

ヒューマンケア通信 (Vol.14 H23年6月15日)

= 今後10年間の病院の変化を読む2 =

今回は、今後の医療・病院を見通す上でポイントとなると考えることをまとめてみます。

<国内で最も大きな市場規模に・高齢化が貢献>

医療市場規模は、2008年で34.8兆円。他分野が停滞する中、2000年から15.5%増であり、今後も年間2～3%の増加が見込まれます。

他の市場規模と比較すると、2008年度段階で、建設工事受注（元請）とほぼ同規模であり、自動車販売の2.5倍、織物・衣服等の3.5倍と、数年後には、飲食品の市場規模を上回り、日本で、最も大きな市場分野になることが確実です。

この経過からは、国の政策として、特にテコ入れしなくても、既に医療は、唯一の成長産業ですし、今後も確実に成長する分野です。

事業主体別にみると、病院は、2008年度では18兆を超え、百貨店・スーパーの市場規模に匹敵しています。病院は2000年から7%増加しており、現時点では、収縮する百貨店・スーパー等の市場規模を確実に上回っていると推測されます。

また、診療所は、2008年度では11兆円を超え、小売業界で成長しているコンビニエンスストアを3兆円上回っています。診療所の伸率は2000年から9%の増加で病院の伸びを上回っています。

この成長は、人口の高齢化に伴って生じる医療費の増加を背景にしたものですが、今後、病院の世代別の状況はどうなるのでしょうか？

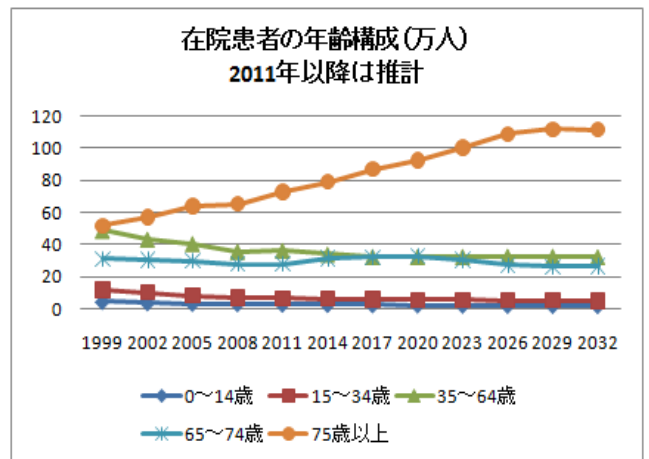
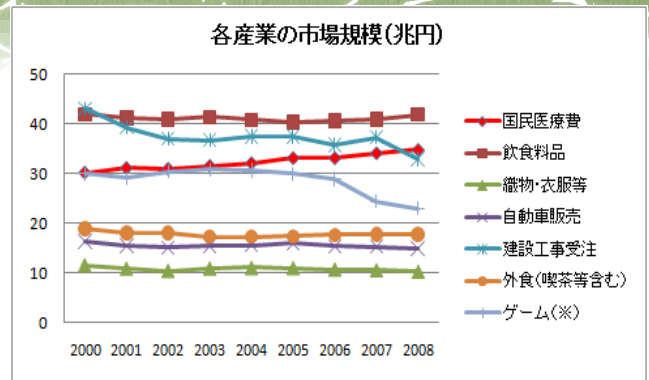
病院の在院患者については、平成の時代に入って以降、現役世代の在院患者数は、各世代で減少を始めましたが、65歳以上の高齢者だけは増加傾向にあります。しかし、平均在院日数の低下により在院患者数は、この10年で6%程度減少し、

2008年で139万人になっています。2008年段階で、在院患者の2/3は65歳以上で構成され、特に75歳以上に限ってみても1/2の比率です。

また、2008年における各世代の受療率（世代別在院患者数÷世代別人口）が変わらないと仮定し在院患者数を推計すると、2030年ごろまでは75歳以上の人口増加により在院患者数は増加し続け、25%増の177万人の規模に達すると推計されます。

この水準は、現在の病床数を上回る規模であり、今後とも在院患者の平均在院日数も段階的に減少（これにより受療率も低下）し、一方では特別養護老人ホーム等のベッド数も増えると見込まれることから、これほど増加することは実際にはないと思いますが、現在の8割程度の病床利用率は、高齢化で段階的に上昇することが確実です。

