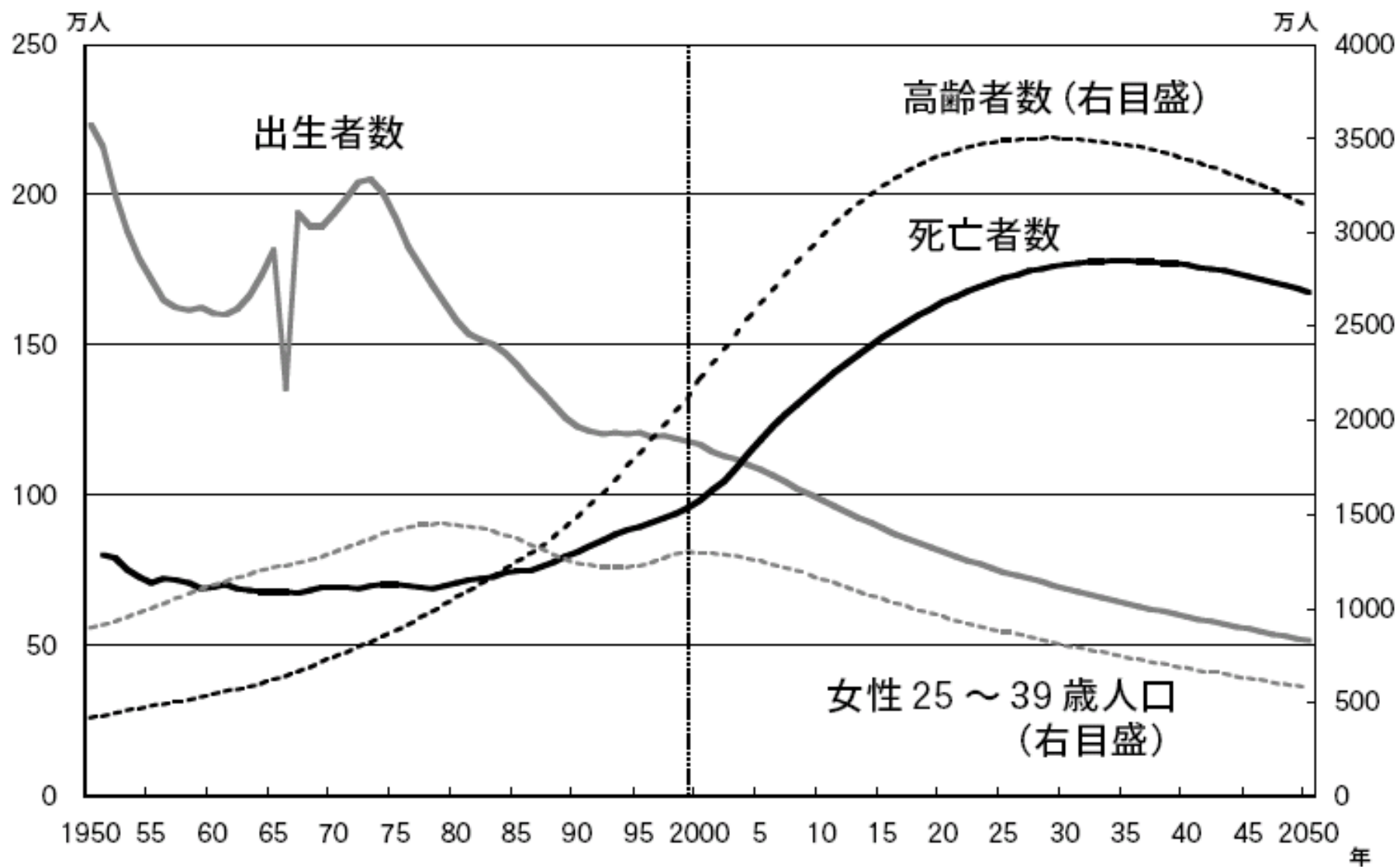


超高齢社会時代における  
都市型地域医療の課題

松戸市 鼎会三和病院  
高林克日己

第1図 出生者数と死亡者数



© Matsutani Akihiko

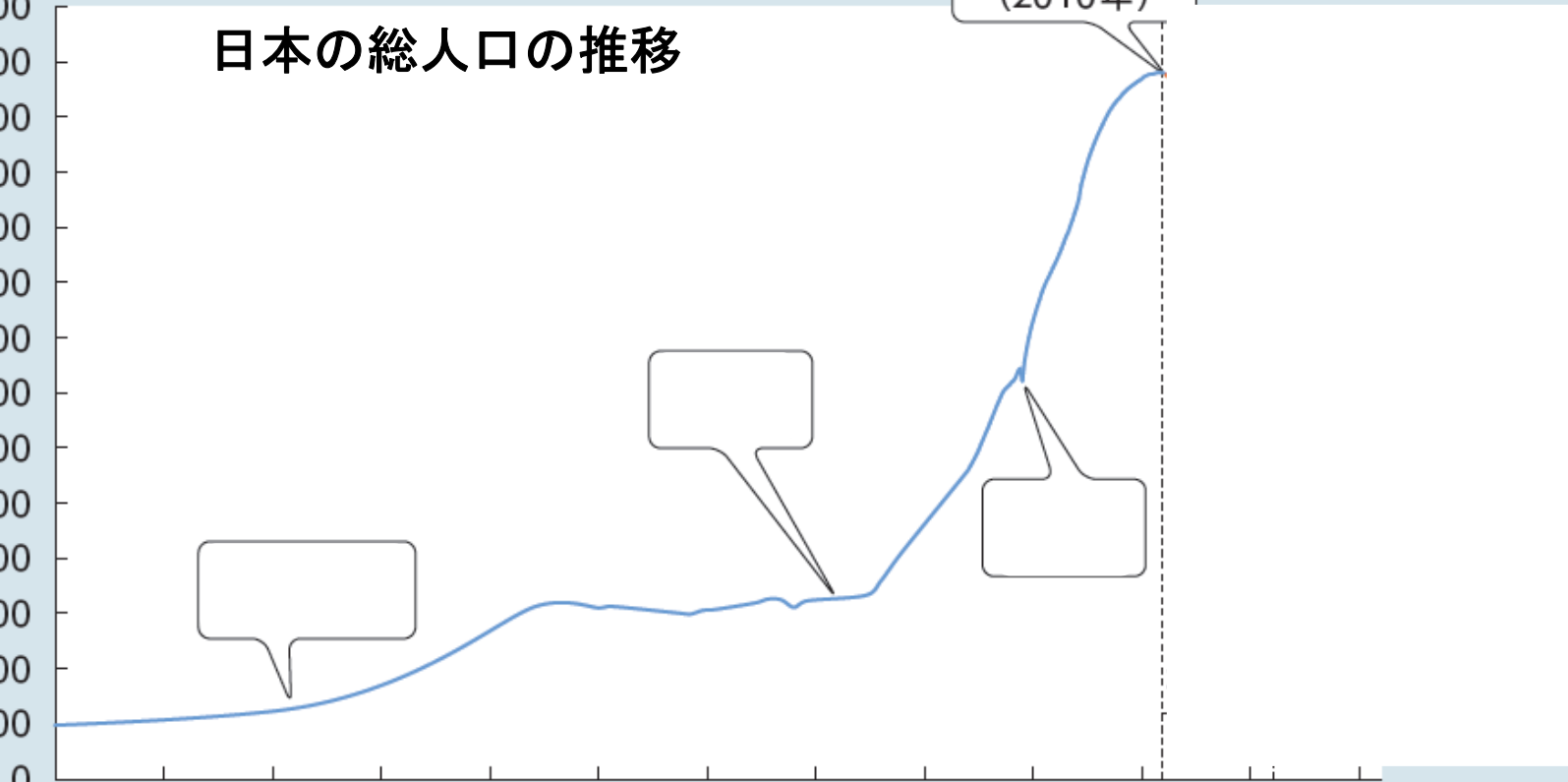
# 1 人口減少社会

## 日本の総人口の推移

人口 (千人)

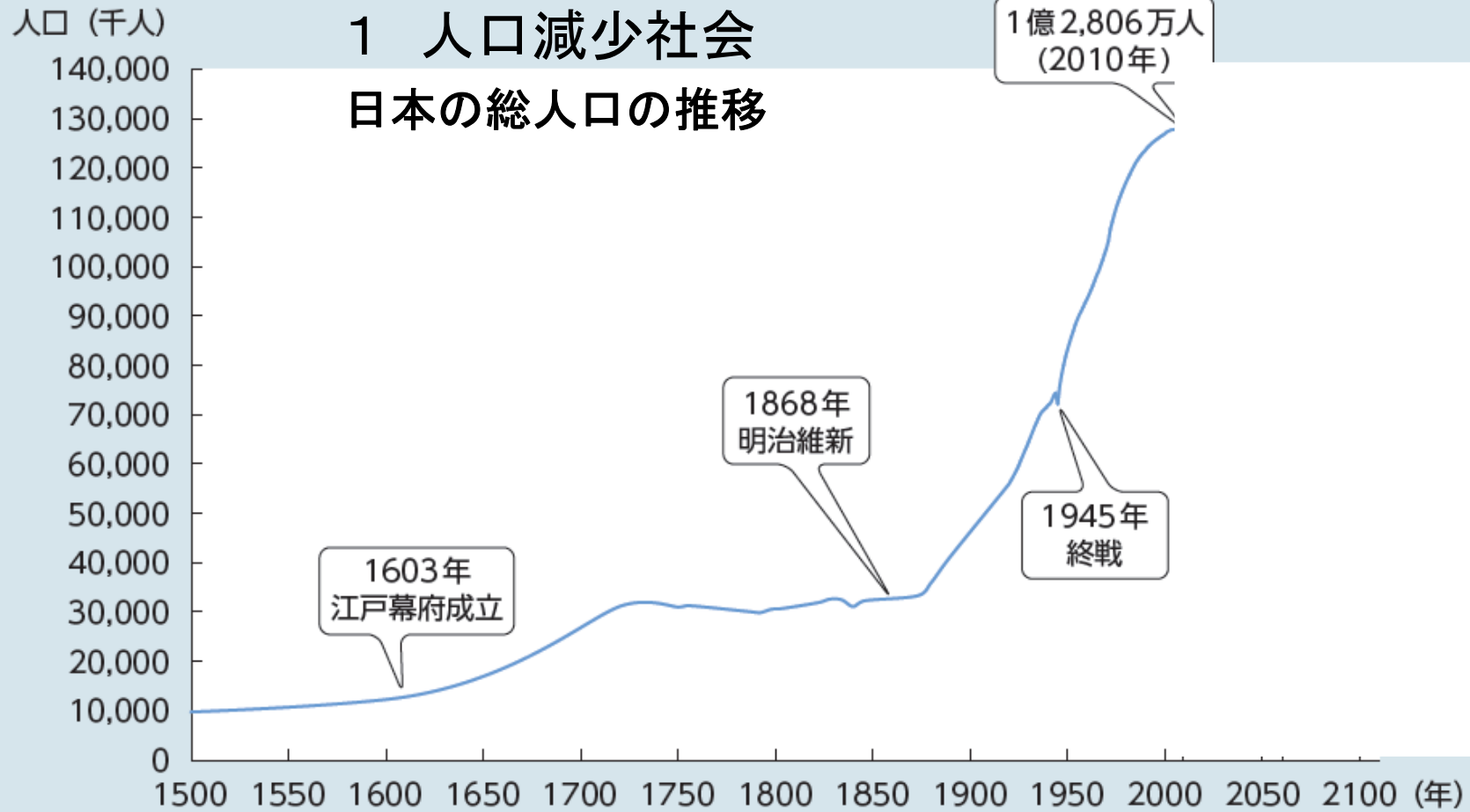
140,000  
130,000  
120,000  
110,000  
100,000  
90,000  
80,000  
70,000  
60,000  
50,000  
40,000  
30,000  
20,000  
10,000  
0

1億2,806万人  
(2010年)



(年)

