

### 第3回「超高齢化社会問題研究会」議事録

日時：平成19年9月18日（火）

場所：超高齢化社会問題研究会

報告：「医療における高齢化社会問題」

A 第3回の研究会を開きたいと思います。

B いま、超高齢者問題、75歳以上というのが超高齢化の意味ですがけれども、それがこれからいよいよ増えていく状況の中で、どういうことを我々として意識したらいいかということで、実は今日は実質的には2回目になります。1回目は福祉のアプローチで、現場の方のお話を聞かせていただいています。2回目は、そうしたアプローチのお話を聞かせていただければと思った次第であります。よろしくお願い申し上げます。

**講師** こういった高齢者医療の専門的な部門ができましたのは昭和37年で、かなり前のことで、まだ高齢人口が5%に満たない時代に、もうすぐ日本は高齢社会になるということで老年医学の重要性に早くから気がつかれて、つくられた部門です。

現在は、老人科、老年病科、高齢医学科、いろいろな名前がありますが、厚生省の標榜科目にはなっていません。分類としては内科に分類されまして、「老年病科」と名乗っていますけれども、保険の請求を老年病科でやるということはないわけです。現在は大学病院にしかありませんで、80の医学部があるうちの23の大学に置かれています。これはあとでご説明します。

基本的に、高齢者医療をどういうふうにかえたらいいか、どこがいまままでの医療と違うのか、という点を中心にお話しさせていただければと思います。

（スライド）ご存じのように、高齢人口は想像を絶する勢いで増加しています。

（ス）釈迦に説法ですがけれども、これは人口ピラミッド図で、1920年の頃は

こういう非常にきれいなピラミッドをしていました。ブルーが子供、これが青壮年、グリーンがお年寄り、左が男性で右が女性です。子供が多くて、お年寄りが少ない社会でした。

それがどんどん高齢少子化が進みまして、人口も非常に増えています。2025と書いていますが、高齢者の人口はいま全国平均20.1%ですけれども、2015年には25%を突破するということで、本当の意味での超高齢社会が来ようとしています。このスライドをつくった頃は2025年という予測だったのですけれども、10年早まっていて、2015年になるということです。

(ス) 少子高齢化がこのまま進みますと、特に少子化ですけれども、だんだん日本の人口は減ってくるようになっていきます。いまの条件が全く変わらないで人口の減るスピードを計算しますと、1500年ぐらいたつと日本の人口は1人になります(笑)。なぜゼロにならないかということ、結局これは指数関数で計算していますので、ゼロになることはなくて、最後は1になります。ということで、日本の国は滅びてしまう。高齢化という問題は少子化という問題と裏腹の関係があって、両方とも解決されなければいけない、ということをいつも言っています。

(ス) なぜ日本がこういう高齢化になったかということ、当然、平均寿命が延びたからであります。私は1949年生まれですので、1960年というと中学生になるかならないくらいで、その頃はまだ日本は、欧米の諸国に比べると平均年齢が女性・男性、5歳くらい違って非常に低い水準だったのですが、この頃から高度成長の時期を迎えて、非常に寿命が延びていたわけです。1980年の前半には世界のトップレベルでした。

戦後、なぜこういうふう to 日本の寿命が延びたかということは、いろいろな要因がありますけれども、やはり大きいのは健康保険制度だと思います。良質な医療に気軽に安価に誰でもアクセスできる。こういう非常にすばらしいシステムを日本がつくったということが一つあると思います。

余談ですけれども、アメリカの、お医者さんでない私の友達に、血圧が高いということで、日本はどうしているのかというから、月に1回外来に来ていた

だいて、いろいろなアドバイスをしながら薬を出すと言うと、何でそんなことをする必要があるんだというわけですね。アメリカは、お医者さんが出す処方箋がなくてもOTCでそのまま買えるらしいんです。そこで自分勝手に薬を飲んでいるのと、月に1回お医者さんに行って専門的なアドバイスを受けるのと、どちらがいいかというのは明白ですね。そういった要素は非常に強いと思います。

もう一つは、この時期に日本の文明化、と言ったらおかしいですけども、文明化が進んだ。文化水準が高くなったということも要因の一つに挙げられます。人口の伸びを考えると、長寿社会というのは、マスコミでよく言われているのは、例えばソ連の山奥とか、ひどいのはメキシコの山奥でビルカバンバという有名なところがありまして、あそこは平均年齢120歳と言っていますけれども、ほとんど嘘なんですね。なぜ嘘かということ、戸籍制度がちゃんとしていないところで、それがそもそも信用できない。それから、ああいうところは、お父さんが亡くなるとそのまま歳を継ぐとか、あるいはおじいさんが亡くなるとそのまま年齢を継ぐから、120歳がゴロゴロ生きています（笑）。だからほとんど信用できない。

中国で寿命の伸びが一番高いところは北京と上海で、日本は東京と大阪です。やはり文明化なしに長寿というのはあり得ないというのが、それでもわかりません。

(ス) これは高齢率です。65歳以上が高齢者ということで、ずっと5%くらいだったのが、このように伸びています。地域によっては30何%、50%というところもあるわけです。

(ス) これは日本だけの現象ではありませんで、アジア各国はこれから高齢化が進んでくると言われています。1995年の段階では5%くらいで団子状態で、日本がぬきんでていますが、2050年になると、シンガポール、韓国、タイ、中国、インド、こういった10億という国民を擁する国が16~17%くらいで、非常に恐ろしいことになります。

ちなみに、シンガポール、韓国、中国もそうですけれども、最近、老年医学

に力を入れていて、「明日の我々は今の日本だ」ということで、いまから非常に対策を練っています。例えば韓国のソウル大学では、老人専門の病院、500床というのをつくりましたし、有名な延世大学、日本で言うと慶應に相当する大学も、大きな老年医学の研究所をつくったんですね。シンガポールもそうです。

(ス) 高齢者は一応65歳以上ですけれども、75歳以上からは後期高齢者ということで、例えば虚弱な方が増えてくるとか、たくさん病気を持って、医療も大切だけど福祉も大切、そういう年代になってきます。これは75歳で一応切るわけですね。75歳以上でガラッと変わるということをお納得していただくのに、すごく苦労します。というのは、いろいろなところが連続的に変わっているので、なぜ75で切るのかということがなかなかお納得していただけないです。我々の実感としては、75歳以上は全然違うというのが実感としてあるんですけれども、データで分析を示すのがなかなか難しかったりして、ようやくお納得いただいた次第です。

それから、90歳以上が超高齢者。85歳という方もいます。65歳～74歳というのは非常にお若い方が多いですね。医療でも、内科とかああいう若い人の医学をそのまま適用しても、あまり間違えることはないです。虚弱な方も、いないことはないですけれども、後期高齢者ほどはいない。

(ス) 前期高齢者と後期高齢者に分けますと、これからの日本はこのように後期高齢者のほうがグッと増えて、2015年には、比がほぼ1になって、あとは後期高齢者のほうが多くなる。本当の意味での高齢社会をこれから迎えるわけです。人口はこれからだんだん減ります。

(ス) これは言葉の問題ですけれども、WHOが高齢化社会の定義をしまして、7%を超えると「高齢化社会 Aging Society」と呼ぶ。エイジングしつつある社会ということです。14%を超えると「Aged Society」、既に高齢化が終わった社会ということで、「化」の字がとれて「高齢社会」となります。これはマスコミもよく間違えていまして、いま日本は、高齢化社会ではなくて高齢社会です。「社会が高齢化する」という言い方はいいですけれども、日本は高

齡化社会だと言うのは厳密には間違いです。これはまだはっきりした定義はありませんけれども、25%を超えたら「超高齡社会」と呼ぼうということが提案されています。

(ス) こういった社会の高齡化に伴っていろいろな問題が起きてまいります。特に医療の問題では高齡者医療を本気で考えなければいけない。医療費の問題もありますし、高齡者の医療をこれから担う担い手をどうやって養成していくかという問題があります。介護あるいは福祉の問題、特に介護保険がこれからどうなるかというのは非常に大きい問題です。それから、高齡者にやさしい社会づくりを国民がこれからどういうふうに考えていくのか。こういった問題があると思います。

(ス) 特に高齡者の医療に関して言いますと、高齡者の医学的な問題は、臓器別の専門医学（例えば循環器内科、呼吸器内科、消化器内科）という観点だけでは決して解決されない。高齡者の場合は全体像、これは身体ところを含めてですけれども、それを見る。それから、例えば1人暮らしかどうかとか、そういった社会環境が非常に関係してきます。それをトータルで眺める視点が必要であると思います。最近、厚労省が言っている「総合医」というものは、本当はこういうことをやってほしいと思います。

ところが、日本はいま、ますます臓器別に専門化してきていまして、変な話ですが、例えば肝臓病が専門ではないんですね。肝臓癌をラジオ波で焼く専門家、これしかやらない。そういう専門家が生まれています。もちろんそういう人も必要だと思いますけれども、全員がそれでは困る。具合の悪いことに、このことを国民が理解していないのです。

今後、高齡者医療のキーワードというのは、一つは病気の予防。それから、機能障害を既に有しておられるお年寄りの介護・福祉をどうするか、この2つだと思います。

(ス) 病気の話を少ししますと、老年期に問題となる病気は煎じ詰めるとこの5つです。動脈硬化、これは心筋梗塞、脳梗塞、それから癌も高齡者にとっては大きな問題ですし、あとは肺炎といった感染症が問題です。痴呆と書いて

