

どうなる、どうする21世紀の保健・医療

富山医科薬科大学保健医学教室

教 授 鏡 森 定 信

ただ今、ご紹介いただきました鏡森でございます。

今日は、大先輩の越山先生が会長を務められ、そして伝統あります富山県農村医学研究会で私共の考えをお話しさせていただく機会を与えてもらったことに感謝します。

はじめに

1. 公衆衛生学との出会い

(1) 農村を駆けた学生時代

今日の話は、医学がこれからどうなるかということですが、その前に私の学生時代のことを少し話させていただきます。

私自身学生時代、血圧計を持って北陸の僻地といわれる農村を、あちこち血圧測定をしながら学生時代を送りました。学生時代のほとんどをそうして送りました。ですから、授業もしばしばサボりました。

今の農村医学研究がどういう方向に向かっているのかについては、研究会の事務局の大浦さんから具体的に聞いていますが、私たちの頃は少なくとも、「農村革命」ということを華々しい理想としてやっていました。

それは血圧を測ることによって、医学生が農民と交流し、農民の健康意識を目覚めさせ、そして農村の医療を、住民の人達を中心にして作っていこうという、かなり誇大妄想的な理想を持ってやっていました。

(2) 重松逸造先生の指摘

— 病気の原因とは —

私が卒業した時、私の恩師の重松逸造先生がちょうど金沢におられ、病気の対策について、「結核の特効薬が見つかって、結核が無くなるには限らない」と話されたのが非常に印象的でした。

病気の骨格は、第1に病気になっている人、つまり我々人間、第2にその人の暮らし、あるいはその人の住んでいる町や環境、第3に病気を引き起こす原因、物質、疫学ではホストのこの3つ、つまり「人、環境、病因」が病気の原因であり、病気を予防するためには、その三つの因子それぞれに対策を立てないと病気の根治は期待できない、という話をされました。それ以来、そうだと思い、公衆衛生に入りました。

とは言いましても、今の話は大変難しい話です。私が卒業したのは昭和43年で、もちろん東大の安田講堂にも行きましたし、大変華々しい時期で、インターン闘争もありました。

私自身、卒業後すぐ公衆衛生の教室に入り、農村調査に出かけました。私たちが行ったのは石川県白峰村です。今、石川県で一番脳卒中死亡率が少ない、寿命が長い村です。そこに診療所があり、そこで日本の循環器疾患の疫学を始めようということで、マニュアルの血圧計や眼底の撮影器、それから心電計などを引っ張り出し、調査をしてきました。それ

以来、疫学という方法でずっと世の中を見てきたわけです。これが私の今日の話の骨格でございます。

2. 保健医学という学問

富山に来たとき、この会の理事でもありません、渡辺正男先生のところの保健医学教室に入りました。

ところで、現在、渡辺先生の後を継いだ保健医学という学問がどのように生まれたか。1970年代から医学の専門分化が進む中で、ヨーロッパやアメリカの国民の間で「医療を受ける気がしない、専門家はたくさんいるが、極端に専門的な分化が進んでしまった。もっと全体として健康を考えなければならない」という声を背景にできたのが、私共の研究室の名前です。ヨーロッパやアメリカではコミュニティメディスンと言います。日本ではたまたま富山医薬大を作る時に、金沢の私の第二の恩師である岡田教授達が文部省と相談して、「保健医学」として日本で初めて作った教室です。従来の公衆衛生も加須屋先生のもとに開設されました。

私たちの保健医学、コミュニティメディスンというのは、地域診断、地域治療、地域対策を立てていく事を理想として、私たちの研究室は作られたのです。

そういう前置きをしまして、今日のお話を聞き下されると、私のベースをご理解いただいて、話の理解が多少とも深まるのではないかと思います。前置きを少しさせていただきました。

1. 日本の医療の現実と将来予測

1. 死亡率の変遷と患者の実数から見る地域診断

まず、今日のタイトル「どうなる、どうする」というタイトルをもらっている訳ですが、そこで、今の21世紀直前の現在の日本の保健、医療はどうなっているのだろうか、その辺た

りのことをまずお話し、次のテーマの「どうする」に入りたいと思います。

(1) 死因別、死亡率の推移

21世紀の医療・保健を考えていくときの、一つの切り口が死因別の死亡率の推移です。昭和22年から平成5年までの主要死因別の死亡率の推移を見ますと、脳卒中の死亡率は昭和25年では10万人当たり127.1ですが、平成5年には96.0に減少しています。替わって癌は昭和25年以後どんどん増え、また、併行して心臓病が増えています。

ここで、癌・心臓病が増えているというのは、これはこれでいいのですが、あくまでもこれは死亡率です。これを、「ああそうか心臓病、癌の患者さんが、つまりその病気の人が増えているんだ」、また一方、「よかった脳卒中は減っているんだ」と思っていたら、日本の医療の問題の所在を見落とすことになります。死亡率というのは、人口何人中何人亡くなるかという割合を示しており、必ずしも病気の患者さんの実際の人数を示しているわけではありません。

(2) 減少した脳卒中死亡率、減らない患者数

—小矢部市保健所の脳卒中登録事業より—

富山県の一つの誇れる保健の仕事に小矢部市の仕事があります。小矢部保健所に永原先生という所長がおられました。私がそろそろ学生を終わる頃、小矢部保健所が全国に先駆けて在宅リハビリ、つまり病院から帰ってきた脳卒中患者のリハビリテーションを保健所で始められました。これは、日本のリハビリテーションの中では特筆すべきことであり、厚生省がまだ何のガイドラインも出していない頃のことです。それほど、脳卒中の人達の現状が、その当時見捨てられ悲惨な状態にあったということです。

富山県小矢部保健所でデータが揃ってから、

私共が脳卒中登録のお手伝いしながらまとめたデータがございます。

1977年から90年代の脳卒中の死亡率は確かに小矢部保健所管内で減っており、発生率も減っています。しかし、注意していただきたいのは有病率、患者さんが何人いるかという割合は、ほとんど変わらない。小矢部市の人口は5万弱ですが、ここ20年間、脳卒中患者登録数は常に5～6百人です。これはずっと変わりません。