# 1 人口減少社会 日本の総人口の推移

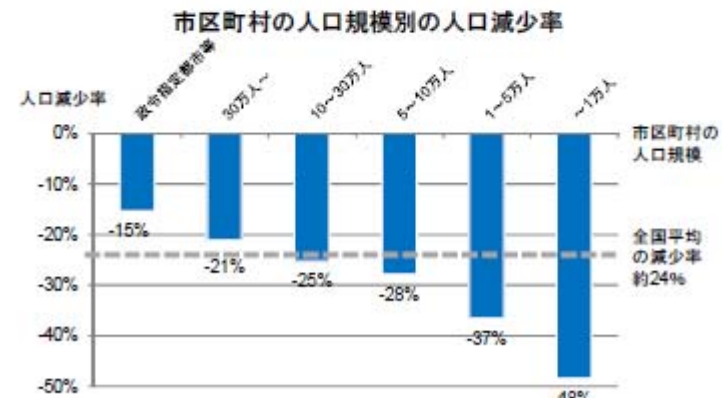
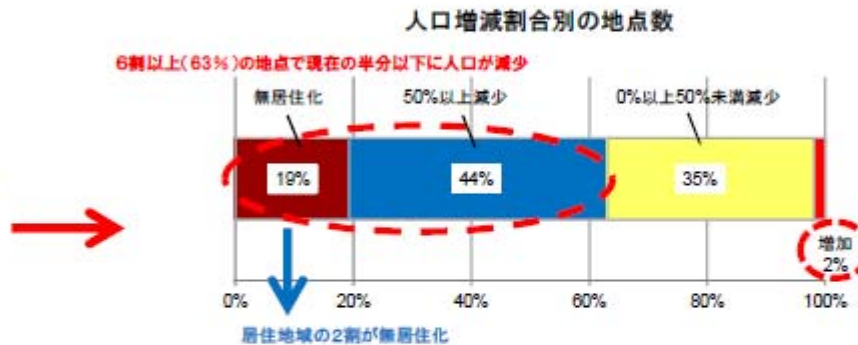
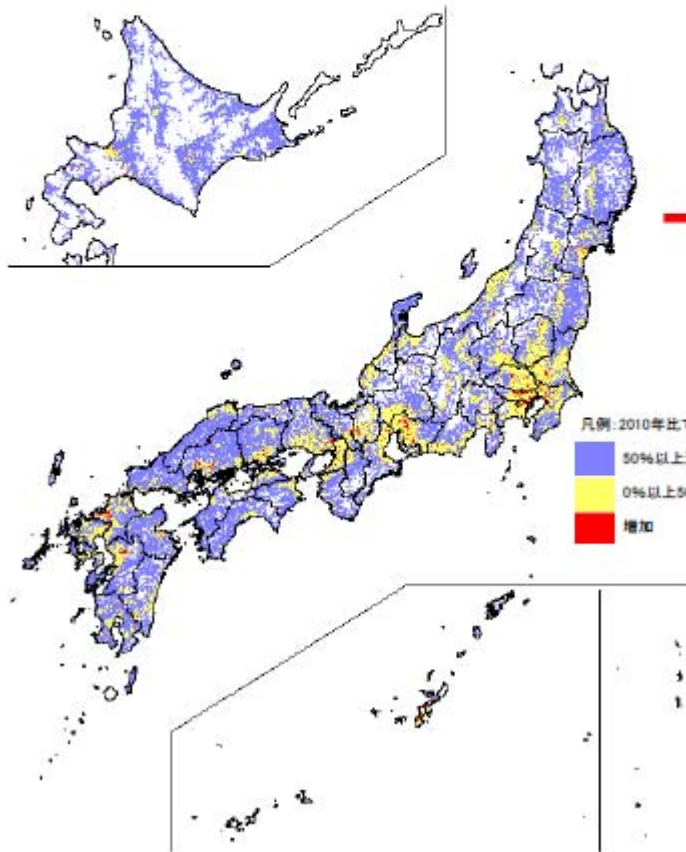




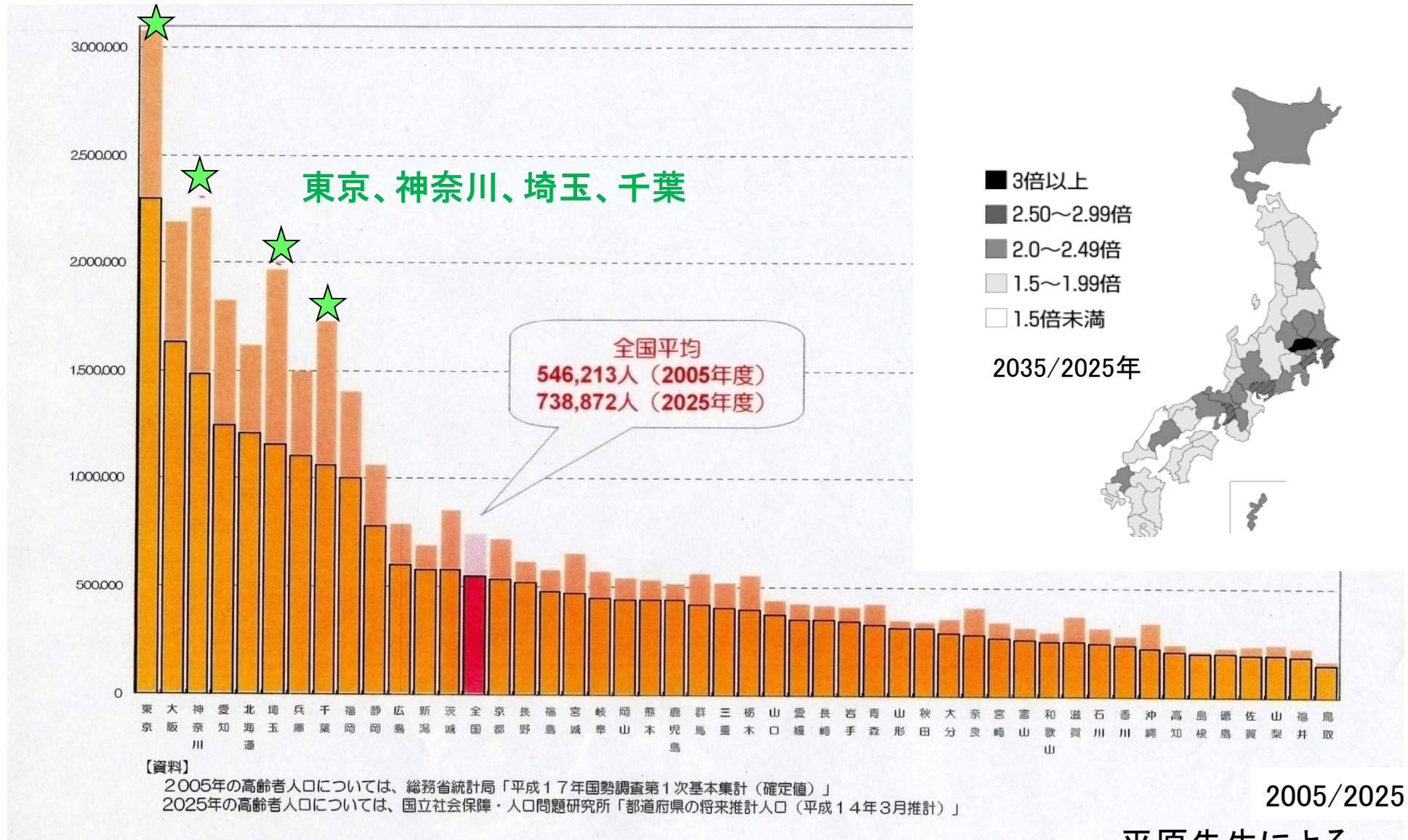


- 全国を《1km<sup>2</sup>毎の地点》で見ると、**人口が半分以下になる地点が現在の居住地域の6割以上**を占める(※現在の居住地域は国土の約5割)。
- 人口が増加する地点の割合は約2%であり、主に大都市圏に分布している。**
- 《市区町村の人口規模別》にみると、**人口規模が小さくなるにつれて人口減少率が高くなる傾向**が見られる。特に、現在人口1万人未満の市区町村ではおよそ半分に減少する。

【2010年を100とした場合の2050年の人口増減状況】



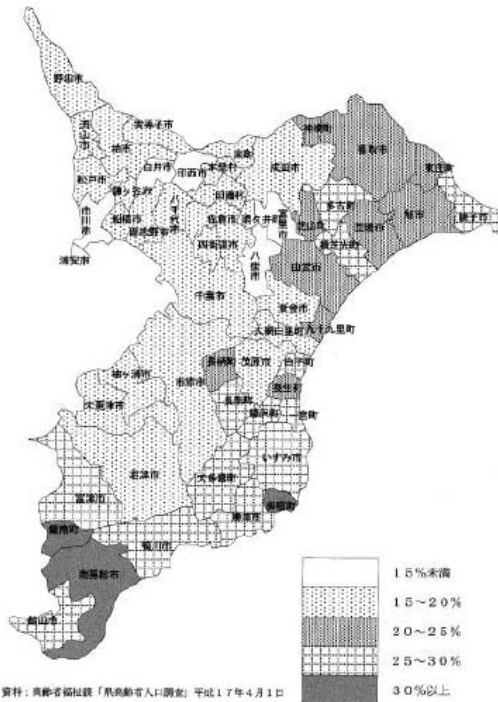
# 高齢化問題は都市問題 !!



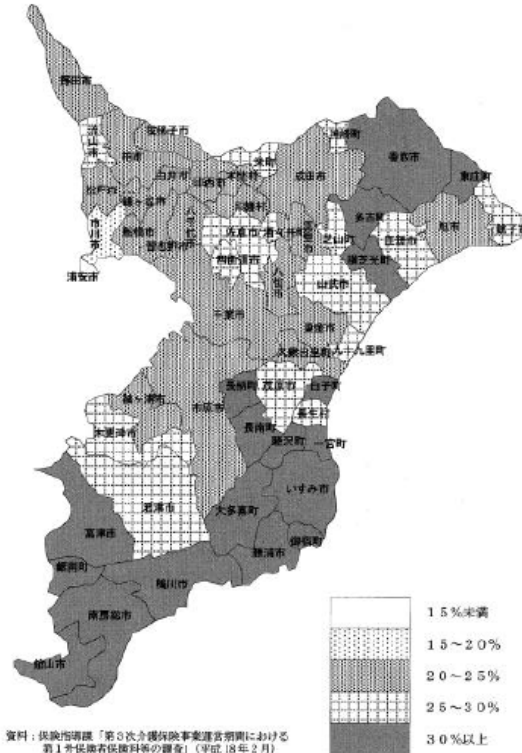


# 高齢化津波の到達予測

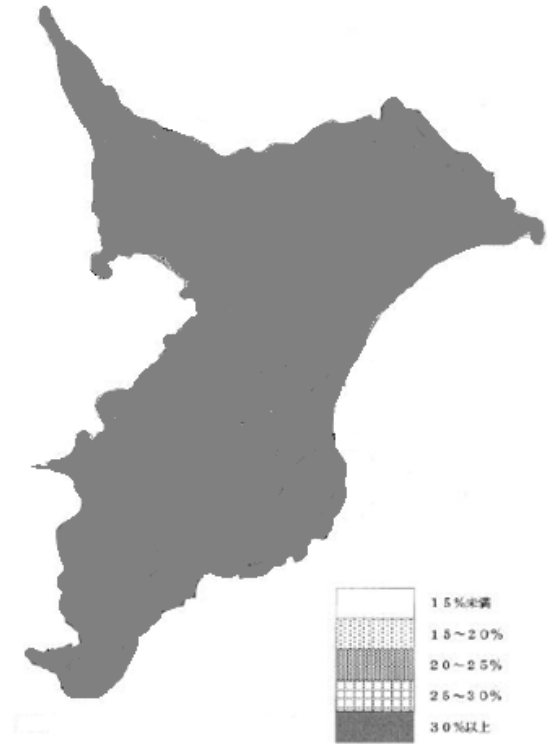
平成17年4月



平成26年4月



平成42年4月



(出典 「千葉県高齢者保健福祉計画(平成18年度～平成20年度)」)



