

優秀賞 [大学生の部]

医学生の立場から、日本の高齢化と医療問題を現状分析に基づき深く考察。リーダー医師による人材確保など、具体的に堅実な提案が、審査委員の共感を集めました。



2025年問題に対する3つの提案

——医学生の立場から考えた日本の医療の展望

千葉大学 医学部医学科5年

菅野 未知子 かんの みちこ

1. 問題提起の背景

はじめに

超高齢化社会を迎えた我が国固有の問題として、「2025年問題」と呼ばれている問題があることを、どれくらいの方が日常生活の中で意識しているだろうか。厚生労働省発表のデータによると、2025(平成37)年に高齢者人口は約3,500万人に達すると推計されており、4人に1人が75歳以上という事態を迎え¹⁾、医療費の増加、労働人口の負担の増大が国としての基盤を揺るがしかねないとして、大きな社会問題となっている。

私は現在、千葉大学医学部に在籍しており、将来の医療の一翼を担う者としてこのことに大きな危惧を抱いている。今回これらの問題に対する施策を考え、明るい未来の医療を示すべく、

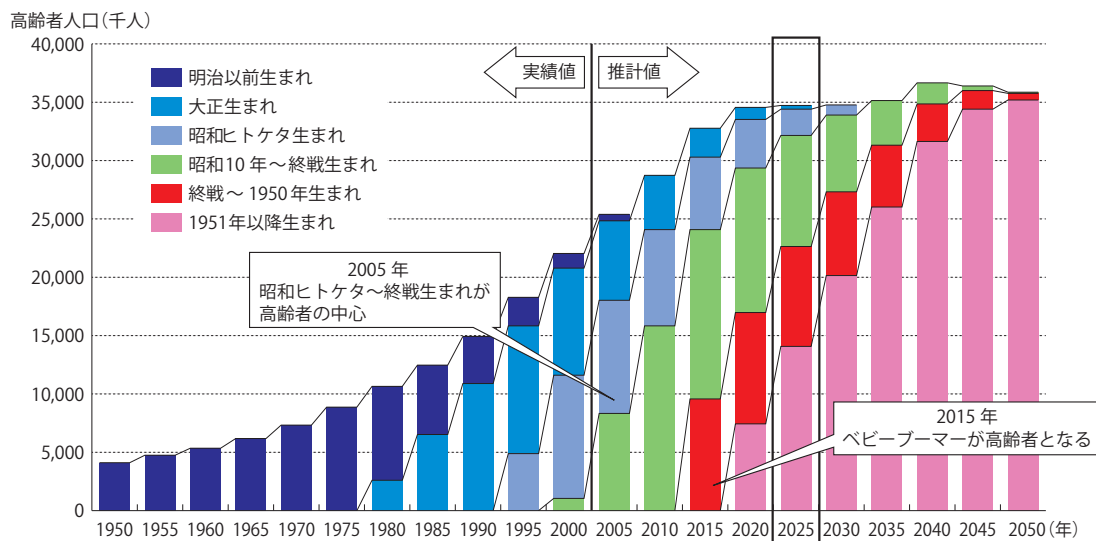
論文を投稿するに至った。

“老いる”首都圏、不足する医師

2025年問題を考えるうえで着目すべきことは、今後首都圏を中心に急速に高齢化が進むことである¹⁾。しかしながら首都圏周辺地域は、人口に対し医師の数が少ない地域として知られており、2012年に厚生労働省が発表したデータでは、人口10万人に対しての医師数が、埼玉県が148.2人と最も少なく、次いで、茨城県167.0人、千葉県172.7人となっている²⁾。このまま何の手だても打たれなければ、2025年度もこのような医師不足の傾向は続くとして懸念は大きい。

人口に比して医師数の少ない地域で高齢化が急速に進めば、どのような惨劇が起こるかは想像に難くない。医療者が疲弊し

図1 世代別に見た高齢者人口の推移



資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」
出典：厚生労働省 第1回介護施設等の在り方に関する委員会「資料4 今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」(平成18年9月27日)

きること医療事故の増加を招いてしまうかもしれないし、また高齢者特有の慢性疾患を診ることに医療資源が割かれ、急性期医療への配分が疎かになってしまうことで、救急医療の崩壊も招きかねない。最悪の場合には、地域の医療自体が立ちいかなくなってしまう恐れもある。

