

## 第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

### 総合診療が地域医療の効率化に果たす役割についての考察

佐藤幹也<sup>1</sup>

#### 要旨

##### 目的

団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降に向けて急激に高齢化が進み、国民の医療や介護の需要が急速に増加すると予測されている。本稿では、厚生労働統計などの統計指標を用いて将来の外来診療需要を推計し、総合診療医が地域医療の効率化にどのような役割を果たしうるのかを考察した。

##### 方法

平成28年(2016年)の国民生活基礎調査、日本の将来推計人口(平成24年3月推計)、平成28年(2016年)介護保険事業状況報告の結果を用いて2016年と2025年の外来通院者数、通院者の傷病数、要介護認定者数を世代(年少・生産年齢・前期高齢者・後期高齢者)別に推計して比較した。

##### 結果

2016年から2025年にかけて年少人口・生産年齢人口・前期高齢者人口は軒並み減少するのに対して(それぞれ179万人, 28万人, 398万人減), 後期高齢者人口は増加し(544万人増), 総数では61万人減少する。外来通院者数を2016年と2025年とで比較すると, 年少, 生産年齢, 前期高齢者の各層で減少するのに対して(それぞれ29万人, 8万人, 248万人減), 後期高齢者では増加し(392万人増), 総数でも107万人増加する。外来傷病件数を2016年と2025年で比較すると, 年少, 生産年齢, 前期高齢者の各層で減少するのに対して(それぞれ36万件, 7万件, 499万件減), 後期高齢者では著しく増加し(969万件増), その増加量は外来通院者数よりも多い。また要介護認定者数を2016年と2025年とで比較すると, 前期高齢者では減少するのに対して(11万人減)後期高齢者では増加する(241万人増)。傷病別に通院者数をみると, 年少から前期高齢者までの各層では通院者数が減少する傷病が多いが, 後期高齢者では通院者数が増加する傷病が多く認められる。これらの傾向を大都市部と地方部で比較すると, 後期高齢者の外来通院需要が増大するのは主に都市部であり, 地方部ではむしろすべての世代で通院者数, 通院傷病数, 要介護認定者数ともに減少すると予測される。

##### 考察

2016年から2025年にかけて, 外来診療需要は後期高齢者では増大するがそれ以外の世代では減少し, 全体としては若干の増加にとどまると推測される。しかし後期高齢者の一人当たり通院傷病件数は他の世代よりも多いので, 後期高齢者では外来診療需要とりわけ通院傷病件数の増加が目立ち, この傾向は団塊の世代が集中する都市部近郊などで顕著である。いわゆる2025年問題の主題は単なる後期高齢者の増加ではなく, 大都市周辺部における後期高齢者の通院傷病件数の急激な増加であるといえ, これに伴う外来診療需要の急激な増加に対応して医療費を適正化するためには, 1傷病1診療の形態で行われる専門医型の外来診療から1患者1診療の形態で行う総合診療医型の外来診療への転換が有効であろう。

1. 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野

## 緒言

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて日本の高齢化が急速に進行している<sup>1)</sup>。2016 年には既に 65 歳以上人口が 3,400 万人を、75 歳以上人口も 1,500 万人を超えているが、国立社会保障・人口問題研究所による日本の年齢階級別推計人口では、2025 年にはそれぞれ 3,600 万人、2,100 万人を超えると推計されている<sup>1,2)</sup>。この日本の高齢化に伴って医療に対する需要も拡大するといわれている。例えば日本医師会は、この年齢階級別推計人口を用いて地域医療情報システムを構築し、将来の医療介護の需要を予測しており<sup>2,4)</sup>、2015 年の国勢調査に基づいて算出した日本全国の医療需要量を 100 とした時、2020 年には 105、2025 年には 106、2030 年には 106、2035 年には 104、2040 年には 103 になるとしている<sup>4)</sup>。また厚生労働省が 2016 年の医療従事者の需給に関する検討会で示した資料によれば、入院外診療を行う医師の需要数は 2014 年に 89,200 人であったものが 2025 年には 94,300~94,700 人(2014 年を 100 として 106)、2040 年には 90,100~90,800 人(同 101)になると予測されている<sup>5)</sup>。

