

日本老年医学会第2回尼子賞受賞講演

老年医学の道を歩んで—総合機能評価CGAの導入と発展を考える—

小澤 利男

(日老医誌 2017; 54: 211-221)



小澤 利男先生

はじめに

このたび第59回日本老年医学会で、第2回尼子賞を受賞することになりました。まことに光栄に存じます。(表彰式写真は455頁に記載)

尼子富士郎先生は沖中重雄先生と並ぶ私の恩師であります¹⁾(図1)。学生のときに、尼子先生から老年医学の講義を拝聴し、また医師となってからは沖中教授の命により、1年間常勤医として尼子先生のご指導を頂きました。尼子先生は昭和の初めから我が国最大の高齢者収容施設の浴風会で、日夜、老年医学の診療と

研究に没頭しておられました。その先生の名前の賞が本学会に設けられたことを、喜んでおりましたところ、今回図らずもその受賞に浴し、一入の感激に浸っております。まことにこれにまさる喜びはありません。お世話いただいた楽木宏美理事長並びに鳥羽研二審査委員長に厚く御礼申し上げます。

私は内科医となって後、循環器病学を専攻する医師になりました。しかし一方では、浴風会で1年、新設の東大老年病学講座で16年、さらに新設の高知医大(現高知大学医学部)老年病科で12年、東京都老人医療センター(現東京都健康長寿医療センター)で4年と、33年にわたって診療科としての老年医学に携わってまいりました。

日本老年医学会は1959年(昭和34年)に創設されました²⁾。その第3回(1961年)の学会長は、沖中重雄教授で、尼子富士郎先生が老年学会会長でした。尼子先生は会長講演で「Gerontology 研究目的に関する管見」と題し、次のように述べておられます。「人は健康な身体と安定した経済事情の下にあつて、更に人として最も大切な知性をも、いつ迄も高く保つにはどうしたらよいか、ということを研究するのが老年学の一つの大目的であると考えます」。このとき(1961年)は、高齢者人口が僅か6%、平均寿命も男性65歳、女性70歳という時代でした。尼子先生は78歳で亡くなるときも、病床で「老化」の原稿を書き、中央医学雑誌の校正をしておられました。没後、剖検



図1 尼子富士郎 (1893～1967)

により多発性骨髄腫の骨転移、腎不全、粟粒結核、肺炎がみられましたが、苦痛は一切言われませんでした。私はこれほど最期まで高い知性を維持された碩学をみたことがなく、この恩師についたことを誇りに思っております。

私は尼子先生を師と仰ぎ、過去半世紀以上にわたって、老年医学の道を歩んでまいりました。今回尼子賞記念講演の機会を与えられましたので、私が歩んだ「老年医学の道」を顧みて、その経験を、特に総合機能評価 CGA を中心にお話したいと思います。

以下のような項目についてお話しいたします。

1. 診療科としての老年医学は何をする科か？日本老年医学会の歴史を顧みる
2. 老年医学的総合機能評価 CGA の導入と発展
3. これからの老年医学について思うこと

診療科としての老年医学は何をする科か？日本老年医学会の歴史を顧みる

日本老年医学会は1959年（昭和34年）に創設されました。その端緒となったのが尼子富士郎先生の長年に亘る研究成果であります。浴風会における研究は、膨大なものでしたが、その主体は臨床病理学的研究にありました。それは高齢患者を生前に詳細に診察し、亡くなったあとでは剖検に付し、老化と老年病の実体を明らかにするものであります。CT、MRIなどの画像診断の全くない時代、剖検にまさる実証法はありませんでした。

したがってこの研究では高齢者の病理が主体となりました。剖検に当たったのは、東大病理学の大津正一

助教授であります。大津先生は死因を直接死因、間接死因、副死因に分けました。例えば直接死因が肺炎、間接死因が脳出血、副死因が骨折あるいは潜在性悪性腫瘍というようなものでした。その際、全身の動脈硬化を隈なく観察・検討して評価し、臓器の萎縮・病変を精細に記載しました。東大第3内科からは、多数の医師が臨床病理学的研究に参画しましたが、それは神経、循環器、呼吸器、消化器などのように臓器別に検討され、各臓器別領域の学会に発表されていきました。

一方、東大に老年病学講座が創設されたのは、老年医学会創設3年後の1962年（昭和37年）であります。これは全国初の必修講座であり、診療科は老人科という名称となりました。このような講座は、世界的にも稀でした。講座の設置は、沖中教授が尼子富士郎院長の実績を尊重して何回も文部省に申請された結果であります。講座が認可されたときはすでに尼子先生は東大の定年を超えていました。そこで沖中教授がとりあえず教授職を兼任され、後に吉川政己教授が実質初代教授となったわけであります。

