

これからの地域包括ケアシステム

東京メディカル研究会 メディカルグループ

持田佳則、今井正浩、上野悟朗、岡美佐子、小杉輝男、濱中由典、古田明、本間烈、横山皓一

1 はじめに

1. 現在わが国が抱えている問題点

戦後わが国は急速な復興を遂げ、1955年（昭和30年）からの年平均10%以上の経済成長が持続する高度経済成長期を迎えた。医療面においては全ての国民が公的医療保険に加入する「国民皆保険」体制が1961年（昭和36年）から導入されたことにより、医療水準が飛躍的に向上し、医療施設の整備も進められた。厚生労働省の医療施設調査によると、全国の病床数は1960年（昭和35年）には70万床前後だったものが、2005年（平成17年）には160万床を超えている。これに対し自宅で死亡する人の割合は1950年（昭和25年）の80%から2012年（平成24年）には12%に減少した。

一方、内閣府の平成24年版「高齢社会白書」によれば、「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」という問いに対する回答は、「自宅で」が54.6%で最も多く、「病院などの医療施設で」は24.6%を占めるに過ぎない。これは医療保険制度及び医療施設が充実し、誰もが入院し、高度な医療を受けることが可能になった反面、最期まで病院で治療を受けながら亡くなるケースが増えたため、却って必ずしも望まない最期を迎える人が増えているからではないかと推測される。また最近では、医療技術の進歩により、がんの通院治療などに代表されるような、入院せずに在宅で病気と向き合う人も増えており、地域で医療を支える体制の重要性が増している。その一方で日本では、欧米のような「かかりつけ医」制度の整備が遅れているという問題が顕在化している。

さらに日本は現在4人に1人が65歳以上の高齢社会を迎えている。これが2025年（平成37年）には団塊の世代（戦後のベビーブーム世代）が75歳に到達し、65歳以上の人口が30%を超えると見込まれている。この深刻な少子化の進展により若年労働人口が減少し社会保障の負担額が伸びない一方、給付額は伸びていくため、財政支出に大きな影響を与えつつある。具体的には医療保険・介護保険において、2012年度（平成24年）に於ける医療給付費35.1兆円、介護給付費8.4兆円の水準から、2025年度（平成37年）は医療給付費54.0兆円、介護給付費19.8兆円に膨らむ見通しとなっている。（図表1）

2. 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域で包括的な支援・サービスを提供する体制のことを言う。（図表2）これは、社会保障制度を維持しつつ、医療費の抑制を目指して2次医療圏

（注1）にある病院、診療所、介護施設がそれぞれの機能に応じた役割を分担していこうとするものである。これにより増え続ける国民医療費、特にその中に占める老人医療費の増加を抑制し、財政負担及び医療スタッフの負担軽減を図る一方で、住み慣れた地域で最期を迎えたいとする国民のニーズにも合致するものとなる。

平成25年8月6日に開かれた社会保障制度改革国民会議において、「より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・介護も含めた多職種間連携を強力的に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で利用者（患者等）の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である」と報告されている。つまりこれまで日本では病院への入院・施設への入所といった「内部完結型」の医療が展開されてきたが、これからは地域社会で分担する「地域完結型」へ移行しなくてはならないという趣旨である。これを受けて政府は診療報酬による政策誘導をすることでシステム構築を進めてきており、各地域の医療機関は介護機関と連携を図りつつ地域包括ケアシステム構築に向けて様々な取り組みを行っている。

2 研究目的

これまでの医療が1次医療から3次医療までの階層型の医療であったのに対し、地域包括ケアシステムは前述のように各機関同士のネットワークを軸とした全く新しい考え方の医療と介護の連携となる。しかしながら現状、その理念や各施設の役割分担、評価方法などが必ずしも明確化されないまま取り組みが始まっているため、各自治体でも模索しながらの取り組みとなっており、その手法も千差万別のようなのである。

