

地域包括ケアとは何か

静岡県立大学 経営情報学部

東野 定律

日本の平均寿命は……………男性81.4歳、女性87.5歳^(2019年)
メキシコの平均寿命は……………男性72.2歳、女性77.9歳^(2018年)

日本における高齢化の現状と将来像

我が国の総人口は、令和元(2019)年10月1日現在、1億2,617万人。
65歳以上人口は、3,589万人となり、**総人口に占める割合(高齢化率)も28.4%**となった。

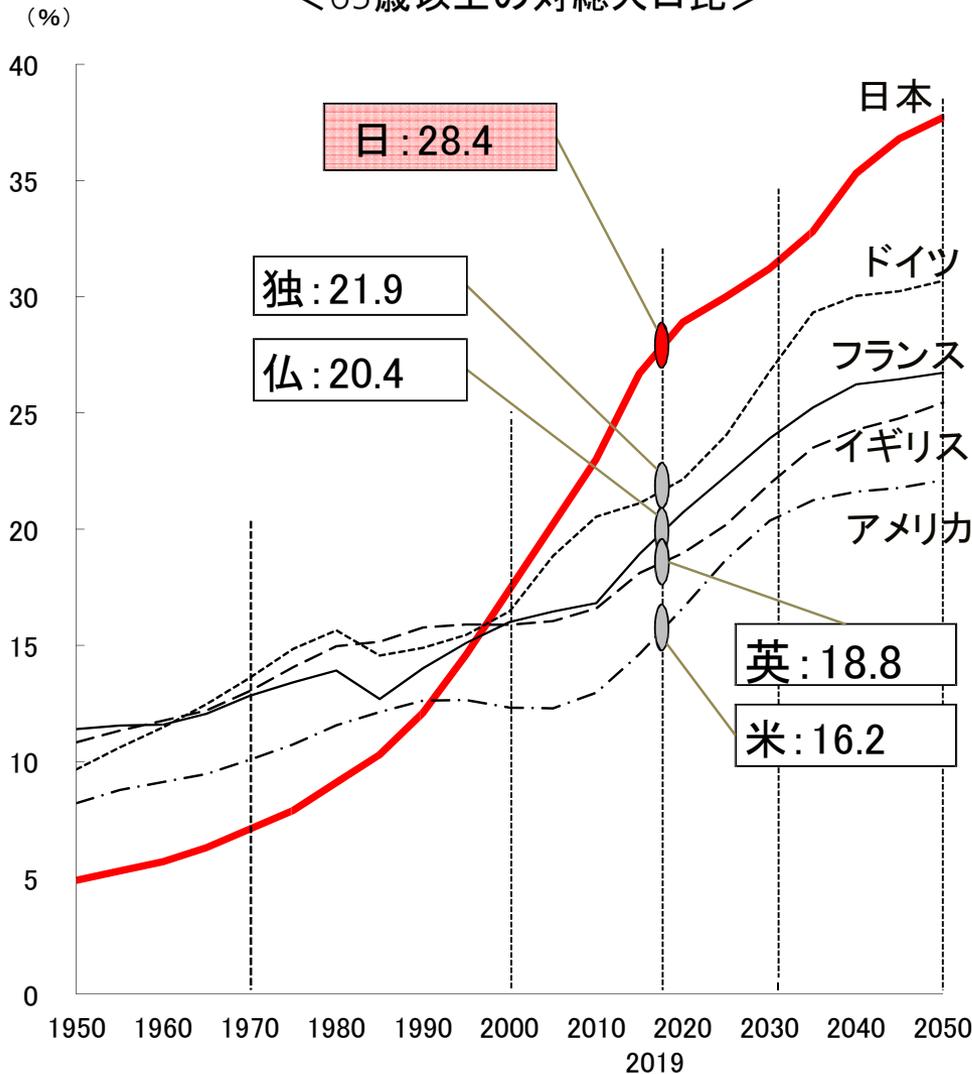
65歳以上人口を男女別に見ると、男性は1,540万人、女性は2,029万人で、男性対女性の比は約3対4となっている。

65歳以上人口のうち、「65～74歳人口」は1,740万人(男性831万人、女性908万人)で総人口に占める割合は13.8%。

75歳以上人口は1,849万人(男性729万人、女性1,120万人)で、**総人口に占める割合は14.7%であり、65～74歳人口を上回った。**

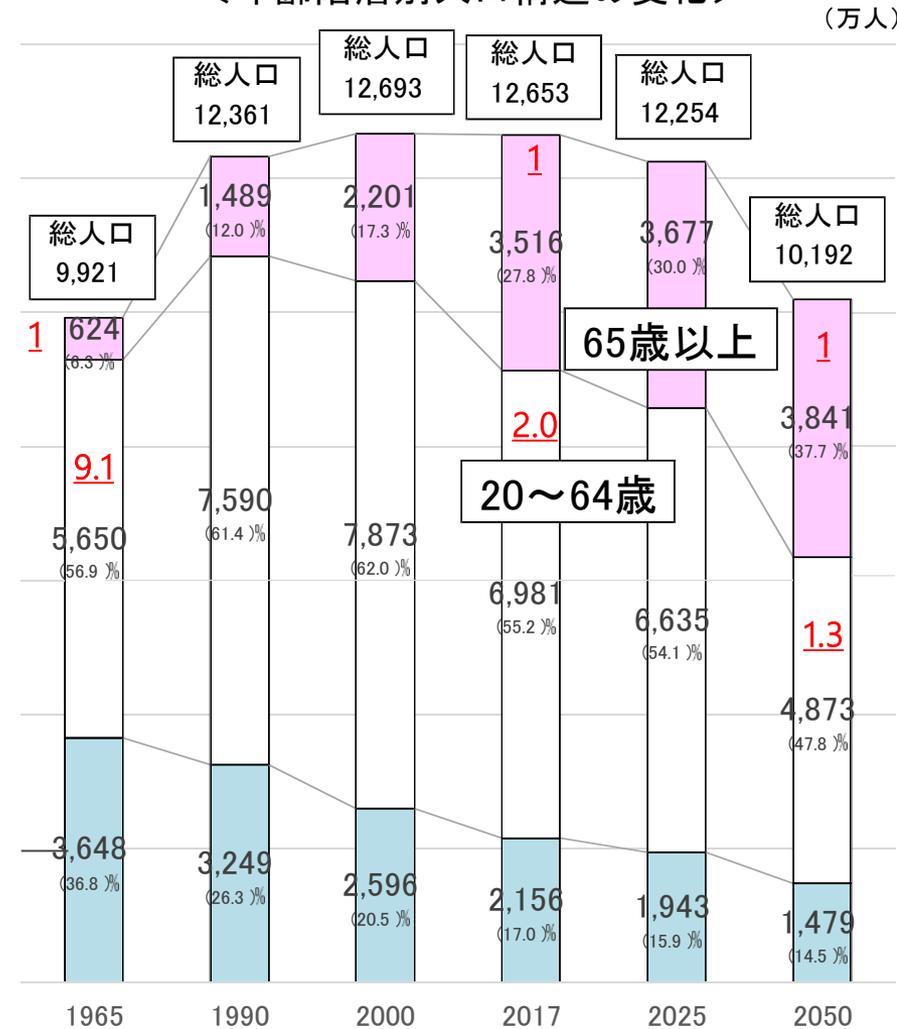
人口構造の変化

<65歳以上の対総人口比>



(出典) 日本 ~2010: 国勢調査報告(総務省)、2011~2050: 日本の将来推計人口(2012年1月、国立社会保障・人口問題研究所)
 諸外国 WORLD POPULATION PROSPECTS: THE 2015 REVISION(中位推計)(国連)

