

特集

令和5年度（第47回）大阪府医師会医学学会総会特別講演

人生100年時代の 幸福長寿を 目指して

独立行政法人労働者健康安全機構
大阪労災病院院長／
大阪大学 名誉教授 樂木宏実



この記事は、令和5年11月5日(日)に開催された「令和5年度（第47回）大阪府医師会医学学会総会特別講演」の様子をまとめたものです。



樂木宏実・大阪労災病院長

人生100年時代とは？

本日は、人生100年時代とは何なのかについて、高齢者に関する側面からお話をさせていただきます。

安倍晋三元首相が人生100年時代構想会議を設置された時に、リンダ・グラットンという方をお招きになりました。その方の書籍の表紙の帯に「人生100年時代」という言葉がありまして、それを色々なメディアが取り上げたので、皆さんも耳にしたことがあると思います。この本の中で、日本では今後も長寿化が進み続けるという例を出されています。そして、先進国で2007年に生まれた方の50%が到達する年齢が、100歳を超える時代になったとおっしゃっています。実際、日本で最近生まれた方を見てみると、その半分に到達する年齢は90歳超になっていますので、100歳を超えているとは言いづらいのですが、こういったところから100年時代という言葉が生まれました。

日々の診療において、80歳の方はたくさんいらっしゃると思います。その方々が目の前

に来られた時、男性平均で9年、女性平均で12年の余命があるということを意識する必要があります。これを学生に話しますとやはりびっくりします。12年というと、小学校入学から高校卒業までの12年間だよ、その期間にいろんなことがあったよねと。その12年を、80歳の方に対してどう捉えるのかと考えると、結構大変だなと思われるでしょう。私は、当初、生きているという時間だけでびっくりするという話をしていました。しかし、それに加えて、実際にその方々を医療の面からカバーするのは当たり前ですが、医療によるカバーがその方々にとって幸せかどうかをしっかりと考えなければいけない。そして、それが幸福だと言えるような社会であってほしいということも、あわせて考えなければいけないという話をするようにしてきました。

国民が思う高齢者像

内閣府は継続的に「自分が高齢者だ」と感じている方の性・年齢階層別割合の変化を調査しています。それによると、「自分が高齢者だ」と感じる方が6～7割を超えてくるのが75歳以上です。それまでは半分にも満たない人が、高齢者と言われても、「まあそんなもんかな」というくらいに思っているレベルです。

一方、「支えられるべき高齢者」の年齢については、大体自分の年齢よりも上を答える傾向にあります。ここで大事なものは、支えられるべき高齢者の年齢のピークは、80歳以上のところにあるということです。決して、65歳を超えたからといって、自分達は支えられるべきだと思っている方が大多数ではありません。しかし、65歳以上の方にも、僅かですが数パーセントは支えられるべきだと思って

いらっしゃる方がいるところもポイントです。人それぞれの考え方には違いがあるということです。ただ、国民の大多数は、支えられるべき人というのは、少なくとも75歳以上ぐらいからというようなイメージを持っていて、これは経年的な変化で見てもあまり変わりがないと言えます。

さらに、何歳まで仕事をしたいですかという質問結果についてお話しします。これは「したい」と「したかった」の合計で、今はやめているけれども、実はもう少し働きたかったという方を含めています。仕事をしたいと思わないという方ももちろん一定数いらっしゃいます。また、65歳の定年まででいいという方も一定数いらっしゃいますが、働けるうちはいつまでも働きたいと思う方が、平成26年度と令和元年度の調査である程度いらっしゃいます。65歳を過ぎて働きたいと思っている方が大体6割前後、75歳を過ぎて働きたいと思っている方が4割いらっしゃいます。労働ということをどのように位置付けるかは、いろいろな考え方があると思います。週2日でも3日でも「働く」という解釈もあると思いますし、「ボランティア」という働き方もあると思います。そういうことを考えると、私どもが医療を提供して高齢の方が元気であるということには、「元気」というだけでなく、「働ける元気さ」ということもプラスしなければいけないと感じています。

高年齢者を何歳で区切るのか？

このようなことから、私どもは学問的にいろいろなことを背景に「75歳ぐらいを高年齢」と定義付けてもいいのではないかという解析をしています。最近、高年齢者をどう考えるかについて世界的な考え方の変化もございま

す。まず、一般的に高齢者を考える時は、社会保障問題から始めます。一つの説ですが、ドイツ帝国の宰相ビスマルクが年金制度をつくった際に、高齢者を65歳で区切ったことが起源だそう。実際、65歳以上の人口を全人口で割った値が高齢化率としてよく用いられますが、日本は、2019年のデータで28%、これが2050年には38%ぐらいになります。また、何人の働き手で1人の高齢者を支えるかといったことはよく言われますが、65歳以上人口を生産年齢人口で割ると、日本の老年人口指数は51%、2050年には80%になるということです。

