

7章 今後の提言

1 高齢者の暮らしの場（居宅）

2 高齢者の機能評価の実践

3 在宅療養支援診療所と「かかりつけ医」の連携強化

4 在宅復帰・地域医療連携力の向上

5 地域（在宅・訪問・通所）リハビリテーションの確立

6 介護保険のバージョンアップを

7 多様なニーズへの幅広い対応力の向上

8 在宅医療への新たなアプローチ

9 2025年問題 在宅医療の需要と供給

7章

今後の提言

1 高齢者の暮らしの場（居宅）

● 東京の高齢化

東京は今本格的な高齢社会を迎えようとしており、今後65歳以上の高齢者人口は急速に増加し、とりわけ75歳以上の後期高齢者が急増し、2015（平成27）年には総人口の1割を超えることが見込まれている。後期高齢者の要介護認定率は、前期高齢者の約6.7倍となっていることから、介護や支援が必要な高齢者が増加し、今後高齢者に対する介護サービスの需要は、大幅に増大することが見込まれる。

世帯構造をみると、高齢者の単身世帯は、2005（平成17）年の約50万世帯から2030（平成42）年には約90万世帯に達し、総世帯数の14.4%に増加することが予測される。このように、単に高齢者が増えるだけでなく、都市化や核家族化の進展などにより、高齢者の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加するとともに、地域とのつながりの希薄化に伴い、家族や地域からの支えがない高齢者が増加することが見込まれる。

● 「ケア付き住まい」が求められている

在宅の高齢者の約3分の2は、介護などの支援が必要となった場合に、住み慣れた自宅や地域で住み続けたいという意向を持っている。一方で、「特別養護老人ホーム」への入所申込者は4万人を超えている。特別養護老人ホームは多様な介護サービス基盤の一つであり、計画的に必要な定員数は確実に確保していく必要がある。しかし、特別養護老人ホームは常時介護を必要とし、かつ居宅での生活が困難な人の生活の場である。特別養

護老人ホームの整備だけに問題の解決を求めるのは、要介護高齢者自身にとって「限られた時間を人間の尊厳を保ちつつ、どこで暮らすのか」を考えた場合、唯一の選択肢ではない。

大多数の人は、普通に働き普通に老後を暮らせるはずであり、それらの人たちが老後に不安を感じてはならない。そのためには、これまでの「施設か在宅か」という二者択一から、今は元気に暮らしているが、困ったときには支援が受けられる「ケア付き住まい」という選択肢が必要である。

地価の高い東京で「ケア付き住まい」を十分に供給していくためには、限られた土地資源や既存ストックを有効に活用することが不可欠である。しかし、高齢者住宅や施設に関する国の定める居室などの面積基準は全国一律であり、東京の実情に適していない。さらに、「ケア付き住まい」におけるサービスの提供に係る制度が不十分であるため、入居者の不利益とならないよう、サービスの質の確保を図るための対策も求められている。

● 安全・安心が確保された地域での住まいが求められている

東京で今必要なのは、高齢者が適切な負担で入居でき、緊急時対応や安否確認などの機能を備え、必要な場合には介護や医療などのサービスが利用できる「ケア付き住まい」とともに、地域全体に「ケア付き住まい」と同様の安心を提供できる仕組みである。そのためには、持家や賃貸住宅、あるいは大規模団地といった住環境や地域におけるネットワークなど、地域の特性に応じて、医療や介護の公的サービスだけでなく、民間の配食サービスやボランティアなどの力を活用することが必要である。

また、高齢者向けの「ケア付き住まい」だけでなく、地域における共助が可能となるようなコミュニティの形成に資する「多世代共生の住まい」を実現することも重要である。

図1 高齢者の居住安定確保プラン（案）について

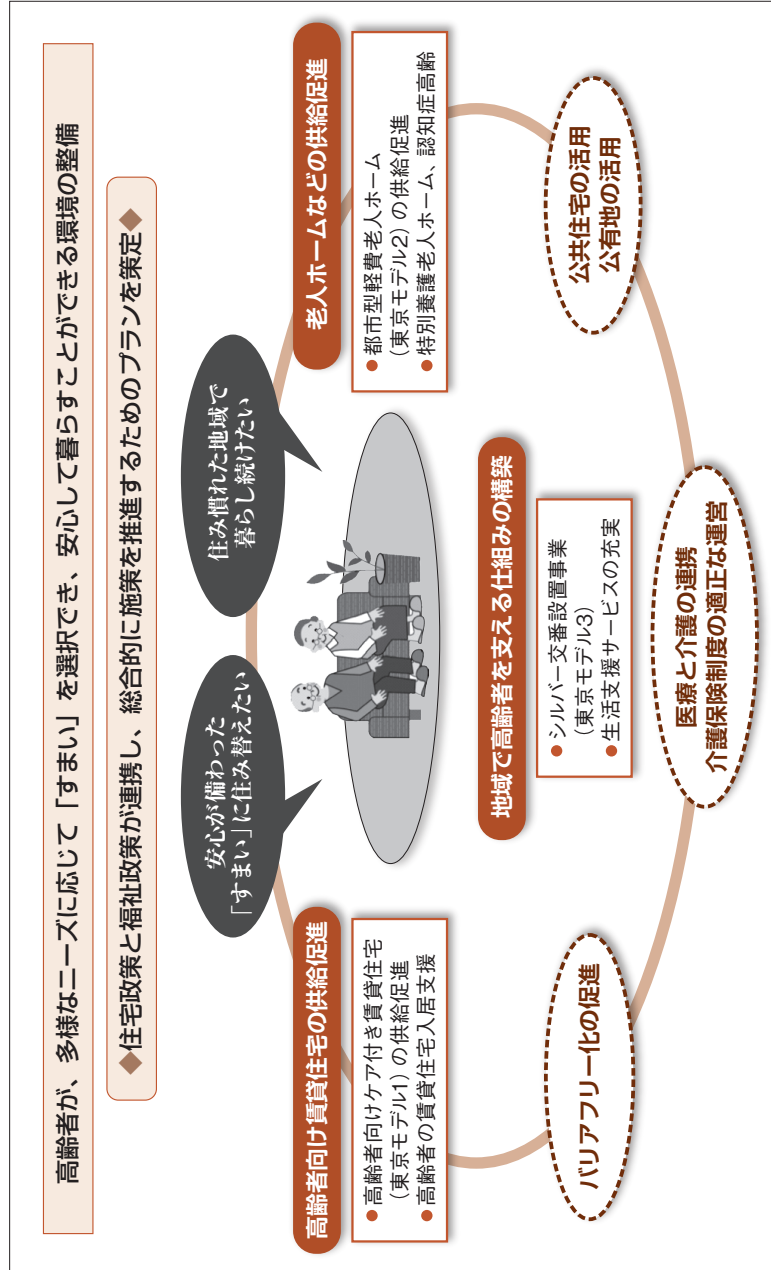


図2 東京都医療・介護連携型高齢者専用賃貸住宅モデル事業

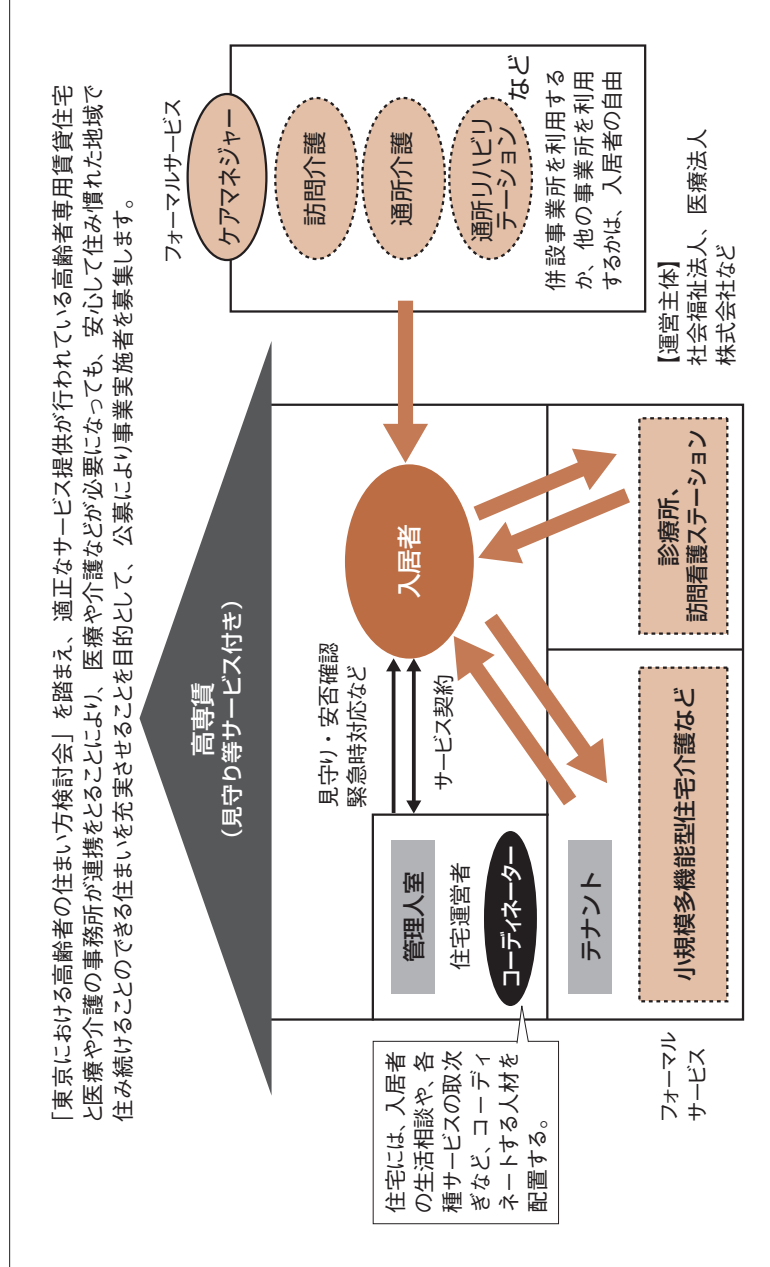


図3 併設事業所の設置条件

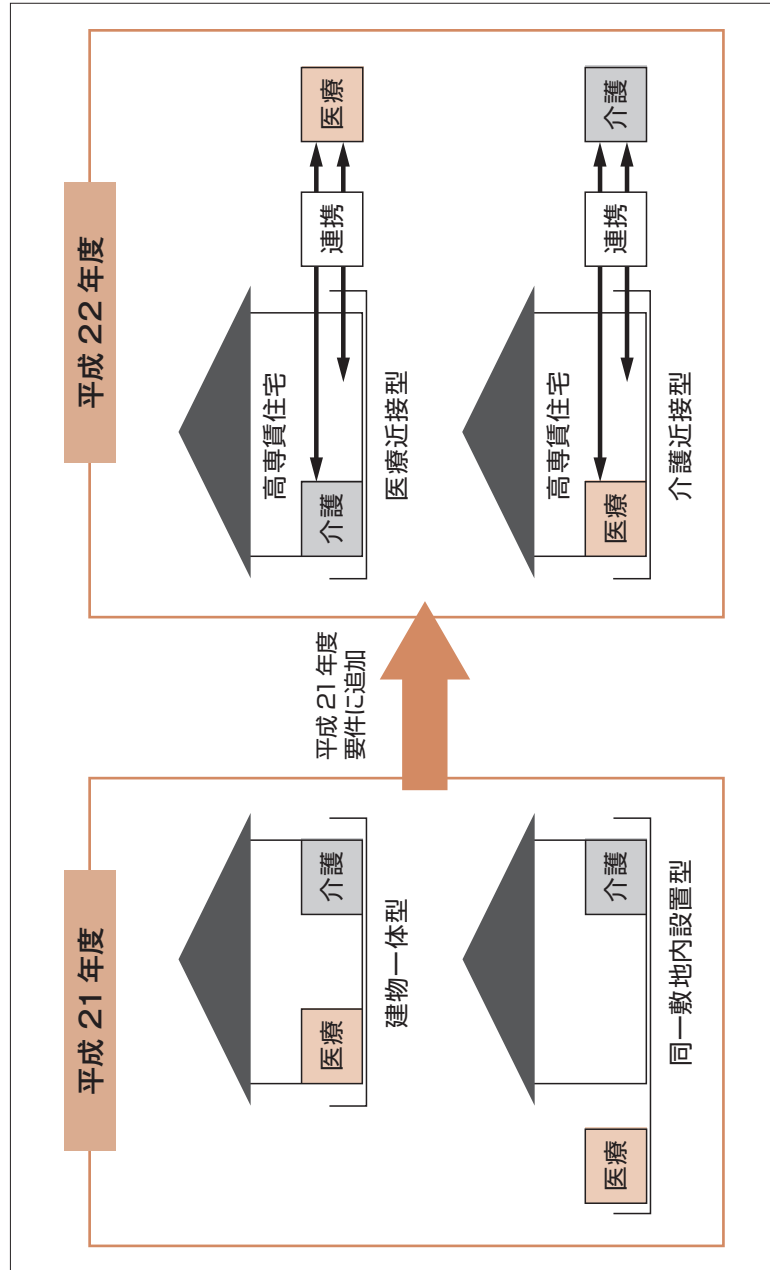
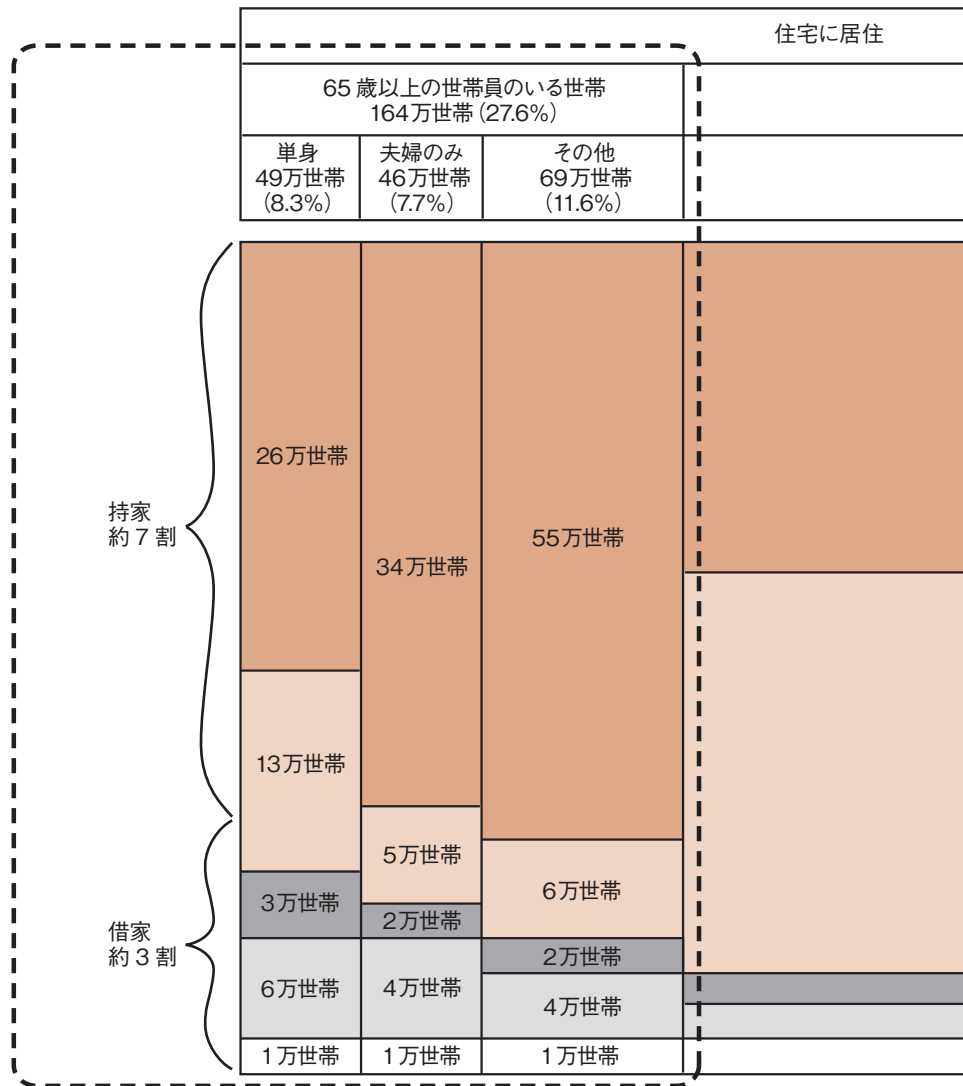
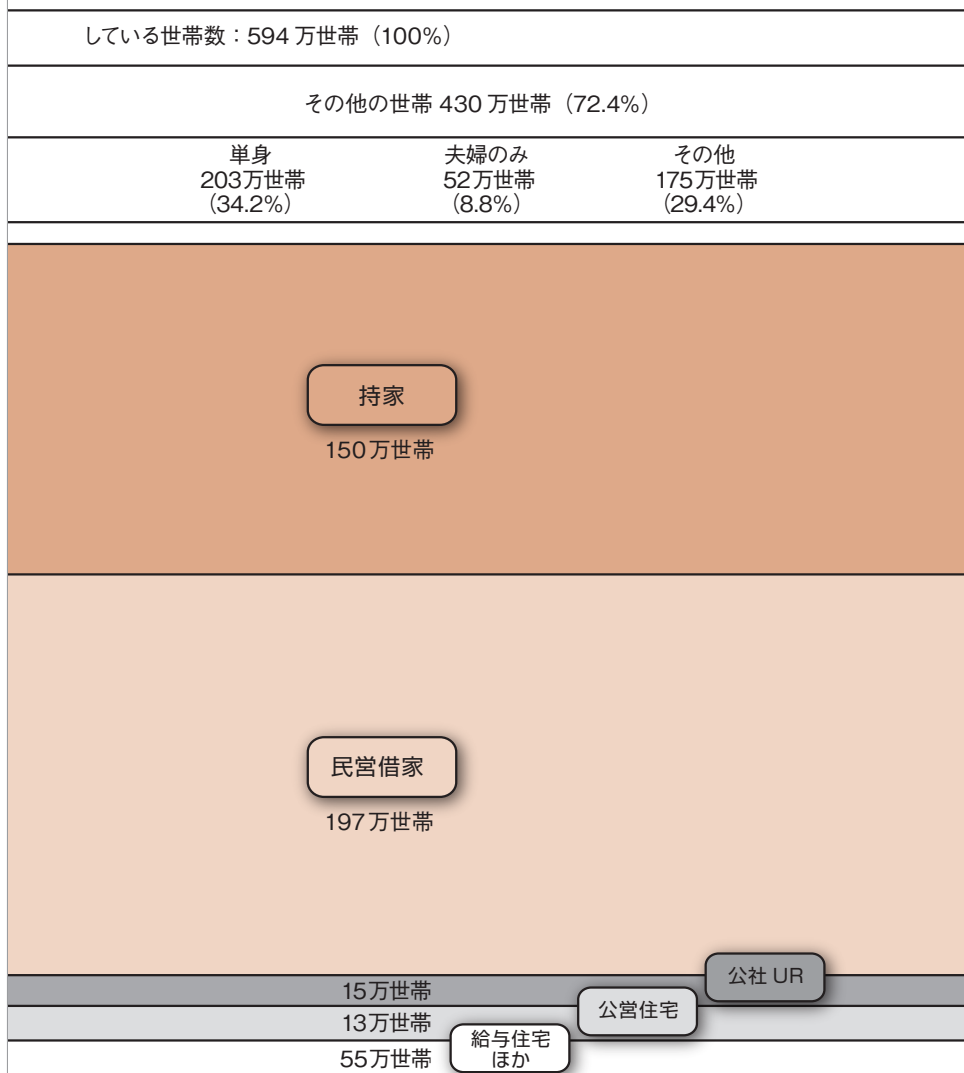