<年齢階層別人口構造の変化>



(出典) 1965年、1990年、2000年は総務省「国勢調査」、2025年、2050年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)」(出生中位、死亡中位推計)

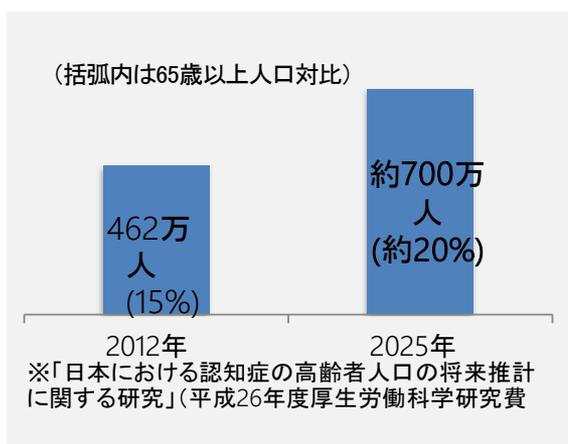
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

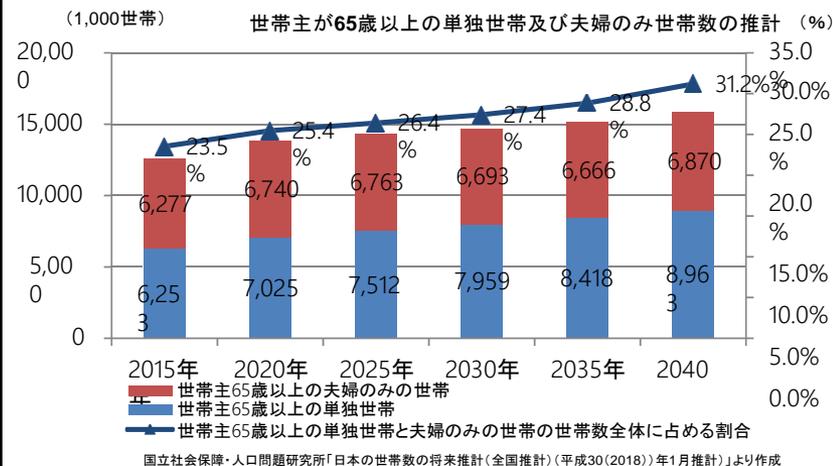
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人 (26.6%)	3,619万人 (28.9%)	3,677万人 (30.0%)	3,704万人 (38.0%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人 (12.8%)	1,872万人 (14.9%)	2,180万人 (17.8%)	2,446万人 (25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

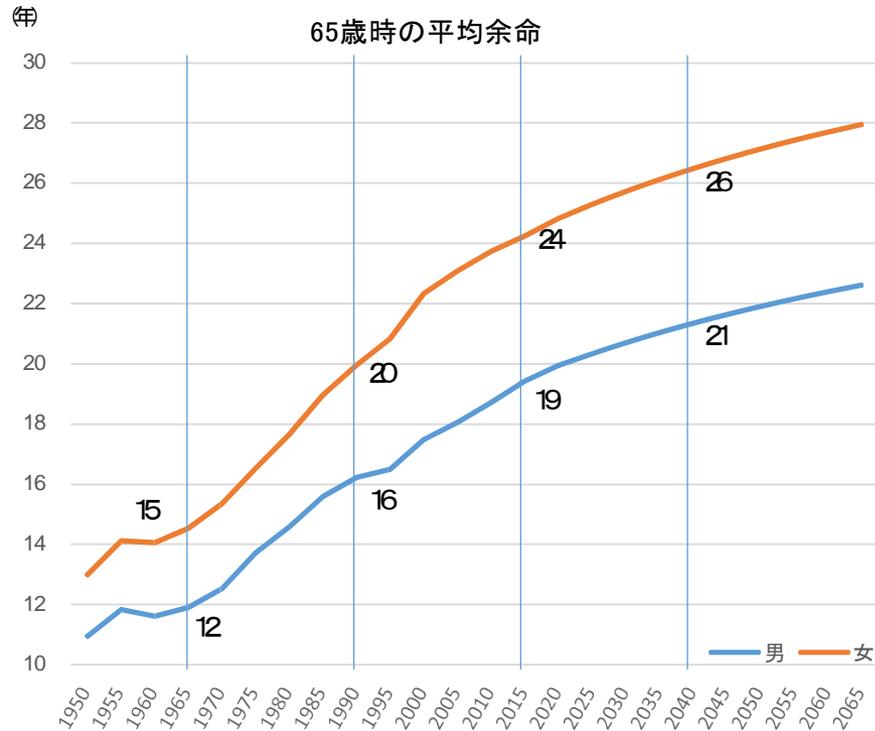
※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(17)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 < > は割合	77.3万人 < 10.6% >	70.7万人 < 11.4% >	99.3万人 < 10.9% >	80.8万人 < 10.8% >	105.0万人 < 11.9% >		146.9万人 < 10.9% >		26.5万人 < 16.1% >	18.9万人 < 18.4% >	19.0万人 < 16.9% >	1632.2万人 < 12.8% >
2025年 < > は割合 () は倍率	120.9万人 < 16.8% > (1.56倍)	107.2万人 < 17.5% > (1.52倍)	146.7万人 < 16.2% > (1.48倍)	116.9万人 < 15.7% > (1.45倍)	150.7万人 < 17.7% > (1.44倍)		194.6万人 < 14.1% > (1.33倍)		29.5万人 < 19.5% > (1.11倍)	20.9万人 < 23.6% > (1.11倍)	21.0万人 < 20.6% > (1.10倍)	2180.0万人 < 17.8% > (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

