

地域包括ケア病棟を持つ病院に転送される仕組みが必要である。また、逆に地域包括ケア病棟に運ばれた患者の病態によっては、そこからより高度な救急医療が提供できる施設への転送ができるようになっていることも必要である。緊急時の患者搬送のパスについてあらかじめ関係者間で十分な協議を行っておくことが望ましい。また、制度面での対応も必要であろう。

ところで、以上のような3つの機能に加えて「レスパイト入院」も地域包括ケア病棟の役割として重要である。在宅でのケア提供は多くの場合、家族のインフォーマルケアを必要とするが、その場合の家族の心理的・肉体的負担は大きい。老々介護になっている場合はなおさらである。医療ニーズの高い患者のレスパイトケアをする仕組みが、在宅ケアを充実させるためには不可欠である。もちろんこうした形態の入院が乱用されることは防止しなければならない。そのためにもこうしたレスパイトケアの事例について収集した上で、一定のガイドラインを策定する必要があると考える。

(2) 介護

地域包括ケア病棟を退院する患者については、自宅に戻るのではなく介護施設やサービス付き高齢者住宅、グループホームなどに入る者も相当数になるであろう。したがって、ADL レベルや病状、家族の状況などを勘案して、入院時から退院後に向けて調整を行うケースマネジメント機能が地域包括ケア病棟には求められる。患者の持つ医療ニーズを考えれば、この際のケースマネジメントは看護診断・看護計画的な視点が不可欠となる。すなわち対象者の持つリスクを評価し、そのリスクが顕在化しないような予防サービスのケアプランを考えることができるケースマネジメントである。こうした力量を持った調整担当看護師が病棟に存在し、在宅を担うケアマネージャーと十分な情報共有をする体制をいかに作るかが課題である。尾道市医師会方式では退院前カンファレンスが地域システムとして体系化されており、そこで医療側・介護側の関係者及び患者とその家族が退院後のケアについて総合的に話し合い、ケアプランが策定される仕組みとなっている^{6),7)}。

このような退院前カンファレンスの仕組みが地域包括ケア病棟に実装されていることが、医療と介護との協働のためには不可欠であると考えられる。

(3) 予防

地域包括ケア病棟を利用する患者の多くは複数の医療・介護リスクを持つ高齢者である。例えば、脳梗塞の後遺症で左半身麻痺と軽度の嚥下障害のある要介護度 3 の誤嚥性肺炎患者を考えてみよう。こうした高齢者は適切な予防的管理を行わなければ、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返す可能性が高い。こうした高齢患者やその家族に体位交換や口腔ケアの方法とその意義、さらには栄養管理や服薬の留意点について入院中に教育・指導することの意義は大きい。フランスではこうした教育・指導を「治療的健康教育 Education thérapeutique」として、看護師・薬剤師・セラピストの職務として明確に定義している⁷⁾。

我が国の診療報酬においても入院栄養食事指導料など類似のものがあるが、より明確に「治療的健康教育」を診療報酬体系に位置づける必要があると考える。また、そのための教育研修体制も必要であろう。健康教育は対象者がその必要性を実感しているとき、すなわち病気になった時が最も効果的であるという。地域包括ケア病棟入院中は治療的健康教育の非常に適切な機会であると考えられる。

(4) 生活支援

筆者らが福岡県において 180 日以上入院・入所している高齢者について行った調査結果によると、退院・対処可能であるにも関わらずそれができない理由の第一のものは在宅での生活に対する不安であった⁸⁾。特にこうした傾向は独居高齢者で強かった。在宅で暮らすことの安心、すなわち広く生活を支援するという仕組みがなければ、こうした高齢者を在宅でケアすることは難しい。「生活すること」を支援する病院の機能を地域に開放するという発想が求められている。例えば、函館市の高橋病院では在宅高齢者の健康管理システムに買い物支援機能も連動させるという画期的な試みを行っている⁹⁾。在宅患者の健康状態をモニタリングする携帯端末に買い物注文機能を付加し、患者が在宅で商品を注文し、それを地域の商店街の業者が届けるという仕組みである。

病院ではないが青森市にある石木医院は「朝めし食堂」というコミュニティレストランを運営することで、地域の高齢者の「食生活」を支援している⁹⁾。また、最近増えている病院に併設されたコンビニエンスストアは「買い物」や ATM による「お金の出し入れ」を支援していると考えられることもできる。さらに本誌でも取り上げられた福岡県北九州市のふらて会西野病院は園芸など種々のアクティビティを地域住民に提供することで「生きがいづくり」を支援している¹¹⁾。私事で恐縮であるが、筆者自身、フランス留学中は昼食や夕食を地域にある病院のレストラン（住民に開放されている）で取ることが少なくなかった。フランスでは病院や高齢者施設がレストランや図書室などを地域住民に開放し（これを社会化 Socialization という）、地域の高齢者の生活拠点になっている例が多い。

地域包括ケア病棟は、その概念から言えば「患者の日常生活圏域」に存在しなければならない。日常生活圏域にある病院がこうした生活支援を行うことで、地域品質は大きく向上するであろう。医療法や診療報酬で規定された役割ではないが、地域包括ケア病棟を持つ施設にはこうした役割を果たすことも期待したい。もちろんそれを可能にする制度面での配慮（例えば、生活支援事業に対する自治体からの補助金など）も必要だろう。

(5) 住

地域包括ケア病棟が機能するためには、患者が帰ることができる「すまい」があることが前提である。地域包括ケア病棟をも持つ病院がサービス付き高齢者住宅を整備し、医療・介護・生活を総合的に保証する複合体になるという選択肢も当然あるだろう。サービス付き高齢者住宅入居者に対する医療提供に関しては乱用とみなされるような問題事例があっ

たことから平成 26 年度の診療報酬改定で制限がかかった。しかし、それが適切に運用されるのであれば、今後の少子高齢社会においてはサービス提供の効率性を向上させる有効な方法の一つである。行われているサービスの可視化などの適切な対策を導入して、その展開のための再検討が必要であると考ええる。

