

## 高齢者の健康を守らない？ 日本の医療システムの弊害とは

2023年1月10日和田秀樹こころと体のクリニック院長 毎日新聞医療プレミア編集部

これまで、政府もマスメディアもあるいは企業の体質も日本人の長寿化、高齢化に対応していない現実をお伝えしてきた。これは、これまで35年近くにわたり、6000人くらいの高齢者を診てきた、あるいは、そのような経験から生じた興味から高齢者ウオッチャーを続けてきた、そして自分自身がもう少しで高齢者の仲間入りをすることを自覚してアンチエイジング医学を勉強してきた経験から訴えたいことなのだが、それ以上に、本来高齢者の健康を守るべき医療が高齢化に対応していないことが私にとって一番の問題である。

### 高齢者に合わない臓器別医療

しつこいようだが、私自身は医師である。

高齢者医療の世界に身を置くようになって、日本の医学界全体が、全然、高齢化に対応していないことをよくよく痛感するようになった。

実は、このことに関しては30代半ばには、はっきりと自覚するようになり、1996年の3月に「老人を殺すな！」という本を出版している。その当時の問題意識は今その本を見て振り返ってみてもほとんど変わっていない。(驚いたことに楽天の中古品の最安値が3万円を超していた)

この本で一番問題にしたかったのは、高齢者には専門分化型臓器別診療と検査値至上主義は適していないということだ。

これは、その後の臨床を重ねるにつけ、考えを変えるどころか、余計に強く感じるようになったことでもある。

今回はその中で、臓器別診療を取り上げたい。

現在、大学病院には内科とか外科という科はなくなっている。あるのは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、心臓外科、消化器外科といった臓器別の内科、外科である。

これは、医学の進歩の過程では、あるべき方向だったのだろう

病気をした時に、なかなか診断がつかなくなったり、珍しい病気で普通の医者が診たことがないとかいうことが当たり前だったりした時に、その臓器の専門家であれば、診断もつけやすいだろうし、同じように経験がない医者から回されてきた患者さんがその専門家のところに集まるので、経験が豊富になりやすい。

またある臓器に特化した臨床や研究を続けていると、その臓器についての知見も深まり、医学のレベルが進歩することにつながるということも十分に期待できることである。

そして、病気が一つしかない患者さんにとってみると、専門医にかかるほうが誤診も少なく、ハイレベルで、最新の治療が受けられるシステムである。

ただ、高血圧と糖尿病と骨粗しょう症などいくつかの病気を抱えがちな高齢者については、それが必ずしも有利になるとは限らない。

高血圧が専門の循環器内科と糖尿病が専門の内分泌・代謝内科と、骨粗しょう症が専門の整形外科の骨代謝の専門グループの三つにかかることになる。

それぞれの科から薬が出されるので、たとえば一つの科の専門家から三つ薬が出されると、三つの科にかかれば9種類の薬が出されることになる。

さらにたとえば骨粗しょう症の薬は胃腸障害が起こりやすいので、副作用止めに胃薬を出されると、仮にそれが1種類でも合計10種類の薬になってしまう。

薬の害は昔から言われていることだが、高齢者にとって多剤併用の害は急激に増す。

東京大病院老年病科の入院データベースによると6種類以上の服用で、薬剤の有害事象が急激に増すことが示されている。

前述のように10種類以上の薬剤を飲んでいる人は、1~3種類の薬剤を飲んでいる人と比べて倍以上の有害事象が発生している。

### 医療の専門分化で「臓器しか見えない」

もう一つの問題は、人間の体というのは複数の臓器でできているが、一つの臓器にいいことが、別の臓器に悪影響を及ぼすという問題がある。

第1回でも問題にしたことだが、多くの人（とくに医者）が目の敵にしているコレステロールは、もともとが細胞の材料なので、これを減らすことが身体に悪い可能性は十分にある。