図4 高齢者の住まいの現状（東京都）

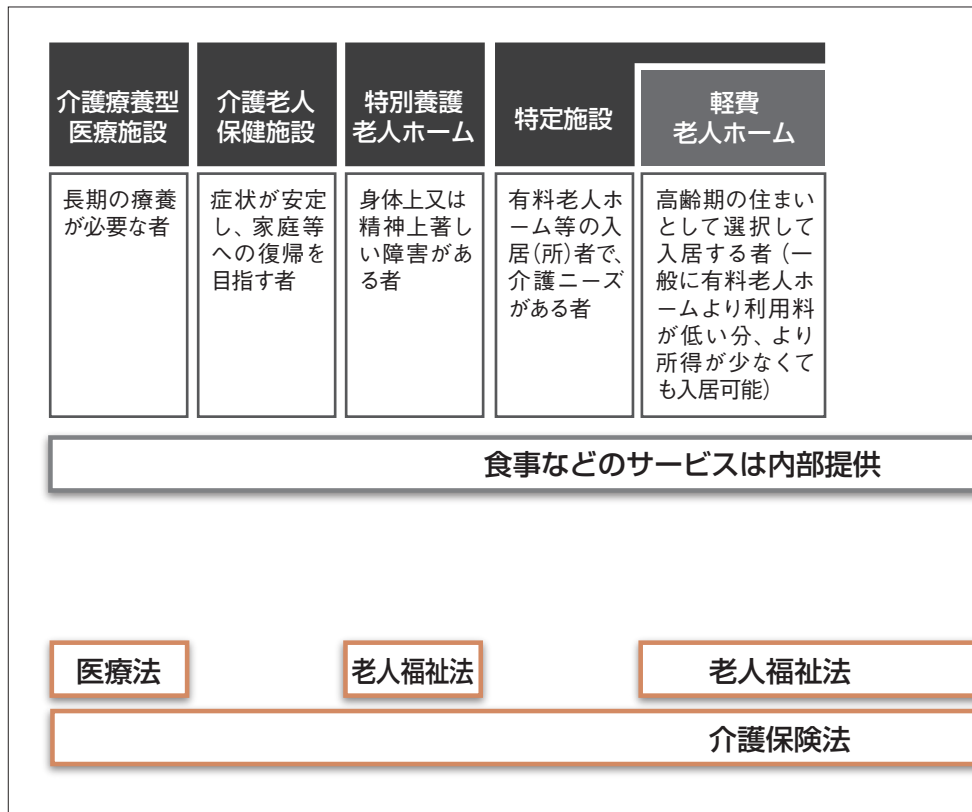


65歳以上の世帯員のいる世帯の借家入居者（約3割）は、介護サービスを受けるときに、経済的にみあう居宅を用意する必要がある。その必要とされる数を考えると対策は急務である。



資料：総務省「住宅・土地統計調査」2008(平成20)年を一部改変

図5 高齢者の住宅・施設と主として想定される入居（所）者像



介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設は介護保険の三施設と呼ばれ、介護療養病床は、今後、形を変えながら、療養病床の存続の可能性が考えられている。

図5「高齢者の住宅・施設と主として想定される入居（所）者像」は、住宅・施設の種類と利用者の病状・身体・精神・経済力による振り分けと現状の制度の区分けである。介護保険法、医療法、老人福祉法、高齢者居住法、生活基本法などの法律によって施設基準が決められている。

居宅系の分類の中で、介護が必要な人で経済力のあるグループは問題ないが、経済力の少ない場合、居宅のふたこぶ状態がある。即ち、要介護度

有料 老人ホーム	高齢者専用賃貸住宅	
	高優賃	高齢者向け優良賃貸住宅
高齢期の住まいとして選択して入居する者（一般に利用料が高いため、多くの資産を有している者が多い）	（高優賃）	賃貸住宅市場で住宅を賃借する経済力がある者 賃貸住宅市場で住宅を賃借する経済力がある者（家賃補助がある分、より所得が少ない者も入居可能） （高優賃）

食事などのサービスは自己調達

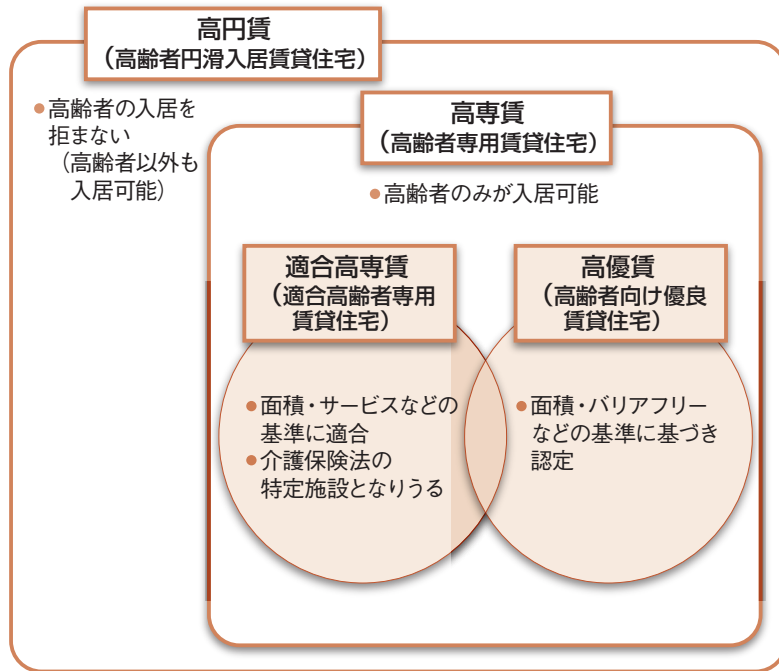
高齢者居住法

生活基本法

の軽い人は公営住宅など、重い人は特別養護老人ホーム・介護老人保健施設などが入所できる居宅となるが、要介護度の中等度の人たちの居宅の十分な整備はなされていない。

また、最近では、十分な医療が制度上できない介護老人保健施設で、入所者の要介護の重度化が問題となっている。

図6 高齢者向け賃貸住宅



【少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」の実現に向けて】より一部改編

2 高齢者の機能評価の実践

高齢者の機能評価を、種々の生活環境（在宅、居住系、施設、入院など）の中で経時的に行い、問題点を把握することは、多職種によるケアとケアの実践に有効である。

● 高齢者総合的機能評価の内容

高齢者総合的機能評価は、高齢者を生活機能、精神機能、社会・環境の3つの面から捉える。それぞれに、スクリーニングツールにより問題点を把握し、在宅あるいは施設ケアの方針を立てる。

<評価すべき項目>

- (1) 日常生活活動度 (Activity of Daily Living : ADL)
- (2) 手段的日常生活活動度 (Instrumental ADL : IADL)
- (3) 認知機能 (Cognitive function)
- (4) 気分・情緒・幸福度 (Mood, Quality of Life)
- (5) コミュニケーション能力：視力・聴力・構音・言語・理解
- (6) 社会的環境：家庭環境（家族構成・人間関係・住居）、介護者、支援体制

<評価の目的>

- (1) 高齢者疾患の正確な診断、治療可能な状況の早期発見、過剰な薬剤の整理
- (2) 治療効果判定、経時的な臨床的、機能的変化の把握
- (3) セルフケア能力の低下に伴う疾病の増悪やさらなる障害発生の予防
- (4) 介護の必要性のスクリーニングと最適な介護環境の選択（退院支援、ケアマネジメント）

<機能評価の効果として期待されること>

生活機能の改善、生命予後の改善、入院日数の短縮、チーム医療・ケアの形成、国民医療費の抑制などである。

● 日常生活活動度 (Activity of Daily Living : ADL)

日常生活活動度 ADL (Activity of Daily Living) とは、一人の人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群と定義される。

- (1) セルフケア : 食事、整容、更衣、トイレ動作、入浴
- (2) 生理機能 : 排尿・排便コントロール
- (3) 移動能力 : 車椅子とベットの移乗、歩行、階段昇降

<評価方法 / スクリーニングツール>

○ ADLの障害を認めた場合の対応

(1) ADL障害の原因の追求 (診断と治療)

神経学的検査 : 麻痺、筋力低下、パーキンソンニズム、運動失調、嚥下障害、排尿障害、起立性調節障害
四肢・脊椎の診察 : 関節可動域制限、変形、疼痛、褥瘡
内科的疾患の評価 : 運動耐用能の低下 (息切れ ; 心機能・呼吸機能の低下)
視力障害、聴力障害、認知機能障害のチェック

(2) リハビリテーションとして

- a. 損なわれた心身機能の回復を目的とした機能回復訓練
- b. 日常生活行動の活性化による廃用性の運動機能低下の予防
- c. 行動しやすい生活環境の整備
- d. 損なわれた運動機能を補う自助具などの利用

理学療法 : 移動能力障害・筋力低下・関節可動域制限、運動耐用能低下→
運動療法、疼痛→物理療法

作業療法 : 日常生活動作訓練、上肢機能訓練、自助具

言語療法 : 失語、構音障害、聴覚障害、嚥下障害

装具療法 : 体幹装具、上肢・下肢装具、移動補助具 (杖・歩行器・車椅子)

(3) ソーシャルワーク、ケアマネジメント

家庭介護力の評価と社会資源の導入 → 本人あるいは家族による介護保険の申請

在宅生活に必要な3つのM (Man : 介護力、Money : 経済力、Machine : 福祉用具、住環境) の評価と介入、早期からの退院援助→在宅か？福祉施設か？医療施設か？

● 手段的日常生活活動度 (Instrumental ADL ; IADL)

手段的日常生活活動度 IADL (Instrumental ADL) とはより広い生活空間である地域における自立生活に必要な最低限度の日常活動である。

- (1) 家庭内における家事動作 : 電話を使用する能力、食事の準備、家事、洗濯
- (2) 近隣への移動動作 : 買い物、公共交通機関の利用
- (3) 財産取り扱い能力 : 金銭管理
- (4) 服薬管理能力をはじめとしたセルフケア能力 : 自己管理

<手段的日常生活活動度を評価する目的として>

(1) ADL低下の予防

近隣への移動能力の低下は、家の中での「閉じこもり」を生み出し、ADLや精神機能の低下、生きがいなどの生活の質にも影響をおよぼす。また、家事動作の低下は、家庭の維持・発展にとって大きな障害となる。

(2) IADLの低下は認知機能障害やうつなどの精神機能の低下のスクリーニングに重要

IADLの低下が認知症診断の指標 (物忘れだけでIADLの低下がなければ認知症とはいえない)

○ 日常生活活動度を認めた場合の対応

- (1) 原因の追求：本人の問題、認知機能の低下？うつ？運動機能の低下？閉じこもり、ソーシャルネットワークの低下、家族の問題、経済的問題、居住環境の問題
- (2) 解決策：家事などの仕事の簡略化と動作の効率化を図る
→介護保険の申請、家事援助の利用
- (3) 地域高齢者支援事業の利用：
生活支援（給食サービス）、介護予防（運動指導、転倒予防）生きがい対策（スポーツ、就労）、権利擁護（成年後見制度、地域福祉権利擁護制度）

● 認知機能の評価と目的

認知症は高齢者における頻度が高く（65歳以上の約7%）、認知症の原因によっては有効な治療法があり、進行性の認知症疾患（アルツハイマー病など）でも早期ならば進行を遅らせる治療がある。また、本人がリビングウィルを明らかにする猶予が得られれば、尊厳を守ることにつながる。

<認知機能 Cognitive function >

認知機能とは

- (1) 短期記憶、長期記憶
- (2) 抽象的思考、判断力、構成力、物の認識、動作、言語表現
- (3) 社会生活、職業、対人関係に支障がない能力

<評価方法 / スクリーニングツール>

改定長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
Mini-Mental State Examination (MMSE)

○ 認知機能障害を認めた場合の対応

(1) 原因の追究（診断）

神経学的検査、神経心理学的検査

神経画像検査（頭部CT・MRI／SPECT／PET）

神経生理学的検査（脳波）

一般内科的検査（血液・尿検査、甲状腺機能、ビタミン、胸部X線、心電図）

(2) 合併症の評価

老年症候群（せん妄、失禁、転倒、難聴、視力障害、やせ、便秘、骨粗鬆症、関節変形）

(3) 治療とケア

薬物治療（進行を遅らせる薬・周辺症状に対する薬・身体合併症の薬）

リハビリテーション（回想法、現実見当識療法、運動療法など）

栄養療法 治療環境の整備 介護方法の指導 介護保険申請 在宅か施設か？ 薬を減らす視点

● 「うつ」の評価と目的

認知症に次いで高齢者で多くみられる疾患（後期高齢者の10%以上にうつ状態あり）。

もともと高齢者はさまざまな「喪失」を経験する年代であるため、抑うつ的な気分については、ともすれば年だから仕方ないとみなされたり、無視されたりしがちである。

うつ病とまでいなくても、軽度のうつ状態が「閉じこもり」を引き起こし、認知機能や運動機能の廃用性低下を引き起こす場合があり、予防が必要である。

<気分・情緒・幸福度 Mood, Quality of Life >

高齢者のうつ病の特徴

- ① 不安・焦燥感を伴うことが多い。
- ② 他人の前では元気に振る舞い、抑うつ感を訴えない場合がある。
- ③ 疼痛、動悸、呼吸困難、便秘異常など身体症状が前面に立ち、身体疾患と見誤られることがある。
- ④ 思考力や意欲の障害のため、認知症様の状態を呈することがある。
- ⑤ 意欲低下、食欲不振などのために全身状態や身体機能の低下をきたしやすく、それがさらに不安、無力感を助長するといった悪循環を生じやすい。

<評価方法 / スクリーニングツール>

高齢者抑うつ尺度 (Geriatric Depression Scale ; GDS)

○うつを認めた場合の対応

まず、うつ状態を呈する身体疾患（脳血管障害など脳疾患・内分泌疾患・薬物）を除外する

- (1) 薬物療法：抗うつ薬（SSRI、SNRIなど）
- (2) 環境調整：休養、叱咤激励しない、自殺の予防（場合によっては入院治療）
- (3) 予防的対応：精神療法・作業療法・集団的レクリエーション

● 退院支援のための総合的機能評価

○退院支援の遅れによる患者への不利益が発生する。

わが国では入院治療がほぼ終了し、退院許可となった段階になって初めて退院困難が発覚し、家族や不慣れな医師による退院準備が始まることもしばしばある。

退院までの間、医療の必要のない、環境の整備を待つだけの無意味な入院期間が発生すると、早期から介入すれば在宅への退院も可能であったの

に、退院支援が遅れたために転院しか選択肢がなくなる場合や、不適切な生活環境のまま在宅へ退院する場合があると、疾患の増悪を引き起こし、再入院を繰り返す。

<本来の退院計画とは>

個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保して、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラムである。