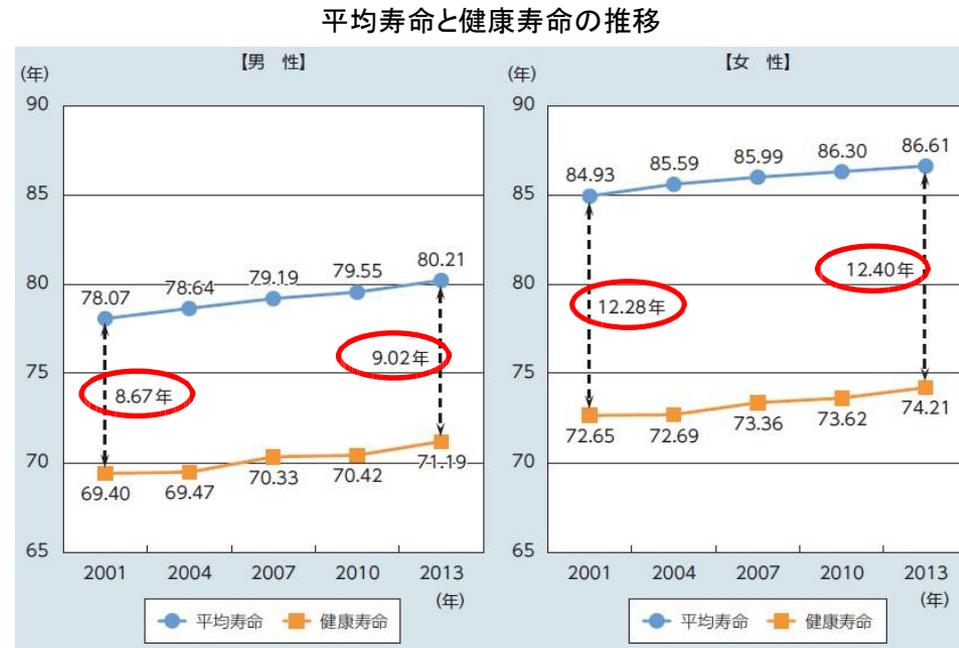
65歳時の平均余命と健康寿命の推移

- 65歳時の平均余命は延伸傾向。2040年には男性21.33年(86.33歳)、女性26.48年(91.48歳)となることが見込まれている。
- 平均寿命と健康寿命の差(健康上の問題がある期間)は縮まっていない。この期間の拡大は、個人や家族の生活の質の低下を招くとともに、医療費や介護給付費等の社会保障費の増大にもつながる。



