

2040年の医療・介護

持続可能な介護・医療サービス提供体制を目指して

2026年8月25日

福祉医療機構

2040年を見据えた福祉・医療経営セミナー

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授 /
藤田医科大学大学院 客員教授
香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

**今日のプレゼン
を通じて**

**みなさんにも考
えてほしいこと**

**超高齢社会＋人口減少社会での医療や
介護をどう作っていくのか**

日本の医療提供体制の強みと弱み

諸外国の医療提供体制との大きな違い

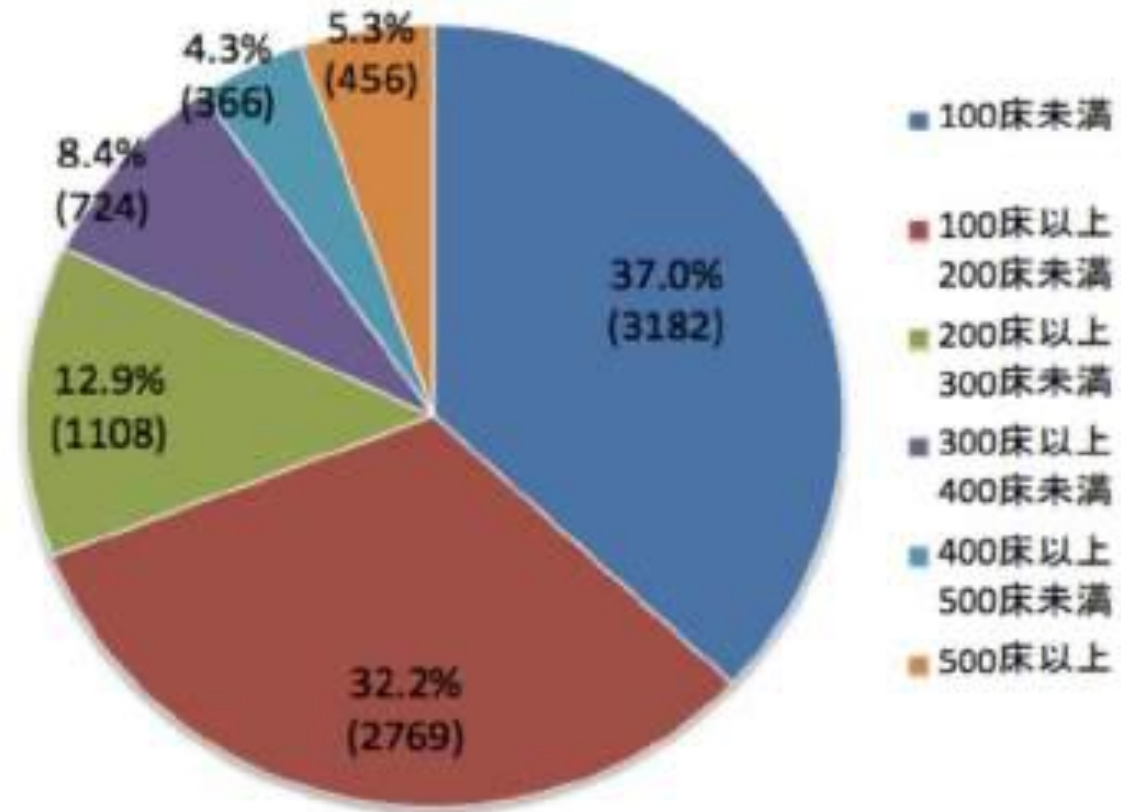
診療所と病院の並立・機能重複(未分化・非効率↔連続性)

民間中心の医療提供体制(独立採算・競争/競合・偏在・合成の誤謬)

中小病院中心の医療提供体制 (アクセスの良さ↔薄撒き)

⇒ 日本の医療の大層を占める中小病院が変わらなければ、
未来の日本の医療は描けないし、
求められる機能・役割が果たせなければ、中小病院の未来もない。

約 7 割の病院が200床未満



<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>

現在の医療・ 介護提供体制 で、2040年の 社会を支えら れるのか？

- ・ 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- ・ 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- ・ 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- ・ 近い将来、医療現場では医療と介護の双方のニーズを持つ高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

今日のお話の ポイント

医療需要(医療介護需要)はどう変化していくのか

- : 疾病構造 / 患者像の変化 multimorbidity
- : 社会構造 / 地域での人々の生活の変化 変化のスピード 地域差
- : 人的・物的資源制約 限られた資源で増大するニーズに応える

医療に求められるものはどう変わっていくのか

- : 治し・支える医療 切れ目のない医療 面で支える医療 連携・協働
- : 在宅医療 アウトリーチ 看取り 地域を起点とした医療の姿を描く
- : 時間と空間を超える医療 技術革新の成果の実装

医療者・医療機関に求められるもの 自己変革・行動変容

- : 医療者自身に求められるもの かかりつけ医 総合診療能力
- : 地域におけるかかりつけ医機能の実装 かかりつけ医とそれを支える病院

医療需要(医療介護需要)はどう変化していくのか

2040年の社会のイメージ

2035年：85歳以上の高齢者が**1000万人**

多様化する家族と住まい方

個人を単位とした仕組みへの再編

介護は必要なくとも、生活のちょっとした**困りごと**を

抱える高齢者の増加

人生100年時代の到来を知り、準備できる世代

家族介護を期待しない
できない時代

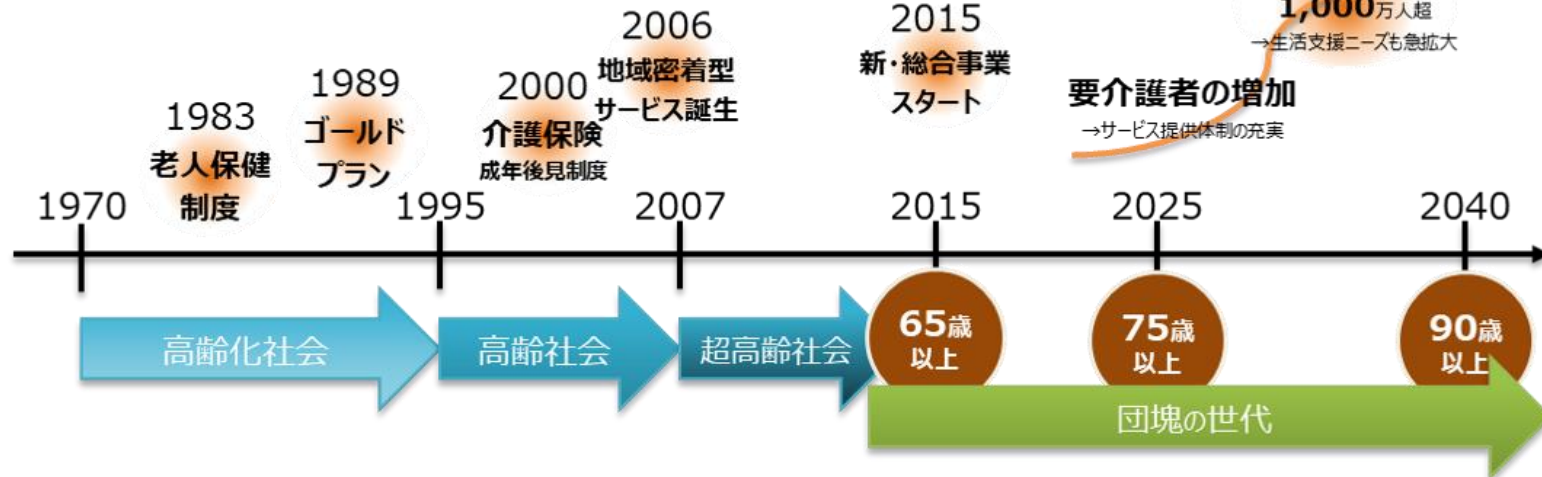
平均的な高齢者像では語れない
多様性と格差の時代

平均的な地域自治のイメージも
意味がなくなる

2040年：団塊の世代は**90歳**以上に

地域経営型自治を目指す方向も

2035
85歳以上高齢者が
1,000万人超
→生活支援ニーズも急拡大

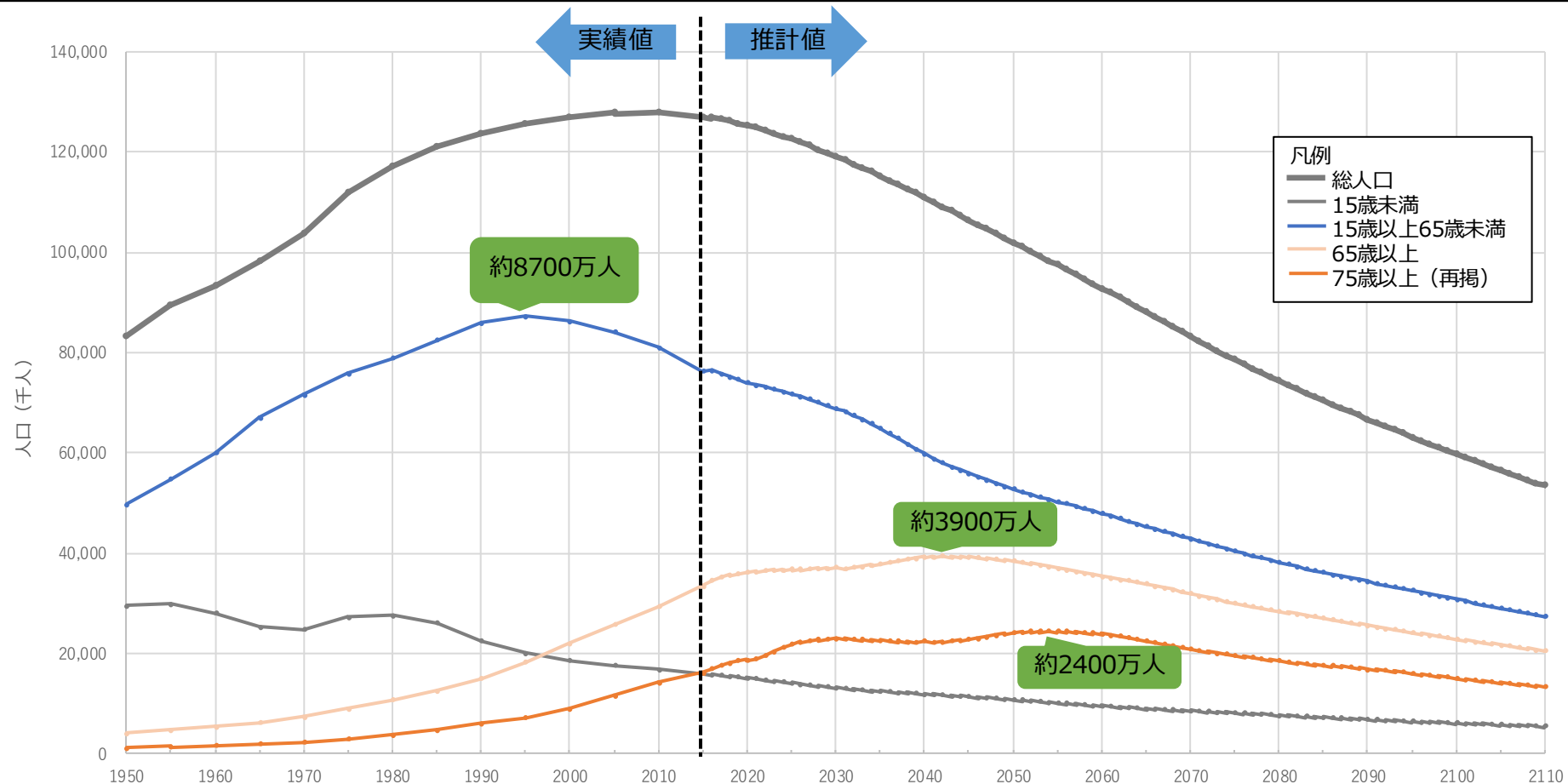


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成30年度 老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究」 「地域包括ケア研究会」報告書

人口動態 年齢階級別人口の推移

65歳以上人口のピークは2040年頃、75歳以上人口のピークは2060年

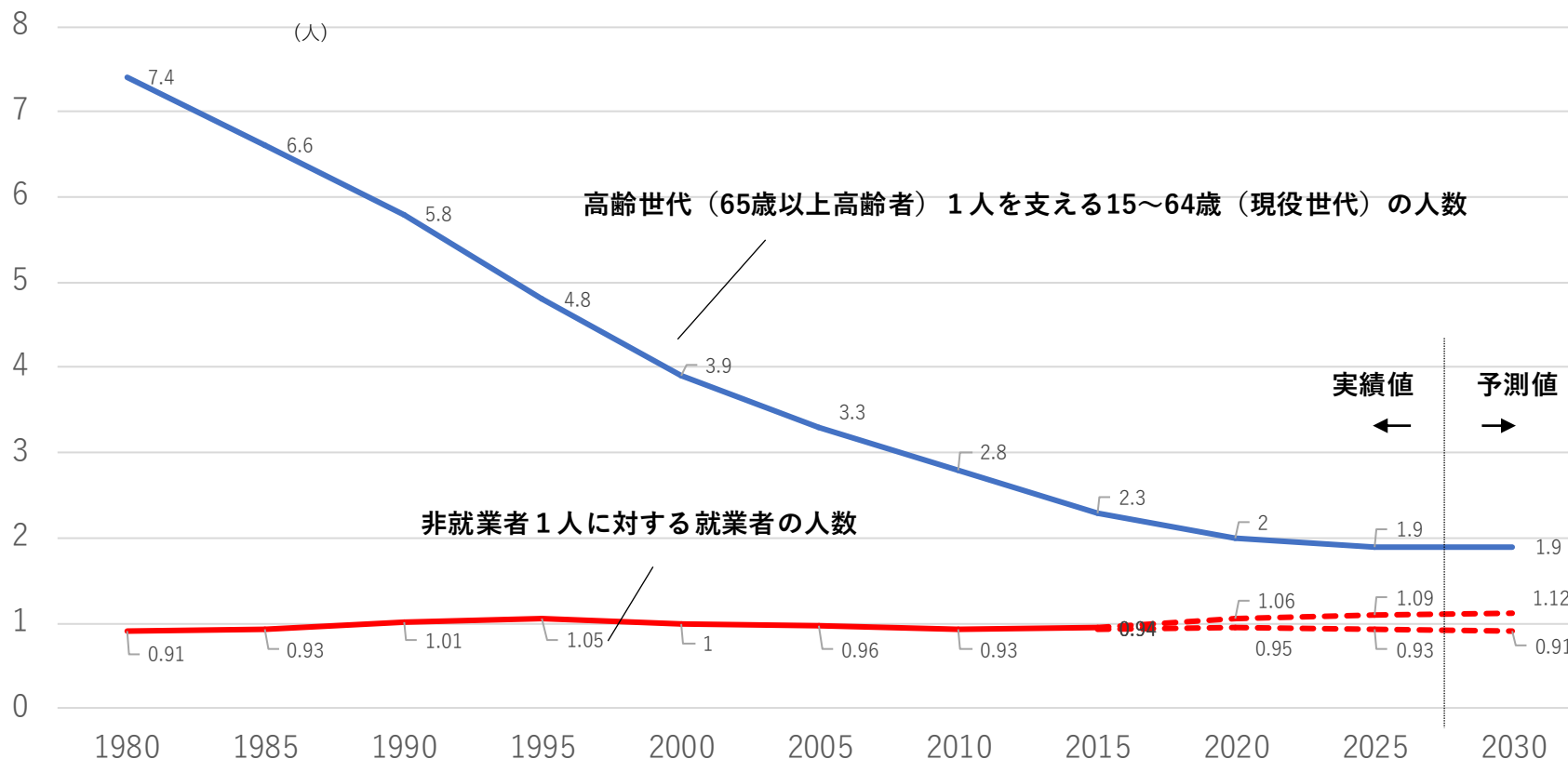
- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

高齢者現役世代比と非就業者就業者比の推移と予測～「肩車社会」の虚実



(年)

資料：総務省統計局「国勢調査」、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年推計及び平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）、労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」

(注)1. 「高齢者1人を支える現役世代の人数」（15～64歳人口/65歳以上人口）は、2015年までは「国勢調査」、2020年以降は「将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位推計を用いて推計した。

2. 「非就業者1人に対する就業者の人数」（就業者数/非就業者数）は、2015年までは「国勢調査」を用いて推計した。なお、15歳未満人口はすべて非就業者とし、15歳以上で労働力状態が不詳の者は、就業者及び非就業者のいずれからも除いて計算した。2020年以降は、「将来推計人口（平成24年推計）」の出生中位・死亡中位推計と「平成27年労働力需給の推計」における「ゼロ成長、労働市場への参加が進まないシナリオ」及び「経済成長、労働市場への参加が進むシナリオ」の就業者数を用いて推計した。

出典『平成29年度厚生労働白書』

高齢就労者の増加

65～69歳で働いている高齢者
(総務省『労働力調査』)