住に関しては、住政策一般に関する見直しも必要である。公的住宅の住環境の改善に加えて、民間賃貸住宅の利便性を高める工夫が、特に都市部において必要である。例えば、独居高齢者や高齢夫婦世帯の患者が、退院後その病院の近くのアパートに転居したいと希望しても、保証人等の問題でそれができない場合が少なくない。福岡市では社会福祉協議会がコーディネーターとなり、これまで保証人がいない等の理由により、民間賃貸住宅への入居が困難であった高齢者の入居を支援するモデル事業を開始している¹²⁾。この制度では今まで賃借人が不動産会社を通じて保証会社に支払っていた保証料を、滞納時の立替準備金として不動産会社内で積み立てるという「自社保証方式」を導入することで、協力不動産会社のリスクを回避する工夫がされている。このような仕組みを広め、地域の住環境を整備することも、地域包括ケア病棟が機能する社会環境整備として必要であろう。

3. まとめ

地域包括病棟に関しては、今のところ経営的な視点からの議論が主流である。一般病棟からの転換は単体では減収減益だが、7:1 急性期病棟を維持することのメリットを考えるとトータルで増益、療養病床からの転換は看護師やセラピストの確保等の人件費増があるとしても増収増益になるという解説がされているようである。病院経営という経済行為を行っている以上、こうした検討はもちろん必要不可欠なものである。

しかしながら、医療システムを研究している者の立場としては、今一度「なぜ、地域包括ケア病棟なのか？」という理念の確認をしていただきたいと考えている。日本慢性期医療協会・地域包括ケア病棟協会のホームページで武久洋三氏は「地域包括ケア病棟は、遠く離れた地域に住む患者さんが評判を聞きつけて集まるような病棟ではありません。あくまでも、その地域の住民が在宅に復帰するために機能する病棟です」と述べている¹³⁾。また、会長の仲井培雄氏は「自分の住み慣れた所でずっと暮らせるようにしていくのが、私たちの役割」と述べている¹³⁾。非常に重要なメッセージであろう。

高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期という区分は病期に対応した区分である。高度高齢社会においてはこのような区分では、地域医療のニーズに応えられない。在宅高齢者の高齢化と医療ニーズの高まりにより、施設ケアと在宅ケアの内容もオーバーラップしていく。さらに医療技術・看護技術の進歩が在宅医療を高度なものにしていくと考えられる。こうした新しい環境に対応した病棟機能が必要なのである。フランスでは患者の自宅を病院のベッドとみなし、そこで病院の医療チームが地域の開業医や開業看護師と共同で「入院治療」を行うという在宅入院制度がある⁷⁾。筆者の私論であるが、地域包括ケア病棟は、将来的にこのようなサービスも行うべきではないかと考えている。

地域包括ケア病棟はその果たすべき役割からも明らかなように、単体では機能しない。ネットワークの中に配置されることが必要であるし、むしろ地域包括ケア体制の中核になることが求められていると考えてよいだろう。例えば、各自治体が設置する「地域包括ケア会議」も、地域包括ケア病棟を持つ組織がその事務局を受託し、運営を行っていく方が良いのではないかと筆者は考えている。モデルは尾道市医師会方式である^{6),7)}。

表1は東京都杉並区における推計結果であったが、表2に島根県太田市における推計結果を示した²⁾。太田市の場合は、人口減少量が大きいため現在の入院受療率と病床数で、数字上は十分やっていくことができる。しかしながら、大幅に生産年齢人口が減少する中で医療・介護を担う人材をどのように確保するのが大きな課題である。このように医療介護システムの基盤となる地域条件は非常に多様である。したがって、地域包括ケア病棟が担うべき役割やサービス提供のあり方は地域ごとに異なるものにならざるを得ない。前報で地域医療構想は多様性を計画するものであると述べたが²⁾、「ご当地医療」を実現するために地域包括ケア病棟の運用に関しては制度的にも柔軟性が必要である。今後、実践経験を通じて、それぞれの地域から種々の問題提起や改善案が出されるであろう。日本医師会や病院団体、あるいは新たに創設された地域包括ケア病棟協会などがそうした意見をとりまとめ、建設的な議論をリードすることを期待したい。

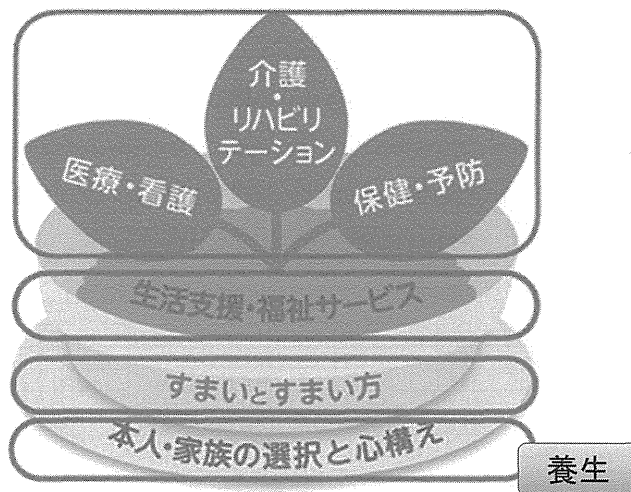
日本創生会議の出した地域別人口の将来推計の結果が大きな反響を呼んでいる¹⁴⁾。しかしながら人口変化の動向は変えられるものでもある。人は安心が保障された「地域品質の高い」地域に集住するようになるだろうし、行政効率を向上させるためのコンパクトシティ構想はそうした動きを加速させるだろう。的外れという批判を受けるかもしれないが、地域包括ケア病棟を「まちづくり」、「地域づくり」の視点から考える大きな構想が必要であるように思う。そのような視点を持つことで地方リノベーション計画（国土交通省）のような他省庁のプログラムとの連動も可能になり、結果として地域包括ケア病棟はその本来の役割を果たせるようになるのと考えている。関係者の積極的な取り組みを期待したい。

引用文献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～（平成20年度老人保健健康増進等事業）、
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>（平成26年10月17日閲覧）
- 2) 松田晋哉：医療計画・地域医療ビジョンとこれからの病院マネジメント第1回 地域医療ビジョンと第6次医療計画のめざすもの、病院、2014.
- 3) 松田晋哉：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）総括報告書、2014.
- 4) 宇沢弘文：社会的共通資本、東京：岩波新書、2000.
- 5) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築におけ

