【日本学術会議主催 日本老年医学会共催シンポジウム】
超高齢社会に求められる高齢者医療の担い手の育成：教育体制整備
へのアクションプラン策定に向けて

2. 老年医学教育に期待すること 老年 医学の可能性を拓けられる教育とは

Expectation for education on geriatrics: the possibilities of geriatrics expand under education

薬師寺道代

要 約

高齢化社会の日本において、老年医学の可能性を拓けられる教育について考察した。持続可能な社会保障制度の構築のためには、健康寿命の延伸が必須であり、老年病専門医の活躍が望まれるところであるが、老年科設置は24大学、専門医数も1,448人と明らかに不足している。今後の老年医学には、地域包括ケア等をマネジメントするためにも、学部教育～生涯教育に至るまで一貫した全人的医療とCare・集团的アプローチの視点を求める。

Key words 医学教育, 老年医学, 地域包括ケアシステム, 社会保障制度

(日老医誌 2018; 55: 222-227)

医学教育における老年医学の位置づけ の明確化を期待

2025年問題は、今や待ったなし。4人に1人が75歳以上という超高齢社会が到来し、これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側に回るため、医療、介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れる危険性が示唆されている。現在でも平均寿命と健康寿命の間には、男性で約9年、女性で約13年の差がある(図1)。すでに、健康寿命の延伸は、単なる個々人の健康問題に留まらず、今や日本の未来をも左右する国家的な課題・国是となってい

る。

政府においても、高齢化の課題を省庁横断的に取り組み、社会保障制度改革推進会議等の場で議論がなされているが、その解決策は現場に任せられる施策も有効打とはなっていない。今後、老年医学においてどのような人材を育成していくのか、また、老年医学を国策として地域社会の中でどのような形で組み入れ組み立てていくのか、日本の社会保障制度を左右する重要な課題になってくるだろう。

では、高齢者医療のパイオニアである老年医学は医療提供体制の中心に据えられているのだろうか。それについては、様々な課題があることが分かってきた。

参議院議員

連絡責任者：姉石洋一 参議院議員薬師寺みちよ事務所〔〒100-8962 東京都千代田区永田町2-1-1 参議院議員会館1012号室〕
e-mail: michiyo_yakushiji02@sangiin.go.jp
doi: 10.3143/geriatrics.55.222

資料: 平均寿命: 2001、2004、2007年、2013年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、2010年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」
健康寿命: 2001～2010年は、厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、2013年は、「厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料」(2014年10月)

図1 平均寿命と健康寿命の差

「どうすれば老年医学を魅力的にアピールできるか」について、求められる老年科医師像を中心に様々なデータから導き出してみたい。

新たな高齢者の未来を

現在の日本社会における老年医学の位置づけを考え、高齢者に関する定義検討ワーキンググループ(日本老年学会・日本老年医学会)¹⁾から、現在の高齢者においては10～20年前と比較して加齢に伴う身体・心理機能の変化の出現が5～10年遅延しており「若返り」現象がみられると報告されている。また、この報告書では、高齢者の定義に関する予備的検討がなされ65～74歳を準高齢者・75～89歳を高齢者・90歳～を超高齢者とするとの提言がなされた。この提言に対し、厚労省は、「提言は医学的な観点から出された

もので、社会保障制度における年齢の定義の見直しは慎重に議論しなければならない」との立場をとっているが、この提言の影響は社会保障制度に留まらない。

経済産業省の次官・若手プロジェクトチームによって「不安な個人、立ちすくむ国家～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか」という資料が発表され、ネット上で大きな話題となった。この資料では、『2025年には、団塊の世代の大半が75歳を超えている。それまでに高齢者が支えられる側から支える側へと転換するような社会を作り上げる必要がある。今回、高齢者が社会を支える側に回れるかは、日本が少子高齢化を克服できるかの最後のチャンスである』と結論づけられている。

内閣府が行った「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査(平成25年度版)」において、65歳以上で働く意欲のある人は6割に上るものの、1割程度しか

資料：内閣府「平成28年 高齢者の経済・生活環境に関する調査結果」

図2 7割の高齢者は地域における活動にも従事していない

常勤の職についていないことが分かっている。また、内閣府「平成28年 高齢者の経済・生活環境に関する調査結果」では、7割の高齢者は地域における活動にも従事していない現状も見えてきた（図2）。

では、働く意欲のある人はどの様に日常をすごしているのか。総務省「社会生活基本調査（2011年度版）」の結果を基に経産省が作成した資料（図3）からは、40代前半の男性が仕事に充てていた時間を、60代前半無職者はテレビ・ラジオ・新聞・雑誌の時間に充てていることがわかる。退職後の高齢者は働きたくても働く場所がない、働けないが地域活動にも参加せず、テレビ等の非生産的な時間の使い方をしていることになる²⁾。