2003年34.7% →
2023年 **53.5%**

共働き世帯の増加

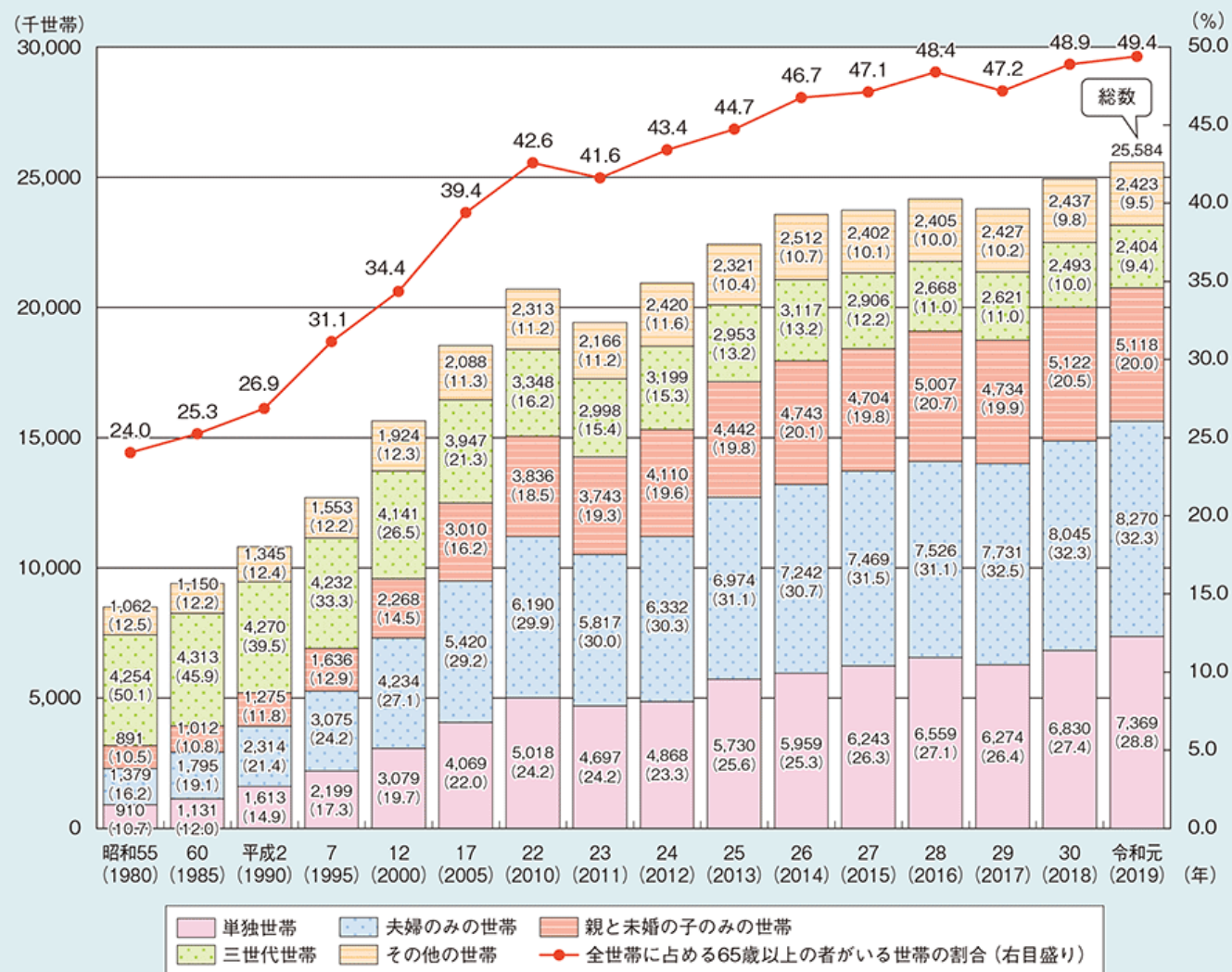
1980 年
男性雇用者＋専業主婦世帯
1,114万世帯
共働き世帯 614万世帯

2024年
男性雇用者と専業主婦世帯
508万世帯
共働き世帯 1,300万世帯

**就労人口と従属人口の比率は
過去・現在・将来ほぼ一定**

図1-1-8

65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合



2019年の65歳以上人口 3500万人

高齢者単独世帯
高齢夫婦世帯

約740万人
約1650万人
計2400万人

つまり、、、、

現時点で、すでに高齢者の70%は
「家に高齢者しかいない」
世帯で暮らしている。

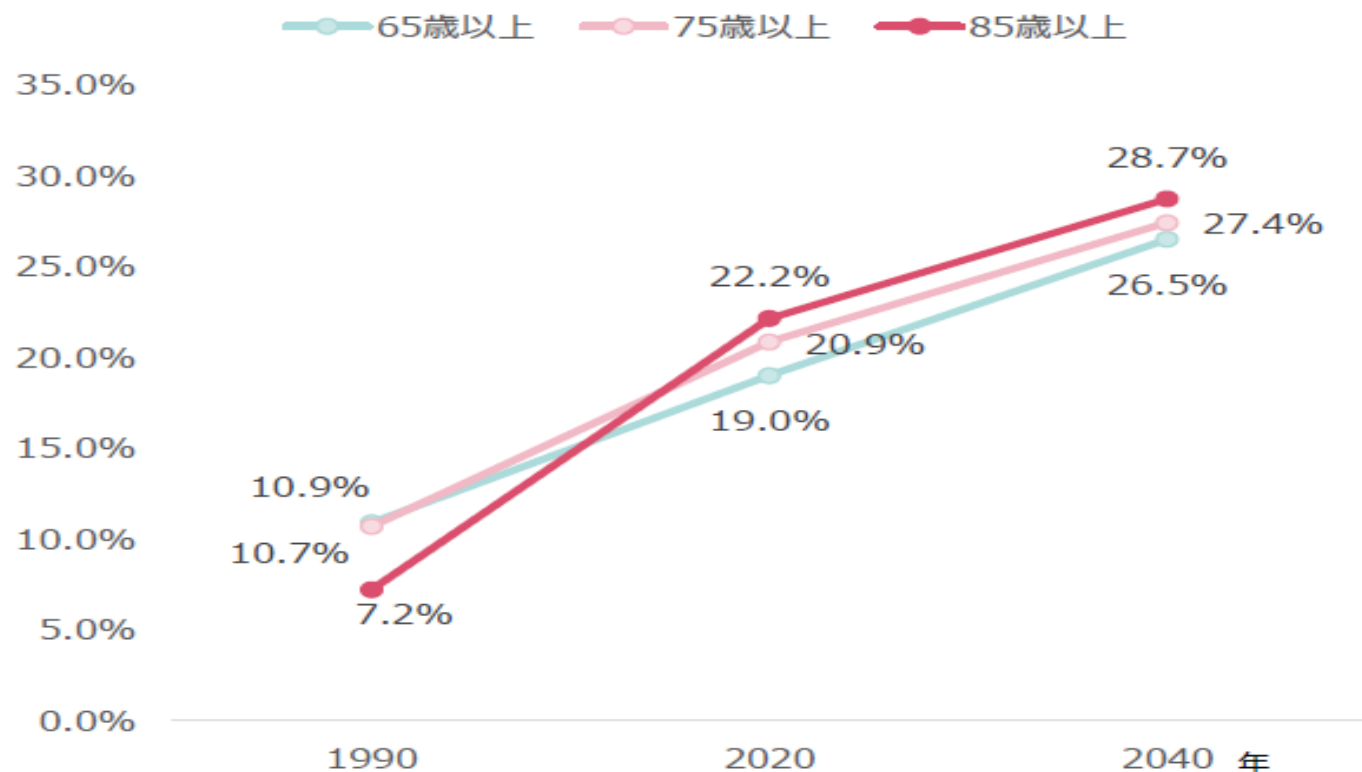
資料：昭和60年以前の数値は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降の数値は厚生労働省「国民生活基礎調査」による

(注1) 平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたもの、平成28年の数値は熊本県を除いたものである。

(注2) () 内の数字は、65歳以上の者のいる世帯総数に占める割合 (%)

(注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）



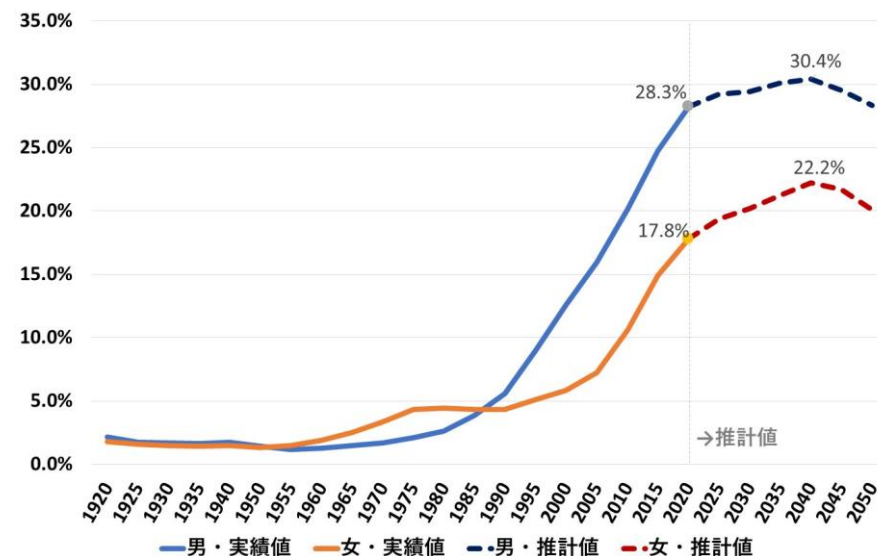
資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものの。

11

単身世帯は確実に増大していく

高齢者人口の増大
+
生涯未婚率の上昇

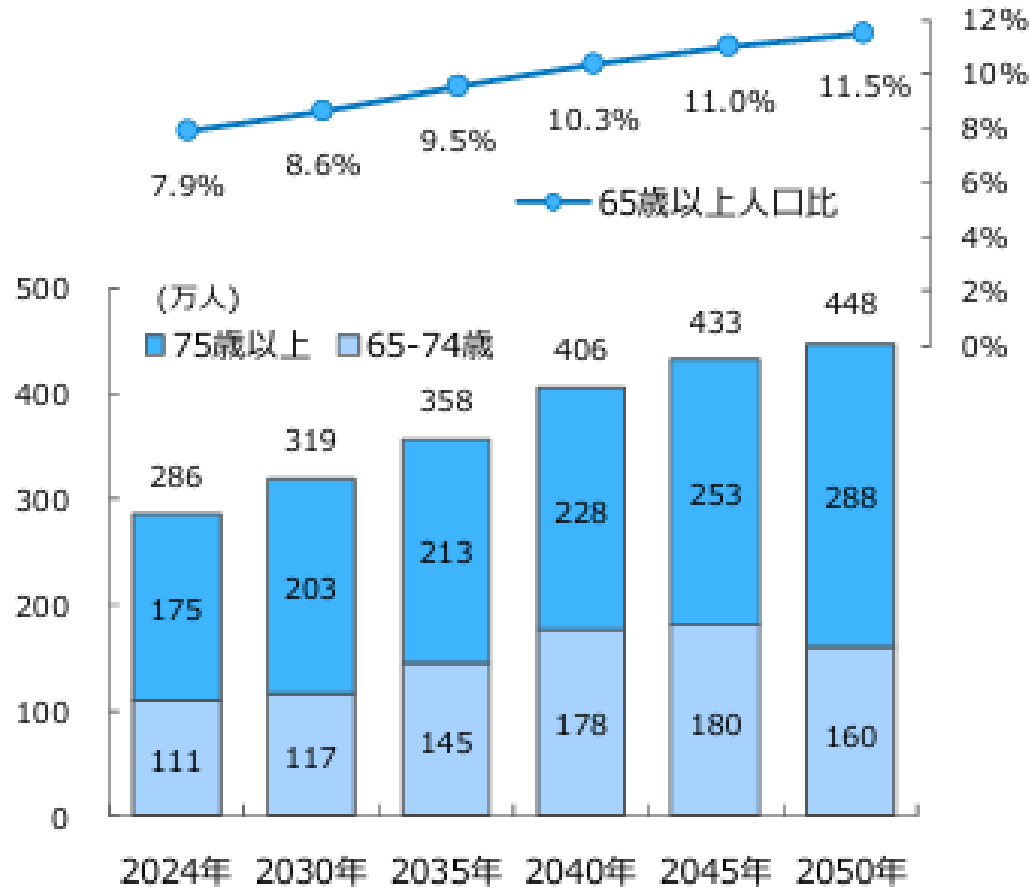
生涯未婚率 実績推移と推計



社人研2024年推計「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」より荒川和久作成。無断転載禁止。

