



Title	座談会 超高齢社会における保健・医療を考える
Author(s)	祖父江, 友孝; 喜多村, 祐里; 神出, 計 他
Citation	未来共生学. 2017, 4, p. 20-39
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/60717
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

座談会

超高齢社会における保健・医療を考える

超高齢社会において健康寿命を延ばすことは重要な課題である。そのために、どんな予防策が必要か。また超高齢者に対する高度な医療提供のメリットとデメリットはどこにあるのか。大阪大学の医療や看護の専門家たちが話し合った。

祖父江友孝 環境医学教室教授、医師

喜多村祐里 環境医学教室准教授、医師

神出 計 総合ヘルスプロモーション科学講座教授、医師

樺山 舞 総合ヘルスプロモーション科学講座助教、保健師

玉木朋子 総合ヘルスプロモーション科学講座、博士後期課程、看護師

伊藤美樹子 滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座、保健師

編集委員：脇阪紀行、今井貴代子

進行：伊藤美樹子、喜多村祐里

高齢者に医療の実践や研究ができること

伊藤：まず初めに神出先生からお話しいただこうと思います。健康長寿の研究をテーマにされるようなきっかけや、その必要性をどのように考えていたのでしょうか。

神出：日本の平均寿命は今、世界一を達成する水準にあると思います。ただ、平均寿命が延びることは喜ばしいけれども、ある意味、病気や介護を受けながら長生きしている人が増えることは、あまり望ましい状況ではないと考えます。要するに、病気もない、介護も受けなくともいい、自立して長生きしているような高齢者が増えていただければいいと

思っています。

今、「健康日本21」という国の健康施策の一番の方針に、健康寿命の延伸があるわけです。そのように、国の方針として出る前から、健康寿命は非常に大事だと私は思って、どうしたら健康寿命が延ばせるのかを10年近く前から考えていました。健康寿命の要因を明らかにするような研究を始めて今も続けています。しかし、健康寿命の先には、やはり人は120歳までしか生きられません。

伊藤：では120歳が達成できたら健康寿命の研究は成功ということでしょうか。

神出：人によっては本当に、むしろ生きていることがつらいという人もいます。いろいろお話を聞かせてもらいに行くと、80歳ぐらいの人はよく、「そんなに長生きしたくない」とか言います。実は、100歳を超えて本当に長生きされている人は、長生きしていることに対して感謝しているのです。

伊藤：自分への感謝ですか？

神出：特に周りの人に感謝しています。「老年的超越」と言うようですが、悟りを得たかのように生きることに価値を非常に見出しています。どういうメカニズムで起こるのかも含めて、健康長寿研究は、医学的な側面だけではなく心理学や社会学、栄養学、さらに歯学部の先生にも入ってもらい、多面的に高齢者の本当の意味での長生きの要因を調べています。

祖父江：私たちも、がん予防を最善の方法と訴えるわけですが、臨床的には実際にがんになったらどうするのかというほうが重要となるでしょう。高齢者に関しても、元気を保つのはいいけれども、元気でなくなったらどうするのだというところです。いつかは元気ではなくなるわけですから。予防の次に、多分、きちんと面倒をみるということを、もう



少し考えなければいけないのではないでしょうか。

神出：多分、それが地域包括ケアになりますね。ただ病院勤務をしている多くの職種の方々は、地域包括ケアのことをまだよく理解できていない方が多いのが現状です。

祖父江：病院は臓器別に診療科が専門化や細分化しています。現実にはやはり、きつちりしたことをやろうということが目標になるけれども、限られた資源ではすべてをカバーすることはできない。だから、ある程度のレベルのことをやればいいと思っておかなければいけないところに専門化・細分化が進んでいます。それだけではおかしいと思うのです。

神出：医師の仕事を見ると、一人の患者を循環器、消化器、神経などそれぞれの専門医が臓器別に診てきましたが、今は少し見直されて来ていますよね。総合診療専門医などがそうだと思います。私は高齢者を診ていて、たいていのドクターは私が老年医学は全部理解できているみたいに言います。けれども、たいていの専門医はご自身の専門領域以外は得意でないのが一般的です。だから、もっとそういうジェネラルなことができて、しかもそこから終末期や介護とかにつなげられるような人材を育てる必要があります。阪大でも未来医療を支える人材育成に取り組んでいます。

