報告している⁶⁾。アメリカにおいても老年医学には人材が集まらない。先をいくアメリカにおいても老年医学講座の未来は楽観できないようである。しかし一旦この道を志した医師たちは誇りと自信をもっているというのが結論のようである。

イギリスにおける老年医学の歴史

イギリスにおける老年医学は1940年高齢者専門病棟の設立に端を発する。1948年に老年医学会が設立されている。老年医学会の設立はアメリカの方が早い。1950年代にはアメリカと違って基幹病院で診療科として独自に診療を開始している。

1960年代に入り、老年科医が核となり老年医学のコアチームを形成するチーム医療のシステムが確立した。1986年時点の調査でも93%の医学部で老年医学の講義は必修になっており、59%の医学部に老年医学講座が設置されている⁷⁾。

イギリスにおける老年医学教育では老年医学を他の内科系の専門科目と同様に位置付けて初期研修修了後より老年医学の専門性を重視した教育カリキュラムを確立している。老年科医による研究はあくまで高齢者のQOL向上のための臨床研究が中心で老年科医の基礎研究への寄与は日本に比較すれば低いと言われている。

老年医学の研究に関しては、日本や米国のようなナショナルセンター的な機関が存在しない反面、民間企業や慈善団体による研究助成が盛んであると言える。また研究の成果については、積極的な広報活動により社会に還元されている。

イギリスにおける老年医療の特徴

イギリスにおいては公的医療保険は完全に一括化されており、国民健康保険を利用する場合、高齢者の負担は基本的にはゼロである。しかし介護に関しては、それぞれの自治体の独立採算性なので自治体の財政状況によって介護の質が異なるという問題が生じている。しかし全体としては日本と異なり、家族介護の思想が希薄な分だけ高齢者の自立度に応じた在宅介護のためのきめ細かいサービスが用意されている。

病院と地域の連携が密接であることは英国の高齢者医療の大きな特徴である。このためには医療と看護、介護の垣根を超えたチーム医療が必要であるが、その中心的役割を果たしているのが老年科医である。

イギリスにおける老年医療の問題

かつて“揺りかごから墓場まで”と表現されたような高齢者医療、福祉の平等なアクセスはイギリスにおいても実際には不可能になっているのが現状のようである。

老年科医の視点からは、日本が直面している問題と類似した問題を抱えている。老年科医のサブスペシャリティーの問題や病院内における他科との連携の問題など我々が抱えている問題を彼らも克服しているとは言えないようである。例えばイギリスのほとんどの臨床医にとってコンサルタント(指導医)のポストに就くことが当面の目標であることから、競合の割合の少ない老年科を専門に選ぶというような好ましくない傾向もなかにはあるようである。

臨床における需要が多い分だけ研究に割ける時間の制約があるのも問題点として指摘されている。

表1 アジア諸国における老年医学教育の現状

	医学部数	老年医学講座	卒前教育 (y/n)	卒後教育 (y/n)
Hong Kong	2	2 (100%)	yes	yes
India	=	=	=	=
Indonesia	25	5 (20%)	yes	yes
Japan	79	22 (28%)	yes	yes
P. R. China	=	=	yes	no
Philippines	20	1 (5%)	yes	yes
Shingapore	1	=	yes	yes
South Korea	=	0	yes	no
Taiwan	=	0	yes	no
Thailand	9	0	yes	yes
U. K.	27	16 (59%)	yes	yes

= data not obtained

国家的な老年医学の研究機関がないことも研究の効率化という点においてはマイナス要因であると指摘する声もある。

イギリスの加齢研究に関する基本的な指針

イギリスの加齢研究に関するワーキンググループによって、老年医学に関する以下に示す6つの基本的な指針が確認されている⁸⁾。

1. 基本的イデオロギーとして、個々の高齢者のニーズに応じたケアを提供するための研究をめざすこと。
2. 寿命の延長は障害の軽減による QOL の向上を前提とすること。
3. さまざまな障害に対して包括的かつ特異的なスタンスで取り組むジェネラリストとしての老年医学の専門家が研究に必要であること。
4. ソーシャルサービスの向上のために、科学的手法をもちいたエビデンスに基づく研究成果を得ること。
5. 治療の有効性の立証のためだけでなく、高齢者の QOL や個人差による方針の決定の指標となるエビデンスを求める研究をすること。
6. 虚弱高齢者を対象とした EBM も必要であること。

アジアにおける老年医学の現状

アジアにおける老年医学の現状について老年医学教育という観点から概観してみる。1998 年我々がアジアの老年医療にたずさわる医師へのアンケートに基づく結果を表に示した (表 1)⁹⁾。

