

平成 24・25 年度

医政研究委員会答申

地域主導の医療政策のあり方について

平成 26 年 2 月

福岡県医師会医政研究委員会

平成26年2月13日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 様

医政研究委員会

委員長 宇野卓也

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「地域主導の医療政策のあり方」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	宇野	卓也
副委員長	壁村	哲平
委員	高嶋	雅樹
	渡辺	浩一
	林田	昌之
	武藤	公一郎
	松田	晋哉
	郡山	一明
	香月	進
	平田	泰彦
	藤田	芳憲
	松尾	義人
	鍋島	史一
	寺澤	正壽
	大木	實
	瀬戸	裕司
	原	祐一

目 次

はじめに	1
1. 地域主導の医療政策実現の必要性	3
2. 地域主導の医療政策のあり方答申に向けて	5
3. 地域主導の医療政策の実現に向けて	9
4. 地域医療と医療政策	
4-1 地域包括ケアをどのように具体化するのか	10
4-2 都市部における地域包括ケアシステムの問題点	16
4-3 地域包括ケアシステムのあり方を考える	16
4-4 フリーアクセス、財政問題、将来像	18
4-5 人口動態から地域主導の医療政策を考える	24
5. 地域医療における諸問題	
5-1 救急医療	33
5-2 福岡市における小児救急医療	37
5-3 認知症の現状と政策提言	38
5-4 地域における認知症ネットワークの取り組み	42
5-5 福岡県における在宅医療推進の取り組み	43
5-6 北九州市における在宅診療の現状	46
5-7 筑豊地区の医療の現状と背景	47
5-8 非都市部の在宅医療と終末期医療について	48
5-9 有床診療所の再評価の必要性	50
5-10 医師の再就職支援と医師不足・医師偏在の解消	53
おわりに	54

はじめに

今期の医政研究委員会が福岡県医師会 松田峻一良会長より受けた諮問は「地域主導の医療政策のあり方」である。答申を検討するにあたり、地域主導の医療政策の実現に向けて現下の医療政策の成立過程を踏まえて地域主導成立の要件は何かを検討すると共に、県下各地域において問題となっている主要なトピックについてその現状と問題点、提案を取り上げた。医政研究委員会委員は大学研究者など各領域の専門家、県行政、福岡県下4ブロックの各地域代表からなり、多様な専門性、地域性をもっており、これら地域の抱える諸問題を多面的な切り口で捉えるには最適である。こうした地域固有の問題は時代の変遷と共に内容は違ってもこれまでも、そしてこれからも厳然として存在するが、地域主導の医療政策を考えるには現場において問題の存在を明確に認識し、それが政策として反映されるべき普遍性をもったものであるか否かを吟味した上で地域の医師会組織などで集約し、組織を介して明確に政策決定機関に伝達し、それが確かに医療政策に反映されたことを見届ける必要がある。そのどの段階が欠落し、あるいは停滞しても地域主導の医療政策は成就しない。その各段階のプレーヤーが確実な仕事をするのが欠かせぬ要件ではあるが、問題の存在を認識し、それを軽視せず、その所在を明確にすることがまずは何よりも重要であると思われる。

今回われわれは、主要なテーマについて専門家からその現状についてつぶさに話を聴き、意見交換、質疑応答をするとともに、それ以外のテーマについてもそれぞれの委員の専門性や地域性、経験を生かしてレポートの提出を受け検討した。問題の存在とその所在を明確にするためである。これらを改めて仔細に点検すると日本医療のさまざまな問題に対しての国や地方行政の対応は概ね適切であり、それぞれを構成、担当する個々の団体や個人の視点からみても過不足はあるにせよ、急速に高齢化の進む極めて対応困難な日本の医療介護福祉に対して、関係諸団体や行政が真摯に取り組んでいる姿がみてとれる。今われわれはこれまで経験したことのない未曾有の少子高齢社会に突入しているのであり、本編論文にあるコミショニングなどの新たなマネジメントシステム概念や地域包括ケア構想なども模索されている。そうした手法と思想を地域医療に携わる多職種にまで遍く理解させ適用してゆくのは容易ではなからうが、そうした努力の積み重ねと試行錯誤の末に必ずやこの隘路を開けるに違いない。そのためには批判と破壊ではなく、協力と建設的な姿勢こそがもっとも重要な資質となるだろう。

一方で、2000年に始まった介護保険制度により、それまで医療しかなかった日本に介護分野が新たに登場し、医療が医療介護福祉コンプレックスの一員となってしまったことで様々な問題が起きつつある。その問題の要因は、本来公共財としてあるべき医療あるいは医療介護福祉コンプレックスにビジネスマインドが導入されたことにある。介護保険導入前夜とも言うべき1998年前後には介護保険の導入を見据えて非医療系業種がこれを新たなビジネスチャンスと捉えて沸き立っていた。非医療系であっても、またビジネス

マインドのみが底流にあるにせよ、利用者にとって医療系が見習うべき良質なサービスが提供されるのであれば、それは全体のサービスの底上げに繋がる歓迎すべきことだと言えるだろう。

しかしながら、介護保険は従来なかった様々な職種を誕生させると共に従来の法律の想定しなかったさまざまな在宅医療ビジネスや介護保険ビジネスを生み出し、現場に於いて混乱と軋轢を起こしているのも事実である。さらに2013年には日本がTPPに正式加盟したことで、日本独自の発展と成熟をみた日本型医療制度がじかに外圧にさらされる恐れも出てきた。日本郵政が保険分野に於いてアフラックとの全面提携に踏み切ったことはその象徴的な第一歩であり、公的保険制度でカバーされている日本に米国型の民間保険が導入され、その分、公的保険が縮小する恐れがいよいよ現実のものとなってきた。

従来、医療行政を司る厚生省、厚生労働省傘下の行政組織と医師会及びその傘下の医療系各団体という比較的単純な図式であった日本医療が、医薬分業を大きな契機として医療系各団体がそれぞれに力をつけ、医師会がその一員に過ぎぬ図式となった上に、介護保険の導入により更に医療系団体が職種、団体数ともに激増し、一方で第2の開国とも言うべきTPP加盟など、我が国の医療制度自体がここ20年あまりの間に様変わりし、急速に複雑な様相を呈するに至っている。

このカオスとも言うべき現状と少子高齢社会という決定的に解決困難な現実の中で、行政と対峙するのではなく、医療介護福祉コンプレックスの中でリーダーシップをとり、国に対して地域から俯瞰的な視点で公平公正かつ建設的な提言と協力ができるのは日本医師会を頂点とする医師会組織をおいてほかになく、この難局の中で官民を挙げて日本医療を救う道はそれをおいてほかにない。まさしく地域主導の医療政策の実現こそが喫緊の課題と言えるだろう。

1. 地域主導の医療政策実現の必要性

全国 47 都道府県にはそれぞれに明確な地域性があり、その地域ならではの固有の問題を抱えている。そうした個々の地域事情にきめ細かく対応してゆくためには、中央からのトップダウン型の政策決定ではなく、各々の地域からのボトムアップ型の政策提案を活かす仕組み作りが必要であろうことは論を待たない。

福岡県内だけをみても都市部、農村部、中間地域、また、工業地域と商業地域など 13 の二次医療圏内にさまざまな地域特性があり、それぞれに高齢化率など人口動態指標、医療提供体制が大きく異なっている。国もこうした地域固有の特性を勘案して施策に活かすべく、県単位で県域の事情を踏まえた地域保健医療計画が策定され 5 年ごとの改訂が実施されているところである。一方、こうした計画のフレーム自体が中央で策定されているだけに地域固有の問題点を抽出できず地域のニーズが必ずしも効果的に施策に反映されるとは言えない状況もある。

1) 地域の視点の重要性

どのような制度施策を工夫しても全ての人を満足させることは難しいが、上意下達（トップダウン）型の制度施策が実行に移された後に屢々円滑な運用ができなくなり、大幅な修正、場合によっては廃止されざるを得なくなることがある。これは制度設計上の不備、即ち作り込みの甘さと現場感覚の欠如による想定外の運用上の問題により、それが実行される現場で様々な齟齬を来すためである。しかしながら最初からあらゆる状況を想定して対策を制度に内包させることは現実には困難であり、一般には齟齬が顕在化した段階で修正してゆくこととなる。そうした事態を最小限にとどめるためには現場での入念なヒアリングが必須であるが、試行的なモデル事業であっても最前線の現場の声が拾えず、それが修正されないまま本事業となってしまう、結果として現場で大きな混乱を来す原因となることがある。即ち、地域の視点を重視する場合には「真の現場の声」を拾い上げることが不可欠であって、それが出来なければその責は偏に地域の側にある。モデル事業などには実施主体の個人あるいは行政部局の実績のみを目的とし、実施すること自体が自己目的化している発展性のない全く無意味なものも多いがそれはここでは論外とする。

2) 中央の視点の重要性

地域の実情を正しく伝え、現場の声をボトムアップのかたちで届けて国の制度施策に活かすことができれば理想的ではあるが、ある地域の理想はほかの地域の理想とは限らない。狭い日本であっても各々の地域固有の問題と状況を抱えるために、ある地域でのモデル事業の成果をほかの地域でも活かせるかどうかはわからない。従って国が全国一律に実施するものでは全国的な制度としての普遍性、全体との整合性を保ち、国の制度としてのフレームは堅持しつつも地域特性に応じたカスタマイズの余地を最大限残しておくことが望ましい。その一方で日本を構成する要素としての全国各地域の個々にローカルルールを許し、

それを重視するあまり、それが全体の調和を乱すことのないように俯瞰的な視点を堅持することも重要である。

3) 俯瞰的視点（マクロの視点）と現場の視点（ミクロの視点）のバランス

県内においてさえ顕著な地域性のばらつきがある現状を考えると、全国的に画一的な制度施策の押しつけは多かれ少なかれ現場のトラブルを招来することは明白ではあるが、逆に各々の地域で地域性に合わせた制度施策を作ってそれを継続的自律的に運用することは地域の提案力、立案能力、マンパワーからみても非現実的と思われる。トップダウンに大きく傾いている現在の状況においては、両者のベストバランスをこそ指向すべきであるが、中立的な立場でその調整が可能なのは各県において県医師会を頂点とする医師会組織においてほかにない。地域主導の医療政策の実現のために最も重要なのはわれわれ自身が適切なバランス感覚をもつことである。

4) 医政の重要性

法的な裏付けを得て初めて制度施策が施行され実効性をもつ以上、立法に携わる政治家の役割は地域主導の医療政策を成就する上で欠かせない要件となる。医療介護福祉制度に通暁し医師会組織を知悉した医系議員の存在は必須であり、地域主導の医療政策の決定過程に果たす政治の役割は極めて大きい。

2. 地域主導の医療政策のあり方答申に向けて

1) 地域（郡市区）医師会の自立性、提案性、実行力

- ・地域再生と深く関与、全員参加の地域包括ケアを考える
- ・医師会が地域包括ケア構築の主導的立場の確立
- ・地域のメンバーの充実にどのように寄与するか、奨学制度、
- ・看護学校など医療関係育成機関の役割の強化（看護師だけでなく他のコーディネーターの育成）

郡市医師会から見た地域主導の医療政策のあり方は、現在山積する問題の可視化である。どの問題にしても、満足できる解決策はないように思われる。しかし、将来性のない地域では一般的に事業性もなく、民間の参入も限られたものとなるため、当然であり必然に地域包括ケアの主導的立場である。平成の大合併ではないが二次医療圏と同様の医師会連合の構築や都市部医師会と過疎地医師会との姉妹医師会協定を組むことも検討に値する。若者の都会への流出の歯止めは困難ではあるが、交流を通して、医療の多様性、価値観の多様性や、地域の価値観の創出を考える機会になると考える。

郡市医師会は、その地域同様に人口の減少と高齢化の問題を抱え、地域再生の中心メンバーでもある。医療が成長産業とは思わないが、多くの医療関係者は地域再生の基盤となる人材である。数少ない准看護師の育成に携わっている医師会の看護事業に地域枠を設置し、地域に必要な看護師を育成することやその他の医療関係職種の育成事業に医師会が取り組むことで同様に地域枠として育成することも可能と考える。

2) 都道府県医師会の政策提案能力

- ・地域医師会の抱えている諸問題の可視化 政策案の提言
- ・大学病院（大学医局）との連携強化：福岡県医学会での提言提案
- ・専門医教育フィールドに医師会の関与（地域医療を専門性の柱の一つにすることの提案）
- ・自治医科大学、医学部の地域枠を経た医師の医師会入会を前提とする活躍の場の創設

都道府県医師会から見た地域主導の医療政策のあり方は、地域医師会同様に抱えている問題の可視化と政策案の提言である。

その前提が医師会入会率と自浄作用の強化である。以前、日本医師会が開業医中心の利益追求の政治集団と見なされ、悪しきレッテルが張られていた時期があるが、多くの取り組みにより、行政と共に地域医療行政に深く関与していると認識されてきている。しかし、地域医療を支える医師会員としてのあり方を共有できない非会員への対策が不十分である。医師会の地域医療の根幹は「かかりつけ医」であるが、都道府県医師会は専門医制度の主要メンバーとして専門医制度のあり方、制度、運営に係ることとなったことにより、総合診療医と「かかりつけ医」の整合性を付ける必要がある。そのためにも地域大学病院・教育

病院との連携強化を行い、医師会会員であることを専門医制度の柱にすることが重要である。このことは地域医療の担い手として自治医科大学や医学部の地域枠が設けられ、数年後には年間約 600 名を超える卒業生が出現することが予想される。この医師たちを医師会員としての活躍の場を作り出す必要がある。

卒業後のある期間や勤務医等までは専門医の登録や更新費用が年会費となる制度など、その費用を減税対象とするなど金銭的に入会のハードルが高くないことが望まれる。一方、今後も地方厚生局などの権限が強化されることに対応した自浄作用の強化は必是であり、医師会員として大きな意味を持つこととなる。

都道府県医師会の最も求められる役割は、地域医療を守ることであり、その為には問題の可視化とその対応策の提言である。福岡県医学会はそれを現実にする場と考える。行政や大学医師会との直接的な討論を通して行える貴重な場であり、この場で討論されて内容が公開され、提言し実行されることが望まれる。

3) 日本医師会の政治力

- ・ 公的医療関係機関の公的役割の明文化と開示（年報報告）
- ・ 政策提言研究機関の創設・活用の強化
- ・ 中央諸会議の席の確保（代表者を送り込む）
- ・ 政策の提言・発信

日本医師会から見た地域主導の医療政策のあり方は、地域・都道府県医師会の意見の集約と政策の提言である。

日本医師会は、日本くまなく実現できる解決策を提言し続ける必要がある。具体的には地域医師会支援において、医療関係職種の人材が十分でない環境でも永続的に住民の生命や健康を守るシステムの構築が可能な政策（地域包括ケア）を提言すべきである。

その実現のためには、都道府県医師会との連携の強化であり、問題の共通認識であるが、日本医師会綱領と共に医師会の公的活動の姿を明らかにし、地域医療の安定や充実を目的とした日本医師会主催の全国医師会連絡協議会を催すことで、都道府県医師会の積極的な医療行政への提言がはぐくまれると考える。行政の参加を促し、各地域での関心議題を中央で再検討するなど現在抱えている問題の周知や対策のあり方が周知され、その結果新たな医師会が見いだされたと考える。さらに、医師会の代表者を国政の場を送ることである。医政の重要性を会員に一層周知し、衆参議員選挙により政策決定に至る過程への主導的参加を得ることである。

地域の実情に合った医療提供体制の構築に向け都道府県が策定する「地域医療ビジョン」の有効性を高めるために、都道府県の権限強化と医療機関への財政支援の方向性を示し、包括的地域医療が進められている。まず、地域の実情に合う医療提供体制とはどんな姿であろうか。さらにそこに何が必要であろうか。

最終決定は都道府県であろうが、時間的に制限があり実情を分析し、将来を見渡し、現

実的な提案を行うことのできる組織は、地域行政と医師会組織の協力した組織以外ないと思われる。地域行政と医師会組織は、平成の大合併にともない重なりのない地域が多く存在し、調整の困難性が存在する。さらに平成の大合併は、地域の過疎化と行政サービスの低下も助長している。この点を調整できる組織は自ずとその上位組織である都道府県行政と都道府県医師会であろう。その議論の中で地域実情に合った医療提供体制が構築されたいと考える。

従来医師会は公的な活動はほとんど評価されず、特にメディアより開業医の利益集団としたレッテルが貼られ、地域医療の担い手としては考えられていなかったが、現横倉会長が取り組まれた日本医師会綱領において明確に国民の健康的生活を支えることを宣言したことやまだ不十分ではあるが積極的な広報活動により、この悪しきレッテルを取り除く機会を得ている。医師会をまず、公的な国民生活を支援する組織であることの周知活動の徹底が必要である。さらに、地域医師会のその地域の問題点の把握とその対策に取り組む積極的姿勢である。もちろん資金的、人的規制が存在するため都道府県医師会のバックアップ体制がより重要性を増す。その地域にあった医療体制が持続的に維持されるためにはその地域にあった体制を支える政策が行われる必要がある。地域主導の医療政策のあり方の基本はまさにこの点であると考えている。

医師会の基本的な提案内容は、現在取り組んでいる地域医療の取り組みの継続でありその支援体制の強化である。もちろん、大幅に変更すべき点や未だ取り組んでいない項目もあり、見直しも必要であるが、従来より、すべての医師会は地域医療への関心は高く、出生前から、乳幼児保健、学校保健、成人保健、成人・がん検診、救急医療、在宅介護とほぼ全域を網羅牽引し、地域医療に取り組み、そして国民皆保険制度を支えてきている。

医師会の地域医療体制の基本は、「かかりつけ医」を中心とした医療体制である。一方、医療行政では、医療政策として総合診療医の創設やその部門の専門医を目指しているが、これは喫緊の問題の対応策ではなくほぼ 10 年後のあり方の提案である。医師会はこの提案を現状の対策と平行しかつ協力して推し進めれば良いことである。医師会の提案している「かかりつけ医」のあり方を基本とした医療提供体制の整備を行うことが全ての地域において実情にあう医療提供体制が構築できるものと考えている。「かかりつけ医」の役割は、都市部や都市近郊部や過疎地域等で、また、個人医院や有床診療所、病院でその役割は変化すると考えられるが、「かかりつけ医」を中心とした考え方を都道府県等の医療政策を策定する機関が理解し支援することが重要である。他方、医師会としては、「かかりつけ医」のあり方を今後育成される総合診療医とどう折り合いをつけるか提案すべきである。まずは彼らを、地域医療を担う医師会会員とすることを前提とすべきである。必ず、10 年後には多くの総合診療医が基に総合診療を専門分野とした「かかりつけ医」として出てくるのである。

医療行政の中心に 5 疾病 5 事業があり、今回より在宅医療が加えられたが、明確に医師会として「かかりつけ医」の役割としてこの事業に参加することを提示し、会員に「かかりつけ医」の役割として在宅医療や要介護者を支援することと同様にその予防の取り組み