樺山：専門化というのは分化だけではありません。例えば、リハビリ職の方が地域の高齢者を対象にした介護予防の活動に関われば、要介護状態にある人と、予防段階にある人の両方に関わることができて、要介護状態への変化を連続的に捉えられるので効果的に予防活動につなげていけます。そういう意味での専門性とは、統合できる力であり、医師に限らないと思います。

神出：予防から介護まで実際にそうなった状況のところまで、系統的に関わ



るということですね。

樺山：しっかり繋がることだと思います。

高度医療のデメリットと相応な医療への「ギア・チェンジ」

祖父江：専門性を深めることは治療の質をどんどん高めるとか、高度な技術を使うという方向に行きがちですが、そういうことをどこかでやめる必要がある、そのルールを作ることが重要ではないかと考えます。高い専門も必要ですが、それだけではなくて、やはり人的な資源とか利用可能なもののバランスがより重要です。より良くすることはいいけれども、あきらめるところもあってもいいのではないでしょうか。

疾病予防に携わる立場から言うと、対象とする人たちに何か介入することを考えます。健康寿命の延伸のために、できるだけ自立機能を温存させることには全く異論ありません。一方で、高齢者の人たちに対しても、積極的に疾病の予防や早期発見のようなことが出てきたりすると少し疑問です。予防をすべきというのは確かにそうですが、予防にもメリット・デメリットがあります。

がんの領域で言うと、ピロリ菌の除菌は予防です。しかし、除菌すると、それなりに何か症状が出たりします。若い人だったら胃酸過多になり、食道炎が起きたります。除菌するには、やはりコストがかかります。そういうことを積極的にするのかどうか。

あるいは、がんの早期発見についても、年を取るにしたがって、放置してもその人が寿命を全うするまで悪さはしないかもしれないがんが相当な割合存在することが認識されてきています。

ですから、疾病予防や早期発見とかの介入に関しての考え方を、どこかでギア・チェンジしなければいけないと私は思っていますが、世の中的にはそうは思われていないところがあります。そのところをきちんと議論することが必要ではないかと思います。

伊藤：今、「ギア・チェンジ」というお話を出ました。神出先生は、臨床で老年でも携わっておられますけれども、これに関して何か感じるところ

はありますか。

神出：私もそれは思います。90歳くらいになっても、時々「人間ドックは必要ですか」という人がいます。僕は正直、「必要ないと思いますよ」と言うのですが、やはり一般の方はそれがよく分かっていなくて、生きられるのなら、しんどい治療でも検査を受けて、治療を受けたいという気持ちを持っている人が結構います。

その反面、特に医療費の削減ということを国は大きく言っています。だから、ギア・チェンジは確かに必要ですが、われわれが「90歳になつたら検査は必要ありません」と言っても、一般のあまり医学的知識のない人を納得させるだけの説明はなかなか難しい。個別に相談されると、「90歳の体には検査すること自体がすごく負荷はあるし、人間ドック的に全く症状もないのに検査をするのはお勧めしません」と言います。国民に、医学に対する知識をきちんとつけてもらった上でないと、急にそれを言われても納得できない人が多いかなという印象を持っています。ですから、本当に個別対応が必要ではないかと思います。

新たなルール作りはエビデンスと合意で

神出：私の研究テーマである血圧の治療や高脂血症の治療では、どちらかというと後期高齢者には積極的な治療をしないほうが元気かもしれないという印象を持っています。臨床をやっていると、そのようなデータが出ます。今まででは因果の逆転と言われていましたが、そうではなくて、結局、血圧は非常に年をとると下がってきます。そこに治療ガイドラインどおりにやろうとすると、逆に元気のない虚弱な人をつくってしまうのです。コレステロールも同様で、75歳以上の人には軽度高脂血症に対する治療は不要で、むしろコレステロールが少し高い人のほうが長生きだと思います。

祖父江：そういうことをきちんと言わないと駄目です。

神出：それを言うと反論は絶対に来るので、やはりしっかりしたデータをして行きたいですね。

祖父江：しかし、そこにしっかりしたデータに基づいたルール作りが必要なのか、ですよ。しっかりしたデータを作るには、時間がかかりますから。後期高齢者には積極的な予防・早期発見はしないという観点でのルール作りをするべきです。