いますが、いまは認知症です。認知症と骨粗鬆症。この5つがお年寄りで問題となる病気です。

認知症とか骨粗鬆症というのは、私たちが医学部の学生だった頃には全く習った記憶がない。当時は高齢人口が少なかったということがあって、あまり問題にならなかった。ちょうど有吉佐和子さんの『恍惚の人』が非常に話題になりましたが、あれがそもそもで、「こんな病気があるんだ」ということでしたね。

その後の高齢化で、患者さんの絶対数が増えてきたことと、加齢に対して誤解があって、お年寄りになると骨が曲がるのは当たり前と思われていたわけです。多少認知能力が落ちるのも当たり前だと思われていて、病気と見なされなかったという点もあります。例えば、骨粗鬆症は最近でははっきりした病気ということになっていきますけれども、つい15年までは病気と思われていなかった。あれは生理的な老化であるという考え方がされていたぐらいです。

各論的に言うところこういった病気が問題になって、こういう病気の診断、治療を考えることが非常に大切です。骨粗鬆症は非常にいいお薬があるのですけれども、認知症に関してはなかなか決定版がない。でも、いまから10年ぐらいするといわゆるワクチン療法が出てきて、恐らく予防治療が可能になってくるだろうと思います。

(ス) こういった各論的な病気が重要で、若い人の病気と全く同じですけれども、お年寄りの病気は何が違うかといいますと、臓器レベルで問題を起こしてくるわけですが、それが個体レベルの能力障害になって出てくる。最終的に要介護状態なるということです。代表的な例は脳血管障害で、脳梗塞あるいは脳卒中を起こすと半身不随で寝たきりになる。普通の病気はここ（臓器レベル）で止まって、これが治れば社会復帰できて働けるということになるわけですが、お年寄りの病気というのは、大体こっち（能力障害）のほうに行ってしまうということが非常に問題です。

(ス) 寝たきりの原因疾患は何かといいますと、非常に限られていまして、平成14年のちょっと古いデータですが、寝たきりの方が日本には31万6,000人

いると言われていました。そのうちの3分の1、37.9%が脳血管障害、高齢による衰弱が15.2%、転倒・骨折が12.4%、認知症が10.1%。高度な認知症になりますとほとんど寝たきり状態になってしまいます。非常に限られた疾患ですが、先ほど私が大切だと申し上げた病気はほとんど関係することがわかりいただけだと思います。

高齢による衰弱というのは、老衰というか……、私はもともと内科にいたのですけれども、その頃は老衰というのではないと思っていました。ところが、老年病科に来て高齢の患者さんをいろいろ診てみますと、原因はわからないけれども、食べられないでだんだん衰弱していく、こういう病態があるんだなと思いました。

それから、筋肉の衰えですね。サルコペニアというのは筋肉が少なくなるというので、いま、それをどうやって治療するかということが課題になっていますけれども、確かにこういった病態はあるなというふうに思います。

(ス)これは脳梗塞です。脳梗塞はMRIで見ると、いわゆるドーンと来るやつだけではなくて、こういうふうにポチポチ来るのがありますが、MRIを撮るとかなり高率に発見されます。これだけでは無症状ですが、血管性の認知症を起こす可能性があるということで、こういったことも非常に問題になっています。

(ス)骨を顕微鏡で見たところですが、骨粗鬆症は骨がやせ細ってきますので、ちょっとした外力が加わるとボキッと折れてしまう。骨粗鬆症の場合には、腰椎、胸椎、脊椎の骨折というのは圧迫骨折といってグシャッとつぶれるんです。腕の骨などは少し構造が違っていて、骨粗鬆症を起こしにくいと言われています。ただ、例えば手をついたときには橈骨が折れてしまう。そういったことがあります。我々が一番経験するのは、ポキンと折れるという意味では脊椎のところがグシャッとつぶれる。これを骨折と呼んでいます。

(ス)これはアルツハイマーです。このように脳がスカスカになる。ここが「海馬」といって記憶回路のあるところで、例えばコンピュータで言いますとハードディスクに相当するところです。このスライドではほとんどなくなって

いますね。ここの萎縮が特徴的な所見です。脳全体が萎縮して、髄液の通るところがこんなに広がっていますけれども、これからは、アルツハイマーをどうやって治療して予防していくかということが重要になってくると思います。

現在、アルツハイマーの病気の原因というのは大体わかってきまして、アミロイド 蛋白質という異常蛋白が脳にたまる病気です。したがって、アミロイドの異常蛋白ができないようにするか、できても、それを分解して外に出してやれば理論的には治るわけで、アミロイド 蛋白質がどのくらい脳にたまっているかを診断する方法が開発されつつあります。それは、アミロイド 蛋白質に特異的にくっつくもの - - 例えば抗生物質でもいいですし、MRIで映るような物質、そういうものをくっつけて、それでピカピカ光らせるという方法を開発中ですが、「あなた、たまってますよ」と言われても困るので、やはり治療と一緒に進歩していかなくてはいけないわけで、いま、治療で最も期待されているのはワクチン療法です。

これは、アミロイド 蛋白質に対する抗体を体の中につくらせるということです。抗体ができるとなぜ脳からアミロイドの 蛋白質がなくなるかという機序は、実はまだあまりよくわかっていない。アメリカで7、8年前に臨床試験が行われて、非常によく奏効することがわかったのですけれども、実は免疫性の脳膜炎（脳炎）を高率に起こすことがわかって、その薬はダメになったわけです。

これもあとでご紹介しますが、名古屋にできた国立長寿医療センターの研究所で「飲むワクチン」というのを開発していて、これは腸管免疫です。注射するのではなくて腸管免疫でやると、髄膜炎、脳膜炎を起こさないということがわかってきていまして、いま、サルで研究しています。これからヒトの試験に移って、薬ができるまでには長いステップがかかりますが、でも、いまから10年とか、15年くらいかかりますかね、そのくらいになるとたぶん使われるようになると思います。そうすると、ピカピカ光っている例えば50歳の無症状の方にはいまからワクチンを飲みなさいと、こういうことになるだろうと思います。

（ス）一つだけ、医学のエピソードですけれども、最近、アルツハイマーが



生活習慣病と関係があるということがわかってきました。横軸に血圧の値、110以上と非常に高い値ですけれども、縦軸にMMSE、これは30点満点の知能テストの点数です。そうすると、血圧が高い人ほどこの知能テストの成績が悪い。

(ス)では、実際に治療したらどうなるかということで、1990年ちょっとくらいに、「Syst-Eur試験」と言っていますが、ヨーロッパのお年寄りの高血圧の臨床試験です。ニトレンジピンというカルシウム拮抗薬（これは日本でも販売されています）で治療した群と、いわゆる偽薬を投与した群で、血圧を下げると脳卒中が減るというデータが得られているわけですけれども、それ以外にアルツハイマーの発症を見たわけです。そうしたら、実に半分に減ったということで、高血圧の治療をするとアルツハイマーの発症は実際に抑制されるということを実験で初めて証明した試験です。

(ス)もともと心筋梗塞、脳卒中の危険因子として知られている高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満、喫煙、こういったものがアルツハイマーの危険因子ということで、こういったことを除くことがアルツハイマーの予防になることがだんだんわかってきました。どうしてそういうことなのかというと、アルツハイマーは、アミロイド という異常蛋白が脳にたまることによって脳神経細胞が死ぬ病気ですけれども、脳細胞が死ぬときにはやはり血流のファクターというのが非常に大きいわけです。そういったことを意味していると思います。

(ス)オランダの「ロッテルダム・スタディ」というのがありますけれども、魚の摂取量とアルツハイマーの発症を見ています。お魚を1日3g以下しか食べない人と18.5g以上食べる人を比べると、魚を食べたほうが発症率が60%くらい減る。すなわち0.4くらいという成績が報告されていますし、ビタミンC・Eでもそういう報告がされています。

それから、週3回以上歩行よりも強い運動を習慣的に行っていた人はアルツハイマーになりにくい。

スウェーデン（の調査）では、大家族で生活している人。これはコミュニケーションということですかね。それから、読書やチェス、楽器演奏など知的な

趣味を持っている人はなりにくい。日本で言うと碁とか麻雀でしょうか。特に麻雀も、単に牌を引いてきて捨てるだけではなくて、盲牌をするといいらしいんです。ただ、因果関係はなかなか難しく、アルツハイマーになると盲牌どころか麻雀もできなくなるので、原因か結果というのはなかなか難しいことで、確かにそういう予防効果はあるのかもしれませんが、はっきりとした証明はなされていません。

結局これは何かというと、コミュニケーションはともかく、全部生活習慣です。生活習慣の改善というのは動脈硬化、アルツハイマー、骨にもいいんです。お魚も骨にいいです。そういったことで高齢者の生活習慣の改善というのは一石三鳥以上になる、そういうことが言えると思います。

(ス)これがロツテルダム・スタディで、3g未満。かなりばらつきはありますけれども、0.4ぐらいということです。実は、私はNHKの「今日の健康」に出たときにこのデータを紹介したのですけれども、はたと考えて、お魚を3g以下しか食べないというのはどういうことかなと思って(笑)。シシャモ1本食べると10g以上ありますよね。オランダというのはほとんど魚を食べない国だそうです。たぶん1カ月に1回、魚を食べるか食べないか……。

(ス)これはビタミンCとEです。

(ス)日本のように魚の摂取の多い国ではどうかということで、自治医大大宮医療センターの神経内科に植木彰という教授がいて、私の大学のときの同級生で、そうした縁でうちの若い人をそこでコンスタントにトレーニングを受けさせていますが、そこでやった共同研究です。