つまり、私たちのこの高齢化社会では脳卒中の死亡率は減ったけれども、脳卒中の絶対数は変わっていない、この現実を、死亡率だけで見ていきますと、見誤ることがあります。

小矢部市の市長が我々に叱られますが、小矢部市は富山県の中で脳卒中の死亡数が一番多いではないか。死亡診断書で計算するとワーストにはなっています。だから脳卒中登録をやっているのに、何でこうなんだという話が出てきます。ところが、翻って65才以上、70才以上の平均余命、お年寄りが今後何年間生きるか、つまり寿命をみますと、小矢部市は富山県の中で最も長い寿命を持っている市です。

(3) 部位別、癌患者数の動向

この21世紀の病気の傾向は、癌の特効薬ができる、あるいはインターフェロンが効いたという話もありますが、成人病が引き続き21世紀半ばぐらいまでに根本的な解決はしないだろう。21世紀の半ばまでは、この癌と心臓病と脳卒中、この3つが高齢化社会の、人口の高齢化と共に、どの先進国も一番大きな力を注がなければいけない課題ということが、予測されます。これは死亡との関係です。

次に大切なことは、癌患者がどれくらいいるのかということの予測です。

21世紀の初頭には今お話をしましたように、癌が増えていきます。そして、もう既に肺ガ

ンの死亡率は胃癌を越えましたが、男の場合肺ガンの患者の絶対数が胃癌を越えるのは、21世紀に入ってからということになります。癌は従って、男では肺癌、女性では乳癌がものすごく増えていきます。肺癌と乳癌、そして大腸癌。逆に胃癌、子宮癌は減りました。これに代わって21世紀の初頭は、肺癌と乳癌と大腸癌の時代だと予測されております。従って、私たちはこういった病気に対処できる体制を、今組みつつある訳です。

2. 地域、職種で差のない公正な医療体制の確立

(1) 国民に公平な医療の供給を

次に、今後「どうする」ということを考えてみたいと思います。

先進国の一つのキーワードは、税金を国民の皆さんの医療費として使う場合、公正に使っていくということ、つまりイクオリティ、公平にということです。アメリカとかイギリスで、我々と同じ公衆衛生の仕事をしている人達が一番大事な仕事にしていることは、「医療サービスの結果起きてくる地域の健康の格差があってはいけない」ということです。例えば、北陸が胃癌が多いというならば、なぜ多いのか。それは県民のせいなのか、医療サービスが十分に提供されていないためなのかという事を問題にします。

それともう一つ、アメリカもイギリスも、日本の政府も産業保健という立場から注意が向けられるようになった観点です。日本の一番新しい、平成2年の働く人達20～54才の10種類の職業別死亡状況によりますと、先程、医療サービスの格差について言いましたが、地域格差だけではなく、職業など社会的格差によって、医療の結果が、あるいは職業別に健康状態に格差があるかが、世界の健康施策を作っていく時のもう一つの切り口になると思います。先進諸国ではその観点を持って健康政策を考えています。さらにイギリスでは、

社会階級という概念が入ってきます。

(2) 日本における職種別死亡率の差異

日本では管理職の平成2年の職業別の死亡率に対して、統計的な標準化を行って期待値を求め、職業による死亡格差があるかどうかということ計算し比較しますと、ここ20年ぐらいについて、他の先進国と日本の標準化したSMRで比較をしますと、例えば、今ここにお集まりの皆さんの職業は、専門技術がほとんどだと思われまふけれども、それはSMRは80.9です。つまり、国民の平均に対して、2割ぐらい死亡が少ないということです。一方、死亡の多い職業は、事務、運輸通信、農林漁業、サービス業です。なお、ここ20～30年のデータを振り返りますと、我が国の特徴は、この専門技術職の順位がどんどん下がってきているということにあります。かつては管理職と1・2を争っていましたが、昭和の終わりから平成に入り、技能・製造、建築などブルーカラーといわれる方達の健康状態が、相対的に日本の男性の中でよくなってきております。ただし、建築労働者をどう区分するか、日雇い的な臨時の人達が入ってこない可能性があり問題があります。

それが、我が国の特徴です。これは、54才までであり、55才から定年延長の60才位までを取ると、この差はさらに歴然としてきます。

ともあれ、我が国においても、簡単にいうと、寿命は職業によって違っているということです。実は、おそらく皆さんは、保健医療の専門家でありますから、これは全死亡だけではなく、癌や心臓病、脳卒中ではどうだろうか、果ては自殺ではどうなるのか、ということに興味をお持ちになると思いますが、ほぼ、全ての病気でこの順番は変わりません。その辺りが実は産業保健の問題でもあり、我が国の医療サービスの問題でもあるわけです。ともあれ、私たちのような保健医学、コミュ

ニティヘルスという立場からいいますと、世界の人達は、こういった格差が存在するということ無くするためのサービスをどうしていくかということを考える、というのが一番重要な仕事だと彼らはいいます。

3. 多い病気 -精神障害、高血圧-

次に、今は死亡の話をしました。一方、死につながらないが、私たちの健康状態はどうなっているのかということです。我国では、3年に1度、医療機関調査、患者調査が行われています。昭和30年～平成5年の入院受療率を見ますと、結核がどんどん減り、一方、精神障害がどんどん増えています。3ヶ月以上長期欠勤の事由として一番多いのは、結核に変わって精神障害になりました。我が国の全入院の受療率では、精神障害というのがトップにきています。

外来の受療率で最も多いのが、高血圧です。高血圧がトップになった理由は、一つは老人保健法により老人健康診査というものを取り入れました。健康診査というのは本来は英語でコンサルテーションであり、健康になるために相談をして指導を受けるということであったわけですが、日本で採用しているのは、治療になるわけです。血圧の高い人を見つけて投薬をするということです。老人検診、老人保健法の検診、あるいは職場のトータルヘルスプロモーションの検診など、ほとんどが高血圧を見つけて治療をしています。

