

平成28年5月21日 福祉フォーラム・ジャパン

地域包括ケアシステムにおける 在宅医療の推進

厚生労働省医政局地域医療計画課長

(前老健局老人保健課長)

迫井正深

※ 【お断り】 講演において演者が示す意見や見解は、講演資料の内容も含めて演者個人の
ものであり、必ずしも厚生労働省の公的な見解ではない内容も含まれています

本日のお話

1. 地域包括ケアシステムの背景

- 人口の高齢化と“高齢者ケア”の体制の在り方

2. 地域包括ケアシステムの考え方

- 地域“で”必要とされるサービスを包括的に提供
- 必要とされるサービスを地域“が”包括的に提供

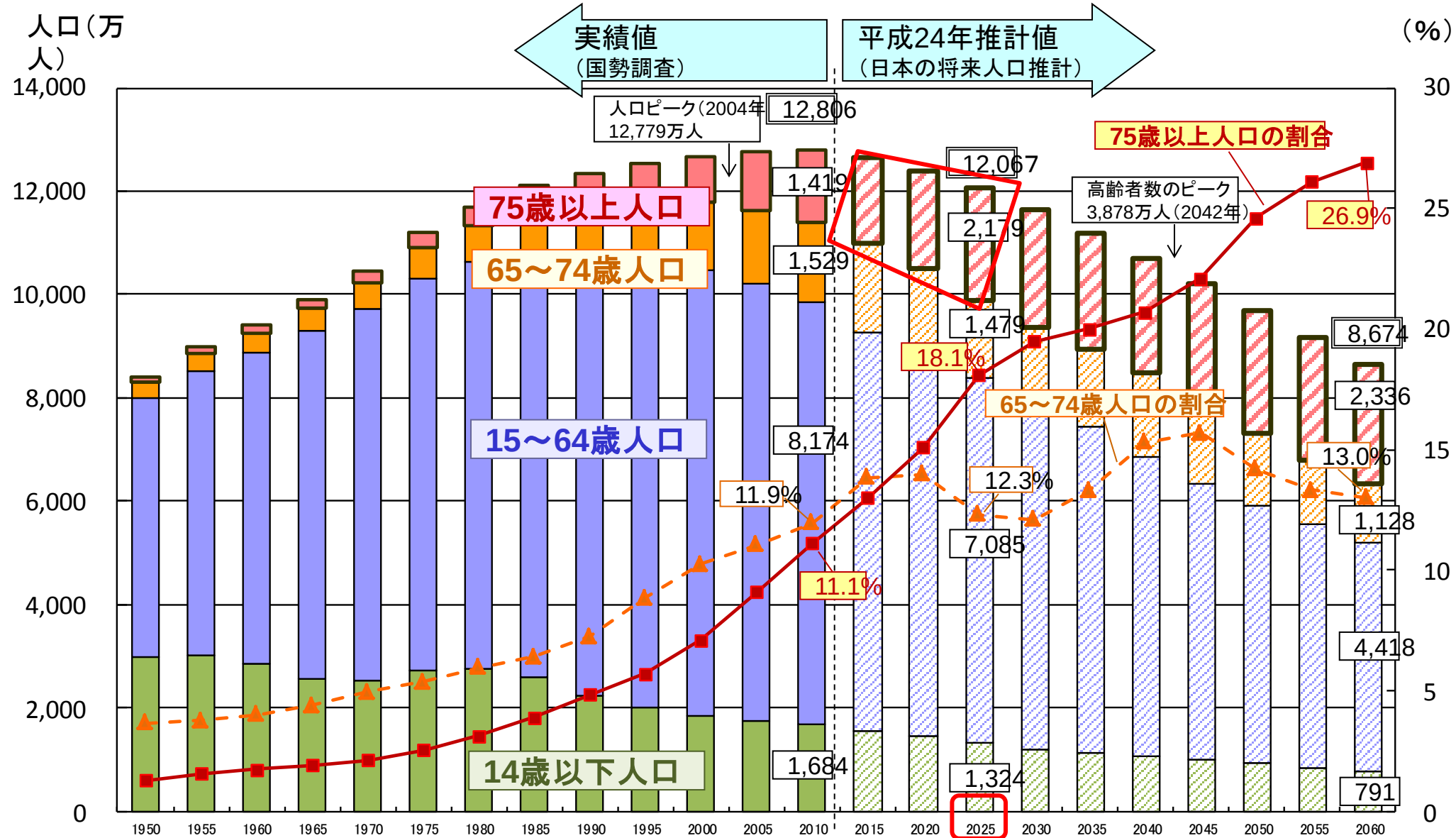
3. 在宅医療推進における課題

- 医療において“生活視点”を如何に高めるか

1. 地域包括ケアシステム構築の背景

(人口の高齢化がもたらす
社会への影響を中心に)

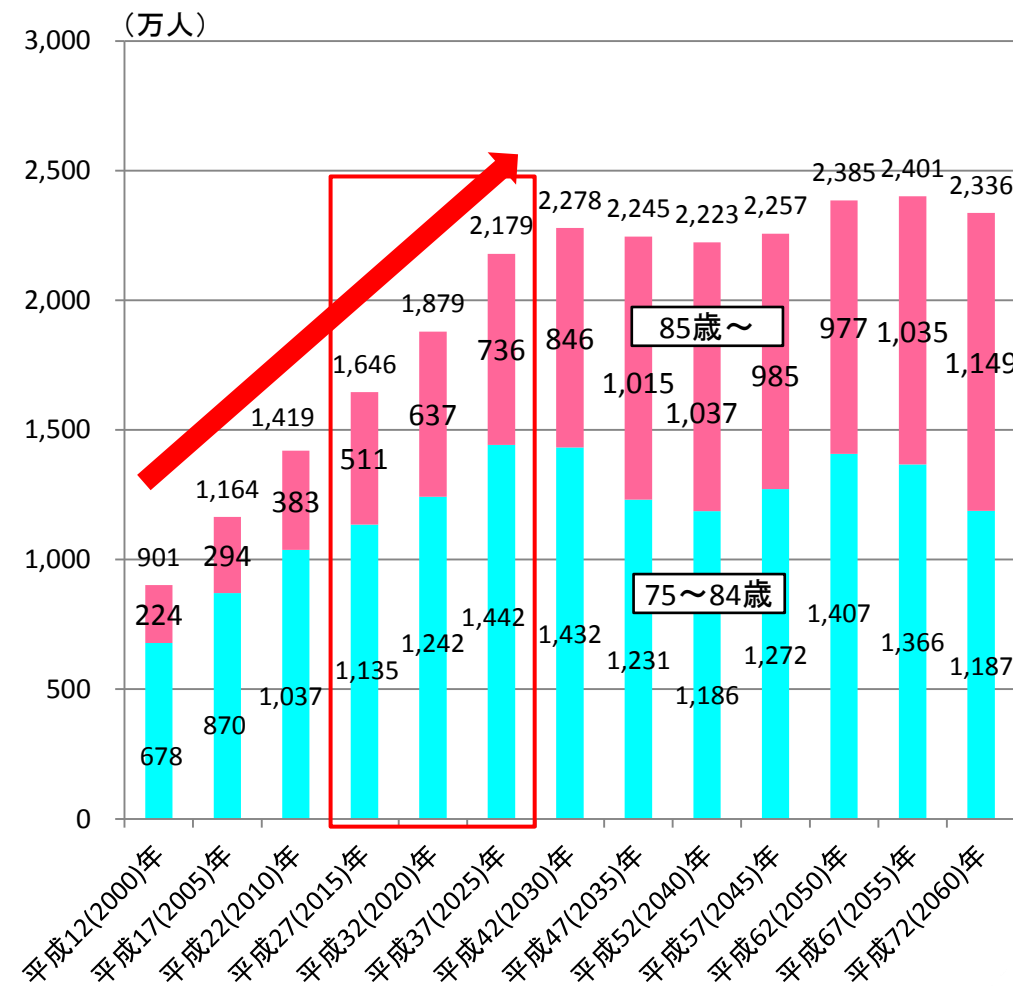
75歳以上の高齢者数の急速な増加



(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

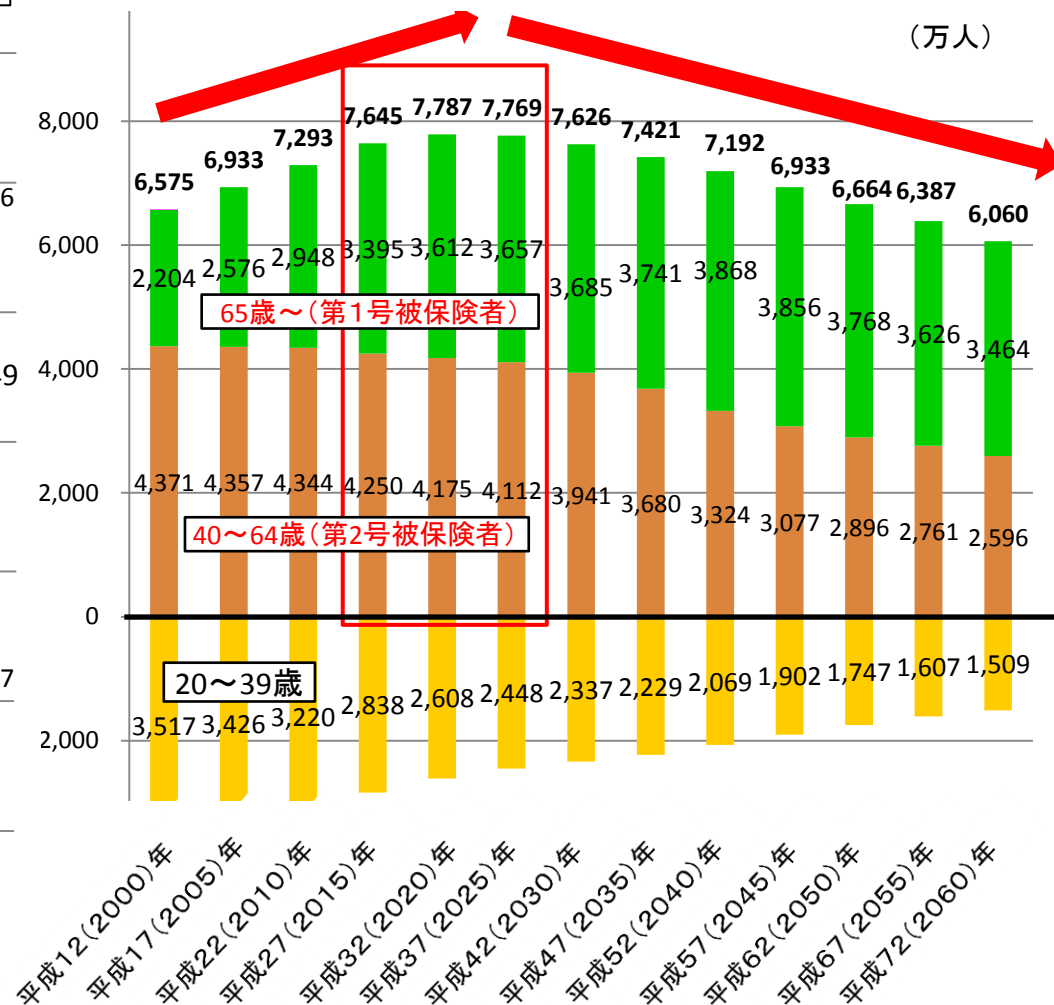
要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

