

地域包括ケアの課題

日時：2015年8月24日 15:00～17:00

松田 晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授）

きょうは、私が福岡で行っている研究を中心にお話をさせていただきたいと思います。お話しすることは、1. 地域医療構想と地域包括ケア、2. 地域包括ケア、3. まとめ になります。

1. 地域医療構想と地域包括ケア

まず地域医療構想ですが、どちらかという病床規制の形でいろいろな議論がされています。そもそも地域医療構想というのは、図表1に中川先生のまとめが書いてありますが、それぞれの地域の現状、将来の課題、それに対応するために医療提供体制をどういうふうと考えていくのか、これが地域医療構想だろうと認識しています。

今回、私たちがやった推計結果が図表2の通り報告されました。新聞には「20万床の削減目標」と大々的に報告されましたが、私たちはあくまで、後でも申し上げるような仮定に基づいて推計を行ったということになります。基本的に、推計の仮定は何かというと、機能分化を進めるということ。それから日慢協からのデータが出てきましたので、医療区分1を70%入院外で対応する、それから療養病床の入院受療率の都道府県格差を縮小するという、こういう仮定のもとに推定を行った結果が図表2になったということです。

ここで、図表2の右側の図ですが、重要なポイントが幾つかございます。まず、1つは、何もせず現状を追認した場合には、一般病床だけで152万床ぐらいが必要になるということです。まず、これがきちんと明記されていることがポイントになります。

そのうえで、きょうは詳しく申し上げませんが、医療資源の投入量に応じて性・年齢階級別を見ていったときに、どのぐらいの病床数がそれぞれの病床機能区分で必

地域医療構想とは

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

日本医師会・中川副会長資料

図表1

要になるのかということ推計しています。

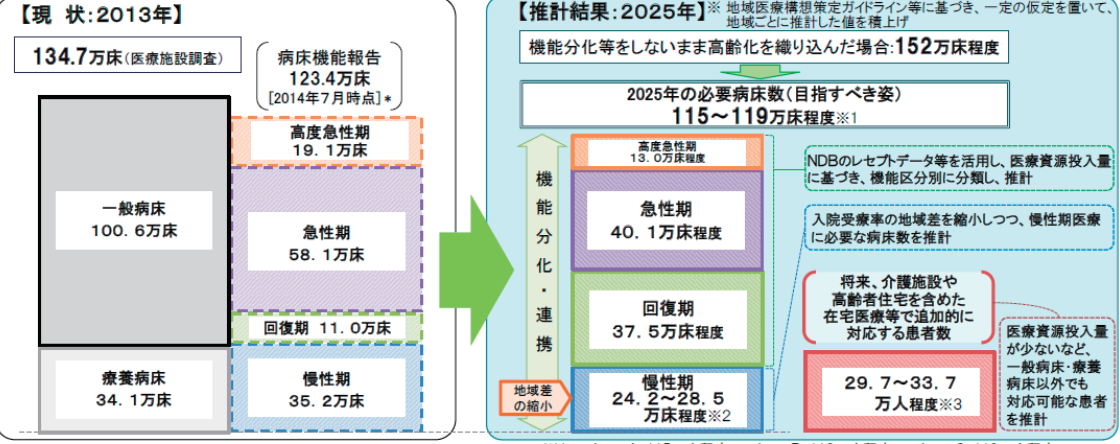
ポイントは、慢性期、現時点で療養病床で入院治療されている方は、この慢性期の病床数24.2万床～28.5万床に加えて29.7～33.7万人いるということです。結局、この部分をこれから本当にどのように見ていくことができるのか、これが多分、地域包括ケアに関係してくることだろうと考えています。

療養病床の都道府県の受療率の差をどのように修正したのかということだけ簡単にご説明しておきます。図表3が医療区分1の70%相当の患者数を除いて性・年齢階級別の療養病床の入院受療率を見た場合の都道府県の差になります。最大が高知の391、最小が山形の81、中央が144で、この格差が本当にそのように解消できるかどうかのエビデンスはありません。

ただ、仮にこの格差をこれから考えるような考え方で解消したら、療養病床というのはどのくらい必要になるのかということが、今回の推計で出されたということに

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

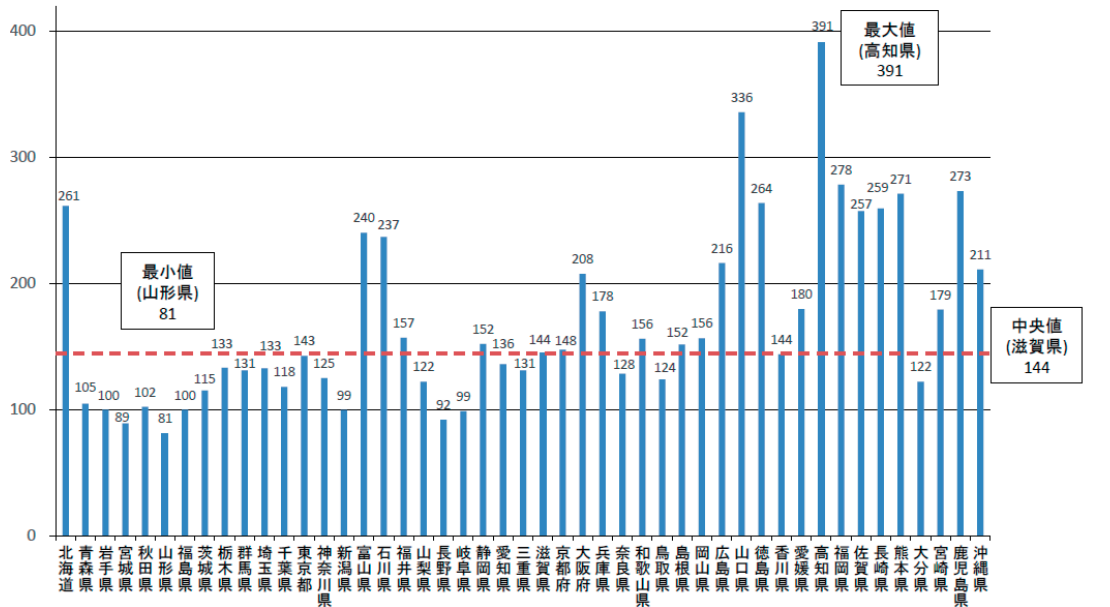
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

図表 2

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

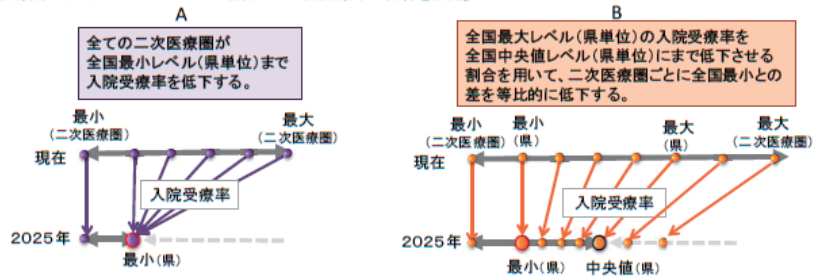
図表 3

療養病床の都道府県格差の是正

療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床に対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
 パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル（県単位）まで入院受療率を低下する。
 パターンB：全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。（次頁参照）

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



図表 4

なります。

そのやり方は、基本的には2つのパターンです（図表4）。

Aパターンというのは何かといいますと、これは最小が81の山形県だったわけですが、山形県の入院受療率よりも高い二次医療圏については、すべて山形県並みにするという前提にした場合の病床数、これがパターンAになります。

パターンBというのは、今度は、中央値と最大に着目しまして、高知の391を中央値の144にすると大体4割弱になるわけですが、これを山形県よりも受療率が高い二次医療圏すべてに適用した場合にどのくらいの病床数になるか、そういうことをやったのがパターンBになります。

これ以外にはパターンC(特例)があるのですが、それは2025年にパターンBでやっても難しい場合は、2030年にパターンBでやった場合にどのくらいになるのかということで推計すると、そういう形で推計が行われています（図表5）。

ポイントは、図表6に書いてあります。これはこのよ

うな仮定を置いてやったもので、研究会の報告書でも書いてありますが、これは目標ではありません。あくまでこの仮定でやった場合にどのくらいの病床数になるかということ推計したということになります。

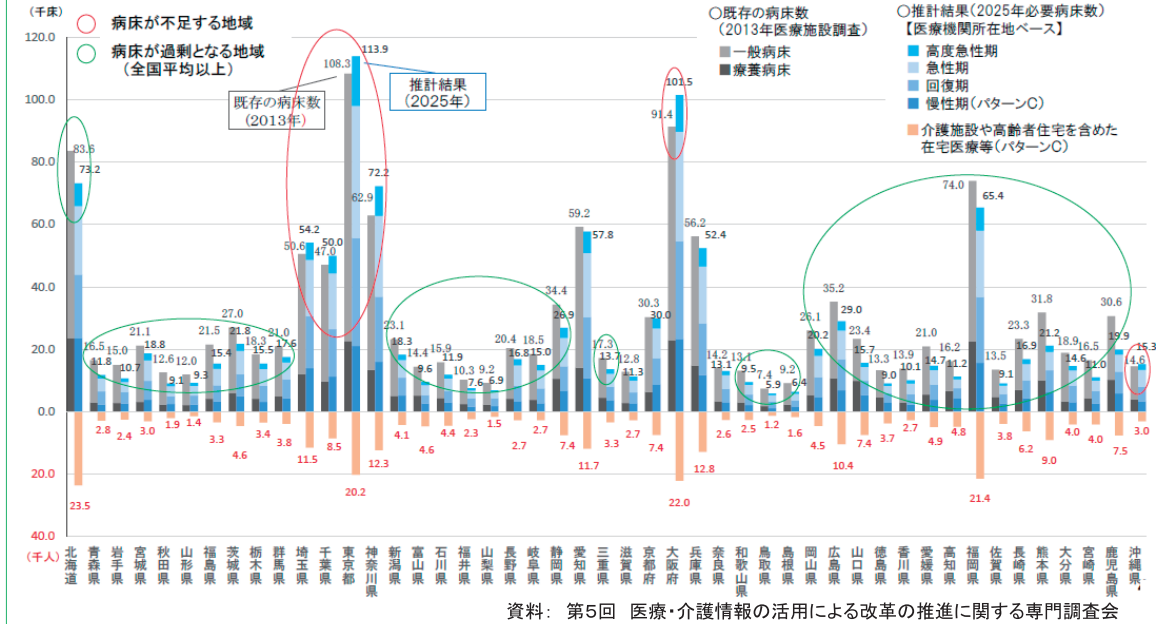
ただ、ポイントは恐らく幾つかあると思うのですが、一般病床の推計に関しては、医療資源の投入量が今の性・年齢階級別の使用量と余り変わらないとすれば、回復期まで含めた一般病床の病床数の推計のずれはそれほどないだろうと思っています。むしろ大きなポイントは、後期高齢者が増えてきますので、慢性期の部分をどのように見ていくかということが、今後、一番大きな課題になるだろうと考えています。

ポイントは、もし仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させるとしたときに、これらの患者はどこに行くのかという問題です。個人的には、これは難しいだろうと思っています。

介護保険が始まったときの療養病床に入っていた患者さんと、現在医療保険の枠組みのなかで療養病床に入っている患者さんでは、重症度が全然違います。ADL区分で見たときの重症度もかなり重くなっていますが、それ

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



図表 5

専門調査会推計の考え方

- ・ **一定の仮定**のもとに患者数の推計を行った
 - 機能分化を進める
 - 医療区分1の70%は入院以外で対応
 - 有病率の都道府県格差を縮小
- ・ 「目標」ではない
 - 目標は地域医療構想調整会議で決められる
 - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
 - 慢性期＝療養病床入院＋介護施設＋在宅
 - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
 - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要

図表 6

よりも何よりも高齢化が進んでいます。そういう意味で、なかなか地域の受け皿がない、家族の受け皿がないという状況があります。では果たして本当にこの70%の患者さんをどういうふうに見ていくのか、これを具体的に考えることが、地域包括ケア構想の一番重要なポイントになってくると考えています。

