

そこで、本稿では、長寿化を目指した先端医療技術の使用がもたらす倫理的・社会的問題の整理を行うために、米国大統領生命倫理評議会報告書『治療を超えて』について、第四章「不老の身体」を中心に論点整理を行う。そのために、まず同報告書の全般的な議論の特徴などを簡潔にまとめ、その上で、長寿エンハンスメントに対し示されている様々な懸念を整理する。

## 1. 『治療を超えて』について

同報告書の全般的な議論の特徴を三点に分けて述べる。

まず、同報告書の成立過程を概観する。同報告書を作成した米国大統領生命倫理評議会は、米国大統領ジョージ・W・ブッシュによって設置された生命倫理に関する問題の検討と助言を行う為の諮問機関である。同評議会は、米国を代表する生命倫理学者や医学者などによって構成され、2008年5月までに七つの報告書をブッシュ大統領に提出している<sup>9</sup>。同評議会が設置されてから二番目の報告書として2003年に提出された報告書が『治療を超えて』である。当時の議長は、哲学者であり医学者でもあるL. カスであった<sup>10</sup>(現在の議長は二代目のE. ペリグリーノである)。カスは、元々、伝統的なキリスト教的思想にのっとり、生殖補助医療や人クローンの作成、ES細胞研究に否定的な立場を採る論客であり、『治療を超えて』にもその論調は色濃く反映されている。そのため、基本的にはエンハンスメントに対して慎重な立場を採っている。

次に、同報告書の構成について説明する。同報告書は、バイオテクノロジーの『治療を超えた』使用可能性、そしてその科学的根拠およびそうした使用法が引き起こす可能性が高い倫理的・社会的問題<sup>11</sup>の探求を行うとしている<sup>12</sup>。具体的な章立てを見てみると、まず、

---

一で検索すると、2003年以降の長寿エンハンスメントに関する文献のほとんどは、『治療を超えて』、或いは、同評議会の長であるL. カスの文献を引用している(同報告書は多分にカスの議論影響下にある。)

<sup>9</sup> Taking Care: Ethical Caregiving in Our Aging Society (2005), White Paper: Alternative Sources of Human Pluripotent Stem Cells (2005), Reproduction and Responsibility: The Regulation of New Biotechnologies (2004), Monitoring Stem Cell Research (2004), Being Human: Readings from the President's Council on Bioethics (2003), Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness (2003), Human Cloning and Human Dignity (2002)

<sup>10</sup> カスのほかには、『人間の終わり』などの著書で高名なF. フクヤマや、『自由主義と正義の限界』のM. サンドル、あるいは、現在の脳神経科学に関する倫理的議論に火をつけた『脳の中の倫理』で有名な脳科学者のM. ガザニガなどが、同報告書に携わっていた。長寿科学に関しては、テロメア研究の第一人者の一人であるE. ブラックバーンなどが参加していた。

<sup>11</sup> 前掲邦訳 28頁

<sup>12</sup> ただし、同報告書は、「治療を超えた」バイオテクノロジーの行使(=エンハンスメント)と、「治療を超えない」バイオテクノロジーの行使(=通常の治療)との間に厳密な境界線を引こうとはしない。その理由として、1)治療とエンハンスメントの区別の試みは抽象的で正確さを欠く点、2)治療概念とエンハンスメント概念には概念的な重複がある点、3)治療とエンハンスメントを区別するために用いられる「健康」、「正常」等の周辺概念が可変的である点の3点を挙げている。さらに、同報告書は、治療とエンハンスメントの両者に共通

導入である第 1 章で概観を説明し、第 2 章から第 5 章まで個別の議論を行い、最終第 6 章で全体の総括を行っている。その際に各論にあたる第 2 章から第 5 章では、それぞれ「優れた子供を持ちたい」、「卓越したパフォーマンスを行いたい」、「より長く生きたい、若さを保ちたい」、「幸福でありたい」といったわれわれが広く共有している欲望に注目して分節されている(表 1 参照)。エンハンスメントは、薬理学的手段や外科的手段、遺伝子工学的手段といったそれを実現するための各技術によって分節されることもあるが<sup>13</sup>、同報告書は「人間の欲望と目標を中心にして探求を取りまとめる」<sup>14</sup>のために、このような章立てにしたと説明している。

表 1 『治療を超えて』章立て

Beyond Therapy	治療を超えて
1. Biotechnology and the Pursuit of Happiness	第1章 バイオテクノロジーと幸福の追求：はじめに
2. Better Children	第2章 より望ましい子ども
3. Superior Performance	第3章 優れたパフォーマンス
4. Ageless Bodies	第4章 不老の身体
5. Happy Souls	第5章 幸せな魂
6. “Beyond Therapy”: General Reflections	第6章 「治療を超えて」：全般的省察

最後に、基本的な議論の傾向を確認しておく。R. ベリーは、同報告書の議論の傾向として以下の四点を指摘している<sup>15</sup>。

(ア) ポスト・ベーコン時代の交錯

ベリーによると、同報告書はエンハンスメントにまつわる倫理的・社会的問題の探求を行っているが、その際に、単なる反科学主義の立場を採るのではなく、現代科学の有用性も一部では認めるという立場を採っている。

(イ) ネオ・アリストテリアンの発想

同報告書は、米国の独立宣言の自然法へのコミットメントと、ネオ・アリストテリアンの分析枠組みを融合させている。ネオ・アリストテリアンの枠組みとは、「幸福や『人間的開花』の追求などの人間に特徴的な欲望や目標といった人間が生まれながらにもつ性

する倫理的問題を論じることの方が、この区別の仕方について論じるよりも重要であると述べている。

<sup>13</sup> 松田純 「Enhancement (増進的介入) と「人間の弱さ」の価値」、『続・独仏生命倫理学資料集上巻』、2004 年。

[http://www.hss.shizuoka.ac.jp/shakai/ningen/matsuda/20040729\\_04.pdf](http://www.hss.shizuoka.ac.jp/shakai/ningen/matsuda/20040729_04.pdf) (2008 年 5 月 1 日確認)

<sup>14</sup> 前掲邦訳 23 頁

<sup>15</sup> Roberta M. Berry, *Beyond Therapy Beyond the Beltway: An Opening Argument for a Public Debate on Enhancement Technology*, *HEC Forum* 18(2): 131-155, 2006.