親族のいない高齢者の増加

(図表 5) 三親等内の親族がいない高齢者数の見通し

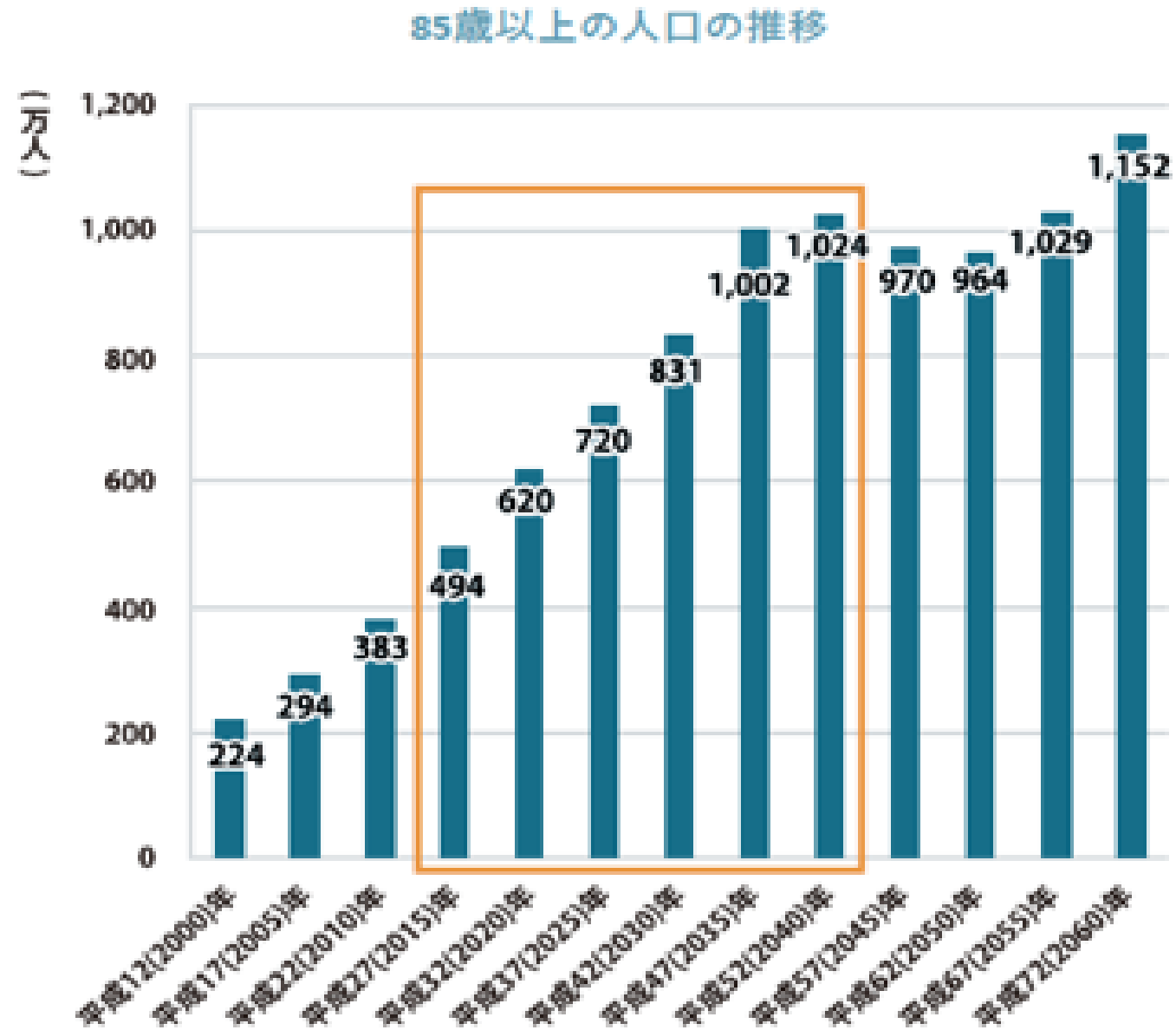


2040年:
高齢者の11.5%は三親等内
親族がいない。

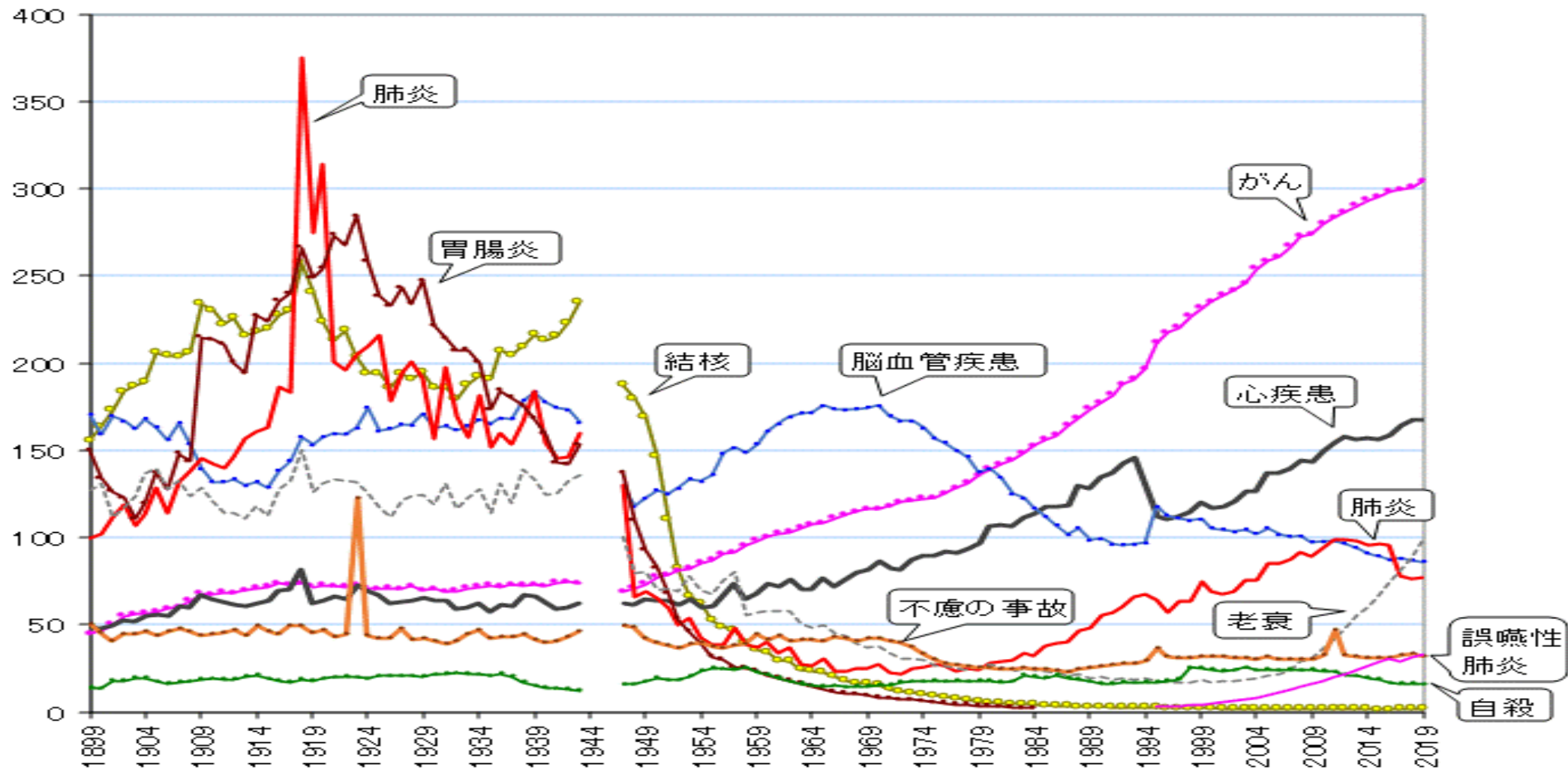
2025年上半期:
孤立死4.9万人
対前年同期比+3,700人
うち死後8日目以降の発見は
1.2万人(同+1,200人)

(資料) 日本総合研究所『公的介護保険サービスにおける身元保証等に関する調査研究事業』(2020年)
国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』(2024年推計)をもとに日本総合研究所推計

ここから本題：2035年：85歳以上の高齢者が1000万人



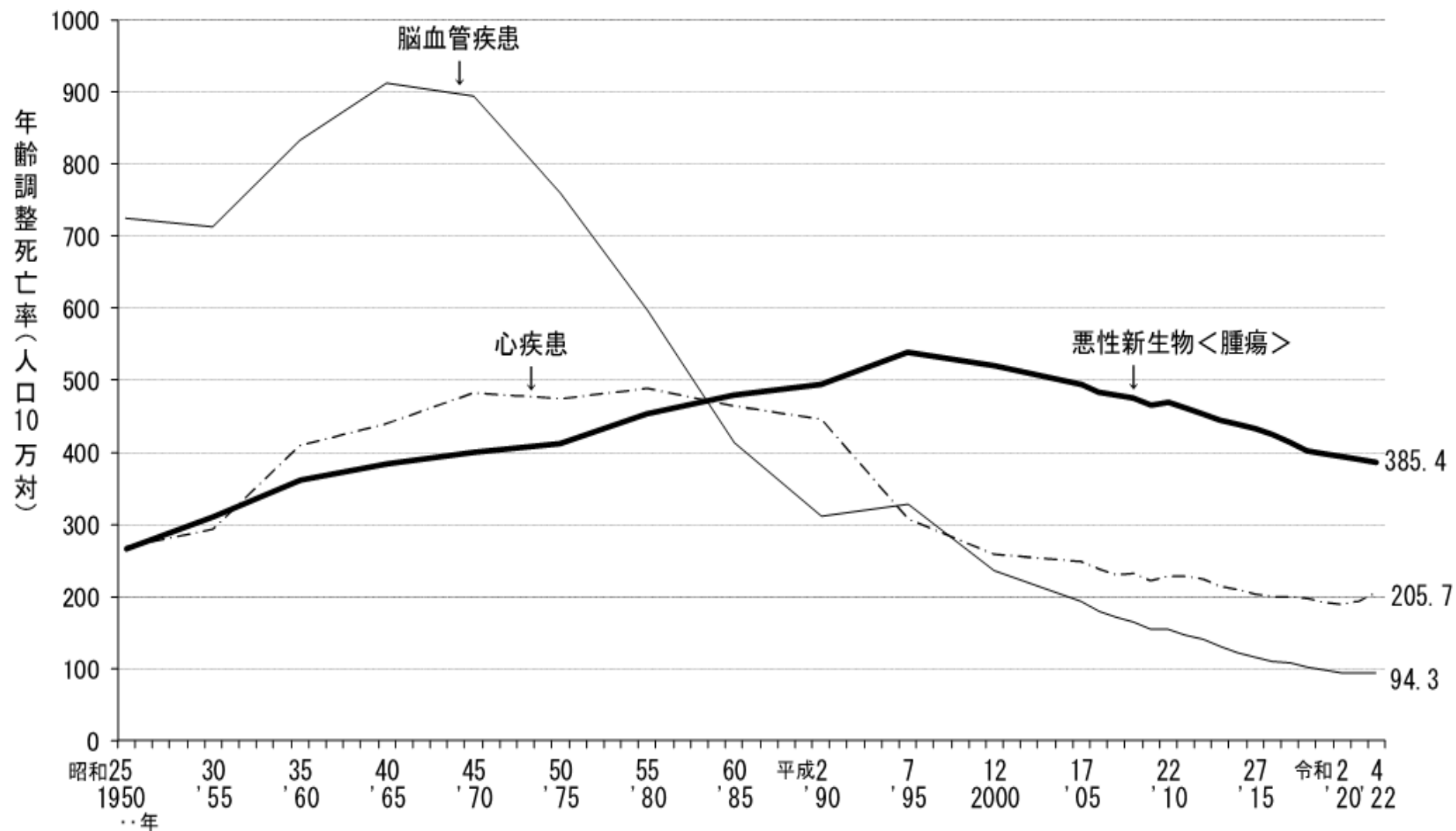
主要死因別死亡率の長期推移(1899年～2019年) 出典:厚生労働省人口動態統計



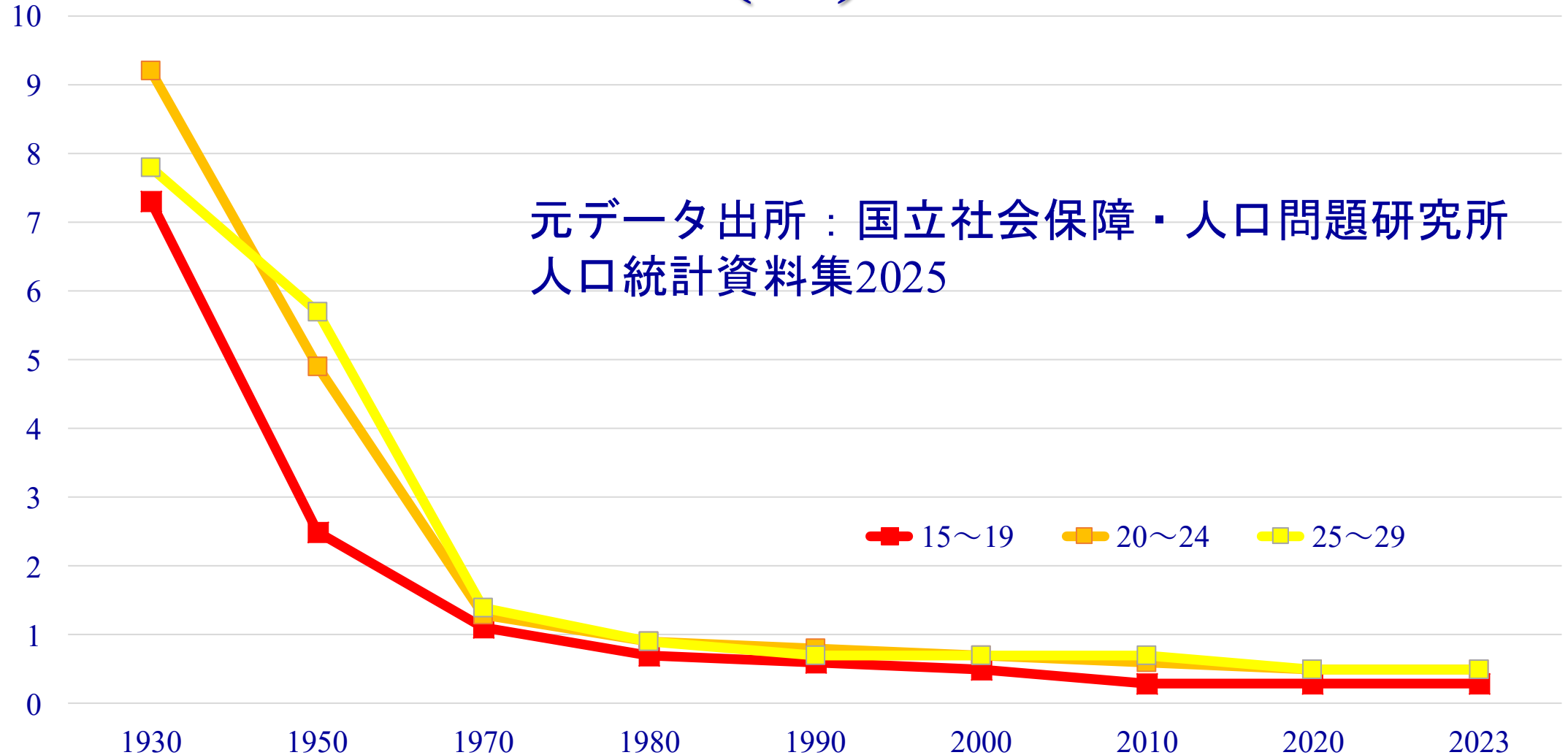
三死因の年齢調整死亡率の年次推移

男

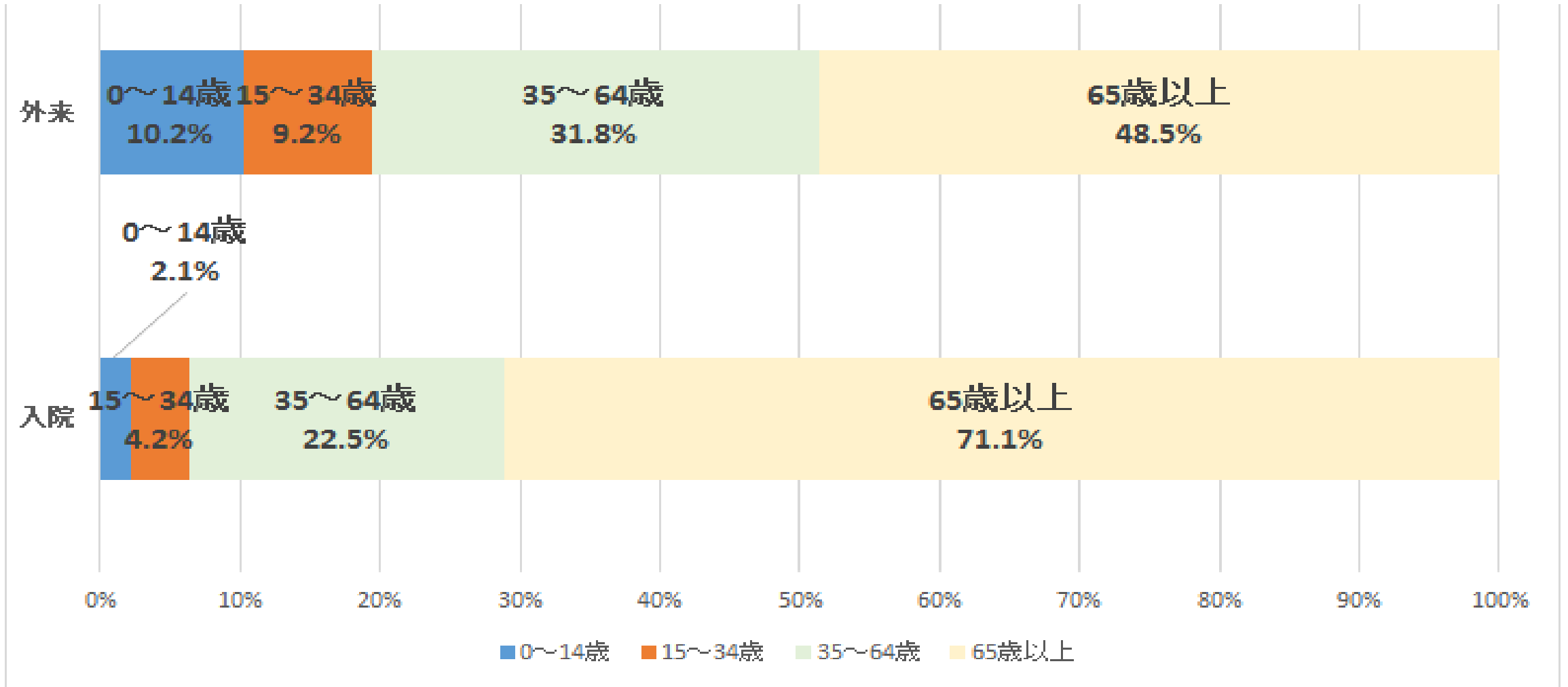
図の出所：人口動態統計特殊報告 2023



若年層死亡率の推移(‰) 1930-2023

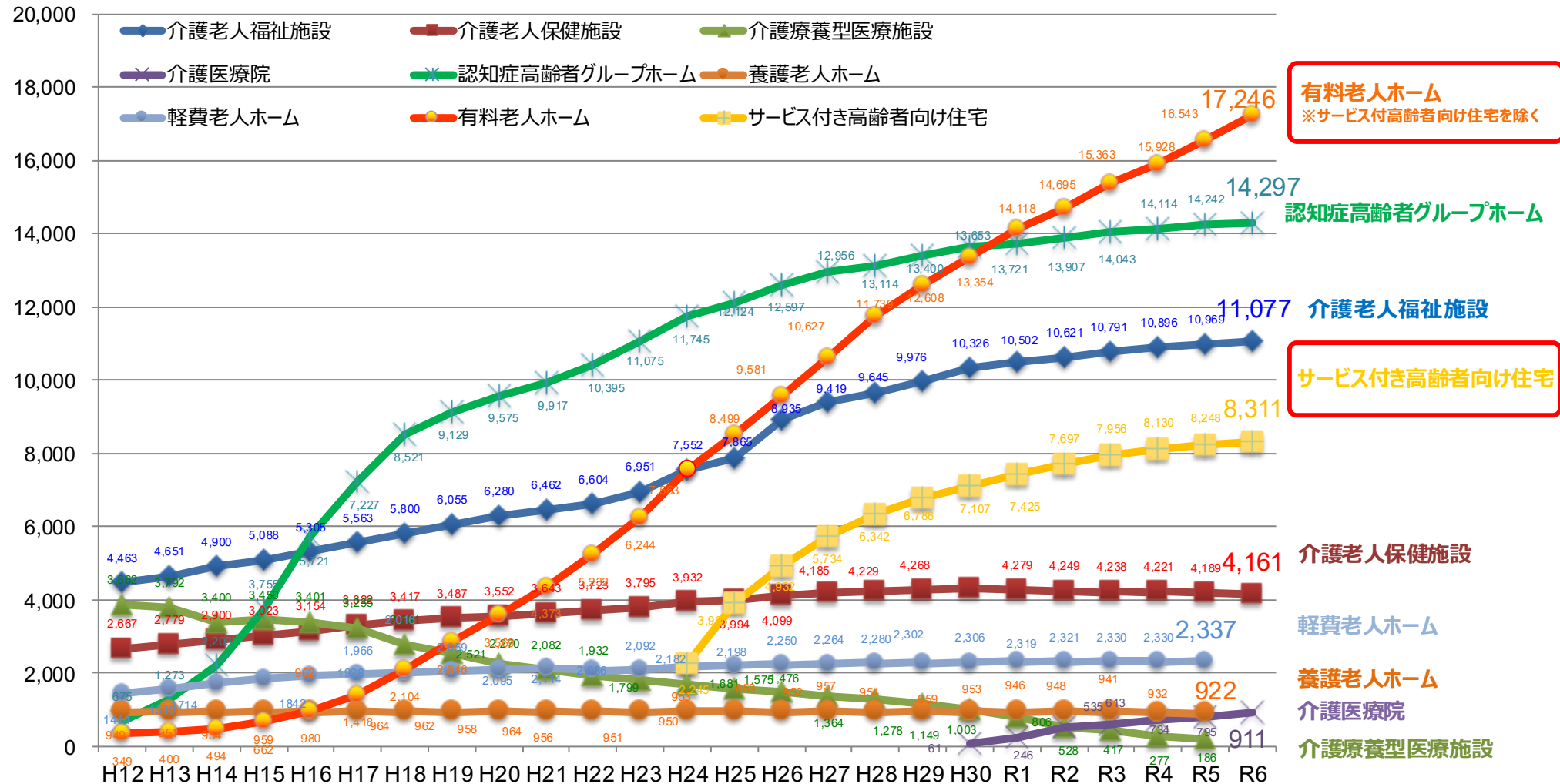


外来患者・入院患者の年齢構成比



「多様な住まいー第3類型の増加」 ① 高齢者向け住まい・施設の件数

(単位：施設数)