脇阪：そのルールを次のがん対策基本計画では、作るという話ですよね。

祖父江：そうです。

喜多村：しっかりしたエビデンス(科学的根拠)なしで、どのようにルールを作ろうというのですか？

祖父江：エビデンスがあればそれを使うのですが、ない場合でも議論は必要で、みんなで話し合うのです。コンセンサス(合意)です。

喜多村：合意のみですか？

祖父江：それとのバランスです。

喜多村：現在の医療ではそういうルール作りに未だ慣れていないのでは？

祖父江：慣れていないと思います。

喜多村：例えば先進医療のガイドラインを決めるときに適用範囲を「年齢で切る(カットオフ値を決める)」などとした場合、エビデンスもなくてそんなことはできますか？ また、ある人は74歳、別の人には71歳なんてことになると、もはやルールではなくなりますよね。

祖父江：それはそうだね。だから、それはコンセンサスです。

神出：同じ年齢でも認知機能が落ちている人から、全く正常で仕事をしている元気な人まで、ものすごいバリエーションがあります。年齢で区切るのは本当に難しいところがあります。

喜多村：最先端技術に適用・不適用のガイドラインを決めると言うけれども、結局は明確にはならないですね。

祖父江：年齢を使おうとしたら決まらないです。ほかの事情で決めるのでしょう。

喜多村：ほかに何がありますかね？

祖父江：これまで通常に用いられてきた区分には、75歳とか60歳とかがあり、個別に決定するには、併存症などの状況で決めていくのかと思います。

喜多村：例えば精神科の診断では、基本的に他の診療科の診断とは異なり、多

数決のようにコンセンサスを得るという考え方ではなく、患者さん本人を主体とする「了解性」という判断軸を一つ持っていたりします。これはどちらかというと伝統精神医学の考え方で、勿論、エビデンスやエキスパート・コンセンサスを重視する生物学的精神医学もありますが、「了解性」の概念は、患者さんのおかれている状況を理解し、さらに考え方や価値観を考慮した上で、本人の論理展開に大きな矛盾がなく了解可能であるか否かという点がポイントです。一見、奇異であったり突飛な行動に見えたりしても、その人の生き立ちや境遇を知れば、なるほどと納得できることがよくあります。少し違うかも知れませんが、そういうイメージで、私は単に医療者や一般人がより多く納得できるようなコンセンサスという概念だけでなく、当人の意思や価値観を尊重しながら、最終的な選択は本人や家族が主体的に決めていけるような柔軟な部分も残しておくべきなのかなと思います。



健康不安を抱える高齢者のギア・チェンジは

喜多村：先程ご紹介いただきました神出先生の患者さんは比較的元気なお年寄りの方が多いのかなと。もちろん健康志向でアクティブな方は、それこそ120歳（人類の限界）まで生きたいとまじめに考えていらっしゃるし、がん検診だって受けたいだろうと思います。ですからそれを、年齢で切って受けさせないことはできないと思います。

一方、祖父江先生のおっしゃることも理解できますね。高齢者の場合、本人が望みさえすればがん検診も受けてもらいましょうとしたところで、いざがんが見つかった時に「治療はどうしますか」と聞かれたら実は困るだろうと思うのです。

私の父の例で言いますと、心臓に7つもステント¹入れていますが、

一向にたばこをやめようとはしません。そのくせ薬と病院が大好きです。いったいどういうつもりなのかとよく言い争いになりますが、そんな父でも、がん検診だけは受けたくないと言うのです。実はこういう理屈ではない人間のエゴと死に対する恐怖の入り混じった心境こそが、持病など健康不安を抱えた老人のごく自然な心性であるような気がします。

少し横道にそれてしましましたが、やはり一方的に医療者側で考えている患者の思いと実際の患者や家族の思いにはギャップがあるだろうと思います。またそれ以前に、超QOL研で行った終末期医療についての看護職へのインタビュー結果²には、医療者側の立場にある看護職の間でさえ、年齢やキャリアが違えばコンセンサスを得るのも難しいことを示していました。

伊藤：私は今のお話から、うちの大おじのことを思い出しました。調子が悪くて「がんではないのか。お医者さんに行きなさい」と周りから散々言われたけれども、専門病院には行かずに絶対に近所のクリニックに行っていました。そこでは毎回、「分かりませんね」と言われて帰ってきて



いて、先生と一緒に「何か分からぬけど、しんどいね」と言っているくらいがちょうどよくて、はっきり「こういう病気ですと言わても、しょうがないじゃない」と言っていました。「専門病院に行って検査しましょう」ではなくて、「また来てください、心配だったら」のような感じもギア・チェンジの1つかなと聞いていて感じました。