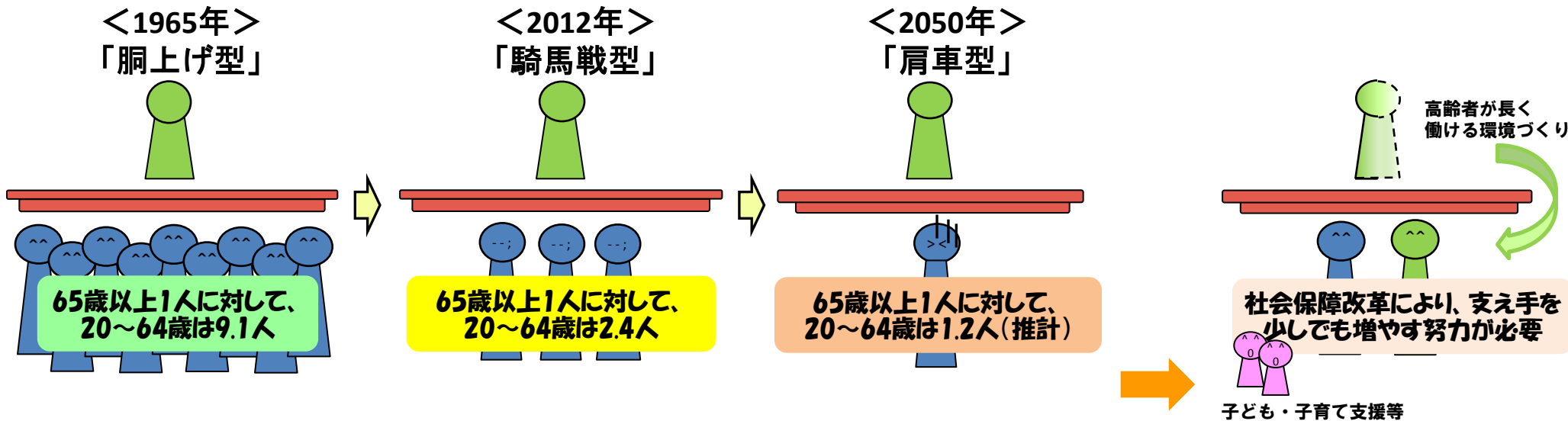
- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れます。



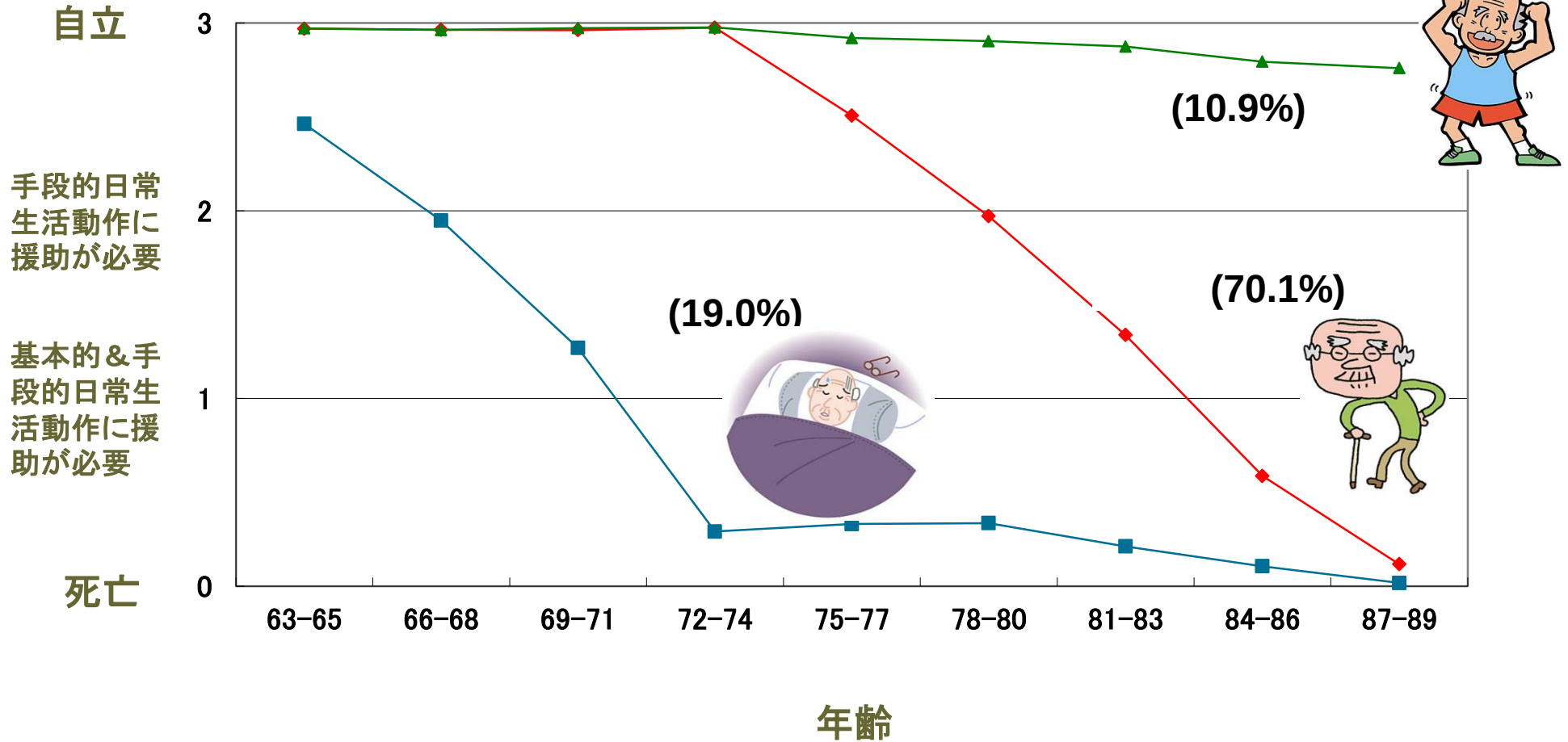
人口(万人)・構成比	1965年	2012年	2050年	
	623 (6.3%)	3,083 (24.2%)	3,768 (38.8%)	65歳以上
	5,650 (56.9%)	7,415 (58.2%)	4,643 (47.8%)	64歳以下 20歳以上
	3,648 (36.8%)	2,252 (17.7%)	1,297 (13.4%)	19歳以下
	1965年	2012年	2050年	
1年間の出生数(率)	182万人 (2.14)	102万人 (1.37)	56万人 (1.35)	

