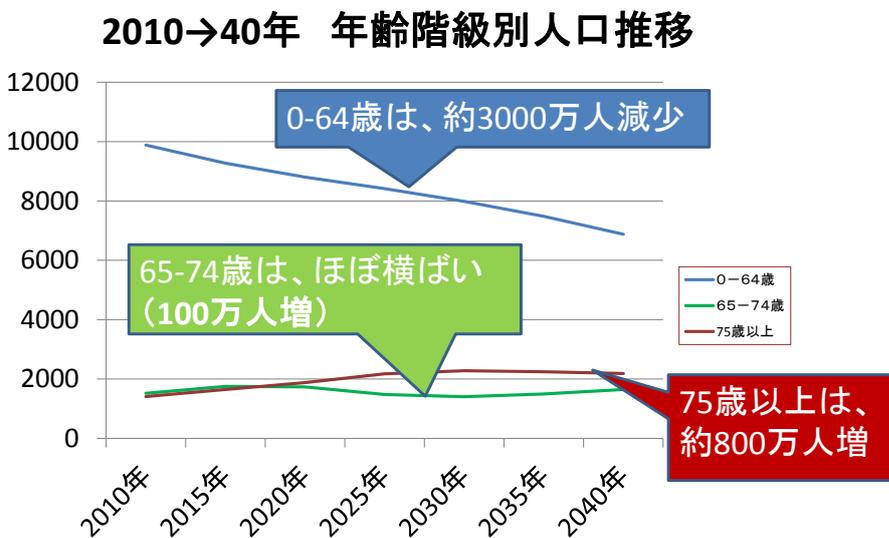


1. 日本全体の人口の推移と大都市・過疎地の事情

(図1) に示すグラフは、2010年から40年にかけてのわが国全体の人口の動向を示す。



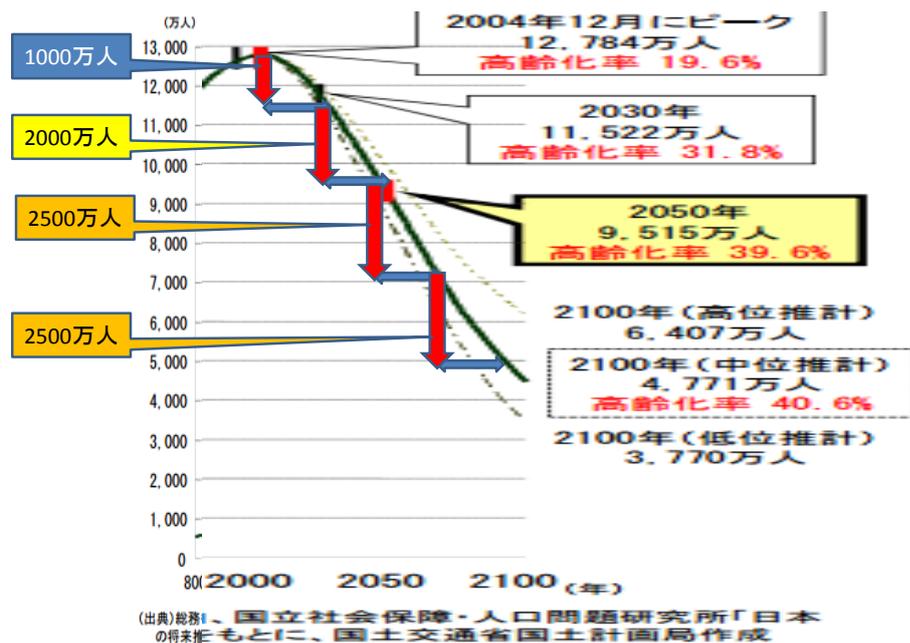
(図1 : 年代別人口推移)

(今後の大まかな年代別の人口推移)

0-64歳 今世紀末まで毎年100万人ずつ減少する

75歳以上 2030年まで毎年50万人増加、30-50年横ばい、50年以降25万人減少

以下の(図2)は、今後100年間のわが国人口の動向を表す。2005年頃がわが国人口のピークである。その後25年間、0-64歳人口は年間100万のペースで減少するが、後期高齢者が年間50万人平均で増加で人口減少スピードは比較的緩やかで、2030年は11500万人である。2030年以降、後期高齢者の増加が止まり、年間100万人の若年人口減少のみが残り、2050年には、わが国の人口は1億を下回っている。その後、後期高齢者の人口減少が始まり、総人口の減少スピードが加速され、今世紀末は、5000万人台になることが予想される。

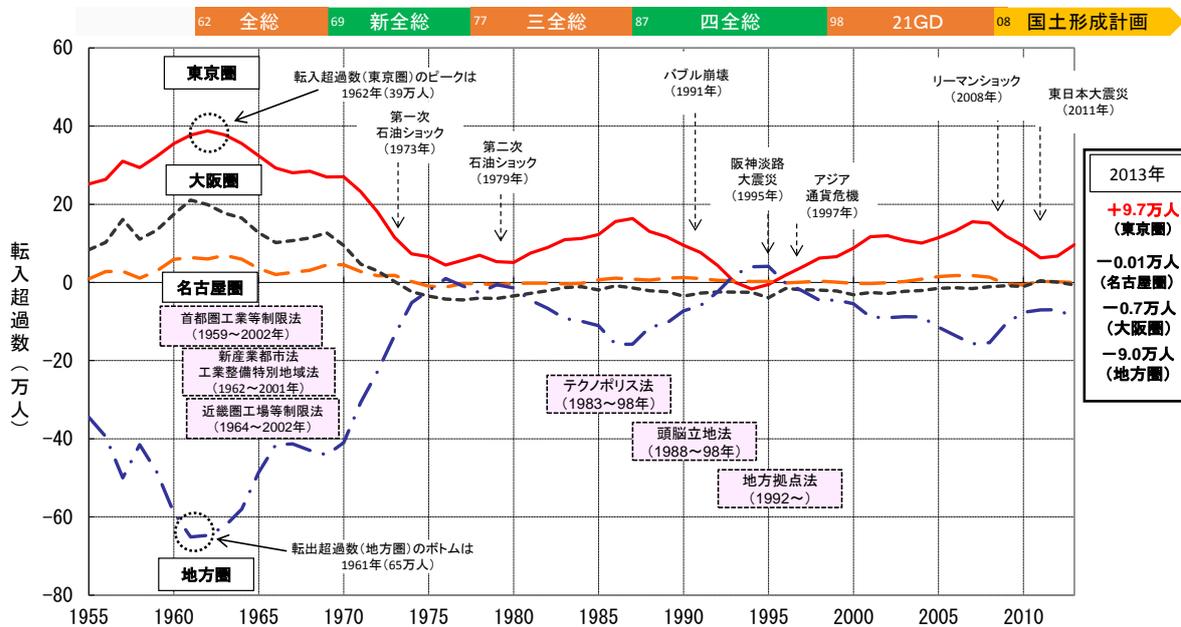


(図2 : 我が国の人口推移)

図3：50年前に地方から大都市に800万人が移動

三大都市圏・地方圏の人口移動の推移

○高度経済成長期には三大都市圏に人口が流入した。
 ○1980年頃にかけて人口流入は沈静化したが、その後、バブル期にかけて東京圏に人口が流入。○バブル崩壊後は東京圏が一時的に転出超過となったが、2000年代には再び流入が増加した。



(出典) 総務省「住民基本台帳人口移動報告」をもとに国土交通省国土政策局作成。
 (注) 上記の地域区分は以下のとおり
 東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県
 三大都市圏：東京圏、名古屋圏、大阪圏 地方圏：三大都市圏以外の地域

(出典：国土交通省長期ビジョン)

その結果、以下のような現象が現れた
 (大都市部で後期高齢者の爆発的増加)

(過疎地での若年層の大幅減少)

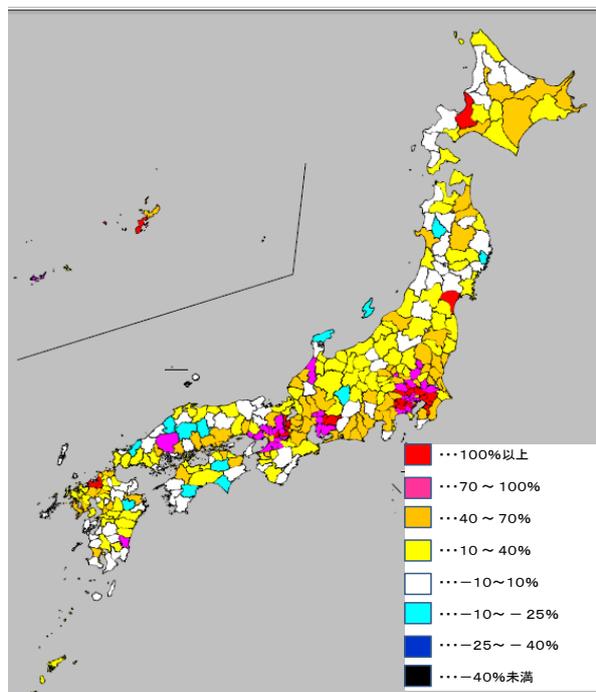


図4：2010→40年、後期高齢者増加率

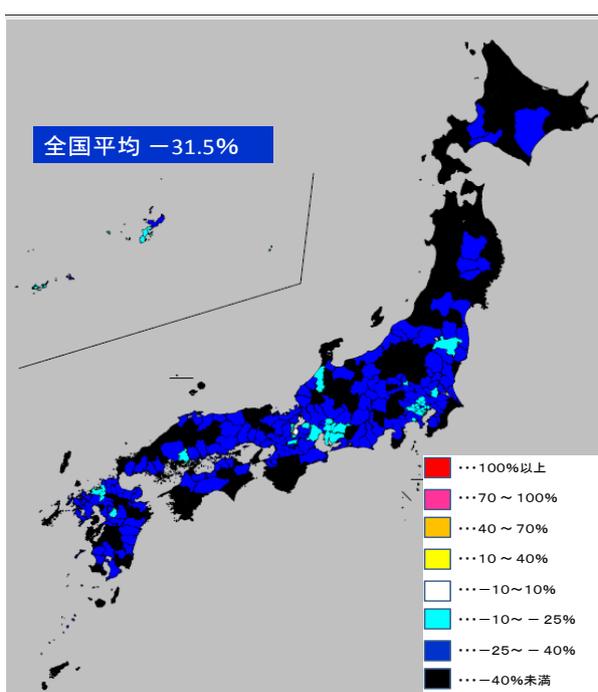
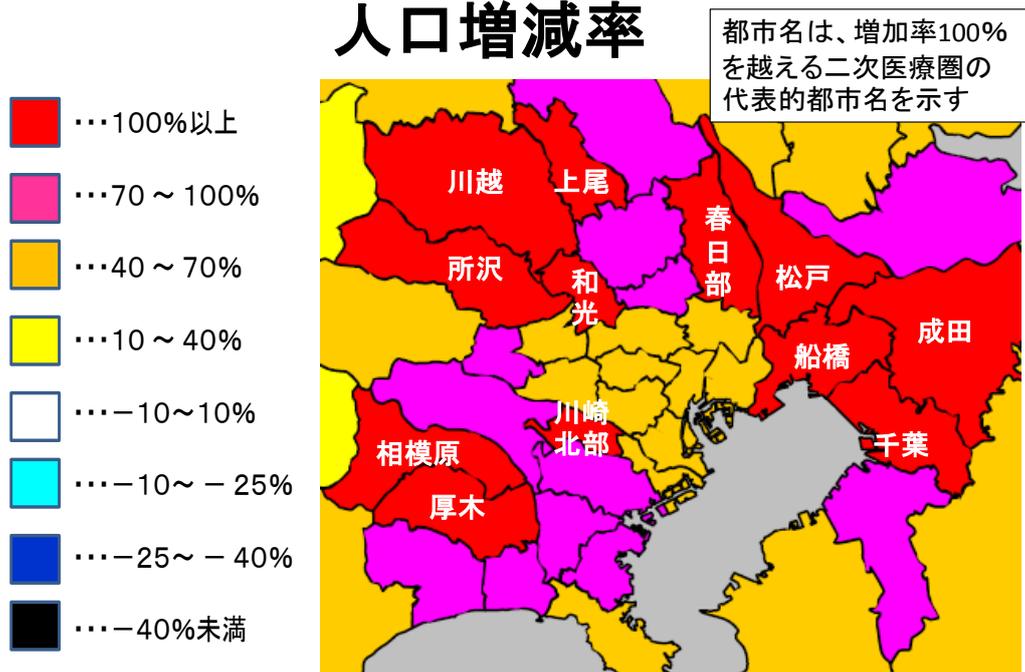


図5：2010→40年、0-64歳減少率

とても大変、東京周辺の医療事情

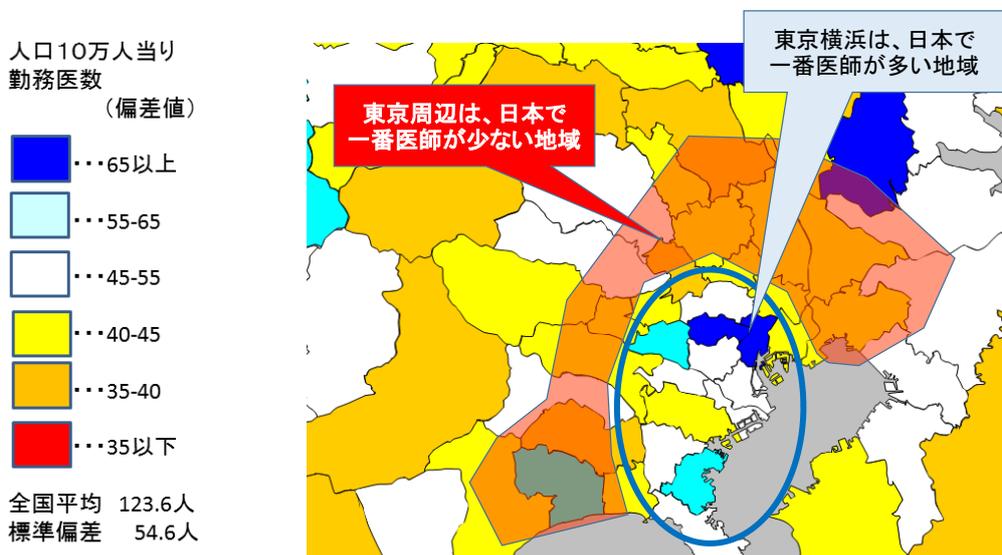
2025年にむけて後期高齢者が激増し、その増え方が最も激しい地域は、東京周辺部（埼玉県、千葉県、神奈川県などの東京のベッドタウン）であることは、最近多くの人が知るようになった。（図6）は、2010年から25年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県県央部は、2010年から25年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

