

201129056A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

新たな概念に基づく
超高齢社会の医師需給の研究

(H23-医療-指定-010)

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成 24 (2012) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告

新たな概念に基づく超高齢社会の医師需給の研究

大島伸一

II. 分担研究報告

1. 総括

1) 大島アピール

大島伸一、医師需給研究班員

2) 7つの発見と提言

長谷川敏彦、小塩篤史

2. 将来推計

1) 患者数推計

長谷川敏彦、小塩篤史

2) 障害者推計

長谷川敏彦、小塩篤史

3) 医療施設従事医師数の推計と各種対策の効果

平尾智広、吉岡哲、辻よしみ

3. 診療科分析

1) 専門診療科分析

長谷川敏彦

2) 少子超高齢化社会における医師の需要と供給－専門医制度の課題

荒木葉子

3) 若手医師の診療科選択の現状に関する研究

平尾智広、吉岡哲

4) 産婦人科－医師の現状と今後に関して

－産婦人科医を増やすための日本産科婦人科学会の取り組み－

海野信也

5) 小児科の医師確保策

江原朗

6) 耳鼻咽喉科医現象に関する検討－耳鼻咽喉科医は減少しているか？

竹中洋、高橋姿

4. 地域分析

地域分類に基づいた医療需給の把握

－国土交通省分類に基づいた医療資源の分布と将来推計－

小塩篤史、長谷川敏彦

5. 未踏高齢社会の医療と医療人材

1) 医療人材の現状

長谷川敏彦

2) 老年医学教育におけるコア・コンピテンシーの日米比較について

藤谷克己、田中啓広、小塩篤史、秋山健一、長谷川敏彦

3) 少子超高齢化社会における医師の需要と供給－女性医師の課題

荒木葉子

4) 海外医療人材の受け入れの現状

松本邦愛、古川恵美、瀬戸加奈子、長谷川友紀

5) WHO による医療人材の国際移動に関する規約

小塩篤史

I . 総括研究報告

新たな概念に基づく超高齢社会の医師需給
の研究

大島伸一

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発研究事業）
総括研究報告書

新たな概念に基づく超高齢社会の医師需給の研究

研究代表者 大島伸一 （独）国立長寿医療研究センター総長

研究要旨

医師需給の課題は日本にとどまらず全世界の、極論をいえば人類史的な課題である。WHOも先進国途上国を問わず、保健医療人材については、全世界をあげて取り組むべき共通の課題であると提言している。しかし、世界に先駆けて未踏高齢社会に突入する日本は、高齢社会における医療提供体制のモデルを構築してゆかねばならない。本研究では上記のことを念頭において、日本に必要な医師数について研究を行ったが、その結果以下のような知見を得た。①世界のどこの国にも医師の需要を推計するモデルは無く、直接に需要を推計して、供給量を決めることは困難である、②複数疾患を抱え、いわゆるケアサイクルに入る高齢者の割合が増加しており、医療需要に大きな変質が起きている、③就業率のMカーブが深化している、④地域によって医師の供給と医療の需要の構造が異なる、⑤大都市郊外の医師供給が危機的状況に進む、⑥専門科毎にみても、政策誘導・女性医師の動向によって、勝ち組・負け組が分かれている、⑦全職種の就業者に占める医療福祉産業従事者の割合は増加している。これらを踏まえて、以下のような提言を行う。①医師の推計は頭数の推計ではなく、医師のキャリアを勘案した医師の養成と教育を考慮する必要がある、②新しい老人医療のシステムの構築とそれを担う医師の教育と研修が必要である、③大学・専門学会は各専門科の医師のキャリアパスの情報を提供すべきである（医学教育、研修の刷新）、④医師需給の地域分類は国交省の5地域が有用である（新しい医療計画の必要性）、⑤大都市郊外の医師需給の計画を作るべきである、⑥医師の役割の見直しと業務改善が必要であり、女性支援が重要である、⑦医療福祉セクターの全産業界の位置づけを国民的議論で考える必要がある。今年度は特に福祉との関わりも含めて、需要の推計を行った。本研究における結論は、高齢社会における必要医師数の推計には医療提供体制そのものの再構築なしには極めて困難であるというものである。必要な際に医療が気兼ねなく受けられることは、安心な社会の重要な構成要素であるが、現在、従来からの制度の存続の意義が疑われており、高齢社会に望ましい医療の形を国民的議論の元に決定し、医師の養成を行っていく必要がある。本研究では、高齢社会における医療のあり方について、以下の前提を強調する。①時代によって医療は変化する、②提供可能な資源は有限である、③需要に供給を合わせる、④医療の形が決まらなければ医療需要は決まらない、⑤医療には公共性がある。超高

