

平成 28・29 年度

医政研究委員会答申

福岡県医師会が描く医療提供体制の在り方
と果たすべき役割

平成 30 年 3 月

福岡県医師会医政研究委員会

平成 30 年 3 月 15 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 長 柄 均

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「福岡県医師会が描く医療提供体制の在り方と果たすべき役割」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 | 長柄 | 均 |
| 副委員長 | 植田 | 省吾 |
| 委員 | 松村 | 洋 |
| | 眞武 | 弘明 |
| | 松本 | 直樹 |
| | 小島 | 浩樹 |
| | 松田 | 晋哉 |
| | 白石 | 博昭 |
| | 穴井 | 堅能 |
| | 岩田 | 定幸 |
| | 林 | 和恵 |
| | 鍋島 | 史一 |
| | 寺澤 | 正壽 |
| | 辻 | 裕二 |
| | 原 | 祐一 |
| | 戸次 | 鎮史 |

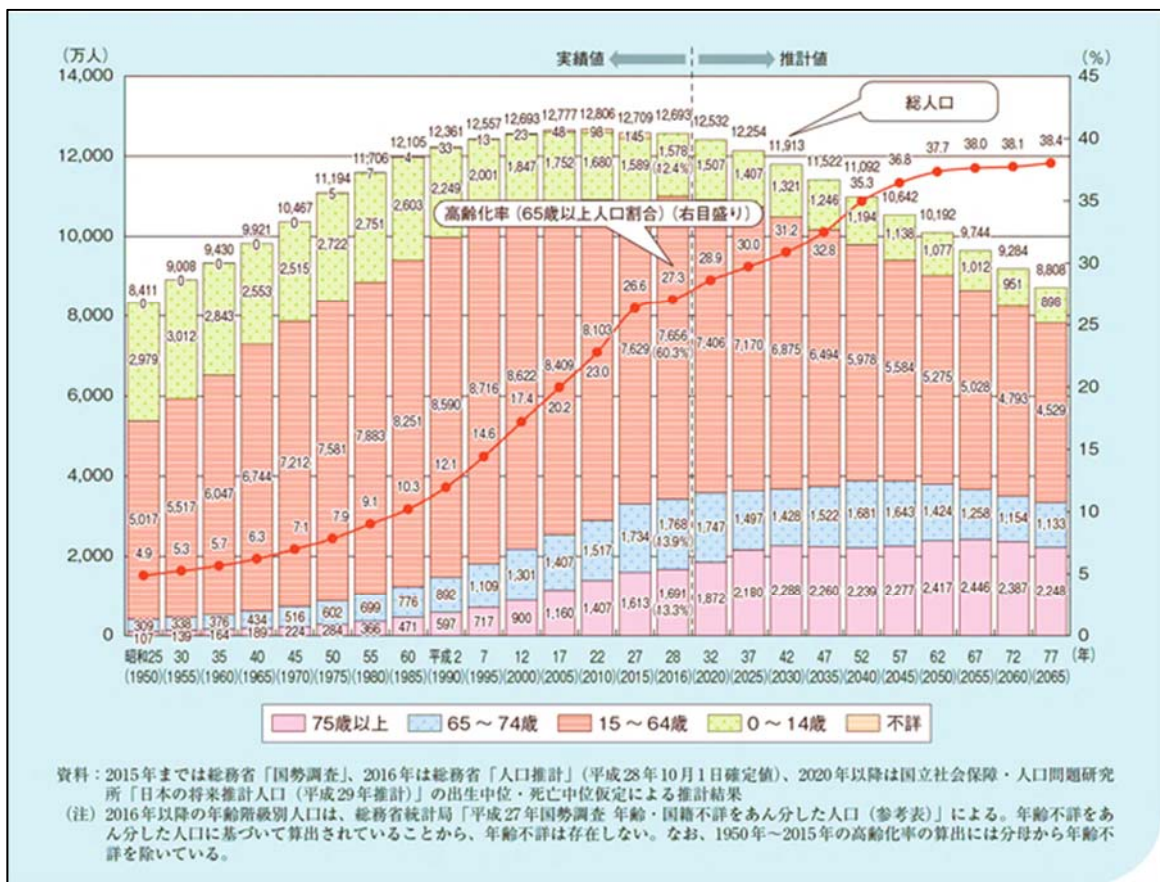
目 次

| | |
|---|----|
| はじめに | 1 |
| I 地域医療構想～背景と課題、役割～ | |
| （1）戦後の医療連携の変遷と社会保障制度 | 6 |
| （2）病床機能分化（各医療機関の役割） | 7 |
| ①過剰な7対1病床の早期調整の必要性 | 7 |
| ②望まれる高齢者医療のすがた | 8 |
| ③今後の公的病院の役割 | 8 |
| （3）過疎地域医療の課題と役割 | 9 |
| （4）救急医療（ゲートキーパーの役割） | 10 |
| （5）慢性期医療（介護施設との役割分担） | 11 |
| （6）調整会議の役割と課題 | 13 |
| II 地域包括ケアシステム～地域医師会とかかりつけ医の役割～ | 15 |
| （1）患者家族を含めた住民への啓発 | 16 |
| （2）多職種連携 | 17 |
| （3）施設も含めた在宅医療、訪問看護 | 18 |
| III 在宅医療～現況と今後の課題～ | 21 |
| （1）在宅医療の現況 | 21 |
| （2）在宅医療の今後の問題点、課題について | 22 |
| IV 福岡県子育て安心特区構想～出生率向上のための医療提供体制～ | 24 |
| （1）喫緊の課題：「少子化」と「高齢化」 | 24 |
| （2）人口と経済 | 24 |
| （3）日本および世界の出生率と人口推移 | 25 |
| （4）日本の医療政策がとるべき方向 | 28 |
| まとめ | 30 |
| おわりに | 31 |

はじめに

平成 28・29 年度 福岡県医師会医政研究委員会への県医師会長諮問は「福岡県医師会が描く医療提供体制の在り方と果たすべき役割」であった。諮問のテーマが遠大であること、福岡県医師会が「描く」とあることから委員会としてどの程度の期間、範囲での医療提供体制を想定し、議論すればよいのかをまず検討することから始めた。

目下の医療関係者の最大関心事は平成 30 年 4 月の診療報酬、介護報酬同時改定、第 7 次医療計画策定、第 7 期介護保険事業支援計画策定が挙げられる。今までの政策の流れとして平成 24 年 8 月に成立した社会保障と税一体改革関連法案によって、社会保障の充実、安定化とそのための安定財源確保、財政健全化を図り、その財源として消費税を段階的に 10%へ引き上げる予定となった。それに引き続き平成 26 年 6 月に施行された医療介護総合確保推進法に基づき、少子高齢社会【図 1】への対応としての施策が次々と打ち出された。その施策の推進の一環として平成 30 年 4 月の診療報酬、介護報酬同時改定、第 7 次医療計画、第 7 期介護保険事業支援計画の中にも反映されると考えられており、さらに医療保険制度と介護保険制度との整合性が図られるとされている。



【図 1】内閣府平成 29 年版高齢社会白書（全体版）「高齢化の推移と将来推計」

この先に見据えるものは、団塊の世代の方々が一人残らず 75 歳以上の後期高齢者になる 2025 年にまでに想定される高齢社会に伴う様々な問題（いわゆる 2025 年問題）を、国を挙げて政策的に取り組むことにある。このような現状から、およそ 2025 年までの福岡県全域を対象とした医療提供体制がどうあるべきか、そしてそれを推し進めるにあたって医療のプロフェッションとしての福岡県医師会がどのような役割を果たせるのかという点に絞って本委員会の議論を進めることにした。

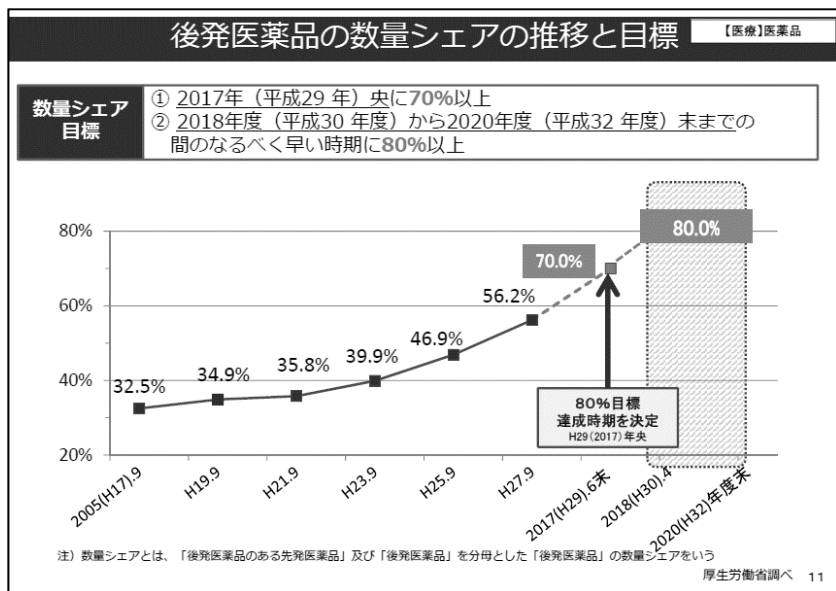
そこで 2025 年問題解消に向けた主な動きとして地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の 2 点に絞ることにした。理由は諮問にある医療提供体制ということに限定すれば、地域医療構想における病院機能、病床機能の適正配置、病床機能別の必要病床数推計値に向けて、現有の医療提供体制をいかに変革、対応していくかの議論が中心になるはずだが、病院での治療後の社会的受け皿である地域包括ケアシステム抜きの議論はあり得ず、両者は一連のシームレスなものとの認識からである。それ故、平成 30 年 4 月の医療介護の一体的改定方針は至極妥当で、むしろ遅きに失した感さえある。このような背景から本委員会では地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の 2 つをメインテーマにした。

| | 24 年度 | 25 年度 | 26 年度 | 27 年度 | 28 年度 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 医療費（兆円） | 38.4 | 39.3 | 40.0 | 41.5 | 41.3 |
| 医療費の伸び率（%） （参考：休日数等補正後） | 1.7 (2.0) | 2.2 (2.2) | 1.8 (1.9) | 3.8 (3.6) | ▲0.4 (▲0.4) |
| 1 日当たり医療費の伸び率（%） | 2.6 | 3.1 | 2.1 | 3.6 | 0.3 |
| 受診延日数の伸び率（%） | ▲0.9 | ▲0.8 | ▲0.3 | 0.2 | ▲0.7 |

【表 1】厚生労働省平成 28 年度医療費の動向

さてここで医療を取り巻く昨今の現状について簡単にまとめてみる。平成 29 年 9 月に厚生労働省から発表された平成 28 年度概算医療費【表 1】は総額 41 兆 2,865 億円で対前年比-0.4%、1,762 億円の減少で、平成 14 年度以来 14 年ぶりに減少に転じている。薬価の引き下げが最大の要因と言われている。一人あたりの医療費も対前年 2,000 円減の 32 万 5,000 円で、年齢別に分けると 75 歳未満は対前年比-0.7%、21 万 8,000 円、75 歳以上は対前年比-2.0%、93 万円であった。減少に転じたとは言え明らかに高齢者に、より多くの医療費がかかっていることは事実で、後期高齢者の医療費をいかに削減していくかに議論が集中しやすいこともある意味理解できる。また国が推し進めるジェネリック薬品の使用率も数量ベースで 66.8%（対前年比+6.8%）と順調に伸びてきてお

り【図 2】、国の推し進めてきた社会保障費抑制政策が数字としても明らかになってきたものと思える。医療費を含む社会保障費の増大は税、保険料負担を増大させ、国民負担率を上昇させることになる。社会保障費の毎年の自然増は高齢化などにより平成 30 年度は 6,300 億円になると見込まれており、社会保障給付水準の引き下げ、国民負担増大の方向へ一段と舵を切らざるを得なくなっている。