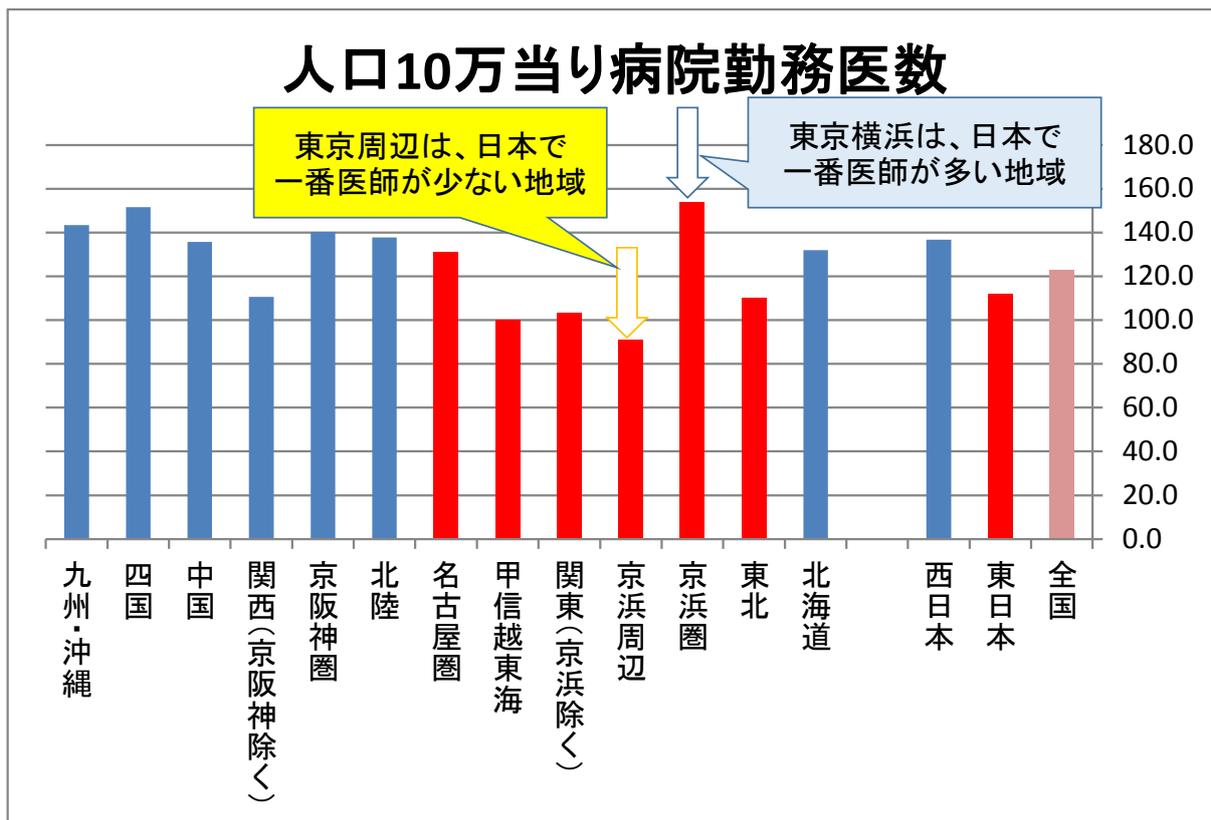
2010→25年東京周辺の75歳以上人口増減率



(図6：2010年→25年の後期高齢者の地域別増加率)

更に困ったことに、この地域は人口当たりの医師数が、日本で最も少ない地域とほぼ一致する。





この地域がこれまで少ない医師（医療提供体制）でやってこられたのは、この地域の住民の多くが1970年前後に地方から首都圏にやってきた当時の若者（団塊の世代）であり、これまでこれらの地域の有病率が低かったことと、住民の多くが東京に出勤し、病気になったら東京の病院を使用していたからである。

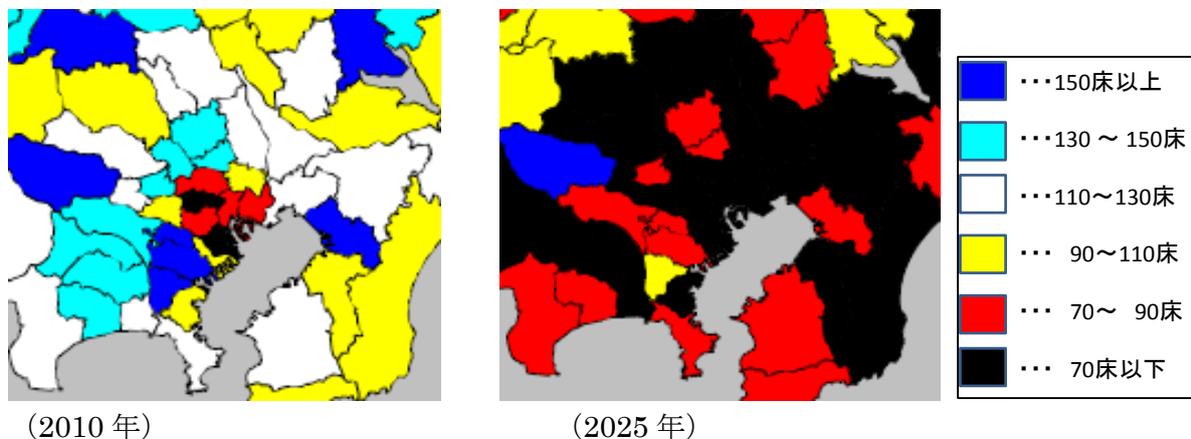
ところが2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳になり、この頃から地域の有病率が急速に上昇する。しかも東京の病院へ通院するのも大変になってくる。この結果、これまで比較的健康的で地元で受診しなかった地域住人が、突然しかも頻回に地元の病院を受診するようになり、ただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測される。東京周辺は、医療がたいへんな時代を迎える。

これから東京周辺部は

- ただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測される。
- 東京周辺は、**医療がたいへん**な時代を迎える。

都心（23区内）は介護が特にたいへん

次に、都心（23区内）は介護がたいへんという話を行う。（図7）の左側は、2010年において後期高齢者1000人に対して老健、特養、介護療養、高齢者住宅などの要介護の高齢者に対応した施設の収容能力（全国平均が120人）の地域ごとのレベルを表している。濃い青色が1000人に対して150人以上、水色130人以上で高齢施設の充実した地域、黄色が90-110人でやや少なく、赤色が70-90人で不足、黒色が70人以下で危機的状況であることを表している。2010年では、新宿・中野・杉並地区と太田・品川地区が黒色、他の23区内が赤色と、23区内の要介護の高齢者に対応した施設の収容能力が、際立って引くことがわかるだろう。一方周辺、神奈川県、埼玉県や千葉県、東京湾周辺地域の収容能力が高いことがわかるだろう。また、これらの東京周辺地域が、現在の東京の収容しきれない高齢者の多くを引き受けていることが予想される。



(2010年) (2025年)
(図7：2010年→25年の後期高齢者1000人に対する総高齢者ベッド数の推移予測)

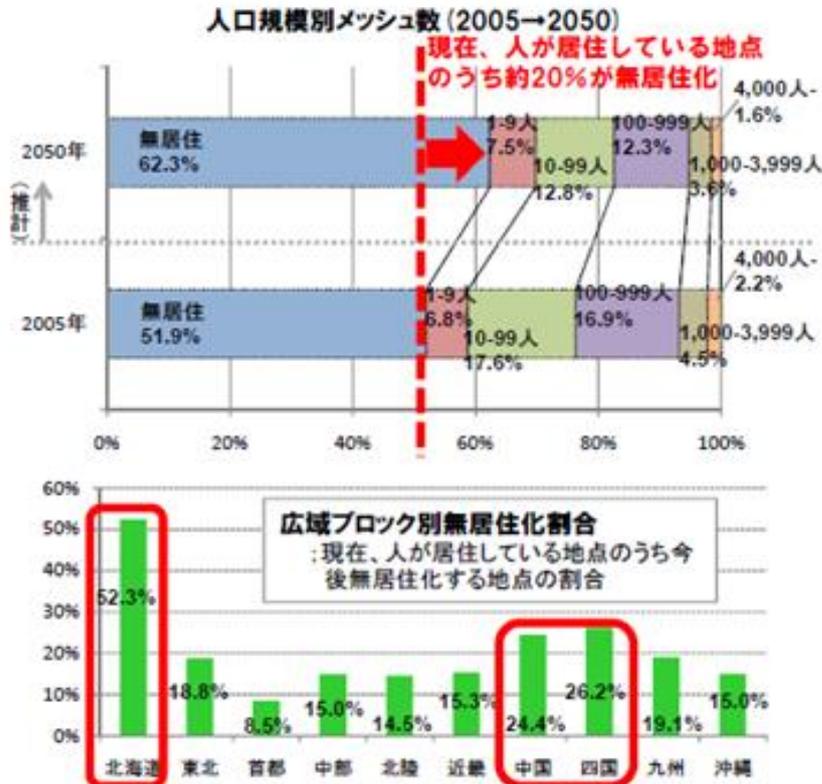
(図7)の右側は、今後高齢者施設が新たに建設されないと仮定し、後期高齢者のみが増加した場合の、2025年の各地域の後期高齢者千人当たりの収容能力を表す。

東京周辺の収容能力の高い地域は、今後十数年で後期高齢者の倍増する地域でもある。今後もこれらの地域で後期高齢者対応施設や住居の建設は続くので、2025年の予測図が示すレベルまで低下しないと思われる。しかし、今後の後期高齢者の増加スピードほどには新築が進むとも思えないので、現在のような水色や青色のレベルを保つのも難しいだろう。その結果、周辺部の東京都心からの受け入れ余力が今ほどにはなくなることを予測される。

一方東京都都心部は、2010年から40年にかけて平均6割程度後期高齢者が増加する。東京都心では、この増加スピードに合わせて高齢者対応の施設を作られることは、ほとんど期待できない。よって2010年に赤色レベルの地域が黒色レベルに変わり、黒色の地域ではより厳しい状況に陥る。更に東京周辺地域の受け入れ能力も低下することが強く予想されるため、東京の施設による介護は、そう遠くない将来、とてもとても厳しい状況になることが強く予想される。西日本を中心に日本には余力を期待できる地域がたくさんあるので、危険な首都圏から余力のある地域に引っ越す選択肢も考慮する価値があるだろう。

過疎地の事情

(図8)は、わが国と現在の人々が住んでいない無居住地の現在の様子と将来予測を示している。《居住・無居住の別》で見ると、現在人が居住している地域のうち約2割が無居住化する。現在国土の5割に人が住んでいるが、それが4割にまで減少。



(図8：無居住地比率)

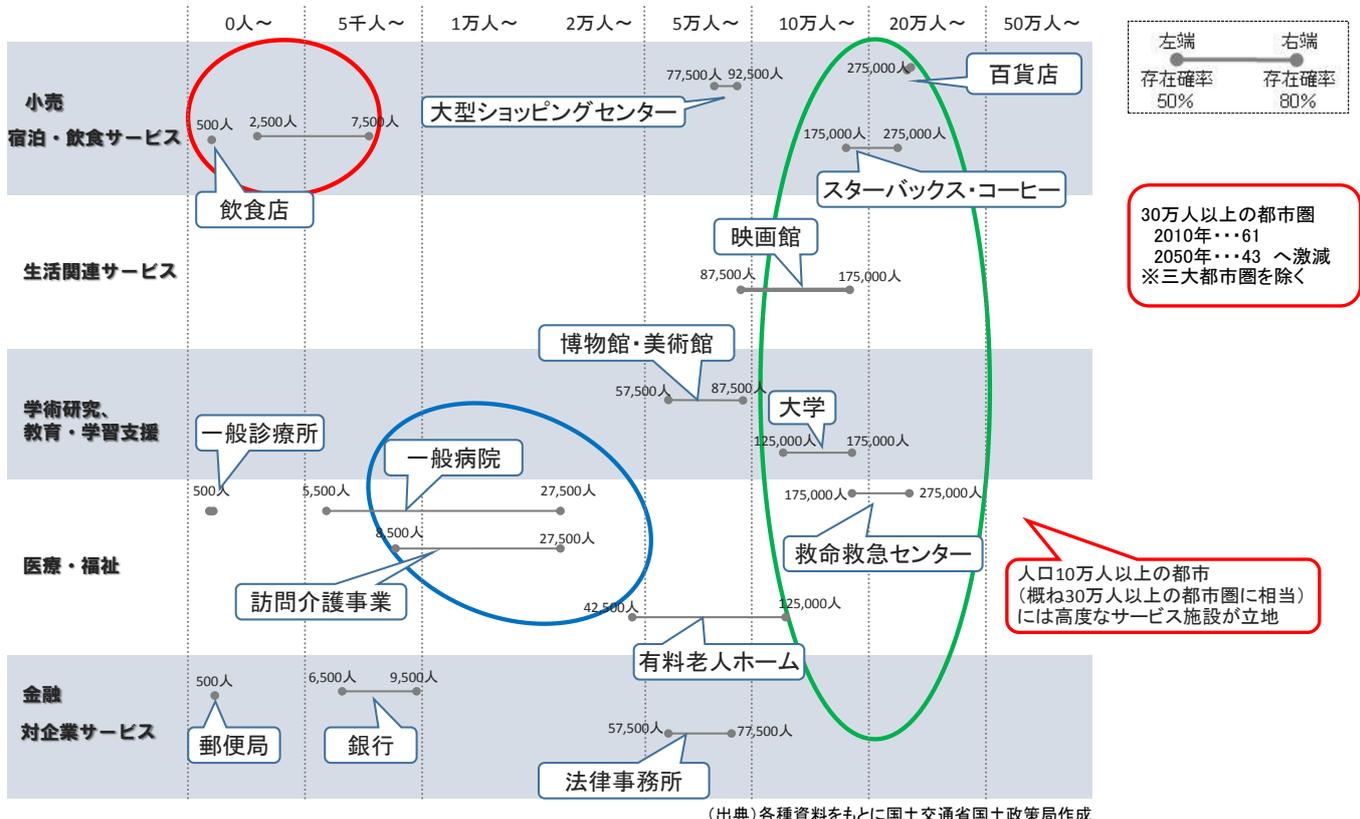


図9：サービス施設の立地する確率が50%～80%となる自治体の人口規模 (三大都市圏を除く)

