

神奈川県福祉・勉強会

「超・超高齢化社会」と
高齢者の生き方について考える

令和元年11月24日
嶋田芳樹

はじめに

私たち知的障害のある子弟の家族は、日頃子弟の生活や行く末のことを何かと気にかけています。それは家族として当然のことと言えます。

一方、日本は他の諸国に例を見ないスピードで、高齢化が進んでいまして、遠からず「超高齢化社会」ならぬ、「超・超高齢化社会」が出現するであろう、とまで言われています。

このような状況の中にあって、「今後も引き続き子弟の生活などに気を配っていくうえで、私たち家族自身の健康や生き方について、ここらあたりで一度振り返ってみる必要がある」のではないのでしょうか。

そしてこのことは、いずれ障害のある子弟にも生じる問題であり、そのためにも必要なことと思います。

そこで、本日は「高齢者の心身の健康や生き方」に係わるいろいろな意見やデータを中心に、ご紹介してみたいと思います。

なお、話の中に出てきます医師の意見やデータを信じるかどうか、そして実際にそのような生き方をするかどうかは、皆さんの判断にお任せするものです。

本 日 ご 説 明 す る 内 容

	(スライドNo)
第 1 部 やってくる「超・超高齢化社会」	3
第 2 部 高齢化の進展に伴って生じる問題	11
第 3 部 まだまだ続く「社会的弱者いじめ」	17
第 4 部 高齢者の健康と薬について考える	34
第 5 部 誰もが気になる「認知症」	50
第 6 部 日本人の2人に1人が「ガン」になる	59
第 7 部 「人生の幕の引き方を考える」	74
参考資料	78

第1部

やってくる「超・超高齢化社会」



2025年にはどのようなことが起こるのか

- (1) 15年後の2025年には、全人口の10人のうち3人が65歳以上の高齢者になり、さらに30年後の2050年には、ほぼ10人に4人が65歳以上になると予測されています。

これは次の表にみるとおり、先進各国の中では日本がトップで、その後も同様の傾向が続き、間違いなく「超・超高齢化社会」が出現すると考えられます。

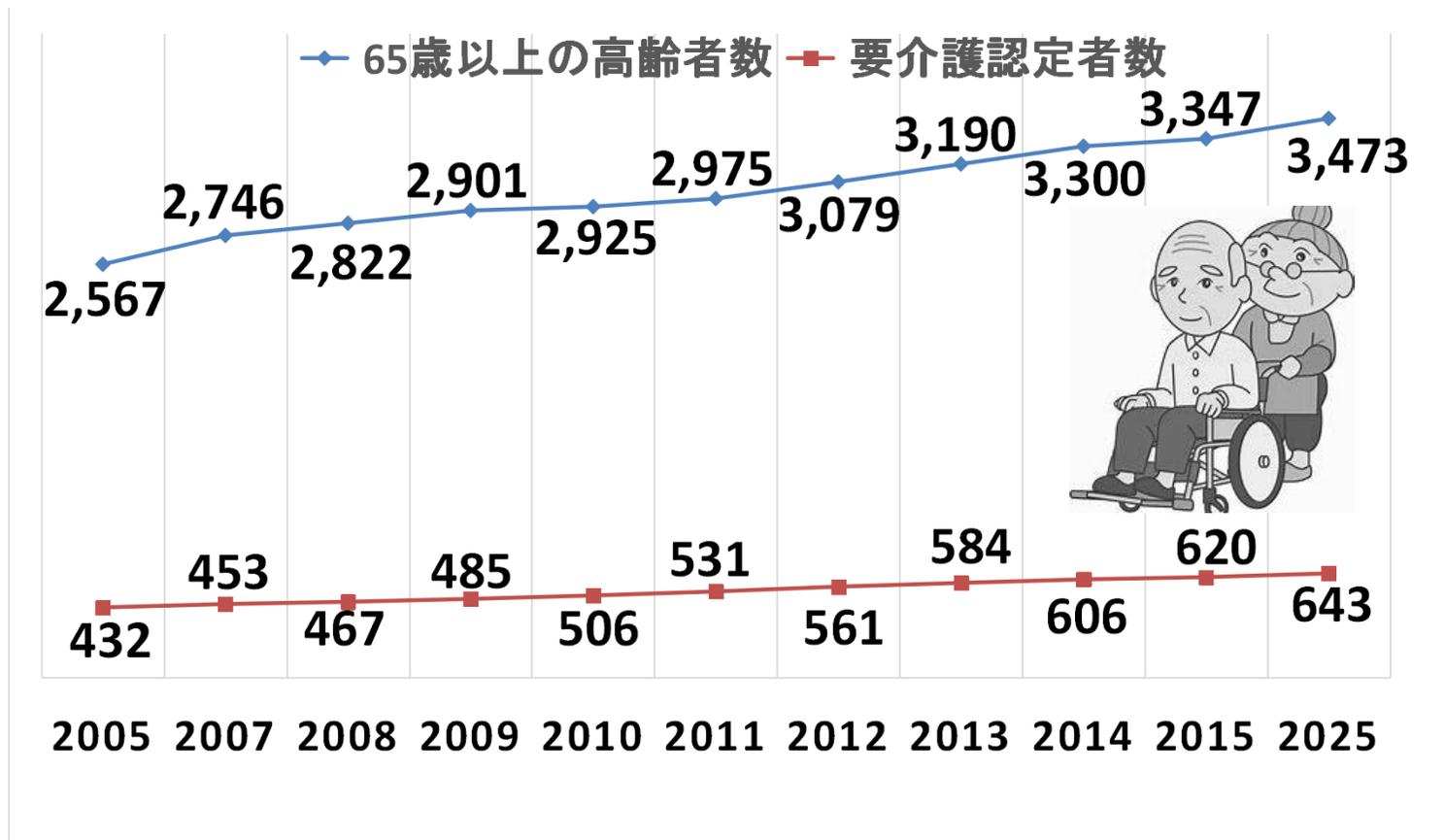
高齢化率(%)の推移各国比較

国名	2015年	2025年	2050年
日本	26.7	30.3	38.8
スペイン	18.8	22.7	35.8
イタリア	22.4	25.9	35.1
ドイツ	21.2	25.0	32.3
フランス	19.1	22.4	26.3
イギリス	17.8	19.6	24.7
スウェーデン	19.9	21.5	23.8
アメリカ	14.8	18.9	22.2
先進地域平均	17.6	21.2	26.5
開発途上国平均	6.4	8.4	14.4