アルツハイマーになった人とならなかった人、バックグラウンドを全部合わせて綿密な食事栄養調査をしますと、アルツハイマーになった方は、なかった方に比べると魚の摂取量が少ない、牛乳の摂取量が少ない、野菜の摂取量が少ない、海草、キノコが少ない。何となく頷けるような調査結果がありまして、やはりお魚。日本のようにお魚の摂取が多い国でも効いているということです。

(ス)そこで、こういったメニューをつくってある患者さん群に食べていた

だいています。

(ス)縦軸はMMSE(知的機能のスコア)ですけれども、これが30点満点で20~23ですから、軽い認知症がある方を対象にしますと、このように、普通の食事をご自由に摂っていただいた群では下がっているのに対して、とどまるということで、確かに効果がある。アルツハイマーを食事で予防することが、これから非常にクローズアップされてくることになると思います。

(ス)「老年医学の心得がないと医療現場でどんなことが起こるか?」、これもお話ししましょう。ちょっと専門的になりますけれども、この患者さんは非常に教訓的な患者さんです。87歳の女性で、前に通院された方ですが、1998年1月、1人でバスで外出。高齢ですけれども何の不自由もなく暮らしていた。1月14日、風邪気味となって全身倦怠感が出現。食欲がなくなったけれども独歩可能で、近くの病院に行ったら、急性心不全だということがわかりました。近くの大学病院循環器内科に入院して型通りの心不全の治療をしまして、すぐよくなったのです。

ここが問題なのですが、その患者さんは食欲が回復して、もう歩きたい、ご飯も食べたいと言ったのですが、受け持ちのお医者さんが、あなたはお年寄りなのだからもう少し大事にしてくださいということで、ベッド上の安静と絶食、輸液管理を続けたのです。そうしたところ、5日後くらいから、排尿・発汗亢進、眼がうつろとなり、口渇・口腔内粘り感のため会話不能。これは何が起こったかというと脱水の症状です。それからしばらくすると熱が出て肺炎を起こした。抗生物質を使ったらその副作用で急性腎不全になった。これは乗り越えたのですけれども、助けてくれというのでうちに転院になった。この方を退院させるのに半年かかっています。

ここでの正解は、ここで(心不全治療後)すぐいろいろな点滴をやめて、ご飯も食べていただいて、リハビリをすぐ開始するということです。そうすると、たぶん全体でも2週間以内の入院で済んだと思いますが、半年間かかった。この半年間というのは何だったのかということになって、これは医療費の無駄遣い以外の何ものでもないですね。こういった簡単なことがまだ日本の医学界の

現場では起こっている。非常に憂うべきことで、ちなみにこの大学病院には老年科とか老年病科というのはありません。だから、こういうことをたぶん教えていないんですね。高齢者、お年寄りだからこそ、急性期を過ぎたら早く起こすというのは鉄則なんですけれども、逆のことをやっちゃっている。たぶん心臓だけ見ているとあながち間違いではないと思うのですが、全体の機能がどうかという視点が全くなかったということだと思います。

(ス) 高齢者を管理していく上では、一つ一つの病気の管理はもちろん大切ですけれども、それだけでは済まない。では何が違うのかというと、2つあって、1つは「老年症候群」という考え方です。老年症候群の定義は、「老年期に多い臨床徴候で、種々の原因で起こるけれども、原因の如何を問わずその徴候そのものに対する対処が必要なもの」ということです。

典型的な例は誤嚥ですし、認知症の症状もそうですし、転倒、失禁、褥瘡、寝たきりもある意味で老年症候群です。こういったことに注目して、例えば誤嚥ですと、いわゆる嚥下性肺炎を起こします。ご飯を食べたらとにかく肺炎を起こすわけですから、いつまでたっても退院させられない。誤嚥の原因というのはいろいろあります。例えば、寝たきりで嚥下筋が萎縮しても起こりますし、脳血管障害でも起こりますし、いろいろな原因があるわけですが、原因の治療もさることながら、誤嚥そのものに対する対処が必要になってきます。極端なことを言うと、要は誤嚥しても肺炎を起こさなければいいわけですから、肺炎を起こさないようにするにはどうしたらいいか、ということですね。転倒、失禁、褥瘡、こういったことは高齢者に特徴的な臨床徴候です

(ス) お年寄りは個々の臓器だけを見てはダメで、体全体を見なければいけない。これは当たり前のことですがけれども、その当たり前のことがなかなか実際に行われていない。では、どうやってやるのかということですが、高齢者の総合機能評価というのがあります。「Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)」という名前がついていますが、Comprehensiveというのは、包括的なとか、総合的なという意味で、Geriatricというのはお年寄り、Assessmentは評価です。

(ス) 高齢者の機能が大切、体の働きが大切といっても、何を見ればいいのかということですが、基本的日常生活動作。これは(B)A D L (Basic)Activities of Daily Livingというもので、ご飯を食べて、お風呂に入って、着替えて、トイレに行って、ちゃんと排泄の管理ができる。こういった人間が人間として生きていく上で基本的に必要な能力です。

手段的日常生活動作というのはI A D L (Instrumental Activities of Daily Living)。これはもう少し高度な機能で、電話、買い物、外出、服薬管理、金銭管理。

認知機能というのは、先ほどのM M S Eもそうですけれども、日本では「長谷川式スコア」といってやはり30点満点の知能テストがよく使われます。「今日は何月何日ですか?」、「ここはどこですか?」、そういう質問から始まって、モノの名前を言っていたりする、そういったテストです。

情緒傾向 (mood) というのは、うつがあるかどうか。それから生活の質、意欲 (やる気)、こういったことが機能評価のターゲットになります。こういったものをすべて点数化して行って、その経過を見ることになります。

(ス) いままで、医療の主体というのはお医者さん、看護師さん、この2者によって進められてきたわけで、それは現在でももちろん変わらないわけですが、このC G Aというのは、それだけではなくてリハビリの専門の人、服薬指導 (薬剤師さん)、栄養指導 (栄養士さん)、ソーシャルワーカー、特にメディカル・ソーシャルワーカー (M S W)、そういった方が初めから患者さんに関与します。この患者さんのケアをどういうふうに行うかという、非常に簡単なことです。

ポイントは、医師と看護師だけではなくて、こういった多職種が1人の患者さんにかかわって、退院後の生活を見据えてその指導をしていくことになるわけです。これがC G Aで、簡単なことといえば簡単なことですが、違うところは、多職種が同時にかかわるといふことと、退院後にどういう療養生活を送りたいかということまで考える。この2つです。

(ス) C G A という手法が非常に有効だということを示したのは

Rubenstein,L.Z.という人ですが、カリフォルニア大学サンフランシスコ校の老年医学の教授です。1984年にこういった論文を出しています。高齢者を、こういう従来どおりの管理をしたグループと、G E U - -これはC G Aを行った病棟で、専門の病棟をつくっているのですが、それを比較したものです。これは死亡率ですけれども、死亡が半分に減っています。

(ス)それから死亡だけではなくて、I A D L (手段的日常生活動作)も非常に改善しています。そういうことで、生命予後も改善するし機能もよくなるということがわかりました。

(ス)これはC G Aの領域では最も古典的な文献になっていまして、ルーベンシュタインという人はこれで世界的に有名になったわけです。どんな人かなあと思っていたのですが、たまたま3年前、韓国の老年医学会に講演で呼ばれて行ったときに、アメリカから彼が来ていて、そのときに初めて会いました。

(ス)これは、ある日本の心不全の患者さんにこれを応用した成績です。心不全はお年寄りに多い病気ですけれども、最も多く入退院を繰り返す疾患の一つです。入退院を繰り返すことで莫大な医療コストを必要とします。それから、患者さんやその家族、介護する方のA D LあるいはQ O Lを損なう、こういう特徴を持っています。

(ス)C G A的な管理というのは急性期からやるのですけれども、心不全の急性期は病院で最先端の治療を受ければいいわけですがけれども、回復してきた頃からは、服薬指導とかそういった包括的な指導を行う。あとはリハビリです。それで在宅につなげて心不全の再発を防ごうということです。

(ス)C G A的な介入を行う前は年に3回ぐらい入院していたのですが、それが1回弱ぐらいで済むようになった。入院の日数も、介入前は130日ぐらい入院していましたがけれども、介入すると1カ月弱ぐらいで済むようになった。これは何かというと、心不全の再発が抑制されたということです。

(ス)したがって医療コストが減ることになるわけですが、これは当然ですね。医療コストを減らすことで厚労省は非常に苦労しているわけですがけれども、医療の質を落とす格好で医療費を削減することは極めて簡単です。誰

にでもできることですね。いま求められているのは、医療の質を落とさないで、むしろ上げる格好で医療費を節減するにはどうしたらいいか、これを考えなくはいけないということで、そういった面でこのCGAというのは高齢者の管理に有用な方法です。

(ス) 医学的に考えて、そもそも心不全が悪くなるというのはどういう原因だろうかということ、いろいろな原因で心不全になりますけれども、例えば心筋梗塞で心臓の動きも収縮が悪くなって心不全となる。こういった原疾患が悪くなるということもありますけれども、もう一つ、「誘因」というのがあります。例えば感染症、不整脈、風邪をひいても心不全は悪くなります。貧血、食塩・水の過剰摂取、特に高齢者はよくわかりませんので、きちんと管理しないといけない。それからお薬を自分でやめてしまう、これが結構多いです。心不全が悪くなって入院したときは、「お薬はもう2週間前から飲んでいません」とか、これが非常に多いです。食塩・水の場合には栄養士さんですし、薬剤師さんでもありますし、こういった誘因をなくしていくということです。

