

## (2) 地域包括ケアシステムの構築

ビジョンでは、「施策の方向」の「第1節 福祉」の課題として、「地域包括ケア」、「住まいの確保」、「介護予防の推進」、「第2節 保健・医療」の課題として「在宅医療システムの構築」、「第3節 地域」の課題として「多様な主体の横のつながり」を掲げていますが、団塊の世代が75歳以上となる平成37年を見据え、地域において一体的にサービスを提供する地域包括ケアシステムの構築が求められています。

### ○ 高齢化の進行

我が国の高齢化は、今後ますます進行し、団塊の世代が75歳以上となる平成37年には高齢化率が30.5%、75歳以上の人口の割合が18%に達すると推計されています。

本県の75歳以上人口の推移を見ると、現在の70万人が平成37年には1.7倍の116万人になると推計されており、本県においても急速に高齢化が進んでいきます。

また、医療や介護が必要な高齢者が増加する一方で、ひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が急増すると見込まれており、家庭における介護力は大きく低下すると考えられます。特に、ひとり暮らし高齢者は、平成22年の21万人（愛知県）が、平成37年には12万人増えて33万人（1.6倍）になると見込まれています。

表4【人口の将来推計】

単位：万人

		0歳 ～14歳	15歳 ～64歳	65歳以上		計	65歳以上の割合 (%)			
				65歳 ～74歳	75歳 以上		65歳 ～74歳	75歳 以上		
全 国	平成24年	1,664	8,069	3,024	1,524	1,499	12,757	23.7	11.9	11.8
	平成27年	1,484	7,681	3,378	1,733	1,645	12,543	26.9	13.8	13.1
	平成37年	1,196	7,096	3,635	1,469	2,167	11,927	30.5	12.3	18.2
愛 知 県	平成24年	106	475	154	84	70	741	21.0	11.5	9.5
	平成27年	103	467	178	99	79	748	23.8	13.2	10.6
	平成37年	89	459	196	80	116	744	26.3	10.7	15.6

(注) 平成24年：「総務省人口推計（4月1日）」、「あいちの人口（4月1日）」（県民生活部）  
総人口は年齢不詳を含むため、年齢三区分の合計と一致しない。65歳以上の割合は年齢不詳を除いた人口に対する割合。

平成27年、平成37年：「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）、「政策指針2010-2015」（愛知県知事政策局）

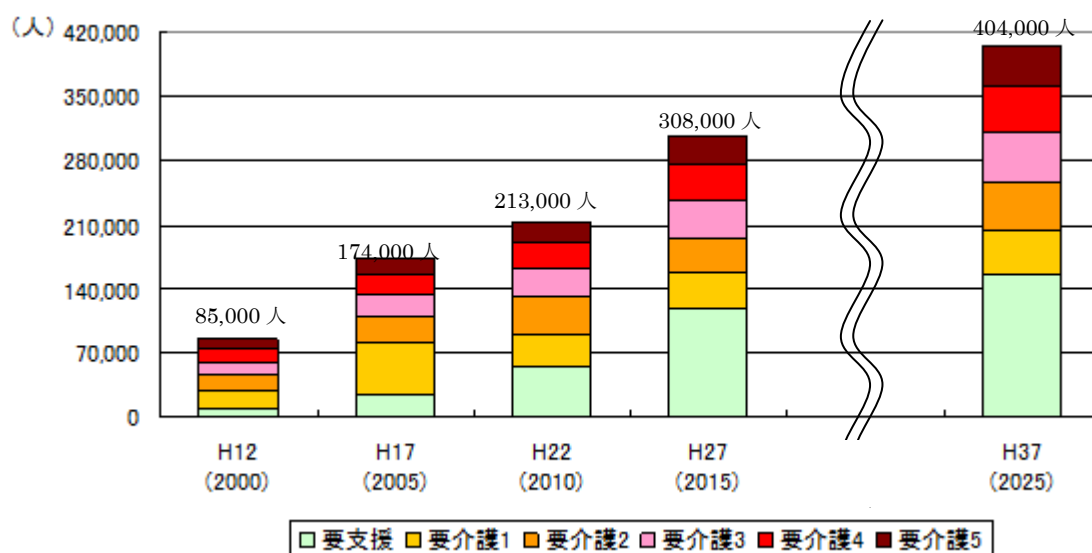
表5【年齢階級別通院者率（人口千対）】

年齢階級	平成22年			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 (再掲)	710.0	714.9	707.1	662.1	668.6	658.4
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

