

『地域包括ケアシステムについて』

グラクソ・スミスクライン株式会社 マーケティング エクセレンス
シニアエキスパート

工藤 博 氏



今なぜ地域包括ケアが必要なのかその背景をご紹介します。都道府県がつくる地域医療構想との違いや、その位置付けについてご説明します。

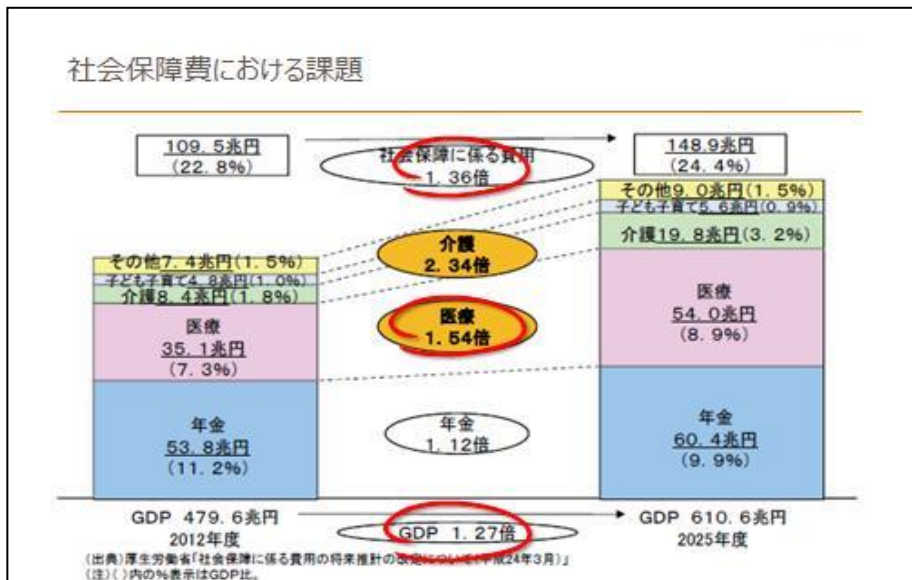
地域包括ケアシステムを推進する背景にあるのは少子高齢化です。今の推計では65歳以上の人口は年々増加し、2040年にピークに達します。それに対し、15歳から64歳、それ以下の年齢層は急激に減ってきており、高齢化を助長しています。50年後は高齢化率が40%になると推測されており、それが、深刻な社会保障費の問題を引き起こしています。（出典：総務省「国勢調査」、国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計））2012年の社会保障費は約110兆円でしたが、2025年には超高齢化社会において150兆円に達することが推定されています。（出典：厚生労働省ホームページ：「社会保障・税一体改革につ

いて」）持続可能な社会保障制度を維持するためには、経済成長率1.27倍に見合った社会保障費の増加に抑える必要があり、1.54倍に膨れると推計される医療費（図1）を抑えていきたい、というのが政府の方針です。一方で介護については、ますます高齢者負担の増額、受給サービスの制限や自己負担割合が政府内で議論されていくでしょう。

医療について話を戻します。今までは人口増加に伴う医療需要に対し、病床数を増加させ医療を提供してきました。しかし2011年から人口は毎年20万人減少しており、今後は人口減少に伴う医療需要の減少に対し、どのように病床数を再編し、医療費の適正化を図るかが課題となります。

【図1】

出典：厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改訂について（平成24年3月）」



現在、全国の病床数は計 123 万床ありますが、人口減少により医療需要は減るため、必要な病床数は全体で約 120 万床と試算されています。（厚労省・全国厚生労働関係部局長会議資料（2016 年 1 月）を元に monthly ミクス編集部作成）また、医療費適正化の観点からは、これからは入院する患者さんは、急性期の治療が終了したら、在宅復帰を目的として早くリハビリを行い、在宅で質の高い医療や必要な支援・ケア・介護を受けられるような体制を作っていくという概念に変わってきています。