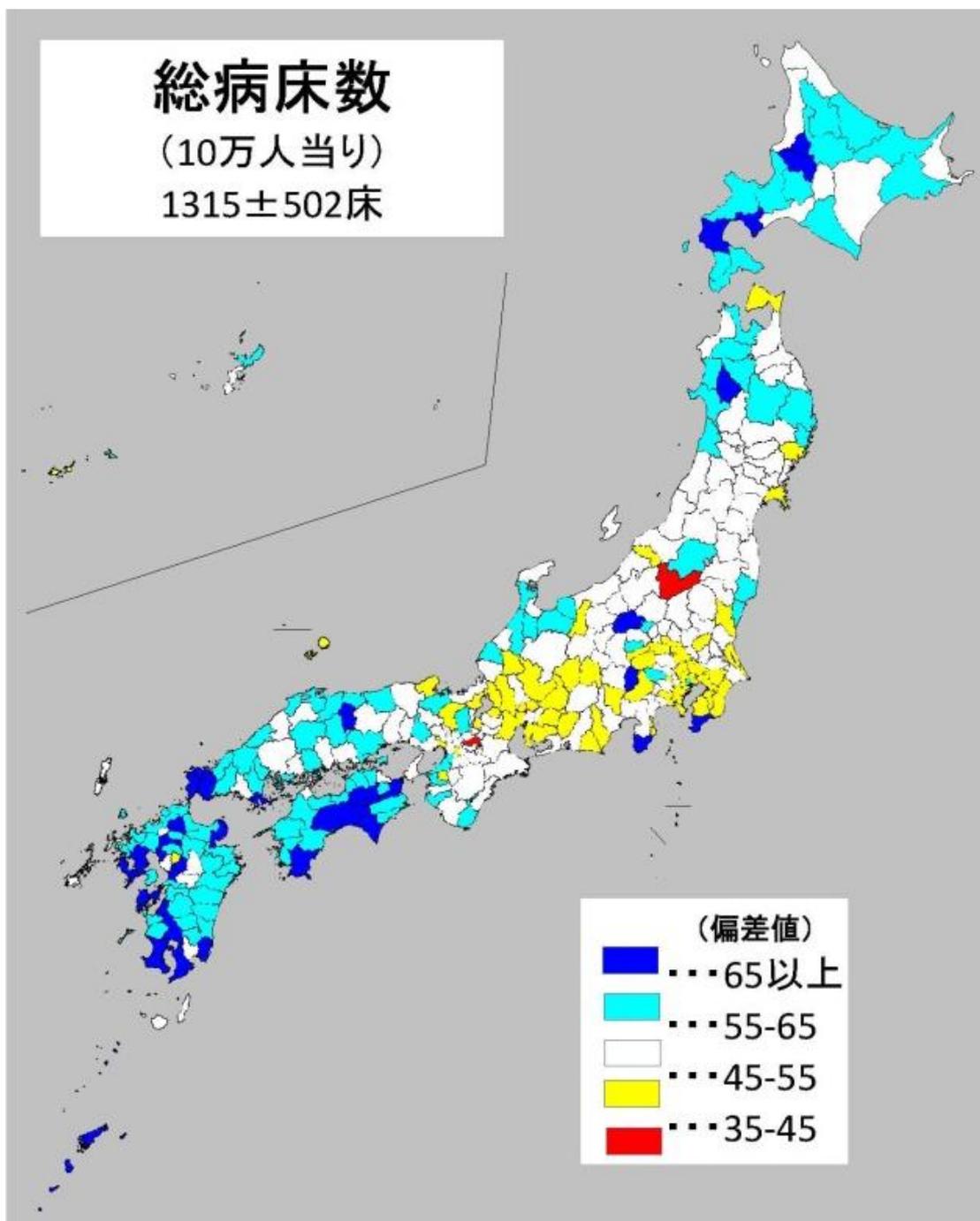
2. 日本の医療提供の地域差について

地域により医療福祉資源レベルが大きく異なる

まず、医療資源レベルの地域差が大きい。以下(図10)(図11)(図12)に、(1)総病床数、(2)看護師数、(3)介護や支援を必要とする高齢者向け施設の収容可能人数、の地域差を示す。

(1) 総病床数

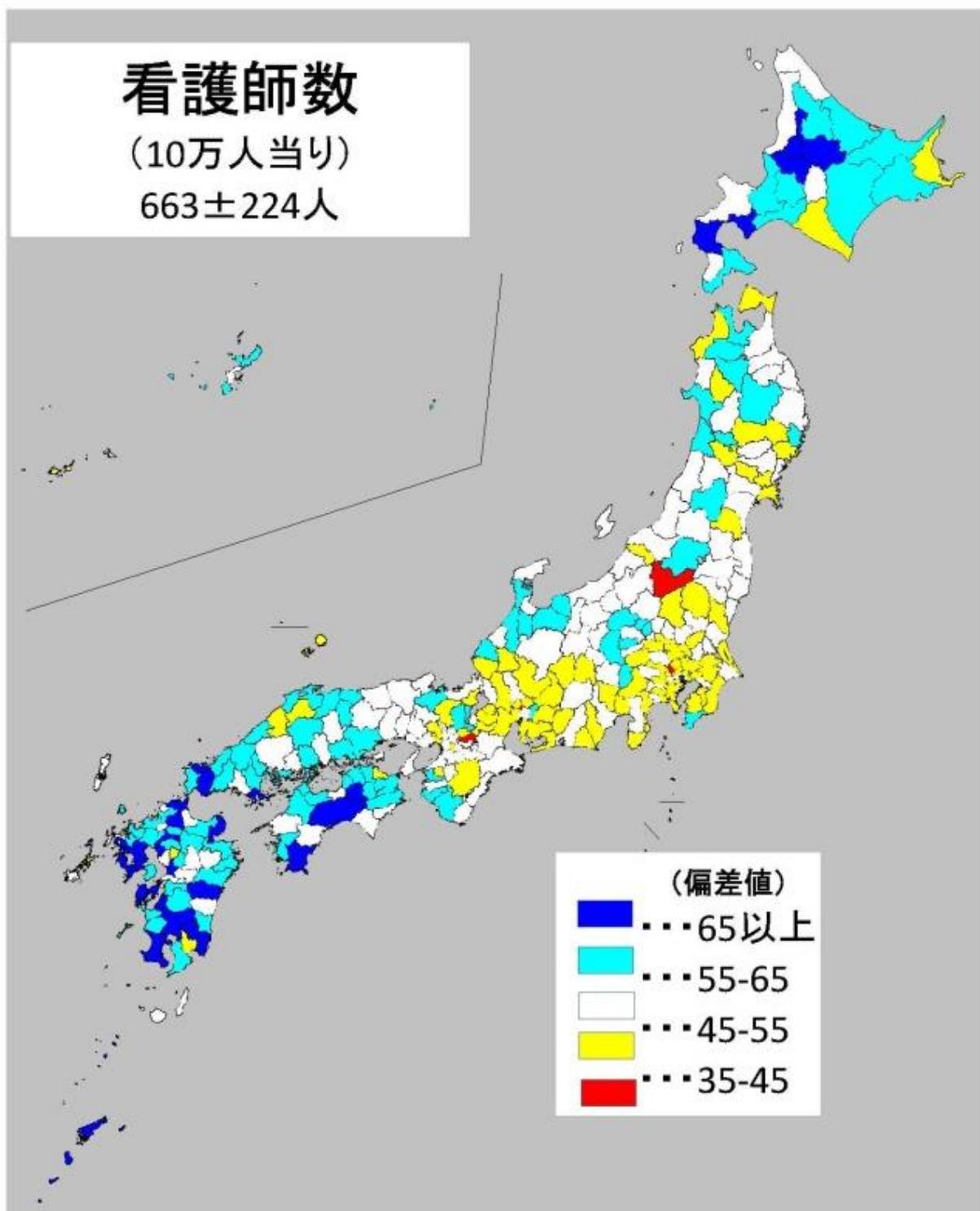
青と水色の地域が多く、黄色と赤色の地域が少ない。総病床数は、**関東・甲信越・東海が少なく、北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。



(図10：人口当たりの 病床数の多寡のレベルを偏差値で表示)

(2) 看護師数

人口当たりの看護師数は、**関東・甲信越・東海**が少なく、**北海道・北陸・中国・四国・九州**に多く、大きな地域差が見られる。

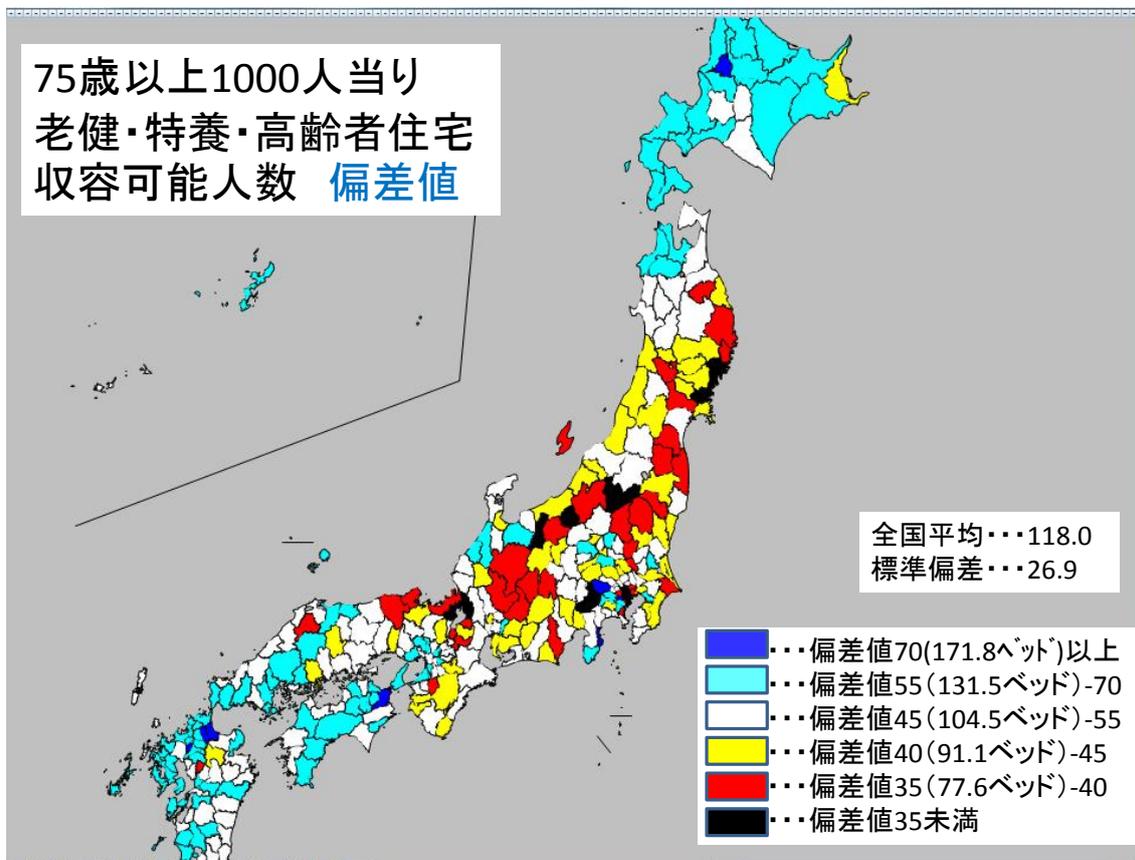


(図 11：人口当たりの看護師数の多寡のレベルを偏差値で表示)

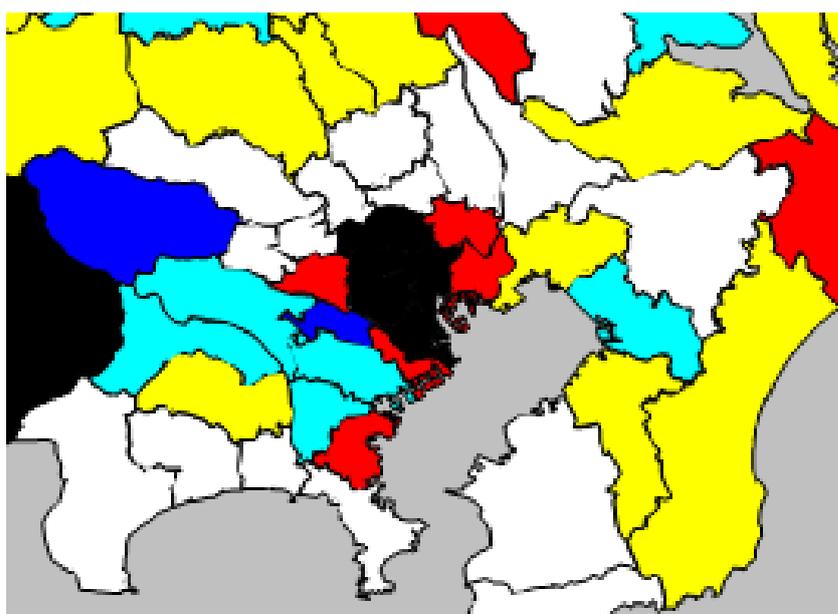
病院看護師数は、病院勤務の看護師+准看護師数の和。(平成 22 年 10 月 1 日病院) 報告

(3) 老健・特養・高齢者住宅の収容可能人数

老健・特養・高齢者住宅は、東北・関東・甲信越・東海・大阪を除く関西が少なく、北海道・青森・北陸・中国・四国・九州に多く、大きな地域差が見られる。



(図 12 : 75 歳以上千人当り老健・特養・高齢者住宅収容可能人数偏差値表示)

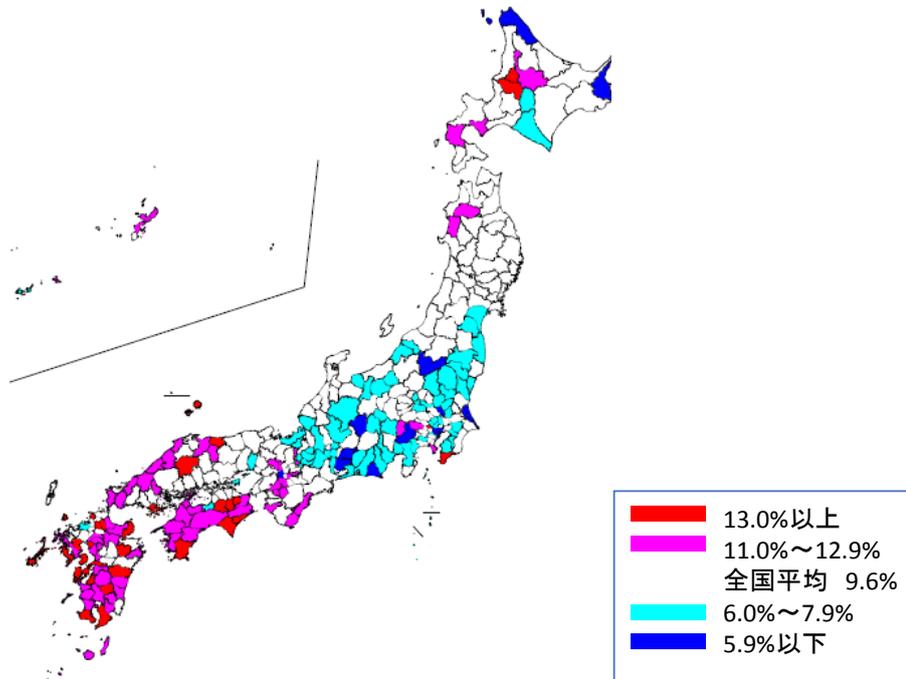


(東京地区拡大)

