

特集

2

秋田県の医療・介護福祉の現状と対策Ⅰ

J A 秋田厚生連 秋田組合総合病院
 脳神経外科 兼 救急・総合診療部 診療科長
 秋田県総合診療・家庭医研修センター 副センター長
 桑原 直行

1. はじめに

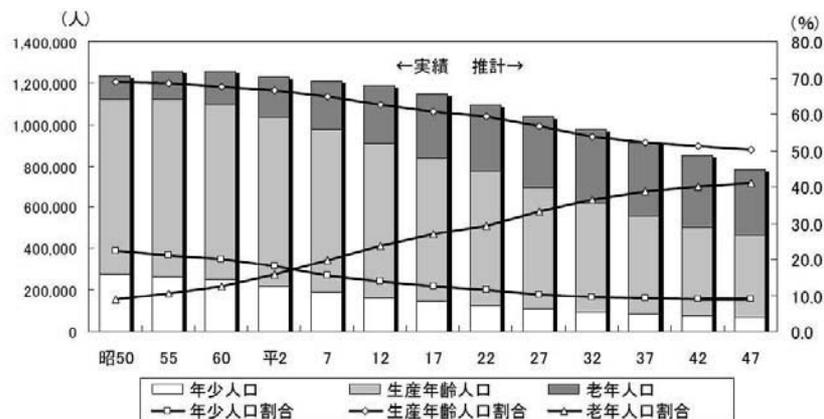
2010年の国勢調査の確定値によると、秋田県は高齢化率が29.6%となり、島根県を抜き、全国1位となった。また、65歳以上の高齢者だけの世帯は22.7%で、そのうち一人暮らし世帯は12.2%に達しており、未だかつてない超高齢社会に突入している。更に問題なのは秋田県の人口減少率で、前回より1.5ポイント上昇して5.2%と3回連続全国1位で、65歳以下の人口減少率は65歳以上の人口増加率を上回り、人口減少と高齢化が加速している現状が浮き彫りになった。2040年には秋田県の高齢化率は40%を超えるとの試算があるが、このままの状況が続くと、さらに早い段階で高齢化率40%を達成してしまう可能性もある。

高齢化と人口減少に歯止めをかけるためには、何よりも若者の県外への流出を防ぐ必要がある。より高度で魅力的な教育環境を構築し、その知識を生かす雇用環境の改善、さらに新しい雇用を創出することが不可欠であ

る。そして、秋田県の特性を理解し、それを生かし、地元愛を育てた上で社会福祉基盤を整え、実効性のある少子化対策を行うことも急務と言える。ただ、現状の人口ピラミッドを考えると、地域社会を崩壊させないためには、高齢者を弱者的な立場から貴重な社会の担い手であると意識転換することも必要であろう。