質に根付いた」倫理的立場である<sup>16</sup>。つまり、同報告書は、人間の生まれながらの能力や自然さを重要視するという立場を採っている。

#### (ウ) 政治上の議論の欠落

同報告書は、倫理的な探求に主眼を置いていることをしきりに強調している。そのため、ベリーによると、政治的な分析や政策決定の議論が欠けているとされる。たとえば、医療保険に関する政策的な議論を考えるならば、治療とエンハンスメントの区別の問題は真剣に考慮されるべきであるが、同報告書はこれらの間に明確な境界線を引かないというスタンスを採っている。

#### (エ) 議論の惹起

同報告書では、「我われの目的は教育的なものである」<sup>17</sup>ということを強調している。ベリーも(ウ)の特徴を鑑みると、同報告書には政策的な実用性を期待するよりも、一般の人々に、エンハンスメントには倫理的・社会的問題があるということを感じさせ、議論を惹起する役割を担っていると考えるべきだとしている。

## 2. 長寿化に伴う倫理的・社会的問題

次に、同報告書の中で長寿エンハンスメントについて論じられている第四章「不老の身体」を詳しく検討する。

### 2-1 概念整理

第四章「不老の身体」の目的は、「老化による身体の衰えの防止」、「死の回避」を希求することがもたらす倫理的・社会的問題の検討であるとされている<sup>18</sup>。同報告書は、これらの欲求を人間の基本的限界に打ち勝とうとする欲求であり、人間の最も根本的な欲求であるとしている。また、長寿エンハンスメントを支える科学は、いくつもの分野に跨っており、エンハンスメントの問題の中でも、「科学的にも倫理的にも最も複雑なもの1つ」<sup>19</sup>であるという認識を示している。そこで、同報告書は、実際に倫理的検討に入る前に、用語・概念の定義と、長寿エンハンスメントに関する科学的な見通しに関する整理を行っているので、本稿でもその順に従う。

まず、同報告書は、生の延長には三つの方法があるとしている。同報告書は明言していないが、これらは、それぞれ、予防的介入、治療的介入、エンハンスメント的介入による長寿化と考えることができる。

#### (ア) 早世の回避：予防的長寿化

まず、一つ目の方法は、「青年期と中年期までの死亡原因と闘うことによってより多く

---

<sup>16</sup> Roberta(2006)p.134

<sup>17</sup> 前掲邦訳 14 頁

<sup>18</sup> 前掲邦訳 188 - 192 頁

<sup>19</sup> 前掲邦訳 192 頁

の人を老年まで生きられるようにするという方法」<sup>20</sup>である。この方法は、主に予防接種などの公衆衛生的な介入によって達成されるとしている。また、20世紀の米国で生じた30歳近い平均寿命の伸展は、主にこの方法で達成されたものである。ただし、先進国では、この方法による伸展はすでに限界に達しているのではないかと述べられている。

#### (イ) 老化に伴う病気や障害の除去：治療的長寿化

二つ目の方法は、「病気の発生率、重症度、そして筋肉や記憶の損失も含めた高齢化による障害を減らすこと、あるいは、時の経過に伴って損傷した細胞や組織、器官を置き換えることによって、もうすでにかんりの年齢まで生きてきた人々の生をさらに伸ばすという方法」<sup>21</sup>である。これは、主に医療や、昨今話題となったiPS細胞に代表される再生医療などによって達成される。同報告書は、第一の方法と同様に、この方法による劇的な寿命の伸展は、今後は困難だろうとしている。

#### (ウ) 老化プロセスへの介入：エンハンスメント的長寿化

三つ目の方法は、「老化の一般的な過程あるいは諸過程に手をつけることによって、より一般的に老化の結果を和らげあるいは遅らせ、できるならば平均寿命ばかりではなく、最長寿命をも伸ばすという方法である」<sup>22</sup>

この第三の方法は、老化によって引き起こされる病を減少させるという点において、第二の方法の一部をも包含している。この技術の開発が成功した場合には、もっとも大きな成果が達成されるだろうし、同時に身体的・社会的・道徳的な意味と影響力の点で最も重要であるとして、以下の倫理的・社会的な分析においては主にこの第三の方法に焦点を絞るとしている。

第三の方法を達成する具体的な長寿エンハンスメント技術として同報告書で紹介されているのは、老化による弊害の除去(筋肉の強化・記憶の強化)と寿命の延長(カロリー制限・遺伝子操作・抗酸化物質の利用・ホルモンの研究・テロメア研究)である。

同報告書によると、これらの手段によって長寿化が達成された場合に予想される人間のライフサイクルへの影響は、1)ライフサイクルの各期が等しく伸展するシナリオ(図1)、2)健康な全盛期だけが伸展するシナリオ(図2)、3)健康を保ったままで長生きし、そして、比較的短期間で死亡するシナリオ(図3)の三つが考えられるとしている。同報告書では、どのシナリオが達成されるかということを確認に意識したうえで以降の倫理的議論を進めるとしている<sup>23</sup>。ただし、その際に、同報告書では、長寿エンハンスメントへの懸念としてしばしば示される不健康な老年期のみの伸展という可能性は考慮から除外している。その理由としては、1)老後の能力が衰えた期間だけの伸展のような魅力的でない結果は広くは受け入れられそうにないという点と、2)そもそも望ましいシナリオを明確にしておくことで、実際