表6【愛知県内の要介護（支援）高齢者の推移・見込み】



資料：H12～H22：「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」（愛知県健康福祉部）

表7【愛知県の要介護認定率（平成23年3月）】

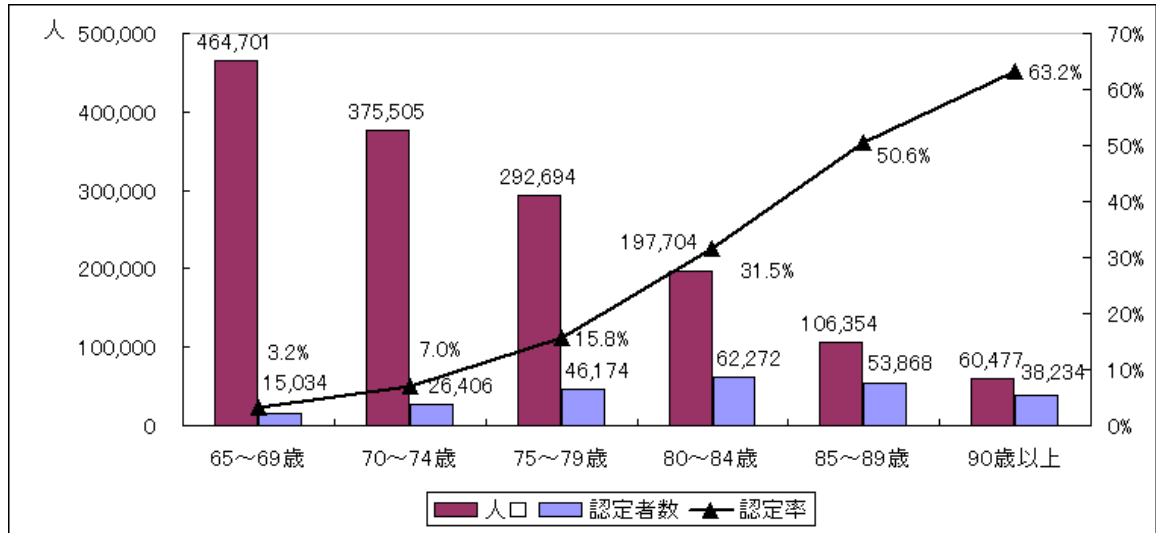


表8【世帯構成の将来推計（世帯主65歳以上）】

単位：千世帯

		単 独			夫婦のみ
			単 独 (男)	単 独 (女)	
全 国	平成22年	4,655	1,386	3,268	5,336
	平成27年	5,621	1,864	3,756	5,991
	平成37年	6,729	2,492	4,235	5,941
愛 知 県	平成22年	213	69	144	280
	平成27年	268	95	173	321
	平成37年	332	129	203	317

資料：「日本の世帯数の全国将来推計（平成20年3月推計）」  
 「日本の世帯数の都道府県別将来推計（平成21年12月推計）」  
 （国立社会保障・人口問題研究所）