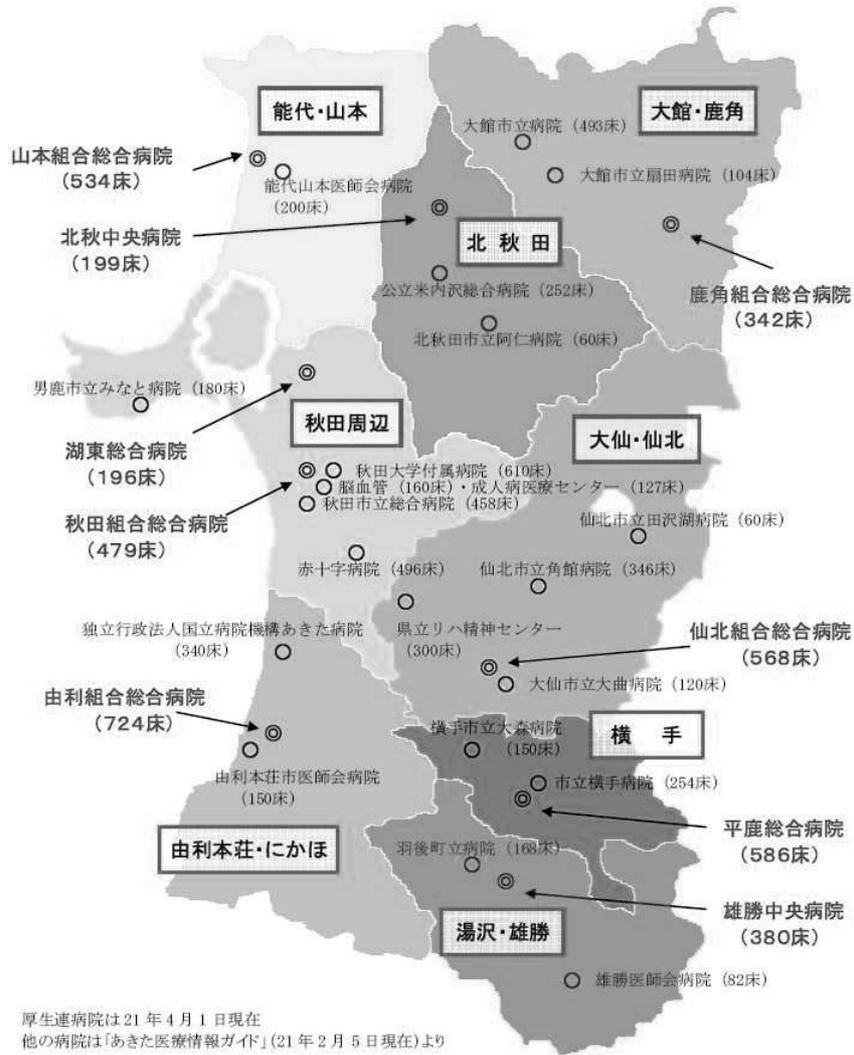
しかし、秋田県では産業基盤のみならず社会福祉基盤も十分とは言えず、今後ますます、地域産業と医療と福祉そして行政の融合が必要となる状況の中で、いったい誰が、その地域社会連携を推進する母体をシステムとして作り上げて行くのか真剣に考えなければならない。地域社会を守るのは誰なのか？それは地域住民に他ならない。この大原則を踏まえ、秋田県の医療と介護福祉に関連する現状と対策について、今号と次号の2回にわたって考えることとしたい。

図1 秋田県人口の推移～高齢化と人口減少～

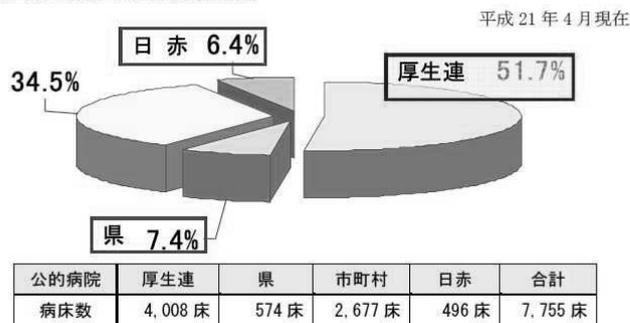


*H17年値まで実績値、H22年から推計値
 (出典) 総務省「国勢調査」昭和50年～平成17年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）について」平成22年以降

図2 秋田県の二次医療圏と厚生連病院



公的病院に占める厚生連の病床数割合



(出典) 秋田県厚生連経営改善計画 (平成21年11月27日版)

2. 医療・介護にかかわる問題

秋田県の人口減少と高齢化の問題に平行して、医療・介護に関しても早急に解決しなければならない問題がいくつかあるが、最も重要なものとして7つの問題を以下に挙げる。

1) 医療者不足

地域偏在も含め、真に資質を持った医師や看護師の慢性的な不足である。また、医療者ほどではないが、介護職員（ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー等）も慢性的な不足傾向にある。特に医師不足は北東北全般で深刻化している。秋田大学のみならず隣県の大学は、医学部附属病院としての機能を維持する必要から、秋田県内の総合病院からの派遣医師の引き上げを行ったため、未だかつてない医師不足に陥り、一部の病院では診療科の維持さえもできないほどである。