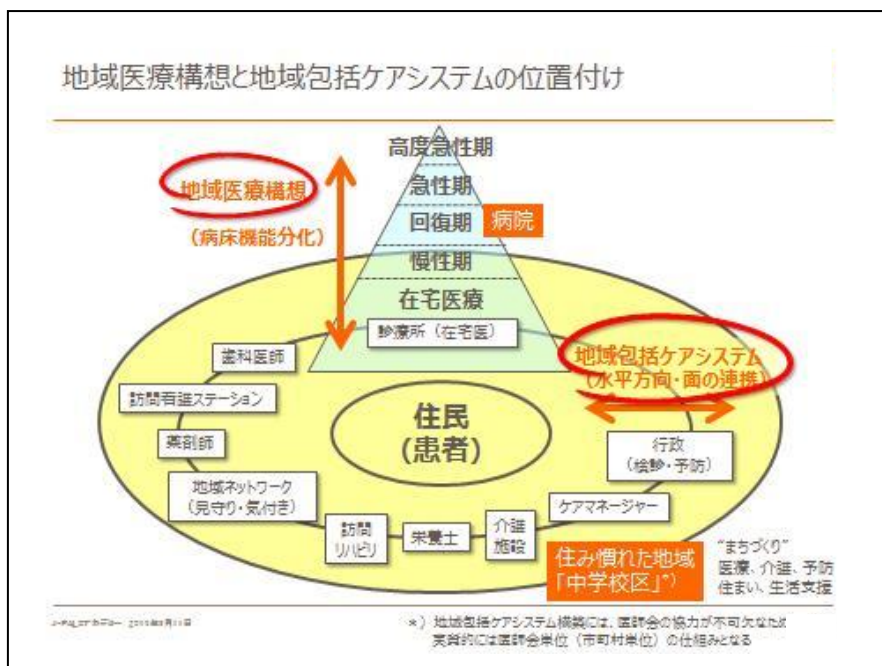
地域によって人口の増減に違いがあり、医療需要、介護需要、医療資源についても各地域で異なる課題があるため、これは各都道府県で取り組んでいかなければいけない課題です。また人口 10 万人あたりの療養病床の数も、都道府県によって異なり、最大で 5 倍の差が示されており、その医療提供のあり方についても課題が残されています。高齢化については、東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、愛知県、千葉県、兵庫県、福岡県の 9 県では、今後急激な高齢化が進む状況にありますが、他の県では既に高齢化がピー

クに達しており、これ以上進む現状にはありません。

よって、地域包括ケアシステムは特に高齢者の医療というわけではなく、それぞれの地域の中で、地域の状況に合わせて、どのように医療や介護を提供していくかという、仕組み作りのことなのです。

次に「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」についてお話します。「地域医療構想」は、病院の機能を高度急性期から急性期、回復期、慢性期 4 つに分けて、必要な医療資源を確保し、患者さんを住み慣れた地域に帰す「縦の流れ」の連携を推進していくためのものです。地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域へ戻ってきた患者さんに、いかに医療の質を保ち、必要な人には介護を地域全体でサポートするという「横の連携」であり、これらの取り組みを縦と横、同時に進める必要があります（図 2）。

【図 2】



国の方針としては、最低でも二次医療圏内で患者さんが全ての医療を完結できるような仕組みをつくることを目標としています。そのためキーとなる病院が、地域包括ケア病床を持っている病院です。高度急性期、急性期から来た患者さんを、しっかりその病床でリハビリをして居宅に戻るように

在宅支援をし、居宅に戻ってからも何かあった場合には、地域からの急性増悪の受け入れも担うような機能を持った病院です。現在、一般病床の約 8 割が急性期の病床のため、政府は地域包括ケア病床を持つ病院に転換するよう、さまざまな推進策を提示しています（図 3）。

【図 3】

出典：地域包括ケア病棟協会：平成 27 年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査より



在宅で医療・介護を提供するには、訪問診療を担う、診療所やクリニックといった医療資源が必要です。訪問診療というのは医師や看護師が定期的に家庭を訪問して医療を提供することです。夜間に急変することもあるので、24 時間体制で訪問診療を行うことが基本です。また訪問診療には看護師の関与が重要視されています。以前は在宅での診療は、医師は月 2 回、その間に看護師が訪問する形式でしたが、2016 年の診療報酬改定で医師は月 1 回で、看護師の訪問回数を増やす方針となり、それに応じて訪問看護ステ

ーション等も増えてきています。日本の人口対訪問看護師数は、他国と比べるとかなり低い状況で、現在、訪問看護を行っている看護師は約 4 万人ですが、日本看護協会では約 10 万人まで増やすように働きかけています。

町の保険薬局も変わろうとしています。日本の医療は原則フリーアクセスであり、いろいろな医療機関を受診し、その門前の保険薬局でお薬をもらうことができます。しかし今後は、自分が使用する「かかりつけ薬局」を 1 つ決めて、お薬の一元管理をしていく方向に変わっていきます（図 4）。

【図 4】

出典：厚労省ホームページより(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>)