注：四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

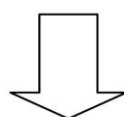
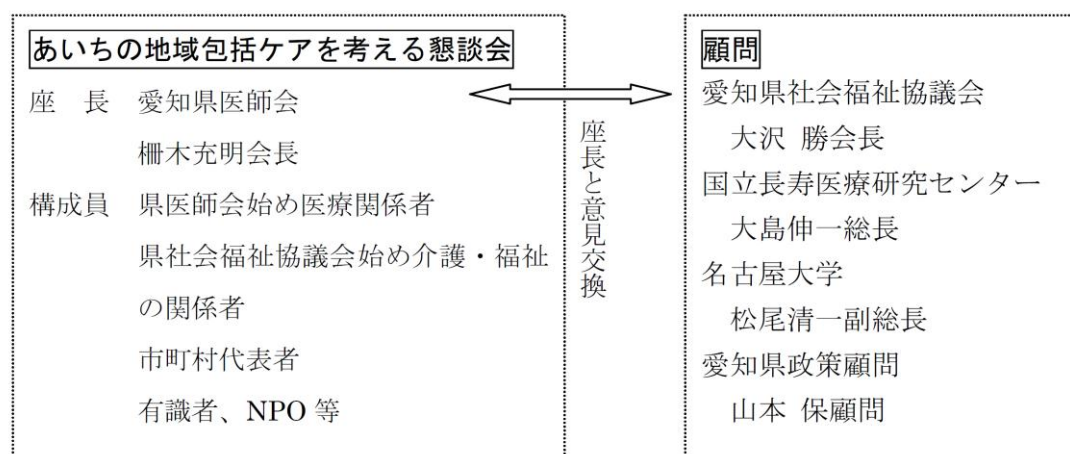
急速に高齢化が進行する中、高齢者が地域で安心して暮らすことができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築が求められています。

本県では、本県における地域包括ケアのあり方を検討するため、平成24年6月に、医療・介護・福祉関係者、市町村代表者、有識者、NPO法人等を構成員とする「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」を設置しています。

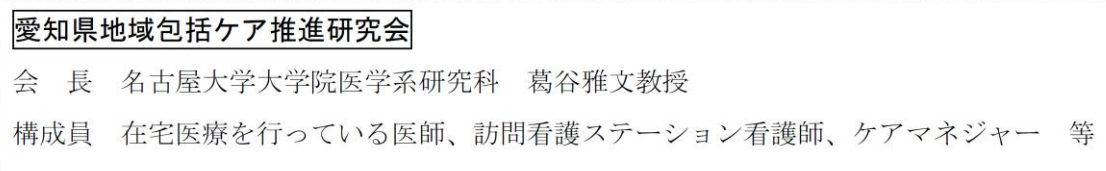
また、平成24年7月に、医師、訪問看護師、介護支援専門員等を構成員とする「愛知県地域包括ケア推進研究会」を設置し、懇談会における論点を基に調査・研究を行っています。

平成25年度には、懇談会から、地域包括ケアシステムの構築に向けた提言をまとめていただく予定となっています。

#### 【検討体制】



懇談会で示された方向性に沿って研究会で詳細を検討



## ○ 在宅医療及び医療と介護の連携の状況

急速な高齢化の進行と相まって、疾病や障害を抱えながら在宅で療養生活を送る人々の増加が予想され、高齢者が地域で安心して生活するためには、在宅での療養を支える在宅医療の提供が必要不可欠となります。

介護や予防、生活支援サービスは、市町村において、市町村介護保険事業計画や老人福祉計画により、その整備が進められてきましたが、在宅医療提供体制については、今後の大きな課題となっています。

本県における在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーションなど、在宅医療資源を人口あたり箇所数で見ると、概ね全国平均を下回っています。二次医療圏ごとに見ると、名古屋医療圏のように概ね全国平均を上回る医療資源を有する圏域がある一方で、海部・西三河北部・西三河南部東圏域のように、全国平均を大きく下回る圏域もあり、種別により、地域ごとに差がみられます。