第3図 主要先進国の高齢化率

他国の事例に参考となるものが存在しない！

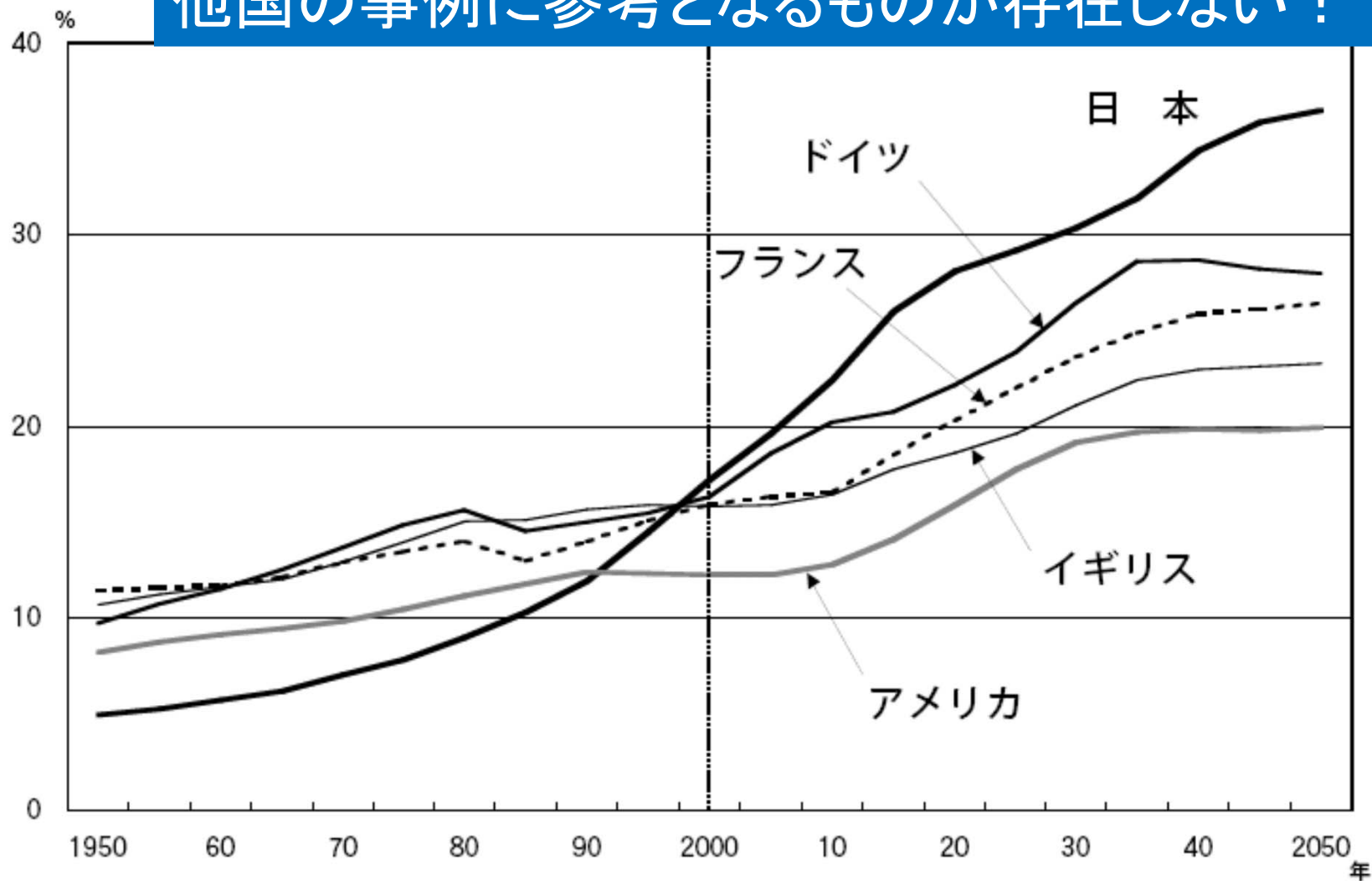
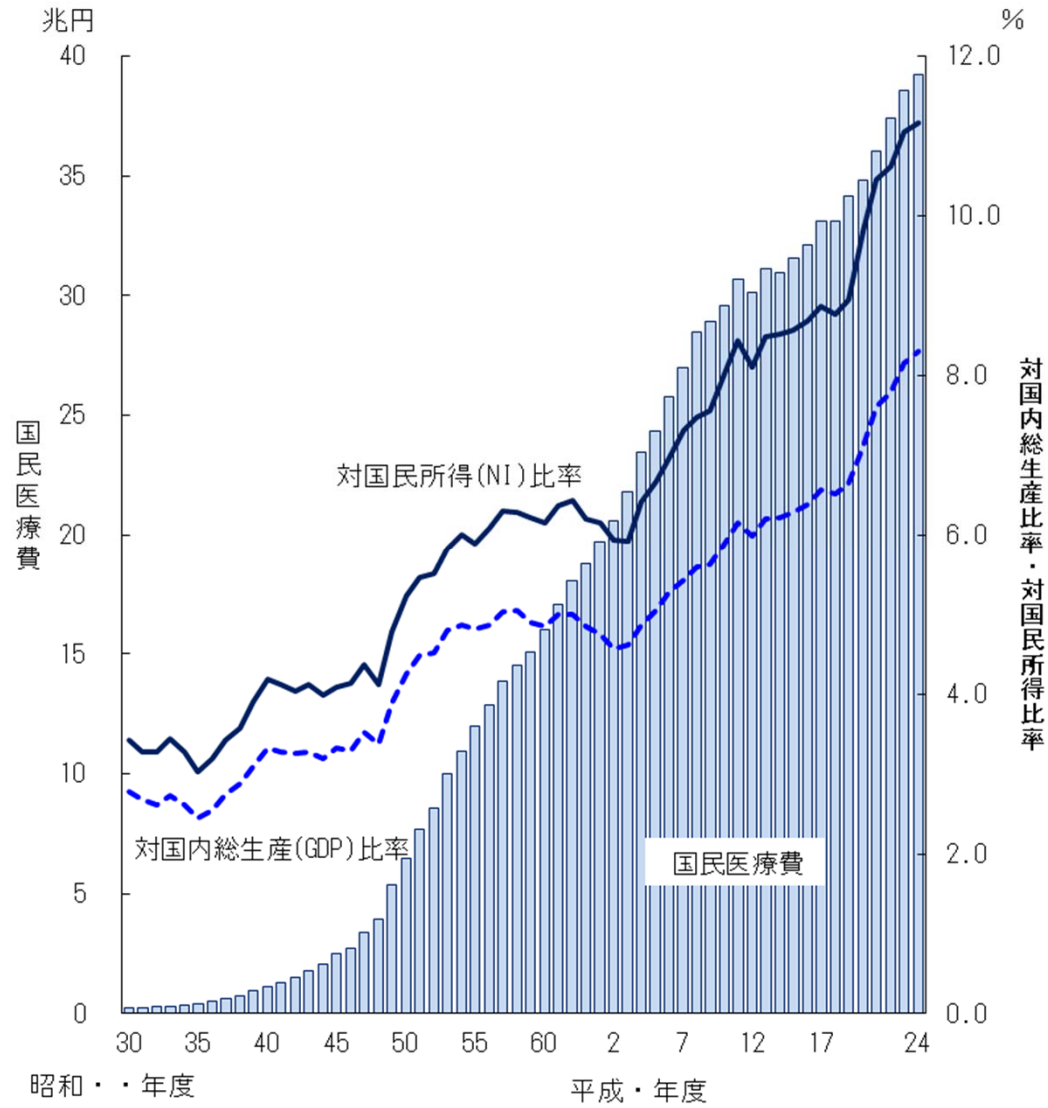
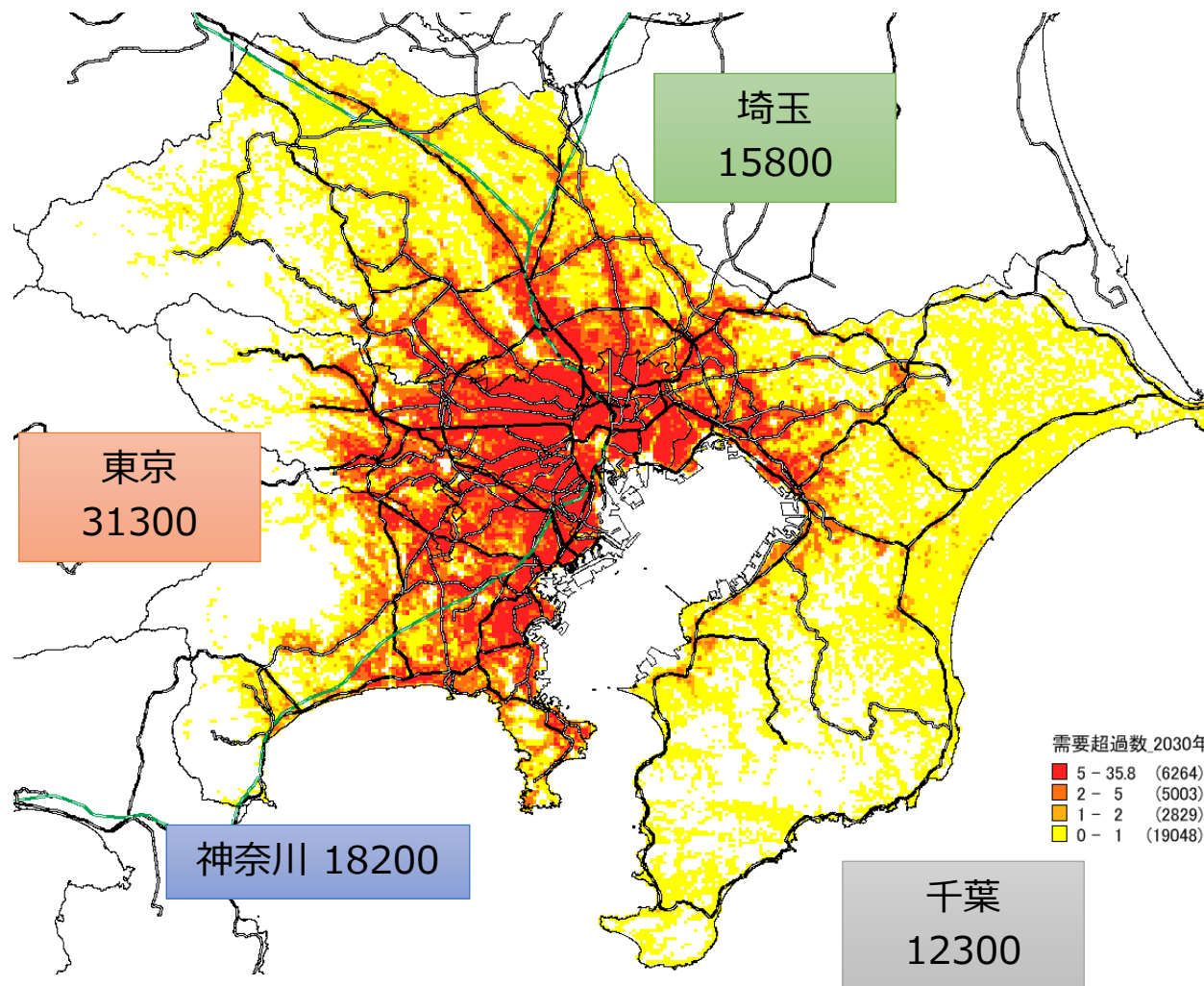