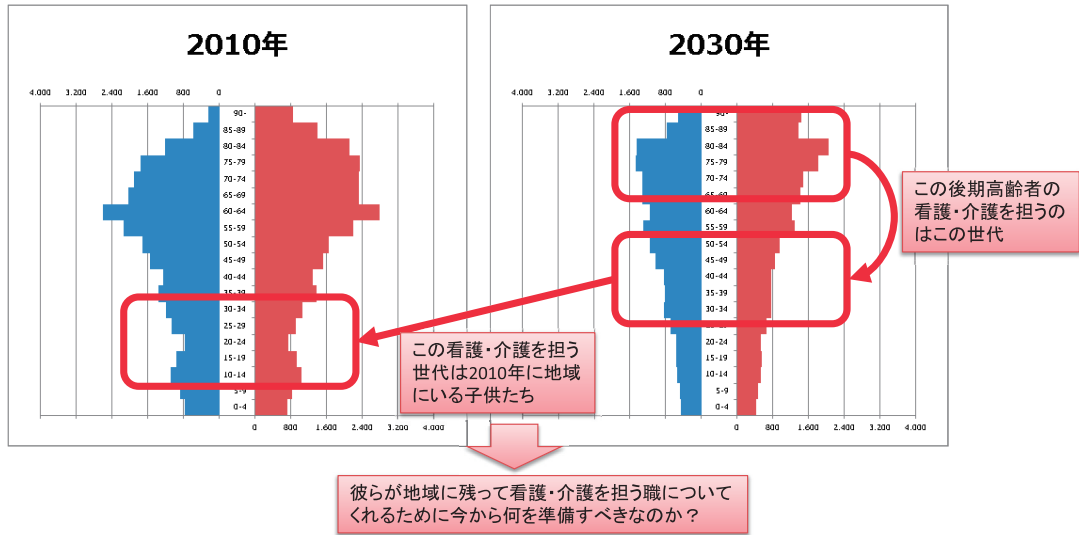
やはり多くの地域で人口推移が図表7のようになっ

てしまうのは、考えなければいけないだろうと思います。福岡県でも半分以上の自治体はこういう形になってくるわけですが、2030年には75歳以上の、特に女性の後期高齢者が非常に増えてきます。80歳の後半になってきますと、男性は大体亡くなられてしまいます。すると、女性の後期高齢者のひとり暮らしの人たちを、どのようにしていくのかということがとても大きな課題になってきます。

ただ、それを支えるための若者世代がどこでも少なくなってくるので、この2030年、2025年をどういうふうに乗りきっていくのかということが、大きな課題になってくるだろうと考えています。

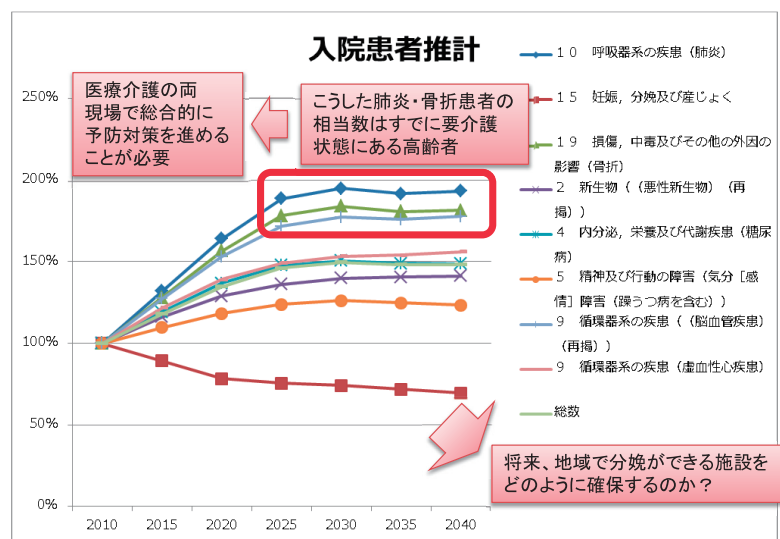
また、傷病構造、年齢構造の変化は、傷病構造、傷病別の入院患者数の推移に大きな影響を与えてきます。今後、後期高齢者に発生する病態に基づく入院が増えてきます。図表8は、患者調査のデータと社人研の人口推計を組み合わせ推計したのですが、これから多くの地域で増えてくるものは、肺炎・骨折・脳血管障害になってきます。ただ、この肺炎・骨折・脳血管障害が増えてくるということの意味は、それぞれの病態でかなり違い

人口推移の検討



図表 7

傷病別入院患者数の推移に関する検討



図表 8

介護予防

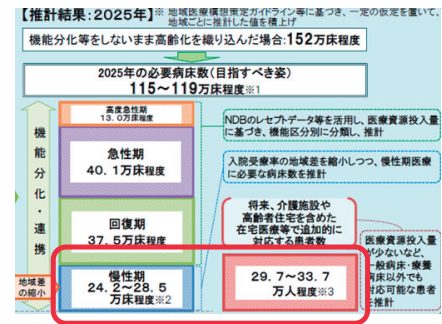
要介護状態になることを防止する介護予防に加えて、

要介護状態を悪化させない介護予防が必要になる

- 施設内での取り組み
- 医療と介護の協力体制
- アセスメントと予防的ケアプランの重要性

図表 9

慢性期の患者の増加にどう対応するのか？



図表 10

ます。

まず、脳血管障害が増えると言っても、これは受療率です。受療率は基本的には新しく発生する「罹患率」×入院期間になります。脳血管障害の場合には、非常に入院期間が長いので、ある意味で脳血管障害の患者さんが新規発生として大きく増えるわけではありません。要するに、急性期、回復期、慢性期と積み上がってくるイメージです。

ところが、肺炎と骨折は、入院期間は短く、これから後期高齢者を中心にたくさん発生してきます。

ただ、ここで問題になってくるのは、その肺炎・骨折の患者さんがどこから発生してくるのかです。すでにこれは急性期病院の救急部門で大きな問題になっていますが、最近、多くの患者は、すでに要支援・要介護状態である人たちが施設から搬送されてくる例が非常に増えてきています。またそうした患者のかかなり多くが、認知症もおもちになっています。要するに、ベースに要支援・要介護状態がある人たちが時々いわゆる急性期のイベントを起こして、急性期に運ばれてくるという状況になってきています。恐らく、これをそのまま放置しておく、すでに私どもの大学病院もそうなっていますが、急性期病院の救急外来はもたなくなってしまう。ある程度地域全体で、その肺炎・骨折を見ていくという仕組みをつくっていかないと、立ち行かなくなるだろうと思っています。

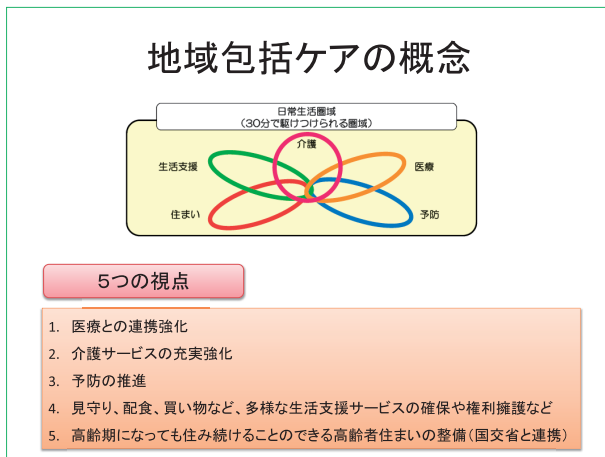
国の方針としては、要介護状態になることを防止する介護予防というのがかなり重視されているわけですが、すべての高齢者に対してその要介護状態を悪化させない介護予防の仕組みは介護施設内での取り組み等が必要に

なってくるだろうと思っています（図表 9）。

今年度から老健事業のなかで介護の質評価のプロジェクトが始まるわけですが、そのなかで、今までいろいろな文献を調べ、要介護状態を悪化する要因は何かという研究をしました。多くの場合は、これはメディカルなイベントです。肺炎が起こる、転倒が起こる、骨折が起こる、認知症が悪化する。あるいは、発熱をする、脱水をする。すると、そのようなメディカルなイベントをいかに防ぐかという観点からの介護予防の質評価が、介護保険のほうでのサービスの質評価の中心になると思います。そういうなかでどのようにやっていくかということが重要になってくる。要するに、アセスメントと予防的ケアプランをどのようにつくっていくのか。それから、後期高齢者がこれだけ増えてきた状況で、医療と介護を別々に考えるということの無理が来ているのではないかと思います。とにかく一番の問題は、この慢性期の患者さんの増加にどのように対応するのかということを実体的に考えるということが重要だろうと思っています（図表 10）。

福岡県では、各医師会の先生方に集まっていたいで、模擬調整会議をやっております。そのなかで一番のポイントになるのは、まさにこの慢性期の患者さんをそれぞれの地域でどのように見ることができるとかということを実体的に考えていただくことだろうと思っています。

例えば、黒木町という、かなり大きな山間部の地域があるのですが、そこには高齢者がばらばらに住んでいます。そのばらばらに住んでいる高齢者を前提として、それを在宅医療でやっていくこと、これは無理だろうと思います。



図表 11

そうすると、例えばその黒木町を抱えている久留米医療圏の場合には、在宅医療でそれを全部賄うことは無理なわけで、当然、介護施設や医療のほうで見ていかなければいけなくなるでしょう。要するに、それぞれの地域でどのようにその慢性期の患者さんをこれから見ていくのかということをも具体的に考えていただくのが、今回の地域医療構想の会議でとても重要であろうと思っています。

ただ、残念ながら、いろいろな地域の資料が出始めていますが、それぞれの地域の傷病構造がどうなるのかとか、慢性期の患者さんがどうなるのかという議論を飛ばして、最初から私たちが作成した推計ツールを使って病床数の議論をやっていると思います。しかしそれでは、うまくいかないだろうと思います。まず、それぞれの地域でどういう傷病構造でこれからどうなるのか、それに対してどのように対応していくのかということをも具体的に考えるというステップをやっていないとうまくいかないのかなと思っています。そしてそれが地域包括ケアの課題だろうと思います。

次に、この「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療・介護のあり方を決めるだろうと思います。そういう意味で、「地域包括ケア」体制をつくっていくことが大きな課題になると認識しています。

2. 地域包括ケア

地域包括ケアの最初に出された概念というのは、日常生活圏域、30分で駆けつけられる圏域ということですが、ここで医療、介護、予防、生活支援、住まいを保障

していくということを考えるということになります(図表 11)。これからその計画と言っても完全に計画をつくることはできませんので、ある程度の基盤整備や指針づくりを各自治体がやっていくことになるのですが、少し心配です。というのは、今回の地域医療構想の策定過程を見ていても、余りにも自治体のそうした対応能力が低過ぎるのです。本当に今のような地域マネジメントの状況でこの地域包括ケアというものが具体化できるかということに関しては、とても危惧しています。そういう意味では、医師会としてきちっとコミットしていくということが重要ではないかなと思っています。

今から、少し具体的事例でお話ししたいと思います。

図表 12 は、私がずっと研究のフィールドにさせていただいている京築地域というところの人口推移を見たものです。大体、今、20万人弱いますが、これが2040年にかけてどんどん減って行って、今から5万人ぐらいさらに減っていくという状況になります。

