

平成22・23年度

医政研究委員会答申

福岡県における医療と介護の在り方

平成24年2月

福岡県医師会医政研究委員会

平成24年2月2日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

医政研究委員会

委員長 村上 吉博

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「福岡県における医療と介護の在り方」（平成22年8月17日付）について、鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を別紙のとおり取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長 村上 吉博

副委員長 藤原 繁

委員 山家 滋

牧 聡

有吉 通泰

武藤公一郎

松田 晋哉

馬場園 明

香月 進

宇野 卓也

舟谷 文男

鍋島 史一

寺澤 正壽

山岡 春夫

瀬戸 裕司

大橋 輝明

目 次

はじめに	1
1. 福岡県の保健・医療・介護行政について	2
2. 福岡県医療費適正化計画と高齢者医療のあり方	4
3. 介護保険制度と地域医療連携について	7
4. 認知症の取り組み－現状と今後の展望－	9
5. 若松地域ケア研究会から学ぶ地域包括ケアの課題	11
6. 介護療養型医療施設の廃止問題について	12
7. 在宅医療の現状と医介連携の将来	14
おわりに	17

はじめに

我が国の社会保障制度を取り巻く状況は大きく変化している。雇用基盤の変化、家族形態の変化、地域基盤の変化、生活・リスク形態の変化に加えて少子高齢化の進展と経済成長の鈍化により社会保障給付費の対 GDP 比が増加している。しかしながら世代間の給付・負担のアンバランス、ニーズの変化に対応したサービスの充実・強化や貧困・困窮者対策、負担の次世代への先送りといった問題は未解決のままである。

このような背景を踏まえ“社会保障・税一体改革成案”がとりまとめられた。医療が目指すべき方向性を整理した「入院・外来・在宅医療について」の中に、今後の目標として「将来、平成 37 年（2025 年）に向けた医療・介護サービス提供体制の構築」、克服すべき課題として「増大する医療ニーズへの対応」「安心した在宅・介護施設生活の保障」を挙げている。その上で今後行われる診療報酬・介護報酬改定の方向性として、医療機関の機能の明確化と連携の強化、医療機関と在宅・介護施設との連携強化、医療提携が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築を挙げている。すなわち医療と介護の連携をどのように構築していくかが、きわめて重要な課題である。

そこで我々は、福岡県における医療・介護の現状を把握し、高齢者医療のあり方や、地域医療連携を考えて行くうえで鍵となる、認知症への取り組みや在宅医療の方向性を検討した。高齢化の進展は歯止めがきかず、平成 37 年いわゆる団塊世代が後期高齢者に達する時には、国民の 3 割が高齢者になると予想されている。とりわけ 75 歳以上の人の割合が高くなると見られていることから、認知症の増加は必至である。こうした現状を踏まえ、認知症の啓発・予防、早期発見・早期対応、ケア、安全の確保など認知症対策の充実を図るためには、医療・介護に係わる多職種の協働によるシステム作りが必要となってくる。

地域医師会が核となり率先して取り組むためにも県医師会としての指針を示さなければならない。一方、在宅へのシフトが進められているなか、その中心となる「在宅療養支援診療所」も十分に機能していない現実を考えるに、在宅患者の受け皿作りも喫緊の課題である。有床診療所や介護療養型医療施設の有効な活用、「在宅療養支援病院」の充実など、厳しい現状ではあるが医師会が智恵を絞るしかない。なぜなら、医療・介護の連携をリードするのは医師において他ならないからである。

1. 福岡県の保健・医療・介護行政について

1) 福岡県の現状について

5年毎に行なわれる国勢調査によると、福岡県の人口は昭和25年（1950年）には353万人であったが、以降増加を続け昭和35年に400万人を超えた。同時期におこった石炭から石油へのエネルギー革命の進行によって一時減少に転じたが、再び増加し平成12年（2000年）には500万人を超え、平成22年（2010年）には507万人となり、60年間で1.44倍になった。ただ平成22年の時点で、人口が増加している地域は福岡地域のみであり、他の地域では人口減となっている。また、世帯数も増加し約211万世帯となり、逆に1世帯当たり人員は減少し2.40人となっており、この60年間で世帯数は2.95倍に、1世帯当たり人員は0.49倍になった。現在世界一となった高齢化が進行していく中で、家庭における介護力の低下が懸念される状況になっている。

団塊の世代が65歳を迎える平成24年（2012年）から、高齢化のスピードが加速されていくが、その進行は地域によって差があり、今現在高齢者の割合が低い地域の増加が著しくなると予想され、福岡地域を中心に高齢者人口は大幅に増加すると推計されている。

2) 保健医療介護部の予算について

平成23年度の保健医療介護部の予算総額は、約2,040億円であり、対前年度1.9%の伸びである。これは部の予算全体の約7割を占める医療及び介護費の県負担分が約64億円（対前年度4.6%）増加したことによるものである。

3) 保健医療行政について

平成21年度における福岡県の一人当たり高齢者医療費は、1,113,796円で、全国で最も高く、全国平均882,118円の1.26倍となっており、平成14年度から8年連続して全国一となっている。医療費を入院、入院外、歯科に分けて全国平均と比較すると、いずれも全国平均を上回っているが、特に入院医療費が高く、全国平均との差の大半を占めている。人口10万人当たりの病床数が多いことなど、医療提供体制が充実していることに加えて、平均在院日数も全国平均と比較して長いことや1人暮らしの高齢者が多いこと、高齢者の就業率が低いことなどの社会的要因が複雑に結びついた結果、一人当たり高齢者医療費が高くなっていると推定される。