なお、在宅医療を提供している診療所の中には、在宅療養支援診療所の届出をしていないところもあります。

表9【在宅医療サービス実施施設数（人口あたり箇所数）】

圏域等	人口	実施施設数（ ）内は人口10万人対				
		在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所	在宅療養支援歯科診療所	訪問看護ステーション	訪問薬剤管理指導実施薬局数
全 国	—	— (0.38)	— (10.20)	— (3.17)	— (5.09)	— (32.4)
愛 知 県 計	7,420,215	21 (0.28)	589 (7.9)	139 (1.87)	339 (4.57)	2,623 (35.4)
名 古 屋	2,266,517	12 (0.53)	245 (10.81)	51 (2.25)	154 (6.79)	884 (39.00)
海 部	330,951	0 (0)	17 (5.14)	2 (0.60)	8 (2.42)	85 (25.68)
尾 張 中 部	162,117	0 (0)	6 (3.70)	5 (3.08)	5 (3.08)	47 (28.99)
尾 張 東 部	515,553	2 (0.39)	49 (9.50)	8 (1.55)	21 (4.07)	184 (35.69)
尾 張 西 部	463,269	1 (0.22)	47 (10.15)	13 (2.81)	25 (5.40)	191 (41.23)
尾 張 北 部	731,552	0 (0)	60 (8.20)	16 (2.19)	30 (4.10)	265 (36.22)
知 多 半 島	616,765	1 (0.16)	46 (7.46)	12 (1.95)	28 (4.54)	202 (32.75)
西三河北部	481,382	1 (0.21)	16 (3.32)	6 (1.25)	11 (2.29)	127 (26.38)
西三河南部東	412,049	0 (0)	26 (6.31)	5 (1.21)	10 (2.43)	128 (31.06)
西三河南部西	676,825	2 (0.30)	35 (5.17)	15 (2.22)	20 (2.95)	204 (30.14)
東三河北部	59,904	1 (1.67)	3 (5.01)	2 (3.34)	3 (5.01)	18 (30.05)
東三河南部	703,331	1 (0.14)	39 (5.55)	4 (0.57)	24 (3.41)	288 (40.95)

(注) 濃い網掛(白抜文字)は全国指数の1/2未満の圏域。薄い網掛(黒字)は全国指数を上回る圏域。  
東三河北部圏域は人口が10万人以下であることに注意を要する。

平成 24 年度に、在宅療養支援病院及び診療所（歯科診療所を除く）に対して実施した調査によると、①在宅医療の充実のために重要なことは、「緊急時の連絡体制の確保」が 35.3%、次に「複数の医療機関で分担できる体制の確保」が 33.7%となっています。また、②在宅医療の実施において苦勞していることは「緊急時に入院できる病床の確保」が 54.4%、「患者や家族の理解・協力」が 34.2%でした。