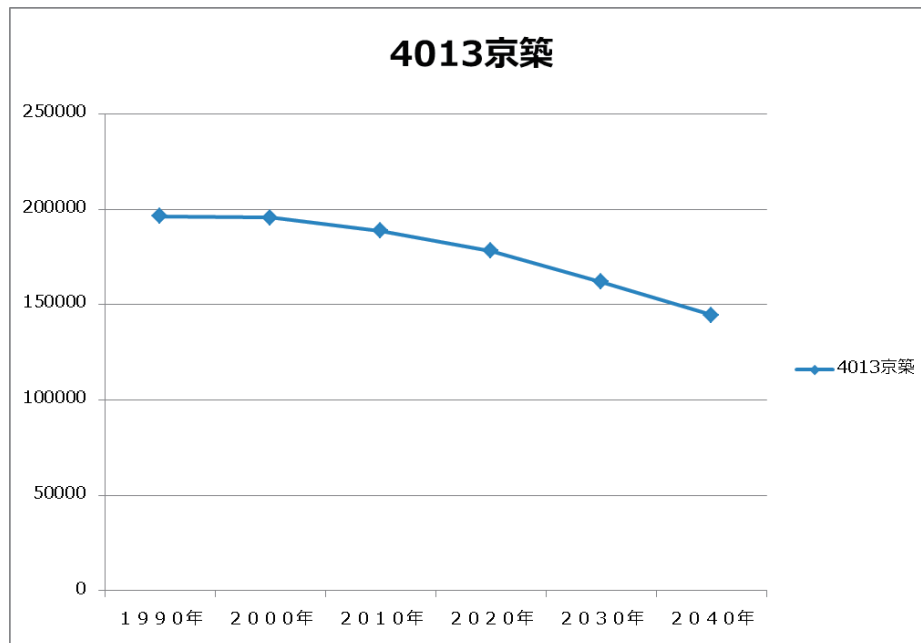
かつては若い世代がどんどん出ていってしまいました。最近では、その出ていく量も減ってきたのですが、最近の人口減少の原因は、これから見ていただくと明らかにわかりますように、死亡です。要するに、多死社会に入っているということです(図表 13)。

この京築地域というのは、高齢化率が30%に近い地域ですので、まさにこれからどんどん人が亡くなっていく社会になるわけです。人口構成も図表 14 のようになります。たった20年で急速に高齢化が進んでいきまして、前期高齢者よりも後期高齢者が多いという時代が、あと10年、15年後にはやってきます。しかも、独り暮らしの後期高齢者が増えてくる。また、この地域は持ち家がかなり多い地域で、皆さんが一戸建ての家に住んでいる地域です。さらに、この地域では外来の受療率は下がってきています(図表 15)。理由ははっきりしていて、後期高齢者になると、診療所に通えなくなってしまうのです。この地域は民間のバス会社も、バスの運転をかなりやめてきていて、中山間部に住んでいる高齢者は足がないために、受療率を下げることになっています。

ただ他方で、入院患者はこれから増え、大体10%ぐらいいは増えます。ピークは2030年になります。何が増えるかということ、肺炎・骨折・脳血管障害が20%ぐらいい増えてきます。分娩はどんどん減っていきます(図表 16)。

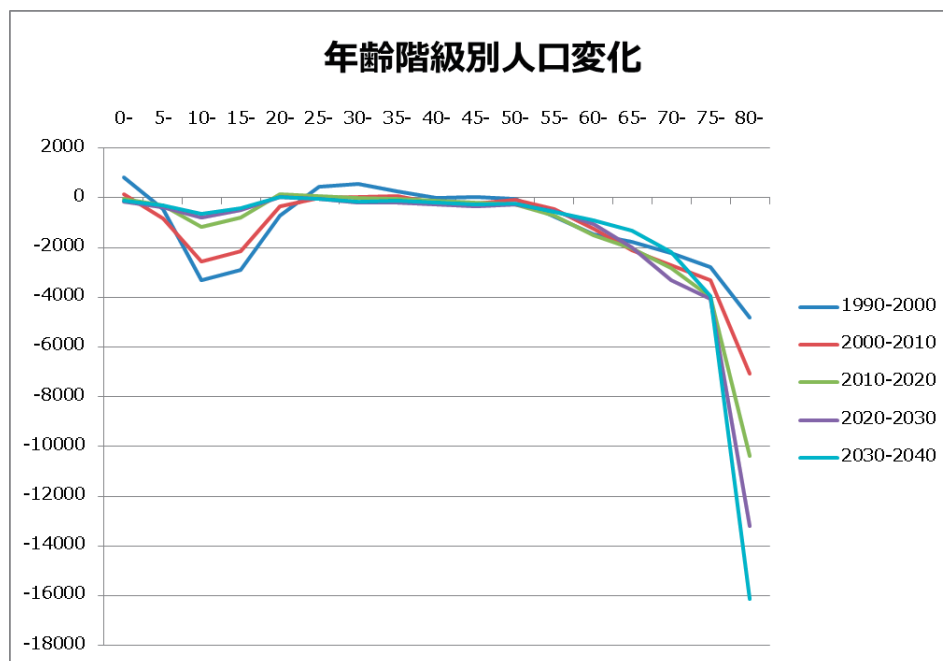
同じように、要介護高齢者の推計もやってみました(図表 17)。この京築地域の中核都市が行橋市というところ

京築医療圏の人口推移



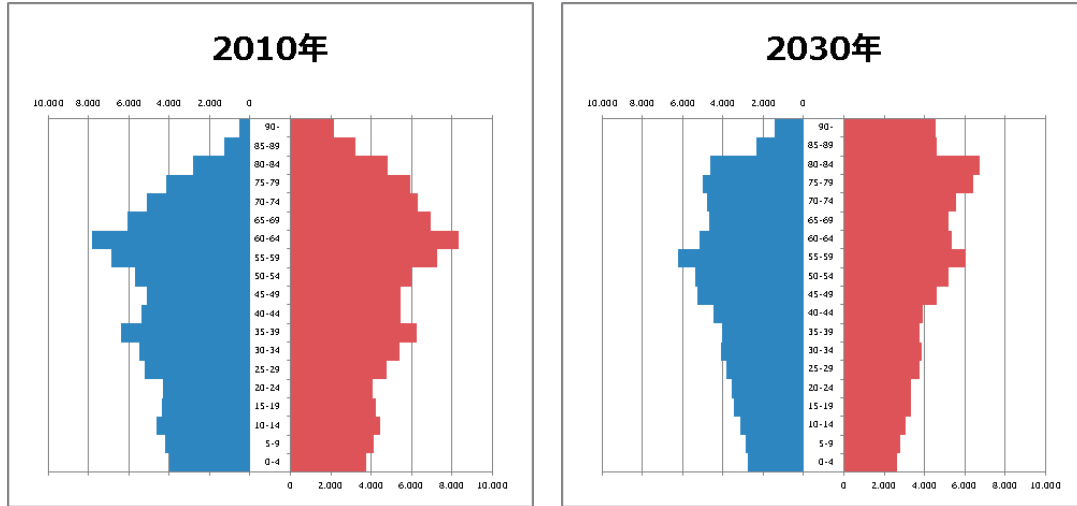
図表 12

医療圏の人口推移(コホート別)



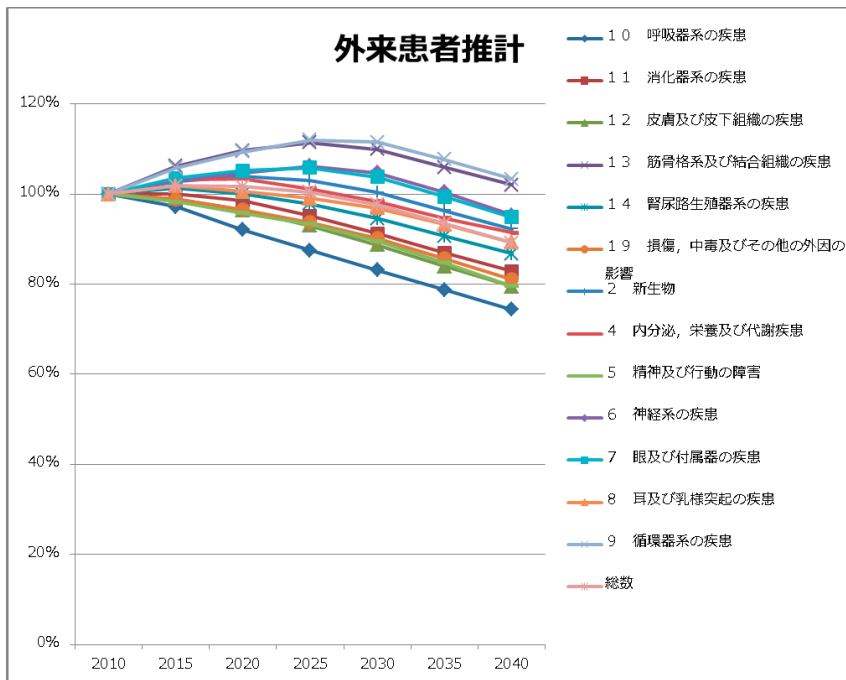
図表 13

京築医療圏の人口ピラミッドの変化



図表 14

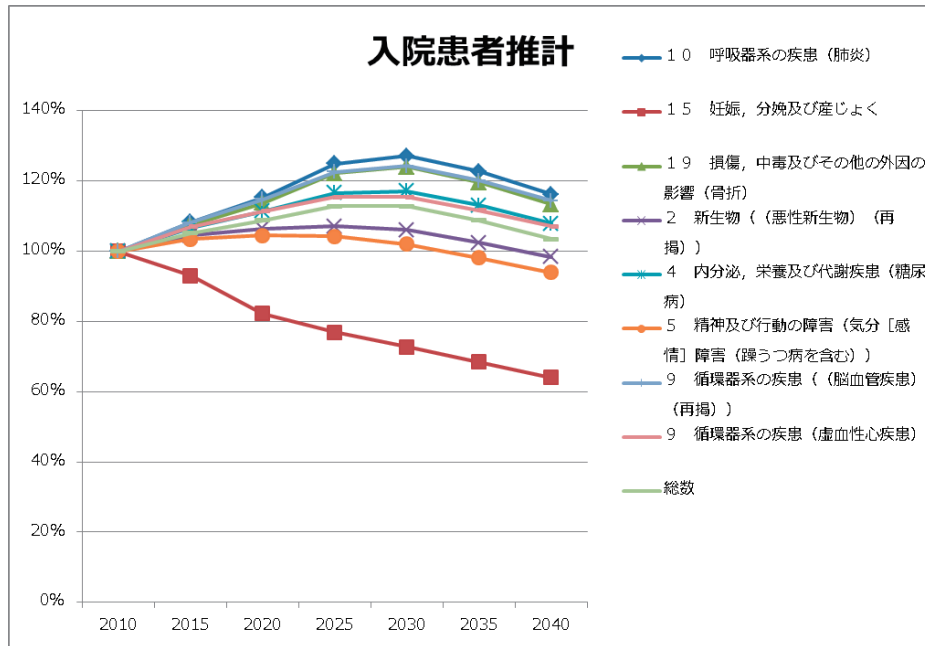
京築医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



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）

図表 15

京築医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



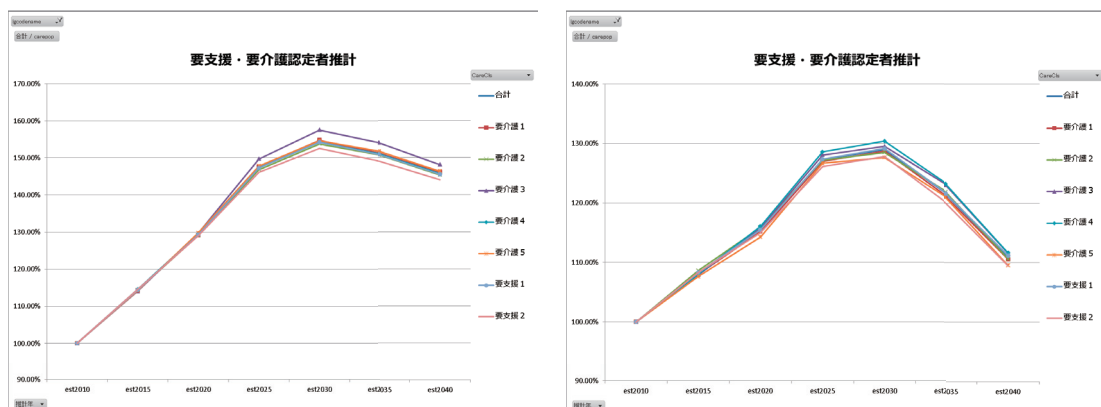
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007) (研究代表者：松田晋哉)