高齢者の医療の確保に関する法律の規定により、平成20年4月に福岡県医療費適正化計画が作成されたが、その柱は①健康の保持増進と②医療の効率的な提供の推進であり、これを進めた結果として中長期的に医療費の伸びをおさえるものとなっている。医療の高度化や高齢化の進展によって増えていく医療費の削減を目的するものではない。計画の内容は今まで県行政として取り組んできたものが殆んどで、①の健康の保持増進については、県民の健康を守るために行なうものであり、老人保健制度の健診から変更になった特定健診・特定保健指導の推進とがん検診の受診率向上などに引き続き取り組んでいる。②の医療の効率的な提供の推進については、地域連携クリティカルパスの作成や在宅医療の推進、精神障害者の社会復帰の推進やジェネリック医薬品の普及促進な

どに取り組んでいる。

この計画は県民にとって必要な医療サービスの提供を抑制するものではなく、県としては質の高い医療提供に引き続き努めており、地域医療の核となる地域医療支援病院数は全国一であり、周産期母子医療センターも全国的に見ても充実したものとなっている。

今後、急速に高齢化が進展する中で、県民が望む場所で療養でき、望む場所で最期を迎えるためには、在宅医療の充実が不可欠となっている。県は、平成 22 年度から保健福祉（環境）事務所に、がんや重症神経難病で在宅緩和ケアを希望する患者等が相談できるように「地域在宅医療支援センター」を設置して在宅医療を推進している。この在宅医療に取り組む中で、かかりつけ医を持つ大切さや 24 時間稼働する訪問看護ステーションの重要性が改めて認識された。

4) 介護行政について

高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加と核家族化や女性の社会進出などにより家庭の介護力に頼れなくなった社会状況を受けて、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして平成 12 年 4 月に介護保険制度がスタートした。高齢者の自立支援を理念とし、利用者の選択によるサービス提供を基本とする介護保険は社会保険方式で運営され、財源構成は保険料が 50%で、残りの 50%が公費(国 25%県 12.5%市町村 12.5%)となっている。

福岡県の一人当たりの介護給付費は、全国平均よりも高いがその差は縮小してきており、平成 21 年度では対全国比で 1.1 となっている。また、要介護認定率も対全国比 1.1 となっているが、軽度者（要支援～要介護 1）の認定率が高く、中重度者の認定率は低くなっている。

今後高齢化が進行していく中で、県内の地域バランスを考えながら、保健、医療及び介護施策の充実、強化に努めていく必要がある。

2. 福岡県医療費適正化計画と高齢者医療のあり方

1) 医療費適正化計画について

平成 18 年（2006 年）に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律案」により、高齢者が 2,000 万人を超える平成 37 年（2025 年）に備えるため、生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国が示す基本方針に沿って、国および都道府県が計画期間 5 ヶ年の計画を策定することになった。福岡県でも平成 20 年度より医療費適正化計画が策定され、特定健康診査の実施率 70%以上、特定保健指導の実施率、45%以上、内臓脂肪症候群の該当者及び予備軍の減少率 10%以上、平均在院日数 34.7 日療養病床の病床数 15,550 床（回復期リハ病床を除く 12,980 床）という目標が掲げられた。

現在、特定健診・特定保健指導等、県民の健康保持の推進に関する取り組みが実施されているが、受診率は伸びていない。また、平均在院日数、療養病床の病床数の目標は計画どおりにはいっていない。

高齢化が進行していけば、医療や介護により多くの資源を割かなければならないのは自明であるが、新たな時代の高齢者のニーズに対応した医療や介護のシステムを構築していく必要がある。たとえば、福岡県で老人医療費が高い原因は入院医療費が高いかであることははっきりしており、限られた資源をできるだけ有効に使っていくという考え方も必要である。そのためには医療ニーズを測定、推計、設計していくことは重要であり、電子レセプトが活用されていく可能性が高い。

2) レセプト電子化について

平成 23 年（2011 年）までに原則としてレセプトの電子化が義務化され、これらのデータを用いて、診療の実態に関するデータが医療計画の立案や評価に利用される準備が進行中である。欧米各国や韓国では、電子化されたデータを基に医療計画や医療の質の評価に用いられており、この流れは日本でも避けられない。福岡県での電子化は、2010 年 3 月までに医科 81.7%（病院 97.9%、診療所 76.0%）で、調剤はほぼ 100%である。福岡県で発生するレセプトは月大体 200 万程あり、マスター情報を用いた分析は今後かなり進んでいくと考えられる。

3) レセプトデータベースの利用について

電子レセプトのデータベースを使って、福岡県の高齢者の半年間の入院の実態を把握することを目的として、平成 21 年 4 月に医療機関に入院していた人をコホートとして 6 月間フォローアップして、データを解析した。前期・後期高齢者別、医療機関別、医療圏別レセプト枚数、入院日数、入院請求金額、1 日当たり入院請求金額、診療内容等で調査を行うと、1 日当たりの金額は決して高くなく、1 日当たり入院医療費の分布では 1 万 5,000 円未満及び 2 万 5,000 円未満のグループが多く、経営は非常に厳しい現状があるのではないかと思われた。また、コホートのうち 3 分の 1 は 6 ヶ月以上入院していると推定された。また、精神病院や療養病院は診療行為別にみると、医療行為が少ない状況で入院されている実態が分かる。それはもちろん医療機関が悪いわけではなくて、い

