

平成 26 年 5 月 19 日
千葉大学医学部附属病院

千葉県寄附研究部門 高齢社会医療政策研究部
2年間の研究成果を最終報告書にまとめ、県に提言

今後、千葉県で特に必要な医療政策 5 項目

千葉大学医学部附属病院（病院長 山本修一 千葉市中央区亥鼻 1-8-1）は、千葉県の寄附を受けて平成 24 年 4 月に設置した高齢社会医療政策研究部が 2 年間の設置期限を迎え、これまでの研究成果や各種データなどをもとに最終報告書を作成しましたので、お知らせします。

高齢社会医療政策研究部は、この 2 年間、千葉県を中心とした首都圏における高齢者人口の爆発的な増加とそれに対応した社会システム、特に医療提供体制のあり方について研究を進めてまいりました。最終報告書では、千葉県において特に必要な医療政策について以下の 5 項目の提言を行っています。

1. 精緻な患者数の予測による適正な病床数配置と、持続可能な医療体制の模索
2. 医療供給確保のための具体的施策、進学支援などによる本県への医療者回帰
3. 持続可能な救急体制づくりと高齢者救急医療の検討
4. 各地域の在宅医療体制の確立
5. 延命治療、在宅医療に関する県民意識変革のための啓発活動

※最終報告書：高齢社会医療政策研究部 HP (http://www.ho.chiba-u.ac.jp/hpas/final_report.html)

< 高齢社会医療政策研究部部長を務めた高林克日己副病院長の話 >



日本は既に超高齢化社会に入っています。特に千葉県では極端な高齢化が進むことが明らかになっていますが、実際にどのようになるのかはこれまで十分明らかにされてきませんでした。

このような中で高齢社会医療政策研究部が設置され、2 年間という短期間に多くの活動を行い、成果を得たと自負しています。しかしこれは未だ超高齢社会への対応のまさに序論に過ぎません。これらを踏まえ今後さらに超高齢社会に備えた医療政策を提言する活動を発展させたいと考えております。

< 取材に関するお問い合わせ先 >

千葉大学医学部附属病院 総務課広報係 下條・渡辺・三村

Tel : 043-226-2225 Fax : 043-224-3830

E-mail : xae6025@office.chiba-u.jp

提言要旨

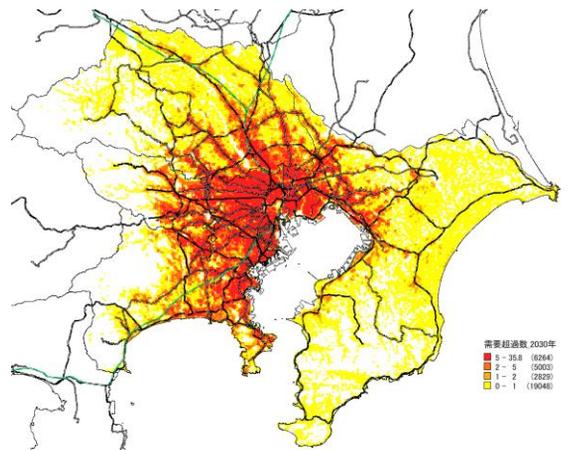
日本は高齢化社会であるとよく表現されるが、世界保健機関の定義からすれば我々は既に超高齢社会に突入している。高齢化は今後さらに加速し、人類史上かつてない急速なスピードで2040年には40%に迫る水準まで高齢化率の上昇が続く。特に千葉県では極端な高齢化が進むことが明らかになっている。しかし実際にそれがどのような世界になるのかは十分明らかにされてこなかった。このような高齢化の進行を背景とし、高齢社会医療政策研究部は2年間の活動を行ってきた。個別の研究結果を受けて、特に本県で必要な政策ないしは観点として以下の5点の項目を提言する。

※報告書全文は当部ホームページからダウンロードできます。

高齢社会医療政策研究部 <http://www.ho.chiba-u.ac.jp/hpas/index.html>

1. 精緻な患者数の予測による適正な病床数配置と、持続可能な医療体制の模索

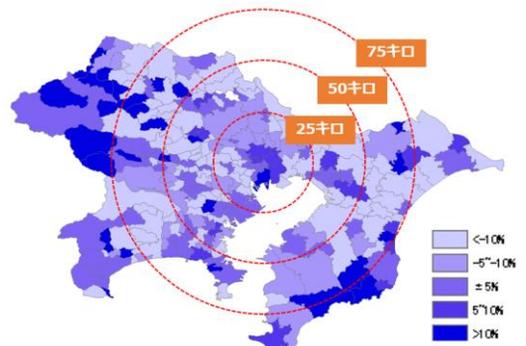
需要予測の結果は、その時点における状況・環境で大きく変化するものであるが、まず基本的な動向を把握するために将来の医療需要を計算したところ、2025年までに県内の入院患者は約1.3倍、外来患者は約1.1倍、介護サービス利用者は約1.8倍まで増加することが見込まれた。これを受け入れるためには医師は約1.2~1.3倍、看護職員は約1.3~1.4倍、介護職員は約1.8~1.9倍必要である。しかし需要が増大する一方で、今後病院への入院適用についての医師の判断基準が変化するとともに、患者側の意識や対応も変わってくる可能性もある。また急性期の三次救急に対する高齢者の要求が大きく変化するかもしれない。これらの変化を加味しつつ、今後は需要を急性期、回復期、介護病床などの種別毎に検討し、病床数の配置に反映させ、持続可能な医療体制を模索する必要がある。