加齢とともに医療機関に通院する者の割合が増えるので<sup>6)</sup>、高齢化により通院患者数自体が増加するだけでなく、加齢に伴って多傷病併存の割合や一人当たり併存傷病数も増加する<sup>6,8)</sup>。年齢と性別によって違いがあるものの、傷病の組み合わせは心血管系や代謝系の内科疾患から筋骨格系疾患、精神疾患までを含んでおり、内科系疾患を幅広く見るだけではひとりの患者の需要にまともに対応するのは困難であると報告されている<sup>7,9,10)</sup>。また主治医意見書の記載や介護保険サービスの調整なども主治医の役割であるので、高齢化に伴い要介護者が増加すると介護に関連した業務も増すであろう。

社会全体の高齢化が進むこのような状況の中、高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けられるよう地域包括ケアシステムが推進されている<sup>11)</sup>。この地域包括ケアシステムの中で、単に疾病についての医療を提供するだけではなく、地域住民の医療需要と医療資源をつなぐ医療のリーダーの役割を果たすことが地域医療を展開する医師に期待されている。本稿では、厚生労働統計の報告結果を用いて今後の日本の外来診療需要の変化を推計し、急速に高齢化が進行している中でどの様な外来診療が求められているのかを考察する。

## 方法

本稿で外来診療需要の評価に用いた指標は、外来通院者数、通院傷病数、及び要介護認定者数である。日本医師会の推計モデルでは、年齢階級別人口に年齢係数(～14 歳:0.6, 15～39 歳:0.4, 40～64 歳:1.0, 65～74 歳:2.3, 75 歳～:3.9)を乗じて総医療需要を推計している<sup>3,4)</sup>。このモデルの年齢係数は年齢階級別の医療費から算出されているが、本稿では医療の利用に基づく指標ではなく、一人当たりの併存傷病数と要介護認定という個々の医療ニーズにより直結した項目を外来診療需要の指標に用いた。

外来通院者数は平成 28 年(2016 年)国民生活基礎調査健康票<sup>6)</sup>と日本の将来推計人口(平成 24 年 3 月、出生中位・死亡中位推計)から算出した。2016 年における年齢階級別(5 歳刻み)の通院者数と通院率は国民生活基礎調査<sup>6)</sup>の公表データを用いた。患者の受療行動が 2016 年から 2025 年まで変化しないと仮定し、2016 年度の年齢階級別外来通院率を 2025 年の年齢階級別日本の将来推計人口<sup>1)</sup>に乘じ、これを世代別(年少:0-14 歳, 生産年齢:15-64 歳, 前期高齢者:65-74 歳, 後期高齢者:75 歳以上)に合算して 2025 年の推計外来通院者数を算出した。なお 2016 年の人口は、他値との整合性を考慮して 2016 年の年齢階級別通院者数を 2016 年の年齢階級別通院率で除して算出した。

2016 年の通院傷病件数は、国民生活基礎調査から得られた 2016 年の年齢階級別通院者 1 人当たりの平均傷病件数を 2016 年の年齢階級別外来通院者数に乘じ、これを世代別に合算して算出した。2025 年の推計通院傷病件数は、2016 年から 2025 年まで各年齢における併存傷病数が変化しないと仮定し、2016 年の年齢階級別一人当たり平均傷病件数を上述の 2025 年の年齢階級別推計外来通院者数に乘じて算出した。加えて国民生活基礎調査<sup>6)</sup>で示された主たる傷病の 2016 年における年齢階級別の通院率を 2025 年の年齢階級別将来推計人口<sup>1)</sup>に乘じて 2025 年における傷病別外来通院者数を推計し、これを 2016 年の傷病別外来通院者数と比較した。