ろいろな歴史的な背景、家族の問題、社会的な問題などが、反映した結果であると思われる。

4) 長期入院と平均在院日数について

医療費適正化計画では平均在院日数の短縮が目的となっている。平成21年4月1日から平成22年3月までのレセプトデータのうち入院に関するものを抽出し、退院日、再入院日、医療機関情報を加えたデータベースを構築した。そして、精神病棟、結核病棟、療養病棟以外を一般病棟とし、一般病棟、療養病棟、精神病棟の3つの病棟区分に層別し、全レセプトを対象とした場合と診療報酬上算定する場合の2通りで、平均在院日数、年間再入院率を算出した。全レセプトを対象とした場合は、一般病棟では平均在院日数は26.2日、年間再入院率は16.9%、療養病棟では平均在院日数は120.7日、年間再入院率は18.8%、精神病棟では平均在院日数は244.3日、年間再入院率は25.2%。診療報酬上算定する場合、一般病棟では平均在院日数は24.0日、年間再入院率は17.5%、療養病棟では平均在院日数は139.7日、年間再入院率は21.9%、精神病棟では平均在院日数は192.8日、年間再入院率は26.1%であった。

現行の平均在院日数の計算で一番大きな問題は、長期入院患者の調査期間以前の在院日数が考慮されないために、医療費適正化のための指標として用いることには問題があると考えていた。そこで、長期入院の実態を明らかにするために、調査期間以前の在院日数を入院日から算定し、レセプト上の診療実日数を加えた在院日数を用いた修正平均在院日数の算定を行い分析した。その結果、全レセプトを対象とした場合の修正平均在院日数は、一般病棟で132.4日、療養病棟で450.5日、精神病棟で2,365.8日、診療報酬上算定する場合、一般病棟で109.8日、療養病棟で546.0日、精神病棟で2,059.9日であった。

長期入院が進んだ原因は、福祉のインフラの遅れが社会的入院を生んでいったと思われる。昭和38年(1963年)に老人福祉法が制定され、初めて社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする政策へと転換が図られたが、高齢者福祉のためのインフラ整備は進まなかった。一方、老人医療費無料化後、病床数が急増することになり、それに伴い、死亡場所が自宅から病院へと変化した。現在、1年に約110万人が亡くなっているが、将来的には170万人以上の方が亡くなるということを考えると、新しい高齢者のケアを構築しなければならない時代に来ている。

5) 長期入院から地域包括ケアへ

適切な入院の必要性は、医学的な必要性和社会的妥当性から判断される。入院の医学的必要性とは、入院でなければできない診療が必要であること、あるいは、急変の可能性があり、注意深い観察が必要であることである。また社会的妥当性では、本人または家族の同意があるか、患者の利益に合致しているか、最後に医療資源の効率的な分配に配慮し、費用効果の高い治療法を選択しているかというものである。長期入院の問題点としては、廃用症候群が進行し、寝たきり度も悪化し、嚥下機能が衰え、生活の質が低下していくことである。

平成 22 年 4 月に公表した地域包括ケア研究会報告書でも、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制を目指している。政府においても在宅やプライマリーケアを重視していく方針は明らかであるが、今後の対策として介護を含めた医療あるいは生活支援を行う複合事業拠点を考える必要がある。しかし、「報告書」は大枠の方向性を示しただけで、具体的な内容は述べられておらず、実用化していくには、いくつかの課題がある。その課題は、①複合事業拠点、②24 時間短期巡回型訪問介護・看護、③高齢者住宅、④予防デイセンター、⑤ボランティア高齢者団体、⑥在宅医療、⑦人材教育である。これらのことについては、欧米の高齢者コミュニティでのケアについて参考になる点がある。

6) 高齢者コミュニティ

欧米には、医療施設が併設されている高齢者コミュニティがある。高齢者にとっては医療アクセスの問題がなく、医療提供者の立場からいえばスケールメリットが活かせ、医療を効率よく提供できる。24 時間コールセンターの設置、訪問介護サービス、訪問看護サービス、医師との密接な連携によるサービスを行っている。例えば、ホームケアの場合、認知症の患者に対しては、患者の生い立ち、若い時の活躍の内容、家族等の情報が書かれたパーソナルポートレイトを入口に貼り、介護者やボランティアが情報を部屋に入ってお世話をするなどの方法により、患者の生活の質の改善を図っている。

7) 新しい高齢者ケアの構築に向けて

高齢者住宅に在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションを併設していくと、高齢者を包括してケアを行うことができる。小規模単独施設でケアを行うのではなく、多くの施設と連携することでスケールメリットを生かすのが鍵である。高齢者の自由と選択を尊重するマネジメントを行いながら、高齢者への資源を公正で効率よく分配することができれば、社会への貢献は計り知れない。スケールメリットにより収入が安定するようになり、スタッフのローテーションもうまく組むことができる。

マズローの 5 段階の欲求では、人間には生理的欲求、安全の欲求、所属の欲求、自尊の欲求、自己実現の欲求があるとされている。今後の高齢者のケアは、疾病・障害の管理も大事だが、これらの欲求に対応する必要がある。どういう医療・介護を受けたいかは本人が選択でき、本人自身が納得したうえで、選択自己決定してケアされるというパラダイムを構築することが求められている。

3. 介護保険制度と地域医療連携について

1) 介護保険制度の理念と仕組みの再確認

介護保険制度の理念は「自立した生活の支援」であり、それを国民連帯（税）、世代間の連帯（2号被保険者の保険料）、そして世代内の連帯（1号被保険者の保険料）で支えるというものである。しかしながら、住民の多くは「保険者＝市町村・広域連合」が「勝手に」保険料を決め、自分たちはそれを「取られている」と考えている。介護保険料は当該地域の被保険者が使ったサービス量に対応して決まるのであるということを住民が理解しない限り、制度の安定的な運営は難しい。