※ 1：介護保険 3 施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※ 2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。

※ 3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※ 4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

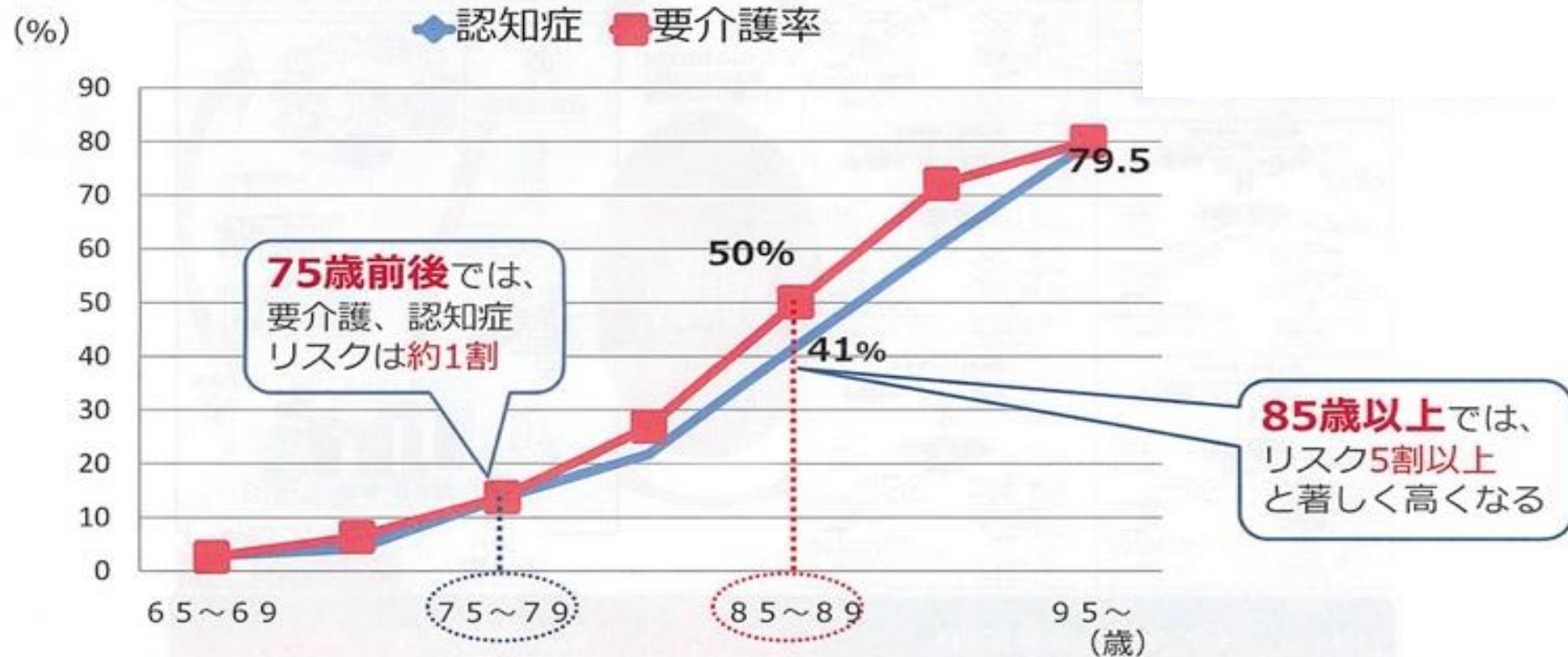
※ 5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※ 6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症



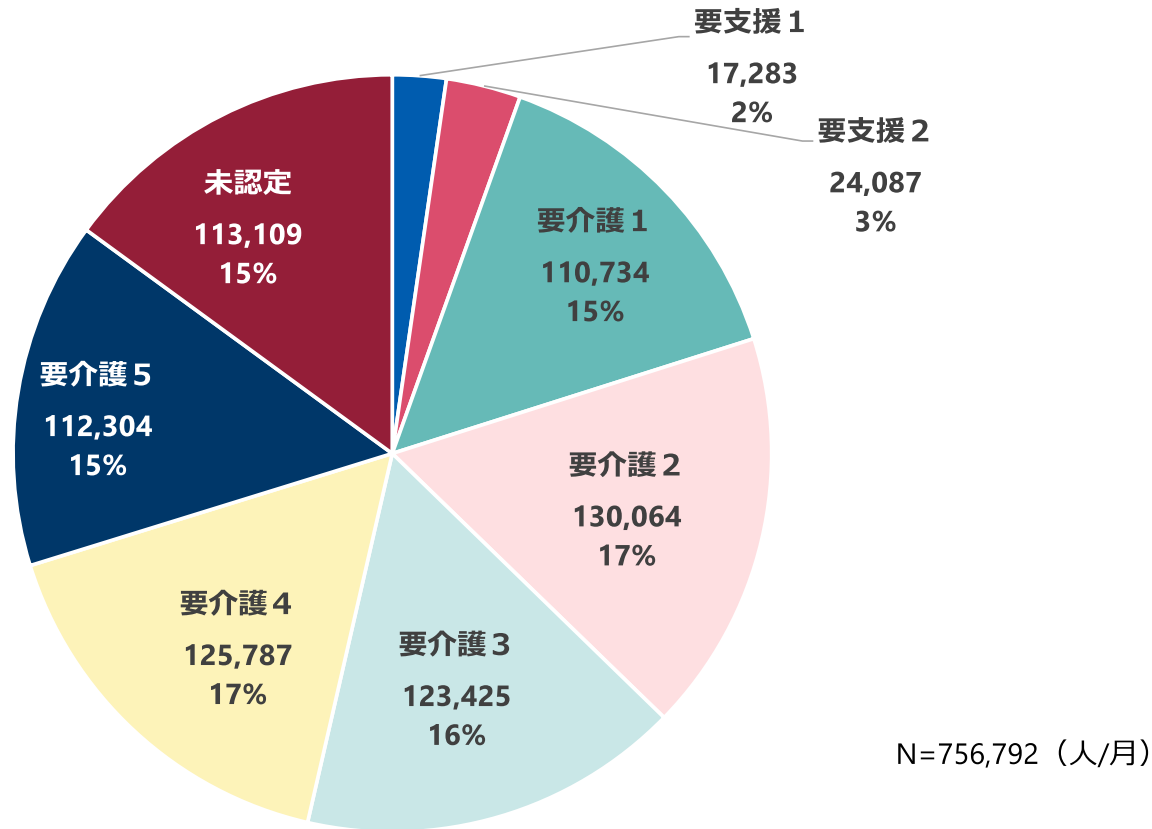
年齢階級別の要介護率と認知症



厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】KDBデータベース（KDB）（2019年度診療分）
※算定項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
※月当たりの平均患者数、京都府除く

訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

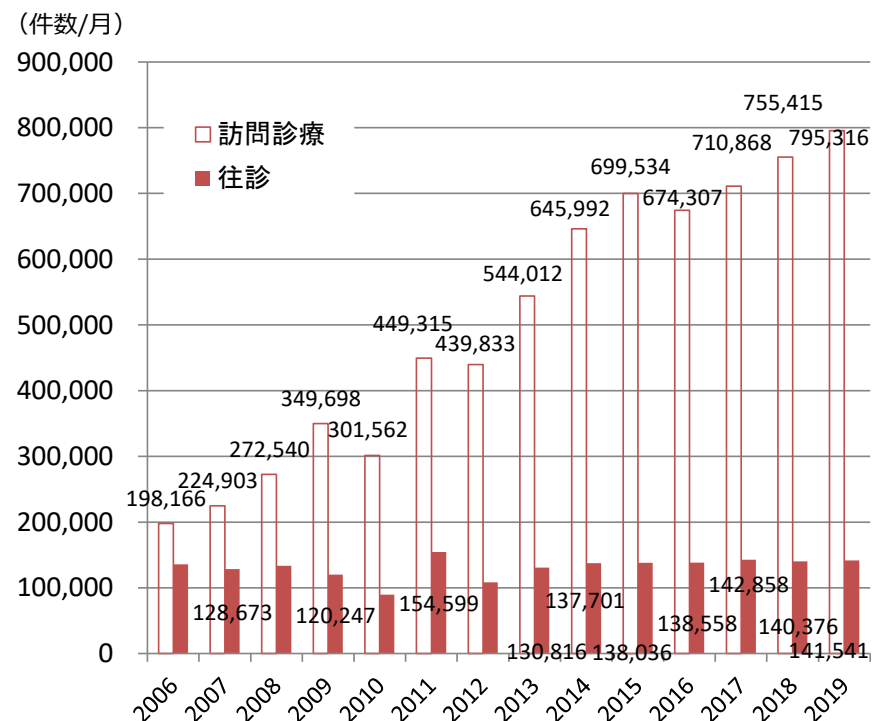
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

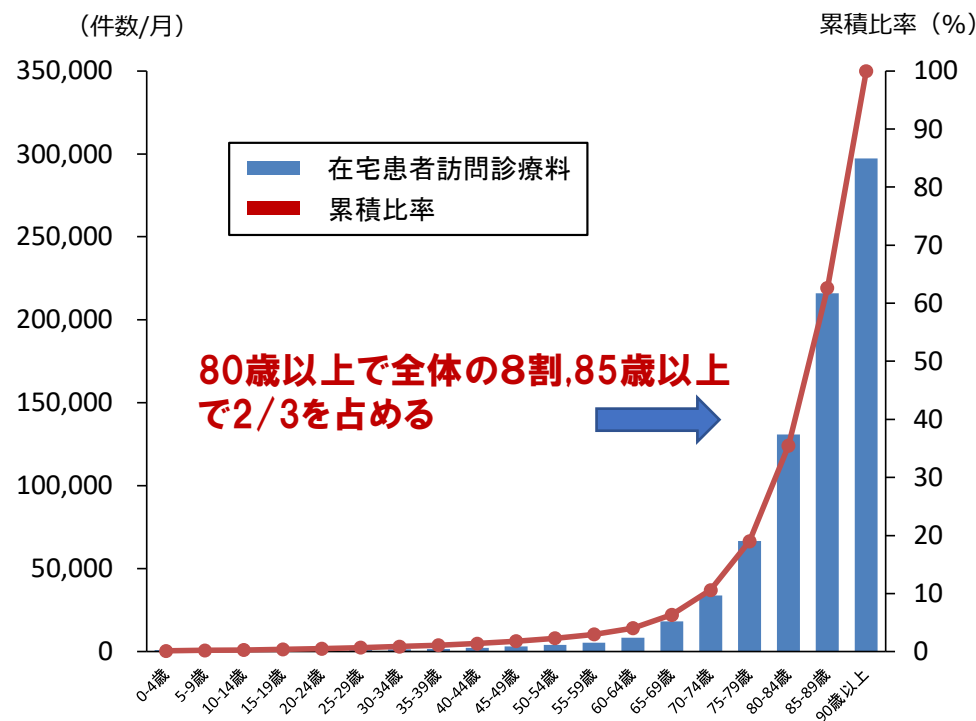
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

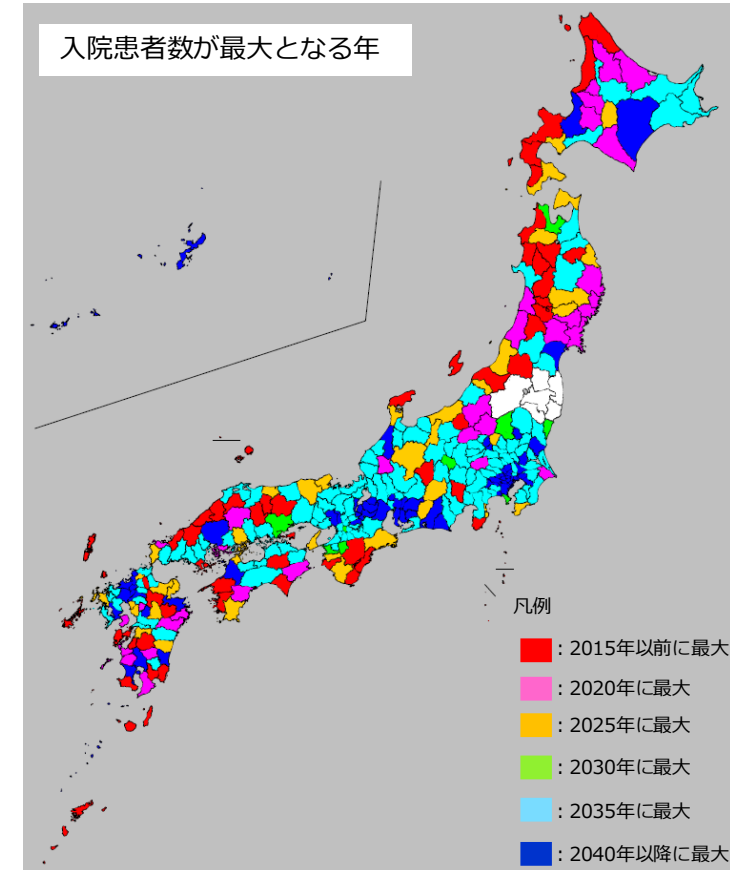
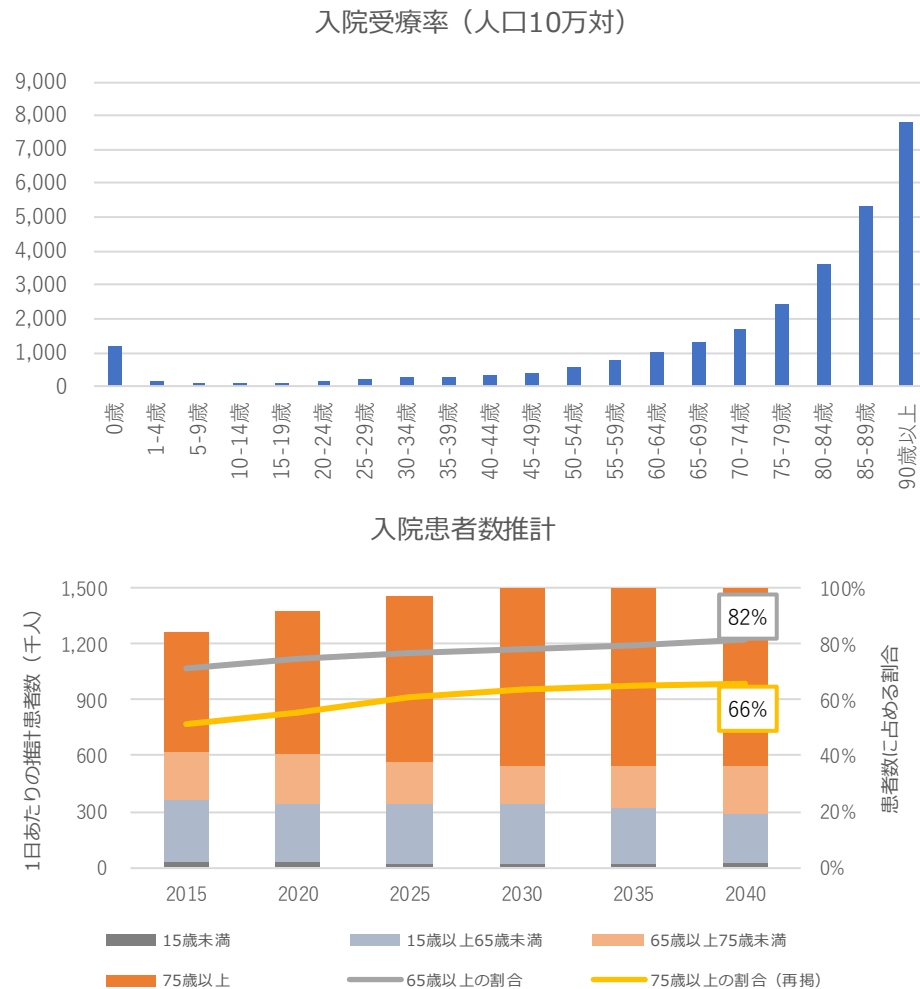


