

第1部

基 調 講 演

美唄市講演

これからの美唄の 健康長寿に向けて

桜美林大学大学院 老年学研究科
鈴木 隆雄

美唄で健康長寿と 安心して死ねるために



① 誰でもみんな年を取っていきます・・・

でも出来るだけ健康で自立した生活を目指したいものです。

② 心身のフレイル(虚弱化)を防ぎましょう・・・

運動と栄養がポイントになります。

③ 認知症を予防しよう・・・いつまでも頭と体を使いましょう。



④ 高齢期の病気との付き合い方を学びましょう・・・

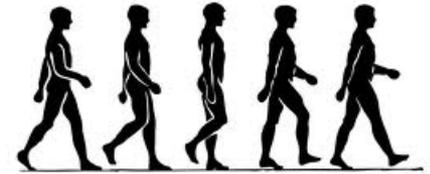
市立病院を上手に使いましょう。在宅医療を考えましょう。

⑤ いつかは来るお迎えです・・・

自分を大切にしていってゆっくり心と体を休ませます。

高齢者の身体機能の変化(通常歩行速度)

(鈴木・権;2006, Suzuki T: 2018, Suzuki T et al. 2020 データより引用・合成)



通常歩行速度
(m/秒)

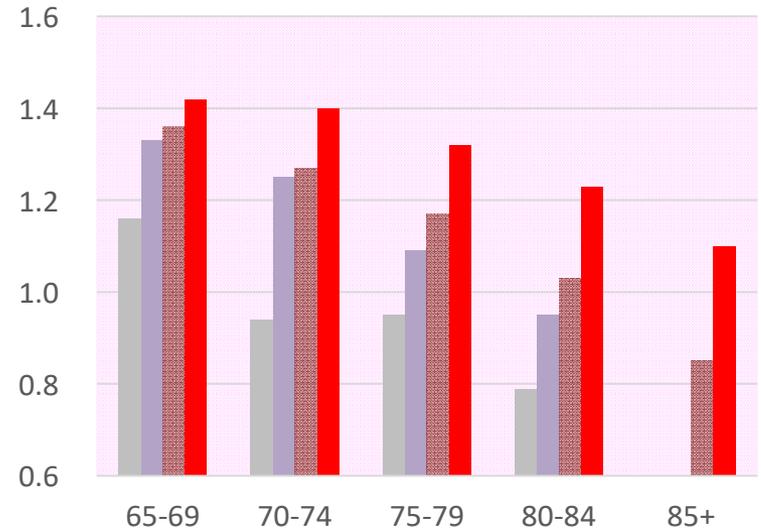
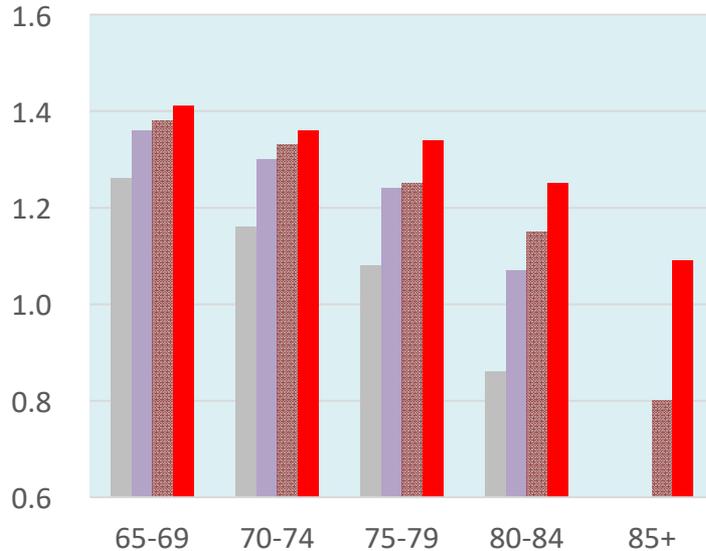
通常歩行速度
(m/秒)

男性

女性

■ 1992年 ■ 2002年 ■ 2007年 ■ 2017年

■ 1992年 ■ 2002年 ■ 2007年 ■ 2017年



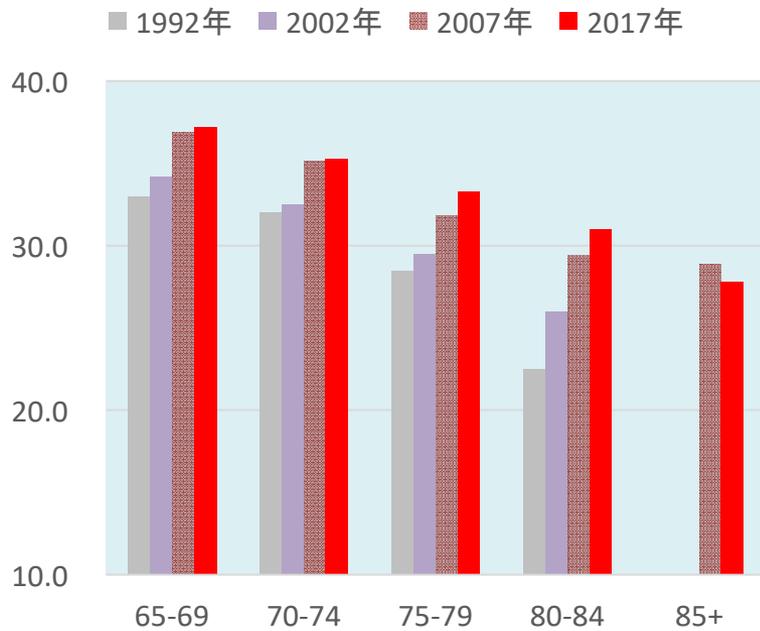
高齢者の身体機能の変化(握力)

(鈴木・権; 2006, Suzuki T: 2018, Suzuki T et al. 2020 データより引用・合成)



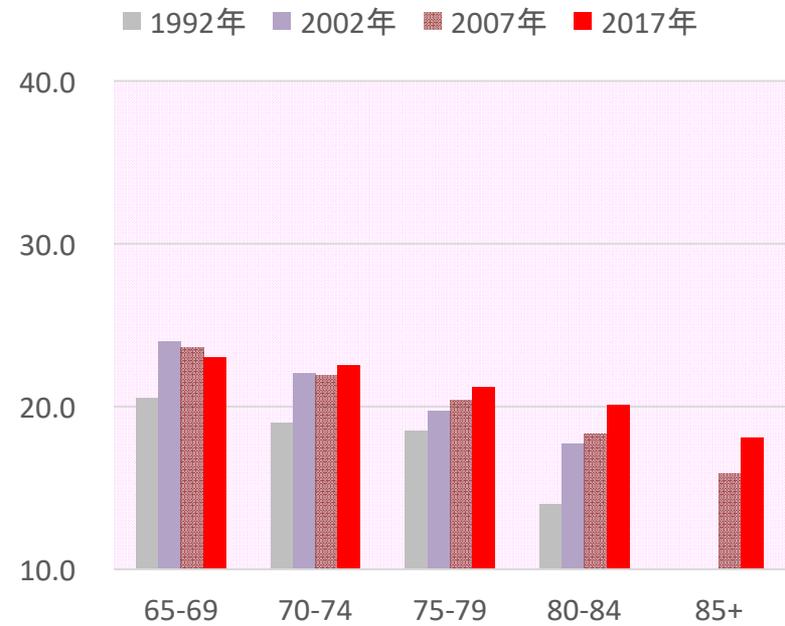
握力
(kg)

男性



握力
(kg)

女性



日本の65歳以上の高齢化人口・高齢化率の実績と推計



前期高齢者 VS 後期高齢者

前期高齢者(65～74歳)

- ✓ 健康度が高く活動的、ヘルスリテラシーの向上
- ✓ 社会的貢献度(プロダクティビティ)も高い
- ✓ 就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い



後期高齢者(75歳以上)

- ✓ 心身の機能の減衰が顕在化
- ✓ フレイル、サルコペニア、認知症が増加
- ✓ 医療機関受診の割合が高い(85.8%)
- ✓ 要介護認定者の割合が高い(86.4%)

フレイルとは

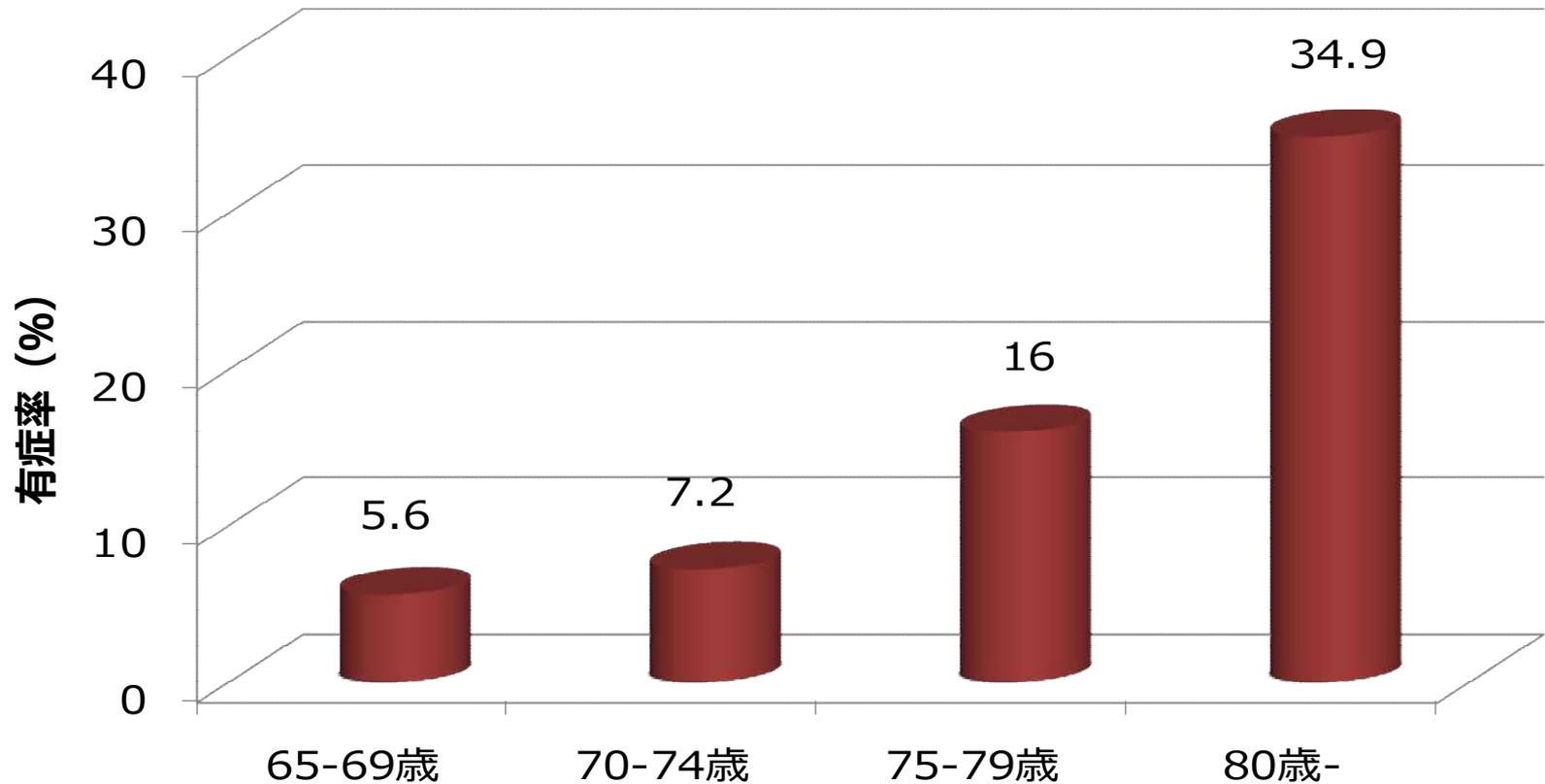
身体、心、社会とのつながりなどが衰えた状態。

でも・・・

運動、栄養そして社会参加で**十分改善・回復**します！



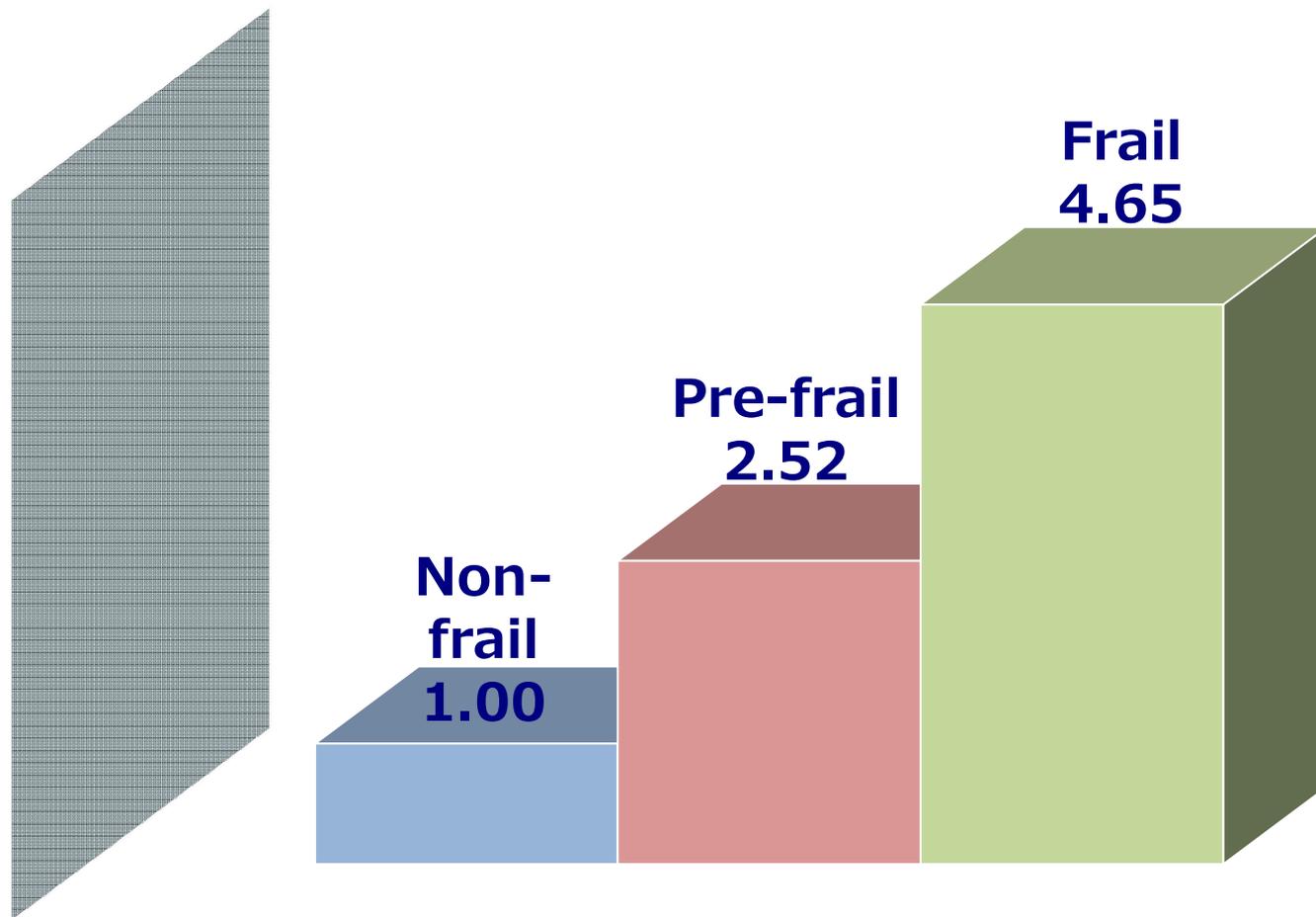
フレイルの有症率



フレイルの有症率は65歳以上の高齢者全体では11.5% (予備群32.8%)であった。加齢に伴い有症率の増加が認められた。

(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2013)