今後、10年・20年は、市場全体としては75歳以上の後期高齢者を中心としたものになりますが、それに伴い、各世代では、それぞれ今も内在する問題が、さらに大きくなって顕在化するはずです。



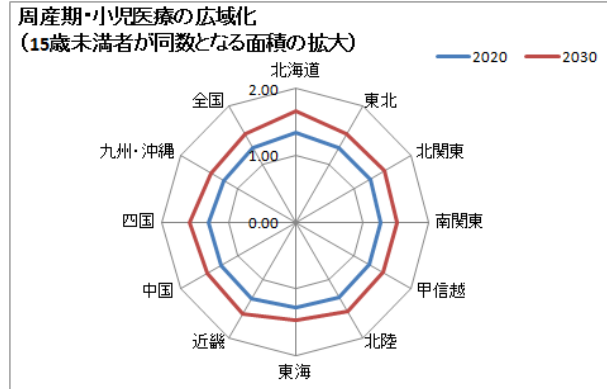
＜周産期・小児医療の広域化がさらに進む＞

日本は人口減少時代に入りました。15歳未満人口は、1954年前後をピークに、現在では、その6割以下に低下し、さらに、今後も、その数は減っていくと見込まれており、平成18年度の将来人口推計（中位推計）では、20年後には、現在の6割の水準になります。

今後、周産期医療、小児医療の分野で、どのような技術革新が進むか私には予測もできませんが、確実に言えることは、「子供の減少により、今以上に、周産期・小児医療の広域化＝病院等までの距離が遠くなる」ことです。10年後、20年後に「同数の子供がどの程度の面積に住むことになるか？」という視点でみると、ブロック別のバラツキがあるものの、2009年を基準に、2020年には1.3倍、2030年には1.5倍へと拡大するものと見込まれます。

言い換えれば、この周産期・小児医療にアクセスするための平均的な時間が、1.3倍～1.5倍になるということです。この問題に対処するため、まず考えられるのは、現在の医療機関数を維持する＝利用者数に関わらず収入を維持するという手法です。2008年段階で言えば、15歳未満の医療費約2兆円を維持するということになります。

しかし、15歳未満人口が減少することで、20年後に、自然体の試算（現在価値を維持するという意味で、1人当たり医療費は同じとの前提で推計）では、15歳未満の医療費は1.4兆円に減少します。



このアクセス確保のために、毎年、その差額の6千億を投入するということになるのですが、財政的な問題はもちろんのこと、限られた医療従事者を、今の業務量から3～4割減となっても、その数を維持することの非効率性からみて、ほぼ現実的な対策になるとは思えません。

もし、アニメどらえもんの「どこでもドア」のアクセス技術があれば、こうした事態は問題として認識されなくなります。病院がどこにあっても、患者・家族がどこに住んでいても瞬時に医療を受けられる環境になるからです。これからの周産期・小児医療は、利用者が医療にアクセスすることを、どのように確保するかの問題として考えることとなりますが、医療機関が今ある場所を前提に考える解決法を見つけることは難しくなります。

例えば、交通結節点へ周産期・小児医療の中心的な機関を移転し、それを中心に妊産婦・小児の搬送サービスを設けます。次に、地域の周産期・小児医療のクリニック等については、今の自由開業から地区担当指定制に移行（英国のNHSと同様の仕組み）し、人口等に応じた医療拠点の計画的配置を行うといった、都市再開発の「面整備」発想でのアプローチが考えられます。市場が収縮し、サービス圏域が著しく広域化することが確実な周産期・小児医療の分野では、従来の報酬対策では、まず間違いなく解決できなくなりますので、今以上に広域化するという前提で、新たな地域基盤を造ることが必要です。これまでの延長線で、供給体制を医療費投入で支えても、支えきれなくなることは確実ですので、早く発想を変えて、来るべき日に備えることが望まれます。