出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

医療需要の変化① 入院患者数は地域差大だが全体としては増加

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

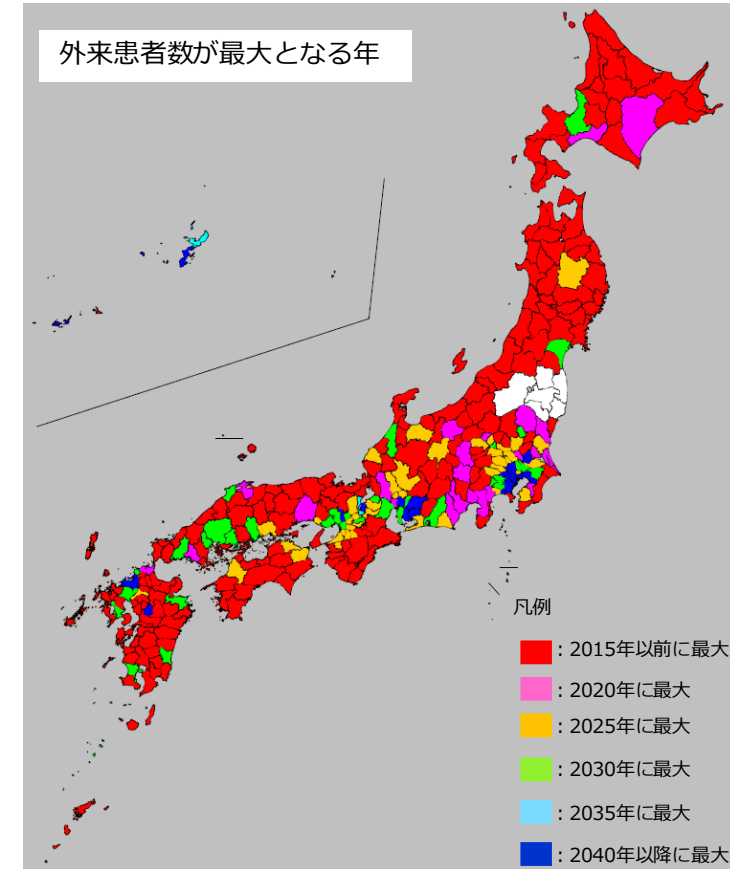
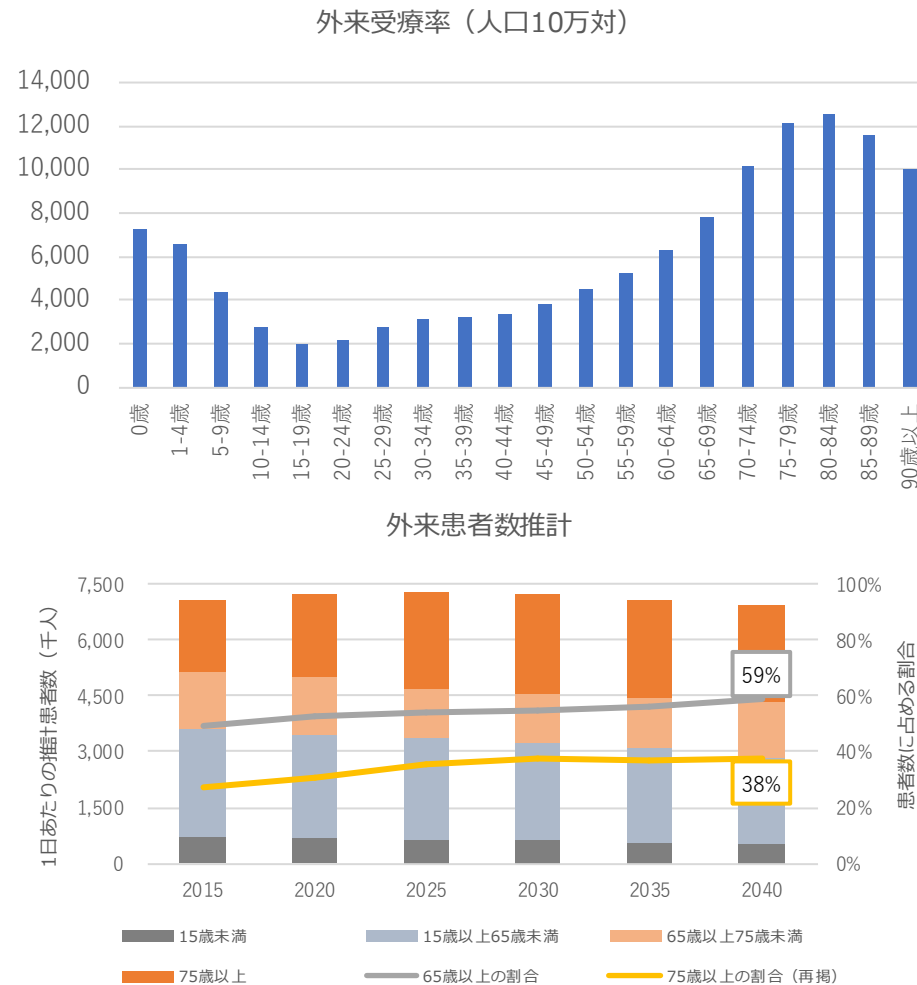
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

医療需要の変化② 外来患者数は既にほとんどの医療圏でピークアウト

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

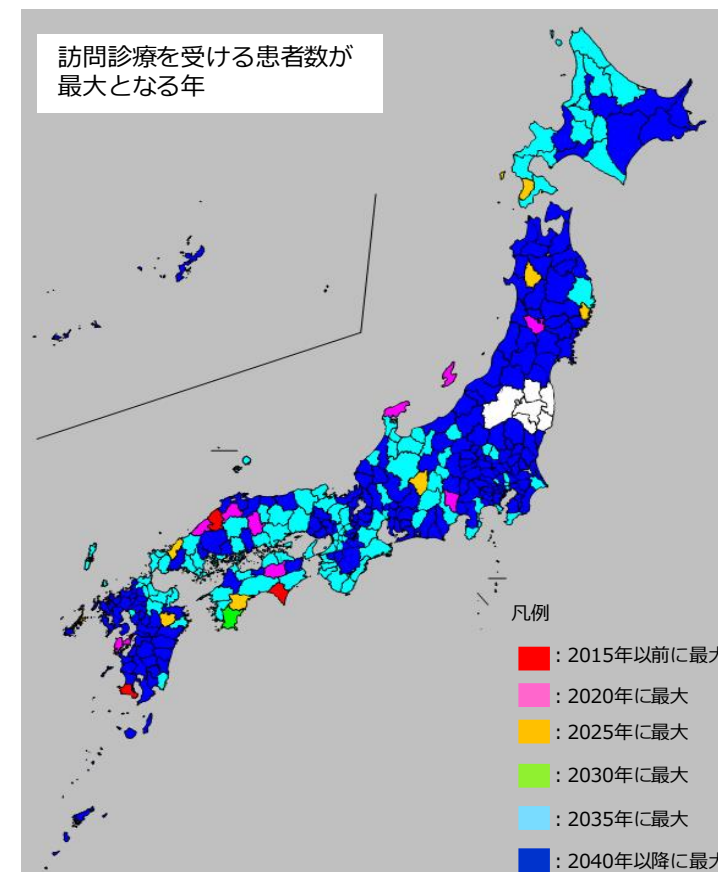
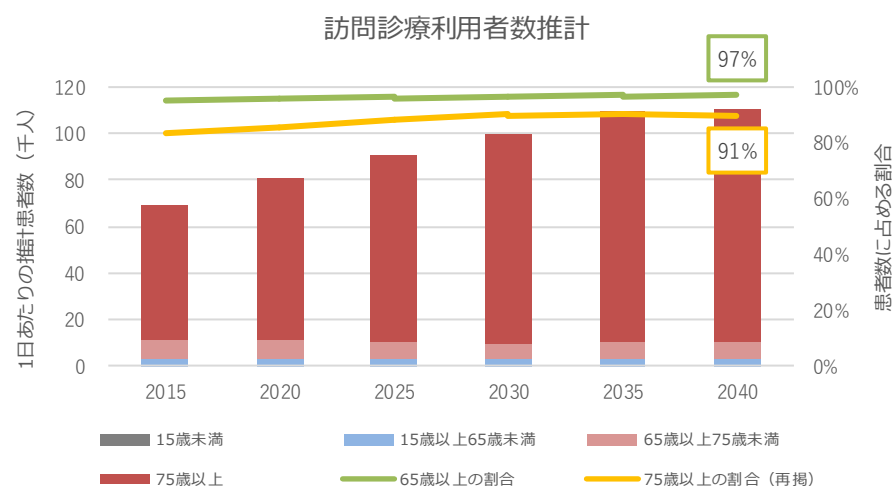
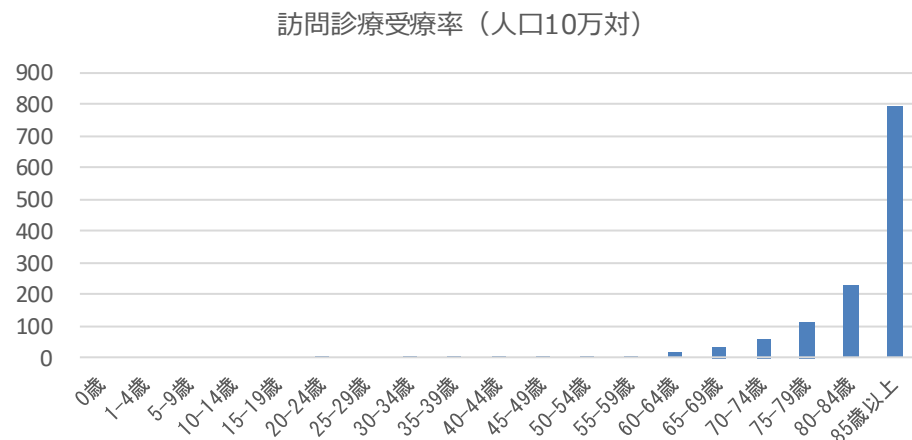
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

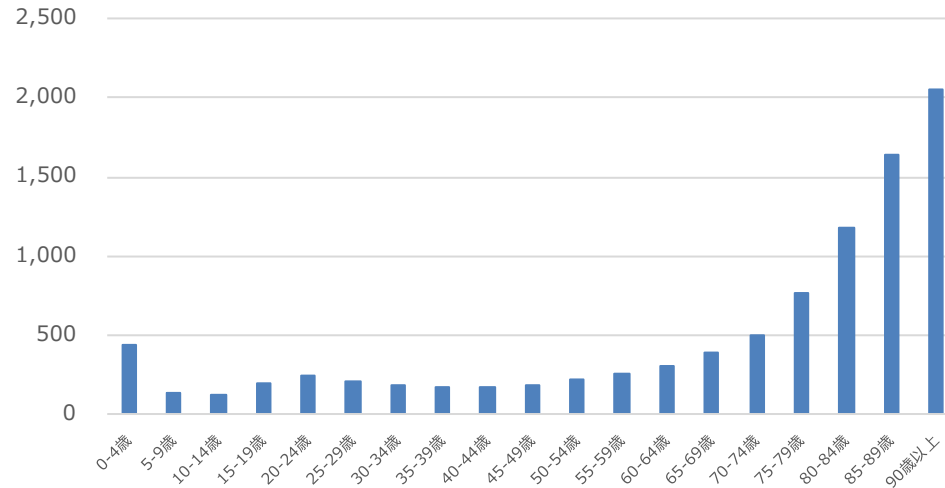


出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院一外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

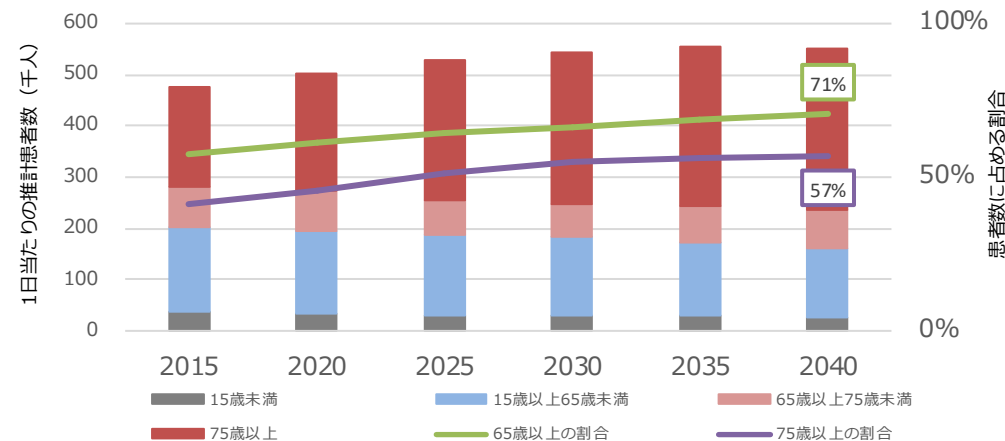
医療需要の変化④ 救急搬送も増大。その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

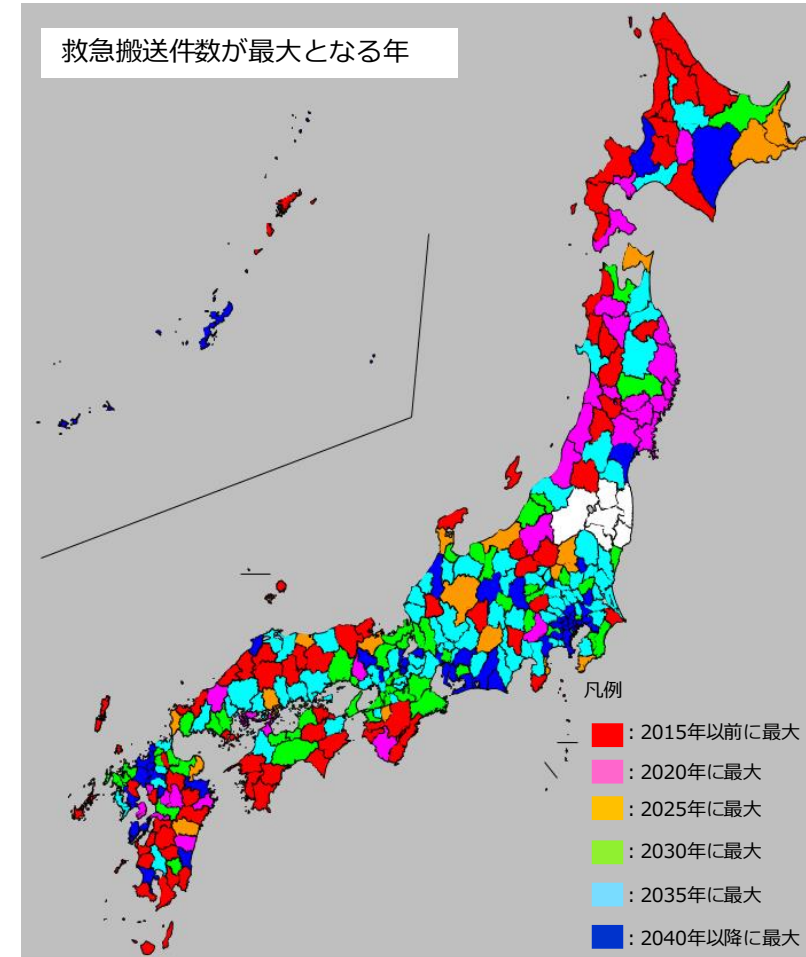
年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



救急搬送件数推計



救急搬送件数が最大となる年



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 性別が不詳のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

参考

第10回新たな地域医療構想等に関する検討会に向けての意見

2024年10月17日

構成員 香取照幸

（一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 / 兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授）

第2回検討会(2023年4月17日)ヒアリングの際に申し上げたこと(抜粋)

総論:

地域ごとの差異、地域医療構想の前提となる今後の社会経済環境の変化の大きさに鑑みれば

- :現状の診療行動・機能分担(入院/外来、医療/介護)を前提にした現状投影型の推計は機能しない。**
- :地域における医療提供体制全体の改革(最適の資源分配・機能分担・タスクシフト)、さらには医療・介護を通じた全体の改革を行なっていくことを織り込んだ改革遂行型地域医療構想を策定することが必要。**

各論

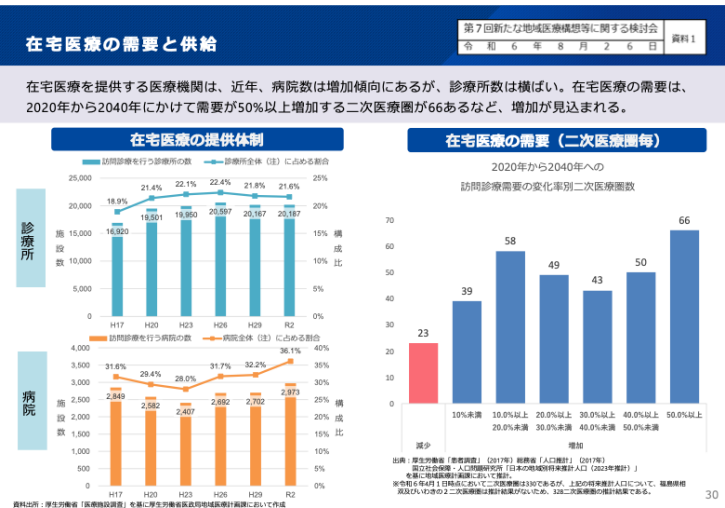
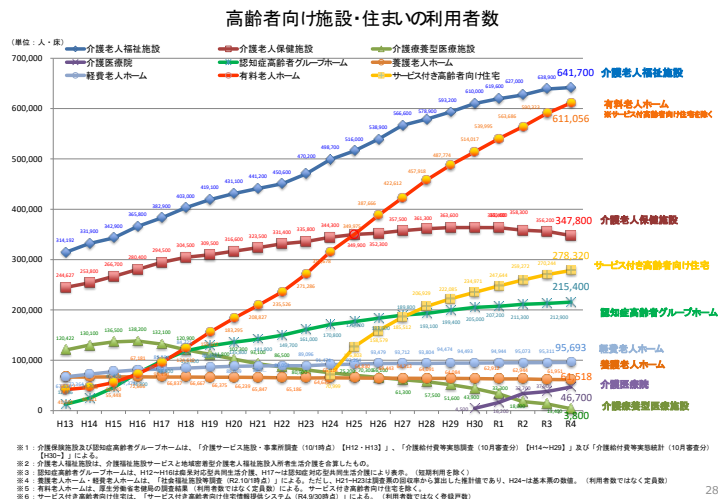
- ① 在宅医療・地域医療の強化は不可避。テクノロジーの進歩は入院と在宅の役割分担(境界線)を大きく変え、時間と空間を超える医療を可能にする。在宅医療・地域医療の姿を描くときは、それを織り込むべき。**
- ③ 人口が減少していく中、2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超える。その半数は要介護、4割は認知症。独居・高齢夫婦が大半となり家族介護力は当てにならない。
医療も介護同様、アウトリーチを前提とした提供体制へと組み替えていくことが必要**
- ④ 資源制約(特に人的資源制約)は大きいと考えるべき。
:コロナ禍で明らかになった日本の医療提供体制の脆弱性を踏まえ、有限の資源をいかに効率的に組み立てて需要に応えるか、という視点が重要。その観点からも**かかりつけ医機能の実装は不可欠**。
:現状以上の過重労働を現場に課すことはできない。働き方改革は当然に織り込むことが必要であり、**タスクシフト(専門職間の「人的タスクシフト」)**、テクノロジーの活用(IT、IoT、SaMD、AI)による現場の負担軽減を大胆に進めないと、地域医療構想それ自体が画餅に帰しかねない**と考えるべき。****