---

<sup>20</sup> 前掲邦訳 194 頁

<sup>21</sup> 前掲邦訳 194 頁

<sup>22</sup> 前掲邦訳 194 頁

<sup>23</sup> 前掲邦訳 212 頁

に到来した未来をそれと比較、検討することが可能になるという点の二点を挙げている<sup>24</sup>。

ライフサイクルの各期が等しく伸展するシナリオ

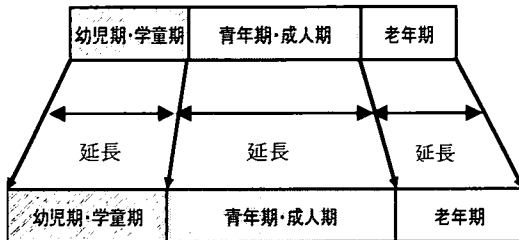


図 1

健康な全盛期だけが伸展するシナリオ

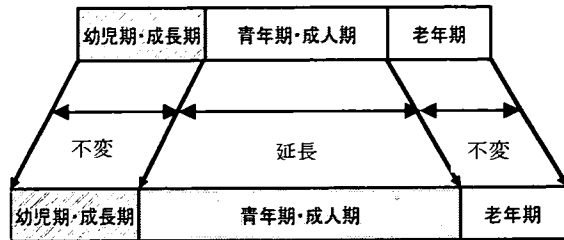


図 2

健康な全盛期だけが伸展するシナリオ

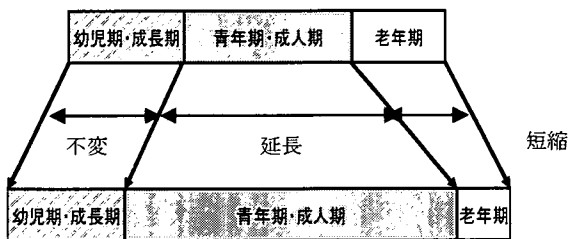


図 3

## 2-2 倫理的・社会的問題

以下では、第四章で検討されている長寿エンハンスメントにまつわる倫理的・社会的問題を整理していく。この際に、同報告書では個人レベル(狭義の倫理的問題)と社会レベル(広義の倫理的問題)とに分けて問題を分析している。

### 2-2-1 個人への影響

長寿エンハンスメントの達成による個人への影響としては、6点が検討されている。以下簡単に紹介する。

#### (ア) Greater Freedom from Constraints of Time

寿命が延びることによって単純に色々なことをできる時間が増大し、その結果、各人の可能性の拡大や死の恐怖からの解放が生じるかもしれない。

#### (イ) Commitment and Engagement

しかし、(ア)のような肯定的な帰結が考えられる一方で、今よりも長くなった人生で

<sup>24</sup> 前掲邦訳 212 頁

は、物事に命を費やすことによって得られる生の充実が失われるかもしれない。

#### (ウ) Aspiration and Urgency

さらには、死の予感から生み出される切迫感を失う可能性もある。人間の多くの成果は、この切迫感から生み出されるものである。

#### (エ) Renewal and Children

動物実験などによると、長寿エンハンスメントを受けた動物の多くが生殖能力を減少させている。人間も死の予感がなくなれば、もっぱら自らの人生の充足を追い求め、世代交代への欲望が減じるかもしれない。

#### (オ) Attitudes toward Death and Mortality

長寿エンハンスメントに成功しても、われわれの死すべき運命は変わることはないので、死が遠くに追いやられた分、かえって死への囚われが強化される可能性がある。さらに、3つのシナリオの内、1)が達成されたなら、安楽死や自殺幫助を求める声が高まることも十分に予測される。

#### (カ) The Meaning of the Life Cycle

長寿エンハンスメントは、年をとることや老いの過程の持つ意味を損なう。さらには、われわれの多くの価値観の拠り所ともなっているライフサイクルの持つ価値を損なうかもしれない。

ただし、最終的に同報告書は、

これらの懸念には重要なものもいくつかあるけれども、ひとりひとりの個人という観点だけから見ると、老化遅延から得られる利益のほうが危険性を上回ると考えることも十分にできる(前掲邦訳 222 - 223 頁)

と述べ、個人の観点からの分析のみでは不十分として、社会全体の観点からの分析を要請している。

### 2-2-2 社会への影響

長寿エンハンスメントの達成によるわれわれの社会への影響としては、以下の3点が検討されている。

#### (ア) Generations and Families

長寿エンハンスメントに成功したならば、家族内に高齢者が増加し、それに従い高齢者の知恵や経験の蓄積も増加するはずである。一方で、家庭における世代交代の停滞を招く恐れもある。

#### (イ) Innovation, Change, and Renewal

長寿エンハンスメントが普及した場合、職場における世代交代の停滞が引き起こさ

れ、その結果、革新と適応のサイクルの停滞を招く恐れがある。

#### (ウ) The Aging of Society

社会に老人が増加すれば、社会全体の老化を引き起こされる。社会全体が老化すれば、老人にかかる費用の増加や社会全体の保守傾向への拍車がかかるといった弊害も予想される。

これらの検討を経た後に、同報告書は、長寿化にまつわる倫理的な問題を考えていくと、「人間の最適な寿命はあるか？」という哲学的な問題に突き当たるとしている。前世紀までは、平均寿命の伸展と比較して、最長寿命の伸展は大きくなかった。しかも、前世紀の平均寿命の伸展は、治療・予防の進歩による早世の回避により達成されていた。同報告書によれば、このような長寿化(第一、第二の方法による長寿化)は、老化サイクルに介入する長寿エンハンスメントと比べて受け入れやすいものである<sup>25</sup>。さらに同報告書は、単なる現状の肯定ではないと断った上で、現在程度の寿命、すなわち三世代が生時間を共有できるぐらいの寿命が、調和がとれているのではと示唆している<sup>26</sup>。