図1 国民医療費・対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移



平成23年度 国民医療費の概況

# 2030年 1時間以内の病院に入院先が見つからなくなる地域



1日あたりの需要超過数（患者数）

## パラメータ

- ・病床利用率**80%**
- ・移動時間は全病院60分
- ・周辺の県境にある病院は病床の20%まで流入を認める

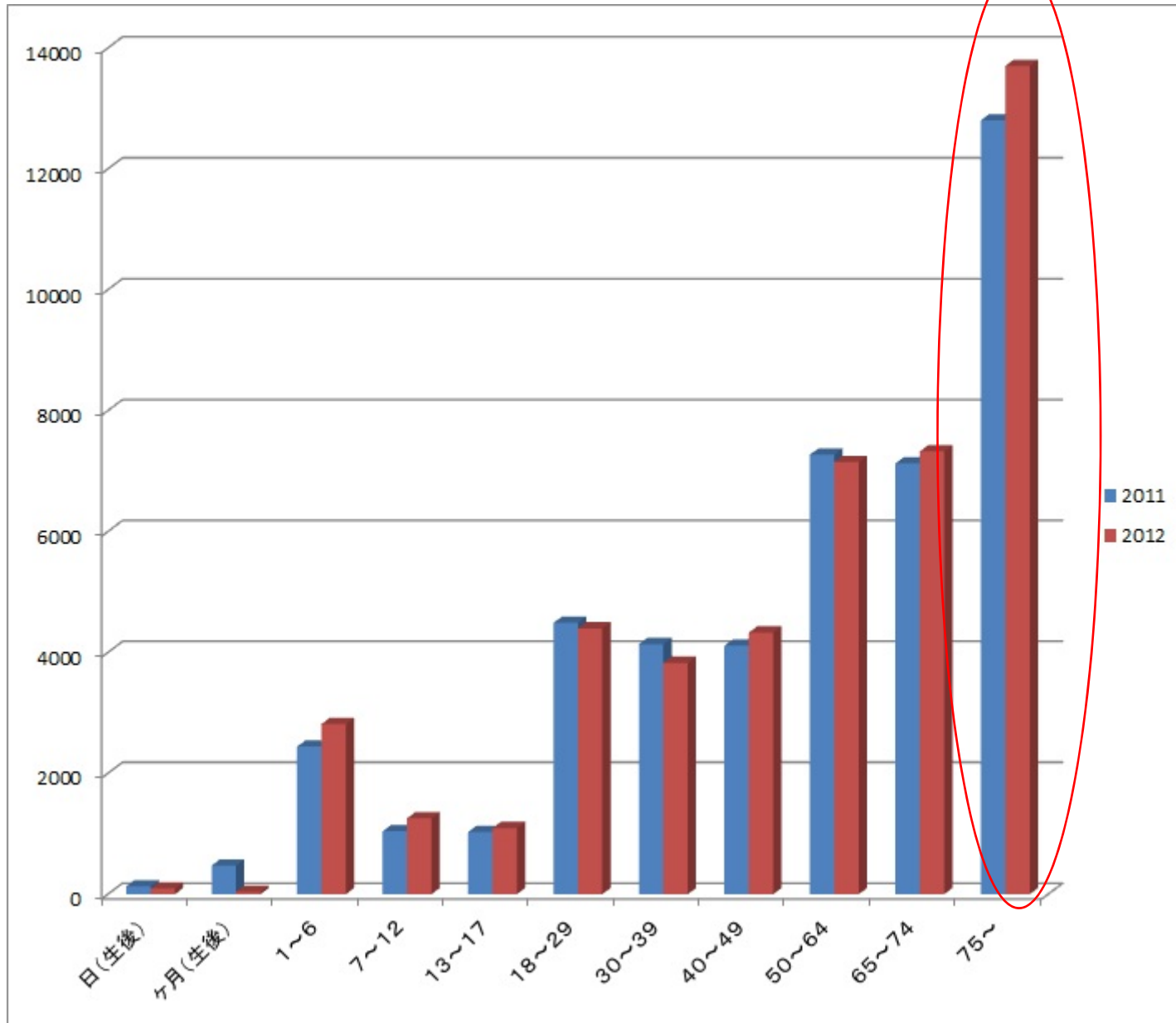
## 2030年の需要超過数 (1都3県)

- ・**約78000人/日**

都心を中心に放射状に広がる

主要路線沿いは不足数が多い

# 千葉市年齢別救急車利用回数





このほとんどが老老介護になるか、おひとり様で死んでいくことになります。  
想像してみてください、あちこちで孤独死が放置される世界を！



# 困難

どうやったらこの大波をクリアできるのだろうか？

# 超高齢社会時代の医療パラダイムシフト

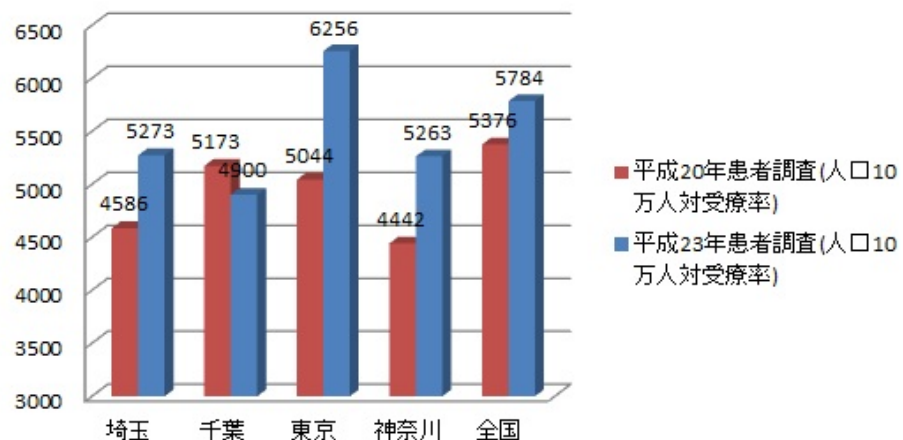
- 1 需要増加に対する歯止め
- 2 供給体制の再配置、再配分
- 3 在宅医療へのシフト
- 4 終末期医療の意識改革 死を負けとしない医療
- 5 高齢医療者(同世代)の活用