を促すべきである。その方策として在宅医療や要介護の主要原因は脳卒中、認知症、骨折であり、高血圧、糖尿病・メタボリック症候群などの生活習慣病と、骨粗鬆症・変形性関節症・サルコペニアなどの運動器不安定症などに特に関わる仕組みを明確にすることである。医師会の行っている「かかりつけ医」のための生涯教育制度のあり方など第三者機関にも十分に評価される必要がある。

今回の委員の提案にある在宅医療や認知症対策はその延長戦上にある具体的対策であるとする。

高齢者医療等のアンケートの結果では、住み慣れた地域での治療やケアを多くの住民が望むことに異論はないが、すでに在宅医療を受けている方やその家族のアンケート調査はいかがであろうか。詳細な分析が必要であるが、在宅医療では医療費や家族の負担がより増大することや無駄な箱物やシステムができあがってしまう危うさがある。地域医師会ではその地域で可能な姿と問題点を可視化する必要がある。地域の実情に合った医療提供体制の構築のあり方は、財源や人的財産の十分な確保できない地域では、より綿密に検討されるべきである。その内容を基に上位医師会はその仕組みを支える方策を提言することである。現時点での有床診療所の支援体制はまさに喫緊の課題である。

3. 地域主導の医療政策の実現に向けて

第6次医療法等改正案には、社会保障・税一体改革で示された多くの地域医療に係る政策が具体化されており、その中でも県単位の2025年に向けての医療提供体制の改革は社会保障制度改革国民会議で提言され、平成25年末の社会保障審議会医療部会で取りまとめられている。近日中に今期通常国会に法案が提出予定となっている。なかでも、医療計画の実効性の向上のためのPDCAサイクルの推進、病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定は地域の医療提供体制に変革をせまる重要な改正ポイントである。また、在宅医療の推進、地域医療支援センターや医療勤務環境改善支援センターの設置等を含む全12項目が、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する、とのことで予定されている。さらに、平成26年度診療報酬改定と共に医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度（新基金）が予定されており、都道府県の役割が強化される中、地域医師会等関係者の参画が求められており、地域主導の医療政策実現に向け地域医師会の積極的な取り組みが必須となっている。

日本医師会では、次の2項目を医療政策の判断基準として掲げている。まず、国民の安全な医療に資する政策か。そして二つ目として、公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か。これらの2項目である。更に、世界に冠たる制度であるわが国の公的医療保険制度の基本理念として、「すべての国民が、同じ医療を受けられる制度」、「すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度」、「将来にわたって持続可能性のある制度」の3点を守ることが重要であるとしている。世界に誇る国民皆保険を守るためには、第1に公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること、第2に混合診療を全面解禁しないこと、第3に営利企業（株式会社）を医療機関経営に参入させないこと、の3つが必要としている。

果たして地域医師会においてもこの二つの判断基準だけでよいのか十分に議論・検討し地域に合った基準を決定する必要がある。医療資源が豊富な地域、標準的な地域や不足している地域などの地域性、人口分布・高齢化等考慮すべき指標を考えられるだけ抽出する必要がある。そしてその中から地域特有のある判断基準が導かれる。医師会は関係職種と連携し、行政と協調し、国民・県民と共に歩む専門家集団として地域での信頼を確保し不動のものとするのが重要であり、地域住民が住み慣れた地域で安心して生活できる医療提供体制構築に向けた取り組みの実践・充実と共に、地域包括ケアに求められる切れ目のない医療・介護の提供体制構築に向けて更なる進化・発展を遂げなければならない。

4. 地域医療と医療政策

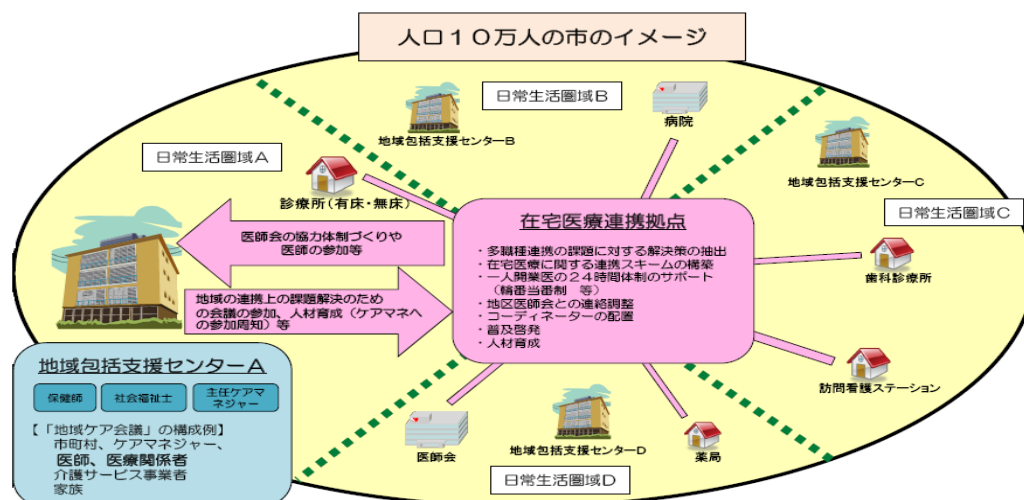
4-1 地域包括ケアをどのように具体化するのか

1) はじめに

経済成長が鈍化する中で高齢社会に対応した医療提供体制をいかに構築するかが、先進国共通の課題になっている。大きな流れとしては、高齢者の持つ複合的な医療介護生活ニーズに対して、総合的なサービスを高齢者の日常生活圏域を基盤として提供していくコミュニティケア体制の構築が模索されている。システムとしては医療介護生活の複合的ニーズは包括的評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）を用いて把握し、その結果に基づく総合的なケア（Integrated care）はプライマリケア体制の中で提供することが志向されている。また、こうした総合的なケアが提供されるためにコミショニング機能が重視されていることも特徴である。ここでコミショニングの定義について説明する。NHSはコミショニングを、医療・福祉サービスが効果的に対象者のニーズを満たすよう確実に提供するプロセスと定義している¹⁾。そして、それは対象者のニーズの評価、そして評価結果に基づく優先順位を考慮した上でのサービスの調達とその提供状況の管理まで責任を持つプロセスであるとしている。

わが国において現在提唱されている地域包括ケアもこの流れの中で検討されていくべきものである。現在、医療側から地域包括支援システムに関わる仕組みとして図1のような在宅医療連携拠点構想が出されているが、現在のモデル事業の展開状況を考えると、その実現は難しいと思われる。その理由は、現在のモデル事業には医療機関に加え、調剤薬局や介護事業所など多様な主体が参加しているが、在宅医療連携のための鍵となるコミショニング機能をどのように制度化するかが不明確であり、こうした状況で多様なモデルを展開したとしても、その体系化は困難だと考えられるからである。

図1 わが国の地域包括ケアの概念



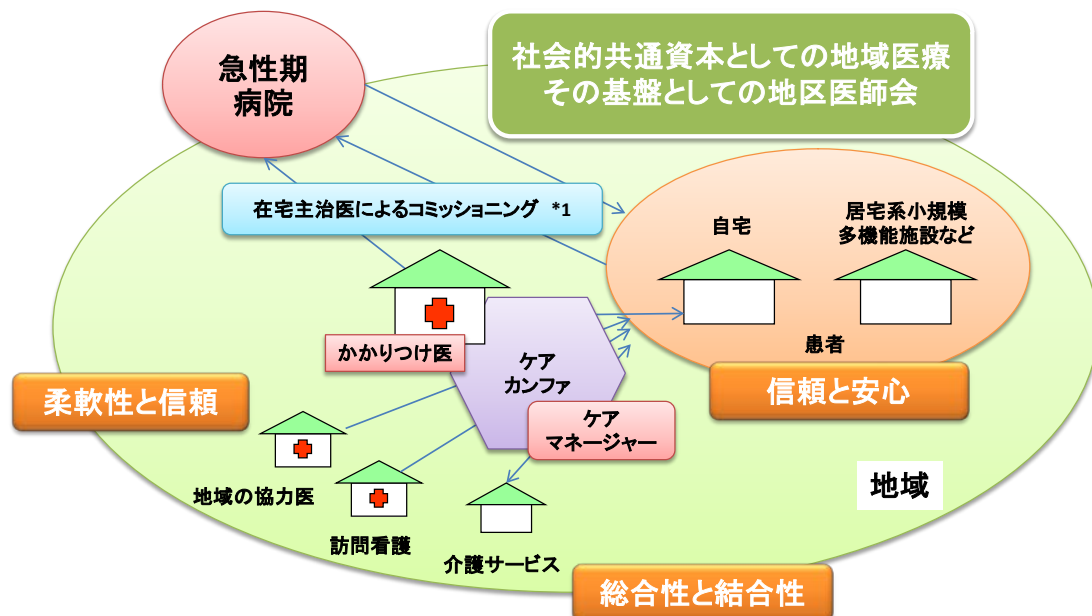
※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

在宅医療をサポートする仕組みは地域包括ケアのシステム化にとって非常に重要なものであり、したがって、それを実現可能性のある形で制度化することが必要である。我が国においては、診療所を中核としたプライマリケアの歴史があり、また介護保険の12年の歴史がある。これらを基盤として地域包括ケアの仕組みを漸進的に整備していくことが現実的な選択であろう。具体的には、地区医師会を基盤として地域包括ケアの体制づくりをしていくことが望ましいと考える。以下、その方法論について述べてみたい。

2) 尾道市医師会モデル

高齢者の複雑な医療介護ニーズに総合的に応えるための仕組みとしては、我が国でもいくつかの先進的な取り組みが行われている。ここではコミショニングという視点から先進事例の一つである尾道市医師会方式について図2をもとに検証してみたい²⁾⁻⁵⁾。

図2 地域包括ケアの尾道市医師会モデル



*1: 「在宅主治医」は患者の「代理人」として、急性期医療の機能を必要に応じて部分的に利用する。入院は在宅に帰ることが「前提」である。尾道ではこのために在宅主治医が連携登録医として急性期病院で病院主治医と共同診療をすると同時に、急性期病院側は必要に応じて在宅主治医がオーダーした短期入院に対応して退院前カンファ（＝評価カンファ）を行い（例：専門医・専門職による支援）積極的に関与している。こうした枠組みを持つことで、かかりつけ医が在宅主治医としてコミショニング機能を発揮して、超高齢地域で高レベルの長期継続ケアを可能にしている。結果として開業医のチーム医療が、在宅緩和ケアを含むend-of-life-careを可能にしている。

尾道市医師会では多くの診療所の医師が市内の急性期病院（尾道市民病院、JA 尾道総合病院）の登録医となっている。登録医である診療所医師は、病院に紹介した患者について、病院で診療することが可能であり、また院内で開催される当該患者の入院時、あるいは退院前カンファレンスにも積極的に参加している。

入院時からかかりつけ医（尾道市医師会では在宅主治医と呼んでいる）がかかわることで、退院調整がスムーズに行われる。退院後、在宅に戻った患者で、引き続き医療や介護

サービスが必要な患者については、在宅主治医の診療所でのケアカンファレンスの検討に基づいて、必要な各種専門医療チーム・介護サービスが総合的に提供される。重症感染症や急性の循環器疾患など急性期医療が必要な場合には、在宅主治医がそうしたサービスとタイムリーに連携をとる。具体的には肺炎などの治療のための短期入院や、脳血管疾患や早期癌の診断のためなどに病院専門医による高度医療機器を用いた検査や診療などを依頼する。このように在宅主治医が、患者の「代理人」として必要なサービスをコミッションングすることで、患者ができる限り在宅で療養を受けることを可能にしている。介護サービスについても、ケアカンファレンスでの検討に基づいて、ケアマネジャーが必要なサービスを適切に割り付けることが可能になっている。

ケアカンファレンスの重要性は以前から指摘されているにも関わらず尾道市のようにシステムとして動いている地域は少ないのが現状である。かかりつけ医やその他のサービス事業者が多忙であること、報酬が不十分であることなどがその理由としてあげられている。また、筆者らが行った調査ではケアマネジャーはかかりつけ医との連携が最も重要であると考えながらも、それが最も難しいと答えており、心理的な要因も無視できない。尾道市医師会では1999年から独自の手法で、こうした問題の解消に積極的に取り組んできている。具体的には関係者の視点をそろえるための講習会の開催や共通の評価票の使用、主治医の診療所におけるケアカンファレンスの開催などである。こうした努力を重ねることで、尾道市医師会ではケアカンファレンスに関して1件15分以内というルールが設定されており、これが関係者の負担感を下げている。

尾道市モデルについては地域の特殊性や前医師会長である片山壽氏の強力なリーダーシップがその成功要因として指摘されることが多い。そのため他地域での普遍化は難しいという意見も聞く。しかし、尾道医師会方式の基本はかかりつけ医を中核としたコミッションングの仕組みであり、また医師からコメディカルへの柔軟な権限移譲と地区医師会の調整機能など、他地域でも十分応用可能なものである。

3) 地域包括ケアのキーコンセプト-integration と commissioning -

尾道の事例分析の結果が示唆することは、地域包括ケアを実現しようとするのであれば、高齢者のニーズを総合的に評価し、個々のニーズにあったサービスを割り当て、そしてモニタリングする仕組みが必須だということである。そして、そのための具体的な場として、尾道市ではケアカンファレンスが内部化されており、そこに医師がきちんと関与している。複合的な支援ニーズを持つ高齢者にとって、健康面での安心は最も重要な要素であり、したがってそれをかかりつけ医が保障することが不可欠である。そして、かかりつけ医がケアマネジャーとともに患者の代理人として、適切なサービスを割り付け、そしてフォローアップを行っているのである。こうしたかかりつけ医・ケアマネジャーのコミッションング機能をいかにシステム化するかが我が国において今後地域包括ケアを展開していく上でもっとも重要な鍵となると考える。

かかりつけ医が地域包括ケアの構築に主体的にかかわることができるためには、まず主

治医意見書の在り方の見直しが必要である。主治医意見書は高齢者の介護ニーズを医療面から評価するものであり、その記載には CGA 的な判断能力が必要である。しかしながら、現行の主治医意見書はそのようなツールとしては不十分な面もあり、また記載内容が乏しいものも少なくない。地域包括ケアの実現という視点から今一度主治医意見書の記載内容の見直しと、作成マニュアルの改訂、そして研修事業の展開が必要となる。一部の関係者からは財政的視点から主治医意見書不要論も出されていると聞くが、主治医意見書がなくなってしまうと要介護認定やケアマネジメントの質に大きな負の影響が生じるであろうことは容易に想像できる。地域包括ケア展開の重要なツールとして主治医意見書の在り方を実地医家の立場から再提示することが必要である。

わが国の場合、介護保険制度がそれなりに順調に動いていること、そして医療介護とも民間事業者が主たるサービス提供者であることを考えると、コミッショニングを専門的に行う公的仕組みを別枠で作ることは難しい。したがって、現行の仕組みをいかに活用するかが鍵となる。具体的にはケアカンファレンスの位置づけの再評価が最も重要なものであると筆者は考えている。ケアカンファレンスの実施に係る労力を考えれば、それを活性化するための診療報酬上・介護報酬上の評価についてあらためて検討する余地があると考ええる。

また、高齢者の複合的ニーズにあったサービスが提供されているかを評価するためには、情報の標準化と透明化が必要である。そこで、例えば定期的に行われるケアカンファレンスでの検討結果に基づいて、ケアマネジャーが給付管理票とともに医療の状態（傷病名とその安定性：主治医による評価）及び ADL の状況などを記載した記録票を保険者に提出することを提案したい。こうした情報はケアマネジメントの質評価のための有用であるし、地域包括ケアを実現するための課題の抽出、そしてその進行状況の評価にも資するものであると考える。

4) まとめ

2025 年には我が国は年間 160 万人以上が死亡する社会となると予測されている。現在、死亡する患者の 80% 以上は病院で看取られているが、年間 160 万人が死亡する社会で、そのすべてを病院で引き受けることは難しい。しかも、日本人の 2 人に 1 人はがんに罹患する時代である。がんや認知症をもった高齢者がターミナルの一時期（あるいはほとんどの期間）を在宅で、安心して過ごすことができる体制を今から準備しなければならない。その意味で国が提示している在宅医療連携拠点を整備していくことは重要である。しかし、その拠点は現在のモデル事業で動いているものは異なるものであろう。在宅医療というよりは「在宅ケア連携拠点」という表現がより適切であると考えるが、それは在宅主治医とケアマネジャーが共同で検討を行う「ケアカンファレンス」ではないだろうか。すなわち、在宅ケア連携拠点とは箱モノではなく機能であり、場としてはかかりつけ医の医療機関やケアマネジャーのオフィス、あるいは医師会の会議室など種々のものがあるのだろうと考える。そして、そうしたケアカンファレンスでの検討事項が機能するためのシステ

ムとしては、地域のナースステーションとしての訪問看護と緊急時の対応を行うことができる後方病院が不可欠であり、また地域のニーズとサービス提供体制の整合性を評価する情報を持った組織（具体的には地区医師会）が必要である。そうしたものが総体として動くシステムが地域包括ケアの仕組みであろう。

エビデンスに基づく医療政策ということが言われ始めて久しいが、その実現はなかなか進んでいない。国が提案する方針やモデル事業も、必ずしも一貫性のあるものではなく、また諸外国のモデルや研究者の机上の空論的なものを根拠にしている場合も少なくない。そして、何よりも問題なのは同じ地域で同じ人口を対象にしているにもかかわらず、省庁や、たとえ同じ省庁でも局や課が異なれば、異なった仕組みが相互の整合性なく並行して導入されてしまうことが少なくないということである。複合的なニーズを持つ高齢者が増える社会で、このような事態は資源の無駄遣いにつながるものである。限られた資源を有効に活用するためにも、地区医師会が地域の関係組織と連携して総合的な医療政策の立案を行うべきであろう。

近年、DPC データや National Database (NDB) への医療政策の応用が可能となり、図 3 や図 4 に示したような情報が利用可能になっている。しかしながら、医療・介護に関して十分な知識のない自治体職員がこうしたデータを十二分に活用することは難しいのも現状である。県医師会が組織としてそのようなデータの利活用にかかわることでより適切な計画づくりが可能となる。次回の医療計画の見直しにおいては、医療計画が「地域医療・地域包括ケア計画（仮称）」といった名称に変更されることが予定されている。この計画においては在宅医療を含めた地域医療の在り方について、より踏み込んだ記載が求められ、さらに PDCA サイクル的な評価体制も組み込まれる予定となっている。県医師会における情報基盤の構築とその利活用体制の充実が必要であると考ええる。

引用文献

- 1) <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/commissioning/index.htm>（平成 24 年 12 月 27 日アクセス）
- 2) Katayama H and Matsuda S: Local Medical Association as a Core Organization for Development of Primary Care Model in Japan -Lessons from the Onomichi Medical Association Method-, APJDM, 4(1): 1-6, 2010.
- 3) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on Long-term Care Management Programs , APJDM, 4(1): 7-11, 2010.
- 4) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on Dementia Care Management Programs , APJDM, 4(1): 13-17, 2010.
- 5) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on End of Life Care Management Programs, APJDM, 4(1): 19-22, 2010.