さらに、同報告書では、長寿エンハンスメントの発展により、老いの意味が変化する可能性があると指摘している。つまり、「老化を病気と考えるべきかどうか」という問題が問われると言うのである。同評議会によれば、われわれの先祖はみな老化を経験しており、人間の生の有限性の重要性を考えると、老化は解消されるべき問題とは言えない<sup>27</sup>。さらには、抗加齢医学(anti-aging medicine)は、「これまで健全で健康な人間の人生と考えられてきたものを、治療が必要な状態だとみなすようになる」<sup>28</sup>可能性があるとしている。そして、そのような態度は、医療化の拡大を招き、医療の目的や人間性へ挑むこととなるので、今後は、人間の持つ不完全性や弱さの価値の見直しも必要なのではないかということを示唆している<sup>29</sup>。

#### 2-2-3 エンハンスメント全般の問題

最後に、最終章(第6章)で長寿化に限定しないエンハンスメント全般に関する問題が扱われているので、簡単に説明する。

##### (ア) Familiar Sources of Concern

まず、同報告書は新しい科学技術を使用する際に一般的に懸念されることとして、1)安全性の問題、2)スポーツ競技や学力テストにおける不公正の問題、3)利用できる人とできない人のアクセスの不平等の問題、4)社会的圧力による強制の問題があると述べている。

---

<sup>25</sup> 前掲邦訳 229 頁。

<sup>26</sup> 前掲邦訳 230 頁。

<sup>27</sup> 前掲邦訳 232 頁。

<sup>28</sup> 前掲邦訳 232 頁。

<sup>29</sup> 前掲邦訳 231 頁。

### (イ) Essential Sources of Concern

しかし、同報告書は上記のような一般的な問題意識だけでは、エンハンスメントの問題は語りつくせないとして、以下のようなより「本質的な」懸念を挙げている。

- 1) 人間を科学技術によってエンハンスしようという試みは、人間が生まれもって与えられたもの(Given)を軽視することになり、人間の尊厳を傷つけることになる
- 2) エンハンスメントによって努力が軽視され、人間が単なる科学技術の受身となってしまえば、われわれは人間的な達成(human achievement)から疎外されることになる
- 3) エンハンスメントによって2)のような自己疎外が進めば、個人の自己同一性が見失われ、混乱し、放棄される
- 4) エンハンスメントの試みは、複雑で豊かな人間の目的を単純化してしまう

ここでは、長寿エンハンスメントの問題にとりわけ関わりが深いと考えられる 4) についてもう少し詳しく説明する。同評議会によれば、長寿の達成は、確かに基本的な人間の目的である。しかし、長寿の達成という目的は、必ずしも至高の目的でも唯一の目的でもなく、人生には他にも同等かそれ以上に価値のある目的は存在している。従って、長寿の達成の目的のために、老い・有限性の持つ重要性を忘れてしまえば、その他の人生の目的や人間性を矮小化することになってしまうというのが、ここでの同評議会による長寿エンハンスメント批判の要点である。

これらの懸念の記述と分析を経て、同評議会は、最終的に長寿化にまつわる非常に困難な問いを我々に投げかけている。

「若々しい身体や、より長い人生の追求がどのくらい度を過ぎると、よく生きる見込みが危うくなるだろうか。」(前掲邦訳 364 頁、筆者ら一部改変)

### 3. まとめ

ここまで、米国大統領生命倫理評議会が公表した『治療を超えて』という報告書の第四章「不老の身体」を中心に、長寿エンハンスメントにまつわる倫理的・社会的問題の論点整理を行ってきた。

最後に付け加えておくと、同報告書は、1)評議会のメンバーの偏りやその偏りに基づく思想的な偏りがある<sup>30</sup>、2)抽象的な議論に留まっており実践では役に立たない<sup>31</sup>、3)懸念を誇

<sup>30</sup> Leigh Turner, Science, politics and the President Council on Bioethics, *Nature Biotechnology* 22, 509-510, 2004.

<sup>31</sup> Dan Vergano, Bioethics hits a crossroads. *USA Today*. September 28, 2005. [http://www.usatoday.com/news/health/2005-09-28-bioethics\\_x.htm](http://www.usatoday.com/news/health/2005-09-28-bioethics_x.htm). (2008年5月1日確認)



張し過ぎている<sup>32</sup>などと批判されている。さらには、東京大学の島菌進が指摘しているように、同報告書のスタンスは多分に米国の価値観に依拠しており、同報告書の問題設定が、わが国でも通用するような普遍的なものであるかは不明である<sup>33</sup>。しかし、同評議会も自らしきりに強調し、ベリーの指摘にもあったように、同報告書の目的は、人々の教育にあり、倫理的・社会的問題の存在を指摘し議論を惹起することにある。そういった意味で、同報告書は、確かに思想的な偏りはあるだろうが、太い議論の道筋を示している。その轍の上に、我々がどのような議論を組み立てて行くのかを真剣に問うことこそが、同報告書の最も有用かつ建設的な用途であると考えられる。前述の通り、米国では既に、同報告書の上いくつかの議論が組み立てられ始めている。今後は、わが国でも、わが国固有の文化的、哲学的背景に十分に配慮したうえで、長寿エンハンスメントがもたらす倫理的・社会的問題に取り組んでいく必要がある。その際には、実践的な問題に加えて、同報告書から投げかけられた「我々に適切な寿命はあるのか」、「老化はそもそも治療されるべき疾病と言えるのか」といった、通常、敬遠されがちな哲学的問いについても熟考してみるべきだろう。

---

<sup>32</sup> Elizabeth Blackburn, Janet Rowley, Reason as Our Guide, *PloS Biology*, 2(4), 2004.(元評議会メンバーによる批判)  
<http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pbio.0020116> (2008年5月1日確認)