この視点から考えたとき、できるだけ自立した生活が送れるよう被保険者が介護予防的な生活を送ることは介護財政を安定化させるために、そして何よりも生活の質を維持するために重要であると言える。住民がこの認識を持たない限り意味のある介護予防事業を展開することは難しいだろう。

また、有効な介護予防事業を展開するためにはそれを評価するための情報基盤が必要である。どのような高齢者が介護保険を使うようになるのか、そうした高齢者にどのようなサービスを提供することが有効なのかについて、主治医意見書や介護給付のレセプトを分析するための仕組みが必要である。我々が北九州市などで主治医意見書を分析した結果によると、要支援あるいは非該当と判定された虚弱高齢者の多くは膝関節症や腰痛などの筋骨格系疾患による移動障害を持った者であった。このような結果から国の介護予防事業でも運動器機能向上プログラムが導入されることとなった。

しかしながら、マシンを使った予防事業などは参加人数に限界があり、保険者が行う事業としてはその一般性及び妥当性に疑問も出されている。高知市の「いきいき百歳体操」のような地域全体としてのプログラムの展開が必要となっている。

2) 介護と医療の総合的提供体制の必要性

介護保険創設当初は、要介護高齢者の大半は筋骨格系疾患、脳血管障害、認知症の三大傷病を原因として介護サービスを利用していた。しかしながら、制度創設10年を経て多様な疾患で介護保険サービスを利用する高齢者が増加している。我々が医師会のご協力を得て主治医意見書を分析した結果によると、後期高齢者では三大疾患に加えて、悪性腫瘍や心不全、慢性呼吸器疾患など内科的な疾患で介護保険を利用する高齢者が増加していた。これらの疾患は日常的な医学管理を必要とするものであり、医療と介護の総合的サービスを提供する体制が求められる。

また、認知症の問題も深刻になってきている。DPCのデータを用いた分析結果によると、急性期病院でTHR（人工股関節置換術）の手術を受けた高齢者の少なくとも10%に認知症が合併していた。しかも、認知症のある高齢者はない高齢者と同じように術後のリハビリテーションを受けたとしてもADLの改善の度合いが悪く、また在宅復帰率も低かった。このことは急性期医療から慢性期医療、そして介護までを連続的にみる認知症ケアマネジメントの仕組みが必要なことを示している。この意味においても介護と医療との総合的な提供体制の確立が必要となっている。

3) 街づくりの視点の重要性

今後の高齢社会を考えたとき、街づくりの視点、特に安心の保障された住の整備が重要である。日本以外の先進諸国、特にヨーロッパ諸国では住宅政策は社会保障制度の重要な柱の一つになっている。例えば、フランスでは低所得者の生活を保障するために HLM（低家賃公共集合住宅）を国の責任で建設し、またその過程で、高齢者向けの部屋が HLM 内に多く作られてきている。そして、こうした住宅で訪問看護や訪問介護を受けながら、わが国では施設に入所しているのが普通であるような要介護度の高齢者が生活できている。

他方、日本においては住宅の保証は、企業や個人の努力にゆだねられてきた。かつて、終身雇用制度が一般的であった時代、社宅による低家賃住宅の提供と将来の住宅購入のための積み立て支援は企業の福利厚生事業の主要なものであった。しかし、バブル経済の崩壊によりこの前提が大きく崩れることとなった。そして、この住の貧困が高齢社会における社会保障に負の影響を与えている。例えば、わが国の公営住宅のほとんどは障害のある高齢者の居住には配慮されておらず、そのために何らかの ADL 障害が発生すると施設入所に容易に移行してしまう。

我々が福岡県の依頼を受けて、福岡県医師会の協力を得て行った長期入院患者の実態調査結果によると、60 歳以上の高齢者が退院できない理由として、独居、非独居にかかわらず「在宅生活の安心感の不足」が有意な項目として上がっていた。こうした長期入院・長期入所高齢者の ADL 区分及び医療区分が必ずしも重くないことを考えると、少なからぬ数の高齢者が生活の安心を求めて、これらの施設にとどまることを選択しているという実態があると考えられる。医療・介護ケアに加えて、食事や入浴サービス、さらには種々のアクティビティや他の入院・入所者とのコミュニケーションという楽しみを提供してくれる長期療養施設は健康に不安のある高齢者にとって「理想的な住居」である。

このような社会的入院の存在は社会保障財政の適正利用という面で問題であるが、こうした高齢者を単に在宅に移すだけでは問題は解決しない。医療・介護施設が本質的に持っているこの高齢期における安心の保証という機能をより積極的に評価した上で、施策を考えていく必要がある。具体的には医療施設が在宅高齢者の安心の保障を行う地域システムが必要なのである。

4) まとめ

本格的な高齢社会の到来は医療と介護、そして生活を地域で一体的に保障する仕組みを必要とする。その意味でも医師会の果たすべき役割が大きくなっていると考えられる。

4. 認知症の取り組み－現状と今後の展望－

一般的に、認知症の医療と介護には大きく二つの課題がある。一つは発症の予防であり、もう一つは診断・治療と進行の予防である。

発症の予防については、適度な運動と、小食が有効であることや、生活習慣病の予防と治療が大事であることは広く知られている。生活習慣病は動脈硬化症などの血管病変を伴いやすいので、脳血管性認知症の発症に関与していることは周知のとおりであるが、近年新しい知見として耐糖能異常がアルツハイマー病の発症に強く関わっていることもいわれている。また、認知症発症の前段階として軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)という状態像があり、軽度認知障害と診断された患者さんのうち10%の人が1年以内に認知症に移行することも知られている。したがって、認知症を予防するには、運動や小食などの個人でできること以外に、医療として、生活習慣病の治療と予防、軽度認知障害の患者の早期発見、介護予防や場合によっては早期治療につなげる事が必要である。

