

読売新聞東京本社社会保障部の阿部と申します。地方部、科学部を経て、2000年から社会保障部に在籍しております。医療政策、高齢者医療などが取材対象ですが、壇上にお並びの諸先輩方、そしてフリーでがんばってらっしゃる鳥集さんに比べますと、急性期医療の現場の取材経験は非常にプアでして、ディスカッションできるのかはなはだ疑問ですが、こういう見方もあるということで、できる範囲でお話しをさせて頂きたいと思います。

今回のテーマは、「衰退する検証力と発信力」となっておりますので、自己紹介代わりに、最近書きました記事をいくつかご紹介させていただきたいと思えます。要するに、何を発信し、検証しているのかですね。

まず、最近ですが、

私立歯科大学の定員割れという記事を4月中旬に掲載しました。歯科医療というのは、30兆円の日本の医療の中でも、はじパイなんですけど、中央社会保険医療協議会で汚職事件があってから、歯科医療についてひそかに追っていきまして、このような記事を載せました。医療崩壊、田辺さん流に表現すると「医療危機」でしょうか、というのは、医師の需要見通しを見誤り、医師不足を招いたのが一因ですが、こちらにも、歯科医師の需給見通しを誤ったまでは一緒ですが、過剰の状態を四半世紀以上、放置してしまったのが原因です。政府、大学の不作為で非常に学生が困り、歯科医療の未来に暗い影を投げかけている現状があります。

次は、24時間365日の往診を掲げる在宅療養支援診療所の全国調査です。在宅医療の推進を政府は掲げていますが、在宅療養支援診療所はその拠点となる重要な診療所で、全国に約1万あります。ところが、名ばかりのなんちゃって在宅療養支援診療所が少なくないんですね。情報開示で、1施設で何人看取っているのかなどの全数調査を行ったのがこの記事です。調査結果なんですけど、自宅や老人保健施設、特別養護老人ホームなどで、在宅療養支援診療所の医師が看取った患者は3万2000人いました。

一方で、地域差が大きい上、患者を一人も持っていない、看板倒れの診療所も15%あることがわかりました。これなどは、在宅医療の実態の検証記事ということになるでしょうか。

そして、昨年秋に出ました、読売提言では、高齢者ケアの部分を担当しました。当初は、介護を含めるかどうか議論もあったのですが、結果的には、医療と介護を一体にというコンセプトは正しかったのかなと思っております。提言については、田中部長から詳しいご説明があるかと思えます。

ということで、基本的に高齢者の慢性期医療、介護の現場取材し、そして医療政策全般を俯瞰している立場から、今日を中心テーマである、医療崩壊をどう伝えるのか、処方せんについて、意見を述べたいと思います。

まず、高齢者医療・介護がどこで、急性期医療の崩壊と接点を持つのかを説明したいと思います。非常に象徴的なグラフを2つお見せします。

まず、東京消防庁の「高齢者搬送人員の推移と高齢者人口の推移」のグラフです。救急医療というと、急性期医療のまさに本丸です。東京都の場合、1年間で搬送される患者は平成5年、1993年には38万人でしたが、それが平成15年2003年には62万人に増えています。

特に増えているのが65歳以上の高齢者の数でして、9万7000人から、22万人とゆうに倍増しています。この間に高齢化率も12・3%から17・2%に上がっていて、当然と言えば当然なんです。団塊の世代の高齢化に伴って、高齢者はこれからもどんどんふえるわけで、救急車で搬送される高齢者はもっともっと増えます。

何が起きるかといいますと、救急病院が、入院後に行き場のない高齢者で占領され、アップアップの状態になっているんですね。

そこで、

この写真をご覧ください。

神奈川県平塚市の市街地に今年2月にできた、クリニックや訪問看護ステーションを備えた3階建ての高齢者用集合住宅なんです。医療依存度が高いのか、介護依存度が高いのかで居住階を分け、人工呼吸器や中心静脈栄養など、高度な在宅医療にも対応します。

実は、これを企画したのは、東海大医学部附属病院の准教授なんです。この先生は、クリニックの院長で、その准教授とは違いますが、ちょうど、1階から2階の居室に訪問診療に来たところです。東海大学の場合、年間、救急車などで搬送される患者は約8000人で、その7割が65歳以上の高齢者です。しかし、高齢だけに回復は遅く、入院期間は長くなりがち。急性期の処置が終了した後も、受け入れる療養病床や介護施設は容易に見つかりません。

同病院の平均在院日数は12日と非常に短いんですが、1か月以上入院する患者の多くは高齢者で、800あるベッドの稼働率は100%超と限界に達しています。「今後、高齢者はさらに増える。受け皿を作らないと、救急病院のベッドは高齢者で埋まり、緊急の患者の受け入れが難しくなる」といった事情から、救急の先生が、ケア付き住宅の建設を思いつく。そんな状況が、高齢者の増加によって生まれています。

医療崩壊と高齢者医療の接点を示すもう一つのグラフが、このエクソグラフです。

右肩下がりなのが、在宅での死亡割合、右肩上がりなのが病院などで死亡する患者の割合です。これをみると、かつては、8割が在宅で死んでいたのに、1975年くらいに病院での死亡割合と逆転し、今は、在宅で死亡する方が少数派になっていることがわかります。これも、将来予測をすると、団塊の世代の高齢化によって、2038年には年間死者は170万人になるんです。その8割というと、140万人になってしまいます。こうなると、本当に病院医療というか、急性期医療は崩壊します。

