

一般財団法人 医療関連サービス振興会
第214回 月例セミナー

高齢化を踏まえた医療・介護
サービス供給体制の再構築

平成26年9月22日（月）

講師：国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野
教授 高橋 泰氏

<講師ご略歴>

高橋 泰 氏

国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野 教授

■略歴

1959年 石川県金沢市生まれ(55歳)。

1986年 金沢大学医学部 卒業

東京大学病院 研修医、東京大学医学系大学院 医学博士、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所 客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校 武見フェローを経る。

1997年 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療経営管理学科 教授

2004年 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療経営管理学科 学科長
~08年

2009年 現職。

■所属学会

一般社団法人日本医療経営学会 理事

日本医療・病院管理学会 評議委員

■専門分野

二次医療圏 DB を利用した日本の医療提携体制の再構築、データを活用した病院経営管理、高齢者の機能衰退に応じた提供体制整備など

■著書・論文

「T A I 高齢者ケアプランビジュアル作成 (日経BP社)」1997年

「DPC実践テキスト (じほう)」2006年

「医療と介護の連携のための疾患別ケアマネジメント基礎講座 Vol.1 (日本介護支援専員協会)」2010年 など、他多数

これから、今後日本社会がどのように変化し、その変化に対し、政策は、そして個人はどのように変わらなければならないかを述べていく。

A. どのような視点を持って、今後の変化に対処すべきか

まず、2009年4月のWAM（福祉医療機構の機関誌）に紹介した文章を通して、今後の変化をどのように捉えるべきかの基本的な考え方を示す。

「勘どころ経営講座」（WAM 2009年4月号）

昨今の医療制度改革をふまえた法人運営（1）「大きな流れをつかもう」

国際医療福祉大学医療経営管理学科教授 高橋泰

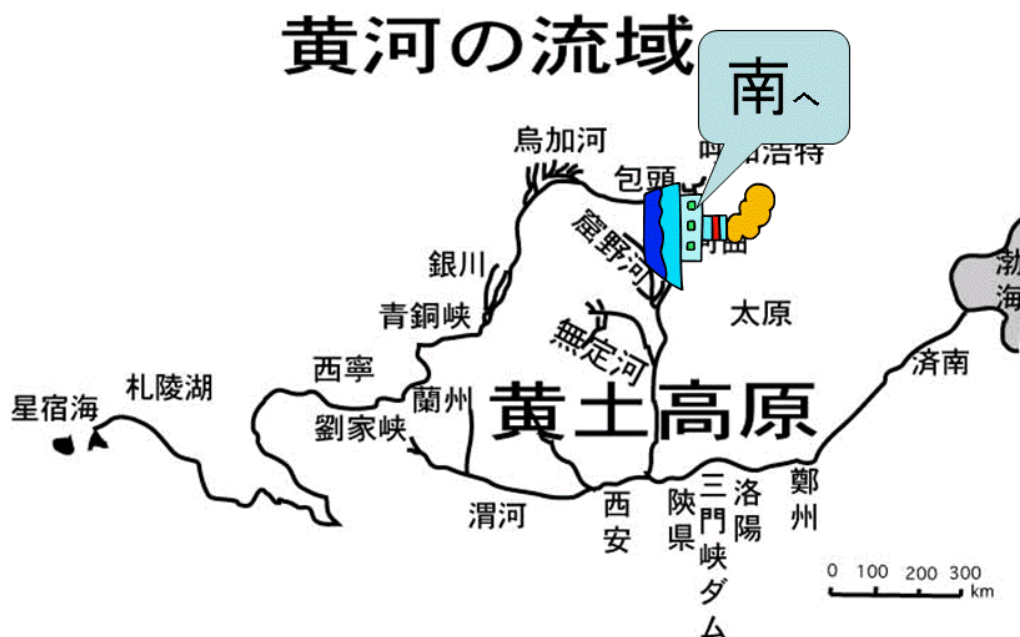
今月号から6回連載で、医療制度改革の動向を踏まえ、病院や関連施設の経営をどのような方向に向かって進めていくべきかを述べる。

まず今回は、医療制度改革の大きな流れの捉え方について述べる。「国は医療制度をどのように変えようとしているか、理解できない」、「医療制度改革の先行きが、全く読めない」という声を、医療関係者からよく耳にする。私は医療制度改革に関する講演を行うことが多いが、その冒頭で、医療制度改革の流れを捉えるのに有用な、船井幸雄先生の「一粒の人生論」という本の中に出てくる中国の大河の話をよく引用する。

（図1）の中の囲みの中の文章を読んだ後、以下の文章を読み進めていただきたい。

中国大陸を流れる二つの大河である揚子江と黄河は、マクロに見れば西から東に流れています。しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

（船井幸雄 著「一粒の人生論」）

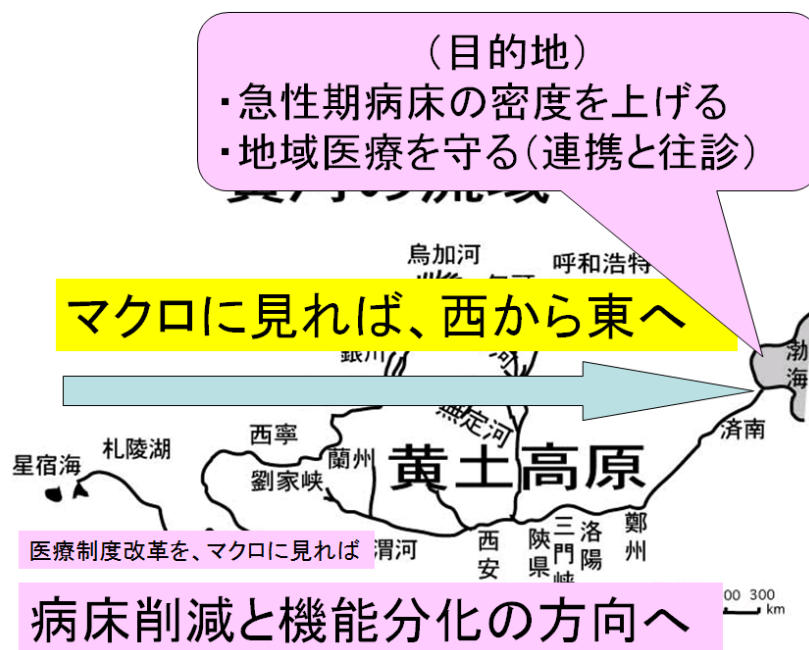


（図1：黄河の流れ）

読者の皆さんが、(図 1)に示す黄河を下る船の船員であると想像してみよう。河の流れる方向がこれだけ大きく変化すれば、皆さんは、船が現在どちらに向かっているかがわからなくなるだろう。ここ数年、医療制度が頻繁に大きく方向性を変えているので、頻繁に蛇行する黄河を進む船の船員が方向を見失うのと同様に、医療の現場が制度改革の方向性を見失いがちになるのも無理はない。

しかしこのような時代こそ、制度がどちらに向かって流れているかをはっきり捉えなければならぬ。中国大陸は西にチベットなどの高い山がそびえ、東に海が広がる。その結果、中国大陸を流れる大河は、西から東に流れることになる。今後の日本社会の変化を考える場合、「西に高山、東に海」という地形の構造に相当するのが「後期高齢者の一時的な急増と、若年人口の長期にわたる大幅な減少」である。また医療や介護を含めた今後の日本の多くの制度は、「東に高山、西に海」という地形の構造に相当する「若年人口の長期減少、後期高齢者の短期激増」という人口構造の変化に沿う形で変化していくだろう。

黄河が西から東に流れているように、医療制度も(図 2)に示すように、「病床削減と機能分化」の方向に向かって流れており、その目的地は、急性期病床の密度を上げ、しっかりとした体制で急性期医療が実施できる体制の確立と、連携・往診を中心とした地域医療を守る体制を築くことになるだろう。



(図 2 : 医療制度改革の方向性と目的地)

日々の診療に追われているとなかなか気付きにくいだが、10年20年のスパンで見ると、これまで確実に病床削減と機能分化の方向に医療制度改革は進んでいる。例えば、平成2年病院は10,096施設をピークに、それ以降減少を続け、平成19年には8,862施設まで減少している。この17年の間に1200を超える施設が、病院の看板を下ろしている。

昨年、銚子市民病院が存続できないということで大騒ぎになった。この時に私は、約1200を超える施設がこれまで無くなっているのに、銚子市民病院のような大きな騒ぎがこれまで

起こらなかったことに気付き、たいへん不思議に思った。なぜこれまで銚子のような騒ぎが起きなかったのだろうか。しばらく考えてたどり着いた結論は、「おそらくこれまでの廃院は、銚子市民病院の場合と異なり、無くなっても銚子市民病院ほどには市民生活に大きな支障が出ないような施設が病院の看板を下ろしてきたからであろう。このようなことが起きていたのは、これまで国が地域の必要性の低い病院のみが病院の看板を降ろすようにする政策誘導を粛々と続けてきたからであろう。」というものである。逆の見方をすると、銚子市民病院は、潰れると市民生活に大きな支障がでる病院が潰れそうになった初めてのケース（厚生労働省の病院数削減政策の初めての明らかな失敗例？）と言えるのかもしれない。