高齢者の自立度の変化

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

男性

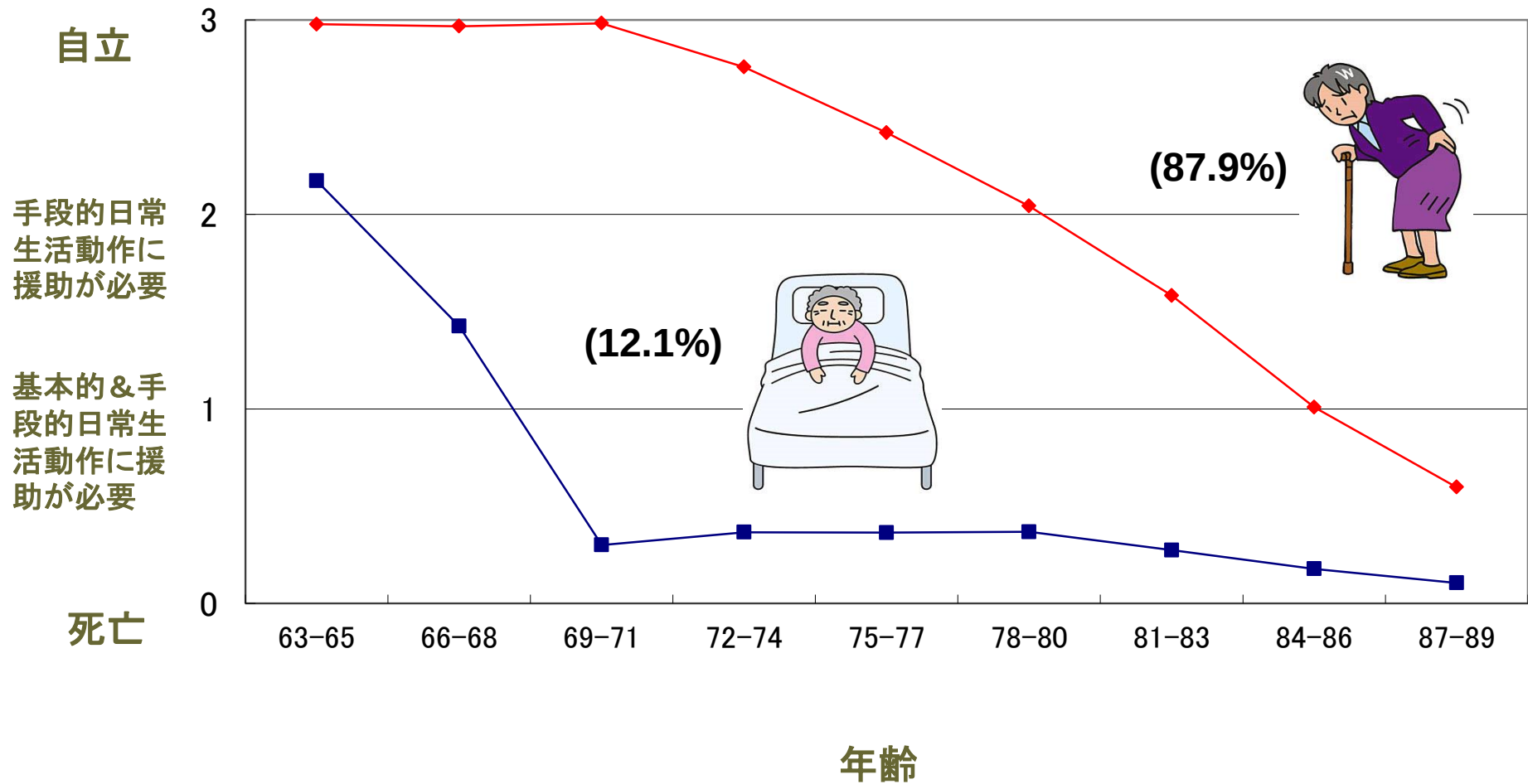


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

女性

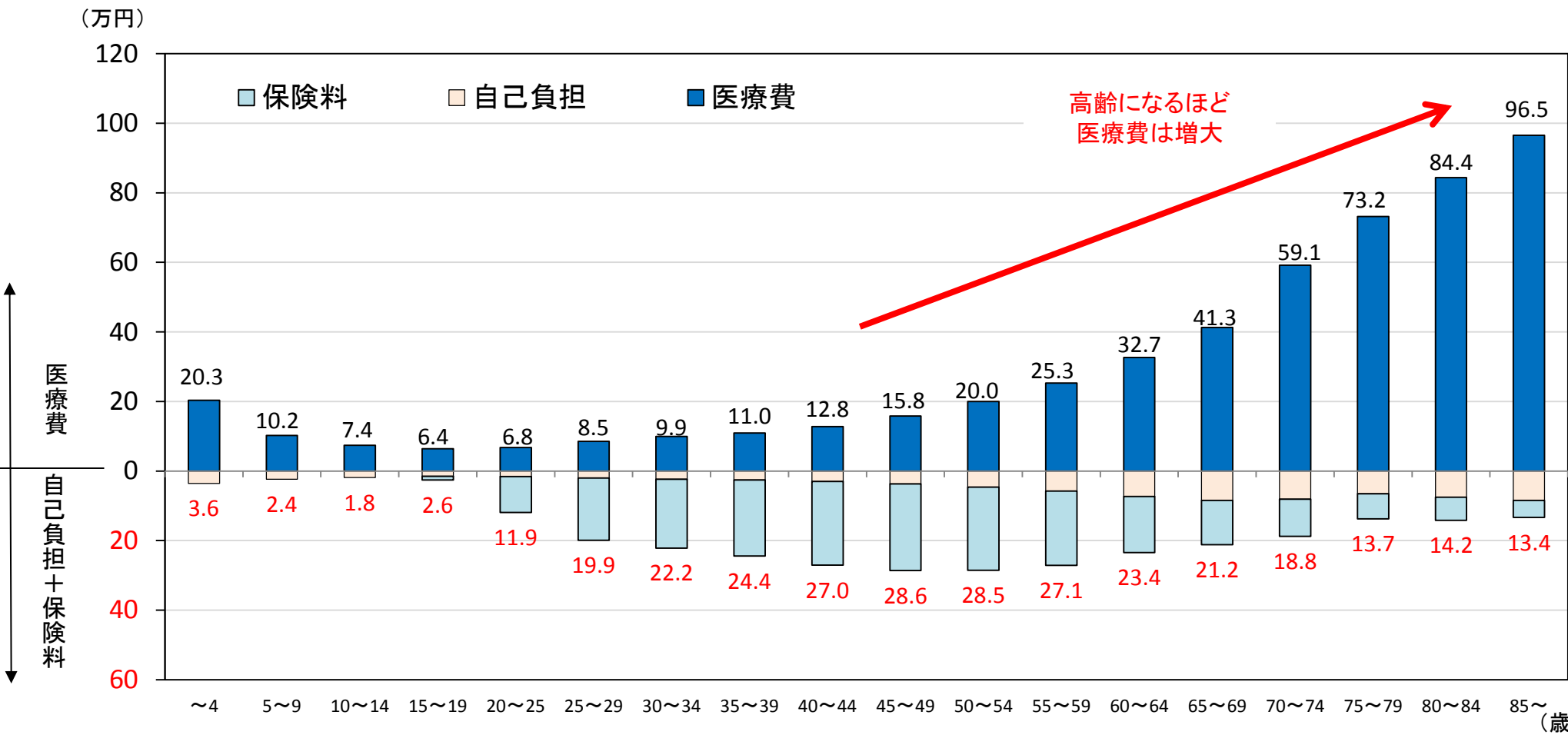


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

高齢者の医療ニーズ

年齢階級別の一人当たり医療費

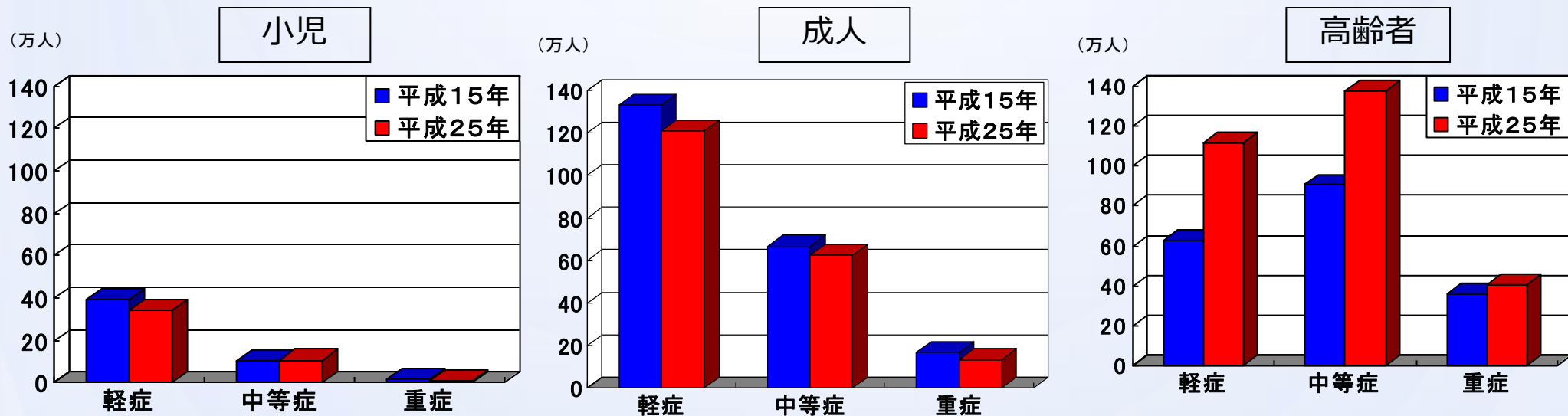
- 年齢階級別の一人当たり医療費を見ると、高齢になるほど一人当たり医療費は増大。
- 高齢者の医療費をどのように国民全体で公平に負担し合うのが課題。



(注1) 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
(注2) 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
(注3) 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
(注4) 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
(注5) 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。
【出典】各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて保険局調査課により推計

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

- 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成15年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	1.6万人	16.8万人	35.9万人
中等症	10.6万人	66.8万人	90.6万人
軽症	39.1万人	133.1万人	62.5万人

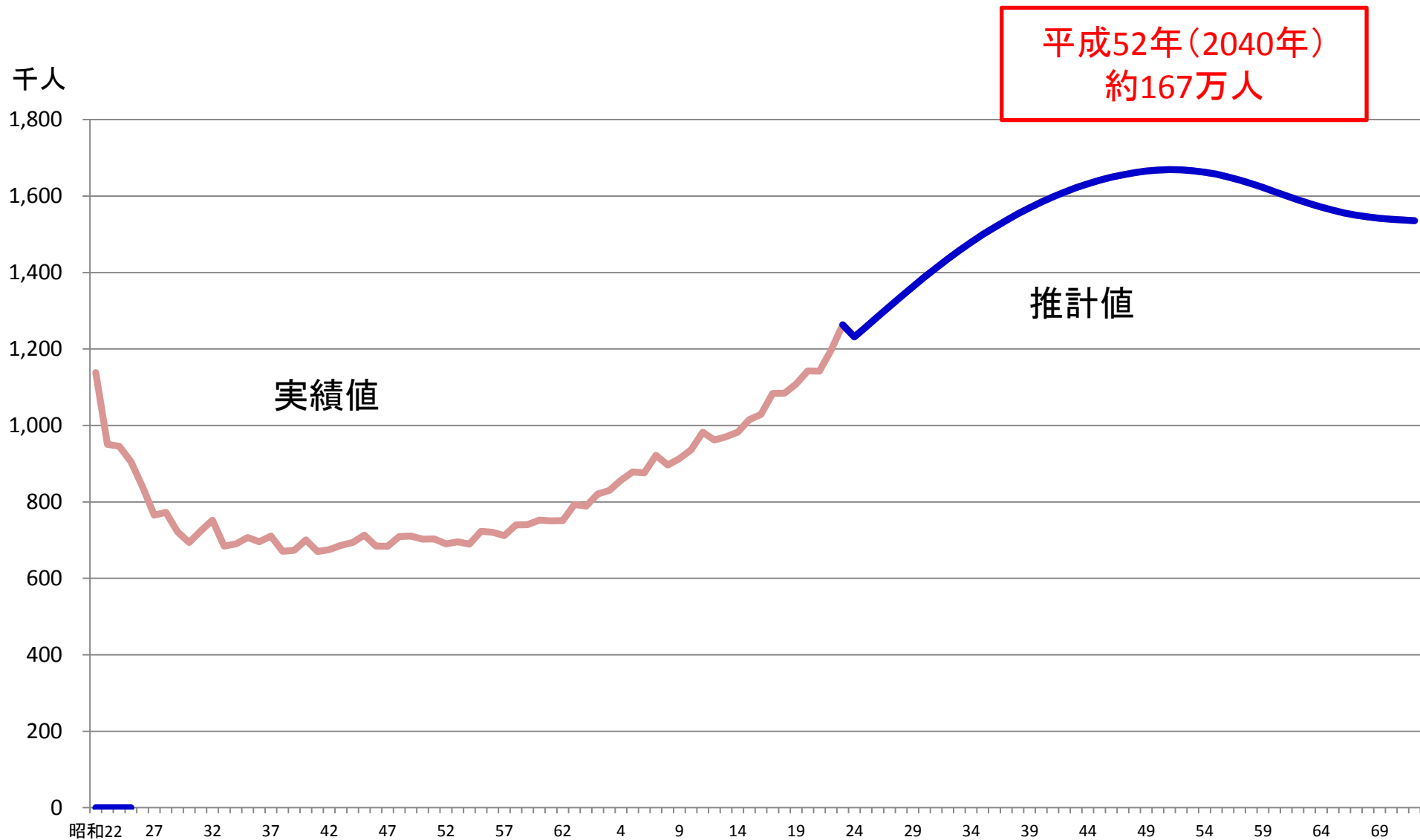


平成25年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.2万人 0.4万人減 -26%	13.4万人 3.4万人減 -20%	40.6万人 4.7万人増 +13%
中等症	10.8万人 0.2万人増 +2%	62.6万人 4.2万人減 -6%	137.5万人 47万人増 +52%
軽症	34.5万人 4.6万人減 -12%	120.8万人 12.3万人減 -9%	111.5万人 49万人増 +78%