『お・も・て・な・し』の医療体制、ニッポン

日本における医療は、やはりおもてなしの国の名に恥じないと言わなければならないか、他国に比しても実に手厚い医療サービスを提供しているといえるのではないか。それを示す一例が、次の主要諸国の平均在院日数を示したデータである³⁾。

このデータから明白にわかるように、日本における在院日数は他国に比して飛びぬけて長い。他国ではアメリカを筆頭に、簡単な手術であれば外来で行うことを基本にするなど、在院日数を極力抑える試みがなされているが、日本では手術は入院して行うことが基本であるし、術後においても手厚い管理体制を敷くなど、他国からすれば“サービス過多”とも呼べるような医療を提供しているのが実情である。高齢者の数が増えれば、より長期入院の必要な症状の重い患者も増えると考えerことは自然であり、何の施策も講じなければ、諸国と比べた在院日数の開きは今後さらに大きくなっていくかも知れない。

2. 具体的方策

リーダーは人材を集める

人口に対しての医師数が少ない首都圏地域で、高齢化が今

図2 都道府県別高齢者人口の見通し
(上位・下位それぞれ5都道府県)

	2004年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数(万人) と増加率(%)	増加数順位
埼玉県	109	196	87 (+80%)	1
東京都	223	308	85 (+38%)	2
神奈川県	141	226	84 (+60%)	3
千葉県	102	173	72 (+71%)	4
大阪府	155	219	64 (+41%)	5
秋田県	30	34	4 (+14%)	43
山形県	31	35	4 (+13%)	44
徳島県	19	23	4 (+19%)	45
鳥取県	14	17	3 (+21%)	46
島根県	20	22	2 (+8%)	47
全国	2488	3473	985 (+40%)	

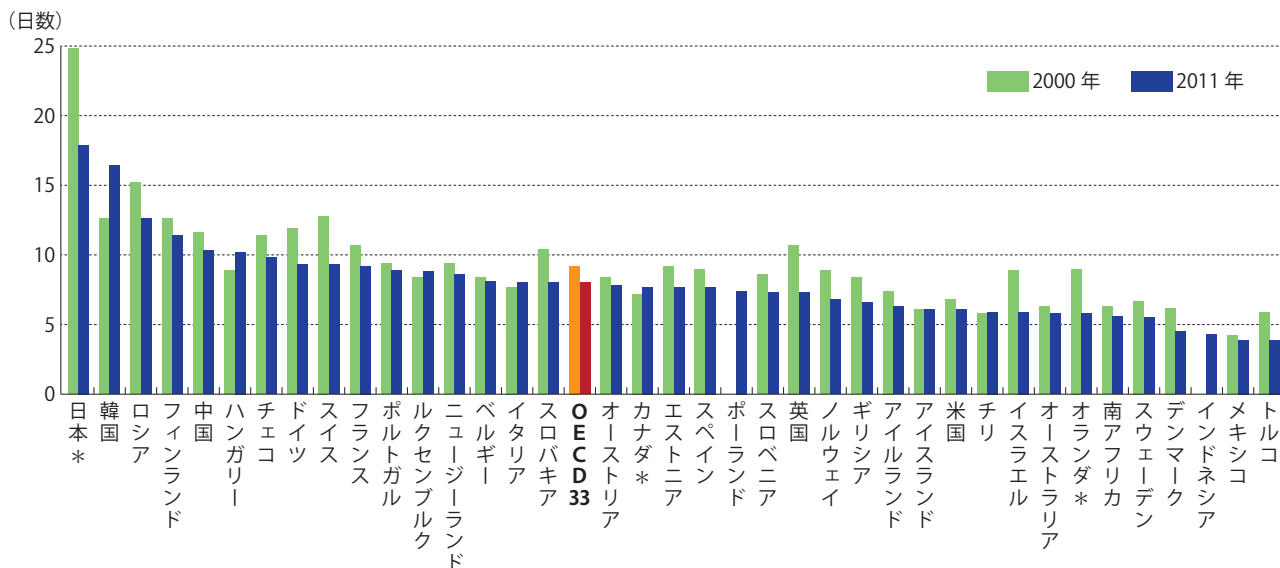
資料：総務省統計局「平成16年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成14年3月推計)」
出典：厚生労働省 第1回介護施設等の在り方に関する委員会「資料4 今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」(平成18年9月27日)

