

特別講演Ⅱ 第49回 日本赤十字社医学会総会

# 「超高齢社会の医学と医療」

天理医療大学学長、京都大学名誉教授、奈良県立医科大学名誉教授  
元日本赤十字社和歌山医療センター院長

よしだ おさむ  
吉田 修



## 超高齢社会とは

高齢社会、高齢化社会、超高齢社会などいろいろな言葉が使われていますが、slide1に示すように、高齢化率により分類しています。

Slide 1

**高齢化率による分類**

高齢化率(65歳以上の人口が総人口に占める割合)によって以下のように分類される。

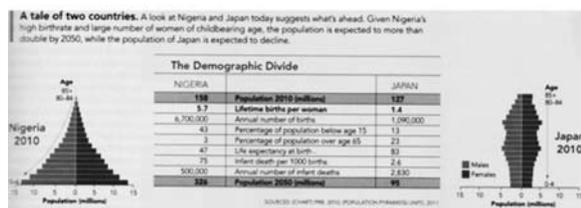
<b>高齢化社会</b>	高齢化率7% - 14%
<b>高齢社会</b>	同14% - 21%
<b>超高齢社会</b>	同21% -

日本は  
1970年(昭和45年)調査(7.1%)で**高齢化社会**  
1995年(平成7年)調査(14.5%)で**高齢社会**  
2007年(平成19年)(21.5%)**超高齢社会**

日本の高齢化率は2012年には24.1%となりましたが、2025年には65歳以上人口が全人口の30%になり、75歳以上は18%になると予測されています。また2012年末には100歳以上の日本人は5万人を超えました。

日本の少子高齢化とよく比較されるのがナイジェリアです。Science (Vol.333 Issue 6042,2011)は世界の人口につき特集し、その中でslide2のように、日本とナイジェリアを比較しています。

Slide 2



日本の少子高齢化は進み、2050年の人口は日本が9500万人に対しナイジェリアは3億2600万人の人口となります。ナイジェリアの人口ピラミッドは日本の1930年のそれとほぼ同じです。

日本のみでなく先進国といわれる国にとってこの少子高齢化にどのように対応するかはもっとも重要な課題です。

## 医学と医療の進歩と超高齢社会

このような超高齢社会において医学・医療はどうあるべきかを考えてみたいと思います。

科学としての医学は進歩します。特に20世紀末から今世紀にかけての進歩は目を見張るものがあります。そして臨床医学は、それらをいち早く医療に取り入れることにより、よりよい医療を目指してきました。医療機器にしましても最先端をゆくものが次々に開発され医療の進歩、向上に寄与しています。しかし、これらの機器は例外なくきわめて高額です。それを多くの医療機関はあたかもステイタス・シンボルを示すかのごとく購入し、医療費の高騰の要因の一つとなっております。これらの新しい医薬品、医療機器を必要とする医療技術は費用対効果を検討することが不可欠です。

医療技術評価 (health technology assessment : HTA) は異なる医療技術や薬剤を治療効果、費用対効果、QOL、費用便益 (cost-benefit) から分析するものであり、さらに比較効果研究 (comparative effectiveness research : CER) を実施することが必須です。

さらに生命科学、分子遺伝学などの進歩を広い意味での予防医学にも取入れ、健康寿命の延長につながるようにしなければなりません。たとえば先制医療（preemptive medicine）と呼ばれている分野です。近年アメリカの女優アンジェリーナ・ジョリーさんが遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の発症に関連するがん遺伝子〔BRCA1, BRCA2 遺伝子〕に変異があり、乳がんの発症する可能性が高いことから、予防的に乳腺を摘出する手術を行って話題になりました。集団を対象とした予防医学から、個人レベルで発症前に診断、発症前治療をするのが先制医療であり、井村裕夫先生などが具体的に計画しているものです。アルツハイマー病、脳血管疾患、心臓病、糖尿病、骨粗しょう症など先制医療の対象となる疾患は少なくありません。

iPS細胞の臨床応用も再生医療、創薬、病因の解明のみならず、究極のテーラーメイド治療に将来応用されるとおもいます。個人個人の病態をシャーレの中にあらわすことが可能なので、効果のある薬剤の選択また投与の時期などを個人レベルで知ることができるようになるでしょう。

iPS細胞より分化誘導した種々の細胞を利用した再生医療は、超高齢社会にいろいろな夢をもたらしました。iPS細胞利用による再生医療が広く行われるようになるのにはまだまだ年月を要しますが、滲出型加齢黄斑変性症に対するiPS細胞から分化誘導した網膜の臨床試験が行われようとしています。これは世界初の臨床試験ですが、その第一の目的は安全性の確認にあり、いきなり視力を回復することなどを期待すべきではないとおもいます。