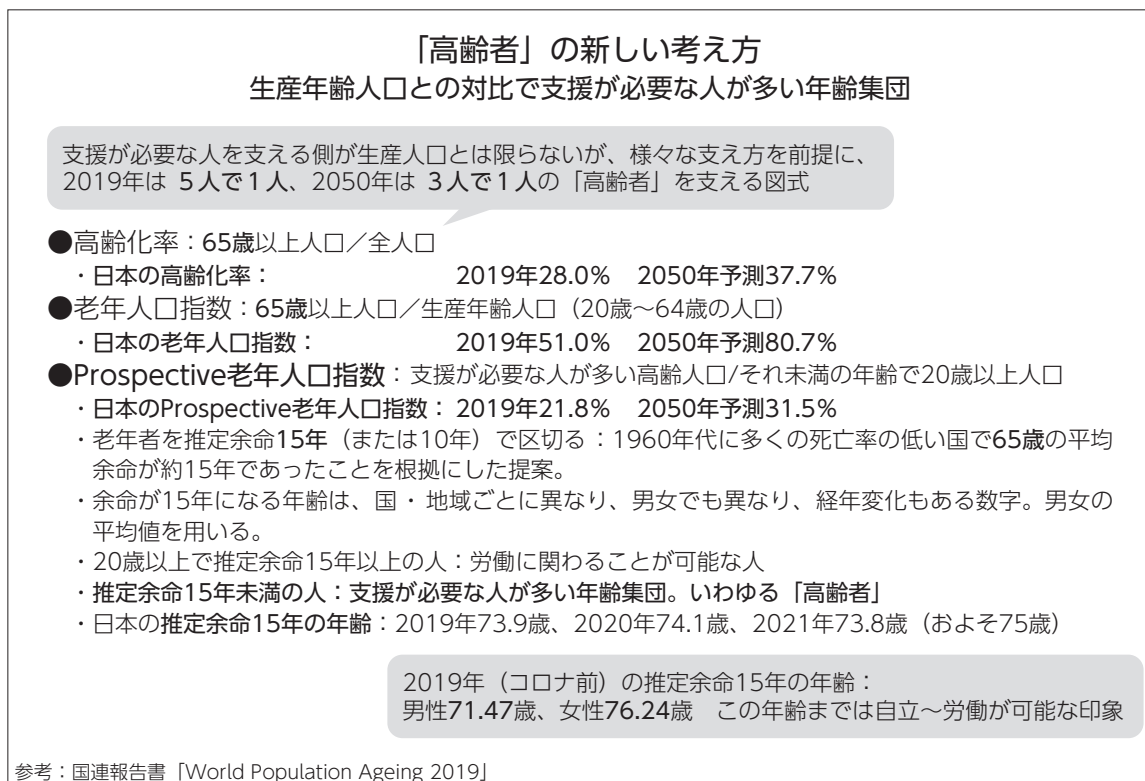
これでは支えることができませんよということになるのですが、65歳とか60歳という値で区切ることに本当に意味があるのだろうか、こんな計算をすること自体に意味があるのだろうかという考え方が出てきています。そこで出てきたのが、Prospective老年人口指数です。まず支援が必要な人が多い「高齢人口」を定義します。これは推定余命が15年未満の方々です。これはどこから来ているかということ、本当に適切な区切りかどうかは分かりませんが、高齢者の定義が始まった頃の1960年代、死亡率が低い国、つまりある程度の先進国ということになりますが、そういった国において65歳の平均余命が大体15年でした。この頃には、65歳を高年齢者と定義して社会が成り立っていたわけです。そういうことから、残りが15年になったところを高年齢者としてはどうかと。これは、非常に短命な国もあるので国によって全然違いますが、日本は75歳近くになってきています。コロナの影響もあって若干動きはありますので、現在は74歳ぐらいだと思われます。また、余命が15年になる年齢は、男女によっても異なりますので、男女の平均値を用います。そうすると、

2019年では非高齢者5人で高齢者1人、2050年には3人で1人を支えることになります。このくらいであれば何とかなるだろうという考え方です。推定余命15年の年齢は男女で5年程違いますので、やはり男性と女性で高齢の年齢を変えたほうがいいのではないかと議論もありますが、政策的には現実的ではないので、75歳辺りを一つの区切りにして考えていくと、今の日本の高齢者という考え方から大きくは外れていないと思います。

