

提言の目的

- 本県は、比較的若い世代が多い県ではあるが、今後は、団塊の世代の高齢化が進むことにより、急速に、しかも大幅に医療や介護等を必要とする高齢者が増加していくこととなる。
- その際に重要となってくるのが、高齢で医療や介護等が必要な状態になっても、適切なサービスを利用することによって、尊厳を保持しながら、自立した日常生活の継続が図られることであり、そのために必要とされるのが、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが地域において切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」である。
- しかしながら、介護、予防、生活支援等は、市町村が主体となって進めている一方、医療については、医療計画を策定する県が大きな役割を担っていることなどから、これまで全体的な連携はあまり進んでこなかったことが指摘されている。
- こうした状況を受け、平成24年6月に県により設置された「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」では、本県の現状、課題、今後の取組の方向性等について、医療・介護・福祉従事者、行政、住民等、さまざまな視点を交えながら検討を行ってきた。
- 地域包括ケアシステムを具体的に構築していくに当たっては、市町村を始め地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、介護事業所、社会福祉協議会、NPO、民生委員等、地域の関係者が認識を共有し、一体となって取り組んでいくことが必要であるが、システム構築の中心となるべき市町村からは、「システムの構築方法がわからない」との意見が寄せられている。
- そこで、当懇談会では、地域包括ケアシステム構築に向けた取組が推進されるよう、システムの姿、システム構築に当たっての課題と方策、関係者の役割等について、具体的に提言していくこととする。

