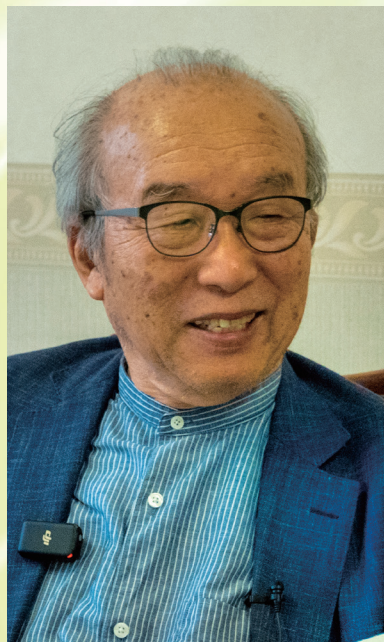


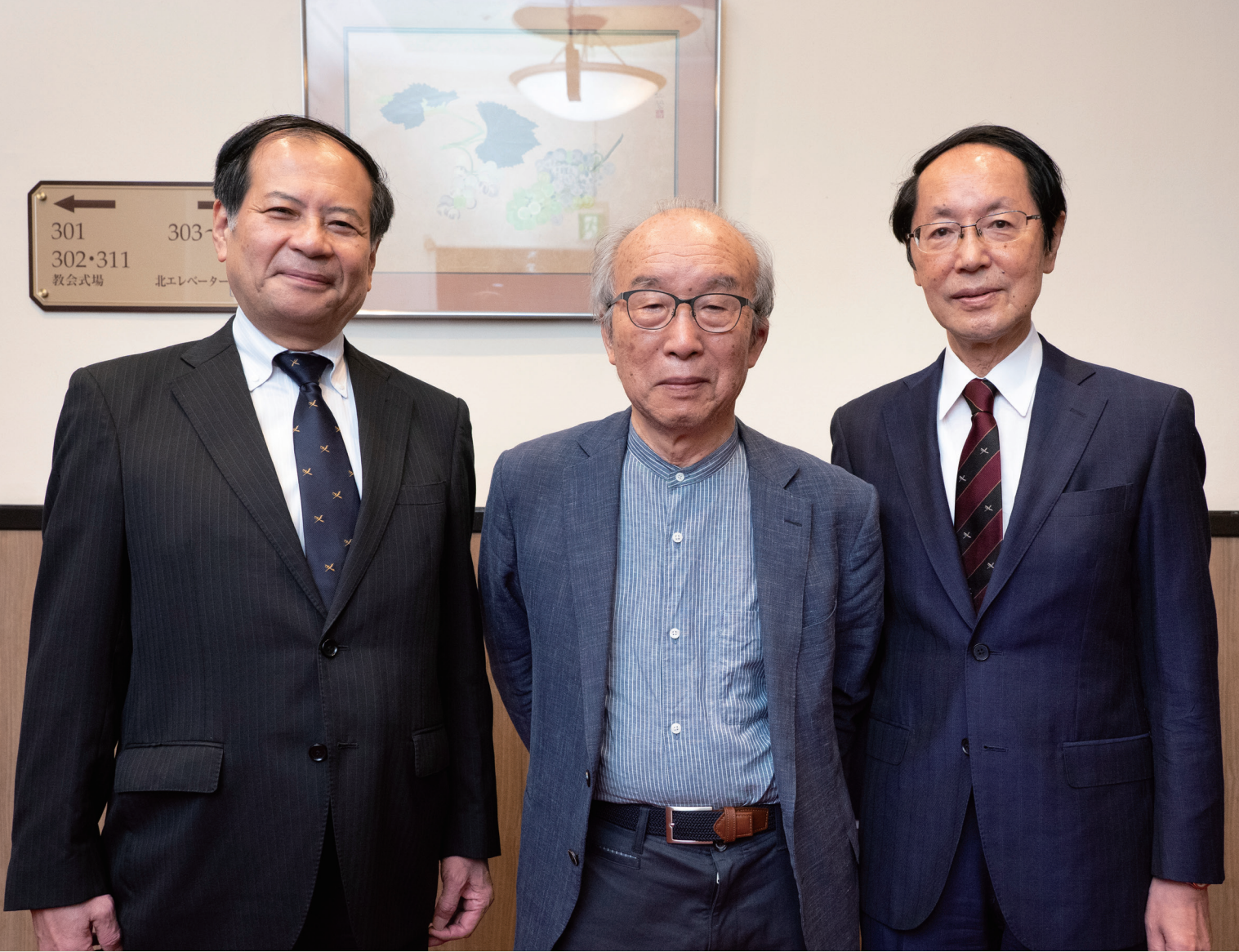
医学開成会座談会

超高齢社会の 社会的課題に対する 医療の展望



医学開成会

医学開成会



司会進行

松原 久裕 先生

千葉大学大学院医学研究院
先端応用外科教授

出席者

黒木 登志夫 先生

日本学術振興会・学術システム研究センター顧問
東京大学名誉教授、岐阜大学名誉教授

出席者

永井 良三 先生

自治医科大学学長

超高齢社会の現状と将来の課題について

松原 ライフメディコム企画 医学開成会座談会「超高齢社会の社会的課題に対する医療の展望」を始めさせていただきます。私は、司会を務めます千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科 松原久裕です。本日は、東京大学名誉教授、岐阜大学名誉教授 黒木登志夫先生、自治医科大学学長 永井良三先生のお二人にご参加いただきました。どうぞ、よろしくお願いいたします。

まず、「超高齢社会の現状と将来の課題について」お話を伺ってまいります。超高齢社会の日本における社会的課題としてはまず、地域医療すなわち都市部と地方の二極化が挙げられます。特に私が

居ります千葉県は日本の縮図のようところで、東京に近い都市部と太平洋側や利根川沿いなどの医療過疎の地域が混在しています。また、がんの統計などをみても日本と千葉県の平均値はほぼ同じです。まさに都市部と地方の両方の課題に直面しており、それに向けての解決策を見出しなければなりません。今後の高齢化社会や医療資源の有効利用を鑑みると、集約化に進むと考えられますが、一方で高齢者にとっては集約化された場所に行くアクセスに問題があります。そのあたりの兼ね合いをどのように解決していくか、ご意見をお伺いします。黒木先生いかがでしょうか。

