

<知識編 I (制度)>

3. 在宅医療・介護連携が求められる背景

令和 4 年11月 24 日

埼玉県立大学

<目次>

I-3 在宅医療・介護連携が求められる背景

1. 人口構造の変化	1
2. 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは	3
1) 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加	3
2) 入院患者の高齢化	5
3) 在宅医療に対するニーズの増大	7
4) 死亡者数の増加	9
5) 多職種の見点を入れたケアマネジメントの推進	11
6) 地域包括ケアシステムの構築の推進	13
7) まとめ:在宅医療・介護連携が求められる背景	14

I-3 在宅医療・介護連携が求められる背景

1. 人口構造の変化

ポイント

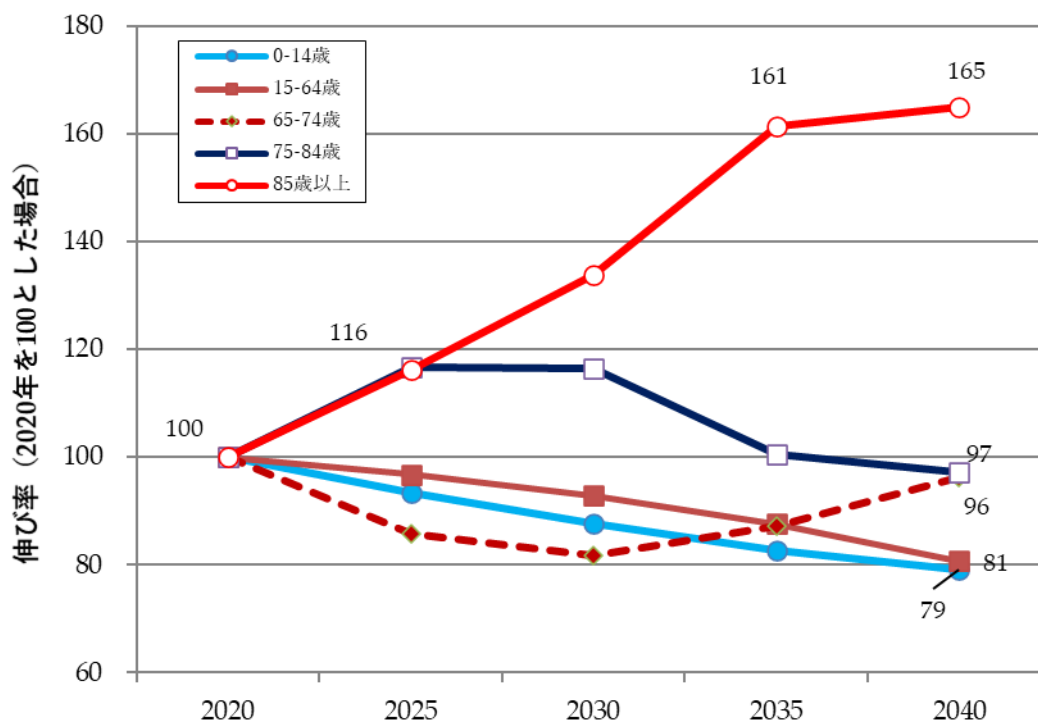
- 2020～2040 年間に、85 歳以上人口が、620 万人から 1,024 万人に増加します（増加率 65.0%）。そして、2040 年には、総人口の 9.2%が 85 歳以上となります（**図表 I-3-1**、**図表 I-3-2**）。
- 85 歳以上の高齢者は、医療・介護・生活支援に対するニーズが高いため、地域包括ケアシステムを構築していく必要があります。
- また、医療と介護の両方のニーズを有する人も多いため、在宅医療・介護提供体制の整備と両者の連携強化を図る必要があるわけです。

図表 1-3-1. 年齢階級別将来推計人口の 2020～2040 年間の変化（再掲）

	2020 年		2040 年		増減量・増減率	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	125,325	100.0	110,919	100.0	-14,406	-11.5
0～14 歳	15,075	12.0	11,936	10.8	-3,139	-20.8
15～64 歳	74,058	59.1	59,777	53.9	-14,281	-19.3
65～74 歳	17,472	13.9	16,814	15.2	-658	-3.8
75～84 歳	12,517	10.0	12,155	11.0	-362	-2.9
85 歳以上	6,203	4.9	10,237	9.2	4,034	65.0
再掲) 65 歳以上	36,192	28.9	39,206	35.3	3,014	8.3
再掲) 75 歳以上	18,720	14.9	22,392	20.2	3,672	19.6