第1章 地域包括ケアシステムとは

1 地域包括ケアシステム構築の意義

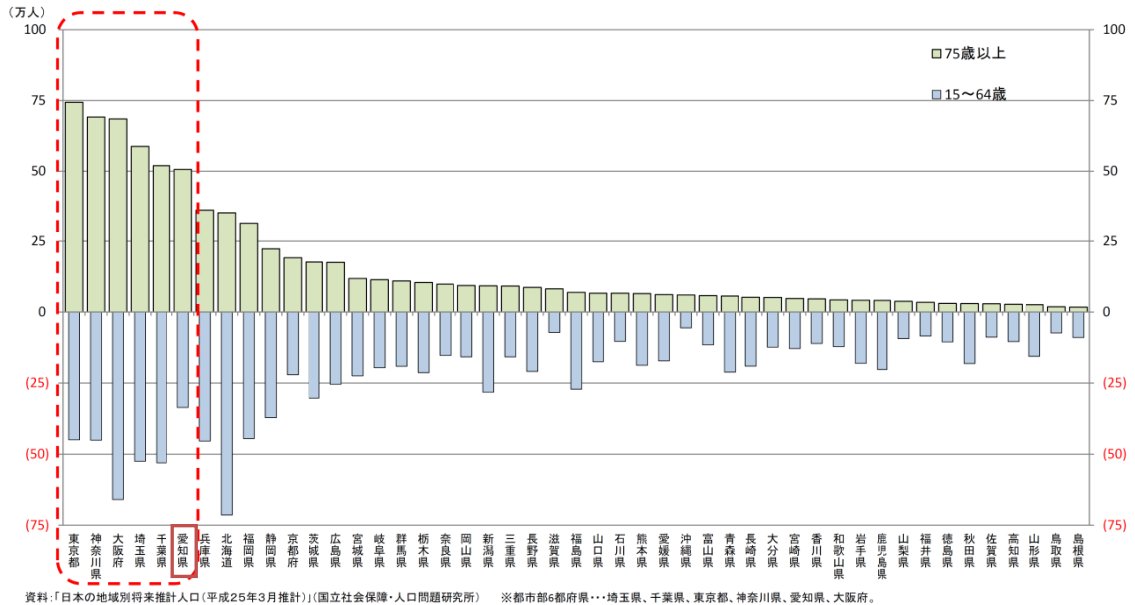
(1) 本県の高齢者を取り巻く現状と課題

- 団塊の世代が65歳を迎え、特に本県などの大都市圏では、今後、急速に高齢化が進行するとともに、平成37年には、団塊の世代が後期高齢者となり、医療と介護を必要とする人が急増する。
- 本県では、救急医療におけるいわゆる「たらい回し」という問題は、これまでのところ起きていないが、今後の高齢者人口の急激な増加に伴い、高齢者の病院への救急搬送が相次ぐことも懸念される。
こうしたことに対応するためには、高齢者が過度に病院等に依存しないで地域で暮らし続けることができるようにする必要がある。
- 現在、医療と介護は、異なる制度の枠組みで行われていることもあって、現場においても十分な連携が図られているとは言えず、それぞれの制度の下で、ともすればバラバラに提供される傾向にある。これは、医療と介護を同時に受けている高齢者にしても、また提供側にしても非常に非効率的な状態と言える。
- 他方、高齢者側にしても、自らの健康管理に無関心で、定期的に健診を受けていなかったり、あるいはかかりつけ医を持たず、症状が悪化するまで放置していたりして、結果的にある日突然倒れたときには重症化しており、救急搬送され、入院というケースも見られる。
- また、入院した後、病状が一定程度安定しても、地域に在宅医療が普及していないが故に退院できず、いろいろ行き先を探して転院したり、施設入所することもある。(6頁の図参照)
- このほか、地域にどのような在宅サービスがあるのか、高齢者や家族のみならず、サービス提供側の関係者でもわからないといった問題もある。

- 大都市圏の高齢化は次のとおり。

都道府県別 高齢者人口及び現役世代人口の増減(2010年～2025年) [図1]

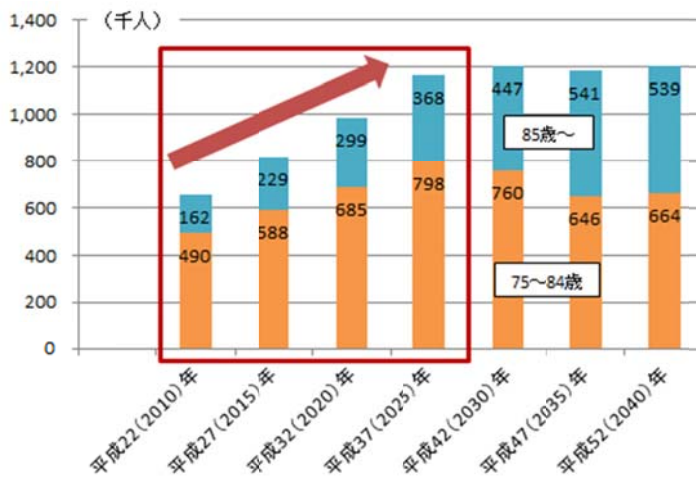
- 2010年から2025年の都市部6都府県(埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、大阪)の75歳以上高齢者人口の増加数は、約373.4万人。
- 同期間の都市部6都府県の15歳から64歳人口は、約295.1万人の減少。



