

宇佐市の高齢者医療と介護、およびその連携についての一考察+

介護保険法施行までの老人医療福祉政策と宇佐市医師会

年代	高齢化率	主な医療福祉政策	医師会長
1960～70年代	7.10%	1961(昭和36年) 国民皆保険実現	渡辺勝海
		1963(昭和38年) 老人福祉法制定・特養創設	”
		1973(昭和48年) 老人医療無料化	佐藤敏胤
1980年代	9.10%	1981(昭和56年) <u>宇佐高田医師会病院開設</u>	桐田公弘
		1982(昭和57年) 老人保健法制定	”
		1989(平成1年) 消費税創設(3%) ゴールドプラン策定	松本一彦
1990年代	12%	1990(平成2年) 福祉サービス市町村一元化(福祉8法改正)	時枝正昭
		” <u>宇佐高田地域成人病検診センター開設</u>	”
		1993(平成5年) 療養型病床群創設	”
		1994(平成6年) 新ゴールドプラン策定	”
		1997(平成9年) 介護保険法成立 消費税3%→5%へ	”
2000年代	17.30%	2000(平成12年) <u>介護保険法施行</u>	上田征八郎
		2004(平成16年) 新医師臨床研修制度開始→ <u>地方の医師不足へ</u>	”

上記の表は1960年代から介護保険制度が開始されるまでを大まかに見たものです。時代背景をわかりやすくするため当時の宇佐市医師会の会長名を併記させていただきました。

1995年、社会保障審議会において「95年勧告」と言う「警告」が発表されました。21世紀を前に我が国が直面している基本的な問題を提起したもので以下が示されています。

- ① 戦後、個人主義の進展、個々人の人権が社会的に承認され自主性が重んじられるようになると同時に性差別の撤廃が社会的に支持されるようになった。このことは日本社会の進化として歓迎されるべきであり、今後の社会保障体系の中でも十分考慮されなければならない。
- ② しかし我が国では、農村などにおける伝統的な家族制度とその崩壊過程で、戦前から形成されてきたより近代的な家族制度とが重なり合いつつ解体に向かった。個人化の展開が急激であったこともあり家族による支え合いが低下、社会的には他者との連関が生活の中から取り残されようとしている。
- ③ 個人化が進展すればするほど他方で社会的な連関が問われ、連帯関係が同時に形成されなければならない。社会保障とは個々人を基底とすると同時に個々人の社会的連帯で成立するものであり、今後その役割はますます重要となるといわねばならない。

この95年勧告では「安心して暮らせる21世紀の社会を目指す」とし、社会保障推進の原則を全国民を対象とした「普遍性」、給付と負担の「公平性」、保健、医療、福祉の連携・調整等での「総合性」そして効率的な資源配分での「権利性、有効性」を掲げています。

しかし、「95年勧告」後、実際にはどのように変わっていったのでしょうか？私は次の3点を指摘したいと思います。

I) 明らかとなってきた日本型福祉社会論の限界

この頃（95年勧告）から高齢者介護が社会的にも重要な課題として提起され、そしてまた「日本型福祉社会論」という考え方が論じられてきました。しかし当時は低成長へと移行する過程であり、高齢化に伴う福祉関連の予算が増大することが危惧されていました。また日本型とはつまり欧州各国の福祉モデルとは異なり、高齢者への介護が必要となっても施設入所や訪問による介護に頼らずとも**家族による介護で対応できる**という主張でした。

しかしこれらの論議とその後の社会の実態とは大きくかけ離れていきました。つまり認知症や寝たきりの高齢者が急速に増加、長期化する介護で同居する家族では支えきれなくなってきました。実際に親と既婚の子供世代の同居率が、1980年に52.8%であったが、1990年には41.9%、95年には35.6%と急速に低下、そして2016年には11.4%にも低下しています。（国民生活調査）

結局この30年余りで、家族介護で乗り切るという日本型の福祉社会論は**完全に破綻**してきている。そのような現実を踏まえて、家族が行うのが当然とされた高齢者の介護を、社会全体で支えようと2000年4月から**介護保険制度が始まった**わけであります。

