

3 在宅医療と 地域包括ケアシステム

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部長

三浦 久幸

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

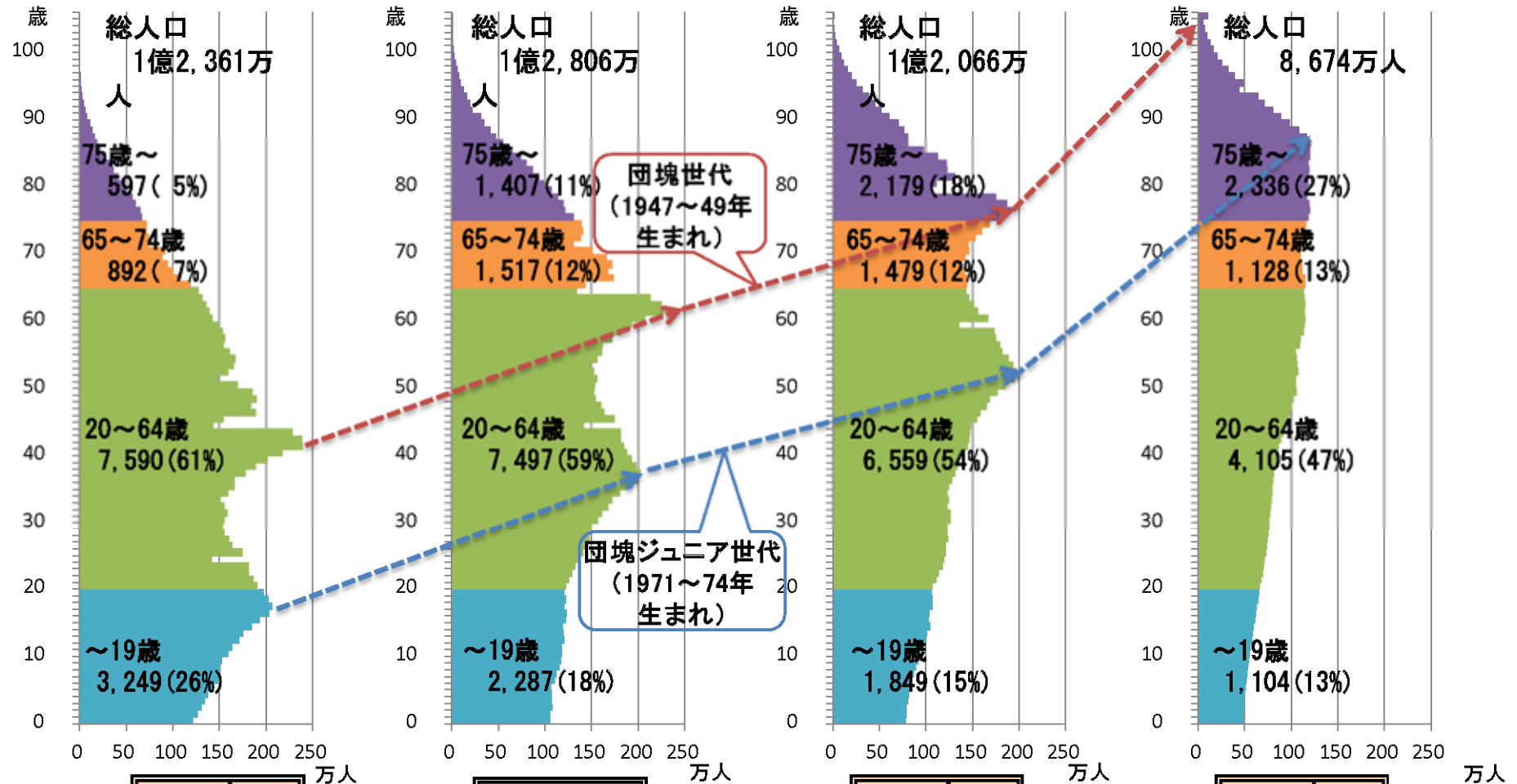
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



団塊世代
(1947~49年
生まれ)

団塊ジュニア世代
(1971~74年
生まれ)