- る今後の検討のための論点整理（平成 205 年度老人保健健康増進等事業）、
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）
- 6) 松田晋哉、片山壽： 地域包括ケアをどのように具体化するのか、社会保険旬報、No. 2525: 10-16, 2013.
 - 7) 松田晋哉: 医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル, 東京: 勁草書房, 2013.
 - 8) Matsuda S and Tanaka M: Why does the Japanese Frail Aged Prefer to Stay in the Long Term Care Wards?, APJDM, Vol. 4 (2): 41-48, 2010.
 - 9) 高橋 肇： 医療・介護連携をシームレスに構築するための IT ネットワークの条件、新医療、No. 420: 32-36.
 - 10) <http://www.ikiiki-asamushi.net/asameshi-syokudou.html>（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）
 - 11) 巻頭グラフ： 自然を通じた生きがいづくり 医療法人ふらて会 西野病院、病院、Vol. 72(1): 1-4, 2013.
 - 12) 福岡市社会福祉協議会・高齢者受け入れ生活支援サービス
http://www.fukuoka-shakyo.or.jp/work_service/life_welfare_fund.html（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）
 - 13) 武久洋三、仲井培雄： 日本慢性期医療協会・地域包括ケア病棟協会 急性期病院と慢性期病院の融合を」ー 5 月 15 日の記者会見
<http://chiiki-hp.jp/katsudou/pdf/20140515.pdf>（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）
 - 14) 日本創生会議： <http://www.policycouncil.jp/>（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）

図1 地域包括ケアの概念



出典：地域包括ケア研究会 http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423

表1 杉並区における必要病床数と平均在院日数の推計結果 (現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	635	698	745	788	806	812	829
一般急性期	1,588	1,746	1,864	1,970	2,016	2,031	2,072
回復期	953	1,048	1,118	1,182	1,210	1,218	1,243
医療療養	807	931	1,035	1,138	1,176	1,188	1,237
介護療養	254	298	335	373	385	390	409
精神	1,076	1,152	1,212	1,257	1,285	1,292	1,292
その他	27	29	31	33	34	34	34

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20:50:30に分割
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数（現状追認シナリオ）							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	15.6	14.2	13.3	12.6	12.3	12.2	12.0
一般急性期	9.4	8.5	8.0	7.5	7.4	7.3	7.2
回復期	62.4	56.8	53.2	50.3	49.2	48.8	47.8
医療療養	201.7	174.9	157.3	143.1	138.5	137.1	131.7
介護療養	391.8	333.6	296.5	266.6	257.8	254.8	242.8
精神	215.6	201.4	191.4	184.5	180.5	179.5	179.5
その他	70.0	65.3	61.4	58.1	56.7	56.5	56.0

2010年の推計病床数で患者数の変化を賅うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

表2 大田市における必要病床数と
平均在院日数の推計結果
(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	84	82	78	76	72	68	62
一般急性期	211	204	195	189	181	169	156
回復期	127	123	117	114	108	102	93
医療療養	110	107	102	103	100	96	88
介護療養	36	35	34	35	34	33	30
精神	124	119	112	104	97	90	82

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20:50:30に分割
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数(現状追認シナリオ)							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	19.5	20.2	21.1	21.7	22.8	24.3	26.5
一般急性期	11.7	12.1	12.7	13.0	13.7	14.6	15.9
回復期	78.0	80.6	84.6	87.0	91.2	97.3	105.9
医療療養	163.3	167.8	174.9	173.6	178.3	187.3	204.5
介護療養	157.8	162.5	169.0	163.4	165.2	171.7	187.9
精神	260.9	273.1	290.1	312.2	335.0	361.6	393.1

2010年の推計病床数で患者数の変化を賅うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

超高齢社会の進展と予想される疾病構造、医療提供体制の変化

松田晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

キーワード：地域医療構想、高齢化、地域包括ケア

Rapid ageing, and changes in disease structures and corresponding health care delivery system in Japan

Shinya MATSUDA

Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan

Key words: Regional Health Care Vision, Ageing, Integrated Community Care

I はじめに

わが国では現在、他の先進諸国が過去に経験したことの無いドラスティックな人口構造の変化が進行している。急激な少子化と高齢化の進行、そして人口の減少である。かつて The Economist は日本のこうした状況を Japan syndrome と称し、「人口減少→労働力の減少→経済の深刻化→人口減少」の悪循環に入っていくと予想した¹⁾。長引く経済不振と政策の失敗により我が国の債務は国と地方を合わせて 1,000 兆円を超えている。数字だけをみればギリシャよりも深刻な状況である。債権のほとんどが国内者によって保有されているので大丈夫だという楽観論もあるが、客観的に考えれば、問題を深刻に受け止め具体的な対応を漸進的に行っていくことが適切であろう。状況の Big ban 的な解決などあり得ない。

こうした社会経済環境を考えると今後診療報酬が大幅に引き上げられることは期待しにくい。他方で医療技術の進歩による薬剤や材料、医療機器類の価格増は避けられない。また、人件費も上昇圧力が強くなるだろう。こうした環境下で医療経営を行っていくためには、サービス提供体制をより効率的なものにしていく努力が求められる。ただし、効率性を投入した医療費に対する成果と考えれば、国レベルでの我が国の医療は諸外国に比較して効率的であるといえるだろう。しかしながら、その効率性の実態は医療者（特に病院勤務者）の長時間労働（＝時間当たりの労働コストの低下）に支えられているに過ぎない。本来、このような医療者の過重労働の状況を改善することがシステム効率化の目的でなければならない。

医療者の過重労働をもたらしている原因として、傷病構造の変化に現在の医療提供体制

があっていないことがあると筆者は考えている。したがって、問題を解決するためには傷病構造と医療提供体制の現状を分析し、その結果から将来の課題を探ることが不可欠であるというのが、筆者の基本的な立場である。本稿ではこうした問題意識に基づいて当教室で開発してきた地域別人口変化分析ツール（AJAPA）と機能別病床数推計ツール（Byosyo）を用いて分析した結果について解説してみたい。

II AJAPA を用いた人口構造及び傷病構造の将来推計

1. AJAPA について

AJAPA は厚生労働省が公開している平成 23 年（2011）患者調査の概況に掲載されている傷病分類別にみた受療率（都道府県別・人口 10 万対）と国立社会保障・人口問題研究所の人口推計を用いて傷病別外来患者数および傷病別入院患者数の増加率を Excel で分析するツールである（傷病分類は厚生労働省の社会保険標準用疾病分類：121 分類を使用）。

推計方法は以下の通りである

- A 当該圏域の推計人口
- B 傷病別受療率（人口 10 万対）
 - i 推計年
 - j 年齢階級
 - k 傷病分類 のとき

$$\text{傷病別患者数} = \sum \sum (A_{ij}) (B_{jk})$$

なお、後述の病床数推計ツールとともにその使用方法については拙著に詳述しているのご参照いただければ幸いです²⁾。また、これらの推計ツール及び関連の講演資料は産業医科大学公衆衛生学教室のホームページ (<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>) からダウンロード可能である。