※2015までは実績値

(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の「資料表-12男女別特定年齢の平均余命」

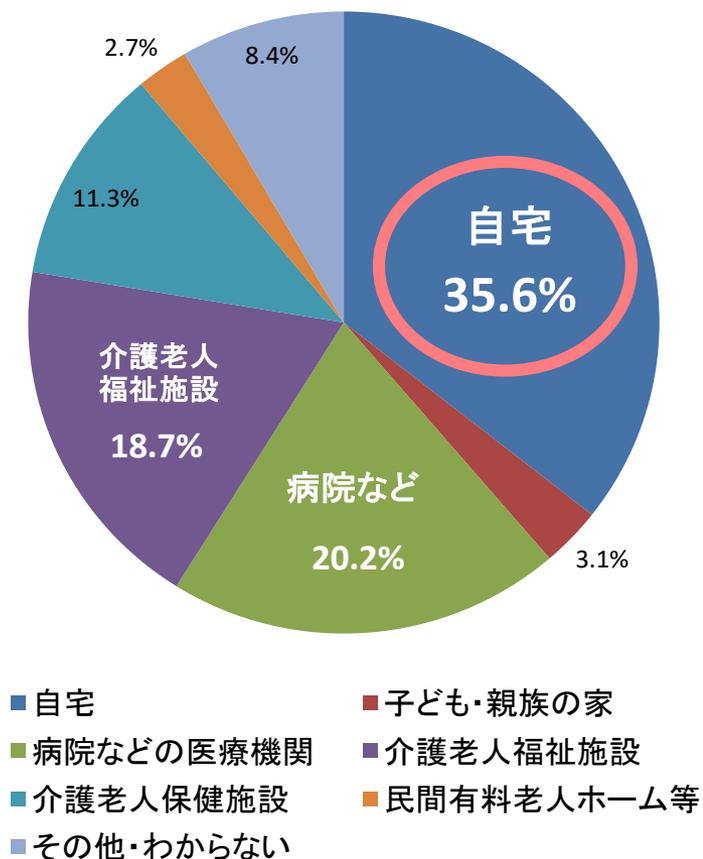


※健康寿命:健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

(出典)平成29年版 厚生労働白書

介護を受けたい場所

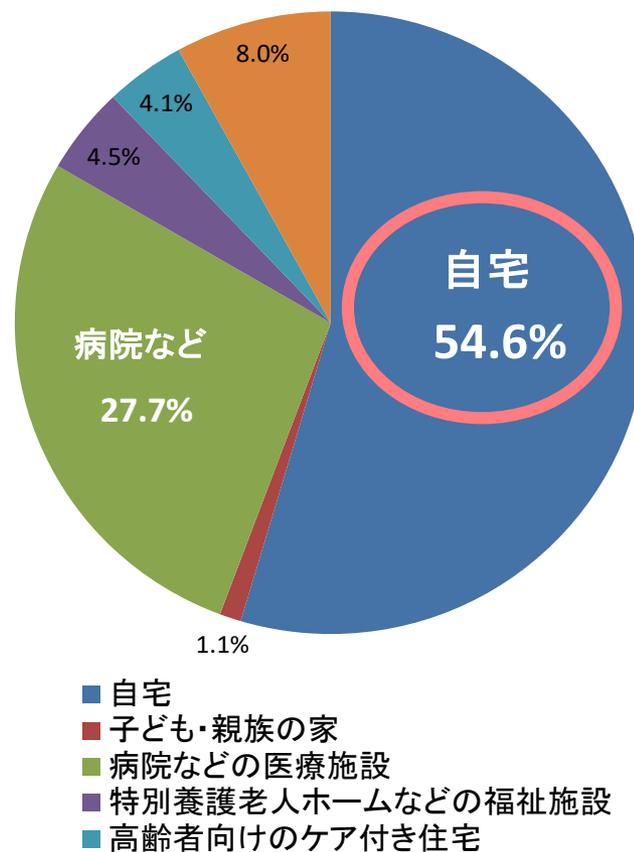
3人に1人は、「介護を受けたい場所」について、「自宅」を希望している。



(注)対象は、全国55歳以上の男女

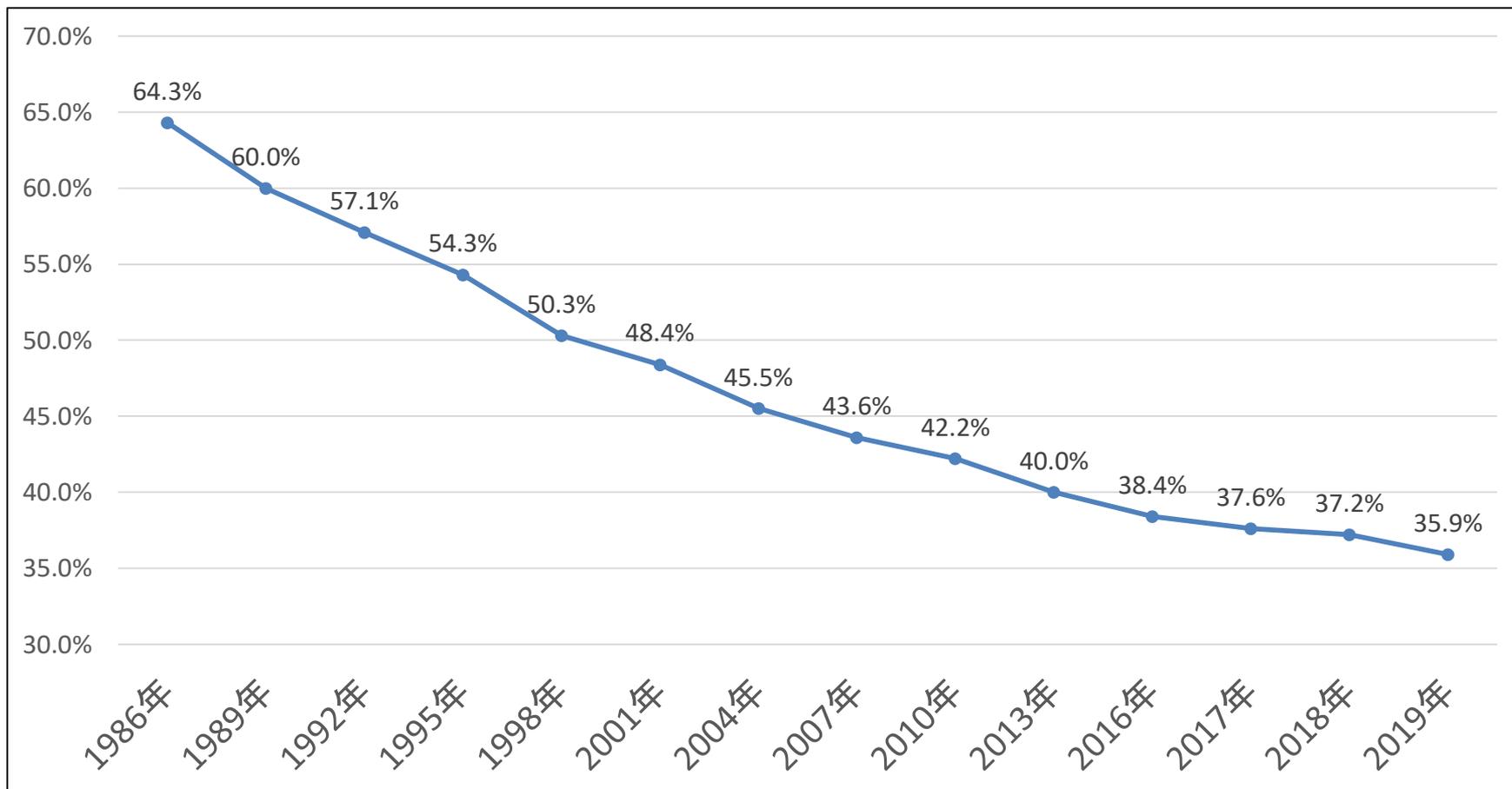
最期を迎えたい場所

半数以上が、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。



(注)対象は、全国60歳以上の男女

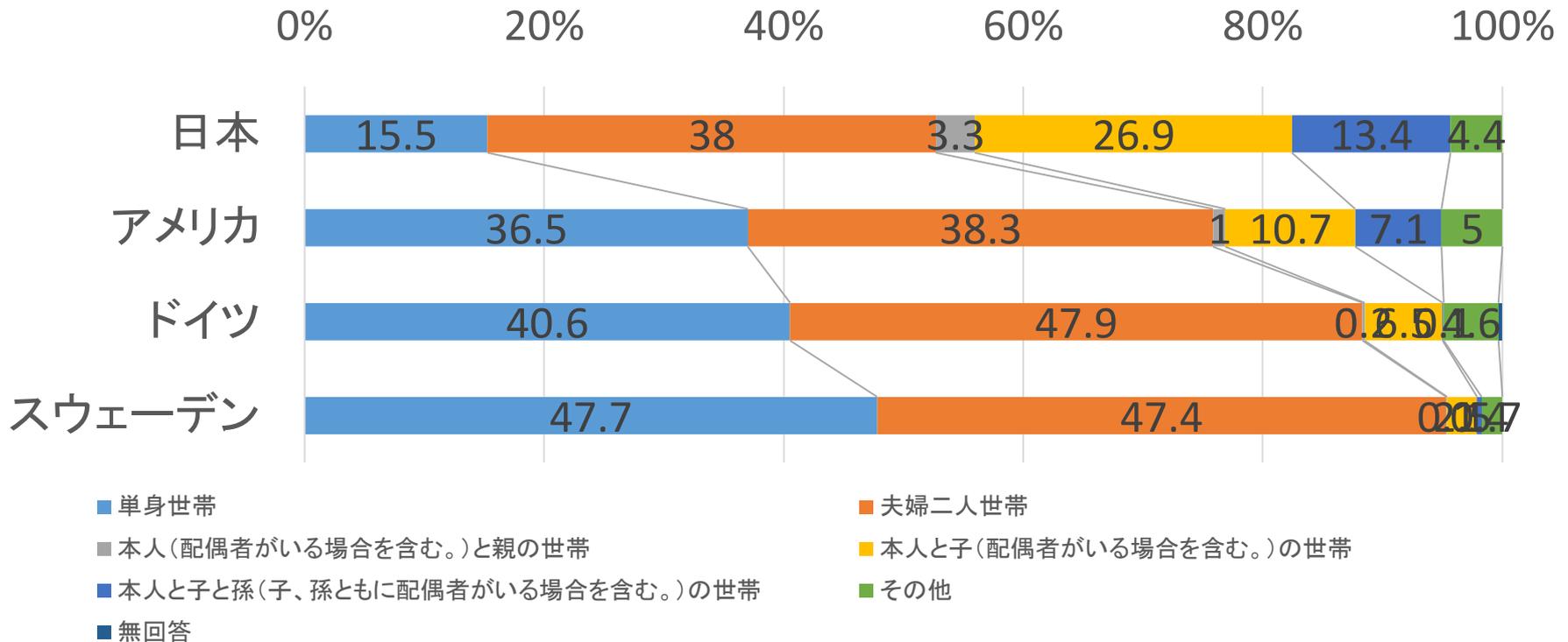
同居率の低下（65歳以上の者と子との同居率）



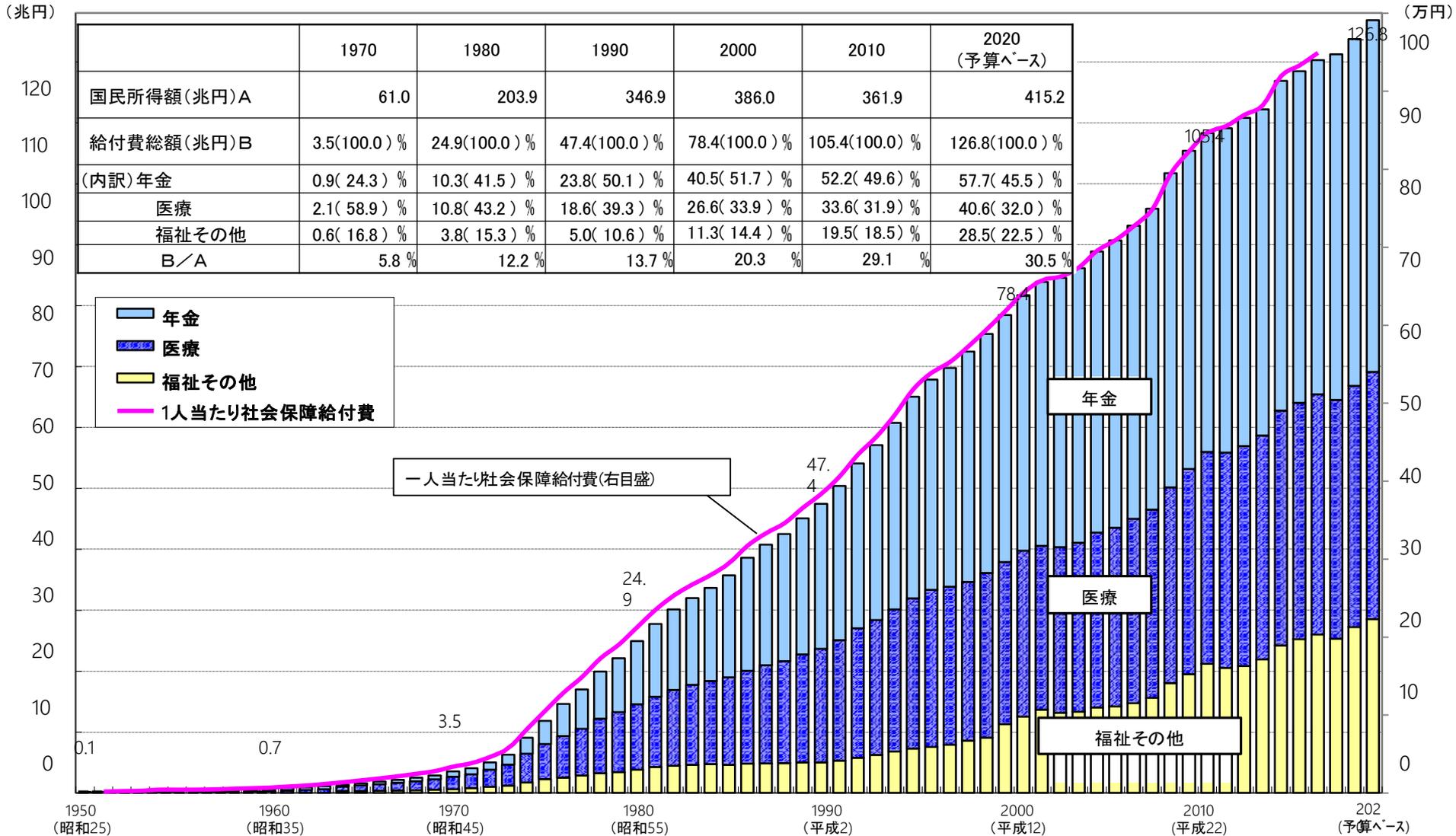
65歳以上の者と子との同居率は、低下する傾向。

高齢者の家族との同居状況