がん化の問題があり、慎重になるのは望ましいことと思います。（エピジェネティックな問題もあります。K. Ohnishi et al. Cell 156:663-677, 2014）

### 超高齢社会の医療の現実

このように夢はありますが、しかし一方、少子高齢化がすすんでいる国が抱える共通の課題として医療経済上の大きな課題がありま

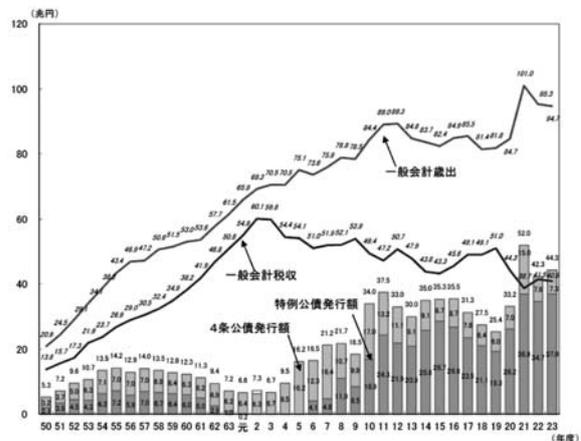
す。

日本の一般会計における歳出・歳入の状況を見てください。財政赤字が継続し、さらに拡大しています。一時、景気の回復や財政健全化努力により、やや改善する傾向も見られましたが平成20年度以降、景気悪化に伴う税収の減少等により再び拡大し、平成21年度以降は3年連続で公債金収入が税収を上回るような状態です。

近年の国民医療費は平成21年度は前年比3.6%増の35兆3千億円、平成22年度は前年比3.4%増の36兆67億円、平成23年度は前年比3.4%増の37兆8億円と毎年約1兆円のレベルで増加しています。このまま推移しますと、11年後（2025年）には50兆円を超え、その上介護費は20兆円近くにまで増加するとの予測があります。このままでは国民健康保険は崩壊しかねません。

国民、為政者、医療関係者は危機感をもって対処すべきです。

Slide3



一般会計における歳出・歳入の状況

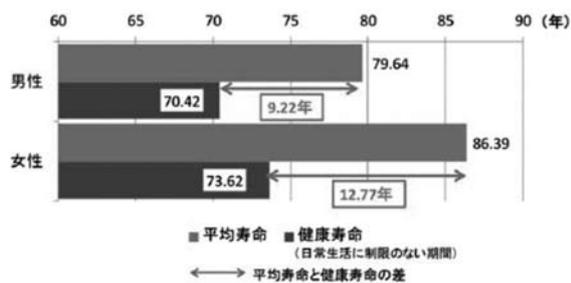
### 「人生の第四楽章」と医療

さらに健康寿命と平均寿命の差です。日本人の平均寿命は年々少しずつですがまだ延びており、また健康寿命も延びています。しかし、平均寿命と健康寿命の差は殆んど変わらず、むしろわずかではあるが増加しているようにもみえます。つまり日本人の一生で介護やケアを要する期間、自立できない期間が不変または微増しているという現実、高齢者

が残された期間を人間としての尊厳を保ちながら、質の高い生活を送ることがだんだん困難となりつつあることです。いくら第一楽章から第三楽章まで素晴らしい演奏であっても第四楽章後半の演奏が貧弱では、シンフォニー全体がつまらないものになってしまいます。