後急速に進むということは既に述べたが、ここではこの問題を解消する取り組みを考えていきたいと思う。

医師数が不足しているならば、単純に医学部を新設してしまえばいいのではないかと考えてしまいがちだが、今後日本の人口は減少の一途を辿ると言われており⁴⁾、単純に医学部を増やしてしまうのは早計であると思われる。人口に対する医師の比率は西日本で高く、首都圏を含む東日本地域で低い傾向があるので²⁾、このような偏在化を是正するための取り組みが必要となるだろう。

医師が勤務地を選ぶ際に影響を与える因子には、給与、教育体制、勤務地の利便性等、様々なものがあげられるが、こ

図3 平均在院日数の国際比較 (OECD34カ国と新興4カ国)



*データは治療(急性期医療)の平均在院日数である(過小評価の結果となっている)

出所：OECD Health Statistics 2013

ではつい先日、私が病院見学のために訪れた、福島県の沿岸地域にある南相馬市立総合病院（以下、南相馬病院と呼ぶ）の医師確保の成功例を取り上げ、偏在化解消のためのヒントを得たいと思う。

2011年3月に未曾有の大震災が東日本を襲い、津波によりたくさんの方が命を奪われ、人類史上最悪の原子力発電所事故が起こったことは記憶に新しい。街の中心部が原子力発電所からわずか20kmしか離れていない南相馬市は、震災直後、物資の往来が完全に途絶え、陸の孤島と化した。この時期、南相馬病院でも医療資源の枯渇や医療人材の流出など、大変厳しい病院運営を迫られた。

震災から3年半経った今は、その当時の最悪の状況を脱しており、常勤医師数はむしろ震災前よりも増えているという驚きの状況となっている。この医師数増加の背景には、人材確保に尽力した病院側の努力と、困窮する被災地を助けようと周囲に呼びかけたリーダー医師の存在、そしてその呼びかけに応え、立ち上がった諸先生方の高い志があった。

南相馬病院に全国から人材が集まったのは、震災という特殊な状況が契機となったためと考えられるが、この例からは人材集めのための重要なエッセンスが抜き出せる。それは、「リーダーは人材を集める」ということである。南相馬病院に関していえば、医学界に人脈を持つ東京大学医科学研究所の特任教授である上昌広先生が旗揚げをして周囲に呼びかけたことを発端に人材が集まり、その人材がまた人材を呼び、またその人材が…といったような好循環が生まれた。医師不足が深刻になっている地域でも、影響力の強い医師を中心に据え、現場の窮状を広く知ら

しめることで、南相馬病院と同じような好循環を生み出すことは十分に可能であると私は考える。

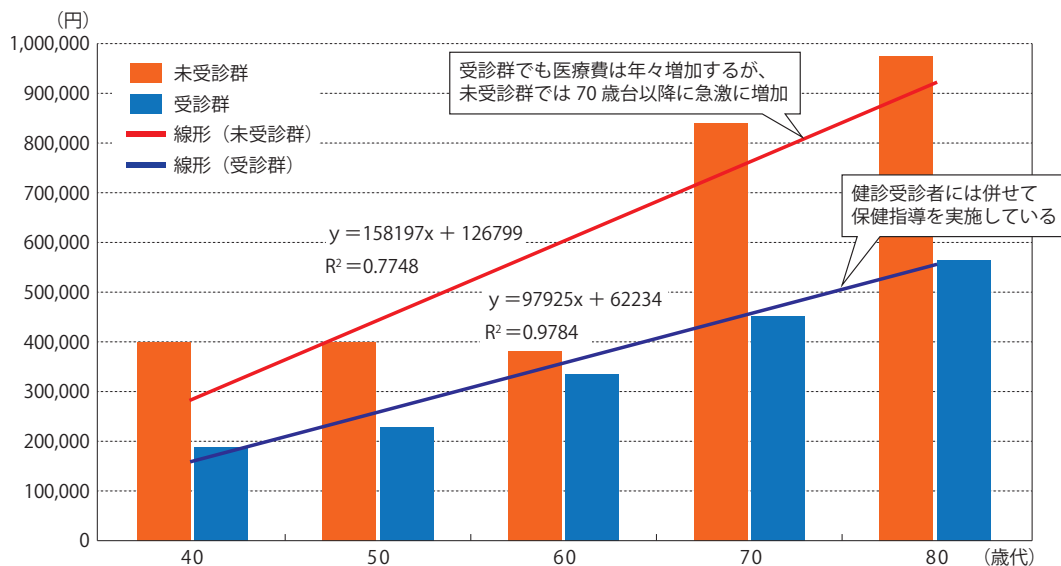
また南相馬病院では、僻地では珍しく、昨年度は初期研修医の定員数に対して2倍の応募があったということも特記すべきことだろう。全国でも有数の人気を誇る、千葉県にある亀田総合病院と提携し、一定期間亀田総合病院で研修ができる制度を設けたことや、医科学分野での高名な先生方を招いて、院内で定期的に勉強会を催していることなどがこの人気の秘訣なのかもしれない。つまり、僻地であっても魅力的な教育制度を組み込むことで、全国から人材を集めることは可能であるということをおの例は示している。