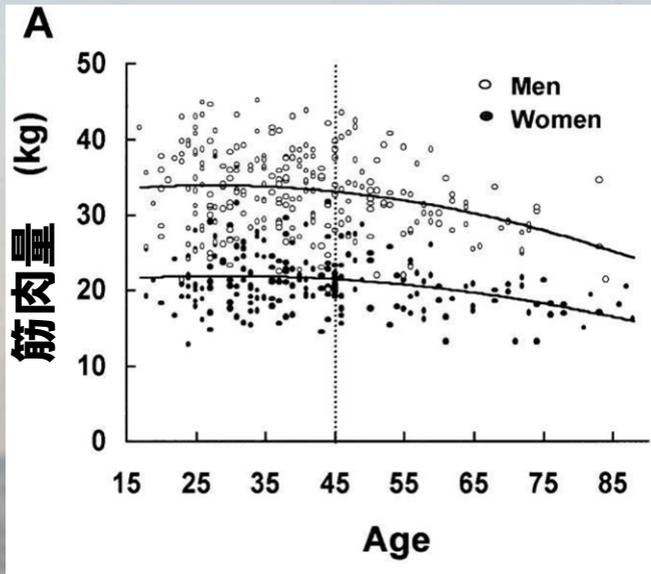
身体的フレイルの有無と24か月後の障害発生(介護保険サービス受給)のリスク (n = 4,341)



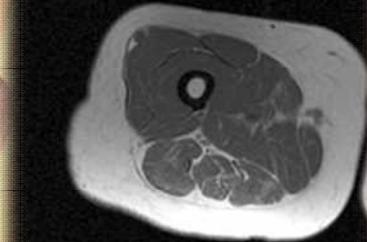
Adjusted for age, sex, body mass index, Mini-mental state examination, number of prescribed medications, hypertension, heart disease, diabetes mellitus, osteoporosis, and Geriatrics Depression Scale.

サルコペニア(加齢性筋肉減少症)

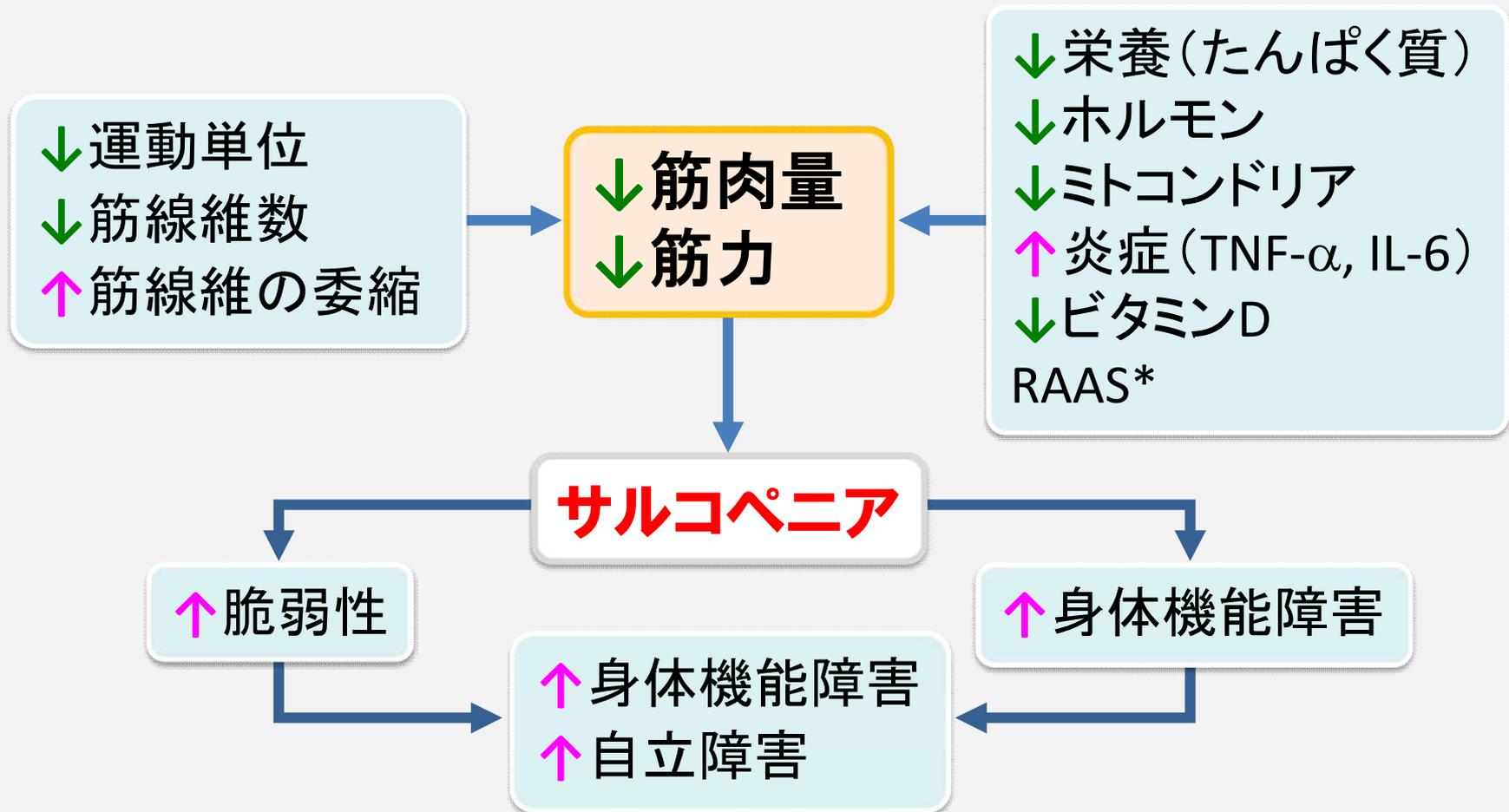
加齢に伴う筋量と機能の低下
サルコ(肉)+ペニア(減少) (1989 Rosenberg)



Janssen J Appl Physiol 2000



サルコペニアの機序

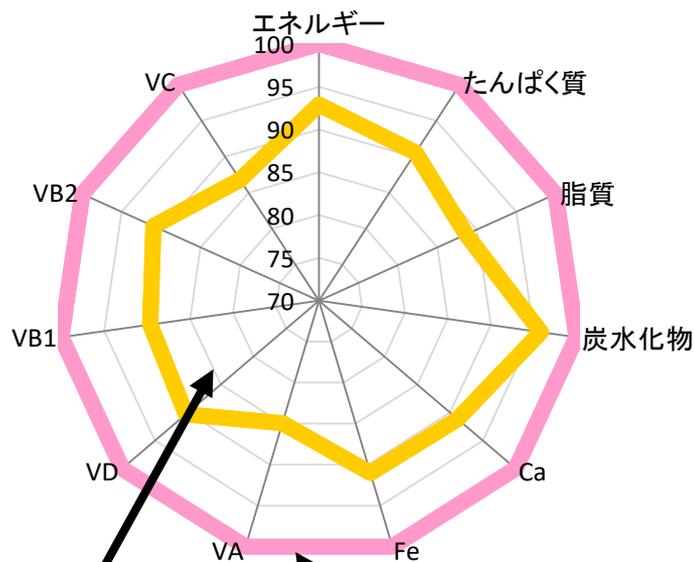


*RAAS: renin-angiotensin-aldosterone system.

↓は低下(減弱), ↑は上昇(増強)を示す。

咀嚼機能と栄養素等摂取量： (板橋区新お達者健診)