健康寿命とは日常的に介護を必要としないで自立した生活ができる生存期間です。WHOが2000年にこの言葉を公表し、2004年のWHO保険レポートでは日本人の健康寿命は男子72.3歳、女子77.7歳、全体で75.0歳、世界一と報告しました。ところが2012年の厚生労働省の報告では男子の健康寿命70.4歳、平均寿命(79.6歳)との差は9.2年、女子の健康寿命73.6歳、平均寿命(86.4歳)との差は12.8年です(Slide4)。

Slide 4



また高齢化が進むにつれ認知症の患者が増え、最近我が国の認知症の患者数は460万人をこえるという報告がなされましたが、このうちやく半数は在宅介護を受けていると予測されます。

そして終末期医療です。死は生の対極にあるのではなくその延長上にあるものです。高齢者のQOLを考える場合にはその一部分をなすものとしてQuality of Death (QOD)も重視しなければなりません。日本人人生の最後のページは納得のいく、美しいものでなければならないと思いますが……。

イギリスのエコノミスト調査部が発表した「The quality of death Ranking end-of-life care across the world 2010」によると、あらゆる角度から調査・分析した日本の終末期医療の総合的順位は世界主要40ヶ国のうち23

位です。

確かに1961年以来日本の国民皆保険制度は世界に冠たるものとして高い評価を得てきました。しかしQODはこの有様です。

国民の認識、医療行政などに問題がありますが、医療者側にも責任があります。

### スピリチュアリティについて： 21世紀に託されたもの

WHOは創設時に健康について定義しました。1946年のことです。肉体的のみならず精神的にもさらに社会的にも全てが満たされた状態というのは当時としては卓見だと思います。しかし約50年を経て改正の動きができました(Slide 5)。

Slide 5

*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (1946)*

*Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (1998)*

一つは健康は静的に固定した状態ではない、変化のある動的な状態であるとの考えからdynamicという言葉を入れようとなりました。この点にかんして反対の意見はあまりなかったようです。しかしspiritualという言葉を加えるべきだという意見については喧々諤々、WHO執行理事会で総会提案とすることが賛成22反対0棄権8で採択されましたが総会で審議されることもなく採択も見送りとしました。

mentalという言葉にspiritualという語を加える意味を日本ではあまり深く考える人が少なく、たいした議論もなされないままになっています。

Spiritualを日本語ではなんと訳せばよいか?いろいろです。「霊的」が一番多いでしょうか。でも霊的というのはどういうことでは

う。「精神的というのがありますが mental との違いが明確にされていません。Mental は「アタマ」の、spiritual は「ココロ」と訳せばよいという人や、同じ精神的でも「医学的、心理学的」要素を除いたのが spiritual だという人もいます。さらに emotional という語を加えた方がよいというものもあります。Complete well-being などありえない……、という批判もあります。また a state of complete physical, mental and social well-being というのは健康の状態よりは幸福 (happiness) についての状態を表しているとの意見もあります。

いずれにしても spiritual は宗教的要素を抜きにしては論じられないといえるでしょう。WHO が結論を出すことができずに「21世紀に託した (先送りした?)」のも、宗教的要素がからんでくると收拾がつかなくなると思ったからでしょう。

この課題はかなり複雑です。しかしいつまでも先送りのままにしておいてよいものではありません。

#### 超高齢社会の医学医療にいかに対応すべきか

いままで述べてきました事態に対しては国民と行政と医療者が問題を論理的に議論し、解決策を見出さねばなりません。

医療者はその社会的責務をしっかりと認識することは不可欠です。しかしそのためにはやりがいのある仕事の環境を整備する必要があります。ハーバード大学のガードナー教授によれば「良き仕事 (Good Work)」には三つの要素がある。まずそれぞれの技術が優れていること、仕事が倫理的、道徳的にも秀でていること、そして仕事に満足し、誇りに思っている……そのようなことが Good Work の必要条件であると述べています。これはまさに医療について云えることです。端的にいえばスタッフの満足度が高いところでは Good Work が行われており、患者満足度とスタッフ満足度は正の相関があることが示されつつあります。

われわれはこれまで人類が経験したことのない超高齢社会に生きており、医学・医療の担当者としても多くの課題への対応が迫られています。われわれは希望、理想、夢を捨てることなく現実に向き合って行かねばなりません。理想主義者的現実主義者 (Idealistic Realist) でなくてはなりません。