もし厚生労働省が病院数削減政策を行わず、平成2年から病院数が1万を超えた状態が現在まで続いた場合を考えてみよう。この場合、1万を超える病院には、それぞれ医師や看護師が働いているので、現在の状況でも医師不足・看護師不足で悲鳴を上げている地域の基幹的な急性期病院では、現状より数段厳しい医師不足・看護師不足に見舞われているだろう。このように考えると、ほとんどの人が気づかないうちに、千数百の病院を粛々と減らし続けてきたこれまでの国の病床削減政策の進め方は巧妙であり、これまで誰もこの点を取り上げ褒めていないが、実は非常に高く評価されるべきものではないだろうか、この事件を契機に個人的に思い始めるようになった。

また10年スパンで考えると、病院の機能分化も着々と進んでいる。思い返してみると、10年前には医療療養病棟・介護療養用病棟もDPCも存在していなかったのだ。21世紀になってから、一般病床と療養病床が分かれ、介護療養病床の全廃が決まり、急性期を担うDPC病院が普及し、更に地域の基幹病院の選別も始まった。施設の機能分化に関しても、国は粛々かつ巧妙に進めているように思われる。

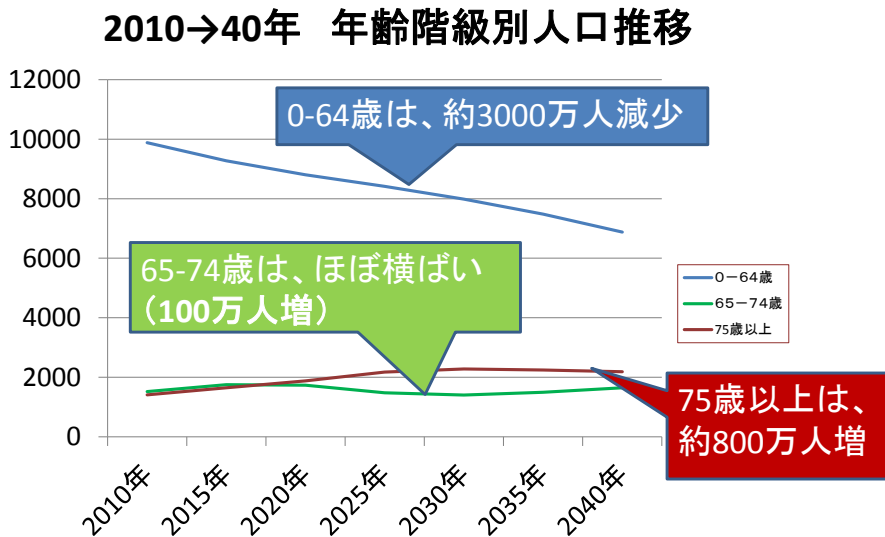
国の政策誘導に従って紹介・逆紹介を推進してきた病院の努力が水泡に帰すような紹介外来加算や急性期入院加算の廃止など、部分的に見れば本来東に向かって流れる黄河が局地的に西に向かって逆流するがごときに思われる診療報酬改定もあったのも事実である。しかしマクロに見れば、医療制度は、西から東へ、すなわち、病床削減と機能分化の方向に向かって確実に流れている。このような10年、20年スパンの大きな流れをつかむことが、経営戦略を考える第一歩であろう。

B.日本の医療福祉の現状と将来予測

次に、「後期高齢者の一時的な急増と、若年人口の長期にわたる大幅な減少」という変化により、わが国が、どのように変化していくかを述べる。

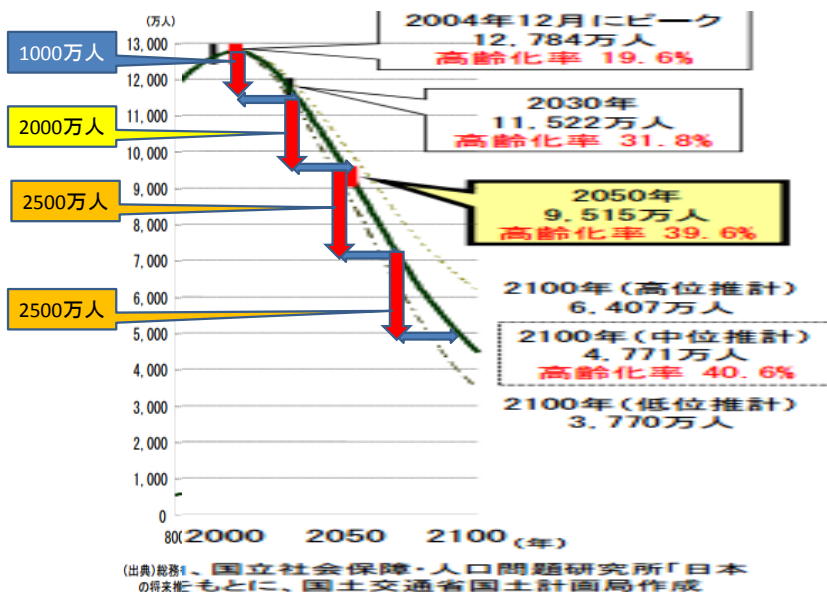
日本全体の人口の推移

以下（図 3）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。今後 30 年、75 歳以上は急増だが、0-64 歳の大幅減で、総人口 2100 万人減少する。



(図 3: 年代別人口推移)

以下の（図 4）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 60 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。



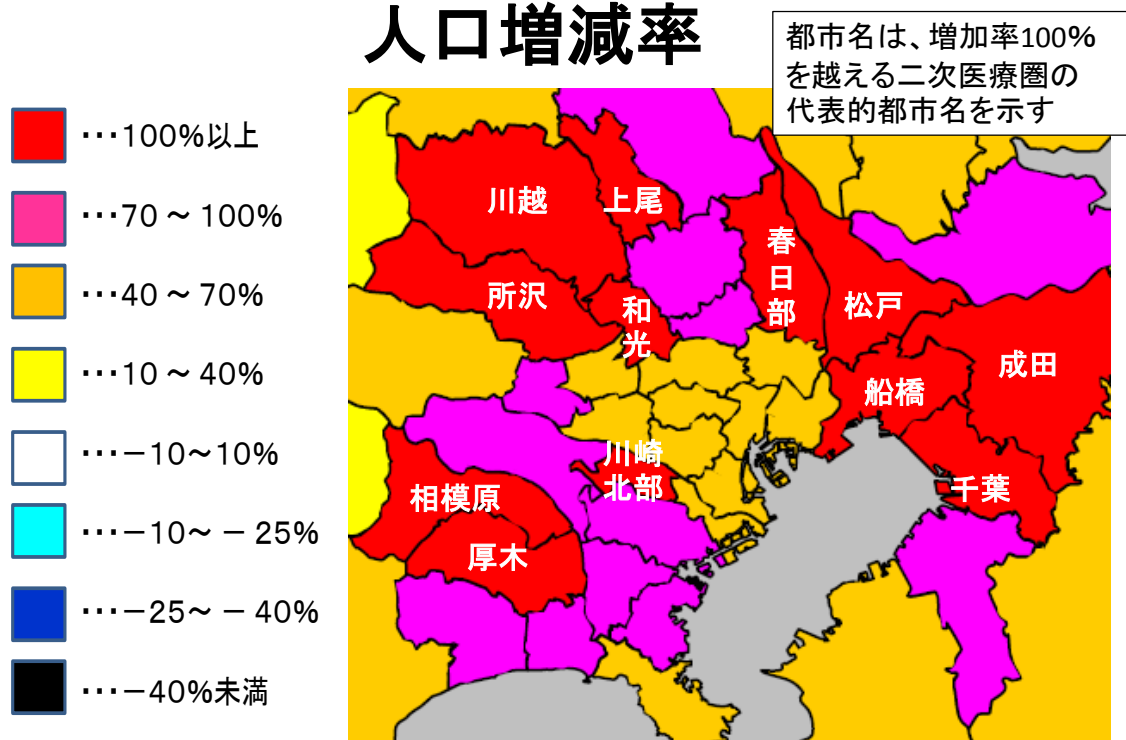
(図 4: 我が国の人口推移)

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ことになった。（図5）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。

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。

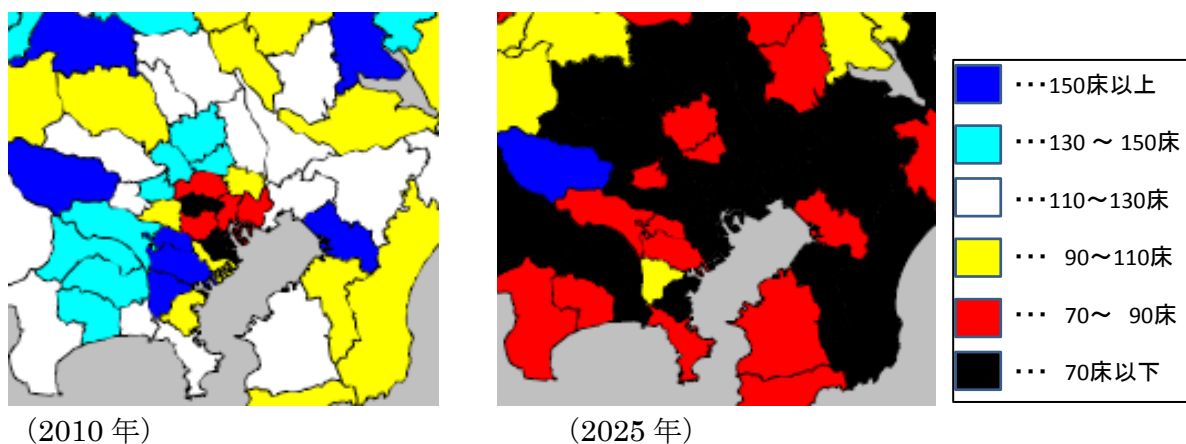
2010→25年東京周辺の75歳以上人口増減率



（図5：2010年→25年の後期高齢者の地域別増加率）

東京は介護がたいへん

次に、東京は介護がたいへんという話を行う。(図6)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6：2010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6)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。