2016 年の要介護認定者数は、平成 28 年(2016 年)介護保険事業状況報告<sup>12)</sup>から得られた 2016 年度末の要介護認定者数(要支援を含む)を用いた。2016 年の要介護認定率が 2025 年まで変化しないと仮定し、2016 年の要介護認定者数を 2016 年の人口で除して求められた年齢階級別の要介護認定率を 2025 年の年齢階級別推計人口に乘じて 2025 年の要

介護認定者数を推計した。

また団塊の世代の加齢に伴って後期高齢者が急増する大都市部と、過疎化と高齢化が進み高齢者人口が既に自然減に転じた地方部を比較するため、東京都A区と地方部の鹿児島県B町を例として、それぞれの2016年と2025年の年齢階級別人口と前述の2016年における全国の年齢階級別の通院者率、1人当たり平均傷病数、及び要介護認定率を用いて、世代別に2016年から2025年にかけての外来診療需要の変化を評価した。本稿で大都市部の例に挙げた東京都A区は、東京区部西部に位置する人口約55万人面積約34km<sup>2</sup>の住宅地を中心とする地域で、発達した公共交通機関を利用して勤務地近くの医療機関や近隣する地域の大学病院へも容易に受診することができる。鹿児島県B町は、大隅半島に位置する2000年代に複数の町が合併して新設された人口約1.6万人、面積約308km<sup>2</sup>の過疎化の進む町である。

## 結果

2016年から2025年にかけての外来診療の需要の変化を年齢階級別及び世代別にまとめたものを表1に示す。2016年から2025年にかけて年少人口・生産年齢人口・前期高齢者人口は軒並み減少するのに対して（それぞれ179万人、28万人、398万人減）後期高齢者人口は増加し（544万人増）、総数では61万人減少する。外来通院患者数を2016年と2025年とで比較すると外来通院者数は、人口と同様に年少、生産年齢、前期高齢者の各世代で減少するのに対して（それぞれ29万人、8万人、248万人減）後期高齢者では増加し（392万人増）、総数でも107万人増加する。年齢階級別にみた一人当たり平均傷病数は、年少者では1.2程度で年齢とともに増加して65歳以上で2を超える。2016年から2025年にかけて通院傷病件数は年少、生産年齢、前期高齢者で減少するのに対して（それぞれ36万件、7万件、499万件減）、後期高齢者では著しく増加し（969万件増）、その増加数は外来通院者の増加数よりも多い。2016年から2025年にかけて、要介護認定者数は前期高齢者では減少するのに対して（11万人減）、後期高齢者では増加する（241万人増）。

主たる傷病別の2016年と2025年の推計外来通院者数を表2に示す。外来通院者数の多い傷病は、2016年には①高血圧症（1,457万人）、②腰痛症（608万人）、③歯の病気（648万人）、④目の病気（632万人）、⑤脂質異常症（580万人）であったものが、2025年には①高血圧症（1,523万人）、②目の

病気（681万人）、③腰痛症（653万人）、④歯の病気（646万人）、⑤糖尿病（583万人）となっており、目の病気、糖尿病、骨粗しょう症による通院者数の増加が目立った。これを世代別にみると、年少、生産年齢及び前期高齢者では殆どの傷病で通院患者数が減少するが、逆に後期高齢者では殆どの傷病で通院患者数が増加し、特に腰痛症、骨粗しょう症、関節症などの整形疾患、高血圧症や狭心症・狭心症などの循環器疾患、目の病気などが増加すると推測された。

大都市部（東京都A区）と地方部（鹿児島県B町）における2016年と2025年の外来診療需要を比較したものを表3に示す。この結果を見ると、2016年から2025年までの間に東京都A区では、年少、生産年齢、前期高齢者を合わせて通院患者は約8.0千人減、通院傷病件数も約12.0千件減となるのに対して、後期高齢者では通院患者は約16.1千人増、通院傷病件数は約39.8千件増、要介護認定者も約10.2千人増と推測された。鹿児島県B町では、2025年までに年少、生産年齢、前期高齢者、後期高齢者のいずれの世代においても通院患者数、通院傷病件数が減少すると推測され（それぞれ約0.9千人減、約1.7千件減）、この傾向は年少及び生産年齢が目立った。