もう一つの課題である診断・治療および進行の予防の中でもっとも大事なのは診断である。鑑別診断として、いわゆる治療可能な認知症といわれる慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症などの頭蓋内病変や、内分泌代謝疾患、うつ病などの精神疾患がある。これらの疾患を除外する事が診断の最初のステップになる。認知症の下位診断としてほぼ半数を占めるアルツハイマー病のほか脳血管性認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症があり、これらで、認知症のほぼ90%をカバーする。診断基準はその人の通常状態からの認知機能の低下であるので、問診がもっとも大事であり、長谷川式などの心理テストやCTのほかMRI、PET、SPECTなどの画像診断は診断補助になる。これらを一度にこなせる施設は限られているため、かかりつけ医を窓口にして、画像診断設備をもち身体的治療を行う医療機関や専門病院あるいは認知症医療センターなどの地域医療連携のなかで、重層的に診断が行われる事が望ましい。認知症の治療では、基本的に高齢者であることから、地域のかかりつけ医などで、身体疾患の治療をすでに受けていて、認知症が疑われるときに身体疾患の治療と並行して認知症の診断・治療へと進んでいける事が大事である。身体疾患で入院治療を行っている最中に認知症が気づかれることも多いが、身体疾患の治療が終われば介護施設に送られるケースが間々あり、このようなケースでは、認知症の治療が乏しいまま介護のみが提供され、重症化しやすいことに注意が必要である。

また、認知症の経過のなかで、40%から90%に見られるといわれる行動心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)は、精神科医療機関で治療可能だが、身体的な治療が十分に行えるとは限らず、身体疾患の治療も並行して行う必要性があるため、いずれにしても地域連携が必要になってくる。

福岡県は2つの政令指定都市とその周辺の人口密集地域がある一方、山間部も多く人口密度や高齢化率に地域差がある。さらに認知症への取り組みは医療・行政・介護・住民などすべてにおいて地域差が大きい。疫学的に見ると、総人口500万、高齢者人口は約100万人とすると、すでに認知症が発症している人は10万人、MCIの状態にある人が30万人、そのうち毎年3万人が新たに認知症を発症していることになる。また、認知症の経過

中一度でも BPSD が併発する人は 4 万から 9 万人である。これに対処していくには、発症予防と診断、さらには認知症のある患者さんを対象とした治療と介護という二つの課題を同時にこなしていくことが必要になる。それには最も患者さんの身近にいるかかりつけ医を窓口として、詳細な診断が必要なケースや問題ケースは認知症サポート医や専門医療機関がバックアップし、かかりつけ医が継続的な治療ができるシステムを地域で構築する必要がある。しかし、この地域連携システムで適切な診断と治療がなされても、介護面で患者さんへの対応を含めた生活環境が患者さんの負担を強いるようなものであれば、BPSD が発症しやすいし、進行も早くなるであろう。介護施設、特に最近急増している高齢者専用住宅やグループホームなどにおいてもハード面だけではなく人的な介護の質についても一定の質の担保が必要である。一方、それぞれの行政区においては認知症に対する温度差もある。

北九州市や大牟田市などの先行事例に続いて福岡市でも認知症の地域医療の取り組みをはじめている。これら単独の行政区と単独の医師会の協力関係になっているところだけではなく、4 市 1 町という複数の行政区からなる筑紫地区でも、認知症の早期発見と早期治療を目的として「ものわすれ相談事業」が始まっている。この事業は互いに顔の見える地域の専門家集団としての医師会が扇の要になり、温度差のある行政区をまとめ、手上げ方式で「ものわすれ相談医」を募集し、医師会から認証を発行し、毎年の認証更新の勉強会参加を義務付ける。ものわすれ相談医は通常の保険診療で初期診断と初期治療、継続的な治療を行う。そのバックアップ医療機関としてサポート医や総合病院、神経内科専門病院、福岡県認知症医療センターを配置したものである。このシステムでは行政は「ものわすれ相談医」の名簿の広報と、医師会に設置された認知症委員会の協力で認知症の地域での啓発を行う役割を担っている。

超高齢化時代を迎える福岡県において、地域の事情に精通している地区医師会は、多様な専門性を持つ会員という資源を活用してその地域にあった認知症の医療連携システムを構築し、さらに介護の質までも監視し、引っ張っていくことも可能ではないかと思われる。一方、認知症はそれだけで死に至る疾患ではないこともあり、認知症の医療と介護を考えるときには認知症を持つ患者さんの QOL をどのように考えるかという問題が根底にあるので治療の意思決定に患者さんないしその家族が参加する事が必要である。また、自分で認知症を疑いながら医療機関に受診する人は 10%にも満たないといわれている。したがって「認知症は発症と進行を予防する疾患であり、そのためには早期発見・早期治療が必要である」ということを住民へ啓発することは大きな意義がある。これには、行政だけではなく、当事者である認知症家族の会をはじめとする住民の健全な力も資源として活用していくことも有用ではないかと思われる。

5. 若松地域ケア研究会から学ぶ地域包括ケアの課題

医療と介護福祉の連携が今程問われている時はない。日本の医療現場では、制度が未整備の時代から開業医活動をとおして自然発生的に地域密着型の連携が行われていた。残念ながら、その連携の「かたち」が組織だったモノでなかったために、平成12年（2000年）の介護保険制度の施行に併せ医療と介護の接点部分に矛盾が噴出し、今でも多くの地域現場で問題を抱えたままの状況が続いている。主治医と介護支援専門員（ケアマネ）との関係性はその端的な例である。平成24年（2012年）4月からは、診療報酬と介護報酬の同時改定に伴い、在宅を場とする地域包括ケアが重点整備される方向が喧伝されているが、いつでも、どこでも、誰でも、個別性を重視したよりよいケアを提供する具体的なシナリオ整備が命題である。