在宅医療実施機関における患者の傷病は、認知症（30.1%）、脳血管疾患の後遺症（21.5%）、心疾患（17.1%）の順となっています。

図 10 【在宅医療の充実のために重要なこと】

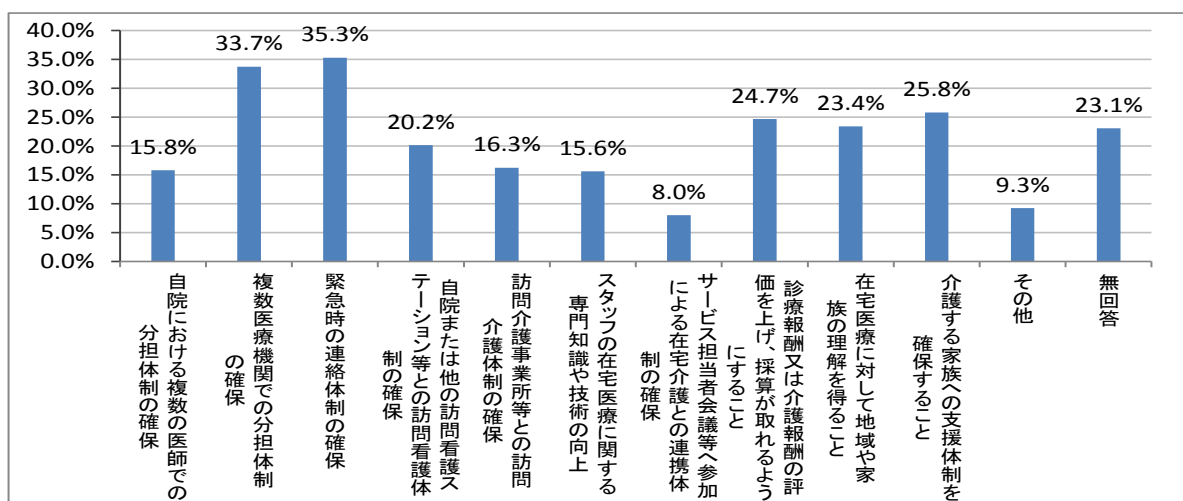
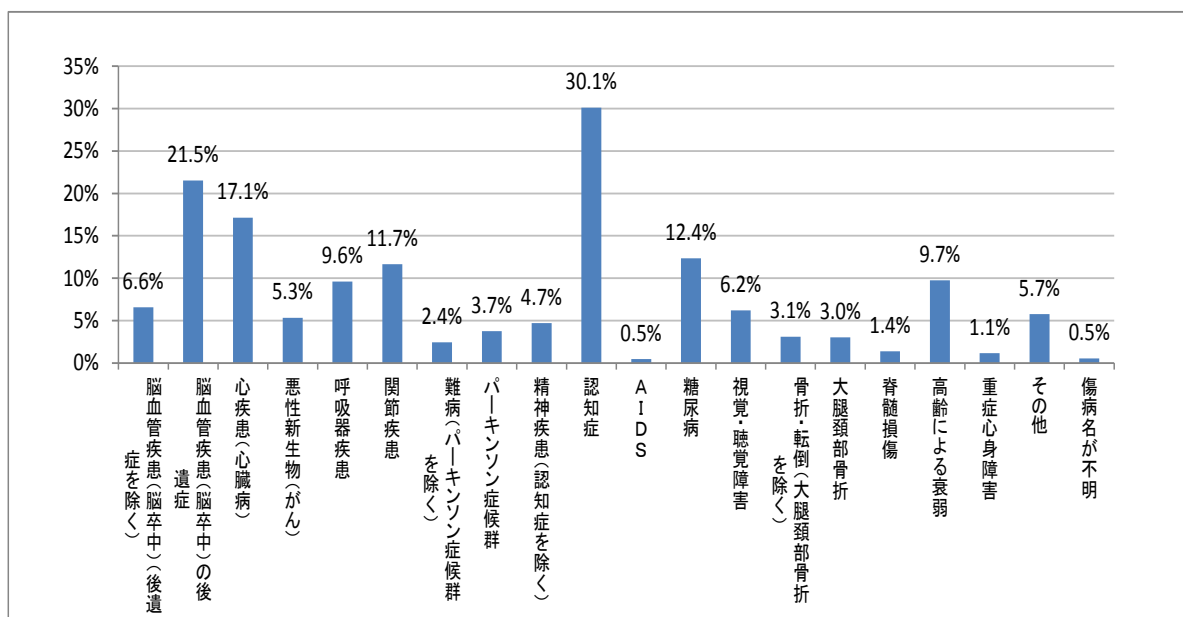


表 11 【在宅医療を受ける患者の疾病等】



高齢になると、医療とともに、日常生活を支える介護が同時に必要となるケースが増加してきます。

現在、医療は医療機関、介護は介護事業所により、それぞれの制度のもとで提供されていますが、医療・介護サービスの提供者が連携し、患者(利用者)に最適なサービスを一体的に提供することが必要となります。

しかしながら、医療従事者と介護従事者とは、医療や福祉に関する専門知識・情報量に多寡があること、また、それぞれの職種ごとに、教育を受けてきた環境や業務の指示系統等いわゆる「文化」が異なっていることなどにより、医療と介護が十分に連携しているとはいえない状況となっています。

