

地域包括ケアシステム構築に向けた提言

平成 26 年 1 月

あいちの地域包括ケアを考える懇談会

目 次

はじめに	1
第1章 地域包括ケアシステムとは	6
1 地域包括ケアシステム構築の意義	
2 地域包括ケアシステム構築の緊急性	
3 高齢化等における本県の特徴	
第2章 本県の目指すべき姿	17
1 現状の問題点と目指すべき姿	
2 地域包括ケアシステム構築の課題と方策	
第3章 地域包括ケアシステム構築の進め方	37
1 構築の手順	
2 対象区域	
3 関係者の役割	
4 対象者の状態別対応	
第4章 市町村における地域包括ケアシステム構築のモデル	50
第5章 費用負担についての考え方	55
第6章 普及啓発	58
まとめ	60
参 考 地 域 包 括 ケ ア に 関 す る 国 の 主 な 動 き	66
資 料	68

はじめに

(提言の目的)

本県の75歳以上人口は、平成24年で72万人であるが、団塊の世代が75歳以上となる平成37年には、45万人増えて117万人になると見込まれている。75歳以上になると医療や介護の必要度が急速に高まると言われているが、現在は75歳以上がおよそ10人に1人のところ、平成37年になると実に6人に1人という状況になる。

また、ひとり暮らし高齢者や認知症患者についても大幅に増加することが見込まれており、これからの高齢化の影響は、これまで世界でも経験のない、社会や私たちの生活を変質させかねない規模のものと推測されている。

一方、高齢になり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して、尊厳を保持しながら、自立した日常生活を送ることは、すべての県民に共通する願いである。少子高齢化が進行する中で、この願いを実現するには、地域において医療、介護、予防、生活支援サービス、住まいを切れ目なく一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を構築していくほかに道はない。

しかし、介護、予防、生活支援については、市町村が主体となって進めてきた半面、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。

また、地域包括ケアシステム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も多く寄せられている。

こうした状況を受け、平成24年5月に設置された当懇談会では、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。

そこで、当懇談会では、本県における地域包括ケアシステムのあるべき姿や、その構築の進め方等について明らかにすることにより、本県で地域包括ケアシステム構築に向けた取組が着実に推進されるよう提言するものである。

なお、本来、地域包括ケアシステムは、高齢者のみならず難病患者、重症心身障害児者、精神障害者など、地域生活を営む上で支援を必要とするすべての人を対象とすべきである。しかしながら急速な高齢者の増加への対応が喫緊の課題であることから、まずは高齢者を対象としたシステムを構築し、その後、このシステムを活用して対象者を広げていくことが必要である。地域包括ケアシステムの構築により形成される地域ごとのサービスのネットワークは、子ども・子育て支援、障害者福祉、困窮者支援等においても貴重な社会資源になると考えられる。

そのほか、地域包括ケアシステムを構築するに当たっての当懇談会の基本的な考え方のポイントを次に示しておく。

(地域包括ケアシステム構築に当たっての基本的な考え方)

1 各地域の実情に合った形で構築する

本県の各地域の状況は、都市部から山間地までまさに日本の縮図のように千差万別であり、地域内の社会資源の状況や産業、歴史、伝統なども大きく異なっている。また、高齢化率や要介護認定率など高齢者の状況も地域によってさまざまである。

地域包括ケアシステムは、こうした地域の実情に応じて構築すべきものであり、したがってその形は1種類ではなく、様々なパターンがあり得る。本提言では4つのモデルを提示しているが、各地域では、このモデルを参考にして十分に話し合い、自分たちの地域の状況に合った形をつくり上げていくことが重要である。

2 自助、互助を含め、地域全体で支え合う

今後の急速な高齢化の進行を考えると、高齢者に必要なニーズをすべて公的な支援や保険制度で賄うことは困難であり、自助、互助(*)を含め地域全体で支え合っていくことが必要である。

自助にあつては、介護保険法の「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」との規定の実践が求められる。なお、関係者が支援やサービスを提供する場合でも、過剰なサービスは控え本人の努力も促していくことが、本人の力を維持していくことにつながることに留意すべきである。