このような状況から考えると、地域包括ケアがうまく機能している地域、機能していない地域の差がどこにあるのかを分析し、成功のための課題を抽出して一般化することができれば、今後進むであろう各地域での地域包括ケアシステムの構築に大きく貢献できるものと期待される。このような考えから東京メディカル研究会としては、住み慣れた街でできる限り長く元気に生活することができる社会を実現し、切れ目のない医療・介護を提供できる地域包括ケアシステムの構築について提言することとした。

3 先行事例とその分析

1. 東京都世田谷区の事例

世田谷区の人口は現在86万人を超え、高齢化率（65歳以上）は19.2%、75歳以上は9.7%である。また「日本の地域別将来推計人口」（注2）によれば、2030年（平成42年）には高齢化率は24.6%、75歳以上は13.5%と推測されている。人口ピラミッド

を見ると「つりがね型」を示している。(図表3)

世田谷区の特徴は、23区内で最大の人口と社会資源を同時に持つ地域で、地域包括ケアに必要と考えられるものは、すべて準備されていることである。具体的には医療連携推進協議会という組織により医療・介護の連携、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施、社会資源を活用した高齢者の住まいや活動拠点の整備等が進められている。

2. 長野県の事例

長野県の人口は現在212万人で、高齢化率(65歳以上)は24.9%、75歳以上は13.0%である。また「日本の地域別将来推計人口」(注2)によれば、2030年(平成42年)には高齢化率は33.4%、75歳以上は20.7%と推測されている。人口ピラミッドを見ると「ひょうたん型」を示している。(図表3)

長野県の特徴は各地域の保健師を頂点として、各家庭の主婦に対し一定レベルの研修を実施した上で「食事の栄養指導」と「日常的な健康管理」の2点に絞った、補導員という資格を与えたことである。この補導員の資格を持った主婦が持ち回りで地域での栄養指導と健康管理を行う体制が確立されており、これが戦後50年近くにわたり運営されてきている。さらに補導員から得た情報は保健師を通じて、地域の診療所や病院において共有されるシステムが構築されている。

長野県では「びんびんころり」という言葉を語源にも持つ「びんころり」地蔵が、堂々と信仰の対象になっているということからも推し量られるように、意識の高い主婦の、地域に張り巡らされたネットワークを基礎に、全国でも最低レベルの医療費で予防的な栄養管理と健康管理により成人病を防ぎ、長寿日本一を実現させている。

3. 新潟県長岡市の事例

長岡市の人口は現在28万人を超えるが高齢化率(65歳以上)は26.7%、75歳以上は14.4%である。また「日本の地域別将来推計人口」(注2)によれば、2030年(平成42年)には高齢化率は34.1%、75歳以上は21.7%と推測されている。人口ピラミッドを見ると「ひょうたん型」を示している。(図表3)

長岡市の特徴は、「民間・行政のコラボレーションによる地域包括ケアシステム、住まいと連続的ケアの連携」を標榜し、具体策として特別養護老人ホーム、在宅サービス、町内会単位を対象とした巡回型の介護教室の開催、サポートセンターの設置を実施していることにある。

このサポートセンターは、現在長岡駅を中心とするエリアに13ヶ所設置され、住まい・医療・介護・予防・生活支援などのサービスを組み合わせて一体的に提供されている。これに合わせて市の委託による地域包括センター(2ヶ所)、地域密着型特養、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、高齢者向け住宅、配食サービス、地域交流スペースなどの保険外サービス等の提供が実施されている。

4. 千葉県柏市の事例

柏市の人口は現在40万人を超えるが、高齢化率(65歳以上)は21.9%、75歳以上は9.0%である。また「日本の地域別将来推計人口」(注2)によれば、2030年(平成42年)には高齢化率は26.7%、75歳以上は16.9%になると推測されている。人口ピラミッドを見ると「ひょうたん型」を示している。(図表3)

柏市中央部にある豊四季台団地は1964年(昭和39年)に特殊法人日本住宅公団(現在の独立行政法人 都市再生機構:以下、

UR都市機構)が建設した団地で、2010年(平成22年)10月1日時点で高齢化率40.6%、75歳以上18.0%という超高齢団地である。この団地の建替事業を契機とし、柏市・東京大学高齢社会総合研究所機構・UR都市機構の三者は、長寿社会に対応したまちづくりで産官学一体で取り組むべく、2009年(平成21年)6月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」(以下、研究会)を発足し、2010年(平成22年)5月には協定を締結した。