また、秋田大学医学部の卒業生の定着率は40%程度であり、自治医科大学を卒業した義務年限終了後の医師でさえ40%が県外へ流出している現状を改善しなければ、医師不足の解消は不可能である。医師数減少は、病院の質を下げるだけでなく、経営基盤をも揺るがす。そのため病棟閉鎖や病院機能を縮小することとなり、ますます収入は減少し、地域医療の維持が困難となってくる。さらに収入減は、最新医療機器の導入も不可能とし、医療レベルそして研修レベルの低下も引き起こす恐れがある。当然、研修医はより高度で先進的な県外の病院へ移ることとなり、若手医師数は減少する。当直体制も老若問わず負担が重くなり、ますます医師確保が難しくなるといった負のスパイラルから抜け出せない。

実際に男鹿地区、潟上地区、五城目地区の総合病院は、マンパワーを要する救急医療の

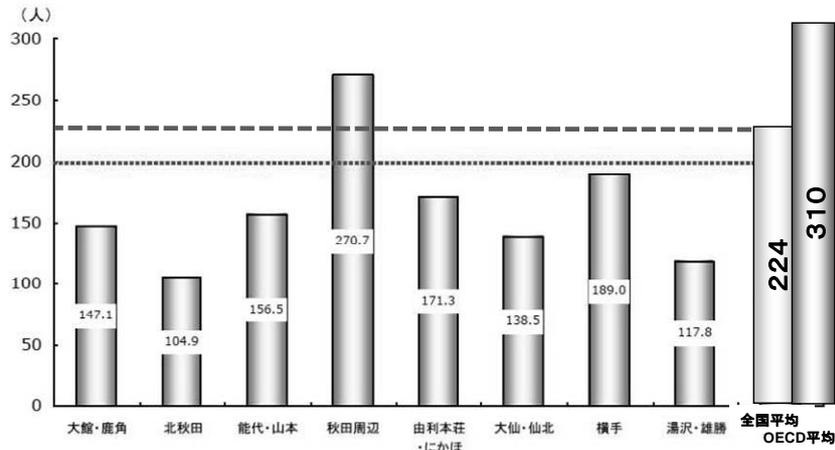
維持が困難となり、救急医療をほぼ中止している。そのため近隣の秋田組合総合病院へ救急搬送が集中し、県内では比較的マンパワーを確保できているこの病院でも、慢性的な満床状態という問題と救急搬送数の急激な増加に対応が追いつかず、救急医療に関わる職員の疲弊が危惧されている。

また、高度先進医療やがん化学療法の発展など医学の進歩は、チームとしての治療を要求し、先進機器操作技術の高度化と専門化を促すため、医師だけでなくその他の医療従事者の仕事量を増やすと同時に各自の専門性に基づく分業が進み、その結果、医師数の増加がみられる秋田市周辺においても、相対的な医師不足に陥っていると言える。さらに、患者・家族の医療に対する価値観が変化し、24時間365日の医療体制を求めたために医師にとって慢性的な長時間労働を強いられているような状況になっていることも医師の不足感を増幅している。

看護師においては、医師と違い医局制度による縛りはなく、比較的自由に病院を選択できることから、医師ほどの偏在は今のところ目立たない。しかし、看護師の実質配置が診療報酬点数に反映されるため、より高報酬となる7:1¹看護を確保するため総合病院の看護師獲得競争は激化しており、さらにショートステイなどの介護施設でも看護師の配置義務があるため、今後、看護師の偏在は顕在化してくるであろう。また、在宅医療の中心的存在である訪問看護師数や訪問看護ステーション数は増えておらず、秋田県に多い小規模のステーションが、全24時間365日体制で勤務の割に赤字体質であることが大きな原因であると思われる。

1 一般病棟の入院患者7人に対して1人の看護職員を配置すること。

図3 秋田県の各医療圏の人口10万対医師数（平成20年）



圧倒的な医師不足！

(出典) 医師数・患者数等医療需要調査報告書平成23年5月（一部改変）

2) 医療者の高齢化

住民の高齢化だけでなく、前述の医学部卒業生の定着率の低下は、医師の高齢化をもたらす。実際50歳未満の医師数は5年前の医師数と比較して減少し、逆に50歳以上の医師数は増加している。つまり、医師の高齢化により24時間365日の対応を要求される救急医療の維持は困難となってしまうのである。

年齢層では現在40代後半から50代にかけて

の医師数が多く、今後10年から20年の間に総合病院から医師が退職することとなり、ますます実働医師数は減少してしまう。

行政等で発表される10万人当たりの医師数には、このような医師の高齢化や仕事量の増加は反映されておらず、さらに人口密度も地域医療体制には大きく影響していることを認識していかなければならない。