アジアの主要各国の老年医学講座、老年医学教育は、地域によりばらつきがある。それぞれの国の高齢化の程度の差にもよるが、全般的にいて、老年医学にたいする認識は欧米諸国に比べて低いと言える。地域によっては、加齢による変化を運命的にとらえる風潮や老年医学

図1 老年医学の潮流

のなかでも重要な位置を占める公的介護という概念自体が育たない社会環境が存在するのがその理由と思われる。

世界の老年医学まとめ

老年医学の現状は国によって異なっているが、大局的にみれば医療、社会から科学にいたるまで一連の流れが存在するように思われる (図 1)。人類は似たような経過をたどるようである。殆どの先進諸国において高齢化社会の到来により、従来の老人保険制度や医療では対応しきれない問題が生じる。そこで高齢者の医療は若年者とは異なったスタンスで取り組まなければならないという認識にいたる。臓器別診療の弊害や福祉との連携、包括的医療の実践などである。

一方老科学の分野においては、老化という現象を科学的に探究しようという思いがうまれ、近年の遺伝子解析などの追求が芽生える。そして先端技術の導入により、人間の寿命に対する挑戦といったような壮大なテーマへと向かっているように思われる。

北欧については取り上げる余裕がなかったが、デンマークはキーワードとして高負担、質の高いサービス医

図2 高齢者医療の流れ

療、福祉の連携、高齢者の自立、在宅重視があげられる。日本は図2に示したような両極化する高齢者医療の流れの中で、どの道を選択していくのかは、今後のおおきな課題である。

文化や社会的な側面を考慮した場合、世界規模で資本主義が進む現代において、先進諸国を追随するだけが、日本の高齢者の幸福を約束するものであるとは限らない。

日本における老年医学の背景

図3は先進諸国における高齢化率の推移を示したものである。どの国でも高齢化率は増加しており人口の高齢化は先進諸国の共通の現象である。

しかし日本は他のどの国にもない特殊性をもっている。

1970年代までは最も高齢化率が低率であった日本は1980年から1990年にかけて一挙に他の諸国を追い越し現在では最も高齢化率の高い国になっている。数年後には世界でどの国も経験したことのない4人に1人が老人であるという超高齢社会に入ると予測されている。65歳以上の人口が7%から14%になるまでの所用年数はフランスが115年かかっているのに日本は24年の短かさである。他の先進諸国が長年に亘ってきづきあげてきた高齢社会への対応を日本はあたふたと準備しなければならない。

これほどの急速な高齢化率のカーブの中にいる実感は

今を生きる日本人にしか体験できず、この速度こそが日本の置かれている特徴である。高齢社会が実感として日本を襲ってきている。

日本の老年医学の経緯であるが、日本老年医学会が設立されたのは1959年であり、そのころ高齢化率は6%であった。

東京大学に老年医学講座が開設されたのがそれから3年後の1962年で、1973年には高齢化率7%となり、この年より老人保険制度が設立されている。2000年から公的介護保険制度が導入された。

どの国においても、高齢化率が6から7%になったころから老人医療が始まっており、今までの日本もその潮流のなかで約20年程遅れて進んできた。

しかし今後は世界に先駆けて老年医学を作っていかなければならない立場に立っているといえる。

今後の日本における老年医学

図4に表された高齢者の入院、介護、死というものはごく普通の誰でも辿らなければならない普遍的なものであるが、これが個人の身にふりかかってくると、一挙に特殊な事情になる。そして多くの場合、本人も含めて家族がパニックに陥る。医学、介護の問題は当然であるが、経済の問題、心理的な問題、家の構造の問題など総べての問題が個人に重くのしかかってくる。その原因は医療は医療で終わり、その人の生涯に渡る面倒はみていないからである。経済は経済で建築は建築で終わり老人に

図3 先進諸国の高齢化率の推移

資料：UN, World Population Prospects: The 2002 Revision

ただし日本は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」による。

(注) 先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドという。開発途上地域とは、先進地域以外の地域をいう。

資料：国連世界人口予測

とっての一貫性と連続性に欠けたものとなっている。介護は介護であり一人の高齢者を縦断的にフォローするシステムになっていない。

現在の日本の社会は老年医学に何を求めているのだろうか。

個々の高齢者のニーズに応えることができるようなシステムを作って欲しい、則ち実学としての学問をつくって欲しいと思っているのではないか。従来の生命科学、社会科学の枠組みを超えた概念を形成して個々に完結している学問領域の成果を横断的に統合することにより高齢者の生涯に一貫性と連続性をもったシステム作りの中核になって欲しいと願っているのではないかなと思う。