世界的なデータの比較も国連の報告書の中に出てきます。日本のProspective老年人口指数は2050年に31.5%になっています。世界的に見ても日本は突出してこの割合が高いのですが、それでも何とかなるような数字に落とし込めます。逆に言うと、75歳まで元気に働き続けられるように社会を整備していくことの方が考えやすいのではないかと個人的には思っています。そういうものを背景にすれ

ば、いずれエイジフリー・エイジレス社会がつくられるだろうし、年齢のことも言わなくてもいいようになると思います。政策的には必ず年齢を言わないと施策が組めないのでは、話としては出てくると思います。社会の中で私どもが医療をする上で、高齢という言葉に気にせず、むしろこの人はこういう身体機能だからこんな医療が必要だ、ということを書いていけるような時代に早くなると思っています。しかし、取りあえずは何らかの区切りがないと実質的なことは難しいということで、医療の現場でも75歳で一つ定義しているということをございます。これから先、いろんなバイオマーカーを開発することによって、エイジフリーということが本当に言えるようになるのではないかと期待しています。（図1）

図1



「治す医療」と「支える医療」

まず、医療というのは開発し続けなければいけない。新しい技術がどんどん出てくるのはその通りですが、老年医学的な観点から私どもが思っていることを述べさせていただきます。

先生方は「治す医療」を支えている方がほとんどだと思います。特に病院の医療の基本と言えます。私も大阪大学病院から大阪労災病院に移りまして、より顕著にそう感じました。私どもの病院は、急性期医療や高度医療に特化したことを行いますので、本当に治す医療が基本になります。一方、支える部分は近隣の先生方をお願いしているところがありますが、医療全般でいえば、治すことと支えることが大事だということになります。臓器機能を回復するだけでなく、将来的には生活機能の維持・回復こそが大事になります。ですから、高齢者の医療というのは1つの病院だけではもう成り立たなくなっていて、大学病院が1つあればいいということではない


ということはもう皆さんご承知のとおりです。つまり、地域住民が「大きな病院が近くにあるから大丈夫だ」と思っていたらそれは大間違いで、医療・介護・保健に携わる多職種の集まりによって、住民の健康を面として支えていかなければいけません。

そのために必要なものとして、約10年前、大島伸一先生が国立長寿医療研究センターの名誉総長だった頃につくられた提言があります。(図2)

私もこの提言に関わりましたが、この十数年の間だけでも、様々な新しい言葉が老年医学の分野で出てきました。皆さんも耳にしたことがある「フレイル」、それから、「マルチモビリティ」という言葉もいろんなところで言われ出しています。大きな社会問題になっている「認知症」、そして、皆さんはあまり意識されていないかもしれませんが、「ふらつき・転倒」などによっても、介護や疾病の予後を左右するところが非常に大きいです。さらに、「エンドオブライフ」という考え方もあります。これは老年医学の世界だけではなくて、基幹病院における色々な診療科

図2

超高齢社会のフロントランナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方



日本学術会議 臨床医学委員会 老化分科会 提言
平成26年(2014年)9月30日
委員長 大島 伸一 国立長寿医療研究センター名誉総長

パラダイムの転換
「治す」医療 → 「治し支える」医療
臓器機能の回復 → 生活機能の維持・回復

提言に沿って必要とされる高齢者の医学・医療と介護

- ・ 治し支える医療、生活機能重視の医療と介護
- ・ 多職種連携によるシームレスな医療と介護
- ・ 年齢ではなくフレイルや多病の状態に合わせた医療と介護
- ・ 疾患への介入に加えて、フレイルへの介入
- ・ 老化そのものを標的とした介入の探索(研究)
- ・ 当面の主要な標的は、フレイルと認知症