齢社会における新たな医療提供体制を構想し、位置づけていくことが今後重要である。

(研究分担者)

長谷川敏彦 日本医科大学教授
長谷川友紀 東邦大学教授
平尾智広 香川大学教授
清水佐知子 大阪大学助教
吉川 徹 労働科学研究所副所長
小塩篤史 日本医科大学

(研究協力者)

荒木葉子 東京医科歯科大学特任教授
松本邦愛 東邦大学講師

A. 研究目的

本研究の目的は、超高齢社会において、日本の医療提供体制が質的・量的に大きく変化する中で、その変化を把握しながら、必要医師数の把握を行うことである。特に、高齢社会における医療提供体制を想定した医師需給の再推計、高齢社会における需要の変化、診療科や地域特性に応じた医師需給の把握、女性医師の労働実態把握、専門医制度の動向、国際状況の把握が喫緊の課題で、これらの課題に重点的に取り組んだ。その過程を通じて、超高齢社会における医療のあり方や医療需要を検討し、単に定量的な医師数を推計するだけでなく、求められる医療の転換に求められる医療提供体制の質的転換への方向性も併せて検討した。

B. 研究方法

①医師需給の再推計

「2010年度医師・歯科医師・薬剤師調

査」「医療施設調査」などの新しい官庁統計データを基にして、医師需給に関して再推計を行う。その際、日本国内の過去の推計や国外の推計モデルを検討し、方法論的な比較や結果の比較を試みた。また、需要に関しては「患者調査」「国民生活基礎調査」等を用いて、高齢社会における需要変化、特に複数疾患の状況に関して分析を行った。

②診療科・地域格差についての現状把握とシミュレーション(精緻化)

公的統計などを用いて、診療科単位・地域単位での現状把握を行う。診療科に関しては、専門家からのヒアリング、地域格差に関しては、フィールドワークを行った。

③女性医師の労働実態把握

東京医科歯科大学の同窓生にアンケート調査を行い、女性の就労実態の調査、労働やキャリアパスの考え方、業務の問題点を調査した。

④国際比較研究

政府統計分析、文献・インターネット調査、現地調査を行い、英仏独米の医師需給について国レベル、地域レベル、診療科レベルでどのような主体がどのように必要数を推計し、その数を管理しているか、そしてその利点・欠点を比較研究した。

⑤地域特性に応じた医師需給の把握

国土交通省の都市圏分類を使用し、全国を大都市、大都市郊外、中核都市、中小都市、自然共生地域に分類し、各地域での医療需要（高齢化率・高齢人口・有

病率・要介護者)、医療供給(医師数・医療施設数)の現状把握並びに代表的な市区町村を用いた将来推計を行った。

(倫理面への配慮)

公的統計に関しては、個表データを取得したが、公的統計の2次的利用に関するガイドラインに適正に従い、使用目的に記載した目的に限定して使用した。その他のデータに関しては、公開データであり個人情報保護に抵触する恐れは無いと考えられる。

C. 研究結果

① 医師需給の再推計

最新統計に基づいて医療需要(退院・外来・有病者・障害者・死亡)に関して推計を行った。2010年を基準として、高齢者数が絶対値でピークを迎える2030年には、退院が17%増(回帰法)15%増(固定法)、外来が増減なし(回帰法)4%増(固定法)、有病者が5%増(回帰法)2%増(固定法)、障害者が72%増(固定)、死亡が34%増となっている。退院や外来に関しては、2030年頃がピークとなっており、その後は減少することが確認された。

上記は単純な頭数であるが、複数傷病患者が激増することも示されている。年齢階級ごとに副傷病数を分析すると、高齢者ほど副傷病を多く抱えている傾向が確認された。

② 診療科の現状把握

診療科に関しては、これまで不足していると言われていた産科・小児科・外科

で増加傾向が見られる。各診療科のキャリアパスや専門性に関する議論が必要である。

③ 女性医師の労働実態把握

女性医師の労働時間に関しては、全ての卒後年数で男性よりも少ないことが分かった。平均労働時間としては、男性が51.1/週であるのに対して、女性40.1時間/週で、約8割の労働時間であった。特に卒後6~10年後の群で男女差が大きくなっているが、これは子供有りの女性の就業時間が短いためであり、子供無しの女性では、男性と差がなかった。労働環境整備や保育施設、復帰支援などの整備が望まれていた。

④ 国際比較研究

医師必要数の推計に関しては、需要に基づいて推計を行っているのは、米だけであった。英は、地域・診療科単位で医師供給の推計モデルを作成しており、様々な折衝のもとで必要医師数の決定を行っていた。仏は、供給の将来推計だけを行っており、地域・診療科の偏在推計から、偏在解消のインセンティブ付けを行っていた。独は、地域毎に各診療科の定員が決まっており、不足医師数は、定員の充足度から計算されていた。