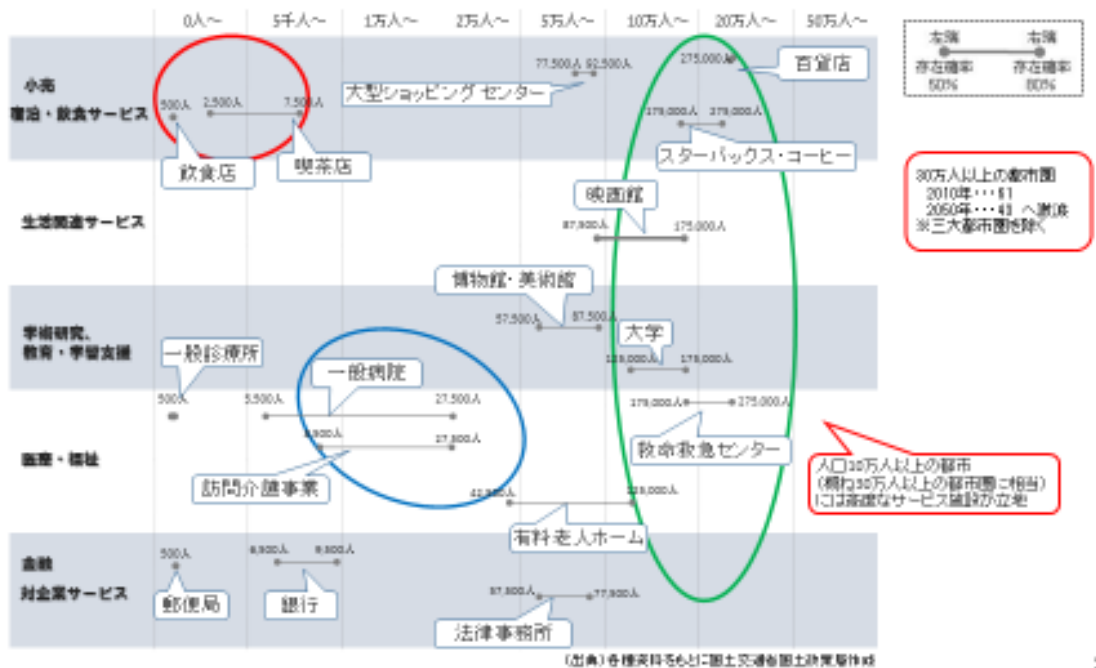
東京周辺の収容能力の高い地域は、今後十数年で後期高齢者の倍増する地域でもある。今後もこれらの地域で後期高齢者対応施設や住居の建設は続くので、2025年の予測図が示すレベルまで低下しないと思われる。しかし、今後の後期高齢者の増加スピードほどには新築が進むとも思えないので、現在のような水色や青色のレベルを保つのも難しいだろう。その結果、周辺部の東京都心からの受け入れ余力が今ほどにはなくなることを予測される。

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。

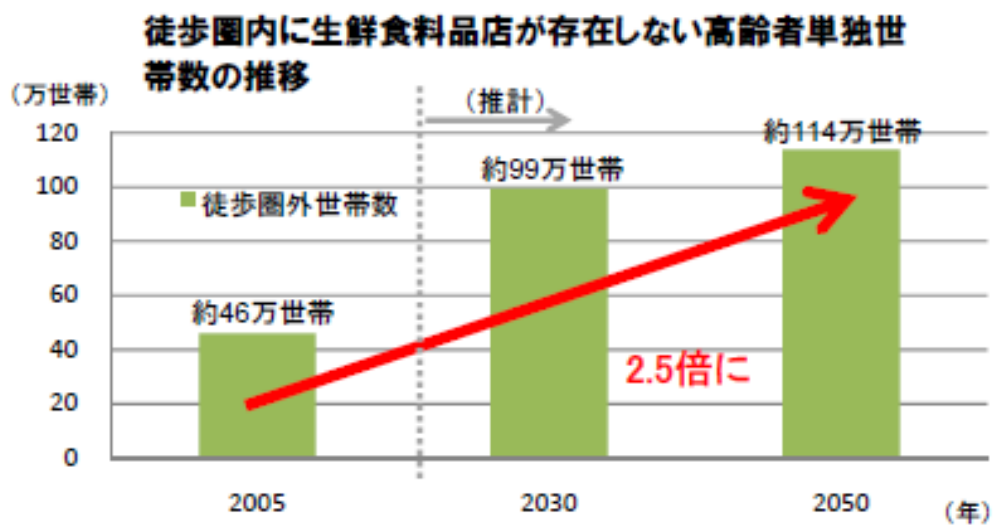
(1) - ② 高次地方都市連合の形成 ~サービス提供機能と雇用の消失~

○一定の規模を維持できない都市圏ではサービス提供機能と雇用[※]が消失するおそれ。
※三大都市圏を除いた地方の雇用・石の比率は5%未満の比率は0%

サービス施設の立地する確率が50%及び60%となる自治体の人口規模(三大都市圏を除く)



生活便利施設へのアクセスが困難な高齢者が急増する。(図8)に示すように、2005年に、徒歩圏内に食料品店が存在しない高齢者単独世帯数が46万であったが、2030年には100万世帯に増加することが予想される。過疎地の高齢者単独世帯をささえるのが、非常に困難になってきている。



(図8：買い物困難高齢者数の推移予測)

日医総研のワーキングペーパーへのアクセス方法



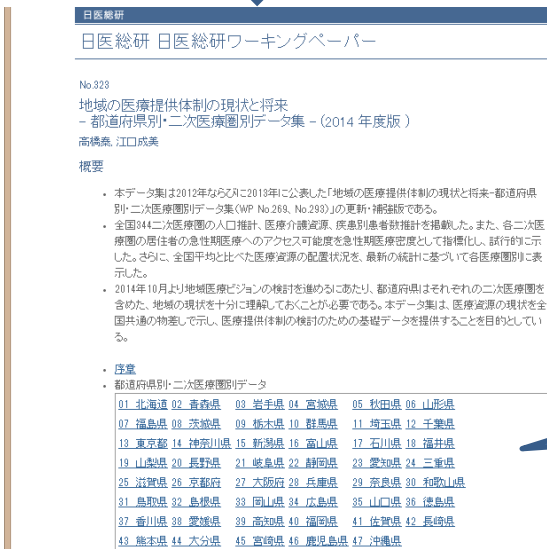
検索エンジンに「日医総研」と入力

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。

C. 国や自治体は何をすべきか

地域ごとに目指すべき医療提供体制とは何か（日経ヘルスケア 8,9月号寄稿）

国際医療福祉大学大学院教授 高橋泰

株式会社ケアレビュー代表取締役 加藤良平

はじめに

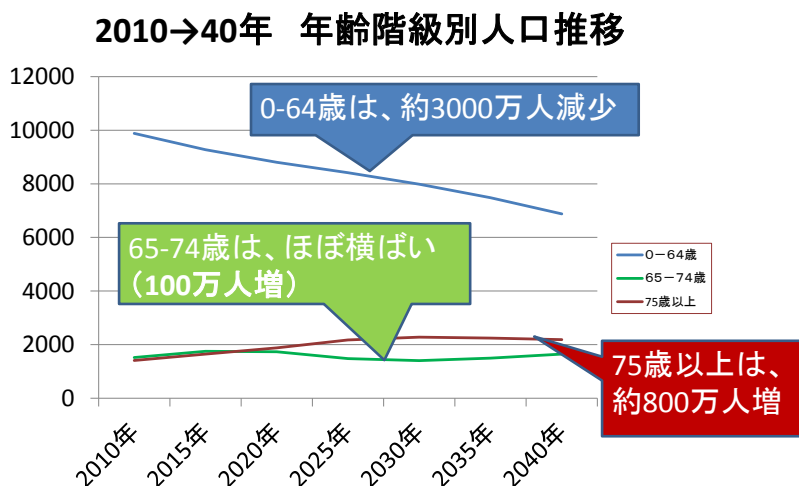
病床機能報告制度がもうすぐ運用され、都道府県ごとに地域医療ビジョンの作成が始まる。今回の小論の目的は、病床機能報告制度および地域医療ビジョンとは、どのような仕組みで、何が目的とするものであるかを明らかにすることと、なぜ、病床機能報告制度や地域医療ビジョンの考えが導入されるようになった社会的背景を紹介することである。

また、国全体では「急性期を減らして亜急性期を増やす方向にある」が、地域によって医療提供体制は大きく異なるため、地域医療ビジョンの実現に向けて、どのような制度改革が必要になっていくかについても考察を加える。

わが国の今後の人口構成の変化

病床機能報告制度や地域医療ビジョンによる医療提供体制の改革が必要になる根底には、わが国の人口構成が、今後劇的に変化し、その変化に対応するよう医療提供体制が変わる必要があるという事情が存在する。

図1のグラフに、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。まず注目すべきは、青線で示された0-64歳人口が毎年100万人ずつ減少することである。この傾向は、少なくとも今世紀末まで続くと予測されている。一方赤線で示された75歳以上人口は、2025年頃まで年間50万人のスピードで急増し、2025年から増加スピードが鈍り、2030年以降横ばいになる。



(図1：2010年から2040年にかけてのわが国の人口階級別人口推移)