の疾患に関わってくるという背景もあります。

幸福長寿に向けた技術革新

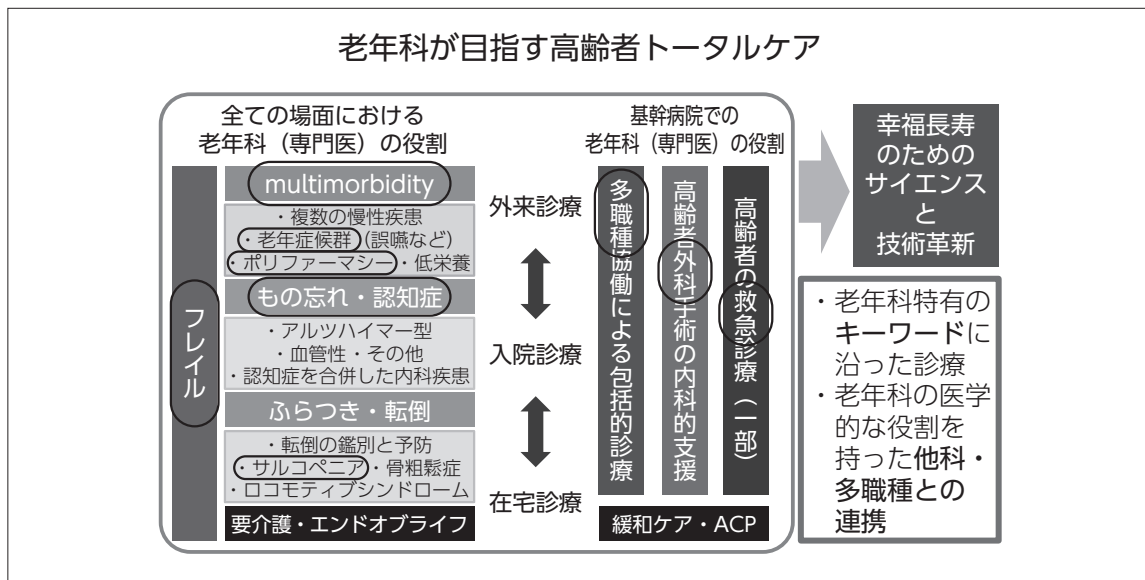
こういったことを含めて幸福長寿ということを考えていくには、やはりサイエンスや技術革新が必要です。老年科特有のキーワードが出てきたことによって、多職種の方々が領域横断的に考えることができるようになってきたと感じています。（図3）

一例ですが、本日の座長の荻原俊男先生が大阪大学病院の病院長だった時、外科手術前に故・門田守人先生とお二人で、「本当に手術していかどうかは内科的な感覚とは少し異なる」というお話をされたそうで、消化器外科の患者さんはすべて、老年科の医師が1回診てから手術をするという話になりました。具体的には、高齢者総合機能評価（CGA）をやってみようと提案を受けまして、現在、鹿児島大学で教授をしている大石充先生が中心になってプログラムを組んでくれました。今でもそうですが、大阪大学病院の消化器外科の70歳以上の患者さんはすべて

老年科を1回通ります。検査結果を出すと、CGAのスコアが良い人と悪い人に分かれます。ADLとか認知機能とか鬱などのスコアが良いか悪いかの違いだけで、予後が随分違うことが分かりました。これを基に、当時外科にいらっしゃった山崎誠先生がスコアをつくるころまでしてくださいました。（図4）

さらに、NCD（National Clinical Database）という患者さんのすべての症例を登録する外科のシステムがあります。当時大阪大学にいらっしゃった福島県立医科大学の丸橋繁先生が中心になられて、高齢者の機能評価に関係する4つか5つの少ない項目ですが、それをプログラムの中に入れることにされました。それは、意思決定支援といって、患者さんが手術を選択するかどうかを医師と話すのですが、その際の支援情報として用いるためです。例えば、あなたの場合は手術に成功したとしても、予後はこれくらい悪いですよということを含めて出せるようなデータが必要なのです。予測式や診療指針をつくられて、今年の3月にガイドラインも出ました。ここまでこられたのも、大阪大学が17～18年かけてやってきた仕事の総仕上げ

図3



を丸橋先生がしてくださったからです。(図5)

老年医学の中でもう一つ、若返りができないかと言われています。本当は、若返り自体をする必要はないのですけれども、がんの手術をするにしても、総合機能評価が良い人とそうではない人の予後が違ってくるということが分かりました。私は今、そこに対して運動と栄養とサプリなどで支えることをプラスアルファで研究しています。それらによって、同じ手術を受けても元気に早く社会復帰できて、また働けるといふ高齢者を増やしていかなければと思っています。

NMN (Nicotinamide MonoNucleotide) という長寿に関係する可能性のあるものを増やす物質が分かっています、これを使ったらどうなるかということをやりました。目的としていた筋力のところは何もよくならなかったのですが、フレイルの評価に関してはちょっと差が出ているようでした。本当はnを積み重ねていかないとはいけませんし、簡単ではないなと実感しているところですが、こういった研究がこれから先の世の中にどんどん出

てくるだろうと思います。

認知症対応の課題と多職種連携

問題になっている認知症をどう抑制していくのかに関して、基本法が令和6年1月から施行されるわけですが、私どもの教室もずっと関わってきています。臨床研究として脳脊髄液を採取するというような研究をしていま

