

8. まとめ ー岡山のより良い地域医療構想・地域包括ケアシステム構築のために必要なことー

アドバイザー 産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田晋哉氏

I. 地域医療構想の目的そして地域包括ケアとの関連性の理解

少子高齢化の進行と持続する低経済成長という経済社会環境下で我が国の社会保障制度の持続可能性に関心が集まっている。限られた財源で効率的に医療サービスを提供するために構造改革が必要であるという共通認識のもと、医療提供体制の見直しが課題となっている。具体的には医療と介護ニーズが混在する後期高齢者を適切にケアするためには、現在のような急性期偏重の医療提供体制で対応することは難しいこと、そしてその問題の様相には大きな地域差が存在し、画一的なプログラムでは対応が難しいということなどを踏まえて、データに基づいて各地域の状況にあった医療提供体制の構造改革を行うことが目指されている。

地域医療構想は医療計画の一部であるが、これまでの医療計画はその実効性について批判があった。その原因の一つとしては各地域の傷病構造や医療ニーズに対応するための指針になっていなかったという点が指摘できる。医療計画には基準病床数に加えて、5 疾病 5 事業ごとの整備目標が記載されているが、その記載は画一的で、地域内の施設がそれをもとに自施設の経営を考えるようなものにはなっていない。

今回の地域医療構想の策定にあたっては将来の傷病構造の具体的推計値を含む種々のデータが準備され、それが都道府県の担当者と都道府県医師会にも提供されている。このデータを用いることで医療関係者は当該地域の将来の傷病構造に関する将来像を具体的に考えることが可能になったのである。医療計画と各施設の将来計画とをデータの裏付けを持って合わせて考えるための基盤ができた点が今回のプロジェクトの最も重要な特徴である。各地域のデータ分析結果を踏まえて策定される地域医療構想をもとに平成 30 年の医療介護同時改定時に第 7 次医療計画が策定されることになるのである。

今回の研究会で議論されてきたように、地域医療構想は病床削減を目的とするものとしてご異論されると結論を間違える可能性が大きい。

II. データに基づく議論の必要性

今回の地域医療構想策定にあたっては、厚生労働省からそのための資料としてデータブックと機能別病床数推計ツールの 2 つが提供されている。これらの資料の内容が十分に理解されたうえで、議論に活用される必要がある。

1. データブック

今回の地域医療構想策定にあたっては、各二次医療圏における現在の医療提供体制を分析するためのデータブックが各都道府県に提供されている。このデータブックには今回の研究会でも説明があったように、各地域の医療の現状と将来を検討するための各種情報が入っており、地域医療構想の策定に際しては、これらのデータを用いて各地域の医療提供体制及び傷病構造の現状及び将来に関する認識が関係者で共有されなければならない。

2. 病床機能別病床数の推計ロジック

今回国から配布されている病床機能別病床数推計ツールでは

- ・機能分化を進める
- ・療養病床入院患者については、医療区分1の70%は在宅で対応可能と仮定する
- ・療養病床の性年齢調整後の受療率の地域間格差を縮小する

という3つの仮定がおかれている。したがって、この仮定が各地域の状況に合うのかがどうか、まず議論の前提となる。特に、今回慢性期は療養病床、在宅、介護の3つの合計としてそのボリュームが推計されているが、その配分のあり方は各地域の状況に依存する。療養病床では入院患者の高齢化と要介護度の高度化が進んでいるが、少子高齢化がさらに進む状況で、どれだけ在宅でケアをすることが可能なのか、またしなければならないとするならば現在から何を準備しなければならないかについて冷静に考える必要がある。そして医療と介護との連続性についても十二分に意識される必要がある。医療の裏付けのない介護はあり得ないし、介護の裏付けのない地域医療もあり得ないからである。今後、認知症を持ったがんのターミナル患者を病院以外でケアすることが一般的になってくるだろう。このような患者をどのように地域でみていくべきなのかが具体的に検討される必要がある。看護多機能施設や厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」で議論されてきた「新類型」の役割が重要になるだろう。

3. 人口問題を冷静に考える

国から配布されたデータブックには含まれていないが、地域医療構想及び医療計画策定に資する目的で研究班や日本医師会から地域別の人口推計や傷病構造の分析を行うためのツールも提供されている。将来の医療需要を決定する最も重要な条件の一つは人口構成の変化である。したがって、岡山県内の各地域における地域医療構想策定に当たってはこれらのツールを使った分析を行うことが望ましい。これを行うことで、今後の看護・介護人材の確保が岡山県にとって、特に県北部で大きな課題となることがわかるだろう。堀田氏の講演で紹介されたような国内に既に存在する先進事例を参考に岡山県として将来の看護・介護人材の確保のための事業を現在から行っていく必要がある。

また、介護人材確保のためには、介護現場の実際の姿に対する正しい認識が前提となる。メディアには介護労働に関する負のイメージの情報があふれている。確かに介護労働は肉体的にも精神的にも負担の大きい仕事である。しかしながら、労働市場に関する数字が示す客観的なデータは、給与水準は決して低くないこと、そして離職率も全産業平均よりは低いことなどが示されている。介護はやりがいのある仕事であり、また高いレベルの技術を必要とする領域である。その専門性をいかに評価していくのかを検討することが必要である。今後、介護に関しては質評価事業が進められていることになっている。そして、この質評価が介護サービスの経済的評価にもつながっていく可能性があるが、この過程で介護職の専門性が評価されるようになるための種々の研究やモデル事業が行われる予定である。そして、こうした一連の事業を通して介護労働に対する誤ったイメージを解消していく努力が求められる。この中では現在のような給付関連の事務作業の多さについても再検討が必要であろう堀田氏が紹介したオランダの Buurtzorg のようなマネジメント上の改革が我が国の介護現場にも必要であると考えられる。