また、同一職種の中でも、保有資格によって基礎知識等に差異があり、例えば、介護サービス計画の作成等を担う介護支援専門員(ケアマネジャー)が保有している国家資格には、医師・歯科医師・看護師等の医療系資格や、社会福祉士・介護福祉士等の福祉系資格等、全部で21種があり、医療系資格保有者と福祉系資格保有者とは、医療機関との距離に差異が生じていると指摘されています。

表 12【介護支援専門員実務研修受講試験 職種別合格者数の変遷(抜粋)】 単位：人

	第1回 (H10)	第3回 (H12)	第5回 (H14)	第7回 (H16)	第9回 (H18)	第11回 (H20)	第13回 (H22)	第15回 (H24)
看護師	1,401	760	448	510	226	127	120	138
介護 福祉士	212	337	402	621	734	876	915	817

資料：愛知県健康福祉部高齢福祉課「介護支援専門員実務研修受講試験 職種別合格者数」

平成24年度に、在宅療養支援病院及び診療所(歯科診療所を除く)、居宅介護支援事業所に対して実施した調査では、関係機関の連携状況は次のとおりとなっています。

①診療所側からの他の医療機関との連携

困難なことが「ある」26.1%、「ない」47.7%

②診療所側からの居宅介護支援事業所等との連携

困難なことが「ある」18.9%、「ない」53.3%

③居宅介護支援事業所側からの主治医との連携

困難なことが「ある」60.2%、「ない」37.1%

④居宅介護支援事業所側からの訪問看護ステーションとの連携

困難なことが「ある」18.0%、「ない」78.0%

図 16 【②診療所側からの居宅介護支援事業所等との

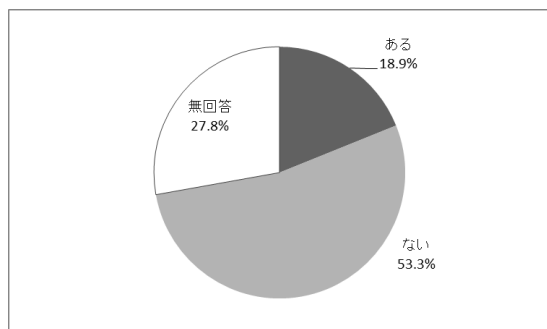
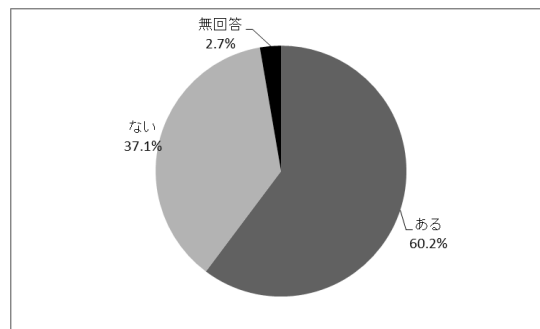


図 17【③居宅介護支援事業所側からの主治医との連携】



⑤居宅介護支援事業所側からの上記以外の機関との連携

困難なことが「ある」19.7%、「ない」68.5%

⑥診療所側が居宅介護支援事業所等との連携で困難なこと

「情報の共有ができていないこと」が最も多く、次いで「時間がとれないこと」

主な意見	件数
情報の共有ができていない（情報が入ってこない）こと	46
時間がとれないこと	44
事業所やスタッフの質に差があること	35
コミュニケーションが取れない（連絡、面識がない）こと	34
ケアマネ等の医療知識が不足していること	24
夜間・休日に対応できる事業所が少ないこと	15
各職種で考え方が違い統一できないこと	9