## 考察

本稿では、地域包括ケアシステムの中で今後どのような外来診療が求められるのかを検討するために、2016年から2025年にかけて生じる外来診療需要の変化を既存の厚生労働統計および将来推計人口を用いて推計した。この結果を見ると、外来診療需要は年少、生産年齢、前期高齢者の世代では全国的に縮小するのに対して、後期高齢者では都市部において拡大し、これは通院傷病件数や要介護認定者数を外来診療需要の指標としたときに顕著であった。

75歳未満の世代における外来診療需要は縮小傾向にあるが、これは将来推計人口からも明らかのように<sup>13)</sup>、年少、生産年齢、前期高齢者のいずれの世代でも人口が減少することに起因すると考えられる。これらの世代の通院者1人当たり平均傷病数は1.2から2程度に留まるので、この世代の患者の医療需要は1診療1傷病の専門医型の外来診療でもまとめて応需しやすいが、この世代は将来にわたって減少するので、専門医型の外来診療の需要は今後徐々に縮小するといえよう。特に地方部では75歳未満の世代の外来診療需要が著しく縮小するので専

表1 2016年から2025年における外来診療の需要の変化

総数	年齢階級													年齢区分(再掲)									
	0~4歳	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	年少0~14歳	生産年齢15~64	前期高齢者65~74	後期高齢者75歳以上	
人口(1,000人)																							
2016年(1)	123,151	5,415	5,829	6,053	4,850	5,006	6,079	7,386	9,243	8,877	8,020	7,788	8,678	10,949	8,001	6,801	5,186	4,378	15,858	71,978	18,950	16,365	
2025年推計(2)	122,544	4,742	5,010	5,353	5,760	6,249	6,182	6,522	7,347	8,333	9,690	8,546	7,719	7,164	7,808	8,492	6,106	7,202	14,071	71,701	14,972	21,800	
差	-607	-295	-819	-700	910	1,243	103	-864	-1,896	-544	1,670	758	-959	-3,785	-193	1,691	920	2,824	-1,787	-277	-3,978	5,435	
変化率	-0.5%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.3%	-0.4%	-21.0%	33.2%	
外来通院者率(1,000人)																							
2016年(3)	390	143	175	162	121	134	179	191	218	251	301	460	535	620	694	724	745	714	161	296	651	728	
外来通院者数(1,000人)																							
2016年(3)	48,103	658	946	946	730	648	897	1,161	1,613	2,321	2,671	3,580	4,641	6,785	5,555	4,925	3,861	3,124	2,550	21,303	12,340	11,910	
2025年推計	49,176	616	828	813	646	770	1,120	1,181	1,424	1,845	2,507	3,929	4,128	4,440	5,421	6,150	4,546	5,139	2,257	21,223	9,861	15,834	
差	1,073	-42	-118	-133	-84	122	223	20	-189	-476	-164	633	349	-513	-2,345	-134	1,225	685	-293	-80	-2,479	3,924	
変化率	2.2%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.5%	-0.4%	-20.1%	33.0%	
外来通院者の平均傷病数(傷病/人)																							
2016年(3)	1.9	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.5	2.5	1.2	1.6	2.1	2.5	
外来通院者の傷病数(1,000傷病)																							
2016年(4)	92,013	790	1,230	1,135	876	842	1,166	1,509	2,258	3,249	4,274	5,170	6,086	8,354	13,570	12,221	11,820	9,653	7,810	3,155	33,785	25,791	
2025年推計(5)	96,279	739	1,077	976	775	1,000	1,456	1,535	1,994	2,583	4,012	6,247	6,679	7,431	8,879	11,926	14,760	11,365	12,847	2,792	33,710	20,805	
差	4,266	-51	-153	-159	-101	158	290	26	-264	-667	-262	1,077	593	-923	-4,691	-295	2,940	1,712	5,037	-363	-74	-4,986	
変化率	4.6%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	-11.6%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.5%	-0.2%	-19.3%	
要介護認定率(6)(1,000人)																							
2016年(7)																							
要介護者数(6)(1,000人)																							
2016年(8)	6,068																						
2025年推計(9)	8,366																						
差	2,297																						
変化率	37.9%																						