また、家族は、本人を支えることができるよう、そして介護のために離職することのないように、あらかじめ介護保険制度などの諸制度についてよく理解しておく必要がある。

互助にあつては、住民、自治会、ボランティア、NPO、民間企業、家族介護当事者組織など多様な主体により高齢者及びその家族等を支えることが必要となってくるが、特に大幅に増加する元氣な高齢者の活力を活かしていくことが大切である。

共助、公助(*)にあつては、医療、介護等のサービスを提供する専門家同士の連携が重要となる。

なお、地域包括ケアシステムの構築は、医療、介護だけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど地域の生活支援機能全般を高めることに通ずるという意味では、まさにまちづくり、地域づくりである。どのようなわがまち、わが地域をつくっていくかという視点を持ちながら、地域包括システムを構築していくことが重要である。

3 住民に情報提供し、システム等について啓発する

地域包括ケアシステムは住民のために構築するものであり、住民が利用するためのものである。住民がこのシステムについて十分知った上で、自らが医療や介護等が必要になったときの生活のあり方や、最期の迎え方等について考えておくことが望まれる。そうした点からは、システムを構築する段階から住民に情報提供し、住民の参加を得て構築していくことが求められる。

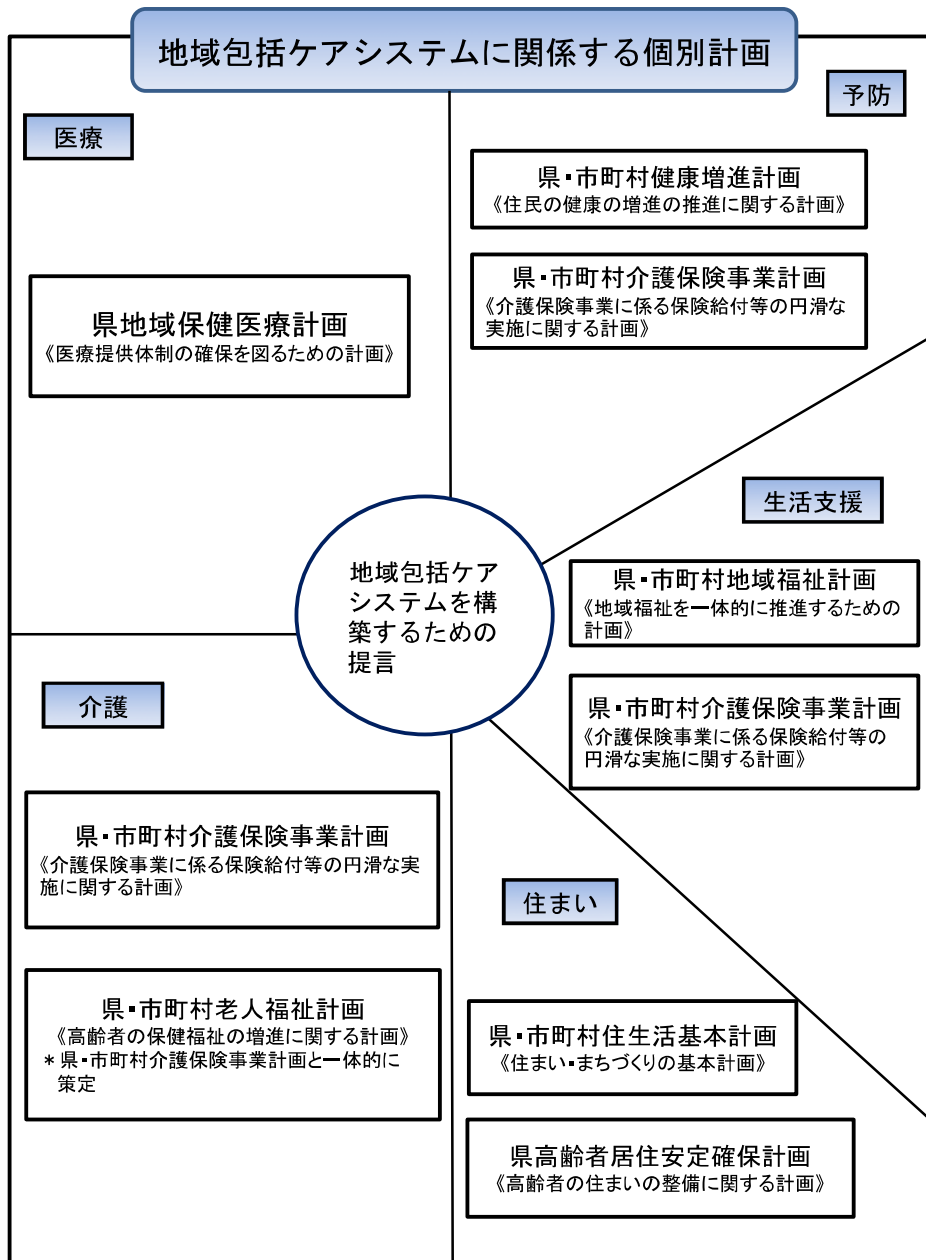
*本提言では、自助、互助、共助、公助を以下のように定義する。

(「あいち健康福祉ビジョン」(平成23年6月)を参考)

自 助	自分のことは自分ですること (自費で市場サービスを購入することも含む)
互 助	地域の住民による助け合いやボランティアなどの自発的な支援
共 助	医療保険や介護保険など、リスクを共有する者による保険制度
公 助	福祉サービスなど、税による負担で行う公的な支援

(提言と個別計画の関係)

前述したとおり地域包括ケアは、医療、介護、予防、生活支援、住まいを一体的に提供するものであるが、各分野の取組は、現在のところ県と市町村の個別計画によってそれぞれ推進されている。そこで、地域包括ケアシステムに関する本提言と個別計画の関係について、ここで図示しておく。



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

- 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。
- 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。

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

① 医療	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、緊急時の往診、緊急時訪問看護や、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等
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、生きがいづくりの取組や、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・生活支援・住まい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。

2 地域包括ケアシステム構築の緊急性

- 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2,179万人に増えていくと予測されている。

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1）。これは、大都市圏に共通する傾向である（参考データ図①・②(P.69)を参照）。

<人口の将来推計〔表1〕>

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

- 「年齢階級別通院者率」や「要介護（支援）認定率」（高齢者に占める要介護（支援）者の割合）を見ると、高齢になるほど通院者率や要介護（支援）認定率が高くなることは明らかであるが（表2・図1）、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。