図3 DPCによる情報提供の例
京築周辺医療圏におけるDPC対象病院の診療実績
 (平成23年4月－平成24年3月分厚生労働省データ:MDC別全悪性腫瘍患者)

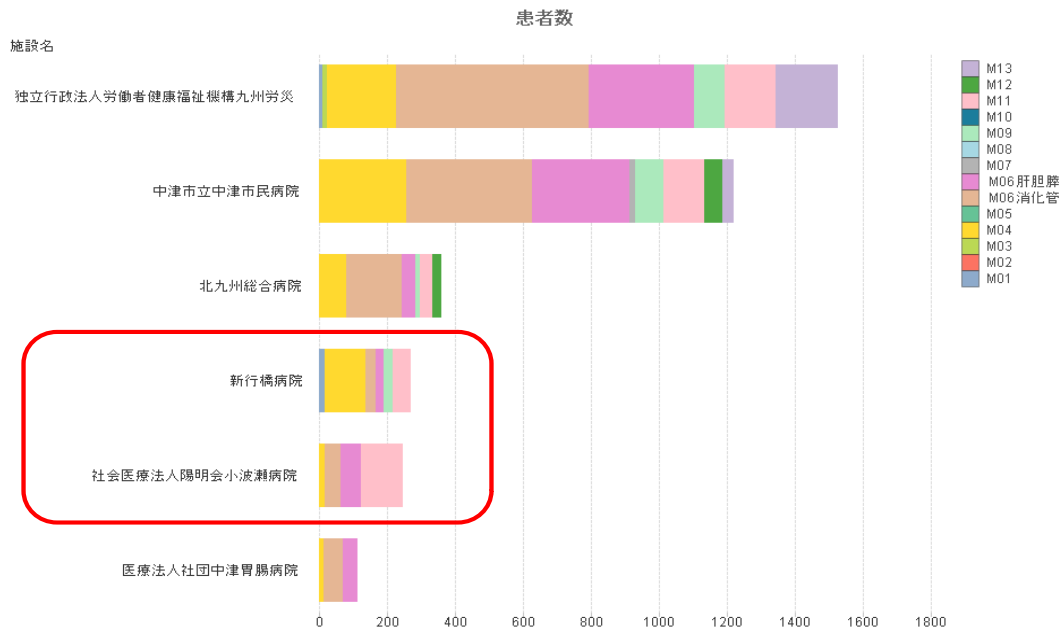
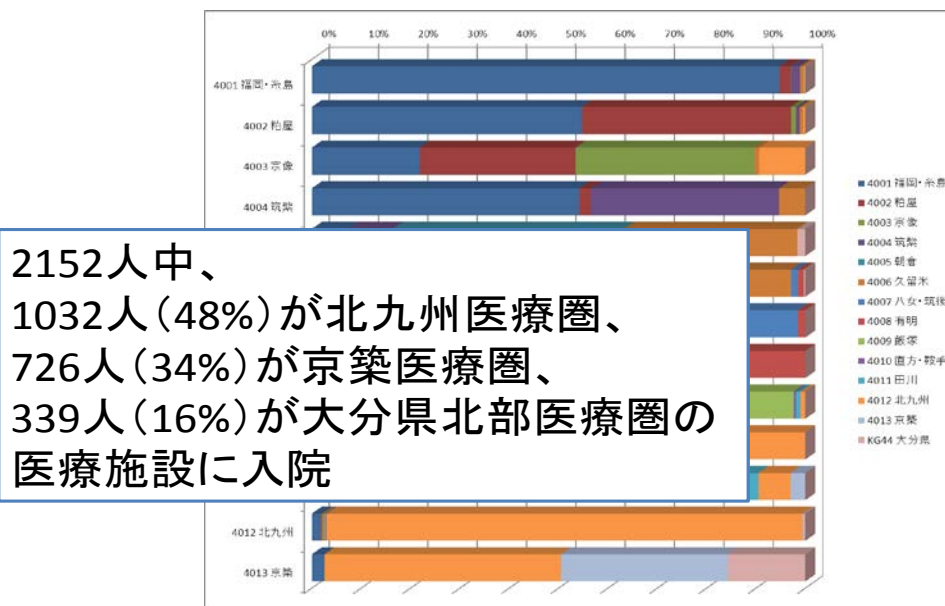


図4 National Database (NDB)による情報公開の例
京築医療圏における悪性腫瘍診療の自己完結率
 (平成22年10月－平成23年3月分NDBデータ)



4－2 都市部における地域包括ケアシステムの問題点―福岡市について

福岡市における地域包括ケアシステムは、他都市と比べ、医療資源に恵まれた環境であること、市内の医療機関では既に病病連携・病診連携が進んでおり、かかりつけ医機能も充実していること等から都市圏全体を均一な地域包括ケアシステムでカバーするのは困難である。さらに医師会主導の脳血管障害・大腿骨頸部骨折・急性心筋梗塞・認知症等多くの連携パスや医療ネットワークが稼働しており、急性期治療、回復期治療、さらには入院から退院後の在宅医療へと繋がるシームレスな医療連携の構築への諸条件が揃っている。

以上のことから、福岡市では現在有効に機能している既存の連携システムを最大限利用して、地域の事情に適した地域包括ケアシステムを構築することこそが重要であると思われる。

4－3 地域包括ケアシステムのあり方を考える

高齢社会の到来とともに、介護保険制度が導入され、更に医療から介護へ、入院から在宅へと声高に叫ばれている。介護の分野では先日話題になった在宅診療の名義貸しの問題に代表されるような営利企業が参入するスペースが多々あり、それに対する法的整備が追い付いていないのが現状である。そのような不安定な状況の中、在宅医療、介護を推進し地域包括ケアシステム構築のため厚労省は平成 23 年度より在宅医療連携拠点事業を全国 10 拠点で展開し、その総括のもと、平成 24 年度より約 20 億の予算をつけ都道府県リーダー研修を開催、そのリーダーがメインとなり今年から地域リーダー研修を開始、早急に地域包括システムの構築を図っている。ただ早急に事を進めるための問題点も散見する。例えば昨年の当委員会でも取り上げられたが今回の都道府県リーダー会議の受講者決定にあたっては厚労省主導で受講者が選定され（県医師会には通達がなかった）、その中には一般の株式会社が一員に選ばれていた。こうしたシステムを立ち上げる際は地域に根差し、かつ公的性格を持った医師会が音頭をとるべきであろう。また厚生労働省が推し進めようとしているモデルケースもあくまで一つの地域のケースであり、すべての地域に当てはまるものではない。確かに今の高齢化のスピードを考えると数年以内にこうしたシステムを構築することは必要ではあるが、今の様なトップダウン方式で地方の現状に配慮せず医療介護の連携を推し進めてゆけば、このシステムはいびつなものとなる恐れが強い。いまこそ地域医療に精通した地域医師会が先頭に立って、これらのモデルケースを参考にしながらその地域の現状に即した地域包括ケアシステムを、行政を巻き込んで構築しそれを県単位でまとめ上げ、逆に厚労省にボトムアップしてゆくことが望まれる。

当筑紫医師会では平成 16 年 10 月より小児の夜間休日救急医療システムを構築し現在も小児科の先生方のご尽力で順調に推移している。これはまさに地域主導の医療政策の成功例であり、今後の医師会主導の地域包括ケアシステムの構築に何かヒントになるようなものがないか検証してみた。

平成 14 年当時小児の夜間救急は内科の当番医が輪番制で診るようになっていたが、実際は当番医に行くより、かかりつけの小児科医や総合病院小児科に押し掛ける患者が多数であり小児科の先生方のご苦労は大変なものであった。こうした現状を是正するため小児救急システムづくりが開始された。当初は行政のほうも財政負担の増加に極めて消極的であったが小児救急医療体制がいかに不十分であることをデータで示し説明してゆくうちに行政の認識も変化してゆき予算をつけてもらうことになった。このことは今後の地域包括ケアシステムを構築していくうえでも同じで、国から示された形ではなく、各地区の医師会が、それぞれの地区の人口動態の変化、有床診療所も含めた緊急対応可能な病床数、訪問診療を行っている医師数等々その地域の医療上の特徴をデータとして行政に示し、国から下りてくる予算を適切な部分に執行してもらえよう地域行政に関わることが必要である。特に高齢者住居の整備は喫緊の課題であり、サ高住に代表されるような営利企業主体の箱物を政府は推し進めようとしているが、やはり柏プロジェクトでの公営住宅のような公的に監視しやすいものが作れないか考慮する必要がある。幸い県メディカルセンターには県内各地区の詳細な医療データが蓄積しており、これらを各地区医師会がうまく活用させてもらいそれぞれの地区でオーダーメイドの地域包括システムを構築していくことが望まれる。更にもう一つこのシステム作りに必要なことが、夜間休日を含めた 24 時間体制の確立である。ただ、それぞれの地区にはいろいろな事情がある。宗像のように医師会病院が存在するところは、そこを中心にして展開することが良いだろうし、福岡市のように大規模なところは、今実際に行われているように疾患別に連携パスや医療ネットワークを構築しそれを束ねていく事が近道であろう。当筑紫地区のような地域は、地域の基幹病院の協力なくしてはこうしたシステムを作り上げることは困難である。小児救急医療システム構築の際も、拠点病院である福大筑紫病院、福岡徳洲会病院に当地区の事情を説明し快く引き受けていただいたとのことである。その際最終的な決め手となったのは、勤務医、開業医関係なく、自分の町の子供は自分たちで守るという小児科の先生方の熱い思いと決意だったとお聞きしている。つまり、これからの地域包括ケアシステムを構築する上で必要なことは、地域の医師一人一人が、私心を捨て自分の地域の高齢者は自分が守るという強い決意を持つことではなかろうか。そうすれば同じ志を持った多職種との連携もそう困難なものではないように思われる。このシステムを医師会主導で立ち上げ、その事実を住民に PR し、今後の高齢化社会に貢献できれば医師会を単なる利益団体と考えている住民の考えに変化を与え、今後の医療政策を遂行していくうえでも有用であろう。当医師会でも平成 22 年度より認知症の早期発見治療を目的に物忘れ相談事業を立ち上げ、平成 24 年度より筑紫野市をモデルに筑紫野市在宅医療支援ネットワーク事業を開始し、今後 4 市 1 町に拡げていく予定ではあるが、今からの数年間の高齢者社会に対する地域医師会の地域包括システム構築に対するかかわり方が、今後の医師会全体の行方を大きく左右すると思われる。医師会力が大きく問われている時である。

4-4 フリーアクセス、財政問題、将来像

医療を含めた社会保障制度は財源と政策（政治・官僚）、および人口の増減によって大きく変化する。戦後の高度成長期と長期にわたる自民党一党政治体制によって、日本が世界に誇れる「皆保険制度」、「フリーアクセス」が維持されてきたのは間違いない事実であろう。しかしながら、前提であった「高度経済成長」、「人口増」、「政治の安定」、「世界情勢の安定」が崩れてきている現在、将来にわたって現行の医療制度を維持することは困難になってきている。

財源の削減の視点のみで行われた小泉内閣時代に行われた社会保障費の削減や自己負担率の増加によって医療崩壊が起き、多くの国民に多大なる影響を与えたことは記憶に新しい。

医療政策・医療財源についての問題点を指摘し、将来における方向性を示唆していきたいと考える。まずは、現在の日本の社会保障制度は「低負担中福祉」であったことを認識する必要がある。

図1 社会保障と国民の負担の相関図

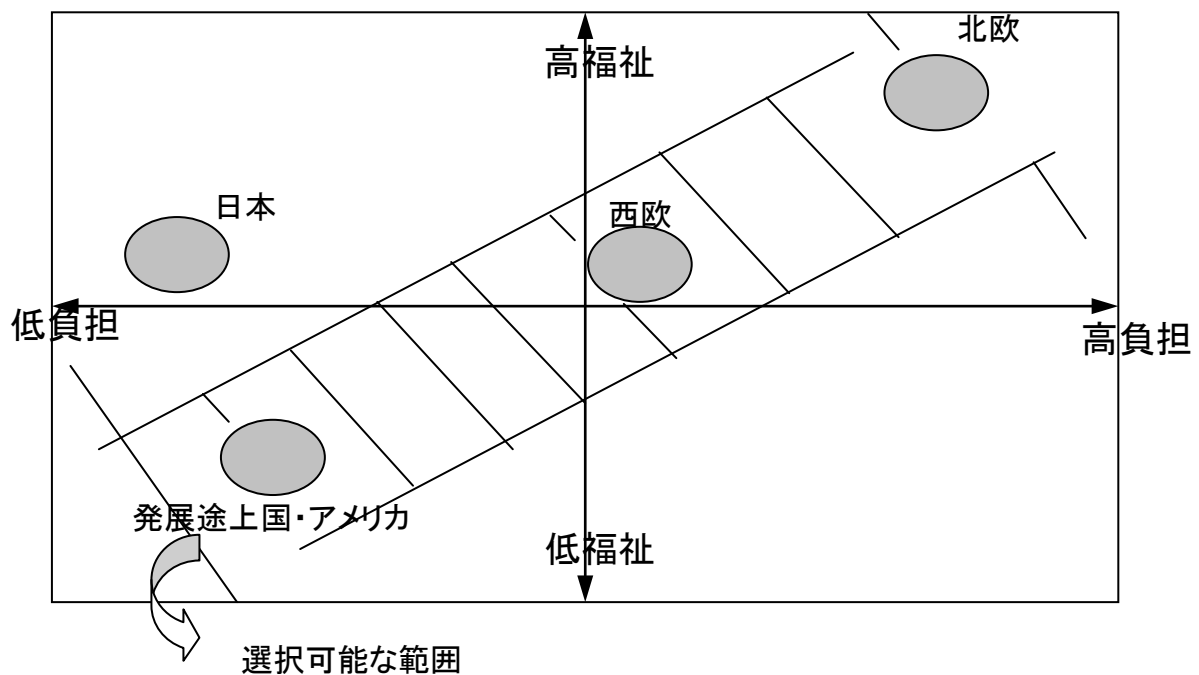


表1 各国の国民負担率

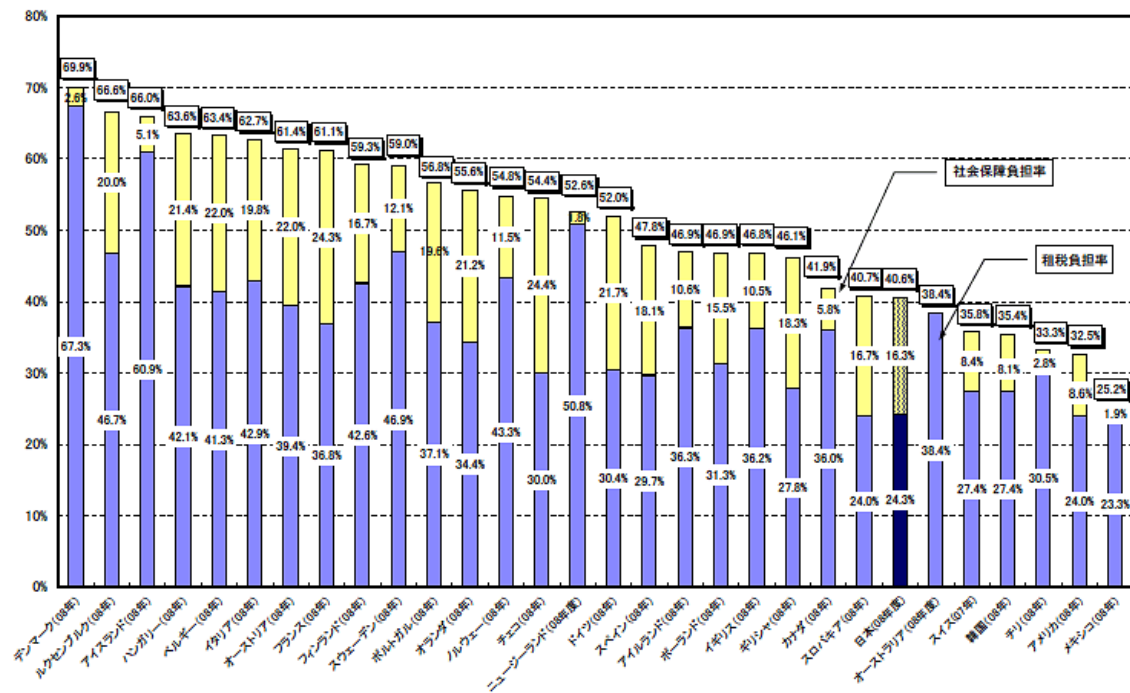


図1で示すように、社会保障と国民負担は相関すべきものである。例えば、発展途上国や米国は低負担低福祉、西欧は中負担中福祉、北欧は高負担高福祉などに分類される。どれに優位性があるかは歴史が判断することであろうが、低負担低福祉・中負担中福祉・高負担高福祉のいずれかを選択するのは各国の国民である。一方、本邦は図1のように「低負担中福祉」であると考えられ、国民負担分の差が国債の増発という形で表れてきていると認識すべきであろう。

したがって、現状においてはもはや国民負担を増加させざるをえない状況であり、現在政府は消費税増税、協会けんぽの保険料率のアップ、年金改革などで、負担増を進める政策をとろうとしている。しかし、これらの法案に反対する意見も多く、多くの議論が戦われている。反対意見の中には、負担増に単に反対する単純なものから、負担率・負担額が不公平であるというものまで幅広く存在する。

医療財源論の中で、まずこの負担の不公平性について考えてみたい。

1) 保険者の一本化

本邦の健康保険制度は地域保険である「国民健康保険」、職域保険である「健康保険組合」「協会けんぽ」「共済組合」「国民健康保険組合」、高齢者保険である「後期高齢者医療制度」の3つに分けられる。医療を受ける際には平等であるが、保険料率に大きな違いがあり、本質的には公平とは言い難い。保険料の不公平のために、保険料率が比較的安い「健康保険組合」を協会けんぽと同様の保険料率にすると1~2兆円の財源が確保できると試算されている。そもそも、若年・健康な加入者が多い健康保険組合と、高齢・失業・有病者の加入者が多い「国民健康保険」が別に存在している現状で、公平性が保てるわけがない。近

い将来において保険の一本化は必須と考えるが、まずは我々医師の「医師国民健康保険組合」を解散し、協会けんぽや国民健康保険に入ることから提案したい。医師国保の解散により、我々医師集団の意見に説得力が付加され则认为る。