(1)平成28年(2016年)国民生活基礎調査(通院率と通院者数から算出)  
 (2)国立社会保障・人口問題研究所,日本の将来推計人口(平成18年12月推計)による2025年の出生中位・死亡中位推計に基づく  
 (3)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による  
 (4)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による2016年の通院者数と通院患者の平均傷病数から算出  
 (5)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による平均傷病数と,日本の将来推計人口(平成18年12月推計)から算出  
 (6)要支援1・2および要介護1-5  
 (7)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告による2016年度末の要介護認定者数と,平成28年(2016年)国民生活基礎調査から算出した平成28年人口から算出  
 (8)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告による年度末の要介護認定者数による  
 (9)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告と動燃の国民生活基礎調査から算出した2016年の要介護認定率と2025年の推計人口から算出

表2 2016年から2025年までの傷病別外来通院者の変化

傷病	総数			年少(0~14歳)			生産年齢(15~64歳)			前期高齢者(65~74歳)			後期高齢者(75歳以上)		
	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差
傷病															
糖尿病	5,736	5,833	97	4	3	-1	1,869	1,857	-12	2,134	1,711	-423	1,729	2,262	533
肥満症	570	569	-1	4	3	-1	275	273	-2	165	130	-35	126	162	36
脂質異常症 (高コレステロール血症等)	5,800	5,743	-57	0	1	1	2,227	2,229	2	2,236	1,772	-464	1,337	1,741	404
甲状腺の病気	1,476	1,485	9	17	14	-3	748	743	-5	401	320	-81	310	407	97
うつ病やその他の こころの病気	2,176	2,172	-4	32	27	-5	1,619	1,609	-10	300	237	-63	225	298	73
認知症	799	1,083	284	0	0	0	21	19	-2	81	71	-10	697	994	297
パーキンソン病	225	257	32	0	0	0	30	30	0	61	51	-10	134	176	42
その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)	800	844	44	31	27	-4	345	343	-2	186	149	-37	238	324	86
眼の病気	6,323	6,812	489	129	114	-15	1,428	1,414	-14	2,070	1,702	-368	2,696	3,582	886
耳の病気	1,288	1,389	101	105	94	-11	376	374	-2	316	261	-55	491	660	169
高血圧症	14,546	15,231	685	2	2	0	4,300	4,302	2	5,122	4,103	-1,019	5,122	6,824	1,702
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	1,304	1,425	121	0	1	1	278	276	-2	433	350	-83	593	799	206
狭心症・心筋梗塞	2,175	2,421	246	0	0	0	434	428	-6	685	563	-122	1,056	1,431	375
その他の循環器系の病気	2,240	2,455	215	62	56	-6	527	522	-5	661	536	-125	990	1,341	351
急性鼻咽頭炎(かぜ)	542	531	-11	207	188	-19	196	194	-2	69	56	-13	70	93	23
アレルギー性鼻炎	2,560	2,508	-52	470	410	-60	1,287	1,284	-3	453	360	-93	350	453	103
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	168	183	15	0	0	0	28	27	-1	57	46	-11	83	110	27
喘息	1,540	1,534	-6	286	252	-34	679	667	-12	284	225	-59	291	390	99
その他の呼吸器系の病気	1,178	1,238	60	68	61	-7	403	401	-2	320	261	-59	387	515	128
胃・十二指腸の病気	1,905	2,004	99	5	5	0	678	676	-2	575	466	-109	647	858	211
肝臓・胆のうの病気	1,081	1,116	35	4	4	0	415	411	-4	334	272	-62	328	429	101
その他の消化器系の病気	1,457	1,528	71	31	28	-3	576	571	-5	393	317	-76	457	612	155
歯の病気	6,478	6,455	-23	371	325	-46	3,238	3,222	-16	1,624	1,296	-328	1,245	1,612	367
アトピー性皮膚炎	1,285	1,259	-26	357	318	-39	790	796	6	72	58	-14	66	87	21
その他の皮膚の病気	2,349	2,386	37	312	279	-33	1,146	1,150	4	444	358	-86	447	599	152
痛風	1,103	1,089	-14	0	0	0	555	551	-4	340	268	-72	208	270	62
関節リウマチ	790	824	34	3	2	-1	277	278	1	249	200	-49	261	343	82
関節症	2,523	2,770	247	19	16	-3	757	762	5	689	568	-121	1,058	1,425	367
肩こり症	3,276	3,410	134	6	6	0	1,606	1,609	3	778	635	-143	886	1,161	275
腰痛症	6,079	6,532	453	20	16	-4	2,174	2,159	-15	1,577	1,298	-279	2,308	3,058	750
骨粗しょう症	2,133	2,471	338	0	0	0	196	186	-10	661	557	-104	1,276	1,728	452
腎臓の病気	1,127	1,206	79	19	17	-2	366	367	1	333	271	-62	409	550	141
前立腺肥大症	1,454	1,626	172	0	0	0	149	150	1	500	421	-79	805	1,056	251
閉経期又は閉経後障害 (更年期障害等)	216	228	12	0	0	0	194	206	12	11	8	-3	11	14	3
骨折	830	918	88	61	54	-7	245	244	-1	170	144	-26	354	477	123
骨折以外のけが・やけど	799	794	-5	134	116	-18	427	420	-7	114	93	-21	124	165	41
貧血・血液の病気	749	804	55	14	13	-1	361	351	-10	128	105	-23	246	335	89
悪性新生物(がん)	1,072	1,092	20	5	4	-1	416	418	2	359	287	-72	292	383	91
妊娠・産褥 (切迫流産、前置胎盤等)	155	155	0	0	0	0	155	155	0	0	0	0	0	0	0
不妊症	113	110	-3	0	0	0	113	110	-3	0	0	0	0	0	0
その他	2,936	2,970	34	326	289	-37	1,771	1,764	-7	395	311	-84	444	606	162