喜多村：ギア・チェンジの年齢も上がってきているかもしれませんね。

伊藤：感覚としてはどのくらいですか。一律に決めるのはタブーなのかもしれません。

喜多村：フレイルとまでは行かないけれども、自覚的に基礎代謝や体力がガックンと落ちるのが40代頃ですよね。その辺りから、運動を積極的に

やらないと維持できなくなる。次いで、70～75歳くらいに節目があるような感覚ですかね。意識の高い人は自分でも何となく気づくはずで、それであれば自然にギア・チェンジして行けることも期待できます。こちらで「何歳」と決めなくて済めば良いのですけど。

神出：今、高齢者の定義を変えようという議論が行われていますよね。いろいろ統計をとると、20年前の65歳の体力が、今の70歳から75歳くらいの人とだいたい同じだと言われています。

喜多村：なるほど。しかし、やはりそういう「定義」は必要ですか。

神出：やはり定年までは自分は頑張らなければいけないという気持ちがずっとあります。今の定年は65歳が多いので、65歳までは頑張り、それを過ぎると、何か気持ちの糸が切れるところもあるみたいですね。

だから、ある程度何かの線引きは大事なのかなというのもありますし、医療費や年金とかの社会保障の問題を考える上で、やはりどこに線を引くかはすごく大事な問題なのかなと思います。

伊藤：樺山先生のお話のときに、介護予防や地域の人たちの話が出ていました。今、神出先生が、退職というところで、一応高齢者の定義も変わってくるのではないかというお話をありました。そのあたりで、働くとか働かないとか、高齢者の社会参加に関わっておられて思うことはありますか。

樺山：今のお話を聞いていて、みんなが高齢になってくるにあたり、やはり介護予防のような取り組みはあったほうがいいと思います。あと、寝たきりで長く過ごしたくないといった、いろいろな願いとかあるけれども、そういう願いどおりにはならない人たちもたくさんいます。ほとんどの調査で、老後に不安を持っている人の割合はすごく高く、確かに7～8割くらいの人は、何かしら不安感を持って過ごしています。この結果を見るにつけ、もう少し安心して暮らせる地域づくりをしない



といけないと思います。

介護予防でも、個別のアプローチもすごく大事だと思いますし、エビデンスがあるから、筋力向上のために体操や運動にアプローチするのも大事です。けれども、最近はソーシャル・キャピタル（社会関係資本）が人の健康を高めると言われています。人と人がつながっていたり、信頼感が高かったり、人の役に立ちたいという思いがある地域のほうが健康なように、地域の人々とのつながりが充実することで、全体的に解決されていくのではないかと思っています。

がん検診や血圧治療のデメリットをどう伝えるのか

神出：祖父江先生に質問したいのは、例えば、今は抗がん剤に開発費をかけて、すごく高いがんの薬が出ています。正直、抗がん剤にすごく高額なものを使ったとしても、寿命は数ヶ月延びるだけというのが印象です。私はそこを専門にしていないこともあります。そのような抗がん剤が必要なのかと思ってしまいますが、いかがでしょうか？

祖父江：今、抗がん剤の開発を躍進になって推進しているのは、特に新しく開発された抗がん剤は海外で開発されたものが多く、輸入超過になっているからです。もちろん薬だから延命効果を評価して、市場に出るわけです。しかし、それによって何がもたらされるかという長期ビジョンはなく、売り上げとか、何となくお金に関わるようなことが直接的な動機になっているように思います。

ですから、むしろ考えなければいけないのは、新しい薬は確かに必要だけれども、それは使わないという判断もありえるということです。新しい診断技術や、薬以外の治療でも、新しいものができるのはいいけれども、それは使わない判断もありえるというルール作りをきちんとしないといけない。それを専門家の方から言わないと、一般の人はやはり新しいものがいいので、それを使わないなどありえないと思っているでしょう。

神出：お金儲けを考え出すと、例えば、もう80歳だろうが90歳だろうが何

歳であろうが使ってくれるといいわけですが、国に今は財源がないわけです。

祖父江：そういうことを若い人たちが言うと、年寄り切り捨てとなりますね。今はどんどん高齢者の人口比率が高くなっているので、どうしても高齢者の主張が政策に受け入れられるようになりますが、ですから、高齢者のサービスを低下させるような政策は取りにくいのです。そのことをきちんと理解している高齢者の割合を、やはり増やさないと国は変わらないかもしれませんですね。

