

## 高齢化時代の医療介護危機 地域包括ケアシステムによる解決策

**Note 1.** こんにちは。私は札幌市の清田区で医院を営んでおります、鈴木 岳と申します。本日はこのような機会をいただきまして、感謝申し上げます。

**Note 2.** 本日の話題は以下の 4 点です。医療と介護を取り巻く社会情勢、急激に進行する少子高齢化の現状と悪化する財政問題についてお話しします。そのため、医療と介護の費用の緊縮化と効率化が進められます。そこで提唱された地域包括ケアシステムの概要を紹介いたします。地域包括ケアシステムの具体例として当院の事例をご紹介します。

**Note 3.** 本日の参考資料です。いずれも和書で、申し訳ありません。

**Note 4.** 医療と介護を取り巻く社会情勢

**Note 5. 1-1.** 急激に進行する超少子高齢化時代について

**Note 6.** 日本の人口推移を示します。現在 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者。青で示す、生産年齢層は既に最多期を越え、減少し始めている。2025 年には第一次ベビーブーム世代が 75 歳以上の後期高齢者になる。この時から 4 人に 1 人が後期高齢者となる、急速な高齢化時代へ突入。そのため社会保障の給付と負担の舵取りが非常に困難となる。現在の基本方針は増税と自己負担増と給付の抑制、医療介護制度の更なる効率化となっている。

**Note 7.** すでに医療と介護福祉の人材難が到来。あらゆる職種で人材の争奪戦が始まっている。2025 年に第一次ベビーブーム世代が後期高齢者になる。しかし、これは医療介護危機の入り口に過ぎない。それからさらに超少子高齢化と生産年齢の減少は進むのである。すぐに第二次ベビーブーム層の高齢化が訪れる。

**Note 8.** 高齢者を支える労働人口の比率を示します。青いグラフは労働世代人口を20-64歳とした時の65歳以上人口との比率を示します。オレンジ色のグラフは労働世代人口を20-69歳とした時の70歳以上人口との比率を示します。現時点で65歳以上を引退世代とすると、その人口に対し、労働者人口は2.1倍。70歳以上を引退世代とすると、その人口に対し、労働者人口は3.3倍です。

**Note 9.** 日本の医療と介護保険は現役世代の保険料と税金により高齢者を支える、仕送り制度です。このまま65歳以上を引退世代とすると、現時点では1人の高齢者を2.1人で支えることとなります。2050年、30年後には1人が1人を支える持続不可能と思われる事態となります。そこで元気な高齢者も現役を持続し、支えて側に回す施策が必要です。

**Note 10.** サマリー。日本の超少子高齢化は急速に進行している。社会保障の給付と負担の舵取りが非常に困難となる。先細る税金、景気と増える社会保障どうする？平均世帯人員数がへり、家族の介護力に期待ができない。増える独居老人、老夫婦世帯による老老介護。老いた子による親の老老介護も。生産年齢層の減少が著しく、医療と介護の担い手が減り、人材の奪い合いとなる。

**Note 11.** 高齢者住宅の看板

**Note 12.** 財源問題

**Note 13.** 負担と福祉の形を示した図です。高負担、高福祉を取るのか、低負担、低福祉を選ぶのが実行可能領域です。現在の日本社会は低負担、高福祉にあこがれているように思えるが、それは無理。

**Note 14.** 日本の債務残高は1990年から2014年の間に600兆円増加しました。現在の債務残高は実に一般会計税収の約15年分に相当します。2015年度の債務残高は約807兆円、国民一人当たり、約

638 万円の借金に相当します。4 人家族では約 2550 万円の借金相当です。ちなみに労働者世帯の平均年収は約 511 万円です。ですから、平均的な世帯にたとえば、各家庭が年収の 5 倍もの借金をしている状況です。

**Note 15.** 債務残高の GDP 比は第二次大戦直後と同じレベルにあります。大変に危機的状況です。

**Note 16.** 差が埋まらない、税収と歳出。グラフの開きはワニの口と言われている。1990 年が税収のピークだった。1992 年からワニの口が大きく開き始める。つまり、増え続ける歳出、増えない税収の流れが続く。その差を埋めるべく公債の発行が増加し続けている。

**Note 17.** 財政の持続可能性の確保に向けて。債務残高割る GDP を減らしていく方策が必要である。そこで取られている政策が 1. 歳出の抑制と歳入の拡大。2. 社会保障の重点化と効率化。3. 人口減少の中での経済成長の確保。成長戦略。しかし、これは人口が減りゆく中、大きな期待はできない。