我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

この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。

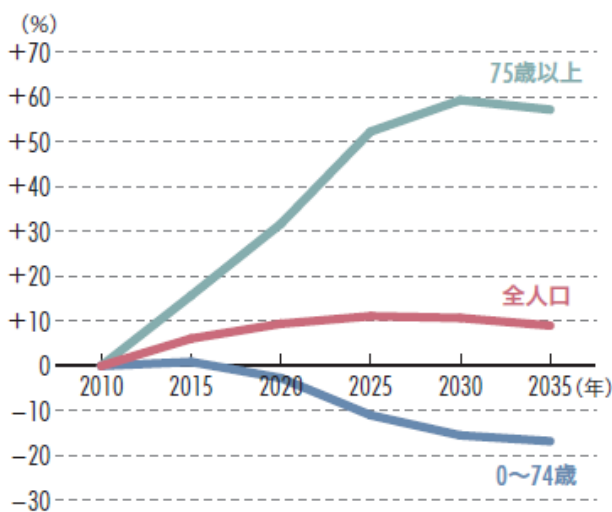
人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。(図2)は、各年代の

使用する一人当たりの医療費は今後も変わらないと仮定し、(図1)のように人口が推移した場合の医療費の推移の予測を、0-74歳と75歳以上に分けて示したグラフである。

真ん中の太い赤線は、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。上の青線は、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。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2：0-74歳と75歳以上医療費将来予測)

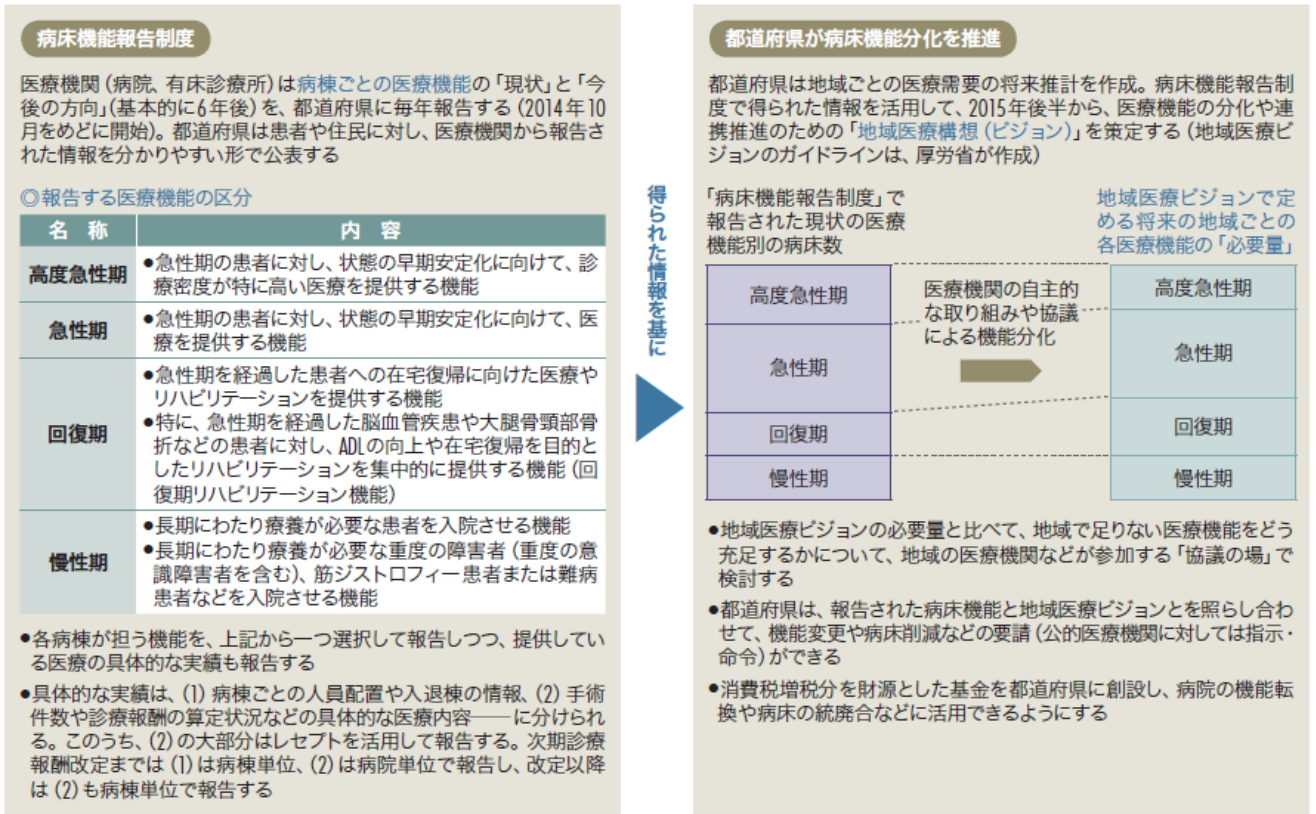
後期高齢者が主に必要とする医療とは

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。

一方、(図2)のグラフの上の青線で示された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度の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。

病床機能報告制度とは、地域医療ビジョンとは

これまで述べてきた人口構造変化に対応する形で医療提供体制を変えていくために国が用意した仕組みが、(表1)に示す病床機能報告制度と地域医療ビジョンと考えられる。



（表 1：病床機能報告制度と地域医療ビジョンの概要）

病床機能報告制度とは、「各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組み（平成 24 年 6 月 15 日 急性期医療に関する作業グループ）」のことである。この制度が始まると、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つのカテゴリーに合わせて、それぞれの病院が、「急性期〇〇床、回復期〇〇床、慢性期〇〇床」という形で自院のベッド数を都道府県に報告することになるだろう。先に述べた従来型の急性期は「高度急性期」「急性期の一部」、生活支援型は「急性期の一部」、「回復期」「慢性期」という対応がつけられる。

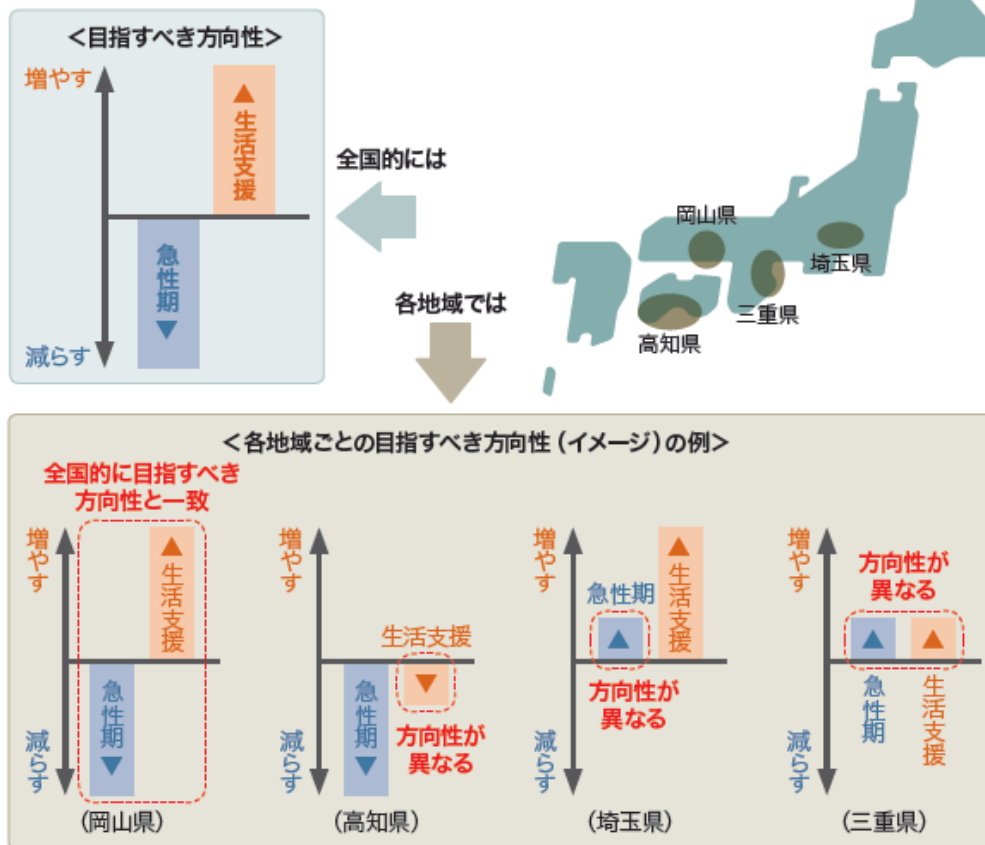
一方、地域医療ビジョンとは、「地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに 医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域ごとのグランドデザイン（平成 24 年 6 月 15 日 急性期医療に関する作業グループ）」のことである。地域医療ビジョン策定するに当たり、まず各地域の将来の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つのカテゴリー別の必要病床数を推定し、その結果を踏まえ、病床区分ごとに基準病床数を設定することになるだろう。地域医療ビジョンは、機能別病床数のコントロールだけが目標ではないが、各病院からの機能別届け出病床数と、機能別の基準病床数との乖離の解消が、地域医療ビジョンの最重要課題になることは間違いない。

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）の左上のグラフに示す。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3)の下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3：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)

地域ごとの病床の過不足感を評価する

地域医療ビジョンが策定される前に、どの都道府県や二次医療圏の急性期病床と生活支援型病床の現在から将来の過不足感を明らかにすることは重要である。それらを明らかにするには各地域の現在の「急性期病床数」と「生活支援型病床数」、および両病床の将来重要見込みが必要となる。