実際、ハワイでの住民調査では、コレステロール値が高い人ほど、心筋梗塞（こうそく）などの虚血性心疾患での死亡率が高いが、コレステロール値が低い人ほど、がんの死亡率が高い。おそらく体で作られるべきそこないの細胞を殺してくれる免疫細胞の材料がコレステロールであるからだろう。

またいくつかのデータでコレステロール値が高い人のほうがうつ病になりやすく、うつ病からの回復がよいことを示している。この理由はよくわかっていないが、コレステロールが幸せホルモンと呼ばれるセロトニンを脳に運ぶのに寄与しているからだと考えられている。

また、コレステロールは男性ホルモン、女性ホルモンの材料でもあるので、男性や女性の若々しさを保つのに寄与している。とくに男性ホルモンは性欲だけでなく意欲や人付き合い、筋肉を保つために大きな影響を果たしていると考えられている。実際、薬でコレステロール値を下げると勃起障害（ED）が起きることが中高年では珍しくない。

このようにコレステロールは循環器内科の医者から見ると大敵であるが、免疫学者や精神科医、そして泌尿器科のメンズヘルス担当の医師などからするとむしろ高いほうが好ましいものなのである。

臓器別の専門分化が進むと、医師の多くは、自分が専門とする臓器しか診なくなる（見えなくなるという側面もあるだろう）。循環器内科の医師が良かれと思って、コレステロール値を下げる薬を出し、肉類を控えるような生活指導をしても、免疫力が落ちてがんになりやすくなったり、コロナなどのウイルス感染症にかかった際に重症化したり、うつ病にかかりやすくなったり、筋肉や意欲の落ちた高齢者になったりする可能性はいずれも高まる。

### 人間を総合的に診るメリットとは

だとすると、臓器だけを診ないで、人間全体を診るという視点が大切になる。

イギリスでは、ジェネラルプラクティショナー（GP）と呼ばれる総合診療医がいて、臓器別でないすべての臓器を診られる昔の内科医的なことができるだけでなく、簡単な外科処置もするし、耳鼻科や皮膚科までもカバーする。一人一人がGPに登録するので、かかりつけ医の役割を果たすが、GPが自分には手に負えないと思えば、専門医を紹介してくれるというシステムになっている。

日本でも総合診療科という科があちこちの大学病院でできている。

ただ、専門医と比べて、スタッフの数があまりに少ないのが現状だ。

イギリスではGPと専門医が半々くらいと言われている。アメリカのファミリープラクティスも一大勢力となっている。

それに比べて、大学病院に循環器内科だけで20~30人いる大学でも、総合診療科の正規職員の医師は5人くらいということがざらだ。例外的に福島県立医大や順天堂大は、スタッフの数が充実しているが、それでも大きな医局と同じくらいの数ということで、専門医と同数どころか、多数ある専門科のワンノブゼムといったところだ。

長野県は昔から地域医療が盛んで、地域の開業医が地元の人たちの健康を支えてきたうえ、大学病院に匹敵する大病院でも、農村医療の父といわれる若月俊一医師が事実上築き上げた佐久総合病院や、社会運動家としても知られる鎌田實医師が長年院長を務めていた諏訪中央病院など、人間を総合的に診るという発想の病院のほうが、大学病院より有力である状況が続いている。

高齢化社会（人口の7%超が高齢者である社会、日本は1970年に突入した）になる以前の65年には、大学医学部の数が日本一多い東京都が男女とも平均寿命トップで、そのほか、神奈川、愛知など大学医学部の多い県がベスト5（愛知は男性は4位だが、女性は7位だった）に入っていた。

今は、大学医学部が三つ以上ある都道府県の大半で大幅に順位を落としている。

それに対して、長野県は男女とも全国一の平均寿命の常連で、かつ1人当たりの老人医療費も全国最低レベルだ。逆に大学医学部の多い県ほど、1人当たりの老人医療費が高い傾向にある。