**Note 18.** 歳出の抑制を考える上で、一番大きな歳出は社会保障関係です。赤いグラフをご覧ください。実に社会保障関係費は一般歳出の 53% を占めてきております。やはり、最大の支出を減らす圧力がかかってきます。

**Note 19.** 社会保障関係費の削減のほか、財源確保策として 4 つ考えられています。大きく期待されているのは消費税増税。そのほか、社会保険料の引き上げ。所得税の累進性強化。法人税率引き下げ政策の中止。この中で、消費税が最も強力な財源確保策です。

**Note 20.** 住宅の中庭。薔薇のベンチ「質問はありますか？」

**Note 21.** 以上のような背景から、急ピッチで医療と介護の一体改革、緊縮化が進められています。

**Note 22.** 安倍政権により、2015年に示された社会保障費抑制の数値目標をご紹介します。2015年以降の5年間で国庫負担分で1.9兆円の削減を目標。これは国庫、地方を合わせると6.5兆円もの削減規模になる。骨太方針2015は、史上最も厳しい医療費抑制方針である。

**Note 23.** この社会保障の緊縮化の一環として4年前より打ち出された方針は、より病院、医院の機能分化を強化し、在宅での療養、介護を迫っていく方針となっている。

少子高齢化がピークを迎える2025年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの方針が打ち出された。入院医療、外来医療を含めた医療機関の機能分化、強化と連携、在宅医療の充実などに取り組むとされた。

これらは、よく言えばさらなる効率化を推進、裏を返せば患者さんの個別事情に応じられる余裕を奪うことになる。

**Note 24.** 入院医療について在宅復帰の促進が求められるようになった。あらゆる病院は在宅復帰や退院を急がないと収入が減る。患者さんはひとところにとどまることはもう無理！およそ20年前まで、日本の病院は患者さんが急性期から慢性期を経て、退院まで一つの病院におれた。

**Note 25.** 外来機能の分化、連携が進められる。大病院は外来を中小病院や診療所に任せ、専門的な医療に注力するよう求められている。診療所は専門だけではなく総合的な診療や専門病院との連携、介護との連携など地域のかかりつけ医、医療介護の最初の相談窓口のような機能を求められている。

Note 26. 医療介護改革法案成立。この法案の要旨を示します。患者、介護利用者の負担増、給付縮小。

年収280万円以上ある人の自己負担割合を1割から2割に上げる。サービス面では、介護の必要度が比較的低い「要支援」向けの通所・訪問介護を介護保険からはずす。

待機者が約52万人もいる特別養護老人ホームは、新たな入居者を原則「要介護3」の重介護者以上に限る。

医療分野は、医療機関の役割分担の見直しが柱。費用を抑えるため、高齢者の医療・介護サービスを「時々入院、ほぼ在宅」に近づける改革を進める。

「急性期」向けの病院を減らす。一方、症状が落ち着いた後の在宅医療や介護との連携を充実させる。

Note 27. Stockholm 「質問はありますか？」

Note 28. 地域包括ケアシステムについて

Note 29. 地域包括ケアシステムとはなんでしょう？

国で示す定義は次の通りです。

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにする。そのために、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制である。

認知症高齢者の増加が見込まれる。その認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

いまや、医療と介護一体改革の中心的柱となった国策とも言える政策

言葉だけではよくわからないと思いますので、次に図を示します。

**Note 30.** 厚労省が示している地域包括ケアシステムのイメージ図。中心に医療と介護を受ける高齢者がいます。その住まいは自宅として持ち家のほか、高齢者住宅や老人ホームも自宅として定義されています。彼らを開業医や中小病院が平時の医療を支え、必要に応じて急性期病院と双方向的に連携をとります。彼らの介護を通所系と在宅系介護サービスが支えます。それだけではなく、生活支援と介護予防においては地域の町内会、自治体、老人クラブなどのコミュニティのボランティア的活動も期待されています。それらの複数のサービスのコーディネートを自治体の地域包括支援センターやケアマネージャーが行います。つまり、高齢者を複数の医療と介護のみならず、行政と自治体、地域コミュニティのネットワークで支えていく考え方が地域包括ケアシステムです。