⇒ 医療福祉資源レベルも、地域により大きく異なる

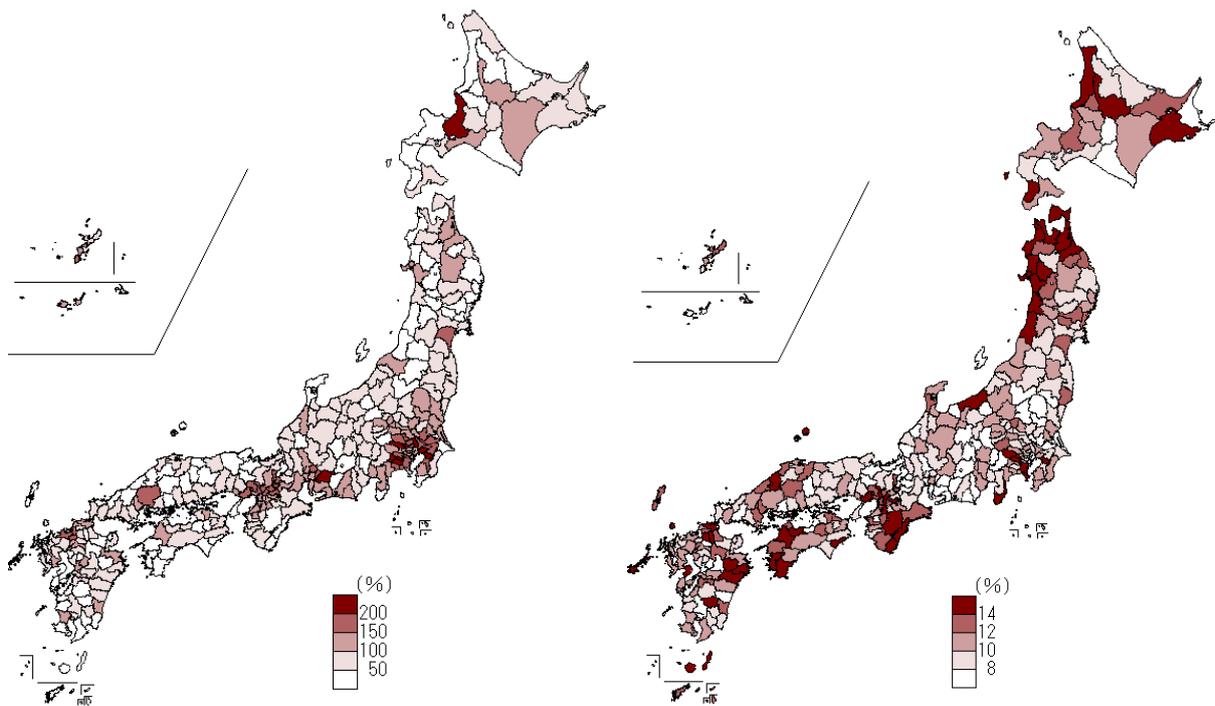
医療・介護と地域の雇用

・(図 13) に、二次医療圏毎の全就業者に占める**医療・介護就業者の割合**を示す。特に地方においては**10%を超えている地域もある**。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。



(図 13 二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合 (2009年))

・(図 14) に、2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の推計を示す。**都市部で介護就業者が大幅に増加**。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも**10%を超える地域がある**。



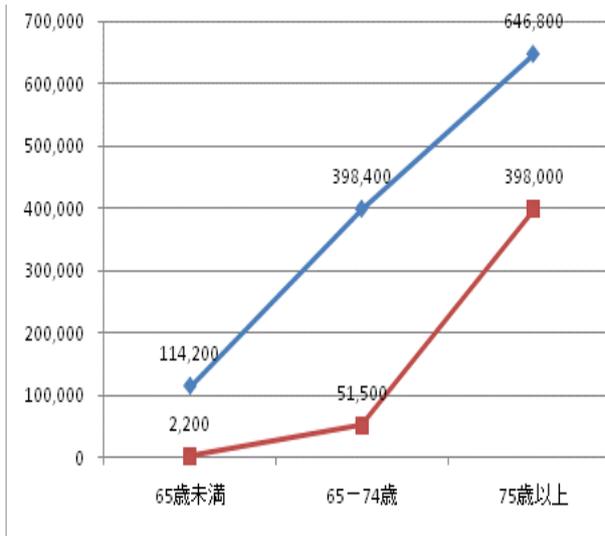
(図 14-1) 二次医療圏毎「介護従事者の変化割合」(2009年→2040年)

(図 14-2) 二次医療圏毎「全就業者に占める介護従事者の割合」(2040年)

3. 医療と介護の需要予測

介護の需要ピークは2030年49.7%増、医療は2025年11.1%増

(図15)に、年齢階級別一人当たり医療費と介護費を示す。介護は、若年層がほとんど使わず、75歳を超えると費用が急増する。一方医療費は、若年もそれなりに使われる。また、(図16：図1の再掲)にわが国の年代階級別の人口の推移を示す。



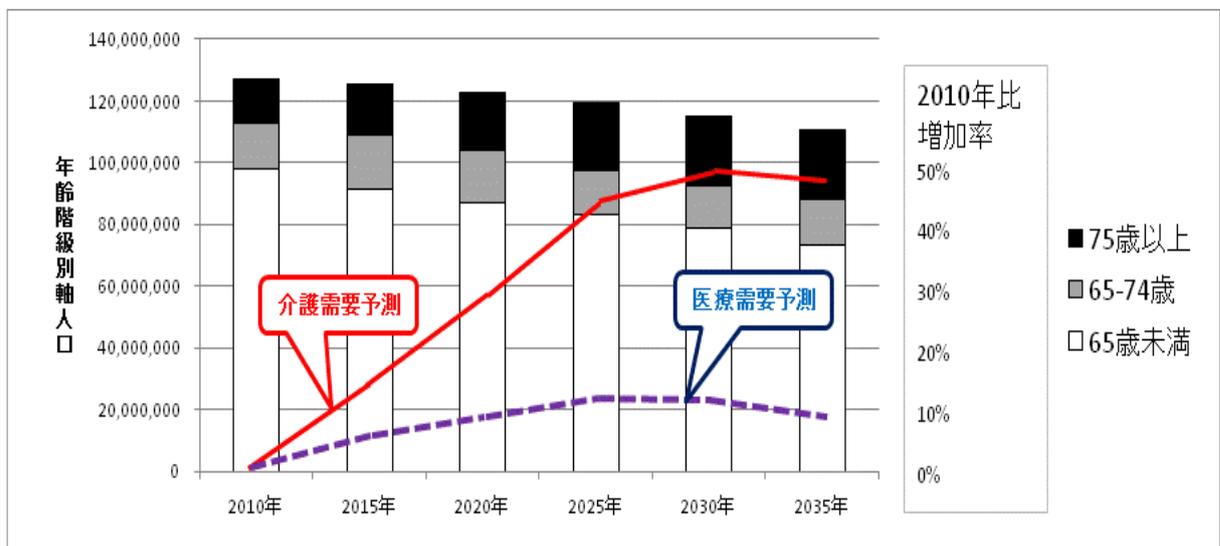
(図15：年齢階級別医療費と介護費：2010年)

2010→40年 年齢階級別人口推移



(図16：年齢階級別人口推移)

(図15)に示す医療と介護の費用に、(図16)に示す人口を掛け合わせると、将来の医療費と介護費を計算することができる。今後(図15)に示す医療と介護の消費動向が続き、(図16)に示すような人口の推移が起きるとすると、医療と介護の需要は(図17)に示すような推移で進行し、「**介護の需要は2030年ピークで49.7%増、医療は2025年ピークで11.1%増**」となることが予想される。



(図17：医療と介護の需要予測)

我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

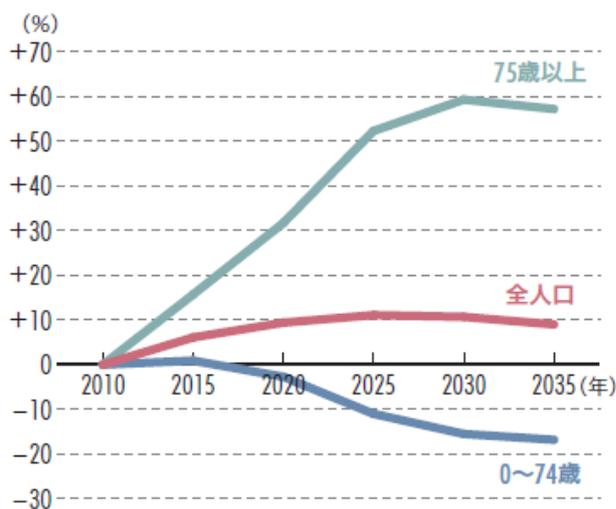
今後急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年 100 万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、これからの医療制度改革の最大の争点になる。

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。(図 18) は、(図 17) に示した医療費の推移を、0-74 歳と 75 歳以上に分けて示したグラフである。

真ん中の太い黒線は、総医療費の推移予測である。2025 年の 11.1% 増がピークであり、その後減少に転じる。一番上の赤色の破線は、75 歳以上の医療費の推移予測を示す。75 歳以上は、2025 年に向けて急増、2030 年のピーク値は 2010 年比 59.3% 増という結果になった。一番下に位置する青線は、0-74 歳の医療需要の推移を示す。0-74 歳の医療需要は、2015 年から 2020 年まで微減、2020 年から急激に減少する。2010 年から 2035 年にかけて医療需要は 16.8% 減少し、0-74 歳の医療需要は、その後も一貫して減少を続ける。2020 年から急激な減少が始まるのは、2022 年から 24 年にかけて団塊の世代が 75 歳を超えるからである。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する 75 歳以上の医療事情と、今後減り続ける 0-74 歳の医療事情に対応する形で変化していく必要がある。

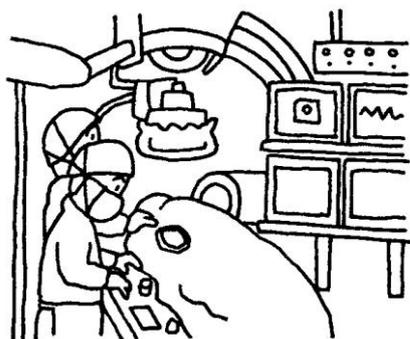
図2●世代別の医療費増減率の将来予測 (2010年比)



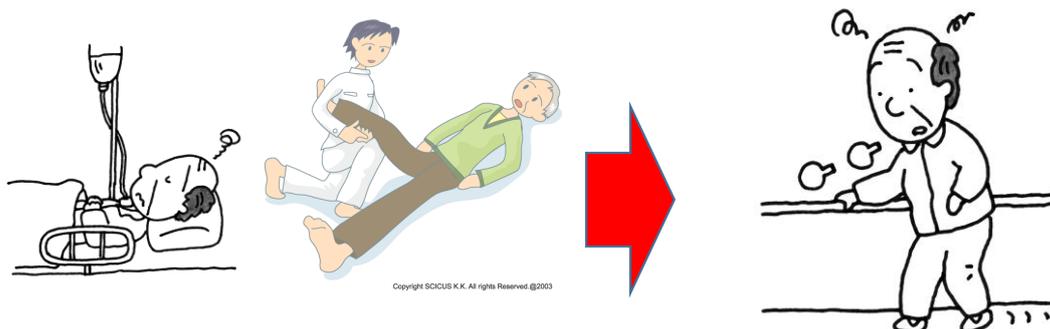
(図 18 : 0-74 歳と 75 歳以上医療費将来予測)

後期高齢者が主に必要とする医療とは

それでは、0-74 歳が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。これは従来の急性期医療、言い方を変えれば、治癒を目的とする医療である。ほとんどが、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行おうとする「とことん型」の急性期医療である。0-74 歳の患者さんの多くは、治療さえ終了すれば、自宅に退院し、普段の生活に戻っていく。



一方、(図 18)のグラフの緑色の線で示された 75 歳以上が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。75 歳以上の後期高齢者も、従来型の急性期医療を必要とする場面も多いが、後期高齢者が主に必要とする医療とは、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるよう身体も環境も整えてくれるような「生活支援型医療」であり、年齢が進めば進むほど、この傾向は強まる。このような医療の主な担い手は、かかりつけ医と今年診療改定で新設された地域包括ケア支援病棟であろう。地域包括ケア支援病棟では、患者(主に後期高齢者)が家や施設で調子が悪くなった時に、地域での生活復帰を意識したリハビリを行いながら、病気と年齢や体力などを考慮した治療が行なわれる。更に、高度医療機関からの在宅復帰を目指した患者を受け入れ、リハビリや継続的治療の提供を行ないながら在宅復帰を目指すことや、地域での看取り医療も地域包括ケア支援病棟の重要な役割である。