資料：厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料

- 後期高齢者の増加は次のとおり。

< 要介護率が高くなる 75歳以上の人口の推移 (愛知県) [図2] >



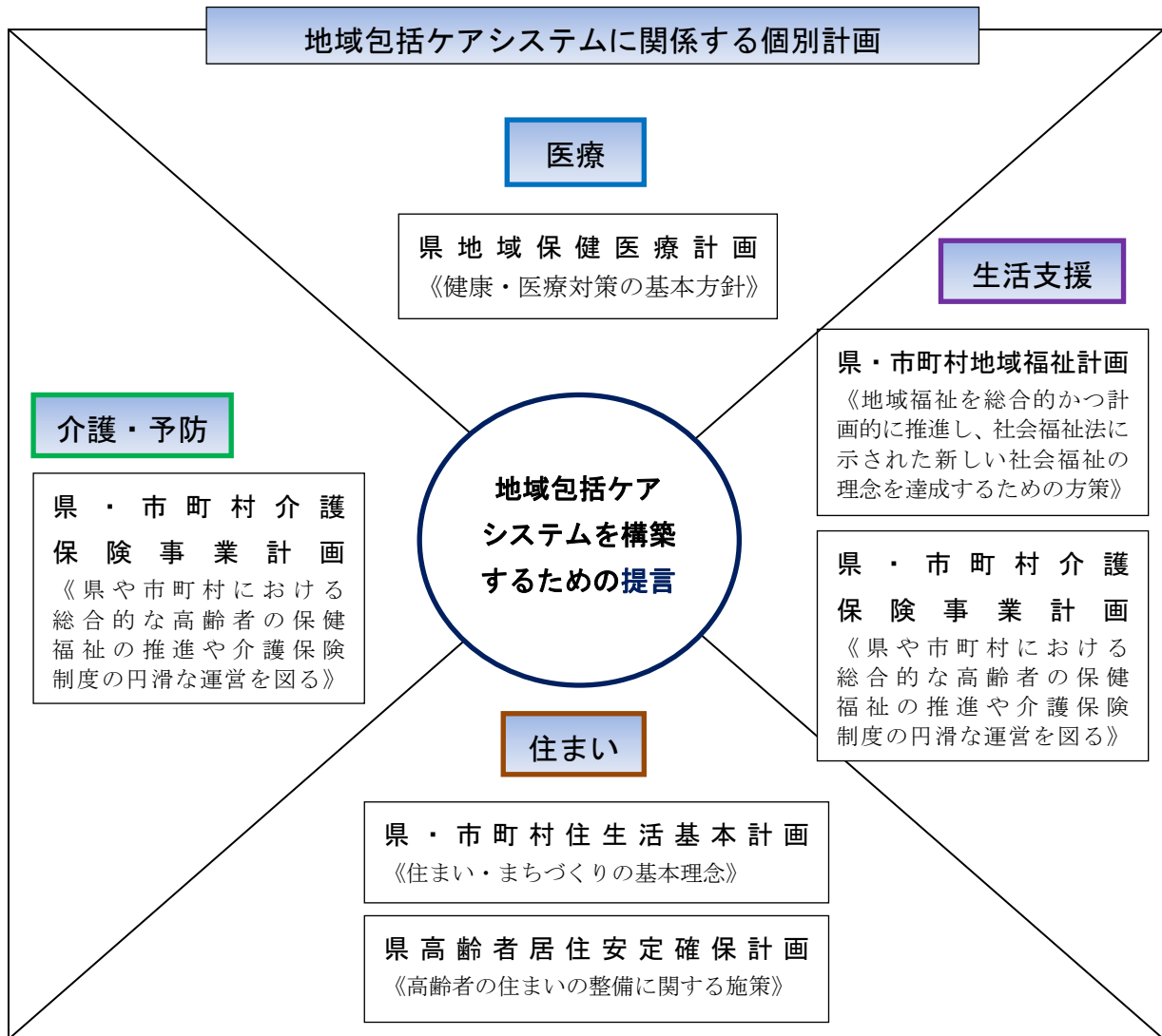
資料：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」実績は、総務省統計局「国勢調査」

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- 高齢者が地域で暮らすには、医療、介護のみならず、以下の様々な支援が必要となってくる。

① 医療	地域包括ケアシステムで中心となる在宅医療とは、医療機関と訪問看護ステーションによって提供される計画的な訪問診療、訪問看護や緊急時の往診と緊急時訪問看護 必要時には入院でき退院後には再び在宅医療に戻ることができる病診連携
② 介護	ケアマネジャーの作成するケアプランに基づいて提供される訪問介護サービスや通所介護サービス等
③ 予防	元気なうちからの健康づくり、生きがいつくり 市町村によって実施される要介護状態等となることの予防や、要介護状態等の軽減・悪化防止のためのサービス
④ 生活支援	NPO、ボランティア等を含む様々な担い手から提供される見守り、家事援助、外出支援、権利擁護等の生活を支えるサービス
⑤ 住まい	高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られ、安全性・地域社会との接点・医療や介護等サービスへのアクセスに配慮された住環境の提供