ただこのときは様々な理由から、大学の老人科と浴風会病院との関係は消失していました。医学部の必修講座であり、病院の診療科としての老人科とは他科と連携して如何にあるべきか、それが教室の大きな課題となりました。老人患者は内科といわず、どこの診療科でも診られているから、年齢で区切ることはできません。教室員の間ではA、Bの二つの方針が討論されました。

A案は高齢者の疾患の特殊性と老化の過程を診断と治療の面から明らかにするというものであります。ここでは疾患が単位となります。高齢者高血圧、高齢者糖尿病、高齢者心筋梗塞など、高齢者疾患（老年病）にどんな特徴があるかを検討するものです。

B案は高齢者特有の認知症、要介護を来す疾患を標的に総合診療をするというものであります。疾患としては認知症、ADL低下、老年症候群などが標的にあります。

教室の方針としては、A案にすべてのものが賛同しました。教室員はそれまで内科の医師であり、老人科という診療科に戸惑いを感じていました。アルツハイマー病などは、内科的にはまだ認知されていません

でした。

老年病学講座の設立はその後、京都大、大阪大、名大、東北大、信州大などに毎年設置されました。また東大の影響を受けて、慶応大、東京医大、日本医大、金沢医大などにも設置されました。ただこうした老年病学講座の設置は、大学の側が必要として文部省に申請したわけではありませんでした。それは文部省（現文部科学省）の方から積極的に設立の働きかけがあったことによるものです。したがってその教室の方針は、老年病という内科的疾患を標的としました。

その後、文部省の大学における教室認可への働きかけは、消失しました。大学の臨床教授会では、臓器別に分化した科の新設の方が、老人科よりも遥かに重要でした。その結果、四国、中国、九州、北海道などの国立大学では、老年病学の教室は設置されなくなりました。のみならず臓器別診療科新設の要請により、既設の老人科は疎外される傾向が強くなりました。それは老年医学教育を軽んずる風潮を生むことになりました。

1970年代には医師不足の問題があり、その対策として各県に少なくとも一つ、医科大学を設置することになりました。その場合、内科学は3つの設置が基準となりました。

高知県でも高知医大（現高知大学医学部）の設置が決定しましたが、初代の平木潔学長は、高知県が全国2位の老人県であること、平木先生が老年医学会の理事であることなどから、新設医大では初めての老年病科の設置を大学設置審議委員会に申請して認可されました。平木学長の方針では、老年病科は第4内科であり、そこで循環器の診療を実施するというものでした。このようにして、私が高知医大老年病科の教授に就任いたしました。

高知医大では、3つの内科と老年病科と実質的には4つの内科があります。第一内科はスタッフは京都大学で、消化器・アレルギーが専門でした。第二内科は徳島大学が分担し、内分泌代謝・腎が専門、第三内科は岡山大学が担当し、血液学・呼吸器が専門となりました。老年病科は老年病・循環器・神経が専門ですが、スタッフは私が東大で、あとは様々でした。診療は内科としてすべて同様でしたが、二代目の森本学長は老

年病科という科は一般の診療科の呼称にはないということから、循環器科を標榜して診療に当たりました。

私は循環器病学を主とし、神経内科学は京大の亀山正邦教授の支援を仰いで、診療・教育・研究に当たりました。こうした診療科では領域が広範であり、少ない教室員では大きな負担になります。また教室員では、老年医学会会員は助教授を除いて皆無でした。しかし老年病学講座主任である以上、私にはその教育・診療・研究に当たる責務があります。その課題を如何に遂行するかを常に考えていました。病棟では毎週、心臓カテーテルが実施され、患者のほとんどが循環器病でした。

私は老年医学に関心を持たせるために、毎週1回、海外の老年医学の単行本の輪読会を行い、教室員に毎回、1章づつ要約を述べさせました。そのテキストのなかにRowe JW、とBesdine RWによる「Geriatric Medicine」という書物がありました³⁾。内容は別にとつということはありませんでしたが、ただひとつ「Geriatric Functional Assessment (GFA)」という章がありました。当時、私はこの意味がよく分かりませんでした。従来の我が国の老年医学の単行本にはこのような用語がありません。機能というとき、我々は心臓の機能、呼吸器の機能あるいは生体機能のように使います。しかし老年医学ではそれは生活機能を表しています。