神出：そうですね。

祖父江：ただお年寄りは、いったん信じたことを変えるのはなかなか苦手と言いますか、若いときに「がん検診は良いです」と言わされたら、ずっと良いのです。それで早く見つかって何が起こるかを考えずに、がん検診は良いことだから受けましょう、となりがちです。

喜多村：とりあえず受けに行く。

伊藤：いいことをしていると思っている。

祖父江：なので、これは日本だけではなくてアメリカでもそうですが、若いときから言っておかないと、1回刷り込まれた考え方はなかなか変えられない。

伊藤：「何歳までは受けてください」のように言わないといけないということですね。

祖父江：そうです。そういうことを言っておかないと、年寄りになってから言つても、変えることは難しいのです。

神出：それこそ薬の適用というところに、85歳以上はエビデンスがないため使用を控えるとか、そのようにしてしまうのはどうでしょう。

祖父江：それもあるけれども、お年寄りの立場に立ったとしても、使うことのデメリットはあるはずです。単に医療費がということではなくて、使うことのデメリットが大きいからやめたほうがいい、少なくとも検診などはそうです。やめるという選択が合理的だと言いたいのです。

伊藤：言い足りない、ということですか。

祖父江：なかなか言えないのです。分かってくれる人はいますけれども、多く

の高齢者は、「何、それ」という感じかもしれないですね。

伊藤：今の話を神出先生のご専門で考えると、降圧剤は必要なのでしょうか。

神出：私は今、それこそSONIC研究³で超高齢者の血圧と、例えば、認知機能やフレイルとかも調べています。そうすると、そもそも血圧は、80歳まではだんだん年齢と共に上がってくるのですが、90歳、100歳の人はむしろ血圧が少し低くなっています。血圧が高い方はすでに亡くなってしまっている可能性もある⁴けれども、薬を使って下げ過ぎてフレイルになっている人が結構います。

ただ、血圧を下げてフレイルになっているのか、フレイル状態になったから血圧が下がってきているのか、因果関係はまだ確証が取れていないので、はっきりと大きな声を出しては言えないのですが、そういうことも起こっています。

だから、それこそ85とか90歳の人の高血圧治療ガイドラインの下限値を作りたいと思っています。そうすると過剰な投薬が減るのではないかと考えています。(データを見せながら)脂質異常症に関しては薬を飲んでいる人も入っていますが、コレステロールなどは70歳くらいからどんどん下がってきます⁵。

喜多村：みごとに全部下がってますね。

祖父江：しかし、これはやはり相当生き残った人という感じもしますね⁶。

神出：それはあるのですが、多分90歳くらいになったらコレステロールの治療は不要であるかもしれないと思っています。80歳を超えると、コレステロールや中性脂肪は、むしろ栄養状態を反映しているから、高い人の方がそれは元気で長生きです。だから、コレステロールが高くて影響してくるのは70歳くらいまでの人で、75歳くらいを超えてからコレステロールが下がると、フレイルや認知機能とかに影響してくるのです。そうなると、コレステロールを下げる治療や、血圧を積極的に下げる治療というのを、もう75、80、85歳、その辺は人によるでしょうけれども、それより高齢の人にはほとんどやめていいのではと思います。