60歳以上の男女個人(施設入所者は除く。)	日本	アメリカ	ドイツ	スウェーデン
単身世帯	15.5	36.5	40.6	47.7
夫婦二世帯	38.0	38.3	47.9	47.4
本人(配偶者がいる場合を含む。)と親の世帯	3.3	1	0.2	0.1
本人と子(配偶者がいる場合を含む。)の世帯	26.9	10.7	6.5	2.5
本人と子と孫(子、孫ともに配偶者がいる場合を含む。)の世帯	13.4	7.1	0.1	0.4
その他	4.4	5	4.6	1.7
無回答			0.3	



社会保障給付費の推移

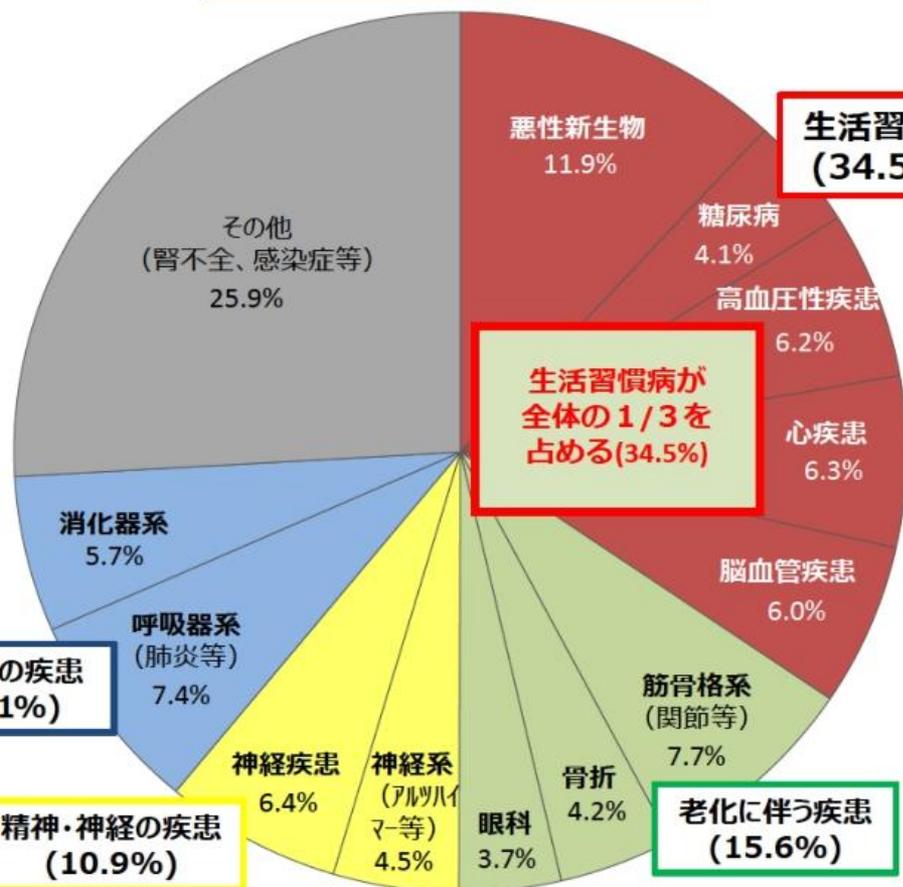


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成29年度社会保障費用統計」、2018~2020年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
 2020年度の国民所得額は「令和2年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和2年1月20日閣議決定)」
 (注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2020年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