図5

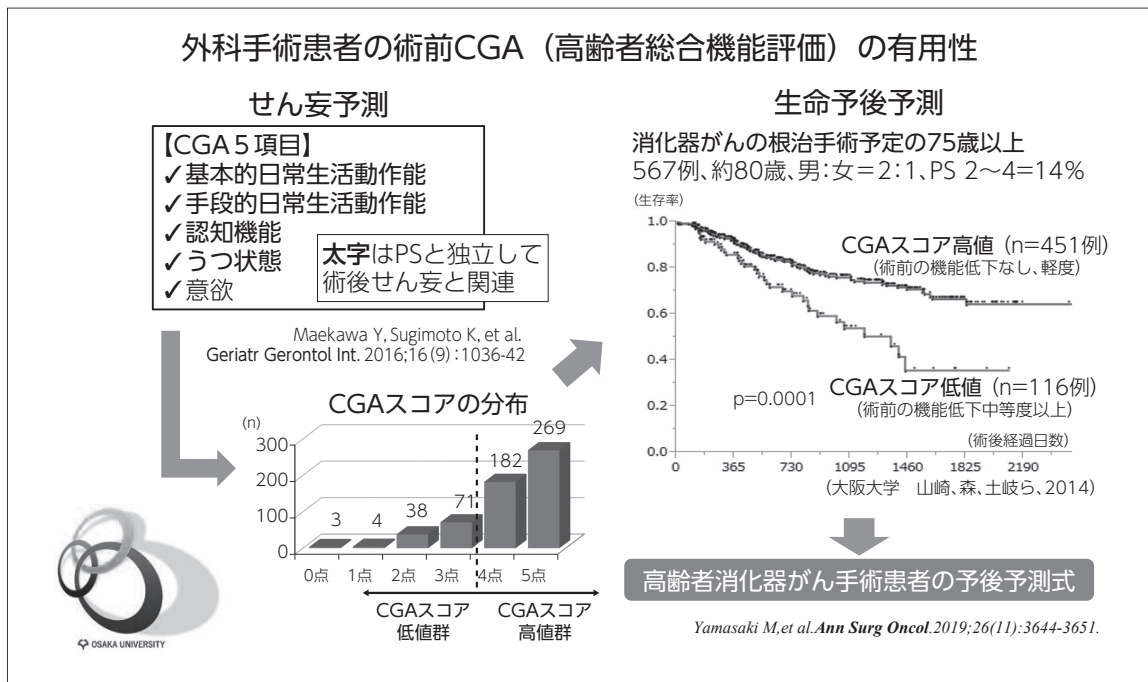
高齢者総合機能評価の 消化器外科領域への実装

厚労科研：高齢者消化器がん手術における診療指針策と、指針普及・人材育成を目指した協働型意思決定支援システムおよび病院評価プログラムの開発 (21EA0401, 令和3～4年度)

研究代表：丸橋 繁 教授 福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科学講座

- A) NCD (National Clinical Database) を用いた、消化器外科主要術式に対する高齢者指標を取り入れたリスクモデルの開発
- B) 高齢者アウトカム予測式を用いた協働型意思決定支援システムの確立
- C) 高齢者消化器外科手術診療指針の作成

図4



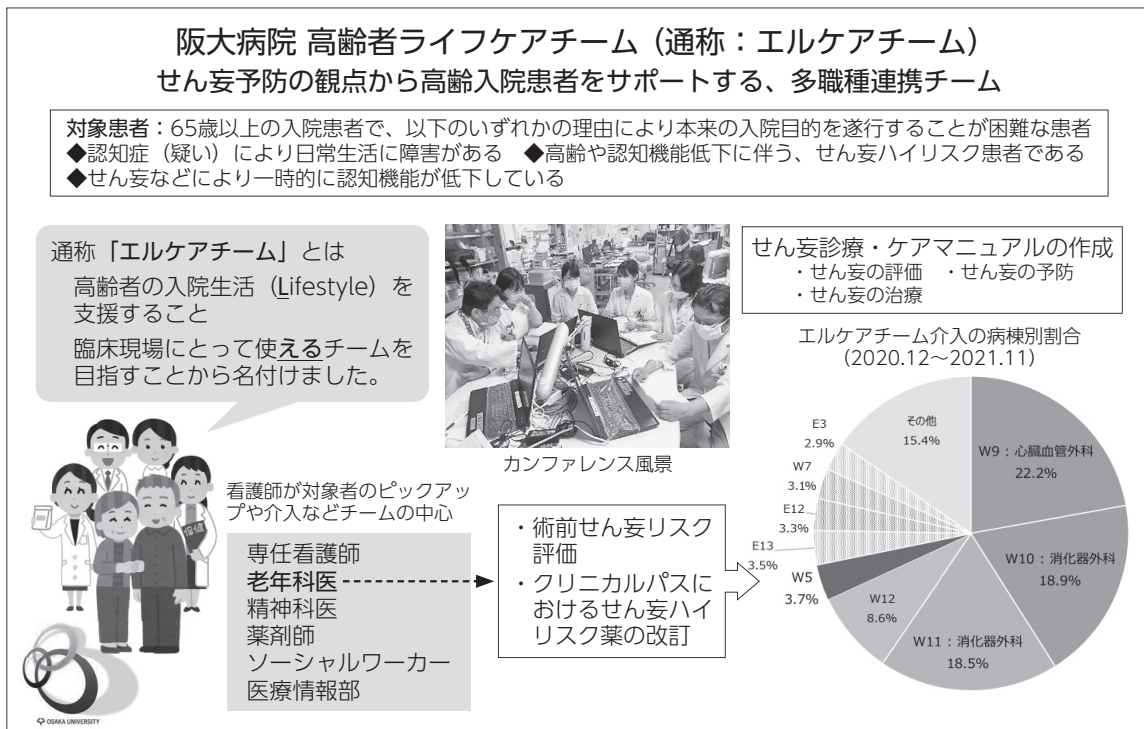
す。バイオバンクをたくさんつくっていると
ころでして、結構な数の登録が進んでいま
す。日本一のバイオバンクだと関係者は申し
ますが、このバイオバンクがあることによっ
て、軽度認知障害（MCI）の状態や認知症が
進んだような状態を区別することが簡単にで
きるようになることを期待しています。

