

地域包括ケアシステム

の行方

160329

富山県社会福祉審議会にて

高橋紘士

<http://takahato.com>

地域包括ケアとは何か

介護保険の支援モデル

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

第四条 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。

◎地域包括ケアシステムとは

「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、予防のみならず、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、「概ね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報告書より）

◎地域包括ケアの規定

介護保険法第5条第3項

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又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日常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。

地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム

法での地域包括ケアシステムの定義

地域の実情に応じて

高齢者も誰もが、可能な限り、

住み慣れた地域でその有する能力に応じ

その人らしい自立した生活を送ることができるよう、

医療、介護、介護予防、

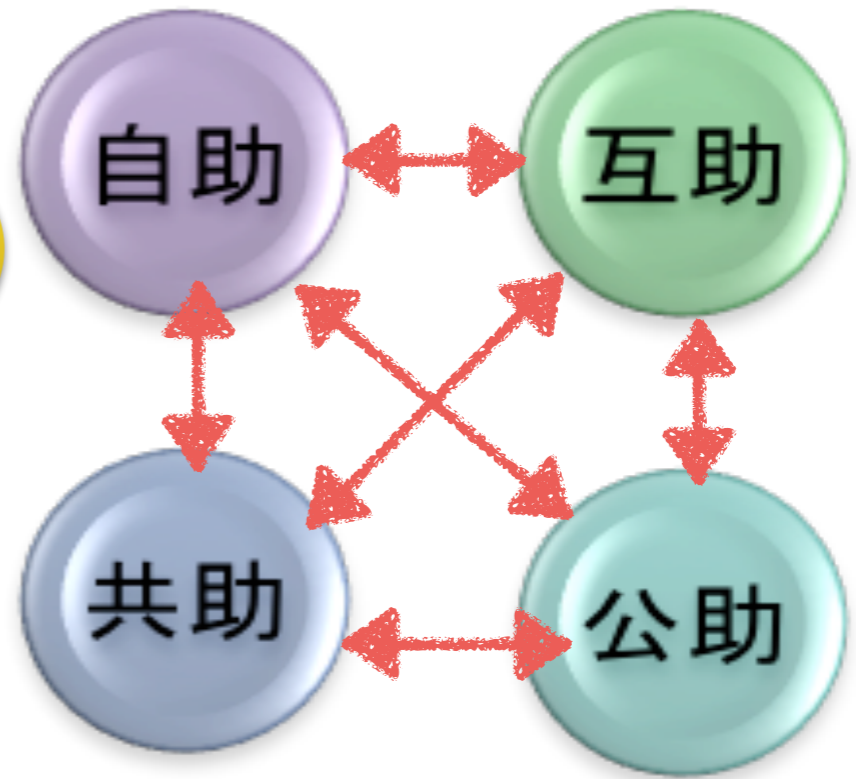
住まい及び自立した日常生活の支援が

包括的に確保される体制

地域包括ケアシステム



ご近助



地域サポートの実例（チーム永源寺）



Ageing in Place < 定義 >

「虚弱化にも関わらず、高齢者が自立して尊厳をもち、
住み慣れた環境に最期まで住み続けること。
施設入所を遅らせ、避ける効果がある」

(Lawton, 1973,1976; Tilson & Fahey, 1990; Pynoos, 1990;Callahan, 1993; Ivry, 1995)

<下位概念>

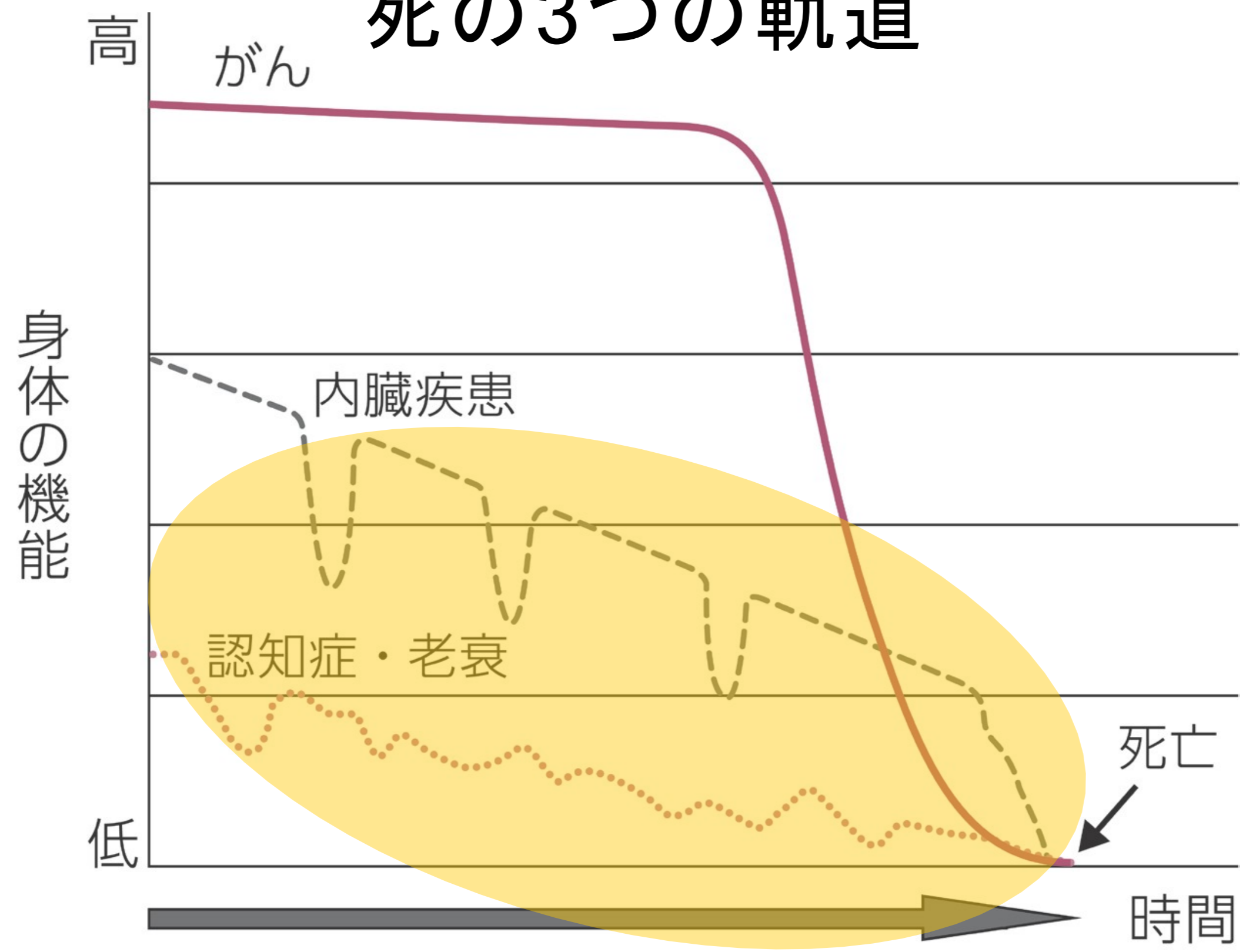
- 1) 高齢者の尊厳を守り自立を支援する環境を守る
- 2) 変化する高齢者の能力に、住まいとケアを適応させる
- 3) 近隣・コミュニティ変化も含むダイナミックなコンセプト
- 4) 「自宅・地域に住み続けたい」という願望に応じて、「地域に住み続けること」つまり、最期まで（死ぬまで）の地域での居住継続