2. 北九州医療圏の分析例

図 1 は北九州医療圏の人口推計を示したものである。北九州医療圏の場合、2000—2010 年までは若年層の人口流出が相当程度あったが、今後その影響は小さくなり、高齢者層の死亡数の増加により人口が徐々に減少していく。その結果、図 2 に示すように 2030 年には後期高齢者（特に女性）の数が増大する。この後期高齢者の医療・介護ニーズにどのように応えるかが北九州医療圏にとって大きな課題の一つとなる。例えば、ケアワーカーの確保が問題となるが、30—65 歳の人口が比較的多いことから、この年代から十分量のケアワーカーを確保するための育成プログラムを現時点から準備する必要がある。

図 3 は年齢階級別の傷病別入院受療率が現在と同じだと仮定した場合の患者数の推移を 2010 年を 100 として推計した結果を示したものである。2040 年には肺炎が 40%、骨折と脳

血管障害が 30%強増加することが予測される。ここで脳血管障害と肺炎・骨折の入院受療率が増加することは意味が異なることに注意が必要である。入院受療率は「新規に発生する率×入院期間」で計算されるが、入院期間の長い脳血管障害の場合は、新規発生が大きく増加するというよりは、「急性期→回復期→慢性期」と積みあがってくるイメージである。これに対して、入院期間の短い骨折、肺炎に関しては新規発生そのものが著増すると予想される。さらにこうした肺炎、骨折はすでに要支援・要介護の状態にある高齢者から相当程度発生することに留意が必要である。しかも、そのかなりの割合の者は認知症が併存している。すでに北九州医療圏では病院の救急部門に搬送されてくる高齢患者の多くがこのような状態であり、しかもその相当数は高齢者施設からの搬送である。こうした要支援・要介護状態にある高齢者の急性期のイベントにどのように対応するかが現在課題となっており、しかもその重要性は今後ますます大きくなっていくだろう。この問題に適切に対応するためには介護施設における予防や医療提供体制のあり方、急性期病院の負荷を軽減するための回復期ケア病床の計画的配置などが具体的なプログラムとして検討されなければならない。

表 1 上段は病院報告と患者調査をもとに、現在の入院受療率と在院日数が続くとした場合（現状追認モデル：平成 27 年 6 月 15 日に厚生労働省が発表した推計値とは異なる）どのくらいの病床数が将来必要になるかを推計した結果を示したものである（推計の考え方は拙著を参照されたい²⁾）。2010 年と 2025 年の比較では高度急性期が 335 床(1,922→2,257)、急性期が 838 床(4,805→5,643)、回復期が 503 床(2,883→3,386)、医療療養が 1374 床(3,466→4,840)、介護療養が 398 床(846→1,244) 不足すると推計される。北九州医療圏は病床過剰地域であることから増床は困難であり、したがって現在の病床数でこのニーズ増に応えることが求められる。そのためには、表 1 の下段にあるように平均在院日数を短縮することが必要となる。具体的には、高度急性期が 2.7 日(17.9→15.2)、急性期が 1.6 日(10.7→9.1)、回復期が 10.6 日(71.6→61.0)、医療療養が 53.4 日(188.1→134.7)、介護療養が 100.3 日(313.9→213.6)の短縮が必要となる。

以上の推計は筆者らの現状追認モデルで推計した結果であるが、平成 27 年 6 月に厚生労働省が各都道府県に配布した推計ツールに基づく結果では^{注 1)}、表 2 に示したように北九州医療圏の場合、高度急性期 1684.0 床、急性期 4978.4 床、回復期 4795.0 床、慢性期 3733.0 床と推計されている³⁾。仮に高度急性期、急性期、回復期を一般病床とした場合、現在の病床数と比較して一般病床は 1184 床の過剰、療養病床は 1744 床の過剰となる。筆者の個人的見解として、一般病床に関しては入院治療の標準化等によりある程度これに近い数値に自然に集約していくが、療養病床については医療介護の安心の保証された住居を基盤とした在宅医療、そして介護サービスが充実しない限り難しいと予想している。平成 27 年度から開始された地域医療構想調整会議では、この慢性期の患者を療養病床・在宅・介護施設のそれぞれでどのようにみていくのかという合意形成を行うことが最も重要な課題となる。そして、多くの地域では北九州医療圏のように現状追認モデルでも療養病床の平均在院日

数を短縮しなければ増大する療養病床のニーズに応えられないと予想されることから、在宅ケアの充実はいずれの地域においても重要課題として取り組まざるを得なくなるであろう。その意味では各地区医師会の調整機能が重要になると考えられる。

Ⅲ おわりに - 地域包括ケアの中核としての地域包括ケア病棟 -

図 4 は熊本医療圏をもとに筆者が理想像として考えている地域医療システムを示したものである。急性期病院や在宅医療がネットワークの中で機能するためには、その中核施設として調整機能を持っている回復期病院の存在が不可欠である。熊本モデルで言えばそれは熊本機能病院や西日本病院、青磁野リハビリテーションである。これらの病院は急性期後の医療・介護ケアを総合的に提供し、そして在宅医療を支えている。高度高齢化する日本社会において、こうした病院群を整備していくことが重要である。そのためには急性期に偏りすぎている卒前・卒後の医学教育や臨床研修も変わらなければならない。例えば、初期臨床研修の地域医療研修や総合医の専門医課程については、地域包括ケア病床や慢性期病床を持つ病院での研修を義務化するといったことが検討される必要がある。こうした仕組みがあることで、地域の回復期医療・慢性期医療の人的資源の確保も可能になる。加えて、こうした地域包括ケアを支える医療提供体制は尾道市医師会のようにプライマリケアを担う診療所の医師と病院の医師とのネットワークの中で検討されなければならない^{4), 5)}。模倣すべきモデルはすでに国内に複数存在している。そうしたモデルを地域包括ケアの枠組みで分析することで、一般化のための具体的提案が作れるはずである。この意味でも日本医師会の役割が重要となると考える。

注 1： 厚生労働省の推計ツールでは、機能分化の推進、療養病床については医療区分 1 の 70%を入院外で対応、療養病床入院率の地域格差の縮小などの仮定を行って推計を行っている。詳細は文献 2) を参照されたい。

引用文献

- 1) The economist: The future of Japan The Japan syndrome
<http://www.economist.com/node/17522568> (平成 27 年 9 月 16 日閲覧)
- 2) 松田晋哉：地域医療構想をどう策定するか、東京：医学書院、2015.
- 3) 福岡県医療審議会資料
- 4) 片山 壽：父の背中での地域医療 「尾道方式」の真髄、東京：社会保険研究所、2009.
- 5) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on End of Life Care Management Programs, APJDM, 4(1): 19-22, 2010.