- これらのサービスが有機的に連携し、一体的に提供されることで、高齢者の地域生活を支えていくことができる。これが地域包括ケアである。
- すなわち、地域包括ケアシステムとは、「高齢で医療や介護等が必要な状態になっても、適切なサービスを利用することによって、尊厳を保持しながら、自立した日常生活の継続が図られるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが地域において切れ目なく一体的に提供されるシステム」である。
- 現在、地域包括ケアを構成する各分野の取組は、介護保険事業計画を始めとする県と市町村の個別計画により推進されている。今回の提言とのこれらの計画の関係は次頁のとおりである。

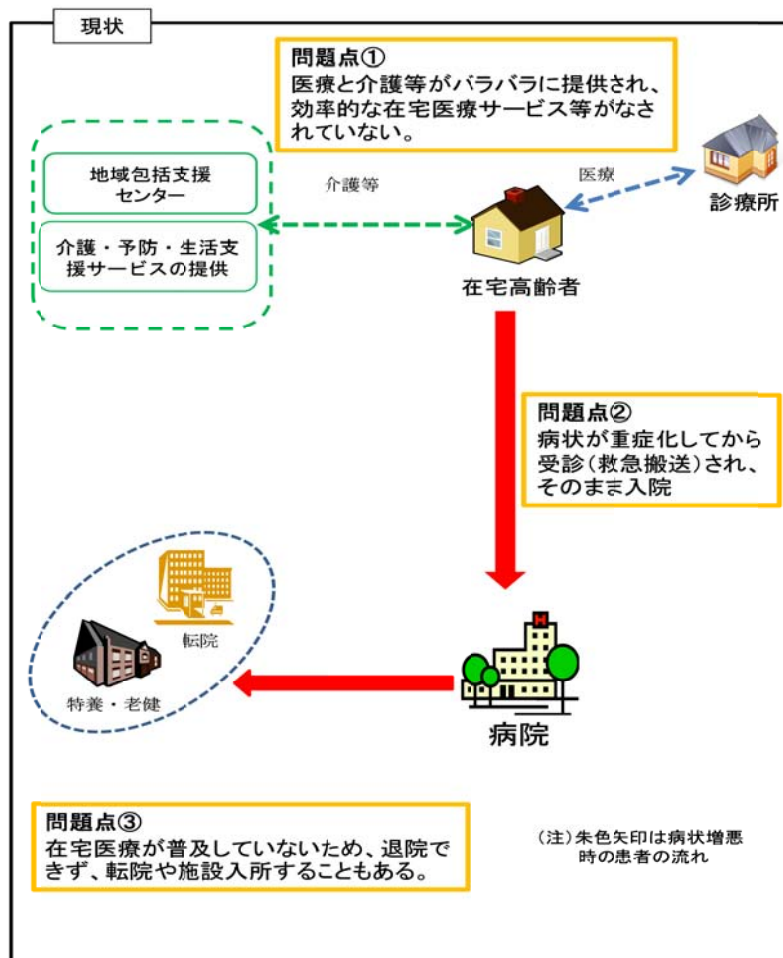


(3) 目指すべき姿

- 地域包括ケアシステムのポイントとしては、以下の3点が挙げられる。
1つ目は、医療と介護の連携の取組等により在宅医療、介護の充実、強化を図ること。2つ目には、予防、生活支援等も含め、すべての関係機関が顔の見える関係（*）となり連携して対応すること。3つ目には、窓口機関が困難ケース等について地域ケア会議等で対応を協議することである。
* 地域の関係者が具体的に誰がどのようなことをしているかだいたい分かる関係から、お互いに信頼できる関係まで、連携しやすくなるための幅の広い概念
- このほか、高齢者本人にも、日ごろから健康づくりに取り組み、できるだけ医療や介護を必要とする時期を遅らせたり、元気なうちはボランティア等でシステムを支える役割も期待される。
- 地域包括ケアシステムの目指すべき姿を図示すると、7頁のとおりとなる。