この研究会の目指す街の姿は、「いつまでも在宅で安心した生活が送れる街」「いつまでも元気で活躍できる街」を創ることであり、これらの実現のために、地域包括ケアシステムの具体化、高齢者の生きがい就労の創成を行なってきている。その具体策の中で特筆されるのは、主治医・副主治医による在宅医療体制を確立し、要介護度が重度になった場合においても在宅が可能となる環境を実現する事を目指し、医療・看護・介護の一体的在宅サービスを地域に提供できるよう、医療・看護・介護の関係者による拠点を活用した連携が図られているところにある。

5. わかしお医療ネットワークの事例

わかしお医療ネットワークは千葉県立東金病院が中核となって稼働している地域連携システムである。2000年(平成12年)に現総務省の補正予算公募事業である「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業―電子カルテを中心とした地域医療情報化―」に応募し採択された。

この地域連携システムは東金病院を中心に医師会診療所や町立診療所、保健所、市町村保健センター、調剤薬局、訪問看護ステーション、長期療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホームをVPN網(注3)で結ぶITネットワーク基盤により支えられている。これにより各施設において患者データの登録・参照が可能となり、患者は自宅で測定した血糖値をiモードを介してデータ送信ができるほか、症状等もメールで報告できるため、医師から適切な指示を受けることが可能となった。まさに厚生労働省の目指す「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制」を実現しており、しばしば成功例として取り上げられている。

6. 先行事例の分析

上記に挙げた5つの先行事例に於ける具体的な対応を、現状対応としての「医療・介護」、事前対応としての「予防」、環境整備としての「住まい・生活支援」の3つの視点に分けて分析する。

(1)視点毎の説明

①医療・介護

この視点では「連携」が行われていることが共通事項である。また形式的ではなく定期的かつ継続的に連絡会や協議会を開き、顔の見える関係になっていることで積極的な交流が行われ、情報の共有が行われている事が望ましい。

また世田谷区で実施されているような、医療と介護が一体となった定期巡回や随時訪問は、高齢者のニーズに応えたものとして全国的に行われることが望まれるところである。

②予防

この視点では、生活改善を定期的かつ継続的に啓蒙することによる住民の意識向上が有効であると考えられる。特に長野県では食生活の改善から始めた予防医療の実践により、長寿命化と医療費低化が実現されている。これ以外に

は運動することによる基礎体力の向上で要介護者の増加を防止することも有効であろう。さらに家に閉じこもらないよう意識啓発を行い、コミュニケーション不足や孤独死を少なくするような取組みも重要である。

③住まい・生活支援

この視点では、高齢者の住居や居場所の整備を行うことが有効であると考えられる。ただし極力コストを削減するために既存の施設をそのまま或いは改修整備して利用することや、高齢者と学生が団地内で共住することによる世代間コミュニケーションと見守りの実践など、地域の実情に応じた対応を検討することが重要である。

(2)マトリクス図による分析

各地域での事例を上記の3つの視点を縦軸に、「マンパワー」「マネー」「組織・システム」「その他」の4つのカテゴリーを横軸にしてマトリクス図に落とし込んでみた。(図表4)

これにより「組織・システム」のカテゴリーに事例が集中していることが判る。これは地域包括ケアシステム構築のベースとなる組織やシステムづくりが最も重要であることを指し示していると考えられる。また「医療・介護」視点における「マネー」カテゴリー、「住まい・生活支援」視点における「マンパワー」カテゴリーに事例が無いことが判る。これはそれぞれの視点において今後必要とされる項目であることを指し示していると考えられる。