この高血圧がダントツであります。もちろん、このことは悪いことばかりではありません。5年ぐらい降圧剤でキチッと治療することによって、私たちは脳卒中の致命率あるいは発症率を4割ぐらい下げることができました。ですから、高血圧対策というのは我が国の脳卒中の死亡率の減少に大きく寄与しています。これは間違いのない事実です。この辺りの傾向が21世紀さらに強まるであろうということを、皆さんはもう感じておられるところ

です。精神障害と高血圧のような、遺伝と環境によって慢性的経過をとる、死には直接つながらないけれども長く経過を要する、治療を要するという病気が、引き続き蔓延していくであろうと考えられます。

4. 臓器移植、遺伝子治療の方向

次の「どうなるか」という課題で、臓器移植を取り上げざるを得ません。理想的な人工臓器ということを目指して、国を挙げてプロジェクトを組みました。しかし、国の経済の活力の失速、それからいろいろな技術的問題などもあり、旭川医大を中心にして膨大な国家のプロジェクトが動いてはおりますが、まだ人工臓器でもって私たちの臓器に代わるほど完全なものが出てきていません。昭和42年に南アフリカで行われた腎臓移植、そして次の札幌の和田先生の心臓移植から始まり、我が国は多少右往左往しながら、国民のコンセンサスを脳死という形で得る臓器移植が進んでいます。しかし、残念ながら「脳死に賛成しますか」とのアンケートをとりますと、国民の7割くらいが「イエス」とおっしゃいますが、それを死と認めるかどうかということになると、どうやら脳死のコンセンサスはまだ定着していません。

ご存知のように、角膜、腎臓は死亡した直後であれば、何とかなるという臓器移植法案が通りましたが、我が国ではそのところで足踏みしているわけです。しかし、世界的には、臓器移植、遺伝子治療という流れは、免疫抑制剤などの進歩に裏打ちされて、確実にこの医療は進んでいくものと予想されます。

5. 第一線医療の新しい動き

(1) 高齢化社会に対する国の動き

ところで、一般に WHOの定義によれば65才以上の方が7%くらいから高齢化社会とし、14%くらいからは長寿社会という言葉を使うという、概ね内々にそう決めております。我

が国の急速な高齢化に対して、訪問看護ステーションのようなものを整備しながら、病院・診療所から在宅を治療の場にする方向に向かってきています。

最も特徴的なことは、このゴールドプランといわれておりますように、平成に入り、10年間くらいの国家の壮大なプロジェクトが組まれています。ディサービスに出かける方をリフトで迎えに行ったりしていますが、外国に比べてやや遅れておりました。特に、福祉部門に対する医療からのアプローチ、福祉と連携したアプローチが現在急速に展開されてきています。いろいろ批判はありますが、こういったディサービスによって、多くの高齢者の方々が、清潔さと人間の尊厳を持った日常生活をできるようになりました。

我々が、医学部を卒業した頃は、往診に行きますと何日間もお風呂に入っていない、おにぎり1個が枕元においてある、そこで我々が点滴をするのですが、非常に無力感に襲われ帰ってきたものです。そうした障害を持った高齢者、特に脳卒中を中心にしたケアが、急速に我が国では進んできています。

今、国の統計によりますと、一般のベッドが30万、病院のベッドが130万、計150~160万ぐらいのベッドがあります。しかし、国は少なくとも100万のベッドに減らそう。そして残りの50~60万を特別養護老人ホームと老人保健施設のものに変えていこうとしています。しかし、特別養護老人ホームはもうすでに20万近く、18万くらいまでに行きました。国の最終目標は25万ですから、もうそろそろ25万に達します。また、老人保健施設も目標が25万で、今7万5千位まで行きました。富山県もちょうど半分くらいです。両者合わせて約50~60万、それでもおそらく障害を持った方達を施設で見ることができないだろうということで、介護保険でケアハウスを導入していくということになるだろうと予測されます。

ともあれ、私たちはここで、非常にこれまでの奉仕医療から体系的なケアの医療を経験することになっていくと思いますし、これはますます進んでいこうと予測されます。

一方、病院が、先程申しましたように、臓器移植、遺伝子治療という益々精鋭化したスペシャリスト、スーパースペシャリストという方向を歩むのとバランスをとるように、第一線医療も極めて多彩な顔を呈して参りました。

(2) 都市でも、農村でも第一線医療の新しい動き

富山市では整形外科の高野先生が、先生の家の裏庭で患者さん達と花見でお抹茶を楽しむ会などを開いていらっしゃいます。ここではリュウマチ患者を中心にして、患者会を作っておられ、患者交流の機関誌などを作っておられます。

さらに、例えば、富山第一ホテルを借り切り、リュウマチ患者さん達がゆっくりと食事ができるように、コック長に一番おいしい料理を作らせ、そして特殊なフォークとかナイフが準備され食事を楽しむ会を開いておられます。リュウマチの進んだ方達は、一流レストランで食事をするというのをあきらめなければならぬことが多いのですが、正装して自分たちがゆっくり食事を楽しめるようなことが行われています。このように第一線医療もここまで行ったのかと、非常に高く評価している活動です。こういった活動が第一線の医療で行われております。

今の話は、富山市という都市部ですが、農村の第一線医療でも色々取り組まれています。小矢部の農村地帯の南部地区というところで、私共の教室もかかわっている活動が行われています。ご存知のように砺波地方というのは大きな家で夫婦揃って共に働いていて、昼間おじいちゃん、おばあちゃん、特におばあちゃんが一人になってしまう、そういうパ

ターンが非常に多いところでは、ここで寝たきりになった人を何とかしたいという相談を受けたことがきっかけで、今から8年前に、自分たちで今の時代の流れにのっかってケアをやたらどうかと話しました。相談にのった方はお寺の奥さんでしたが、ケアと言っても寝たきりの人が、そんなにボンボン出るわけではないので、最初は日常的には健康な人、つまり今申しました、昼間一人暮らしの方達のお昼ご飯を食べる会を作ろうと、そこに集まった人達で、いろいろ相談して地域活動をやっていこうということになりました。