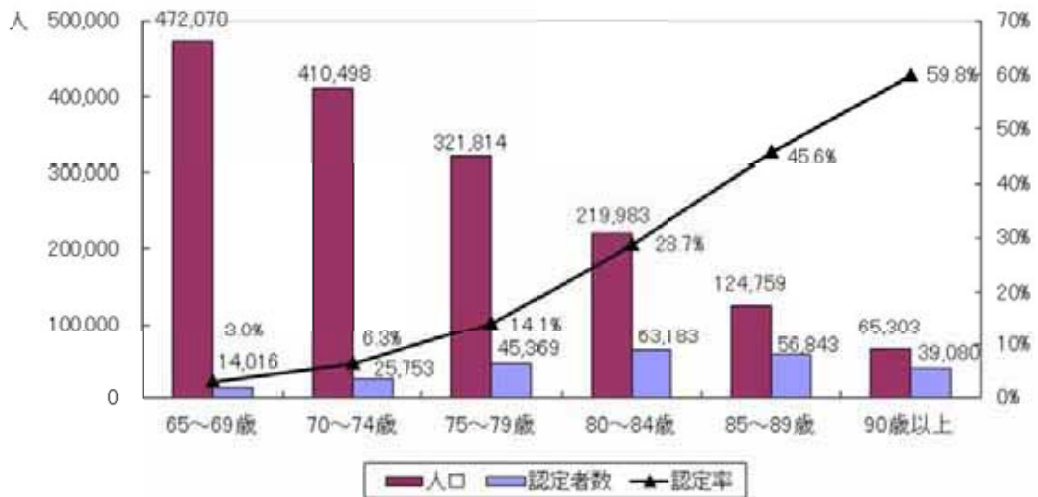
<性・年齢階級別通院者率（人口千対）〔表 2〕>

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

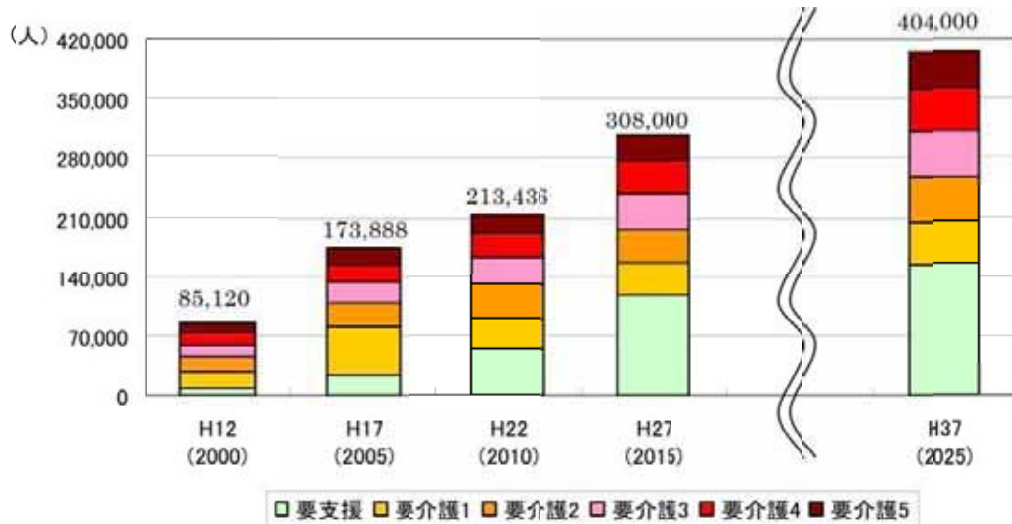
<愛知県の要介護（支援）認定率（平成 25 年 3 月）〔図 1〕>



愛知県健康福祉部高齢福祉課調査

- こうしたことから、要介護（支援）認定者の数も、平成22年のおよそ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2）。

＜愛知県内の要介護（支援）認定者の推移・見込み〔図2〕＞



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、表3のとおり、平成37年には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。

＜世帯構成の将来推計（世帯主65歳以上）〔表3〕＞

単位：千世帯

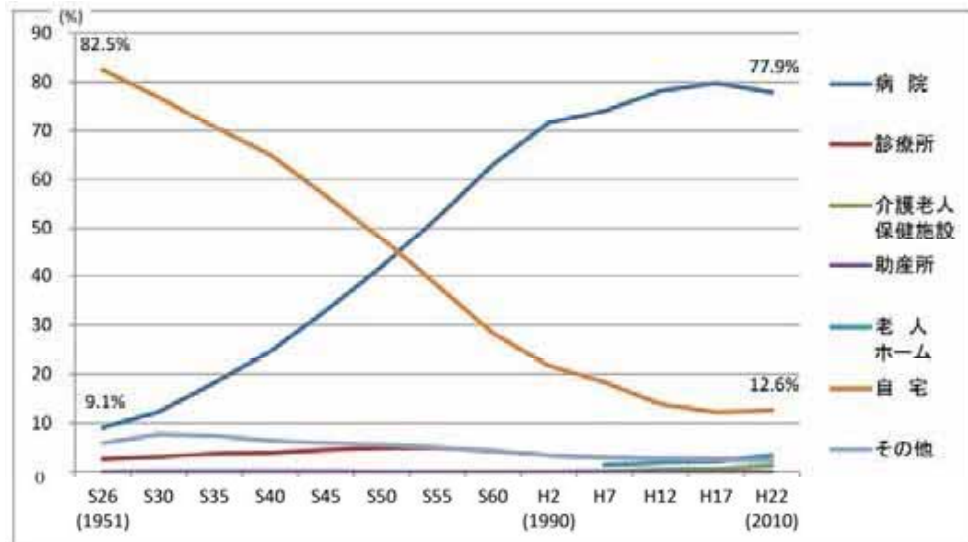
区分		単独	夫婦のみ
愛知県	平成22年	213	280
	平成37年	332	317
全国	平成22年	4,655	5,336
	平成37年	6,729	5,941