とはいえ、各地域や都道府県の「急性期病床数」や「生活支援型病床数」を示すデータは存在しない。そこで現在(2014年2月)公表されている「一般病床数」を急性期病床の多い少ないの目安をつけるための指標とし、同じく現在公表されている「療養病床数」を生活支援型病床の多い少ないの判断するための指標とし、現在の両病床の過不足感を評価した。また現在(2011年10月)の「一般病床」「療養病床」別、年齢階級別入院患者数を用い、今後も各年代が現在と同様のパターンで入院を行うと仮定し、各地域の人口構成の推移予測を用いて2010年から2040年までの全都道府県、および344個ある全二次医療圏の入院患者数の推計を行った。その推計結果をケアレビュー社が運営するインターネットサイトである

「(病院情報局)」において無償で公開している。興味のある方は、ぜひ病院情報局にアクセスし、集計結果をダウンロードして、参照していただきたい。以下に、その結果の一部を示す。

表2は、全国の推計結果である。まず現在(2014年2月)一般病床が約101万床、療養病床が約33万床、合わせて約134万床あり、また現在(2011年10月)一般病床に約75万人、療養病床に約30万人、合計約104万人が入院し、約79%の病床稼働率であることがわかる。1日当たりの入院患者数は、一般病床も療養病床も増え続け、2025年には一般病床(≒急性期)は約92万人、療養病床(≒生活支援型)は46万人になる。現在の一般病床101万床から2025年の入院患者数92万人を引くと、2025年の病床過不足88300床(余裕)が求められる。

	既存病床数 (2014年、床)	入院患者数 (2011年、人)	1日当たり入院患者数予測(人)							病床過不足(床)	
			2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2040年
一般病床	1,012,956	745,400	745,301	814,794	875,900	924,656	958,245	975,032	975,919	88,300	37,037
療養病床	331,739	299,300	294,286	351,261	407,716	458,189	500,907	535,613	558,223	-126,450	-226,484
合計	1,344,695	1,044,700	1,039,587	1,166,054	1,283,616	1,382,845	1,459,152	1,510,645	1,534,143	-38,150	-189,448

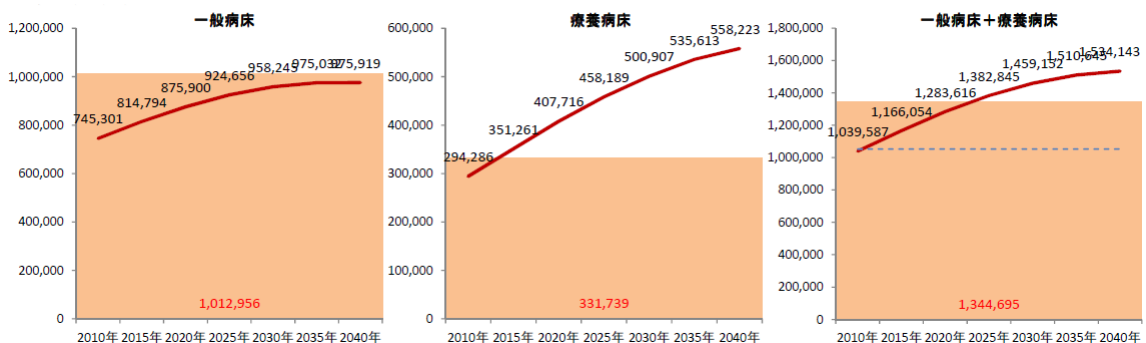
<情報の出典と計算方法>
 既存病床数は、地方厚生局の届け出情報を基にした(2014年2月現在、病院および有床診療所の合計)。人口推計は、国立社会保障・人口問題研究所の「性・年齢階級(5歳毎)別人口推計」を利用。これに「2011年患者調査(病院および有床診療所)」における入院患者受療率の全国平均を掛け合わせて、入院患者数を予測した

表2●地域医療ビジョンでさらに勘案すべき要素

- 「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」という区分に、既存の病床をどう落とし込むか → 各医療機関からの機能の報告を参考に。併せて報告される実績データからもある程度区分可能
- 在宅医療推進や平均在院日数短縮の効果 → 入院医療から在宅医療への移行や、平均在院日数の短縮ができれば、必要病床数は減る。その結果、「不足」から「過剰」に予測が変化することもある。各施策の目標を将来推計に反映させる必要あり
- 都道府県や二次医療圏を超えて移動する患者の影響 → 実態を将来推計に反映するか。高齢者の移動力低下も考慮するか。二次医療圏の見直しも必要に
- 疾患の地域差 → 地域ごとにデータを出して将来需要の推計に反映させる必要あり

(表2：全国の既存病床数、入院患者数、1日当たり入院患者数予測の推移)

(図4)は、上記の結果をグラフに示したものである。肌色で示したエリアは現在の病床数を示し、赤色の曲線は、1日当たり入院患者予測数の推移を表す。左側の一般病床のように赤色の曲線が、肌色のエリアの下にある状況は、一般病床が2040年まで全国的に見れば余裕があることを示している。一方中央の療養病床のように、赤い曲線が2015年以降肌色の上に出ていることは、療養病床が不足することを意味している。



(図4：全国の一般、療養病床別病床数過不足予想推移)

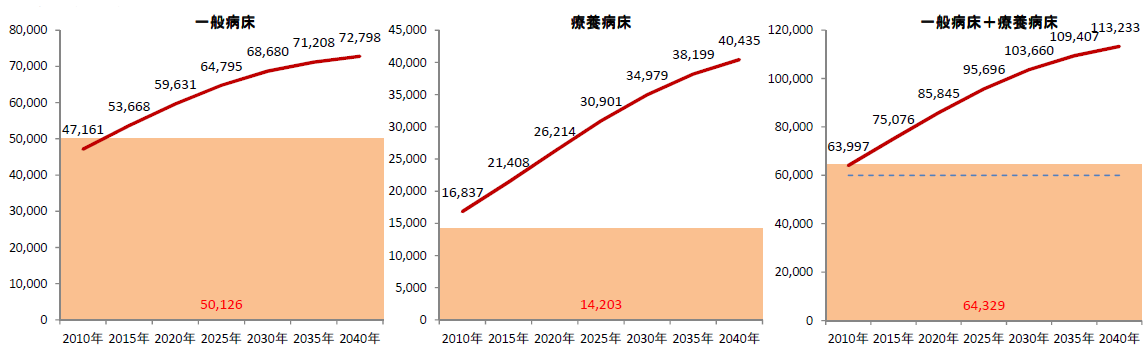
現在の「一般病床」の多くは、今後「高度急性期病床」と「急性期病床」となり、おそら

く平均在位日数は現在よりも相当短くなることが予想される。平均在院日数が例えば 30%短くなると、一般病床への入院患者数も 30%減少することになり、赤色の曲線はより下方に移動する。その結果、一般病床の余裕は、(図 4) の左側の図に示したよりも大きくなることが予想される。また現在の“一般病床”の一部と“療養病床”は、新しい病床区分において「回復期」と「慢性期」の病床に移行するだろう。こちらも平均在院日数が今より短くなることが予測されるので、2015 年以後の不足量は今よりも少ないものになるだろう。よって、一般病床の余裕部分に相当する病床が、「回復期（地域包括ケア支援病棟を含む）」「慢性期」に転換されれば、全国的に見れば必要な病床の提供が可能になると、筆者らは予測している。

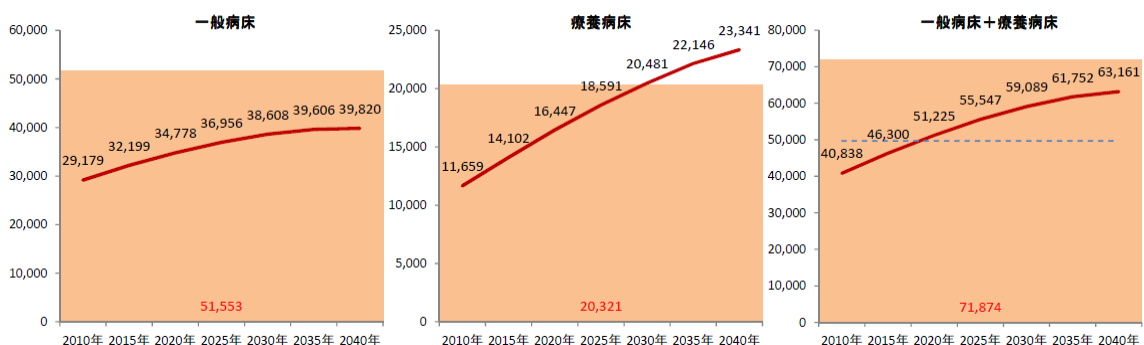
病床の少ない県と多い県の比較

わが国の病床資源の地域格差は大きく、当然将来の病床の過不足においても地域差は大きくなることが予測される。(図 5-1) に、将来病床が不足すると予想される神奈川県的一般、療養病床別病床数過不足予想推移を、(図 5-2) に、将来において病床過剰が予想される福岡県的一般、療養病床別病床数過不足予想推移を示す。

神奈川県(図 5-1) はすでに一般病床も療養病床も不足であり、将来に向けて不足が拡大していくことが予想される。一方福岡県(図 5-2) は、2030 年の時点でも、一般病床も療養病床も余裕がある。このような地域ごとの医療資源量の多寡を全国と比較し、平均よりも高い区分のベッド数を今後減らす政策がいろいろ用意されることが予想される。



(図 5-1 : 神奈川県的一般、療養病床別病床数過不足予想推移)



(図 5-2 : 福岡県的一般、療養病床別病床数過不足予想推移)

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 3) 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 3) 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3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、下の表の右上の徳島県、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ので、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ことで、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。