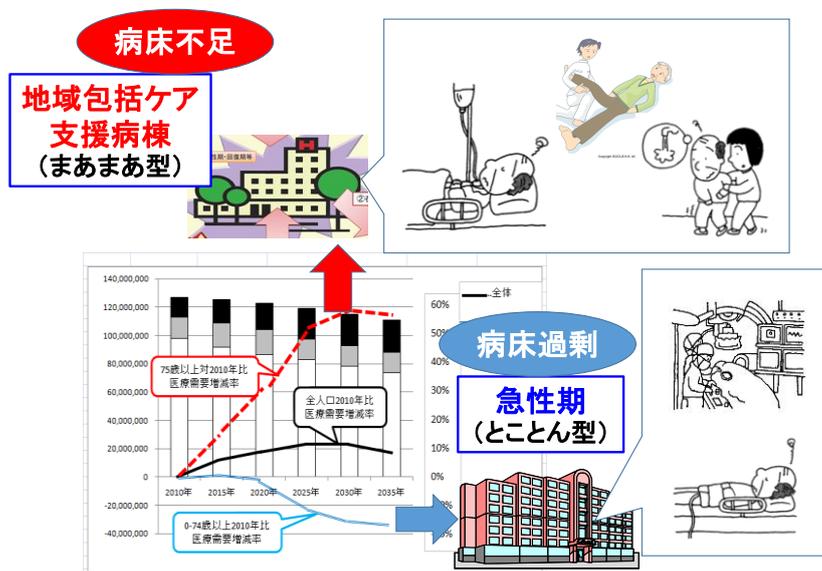


「高度急性期・一般急性期」病床の過剰と「地域包括ケア支援」病床の不足

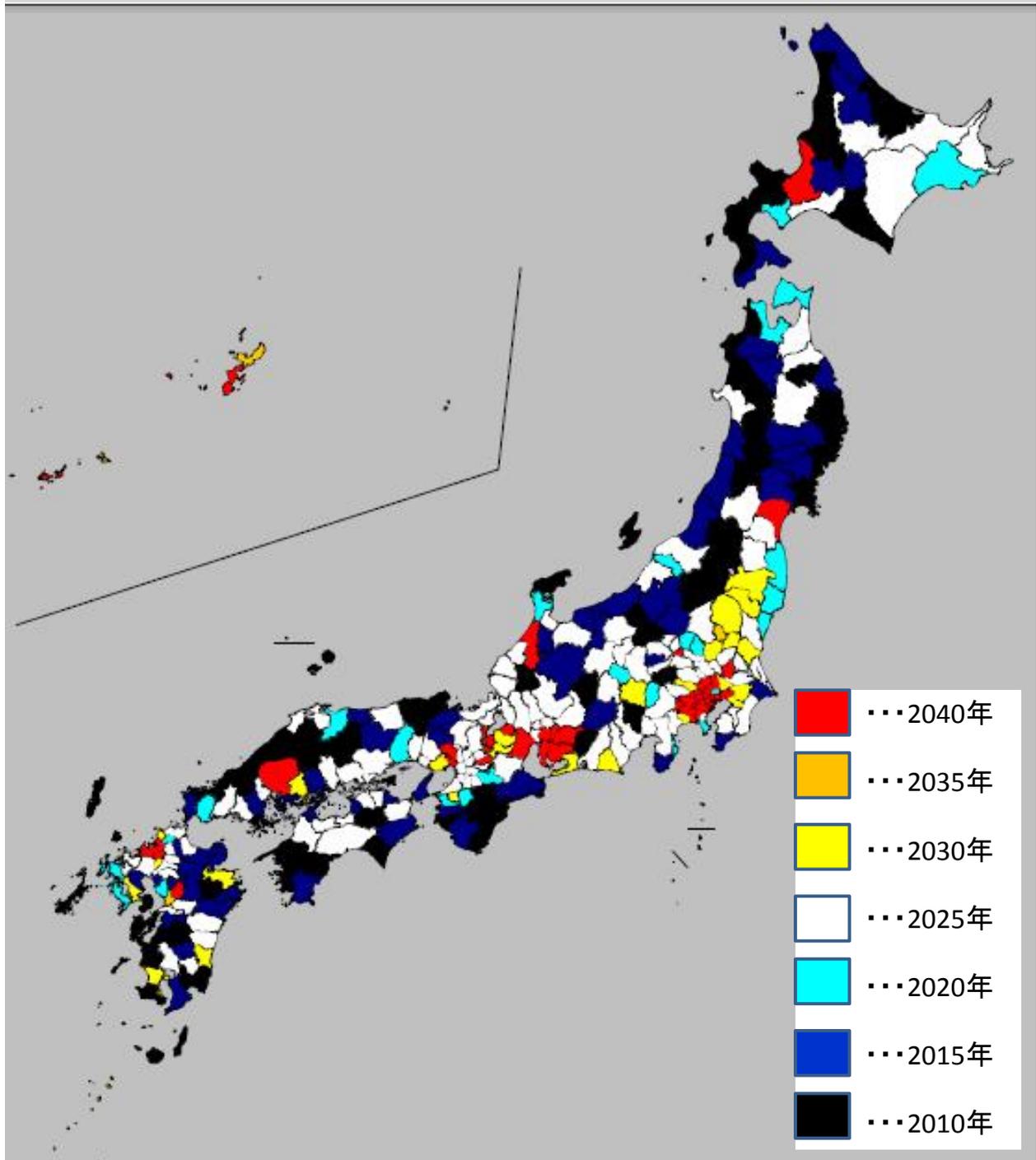
日本の病院の現状および今後の人口構成の変化を考えると、「とことん型」急性期医療を提供する高度急性期・一般急性期病床の過剰と、「まあまあ型」の医療を提供する「地域包括ケア支援病」の不足は、明らかである。「とことん」型病床から「まあまあ」型病床への転換が不可欠である。

医療需要のピークの時期の地域差

以下の(図 19)は、今後も現在と同じ医療が提供される(価格も内容も変化しない)と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを示したものである。地域により医療需要のピークの時期が大きく異なることが分かる。



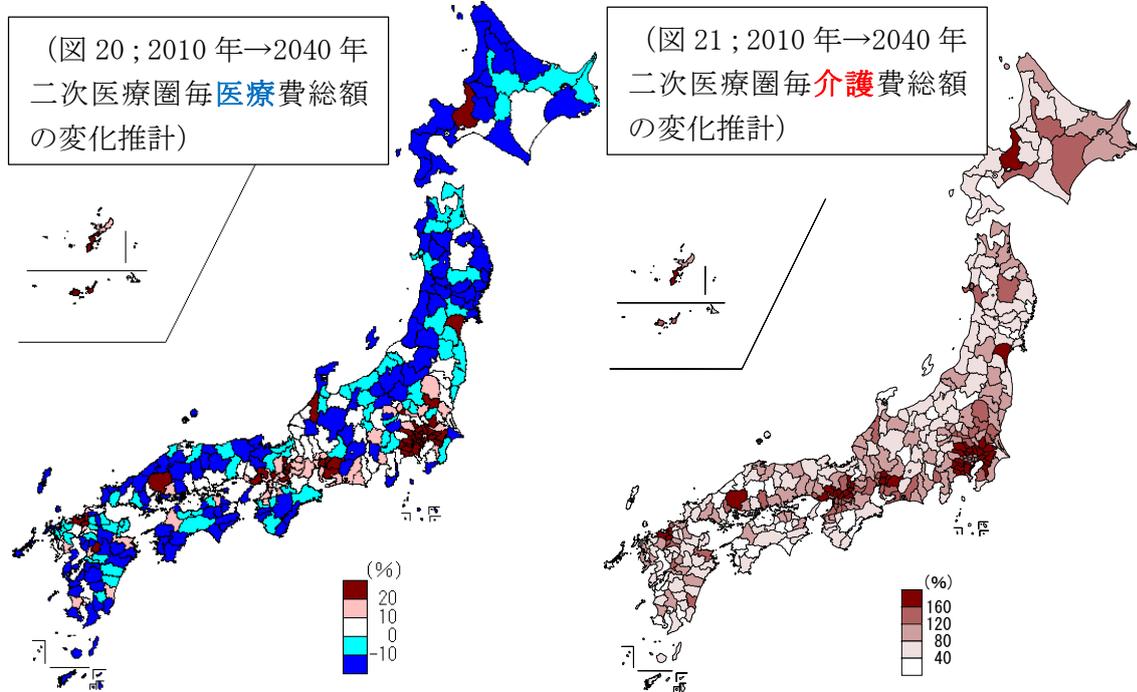
地域により医療介護需要のピークの時期が大きく異なる



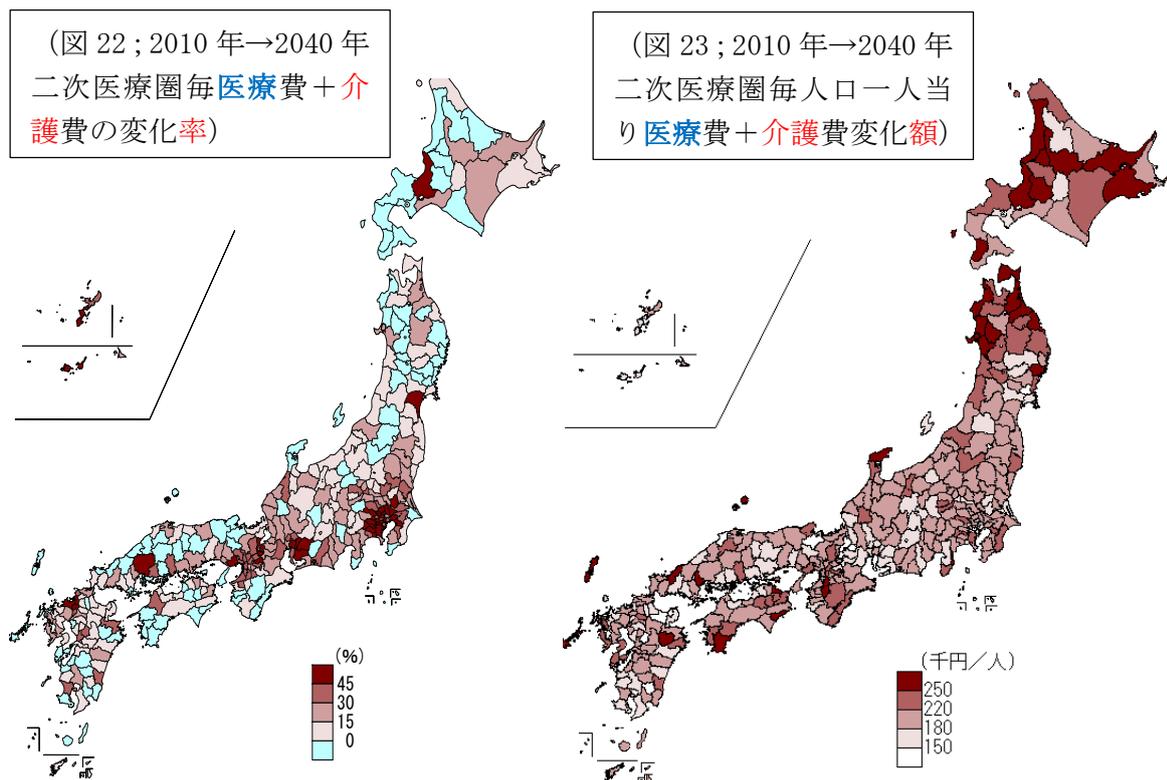
(図 19 : 各二次医療圏の医療需要のピークの時期)

2040年までの医療費・介護費の変化（医療費・介護費別）

年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、(図 20) に示すように、**医療費**は人口減少の影響で**地方は減少**、**都市部**は高齢化の影響で増加。他方、(図 21) に示すように、**介護費**は**ほとんどの地域で増加**、特に都市部で増加額が大きい。

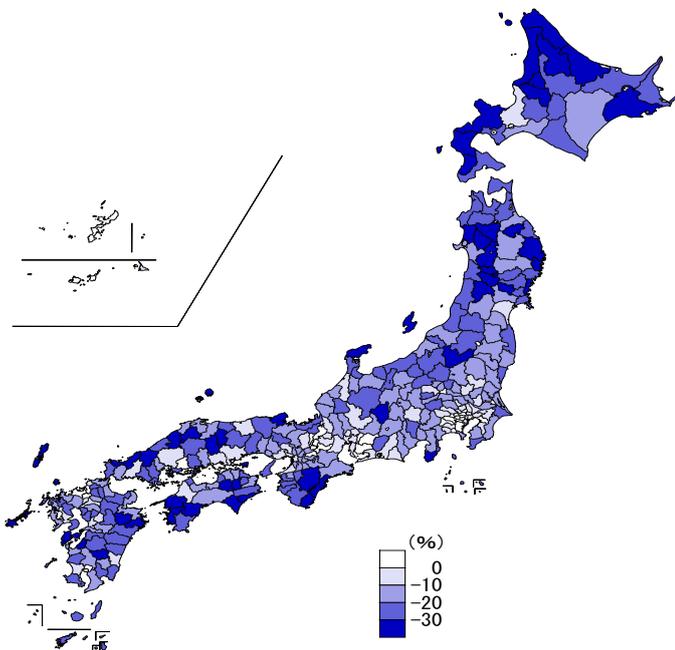


(図 21) に示す医療費・介護費**合算**の**変化率**を見ると、**都市部を中心に増加**する地域が多い。また (図 22) に示す、人口**一人あたり医療費・介護費**の**変化額**でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。



2035年までの地域の消費額の変化

他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、(図 24) に示すように、**地方部では30%以上の減少を見込む地域**もある。



(図 24：二次医療圏毎 消費支出総額の変化率 (2010年→2035年))

現在のままの状況を維持しようとする、

- 各地域の**総消費が10%～30%程度低下**するにも関わらず、一人当たり**医療介護費が10万円～20万円程度増加**する。
- **都市部で介護就業者が大幅に増加**。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも**10%を超える地域**がある。

日医総研のワーキングペーパーへのアクセス方法



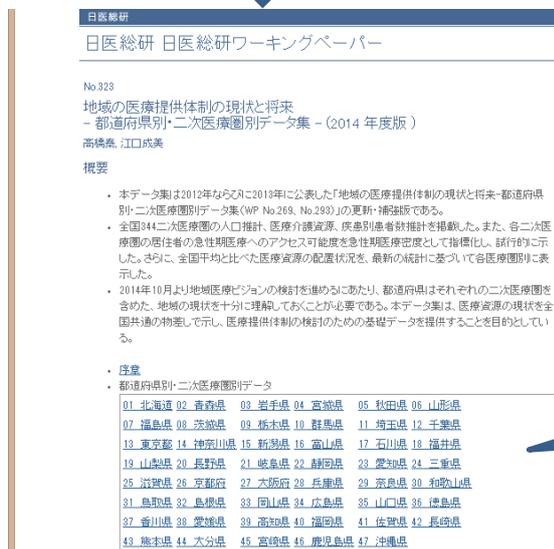
検索エンジンに「日医総研」と入力

ワーキングペーパーをクリック



No.323 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)
 高橋泰
 江口成美
 2014-08-0