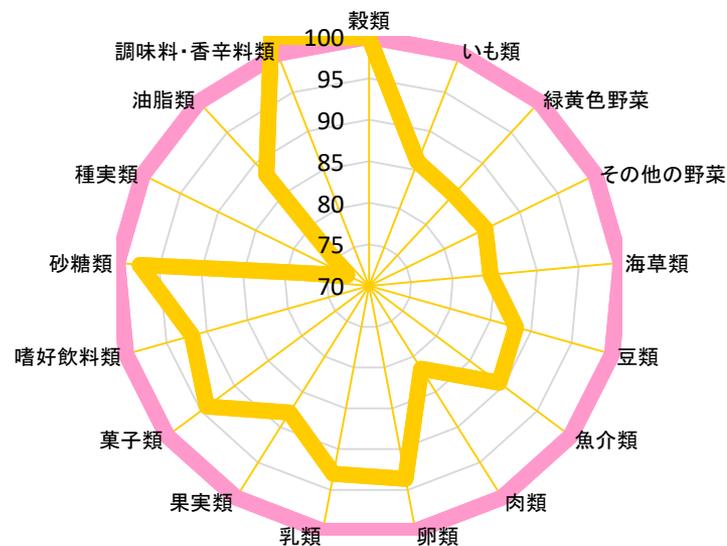
栄養素等摂取量



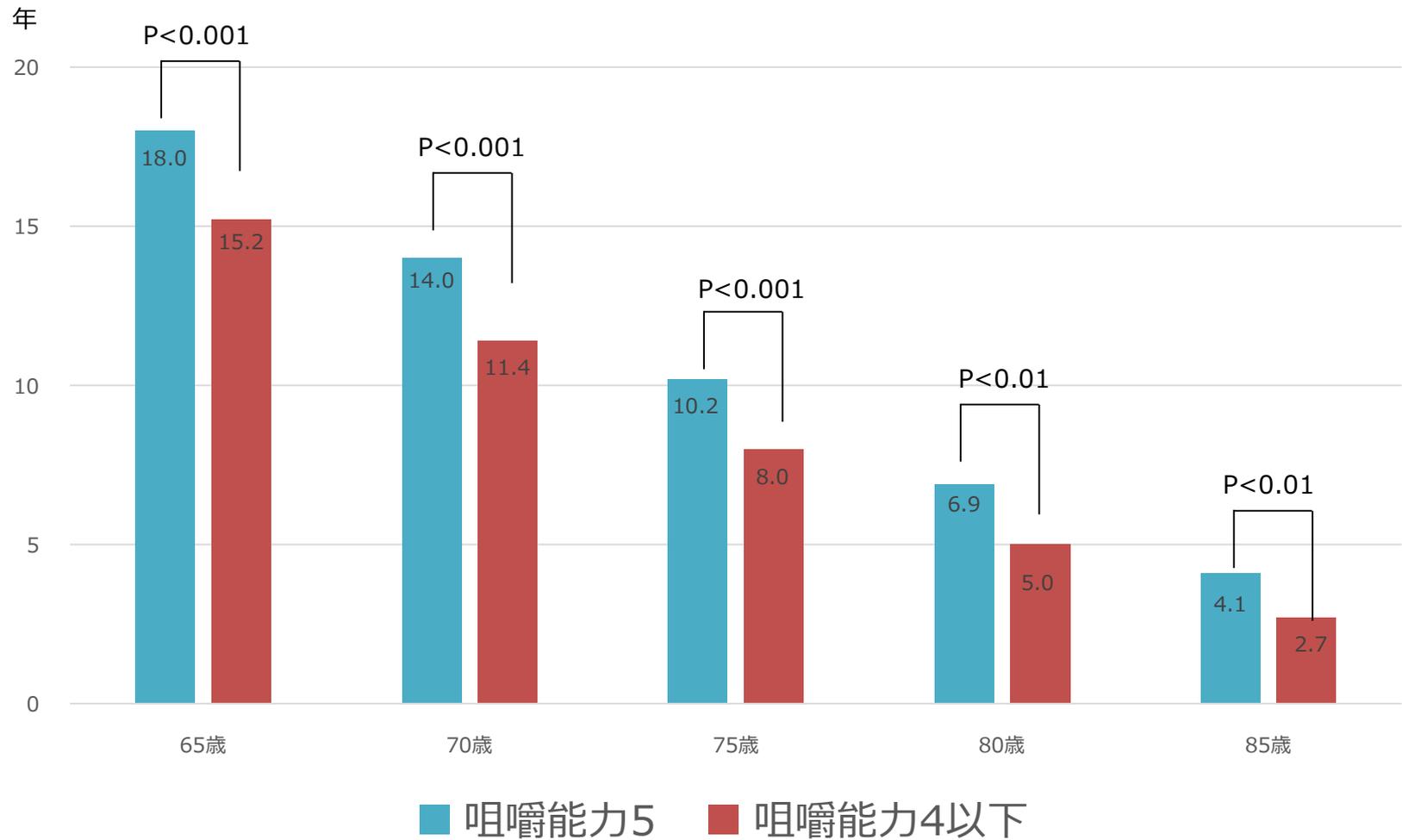
咀嚼機能不良

咀嚼機能良好

食品群別摂取量



咀嚼能力と健康余命の関係



フレイル予防のための運動

1. 軽め、小さめ、短め



2. こまめに動いて40分

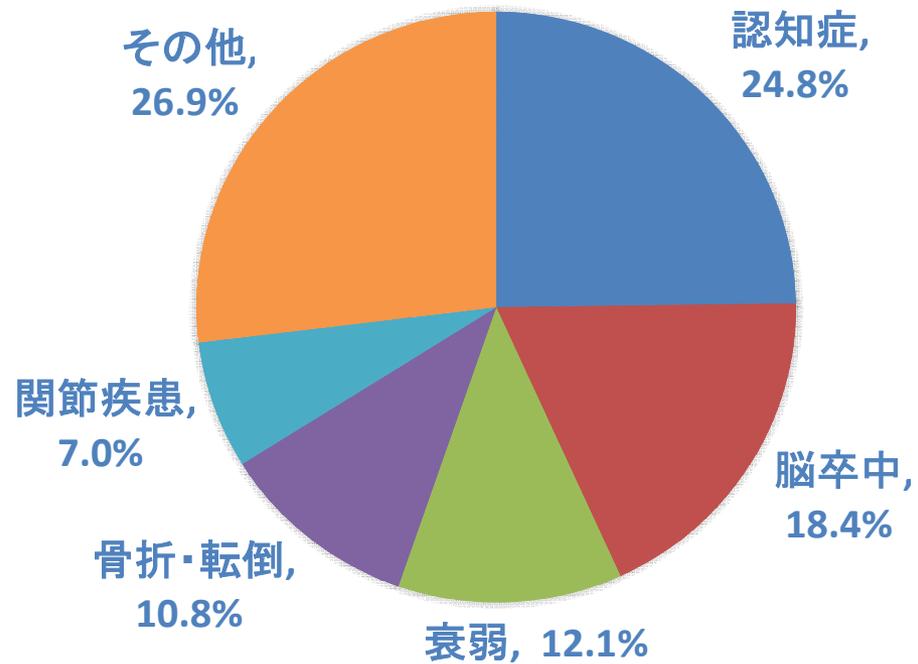


3. 水分補給は忘れずに



要介護者における介護が必要となった原因

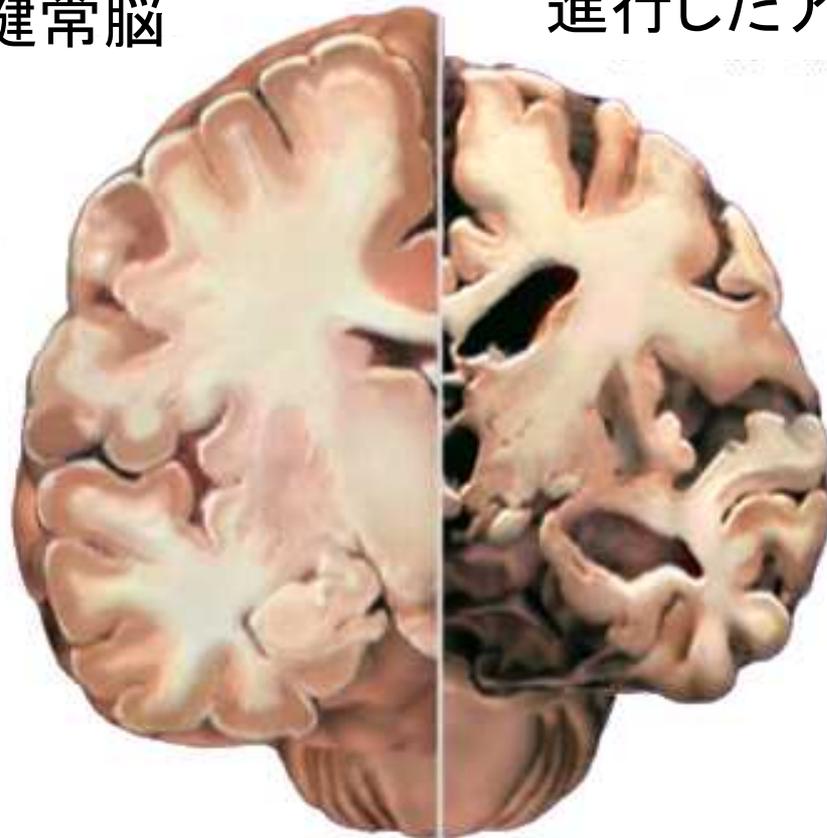
(%:平成28年国民生活基礎調査より)



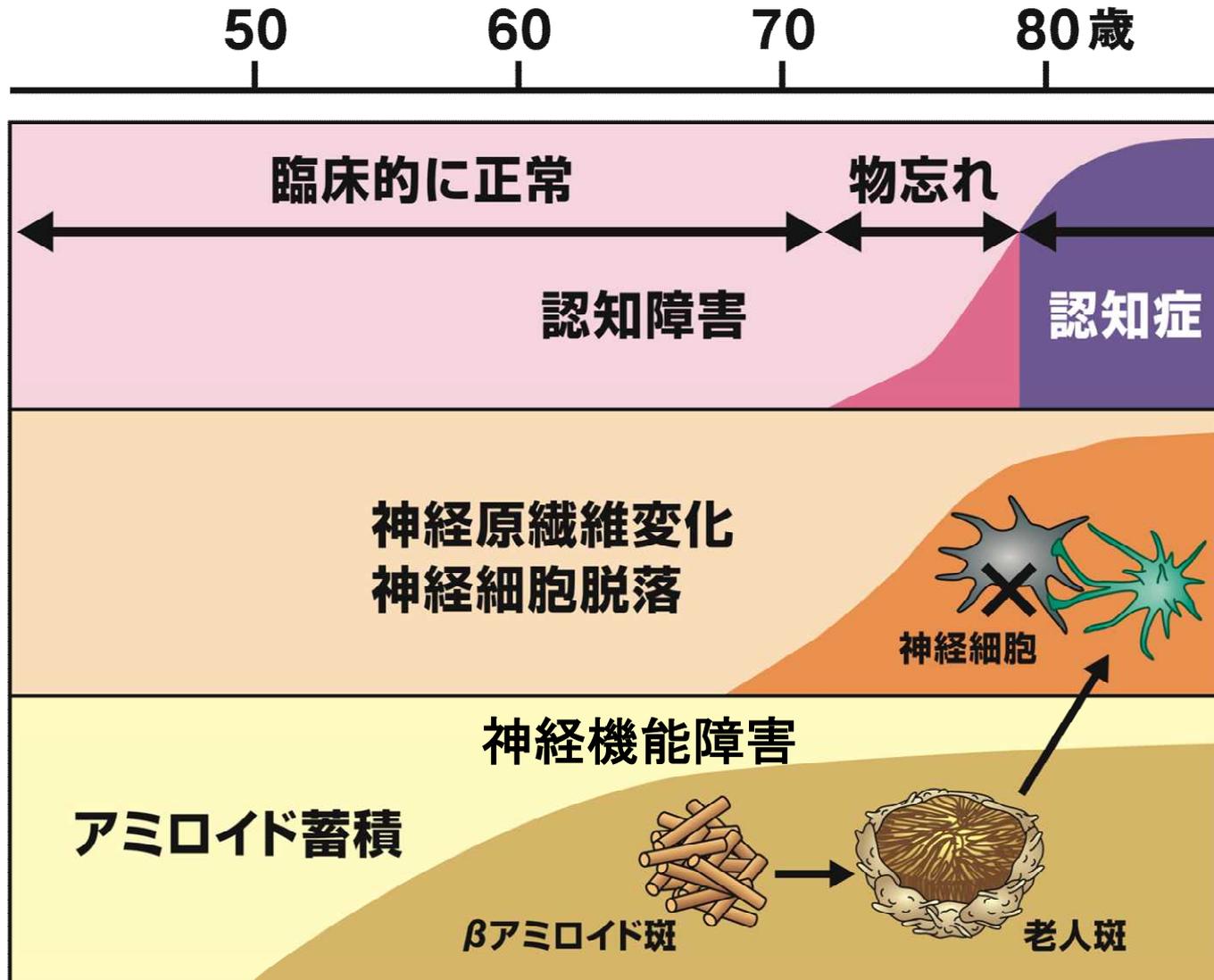
アルツハイマー病の脳

健常脳

進行したアルツハイマー病脳



アミロイドβは発症に先立って蓄積し始める



MCIとは

軽度の認知障害のことで、健常者と認知症の間の段階（グレーゾーン）を指す

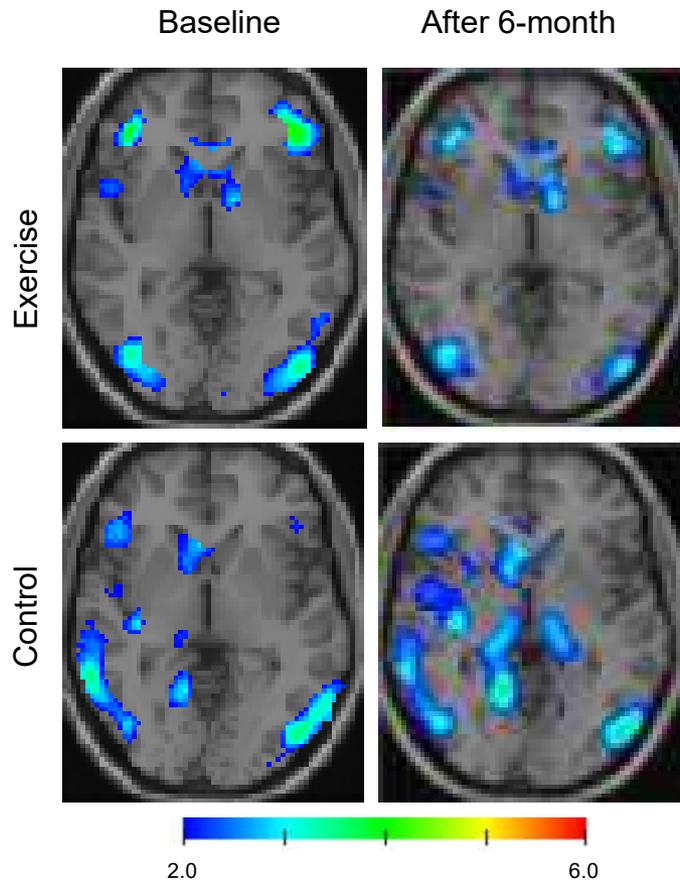


多重課題を含む運動による認知機能低下予防 “コグニサイズ”

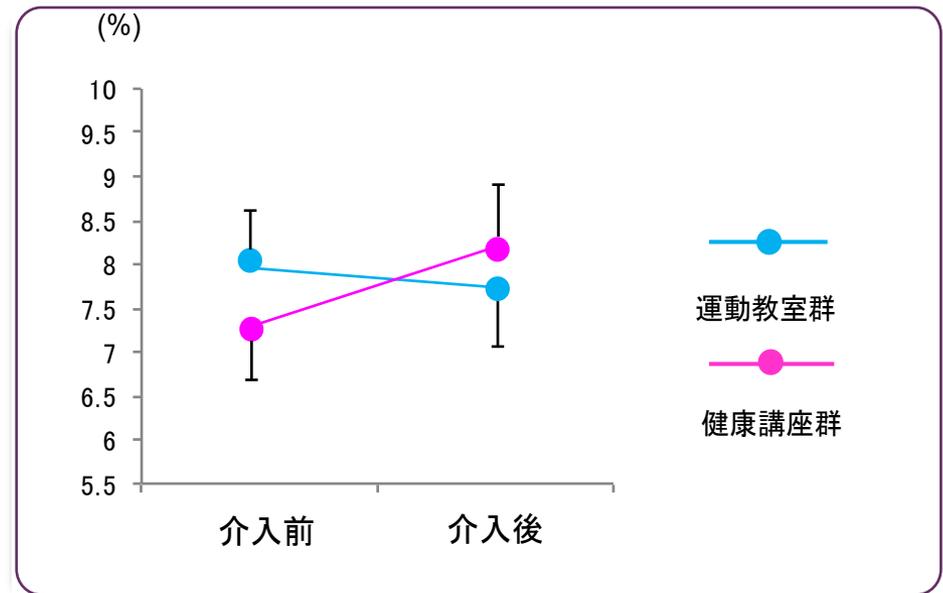


脳容量の変化

Suzuki T, et al., PLoS ONE 2013



脳萎縮領域の割合 (健忘型MCI高齢者)



血管擴張

大腦皮質

S

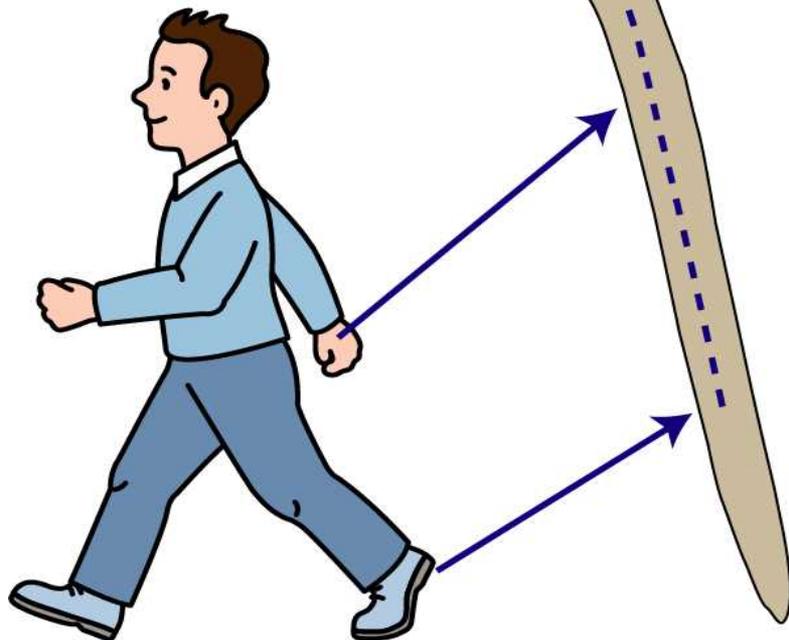
B

M

(腦)

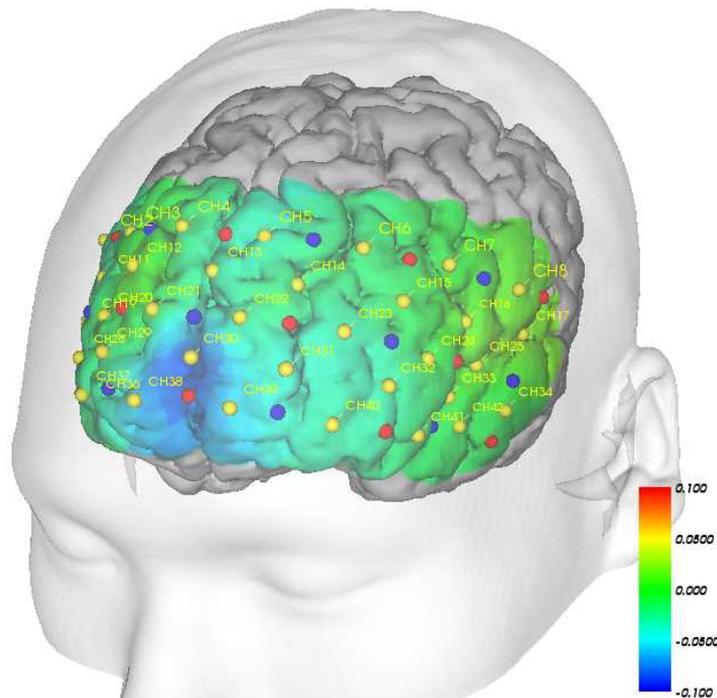
海馬

前腦基底部

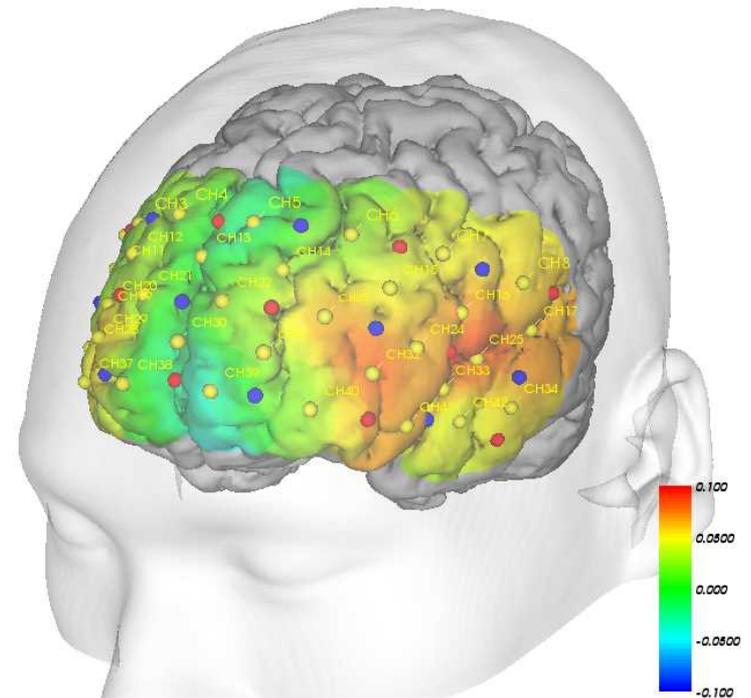


コグニサイズの脳賦活効果

通常の運動



コグニサイズ



単純な運動するだけでなく、頭を使いながら(たとえば計算など)運動をすると、前頭葉の活動が活性化します。前頭葉は、望ましい行動の選択、判断、長期記憶の保持に重要な役割を担っていて、これらは加齢に伴い低下しやすいということがわかっています。