(ス) 「老年疾患の予防」が大切と申し上げましたけれども、予防について少し述べたいと思います。

(ス) これは骨粗鬆症です。横軸に年齢、縦軸に骨量。骨の中のカルシウム量とってください。人間は子供からだんだん大人になって骨量が増えてくるのですが、40歳半ばを過ぎますとだんだん減っていきます。特に女性は閉経を迎えると急速に減ってきます。減り方がある時点で骨粗鬆症と診断される時期に入ってくる。いま、若い方の骨量の70%未満になると骨粗鬆症と診断することになっていますけれども、このグラフを見ますと、骨粗鬆症にならないようにするにはどうしたらいいかというと、一つは、若い頃の骨の量を増やしていくこと。これなども、いまから我々が若い世代にこういった知識をフィードバックしなければいけない。もう一つは、減るスピードが遅ければいいわけです。この交わる点が遅くなる。減るスピードをどうやって落とすことができるか。

(ス) 骨粗鬆症もやはり生活習慣病です。例えばカルシウムの摂取、食塩の過剰摂取、運動不足、日照不足、喫煙、こういった生活習慣に関係しています

ので、生活習慣を是正することは一つの有益な方法です。

(ス)いま私たちが注目していますのは、環境因子ではなくて、もともと遺伝的に骨粗鬆症になりやすい人がいるのではないかとということで、どういうマーカーを調べれば骨粗鬆症になりやすいと言えるか、ということをしている研究しています。

(ス)確かにいろいろな遺伝子を調べると、同じ遺伝子でもそれぞれ人によって顔が違います。どういう顔をしているかということ調べますと、ある特定の遺伝子型を持っていれば骨量が非常に少ないということがわかりました。遺伝子というのは一生変わりませんので、むしろ子供の頃から診断をして介入していくという方法がとれるわけです。

これはいろいろな疾患に行われていますけれども、骨粗鬆症のように治療法がわかっている疾患であればいいのですが、アルツハイマーのようにまだ治療法がよくわかっていない疾患でこれをやりますと大変な問題になり得るということで、ちょっと注意しないといけない。例えば差別とかそういったことが起こり得るということです。ただ、こういったことを研究しています。

(ス)これは予防の一つの方法です。

(ス)こういうのをTailor-made Medicineと言うわけですが、遺伝的に骨粗鬆症にかかりやすい人を選別して早期から介入しようということです。注意しないと差別につながりかねないので、要注意です。

(ス)もう一つは転倒を防ぐことです。お年寄りがなぜ転びやすいかということ、(足を)上げる、この上がる高さがだんだん少なくなってくるのが一番大きな原因で、従ってつまずきやすくなるということです。それから、筋力をアップさせる。少なくとも転倒の要因をなくす。例えばスリッパは非常に危ないですし、こういったことに気をつけていくということです。

(ス)それでは、転んでも骨が折れないようにしたらいいのではないかとということで、「ヒッププロテクター」といって、硬質のプラスチックでできたプロテクターを装着していただく。骨量が低い人はこういうことをやっています。そうしますと骨折率が半分に減ります。



(ス) これは肺炎の予防ということで、いわゆる口腔ケアに注目した非常に有名な研究です。私はこの研究を厚労省の方にレクチャーしたのですが、肺炎を起こすと病院では抗生物質を使います。これはいまでも変わりません。肺炎を起こしたら抗生物質、こういう単純な思考でいいのかということで、肺炎にならないようにするにはどうしたらいいか。これは東北大学の老人科の研究ですが、11の老健施設に協力していただいて、470人の方を対象として、食後に5分間の口腔ケアをする。具体的には口腔内の洗浄です。汚れがひどければイソジンというので口の中を消毒してあげる。これをやったグループと、特にやらないでご本人に任せたグループとで、2年間、前向きにフォローしました。

(ス) こちらが口腔ケアをやったグループですが、肺炎が半分、死亡率も半分に減った。平均年齢は82歳くらいです。たった5分間、1日3回の口腔ケアでこれだけ劇的な効果があったということで、口腔ケアがいかに有用かということを示す成績になりました。

(ス) アメリカの老年医学会誌にこの成績が載ったのですが、雑誌の編集者がコメントをつけたわけです。科学雑誌というのは、注目すべき論文があったら、それに対して編集部がコメントをつけるということがよくあります。この編集者は経済効果を計算したわけです。口腔ケアを行う看護師さんを1人雇った場合の人件費は、いまは1年間に2万5,000ドルかかる。1万9,000施設のナーシングホームがあるのだそうです。掛け算しますと、元手が500万ドルには及ばない。アメリカの医療事情で肺炎の患者さんが10%減った場合には、それだけで800万ドル以上のおカネが節約できる。そうすると、10%減ただけで300万ドル(3億円)以上のお釣りが来る。アメリカ全体にとってはあまり大したおカネではないでしょうけれども、これが50%ということになりますとかなりの数字になるということで、こういったエビデンスをこれからつくっていかなくはいけないということです。

(ス) いま、世界的に問題になっていますのは、後期高齢者、超高齢者の生活習慣病をどういうふうに管理するかということです。具体的なことを言いま

すと、例えば90歳の方のコレステロールを下げているのかどうか、下げて本当に効果があるのかどうか。そういうエビデンスが全くないんです。若い方と同じアナロジで治療しているのですけれども、本当にそれでいいのかどうかというエビデンスは全くない。これをつくっていかなくてはいけない。

(ス)これは、高齢者高血圧の臨床試験で、いろんな試験が行われていますけれども、ほとんどが前期高齢者を対象にした試験で、非常にいい成績が出ています。だから、前期高齢者では血圧をちゃんと下げあげると脳卒中、心筋梗塞は抑制できます。総死亡率も減ります。これは証明されているわけです。

ところが、後期高齢者でどうかというと、実はエビデンスがないんです。特に80歳以上のエビデンスは全くありません。それを証明するには、やはり80歳以上の方を集めて臨床試験をやらないと結論が出ないということになるわけです。

それから、コレステロールもそうです。週刊朝日などで、コレステロールは高いほどいいとか非常に誤った記事が載っていますけれども、あれはお年寄りの成績をそのまま持ってきているわけです。確かに90歳の方をとると、コレステロールが高い人ほど長生きです。そりゃそうですよね。コレステロールというのは栄養の指標ですから、栄養状態のいい人は長生きに決まっていますが、本当に高齢者でコレステロールを治療したほうがいいのかどうかというのは全然わからないんです。これもやはり臨床試験をやらなければいけない。臨床試験をやると何億とおカネがかかりますから、その費用を誰が負担するのかとか、国民にちゃんと理解してもらえるのかどうかという問題があります。

あと7～8年すると答えが出るとは思いますけれども、80歳以上の方を集めて協力してくださる方に臨床試験を行っているところです。やはりきちっと生活習慣をコントロールするということは全員そうですね。必要な方にはコレステロールを下げる薬を飲んでいただいて、それでどうなるかということです。こういったエビデンスをつくっていくのも我々の役割だと思います。これが出ないから、お年寄りのコレステロールを下げているのかどうかという議論が延々と繰り返されるわけです。こういったことはいろいろな困難を伴ってもやらなけ

ればいけないと思います。

(ス)それから、高齢者医療の担い手の養成ということです。これは我々が非常に危惧しているところですが、日本で、高齢者医療の研究とか教育機関がどうなっているかということです。

(ス)最初に申し上げましたように、日本には80の大学医学部があります。そのうち、老年科、老年病科、そういう高齢者医療専門の診療科あるいは講座を持っている大学は23しかありません。そのうち国立が15、公立は京都府立医大と大阪市大、私立大学は慶応とか杏林とか、そういうところにあります。これが日本における老年医学のほうです。

もう一つ、「老年学」という概念があって、これは老年医学だけではなくて、基礎科学、社会学、経済学、法学もそうですけれども、高齢者に関するいろいろな学問を集大成して多角的に高齢者を研究する、そういう学問領域がありまして、これを老年学と言います。老年医学は老年学の一分野ですけれども、老年学というのを掲げているところは少ないといいますが、実は桜美林大学しかありません。これは日本で唯一で、しかも社会人を相手にした講座です。正規の大学院の講座ですけれども、それしかないというお粗末な状況です。

(ス)都は、美濃部さんが都知事だったときに東京都老人医療センターというのをつくって、それに研究所を併設して、これが日本で非常に成果を上げてきました。特に東京都老人総合研究所というのは世界的にも非常に有名です。美濃部都政の評価はどうか分かりませんが、これは非常によかったかなと思います。

お国がようやく一昨年、国立長寿医療センターというのをつくりました。これは名古屋の近くの大府市というところにあります。昔、国立中央病院という結核の療養所がありまして、そこをリニューアルして国立中部病院をつくって、そこを母体にした、がんセンターや循環器病センターと同格の6つのナショナルセンターの1つです。

(ス)大学は23あると言いましたけれども、実は最近、増えるどころかむしろ減ってきているわけですから、これが私たちが非常に危惧しているところであ

ります。

(記事引用)「諸外国では既に多くの大学に老年科が設置されているが、わが国では高齢者医療の特殊性に対する認識が低く、老年科を設置している大学病院は全国80のうち23にとどまっている。しかも憂慮すべきことに、この老年科は増えるどころか、むしろ減少していく傾向にさえあるのだ。このことは、臨床の現場ですぐにも高齢者に対応しなければならない現在の医療事情を勘案すると、7割近い医学生が、高齢者医療の特殊性を学ばないまま医師になることを意味する」