しかしそれでも現実にはやはりいろいろと問題があります。

II) 高齢者の希望と乖離してきている我が国の現状

以下は「厚生労働白書2016年」および「内閣府国民生活調査2014年」から見たものです。

① 「年をとってから生活したいと思う場所」「老後をどのように暮らしたいか？」

65歳以上の高齢者の75%は自宅での生活を望み、70歳以上の62.2%は今でもなお圧倒的に家族との同居、近居を希望しています。

② 「実際に介護が必要となったときどこでどのように介護を受けたいか？」

自宅で、家族または外部の介護サービスを受けたいと希望する高齢者が70%以上を占めています。この結果は、今では後期高齢者となった昭和ひとけたから戦前生まれの世代にはその両親を自宅介護しながら暮らしてきた経験から、私は当然のことと思います。

③ 「65歳以上の高齢者のいる世帯数の構成割合」

結果は過去30年の間に単独世帯が13.1%から26.3%と2倍に増加。夫婦2人のみが18.2%から31.5%へ、高齢単独または高齢夫婦のみの世帯が31.3%から57.8%とやはり2倍に増加。一方で3世代世帯は44.8%から12.2%へと激減しています。

④ 「都市規模別にみた高齢者（65歳以上）の人口指数の推移（2010年を100とする）」

人口10万ないし5万未満の地域では2020年をピークに高齢者の人口指数は低下していきます。（宇佐市はこれに該当）一方人口10万以上の中大都市では2040年に向けて高齢者人口はますます増加していきます。この点（地域によって高齢者人口指数の差）

が今後さらにはっきりとしてくる事)が今後の在宅医療介護について考察するうえで極めて重要な点だと考えます。

Ⅲ) 在宅と言う名の介護入所施設の激増

高齢者向け住まい、施設が介護保険制度開始後いかに急速に増加してきたか。改めて述べることもないのですが、当初は特養等への入所待機者の増加が指摘され、特に都市部において特養の救急整備を推進。さらに国土交通省と連携しながら緊急対策としてサービス付高齢者住宅の整備を進行。そしていわゆる有料老人ホームが介護保険制度開始後平成14年頃から増加、現在もなお驚異的に増え続け、今では全国的にコンビニの件数をはるかに超えているとも言われています。このことは前述の高齢者単独または高齢者夫婦のみの世帯の増加、多世代世帯の減少が齎したものでしょう。

.....

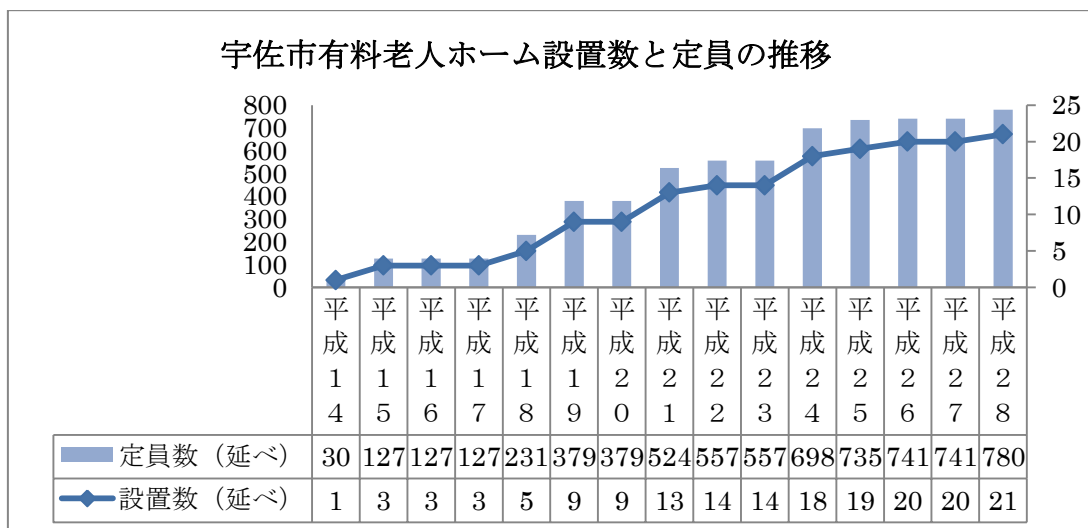
それでは以下、宇佐市について検討してみます。

今取り組んでいる医療介護連携推進についての問題点について私見を述べてみます。

まず第一点として、前述の「地域の介護入所施設の急増」があげられると思います。

ご存知のように全国的に民間の介護入所施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等）の急増が見られています。有料老人ホームだけでみても高齢者人口当たり入所定員は大分県が全国第2位、宇佐市が大分県第1位。75歳以上人口1,000人当たりで見ると大分県全体で37.8人、宇佐市が63.4人そして中でも安心院院内地域では75歳以上人口1,000人当たり入所定員は192人と断トツです。（平成27年7月現在）