未病息災

現在の診療報酬制度では、実際の診断・治療行為に対してのみ保険の点数が定められ、予防医学に属する診療行為——健康診断やワクチンなど——に対しては保険点数が払われないことが実情となっている。つまり病院側から見れば、重症でよりお金のかかる治療行為を必要とし、長期間の入院が必要になる患者を抱え込めば抱え込むほど保険点数が稼げる仕組みになっている、という見方もできる。しかし国全体として考えれば、病気が深刻化する前に早めに対処することができれば、莫大な金額の医療費が削減できる上に、国民はより長く健康でいられ、労働可能な期間が延び、より苦しみの少ない最期を迎えられるかもしれない。

実際、熊本県のある町の国民健康保険加入者を対象に、健康診断受診者と未受診者の間にどれほど年間にかかる医療費

図4 健診の未受診者と受診者の医療費推移（熊本県A町国保加入者の年齢階級別年間医療費）



資料：日本赤十字社熊本健康管理センター 小山和作名誉所長資料より

の差があるかを調べたデータを見てみよう⁵⁾。これによると、70歳代では受診者と未受診者の間で、年間医療費に約400,000円もの差が表れている。このように、予防医学が医療費削減に貢献する度合いは大きいと考える。そうであれば、予防医学に重点化した施策を講じることが必要となるだろう。

例えば、透析について考えてみよう。現在、透析治療が必要な患者は約30万人おり⁶⁾、1人当たり1カ月につき40万円の透析代が必要となることから⁷⁾、透析治療にかかる年間医療費は総額約1.4兆円である。日本における医療費総額は2013年度で39兆円と発表されているので⁸⁾、透析治療が医療費の約30分の1を占めている計算になる。そして、透析の原因のおよそ45%は、糖尿病の末期状態である⁶⁾。つまり、糖尿病が透析の必要な段階にまで進行することを防げれば、年間1.4兆円かかっている医療費が大幅に削減できるのである。糖尿病の発症機序には遺伝的要因も絡むが、大抵の場合は食事療法や運動療法など早めの予防措置を講ずることにより、透析が必要になる末期状態にまで病状が進行することを防げる、もしくは遅らせることができる。

具体的には、市町村などの自治体が主体となって保険医が常勤している健康相談室を作り、そこで市民が食事療法や運動療法について細かく指導を受けられるようにする。さらにジムを併設させ、無料で開放するなど、誰もが気軽に訪れることのできる環境を整備する。また末期の糖尿病の悲惨さを伝える市民講座を定期的に関講し、啓蒙活動を推進する、などの取り組みを提言したい。

こうした取り組みのほかにも、糖尿病の重症度合いを表すHbA1c⁹⁾の値を指標として、食事や運動を通して糖尿病を改善させた人に対して、改善の度合いに比して医療費を返還するなどのインセンティブを与えてみるのはどうだろうか。

予防医学に重点化した取り組みが、糖尿病に限らず全ての疾患に対して行われれば、先々を見据えたとき、医療費削減に寄与する度合いは大きい。今の医療のように、病態が末期であればあるほど、入院期間が長くなればなるほど、より多くの医療費が割かれている現状を打破するわけではない。

高齢者世帯のデータベース化と移動型医療施設（メディカルワゴン）構想

前項の予防医学に重きを置くという理念にも重なるところがあるが、私が推奨したいのは、地域に住む高齢者世帯の情報をデータベースによって管理する取り組みである。データベース化するのには、その高齢者が受けた健康診断やがん検診の結果、持病やADLの状況など。これにより高齢者の状態を継時的に知ることができ、病態がより重症化する前に早めに医療措置を講ずることができる。