【図 2】厚生労働省「後発医薬品の数量シェアの推移と目標」

それ故、人生 100 年時代の到来を機に、まずこの 2025 年問題解消に取り組まなければならない。財源論の立場からすると平均寿命と健康寿命の差がおよそ 10 年強ほどあり、この間に多くの医療費をはじめとする社会保障費が投入

されている現実がある。要は平均寿命（生命寿命）、健康寿命、できれば資産寿命も含めて、これらを出来る限り近づけることが目標となる。まずは健康寿命の延伸を図り、できる限り平均寿命に近づける努力をし、結果として生涯現役社会を目指すことになる。

本委員会では地域医療構想において公的病院と私的病院の役割、地域包括ケア病床の位置づけ、2 次医療圏の実情に応じた病床機能、病床数の適正配置、慢性期及び新設される療養病床＋在宅＋介護の要素を持つ介護医療院の役割とそれに期待されるものについて議論することにした。また地域包括ケアシステムにおいて多職種協働と言えども在宅医療をはじめ医療が主体的役割を担わざるを得ないこと、さらにこれら一連の流れには ICT を利用した医療ネットワーク、さらにシームレスな地域医療連携のもと、医療がコアとなる体制が必須であることは共通認識となっている。

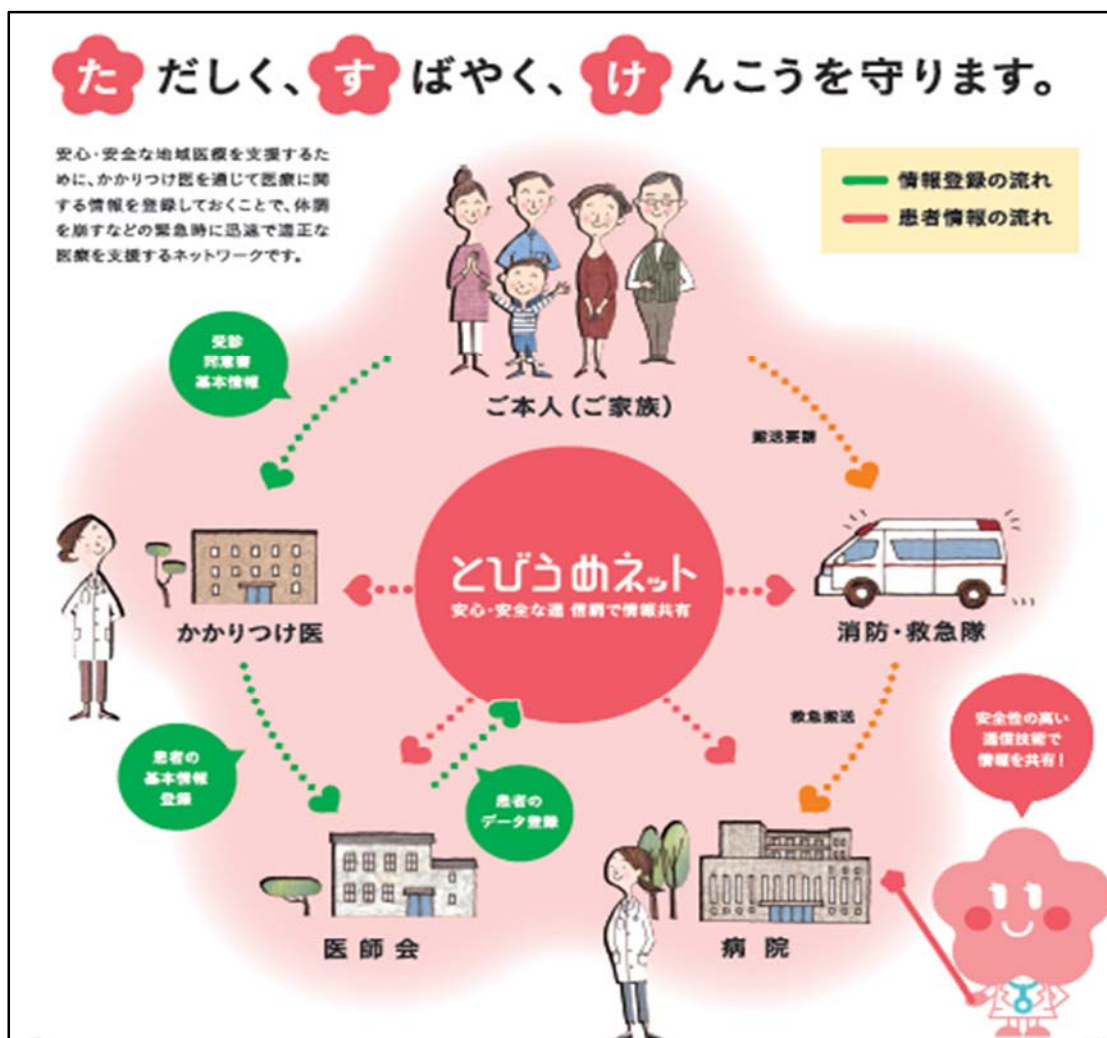
病床機能として高度急性期、急性期、回復期、慢性期と大きく分けるとされているが、この試みが成功するか否かのカギは、在宅に移るとされる医療型療養病床医療区分 1 の 70% の患者への対応が本当に可能なのか否かにかかっているととっても過言ではない。産業医科大学の松田教授のお考えでは慢性期の捉え方にもよるが、慢性期の患者を病床で診るのか、在宅あるいは介護施設で診るかは病状、その地域での医療資源に基づいて

幅広く考えて、柔軟に対応すべきで、これこそ地域医療構想調整会議で議論したらよいのではと提案されている。一方で高度急性期、急性期病床を利用する患者の年齢層がここ20年で急速に高齢化している。特に後期高齢者が増加し、慢性期の基礎疾患を持った上で、骨折、肺炎などを生じた方々が高度急性期、急性期病床に押し寄せ、本来の急性期医療の現場を疲弊させていると言われる。特に認知症を伴った高齢者の対応は困難を極め、現場を混乱させている可能性がある。そのため回復期、特に地域包括ケア病棟で、この需要をできるだけ受け入れるべきではないかとも言われている。また既にこういった事態に陥りつつある現状から、早急に医療提供体制をデータに基づいて急性期から慢性期、在宅、介護までをシームレスに配置、整備することが必要と考えられている。

本委員会の基本的なスタンスは高度急性期、急性期、の医療提供体制については、本来の高度かつ短期集中的な救命救急医療に徹するという姿に戻すこと、またこの分野を主に担当する公的大病院、基幹的民間大病院はすでに果たしてきた歴史を踏まえて、その自覚と責任をもってその医療を継続していただくことを前提に、回復期、慢性期以降の在宅医療も含めた医療提供体制、社会的受け皿である地域包括ケアシステムでの医療と医師会の関わり方、療養病床の今後の在り方、新設される介護医療院の将来、地域医療総合確保基金の利用などのことについて幅広く議論することにした。

さらに一連の医療提供体制の確立にとって最も重要な要素は医療従事者、介護従事者の確保、その需給見通し、養成計画をしっかりと立てることも必須で、これなくしてどのような地域医療構想、地域包括ケアシステム構想を提唱しようとも絵に描いた餅に等しいことを肝に銘じるべきと考える。

さらにもう一つ重要なことは福岡県全体で考えたとき、地域による医療提供体制の格差が大きい中で、各地域での医療資源配置、需給バランスの状況が地域住民、患者の意向を反映したものであるかどうか、また「とびうめネット」などの既存のシステム利用によって情報共有が地域医療連携の現場にどのように利活用されているのかどうかについては、福岡県医師会に対して県全体を俯瞰する立場での助言、指導が求められると思われる。**【図 3】**入院医療から在宅医療へ、医療から介護へ、医療保険から介護保険へ、さらには市区町村の地域支援事業、総合事業への流れの中には必ず医療がコアの要素として存在しており、その提供体制の司令塔的役割も福岡県医師会に求められることは本委員会の議論を待たない。



【図3】福岡県医師会「とびうめネットパンフレット」

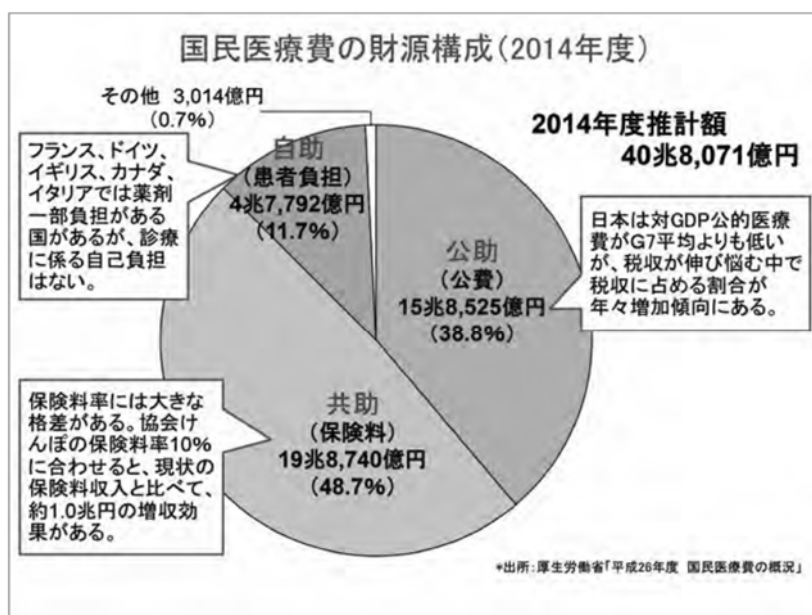
最後に少し視点は変わるが、現在進行している少子化の影響が2025年以降の社会にどのような社会保障体制、医療提供体制の変化をもたらすかを、やや危機感をもって議論すべきと本委員会に提案された。たとえ将来的に社会的、技術的イノベーションが進もうと、団塊の世代が去った後の社会を支える生産年齢人口の減少が国民生活に及ぼす影響は甚大なものがあると推測されることから、この点についても議論を重ね、その対応についての認識を深めることも、今回の諮問の先にある不可避なテーマとして本委員会報告書に付記することとした。

I 地域医療構想～背景と課題、役割～

(1) 戦後の医療連携の変遷と社会保険制度

地域医療構想を講じる上で、戦後、日本の社会保険制度が確立してゆく過程における各種病院の置かれてきた立場や変遷など歴史的背景を考慮し、各々の地域医療の現状を複視眼的に把握し検討することが重要である。

本来、かかり付け医療とは自宅近くに急性期から慢性期、看取り医療まで、一人の主治医がシームレスに医療を提供し、患者さんや患家の人々に親しまれ、信頼されていた医療を指し、理想的なかかりつけ医機能の原点がそこにあった。しかし、保健医療体制の確立、医療の高度化が進み、戦後、公的病院の増設や、厚生省の指導の下に私的診療所を中心に非営利を条件とした病院への転換が盛んになった。診療所は救急患者など対応困難な症例を地域の病院群へ紹介し、病状安定後は再びかかりつけ医がその機能を発揮する形が常態となった。私的病院は専門特化型、或いは、より強固なかかり付け機能を持つケアミックス病院型、地域の中核病院型としてそれぞれ活躍の場を得た。そして、病診連携、病病連携など有機的な地域医療連携の基本的なシステムが徐々に醸成されたのである。



【図4】平成28年度日本医師会医療政策シンポジウム日本医師会横倉会長資料

また、世界的にも稀な成功した社会保険制度の最大の特徴は、税による公助、保険料による共助、及び、少額に抑えた自助から成り立っている。【図4】即ち、国民皆保険制度のもとに公的資金を主な給付原資として保険診療を運用した。