4 これからの地域包括ケアシステム

以上の分析からこれからの地域包括ケアシステムについて上記と同じ3つの視点からそれぞれの課題を踏まえて提案したい。

1. 医療・介護

この視点で最も重要な課題は「マンパワー」、つまり医療従事者、介護従事者の不足である。彼らが日常業務を行いながら地域包括ケアシステムの構築を行うことは現実問題として不可能である。先に述べたように2025年(平成37年)には65歳以上の人口が30%を越えるという超高齢社会を迎え、それを支える若年層の人口減少するなか、地域包括ケアシステムを構築するという課題の実現にはICTの利用が必須である。

昨今ではiPad[®]を代表とするタブレットが普及し、最近ではiWatch[®]などの腕時計型のデバイスまで開発され、現場で機動的に活用できるICTが身近になってきている。タブレット端末は携帯電話と違い大画面であり、高齢者からみた操作性も優れている。クラウドコンピューティングを活用すればコンピュータ本体およびネットワークの購入・管理運営費用や蓄積されるデータ管理の手間は軽減され、患者情報共有も簡単となるはずである。大手企業も病診連携・病病連携システムの構築に協力的であり、これも活用すべきである。これらの活用で手間とコストが軽減、マンパワーの問題を少なからずカバーできると期待される。しかしながら、忘れてはならないのが費用の問題である。ネットワーク構築には多大な投資が必要となる。特に「わかしお医療ネットワーク」のようなITネットワーク構築には引き続き経産省の補正予算事業のような公的援助が必要であり、来年度も公募があれば積極的に活用すべきである。

更に考えるべきことは「組織・業務システム」の課題である。従来日本の医療体制は自院ですべてを診る内部完結型であったが、地域包括ケアシステム構築には地域完結型へのシフトが必要

となる。そのためには総合専門医の育成が不可欠である。日本では諸外国と比較し総合専門医の定着が遅れている現状がある。総合専門医の育成・定着により、様々な症状の患者を診療所で診察し、専門的な処置が必要であれば近隣の病院に紹介するという機能分化を推進しなくては、そもそも業務ネットワークの構築ができない。現在は政府が総合専門医育成に本腰を入れたことから、この課題は改善傾向に向かうと期待される。また総合専門医を育成すると共に、医療・介護を連携する「コーディネーター」的役割を果たす機関の設置も必要である。これについては行政が主導権を取りながら、情報の共有と地域のネットワークを強めていくことが重要と考えられる。

2. 予防

この視点においては、健康な高齢者を積極的に活用することが望まれる。例えば高齢者にボランティア活動に参加してもらうことで生き甲斐と責任感を持つことができ、地域との関わり合いを深く持つことから日常に充実感が得られるものと考えられる。また体を動かすこと自体が要介護状態とならないようにするメリットがあるとも考えられる。高齢者の健康意識の向上は大切なことであり、その働き掛けは病院内で行うのではなく地域公民館などを利用した出張型健康講座の開催によっても効果を上げる事が出来るものと考えられる。

3. 住まい・生活支援

この視点においては、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるため、地域がより密接に連携をすることが重要であると考えられる。柏市の事例では地域資源の活用として高齢化により空き部屋となった住宅を学生寮として活用している。これにより世代を超えたコミュニケーションが促進され、見守りも期待できる。加えて、コレクティブハウス(注3)の拡充も検討に値する。既にNPO団体や民間事業者が提案しており、これを活用するのにも一案である。若い人は安く住むことができ、高齢者は安心感を確保することができる。その他、既存サービス(宅配、新聞配達、郵便配達)による安否確認など、民間事業をもう少し掘り下げて高齢者と関わってもらうことも安心感が得られる取組みと考えられる。

4. 問題点と対応

以上「医療・介護」「予防」「住まい・生活支援」の視点からそれぞれの課題に対して解決策を提案した。その内容をマトリクス図に落とし込んだのが図表5である。これにより地域包括ケアシステムを構築する具体策が明確になるが、構築する上では行政に頼る部分が多く、全てを実現することは難しい。とはいえ、各地域の現状を鑑みて実現可能なところから取り組み、少しずつ形作っていくことが地域包括ケアシステム構築の第一歩であると考えられる。(図表5)