最近防衛医大につくることが決まったらしいです。それから大阪市立大学でも独立した教授が生まれましたし、そういったいい方向に動いている面もありますが、いずれにしても23/80ではとても不十分なので、やはりもう少しつくっていただかないといけないと思っています。

(ス)これは国立長寿医療センターです。病院は300ベッドという小ぶりな病院ですけれども、今後、日本の老年医学の中心になるであろうと思っています。

(ス)これが全景です。ナショナルセンターは病院と研究所が必ずペアになっていまして、こちらが病院、こちらが研究所です。それからいろいろな付属設備があります。名古屋から電車で東に向かって20分ぐらい行かなければいけないので、ちょっと不便なところですが、この施設には我々も非常に期待しています。また土地柄、名古屋大学の先生が多いのですけれども、いま、老年医学会といろいろなことを一緒にやっています。

(ス)老年学の研究部門が日本にないと申し上げましたが、実は東大に昨年できました。「東京大学ジェロントロジー寄付研究部門」というところで、ジェロントロジーというのは老年学という意味です。これは総長室直属の寄付研究部門で昨年4月にスタートしました。日本生命、大和ハウス、セコム、この3企業がそれぞれ5,000万円ずつ寄付してくれまして、3年間で1億5,000万の予算でスタートしました。

いま、来年度のグローバルCOEというのが募集されていますけれども、老

年学の教育研究拠点ということで応募する予定になっております。

(ス) 退院支援の話ですが、こういうこともやっています、ということです。高齢者になりますと医療だけで話は済まなくて、やはりケア、福祉というのが重要になってきます。特に後期高齢者はそうです。先ほどCGAのところで退院後の療養生活というお話をしましたけれども、それを計画する専門部門ができつつあります。

(ス) 東大は、医療社会福祉部という名前の部門ができて、これが昨年から「地域医療連携部」と名前が変わったのですけれども、いずれにしてもここで退院支援を行っています。

(ス) 「退院支援」というのは、非常にわかりやすいですね。ところが、専門的には退院支援という言葉はなくて、退院計画と言います。「患者とその家族が、退院後に適切なケアプランを作るのを助けるために、利用可能でなければならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス」。要するに片手間にやるのではなくて病院としてやりなさい、そういうことです。これはアメリカの定義の直訳になっていますけれども、ポイントは、退院後の適切なケアプランを立てる、病院の中央診療部門の一つでなければいけないということです。

(ス) 日本でなぜこれができたかということの背景ですけれども、高齢社会で疾病構造が変化している。急性期も大切だけれども、こういった慢性疾患をどうするかということも大切である。それから、病院機能が分化・明確化してきて、いままでは何でもかんでも病院で受けていたわけですがけれども、病院によってはリハビリ専門とか、守備範囲を少し整理しよう。

大学病院のような特定機能病院では、高度医療を実施するというのが目的の一つですけれども、そのためのインフラ。それから包括医療制度になって、平均在院日数をできるだけ短くしたほうが病院経営にとって有利です。そういったおカネのことももちろんあります。

(ス) こういったことが絡んで、円滑な早期退院を図って、患者さんにとっては幸せな退院後の療養生活を確保していただく。社会資源・医療資源・病院資源を有効に活用する。特定機能病院の使命を果たす。それから病院運営の健

全化、こういったことが、こういう部門ができるようになった社会的な背景です。

(ス) 東大では平成9年からこういう部門ができました。ポイントはソーシャルワーカーが非常に重要なんですけれども、予算化されて正式認可。この正式認可の意味は、この2年間というのは院内だけのことで、要するに文科省で認められて初めて予算がつく、公になるということですので、設立から3年間という短い時間で正式部門になったことは、実は東大でも初めてです。文科省がいかにかこれに注目していたかということがおわかりいただけだと思います。

このとき大学では、翌年度、翌々年度の計画を上げて、こういったことに予算をつけてくださいと、順位をつけて文科省に概算要求をして、文科省からそれが財務省に行って、最終的に認められた格好になるわけですけれども、概算要求のトップにこれになったんです。そうしたら、ある医学会の新聞にこのことが出て、「大方の予想を裏切って、医療社会福祉部はトップに挙げられた」と書かれて、大体そんな経緯でした。

まあ、それは余談ですけれども、平成17年に「地域医療連携部」というふうにな名前が変わりましたが、やっていることは同じです。なぜ名前が変わったかということ、東大から地域の医療機関に患者さんをお願いするというベクトルが非常に大きかったのですが、今度は地域の医療機関から患者さんを紹介していただいて、必要な診療をしてお返しする、そういったことにも力を入れよう。逆紹介と言いますけれども、紹介をもうちょっと増やすということで名前が変わりました。やっていることは変わりません。

(ス) いまのスタッフは、私と、専任の医師が2人、看護師さんの専任1名、MSWは3名まで増えました。これで年間400~500名の方の退院支援に当たっています。東大病院の年間の退院の患者さんは16,000~20,000の間です。その中の400~500名ということで、決して多い数字ではないのですが、退院困難の方の支援に当たっています。

(ス) これは実際にやっていることです。退院先(お家に帰れるのかどうか)、介護保険を導入したり、配食サービスを導入したり、かかりつけ医の紹

介。それから経済的に問題があればその解決策を検討する。こういったことをやっています。

(ス) 東大病院の2万近くの退院患者さんすべてにそれをやることはできませんので、いま、スクリーニングをしています。それで退院困難と判定された方にかかわるといふふうになっています。

(ス) これがスクリーニング表で、年齢、どういう病気を持っているか、ADLはどうか、認知症があるかどうか、どういった医療の処置をして、介護力はおうちにあるのかどうか、介護保険についてはどうか、こういった点数をつけます。これをすべての入院患者にやってもらっていて、5点以上の方はすべて報告が挙がってくることになっています。5点以上の方にこちらからも改めて、本当に支援が必要かどうかということ判定することになります。

(ス) そうすると、入院の長期化が防げますし、何よりも患者さんの家族の退院後の不安が軽減される。そういったこともちゃんと調べてあります。

(ス) これは、本をつくりました。

(ス) 退院支援専門部署というのは日本でまだまだ多くないですけども、国立大学にはすべてできましたし、これからもこういった部門が高齢社会に対応する意味で非常に重要になってくるだろうと思います。

スライドをどんどん進めてください。

(ス) CGA、老年疾患の予防、退院支援の専門部署の設置、こういったことが今後重要だと申し上げましたけれども、いまのところ、インセンティブが全くついていないんです。例えば後期高齢者の医療保険制度が来年からできますけれども、恐らく口腔ケアとかそういったことが非常に重要視されると思います。やっても何も見返りが無いというのは病院経営にとっても問題ですし、いまは非常に実務的にいろいろやっていますけれども、これにインセンティブをつけていただきたいということで、たぶん、かなりの部分が後期高齢者の医療保険に取り入れられると思っています。

(ス) これが高齢者医療の目的とその考え方です。人間が生まれてから、寿命があって、亡くなるまで。中年から少しずつ衰えて(いわゆる生理的な老化

ですけれども)、中には老年病にかかって病的老化。縦軸はQOLでも何でもいいですけれども、こういったコースです。エンドポイントはそんなに変わらなくてもいいですけれども、このギャップを埋めるというのが老年医学の目的だというふうに考えています。それには医学だけではなくて、社会学とかいろいろな分野の方との共同作業が必要だと思います。

(ス)あとは健康寿命です。結局、健康寿命をいかに長くするかというのがその目的であるということです。

(ス)ちなみに一つだけ。健康寿命で男女差というのがあって、これは寿命の男女差ですけれども、女性のほうが男性よりも6年くらい長生きします。この格差がどんどん広がってきています。女性のほうが長生きです。

(ス)2002年の平均寿命は、男性77.9歳、女性84.7歳だったのですけれども、このときの健康寿命調査をしますと、男性が71.4歳、女性が75.8歳です。ここまではおひとりで元気に暮らしている、いわゆる健康寿命です。介護が必要な期間ということになるわけですが、女性のほうが長いのです。女性は、男性に比べて寿命は長いけれども、健康寿命が相対的に短いということがわかっていまして、なぜこういった性差があるのかということも研究課題の一つです。

(ス)比を取ると、健康でいられる期間というのは、男性は91.2%、女性は88.9%。

(ス)老年疾患を予防して健康で長生きしようということで、「Successful Aging」という標語ですけれども、これが老年医学と老年学の究極の目的ということになります。

ということで、どうもありがとうございました。

A どうもありがとうございました。

大変貴重なお話をいただいたわけですが、せっかくおいでの皆様からご質問を頂戴できればありがたいと思います。



**B** 要するに75歳というところがいいかどうか。超高齢という定義は90歳以上というお話も伺ったのですが……。

**講師** あれは、私が思っているというよりは、国際的にああいう括りが多いということです。

**B** ただ、先生も言われた75歳というところから、老人性の疾患を持つ明らかかな格差があるということだと思うのですが、その人たちが4人に1人になるという時代が2040年頃から起きてくる。我々の関心もそうなのですが、退院後の医療ケアという、在宅医療みたいなものも含めて考えない限り、病院もなければ施設もない、看護師もいなければ医者もないというように明らかになっていくような気がします。この問題について、先生のご意見はどんな感じでしょうか。