医療機関は自由開業制度に後押しされ、自らの医療に対する志を具現化することができた。さらに全国一律、定額の保険給付であり、患者は医療機関を自由に選べるフリーアクセス制度を甘受した。やがて日本の病院の80%、診療所の95%が私立の医療機関へ収斂され、民間にできることは民間に託した結果、互いに切磋琢磨し、自然淘汰がなされ、低負担、中等度医療システムが確立したと考える。

ただし、特筆すべきは公的病院の役割を僻地医療、隔離感染症治療、最先端医療、救急医療など不採算な分野を補うことに限定した。いわゆる政策医療を厚生省が指導したことにより全国、津々浦々に公平かつ平等を目指した医療保険制度が完成するに至ったことは大いに評価されるべきである。また、公的資源による現物給付のため毎月保険審査が厳密に行われ、診療報酬は適宜改定され、保健所、厚生局の定期的監視下に施設基準は順守されてきた。その結果、地域医療は一定の医療レベルを保ちながら機能性を醸成してゆき、WHO が最も高く評価した医療制度へ成長したのである。

(2) 病床機能分化（各医療機関の役割）

厚労省は次のように発令した。「地域医療構想とは2025年に向け病床の機能分化、連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。」我々はこれを謙虚に受け止めねばならない。しかし、すでに日本各地の2次医療圏では高齢化社会のピークをすでに経過している地域もある。その地域では過去に病床機能転換の指導や、病床数削減計画などはなく、医療システムへのフリーアクセスは維持され、結果は同様ではないにしても大混乱に陥ったという話は聞かない。前述の様に医療機関は地域の人口構成の変化やニーズによって医療機関の数や病床数を診療報酬改定のたびに軌道修正し、介護系施設とともに自然に増減、淘汰されてゆくからである。

では、なぜ「地域医療構想」が必要とされるのか。消費税増税が不確定であり政府は増大する医療費を少しでも削減したい。同時に厚労省は省令や答申では容易に解決できない懸案を地域医師会や地方行政サイドの納得と協調により推し進めたいのであろう。その本質とは次なる3つのターゲットが考えられる。

①過剰な7対1病床の早期調整の必要性

医療必要度に比較して7対1病床数が全国的に想定外に過剰だと厚労省は判断した。しかし、病院サイドでは7対1病床は理想の看護体制に近づくことであり、在院日数の短縮化、高齢者の増加、看護記録の煩雑化などもあって7対1病床を簡単に手放したくない。根底には看護度のランクを下げれば梯子を外されるような強迫観念があり、急性期病床数を出来るだけ確保し、経営の安定を図りたいという思いもあるであろう。したがって年々厳しく診療報酬を改定されてきたが病床数削減の反応が鈍いままである。それは長年、診療報酬改定のみによって診療体制を詳細に誘導してきた短所を露

呈したことになる。また、地域の中核的医療機関や特定機能病院など、消費税（設備投資や、薬剤費など消耗物品）による負担が大きく経営状態の悪化が問題となっており、これ以上厳しい診療報酬改定は地域医療に混乱を生じる恐れを否定できない。各県単位、二次医療圏内での解決策の検討を経たうえで結論を導き出したいのであろう。

②望まれる高齢者医療のすがた

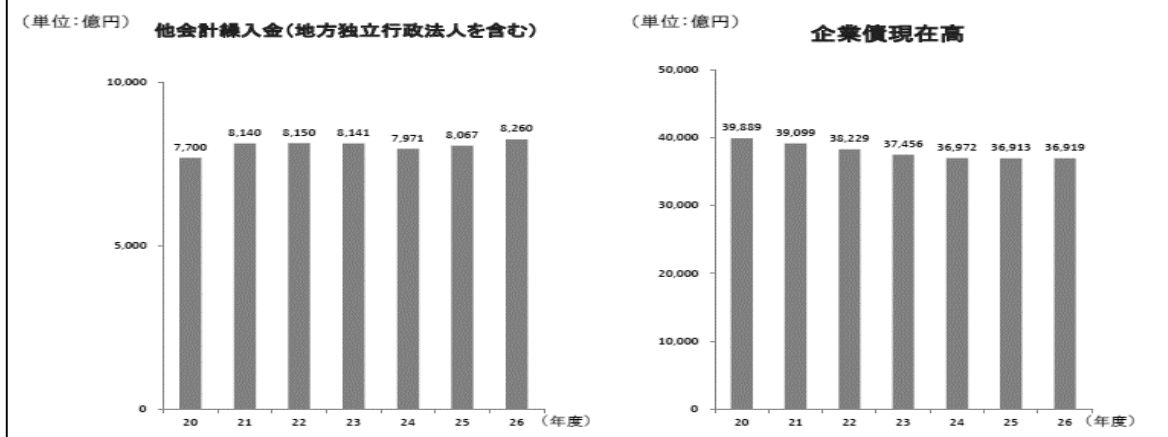
①と関連するが、高齢者救急患者の急増は医療費の増加だけでなく救急医療スタッフの疲弊を招いている。逆に社会的入院の排除、さらに介護療養病床の廃止、医療療養病床の医療必要度の適正化、在院日数制限などにより、医療の底支えをしている中小零細病院の空床率が増加傾向にある。消費税負担も大きく、高齢者救急医療の受け皿として体力低下、機能低下が続いている。「地域包括ケア病床」とはそのギャップを埋める意味合いもあるのではないか。

「望まれる高齢者医療の姿」とは今後、治す、救う医療中心から、癒し、支え、看取る医療中心になることを理解してもらうことにある。単純に解釈できない「subacute」なる表現こそが、かかりつけ医のレベルが診るべき救急患者、すなわちその主体は高齢者救急であり、一般患者の軽症者救急を含むことを指しているであろう。地域包括ケアシステムという外郭の中心に地域包括ケア病床を据えて、その重要な役割を期待しているものと思われる。したがって、病床過剰地区の多い福岡県下では救命救急、離島、過疎地は政策医療の力を借りることはあっても、地域包括ケア病床の主体は、かかりつけ医である民間の病院、有床診療所に多くを期待されており、地域医師会を中心に、地方行政、医療関係者代表、等の了解のもと調整して行く姿が望ましいのであろう。

③今後の公的病院の役割

平成 26 年以後、社会保障費の自然増に対して、毎年、数千億の圧縮政策が施行され、高齢者を中心に被保険者への負担が高まり、民間医療機関、福祉関連企業は経営上の打撃を被ってきた。一方、地方自治体病院 97%が赤字で常態化しており、全国の病院数の約 20%が公的病院であり、そのうち公立病院は、総務省による地方交付税や地方自治体からの繰り入れなど、平成 26 年度は 8,260 億円の公的資金で補われた【図 5】。

他会計繰入金等の状況



【図5】 公立病院経営改革事例集平成28年3月

したがって福岡全県下の公的病院は名目上、黒字経営と報告されている。全国的にも不採算ではない地域、ベッド数過剰地域においても民間病院と競合する姿が散見され、病床当たりの医業収益は官民ではほとんど差異はないのに対して、給与と建設費の官民格差に起因する費用増加が圧倒的に多く、私的病院との間にイコールフィッティングがなされていないという指摘がある。現在、全国的には公的病院を中心に統廃合やその計画が盛んに進められており、総務省の公的病院に対する新公立病院改革ガイドラインでは各々の地域医療構想調整会議の意向に沿った経営方針が求められている。今後も政策医療の粛々とした遂行を期待したい。

(3) 過疎地域医療の課題と役割

「過疎地域の病床数を削減し、都市部の病床を増やすべき。」と短絡的に語られている。その結果、地方は増々過疎化し、都市部へより人口が集中することになるであろう。安倍首相が宣言された地方創生。「都市への人口集中を回避し、地方の活性化に取り組む。」との間に整合性見出すのは困難である。高齢社会のピークをすでに経過している福岡県の過疎地域、特に田川地区などでは、広域で離ればなれに在宅療養することは決して満足できる療養結果を生まないし、患者、家族もそれを望まなかった。結局、在宅ケアシステムは集団で看護、介護され、医療、介護スタッフが24時間体制で看ることが主体となるのが自然の流れとなっている。【表2】

| | 田川医療圏 | 福岡糸島医療圏 |
|----------------|--------------|---------------|
| 全人口（2015年国勢調査） | 12万6,104人 | 163万5,156人 |
| 65歳以上（同上） | 4万2,530人 | 33万8,231人 |
| 高齢化率 2015年 | 33.7% | 20.7% |
| 同上推計値 2025年 | 36.8% | 26.6% |
| 同上推計値 2040年 | 36.5% | 33.9% |
| 介護施設合計(H28年現在) | 524（全国比2倍） | 2,399（全国比1倍） |
| 入所施設数（同上） | 99（全国比2倍） | 305（全国比1倍） |
| 入所施設定員数（同上） | 2,944（全国比2倍） | 1万0985（全国比1倍） |

【表2】JMAP日本医師会地域医療情報システムより要約（全国比：75歳以上千人あたりの定数と比較して）

2025年迄に認知症患者は軽症を含めると800万人に達すると言われ、看護、介護への負担は計り知れない。介護老人に対し家庭内での自助を主体に共助、公助によるサポートが理想的ではある。だが実現できる家庭は少ないものと思われる。自助は主に女性家族に頼る割合が多く、女性の社会進出の妨げになる可能性も指摘されている。

一般に看護、介護職員を目指す人々は住み慣れた場所で、それが過疎地域であっても資格取得やキャリアアップも可能である。現在、多くの看護、介護スタッフが同じ地域の介護老人を自宅や各種の施設で対応する形が主体となり理想的に見える。都心を離れば一般的に自然環境が豊かである。しかも、土地価格が安く、一定の広さの土地を確保できるなど介護施設を建設し易い。都市部ではその反対の現象があり、なかなか介護施設の増設がうまくいっていない。自分の生まれ故郷で介護を受けても良いと思う被介護者も出てくるであろう。今後、福岡県下でも急速な勢いで過疎化が広がるのが懸念されている。地方の地域包括ケアシステムを充実させることは福祉産業として地方の活性化、地方創生の一助となる可能性を秘めている。

（4）救急医療（ゲートキーパーの役割）

「救急医療は高度な医療ができる大病院だけで良い。」という意見を時折耳にする。日本は皆保険制度のもと低負担で中等度の弱者にやさしい医療体制である。救急医療の現場ではまずかかりつけ医、二次輪番病院や中小救急病院などゲートキーパー的存在がある。ただし、救急隊は現場の自己判断として飛び級で相応しい三次病院へ搬送することもあるが、一般的には、地域連携では長年、醸成してきたピラミッド型で「ボトムアッ

プ方式」の救急システムが完成している。保険制度の異なるアメリカの救急医療は「トップダウン方式」で直接、救命救急センターに患者が搬送され、超高額な自己負担を強いるため搬送患者数が限定される。

「トップダウン方式」を現状の日本の保険体制の中に導入すれば、患者が救命センターに殺到することになり受診拒否が起こるなど現場が混乱するのは当然であろう。地域性による偶然ではあるが実際、東京都が現在そのような状態になっている。東京医科歯科大学教授、川渕 孝一氏によると「近年の調査では全国で年間 992 名の人々が 11 回以上受診拒否（たらい回し）を受けており、中でも東京都 467 名、埼玉県 132 名、この 2 都県で全体の 60%を占める。福岡県は 2 名である。医師充足率は 1 位東京、2 位福岡、埼玉も上位にあり、東京都内には 23 の救命救急センターがあるにもかかわらず、この惨状である。理由はわからない。都内でゲートキーパーの役割を担うべき有床診療所や中小救急病院の数が相対的に少なく、経営も困難なため地域連携の土台が成り立っていないのではないかと想像する。【図 6】