そこにボランティアとして参加してくれたのが、循環器専門の辻先生、ここに成人病、高血圧、遺伝子、塩分、環境因子ということをお話しておられます。集まったおばあちゃんは分かるのか、分からないのか知りませんが、とにかく30分の講話を、毎月10日と20日にしておられます。第3水曜日とか何とかいうと、もう頭がこんがらがりますので、10日と20日ということにしました。10日と20日に辻先生は30分間のミニレクチャーを毎回やってくれます。勿論こういったことだけではなく、ご飯を持ち寄って、みそ汁を作り、その時のものを楽しみながらみんなで食べ、お寺の坊さんの話を聞いたり、時々大学の私たちの話を聞いたり、薬膳料理をやっている「川柳」の大島君を呼んで、その辺にある薬草の効用と薬草の料理を作ったり、いろいろやっております。最近は見学者が後を絶たないので、みなさんの集まっている「憩いの館」も、見学者対策で迷惑をかけておりますが、こういったところにも第一線医療の先生達が入っていくという時代になってきました。

公民館で行っているのですが、新しくする時になんとかこれにお風呂をつけようと頑張ったのですが、公民館は社会教育施設である、「まかりならん」、という国の厳しいお達しで未だ実現しておりません。しかし、なんとか法の網をくぐって、食べることと、集うこと

だけでなく、お風呂に入ること、そのお風呂を作る計画を虎視眈々とねらっております。こういったところが、おそらく社会福祉協議会と連携しながら、今後の農村地区のケアハウスに変わっていくだろうと私は思っています。

さて、今大ざっぱに保健と医療と福祉などを展望しました。

つまり今後、引き続き成人病が主要なターゲットになること、そして臓器移植、遺伝子治療など極めて精鋭化されたスーパースペシャリストが各分野で出てくるだろうということ。一方では、慢性疾患を持ちながら、いわゆる病気とうまくつきあひながら、長寿とつきあっていく人達のケアが必要になってくるだろうということをお話したわけです。

II. 明示された「Well Being」達成へのプロセス

ところで、皆さんご存知のようにWHOが1946年に健康の概念を打ち出しました。そこではWell Beingというキーワードを使っています。Well Being、つまり「良好な状態」というのは単に病気がないということだけでなく、心の面でも充実感があり、さらに社会とのつながりがうまく持たれている。この3つをもって、良好な状態、Well Beingと言おうということをお話したわけです。しかし、WHOは、長い間Well Beingを達成していくためのプロセスを示しませんでした。

そこで、1977年旧ソビエトのアルマータで、プライマリーヘルスケア声明というものをしました。簡単に言うと、21世紀までに全ての地球上に住む人達は、声明で示した目標の各項目に関して、その地域のベストを尽くそう、つまりその地域の人と金とものを使って、各項目の目標達成のためのベストを尽くすことを確認しました。例えば循環器疾患を15%減らそう、伝染病を無くそうとかです。

また、健康における公平についても、職業

や住んでいる地域、年齢などにより、あるいは住んでいる国によって大きな健康上の格差があってはいけない。格差があればその格差を無くしていく、このことが地域の段階でチェックしていこうということです。それが私たちの保健医学の一つの役割であります。これをコミュニティ診断といいます。ここで言うコミュニティとは地域とは限りません。大学の職員であってもいいし、Aという中学校であってもいいし、そういう意味でコミュニティを使います。

さらに、寿命の延長が観察されるかどうか。また、障害が減らされているか。障害は避けられないものがありますから、障害を持った人達の社会参加はどうなっているのか。

また、伝染病の根絶の課題。今日ではエイズの問題がありますが、天然痘が撲滅されました。しかし、その他にまだ私たちの周りには、麻疹だとか、エボラ出血熱とかいろいろなものが出ております。その地域、地域の伝染病の根絶、伝染病に対してどういう取り組みがなされているか。

乳児死亡、妊産婦死亡、循環器死亡、癌死亡、この4つのことに関して低減させる。さらに事故があります。事故も家庭内の転落事故から、天災に近いものと、いろいろあります。地震そのものを減少させることはできませんが、地震が起きた時に死亡者が多くならないような対策があるだろうか。さらに自殺の防止があります。

我が国が21世紀の課題として比較的 successful しているのは、循環器疾患とか癌対策、乳児死亡、妊産婦、この辺りは比較的良好的な状態となっています。この辺りが良好状態なので、寿命は延びてきているだろうと思われます。そうしますと、健康に対する公正といったことに関しても、これは先程いったような意味で、課題がまだありますし、特に高齢化社会ということは、加齢に伴うADLの制限という問題が出てきます。それから、慢性疾患を

持った人達の課題が、3番目の大きな課題になっていきます。

そして事故に関しては、今日非常に私たちはここ数年、大惨事あるいは人身事故を経験しているわけで、実は21世紀の後半に、非常にやっかいな問題になってきます。

Ⅲ. 「どうする」今後の日本の保健・医療

1. すべての人に健康を

(1) プライマリーヘルスケア

次に、「どうしていこうか」という処方箋に入りたいと思います。世の中は処方箋としてどういう風に動いてきているのかを述べたいと思います。

まず、総括的には Health for All 全ての人に健康をの課題です。例えば、富山県なら富山県の持っている資源を効率的に使って有効な保健医療サービスを提供するのですが、その基本となるキーワード、戦略のキーワードは「プライマリヘルスケア」です。

プライマリヘルスケアとは何ぞや。臨床の先生方がプライマリアケアとお使いになる言葉と、今世界でプライマリヘルスケアと使っている言葉は、いろいろな意味に使われますので、非常に混乱がございまして。WHO が言っているのは「全ての人達に健康を」、であり、それを提供していくためには、「プライマリヘルスケアの戦略が組み込まれていなければならない」、ということになっています。

