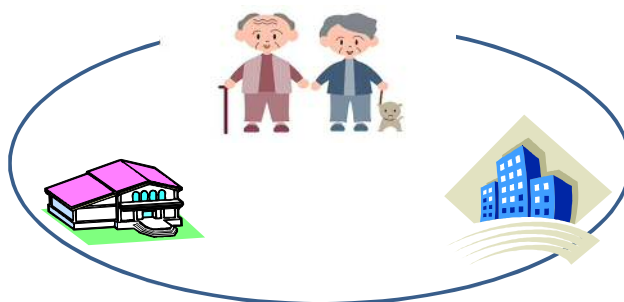


平成26年度第2回

川崎市指定介護保険事業者集団指導講習会

2014.10.28

地域包括ケアシステムの構築に向けた 川崎市の取組みについて



川崎市健康福祉局 地域包括ケア推進室

地域包括ケアシステムをめぐる背景 (1/2)

- 医学・医療技術の進歩と生活環境の改善による平均寿命の延伸
⇒健康寿命の延伸が課題
- 団塊の世代(※)が2025年(平成37年)に75歳以上
⇒国際的に例を見ない超高齢社会の到来。特に都市部で顕著。
- 高齢者数の増加に伴う認知症高齢者の増加
- 75歳未満の高齢者の要介護認定率は低いが、その後、特に80歳以降で、年齢を増すごとに要介護認定率が急激に上昇する。

※第1次ベビーブームの1947年～1949年(昭和22年～24年)生まれの人

地域包括ケアシステムをめぐる背景（2/2）

○高齢化が進む一方、生産年齢人口（15歳～64歳）は減少し、空前絶後の人口減少社会に突入

⇒「胴上げ型社会」から「肩車型社会」へ

- ・半世紀前 高齢者1人を現役世代9人で支える「胴上げ型」
- ・近年 高齢者1人を現役世代2～3人で支える「騎馬戦型」
- ・2050年 高齢者1人を現役世代1.2人で支える「肩車型」

○家族構成の変化

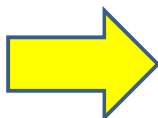
⇒核家族化の進展による、単身高齢世帯・老々世帯の増加

○ケアの「質」と「量」の変化に対応する新たな取組や、社会保障制度改革の必要性

未曾有の超高齢社会の到来を見据えて

基本的な考え方

心身の状態が低下し、複数の疾病を抱えながらも、住み慣れた自宅や地域で、生活が継続できるような社会・仕組みを実現する。



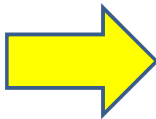
このためには

これまでのような「病院完結型の治す医療」から「地域完結型の治し・支える医療」にシフトし、医療だけではなく、看護、介護、福祉・生活支援などを含めた必要なケアが、地域において一体的に提供される仕組みが必要。

そのための仕組みが「地域包括ケアシステム」

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の目的のもとで、重度な要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供を行うための仕組み・体制のこと

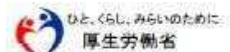


「暮らしやすい地域づくり」のための仕組み

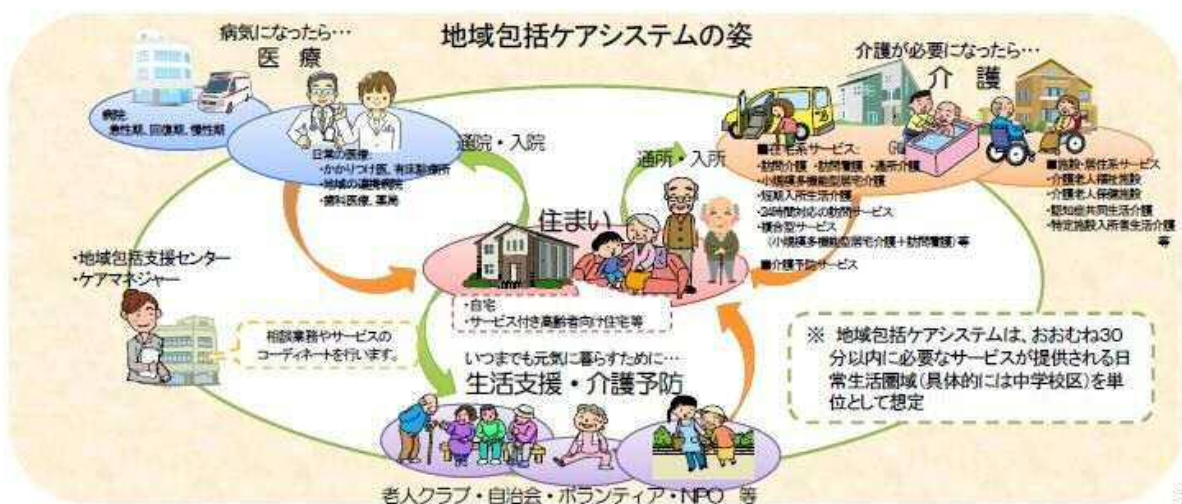
【地域包括ケアシステムの構成要素】

「本人・家族の選択と心構え」を土台として、
「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、
その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、
連携しながら在宅の生活を支えている。

地域包括ケアシステムの構築について



- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



- 自助**：・介護保険・医療保険の自己負担部分
・市場サービスの購入
・自身や家族による対応
- 互助**：・費用負担が制度的に保障されていない
ボランティアなどの支援、地域住民の取組み
- 共助**：・介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

27

厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

「地域包括ケアシステム」の言葉の意味

地域包括ケアシステムは、日本独自の考え方ではなく、諸外国で進められている、「community-care」や「integrated-care」などと同様の取組であると考えられる。

「包括」というのは「統合」のことであり、「統合」とは、複数の諸要素が一定の方式に従って相互に結合し、秩序とまとまりをもった全体を形成する作用を指す(世界大百科事典 第2版より)。

「地域包括ケアシステム」とは、「地域内に様々あるケアが一つの同じ方向に向かって繋がる仕組み」であるといえる。

この「一つの同じ方向」が、「誰もが可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けられるような地域社会を実現する」ということ。

「地域包括ケアシステム」の構成要素（1／2）

【すまいとすまい方】

生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステム的前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。

生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供もある。

「地域包括ケアシステム」の構成要素（2／2）

【介護・医療・予防】

生活支援に個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

地域包括ケアシステムを構築するための 「多様な主体」について（1／2）

地域包括ケアシステムを構築するためには、行政だけではなく、事業者や町内会・自治会などの地縁組織、地域・ボランティア団体、住民など、地域内の多様な主体による適切な役割分担が重要。

この「多様な主体」は、「自助・共助・公助」と表現されることもあるが、地域包括ケアシステムの考え方の中では、費用負担の面から、「自助・互助・共助・公助」と区分されている。

地域包括ケアシステムを構築するための 「多様な主体」について（2／2）

「自助」... 自らの活動により、自らの生活や健康を維持すること

「互助」... 地縁組織やボランティア等のインフォーマルなサポートによる助け合い

「共助」... 医療保険や介護保険のような社会保険を介して提供されるサービス

「公助」... 主に税負担により提供される行政が担う社会福祉等

地域包括ケアシステムを構築するために

地域内の多様な主体が適切に役割分担し、各主体間の緊密な連携を図るためには、川崎市としての基本的な考え方が地域全体で共有されることが必要。

川崎市の取組

「地域包括ケア推進室」の創設

「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム
推進ビジョン」の策定

【目的】

川崎市としての基本的な考え方が地域全体で共有され、地域包括ケアシステムを支える各主体の具体的な行動につなげていくことを目指し、専任組織を創設し、個別計画の上位概念となる推進ビジョンを策定

(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン (素案)

【基本理念】

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による、誰もが住み慣れた地域や本人が望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現

【基本的な5つの視点】

- 視点①:「意識の醸成」
- 視点②:「住まいと住まい方」
- 視点③:「多様な主体の活躍」
- 視点④:「一体的なケアの提供」
- 視点⑤:「地域マネジメント」

【基本的な視点と具体的な取組に向けた考え方】

視点①:「意識の醸成」

地域における「ケア」への理解の共有と
セルフケアの意識の醸成

- (1) 地域における「ケア」への理解の共有と共生意識の醸成
- (2) セルフケア意識の醸成

視点①:「意識の醸成」

地域における「ケア」への理解の共有と
セルフケアの意識の醸成

◆ 誰もが、「自立した生活」と「尊厳の保持」を実現することのできる地域を目指すため、地域全体が互いの生活への理解を深め、「共生の意識」を醸成し、人々の多様な在り方を認め合える「全員参加型の社会」を築いていくことが必要である。

◆ 全ての地域住民には、住み慣れた地域や本人が望む場での生活の継続に向けて、その健康状態・生活機能を維持・向上させるための自発的な努力(セルフケア)が求められる。

視点②:「住まいと住まい方」

安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現

- (1)「まちづくり」に関する方針の共有
- (2)生活基盤としての「住まい」の確保と
自らのライフスタイルに合った「住まい方」の実現

視点②:「住まいと住まい方」

安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現

- ◆「まちづくり」についての市としての考え方を、地域全体で共有するとともに、ケアのあり方を視野に入れた「まちづくり」を、統一された方針のもとに共同で進めていくことが求められる。
- ◆「住まい方」に深く関わる「地域コミュニティ」の再構築に向けては、地域の子どもから障害者、高齢者の方まで、全ての地域住民の交流機会の創出などを通じて、地域における「顔の見える関係」を構築していくことが求められる。

視点③:「多様な主体の活躍」

多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現

- (1) 「助け合いの仕組み」に基づく、適切なケアの提供
- (2) 個人や地域の多様性に対応するための地域資源の創出
- (3) 適切な役割分担に基づいた、専門職による高い専門性の発揮

視点③:「多様な主体の活躍」

多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現

- ◆ 「ケアの多様性」に対応しながら、「自助」「互助」「共助」「公助」の多様な主体を、各々の特徴を活かしながら柔軟に組み合わせていくことが重要であり、このような地域における「助け合い」の仕組みを、広く整備・機能させていくことが求められる。
- ◆ 特に、本市が有する豊富な「ボランティア活動」や「民間資源」の活躍を推進していくことは不可欠な要素。
- ◆ 「多様な主体」の活躍と、適時適切な役割分担を実現していくことが求められる。

視点④:「一体的なケアの提供」

多職種が連携した一体的なケアの提供による、
自立した生活と尊厳の保持の実現

- (1) 多職種連携による切れ目のないケアの提供
- (2) 必要な機能に着目した適切なケアマネジメントの実現

視点④:「一体的なケアの提供」

多職種が連携した一体的なケアの提供による、
自立した生活と尊厳の保持の実現

◆ 今後の高齢化とそれに伴う疾病構造の変化により重要性が増す在宅療養は、医療のみによって支えられるものではなく、介護・看護・福祉・生活支援など、多職種が「顔の見える関係」を構築し、包括的・継続的なケアの提供を実現していくことが求められる。

◆ さらに、これらの多職種によるケアが、本人の自立や自己実現を支援するものとしてその機能を発揮するためには、本人や家族の要望に単純に応えるのではなく、真のニーズを満たすために必要となる手段を、専門職としての立場から適切に提案していくことが求められる。

視点⑤:「地域マネジメント」

地域全体における目標の共有と地域包括ケアを
マネジメントするための仕組みの構築

- (1) 地域全体における目標・基本方針の共有
- (2) 地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築

視点⑤:「地域マネジメント」

地域全体における目標の共有と地域包括ケアを
マネジメントするための仕組みの構築

◆地域マネジメントは、主に行政に強く期待される役割であり、地域の目標を地域全体で共有しながら、個々の活動が1つの目標に向かって機能するための仕組みを構築することが求められる。

◆本市における「地域マネジメント」のための仕組みの構築に際しては、「全市レベル」と「行政区レベル」の2層により構成される、階層的なマネジメント体制を構築することなどが想定される。

川崎らしい都市型の 地域包括ケアシステムの構築に向けて

川崎市の地域包括ケアシステムの構築に向けては、次のとおり整理した「川崎らしい」特徴を踏まえて、地域住民のニーズである「ケアが必要になった場合でも、家族に負担をかけずに自宅で暮らしたい」という思いを実現するための基盤としての、地域包括ケアシステムの構築を推進していく。

川崎らしさとは

- ①「若い都市」であること
- ②「様々な資源を基盤としたケアを行うことが可能な地域」であること
- ③「多様な地域と個人によって構成されるコンパクトな都市」であること
など

【若い都市】

大都市の中で平均年齢が最も若く、高齢化率は平成26年4月1日現在で、国の25.6%に対し18.4%と、比較的若い都市であるといえる。

また、日本全体で人口の減少が顕在化する中、川崎市は依然として若い世代を中心とした人口の流入と高い出生率を維持しており、2030年(平成42年)までは引き続き人口の増加が続くものと見込まれる。

【様々な資源を基盤としたケアを行うことが可能な地域】

市内には、高齢者や障害者を支えるボランティア団体などの活動が活発な地域があること、あるいは、福祉・介護産業の振興と育成を図るウェルフェアイノベーションや、先端医療の推進と健康長寿社会の実現を目指すライフイノベーションなど、これまで培ってきた技術や、研究の集積や連携といった多様な社会資源を有している。

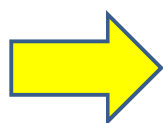
【多様な地域と個人によって構成されるコンパクトな都市】

政令指定都市の中では最も面積が狭く、多摩川を挟んだ北に東京都、南に横浜市という、2大都市に隣接をした細長い地形をしていることから、市域を横断して、東京を中心とした放射状の交通網が発達し、また、東京都区部及び大阪市に次ぐ人口密度の高い過密都市となっている。

このような地理的条件や交通事情のほか、南部(臨海部)の工業・産業地域と中部(内陸部)および北部(丘陵部)の住宅地域という、性格が大きく異なる地域から成るとともに、急激な人口の社会増とそれに伴う新興の住民の増加、外国人との共生など、「多様な地域と個人によって構成されたコンパクトな都市」である。

【川崎市における地域包括ケアシステムの対象】

地域包括ケアシステムを効果的に構築していくためには、児童期・若年期からの意識の醸成や健康づくり、介護予防など健康寿命延伸のための取組や、要介護状態が重度化しても住み慣れた地域や自らの望む場で暮らし続けられるような取組など、「ライフステージにおける切れ目ない継続的な取組」が重要



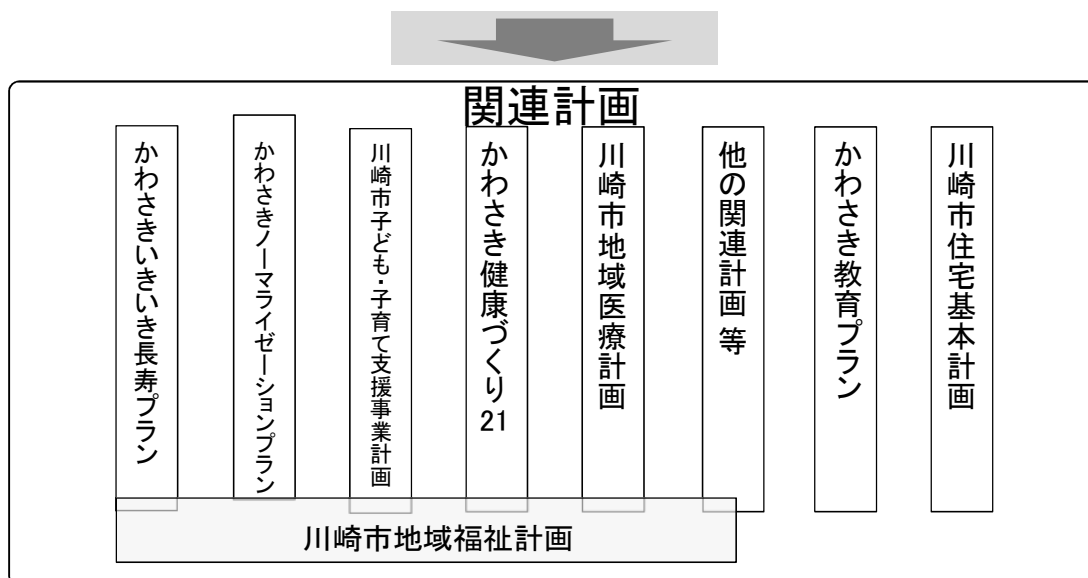
このため、川崎市では、

高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て世帯などに加え、現時点で他者からのケアを必要としない方々を含めた「すべての地域住民」を対象として、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

【推進ビジョンと関連個別計画との関係図】

関連個別計画の上位概念として位置づけ、各計画のサイクルをステップとして、段階的に、具体的な施策・事業の展開を図っていく。

(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン

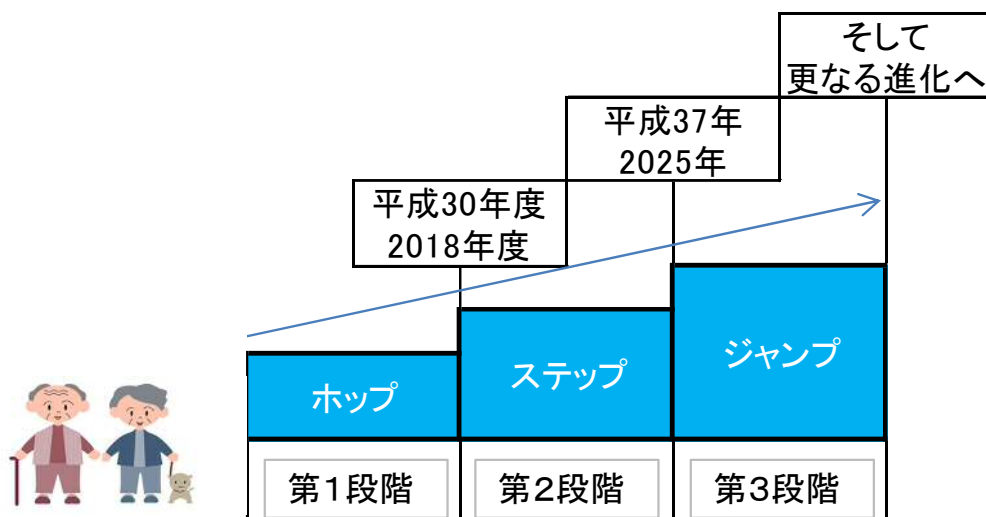


【ロードマップ】

第1段階 2018年(平成30年)3月末まで ~土台づくり~

第2段階 2025年(平成37年)まで ~地域包括ケアシステムの目標年次~

第3段階 地域包括ケアシステムの更なる進化 ~時代や社会状況に応じた取組~



第1段階 2018年(平成30年)3月末まで ~土台づくり~

川崎市では、新総合計画や、推進ビジョンを上位概念としている関連個別計画の多くが、2018年度(平成30年度)に改定・見直しの時期を迎えることから、川崎市にとっては大きな節目の年となる。

この段階では、市域における推進ビジョンの考え方の共有を進めるとともに、行政および事業者、関係団体・機関などの専門組織は、必要な資源・体制・手法等について検討し、それを明確化した上で、推進ビジョンを踏まえた、具体的な事業展開が図られるよう、ケアシステムの構築に向けた土台づくりを行う。

第2段階 2025年(平成37年)まで ～地域包括ケアシステムの目標年次～

川崎市の将来人口推計では、総人口のピークは2030年(平成42年)、高齢者人口のピークは2050年(平成62年)であることから、2025年(平成37年)は、川崎市においては通過点といえる。

この段階では、地域において、将来的なあるべき姿についての合意形成がなされ、行政や、事業者、地縁組織、地域・ボランティア団体、住民などの各主体が、それぞれの役割に応じた具体的な行動が行えるようになることを目指す。

第3段階 地域包括ケアシステムの更なる進化

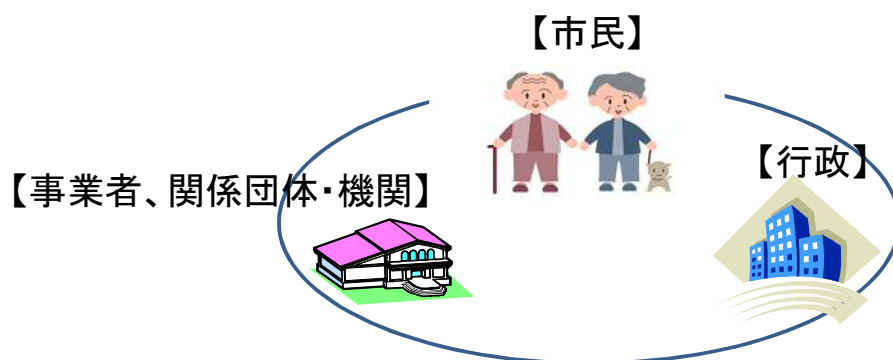
～時代や社会状況に応じた取組～

地域包括ケアシステムに「完成」はないことから、「誰もが住み慣れた地域や自らの望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」を目指し、時代や社会状況に応じて、常に進化した取組を進めていく。

【各主体に期待される役割】

誰もが安心して暮らし続けることができるようにするためには、地域の実状に応じた適切な「地域包括ケアシステム」の構築を推進していくことが求められている。

このため、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、行政だけではなく、事業者や地縁組織、地域・ボランティア団体、住民など地域内の多様な主体の取組が求められるとともに、主体間の緊密な連携が求められる。



《市民》

地域社会は、その地域に住む住民が主体的に作り上げていくものであり、住民一人ひとりが地域におけるそれぞれの役割を担うという意識を持って、地域特性に応じた取組みを進めていくことが重要。

《事業者、関係団体・機関》

地域では、コミュニティ・レベルで、多様な主体により、生活を支えるための24時間・365日の切れ目ないサービス提供が必要であり、特に、専門的なサービスについては、事業者や、関係団体・機関が、積極的に取り組んでいくことが望まれる。

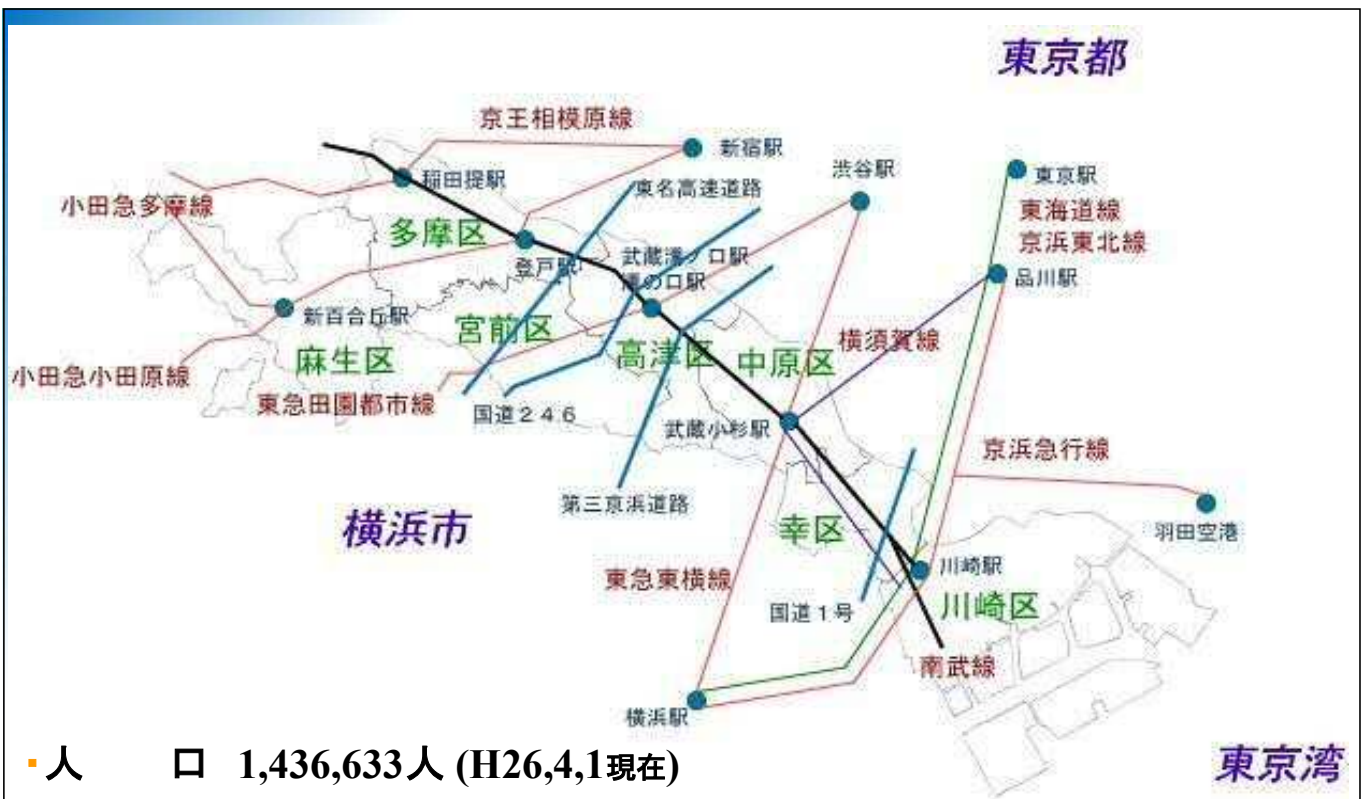
《行政》

住民に最も身近な基礎自治体として、川崎市は、今後、更に、地域包括ケアシステムの推進において中心的な役割を担うことが必要。

全市的には、財政面や技術面から効果的な施策展開を進めながら、行政区の単位では、地域ごとに、人口構造や社会資源等の状況も異なることから、地域における課題やサービス等の需要を把握し、分析をしながら、その地域に適した仕組みを検討し、施策を展開していくことが重要。

【資料編】

川崎市の状況



- ・人口 1,436,633人 (H26,4,1現在)
- ・高齢化率 18.4% (同上) ※住民基本台帳ベース
- ・要介護等認定者 45,801人(H26,4,1現在)
- ・地域包括支援センター 49か所
- ・障害者相談支援センター 28か所(基幹型7箇所・地域型21箇所)

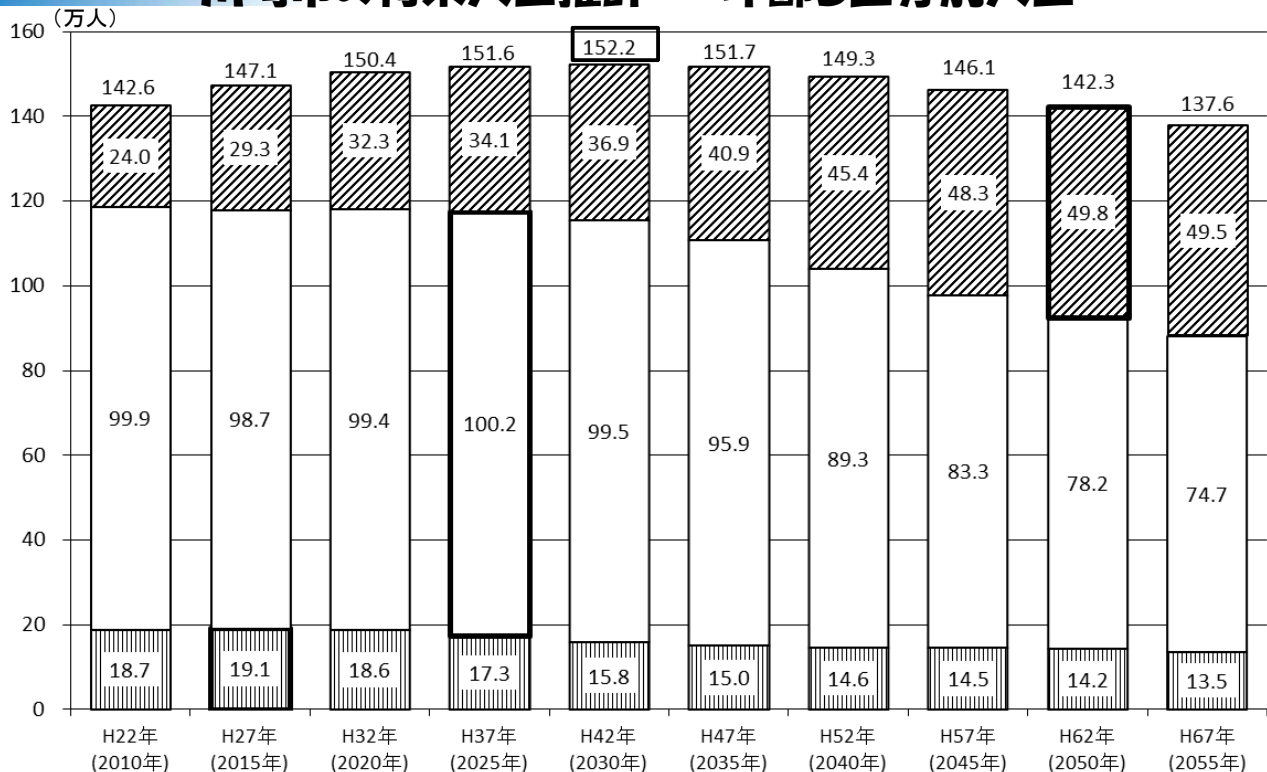
【大都市比較から見た川崎市】

※20政令市と東京都区部から構成される21大都市間比較

・人口密度	9,970人/km ²	※東京都区部及び大阪市に次ぐ過密都市	
・人口増加比率	0.61%	※第4位	} (元気な都市)
・出生率	1.01(平均0.87)	※最高位	
・自然増加率	0.33(平均△0.00)	※最高位	
・死亡率	0.68(平均0.87)	※最低位	
・平均年齢	41.5歳(平均43.9歳)	※最高位	} (最も若い都市)
・生産年齢人口割合	70.0(平均65.7)	※最高位	
・老年人口割合	16.8(平均21.2)	※最低位	

「平成24年版 大都市比較統計年表から見た川崎市」

川崎市の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～

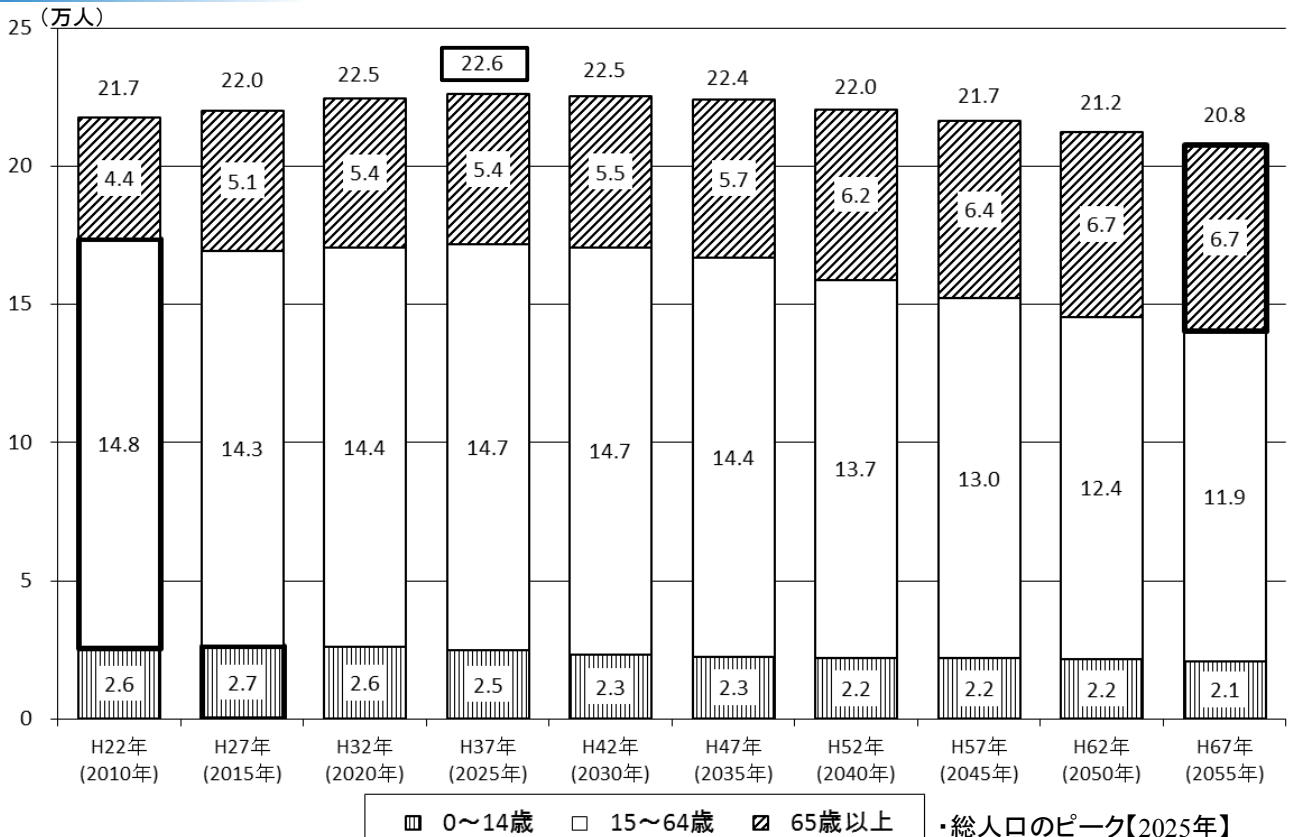


■ 0～14歳 □ 15～64歳 ▨ 65歳以上

- ・総人口のピーク【2030年】
- ・老年人口のピーク【2050年】
- ・生産年齢人口のピーク【2025年】
- ・年少人口のピーク【2015年】

「新たな総合計画策定に向けた将来人口推計」

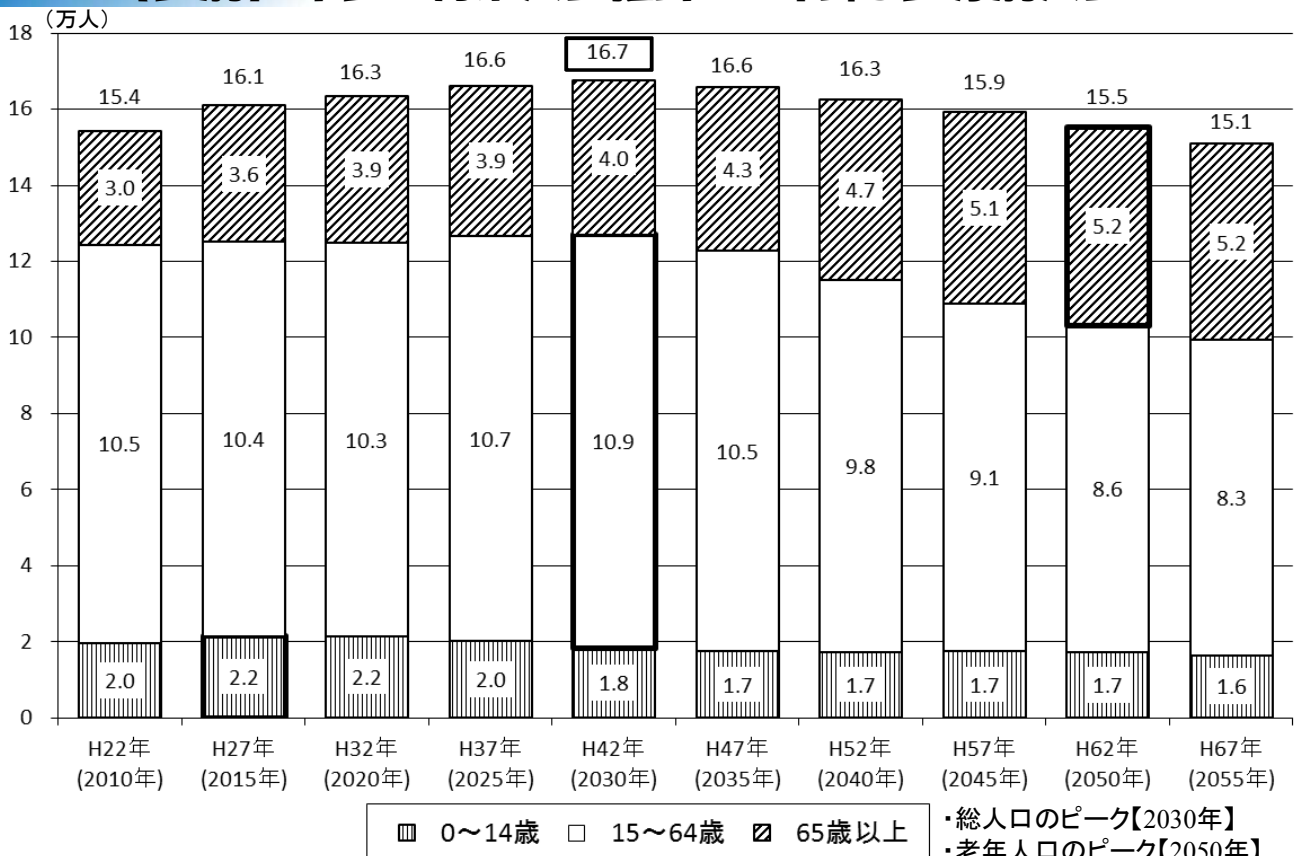
【区別】川崎区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



「新たな総合計画策定に向けた将来人口推計」

- ・総人口のピーク【2025年】
- ・老年人口のピーク【2055年】
- ・生産年齢人口のピーク【2010年】
- ・年少人口のピーク【2015年】

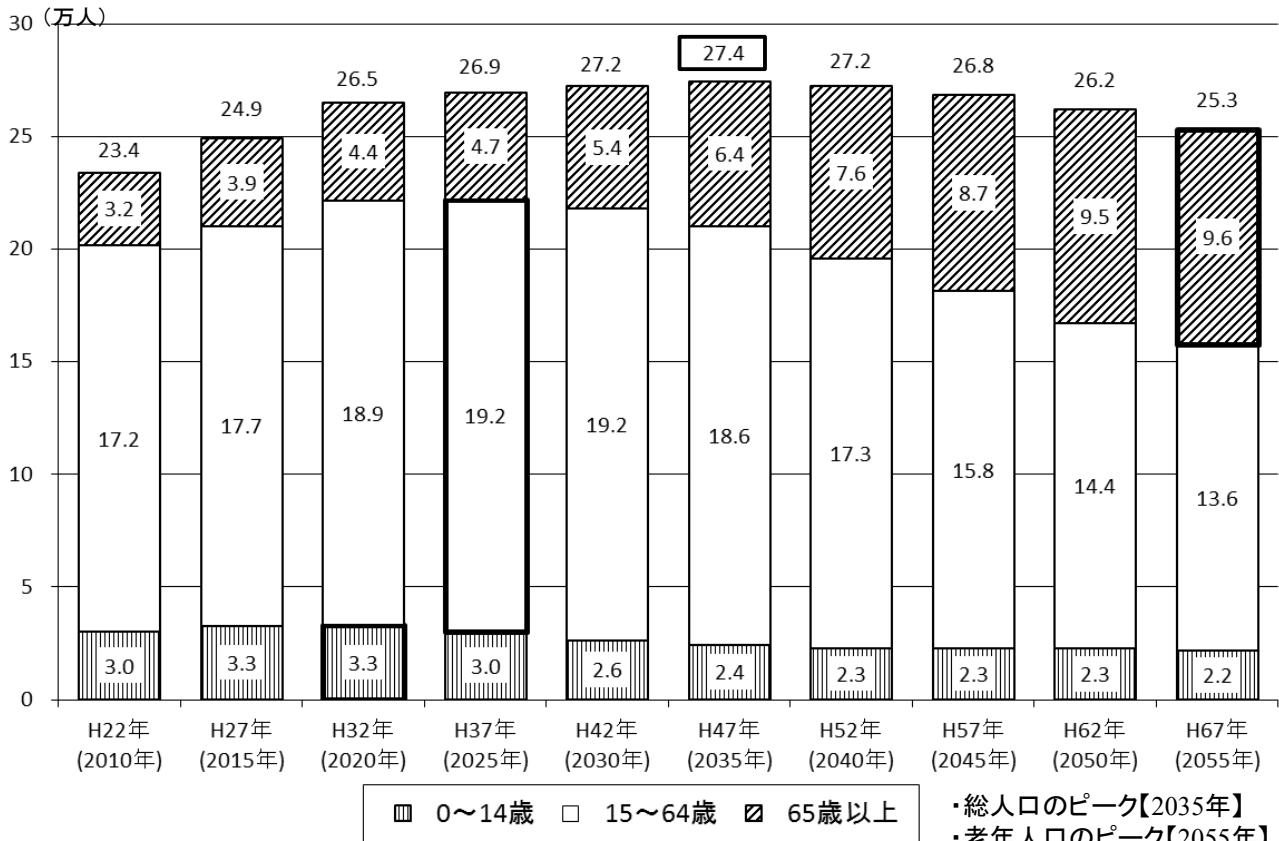
【区別】幸区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



「新たな総合計画策定に向けた将来人口推計」

- ・総人口のピーク【2030年】
- ・老年人口のピーク【2050年】
- ・生産年齢人口のピーク【2030年】
- ・年少人口のピーク【2015年】

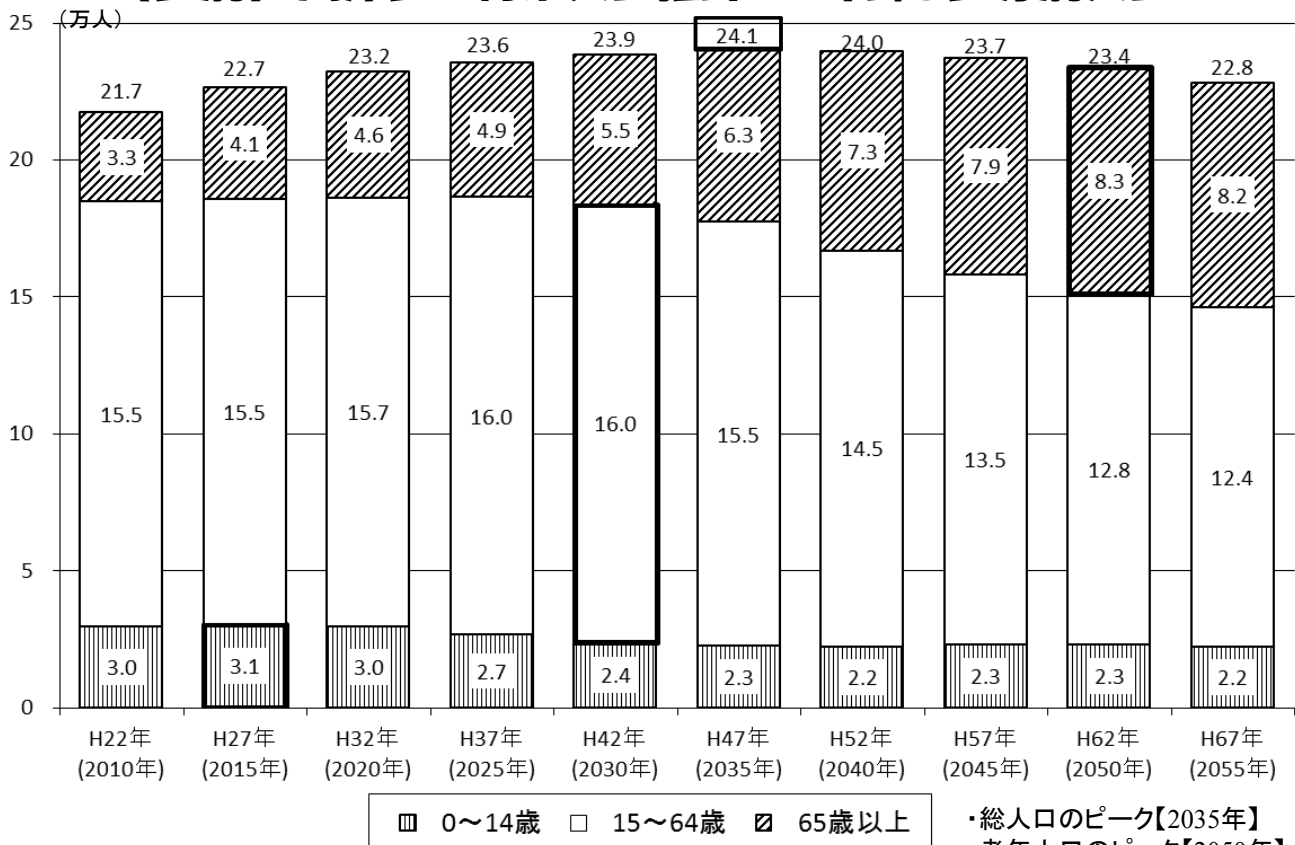
【区別】 中原区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



- ・総人口のピーク【2035年】
- ・老年人口のピーク【2055年】
- ・生産年齢人口のピーク【2025年】
- ・年少人口のピーク【2020年】

「新たな総合計画策定に向けた将来人口推計」

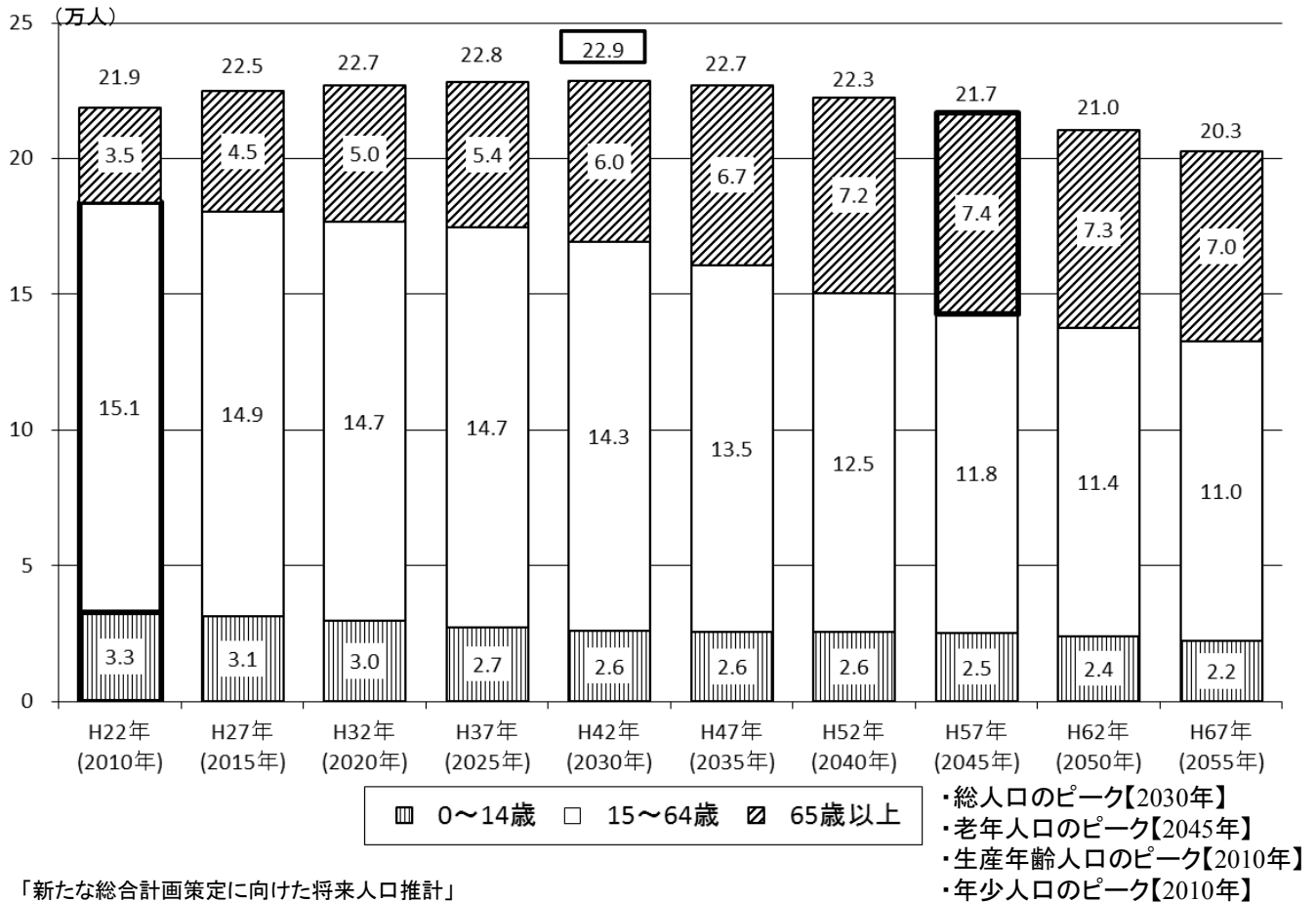
【区別】 高津区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



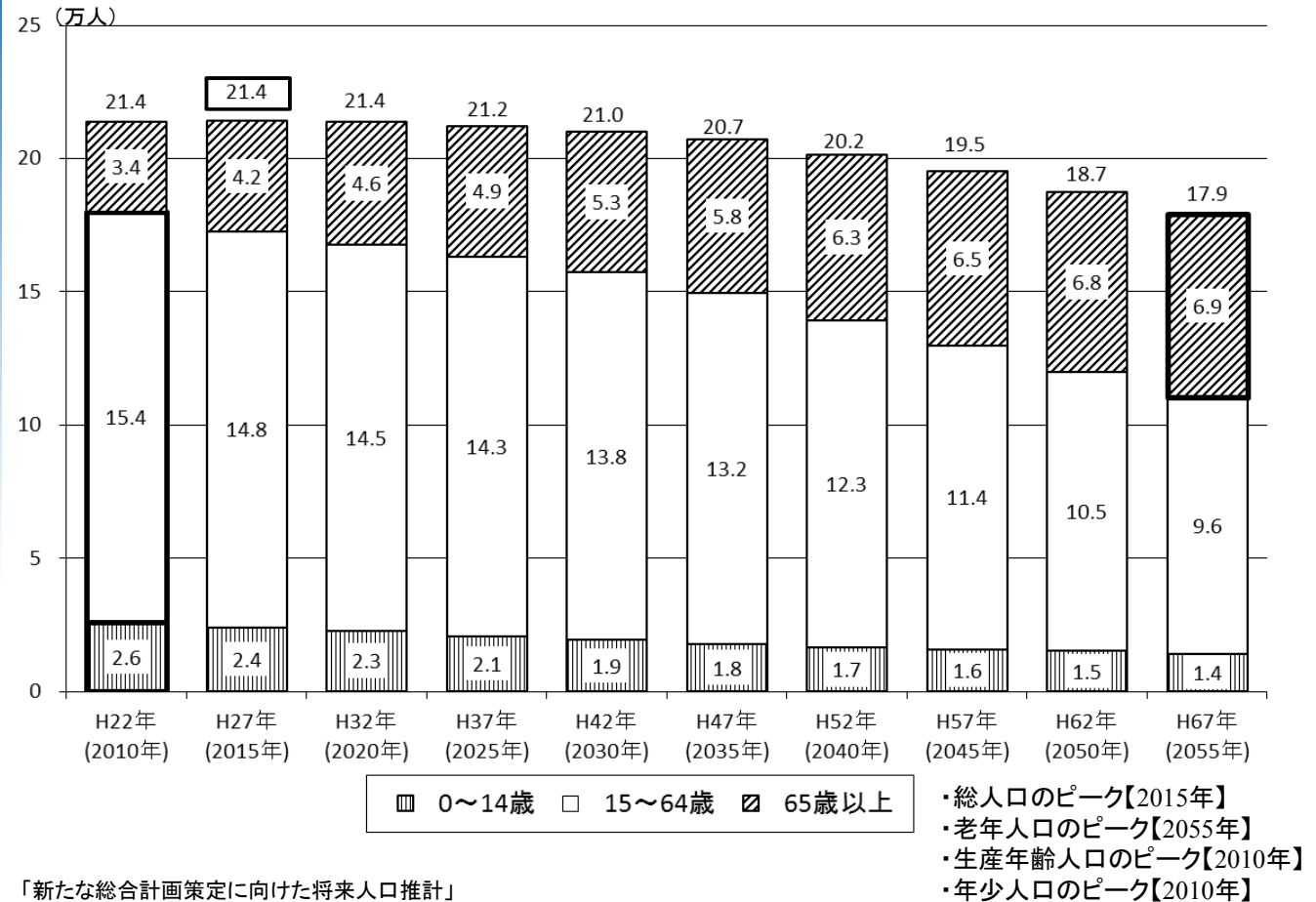
- ・総人口のピーク【2035年】
- ・老年人口のピーク【2050年】
- ・生産年齢人口のピーク【2030年】
- ・年少人口のピーク【2015年】

「新たな総合計画策定に向けた将来人口推計」

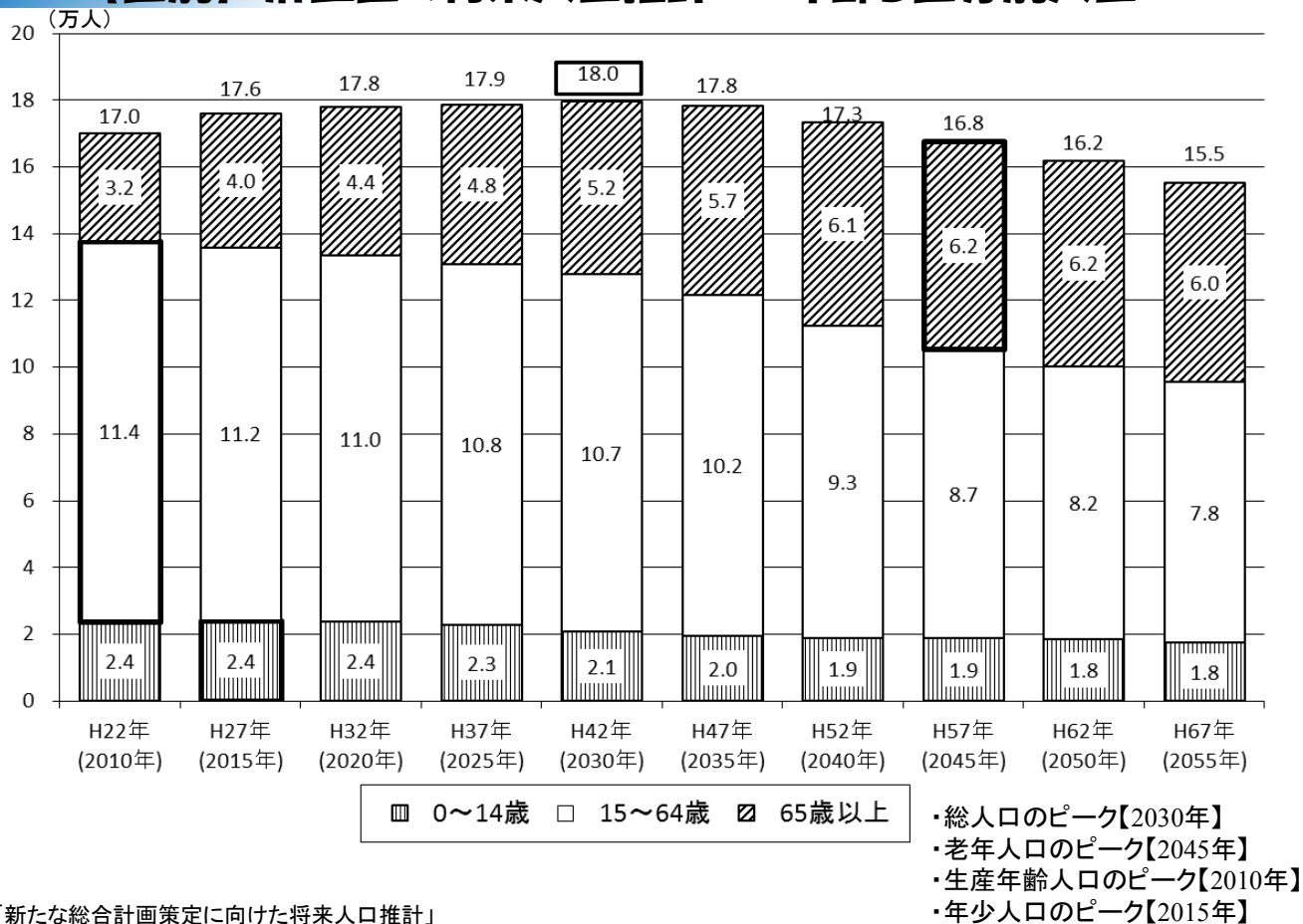
【区別】 宮前区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



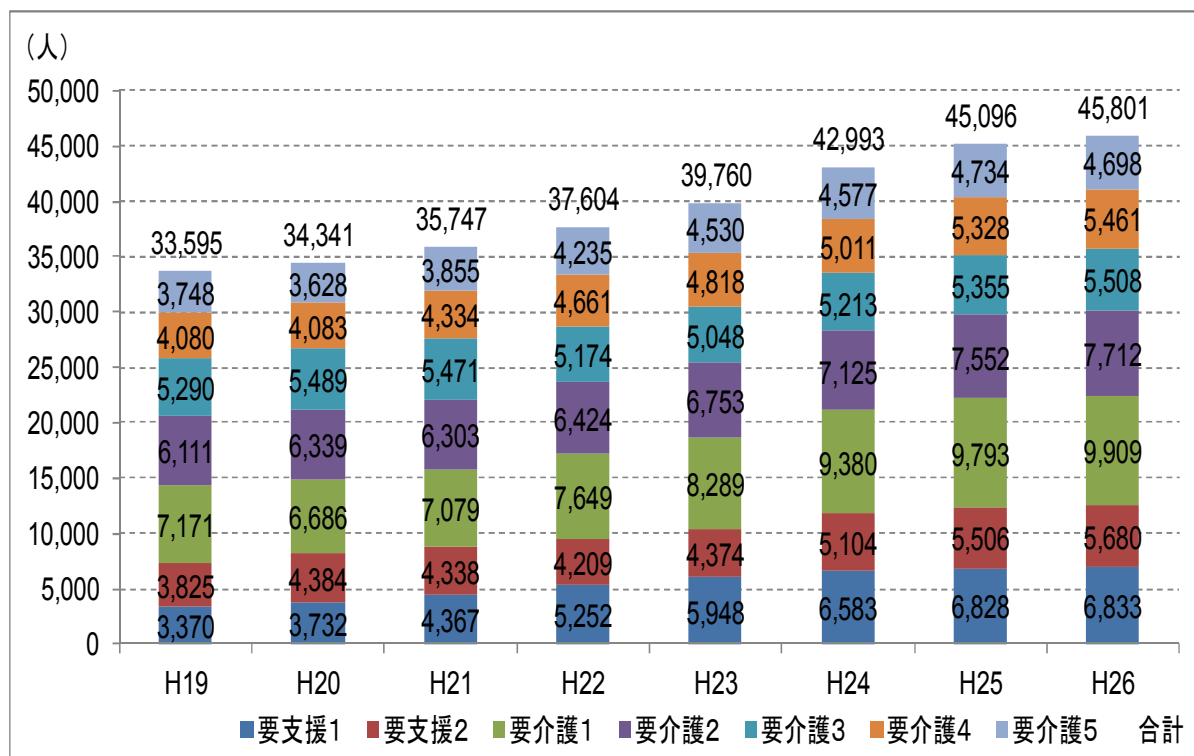
【区別】 多摩区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



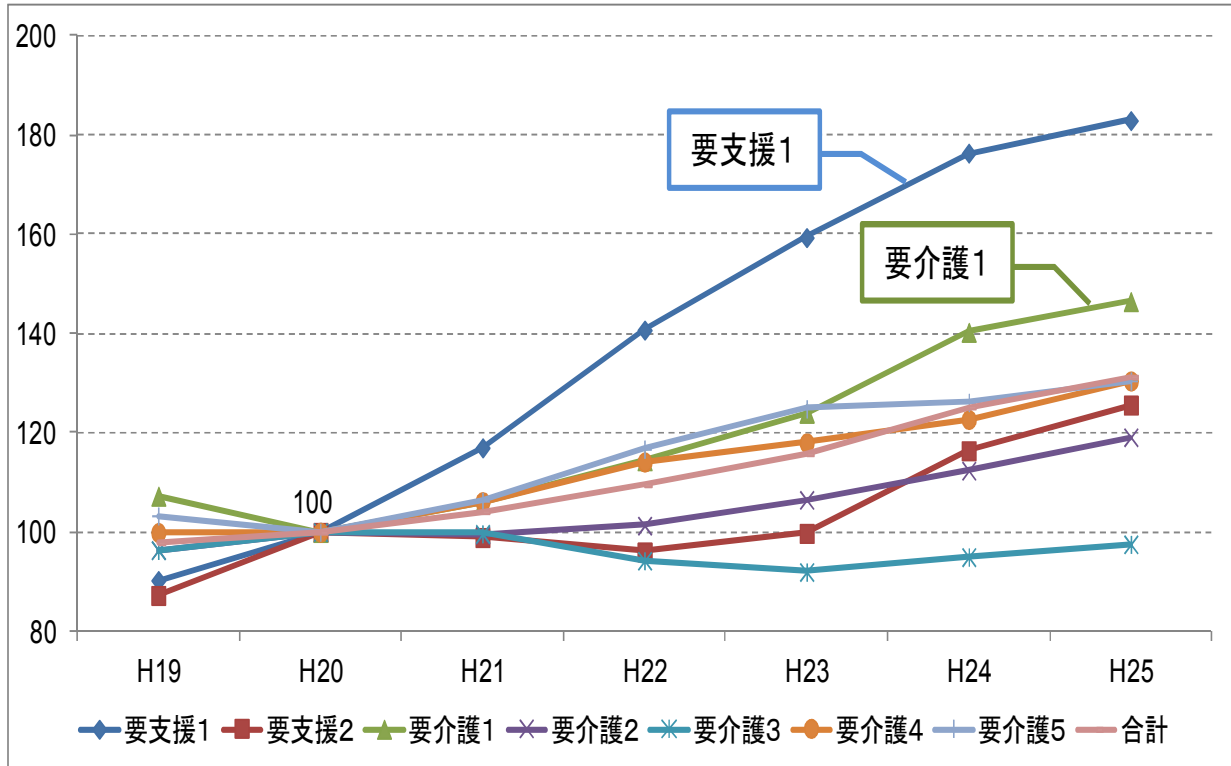
【区別】麻生区の将来人口推計 ～年齢3区分別人口～



要介護認定者数の推移(2号被保険者含む)

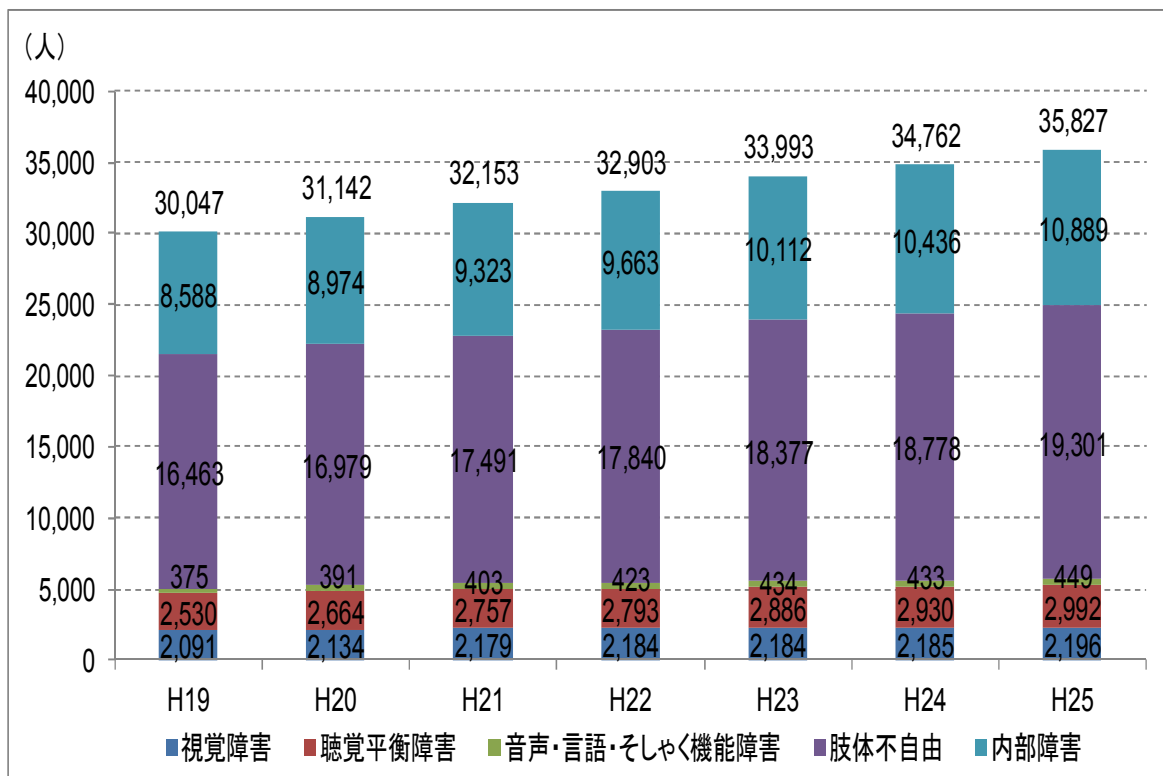


要介護認定者数の推移(H20=100)(2号被保険者含む)



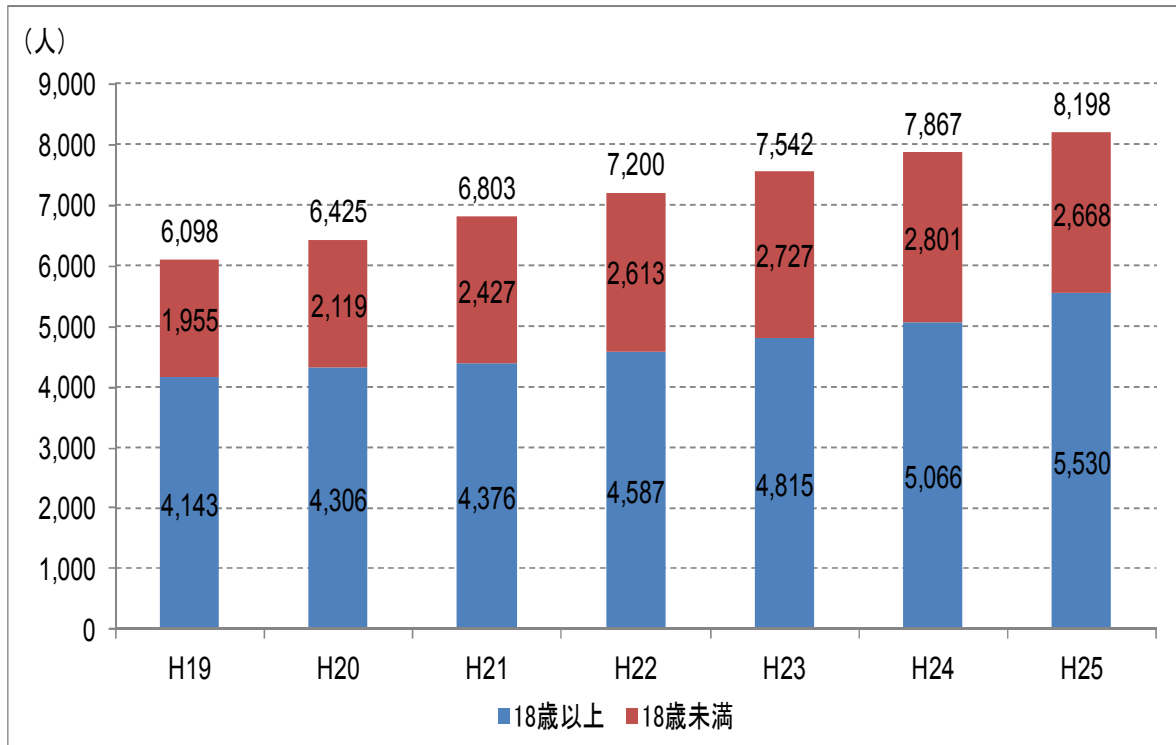
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

身体障害者・児数の推移(各年度末時点)



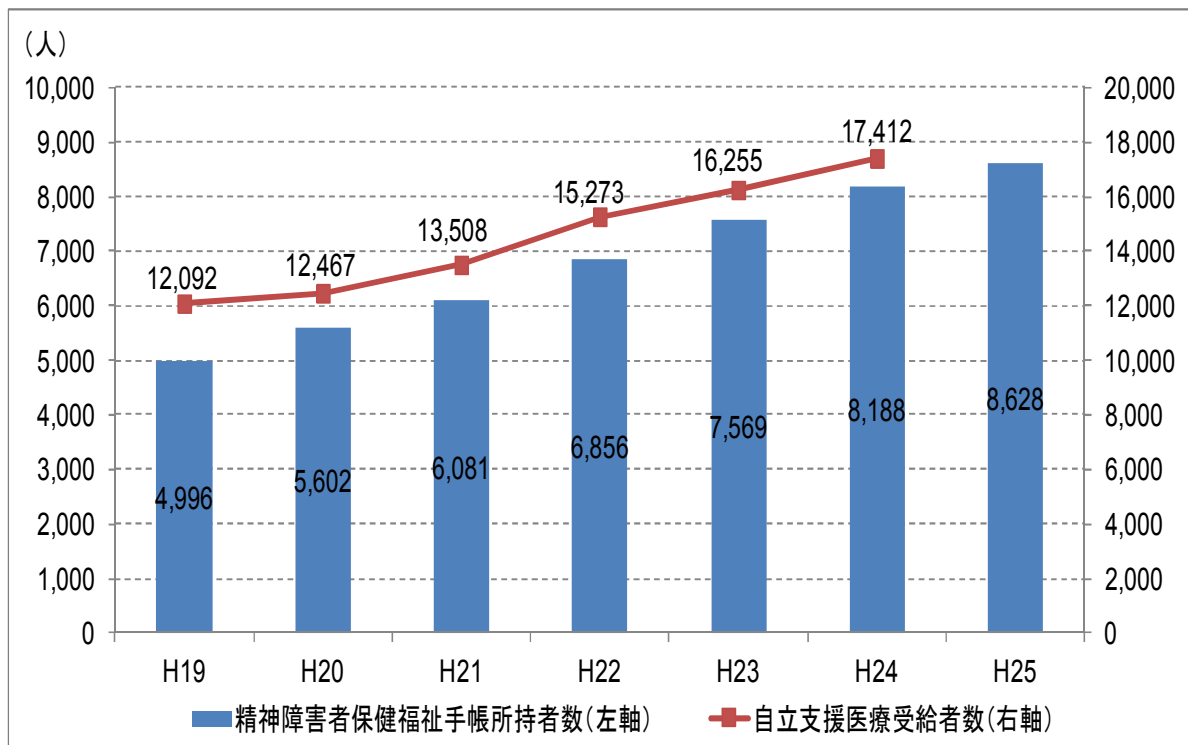
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

知的障害者数・児数の推移(各年度末時点)



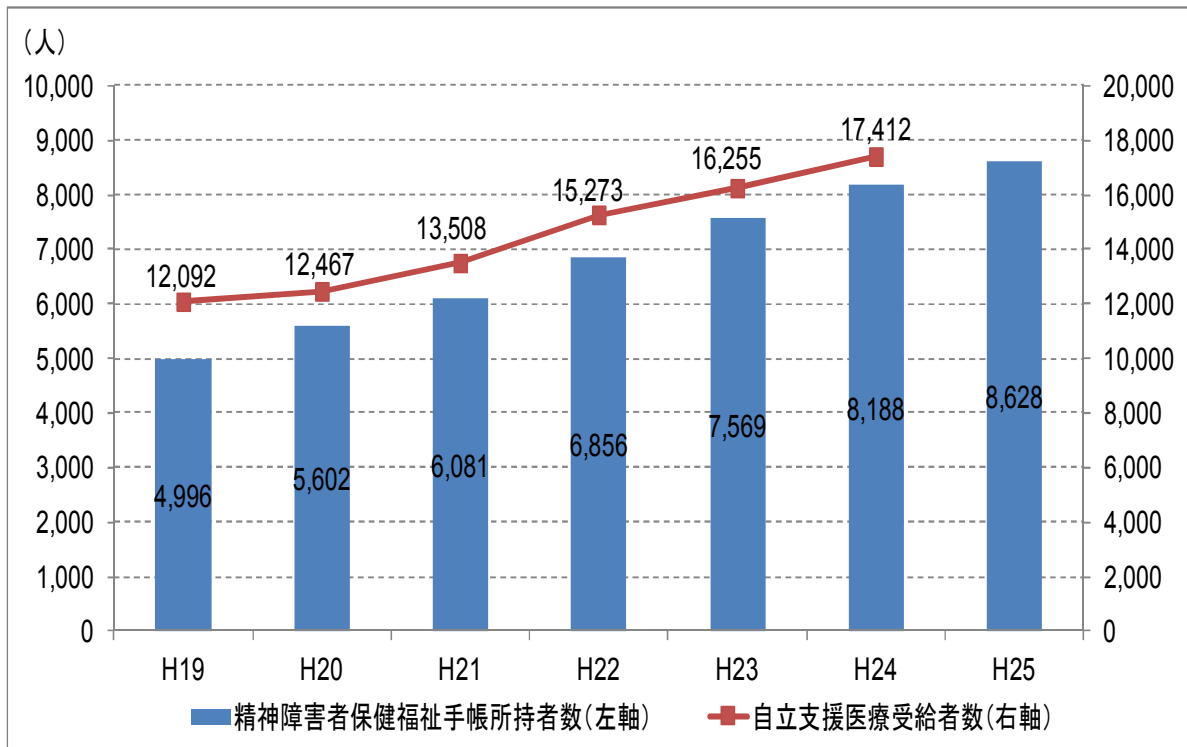
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

精神障害者数の推移(各年度末時点)



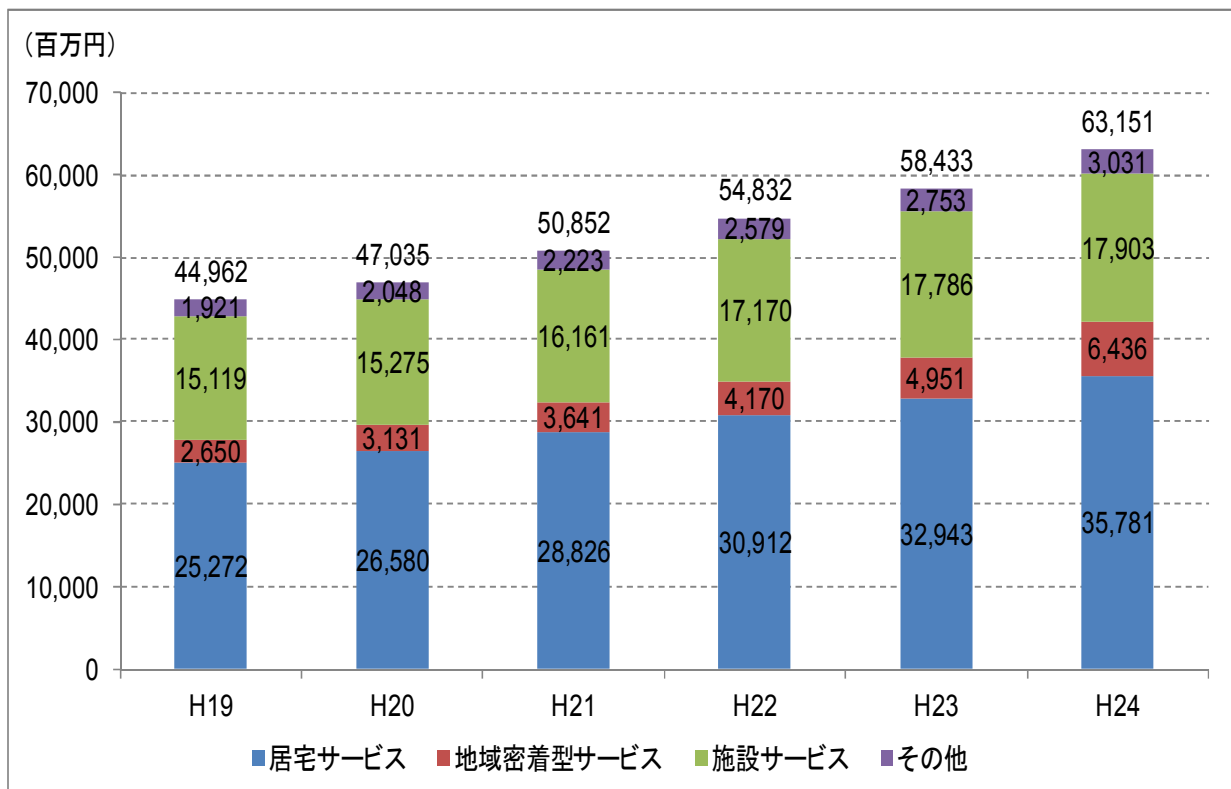
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

精神障害者数の推移(各年度末時点)



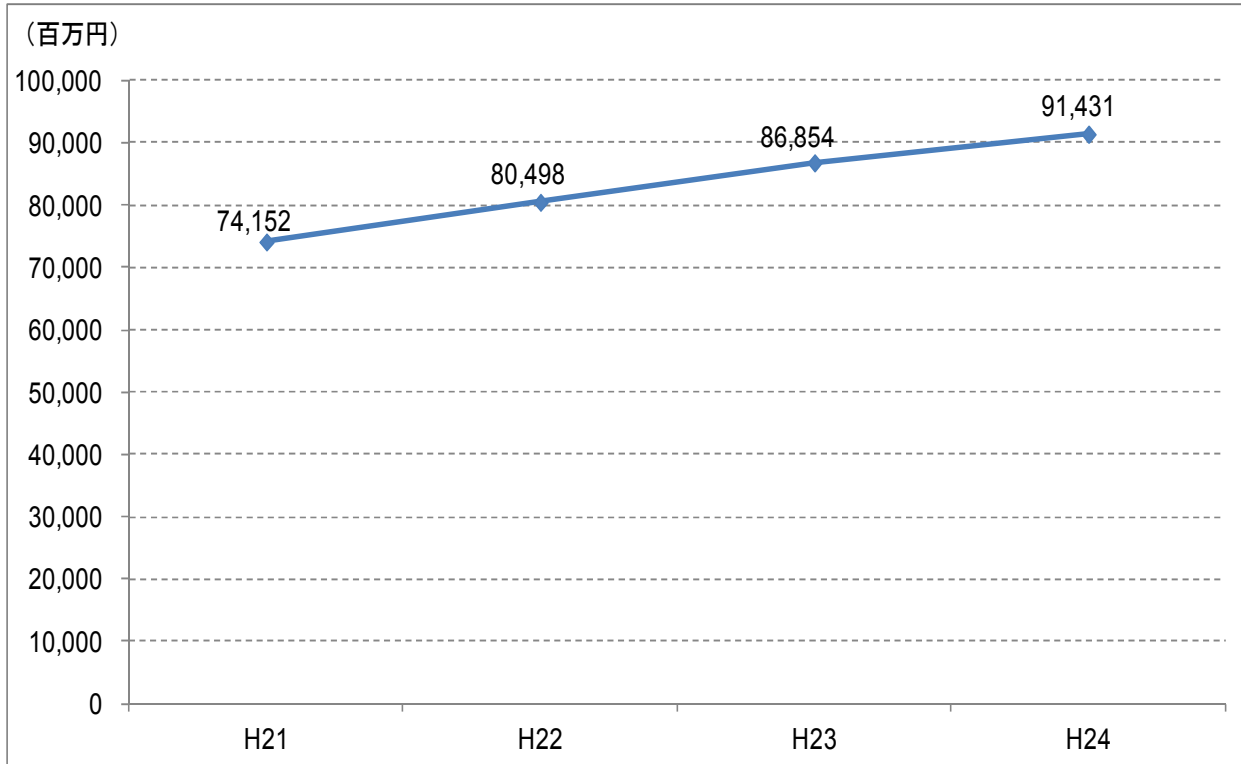
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

介護保険給付費の推移



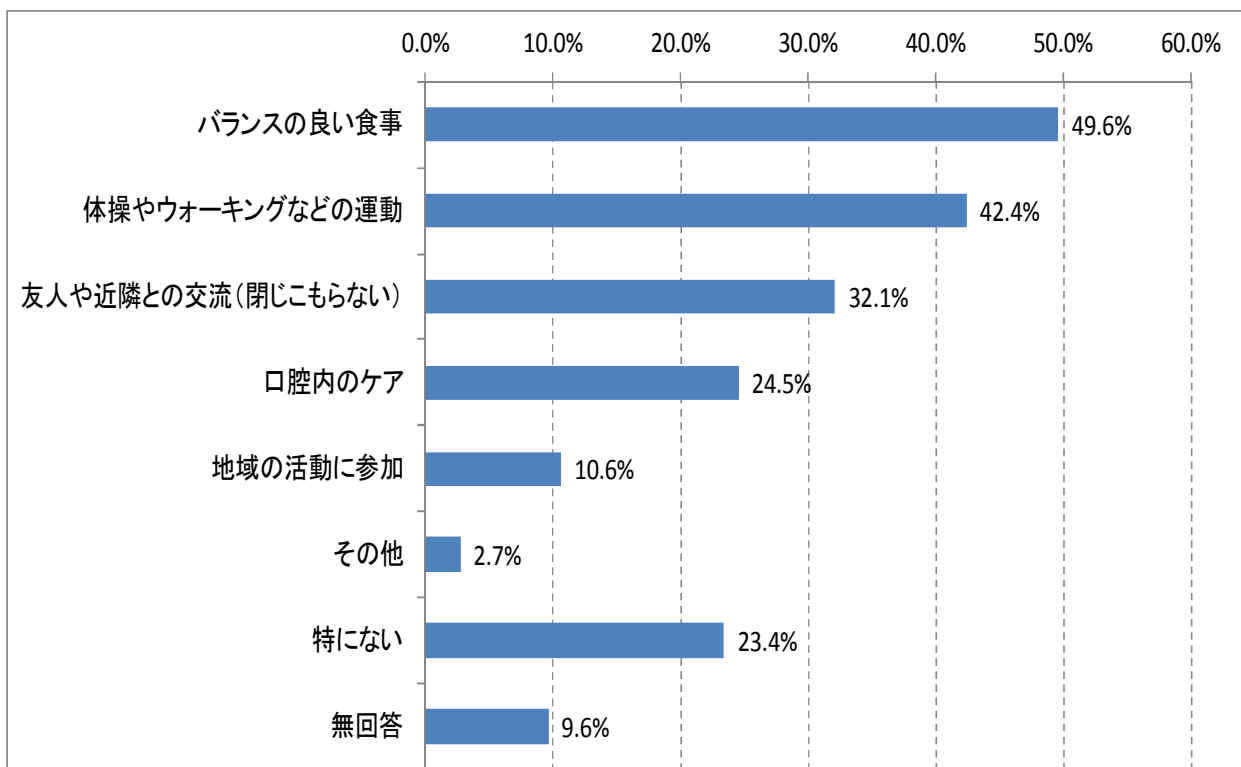
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

医療給付費(後期高齢者医療制度)の推移



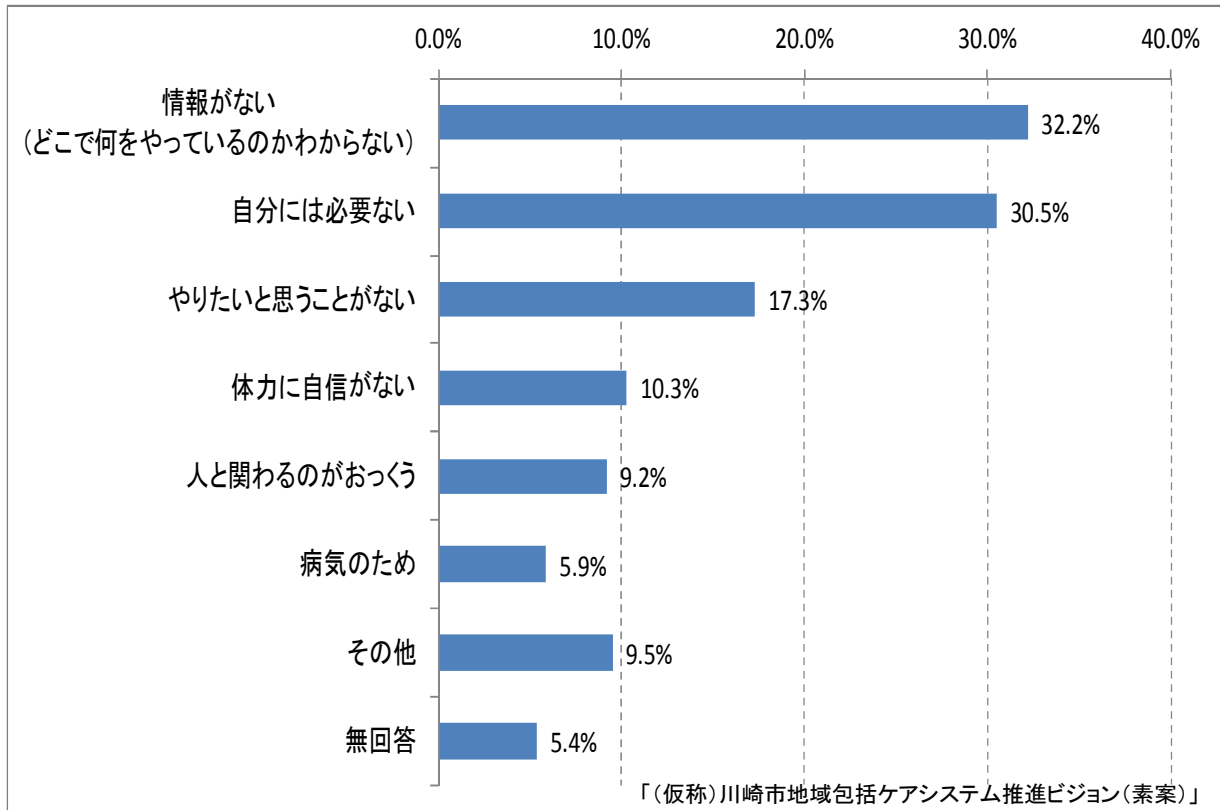
「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

介護予防の取組で実践していること

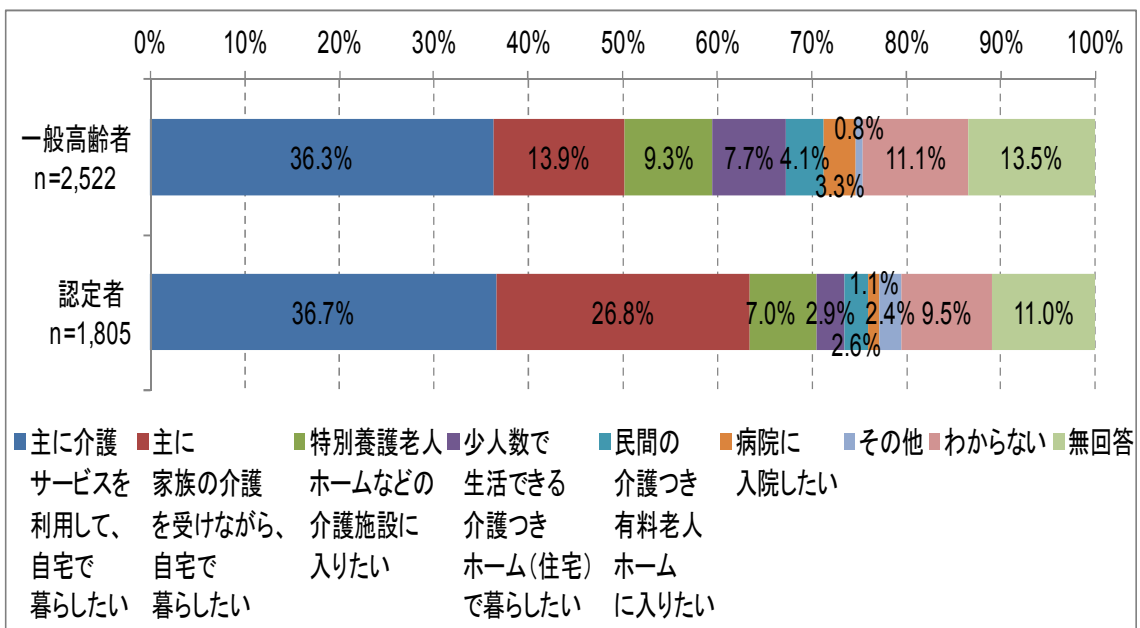


「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

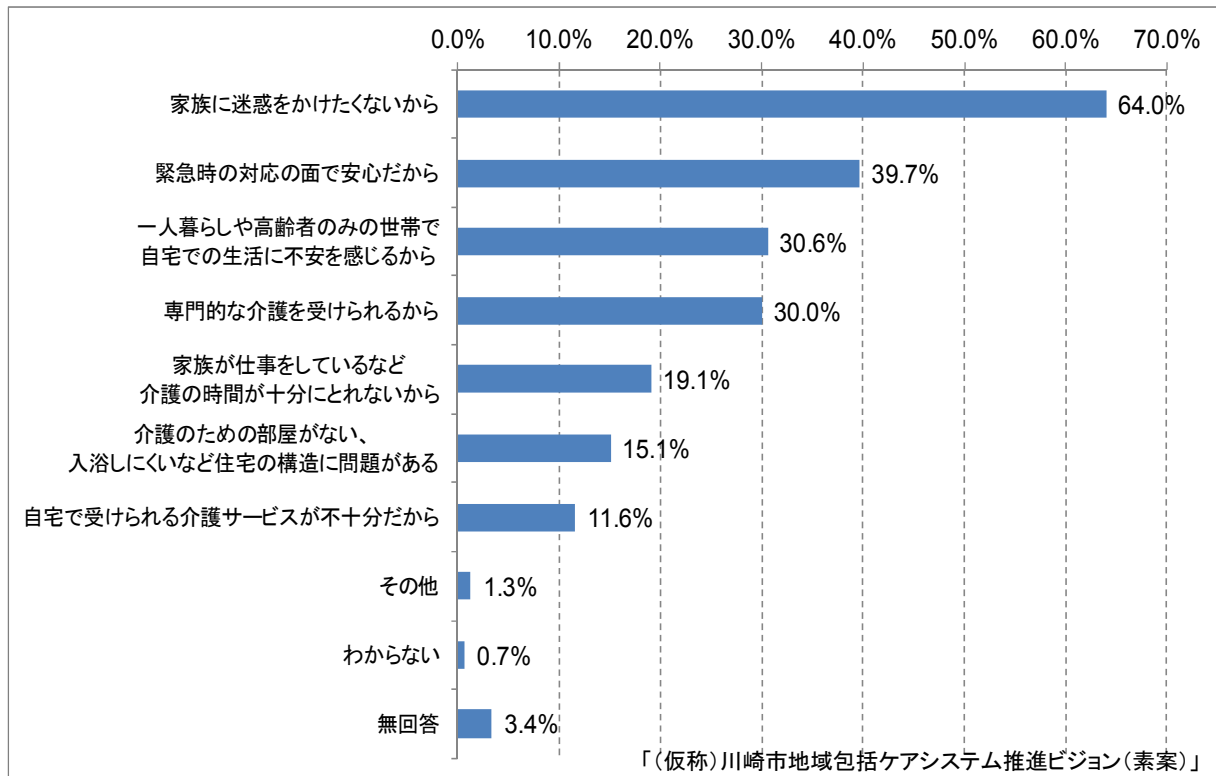
介護予防の取組をしていない理由



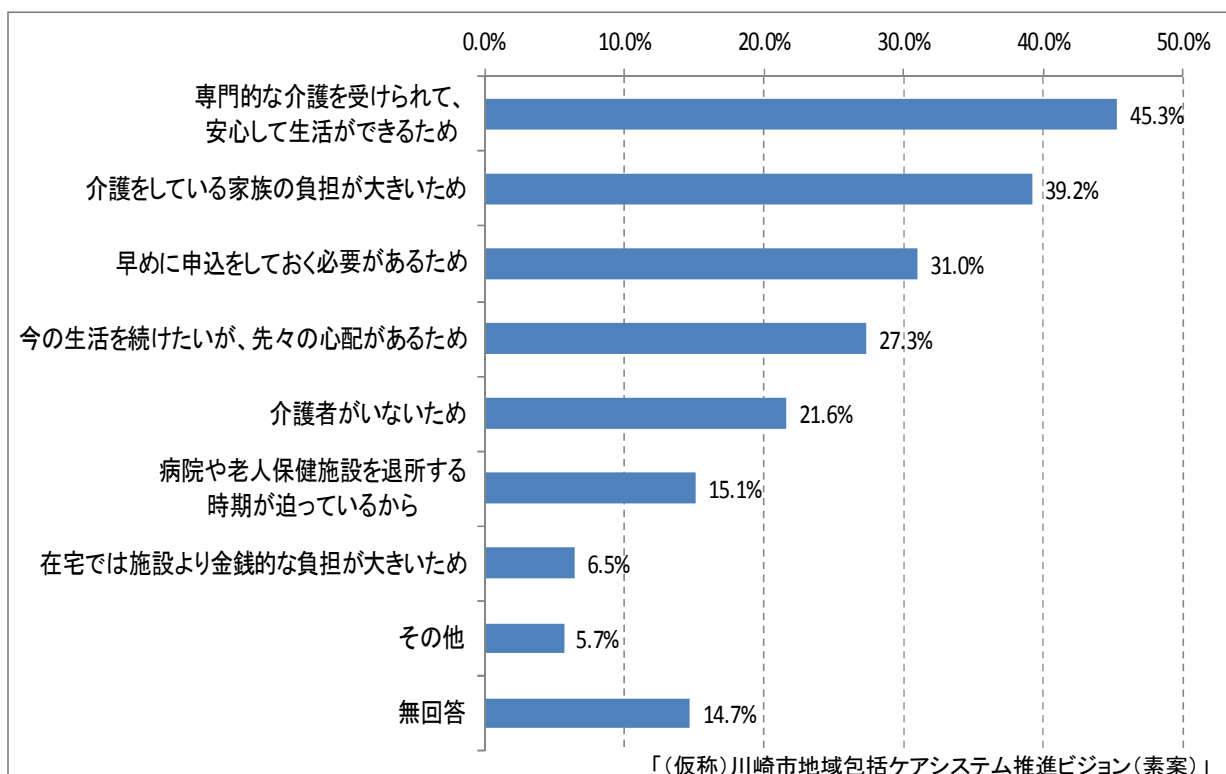
介護が必要になった場合の暮らし方(一般高齢者) 今後の暮らし方(認定者)



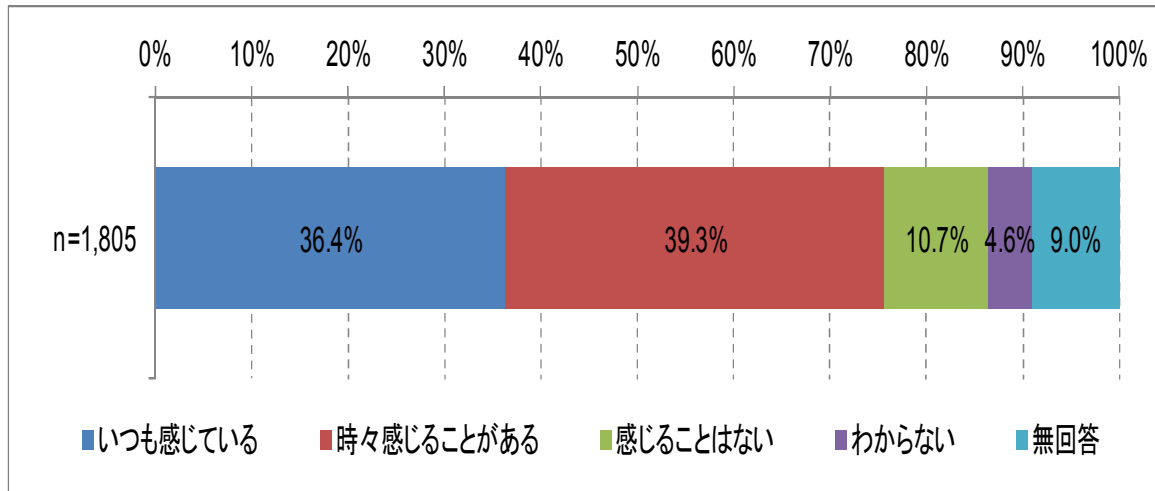
自宅以外で生活したい理由(一般高齢者)



特別養護老人ホームへの入所申込理由(入所希望者) (複数回答)

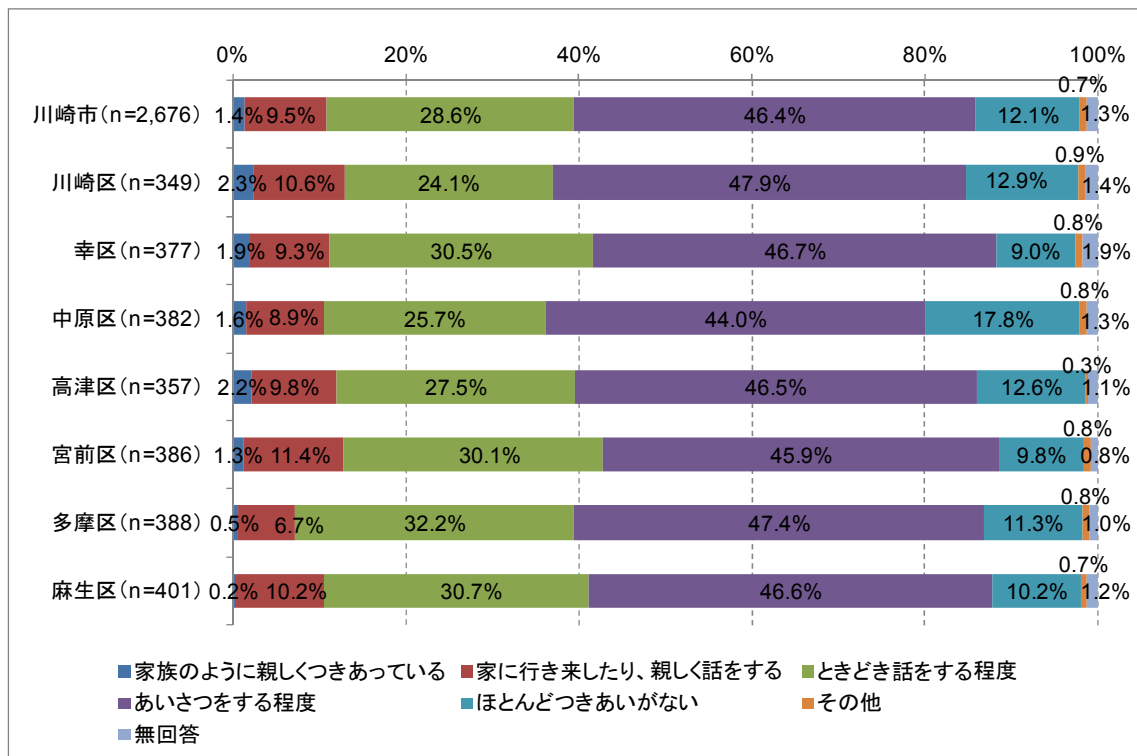


主な介護者の介護上の負担感(認定者)



「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

近所付き合いの程度



「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

近所付き合いや住民同士の交流について

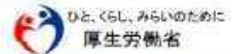
	地域で助け合うことは大切であり、そのためにもふだんからの交流は必要だ	いざという時に助け合いたいので、多少面倒でもふだんから交流しておいた方が良い	困った時は当然助け合うべきだが、日ごろの交流は面倒なのであまりしたくない	地域での助け合いは必要だと思わないが、地域で交流すること自体は大切だ	地域との交流より、気の合った仲間やグループで交流し、その中で助け合えば良い	困った時は行政などが支援すべきで、地域での助け合いや日ごろの交流は必要ない	その他	無回答
川崎市(n=2,676)	35.4%	26.8%	26.9%	1.6%	3.3%	2.2%	1.9%	1.8%
川崎区(n=349)	36.4%	25.2%	24.4%	1.4%	4.9%	3.2%	1.4%	3.2%
幸区(n=377)	32.6%	26.0%	29.7%	1.6%	2.9%	2.4%	2.7%	2.1%
中原区(n=382)	38.2%	25.7%	24.1%	1.6%	4.2%	3.7%	1.8%	0.8%
高津区(n=357)	33.3%	28.0%	28.3%	1.7%	2.5%	2.0%	2.2%	2.0%
宮前区(n=386)	36.5%	26.4%	28.0%	1.6%	3.4%	1.3%	1.0%	1.8%
多摩区(n=388)	34.0%	28.9%	26.0%	1.8%	3.9%	2.3%	2.1%	1.0%
麻生区(n=401)	36.4%	27.7%	27.7%	1.2%	2.0%	1.2%	2.0%	1.7%

「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン(素案)」

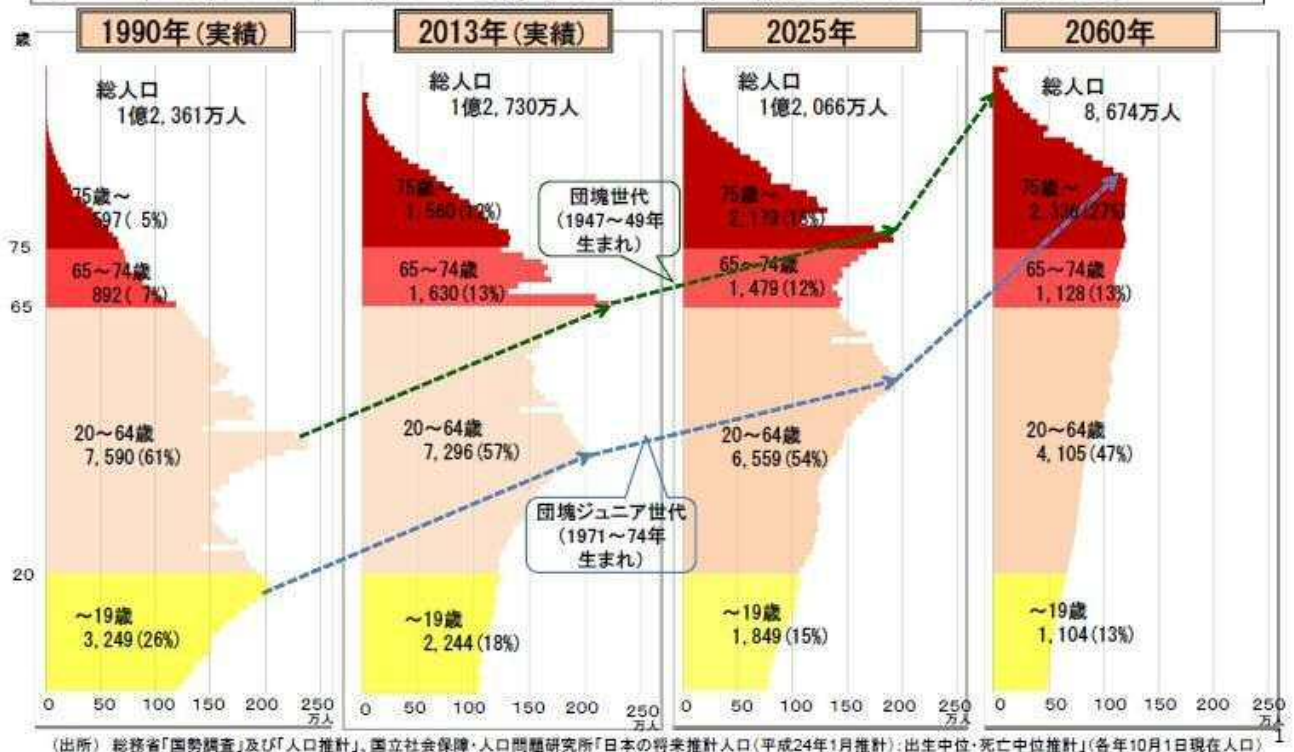
【資料編】

国の資料からの抜粋

日本の人口ピラミッドの変化



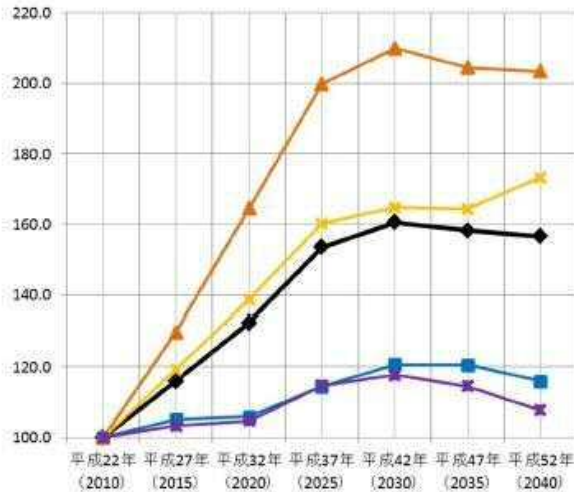
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



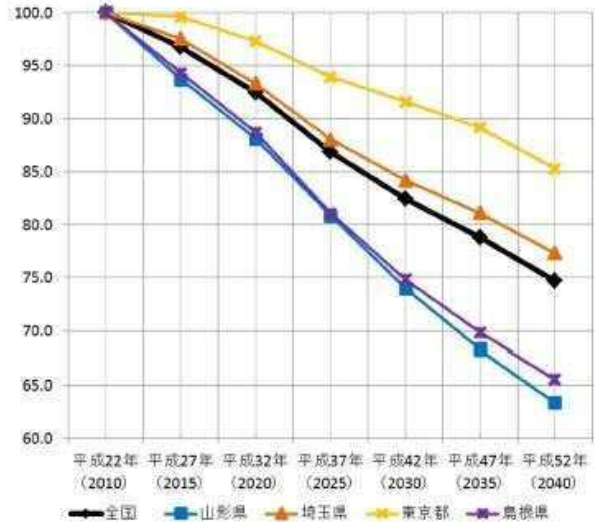
厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やか。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



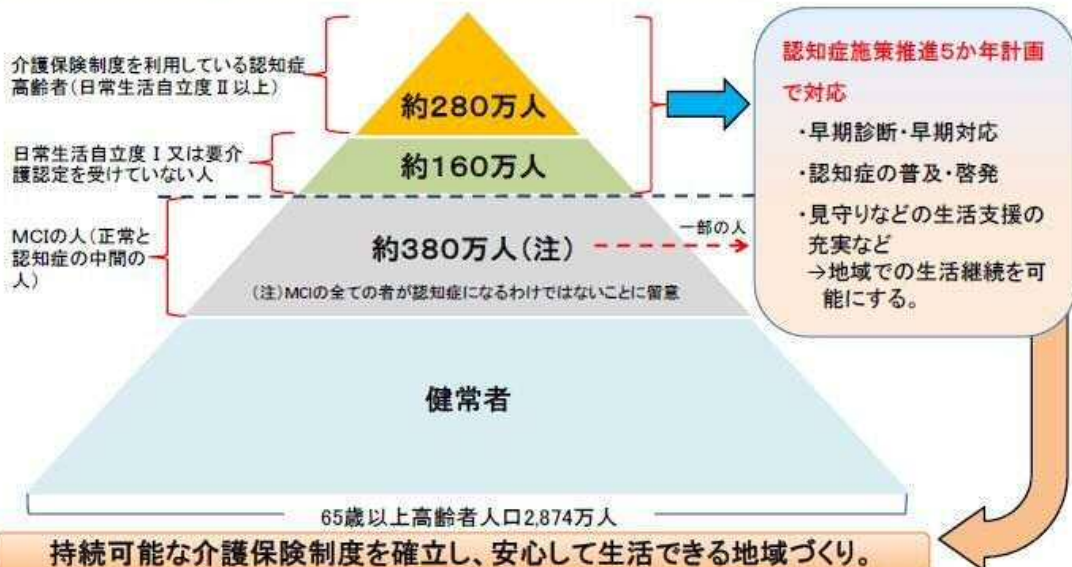
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

2

厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

認知症高齢者の現状 (平成22年)

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。



出典:「都市部における認知症有病者と認知症の生活継続支援への対応」(H21.9報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

4

社会保障審議会介護保険部会第47回「認知症施策の推進について」から抜粋

(参考) 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ(*)以上の高齢者数は280万人であった。

(算出方法)

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
- ②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合(性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合)を乗じて算出した。

*ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

*日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。(次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照)

2. 将来推計

(単位:万人)

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

*平成24年(2012)を推計すると、30.5万人となる。

*下段は65歳以上人口に対する比率

(算出方法)

- 将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(単位:万人)

将来推計(年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	149 6.3%	208 7.2%	250 7.6%	289 8.4%	323 9.3%

5

社会保障審議会介護保険部会第47回「認知症施策の推進について」から抜粋

3. 認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月末現在)

(単位:万人)

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

*繰越処理の関係により合計は一致しない。

*介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

(参考)

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

6

社会保障審議会介護保険部会第47回「認知症施策の推進について」から抜粋

(参考) 65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

- 二次判定における要支援2と要介護1の判定では、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は、要介護1と判定することとされており、理論的には要支援2で自立度Ⅱ以上は存在しない。
- 二次判定時に介護認定審査会が判断した自立度自体は記録されていない。また、二次判定における要支援2と要介護1以外の判定では、自立度の判定をすることになっていない。
- このため、参考値として、一次判定時の認定調査結果における自立度について集計したものである。

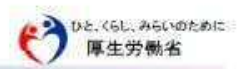
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.0%	7.7%	67.7%	66.9%	78.5%	83.3%	92.4%	59.9%

(出典)介護保険総合データベース(平成25年8月15日集計時点)

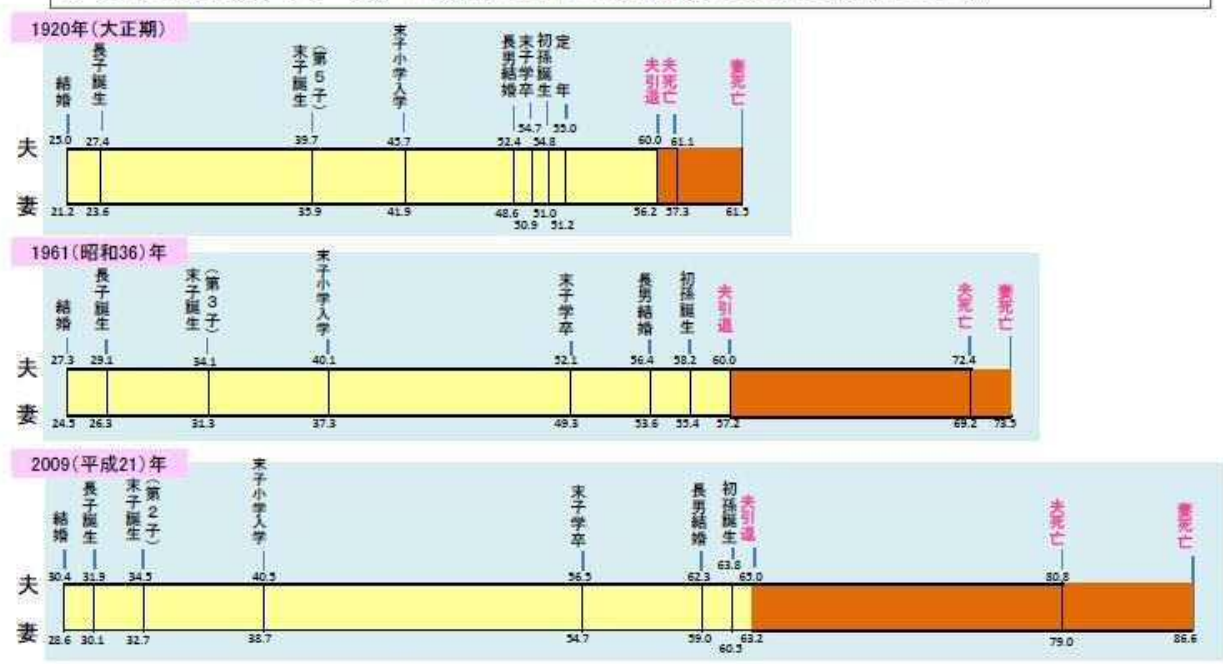
(注)平成24年度末における要支援・要介護認定結果を平成25年8月15日時点で集計したもの。
(1,580保険者中1,417保険者から国に報告されたもの)

社会保障審議会介護保険部会第47回「認知症施策の推進について」から抜粋

統計でみた平均的なライフサイクル



○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。

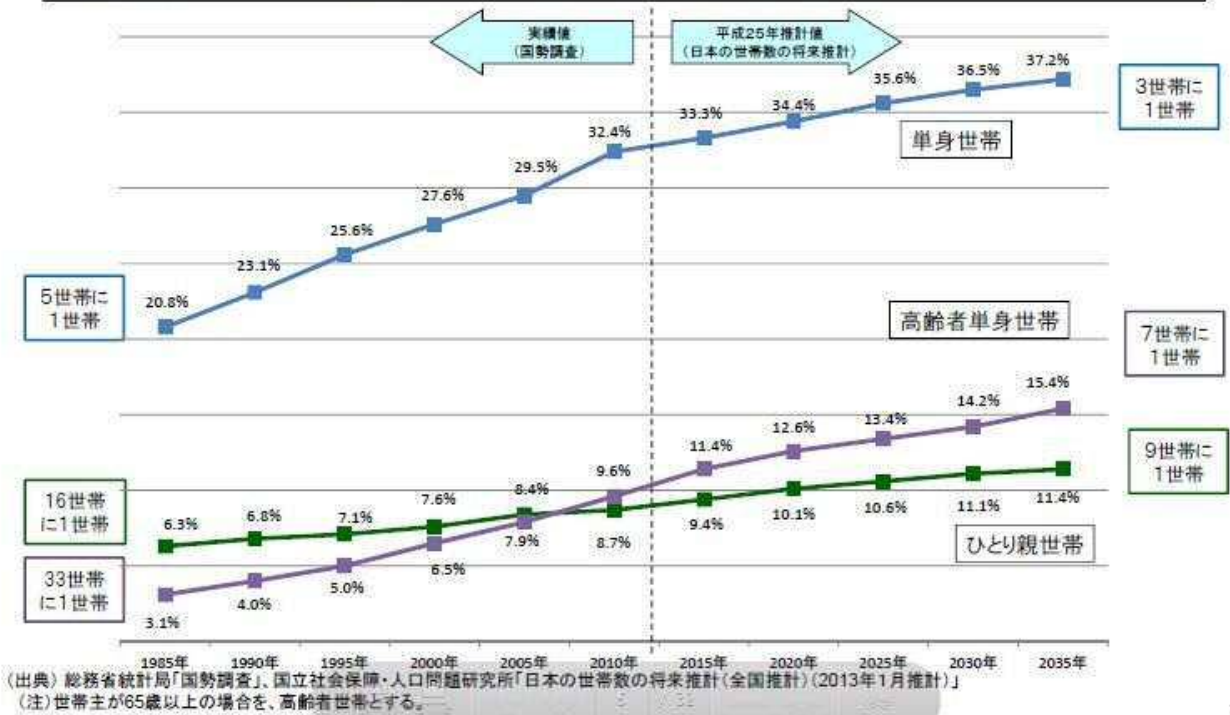


資料:1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。
(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

世帯構成の推移と見通し

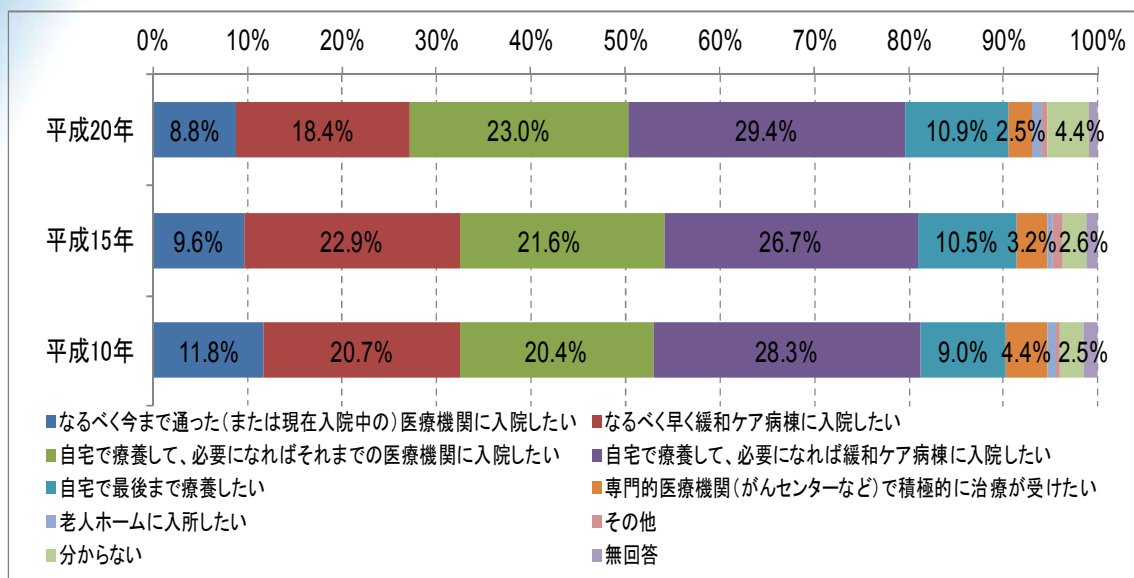
○単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。
単身世帯は、2035年で約4割に達する見込み。(全世帯数約5,184万世帯(2010年))



4

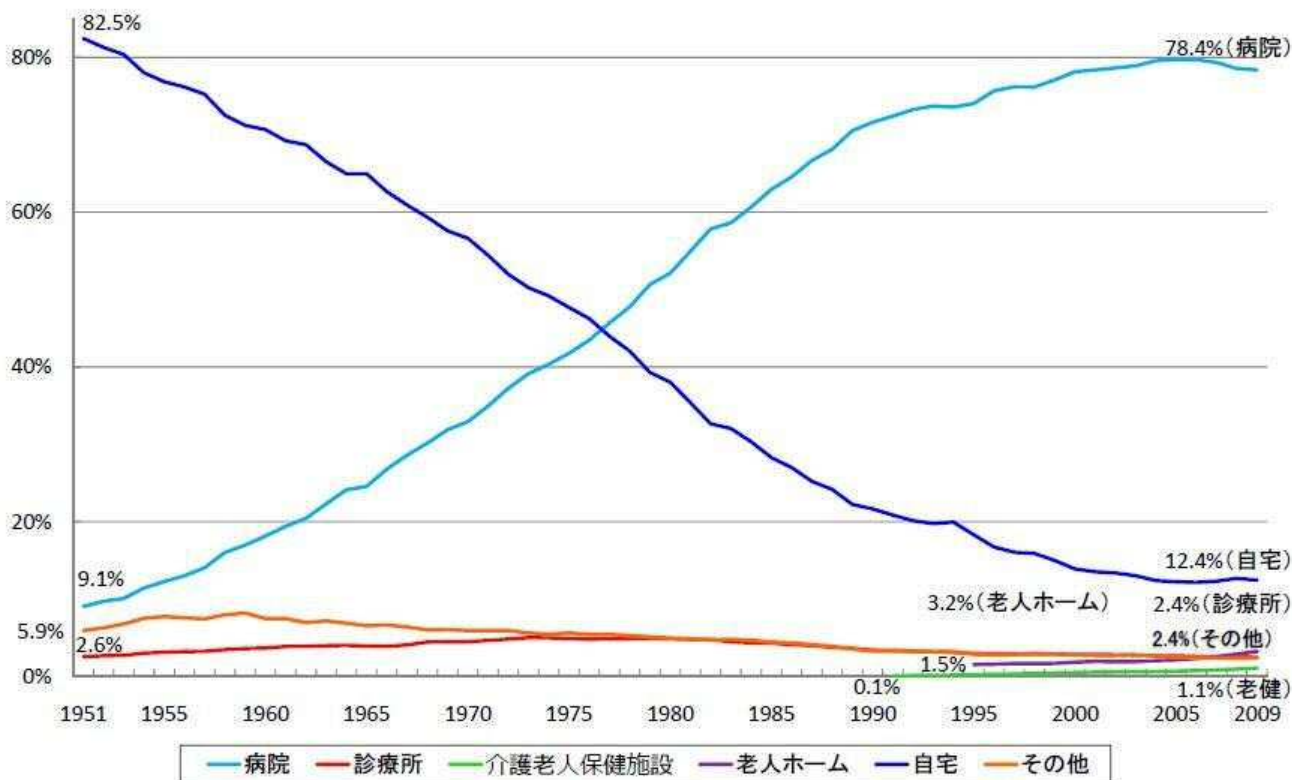
厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

終末期の療養場所に関する希望



第22回社会保障審議会医療部会(10/27資料)から抜粋

死亡場所の推移

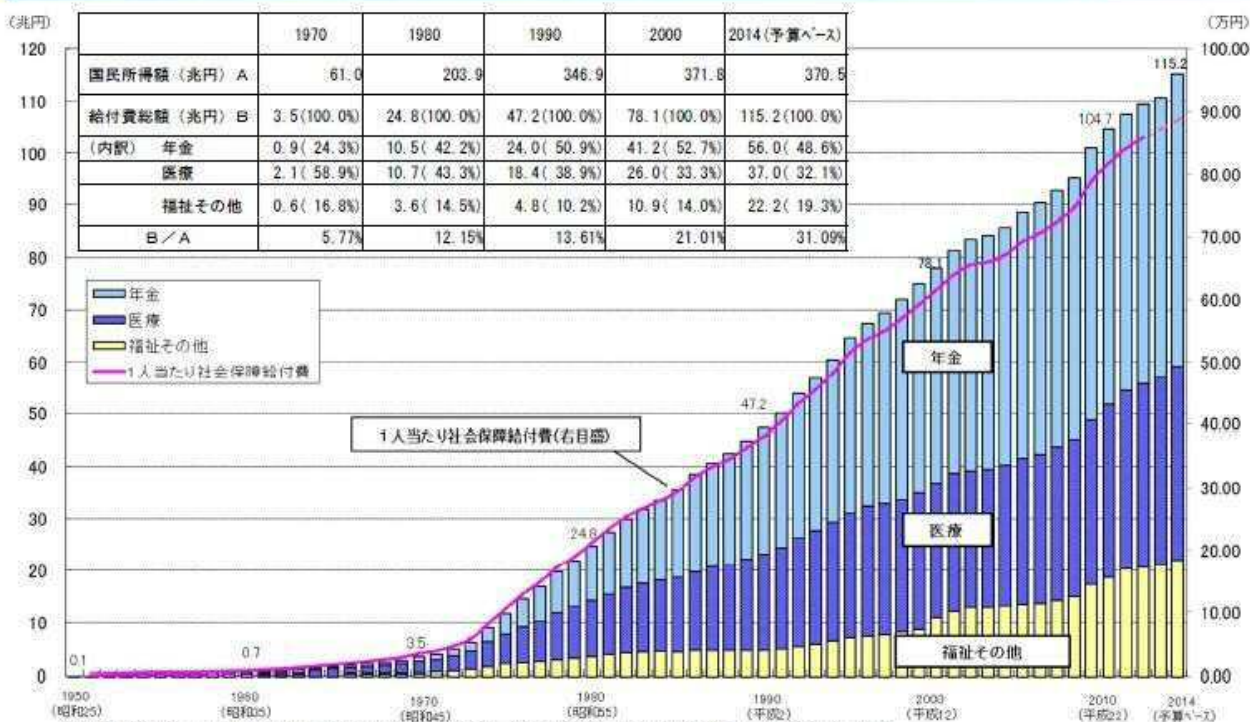
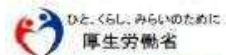


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」

85

社会保障給付費の推移



資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成23年度社会保障費用統計」、2012年度、2013年度、2014年度(予算ベース)は厚生労働省推計。

2014年度の国民所得額は「平成26年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成26年1月24日閣議決定)」

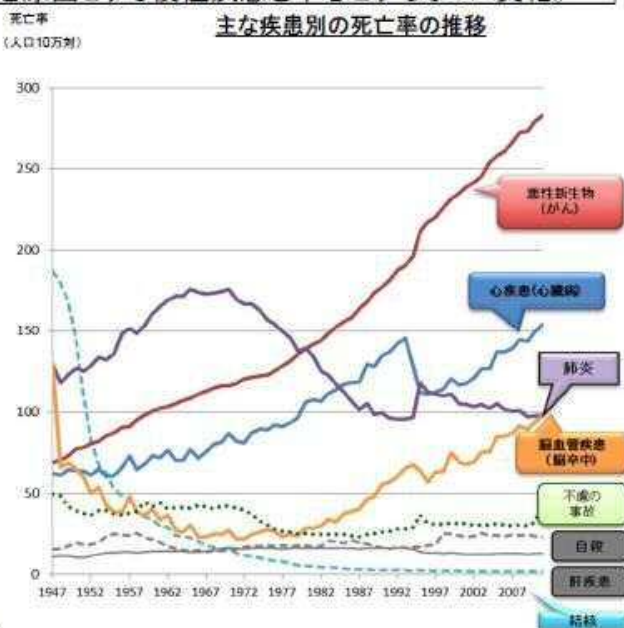
(注)図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2014年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

5

- 日本の医療を見てみると、人口当たりの病床(ベッド)数は他国よりも多く、特にベッド当たりの医師数は相当低い水準となっている。
- 高齢化の進展により、医療ニーズが、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

出典(左図):「OECD Health Data 2012」
 注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。
 注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。
 注3 病床百床当たり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。
 注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

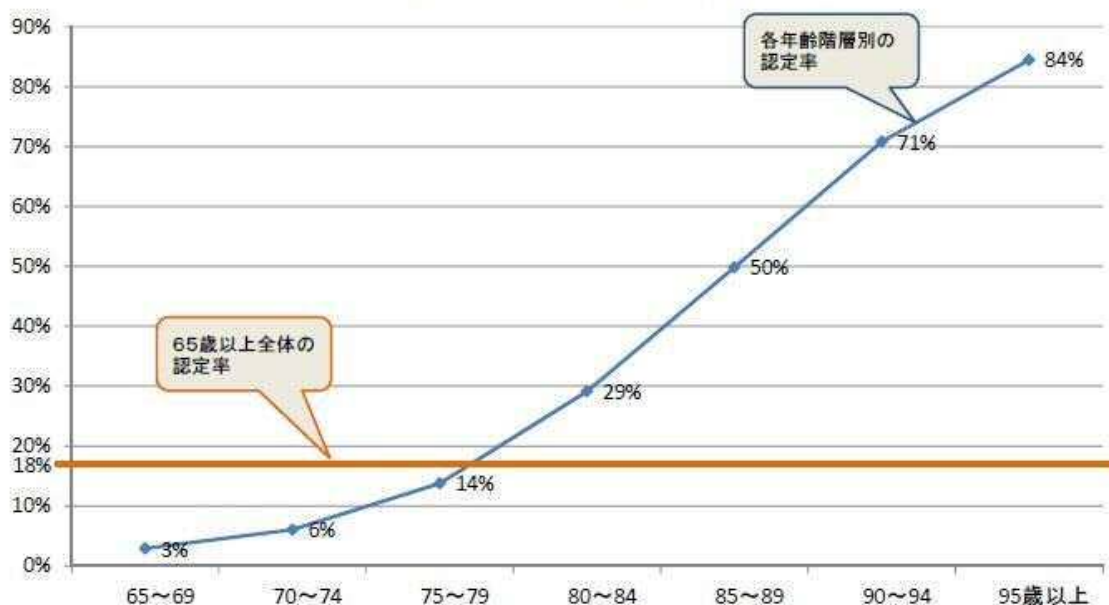


21

厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

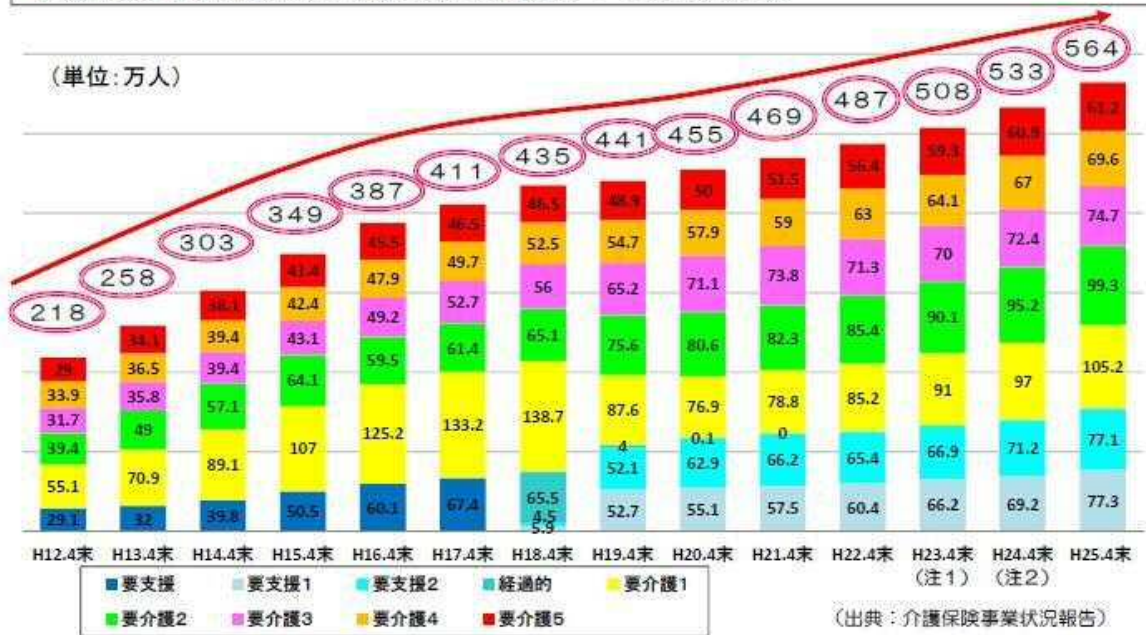
- 介護保険の第1号被保険者のうち、75歳未満者の要介護認定率は低い。
- その後、特に80歳以降で、年齢を増すごとに要介護認定率が急激に上昇する。

年齢階層別の要介護(要支援)認定率



厚生労働省「税と社会保障改革の全体像」から抜粋

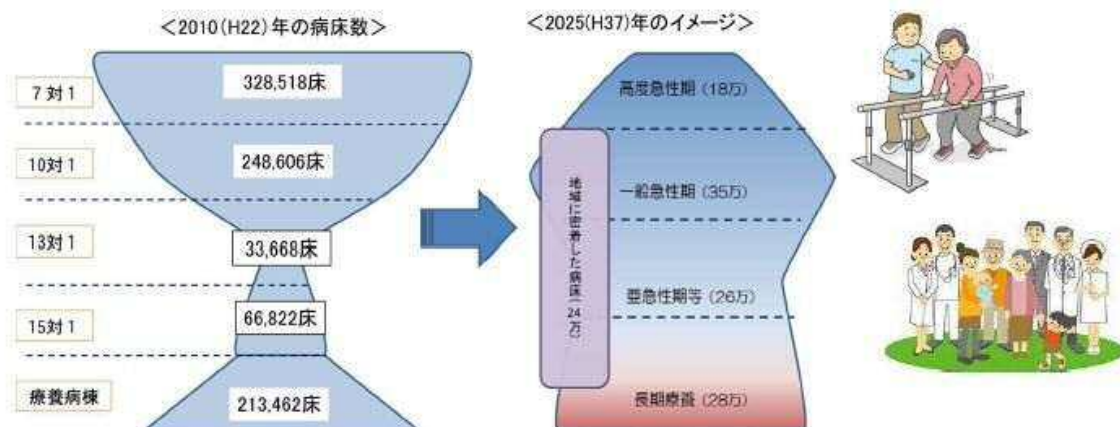
○要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注2) 檜葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

医療・介護 1.5兆円程度

- ①病床の役割の分化・連携強化、在宅医療の推進(平成26年度から実施)
～できるだけ早く社会復帰、在宅復帰ができるように効率的で質の高い医療を提供します～
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機関間の連携強化
- 患者さんの状態に応じた適切な医療を提供し、できるだけ早く社会復帰できる体制を整備



②地域包括ケアシステム構築の推進(平成27年度から本格実施)
～ 住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるように
医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供します ～

- 認知症施策や医療、介護連携を推進
- 介護サービスの効率化および重点化をはかりつつ、必要な介護サービスを確保