(2) 年金制度を維持するためには、65歳以上の高齢者1人を、
現役世代2人で支えなければならないことになる。

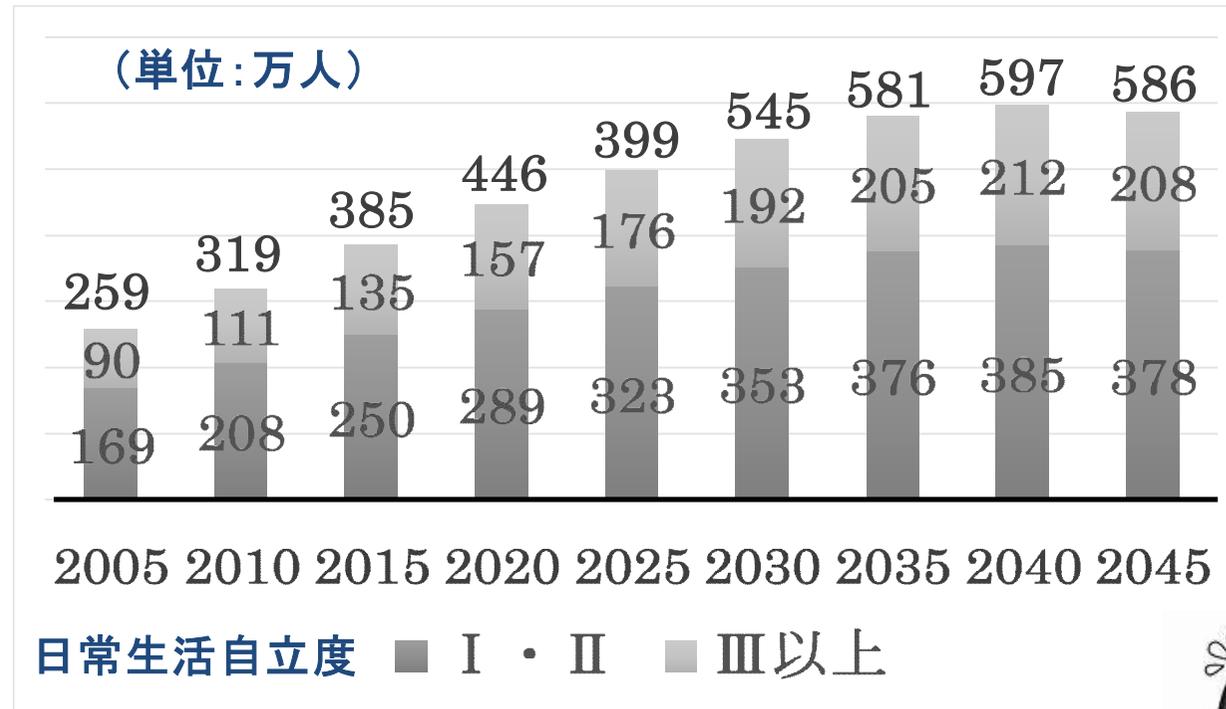


(3) 65歳以上の高齢者が増えるのに伴って、
介護保険の要介護認定者数も年々増加する。

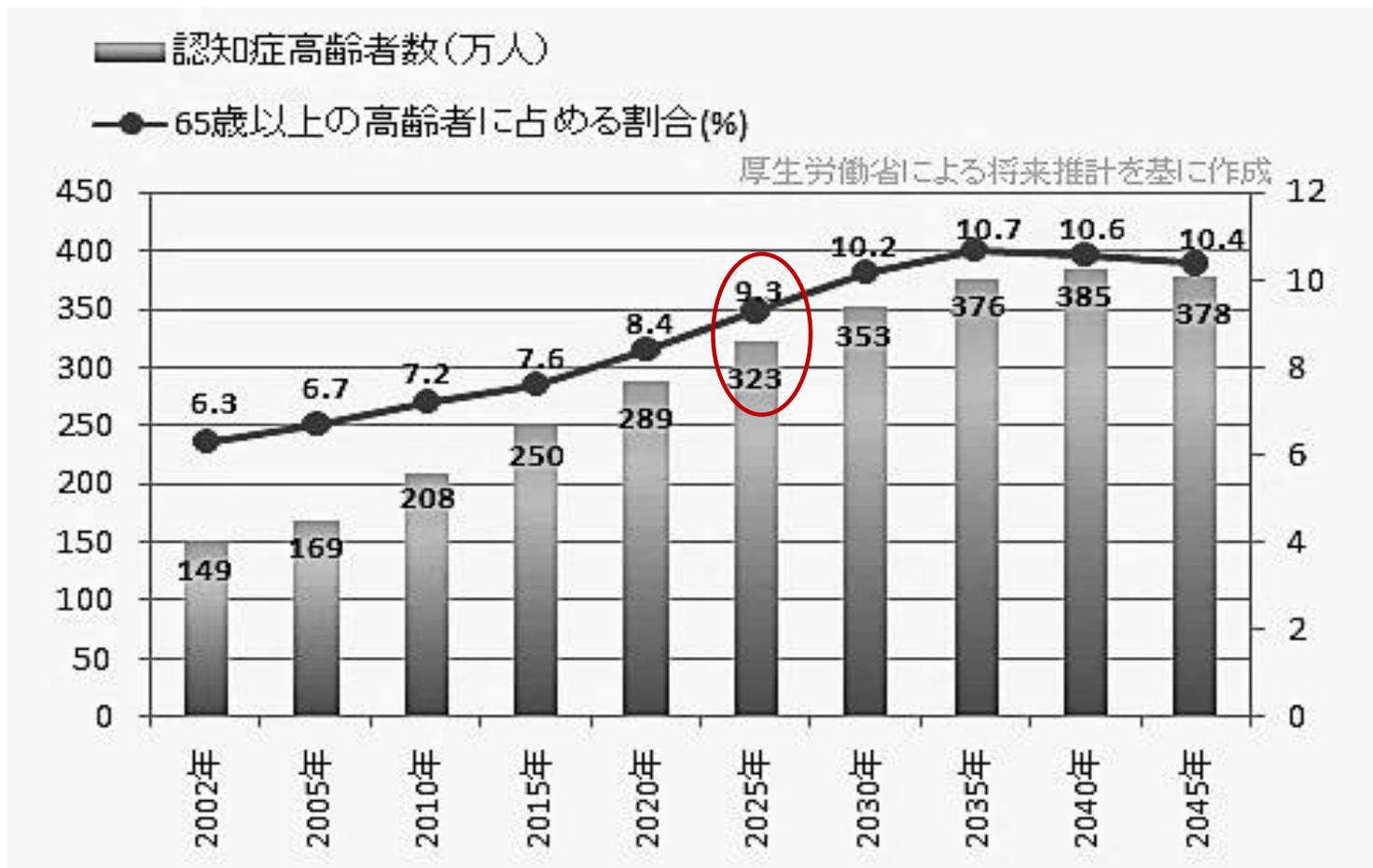


(注) 2025年の要介護認定者数は、2015年の65歳以上の高齢者に対する比率を用いて算出したものです。

(4) 認知症患者の数も、2025年には2005年に比べ、
約1.5倍の400万人になる。

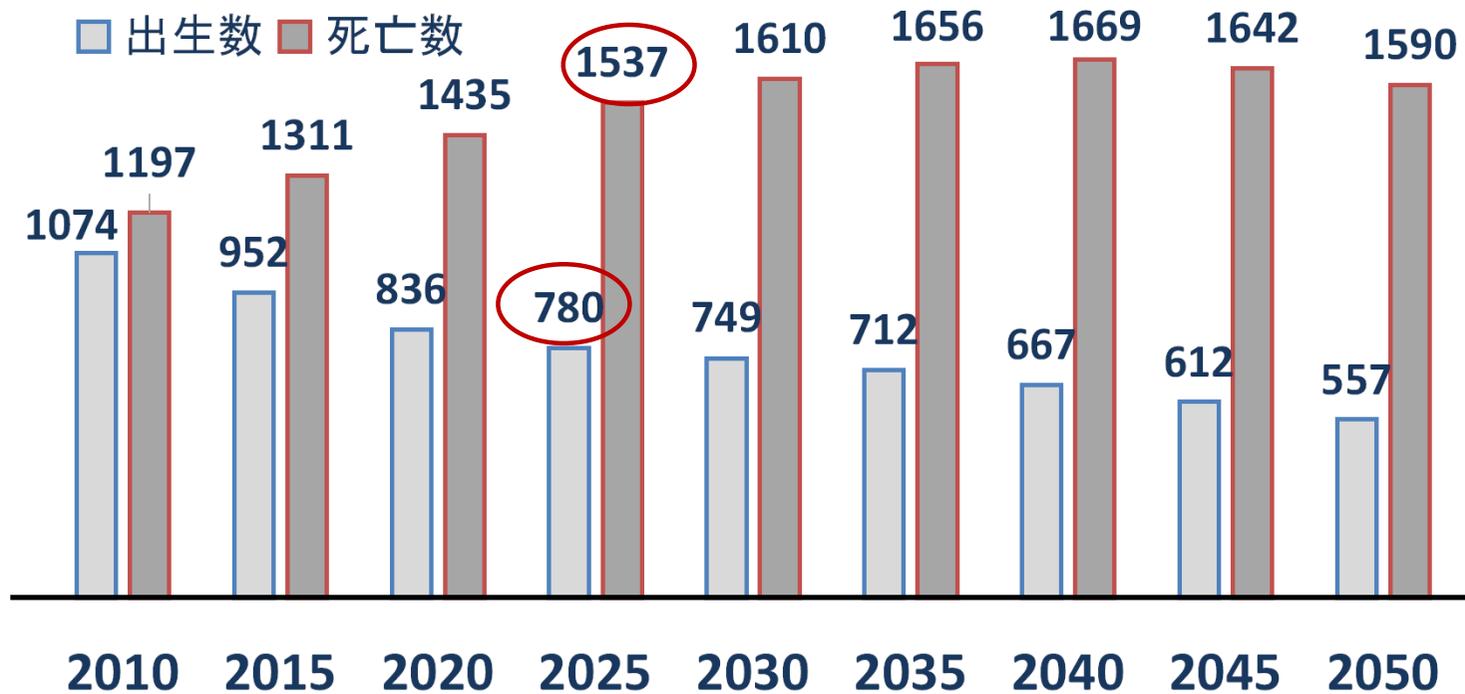


(5) 認知症患者については、65歳以上の高齢者の場合
約10人に1人(9.3%)が認知症になる計算である。



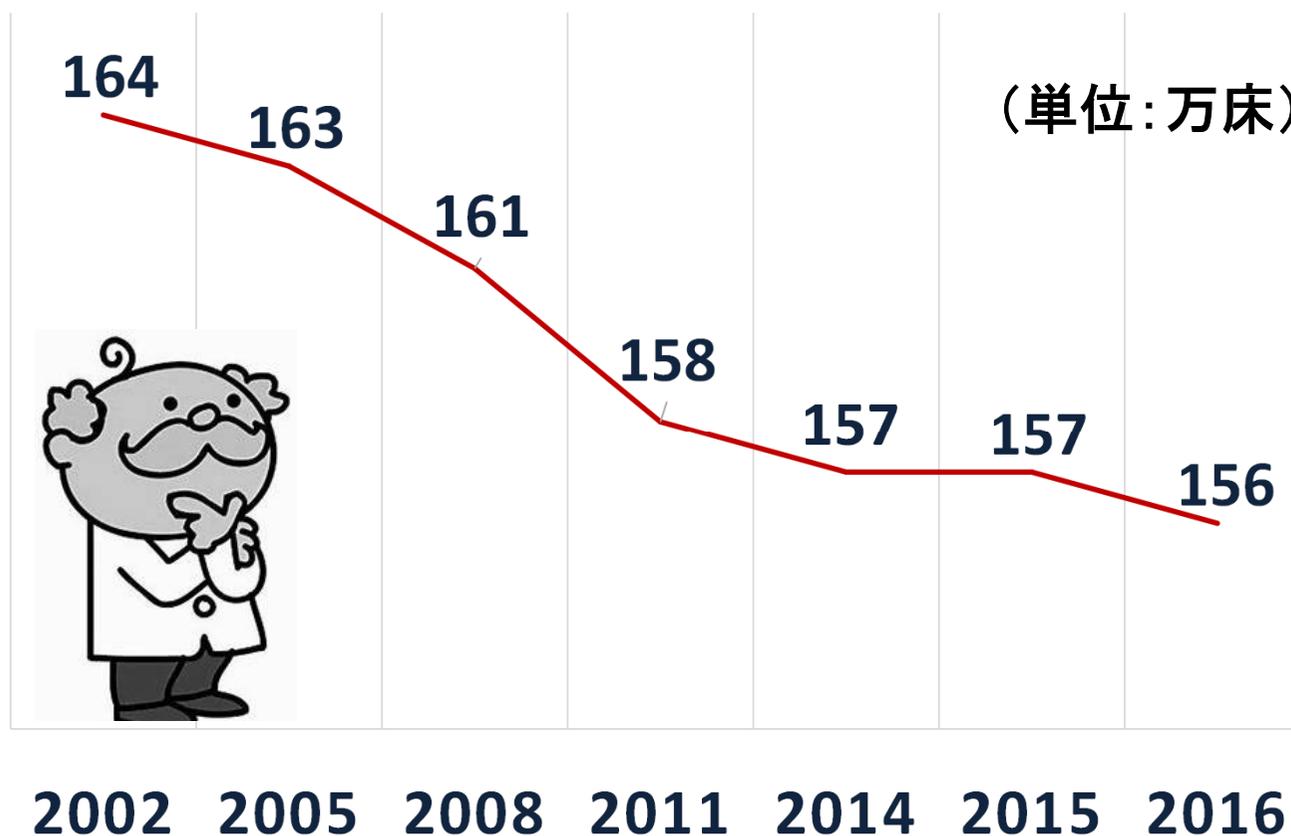
(6) 「多死社会」が出現する

出生数よりも死亡数の方が多くなる「多死社会」が、すでに2010年(平成22年)に始まっていて、2025年にはその差が2倍になる。



(7) 一方、病院の病床数は減少していく

2002～2016年(平成14～28年)の間における病院の病床数の推移を見ると、次のとおり年々減少している。



第2部

高齢化の進展に伴って生じる問題

高齢化の進展に伴ってこのような問題が生じます

最大の問題は、「介護難民」と 「死に場所難民」の発生

※ 日本の将来像はどうなるのか

今後我が国の高齢化について、どのようなことが起こるのかについては、具体的なデータで見えていただきましたが、これに伴う日本の将来像について一言でいえば、いささか悲観的に過ぎるかもしれませんが、次のようになる可能性があるのではないのでしょうか。

介護の人手は足りず、病院に行ってもすぐに追い返される。
認知症の高齢者がわずかな年金を握りしめて、閑散とした街中を歩き回る。

以下、各項目についてご説明しましょう。

なお、この説明は、次の方たちのご意見を要約・引用しています。

- ① 政策研究大学院・名誉教授 松谷明彦氏
- ② 国際医療福祉大学・教授 高橋 泰氏
- ③ NPO法人医療制度研究会・副理事長 本田 宏氏
- ④ 社会保険労務士 大曲義典氏

※ 年金制度は破綻同然になる

- ① 年金をはじめとする社会保障費は、現在の約120兆円から、2025年には30兆円増の150兆円になると考えられる。
これを前提に、現実的な値をもとに計算すると、遅くとも 2030年代前半には、年金積立金は枯渇する。
- ② 年金破綻を防ぐには、2025年まで、経済成長と毎年1.5%ずつの賃金引き上げを、同時に達成しなければならない。
しかし、日本人の平均賃金は20年間も下がり続けており、しかも働き手は減る一方である。
- ③ 「かくなるうえは、消費税増税しかない」というのが財務省の理屈だが、消費税を1%あげても2兆円しか税収は増えないので、30兆円分の税収を上げるためには、消費税率を10年足らずのうちに15%も上げなければならない。
とてもじゃないが、現実離れした目標である。

※ 『老老介護』ならぬ『認認介護』が始まる懸念がある

- ① 2025年には、65歳以上の高齢者人口は3500万人(全人口の約3人に1人)を突破するという、人類が経験したことのない「超・超高齢化社会」を迎えることになる。

言い換えれば、何かを作る仕事に携わる人(若者)が減り、老人が増える。それに伴って、介護や葬儀に携わる人が激増する。もはや、国全体が老境に入ってしまったような状態になる。

- ② 認知症の人も増加し、65歳以上の10人に1人が認知症になると推計されている。このような状況のもとで、特別養護老人ホームは入居待ちの人があふれることになり、その結果『老老介護』は当然のこととして、認知症の人が認知症の人を介護する『認認介護』すら生じる懸念がある。

※ 病院がつぶれ病床数が減る結果、
『死に場所難民』が発生す

- る
- ① 2025年の医療保険給付は、現在より12兆円以上増の54兆円になる見通しであり(厚生労働省推計)、日本の国力では到底賄える額ではない。
この「破綻シナリオ」を回避するため、国は、患者が確実に増えるにもかかわらず、医者と病院と病床数を減らしにかかっているが、その受け皿となる「在宅療養支援診療所」の増え方は十分とは言えない。
 - ② 今後、数万から数十万人の病人が、病気になっても入院できなくなる。
「少し体調が悪いくらいで、いちいち病院に行くな、いや、行きたくてもいけない」それが常識になる。
その結果「介護難民」が生じ、さらに2030年には47万人もの『死に場所
 - ③ ~~難民の発生が、予測されている~~ ~~介護も同様で、2025年を待つまでもなく、あと数年で、首都圏の介護施設は足りなくなり、『介護クライシス(危機)』が懸念されている。~~

これらの中での最大の問題は、「死に場所難民」の発生に伴う火葬場の順番待ちである。2013年の東京都の場合を例にとると、亡くなった方は約11万人。毎日平均300人の方が亡くなっているが、東京都内には火葬場が10数カ所しかない。

そのため最近では、火葬場を抑えることができるまで、最長1週間から10日かかるのが実態である。これは関西圏でも同様と言える。

そこで首都圏・関西圏では、葬儀が行われるまでの間、遺体を万全な状態で保管する「遺体ホテル」という新しい商売が始まっている。

(注) 遺体ホテルの利用料は、遺体の保管のみの場合で、1泊1万円前後のようです。

私たち、どこへ行けばいいのでしょうか。



第3部

まだまだ続く「社会的弱者いじめ」



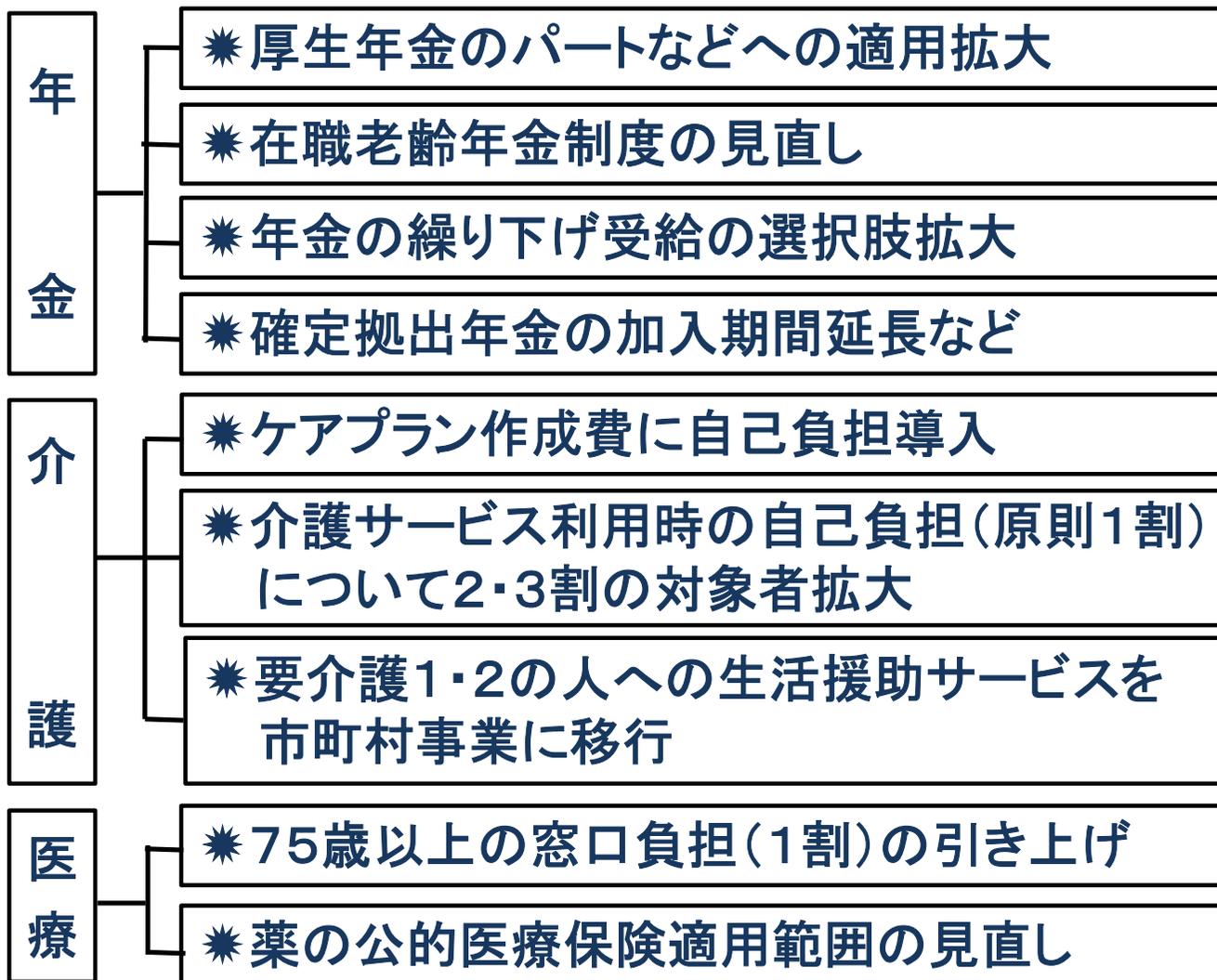
これから始まる「社会的弱者いじめ」は？

安倍政権は、参院選への影響を考慮し、国民負担を伴う社会保障改革の議論を先送りしてきましたが、新たに「社会保障改革に関する会議」を設けて、議論を推進することになっています。

その会議での主な検討項目は以下のとおりで、これがそのまま実施された場合は、各種の利用者負担が増えることから、「社会的弱者いじめ」が一段と加速することになります。

この背景には、膨らみ続ける社会保障給付費の問題があって、政府の見通しによりますと、2018年度に約121兆円だった社会保障給付費は、団塊の世代が全員75歳以上になる2025年には約140兆円、65歳以上の人口がピークとなる2040年には約190兆円に膨らむことから、その抑制が喫緊の課題になっています。