<手法>

「住まいとケアの分離」 (Goschalk, 1998; Houben, 2001)

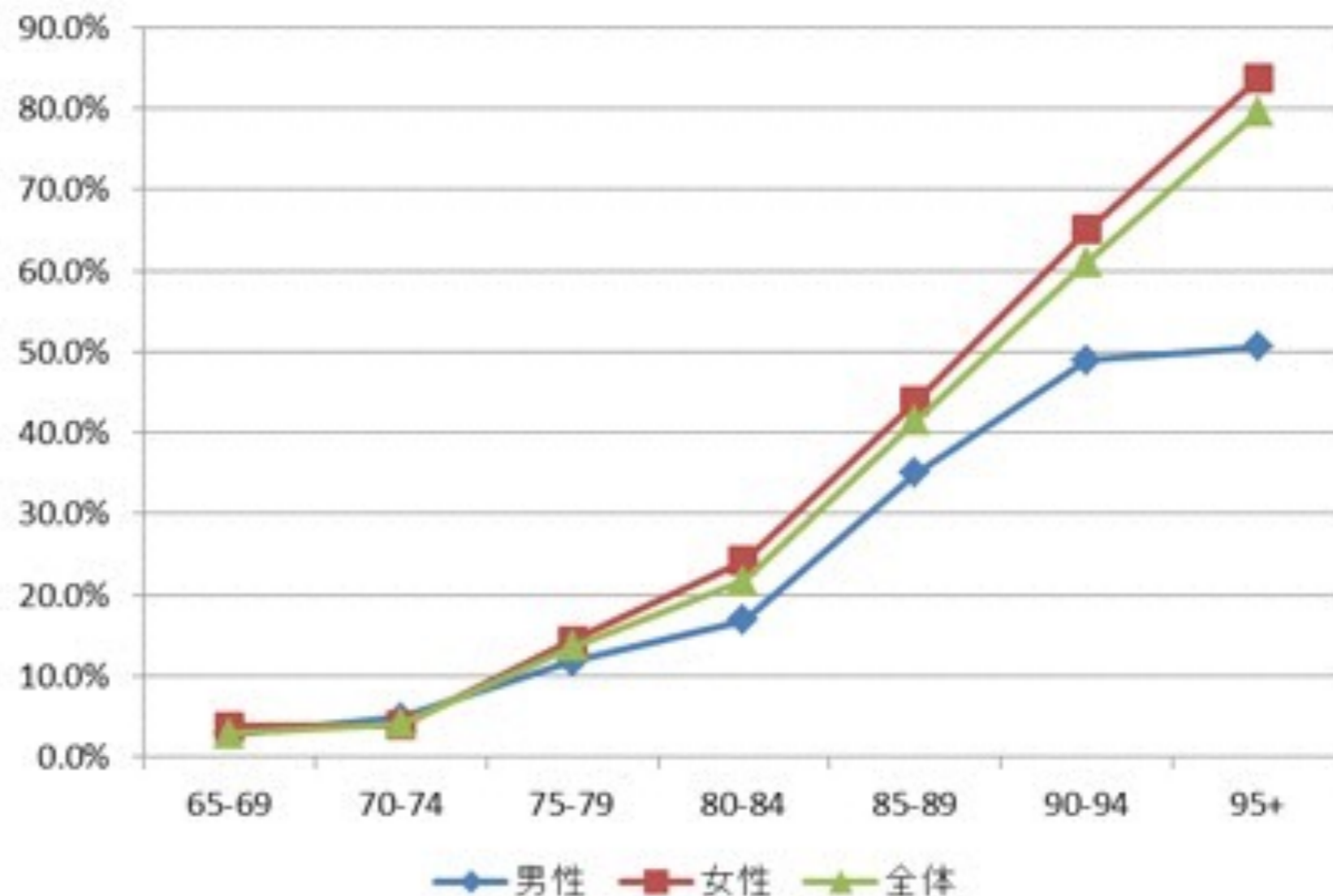
認知症について

死の3つの軌道



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285(7), 2001

有病率は5歳刻みで倍増する



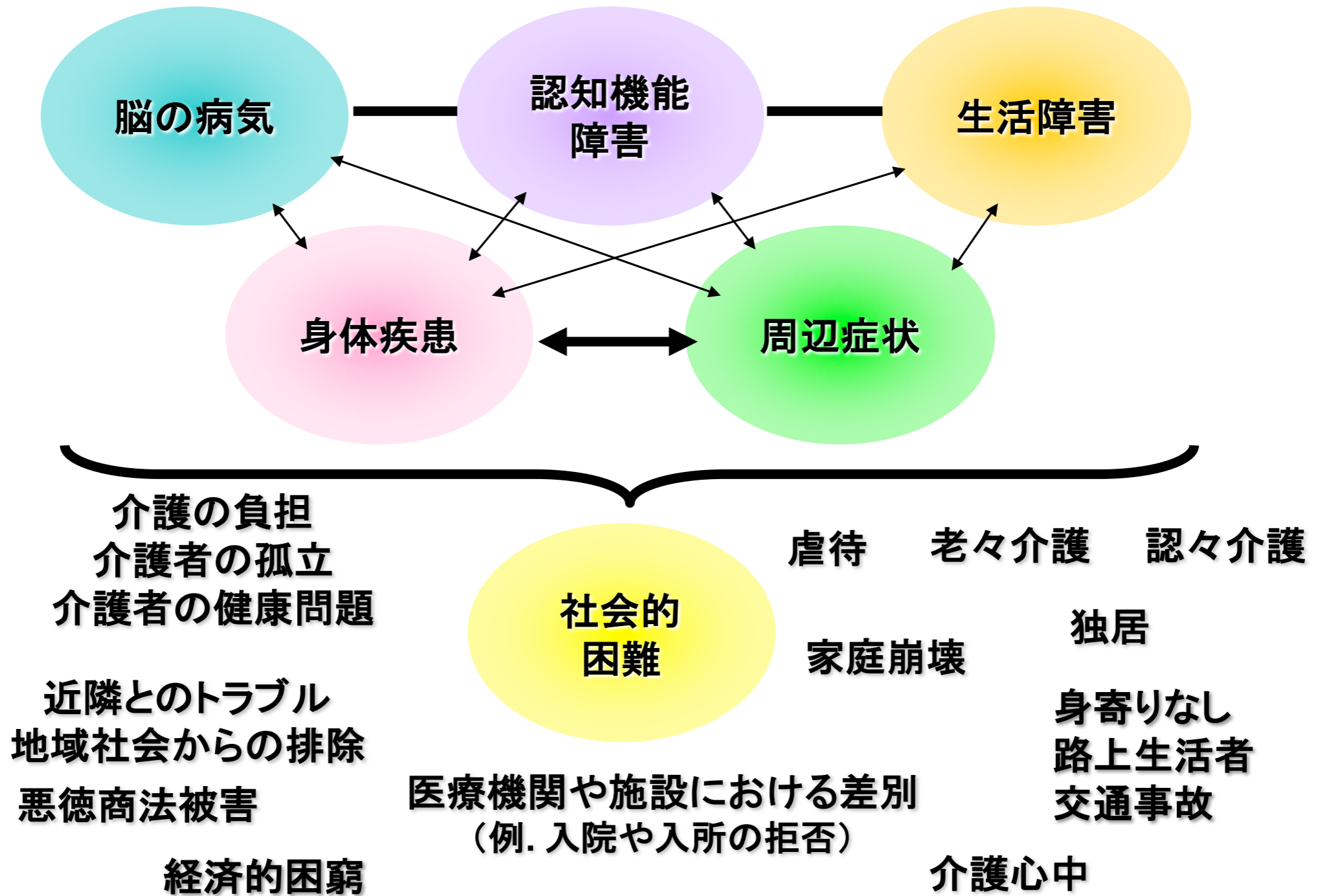
朝田隆医師東京医科歯科大学特任教授による

人数からみる日本の認知症患者

- 一 全患者の7割は、80歳以上。そのまた8割は女性である
- 一 より高齢になって発症する認知症は
 - ・遺伝の影響が少ない
 - ・これまでの生活の総決算という面が強くなる
 - ・それだけに**予防の効果が期待できる**

朝田隆医師による

そして、さらに……



栗田主一医師による

認知症のための環境

- 家庭的
- 使い慣れた形、なじみの形態
- 視覚を活かす(使わない場所は見せない)
- 模様や柄を避ける
- 照明の影、ガラス、鏡の見え方に注意
- 視線は低く(1.2m程度の高さが効果的)
- 威圧感のない安全性の確保
- 多様な居場所の確保

三浦研大阪市立大学教授による

認知症の療養場所別 10年間の費用

病院・施設中心

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	
発症	自宅 (支援なし)	自宅 (支援なし)	自宅 (支援なし)	精神科 病院	精神科 病院	特養	特養	特養	特養	特養	死亡
	-	-	-	悪化 入院 要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
				540 万円	540 万円	301 万円	301 万円	324 万円	343 万円	362 万円	

約2,700万円

10年間にかかる費用

自宅中心

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	
発症	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	死亡
	初期 集中 要介護1	要介護1	要介護1	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	89+ 17 万円	89 万円	89 万円	122 万円	122 万円	122 万円	122 万円	181 万円	221 万円	270 万円	