(5) 慢性期医療（介護施設との役割分担）

(P.95~99)

11回以上受診拒否("たらい回し")の研究結果(救急隊の記録とカルテを突合)

| 退院時の状況別件数 | | | |
|-----------|-----|-----|--|
| 退院時の状況 | 件数 | % | |
| 生存 | 560 | 68 | |
| 死亡 | 264 | 32 | |
| 小計 | 824 | 100 | |
| 不明 | 98 | | |
| 計 | 922 | | |

| 都道府県別件数 | | | |
|---------|-----|-------|--|
| 都道府県 | 件数 | % | |
| 01北海道 | 2 | 0.2 | |
| 04宮城 | 3 | 3.3 | |
| 07福島 | 15 | 1.6 | |
| 08茨城 | 8 | 0.9 | |
| 09栃木 | 6 | 0.7 | |
| 10群馬 | 7 | 0.8 | |
| 11埼玉 | 132 | 14.3 | |
| 12千葉 | 46 | 5 | |
| 13東京 | 467 | 50.7 | |
| 14神奈川 | 39 | 4.2 | |
| 15新潟 | 5 | 0.5 | |
| 23愛知 | 3 | 0.3 | |
| 24三重 | 26 | 2.8 | |
| 27大阪 | 44 | 4.8 | |
| 28兵庫 | 31 | 3.4 | |
| 29奈良 | 49 | 5.3 | |
| 30和歌山 | 1 | 0.1 | |
| 33岡山 | 1 | 0.1 | |
| 34広島 | 3 | 0.3 | |
| 35山口 | 1 | 0.1 | |
| 40福岡 | 2 | 0.2 | |
| 41佐賀 | 2 | 0.2 | |
| 46鹿児島 | 2 | 0.2 | |
| 計 | 922 | 100.0 | |

【図 6】 福私病ニュース No340

平成 30 年度より介護療養病床は漸減され、医療療養病床の役割は今後さらに重要になってくる。必要とされる基準は医療区分 1~3 の分類のうち、2 ないし 3 の患者が 80%以上の状態を維持しなければならない。不思議なことに常に

酸素は必要だが、非該当、外泊可の患者が医療区分 3 で、植物状態で全介助、要介護度 5 の患者は医療区分 1。施設で褥瘡を形成し、医療区分 2 で入院、治癒すれば医療区分 1 となる。医療区分 1 の患者は社会的入院と断定されている。それらの患者を今後、施設の受け入れが難しい場合、直ちに自宅へ退院せざるを得ない。介護療養病床の廃止、有床診療所の無床化が進むなか介護側の増々の負担が懸念される。

医療区分 1 の判断基準は医療必要度のみで決定されており、医療と介護の境界を明

確にする根拠となっている。一方で、医療と介護に境界を設けることは困難だとする意見もあり、医療区分基準の早期再検討を予定されていたが、協議が再開されている様子はない。諸外国で実用されているMD S—Q Iなどを参考にし、簡便な形に改変して利用すべきである。今後、地域包括ケアの現場では医療と介護の機能分化と連携が優先課題であり、最も慎重に協議し、同意が得られる医療区分にして頂きたい。

【表 3・4】

| 医療区分1-5 | | 医療区分1-4 | |
|--------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| 状態像 | 増減指数※ | 状態像 | 増減指数※ |
| 重度意識障害(JCS100以上) | 167 | 重度意識障害(JCS 30 以上) | 127 |
| 癌ターミナル(余命1ヶ月以内) | 83 | 癌ターミナル(余命 2~3ヶ月) | 100 |
| 肝不全(腹水高度、NH4C ℓ120mg/dℓ 以上) | 100 | 肝不全(腹水軽度、NH4C ℓ100mg/dℓ 以上) | 150 |
| CKD(クレアチニン(6 mg/dℓ 以上) | 200 | CKD(クレアチニン 4 mg/dℓ 以上) | 233 |
| 喘息重症発作 | 200 | 認知症老人の日常生活自立度(IV) | 140 |
| 仮性球麻痺(経管栄養) | 130 | 脱水(BUN 40 mg/dℓ 以上) | 75 |
| 喀痰吸引(7 回/日 以下) | 125 | 低栄養(Alb 3 g/dℓ 以下) | 109 |
| 全麻手術後1ヶ月以内 | 300 | Hb(8 g/dℓ 以下) | 122 |
| その他の感染症(CRP 5以上、顆粒球減少症、ウイルス性など) | 119 | BNP(500 以上) | 200 |
| 胸水、心嚢液貯留 | 136 | 血糖(随時血糖 150 mg/dℓ 以上、HbA1c 7 以上) | 93 |
| 妄想、幻覚 | 117 | | |
| 錐体外路症状(重度) | 444 | | |
| 認知症老人の日常生活自立度(M) | 135 | | |
| 自殺企図 | 100 | | |
| 難治高血圧(治療にもかかわらず日中最高血圧180mmHg以上を呈する例) | 150 | | |
| 心不全(高度非代償性) | 153 | | |
| SAB、AVB(Ⅲ度) SSS | 50 | | |
| 徐脈(40 以下) RonT、af.(f波 500 /min 以上) | 167 | | |
| 脱水(BUN 50 mg/dℓ 以上) | 100 | | |
| 低栄養(Alb 2.5 g/dℓ 以下) | 193 | | |
| Hb(7 g/dℓ 以下) | 122 | | |
| BNP(1000 以上) | 400 | | |
| 血糖(随時血糖 200 mg/dℓ 以上、HbA1c 8 以上) | 111 | | |

【表 4】慢性期医療協会「医療区分 1 患者に関する調査資料

【表 3】慢性期医療協会「医療区分 1 患者に関する調査資料

本来、患者や家族は自宅療養を望んでいるというプロパガンダが独り歩きしている。果たして現実なのであろうか。地域の医療、介護スタッフはそれによって現場が大混乱に陥ることを容易に想像できる。県医師会の調査では自宅療養を看取りまで希望する福岡県下の患者とその家族は約 20%であった。様々な資料より、その実態は自宅死が希望と同じ約 20%、そのうちの 5 割は、家族に看取られた自宅死の患者で、残りの 5 割は孤独死、及び自殺である。また、上記調査の中で、自宅療養介護を望まない理由は主に患者、家族サイドにあり、「家族に迷惑をかけたくない。」「介護してくれる家族がいない。」「経済的余裕がない。」がトップ 3 であり医療介護体制の不備を訴えるのは 4 位以下であった。

「介護施設も在宅療養に含まれる。」という表現は国民にとって容易に理解し難く、アンケートを取るうえでも混乱を招きやすいのではないだろうか。

(6) 調整会議の役割と課題

権丈善一著「医療介護の一体改革と財政」によれば、急速に進む全国的な少子高齢化の中で福岡県内では福岡市、及びその近郊で人口が集中傾向にある。その他の地域は総じて過疎化、人口減少、患者も医療介護スタッフも高齢化が進み、医療機能の急激な低下が案じられ、地域医療供給体制の将来にとって様々な課題が顕在化してきたと言える。診療報酬改定は複雑、かつ、煩雑になり過ぎてはいるが良くできている。しかし、さらに厳しい見直しで自然淘汰に任せてしまえば、優れた日本の皆保険制度の将来に大きなほころび生むであろう。

地域医療構想調整会議は医療の効率化、合理化を図り病床機能分化を促すための啓発運動と察する。日本の人口構造、疾病構造が確実に変化し、「治す医療」中心から「治し支える医療」中心へパラダイムシフトすべきことを明確に認識する必要があり、依然として各病院が競う医療を追求すれば「公共の善」は得られなくなる。ケインズの言う「合成の誤謬」が生まれることのない様に協調の時代への模索、転換を期待されている。

しかし、病院の評価とその望まれるべき病床の数や機能に対して、DPC参加病院の実績や、国保に限定的な診療報酬レセプト、自主申告の段階の病床機能報告制度など統計学的ツールによる数値が独り歩きしている感がある。各々の病院には有機的な一面がある。その評価は流動的であり、客観的で固定した評価をすることは困難なはずである。

問題はイギリス、北欧の様に公的病院ばかりではないため、関心を示さない病院も多く、志に合わなければ独自のロードマップを描く危険性をはらんでいる。病床過剰地区では急性期病床の合理化を前提とした圧力の中で、自院のエゴイズムの発露となり、偏った連携や対立が生まれる兆候は望ましいものではない。

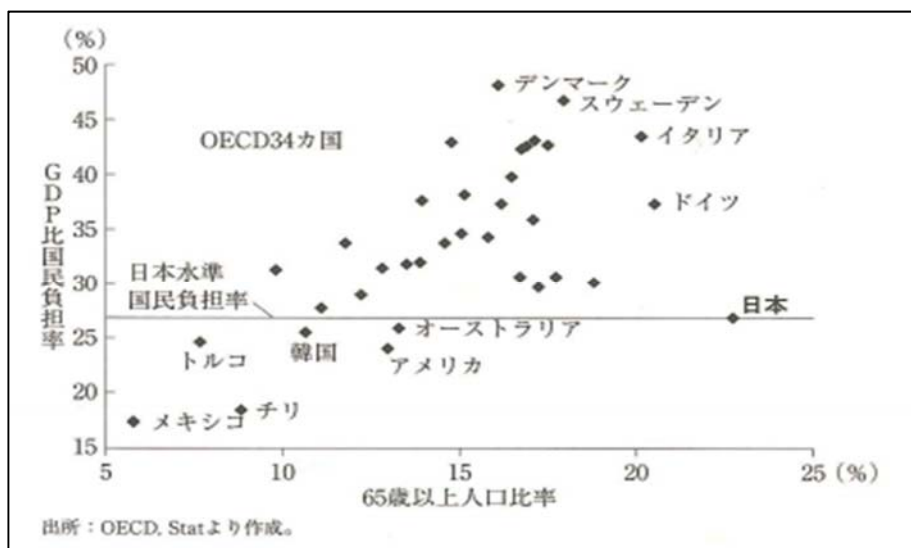
7対1病床を持つ地域の機関病院はできる限り急性期に特化し、回復期、慢性期病床は在宅に近い地域に偏りなく点在することを理想とすべきである。最終的に地域医療調整会議が核となり、各病院が自己調整可能な道筋を選択するよう指導すべきなのであろう。

しかし、本来、事業の効率化、合理化は生産性を高めるが、多様性、柔軟性、基礎体力を弱めてしまう。急性期病院の集約化は一医療機関の機能低下がそのエリアの全域の医療機能不全を巻き起こす事象が危惧される。(新自由主義の流通経済下では合理化、効率化の追求の結果、東南アジアで天災のため自動車部品が長期製造停止に陥

りそのため全世界の同社系列の新車生産がストップしたことは周知の事実である。) 病院機能分化とは機能制限することであり、効率化とは医療スタッフの疲弊に通じることを自覚しなければいけない。

「本来、医療は社会的共通資本であり合理化はそぐわない。」と宇沢弘文先生が常に強調していたことを思い出される。ベッド数の削減には慎重な対応が望まれる。

高齢化水準が世界一の日本の社会保険料と税金は OECD の中でも顕著に低い。地域医療構想調整会議がうまく作動し、安定的な皆保険制度を守ってゆくためには社会保険料の引き上げ、ないしは消費税増税を政府、医師会が共に国民へ同時に啓蒙してゆく必要があることも忘れるべきではない。