65歳~人口 $\frac{1人}{5.1人}$
20~64歳人口

65歳~人口 $\frac{1人}{2.6人}$
20~64歳人口

65歳~人口 $\frac{1人}{1.8人}$
20~64歳人口

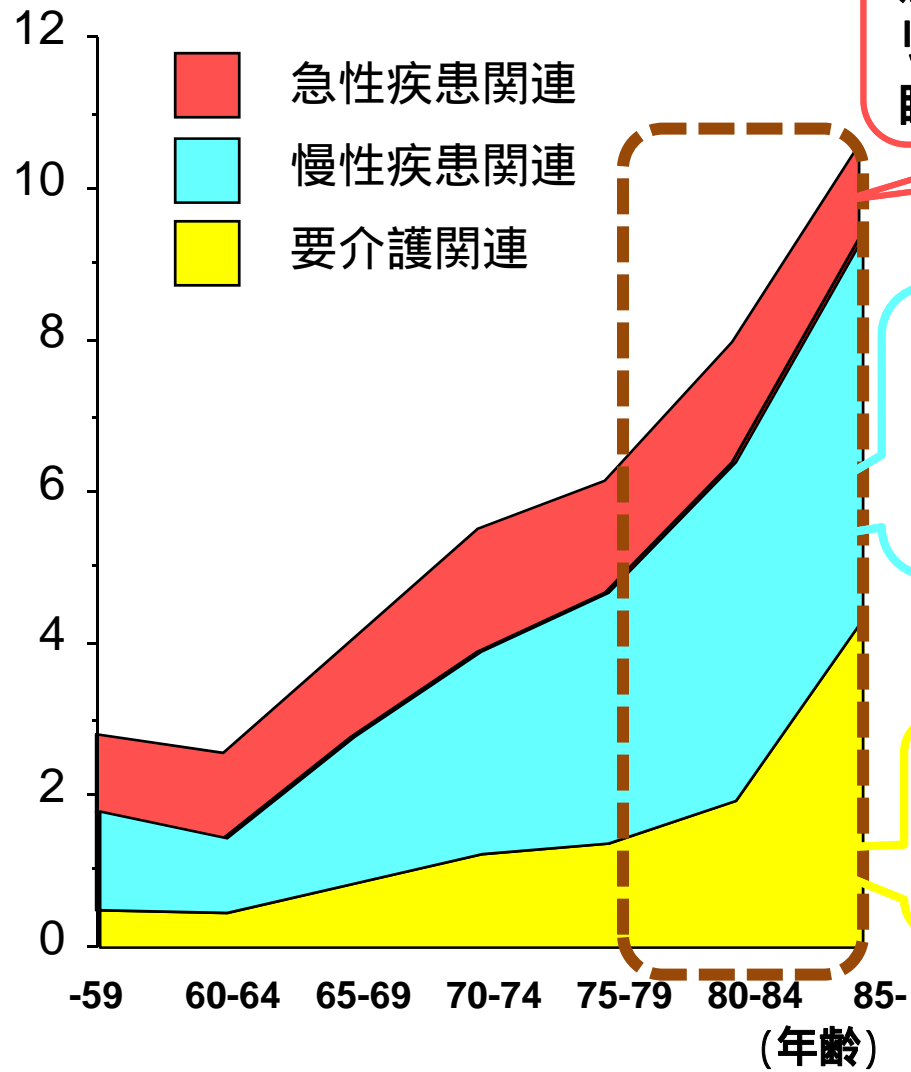
65歳~人口 $\frac{1人}{1.2人}$
20~64歳人口

(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、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」(各年10月1日現在人口)