私の独断と偏見で整理し直してみますと、このプライマリヘルスケアというものを構成する戦略は何なのか。4つに整理してみました。

一つは、健康を導くためのライフスタイル、2番目には、健康的な環境、3番目には適切なケア。4番目には、こういったものを支援するための仕組みです。

(2) 健康を導くライフスタイルの確立

「健康を導くライフスタイル」とは何かというと、それを達成するためには個別的には健康教育。一生続く生活習慣の見直しということを行っています。ライフスタイル、この辺りが基本になって、それを支えるものとして、保健医療計画があるだろう。

「健康的な環境」、これは水・空気・食べ物・労働環境。古くて新しい問題ですが、極めて重要な問題です。

そして、「適切なケア」ということで、ここに実は高度に専門化した遺伝子治療や顕微受精とかいったものが入ります。専門化した診療・治療機能を用意すること。これを用意することによって、プライマリヘルスケアを支援していく。従って、プライマリヘルスケアの中に包括されている遺伝子治療でなければいけないし、臓器移植でなければいけないということになります。

次に、情報、研究、評価、資源、人をどのように作っていくかということが重要になります。21世紀の保健医療の基本になるもの、特に病気を予防するという観点からは、さっきも強調しましたように、健康教育が大変重要視されているところなんです。これは、啓発であると同時に、診断でもありますし、治療にもなる。3つの健康教育ということをして WHO は位置づけております。

(3) 子供、障害者のライフスタイルの確立

健康的なライフスタイル形成を目指した活動、日本ではこれが健康づくりと一般に言われています。特に力を入れているのは、21世紀の成人病の蔓延していく時代を見越して、根本的な健康学習のターゲットは子供です。どの先進国、特にオーストラリア、カナダ、北英、特に北欧3国が先進的ですが、例えば日本では、小児成人病という形でマスコミが取り上げてくれていますが、子供達に対する健康教育、予防的健康教育の課題です。文部省は小学校5年から禁煙教育を副読本を取り

入れて始めておりますし、将来の成人病予防に対する予防的健康教育というのは、どの先進国でも行われています。さらに、3つ目の健康教育は、セルフケア、セルフヘルプ、相互援助グループ、これは一般に障害を持ってしまった人達、たとえば、このセルフヘルプグループでは、患者会が一番代表的ということ。患者会を作って、ぜん息友の会を作ったり、あるいは小児糖尿病患者友の会を作る、あるいは断酒会を作る。断酒会は相互援助グループまで広がっていますけれど、そういった面での健康教育。これは治療においても該当しますが、こういったものがその地域なり、その職場なりに出来ているか、というのは衛生管理者のチェックリストになければいけないということが、いわれています。

(4) 健康習慣の違いによる寿命の差異

健康教育の中で、今、21世紀の半ばぐらいまでの処方箋を出す基になったのが、よく私が紹介しますグレスローの7つの健康習慣といわれているものです。これは我が国の厚生省の健康づくりの雛形になっているわけです。これは極めてよく計画された疫学調査であり、前向き調査です。あらかじめ調査をされている人達をずっと追っかけて、その中から心臓病、脳卒中、癌、果てはうつ病まで発生してくる過程を追っかけながら、統計的に解析し、7つの健康習慣が私たちの平均余命を決定しているかということ明らかにしました。1980年代の報告です。これは、我が国を含め先進国の保健あるいは予防的な診療行為の基本になっているデータです。

ご存知の方が多いと思いますが、復習しますと、男で45才の方達が、朝食・間食・運動・睡眠・肥満(体)・たばこ・お酒という7つの生活習慣でほばいい点数を採っている、6点から7点を採っている人達は、45才の時時点で平均余命が33年間あった。それから7つの健康習慣のうち、全くないから3つある方が

22年間あった。その差が、11年間ぐらいある。生活習慣によって、11年間ぐらいの寿命の差をもたらす。この寿命の差は、先程申しましたように、癌と心臓病と脳卒中の発生がいずれも少ないということに依拠しています。さらに1990年代に入り、こういった死亡だけではなくて、7つの健康習慣、特に睡眠がうつ病の発生を押さえたということも、生活習慣との関係で明らかにされました。

このあたりが、人間の行動的な面、ライフスタイルという面で、保健指導していくという根拠になり、行動保健学的に進歩してきました。それ以前は、これこれのものは健康によくないとか、日光はダメであるとか、ビタミンCがいいとかいっていました。ある意味では人間の行動によって、我々研究者が物質を推薦していくという形でした。

大事なことは、ここに全然検診が入っていないということです。検診、健康診査が持っている積極的な面と、それにあまり期待してはいけないという面が、常に議論を繰り返しています。我が国はお金もあり、いいことですから、検診がどんどん行われ、グッと広まってきましたが、世界はなかなか検診に対しては厳しい。しかし、それは単に経済的なもの、あるいは効果があるかどうか、死につながるかどうかという評価だけではなくて、検診というのは受けて異常なくてああよかったという所が極めて重要なわけであり、我々医者側からすると見つからない検診はやめろということになります。

(5) 脳卒中予防は、単に高血圧者の管理だけでなく

次に私が20年間循環器の疫学をやってきた、ある意味では総括的な内容をお話したいと思います。小矢部保健所管内で、昭和41年、私の学生時代から24年間ぐらいのデータでみますと、小矢部保健所管内というのは、前から検診がゲリラ的に行われており、町民のほと

んどが検診を受けている、あるいは受けたことがあるという状態までいったと思います。

ところで、病気がどの程度発生しているかは、疫学調査をしないと分かりません。病院では、ある疾患の人達が何%いるは分かりませんが、地域全体として何%いるかということは、全町民をチェックしないといけません。母集団をつかむという疫学の基本的な、しかし極めて重要なことです。それをやってきました。さらに、私たちは、脳卒中登録をやっておりましたから、脳卒中がどれくらい発生するかも分かります。そうすると、教科書に書いてあるとおり、高血圧の人が多ければ、脳卒中の発生率も上がっていく。高度高血圧の人は正常血圧の人に比べて、数倍脳卒中になりやすいということが当然のこととして出てきます。