図4 秋田県における医師年齢別医師数の推移

年齢層	平成15年	平成20年	5年ごとの医師数の変化率	
29歳以下	228	205		
30～34歳	267	241	25～29歳 ⇒ 30～34歳	1.05702
35～39歳	302	270	30～34歳 ⇒ 35～39歳	1.01313
40～44歳	311	296	35～39歳 ⇒ 40～44歳	0.98013
45～49歳	299	295	40～44歳 ⇒ 45～49歳	0.95008
50～54歳	240	283	45～49歳 ⇒ 50～54歳	0.94649
55～59歳	137	231	50～54歳 ⇒ 55～59歳	0.96250
60～64歳	104	132	55～59歳 ⇒ 60～64歳	0.96350
65～69歳	97	97	60～64歳 ⇒ 65～69歳	0.93269
70～74歳	99	95	65～69歳 ⇒ 70～74歳	0.97938
75～79歳	95	79	70～74歳 ⇒ 75～79歳	0.80203
80～84歳	36	64	75～79歳 ⇒ 80～84歳	0.67725
85歳以上	16	19	80～84歳 ⇒ 85歳以上	0.53521

医師数が増えていても高齢化が大問題である。

(出典) 医師数・患者数等医療需要調査報告書平成23年5月（一部改変）



3) シームレスな連携不足

高齢者の増加は、がん、心疾患、肺炎、脳卒中の罹患率や死亡率の上昇に直結することとなるが、それらは単一疾患ではなく、複合しているため単科での対応が困難で各科専門外来を渡り歩くこととなる。高齢者は平均4.5科に通院しているといった厚生労働省のデータがある。逆に言えば高齢者一人当たり4人以上の医師が関わっていることになり、これも医師不足の一因となっている。そして残念ながら専門化の進んだ現場ではお互いの情報共有と連携は十分ではないこともあり、病気を診るのではなく人を診る総合診療医の必要性が強く叫ばれてきている。

また急性期から維持期に渡って、シームレスな医療・介護連携を構築できていないことも地域医療には大きな問題である。厚生労働省は、病院機能の専門化、分化を推進しており、DPC制度²を導入した急性期病院は入院期間の短縮を迫られている。しかし、その一方で療養型病床の縮小を進めているため、回復期や維持期の病床は常に満床状態であり、老健施設等の増加もないため障がいを持つ患者の行き場がなくなっている。さらに当地区の救急医療の破綻により、急性期病院も慢性的な満床状態となっており、救急患者の受け入れを行うためには、救急搬送の選別や入院患者の早期の転院・退院が不可欠な状態である。そのため場合によっては患者不在の身勝手な連携による転院や退院となる可能性もある。個別の疾患で考えると、脳卒中では回復期リハビリテーション病院の不足と障がい者への未熟な介護体制により在宅療養が困難で

あることが、その後の維持期に向けた連携を妨げ、結果としてショートステイ施設などへ患者を閉じ込めてしまう。訪問リハビリのスタッフも少ないため、家庭内での生活リハビリテーションが行えず、徐々にADL³の低下を来し、いつの間にか在宅での生活が困難となってしまふ。また、がんでは、医師、看護師、介護職員のコミュニケーション能力、緩和ケアやスピリチュアルケアのスキルの未熟さにより、患者との信頼関係を築くことが困難で、終末期には、患者の望む在宅ではなく病院へ入院させてしまう傾向が強い。秋田県ではホスピスが1施設34床しかないことも、患者の望む連携ができない理由の一つであろう。

患者と家族を中心とした各専門診療科内での縦の繋がり。医師、看護師、介護職員、リハビリスタッフ、歯科医師、薬剤師、医療相談員そして施設職員などの多職種間での横の繋がり。急性期から回復期、維持期、終末期までの場や時期的な幅の繋がり。そして、こうした「繋がりシステム」そのものが時代を超えて次の世代へ進化しつつ繋がっていく、いわば“四次元的”なシームレス連携を構想する必要がある。