<退院計画の目的として>

- (1) 良質な患者ケアの継続
- (2) 入院が必要な他の患者にとっての病院資源の有効利用
- (3) 退院時の社会資源の適切な利用

<退院困難な患者の抽出と退院困難が疑われた場合の対応として>

- (1) 高齢者総合的機能評価の施行
退院困難のリスク因子…年齢、入院時ADL、意欲
退院先（在宅・施設）決定因子…退院時ADL、入院日数（入院が長くなるほど在宅への退院が難しくなる）
- (2) 病院での専門家の関与
老年病科医、看護師、ソーシャルワーカーなど
- (3) 関連職種との連携
家庭医（往診）、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、保健所などと連携
- (4) 入院中の機能低下の予防
計画的リハビリテーションの導入、病棟での生活リハビリテーションの促進

3 在宅療養支援診療所と「かかりつけ医」の連携強化

● 地域在宅医療における「かかりつけ医」と在宅療養支援診療所の連携のあり方

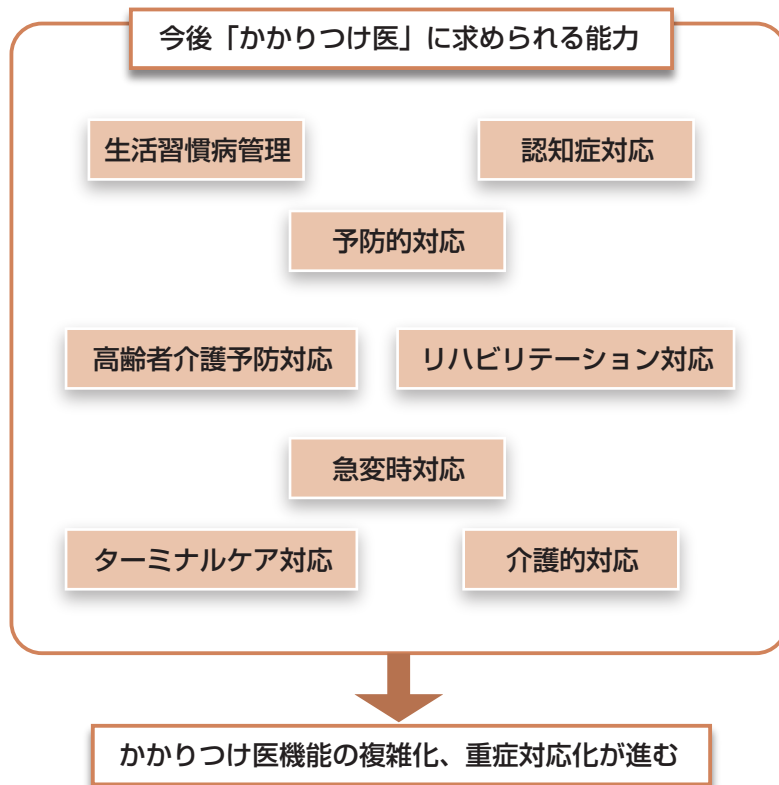
平成 18 年診療報酬改定に際して、24 時間往診・電話相談対応などを行う在宅療養支援診療所が制度化され、平成 21 年 12 月時点で、東京都内にも 1,100 件を超える在宅療養支援診療所の届出がある。

しかし往診もしくは在宅医療を行う医療機関が、すべて在宅療養支援診療所になっているわけではないし、療養者の負担などから、事例ごとに選択している場合もある。

また在宅療養支援診療所にも、在宅医療に特化した特化型在宅療養支援診療所や、施設対応中心型在宅療養支援診療所、外来主体のかかりつけ医型在宅療養支援診療所などがある。地域住民の置かれた状況によって、どの医療機関による医療対応が適切かの選択や相互の連携は重要な課題である。本節では主として、地域に増加しつつある在宅医療に特化した特化型在宅療養支援診療所と、かかりつけ医療機関との今後のよりよい連携のあり方について考える。

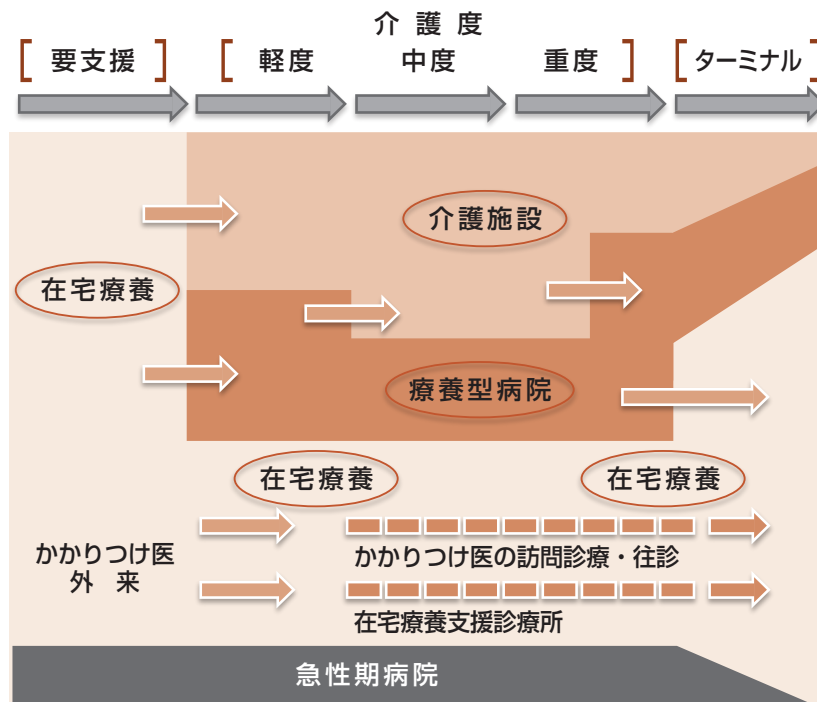
地域在宅医療の中心は、かかりつけ医である地域診療かかりつけ医であることは論を待たない。しかし地域診療かかりつけ医は、地域住民の諸疾患の初期対応や予防的対応のみならず、検診や生活習慣病対策、さらには学校保健や介護保険対応など、非常に多量の業務を担わなければならない実情があり（図 7）、緊急往診が頻回に必要となる重度在宅療養者の療養に、積極的に関与することは困難である。したがってこの時期の在宅療養については、24 時間 365 日在宅対応を行う在宅医療特化型在宅療養支援診療所に委ねられることがある。

図7



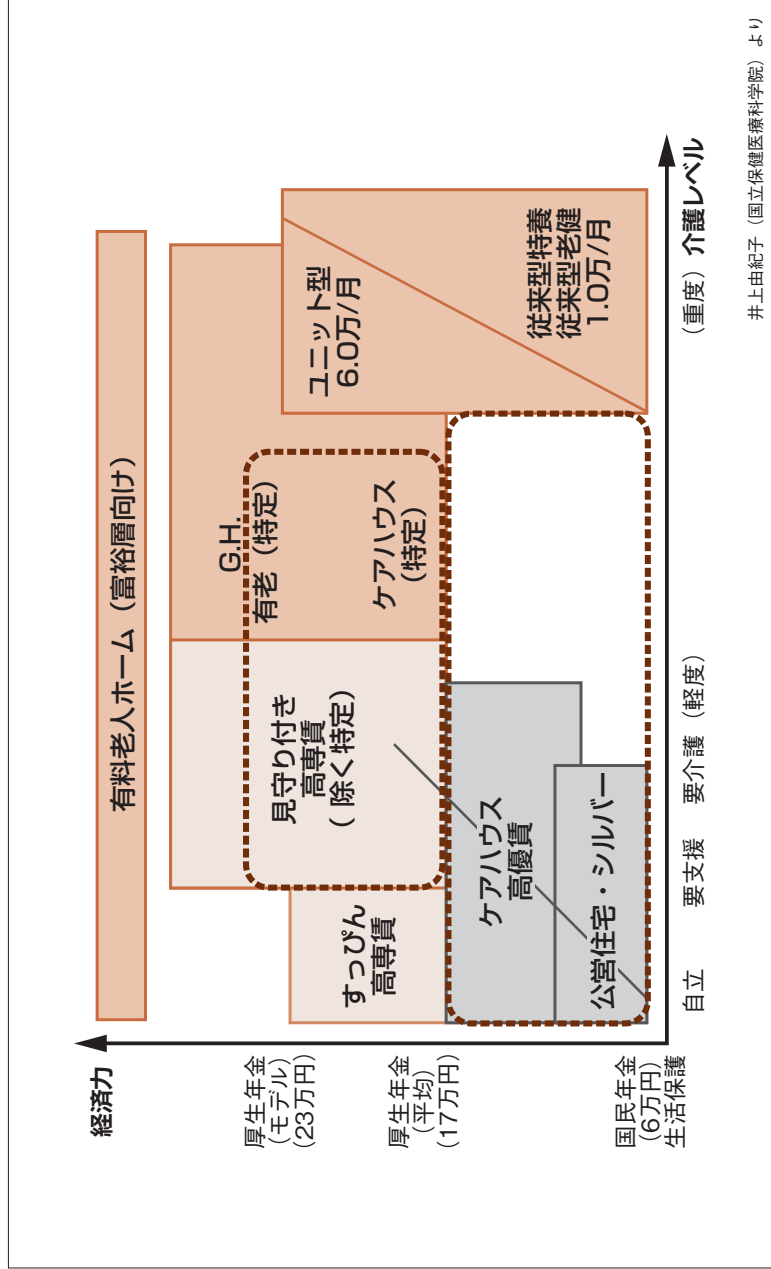
しかし患者にとって、長年良好な関係を築いてきたかかりつけ医と離れて、新しい在宅医療特化型在宅療養支援診療所の医師と親身な関係構築をすることは、必ずしも容易ではない。またかかりつけ医も、在宅医療特化型在宅療養支援診療所に委ねるべきか判断が難しいこともあって、かかりつけ医から在宅医療特化型在宅療養支援診療所への移行は、必ずしも多くはない。むしろ急性期病院への入院などを契機にして、(かかりつけ医→急性期病院→在宅医療特化型在宅療養支援診療所)という流れで、患者の移行が行われることもある(図8)。

図8 要介護度変化に応じた地域療養の場の変化



しかしこの場合、いったん地域生活の中断を余儀なくされるために、たとえ短期間入院であっても虚弱高齢障害者にとっては、生活機能の低下は免れないために、再び社会生活復帰をすることは容易ではない。結果、かかりつけ医→急性期病院→療養型病院などの経過をとるといわれている。在宅生活を続けるためには、できるだけ地域生活中で完結した医療が提供されることが好ましく、状況に応じて適切に地域医療サービスを組み合わせることが望ましい。より早い段階から、かかりつけ医が在宅医療特化型在宅療養支援診療所と連携して患者サポートを行うことにより、医療供給システムの改善が期待される。

図9 所得と身体レベル



● 東京 23 区の在宅療養支援診療所における診療体制の違いによる在宅医療の現状

(大阪大学大学院医学系研究科が全国在宅療養支援診療所連絡会の協力を得て実施した調査より)

要約

<目的>

在宅療養支援診療所の診療体制の違いによる在宅医療の現状を分析する。

<方法>

東京 23 区の在宅療養支援診療所 998 診療所を対象に、無記名自記式質問紙の郵送による調査を行った。調査項目は、診療体制、関係機関との連携、提供できる医療、年間の利用状況、在宅医療の評価である。有効回収数 154 診療所を分析対象とした。医師の従事者数により 1 人医師体制群 (54.3%)、複数医師体制群 (45.7%) に分類し、両群の比較を行った。

<結果>

1 人医師体制群は、関連機関との連携数、併設事業、提供できる医療、看護師数が有意に少なかったが、緊急時は両群ともに 90% 以上自診療所の医師で対応していた。医師の従事者数が 5 人以上の在宅療養支援診療所 (15.0%) の 1 年あたりの在宅看取り数は 20.9 ± 33.4 人であり、医師数が 5 人未満である在宅療養支援診療所の約 5 倍だった。特定施設入所者に診療を提供していた診療所は、全体の 40% であり、17.5% は施設入所者の看取りを行っていた。

<方法>

2009 年 3 月 1 日現在、関東信越厚生局に在宅療養支援診療所として届出を行っていた東京 23 区の在宅療養支援診療所 (以下、診療所とする) 998 診療所に、調査の主旨、匿名性の確保、参加拒否の権利、プライバシー保護などを明記した調査依頼文と無記名自記式質問紙を郵送した (調査期間: 2009 年 7 ~ 9 月)。調査票の返信をもって調査の同意が得られたものと判断した。

調査項目は、診療体制、関係機関との連携、提供できる医療、年間の利用状況、在宅医療の評価である。

医師の従事者数（非常勤を含む）が1人である診療所を「1人医師体制群」、医師の従事者数が2人以上である診療所を「複数医師体制群」として、 χ^2 検定（Fisher直接法）、t検定を行った。統計解析にはSPSS12.0J for Windowsを使用した。

<結果>

調査対象 998 診療所のうち、4 診療所が宛先不明で返送され、183 診療所から回答を得た（回収率：18.4%）。白紙など回答に不備のあった 17 診療所、在宅療養支援診療所として稼動していない（算定なし）と回答した 12 診療所を除外した 154 診療所を分析対象とした（有効回答率：15.5%）。

医師数（非常勤を含む）の内訳では、1人医師体制群は 80 診療所（51.9%）であった。複数医師体制群 74 診療所（48.1%）のうち、医師が 5人以上従事している診療所は 23 診療所（14.9%）だった。

表 1、2 に基本特性に関する比較を示す。複数医師体制群で有意に多かった項目は、開設主体が医療法人、併設事業あり、看護師数、在宅看取り数、特定施設入所者への在宅医療の提供、病院との連携数、ケアマネジャーとの連携数だった。医療体制では、人工呼吸器による管理、IVH は提供できないと答えた 1人医師体制群が有意に多かった。緊急時は自診療所の医師で対応すると答えた診療所が、両群ともに 90% 以上であった。

在宅医療の評価では「緊急時の入院受け入れ病床を確保している」「利用したいときにサービスを利用できる」「患者の退院前カンファレンスに参加している」「家族に患者の医療処置やケアの方法について指導している」に関する評価は、複数医師体制群で有意に高かった（表 3）。

複数医師体制群 74 診療所（45.7%）のうち、医師の従事者数が 5人以上であった 23 診療所（15.0%）の特徴を表 4 に示す。併設事業を持たない診療所（以下、併設事業なし群）10 診療所と、併設事業ありと答えた 11 診療所（以下、併設事業あり群）を比較したところ、在宅での年間看取り数は、併設事業あり群：12.6±11.5 人、併設事業なし群：28.5±45.6 人だった。医師数は併設事業あり群：8.8±4.3 人、併設事業なし群：

10.1±5.5人、看護師数は併設事業あり群 8.7±10.9人、併設事業なし群 4.1±3.0人であった。併設事業なし群では、10診療所中9診療所は4か所以上の病院、訪問看護ステーションと連携していた。

東京23区の在宅療養支援診療所における診療体制の違いからみた在宅医療の現状を分析するために、1人医師体制群と複数医師体制群の比較を行った。その結果、以下の点が明らかになった。

(1) 1人医師体制の在宅療養支援診療所が過半数を占めている

1人医師体制の在宅療養支援診療所は、全国調査は72.4%であったのに対し、本調査は54.3%だった。全国調査との比較においては、東京23区は1人医師体制の診療所は少ない傾向にあるといえるものの、全体の50%以上は1人医師体制で構成されていることが示された。

(2) 緊急時は診療体制の規模に関係なく自診療所で対処する傾向がある

1人医師体制の診療所が365日24時間体制を維持することが可能であるか。

本調査で2診療所以上の診療所と連携していると答えた1人医師体制群は36.4%であった。また、1人医師体制群は、併設事業、提供できる医療、看護師数、「緊急時の入院受け入れ病床を確保している」「利用したいときにサービスを利用できる」に関する在宅医療の評価が有意に低かったことから、複数医師体制群に比して在宅医療体制が整っていない状況にあると思われるが、緊急時は自診療所の医師で対応すると答えた診療所が両群ともに90%以上であった。1人医師体制群の在宅看取り数が複数医師体制群の約1/5であった本調査結果が示すように、自診療所で対処可能な範囲の診療を行うことで、在宅療養支援診療所としての機能を果たしていることが示唆された。

(3) 医師数が5人以上の在宅療養支援診療所は全体の15.0%を占めている

医師の従事者数が5人以上の診療所は、本調査全体の15%を占めていた。これらの診療所は、1年あたりの在宅看取り数は20.9±33.4人であり、医師体制が5人未満である診療所の約5倍だった。また、医師

数が5人以上の診療所のうち、併設事業を持たない診療所は、併設事業がある診療所より在宅での看取り数が2倍以上多かった(併設事業あり群: 12.6 ± 11.5 人、併設事業なし群: 28.5 ± 45.6 人)。療養期間が長期間になると、施設や病院に移行する傾向があると先行研究で報告されている。

(4) 在宅療養支援診療所の40%は特定施設入所者に診療を行っている

本調査対象の40.0%が特定施設入所者に診療を提供しており、施設入所者の看取りを行ったと答えた診療所は17.5%だった。特に医師数が5人以上の診療所においては、43.5%が施設での看取りを行ったと答えていた。わが国では施設での看取りが少ないのが特徴であるが、東京23区の在宅療養支援診療所においては、自宅だけでなく施設の入所者に対しても、診療および看取りが行われるようになってきていることを示している。