喜多村：実際は、薬をずっと出し続けているのですか？

神出：出し続けています。治療ガイドラインには、何歳以上はやめなさいということは全く書いていませんので。

喜多村：若い人で得られたエビデンスが、そのまま80、90、100歳にも適用されているということですか。

神出：そうです。それで、SONIC研究では90、100歳の年代の人に対して、そういうエビデンスを出して治療や考え方そのものを変えられないかと考えています。

祖父江：どこかで治療を中断したほうがいいと、そういうところですね。

神出：祖父江先生が言われるように、高齢者は、飲んでいる薬をやめるということには結構抵抗があります。

伊藤：でもご自宅へ行くと残薬は多く、実際には飲んでいません。

神出：その通りです。

喜多村：でも出されなくなると、今度は「見捨てられた」みたいになりますかね。「年寄りだから治療もしてくれないと」。

神出：それなのです。医師から「もう来なくていいですよ」と言われると見放されたと感じます。

祖父江：検診でもそうです。「来なくていいですよ」と言われると、それは寂しい気がするわけです。

伊藤：検診も治療も費用が高ければ、行く側は、多分行けないと思うのですが。

祖父江：そこがね、だいたい市町村というのは、高齢者というか、お年寄りの自己負担額を無料にしますと言うわけです。

伊藤：そうですよね。老人医療費助成制度などで医療費の自己負担分を市町村が負担して無料になる。

祖父江：無料。それは良いと思ってやっておられる。だけど、本当は本人のためにならないかもしれないですね。

「ダイエット」から「しっかり食べなさい」へ

喜多村：先ほど樺山先生が言われた健康不安のあるお年寄りが7割以上というのは驚くべき数字です。不安だからとりあえず病院へ行くのでしょうか

ね。ただ、「検査しなくてもいい」、「薬はいらない」とお医者さんに言ってもらうだけで不安が解消するのであれば、それは病院へ行ったほうがいいですよね。血圧や血糖値などの数値も気にしなくていいと言つてもらえると、逆に不安が解消されますね。実際のところはどうなのでしょうか。

神出：今は、多くは、やはり薬を飲んで下げたほうがいいということを言います。

祖父江：そういう選択肢があることをきちんと言わないといけないですけどね。

神出：そうですね。

祖父江：お年寄りはとにかくヘテロな集団(不均一な、異質な集団)なので、一律に「やめていい」とか「飲んだほうがいい」とは言いにくくです。その人の状況に応じて判断しましょう」みたいなものになるから、そこが難しいところですね。

樺山：ギア・チェンジがすごく難しいと思うのは、生活習慣病の指導をずっとしてきた身としても思います。高齢になったら逆にしっかり食べないと元気になれないのに、ダイエットがずっと続いている、本当にそこさえも変わらないのです。

玉木：高齢化したら「食べなさい」に。

祖父江：「今は食べないほうがいいけれども、将来は食べたほうがいい」と、ややこしいけれどもそれを言っておかないと、途中で方針を変更しようとしても、「そんなのうそでしょう」ということになりかねないです。

神出：メタボ対策からフレイル予防へどこで変えるかは、本当にこれから大事になると思います。

伊藤：それが何歳と一口に言えず、人によるから難しいですね。

喜多村：そうですよね。

祖父江：予防的なこともでも、終末期医療でもどこかでギア・チェンジがありますよね。それまでは一生懸命頑張っていたものを、もうフルバージョンをやめましょうと。

喜多村：そうですね。確かにありましたね。

伊藤：特に、食べられなくなるか、ならないかというところが大きいですね。

玉木：そうですね。超QOL研の調査では、高齢者が口からものを食べられなくなるところで、終末期と看護師は認識していました。ギア・チェンジ、お年寄りの考え方を変えるのはなかなか難しいかもしれません。終末期高齢者の医療提供に影響を及ぼしているのは、家族の希望がかなり強いのです。高齢者の気持ちは変えられなくとも、その家族の年代の気持ちは少し働き掛けるような、そういう啓蒙活動⁷というものがあってもいいのかなと思います。



地域包括ケアの推進はボトムアップで

神出：地域包括ケアとか今は盛んに言われていますが、本当にうまくいくのでしょうか。それこそ共生ということを考えて、介護を受けなければいけない人も、病人も、元気な人も、みんなで支え合って生きていこうと言います。医療・介護・行政がやるいろいろな教室とか予防とか、いろいろなNPO団体とかは、樺山先生の研究テーマであるソーシャル・キャピタルからすると、すごく大事だと言います。ただ、私もそういうところに関わっている立場でありながら、本当にこれが能够のかと、すごく不安があります。

伊藤：私は、これは上から下りてくるものではなく、下から上げていくものだと思うのです。住民が「私はこの町で、こんなふうに最後まで生きたい」となったときに、ほかの人もそう思っている。それをどう実現しようかとみんなが考えて動けば、その町に合った地域包括ケアシステムができるのかなと思うのです。上から来ると、実際に誰が音頭を取るのかも、誰が引っ張るのか分からなくなる。専門職や行政は基本的に、みんな縦割りなので、やはり住民かなと思うのです。