出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）より作成

図表 1-3-2. 年齢階級別人口の伸び率の推移（2020 年を 100 とした場合、再掲）



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）より作成

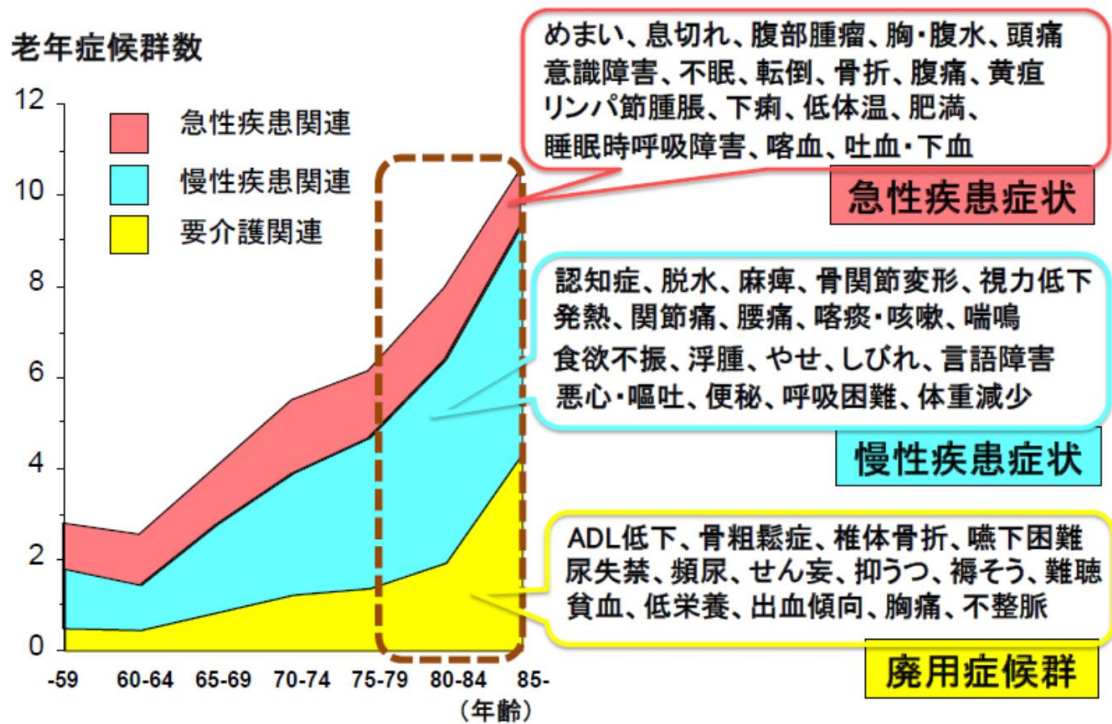
2. 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは

1) 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加

ポイント

- 青壮年者にはあまりみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群といいます。
- 鳥羽は、数ある老年症候群を、以下の3つに分類しています（**図表 1-3-3**）。
 - ① 急性疾患関連の症状
年齢による発生頻度の差が少ないもので、主な症状としては、めまい、息切れ、意識障害、転倒、骨折、吐血・下血などがあります
 - ② 慢性疾患関連の症状
65歳から徐々に増加するもので、主な症状としては、認知症、脱水、骨関節変形、喘鳴、食欲不振、浮腫、呼吸困難、体重減少などがあります
 - ③ 廃用症候群
フレイル（虚弱）の進行とともに、75歳以上で急増するもので、主な症状としては、日常生活活動（Activities of daily living : ADL）の低下、骨粗しょう症、嚥下困難、尿失禁、せん妄、抑うつ、低栄養、不整脈などがあります
- 例えば、70～74歳であれば、慢性疾患に関連した諸症状は有するものの、介護に関連する症状まで有する人は少ない状況にあります。
- 一方、**85歳以上になると、慢性疾患や急性疾患、介護に関する諸症状を併せ持つ人が多くなります**。すなわち、医療と介護の両方のニーズを有するのが、85歳以上高齢者の特徴と言えます。
- 2040年にかけて、医療と介護の両方のニーズを有する85歳以上人口が急増します。**こうしたニーズの変化に対応するために、医療と介護を包括的・継続的に提供できる体制が必要となります**。これを促すための事業の1つが、在宅医療・介護連携推進事業なのです。

図表 1-3-3. 高齢者の医療・介護ニーズの特徴



出所) 鳥羽研二：高齢者のニーズに応える在宅医療，平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会（国立長寿医療研究センター主催、2013 年 10 月 22 日開催）、資料より引用

https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/suisin/jinzaiikusei/h25/documents/kogi1_1022_toba.pdf

2) 入院患者の高齢化

ポイント

- 図表 I-3-5 は、調査日において、各年齢階級の何%の人が入院していたかを表したもので、「入院受療率」といいます。例えば、75～84 歳であれば同人口の 3.0%が、85 歳以上であれば同人口の 6.3%が調査日に入院していたというデータです。従って、**85 歳以上は、75～84 歳に比べて 2 倍以上入院しやすい**こととなります。
- 0～14 歳、15～64 歳人口は今後減少していくので、これら年齢層の入院患者は減少していきます。一方、85 歳以上人口は今後増加していくため、85 歳以上の入院患者は増加していくこととなります。その結果、入院患者の高齢化がさらに進みます。
- 2017 年の調査によると、**入院患者の 26%を 85 歳以上が、27%を 75～84 歳が占めています**（図表 I-3-6）。要するに、現在の入院患者の 53%は 75 歳以上となっているのです。今後、この割合は増加していくこととなります。
- 85 歳以上の高齢者が入院した場合、治療が終われば円滑に退院できるとは限りません。入院前とは状態像が変わっているため、退院後から在宅生活が円滑にスタートできるような支援、いわゆる**退院支援の機能強化が必要となります**。
- 退院支援とは、入院医療機関（病院、有床診療所）と在宅関係者の連携のもとで行われるものです。この退院支援の質を高めることも、在宅医療・介護連携推進事業に期待される役割の 1 つとなります。