5 最後に

人口減少の進展(年少世代や働き手世代の減少と高齢世代の飛躍的増加)、若者世代の就職難と非正規雇用の増加、生活保護世帯の増加、増え続ける社会保障費と国家財政の悪化などの事態の進展は、わが国の経済、社会の構造改革を急務としていっていると考えられる。

わが国はもう一度、「コンクリートから人へ」の政策(民主党政権では実現に失敗したが、政策としては国民の賛同を今でも得られていると思われる)を思い出す必要がある。当面、東日本大震災の復興や2020年のオリンピック準備などハードを中心とす

る施策が取られてはいるが、その後は、財政的にも「人重視の政策」に転換する必要がある事は論を待たない。正に、「我々日本人の幸せ、生きがいの問題」であり、その中心に「地域包括ケアシステム」構築の課題がある。

またわが国はデンマークなど先進事例を基に、「地域包括ケアシステム」の推進、定着を目指しているが、全く新しい革新的なシステムであることから、今までのような利害関係者・業界による小手先の調整ではなし得ない、構造変革を伴う大きな改革となる。そのため、今こそオリンピック（2020年、平成32年）後に向けたグランドデザインを練り、スタート台に立つべき重要な時と考えられる。そこで私たちは構築に向けての取組み姿勢として以下の8つの提言を行いたい。

1. 社会に向けて明確な理念を打ち出す

地域包括ケアシステムの先進国であるデンマークでは、「Ageing in Place（住み慣れた地域で、自分らしく、最後まで）」の理念のもと、(a) 継続性の原則、(b) 自己決定の原則、(c) 自己資源の活用 の3原則が唱えられ、「施設重視」から「地域・住宅重視」へと政策を転換、成功している。日本でも国は社会に向けて明確で分かり易い理念をもっと強力で打ち出す必要がある。

2. 地方分権とユーザーデモクラシーの確立

デンマークでは年金を除く高齢者福祉、育児、教育、医療の実施主体を地方に委譲、ユーザーである国民の要望を政策に反映できるシステムが構築されており、わが国でも導入を目指したい。例えば高齢者福祉でも、同国では地方議会や国会に諮問機関としての高齢者委員会（委員は60歳以上の高齢者による選挙で選出、任期4年）を作り、政策策定や実施過程においてユーザーである高齢者の意見を反映させている。

3. 「かかりつけ医（プライマリケア）」を中心とした医療・介護一体型、ネットワーク型サービス提供

総合専門医を養成し、全ての国民（高齢者を含む）はかかりつけ医を指定・登録する。かかりつけ医を中心として看護師、ケアマネージャー、相談員、薬剤師、リハビリ職、栄養士等の必要な他職種を配置、医療と介護の垣根のない一体的で、ネットワーク型のサービス提供計画を策定し、実施する。その際、健康管理、急性期・慢性期医療、介護、投薬など一体的、時系列的に管理できるシステムが必要となるが、これを構築するのに強力な武器となるのがICTソリューションである。

4. 「介護」の考え方を転換する

わが国の介護の考え方は、介護対象者が「何が出来ないか」をチェック、「出来ないこと」をカウントして介護方針を決めるが、発想を逆転し「補助具を使えば何が出来る、介添えをすれば何が出来る」など残された身体能力をチェック、「出来ること」をカウントする方式に考え方を変更する必要がある。また、「辛いところに手の届く介護」ではなく、「自立のための介護&支援」に転換するべきと考える。すなわち「寝たきり老人をつくらない」「孤立老人をつくらない」を合い言葉に、「人とのコミュニケーション」「地域社会との繋がり」を大切に「自立」支援である。それが高齢者自身に残された身体的資源を使い切る生き方に繋がり、生き甲斐や健康に繋がるのである。

5. 予防医療の徹底実施

長野県の成功事例からも分かるように、徹底した食生活指導、生活指導による健康予防が長寿を可能にし、医療費抑制に繋がっ

た。すなわち“急がば回れ”である。また、健康の基礎である歯についていえば、「80歳で20本」をスローガンにしている事例もある。いずれも予防運動が効果を上げていることの現れであり、全国ベースで徹底した予防運動を展開すべきである。