下図は宇佐市の有料老人ホームの設置数・定員数の推移を見たものです。



(大分県ホームページから)

介護保険制度は、平成12年(2000年)4月にスタートしました。宇佐市では平成14年に1か所、15年に2か所有料老人ホームが開設され、その後平成18年から急速に増

加し平成 25 年には市内で 19 か所、その定員数は 700 を超えました。そしてその後も穏やかに増加を続けています。更に平成 23 年「地域包括ケアシステム」拡充の施策として創設された「サービス付き高齢者住宅（サ高住）」が全国的に急増、宇佐市でも 24 年 2 か所 25 年、27 年各 1 か所で合計 4 か所、現在定員合計 137 人です。有料ホームとサ高住で宇佐市では合計入所定員が 917 人となりました。なお更に 29 年 9 月現在、今後宇佐市内での有料老人ホームの事業開始を予定する届け出が 2 か所、定員 64 人とのことです。間もなく宇佐市の有料老人ホーム入所定員が 1,000 人を超えそうです。現在宇佐市の 75 歳以上の高齢者人口が 10,418 人、つまりほぼ 10 人に 1 人の入所が可能となります。この数字は介護が必要な人ではなく健康な人も含んだ割合です。

その他特養、老健そしてグループホーム等の介護保険入所施設を含むと数年後には明らかに介護入所施設はこの宇佐市では供給過剰となります。すでにその兆しは見られます。人口 5 万足らずの宇佐市では前述しましたように 2020 年をピークに高齢者の人口指数が急速に低下して行きます。この点が今後この地域の医療介護の善後策を講じるうえで極めて重要であり、遅きに失することのなきよう対応すべきと考えます。

下図は平成 29 年 9 月 1 日現在の宇佐市の有料ホーム、サ高住の設置状況を設置母体別に見たものです。

宇佐市の設置状況

有料老人ホーム（設置主体）	施設数	定員
医療法人およびその関連会社	12	516
民間法人またはNPO	9	264
有料ホーム合計	21	780
サービス付き高齢者住宅	4	137
総合計	25	917

宇佐市では有料ホームの設置母体は設置数、定員数ともに医療機関関連が目立ちます。因みに宇佐市のサ高住はその設置主体はすべて民間です。

（平成 29 年 9 月現在）

宇佐市の特徴としては医療機関が介護入所施設の大半を占める有料老人ホームを設置経営する割合がきわめて高いことです。有料老人ホーム定員の 3 分の 2（67%）が医療機関の経営する施設の定員です。このような状況下では「医療と介護の連携」を進めることはかなり大変であろうと思います。なぜなら当然これらの施設では入所者の医療はもちろん通所介護や訪問介護等は医療機関関連の別会社で充足されるようになっています。つまり連携させるための支援は無用と言うことになります。

一方、民間等の法人による有料老人ホームやサ高住の場合、介護に関しては必要十分と言うかあえて言えば不必要にまでも自前（関連の別会社介護事業所）によって供給されているようですが、医療に関してはよくわかりません。まず、施設によってはその入所者全員を一か所の医療機関に依頼する（以前仲介者の存在が問題となった）ということは考えられます。そうするとこの場合もやはり「医療と介護の連携」は出来上がっています。しかし入所前の主治医が引き続き訪問診療等行っておれば「フリーアクセス」を

基本とする日本の医療の原則に適います。しかし実際にはこれがなかなか難しい。開業場所から離れた有料ホーム等に入れば外来診療を行いながらの主治医としての訪問診療も現実的ではなくなる。大分市などの都市部では訪問診療を主体として開業していたり、または開業医が複数でチームを作りそれぞれの入所者をお互いで訪問診療する形式が推奨されたりしていますが宇佐市特に周辺部の開業医にはなかなか現実的でなく難しそうです。