(5) 在宅療養支援診療所として稼動していない診療所の機能を強化する必要がある

本調査では、在宅療養支援診療所として稼動していない(算定なし)と回答した診療所は12診療所だった。本調査における低回収率の要因の一つとして、在宅療養支援診療所として稼動していない診療所から回答の得られなかったことが影響していると思われるが、実際に稼動していない在宅療養支援診療所数は不明である。在宅療養支援診療所の稼働力を高めることで、地域ケア体制の整備が進むと思われるため、稼動していない在宅療養支援診療所の実態を調査する必要がある。

新宿区医師会では、新宿区内の診療所を対象とした調査結果に基づき、医師の負担となる夜間往診を代行する「夜間往診センター」を設立した(2009)。夜間の往診対応が必要な患者が「しんじゅく医療あんしんカード」に記載された左記センターに電話すると、夜間の往診を医師会の当直医が代行してくれるものであり、新宿区医師会会員であれば誰でも利用できる。地域に分布する診療所の機能を強化するには、新宿区医師会の取組みのように、稼動していない診療所の実態を把握し、負担となる部分を補完するシステムを整備していくことが求められると思われる。

本研究の限界は、回収率が18.4%であることだった。関東信越厚生局に届出を行っていた東京23区の在宅療養支援診療所998診療所のうち、

実際には活動していない診療所も調査対象に入っていたため、それらの診療所から回答が得られなかったことが、低回収率に影響した可能性がある。以上の限界はあるが、東京 23 区の在宅療養支援診療所の、診療体制の違いによる在宅医療の課題を検討するための知見は得られたと思われる。

表 1 基本特性

	1 人医師体制群 n=80	複数医師体制群 n=74	p 値
診療所区分（無床）	78 (97.5)	67 (91.8)	0.152
開設主体（個人）	50 (62.5)	22 (29.7)	< 0.001
同一法人による併設事業			
病院	1 (1.4)	8 (12.7)	0.012
特定施設	1 (1.4)	6 (9.7)	0.047
訪問看護ステーション	0 (0.0)	16 (25.0)	< 0.001
居宅介護支援	6 (8.0)	25 (38.5)	< 0.001
その他	4 (5.5)	14 (25.9)	0.002
従事者に関する状況（非常勤含む）			
看護師数（人） ^{a)}	1.4±1.3	4.0±4.8	< 0.001
ソーシャルワーカー（従事あり）	1 (1.5)	16 (24.2)	< 0.001
その他（従事あり）	20 (30.3)	43 (66.2)	< 0.001
提供できる医療			
酸素投与	69 (86.3)	68 (91.9)	0.311
人工呼吸器による呼吸管理	24 (30.0)	35 (47.3)	0.032
PEG	50 (62.5)	53 (71.6)	0.237
緩和医療	52 (65.0)	58 (78.4)	0.076
IVH	44 (55.0)	55 (74.3)	0.018
その他	13 (16.3)	9 (12.2)	0.499
緊急時の診療体制			
自診療所内の医師による対応	66 (93.0)	64 (90.1)	0.764

診療所から患家間での平均移動時間			
15分以内	34 (42.5)	25 (34.7)	
15～30分以内	41 (51.3)	36 (50.0)	
30～45分以内	4 (5.0)	9 (12.5)	
45～60分以内	1 (1.3)	2 (2.8)	
在宅での看取りに関する状況 (2008年1月～12月)			
在宅療養者数 (人) ^{a)}	27.9±41.6	195.8±400.1	< 0.001
独居高齢者の在宅療養者数 (人) ^{a)}	3.3±7.3	23.3±53.5	0.001
特定施設の利用者 (あり)	27(33.8)	34 (56.7)	0.010
在宅での看取り数 (人) ^{a)}	2.8±4.7	12.9±22.6	0.005
独居高齢者の在宅での看取り数 (人) ^{a)}	0.3±1.0	1.0±1.9	0.001
特定施設での看取り (あり)	11(14.7)	15 (24.6)	0.189
連携に関する状況			
病院 (2以上)	48 (60.0)	55 (77.5)	0.024
診療所 (2以上)	28 (36.4)	27 (38.6)	0.865
訪問看護ステーション (2以上)	58 (72.5)	55 (77.5)	0.574
ケアマネジャー (2人以上)	43 (55.1)	51 (73.9)	0.025
n (%), χ^2 検定, a) 平均 ±SD, t 検定			

表2 連携に関する状況

	1人医師体制群 n=80	複数医師体制群 n=74	p値	
病院				
0施設	3	(3.8)	2	(2.8)
1施設	29	(36.3)	14	(19.7)
2施設	19	(23.8)	11	(15.5)
3施設	14	(17.5)	11	(15.5)
4施設以上	15	(18.8)	33	(46.5)
診療所				
0診療所	28	(36.4)	25	(35.7)
1診療所	21	(27.3)	18	(25.7)
2診療所	14	(18.2)	6	(8.6)
3診療所	6	(7.8)	8	(11.4)
4診療所以上	8	(10.4)	13	(18.6)
訪問看護ステーション				
0事業所	8	(10.0)	4	(5.6)
1事業所	14	(17.5)	12	(16.9)
2事業所	18	(22.5)	7	(9.9)
3事業所	15	(18.8)	11	(15.5)
4事業所以上	25	(31.3)	37	(52.1)
ケアマネジャー				
0人	33	(42.3)	17	(24.6)
1人	2	(2.6)	1	(1.4)
2人	6	(7.7)	5	(7.2)
3人	3	(3.8)	2	(2.9)
4人以上	34	(43.6)	44	(63.8)
n (%)				

表3 在宅医療の評価

	1人医師体制群 n=80	複数医師体制群 n=74	p値
医療依存度の高い患者が多い	3.7±0.9	3.7±1.0	0.827
緊急時の入院受け入れ病床が確保できている	3.1±1.1	3.5±1.1	0.048
患者の状態変化時の入院受け入れ病床が確保できている	3.1±1.1	3.4±1.2	0.053
患者はサービスを利用したいときにすぐ利用できる	3.2±1.0	3.6±0.9	0.008
24時間診療体制は負担である	3.8±0.9	3.8±1.1	0.936
在宅療養移行時期は遅い人が多い	3.2±0.8	3.6±0.8	0.003
患者の退院前カンファレンスに参加している	2.4±1.4	3.2±1.3	0.001
医師は家族に療養者の病状や治療について十分説明する	4.3±0.7	4.4±0.7	0.306
医師は家族に今後起こりうることについて十分説明する	4.2±0.7	4.4±0.7	0.126
医師は患者のつらい症状にすみやかに対処している	3.9±0.7	4.1±0.7	0.084
医師は治療の選択に患者の希望を取り入れるよう配慮している	4.3±0.7	4.4±0.5	0.292
医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮している	4.3±0.7	4.4±0.5	0.440
今後の方針について患者本人や家族とよく話し合う	4.2±0.8	4.4±0.6	0.083
家族に患者の医療処置やケアの方法について指導している	4.0±0.7	4.3±0.6	0.003

家族は患者に医療処置やケアを行うことができる	3.7±0.9	3.5±0.8	0.182
患者の意思にそったサービスを提供している	4.0±0.7	4.0±0.6	0.698
家族の意思にそったサービスを提供している	4.0±0.8	4.1±0.6	0.884
在宅での看取りを積極的に行っている	3.8±1.0	4.0±0.9	0.273
医師が遺族訪問を行っている	2.4±1.3	2.6±1.3	0.380
訪問看護師が遺族訪問を行っている	2.6±1.3	3.0±1.3	0.094
平均 ±SD,1：全くそう思わない～5：とても思う			

表4 医師数が5人以上の在宅療養支援診療所の基本特性

(n=23)	
診療所区分（無床）	20 (87.0)
開設主体（医療法人）	21 (91.3)
同一法人による併設事業の状況	
併設なし	10 (56.5)
併設あり	10 (43.5)
病院	3 (13.0)
特定施設	1 (4.3)
訪問看護ステーション	7 (30.4)
居宅介護支援	8 (34.8)
その他	7 (30.4)
従事者に関する状況（非常勤含む）	
医師数（人） ^{a)}	9.3±9.3
看護師数（人） ^{a)}	6.3±7.5
ソーシャルワーカー（従事あり）	8 (34.8)
その他（従事あり）	15 (65.2)
診療所から患者間での平均移動時間	
15分以内	6 (26.1)
15～30分以内	10 (43.5)
30～45分以内	5 (21.7)
45～60分以内	1 (4.3)
不明	1 (4.3)
提供できる医療	
酸素投与	22 (95.7)
人工呼吸器による呼吸管理	14 (60.9)
PEG	21 (91.3)
緩和医療	20 (87.0)
IVH	21 (91.3)
その他	6 (26.1)
緊急時の診療体制	
自診療所内の医師による対応	20 (87.0)

連携に関する状況	
病院	
1 施設	3 (13.0)
2 施設	2 (8.7)
4 施設以上	15 (65.2)
不明	3 (13.0)
診療所	
0 施設	3 (13.0)
1 施設	3 (13.0)
2 施設	3 (13.0)
3 施設	3 (13.0)
4 施設以上	7 (30.4)
不明	4 (17.4)
訪問看護ステーション	
1 事業所	3 (13.0)
3 事業所	1 (4.3)
4 事業所以上	16 (69.6)
不明	3 (13.0)
ケアマネジャー	
0 人	1 (4.3)
4 人以上	18 (78.3)
不明	4 (17.4)
在宅での看取りに関する状況	
在宅療養者数 (人) ^{a)}	278±358.2
独居高齢者の在宅療養者数 (人) ^{a)}	25.5±21.0
特定施設の利用者 (あり)	14 (60.9)
在宅での看取り数 (人) ^{a)}	20.9±33.4
独居高齢者の在宅での看取り数 (人) ^{a)}	0.7±0.8
特定施設での看取り (あり)	10 (43.5)
n (%), a) 平均 ±SD	

4 在宅復帰・地域医療連携力の向上

高齢化の進展に伴い、都内 65 歳以上人口は今後長期にわたって増加（2000 年：191 万人→2025 年：343 万人）し、特に 75 歳以上人口は約 2.8 倍に増加（2000 年：75 万人→2025 年：206 万人）する。都内において高齢者を含む世帯のうち、高齢者のみの世帯の割合は 52.4%と高齢化が目立ち、また高齢者世帯の持家比率は約 7 割であり、残りの 3 割は賃貸などの居宅・施設入所などで、医療・介護を考えるうえでも経済的に大きな課題がある。

高齢者の居宅を含め、医療・介護は大変重要な課題ではあるが、本節では、急性期入院後の在宅復帰・地域医療連携力の向上に関わる、東京都の事業に関して述べたいと思う。

適切な医療体系において、在宅療養は重要な位置を占めている。病院を含み施設系では、ある程度十分な介護・看護を受けられるが、経済コストが大きい。在宅療養においては家族に介護負担があり、介護サービスは必要程度の介入となり、経済的負担も増加し、なおかつ人的な負担が大きいところである。

入院後の在宅復帰には、さまざまな条件がある。以下に列挙してみる。

1. 介護力

家族介護が十分あれば申し分ないのだが、都市においては、それを望むのは難しい。家族の誰が介護の中心となるかが大きな問題となる。介護保険が施行されてから、ますます誰が介護をするべきかの問題が大きい。核家族社会において、老々介護・認々介護が叫ばれ、家族は遠方であれば誰が介護すべきか大きな問題となる。

2. 住居

十分な安静加療ができる空間があること。住居には高層階よりは低層階が介護しやすい。当然、持家か賃貸かは、大きな経済問題となる。

3. 経済

厚生年金・国民年金・生活保護などで在宅療養の難易度に違いがある。

4. 在宅医療に適する疾病

在宅医療モデルとして、認知症、脳卒中、廃用症候群、がんなどが挙げられるが、最近では小児の在宅介護、呼吸器をつけた在宅医療など幅広く慢性疾患に広がりがある。さらに、地域での十分な介護サービス資源、ショートステイなどを活用したがんばらない介護など、長期療養生活において介護者を孤立させない仕組みが必要であり、高齢患者は、罹患後のうつ状態も少なくなく、対策も必要となっている。現実的には、高齢者家族が急性期疾患による入院を契機に施設入所もみられるが、都内では介護施設は十分ではなく、遠方の施設入所も選択の一つとなっている。

● 在宅医療を推進するための仕組み

(1) サービス提供者の医療ニーズに気づく力の育成

病診連携推進への周辺整備と、在宅医療へのスムーズな介入のため、ケアマネジャーや介護職の医療知識の必要性がいわれている。都内のケアマネジャーは85%が福祉系出身のため、医療系出身に比べ医療的介入には難しい点も多々ある。そのため、東京都では在宅医療の医療ニーズに気づけるよう、ケアマネジャーに対し「在宅医療サポート介護支援専門員研修」、介護職には「介護職員スキルアップ研修事業」が、平成21年度より行われた。

在宅医療では、医療機関が在宅患者に疾患の治療を行っているが、病院医療とは違って医療職は、毎日在宅で患者に接してはならず、新たな緊急性のある医療的なニーズは、速やかに医療機関に連絡がなければ、適切に介入することはない。家族が気づかないところを、居宅に介入する介護職員が、患者の症状に緊急性があるか、医療的介入が必要であるか気づければ、在宅医療レベルが引き上がることになる。

二つの研修では、研修受講者の熱意が強かったことに驚かされた。特に介護職員は、まとまった医療的研修を受ける機会が少ないと聞いている。これからのよりよい在宅医療を考えるうえで、この研修は大切な手段と考えられる。

平成21年度 在宅医療サポート介護支援専門員研修プログラム

研修日程	研修課程
1日目	医療連携を取り巻く環境について（オリエンテーション含む）
	気づきに必要な医療の知識 ①認知症
	気づきに必要な医療の知識 ②脳卒中
2日目	気づきに必要な医療の知識 ③がん医療・緩和ケア
	気づきに必要な医療の知識 ④医療ニーズに応じた人体の構造と機能
	介護に必要な医療（補助）行為
3日目	歯科医療の知識と口腔衛生
	日常生活における変化の見極めと対処方法（口腔衛生）
	薬の知識と薬剤師の仕事
4日目	在宅介護の医療知識と訪問看護
	リハビリテーションの知識
	地域医療ネットワーク
5日目	医療の視点を持ったケアマネジメント（演習）①認知症
	医療の視点を持ったケアマネジメント（演習）②脳卒中
6日目	医療の視点を持ったケアマネジメント（演習）③がん
	医療の視点を持ったケアマネジメント（演習）④その他 （ALS、パーキンソンなど）
7日目	日常生活における変化の見極めと対応方法 ①褥瘡ほか
	日常生活における変化の見極めと対応方法 ②転倒、骨折
	日常生活における変化の見極めと対応方法 ③精神症状
	ターミナルケア・在宅死（終末期のプラン）
8日目	連携の手法 ①入院時、退院・退所時の情報提供
	連携の手法 ②院時カンファレンス
	連携の手法 ③地域における組織的な医療職との連携事例
9日目	グリーフケア
	効果測定

平成 21 年度 介護職員スキルアップ研修事業カリキュラム

		科目名	ねらい
第一回目 6時間	総論	開講式	挨拶、研修の内容説明など
		医療的知識の必要性について	医療的知識の習得が、医療職などとの連携促進や緊急時の適切な対応、ケア全般における安全の確保に資するものであることを理解し、研修全体についての動機を得る。 医療行為とそれ以外（原則として医療行為ではないと考えられる行為）の区分、考え方を理解する。
		高齢者の身体と疾病の特徴（1）	高齢者の身体的・精神的特徴、加齢による変化について基礎的な理解を得る。また、生活習慣病や高齢者に多い疾病について学び、ケアに当たっての注意点を理解する。
		高齢者の身体と疾病の特徴（2）	（1）の続き
		認知症について	認知症の症状とケアにあたっての留意点を学ぶ。
		地域リハビリテーション	脳血管障害の後遺症に対するリハビリテーションの重要性の理解し、気づきに必要医療の知識を学ぶ。

		科目名	ねらい
第20回 6時間	各論	オリエンテーション	
		薬について	薬の種類と作用、服薬方法、副作用などのリスク、多剤併用による相互作用などについて学ぶ。
		口腔ケアと摂食・嚥下障害)	口腔機能と口腔ケア、摂食・嚥下障害と誤嚥性肺炎の予防について学ぶ。
		状態の観察と緊急時の対応	痛みやめまいといった症状、脱水や低栄養状態の発見、バイタルサインの測り方と注意点など、利用者の健康状態の観察方法を学び、早期に適切な対応がとれるようにする。また、観察に基づいた緊急事態の判別、救急通報や医療職などへの連絡のタイミング、応急的な対応について学ぶ。
		医療介入への気づき	事例に応じた医療の介入への「気づき」を学ぶ。
		誤嚥性肺炎とその他感染症	高齢者に多い誤嚥性肺炎について学ぶ。また、その他の感染症の種類と発生源、予防対策などについて学ぶ。
		医療的な配慮が必要な利用者などに対するケア(たんの吸引の取扱いなど)	在宅で介護職員が行うことが認められているたんの吸引について、その条件や具体的な手順、注意点を理解するとともに、必要となる医療職などとの連携についても確認する。 褥瘡の仕組みや予防方法、胃ろうや中心静脈栄養などの処置の概要について学び、利用者のケアに当たっての注意点を理解する。また、「原則として医療行為ではないと考えられる行為」(爪切り、浣腸など)を安全に実施する手順や注意点を具体的に把握する。