⑤ 地域特性に応じた医師需給の把握

国土交通省の分類に応じて、全国を5大都市圏、77の都市圏に分類し、各都市圏ごとに高齢者数、医師数、医療施設等を集計した。供給に関しては、大都市圏、中核都市は比較的豊富であるが、郊外、中小都市の資源不足が明確になった。また同じ中小都市でも、地域によりかなり偏りがあるこ

とも判明した。需要に関しては、認知症や要介護などの高齢者に特有の需要の増加が想定されるが、特に大都市郊外での需要の伸びが急激であることが確認された。需給のギャップという意味では、大都市郊外に最も大きな問題があることが分かった。

D. 考察

上記の結果から、7つの発見と提言を導き出した。

【7つの発見】

- ① 世界でも需要を推計するモデルは無く、直接需要を将来推計し、それをもとに供給量を決めることは困難である。
- ② 複数疾患を抱え、いわゆるケアサイクルに入る高齢者の割合が増加しており、需要の変質がある。また認知症や要介護者の増加が急激である。
- ③ 就業率のMカーブが深化しており、女性、男性ともに全体的な就業率が低下傾向にある。
- ④ 地域によって医師供給と需要構造が異なり、同じ中小都市や僻地であっても、その状況は大きく異なる。
- ⑤ 大都市郊外の医師供給が危機的状況にあり、急激な需要増と供給不足に直面している。
- ⑥ 専門科は、政策誘導・女性医師の動向によって、勝ち組・負け組が分かれている。
- ⑦ 就業者に占める医療福祉産業従事者の割合は増加しており、数少ない雇用者数が増加している分野の一つである。

これらに対して、以下の7つの提言を行

う。

【7つの提言】

- ① 医師の推計は頭数の推計ではなく、医師のキャリアを勘案した医師の養成と教育を考慮する必要がある
- ② 新しい老人医療のシステムの構築とそれを担う医師の教育と研修の必要がある
- ③ 大学・専門学会が各専門科の医師のキャリアパスの情報を提供すべきである。また、医学教育・研修の刷新も望まれる。
- ④ 医師需給の地域分類は国交省の5地域が有用であり、新しい医療計画が必要であると考えられる
- ⑤ 第2の医療崩壊を防ぐべく大都市郊外の医師需給の計画を作るべきである。
- ⑥ 医師の役割の見直しと業務改善が必要であり、女性支援が重要である
- ⑦ 医療福祉セクターの全産業界の位置づけを国民的議論で考える必要がある。

医師需給の課題はマンパワーにとどまらず医療システム全体、特に供給体制や財源と大きく関連している。

国際的には医師需給は世界中の政策課題となっており、1990年代の過剰論、2000年代の不足論から、また国際的には過剰論へとシフトしており、その背景には各国の特殊な政治の事情が存在すると考えられる。また、標準的な政策決定のための需給モデル等のフォーマットは存在せず、各国の背景を踏まえた政策の共有や検証がそれぞれの国の政策形成に大きく役立つと想定される。

E. 結論

医師需給の課題は日本にとどまらず全世界の、極論をいえば人類史的な課題で、WHOも先進国途上国を問わず、保健医療人材については、全世界で取り組むべき共通の課題であると提言している。日本は、世界に類をみない超高齢社会を眼前にして、これからの社会と医療の在り方のモデルを世界に提示する役割を担っており、医療界のみならず社会全体の知恵と創意が必須である。

高齢社会における必要医師数の推計には医療提供体制そのものの再構築が必要である。必要な際に医療が気兼ねなく受けられることは、安心な社会の重要な構成要素であるが、現在では制度の存続の意義が疑われている。そこで望ましい医療の形を国民的議論の元に決定し、医師の養成も行っていく必要がある。本研究では、高齢社会における医療のあり方について、以下の前提を強調する。①時代によって医療は変化する、②提供可能な資源は有限である、③需要に供給を合わせる、④医療の形が決まらなければ医療需要は決まらない、⑤医療には公共性がある。超高齢社会における新たな医療提供体制を構想し、位置づけていくことが今後重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1). 瀬戸加奈子, 藤田茂, 松本邦愛, 伊藤慎也, 長谷川敏彦, 長谷川友紀. 日本の急性期病院での医療安全文化の検討. 日本医療マネジメント学会雑誌