高齢者のニーズとは何か

- 疾病構造と老年症候群 -

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、
睡眠時呼吸障害、咯血、吐血・下血

急性疾患症状

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

慢性疾患症状

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

廃用症候群

超高齢社会に求められる医療像

【高齢者特有の疾患群や障害の増加】

- ・生活習慣病(循環器疾患、糖尿病等)
- ・がん、認知症、骨粗鬆症、排尿障害



社会的価値	急性期医療	-	高齢者医療	個人的価値
	完全治癒	-	障害との共存	
	社会復帰	-	生活復帰	
	救命・延命	-	納得ゆく死	

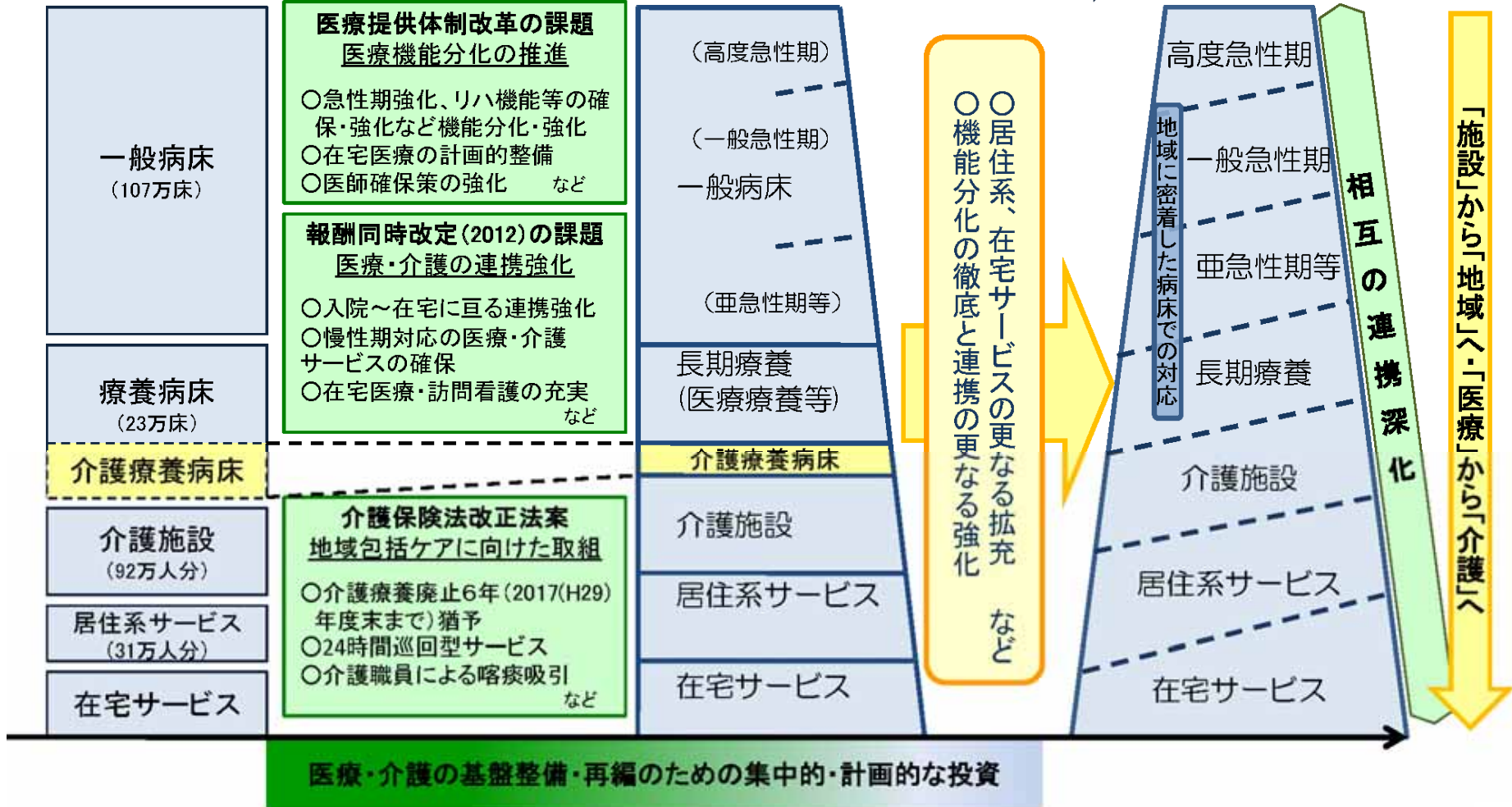


高齢者の個別的で多様なニーズへの対応 vs 厳しい現実

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



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」と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「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。