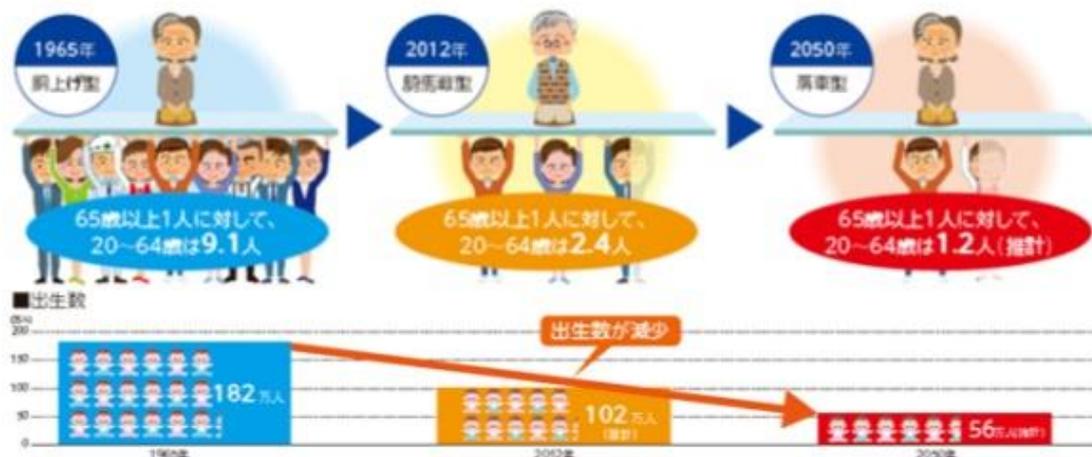
クリ
 ック



ウィンドウ内に表れた都道府県名をクリックすると、その都道府県の資料が出てきます。

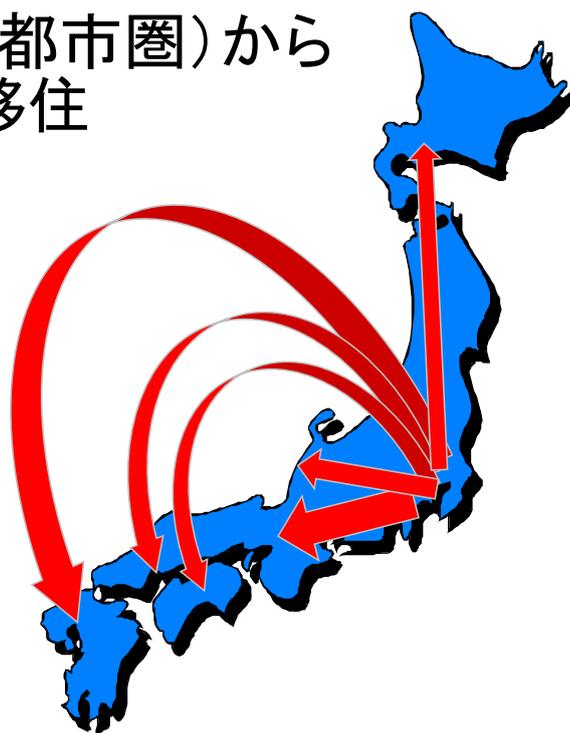
4. 個人の生活、老い方、死に方、はどのように変わるべきか

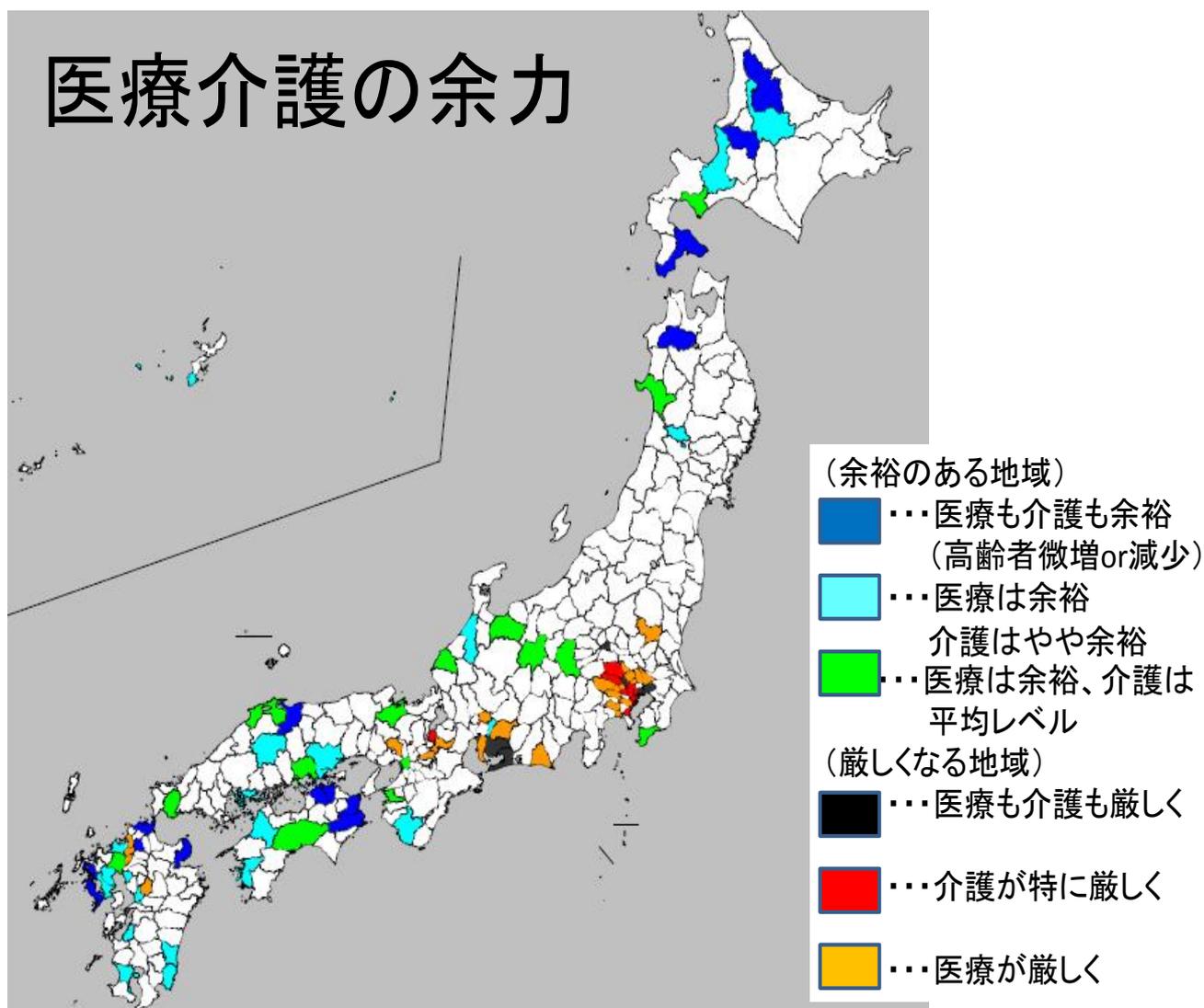
どうしたらいい？



処方箋 1：首都圏（大都市圏）から 地方への移住

首都圏(大都市圏)から 地方への移住





(現在の資源レベルと需要予測をもとに 各地域の将来の医療介護の余力を評価)
移住のお薦め先は、医療も介護も充実し、ある程度の文化的な生活も楽しめる地方の中核都市

地方は物価が安い

使い勝手の感覚で言うならば

徳島の 20 万円 ⇔ 東京の 30 万円 (年金生活者には大きな魅力)

都内在住、年金生活の団塊の世代の老夫婦が、(例えば) 徳島に引っ越すと

- ・夕食の品数が一品増える
- ・2LDK が3LDK に
- ・年に1回程度、家族旅行が可能に
- ・病気になっても県立中央病院や日赤にすぐに入院。施設に入所できる可能性も100倍。

処方箋 2：老い方を自立型に、死に方を自然死型に変える

2010年と25年を比較すると、後期高齢者が全国的にみれば1.6倍に増加する。首都圏は100%超の増加の地域も珍しくなく、医療も福祉も厳しい状況になる。このような状況に対処する方向性は、基本的に以下の2つにまとめられる。

基本的な対策の方向性1：後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強する

基本的な対策の方向性2：、一人当たりの医療・介護資源消費量を減らす

高齢者を支えるべき若年人口の急速な減少と1000兆円を超える借金を抱える国家財政を考えると、これまでの延長上である後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強するという方向性1は、遅かれ早かれ破綻する可能性は極めて高い。我々の目指すべき道は、方向性2であろう。

方向性2をもう少し具体的に述べると、一人の高齢者が、自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療・介護資源量を現在の2/3に程度に減らすことであろう。この時の重要な付帯条件は、「その人の人生のトータルの満足度を下げずに」ということである。もしこのこれを実現できたとすると、後期高齢者の数が1.5倍になり、一人当たりの医療介護資源消費量が2/3になり、「 $1.5 \times 2/3 \div 1$ 」なので、現在の高齢者に対するインフラでな

んとか対応できることになる。方向性2を目指す場合、参考になる事例がある。エンジンと電気モーターの2つの動力源を持つハイブリットカーである。1973年と1980年のオイルショックを通し、省エネという考えが国民の間で芽生え、省エネ技術が発達した。その成果の一つがハイブリットカーである。ハイブリットカーは、1980年頃の車と比較して格段に静かで乗り心地が良いにも関わらず、半分程度の量のガソリンで同じ距離を走行することができる。

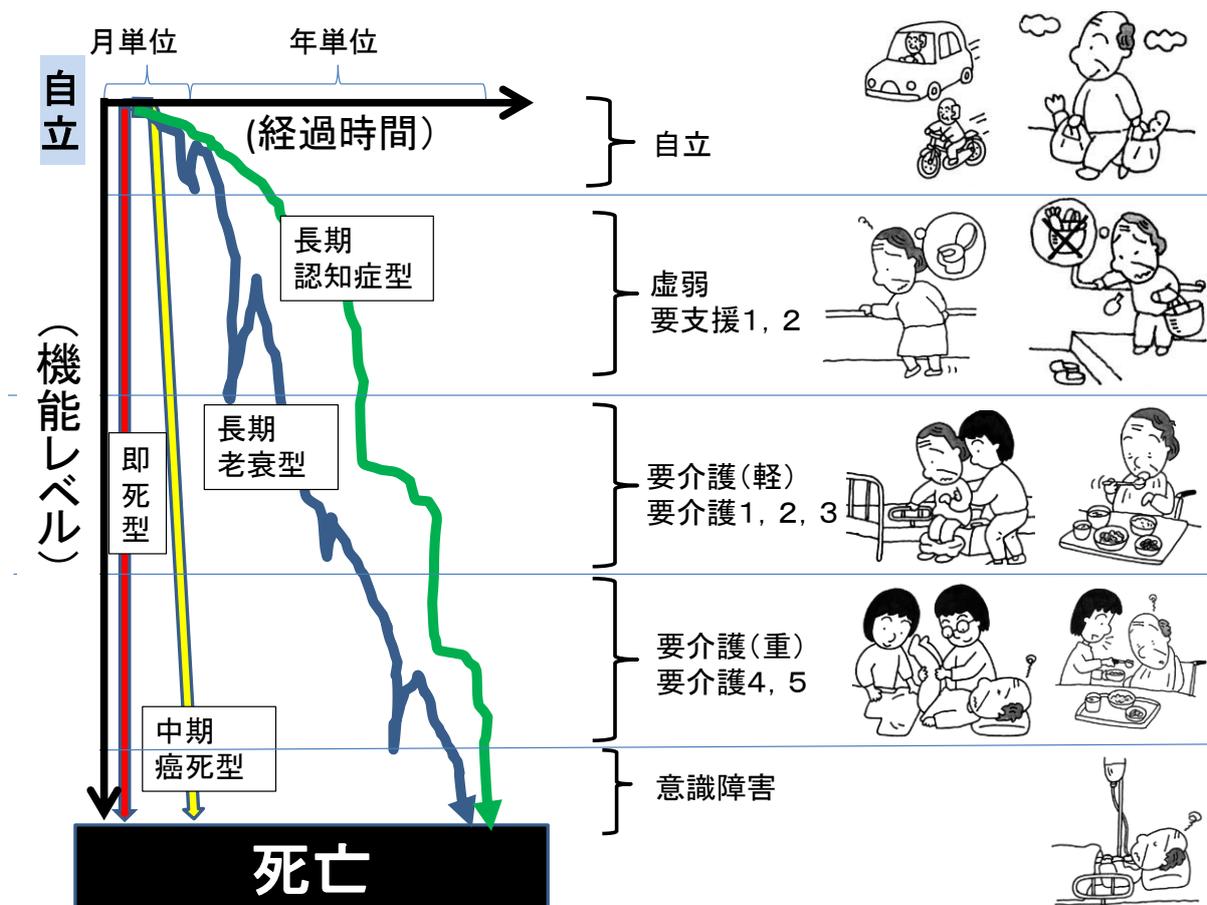
今後の日本社会も、多くの高齢者がこれまで以上に満足でき(少なくともこれまで程度の満足度を保ち)、かつ医療・介護の資源消費量が2/3以下で抑えることができるような環境・技術・死生観の国民への提供を社会全体として目指すべきであろう。

省エネ型で質を落とさない老い方を国レベルで実現するには

一人当たりの自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療・介護資源量を現在の2/3に程度に減らすという目的を掲げるだけでは、どのようなことをすべきか対策が見えてこない。このようなときの一つの方法は、自立から死亡に至るプロセスを分類し、また自立状態から死亡に至るまでの期間をいくつかの段階に分割し、それぞれのプロセスの段階ごとの医療介護資源量を評価し、またどのようなことをすると医療介護資源消費量にどのような影響をあるかを、一つずつ検討し、どのような状態でどのようなことをする、あるいは行わないことの人生終末期の質や医療資源消費量に及ぼす影響を検討することである。

以下の(図 24)に、筆者が考える、自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル(案)を示す。

このモデルでは、自立から死亡に至るまでのプロセスをY軸(機能レベル軸)とX軸(時間軸)の上で推移する、4つのパターンで表現する。Y軸は、自立、虚弱、要介護(軽)、要介護(重)、意識障害の5段階にわけ、死にいたるパターンを、即死型、中期癌死型、長期老衰型、長期認知症型に分けている。それぞれのパターンのそれぞれの段階でどのような介入を行う、あるいは行わないことによる人生の質に及ぼす影響および医療介護資源量に及ぼす影響を検討し、どのようなことを行う、あるいは行わないことが、人生の質を落とさず、医療介護の資源消費量を減らせるかを検討すればよいと考えている。



(図 24: 自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル(案))