11(4)223-230.2011

- 2). 長谷川敏彦 老いる都市と医療を再生する・まちなか集積医療の実現策の提示-NIRA 研究報告書.2012.01 総合研究開発機構
- 3). 長谷川敏彦 病院崩壊からの再生-「匠と女将の世界」から「チームとシステム」-病院 70(4)296-299.2011.04
- 4). 長谷川敏彦 日本の社会と医療の未来-「生存転換」概念による予測-病院 70(5)382-385.2011.05
- 5). 長谷川敏彦 戦略としての医療安全-「価値共創組織」を目指して-病院 70(6)466-469.2011.06
- 6). 長谷川敏彦 構造転換する連携-施設間の連携からケアの連携-病院 70(7)542-546.2011.07
- 7). 長谷川敏彦 ガバナンス、オーナーシップ再考-医療福祉システムの「仕組みと仕掛け」を「老人仕様」に- 病院 70(8)620-623.2011.08
- 8). 長谷川敏彦 新・病院経営戦略-21世紀医療マネジメントの導きの糸-病院 70(9)702-707.2011.09
- 9). 長谷川敏彦 超高齢社会の新たな社会と医療-日本から発信する医療福祉を軸とするまちづくり-病院設備 50 (5) (通巻 302号) 14-19.2011.09
- 10). 長谷川敏彦 病院が変わる アフリカの今① 病院変革戦略としての5S/KAIZEN/TQM.病院 71 (1) .2012.01
- 11). 鈴木修一, 半田祐二郎, 長谷川敏彦 病院が変わる アフリカの今③ 5S/KAIZEN/TQM で経営革新.病院 70 (3) 2012.03

- 12). 松本邦愛, 瀬戸加奈子, 長谷川友紀
経済連携協定(EPA)に基づく外国人
看護師・介護福祉士の受け入れの現
状と課題 日本医療マネジメント学
会雑誌 12 卷 3 号.195-199.2011.12
- 13). 芳賀香代子, 松本邦愛, 北澤健文, 伊
藤慎也, 長谷川敏彦, 長谷川友紀. 外
科医師の需給と地域偏在に関する研
究.日本医療マネジメント学会雑誌
12 卷 3 号.134-139.2011.12
- 14). 北澤健文, 松本邦愛, 瀬戸加奈子, 西
澤寛俊, 徳田禎久, 長谷川友紀. 病院
での医療原価の推計 都道府県立病
院と民間病院の比較検討. 日本医療
マネジメント学会雑誌 12 卷 2 号
68-74.2011.09
- 15). 吉田愛, 池上直己, 小松寛治, 西澤寛
俊, 長谷川友紀, 社団法人全日本病
院協会医療制度・税制委員会. 【医療
計画と二次医療圏の今後】 4 疾病・5
事業の取り組みに関する全日病の調
査報告.病院 70 卷 11 号
845-848.2011.11
- 16). M. Akiyama, A Koshio. IT Can
Improve Healthcare Management
for Patient Safety -Minimizing risk
of blood transfusion with
Point-of-Act-System -IEEM
2011.1.979-985.
2. 学会発表
- 1). 長谷川敏彦、長谷川友紀（座長）シ
ンポジウム 10「IT 技術革新を応用し
た新たな医療マネジメントの可能性」
座長 第 13 回日本医療マネジ
メント学会学術総会 2011.06.25 京
都・京都市勧業館みやこめっせ、京
都会館 2011 .6
- 2). 長谷川敏彦 シンポジウム 10「IT 技
術革新を応用した新たな医療マネジ
メントの可能性」演題「問題提起-医
療・病院崩壊から医療・病院再構築
に向けた IT 技術革新の役割」第 13
日本医療マネジメント学会学術総会
2011.06.25 京都・京都市勧業館みや
こめっせ、京都会館
- 3). 小塩篤史、長谷川敏彦 医療需要の将
来推計に関する研究 第 13 回日本医
療マネジメント学会学術総会
2011.06.25 京都・京都市勧業館みや
こめっせ、京都会館
- 4). 鈴木修一、長谷川敏彦、秋山健一、
小塩篤史、藤谷克己 病院経営改善
における途上国のボトルネック-途
上国と先進国の事例比較- 第 13
回日本医療マネジメント学会学術総
会 2011.06.24 京都・京都市勧
業館みやこめっせ、京都会館
- 5). 藤谷克己, 秋山健一, 小塩篤史, 鈴木
修一, 長谷川敏彦 看護労働の職
員満足度調査における外来勤務と病
棟勤務の違いに関する一考察 第 13
回日本医療マネジメント学会学術総
会 2011.06.25 京都・京都市勧
業館みやこめっせ、京都会館
- 6). 秋山健一, 藤谷克己, 小塩篤史, 長谷
川敏彦 日本医科大学における
診療所見学実習の試み 第 13
回日本医療マネジメント学会学術総
会 2011.06.25 京都・京都市勧
業館みやこめっせ、京都会館