【コラム I-2】病院数や病床数の推移は？ また、その影響は？

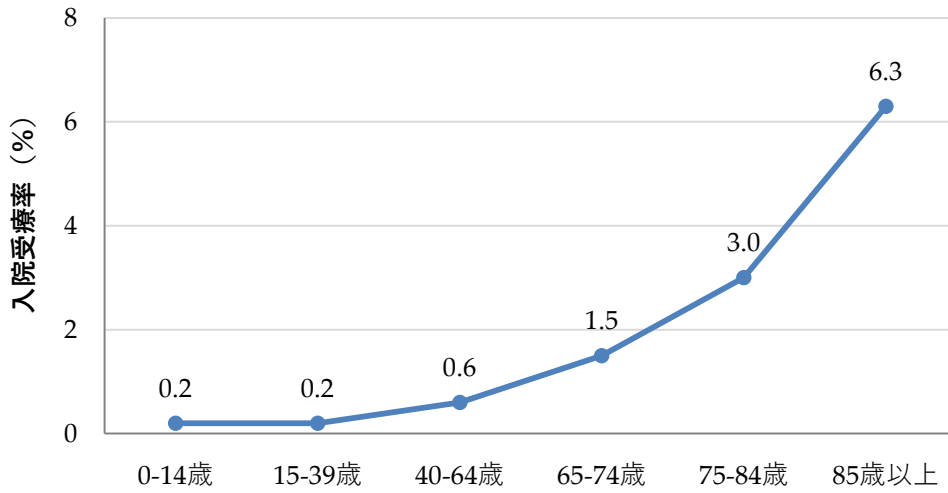
- ◇ 病院数は、1990 年の 10,096 カ所をピークに年々減少し、2020 年現在 8,238 カ所に、病院病床数も 1993 年の 168 万床をピークに年々減少し、2020 年現在 151 万床に、人口 10 万対病床数も年々減少し、2020 年現在 1,195 床になっています。
- ◇ 85 歳以上高齢者の増加に伴い入院ニーズは増えると予想される一方で、病院の病床数は減少しています。その結果、①入院期間の短縮化、②退院後の受け皿となる在宅医療や地域包括ケアシステム構築の推進、③病院以外での看取りの推進などが図られることとなります。

図表 I-3-4. 病院数／病院病床数／人口 10 万対病床数の推移

	1999	2005	2011	2017	2020
病院数(か所)	9,286	9,026	8,605	8,412	8,238
病院病床数(床)	1,648,217	1,631,473	1,583,073	1,554,879	1,507,526
人口 10 万対 病床数(床)	1,301.0	1,276.9	1,238.7	1,227.2	1,195.1