また、正確な診断以外にも、スクリーニン
グをいかに簡単にしていくかということに関
しては、アイトラッキングという方法があっ
て、視線が画面の中のどこに動いているか
を見るだけで診断できる機械を、武田朱公先
生が開発されました。これがプログラム医
療機器という形で認められて、近々製品化さ
れると聞いています。それから、モーション
センサーアプリやロボットとの会話などを含
めて、フレイル状態をいかに早く見つける
かということも研究しているところです。も
ちろん認知症そのものに対する治療もした
いです。最近、新しい薬が1つ出てきまし
たが、それだけではなく、もっと新薬が出
てこない

といけません。今出てきた新薬はアミロイ
ドβに対するものですが、その先にあるタウ
という物質に対して、リン酸化タウをどう
にか修飾できないかとワクチンを使った治
療を研究しているところです。

臨床の現場ではもっと多職種で患者さん
に介入していかなければいけません。入院
中の事故も多いということの理由に、せん
妄があります。あるいは、全体的な機能低
下の場合もあります。せっかく病気の治
療のために入院しても、それらに阻害さ
れてしまうことから、大阪大学病院では、
病院内にエルケアというチームを立ち上
げました。精神科の先生と老年科の先生
がたまたま同級生だったということから
始まったのですが、専任看護師のサポー
トにより非常に大きく進みました。薬剤
師、ソーシャルワーカー、医療情報部な
どを一つのチームにして、入院された段
階から、あるいは入院前の段階からピッ
クアップして、危なそうな患者さんのと
ころに介入していきます。週1回ラウンド
しながら、より

図6



安全な医療を施していくということを心掛けています。(図6)

高齢者の高血圧に関する研究

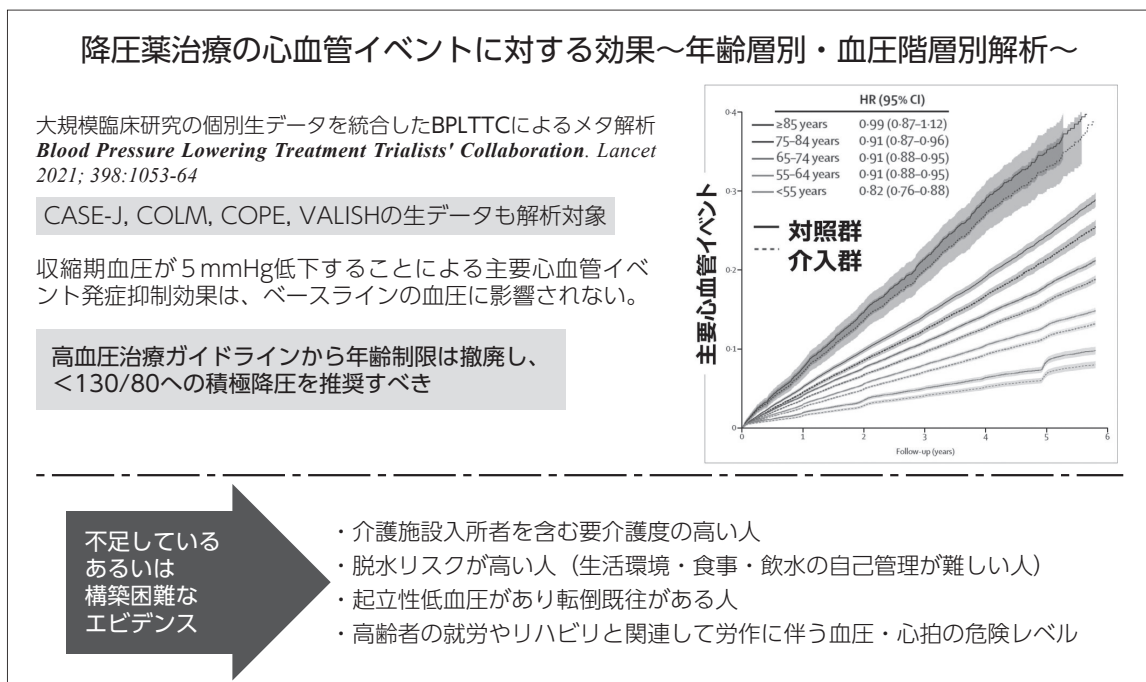
このような現場でできる老年医学的な考え方の話とは別に、昔からある医療をより高齢者に適したものにしていくということもずっとやってきています。萩原先生が作成された高血圧治療に関するガイドラインの開発の話になりますが、ガイドラインの基になるようなエビデンスづくりには、私も少し関わらせていただきました。高齢者の血圧をどこまで下げたらいいかという研究でしたが、ここではそれほど下げなくてもいいという結果でした。けれどもその後、この結果を含めてメタアナリシスをどんどん積み重ねていくうちに、今は「高齢であってもしっかり下げた方がいい。84歳までは下げた方がいい」という結論になってきています。ただ、そこには当然エビデンスの限界がありますので、特殊な病態の患者さんに対してどうしていくかを考