黒木 今、都市部と地方というお話がありました。私はその観点が全くありませんので、老衰についてお話ししたいと思います。日本は高齢化社会ですが、同時に老衰社会でもあります。死亡者の70%位は80歳以上で、2022年の老衰者の数は179,018人、死亡率は147、全死亡者数の11.4%を占めています。これは驚くべき数で、ランキングでいうと3位になります。さらに驚くべきことは、老衰という死亡届は日本だけで登録しており、他の国では全く出てきません。何故かという、国際的には、人は病気とアクシデントでしか死なないという理解がドグマとしてあります。病



死は ICD-10 の 1-17 章、アクシデントは第 19, 20 章に記載されています。老衰は ICD-10 の第 18 章の R54 に入っています。R54 はオックスフォード大学および IHME(シアトル) によるとゴミ箱入りのカテゴリとされており、他に全く出てきません。その上、オックスフォードの Our world in data、シアトルの IHME にも日本の 3 位の死因はアルツハイマーと出ています。そうした間違ったデータが国際的に出るのは大問題ですから、訂正を申し込まなければいけません、その気配がありません。そこで私はこの前、The New England Journal of Medicine と The Lancet にコメントを送ったのですが、採用されませんでしたので、今、Nature Medicine に送ろうと書き直しているところです。The New England Journal of Medicine と The Lancet のエディターへのコメントは 400 語内とされていますが、Nature Medicine は 1200 ~ 1500 語となっていますので、かなりきちんと書けそうです。老衰は寿命が限界に達した時に死ぬ、フレイルになって死ぬことだと思うのです。Murray の病気の経過の有名な図をみると老衰や認知症は、段々と生活の能力が落ちていって、自然に死ぬのだと書いてあります。そういう死に方、別の言い方をしますと寿命の限界を認めないといけないのではないかと。老衰は大事な問題だと思います。もう一つ、孤独死がとて多くなっています。調べて驚いたのですが、孤独死はもちろん、死因とはなりません