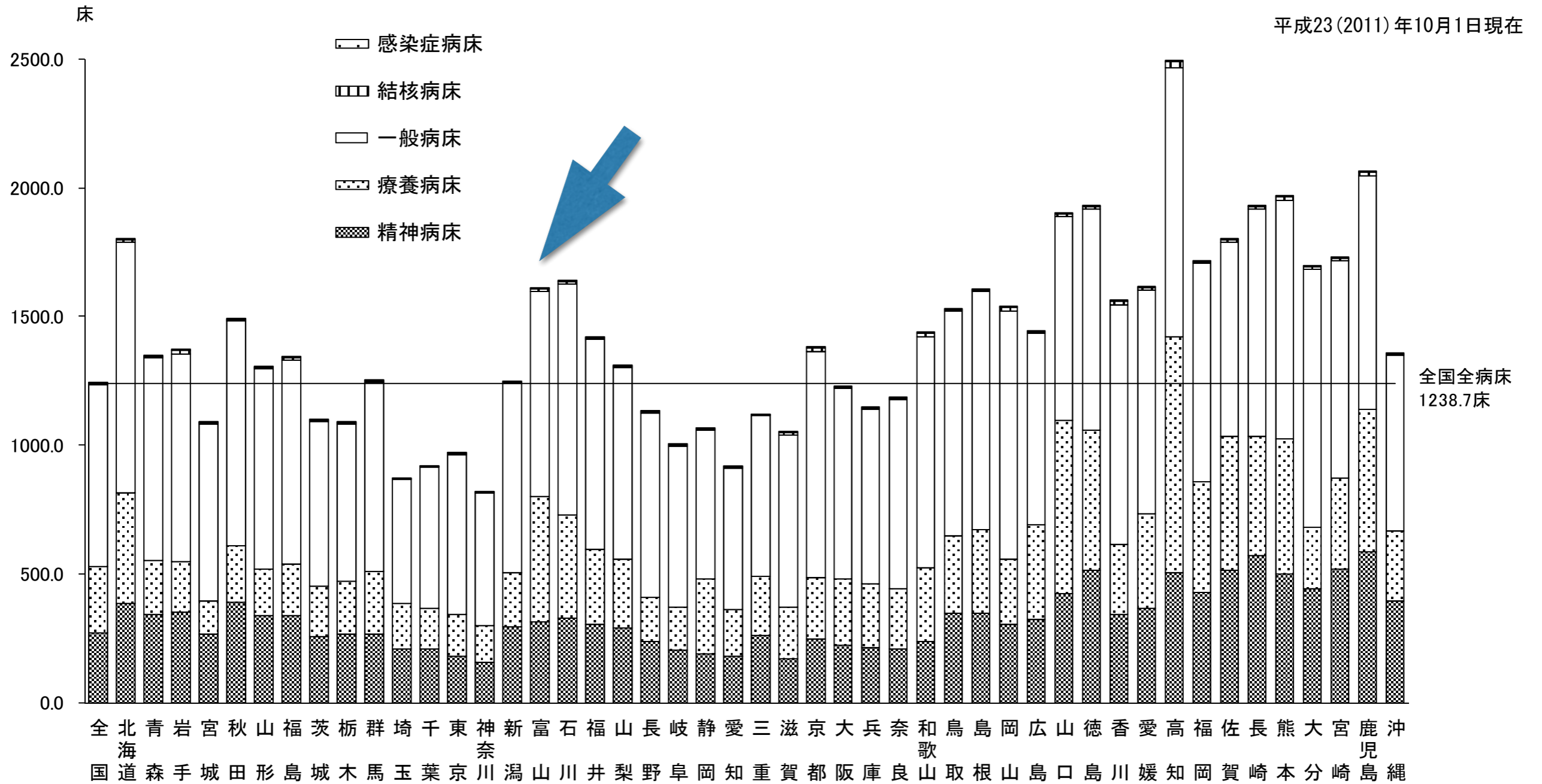
約1,400万円

10年間にかかる費用

※桜新町UCへのヒアリングにより作成

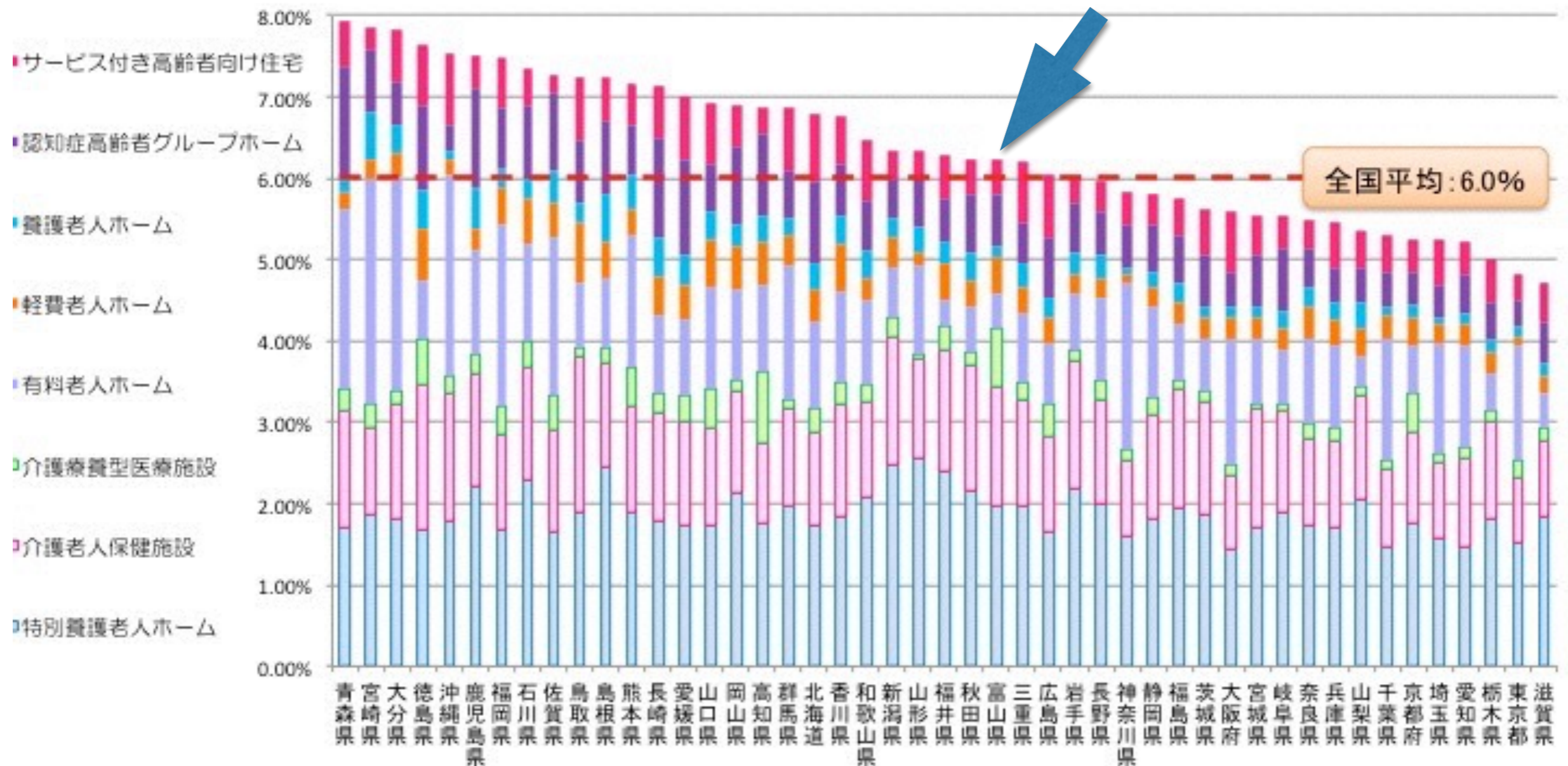
関連データから

都道府県別にみた人口10万人あたり病床数



都道府県別 65歳以上に対する高齢者向け住まい・施設の整備状況

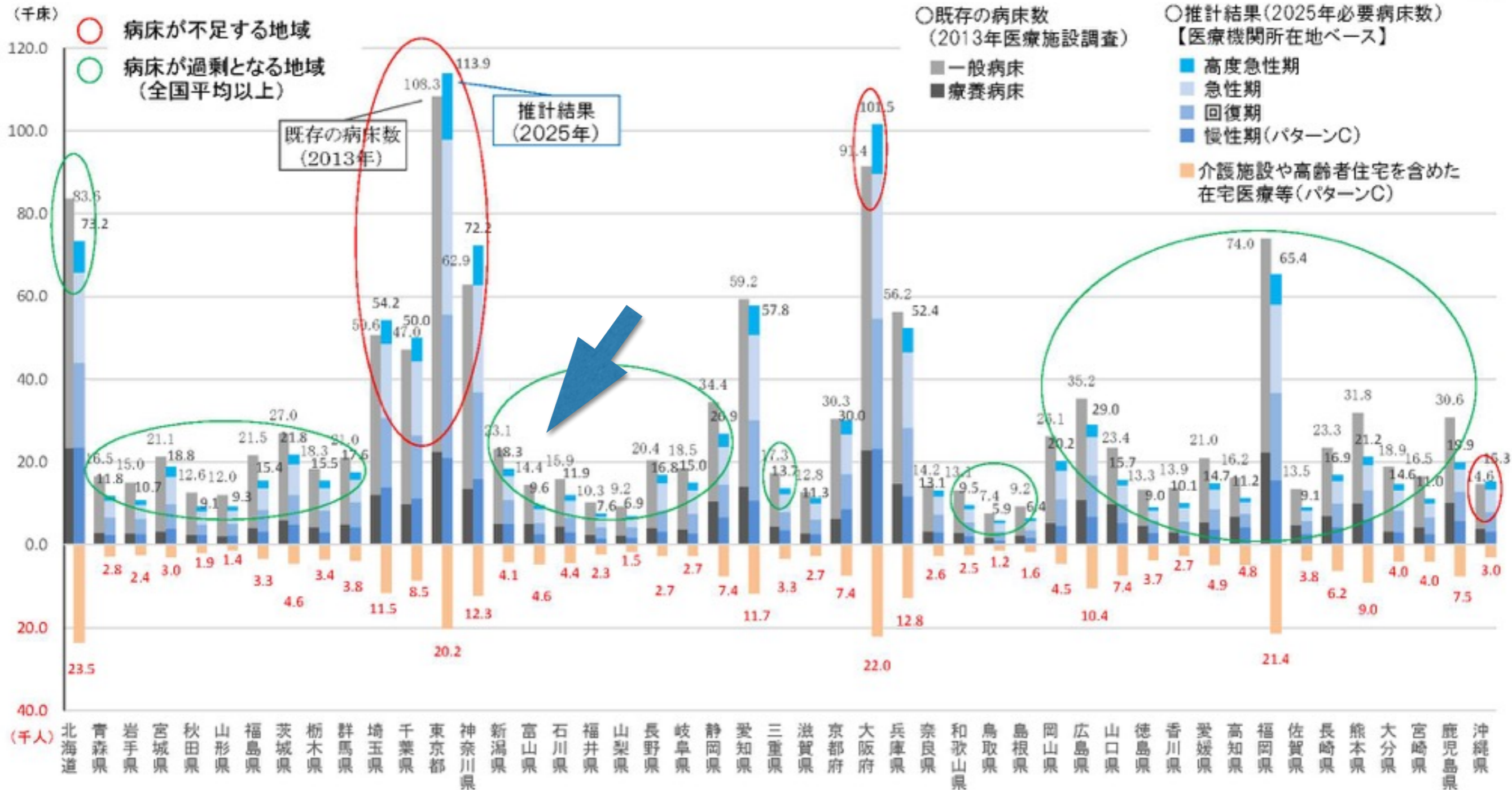
- 高齢者向け住まい・施設（下記グラフの8類型）の整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が都市部6都府県（東京、神奈川、埼玉、千葉、愛知、大阪）平均で5.3%と、全国平均6.0%を下回っている状況にある。
- うち、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の整備状況は、65歳以上の高齢者人口に対する整備率が、都市部6都府県平均で2.6%であり、全国平均3.1%を下回っている状況にある。