2) 全国一律の診療報酬制度の廃止、改定頻度の変更

本邦は自由経済制度を採用している国であり、本来、財・サービス等の価格設定は自由であるべきである。したがって、診療報酬も本来の自由主義経済にしたがって自由に設定できるようにすべきという意見がある。経済学的には、財・サービスは「私的財」、「公共財」、「価値財」の3種があり、自由主義経済下において価格設定は自由であり、長期的にはその価格が市場に従うというのは私的財を意味している。本邦において、医療は価値財に入るという意見が多く、自由価格制は不適切であるとするのが妥当であろう。他方、日本は1億2000万人もの人口があり、表2に示すように地域による物価や所得差は著しい。

ここで、都道府県単位で診療報酬を調整する方式を提案する。国が決める診療報酬は一般的指針とし、各県の実情にあわせて調整する制度とする。各都道府県庁と都道府県医師会・歯科医師会・薬剤師会の調整のもと、診療報酬各項目の点数を調整することができることとする。

表2 上位・下位3県の物価・所得
物価水準

上位3位	下位3位
東京都 108.5	沖縄県 91.9
神奈川県 104.8	群馬県 94.7
京都府 102.8	宮崎県 94.9

所得水準（平均所得）

上位3位	下位3位
東京都 416万円	沖縄県 203万円
愛知県 323万円	高知県 205万円
静岡県 322万円	宮崎県 213万円

そのために、国の決める診療報酬は3月に発表し、実際の請求となる診療報酬は協議の時間が必要なため、10月の実施とする。毎回、通知後の混乱、国からの疑義解釈、医療機関の体制準備・届出作業、患者への周知で3か月近くは費やされてしまう。新入職員が多い4月に改定されることによる混乱の助長を低減させることができる。

また、2年に一度の診療報酬改定は毎回、改定率の増減ばかりが焦点になってしまい、ともすれば議論が偏ってしまう。最近の改定で例を挙げれば外来管理加算、診療所再診料

引下げ、地域貢献加算の話題などは前改定との比較で議論されてしまっている感がある。そこで診療側での十分な意見集約と論点の整理、改定後の十分な検証をするためにも5年に一度の報酬改定とすべきである。もちろん改定は介護報酬改定と同時にすべきであり現行を鑑みると6年に一度でも良いかもしれない。現行の2年毎の改定は役所の都合で作られた部分が大きく、改定ごとに医療機関が費やす労力、費用（レセコン更新費用や改定説明会などへの参加費用など）は多大である。5年に一度となることにより、診療報酬の改正内容を評価する余裕が生まれるなどの効果も得られる。医師会会長選挙も改定率の増減に左右されるのは非常に馬鹿らしい。診療報酬による各医療機関の経営戦略が長期的視野となり、効率的な投資をしやすくなるとも考えられる。

3) フリーアクセスという概念の変更と自己負担率の調整

本邦の医療制度の特徴はフリーアクセスにあるとも言われる。確かに保険証一枚あればいつでも、どの医療機関でも受診できることが日本国民の寿命を延ばし、公衆衛生を向上させてきたのは間違いない。米国では、医療保険に入っている受診時に保険者の許可が要る、英国ではNHS制度であるが、初診時には自分のかかりつけ医に行かなければならないなどの制約がある制度と比較すると、あまりにも便利である。しかしながら、この便利さがコンビニ受診や重複受診、ドクターショッピングを助長してきたとの批判もある。これらの患者の安易な受診により勤務医が疲弊している現状を踏まえ、フリーアクセスという概念を変更することを提案する。

「フリーアクセス」とは、「どの医療機関にかかってもよい」という概念から「医療システムのアクセスは自由である」、という意味へ変更する。したがって、各患者が保険で受診できる医療機関を制限する。

具体的には、①DPC 病院への紹介状なし初診については保険適応外とする。②DPC 病院への長期外来受診は一定の理由がなければ適応外とする。③小児は少子化対策の一環として受診時一部自己負担率を低額にすべきであるが、安易な時間外診療の助長を制限する点から、時間外診療については一般成人と同額の負担割合とする。表3に外来自己負担割合の案を提示する。

表3 外来自己負担率

		小児(12歳未満)		一般		65歳以上	
		時間内	時間外	紹介状有	紹介状無	紹介状有	紹介状無
病院	DPC	30%	100%	50%	100%	30%	100%
	その他	10%	30%	30%	30%	20%	30%
診療所		0%	10%	10%	10%	10%	10%

4) 名称の変更

健康保険、介護保険という名称が使用されている。一方、一般的に保険とは、保険者・

被保険者双方の取引によって保険料率が決定されるものであり、リスクの分散を目的とするものである。しかし、本邦の健康保険・介護保険ともにリスクが高いと保険料が高いという構造にはなっておらず、逆にリスクが高い者（高齢者、有病者、失業者など）の方が保険料が安いという面もある。保険料は、どの保険に加入しているか、所得がどの程度であるか、国保の場合は被保険者が何人いるかの2点もしくは3点の変数により決定されている。リスクは変数になっていない点を重視すべきである。この方法（保険料の決定方法は、所得、加入人数のみに従い、リスクには従わない）は本邦の現状から考え、正しい方法と判断する。その現状を考慮すると、「保険」という名称は当てはまらないと考え、「共済」という名称に変更すべきである。健康保険を健康共済へ、介護保険を介護共済へと変更することを提案する。

次に、健康保険の給付範囲について考えたい。健康保険で療養の給付として賄われるものは、検査・治療、外来診療、入院診療、入院時室料、入院時の食事、リハビリテーション、柔道整復、鍼灸マッサージ等がある。賄われないものには、予防医療、予防接種、健康診断、正常分娩などがある。

給付範囲を維持するか、狭めるか、広げるかは財源的な問題が主であるが、学術的な問題や倫理的な問題も関係してくる。財源確保に明るい展望が見いだせない現在において、現状の給付範囲を維持するのであれば、国民の負担増（税、社会保険料）は避けられない。逆に現状の負担を維持していくのであれば給付範囲は大幅に狭めるしかないであろう。政府が情報を開示した上で、国民が選択・決定する問題ではあるが、医師会としてもあらゆるパターンと可能性を想定し適切に情報発信していく必要がある。

5) 健康保険給付範囲

今すぐ検討すべきこと（＝現状の見直し）

① 医薬品、医療機器の価格の見直し

医薬品、医療機器材料が医療機関の費用構造の約3割を占めている。諸外国と比べて大幅に高く設定されている価格を適正化する。また薬好き、検査好きの日本の医療（患者・医師双方）を検証しなおす。

② 入院時室料や食事代は既に一部は給付範囲から除外されている。しかし、室料差額は全病床の5割未満となっているため逆に不公平が生じている面もある。入院基本料にホテルコストやサービス面が含まれているとは考えにくい。価格上限や除外要件を厳格に設定した上で全病床算定可能にする。

治療食以外の食事は給付範囲から除外する。

③ 柔整や鍼灸マッサージは一律に給付範囲から除外する。

将来、負担増を国民が選択した場合（＝現状の給付範囲が維持された場合）

① 税や保険料による負担増

概ね現行の制度が維持できる可能性が高いと予想される。しかし国、企業、国民の負

担増に伴う、患者の医療行動の変化は予想される。

② 患者の自己負担率増

すでに一部患者は3割負担となっており、これ以上の負担率増加は国民皆保険制度の崩壊につながる。名ばかりの皆保険制度は維持されるが、自己負担分のカバーをする民間保険と組み合わせなければ医療機関に受診することが難しくなる。当然、アメリカから営利の保険会社が参入するためフリーアクセスの制限や給付範囲の制限にもつながる。また未払いも増えるため一部の医療機関は経営が非常に苦しくなる。絶対に避けたいシナリオの一つである。

将来、負担増を国民が選択しなかった場合（＝給付範囲の制限）

① 高度医療、先進医療や高額医療を除外する

患者の経済力で受けられる医療に格差が生じる。民間の医療保険がカバーすることになり皆保険制度は部分崩壊する。

② 生命に直ちに影響を及ぼさない慢性疾患（感冒や腰痛、かゆみなどOTCである程度対応可能な疾患）やリハビリテーションを給付範囲から除外、もしくは一部除外することになる。

国民は憲法により生命権（第13条）や生存権（第25条）が保障されていることから、救急医療は公平に確保されるべきである。軽症、慢性期疾患やリハビリを給付範囲から外せば重症化してから医療機関にかかることになり、寝たきりも増える可能性がある。また現在の医師の自由裁量権を制限することにもなる。一方、高度医療や先進医療を給付範囲から外すことは受けられる医療に格差を生む。例えばがん医療の場合、混合診療の問題、エビデンスが十分でない代替療法が横行することも考えられ、医学の進歩にとって悪影響を及ぼす可能性もある。

高額な医療を受ける権利を制限するか、軽症な医療へのアクセスを制限するかという選択であるが、患者・医療機関双方にとって有益な選択とは思えず、世界で一定の評価を受けてきた日本の医療制度は崩壊していくであろう。

4－5 人口動態から地域主導の医療政策を考える

『地域主導の医療政策の在り方』を考える上で、人口動態を考慮することは欠かせない。そこで、資料として、平成 24 年度の地域医療計画の見直しの際に作成した『福岡県の二次医療圏別にみた人口動態の特徴、2010 年と 2025 年の比較』（福岡県医報（平成 24 年 9 月号）第 1435 号）を再掲する。

医療計画の見直しに向けて

ー福岡県の二次医療圏別にみた人口動態の特徴、2010 年と 2025 年の比較ー

1. はじめに

「社会保障・税一体改革大綱」に基づき、厚生労働省は、団塊の世代が後期高齢期に入る 2025 年をターゲットに、医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担と連携の推進、在宅医療の充実といった医療サービス提供体制の制度改革に取り組む方向にある。これを具体化するための一手段として策定されるのが、都道府県による医療計画である。

医療計画策定に当たっては、二次医療圏毎の医療需要の現状分析に加え、将来予測も必要となるが、これを行うためには、医療需要に大きな影響を及ぼす人口動態の把握が必須となる。

そこで、今回、国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）の市区町村別将来人口推計結果¹⁾を基に、福岡県内の 13 の二次医療圏別に、2010 年と 2025 年間の年齢階級別にみた人口動態の特徴を整理した。

2. 方法

社人研は、2005 年の国勢調査を基に、2005 年から 5 年毎の市区町村別将来人口（男女別・5 歳階級別人口）の推計結果を公表している。本稿では、福岡県内の市町村別人口を二次医療圏別に集約した上で、2010 年と 2025 年間の年齢階級別人口（0-19 歳、20-64 歳、65-74 歳、75-84 歳、85 歳以上の 5 区分）の、二次医療圏別にみた変化を検証した。

3. 結果

1) 総人口の変化（図表 1～3）

2010-2025 年間の総人口の変化をみると、増加は「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」の 3 医療圏のみであった。減少率は「有明」18.1%、「田川」16.1%、「直方・鞍手」15.2%の順であった。

2) 年齢階級別にみた人口の変化（図表 4）

(1) 0-19 歳

0-19 歳をみると、全ての二次医療圏で人口減少であった。

減少率は「有明」36.7%、「直方・鞍手」31.4%、「朝倉」31.1%の順であった。

(2) 20-64 歳

20-64 歳をみると、全ての二次医療圏で人口減少であった。

減少率は「有明」26.5%、「田川」26.0%、「直方・鞍手」25.1%の順であった。

(3) 65-74 歳

65-74 歳をみると、8 二次医療圏で増加、5 二次医療圏で減少であった。

増加率は「筑紫」21.6%、「福岡・糸島」20.1%、「粕屋」18.6%の順、減少率は「北九州」11.3%、「有明」5.3%、「直方・鞍手」4.0%の順であった。

(4) 75-84 歳

75-84 歳をみると、全ての二次医療圏で人口増であった。

増加率は「筑紫」77.7%、「粕屋」76.3%、「福岡・糸島」59.4%の順で、「有明」4.6%、「八女・筑後」7.4%、「田川」9.5%は増加率が低かった。

(5) 85 歳以上

85 歳以上をみると、全ての二次医療圏で人口増であった。

増加率は「筑紫」114.9%、「福岡・糸島」101.7%、「粕屋」90.8%の順で、「田川」46.2%、「有明」50.2%、「飯塚」52.5%は増加率が低かった。

3) 二次医療圏別にみた人口変化の特徴（図表 5、6）

「有明」「直方・鞍手」「田川」「北九州」「京築」の 5 二次医療圏では、74 歳以下の年齢階級別人口は減少、75 歳以上人口は増加であった。残り 8 二次医療圏では、64 歳以下は減少、65 歳以上は増加であった。

ここで、勤労者の年齢層にあたる 20-64 歳と、医療サービスの需要が高まる 75 歳以上人口の変化率をみると、「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」は 20-64 歳の人口減少率は低く（10%以下）、75 歳以上人口の増加率は高い（70%以上）群で、一方、「直方・鞍手」「田川」「有明」は 20-64 歳の人口減少率は高く（25%以上）、75 歳以上人口の増加率は低い（30%以下）群であった。

4. 考察

2010 年から 2025 年の人口動態からみて、その間の医療計画では、「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」のように 75 歳以上の後期高齢者人口の増加率が高く、20-64 歳の勤労者人口の減少率は低いタイプの地域、「直方・鞍手」「田川」「有明」のように 75 歳以上の後期高齢者人口の増加率は低く、20-64 歳の勤労者人口の減少率は高いタイプの地域、およびその中間に位置するタイプの地域、大きく 3 つのタイプについて対応を考慮する必要がある（図 6）。

75 歳以上人口が大きく増加する「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」は、通院困難な要介護高齢者が増えることが予想され、病床数を増やす、在宅医療を充実させる等の必要がある。そのために医療に携わる人材も必要になるが、「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」では勤労者人口の減少率は低いとはいえ、人材不足を回避する対策は必要と思われる。一方、75 歳以上人口の増加率は低い、勤労者人口の減少率が高い「直方・鞍手」「田川」「有明」

は、病院・病床機能の分担と連携、在宅医療のあり方と共に、医療従事者の育成・確保について早急に検討する必要があると思われる。2つのタイプの間地域については、2025年以降を見越し、後期高齢者人口の増加率は高く、勤労者人口の減少率は低いタイプの地域になるのか、後期高齢者人口の増加率は低く、勤労者人口の減少率は高いタイプの地域になるのかを考慮し、対策を立てる必要がある。

今回の医療計画の策定では、人口20万人未満かつ患者流入率20%未満かつ患者流出率20%以上の二次医療圏の見直しが示唆されており、福岡県では、「朝倉」「直方・鞍手」「田川」「京築」が該当する。医療計画は、人口動態からのみでなく、産業医科大学 松田晋哉教授、東京医科歯科大学 河原和夫教授らの報告²⁾、³⁾にもあるように、各地域における傷病発生、受療動向、医療と介護の連携等、多角的な分析をもとに策定されるべきであり、特に二次医療圏の設定は基準病床数の算定、医療機関の存続に影響するため、地域の実情を反映した多面的な対策が必要である。また、本年3月に厚生労働省から「特別養護老人ホーム等の医務室に係わる保険医療機関の指定の取り扱いについて」通達が出され、介護からの医療への参入が予想されるが、地域住民の生命・健康の維持・増進のためには医療計画のみでなく福祉・介護計画との整合性も今後ますます必要になると思われる。

5. 参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：『日本の市区町村別将来推計人口（2008年12月推計）』2009年
- 2) 研究代表者 松田晋哉：『医療と介護の連携のための地域情報基盤の構築に関する研究』平成23年度 総括研究報告書
- 3) 研究代表者 河原和夫：『医療計画を踏まえ医療の連携体制構築に関する評価に関する研究』平成23年度 総括・分担研究報告書

図表 1. 二次医療圏別にみた 2010-2025 間の年齢階級別人口及び構成割合の推移

二次医療圏	年	総人口	0-19 歳	20-64 歳	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上	再掲) 65 歳以上	再掲) 75 歳以上
人数 (千人)									
福岡・糸島	2010	1,543	283	983	146	95	36	277	131
	2025	1,581	237	944	175	151	73	400	225
粕屋	2010	267	54	163	27	16	7	50	23
	2025	269	46	149	32	28	13	74	41
宗像	2010	150	26	88	18	13	5	36	17
	2025	141	19	73	20	19	9	49	28
筑紫	2010	422	89	257	42	25	9	76	34
	2025	424	73	237	51	44	20	114	64
朝倉	2010	89	16	49	11	9	4	24	13
	2025	79	11	39	12	10	6	29	17
久留米	2010	463	90	267	53	38	15	106	54
	2025	436	69	234	55	50	28	133	78
八女・筑後	2010	138	26	76	16	14	6	36	20
	2025	124	19	63	17	15	10	42	25
有明	2010	235	39	127	31	26	12	69	38
	2025	193	25	93	30	28	17	75	45
飯塚	2010	187	32	106	23	18	8	49	26
	2025	161	23	82	24	21	12	57	34
直方・鞍手	2010	111	18	61	15	12	5	32	17
	2025	94	12	46	14	13	8	36	22
田川	2010	134	23	72	18	15	6	39	21
	2025	112	16	53	17	16	9	43	26
北九州	2010	1,108	193	633	143	101	38	283	139
	2025	981	142	516	127	127	70	324	197
京築	2010	186	33	104	24	18	8	49	25
	2025	164	24	82	23	22	13	58	35
構成割合 (%)									
福岡・糸島	2010	100.0	18.3	63.7	9.5	6.2	2.4	18.0	8.5
	2025	100.0	15.0	59.7	11.1	9.6	4.6	25.3	14.2
粕屋	2010	100.0	20.1	61.1	10.2	6.0	2.5	18.7	8.6
	2025	100.0	17.2	55.4	12.0	10.5	4.8	27.4	15.4
宗像	2010	100.0	17.7	58.5	12.2	8.3	3.3	23.8	11.6
	2025	100.0	13.7	52.0	14.5	13.4	6.5	34.4	19.9
筑紫	2010	100.0	21.1	61.0	9.9	5.9	2.2	17.9	8.1
	2025	100.0	17.1	55.9	11.9	10.5	4.6	27.0	15.1
朝倉	2010	100.0	17.9	55.5	12.0	9.9	4.7	26.6	14.7
	2025	100.0	13.9	49.9	14.9	13.1	8.2	36.2	21.3
久留米	2010	100.0	19.4	57.6	11.4	8.2	3.3	22.9	11.6
	2025	100.0	15.7	53.7	12.7	11.5	6.3	30.6	17.8
八女・筑後	2010	100.0	18.8	54.8	11.8	10.1	4.4	26.4	14.6
	2025	100.0	15.1	50.8	14.0	12.2	8.0	34.1	20.2
有明	2010	100.0	16.5	54.1	13.3	11.2	4.9	29.4	16.1
	2025	100.0	12.8	48.5	15.4	14.3	9.1	38.7	23.4
飯塚	2010	100.0	16.9	56.9	12.1	9.7	4.4	26.2	14.1
	2025	100.0	14.0	50.5	14.7	13.1	7.7	35.5	20.8
直方・鞍手	2010	100.0	16.1	55.1	13.5	10.7	4.7	28.8	15.4
	2025	100.0	13.0	48.7	15.3	14.3	8.7	38.3	23.0
田川	2010	100.0	17.1	53.9	13.2	11.0	4.8	29.0	15.8
	2025	100.0	14.3	47.6	15.5	14.3	8.4	38.2	22.7
北九州	2010	100.0	17.4	57.1	12.9	9.1	3.4	25.5	12.6
	2025	100.0	14.5	52.6	12.9	12.9	7.1	33.0	20.0
京築	2010	100.0	17.9	55.6	13.0	9.5	4.1	26.5	13.6
	2025	100.0	14.6	50.1	14.2	13.5	7.7	35.3	21.2