えなければいけません。(図7)

例えば私どもの大学の外来で診ていた患者さんで、高血圧ということで普通に診療していて、認知症だとは思っていなかった方々のうち、3割がMCIであるということが分かりました。3割も認知機能が低下し始めているのです。その方々は服薬がうまくいかないことが確率的に増えてくると言われている集団です。そういうことも考えながらフォローアップをしていかなければいけませんし、この方々とそれ以外の方々の予後が変わっていくのかどうかということを、今フォローアップしてもらっているところです。

また、血圧に関しても新しい機器が出てきて、ウェアラブルセンサーというものが開発されつつあります。まだ市場に出回っているものは非常に少ないですが、いずれは広がって、例えば70歳の方が仕事をしているのかということも把握できるようになると思います。血糖は24時間モニターできるような機械がすでに出ています。将来的には、血圧も

図7



同じように新しい時代に入るのだろうと考えているところです。（図8）

ヘルス・医療・介護を包括した ウェルビーイング

医療ばかりではなく、ヘルス・医療・介護を包括した「ウェルビーイング」を考えていくことも必要です。これが幸福長寿ということを考えるきっかけです。フレイルやロコモを全体的に克服していくためにということで、老年分野の先生方、それから整形外科の先生方が集まって、日本医学会連合から医学会宣言を出しました。この時、80の団体が賛同してくださり、領域横断的にやらなければいけないということをご理解いただいたという証拠です。

まず、生活習慣病の対応から始まり、その後ロコモという状態、その後フレイルという状態への対応が来ます。それぞれに早期から介入していくために、ライフコースに沿ったアプローチが必要ですし、基礎研究なども交えていかなければいけません。順番として、ロコモから始まってフレイルに至るケースが相当数あることが分かりました。

そのような背景の中、「80GO（ハチマルゴ一）」運動がスタートしました。たとえ車椅子

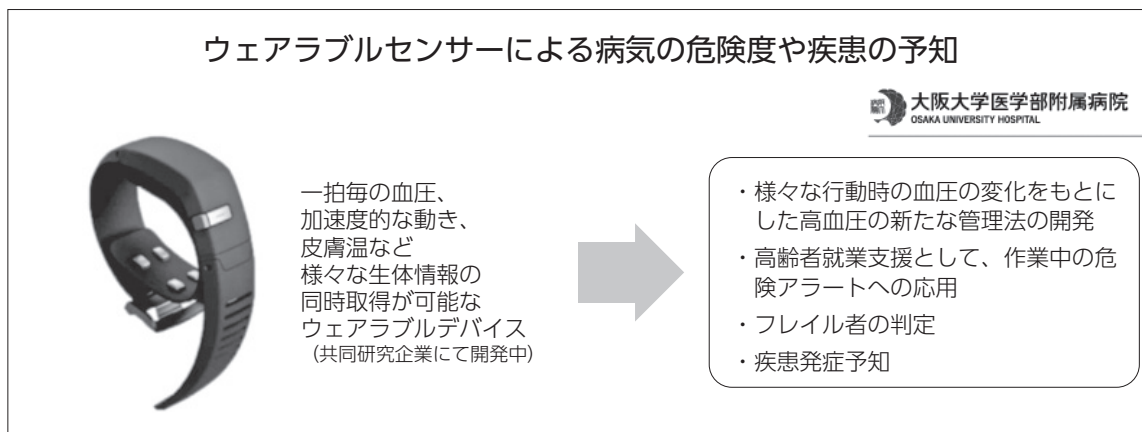
子に乗っていてもいいのです。80歳になっても、自分で外出できるということを目指しましょうという運動です。実際には、現状でもほとんどの方が外出できていますが、これを一つの合言葉として、より元気な状態を続けていただけるように、「80GO」運動を展開しようとしています。