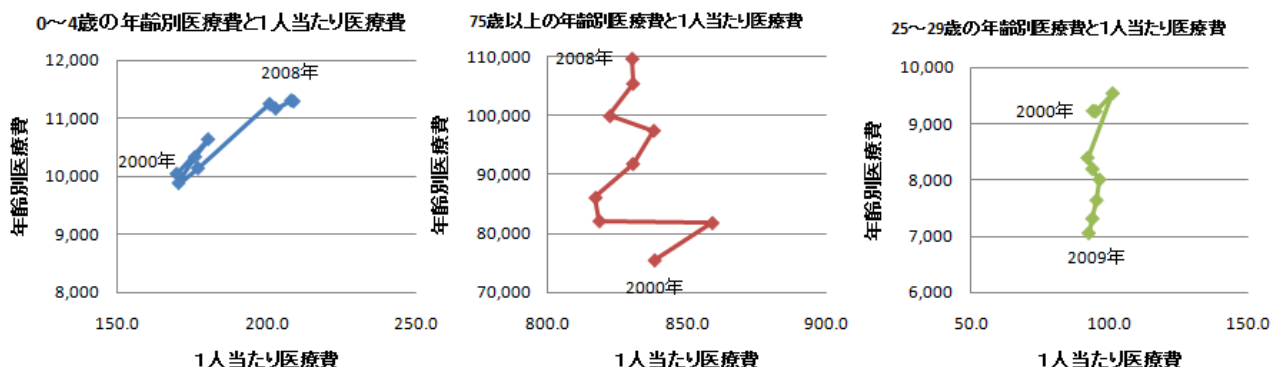
＜現役世代への医療サービスが低下する＞

医療費配分は、世代間で大きな格差があります。高齢者への医療費配分は、種々の適正化をして1人当たり医療費の伸びを抑える努力をしても、人口の増加により2000年度以降で2割近く増加しています。医療に限らず、高齢者を対象とした介護、住宅も含め、その市場は、毎年のように拡大し、今や日本全体でターゲットとされる成長市場です。こうした動向を受けて、医療機関も高齢者を中心に行動を行っています。

一方、子供の世代への医療費配分は、子供の数が減っているものの、過去10年間の診療報酬改定で周産期・小児医療等に連続して重点配分をしてきた結果、1人当たりの医療費が2割近く高くなり、総額も増加傾向にあります。子供を対象とした医療市場は、高齢者とは異なり、人為的に維持、拡大されてきているのです。

しかし、現役世代への医療費配分は、子供と高齢者に挟まれて、1日当たり医療費も伸びず、医療費総額も停滞しているのが現状です。今後の人口減少は、生産年齢人口の減少により進行することになり、このままでは、現役世代の医療市場は、さらに縮小することが確実です。まさに、政策的に医療費配分が重点的に行われる前の周産期・小児医療の状態に近づいており、このままでは、現役世代の医療サービスは確実に低下することが懸念されます。

こうした高齢者へのシフトは、医師や看護職の教育面からも課題があります。間もなく病院の在院患者の8割は高齢者となる時代が来ますが、教育課程では高齢者しか診たことがない医師、看護職も出てくるかもしれません。また、病院等の外来も、今以上に高齢者で溢れ、現役世代向けの特別の窓口を設けないと、働く世代が医療にアクセスするのも難しくなることも考えられます。



現在は、小児、周産期医療がマイノリティとして保護・育成の対象となっていますが、10年後には、現役世代も小児等と同じく医療の世界ではマイノリティになります。今のうちに、マイノリティに対する一定の政策的対応をしておかないと、ニーズの縮小以上に、サービス提供者の縮小が起きる可能性が高いと考えます。サービス提供者は、市場性の高い分野（時間も資金もある高齢者世代）に持てる資源を投入することは当然であり、魅力の乏しい分野（時間も資金も限られる現役世代）は置き去りにされることはよくあることです。

例えば、懸念されるのは、現役世代で最も医療費を要している精神疾患の対応です。精神科病院は、急性期化による入院期間の短縮や、高齢化した長期入院者の死亡退院の増加により、病床利用率が急速に低下しています。これに対応して、高齢者の認知症問題に急速に舵を切っています。