1 社会保障改革に関する会議の検討課題



2 健康保険組合連合会(健保連)の提言

8月23日、企業の健康保険組合で作る健康保険組合連合会(健保連)は、2022年度の診療報酬改定に向けた政策提言を発表しました。

この提言のポイントは、次の2点です。

- ① 公的医療保険の給付範囲について、除外も含めて、改めて見直し検討することが必要。
- ② 公的医療保険の給付は、個人が負担しきれないリスクに重点化する方向に舵を切るべき。

この背景には、大きくは次の2つがあります。

- ① 2022年以降、団塊の世代が後期高齢者に入り始めるため、健保組合の拠出金が急増する。
- ② 将来に亘って国民皆保険制度を維持するため、現役世代の負担軽減に併せ、医療費の適正化や保険給付範囲の見直しなどの施策を講じることが不可欠である。

これが実施されると、これまで医療機関で処方されていた薬のうち、次のような医薬品は市販品で代用できるということで、医療保険の適用除外になります。

①湿布薬 ②漢方薬 ③皮ふ保湿剤 ④花粉症治療薬

そうなった場合、医療保険の1割負担額と、市販薬の価格を比較してみますと次のとおりで、患者負担が大幅に増加します。

薬品名	①1割負担	②市販薬	③負担増
湿布薬	32円	2551円	2519円
漢方薬	101円	4644円	4543円
皮ふ保湿剤	110円	2448円	2338円
花粉症治療薬	161円	2036円	1875円

3 「全世代型社会保障改革」による政策

政府は安倍晋三が唱える「全世代型社会保障制度」の改革を行うことにしていますが、これは先ほど見ていただいたとおり、現在日本は、現役世代2人で1人の高齢者を支える社会になりつつありまして、これは先進国の中では、現役世代の負担が最も重くなっています。

そのような状況を改善する政策が、「全世代型社会保障」で、政府広報によりますと、消費税10%引上げを財源として、次の諸施策に充てるとしています。

- ① 子育て世代に0.7兆円
- ② 医療・介護に1.5兆円
- ③ 年金制度の充実に0.6兆円

それではどのような政策が考えられているのか、その項目をご説明します。

「全世代型社会保障」の施策

「子ども・子育て支援新制度」の実施（育児と労働の両立支援）

育児休業給付の充実（育休の給付割合引上げ）

社会的養護の充実（人材確保と待機児童の解消）

在宅医療の推進（疾病の人員減と早期の社会復帰）

地域包括ケアシステムの構築（介護サービスの効率化・重点化）

医療・介護の保険料などを所得に応じて見直し

年金制度の充実（低所得の老齢・障害年金等受給者への給付金支給、受給資格期間の短縮）

「全世代型社会保障」については、次のような問題点が指摘されています。

(1) 国民の負担が増えることに変わりはない

国民が長く多く労働できる時間を増やしているだけで、若い世代の負担は残ったままである。また、少子化の解消につながりそうな政策がない。

(2) 国内のことしか見えていない

北欧諸国と違って日本は、若いうちに苦勞したとしても、年金問題や介護の人材不足など暗い未来しか見えていない。

そのため日本で成功することができる能力を持っている人間は、殆ど海外へ出て行ってしまい、中低所得の国民全員が足を引っ張りあう構図が出来上がる。

そんな時代に「全世代型社会保障」が、果たして最善策と言えるのかはなはだ疑問である。

(3) 抜本的な国民の意識改革が必要

日本人の多くは非常に保守的な思想持っており、革新的な改革に対して消極的である。そのためにこのような政策も必要かもしれないが、いずれにしても国民の抜本的な意識改革が必要である。

“「我が事・丸ごと」地域共生社会”とはどのようなものか

政府は、昨年2月『「一億総活躍社会」づくりを推進するなかにあって、福祉の分野においても、ものの考え方や仕組みを転換し、「福祉は与えるもの(支え手側)」と「与えられるもの(受け手側)」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が「他人事」になりがちな地域づくりを、(互助)「わが事」として主体的に取り組んでいくとともに、公的な福祉サービスと協働して、「地域共生社会」を実現する』という方針を打ち出しました。

そしてその第一弾として、31の法律を一括改正する「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(通称「地域包括ケア強化法」)を成立させました。

この法律には、「我が事・丸ごと」との関係で、重要な改正規定が含まれていますので、その問題点と両者の関係等についてご説明しましょう。

“「我が事・丸ごと」地域共生社会”の問題点

(1) 「我が事・丸ごと」について

- ① 地域住民の助け合い(互助)は重要なことですが、「我が事」は、「互助」を制度として位置づけることで、「自助・互助・共助・公助」の補完にもとづく社会福祉を徹底化させるものと言える。
- ② 「丸ごと」は、生産性と効率性の向上を目的としている。しかし、人が人を支える直接支援において、生産性と効率性という考え方が徹底化されれば、「障害者等の暮らしや発達を支える」といった社会福祉の理念が、根本的に覆されることは明らかであり、その先にあるのは、公的責任のさらなる後退であることは間違いないと言える。

(2) 「地域包括ケア強化法」について

地域住民等による助け合いによる生活課題の解決(社会福祉法)は否定できないが、本来、助け合いとは善意で行われるものであるにもかかわらず、これが法律に位置付けられることは、自治体等による「互助」の強制につながりかねない、という大きな問題がある。

(3) 「共生型サービス」創設について

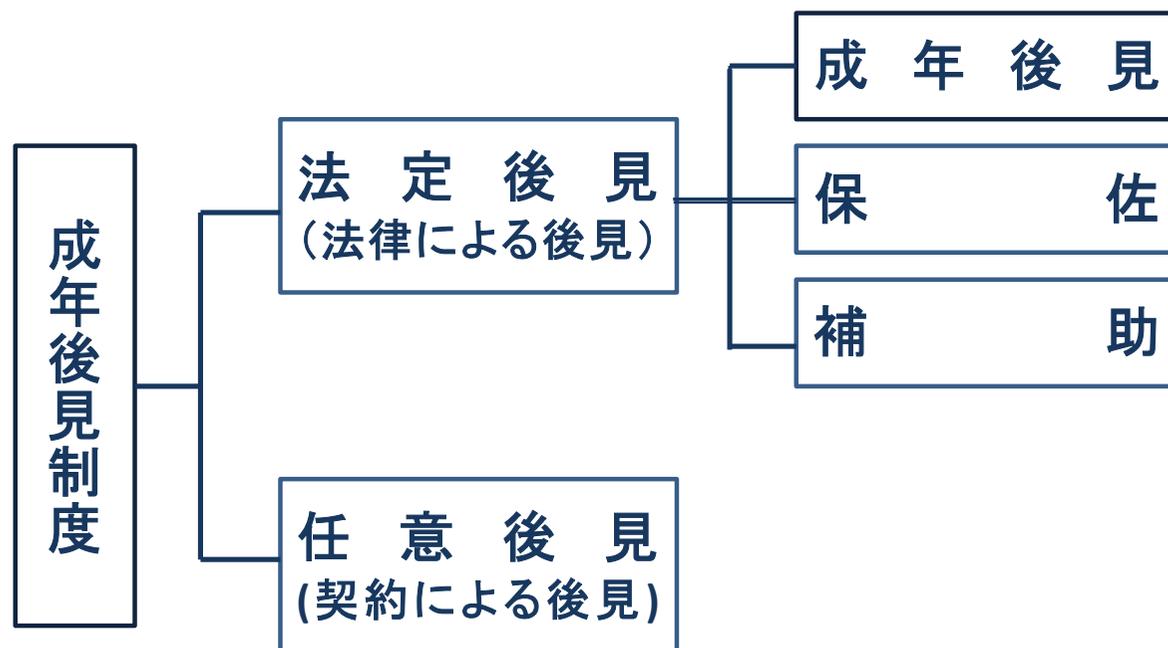
これは高齢者と障害児者への支援を一事業で提供しやすくする仕組みであるが、年齢も必要な支援も全く異なる人たちへの支援を、一人の福祉職員に担わせることは明らかであり、福祉職員の直接支援にかかる専門性を根本から覆しかねない、という問題がある。

- (1) 現在の日本の経済成長を支えているのは、民間産業による医療・保険・介護サービス費の増であり、かつ、今後労働市場の拡大が見込めるのも、医療・福祉分野であることは明らかである。
- そこで政府は、混合介護の導入等によって、公的福祉の商品化を拡大し、営利企業の参入をさらに促そうとしている。
- さらに、「商品としての福祉」と公的サービスが同価値であっては、市場の拡大は見込めない。そのため、政府は「福祉の商品化」と同時に、公的サービスの質と量の更なる後退を進めようとしている。
- そして社会保障制度・社会福祉制度を「我が事・丸ごと」化し、お金のない人たちへの支援を、地域住民や社会福祉法人の「互助」に対応させようとしているのが、「我が事・丸ごと」の隠された狙いである。
- (2) 日本の相対的貧困比率等を考えれば、社会福祉の市場化をさらに進めた場合、介護・支援難民が今以上に増大することは明らかである。

要するに「我が事・丸ごと」とは、「他人事・丸投げ」ではないのか？

成年後見制度の現状

(1) 成年後見制度の骨格(おさらい)



(2) 成年後見制度の利用者数

2018年現在、成年後見制度を利用している人は約22万人で、これは判断能力が不十分とみられる人の総数約870万人のわずか2%です。

今後、認知症高齢者数が増え、後見人の需要も一層高まっていくと見込まれますが、親族や専門職だけでこれらのすべてをまかなうことは、難しく、新たな貢献の担い手として、市民後見人のさらなる活用が期待されています。



(2) どの後見類型がよく利用されているか

後見類型(後見・保佐・補助)開始の審判で、「後見」類型は制度発足以来一貫して全体の約8割を占めています。

貢献類型以外の利用割合は伸び悩んでいまして、2018年では、保佐17%、補助4%にとどまっています、任意後見(本人が将来のことを考えて、あらかじめ後見人を選任する場合)はわずか2%に過ぎません。

なお、この3類型の大まかな違いは次のとおりです。

区 分	後 見	保 佐	補 助
本人の状態	判断能力を欠いている	判断能力が著しく不十分	判断能力不十分
付与される権限	財産に関する法律行為の代理権・取消権	特定範囲の法律行為の代理権・取消権	な し
申立による権限	な し	付与を申し立てた法律行為の代理権・取消権	

- (3)-① どのような人が後見人に選ばれているか
2018年における後見人の選任割合は、次のようになっています。

区 分	司法書士	弁護士	親 族	社会福祉士
選任割合	28%	22%	14%	12%

制度発足当初は、後見人に選任されるのは主として親族でしたが、年を経るごとに(3)-②にみるとおり、専門職(特に、司法書士と弁護士)に代わっています。

- (3)-② 親族と専門職の後見人選任率はどのように変わっているか
後見人の選任総数に占める親族と専門職の選任率の推移を見てみますと、次のようになっています。

後見人の区分	2000年(制度創設時)	2018年
親 族	91%	23%
専 門 職	8%	68%

諸外国の場合、後見人の多くを親族が担っているのが一般的で、日本の現状は特異であるといえます。

成年後見制度の問題点

現在の成年後見制度の問題点の主なものを挙げますと、次のとおりです。

- ① 成年後見制度利用者数の伸び悩み。
- ② 近年、親族が後見人に選任されにくくなっていること。
- ③ 成年後見制度の利用件数全体に占める「後見」の割合が高い。(本人の意思がより尊重されやすい「補助」の利用率が低い。)
- ④ 市町村長申立ての大幅な増加と対応の必要性。(身寄りのない高齢者等の増加と、各自治体における財源や人員などの制約。)
- ⑤ 後見制度支援信託の利用の急増(信託にした場合、本人の財産を本人のために使うことが難しくなる。)
- ⑥ 根絶できない後見人による不祥事

これらは確かに成年後見制度運用上問題ではありますが、私見としては、それ以前に制度の根幹にかかわる、次のような点について改善が必要ではないかと考えます。

- ① 現在の制度は、知的障害のある人の障害特性が、必ずしも十分に考慮されたものとは言えない。
- ② 職業後見人の場合、一般的に財産管理に力点が置かれていて、それと並んで重要な身上監護が殆ど行われていない。
- ③ 例えば、被後見人に手術が必要になったとき、後見人にはその承諾権がないが、その場合誰が承諾するのか明確ではない。

上記の問題点のうち、⑥についての具体的な状況は次のようになっています。

- (1) 最高裁判所の調査によりますと、2011年から2018年までの8年間で、後見人による横領などの不正の被害額は、少なくとも265億円に上ることが明らかになっています。これによる1年間の平均被害額は約33億円です。
- (2) その被害のほとんどは親族後見人によるもので、その不正は被害総額の95%(年平均被害額約31億円)でした。一方、専門職による不正は全体の5%(約2億円)でした。
また、1件当たりの被害額は、親族後見人によるものが約650万円で、専門職が約1千万円でした。
- (3) 不正の報告件数の推移を見ますと、2011年から2014年までは増加傾向にありましたが、2015年以降は減少に転じています。

第4部

高齢者の健康と薬について考える



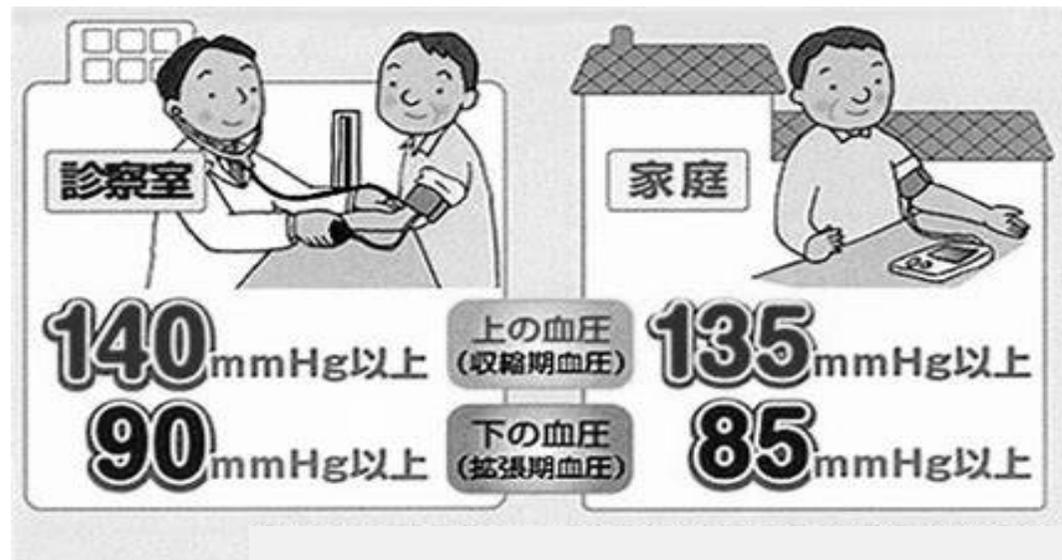
まず、大方の人が気になる
高血圧と、これに関する
薬についてです。



(1) 「高血圧」の定義と、その医学的な根拠は

① 現在の「高血圧」の定義は、次のようになっています。

「高血圧」とは最高血圧がいくつからを言うのか、また、それには本当に医学的な根拠があるのか、ということについて以下ご説明してみたいと思います。



75歳未満の場合の数値
75歳以上は150／90

(2) 「高血圧」の定義は、これまでどのように変わってきたか

- ＊ ひと昔前までは、上の血圧は「年齢+90」が目安とされ、1987年（昭和62年）には旧厚生省が「180/100」という診断基準打ち出ししている。
- ＊ ところが、2000年（平成12年）に日本高血圧学会は「140/90」という新基準を打ち出すとともに、年齢による段階的な治療目標が定められた。
- ＊ さらに、同学会は2004年（平成16年）に、65歳以上の高齢者を一括りにして、「140/90」という治療目標を当てはめるよう方針を転換した。
- ＊ 今年4月新しい「高血圧治療ガイドライン」が示されたが、それによると治療目標を「75歳未満130/80、75歳以上140/90」とすることになっている。
- ＊ 現在、日本の高血圧症患者は4300万人と推計されている。今回のガイドラインが将来「診断基準」まで変更された場合、その人数は6300万人となり、日本人の半数が「高血圧症患者」になってしまい、60歳以上に限れば8割以上が「治療が必要」とみなされることになる。