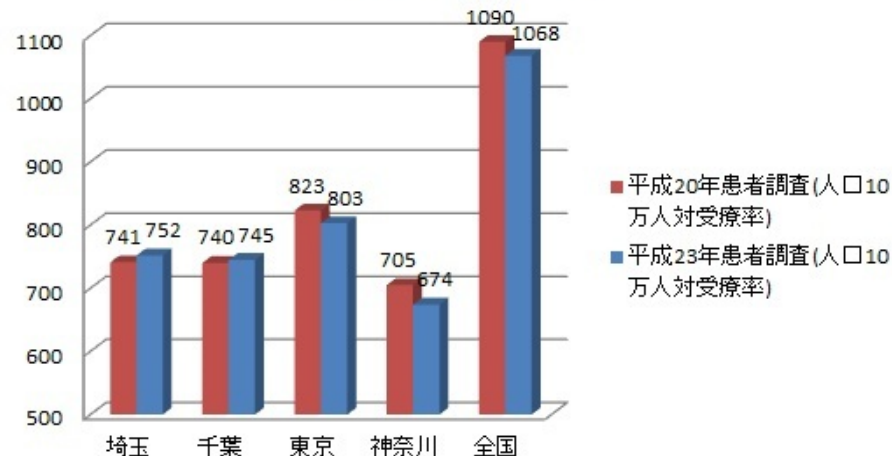
# 受療率の県別推移



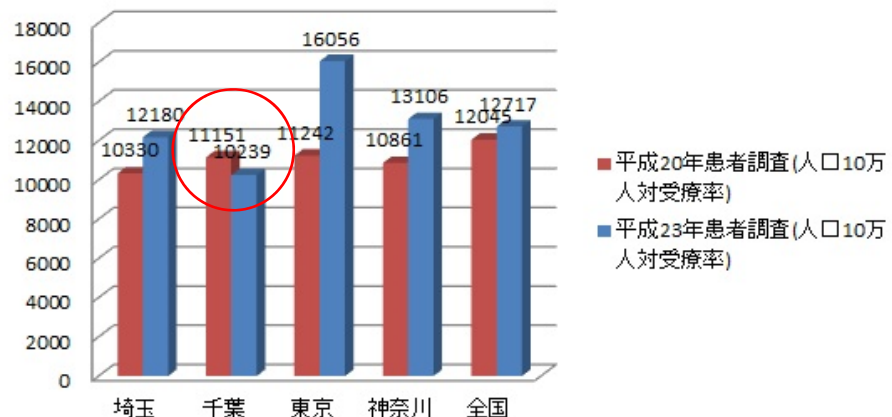
## 外来受療率の変化



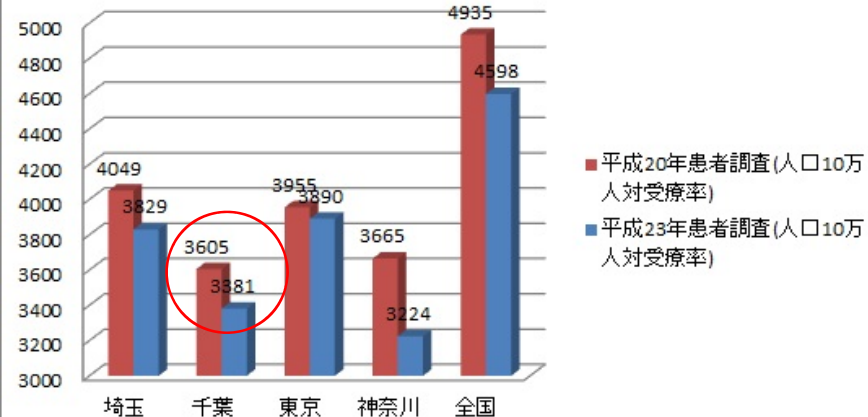
## 入院受療率の変化



## 高齢者の外来受療率の変化



## 高齢者の入院受療率の変化

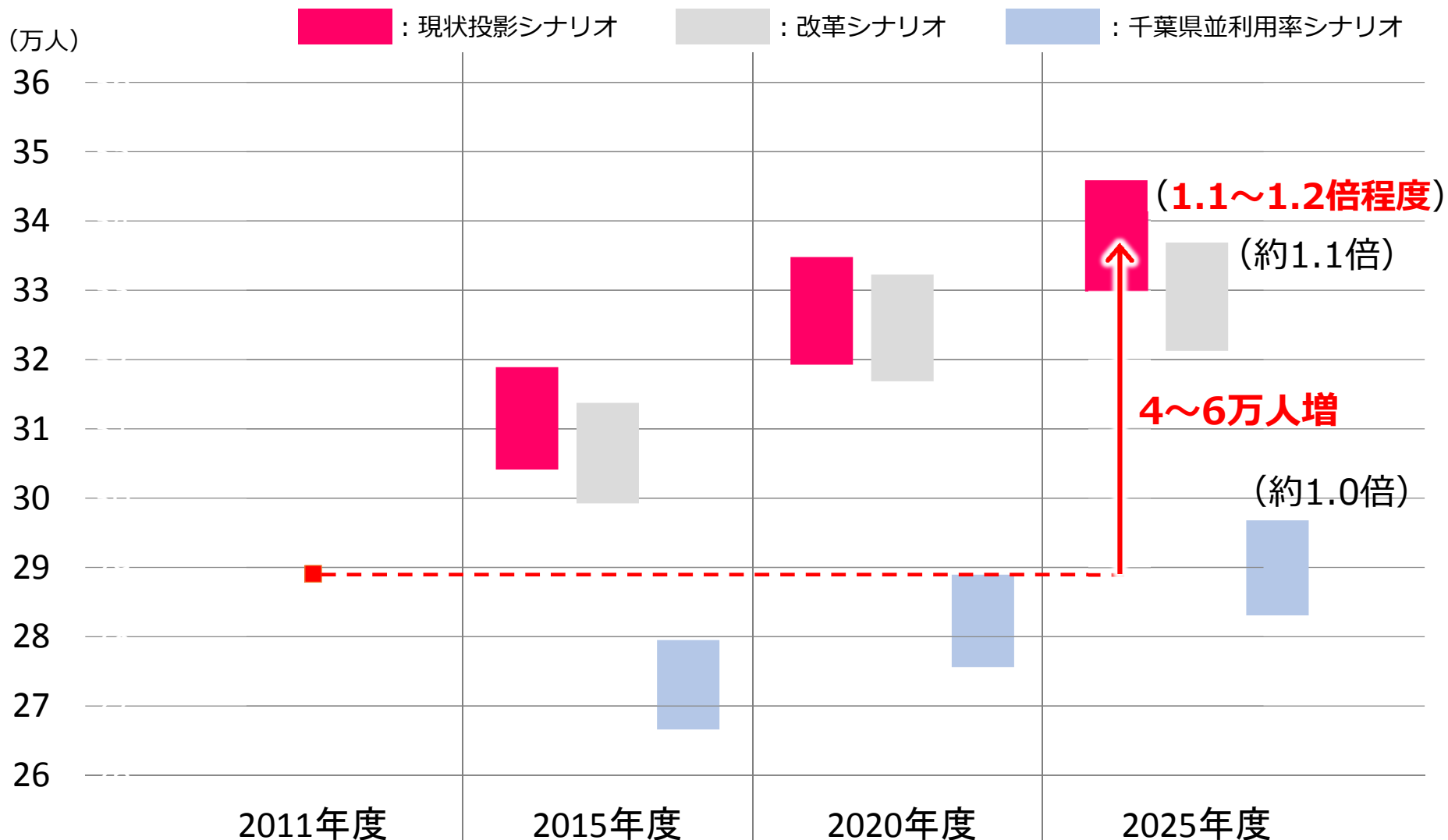




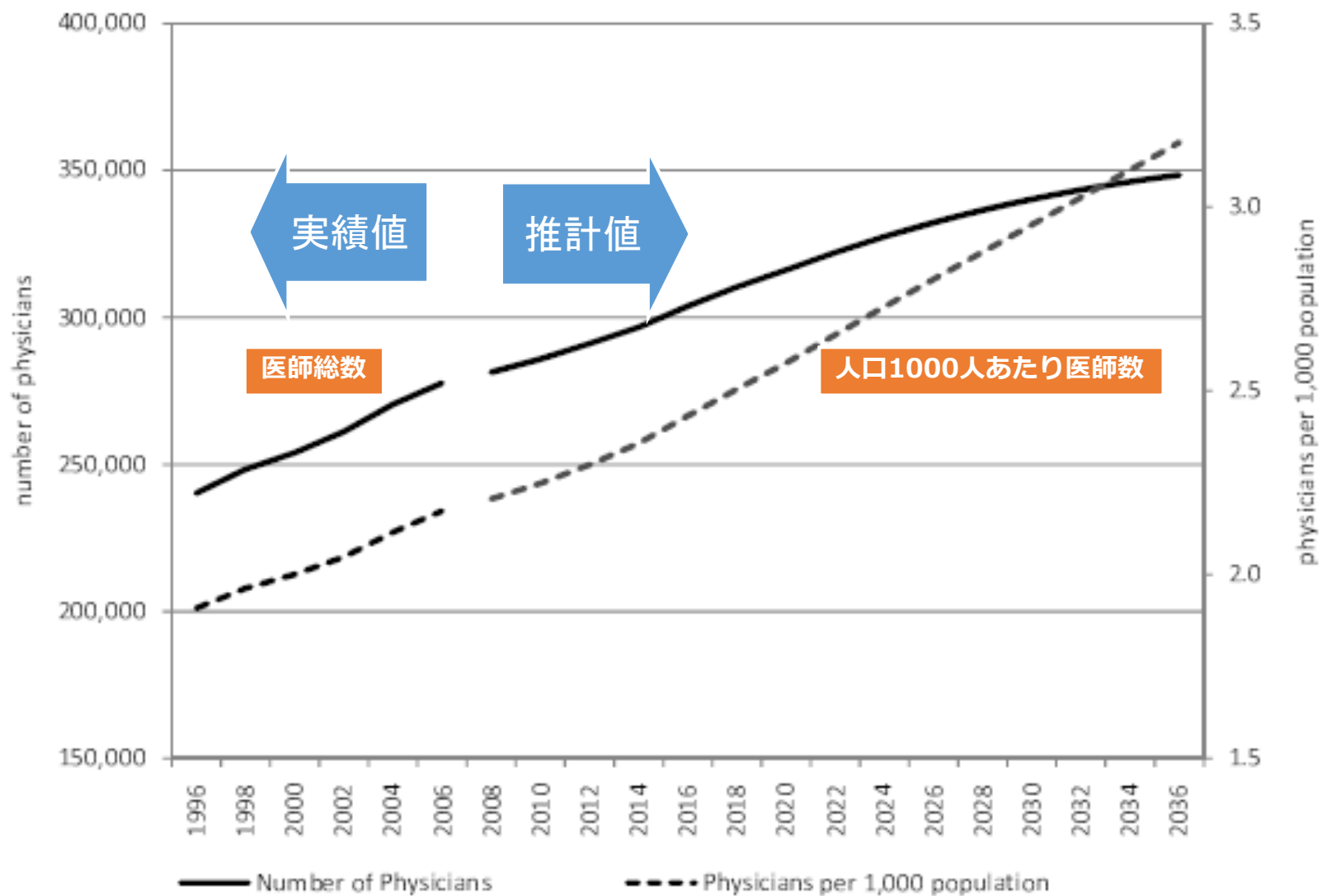
# マンパワー必要量の見込み（全国分）



## ● 医師



# 医師数の将来推計（全国）



# 医師数

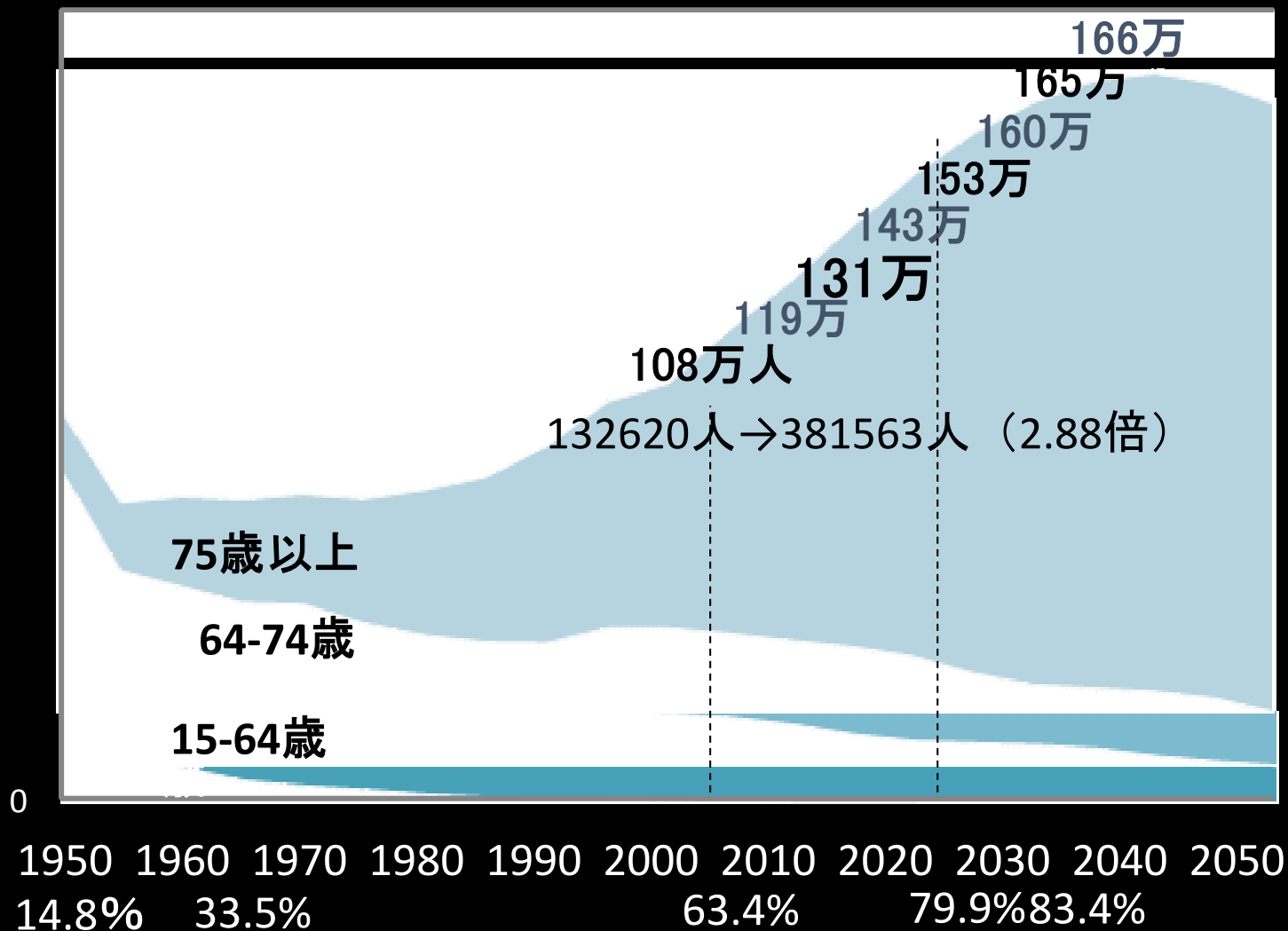
## 絶対数の問題ではない 偏在による不足

- 医師数（平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査）
  - 全国 303,268人(医療機関勤務医師288,850人)
  - 千葉県 11,075人(同10,698人)

人口10万人あたり医師数・看護職員数

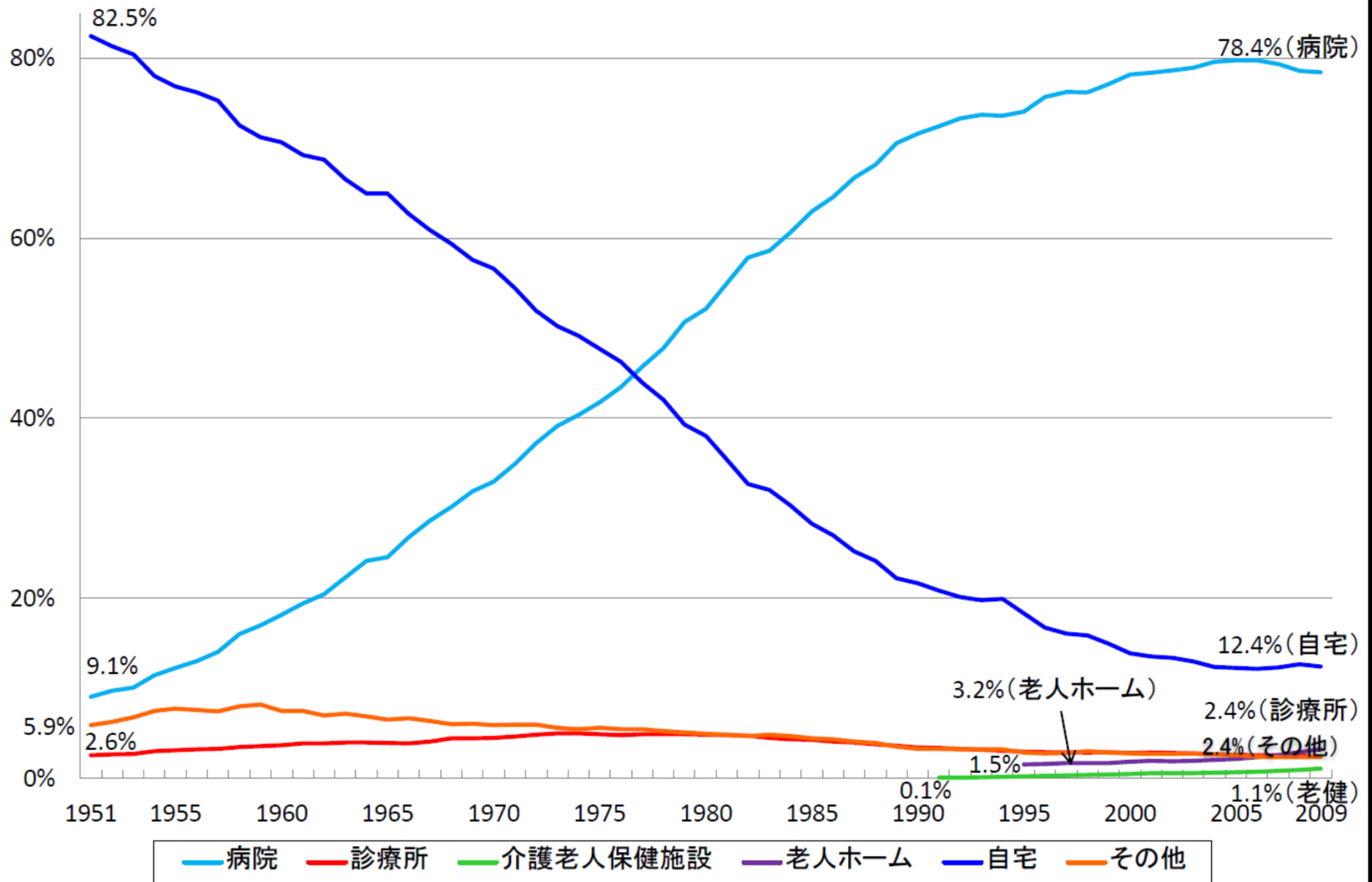
	医師数 (全国平均237.8人)	看護職員数 (全国平均1139.3人)
1位	徳島県 (314.6人)	高知県 (1856.7人)
2位	東京都 (313.7人)	鹿児島県 (1855.3人)
3位	京都府 (312.2人)	宮崎県 (1801.5人)
:	:	:
<b>45位</b>	<b>千葉県 (178.8人)</b>	<b>千葉県 (799.9人)</b>
46位	茨城県 (175.7人)	神奈川県 (789.7人)
47位	埼玉県 (154.5人)	埼玉県 (776.2人)