高齢者の終末期ケアニーズ

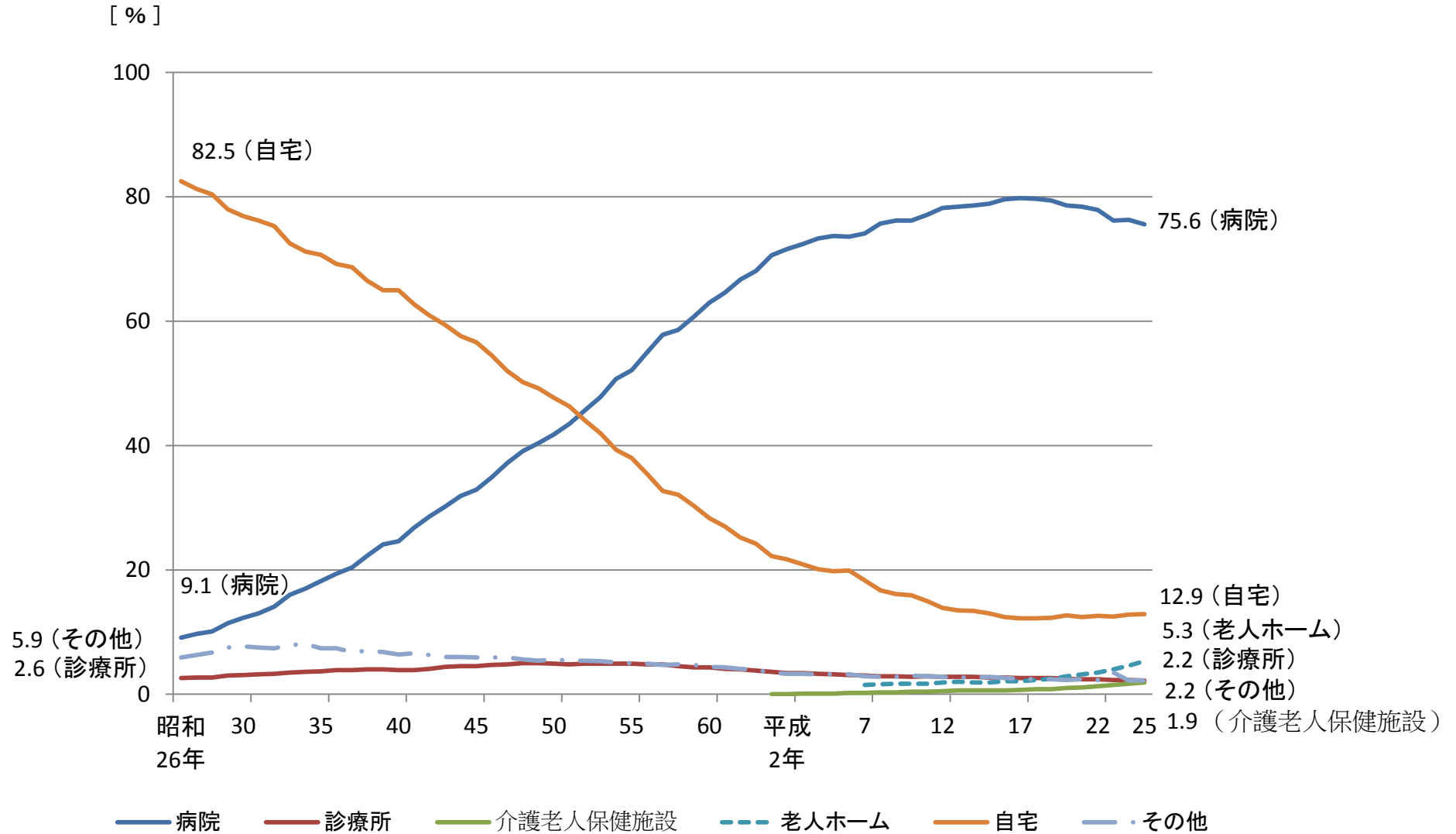
死亡数の年次推移



出典) 平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」

平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)

死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

高齢者ケアニーズは増大
支え手の人口は減少傾向



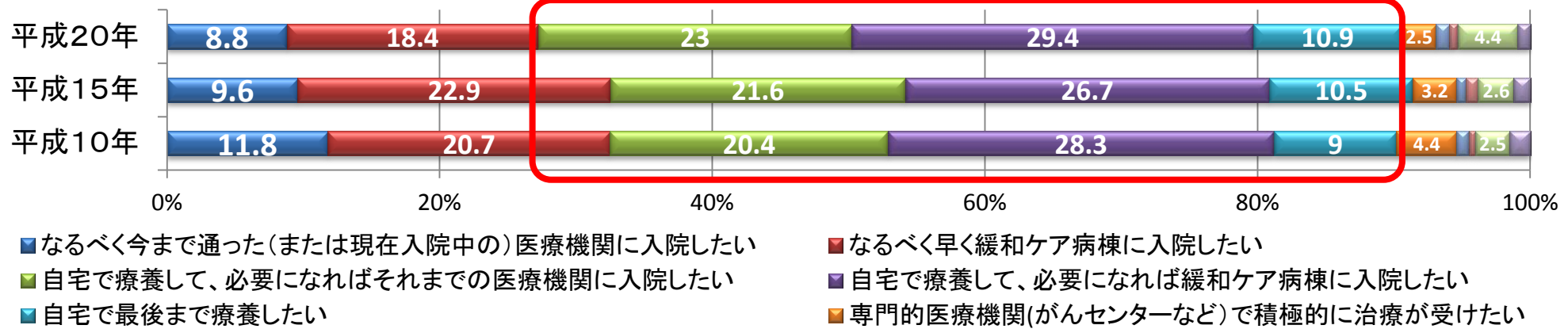
どのような“体制”を
構築していくのか？

終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

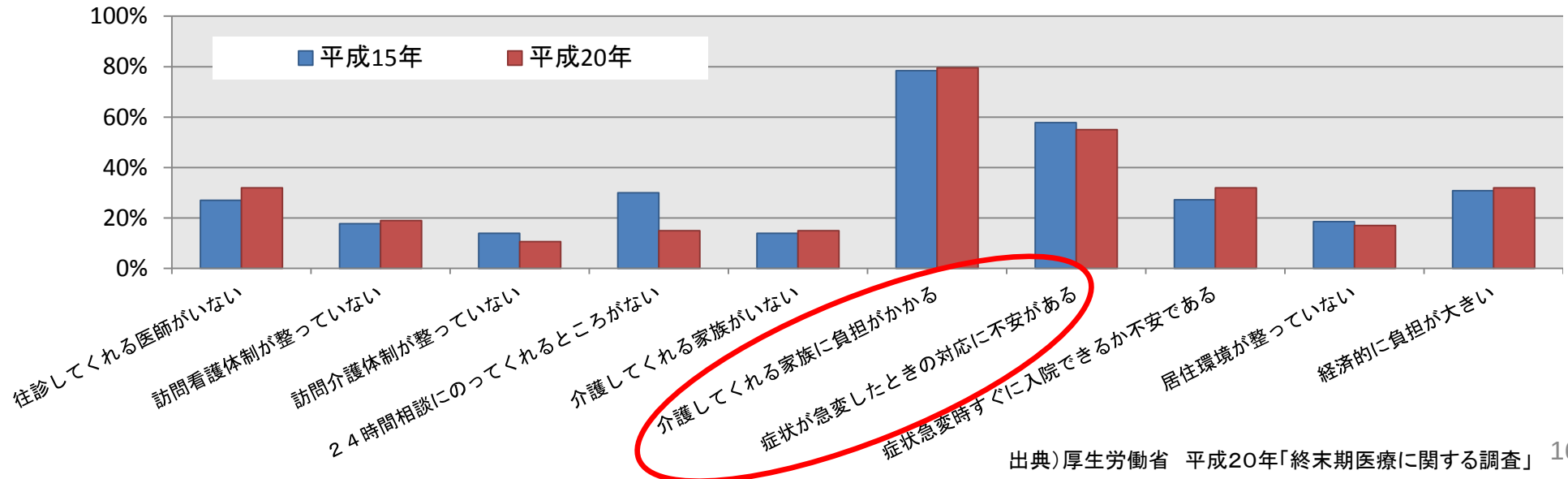
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じる。

■終末期の療養場所に関する希望



■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)

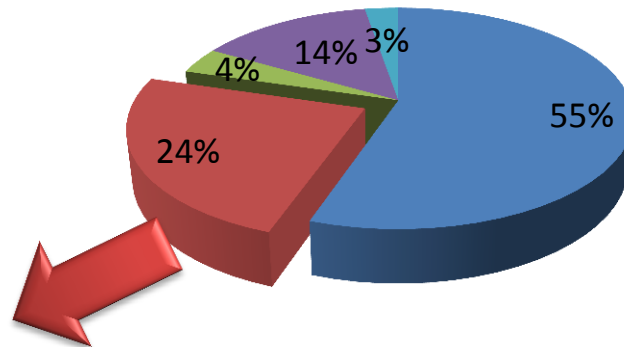
出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)