現状投影シナリオにおける医療需要超過地域(2030年)
土井俊祐客員研究員、報告書P.10~

2. 医療供給確保のための具体的施策、進学支援などによる本県への医療者回帰

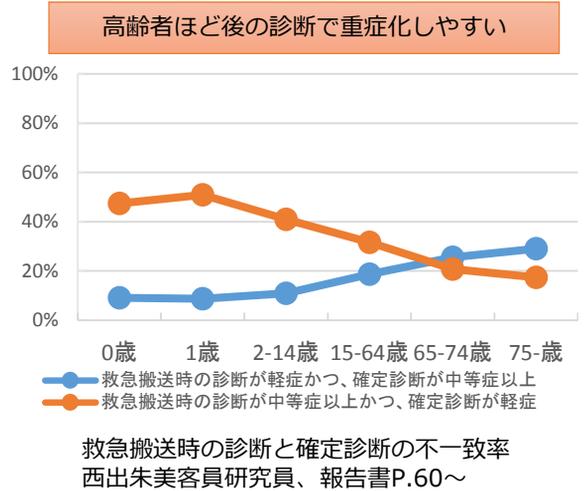
本県における医療供給体制の改善策としては医療系大学への進学支援を挙げたが、国内全体の養成数が増加しなければ、これは所詮国内でのゼロサムゲームである。したがって、日本国内での競争ではなく、海外からの労働力確保も重要であるし、同時にこれは本県のグローバル化の方向性にも合致していると考えられる。世界的な視野から考えてみれば、巨大な人口を抱えた中国も日本の後20年で超高齢社会に突入するが、その時のために日本の事例を学ぶ意味でも多数の医療者が日本で研鑽を積むことは双方にとって有益であろう。



高齢人口10万人あたり医師数の増減(2010年から2020年)
井出博生客員准教授、報告書P.81~

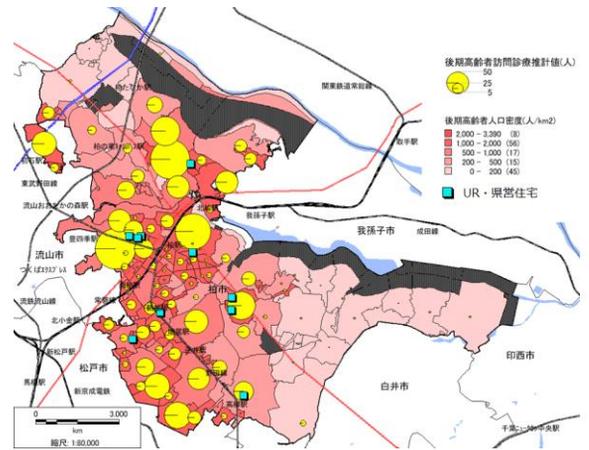
3. 持続可能な救急体制づくりと高齢者救急医療の検討

救急体制に関しては、現在の体制で少しでも持続可能にするためにはどうしたらよいのか検討した。医療機関間の転院転送が救急搬送の繁忙時間帯と重なっていることから、軽症の転院転送を民間に委託することが考えられる。また、高齢者は軽症と誤診される傾向があることから、救急搬送の従事者に対して高齢者医療の教育を進める必要がある。しかし最も根源的であり重要なこととして、高齢者の救急搬送を若年者と同様に扱うべきか否かを議論する時期に来ている。後述の終末期医療に関する意識変革を勘案した体制づくりが望まれる。



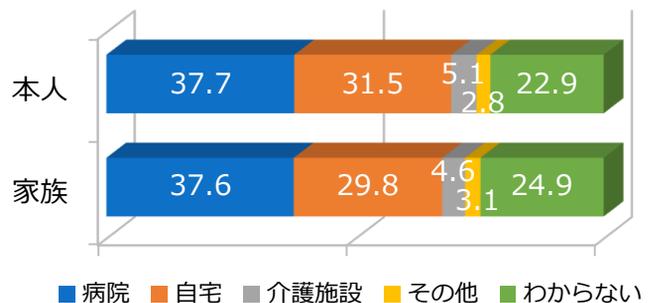
4. 各地域の在宅医療体制の確立

在宅医療については、10年前に比べて大きな変化が起こりつつあるが、明確なシステムのもとで運営されている市町村はほとんどない。柏市のモデルのような成功事例を各自治体と医師会が連携して構築することが地域の在宅医療推進の鍵である。在宅医療体制の確立には数年かかることを考えると、早急な立ち上げが必要である。



5. 延命治療、在宅医療に関する県民意識変革のための啓発活動

病院に集約されてきた医療から在宅医療へのシフト、終末期医療における患者自己決定権の確立と尊厳死に向かうといったグローバルな流れは、高齢社会における医療需給のアンバランスと関連して起こってきた事象ではない。しかし結果としてこれらに関する意識転換、意識改革が未来の医療需給のアンバランスを解決する可能性を秘めており、新たな倫理観、診療方針、ルール作りは、施設やマンパワーを準備することと同様にきわめて重要である。



最期を迎える場所はどこを希望するか
高林克日己部長、報告書P.156～

急速な高齢化は我々の社会や政策に大規模な変革を要求している。首都圏では医療以上に介護力の不足は深刻であり、そもそも医療費の増大に国力が耐えうるのかという問題がある。さらに独居高齢者の増大、コミュニティの崩壊、巨大団地のゴーストタウン化は医療を超えた社会問題であり、これらすべてを総合的に検討する必要がある。