<sup>33</sup> 島菌進、「増進的介入と生命の価値—気分操作を例として」、『生命倫理』15(1)、2005。

---

# 老年医学の定義レビュー

浅野 昌彦

---

## 1. 目的

老年医学自体は日本においても数十年の歴史を有する言葉であり、関連学会も多数説率されている。ただ、以前とは異なり、疾病構造の転換が進み、高齢化も年々進んでいく中で、ただ単に老人を対象とする医学という意味だけではなく、この言葉は、介護、看取り、福祉などいろいろな側面から高齢者という対象を見据えた上での医療を意味するものへと、緩やかに転換してきたと思われる。

本稿の目的は、現在の老年医学がどのような固有性を有するのかに焦点を当てたい。社会的には高齢者が多くなり、すなわち「老年医学」と取り立てて命名せずとも、ほとんどの医療の対象者が実は高齢者となっているのが現状である。換言すれば、老年医学でない医学との差異はどこにあるのだろうか。実は、老年医学こそが老年医学「でない」医学にも共通する、医療の究極の形なのではないだろうか。この老年医学を掘り下げていくことで、今後の医療のあり方について、何らかの方向性、知見、ヒントが得られるのではないだろうか。

老年医学の概念は、欧米では歴史があるもののわが国では未だ医学において確固たる地位を築いているとは言いがたい。わが国の医学教育が、診療科別、臓器別と言われるようにそれぞれの専門領域に閉じこもりがちであるのに対して、老年医学ではき全人的にその人の全てを診るということが1つのドクトリンとして置かれていることが、なかなか広まらない要因のひとつであろう。そこで、まず老年医学の定義について知るべく、海外、国内の学会等の定義をレビューし、わが国での老年医学の位置づけを明らかにし、今後の課題などを明らかにしたいと考えている。

## 2. 外国の老年医学

試みに、インターネット百科事典として広く利用されている、ウィキペディアの英語版で定義を検索してみると、まず、アメリカにおける老年医学医(geriatrician)についての言及で、「老年医学医は、家庭医療、内科医療の認定医で、さらなるトレーニングを受け老人医療の資格を得たプライマリーケア医」であるとされている。また、イギリスにおける老年医学医についての文章では、「老年医学医のほとんどは、病院の医師だったが、コミュニティでの老年医学に関心を持っている医師もいた。この両者はもともと別の専門性だった

が、1970年代後半から一般医の専門性として統合されて行った」と述べられている。それほど時代は下らないものの、老人を早くから医学、あるいは医療の対象として、取り組まれていたことが窺える。

「歴史」という項目では、「老年医学の母である Marjorie 博士はリハビリを重視し、高齢者をただ単に死ぬまで食事をあてがうだけでは不十分であり、診察、処置、援助が必要であることを発見した。」と書かれている。ここでは、いわゆる医学だけではなく、その人を全体として理解する、全体性を意識した患者像を描くことが重要であること、そして、そのためには、身体的な機能の面だけではなく、生活の視点などの問われることとなり、必然的に医療だけではなく、福祉、介護、社会的な視点なども含めて老人をケアしていくことが求められる領域であることが理解される。今日のわが国の老年医学は、まさにこの方向に急激に進展しているように思われる。どちらが先か後かという議論は特に意味がないが、日本でもようやく医療、福祉を総合的に包摂する、コンプリヘンシブ・メディシンが行われるようになってきたともいえる。

さて、学会レベルでの老年医学についての定義を外観してみたい。まず、AMSA (American Medical Student Association's Geriatrics Specialty Forum) の定義を参照すると、「老年医学」は、高齢患者の複雑なニーズを鑑みて、慢性疾患から機能的な自立を守る医学である。それは、学際的なアプローチを必要とするものである。これらの患者に対して我々は他の医者、看護婦、ソーシャルワーカー、作業療法士と家族と協働する。」とうたわれている。ここでも、総合的なケアの重要性が主張されているが、特に機能的という修飾語がついているとはいえ、「自立」という語がつかわれている点に着目する必要があるだろう。ただ単に医療的に治癒することをゴールとするのではなく、生活機能の面でも自立している状態を維持することが目的の一つとなっているのである。さらに、関係者も同定されている点が注目されよう。医師、看護婦という医療専門家、ソーシャルワーカーという福祉の専門家、さらには作業療法士というリハビリの専門家までもが、チームとして想定されている。

次に、アメリカ老年医学学会定義を参照してみると、「老年医学は、老化の臨床面と高齢者の広範囲な健康管理に関連している。老年期の健康と病気に集中する医療の領域である。一般に新しい分野であると思われているが、老年医学の研究は「老年」を意味するギリシアの「geras」と、「医師」を意味する「iatrikos」から生じている。1900年代初期に始まった。」と書かれている。老年期の健康と病気に集中するという点が書かれており、言下にそれ以外の世代とは違う「固有性」のある領域であることが示唆されている。この点に関しては、後述したいと思うが、老人の固有性、他の世代との生物学的差異が、当然、老年医学と他の医学との差異の前提として存在していると推察される。

次にThe Cleveland Clinic Department of Patient Education and Health Informationでの高齢者の

ニーズについての定義を挙げてみると、「多くの高齢者に特有のニーズは、通常の多忙な医療の中ではしばしば完全には満たされない。老年医学医は、患者の価値を取り入れ、現実的なゴールを開発するのに資する老化現象と能力についての経験をしている。そして、それは通常、生命よりむしろ自立と機能維持を目的としている。」と述べられている。後段で、生命よりもむしろ自立と機能維持が「目的」と明確に強調されている点は明確に他の世代の医療との差を示しているように思われる。

これらの海外の定義から推察されることは、当然であるが高齢者を対象としていること、そして高齢者与其他の世代との様々な特性の違いを考慮した上で、それを踏まえた医療を行うという段階だけではなく、治療と併せた社会的な自立をも視野に入れようという、広範な視野を持った医学であると考えられる。