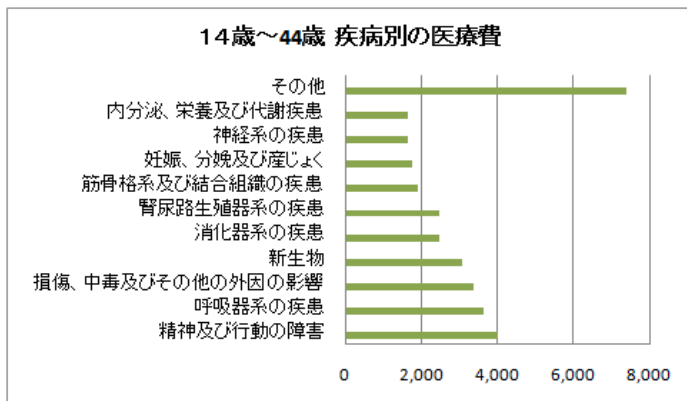
経営的には、母数が多く、将来、拡大するであろう分野に視点を向けるのは、ある意味当然のことですが、その結果、現役世代のうつ病、ストレス障害、摂食障害等への対応が十分に行われているのか懸念されるどころです。現役世代の健康水準が下がれば、今後の社会を支えることもできません。個人的には、高齢者や中高年への「健康投資」よりは、現役世代、それも20代、30代への「健康投資」が、社会全体としての効果は高いと考えます。確かに、高齢化による医療費等の増加の問題は大変ですが、高齢者が中心となる高齢化社会では、高齢者以外の世代に、どのように政策的な資源配分をするかが大事です。次の世代に残すのが、大きな借金(国債)だけではなく、せめて、健康は残してやりたいものです。

これから社会を担う次世代が、負担だけは求められ、医療サービスは低下するという不幸な状態に陥らないよう、医療費配分の高齢者から現役世代への大きな見直しが求められます。元々医療保険は、労働力の再生産のために生まれたとの原点に戻って。

<認知症ケアの問題に どのような答えを用意するか>

私の両親も今や75歳を超えて後期高齢者となり高齢者介護、特に認知症の問題については現実的なものとして感じるようになってきました。これは、私と同世代の方が感じている問題だと思います。認知症高齢者の数は、2003年段階の推計によれば、2010年で150万人程度のもので、2020年には289万人、2030年には353万人と急速に増えることが予測されています。一方で、病気として医療機関にかかっている認知症の人は2008年では約38万人とされ、認知症全体の約1/4が医療との関わりを持っています。

認知症に関する国の方針は、妄想・徘徊・幻覚等の厳しい精神・行動障害がある状態は医療で対応し、その安定とともに、認知症グループホームを含め地域ケアに移行することを積極的に指向するものです。しかし、実際には、認知症グループホームの受入れ能力には質・量ともに限界があり、他の



特別養護老人ホーム等の施設では受入れが進まず、認知症を抱える家族は、他の選択肢がなく消極的に在宅で介護をしつつ、受入れの場を探すという実態が広がっており、2008年段階では約7.5万人が病院に入院（2/3が精神科病院に入院）している実態にあり、その入院期間は長くなりつつあります。

認知症の問題は、医療介護政策と現実社会の間で大きなギャップのある分野の一つです。

もし両親が認知症を発症し、私がどのように対応するか判断を迫られた場合、国の理念的な対応ができるかと言えば、正直、難しいだろうと考えます。その理由は、地域と言っても、医療職・介護職ともに、認知症対応についての技能が低いと見え、結局は自分や家族で大半のことをしなければならぬ＝自分や家族の生活を大きく変えなければならぬだろうと考えるからです。

国は、病院から退院を促す認知症用の地域連携パスの普及等を考えているようですが、施設も認知症等の手間のかかる利用者は避ける傾向があり、現段階の地域の介護・医療部門の実力では、普及は難しいと考えますし、無理に家庭に戻されても困る人が多いでしょう。連携するには、双方が一定水準以上の実力があることが必要と思いますが、今のところは、地域部門の力量不足が、姉の件で経験したことから、どうしても垣間見えます。個人的な思考実験では、どうしても困った時には「病院」と、結論は、収斂してしまいます。しかし、当面は、幸いにその判断をしなくても済みますが、それが具現化する時も、政策方針が、今と同じく、現実乖離した「理念」を維持しているのかどうか、どの程度理念にマッチするような人材が育っているのかは関心のあるところです。