祖父江：下から上げてきたら、まとめ役の人がいたらいいのです。

樺山：まとめ役は住民に、やはりやってもらう。

伊藤：保健師のような地域活動の仕掛けをする人たちが引っ張るのではなくて？

祖父江：少し知識がある人ではないと、まとめ役にはならないでしょう。

神出：それは、保健師さんの活躍が非常に期待されているところです。

喜多村：私も地域包括ケアについては上から下りてきたもののように見えます。例えば精神科領域では、入院病床を大幅に減らした分を地域で支えて下さいというわけです。それこそ謳い文句は「共生」ですが、まだ精神疾患に対する理解が不十分で全然追いついていないのに、地域の住民が連携して見守りや支持的介入を行うというのは絵空事です。例えば、統合失調症の有病率は約0.5～1%ですから、そんな稀な疾患というわけではありません。一方、行政側の対応は現時点で見る限り縦割りで横の連携が弱く、例えば疾患の種類によって利用できる社会資源が異なり、それを扱う担当課も異なる⁸場合も多く、現実にはなかなかハードルが高いような気がします。でも地域包括ケアという考え方には賛成です。理解しがたい病気という考えが少しずつ変わっていけばと思います。

樺山：地域によるかもしれないけれども、やはりキーパーソンのような人がいて、地域力がすごく高いところはあります。

喜多村：そうですね。キーパーソンは絶対に必要ですね。

樺山：そういう人材を育てるこもしないといけないと思います。

伊藤：普通の住民が障害者を支えていけるように育てる？

樺山：全体を育てるのではなくて、キーパーソンを育てるのです。

喜多村：キーパーソンは必ずしも専門家である必要はないと思いますね。小さい頃から折に触れて理解できる環境が大事なのかもしれません。むしろキーパーソンには誰でもなることができる。

脇阪：精神障害や認知症を含めて、ほかの障害もそうですが、地域にいると冷たい視線で見る人も少なくない。そういう地域で必要なのはやはりリーダーシップでしょうか。

伊藤：私は、「理解しましょう」ではないと思います。

喜多村：そうですね。私も精神科医になりたての頃は、患者さんを理解できない怖さがありました。でも体当たりで向き合ううちにいつのまにか差別感は無くなって、今では診察室で他愛もない世間話を楽しんするようになりました。やはり、先入観や警戒心にとらわれずに、自ら住民を牽引して行けるような積極的なキーパーソンがいることが大事かなって思います。

伊藤：私は、パラリンピックは良かったなど。どのように障害者が活躍できることを見ることで、実際に感動と共感が生まれたのではないですか。「理解しましょう」という理性ではなくて、感動や共感ができる何かがあればいいと思います。

私の今までの経験です。てんかんの患者さんたちが、それまでは親の会が啓発活動としてイベントをしていたのですが、私が行ったときに、初めて成人の患者さんたちが店を出したのです。患者さんたちは、自分たちが表に立ってやるんだとすごく気負っていたけれども、見た目が普通だから、店を出しても誰も患者とは分からぬということがありました。やはり、自分たちは患者であるということを出さなければ伝わらない。どう発信するかは大事だと感じました。

喜多村：それが共生につながるのですね。発達に障がいのある子どもたちを、早期に診断して加護することが重要視されはじめているなかで、共生を実現していくにはやはり共感や思いやりといったものも必要です。それはお互いにとって良いことであるという認識も必要だと思います。

脇阪：喜多村先生からの、高齢者の定義は必要ですかという話に少しケリをつけたいです。政策的には、マクロな話では当然必要だと思うのですが、医療の現場では一人一人みんなケースが違うのだという話もあつた気もします。本当に現場では、「この人は75歳を超えたからこうだ」とか、そういう年齢での線引きとは違う、一人一人のニーズに合ったケアをするという意識が、現実はどこまであるのかというところが少し気になっています。

神出：それこそ社会保障や提言で、線引きはある程度できるかなと思います。

伊藤：でも、意外と手術は80、90歳でも結構やりますよね。

神出：手術はやりますね。実際、暦年齢と生物学的な年齢はだいぶ違います。やはりそこは、それこそ個別に考えなければいけないでしょう。では、何を判断材料にするかは、きちんとした研究からのエビデンスに基づいて、ある程度「こういう人だったら、この治療はしないほうがいい」とか、そういう判断です。

