

総説

生きるをデザインする

神野正博

社会医療法人財団董仙会 理事長 / 社会福祉法人徳充会 理事長

【はじめに】

すべての団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向かって、医療や介護保険制度ばかりではなく、社会のしくみが大きく変わろうとしている。言うまでもなく、それは少子高齢社会と人口減に耐えることのできる社会づくりであり、さらには高度成長期を経て、便利でモノにあふれた時代を過ごした団塊以降の世代における価値観の変化に対応する社会づくりということになる。

そういった意味では、2025 年は一里塚にしかすぎず、2035 年、2045 年を見据えた社会のしくみ、日本人の生き方、そして日本人の「食い扶持」を考えることは今の世代の責任なのかもしれない。

【地域医療構想は必然か】

地域医療構想は 2018 年度からの地域医療計画に書き込むということで、まさに 2017 年度に最終の調整が行われるという。すなわち、高齢者が増加する中での 2025 年の医療需要、介護需要を睨みながら 2025 年における機能別の病床数を割り出し、それを参考値として地域における病床機能分化の議論を促すものである。

本質的には診療報酬とは異なるはずであるが、高度急性期～急性期～回復期～慢性期の病床の区分として診療報酬における医療資源投入量（点数）を加味しているだけに、今後、2025 年までの 2018、2020、2022、2024 年度の診療報酬改定は、これら機能分化

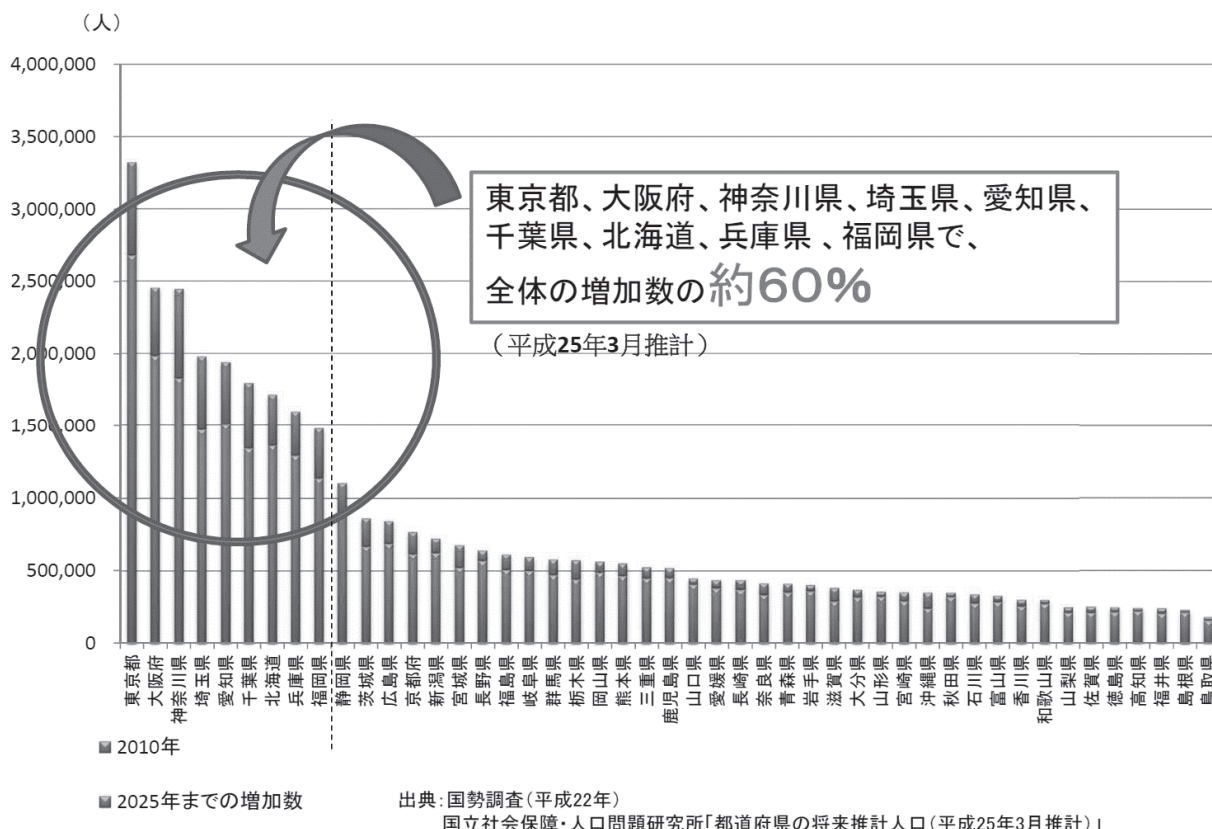


図1 高齢者人口増加の都道府県偏在 (2010年から2025年)