換言すれば、地域医療活動のこれからは、厚労省が示すガイドラインを鵜呑みにするのではなく、むしろ過去の地域医師会の先駆的な取り組みを検証し、現場の視点から「医療と介護の在り方」の検討を第1歩とすることが求められている。この社会的命題に対し、地域と一体となって強力なリーダーシップを発揮してきている代表例として若松区医師会の取り組みを紹介する。

若松区医師会における地域活動の最大の特徴は、地域社会の最前線で保健・医療・福祉・教育という幅広いセーフティネットに関わる実務者のみならず一般市民やボランティア関係者等が、毎月一堂に会して情報交換を行い、議論し、勉強する場として設定された「若松区地域ケア研究会」の運営を主導していることである。研究会の特徴の第1点は、まず毎回のテーマ企画に当たって、事務局をつとめている若松区役所のスタッフが相談業務をとおして遭遇した問題事例や地域で頻発する深刻で早急に対処すべき実務上の問題を整理し、参加者に提示することが挙げられる。第2点目は、参加者は具体的な解決策を論議し、意見集約の中で共通理解すべき今後の指針や類似例に当たったときの対処法を、自分なりに学習出来ることであろう。しかも、極力専門用語を利用しないで説明をし、また、意見を述べる工夫がされていることがあげられる。第3点目は、ここで討議され問題解決型の意見としてまとめられた結果は、若松あんしんネットワークのシステム部会あるいは地域部会に提言され、そこでの論議を経て、地域の具体的な取り組みとして動き出す仕組みとなっており、空理空論で決して終わらせないことを原則としている点であろう。

なお、平成24年（2012年）4月開始予定の高齢者の在宅療養を保障する地域包括ケアに対応することが今後の試金石となるが、この地域ケア研究会で具体的な課題整理が行われ、若松あんしんネットの一部を構成することになるものと考えられる。今後、高齢者の医療や生活支援ニーズを客観的に捉え、その結果を基に最適なサービスを展開するには、老人の生活の場の基盤である地域社会、さらに在宅療養の根幹ともなる家族関係を重視した整理が要点である。その上で、かかりつけ医師の選任、訪問看護体制の確立、介護サービスチームの組織化および看護・介護サービス従事者の育成確保、連携情報システムの整備等の事項が、最優先課題といえる。

6. 介護療養型医療施設の廃止問題について

平成 18 年（2006 年）10 月に十分な議論がなされないまま一方的に決定された介護療養型医療施設の廃止の問題を考えてみたい。4 年半にわたる廃止反対運動の結果、介護療養型医療施設の廃止を平成 24 年（2012 年）3 月末から 6 年間延期することを盛り込んだ「介護保険法などを一部改正する法律案」が現在国会で審議中である。廃止の理由は社会的入院をなくし、医療が必要な人は医療病床で、医療よりもむしろ介護を必要とする人は老人保健施設等の介護施設で対応することにより、医療費も削減されるという大義名分であった。

しかし介護保険発足当初より介護療養型医療施設には介護保険から報酬が支払われており、廃止の本音はより安価な介護施設への転換を促すものであった。介護療養型老人保健施設（以下「転換老健」という）では、当初介護報酬が 1 床あたり約 8 万円の大幅な減額が行われた。これは 100 床あたり年間 8,000 万円の減収になるが、病院の利益の減少と減員する医師 2 人分の人件費で補える計算が行われていたようである。しかし、この減額はかつて経験したことのない大幅なもので現場の努力で対応できる範囲を越えていた。今まで、地域住民の期待に応え信頼されて提供していた医療、看護、介護の質を低下させずに維持することは不可能である。

前回の介護報酬改定で 約 2.5 万円報酬が上げられ約 5.5 万円の減額に緩和されたが当初提示された 1 床あたり 8 万円の減額があまりに衝撃的であった為に、介護療養型医療施設の結束が固まり反対運動へ繋がったのである。医師の数が 100 床あたり 3 人から 1 人+α に減らされたことによって、24 時間の医師配置ができなくなり十分な診療機能も保持できなくなった。介護療養型医療施設では入院患者の平均要介護度は 4.38 であり、重介護者は医療要求度が高い場合が多く、全体の 2 割から 4 割の方を年間で看取っている。これは 24 時間対応可能な診療機能を保持しているために出来る事である。医師の数が減らされた転換老健では利用者の 53%が入所中に容態に変化をきたし医療機関に入院する逆戻り現象が生じている。又、医師が土日および夜間不在となり、看護、介護職の人も減らした施設では診られない高齢者が多く存在している。転換老健は、厚労省が説明していた看取りができる施設とは大きくかけ離れている。

地域の医療機関との密な連携が必要とされているが、この事は地域の医療機関との連携が十分に機能していないことの表れである。

在宅での看取りを支援する為の在宅療養支援診療所は、平成 22 年 7 月現在 11,879 箇所あるがそのうち半数以上の 6,046 箇所の機関が過去 1 年間 1 名も看取りを行っていない。さらに過去 1 年、在宅医療を提供していない機関が 1,218 箇所ある。転換老健が近隣の診療所と連携して医療を外部から導入しようとしても、在宅療養支援診療所が十分に機能していない現状において、極めて困難である。利用者は安心して療養できると思って施設を利用するが、半数以上が病院送りになり、迷惑であり、悲惨である。在宅療養支援診療所の機能強化を図る必要があるその為には地域の在宅療養支援病院を増やす必要がある。施設基準の当直医以外の往診医の確保や、空きベッドの確保などについて検討が求められる。