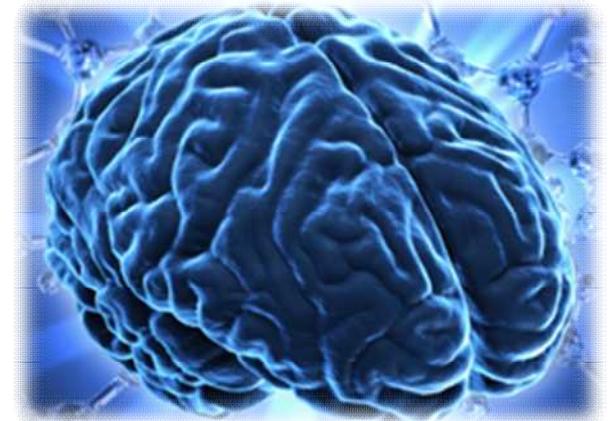
脳の栄養BDNFの特徴

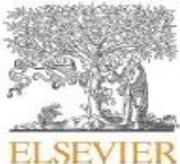
(BDNF : Brain-derived neurotrophic factor)

- 脳で発見されたサイトカイン。脳細胞の増加、発達には必要不可欠な液性タンパク質。
- 脳の中で、特に海馬、大脳皮質などの高次脳機能(記憶、学習、思考など)に参与している。
- うつ病、認知症、糖尿病で低下。
筋肉運動と栄養で増加する。



白カビ・チーズ摂取で増加
(カマンベールチーズ)





JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

The Effects of Mold-Fermented Cheese on Brain-Derived Neurotrophic Factor in Community-Dwelling Older Japanese Women With Mild Cognitive Impairment: A Randomized, Controlled, Crossover Trial



Takao Suzuki MD, PhD^a, Narumi Kojima MS^b, Yosuke Osuka PhD^b, Yuka Tokui BSc^c, Satoshi Takasugi PhD^c, Akihiro Kawashima BSc^c, Taketo Yamaji PhD^c, Erika Hosoi BSc^b, Chang Won Won MD, PhD^d, Hunkyung Kim PhD^{b,*}

^aInstitute of Gerontology, J.F. Oberlin University, Tokyo, Japan

^bResearch Team for Promoting Independence and Mental Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Tokyo, Japan

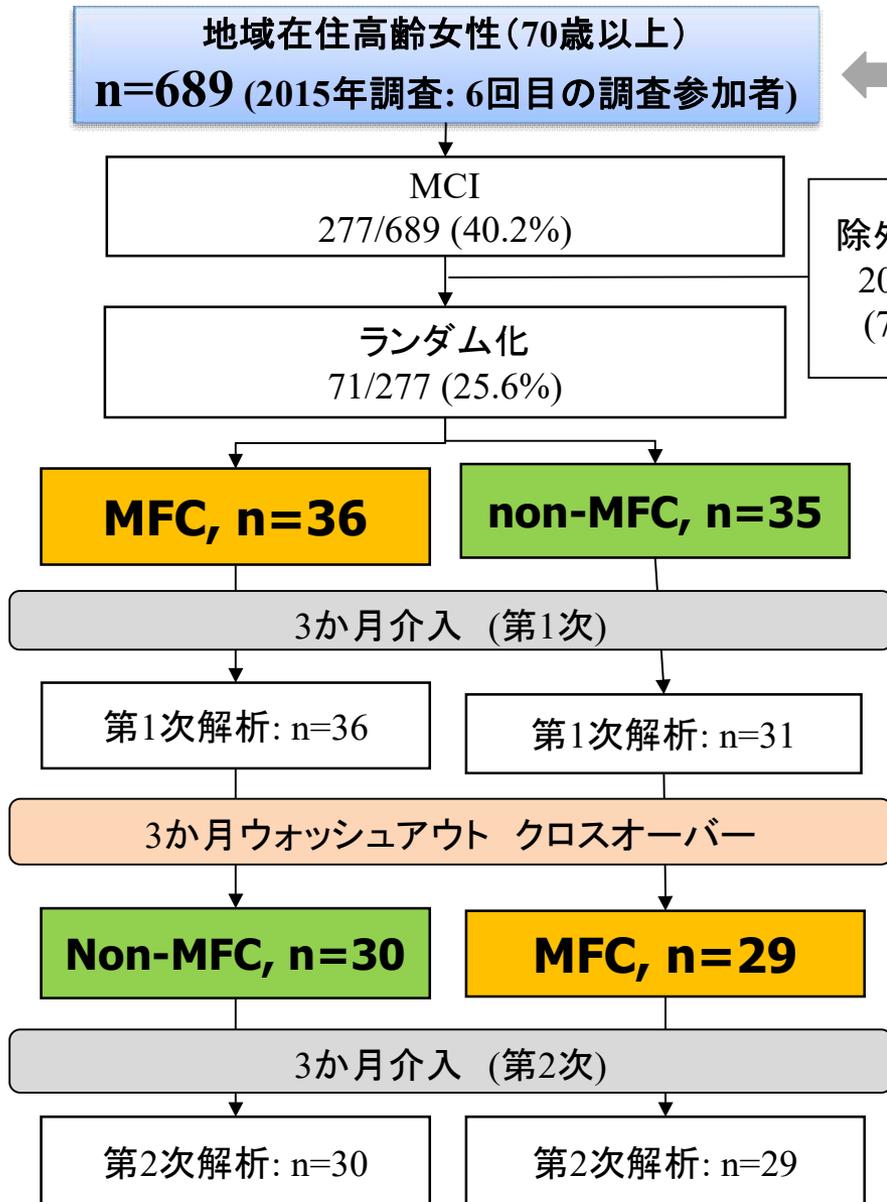
^cR&D Division, Meiji Co, Ltd, Tokyo, Japan

^dDepartment of Family Medicine, Kyung Hee University Hospital, Seoul, Republic of Korea

発酵乳製品 (カマンベールチーズ) が 血中脳由来神経栄養因子 (BDNF) に及ぼす影響

1. 被験者 : 軽度認知障害(MCI)の70歳以上の高齢女性
2. 試験デザイン : 非盲検ランダム化クロスオーバー比較試験
3. 被験品 : mold-fermented cheese (MFC ; カマンベールチーズ)、
non-MFC (プロセスチーズ ; モツアレラチーズ)
4. 主要評価項目 : 血清中BDNF濃度

RCT Flow Chart



Baseline: 2006年957名
追跡調査: 2007, 2009, 2011, 2013

1. 選択基準

- ・MMSEが23~26点の者
- ・Baselineの血清中BDNFがMean±2SD内の者
- ・「自覚的もの忘れ不安」がある者

2. 除外基準

- ・チーズを常用する習慣がある者
- ・乳アレルギーを有する者
- ・高血圧 (SBP \geq 160かつDBP \geq 100mmHg)
- ・重度の糖尿病または、慢性腎不全と診断されている者
- ・参加を希望しなかった者

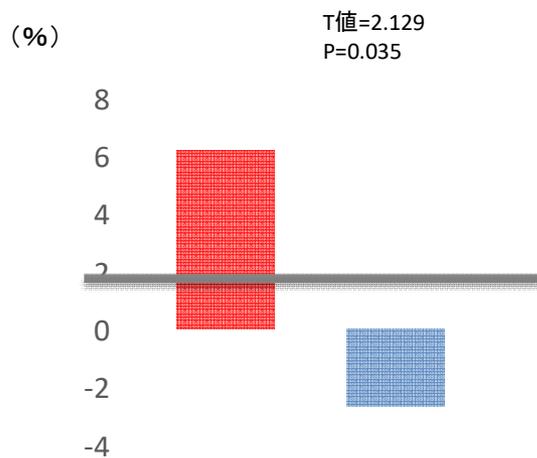
方法：成分の異なるチーズによる介入

1日2ピースを毎日摂取（栄養組成はほぼ同等）

1ピース (16.7gあたり)	MFC ：カマンベールチーズ	non-MFC ：プロセスチーズ (モッツアレラチーズ、クリームチーズ)
エネルギー, kcal	51	49
たんぱく質, g	3.1	2.9
脂質, g	4.2	4.0
炭水化物, g	0.2	0.4
カルシウム, mg	71	63



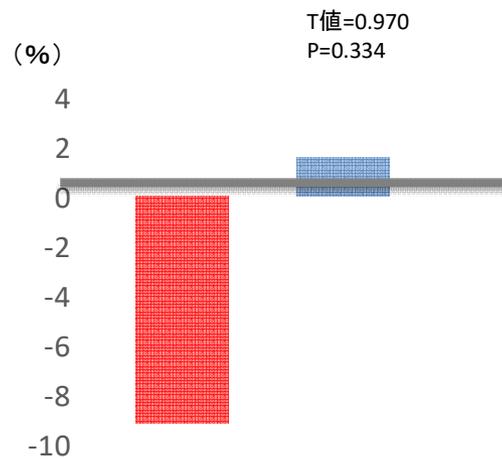
BDNF変化率(%)



■ 系列 1



GDS変化率(%)



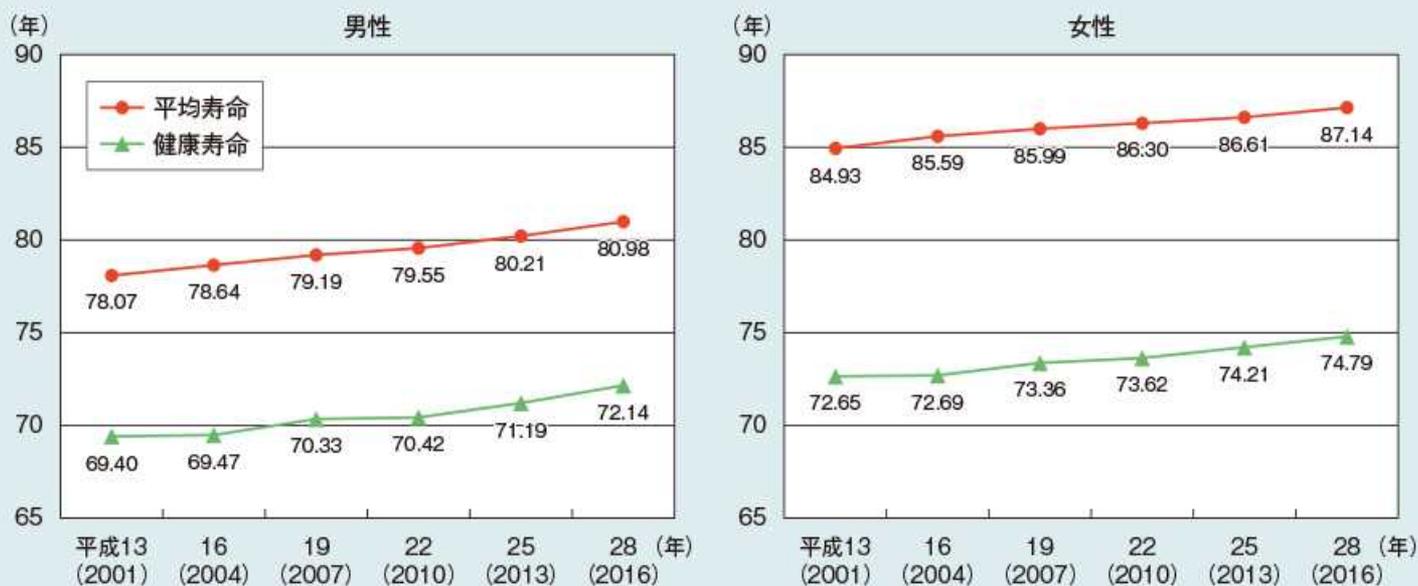
■ 系列 1



(Suzuki T et al. J Am Med Dir Assoc. 2019)

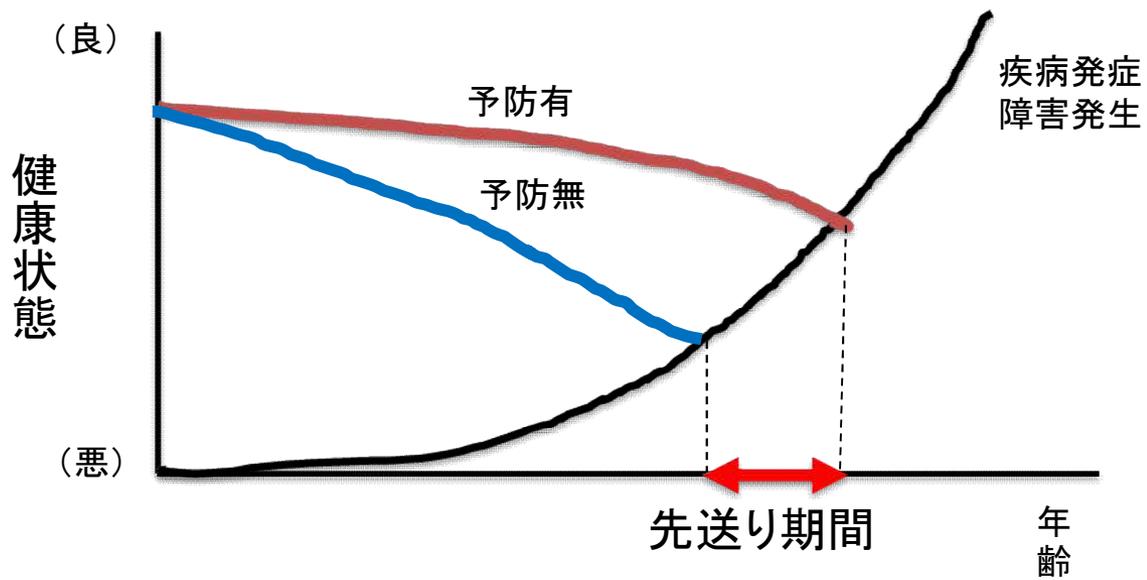
平均寿命と健康寿命の差は縮まらない 必ず「不健康寿命の期間は存在する」

図1-2-21 健康寿命と平均寿命の推移



資料：平均寿命：平成13・16・19・25・28年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

健康寿命：平成13・16・19・22年は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平成25・28年は「第11回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料」



「予防」の本質は疾病発症や障害発生の「先送り」

予防の先にあること

- ある程度の要介護状態となることはいわば当然であり、自然の摂理であり、社会の必然として受け入れなければならないこと。
- もっとも重要な問題は、宝くじにあたるようなPPKを望むのではなく、人生の晩年において、自立した生活にむけて努力し、自分が納得した介護を受け容れ、障害を持ったとしてもいかに幸福な人生と感じ、満足して死ぬことができるかということであろう。
- そのためには、介護予防における自助努力や死に対する自己選択について考えておくことは避けて通れない。
- 死生学の生涯教育や市の準備教育の必要性がある。