最終アクセス日：2017年1月24日



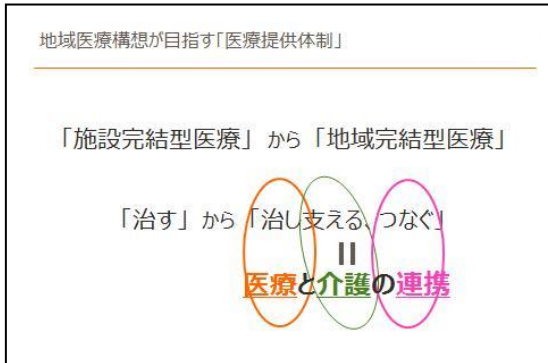
それにより薬剤師の役割も、処方箋を受け取り、薬を渡すだけでなく、薬剤管理（患者さんへ薬剤と情報を一緒に提供して、管理を行い、指導すること）も行うように強調されています。そして、病院が24時間患者さんに対応していくことに合わせて、薬局もその時に必要な薬剤等を提供し対応できるようになることも求められています。さらに2016年10月から、健康相談を行う機能を持った健康サポート薬局の届け出ができるようになり、住民の健康にもっと関与していこうとする流れにあります。

大病院の前に多くの薬局がある門前薬局のあり方も見直されています。現在、保険薬局の数は5万7,000軒あり、そのうち約8割は、特定の病院、特定の診療所、クリニックの処方箋を扱っています。2025年までには、全ての薬局がかかりつけ薬局になり、特定の医療機関の処方箋を扱

うのではなく、全ての医療機関の処方箋を一元管理できるような機能をもつことが目標となっています。最終的には、薬局の立地についても問われており、病院の前にある必要はなく、患者さんがいる地域に万遍なくあるべきではないかという方向性が示されています。

地域医療構想や地域包括ケアで目指しているのは、今までの「施設完結型」の医療提供から「地域完結型」の医療提供になることです（図5）。医療機関の機能分化と在宅への退院支援がきちんとなされ、在宅でも安心して医療と介護が連携して受けられる地域づくりを考えていかなければいけません。

【図 5】



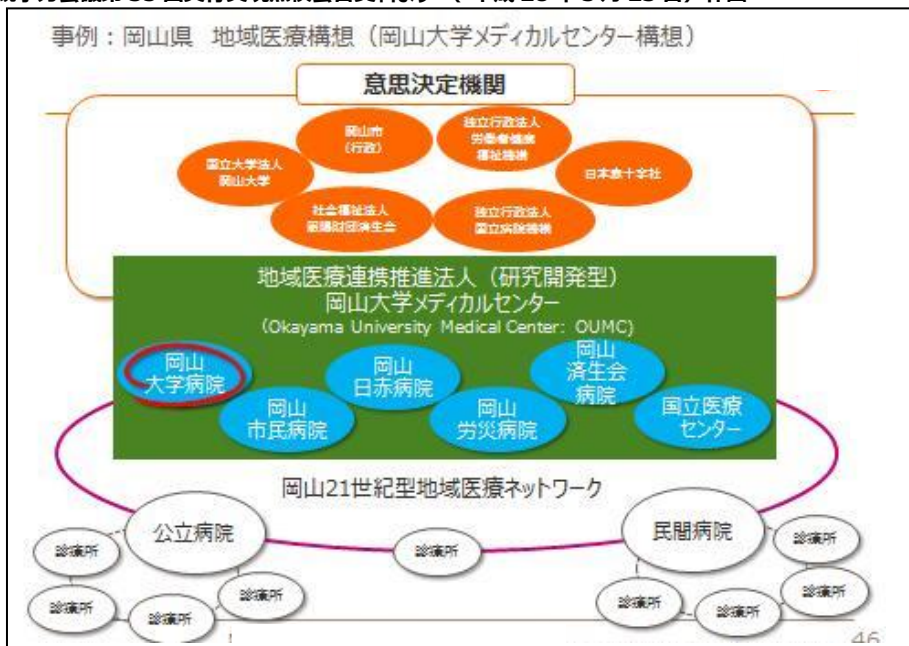
現在、各都道府県では地域医療構想と並行して、地域包括ケアシステムを進めています。2016 年度中に地域医療構想を作成し、2017 年には第 7 期医療計画を立てます。2018 年の 3 月には地域医療計画も決まり、それに基づいた医療費適正化計画も作られる状況で、加えて国民健康保険の運営自体も市町村から都道府県に移ることになります。この様に、厚労省案件、財務省案件の全てのスケジュールが 2018 年 3 月をゴールとして今置かれています。

もう 1 つ地域医療構想に関しての大きな流れは、2017 年の 4 月からスタートする地域医療連携推進法人制度で、複数の医療法人を一つの医療法人として運営する取り組みです。これは厚労省がかなり積極的に進めており、病床の機能再編や、病床数の調整等、病院の役割分担を推進するにあたり、不公平が生じないように、互いに補完し合う仕組みです。