1985年、アメリカのニューヨークで第13回国際老年学会が開催されました。そのとき私は米国のある老年病院を見学しました。そこでは一人の高齢患者を対象として、医師、看護師、薬剤師、理療師、社会福祉士などが一つのチームを作り、患者の診断から医療ケア、生活機能などの問題点を、テーブルを囲んで討論していました。すべての職種が対等でした。そのときに聞いた言葉が、Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)でした⁴⁾。私はそれを老年医学的総合機能評価と訳して我が国への導入を図りました。

老年医学的総合機能評価 CGA の導入と発展

老年医学の歴史は、欧米と我が国では大きな相違が



図2 Marjory Warren (1897～1960)

あります。欧米ではそれは東大で問題となったB案に近いものです。その端緒を築いたのが、英国老年医学の母といわれるウォレン Marjory Warren (1897～1960) であります⁵⁾。ウォレンは、当時はまだ数少なかった女性の外科医でした(図2)。彼女は地方の病院で4千例にものぼる手術を手掛け、名が知られるようになりました。ところが1935年、ウォレンが38歳のとき、病院近くに714床の障害を有する慢性疾患患者収容の病棟が併設され、その責任者に指名されたのです。入院患者は貧しく、不治のレッテルを貼られ、社会から見放されていました。彼女はそこで若い者と比較的健康なものは他に移し、高齢者を対象とした英国最初の老年科病棟 geriatric unit を創設しました。

ウォレンはそこで、全患者に機能評価とリハビリテーションに重点をおいた医療を行いました。認知機能、失禁、ADL低下などを基準として、全患者は5群に分類されました。病院の環境をできるだけ明るく、患者にとって快適なようにしました。チーム医療体制をとり、すべての職種を自ら教育し、彼らを有効に使用しました。「患者が自分でできることには、一切手出しをするな」を方針として、自立を図りました。病気を治すのではなく、病人を癒すということに視点をおき、「楽観と希望」をモットーとしました。その結果、病棟は活性化し、退院患者が続出して人々を驚かせたのです。ウォレンはこれを契機に「高齢者ケア学会」を創設しました。これが後に「英国老年医学会」となります。そこには大学のバックアップという体制がありません。

表1は我が国と欧米との老年医学史を比較したものです。我が国では大学医学部の老年内科が研究

表1 我が国と欧米の老年医学史の比較

	我が国	欧米
研究者	大学医学部	民間病院・施設
対象	臓器別疾患	高齢者機能障害
目的	延命	自立・QOL
方法	診断と治療	生活機能総合評価とケア
今後	緩和ケア	地域医療

主体であり、その目的は高齢者の疾患の診断と治療にありました。一方、欧米では民間病院や施設が主体で、高齢患者の生活機能評価を行い、QOLの改善と自立を図ることを目的としています。そこにはチーム体制による医療とケアがあります。

私は高知医大に赴任し、全国第二の老人県である高知県の高齢患者の実態を知りました。今まで医科大学が無かったためもあり、病院の数が多いように思いました。だがその多くは老人病院でした。老人病院というのは、ただ高齢障害者をベッドに長期に寝かせておくのみの慢性病院でした。親を特別養護老人ホームに収容させたといわれると、世間体は悪いが、病院に入院させているとなれば評価される風潮がありました。老人性痴呆(認知症)は鍵のかかった柔道場のような広い畳の部屋に毛布を持たせて押し込められてありました。こうした高齢者の隔離政策は、日本中のどこでも似たようなものでした。特別養護老人ホームの設立は、どの地域でも反対運動が起こっていました。高齢者の人権は抑圧されていたのです。

私は大学で高齢者の機能評価を図りましたが、臓器別に分岐した内科ではそれは不可能でした。そこで大学に近い自治体にモデル地域を設け、その高齢者住民を対象にCGAを用いた検診を施行することを図りました。

CGAでは、診断と治療よりも生活機能の総合評価に目的があります(表2)⁶⁾。それは大別すれば、身体的にADL、IADL、精神心理的には認知機能障害やうつ病の有無、社会的には経済や家族、介護者の有無など、3つの要素の検討によって構成されます。米国の老年医学会誌をみると、Health、QOL、Independenceの3者が常に冒頭に掲げてありますが、我が国では患者の自立、満足感などの視点はありません。