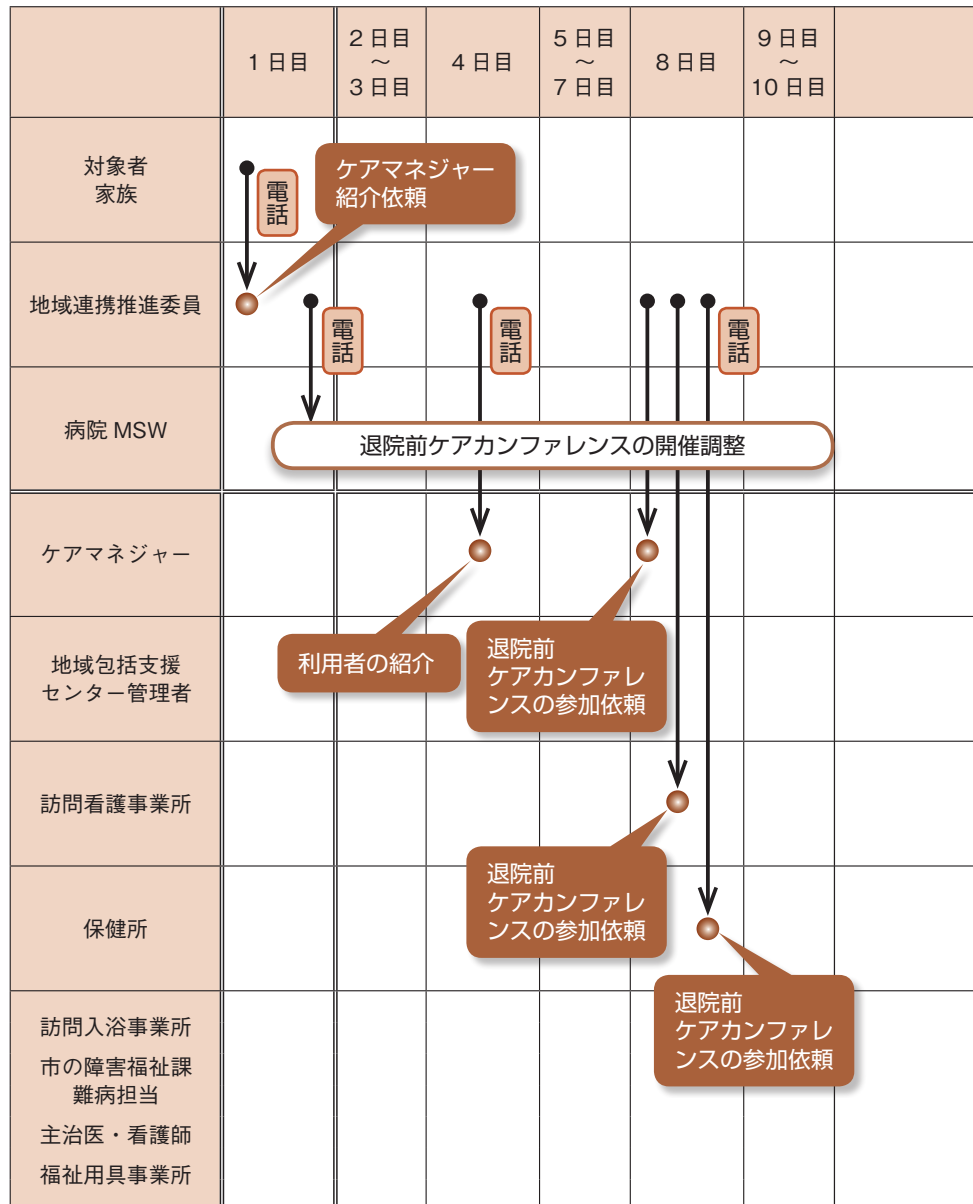
		科目名	ねらい
第3日目 6時間	演習	オリエンテーション・自己紹介など	3日目の研修目的を確認する。 受講者間の課題を共有する。
		緊急時の対応について考える	①講義で得た知識を活用し、特に「緊急時の対応」について考える力を身につける。 ②グループワークによりチームワークの重要性に気づき、事業所内や他機関と連携する力の向上を目指す。
		介護職が行う日常生活支援の中で、高齢者に多い疾病への対応について考える	①講義で得た知識を活用し、利用者の日々の変化に医療的ニーズがあることに気づく。 ②観察の視点や利用者の健康状態の確認方法について学ぶ。 ③具体的な対応方法について学ぶ。
		今後の行動指針の作成	学んだことを実践に活かすために行動指針を作成する。

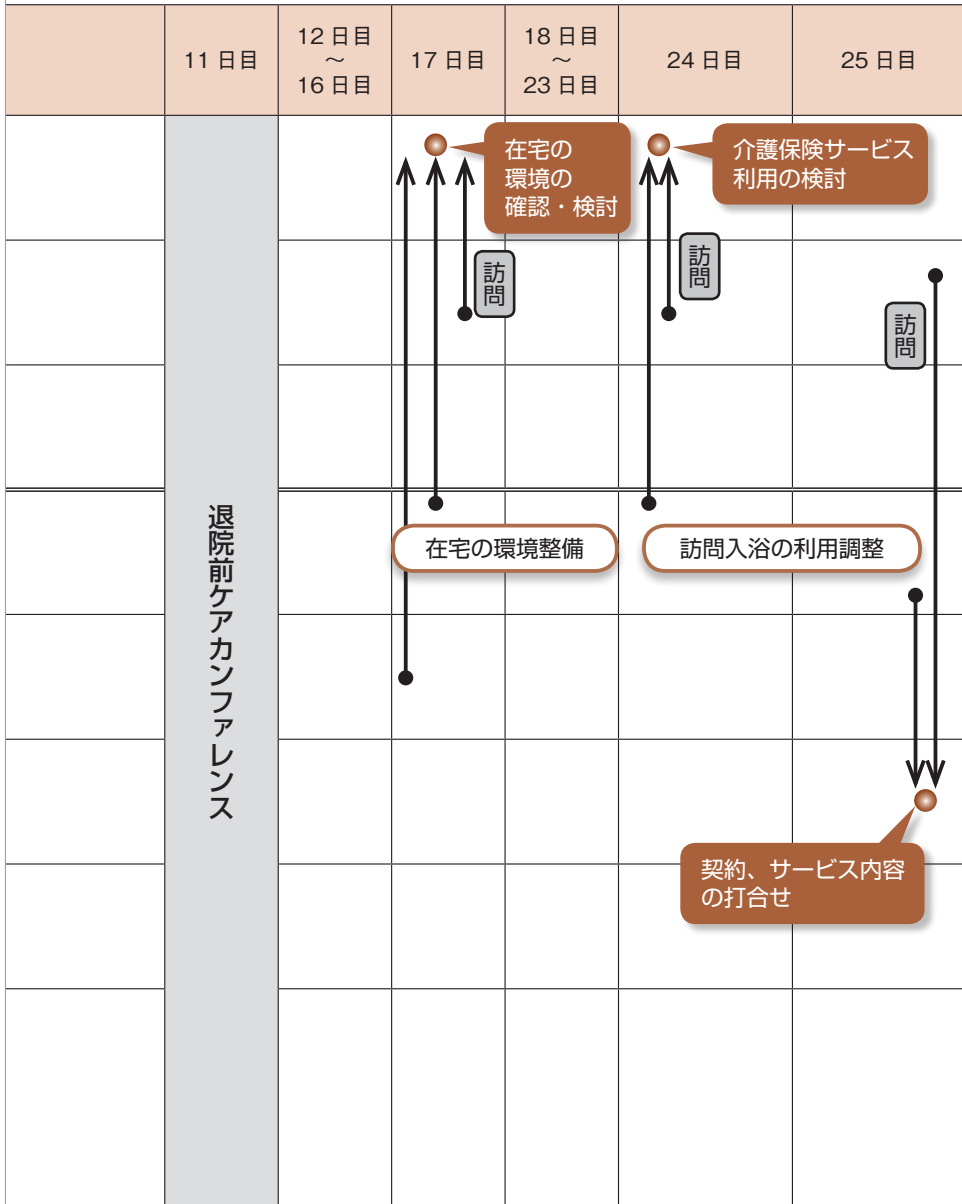
(2) 在宅医療ニーズと地域資源のマッチング力の醸成

在宅医療の整備とあわせて、一方では退院から在宅へのスムーズな移行が求められて、東京都が進めている「地域連携推進員配置事業」がある。これは医療職（この場合は看護師）が、病院および家族、関係各所と緊密な連絡をとり、スムーズな在宅医療の構成に寄与することが目的となっている。

事例を検討すると、地域連携推進員は時間的、空間的に多くの連携がなされていることが理解でき、それだけ在宅復帰には多様な連携が必然とされる。それに対し、決断力の乏しい高齢家族だけでは、在宅療養生活に移行するには時間がかかる。そこの手助けが、地域連携推進員の役割であり、時間短縮には必要と思われるが、時間経過をみても、それだけでは大きな時間短縮にはなっていない可能性もある。これからもさまざまな模索が必要である。

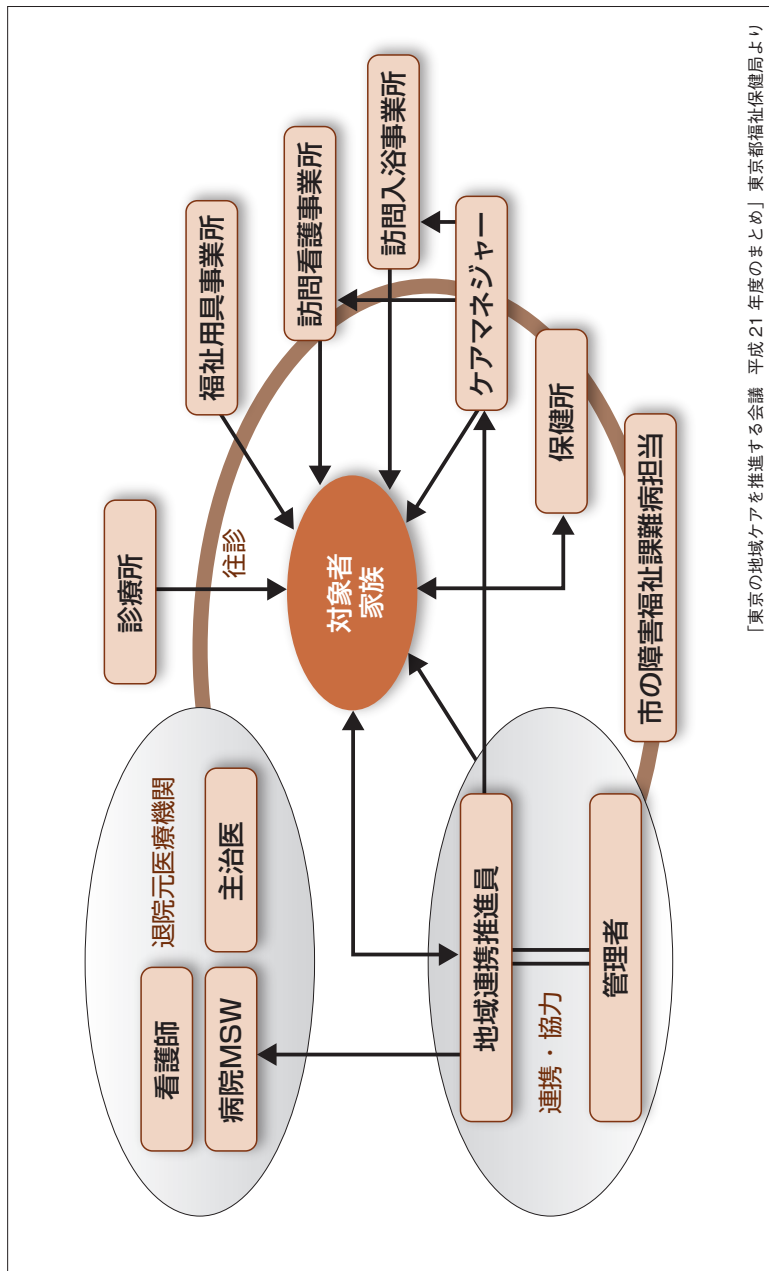
図 10 地域連携推進員の関係機関への働きかけにより、ALS 患者の在宅療養環境が
整いサービスの導入につながった事例 【時間と経過と連携の広がり】





「東京の地域ケアを推進する会議 平成21年度のまとめ」東京都福祉保健局より

図 11 事例の詳細 退院前カンファレンスによる情報共有



「東京の地域ケアを推進する会議 平成21年度のまとめ」東京都福祉保健局より

(3) 在宅医と病棟医の連携力の強化

現在、在宅医療は旧来の往診医から在宅医へと変遷している。もっとも旧来の往診医の役割も残っていることは、東京都のアンケート調査でも明らかである。

在宅医療の連携の充実として病棟医との連携は必須であり、病院ではDPCにおける急性期医療が求められ、患者のスムーズな在宅復帰には、在宅医療なくしては成り立たない現実がある。旧来の往診医と、24時間365日の在宅医療がからみあって、よい医療体制が模索されている。

上記を鑑み、東京都と東京都医師会では在宅医と病棟医が互いに理解しあうための「在宅医療相互研修」を施行したところ、多くの熱心な参加者を得ている。時期を得た研修でもあり、より積極的な連携を現場が必要としている事実である。いくつかの仕組みが大きく在宅医療に結びつく結果となり得る。

(4) その他

リハビリテーションの連携の充実、地域における在宅医療相談窓口の創設など、きめの細かい手法の構築が計画されているが、2025年に向けてさらなる準備が必要と思われる。

5 地域(在宅・訪問・通所)リハビリテーションの確立

● 急性期リハビリテーションの前置

リハビリテーションは、障害を持った人たちの最大限の能力を発揮できる生活の再構築が本質であるが、基本的には医療の一部として、リスク管理を受けながら、発症あるいは受傷初期より必ず専門的医療リハビリテーションが提供されるよう、「医療リハビリテーション前置の原則」を慣くことのできる体制づくりが必要である。

いわゆる回復期リハビリテーション病床に移る前から、局所の安静とは裏腹に廃用との戦いが始まっている。そして、必要十分な専門的リハビリテーションを受けることで、新しい生活の橋渡しがされるはずである。だが実際には、回復期リハビリテーション病床と呼ばれる専門病床も、その実数が不足している。そのため専門リハビリテーションを受けるにも、セレクションがかかってしまう。そのトリアージを行わなければならない急性期病院の医師、スタッフの役割も重要である。

● 在宅復帰、退院支援のリハビリテーションの導入

退院後のリハビリテーションは基本的に介護保険で、というのが国の方針であるが、専門職数だけでも少なくなる地域の現場では、リハビリテーションの観点から、専門職・非専門職が役割分担をして、個別のリハビリテーションを継続する方法が現実的である。

もっとも始めにトリアージされるべき入院リハビリテーションの適応や、専門職によるリハビリテーションの継続については、医療的管理となることから、かかりつけ医機能と考える。さらに、非専門職の中でも、訪問看護サービスによるリハビリテーション継続か、通所サービスによるリハビリテーション継続かなどのマッチングが必要になる。これもリスク管理のうえから、かかりつけ医の仕事とされるべきであろう。生活機能面の情報はケアマネジャーから収集可能である。

その際、通所系サービスの利用目的を知っておく必要がある。

通所系サービス利用の最大のメリットは閉じこもり防止、栄養管理と食の提供、入浴サービスの利用であろう。デメリットは、特に一日がかりのサービスについて、利用者本人の肉体的負担が思いのほか大きいことである。個別ベッドがないため、車イスにすわりっぱなしなどの問題点があり、もともと体力がなく耐久性の低い利用者には、利用し難い面を持つ。個別リハビリテーションの理念が普及し取り組まれているが、訓練士の確保や採算性に課題があり、施設ごとに対応が異なる。年齢や障害の程度にばらつきがあり、グループケアなどが試みられているが、人員が十分に配置できていない。

介護系スタッフによる、いわゆるリハビリテーション訓練の施行は、制度上の問題があるが、生活再構築の面で、リハビリテーションのノウハウを知り、それを利用した対応は有用である。欧米では、ボランティアをトレーニングによって失語症患者の話し相手として養成し、コミュニケーション能力の改善に有用だったという報告など、非専門職の人材育成によって、障害者を支援できるとされる報告が散見される。もちろん障害の程度が限られるが、いわゆる虚弱高齢者や介護保険の要支援者、軽度者では見守りや声かけなどに始まる生活リハビリテーションによる支援も有用である。

● 地域でのリハビリテーション専門職は「超職種」

最後に地域でのリハビリテーション専門職種のあり方について述べる。

“多職種協働”といわれる中、リハビリテーションは専門性を重視するあまり、それぞれの職種での特徴を強調しすぎるきらいがあるように思える。地域においては人材が少ないため、多職種とはいえ立場が異なる。一人の障害者に対して理学療法士、作業療法士、あるいは言語聴覚士がすべてそろうことはまれであり、理学療法士であっても、失語症や高次脳機能障害に対処しているのが現状で、“超職種”と呼ばれる多職種協働形態である。さらに、対象者が多様であり、幅広い臨床能力が要求される。地域リハビリテーションでは対象が子どもであったり、いわゆるがんに代表される終末期の人が対象のこともある。また、地域で実生活を営んでいる障害のある人々の多くは、併存疾患を多数持ち、障害も多重で入院患者よりも重度