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）」

○ 自宅で死亡する人の割合は、昭和26年は全国で82.5%であったが、平成22年は、12.6%に減少している。

一方、病院で死亡する人の割合は、昭和26年は9.1%であったが、平成22年は77.9%まで上昇している。(図3)

<死亡場所別割合の年次推移(全国)[図3]>



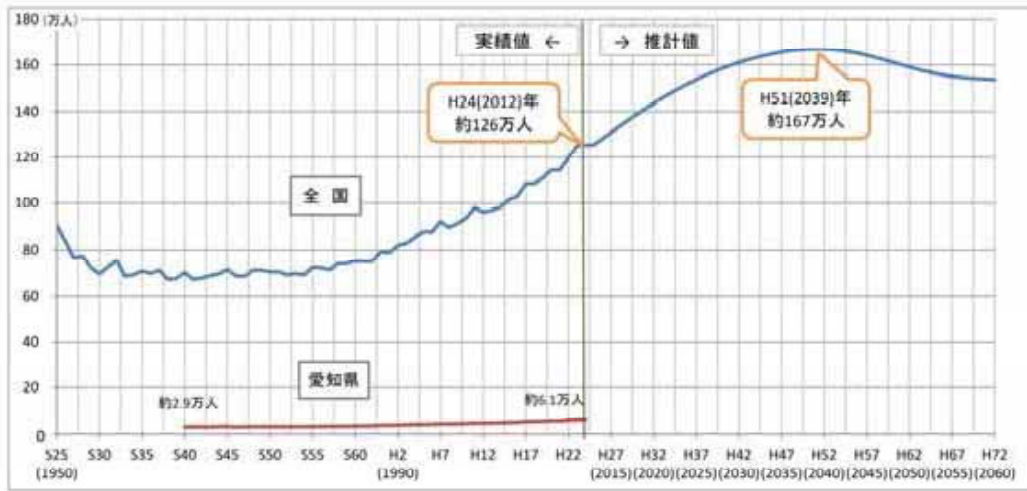
資料：厚生労働省「人口動態統計」

○ 本県の死亡場所の状況も全国とほぼ同様であり、平成23年には病院が79.0%で、自宅が12.0%となっている。(参考データ図③(P.70)を参照)

○ 平成24年の本県の死亡者数は61,354人で、昭和40年の28,897人と比べるとこのおよそ50年間で2倍強に増加している。

全国の年間死亡数の将来推計によると、全国では平成24年の約126万人から平成51年には約167万人に増加すると見込まれており、**本県**においても今後、死亡者が大幅に増加するものと思われる。(図4)