出所) 厚生労働省：医療施設調査・病院報告（各年 10 月 1 日）より作成

図表 1-3-5 年齢階級別にみた入院受療率

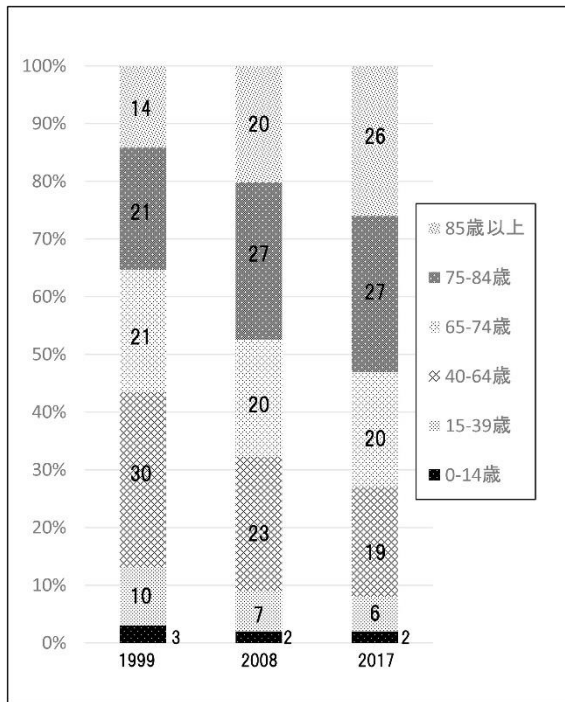


注. 入院受療率とは、年齢階級別人口に占める調査日の入院患者数の割合のこと。

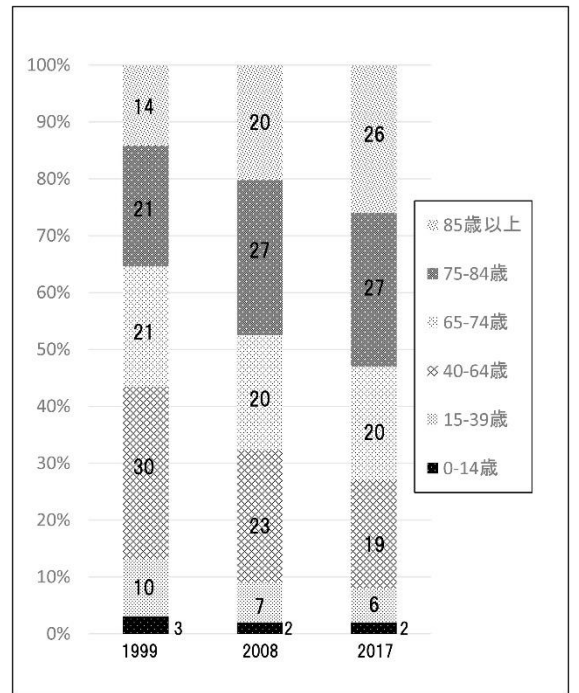
出所) 厚生労働省：平成 29 年患者調査より作成

図表 1-3-6. 年齢階級別にみた入院患者数及び割合の推移

a) 入院患者数



b) 構成割合



出所) 厚生労働省：患者調査より作成

3) 在宅医療に対するニーズの増大

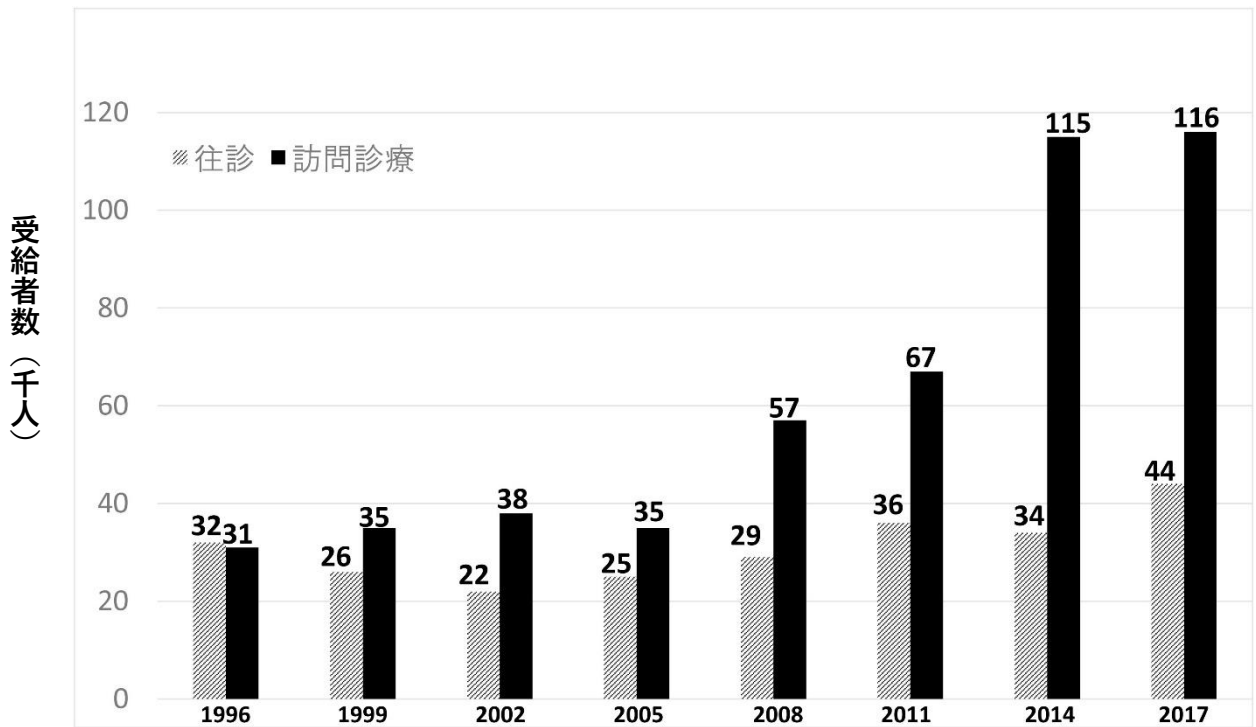
ポイント

- **図表 I-3-7** は、調査月における訪問診療及び往診の患者数の推移を示したものです。なお、訪問診療とは、通院困難者に対して、医師が定期的に訪問して診療を行うこと、往診とは、医師が、予定外に（緊急的に）、患者宅等に赴き診療を行うことを言います。訪問診療は計画的な対応、往診は急変時対応のことで、その意味合いは大きく異なります。
- 2006年以降、往診は同程度で推移していますが、**訪問診療（医師による定期的な診療）は急増しています**。その理由の1つは、2006年の在宅の定義の見直しです。従来は、「自宅」のことを在宅として扱っていましたが、2006年4月から、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）や有料老人ホームなども在宅として扱うようになりました。その結果、サ高住や有料老人ホームへの訪問診療が可能になったのです。