(3) 来年4月からの数値変更の問題点

＊ この改定案の背景にあるのは、昨年11月米国心臓病学会が「140／90」だった高血圧の診断基準を「130／80」に引き下げることを発表したことがある。

しかし、この引き下げについては、「対象者に偏りがあるのではないか」という見方や、「ガイドラインの根拠とするには不十分」との声があり、引き下げる根拠について決定的なエビデンス(医学的根拠)があるわけではない。

＊ 要するにこのガイドラインは、「米国で変更されたから」という理由以外に確たる根拠がない、と言う指摘がある。

さらに穿って考えれば、「製薬会社に儲けさせるための変更」とすら言いたくなるのではないだろうか。

(注) 現在、70歳以上の降圧剤服用率は50%以上。そして、降圧剤の年間消費額は何と1兆円を超えていて、それが医療費増大の一要因になっていると言えます。

10分間休憩



薬は安易に飲まない方がいい

“くすり”を逆に読むと“リスク”になる

～ 服用薬が6種類以上になると命の保証ができない～



高血圧の薬について

(1) 高血圧の薬について、新潟大学名誉教授・岡田正彦医師は、次のように述べている。

- ＊ 血圧だけが高い人と、血圧が高く脳卒中や心臓病などの重大な疾患のある人とは、分けて考える必要がある。後者の場合は高血圧を放置してはいけない。「どこも悪くないけど診断の数値が高め」という人の場合は、薬を飲むよりも生活習慣の改善に努めることを優先するべきである。
- ＊ そもそも血圧には個人差があり、一律に130以下を目標にするべきではない。患者の側も「先生に処方してもらったから」と安易に薬に頼らないことが重要である。
- ＊ 現在、高血圧の薬を調べなおしているが、75歳を超えたらいかなる高血圧の薬も飲む必要ない、という結論に落ち着きそうである。脳梗塞・脳出血の経験者は薬を飲め、という風潮になっているが、降圧剤を飲んで再発予防には一切影響しないこと、また、「血圧が下がったら寿命が延びた」などというデータは一切ないということがわかってきた。

- (2) また、降圧剤には次のとおり副作用リスクが伴うことが、明らかになっている。
- (その1): 東海大学名誉教授・大櫛陽一氏が、福島県郡山市で約4万人を6年間追跡調査をしたところ、もともと血圧が180/110以上で降圧剤を使った人は、使わなかった人よりも、総死亡率が5倍になった。降圧剤を使って血圧を20以上下げるのは危険なことという結論である。
- (その2): 2007年に東海大学医学部などが行った調査では、薬で血圧下げている高血圧患者は、薬を飲んでいない人と比べて、脳梗塞になる確率が2倍になると報告されている。
- (3) おくむらメモリークリニック院長の奥村 歩氏も、特に75歳以上の人の降圧剤について、次のように話しています。
- 75歳以上の人の場合、動脈硬化があって血管が固くなっている人が多い。その体で脳を生き生きと保つためには、血圧を上げるしかない。75歳で血圧が上がるのは、自然な生体反応なのです。
- 私のクリニックに「おじいちゃんがぼけた」といって、家族に連れてこられる患者さんの中には、降圧剤を処方された人が少なからずいる。
- 75歳以上の人に降圧剤を処方すると、認知症を発症しやすくなる。

- (1) 週刊ポスト「秋のスーパープレミアム合併号」に、「薬と病気言っではいけない本当の話」という記事が載っていました。その中にびっくりするような話がありますので、抜粋・要約して紹介します。なお、これを信じるかどうかはあなた次第です。

薬品名	飲んだらどうなる	出典・根拠
降圧剤	脳梗塞のリスクが2倍	東海大学名誉教授・大櫛陽一氏の比較調査
高脂血症治療薬	75歳以上で死亡率3割増し	米国の医学誌掲載の論文
胸やけ胃腸薬	胃がんのリスク8倍	香港大学の研究論文
抗認知症薬	効果があるのは7人に1人	兵庫県立ひょうごこころの医療センター長・小田陽彦氏の研究
インフルエンザ予防接種	罹患のリスクを上げる？	オランダのエラスムス・メディカルセンターの研究

(2) 先日、NHKテレビで「多剤服用から生じるリスク」に関する番組が放映されました。これについて東京新聞も採りあげるなど、大きな反響を呼んでいますので、その内容を抜粋してご説明しましょう。

① 服用する薬剤数と副作用などの薬害が生じる頻度

厚生労働省が2018年5月に取りまとめた「高齢者の医薬品適正使用の指針」によると、服用薬剤数が増えるにつれて、ふらつき・転倒などの薬害発生頻度が増加し、6種類を超えると10%以上に急増する。

② 同一の保険薬局で7種類以上の薬剤が調剤された人の割合は、次のようになっている。

・40～64歳：10% ・65～74歳：13.6% ・75歳以上：24.8%

③ 認知症と診断された人の2割が認知症ではなく、多剤服用による薬害の影響によることが明らかになっている。

④ 薬害が生じやすい薬剤としては、高血圧・花粉症の薬のほか、睡眠薬・精神安定剤などが挙げられる。

⑤ 各種のサプリメントも、服用している薬剤との関係で、薬害が生じる可能性があるので要注意。

薬についての医者の本音は

以下のお話は、主として次のお二人のご意見です。

- ・中山医師：郡山市の総合南東北病院・外科医長
- ・米山医師：米山醫院院長・専門は精神内科・老人医療。

(1) 医者はなぜ大量の薬を処方するのか？

それには次のような理由がある。

- ① 院内に薬局を持っている医院は、薬を出すだけで儲けにつながっている。(薬の仕入れ値と販売価格の差額がある)
- ② 通院を繰り返させる。
- ③ 投薬欲求の多い患者の場合診療時間を短縮できる。

(2) 見落とししやすい薬の副作用

たくさんの薬を同時に服用している場合、副作用が出た場合、病気による症状との判別が難しくなる場合がある。

(3) 年齢と薬の効果は

例えば、90歳の高齢者に対して、1回10錠以上もの薬を飲むよう処方する医者が多くいる。しかし、

- ① 多くの薬が75歳ぐらいまでしか疫学調査がなく、超高齢者の薬治療に意味があるのかどうかはわかっていない。
- ② 80歳を超えると、血糖・血圧の管理を徹底したところで、生命予後には無関係というのが一般的な考え方である。

(4) 日本老年医学会は「減薬のすすめ」を説いている

日本老年医学会は、高齢者の場合、6種類以上の薬を飲むと、体力が落ちたり、心臓疾患になる確率が高くなったり、明らかに健康リスクが上がるというエビデンス(医学的証拠)がある。そのため、「クスリはなるべく5種類までにしたほうがいい」という「減薬のすすめ」を説いています。

風邪で医者に行くのはやめた方がいい！

日本呼吸器学会のホームページには、次のような解説が載っている。「ウイルス性のかぜ症候群であれば、安静、水分・栄養補給により自然に治癒するため、ウイルスに効果のない抗菌薬は不要です。」

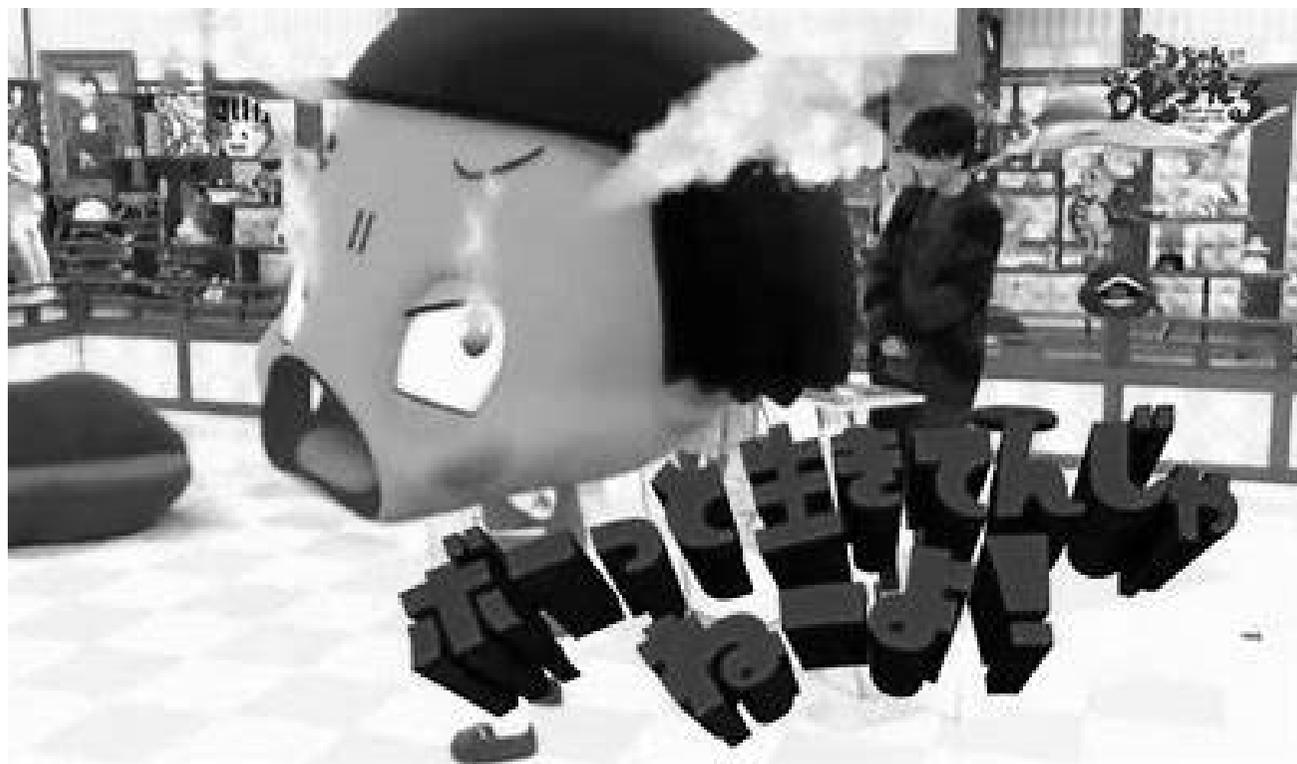
ちなみに、馬鹿みたいに医療費が高いアメリカでは風邪で医者にかかることはなく、まずはドラッグストアの市販薬で終わりである。仮に医者に診てもらっても、「塩水でうがいして寝ていなさい」で終わり。薬も出さないという。

にもかかわらず、日本の医者はなぜ風邪薬を出すのか？

それは、次のような理由があるからと言える。

- ① 患者の投薬欲求が非常に強いため、それを断ることは、「不親切な医者だ」と思われる危険があること。
- ② 開業医にとって、風邪での外来患者は、貴重な収入源になること。

やたらに薬を出したがる医者には、こう言ってやりたくなります。



「三石理論」について

□ プロフィール □

三石 巖氏は、東京帝国大学理学部物理学科卒、同大学院卒業後多くの大学で教鞭をとる。分子生物学にもとづいた「分子栄養学」を創設。健康とは細胞レベルからの自主管理にある、と説いた「三石理論」の成果は高く評されている。95歳で逝去。



医学常識はウソだらけ

(1) 「医学の常識」は「科学の非常識」

多くの医者は、ある治療法がひとたび「医学常識」として定着してしまうと、誰もそれを疑おうとしなくなる。科学の日進月歩に伴って、医者は自分たちの「医学常識」が一転して「非常識」になるとは、少しも思っていないのである。

そもそも医学という学問は科学ではない。

「高血圧の定義」のところで見ていただいたとおり、日本人の半分以上が「高血圧症患者」になってしまうような定義に変更しようとしている、「日本血圧学会」の医師たちも、三石氏の指摘に該当すると言えるのではないのでしょうか。

(2) 「医原病～医学の無知によって惹き起こされる病気～」の恐怖

医者の多くは「分子生物学」など少しも勉強せず、人間の治療に役に立つはずはない」と見下している。

一方、製薬会社や医療機器メーカーと結託して、患者の命や健康を守ることより、自分たちの利権を護る(私腹を肥やす) ことを最優先に考えている医者もいる。

患者にむやみやたらに薬を出す医者も、これと似たような体質を持っていると言える。

(3) 血圧降下剤は血栓を惹き起こす

血圧降下剤の第一選択薬として、多用されているのは利尿剤である。しかし、利尿剤によって減るのは水分のみであり、血液の粘度は増していく。血液は粘度が高いほど血栓を起こしやすい。安易に利尿剤を与える医者は、高血圧だけを見て、患者の体全体を見ていない。

高血圧は、栄養改善(カルシウムとマグネシウムの比率を適正に保つ)で治すのが一番。

(4) 風邪の発熱に解熱剤を使ってはいけない

発熱は代謝レベルを上げるので、体力をひどく消耗させる。しかし、代謝レベルを上げるのは、白血球を増やしてウイルスと戦うためであり、人体が風邪という非常事態に対処する正しい反応である。

また、発熱は「安静にしている」という体からの警告と考えることもできる。したがって、解熱剤によって無理やり熱を下げることは、そういった体の反応を邪魔することになりかねない。