地域包括ケア研究会(平成20年老人保健健康増進等事業)より

地域包括ケアの規定

国及び地方公共団体は、被保険者が可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

介護保険法第5条第3項

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・待養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

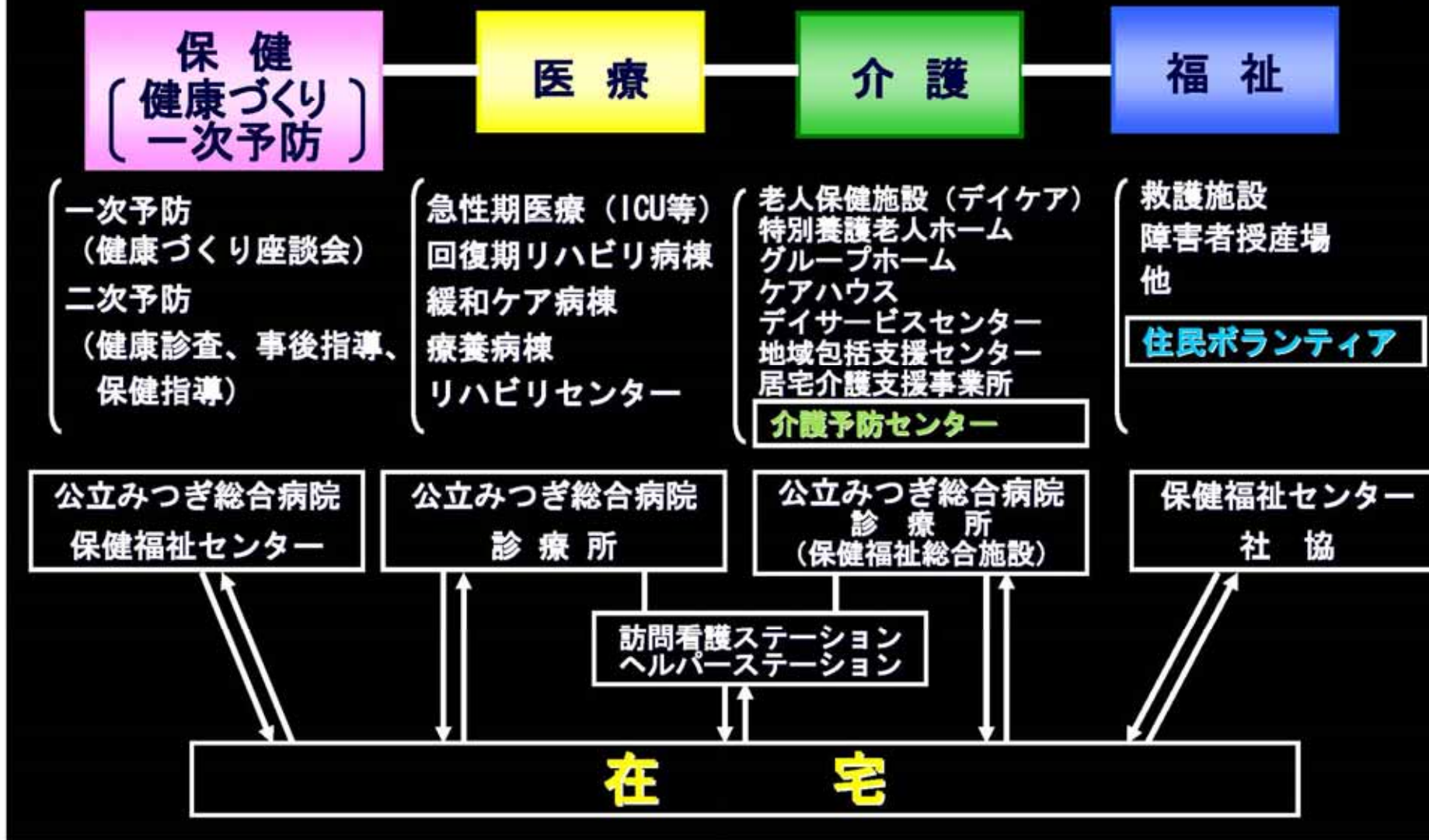
- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