表2 老年医学的総合評価 CGA の領域

1. 日常生活機能
ADL:起居動作 手洗い 食事 更衣 入浴
IADL:買い物 家計 電話 薬の管理 旅行 社会活動
2. 精神心理的機能
認知機能:ミニメンタルテスト (MMSE), 改訂長谷川式スケール (HDS-R)
情緒:老年医学的うつスケール (GDSR) など
3. 社会的因子:住居 経済 家族状況 ケアに当てる人など

香北町健康長寿計画

私は地域在住の高齢者を対象として、CGA を用い、自立を目標とした検診を施行することを企画しました。大学から車で20分余りのところに香北町という人口5千人の町があります。そこでは65歳以上の高齢者人口が、すでに30%にも達していました。この地域で「健康長寿計画」を企画いたしました。

まず65歳以上の全高齢者を対象として、生活機能に関するアンケート調査を徹底して行いました。また75歳以上の後期高齢者には、CGAを用い、血液検査や心電図などの一般検査の他に、ADL、認知機能、行動、血圧動揺などの評価を行いました。

たとえばタイムド・アップ・アンド・ゴーテストという検査があります。被験者が椅子から立ち上がり、3mくらい自然に歩いてから向きを変え、元の椅子にかけるといふ単純な動作で、それが円滑に行えるかを計測してみるものです。認知機能にはミニメンタルテスト (MMSE) や HDS-R (長谷川式評価) などを実施しました。うつ病についてのスクリーニングテスト (GDR) も行いました。指先の巧緻運動をみるためのボタン着脱試験やパソコンを使用した視空間認知・運動協応動作テスト (もぐらたたき) などは独自に開発したものです。

血圧測定に関しては、自動血圧計を用い、座位2回、臥位2回、立位2回を測定し、起立時の血圧変動をみました。さらに家庭用自動血圧計を30台購入し、家庭で血圧を朝夕2回、連続5日間測定し、その後は次の世帯に回すというシステムを導入し、信頼し得る血圧値とその変動を検討しました。

このプロジェクトは、高知医大老年病科が企画し、

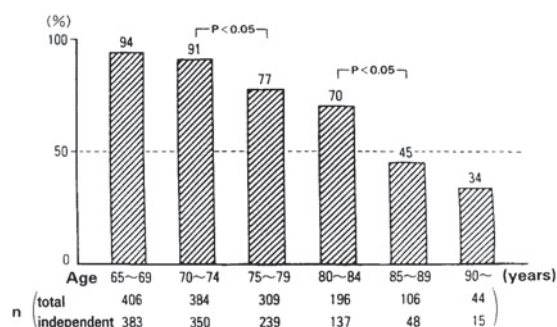


図3 高知県香北町の初年検診時 (1991年) の自立生活者の頻度 (文献7より引用)

地域保健所と自治体が協力するものですが、実際には多数の医局員、保健師、学生などが参加し、行政や地域住民も組織を作ってこれを支援するというシステムが出来て、多くの新知見が得られました。その目標は自立度の評価と生存率にあり、コホート研究として毎年、データを収集して解析しました。

図3は1991年、初回検診時における香北町高齢者の自立生活者の頻度をみたものであります⁷⁾。65~74歳では約9割が自立していますが、75~84歳ではこれが7割となり、85歳以上になると半数にも満たなくなります。こうした自立障害のある高齢者を的確に評価し、その成因を解明して自立度の改善を図ることが、健康長寿計画の最大の目的であります。

図4は、同時に施行した運動教室、栄養教室などの影響もあって、後期高齢者の自立度が毎年、顕著に改善した状況を表しております。特に85歳以上の超高齢者の改善が目立ちます⁸⁾。それはまた町の医療費の低下につながりました。

その他、アップ・アンド・ゴーテストは、自立障害と生存率のよい指標となることが分かりました。また起立時に収縮期血圧が20 mmHg以上、低下あるいは上昇するものは、生命予後が悪く、自立障害を起こしやすいことが明らかにされました⁹⁾¹⁰⁾。

以上のように高齢者、特に後期高齢者の自立を目指して、総合機能評価を地域で行って実績をあげたのは、内外で初めての試みでした。私たちも予防老年医学の意義を認識した次第です。高知県行政はもとより、厚労省もこの成果を参考に介護保険を立ち上げたものと

思います。

東京都老人医療センターにおける CGA 病棟の設置

私は 64 歳で高知医大を辞し、東京都老人医療センター（現東京都健康長寿医療センター）の院長に就任いたしました。この病院は、元養育院附属病院といわれたもので、本来は養育院という高齢者収容の施設のために設けられた都立病院です。養育院という施設の創始者は明治の実業家、渋沢栄一で、亡くなるまでの 58 年間院長を務めました。1972 年、時の美濃部都知事は老人福祉対策を重視し、養育院附属病院を近代的な外部に開かれた病院とし、その経営を東大に委任し