白血球がウイルスを撃退すれば、体温は自然に下がる。

- (5) アレルギーや免疫の正しい知識がない医者が大半
かってアレルギー学会で、小児科と皮膚科の医者が、子供の卵アレルギーをめぐって大ゲンカしたことがある。
専門家の集まりでさえこの調子であるから、一般の医者は推して知るべしであり、ややもすると断片的な知識からの診断・投薬を行うことがある、という点に留意する必要がある。

(6) コレステロールの善玉・悪玉とは何か？

この善玉・悪玉というのは、コレステロールそのものではなく、コレステロールを梱包したパッケージのことである。

LDLが肝臓から発出されたコレステロールを、必要とする組織へ運ぶのに対し、HDLは血管壁などで余ったコレステロールがあると、それを肝臓に持って帰る役割を担っている。

血中コレステロールを目の敵にするのは、動脈硬化や心臓病などの促進因子という考え方からだが、LDL(悪玉)に対してHDL(善玉)の割合が多ければ問題は生じない。

(7) 小太りの人の方が長生きする

「痩せている方が健康にいい」と信じている人も多いようだが、これはとんだ勘違いである。厚生労働省と日本肥満学会が共同で調査したもので、肥満度の国際的な指標であるBMI(ボディ・マス・インデックス)では、22より大きければ「太り気味」と判定される。

「痩せている方が健康にいい」が正しいとすれば、BMIが22以下の人の方が、死亡率が低いはずである。

ところが、1987～89年に生命保険に加入した300万人を対象に、「体格と死亡率」の関係を調査したところ、40歳代以上で最も死亡率が低かったのは、男性で24.45、女性で22.8だった。

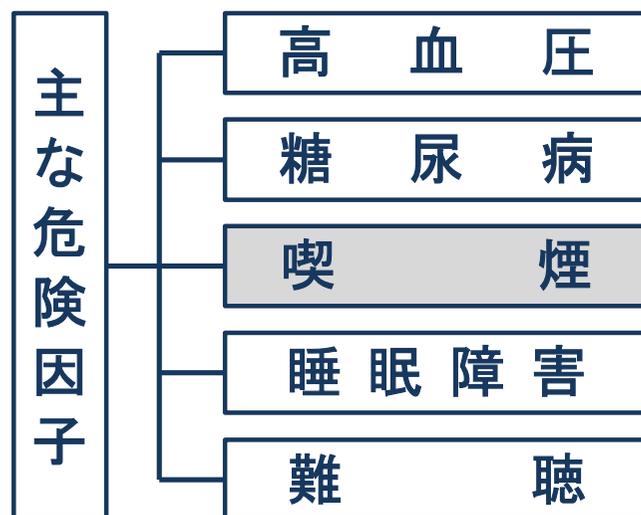
少し太り気味のほうが、健康にはいいということである。

第5部 誰もが気になる「認知症」



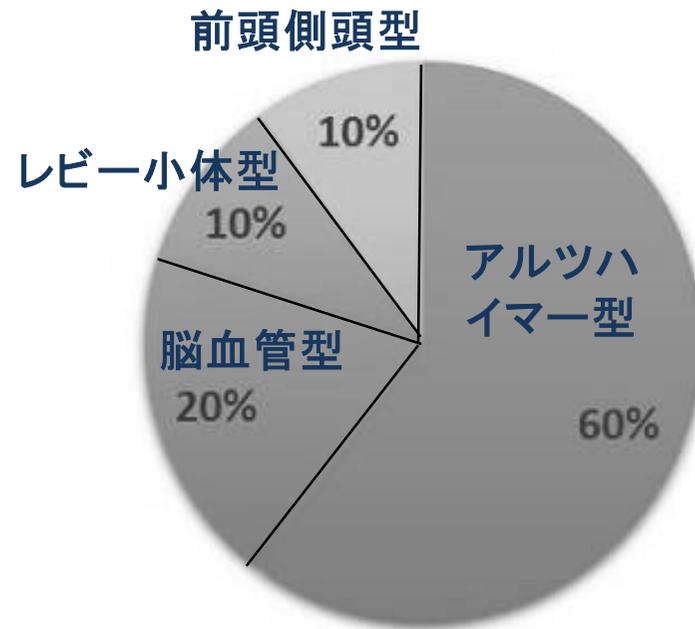
(1) 認知症の主な危険因子

4月24日の東京新聞によりますと、国立精神・神経医療研究センターへの取材等で、認知症の主な危険因子としては、次のようなものがあるとされています。



後ほども出てきますが、「喫煙」はさまざまな病気の危険因子といえるようです。また、受動喫煙も社会問題化しています。

(1)-② 認知症の発症原因別割合とその症状



認知症の発症原因と症状

発 症 原 因	症 状
「アルツハイマー型」は、脳にアミロイドβという蛋白質が溜り、正常な神経細胞が壊れ、脳萎縮が起こる。	気候に合った服が選べない、薬の管理ができない等。
「脳血管型」は、脳梗塞や脳出血などの血管障害により起こる。	記憶障害や言語障害などが表れやすい。
「レビー小体型」は、レビー小体という蛋白質が脳に溜まることで、脳の萎縮が起こる。	認知症を伴うパーキンソン病は、この認知症と判明。
「前頭側頭型」は、初老期に発症するが、原因は不明。	性格変化と社交性欠如が表れやすい。

(1)-③ 「アルツハイマー」は予防できるのか

認知症の中で「アルツハイマー」によるものが、60%を占めているそうです。週刊新潮10月30日号に「アルツハイマー」予防のための記事が掲載されていましたので、その概要を抜粋してご紹介します。

- ① 毎日緑茶を飲む人は、まったく飲まない人に比べて認知症の発症率が4分の1だったとする報告がある。
- ② 高血圧も糖尿病も75歳を超えて発症した場合、薬を処方してもらうことは、慎重に考える必要がある。
- ③ 運動も予防に有効であるが、その場合「少し汗ばむ程度で、30分以内のウォーキング」がよく、ハードなトレーニングは避ける。
- ④ 標準型の発症リスクを1.00とした場合、次の表のとおり肥満型より痩せ型のほうが、「アルツハイマー」の発症リスクが高い。

体系と「アルツハイマー」の発症リスク

BMI値		18.5未満 (痩せ型)	18.5～ (標準型)	25～ (1度の肥満)	30以上 (2度の肥満)
男女別					
男	性	1.04	1.00	0.73	0.91
女	性	1.72	1.00	0.82	0.61

※ 認知症のチェックリスト ※

	家の中と敷地内が「ゴミ屋敷」になっている
	同じものを異常にたくさん買い集めている
	夏なのに冬物を着ている
	同じことを一日に何度も尋ねる
	家の近所で道に迷う
	ゴルフ場で自分の打数を数えられない
	簡単な計算を間違える
	お金の管理がずさんになる
	化粧や身だしなみに気を使わなくなる
	料理の味がまずくなる

(注) 1つ該当:「軽度認知障害」の可能性あり。
2つ以上該当:専門医に相談を。

認知症予防協会「認知症自己診断テスト」アドレス
<http://test.ninchishouyobou-k.com/>

(2) 認知症が治る薬はあるのか？

認知症患者の増加に伴って、より高い効果のある薬を求める声が強まっていることから、2013年に英国で開催された「主要8カ国(G8)認知症サミット」で、「2025年までに根本的な治療法を見いだす」という共同宣言を出しました。

しかしながら、残念ながら現在までのところ、共同宣言のような治療法で承認に至ったものはありません。

国立長寿医療研究センターの柳沢勝彦・研究所長は、開発が進まない理由について、次のように述べています。

脳内でAβがたまり始めてから症状が出るまでに長い時間がかかるため、神経細胞が壊れてから蓄積したAβを取り除く薬を使っても、遅いということが分かってきたためと考えられる。

認知症患者の6割は、アルツハイマー型が占めています。アルツハイマー病は、上述したとおり、脳の中に「アミロイド(Aβ)」というたんぱく質が蓄積し、神経細胞が徐々に壊れることなどが、原因と考えられています。国内で2011年までに承認された「アリセプト」など4種類の薬は、神経伝達物質の分解を妨げて、神経の働きを活発にすることで、症状を改善しようとするものです。しかし、これらの薬は、認知症を根本から治すものではありません。

(3) アルツハイマーと食事は関係があるのか？

自治医科大学付属さいたま医療センター講師・大塚美恵子氏の研究結果によりますと、食事とアルツハイマーとの関連は無視できないものがあるということです。それについて以下ご紹介しましょう。

① アルツハイマー病になりやすい人の食事の傾向

偏食が強く、過食あるいは小食の傾向がある。栄養的にみると、野菜摂取不足、魚の摂取不足で、甘い糖分を多く含む菓子を沢山とる傾向がある。ということです。

② 必要な食べ物は魚と緑黄野菜

食事の量は減らしても、逃してはならない食べ物は、魚を1日最低1回、緑黄野菜を1日最低2回、果物を1日最低1回摂るようにし、極端な食べすぎや過食をコントロールすることだそうです。

③ 認知症予防に良い食べ物

次の表のとおりです。

(注) DHA=ドコサヘキサエン酸

EPA=エイコサペンタエン酸

食品名	効 果	多く含まれる食物
ビ タ ミ ン C	活性炭素の除去・血圧を正常に保つ・コレステロールの除去	柿・キウイ・赤ピーマン・菜花・イチゴ・ブロッコリー・レモン など
ビ タ ミ ン E	活性酵素の除去・血管を丈夫にする	アーモンド・ひまわり油・サンフラワー油・落花生・モロヘイヤ など
ビ タ ミ ン B 6	脳神経や脳の血流をよくする	マグロ(赤身)・カツオ・牛レバー・鯖・鰹・鰱・バナナ など
ビ タ ミ ン B 1 2	脳神経や脳の血流をよくする	牛レバー・鶏レバー・さんま・アサリ・カキ・シジミ・ハマグリ・赤貝・いくら 等
葉 酸	赤血球を作る・心臓病や動脈硬化を予防する	鶏・牛・豚のレバー、モロヘイヤ・春菊・ほうれん草・ブロッコリー・イチゴ など
D H A	アルツハイマーの神経細胞の修復・血栓の予防	鰹・ウナギ・カツオ・鯖・サンマ・マグロ・しらす干し など
E P A	中性脂肪やコレステロールの低下・血液粘度や血圧の低下	鰯・鯖・マグロ・鰹・カツオ など

あなたの食事・生活習慣は健康なものですか？

55

(1) カラダにいい食事は？

正解はこうなります。

質 問	A	B	回答
塩分を控えるとどうなる？	死亡率が上がる	死亡率が下がる	
肉の脂肪はカラダにいい？	ボケやすくなる	肌にいい	
脂肪の多い魚はカラダにいい？	心臓病のリスクが下がる	心臓病のリスクが上がる	
野菜をたくさん食べるとガンのリスクが減る？	予防効果が高くなる	予防効果はない	
卵の食べ過ぎでコレステロール値が上がる？	たいして上がらない	上昇して心筋梗塞の恐れあり	

質 問	A	B	回答
血圧を下げるのは どっち？	マシュマロ	チョコレート	
砂糖を取ると太る？	太る	太らない	
ブルーベリーは目に いい？	摂取量次第で視力が よくなる	目がよくなるという データはない	

(2) カラダにいい生活習慣は？

質 問	A	B	回答
お酒を飲むと寿命は どうなる？	変わらない	長くなる	
タバコを吸わないと 肺がんにならない？	タバコと肺がんの 関係は不明確	肺ガンになるリスクが 減る	
電子タバコは普通の タバコよりも安全？	タールが含まれて いないため安全	安全性は不明	
パソコンを使うと視力 が低下する？	低下しない	低下する	
ストレスはカラダに 悪い？	カラダにいいストレス もある	悪いから取り除くべき	

(2) あなたの朝ごはん大丈夫？

- ① アメリカのハーバード大学が、45歳～82歳の男性約2万人を16年間かけて、朝ご飯を食べているかどうかを調査した結果、「朝食を食べない人は、冠動脈性疾患リスクが27%も高い」ということが分かったそうです。
(注) 「冠動脈性疾患」とは、冠動脈による心筋への血液供給が、部分的にまたは完全に遮断される病気で、狭心症または心筋梗塞を起こす可能性があります。
- ② これは「自分は毎朝食べているから安心」と思っている人の場合も、危ないということです。それは一見栄養満点のようでも、体にとって逆効果のメニューもあるからだそうです。
そこで、あなたの朝食が、「からだを壊す朝ごはん」なのか「からだが喜ぶ朝ごはん」なのかを、チェックシートでチェックしてみてはいかがでしょうか。
(注) この意見ならびにチェックシートは、東京医科歯科大学名誉教授・藤田紘一郎氏によるものです。

結果はこちら

合計点	評 価	コ メ ン ト
0~2		
3~5		
6~9		
10以上		

第6部

日本人の2人に1人が「ガン」になる

～ 「ガン」についてどこまでご存知ですか ～



(1) 主張のポイント

ガンと診断された場合、手術や抗ガン剤治療など受けず、そのまま放置するのが最もよい(ガン放置療法)。

(2) 主張の根拠(理由)

- ① ガンは、ガンのように見えても実は転移や進行しない「ガンもどき」と、転移や浸潤能力のある「本物のガン」の2種類に分けられる。
- ② 医師から「ガンです」と告げられ、手術したとしても、それは「ガンもどき」である場合も多く、それは放っておいても進行や転移が見られないので、治療は意味がないだけでなく、患者に負担をかけ、寿命を縮めているだけだ。
- ③ また、「本物のガン」であったとしたら、幹細胞として発生した時点で、すでに転移を起こしているので、患者が助かることはなく、手術や抗ガン剤による治療は無意味だ。
- ④ 以上の理由から、「ガンもどき」あるいは「本物のガン」のどちらであっても、ガン治療は無意味であるだけでなく、患者を苦しめるだけにすぎない。

医学界の反発・批判

近藤 誠医師の「現在の医療を全面否定するような」主張に対しては、当然のことながら、医学界から猛烈な反論・批判が巻き起こっています。その代表的なものについて、要約してご紹介しましょう。

(1) 「ガンもどき」は本当に「もどき」のままなのか

- ① 現在の医学で「ガンもどき」という概念はない。ガン診断されても、殆ど進行や転移をしない「おとなしいガン」は存在する。そのようなガンを近藤医師は「ガンもどき」と呼んでいるのではないか。
- ② 現在、早期にガンが発見されたとしても、それが転移や浸潤能力をもつガンなのか、進行しないおとなしいガン、すなわち近藤医師の言う「ガンもどき」なのか、識別することは不可能である。