図1 北九州医療圏の人口推移

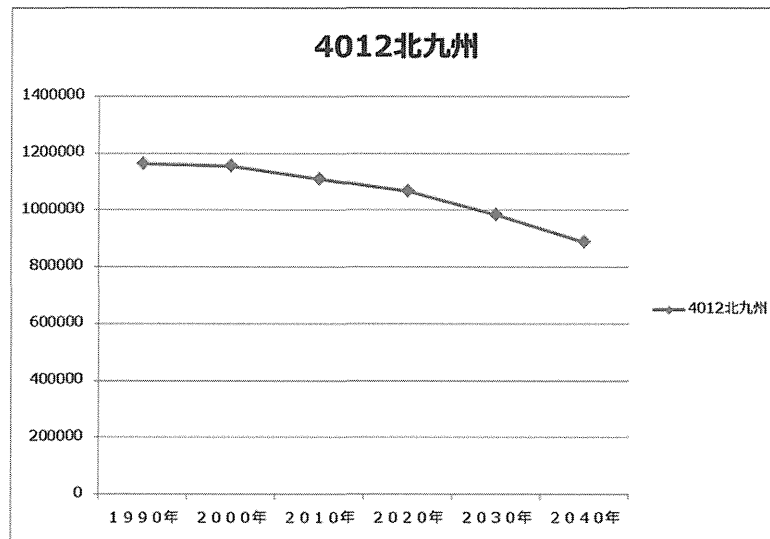


図2 北九州医療圏の人口ピラミッドの変化

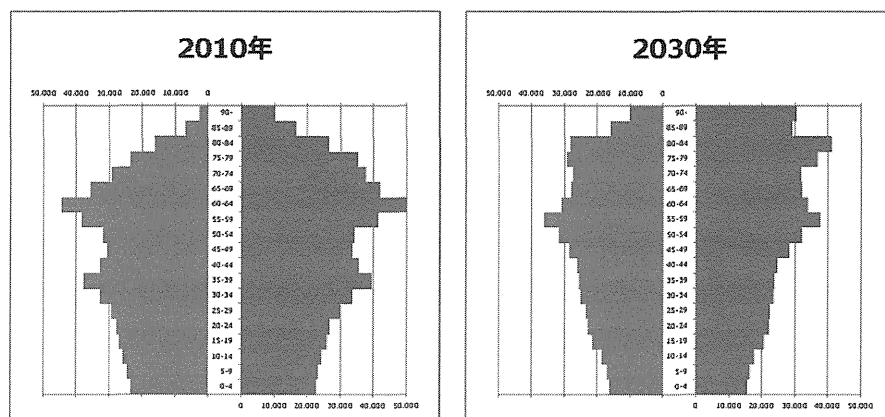
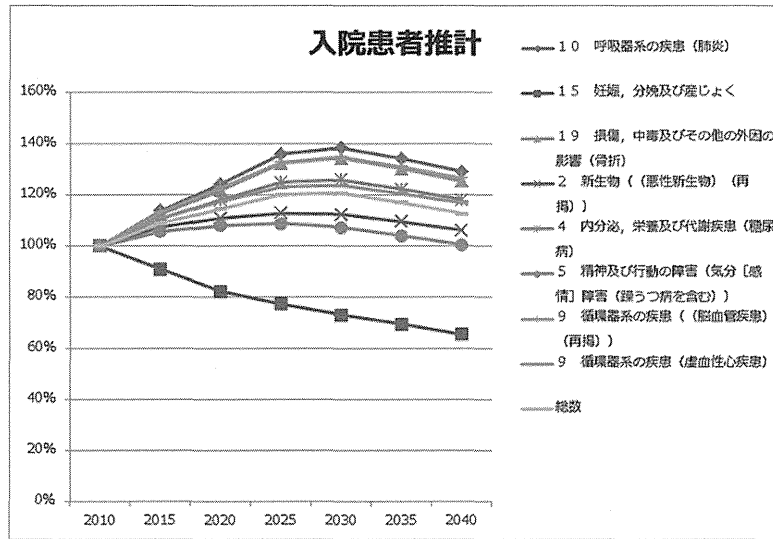


図3 北九州医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

表1 北九州医療圏における必要病床数と平均在院日数の推計結果(簡便法)
(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

各年度推計病床数	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	1,922	2,077	2,171	2,257	2,259	2,195	2,122
一般急性期	4,805	5,192	5,429	5,643	5,648	5,487	5,306
回復期	2,883	3,115	3,257	3,386	3,389	3,292	3,183
医療療養	3,466	3,993	4,396	4,840	4,954	4,822	4,663
介護療養	846	994	1,110	1,244	1,280	1,244	1,202
精神	4,055	4,244	4,334	4,364	4,322	4,197	4,048
その他	86	94	98	102	103	100	97

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20:50:30に分割
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数(現状追認シナリオ)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	17.9	16.6	15.8	15.2	15.2	15.7	16.2
一般急性期	10.7	9.9	9.5	9.1	9.1	9.4	9.7
回復期	71.6	66.3	63.4	61.0	60.9	62.7	64.8
医療療養	188.1	163.3	148.3	134.7	131.6	135.2	139.8
介護療養	313.9	267.4	239.3	213.6	207.6	213.5	221.0
精神	334.3	319.4	312.8	310.6	313.6	323.0	334.8
その他	70.0	64.0	61.1	58.5	58.3	59.8	61.7