「在宅医療・介護あんしん2012」厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室資料より

公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム¹⁾

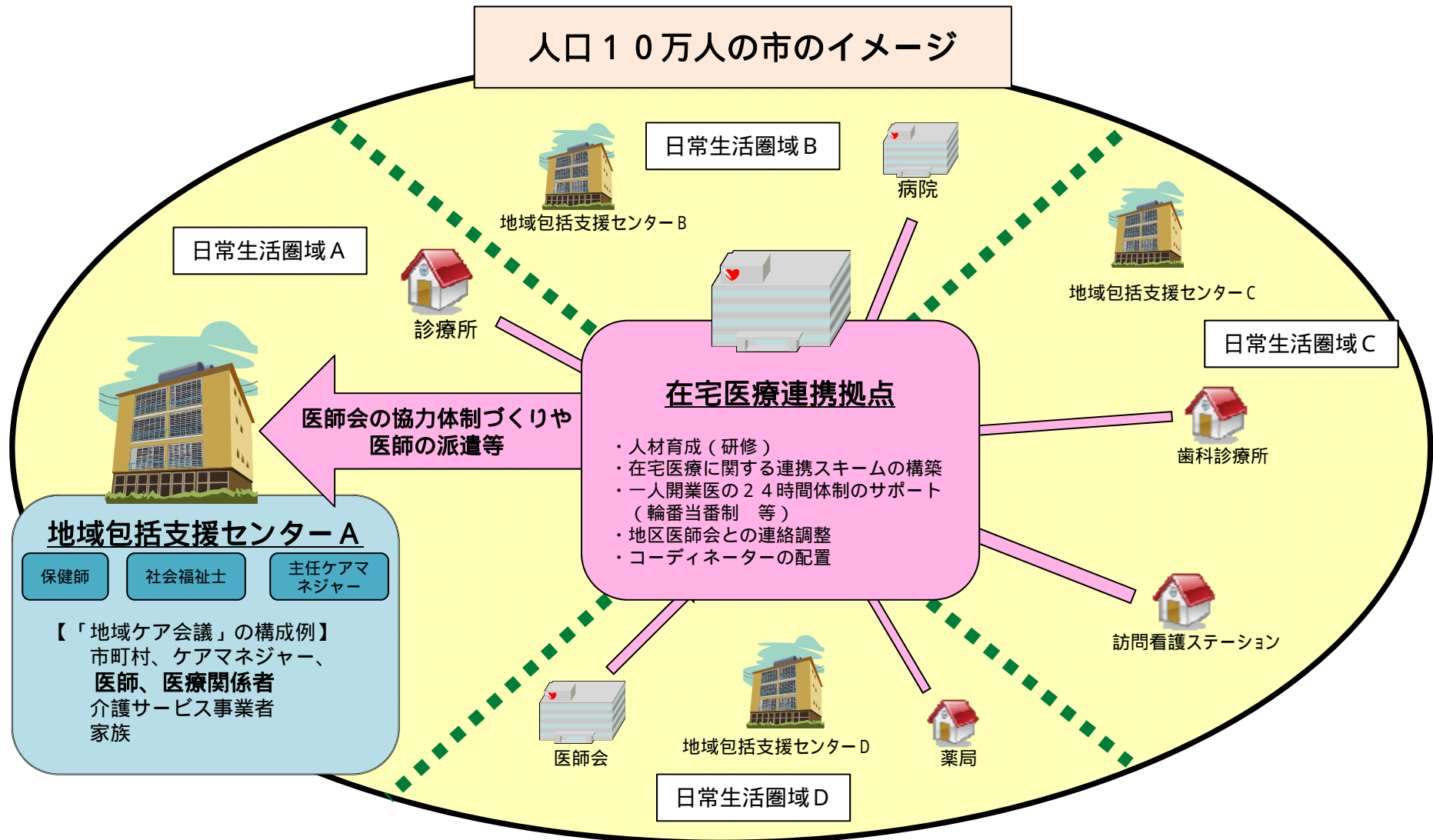
地域包括ケアシステムの流れ

(御調町)



山口昇氏 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会(第4回)2006年11月20日ヒアリング資料より

地域包括ケア体制について(イメージ)