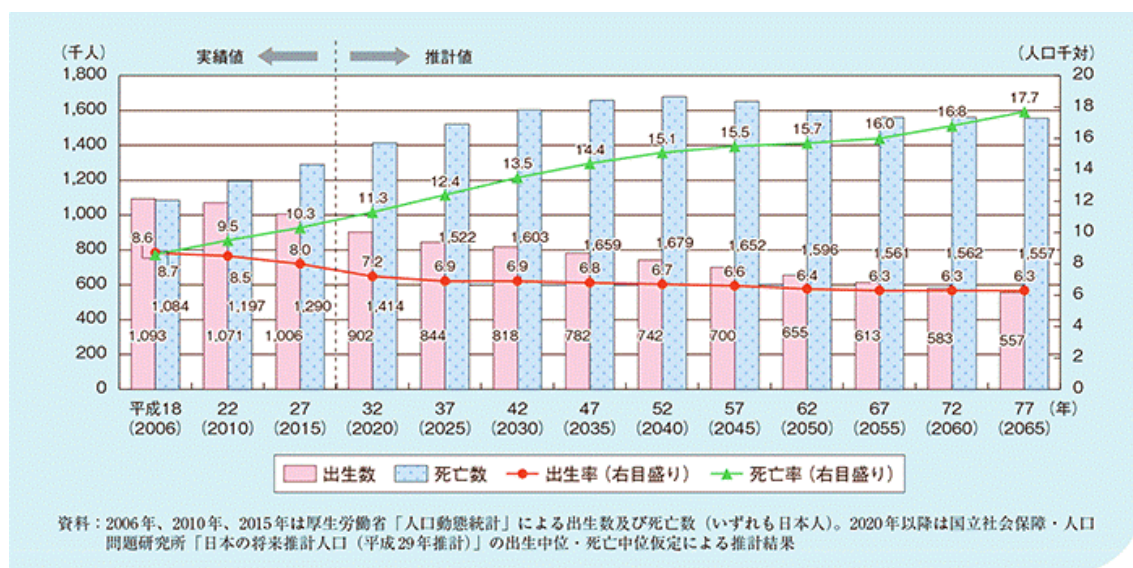


【図7】 権丈善一 著「医療介護の一体改革と財政」P184 65歳以上人口割合と対GDP国民負担率(2009年)

Ⅱ 地域包括ケアシステム～地域医師会とかかりつけ医の役割～

いわゆる「団塊の世代」がすべて75才以上となる2025年を見据えて、多くの高齢者が住み慣れた場所で医療、介護、福祉のサービスを受けて天寿を全うできるような体制を構築していく事がこのシステムの主眼である。このシステムを構築するうえで最も重要な要素として（1）患者家族を含めた住民への啓発（2）多職種連携（3）施設も含めた在宅医療、訪問看護の3点を考えてみたい。

現在、高齢者人口は増加し、逆に生産年齢人口は減少している。2025年には65歳以上の人口は3,658万人、75歳以上は1,479万人となる。さらに2060年には75歳以上の人口は増加し2,336万人に達し、高齢者人口は40%、生産年齢人口は50%になる。



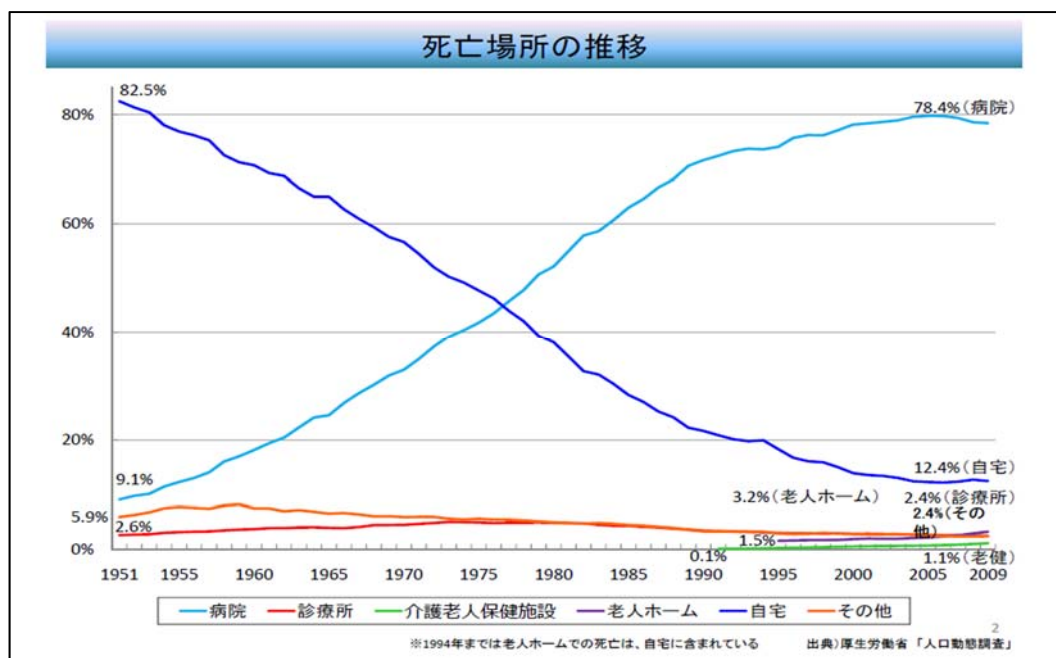
【図8】内閣府平成29年版高齢社会白書（全体版）出生数及び死亡数の将来推計

一人が一人の高齢者を支えていかなければならない時代が来る。国の税収は平成に入って減少しており、最近では微増しているものの十分ではなく、逆に歳出は増え続けている。特に社会保障費は2000年を100とすると2016年には190と倍増している。医療費も2015年度には41.5兆円、自然増が年間6,400億円と言われている。また介護に係る費用も増加しており、2015年度の介護給付費は利用者負担を除いて9兆円を越えている。要介護認定者は620万人となっている。国の赤字は増加するばかりである。

介護療養病床も経過措置があるものの削減という決定がなされ、介護型療養病床61,000床、軽症医療型療養病床76,000床、合計約14万床がなくなる予定である。その受け皿として在宅医療、施設入所、介護医療院など様々な選択肢が考えられている。

また、2030年頃より団塊の世代が亡くなり始めると推測され、2030年台から2040年台は多死社会と言われている。死亡者が多い時期には年間160万人の死亡が予想されている。現況で分析すると、医療機関で90万人、在宅で20万人、施設で10万人が

亡くなると予想され、約 40 万人が「死に場所」がないと言われている。医療機関の数は増えないわけだから、在宅、施設での看取りを増やしていくしかないだろう。福岡県では1年間に在宅（施設含む）で約 3,300 人の看取りが行われている。それらも含めた上で地域包括ケアシステムの構築を考えていかなければならない。



【図9】中医協資料

(1) 患者家族を含めた住民への啓発

一般住民への啓発は、今後の社会構造と人口構成の変化、また社会保障費と我が国の財政の現状及び将来の見込み、さらには高齢者を支えるための医療・介護資源の現況、今後の需要や将来の推計などを分かりやすく説明し、これからの体制づくりの必要性を理解してもらい、協力をお願いする事である。情報の発信としては行政によるものもあり得るが、市民センターなどを利用した健康講座の一環として、医師会が中心となっておりおこなうのが良いのではないだろうか。北九州市八幡医師会では、医師会に併設している在宅医療介護連携支援センターのマネージメントのもとに市民センターで担当理事が在宅医療の講演をしている。啓発のための情報発信の場として市民センターは有用であると考え。

アンケート調査などでは、軽症の患者さんが療養病床から退院できない一番の理由は家族の協力が得られないという事である。いったん療養病床に入ると、自宅に帰るのは非常に困難になることが多い。患者さん本人の活動性もあるが、入院生活に慣れた本人や家族が、家に帰って介護をおこなうためには、仕事を犠牲にして自宅での介護に時間、労力を費やすことに抵抗を示すのも理解はできる。これに対応するためには本人や家族

を取り巻く現状と将来の十分な状況説明が必要である。

今後、療養病床が削減され、その受け皿の一つとして在宅に帰るという選択肢があるという事を、家族を含め一般住民に正確に理解してもらわなければならない。もちろん経済的余裕があれば介護施設、介護医療院に入所するという選択肢もある。しかし施設の空き状況や相応の負担を考えると、希望する施設に入れるかどうか疑問である。そういう施設の情報などを正確に住民に伝えるのも行政や我々の役目であろう。このような対策も考えながら地域包括ケアシステムの考えを住民に広げていかなければならない。

また、地域における「かかりつけ医」の活動も重要になってくる。日ごろからの住民の健康管理のためにも、地域での行事や催事に参加して、平常からの運動や食生活などの指導を行っていくことも必要なことであろう。

(2) 多職種連携

地域包括ケアを考えていく上で多職種連携は必須のものである。多職種とは医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、地域包括支援センター職員、ケアマネージャー、MSW、社会福祉士、介護福祉士、介護士、理学療法士、などであるが、各々専門職の立場から、連携し協働しながら地域包括ケアシステムを形作っていく必要がある。その中心となるのは医師が望ましいと考える。多職種連携の進め方は地域によって様々であろうが、基本的には顔の見える関係づくり、ネットワーク作りである。

北九州市八幡医師会では多職種連携の進め方の一助として、年に3回研修会を開いている。まず症例を用意し、1回目はその症例について検討項目を同職種でグループ討議し、その後発表する。2回目は同じ症例に情報付加し、異職種でグループ討議し発表する。同じ症例でも職種によって、問題点のとらえ方が異なっており、隣同士で意見交換ができ、グループ内の司会もいろいろな職種にお願いしているので、興味深いディスカッションができています。嚥下困難に関しても歯科医師と薬剤師や栄養士が話し合っ、患者さんにより良い方法を考えたり、動けない患者さんに対する我々の考えとケアマネの考えが異なっていたり、理学療法士の考えと異なっていたり、教えてもらう事も多く、一人の患者さんが地域で暮らしていく上で、何が問題で、何が大事で、何が足りないか、みんなで智恵を出し合っ、話し合っ、これこそが地域包括ケアであると実感している。地域ケア会議の予行演習であるが、実際にはこんなに各種の多職種が集まるのは困難であろう。3回目には講義形式で講師を招き、講演の後自由討論をしている。まさに顔の見える連携ができる会であると考えている。しかし多職種連携も ICT を利用し

たネットワーク作りが推奨されているものの、使い勝手やセキュリティの問題など、広がりには鈍いようである。ここにも「かかりつけ医」が連携のキーマンとなっていくことが重要であり、地域での多職種をつなぐ役割を担っていくことが望まれる。

（3）施設も含めた在宅医療、訪問看護

地域包括ケアシステムの一つの柱となるのが在宅医療である。現在、福岡県では月に約 30,000 人の在宅診療が行われている。私共の実感としては在宅医療が増えているようには思えないが、統計では増えているようだ。この原因として居宅在宅は増えていないが、施設在宅が増えているためと考えられる。

在宅医療が必要な家族への説明をどのようにしていくのか？今後の超高齢社会のあり方と、介護のあり方を、分かりやすく説明し、在宅医療の必要性を理解してもらう事が重要である。そして家族に何が出来るか？施設入居のための費用負担か？在宅介護の覚悟か？

療養病床が削減され、介護難民が出ないようにするために何が出来るか？高齢になるほど、医療と介護の両面のサービスが必要になってくる。現在の介護関連の施設としては、介護保険が使える施設として①特別養護老人ホーム②介護老人保健施設③介護型療養病床がある。一部介護保険が使える施設として④有料老人ホーム⑤養護老人ホーム⑥軽費老人ホーム⑦認知症高齢者グループホームがあり、その他⑧サービス付き高齢者向け住宅がある。