図表 16

京築医療圏2地域の要介護高齢者の推移

行橋市

みやこ町



図表 17

京築医療圏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)

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	385	402	412	424	421	406	386
一般急性期	962	1,005	1,031	1,059	1,053	1,014	966
回復期	577	603	618	635	632	608	580
医療療養	710	773	827	900	920	889	843
介護療養	174	192	208	231	237	229	217
精神	806	825	829	825	809	778	743
その他	17	18	19	19	19	19	18

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	21.6	20.7	20.1	19.6	19.7	20.5	21.5
一般急性期	15.0	14.3	13.9	13.6	13.7	14.2	14.9
回復期	83.0	79.3	77.4	75.3	75.7	78.7	82.6
医療療養	147.0	135.0	126.1	115.9	113.5	117.4	123.8
介護療養	260.1	236.2	217.9	196.7	191.2	197.8	209.2
精神	332.4	325.0	323.3	325.1	331.2	344.4	360.8
その他	70.0	66.4	64.6	62.6	62.8	65.1	68.1

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）

図表 18

で、ここは特急も停まる一番の中核地域ですが、ここでも要介護高齢者の推移をみると、ピークとしては2030年になります。

それから、隣の少し農村地域のほうに入ると、みやこ町というところになりますと、ここも2030年がピークになります。

ただ、この2つを見ていただくとわかりますように、都市化の進んでいる行橋市の場合は、そこからゆっくりと要介護高齢者が減っていきませんが、みやこ町やその他の京築地域の自治体に関しては、急速に要介護高齢者も減っていきます。つまり、2030年をピークとして、そこから介護事業の需要も非常に落ちてしまうという状況があります。

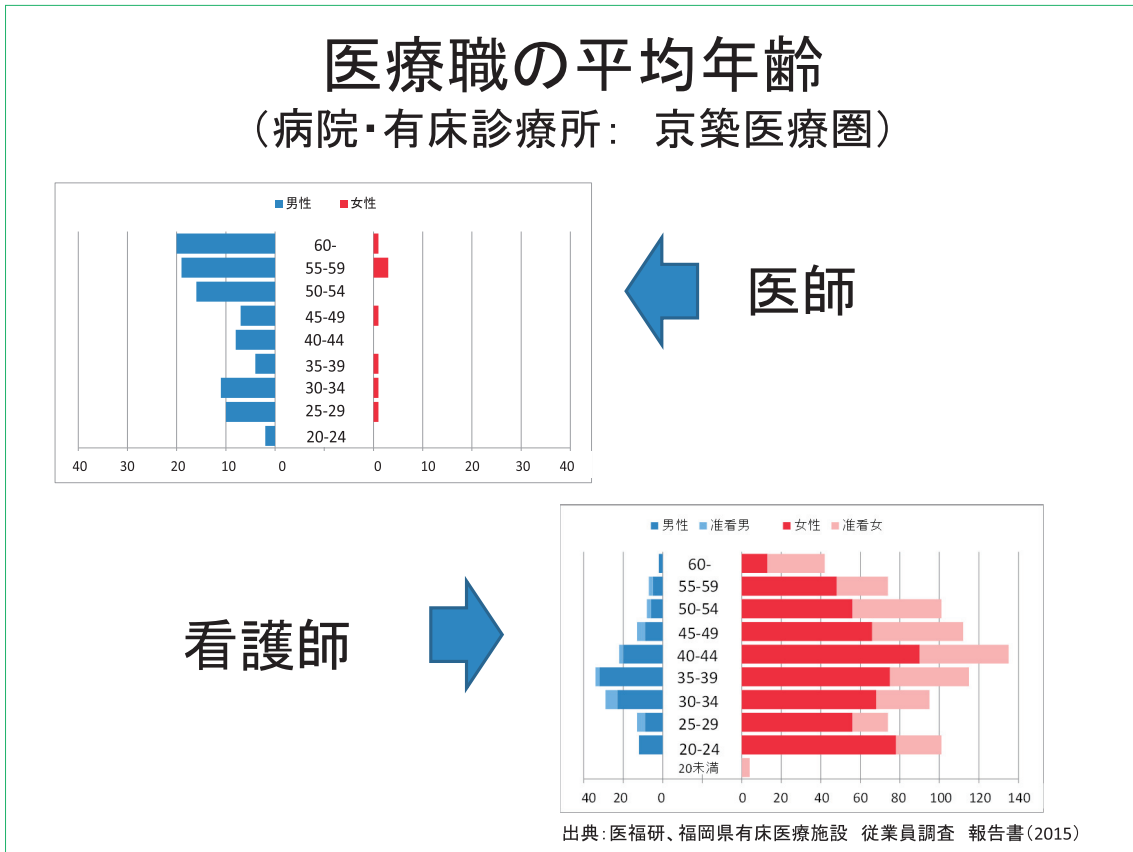
これは非常に難しい状況でして、これから要介護高齢者が増えますが、増えることを前提に施設をつくるということが、少し難しい状況になっています。建てても15年たったらもうピークアウトしてしまいますので、投資部分が回収できない可能性があるわけです。そういう意味では、今ある施設を使ってどのように対応していくかということが一番の課題になってくると思います。

今回お配りしたソフトとはまた別に、1年前に私たちの研究班で別途現状を追認した場合の必要病床数を推計するソフトをつくっています。図表18は現在の患者調査のデータと国立社会保障・人口問題研究所の人口推計でシミュレーションしたのですが、大体どのくらいの病床数が必要なのかということを推計しています。

例えば急性期で言いますと、一般病床、回復期まで含めると、大体ピークのところまで現時点でそのまま伸ばすと、300床ぐらい足りなくなります。療養病床のほうも今のままの状態で行くと、大体300床ぐらい足りなくなります。両方とも300床ぐらい足りなくなるのですが、ただこの地域も病床過剰地域ですので、これ以上病床を増やすことはできません。

今の病床で対応しようとするならば、何をしないといけないかということ、平均在院日数を短くしなければいけないということになります。急性期病床のほうは、2日程度短くしていただければいいので、そんなに問題なくできるだろうと思います。

問題は、療養病床のほうで、1ヶ月～2ヶ月平均在院日数を短くしなければ、療養病床が足りなくなります。今



図表 19

回の調査会のほうから出す意見のとおりによらずに現状の病床でやろうとしても、在宅あるいは介護の受け皿をつくっていかなければ、要介護高齢者の行き場がなくなってしまうということになるわけです。

ただ、この地域はもっと厳しい問題があります。図表 19 は医療職の平均年齢を見たものです。福岡県は、病院・有床診療所の医師、看護師、薬剤師等の年齢調査をやっています。これが京築地域の病院・有床診療所の医師及び看護師の年齢の分布を見たものです。

まず、見ていただきたいのは、医師のところですが、50代以降の医師が4割ぐらいを占めているということです。この地域では、これから非常に深刻な後継者不足になります。それから、看護師も見ていただいたらわかると思うのですが、40代が一番多く、45～60歳代というところの看護師がかなりいらっしゃいます。しかも、そのうちの半分は准看護師です。これが10年後、20年後どうなるかという話になってくるのですが、これから医師・看護師の確保がとても難しくなっていきます。もし、今、何もしないとすると、地域のニーズは残りますが、地域のニーズがあるにもかかわらず、医療職の確保が困

難であるということで、病床を閉鎖せざるを得なくなってしまう。

地域医療構想に関連して議論が続いていますが、すでに年間1万5,000床ぐらいつつ病床が減っていることの原因のほとんどが、後継者の不足と看護師の確保困難です。120万床という病床数は、センセーショナルではありますが、放っておいても120万床になってしまうだろうと思います。

問題は、ニーズが残るのに医療職がないために病床が閉鎖されてしまうということであり、これは非常に大きな社会問題になるだろうと思います。そういう意味では、計画的にどのように配置をするのかということも考えていくことが重要だろうと思います。それから、この地域で問題なのは、准看護師がこれだけ今いるという状況ですが、これから准看護師の供給が非常に難しくなります。すると、いわゆる正看護師中心で組まなければいけないということになると、人件費がもたないだろうと思います。そういう意味で、こういう状況を踏まえながら2030年の医療提供体制、介護提供体制をどういうふうにするか。これが地域医療構想で重要なことだと思

京築医療圏の医療介護の課題

- 高齢者、特に後期高齢の女性が増加する
- 2025年が医療・介護ニーズのピークになる
 - 外来需要は減っている
 - 入院需要は2030年がピーク
 - 特に、肺炎、骨折、脳血管障害、認知症対策が重要になる
 - 医療介護の連携を前提とした「予防」が重要となる
 - 介護施設における「医療」の評価
 - 多死社会への対応
 - 在宅医療の提供体制
 - 医療職・介護職の確保

図表 20

増加する肺炎・骨折への対応

- 虚弱高齢者への予防的健康教育の必要性
 - 口腔ケア
 - 筋力増強プログラム(転倒予防)
 - 栄養指導(科学的な食事指導)
- 介護予防の戦略的な見直しが必要
 - 特定健診・特定保健指導事業を別々にやるのでは効果が薄い

図表 21

ますし、地域包括ケアを考えるうえでも重要なことだろうと思います。このようにいろいろ分析をしました京築医療圏の医療・介護の課題は図表 20 にまとめたとおりです。

2025年、2030年がピークになるわけですが、このなかで肺炎・骨折・脳血管障害・認知症対策をどうするのかということがあります(図表 21)。この増加する肺炎・骨折の対応をどうするかということがとても重要なのですが、国の仕組みは、介護保険と医療とばらばらに動いてしまっていますが、介護予防といわゆる健康づくりというのは、本来、一体的にやらなければ意味がないだろうと思います。ところが、これがばらばらにされているので、そういう意味で、その予防戦略というもの、特定健診・特定保健指導も踏まえて、戦略的に見直しをすることが必要ではないかなと思っています。

それから、これからの地域包括ケアを考えるうえで、とても重要な問題として認知症があります。福岡県のある自治体で、個人情報全て匿名化してハッシュ化したうえで医療のレセプトと介護のレセプトとをつないで分析をさせていただいています。当該議会の個人情報保護委員会を通してやっていますが、ここで何をやったのかというと、図表 22 は介護保険で在宅介護サービスを受けている人たちがどういう病気をもっているかを調べたものです。

2011年には、認知症でがんをもっていて、在宅で介護保険を受けている人が18名いらっしゃいました。それが2013年には37名に増えていて、直近ではこれが60名を超えています。要するに、認知症をもっていてがんで在宅介護を受けているという方たちがこれからすごく増え

てくるわけです。

しかも、そのがんの場合、要介護度が要介護1ぐらいにしかならないので、施設への入所が非常に難しいという状況があります。このように複合的なケアニーズをもった人たちが在宅でどういうふうに介護していくのかということは、とても重要な問題だろうと思っています。

地域ケア会議がありますが、実際にはドクターがあまり参加させてもらえていません。医師抜きの地域ケア会議というのは結構つくられてしまっています。医療の進歩もありますが、これから後期高齢者が増えてくるといことと、複雑な医療ニーズをもっている方の在宅ケアが必要となってくるということを認識しておかないと、とても難しいことになるだろうと思っています。実際に認知症をもっていて、糖尿病性の網膜症で、腎不全で透析を受けている人というのはかなり増えてきていますので、こういう人たちをどうするのかという課題があるだろうと思っています。

それから、図表 23 は寺岡先生のデータをもう1回分析させていただいたのですが、看取りの問題です。看取りがどういう条件があれば可能であるかということ、介護施設を対象にして調査した結果を基にして、それをもう1回分析させていただきました。結局、看取りが可能であるためには医療対応があること。これが、看取りができるための条件だということが、意識調査等でもわかっています。

そういう意味では、今回、看護小規模多機能施設が介護保険に入りましたが、尾道市のように、いわゆる医療のサポートをもった在宅介護とか施設介護をどういうふうにやっていくかということが、これから大きな課題か