- しかし、2006年以降も訪問診療患者数は増加しています。こうした現象は、入院期間の短縮化などの影響もあって、在宅医療に対するニーズが顕在化している結果と考えられます。
- **図表 I-3-8** は、訪問看護ステーションおよび看護小規模多機能型居宅介護事業所（下記コラム参照）の事業所数の推移を表したものです。**訪問看護ステーション数は、2012年までは漸増でしたが、ここ数年は急増しています**。これも在宅医療に対するニーズの増大を反映した結果と考えられます。

【コラム I-3】看護小規模多機能型居宅介護について

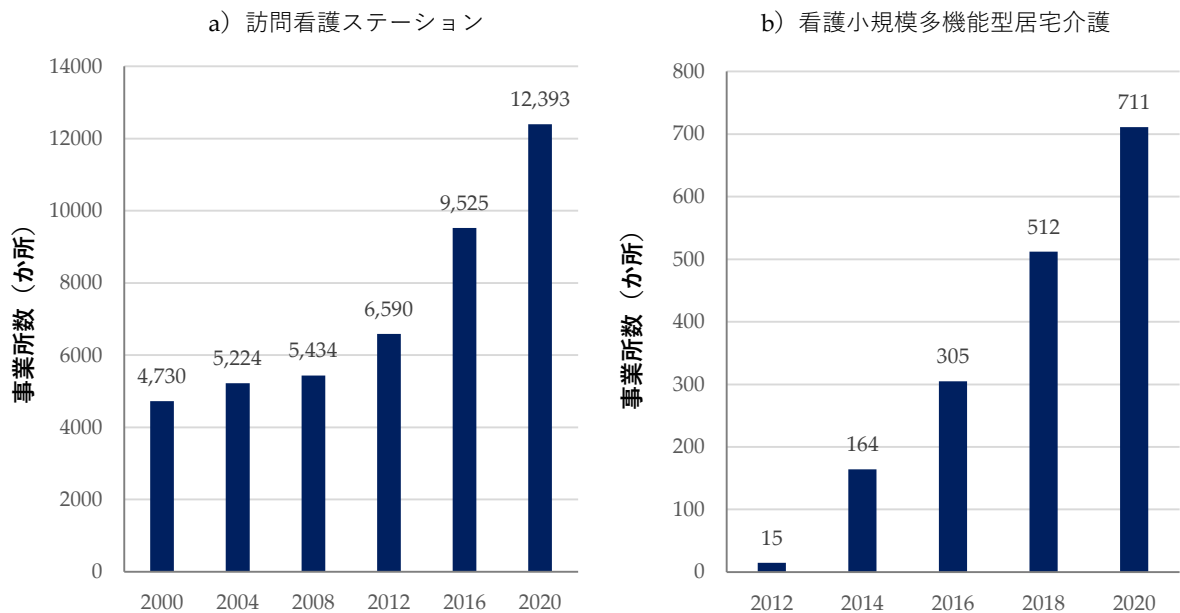
- ◇ 看護小規模多機能型居宅介護とは、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応など、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（通い・泊まり・訪問〈看護・介護〉）を24時間365日提供するサービスのことです。
- ◇ 同サービスは2012年4月に新設されましたが、その後年々増加し、2020年現在、事業所数は711か所となっています。
- ◇ 厚生労働省の第179回介護給付費分科会（2020年7月8日開催）の資料5によると、看護小規模多機能型居宅介護のサービス受給者の約6割が要介護3以上となっています。また、退院・退所直後の利用者の主傷病をみると、末期がんや脳卒中が多くなっています。退院直後の受け皿として、また、本人が望む看取りを推進する上で、非常に重要な役割を担っているのが同サービスと言えます。