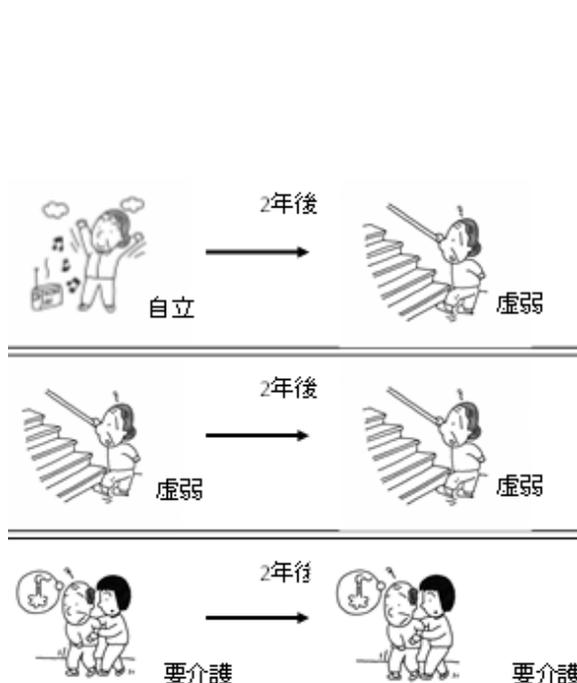
以下に、(1) 虚弱から要介護(重)までの期間における介護サービスの多寡が、機能衰退のプロセスや期間に及ぼす影響と、(2) 意識障害レベルの高齢者に対する胃瘻が人生の質や医療資源の消費量に及ぼす影響を論じた文章を掲載する。

医療・介護の介入が少ないと、何が起きるのか

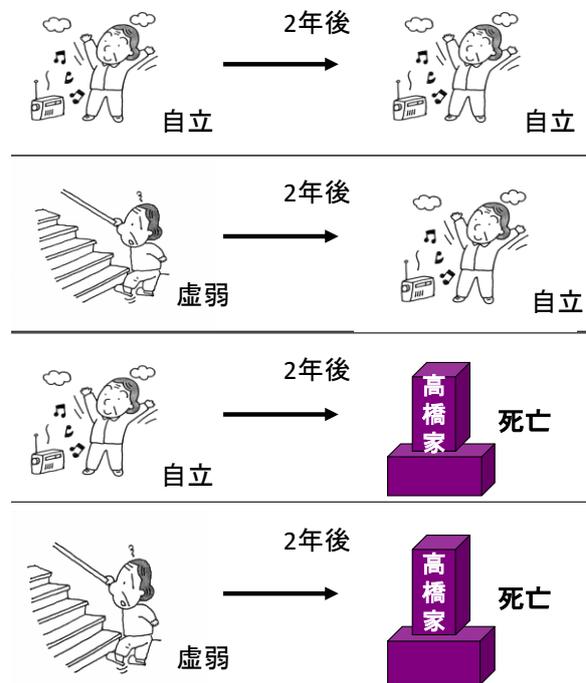
今後一人一人に提供される医療と介護サービスの提供量は減らさざるを得ないだろう。それでは医療や介護の提供量が少なくなると何が起きるのであろうか。筆者は、高齢化率・独居率が比較的 low、医療福祉サービス提供量が非常に多い相良村という地域と、高齢化率・独居率が高く、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島という地域で、人の老い方がどのように違うのかを5年以上にわたり追跡調査を行ったことがある。

(図 25-1) に、医療福祉サービス提供量が多い相良村の高齢者の老い方の特徴を示す。相良村では、自立が虚弱に、虚弱が虚弱のまま、要介護状態の人が要介護状態のまま留まる確率が高かった。相良村は、熊本県の山中にある、人も優しく、医療介護も手厚いこれまでの日本社会が目指してきた理想に近い医療介護提供している地域である。しかしこの人々の高齢者に対する優しさや、医療介護の手厚さに意外な落とし穴があるようだ。この調査で明らかになったことは、手厚い介護は、助けてもらう瞬間はうれしいが、虚弱の人が自立に戻るチャンスを奪い、虚弱や要介護の期間を長期化する影響があることである。

(図 25-2) に、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島の高齢者の老い方の特徴を示す。大三島では、自立の人が自立、虚弱の人が自立に戻る、自立の人が短期間で死亡、虚弱の人が短期間で死亡する確率が高かった。医療・介護の介入が少ない大三島では、虚弱の状態でも人の援助がもらえず、そのときは厳しいが、自分でやっているうちに虚弱から自立に戻る可能性が高い。また、医療介護の介入が少ないほうが、虚弱や要介護の期間が短い人生を送れる可能性も高いようである。介護に頼りすぎない生活を目指せば、ピンピンころり型で老いていく可能性が高いように思われる。



(図 25-1：相良村の老い方の特徴)

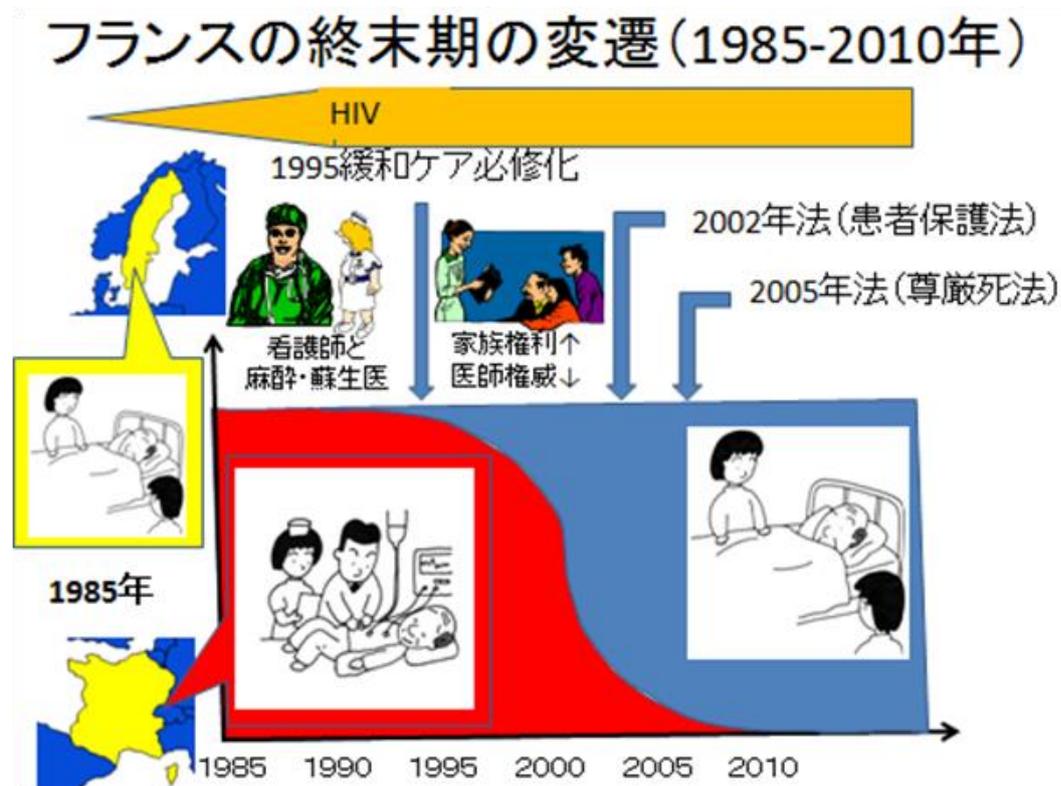


(図 25-2：大三島の老い方の特徴)

フランスのように日本でも胃ろうが行われなくなる？

1990年頃のフランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になったときに、積極的に胃ろうが造設されていた。現在フランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になった場合、胃ろうなどの積極的な延命治療は、ほとんど行われていない。文献による確認はできていないが、2008年から13年にかけて行った筆者の6回に渡るフランス医療視察で聞いた話を総合すると、1990年代から2000年の初頭にかけて、決定的な理由がないままに、フランスは、嚥下障害のある高齢者に対して、徹底的に胃ろう造設を行う国から、行わない国になったようである。

2009年の10月のある日、「日本にも、フランスの胃ろうのように短期間に行われなくなった現象がある」ということに気付いた。それは、仲人付き結婚式である。多くのフランスの医療関係者は、胃ろうが作られなくなったことに気付いているが、なぜそのような現象が起こったかを、上手く説明できないのと同様に、多くの日本人は、仲人付き結婚式が行われなくなったことに気付いているが、なぜそのような現象が起こったかを、上手く説明できないという点で、この両者は非常に似ている。



日本でも2010年頃から、胃ろうを希望しないケースが現れ始め、フランスと同様、決定的な理由がないままに、嚥下障害のある高齢者に対する胃ろう造設は減少傾向に突入したように思われる。今後日本も、現在のフランスと同様、意識障害ある高齢者に対する胃ろうによる延命が、ほとんど行われなくなる国になっていくと筆者は、予想している。

ちなみに、胃ろうを造設すると現在平均3年程度延命が図れるようだ。一方、食べられなくなった場合に寿命として無理をせずに栄養補給を行わず看取るという選択を行うと、平均10日程度で亡くなるようだ。机上の計算であるが、胃ろうを造設して一人の高齢者が3年専有するベッドに、自然死型でなくなる人が1ヶ月に3人、1年で36人、3年で約100人亡くなる。ベッドの回転率が100倍になるのである。

—今回の診療報酬が行きつく先の医療・介護の姿とは— (東京都病院会会報 5月号抜粋)

国際医療福祉大学大学院教授 高橋泰

地域包括ケア支援病棟の今後

今回の改定では、若年人口減少に伴い従来型の急性期医療の主要な担い手である 7:1 の急性期病床を減らす代わりに、後期高齢者の増加に対応した医療の担い手が期待される地域包括ケア支援病床が新設された。この診療報酬改定の方向性は、人口学的にも理にかなっており、まず評価すべきであろう。

しかし地域包括ケア病棟への転換は進むかという今回の改定内容で示された点数や算定要件では、難しいように思われる。この病床に期待されている役割を果たすための病院側のコストから考えると、今回の地域包括ケア支援病棟の点数設定は、おそらく 1 日当たり 300 点 (3000 円) 程度低いように思われる。この背景にはおそらく財源不足があり、コストに見合う十分な点数を設定できなかったことが推察される。また今回の地域包括ケア支援病棟の算定要件がかなり厳しいので、7:1 病棟を死守するための比較的機能の高い病院における 7:1 病棟の一部を地域包括ケア病棟へ転換するケースを除けば、他の病床から地域包括ケア病床への転換は、今回はあまり進まないように思われる。

ただし、厚生労働省は 2025 年を見据え、かなりの長期の視点をもって、今回の改定を行っていることは間違いない。一般病床、特に非 DPC の一般病床から地域包括ケア支援病床への転換は時代の要請であるので、今回の改定で非 DPC 一般病床から転換する病院が少ない場合、次回以降の改定で診療報酬点数が上がったり、要件が緩和されたりする可能性は高いだろう。

地域包括ケアの盲点

次に、今回の診療報酬改定のもう一つの目玉である地域包括ケアに関して筆者が気になっている盲点とどもいうべき点について述べる。地域包括ケアシステムは、北欧の高齢者ケアを手本のモデルとしていると思われる。その北欧では、寝たきり高齢者がほとんどいないことが、日本における地域包括ケア導入の意外な盲点になるような気がするのだ。北欧では自らの口で食事を食べられなくなった場合、嚥下訓練は徹底的に行われるが、それでも駄目な場合は、無理な食事介助や水分補給を施さず、そのまま自然な形で看取ることが一般的である。その結果、寝たきりになる前に亡くなるのがほとんどであり、北欧には寝たきりの高齢者はほとんどいないことになる。よって北欧の高齢者ケアでは、寝たきりの高齢者への対応は、ほとんど考慮されていない。しかし、驚くほど日本の政策担当者も学者も、寝たきり高齢者がいない国の制度をわが国に導入する場合の影響を気にしていないように見受けられる。筆者の心配することは、地域包括ケアのお手本とした北欧のシステムが、ほとんど寝たきり高齢者のことを考慮していないので、このシステムを日本に導入した場合、当然のことながら独居で寝たきりの高齢者を在宅で看することはできないだろうことである。

2011 年の震災の時、電気が不足し、我々は節電生活を余儀なくされた。これと同様、我々は地域の社会資源に応じた老い方、死に方しかできないことは明らかなので、地域包括ケアを推進するならば、北欧型の食べられなくなった場合、その事実を積極的に受け入れ、静かな死を迎える死に方を受け入れざるをえない状況がやってくるのが予想される。

在宅復帰の推進について

厚生労働省は今回の改定で、高齢者の「在宅への復帰」を鮮明にした。その背景には、高齢者が増えるのにこれまで通りの医療を続けていると、将来的に病院のベッドが飽和状態にな

り、病院が本来担う急性期医療に大きな支障が生じるという危機感がある。

例えば、今回の改定では、7：1病棟や強化型の療養病床を維持するために、患者をともかく自宅または居住施設に戻すことが強く求められるようになった。また、これまで医療機関に長期間入院し、命を永らえてきた患者が数多くいたが、今回新設された地域包括支援病棟では長期間の入院は認められなくなり、ともかく在宅復帰を推進している。

2025年に向けて他の種類の病棟でも、延命治療によって「生かされた」状態のまま、長期間の入院を続けるのは難しく、このようなケースでも病院以外の施設で管理することが求められるようになっていくだろう。今後、自分で嚙下が困難になった高齢者、また治療を行っても自分で食べられるレベルまでの復帰が難しい高齢者に対する延命的な治療を行う前に、医師が今後の患者の予後予測と、病院において延命処置を継続することが非常に難しくなってきたことを十分に説明することがますます求められるようになるだろう。

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

入院医療における在宅復帰の推進と、寝たきりを看ることが非常に難しい地域包括ケアの拡大、この2つが同時並行で進行すると、どのようなことが起きるのであろうか。在宅の独居高齢者が、地域包括ケアで支えることが難しい寝たきり状態になった場合に引き取ってくれる施設が見つからない危機的状況が頻発するだろう。また急性期病院も延命処置で生きながらえている患者の行き先が見つからず、ベッドが飽和状態になり、肝心の若年の急性期患者の対応が出来なくなる機能不全に陥ることが予想される。

最近多くのメディアが、首都圏の医療や介護が危機的状況に陥る可能性が高いことを報じるようになってきている。また、多くの人々が、胃ろうによる延命が望ましい人生の終末期の在り様でないことに気付き始めている。その結果、これからの高齢者、特に団塊の世代以降の多くの高齢者は「食べられなくなった場合、自然に亡くなっていきたい」という主張をする人が急速に増え、その子ども世代である団塊ジュニア側も、親の主張を受け入れる人が増える可能性も高くなるだろう。

上記のようなことが進めば、日本人の老い方・死に方が制度の誘導により北欧型に変わるというより、制度に先行して国民の意識が変わり、老い方・死に方が北欧型に変わっていき、結果的に、「基本方針2) 地域包括ケアに合うように、日本人の老い方死に方を北欧型に変えていく」という方針が、あまり意識しないうちに実現されるということである。日本の現在の高齢者ケアは、寝たきり高齢者への栄養補給、おむつ替え、清拭、褥瘡処置などのイメージが強いが、上記のような変化がおきれば、このようなケアを必要とする高齢者が激減することになる。一方、今後認知症の高齢者が激増することが予想されるので、高齢者施設はねたきりの比率が下がり、その減った部分に認知症高齢者が入ることになるだろう。2025年以降の高齢者医療やケアは、元気および虚弱の高齢者の生活支援と、認知症高齢者の介護が中心になるだろう。このような変化が進めば、地域包括ケアは効果的に機能し始めるだろう。