これは実際に府医の先生方にもご賛同いただきまして、後期高齢者に対するフレイルという健診の中で、運動に関する15項目の中から3つの項目を選んで、状況別に健診受診者と医師会の先生方とをいかにつなぐのかという企画を今進めています。（図9）

超高齢者社会での医療の使命

幸福長寿・ウェルビーイングということ考えた包括的な診療に対して、今日お話ししたこと以外に、視力、活力、聴力などプラスアルファでやらなければいけないことはたくさんあります。ヘルスケアと医療・介護・福祉が相互に連携しながら動かなければいけません。私が勤める大阪労災病院が令和6年12月にグランドオープンしますが、労災病院の考え方は「働くあなたの健康と安全のために」です。これは私どもの上部にある労働者健康安全機構のキャッチフレーズの中にあり

図8



ます。まさに70歳になっても80歳になっても働けるということを医療の一つのミッションとして考えて、その中ですべての成人が働くことを自己選択できる医療や社会となるように支援していくことが私どものような病院の使命であり、これからの超高齢者社会における医療全般の使命になるのではないかと思います。(図10)

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

(文責：広報委員会)

図9

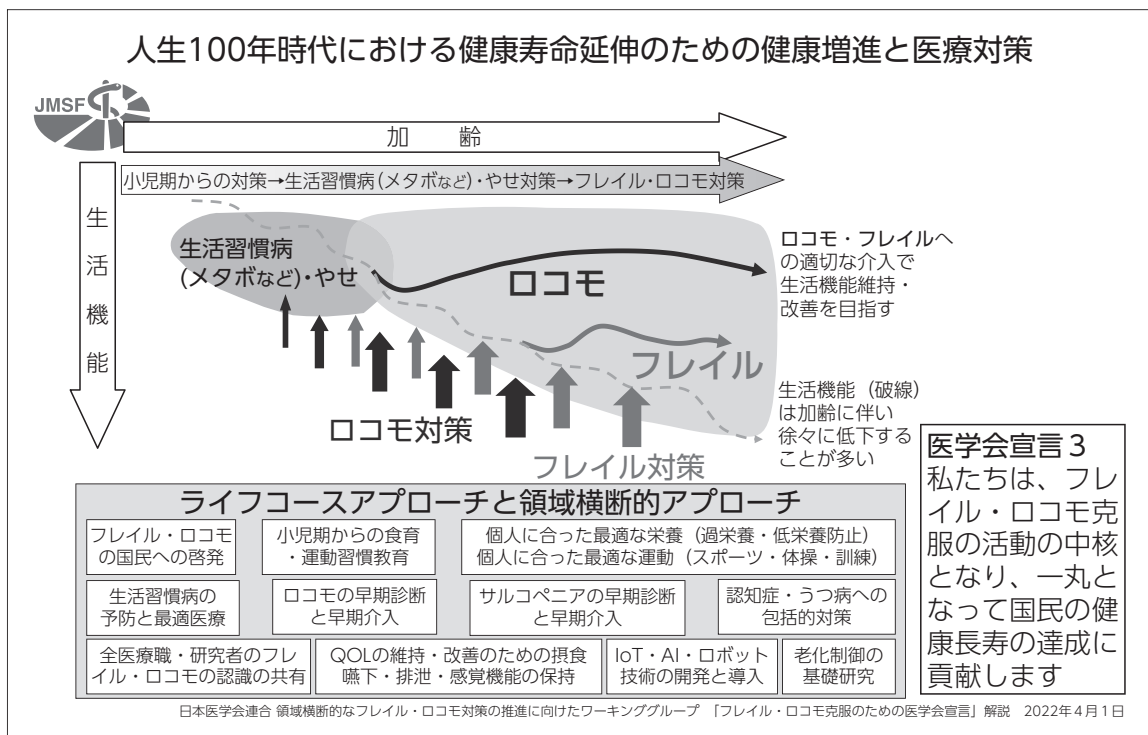


図10