超高齢社会、多死社会の到来

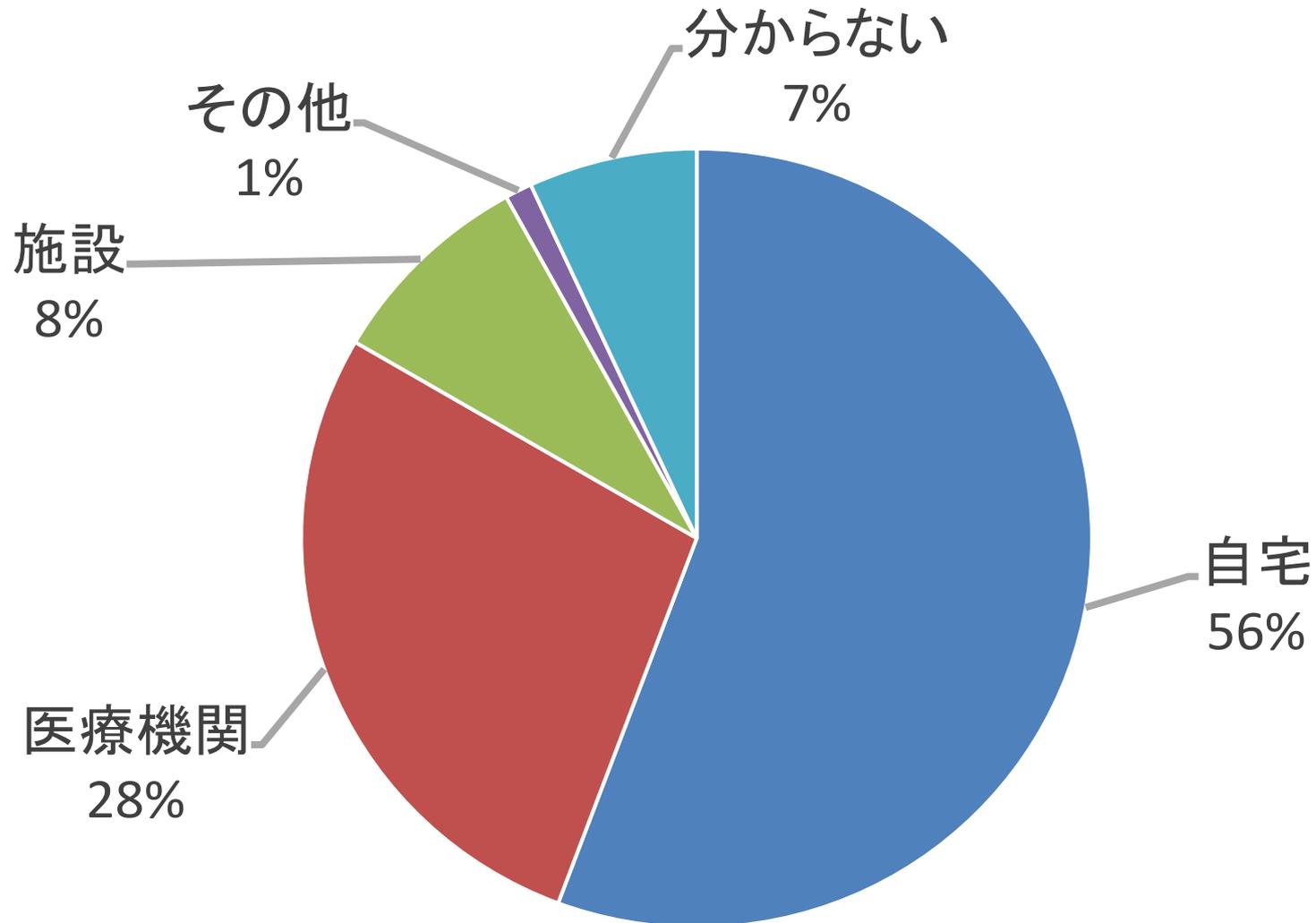
高齢者の医療の特徴

完治が困難な疾患を複数併存
通院困難、看取りへの対応

医療の目的

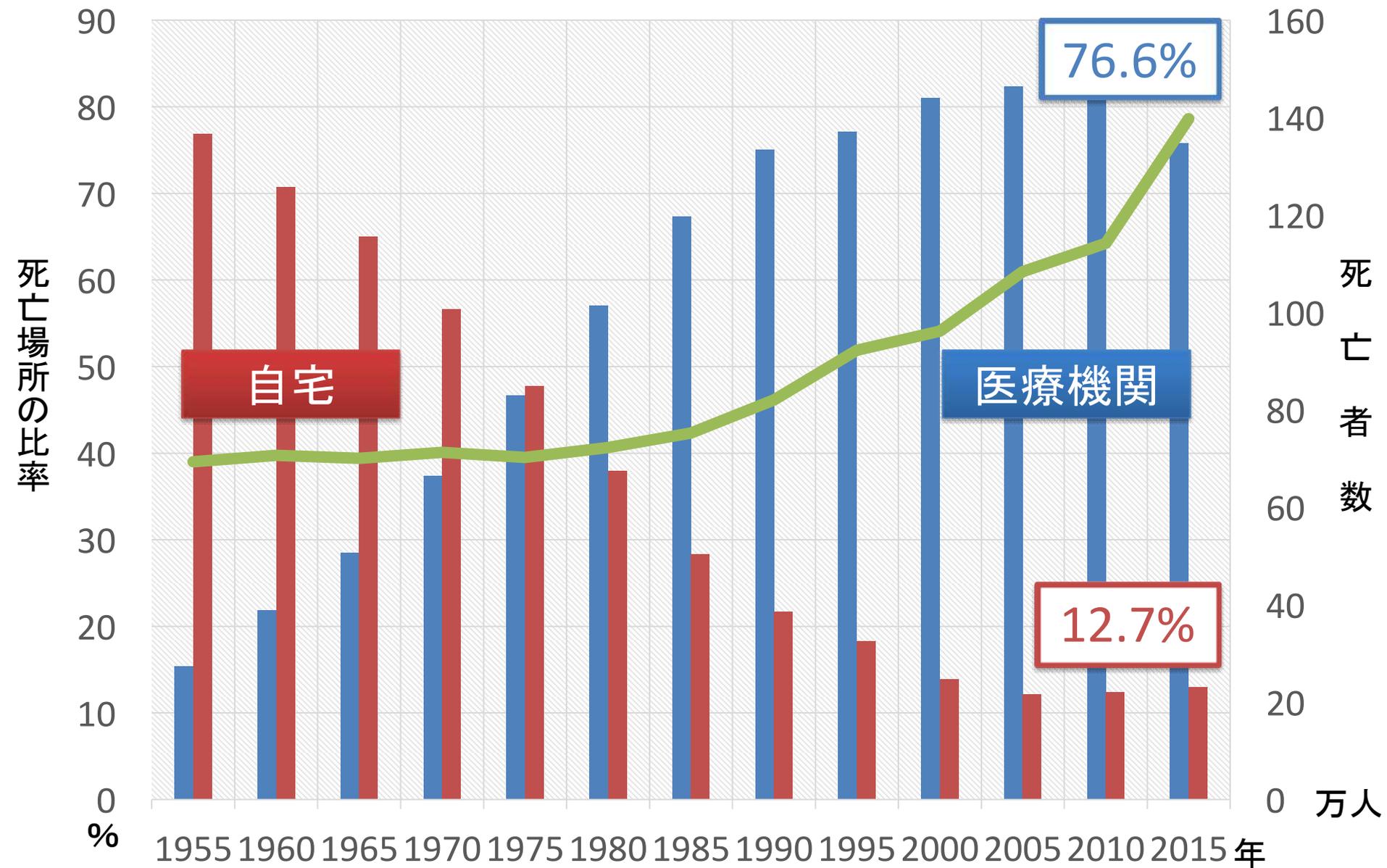
疾患の予防、疾患の治療
老いを支えること
人生の質を高めること

最期を迎えたい場所



内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(2012年)

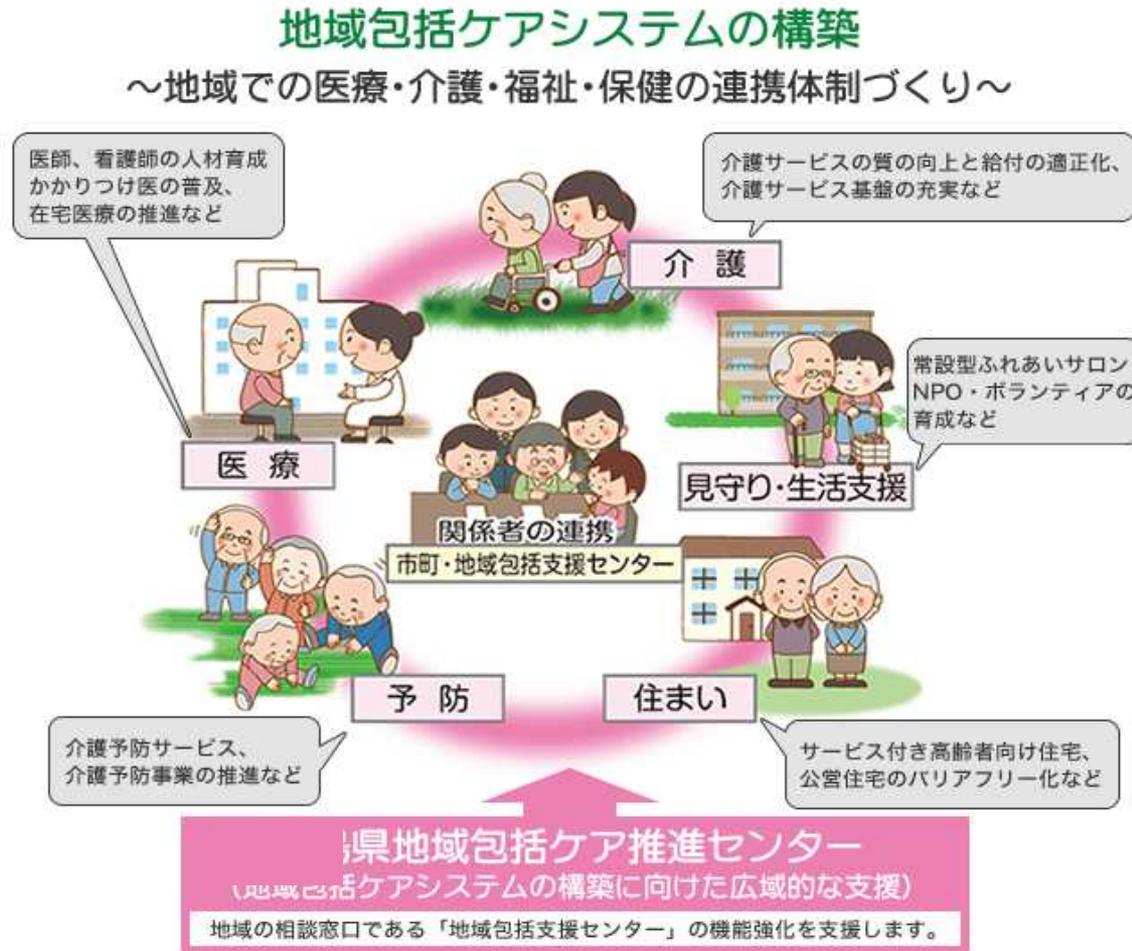
死亡の場所



地域で包括ケアの仕組み 「安心した暮らしと穏やかな死」

1. 医療
2. 介護
3. 予防
4. 住まい
5. 見守り・生活支援

- 自分が住んでいる地域(中学校単位)で全て利用できるようにする.
- 団塊の世代が**後期高齢者(医療・介護が必要になる)**になる2025年に向けて整備が進められている.



在宅医療の現状

在宅療養支援診療所・病院の数 (厚生局届出状況)

2017年: 約1.3万施設 (2007年比 約1.5倍)

在宅看取り率 (人口動態統計)

2017年: 13.2% (2007年比 約1.1倍)

がん 2017年: 11.7% (2007年比 約2.1倍)

在宅医療を受ける患者の数 (医療施設調査)

参考: 要介護3*以上の在宅療養者の数 (介護保険事業状況報告)

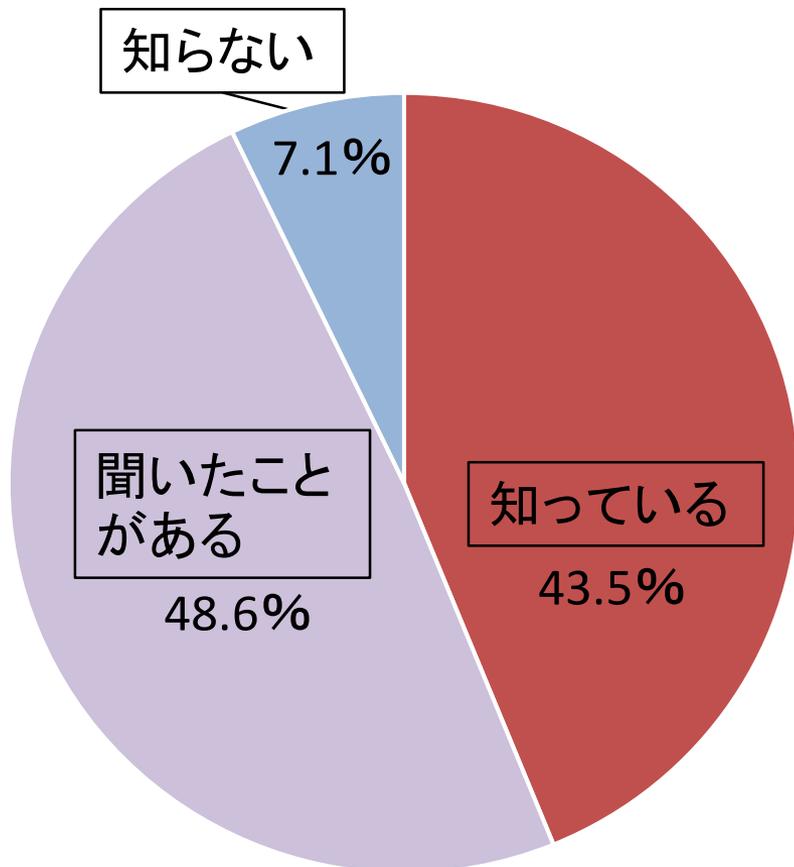
2015年: 約100万人

* 要介護3: 日常生活動作及び手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、
ほぼ全面的な介護が必要となる状態