(ICD-10 には第 18 章 R98 に『立会人のいない死亡』として載っていますが、これも『ゴミ箱行きのコードです』日本の死因で言うと 6 位くらいの数の孤独死者がいます。その 20% は 2 週間以上経ってから発見されていますので、腐乱死体になりかねません。

松原 寿命の限界を科学的に証明するのは難しいですが、健康寿命を延ばして、その先に死がある、それは皆さんが目指されているところですね。永井先生、いかがですか。

永井 死因の中で老衰が急速に増えています。東京のような都市部では、施設やご自宅で亡くなる方が多いのですが、地方では病院で亡くなる方が多い。施設やご自宅で亡くなる場合は、病気の原因を突き詰めることがあまりありませんか

ら、老衰という病名になるのだろうと思います。しかし黒木先生がおっしゃるように、老衰という一種のシステムの破綻としての病態はあると思います。

これからの地域医療を考えると、医療資源を有効に活用するためのシステム作りが大切で、病院と施設の配置もよく考える必要があります。医療の標準化も求められます。超高齢者が自宅や施設で療養されていることを考えると、遠隔医療も活用し、地域全体で患者さんをケアする体制が必要だと思います。

松原 日本外科学会では、リモートでの手術がトライアルと言う形で通信の問題を解決しつつ、北海道や九州で行われています。ご存じの通り外科医が少なく厳しい状況にあり、集約化ということから考えてもリモート手術は非常に重要だと思います。

永井 外科の患者さんが退院した後のフォローアップは、いかがですか。全ての方が大学病院に来られても対応できないでしょうから、術後の経過は、リモート診療の活用も必要だと思います。

松原 我々も地元の医師にお返ししたいというのはありますが、患者さんは手術を執刀した医師のところに来たがるので、オンラインで顔を見ながら診療できれば、一つの解決策になると思います。

永井 かかりつけ医機能の議論が始まっていますが、診療所から中核病院への紹介と、中核病院から診療所への逆紹介の二つの方向があります。そういう意味で、かかりつけ医機能の議論は、診療所だけではなくて大学病院も関係します。大学





病院も患者さんの紹介・逆紹介が上手くいかなければ、運営にも支障が出てくると思います。

松原 それは非常に重要な問題で、千葉大学医学部附属病院では、20年位前と比べると外来患者数が倍近く増えていますが、医師の数が倍に増えているわけではありません。病院としては、診療の質を落とさないためにも逆紹介を推進していますが、なかなか思うようにいかないところですよ。

永井 日本の場合、大学病院もかかりつけ医の役割をしています。これは医療資源を十分に有効活用できない一因にもなっています。上手に病診連携と遠隔診療を利用し、そのなかで大学病院の役割を考える必要があります。かかりつけ医機能の議論について、大学病院の医師は自分たちと関係ないように思っているかもしれませんが、実は大きな問題だと思います。

松原 とても重要なポイントですね。黒木先生は、先ほど孤独死が多いと言われましたが、かかりつけ医との関係については、いかがでしょうか。

黒木 孤独死という病名はありませんが、ランキングでいうと第6位くらいに

なり、その大部分は虚血性心疾患です。この虚血性心疾患を、かかりつけ医を持つことによってどれだけ防げるか、と考えると、この現実、かかりつけ医を持たないことの危険性を物語っていると思います。

永井 高齢になると、普段からかかりつけ医を持つことが大切です。一方で日常生活の管理や運動習慣など、自分でできることも色々あります。例えば室内の温度です。がんによる死亡は、気温に左右されず、毎月同じくらいの割合ですが、冬に心臓病で亡くなる方は、夏の1.5倍くらいに増えます。脳血管疾患も同じです。地域によっても異なり、例えば北海道は、12月は他の地域と同じように増えますが、最も寒い1月と2月は、他の地域より低いのです。寒さ対策がしっかりしているからでしょうか。寒さは交感神経を緊張させ、心血管疾患のリスクとなります。木枯らしの頃から3月まで要注意です。とくに12月はリスクが高く、外出とアルコールを伴う忘年会や同窓会は、気を付けたほうがよいでしょう。