6. 生涯現役宣言、元気な高齢者が高齢者を支えるシステムへの転換

わが国の人口構造の予測を考えると、若者が高齢者を支えるシステムは近い将来崩壊すると言わざるを得ない。また、医療や介護スタッフの不足も深刻な問題である。これからの社会は、高齢者といえども生涯現役を基本とし、元気な高齢者が自身の持てる知識や技能を活用し、他の高齢者を支える仕組みを構築すべきである。現役時代に身に付けた強みを活かした高齢者の起業、NPOやボランティア活動などを奨励・補助（資金支援、税制優遇など）し、高齢者が生き生きと過ごす社会を目指したい。その際、地方自治体はアパートや団地、店舗、学校などの空きスペースなど地域で活用できる資源の有効活用を検討することが大切である。

また、文部科学省は外国人留学生の受け入れを積極的に展開しているが、更に推し進め、有能な外国人の医療や介護部門への積極的な取り込みも真剣に検討すべきである。

7. 住宅政策の確立

「高齢者福祉は住宅に始まり住宅で終る」と言われる。高齢者が最後まで地域社会や自宅で過ごすためには、バリアフリー、介助作業スペース確保など機能性の高い住宅が不可欠である。これからは老後を見据えた質の高いユニバーサルデザイン住宅を義務付けると共に、自宅新築や改修の際の援助制度の整備も必要である。

8. 少子化問題の解決なくして高齢化問題の解決はない

当然のことながら高齢化問題の根源は少子化問題にある。少子化問題は叫ばれて久しいが一向に強力な政策が打ち出せないのは残念である。フランスの成功事例に学び、思い切った制度構築、税制優遇などにより合計特殊出生率を改善する必要がある。規制緩和を行うと共に元気な高齢者を活用することを積極的に考えたい。

以上、構造改革を推進するためには国や地方自治体の強力な政策イニシアティブが欠かせない。本論文がその際に活かされることを切に願う次第である。

(注1) 2次医療圏

地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療（前条に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること（医療法施行規則第30条の29第1項）