では、日本においてはどのような展開が見られるだろうか。

### 3. 日本

#### 3-1. 日本における歴史

老年医学とは定義によれば、「老化現象を対象に、老年期にみられる疾患および症状や治療方法などを研究する学問。老人病学。」とされる。また、尼子富士郎が1926年に財団法人浴風会の医長になり、これによりわが国の老年医学が始められたとされる。尼子は、1893年生まれの子で、東京帝国大学を1918年に卒業すると、1923年の関東大震災の後に、被害に遭った、あるいは身寄りをなくしてしまった老人たちを収容するための浴風会の医長に就任した。これは本邦で最も古い、老人施設とされている。後に、尼子は「老年医学の父」とされるようになったが、この時点では誰も取り組んでいない、未踏の領域であった。

大学における研究でも、1937年には東京大学に我が国で初めての老年学講座の開設が認可され、沖中重雄が教授として就任した。この後、各大学でも老年医学だけではなく加齢医学といった名前も含む、老年医学に関する講座が開設されていき、内科の1つの領域として認知されるようになり、基礎研究、臨床研究ともに発展をしてくこととなる。しかし、愛媛大学などでは平成9年に新設されたばかりであり、すなわち10年足らずの歴史しかもたないところもあり、まだ各大学でも設置が新しいものも多い。後述するように、老年医学は内科学の中でも、数の上では亜流に属しており、その意味ではまだ、端緒についたばかりであるとすら言える。しかし、学会における老年医学の歴史は古く、また福祉系の関連学会とも積極的な連携が進展している。

#### 3-2. 学会

以下では老年医学に関連している各学会での老年医学の定義などを概観してみたい。ここでは、特に老年医学と名乗る、その固有性をどのようにとらえているかに着目してみ

いきたい。

#### ○老年医学

日本老年医学会「終末期ケアに対する学会の立場」として、「「高齢者の終末期」の定義に関しては現在ではこのような曖昧なものであるが、「悪性腫瘍の終末期」，「脳卒中の終末期」，「痴呆疾患の終末期」，「呼吸不全の終末期」など，高齢者に多く不可逆的，進行性の過程をたどることの多い個別疾患ごとの検討が日本老年医学会の今後の課題となるであろう。（下線筆者、以下同）」としている。

#### ○老年歯科医学

東京医科歯科大学高齢者歯科学分野では、老年歯科として、他の世代における歯科診療との違いを踏まえた上で「高齢者の健康維持を目的に、避けて通ることのできない老化現象を中心に据え、高齢者の歯科医療に関連する臨床各科目の総合化と基礎領域を包括した新しい学際領域で、前記の目的にそった歯科領域のあり方、包括的歯科治療、術後の監視・処置等に関する学理と術式を習得する臨床学科目である。」と述べている。

#### ○老年精神医学

日本老年精神医学会では「老年精神医学が対象とすべきものとして身体疾患に伴う精神障害や老年期にみられやすいうつ病、神経症、妄想症などもあります。これら老年期の精神障害の発現には、社会心理的な要因や身体因などが複雑に関わりあっていることが多く、症状の理解や治療の面でも、一般の精神医学の単なる延長ではなく、老年精神医学からの視点が必要とされています。」とあり、その治療には老年期固有の要因を考慮すべきとしている。

#### ○老年看護学

大分大学よれば「老年看護とは、老年者（家族も含める）が健康を維持・回復・増進し、その人らしくよりよく生きる・生活できるよう援助することである。よりよく生きる・生活できるとは、人間としてもてる力（環境に適應する力、自律・自立する力等）を最大限に発揮することである。援助するとは、クライアントのよりよく生きる・生活することが妨げられ健康レベルの低下が生じている/予測される状況に対して、クライアント自身が望ましい状態に変化できるよう生命・生活の諸条件を整えるのを手助けすることである。」とある。確かに下線部は老人一般に共通する状況だが、必ずしも老人に限られたものでもない。

#### ○老年基礎医学

日本老年基礎医学会は「老化に関する基礎的研究を進めることにより学問の地平を拡大するばかりではなく、老化制御あるいは老化遅延にも貢献しうる側面を有している学問領域です。」として遺伝子レベルでの研究も視野に基礎研究を行っている。

#### ○老年社会科学

日本老年社会科学会によれば「生活の質（Quality of Life）を高く保つためには、身体面の健康はもちろん大切ですが、社会参加や productivity といった社会面の健康、さらには主観的幸福感や精神健康度といった心理面の健康も同様に大切です。また、社会面、心理面の健康は身体面の健康の良否に影響を与えることも知られております。」しており、健康を身体のみではなく、社会面からも捉えようとしている。

以上のように、わが国でも、先の外国での動向と同様に老年医学、あるいはその周辺は非常に広範な学問を巻き込みながら進展してきていることが窺える。特に医学ではないものの、社会科学の領域も高齢者の社会参加が健康につながるというロジックで、老年医学との接続を果たしているように、学際的な取り組みが今後は求められていくだろう。

ただ、以上の定義を見るだけでは、ここで問題としている、老年医学の固有性は必ずしも明確とはなっていないと思われる。下線を引いた部分が、強いて言えば老年者に固有の事情であると言えるのだろうが、がんの終末期医療や、社会面での健康といったキーワードはこの世代だけではなく、つまり他の世代にも広く共通する医療、あるいは福祉のキーワードなのではないだろうか。