心臓病は、生活習慣や生活環境の工夫でかなり防げます。若いときから暴飲暴食

を避ける、寒さ対策などの生活面の注意で、上手に心臓病と付き合うことが大切です。

松原 そういう面ではかかりつけ医の役割は重要ですね。

永井 虚血性心疾患では、重大な発作の予防が何よりも重要です。心電図のr波の変化や小さなq波、わずかなST変化に気付くと、重大な発作を予防できます。微妙な変化なので、現在のコンピュータ診断では分からないことが多く、医師が気付くしかありません。医師もそのための診断力を高める必要があります。しかし、昔に比べると虚血性心疾患の予防と治療は大きく進歩しました。大規模臨床試験によってリスク管理や治療法が大きく変わりました。今後は、高齢者の動脈硬化への対策が課題だと思います。

「地域医療構想」と「医師の働き方改革」

松原 次に「地域医療構想」と「医師の働き方改革」についてお話をお伺いします。永井先生いかがですか。

永井 この問題には長い歴史があります。日本は1960年、医療資源がまだ乏しい時代に、高い理念で国民皆保険制度を導入しました。これにより誰でもいつでも医療を受けられることになりました。しかしそのための医療者や医療費は全く不足しており、若い医師を無給や低い賃金で動員しなければなりません。日本の医療の特徴は、人口当たりのベッド数が多く、いまでも米国の5倍、ヨーロッパの2-3倍あります。医療資源が広く薄く配置されるため、1ベッドあたりのスタッフ数は、米国の1/5、ヨーロッパの半分です。大学病院もかつてインターンや無給医に頼らざるをえず、研修体制も貧弱でした。これが医学部紛争に発展しました。そもそもインターンは医師ではない身分で診療していたので、明らかに違法でした。

その後、状況は少し改善しましたが、医療の高度化に対応できませんでした。その状況で、2004年に新研修医制度が始まり、同時に国立大学が法人化されました。法人化によって労働基準法が適用されるようになったのですが、意識改革は進みませんでした。そのうちに若い医師の大学病院離れが起こってきました。

医療をシステムとしてとらえ、地域医療構想のもとで医療資源の配分や医療機関の役割分担を、国全体で考えなければなりません。これができていないために、色々な地域でひずみが生じています。

黒木 今労働者がいなくて、外国から研修生を受け入れていますね。昔のインターンと似たようなものでしょうか。

永井 現在の研修医の労働時間は、大きく減っています。

松原 昔とは大きく異なり、今の初期臨床研修医は非常に守られています。そのためのバックアップがないので、若手から中堅の医師がそれをカバーする状況に陥っています。

黒木 アメリカなどではレジデントは非常に労働しているイメージがあります。

永井 今は、アメリカの若手医師も労働

時間が減っています。欧米と日本が大きく違うのは、医師以外の職種の発達です。これにより少ない医師数でも医療を行える体制が整えられています。日本は、医師しかできない業務が多いため、過重な負担がかかります。そうした状況を含めた改革が必要です。例えば、外科医が足りないと言っても、人口当たりの外科医の数をアメリカと比べると、日本は心臓外科医で3倍、脳外科医で4.5倍になります。しかし、はるかに日本の外科医の方が忙しいのが現状です。一方で、一人の外科医が手術する件数は、心臓外科医はアメリカの3分の1、脳神経外科医は22分の1です。医師を支える職種を育てることが大切で、外科医だけですべて担うことはできません。

松原 医師の働き方改革の推進では、タスクシフトが重要だと言われていますが、タスクシフトを受ける相手の問題があります。看護師などが医療行為をできるように研修をし、体制を考えていますが、まだまだ不十分だと思います。その辺りはいかがですか。