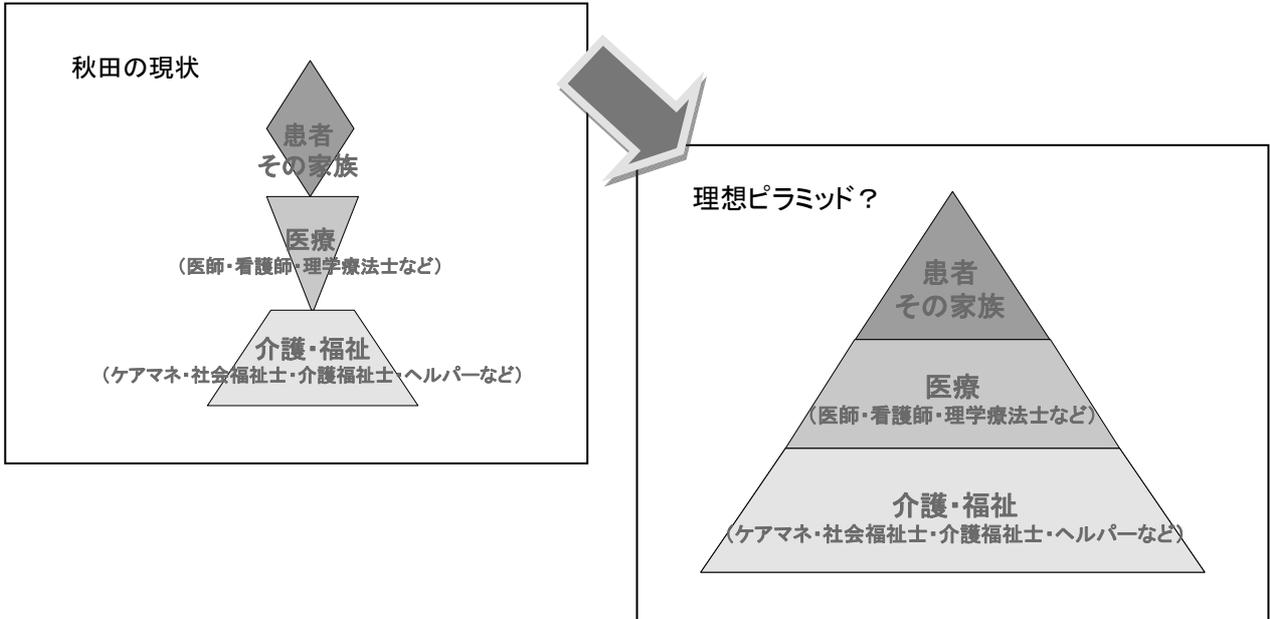
4) 在宅医療推進の難しさ

上述したように真にシームレスな連携システムを構築したうえで、患者が望む場所で、病気や障がいを持っていても生き活きとした生活を送り、穏やかな最期を迎えることが理想であるが、そのためには個々のレベルアップや在宅医療従事者の育成により、在宅医療

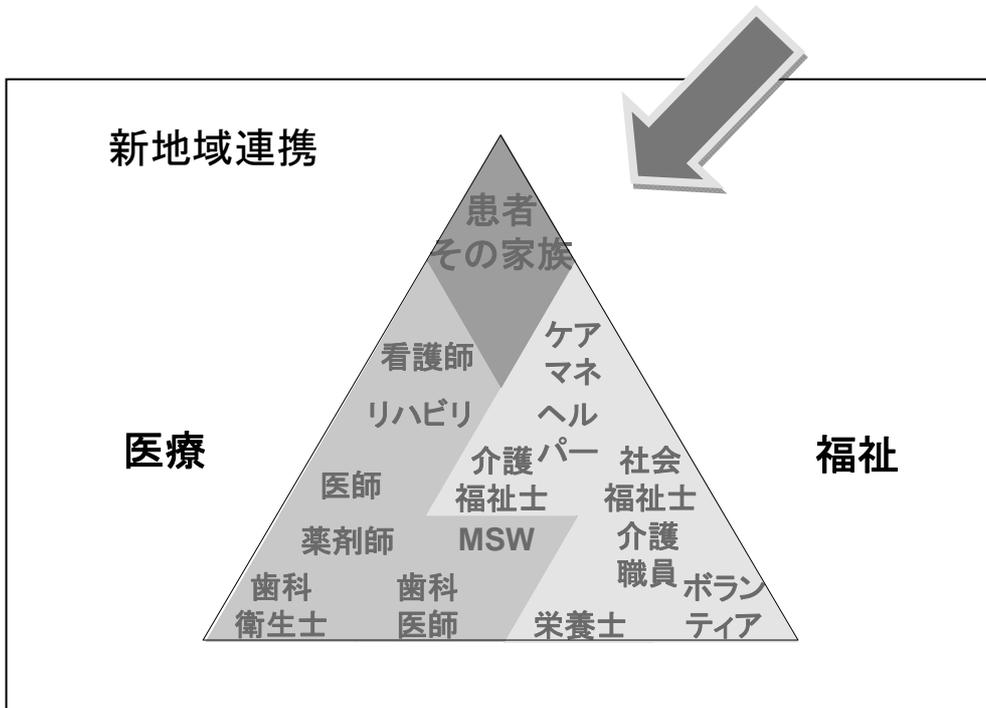
2 平成15年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括制度。Diagnosis Procedure Combination (診断群分類) の略。