平成18年4月から平成22年3月までの福岡県下の転換状況は、20,906床のうち17,765床が医療療養病床に転換している。医療療養病床は月に約49万円かかるが、介護療養型医療施設では要介護5で月約42万である。介護療養型医療施設の方が社会コストは安く、医療区分を重くしない方向にインセンティブが働き、認知症患者利用に対する評価があり、認知症と身体的疾患を併せ持つ利用者に相応しい。又、介護保険の身体拘束廃止規定の適用を受ける為、拘束医療回避への義務を負いケアプランに基づく医療が義務付けられておりチーム医療を実施している。介護療養型医療施設で要介護5の利用者に行っているサービスを外部サービスに換算すると100万円を越える。

中部地方のある寝たきり高専賃では特定疾患や要介護度4～5で経口摂取できる人は受け入れておらず、経管栄養の利用者のみを対象にしている。昼間はヘルパー2人・看護師1人、夜はヘルパー1人・看護師1人が常駐しているが介護保険の利用申請上は外部の訪問看護・訪問介護が入った形を取っている。在宅での介護保険の利用限度額は要介護4で306,000円、要介護5で358,300円である。今後サービス付き高齢者住宅などの居住系サービスの充実が一層図られるが、要介護度4～5のような重介護者に対しこの限度額で十分な介護サービスが提供できるはずがなく、一人ひとりの人間性を尊重した個別ケアは不可能である。介護者のいない重介護者は介護、看護を内包した特養や、介護療養型医療施設での対応が求められる。在宅医療連携拠点（連携拠点）のモデル事業が6月から始動することが決定した。

モデル事業では、連携拠点の設置によって多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものである。切れ目のない在宅医療、介護ネットワークが地域で構築されないかぎり、重介護、要医療者に対する看取りが可能な外部医療サービスの十分な提供は困難である。地域の人々が安心して、人間らしい終末期を迎えるためにも、現在全国にある8万5千床の介護療養型医療施設の存続を求めながら、在宅医療の更なる進展を期待する。

7. 在宅医療の現状と医介連携の将来

1) なぜ在宅看取りの増加が予想されるのか？

救急を中心とした医療技術の発展と核家族化、超高齢化を背景として在宅死比率は30年前の約三分の一の16%に減少する一方、総死亡数は今後相当の増加が見込まれる。その中で福岡県における在宅看取り数（自宅、介護施設等を含む）は年間5千名余り、全死亡数の11%強で、全都道府県中46位である。

一方、療養病床再編政策で介護療養型医療施設、有床診療所などこれまで高齢者医療を受け止めてきた地域の医療資源が先細りとなり、急性期医療への負担がかつてないほど大きくなっている。臨床研修制度「改革」の影響下の病院勤務医が置かれている厳しい環境を考えると病院死が大幅に増加することは想定できず、結果として在宅看取りが増加することは不可避であろう。

2) 在宅医療の数を追い求めて質を問わないと地域医療に何が起こるか？

社会保障・税一体改革の名の下での医療費削減策が懸念される中で、在宅医療を支える「在宅かかりつけ医」の機能強化は社会的急務といえる。注意しなければならないことは在宅医療の本質はいかにして日々の生活の質を豊かなものにするか、であり、看取りの増加が介護・医療難民によるものであってはならない。しかし不用意な在宅シフトが過度に行われた場合、地域医療はたちまち危機に瀕することとなる。

例えば認知症等の精神疾患を合併した患者の精神科救急（身体合併症への救急対応を含む）に対し、現状では行政を始めとした組織的支援も、診療報酬上の評価も立ち後れており、既に救急の現場は振り回されている。また在宅看取りに関連して23年1月、福岡県救急業務メディカルコントロール協議会において「傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」を策定する際に「看取り希望患者の在宅での看取りなど救急救命処置を希望しない傷病者への対応については、国においてガイドラインの策定等を行い、救急医と救急隊員が疲弊しないよう方策が検討されるべきである。」との異例の附帯意見が述べられたことは記憶に新しい。

3) 在宅医療の質の維持のために何が必要か？

在宅医療を継続するためには、患者と家族が安定した日常生活を送ることが不可欠であり、生活支援の要であるケア・マネージャーと協力して生活維持に努めなければならない。そのためには疼痛緩和や栄養維持により生活の質を高めると共に、予め病状悪化時の対応について患者・家族のリビング・ウィルに沿って一般救急の適応の有無を判断するのが責務である。そして、がん患者はもちろん、非がん高齢患者においても終末期緩和ケアとして急変時に在宅看取りを含む幅広い対応を可能にすることが求められている。

このように様々な困難に直面しながらも、可能な範囲で在宅看取りに対応している医療機関が少なからずある現状を市民の方々に理解して頂き、患者自らの死生観に基づいた医療の選択への積極的な参加を促す試みが各地で始まっている。例えば北九州市医師会では市行政と協力して在宅医療推進事業として全市的に一般市民を対象とした啓発活

動を開始した。

今後の在宅医療推進の鍵は、このような活動を通じて患者が治療の内容を自己決定する際の選択の幅を広げられるよう、各種医療機関・介護事業所も含めた地域全体での理解と協働が得られるかどうかにかかっている。またそのためには、医療側は適切な質と量の「在宅かかりつけ医」のネットワークを育てていく必要がある。