- ③ 正常細胞が細胞の変異により、いつガン化するのか、予測が不可能であるのと同様に、進行の遅いガンが、いつ変異して悪性化するのかなどという予測は、今後也不可能と考えられる。
- ④ また、早期に発見されたとして、それが仮に、「ガンもどき」であったとして、それがいつまでも「もどき」でいるという保証はないし、「もどき」のままにいてという証明もされていない。

なお、医師の中には「ガンもどき」と呼ぶかどうかは別にして、近藤医師の主張はある意味で理解できる、と言う人もいます。

(2) 近藤理論の最大の問題点は何か

- ① 多くの医師・識者が指摘している近藤理論の大きな問題点は、『近藤理論を信奉する患者が、ほぼ確実に治るであろう治療も拒否し、後で取り返しがつかなくなるケースが多発している』という点である。

すなわち、当初は近藤理論を信じて治療を拒否したが、腫瘍が大きくなるにつれて不安になり、他の病院を訪れたときにはもう手遅れで、治療のすべがなく、悔やんでも悔やみきれない、という患者が多数いることである。

- ② 近藤医師の「ガンは幹細胞として発生した時点で、すでに他の部位に転移しているので、治療は無駄である」という主張も彼だけのものであり、その証明などどこにもない。

- ③ この8年で、殆どのガンで治療後の5年生存率が向上している。これは早期発見の診断技術・手術・抗ガン剤・放射線などの治療技術が進歩したからであり、もし、近藤理論が正しいとするならば、ここ8年で「本物のガン」は減り、「ガンもどき」が増加している、という常識では考えられない状況になってしまう。
- ④ 近藤医師は、放置療法を勧めた患者に「放置の最中に何か症状が出た場合は、病院で診てもらおうよう」勧めている。
これは言い換えると、「ガン放置」を指示したら、後は他の医師任せで、彼自身は何も行動せず「患者放置」をしていることになる。

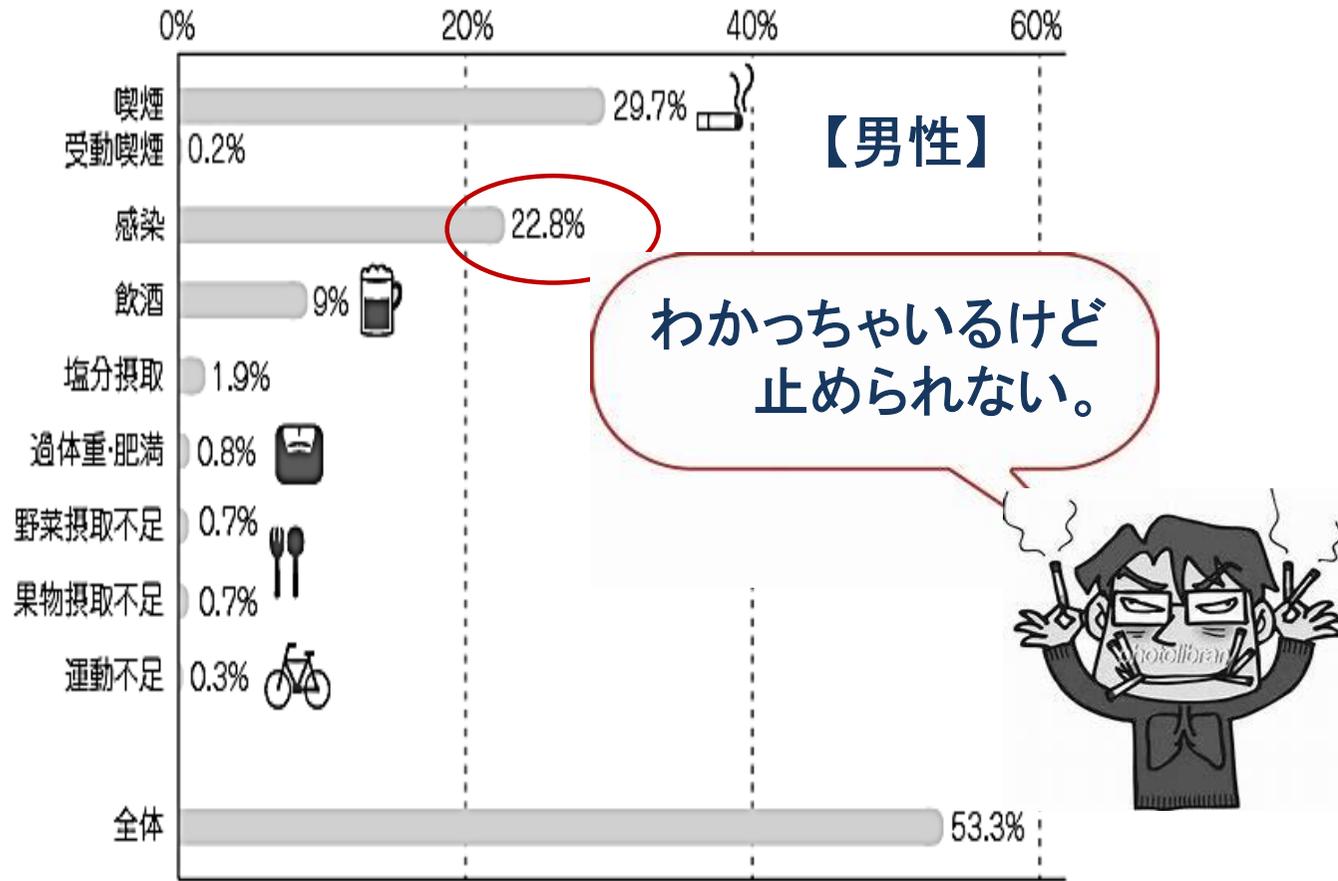
あなたは

どちらの主張が正しい

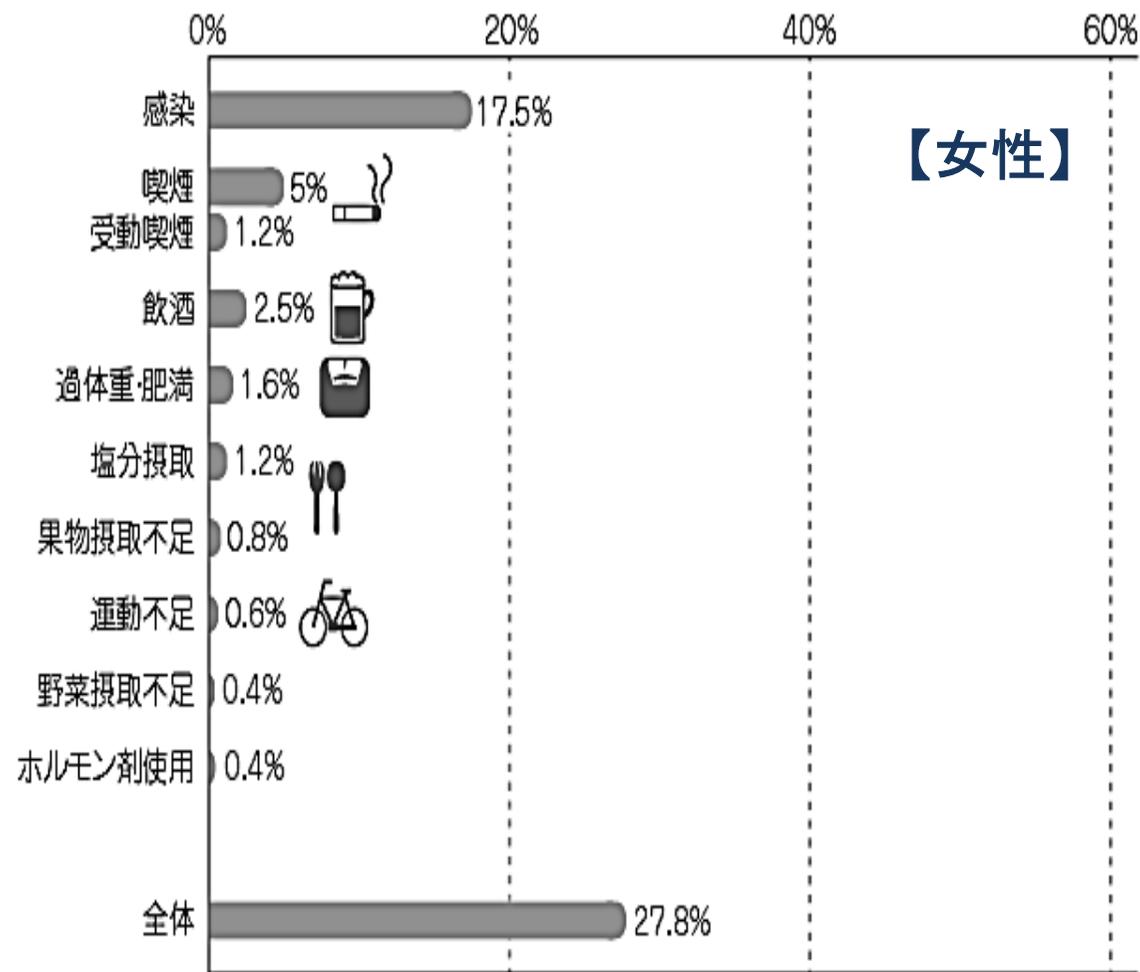
と思いますか？



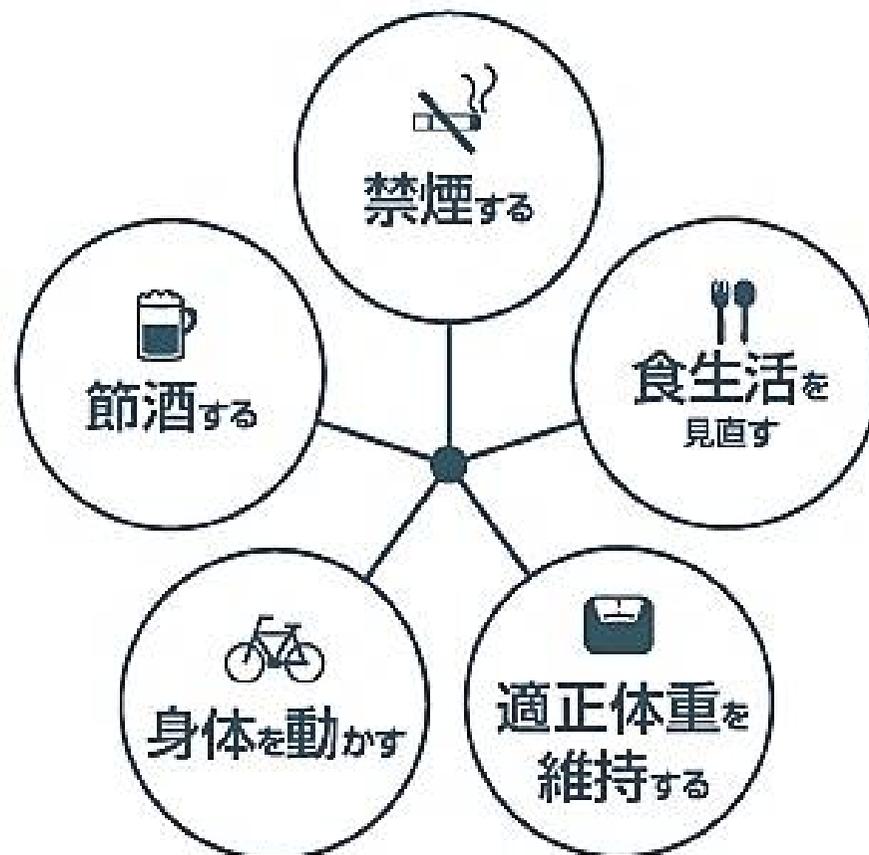
生活習慣とガン発生のリスク



(注) 全体の項目の%は、生活習慣や感染が原因でガンになったと考えられます。

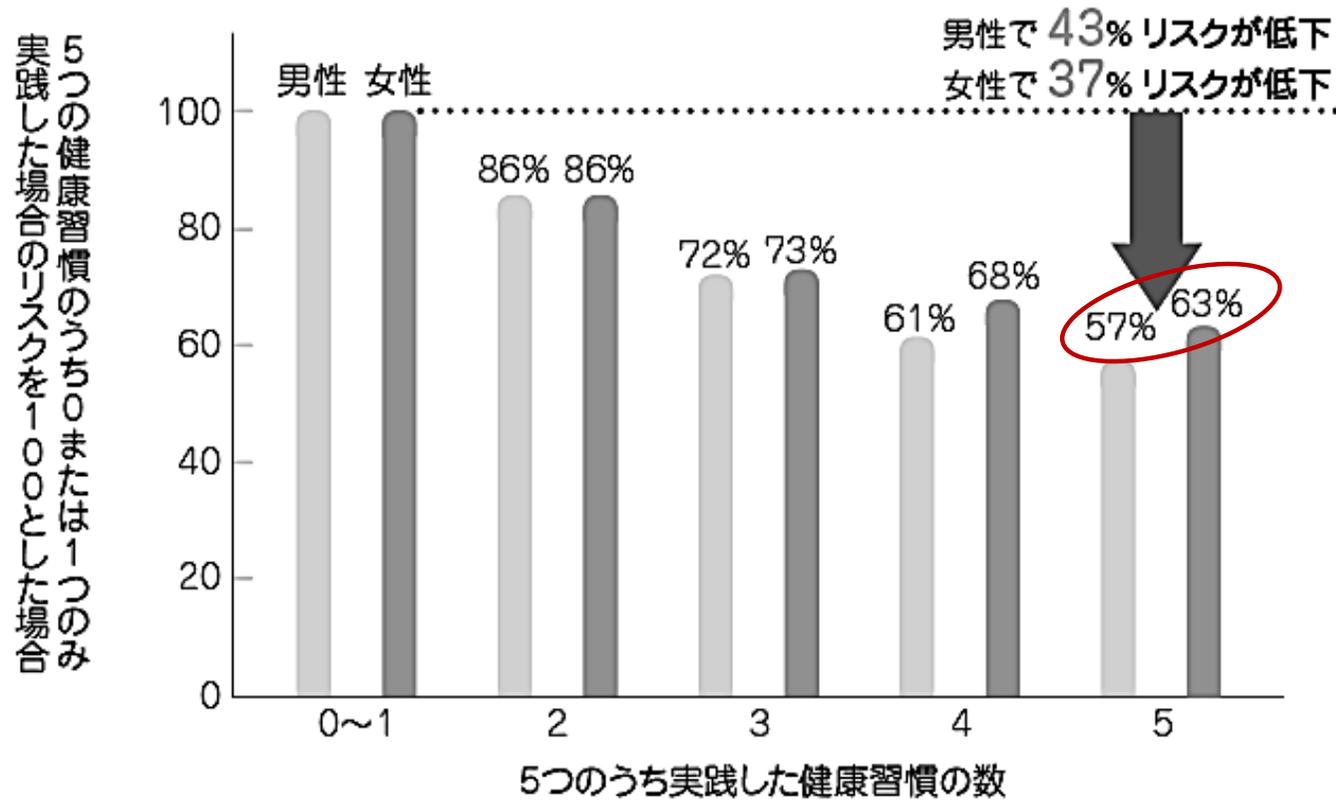


ガンの発生を予防する5つの健康習慣



★ 生活慣習についてのコメント

前図の5つの生活慣習を実践することで、次のとおり、ガン発生のリスクはほぼ半減します。



では、具体的にどのように実践すればよいのか、ご説明しましょう。

(1) 禁煙する

禁煙は、ガン予防の大きく、確実な第一歩です。

- ① タバコを吸う人は、吸わない人に比べて、ガンになるリスクが約1.5倍高くなります。
- ② 受動喫煙でも肺がん(特に腺ガンタイプ)や乳がんのリスクは高くなります。