⑦居宅介護支援事業所側が主治医との連携で困難なこと

「主治医が多忙であること」が最も多く、次いで「患者の在宅での生活状況や自立度の把握が難しいこと」

主な意見	件数
主治医が多忙であること	112
患者の在宅での生活状況や自立度の把握が難しいこと	80
主治医意見書の作成に協力が得られない（作成の遅延、意見が少ない等）こと	67
主治医の介護保険やケアマネの業務に対する理解・協力が不十分	30
大病院の医師との連携が困難なこと	29
個人情報の問題で、主治医意見書や診療情報の開示をしてもらえないこと	18
主治医が他の医療機関・診療科での診療状況の把握が難しいこと	17
主治医と円滑なコミュニケーションが取れないこと	11



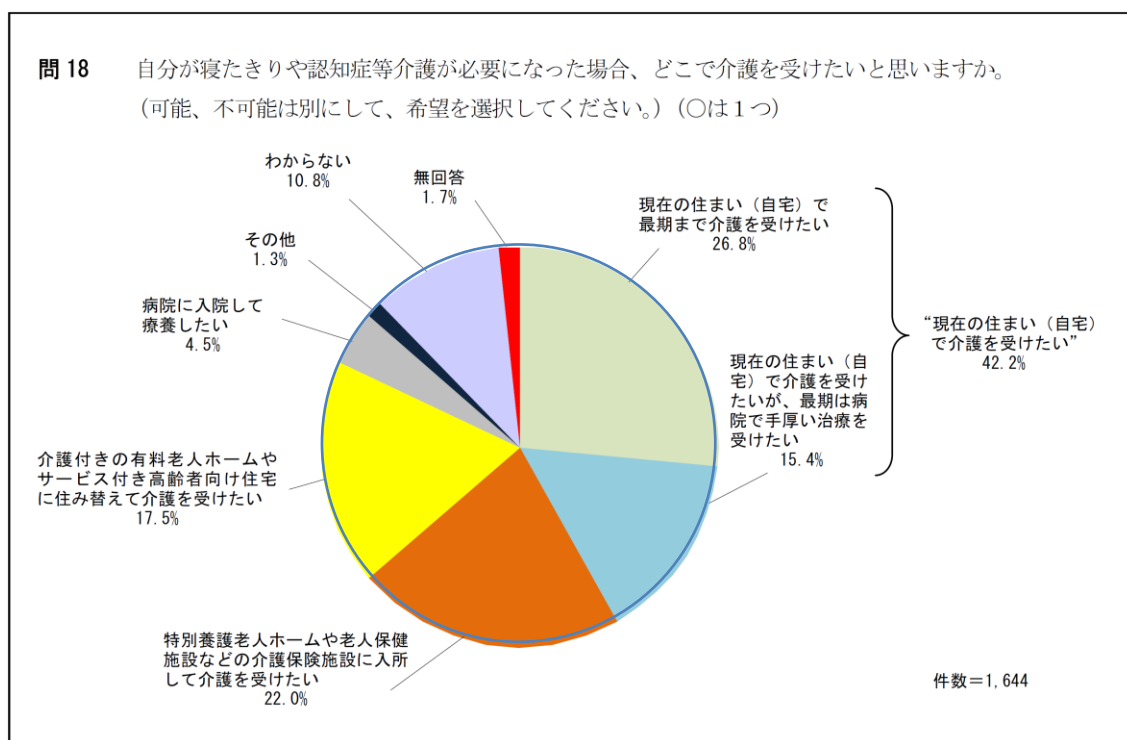
## ○ 地域包括ケアの課題

平成 24 年 9 月に行った県政世論調査では、自分が介護を受ける場所の希望について、「現在の住まい（自宅）で最期まで介護を受けたい」（26.8%）と「現在の住まい（自宅）で介護を受けたいが、最期は病院で手厚い治療を受けたい」（15.4%）を合わせた、“現在の住まい（自宅）で介護を受けたい”と答えた人の割合が、42.2%で最も高くなっています。

一方、現実に自分が介護を受けることになると思う場所については、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設」と答えた人の割合が、35.5%で最も高くなっています。

