

---

---

# 高齢社会の基盤となる 病院・施設・住居の姿

(社) 農協共済総合研究所  
理事・医療研究センター長

か とう りゅう いち  
加 藤 龍 一

## これまでの日本の病院

日本の病院は、その多くが似たような各種の診療科をそろえた総合病院で、軽症から重症まで何でも診る状況が長く続いた。患者にとってはアクセスが自由で便利な面もあるが、非常な混雑が生じ、3時間待ち3分診療が当たり前になっていた。これを何とか是正しようと病院の機能分化が進められ、病診連携（病院と診療所の連携による機能分化）が促進されようとしている。すなわち、国立がんセンターや循環器病センター、大学病院などの特定機能病院、紹介患者を中心に対応する地域医療支援病院、そして一般病院、個人の診療所などに、それぞれの機能に応じた診療を分担するのである。また救急医療も第1

次から3次までに分類され、患者の重症度に応じた対応がなされるようになりつつある。しかし、長年いつでも好きな病院で診てもらっていた患者には、急に受け入れられない面もあり、患者の権利意識の高まりとともに、救急センターのコンビニ化現象などを引き起こし、社会問題ともなっている。

さらにもう一つの問題は、軽症の色々な病状の患者に幅広く対応できる、信頼できる一般医が地域に少ないことである。これは医師個人の責任ではなく、そのような卒後教育を怠ってきた医学界全体の問題である。開業医もある程度専門化してしまっており、政府が想定している理想的な一般医は十分には育っていないのである。

## これからの病院

とはいえ、何でも大病院で診るというのはやはり不合理である。在院日数も無意味に長期化することがあるのも事実で、病院が高齢者の収容施設化している側面もある。やはり方向としては病院の機能分化、病診連携を進めるべきであろう。すなわち、これからの病院は2極分化してゆくのが望ましいと考える。一方は高度医療、救急医療に特化した病院。もう一方は、限りなく住宅に近づいてゆく形態。

しかしここで問題となるのが、現在、その中間的性格を持って存在する多くの一般病院で療養している長期入院患者である。2012年には14万床の療養型病床群が廃止される予定であるが、その受け皿となる施設が十分に確

保されていない。したがってこれらの患者が介護難民になる可能性が高いのである。住宅に近い形態でありながら、介護や必要に応じた医療を適時受けられる施設の確保が望まれるところである。

住宅に近い施設は単体で存在するのではなく、できれば医療への良好なアクセスを確保し、介護を容易にする機能を持った形態が望ましい。厚生労働省が行った医療に関する国民アンケート調査でも、多くの国民が可能であれば在宅での療養を望んでいることが示されている。これを実現する施策として、高齢者専用賃貸住宅や小規模多機能居住介護施設などが出現してきている。さらに在宅医療の重要性も指摘され、2006年4月には在宅医療支援診療所の制度が創設され、診療報酬面での優遇も実施された。さらに在宅での終末期医療も視野に入れられており、これに対応する診療所の動きも出てきている。しかし現状では、残念ながらこれらの新しい動きも、質、量とも未だ十分な状態とはいえない。

高齢者、障がい者、そして終末期医療を受ける患者も皆、なじみの無い遠くの施設に急に転居させられるのは望んでいないのである。

### 地域における施設と住居の動き

WHOは1986年のオタワ憲章でヘルスプロモーションの概念を明確にし、すべての施策を健康の視点から見直すように提言している。しかし日本では、老人の孤独死、老老介護の破綻、後期高齢者医療制度、医療崩壊が社会問題になっているのが現実である。そのような状況下でも自治体や社会福祉法人、医療法人による新たな試みもある。たとえば長野県では行政と住民の協働によるコモンズハウスが始動している。これはコモンズハウスを親しみやすい地域のケア拠点と位置づけ、宅幼老所、地域福祉の要にしようとするものである。2007年度末ですでに362ヶ所が設置され、通所介護を中心に活動しているが、小規模多機能居住介護への移行は問題を抱えているようである。また農協関連では大分県のJA杵築市と厚生連による、高齢者専用住宅と診療所、介護老人保健施設、温泉、食堂などの複合施設「いこいの村」の試みもある。

イギリスや北欧諸国など福祉先進国では住宅保障は老後生活安定の不可欠な要素と考えられている。いかにすれば、健康を維持し続ける都市を構成することが出来るのかということは、これからの日本の最大のテーマとなるであろう。高齢社会はまだ始まったばかりなのである。