実は疫学的には問題はそこにあるわけではありません。これはコミュニティ診断といわれるもので、地域の診断というのはこういう風にやるのだと思いますが、今のデータから正常血圧の人の脳卒中の発生の危険が分かりますから、1年間に何人脳卒中が発生するかということが計算できます。そうすると、我が国では境界血圧、正常血圧から発生してくる脳卒中の方が、高血圧から発生してくる脳卒中よりも多いという状況になってしまっています。

従って脳卒中というものを一つの結果と見て、高血圧の対策が一番大事なんです。高血圧対策に加えてこの正常血圧、境界血圧の方達の健康づくりを加えないと、脳卒中の予防はできない。勿論、糖尿病がある、太っている、コレステロールがちょっと高いなども、ここには入ってきますが、それは同じ確率で入ってきます。この人達に関していえば、先程話しましたが、ライフスタイルの日本の疫学研究は、新鮮な果物、たくさんカリウムをとること、そういった生活習慣を入れていくことによって、原因もそうですが、正常血圧

の人達の脳卒中を減らすことができるということが証明されています。そういったことが、降圧剤を飲み、コレステロールを完全に減らせるとしても、そういったことが行われな限り根本的な地域の循環器対策を進めたことにはならないということになります。

これがコミュニティ診断であり、コミュニティに対する対策です。癪もこういう形で説明することができます。

このように健康教育なり、あるいは健康行動を促進していくことは、こういった保健医療計画、地域の中のどの部分にどう保健的に対応するのか、あるいは治療的に対応するのか、ということで決定されて行くわけです。

次に治療に話を進めてみたいと思います。

2. 高度医療、救急医療の提供

(1) イギリスにおける一般外来と高度医療の区別

我が国は、保健福祉計画というものでHealth for Allを実現していこうということをやっています。

新生児集中濃厚治療施設というNICUがありますが、21世紀の医療を、先程申しましたように、プライマリーヘルスケアという視点で強調すれば、先ず、高度な医療を提供する病院がその機能を発揮できるような環境整備が必要だとなります。

ご存知のように、例えば私共の大学は基本的には一般外来を無くしていく方向です。つまり紹介状、開業医の先生から、あるいは別の病院から紹介状を持った患者だけを見るようにするという制度です。これは実はイギリスがすでにそのことをしております。イギリスは、個人主義、自由主義の最も進んだ国だと思われませんが、医療に関しては効率性のコントロールが極めて進んでいます。つまり、一般市民はダイレクトに自分の判断で大病院の高度医療を受けに行くことはできません。それは、信頼関係だと思いますが、自分の主

治医に相談して、主治医がどの病院へ行けばいいか、あるいは行く必要がないことまで含めて、医療サービスの整理をしています。ある意味では、医療の効率的な提供がそこで行われている訳です。ですからイギリス国民は、あの自由主義国家の中にあつて、自分で富山医大の皮膚科へ行って101でハゲの治療してもらおうというような、そんなバカなことはしないわけです。101がバカというわけではないんですよ。例えばそういうようなアクセスはしないでおこうということです。

イギリスは医療保障の国ですから保険というものはありませんが、お金の徴収の仕方が違い、税金でやっています。日本の例に照らして説明しますと、まず、保険証を作ります。会社などで保険をつくります。イギリスの保険の作り方は、開業医の先生の所に行って保険を作ります。そこから全ての医療サービスが始まります。国家との契約ではなく、開業医の先生との契約です。それから全てその主治医とのやりとりで自分のサービスは決まっていく。主治医の一番大きな仕事は、コンサルテーション、相談です。

もちろんイギリスはそんなに窮屈な国なのかといいますと、抜け道はあります。プライベートな医療サービスを提供している保険、私的保険に入ることです。日本の厚生省もこれを今考えています。医療費はせいぜいが50兆円ぐらい押さえてしまおう、それ以上の医療を受けたい人は私的保険に入ってもらおうという考えです。これは、たぶん、もうそうなるでしょう。

それから、イギリス国民のもう一つの抜け道は、救急患者になることです。これは芸当を要します。救急患者になれば、ひっくりかえればドッグに連れていってくれる。この道しかないですね、今は。でもイギリスの国民はそれを受け入れています。勿論この政策をスタートしたのは労働党ですが、保守党、自由党が政権を執っても、イギリスの国民はこ

のことを基本的には可としており、これを変えろということはしません。

(2) 医療費抑制の強化

ともあれ我が国の医療は、これからは医療費を押さえ込みにきます。なぜ押さえ込む必要があるのかの議論は今日はしません。私も、正直言って何故押さえる必要があるのかよく分かりません。いずれにしても、押さえてきますので、医療を提供する側の整理が皆さんが思っている以上に早く進みます。高度医療を提供するところはキチンと高度医療を提供してもらい、風邪でウロウロ患者が入ってくるようなことはしないでおこうという形です。これがいいかどうかは、風邪でウロウロする人が行く場所が無くなるということを考えなくてはいけないわけで、ただシャットアウトしてもいけないわけですが。

高度医療、そしてもう一つは救急医療。コミュニティの、特に高齢化社会では、救急医療が整備されていなければいけない。整備されているじゃないかと皆さん思われるかもしれませんが、例えば、障害者の施設を預かっている人達に聞くと、とんでもない、救急医療なんか整備されていないという。障害者とうまくコンタクトを持った地域医療を提供できるくらいには我が国の地域医療は進歩していませんし、今後、高度医療それから救急医療、そういったものがどんどん精鋭化していこうと思います。入院は短期間で、これはパーツ医療といわれても仕方ないと思いますが、高度な治療技術を持った人たちが非常に濃厚な治療をやってくれ、病院として病院本来の機能を持つという形で、高度な医療がどんどん専門分化していったって専門家が出てくる。