ました。また老人総合研究所をも設立しました。病院の名称はその後、東京都老人医療センターと改称しました。私はこの 4 代目の院長に当たります。

しかし、老人医療センターでは、内科はすべて臓器別に循環器、神経、呼吸器などと分割され、患者に対する生活機能評価などは実施されていませんでした。その入院資格は、①都民であること、②他医からの紹介があること、③65 歳以上であることでした。また高齢者に特化した看護というものはありませんでした。ただ他の都立病院とは違い、福祉局養育院という組織に属していました。

私は毎週 2 回、内科病棟を順を追って回診しましたが、どの病棟にも寝たきりや認知機能障害のある患者がいることに気づきました。アルツハイマー病などは、精神科が担当し、鍵のついた閉鎖病棟に入院していました。基本的 ADL を各病棟でみると、図 5 に示すように年齢とともに生活機能が顕著に低下していました¹²⁾。

そこで私はこの病院に CGA を導入し、職員に高齢者の生活機能総合評価という点に注意を喚起させました。その診療方針を図 6 のように模式化し、部科長会で説明しました。ここには先に東大老人科で示した A 案と B 案との両立があります。Disease と Disability とをチーム医療ケア体制で支えて診ることの重要性が示してあります。

私はリハビリテーションの病棟の一部を CGA 病棟としました。そこでは医師、看護師、社会福祉師、理

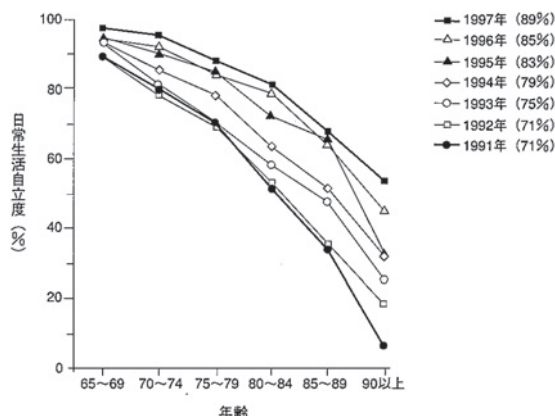


図 4 年齢別日常生活自立度の年次変化（文献 8 より引用）

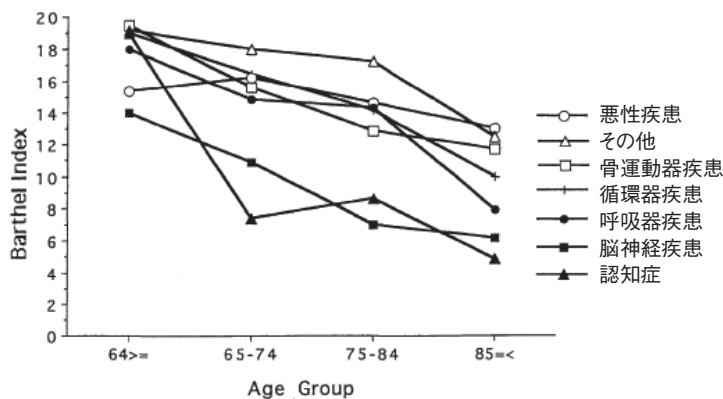


図 5 基本的 ADL (Barthel Index) の疾患別年齢別分布（文献 12 より引用）

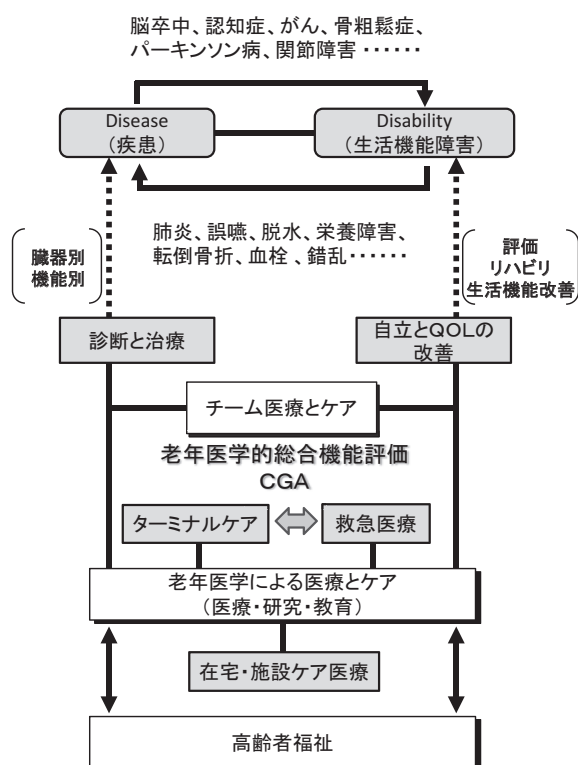


図6 高齢者医療の概念図 疾患の診断・治療と障害の両者を重視

学療法師、薬剤師などによりチーム体制を構成して医療とケアに当たりました。患者に対しては、診断と治療のみでなく、総合的に生活機能評価を行い、個々の患者の問題点を明らかにし、その自立とQOLの改善に取り組みました¹³⁾。

方法については1992年に英国医師会と老年医学会が発行した高齢者評価法という小冊子入手し、何度も読んで参考にしました¹¹⁾。また毎月1回、院長を委員長とするCGA委員会を開き、その発展を図りました。その他、医療ケア研究会を作り、転倒、誤嚥、失禁、栄養、ターミナルケア、薬害など、高齢者の機能を阻害する様々な課題を、看護師を委員長とし、医師、薬剤師、コメディカルなどにより討論する勉強会を作りました。入院病歴には、すべてBarthelのADL評価表を付け、入院時と退院時には必ず記入するようにしました。また精神科に限らず、必要に応じMMSEの認知機能評価表をつけて記入するようにしました。

さらに病院と研究所とが一体となり、毎年1回開催の養育院老年学会を設立し、様々な職種から老化、老