<現状>

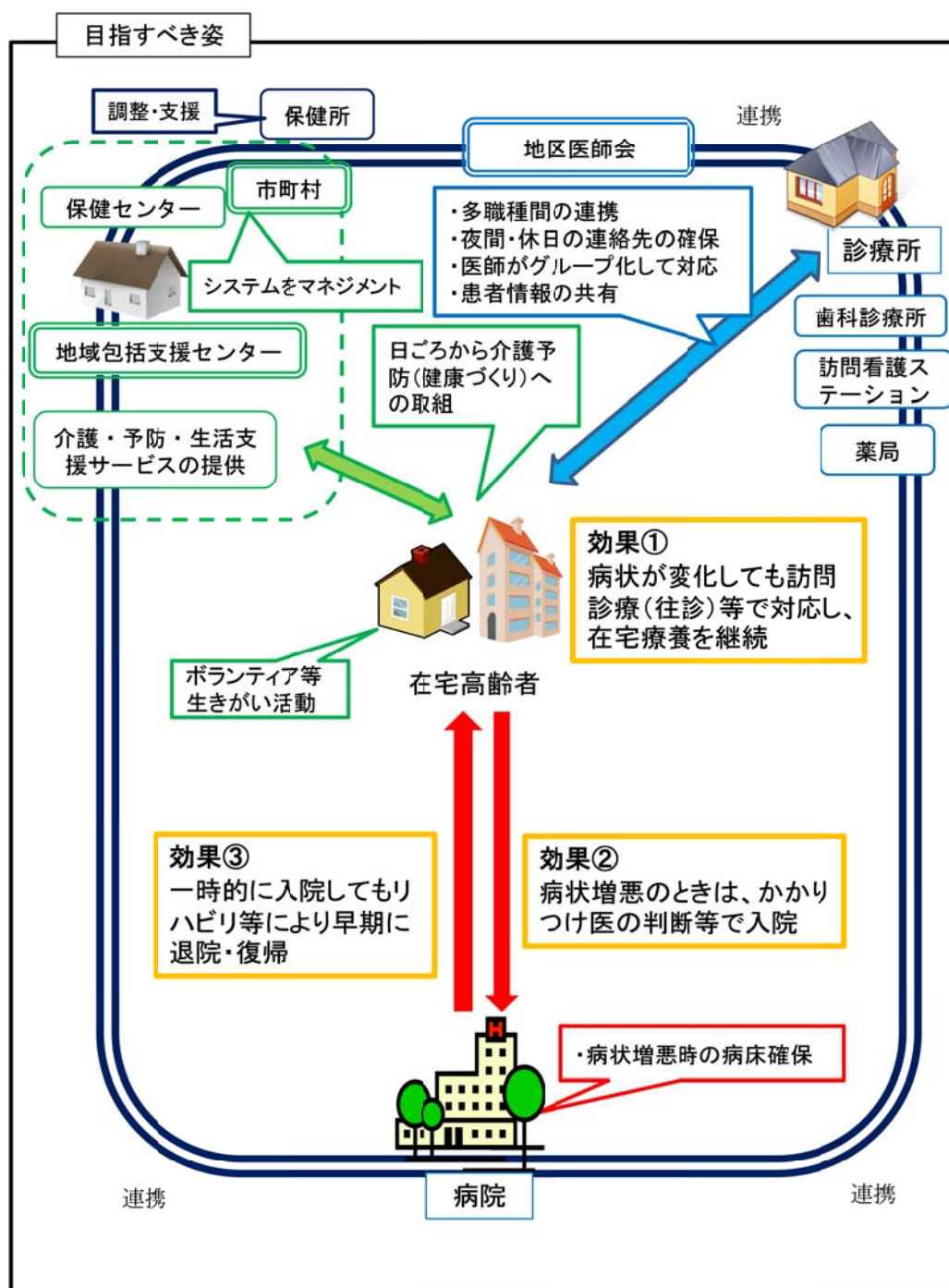
- 現状においては、在宅療養の継続にあたり、次のような問題点が挙げられる。
- 医療と介護等がバラバラに提供され、効率的な在宅サービス等がなされておらず、病状が重症化してしまってから受診又は救急搬送されて、そのまま入院となり、地域で在宅医療が普及しておらず在宅療養ができないため、転院や施設入所せざるを得ないケースがある。
- また、その他の主な問題点として、以下の点が挙げられる。
 - ・ 地域にどのような在宅サービスがあるのか、わからない人が多い（本人・家族、関係機関等）。
 - ・ 予防（健康づくり）等が十分行われておらず、自覚症状があったときには、重症化しているケースが多い。
 - ・ 入院先から転院・退院を求められるが、行き先がなかなか見つからない。
 - ・ 複数の機関の関わりを必要とするような困難ケースの対応を調整する場がない（あっても十分に機能していない）。