地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

〔 資料：2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より 〕

【都市郊外モデル】千葉県柏市

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

かかりつけ医の負担軽減

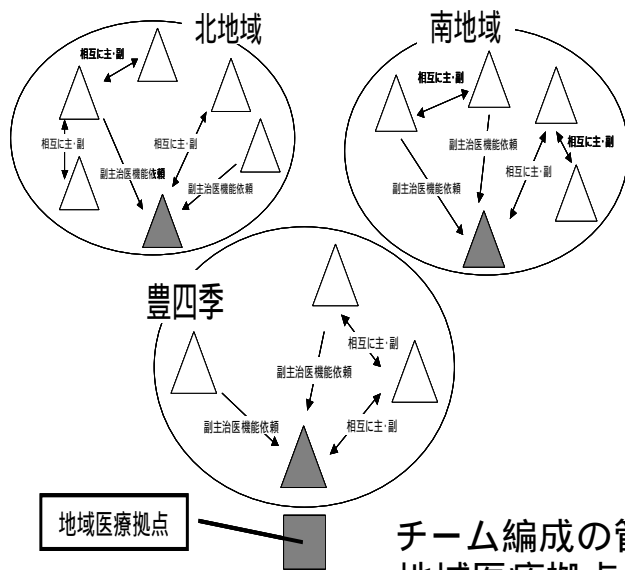
→ 主治医・副主治医システムの構築

主治医・副主治医のチーム編成と医療・看護・介護の連携

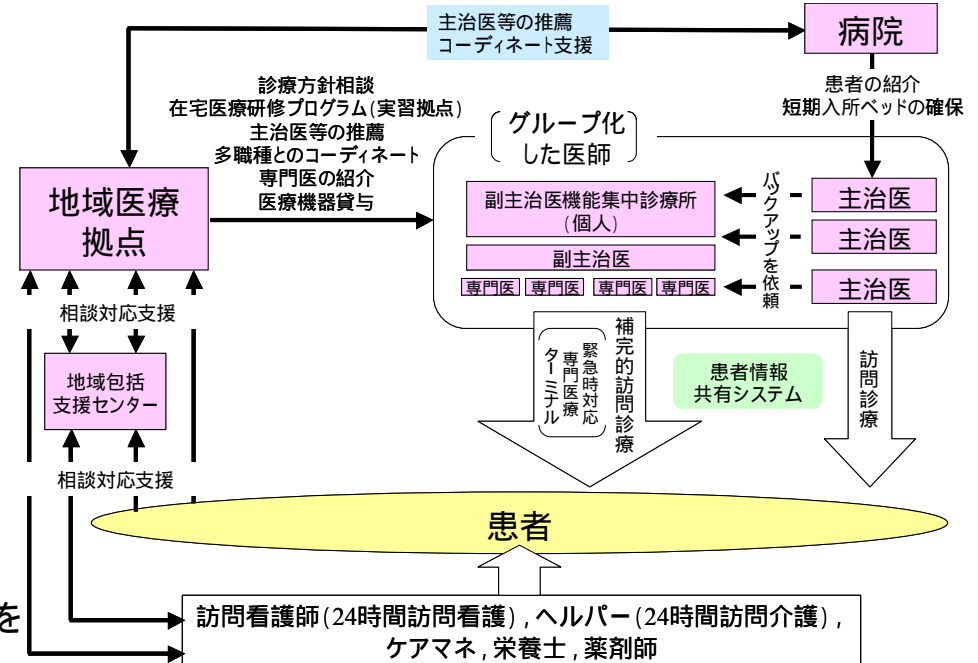
→ 地域医療拠点の整備

< 主治医・副主治医システム >

△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局



< 地域包括ケアにおける地域医療拠点の位置づけ >



(資料: 柏市作成; 2012年10月13日都道府県リーダー研修資料より)

【過疎地モデル】和歌山県すさみ町

人口 4,764人 (男 2,281人 女 2,483人)

世帯数 2,336戸

高齢化率 41.0% 75歳以上 24.9%

(H24.3.31住民基本台帳)



すさみ町地域見守り支援システム



平成24年度在宅医療連携拠点事業成果報告会資料より

【地方都市モデル】高齡化が進む団地と地域包括ケア

(社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス埼玉総合病院)