医療需要の3分の1が生活習慣病関連

- 医科診療費の3分の1以上が生活習慣病関連。

医科診療費の内訳

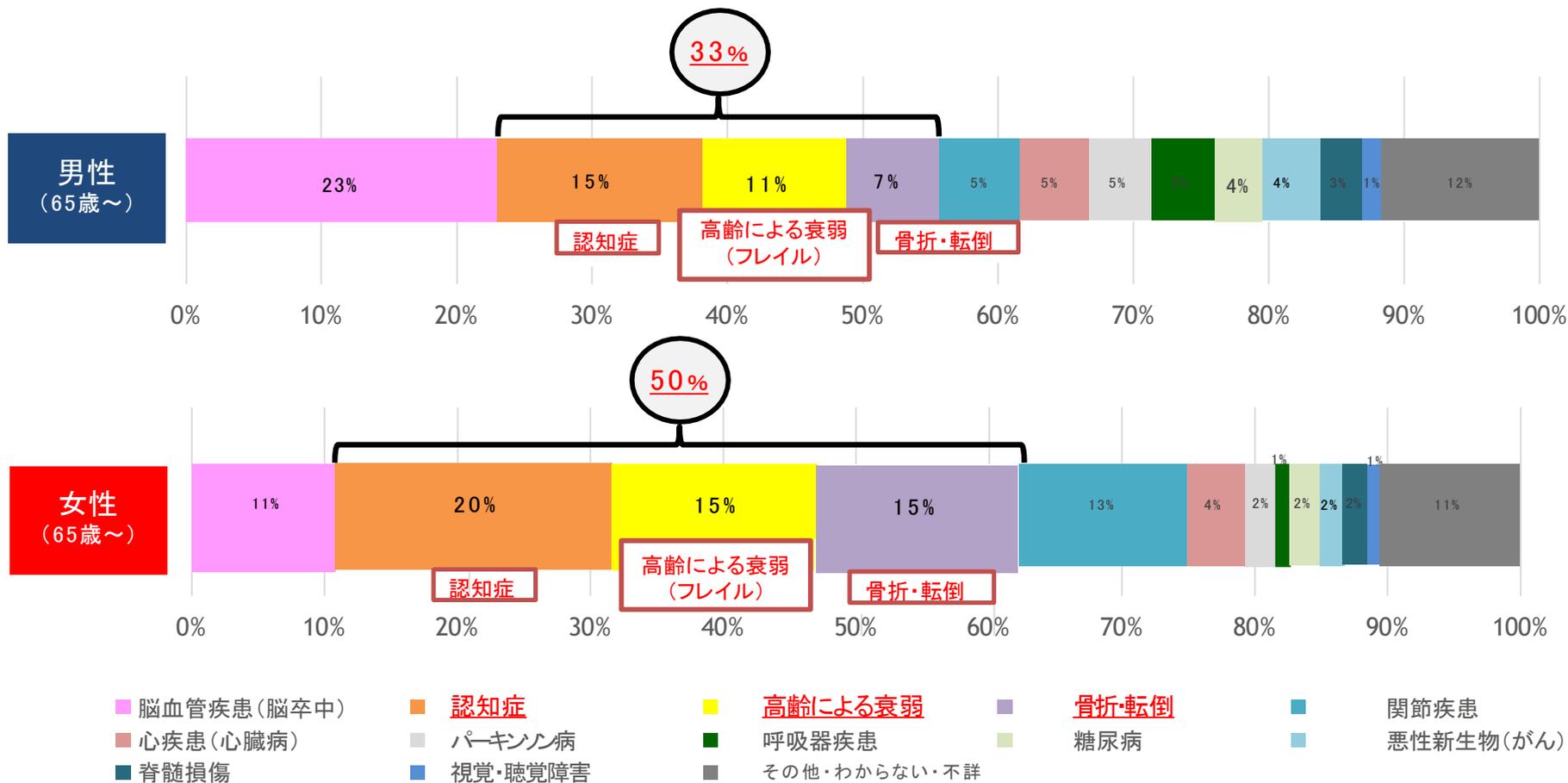


傷病	2015年度 医科診療費
悪性新生物	3兆5,889億円
糖尿病	1兆2,356億円
高血圧性疾患	1兆8,500億円
心疾患	1兆8,848億円
脳血管疾患	1兆7,966億円
(小計)	(10兆3,559億円)
筋骨格系 (関節等)	2兆3,261億円
骨折	1兆2,503億円
眼科	1兆1,085億円
(小計)	(4兆6,849億円)
神経系 (アルツハイマー等)	1兆3,637億円
精神疾患	1兆9,242億円
(小計)	(3兆2,879億円)
呼吸器系 (肺炎等)	2兆2,230億円
消化器系	1兆7,170億円
(小計)	(3兆9,400億円)
その他 (腎不全、感染症等)	7兆7,774億円
合計	30兆461億円

(出所) 厚生労働省「平成27年度 国民医療費の概況」より作成

介護の理由は、「認知症」、「フレイル」、「骨折・転倒」が多い

- 介護が必要になった主な原因は、生活習慣病に起因する「脳卒中」の他、「認知症」「高齢による衰弱(フレイル)」「骨折・転倒」の割合が大きい。



(出所) 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」より作成。

出典: 経済産業省

地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。

そのためには、

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要

だが……

現状では、

各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

Three paradigm phases in Japanese long-term care 日本の高齢者介護における三つのパラダイムシフト

Phase 1 : care by family (-1999)

家族によるケア

- Informal network inside the community or co-belongingness or Fürsorge (by Community)

Mutual Help: 互助

Phase 2 : care by society (2000- 2005)

社会によるケア

- Social Solidarity based on a same goal (by Association)

Mutual Help: 互助

Social solidarity
care:共助

Phase 3 : care by community (2006 -)

地域によるケア

- **SYSTEMATISED** Informal network inside the community or co-belongingness or Fürsorge (**in the Community**)

Mutual Help: 互助

Social solidarity
care:共助

Systematizing
mutual help
(システム化されつ
つある互助)

System of Mutual
care
(システムとなった
互助)

「地域包括ケア」とは

2004年7月の厚生労働省告示第307号

- 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、「地域の保健、医療及び福祉の関係者が連携、協力して、住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組みをいう」

※目的は、「地域における住民のQOLの向上」

地域包括ケア研究会報告書における「地域包括ケアシステム」の定義

地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、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様々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。