自宅で介護を受けられないと思う理由については、「介護する家族の負担が大きい」と答えた人の割合が、78.2%で最も高くなっています。

こうしたことから、県民の希望を叶えるためには、家族に過度の負担をかけることなく、介護が必要な高齢者の在宅における生活を支える仕組みが必要となっています。



高齢者が地域で暮らす際には、医療や介護だけではなく、必要な住まいが確保されたいうえで、それぞれの状況に応じて、見守りや食事、買い物の支援、権利擁護など様々な生活支援サービスも必要となってきます。

また、これらのサービスがバラバラに提供されるのではなく、地域において包括的・継続的に提供されることで、高齢者の生活全体を支えることが可能となってきます。

こうした地域包括ケアを進めるうえでは、次の課題が考えられます。

- ・ **住民への啓発**

ひとり暮らしや寝たきりであっても、適切なサービスを利用しながら、自宅で療養生活を送るという選択肢があることを、啓発していくことが必要です。

- ・ **在宅医療の充実**

在宅医療に取り組む医療機関を増やすには、例えば緊急時の対応、特に人材の確保が困難な夜間・休日等の診療体制の確保に向け、診療所のみならず病院も含め複数の医療機関が相互に支援するなどの方法を検討することが重要です。

- ・ **人材の育成**

ケアマネージャーは、医療・介護双方の専門知識等を備えることが必要です。また、他の職種に対しても必要な知識を習得できる場の提供が必要です。

- ・ **各職種・各機関の関係の強化**

連携強化のための会議やワークショップなど、顔の見える関係をつくり相互に理解を深める場が必要です。また、行政と医師会の連携強化も必要です。

- ・ **情報の共有**

各種サービスの担い手が一体的にサービスを提供できるようにするため、利用者に関する情報、支援の実施状況等の情報を共有することが必要です。

- ・ **予 防**

高齢者ができるだけ医療・介護が必要な状態にならないよう、健康寿命を延ばすという観点から、元気なうちから積極的に健康づくりに取り組むことが重要です。

- ・ **生活支援**

生活支援サービスは、見守り、緊急通報、食事、移動支援、社会参加の機会提供、電球交換、ごみ捨て、草むしりなど高齢者の日常生活における困りごとを支援するための幅の広いサービスです。少しの手助けがあれば地域で暮らし続けることのできる高齢者は数多く存在しますので、これらのサービスの充実は重要です。

- ・ **住まい**

地域で個人が生活し続けるためには、必要な住まいが確保されていることが前提となります。このため、高齢化の進行や要介護高齢者の増加を踏まえた住宅の量の確保・提供が必要です。

- ・ **認知症対策**

在宅医療の対象者は認知症の高齢者が最も多く、今後さらに増加が見込まれることから、認知症対策が重要な課題となってきます。

## 取組の方向性

地域包括ケアシステムは、地域の社会資源等の状況により様々な形があり得ることから、懇談会の提言では、市町村が取組を進めるための参考となるよう、社会資源等の状況に応じた複数の典型的モデルを提示し、モデルについては、モデル地区を設定し、モデルケースとして地域の特性に応じたシステムの構築を図っていくこととしております。

また、モデル地区では、平成26年度以降3年間モデル事業を実施し、システムの実現を図るとともに、モデルケースにおける状況について、毎年度、評価、分析しながら、他の地区へ普及させていきます。

【地域包括ケア推進の全体のスケジュール】

24年度	25年度	26年度	27・28年度	29年度	30～32年度	37年度
団塊世代65歳に到達				70歳に到達		団塊の世代が75歳に到達
懇談会設置	→	モデル事業の実施		評価	県内全市町村へ普及	
調査・研究 を行い課題 整理	課題への 対応を検討し モデル構築に 向け提言					
第5期高齢者健康福祉計画			第6期		第7期	
第7次	第8次地域保健医療計画				第9次	