複合的な傷病を持つ 在宅要介護高齢者数の時系列変化

(福岡県の1自治体データ)

年月	認知症+ がん	認知症+ 肺炎	認知症+ 筋呼格系疾患	がん+ 虚血性心疾患	糖尿病+ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
...
...
...
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

図表 22

「看取り」が可能である条件の分析

デイサービス	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.780	.129		6.027	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.387	.139	.452	2.778	.009
訪問介護	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.381	.175		2.179	.041
医療合計	.052	.009	.794	5.850	.000
ケアハウス・サ高住・GH・有料老人ホーム	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	.719	.278		2.588	.017
医療合計	.046	.016	.533	2.952	.007
小規模多機能施設	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	1.444	.202		7.131	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.516	.213	.544	2.424	.030

看取りが可能である
ためには「医療」対応
が重要

図表 23

医療介護サービス提供体制の 効率化が不可欠

- 関係者（保険者・サービス提供者・住民）のWin-Win関係を構築する
- 効率化の必要性
 - 地理的な効率化
 - システム（業務）の効率化→ICTの活用
- 評価システムの実装
- 一連の活動を支える「理念」の必要性
 - 地域包括ケア

図表 24

これからの高齢社会とは？

- 急性期医療を必要とする患者が増える
 - がん、脳血管障害、虚血性心疾患など
 - 急性期病院においては連携体制の確立が重要
- 継続的な医療を必要とする患者が増える
 - 生活習慣病
- 看護ケア、リハケア、ADLケアを必要とする患者が増える
 - 在宅ケアを支える仕組みが重要になる
- 医療需要に関する地域差が拡大する
- 消費者主権的な考え方の強い患者が増える
 - 国民への情報提供が重要になる
- 死亡数が増える（年間170万人）
 - 人の死を前提とした医療の在り方に関する国民的議論が必要

図表 25

なと思っています。ただ、これからやはり財源も厳しくなっていくですし、医療者もこれから従来ほど潤沢にいるわけではなくなります。

ここでもう1つ、医学部の入学者の3割以上が女子学生になってから、実は10年以上がたちます。今、すでに20代、30代の前半の医師の3割が女性になっています。福岡県で調べても、病院で勤務している20代、30代の医師の3分の1は、すでにもう女性になっています。そうしますと、これから10年後、20年後には、40代、50代の前半ぐらいまでの病院等で勤務する医師の3分の1が女性医師になるということです。

そうすると、今までのような男性を中心とした勤務体制がなかなか難しくなってくるだろうと思うのです。従来以上にワークライフバランスを考えた働き方を考えるようにしていかないと、病院の機能を維持できなくなってくるだろうと思います。

それに少し関連しますが、フランスはこの問題にすでにかなり悩んでいて、それに加えて35時間労働制というのが導入されました。医師はある程度緩和されたのですが、医療職の労働時間が長過ぎることが問題になって、それを短くしようとするをやったわけです。その瞬間何が起きたかということ、フランスでは深刻な医師不足になりました。特に病院の医師が不足してしまったということが起こってしまいました。

そういうことがありますので、せめてこの医療・介護サービス提供体制をどういうふうに効率化するかということも一方で考えていかないと、これからの高齢社会は乗りきれないのかなと思います。

いずれにしても、これからの高齢社会は、この看護ケ

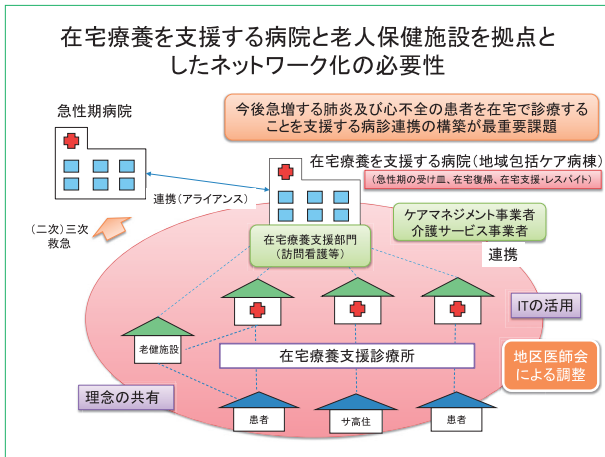
ア、リハケア、ADLケアを必要とする患者さんが非常に増えてきますので、これをどうするのか（図表25）。それから、医療需要に関する地域差が非常に拡大します。この部分をどう考えるかということで、やはりローカルなレベルで、医療・介護を総合的に計画していく、評価をしていくという仕組みをつくっていかなければいけないだろうと思います（図表24）。

そういう意味で、図表26はいわゆる熊本モデルですが、地域包括ケアを支えるためには、この地域包括ケア病棟をもった病院群をどういうふうにこれから地域で整備していくのか、これが1つの鍵になるのだろうなと思っています。

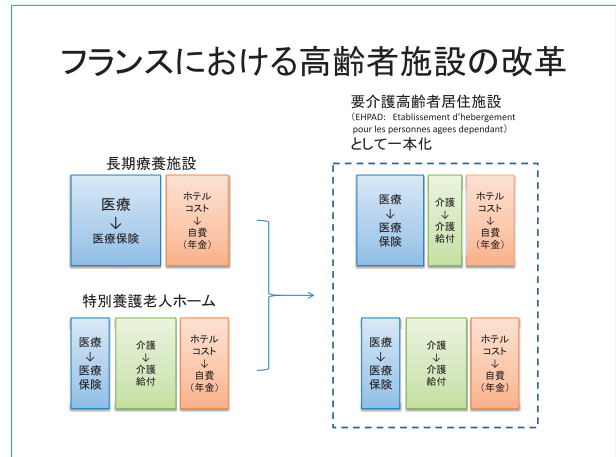
熊本の場合は、いつもここが褒められるわけですが、済生会だったり、日赤だったり、医療センターだったりして、平均在院日数が7日とか8日、1日当たりの入院単価が11万円で素晴らしいという話になるわけです。しかし、そうした病院群がなぜできているかということ、ポストアキュート、介護や在宅の調整も含めて総合的に引き受けてくれる、いわゆる熊本機能病院とか、西日本病院とか、青磁野リハビリテーション病院があるからできることだろうと思っています。

そういう意味では、急性期と在宅介護、その間で中間的にいろいろなマネジメントをしてくれる病院群、病床群をどのようにつくっていくのかということが、地域包括ケアのまず1つの大きな課題だろうと思います（図表27）。

そのなかで、やはりどうしても医療と介護を別に考えることは難しくなっているだろうと思います。フランスでは、高齢者施設の改革が行われました（図表



図表 26



図表 28

考えておくべき重要事項

- ・ 介護の現場で発生する肺炎・心不全にどのように対応すべきなのか？
 - 以上のような傷病の患者を急性期病院の救急部門に搬送することは妥当なのか？
 - 介護保険施設であっても、ある程度の医療は、そこで行えるようにすべきではないのか？
- ・ 地域包括ケア病棟と老人保健施設に求められる3つの機能
 - 急性期からの受け皿機能
 - 在宅復帰支援
 - 在宅ケアの支援機能(含 レスパイト)

図表 27

28)。かつては長期療養施設が病院、特別養護老人ホームは介護給付でやられていたわけですが、長期療養施設というのは、医療は医療保険、ホテルコストは自費です。特別養護老人ホームは、医療は医療保険で、これは予算制だったのですが、介護は介護給付、ホテルコストは自費という形でやっていました。しかし、そもそも両方に入っている人たちがかなりオーバーラップしてきて、この2つを分けることはもう難しくなって、これがEHPAD：要介護高齢者居住施設として一本化をしました。医療であろうと介護施設であろうと、医療に関しては医療保険、介護的なものに関しては介護給付、ホテルコストは自費と、こういう仕組みになっています。

今、老人保健施設で、まさにこの医療保険が使いにくいことから、空床問題が出ているわけですが、やはりこの医療は医療で、介護は介護でという、原則をきちんとつくっていかないといけない時期に来ているのではない

かなと思います。

あと、ケアプランの質をどうするかということが問題だろうと思っています。地域リハビリテーションの一環としてのケアマネジメントは、これから重要になるわけですが、我が国の場合、非常に厳しい言い方になりますが、やはりケアマネジメントがほとんど機能していないと思います。本来、ケアマネージャーの仕事は、本人がどういうニーズをもっているのかをアセスメントして、その人に適切なサービスを提供し、モニタリングして、おかしければそれを調整するという作業をするはずでした。

ところが、今のケアマネージャーのほとんどの仕事は、給付管理になってしまっています。要するに、そこには介護予防的な視点もないですし、それより何より大きな問題は、医療に対する理解があまりないケアマネージャーが多過ぎるように思います。やはりこれだけ後期高齢者が増えてきて、医療のことに介護のニーズが増えて複合化してきて、がんの患者さんで在宅介護が必要な人たちが増えているという状況を考えると、やはり北欧でやられているように、医療と介護のダブルライセンスをもった方がケアマネジメントをやるという仕組みをどこかで導入しなければいけないのではないかなと思っています。ただ、それがもし難しいのであれば、やはりケアカンファレンスをきちんと動かすということをやらないといけないのではないかなと思います。

かつてケアプランの質を評価したことがあります(図表 29, 30)。ケアマネージャーからケアプランを全部いただき、提供されているサービスを踏まえて評価をしたのですが、結果は惨たんたるものでした。ただし、良い

厚労省「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案 アセスメント項目（抜粋 1）

(1) 過去3か月間の転倒の発生の有無 [○]	1. あり	2. なし [○]	
(2) 過去3か月間の発熱の発生の有無 [○]	1. あり	2. なし [○]	
(3) 過去3か月間の誤嚥性肺炎の発生の有無 [○]	1. あり	2. なし [○]	
(4) 過去3か月間の脱水の発生の有無 [○]	1. あり	2. なし [○]	
(5) 過去3か月間の褥瘡の発生の有無 [○]	1. あり	2. なし [○]	
(6) 過去3か月間の認知機能の変化 [○]	1. 改善	2. 不変	3. 悪化 [○]
(7) 過去3か月間の移動・歩行の変化 [○]	1. 改善	2. 不変	3. 悪化 [○]

介護サービスにおいては医学的イベントの予防が質管理の上で重要になる

図表 29

厚労省「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案 アセスメント項目（抜粋 2）

■ 転倒[○]		
(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
■ 発熱[○]		
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
■ 誤嚥[○]		
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
(4) 食事中にこもせることがありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
(5) お茶を飲む時にこもせることがありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
(6) 口から食べ物が出ることがありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
■ 脱水[○]		
(7) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]
■ 褥瘡[○]		
(8) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか [○]	1. はい	2. いいえ [○]

介護サービスにおいては医学的イベントの予防が質管理の上で重要になる

図表 30

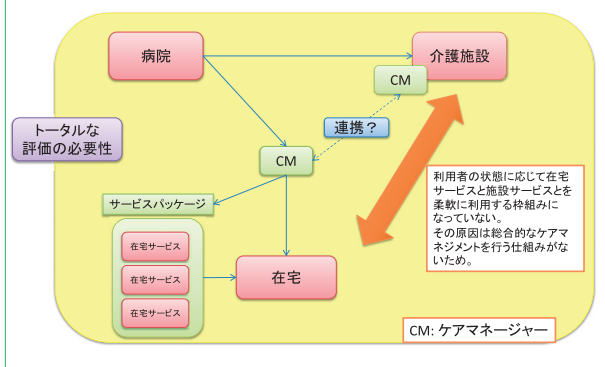
アセスメントでチェックされた項目から望ましいサービスを推定(トリガーの設定)