であることもある。

問題の根源である地域での専門職不足は、訓練士においては今後解消される可能性はある。それは、訓練士の養成校が、驚くべき速さで次々にできてきているからである。その速さのために質が伴わないのではないかとの危惧もある。事実、実習施設の確保や教員不足で、臨床の現場にも影響が出ている。さらに、地域の現場で必要とされる専門職は、病院内で多くの専門職に囲まれた場所で仕事をするのではなく、いわゆる“アウェー”に一人で乗り込まなければならない能力が求められる。前述の“超職種”対応力だけでなく、あらゆる場面を一人で乗り切れる十分な資質は、接遇だけ考慮しても経験年数などが問われるところであろう。

● リハビリテーション医療の活用とアクセスの改善

現状で最初に取り組むべきは、十分なリハビリテーションの知識を、特に廃用症候群に対応できる素養を、医療者・介護職ともにそれぞれの立場で、身につけることであろう。

地域リハビリテーションでは、個人情報管理などクリアしなければならない問題が多々あるものの、地域リハビリテーションのノウハウの積み上げと効用の検証のために、データベースの構築も必要と考えている。

さらに、専門医はまだ少なく、地域にはリハビリテーション専門機関のインフラ整備も不十分であることから、システムとしてリハビリテーション専門医療に、誰でもアクセスしやすくすることである。そのための条件の一つとして、診療報酬体系がある。現在、主たる病院を退院後は、リハビリテーションに関連するところでは、医療保険または介護保険となっており、多くは医療から介護への一方通行である。必要なときに必要なだけ、双方向性にフレキシブルに対応可能な診療報酬体系が必要である。

2010年の診療報酬の改定で、がん患者リハビリテーション料が一定の条件のもと認められるようになったが、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、その他）の推進が提唱される中、QOL向上への支援の見地から、予防から終末期までそのほとんどを対象に、リハビリテーション医療のノウハウが有用である。リハビリテー

ション医学の各分野は、それぞれ徐々にエビデンスを積み検証されながら、最終目標である予防的介入（健康増進、障害発生予防、介護予防など）を目指している。各疾病対策において、理論上あるいは計画上“リハビリテーション”を謳うだけでなく、真の意味でのリハビリテーション医療の活用を今後おおいに検討すべきであり、その活動が、地域での医療・福祉・介護をつなぐコーディネーターとしての役割を果たすことを期待したい。

6 介護保険のバージョンアップを

現在、社会保障審議会介護保険部会で、介護保険制度改正に向けた検討が始まっている。平成24年度には、診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されていることから、改正の方向が注目される。

介護保険部会での検討にあたっては、平成22年3月に発表された「地域包括ケア研究会」報告書がベースになるといわれている。「地域包括システム」について「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義し、「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とするとしている。2025年の地域包括ケアシステムの姿を「地域住民は住居の種別（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持家、賃貸））にかかわらず、おおむね30分以内に（日常生活圏域）、生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間・365日を通じて利用しながら、病院などに依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」としている。

大変結構な提案だが、具体的に医療・介護・生活支援が誰の手で、どのような形で提供されているのか、高齢者が重度の要介護状態や認知症になっても、地域で生活している現実的イメージを思い浮べにくい。

また、地域包括ケア体制に向けた今後の政策課題として、①**在宅サービスの充実強化**（24時間対応、予防・リハビリテーションの強化や医療との連携促進など）、②**共助（保険制度）の強化とともに地域の実情にあった互助サービス**（見守りなどの生活支援）の推進、③**高齢者住居と在宅サービス拠点の一体的整備促進**（国交省住宅政策との連携）、④**施設の機能の明確化、資源の有効活用、個別ケアの推進、居住環境の改善**、⑤**介護保険事業計画に基づく介護基盤の計画的整備**（的確なニーズ把握と住まい、在宅医療、認知症支援などの視点を踏まえた計画づくり）、⑥**良質な介護人材の安定的確保とサービスに質の評価**、の6点が挙げられている。

介護保険制度だけで、高齢者の生活を支えるのは困難なので、他分野の

施策の拡充に期待する方向性は理解できる。

介護保険制度部会では、24年度の介護保険制度改正に向けたこのような論点が示され、活発な議論が展開されているが、どうも具体化しそうなものは、24時間短時間巡回型在宅サービスの強化くらいのようなものである。これとて狙いは軽度者に対する滞在型生活援助の見直しである。地域包括ケア体制の構築に向けてのバージョンアップに期待したいが、今後の論議にかかっている。増大する財政負担を賄う財源論なくしては、机上の空論になりかねない。

7 多様なニーズへの幅広い対応力の向上

患者の疾病管理は、病状が安定していれば、診療所の在宅医療のみで通常は完結しているスタイルが一番シンプルである。しかし、在宅で実施できる検査には限界があるため、疾患によっては定期的に病院で検査を行う必要性が生じる。また急性疾患においては、迅速に各種検査を在宅で実施することは困難なため、診断水準が病院と比較して相対的に劣るのも事実である。そのため、在宅医療を実施する診療所は、病院との連携関係を築く必要がある。

図 12 に在宅医療における病診連携モデルを示すが、患者と診療所・病院の関係は、下段につれて病院との関係が強くなっている。上段の後方支援病院型が一番シンプルだが、疾患の管理・評価の視点でみると、重症疾患や専門性の高い疾患には不十分でもある。しかし、ADL や体力が著しく低下している患者や、通院のための介護力が不足している患者では、在宅での診察と実施可能な検査の範囲内で、疾患を管理しているケースは案外多い。

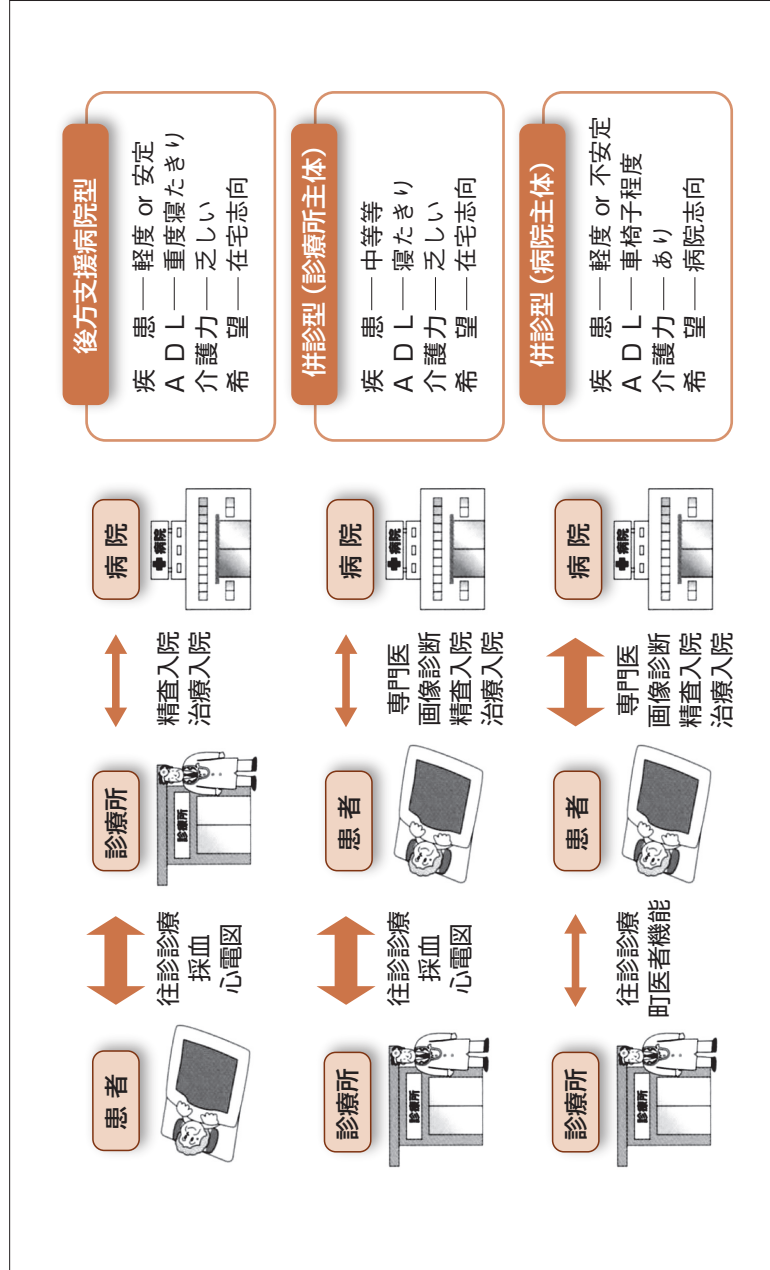
また、患者・家族の「在宅志向」が極めて強いケースや、元来医療拒否を貫いていたケースなどは、疾患の如何にかかわらず、ほぼ診療所のみで管理することになる。

中段の併診（診療所主体）型は、病院の定期外来の頻度を減らす効果が期待できる。疾患の管理・評価の視点でみると、ADL のみが障害されている後遺障害が主の安定患者には必要性がない。ある程度の定期的な検査・専門医の診察が必要となる重要臓器障害の疾患や、専門性の高い疾患に有用である。

下段の併診（病院主体）型は、病院の専門外来で主疾患を継続管理しつつ、診療所が急性増悪時の往診対応や一般診療などのかかりつけ医機能を受け持つ型である。ADL や体力が著しく低下している患者や、通院のための介護力が不足している患者では実施困難である。より専門性が高く精密検査が定期的に必要疾患の患者であるが、通常はこのようなケースに往診医を導入する発想はあまりないように思われる。

しかし、呼吸器疾患や循環器疾患などで入院を繰り返している患者には、

図 12 在宅医療における病診連携モデル



医師が患家に出向くことで生活指導や服薬管理が徹底され、感染症などの増悪因子や急性増悪時の初期治療を、往診で早期に実施することで、再入院を予防する効果が得られる。また、がん診療連携拠点病院などで実施される、外来化学療法の副作用への対応に、在宅医療は有効である。また、現状評価による必要度だけでなく、神経難病や悪性腫瘍、重要臓器不全などの患者では、予後を勘案して早めに介入することによって、緩和ケアや終末期ケアが在宅で必要になる時期までに、往診医と患者の信頼関係の形成と、往診医を中心とした訪問看護や介護職によるケアチームの構築を整えておくことができる。

以上のように、医師側からの疾患や日常生活動作（ADL）の評価、ケアマネジャーなどによる介護力の評価、そして患者や家族の希望によって、診療所と病院の役割分担が決定されることが、多様なニーズへの対応を可能にすると考えられる。

また、往診医に求められるのは専門知識や技術ばかりではなく、幅広い相談・診療能力である。頻度の高い急性・慢性疾患への対応能力はもとより、背景にある家族や社会的な問題、介護上の問題に助言できる能力が必要である。そして、患者の生活の質（QOL）や満足度をともに希求するために、従来の problem-oriented system (POS) などの問題解決型診療のように、患者のマイナス面のみを拾い上げるのではなく、患者のプラス面や生活の目標を目指す目的志向型診療を加えていく必要がある。

8 在宅医療への新たなアプローチ

● これからの在宅医療の実践へのベクトルを把む

(1) 治療優先、病院・施設偏重から利用者主体、尊厳の実現へ

在宅医療は、医療・介護サービスの提供、利用者のニーズの多様性があり、現状のままでは満足できる状態ではない。今までは治療優先、病院・施設偏重となり、医療・介護の主体者である利用者への視点が欠けており、特に高齢者医療・介護においては顕著であった。高齢者医療・介護において、最も優先されるべきことは「尊厳の実現」である。尊厳を暮らしの場で具現化するためには、医療・介護の現場において、問題解決型のチームを組んでトータルケアサービスを提供し、自己完結から地域完結の手法を実現するべきである。

そのための医療・介護の供給体制は、地域に基盤が置かれ、訪問診療、訪問看護、通院、通所、施設医療が適切に24時間、365日保障されなければならない。患者本人の意思に沿った一貫性のある自由な人生を全うするためには、地域内連携のチームによるサポートが多職種協働で実現され、それを支援するのが医療者としての責務であり、使命でもある。

(2) 外来診療と訪問診療の両立をめざす

近年、医療の専門分化が進んだことと、医師が離れた自宅から通勤しているビル内診療所が増えているため、「外来診療のみ」または「在宅診療のみ」という診療形態をとっている医療機関が多くなった。地域密着型の医療を実践するためには、外来診療と訪問診療の両立が理想である。そのような診療体制を目指している医療機関では、外来診療と訪問診療を一定の比率でうまく両立している。訪問診療に対する時間と人材の配分は、各医療機関の成り立ちや管理者の考え方による運営方針や、患者からの要望などにより大きく異なる。

往診の要請があったときの臨時往診のみを行ってれば、一時的な対応で済むため、在宅医療の体制整備は必要ない。外来に通院している患者のADLが低下し、通院困難になった場合、自らが訪問診療を行うか、ある

いは在宅医療専門医療機関に紹介するかは、個々の担当医の考え次第である。外来通院している患者を、在宅でも継続して診療することは、地域医療の理想的な形態であり、外来診療の継続のもとに在宅医療を行うことに意味がある。地域医療の担い手として、総合診療医としての機能を発揮するためには、診療所の身の丈にあった医療圏を設定し、継続的に家族全体を診ていく必要がある。

(3) 孤立を前提に社会システムを創造する

多くの患者は、「住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい」と望んでいるが、住宅事情の悪化や介護者が不足しているため、現実的にはかなり困難である。特に、独居や高齢者世帯では、病状としては訪問看護ステーションの利用やデイサービス・ショートステイの利用で在宅療養が可能であっても、家族による介護力不足の問題により、在宅医療が不可能な事例が増加している。

今後、独居老人が増加し、介護者の不足のため在宅医療や在宅介護が成立しない地域社会になると予想される。統計上は家族同居となっても、実際は共働き世帯で、時間的にも経済的にも看護や介護に手が回らず、日中は高齢者のみの独居となるので、極端な場合は介護放棄にまで発展してしまう。「入院から在宅療養へ」という行政側の方針は、家族構成の核家族化や住環境の悪化、経済状況の悪化により達成が困難であり、医療保険、介護保険の見直しのみならず、社会全体のシステムを変えていかなければならない。

● 在宅医療のニーズが高まる背景を知る

(1) 疾病構造の変化と多死の時代が到来

高齢化社会の到来により、我が国の疾病構造も大きく変化した。すなわち、生活習慣病などの慢性疾患に加えて、老年期の脳血管疾患による後遺障害や、悪性腫瘍、心臓・肺・腎臓などの重要臓器不全が占める割合が増加した。要介護状態の高齢者においては外来通院が困難な患者も多く、訪問診療（往診）による疾病管理の需要が高まっている。また、中心静脈栄養や酸素療法などの、従来は主に病院内で実施されていた治療法について

も、保険診療上の在宅での管理が可能となっているため、在宅医療の導入によって、早期に病院から自宅への退院が可能になってきた。2008年の我が国の死亡者数は114万人を超え、年間160万人まで増加する多死の時代に入った。

(2) 高齢者の増加する現状

2009年9月の65歳以上の高齢者人口は2,898万人で、総人口の22.7%を占めるに至った。なかでも女性は初めて65歳以上が25%を超え、4人に1人が高齢者となった。世帯別で見ると、65歳以上がいる世帯は2008年で1,821万世帯と全世帯の36.7%を占める。このうち414万世帯はすでに独居高齢者である。

我が国の高齢化は、今後さらに急速に進行すると予想される。人口減少社会に加えて、2015年にはいわゆる団塊の世代が65歳以上を迎える。病気を抱える要介護状態の独居高齢者や老々世帯では、通院すらままならぬ状況にある。また、増加する高齢者医療費の抑制策として、長期の社会的入院を解消する取組みが行われているため、地域には退院を余儀なく促されて自宅に戻る患者や、経済的事情から入院できない患者もいる。高齢者が住み慣れた地域で療養生活を送るには「在宅医療」を中心とした「ケアシステム」の構築が必要になっている。

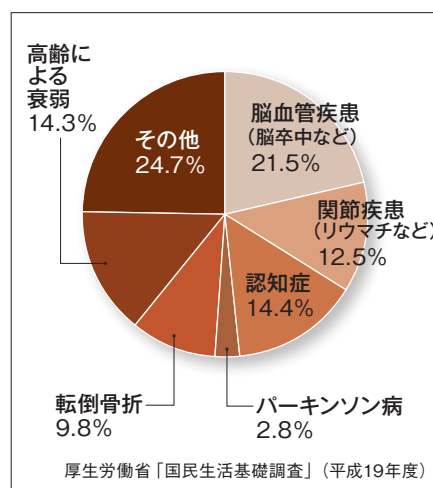
2006年4月の診療報酬改定では、在宅医療の中心的役割を担う医療機関として、「在宅療養支援診療所」がスタートした。疾病を抱えた高齢者が、できるだけ家庭や地域で療養しながら生活が行えるように、24時間の対応と病院や介護サービスとの連携強化を主眼に据えた制度である。また、「外来診療」を主とする一般的な診療所が実施する「24時間対応型でない往診」も、高齢者が住み慣れた地域で療養生活を送るためには大切な機能である。