人口問題に関連して金田氏からは人口減少地域における病院経営のあり方に関する講演がなされた。金田氏は人口の動向を冷静に見つめ、ダウンサイジングと近隣病院との機能分化と連携を積極的に行ってきた。今回、国から示されたデータは、各施設にとっては将来の自施設のあり方を検討するための羅針盤の一つであるという認識が必要である。右肩下がり的人口と経済環境の中で、医療関係者は冷静な判断が求められているのである。

Ⅲ. 地域包括ケア体制の確立

医療は単独では機能しない。それは介護や住宅政策など他の社会政策との協働を必要とする。特に高度高齢社会においては地域包括ケアとの連動性が強く意識されなければならない。前述のように「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」が公表した推計では介護施設や在宅医療で対応する患者数として 29.7～33.7 万人が提示されているが、これが可能であるかはひとえに地域包括ケアの仕組みの状況にかかっている。平成 30 年の医療・介護同時改定に際しては、介護保険側で地域包括ケアを具体化するための計画が作成されることになるが、それを前提として地域医療構想は検討されなければならない。

在宅医療を推進するためには、それを支援する後方病院の存在が不可欠である。現在の枠組みで、それは回復期の役割を担う一般病床や地域包括ケア病棟、そして療養病床になる。この回復期・慢性期の病床を地域包括ケアの中にどのように位置づけ、それを中心に急性期医療と在宅医療及び介護とをどのようにネットワーク化していくのかを現時点から考えていく必要がある。江澤氏の和香会及び倉敷地域ケアセンターでの実践はそのような先進事例であると言える。

ネットワーク化は時に地域の医療提供体制の再構築を要求する。したがって、今回の構想策定に際しては、地域の開業医や介護事業者からの意見聴取（どの地域に回復期の病床を必要としているのかなど）を十分に行うことが重要である。

地域包括ケアはネットワークである。ネットワークのあり方は地域の状況に依存するため、したがって、その構築にあたっては関係者の相互理解の場が必要である。そのためには現在形骸化してしまっている感のある「担当者会議（ケアカンファレンス）」が機能する仕組みを再検討することがまず必要である。それぞれがかかわっている事例を通して共通理解を図ることが重要である。これをないがしろにして地域ケア会議を行ってもその効果は薄いと考えられる。

また、地域包括ケア体制を構築するためには医療の役割が重要であることが再認識されなければならない。広井は地方自治体の職員に対して行った意見調査の結果として、住民が地域社会において重要だと考えている施設として学校と医療機関が常に上位にランクされることを示している（広井、2009）。「学校があること＝子供がいること」は将来の安心であり、医療施設があることは「今の安心」である。医療機関が持つこの「安心を保証する機能」を関係者は改めて認識する必要がある。Matsuda et al が福岡県の長期入院・入所患者で看護師が「退院可能」と判断した患者を対象に行った「退院しない理由」の調査結果では、「安心感がない」、「いきがいがない」といった社会的孤立が上位の理由となっていた（Matsuda and Tanaka, 2010）。

以上の結果は、少子高齢社会において医療機関は地域の安心を保証する役割を担っていることがわかる。したがって、地域医療構想策定に際しても、この医療施設が果たしている「地域の安心を保証する機能」をいかに維持していくのかという点に留意されなければならない。地域包括ケアの実践に医療が不可欠であることは、和香会の実践事例からも明らかである。

IV. おわりに - 住民を巻き込むことの重要性 -

社会保障に関する議論の内容は国民にとって必ずしもわかりやすいものではない。関係者にとって当たり前の用語や概念の多くは、一般住民には分かりにくいものであることを医療介護関係者は認識しなければならない。県の役割はこうした住民も含めた関係者間の意識共有の活性化のための仕掛けづくりを行うことであろう。国から提供されたデータをそのまま示すのではなく、今回の研究会で県の担当者が示したような「岡山県向けに咀嚼された」情報の提供を今後も行っていくことが必要である。超高齢社会において医療介護のあり方は各地域の将来に大きな影響を持つ。したがって、関係情報が住民に理解されることが重要である。

また、医療サービス提供側が構造改革を行おうとしても、住民がその意味を理解しなければ実現は難しい（例えば、急性期病院と回復期病院の機能の違いを患者およびその

家族が十分に理解していないと、転院は単なる「追い出し」と誤解されてしまう可能性がある)。社会保障制度という国民生活に深くかかわる領域の議論がそのようなものであってはならないだろう。

実際、今回の地域医療構想調整会議はそうした住民参加の理念のもとに設計されている。各地域の医療のあり方を医療者と都道府県の担当者のみで決めるのではなく、地方自治体関係者や住民代表などが参加し、そこで各地域の状況にあった構想が策定される仕組みが目指されている。したがって、そこに出される資料は非医療職にとってもわかりやすいものでなければならない。形だけの住民参加であってはならない。その意味でも分かりやすい医療・介護情報の「見える化」が必要である。加えて、地域医療と地域包括ケアの理念が住民と共有されなければならない。このことを我々医療介護関係者も理解しておくことが重要である。今回の地域医療構想作成と医療計画の見直し、そして今後予定されている地域包括ケア計画策定がそのような住民と医療介護関係者（行政関係者も含む）のよいコミュニケーションの機会になることが期待される。

参考文献

- 広井良典：コミュニティを問いなおす一つながり・都市・日本社会の未来、東京：筑摩書房、2009.
- Matsuda S and Tanaka M: Why does the Japanese Frail Aged Prefer to Stay in the Long Term Care Wards?, APJDM Vol.4(2): 41-48, 2010.