分類	判定対象項目	概要	加点	サービス別得点							
				基本点数	デイサービス	赤十字ヘルプサービス	ショートステイ	認知症対応型共同生活介護サービス	在宅介護職員等投入	家の自立支援	
I 基本項目	年齢	80以上85歳未満 85歳以上	0.5 1	0							
	世帯状況	独居	65~79歳 80歳以上	0.5 1	0						0
		高齢者のみ(含養子40歳以上)	0.5								
		要介護者との同居世帯	0.5								
	主生活支援者	有で市外居住者	0.5	1							1
	認知症自立度	Ⅱa	0.5	0							
		Ⅱb以上	1								
Ⅲ以上		1									
II 疾病の状況	骨関節疾患	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	循環器疾患	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器疾患	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	消化器疾患	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	精神・神経・その他の疾患	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	痛みの有無	4にチェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	主観的健康感	4、5にチェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	0
	体重	BMIが「やせ」または「高肥満」	0.5								0
	体重	体重の増減が1・3のいずれかにチェック	0.5								0
	最近6ヶ月以内の転倒回数	1回でもあれば0.5	0.5					0	0		
	日常生活活動	項目すべて	すべて「できない」	0.5	0.5						
V 生活スタイル	日用品	【タンス】 【後の人に頼む】 いずれかにチェック	0.5		0						0
	1日で履く靴の数が多いか	ほとんど一人	0.5		0						0
	1週間で外出する頻度(通院以外)	あまり外出しない	0.5		0						0
	1週間に親戚・友人が来る頻度	あまり来ない	0.5		0						0
	旅行	国内・海外いずれか3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	0
VI 障害・精神	歩行	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	
	入浴	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	
	食事の準備	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	
	買い物	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	
VII 家族等支援状況	居室の掃除	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0	0	
	聞く・話す・見る	チェックがあれば0.5	0.5		0	0	0	0	0	0	
	①~③まで	1~2回	0.5		0	0	0	0	0	0	
加算点数	④または⑤(直)における加点)	3回以上	1				0			0	
	食事回数	食事回数 1食/日	0.5							0	
加算点数	家族等支援状況	買物	0.5							0	
	調理	2にチェック(ただし2-dは除く)	0.5							0	
加算点数	調理	2にチェック(ただし2-dは除く)	0.5							0	
加算点数				1	0.5	0	0	0	0	0	

平成24年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)で作成

図表 31

評価を困難にしている構造的な問題



ケアプランを立てられている対象者では、1年2年と追いかけても、要介護度は悪化していませんでした。一番のポイントは何だったのかというと、課題分析と短期目標・長期目標が合っている。要するに、アセスメント結果から見て適切なサービスが提供されている方で、やはり要介護状態が悪化していないということが分析できました。

行橋市でずっとやっているのですが、今のアセスメントシートは、そのチェックされた項目からどういうサービスが必要かというトリガーが設定できないようになっています。でも、アセスメントの結果を踏まえてサービスを割りつけるのであれば、アセスメント結果からどういうサービスが必要なのかということはある程度推計して、その推計結果を基にどういったサービスを割り付けるかということをやするようなツールが必要だろうと思います。そういうものを、平成14年ぐらいから開発しまして、今、これを行橋市で使っています。チェックをすると、それぞれどういったサービスが必要なのかということがポイントとして出るようになっていて、それを総合すると、推奨されるサービスが提供できる。そんな感じになっています(図表31)。

あと、評価を困難にしている構造的な問題として、医療施設と在宅を総合的に見ていかなければいけないのに、介護施設のケアマネジャーと在宅のケアマネジャーが必ずしも連携できていないという問題があります(図表32)。いろいろな問題がありますが、一番大きな問題は、日本は公的な介護保険を入れているにもかかわらず

超高齢社会のケアマネジメント

- 入院医療の延長としての在宅医療
 - 地域のナースステーションが必要になる
- 看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。
 - 利用者の持つリスクの評価(S O A)
 - リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供(P)
- 訪問看護が不必要な利用者はいない
 - 密度が違うだけ

図表 33

らず、アセスメントの方法がばらばらなのです。公的な給付をやっている国では、アセスメントは実際統一しているのです。

ところが、日本はどういう経緯がよくわからないのですけれども、3団体方式とか、訪問看護協会方式とか、それぞれ独自の職種のケアプランを、アセスメントシートをつくってしまったために、視点がそろわないわけです。視点がそろわないケアプランでアセスメントをして、ケアカンファレンスをして、結局、うまくいくわけはないだろうと思います。アセスメントをするためのツールを統一することはどこかでやらなければいけないのではないかと思います。

やはりこれからのケアマネジメントは、病院等でやられている看護診断、看護計画的なケアマネジメントにならなければだめだろうと思います。つまり、その人がもっているリスクを評価して、そのリスクが顕在化しないように予防的なサービスを提供していくのです。今回、介護の質評価でもやるわけですが、例えば嚥下に困難がある人は、当然、誤嚥性肺炎を起こす可能性があるわけです。嚥下のところに問題があるとするのであれば、その人に対して誤嚥性肺炎を起こさないようなサービスを提供します。これが、介護サービスであるべきだろうと思います。

ところが、現時点ではこういう介護サービスが提供されていないのです。それはやはりアセスメントの問題です。もう少し医療の視点を入れたケアマネジメントをやっていかないと、これからの後期高齢社会は乗り切れないだろうと思います。そういうことで、このケアカンファレンスをどういうふうに活性化していくかというこ

とが重要だと思っています(図表 33)。

次に、「住まい」の話です。これもちょっと古いデータになりますけれども、福岡県で180日以上入院・入所されている方の全数調査をやりました(図表 34)。なぜ退院しないのかを看護師長さんに判断してもらって、退院可能であると考えられた高齢者について、退院する人と退院しない人とは何が違うのかということを見たものです。

結局、有意差が出たのは、「生活の安心感がない」「生きがい不足している」「経済的支援がない」と言っている人が退院しないということであり、これは社会的入院なのですが、そもそも社会的じゃない入院はないだろうと思います。

北九州市の門司区というところで高齢者の食の調査をしました。独り暮らしの高齢者、それから高齢夫婦世帯の方たちの食生活がとても貧困なのです。1週間に1回つくり置きをして、それをずっと食べているような感じで、しかも1人で食べている割合が非常に高いです。そういう状態にある人たちが家に帰れるわけがないですね。施設、あるいは病院にいれば、温かい食事が3回食べられるわけですし、しかも必ず自分に話しかけてくれる人がいるわけです。ところが、家に戻ってしまえば、1人でそういう寂しい食事を食べて、かつ誰も訪ねてくれないことになるわけですので、地域で生きていくという枠組みをつくっていかないと、そもそも退院は難しいだろうと思っています。

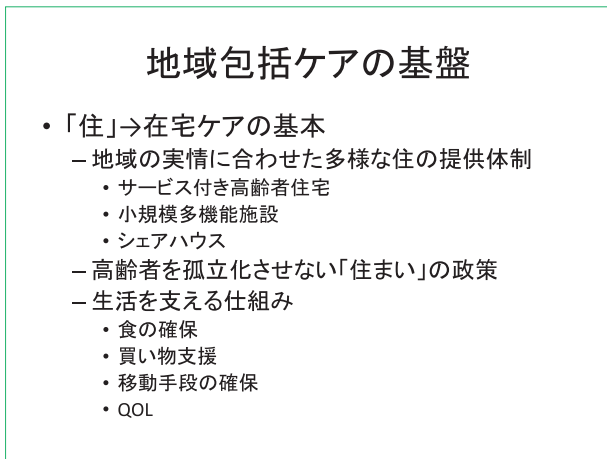
つまり、地域包括ケアの基盤としての、この「住」をどのようにしていくのか(図表 35)。医療や介護が保障されるのは当然ですが、孤立化させない生活をさせる仕組み、これをどのようにつくっていくかが課題だろうと思います。

ところが、まちづくり自体はむちゃくちゃな方向に行っています(図表 36)。駅の周りはほとんどシャッター通りになっています。しかし、郊外はどんどん山を崩して、いまだに宅地造成をするのです。実際、私の子どもが行った小学校は、10年ぐらい前までは、全国で一番大きな小学校でした。ところが、今年は一クラス維持するのが精一杯です。一戸建て中心の住宅なので、子どもがいなくなってしまうと、小学生もいなくなってしまうわけです。

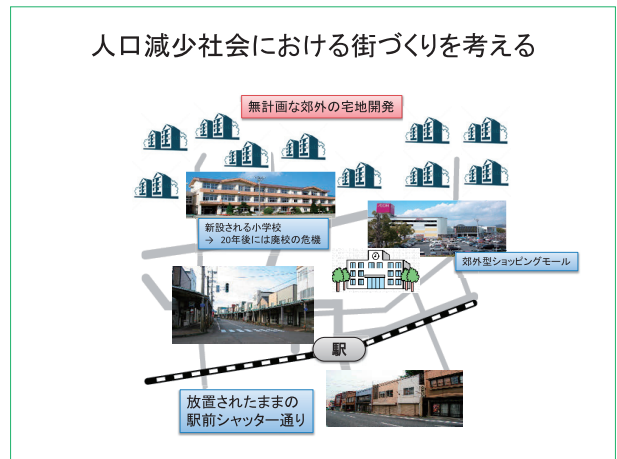
そういう宅地造成をして、そういう状況が起こっているのに、その隣にまた新しく宅地造成をして、また小学



図表 34



図表 35

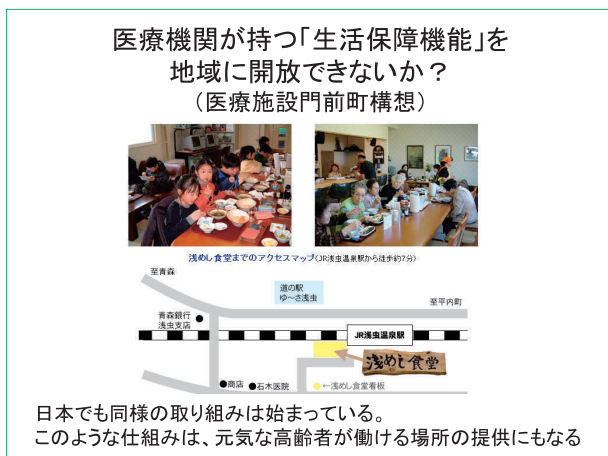


図表 36

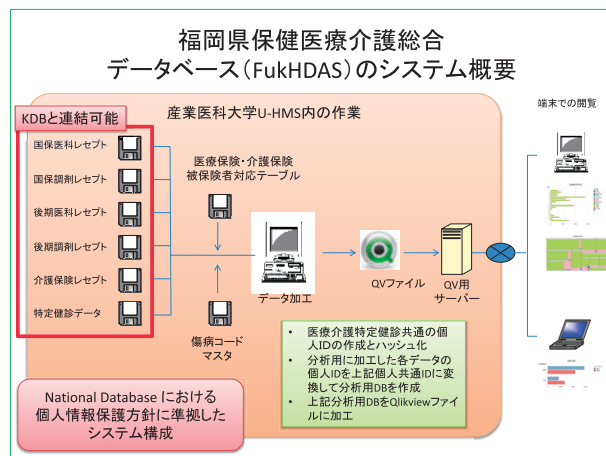
校をつくらうとしているわけです。おまけにサッカー場までつくるのですが、これではもう破綻します。これではだめだと思います。これから高齢者が増えてくことを考えると、例えば川崎で有名な「ピバース日進町」というようなものをどのようにつくっていくかだろと思っっています。ここは1階から3階が馬嶋病院という民間病院で、4階が川崎のデイケアセンターで、5階から11

階が川崎市の高齢者住宅です。

馬嶋病院さんが建て直しのときに、土地と建築資金をかなり川崎市が出して、こうした複合体ができたということですが、川崎でも困っていたのです。5階建ての公営住宅というのはエレベーターを付ける義務がないので、要介護高齢者が4階・5階に発生してしまうと、大変なことになってしまうわけです。ということで、1階から