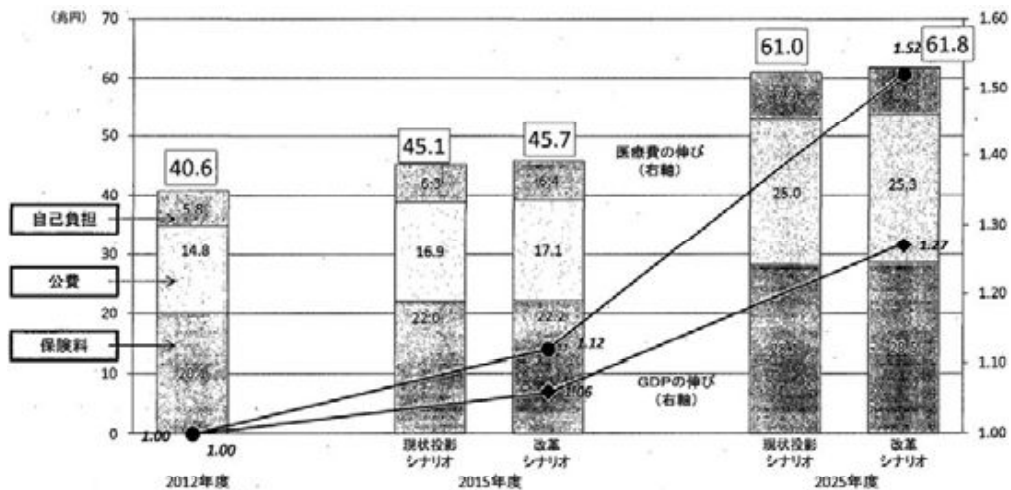
<年間死亡数の年次推移（全国・愛知県）〔図4〕>



資料：厚生労働省「人口動態統計」（H24まで）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（H25から）

- 高齢化の進行等を背景に、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年度の40.6兆円が平成37年度には1.5倍の61.8兆円に、また、介護給付（総費用額）は平成24年度の8.9兆円が平成37年度には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））

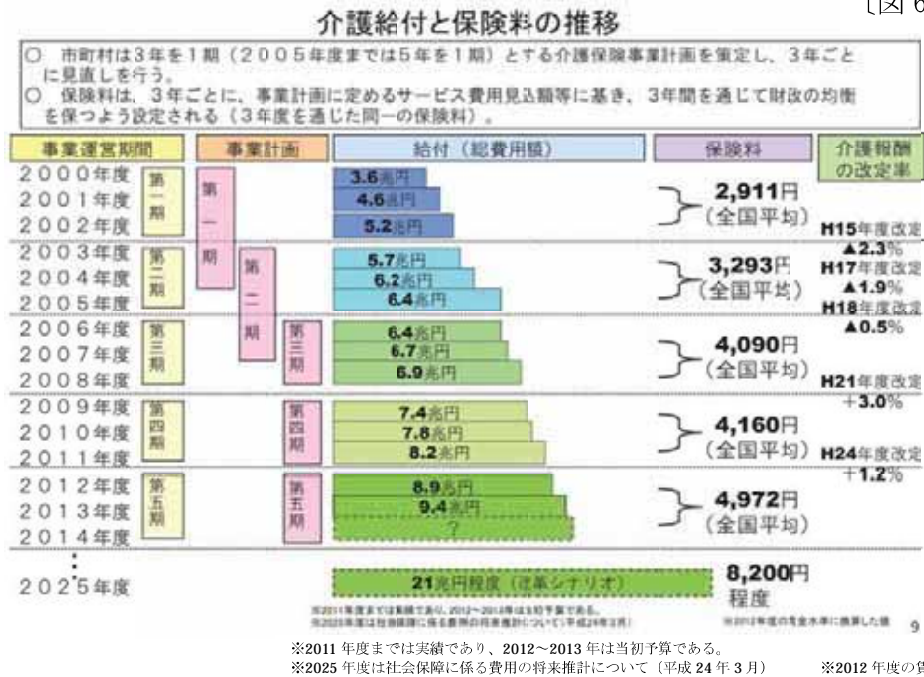
<医療費の将来推計〔図5〕>



※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 「現状推影シナリオ」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 「現状推影シナリオ」「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

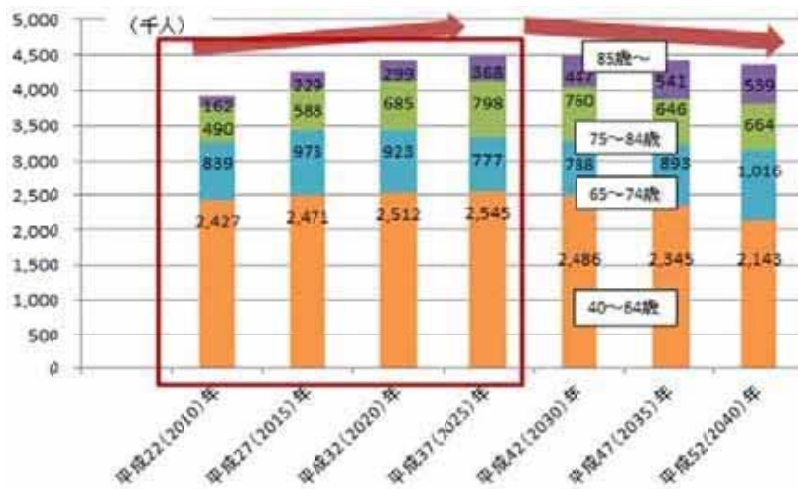
資料：厚生労働省

[図 6]