2010年の推計病床数で患者数の変化を賄うために必要な在院日数として推計

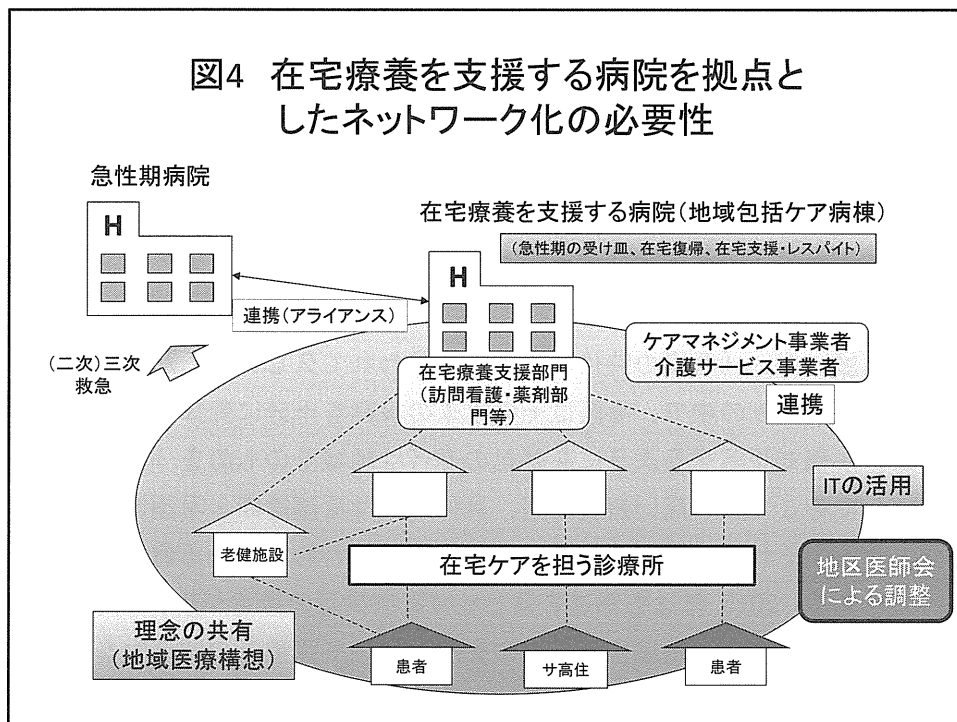
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

表2 北九州医療圏の病床機能別病床の検討
～病床推計との比較検討～

患者住所地	高度急性期		急性期		回復期		一般病床		慢性期		在宅医療等	(再掲)在宅医療者の数
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	医療需要 (人/日)
40101:門司区	122.5	163.3	391.7	502.2	443.6	492.8	1159.3	354.3	965.1	2096.7	1027.7	
40103:若松区	95.1	126.8	294.7	377.3	328.6	365.1	869.3	260.8	283.4	1493.6	727.9	
40105:戸畑区	68.7	91.6	214.6	275.1	240.6	267.4	634.1	192.3	209.0	1115.3	545.2	
40106:小倉北区	204.7	273.0	627.5	804.4	694.9	772.2	1849.6	551.4	599.4	3096.2	1505.4	
40107:小倉南区	243.4	324.5	730.5	936.6	802.6	891.8	2152.9	639.5	695.1	3572.6	1740.6	
40108:八幡東区	82.7	110.3	266.6	341.6	303.0	336.6	788.7	243.5	264.7	1461.1	717.0	
40109:八幡西区	298.8	395.1	874.7	1121.4	985.6	1072.9	2579.5	769.5	836.4	4343.5	2117.4	
40215:中門市	48.4	64.5	151.7	194.5	170.0	189.9	448.0	134.2	145.9	773.8	377.0	
40301:基原町	15.5	20.7	47.2	60.5	52.4	58.2	139.3	41.7	45.4	236.4	115.3	
40302:水橋町	33.3	44.4	102.8	131.8	114.6	127.3	303.5	89.8	97.6	509.5	247.0	
40303:岡崎町	37.7	50.3	114.0	146.2	125.5	138.4	335.9	99.4	108.1	538.7	271.2	
40304:遠賀町	22.1	29.4	67.1	86.0	74.1	82.3	197.7	59.2	63.3	323.6	157.3	
推計合計	1263.0	1684.0	3893.1	4970.4	4315.5	4795.0	11457.3	3434.7	3733.3	19501.2	9549.1	
					427	病院	10925.0		5151.0			
					424	診療所	1716.0		326.0			
						合計	12641.0		5,477.0			

資料：福岡県医療審議会

図4 在宅療養を支援する病院を拠点としたネットワーク化の必要性



医療における 2015 年をどうとらえるか

産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉

1. はじめに

国は 2025 年（平成 37 年）を目途に地域包括ケア体制の構築を目指している。地域包括ケアとは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域における包括的な支援・サービス提供体制」とされている¹⁾。そして、日常生活圏域（おおむね 30 分の移動圏域）で、医療・介護・予防・生活支援・住を保障することで、「時々入院（入所）、ほぼ在宅」のケア体制を実現しようとしている。

地域包括ケアシステムは介護保険側から提案されたものであり、平成 26 年度の診療報酬改定で導入された「地域包括ケア」病棟は医療側からこの要望に応えるものである。高度高齢化の進行は医療と介護の複合的サービスを必要とする高齢者を増大させるし、在宅高齢者の医療ニーズ・ケアニーズの高まりは入院（入所）と在宅の区分をあいまいにしていく。このことは医療の側からも地域包括ケア体制構築のための積極的な働きかけを求めるものである。医療提供体制におけるパラダイムシフトが進みつつあることに医療者は気づく必要がある。

猪飼は「病院の世紀」の終焉を示唆するものとして、治療医学に対する社会的期待の減退、QOL（Quality of Life；生活の質）概念の浸透を挙げている^{2),3)}。高齢社会を迎えるなかで、治療医学を主体とした医療供給システムがうまく機能しなくなりつつあり、これは多くの医療者にとっての実感であると思われる。すなわち、「治療医学的な観点からやるべきことは全てやったけど、本当に患者さんのためになったのだろうか」という倫理的葛藤である。こうした環境変化は「cure から care へ」、「治療から療養へ」と表現をされ、サービス提供体制そのものの構造変化を要求している。また、アメリカでは近年スローメディシンという概念が提唱され、医療のパラダイム変換が進みつつある⁴⁾。しかしながら、我が国の医療現場は相変わらず急性期医療を中心としたサービスの在り方に拘泥し、変化を拒んでいるように見える。このような環境下で改めて看護への期待が高まっている。

高齢社会の進展に伴い「看護の時代が来る」と言われて久しい。しかしながら、病院を中心とした医療提供体制の中で、看護はその本来の役割を十分に発揮できていないのではないだろうか。本稿で説明するように高齢化の進行は地域そのものを「病棟化」することを要求し、そしてそこで質の高い療養生活、具体的には看護診断・看護計画に基づくサービスを必要とする。それは予防的なものであり、病院で行われている看護の地域への展開が求めるものである。2015 年は各都道府県で地域医療構想の策定が始まる年であり、また介護報酬の改定年でもある。地域包括ケアの実現に向けて医療との関係性を踏まえた上での介護保険の枠組みの再設計が行われることになるであろう。