(注2) 「日本の地域別将来推計人口」

国立社会保障・人口問題研究所（2013年（平成25年）3月公表）

(注3) VPN

Virtual Private Networkの略で、インターネットのようなパブリックネットワークを跨ってプライベートネットワークを拡張する技術

(注4) コレクティブハウス

独立した専用の住居とみんなで使う食堂・浴室・トイレ等の共用スペースで構成され、生活の一部を共同化する住居のこと。類似したものにシェアハウスがある。

【参考文献】

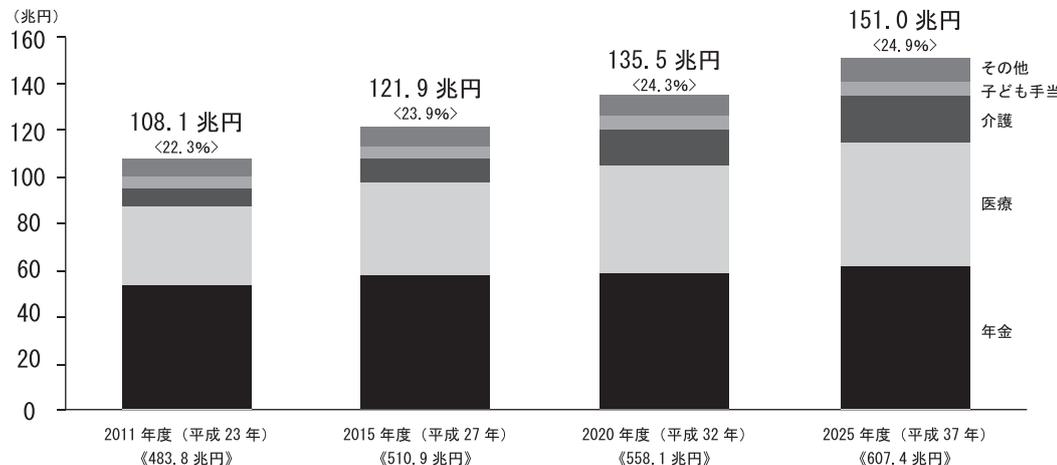
- ・川越雅弘『我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題』海外社会保障研究 Spring2008, No.162
- ・西村周三監修『地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』国立社会保障・人口問題研究所 編（2013年3月30日）
- ・大阪社保協介護保険対策委員会編『2025年介護保険は使えない』日本機関紙出版センター
- ・澤渡夏代ブランド『デンマークの高齢者が世界一幸せなわけ』大月書店
- ・松岡洋子『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論
- ・田中一正『北欧のノーマライゼーション』TOTO出版
- ・杉本貴代栄『フェミニズムと社会福祉政策論』ミネルヴァ書房
- ・松岡洋『老人ホームを超えて』クリエイツかもがわ
- ・山口昌子『なぜ、フランスは一日置かれるのか』産経新聞出版
- ・中島さおり『なぜフランスでは子どもが増えるのか』講談社現代新書
- ・厚生労働省「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例～世田谷区の取組～」
「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例～新潟県長岡市の取組～」
「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例～千葉県柏市の取組～」
< <http://www.mhlw.go.jp> > (2013/9/16 アクセス)
- ・柏市「豊四季台地域のまちづくり」
「第5期柏市高齢者いきいきプラン21」
< <http://www.city.kashiwa.lg.jp> > (2013/10/21 アクセス)
- ・長岡市「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」
「第2次ながおかヘルシープラン21」
< <http://www.city.nagaoka.niigata.jp> >

図表1 医療保険・介護保険の給付見通し

社会保険に係る費用の将来推計について（一部改変）

○給付費に関する見通し

給付費は2011年度の108.1兆円（GDP比22.3%）から2025年度の151.0兆円（GDP比24.9%）へ増加。



- 『社会保障改革の具体策、工程及び費用試算』を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。
(ただし、保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策および年金の効果は、反映していない。)
- 医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費は、120.7兆円(2015年)、132.7兆円(2020年)、146.8兆円(2025年)である。さらに、子ども・子育てに係る機能強化を考慮しない場合の給付費は、119.9兆円(2015年)、131.7兆円(2020年)、145.8兆円(2025年)である。
- 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一次預かり、子ども手当、育児休業給付、出産手当金、社会的擁護、妊婦検診を含めた計数である。
- < >内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