平成26年就労条件総合調査（厚労省）において、一律定年制を定めている企業について、「65歳以上」を定年年齢とする企業割合は、15.5%。先のワーキンググループの調査結果通り、高齢者の「若返り」現象が起こっているのであれば、科学的にも定年制の在り方や働き方にも大きな影響を与えることとなる。まさに、この提言は、高齢者が支えられる側（タックス・イーター）から支える側（タックス・ペイヤー）へと転換する社会を目指す根拠とも成り得る。この様に、老年医学の様々な研究調査は、医療政策や社会保障政策の枠を超え、超高齢化社会に相応しい新たな社会システムの構築に対し、大きな影響を与えることになるだろう。

現在の医療提供体制

では、現在、老年医学は高齢化社会を支えることが出来る体制が構築出来ているのだろうか。現在、老年医学の講座を有する大学は医学部・医科大学82大学の中の24大学（文科省調べ）（図4）。この24大学の内訳も「老年」「加齢」等のキーワードを含むものをただ積み上げた結果であり、総合診療科等に併設されている大学も含まれているため、高齢者医療・教育に特化した大学数はさらに少ない事が予測される。また、昭和63年に発足した日本老年医学会の専門医制度（発足当時は「認定医」）には、現在、1,448名（平成29年11月現在）が老年病専門医として登録されている。この数字は全医師数の0.4%に過ぎず、リウマチ科の医師数とほぼ同数である。リウマチ患者数が約70～80万人（厚労省平成23年リウマチ・アレルギー対策委員会報告書）と比較しても、近い将来、わが国の全人口の4割を占めるであろう高齢者に、適切な医療を提供できる十分な数とは言えない。厚労省が行っている診療科別医師数調査においても「老年科」の医師数はカウントさえされていない状況である。高齢化が社会問題となり久しいにも関わらず、なぜ全ての医学部・医科大学に老年科が設置されてこなかったのか、なぜ社会的ニーズの高い老年病専門医数が不足しているのか、その足元から調査分析を行う必要があるのではないだろうか。

図3 定年退職を境に、日がなテレビを見て過ごしている

老年医学の講座を有する大学数

24大学/82大学

文部科学省調べ
(老年や加齢等のキーワードを含むものを積み上げ)

老年医学専門医数

1,413名 全医師数の0.4%

資料：一般社団法人日本老年医学会 老年病専門医名簿(平成29年6月14日確認)

図4

国立社会保障・人口問題研究所によると、現在の年間死亡者数は約130万人、2025年には約160万人、2040年には166万人と、1年で鹿児島県の人口分が日本からいなくなってしまう計算になる。短期間でこれほど死亡者が増えるのは世界的にも珍しい現象で、このような「多死社会」迎える準備はまだ整っていない。人生の最期をどう迎えるかを巡って様々な課題が指摘

されているが、「死に場所難民」「看取り難民」と呼ばれる方々を生まないためにも、現在の医療提供体制を見直し、何処にどのような人材を配置すべきなのかを議論することは必要である。そこでも必要不可欠となってくるのが、老年医学とその専門医の存在である。

さらに高齢者にふさわしい医療とは何かを地域医療従事者や国民レベルにまで示す必要がある。このような医師像・医療像を提示することで、新たな産業も生まれ、地域社会の活性化にも果たす役割は大きいことが予測される。

老年医学に求められる医師像とは

現場のニーズや社会医学的な視点から老年医学に求められる医師像を考えてみたい。ここで参考になるのが、厚労省「認知症サポート医養成研修事業」である。認知症サポート医の役割(図5)は、かかりつけ医の相談役・アドバイザー、そして専門医療機関、地域包

- (1)都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案
- (2)かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築
- (3)各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力→地域における「連携」の推進役を期待されている

厚生労働省 認知症地域医療支援事業資料

図5 認知症サポート医の役割

括支援センターと地域医師会との連携づくり、さらにはかかりつけ医の認知症対応力向上研修の立案などが含まれている。この認知症サポート医の役割は、わが国の医療現場で求められる老年科医師像と重なる部分が多い。

現場が求めている老年科医師像を5つの要点(図6)にまとめてみた。まず医師として、患者の年齢相当の医療を判断し提供できなければならない。日本老年学会から「高齢者高血圧診療ガイドライン2017」、日本老年医学会・日本糖尿病学会から「高齢者糖尿病診療ガイドライン」等が発表され、高齢者向けの新たな診断基準や治療法が提唱されてきたが、高齢者はそもそも医療依存度が高く、患者の生活の質(QOL)を考えCureからCareへと治療方針の変更も求められる。その人ならではの全人的な医療・介護が提供できるためにも、地域のインフラに通じ、介護や関係法令にも明るくなくてはならない。