各施設によって機能、設置主体、職員配置基準、設備基準、費用、医師配置基準などが異なる。福岡県では①特養約 21,000 床②介護老人保健施設約 15,000 床③介護型療養病床約 3,400 床④有料老人ホーム住宅型約 19,200 床⑤養護老人ホーム約 11,600 床⑥軽費老人ホーム旧 A 型約 1,500 床、軽費老人ホームケアハウス約 4,200 床⑦グループホーム約 9,300 床⑧サ高住 8,430 床、合計 95,630 床である。これらを患者さん、家族と話し合っ決めていくのは、入院患者であれば医療ソーシャルワーカーやケアマネージャー、在宅であればケアマネージャーや地域包括支援センター、在宅医療介護連携支援センターが関与する。もちろん在宅医も時間が許せば話合いに参加すべきであろう。本人の意向、家族の意向、家族構成、家族の実状、経済的事情、地域の施設状況などにより選択肢は限られるかもしれない。大きく分ければ居宅在宅か施設在宅かという事になる。その際ケアマネージャーや地域包括ケアセンター、在宅医療介護連携支援センターが在宅医を探すことになる。

在宅医療を行う側として課題は多職種との連携、訪問看護との連携、急変時の対応、受け入れ先、看とりの問題である。実状として在宅療養支援診療所の届け出は増加していないようだ。24 時間営業している調剤薬局は地域にあるのか？歯科医師や薬剤師の訪問診療は協力体制がとれているか？在宅患者の急変時に急性期の病院は受け入れてくれるのか？訪問看護は 24 時間対応が可能か？看とりにどうしても行けない場合、バックアップ体制はできるのか？などなど解決していない問題が山積みの状況では、なかなか在宅医療は増えてこない。

北九州市八幡医師会では、在宅医会を立ち上げ、毎月症例報告を中心に、現在の在宅医療の問題点、疑問点を出して議論している。在宅での歯科医師や薬剤師往診の依頼方法や在宅栄養指導の方法。死亡診断書か検案書か？看取りのバックアップ体制を当番制にするか手上げ制にするか？バックアップ体制は全体でやるか、ブロックに分けてやるか？とびうめネットは有用か？24 時間調剤薬局は薬剤師会に働きかけることで可能か？看取りが可能な訪問看護ステーションの情報、家族との信頼関係があれば翌日の死亡確認で可能か？など詳細な議論が行われている。

在宅医と訪問看護ステーションの連携も非常に大事で、信頼関係がなければ協働することはできない。実質動くのは訪問看護師が主であるので連携を密にとっておくことが重要である。また、各訪問看護ステーションによって技術などの格差があるため、医師会として連絡協議会を開いたり研修会を開催したりすることで、質の担保や平準化に努めることも必要である。

在宅医療に携わる医師を如何にして増やしていくか？我々の医師会のスタンスは、高度な医療は限られた医師に任せる、まずは自分にできることをやっていく、かかりつけ患者さんの在宅医療から始めるという事である。ハードルを下げて、みんなができる在宅医療を目指している。

地域のすべての「かかりつけ医」が少しずつであっても可能な範囲で在宅医療にかかわることで住民と多職種を結び付け、地域完結型の医療や介護を目指す地域包括ケアシステムが形成されていくものとする。

いずれにしてもこのシステムの構築のためには、地域医師会と「かかりつけ医」が主導的役割を担うことが必要であろう。

また、現在の在宅医療は主に高齢者の在宅医療が注目をあびているが、小児や障害者の在宅医療にも目を向けておかなければならない。身体障害の小児を中心に難病や精神障害の小児にも在宅医療の対象は数多く存在している。小児医療技術の進歩に伴い、最

近では医療依存度が高い小児が増加している。特に在宅で人工呼吸療法を受けている小児患者は急増している。人工呼吸器や頻回な喀痰吸引、経管栄養など医療的ケアが必要な小児は、全国で1万7千人以上と言われている。また青年期、成人になり管理が曖昧になっている患者も増加している。実際には超重症児は病院で看ることになるが、社会に戻っている障害や難病の小児の在宅医療を担っているのは療育センターや基幹病院小児科医師、一部の開業医というのが現状ではないだろうか。在宅医療を行っている医師に負担が集中し、限界がきている。現在、福岡県では1,000人近い18歳未満の重症障害児のうち90%が在宅である。各療育センター、各基幹病院、小児科開業医、内科開業医、小児を看れる訪問看護ステーション、行政なども含めて、市民への啓発、各関係者の連携の重要性や役割分担などを明確にする時期に来ているのではないだろうか？政策医療として自治体がかつと予算を付けて障害者施設や障害福祉センターの充実、レスパイト機能の充実などをはかるべきではないだろうか？障害児の保護者も、介護が必要な年代の方も増えており、障害児の在宅医療の継続が危惧される家庭も増えてきている。また障害児も18歳を過ぎると医療の体系が変わって、同じサービスが受けられなくなったり、診療報酬が変わってくるのも問題となっている。これらも含めて医師会を中心とした早急の対応が必要ではないだろうか？

Ⅲ 在宅医療～現況と今後の課題～

(1) 在宅医療の現況

2025年には団塊世代全てが75歳以上となり、高齢化の進展に伴い疾病構造も変化し、医療・介護の提供体制を構築していくため平成26年6月医療介護総合確保推進法が制定され、市町村が主体となる地域包括ケアシステムの構築、医療・介護の連携強化と合わせ、県は新たに「地域医療構想」を策定することとされた。「地域医療構想」とは、病床の機能ごとに2025年の医療需要と必要病床数を推計し、あるべき医療提供体制の姿を明らかにするとともに、その実現に必要な施策を示すもので、福岡県の「地域医療構想」も平成28年度には策定され、最近では各地域における病院間での調整会議が開かれている。

平成29年6月12日に施行された福岡県の平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査結果によれば、平成29年6月1日現在の九州厚生局への届け出数は医療供給側の福岡県内の在宅療養支援診療所は785、在宅支援病院は77、その他が431で合計1,293となっている。

医療受給側の訪問診療患者数は、平成29年6月の1か月間で診療所22,323人、病院3,268人、在医総管等2,410人の合計28,001人となっており、居所としては自宅が26.6%、高齢者向け住宅等が68.8%、介護保険関連施設などが4.6%となっている。

在宅看取りに関して言えば、平成28年4月から平成29年3月末までの1年間の在宅看取り患者数は、診療所が2,671人、病院が475人、在医総管などが172人の合計3,318人で在宅医療を行っている医療機関全体の43.1%であった。看取りを行った場所としては、自宅が1,614人、高齢者向け住居などが1,366人、介護保険関連施設が332人であった。

訪問診療・往診時の訪問看護実施利用状況は、実施している医療機関が475か所(42%)、実施していない医療機関が638か所(58%)、未回答が24か所(2%)であった。多くの医療機関が外部の訪問看護ステーションを利用しているとの結果だった。

在宅医療への今後の取り組みに対する意見としては、診療所、病院、在医総管等の全体として①現在より積極的に取り組みたいと答えた所は全体の25%、②現状を維持したいと答えた所は全体の61%、③今後は減らすか在宅医療から撤退したいと答えた所は全体の8%であった。

福岡県の2次保健医療圏による比較してみると、在支診・在支病・在医総管等全体の

医療機関数を圏域内人口比（対 10 万人）で比較した場合、最多が朝倉圏域の 40.5、最少が筑紫圏域の 14.5 でその差は約 3 倍である。医師数では、最多が久留米圏域の 54.6、最少が筑紫圏域の 21.9 でその差は約 2 倍である。訪問診療患者数では、最多が飯塚圏域の 810.8、最少が粕屋圏域の 311.4 でその差は約 3 倍である。在宅看取り患者数は、最多が飯塚圏域の 141.2、最少が田川圏域の 31.2 でその差は約 5 倍である。

（2）在宅医療の今後の問題点、課題について

福岡県における終末期の療養場所に関する希望の調査では、86.5%の県民が自宅で療養したいと回答した。しかし自宅療養を希望する国民のうち 60%以上は、最後まで自宅での療養は困難であると考えている。同居家族に多大な迷惑をかけるうえ、24 時間の身体管理は病院に入院していたほうがはるかに安心であると考えからではないかと思われる。福岡県の調査によると、現在の訪問診療患者数が 28,001 人であるが 6 年後には 35,442 人と 7,441 人（26.6%）増えると予想されている。単純な計算で訪問診療を行っている医療機関の訪問診療患者数が現在より約 30%近く増える。恐らく 2025 年の訪問診療需要数は、40,000+ α 人になると予想される。未回答の医療機関もあるためこの数は、現在訪問診療を行なっている医療機関で何とか維持できるのではないかと思われる。しかし今後、在宅療養支援診療所の場合 24 時間の応需体制や訪問看護体制などを維持しなければならないため今後も減っていくのではないかと危惧される。福岡県のアンケート調査でも、在宅医療への今後の取り組みを調査したところ、「現在より積極的に取り組みたい」と回答した医療機関は全体の 25%で「現状を維持する」と回答した医療機関は全体の 61%であった。また在宅医療を提供していくうえでの課題として上位 3 つには、診療所・在医総管では「24 時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」「独居高齢者の患者とその家族等への対応」「緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」が挙げられ、病院では「医師の確保」「看護師の確保」「24 時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」が挙げられた。今後の在宅医療のことを考えれば、診療所、病院の医療側だけの問題だけでなく訪問看護、訪問介護ヘルパー、訪問歯科診療、訪問調剤など多職種連携の地域包括ケアシステムが構築された状態でなければうまくいかないと思われる。地域によって、所謂 2 次保健医療圏によって状況が異なることも考慮しておかないと難しいと思われる。「福岡県医師会が描く医療提供体制と果たすべき役割」との諮問を頂いたが、今後の在宅医療に対して県医師会は今後増加すると思われる在宅療養患者に対応できるように在宅医療を提供できる医療機関の整

備、医療機関同士の連携、特に2次医療圏を中心として郡市区医師会に働きかけ、医師会主導の訪問看護ステーション、訪問ヘルパーステーションの拡充、整備またそこに従事する者の知識、技量の充実を図るため県医師会主導の研修会の実施、福岡県歯科医師会、福岡県薬剤師会とも連携し今後の対策等を話し合い、行政とも綿密な連携をとっていく必要がある。

IV 福岡県子育て安心特区構想

～出生率向上のための医療提供体制～

(1) 喫緊の課題：「少子化」と「高齢化」

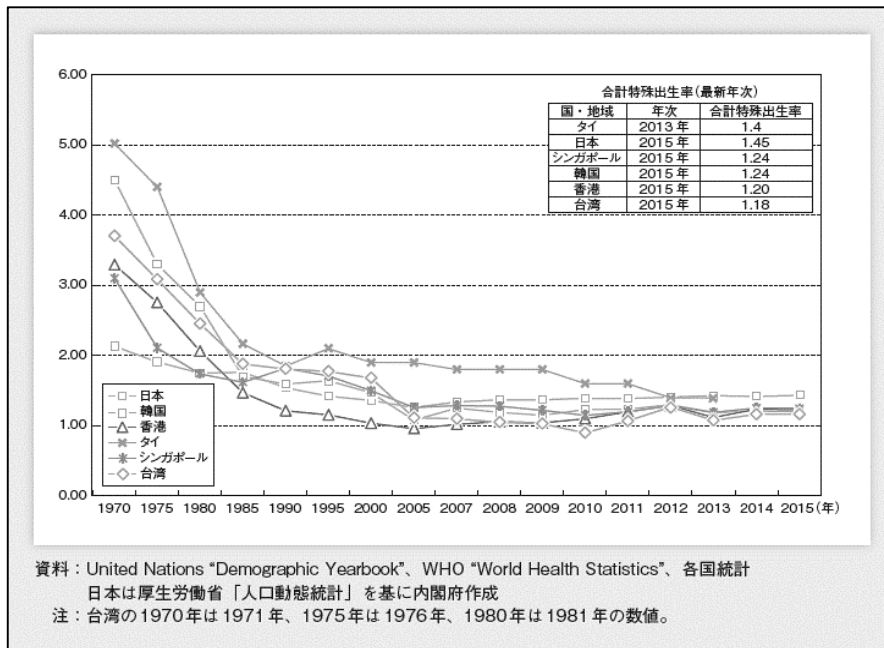
気候温暖化、各地で頻発する自然災害、近隣国家の核兵器・ミサイル開発、国家債務の増加など、我が国の将来における暗雲とされるものは数々ある。そのなかにあつて、我々の子孫に苦難を及ぼすことが確実であり、かつ我々医療者が対応に加わらざるを得ないものは「少子高齢化」である。しかし、「少子高齢化」とくくると、高齢者を少子が支えなければならないという前提が埋め込まれていて、現実はその方向に転換するのであれば、対応策は残った少ない労働人口から、より多く供出を求める増税や実質給与減額であり、また一方では、より多い高齢者に対する、一人あたりの給付やサービスの引き下げしかないことは明らかである。これはおそらく負の連鎖に陥っていく可能性が高い。しかもこれらは主として高齢化の対策であつて、一方の少子化にほとんど益はない。では少子化に対するグランドデザイン、特に医療者から見た医療提供体制はいかにあるべきかを考える。