(3) 増加し続ける在宅医療の比重

高齢者の要介護の原因となった疾患の割合を(図13)に示す。実際の在宅患者には、これらの疾患に加えて悪性腫瘍や血液疾患、重要臓器不全の患者が多く、状態が不安定で、介護度や医療処置の依存度が高くなるほどに「在宅療養支援診療所」に求められている機能が必要になってくる。

地域に「がん診療連携拠点病院」が整備されてきたが、この連携パスでは、治療から緩和ケア・終末期に病期が移行してくれば、病院よりも在宅医療が担う役割の比重が増すことは確実である。また、今までも急性期病院での治療を終えた高齢者は自宅などへ早期の退院を促されてきたが、2010年4月からは診療報酬上も「在宅移行早期加算」が新たに設定されたことで在宅患者の重症化は一層進むと思われる。

図 13 65 歳以上の要介護の原因（全国）



● 病院にも在宅療養支援診療所にも求められる療養環境の整備と協力

療養者の重度化が進む以上、必然的に今後の在宅医療は「在宅療養支援診療所」がその中心的役割を担うことになってくる。ここでの在宅医療は、通常1次～2次救急で対応する急性疾患や外傷なども可能な限り往診で初期対応するため、少なくとも採血キットや点滴・注射薬、縫合セット、ショック時の救命セット、心電図、パルスオキシメーターなどの検査器材などが必要である。

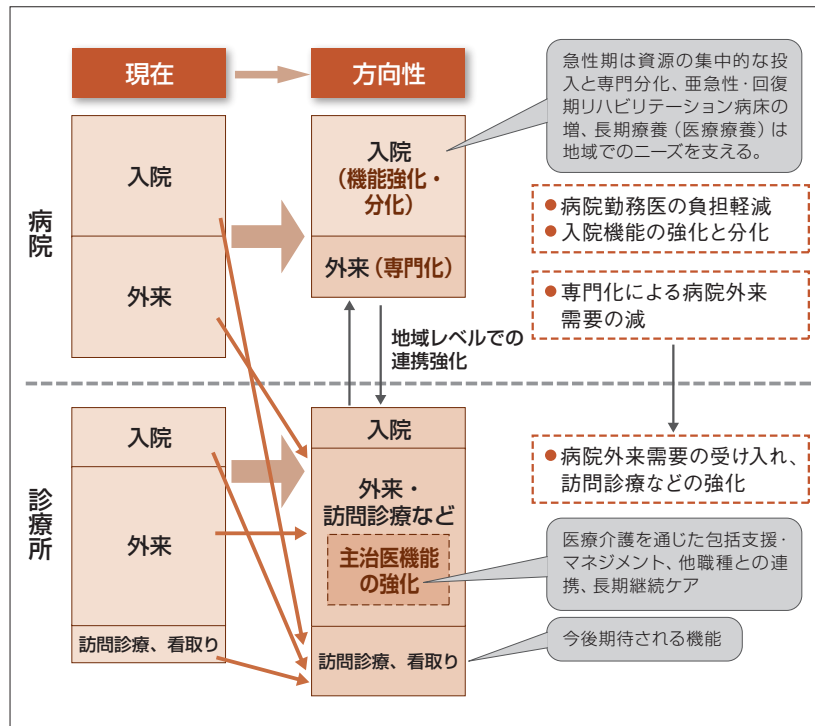
日常の医療行為に関係する、創傷・褥瘡処置、気管内吸引、気管切開、在宅酸素・人工呼吸器、尿路カテーテル、人工肛門、腹膜透析、経管栄養、自己注射、末梢点滴、中心静脈栄養などは、医療者の指導のもと、患者もしくは家族自身が正しい理解のもとに習得し実施することが前提条件である。当然のことながら、訪問医と訪問看護師では、日常のこれら行為と不測の緊急時の対応を、すべて訪問で迅速に実施することは物理的に困難である。妥当な療養環境が整備できることを確認せずに、退院後の自宅での療養を許可した場合は、退院時の病院医師と引き受けた在宅医は、療養上の包括的責任を負うことになってくる。

9 2025年問題 在宅医療の需要と供給

2009年度の医療費が過去最高を更新して35兆3千億円となり、2009年度の介護費が7兆5620億円であり、合わせておよそ43兆円となる。伸び行く社会保障費に対して、「入院」から「在宅療養」の方向性が現実的なイメージであろう（図14）。

もちろん、在宅医療のもとに長期の在宅療養生活が、地域医療・保健・福祉を担う幅広い能力を有する「総合医」が医療・介護のマネジメントをするべきである。それには、医療・介護従事者のマンパワーが必要であり、その育成も大きな課題である。

図14 「入院中心」→「在宅・訪問診療などの強化による地域での療養中心」といった方向性のイメージ



高度な医療から急性期そして慢性期の病期にあわせ、1次から3次医療圏・生活圏の医療・介護サービスネットワークのイメージが必要であり、介護度や経済力にあわせた居宅を創設しなければならない(図15)(図16)。

以上の事実を十分理解しながら、高齢人口のピークを迎える2025年問題にも一言触れてみたい(図17)(図18)。

図15 医療・介護提供体制にかかる課題
～地域医療・介護サービスネットワークの構築～

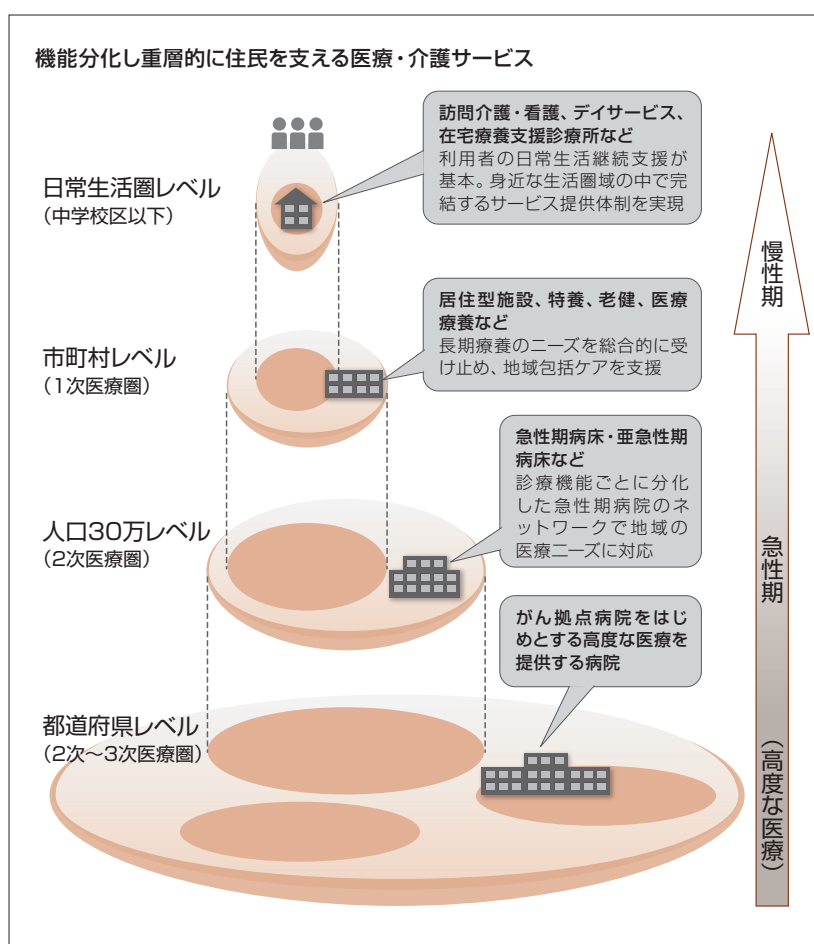


図 16 改革のイメージ [必要医療・介護を確保し、質の高い公立的なサービス実現]

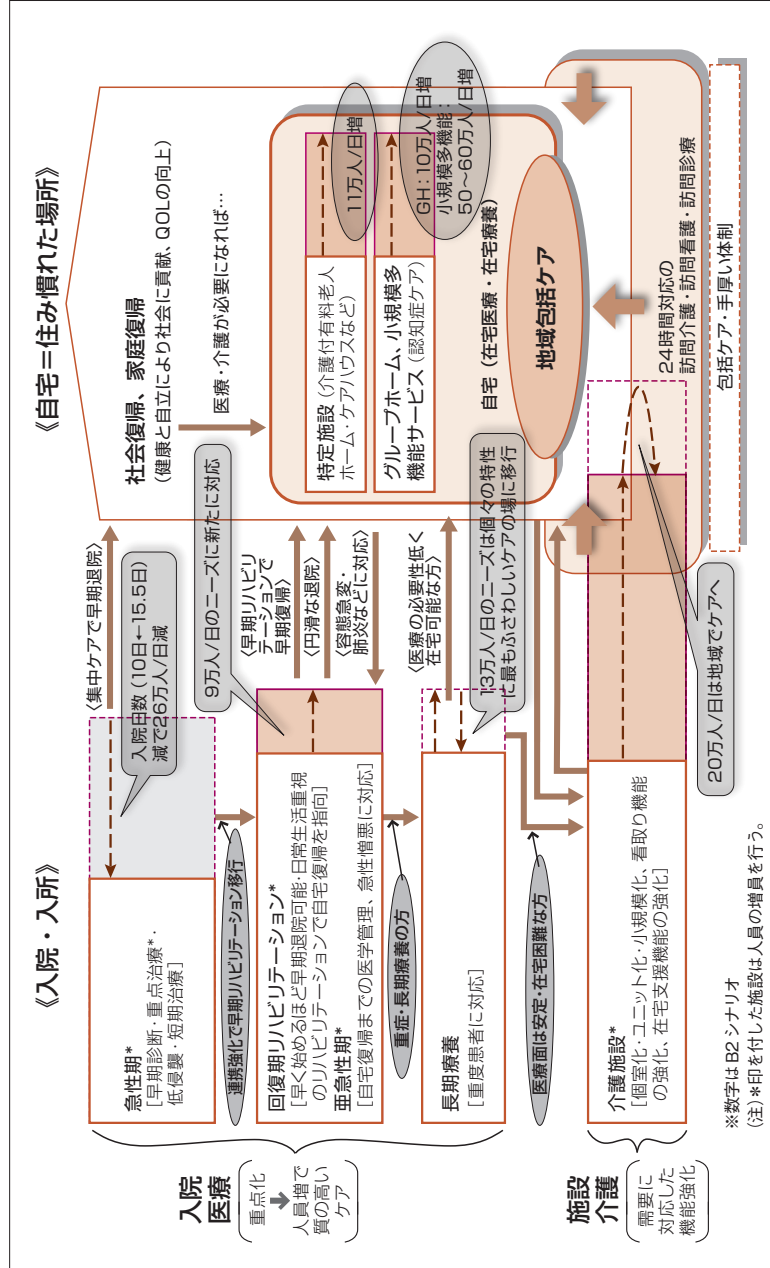
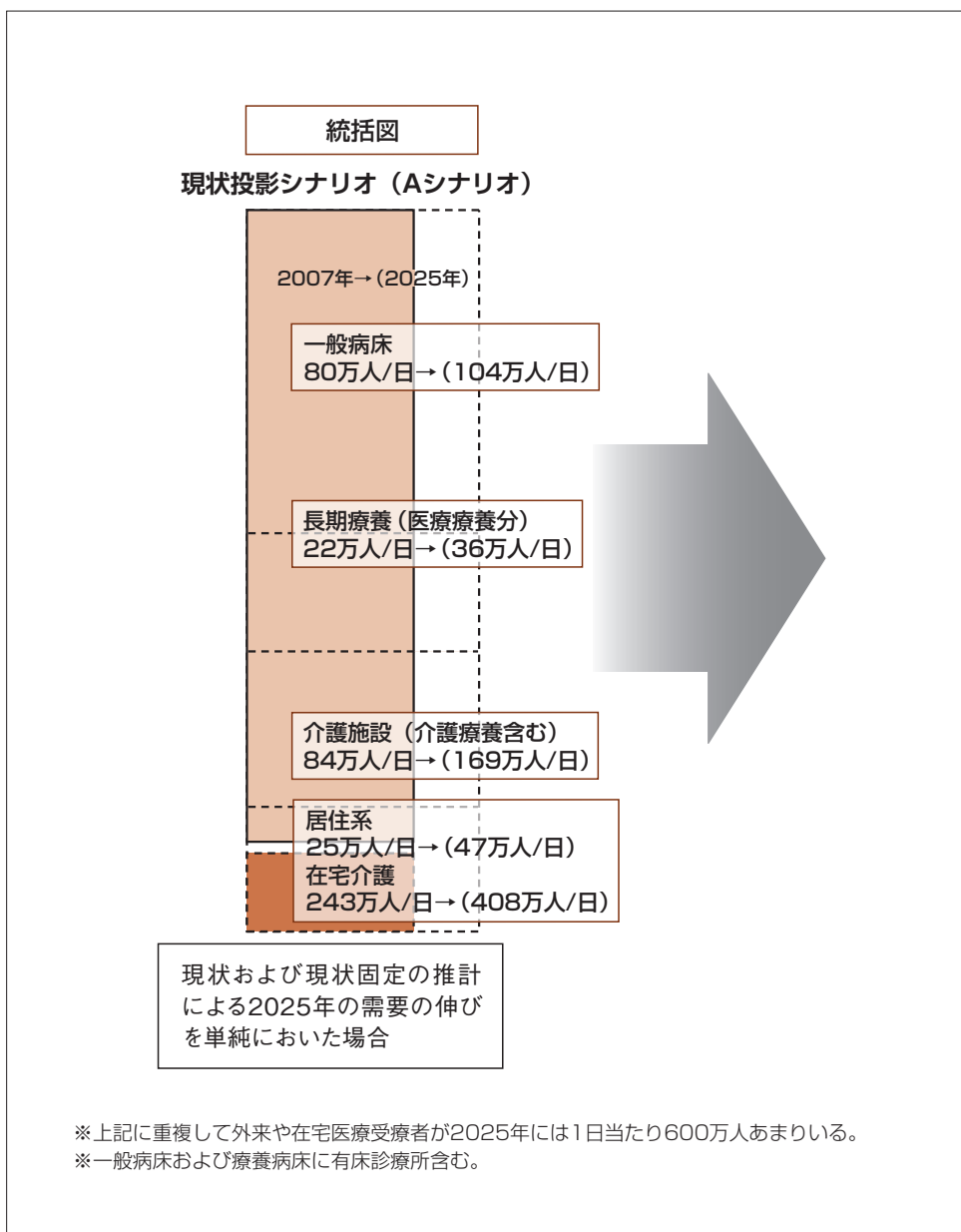
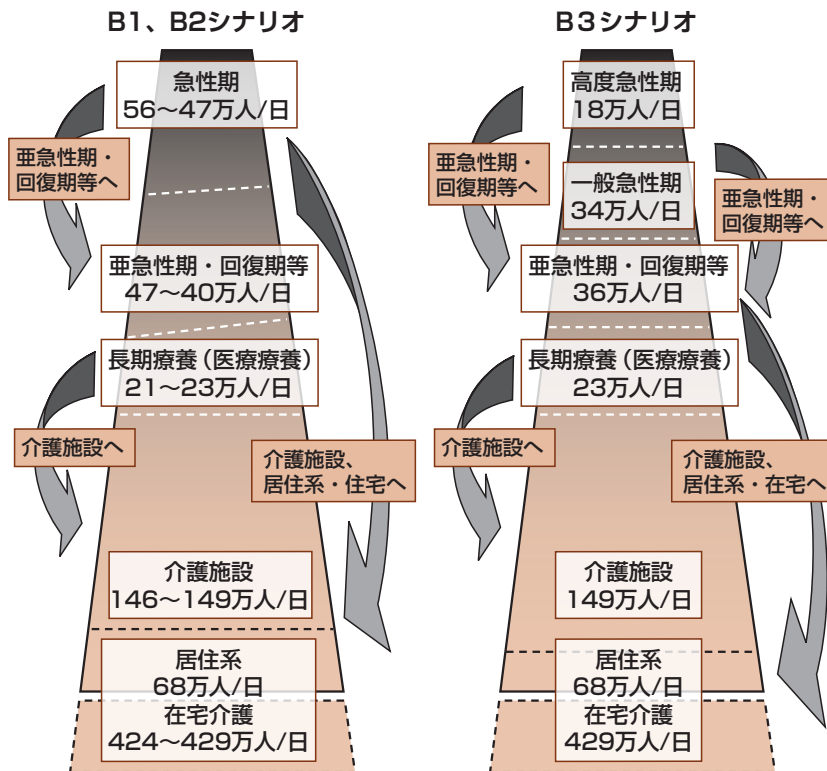


図 17 医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数など）のシミュレーション



大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである



一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護などの提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