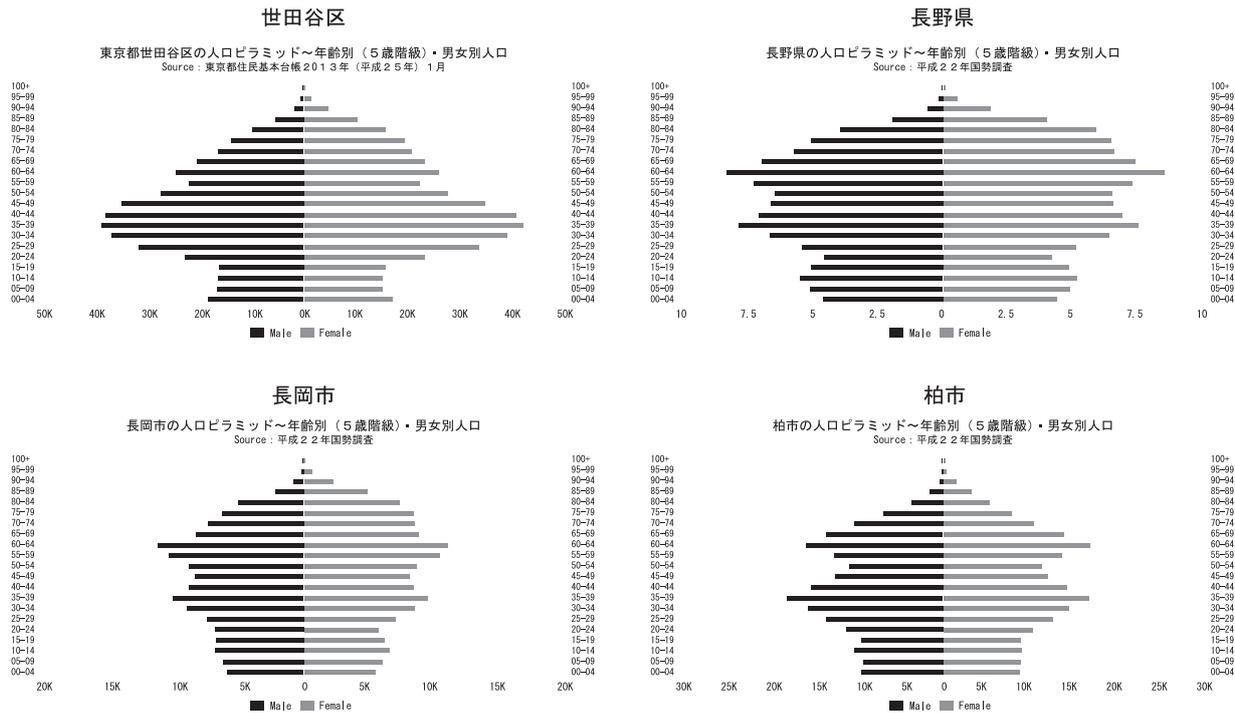
出典：厚生労働省ホームページより

図表2 地域ケアシステムのイメージ



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

図表3 各都市の人口ピラミッド



図表4 先行事例とその分析

	マンパワー	マネー	組織・システム	その他
医療・介護	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護・看護の提供、見守りの強化 		<ul style="list-style-type: none"> ○福祉と医療の顔の見える関係づくり ○連携シートでの福祉と医療の情報共有化 ○医療連携推進協議会による連携の推進 ○診療所、保険調剤薬局、訪問看護ステーション、保健センター、介護施設等の施設を結んで利用 	
予防	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師、食生活改善推進員、保険補導員の配置 ○ソーシャルサポートの充実 ○家に閉じこもらない意識啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者施設に運動設備を併設 	<ul style="list-style-type: none"> ○人とのかかわりを持ちやすい環境を実現 ○施設ではない、サロン展開 	<ul style="list-style-type: none"> ○食の改善から始めた予防医療の実践
住まい・生活支援		<ul style="list-style-type: none"> ○低所得高齢者の住居や高齢者の居場所づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ○中高年層のボランティアの活動促進 	

図表5 これからの地域包括ケアシステム

	マンパワー	マネー	組織・システム	その他
医療・介護	<ul style="list-style-type: none"> ○24時間対応の在宅医療、訪問看護 ○先導するコーディネーターの育成 	<ul style="list-style-type: none"> ○ICT化に対する公的資金援助 ○ICT街づくり推進事業に係る提案の利用 ○24時間対応の在宅医療、訪問看護 ○先導するコーディネーターの育成 	<ul style="list-style-type: none"> ○ICT化 <ul style="list-style-type: none"> -自宅での医療、介護サービス -遠隔医療 -患者情報の共有 ○病院完結型から地域完結型へのシフト ○医療・介護の言葉とその内容の統一 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療従事者の意識改革 ○システムの早期構築
予防	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者ボランティアの活用 ○医療従事者出張型の健康講座の開催 ○病院ボランティアの活用 	<ul style="list-style-type: none"> ○無料健康相談の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ○予防の取組や自立支援型介護の推進 ○健康体操・人とのかかわりを持つサロン 	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者体操・レクリエーションを2時間
住まい・生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○生活支援サービスを推進 ○生活用品の御用聞き 民間の業務の中で関わってもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活支援サービスを推進 ○高齢者住まいの整備 	<ul style="list-style-type: none"> ○空き部屋の住宅を学生寮として活用 ○コレクティブハウスへのシフト ○既存サービスを利用した安否確認 ○在宅医療と在宅介護へ、QOLからQODへの取り組み 	