- 介護給付が大幅に増加する一方で、介護保険料負担者である40歳以上人口は、平成27年以降、増加幅が小さくなり、平成37年以降は減少すると見込まれている。（図7）

<40歳以上人口の推移（愛知県）〔図7〕>



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」

- こうした中、持続可能な社会保障を確保するためにも、**安易な病院頼み、施設頼みではなく、地域において自分らしい暮らしを続けることができるように地域包括ケアシステムの構築が求められている。**

- 地域包括ケアシステムでは、地域で急増する高齢者を支える良質なサービス提供の基盤を地域において着実に整備していく必要があり、**できる限り早期にシステム構築に着手することが必要である。**

3 高齢化等における本県の特徴

- 県内の各市町村の高齢化率の現状を見ると（参考データ図④(P.70)を参照）、65歳以上人口の割合は、愛知県平均は20.3%(全国：23.0%)であるが、県内の市町村を比較すると、最も低い長久手町は13.2%であり、最も高い東栄町は47.8%となっている。

また、75歳以上人口の割合では、愛知県平均は8.9%(全国：11.1%)であるが、市町村別では、最も低いみよし市が5.0%であり、最も高い豊根村は31.7%となっている。

さらに、85歳以上人口の割合では、愛知県平均は2.2%(全国：3.0%)であるが、市町村別では、最も低いみよし市が1.1%であり、最も高い東栄町は10.0%となっており、それぞれの市町村によって高齢化の状況が大きく異なっていることがわかる。

- 次に、平成22年から平成37年までの間の人口の将来推計を見ると（参考データ表①(P.71・72)を参照）、平成22年から平成37年まで総人口が増加し続ける市町村は10市町であり、その他の市町村は、平成37年までの間に人口減少が始まると推測されている。

一方、65歳以上人口は、設楽町、東栄町、豊根村の3町村を除き、どの市町村も平成32年までは増加しているが、平成37年になると16市町村で減少に転じる。

なお、75歳以上人口については、上記の3町村を除き、すべての市町村において増加し続けると推測されている。

- また、保険者別の要介護認定率（要介護1以上）をみると（参考データ図⑤(P.73)を参照）、65歳以上の要介護認定率が一番低い小牧市は7.0%、一番高い設楽町は26.3%であり、4倍近い開きがある。

同様に、65～75歳未満の要介護認定率も、一番低い阿久比町は1.5%、一番高い設楽町は7.2%となっており、75歳以上は、一番低い小牧市は14.8%、一番高い設楽町は37.0%となっている。ここでも大きな地域差が見られる。

- 第5期市町村介護保険事業計画期間（平成24～26年度）における各保険者の介護保険料基準額（月額）を見ると（参考データ図⑥(P.74)を参照）、愛知県の平均は4,768円（全国平均：4,972円）であるが、一番低い小牧市（3,647円）と一番高い名古屋市（5,440円）では1,793円の差がある。

- 最後に、死亡者数のうち、各市町村における自宅での死亡割合を見ると（参考データ図⑦(P.74)を参照）、平成24年の愛知県の平均は12.4%（61,354人中7,625人）のところ、最も割合が高い半田市は20.2%（982人中198人）で、最も割合が低い豊根村は0%（29人中0人）であり、ここでも大きく状況が異なっている。

- 以上のように、本県は、市町村によって高齢化率や要介護認定率などの地域差が非常に大きいという特徴が見られる。各地域では、自らその状況をよく考え、自分たちの地域の状況に合った地域包括ケアシステムをつくり上げていくことが重要である。