永井 看護師の特定行為研修によって、医師の包括的指示でできる診療の補助が明確になりました。医師から独立して看護師が診療できるようにしようという動きがありますが、病態や治療の教育から見直さなければなりません。

黒木 今、作ろうとしているのではないのでしょうか。

永井 時期尚早です。まず、特定行為研修をしっかりと行って、これで限界があることを見極めたうえでないと、次のステップに進めないと思います。

松原 一方で特定行為研修を受けた看護師の所属をどうするか、キャリアパスにも関わる問題があります。

普通の看護の看護師長になるのとは別のカテゴリーに入ってしまうので、その辺りの整備も必要だと思います。

永井 医師と一緒に働く勤務形態が実現できるとよいでしょう。特定行為研修を受けた方が、看護部に所属して看護業務に従事しつつ、余った時間を特定行為に当てる、という形では、なかなか効率が上がりません。そういう意味で、看護師

のキャリアパスの作り方も考えていく必要があります。

松原 この4月から「医師の働き方改革」が始まりますが、大丈夫でしょうか。

永井 現場では多くの問題が起きると思いますが、それを見据えて皆で相談するしかありません。解決策は、長期的には医療機関の集約化が必要ですが、政治家もいやがると聞いたことがあります。まずは標準化です。医療行為を標準化し、自分たちの医療の有効性を評価する。評価しながら標準化をすることが大事です。また紹介・逆紹介、機能分担、さらにはタスクシフトも推進する。これらを同時多面的に進めなければ乗り越えられないと思います。

今回の働き方改革は、罰則規定もありませんので、意識改革が進むのではないのでしょうか。

病院の経営も行き詰りつつあります。コロナ禍前は、「地域医療構想」の議論が始まっていましたが、先送りされました。またコロナ禍では医療機関に補助金も出て、経営的に少し楽でしたが、今年から補助金は激減します。まさに地域医療の在り方を、皆で知恵を出しあって考える時期に来たと思います。



新たな医療技術や治療法

松原 それでは最後のテーマ、「新たな医療技術や治療法」についてお伺いしていきます。先ほど老衰や心疾患の話が出ましたが、現在日本の死因の1位はがんです。私自身もがん治療が専門ですが、最近は免疫チェックポイント阻害薬が脚光を浴び、非常に有効であることが分かってきました。ようやくがん治療は、手術、放射線、抗がん剤に加え、腫瘍免疫が4本目の柱になりつつあると思っています。抗がん剤は、がん細胞を直接殺しますが、今使われている免疫チェックポイント阻害薬は、癌に直接ではなく、自分自身の免疫を使ってがんを制御するという、今までの抗がん剤とは全く違う治療法です。食道がんは最も難治の消化器癌の一つであり、抗がん剤で食道がんを治すことは難しいという状況でした。しかし免疫チェックポイント阻害薬を使って制御できる患者さんが出てきた、というのは間違いのない事実です。一方で、それだけでは治らない部分もあるので、どのように有効利用していくのかは、今

後のテーマでもあります。腫瘍免疫はワクチンも関係してきますが、最近、新型コロナウイルスワクチンである mRNA ワクチンの開発に貢献した研究者カリコ博士がノーベル賞を受賞しています。その辺りも含めて、長年、がんを研究されてきた黒木先生にご意見をお伺いします。

黒木 やはりオプジーボは画期的ですね。私の周りにも3カ月半使っただけで、治った人がいますから、これと同じようなメカニズムをもった薬が幅広く出てくればいいと思っています。もう一つ、周辺の治療、すなわち副作用や貧血に対する治療も随分発達しており、それによって体が元気になり、助かったという人も出てきています。がんに対して、非常に広い範囲から攻めてきたことが集積しつつあり、その先端を免疫チェックポイント阻害薬が切り拓いているという印象を受けます。一方、ゲノム解析が簡単になってきたことも非常に大きいと思います。