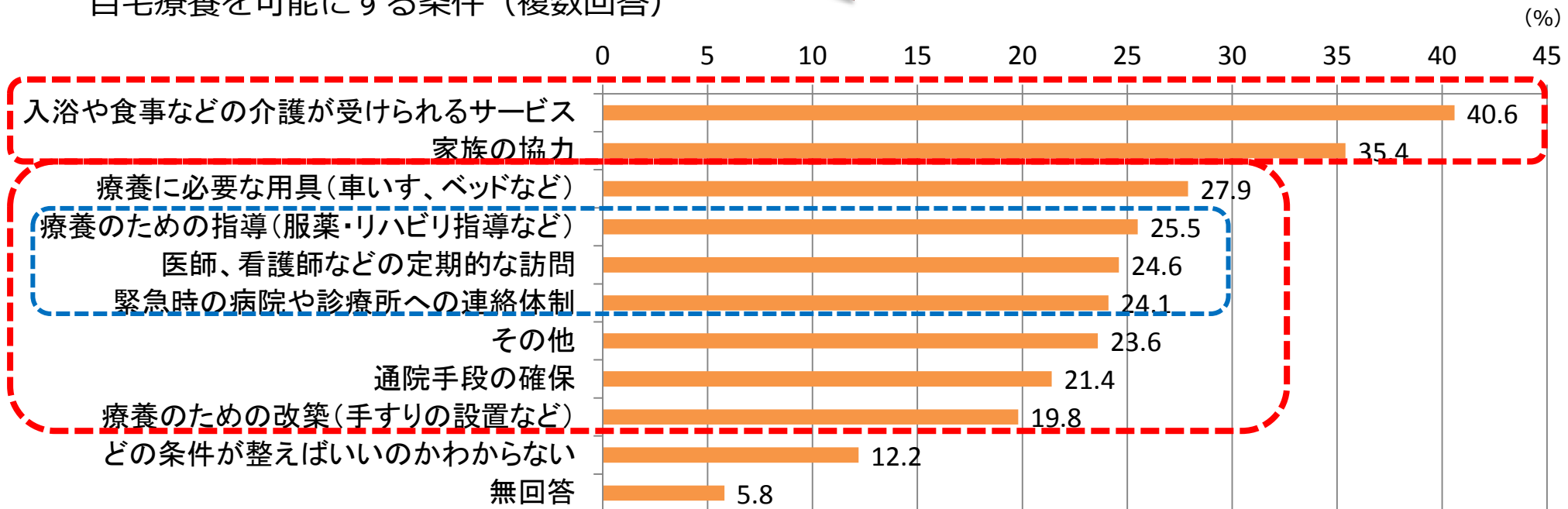
退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の 自宅療養の見通し（入院患者に対する質問、n=53,298）

■ 自宅で療養できる ■ 自宅で療養できない
■ 療養の必要がない ■ わからない
■ 無回答



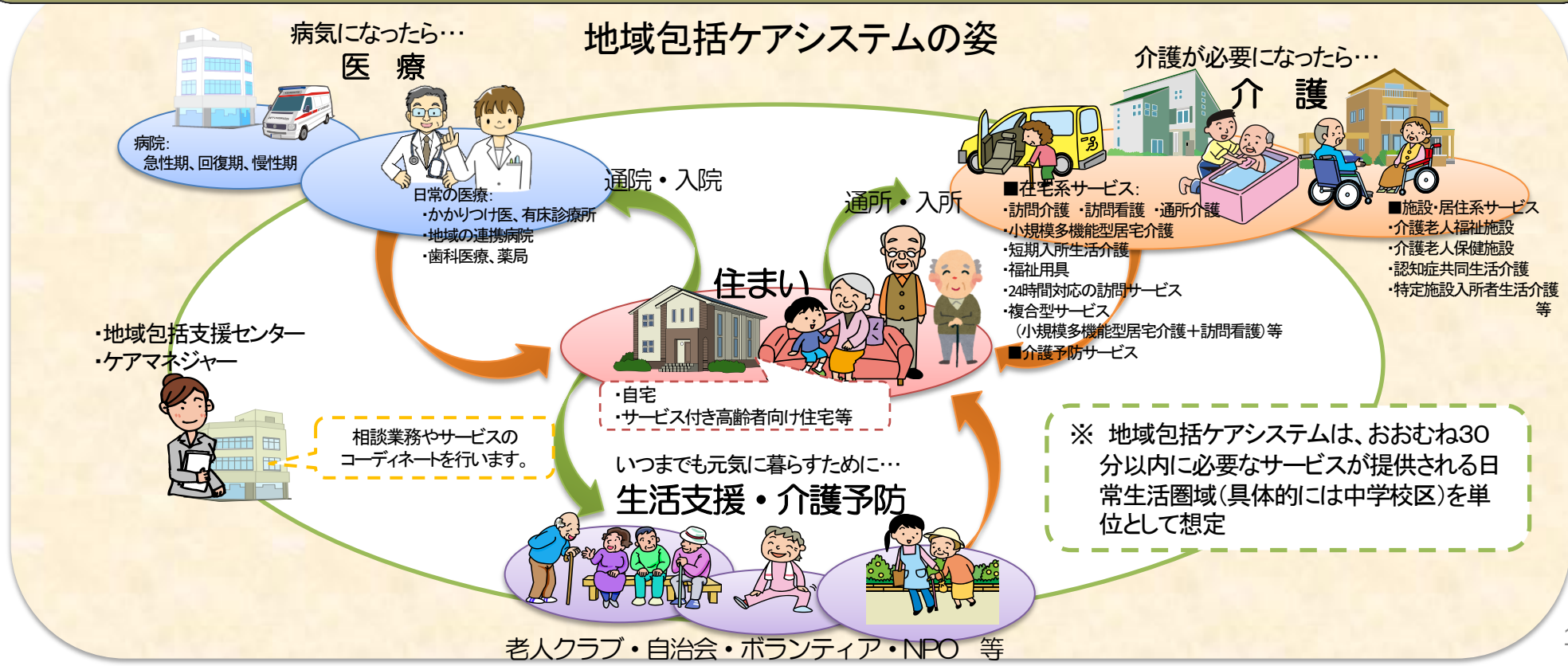
■ 「自宅で療養できない」と回答した者について 自宅療養を可能にする条件（複数回答）



2. 地域包括ケアシステムの考え方

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。**



「地域包括ケアシステム」

= 「地域」 + 「包括ケア」を提供する

「地域包括ケアシステム」

= 「地域」^で_が 「包括ケア」を提供する

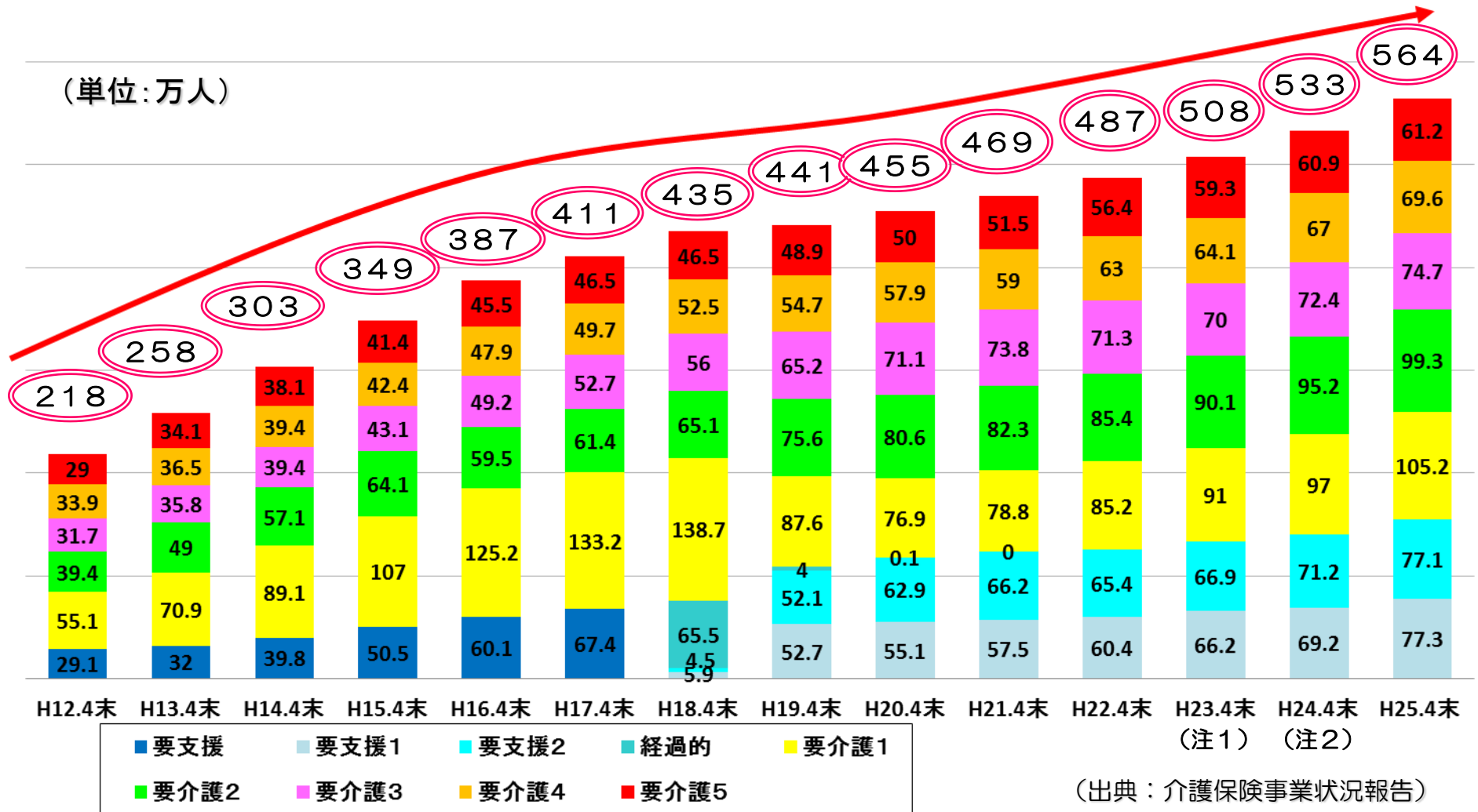
という“掛け言葉”と考えれば
分かりやすい・・・

寝たきり老人ゼロ作戦

- 昭和40年代の御調町はすでに高齢化がかなり進み、おまけに寝たきりが多かった。しかもその多くが、いわゆる“つくられた寝たきり”であった。
- 対応が適切でないためにつくり出されたものだったのである。これは御調町に限らず、我が国の寝たきりの特徴であり、欧米と大きく異なる点であった。
- 私たちはこの寝たきをなんとか防止しようと考え、病院の医療を家庭の中まで持って行く、いわゆる“出前医療”を始めた。今で言う訪問看護であり、訪問リハビリである。
※ 訪問診療・看護を昭和49年に開始