を斟酌されるとして間違いないものと推察する。

図1に示すように、2025年における高齢者人口の増加は地域によって大きな差異がある。すなわち、東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県、福岡県といった大都市圏で、2025年までの全国における65歳以上人口の増加数の約60%を占める。そして、その他の地域では高齢者人口の増加はわずかなものとなる。また、同一都道府県においても都道府県庁所在地とそうではない都市間での偏在も大きいものと考えられる。

したがって、地域毎に医療需要や介護需要は、大きな差があり、大都市圏では、すべての病期の医療サービスは不足し、同時に介護サービスもそれ以上に不足することになる。一方、地方では、高齢者の増加は頭打ちであり、とりもなおさず医療、介護需要も頭打ちとなるのである。

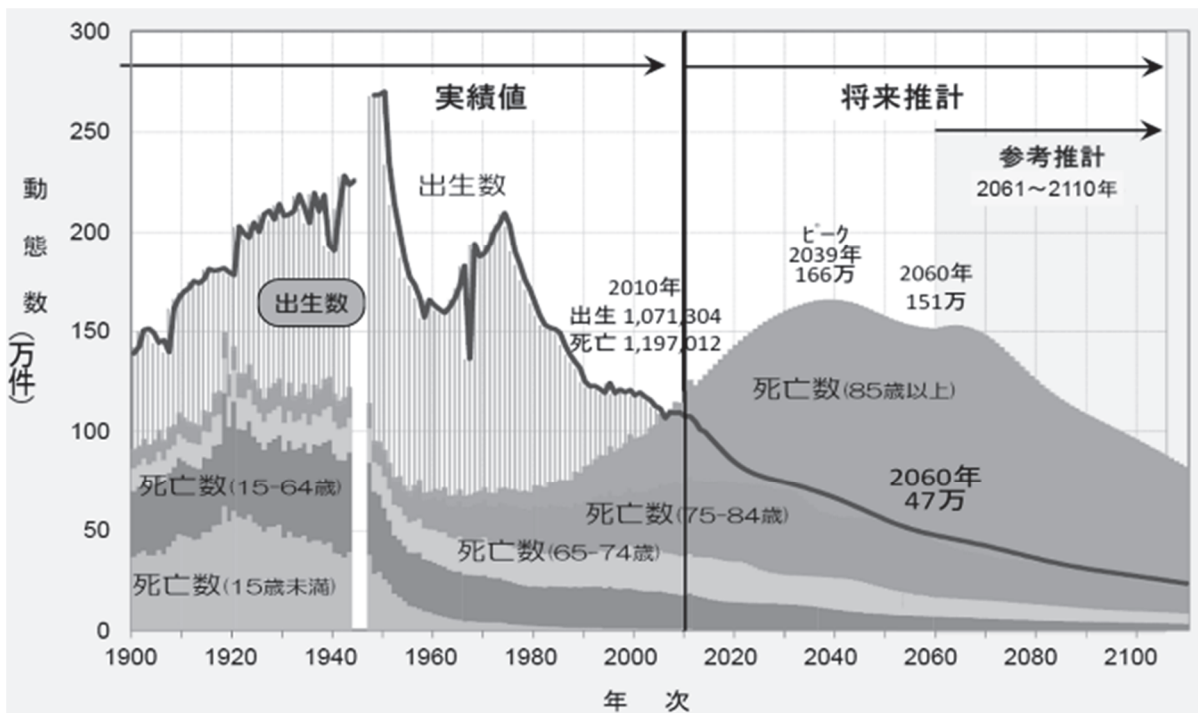
しかも、大都市圏では人口は密集し、地方では広い土地にわずかな高齢者が住む。それは、在宅における医療・介護サービスの観点からすると、大都市圏では効率的にサービスの提供が可能かもしれないし、地方では、『寄せて集める』こと(集住)なしに、効率的なサービスの提供は難しいということになるだろう。

また、今後の少子多死社会を予測すると、その出生数の低下と死亡数の増加は極めて大きなものとなる(図2)。この多死社会の医療需要と介護需要を支える若年層をいかにカバーするのか。高齢者雇用なのか、外国人労働者なのか、はたまたロボットなのか?真剣に考える時が、そこまで来ているように思う。

地域毎でその医療や介護提供のあり方は変わってくる。全国一律のモデルというものはあり得ないものと心得たい。そして、需要に従った地域医療の将来を構想することは必然になる。その予測病床数と機能分化の精緻化は、これからも絶え間ぬ評価と修正をかけながら議論していく内容であるべきと考える。