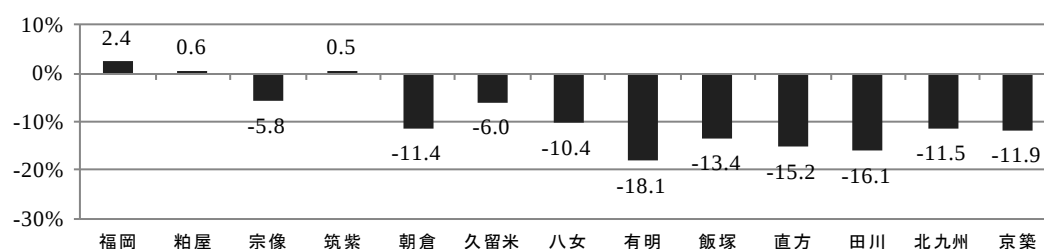
出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（2008 年 12 月推計）」を基に作成

図表 2. 二次医療圏別にみた 2010-2025 間の年齢階級別人口増減数及び増減率

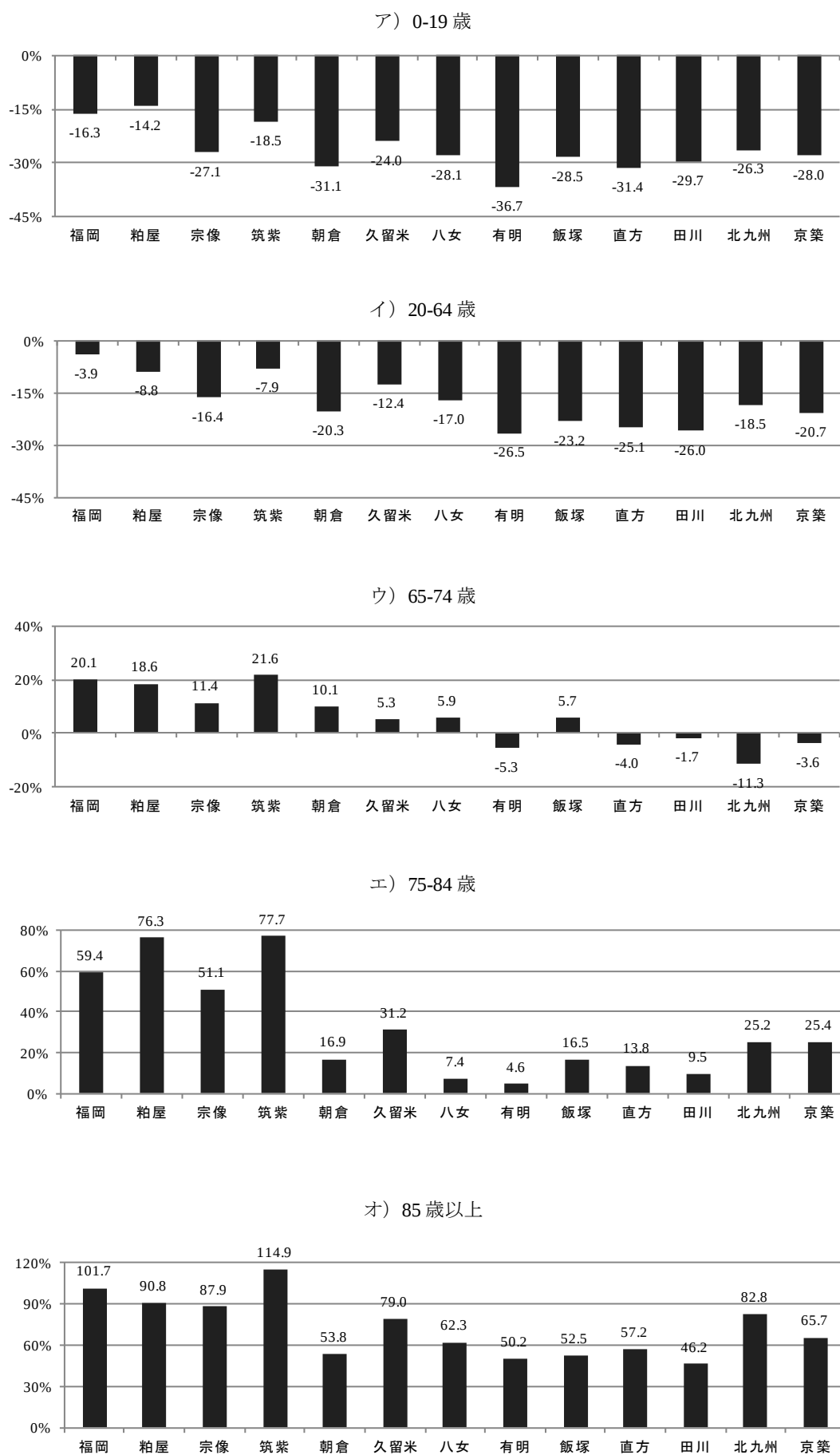
二次医療圏	総人口	0-19 歳	20-64 歳	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上	再掲) 65 歳以上	再掲) 75 歳以上
人口増減数 (千人)								
福岡・糸島	37.8	▲ 46.1	▲ 38.8	29.4	56.4	36.9	122.6	93.3
粕屋	1.5	▲ 7.6	▲ 14.3	5.1	12.3	6.2	23.5	18.4
宗像	▲ 8.8	▲ 7.2	▲ 14.4	2.1	6.4	4.3	12.8	10.7
筑紫	2.0	▲ 16.4	▲ 20.4	9.0	19.4	10.4	38.8	29.8
朝倉	▲ 10.1	▲ 4.9	▲ 10.0	1.1	1.5	2.3	4.8	3.7
久留米	▲ 27.8	▲ 21.6	▲ 33.1	2.8	11.9	12.2	26.9	24.1
八女・筑後	▲ 14.4	▲ 7.3	▲ 12.9	1.0	1.0	3.8	5.8	4.8
有明	▲ 42.6	▲ 14.3	▲ 33.7	▲ 1.7	1.2	5.8	5.4	7.0
飯塚	▲ 25.0	▲ 9.0	▲ 24.6	1.3	3.0	4.3	8.6	7.3
直方・鞍手	▲ 16.9	▲ 5.6	▲ 15.3	▲ 0.6	1.6	3.0	4.0	4.6
田川	▲ 21.5	▲ 6.8	▲ 18.8	▲ 0.3	1.4	3.0	4.1	4.4
北九州	▲ 127.0	▲ 50.8	▲ 117.1	▲ 16.2	25.6	31.5	40.9	57.1
京築	▲ 22.1	▲ 9.3	▲ 21.4	▲ 0.9	4.5	5.0	8.6	9.5
人口増減率 (%)								
福岡・糸島	2.4	▲ 16.3	▲ 3.9	20.1	59.4	101.7	44.2	71.1
粕屋	0.6	▲ 14.2	▲ 8.8	18.6	76.3	90.8	46.9	80.6
宗像	▲ 5.8	▲ 27.1	▲ 16.4	11.4	51.1	87.9	35.8	61.4
筑紫	0.5	▲ 18.5	▲ 7.9	21.6	77.7	114.9	51.3	87.7
朝倉	▲ 11.4	▲ 31.1	▲ 20.3	10.1	16.9	53.8	20.3	28.8
久留米	▲ 6.0	▲ 24.0	▲ 12.4	5.3	31.2	79.0	25.3	44.9
八女・筑後	▲ 10.4	▲ 28.1	▲ 17.0	5.9	7.4	62.3	15.9	24.1
有明	▲ 18.1	▲ 36.7	▲ 26.5	▲ 5.3	4.6	50.2	7.7	18.5
飯塚	▲ 13.4	▲ 28.5	▲ 23.2	5.7	16.5	52.5	17.6	27.7
直方・鞍手	▲ 15.2	▲ 31.4	▲ 25.1	▲ 4.0	13.8	57.2	12.5	27.0
田川	▲ 16.1	▲ 29.7	▲ 26.0	▲ 1.7	9.5	46.2	10.5	20.7
北九州	▲ 11.5	▲ 26.3	▲ 18.5	▲ 11.3	25.2	82.8	14.5	40.9
京築	▲ 11.9	▲ 28.0	▲ 20.7	▲ 3.6	25.4	65.7	17.4	37.5

出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（2008 年 12 月推計）」を基に作成

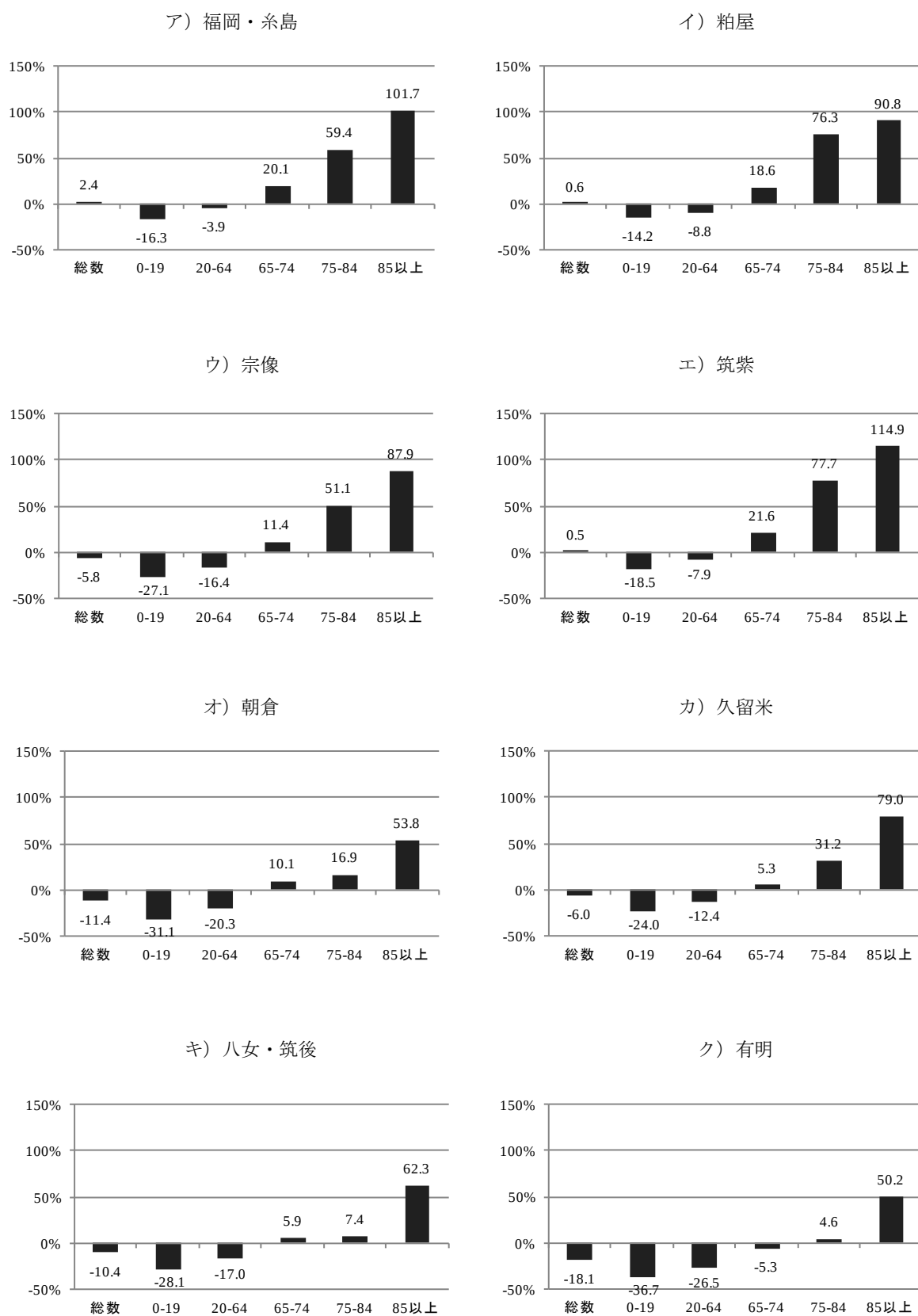
図表 3. 2010-2025 間の総人口の二次医療圏別増減率 (%)



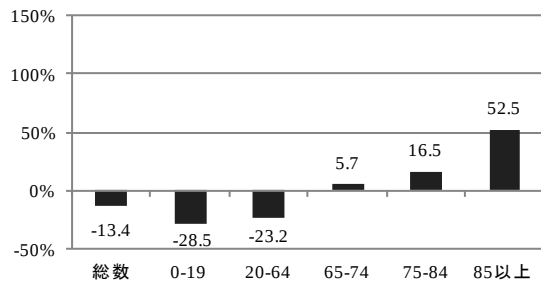
図表 4. 2010-2025 間の年齢階級別人口の二次医療圏別増減率（％）



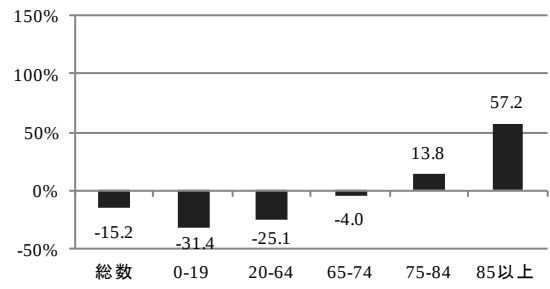
図表 5. 二次医療圏別にみた 2010-2025 間の年齢階級別人口の増減率（％）



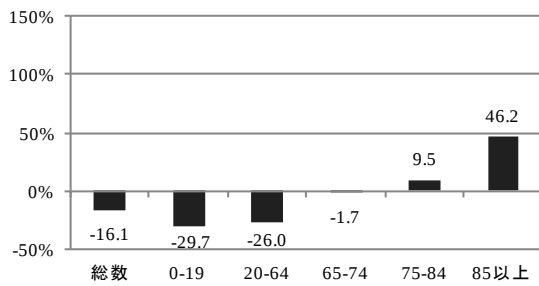
ケ) 飯塚



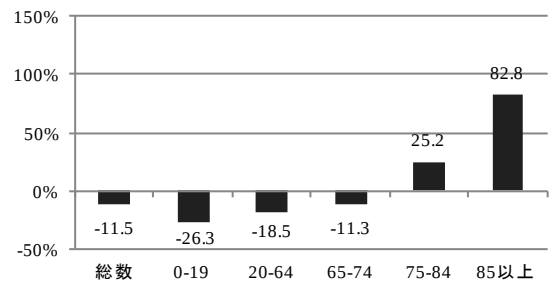
コ) 直方・鞍手



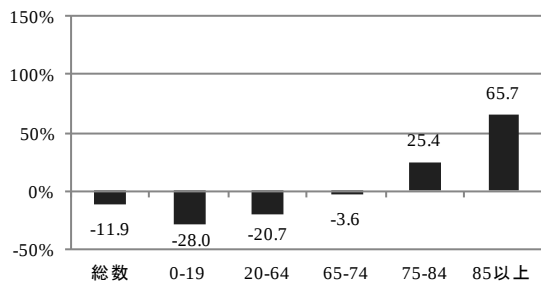
サ) 田川



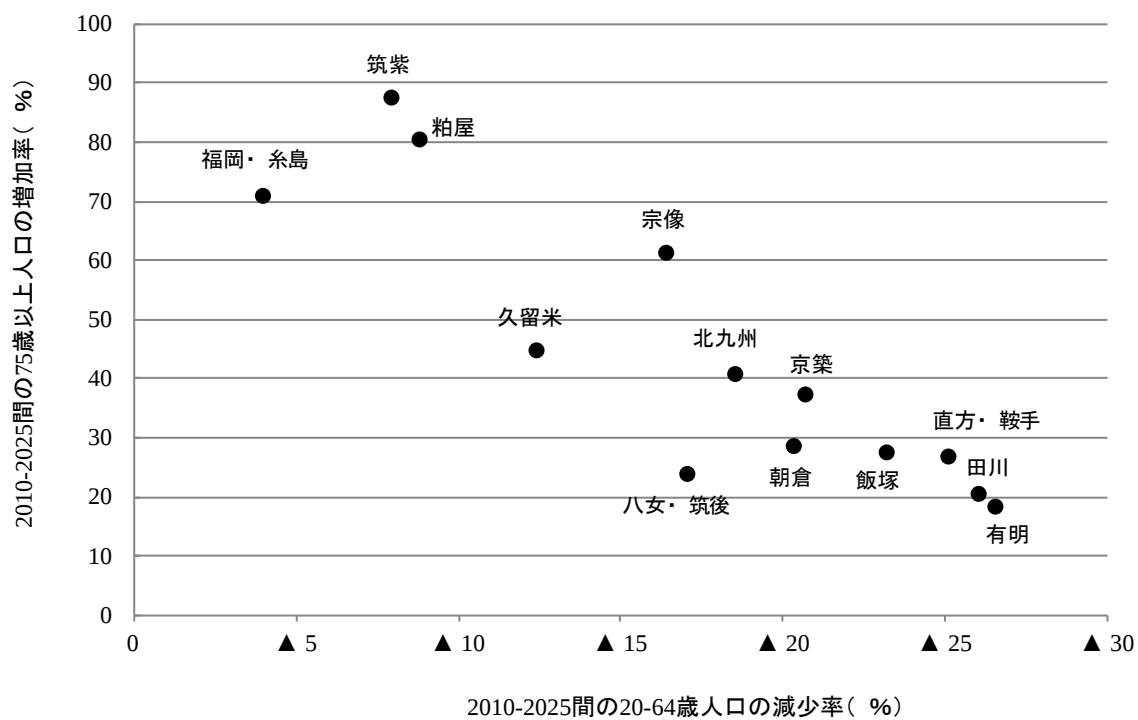
シ) 北九州



ス) 京築



図表 6. 二次医療圏別にみた 2010-2025 間の 20-64 歳及び 75 歳以上人口の増減率分布



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（2008年12月推計）」を基に作成

5. 地域医療における諸問題

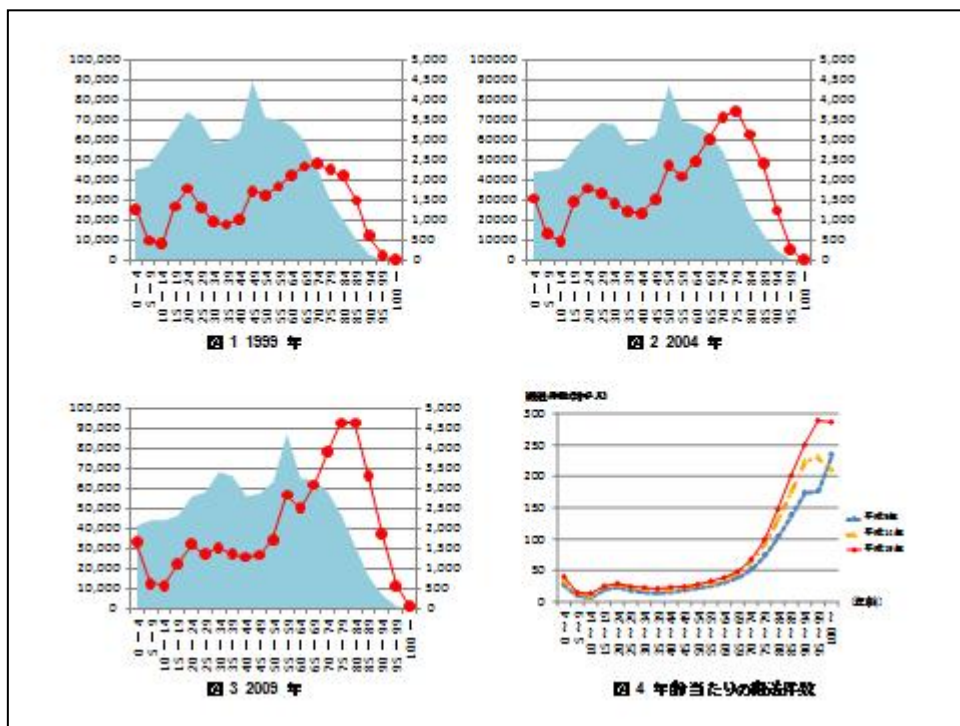
5-1 救急医療

日本医師会では「かかりつけ医」を「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」と定義し、四病院団体協議会と合同提言を行っている。