(1)平成28年国民生活基礎調査の傷病別通院者数による

(2)平成28年国民生活基礎調査の傷病別外来通院率と2025年の日本の推計人口(出生中位・死亡中位推計)から算出

表3 2016年から2025年における外来診療の需要の変化、大都市部と地方部の比較

		東京都A区						鹿児島県B町							
		年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	総数	年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	総数	年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
人口 (人)															
2015年		546,130	45,620	357,016	70,044	73,450	15,934	8,037	2,376	3,883					
2025年		522,578	41,561	325,505	59,697	95,815	13,468	6,297	2,372	3,547					
差		-23,552	-4,059	-31,511	-10,347	22,365	-2,466	-1,740	-4	-336					
変化率		-4.3%	-8.9%	-8.8%	-14.8%	30.4%	-15.5%	-21.6%	-0.2%	-8.7%					
推計通院者数 (人)															
2015年		206,798	7,281	100,281	45,802	53,435	7,241	2,602	1,552	2,824					
2025年		214,808	6,682	99,357	39,204	69,564	6,305	1,975	1,560	2,568					
差		8,009	-599	-923	-6,598	16,129	-936	-627	9	-256					
変化率		3.9%	-8.2%	-0.9%	-14.4%	30.2%	-12.9%	-24.1%	0.6%	-9.1%					
推計傷病数 (傷病)															
2015年		393,223	9,005	156,522	96,064	131,632	14,775	4,225	3,250	6,973					
2025年		420,985	8,256	158,753	82,523	171,454	13,064	3,189	3,288	6,338					
差		27,762	-750	2,231	-13,541	39,822	-1,710	-1,036	38	-635					
変化率		7.1%	-8.3%	1.4%	-14.1%	30.3%	-11.6%	-24.5%	1.2%	-9.1%					
要介護者数 (人)															
2015年		28,469			2,875	25,594	1,566		97	1,469					
2025年		38,302			2,522	35,780	1,576		101	1,475					
差		9,833			-353	10,186	10		5	5					
変化率		34.5%			-12.3%	39.8%	0.6%		4.8%	0.4%					