(2) 人口と経済

一定時点での人口の多寡はその国家の経済力を直接には反映しない。人口の多いインドやブラジルは、まだ貧しいといつて良く、逆に少ないスイスやアイスランドはそれなりに豊かである。しかし人口の増減は国内総生産の増減に関係するともいわれている。人口が多い国には少ない国よりも経済成長の余地があるのである。なぜなら人口が多ければ労働力として生産に従事してもらえると同時に、生産財を消費してくれることも意味し、それが国内総生産の押し上げに不可欠だからである。日本は1億人の人口があつたことが安定した高度経済成長の大きな要因となっている。すなわち日本の貿易依存度は15.2%であるのに対して韓国は43.9%にのぼる（総務省統計局 27H-Q02 各国の貿易依存度）。シンガポール、台湾も同様であり、中国もまた同様である。したがつて、これらの国々は為替変動や国際経済の景況の影響を受けざるを得ず、円と違って不安定になりがちなために、国際基軸通貨になりにくいとされている。逆の例としてEUは冷戦下において東側の脅威からの防衛を目的に発足した。しかしソ連崩壊後にも維持されさらに拡大しつつあるのは、5億人以上の人口を束ねるEUの経済力、潜在的成長力に大きな期待が持たれるからである。すなわち人口の安定は経済に極めて有利な役割を果たすのである。

(3) 日本および世界の出生率と人口推移

日本の人口は、今後、急激に減少する。女性一人が一生に生む子供の数を表す合計特殊出生率という指標がある【図10】。これが2.0、厳密には2.08だと人口は安定し



【図10】内閣府

て推移する。日本は1970年代に2.0を割り、2005年には史上最低の1.26を記録した。これをそのまま放置すれば、日本は経済成長など望むべくもないまま没落する。それから逃れるには海外からの移民を増やして

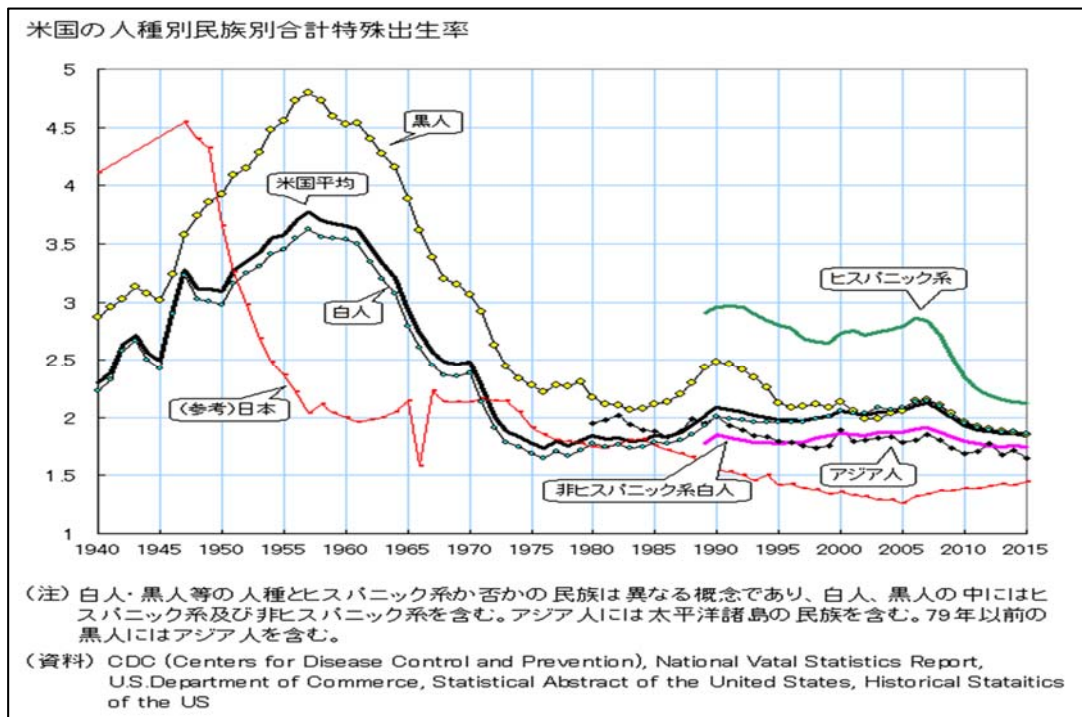
労働力を確保すべしと声高に述べられている。医療関連でも看護師、介護士に外国人の登用が試みられている。しかし、海外からの移民だけが唯一の処方箋なのだろうか。

人口減少は平和で安定した社会にはよく見られる現象である。子供が死なないならたくさん生む必要は減る。また安定した社会で良い仕事を得るには高等教育が必要になるので、子育てに手間と費用がかかるようになる。結果として産める子供の数は減少する。同様の悩みは古代ローマ帝国にも見られたことが記録からわかる（世界の歴史〈5〉ギリシアとローマ - 中公文庫 -）。女性の社会進出が出生率減少の要因になっているとする意見もある。これはまだ検証が必要だが、一つの社会で女性の50%が教育を受けるようになると出生率は下がるとされている。すなわち、出生率の減少は何も現代の日本に限られた問題ではなく、同様な道をたどって成長した多くの国々に生じうる問題と考えられる。現実には韓国や台湾など東アジアの経済成長を遂げた国家群の出生率は軒並み1.2台で日本よりも低く、近い将来の急激な人口減少は共通の悩みとなっている。特に問題なのは、これら極東日本モデル経済成長諸国群の人口減少が、歴史上、他に例を見ないほど急激かつ高度になる可能性である。これは、以前に

使われていた「人口爆発」という用語と対比するなら「人口退縮」とでもいうべき新規な脅威となるかもしれない。

このような人口退縮に比べて、ずっと緩やかで程度も軽い人口減少は、いくつかの欧州諸国も長らく経験してきており、その対策として海外からの移民導入が勧められている。その是非を詳細に議論する余裕は残念ながらないので、ここではいくつかの要点を指摘するにとどめる。

移民が有効という理由として、移民大国である米国が先進国中では異例である 2.0 以上の出生率を維持し続けている点が挙げられている【図 11】。



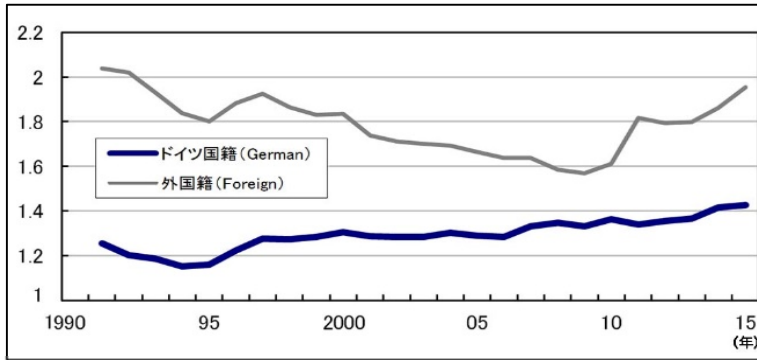
【図 11】 CDC

移民であるヒスパニックの出生率が高いので人口が維持されているという論旨である。確かに 1990 年代までヒスパニックの出生率は 3.0 前後だった。しかし人口の 7 割を占める白人の出生率も 1.7 前後を維持して来ていて、近未来に急激な人口減少を来す恐れは少なかったこともわかる。すなわち米国の異例に高い出生率は米国に特有と思われる文化、社会的な要素を含めて考えるべきであって移民だけを原因とすると誤る危険があるということである。

その証拠として、リーマンショックと時期を同じくして 2007 年からヒスパニックの出生率が急に大きく減少した点に注目したい。すなわち、移民を含めて低所得層の出生率は景気に左右されうるのである。先に述べた生活水準が上昇したので子供を作

らないというのと逆に収入が下がると子供が作れないという事実があることもわかる。すなわち経済状況の好転が出生率を向上させうる可能性があるといえる。

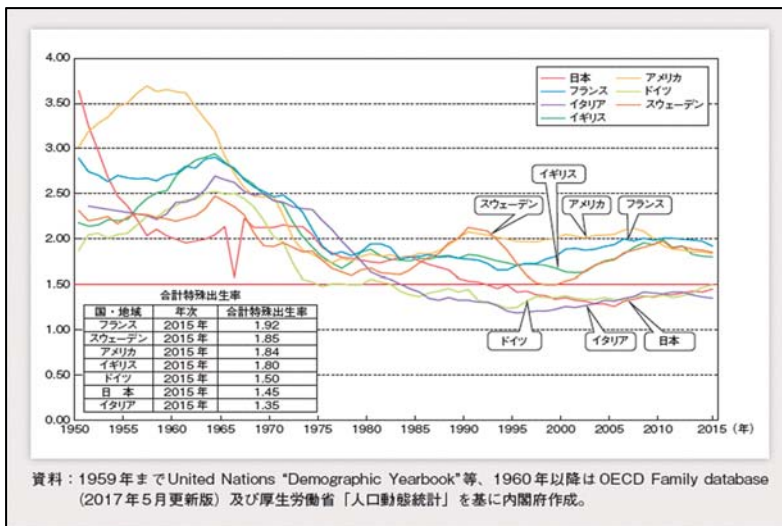
またドイツは東欧や近東からの移民で労働力を確保しているといわれている。しかしその出生率は1.5で日本の1.45を遙かに超えるものではない。実はドイツ国内においてドイツ国籍を持たない移民の出生は多いが「ドイツ人」は増加していない【図12】。



【図12】ドイツの合計特殊出生率国籍別（15歳～49歳）独連連邦統計局：日
経ビジネス 2016年11月22日

ドイツ国内に居住し労働し消費していても社会保障や納税は他国に帰属している移民が多数存在しうるのは、人の移動に制限のないEUの制度があればこそであって、日本に当てはめるのは妥当なのかと考えられる。

それでは移民以外に出生率を上昇させるものは何か。それは出生、子育てに対する社会福祉以外にないと考えられる。先進国中、福祉国家で知られたスウェーデンや、少し前までは「ゆりかごから墓場まで」のイギリス病と揶揄された英国の出生率は1.8前後である【図13】。