図表 37



図表 38

3 階が医療機関で、4 階がデイケアセンターで、5 階から 11 階が住宅というものができたわけです。

同じようなものが、飯塚市にもできました。つい最近できた「サンメディック飯塚」というもので、1 階が西鉄の飯塚のバスターミナル、2 階から 4 階が飯塚医師会で、ここに訪問看護ステーションと急患センターと看護学校が入っています。その上が 62 戸の分譲マンションになっていてあっという間に売れました。飯塚の周辺の高齢者の方々がご自分の土地を処分されて、皆さんこっちに引っ越してきているのです。これはいわゆるリノベーション計画でやっています。

つまり、このような交通が便利なところ、移動も楽なところに、医療と介護と「住」をどういうふう to 保障していくかといったまちづくりがこれから必要だと思いますし、こういうものを医師会としてどういうふう to 提案していくかということが重要ではないかと思っています。

それから、これも有名な浅めし食堂というコミュニティレストランです(図表 37)。これは石木先生がご自分のところに通っている高齢者の方が、ご自分のところに来るとき以外は家に閉じこもっている状況を何とかしようということで、スナックを借り上げたか買い上げたかしました。それをレストランにして、1 日 1 回はここにやってきてご飯が食べられるという仕組みをつくりました。これも地域リハビリテーションだろうと思います。

それから、例えばパリの高齢者施設では、ブティック、美容院、ナーサリー、レストラン、図書館、シアターがあります。これはすべて地域に開放されているのです。実際、この施設のレストランの利用者の 40% は地域の住

民です。

要するに、高齢者施設や病院というのは、その地域の高齢者が生きていくための必要な機能をすべてもっているわけです。ところが、今、それが閉鎖的になっている。ヨーロッパではこれを開放するというをやっている、これがソーシャライゼーション(社会化)ということです。こういうものをどういうふう to やっていくのかということも、やはり日本は考えなければいけない時期に来ているように思います。

やはり、このソーシャルキャピタルとかインフォーマルケアをどうするかということが重要だろうと思います。虚弱高齢者とか要介護高齢者の必要とするニーズをすべて介護保険で社会化することは、不可能だろうと思います。介護予防ということでは、健常高齢者を増加させるということで、いわゆる高知の「いきいき百歳体操」みたいなものがやられているのですけれども、ただ、大きな問題は、こういう予防事業の評価が全くされていないということです。

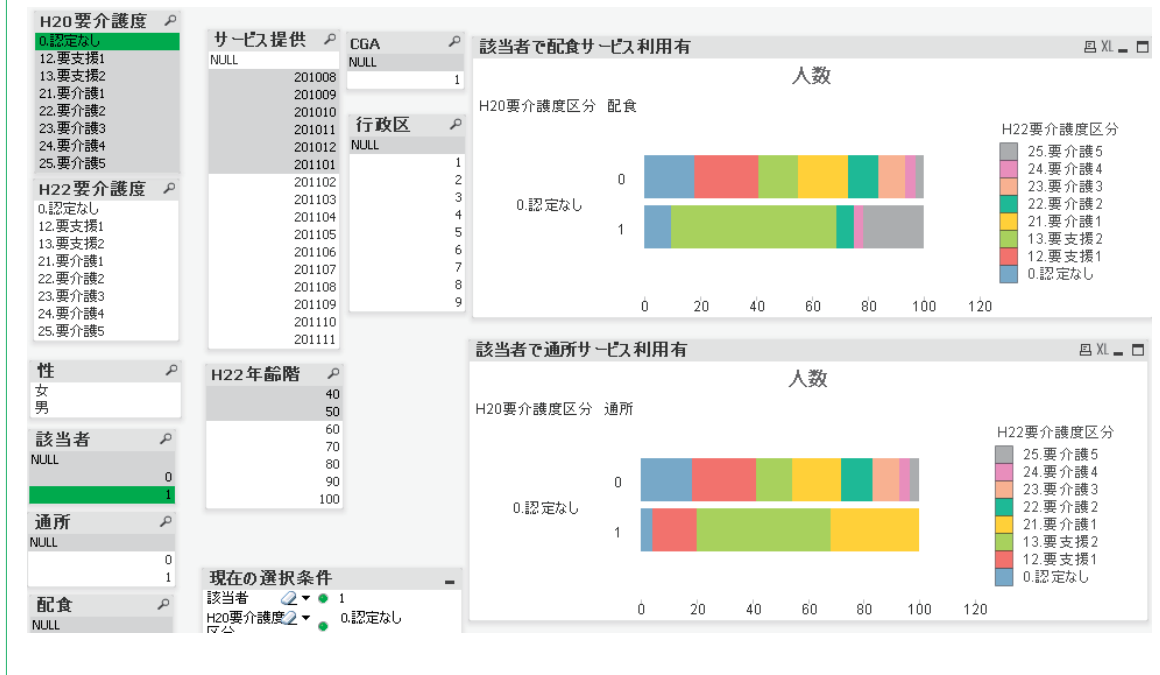
図表 39, 40 をみますと、二次予防事業に参加している人たちは、上が配食で下が通所なのですが、配食サービスを二次予防として受けた方たちは、その後、あまり介護を使いません。ところが、介護予防として通所サービスを使った人たちは、その後、介護保険を使うようになってしまいます。理由は簡単で、配食サービスは期限がないサービスなのですが、国が定めた介護予防としての通所サービスは 3 カ月という期間の限定があります。そこへ行くと、高齢者は楽しいのですが、楽しくなるとやめられなくなるわけです。やめられなくなると、その事業者は「介護保険を受けると、このサービスは続

二次予防事業は効果があったのだろうか？



図表 39

二次予防事業は効果があったのだろうか？



図表 40

生きがいの有無と精神の変化

生きがい		精神変化		合計
		維持・改善	悪化	
あり	度数	2038	67	2105
	(%)	96.8	3.2	100.0
なし	度数	183	15	198
	(%)	92.4	7.6	100.0
合計	度数	2221	82	2303
	(%)	96.4	3.6	100.0

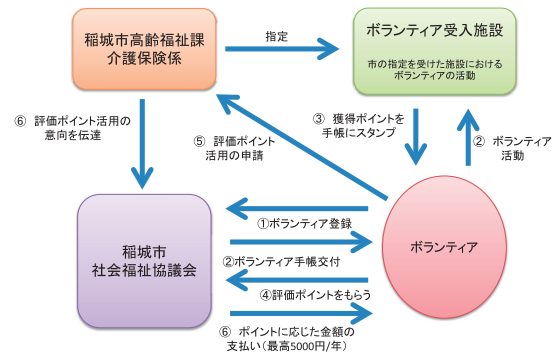
$p = 0.001$

「生きがいがある」と回答している人は1年間で精神能力が悪化している割合が少ない。

(行橋データ: YAL cohort)

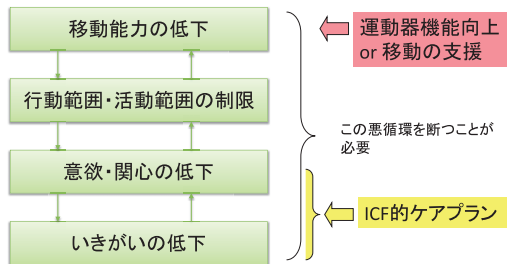
図表 41

稲城市の介護ボランティア制度の概要



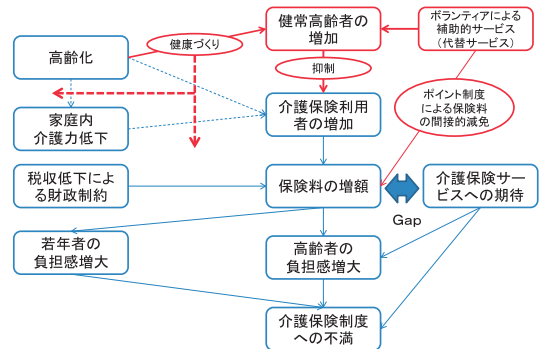
図表 43

介護予防の概念的フレームワーク



図表 42

稲城市の介護ボランティアポイント制度



図表 44

けられるよ」と、耳元でささやくわけです。

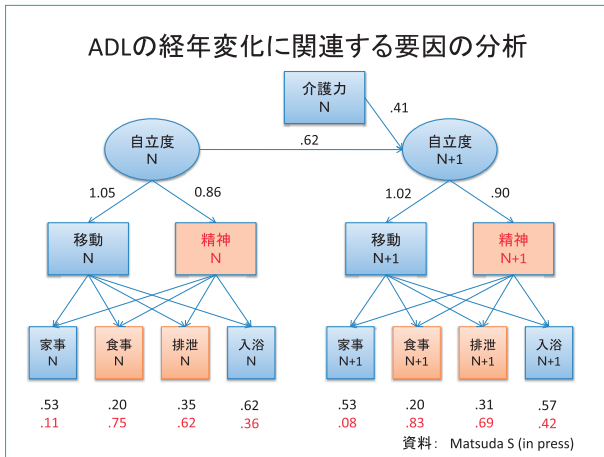
ということで、介護保険を使うわけですが、ただ、その後を見ると悪化しません。配食サービスも通所サービスも受けている人たちというのは、要介護度2以上になる人たちが非常にまれです。そういう意味で、日常生活のなかに何かアクティビティをちゃんと入れていってあげれば、いわゆる虚弱高齢者というのはかなりの確率で自立度を維持をすることが可能なだろうと思います。

図表 41 は行橋市のデータですが、うつ得点が高い人たちは精神能力が悪化していくのです。ほかの要因を補正しても、少し気分が落ち込んでいる人たちは、その後、非常に悪化していきます。これは ICF の考え方でいくからそうだろうと思います。やはり生きがいがないと悪化します。

そもそも介護予防の概念的なフレームワークは何だったのかというと、この移動能力の低下が生きがいの低下

につながっていく、この悪循環を解消することだったろうと思います(図表 42)。そのためにここに ICF 的なケアプランを入れて、運動器向上プログラムという、体から入るということをやったわけですが、これがいつのまにか忘れられてしまって、運動器機能向上そのものが目的になってしまった感じが現状だろうと思います。

そういう意味で、稲城市の介護ボランティア制度というのはすごくおもしろいと思っています(図表 43, 44)。稲城市では介護ボランティアをやりたいという高齢者が社協に登録すると、手帳がもらえます。ラジオ体操のスタンプ帳みたいなものですが、ボランティアをしてハンコを押してもらって、これがいっぱいになると、1年間で5,000円キャッシュバックされます。加えて、東京ヴェルディの試合にお孫さんと一緒に招待してもらえるという特典がついているのですが、ここですごくいいところは、要支援の高齢者がデイサービスに行き、ご自分がサー



図表 45

産業医科大学公衆衛生学教室・健康×農業プロジェクトの目的

- 「継続性」のある特定保健指導の提供
 - 楽しく、生産的なアクティビティ
 - 「遊び」の中に「学習」を取り込む
- 重要であるにもかかわらずなかなか乗ってこないターゲット集団の取り込み
 - 40代・50代の男性が参加したいと思うアクティビティ
- 福岡県内における都市と中山間地域の交流の促進
 - 地域の自信を取り戻す

図表 47

同居者の介護力別に見た死亡ハザード
(男性、軽度・中等度の移動障害がある場合)

	HR	95% CI	p
同居者に十分な介護力がある	Reference		
同居者が虚弱などで介護力が不十分	2.6	1.1 6.5	0.04
同居者が仕事などで介護力が不十分	2.1	0.6 6.9	0.24
同居者が介護保険を利用している(老老介護)	4.3	1.5 12	0.01
独居で家族・友人からの支援あり	2.2	0.6 7.9	0.23
独居で家族友人からの支援なし	15.3	1.8 132	0.01

老老介護、家族友人からの支援がないと死にやすい

図表 46

ビスを受けるときには、受益者なわけです。

ところが、同じ高齢者が、自分がサービスを受ける日ではないときに同じ施設に行って、認知症の高齢者の話し相手をする、傾聴ボランティアをやったということで、ハンコが押ししてもらえるわけです。そういう形で生活リハビリを取り組んでいる、入れているというのが稲城市のやり方になります。