高齡化したコミュニティ単位に住民主体の
“健康と暮らし支えあい協議会”を設立し地域協働と見守りの拠点とする



“健康と暮らし支えあい協議会”

人口3～5千人程度の“コミュニティ”ごとに、住民主体の協議会を設立。コミュニティケアと見守りの連携拠点としての役割をになう。

現在協議会が設置されているコミュニティ

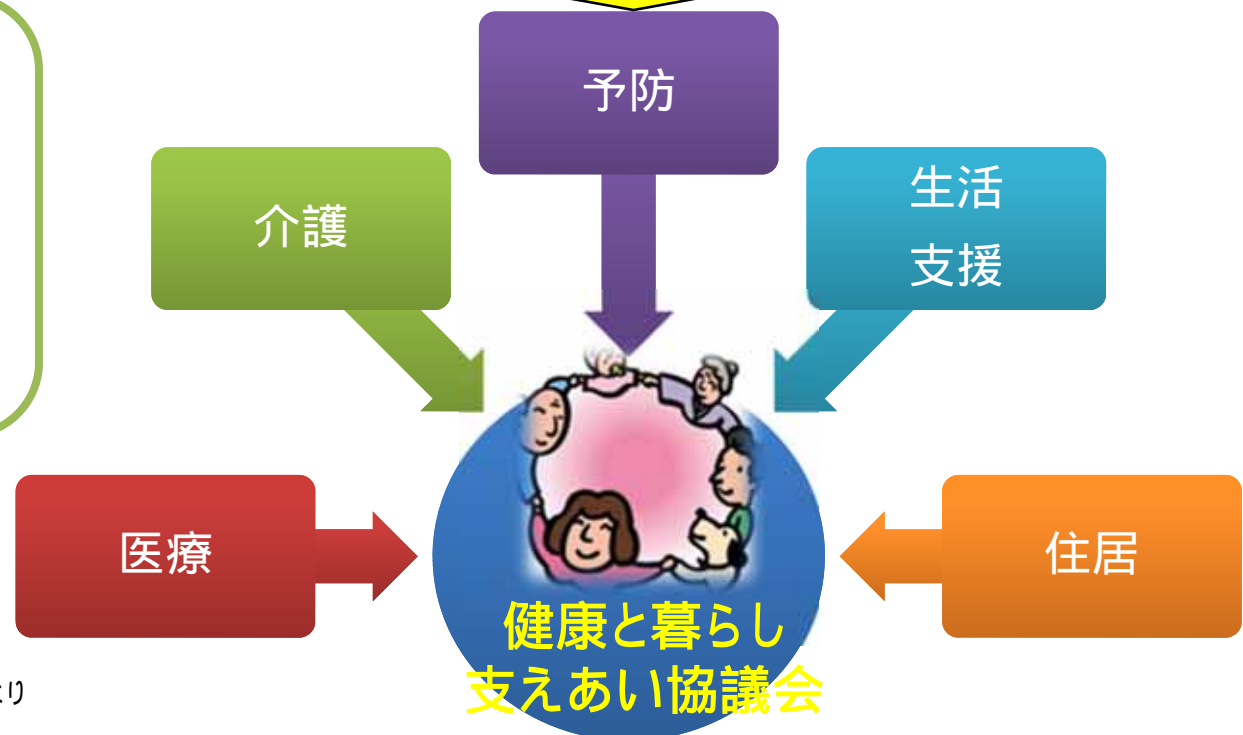
幸手団地（幸手）

フレッシュタウン（杉戸）

今後、コミュニティごとに設置していく。

平成24年度在宅医療連携拠点事業報告会資料より

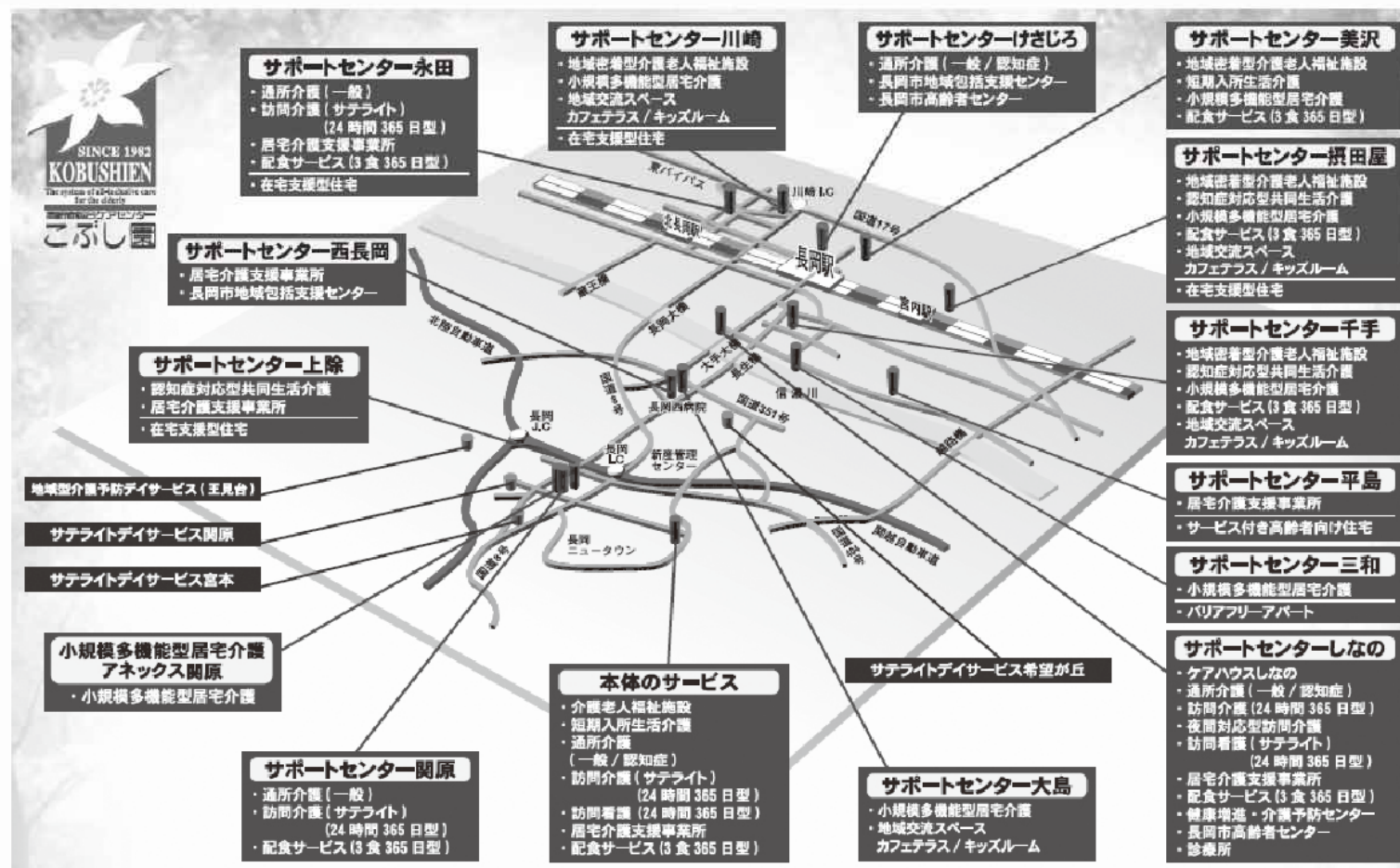
協議会をコミュニティーケアの要として実態に基づく適切な多職種協働による地域包括ケアサービスを提供



【地方都市モデル】 特養依存から住み慣れた地域へ

(社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園)

現在は特養をすべて無くし、町中に64か所のサポートセンター(通所・訪問系サービス、小規模多機能型居宅介護等)を運営し、地域でも施設のように24時間体制での家族がいなくても安心・安全・楽しく暮らせる街作りの構築を続けている



まとめ

- 急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で「生活を支える」在宅医療への需要がさらに増加すると予想される
- 住まいをベースに医療、介護、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(地域包括ケアシステム)の構築が求められている
- 地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じた柔軟なシステムの構築が必要である