年病に関係する研究発表、ポスターセッション、シンポジウムなどを施行し、老年学の学際的交流を図りました。

以上のようなCGAによる病院運営は全国始めてのものであり、その実施からたとえば入退の頻繁な心不全患者などでは、入退の頻度が減り、患者のQOLが改善するなどの効果が得られました。手術の術前、術後の評価や多剤の注意などにもCGAは必須です。

これからの老年医学について思う事

我が国の高齢化を表す平均寿命と65歳以上の老年人口の伸びは世界首位であり、大方の想定をはるかに超えるものでした。総人口は減少して、30年後には1億を割ると言われます。一方少子化の影響もあって、65歳以上の高齢者人口は20年後に33%、2060年には4割になると予測されています。

高齢者は多病であり、多様性がその特徴であります。老化→老衰→老年病→死という過程において、様々な

表3 救急ケア対緩和ケア（文献16より）

比較項目	救命ケア	緩和ケア
目標	救命	症状軽減
ケア因子	分析的, 合理的	主観的
判断基準	診断名	症状 所見
理論	科学的 生命医学的	人間愛 人間学
追跡因子	病気の過程	安楽
視点	臓器	全人的
ケア材料	機材 機器	ソフトウェア（プログラム）
普遍性	疾患一定の治療体系	個別
組織	ピラミッド型	多職種合同
死	失敗 敗北	自然な結末

合併症を起こします。それは「一患者、一疾患」という臓器別診療科では、対応できません。認知症は毎日のようにマスメディアを賑わしており、その家庭や社会における対応の重要性が指摘されるようになりました。

以上のような超高齢者社会の到来は憂慮されるところですが、経済学者吉川 洋東大名誉教授はこうした人口ベシミズム論を退け、プロダクト・イノベーションが今後、解決の鍵になると述べています¹⁴⁾。イノベーションは改革であります。未来に向けた意識改革、新しいビジョンの実現が重要であります。

医療費は年々増加し、高齢者ケアの問題も深刻であります。老年医学は今後どのように進むべきでしょうか。老年医学の主体はエイジングにあります。エイジングは、老化であります。老化の特徴は Arking R によれば、次の4つの要素にあると言います¹⁵⁾。

1. 蓄積性 Cumulative
2. 進行性 Progressive
3. 内在性 Intrinsic
4. 傷害性 Deleterious

確かにこれは的を射た言葉だと思います。我々の体内には常にこうした老化のプロセスが進行しております。それが機能の衰退と死を招くこととなります。老年医学の目標は、この老化の進行を抑制することにあります。

以上を踏まえて私は次のような3提言を致したいと思います。

1. 診療科としての老年内科の確立

老年医学の診療科は、現在、老年科、老人科、老年病科、老年病内科、高齢総合診療科など、様々であります。しかし厚労省が指定したのは老年内科のみであります。私は現在の診療科の名称をすべて老年内科に統一し、その専門性を明らかにすべきと思います。