この ADL の経年変化に関する要因分析をやってみると、移動の能力が落ちてくるとやっぱり家事と入浴が落ちてきます。精神が落ちてくると、食事、排泄が落ちてきます。これに家族の介護力が不足してくると、自立度が悪化してくる。こんなことが証明できました (図表 45)。

そしてこれが非常に大事で、男性の先生方にはぜひ確認しておいてもらいたいのですが、図表 46 は行橋市の状況です。同居者に十分な介護力がある男性で、軽度・

中等度の移動障害がある場合、同居者に十分な介護力がある方をリファレンスにした場合に、独居で家族・友人から支援がない、孤立している人は 15 倍死にやすいというデータです。つまり、ソーシャルサポートがないと人は死にやすいというデータが出ています。

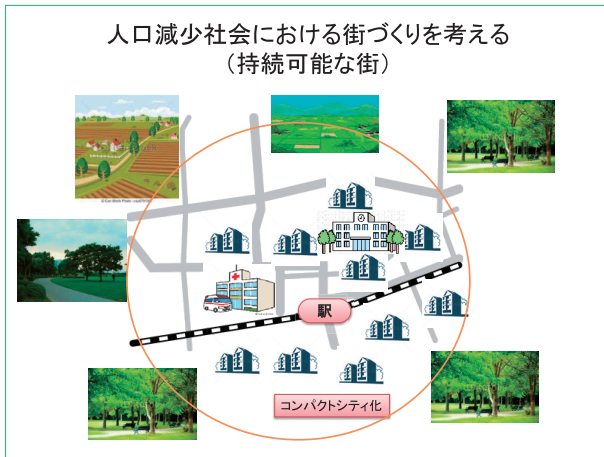
そういう意味で、地域のなかで高齢者のアクティビティをどういうふうにつくっていくのかがやはり重要な課題だろうと思います。

最近、農業を使って高齢者を何とかしようということで、うちの教室も健康×農業プロジェクトというのを始めています (図表 47)。私たちの教室が、最初に言い出して、人を集めて田植えをして、これはお酒になるんですね。これは嘉麻というところに寒北斗酒造という、非常に美味しいお酒をつくる場所があります。ただ、健康づくりをやるうと言っても、特に 40 代・50 代の男性は集まってくれません。ところが、「酒造りをするぞ」と言うと集まってくれます。

しかしこれは、かなり批判されました。「公衆衛生のくせにアル中をつくるのか」と。ということで、適正飲酒の健康教育も併せてやっています。

いずれにしても、これは山田錦を植えて酒をつかって、この近くに琉球ガラスの工房があって、自分で器もつくらせます。蕎麦も取れるところなので、蕎麦を食べながら、酒を飲みながら、それから、ここは猪と鹿が出るので、それを美味しいハムにしてくれる人がいますので、それを食べながら、みんなで健康教育をやりませう。

実はこれには目的がありまして、継続性のある特定保健指導をきちんとやろうということと、40 代・50 代の男性を対象にしたいということと、もう 1 つは、きょうの



図表 48

この日経の CCRC（東京圏をはじめとする高齢者が自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療・介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり）にも関係するのですが、私は東京から福岡にやってくる CCRC はあまりないだろうと思っています。けれども、同じ県内であれば、ありだと思っています。

福岡市内は、これから介護施設が足りなくなります。でも、筑豊地域は介護施設が余ってきます。しかし、福岡の人たちというのは、決して筑豊に行こうとしません。これはかつて炭坑があったということもあって、非常にスティグマがあります。しかし、人の交流をつくって、将来的に福岡県内の中山間地域で余ってくる介護施設をうまく使って全体を適正化するというをやっているか、いかなければいけないだろうということで、こんなことをやっています。

いずれにしても医療・介護事業者がやはり場と機会を提供するというをこれからやっていくということが必要ではないかなということ、地域での取り組みを考えながらやっています。

やはり、駅周辺にまとめなければいけない時代になるだろうと思っています。では残った施設はどうするのかといえば、もう 1 回畑と森に戻せばいいのではないかなと思っています（図表 48）。

あと、遊休資産を活用するというのは大事だろうと思います。例えば七尾市の神野先生の恵寿総合病院の例ですが、商店街のつぶれた和菓子屋さんを改装して小規模多機能にしています。これであればインシヤルコストがかかりません。2030 年、2025 年問題に対応するのに、地

域の遊休施設を使ってやっていくということを 1 つ考えていいのではないかなと思っています。

あと、データに基づいたポピュレーション・アプローチの話をしさせていただきます。行政は集めているデータを有効活用しているのか、という話です。日常生活圏ニーズ調査のところで見た年齢階級別の二次予防対象者の割合です。赤が対象者です。まず見ていただきたいのは、上の「特定高齢者__運動」だけでいいと思いますが、このような分布です。自覚的健康観がとても健康という人たちはほとんど自立しているのです。ところが、あまり健康ではない、不健康という人たちは、ほとんど二次予防の対象者になります。もっと大事なことは、生活保護、それから世帯の所得が低い方たちというのは、ほとんどが二次予防の対象者になっています（図表 49）。

それから、町営住宅に入っている人たちは、二次予防対象者が多くなっています。貧しい人たちが公営住宅にたまってしまって、その人たちが非常に健康状態も悪いし、介護状態も悪いということになっています（図表 50）。

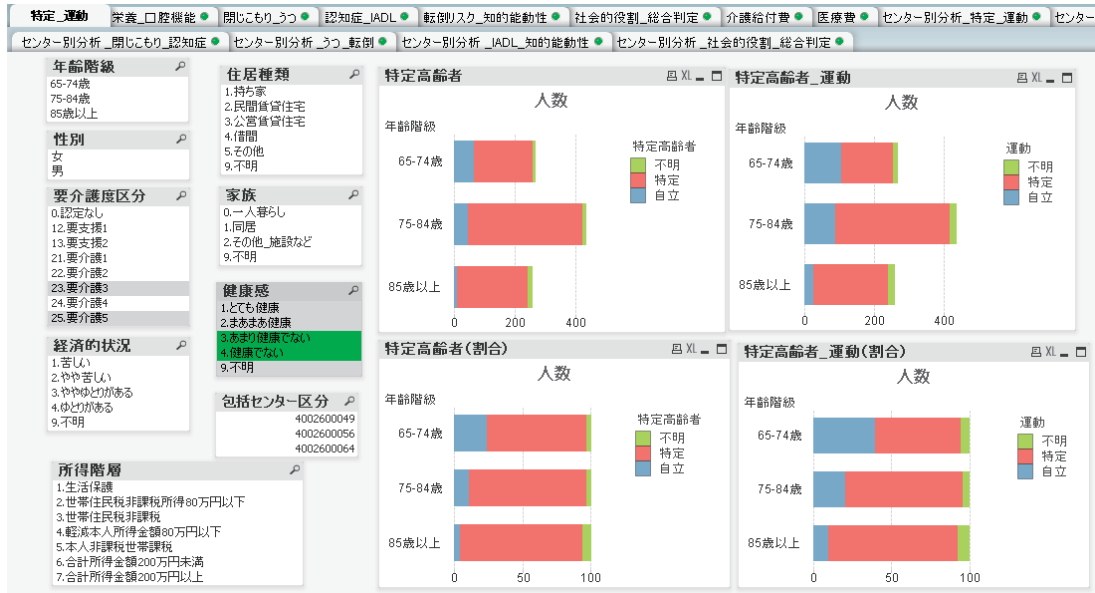
こうした介護と医療の連結分析などいろいろやったのですが、何がわかったかというと、生活保護の人は、介護も医療も使います。それから、世帯課税の世帯の人たちも、医療も介護も使います。国民基礎年金しかもらっていない世帯非課税の人たちは、医療も介護も使っていないのです。要するに、自己負担が払えないから使っていない。この状態が放置されているわけです。彼らは保険料を払っているわけなので、やはりこれを何とかしないとイケないのではないかと思います。まじめに保険料を払っているけれども、自己負担を払えないというレベルの低所得の人たちが、今、医療も介護も使えずにいる。そういう人たちが、公営賃貸住宅にたまってしまっているわけです。

3. まとめ

高齢化の進展によって「新しい」地域ケアの提供体制が求められていると思います（図表 51）。医療度の高い高齢者に対して、看護・介護をどのように一体的に提供していくのか。そのなかで地域包括ケアをどのようにやっていくかということが大事だと思うのですが、やっぱりこの「住まい」の保障をどうするかということがとても重要な課題だろうと思っています。

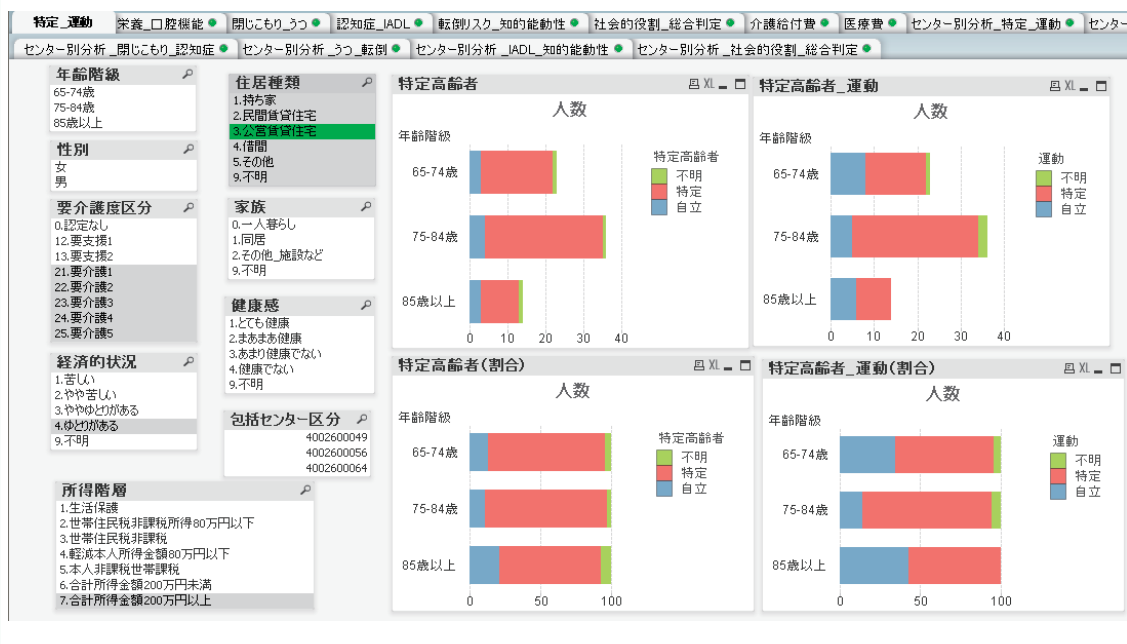
それから地域包括ケアは「ネットワーク」です（図表

日常生活圏域ニーズ調査の結果を用いたハイリスクグループの抽出(3)



図表 49

日常生活圏域ニーズ調査の結果を用いたハイリスクグループの抽出(6)



図表 50

まとめ(1)

- 高齢化の進展により「新しい」地域ケアの提供体制が求められる
 - 医療度の高い高齢者への看護・介護の一体的提供
- 地域医療構想により、医療・介護の機能分化と地域包括ケアが進む
- 地域包括ケアの実現
 - 多様性をいかに計画するか？
 - 「住まい」の保障→「生活することの」保障
 - 高齢者がアクティブで居続けることができる仕組みの工夫

図表 51

まとめ(2)

- 地域包括ケアは「ネットワーク」
- ネットワークは構成する個人・組織に自立性がないと機能しない
- 自立性を機能させるためには「理念」や「街に対する想い」が不可欠
- Ageing in Place そして Active Aged が基本
- 社会システムとしての「コモンズ」の重要性
 - フォーマルセクターによる「インフォーマルサービス」
- 医療の裏付けの重要性

図表 52

52)。でも、やはり一番大事なことは、医療の裏付けのない地域包括ケアというのはあり得ないだろうと思っています。そういう意味で、今回の地域医療構想は、地域包

括ケアを視野に入れて、きちんと議論していただかないといけないのではないかなと思っています。