- 7). 長谷川敏彦 シンポジウム3:「美容皮膚科の混合診療を考える」超高齢社会の医療と医療費—日本の未来を予測する 第29回日本美容皮膚科学会総会・学術大会 2011.09.10-11 山口・海峡メッセ夫下関 日本美容皮膚科学会雑誌 21 (12): 126-167 2011 9
- 8). 林正幸、田中啓広、長谷川敏彦 健診受診者と非受診者におけるその後の医療と介護の関係 第70回日本公衆衛生学会総会 2011.10.20 秋田・秋田アトリオン
- 9). 田中啓広、林正幸、長谷川敏彦 健診受診者と非受診者におけるその後の医療と介護の関係 第70回日本公衆衛生学会総会 2011.10.20 秋田・秋田アトリオン
- 10). 長谷川敏彦、小塩篤史、藤谷克己 公衆衛生のアイデンティ・クライシス・・・生存転換概念による生存転換 第70回日本公衆衛生学会総会 2011.10.20 秋田・秋田アトリオン
- 11). 藤谷克己、長谷川敏彦 インフォームドコンセントにおける同意の法的位置付け 第70回日本公衆衛生学会総会 2011.10.20 秋田・秋田アトリオン
- 12). 長谷川敏彦 シンポジウム4「病棟と師長の崩壊・・・匠と女将の世界からチームとシステムへ」 第15回日本看護管理学会年次大会 2011.08.26-27 東京・京王プラザホテル 2011 8
- 13). Atsushi Koshio, Toshihiko HASEGAWA. Projecting future healthcare demand of physicians in Japan -Impacts of aging on health workforce policy & development Health System Reform in Asia 2011 Conference 9th – 12th December 2011.The University of Hong Kong, Hong Kong
- 14). A Tanaka, A Koshio, T Hasegawa, S Inagaki. Micro simulation modelling for understanding and projecting healthcare needs - utilizing electronic micro data by using a new computational methodology. Health Reform in Asia. 2011.12. Hong Kong.
- 15). 吉岡哲, 鈴江毅, 依田健志, 宮武伸行, 坂野紀子, 藤川愛, 星川洋一, 須那滋, 長谷川敏彦, 平尾智広. 若手医師の診療科選択の現状 第82回日本衛生学会学術総会 2012.03.25 京都・京都大学吉田キャンパス
- 16). Toshihiko HASEGAWA. The Theory of Survival Transition 2012 DRAGON NET MINI SYMPOSIUM March 19, 2012 National Taiwan University College of Public Health, Taiwan
- 17). 松本邦愛, 瀬戸加奈子, 長谷川友紀 経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士の受け入れの現状と課題 日本医療マネジメント学会 2011.6
- G. 知的所有権の取得状況 特になし

II. 分担研究報告

1. 総括

1) 大島アピール

大島伸一、医師需給研究班員

2) 7つの発見と提言

長谷川敏彦、小塩篤史

大島アピール

〈素朴な疑問〉

Q. 医師は不足しているという意見がありますが、本当に不足しているのでしょうか？

A. 分かりません

Q. なぜ分からないのですか？

A. 需要については、どこでどういう医療をどれだけの人がどのように受けることを希望しているか、把握されていません。そして、それに対してどのような医師がどこにどれだけ必要か計算されていないからです。

Q.それはどういうことなのでしょう？

医療は時代によって、人口構造によって変わります。

今までは病院を中心にした医療を行ってきましたが、高齢者のための医療は質が異なります。人口の高齢化がどんどん進むと「今までの医療」を続けていくと足りなくなる可能性があります。

〈今までの医療と高齢化〉

Q. 「今までの医療」とはどういうことでしょうか？

A. 患者は若年者の場合は、一つの病気を持って医師のもとに訪れる場合が多いです。病気の一つ一つをそれぞれの専門医が、それぞれバラバラに治そうと

する医療です。

Q. 「今までの医療」だと、なぜ医師が足りなくなるのですか？

A. 老人は慢性で多種類の病気を持ち、多く場合、病気は管理できても治りません^{注2}。それぞれをバラバラにそれぞれの専門医が治そうとすると、病気の数だけ医師が必要となり、医師は足りなくなる可能性があります。

Q. それならば専門医を必要なだけ作れば良いのではないですか？

A. それには2つの問題があります。

一つは、それぞれバラバラに沢山の種類の薬が出されたりして危険です^{注3}。そして、治らない病気が不必要に治そうとされたりすると心配です。

もう一つは、沢山の専門医を教育するには時間と手間とお金がかかります。一人の医師を養成するには多額の税金が使われています*。資源には限りがあるのです。

〈他職種への技術移転〉

Q. 医師以外の職種に医師の仕事を代替してもらえば良いのではないですか？

A. 従来医師が行っていた業務のうち、医師でなければ行えない業務とそうでない業務をどのように区別するか、後者を他の職種にやってもらう際に、どのような教育が必要か今議論されています。技術は限りなく進歩するので、医師の業務を抱え込むと医師の業務が膨大になりすぎます。代替のためには法的整備も必要です。