フレイルという概念は、老年医学領域だけではなく臨床の様々な場面で注目されている。要介護の主たる原因の一つであり、介入によって改善する。しかし、医療と言うより保健としての側面が強いため、医療機関では治療の対象となり難い。そのため、正しい指導が行われぬまま放置され、要介護・多病多剤の状態に陥る危険性が高い。フレイル等、患者のリスクに対し早期介入により予防策を提示することが出来る事も老年科医師には求められる。

また、千葉県柏市での大規模自立高齢者コホート研究³⁾からも明らかになってきた様に、社会とのつながりを失うことがフレイルの入り口となる。健康長寿の

1. 患者の年齢相当の医療を判断し提供できる
2. 患者のリスクに対し早期介入により予防策を提示することが出来る
3. 地域における「連携」の推進役としての機能
4. 地域包括ケアシステムにおけるリーダーとしての役割
5. 介護の知識を持ち、関係法令にも明るく、地域のインフラに通じている

図6 現場が求めている老年科医師像

ためには、身体活動・栄養管理のみならず、積極的な社会参加が必要不可欠であることが分かってきた。では、積極的な社会参加の場をどの様に提供していけばよいのだろうか。就労もその一形態であるが、就労出来ない場合には、地域活動を提供することによって社会的フレイルに陥らぬ仕掛けは作ることが出来る。その仕組みを構築する役割を地域で担っているのが、地域包括ケアシステムである。地域包括ケアシステムの目的は、単に高齢者のために医療・介護の連携を構築することではない。高齢者でも30分で歩いて行ける範囲の中学校校区単位で、医療・介護を軸とした、老若男女問わず住みやすい街づくりを行っていく事が、本来の趣旨であり、それを話し合う場が地域ケア会議である。

老年医学に求められるのは、地域包括ケアシステムにおいてリーダーシップを発揮する事は勿論の事、医療・介護のみならず役所・教育機関や社会活動の場を作るためにも多くの地域住民との連携の推進・調整役をも務めることだ。大切なのは、地域・多職種を巻き込む力であり、高齢者のみならず地域のヘルスプロモーションのアドバイザー・プロデューサーとしての役割であろう。

医療を飛び出し地域のパイオニアへ

では、どうすれば老年医学を魅力的にアピールできるのであろうか。これまで語ってきた様に、老年医学に求められる能力は単に目の前にいる患者の治療を行うことだけではない。疾病を治療する概念から、全人的な医療を行う視点へ、さらにその人を取り巻く生活

環境改善や地域の街づくり等の社会環境整備へと、医療を飛び出し社会へ大きな影響を与える役割が老年医学には求められている。さらに調査研究結果によっては、日本の未来像や社会保障制度にも変化をもたらす可能性がある。正に、これが老年医学の醍醐味ではないだろうか。

医学部教育の中で、臓器別の教育を受け、患者を治す医療を使命として現場へ送り出される医師にとって、一番苦手なのは Cure から Care への視点変更と組織的アプローチである。そのためにも、医学教育の中に心理・社会的問題を含めた臓器横断的な診療を行う能力の開発と、公衆衛生的な視点で疾病を診る訓練も取り込んでいかねばならない。

こうした老年医学に求められる医師像を念頭に医学教育を再構築し、現場へ還元していく仕組みがなければ、社会保障費の高騰も抑えることが出来ず、少子高齢化の中で次世代に大きな負担を押し付けたまま、多死社会を迎えてしまう。そのためにも全ての医学部・医科大学に老年科を設置し、地域の高齢者医療の中核病院として機能強化を図らねばならない。さらに、医学教育のみならず、臨床研修・専門医教育・生涯教育

における「老年医学」の位置づけを改めて明確化し、一貫通貫、老年医学の専門性をさらに高めていく必要がある。改めて老年医学の重要性を政府も認識し、省庁横断的な取り組みをさらに強化することを要望するものである。

著者の COI (Conflict of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 日本老年学会・日本老年医学会：「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ」報告書，東京，2017.
- 2) 経済産業省次官・若手プロジェクト「不安な個人，立ちすくむ国家～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか～」.
- 3) 平成 27 年度 老人保健健康増進事業等補助金 老人保健健康増進等事業「口腔機能・栄養・運動・社会参加を総合化した複合型健康増進プログラムを用いての新たな健康づくり市民サポーター養成研修マニュアルの考案と検証（地域サロンを活用したモデル構築）を目的とした研究事業」事業実施報告書.