門医が疾患毎に分業して応需するこれまでの体制は維持できず、今後は総合診療医が広範な疾患に対応する総合診療型の外来診療に転換していく必要があるだろう。

75歳未満の外来診療需要が今後縮小する一方で、大都市部を中心に後期高齢者の外来診療需要は爆発的に増大すると推測され、その伸びは2016年から2025年までの間に通院者数換算で392万人、通院傷病件数換算で969万件に上る。この需要増に対して全て1傷病1診療の専門診療モデルで対応するとすれば、通院傷病件数の増分がそのまま診療報酬請求件数の増分になり、今後後期高齢者医療制度の診療報酬請求件数が全国で最大約1,000万件増加することが示唆される。これに対して1患者1診療の総合診療モデルで後期高齢者の外来診療需要増に対応するとすれば、現実には例えば歯の疾患や白内障手術など専門医が診療すべき病態があり完全に1患者1診療とはならないだろうが、高齢化の進行による診療報酬請求件数の増加を通院患者の増分程度に留まらせることができるかもしれない。現在複数の医療機関を受診している患者の診療を総合診療型の診療に統合することができれば診療報酬請求件数は更に減少するかもしれない。

外来診療需要は、後期高齢者になると量的に増えるだけでなく、質的にも変化する。後期高齢者になると増加する傷病は高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの内科疾患、白内障などの眼科疾患、腰痛症、関節症、骨粗しょう症などの筋骨格系疾患など多岐にわたり<sup>9)</sup>、外来通院者の医療需要は複雑化する。日常生活活動（ADL）が低下して要介護状態になる者も増えるので、主治医意見書の記載、ケアマネージャーや訪問看護師などとの連携などの介護保険主治医としての業務も、傷病の治療に加えて外来診療の中で行う必要が増すだろう。1傷病1診療型の外来診療を得意とする専門医がこのような特性を持つ後期高齢者を診療すると、専門外の症状や傷病への対処が増えて専門医がその専門性を発揮すべき本来業務を圧迫することになる。今後の後期高齢者の外来診療需要の増加に応需するためには、外来診療を傷病単位の診療を行う専門医型の診療から、個々の傷病のケアだけでなく、患者やその家族、地域を包括的に診療できる総合診療医型の診療へと転換していく必要があるだろう。

各都道府県が策定する医療計画では二次医療圏（複数の市町村のまとまり）及び三次医療圏が設定されているが（都道府県域、ただし北海道は6つの3

次医療圏に区分）<sup>14)</sup>、医療機関の利用状況把握のために実施されている患者調査<sup>15)</sup>では、外来診療の流出入の記述は三次医療圏単位にとどまり、より細かい粒度の情報は提供されていない<sup>15)</sup>。しかし実際には二次医療圏を超えての医療機関受診が頻発しており<sup>14,15)</sup>、特に近隣医療圏から大都市部に流入する傾向が目立つ<sup>16-18)</sup>。この医療圏間の患者の流出入に関連する要因として通勤・通学、高度な医療技術・設備の存在、患者居住地と施設の距離や交通網の発達、ドクターショッピング、里帰り出産などが報告されている<sup>16)</sup>。しかし一般的に加齢に伴ってこれらの要因の影響は低下し受診範囲が縮小し、もともと二次・三次医療圏を越境して受診していた世代が加齢とともに二次医療圏内や更には一次医療圏内の医療機関を利用するようになるだろう。例示した東京都A区は、属する二次医療圏内の他区に大学病院の本院が複数あり近隣の二次医療圏にも様々な疾患ごとに専門診療所が多数存在するので、もともと生産年齢から前期高齢者の世代までは一次医療圏の範囲を超えて傷病ごとに周囲の専門医療機関を受診する傾向が顕著な地域である。本稿を含め現有する外来患者需要の推計モデルでは二次医療圏間や一次医療圏間の患者移動は考慮されていないので、東京都A区のような大都市周辺の地域では、加齢に伴い遠方に通院できなくなった他疾患併存の後期高齢者が一次医療圏内に流入する影響が過小評価されている可能性が高い。今後他疾患併存の高齢者が都市部周辺の一次医療圏に回帰するにあたっては、疾患ごとに医療圏内の専門医が診療を引き継ぐよりも、総合診療医がその受け皿となって地域の包括的ケアになく役割を担うのが望ましいだろう。