(注) ある調査によると、タバコを毎日10本・10年間吸い続けた場合、実年齢32歳の人の肺年齢は55歳になるそうです。



(2) 節酒する

1日当たりの平均アルコール摂取量が、純エタノール量で23g未満の人に比べ、46g以上の場合で40%程度、69g以上で60%程度、ガンになるリスクが高くなります。

なお、純エタノール量換算で23g程度の飲酒量の目安は、次のとおりで、毎日飲酒する人は、これ以下の量までにとどめるほうがよいとされています。

- 日本酒・・・1合
- ビール・・・大瓶(633ml)1本
- 焼酎・・・原液で1合の2/3
- ウイスキー・ブランデー・・・ダブル1杯
- ワイン・・・ボトル1/3程度



(3) 食生活を見直す

これまでの研究の結果、次の3つのポイントを守ることによって、日本人に多い胃ガン・食道ガン・食道炎のリスクが低くなります。

※ 減塩する

塩分を抑えることは、胃ガンの予防のみならず、高血圧・循環器疾患のリスクの低下にもつながります。

厚生労働省が策定した「日本人の食塩摂取基準2015年版」によりますと、1日当たりの食塩摂取量は、次の量に抑えることを推奨しています。

- 男性：8.0g未満
- 女性：7.0g未満



(4) 適正体重を維持する

これまでの研究で、肥満度の指標であるBMIの数値と、ガンのリスクの低下について、次のようなことが示されました。

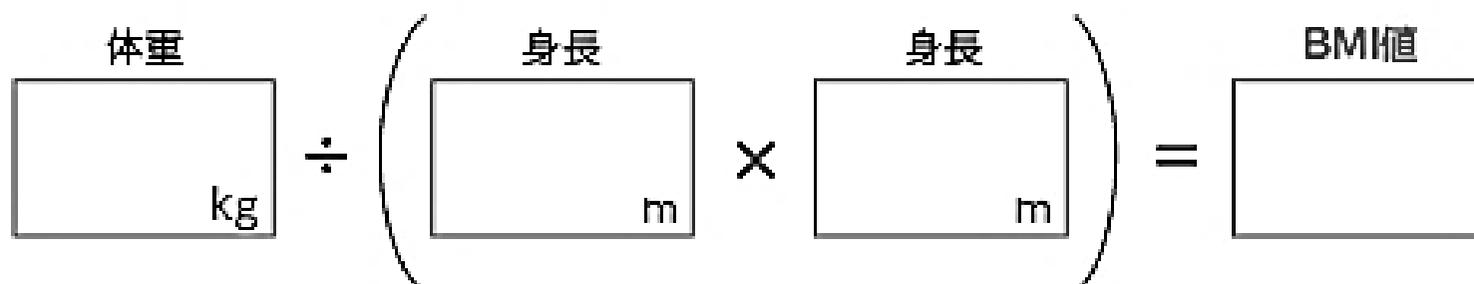
- 男性:21.0~26.9の場合ガンのリスクが低下
- 女性:21.0~24.9の場合死亡のリスクが低下



以上のことから、男性はBMI値が21～27、女性は21～25の範囲になるように体重を管理することが良いといえます。

そのためには、次の算式によって、ご自分のBMI値を計算してみてください。いかがでしょうか。

自分のBMI値を計算してみよう!


$$\begin{array}{c} \text{体重} \\ \boxed{} \\ \text{kg} \end{array} \div \left(\begin{array}{c} \text{身長} \\ \boxed{} \\ \text{m} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{身長} \\ \boxed{} \\ \text{m} \end{array} \right) = \begin{array}{c} \text{BMI値} \\ \boxed{} \end{array}$$

例) 身長 165cm 体重 60kg の場合

$$60(\text{kg}) \div (1.65(\text{m}) \times 1.65(\text{m})) = 22.0$$

ちなみに、私のBMI値を計算してみましたら、23.08でした。

(5) 身体を動かす

仕事や運動などで「身体活動量が高い人ほど、ガン全体の発生リスクが低くなる」という報告があります。普段の生活の中で、出来る限り身体を動かす時間を増やしていくことが、健康につながると考えられます。

国立がん研究センターの研究報告によりますと、身体活動量が高い人ほど、特に、高齢者の場合、休日などにスポーツや運動をする機会が多い人では、よりはっきりとリスクの低下が見られました。

ガンの部位別では、次のもののリスクの低下があります。

- 男性：結腸ガン・肝ガン・膵ガン
- 女性：胃ガン



「高血圧」・「糖尿病」・「がん」の予防法はほぼ同じ

前出の総合南東北病院・外科医長中山裕次郎医師によりますと、「高血圧」・「糖尿病」・「がん」の予防法は、次のとおり共通点が多くほぼ同じだそうです。

予 防 法	高血圧	糖尿病	が ん
禁 煙		○	○
節 酒		○	○
運 動	○	○	○
食事(塩分控えめ・野菜を多く)	○	○	○
適正体重を維持する	○		○
精神的ストレスを減らす		○	

中山医師は、これらの中で特に「禁煙」について、「まるで赤信号の横断歩道を目をつぶって渡っているように見える」と言っていますが、いかがですか。

第7部
「人生の幕の引き方」を考える

(1) 日本は「不健康な長寿国」である

- ① 全国の自治体と共同で調査した結果、寝たきりの人が少ない県は、人口当たりのベッド数が少ない、山梨県・千葉県・長野県だった。
特に、山間部など病院が近くにない地域の人ほど、健康寿命が長い傾向にあった。
- ② 日本は、世界でも有数の「長寿国」であるが、その実態は、天寿を全うする「P・P・K(ピン・ピン・コロリ)」は少なく、寝たきりの末に死んでいく「N・N・K(ネン・ネン・コロリ)」の人の方が多い「不健康な長寿国」である。
- ③ 日本の寝たきり高齢者数は約200万人で、寝たきり率の国際比較では、日本を100とした場合、アメリカは20である。
さらに、介護施設における寝たきり老人の割合は、長寿国のスウェーデンの4.2%に対して、日本は33.8%である。

- ④ 海外と比べ、日本に寝たきりが多い最大の理由は、病床数が多いことにある。日本の人口当たり病床数はアメリカの4倍以上、患者の入院期間も3倍近い。

アメリカは基本的に自費診療のため、早く退院しようとするが、日本は「国民皆保険」で医療費が安いいため、患者もなかなか退院したくない。この一見理想的な環境が、寝たきりの高齢者を増やしている。

- ⑤ 日本の場合、医療施設が少ない地域に比べて、都市部になればなるほど、「何かあれば病院に行けばいい」という意識の人が増え、それが健康寿命の差になって表れている。

以下ご紹介するのは、次の先生方のご意見です。

- * 星 旦二氏(首都圏大学東京・名誉教授)
- * 岡田 正彦氏(新潟大学・名誉教授)
- * 小笠原文雄氏(小笠原内科医院・院長)
- * 矢作 直樹氏(東大病院元救急部・集中治療部・部長)

(2) どうすれば「ピン・ピン・コロリ」で逝けるか
その秘訣は、次の2つだそうです。

① 病院に行かない

＊ そもそも病院は、決して安全な場所ではない。

＊ 新潟県では、病院に行くより歯科の受診を推進し、口腔ケアに力を入れたことで、寝たきり老人が減少したという。

歯周病になると、歯周病菌が血液に入り、心臓に運ばれて、動脈硬化や心筋梗塞、誤嚥性肺炎を引き起こす。

事実、歯周病の人は、心疾患の死亡率がそうでない人に比べて、2～3倍高くなっている。

＊ 病院に行って異常を見つけて治すのではなく、事前に予防しておくことが、健康長寿につながると言える。

② 無駄な検査は受けない

- ＊ 歳を取ってからのガン検診は、デメリットの方が大きい。
なぜなら、本来治療をしなくてもいい、小さな病変までがガンと診断されてしまうことがある。
また、レントゲンやCTの放射線による被ばくも懸念される。特に、胃のバリウム検査は被ばく量も多い。
- ＊ 自治体の行う「健康診断」も無理に受ける必要はない。
北欧のフィンランドで行われた調査では、「健康診断」を受けなかった人の方が、15年後の生存率が高かった、というデータもある。
- ＊ 「ピン・ピン・コロリ」のために大切なことは、検査ではなく予防である。
「検査は予防ではなく、病気を発見するための方法に過ぎない」ということを理解する必要がある。

ご清聴ありがとうございました



お互いに健康には十分留意しましょう

【参考資料】

資料1:「金融庁金融審議会の報告書」について	1
資料2:最近話題の「MCIスクリーニング検査」とは	3
資料3:認知症の80%を占めるアルツハイマー型の症状	5
資料4:認知症治療の第一人者が認知症になって	6
資料5:家の中で転んで死ぬこともある?	7
資料6:病院はこんなに怖いところ(1)~(3)	9
資料7:余談で恐縮すが・私の薬に関する経験	14

【資料1】

「金融庁金融審議会の報告書」について

去る6月14日、金融庁金融審議会から「高齢夫婦の老後資金に関する報告書」が発表されました。

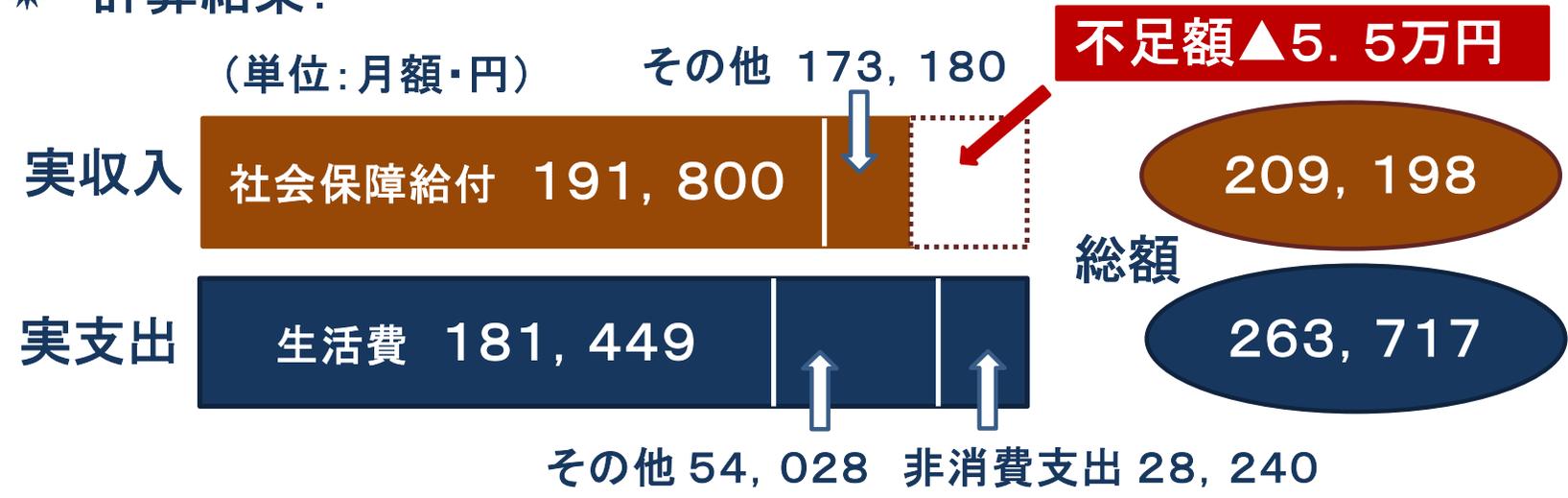
それは、公的年金のみでは毎月5万円の赤字になるので、95歳まで生きるとした場合、老後の生活に必要な金融資産は、2000万円というものです。

この報告書について、麻生財務大臣は「公的年金による不足額は、貯蓄を取り崩して穴埋めする前提なので、「赤字」には当たらない」として、報告書の受け取りを拒ばみ、年金受給者の不安を招いた責任を、事務方に転嫁しています。



不足額2000万円の算出根拠

- ＊ 前提条件：夫65歳、妻60歳の無職夫婦が、95歳まで30年間生きると仮定した場合の実収支差額の総額。
- ＊ 計算結果：



30年間の不足総額：5.5万円 × 12月 × 30年 = 1,980万円

（注）この計算は、「プレジデント誌」8月30日号から抜粋・要約したものです。

【資料2】

最近話題の「MCIスクリーニング検査」とは

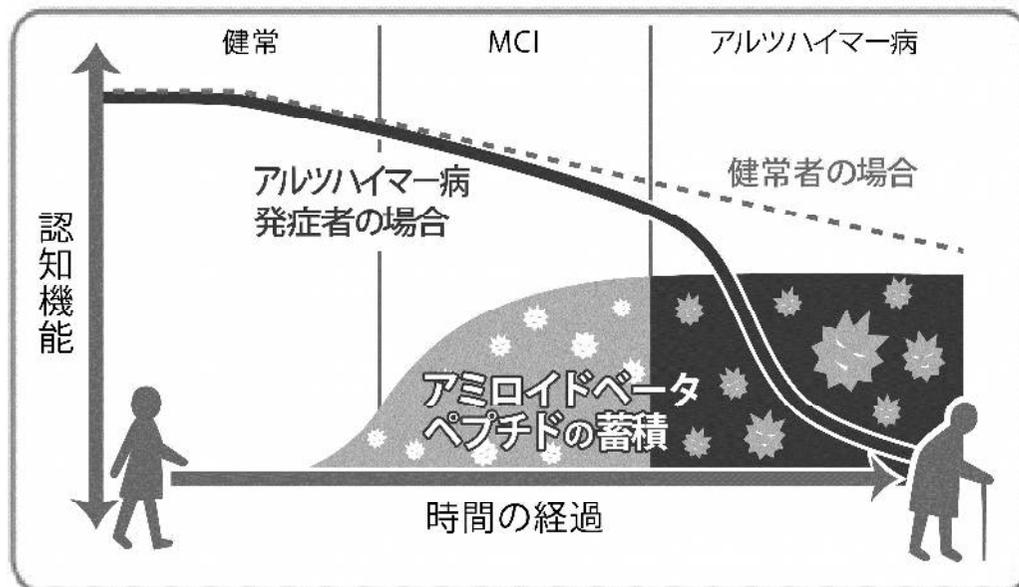
厚生労働省の発表によりますと、2025年には65歳以上の高齢者のうち、認知症の人は約700万人(5人に1人)に増加すると予測されています。