要介護度別認定者数の推移

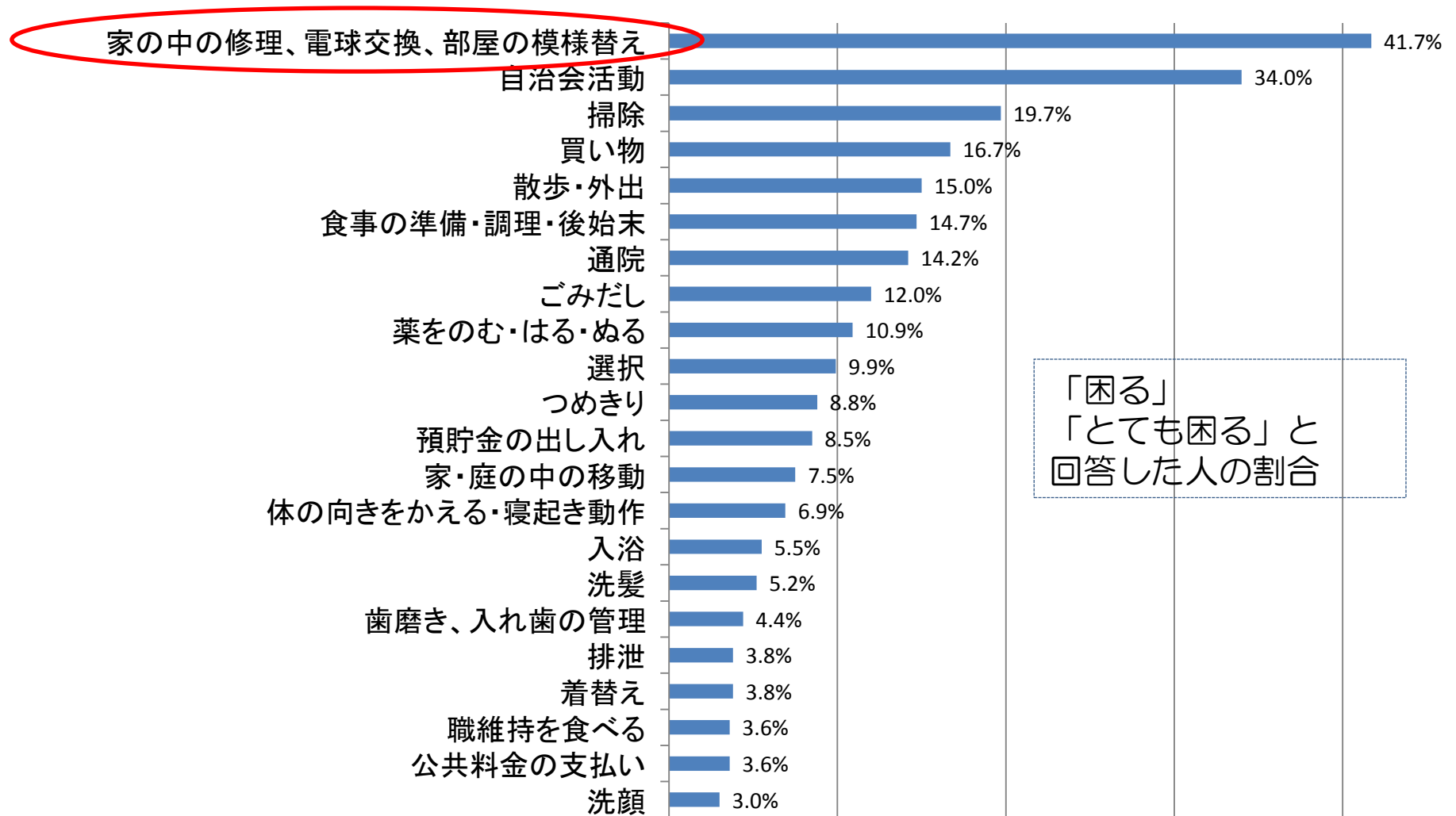
要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
 注2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

生活支援のニーズ

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
(愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



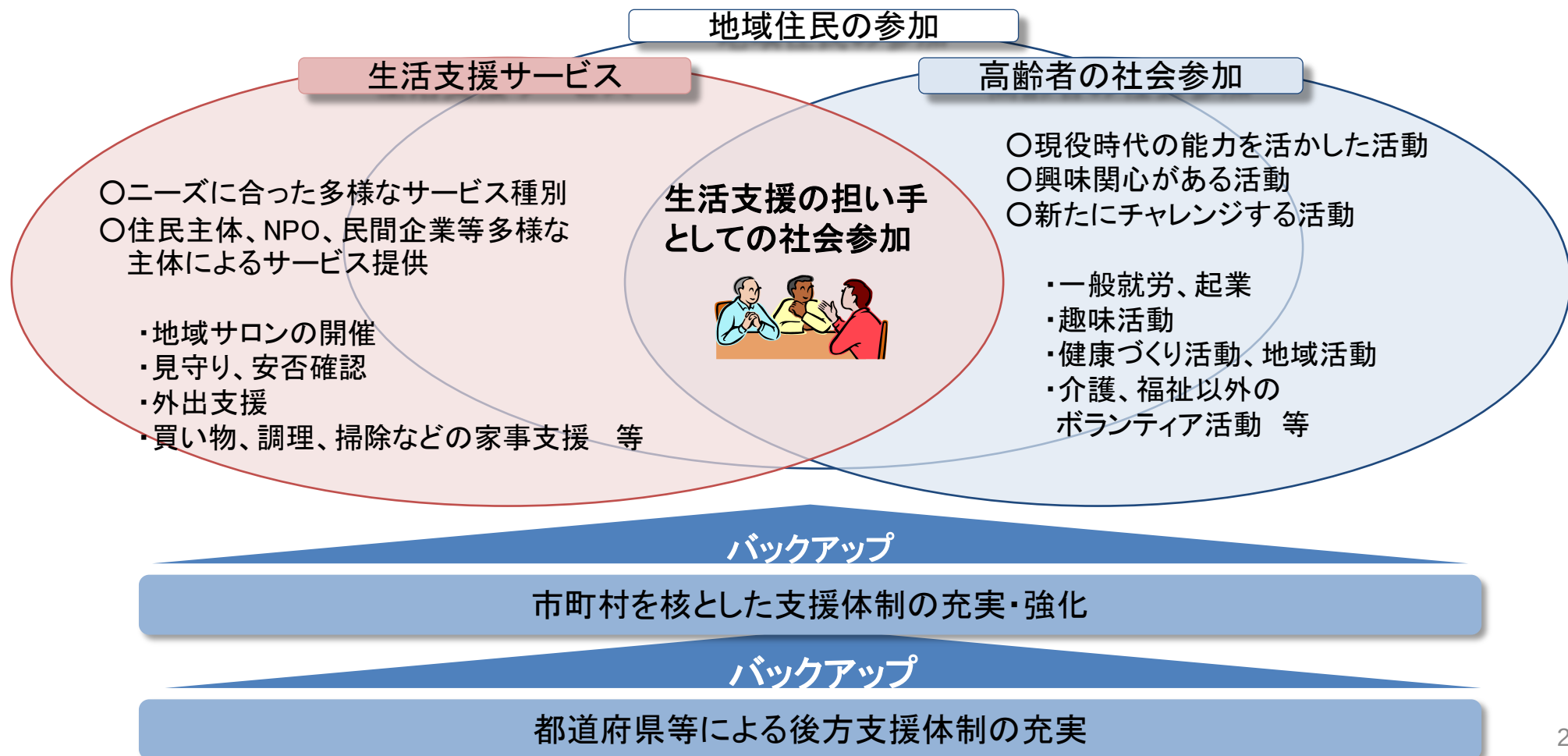
「生活支援ニーズ」にどう対応するのか？



高齢者自身も参画した “地域力” で！

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



「地域包括ケアシステム」

= 「地域」 で が 「包括ケア」を提供する



「地域づくり」による生活支援・介護予防

+

「地域の医療・介護ネットワーク」によるケア

それぞれの地域で実現するための
“考え方” や “概念” を整理
「地域包括ケアシステム」構築の推進



「地域づくり」による生活支援・介護予防



「地域の医療・介護ネットワーク」によるケア

地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- 必要とされる多様なサービス（居場所の提供、権利擁護支援、生活支援、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど）を利用しながら、
- 住居の種別（施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など）にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）の住み慣れた地域で生活を継続することが可能

【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画

地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- **地域で必要なサービス**（居場所の提供、権利擁護支援、生活支援、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど）を利用しながら、
- 住居の種別（施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など）にかかわらず、**おおむね30分以内（日常生活圏域）**の**住み慣れた地域**で生活を継続することが可能

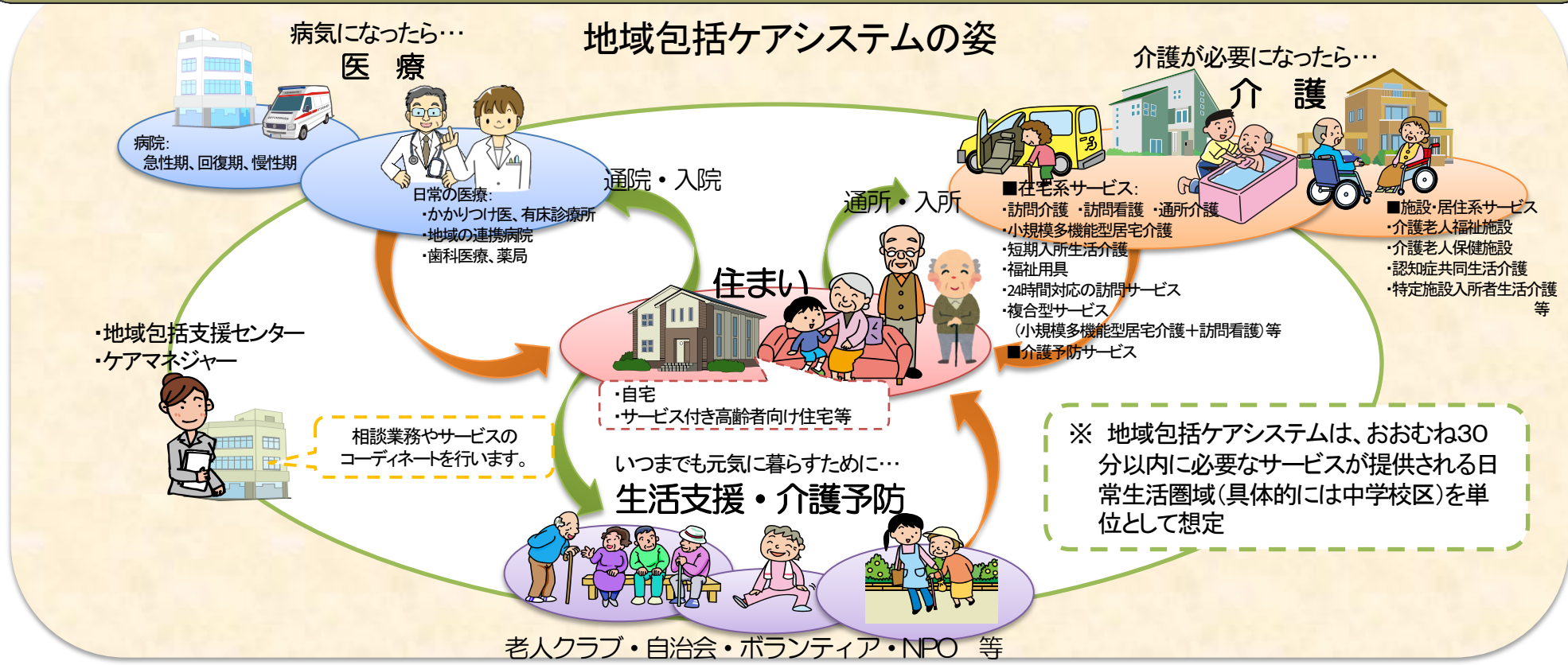
【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、**高齢者本人や住民によるボランティア**といった**自助**や**互助**を担う者など、**様々な人々が連携しつつ参画**