3 Activities of Daily Living (日常生活動作) の略。食事、更衣、整容、移動、排せつ、入浴など人間の生活行為を構成する最も基礎的な要素を指す。

図5 シームレスな連携の理想ピラミッド



シンプルで分かりやすいが、医療・介護福祉が分離状態という点では現状と同じ発想



縦の繋がりだけでなく他職種間の横の繋がりによって、患者と家族を支えていく！

(出典) 筆者作成

を推進しなければならない。また消防・救急隊も含め、医療・介護・福祉・行政と一体となって問題解決を行うシステムが、早急に構築されなければ、ますます地域医療は崩壊し、ついには地域社会まで消滅しかねない状況である。

しかし在宅医療、特に在宅終末期医療と在宅緩和ケアが地域に十分に根付いているとは言えない。秋田などの地域では人口密集地が限られており、訪問診療の効率が悪く、在宅療養支援診療所は増えても、実際に訪問診療を行う数は増えてはいない。また、冬期には積雪や凍結などにより道路交通状況は悪化し、1時間当たり1人程度しか訪問診療をできない場合も少なくない。

また、在宅医療に熱心な医師であっても一人開業であることがほとんどであり、自院の外来診療を行いながらの24時間365日の対応は困難であるため、在宅療養患者の人数を制限せざるをえないのである。つまりかかりつけ医が対応できないときにバックアップできる在宅医療ネットワークがなければ在宅医療は進まないと思われる。

そして医療者・介護職員のみならず住民の意識も問題である。在宅医療を単なる往診程度にしか考えていない医療者も少なくない。そして医療者だけでなく患者や家族も、事前に終末期の希望を話し合うことがないため、最期の場面では病院に入院させる傾向が強く、急性期病院との関わりを無くさないようにするため、あえて在宅医療を導入しないこともあるようだ。患者や家族も介護者が少なく、冬が厳しい地域性のため施設への入所を希望することも多いが、特養や老健施設等の数は十分ではなく、短期入所生活介護等在宅療養するしかないのが現状である。短期

入所生活介護等での看取りに関しては介護報酬もないため施設によって対応がまちまちであり、症状変化時には無条件で急性期病院への救急搬送を行うことも多く、救急病院の勤務医の疲弊にも繋がっている。

5) 介護職員の方向性

医療と福祉の連携が進められている中、介護職員の進むべき方向性が見えてこないことが連携を難しくしている気がしてならない。医療者と介護職員がお互いのアイデンティティを尊重し、助け合うことが求められているはずであるが、看護と介護がまるで自分たちの領有権を争うかの如く反発する場面が散見される。介護職員がミニ看護師になる意味はなく、ケアされる人の家族と同様に、生活に密着したところでのケアを担うことが望ましいのではないだろうか。