現在でも、認知症ケアを担当できるスタッフの絶対数が少ないのに、今後、医療・介護全体で人材不足が予測される中で、認知症の方の急増に応じた、人材育成は可能なのでしょうか？ 私の医療・介護現場の経験では、国が進める医療・介護職の高学歴化や認知症認定看護師制などは、認知症問題への対応には、今のところ効果はないと感じます。大半は、資格があるだけで、納得の行くサービスが提供できているとは言えません。この問題をどう解決するにしても、本当に認知症に対応できる人材の育成＝指導者の育成なしには実現しないと思います。

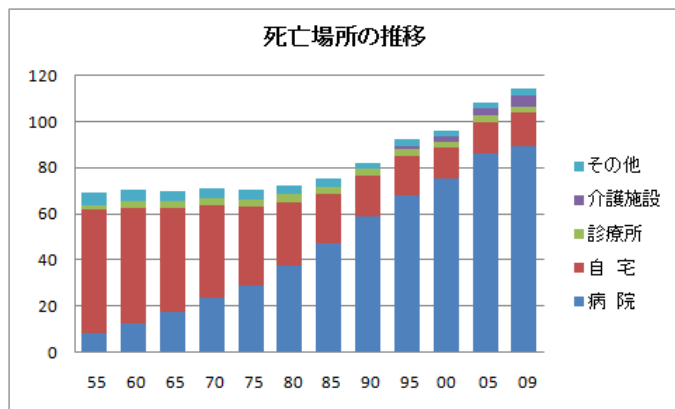
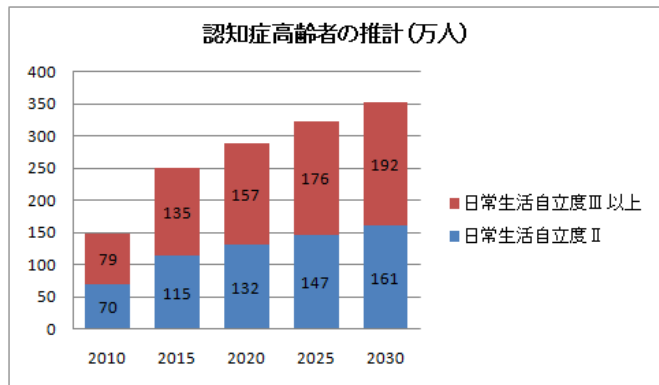
質の不十分なもの・信頼できないものの量が増えても意味はありません。

<高齢者は治す医療から支える医療へ>

現在、1年間の死亡数は110万人を超え、そのうち約90万人は病院で亡くなっています。昔は自宅での死亡が普通でしたが、1973年の老人医療費無料化の影響もあるのでしょうか、1970年代半ばから病院での死亡数が増え、1970年代後半には、自宅と病院の死亡数が逆転し、それ以降、病院での死亡数は一貫して増えています。私の地元の福井では、昔は自宅での葬儀（地域の協力を得て）も普通でしたが、今では、地域の高齢化もあり、専門施設の葬儀が普通になり、自宅での死亡・葬儀という文化は例外的になりました。

終末期をどこで療養したいかという意識調査があります。やはり8割は、「最後は医療機関で」という結論は、この10年変わっていません。自宅最後まで療養することを期待する立場のこの調査は、さらに、なぜ最後まで療養することが困難なのか聞いていますが、「家族介護の負担」「症状急変時の不安」「経済的な理由」が主な理由も変わっていません。

かつて医療費政策に関わってきた経験の中で、終末期医療の問題が一番難しいと感じました。「終末期段階での医療費を抑制できれば医療費は下がる」という意見と、「それは本人の人権を阻害するもの」という意見が当時から対立しており、未だに解決していません。後期高齢者医療制度ができたときに、高齢者に限って終末期の対応を評価する診療報酬ができ、国会で非難され結局実施されないまま廃止となりましたが、これもその延長線の問題と考えます。



終末期の医療は、医療費の視点も大事ですが、「本人の選択（その状態になる前からの意思表示を含む）を尊重する法的な仕組み」の問題として考えるべきです。今後、10年、20年で、病院の患者のほとんどが高齢者となり、病院での死亡数が120万人を超える時を迎える前に、社会のインフラの一つとしてこの問題の決着をつけるべきです。