そこで、在宅医療の推進を政府は掲げるわけですね。

在宅医療の推進の短期的な目的は、社会的入院の抑制、つまり、療養病床の削減とされますが、長期的には、将来の医療崩壊の防止にほかなりません。

では、どうすれば良いのか。将来の医療崩壊を防ぐための処方せんは3つあるかと思います。

一つは、システムとして在宅医療・介護の充実を図ることです。これには、医師以上に重要な訪問看護の充実や、医療・介護の連携強化などが課題になります。この辺ははしょりまして。

もう一つは、ケア付き住宅の整備です。在宅医療の現場を相当見てきましたが、要介護度が重くなり、医療依存度も高くなると、一人暮らしはもちろん、老老介護などでは、在宅での療養が難しい上、療養病床に代わる受け皿も足りません。安心して療養できる居住環境が必要で、そのためには、特別養護老人ホームなどの介護施設や、食事サービス、介護サービスなどが必要な場合に受けることのできるケア付きの高齢者住宅を整備する必要があります。これは、読売医療・介護提言でも大きな柱としました。冊子の10ページをお開きいただけますでしょうか。「ケア付き住宅を10年で倍増」という提言です。生活困窮者でも同様の事態が起きているのは、先日の老人ホームでの火災でも明らかです。

処方せんの最後が、高齢者の医療・暮らしを地域で支える家庭医・総合医の育成です。在宅医療の現場を回っていると、在宅医療のプロの先生方は、訪問看護師とチームを組んで、「おたくのおじいちゃんはどのように衰弱していくのか」といったことをきちんと、介護する家族と話し合うんですね。そうすると、最期を迎えても家族は慌てず、救急車を呼ばないわけです。つまり、患者・家族が安心できるかかりつけの医者がいればいい。

これは、高齢者に限った話ではなくて、まず、具合が悪くなったら、よっぱ

ど緊急の場合を除き、かかりつけの医のところに行って、専門の病院を紹介してもらえば、大学病院の外来が風邪の患者で込み合うなんてことはおきないわけです。

ところが、このようなシステムは様々な理由で難しい。まず、日本の医師は専門医志向が強く、何でもみる家庭医というと、医師の2軍になってしまうと言うイメージが強い。そもそも医師の養成が、専門医を育てるプログラムになっていて、大病院の専門外来で専門医として診療していたドクターが40歳前後になって、開業するというパターンがほとんどなので、総合医、家庭医としての実力のほども怪しい。一方で、国民というか患者にも専門医志向が強くて、ちょっと変わったことがあると、大病院に駆け込んでしまう。そういう負の連鎖があるんですね。

在宅療養支援診療所の創設で、往診までこなし、介護事業所や訪問看護ステーションとまで連携のとれる高齢者のための家庭医が脚光を浴び、やってみようというドクターも増え始めましたが、全世代の家庭医が増えるきっかけになっているかというところでもない。

ご存じのとおり、欧米では、最初に家庭医というか総合医にみてもらうのは当たり前で、イギリスでは、地域の開業医にしか最初はみてもらえない。フランスでも、地域の開業医以外に行くと、医療費が割高になる制度が導入されています。

フリーアクセス自体を見直すというのも、医療崩壊を防ぐためには、検討課題になるかと思います。

家庭医を養成するもう一つの突破口が米国流のメディカルスクールです。

メディカルスクールというのは、4年間の大学課程修了者が入り、4年間の医学教育を行う大学院レベルの医師養成機関です。アメリカでは、ほぼすべての医師養成機関がメディカルスクールとなっています。日本には、4年生を終わった学生が、学士入学する制度がありますが、ごくごく少数です。

メディカルスクールの肝は2つです。選抜方法と、4年間の教育です。

日本の場合は、18歳の春に、医学部にいくのかどうかを決めます。本当に医師になりたいのかというよりも、成績が優秀だから、親が開業医だからといった志望動機が少なくありません。これに対し、メディカルスクールの場合は、22歳以降に意思を決定するわけで、医師として働きたいという強い意欲と自分は医師という職業に向いているという意識を持った人が当然多くなります。選抜方法も、大学の成績、全米規模の学科試験のほか、推薦状、長期の面接で絞られますから、日本の大学入試よりも人物本位になります。

もう一つは、カリキュラムです。2年間の学科教育と、2年間の臨床実習を受けますが、医師に必要な幅広い教養が仕込まれている上、学問的な方法論も身に付いているわけですから、短期間で効率的な学習が可能です。臨床教育も実践的で、日本の6年の卒業生に比べ、メディカルスクールの卒業生の方が臨床能力が高いといわれます。

日本では、医学部の教授などに聞いても、医学部の1、2年生のころは家庭医志望者が半数近いのですが、卒業間近になると、専門志向に毒され、ジェネラリストから専門医志望に移る学生が多いんです。メディカルスクールで、目的意識のはっきりした、臨床能力の高い医師を育てれば、家庭医として地域医療を支える人材を増やすきっかけになるかもしれないと思います。少し楽観的ですが。

メディカルスクール構想については、聖路加国際病院、国際医療福祉大などが、前向きですが、日本医師会などは反対です。

こんなデメリットもあるわけですが、聖路加の日野原重明さんあたりは、「2つのパスで医師を育て、10年後にどちらが優れているのかを判断して決めればいい」としていまして、97歳の日野原さんの目の黒いうちに、メディカルスクールができるのか、佳境に差し掛かっているようです。

最期に、こんな医師はいいなという実例を紹介したいと思います。

福岡市で在宅医療に取り組んでいる二の坂先生という方なんですが、もう余命の短い患者さんが、お酒を飲みたいというので、一緒に飲んだという写真なんですね。最期まで、自分らしく死ぬことを支える医師を増やすことで、将来の医療危機を少しだけ、回避できるというわけです。

医療崩壊というテーマにつきものの、丁々発止の議論からは、少しぬるい感じもしますが、慢性期医療の立場から、医療崩壊の処方せんについて提言とさせていただきます。