**講師** 非常に難しい問題だと思いますけれども、いま、厚労省は在宅に持っていこうとしています。ただ、初めに在宅ありきでは困るので、やはり在宅医療ができる環境というのがあるんですね。そこをいかに整えるかというのはなかなか難しく、そこを一切無視して、何でもかんでも在宅というのはかなり無理があると思います。

**B** 一方で、東京とか大阪とか大都市部では健康体が多いというお話で、文明が進んだことが長寿化だと言われましたが、逆に地方都市へ行くと、いま、65歳以上は3分の1以上ということがあって、これがあと10年もしないうちに75歳以上が3分の1ないしは2分の1になるかもしれない。その結果、住めないまちになって廃村が増える。集落が消えていくというのがどんどん増えているわけです。そういうことを考えたときに、都市部はまだしも医療機関が多いのですが、過疎市町村なり地方都市はどういうふうに対応しようとお考えなのでしょうか。

**講師** その辺は私もよくわかりませんが、地域のネットワークをこれからつくっていくことが必要で、そのモデルになっているのは尾道なんです。尾道は在宅医療を非常に進めていて、しかもお医者さんがネットワークをつくっていて、非常にうまく機能しています。なぜ尾道かということ、熱心にやっている人がいるということなんですけれども、あそこは人口が5～6万しかないのです。非常に小さな地方都市で、お医者さんも代々、二代目、三代目。それから、そこにずっと住んでいる人が多くて、要するにほとんどがわかっているわけです。そういったところにそういう熱心な人がいると、在宅医療のネットワークというのは非常に簡単にできるわけです。

**C** これは行政が熱心なのですか、お医者さんが熱心なのですか。

**講師** 医師会が熱心です。それに尾道市がついてきているわけです。

**D** 住民が熱心に団結しているんでしょうね。

**講師** そうだと思います。新しい人の出入りが比較的少ないまちということがキーポイントだと思います。そういったことを核にいろいろなところでくろうとしているわけです。

もう一つは熊本です。地域医療のネットワークが非常にうまくいっていて、あそこは国立病院とか公的な病院が3つか4つありますが、役割分担をしてうまく地域でやっているんです。いま、そういったことをいろいろ研究しています。ただ、そういった特殊な条件がそろわないとなかなか難しいですね。

**B** やはり医師会ですか。

**講師** 尾道は医師会が熱心にやっています。

**B** 熊本は？

**C** 熊本は知事ですか。

**講師** そうですね。熊本は行政のほうだと思います。ああいうのがうまくいく条件というのがあって、尾道がそのまますべてのまちに当てはまるとは思いませんけれども、一つの参考にはなりますね。だから、ああいうユニットを次々つくっていくことは一つの解決法かなと思います。それしかないですよ。

尾道の医師会長は、片山先生といって、隣のまちの出身です。

いま、在宅医療推進会議というのをやっていて、彼は在宅で非常に有名になって、今年の春の医学会総会が大阪であって、彼はシンポジストで呼ばれていて大阪で会ったのです。そうしたら、「昨日は尾道に帰りました」と言うわけです。自分が在宅で診ている患者さんが亡くなりそうだというので、彼は大阪から尾道に新幹線で帰っているわけです。それでまたとんぼ返りで大阪に帰ってきているのですけれども、やっぱり個人的な努力に非常に負っているなという感じがします。新幹線代だっただけかかりますし、普通はそこまでやらないですね。それだけ熱心なお医者さんがいるということが尾道を支えているわけです。

だから、いろいろな要素があると思います。一人の英雄が生まれるのはそれはそれでいいのですけれども、それを全国に普及させるにはもう少し考えないといけないなと思います。

**B** 厚労省はこの問題はどこが担当になっているのですか。

**講師** たぶん、老健局ではないかと思います。

それで、在宅医療推進会議というのができていまして、長寿医療センターの総長が座長で、どうやったらいい在宅医療ができるシステムができるか、それには何を解決しなければいけないかということをして1年くらいで答申を出すことになっていて、いま、いろいろ会合を持って研究しています。

**B** 北欧などは、医者の数が少ないとか病院が少ないということもあと聞きますが、在宅死亡率もかなり高いと聞きます。これは在宅医療が確立しているのですか。見方によっては、むしろ病院が少ないからだという話もありますが。

**講師** まあ、そういうところもあるのでしょうけど、お家で死ぬというのはむしろ普通の感覚なのかもしれないですね。日本は病院で亡くなるというのがまだ普通の感覚ですから。

**B** 医療行為が自宅ではできない、医者しかできないというところに一つのネックがあるということも聞きますが、北欧は違うのですか。

**講師** 国によって違うと思いますけれども、たぶん、看護師さんにある程度の医療行為が許されているということはあると思います。

**C** 尾道や熊本というのは、その辺を少し工夫しているのですか。

**講師** いえ、本当に医者の個人的な努力だと思います。

**A** 制度的に介護と医療と隣り合っていれば、むしろ行政が指導してオーバーラップすべきだと、そういう大きな流れがあるのでしょうかけれども、退院するときには、ソーシャルワーカーとか一つの部隊が必要なわけですね、それこそ総合判断するために。そういうときに全部が医療保険で出てくるわけではない。介護から出るカネもあるし、個人が持ち込むカネもある。そういった体制を維持していくために必要な社会保険とか、医療保険とか、介護保険とか、そういうものの組み合わせが、実際問題としては一つひとつの事例については大事なことだと思いますね。そこの運用というのはどういうふうになっておりますでしょうか。市長さんなり知事さんが音頭を取ってやっているところはい

いと思いますけれども、医師会が主導しているということになると若干の摩擦があるかもしれないし、もっと広く言えば、制度そのものにそういう視点を入れて、運用ができるようにしていかななくてはいけないということだと思いますね。

**講師** 実際問題、医療保険なのか介護保険なのか、現場ではかなり曖昧ですね。ただ、あれは制度的には全く関係のないところになってしまっていて、保険局の方はやはり融合すべきだという考え方もありますけれども、オリジンが違っているので。いまのところは全然セパレーツになっていません。

A 保険料を払っている人が違いますから、分けるべきなんでしょうね。

**講師** そうですね。

A 話が横にそれてしまいますけれども、臓器別にどんどん医学が進化してきた、老人になってみると、そうはいかない。一人の人間としてつかまえていかなければいけないということですね。それは介護する人、面倒を見る人、そういう総合的な体制が必要になってくるというお話で、非常に大事なことだと思いますけれども、医学の発達そのものが臓器別になっていって、治療の方法も臓器別になっていく。75歳以上になると、一人のお医者さんが責任を持ってやっていけるようになっていなくてはいけないわけですね。患者のほうの病気も絞られてくるということはあるのかもしれませんが、心不全の場合に、再発防止のためにいろいろな工夫をおやりになっておられるというのはよくわかるんですけども、そういうふうな医学の発達と、個人に対して、医学の進歩の成果を老人医療の治療という形でどうやっていくか。そのところが何か食い違っているような気がするんです。

**講師** おっしゃるとおりです。大学病院にいるお医者さんというのは、さ

つきも言いましたが、肝臓病が専門ではないですね。確かにそういう医療も必要ですから、専門医は専門医でいいと思いますが、やはりそのときに総合医をちゃんと育てなければいけないということなのです。

いま厚労省の中でも、「総合科」というのを診療科として認めようとか、「総合医」というのをつくろうとか、日本医師会も、総合医をきちんと認定しようということをやっています。これからたぶん1、2年の間に整備されると思います。

ただ、そこもいろいろな利害の摩擦があって、総合医というのをつくると、いま厚労省の方は何も言っていないですけれども、フリーアクセスが原則だというわけです。テリトリーごとに分けて、このテリトリーはこの先生に任せると。いわゆる英国型の体制になると非常に困るというので - - 確かにイギリスはそれで失敗していますので、その辺が今後は非常に問題になってくると思いますけれども、特に高齢者を念頭に置いて、総合的に診られて、しかも専門医に橋渡しのできるお医者さんが必要で、そういうニーズが高まっているという機運はあります。それをここ2、3年の間に急速に整備していくことになると思います。

A いわゆる町のお医者さんと、大学病院なり大きな総合病院との分業が大事で、分業して行って、患者が必要とするときにそれがうまく連携していくことが必要ですね。

**講師** おっしゃるとおりです。

A だから、お医者さんの体制そのものを動かしていかないといけないでしょうね。地域の町医者が集まってもいいのかもしれないけれども.....。

**講師** そこをやはりちゃんとトレーニングしていただいて、どういうポイントでこのお年寄りを診たらいいかということを再教育する。

A おまけに超高齢者になりますと、大体家族がいない。また、いても介護できないという状態が前提になっているわけですね。東京や大阪はよくわかりませんが、田舎へ行くと、大体息子は町へ行っていて働いていますから、じいさん、ばあさん、または、ばあさん1人が村に残っているわけです。そういう人が退院するといっても行き場がない。息子や嫁さんは、年寄りが病院から出ても受け付けない。そういうのがたまりたまって、高齢者がベッドをふさいでいるという状態になっている。それを財政的に確保していかなければならないという、一つの工夫だと思うんですね。

講師 それが介護支援の役割なんですね。その場合には、介護保険でどういうサービスを導入したらいいとか、そういったケアプランを立てることが大事になってくると思います。どうしてもそれでうまくいかなかったら施設に入ることになりませうけれども、現実には、いまはそういうことで対処しています。