〈外国人医師の招へい〉

Q. では外国から医師に来てもらえばよいではありませんか？

A. それは簡単ではありません。第一に、言葉や安全の問題があります。第二に、各国ではそれぞれの国で多くの資源が必要なので、せっかく養成した医師をある国から招聘すると国際問題になる可能性があります。医療における南北問題と呼ばれています。現実には、外国人医師が多く流入する米国は発展途上国から批判をされています。世界保健機関でも 2010 年 5 月警告を出しました^{注4}。

〈高齢社会にあった医療体制〉

Q. ではどうすれば良いのでしょうか？

A. 現在、あるいは将来にわたって供給可能な医師数で医療供給を行うためには、医療の体制を「高齢社会にあった医療体制」に変える必要があります。

Q. 「高齢社会にあった医療体制」とはどんなものなのでしょうか？

A. それぞれの「病人やその人の生活に合わせ」高齢者を総合的に診る事が出来る老年科医や家庭医のような総合医が中心となって医療を提供することです。

Q. 「病人やその人の生活に合わせ」とはどういうことでしょうか？

A. 若年者は一つの病気で治療を必要とすることが多く、また治療によってもとの体に戻ることが多いのです。しかし、高齢者には多種類の病気があることが多く、長期にわたり継続して治療が必要です。それに家族関係や生活環境などの要因が大切です。そのためにはバラバラの病気の専門家より、その人や種々の病気をその人の生活環境を踏まえて総合的に捉える専門家が必要です^{注5}。

〈高齢者医療の専門医〉

Q. 専門家というと特別の病気を治す人と思っていましたが、高齢者の専門医というのがおられるのでしょうか？

A. はい。病気というより、高齢者の専門家です。高齢者は複数の病気を持っていて複雑です。しかも認知症などで意志決定を丁寧に行う必要がある場合がしばしばあります。従って、高齢者の特徴を理解した上で、「体力に応じて複数の疾患のバランスの取れた治療法の選択」、「家族関係や生活環境の調整」、「他の専門医との協働・調整、福祉など他のサービスとの調整・協働」などが必要になります。つまり複雑な病気の状態を総合的に診る専門家なのです^{注6}。

Q. これまで病院や診療科でそのような専門を見たことがありませんが？

A. 地域の一線で活動している医師はそれぞれ工夫しています。高齢社会には大変必要な医師なのですが、大学や大病院などでは系統だった取り組みが為されておらず、残念ながら養成に手間取っています。

Q. なぜ必要なのに手間取っているのですか？

A. 近代医学が出来たのは 19 世紀の後半で、当時ヨーロッパの平均寿命は 40 歳ほどで、65 歳以上人口は 5% ぐらいでした^{注7}。20 世紀は科学全盛で、治す医療を徹底的に追求した時代でした。そして、国も大学も専門医の養成に集中してきました。この間、日本は急速に高齢化が進んだため、高齢社会に合わせた医療体制の構築に間に合わなかったのです。20 世紀は病気を治すこと、21 世紀では生活を支えることが目的とならねばいけないのです。

〈若年者と高齢者の医療の特徴〉

Q. では若年者と高齢者の医療は、どのように異なるのでしょうか？

A. 若年者は単一の臓器に限局した病気で「治る」ことが多く、治療により機能も「回復」し、正常な生活に復帰できることが多いのに対して、高齢者は老化を背景に、複数の病気を有し、これは完治が困難で継続し、「障害」を残すこ

とも多くあります。

若年者は、「急性期」の治療だけで済むところが、高齢者は元々「慢性期」の病気で悩むことが多く、それが急に悪くなると「急性期」、つづいて機能を取り戻すための「回復期」、そして障害が残った場合の「長期」の治療に加え、介護が必要です。そして最後には死ぬ前の「終末期」に合わせた 5 種類の治療が必要です^{注8}。

Q. 高齢者の医療は単純ではなく複雑ですね。「終末期」の場合も治療は必要なのでしょうか？

A. 病気は治りませんが、安らかに亡くなるのを助けるという意味では治療です。ケアと言ったほうがよいかもかもしれません。このように目的や方法の異なる 5 種類のケアを必要に応じて続けて行う必要があります。これまでのように病院や診療所で患者さんを待っていて、治して帰して終わりというのではなく、本人の病気の変化に応じて、必要なケアを切れ目なく調整する必要があります。これをケアコーディネーションと呼びます。高齢者の場合、ケアの中心は病院の中から地域に移るのです。