地域包括ケア圏域の定義

地域包括ケア圏域は、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

「地域包括ケア」の特徴

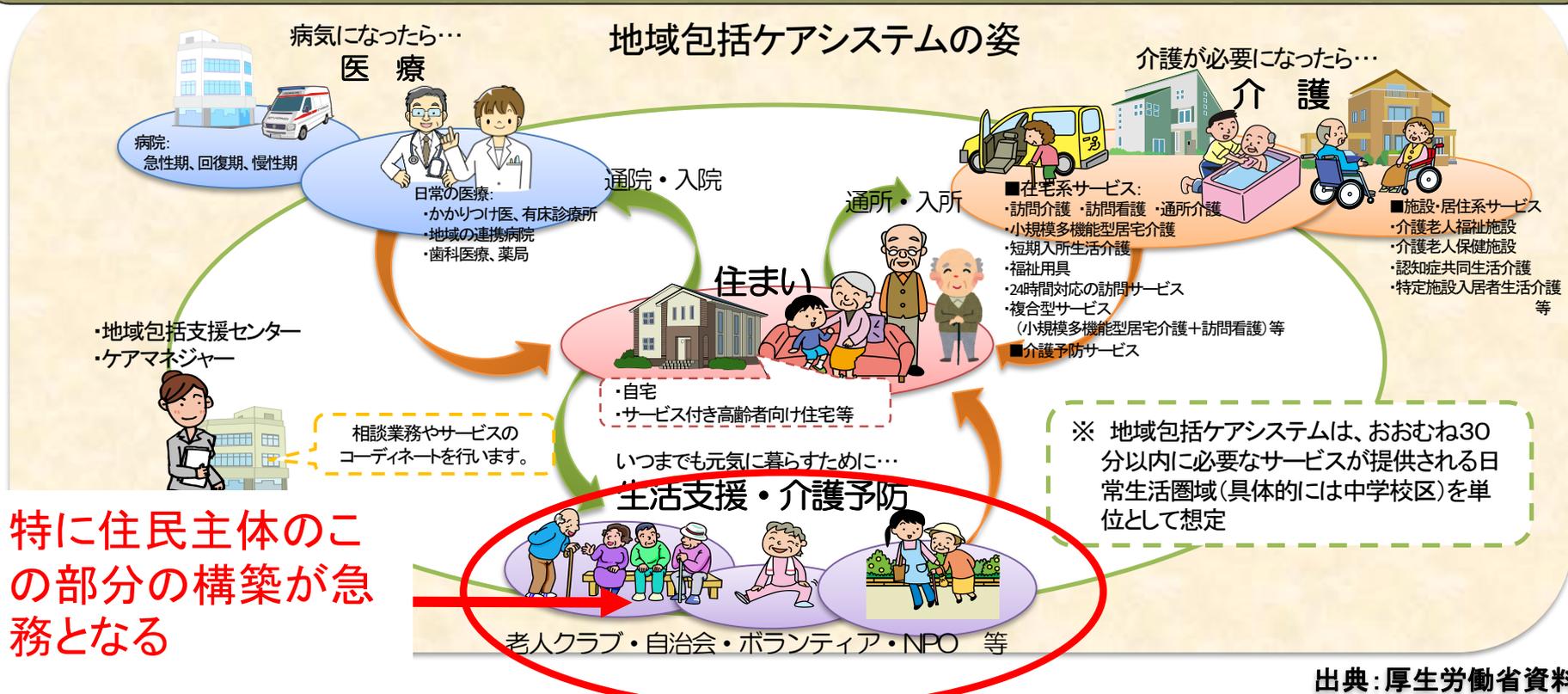
1. 「地域包括支援センター」の設置責任を基礎自治体である市町村とし、比較的小さな範囲の地域で運営される仕組み

2. 保健医療介護福祉にわたる他専門サービスの連携をマネジメントする仕組み

3. 連携は、包括的・継続的ケアマネジメントを中心に、ケースに即して弾力的に運営される仕組み

地域包括ケアシステムの構築について

- 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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 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。
- 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。**
- 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。**



特に住民主体のこの部分の構築が急務となる

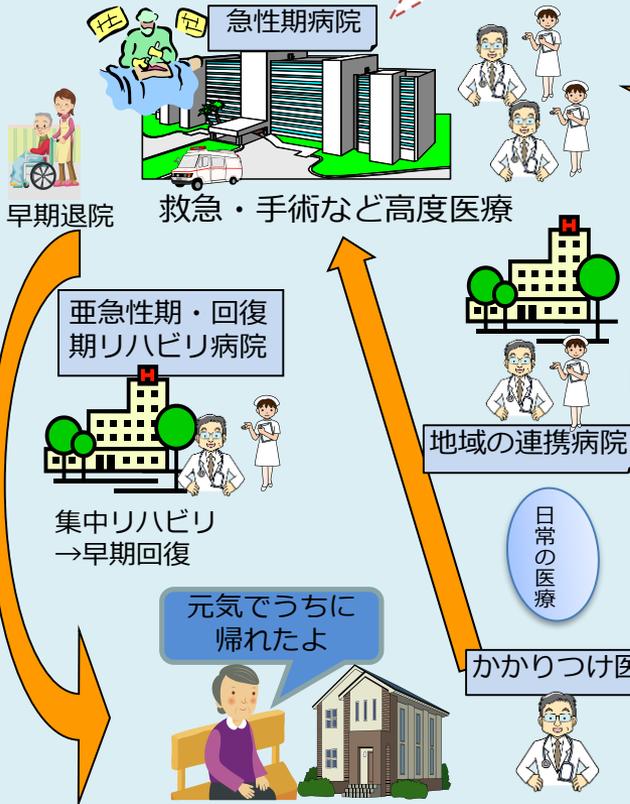
改革の方向性 ～医療・介護サービス保障の強化～

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



包括的マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

<地域包括ケアシステム>
(人口1万人の場合)

医療



通院

在宅医療
・訪問看護

- ・在宅医療等 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 29→49人分)

- ・グループホーム (16→37人分)
- ・小規模多機能 (0.25か所→2か所)
- ・デイサービス など

介護



通所

訪問介護
・看護

- ・介護人材 (207→356~375人)