**Note 31.** 地域包括ケアのコンセプト図です。ここでの注目点は、住み慣れたところで安心して暮らすために、公助、共助に加え、互助と自助を求めてきたことです。これまで、私たちは国、行政の行う公的支援からなる公助、医療と介護制度からなる共助ですごしてきました。国も国民に自助努力を求めたり、ボランティアからなる地域コミュニティや町内会活動の互助を強く求めることはありませんでした。それが予防や生活支援にはご近所さんからなる互助が大事である。本人においては老後の住まい方や老い方に準備を促す自助を求めてきたのです。図で示す、自助の本人と家族の選択と心構えとは为什么呢？これは少ない介護力世帯が多く、公助と共助も削減されていく。その環境に備えて老後の設計をなささいということです。終活をしておけというお達しに思えます。

**Note 32.** 地域包括ケアシステム導入の財政問題以外の背景を説明します。その背景 1. 日本はすでに多死社会が到来しています。1966年には年間67万人の死亡者数でした。2015年には129万人に増え、これは2039年まで増え続けると推定されています。そのような社会にもかかわらず、少子高齢化社会の各世帯の介護力は非常に低い状態です。一人の子供が二人の両親を面倒みるとか、両親の間での老

老介護、親子間での老老介護、独居老人などが増え続けると予想されています。

**Note 33. 社会的背景 2.** これからの日本は認知症患者さんが大きく増えていきます。現在でもすでに 180 人に 1 人が認知症です。その認知症患者さんの占める割合が急速に増加していくのです。これらの背景から自助努力も高めなければならないけれども、それだけでは悲惨な老後を迎える人々の増加が予想されます。そのため、社会のネットワークを高めて相互互助、共助、公助の地域包括システムのネットワークで拾い上げていく、というのが地域包括ケアシステムの財政問題に加えた社会的背景であります。

**Note 34.** これは死亡場所別に見た、死亡数と死亡場所構成割合の推移です。日本は 1960 年頃まで、現在と異なり、皆保険制度ではありませんでした。年を取り、病院にもかかることができず、子供に見守られ、自宅で亡くなった方が多かったのです。皆保険制度の導入された時期と高度成長期は重なり、合わせて高学歴化も進んでいきます。そうすると、病院にかかりやすくなる一方で、自宅で介護や看病する労働力が減少していきます。そのような背景から病院死が急速に増えていったと思われます。現在、在宅医療の推進と共に自宅死亡割合と施設死亡割合が少し増えてきているようです。しかしながら、自宅死亡割合の上昇要因の 40%は孤独死の増加が現状であることが問題です。

**Note 35. 地域包括ケアシステムの実像 (reality)。** 地域包括ケアシステムの実態はネットワークである。これまで患者、利用者と医療、介護、行政とが個々にやり取りをしていたが、患者、利用者を取り囲む医療、介護、行政、地域ご近所が連携して支援していこうというセーフティネットワークである。このシステムを必要とする対象は主に都市部である。地域にはそもそも選択肢が非常に少ない。これまで医療は治すことに主眼を置いてきた。しかし、これからは治し、支える医療への転換、つまり介護行政連携も必要である。地

地域包括ケアシステムにより、できるだけ自宅や高齢者施設で過ごせる期間を延ばせるように支援することで、終末期近くでの病院、施設への入所率と入所期間の抑制も狙いである。地域包括ケアシステムは自宅死亡割合の増加が狙いとは思えない。今後も死に場所の中心は、割合は徐々に低下するものの病院であろう。そのほか、老人施設や高齢者住宅などの自宅以外での住宅での死亡が補って行く。多死時代の死亡難民が生じて社会問題化するのを予防するのが大きな目的であろう。

**Note 36.** ちなみに、地域包括ケアシステムにより医療と介護費用が低下することはないと専門家は指摘している。地域、在宅ケアの費用が施設ケアに比べて安いという証明はない。少なくとも重度の要介護者、患者の場合には、地域、在宅ケアの方が施設ケアに比べて高いことは国際常識。在宅ケアが基本のスウェーデンの学者、エデバルグは「ホームヘルプは安く、老人ホームは高いとの神話」を批判し、「後期高齢者に対してはホームヘルプによる在宅介護は全室個室の老人ホーム介護より 30%もコストが高いことを示した。在宅の方が安いという言説にはトータルコストの算定が抜けている。