**地域が
必要な
サービス
を提供**

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。**



地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【介護・医療・予防】

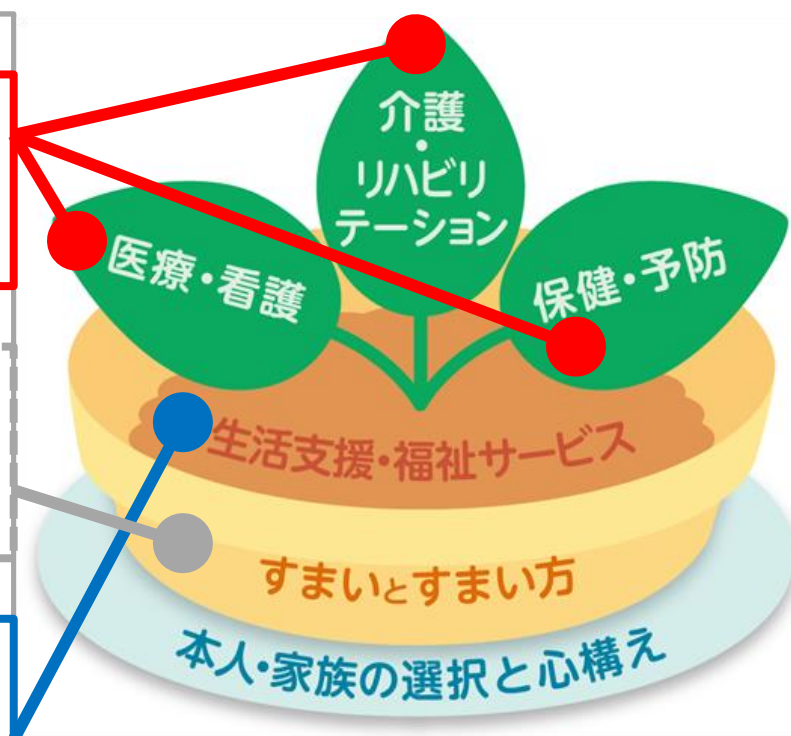
- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。



平成25年3月
地域包括ケア研究会
報告書・概要版より

「地域包括ケア」

とは

地域住民（患者）を
「生活視点」でケアすること！

※ 省としての見解ではありません（私見です）

「地域包括ケアシステム」の構築とは？

住民（高齢者）を
“生活の視点”でケアする
まち（コミュニティ）づくり
のこと

※省としての見解では
ありません（私見）



3. 在宅医療推進における課題



医療に“生活視点”を如何に導入するか！

澤先生 「あらゆる相談にのる」
「臓器や疾患でなく『患者』にフォーカス」
「『寄り添うこと』は『責任を持つこと』」

3. 在宅医療推進における課題

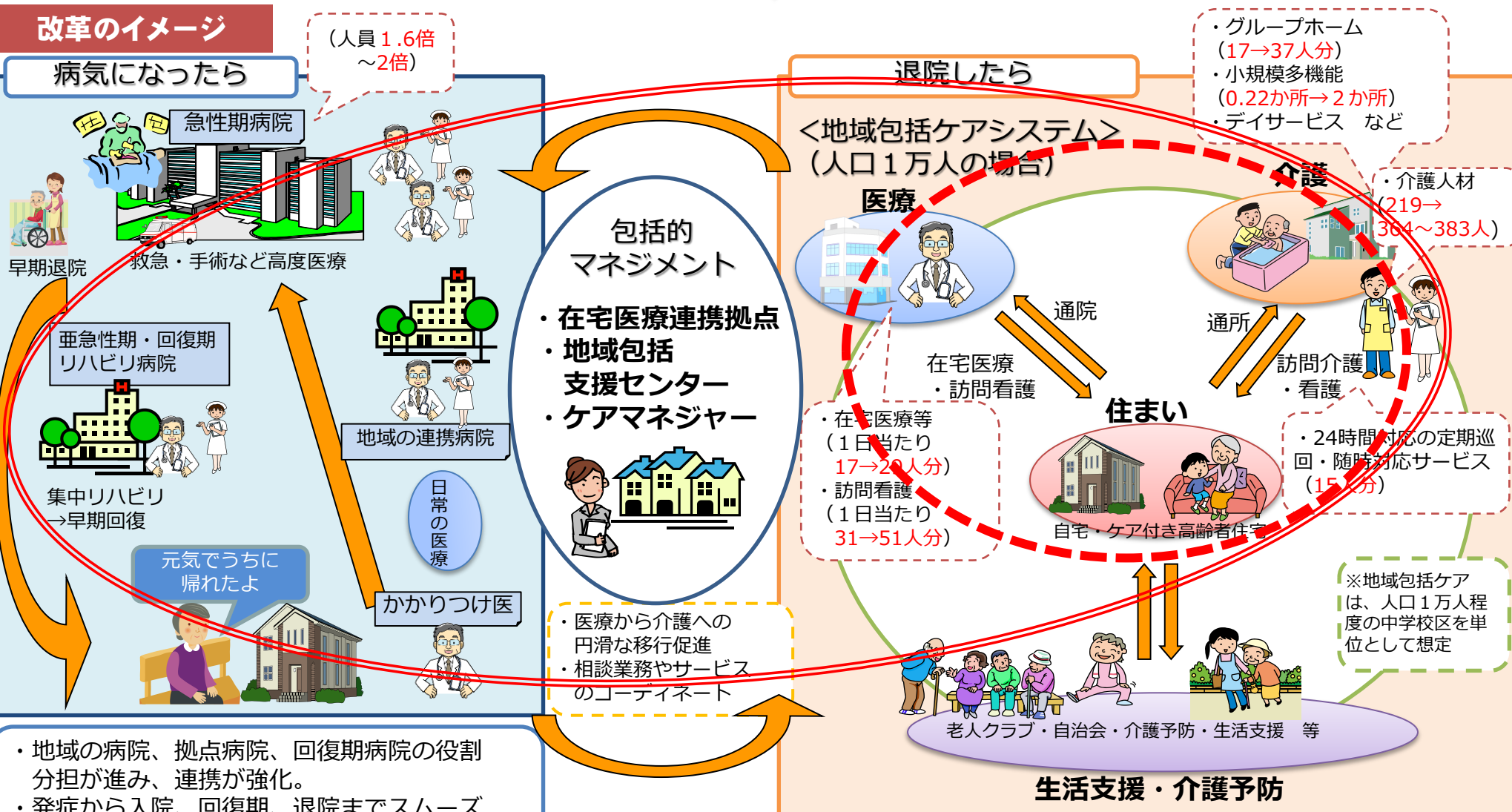
— 医療に“生活視点”を如何に導入するか —

- ① 視野を広げる（病院医療だけではない）
- ② エリア（地域）を考える
- ③ 生活の多様性を考える（⇒多職種）
- ④ 人材育成の展開
- ⑤ 診療エビデンスの集積とサポート