# 年代別年間死亡者数の推移



平原先生のご厚意による

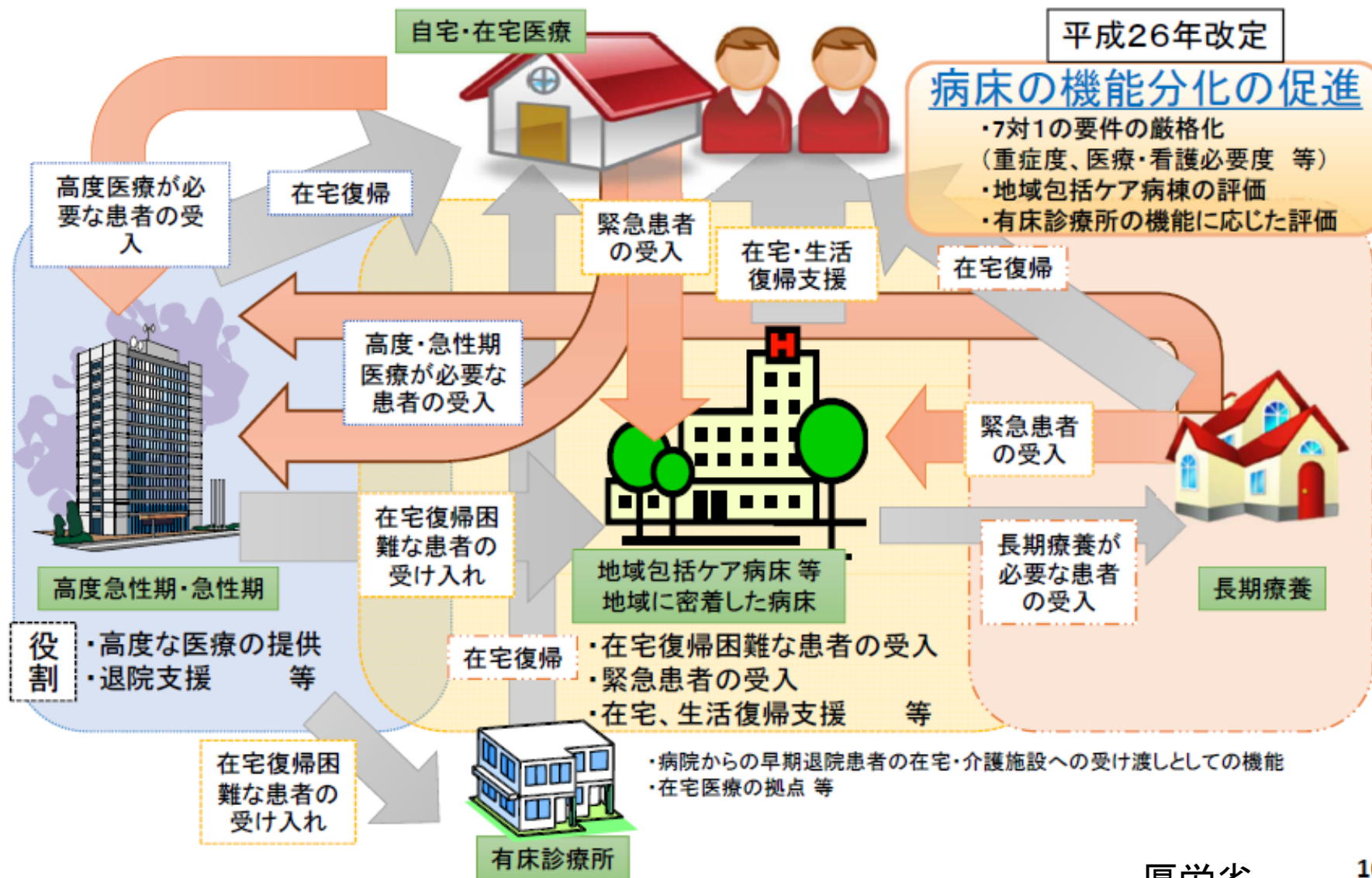




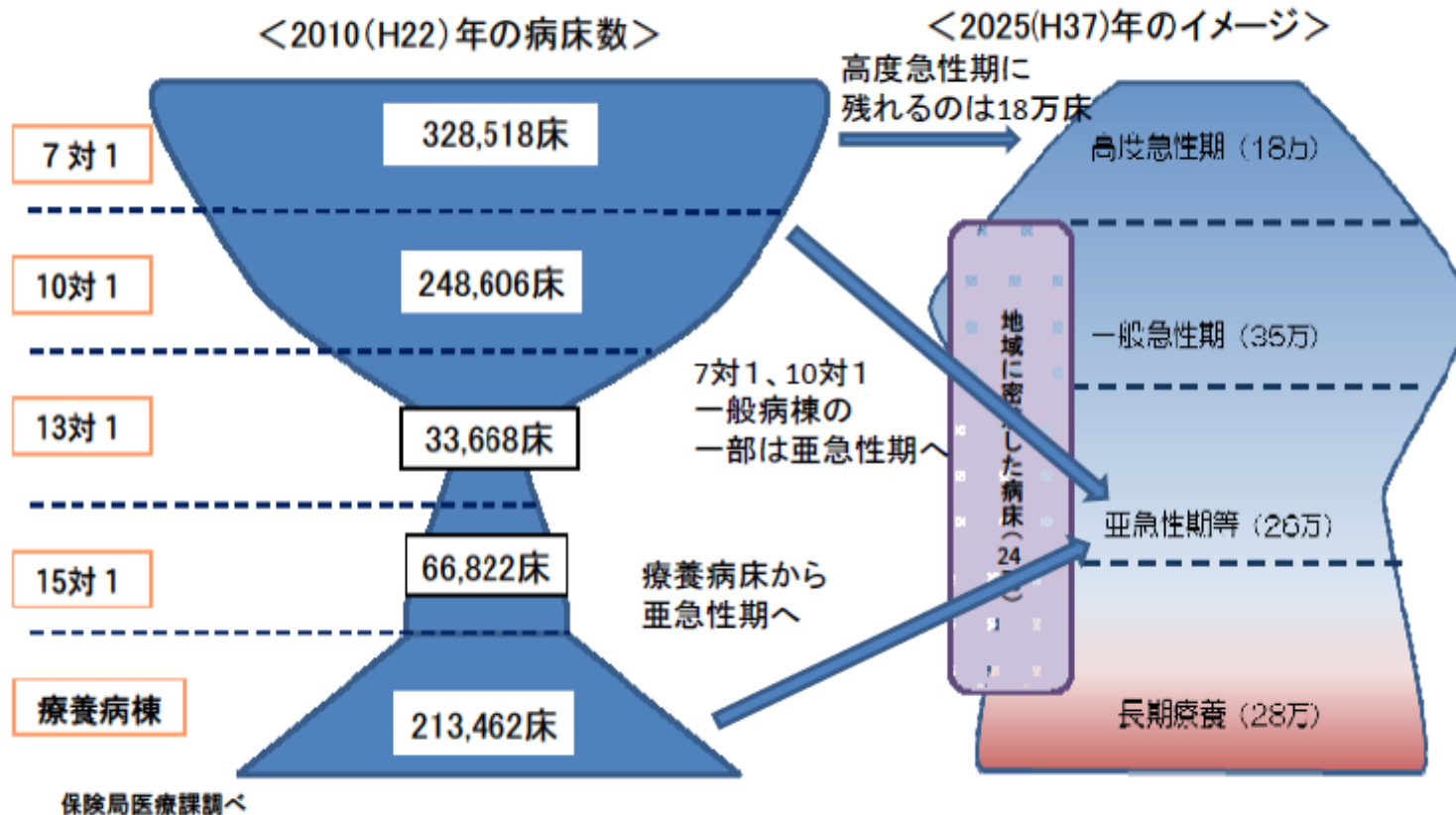
※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態統計」<sup>3</sup>