老年医学に関わる人材の需要の増大は今後疑いの余地がないが、それに追いつくだけの人材の確保、養成が当面の急務である。そのためには、器官別の従来の枠組みを超えた専門性の概念を確立する必要がある。また、老年医学の専門性を充分考慮した医療保険制度上の改革も議論されなければならない。日本の老年医学をリードする立場から、アカデミックな面はもちろんのこと、教育、

図4 実学としての学問

福祉、政策などさまざまな資質をもったリーダーの育成を心掛けることも今後必要である。また諸外国にみられるような長期的視野にたった研究、研究機関の垣根をこえた協力、研究成果の積極的な広報による社会への還元は最も重要である。

職域の垣根を超えた高齢者の健康、QOL維持に関する学際研究則ち老年学の中核としての老年医学が必要であると思う。

図5 老年医学の超高齢社会への拡がり・学際領域（老年学）への展開

老年学的重要性

老年学は「諸分野の成果の統合により、人生の凝縮期である高齢期を豊かに暮らすための具体的な提案を個人ならびに社会に問いかける学問」である。

医学、理学療法学、工学、看護学、心理学、経済学など個別に完結している専門領域の知識、技術を統合した学際研究をおこない、研究成果を高齢者、高齢社会へ還元し、高齢者自身が享受できるシステムを確立する方法を研究する学問である。

そのなかで老年医学の役割は「細分化して発達してきた医学技術、知識の資源を統合し、他の分野との融合をはかる」ことにある（図5）。

老年学の拠点形成の必要性は社会の要請、学問としての必要性、国際貢献の主に3点に要約される。

社会からの要請であるが、きわめて特異な経過を辿っているわが国においては急速な高齢化に社会のシステムが追いついていない。横断的な集約を個人に還元するシステムの開発が急務である。また老人の問題は今後ますます増大することが予想されるにもかかわらず超高齢社会をになう人材が慢性的に不足すると予測される。

学問としての必要性であるが、科学は特殊な事情を普遍化する作業であるが、普遍化された事象を個人に還元する学問の蓄積も需要である。高齢者を対象とした医学、看護、工学、経済、心理学分野などでの学問的蓄積は優れているが、これらは医療を始めとして個々に完結しており、高齢者にとっては利用しがたく、現今の社会制度では体系的に応用できていない。専門化、細分化された学問体系は高齢者には不適である。高度先進医療の恩恵を受けることのできる高齢者は国民の数%に過ぎず、ほとんどの高齢者は研究の恩恵とは無縁な生活に甘んじて

終末期を向かえている。

国際貢献であるが、超高齢社会の先駆者として高齢者に関する研究成果を情報発信することは世界、ことにアジアからの要請である。

老年学が未熟なわが国においては老年医学に従事する人材しか老年学を樹立できないのではないかと思う。

文 献

- 1) Institute of Medicine. Training Physicians to Care for Older Americans: Progress, Obstacles, and Future Directions, National Academy Press, Washington D.C., 1994.
- 2) Kane RL, Solomon DH, Beck JC, Keeler E, Kane RA: *Geriatrics in the United States: Manpower Projections and Training Considerations*, RAND Corporation, R-2543-HJK May Santa Monica, Calif., 1980.
- 3) Douglas, Elizabeth, B: Gerontological Education and Training, In: *Encyclopedia of Aging: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics* (2nd Ed), Springer, New York, 1996.
- 4) Reuben DB: The adequacy of geriatrician supply, In *Shortage of Health Care Professions Caring for the Elderly: Recommendations for Change*. Select Committee on Aging, U.S. House of Representatives (102nd Congress). Committee Publication No. 102-915, December 1992. U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1993.
- 5) Kohrman CH, Lyttle CS, Andersen RM, Levey GS: National study of internal medicine manpower. V. Patterns of residency and fellowship over time, 1987 update. *Archives of Internal Medicine* 1989; 149: 2179-2185.
- 6) Siu AL, Beck JC: Physician satisfaction with career choices in geriatrics. *Gerontologist* 1990; 30: 529-534.
- 7) Stout RW, Orr JA: The challenges of professional training. *Age Ageing* 1997; 26(4): 24-29.
- 8) Evans JG: Communications to the Annual Meeting of the British Geriatrics Society. 1998.
- 9) 井口昭久, 葛谷雅文, 鈴木裕介, 梅垣宏行: 老年医学教育. *日老医誌* 1998; 35: 867-872.