A 最後は自宅に引き取ってというのが厚労省の大きな考え方だとしますと、あるところから介護、その先はまた医療と、うまくつながっていかないと悲劇になってしまう。おまけに昔と違って、親族が介護するという習慣がどんどん減っていますからね。

講師 おっしゃるとおりですね。そこをうまくつなげていかなければいけないと思います。

A 社会システムとしての老人治療といえますかね。

講師 後期高齢者の医療保険制度が来年からできまして、医療保険、介護保険、また医療保険、こういったシステムになるので、その辺が非常に問題で

すよね。そこをうまくつなげていかないといけないと思います。

A あれは、財源をセパレートするという頭で制度をつくっているでしょう。だから健康保険が後期高齢保険に移るときでも、レベルが下がるという問題が当然起こってくるわけです。いまでこそ全体の10何%くらいが65歳以上の高齢者に対するもので、これから2025年くらいになると、全体の医療費の40%は後期高齢者向けになるという推計があります。その体制ができていないから、お医者さんの数が足りない、看護師さんの数が足りない、足りないことはないとしてもそういう訓練された人がいないし、おっしゃるようにチームを組んで動くというのだって、チームの訓練なんてましてできていないわけですね。そういった供給面の工夫はだんだん必要になってくるんじゃないですか。

講師 少なくとも医療チームに関しては、これからそういったトレーニングシステムができると思います。たぶん急速にこの1、2年でできると思います。

A 絶対数が足りないでしょうね。

講師 でも、医師会の方の数というのはかなりいますから、数的には十分いけると思います。むしろ看護師さんの問題とか、コメディカルの方、そことにかくうまくチームがつかれるかというところがポイントだと思います。そういうステーション的なものをつくって、いろいろなところでシェアしていくということになるのかもしれないですね。それは日医も、いま、一生懸命考えているところです。

D 朝日新聞の主張で書かれた老年病科の創設ですが、これは当時、日本は遅れていたのですか。最近増えているようですけども。



**講師** 一時、急速に増えたんですけど。

**D** 欧米に比べては？

**講師** ヨーロッパなんかはほとんどのメディカルスクールであります。

**D** 老年科ですか。

**講師** はい。アメリカはそうでもないです。アメリカはむしろ大学というよりは、NIHという研究の取り締まり機関、元締めみたいなところがあって、あそこの1つにNIA (National Institute on Aging)というのがあって、あそこが研究の取りまとめをやっていきます。いろいろなプロジェクトごとに大学に振っています。それから老年科のあるところは、ハーバードとか、UCSFとか、マウントサイナイとか、わりと限られています。

**D** 日本の医学の特色でタコツボ型の研究者が多いとか、そういうことは関係ないですか。

**講師** それは関係あると思います。アメリカみたいにちゃんと中枢のコントロールをする機関があって、NIAというのはものすごく予算を持っていますから、いろんな大学のプロジェクトごとに振ってやるというのは非常にいいんですね。それはアメリカ式の合理的なシステムで、ヨーロッパは各大学に老年科というのがあって、内科とか外科をコントロールしてやっているわけです。日本はどっちつかずの状態なんですね。

**E** 先生のお話、大変感銘を受けているのですが、退院後の医療・介護というシステムを受ける側として、患者だけではなくて家庭なり家族なり地域なり、どうもその社会システムが日本は十分ではないのではないかと。医療側の

ほうは役割としてそういうものを提供するとしても、最近の新聞や何かを見てみると、高齢者の孤独死の問題だとか、火災が起きればみんな高齢者が死んでいますね。それから高齢者が犯罪の対象になってくる。そういういろいろな社会問題があって、それを地域でどう防ぎながら医療側のこういうシステムを十分機能させるのか。そのネットワークづくりというか、その社会的な教育というものをやらなくてはいけないと思いますけれども、誰がどう掛け声をかけてやるのか。

C 先ほどの寄付講座のお話で、セコムさんの名前がありましたね。派出所は最近無人が多くて、セコムに地域防災・防犯を全部任せようと話し合ったりしています。そうすると、地域医療をどこかで企業としてやる。セコムがそこに出しているというのは、セコムは何かそういうところを考えていることもあるのではないのでしょうか。

例えば聖路加病院のマンションがありますね。あれはいつでも聖路加病院の医療が受けられるけれども、あれを面的に出したら、おっしゃったような形になるわけです。そこを誰かが地域全体をマネージしていく。だから、先ほどの日本生命とセコムは、すごくいい組み合わせだなと思って聞いていました。セコムさんがそういうところを何か考えておられると非常にいいなと思うんですけどね。

**講師** セコムは企業体としてそういうことに関心は持っておられると思います。現在、そういうことをやっているということではないですけれども、その重要性は認識しておられるようですね。

C 制度的なものがいろいろあるのでしょうかけれども、セコムさんなんかにやっていただけると一番ピタッと来るなと思いますが。

F いまのお話で、セコムさんとかありがたいのですけれども、なぜ、こ

うというのが正式の予算で認められないのか。寄付講座もいいですけども、最もベーシックな話ですから。

それと、先ほど先生がおっしゃった、老年疾患のためのケーススタディ、これをやらなければいけないけれども、その予算の見通し等もないということも問題ですね。これは先生に伺う質問ではないのかもしれませんが、そういう肝心のところには税金をきちっと投入してもいいのではないかと。そのあたりがまず一つ、どうも合点がいかないということと、もう1点は、アルツハイマーのお話をいろいろありがとうございました。その資料の中で、魚をたくさん食べたほうがいいということですけども、牛肉とか豚肉については、そういう意味での意味がないようなデータでした。それは何か、魚の肉の特質があるのかどうかということですが。

**講師** やはり動脈硬化を防ぐということだと思います。EPAとかDHAが動脈硬化を防いで、血流をある程度保っているということが重要なのではないかと思います。

最初のご質問のほうは、私も全く合点がいかないんですね。日本の大学はなかなか保守的で、しかも大学の自治に任されていますので、国がこうしろということはなかなか言わないです。むしろ、大学がこういうことをやりたいから認めてくれというスタイルで、それがないと国も認めようがないというスタンスですから、なかなか難しいです。

ただ、長寿医療センターもできましたし、いろいろなインフラが揃いつつあるなという気はしますが、まだまだスタートに立ったところですから、今後、ぜひ努力をしていって、来年のCOEに通るとすごくインパクトは大きいと思います。

**B** プライマリヘルスケアの部分が、昔は日本は磐石だと言われてきたのが、いまやどんどん壊れているわけです。ですから、例の「アルマアタ宣言」の頃にしっかりしたやつがあった昭和50年代から、20年でもう様変わりになっ

ているわけです。専門化しないと食べていけない時代に医者の方がなってしまったんです。

一方で、いま、60歳以上のお年寄り - - 定義が60というのはおかしいと思うけれども、それが、夫婦だけないしは1人というのが6割になっていて、そういう状態で在宅なんてできないんですよ。結局、退院したあとは、いわゆる老人保健施設か、あるいは特養か、そういうところに行くしかないという姿になっているわけです。だから、日本では在宅医療の受け皿がなくなったという気がしますね。

**講師** ですから、そこを公的なシステムでいかにうまくできるかということですけども、相当難しいですね。

**B** そうだと思います。だとすると、敗北主義という言葉がいいかどうかわからないけれども、現実のそれを前提にどうするか考える。家族まで含めて議論しろという人も中にはいるけれども、ほとんどは、言ってみたってないではないかといって、いま進めている在宅医療そのものにはかなり批判的な若手も増えているように思います。

**講師** そうかもしれませんね。私たちも、いまのままでできるとは思わないですから。

**G** 前期高齢者及び後期高齢者向けの、夫婦もしくはお1人向けの分譲と賃貸両方合わせたマンションの開発のプランニングで、そのマンションは「最期は自宅で」というのがコンセプトなんです。そうなると、センターのところに医療とか介護の機能を持ってこなければならないと思っているのですが、先ほど先生は、在宅医療のためにはできる環境というのが必要なんです、というふうにおっしゃられました。一つは、地域医療のネットワークが必要でしょうし、さらには、退院後の生活まで指導するノウハウも必要でしょ

うし、そういうことを実践できるお医者さん、看護師というのも必要でしょう。それ以外に、具体的に在宅医療のできる環境として備えておかなければならないものというのはどんなことが考えられますでしょうか。

**講師** それはキーポイントですね。お医者さん、コメディカルの方、それからヘルパーさんみたいな方、そういう人的なネットワークと、あとは、センサー技術とかそういう光学である程度カバーできるかもしれないですが……、ちょっとよくわかりません。

**A** 非健康高齢者の期間が6.5年とか8.9年でしたが、それを足し上げると大変な数になると思います。これから4割がそうなりますから、4割の中の非健康部門というのは大変な問題でしょう。その問題に対して、お医者さんとかお役所を含めて供給側の体制というのはいかにも薄弱だと思うんです。これもあと20年でなってしまうわけです。いまの団塊の人が70歳を超えれば、あと15年ですか、たちまちそういう時代に入って行くわけです。ですから、77.9年の人生の中で6.5年は人のお世話になるものだというふうに、ずっとその割合は変わらないで来たのかどうかということですが、だんだんそれが縮んでいて、健全な老年の割合が多くなっているということなのではないでしょうか。