いかに長野県が、現在のような超高齢社会でコストパフォーマンスのいい医療を提供しているかわかるだろう。高齢者が増えた国の医療の方向性として、専門分化型の医療を残すことはともかくとして、長野県を見習った地域医療、総合診療ができる医師の育成は急務だ。

### トレーニングが必要な総合診療

厚生労働省も、一応、今の臓器別診療での医師育成はまずいと考えたようで、2004年か

都道府県別の平均寿命				
※厚生労働省の2020年都道府県別生命表の概況より				
順位	男性		女性	
	都道府県	平均寿命	都道府県	平均寿命
1	滋賀	82.73	岡山	88.29
2	長野	82.68	滋賀	88.26
3	奈良	82.4	京都	88.25
4	京都	82.24	長野	88.23
5	神奈川	82.04	熊本	88.22
⋮				
43	沖縄	80.73	岩手	87.05
44	岩手	80.64	茨城	86.94
45	福島	80.6	栃木	86.89
46	秋田	80.48	福島	86.81
47	青森	79.27	青森	86.33

らの臨床研修必修化に伴い、研修医のうちに数多くの科を学べるようにしたスーパーローテーションなる制度を始めた。

呼吸器内科で2カ月研修をして、そのあとは消化器内科、そのあとは循環器内科という具合である。

これによって、呼吸器しか診られない、循環器しか診られない医師の問題は多少は解決したかもしれない。実際、和田内科などという名前で開業して、訪問診療もしてもらえらると思っで喜んでいたら、大学の医局でも、開業前にいた大病院でも、呼吸器一筋の人間だったということは珍しくない。和田呼吸器内科という名前で開業したら、患者さん集めが難しいので和田内科と名乗るのだが、循環器のことも消化器のことも医学生程度（おそらく医学部で学んだことはほとんど忘れているだろうが）の知識しかなく、臨床経験もないのに、内科と名乗ってしまうのだ。それよりは2カ月ずつでも循環器内科や消化器内科で研修するのは、はるかに歓迎すべきことだ。

しかしながら、循環器内科や消化器内科で研修した通りの治療をするのであれば、いくつもの病気を抱える高齢者にとっては、いくつもの科を回る手間が省けるだけで、**各々の専門科にかかったのと同じだけ薬が出されるので薬は減らない。**

**総合診療医というのは、15個薬を出されている患者さんの体全体を考えて、そのうち五つを選んでくれるような医者なのだ。さらにいうと、家庭や経済的な背景や、心理的側面も考慮に入れた治療をしてくれる。**

要するに、専門科の研修を10個受けても総合診療医にはなれない。総合診療のトレーニングを受けないといけないのだ。

### **地域医療を希望する若手医師**

ところが日本にはそれがほとんどない。一部の大学病院では、総合診療の医局はあるが前述のようにスタッフも少なく、有効に機能していない。

前述の04年から医師国家試験の合格者は臨床研修が必修化されたと同時に、好きな研修先を選べるようになった。

臨床研修制度が始まった当時の岩手医大の学長で全国医学部長病院長会議地域医療に関する専門委員会委員長の小川彰氏は、東北地方の医学部は東京出身の学生が多く、地方に残らないために、東京だけ医者が増えて、地方の医師不足が深刻化するという批判を行った。ところが厚労省の発表した資料では、岩手医大で研修する医師が大幅に減っただけで、岩手県で研修する人はむしろ倍増に近いくらい増えていた。一番研修医が減ったのは東京都だった。

こういう数字に基づかない批判をするだけでも大学医学部の実態がわかるが、若手医師は賢いので、むしろ地域医療が学べる研修先を選ぶ傾向が強まっているのはありがたい。

**臨床研修制度の必修化から20年近くたち、多少は総合診療的な発想のできる医師が増えることを期待するとともに、読者の人に知ってほしいのは、今の医療はある臓器にとって役立つことはやってくれても、身体全体にとって有益かどうかはわからないということだ。**