大学病院から診療所に至るまで、老年内科の設置を義務付け、専門医としての老年内科医を多く育成すべきです。その中核にあるのが内科学会と老年医学会の専門医の資格取得であります。老年医学的総合機能評価法の習熟が老年内科医の専門性になります。

認知症や要介護高齢者は今後、激増するでしょう。老年内科医はこれらに対してチーム医療ケア体制を取り、様々な職種を統合して適切な医療とケアを実施し、ネットワークを作って個々の高齢患者に当たるべきだと思います。臓器別診療科の専門性と並んで老年内科医は、その専門性に常に高い誇りを抱き、社会のために仕事をすべきです。それが医療費の軽減につながります。

2. 終末期医療ケアの重視 QOL から QOD へ

高齢社会には多死があります。従来の臨床医学は、死を敗北とみなしました。しかし、人間である以上、死は必然であります。したがってQOL(quality of life)からQOD(quality of death)へと視点を移すことが必要です。それが緩和ケアとなります(表3)¹⁶⁾。

老年内科医は、「エンド・オブ・ライフ ケア」に習熟すべきです。高齢となって治療が無効とされ、余命

表4 期待される85歳の高齢者像

- ・視力・聴力に支障がない
- ・80・20で自分の歯が20本以上ある
- ・1日に1～2 km くらいは歩ける
- ・好奇心があり、学習意欲があり、行動力がある
- ・社会参加がある
- ・或る程度の経済的支えがある
- ・老・病・死を自然なものを受けとめ、自然に対して畏敬の念がある

が少ない患者に対して、抗生物質の投与、経口栄養、点滴、人工呼吸などは医療費の無駄であり、避けるべきです。何もしない医療ではなく、何もしないということをしている医療とケアがあるわけです。重点は、患者と家族に対して常に十分な会話をを行い、意志の疎通をはかるというソフトケアにあります。

生老病死は生物としてのヒトの自然な過程であります。人間として高齢を経て死ぬということが何を意味するのか、むしろ喜ぶべきことではないでしょうか。終末期には、食が細り、枯れ木のようになって生を終える満足感があります。この医生物学的意義を老年内科医は常に考えるべきです。そこに老年医療における在宅ケア医療の存在意義があります。

3. 予防老年医学 健康長寿への道

21世紀に生誕したものは、その半数近くが100歳まで生きられるとの予測があります。高齢社会では、遅く生まれた人ほど長命になります。しかし定年になってからの30年に及ぶ歳月を如何に送るか、それは医学的、心理的、経済的、社会的に大きな課題となります。老化は染色体のテロメア長の短縮を伴います¹⁷⁾。それは慢性炎症、インスリン抵抗性、酸化ストレスを起こし、免疫機能と認知機能が低下します。介護予防は認知症、要介護の予防のために現在、地域で盛んに取り組まれています。だが人間の幸福とは、生化学的にセロトニン、ドーパミン、オキシトシンなどによって決まると言われています¹⁸⁾。これらを常に高く維持されることが大事だと思います。

私は2009年、老年学会会長をつとめたときに、期待される85歳の高齢者像を示しましたが、米寿となった現在、85歳高齢者の期待像として表4の項目を示します。

我が国の生命表によれば、男性では85歳、女性では90歳が、最多死亡年齢となっています。健康長寿計画では、この年齢までは自立して人生を楽しむことを目標とすべきと思います。

老年内科医は、健康長寿を達成する責務があると思います。そのためには平素の心の持ち方が大事です。それが個人の生き方、生きがいに関係します。

私の生活信条は、「1. 動く、2. 楽しむ、3. 喜ばす」の3カ条にあります。

1. 動く：使わなければ駄目になる
2. 楽しむ：楽しむことが生きがいとなる
3. 喜ばす：喜びを共にすることが社会を活性化する

高齢者は何歳になっても、学習意欲を維持することが大事です。米寿の私は、現在、次の3つのSを考えています。

1. Sapiens：25万年の過去を有するホモ・サピエンスは、今なお進化の過程にあります。
2. Science：500年前に始まった科学革命は、加速度的をもって進歩・発展を続けています。
3. Silence：自然は沈黙していますが、未知の分野が広大です。