一番早く動いているのが岡山市です。岡山大学や岡山市民病院、岡山日赤病院など周辺の病院が全て 1 つの医療法人としてグループ化され、役割分担と連携をしていく構想を描いています（図 6）。また同じ岡山県下では、真庭地区の落合病院と金田病院が地域医療連携推進法人発足に向けた業務提携を行い、急性期医療は金田病院が担当し、慢性期医療は落合病院が担っています。

【図 6】

出典：産業競争力会議第 35 回実行実現点検会合資料より（平成 28 年 3 月 23 日）作図

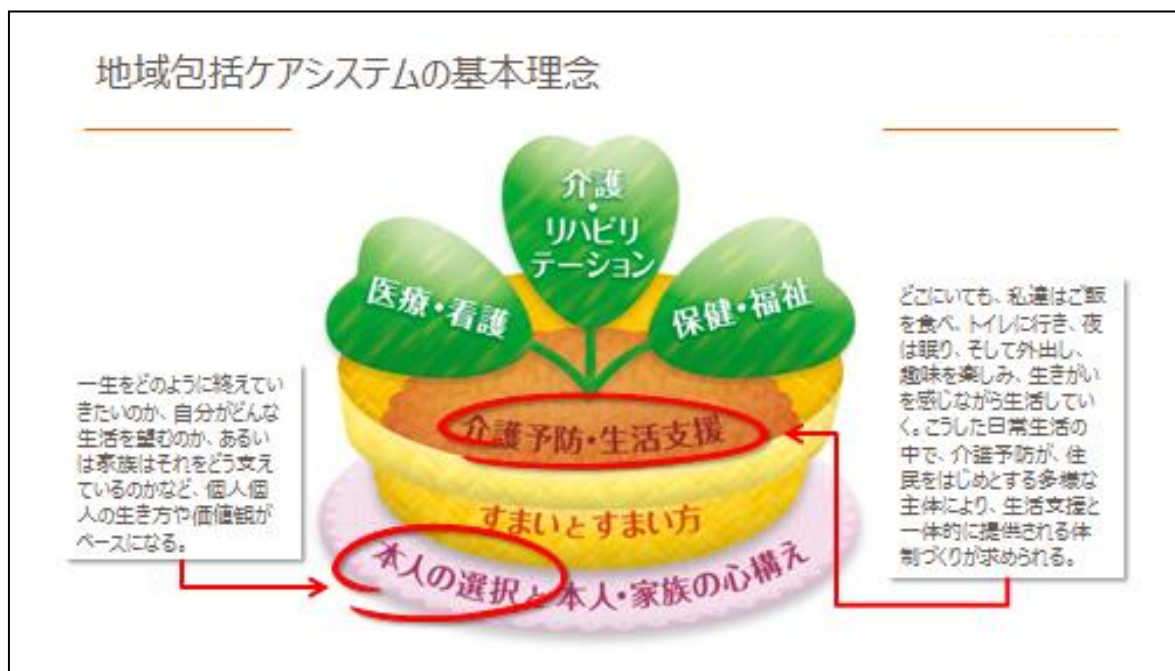


地域包括ケアシステムでは、病院間や地域内でうまく連携を取りながら、患者さんの住まいと住み方にあわせた介護予防や生活支援をしっかりと土台として組み込んでいき、それに加え、地域にある医療・介護などの資源をうまく使って患者さん

をサポートしていくことになっています（図 7）。そこには患者本人の「どう生きるか」といった選択と覚悟、その周りにいるご家族の心構えが重要であると提唱されています。

【図 7】

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞ 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」慶応義塾大学名誉教授 田中 滋（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016 年



本日のまとめとして、今後の医療の 3 つの方向性をお話します。一つ目は『量から質へ』。これまでは人口増加に伴い、医療資源の量を重視していましたが、今後は医療の質を高める方向性になっています。患者さんに対して医療資源を提供するだけでなく、患者さんにとっての価値を中心に考えることを目指しています。二つ目は『キュアからケアへ』。超高齢化社会を迎えるにあたり、これからはケアである介護を重要視する政策が求められています。そして最後は『発散から統合へ』。それぞれの医療機関の特徴を出すために専門化、細分

化するのではなく、医療機関同士が協働して連携をしていかなければいけない状況にあります。

以上、地域包括ケアに関して、概要、その背景や位置付けと事例等ご紹介させていただきました。地域での非常にすばらしい取り組みや、地域毎で全く異なる事例などが、みなさまのこれからのご活動にお役立て頂けますと幸いです。