今回の改定の在宅復帰や地域包括ケアの推進に関係する項目によって、一時的には現場が大きく混乱する可能性が高いが、中長期的に見れば、日本の医療が一度はどうしても通り抜けねばならぬ通過点であると考ええる。

(団塊の世代へのメッセージ)

かっこよく 老いて、かっこよく死のう

(自分で決めて、自立して)

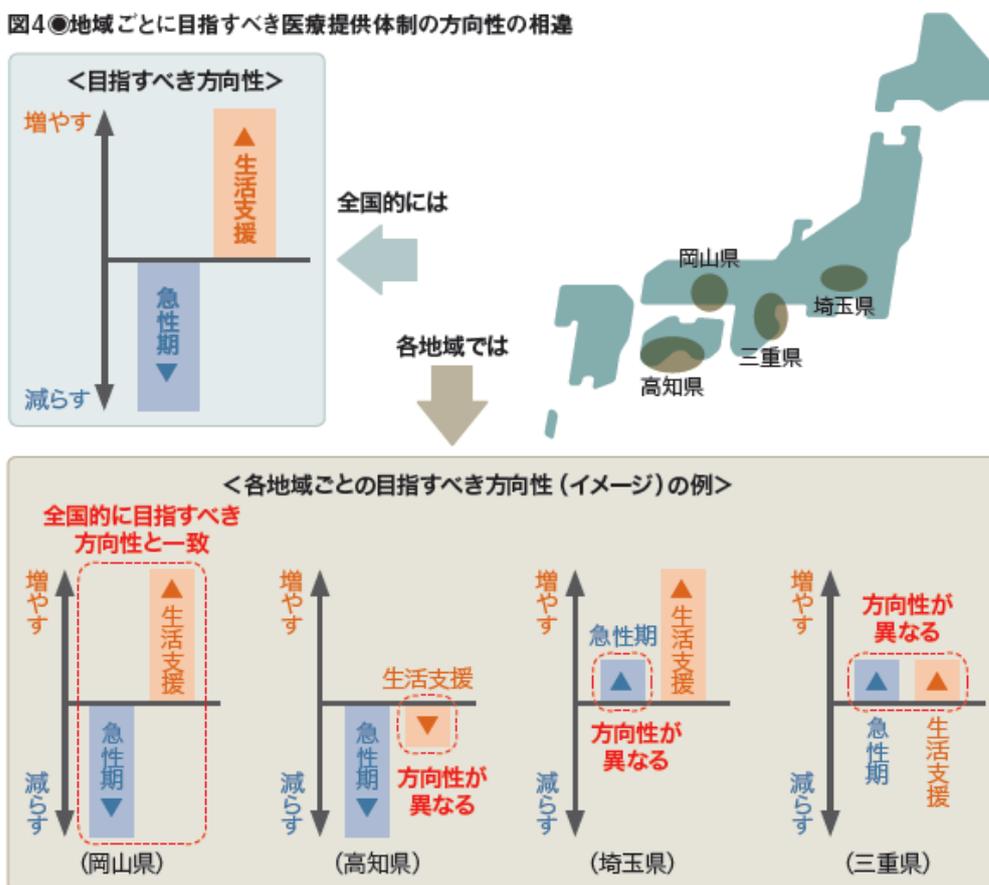
5. 医療提供体制の展望

今後わが国が目指すべき医療提供体制改革の方向性

わが国では、医療資源量においても、人口動態の推移においても、地域差が大きい。地域差を意識しつつ国全体との整合性を持たせながら医療提供体制改革を進めるときの方向性を(図3)に示す。我が国全体では、図の左上のグラフに示すような「急性期病床を減らし、生活支援型病床を増やす」という転換が必要である。

しかし、我が国の医療提供体制は地域差が非常に大きいので、(図4)の下の方のグラフに示すように、例えば、「高知県は、急性期病床も生活支援型病床も過剰で、かつ、人口減少が見込まれるので、両方とも削減する必要がある。一方、埼玉県は、急性期病床も生活支援型床も不足していて、かつ、今後の後期高齢者が倍増するので、両方の病床を大幅に増床する必要がある。・・・」という具合に、地域の状況に応じて地域医療のビジョンを作る必要がある。更に、各都道府県が作成するビジョンの合計が、国の目指すべき合計値と一致させるよう努力することも必要であろう。

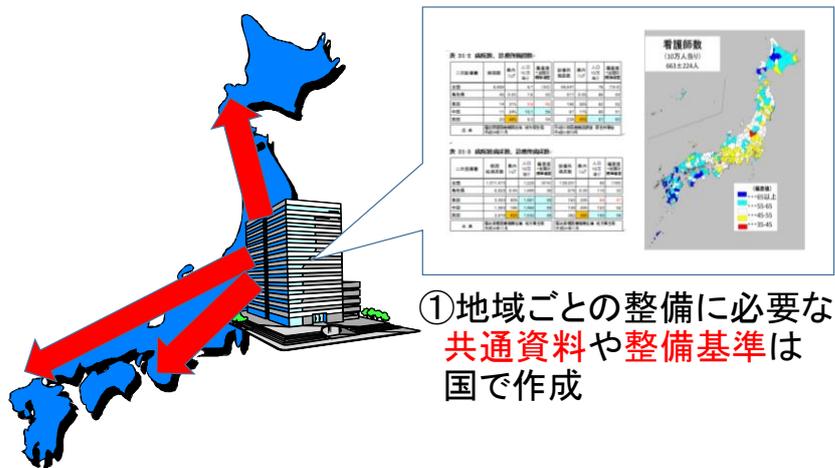
図4●地域ごとに目指すべき医療提供体制の方向性の相違



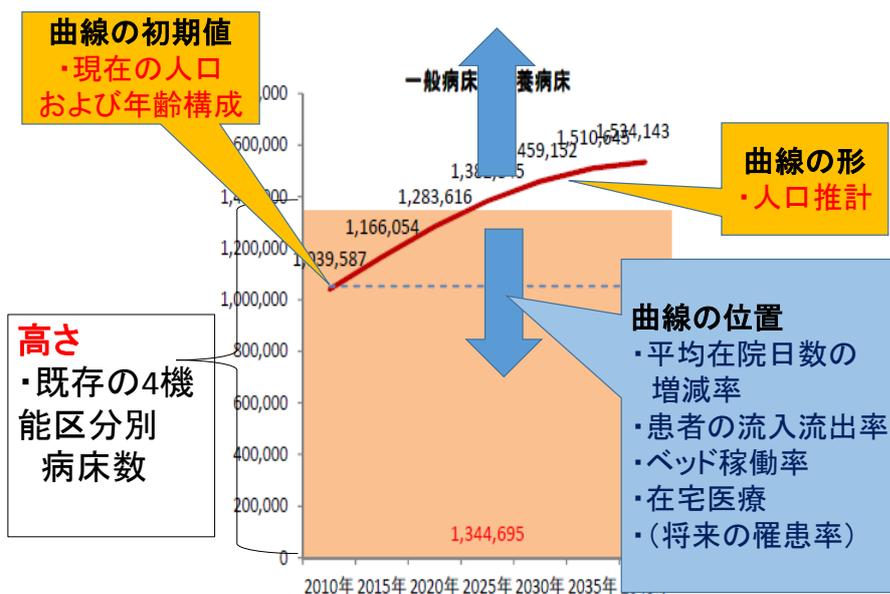
(図4：今後、我が国で行われるべき医療提供体制改革の方向性のイメージ)

C-1: (国の役割)

① 地域ごとの整備に必要な共通資料や整備基準 (ガイドライン) 作成



(ガイドラインで示される機能別病床数に大きな影響を与える要素)



これまでの医療改革との違い

- 1986年に実施された第一次医療法改正により、「病床規制」が行われている。これまでの改革を病院から見れば、新規の病院の開設は規制されていたが、既存の病院は、**自分の在り様を変えることが求められることのない改革**であった。
- 一方今回の改革は、**地域の実情**に応じて、**それぞれの病院の在り様を変えてください**という内容の改革である。多くの病院が、病床の一部を「従来型の急性期医療」から「生活支援型」に**転換**したり、病床の**ダウンサイジング**をしたりすることを求められる可能性がある。

都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移

巻末の(表2)に、都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移を示す。また、以下に示す(表2)は、今回の算定方法をもとに評価した将来(2025年)の一般病床と療養病床の過不足を都道府県レベルで整理したクロス表である。先にも述べたように、今回の予測は、一般病床の平均在院日数が現在のままと仮定した物であり、2025年の実際の必要数は今回の予想よりも少ない可能性が高い。よって表2で一般病床が過剰と予測された20の都道府県は、今後地域医療ビジョンの策定において、一般病床(≒「急性期」と「高度急性期」)病床の削減を目指すことが求められる可能性が低い。ただし右下のブロックに属する青森県、岩手県、栃木県、福井県、和歌山県、鳥取県、岡山県、香川県、愛媛県、大分県、宮崎県は、療養病床(≒生活支援型病床)が不足しているため、急性期病床から地域包括ケア支援病棟などの生活支援型病棟への転換による急性期病床の削減が中心になると思われる。一方、表2の右上の徳島県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県は、一般病床も療養病床が現在も将来も過剰状態が予想されるため、地域医療ビジョンにおいてなんらかの病床削減の実行が求められることが予想される。

一方左下のブロックに属する茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県は、生活支援型病床を中心とした病床の整備が必要であろう。

		一般病床						合計	
		将来不足		将来適正		将来過剰			
療養病床	将来過剰			山口県			徳島県	長崎県	7
							高知県	熊本県	
							佐賀県	鹿児島県	
	将来適正			富山県			北海道		4
							石川県		
							福岡県		
	将来不足	茨城県	静岡県	宮城県	山梨県	奈良県	青森県	岡山県	36
		埼玉県	愛知県	秋田県	長野県	島根県	岩手県	香川県	
		千葉県	三重県	山形県	滋賀県	広島県	栃木県	愛媛県	
東京都			福島県	京都府	沖縄県	福井県	大分県		
神奈川県			群馬県	大阪府		和歌山県	宮崎県		
岐阜県			新潟県	兵庫県		鳥取県			
合計	9		18			20	47		

まとめにかえて

今回使用できたデータは「一般病床」と「療養病床」であり、これから始める病床機能制度の「高機能急性期」「一般急性期」「回復期」「長期療養」と、区分が異なる。ただしある程度の新病床区分と現区分の整合性は取れるので、現在「一般病床」の多いと評価された病院は、「高機能病床」や「一般急性期」の病床の余裕が大きいという結果が出るであろう。また現在においても療養病床が不足と評価される地域は、将来「回復期」「長期療養」のベッドの不足が急速に拡大していくことが予想される。

今回は、「一般病床」「療養病床」の年代別利用率に、社人研の人口の推移データを掛け合わせるにより、各都道府県、二次医療圏の患者予測数を算出した。都道府県や二次医療圏において、県境や二次医療圏を超えて移動する患者の影響を考慮していない。疾患ごと年代階級別入院比率を用いて推計を行っているため、疾患の地域差は考慮されていない。将来の平均在院日数の変化も考慮されていない。地域医療ビジョンにおいては、地域ごとにそれらのデータを用意し、これらの要素を組み込んで基準病床数を定めるべきであろう。

6. 上記の変化に対する各病院の経営戦略について

これまで述べてきたように、病院も施設も「人口増加社会対応型」の経営から、「人口減少対応型」経営に、経営方針を完本的に変えていく必要があるだろう。人口減少対応型経営のポイントは、以下の5点にまとめられる。

ポイント1：地域に求められる変化に対応した経営

今後、地域の現状や人口推移に応じた地域医療ビジョンが都道府県ごとに発表され、ビジョンの示した方向には誘導策、ビジョンに反した動きには罰則が用意されることになる。都道府県の言うとおりに経営を行うことは必ずしも勧められる経営のスタンスとは言えないが、地域がどの方向を目指して進み、自院がどの方向に進むと追い風が吹き、どの方向に進むとアゲインストの風が吹くかを見届けることが重要になってくる。冒頭の「黄河の流れ」の話に示したように、河の流れている方向を見誤らないことが、何よりも大切である。

ポイント2：減収増益を目指した経営

これから多くの地域で病床のダウンサイジングを中心とした人口減少社会に向けた撤収戦が求められるだろう。早期に適切な撤収戦略を立て、うまく撤収を行えば、ほとんど無傷で済むが、決断が遅れ、体力を消耗してからの撤収は、全滅に近い痛手を負うことが多い。

地域の需要の減少に応じて、見切りをつけるべき領域は早めに諦め、むしろコストを上手く削減することにより、減収増益を目指したビジネスモデルの構築を目指すべきであろう。

ポイント3：スタッフ確保に重点に置いた経営

今後、若年人口の減少により、介護の現場で働く人の確保が急速に難しくなっていくことが予想される。特に、夜勤を行ってくれるスタッフは、非常に貴重になってくる。おそらく、高齢者の増加による収容場所の不足より先に、スタッフが集まらず運営できずユニットや病棟を閉鎖せざるをえない時代が先にやってくるだろう。

スタッフの生産性を上げることと、働く人にとっての職場の魅力を上げることが、施設運営の最優先課題になってくるだろう。

ポイント4：地域の活性化を視点に入れた経営

住民がいなければ、病院も施設もなりたない。また、医療・福祉は、地域の生活を支える基本インフラであり、医療・福祉が充実していなければ、人はその地域から去っていくことになる。特に過疎地域では、地域の自治体と協力して、病院や施設が地域の魅力を上げる存在になるよう施設運営が求められる。

ポイント5：劇的に変化する顧客の価値観に合った経営

今後これまでの高齢者と明らかに好みや行動の異なる団塊の世代が医療や介護の顧客の中心になってくる。まず、彼ら彼女らは、これまでの顧客よりも主張をする顧客である。また、情報収集能力が高く、サービスのコストパフォーマンスにも敏感である。

病院ならば、病気の治療のみならず、入院前のレベルまでの機能維持・復帰が求められるようになるだろう。また、ほとんど手をかけず自然死をサポートする医療が急速に広がっていくだろう。日本人の老い方・死に方が変わり、施設には重介護の入居者はほとんどおらず、自立支援と見取りが、これまでより重要なサービスとなっていくだろう。