4) 医・介連携は言うは易く行うは難し

今後の超高齢化社会の行方を左右する「地域包括ケアシステム」と「医介連携」。医療と介護の両面から切れ目なく高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」では生活上の安全・安心・健康を確保するために、様々な生活支援サービスが日常生活圏域（おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域）で適切に提供できるような体制が義務づけられている。しかし、地域の事情は様々であり、日本全国に一律に適用された場合に果たして適切な運用がなされるのか。行政は地域の医療と介護の充足状況を把握し計画的な対応ができるのか。

耳触りの良いスローガンである「医介連携」を実現するには、医療、介護そして患者（利用者）の三者において、お互いの信頼関係作りが不可欠である。しかし現実には、価値観の尺度が異なる医療と介護の狭間で、患者（利用者）不在の葛藤を生じがちであることは、在宅医療に携わったことのある医師であれば経験されている方も少なくないことだろう。新たに「サービス付き高齢者向け住宅」事業等に触発された新規参入の業者と接する医療機関は特に注意が必要である。良心的な介護事業所がほとんどではあるが、患者紹介の見返りにコンサルティング料などと称して実質的なリベートを要求する業者もあるとの情報も流れている。医療倫理の点からも、また税法上も極めて大きな問題であり、医師会員各位の注意を喚起したい。

そもそも医療と介護では患者（利用者）と接する際の判断基準や手法が根本的に異なることを、双方の従事者が十分理解していないことが少なくない。医師は生命と生活の維持を目指して医療的アプローチを行い、そのために必要な医療資源へのアクセスを第一義的、即応的に現物給付として行うことができる。一方、介護事業者は介護保険に基づいたサービス支給によって、利用者が尊厳をもって生活を送ることができるよう義務づけられている。

営利企業も含めた経営母体の下にある介護側は、現実には限られた人的資源と経済的制約の中にあって、往々にして要介護度が高く、なおかつ身体的に安定した状態にある利用者を指向せざるをえない事情があり、医療依存度の高い不安定な状態にある患者を敬遠する向きもある。そのような患者の居宅あるいは施設内での介護サービスに配慮した医療を行う上で、在宅かかりつけ医の役割は利用者の苦痛と家族ならびに介護スタッフの不安を和らげ、救急医療への過度の依存を軽減し、なおかつ必要時には適切な高次の連携診療に繋げる、という大変難しい役回りを期待されている。介護保険と医療保険がこのような医介連携をきちんと評価し、これを支えるのに十分なインセンティブを備えているとは言いがたい現状では、現場の関係者の苦労は大変大きいと言わざるを得ない。しかし、医師である限りは患者の医療依存度を評価して治療計画を最優先できるよ

う、医・介それぞれの現場を主導して行かなければならない。

5) 医療政策に求められるもの

看取りの増加に直面する在宅医療の現場が混乱しないためには、制度面の大幅な見直しを求めたいところであるが、残念ながら政府・与党社会保障改革本部が発表した社会保障改革の工程表を見る限り、今後も大幅な外来受診抑制と入院病床削減のための在宅シフトを目論んでいくものと思われる。

逼迫する財政事情と超高齢化社会の中で国民皆保険制度をこれからも持続可能なものとするために、世界的に見ても看取りを入院医療に依存しすぎている我が国の現状を改善する目的で在宅看取り（施設入所者を含む）を推進する政府・与党の言い分はある程度理解できる。しかし経済的・社会的・倫理的な骨組み作りのための努力を抜きにしての推進策では、あまりに問題が多いと言わざるをえない。今後の社会保障改革論議の大きなポイントとして注目して頂きたい。

おわりに

今後の少子高齢化社会の中で、医療介護連携体制の構築なしには、我が国の社会保障制度は、成り立ちえないであろう。その危機意識から、福岡県医師会医政研究委員会は、「医療介護の連携のあるべき姿」を模索すべく、9回にわたり討議を行った。

「福岡県の保健・医療・介護行政について」では、行政側の視点から、医療介護福祉の現状の問題点を提起され、県内の地域差、それに沿った対応の必要性を強調された。

「福岡県医療費適正化計画と高齢者医療のあり方」では、長期入院の問題点解決の例を挙げて、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまなサービスが適切に提供できるような地域構築の重要性を強調された。

「介護保険制度と地域医療連携について」では、介護保険の現状分析から、介護と医療の総合的提供体制の必要性と、地域で支える社会造りに医師会の果たす役割を強調していただいた。

「認知症の取り組み－現状と今後の展望－」では、今後医療介護面で、重大な問題である認知症対策について、地域を包括した医療・介護に係わる多職種の協働によるシステム作りのための取り組みを提示していただいた。

「若松地域ケア研究会から学ぶ地域包括ケアの課題」では、地域医師会が核となり、地域の医療介護の包括システム構築を率先して取り組んでいる若松区の現状を提示された。

「介護療養型医療施設の廃止問題について」では、廃止に追い込まれつつある介護療養型医療施設が、いかに在宅医療支援や、看取りの実現に重要な働きをしているかの現実を提示していただいた。行政側の現実を直視した対応を喚起したいと思われまます。

「在宅医療の現状と医介連携の将来」では、在宅看取りが増えるであろう将来に、在宅医療の量と質の確保のためにも、地域全体での理解と協働を得た取り組みの重要性を主張していただいた。また在宅医療に関する様々な問題点を提示していただいた。

各講師の論点は、集約するところ、地域の安心安全の確保には、地域のニーズにそった包括的サービスの構築が必要であり、そのために地域医師会が如何に力を発揮できるかが問われている。各地域医師会は、この答申を受けて、各地域特有の「医療・介護・福祉のサービス複合体」を形成し、「地域力」として、地域住民の安心安全サポートに努力されることを望むものである。