# 在宅医療へのパラダイムシフト

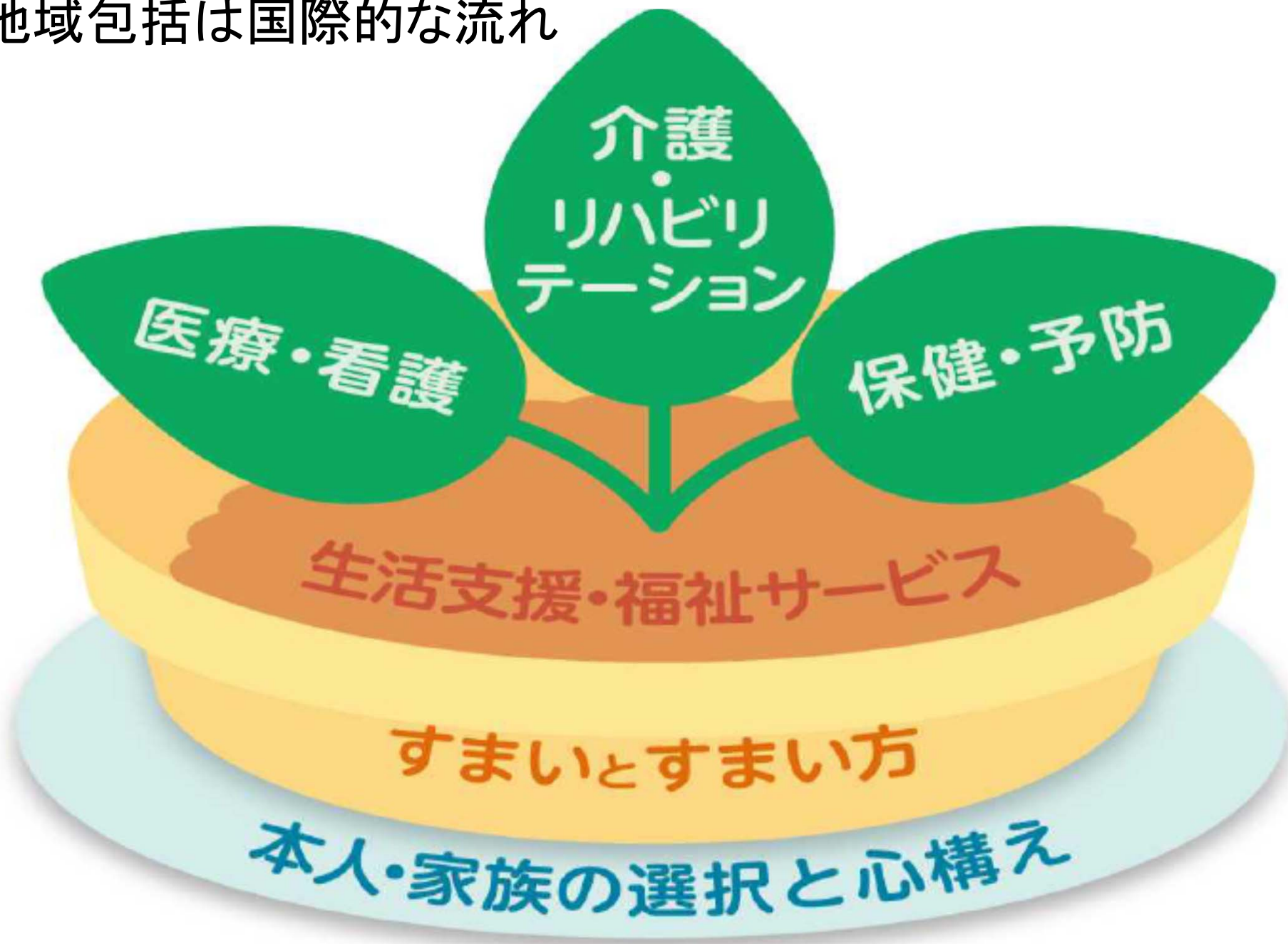


# 診療報酬による病床機能分化 ～ワイングラス型からヤクルト型へ～



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

# 地域包括は国際的な流れ

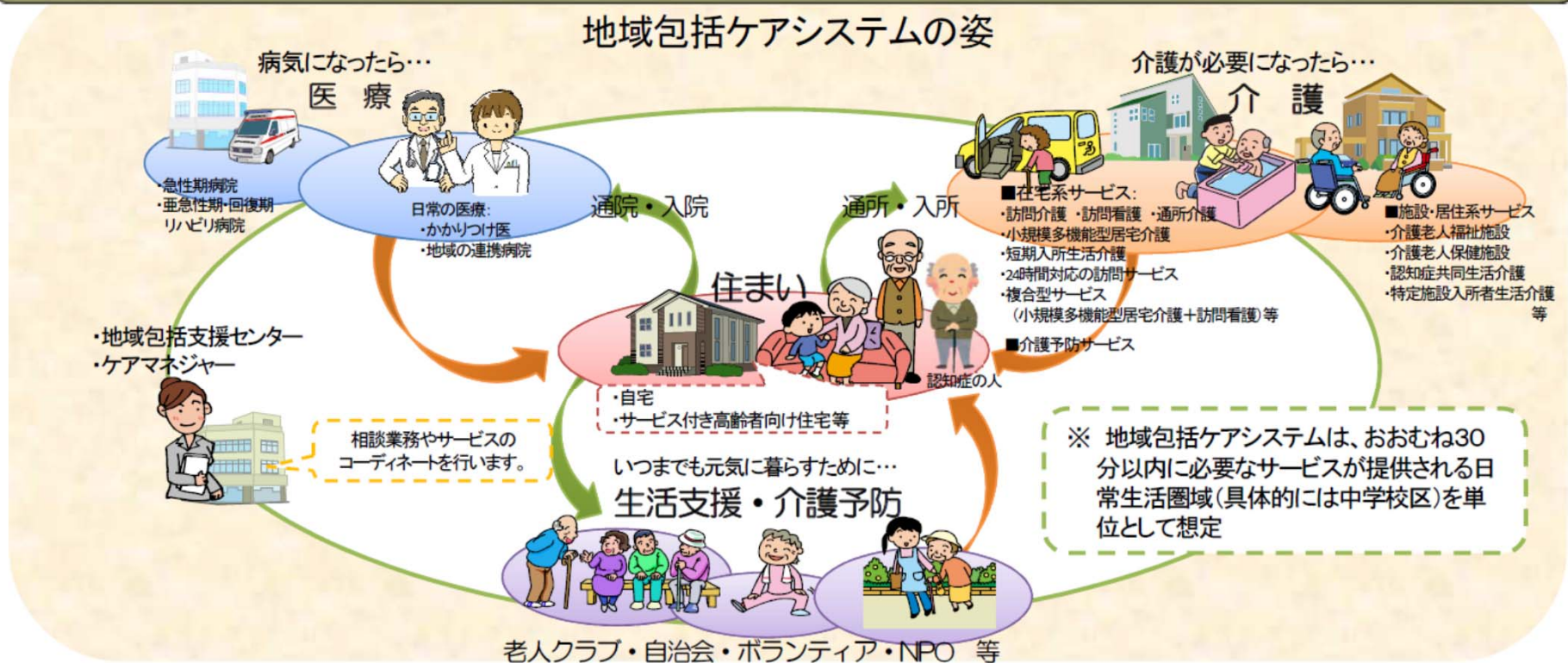




# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



# 在宅医療

---

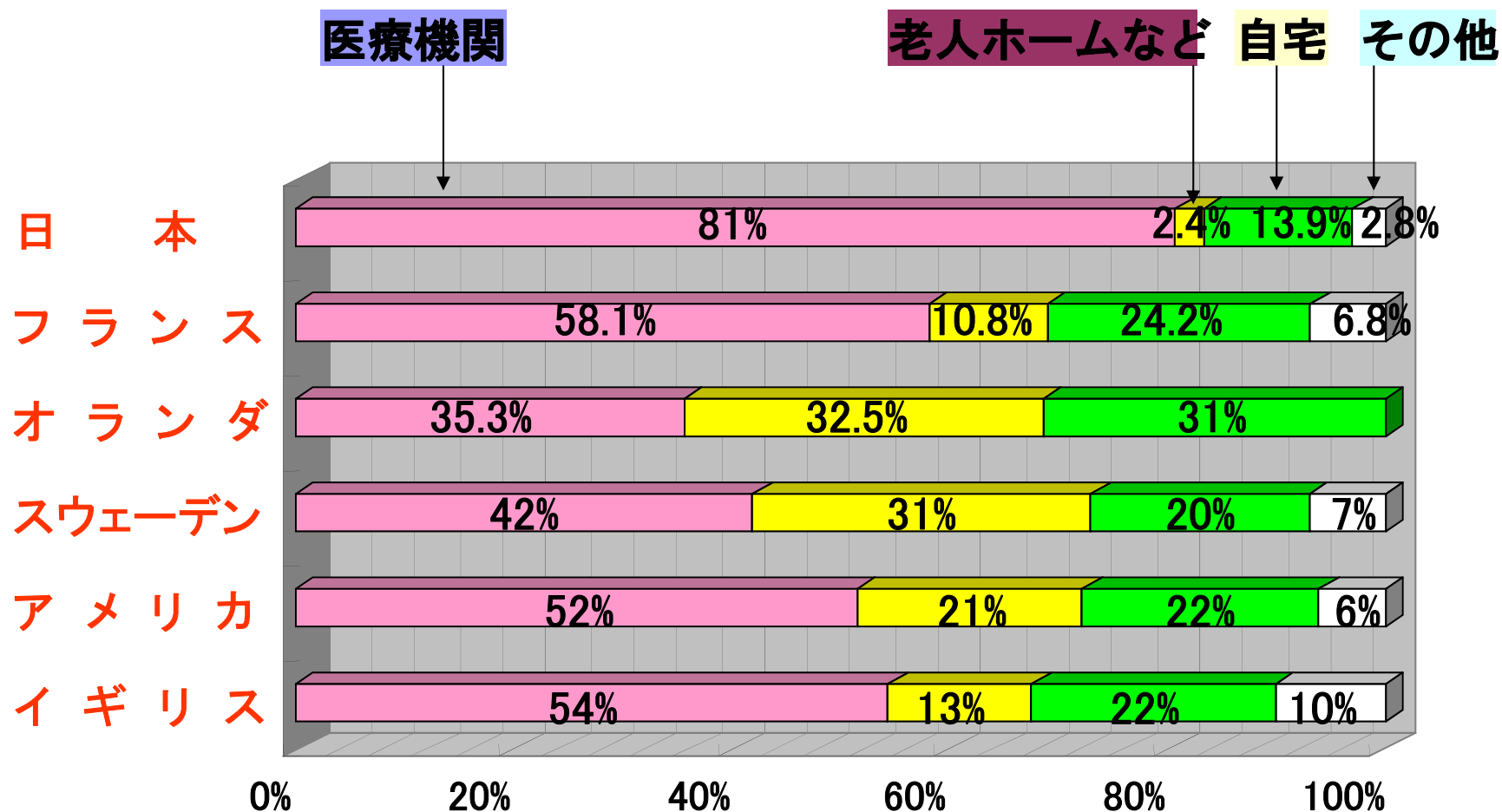


- 1 患者の希望、満足度が高い
- 2 病院資源を要しない
- 3 医療費の軽減

- 1 最新の医療はできない
- 2 介護力の確保
- 3 非効率
- 4 安易な医療になる懸念

# 欧米では4割前後が生活の場で最期を迎えている

高齢者はどこで亡くなっているか？



医療経済研究機関「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」2000年  
平原佐斗司先生による

# 寿命の変化と生命観の変化

1915年      40～50歳代で比較的急に死亡  
治す医療

2015年      80～90歳代まで多くが生きていて  
慢性疾患で死亡  
支える(看取る)医療



# 高齢者の終末期医療をどう考えるか

死生観：尊厳ある晩年を迎えるために

多死時代だからではなく、  
長寿社会における高齢者の死に対する認識を深める

長生きすれば幸せに死ねるわけではない

患者・家族・医療者・行政のコンセンサスが必要



# 事前指示 advance directive



患者自身の意志決定ができない状態になったときに  
どのような医療を選択するかを意識が清明なうちに  
表明しておくこと

☆終末期における自己決定権の行使

脳梗塞・交通外傷などで意識がない患者  
認知症の患者など

胃瘻・その他スパゲッティ人間にならないために

## わたしの診療に関する希望書（事前指示書）

私および私の家族は、私の具合が悪くなり、もし自分で意志判断ができなくなったときには、以下のように考えていただくようお願いいたします。ただしここに書かれたことは今現在私が考えていることであり、今後必ずしも変わらないことではなく、いつでも変更することがあります。

病院にて治療されるときは医療者には以下の項目を尊重していただきたく思います。

避けられない死が近いときには

- 1) 絶対に家で最後を迎えたい。
- 2) できれば家で最後を迎えたい。
- 3) できれば病院で最後を迎えたい。
- 4) 絶対病院で最後を迎えたい。
- 5) 医師の判断に委ねます。
- 6) わかりません。
- 7) その他

心肺蘇生（心臓マッサージなど）

- 1) 心臓や呼吸が停止したときに蘇生処置（心臓マッサージや挿管処置）をしないで下さい。
- 2) 心臓マッサージはしても挿管処置はしないで下さい。
- 3) 心臓マッサージや救急蘇生はしても人工呼吸器にはつながないで下さい。
- 4) 必要なら人工呼吸器を使用して下さい。
- 5) 医師の判断に委ねます。
- 6) わかりません。
- 7) その他

蘇生処置：心臓マッサージや口や鼻などから肺に管をいれて人工呼吸をすることをいいます。

心臓マッサージとは仰向けに寝た患者さんの前胸部を外から両掌で繰り返して強く押して心臓を動かすことをいいます。

挿管とは呼吸ができるように細長い管をのどから気管まで入れることをいいます。

人工呼吸器は接続することで呼吸が停止しても自動的に呼吸を続けることができます。

いったん接続すると患者さんの呼吸状態が回復しない限りこの機械をはずすことは許されません。

（注意）痰や食べ物が詰まって呼吸ができなくなったときなど、急に起こった窒息などの際は上記の1)、2)を選ばれていても、患者さんの救命のため、これらの処置を施すことがあります。

DNAR(蘇生処置を希望しない)の患者なのに  
なぜ救急車を呼ぶのか!?