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、介護給付費実態調査（平成26年10月審査分）による。
 ※2：「特別養護老人ホーム」は、介護福祉施設及び地域密着型介護福祉施設を指す。
 ※3：介護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H24社会福祉施設等調査（基本票、10/1時点）」による。
 ※4：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（H26/7/1時点）による。
 ※5：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（H26/3/31時点）」による。
 ※6：高齢者人口はH24.10時点のデータによる。

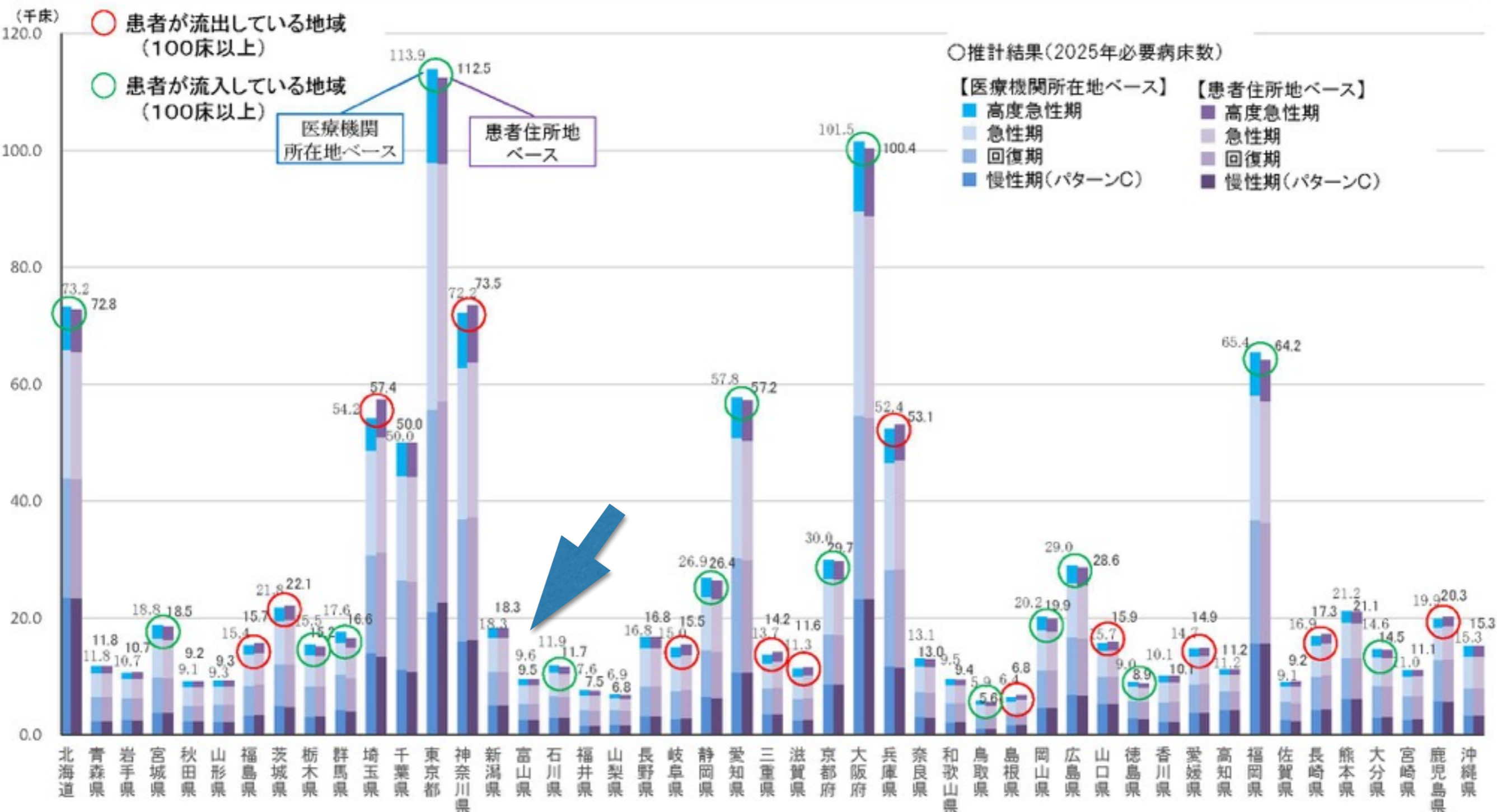
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。