改革の方向性 ② 医療・介護サービスの強化

- 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



・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

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

「多職種連携」

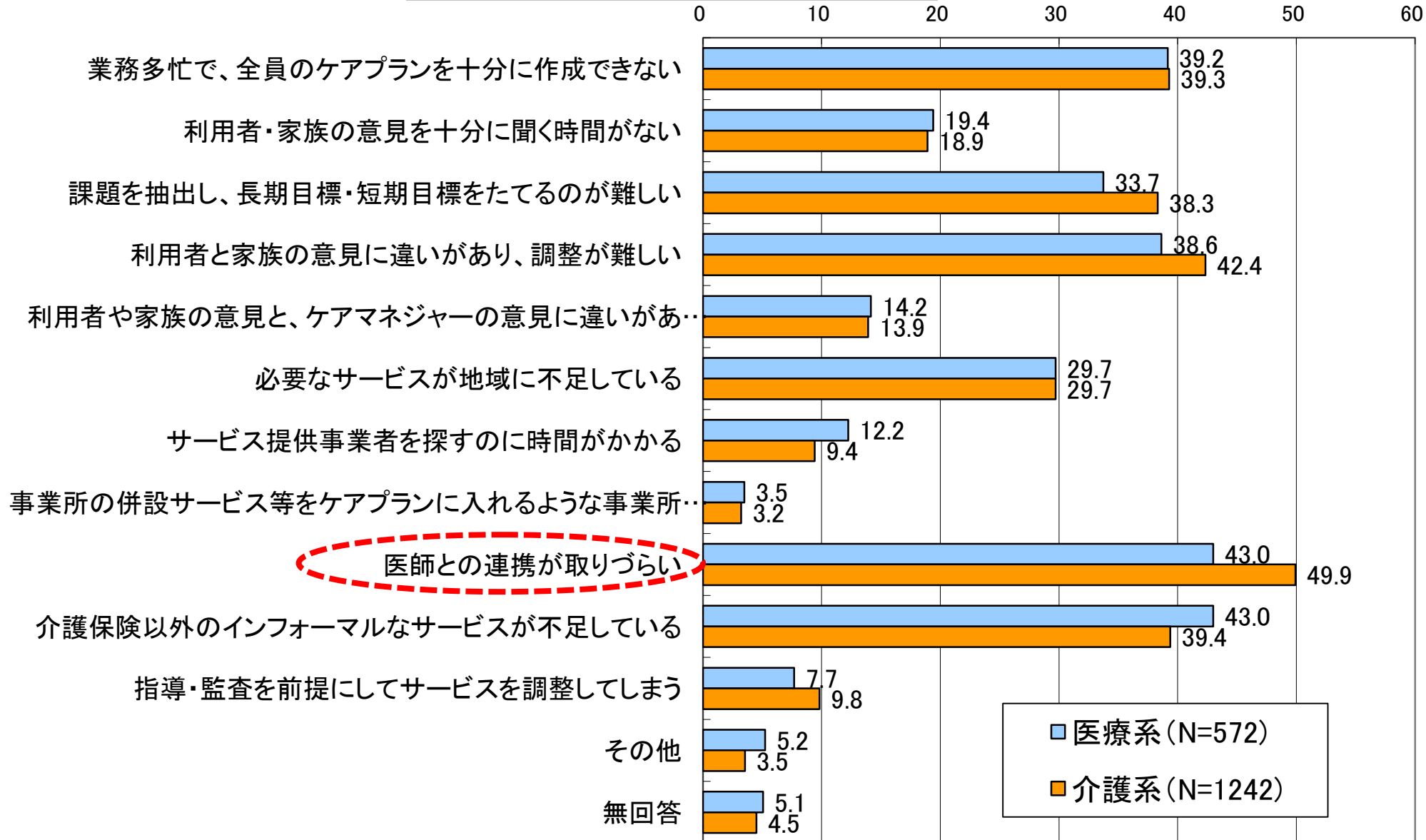
なぜ「多職種連携」が
強調されるのか？



(異なる2つの理念)

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

ケアマネジャーが困難に感じる点



- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。
- このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師

リハビリテーション関係職種

管理栄養士

- ① 薬物療法プロトコルについて医師等と協働で作成等
- ② 薬剤選択等に関し積極的な処方の提案
- ③ 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更等の提案 等

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引
- ② 作業療法士の業務範囲の明確化

- ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等
- ② 特別治療食の内容・形態の提案
- ③ 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案

臨床工学技士

診療放射線技師

その他

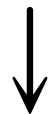
- ① 喀痰等の吸引
- ② 動脈留置カテーテルからの採血

- ① 画像診断における読影の補助
- ② 放射線検査等に関する説明・相談

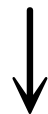
- その他の医療スタッフの積極的な活用
- MSWや診療情報管理士等の積極的な活用
- 医療クランク等の事務職員の積極的な活用

敢えて言えば・・・

「医療」は生活の一部でしかない！



様々な生活場面のサービスが
総力戦で地域住民（特に高齢者）
を支える（＝「地域包括ケア」）



異分野・異業種との交流・連携が
不可欠！

<医療における「多職種連携」>

- 医療専門職による”チーム医療”
↓
- より質の高い治療を目指すもの（技術志向）
- 役割分担と機能連携が基本

<“地域包括ケアシステム”における「多職種連携」>

- “多様な主体・職種”が参加
↓
- 繋がること自体が課題
- 「顔の見える」関係を重視（“ネットワーキング”指向）
- コミュニケーションが基本

顔の見える関係を築く！



- **地域の総合的なチーム医療介護には、顔の見える関係が重要**
- **そのためには、継続的なケア会議が重要。しかし、会議の場でケアマネジャーなどはなかなか医師（主治医）に意見はいえない**
- **継続的にケア会議のためには、医師が公平な参加と意見表明の機会を保障するリーダーシップを発揮する必要がある**
- **誰でも自由に意見を言ってよいということ。懐深く全体をウォッチし、参加を勧める**
- **目標を共有し、ビジョンを示し、対等な関係を保障する**

医療サービスにおける医師のキャリア形成（イメージ）

24歳

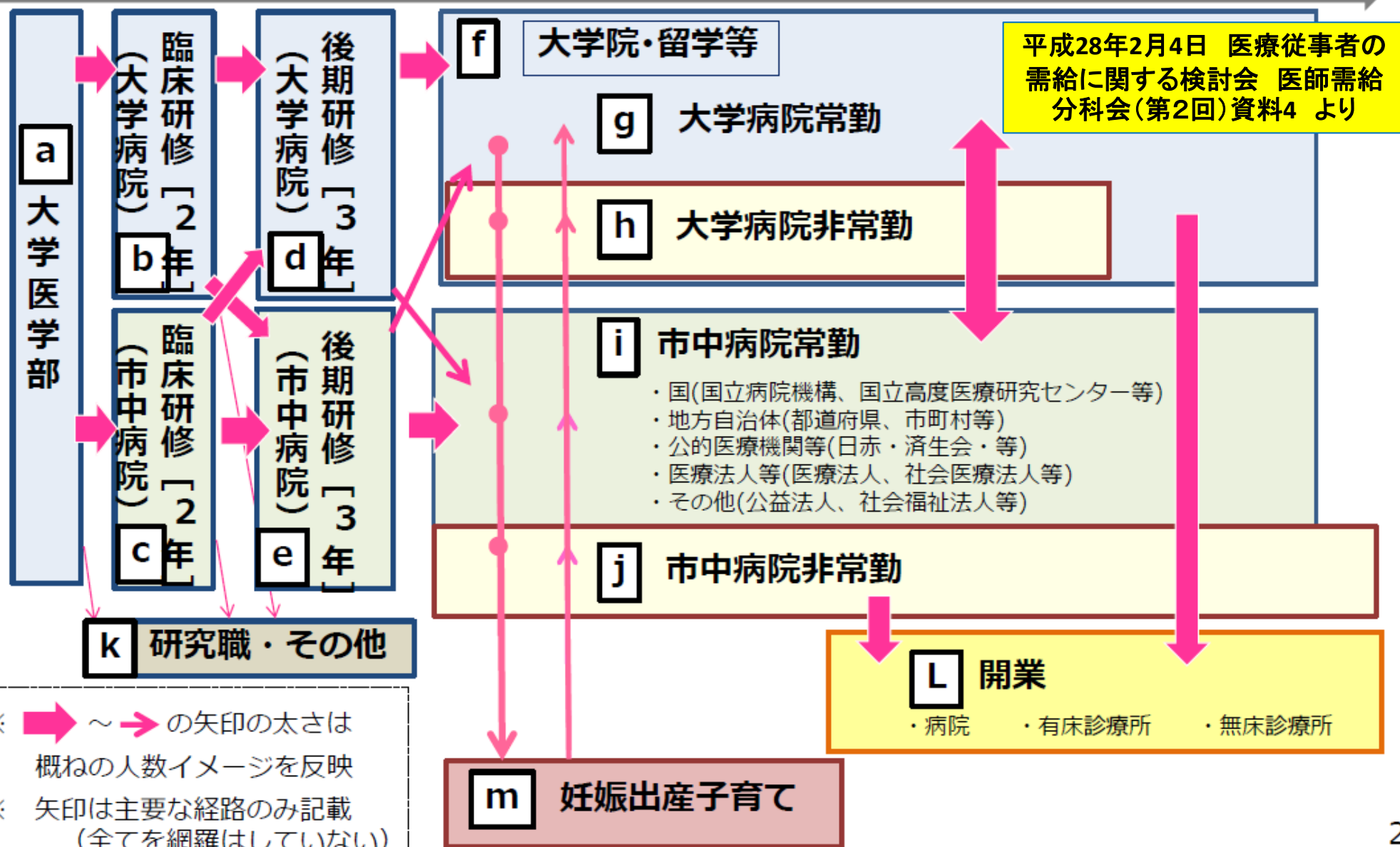
26歳

29歳

30-32歳

40歳頃～

（年齢）

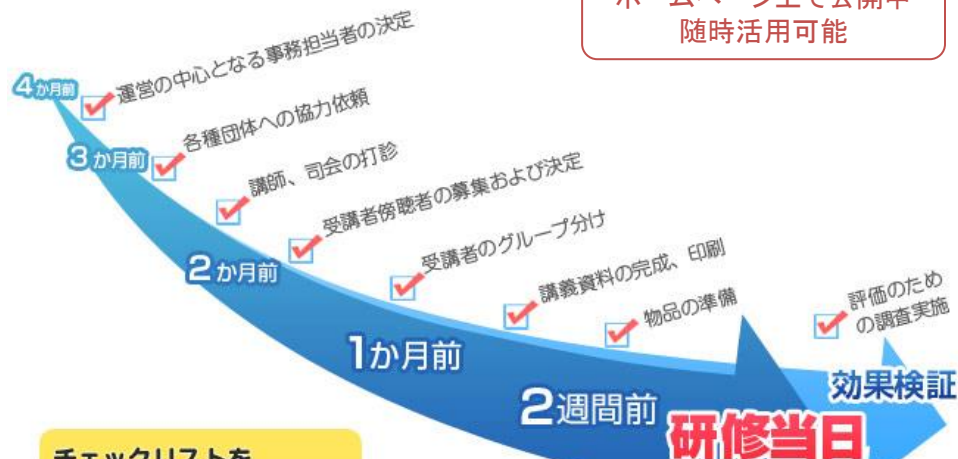


在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 研修運営ガイド

- ー 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- ー 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- ー 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

運営ガイドの内容



ホームページ上で公開中
随時活用可能

チェックリストを
一つずつ進めていくことで
研修会の企画・運営が
できるようになっています



【研修会開催に関する問合せ先】

東京大学 高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)

Mail homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp Tel 04-7136-6681 Fax 04-7136-6677

〒277-8589 千葉県柏市柏の葉5-1-5第2総合研究棟

※問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- ー 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を収載
 - ー 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
 - ー テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義+グループワーク)を整備
- 地域のニーズに応じて研修内容の**カスタマイズが可能**

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

トップページ 概要 資料 予定・実績 領域別セッション 主催者・講師向け

かかりつけ医の動機づけ



上記URLにアクセスし、「主催者・講師向け」ページにてパスワード発行依頼
→ あらゆる資料を使用可能(講義スライド、講師読み原稿、動画など)
※スライドは出典明記の上基本的に自由にお使いいただけます。追加・変更時はその旨明記ください。

○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- ー 東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前／直後／1年後／2年後と実施(地域間比較が可能)
- ー 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は左記問合せ先まで



ご清聴ありがとうございました