在宅医療の体制は整備されつつあるが、
未だ多くの人々が、在宅医療を利用していない

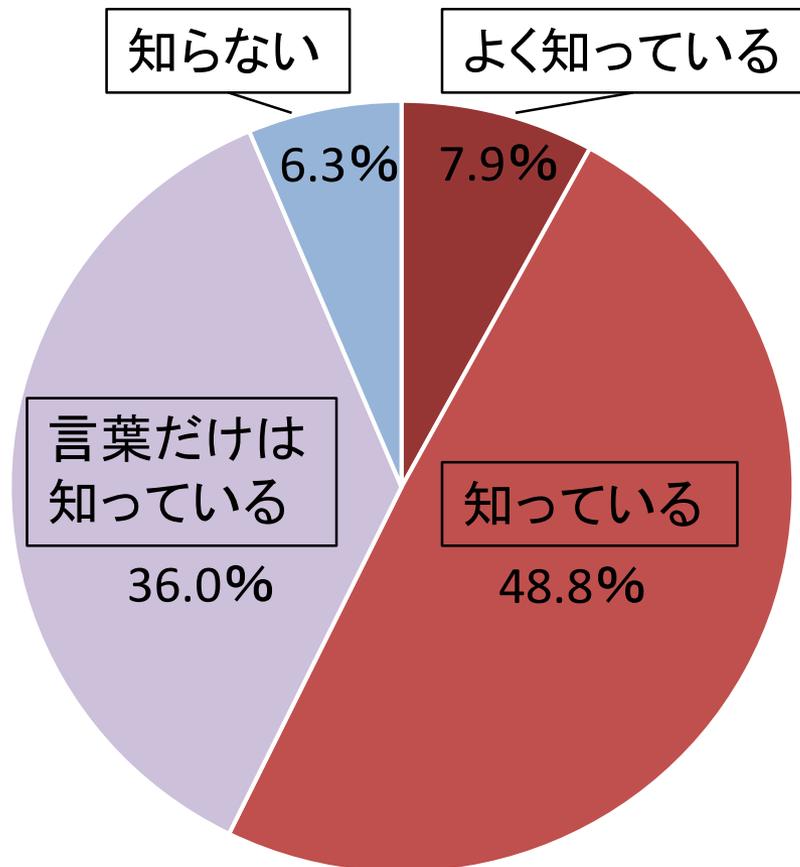
在宅医療に関する国民の認知度

在宅医療を知っていますか？



秋田県民 1841名 : 2015年

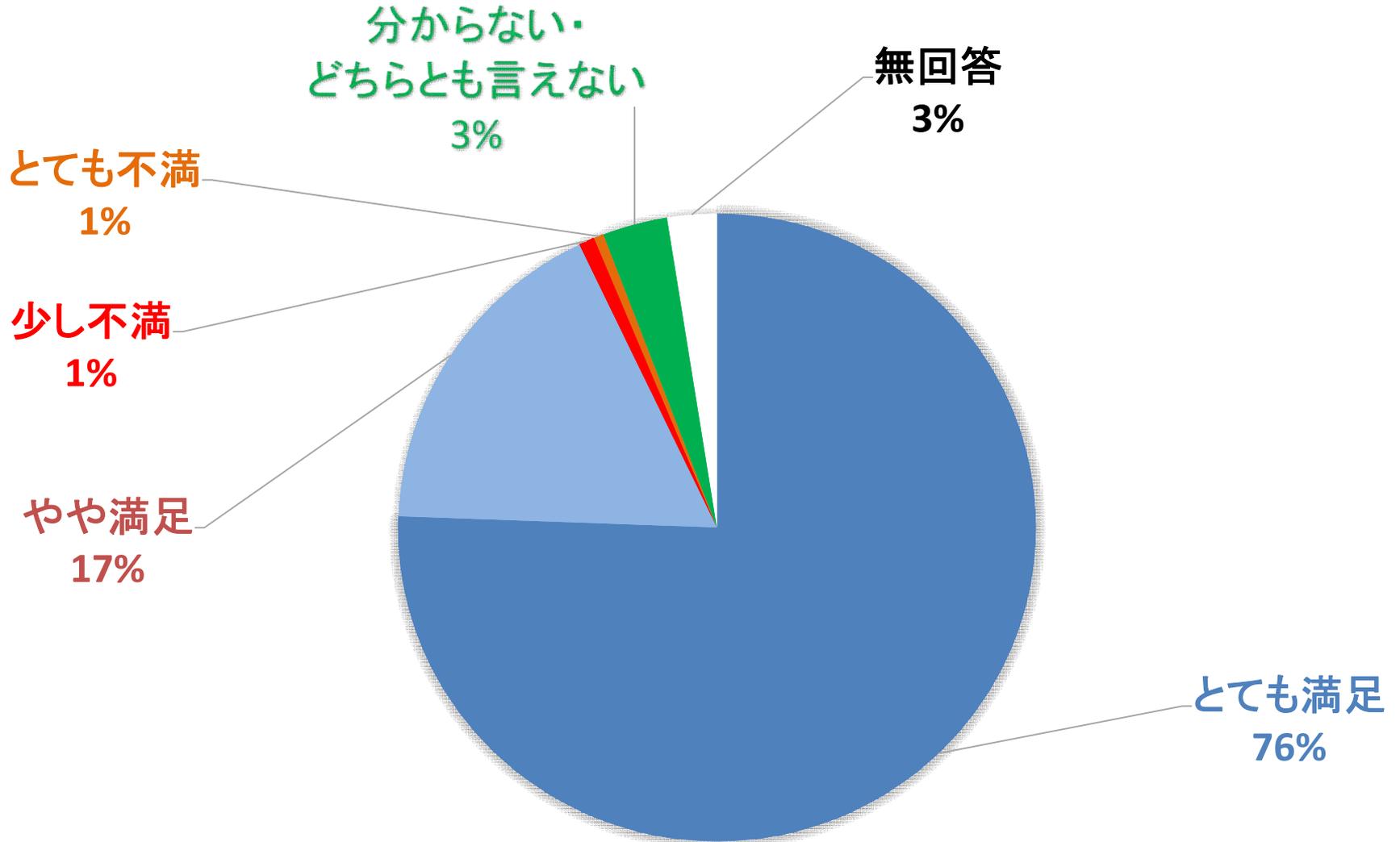
(秋田県「在宅における医療・介護に関する県民意識調査について」)



結城市民 (茨城県) 1624名 : 2018年

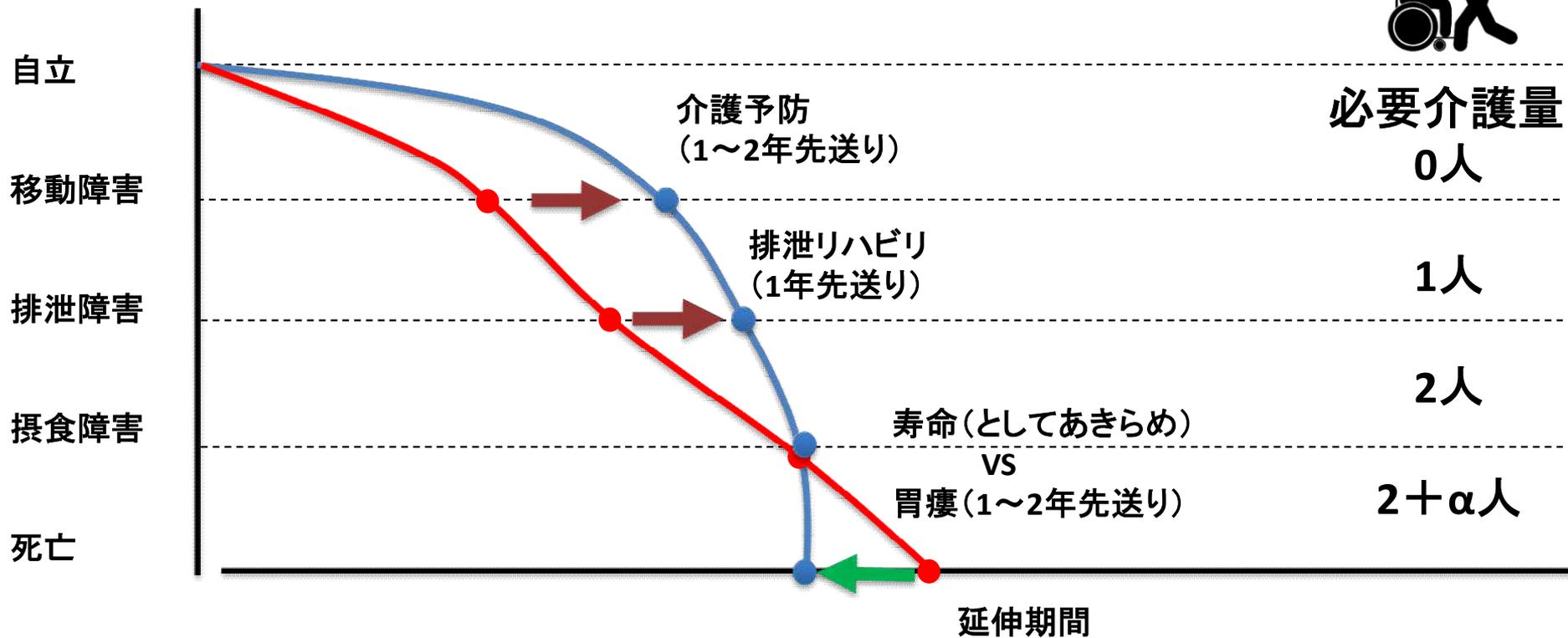
(結城市「在宅医療に関するアンケート調査」)

訪問診療への満足度



厚生労働省：平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査
在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
(訪問診療を受けている患者 364名)

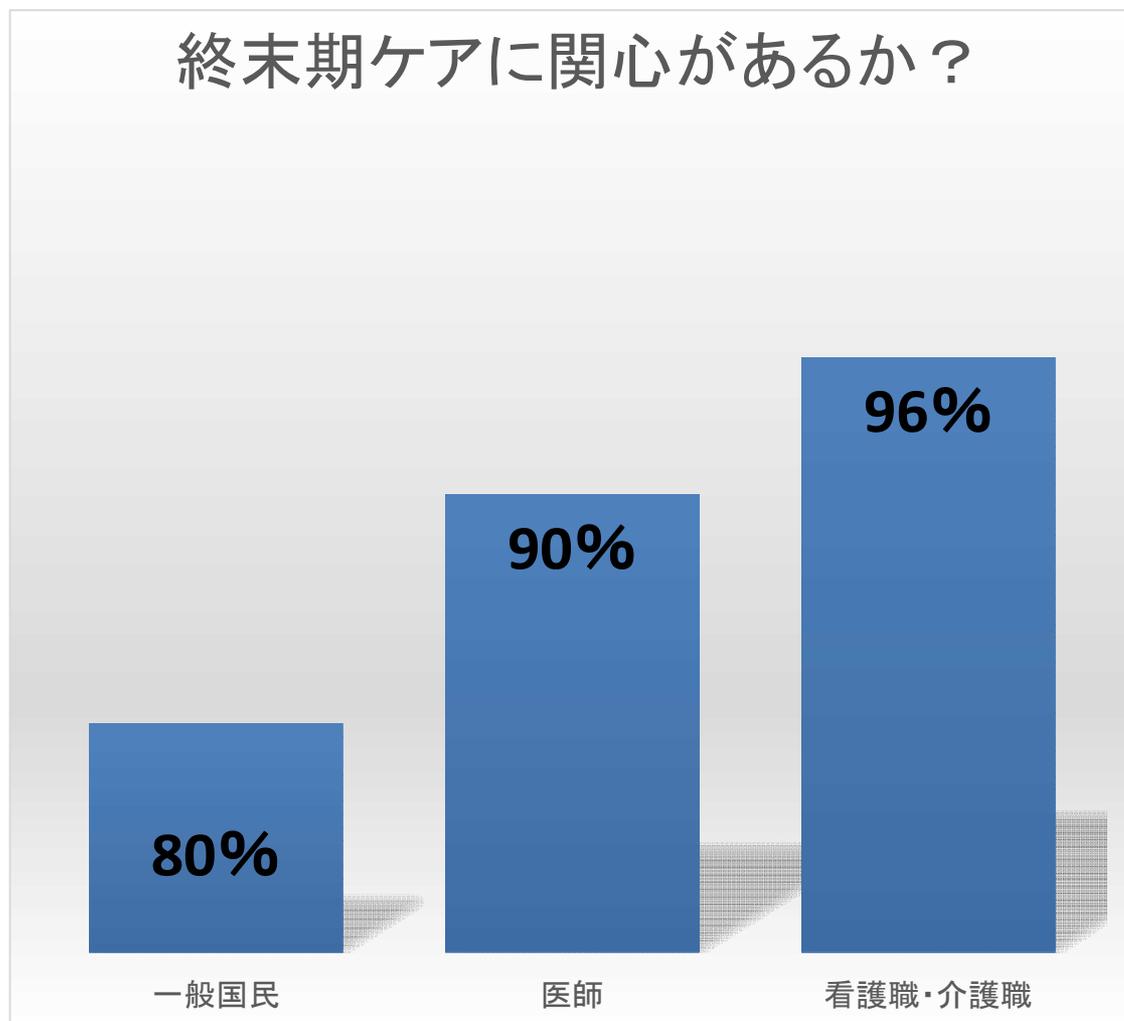
人生晩年における障害と選択



国民における終末期医療にたいする意識調査

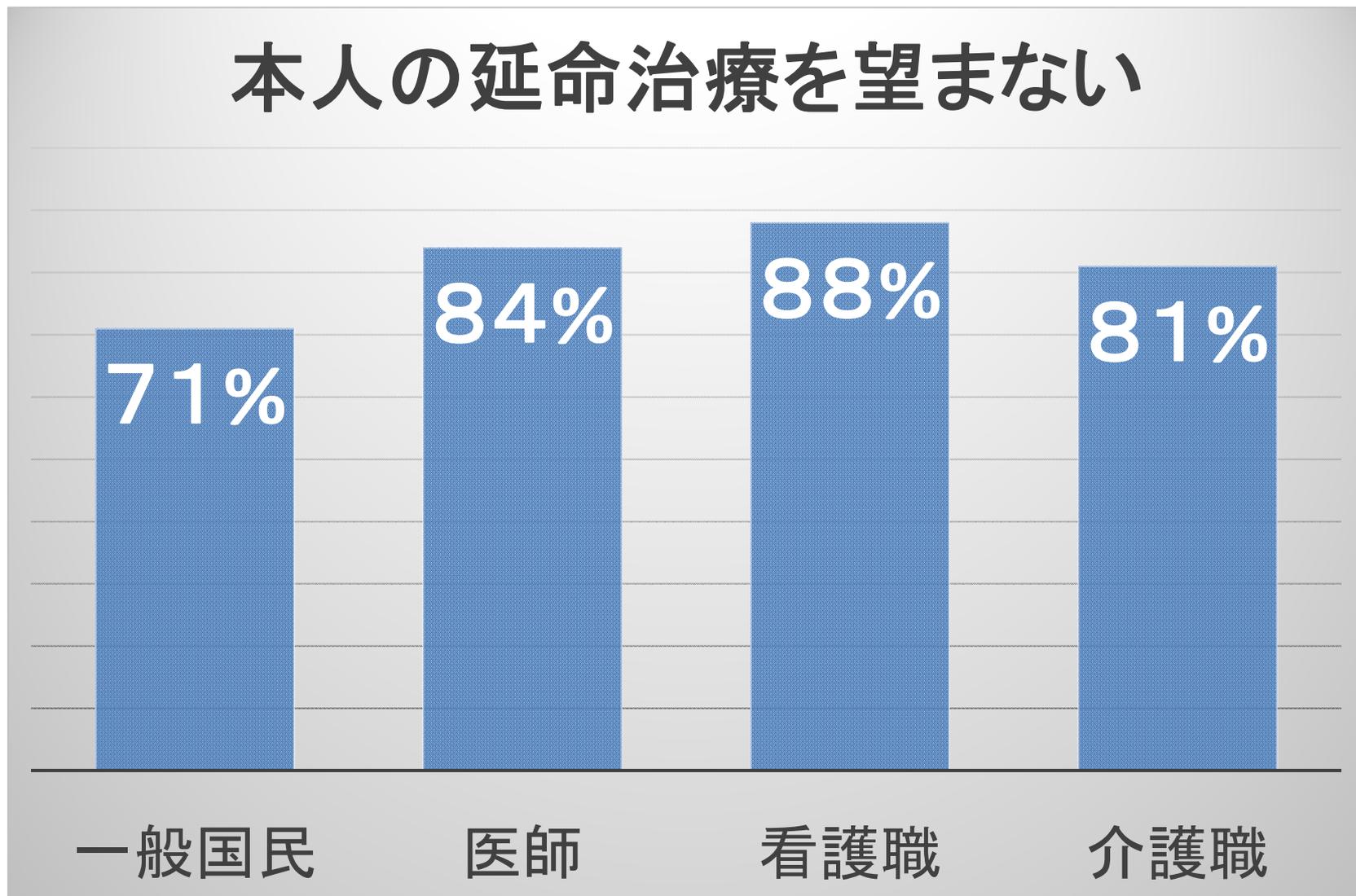
- 調査対象:
- 20歳以上一般国民5,000人、医師3,201人、看護職4,201人、介護職2,000人のうち6,620人
- (回答率:46%)