3. 第一線医療の確立

(1) 制度的に保障された第一線医療

そういった動きと一方では、新しい体制の医療が出てきます。冒頭でもいくつかその明

芽はお話ししました。今、若く開業する人達は非常にそういったところに理想を燃やしています。新しい第一線医療をやっていく、つまりケアを指向した広がりを持った医療を、マスコミも取り上げてくれるようになっていきます。その代表が訪問看護ステーションというようなものになりますが、さらに制度的に整備されていくだろう。若い医師が看護婦さんと在宅医療をやっていく。こういう人達が在宅に入ってくないと体制的に確立しません。院長さんが「だれそれさん、時間外に行って」ということでは、在宅医療あるいは第一線医療の新しい動きは起きてきません。

制度的にいくつかの国によって行われていることは、この人達そのものをスペシャリストにしてしまうということです。例えば、在宅酸素療法の管理ができる、在宅で経管栄養の管理ができる、あるいは過激なところを体験させ、それをパスした人だけに第一線医療を行う免許を与えるなどです。だから、どこかの大病院に勤めていて、もう歳がいったからポストもないし開業でもしようかという人はご遠慮いただく。そうなってきます。イギリスはもう既にそうしました。加えて定年制をとります。それがいいかは個人差があるから、80才でも元気な人もいるしということになりますと話がややこしくなって参りますが、定年制が入ってきます、第一線医療にも。それが今先進国の、少なくとも医療計画に基づいて医療を提供している国の流れです。

それじゃ、この第一線医療を支えるキーワードはないのか。今、在宅酸素療法だとか、経管栄養だとか、ある意味では治療を中心にお話ししましたが、それだけでは在宅医療の広がり展望することは難しい。一つのキーワードは21世紀の第一線医療、この第一線医療だけではないと思いますが、しかし第一線医療が一番地域の広がりの中で現実味を帯びている。

(2) 手段的ADLの改善と寿命の延長

私共の教室がいくつかの施設、例えば特別養護老人ホームで、入所されている方のADLの悪い人達は寿命はどうだろうかということ調査しました。入ってから、経過年数8年目までですが、ADLの悪い人、つまり厚生省の基準でいうところのBかCの人達、ほぼ寝たきりに近い状態の人達は、同じ年、同じ性別、同じ人達の生存率に対して、8年経ちますと、ADLの悪い人達は残っているのが3割ぐらいです。ですから、ADLというものが、私たちの生命余後に大きく影響している。それは当然ではないか、病気が重いからADLが下がっているのだろうと皆さん思われると思います。それはその通りですが、問題はADLを改善することによって、これが上がるかどうかということです。実は、そこが生涯医療、福祉医療の極めて大事なポイントです。車椅子で、あるいは起こしてきちんと食事をすることによって、これを改善することができるというデータをようやく我が国も出始めました。これをSADLあるいはIADL、手段的ADL、つまり本人は主体的には自分から何もできないんだけど、周りの人が起こしたり車椅子に乗せたり、あるいは車椅子で町へ連れていけば町の散歩もする事ができる、それが手段的ADLです。この手段的ADLを獲得することによって、私たちの生命力は改善されることとなります。

私は、脳卒中のことをずっとやって参りましたので、脳卒中の患者さんは、皆さんご存知のように、くも膜下出血、脳出血、脳梗塞によって寿命が全部違うと思いますが、しかしそれは1年までです。1年以降は完全に病気とは関係なしに、ADL、残存機能がどれだけあるかにより脳卒中の患者さんのその後の寿命が決定されます。ですから、お風呂にはいること、人と交流すること、きちんと食事を食べるということが、くも膜下出血であ

ろうが脳梗塞であろうが脳出血であろうが、1年過ぎたらそれは病気とは関係ありません。ADLを中心にしたケアというものが展開されていく。そういった医療が特別養護老人ホームだけではなく、これからの新しいケアベッドを持った、介護保険が入って参りますから、これからベッドを失った先生達も介護保険でケアを維持することができますし、必要でないと思ったら点滴をする必要ないわけですから、介護保険でその人達のADLを改善していく。

繰り返しますが、ADLは改善しなくともいいのです。IADLだとかSADLで補助的なもので充実感なりあるいは食事をきちんとしていくということにより、その人の生きている証、期間が延びるわけです。そういうところにやりがいを見つけていくような、広がりを持った医療が展開されていかなければならないと思います。今の若い人達を見ていると、そういうことに興味を持った人達が医学部に入ってきています。これまでの生物医学的なものだけで、難病奇病を一刀両断に解決してやろうという、そういう医学生とはちょっと違った人達が入って参りました。なによりも女性の方が多くなったということが、非常に心強い限りで、今年は私共、当大学で4割が女性で、早晚5割を越えるだろうと思います。もっともこれに危機感を抱く人達もいますので、そう話は簡単ではないと思いますが。

(3) 配偶者の死と寿命

ADLのことをお話しましたが、もうひとつの「21世紀どうするか」ということで、これは保健、福祉、医療共通の課題です。

果たして医療だけで対応できるかどうか分かりませんが、今私共が取り組んでいるのは死別の問題です。スウェーデンのマルボーチクという所で、高齢者といっても68才から73才の方達が、その後、追跡期間4年ぐらいか

けて死亡率を調査しています。死亡率には、当然高血圧、糖尿病などがあるとかが十分に影響するデータが出ています。しかしそれだけではなく、その他に、孤立度が高い人達も死亡率が高いとの結果が出ています。さっきWHOで定義されている「社会的に健康かどうか」ということです。

ここで、曰く高齢社会の健康観というものは、単に癌に対する免疫力があるとか、痛いところがないとか、ということだけではなく、明日何をしようか、それからしてよかったという目的とか充実感・充足感、そういったものが非常に影響してくる。これは若い人でも同じですけれども、特に大きく影響してくる。それは、老化というのはある意味では社会的な孤立、退職、隠居、撤退、引っ込めるということが出てきます。最も越山先生のように益々元気な人もおられますので、あまり一概には言えませんが。