Q. 今の日本では、そのような体制になっているのでしょうか？

A. 残念ながらなっていません。患者の必要なケアは病気によって変化するので、変化や必要に応じて「患者中心」に必要なケアを考えて継続して行う必要があるのです。提供する側もそれぞれ目的や機能の違う施設が互いに連携して、一人一人の患者を追っていくことが必要です^{注9}。若年者とは随分違う体制を作る必要があります。

Q. そのためにはどうすれば良いのでしょうか？

A. 患者のニーズが適切にアセスメントされ、その情報が多様なサービス提供者側に共有されて、適時・適切なサービス提供に結びつくことが欠かせません。また、全体の連携をうまくマネジメントする人が必要です。

Q. そのための手段としてどのようなことが議論されていますか？

A. 電子カルテやクラウドサーバーを利用して一人の患者さんを一つのカルテで一生追えるような体制が議論されています。

〈結論〉

Q. では、どのように考えればいいのでしょうか？

A. 必要な際に医療が気兼ねなく受けられるのは安心な社会の重要な構成要素です。ただ、そのような状況を今後も維持できるかは重要な課題です。極論すれば医療の形は、医師の形でもあります。従って、これは政府や学者のみが議論し、決定することではなく、社会の構成員であるあなたがたも一緒になって考えていただくべきことです。その際には以下のことに留意する必要があります。これらのことをおさえずに医師数を議論しても空論です。

即ち、

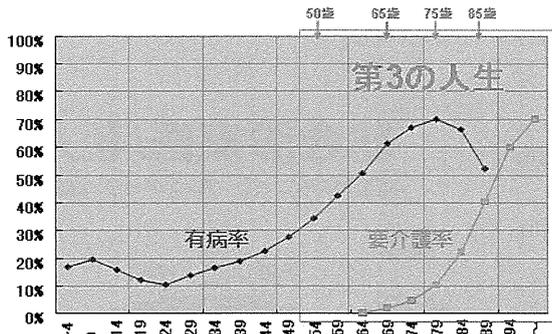
1. 時代によって医療は変わる
2. 資源は有限である
3. 需要に供給を合わせる
4. 医療の形が決まらなければ医療需要は決まらない
5. 医療には公共性がある

上記のようなことを抑えながら、国民的議論を行う必要があります。

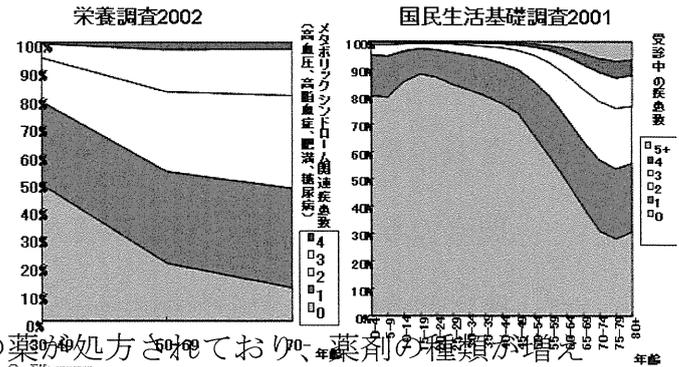
注1 足りているかどうかは、第一に需要をどう捉えるか、第二に何を対象にするかによっても異なる。医師不足の世論は 2004 年、臨床研修制度が始まって叫ばれ始め、病院医師の不足、特に地方での不足が社会問題化した。ここでは全体としての過不足を論じている。

注2 国民生活基礎調査によると、有病率は 50 歳を過ぎると上昇を始め、特に高齢者では慢性の疾患が増加する。退院患者を見ると高齢者では平均 4 つの病気を持っている。

医療と介護の需要

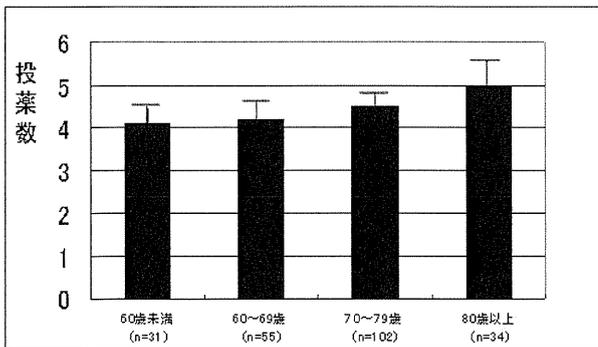


高齢化と複数傷病分布



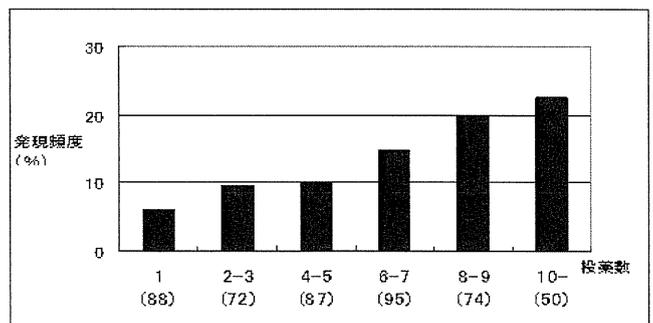
注3 現在でも高齢者はほとんど多種類の薬が処方されており、薬剤の種類が増えるほど飲み忘れや薬の相互反応による副作用（薬害）が起きやすいことが