住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

生活支援・介護予防

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

出典：厚生労働省資料

地域包括支援センター

被保険者

総合相談・支援事業

虐待防止・早期発見、権利擁護

多面的(制度横断的)支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつなぐ

虐待防止

介護サービス

ボランティア

医療サービス

ヘルスサービス

成年後見制度

介護相談員

地域権利擁護

民生委員

介護予防ケアマネジメント事業

・アセスメントの実施

↓

・プランの策定

↓

・事業者による事業実施

↓

・再アセスメント

居宅介護支援事業所

主治医

新予防給付・介護予防事業

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築

多職種協働・連携の実現支援

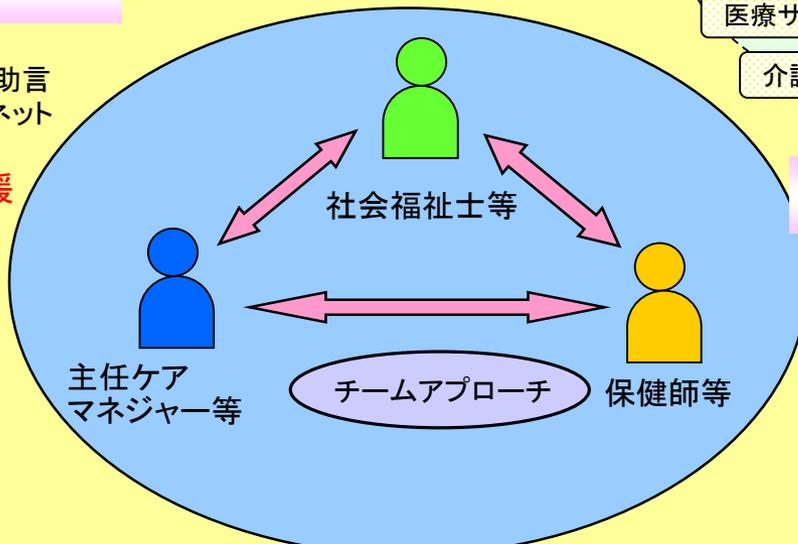
ケアチーム

主治医

連携

ケアマネジャー

長期継続ケアマネジメント



社会福祉士等

主任ケアマネジャー等

保健師等

チームアプローチ

- ・センターの運営支援、評価
- ・地域資源のネットワーク化

- ・中立性の確保
- ・人材確保支援

介護保険サービスの関係者

利用者、被保険者(老人クラブ等)

地域医師会、福祉関係団体、介護支援専門員等の職能団体

地域包括支援センター運営協議会

NPO等の地域サービスの関係者

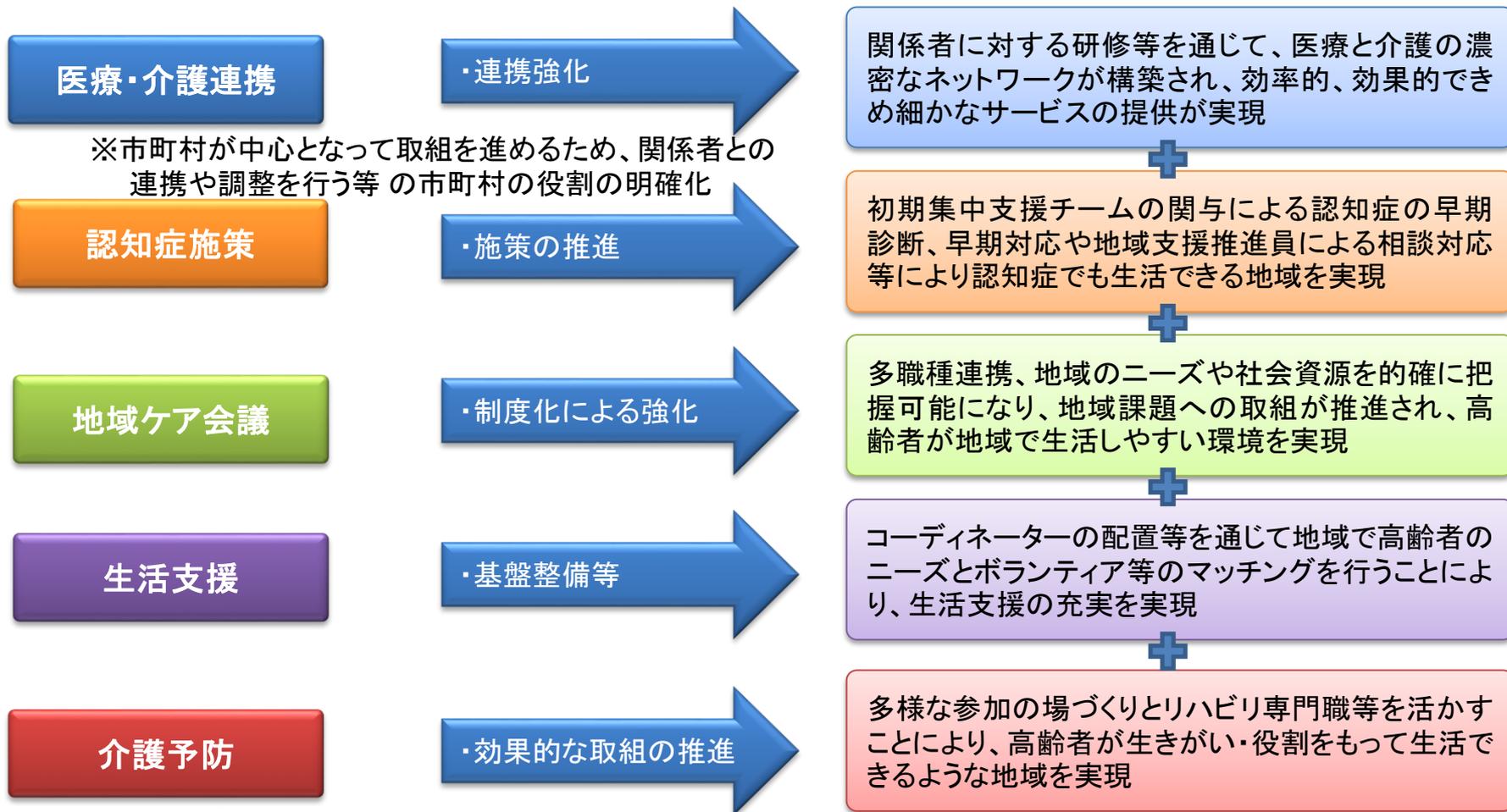
権利擁護・相談を担う関係者

⇒市区町村ごとに設置
(市区町村が事務局)

包括的支援事業の円滑な実施、センターの中立性・公正性の確保の観点から、地域の実情を踏まえ、選定。

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。



少子高齢化社会の到来を迎えた現在、介護や健康増進に関する今後の課題は、

住民個々の健康の側面に対するアプローチのみではなく、地域住民の活動を活性化させるためのアプローチ

住民主導(セルフケア)型地域包括ケアシステムの構築が必要

そのためには

①地域住民主体の介護予防や健康増進

⇒地域支援事業および介護予防事業の推進

②社会資源の円滑でかつ効率的な利用

⇒医療保健福祉分野における連携の強化

③地域に密着したかたちでの新たな事業の展開

⇒ソーシャルイノベーションの活用

地域包括ケア推進への課題

わが国における地域包括ケア・システムの本格的な展開は2005年の制度改革によって行われ、介護サービス提供と医療サービス提供の両側面から行われてきた。

また、医療サービスは地域医療連携(連携パス)、介護サービスは、多職種連携によって、地域包括ケアの展開が図られつつある。

地域包括ケアの導入の背景には、これまで3つの観点(給付・認定・ケアマネジメントの適正化、質の向上、予防の促進)から改革が進められてきたが、国民の意識を変えるほどの抜本的な改革を行わざるを得ない状況にある。

このような状況において、今後、地域包括ケアが推進できるか否かは、**行政だけでなく住民を含めた地域の実情や状況に応じた専門職の支援ネットワークや地域の互助組織のシステム化**への工夫等が必要であると考えられる。