図 18 入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数など）のシミュレーション

	2025年			
	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	現状 (2007年) 【一般】103万床 【病床】78% 20.3日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 20%増	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増	高度急性26万床 退院患者数 70% 34万人/月 16日 一般病床の職員の 116%増 ・一般急性49万床 退院患者数 70% 113万人/月 9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	(参考) 急性：15.5日 高度急性：20.1日 一般急性：13.4日 亜急性期等：7.5日 退院患者数 140万人/月	52万床 退院患者数 90% 19万人/月 75日 コメデイカル等を 20%増 退院患者数 141万人/月	44万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメデイカル等を 30%増 退院患者数 141万人/月	40万床 退院患者数 90% 20万人/月 60日 コメデイカル等を 30%増 退院患者数 113万人/月
長期療養 (医療療養)	23万床 93% 退院患者数 154万人/月	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健 (老健+介護療養)	84万人分 42万人分 42万人分 (老健+介護療養)	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

(注) 各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合はその内容を記載。

シナリオ A は現状の制度のまま 2025 年を迎えたときの想定患者数を示している。居住系および在宅介護人口が 2 倍弱増加し、それだけ在宅医療も求められていることになる（図 19）。

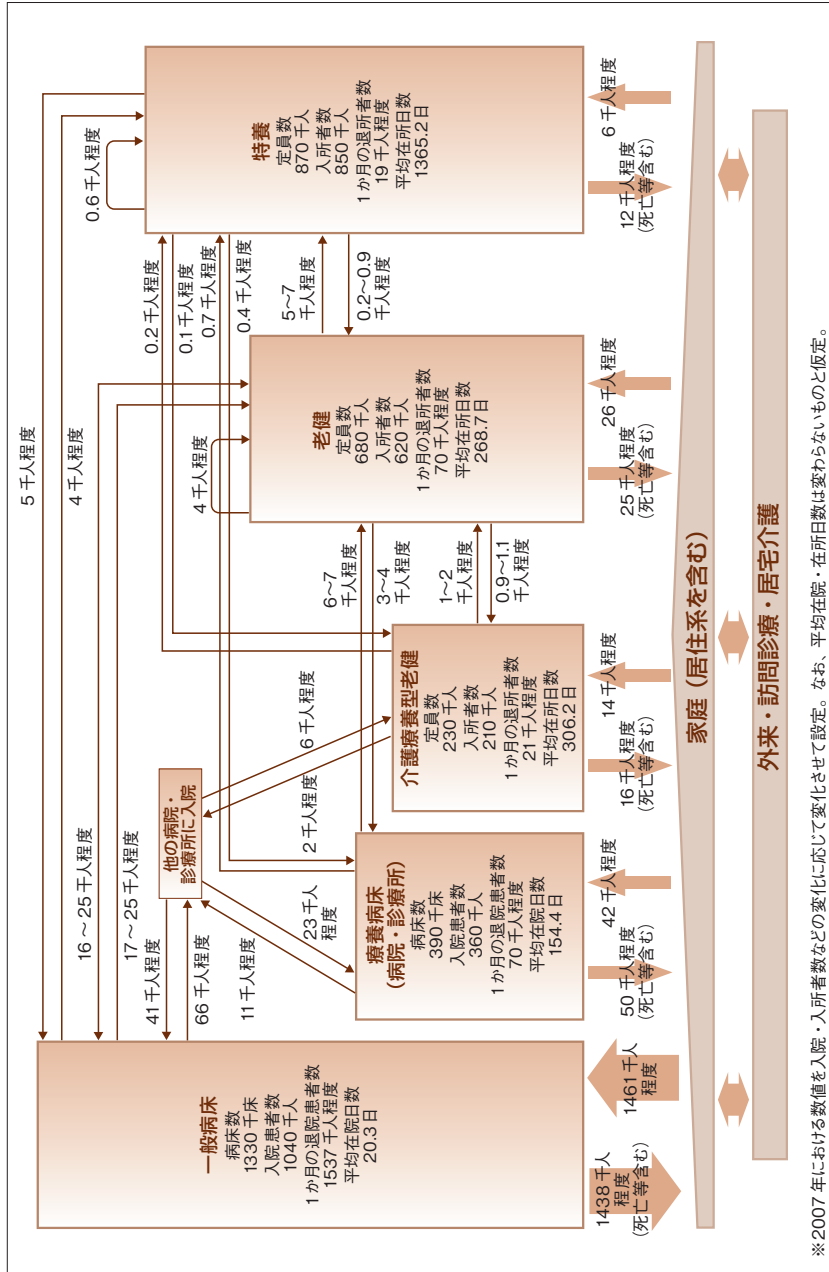
シナリオ B は医療コスト削減のシナリオで、急性期・亜急性期を調整し、さらに居住系および在宅介護を増やしている。各 B シナリオはそれぞれ特徴がある（図 20）。23 年末には療養病床の変更が控えているが、さらなる在宅医療の増加は間違いのないところある。

A、B いずれのシナリオにしても、在宅医療の増加に対応が必要であり、医療・介護がチームとなり連携も望まれるところである。しかしながら、その望まれる連携が難しいのは、専門職（医師だけでなく、歯科医師、ケアマネジャー、看護師、介護職、薬剤師、その他）は、それぞれの文化を持ちあわせて、理解するのに困難感のあることも事実である。それ以上に深刻な事実は、マンパワーの必要量のシミュレーションでは、B2 シナリオでも約 300 万人の医療・介護従事者が今後必要とされている。現在の制度のままでは、2025 年にはその必要とされる人数は、特に医師・看護師が不足することは明らかである（図 21）。

改革シナリオ 2025 年からみえる将来像はこうした現状の連携体制の問題点と人的問題点で解決の指針となる。

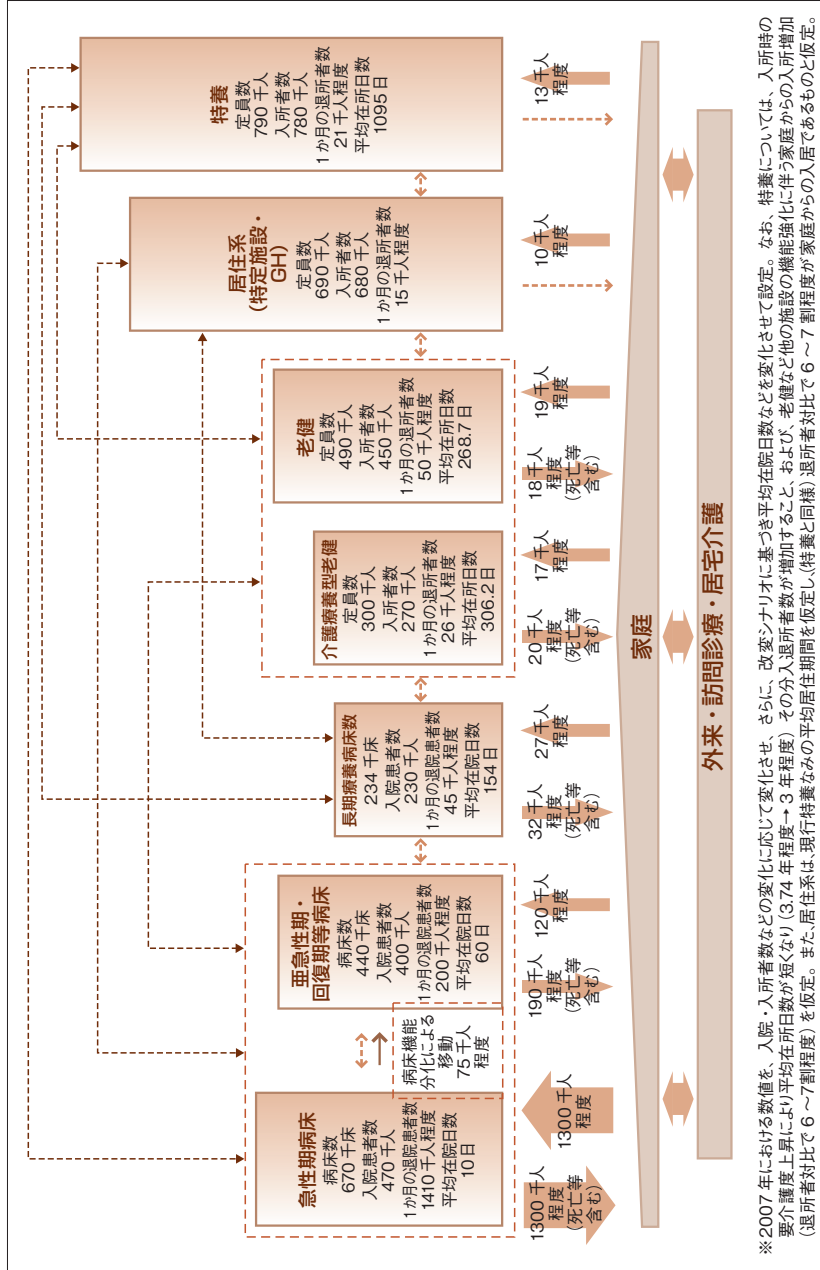
根本的問題の解決策は戦後日本の医療政策からはみえてこない。日本の医療には超高齢時代を迎え新しい医療理念が必要とされている。A、B シナリオは財源論から組み立てられたものであるが（図 22）、これからそのシナリオに理念を構築する段階にある。在宅医療の政策も当初は診療報酬制度の中で、医療費抑制の財源論で始まった。しかしながら今は財源論だけではなく確かな理念の中で運用されている。

図 19 現状投影シナリオ (A シナリオ)



※ 2007 年における数値を入院・入所者数などの変化にに応じて変化させて設定。なお、平均在院・在院日数は変わらないものと仮定。

図 20 改革シナリオ (B2シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数などの変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数などを変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在院日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、および、老健など他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6〜7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養のみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6〜7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

図 21 マンパワーの必要量のシミュレーション

	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医師	27.5万人 ~ 34.3万人	31.7万人 ~ 33.1万人	32.1万人 ~ 33.5万人	32.7万人 ~ 34.1万人	
看護職員	132.2万人 ~ 176.7万人	179.7万人 ~ 187.2万人	194.7万人 ~ 202.9万人	198.0万人 ~ 206.4万人	
介護職員	117.2万人	211.7万人	255.2万人	255.2万人	
医療その他職員	78.1万人	83.4万人 ~ 87.6万人	94.5万人 ~ 99.1万人	109.6万人 ~ 115.1万人	
介護その他職員	30.0万人	53.5万人	71.8万人	73.6万人	
合計	385.0万人	551.1万人 ~ 563.8万人	627.8万人 ~ 641.3万人	669.1万人 ~ 684.4万人	

- (注1) 実数の見込みを示したものである。
- (注2) 医師・看護職員・医療その他職員の非常勤の割合については、現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。
- (注3) 医師および看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期や亜急性期・回復期などの病棟に勤務する医師および看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、B1シナリオでは10%、B2・B3シナリオでは20%業務量が減ることを見込んだ（平成19年度厚生労働科学研究「真効率向上と職業間連携を目標とした病棟マネジメントの研究」を踏まえて計算）。看護職員については、医師の業務を分担する分、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。
- (注4) 介護職員は施設・居住系については利用者数の伸びを、在宅については利用者の伸びにより推計。Bシナリオでは施設のユニット化推進による職員増を見込むとともに訪問介護員については非正社員（1月の労働時間 61.7時間）が介護職員の非正社員（1月の労働時間 120.9時間）並みに勤務すると仮定して推計している。（財）介護労働安定センター「平成19年度介護労働実態調査」による。）
- (注5) 医療その他職員には病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、看護補助者、事務職員などが含まれる。
- (注6) 介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種などが含まれる。

図 22 シミュレーション結果 (2025年)
(経済前提Ⅱ-1の場合)

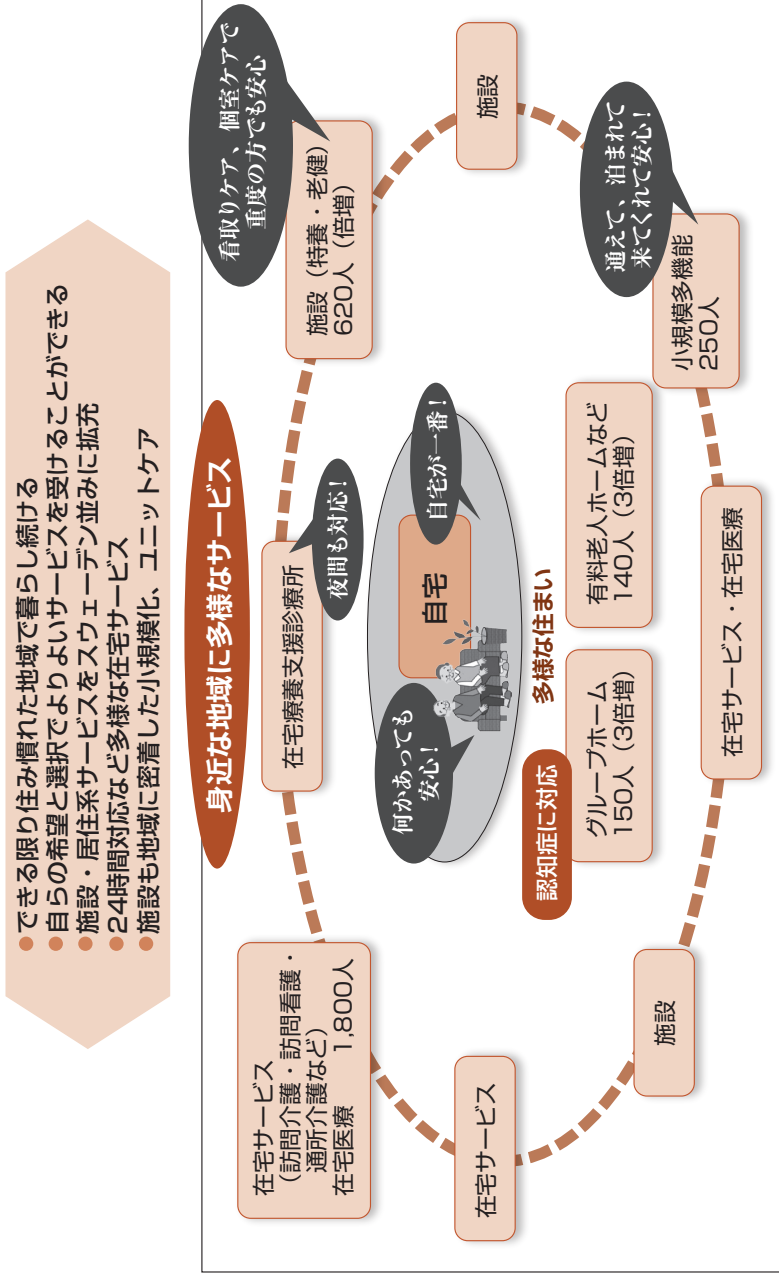
	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療+介護 対GDP比	7.9% 程度	10.8~10.9% 程度	11.6~11.9% 程度	11.6~11.9% 程度	11.7~12.0% 程度
対NI比	10.7% 程度	14.7~14.8% 程度	15.8~16.2% 程度	15.7~16.1% 程度	15.9~16.3% 程度
名目額	41兆円 程度	85兆円 程度	91~93兆円 程度	91~93兆円 程度	92~94兆円 程度
追加的に必要となる財源 (GDP比、消費税率換算)					
	現状 (2007年)	Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
自己負担	1.0%				
保険料	3.7%	+1.2% (2%程度)	+1.5~1.6% (3%程度)	+1.5~1.6% (3%程度)	+1.5~1.7% (3%程度)
公費 ^(※)	3.1%	+1.4% (3%程度)	+1.8~1.9% (4%程度)	+1.8~1.9% (4%程度)	+1.8~2.0% (4%程度)

※2015年の財源構成の粗い推計=どのシナリオも公費追加財源は消費税率換算1%程度
出典「これからの介護保険：老兵のつばやき」厚生労働省 新型インフルエンザ対策推進本部事務局 鈴木康裕

2025年モデルはつきつめれば財源論だが、高齢者社会の医療のあり方、救急医療のあり方、デンマークの救急病院の平均在院日数が4,5日であり、そのために住宅政策がしっかりと行われていることなどを考えると、B3モデルは妥当なモデルともいえる。超急性期病院以外の病院の在り方は在宅への流れの中で考えるのではなく、在宅からの急性期医療の引き受け手として、超急性期病院を経ない在宅救急病院のあり方も考えられる。これはあくまでも2025年を想定して考えたが、今後の議論が必要である。

数字の上から考えると、5万人の市に約1800名の在宅患者がいることになる。5万人の地域の診療所医師は70名から80名と仮定する。現在の地域の診療所の医師の在宅への取組みは約30%である。30%の内容は数名の在宅医療を行っていることが多い。現在の診療所医師が、在宅医療を継続するとすれば、約20名の医師が90名の在宅患者を持たなくてはならない。90名の在宅患者を持てば経済的にも十分機能する在宅医療体制ができ上がる。90名の在宅医療を行うには、必然とお互いに連携体制を組まない限り継続性は困難となる。現在の連携体制を考えると、在宅医療への取組みが違う診療所の医師を、無理に連携させることには根本的な問題がある。しかしながら2025年の在宅医療の需要と供給を考えると連携が必然となり、センターも必要になる。今私たちはその準備をしなければならない(図23)。

図 23 2025年の姿



- できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける
- 自らの希望と選択でよりよいサービスを受けられることができる
- 施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充
- 24時間対応など多様な在宅サービス
- 施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア

65歳以上：15,000人 (うち、75歳以上：9,000人)