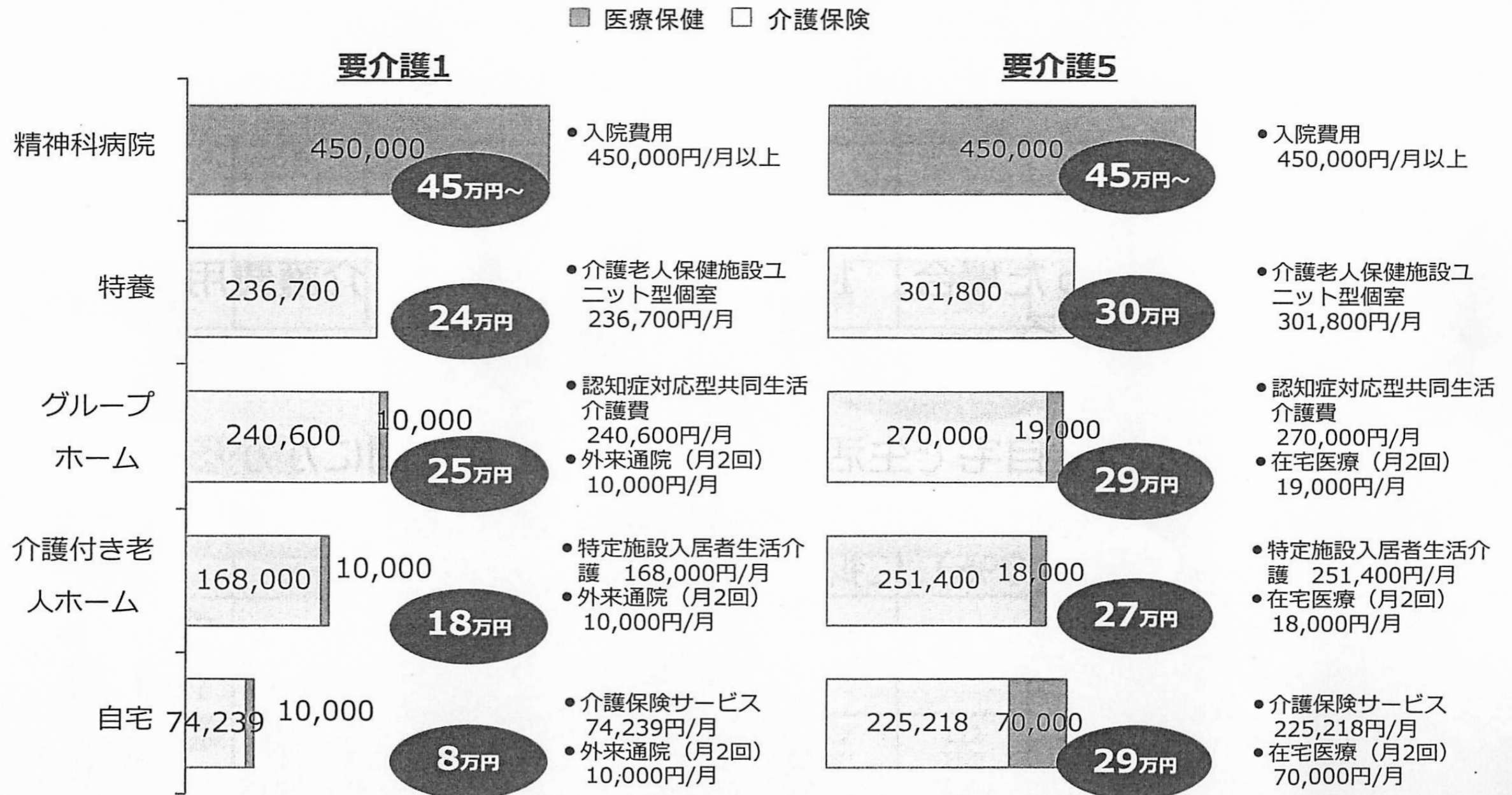


2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別、医療機関所在地ベース・患者住所地ベース)

- 医療機関所在地ベースと患者住所地ベースを比較すると、都道府県単位で見ても患者の流出入が発生している。
- 大都市部など、一部の地域では、患者の流出入が大きくなっている。
- 医療機能ごとに流出入の状況が異なる地域がある。



要介護度別 医療・介護費用比較 (単位:円)

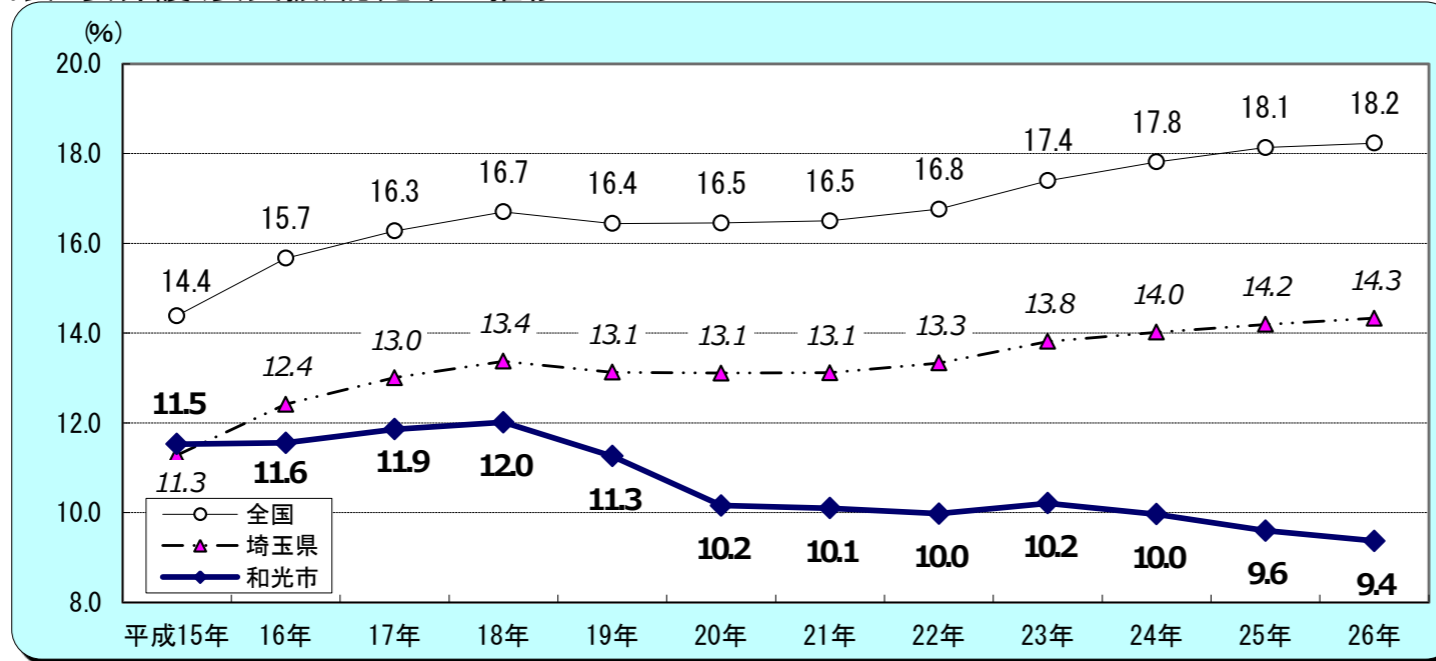


(資料) 当社調べ。介護保険サービスは、在宅介護保険料を、介護保険料(100円)として算出。

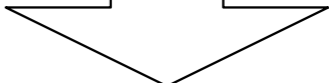
地域包括ケアのアウトカム 1

介護予防の効果(和光市)