病床機能報告制度および地域医療ビジョンは、わが国の医療提供体制を、これまでの人口増加社会に対応して作られた医療提供体制を、人口減少型社会に対応した医療提供体制に変える非常に大切な取り組みである。今後各都道府県が将来の地域の実情を反映しつつ、実現可能な計画を作成されることを切に願う。

図5 都道府県別の2025年の病床過不足予測（ケアレビュー社提供、病床過不足データは「余裕」を緑色の濃淡で、「不足」を赤色の濃淡で示した）

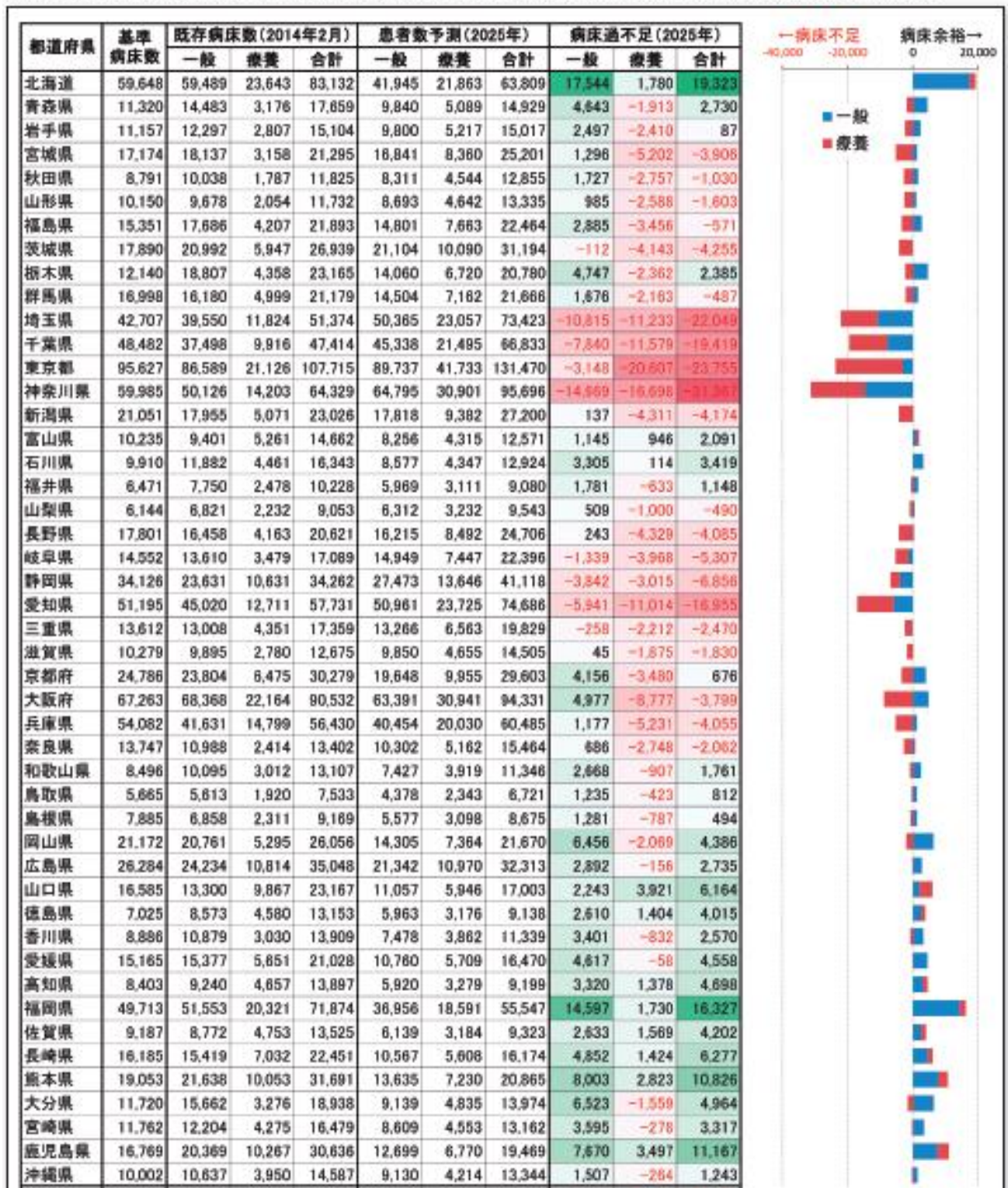


表3：都道府県別の2025年の病床過不足予測

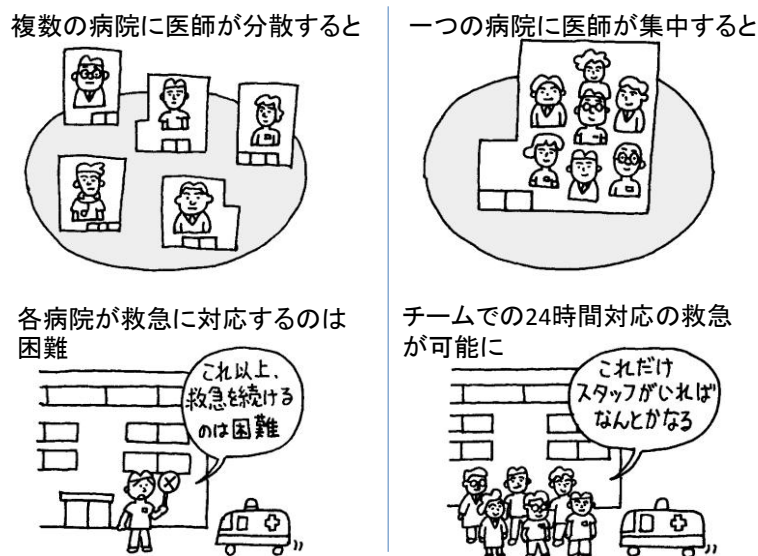
(ケアレビュー社提供、病床過不足データは「余裕」を緑色の濃淡で、「不足」を赤色の濃淡で示した)

地域医療ビジョンを実現する方策

(1) 急性期病床過剰地域での統合やダウン・サイジングや転換などに対する補助金交付

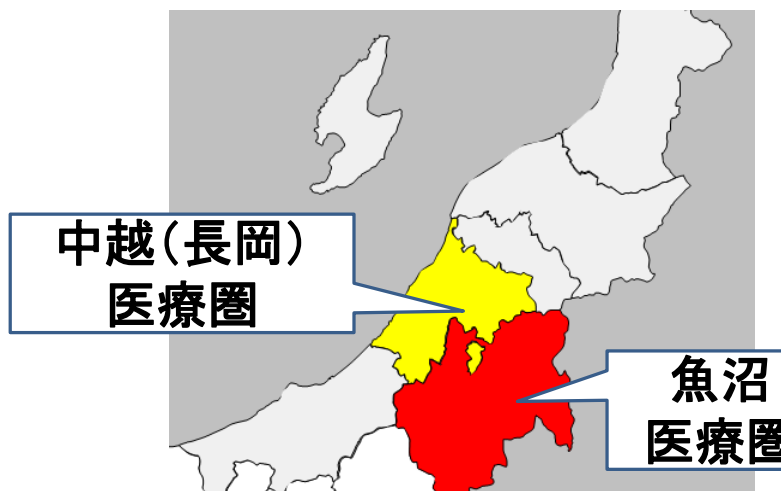
現在急性期を担う病院が複数存在しているが、人口が急速に減少している地域は多い。このような地域では、(図 20) の左上の図に示すように、地域の複数の病院に分散して医師が勤務をしている。それぞれの病院では医師が少なく、救急の対応が難しい。

ここでもし複数の病院の統合し、(図 20) の右上のように1つの病院になったとする。この場合、医師が集中することにより、チームでの対応が可能になり、これまで以上に高度な医療の対応や救急の24時間対応も可能になる。病院の統合は、患者の病院へのアクセスが低下するというデメリットがあるが、医師の集積により高度医療への対応が容易になる、24時間救急の対応が可能になる、地域で過剰な病床の削減やベッドの転換が容易であるなどの大きなメリットがある。



(図 20：病院統合により医師の働き方の変化)

次に、病院統合の例を紹介する。(図 21) に示す新潟県の魚沼医療圏である。魚沼地域における一部の救急医療やがん治療などの高度医療は、これまで長岡地域などに頼らざるを得ない状況であった。



(図 21：魚沼医療圏の位置)

(図 22-1) に魚沼地域の主要病院の名称、位置を示す。この地域には、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院、厚生連魚沼病院、小千谷総合病院という急性期病院がある。ただしこれらの病院はいずれも、高度医療を担うことは難しい状況にある病院である。更にこの地域は人口減少が激しく、将来的には病床過剰になる可能性が高い地域である。また、十日町とゆきぐに大和病院のある浦佐地区を結ぶトンネルが開通する。

この地域では、(図 22-2) に示すように、ゆきぐに大和病院のとなりに魚沼基幹病院を建設、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院の機能を魚沼基幹病院に集中し、それぞれの病院はサテライトとして機能する計画である。また小千谷総合病院の事業を厚生連に事業譲渡する形で、両病院が統合される。

この統廃合計画が予定通り進めば、地域内で高機能医療に対応できるようになる、人口減少に応じた病床削減を実現できるなどの大きなメリットが見込まれる。この地域は、地域が自発的に地域の統合プランを作成し、実行に移っている。

しかし日本の多くの地域が魚沼地域と同様の悩みを抱えているが、なかなか統廃合が進まないのが現状である。そこで統廃合のプランに補助金を付ければ、統廃合が必要だが実際には進まない地域でも補助金が呼び水となり、統廃合が進む可能性が高まる。