前回のテーマ(回復期・慢性期・在宅)を踏まえて今回のテーマ(外来医療)について考えると、、、

- ① 居住系施設(サ高住・有料老人ホーム・GH等)の増大
- ② 在宅医療(往診・訪問診療)の需要の増大
- ③ 訪問看護(訪問系サービス)の需要の増大



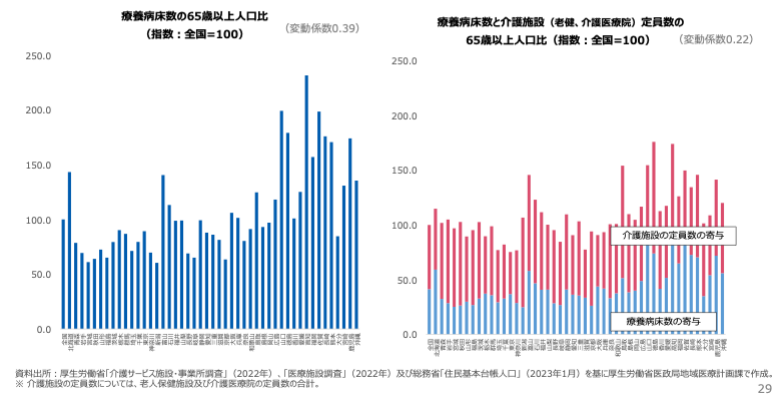
今回の資料に「(将来の)外来患者数は減少」とあるが、外来需要の減少は地域における医療需要(在宅医療需要)の減少を意味するものではないのではないか。



- むしろ、
- ① 「要医療・要介護の高齢者の増大(患者像の変化)」を踏まえて、
 - ② 「医療施設(回復期・慢性期病床～介護施設(特養・老健・介護医療院)～居住系施設(サ高住・有料・GH等)～居宅」を通じて、
 - ③ 住民の所在の如何にかかわらず、必要な医療を提供することのできる体制(＝地域を面で支える提供体制)をどう構築していくのか、
- という視点から考えることが必要なのではないか。

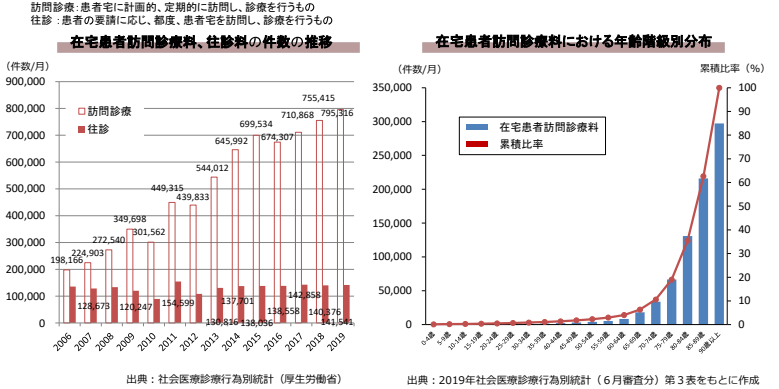
療養病床の地域差、療養病床と介護施設（老健、介護医療院）定員数の地域差

療養病床に係る地域差については、介護施設（老健、介護医療院）の定員数と合わせると地域差は縮小する。



在宅患者訪問診療料等の件数の推移

○ 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
○ 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。



①療養病床と介護施設が一種の代替補完関係にある（前回資料）、とあるが、これに居住系施設を加えたらどういう絵柄になるだろうか？
→介護の視点から見れば、この三者（医療施設・介護施設・居住系施設）の入所者は「要医療・要介護」とであるという意味で連続的。

「医療」の視点から考えれば、在宅の一類型である「『医療サービス外付け型』の居住系施設」における医療提供をどう考えるか、という論点があるはず。

そもそも、全体として検討会の議論が「入院」に議論が集中している。
外来・在宅についての議論が十分ではないという印象。

その上で、今回の検討会のテーマに引き付けて指摘するなら、
：前回の検討会で指摘したように、「外来」だけでは地域の高齢者（居宅・居住系施設）の医療は支えられない。
訪問診療を受けている高齢者の85%は要介護者、50%は中重度要介護者8割は80歳以上、3分の2は85歳以上である。

→今回の外来機能では、外来の機能分化（診療所と病院の機能分化～専門外来への特化）のみがテーマになっているが、外来のみならず、往診や訪問診療などのアウトリーチ型の医療提供や遠隔医療・オンライン診療などの「空間を超える医療提供」も視野に入れた構想を考えないと、将来の地域医療は成り立たない、と思料するが、如何。

医療提供体制改革の目指すもの

**在宅医療・地域包括ケアネットワーク・
かかりつけ医機能は「三位一体」**



(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

(2) 医療提供体制改革の視点

① 在宅医療・地域医療の強化

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス ～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークと それを担うマネジメント機能～

④ 資源の効率利用 働き方改革

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除



(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

- 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

→現在の医療・介護提供体制で、2040年の社会を支えられるのか？

- ・日本の医療提供体制は、フリーアクセスの下で増大する国民の医療ニーズをカバーする仕組みとして歴史的に形成されてきたもの。

出来高払いも含め、それらはある意味国民が選択した結果。

- ・しかし2040年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療需要をカバーしていくための提供体制の効率化・最適化は不可避。



- ・ 疾病構造の変化(患者像・医療需要の変化)に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配(選択と集中)、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、近い将来、再び医療崩壊の危機を招く。

(2) 医療提供体制改革の視点

① 在宅医療・地域医療の強化

- ・ **全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。**

在宅医療・地域医療が機能しなければ病院や救急の負担は大きくなる。

- ・ **医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。**
- ・ **新しい地域医療構想においては、今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに応えていくかという視点に立ち、病院病床の機能分化・連携だけではなく、診療所も含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えることが必要。**
- ・ **在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。
このことを深く認識することが重要。**

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

- ・ 「治す医療」から「治し支える医療」、そして「寄り添う医療へ」

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- ・ 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- ・ とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

- ① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

- ② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

- ・さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。

より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

- ・他方で、診断治療技術の進歩、医療Dxの進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。
- ・オンライン診療などの非対面診療は入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置付け、その普及定着を進めていくべき。諸外国はすでにその方向に大きく舵を切っている。

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

- ・ 医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。
- ・ そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠。各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。
- ・ 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- ・ 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要だが、制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- ・ 現在でも、65歳以上の高齢患者の多くが同一月内に複数の医療機関を受診。重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点のみならず、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも重要な問題。

患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行う機能は、地域医療体制に不可欠の機能。

さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることとは困難。

包括的で継続的な切れ目ないサービスは医療を超えて保障されなければならない。

- ・ 地域包括ケアネットワークはまさにそのことのために構想されているもの。個々の制度を越え、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度 —Integrated care network」として機能するもの。
- ・ 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
医療提供体制改革は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

④ 資源の効率利用 働き方改革

- ・ 増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に) 引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も招来。
- ・ 医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人。年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人。勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題。
- ・ 医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。



- ・ 医療Dxの積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取り組みも必要。
- ・ このことはかかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及実装にも貢献。

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

- 医療提供体制改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。
- とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。
- すなわち、提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。

～まとめ～
医療に求め
られるものは
どう変わって
いくのか

- ・ 「治す医療」から「治し、支える医療」「寄り添う(伴走する)医療」へ
生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」
患者の多くは複数の疾患を持ち(multimorbidity)、医療と介護、生活支援など複合的なニーズを持っている
- ・ 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。
- ・ とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は
 - ① 「治す」に特化した高次機能を担う病院
 - ② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院
という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

∴地域医療構想で考えるべきは、病床機能分化・連携(だけ)ではない

① 「治す医療」～急性期(高度急性期)の機能強化

急性期病院の集約化(病床削減＋資源の集中投入)

→高度急性期・重症急性期の入院医療への特化

② 「治し、支える医療」～地域医療・在宅医療の強化

かかりつけ医機能の実装、かかりつけ医機能を支援する地域密着型多機能病院の役割・位置付けの明確化

→ ex) コミュニティホスピタル 在支診/在支病 総合診療医 面で支える地域医療

③ 地域包括ケアネットワークとの協働・連携

在宅医療(地域医療構想)・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」

☆人的・物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現していかないと、医療費の「最適化」も実現できない。

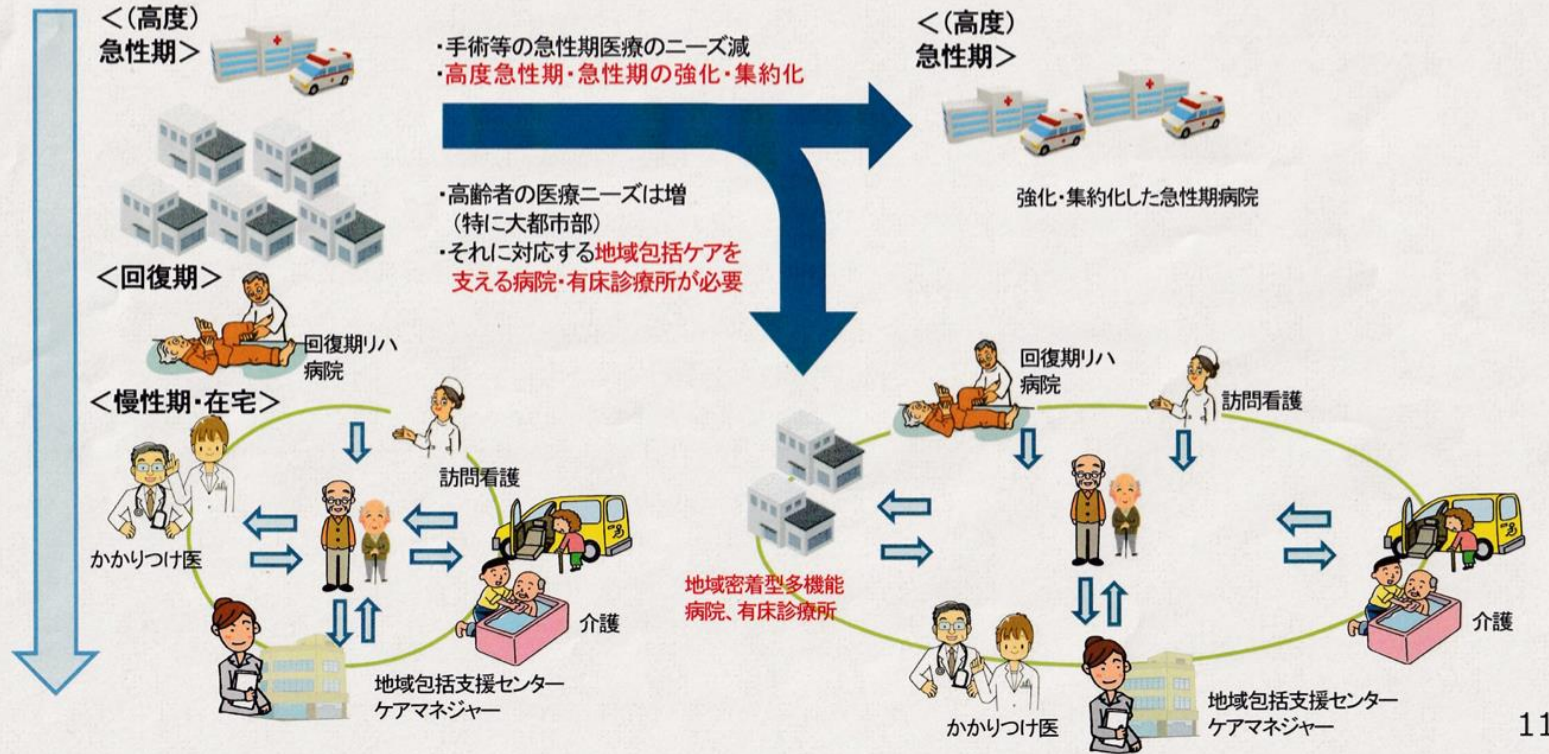
水平的連携で地域包括ケアを支える

【これまで】

「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、急性期病院→回復期→慢性期・在宅（地域包括ケア）の垂直連携（タテ連携）を推進

【これから】

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域密着型多機能病院・有床診療所、介護などとの水平的連携（ヨコ連携）を推進



これまでの地域医療構想の視点:

高度急性期～急性期の医療を担う大病院から地域のかかりつけ医までの「医療のみの垂直連携」

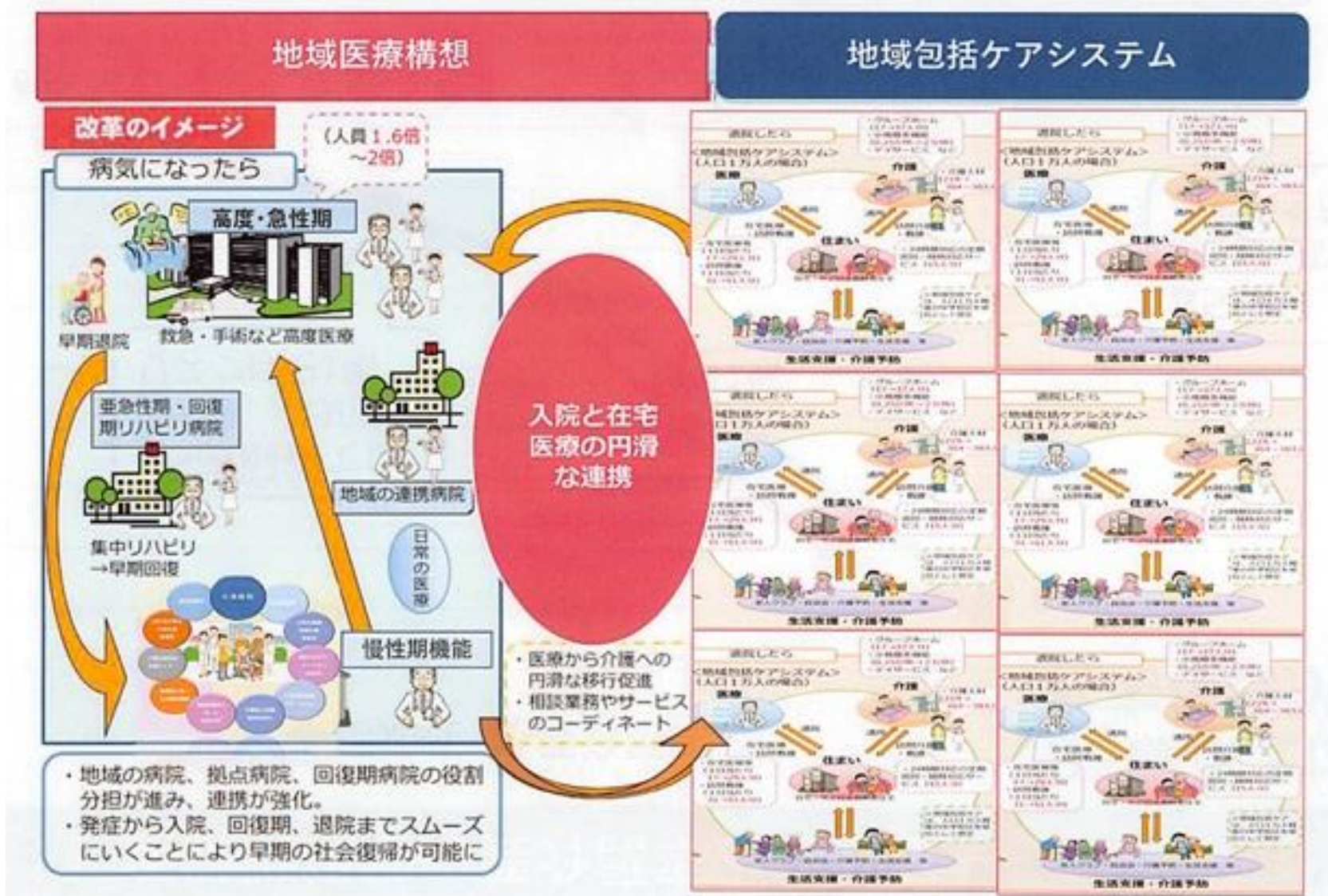
これからの視点:

日常生活圏域ごとにかかりつけ医、地域密着型多機能病院、訪問看護、ケアマネジャー、介護、地域包括支援センターなどが水平に連携する「多職種協働・地域包括ケアネットワーク」

→医療のみの垂直連携中心から、介護との連携を基本とする水平連携中心へ

「地域包括ケアは制度を超えるネットワーク」
Community-based integrated care network

地域医療構想と地域包括ケアは車の両輪 そのハブがかかりつけ医機能



高齢者の急性期入院に関する議論

**（2024年9月6日 新たな地域医療構想
等に関する検討会資料より）**

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえく壊＞ 疝を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

30 28%

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12) ^a	Mean (95% Confidence Interval)		P Value
		Before	After	
Muscle fractional synthetic rate, % per hr	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)
DEXA lean mass, kg†	10	48.05 (40.61 to 55.49)	45.51 (39.57 to 53.45)	
Whole body				-1.50 (-0.62 to -2.48)
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)
Lower Extremity		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	
% Change				-6.3 (-3.1 to -9.5)
Isometric muscle strength, Nm per sq	11	120 (96 to 146)	101 (81 to 121)	
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, N=234	Preintervention N=178	P-value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0±2.4	2.7±3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9±19.4	9.9±17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

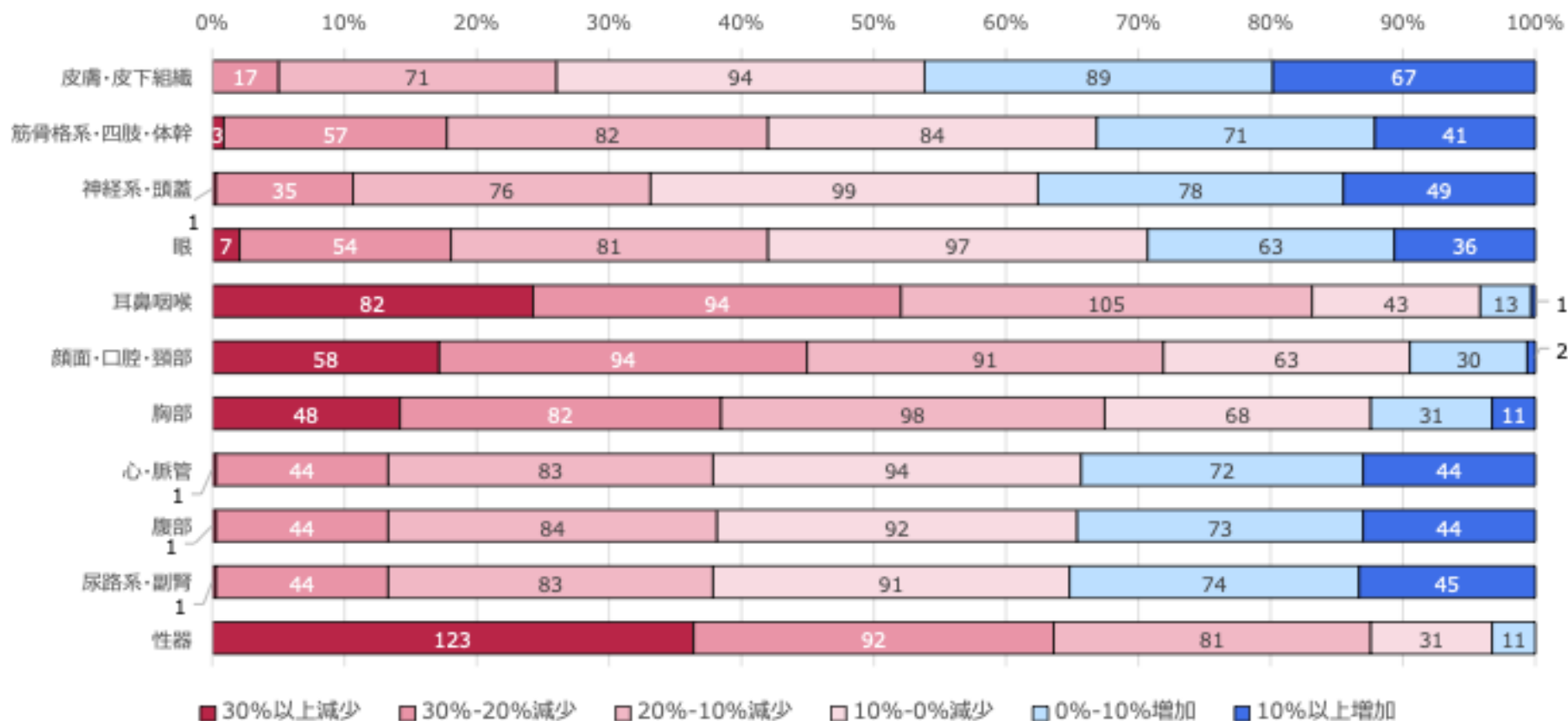
第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年8月26日

資料1

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「ND8オープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、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」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

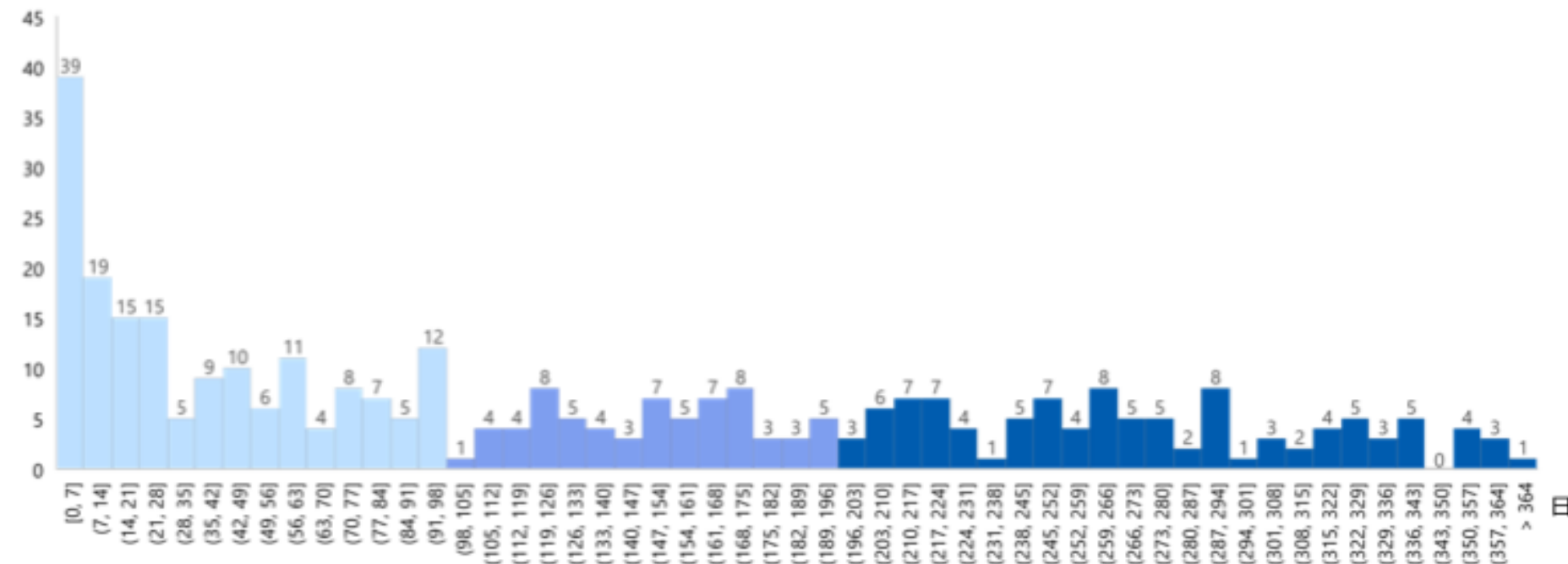
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

医療機関機能の設定の考え方（案）②

【救急・急性期に関する機能】

- 多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。
- 緊急手術を実施するためには、手術に関わる医師、看護師のほか、様々な部門のスタッフが必要となるが、休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。
- 医師の働き方には課題があり、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多い。特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向がある。分娩は休日対応等も多いが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関も多いため、一部の医師の負担となっている可能性がある。



病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

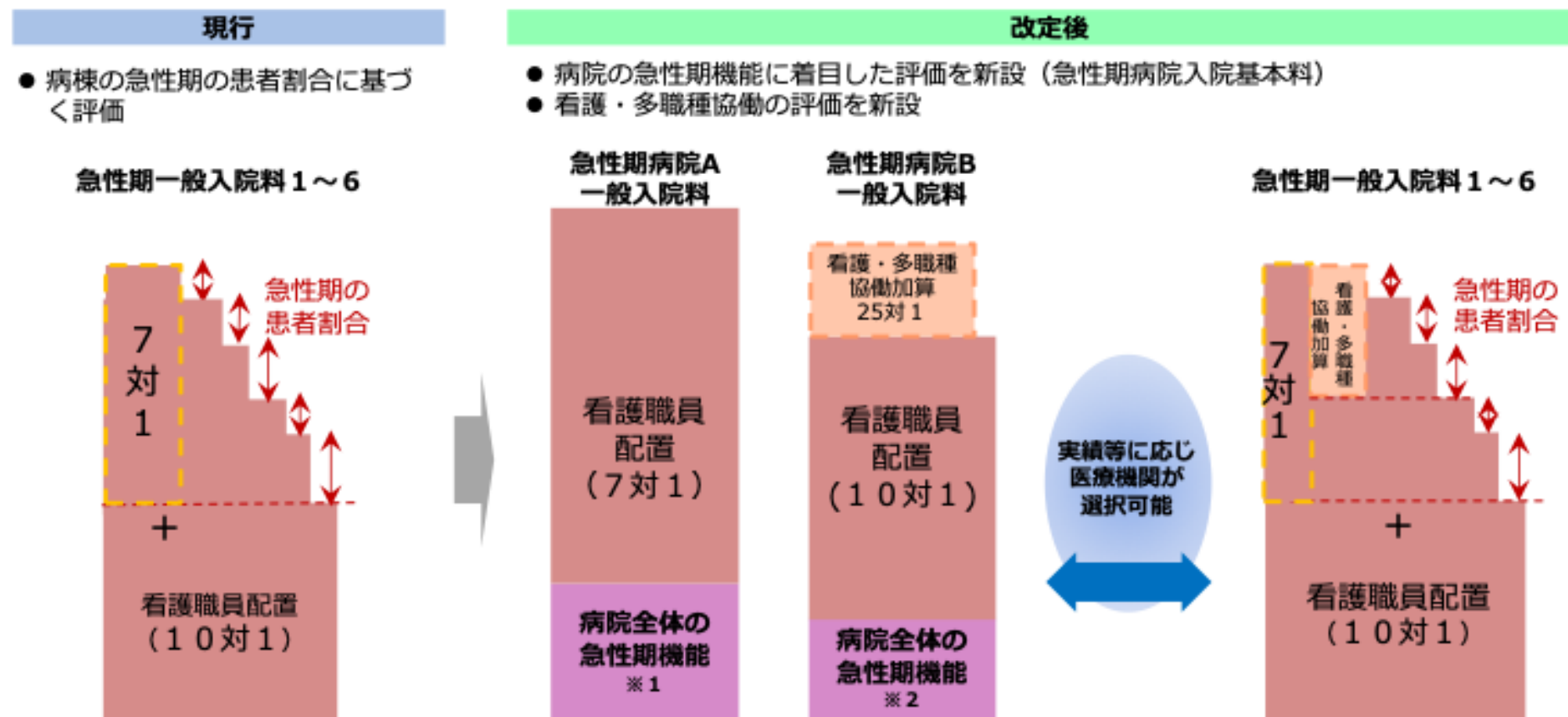
医療機関の役割のイメージ（案）

	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション
地方都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応。 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
人口の少ない地域	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。



※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件

※2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

*看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- **地域の急性期医療**を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、**看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働**して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

（新）看護・多職種協働加算（1日につき）

- 1 **看護・多職種協働加算 1**（急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） **277点**
- 2 **看護・多職種協働加算 2**（急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） **255点**



〔算定要件〕

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が**急性期一般入院料1と同等の基準**を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の**7割以上が看護師**であること。
- 医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

看護・多職種協働加算における職員配置の例

- 看護・多職種協働加算は、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

〔施設基準〕

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟であること。

配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合

看護・多職種
協働加算
25対1

看護職員又は多職種のいずれか
約10人*2

看護職員
配置
(10対1)



看護職員
約24人*1

*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142$ (年52週)
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 24.3人$ (24人)

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142$ (年52週)
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人$ (10人)

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合

看護職員
配置
(7対1)



看護職員
約35人*3

*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142$ (年52週)
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人$ (35人)

将来的には

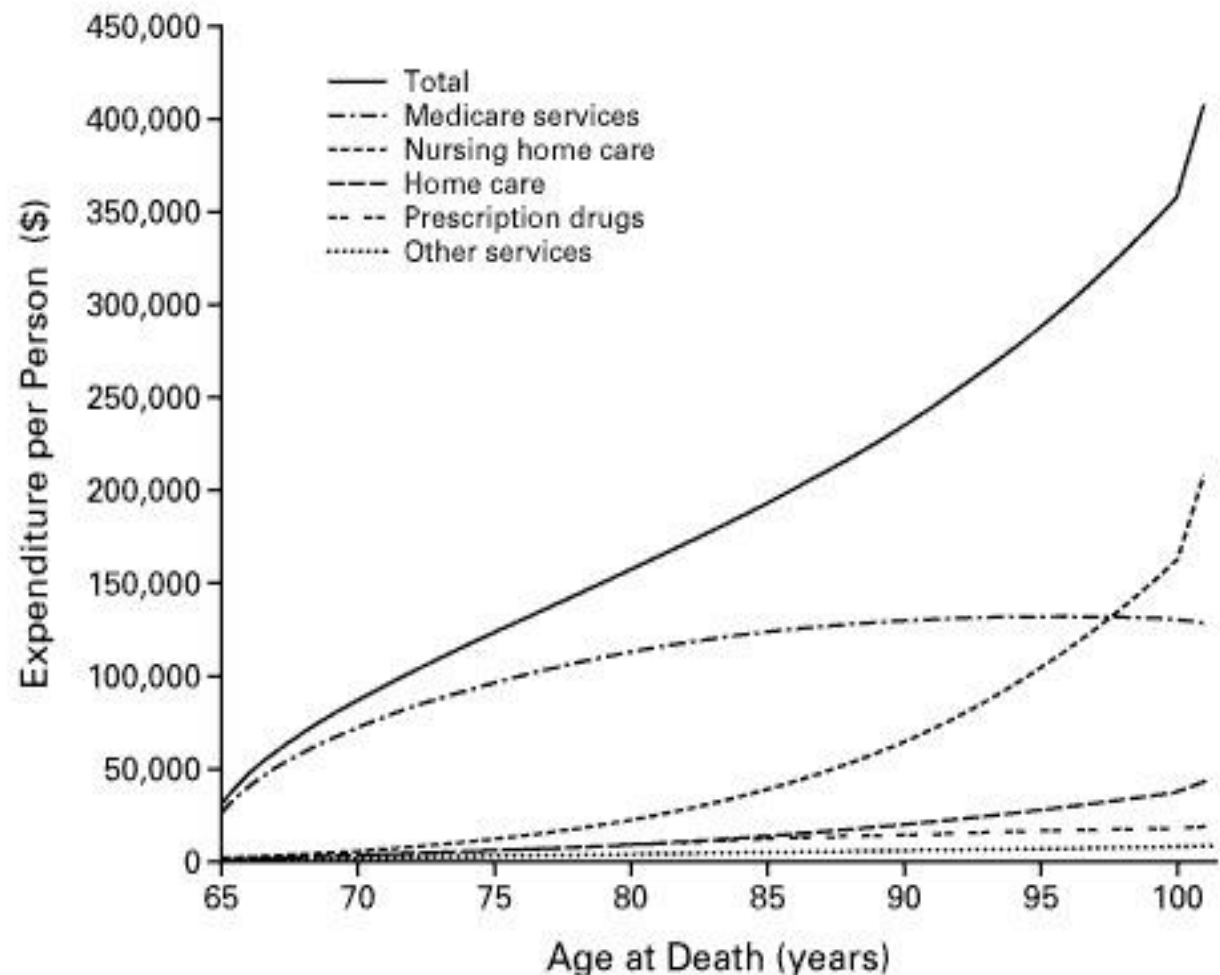
医療よりも介護(長期ケア)のコストの方が

より大きな問題になる

Cumulative Health Care Expenditures from the Age of 65 Years until Death, According to the Type of Health Service and the Age at Death. (死亡時年齢階級別・サービス別 65歳以降死亡時までの累積医療・介護費)

AGE AT DEATH (YR)	MEAN EXPENDITURE					
	ALL SERVICES	MEDICARE-COVERED SERVICES PLUS COST SHARING	NURSING HOME CARE	HOME CARE	PRESCRIPTION DRUGS	OTHER SERVICES
			dollars			
All persons ≥65†	164,505	105,342	34,205	11,428	9,546	3,984
65	31,181	26,161	1,751	2,024	1,073	171
70	87,116	72,302	5,829	3,658	3,564	1,762
75	123,823	96,459	12,168	5,614	6,681	2,901
80	157,903	112,857	22,529	8,909	9,656	3,952
85	193,727	123,722	39,009	13,692	12,335	4,969
90	235,369	130,042	64,665	20,019	14,667	5,976
95	287,980	132,341	104,069	27,948	16,634	6,988
100	358,174	130,910	163,563	37,476	18,214	8,011
>101	407,425	128,617	207,926	43,390	18,913	8,579