<目指すべき姿>

システム構築後は、次の3つのポイントが達成されることにより、高齢者が在宅療養を継続することが可能となる。

- 医療と介護の連携の取組等により、在宅医療・介護を充実、強化
- 予防、生活支援等を含めすべての関係機関が顔の見える関係となり、連携して対応
- 窓口機関が、困難ケース等について地域ケア会議等で対応を協議



2 地域包括ケアシステム構築の緊急性

- 以下の「年齢階級別通院者率」や「要介護認定率」（高齢者に占める要介護者の割合）をみても、高齢になるほど通院者率や要介護認定率が高くなることは明らかであるが、特に75歳以上になると医療や介護の必要度が急激に高まることが指摘されている（表1・図3）。

<性・年齢階級別通院者率（人口千対）〔表1〕>

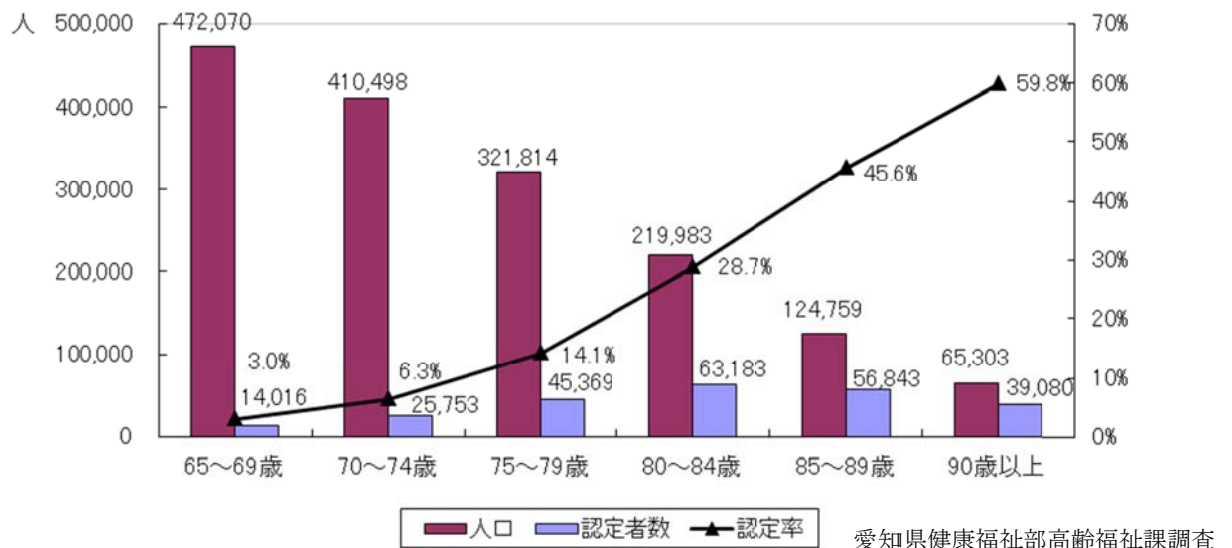
年齢階級	2010（平成22）年			2007（平成19）年		
	総数	男	女	総数	男	女
総数	370.0	348.1	390.4	333.6	311.3	354.6
9歳以下	194.3	208.0	180.3	180.4	192.9	167.3
10～19	150.7	156.4	144.8	135.8	141.7	129.6
20～29	153.3	123.6	182.5	140.3	110.1	170.1
30～39	203.7	172.6	233.4	186.6	159.8	212.7
40～49	274.8	260.6	288.5	253.6	237.4	269.2
50～59	409.5	394.8	423.6	378.4	356.2	399.7
60～69	569.2	559.5	578.3	535.5	522.5	547.7
70～79	707.6	691.6	721.2	667.3	659.1	674.2
80歳以上	710.0	714.9	707.1	662.1	668.6	658.4
（再掲）						
65歳以上	679.4	667.9	688.3	637.9	629.4	644.6
75歳以上	721.9	717.6	724.7	675.4	675.9	675.0