厚生労働省, 2010



自分に6ヶ月以内程度の不治の死期で
延命治療を望むのか

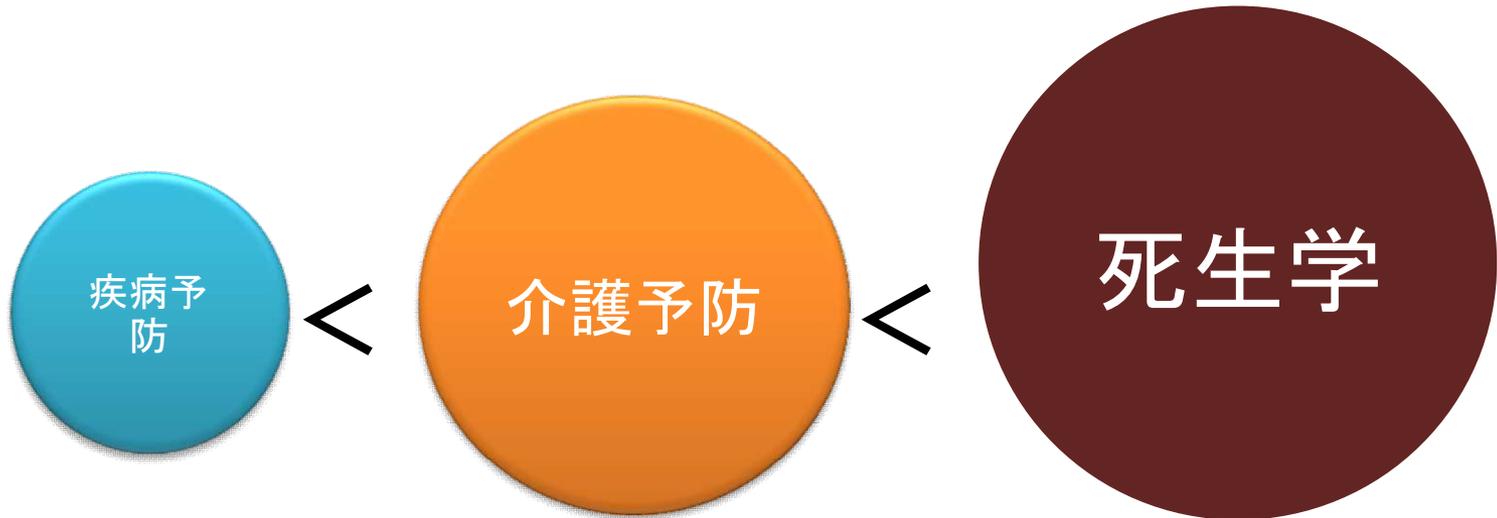
本人の延命治療を望まない



「予防の先にあるもの……」

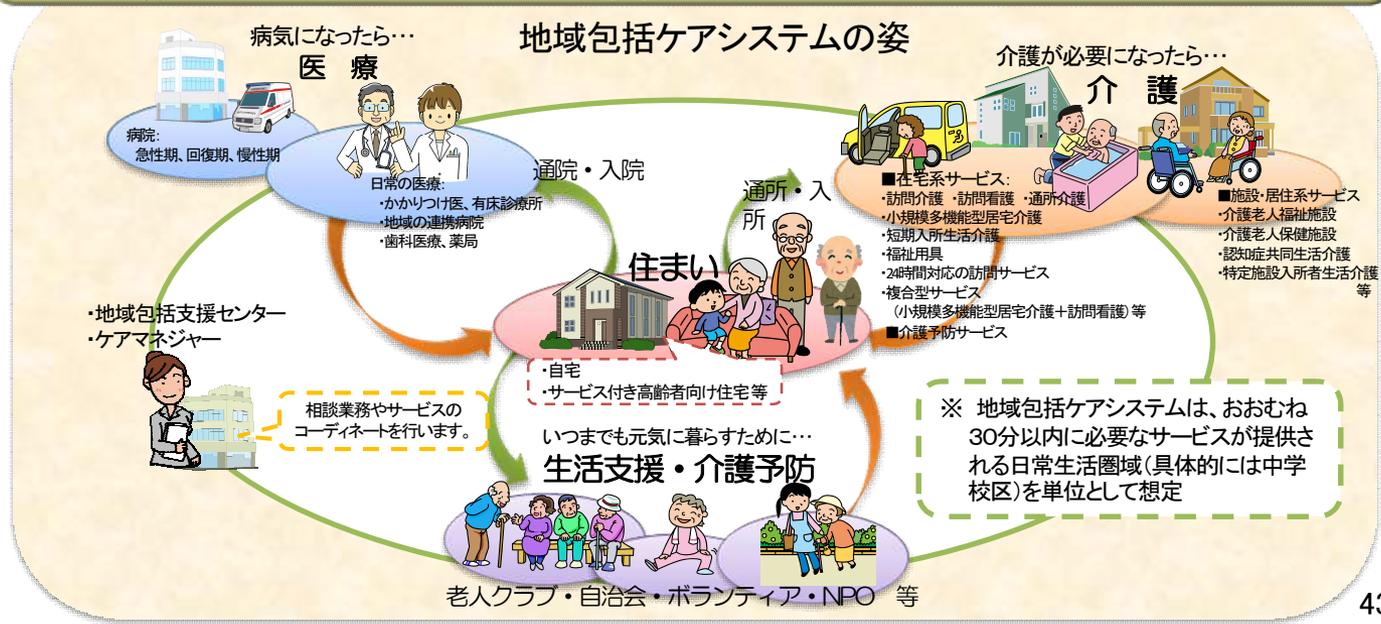
疾病予防、介護予防そして死生学への対応が重要

QOL → QOD



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**





ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

■ 質問者

大病院にかかれば大丈夫ではないのかという考えがまだある。今日は在宅医療の満足度が高いというデータを見てとてもわかりやすかったが、医療機関の再編というのは任務分担をしていくのか、それとも最期を見通した地域で医療を展開するかたちになるのか。地域完結型医療について教えてほしい。

■ 鈴木教授

地域完結型というのは、一言でいえば病院で完結する医療ではないということ。

これまでは医療は病院だけで完結していた。病院に入院をする、手術をする、治る、治って自宅に帰る。自宅での療養とかではなくむしろ病院で治ったら後はまた働くとか、そういったような医療モデルが超高齢社会になる前のモデル、病院完結型医療。

しかし、これだけ高齢者が増えてくると慢性疾患の患者が増え病気と付き合っていかなければならない。また、単身高齢者や高齢者のみの方が家に帰るのと、若い人が家に帰るのとは全く違う。医療がその人の住まいのことまである程度考えていかなければいけない。地域の中では介護、医療、予防に携わる人、市町村、行政に携わる人に関わって生きていかなければならない。地域全体でその人の暮らしを支えていく。医療そのものの狭い範囲ではなく、その人の地域における生活というものをみんな支えていかなければならないというのが地域完結型医療。それが大事になると思う。今は病院だけでなく在宅で医療を受けられる。特に高齢者の方は病院で医療を受けていようと、在宅で受けようとは病気はなかなか治りづらいので、その病気とうまく付き合っていかなければならない。その場合には医療の支援も必要、介護的なサポートも必要、少なくとも高齢者の医療や介護、保健福祉といったようなものが大きく変わってきており、今後もどんどん変わっていくと思う。

在宅医療はこの十年の間でもの凄く増えてきた。地域の中で在宅医療に取り組んでネットワークをつくっている医者もすごく多くなってきた。そういった意味では地域全体で高齢者の医療、介護を含めた総合的な関わりというのが大事になってくる。言ってみれば基幹病院、市立美唄病院にも在宅医療を支える機能があればいい。例えば家族が疲れた時に一時的に入院してもいいとか、あるいは在宅の先生方では手に負えないような病気が悪化してきたときには市立病院で入院できるようにし、また良くなったときにはお願いしますといったようなやり取りができる、そういった病院がすごく大事になってくると思う。

質疑応答

■ 質問者

美唄に関わっているということ踏まえ、保健、医療、福祉がどういう連携をしていかなければならないのかという考え方を示していただいたと思うが、美唄の中で具体的に何をしていけばいいのかヒントをいただければと思う。

■ 鈴木教授

昔から医療と介護をどのように連携すればいいのか、大きな問題であったことも事実で非常に難しい問題だと思うが、具体的には在宅医療という問題一つとっても医療で完結する問題ではない。高齢者が家で過ごしている時に医療の支援が必要であれば医療側の問題だが、高齢期には病気だけでなく、生活そのものをどう支えるかというところでは、介護、福祉職が非常に大事なパートナーになる。在宅医療は、医療と福祉の連携ができていないと実現できない。

医療と介護はお互いに使っている言葉、見る世界が違うというのは以前から指摘されていること。医療者側はどちらかという科学的根拠を積み上げて考えていくので、病気など状態像を中心に考える。一方で介護の方々はその人が幸せか、その人の笑顔はどうやって生まれるのかというのが評価のポイントであり目標になるので、そこでズレが少し生じてしまうことがある。このズレを両者が埋めるようにしなくてはいけないというのが一つ。

個人的な意見だが、実際に在宅医療をやっている医者の考え方を聞くと、やはり考え方は介護の考え方だと思う。最終的に患者が満足していただけるかというのが一番大事な評価項目だと理解してきていると思う。また、地域における在宅医療を中心とする医療の世界では、介護がもっている価値観というか介護職の方がもっている目標というものが、医療側に必要になってくると思う。

今後、在宅医療が行われていく中で確実に両者のズレは埋まっていくと思う。また、美唄市においても全く同じように進んでいくのではないかなと思う。もっと美唄市らしく進めていこうとすれば、例えば市立美唄病院の有り様というものをもう一度そういう視点で考える、それから在宅医療を中心にできる地域をどうやってつくっていくのか、といったようなことも目標の中に入れてくるだろうと思う。そうして、確実に両者の間にある価値観のズレというものは、地域において在宅を中心にやっていく中で確実に埋まっていくだろうと思う。それをサポートする市立病院の医師、看護師などもそういった価値感の共有、顔の見える関係性をどのようにつくるのかというのが大事なポイントになると思う。

第2部 鼎談

市長：市ではご承知のとおり高齢化が進んでいる中で美唄らしい医療はどうあるべきかを考えているところ。超高齢社会のリアルと言うか、現実それにどう向き合うかという中で、今日は共通のイメージを持っていただくということで鈴木先生、木村先生をお迎えしてこのような鼎談をさせていただくことになった。始めに、木村先生より美唄市の医療についてお話しをいただければと思う。

木村先生：私と鈴木先生の間を話すと、鈴木先生が札幌医大で教員をされていた時に学生として教わった立場で解剖学を習った。

市立美唄病院では毎週木曜日の午前中、月末を除いて外来を担当しているのも何かあればお越し下さい。また月に1～2回当直をしている。

さて、美唄市の医療ということで鈴木先生の話をもとにまとめてみたので復習として説明したいと思う。

美唄市の高齢化率は2005年-28.8%、2013-35.1%、2020年-42.5%と上がってきている。市内には市立の他、北海道せき損センター、花田病院、介護医療院になったしろした病院など色々な医療機関がある。そして、砂川市立に勤めて分かったが結構美唄市民が砂川市立に来ていて、木曜日に市立美唄病院で診療していることをいつも宣伝をしている。また、多くの方が岩見沢の医療機関を受診していて、札幌に受診している方もいる。

美唄市の救急医療は市立病院が救急車の受け皿となっているので、特に夜間とか休日は市立病院に運ばれてくることになるし、歩いてくる方も市立病院で診ることになっている。一方、脳や心臓の病気で救急隊の方で明らかな場合にはセンター病院に送られることになっている。

訪問診療はそれほど関わっていなかったのが不正確かもしれないが、花田病院が訪問診療を一生懸命やっているというのを砂川市立で聞いた。市立美唄病院でも訪問診療、訪問看護をやっていて、私がいつも当直で市立病院に来ると、訪問看護室の看護師が遅くまで話し合っている姿を見ている。介護施設それに準ずるものはたくさん種類がある。家だけが在宅ではなくて施設も在宅に含まれている。施設の中にも分類があったりして在宅と施設の境目がわかりづらいところがあることをご承知おき願う。

松前での経験から、患者さんの中には、長年診てもらっているからと義理堅く血圧の薬をもらいに93キロかけて函館に通っていたが、やはり通えなくなり薬を出してほしいという方がいた。また、専門家にかかりお世話になったから薬をもらいにその後も通院し続ける患者がいるが、高齢になり通えなくなり松前を出してほしいという患者がいた。私が松前で推進していたのは、普通の医療は松前でやると、大抵のことには家庭医、総合診療医として対応すると、しかし専門的な医療が必要な時は函館の医療機関に責任をもって紹介し、最期はもし良ければ松前に戻ってきて迎えてもらうということをやっていた。

鈴木先生の最後の話は、大変印象深く、また勇気づけられる思いで聞いていた。「死生観、自分の死を受け取る力」と話していたが、その通りだと思う。医療はわりと死=敗北と思っている医療従事者が多く、医師はかなりがそうだと思う。かつての私もそうだったかもしれない。実際には人は必ず死ぬということを考えると本当は敗北ではなく、近年は死をポジティブに受け留めるところが必要ではないかと、死がもっと身近なものにならなければいけないかと思う。死を忌み嫌うところがあるが、有るべき姿としては違うと思う。

どこで最期を迎えるかというのは大変難しい問題。自宅で皆さんが最期を迎えられるかということ、中々そうでなかったりするので、施設を含めた在宅で穏やかに最期を迎えるというのが、もっと組織的に体系立てていかなければいけないと思う。介護は介護のプロが、医師は診断、治療をすることのプロ、看護師は看護することのプロなので互いに領分があってそれぞれのことは良く知っているのので対等なパートナーとして歩み寄って、鈴木先生の言葉を借りれば、ズレを埋めて、患者が満足いく最期を迎えられるような医療体制というか、地域包括ケアシステムという言葉が最近使われているがそういったものを構築していくことが大切だと思っている。