研究で判明している。実際に高齢者ほど副作用が出現している。



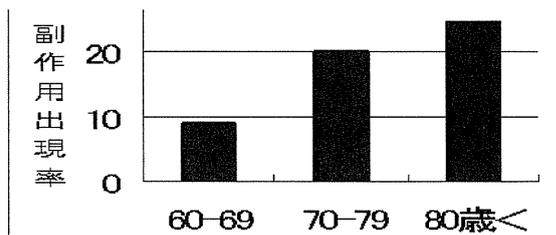
外来症例における症例一人あたりの投与数

松下雅哉 他9名:高齢者の服薬状況および副作用に関する検討.日本老年医学会誌.32(3),1996.3



投薬数と薬物有害作用発現頻度

島野研二 他13名:薬剤起因性疾患 第4回日本老年医学会学術大会記録<シンポジウムII:老年者の薬物療法>.36(3),1999.3

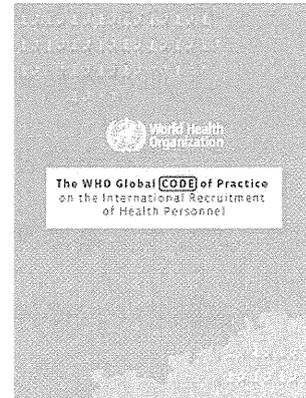


入院症例における年代別薬剤副作用出現頻度(60歳以上)

松下雅哉 他9名:高齢者の服薬状況および副作用に関する検討.日本老年医学会誌.32(3),1996.3

注4 米国は伝統的に外国の卒後研修医を受け入れてきた。米国での研修は医療技術の移転に有用な反面、研修後帰国しない医師も多く、頭脳流出が国際問題化している。米国の場合、年間1万5000人の研修医の採用のうち5000人が外国の医学部卒業生である。WHOでは昨年5月医療人材の海外流出に関するガイドラインを定めた。

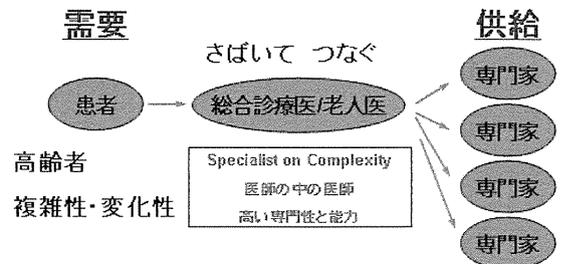
WHO ガイドライン



注5 従来の専門家が対象疾病や治療法の専門家であるのに比べ、高齢者医療の専門家は総合的に患者を診療する、その人そのものの専門家、あるいは高齢者の場合、疾病は複数で複雑な病気の状態を持つことが多く、複雑性の専門家 (specialist on complexity) とも呼ばれている。

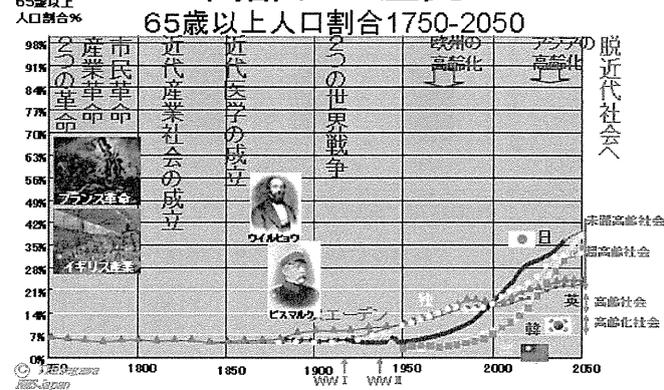
総合診療医/老人医

高度トレーニング、プレステージ、高給、4万人



注6 近代医学は 1800 年代の後半、欧米の様々な国々での発展ののち、近代の科学的で多くの人々が享受できる医学としてドイツを中心に完成された。「制度」は当時の宰相ビスマルクによって医療保険が、「医学」はウィルヒョウによって細胞病理学がその展望の基礎となって

高齢化の歴史



医療のパッケージの大転換

	19世紀後半	21世紀前半
職場	大工場	多種
年齢	50歳まで	85歳以上