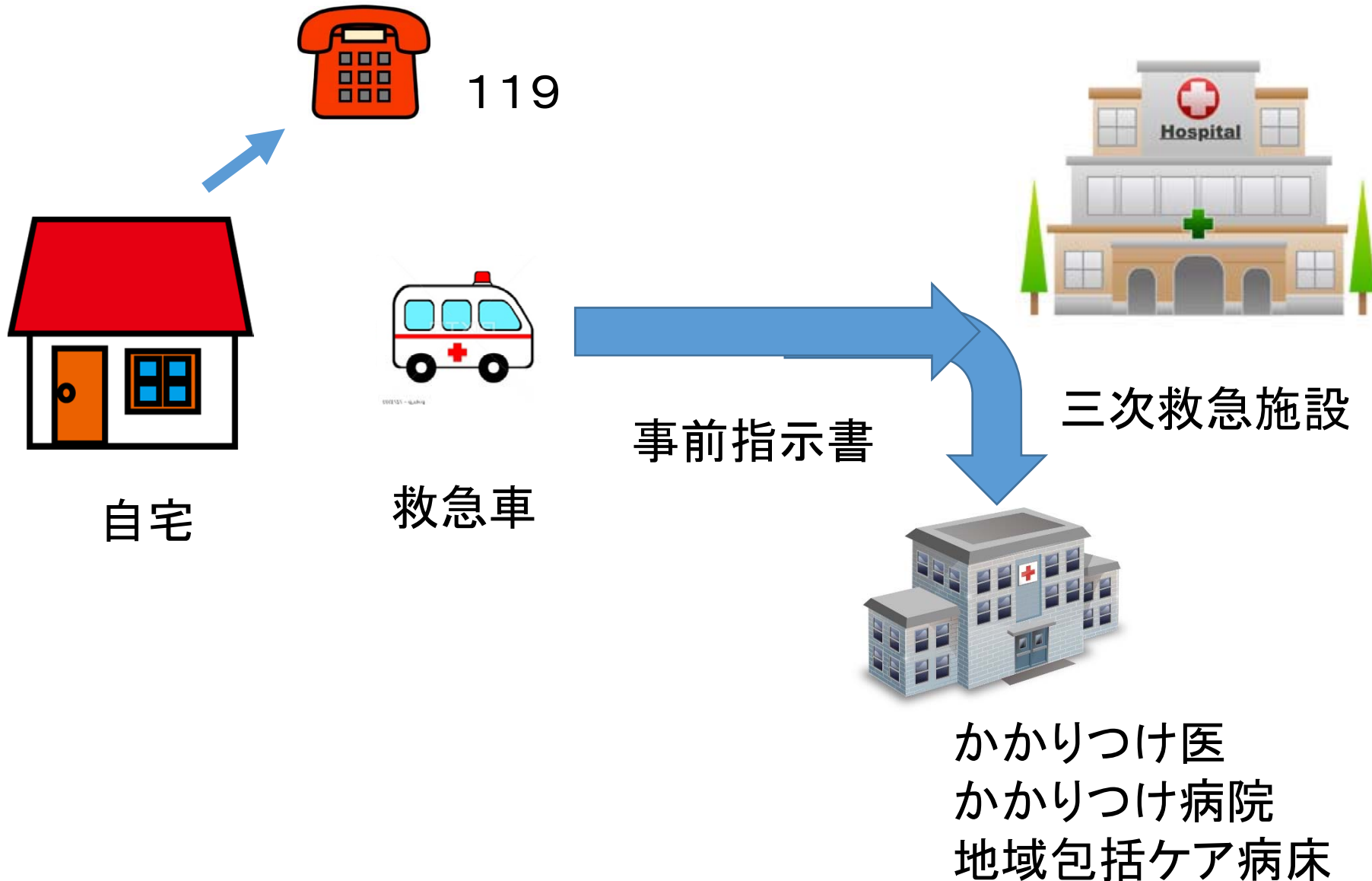
事前指示書には法的根拠がないから

(自宅、サ高住、グループホームなど)  
自分のところで看取れないから

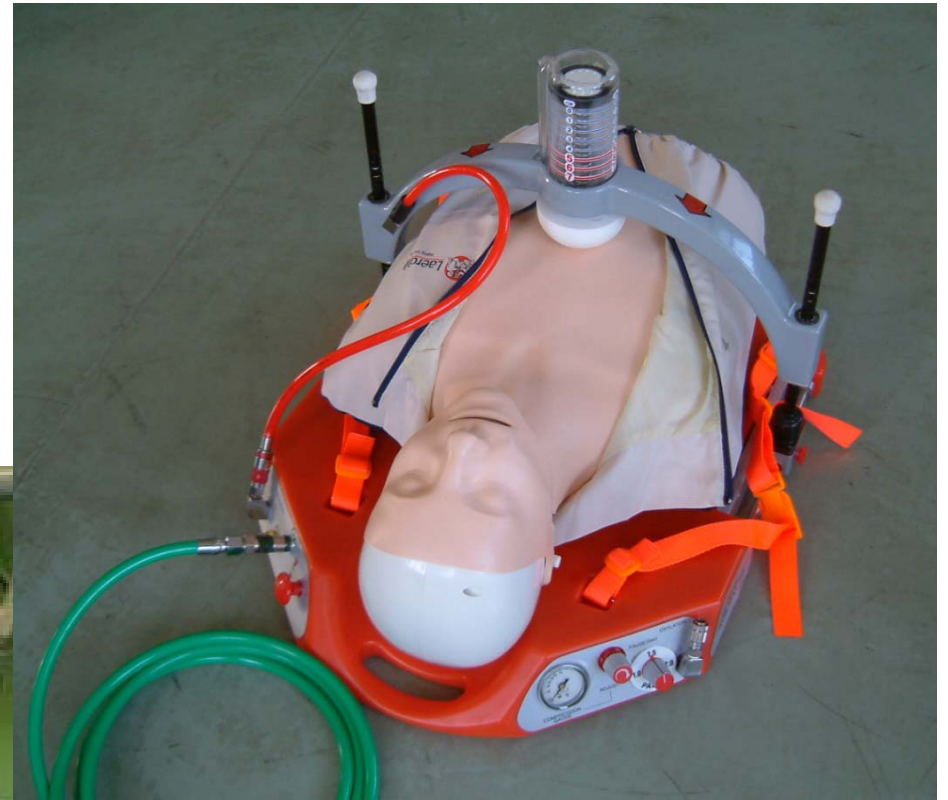
緊急時の連絡先は119しかないから

かかりつけ医(病院)がないから

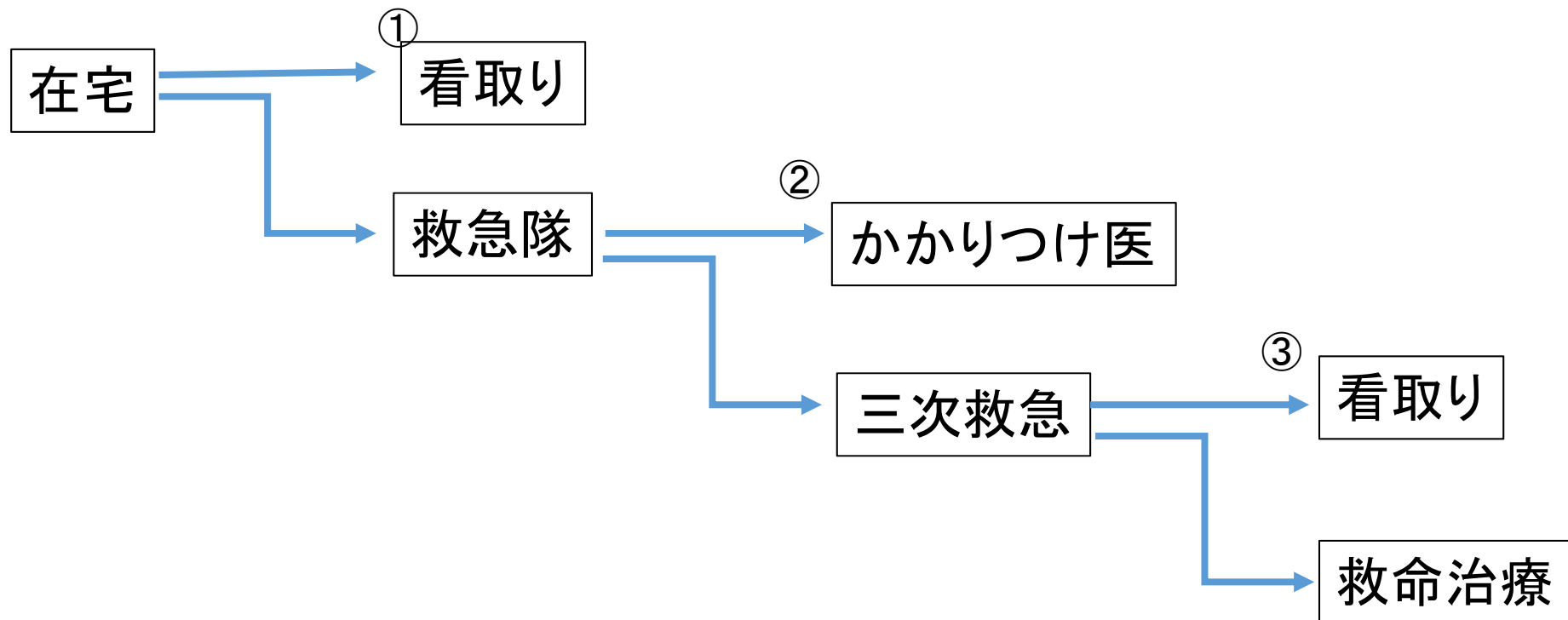
# 救急搬送と事前指示書



こんなはずでは???



# 事前指示書による高齢者医療の選択





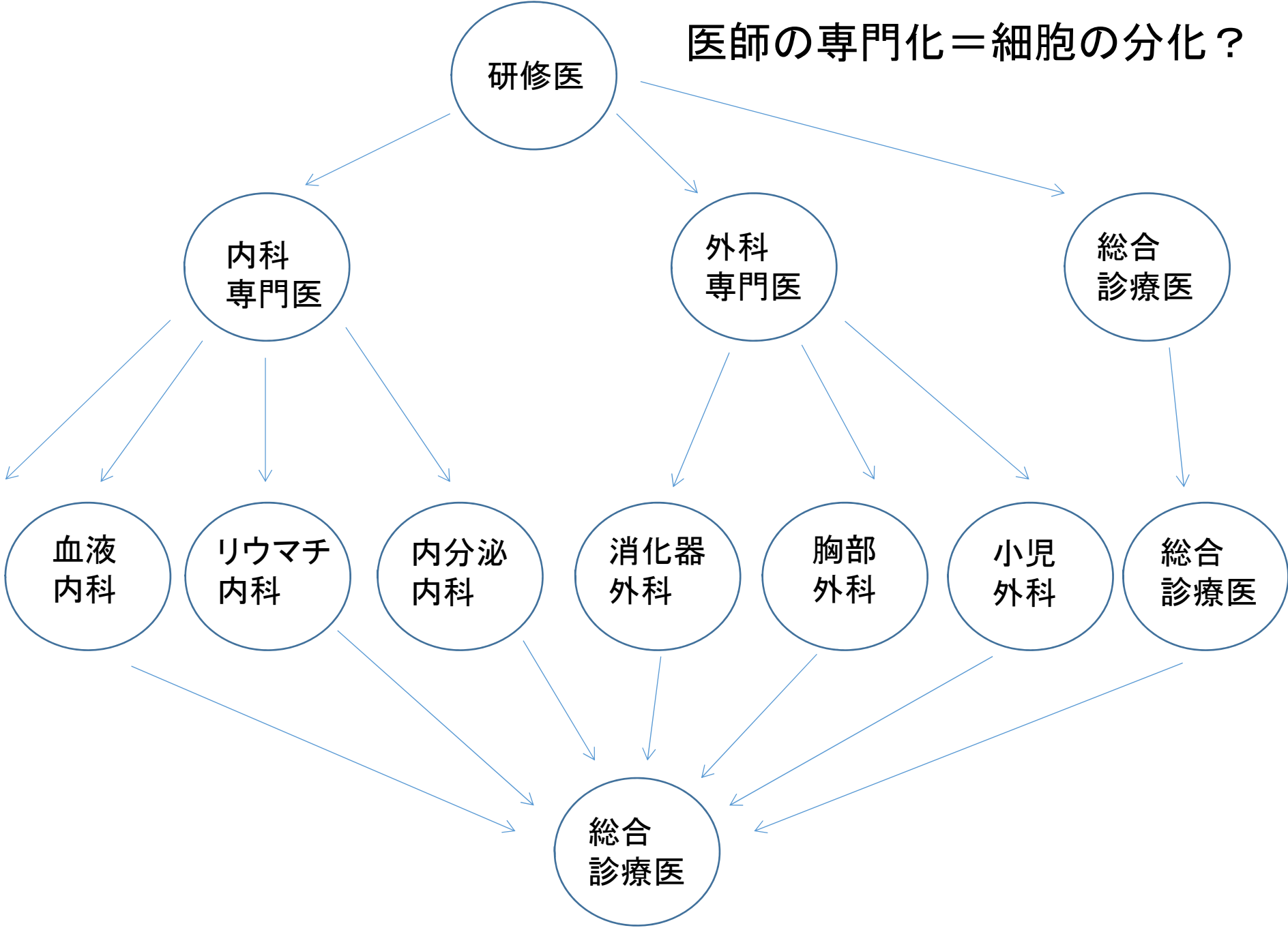
# 高齢者は高齢者が診(看)る

できる限り同世代が診ることで、医療資源を無駄にしない



被介護者では社会のお荷物、活かせば社会の労働力

# 医師の専門化＝細胞の分化？



# 結語 都市部における今後の地域医療



高齢者の絶対的急増 → 医療の機能不全

対策)

1 高齢者終末期医療

晩年における医療のあり方  
短絡的でない、思想形成

2 救急対策

救急車利用の方法

3 地域包括ケア

在宅医療・亜急性期病院  
介護との連携

4 かかりつけ医制度

5 終末期における意思決定

事前指示書の法制化  
家族間での合意形成