日本医師会の会員の大多数は診療所開設者、すなわち「かかりつけ医」である。ここでは、目的を「地域住民の救急医療需要に、かかりつけ医が応える」と定めて、そのために効果的な方策を論じることとする。

1) 地域の救急医療需要（数）把握のために

地域の救急医療を考えるためには、地域の救急医療需要と供給について考えることが有益である。北九州市の1999年、2004年、2009年における人口構成と救急搬送年齢分布のグラフを示す（図1、2、3）。人口構成の2つのピークは団塊の世代とその子供世代である。1999年から2009年にかけて高齢者の救急搬送件数が増えていることが伺える。図4は各年代の救急搬送件数を対千人に人口調整したものである。高齢者になると救急搬送が指数関数的に増加することが示されている。



これらを踏まえれば、今後、団塊の世代が高齢化を迎える当分の間、地域の救急医療需要は

増加の一途を辿ると判断できる。

今後はさらに需要と供給にミスマッチが生じることが想定され対策が必要であり、その対策として「かかりつけ医」の位置づけを中心に論を展開する。

まず、地域救急医療の現状を北九州市のデータでは、

①人口構成と救急搬送年齢分布での検討では、60歳より増加傾向で70歳以上では急増する。

②年齢分布より団塊の世代の高齢化を迎える当分の間は増加の一途である。

地域医師会が地域の救急需要に応えるためには、地域医師会単位での救急需要状況が示される方が利便性が高い。しかし、現状は医療法の地域医療計画に基づき、福岡県を13の二次保健医療圏に分割して、それぞれの地域の医療需要と供給について評価・検討・体制構築が図られている。一方、救急搬送を担当する消防本部は25の区割りであり、県下医師会は20の区割りである。それぞれに異なる区割りでは、救急需要が把握しにくい。理想としてはこの3つの区割りが統一されることであるが、それぞれの伝統を考えれば実効性は少ないだろう。現実的な策としては、地域医師会の区割りに属する消防本部の救急搬送件数、並びに市町村の人口構成データをそれぞれの機関から提供してもらい、図1～4のように検討することが有効である。本方法をとれば、今後の救急需要についても予測が可能となる。

2) 地域の救急需要（必要な科）把握のために

2009年の救急搬送者年齢分布を、最終的に担当した医療科別に検討した（図5）ものからは、脳外科、整形外科、循環器内科の需要が示された（一般内科、一般外科は外している）。

前述した方法と同様に、地域医師会の区割り毎に救急搬送の最終対応医療科を検討することで、当該地域の救急需要（必要な科）が明確になる。

以上より、二次保健医療圏、地域医師会、救急搬送担当消防局が一致した区割りとし、今後の同一地域の救急需要と供給の問題点を共有し検討がなされるべきである。

救急搬送者を最終的に担当した診療科別に検討することで、現状の需要・供給バランスは取れているのか、どんなサポートが必要かが明確になる。（脳外科、整形外科、循環器科）

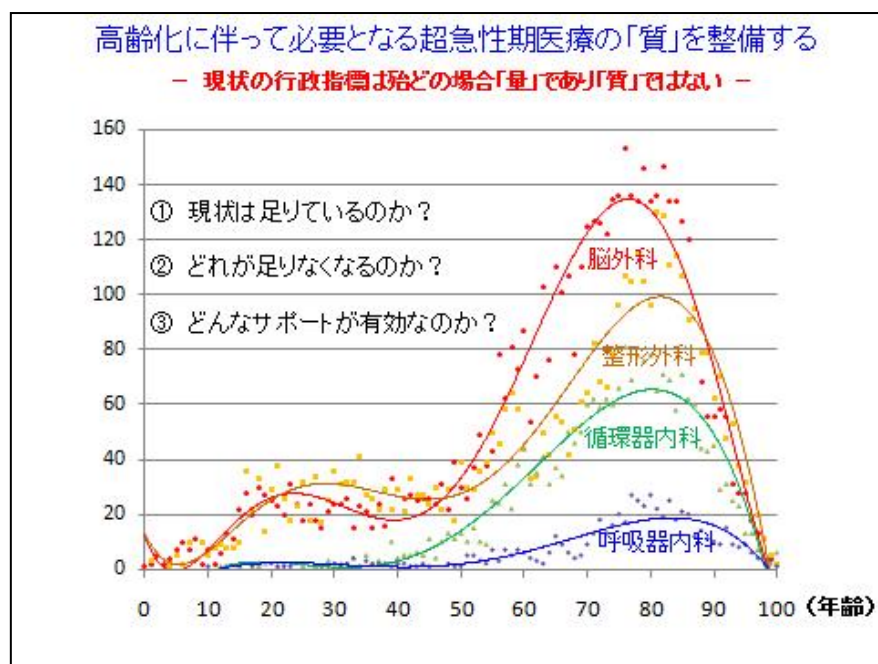


図5 最終的に対応した科別の年齢分布

3) 救急医療の地域医療における位置づけ

救急医療の地域医療の位置づけでは

- ① 救急初療室・総合診療への受診は1次～3次救急対応であり、1次救急は総合診療、2～3次救急は救急初療室で行われている。
- ② ここで機能分化として総合診療機能を担う「かかりつけ医」養成を図り、かかりつけ医と地域支援病院の連携強化（統合型診療ユニット IPU）の構築
- ③ 総合病院からの回復期を受け入れ
- ④ 医療と介護の狭間を繋ぐ

③④は救急医療から医療・介護への連携強化が必要で、医療に関わる患者データの共有化・管理をICTを用い構築すること。

医療全体は図6のような関係にあると考えた場合、地域医療が担えられるものは、

②機能分化、③総合病院からの回復期の受け入れ、④医療と介護の狭間を繋ぐことである。

①は救急医療のうち、受け入れについてである。救急医療には「総合診療で対応可能な軽症事例」と「救急部で対応すべき複数化に亘る重症事例」があるが、「かかりつけ医」が貢献できるのは前者である。前者に対応する最近の試みとして、「特定の曜日だけ救急専門病院を行う」というものがある。しかし、このような診療は24時間対応ではないため「救急加算」が取れない。これでは「救急崩壊をなんとかしよう」という現場の試みが無になるばかりか、高度機能分化医療機関の医師の疲弊を増強するばかりである。その結果、「救急部で対応すべき複数化に亘る重症事例」の患者にとってもマイナスである。このような医療機関にも「救急加算」が可能な策が必要である。

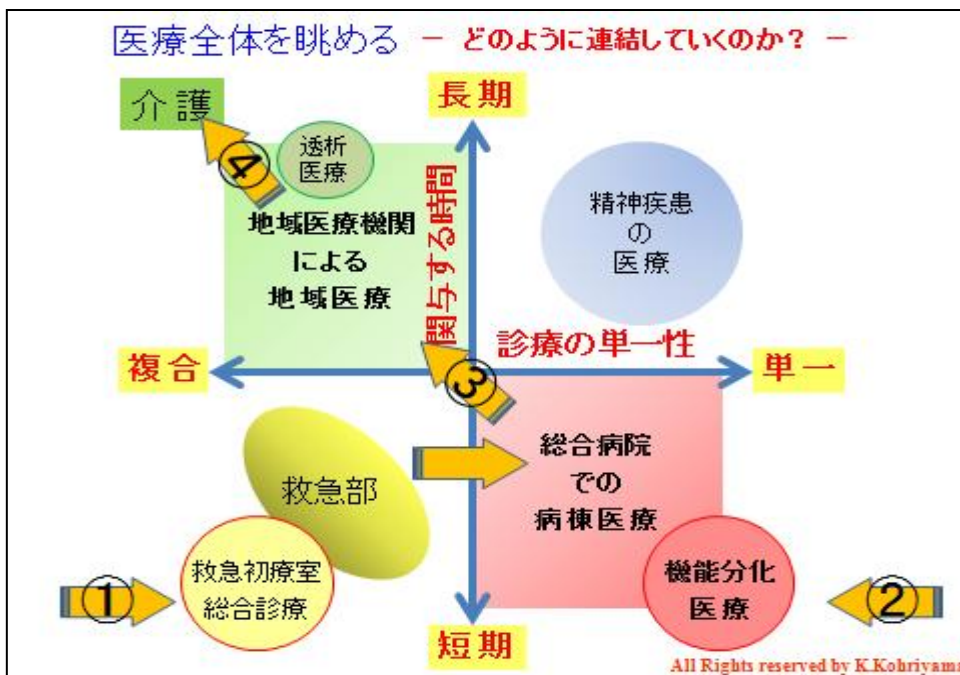


図6 地域医療の概念図

日本医師会の「かかりつけ医」の定義を踏まえれば、地域医療提供における基本的な組織単位を、IPU（Integrated Practice Unit－統合型診療ユニット）とするべきであろう。これは、病態別に高度に機能分化した治療機関を後方に置き、そのフロントを「かかりつけ医」が、未然防止、早期発見を担うことで対応するという考え方である。現在でも日本医師会は、医師会雑誌や広報媒体を使って、「かかりつけ医」の生涯教育を実施している。必要なのは、このネットワークの強化である。後方医療機関の専門性を「かかりつけ医」に対して効率的に広報する方法を確立することが望まれる。

③、④は連続性の問題である。

救急搬送は行政サービスの一環として実施されている。病態と緊急度・重症度によっては、搬送先の医療機関が患者にとっては初診の医療機関である場合も少なくない。この場合、「かかりつけ医」で収集されている基礎データ（年齢、身長、体重、血液型、アレルギーの有無、投薬の有無等）及び日常的に加療しているデータが救急受診医療機関に迅速・正確かつ自動的に伝えられれば極めて効率的であろう。

また、救急患者は総合病院で治療後には地域の「かかりつけ医」のもとでフォローされることが理想的である。この場合にも、綿密な治療データが「かかりつけ医」に提供されることが理想的である。いずれにも役に立つシステムとして、医療に係る患者データを医療機関と個人で個別に管理し、患者は個人カードを常に携帯しておくシステムを構築すれば有効と考える。携帯端末等は非常に良い機器となりうるのではないだろうか。

4) 骨子

日本医師会が定義している「かかりつけ医」の具体化とその「かかりつけ医」が地域住民の救急医療を支える仕組みを作る必要がある。

提案は3点ある。

1. 二次保健医療圏、地域医師会、救急搬送担当消防局が一致した区割りとし、今後の同一地域の救急需要と供給の問題点を共有し対策を打つこと。
2. 救急外来の1次救急対応を総合診療から「かかりつけ医」に保険点数加算などを用い誘導すること。さらに、かかりつけ医と地域支援病院の連携強化（統合型診療ユニット IPU）を構築すること。
3. 救急医療から医療・介護への連携強化が必要で、医療に関わる患者データの共有化・管理をICTを用い構築することである。

5－2 福岡市における小児救急医療

福岡市の小児救急医療は、福岡市急患診療センター・市内5区診療所での夜間や休日の初期救急を、福岡地区小児科医会会員、市内総合病院の勤務医並びに九州大学・福岡大学医学部所属の小児科医が、交替で診療を行っており、年数回、急患診療への出務を義務付ける福岡地区小児科医会の体制は、これまでは初期救急に関しては十分に機能してきた。

しかし、近年の傾向として、市民の小児科専門医志向の強まりや、軽症で本来救急受診の必要がないにもかかわらず、家族の都合で時間外に受診するなど、時間外受診の小児科の患者は増加の一途を辿っている。小児科受診者は、急患診療センター・診療所受診者の約6割を占めているが、市内5ヶ所の休日急患診療所には、内科医で小児科も標榜している内科医会会員医師を中心に出務しており、この急患診療所で地域の小児科患者の一次診療を行うことで、急患診療センターに小児患者が集中することを防ぐ機能をはたしてきた。しかし、内科医の専門分化が進み、小児科を並科標榜する内科医の減少と高齢化により、診療所出務内科医師・小児科併診医師の確保が困難になりつつあり、早晚、各区診療所で小児科診療の継続は不可能となる事態が予想される。

以上のことから、診療所を集約した特別な施設の設置や標榜科目の変更等の検討が今後必要かと思われる。

5－3 認知症の現状と政策提言

1) 益々増加する認知症患者

平成 23 年の日本人の平均寿命は男性 79.44 歳、女性 85.90 歳で、日本は本格的な高齢社会に突入している。65 歳から発症し易い認知症患者は、2005 年 169 万人、2010 年では 270 万人と増えている。高齢者全体の総数に占める認知症患者の割合は、2005 年 6.7%、2010 年には 9.1%に上り、平成 24 年の介護保険のデータを元にして厚労省研究班で詳しい地域調査を全国各地で行った結果、認知症患者数は 462 万人に達し、超初期段階の軽度認知障害（MCI）のある人は約 400 万人であった。認知症患者数は年々増加の一途をたどり、2025 年には 65 歳以上の高齢者の 4 人に 1 人が認知症になると推計されている。

2) 認知症は難治性疾患

認知症は他の疾患と比較すると非常に特異な疾患である。認知症の約 70%を占めるアルツハイマー病は現在根本的な治療法がなく、しかも人間の存在そのものに深くかかわる認知機能が進行性に障害され、患者自身のみならず家族や周囲の人の生活に大きな影響を及ぼすという点で社会問題化し易い厄介な難病である。さらに現状では医療だけで対応できるという疾患ではなく、家庭ぐるみや地域全体でなければ対応しきれない疾患で、患者の尊厳の維持と家族の負担というものが、他の病気とはかなり異質なものを抱えている。個々のケアプランすら立て難しく、難治性に輪をかけている。

3) 早期診断・早期治療が重要

認知症はいったん正常に発達した知能が低下する疾患であるが、その診断は生活に支障が出て初めて下されることが殆どである。アルツハイマー病の治療の現状は、神経細胞破壊の病理分析や新薬の開発などは進んでいるものの、症状増悪を抑え進行を遅らせることはできても認知症を治すまでには至っていない。今後どのような優秀な治療薬が開発されようとも、進んでしまった不可逆的な脳細胞や伝達組織の損傷を修復することは非常に困難である。認知症の多くは早期の適切な診断や治療が行われないうまま悪化の一路を辿ることが多いのが現状で、それ故に早期診断、早期治療が非常に重要となる。認知症になる前に、認知症にかかるリスクが高い人のスクリーニングと有効な予防治療が切望される。

4) 認知症の治療

(1) 認知症を改善させる医療

今後は、なんらかの症状はあるけれども認知症とは言えない MCI を見つけ出すことが重要となる。記憶障害だけが進んでいて、その他の種類の認知機能はそれほど落ちていないので、ある程度自立した生活を送れる人など、アルツハイマー病の超初期段階の人を診断できる技術を目指すと同時に、次の世代の治療薬は、この MCI を対象に含めて進んでいく計画である。さらにはアルツハイマー病に特徴的な変化であるアミロイドやタウ蛋白が PET スキャンで証

明できるようになり、MCI より前の、まだ症状は出ていないけれどもアルツハイマーの病理変化が起こり始めているという人を、各 PET スキャンと脳脊髄液のバイオマーカーなどの組み合わせで検出できるようになっている。薬物治療では各種コリンエステラーゼ阻害薬の有効症例の検討による使用方法の確立とアミロイドカスケード仮説に基づく根本的な治療薬が期待されている。

(2)改善させる医療以外の方法

早期診断で破壊進行を防止することは常に重要であると共に、残された脳細胞や組織を賦活化させて日常生活の障害が少しでも小さくなるように、周囲の環境の改善、運動療法、音楽療法、脳を刺激するリハビリテーションなどの治療効果の評価と活用が期待され、介護施設も含めて積極的に取り入れられている現状で、その効果の検証が期待される。

5) 認知症の経済損失

認知症に関する経済被害の研究では、認知症によって不要なものの購入や水道電気ガスの浪費などの経済損失が2兆円強、介護による離職など機会損失も含めると10兆円の経済損失が推計されている。介護保険ができて認知症を含む高齢者や障害者やその家族の生活が楽になったが、その費用は年々増加する一方である。平成24年度は前年度6・5%増の8兆9,078億円であり、高齢化のピークを迎える12年後は20兆円超と予想されている。介護保険の中で認知症の対策・ケアに直接必要とされる額はその約半分といわれており、家族が介護されるために就労できない経済損失はさらに大きいものと予想される。

6) 認知症の医療政策

今後爆発的に増加する認知症に危機感を覚えた厚生労働省は認知症に対して平成18年に認知症対策等総合支援事業、平成20年に認知症ケア高度化推進事業、平成23年4月から認知症対策等総合支援事業を打ち出した。その柱は認知症地域医療支援事業で、高齢者が受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施すると共に、かかりつけ医への研修・助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師として、認知症相談医や認知症サポート医の養成を行うことである。その推進五か年計画（オレンジプラン）が平成24年9月から各都道府県で開始されている。