図表 1-3-7. 訪問診療／往診患者数の推移



出所) 厚生労働省：平成 29 年患者調査より作成

図表 1-3-8. 訪問看護ステーション／看護小規模多機能型居宅介護事業所数の推移



出所) 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査より作成

4) 死亡者数の増加

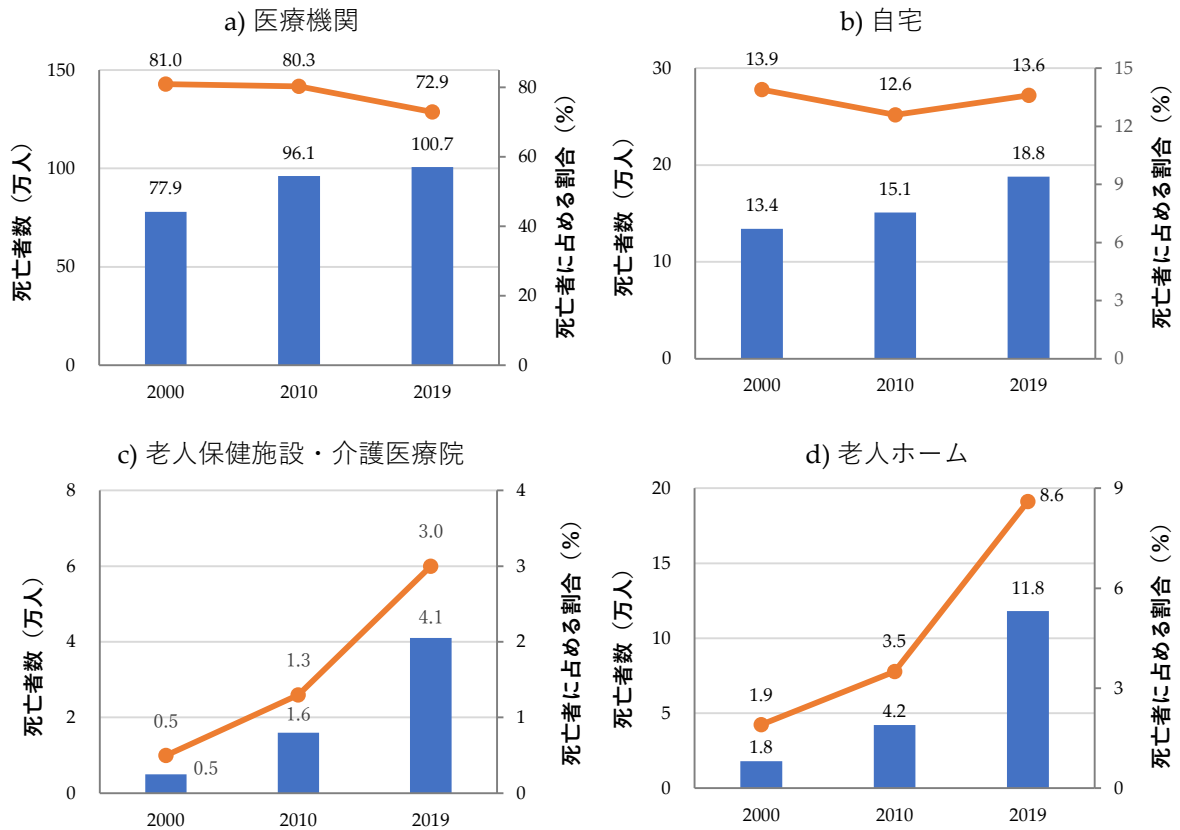
ポイント

- 年間死亡者数は、2000年の96.2万人が、2019年には138.1万人にまで増加しています。
- 2000年の死亡者96.2万人を場所別にみると、「医療機関」77.9万人（81.0%）、「自宅」13.4万人（13.9%）、「介護老人保健施設（以下、老健）」0.5万人（0.5%）、「老人ホーム」1.8万人（1.9%）となっています（図表 I-3-9）。
- 2019年の死亡者138.1万人を場所別にみると、「医療機関」100.7万人（72.9%）、「自宅」18.8万人（13.6%）、「老健・介護医療院」4.1万人（3.0%）、「老人ホーム」11.8万人（8.6%）となっています（**図表 I-3-9**）。
- 2000年と2019年の死亡者数を死亡場所別に比較すると、「医療機関」22.9万人（1.29倍）、「自宅」5.5万人（1.41倍）、「老健・介護医療院」3.6万人（8.56倍）、「老人ホーム」10.0万人（6.64倍）となっています。医療機関と老人ホームの死亡者数の増加、**老人ホームと老健・介護医療院の死亡者数の伸びが顕著となっています**（**図表 I-3-9**）。
- 国立社会保障・人口問題研究所によると、**年間死亡者数のピークは団塊の世代が90代に入る2040年で、年間死亡者数は168万人と推計されています**（**図表 I-3-10**）。2040年まで死亡者数の増加が見込まれる一方で、医療機関の病床数は年々減少していきます。そのため、病院以外の多様な住まいでの看取りの推進が今後求められることとなります。

【コラム I-4】人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについて

- ◇ 2018年3月、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が公表されました（名称も、それまでの「医療の決定プロセス」から「医療・ケアの決定プロセス」に改訂されています）。
- ◇ 従来のガイドラインからの主な改訂は、①医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化したこと、②本人がどのような生き方を望んでいるのかなどを、関係者間で繰り返し話しあい、その内容を本人・家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性を強調したことなどです。
- ◇ 介護保険の基本理念である「尊厳の保持」をベースに、本人・家族の望む看取りの実現に向け、どのように支援するかがポイントです。どこで亡くなったかではなく、本人・家族の望む看取りが実現できたかどうか重要です。

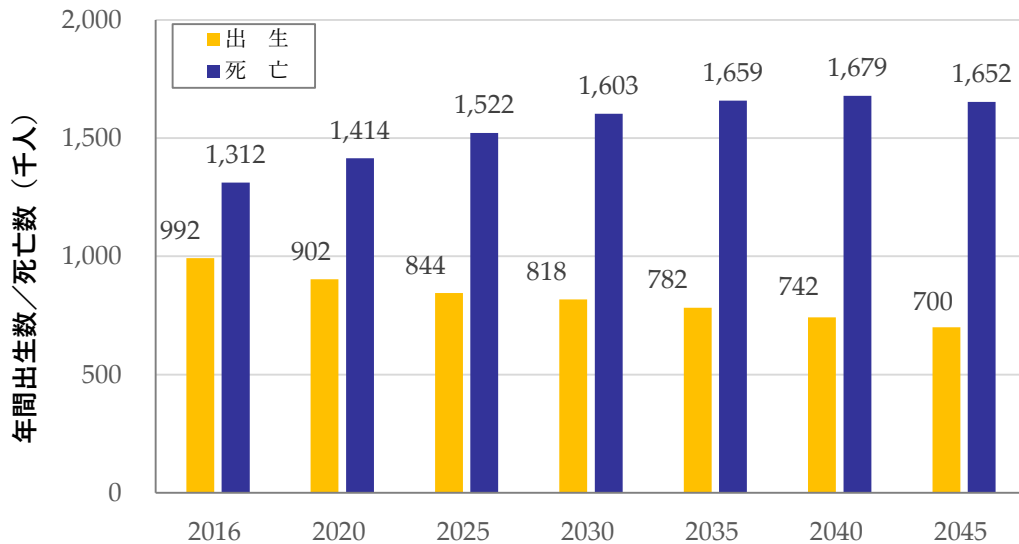
図表 1-3-9. 死亡場所別にみた死亡者数／死亡者数に占める割合の推移



注. 棒グラフは死亡者数、折れ線は死亡者数に占める割合を表している。

出所) 厚生労働省：人口動態調査より作成

図表 1-3-10. 出生数／死亡数の将来推計



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）より作成

5) 多職種の視点を入れたケアマネジメントの推進

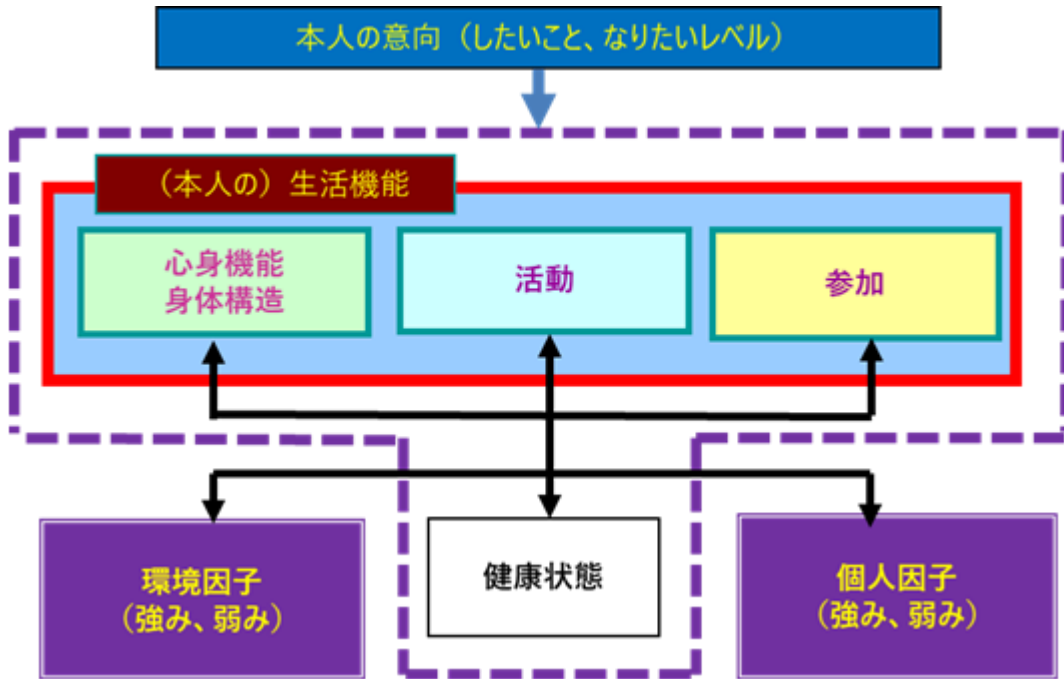
ポイント

- 介護保険では、高齢者の障害の捉え方として、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）の考え方が導入されています（下記コラム参照）。
- ICFでは、生活機能を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3要素を含む包括用語と定義しています。また、生活機能には、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が大きく関係します。そこで、**生活機能3要素とこれら3要素の合計6要素を包括的に捉える**視点の重要性を示したのがICFの生活機能モデルです（**図表 I-3-11**）。
- さて、ケアマネジメントは、①本人の意向確認⇒②現状把握⇒③解決すべき課題の抽出と具体化⇒④今後の見通しに基づく目標設定⇒⑤目標達成に向けた多職種による対策の検討・実施（サービス担当者会議など）⇒⑥一定期間のモニタリングと評価⇒⑦計画の見直しといった手順で展開されます（**図表 I-3-12**）。
- これをケアマネジャーが適切に展開するためには、多職種からアセスメント情報を収集し、今後の見通しに対する見立てを確認し、効果的な対策に関する意見を求めるといった姿勢が重要です。
- 医療と介護の両方のニーズやリスクを有する要支援・要介護高齢者に対応するわけですから、**ケアマネジャーには医療職との連携強化が求められる**こととなります。

【コラム I-5】ICIDHからICFへ

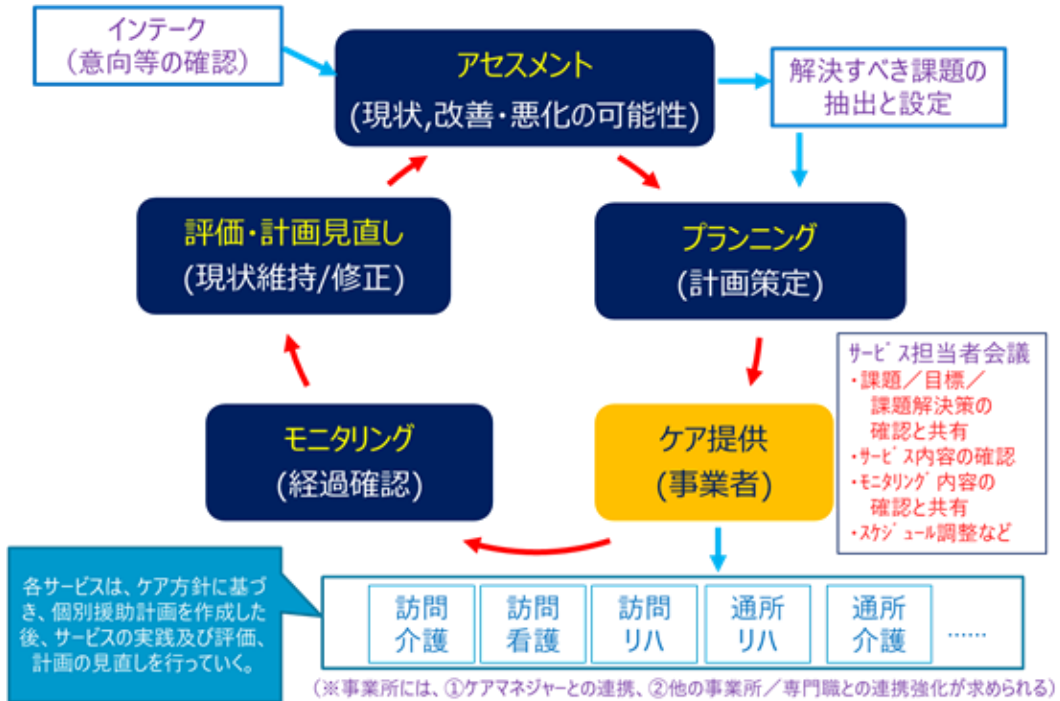
- ◇ 1970年代より、世界保健機関（WHO）において障害に関する分類法の検討が開始され、1980年、①機能障害（impairment）、②能力障害（disability）、③社会的不利（handicap）の3レベルに分けて障害を総合的に捉える視点に立ったWHO国際障害分類（International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps：ICIDH）が発表されました。
- ◇ この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしましたが、①生活・人生の問題点を疾病（病気）の結果としてしか捉えていない、②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、③機能障害→能力障害→社会的不利という一方向的関係で捉えている、④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていない—などの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始されました。これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法がICFです。
- ◇ 介護保険では、「本人の生活機能を如何に高めるか（あるいは低下を防ぐか）」の視点で、ケアマネジャーとサービス提供者が協働して課題解決を図っていくことが求められています。

図表 I-3-11. WHOの生活機能（ICF）モデル



出所) WHO：国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－、中央法規（2003）p.17 を一部改変

図表 I-3-12. ケアマネジメントサイクルとは



出所) 筆者作成

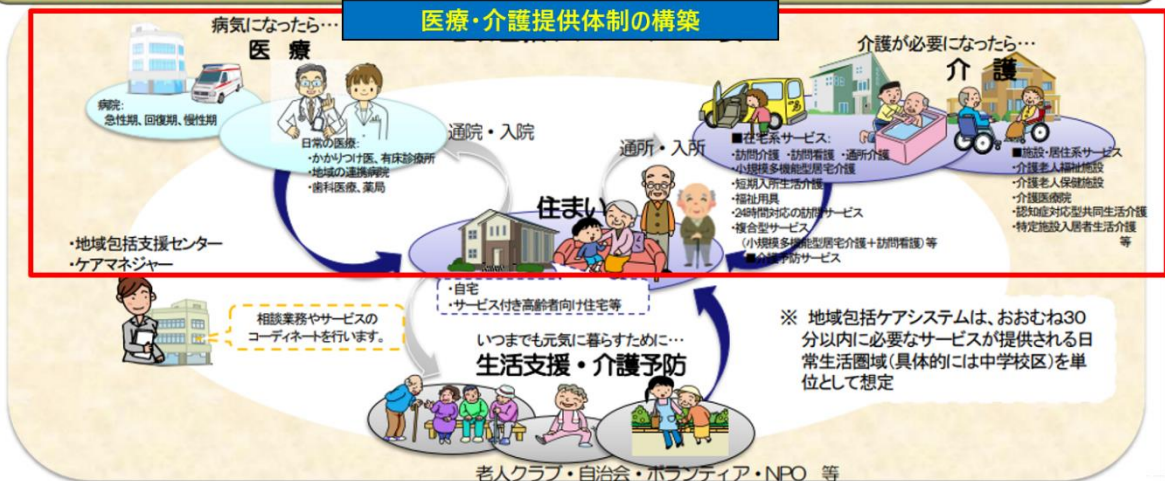
6) 地域包括ケアシステムの構築の推進

ポイント

- 要支援・要介護高齢者の場合、医療・介護・生活支援に対する包括的なニーズを有するといった特徴があります。そのため、これらニーズに対応するための仕組みとして考えられたのが「地域包括ケアシステム」です（図表 1-3-13）。
- 同システムを構築するためには、住まい(生活基盤)が確保された上で、①生活そのものを支えるための体制の整備、②医療・介護提供体制の整備と両者の連携の強化、③在宅生活が継続できるための介護予防・重度化防止の推進、④要支援・要介護高齢者の状態や状況に応じた適切なケアマネジメントの展開などが必要となります。
- **保険者や事業担当者には、各種事業（在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業など）を通じて、同システムの体制構築や機能強化を図っていくことが求められている**わけです。

図表 1-3-13. 地域包括ケアシステムの概念図

- 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・生活支援が包括的に確保される体制(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。**



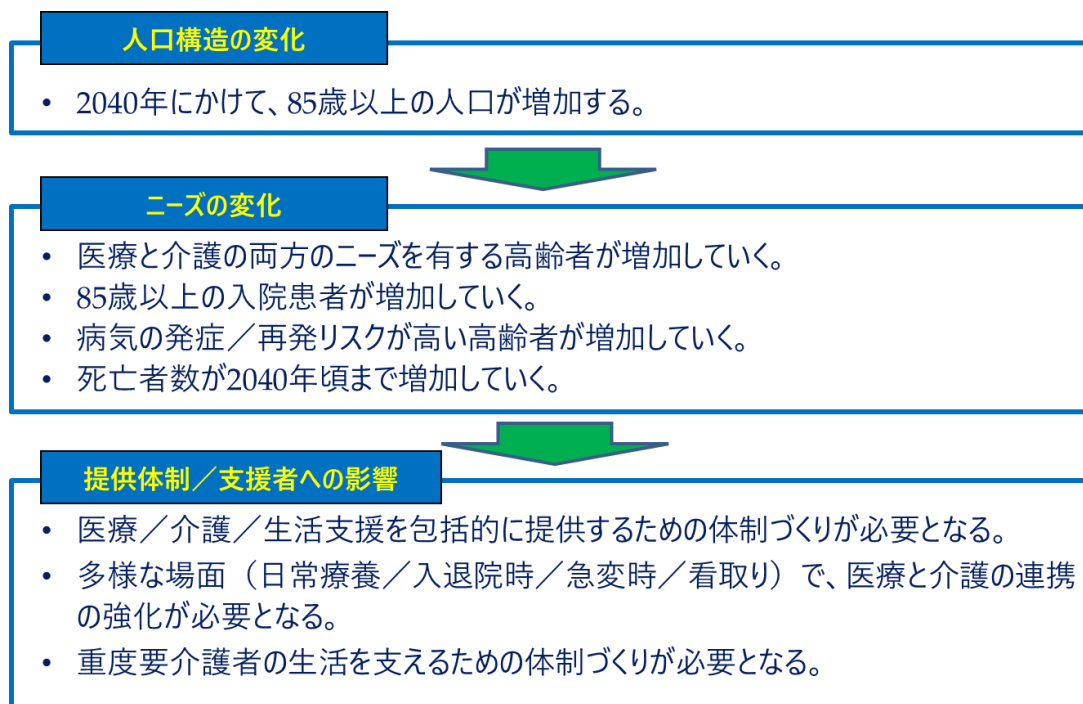
出所) 厚生労働省: 介護保険制度をめぐる最近の動向について、第92回介護保険部会(2022年3月24日)、資料1に加筆

7) まとめ:在宅医療・介護連携が求められる背景

ポイント

- 2040年にかけて、85歳以上人口が急増します。その結果、配偶者が亡くなる方も増えるため、独居高齢者が増加します。また、年齢が高いほど認知症になりやすいため、認知症高齢者も増加することになります。
- 85歳以上高齢者は、①医療と介護の両方のニーズを有する人が多い、②入院リスクが高い、③死亡リスクが高い、④生活支援に対するニーズも高いなどの特徴を有しています。
- こうしたニーズの変化に対応するため、サービス提供体制の見直しが図られることとなります。具体的には、①医療・介護・生活支援を包括的に提供できる体制（＝地域包括ケアシステム）の構築、②多様な場面での医療と介護の連携強化、③認知症高齢者の在宅生活を支えるための施策の推進などです。
- このうち、**医療・介護提供体制の構築や医療・介護連携の強化を図るために設けられたのが、在宅医療・介護連携推進事業です。**

図表 1-3-14. 人口構造の変化と医療・介護への影響（まとめ）



出所) 筆者作成

令和4年度 老人保健健康増進等事業

PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業をさらに実効性のあるものとするために

「事業マネジメント力」を高めよう

オンライン研修会テキスト

知識編Ⅰ(制度)-3 在宅医療・介護連携が求められる背景

発行 公立学校法人 埼玉県立大学

発行日 令和4年11月24日