私ども学問をするものは、常に謙虚で、自然に畏敬の念をもつことが大事と思っています。

恩師沖中重雄先生は、歴史家トインビーの次の言葉をよく引用されました。

「古い世代は若い世代に学ばなければならない。しかし、若い世代は古い世代の経験を必要とする。それが歴史である」。

以上、古い世代の私は、過去を顧み、自らの経験を語りました。温故知新、何等かのお役に立つことがあれば幸いです。

日本老年医学会の益々の発展を心から祈ります。

最後に私とこの研究を共にした多くの教室員，病院医師，看護師，コメディカルなどに厚く感謝申し上げます。

文献

- 1) 小澤利男：尼子富士郎：わが国老年医学の父. *Geriatric Medicine* 2005; 43: 359-362.
- 2) 小澤利男：日本老年医学会 50 年の歩み. *日老医誌* 2008; 45: 582-584.
- 3) Rowe JW, Besdine RW: *Geriatric Medicine*, 2nd ed, Little Browne and Co, 1988.
- 4) Comprehensive Geriatric Assessment: AGS Public Policy Committee. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 437-474.
- 5) 小澤利男：英国老年医学の母：ウォレン Marjory Warren. *Geriatric Medicine* 2004; 42: 1373-1375.
- 6) 小澤利男：高齢者の総合機能評価. *日老医誌* 1998; 35: 1-9.
- 7) Shimada K, Ozawa T, Matsubayashi K: Dependency of the aged in the community. *Lancet* 1993; 342: 1241 (letter).
- 8) 松林公蔵：地域在住老年者の包括的健康維持のためのシステム構築に関する研究. *Geriatric Medicine* 1998; 36: 1997-1802.
- 9) Matsubayashi K, Okumiya K, Wada T, Osaki Y, Fujisawa M, Doi Y, et al.: Postural dysregulation in systolic blood pressure is associated with worsened scoring on neurobehavioral function tests and leukoaraiosis in the older elderly living in a community. *Stroke* 1997; 28: 2169-2173.
- 10) Okumiya K, Matsubayashi K, Nakamura T, Fujisawa M, Osaki Y, Doi Y, et al.: The timed "Up and Go" test and manual button score are useful predictors of functional decline in basic and instrumental ADL in community dwelling older people. *JAGS* 1999; 47: 173-174.
- 11) A report of joint workshops of the research unit of the Royal College of Physicians and the British Geriatric Society: Standardized Assessment Scales for Elderly People. June 1992.
- 12) 山田英夫, 高橋龍太郎, 小澤利男：老年患者の ADL—東京都老人医療センターにおける断面調査—. *日老医誌* 1998; 35: 44-52.
- 13) 山中 崇, 高橋龍太郎, 荒木 厚, 出雲祐二, 松下 哲, 山田英夫ほか：老人専門病院における総合的機能評価法の試み. *日老医誌* 1997; 34: 278-284.
- 14) 吉川 洋：人口と日本経済—長寿, イノベーション, 経済成長, 中公新書, 2016.
- 15) Arking R: *Biology of Aging* 1998. 老化のバイオロジー (鍋島陽一, 北 徹, 石川冬木訳), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2000, p12-13.
- 16) Kuebler KK, Berry PH, Heidrich DE: *End-of-life Care* 2002. エンドオブライフ・ケア 終末期の臨床指針 (鳥羽研二監訳), 医学書院, 2004, p17.
- 17) エリザベス・ブラックバーン, エリッサ・エベル：細胞から若返る—テロメア・エフェクト (森内 薫訳), NHK 出版, 2017.
- 18) ユヴァル・ノア・ハラリ：サピエンス全史—文明の構造と人類の幸福 (柴田裕之訳), 河出書房新社, 2016.

小澤利男先生 ご略歴

1929 年 東京都生まれ
 1953 年 東京大学医学部卒業
 1954 年 東京大学医学部第 3 内科研究生（主任冲中重雄教授）
 1963 年 虎の門病院循環器科
 1965 年 東京大学医学部老年病科助手、1968 年 講師、1979 年 助教授
 1981 年 高知医科大学（現高知大学医学部）教授（老年病科 循環器科 神経内科）
 1993 年 東京都老人医療センター（現東京都健康長寿医療センター）病院長
 1997 年 退官
 現在 高知大学名誉教授 東京都健康長寿医療センター名誉院長
 著書 「老年医学の道を歩んで」 1997
 「老年医学の先駆者たち」 2006
 「老年医学と老年学」 2009 以上（株）ライフ・サイエンス
 『長生き病』を考えるー老年医学の道を歩んでー 2012 東京図書出版
 編著：エッセンシャル老年病学 第 3 版 1998 医歯薬出版
 高齢者の生活機能評価ガイド 医歯薬出版 1999