このほか、医療法人と公的・公立病院の統合などを実現するために、医療法人のあり方を変える法律の整備も必要と思われる。市町村の平成大合併の時のように、この機会を逃すと、将来統合やダウン・サイジングを行う機会を逸すると多くの医療機関が感じるような工夫が期待される。



(図 22-1 : 魚沼地域の現状)



(図 22-2 : 魚沼地域の病院統合のイメージ)

(2) ネットワーク化 (かかりつけ医と病院、医療・福祉連携など) に対し、

優れた「地域密着型」医療を提供するための「かかりつけ医」と「病院」の連携のモデルを開発する、あるいは多職種連携の課題に対する解決策の抽出、在宅医療従事者の負担軽減の支援、効率的な医療提供のための多職種連携の方法を開発するため、「在宅医療連携拠点事業」のような形で、先進的な事例を財政的に支援することは、医療・福祉を今後の人口減少型社会に適合した医療福祉の提供体制の確立に必要である。

③-2 医療密度の向上を目指した高度急性期病床の認定、

医療の基本は、「従来型急性期」医療であり、人口減少型社会に突入しても必要な量の「従来型急性期」医療を確保していくことは、不可欠である。また高度急性期医療を発展させることは、それを必要とする患者さんに対して提供するためにも、世界の医療の発展に貢献するためにも必要がある。高度急性期医療は、アベノミクス「3本の矢」の1つである成長戦略の中の要の分野として取り上げられ、東南アジアなどの新興国に、日本製の医薬品や医療機器を、医療システムやサービスなどとパッケージにして輸出することなどが期待されている。

ただし、今後高機能医療を対象と思われる年齢の患者人口が減少すること、高度急性期医療の現場が低密度であることを解決する必要がある。人口（患者）減少への対応と医療密度を上げるという2つの課題を同時に対処するには、高機能病院の数を絞込み、更にその病院においてダウン・サイジングを実施することが求められる。高機能病院を認定する今回の医療提供体制改革では、高機能病院を絞込み、ダウン・サイジングを行うラストチャンスであるので、認定の基準決めは極めて重要である。高機能病床を今後認定するときは、例えば、

(1) 高密度な看護基準を認める代わりに、病床の一定割合以上のダウン・サイジングを条件付ける、(2) 入院対象が高機能病床に適合する患者になるように入院患者の条件を設ける、(3) ポスト・アキュート病棟や一般病棟に早期に転棟や転院がなされるように、入院期間のしほりを厳格に設定し、高機能病床が高回転で使用されることを促すなどが必要であろう。

ダウン・サイジングを行わず現状の高機能病床の数を放置しておく、医療は、“需要をつくり出す”ことができるので、0-65歳の需要が減少した分を、90歳の患者にどんどんステントを入れる、あるいは腰の曲がった患者の腰をまっすぐにする手術を行うといった医療が増えることが予想される。

高機能病院は在院日数が短くなるので、病床数を需要減と入院日数の短縮を織り込んだ形で削減しなければならないだろう。高機能病床の受け皿となる亜急性病床を十分に拡充することができるならば、全国的に見れば高機能病床を3割程度は減らすことが可能であろう。

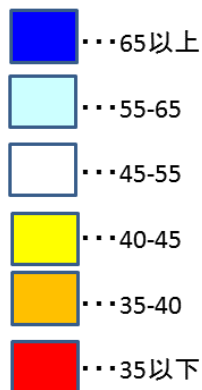
③-3 地域の状況に応じた地域偏在解消策の実施

医師や看護師の偏在に対しては、将来的に医師過剰が予測される地域の医学部の定員を減らし、極端に不足している地域に対し医学部の新設を認めるなど、全国一律ではなく、地域の実情に応じた形で対策を実施することが必要であろう。

地域偏在、特に医師の偏在を解消するには、大幅に医師が不足している埼玉県、千葉県、東北地方などに医学部を新設するのが、有効な対策である。神奈川県などの看護師が極度に不足している地域における看護養成校の新設も同様である。

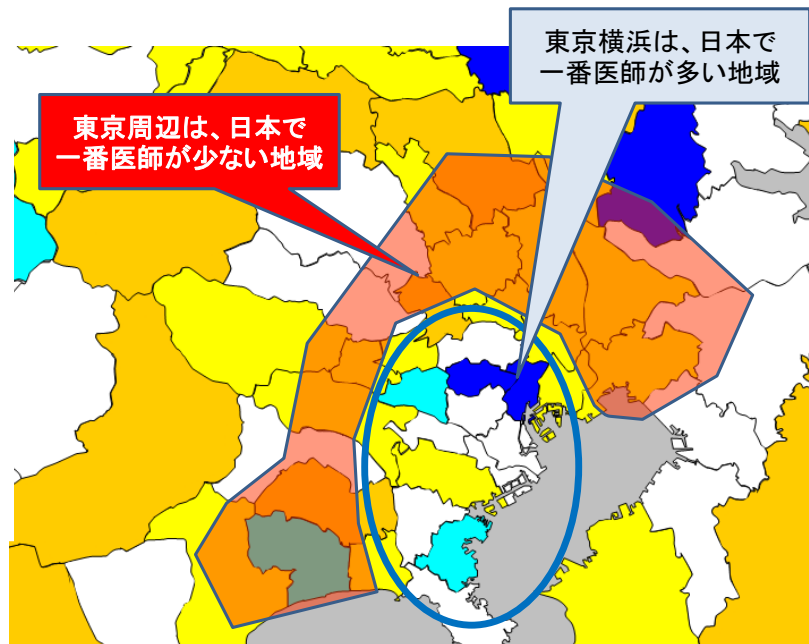
医学部新設は、医師不足対策というより、医師の偏在を解消する手段として考えるべきである。(図23)は、東京および周辺部の首都圏の人口当たりの病院勤務医数を示す。東京、横浜地区は日本で最も病院勤務医数の多い地域であるが、その周辺部は日本で最も病院勤務医数の少ない地域である。この病院勤務医の少ない埼玉県や千葉県に医学部が作られると、その地域に基幹病院が作られ、地域の医療提供体制がかなりの即効性を持って強化される。また新設医学部の教員や大学病院で勤務する医師は、東京や横浜地区の主に医学部や大学病院で勤務する医師が埼玉や千葉に移る可能性が高く、東京横浜地区と周辺部の医師数の地域格差の是正にも役立つ可能性が高い。

人口10万人当り
勤務医数
(偏差値)



全国平均 123.6人
標準偏差 54.6人

人口当たりの病院勤務医数



(図 23：首都圏における二次医療圏ごとの人口当たりの病院勤務医数)

解決策④ 診療報酬改定による解決策

今後行うべき医療提供体制改革では、国民からの理解を得、現場の混乱を避けるためにも、まず地域医療ビジョンにより将来の医療提供体制の大枠を示した上で、次に、診療報酬により患者ニーズに応じた病床数の誘導を行うという手順を大切にすると考える。

具体的には、地域医療ビジョンや補助金による誘導等で医療提供体制改革への道筋をつける政策を先行させた後に、診療報酬において、「地域密着型」の医療を必要とする患者比率の高い一般病棟においては、「従来型急性期」よりも「地域密着型」を選択した方が収益率が高くなるよう配分の見直しを行うというような手順が考えられる。更に、地域ごとの「従来型急性期」と「地域密着型」の過不足に応じて、「従来型急性期」と「地域密着型」の病棟の入院基本料を地域ごとに調整できるような仕組みが診療報酬制度の中に導入されることが望ましい。

今後どのような病床区分が行われるかが不明であるが、「地域密着型」病床に相当する診療報酬の収益率が、「従来型急性期」の病棟を継続した場合の収益率を超えるように診療報酬点数が設定されれば、かなりの数の病院が一般病棟の転換を実施することになるだろう。日本の多くの病院が、どの程度「従来型急性期」病棟から「地域密着型」病棟へ移行するかを判断する決め手は、診療報酬点数であることも忘れてはならない重要なポイントであろう。