【地域医療構想を読む】

現状の許可病床数と病床機能報告制度によると2010年の総病床数(精神科病床を除く)は、約135万床である。そして、現状と同水準の医療を提供するならば、2025年には有病率と受療率が高い高齢者の増加に伴い約152万床が必要となる。しかし、医療需要のほとんどを占めることになる高齢者における医療需要の変化を見込んで、国は必要病床を約



提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長 中央社会保険医療協議会 総会（第341回、2016.12.14）資料より

図2 出生数と死亡数の推移（1900年～2110年）

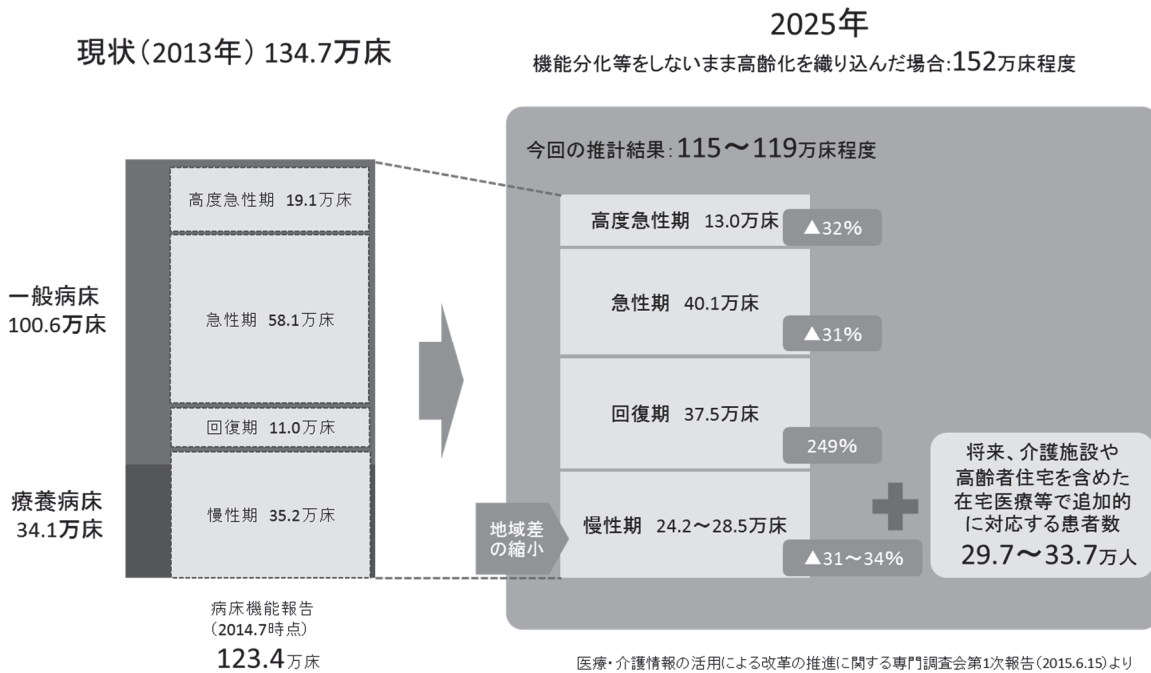


図3 2025年の医療機能別必要病床数の推計(地域医療構想)

120万床とする。これは高齢者における医療需要は高度な医療ではなく、回復期と分類される軽度急性や急性期後の回復に重点が変わるという仮説を前提としているのである。今日、移植医療、再生医療、遺伝子治療の進歩でこの仮説がどうなっていくのか。その議論は今後への先延ばしかもしれない。いずれにしても、この入院医療152万床を120万床に抑え、膨大な医療需要を在宅医療等でカバーすることによって、割高となる入院医療費を削減しようとするものである(図3)。

したがって、現状におけるこの入院から在宅へといった仕組みの成否に大きくかかわるものとして、高齢者の価値観の変容、場合によっては「割り切り」が必要かもしれない。加えて、在宅高齢者に対しての予防、健康増進を含めた生活支援が必要となるに違いない。

【地域包括ケアということ～地域総力戦】

すでに地方では人口ばかりではなく、経済も縮みつつある。その中で、従来のように医療、介護、生活支援を縦割りで提供することは非効率的である。

サービス提供側の視点からするならば、医療サービス事業者は医療ばかりではなく、介護、さらには生活支援や介護予防サービスといった生活の領域ま

でを俯瞰しながら垣根なく健康のお世話(=ヘルスケアサービス)を提供すべきである。同様に、介護保険サービス事業者もまた医療や生活支援や介護予防サービスを俯瞰すべきである。

さらに生活支援や介護予防サービス提供という視点からすれば、共助・互助組織である自治会やボランティア、NPOばかりではなく、公助としての行政、それに加えて医療サービス事業者も医療保険の枠の外で、介護保険サービス事業者も介護保険の枠の外で関与すべきであろう。さらには広く一般企業の参入やわれわれがこれら事業者との間でコラボレーションを図るべきと考える。