以上のような環境変化を前提として、本稿では筆者がこれまで行ってきた研究の結果を

踏まえながら、今後の医療・介護サービス提供体制のあり方と其中での看護の役割について私見を述べてみたい。

2. 高齢化の進行と看護ニーズの増大

まず、高齢化がいかに関地域の医療ニーズを変えるか、データをもとに示してみよう。図1は東京都多摩市の人口推移を見たものである。多摩市ではすでに人口減少が始まっているが、2020年以降さらに急激に人口が減少する。その原因は図2の人口ピラミッドの変化からもわかるように、高齢者死亡の増加による。高齢化の進展により我が国は多死社会に突入するのである。そして、この人口変化と平成23年患者調査から得られる傷病別・性・年齢階級別の入院受療率（東京都分）を前提に傷病別入院患者数の推移（2010年を100）を見たものが図3である⁵⁾。入院総数は2030年まで増加するが、特に肺炎(90%増)、骨折(80%増)、脳血管障害(70%増)の3疾患が著増する。この図で示されている値は有病率に相当するものであるが、有病率＝罹患率×有病期間であることを考えると、肺炎・骨折が増加することと、脳血管障害が増加することの意味は異なることに気付く。すなわち、入院期間の長い後者の場合は急性期から慢性期の患者が積みあがっていくイメージであり、新規発生が大幅に増えるわけではない。しかしながら、入院期間が比較的短い前者の場合は新規発生が著増することを意味している。高齢化の進んだ地域ではすでに高齢者の肺炎が救急搬送例でもっとも多いものになっているが、こうした急激な患者増に現在の救急体制で対応することは難しい。結論から言えば、こうした肺炎症例については急性期病院の救急部門で初期の治療を行った後、搬送元である介護施設や在宅、あるいは慢性期病床で治療されることが望ましい。このようなことが可能になるためには、急性期以後の施設における看護力を高めることが必須となる。すでに済生会熊本病院ではアライアンスを組んでいる地域他施設（主に慢性期病院）と看護師の人事交流を行っており、そうした対応の準備を行っている。今後、こうしたネットワークが全国で必要になるであろう。

ところで、現在の受療率を前提とすれば全体の人口減少下においても高齢者の絶対数が増加するために、多くの地域で療養病床のニーズが増大する。しかもその増加量は都市部ほど大きい。財政制約等のためにこれ以上の増床が難しい以上、療養病床においては平均在院日数を短縮せざるを得なくなり、結果的にハイリスク高齢者の在宅ケアニーズが増大する。これを具体的に数値で示してみよう。表1は現在の年齢階級別入院受療率が変わらないと仮定した場合の東京都多摩市の病床機能別病床数を推計した結果である（推計の前提は表の注参照）⁵⁾。2025年と2010年の差を見ると高度急性期＋一般急性期では228床、回復期では97床、医療療養＋介護療養では197床の増床が必要となる推計結果となっている。そして、現在の病床数で患者増に対応するとすれば、一般急性期では2.8日（9.4日→6.6日）、回復期では18.4日（62.4日→44.0日）、医療療養病床では95.3日（201.7日→111.8日）、介護療養病床では194.6日（391.8日→197.2日）の平均在院日数短縮が必要となる。

社会保障財政の状況を考えれば、今以上の増床は難しく、むしろ病床削減圧力が強まるであろう。したがって、在院日数を短縮することがどうしても必要になる。療養病床においてこれだけの平均在院日数の短縮を行うということは、これらの病棟では医療が落ち着けば速やかに在宅や介護施設に移ることを患者に求めるということになる。しかしながら、こうした高齢者の要介護度は3-5であると予想され、したがって今後医療・介護ニーズの高い高齢者の在宅ケアの必要量が著増することが予想される。すなわち、これからは診療所の外来の延長線上としての在宅ケアではなく、入院医療の延長線上としての在宅ケアが求められるようになると考えられる。こうした状況は必然的に地域のナースステーションを要求する。しかもそれは入院の裏付けのあるものでなければ、在宅患者とその家族の安心は保証されない。フランスの在宅入院^{注1}に類似した概念の在宅ケアが必要になる。

特に都市部で生じるこうしたハイリスク高齢者の在宅ケアニーズの増大に応える体制を作ることが喫緊の課題である。これは単に医療・介護の問題にとどまらず、「住まい方」を含めた社会制度そのもののあり方にかかわるものである。高度高齢社会において医療機関はこれまで以上に地域の社会的共通資本⁶⁾として、地域の安心を保障する役割が大きくなる。しかし、上記の分析からもわかるようにそれは従来の急性期医療に偏重したものではない。施設ケアと在宅ケアとを連続性を持って保障する仕組みが必要なのである。その意味で平成26年の地域包括ケア病棟の創設は医療制度改革の大きな流れの中の一つの重要な布石になると筆者は考えている。しかしながら、この仕組みはまだ不完全で、医療者側が実践を通してそのあるべき姿を考えることではじめてその本来の役割を果たすものであろう。例えば、医療ニーズの在宅ケアを継続するためには、そうした高齢者及びその家族を支援するためのレスパイトケアが必要である。この機能は地域包括ケア病棟の重要な役割になるだろう。そして、地域包括ケア病棟の看護師や看護助手が患者宅で継続的なケアを行う体制を作ることができれば、在宅で療養を続ける高齢者とその家族の安心感は飛躍的に高まる。こうしたシステムをどのように構築するかを2015年から開始される地域医療構想の中で検討しなければならないのである。

3. まとめ

高度高齢社会では医療・介護ニーズの高い高齢者の在宅ケアのニーズが増大する。しかもそうした高齢者のニーズは複合的である。このような高齢者に対して質の高いケアマネジメントを提供することが重要な課題となる。具体的には医療と介護の両方を評価するケアマネジメントであり、かつ対象者のリスクを評価した上で予防的にサービスを配置するケアマネジメントが必要になる。これは現在病棟で看護師が行っている「看護診断・看護計画」に他ならない。高齢者のニーズが複合的であることを考えれば、福祉と看護のダブルライセンスを持った看護師による総合的なケアマネジメントの実践が必要である。こうしたニーズに応えることのできる看護師の育成をどのように行っていくのが第一の課題であると考えられる。介護保険創設時にあれほど多くの看護師がケアマネジャーの資格を取