松原 最近では使われなくなりましたが、

以前は学生に対する講義において、膵臓がんで亡くなったスティーブ・ジョブズの話が引用されていました。当時はゲノム解析をして、その結果に合わせた分子標的治療薬を使うのは難しい時代でしたが、スティーブ・ジョブズはスタンフォード大学でゲノム解析をし、分子標的治療薬を使ったという話です。それが今や、一般的になってきました。こうしたテクノロジーの進歩は非常に重要だと思いますが、永井先生、いかがですか。

永井 情報を有効に活用するには、ある程度の量が必要です。ある治療がどのような人に効くのか、あるいはどの状況で効くのかなどを見極めなければなりません。ゲノムの意味も、様々なデータを統合しなければわかりません。そのためにも、リアルワールドのデータを迅速に集めて評価することが重要になります。ゲノム以外の要因についても、今後はビッグデータとAIを活用しながら分析が必要になるでしょう。がんだけでなく、他の疾患も同じで



す。

松原 今は製薬会社が疲弊しており、新薬の開発も難しい状況です。エビデンスレベルでいうと、多施設のランダム化比較試験を行って結果が出なければ、それまでの開発は全て白紙に戻るわけですから、非常に大きなコストがかかってしまいます。その辺りをビッグデータでカバーできれば、と思うのですが、永井先生、いかがでしょうか。

永井 画期的ですが、きわめて高価な薬剤が非常に増えています。日本の医薬品は約4兆円の輸入超過です。課題の一つは開発体制、もう一つは賢い使い方です。どちらもビッグデータが必要です。日本でもアカデミアには沢山のシーズがあります。しかし開発を支援する仕組みが不十分です。アイデアのもと現場にあります。開発の課題を現場からくみ上げなければいけない。臨床開発はそうした土壌があって、はじめて可能になります。なお薬効評価にはランダム化介入試験がベストですが、リアルワールドデータの

活用も注目されています。しかしリアルワールドデータをもとに薬事承認を得るには、対象疾患の臨床経過がばらつかず、一定の範囲に収まる必要があります。現実を把握するためにも、多彩な分析ができるデータが必要です。

黒木 がん登録がようやくでき、循環器などは活用されているようですが、いかがですか。

永井 がん登録のデータも研究にはなかなか活用が難しいといわれています。循環器は、10を超える大学病院の電子カルテを統合するなど、色々取り組んでいます。そうしたシステムを社会実装して維持するのが難しい。医薬品や医療機器の開発も、こうしたシステムが社会技術として定着して初めて可能になります。

黒木 新型コロナウイルス関連の論文を読んでいて、感じたのは、欧米では非常に数多くの患者さんのデータを基に分析していますが、日本は病院ベースでしかないということです。

永井 データの統合が難しいこと、また論文化する力も落ちていることなどが原因だと思います。

松原 そろそろ、お時間がまいりましたので、本日の座談会を通して、先生方のご感想をお聞かせいただけますでしょうか。

黒木 永井先生のお話をもっと聴きたいと思いました。

永井 老衰から医薬品開発、コロナまで話題にあがりましたが、複雑な問題を含んでいて、このテーマ自体が、一つの学術領域だと思います。医療者にとって専門領域はもちろん大事ですが、専門を極めつつ、こうした医療を取り巻く問題に関心を持っていただきたいと思います。

松原 昨今、自分の専門以外のことにあまり興味を持たない人が多いような気がします。本日の座談会で大きな視野を持つことは本当に重要だと再認識しました。本日はお忙しいところ、貴重なお話をお聞かせいただき誠にありがとうございました。



会場：学士会館

スペシャリティ医薬品の トレーサビリティ管理システム



患者さまへの安心・安全な医療提供と
社会的コスト削減に貢献いたします

輸送から保管までの トータルトレーサビリティ管理

- クラウドベースの在庫管理システム
- 新たな輸送管理ソリューション
- 24時間365日コールセンターでの
全国一元管理・遠隔集中管理



説明動画は
こちら!



サービスに関する詳しいお問い合わせは
こちらまでお気軽にご連絡ください。

スキャン キュービックス 検索

Design Your Smile
健康創造のスズケングループ