次に**第二点として**、訪問診療を行う医師側の問題点を考えてみます。2018年度医療介護報酬同時改定では医療と介護の連携強化を促し“**自宅で最期まで暮らせる体制づくりを目指す**”と強調しています。では宇佐市内の内科系開業医が実際どれだけ訪問診療に取り組んでいるのでしょうか。地域の内科系医療機関では有料老人ホーム等を併設しているところを除き外来の高齢患者さんは減少してきているようです。この地域ではすでに高齢者人口は減少の兆しを見せていることも事実です。またもちろん地域内の有料老人ホーム等の急増で安くてすぐ入れるゆえ、高齢者本人の意思とは別に遠方に住む子供たちの介入で手軽に入所してしまった結果、独居や夫婦二人世帯の住まいが見る見るうちに空き家となっていく現実からも明らかです。平成28年北部保健所の調査では「在宅療養支援診療所」の届け出を行っている診療所は宇佐市では内科系診療所21医療機関中9医療機関もあります。因みに中津市では1医療機関のみです。訪問診療を行うという意向を示しているのは14医療機関で67%もあります。(中津市は50%)。この調査の結果と実際の診療状況はどうか疑わしいところです。これに関連して昨年末宇佐市在宅医療介護連携推進支援センターが、市内診療所に訪問診療についてその取り組みの状況についてアンケート調査を行っています。しかしこのような調査結果ではよく指摘されることですが、本音と建て前の観点での回答結果を解析するのはやはり難しそうです。また昨今は有床診療所が減少しています。その一因は夜間従業員の確保が困難なことです。特に一昨年から特養でも看取りを積極的に取り入れるよう国が勧めており、その結果として看護師不足が慢性化しています。

さらに昨今では、もろもろの事情状況等からやむを得ない事だろうとは思いますが、医師としての仕事は地域で行いながらも生活は都市部でと言う傾向が強くなり、従来の職住一体化のもとでの医療の提供には消極的と思われる。今後も通勤勤務医型開業形式が固定化していくものと思います。このような地域の実情を踏まえた結果有料老人ホームが乱立したとも考えられます。しかしこれでは24時間対応の訪問診療は現実的ではありません。

日本医師会は2017年2月に行った「かかりつけ医機能」と「在宅医療」について行った診療所調査の結果から次のような指摘をしています。

- ① 2016年の改定で高点数で評価された在宅療養支援診療所(在支診)は24時間の往診体制、365日24時間の連絡体制の確保に対する負担が大きく在宅医療が広がる見

通しがつかない。医師自身の体力気力の問題から在宅医療を撤退する診療所が増えてい
る。在宅医療を担う診療所の負担軽減が必要である。

- ② 現在実際に在宅医療を行っている診療所は在支診以外であり次回改定では在支診のみ
ならず在宅医療を行う診療所も広く評価するべきである。
- ③ 更に「家族の介護力の確保が不可欠である」とも指摘しています。

以上のような状況の中で私は地域において、特に自宅への訪問診療を推進するためには
まず「地域の事情を十分勘案」したうえで、「医師の負担軽減」そして「家族による
介護力の確保」、(この家族の介入が自宅への訪問診療そして看取りなどには不可欠)に
ついて考察していくことが訪問診療を確保し「医療と介護の連携推進を支援」するう
えで極めて重要と考えています。

一寸蛇足を、(厚労省国民生活基礎調査2015)



最近「増える息子介護」、注目されています。従来の子の配偶者つまり嫁による義父母の介
護が激減し、妻や娘の介護は横ばい、夫がやや増え、息子による介護が割合にして 5 倍以
上に増えています。

息子介護の増加の背景には「男女雇用機会均等法」による女性の社会進出が推進されて
きたこと、また少子化、非婚化も関係あるかと思います。わたしの身近にも定年後故郷へ
帰ってきて、高齢の母親の介護をしている独身の男性が最近増えてきたように思います。
独り身で帰省した息子が 50～60代、時には母、息子ともに 65歳以上の高齢者である
2人家庭もみられます。みなさん穏やかに仲良く暮らしています。もしかしたらお互いに
とって一番信頼できるパートナーなのかとも感じたりします。いずれにしてもこのような
介護の形態が今後も増えていくと思われます。

2018年(平成30年)2月12日 古荘陽三