すなわち、地域のヘルスケアに関わるのは地域における医療、介護保険サービス事業者、一般企業、そして公助、共助、互助組織ということになる。当然、地域でサービスを提供できる事業者は、地域に密着した事業者であり、企業もまた、本店所在地は別にして地域に拠点を有する企業であるべきである。それは、とりもなおさず地域の産業振興策といってもよいかもしれない。地域の事業者が「寄って集って、お節介する」ことが、文字通り包括ケアサービスということになると考える。

【生きるを支援するからデザインする】

人口減と高齢化の中でわれわれ医療サービス提供者も介護保険サービス提供者も患者・利用者を「支援する」「寄りそう」から、もう一歩前に出た「生きる」をデザインする必要があると確信する。

ここでの「生きる」は広義のものと捉え、医療の本質である「生命」「生存」の維持、確保ばかりではなく、人々の「生活」に積極的にかかわり、提案していくことをデザインすると表現したい。

実際、臨床の現場において、40歳の進行胃がん患者に対しては、集学的に根治手術や化学療法、放射線療法などを積極的に活用し、がんからの根治を目指す。一方、90歳の進行胃がん患者の治療は、40歳とは異なるかもしれない。患者の体力を見ながらの治療となり、場合によっては、寄り添い、満足できる余生を送るための生活様式をデザインしていくことが求められてくるかもしれない。もちろん、いずれの場合でも、インフォームドコンセントによる本人の意思に従うことはいままでのままではない。

【誰がデザインするか】

介護支援専門員（ケアマネジャー）は、在宅であれ、入所であれ、利用者や家族との話し合いを前提として、利用者の介護サービスをデザインする。特に在宅の場合には、その利用者が必要とする訪問サービス、通所サービスを要介護度による制限を鑑みながら、過不足なく組み合わせる。

しかし、介護だけではなく医療や、生活面までをデザインすることをケアマネジャーに任せるにはあまりにも荷が重すぎると考える。そういった意味で、先にも述べた生活支援や介護予防を含めたヘルスケアサービスの最適な組み合わせをデザインするのは、まさに「ヘルスケアマネジャー」であろう。

それは、既存の職種をこれに充てるというよりはむしろ、既存の職種が何であれ、適切な能力を持つ人物をここに充てるということであろう。強いて職種を当てはめるならば、家庭医、医療ソーシャルワーカー（MSW）、訪問系の看護師、リハビリテーション療法士（特に、作業療法士）などが考えられる。これらの職種は、全人的、包括的に患者を医療面だ

けではなく、社会生活面や家族背景などからもみることに比較的長けた職種であると考えるのである。日本医師会と四病院団体協議会による医療提供体制のあり方に関する合同提言（表1）の中で定義した「かかりつけ医」とその機能もまた本質的にはこの部分を担うべきと考える。

さらに、一般職、事務職のキャリアパスの一環とした研修制度を作り上げることで、新たな専門職種としてこのヘルスケアマネジャーに充てることも考慮に値することだろう。

近年のICTの進歩により、遠隔見守り、遠隔管理、遠隔相談、遠隔提案などが可能となろう。テレビの向こうのヘルスケアマネジャーの出現である。加えてAIによって、認知症を含む病気の予防、要介護状態の把握や生活スタイルの提案などが可能になるに

表1 かかりつけ医とかかりつけ医機能
医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013年8月8日）より

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

違わない。しかも、これらは遠隔診断や遠隔治療に比べて規制やセキュリティのハードルは低く、かつ一般企業からの参入，すなわちビジネスモデルの可能性が無限に広がるように思われる。

【組織としてデザインするために～地域医療介護生活連携推進事業体の構築】

このように、ヘルスケアマネジャーの必要性を提唱したい。そして、その任に当たる者が活動していくためには、明確な事業体が事業体の意志として、事業の一端として活動させることが重要であると思う。

2017年4月から医療法で規定された地域医療連携推進法人制度が動き出す。本制度は、当初提唱された非営利ホールディングカンパニー型法人制度とは異なり、医療の連携を主としているものである。これまで述べてきたような、医療～介護～生活までを統合する事業体とはいささか異なると言わざるを得ない。

そこで、文字通り地域医療介護生活連携推進事業体の構築が待たれるのである。これを内外に宣言することによってこそ、組織の中で生活を支援する部門も明確化できるものと確信する。

【おわりに】

なぜ、この時期に生活をデザインしなければならないのか。それが、過疎化、高齢化が進む地方の活性化と生き残り戦略に他ならないことを強調したい。