しかし、たまに健康診断やがん検診を受診せず、重症化して

しまってから病院を訪れ、すでに末期の状態であったというような患者を目にすることがある。このように重症化するまで医療機関を受診しないという患者の背景には、そもそも病識が薄いという患者個人としての問題もあるだろうが、医療機関へのアクセスが悪いとか、足腰が悪くて医療機関を受診することが困難だという物理的問題もあると考えられる。

そのような患者を含め、長期間、健康診断やがん検診を受診しない患者に対しては、こちらから出向いて診察を積極的に行う。エコーやX線撮影、血液検査など簡単な診察のできる設備を車内に搭載した移動型医療施設——メディカルワゴン——で地域内の高齢者世帯を回り、健康診断、がん検診がその場でできるようにする。このような取り組みを行うことにより、早期に発見されていたら助かったはずの病気が、重症化するまで放置され末期で発見されるという悲しい事態が少しでも減らせるだろう。

3.まとめ

健やかに老いる社会を目指して

2025年問題は目前に差し迫っている問題であり、私たち医療を担う者をはじめ、全国民が危機感を持って取り組むべき問題だと考えている。ところが、周りを見回してもこの問題に対して危機意識を持っている人が少ないと感じたことから、広く問題を周知させようと筆をとったのがこの論文を書くきっかけであった。

医療費増大により国が亡びるという医療費亡国論がマスコミで喧伝されることも多いが、本質的には、一人一人の医療者がただ目の前にいる患者を、最善を尽くして助けようとした結果の集積なのである。私自身も、実習でまわっていて目の前の患者が病気で苦しんでいる姿を見ていると、助けるためにはできる限りのことは何でもしてあげたいという心情になる。だから実際のところ、現場にいる医師に「高額な治療は、たとえそれが患者にとって最善であっても差し控えるべきだ」などと声高に主張することはできない。しかしながら、そのような高額な治療が必要な状態に陥ってしまう前に、早期に発見して進行を未然に防ぐことはできる。

このようなことから、私は国策として今以上に予防医学を推進していくべきだと考えるし、その実現なくして明るい未来の医療は語ることはできないと考える。老いは誰にでも訪れる。そのような現実を各人が前向きに受け入れ、老いていくことへの不安が少なくなる、そんな医療を提供していくことが私たち医療従事者の役目である。

参考文献

- 1) 厚生労働省 第1回介護施設等の在り方に関する委員会「資料4 今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～」平成18年9月27日
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf>
- 2) 厚生労働省「平成24年(2012年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」平成25年12月17日
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/dl/kekka_1.pdf
- 3) OECD 「Health at a Glance 2013 OECD Indicators」
Average length of stay in hospitals
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/average-length-of-stay-in-hospitals_health_glance-2013-36-en#page1
- 4) 内閣府「平成24年版 高齢社会白書」将来推計人口でみる50年後の日本
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_1_1_02.html
- 5) 厚生労働省「平成17年度総合評価書 医療保険制度評価書」別紙p.31～45
<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyuu/05sougou/dl/1-11-1c.pdf>
- 6) 一般社団法人日本透析医学会「図説 わが国の慢性透析療法の現況(2013年12月31日現在)」
<http://docs.jsdt.or.jp/overview/>
- 7) 一般社団法人全国腎臓病協議会「透析治療にかかる費用」
<http://www.zjk.or.jp/kidney-disease/expense/dialysis/index.html>
- 8) 厚生労働省「平成25年度医療費の動向－MEDIAS－」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/13/index.html>
- 9) 糖尿病ネットワーク「ニュース／資料室」
<http://www.dm-net.co.jp/calendar/2014/021324.php>

[受賞者インタビュー]

**書き上げるのに
挫折しかけたが、
諦めずにやり遂げることは
大切だと実感**



—— コンテストに応募した理由、きっかけは？

元々、文章を書くのが好きで、趣味でコラムを書いたりしていたので、自分の力がどこまで通用するのか腕試しをしてみたいと思ったからです。

—— この論文を書く上で苦労したことは？

増大する医療費という複雑な問題を前にして、自分の知識の至らなさや文章の拙さに嫌気が差して、最後まで書き終えるのに挫折しかけました。でも、諦めずに書き終えたことで優秀賞という素晴らしい賞をいただくことができました。最後までやり遂げることは、本当に大切なことだと感じました。

—— 今、どんなことをしている時間が楽しいですか？

アジア料理を作ることと、各地の地酒を飲み比べるのにはまっています。友人と一緒に美味しいものを食べながらお酒をくみかわすのが、今一番楽しい時間です。