

明日を創る医療総合誌

平成28年1月1日発行(毎月1回1日発行)

C LINIC magazine

2016
JAN
1

No. 559

[新春特別座談会] 明日からの実践に役立つ糖尿病治療①

発見直後からの的確な治療介入

～選択肢が増えた糖尿病治療～

河盛隆造氏×岸本通彦氏×三輪真也氏

新春論壇

医界展望2016

最新・薬物治療の実際

「花粉症」

福井大学 藤枝重治氏

地域包括ケアシステム構築の条件

市町村医師会長と首長の本気度が 今後の地域の医療・介護に反映する



長尾クリニック 院長 長尾和宏

地域包括ケアシステムとは何か？

何度となくこのテーマで議論してきた。ある人は、多職種連携であると言いつ、ある人は認知症ケアであると言いつ、ある人は看取りであると言いつ。地域包括ケアシステム構築への取り組みが同床異夢とならぬよう、職種間を越えた議論は必要である。そのプロセスも含め、地域包括ケアシステム構築の条件について私見を述べさせていただく。

なぜ「地域包括ケア」しか方法がないのか

国が在宅医療の笛を吹けど、取り組む医療者は思うようには増えていない。全国どこに行ってもそんな声を聞く。参画しない理由は夜間対応の煩わしさにあるのだろう。いや、煩わしさと書いたが、正確には労働基準法違反である。24時間対応のためには複数の医師が組むという現行の方法（機能強化型在宅療養支援診療所制度）以外に、地域の地域包括ケア病棟の医師や看護師に夜間往診を依頼するというシステムも早急に構築すべきではないか。一昨年、台湾の在宅医の様子を見学したが、夜間対応は全て地域の中核病院が担っていた。もし、在宅医療が「9時

～5時」であれば、参画する医師はもっと増えるのではないかと思う。

もう一点は、なぜ地域包括ケアなのか、なぜ支える医療なのかを心底医療者が理解できるかどうか、それが大きな鍵となっている。地域包括ケアの中にケア（＝介護？）という言葉が入っていることで「医療は関係ない」と捉える医師が少なくないからだ。

地域包括ケアの是非ではない。それ以外に有効な方法が無いことを理解するためには、医政的な知識や理解が必須である。経済も人口も若年者の割合も右肩下がりが続く中で、他にどんな方法があるのだろうか。無いから「地域包括ケア」なのだ。右肩上がりだった古き良き時代はスッパリ忘れ、頭を切り替えた医療機関でなければ、生き残れないであろうことを想像すべきだ。

医師会長と首長の参画が不可欠

医師会と行政ではない。動くべきは、医師会長と首長である。それぞれのトップが本気にならないと地域包括ケアシステムの構築は難しいと思う。全国の医師会から地域包括ケアシステム構築のため講演に呼ばれるが、医師会長

が本気の地域はシステムづくりが着々と進んでいることが見受けられる。一方、「国から言われたから」と渋々やっている感覚の地域は、医師会の担当理事は大変だ。ケアマネ協会や歯科医師会が中心でもいいのではないか、という意見もあるが、やはり市町村医師会長と首長の本気度が、地域包括ケアシステム構築の絶対条件であろう。医師会に属していない訪問専門のクリニックが、早急に入会できるような仕組みづくりも求められる。

いみじくも前東京都医師会長の野中博先生は、「これからの医師会の仕事は町づくりである」と明言された。トップがこのような意識を持つ医師会は、地域ケア会議も活性化すると思われる。

キーワードは“まじくる”

この40年間は「病院の世紀」であった。しかし、大学病院を頂点とした医師のヒエラルキーは、新臨床研修医制度によってかなり崩壊した。これから20年間は「地域の世紀」となる。おそらくわれわれが生きている間はそれが続くであろう。

筆者は、『町医者力』という一般書

シリーズや全10巻の『スーパー総合医叢書』を編さんしているが、これからは町医者や地域包括ケア病棟の時代であると考えている。そして何よりも、看護と介護の時代である。医療職では、医師と同じく6年制の歯科医師や薬剤師の参画も積極的だ。

そうした背景の中、よく“多職種連

携”がうたわれる。地域包括ケアに関わる20職種ともいわれる多職種との連携は、ICTだけが構築の手段だろうか。筆者は顔の見える連携（カフェ）から、腹の見える関係（一緒に飯と酒を楽しむ）に進化することが大切だと説いてきた。以上のコンセプトをひとこと言うなら“まじくる”という4

文字に集約される。これは“ごちゃまぜになる”という意味の造語である。あるいは、“交わって狂う”“マジで狂う”という意味も含んだ掛け言葉でもある。

“まじくる”をキーワードとした多職種連携で、地域包括ケアシステムの構築が進むことを期待したい。

超高齢社会下の医療供給体制の在り方

従来型急性期病床から生活支援型病床への転換が不可欠



国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野 教授 **高橋 泰**

総医療費の

ピークは2025年

今後のわが国の人口変化を大まかに表すと、0～64歳人口が今世紀末まで毎年100万人ずつ減少する一方、75歳以上人口が2030年まで毎年50万人増加、30～50年横ばい、50年以降25万人減少という推移をたどることが予想されている。2050年ごろまでの医療提供体制を視野に入れて今後の医療提供体制の在り方を考えるならば、今後急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年100万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、今後の医療提供体制改革の最大の争点になる。

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。図は、今後の医療費の推移予測を0～74歳

と、75歳以上に分けて示したグラフである。真ん中の黒線は、総医療費の推移予測となる。2025年の11.1%増がピークであり、その後減少に転じる。一番上の灰色の線は、75歳以上の医療費の推移予測を示す。75歳以上は、2025年に向けて急増、2030年のピーク値は2010年比59.3%増という結果になった。一番下に位置する青線は、0～74歳の医療需要の推移を示す。0～74歳の医療需要は、2015年から2020年まで微減、2020年から急激に減少する。2010年から2035年にかけて医療需要は16.8%減少し、0～74歳の医療需要は、その後も一貫して減少を続ける。2020年から急激な減少が始まるのは、2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳を超えるからである。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する75歳以上の医療事情と、

今後減り続ける0～74歳の医療事情に対応する形で変化していく必要がある。

後期高齢者が必要とする医療とは

それでは、0～74歳が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。これは従来の急性期医療、言い方を換えれば、治癒を目的とする医療である。ほとんどが、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行おうとする従来型急性期医療である。0～74歳の患者さんの多くは、治療さえ終了すれば、自宅に退院し、普段の生活に戻っていく。

一方、75歳以上が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。75歳以上の後期高齢者も、従来型の急性期医療を必要とする場面は多いが、主に必要とする医療とは、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられる