

地域包括ケア (その必要性と構築に向けて)

宮城県医師会常任理事

清野正英

地域包括ケアシステムとは

2025年(団塊の世代がすべて75歳以上になる年)を目途に**介護が必要になっても**
住み慣れた地域でその人らしい生活を送る
ことができるように

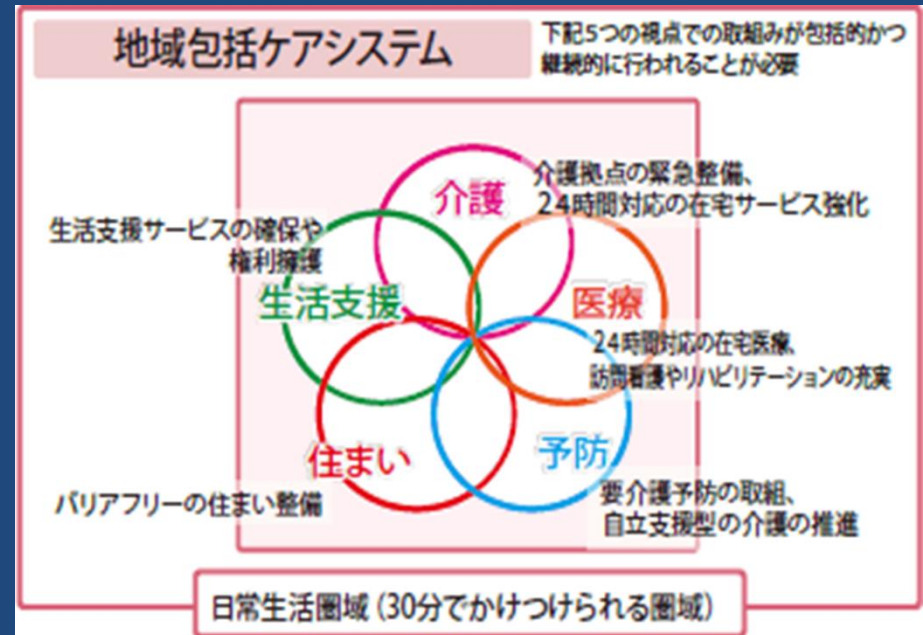
医療・介護・予防・生活支援・住まいを
包括的かつ継続的に提供するシステム

超少子化、超高齢化社会に不可欠

地域包括ケアシステム

「五輪の花」図 (5つの構成要素)

1. 医療
2. 介護
3. 予防
4. 住まい
5. 生活支援



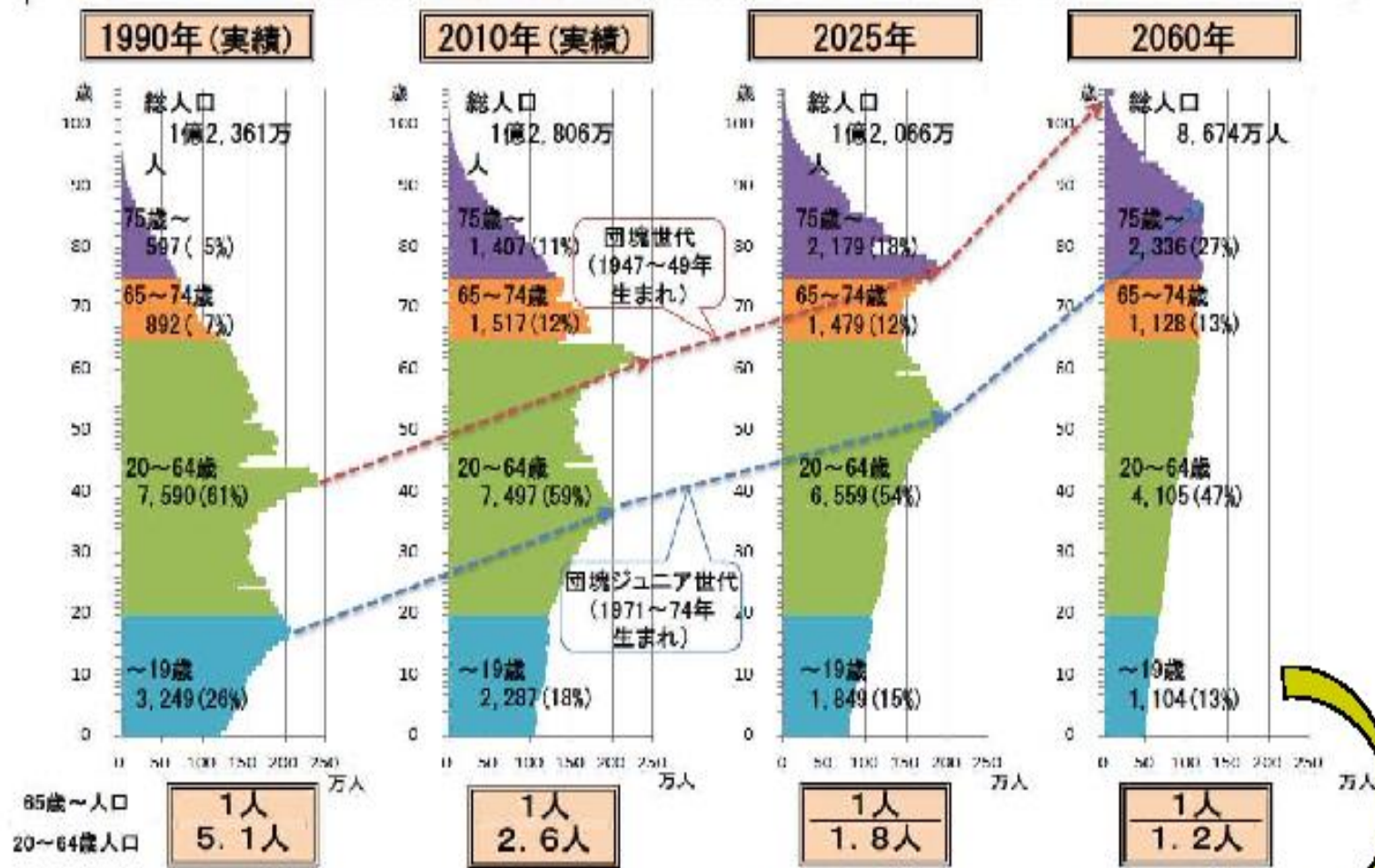
地域における包括ケア

- ◆ **住み慣れた地域、家で安心して暮らせる町づくり**
外に出て、散歩し、集まりを楽しむような町、
気持ちの良い散歩道、人が集まって活動できる
場所の整備など、外に出て行きたくなるような町
(生活不活発病を防ぐ)
- ◆ **健康寿命を延ばす**
- ◆ **医療・介護・看護・住宅の一体化**
- ◆ **在宅ケア体制の確立**

高齢社会の進展

人口ピラミッドの変化 (1990年～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



(出所) 総務省「国勢調査」及「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)

全国の高齢者と認知症

	2015年	2025年
高齢者 (65歳以上)	3,400万人	3,700万人
認知症	500万人	700万人

2025年には75歳以上 2,200万人
(5人に1人が75歳以上になる)

宮城県の高齢化

	<u>2015年</u>	<u>2025年</u>
75歳以上人口	28万8千人	38万5千人
75歳以上の人口割合	12.4%	17.4%
75歳以上の単独世帯	4万3千	6万
高齢化率30%以上の市町村	20市町村	28市町村
認知症高齢者(推計)	7万7千人	13万9千人

宮城県の高齢化率(平成26年)

仙台圏域	21.3	%
仙南圏域	28.4	%
大崎圏域	27.2	%
栗原圏域	33.6	%
登米圏域	29.0	%
石巻圏域	28.0	%
気仙沼圏	32.6	%

宮城県の世帯構成の将来推計

	単独	夫婦のみ
平成22年	6万1千	7万7千
平成37年 (2025年)	9万9千	9万6千

健康寿命

健康上の問題がない状態で日常生活を送れる期間

平均寿命

男性 80.5歳

女性 86.8歳

健康寿命

71.2歳(9.3歳少ない)

74.2歳(12.6歳少ない)

地域包括ケアシステムにおける 自助・互助・共助・公助

自助：自分の事は自分です。自らの健康管理。

互助：住民組織(町内会など)やボランティア
地域で互いに助け合う。

共助：介護保険などの社会保険制度による
サービス。

公助：高齢者福祉事業、生活保護など。

要介護になる原因

- 運動器障害(ロコモ): 25%
- 脳血管障害: 19%
- 認知症: 16%
- 高齢による衰弱: 13%

ロコモ(ロコモティブシンドローム)

運動器の障害によって歩行や立ったり座ったりする**移動機能が低下した状態**で**社会参加制限**や**生活活動制限**が生じ**介護が必要になるリスクが高い**。

**要因: 加齢、骨そしょう症、変形性脊椎症、
筋肉や神経の障害、痛み、
運動不足、筋力の低下、柔軟性の低下など。**

ロコモ対策

- スクワット(立った状態から膝関節を屈曲、伸展する運動)
- 柔軟体操やストレッチ
- ウォーキング
- ジョギング
- 栄養:カルシウム、ビタミンDの摂取、肉、魚などのタンパク質(アミノ酸)を摂る。
- 低栄養を防ぐ

虚弱（フレイル）を防ぐ

- 加齢による心身機能の低下。
- 筋肉量の減少（サルコペニア）を防ぐ
日常生活の買い物や掃除、片付け
身近な日課で働き筋肉維持。
- 社会性をもつ。
- カラオケ、ゲートボール、散歩など。

高齢になるまで心身の健康を維持

- ✓ 社会性をもち、よりよく日々を生きる
- ✓ 毎日よく動く(家庭内の仕事、庭仕事、散歩など)
- ✓ よく肉料理を食べる

高齢者の見守り

- 現在は地域包括支援センター
ケアマネジャー、保健師、社会福祉士
⇒ 介護や看護の手配
生活上の支援
- 2025年には地域全体での見守り
(在宅ケア体制の確立、地域住民の力も)

2025年に国が目指す方向

- 時々病院、ほぼ在宅
 - 最後の看取りは自宅（介護者が必要）
- 年間死亡者数（現在の120万人から
160万人へと多死社会になる）

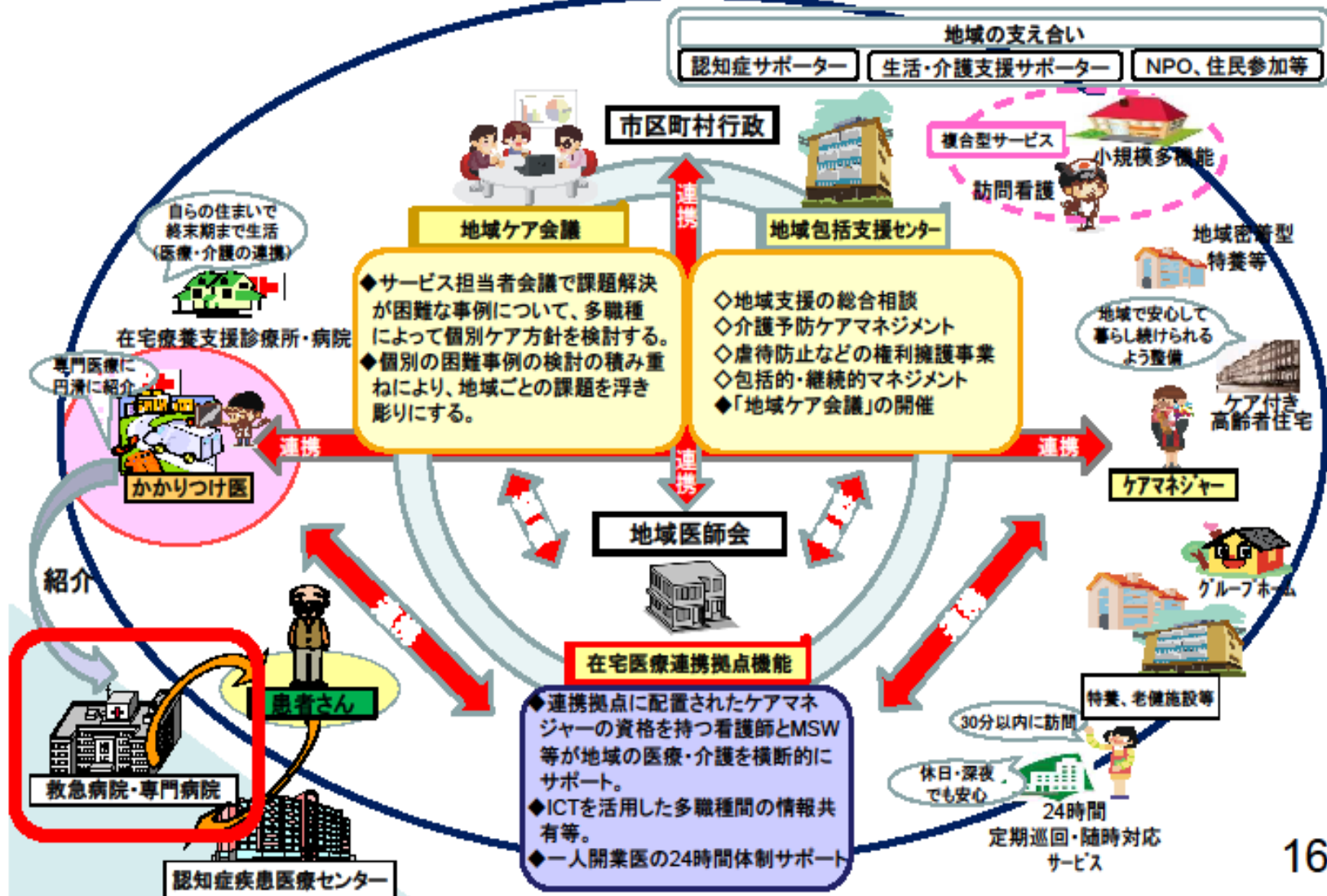
現在は80%が病院で死亡（自宅は12%）

自宅で30%の人が最期を迎えるようにする
（在宅医療の充実をはかる）

地域医療を支える

日本医師会作成資料

—2025年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」—



宮城県医療・介護多職種連携専門委員会の各団体

医師会・病院協会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会
訪問看護ステーション連絡協議会

ケアマネジャー協会・地域包括支援センター連絡協議会
地域包括、在宅看護支援センター協会・社会福祉士会
介護福祉士会・老人保健施設連絡協議会

理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会

市長会・町村会・東北福祉大学

地域包括ケアシステムの構築(1)

■ 市町村レベルの構築

■ 地域実態の把握

自治体(行政)の力が不可欠

地域の施設や事業所(どのようなサービスが可能か)

■ 在宅医療体制の構築

医師が在宅医療にとりかかりやすい環境の整備

在宅医情報を住民に提供

地域包括ケアシステムの構築(2)

- 地域包括支援センターへの情報提供と連携
- 全国一律のシステムではなく地域の特性に応じて構築(ご当地システム)
- 医療を介して地域づくりの支援と社会貢献

地域を知る郡市医師会の役割が重要

地域包括ケアシステムの構築（在宅医療提供体制）



地域包括ケアシステムの重要な視点

- 顔の見える関係(多職種間)
- 医師のリーダーシップ
- 多職種間のフラットな関係
- 切れ目のないサービス
- 各地域の実情を踏まえた個性的な方法
- 住宅とサービス機関が近いコンパクトな
コミュニティの形成
(都市をコンパクトな町づくりに変える)

地域包括ケアシステムの課題

1. ヒト(地域包括支援センター、訪問看護師、ケアマネジャーなど)
2. カネ(財政的支援)
3. 医師のリーダーシップ
4. 多職種間連携(連携を先に作る)
5. 専門職の相互理解
6. 住民の理解と協力(人とのつながり)
7. 行政(市町村)との協力関係
8. システムではなくネットワークの構築
9. 地域包括ケア推進センターの設置