このプランでの登場 persons は、患者、家族、地域住民、包括支援センター、かかりつけ医、認知症相談医、サポート医、認知症疾患医療センター、市町村であるが、各々にそれ相応の役割と責任をもってもらい、誰しもが関われるあるいは関わってもらって良かったと思えるプランにならなければ継続は困難と思われる。中でも認知症の人々の拠り所となるのは家族であり医師であり、最初の診断から死に至るまで責任をもって関わっていけるのは医師であろうが、前線を担うかかりつけ医は、医療費亡国論によって自然増の医療費でさえ認められなかった長年の低医療費政策と開業医バッシングの風潮の中で、他の疾患の診療で精一杯であり、これ以上手がかかる認知症の治療を手掛けるには体力的にも精神的にも限界なのが現状である。しかし皮肉なことに、その限界の解消になる手立ては、一人でも多くの医師

が関わることと医師以外の関係者の理解ある協力である。

まずは認知症の診療を専門医以外の医師が診やすくすることが肝要で、診断方法になるべく簡便化し、必要に応じて画像診断を行い、その治療も手掛けるレベルになるには、診療報酬体系の工夫と認知症治療相談医やサポート医と連絡を密にできるネットワークの確立が重要である。現在の診療報酬でも、特定疾患療養管理料 225 点（月 2 回まで）と認知症療養指導料 350 点（月 1 回）を同時算定できないのは改善が必要である。オレンジプランで医師会に期待する文章が含まれているが、医師会はかかりつけ医が認知症への取り組みに消極的にならないように、意識改革や必要な研修を企画することのみならず、医師以外の関係者、とくに地域住民がどう関わっていくのが有効なのかを検討し、医師との共同作業の確立を目指すべきで、その事で医師会も医師も国民から信頼を得ることが期待される。

厚労省が机上で考える認知症政策は、認知症に関わる人たちをできる限り動員し、特に医師のレベルアップと精力的な取り組みを期待しているが、このプランに経済的な裏打ちがなければその実効性は低いままだろう。各々の役割やその責任を明確にして、各立場で認知症に有益な関与の経済効果を算出し、それに見合った予算を国家に要求し、独自の冠を付けた認知症特別予算を、医療費とは別枠で設けるべきだと考える。

思った予算が取れないのなら、根治治療ができない現状があるがままに受け入れることを国民に理解してもらい、認知症の程度によってその対処方法を変えざるを得ないことを国民に告知すべきである。すなわち認知症の対象群を 1) 正常群、2) 軽度認知障害 (MCI) 群、3) 認知症発症群に分けて、対応すべきと考える。

- ① 認知症が発症してくる 60 歳の誕生日、疑われる場合にはその前に簡単な脳検診を保健所や包括支援センターで行ってもらい、異常があれば主治医や認知症相談医に紹介する。異常がなくても、そのスクリーニングを毎年家庭で行なってもらい、その結果を保健所やセンターに提出するように義務付ける。
- ② ①の検診を続けながら MCI や軽度認知症を早期に発見する。その疑いが濃ければ、主治医や相談医を受診の上でアルツハイマーに特徴的な沈着物質が検出できる PET スキャンなどを受けてもらい、必要であれば周囲の人々と協力して早期治療を受けてもらう。
- ③ 認知症が進めば、現状では治癒することではなく、オレンジプランで打ち出している住み慣れた環境で対処させる努力や犠牲を周囲に押し付けることは不条理であり、患者の認知症程度や環境状況を勘案して、施設入居を選択することに躊躇は危険である。

政策の柱

認知症の特性、事の重大さを国民や医師に理解してもらい、早期発見、早期診断、早期治療が重要で、認知症になってからでは遅いという考えを定着させる。認知症になり易い人の性格や生活環境の中でリスクの高い人も、認知症になる前に検診を受けさせるべきである。

かかりつけ医が認知症の診断治療に精通することが望ましく、他の疾患の治療と同時にを行うことが可能な、看護師も含めた認知症対応システム作りが急務である。研修を受けた資格ある認知症かかりつけ医には診療報酬上も管理料が取れる診療報酬を要求すべきである。

他の職種のグループとも共同して、患者の早期発見、データ管理、治療にそれぞれの役割

と責任を分かち合い、それぞれの必要な対価を共同して国に求めるべきである。

行政が医師会に期待していることが明文化されたのを利用して、介護保険からの反省点を取り込み、医師会と介護職、行政、地域住民と良い関係を築きあげ、その共同作業によって対応していく認知症治療は、医師や医師会が国民に信頼され直す絶好の好機である。認知症問題は地域主導の医療政策を打ち出しやすく、今後の医師会の命運を賭けて取り組むべきといっても過言ではない。

以上のことを踏まえて以下のことを提言する。

国民に認知症情報を公開し、国民問題としての理解を求める

1. 認知症の爆発的な発症状況
2. 認知症は難治性疾患
3. 認知症は老いと同じで誰しもかかる可能性が大
4. 認知症は早期発見しか有効手段がない
5. 認知症に治癒を求めず、あるがままを受け入れなければならない現状
6. 認知症の社会的・経済損失
7. 認知症対策は国民皆がかかわるべき
8. 認知症になる前の家庭でのスクリーニングテストの必要性

行政に求める

9. 1.～8. に関して国を挙げて大々的に広報する
10. 認知症の検出感度が高く特異度も高い簡便なスクリーニング方法の確立
11. 認知症スクリーニングテストのデータ管理の共有
12. 認知症相談窓口（包括支援センター等）の敷居を低くする
13. かかりつけ医が認知症治療に携わり易くする診療報酬体系を
14. 認知症程度による対処方法の整理を
15. 認知症対策特別予算を設けるべき

地域医療における認知症のかかわり方

16. 地域の健全な自治運営のために多くの医師が参加する
17. 各自が認知症の対応に精通する
18. 慢性疾患、習慣病治療の一環として認知症検診も取り入れる
19. 介護施設などと共同して、有効な認知症治療の検証に携わる
20. 積極的に新しい診断法や治療法の開発に協力する
21. 医師会が医師の認知症への積極的な関わりを促進させる。
22. 医師会は認知症問題を地域主導の医療政策の要として、現場の医師が地域関係者と協力して臨めるように援助していく。

5-4 地域における認知症ネットワークの取り組み

—久留米市での認知症ネットワーク研究会—

地域主導の医療政策であるためには、医療問題の取り扱いをする上で、郡市医師会や医師のグループが主体となって対応し、行政に反映させることにあると考えられる。久留米医師会を中心にこの概念に合う事業、認知症ネットワーク研究会が展開されつつありこれについて報告することにした。

久留米市は人口当たりの医師数が全国一であり、医療資源が豊富で医療はこの地区だけで完結している。しかし、高齢化などどこにでもある共通した問題を抱えており、解決に向けて対策を構築する必要がある。認知症も大きなテーマで、当市では高齢化率が21%を超え、認知症が増加し、日常の診療で認知症を診る機会も増えてきた。当地区では認知症対策に向けて久留米医師会精神科医会を中心とした医師グループが4年前から動き出した。認知症の早期発見と早期治療、介護、地域連携を目的に、平成21年久留米認知症ネットワーク研究会が設立された。その背景には認知症を介護施設でも取り扱っているものの、その実態が精神科医やかかりつけ医に分からず、対応、連携に苦慮する事があった為である。医師が情報を得るために医療機関、看護師、介護関係、地域包括センターなどでネットワークを構築することを呼びかけた。

事務局は久留米大学医学部神経精神科講座が担当。なお厚労省は平成20年度から認知症の専門医療機関として、認知症疾患医療センターの指定を開始し、久留米大学病院も23年に指定されている。現在、久留米認知症ネットワーク研究会と福岡県認知症疾患医療センターとしての久留米大学病院は協働して、さらに大川三潞、小郡三井、朝倉、浮羽医師会の4医師会の協力のもと、認知症の地域連携に取り組んでいる。

認知症医療センター構想が出されており、大学病院を中心に置き、複数の連携病院があり、認知症相談医が周囲を取り囲む。連携担当者を置き、介護が必要な場合、地域包括支援センターを介して介護サービスへ紹介する、という構成である。

平成22年、かかりつけ医を対象に研修会を3回開催。23年の第1回の講演会では瀬戸県医師会理事の「福岡県における認知症ネットワークの現状と課題」と題した講演があり、様々な認知症連携についての問題点が浮き彫りにされた。同年第2回講演会では日頃、認知症医療・看護・介護に携わっている職種の人をシンポジストにし、認知症連携の具体的問題点についてシンポジウムが開催された。第3回講演会では「コーディネーターの役割と現状」をテーマにシンポジウムを開催。このように研修会、シンポジウム、講演会を開催して知識の共有化、連携の強化を図っている。行政との協同は今後の課題で、今のところ資金的に援助は受けていない。第4回福岡県認知症医療センター北筑後ブロックと第7回久留米認知症ネットワーク研究会 合同研修会では、講演の最後に指定発言として久留米市健康福祉部長寿支援課より「地域包括ケアシステムの構築」の解説があった。中学校区を単位とする地域包括ケアシステムは住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される構図で、認知症ネットワークをどう組み込んでいくのか、これからの展開が期待される。

5-5 福岡県における在宅医療推進の取り組みー行政からー

福岡県においては、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期ケアの体制整備」を目指し17年度から19年度までの3年間「終末期医療対策事業」を実施してきた。

まず17年度に「終末期医療対策推進協議会」を立ち上げ、これは、県医師会、県看護協会、在宅や緩和ケア病棟で終末期医療に従事している医師、訪問看護ステーションから推薦されたメンバーで構成されたもので、福岡県における終末期緩和ケア体制の整備を目指すための主導的役割を果たすものであった。この協議会では、現状や課題、行うべき施策や事業について議論し、終末期医療対策を進めてきた。平成17年度には、医療機関の実態を把握するため、がん終末期における医療連携についての調査を行った。次の18年度からは、医療従事者の育成という観点から、医師、看護師を対象とし在宅におけるがん終末期医療についての研修（在宅ホスピス研修）を行うとともに、実際に終末期医療を進めていくために、専門知識と技術を有する医師、看護師をアドバイザーとして施設に派遣し、現状にあった在宅ホスピスケアについて助言する事業（在宅ホスピスケア・アドバイザー派遣事業）を実施した。

これらの施策を行う中で、以下のような課題が浮かび上がった。

- ① 在宅医療を支える診療所や訪問看護ステーションの実際の稼働率が少ない上、互いの連携体制も不十分なため、24時間在宅医療を提供することは難しい。
- ② 住んでいる地域において相談できる場所がない。
- ③ 県民の意識として死ぬときは病院で死ぬものと思っており、在宅での看取りに対する認識が低い。

この「終末期医療対策事業」の課題を踏まえ、平成20年度から、緩和ケアが必要ながん末期患者や難病患者などを対象として「在宅医療推進事業」を開始した。この事業は、県内全体で在宅医療を進めていく施策に加え、地域特性を活かし在宅医療を進めて行くという2つの柱で構成されている。

地域において在宅医療を進めるため、まず4つの保健福祉環境事務所（宗像、嘉穂、山門、京築（京築以外は統合（平成21年）前の名称））に地域在宅医療支援センターを設置した。このセンターに前述の「終末期医療対策推進協議会」と同じような役割を地域で果たす「在宅医療推進協議会」をおき、在宅医療への理解をすすめ、連携体制を構築するための方策などについて検討した。当然のことながら、4つの地域においては、医療資源や人材、住民の意識などに違いがあるため、それぞれの地域で課題を把握し、現状にあった現実的な取組みを、地元の医師会、歯科医師会、薬剤師会や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、市町村など（地域によっては構成が異なる）と一緒に進めてきた。一定の成果を確認した上で、平成22年度からは県域（両政令市及び大牟田、久留米市保健所管内は除く）の9保健福祉環境事務所において在宅医療を推進する取組みを開始し、地域在宅医療支援センターとして、在宅医療サービス提供機関の連携体制整備を進め、患者や家族からの相談に応じたり、住民に対する啓発（終末期になっても在宅療養が可能など）

活動を行っている。また、社会資源を調査しその名簿を作成したり、在宅医療従事者のための研修や事例検討会なども行っている。さらに、それぞれの「在宅医療推進協議会」において、地域課題や連携のあり方、研修の進め方などの検討が行われ、地域特性を活かした24時間、365日の在宅医療提供体制の整備を目指している。

こういった地域での取り組みと平行して、県レベルにおいては在宅医療を担う医療従事者の育成を進めてきた。特に、訪問看護ステーションの強化・拡充を目指して在宅看護技術研修や管理者研修、病院と訪問看護ステーション相互研修などを行ってきた。併せて訪問看護・介護の一体型モデル事業の実施やコールセンターを設置し訪問看護を支援する仕組みの構築などにも取り組んできた。一方、医師に対する取り組みとしては、在宅医療に従事する医師を増やす目的で、医師会の協力を得て、在宅療養支援診療所の医師等に対する実務研修を23年度から実施した。また、モデル地域の医師会において、在宅療養支援診療所と後方支援病院や関係機関のネットワーク化を図り、患者情報の共有を行うことでかかりつけ医の負担を軽減し、在宅医療を進める試みを行っており、その情報のIT化に向けたシステムを構築しているところである。この他県民に対する啓発も行っており、NPOと協働して在宅ホスピスフォーラムを毎年開催している。

このような取り組みを進めてきた結果として、以下の成果が確認できた。

1) 在宅医療に取り組む医療機関や訪問看護ステーションが増加した。

在宅医療に関する主な医療機関	平成19年度	平成23年度
在宅療養支援診療所数	654	807
訪問看護ステーション	272	288

2) 在宅で、訪問診療を受けている患者数が増加した。

	平成19年度	平成24年度
在宅で訪問診療を受けている患者数	8452人	21277人
65歳人口1万対	81.8	189.0

福岡県在宅療養支援診療所・病院調査より

3) 在宅医療支援センターで受けている相談件数が増加した。

平成22年度	平成23年度	平成24年度
1101件	1951件	1942件

一方課題としては、概ね2つに集約され则认为る。

- ① 医療関係者の連携はある程度進んだものの未だ十分ではなく、介護関係者との連携は不十分な状況である。
- ② 地域によって医療資源が乏しかったり、連携の取り組みが進んでいなかったりするため、在宅医療の提供が十分でないという実態がある。

課題を解決するための取り組みについては、まず、医療と介護の連携が進むような取り組み、例えば多職種連携研修などを行っていく必要がある。さらに、地域の現状を把握し、それぞれの地域においてうまく機能するような在宅医療の取り組みを進めていく必要もあると思われる。県では、これらを進めるため、介護と連携した在宅医療体制の整備を目的とした地域医療再生交付金を活用し、現在、郡市医師会単位で医師会が中心となり、その地域の在宅医療を推進するための様々な取り組みを実施してもらっている。このことにより、それぞれの地域において、多職種連携や地域の特色を活かした在宅医療が進むことが期待される。

5-6 北九州市における在宅診療の現状

病院の病床数はこの十年で減っており、亜急性期から慢性期の病状の患者の受け入れ先が無くなってきている。また、十年前と比べると自宅で在宅医療を受けている人数が減ってきている様に思う。核家族化した現代では家人の患者への生活支援の限界が早期に訪れたと考えられる。自宅では看護介護のパワーが足りず、グループホームや有料老人ホームへの入所を余儀なくされている。将来病状が改善して自力での日常生活が送れるようになるのであれば良いが、介助なしには暮らして行けないレベルであれば帰宅は不可能である。また、経済力の差により個人で介護の費用を捻出する事はかなり困難である。手のかかる患者が増えるとその施設のスタッフも疲弊してくるであろう。

終末期において在宅での看取りは重要である。しかし、予測が立たなければ医療側の負担は大きくなる。実際予測は立てられないので24時間の連携とはいえ、付きっきりで張り付く事は不可能であり、それを家人が行なう事もまた不可能である。入院で病院から提供されるサービスのレベルを在宅で望めば、医療スタッフの負担は増大する。

必然的に自宅での看取りは減少してきており、施設入所での看取りに移ってきている。ここでも医療側が期待されるレベルが過剰であれば（入院と同様のサービスを求めると）受け入れ不可となるが。

その施設スタッフの差も大きい。常勤で日勤だけでなく夜勤にも看護師が駐留していれば良いが、現実には夜間当直職員配置にはヘルパーしか居らず、夜間急変時は救急病院に搬送依頼する事となる。夜間に主治医に連絡が入っても指示受けするものが居ない状況であり、想定外の急変時には対応出来ない。強化型在宅診療などで複数の医療機関が組んでも役に立つのは看取りの時だけである。

患者が終末期に差し掛かっており、急変時の対応を事前に段取っておればそのまま施設での看取りに移行する事になる。これも急変時対応の事前擦り合わせが必要であるが、前もってそんな時の用意をすることは無礼な事だと言う親族がおり、話が進まないこともある。末梢血管確保が出来なくなると目立った医療行為は無くなるので、家人の意志、患者個人の意志の確認をしておかねば、PEG 挿入、酸素吸入等どこまでの医療行為を行なうかでもめることになる。

熱心に在宅診療を行なうと当然診療点数は高くなり、一人あたりの平均点数も高点数になる。厚生局が個人指導と称して高点数是正化を始める。その為に一日潰され診療を止めて呼び出しに応じなければならない。痛くもない腹を探られる真面目で熱心な先生を何人も見ているが、これも仕事のうちなのか。

結局、マンパワーが足りないところから綻びが出て来ると考えられる。普通であれば医師の数が一番少ないのでここから綻びが始まりそうなものだが、皆の献身的努力で何とか保っている状況だと考える。施設での在宅診療を進めるのであれば、まずは常勤の看護師常駐を必要条件にする事が一番重要ではないかと考えられる。看護師の確保は困難である事は承知しているが、今の現状を変えるにはこれが一番効果があると思われる。

5－7 筑豊地区の医療の現状と背景－地域主導の医療政策のあり方（筑豊の状況をふまえて）医療制度に関する筑豊地域の背景－

平成 25 年の現時点で、麻生飯塚病院の存在を核として飯塚・田川・直方の筑豊地域医療圏は救急医療面では問題の少ない状態である。ただ、今後予想される人口構造の変化や疾病構造・高齢化による問題は避けて通れない。福岡県内での 2025 年人口動態は以下で述べるように地域による変化が大きくなっている。

福岡県での人口動態推移で 14 歳以下と 65 歳以上の年齢別に分けると

	14 歳以下 (2010)	14 歳以下 (2025)	65 歳以上 (2010)	65 歳以上 (2025)
北九州市	12.9	9.4	24.8	28.3
福岡市	18.2	16.3	23.8	38.5
筑豊	2.9	2.4	6.2	6.8
筑後	6.6	4.7	14.9	17.0

(国立社会保障・人口問題研究所 H25 年 3 月推計 単位：万人)

ここで予想される人口動態から福岡県内は

- (1)「福岡・糸島」「粕屋」「筑紫」のように 75 歳以上の後期高齢者人口の増加率が高く、20-64 歳の勤労者人口の減少率は低い地域、
- (2)「直方・鞍手」「田川」「有明」のように 75 歳以上の後期高齢者人口の増加率は低く、20-64 歳の勤労者人口の減少率は高い地域、

に分類される。筑豊に位置する飯塚市は田川・直方と同様(2)の分類に含まれる地域となるが、市町村レベルで運営される国民健康保険・介護保険にとって勤労者人口の減少は医療・介護資源の減少（資金面およびマンパワー面）につながるために、医療政策的には他地域と併せた医療・介護資源の再分布が必要となると考える。

介護ニーズに関しては、認知症患者の増加はもちろん、慢性期脳血管障害患者、ロコモティブ疾患患者増加による介護マンパワー（特に OT や PT）の増員が必要となる。筑豊地域ではまだこれらの人員の量は十分とはいえない。

看取りの問題では、看取りの場所（自宅・病院・入所施設）の問題は(1)の地域ほど切迫感はないが、自宅にての孤独死は現時点でも増加傾向にあり、検死を担当する医師の確保がすでに問題となっている。現時点では救急指定病院の他に有志の開業医が担当している現状であり、医師会が関与しての検死医輪番制度の導入などが検討課題に挙がる。

労働人口の減少はまた、14 歳以下の人口減少に直結する。小児科開業医の診療報酬は患儿の数に大きく左右され、諸検査による診療報酬が少ないという特徴がある。患儿減少による小児科開業医の経営継続性が小児減少地域では問題となってくる。現状どおりに小児科開業医が第一次医療を担う状態を継続するためには、小児人口が減少した状態でも安定的な医療経営が可能な診療報酬体系への移行が必要となる。

5－8 非都市部の在宅医療と終末期医療について

国や県が政策立案を行う場合、官僚の身近にある「都市部」の状況を想定して作られることが多いと思われる。しかし、日本全体や福岡県全域を見ると「非都市部」にも多くの人が住んでおり、そこでは都市部とは異なる実態や実情があることに目を向ける必要がある。そこで、非都市部の医療・介護について考えてみたい。

まず、非都市部の現状や問題点を書き出してみる。非都市部において、若年者は以前から減少傾向にあるが、高齢者もすでに減少傾向に転じてきており、都市部のような箱物の拡充は不要な地域が出てきている。一方で、就労可能な年齢層は、一般労働のみならず医療や介護職でも減少し、広い地域に点在する高齢者の自宅を巡回することは、今後困難となってくる。また、家族内の介護提供世代が、都市部へ流出して不在となり、高齢者のみの世帯が増加し、独居老人や老々介護世帯の比率が上昇することで、家族による在宅介護だけでなく、急変時における親族への意思確認も困難になってきている。

医療提供者の実態を見てみると、非都市部でも、小泉改革以後に不採算な有床診療所や中小病院は無床化や、場合によっては閉鎖され、医師不足により救急外来も閉鎖され、救急医療も回復期医療も十分に機能しなくなっている。地域医療を支えてきた開業医も、すでに高齢化が進み、継承者不在による閉院が今後多くなると考えられる。さらに、無床診療所を継承した医師や、新たに開院した若い医師は、都市部に生活し、診療時間内のみ出勤してくるケースが珍しくなくなっている。また、若い医師の診療に対する意識も、一般労働者並に時間外労働を忌避する傾向が出てきている。この意識変化は、厚労省が推し進めた前期研修医制度により、今後一層顕著になると思われる。しかし、これらは時代の変化であり、彼らを古い概念で非難することは建設的ではない。

経済面からみると、非都市部の自治体では、衰退傾向にある1次産業に依存した脆弱な経済基盤しか持たず、十分な財源がないために自立困難なところが多い。

以上の現状や変化を見越したうえで、非都市部における医療や介護の制度を構築すべきであり、これらの実態からみて、非都市部における将来の医療や介護のキーワードは、「人・物・金の集約化」にあると考える。非都市部の高齢者の終末期にいたる道程を考えたときに、身体的にも精神的にも自活できる間は、たとえ独居であっても、これまでのように自宅で過せるようにサポートするべきである。すなわち、民生委員や保健師が定期的に巡回し、介護施設や自治体の福祉施設や、あるいは地区老人会の集会所に通所してもらい、かかりつけ医に通院してもらう。しかし、自立に障害が現れ、一人での生活が困難になったならば、家庭内介護者の有無により、また家庭内介護者がいてもその条件や意向により、もちろん高齢者本人の意向を十分に聞いたうえで、生活の場を自宅とするか施設とするかを「療養判定委員会（仮称）」が速やかに判断し、十分な医療と介護が受けられるシステムを構築すべきと考える。そのために、今後10年間に行なうべき対策を考察した。

まず、いまある民間の介護施設や療養病床を活用して、要介護高齢者の集団生活施設「高

高齢者療養施設（仮称）」を整備する。それと同時に、あまりにも増えすぎた介護施設の種類を整理統合する。民間施設が不足している地区では自治体が建設し、民間に経営委託する。

次に、その介護療養内容だが、「高齢者療養施設」は看護師の配置を現在の介護施設より増強し、療養病床に準ずる基準とする。そして、看護師の雇用分は介護報酬とは別立てで人头払いとし、県と市町村で負担する。自立可能な高齢者や家庭内介護者がいる高齢者が入居する場合は、介護報酬の自己負担とは別に入居費を徴収する。

「高齢者療養施設」の医療に関しては、医師会が運営する「訪問診療機構（仮称）」が担当する。その「訪問診療機構」には全ての医師会員が登録し、地区内の全ての病院も全科を挙げて支援する。そして、「高齢者療養施設」入居者の主治医は、基本的に内科医か外科医が担当する。一方、主治医の負担を軽減するため、「訪問診療機構」の登録医で時間外と休日の輪番制を構築し、24時間急変時に対応できるようにしておく。

診療録並びに看護記録・介護記録は全て「高齢者療養施設」に保管する。医療資材は「訪問診療機構」で一括して購入し、要請に応じて必要量を「高齢者療養施設」に配布する。診療報酬に関しても「訪問診療機構」で一括して請求し、登録医へは前もって定められた報酬を役職や出務時間に応じて、「訪問診療機構」が月給として支払う。一方で、「訪問診療機構」で雇う事務職員の人件費は、自治体で負担する。

県は、これらの施設への監査機構を設置し、不正や無駄を排除する一方、条件を満たせば十分な資金援助を行なう。そして、国は速やかに法令を改定し、「高齢者療養施設」や「訪問診療機構」の運営を可能とする。

上記の「高齢者療養施設」は、外注型介護付療養病棟をイメージしてみた。このシステムでは、地区医師会単位を一つの療養組織とし、各施設を病棟とみなし、医師会が医療事務部門と医療資材部門そして医局の役割を担う。これまでのように、医療も介護も民間の自由意志に任せていたら、無駄が多いばかりか、必要な医療や介護が、不採算を理由にさらに切り捨てられると思われる。特に、人材や物の不足が深刻化している非都市部では、法令を大幅に改定してでも早急に変革を行ない、より効率的な活用を始めないと立ち行かなくなる。

もし、「高齢者療養施設」のような集団療養に国民の同意が得られず、自宅での在宅療養を推し進めるのであれば、今以上に医療や介護の人材を確保する必要が生じる。また、非都市部における救急医療の確保も必要だが、いまの経済状況においては、こちらも民間の力だけではもはや困難である。よって、これらを推し進めるのであれば、ちょうど旧産炭地や僻地にある漁山村に使った振興財源のように、莫大な公的資金の投入が必要になる。現状を鑑みると、国が想定しているような、家庭内介護者および既存の医療機関や介護施設に頼る形での自宅在宅療養は、画餅に過ぎないことを早く認識するべきである。以前から言われているように、財源問題を含め、国民的議論と合意が早急に行なわれるべきと考える。

5－9．有床診療所の再評価の必要性

－地域包括ケアにおける有床診療所の再評価を－

戦後 1948 年に GHQ により設置され、19 床以下の入院施設として医療法に規定された有床診療所は日本独自の医療施設であり、無床診療所と病院の中間的な位置づけの医療施設として永年に亘り日本医療を支えてきた極めて重要な医療施設類型である。かつては都市部にあつては小学校区と言わず、各町内に一軒はあつて、最も身近な入院施設として軽症から中等症、看取りにまで対応し、重症患者は病院との連携で機能分担を果たしていたほか、救急病院の整備されていなかった時代にあつては 24 時間対応の一次、二次救急医療機関として機能していた。一方、過疎地域においては一つの有床診療所で多様な診療科に対応するほか、都市における病院機能の一部までも提供していた。この時代においては都市においても地方においても外科や整形外科の有床診療所は虫垂炎や骨折などの手術にも当然対応していたほか、産科では現在もなお総分娩数の半数以上が有床診で行われている。

そうした有床診療所がその後激減の一途を辿った原因は、有床診療所に相応の診療報酬の手当がなかったために看護職員の雇用が困難となり、医師の高齢化、それに大病院志向のなかで病床稼働率を維持してゆくのが困難で、経営的にも無床化せざるを得ない状況に追い込まれたところが多い。しかし、その背景には都市部における医療提供体制の整備と医療機能の充実を背景に、「社会的入院は悪である」との認識が一般化され、時代の推移と共に徐々に社会的入院比率が高くなっていった内科系、一般外科系有床診療所にとっては経営的に存立が極めて困難になっていった現実がある。一方で、産科や眼科、泌尿器科といった領域の有床診療所ではこうした経営上の問題は比較的少なく現在もなお安定稼働中の施設が多い。

社会的入院を問題視する風潮がその当時、主流を占めた背景には、病院から在宅への謂わば中間施設としてフレキシブルに運用されてきた内科系、外科系有床診療所の病床機能を新たに老人保健施設という施設類型に移行させる狙いがあったのではないかと当時の厚労省の明確な意図を感じるが、「悪」であったはずの社会的入院はやがて老人保健施設や療養病棟、ケア・ミックスなどと名を変えて謂わば内科系・外科系有床診療所から換骨奪胎される形で生まれ変わるようになった。

従って、有床診療所を論じる際には出産や手術を扱う産科や眼科、泌尿器科等の専門性をもった有床診療所と一般内科系・一般外科系の有床診療所を峻別しておく必要がある。前者については特段の問題はなく、ここで論じるのは後者である。

平成 19 年 1 月からは医療法第 13 条の改正により、原則として一般病床においては 48 時間以内とされた入院期間、いわゆる 48 時間規制が撤廃されたが、引き替えに僻地医療、小児医療や周産期医療など地域医療において引き続き整備が必要とされるもの以外は基準病床が適用されることとなり、病院と同様に病床過剰地域については新規病床は制限されたため事実上、内科系や外科系の有床診療所は都市部での新設は不可能となった。

2025 年の高齢化のピークに向かい、現在の医療提供体制のままでは病床も医師、看護職

などのスタッフも明らかに不足することが誰の目にも明らかになった今、国は「医療から介護へ、病院から地域へ」をスローガンに従来の医療提供体制の大幅な見直しを打ち出し、診療報酬上の手当でも施して在宅医療の推進を打ち出している。また、医師、看護師だけでなく訪問看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、ヘルパーなど多職種の連携により地域で在宅患者を支える地域包括ケア構想を打ち出している。しかしながら在宅医療を看取りまで見据えて包括的に考えると家族介護者の存在は欠かせぬ要件となる一方で、核家族化の進んだ現在はこの要件を欠くケースも多い。加えて住宅の問題や認知症、家族関係など在宅の現場では実際には机上の構想を遙かに超える解決しがたい問題が存在する。また、診療所は一人医師態勢が大部分であるため訪問診療は極めて非効率である上に必要な検査すら困難である。

少子高齢社会の中で追い込まれているとは言え、病床不足を根拠に在宅医療を推進するのは大きな問題がある。在宅診療は極めて大きなマンパワーを要する上に、成立するためのさまざまな前提を要することを忘れてはならない。医療系のマンパワー不足が今後ますます顕在化する状況の中にあって多職種の精力的な関わりを要する患者が在宅でケアを受けることがそもそも真に適切であるかどうか、それを改めて虚心坦懐に考える必要がある。自宅と至近の距離にある有床診療所であれば家族の訪問も容易であるし、なによりも家族の歴史を知っている身近な主治医のもとで治療を受ける安心感は大い。体調が回復すればすぐに自宅に戻り、悪化すればいつでもまた受け入れ可能となる。その昔、町内に一軒は必ずあった内科系・外科系の有床診療所が今なお健在であれば、病床の機動的運用で一般病床、療養病床、また介護疲れの家族のレスパイト・ケアとしてのショートステイも、さらには看取りにも大きな戦力となる。但し、そのためには有床診療所自体も旧来のものとは違ったものに生まれ変わる必要はある。

医師会をはじめとする医療関係者と行政の努力によって国民の生活の基盤たる医療には様々なセーフティネットがかけられているし、地域包括ケアもそのひとつとして評価すべき点も確かにあるが、それでもその網から抜け落ちる、急を要する行き場のない事例が多数あるのが現実だ。家族や介護者、ケアマネジャーは常にそうした不安を抱えている。医療の現場では様々な処遇困難事例に遭遇するものだが、そうした事例を含めて内科系・外科系さらには小児科の夜間一次救急にも対応する謂わば地域医療のバッファとしての新型有床診療所の整備を強く望みたい。無床診療所の医師や勤務医が有床診療所に輪番制で出向くことで都市部ですら問題となっている一次救急、二次救急の問題もこれだけで大きな改善が見込めること必定である。

新型有床診療所にあっては例えば下記のような要件を想定したい。

1. 一般内科、一般外科を主として標榜する診療所
2. 内科、外科系の1次～2次救急及び小児の1次救急に対応できること
3. 診察室は2診制または外部招聘医師の利用できる診察室を備えること

4. 院内調剤であるか、24時間対応できる調剤薬局と連携できること
5. 病院や無床診療所との24時間の密接な連携協力につとめること
6. 病床利用は特段の制限を設けず医師裁量で自由に運用できること
但し、積極的な入院医療を要しない患者については7日程度の入院にとどめ常に地域の軽中等症の入院需要に応じるため病床稼働率は8割程度を目指すこと
7. 輪番制で夜間の準夜、深夜帯の1次救急に対応すること
オンコール体制でも可とし、輪番制の構築に当たっては地域医師会の協力の下、外部医師を確保すること
8. 地域包括ケアの一員として常に他職種、他施設との連携協力に努めること

その一方でそうした有床診療所や一般病院、地域包括ケアでも対応困難な精神科救急や認知症患者への対応も急務である。有床診療所の新規開設には医療審議会における承認が必要となるが、医療審議会に大きな影響力のある県医師会として日本独自の歴史ある有床診療所がこれまで日本医療に果たしてきた役割を正當に評価し、日本医師会を通じてしかるべき診療報酬の確立を急ぐと共に、それがこれからの極めて困難な高齢社会の医療状況に果たしうる役割を改めて見直していただくことを期待したい。

5－10. 医師の再就職支援と医師不足・医師偏在の解消

－福岡市医師会の試み－

医師会の役割の一つに医師の中途退職・転職希望時や定年後の就職先の斡旋があるのではないかと考えられる。最近、医師の人事が大学医局から離れ、いわゆる民間医局というものに医師が登録することにより、人事が民間主導の市場原理で動くようになった。新臨床研修制度が実施されて以降この動きは顕著になったように思う。こういう状況で医師会がどのような役割を担えるのか、また医師のクオリティコントロールができるのかを考えていく必要があると思う。

福岡市医師会は福岡市の委託事業として福岡市急患診療センター、2カ所の僻地島嶼診療所、福岡市健康づくりサポートセンター等の運営管理を行っている。これらの事業所の専任医師は公募、または勤務医会への呼びかけ等で選任し派遣を行っている。現在は開業医、退職勤務医、元開業医が応募、勤務し円滑に運営されている状況にある。

他には福岡市医師協同組合と共同で、開業医の入り口たる新規開業や出口たる事業継承サポート事業を行っている。また例年、会内で講演会「医業経営セミナー」を企画しているが、今年度は外部講師を呼んで「医業継承」をテーマに講演会を行う予定である。

将来的には近隣の医師会と連携し、閉院医師や定年後勤務医で転職を希望する医師、若くして開業意思のある医師がいれば、都市部、非都市部を問わず医師派遣、斡旋を希望する医療機関との間で仲介ができる、より広汎なシステムが構築できればよいと考える。

おわりに

平成 24・25 年度医政研究委員会への諮問「地域主導の医療政策のあり方」に対する答申を報告した。

世界一最速で少子高齢化が進む超高齢社会の中で、「人口構造の変動や疾病構造の変化、医療・介護・保健・福祉体制の変化、社会・経済構造の変化がそれぞれ相互に影響し合っ

て変化する」と Caldwell, A. が提唱した「健康転換」の急速な変化を鮮明に見ることができ

る。今回の諮問は、その柱の一つである医療・介護・保健・福祉体制の急速な変化にど

のように関わる必要があるかを問われ、その関わり方に現実性がありかつ効率的な

対応が何であるかを示すことであり、私たち医師会の医療政策への行動指針を示すことに

繋がると考えた。今回は諮問の求める事柄を「地域包括ケアシステム」にテーマを絞り検

討を重ねてきた。

地域包括ケアシステムとは、地域に包括的医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実

践し、住民が住み慣れた場所で安心して生活できるように QOL の向上を目指すもの。…

換言すれば、保健(予防)・医療・介護・福祉と生活の連携(システム)であると書かれてい

る。少子高齢化、住民の流出などにより限界集落やその状態に近づけば、保健(予防)・医

療・介護・福祉の少なくとも一部が欠損した状態となり、不完全な地域包括ケアシステム

となる。これまでこのシステムの再構築への取り組みが個々に行われていたが、必要な人

的補充を行うことだけでも大きな障壁で、すでに再構築の実行がいかに困難であるかを思

い知らされている。

私たち医師の中にも、田舎に故郷があるものの、また、有床診を継承する必要性を自覚

していても、故郷を離れ都会での生活や有床診の継続の困難性のため無床診へ診療体制の

変更を行う状況は、システム構築に立ちふさがる重層する課題を自ら助長しているのかも

しれない。昭和 33 年の全国国民健康保険団体中央会『国民健康保険二十年史』に「福岡県

宗像郡、鞍手郡、熊本県の一部において相当以前から、なかには百余年前の昔から、はか

らずも、国民健康保険制度案と同様の目的をもって医療相互施設をもっていたところがあ

った」とあり、宗像の定礼（じょうれい）がそのあり方の一つである。その姿は、貧しい

農村の相互扶助の共同体意識と村人と医師との深い信頼関係で成り立つ新たな地域社会で

あり、一時代神興共立病院として地域医療を支えていた。再度、「国民の相互扶助の共同体

意識と国民と医療関係者（医師会）との深い信頼関係で成り立つ新たな地域社会」を目指

すためには、医学教育の大半を急性期医療が占めて「医療モデル」を基本とする私たち医

療人は「生活モデル」中心の地域包括ケアの中に医療活動の価値を強く認識することが喫

緊の課題でもある。

急速に変貌する社会の中で、多くの議論が行われ、「生活モデル」の健康観の中に新たな

価値の創造がなされる、さらにその文化の醸成が必要です。その一助として、この答申が

さらに磨かれ活用されることを願う。