この問題の決着に、一つの方向性を示しているのが「緩和ケア」という考え方の広がりです。緩和ケアとは、生命（人生）を脅かす疾患による問題に直面している患者、家族の、QOL（人生、生活の質）を改善するアプローチであり、苦しみを予防したり和らげたりすることでなされるものです。

がんに限らず、高齢者の身体だけを対象とした治療ではなく、高齢者を取り囲む、家族・友人関係、住宅・生活環境など全体を「診たて」、本人の選択を中心に満足度の高いプロセスを経ることが、高齢者を中心とする時代の医療の目標になることが大事と考えます。いわば、「本人の意思を支える医療」です。これを家族も含めた他者の判断で阻害されない、本人の意思表示を尊重する法的な仕組みがあれば、医療者も安心して、本人の意思に従って支援が可能になります。個人的には、この制度ができれば真っ先に意思表示をしたいと思っています。医療者に、私の人生、その最後を決めてほしいはありません。人生の価値は、長さではなく、その質（本人の納得度）と考えるからです。

＜病院自体は高齢化で変質を余儀なくされる・地域の経営者の発想が必要に＞

高齢者の増加は、病院の変質を促すはずでなく、DPC病院等の急性期型病院も、医療内容の変質の他、地域に受け皿のない独居高齢患者の増などにより、入院長期化の患者群が増加し、変容を余儀なくされるでしょう。国が目標とする在院期間の短縮も、こうした院内の高齢化、地域の力の低下を考えると、相当ハードルの高い目標と考えます。

今でも増えている転倒等の事故防止、患者説明の長時間化等による業務繁忙はもとより、急性期病院でも、ソーシャルワーカーの配置などで地域の介護・福祉資源を病院自らが開発・調整する業務が拡大すると考えられます。また、ケアミックス型・後方支援型の病院は、今まで以上に長期入院型の患者の母数が増えるので、アウトリーチ体制（訪問等）の整備等の体質強化が必要になります。入院期間だけが政策目標で重視されるようだと、こうした体制整備が不十分なまま、利用者にしわ寄せが行く可能性が高いと思います。問題は、地域の教育・コーディネイトを誰がするかです。

厚生労働省が、「社会保障改革に関する集中検討会議」に厚生労働省が提出した資料を要約すると、圏域を4層（都道府県、人口20～30万人、市町村、小中学校区）とわけて、それぞれの圏域の中での各機関の連携と、各階層をつなぐ連携を目指しています。なお、厚生労働省の案を整理すると、実は、市町村圏域の位置付けが曖昧であり、市町村＝人口20～30万圏域と考えれば、地域に密着した病院という不明瞭な存在も含め、すっきりした仕組みになります。

さて、この考えに基づくと、人口20～30万人の圏域で、ほぼ完結するサービス体系を整えることになります。全国で400～500の単位です。問題は、この圏域の実務を束ねて、人材を育てていくのが誰かということです。私は、この役割を、地域で最大の専門職集団を抱える高機能病院（人口20～30万の中心）が担うことが良いと見ています。

その機関が、次の要素を担うことができれば、多くの医療・介護の問題は解決する端緒になると考えています。

- 関係機関相互の力量を高めるもの（相互教育の展開）
- 地域住民の健康意識を高めるもの（地域教育の展開）
- 患者、家族と医療者の信頼関係を高める（適切なインターフェイス）
- 地域資源を最大限活かすもの（地域ネットワーク）

誰が地域経営の中心を担うかを明確にする時代になるはずでなく。

小中学校区レベル(平均人口1万程度)

- ① 在宅医療連携拠点機能・地域包括支援センター・ケアマネージャーによる包括的マネジメント
- ② 地域密着型サービス・複合型サービス・24時間地域巡回型サービス等

市町村レベル

- ① 主治医(総合医を含む)による日常の診療対応(外来・住診・在宅支援)
- ② 地域に密着した病院、老健・特養等

人口20～30万人レベル(2次医療圏)

- ① 救急病院を中心とする医療機関のネットワーク
- ② 認知症等 専門医療への対応

都道府県レベル(救命救急・高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備)

- ① 高度な医療を提供する病院(がん治療や高度先進医療)
- ② ドクターヘリなど広域救急

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一