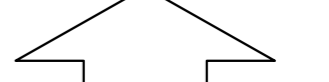
図表 要介護(要支援)認定率の推移



本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。第5期中は減少傾向となっている。

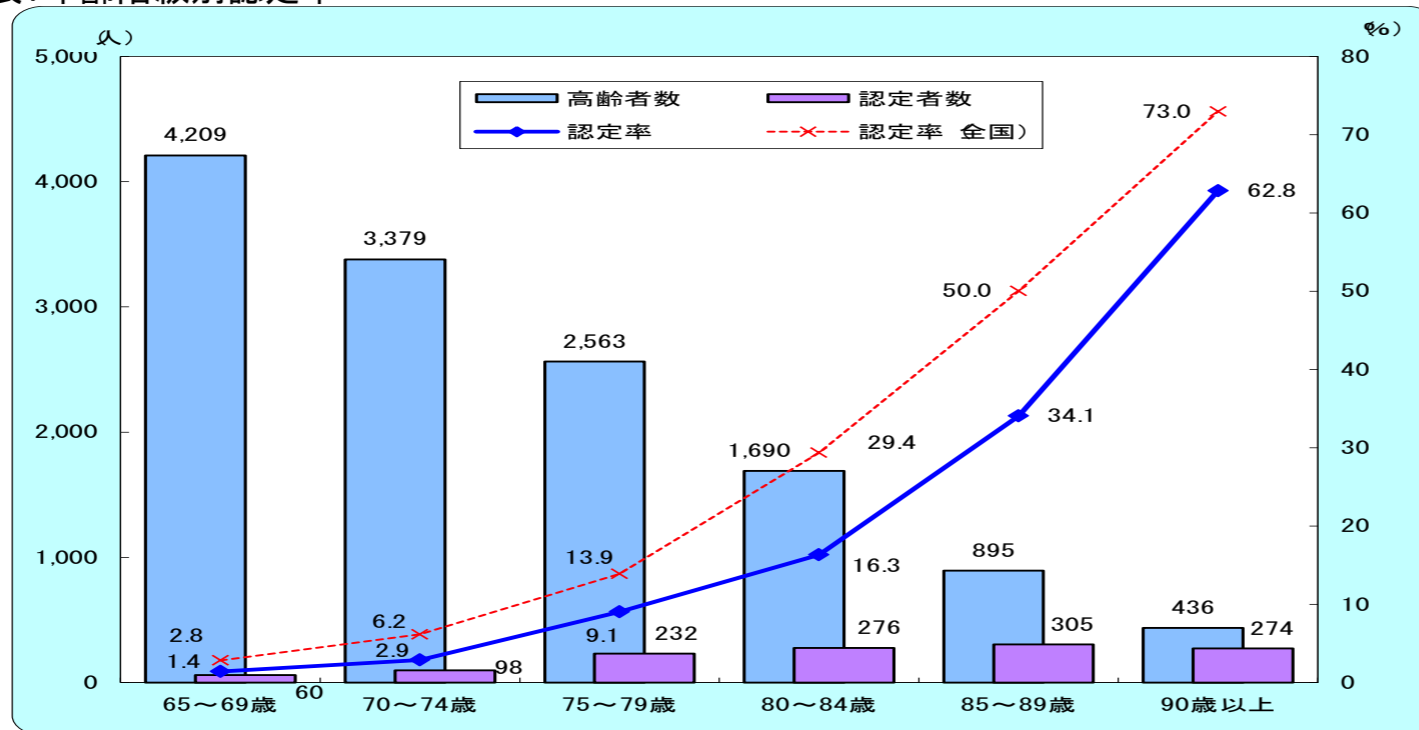


特別給付等の投入効果
地域支援事業の効果等
和光における自立支援型
マネジメントの効果が顕著
に現れたと考察する



また、5歳刻みの各年齢別
階層においても認定率は全
国を下回っている。とりわけ
80~89歳以上では、10%以上
低率となっている。

図表: 年齢階級別認定率



地域包括ケアのアウトカム 2

鹿児島県 龍郷町（奄美大島）

詳細は厚労省ホームページ参照

人口6,066人 65歳以上 30% 75歳以上17.9% 第5期介護保険料 4,500円

第1段階（分析と展望）

◎平成23年度 「地域支え合いマップづくり」

（規範的統合の土台）

3つの集落ごとに、住民とともに、地域をまわり、グループワークを通して現状（強み、資源、住民福祉、生活課題等）をまとめる。そのうえで地域支え合いに必要な取り組みを検討、新たな支え合いの仕組みを協議

◎平成23年度 「地域ケア会議（プレ）」

（臨床的統合分析・規範的統合準備）

住民支援に関わる関係機関（保健・医療・介護・障害等機関）が集まり、地域資源を理解・共有、今後の地域包括ケア体制づくりのためのチームケア体制づくりについて検討、事例検証等を加え、体制図の作成から具体的な実施計画策定。

第2段階（方針の共有）

◎平成23・24年度 「町内外の機関、町住民向けの周知」

（規範的統合）

地域への周知にも取り組み、地域住民の理解を深めると同時に自助・互助・共助に関わる人の連携を図った。

第3段階（実践と評価）

（組織的統合、システム統合、規範的統合、臨床的統合）

◎平成24年度～ 「取組み開始」

導きだされた取組み開始。地域ケア会議等

◎平成25年度～ 「評価と見直し」

マインドツールにより取組みの評価へ

- 住民が自主的にいきいきとしてきた
- 介護給付費がここ2年800万、1400万円減少
- 認定率が過去最高27.0%が平成25年度末に16.9%へ減少