【図13】内閣府

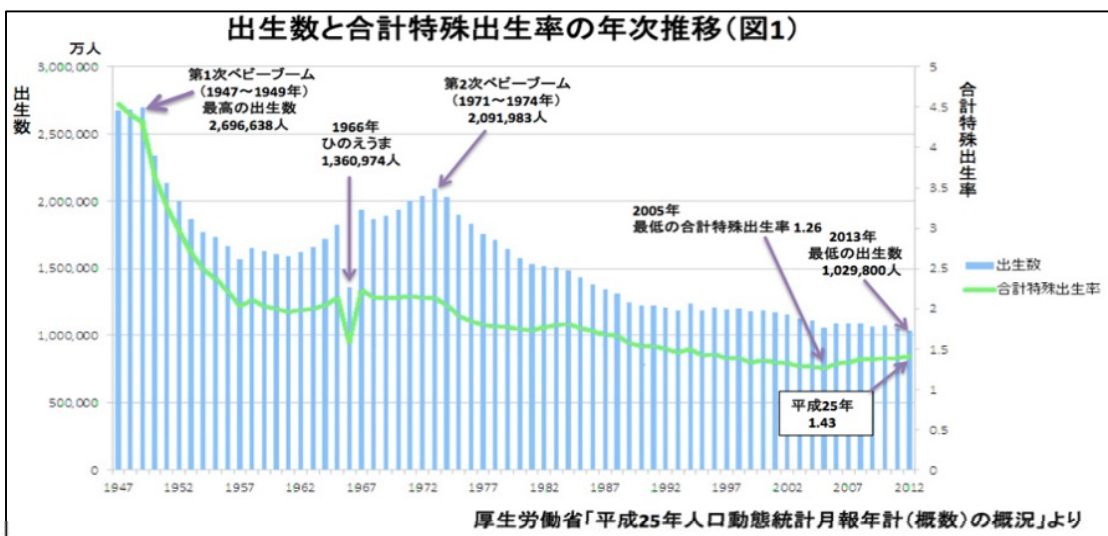
またヨーロッパ諸国のなかで、フランスは1.92と突出した出生率を示している。フランスは人為的に出生率を上げるため、子育てや教育費用の無料化、産後1年間の有給産休（回数無制限）、子育て手当支給などの策が実を結んだと考えられる。

ふところが豊かで余裕があると子供を産む人たちはいるのだ。アメリカのフォーブス誌は子供を「最も誇らしく高価な消費財」と表現して、その本質を述べている。日本並びに東アジア経済発達地帯の人口問題は良くなった経済と、その反面であまりにも上昇した子育てコストとにより生じた宿痾であるとする考えである。だとす

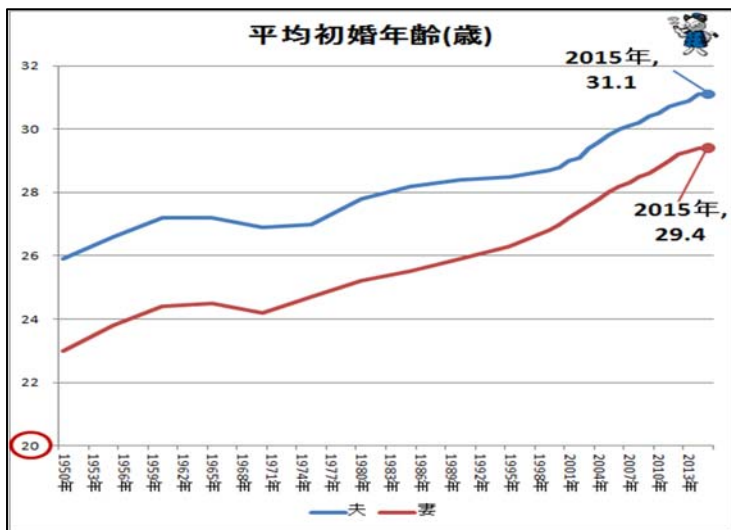
ると、正しい対策は産んでも経済的に苦しまなくてもすむ、それどころか産むほど楽になるような経済保障ではないだろうか。

(4) 日本の医療政策がとるべき方向

日本の合計特殊出生率は 2005 年の 1.26 を最低として、2010 年代にいたりわずかに改善し 1.46 となった。厚生労働省によれば、これは政府が始めた子育て支援策が奏功したものである【図 14】。



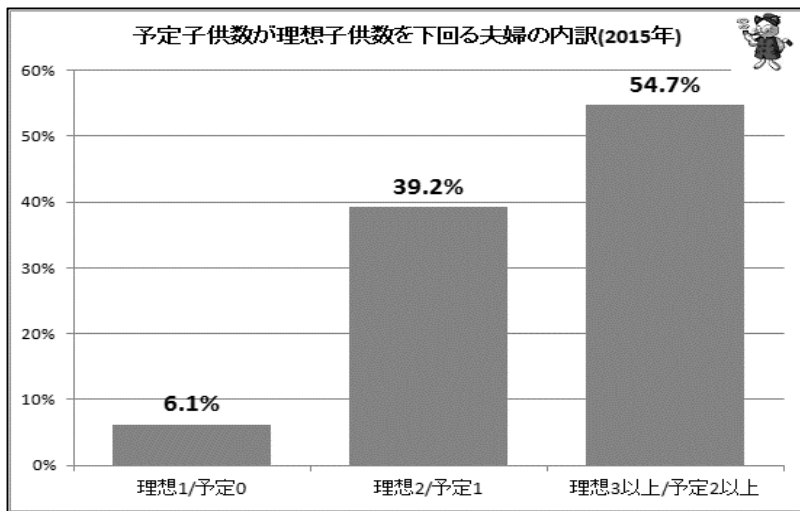
【図 14】 内閣府



【図 15】 国立社会保障・人口問題研究所, 第 15 回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査) 2016 を Garbagenews がグラフ化

そのうち増加したのは 30 歳台女性の初産である。同時に女性の初婚年齢は 29.4 歳となっている【図 15】。これが産科的に何を意味するかは明瞭である。母子ともに、より濃厚なケアが求められる妊娠出産が増加しつつあるのである。また厚生労働省のアンケート調査では妊娠、出産、子育ての負担

の大きさから、持ちたい子供の数を制限している夫婦が圧倒的に多いことが一因となっている【図 16】。



【図 16】厚生労働省人口形態統計特殊報告(出生に関する統計)2016、統計局データベース e-Stat を Garbagenews がグラフ化

これらの事実から、喫緊の課題は「子作り・子育て支援」であるといえる。その内容としては、保育所・幼稚園の充足と完全無料化、義務教育と高等学校の給食を含む完全無料化、乳児のミルク、おむつ無料支給、産育児

有給休暇の延長と完全化、育児手当の増額などが考えられるが、医政として率先して提言されるべきは妊娠、出産、15歳までのすべての小児医療の完全無償化であると言いたい。付け加えて小児救急医療への補助の増額もまた必要である。

財源に関しては、総選挙の公約として消費税増税をすべて社会保障、なかでも子育て支援に使うと安倍首相が明言したことから、選挙の結果次第であるが、問題は少なくなったものと期待できる。ここで提言したい。

—福岡県医師会は福岡県を妊娠、出産、15歳までのすべての小児医療の完全無償化を行う「子育て安心特区」とするべく、早急に福岡県と議論を開始すること。

—なぜ福岡というならば福岡は九州にはまれな人口増加地である福岡市を有し、そこに集まりつつある人口構成は若年の再生可能年齢であること。

—福岡エリアの財政規模が九州で突出していること。

—福岡県には人口吸収の地域的余地があること。

—福岡県には4つの医科大学・大学医学部と3つの歯科大・大学歯学部があり医療側のマンパワーが確保しうること。

—以上から、福岡は人口退縮を救う全国モデルとなり得る。

まとめ

(1) 地域医療構想

- ・地域医療構想を講じる上でまず参考とすべきことは戦後、日本の社会保険制度が確立してゆく過程で、各種病院の置かれてきた立場や変遷など歴史的背景を考慮し、各々の地域医療の現状を複視眼的に把握し検討することが重要である。
- ・地域包括ケアシステムは、地域医師会を中心に行政の了解のもとに調整した形が望ましい。
- ・民間でできる医療は民間に任せる。
- ・地域の特性を活かし、短期間に極端な病床削減を強いる必要はない。
- ・救急医療の現場ではまず、かかりつけ医、二次輪番病院や中小救急病院などゲートキーパー的存在が重要である。
- ・調整会議では事を性急に運ぶべきではない。最終的に県、医師会、市町村が協調し、各病院が自己調整可能な道筋を誘導すべきである。

(2) 地域包括ケアシステム

- ・福岡県では在宅（施設も含め）で、年間約 3,300 人の看取りが行われている。その増加も視野にいたした上で、地域包括ケアシステムの構築を考えていかなければならない。
- ・地域のすべてのかかりつけ医が可能な範囲で在宅医療にかかわり住民と多職種を結び付けることで、地域完結型の医療や介護を目指す地域包括ケアシステムが形成される。地域医師会と「かかりつけ医」が主導的役割を担い、また、小児在宅医療にも積極的にかかわるべきである。

(3) 在宅医療

- ・今後増加すると思われる在宅療養患者に対応できるように、地域医師会が訪問看護ステーション、訪問ヘルパーステーションの拡充、整備、またそこに従事する者の知識、技量の充実を図るために、県医師会が研修会の実施、福岡県歯科医師会、福岡県薬剤師会と連携し今後の対策等を話し合い、行政とも綿密な連携をとっていく必要がある。

(4) 福岡県子育て安心特区構想

- ・福岡県医師会には福岡県が人口退縮を救う全国モデルとなり得るべく、安心ある子育てができるように妊娠、出産、小児医療の完全無償化を目指した活動が望まれる。

おわりに

当委員会でも、将来のあるべき姿として、地域医療構想、地域包括ケアシステム等について議論を重ねて提言をまとめ、各医師会内でも、多くの議論の機会が持たれており、2025年を見据えた地域における医療提供体制の在り方を巡る動きが本格化していると言いたいところだが、今後の問題点を2つ指摘して、巻末の言としたい。

まず、最近のある医師向けのアンケートによると、地域包括ケアシステムについて、詳しい仕組みまで理解している医師は1割。言葉も知らない、または聞いたことがあるが概念は分からない医師が1/3もいる。勤務医ほどその傾向はひどく、大学病院勤務医に至っては約半数は何も知らないと答えている。理念や政策的判断が先行し、現場の医療従事者にとって、制度への理解が進んでいないのが現状であろう。医療と介護の連携の必要性」を実感しているにも関わらずリアリティとして感じられず、また、地域完結型の医療・介護体制の構築に消極的な医師も少なくない。医師会理事の間では2025年問題に向けた議論が盛んに行われ、理解が進んできていると思われるが、一般会員、勤務医や非会員においては、その意識が低い。地域医療構想においても、今までのような個別の経営判断ではなく、地域で果たすべき役割を認識する必要がある。無床診療所であっても、慢性期病床の受け皿としての責任を果たせるよう、訪問看護ステーションとの連携強化等の仕組みの構築、情報の提供・周知が医師会としての役目ではないかと思われる。

もう一つは、2025年問題の次の2035年問題についても、今から少し議論を進めて置くべきであろう。2035年には世帯主が75歳以上世帯で単独世帯が約4割と推計され、団塊ジュニアが65歳以上となる。団塊世代が死亡平均年齢に達し、多死社会の到来である一方で寿命の延長による長寿化時代、いわゆる人生100年時代もやってくる。今、話題となっている「教育→仕事→引退」という、「3ステージ」の生き方からマルチステージへの生き方を実践してもらうために、我々医療側としても、患者が受ける医療サービスを主体的に選択できるような多様性に富んだ対応が必要であろう。

委員会講師一覧

○第2回（平成28年11月16日）

地域医療構想の問題点と今後について／委員・福岡県医師会常任理事 戸次鎮史

／委員・産業医科大学公衆衛生学教授 松田晋哉

○第3回（平成29年2月8日）

地域包括ケアシステム構築に向けて～療養病床の行方と対応～

／日本医師会常任理事 鈴木邦彦

○第5回（平成29年7月5日）

在宅医療・介護の現場から

／北九州市小倉医師会介護サービス総合センター・

北九州市小倉医師会高齢者会事業課課長 中江正子

福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況

／委員・福岡県医師会常任理事 辻 裕二