6) 価値観の歪み

医療が現代の様に進歩していなかった時代には、病院で診てもらっただけで満足していた。そして病院で死ぬことに満足し、安心感を得ていたと思われる。だからこそ、病院死と在宅死は徐々に逆転し始める。しかし、科学技術の進歩とともに医学の進歩は凄まじく、人の価値観さえ歪めてしまう。医療者だけでなく、患者自身も病気を治すこと、生命を維持することが最重要課題となってしまった。そのため、より良く生きる価値観は二の次とされ、日進月歩の医療について行くことができない住民は、医療者ことに急性期病院へ、生も死も丸投げするようになってしまったのではないだろうか。安心と安全は似て非なるもので、簡単に救急医療を受けるなど個々の安心を増幅させると、地域の安全である医療

図6 終末期に関する意識調査結果（当院調べ）

【終末期に希望する療養場所】								【在宅療養が困難な理由（複数回答）】										
	院早く入院した病	い早くホスピス入院した病	の要にならば入院したい	の要にならば在宅療養したい	の要にならば在宅療養したい	の要にならば在宅療養したい	その他		が往診してくれない医師	訪問看護体制が整っていない	24時間体制が整っていない	介護してくれない家族	家族の負担が大きい	急変時の対応が不安	急変時に入院できる	居住環境が整っていない	経済的に負担が大きい	その他
平成15年調査結果	9.6	22.9	21.6	26.7	10.5	3.2	5.5	平成15年調査結果	27.0	17.8	14.4	13.9	78.4	57.3	27.2	8.6	30.8	2.2
平成20年当院医師	5.0	5.0	40.0	40.0	5.0	0.0	5.0	平成20年当院医師	0.0	5.0	25.0	25.0	70.0	40.0	15.0	15.0	5.0	5.0
平成20年当院看護師	5.0	15.0	30.0	40.0	10.0	0.0	0.0	平成20年当院看護師	0.0	10.0	15.0	20.0	80.0	55.0	30.0	25.0	15.0	0.0
平成20年当院患者	10.0	25.0	20.0	20.0	15.0	5.0	5.0	平成20年当院患者	20.0	10.0	20.0	45.0	80.0	60.0	35.0	15.0	35.0	5.0
平成20年患者家族	5.0	25.0	30.0	20.0	10.0	5.0	5.0	平成20年患者家族	15.0	15.0	15.0	35.0	75.0	65.0	25.0	15.0	30.0	5.0

（出典）平成20年度在宅医療助成 完了報告書「急性期病院から立ち上げる在宅医療推進システムの構築に関する研究」

体制自体は崩壊してしまうのである。この長寿高齢社会において、自分たちの安心・安楽のために、平穏な最期を迎えることのできる人たちを救急搬送し延命的な処置をすることが本当に意味のあることなのか考え直す必要がある。

7) 死生観の欠落

欧米では宗教的な関わりから生や死を幼少期から意識し始め、死生観やボランティア精神も自然と身についてくると思われる。日本も以前は家族同士そして地域住民間での自助と互助そして共助があり、地域社会が成り立っていたと考えられるが、最近の核家族化や価値観の変化により、隣人に関心を持つこともなく、互助や共助という素晴らしい機能が働かなくなってきた。学校教育でも宗教色のある死についての授業はほとんどなく、また、地域社会も死を隔離した。つまり自宅での看取りや葬儀が少なくなったことにより、子供達は死を意識することもないため、死生観や自助・互助・共助、ボランティア精神も育つことなく成長してしまっている可能性がある。昨今の凶悪事件や犯罪の低年齢化

は、他人の痛みに関心を持たせることもなく、生や死を意識させることもない社会がもたらした副産物と言えるかもしれない。このような環境の中では、医療も社会福祉も成り立たなくなっても不思議ではない。

この問題は、医療者の努力だけでは解決不可能な問題であり、日本の教育システムそのものに欠陥があるからと思えてならない。

3. まとめ

秋田県の医療と介護福祉に関連する現状と課題を、7つに分けて述べた。それぞれは関連しているものであり、簡単に解決できるものではないかもしれない。しかし、何もしなければ崩壊するのみである。

秋田組合総合病院では、以前から秋田県寄付講座である秋田大学医学部総合地域医療推進学講座とタイアップして医学部の学生教育に力を入れている。さらに、秋田県との連携で秋田県総合診療・家庭医研修センターを本年度より立ち上げ、キュアとケアのバランスのとれた総合医の育成を開始している。次号ではその取り組みや医療と介護福祉との連携等について報告する。