**Note 37. Bergen in Norway** 「質問はありますか？」

**Note 38.** 最後に小さな地域包括ケアシステムを清田区で営んでいる当グループをご紹介します。当院は父が開業して 39 年になります。地元に着したかかりつけ医から始まり、住民が高齢化するにつれ、介護産業へ関わる必要性を感じ、行政に先駆け、介護事業を少しずつ拡大してきました。2011 年より私が継承しています。気づいてみれば、昨今提唱された地域包括ケアシステムの多くを担う事業となっていました。

**Note 39.** 当院の理念は Love and Care をモットーとし、愛のある医療と介護、愛のある運営をとおり、地域社会の幸せ作りに貢献することです。



**Note 40.** 地域包括ケアシステムでは地域における開業医がかかりつけ医、あるいは総合医であることを求められています。日本では開業医にも様々な業態が許されています。専門分野に特化した開業医もたくさんいます。国が地域包括ケアシステムで求めている、かかりつけ医の定義をご紹介します。「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」とされています。欧米での **general practitioner** のイメージです。

**Note 41.** 当院は国の要件を満たした、かかりつけ医です。認定要件は図の通りです。健康相談を実施している。介護保険制度の利用等に関する相談行っている。介護事業を行っている。介護研修に参加している。要介護認定に係る主治医意見書を作成している。機能を強化した在宅療養支援診療所である。時間外対応を行っている。

**Note 42.** 私は一般総合医の仕事に加え、専門性を活かし、超音波検査や内視鏡検査も行っています。これは頸動脈超音波検査で、血管にこびりついたプラークを示します。

**Note 43.** 大腸内視鏡で見つけた平たい粘膜内癌です。これくらい超早期の癌だと、外来治療で治ります。

**Note 44.** 介護系施設の通所リハビリセンターの紹介です。こういう施設では身体リハビリに加え、高齢者の社交の場でもあります。社交は認知機能を維持するためにも非常に重要です。多くの施設ではボランティアによる演奏会をはじめとした行事も行われます。

**Note 45.** 左上がリビングルーム、右上がりハビリ室、左下がお風呂、右下がお昼寝室。

Note 46. 行事の様子です。左上がバイタルチェック、右上が集団レクリエーションでバスケットをしているところ。左下がお正月の餅つき行事。右下がスタッフです。

Note 47. 続いて居住系介護施設のご紹介です。ここは私の実家を改築した認知症対応型グループホームです。

Note 48. 認知症の方々は大きな施設よりも家庭的な住まいの方が混乱が少なく、落ち着いた暮らしが保たれることが知られています。ここは認知症である方が家庭的な環境とご近所の方との交流の下で、その残っている能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようお手伝いをする住まいです。入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をあわせて行なう。当ホームでは望まれば、ここでお看取りもしています。

Note 49. ある入居者さんが残した書です。「ここが私の家です」と書いてあります。居室、食卓、リビングルームを示します。

Note 50. ここは2013年に開業した高齢者住宅です。

Note 51. この事業の目的です。医療介護の必要性が高くなった際には自宅に近い環境での住まいを提供し、その人らしく生きることができるようお手伝いがしたい。終末期を病院やホスピスではなく、自宅で迎えたい方は多いはずです。しかし、乏しい介護力から、断念せざる得ないケースも多いと思います。そういう方々に自宅代わりとして使って欲しい。教科書的に言われている理想的な高齢者の住環境、住宅環境を含めた介護事業を実践してみたかった。

Note 52. 住宅と職員です。

Note 53. 6月の中庭です。

**Note 54.** ここは居宅介護支援事業所です。

**Note 55.** ケアマネージャーの仕事は医療と介護のマネジメントです。保険の使える介護サービスだけでも 30 種類超あります。病院、医療、看護事業所選びも大変です。利用者の相談を受け、その人に適した医療保険、介護保険で使えるサービスを紹介するのがケアマネージャーの仕事です。

**Note 56.** 当グループの地域包括ケアシステムでの位置付けです。黒枠で囲った事業を行なっています。小さい範囲ですが、清田区でお世話になった住民の包括ケアはできるようになったと思います。

**Note 57.** 高齢化時代。医療から介護へ、介護から医療へ滑らかな連携が求められています。

**Note 58.** 最後に今回、翻訳に大変なご苦勞をいただいた Ken さん、恵さん、ちひろさんに深謝いたします。また、この機会を与えてくださいましたスチュワートさんに御礼申し上げます。ご静聴ありがとうございました。