**講師** 高齢化になるとむしろ大きくなってくると思います。それをいかに短くするかというのが我々の最も大きな課題ですけれども、それにはやはり若い頃、中年の頃からの健康管理というのが非常に大切だと思います。

**A** 大きな流れとして、統計的にというか、健康な期間、6.5年が少し延びているんだということがあれば。

**講師** どうでしょうね。延びているかどうかという、健康寿命そのものの調査というのはあまりないんです。あの2002年のデータだけなんです。恐らく

放っておくとどんどん長くなってくると思うので、それをいかに防ぐかということが大切になってくると思います。

それには一つは、若い頃からの疾病予防です。メタボリックシンドロームが何であんなに騒がれるかということ、結局そこに尽きると思うのです。中年の頃からの健康管理が大切ですし、それから、高齢になった方の病気の予防と治療。たぶん、アルツハイマーもこれから医学の進歩によって治る病気になってくると思います。それも一つあると思いますけれども、そこはいかに我々がこれから頑張るかということによると思います。

C 例えば高齢者でも、この人は血圧を上げたほうがいい、この人は下げたほうがいいかもしれないと。DNAとかいろいろありますね。我々は医者にかかりますけれども、それぞれの医者に私のカルテがあるわけです。国民総背番号制というけれども、例えば私のカルテを全部一つのスティックにして、背番号の中で全部やって、医者に行くと総合的に全部診てくれるようなことはできないでしょうか。私がいろいろな医者に行っているのは全部スティックに入って、それを総合的に見てくれる人がいれば - - 例えば地域医療でも、それを判読する人さえいれば、総合的な医療がどこでもできるのではないかと思うんです。個々の病院にある私のカルテを全部開放して私が持ち歩くというのは、夢物語でしょうか。

**講師** いえいえ、そんなことはなくて、基本的には医療のデータはその患者さんのものという認識です。いまはまだそういう格好ではやっていませんけれども、それもやろうと思えばすぐできることで、私のデータを全部くださいということであれば、お渡しするのにやぶさかではありません。

C もう一つ、私たちが人間ドックを受けるときに、通常の間ドックのメニューがありますけれども、例えば65歳、75歳になると、人間ドックのメニューが違う形になってきますね。そういう65歳用、75歳用の人間ドックのメニ

ューというのは、大体確立されているのですか。

**講師** まだ確立されているとは言い難いです。いま、若い方のアナロジーでそのままやっていますけれども、例えば骨の検査とか、脳のMRIとか、血管年齢の測定とか、そういった高齢者の疾患に焦点を合わせたことが主体になってくると思います。

**C** さっきの資料を見せていただくと、例えば骨粗鬆症が自分はどのくらいかというのは、人間ドックの中のどこかにあるのか知りませんが。

**講師** たぶん、メニューには入っていないと思います。

**C** 年齢別に応じた、体の検査の項目があってもいいのかもしれませんが。そういうものを全部スティックに入れて持ち歩いておくということはどうでしょうか。

**講師** たぶん、そういうシステムになると思います。それは結局、ほかの医療機関に行った場合にもう一回検査をやるという無駄がなくなりますし、むしろ我々の望むところでもあります。

**D** でも、政治家は個人情報との関係があってもなかなか難しいですよ。

**E** 遺伝子情報まで入るからね。

**講師** いまチップに全部入れようと、そういう話になっていますね。

**D** アメリカがそうですね。

**講師** 遺伝子情報を全部入れて、例えばこの薬が効くのかどうかとか、そういうことまで判定すると。まあ、究極的にはそこまで行くと思いますが、それが新たな社会不安を起すことかもしれないですから、なかなか難しいですね。ただ、技術的には可能だと思います。

D 希望者はそういうのをどんどん受ければいいんですね。

C 情報ネットみたいな。

**講師** 自分の遺伝情報が入ったチップを持っていて、それをお医者さんに渡すと、この薬を出していいかどうか、そういう判定がすぐ出てくるとか、そういうことは現実化すると思います。

B 10年超えた自動車というのは、新車の部品に替えてはいけないのだそうです。要するにもともとほかが壊れているので、エンジンだけ替えたら壊れてしまうんです。まさに総合的に、自動車という単体がどうワークするかを見ることが、実は10年を超えた車検では重要なんだそうです。それと同じですよ。

**講師** おっしゃるとおりです。

C 先ほどの話で、先生のところからいい卒業生が出て、町で老人科という病院ができるのを望みます。

B 小児科があるのにね。

**講師** 標榜科の申請というのは繰り返しているのですが、なかなか認められないんです。というのは、「老人科というのは何をするとところなの？」



と聞いたときに、なかなか答え方が難しいわけです。例えば循環器内科だったら心不全とか心筋梗塞を診ますと、非常にクリアなんです。そういうクリアカットさがちょっと欠ける。横断的といえればみんなそうなんですよ。それでなかなか理解してもらえないことがあるのですが、ただ、厚労省が専門医というのをつくりました。例えば循環器専門医、呼吸器専門医。それに老年病専門医というのは認めてもらっています。それは去年の3月に認められて、老年病の専門医であるということは外に標榜していいということになっていますので、いま、全国で1,600人ぐらいいます。

B 歯医者さんでも、老人歯科というのが別にありますよ。

講師 そうですね。

C 具体的には老人消化器科とか、そういうことですか。

講師 老人科あるいは消化器科と、並列して出すようになっています。

C 老人科というのはできないんですか。

講師 それをつくりたいと思っているのですが、なかなか認められないんです。ただ、標榜科は認められないんですけども、老年病専門医は認めていただいたので、ある程度は我々の要求も通ったかなと思っているのですが、標榜科を認めてもらうというのが運動の一つですね。

C 老人科というのがまずければ、超高齢科とか何か。

D 80歳以上はオーケーとかね。

先ほどの栄養の問題ですけれども、この間ラジオで、日本人はみんな100歳

まで生きられる素質と遺伝子があると。その原因は、縄文時代から食文化が非常に発達していて、特に味噌とか豆とか、そういう日本の伝統的食品は高齢化に非常に適している。在来型の優れた栄養食をできるだけ指導すれば、皆さんは100歳まで生きられる素質があるんだと。それで自分は100歳まで生きる仙人クラブというのを推奨していると、歴史学の先生が言っておられましたね。老人学の一つとして、長生きをする食文化といいますか、それを推奨する向きというのはあるのでしょうか。

**講師** 日本型の古来の食事が体にいいというのはわかっていますが、では、なぜ寿命が短かったのかというと、決定的なことは良質の蛋白質が少なかった。良質な蛋白質をたくさん摂るようになったので、脳卒中、脳出血が減ったんです。だから、もともと古来の日本食のいいところと、戦後といいますか、欧米のいいところの両方を摂った格好になっているのが、いま、いい日本食ということになっています。要するに、昔は蛋白質が少なかったということが、脳出血が多い原因になっています。適度なアルコールというのは体にいいんです。

**F** 適度というのは？

**講師** 適度というのは一応目安がありまして、エタノールで1日に20～30mlです。エタノール30mlというのは、ビールが大瓶633mlですね、その5%ですから大瓶1本くらい。そのくらいのアルコール摂取というのはHDLコレステロールも上げますし、善玉コレステロールを上げますし、体には非常にいいということになっています。ただ、どこまで上げられるかというのはちょっとわかりませんが、教科書的には一応20～30ということになっています。

**D** 日本酒と洋酒と何か区別はありますか（笑）。

**講師** 特に痛風とかなない限り、あまり大きな違いはないと思います。ただ、ワインはポリフェノールがたくさん入っていますので、赤ワインはいいとされていますね。

**C** 先ほどのお話で、例えばずっといまの医療体制で行く場合と、それから、こういう形でいろいろ介入していきながら早期におカネをかけていく場合と、経済学的にどちらがコストが安くて済むのかということ、いろいろなモデルで研究して、結果的にはこれで国民の医療負担が減りますよという……。

**講師** 実は東大のジェロントロジーに経済学の教授の方にも入ってもらって、それを計算してもらっています。たぶん初期投資をしたほうがトータルで言うと節約になると思っていますけれども、それを証明していかないといけないので、それが実は経済学の先生に与えられた課題なんです。

**D** 結局、予防医学と治療医学とのバランスの問題でしょうね。

**講師** そうです。いままであまりに予防が言われていなかったのです。結局、予防におカネをかけたほうが最終的にはお釣りがくるわけです。

**D** 日本は国民医療費は先進国中、低いほうだという統計は本当ですか。

**講師** ええ、半分くらいです。

**D** 第何位くらいですか。

**講師** 相当低いです。20何位ですよ。

**D** 国民医療費のシェアですか。前は高かったんじゃないですか。

**講師** いえ、GDPの7%~8%弱なんです。アメリカは15%ぐらい使っていますから。

D ヨーロッパはどれくらいですか。

**講師** ヨーロッパもアメリカと同じくらいだと思います。

D それはなぜですか。医師会がこれだけ強いのに。

A 毎日3,200カロリーのメシを食べていたら、年寄りになる頃にはたぶんそうなるんですよ(笑)。脂肪の過剰摂取ということはありますでしょう。

**講師** そうですね。

C ただ、ヨーロッパは基本的には医療費がタダでしょう。アメリカは逆に医療費が高いから。

D でも、アメリカが15%というのは高いですね。

A 顕著な差というと、摂取カロリーが2,300と3,900、それくらいアメリカと日本では違うんですね。寿命とか有病率はそう変わっているわけではありませんから、向こうのほうが栄養の過剰摂取ということが明らかにあるのでしょうかね。

**講師** そうですね。世界で一番長命な民族というと、日系のハワイの人だと言われています。日本のいいところとアメリカのいいところの食事を摂っていると、そういうことになっていますけれども。

A さて、今日は大変ありがとうございました。また、いろいろ教えていただきたいと思います。(了)