孤立度が高いということが寿命に影響するというデータも出てきています。

私は、今、死別の問題をやっています。配偶者を亡くした方の健康度ということをやっています。今一緒に協力してやってくれている保健婦さん達に聞きくと「先生おかしいですね。死別した方が元気ですよ」という人がいます。そんなことはないだろう、建前と本音があるから、それは簡単に言ってはいけませんよとっているわけですが。ただ国の統計を見ますと、死別1年以内の配偶者を失った人の、ほとんど全ての病気の死亡率が高いですね。だからそう単純に解釈しちゃいけないよと諫めているんですが、あまり差がないんですね。よく分かりませんが、もう少しやってみないと。

(4) 孤立を解消する相談

孤立の問題は、保健医療を第一線でやっていく時、日本だけではなくありませんが、保健婦さんにしても医師にしても必要なときに情報

を提供するという場を私たちは確立する必要があります。

ですが、患者は消費者と言いますが、相談したい時に、誰かと相談できる、向こう側から来る線が我が国では、保健ではほとんど確立されていない。それは〇〇百十番だとか、何とか支援センターの電話とかはありますが、ほとんど個性あるいはプライバシーに配慮されていません。そういう意味で、日本の会社の方が進んでおります。

この間、ある日本の大きな建築会社で健康管理のことで勉強させてもらいましたが、その会社は第3セクターに電話相談の業務を委託しています。特に、メンタルとエイズの問題は絶対に会社の保健婦とか会社の嘱託医ではダメです。第3セクターにいつでも電話をかけられる。そういうサービスの仕方をしています。ますます個別的で複雑でメンタルな問題を含んでおり、生きがいにまで関係してくる健康問題なのに、昔のようにビタミンCを摂っていますか、ビタミンCを測ってあげますという、そういう単純な問題ではなくなっています。ますます、医療を受ける消費者側から本当に相談したい側にアクセスできる、そういうラインをそれぞれの健康管理の場、それぞれの診療の場で作っていくことによって、おそらく医療の専門家というのは、益々信頼を深めることができると私は思います。

(5) 第一線を担う、医師の養成

最後に人材についてですが、うちの医学教育の第一線医療の中で、介護について、1年生の時に実習しています。体験実習を4泊5日でやります。日本の21世紀の医療を提供する側の資質として、文部省は医療という技術的な職業はもちろんそれは大事だけれども、それを越えてケアをする、ケアの教育をしない、ケアをしていく人間を育成するという教育視点を持ちなさいと、ついに我々に言い

ました。我々10年前からそういう試みをやっていますが、これも学生諸君から1年生の時にちょっと行くけれどもあとは、私共5年生に講義しているわけですが、4年間放りっぱなしだ、一貫した教育ではないんじゃないかと、学生から最近突き上げを喰らっております。何とかこういった文部省の助けも借りて、ケアに適した医者、このあたりが第一線医療に出てくることによって、我が国の21世紀の保健医療はうんと幅のあるものになっていくだろうと、私は思っています。

おわりに

私が言いたかったことは、21世紀の保健医療はどうなるか、どうするかという話であります。一つは進歩した免疫学あるいは分子生物学あるいは遺伝子学、そういったものでこれまで手に負えなかった難病あるいは先天性疾患そういったものに対して、私たちは病気、臓器、細胞から、ウイルスから、いよいよ遺伝子医学の時代に入ったということが言えます。そして、顕微受精あるいは遺伝子治療、臓器移植、そういったものがどんどんこれまで手を着けることができなかった疾患に導入されていくことでしょう。ここで私たちはようやくウイルスの細胞あるいはバスターールの細菌学から新しい第3か第4か分かりませんが、第5かもしれませんし、新しい分野を治療する能力を得ることができるようになってきました。

一方、高齢化社会の進展は病気から病気を持った人のため、タバコを吸う、あるいは自動販売機のない町、そして禁煙道のある地域。そういった病気から行動、地域、暮らし。地域が、必ずしも地域という風に限定しませんが、学校あるいは職場でもいいんですが、そういった広がりを持った第一線医療で、例えば生育不良、障害を持った人たちが、いくら遺伝子治療が発達したとしても、環境との関係で、完全に元に戻るかということそうじゃな

いこともあります。それから複雑な、マルチの単に遺伝子だけでない、環境と関係の出でくる障害もありますので、そういった医療。それから、職場のトータルヘルスプロモーション、職場環境、特に職場環境を重視した健康づくり。

そして、先程お話ししたケア医療。職種としては、この広がりを広げるように、第一線の医療を広げるように、必ずしも地域とは限りません。病院の中かもしれませんし、臨床薬剤師、臨床栄養士、それぞれ専門機関を延ばして、個別的に対応できるようにしていこう。私が見ているところ、薬剤師の先生方も狭いところで単に薬を調剤しているだけの仕事から、病棟へ行くことによって、極めて薬と人間との関係に、生き生きと仕事をされています。栄養士さんもそうですね。ベッドへ行くことによって、極めて系統的な栄養指導ができる。何よりも専門職が生き生きして参ります。そういった広がりを持った医療あるいはサービス。この2つの組み合わせで行くことは、21世紀の当面、今日お話ししたような事態に対応した保健医療を提供していく道筋になるのではないだろうかと思っております。

ともあれ、たとえば私達が小矢部で関係し

ている「憩いの館」に通ってくる83才のおばあちゃんは、多少雨が降っていても「憩いの館」に元気に通ってきます。ともあれ高齢化社会の中で、私がざっとみるところ、第一線医療を提供する側の人材育成。第一線医療のおもしろさ。そういったものが今後極めて重要であります。そういったものに支えられて、遺伝子治療もまた総合的な発展をするだろうと思います。

思うに農村医学研究というのは、若月先生がかつて、学生時代、私たちに「農業特有の病気がある、農家の病気がある、農村の病気がある」、そういうエコロジーの視点を持った研究分野であるとおっしゃいました。病院におられてもあるいは地域におられても、エコロジーの視点を持った医療、保健、福祉対策の必要性、正に若月先生が農村といったところから初めて、国家、国際間というところまで含めて、農村医療はおそらく考えられなければいけないとおっしゃったのですし、私もそう思います。

多少第一線医療のところ、人材手薄なので、こういった研究会を通して、いろいろと私共にご示唆をいただければありがたいと思います。どうも有り難うございました。