そこで、最近話題になっているのが、MCI(軽度認知障害)を早期に発見する「MCIスクリーニング検査」です。

認知症の中で最も多い「アルツハイマー型認知症」は、次の図のとおり、発症する約20年前から主な原因物質である「アミロイドベータペプチド」が脳内に溜まり始め、認知機能が少しずつ低下していきます。

「MCIスクリーニング検査」は、「アミロイドベータペプチド」の排除や毒性を弱める機能を持つ血液中の3つのたんぱく質を調べることで、軽度認知障害のリスクを判定するものです。

アルツハイマー病発症までの経緯



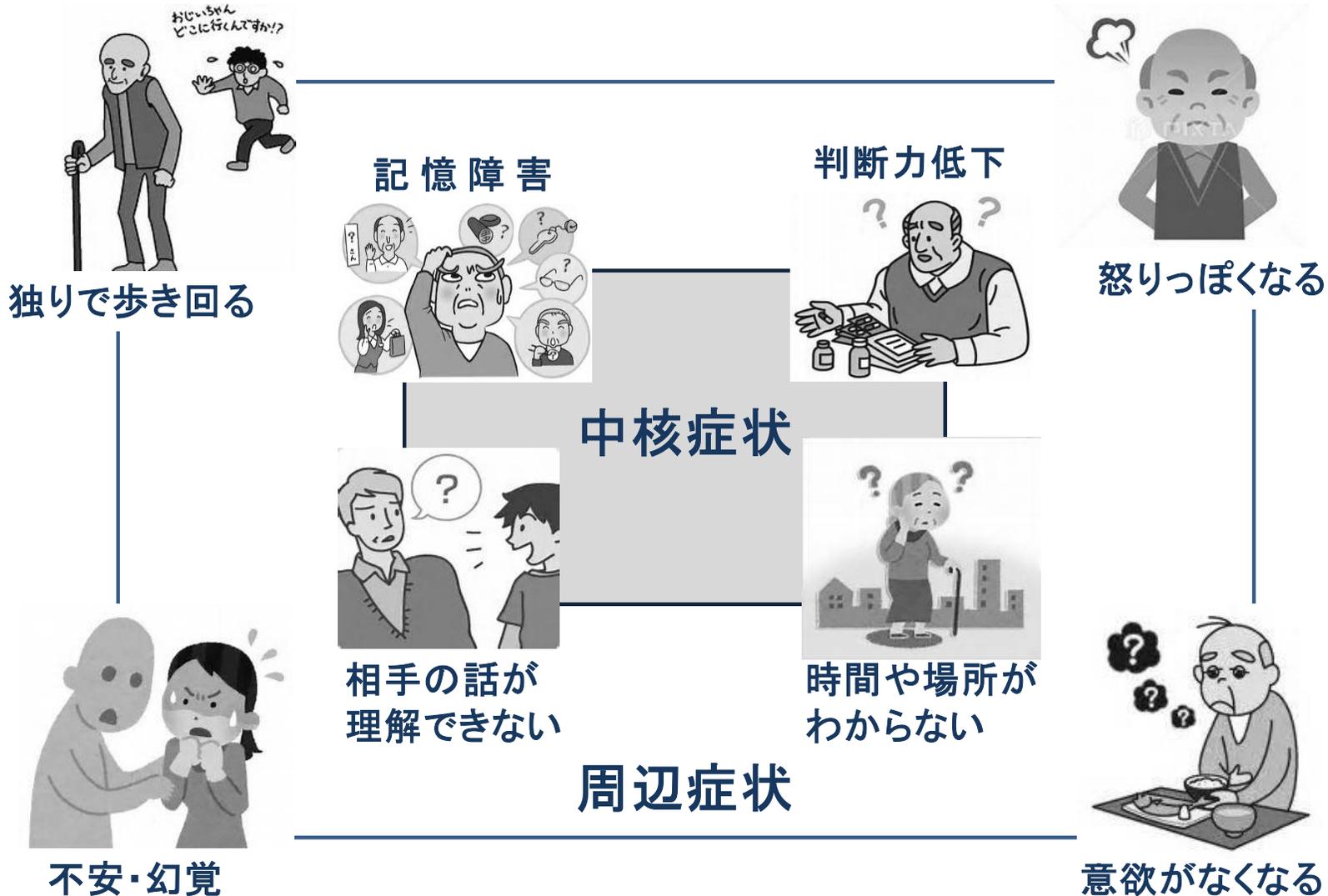
「MCIスクリーニング検査」は、こんな方にお勧めだそうです。

- 50歳以上で最近物忘れが増えてきたと思う方。
- 肥満や糖尿病、高血圧症の方。
- 脂質異常症などの生活習慣病を患っている方。
- 親や家族の様子が少し変わった気がすると思われる等。

なお、検査料金は「25,000円＋税」です。

【資料3】

認知症の80%を占めるアルツハイマー型の症状



【資料4】 認知症治療の第一人者が認知症になって

「長谷川式簡易知能評価スケール」の開発者で、認知症治療の第一人者といわれる精神科医・長谷川和夫氏(90歳)が、2年前に認知症を発症していることを公表しました。

それ以後に行われた長谷川氏とのインタビューから、私たちにとって参考になると思われる部分を、要約・抜粋してご披露します。

- ※ 昔は、認知症というとガチとした状態があって、なったらなったらそれっきりと思っていた。とんでもない間違いでした。認知症というのは決して固定した状態ではなくて、認知症とそうでない状態は連続している。つまり行ったり来たり、なんだね。
- ※ 私の場合で言うと、朝一番から昼頃までは割とすっきりしている。午後1時を過ぎるとだんだん疲れてきて、晩御飯の前は最高に認知症っぽい。お風呂に入って眠り、翌朝にはまたピカピカの自分に戻っている。人にもよるでしょうが、認知症の人と大事な話をするときには、朝からお昼どきまでがいいと思います。

- ※ 死んだらこうなるって確実に教えてくれた人は過去に一人もいない。僕は心臓の病気もあるから、本当に死を考えたら不安でいっぱいだよ。神様は、その不安や恐怖を和らげるために、私を認知症にしてくれているんじゃないかね。ならば、神の手に任せようと、もちろん、これはあくまで僕個人の気持ちであって、すべての人に当てはまるわけではありません。
- ※ いずれにしても、生きているうちが花で、過去ではなく今を生きることが大切。明日やることはちょっとでも今日手を付ける。そんな心がけで生きようと思っています。

【資料5】 家の中で転んで死ぬこともある

誰しも年をとりますと、非常に転びやすくなりますが、「週刊現代」に「家の中で転んで亡くなった60代以上の人の実例」が掲載されていますので、以下その概要をご紹介します。

(1) 転ぶとどうなるか？

腰椎圧迫骨折・大腿骨頸部骨折・外傷性脳損傷・手首骨折・脳挫傷と言った重大な骨折などが発生します。その結果、次のような経過をたどることが多いようです。

転倒 ⇒ 歩けなくなる ⇒ 食べられなくなる ⇒ 衰弱 ⇒ 死亡

(2) 転ぶ人には前兆がある

これについては、次のような点が挙げられています。

- ① 極端なすり足(足の裏全体を地面に擦りつけるような歩き方)
- ② ぶん回し歩行(前進するとき足が大きく外側にふりながら歩く)

(注) 一説では、ケガ・病気で寝ついて、3カ月過ぎると認知症の症状が出てくると言われています。

【資料6】 病院はこんなに怖いところ(その1)

- ① 人間ドック・ガン検診は、被ばくするだけ。
- ② 「念のため調べておきましょう」という決め台詞は、病院が得するだけ。
- ③ 若い医者は間違える。病気はマニュアルでは治せない。
(大きな病院ほど危ない)
- ④ 患者にはわからないが、手術が下手な医者はいる。(その技術がないのに、腹腔鏡手術をやりたがる医師は危険)
- ⑤ 病院に長く通う人は、金づるにされている。
- ⑥ 飲んでもよくなならない薬は、身体をボロボロにするだけ。
- ⑦ 新薬は、人体実験されるだけ。
- ⑧ うつ病は、薬を飲むほど悪くなる。(日本の精神病薬使用量は世界一)
- ⑨ 高血圧・糖尿病は、薬を飲むだけ無駄。

(注) 資料4は、いずれも「週刊現代」の記事の要約・抜粋です。

病院はこんなに怖いところ(その2)

- ① “念のために検査しましょう”という医者は、あなたのためにではなく、診療報酬を増やそうとしている。
- ② “1年後に再検査しましょう”と言われても、それは必要ない。
- ③ 手術で一番危ないのは実は麻酔。
- ④ 大動脈瘤は、高齢者の場合「様子見」が正解。
- ⑤ 血圧とコレステロールは、測らない方がいい。
降圧剤を飲めば確かに見かけの血圧は下がるが、本当に健康に結びついているかは別問題。
- ⑥ 生活習慣病の薬は、毎日規則正しく飲み続けたからと言って、病気そのものが治るわけではない。
- ⑦ いい医者は、無駄な薬を出さない。
- ⑧ 医者はわからなくても、「わからない」とは言わない。

病院はこんなに怖いところ(その3)
病院を替えてよくなった、という主な例をご紹介します。

病名	最初にかかった病院	転院してよかった病院
胃がん	国立がん研究センター	がん研有明病院
肺がん	順天堂大学医学部 付属病院	浦安ふじみクリニック
肝臓がん	東京医科歯科大学 医学部付属病院	新百合ヶ丘総合病院
前立腺がん	新潟大学歯学総合病院	放射線医学総合研究所
乳がん	聖路加国際病院	がん研有明病院

(注) 大学付属病院の評判がよくないのはなぜか？

病院はこんなに怖いところ(その4)

加齢に伴う不調をすべて薬で直そうとしたら、いろいろな副作用が生じても当然といえます。自分の判断で医者が出す薬を断った人のその後の状況について、報告されている例のうちいくつかをご紹介します。

なお、「これらの例はその人だけの経験で、すべての人に当てはまるものではない」という見方もあるかもしれません。その反面「私たちの薬との向き合い方」について、示唆に富んでいるとも言えるのではないのでしょうか。

(注) スライドNo. 75『「高血圧」・「糖尿病」・「がん」の予防法はほぼ同じ』と併せてご覧ください。

病 状	断った薬	断った理由・その後の状態
高 血 圧	アムロジン フルイラン	2種類の降圧剤を飲んで血圧は130以下になったものの白内障になった。薬を1種類にしたら血圧が145に上がったが、2年以上健康の問題なし。
高 血 糖	インスリン注射 トレシーバ	注射のたびに激痛が走り耐えられなかった。糖質だけを制限する食生活を続けたら、徐々に血糖値が下がった。
脳 梗 塞	バイアスピリン	小腸からよく出血し、血便が出るようになった。脳梗塞を一度も起こしたことがない場合、予防効果は低いと聞き薬を断ったら副作用は解消した。
夜間頻尿	ボラキス	薬を飲んでもトイレの回数がほとんど変わらない一方便秘がちになった。薬をやめてウォーキングをしたら、予想以上の効果があった。
痛 風	フェブリク	肝臓の数値が悪化し、副作用の疑いがあるといわれた。薬をやめたが3年近く発作は起きていない。

【資料7】 余談で恐縮ですが私の薬に関する経験

私は以前から血圧が高く降圧剤を常用していました。最初かかっていたT医師は上が170ぐらいあっても「今日はちょっと高いね」で終わり。薬を増やすとか変えるとかは一切ありませんでした。

その医師が体調不良で廃業し、後を継いだK医師は「血圧は何が何でも130」というテレビ・コマーシャルを盲信しているらしく、170もあろうものなら今にも死にそんな騒ぎ、150でもまだ高いと言って薬を変えたり増やしたり。最終的に4種類の薬が出されました。

このK医師が、ある日自分の血圧を測って自慢げに私に見せてくれましたが、何んと上が110しかありませんでした。私は心の中で、「血圧には個人差があることも知らず、低血圧を自慢するようでは、こいつはヤブ医者だな」と思いました。

あまりにもバカバカしくなって、その医者にかかることも薬も一切やめ、食生活を変えてみました。その後1年近くになりますが、血圧は特に変わらずというか、むしろ薬を飲んでいたころよりも低いときもあります。そして最も大きな変化は体重が3キロ超減ったことと、便通がよくなったことが挙げられます。

あなたならTとK二人のどちらが本当の医者だと思われれますか？

(2) 私の弟と薬についての話

私の弟は、現在すぎな会のグループホームを利用していますが、だいぶ以前の弟にかかわる薬の話です。

あるとき、弟の部屋を訪ねてみたところ、かなり大ぶりのビニール袋に、色々な薬が半分ほど詰め込まれていました。

それについて弟に尋ねたところ、“医者からもらったのだが、飲みきれないので残っている”ということでした。

そこで、どのような薬なのか見ましたら、10種類もありました。さらに、薬の本でそれぞれの副作用を調べたところ、そのうち5種類の薬に、「日中眠気が出ることがある」という同じ副作用があることがわかりました。

そのため弟は、日中眠気が出るので、ベッドで横になっていることが多く、当然の結果として、夜よく眠れないという状態が続いていたようです。

そこで、再度薬をチェックしたところ、睡眠薬がだされていることがわかりました。「薬の副作用の重複で、昼間うとうとしているため夜よく眠れない」ということは、素人でもわかるのに、この医師は10種類の薬の副作用を調べようともせず、知的障害がある弟の「夜眠れない」という訴えのままに、薬を処方したということになります。

私は頭にきたので、施設に出向いて経緯を説明し、「施設としては言いにくいと思うので、家族から強いクレームがあった」ということで病院に申し入れをして欲しい、という要請をしました。

施設が直ちに対応してくれ、院長自身が弟と面接した結果、何とそれまで10種類も出ていたクスリが、3種類に減りました。

その後弟の体調に変化が出たということは、一切ありませんでした。

このようなことは、弟のみならず他の利用者の場合にもないとはいえないので、支援員の方は、薬の副作用についてぜひ留意していただきたいと思います。