D. 病院や施設として、今後どうすべきか

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。

E. 個人として、今後どうすべきか

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。

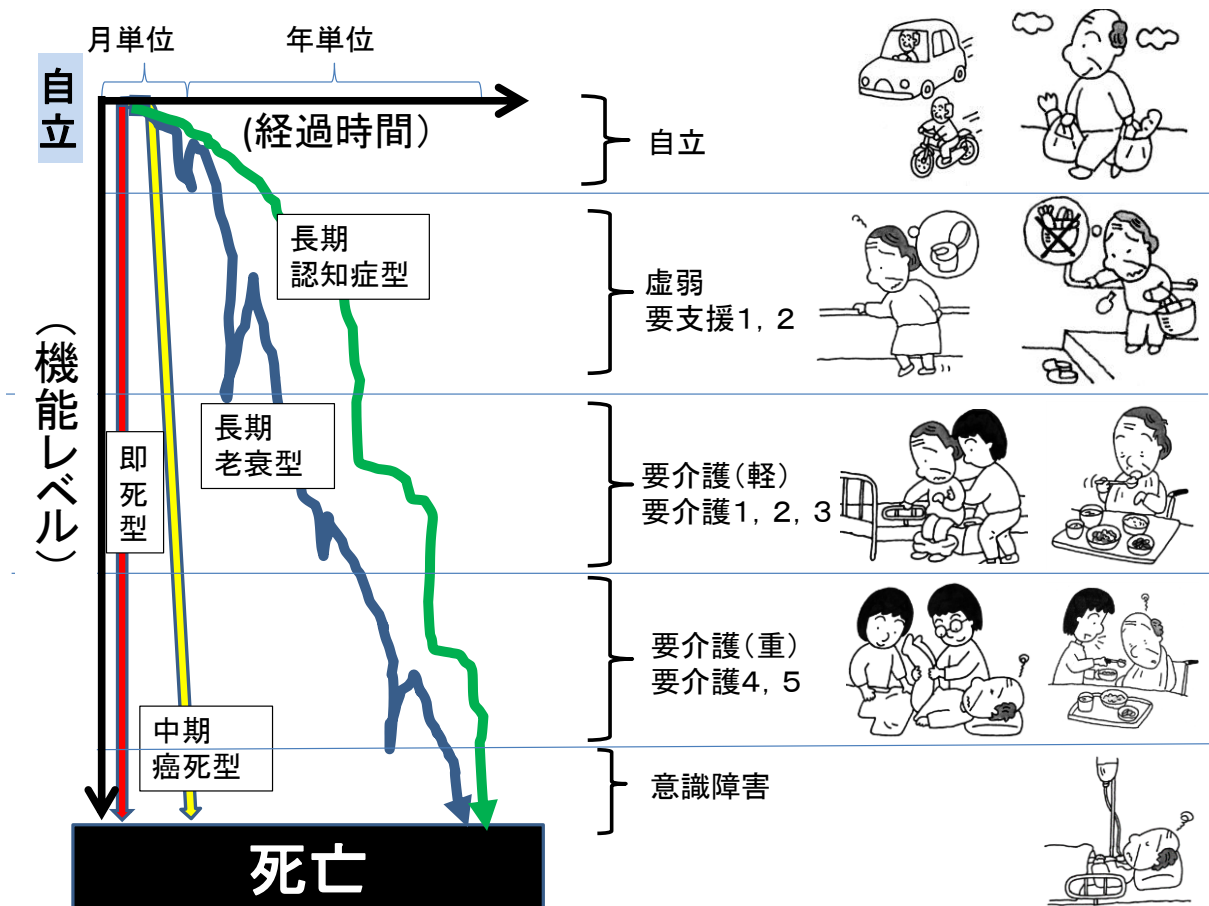
今後の日本社会も、多くの高齢者がこれまで以上に満足でき（少なくともこれまで程度の満足度を保ち）、かつ医療・介護の資源消費量が2/3以下で抑えることができるような環境・技術・死生観の国民への提供を社会全体として目指すべきであろう。

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))

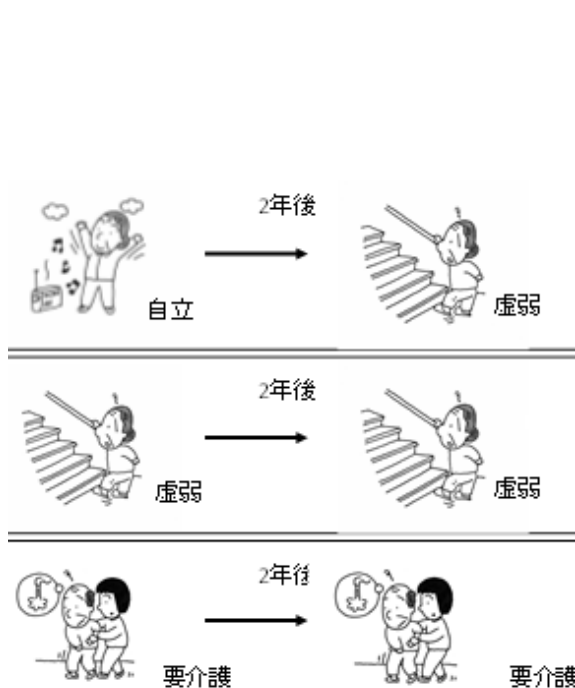
以下に、(1) 虚弱から要介護(重)までの期間における介護サービスの多寡が、機能衰退のプロセスや期間に及ぼす影響と、(2) 意識障害レベルの高齢者に対する胃瘻が人生の質や医療資源の消費量に及ぼす影響を論じた文章を掲載する。

医療・介護の介入が少ないと、何が起きるのか

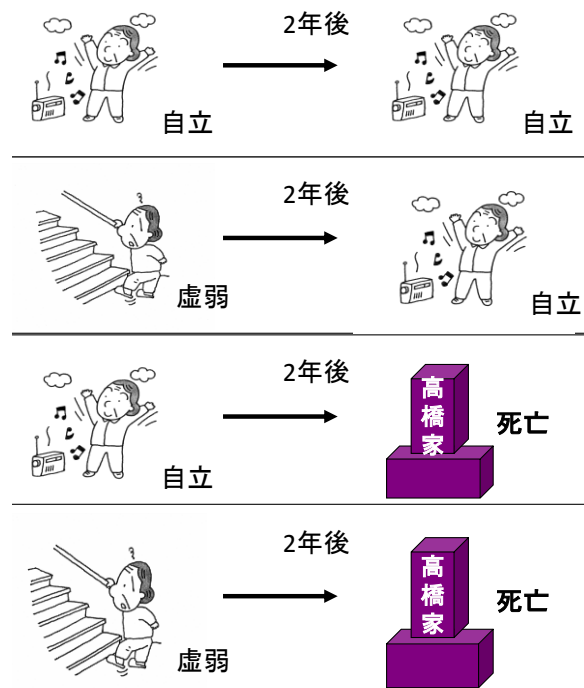
今後一人一人に提供される医療と介護サービスの提供量は減らさざるを得ないだろう。それでは医療や介護の提供量が少なくなると何が起きるのであろうか。筆者は、高齢化率・独居率が比較的 low、医療福祉サービス提供量が非常に多い相良村という地域と、高齢化率・独居率が高く、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島という地域で、人の老い方がどのように違うのかを5年以上にわたり追跡調査を行ったことがある。

(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。

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す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。

今後どうすべきか

2010年と25年を比較すると、後期高齢者が全国的にみれば60%ほど増える。首都圏は100%超の地域も多く、医療も福祉も厳しい状況になる。個人としてどうすればよいか。

まず検討すべきは「移住」であろう。退職間もない夫婦が首都圏から地方都市に移住すると、お金の余裕ができ、夕食のお品数が増え、住居も広くなり、旅行などに行ける余裕が生まれる。入院も施設入所も容易である。受け入れる側も、地域にお金を落とすことで、病院に入院してくれれば、病院勤務者の働き口確保に貢献してくれる。首都圏に残った人から見れば、一人当たりの病院や施設の取り分が増える。送り出す自治体から見ても、たとえ移住先での保険料の面倒を見ても、首都圏に残る場合より、出費が少なくなる。

過疎地でも、生活便利施設へのアクセスが困難な高齢者の場合、運転が難しくなった場合、近隣の歩行で生活ができるエリアに引っ越すことが求められるようになるだろう。

高齢者自身が、無いものねだりになる周囲からの援助を期待せず、自分の機能を低下させる可能性の高い介助を断り、福祉器具や住宅改築などをとことん利用し、ときには進んでリハビリを行い、自分でなんとかやれる期間を長くする努力をすることも有用な対策である。また、社会も高齢者の自立期間を伸ばす努力を徹底的に援助することが必要である。

自分の死に方を人任せにせず、自分で死に方を決めることも重要である。周囲もその意思を尊重して、その方の望むような終末期を実現してあげることが求められよう。

この3つを実践する人が増えれば、おそらく現在後期高齢者に提供されている医療・介護量の1/3程度は減らすことができ、現在のインフラでなんとか急速な高齢化の波を乗り切れることになる。更に個人の老い方・死に方に対する満足度も上がるのではないだろうか。

◎地域包括ケアが寝たきり老人のいない国（北欧）をベースに作られたシステムなので、そもそも寝たきりの高齢者を在宅でケアすることは想定されていない。

— 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 月後抜粋)

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ともいえる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ことがほとんどであり、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ということが予想される。

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、自分で嚥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いる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。

このような状況を回避するため今後取りうる方針は、

方針1) 寝たきり高齢者の多いわが国に実情を考慮し、寝たきり対応が難しい地域包括ケアを放棄し、今までどおり、後期高齢者の増加に応じて**施設や人員を増強**する

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2つの方針が考えられる。

高齢者を支えるべき若年人口の急速な減少し、2020年の東京オリンピックによって最低賃金が上がり、介護の現場に人が集まらないという深刻な状況が出現しつつある。更に、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針1は、遅かれ早かれ破綻する可能性は極めて高い。

それでは方針2)は、どうであろうか。北欧型の老い方・死に方を選択した場合、その人の「QOL (人生の質)」や「QOD (死の質)」が大幅に低下するなら、この選択肢も取り得ないだろう。しかし、現在でも多くの人々が「延命してまで、生き長らえたくない」と言っている。特に実際の延命医療の実情をよく知る医療関係者は、「延命してまで、生き長らえたくない」と言う比率が高い。ということは、北欧型の老い方・死に方を選ぶことは、本人のQOLやQODを下げるというより、むしろ上げる方向に働くということになるだろう。

むしろ問題になるのは、患者の延命を望む家族である。今回の診療報酬改定における在宅復帰の推進に関連する項目の影響により、先にも述べたように、病院において延命処置を継続しながら入院を継続することができないことを十分に説明することが増えるだろう。この病院の変化は、家族から見れば、これまでと異なり、病院や施設に預けての延命が行いにくくなり、親の延命を望む場合、自らその負担を背負い込む可能性が高まることを感じさせるだろう。この変化は、親の自然死を受け入れる家族の比率を高める方向に働かざるを得ない。

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。