注：1) 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

2) 「総数」には、年齢不詳を含む。

資料：平成22年国民生活基礎調査

<愛知県の要介護認定率（平成25年3月）〔図3〕>



- この75歳以上人口について、全国では、平成24年の1,519万人が、団塊の世代が75歳以上となる平成37年には、1.4倍の2,179万人へと増えていくと予測されている（表2）。
- 一方、本県は、現時点では他の県と比べて比較的若い世代が多い県であるが、75歳以上人口は、平成24年が72万人に対し、平成37年には1.6倍の117万人となり、全国平均を上回るペースで増加することが見込まれている（表2）。

＜人口の将来推計〔表2〕＞

単位：万人

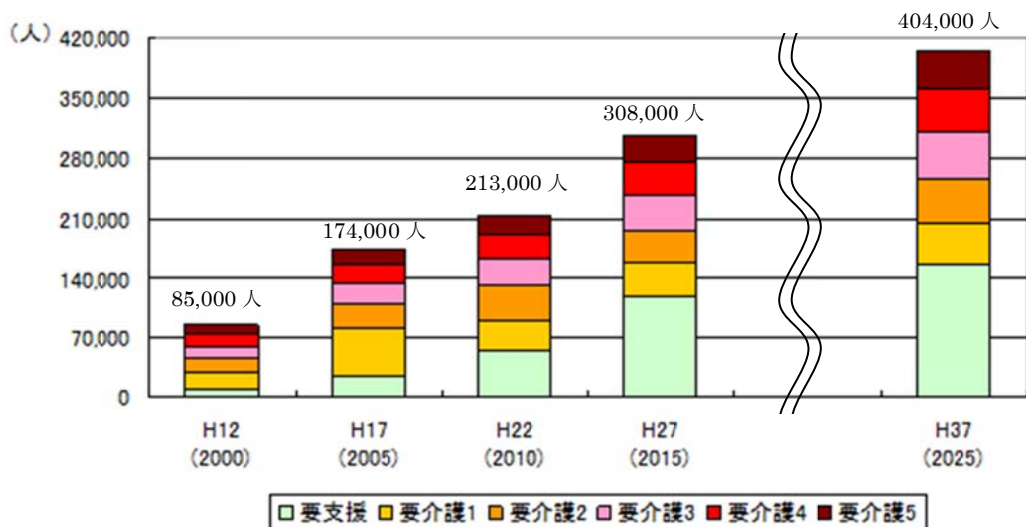
区 分		総人口		
			うち65歳以上	うち75歳以上
全 国	平成24年	12,752	3,079 (24.1%)	1,519 (11.9%)
	平成37年	12,066	3,657 (30.3%)	2,179 (18.1%)
愛知県	平成24年	743	159 (21.4%)	72 (9.7%)
	平成37年	735	194 (26.4%)	117 (15.9%)