2016年から2025年にかけて、外来診療需要は後期高齢者では増大するがそれ以外の世代では減少し、全体としては若干の増加にとどまると推測された。しかし後期高齢者の一人当たり通院傷病件数は他の世代よりも多いので、外来診療需要を後期高齢者に限定してみると通院傷病件数の増加がとりわけ目立ち、この傾向は団塊の世代が集中する都市部近郊などで顕著であった。いわゆる2025年問題の主題は単なる後期高齢者の増加ではなく、大都市周辺部における後期高齢者の通院傷病件数の急激な増加であるといえ、これに伴う外来診療需要の急激な増加に対応し医療費を適正化するためには、1傷病1診療の形態で行われる専門医型の外来診療から1患者1診療の形態で行う総合診療医型の外来診療への転換が有効であると考えられた。

## 文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計) 2006 [Available from: [www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp](http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp)].
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 本の将来推計人口 (平成 29 年推計) 2017 [Available from: [www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp\\_zenkoku2017.asp](http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp)].
- 3) 高橋泰, 江口成. 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状と将来－都道府県別・二次医療圏別データ集－ (2014 年度版) 2014 [www.jmari.med.or.jp/download/wp323\\_data/intro.pdf](http://www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/intro.pdf). Available from: [www.jmari.med.or.jp/download/wp323\\_data/intro.pdf](http://www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/intro.pdf).
- 4) 日本医師会. 地域医療情報システム [Available from: <http://jmap.jp/>].
- 5) 厚生労働省. 医療従事者の需給に関する検討会 第 4 回 医師需給分科会 資料 1 医師の需給推計について. 2016.
- 6) 厚生労働省. 平成 28 年国民生活基礎調査 [Available from: [www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html)].
- 7) St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Rutten LJF, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *Bmj Open*. 2015;5(2).
- 8) Puth MT, Weckbecker K, Schmid M, Munster E. Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 826.
- 9) Prados-Torres A, Calderon-Larranaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67(3): 254-66.
- 10) Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2163-96.
- 11) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム [Available from: [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)].
- 12) 厚生労働省. 平成 27 年度介護保険事業状況報告 (年報) 2016 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>].
- 13) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の市区町村別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計) 2013 [Available from: [www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp](http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp)].
- 14) 厚生労働省医政局指導課. 医療計画の見直しに関する都道府県 説明会資料 (1) 二次医療圏, PDCA サイクル. 2012.
- 15) 厚生労働省. 患者調査 2014 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>].
- 16) 寒水孝, 浜田知, 吉村功. 受療のための地域間患者移動に影響する要因の検討. 厚生 の 指標. 2004 ; 51 (15) : 21-7.
- 17) 大場久, 谷川琢, 小笠原克. 移動選好指数を用いた受療動向の評価に関する基礎的研究. *日本医療・病院管理学会誌*. 2008 ; 45 (4) : 299-310.
- 18) 高井智, 加藤憲, 天野寛, 宮治眞, 藤原奈, 内藤道, et al. 三重県桑名市の住民調査からみた県境を越えた地域医療の実態. *日本医療・病院管理学会誌*. 2013 ; 50 (2) : 169-80.