ったにもかかわらず、彼ら・彼女らが現在の仕組みの中で十分に活用されていない原因について改めて検討する必要がある。

これから我が国が多死社会になることはすでに述べた。現在、我が国における死亡の80%以上は病院が引き受けている。国は在宅死を増やすことを計画しているが、戦後70年かけて家庭から死にゆく場面をなくしてきた我が国で、急速に在宅死が増えることは想定しにくい。したがって、ターミナル期の一時期を在宅で過ごしなが、いよいよとなったら病院に入院するというのが、当面の対応にならざるを得ない。これは在宅で急性期対応ができる体制を必要とする。すなわち一般病棟や地域包括ケア病棟における看護の延長としての訪問看護が今後求められるのである。予防的なサービスを提供するという意味で訪問看護の必要のない在宅患者はいない。毎日複数回行くのか、1週間に1回行くのかといった密度が違うだけである。こうした理解なしに地域包括ケア体制を確立することは難しい。ちなみにこうした仕組みができることで障害児の在宅ケアも充実する。地域包括ケアの対象は高齢者のみでないことも認識されなければならない。

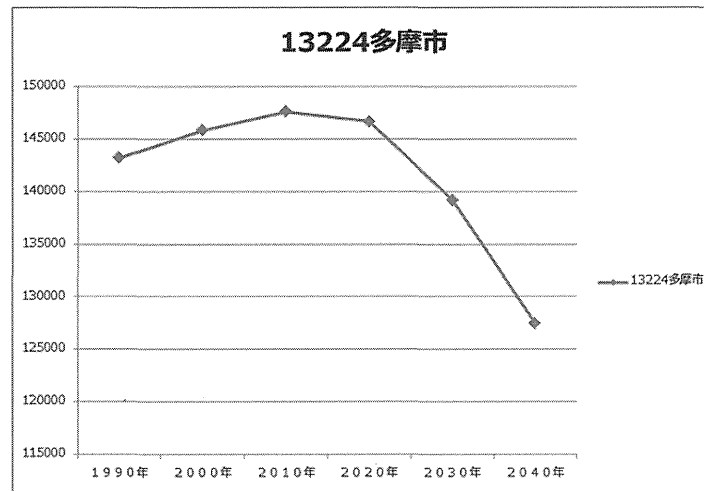
以上のように、高度高齢社会の到来は地域における看護ニーズを増大させる。看護界としてこの環境変化に適切に対応することが求められている。2015年はその契機の年になる。関係者の積極的な取り組みに期待したい。

注1 在宅入院： 患者の家のベッドを病院のベッドとみなし、在宅で入院治療を行うというもの。詳細については松田（2013）を参照されたい。

引用文献

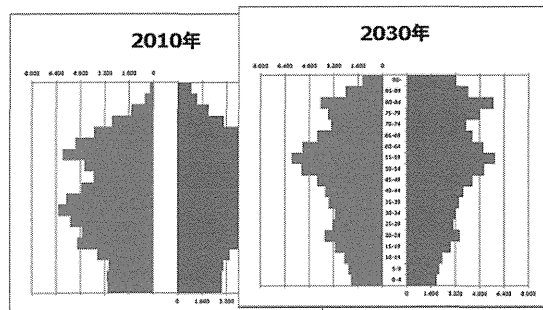
- 15) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～（平成20年度老人保健健康増進等事業）、
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>（平成26年10月17日閲覧）
- 16) 猪飼修平：病院の世紀の理論、東京：有斐閣、2010。
- 17) 松田晋哉：医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル、東京：勁草書房、2013。
- 18) D. マッカラ（寺岡 暉、レブリング・寺岡朋子、三谷武司・訳）スローメディシンのすすめ：年老いていく家族のケアに向き合うあなたへ、東京：勁草書房、2013。
- 19) 松田晋哉：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）総括報告書、2014。
- 20) 宇沢弘文：社会的共通資本、東京：岩波新書、2000。

図1 多摩市の人口推移



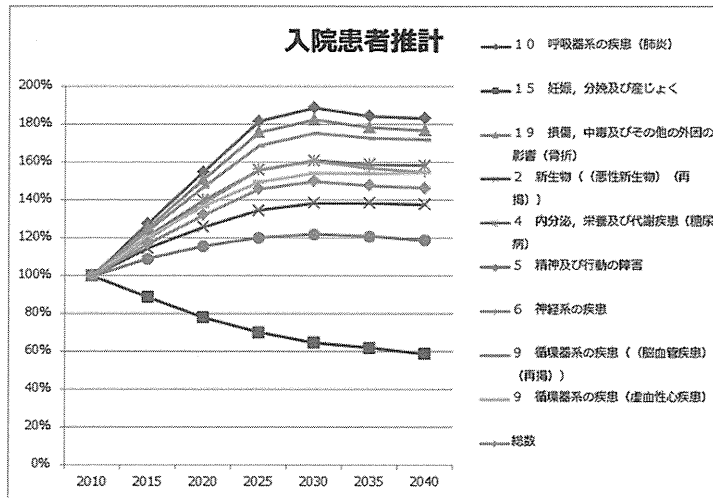
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

図2 多摩市の人口推移



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

図3 多摩市の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

表1 多摩市における必要病床数と
平均在院日数の推計結果
(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	155	180	201	220	226	223	220
一般急性期	388	450	503	551	564	556	551
回復期	233	270	302	302	330	339	331
医療療養	179	227	276	323	336	329	327
介護療養	54	71	89	107	111	109	109
精神	276	304	326	342	348	345	339
その他	7	7	8	9	9	9	9

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20:50:30に分割
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数（現状追認シナリオ）							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	15.6	13.5	12.0	11.0	10.7	10.9	11.0
一般急性期	9.4	8.1	7.2	6.6	6.4	6.5	6.6
回復期	62.4	53.9	48.1	44.0	42.9	43.6	44.0
医療療養	201.7	158.8	130.8	111.8	107.3	109.5	110.1
介護療養	391.8	295.6	236.0	197.2	188.5	192.9	193.6
精神	215.6	195.6	182.5	174.1	171.1	172.5	175.3
その他	70.0	63.4	57.8	53.0	51.3	51.9	53.0

2010年の推計病床数で患者数の変化を賄うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）