次には、この老年医学と標榜することの意義を、他の世代と高齢者、あるいは他の世代の疾患と、高齢者の疾患の違いなどに着目して考えていきたい。

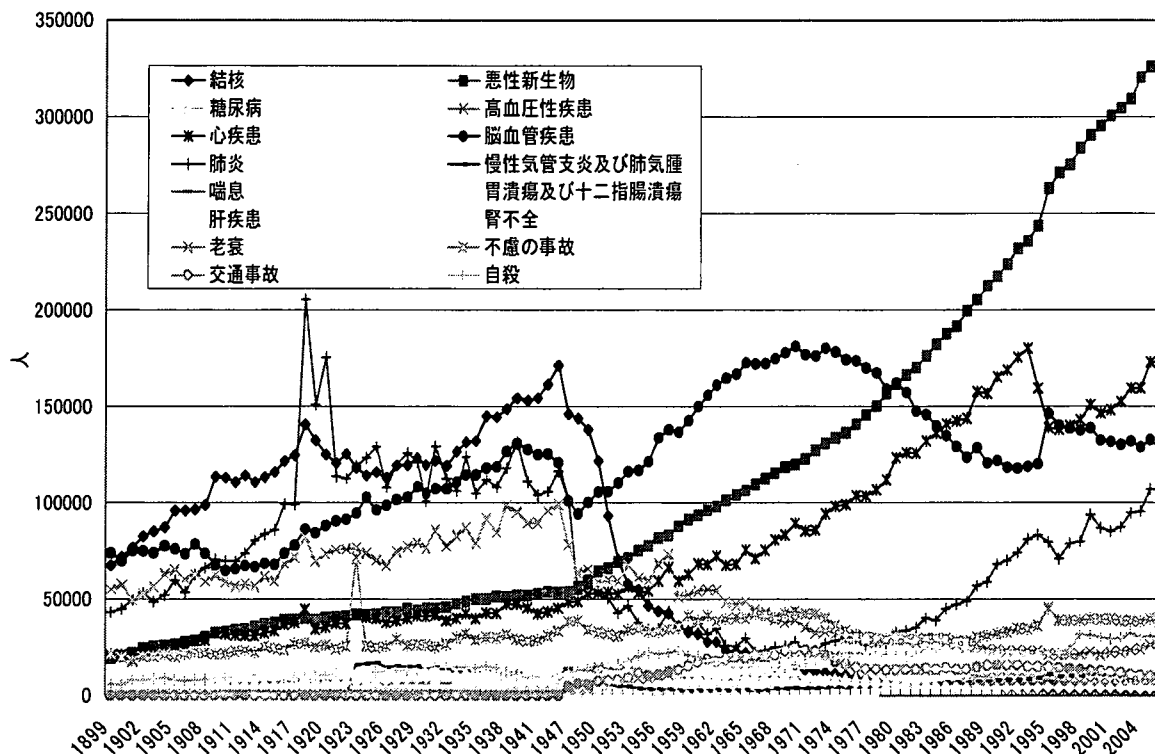
#### 4. 高齢者以外の医療の場合との差異、老年医学の固有性とは？

##### 4-1. 高齢者医療の独自性

さて、高齢者医療と、他の世代に対する医療の違いはなんだろうか。疾病構造の点からその差異をまず探してみたい。まず、世代を限定しないで、わが国の戦後の疾病構造を死因の面から概観してみると、周知のように悪性新生物が、特に70年代以降急激に増加し、脳血管疾患が1位であったが、70年代後半には死因のトップとなるに至った。さらに、心疾患も同様に急激な伸びを見せ、80年代後半には2位になっている。これらの背景としては、もちろん当時成人病と言われ、現在では生活習慣病と称されているような、慢性の疾患が多くなったことが挙げられるだろう。特に顕著なのは、がんによる死亡者数が急増している点である。これは同時に高齢化の進展、平均寿命の延伸という現象と併せて考えるならば、高齢者に対するこれらの慢性疾患についての対応こそが、老年医学の使命となると予測される。

吉川政己は、老年医学について述べた著書の中で、老年者の疾患について整理をしてい

## グラフ1 死因の推移



平成 18 年人口動態統計より作成

る。それによれば、①老年期に特有な疾患、②若・壮年期にも起こるが、老年期に多くなる疾患、そして最後に③老年者にも若年者にも同じように起こる疾患の3つに整理をしている。そして、前二者については老人病、あるいは成人病（当時）と呼ばれているものであり、老化過程を踏まえた診断が必要となると述べている。

亀山正邦によれば、「老衰という病気は存在しない」と述べている。死因が老衰というものはなく、結局は老化により、身体的機能が弱って結局は肺炎、がんなどの重度の疾患を死因となっているとしている。それでも、先のグラフでも示しているように、人口動態統計では、「老衰」を死因として2万7千人以上が死亡しているとされている。今より以前に書かれた亀山の文章であるが、亀山は「老衰という病名はまず不要であり」、「わが国の死亡統計において、老衰という病名が上位にあることは、恥ずべきことであると考えられる。」とまで述べている。しかし、現在でも「老衰」が死因とされる人の数は前掲グラフにあるように相当数が含まれている。

また、亀山は続いて若い世代と「同じ病気であっても、老年者ではかなり修飾された臨床状態を示す、若い人について習った診断学が、ほとんど役に立たないことが少なくない。」

と述べており、老年者の特殊性を示唆している。一例として、肺炎では熱を伴わないこともあると述べている。さらに、疼痛を訴えることが少ない、兆候がつかみにくいといった高齢者を診察する際の難しさについて言及している。確かに、診断上の難しさ、生物学な衰えに由来する治療の難しさなどは容易に想像がつく。一方で、それだけではない高齢者独特の要素があるようにも思われる。

さて、これに関連して、先述の愛媛大学における医学付属病院での「老年科」設置に際して、その目的、存在意義は以下のようにあげられている。少し長いが引用したい。

「老年病の診察は、現在、内科系医師による青壮年期の健康な人を基準にした医療が施されている。高齢者に対する医療は、個人差が大きく対応の個別化が必要とされ、青壮年期の治癒を目的とする医療に比べると、多岐多様にわたるため、より質の高い医療が求められている。増え続ける高齢者に対し、新たな体制を確立するため、地域医療の中核となっている本院に老年科を新設し、診断・治療を充実させることは地域のニーズに応える上でも不可欠である。併せて医師等の老年医療の再教育に役立てることも極めて重要である。」そして、「老年医学を専攻する医師は、次のような老年患者の特徴を把握して診療する必要がある。」として以下の6点が例示されている。