市長：私から何点か質問をしたいと思うが、まず、鈴木先生に健康という考え方だが、今、国が進めている健康日本21で健康寿命の増進という言葉と主観的健康観の増進だとか、先ほど話のあった超高齢社会リアルにおける健康という概念が何か違うのではないかと、高齢社会の健康という概念が変わるという話が合ったかと思うがもう少し詳しく教えてほしい。

鈴木教授：私が先ほどお話しした講演の中に、健康という言葉がどれだけ出てきているかということ。それから、市長が話したとおり日本の国民の大きな健康づくりの指針である、国のガイドラインである健康日本21というのがあるが、実は健康施策は健康日本21の大きなガイドラインに沿って10年ごとに見直されながら進められている。

その中で2つ大きな目標がある。一つは健康寿命を延伸させるということ、もう一つは健康格差をなくすということ。いずれも非常に大事なことだが、健康寿命という言葉はずいぶん耳にしていると思うが健康寿命を延伸させるというのは大変耳障りが良いが具体的に何をやるのかが目に見えてこない。何となくみんな元気で働ける社会になるのかということと国の色んなところに使われている。では、そもそも健康とは何かということから始めなければならないが、話が長くなるので簡単に話すと、健康というのは人生のステージ、そして一人一人によって違うもの。大まかに言うと子供の時の健康というのは大人になって社会に貢献できるように知育、徳育、体育、食育を育んでいくその課程を健康というふうに呼んでいる。しかし、大人になり世の中に出た時の健康は病気がない無病息災であること。今までの日本は医療完結型の医療が行われてきた。だから、先ほど木村先生のスライドにあったように多くの医療関係者は死というものを敗北であるというドグマに陥ったということも間違いのない事実。しかし、高齢期になると健康というものは一病息災、二病息災、場合によっては三病息災かも知れない。一つ、二つ病気があっても日常自分の生活を切り盛りできるのであれば、それを健康としましようというのが高齢期に対する健康の概念になってくる。もっと細かく見ると性別による違いがあったりするが、人生のステージで変わり得るものである。だから、健康寿命を延ばすも行っても何を延ばすのかわからない。高齢期の健康を考えてみると、病気があって当たり前、高齢期になってみんな死んでいく、死が敗北ではないということ。問題なのは死という質をどれだけ良くするか、生きている生活の質をQOLと呼ぶが、それがQOLだけでなく高齢期になったときにはQOD、すなわち死の質をどれだけ医療や介護や地域みんなが見守っていく中でその人の死の質を上げていくかということが、今後とても地域の完結型医療の中では大事なポイントになると思う。そういう意味で木村先生から美唄市の医療の現状という紹介があったが、今後、美唄市の高齢化率と高齢者の中で特に後期高齢者が増加する中で先ほど言った高齢者の健康と死の質を上げていくための地域のあり方、病院のあり方というものを是非、新たに建設する市立美唄病院の中に取り組みでいただければありがたいと考える。

健康寿命を延伸するというよりは、これは私の考えだが、不健康寿命を短くすることの方がずっと大事でありもっと具体的。高齢期になると色んな障害がでてくる。その障害をできるだけ自助努力で先送りすることが大事だが、どうしても避けられない最後の障害というのがでてくる。それは何かというと食べられなくなること。食べられなくなると言うことは死が近いということの意味する。西洋では食べられなくなったら神に召される時だといって治療の打ち切り、差し控えをする。しかし、日本では中々そういう死生観が確立していない。まだ手を握ると温かいのにここで栄養を止めてしまったら死んでしまうのではと思っている家族がたくさんいる。それは当然のことかもしれない。だから胃に穴を開けよう、そこから栄養だけ入れようと。確かに2年、3年は保つかもしいない。でもそうやって得られる平均寿命の伸びというのは一体どれだけ本人にとって価値があるものなのかということ。それから死んでいく者にとって死の質をどれだけ上げているのか、あるいは下げているのか。そういうことも考えていかなければならない時期かと思う。逆に言うと、もし胃瘻を差し控えるとすれば、もちろんケースバイケースであり胃瘻がだめと言うことではないが、その人の寿命はもしかしたら1年くらい短くなるかもしれない、しかしQOLもQODも高くなることは間違いないものだと思う。そういう研究もオーストラリアなどではいくつも出ている。そういうことを健康という視点で考えていった時に思い起こしていかなければならない時代に私たちは生きていくということを一言申し上げたいと思う。市長の問いに全部答えているかわからないが以上。

市長：

木村先生からプライマリ・ケアという言葉の意味と先ほど話しのあった超高齢社会のリアルの中でプライマリ・ケアと高齢社会について話をさせていただきたいというのが一点、もう一点はこれからの医療の有り様として、医療資源の広域的な関係のあり方について、具体的には砂川市立病院と美唄市立病院との関係性はどうかたちが理想的なのかということについて、もしあれば教えていただきたい。

木村先生：

プライマリ・ケアの定義というのは日本語で言えば一次医療だが、一次医療というのはとりあえず医療機関に来たときに、外来で専門的ではないレベルで診ること。我が国では内科、外科、整形、外科など、色んな科がそれぞれのプライマリ・ケアをやっているという医療の成り立ちがあるが、色んな科に渡って幅広くプライマリ・ケアをやるというのが最近少し話題になる総合診療医である。高齢化社会の中でのプライマリ・ケアの意義、位置づけについてだが、高齢者は色んな問題が発生してくる。砂川市立病院に行って5ヶ月経つが、驚いたのがかかりつけの病院はどこかと聞いたら、ここの病院だと、どこの科かと聞いたら、内科、精神科、泌尿器科、耳鼻科、眼科、整形外科、外科と全部かかっている。すごく専門的な部分もちろんあれば、循環器なら血圧、内科には糖尿、泌尿器科には前立腺肥大と言われるのだが、美唄では全部私一人で診てる。最近ワンストップという言葉があるが、ワンストップで済むような医療機関というか、医師というか、そういうのも必要ではないかと、それが総合診療医だと思う。ある程度ことは自分でできる。自分が無理なときには、専門的な医療を施してくれる医療機関をきちんと紹介する。そして落ち着いたらこっちで診れると、年に1回専門科の方で診てもらおうというようなかたちがもっとあっても良いと思っている。認知症にしても、全員認知症の専門家にかからなければいけないかということ必ずしもそうとは思ってなく、私が診てもいい認知症の方もいるだろうと思うし、認知症の方が全員かかれるほどの認知症の専門家の方は日本にはいない。

それから、広域的な医療資源の活用ということで、例えば美唄と岩見沢、美唄と砂川、美唄と札幌ということ言えば役割分担が必要だと思う。美唄市内で、市立美唄であれ、せき損センターであれ、他の医療機関であれ、診れるものはきちんと診る。それは急性期であっても、軽少な患者あるいはとにかく最初にみたてて次に回さなければいけないもの、そういった患者はきちんと診る。基本的な患者は抜かりなくやれる仕組みが美唄市には求められている。専門的なものは専門科がたくさんある医療機関に送る。南空知であれば岩見沢市立、北海道中央労災病院もあるし、せき損センターもある。それから中空知であれば砂川ということになります。役割分担をして専門医療がある程度終わったら続きは美唄市内で診ると、リハビリの続きをやりましょうと、薬はこっちで出しましょうと、そういった分担の仕方が医療機関にとっても、市民にとってもいいと思う。ここは砂川や岩見沢まで十数キロで近いと思われるかもしれないが、運転できない人には遠い以外の何ものでもない。長年診てもらっているからずっとかかりたいという気持ちは分かるが、ある程度のところで地元にまとめていくことも大切。

市長：ありがとうございます。実は鈴木先生と木村先生は同じ札幌医科大学出身ということで先輩後輩という関係です。木村先生は鈴木先生の授業を受けたとこのことで木村先生から鈴木先生にご質問等、昔のエピソードがありましたらお話いただけたらと思う。

木村先生：先ほど鈴木先生と控え室で話をしていたが、鈴木先生は学生にとっても親しまれていた先生で、あだ名でメルベンと陰で呼んでいたが、みんな授業を楽しみにしていた。先ほどのご講演のように鮮やかな話をされていた。先生は元々、人類学から出発されたわけだがどのようにして高齢者医療の方にシフトされていったのか。

鈴木教授：私は札幌医大を昭和51年に卒業した。医科大学に進んだがもともとは考古学をやりたいかった。ただ、考古学だけだと経済的に難しいと色々言われて、それで父が医師だったということもあり医師になった。札幌医大に6年間いた時に北海道のほとんどの縄文時代の遺跡を発掘してきた。特に縄文時代の人の骨、骨の病気をずっとやりたかった。結局医者になって1年間臨床をやったが、その夢が捨てがたく東京大学理学部の大学院に進学し、ここでは人類学ばかりやっていて、それで大学院を出て札幌医大に戻ってきて人類学や解剖学、特に骨の学問を教えていた。その時の教え子の一人が木村先生。骨の老化などを研究していたが、そのときに先輩の先生から東京の研究所で高齢者の骨の問題を研究できる人を探しているのだから来ないかと言われ、骨の病気の中でも老化に関わる病気をやろうとそれまでは実際に骨をやっていたが、そのころからレントゲンとか、調度そのころに骨密度を測定できる時代になって、最初に骨の老化を研究するということで東京都の研究所に戻り、その後国立の研究所に移って、今の高齢者の研究所に移ったという大変に変わり者の人生。骨の視点で見ると今の高齢者の骨は昔の人の骨と全然違う、江戸の人とも全然違う。それは何かということスカスカになりながらもしっかりと生きていく骨ということ。昔の人は予防対策もできないし骨のカルシウムのこと全く知らないのだから出てきた病気があるとどんどん進んでいって生活機能が早いうちに失われているということ。今は皆さん良く自分の健康、骨の健康、筋肉の健康、サルコペニアの問題など知識や情報を手に入れやすくなっている。情報を手に入れて活用する能力、ヘルスリテラシーが日本の高齢者はとても高い。それは教育レベルが高いとか、個々の識字率が高いし、何よりも健康について熱心。この能力を活かさない手はない。骨からみて日本人というのは健康情報や骨の健康に対して非常によく理解できている優れた国民だと思う。そういう意味では、今後高齢化はどんどん進んでいく、美唄もそう。でも、決してそれは25年、30年前のヨレヨレの高齢者が増えるということでは必ずしもないということ。

先ほどお話しした若返り現象が出ている。認知機能や脳にも若返り現象が出てきている。こういったことを美唄市のみなさんがこういった機会を通じて取り組んでいただくことはすごく大事だと、それが地域の健康増進の一番の戦略だろうと思う。まずは健康情報を手に入れる、正しくそれを利用できるという能力を磨いていくということが大事な問題だろうなと思う。それを皆さんに期待をしたいと思う。

市長：本当に話は尽きないが、今日は超高齢社会のリアルにどう直面してどう理解しながら課題に対応していくかという非常に素晴らしいご意見をいただいた。最後に先生方にご感想も含めて一言いただきたいと思う。

木村先生：今日はみなさんありがとうございます。貴重な機会をいただいて、また鈴木先生と不思議なご縁で美唄市でお会いできるとは思ってもななかつた。今日はとてもいい時間を過ごさせていただいた。最後に私からのメッセージとして、砂川に勤めていると各専門科にかかって薬を山盛り持って帰る人がいて、例えば薬21種類飲んでるとか、そういう人がいますが、薬は飲めば飲むほどいいかというところではなく、基本は毒物だと思うので、少なければ少ない方がいいということはあると思う。一方ではたくさん医療機関にかかればかかるほど、たくさんの科にかかればかかるほど必ず薬は増える。何となくいってあげれば増えないが、あっち痛いこっち痛い何とかして下さいとなれば薬は増えてしまうので、医療機関にかかる皆さんの方でも工夫が必要かと思う。1カ所で済ませるところは済ませる、薬は少ない方がいいというメッセージを医者にも送ることが大切。先日、奈井江町の方で25種類くらい薬を飲んでいる方がいて、お説教みたくなくなったが良かれと思って薬を出している、具合が悪いと言ったから薬を出していると、だけど効いてない薬はないかと、飲んででも飲まなくても変わらない薬はないかと聞いたら、そう言えばそうだとすることで、自分の先生に言って減らしてもらいなさいと言ったら、ぼっさり3分の1くらいになった人がいた。そう言うように先生に話す勇気も必要。最低限にしてくれということを経験者に伝えることが大切。そんなふうな医療のかかり方もあっていいのではと思う。

鈴木教授：本日はこのような素晴らしい企画をしていただいた板東市長に厚くお礼を申し上げます。実は美唄市とは15、6年前に介護予防ということで、国で決められた2006年の介護保険が始まる前の2000年から介護保険を待っているのではなく、どうやったら介護保険に入らなくて済むのか、サービスを受けなくて済むことが大事なのかということを取り組んできた。転倒骨折をどうやったら予防できるかということ。そういうご縁で美唄市とは最初に介護予防と一緒に色々なかたちでやってみよう。例えばNTTが開発したテレビの上に小さなカメラを付けて、冬のすごい雪が降っている時に介護予防のために体操に来ることが難しい時に、どうやって解決したらいいのかというようなことも一緒に取り組ませていただき、ずいぶん美唄市とは長いお付き合いをさせていただいている。歴代の保健福祉部長とも情報交換させていただいたり、あるいは保健師さんに具体的なお願いをしたり、データを見せてもらったりということもさせていただいて、今もそういう意味で続いている。私にしてみると、札幌市の出身で美唄市にはいい勉強をさせていただいたと思っている。今後も美唄市の方々が要介護状態を予防する、自分らしい人生をおくる、そういったことの講演の内容になりますけど、お手伝いをさせていただくのであればいつでも喜んでまいりたいと思っているし、市長にもお伝えをさせていただいた。

これからも進んでいく超高齢社会の高齢者というのは20年前、30年前とは全く違うと言うこと。新しい美唄の病院も新しいかたちで新しい美唄の高齢社会に適した向き合い方をしていきましょうと思っている。そういったことを少しでもお手伝いできればうれしいと思っているので今後ともよろしく願います。本当に今日はどうもありがとう。

木村先生：一言。今、市立病院の建替えについては有識者が集まり話し合いが進められていると思うが、一刻も早く新しい病院を建設し、幅広く診れるような総合診療医が活躍できる、皆さまのお役に立てるような病院を建設していただきたい。新しい病院だと医者集めも楽になると思うので是非よろしく願います。また、鈴木先生とも控え室で話をしたが、やはり在宅での看取りでも無理な時があるかもしれないし、施設での看取りも無理なときがあるかもしれない。そのためにはやはり病院はある程度の規模があった方が良く思う。バツファーというか、軽い急性期の方が入院できる、あるいは看取りのためのベッドがある、そういった意味でもある程度のサイズがある新しい病院の建設を是非よろしく願います。

市長：本日は二人の先生をお迎えしてこのような講演会が実現したことを大変うれしく思っている。また美唄で開催できること光栄に思っている。今日はこれからの美唄の健康長寿に向けた第一歩ということですが、これからも第二歩、第三歩と着実に歩んでいきたいと思っているので、是非美唄の地域医療に対するご支援をよろしく願い申し上げて私からのお礼の挨拶とさせていただきます。