約1.4倍
約1.6倍

資料：国立社会保障・人口問題研究所

- また、要介護（支援）認定者の数も、平成22年の21万3千人が、平成37年には1.9倍の40万4千人へと大幅に増加する見込みとなっている（図4）。

＜愛知県内の要介護（支援）認定者の推移・見込み〔図4〕＞



資料：H12～22「介護保険事業状況報告」（厚生労働省）
H27～「愛知県地域ケア体制整備構想」

- さらに、平成37年には全国、本県ともに、ひとり暮らし高齢者や高齢の夫婦のみの世帯が急増して家庭における介護力が低下していくことが懸念されるとともに、65歳以上の高齢者の12.8%（本県では約25万人）が認知症になるとの推計もされているところである（表3）。

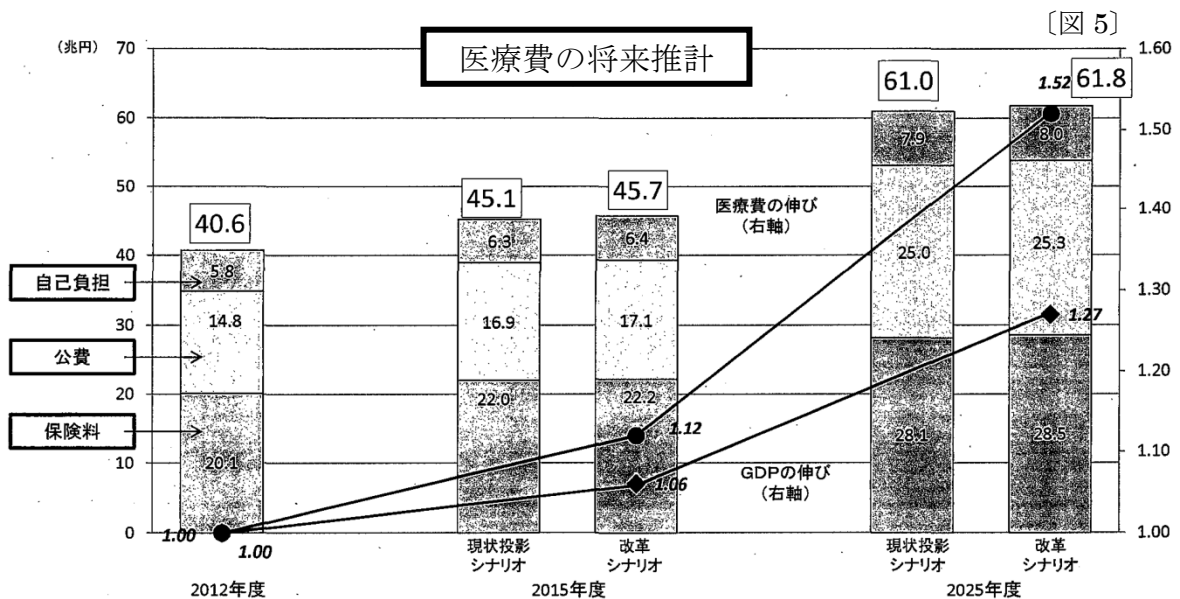
＜世帯構成の将来推計（世帯主65歳以上）〔表3〕＞

単位：千世帯

区 分		単 独	夫婦のみ
全 国	平成22年	4,655	5,336
	平成37年	6,729	5,941
愛知県	平成22年	213	280
	平成37年	332	317

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2009年12月推計）」

- これらを背景に、国の推計（「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月））によると、医療費は平成24年の40.6兆円が平成37年には1.5倍の61.8兆円に、また、介護給付（総費用額）は平成24年の8.9兆円が平成37年には2.4倍の21兆円へと大幅に増加し、介護保険料も月額4,972円（全国平均）が8,200円程度になると見込まれている。（社会保障と税の一体改革における医療の充実と重点化・効率化の効果が反映された数値（図5・6））



※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）のバックデータから作成。
 ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
 ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く））について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
 ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。