- ①一人で多くの疾患を合併している。
- ②症状・徴候 が若年者に比べ非定型的な場合が多い。
- ③高齢者独特の疾病がある。
- ④検査の正常値も若年者と異なる。
- ⑤薬の投与量も少量で済む場合もあり副作用に対しても細心の注意を要す。
- ⑥本人からの病歴聴取も困難な場合が多い。

確かにこれらは他の世代とは違う、高齢者に固有の事情であろう。①に関しては先の亀井も、同時に高齢者が一人でいくつもの病気を有していることを特徴として挙げている。特に、高齢者の特徴として、単独の病気を有しているわけではない点は留意する必要があるだろう。様々な疾患を1人の高齢者が同時に有している場合がほとんどである。つまり、高齢者は様々な疾患を複数抱えているため、診療科別ではなく横断的に見るべきなのである。それが老年医学の役割といわれている。この点に関しては、先のイギリスの定義でも触れたように、総合的に老人を診ることが出来る、いわばゼネラリストとしての医師、「老年総合医」が近年提唱されている。これは、従来の医学教育が専門性に臓器別に特化していったことの反省を込めてのこととも言える。

しかし、ここでよく考えてみると、全人的に1人の人間を診ていこうとすること自体は、実は医療という行為の普遍的な形式なのではないだろうか。このようなアプローチは、世代に限らず全ての患者、人々に対して行われるべき本来の医療の在り方とも言えるのでは



ないだろうか。そういう意味では、やはり老年医学は、診察の難しさ等、対象となる高齢者の生物学変化に由来する事項以外に老年医学固有の医療とは何か、再び問題となるように思われる。まして、これからは、高齢化がさらに進展していき高齢者ばかりの社会となっていく。その意味でも、総合的な視野から患者を診ていくという老年医学こそが、実は普遍的な医療の在り方として今後、大きく広まっていくのではないだろうか。その時、それが「老年医学」と呼ばれているかは別のことであろうが。

さて、老年医学のもう1つの流れとして、「看取り」、ターミナルケアについての重要性が認識されていることも特筆すべきだろう。この点について、「老年医学」(45巻1号,2007)より抜粋すると、井口名古屋大学教授は「老年医療は内科とは違います。歳をとった人に内科学を当てはめたものではなくて、老年医学には老年医学としての本質がある(中略)40歳や50歳の人が病気になったら、それは現場に復帰することを切実に望みますが、80歳や90歳を過ぎた人は、完全には治らないのです。(中略)そういう人たちの生を全うさせるのが老年医療なのです。」と述べている。言うまでもなく、平均寿命が延びたことは事実であり、医療はそれを目指して進展してきた。しかし、逆に、そのことが実質的な人生の充実度、QOL、健康寿命といった指標に関心を高まらせているように思われる。ただ、生物学的に長く生きるだけでは不十分であり、それぞれの人生こそが重要なのだという視点が共有されてきている。その最後の終末の場である、死のあり方についても当然のことながら、老年医学は対象とせざるを得なくなっているだろう。この点で、やはり福祉との連携も視野に入ってくることとなる。

さらに今日、老年医学ではアルツハイマー、パーキンソン病といった高齢期に特有の病気に関しても研究が進んでいる。これらに関しては、遺伝子研究をはじめとした基礎研究が目覚ましく進展しており、基礎との連携も重要となってくるだろう。それと同時に、やはり、当面は医療以上に福祉の側面からの支援が求められるだろう。

## 5. まとめ

社会科学系での「老年学」とは「老人になること」による社会的な側面での様々な影響についての研究であり、それは他世代を対象とするものとは異なる研究として固有性を持ちうる。遺伝子レベルを対象とする基礎医学では「老化」を時間の経過とともに不可逆的に身体機能の劣化をもたらす要因の研究であることから、他の身体機能に支障をもたらす遺伝子研究とは一線を画すと考えられる。

しかし、臨床医学はじめ臨床に関する研究領域では、高齢者に多い疾病、状態、機能の低下について研究を行っているが、それはどの世代にも起こりうるものであり、対象が老人であるために、それが単に「老年〇〇学」とされているようにも思われる。つまり、「老化」を単なる機能の低下とすれば、それは高齢者に限った事態ではないこととなり、それ

が「老年学」を標榜しているは対象が高齢者であるというだけのことに過ぎないとも指摘できよう。

だが、一方で、高齢者は様々な疾患を有しており、先述のように身体的機能の変化、衰えによって他の世代に対する医療行為と比して、種々の注意が必要となることも事実である。また、「高齢者の薬の使い方など違」うという(井口)。専門を横断する視点と、高齢者の生理に特有な事情を踏まえた医療が老年医学ではないだろうか。また、ここには海外で志向されている福祉等、社会主体の協働も重要となるだろう。しかしながら、わが国の医学界において現在、老年医学は進展の過渡期にあり、固有性を確立された学問、診療科であるとはいえない。今後、高齢化の極限までの進展と共にこれらの課題は克服されていくことだろう。

そして、1人の患者を中心として、全人的に、様々な分野を横断して専門化が協働して対応するというキュア、あるいはケアの形が老年医学では求められつつあることが理解されたが、これは、ある意味では医療の普遍的な形なのではないだろうか。何度も言うようにこれからは高齢者がさらに増加していくという意味で、老年医学が一般的な医療となっていくのだろうが、この老年医学的発想に基づく医療体制のあり方に積極的な意味づけを与えることで、日本の医療界が大きく変化する可能性もあるだろう。今後の動きに注視していきたいところだ。

#### 参考文献

吉川政己他・編『老年医学』朝倉書店、1973.