脇阪：だいたいの物差しが、一つはあるということですね。

神出：必要になります。研究してそれを出そうとしている動きもあるので、そういうもので判断していくのが今後は望ましいとは思います。

祖父江：高齢者に関するデータというものは、今まで割と数が少なく、エビデンスになりにくかったけれども、数は多くなってきます。だから、データに基づいてきちんと判断できるように蓄積していったらいいのです。そういう研究をもう少しプロモートするというか、サポートするようなことが必要です。

神出：がん予防の領域ではあるのですか。例えば、85歳を超えて胃がん検診をやった場合と、やらない場合。

祖父江：がん検診を受ける人の中に、90歳とか100歳の人がいますので、実際に何が起こっているのかの実態調査を今、やろうとしています。

喜多村：でも、がん検診を受けているだけで、精密検査に行っていないかもしれません。

祖父江：そうかもしれないです。がんが見つかっても何もしていないかもしれないです。では、検診とは何のために受けるのか。

喜多村：お年寄りの場合、言い方悪いですけど気休めでしょうか。

伊藤：社会参加かもしれません。「明日行かなくちゃ」と、予定が入れられるので。

がんと共に生きていく道筋を考える

今井：「共生」ということに関わって、先生方の分野・専門に関わっているところで何か課題があれば。

祖父江：がん対策の領域では、最近なぜか「共生」という言葉が出てきたのです

が、それは「がんとの共生」という表現です。がん患者も、がんを拒絶するのではなくて、がんと共に生きていく。がんを根治できなくても、がんを抱えたままでもきちんと生きていく道筋はあるからというようなことです。

喜多村：がんは人間ではないですけれど(笑)。

神出：それは老化の分野でも結構ありますね。anti-agingに対してwith-agingということで。老化していることを受け入れつつ、ふらつきや不眠や頻尿とかいろいろな老年的な症候群が出てくるけれども、それは仕方ないと受け入れる。

喜多村：それを「悪」だとせずに受け入れる。

祖父江：「がんと闘う」などと言うなということです。

喜多村：闘わなくていいということですか？

祖父江：闘わなくていいのです。

伊藤：共生。

祖父江：共生。闘わない意味での共生です。

伊藤：話はつきませんが、そろそろ終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

座談会を終えて

日本の大学においては、医学部は臓器別の体系によって専門が細分化されている。また2012年現在、全国の80校の医学部のなかで正式な老年医学講座を開設しているのは23校(28%)にとどまる(日野原2013)。一方、看護系大学では、小児や成人、老年のようにライフステージ別の体系によって編成が行われている。いずれも専門系統は縦割りで横のつながりは強くはない。また患者に対する実践においては、看護職は医師の指示が必要なことが多く、やはり縦の関係になりやすい。

今回の特集企画に座談会を加えたのは、未来共生学という枠組みを使えば、医学部にある既存の壁や枠組みから解放され、構成員の関係をフラットにして話せるのではないかと思い至ったからである。また医学系研究はデータに基づ

かない主張はしにくいという文化があるが、座談会という形式なら、臨床経験や研究活動を通じたデータになりにくい考えを伝えられることがあるかもしれないと考えたからである。こうした意味で、医師と看護職、ベテランと若手が同じテーブルで意見を交わすという本企画はチャレンジングなものであった。そして何より、中身についても、狙い通り示唆に富む内容であったと自負している。

なお、座談会は、打ち合わせを含めて、8月31日と10月13日の2日、計2時間あまりに及んだ。今回の特集に寄せて、特に予防や医療提供のデメリットを中心に再構成した。

(伊藤)

注

- 1 動脈硬化などによる心臓の血管の狭窄部位を血管の内側から拡張する網状の金属。
- 2 本誌玉木論文と同じ調査。
- 3 SONIC研究 (Septuagenarians, Octogenarians, Nonagenarians Investigation with Centenarians)
<http://www.sonic-study.jp/index.html>
- 4 サバイバーズ・バイアス。
- 5 本誌神出論文 表1の年齢別医学データを参照。
- 6 4)と同様。
- 7 一般市民の知識や意識を高めるための啓蒙に対して、厚生労働省は1990年代終わり頃から啓発という語を当てている。
- 8 医療、福祉を管掌する部署は異なることが多く、またその中でも小児や高齢者など年齢別の体系、精神、難病、感染症、メタボ対策やがん予防、医療計画など障害・疾患別の体系、医療・予防の体系などのように組織化されている。

参照文献

日野原重明

2013 「わたしと老年医学のこれから」 日本老年医学会編集『老年医学系統テキスト』 pp.2-3、西村書店。