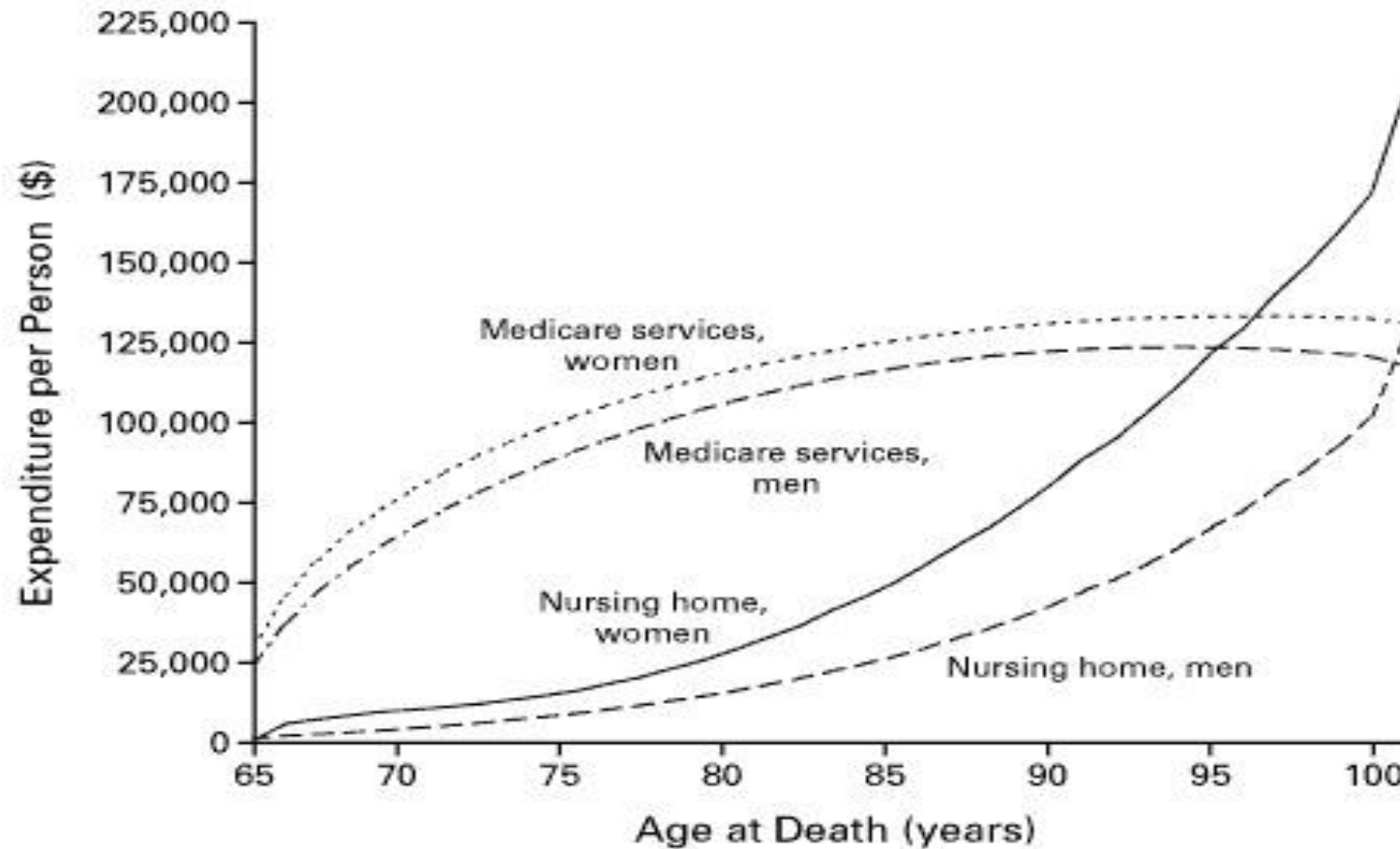
1996年時点で、Medicare対象者(65歳以上高齢者)について、65歳以上死亡までの累積医療費(Medicare)、累積施設ケア費(Nursing home care)、累積在宅ケア費(Home care)等を調査したもの。施設ケア費と在宅ケア費はMedicareによってカバーされていない。



出典：The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care
.Brenda C. Spillman, Ph.D., and James Lubitz, M.P.H.

New England Journal of Medicine 2000; 342:1409-1415

累積医療費(Medicare医療費)と累積施設ケア費(Nursing home費)だけ抜き出してみる



累積生涯医療費は死亡時年齢90歳くらいまでは伸び続ける。寿命が伸びれば生涯医療費は増大する。

→ 高齢化＝長寿化は少なくとも90歳代までは生涯医療費の増大要因になる。

寿命の伸長は「老化の先送り」と考えてよい。感覚的に言えば今の60歳は昔の50歳、今の80歳は昔の65歳。

他方、長期ケア費はピークアウトすることなく伸び続ける

→ 高齢化・長寿化のインパクトは長期ケア(介護)においてより大きい。

地域包括ケアネットワークの実践例

2025年1月12日 第6回日本地域包括ケア学会での発表事例から

<https://www.youtube.com/watch?v=rj93XQzuHsU>

愛知県豊明市 共生社会課の取り組み

多職種合同ケアカンファレンス



市が主催する症例検討会議（ケーススタディ型）
2016年4月から毎月実施。

【目的】

規範的統合（医学モデルから生活モデルへ）
自立支援型ケアマネジメントの徹底
多職種の視点による重度化予防
専門性の向上と他の職種への技術移転

【参加者】

地域包括支援センター、ケアマネジャー
サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）
医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST
管理栄養士、歯科衛生士
生活支援コーディネーター、司法書士、
保健師、看護師、MSW
障がい者基幹相談支援センター、
生活困窮自立生活相談センター
その他、大学病院実習生、民間企業 ほか

POINT

頻度：月2回（包括版、居宅版）1時間半

1回あたりの検討数：3事例～4事例

対象症例として選定する基準：

- ①よくある症例（困難事例でない）
- ②事業対象者～要介護3の在宅ケース
- ③多職種の学びとなるもの

すべては、ひとりの人の暮らしを考えることの繰り返しから

多職種合同ケアカンファレンスの効果①「多職種間の専門性の技術移転」

気にする「目」がないと

相談窓口を設けても
ケアマネからの相談がない



在宅ケアをやりたいが
依頼がこない

カンファレンスの効果



気にしてもらえるようになって初めて依頼や相談がある

多職種合同ケアカンファレンスの効果①「支援策の重層化」

生活ニーズが分かると、これまで見ていなかった「資源」が見えてくる

事例で磨かれた「勘」

昔カラオケ
が好きだっ
た

買い物した
いが、袋を
持って帰れ
ない

送迎付きの
お出かけ先

自分で歩い
て
行ける場

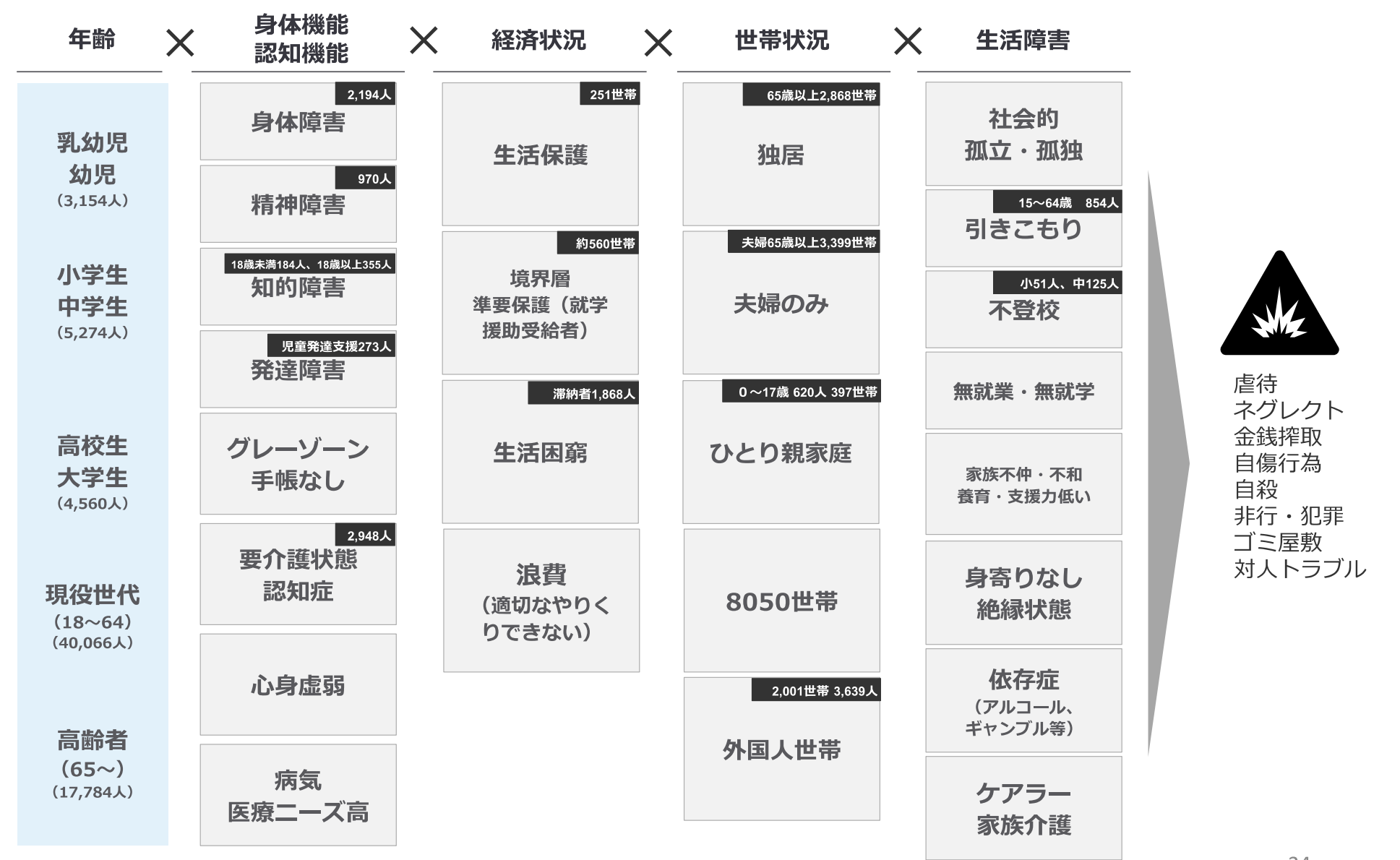
これ使えるかも



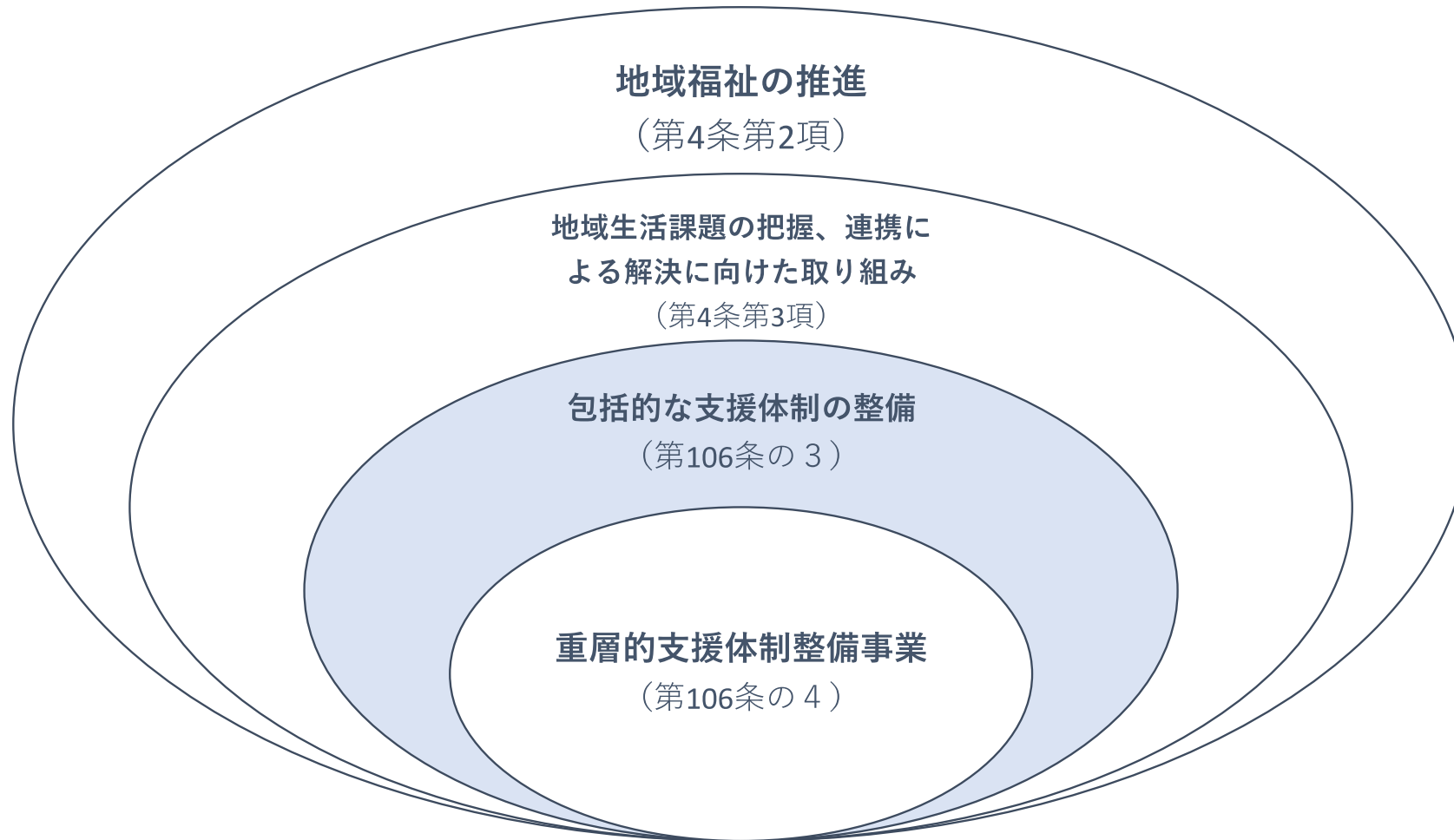
生活支援コーディネーター



生きづらさ・生活の困難さを抱え、支援の網から取り残されている住民とは？

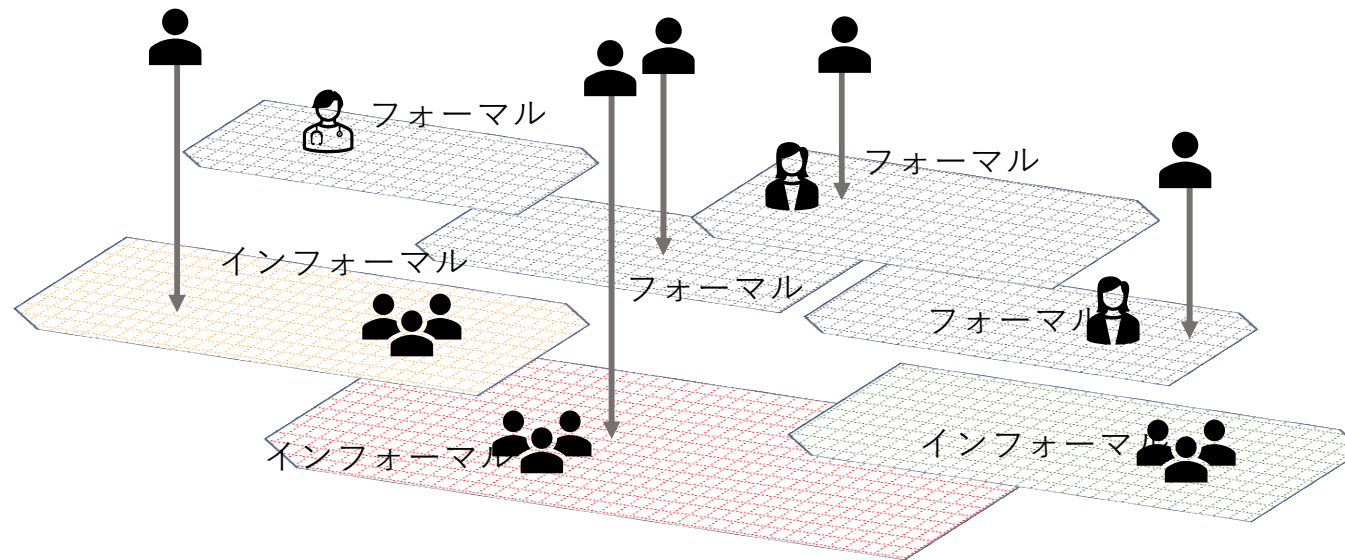


地域共生社会の実現（社会福祉法第4条第1項）



気づきの重層化 と 支援(支え)の重層化

フォーマル、インフォーマルなセーフティネットを多層化し、
多方面に張り巡らせるために、関係機関や地域社会に働きかけを行うこと。
それにより、生活課題を抱えた人への気づきを促し、支援を充実させていくこと。



大阪府豊中市社会福祉協議会の取り組み

1,豊中市社会福祉協議会のCSWの取り組み 2004年から地域福祉計画に位置付け

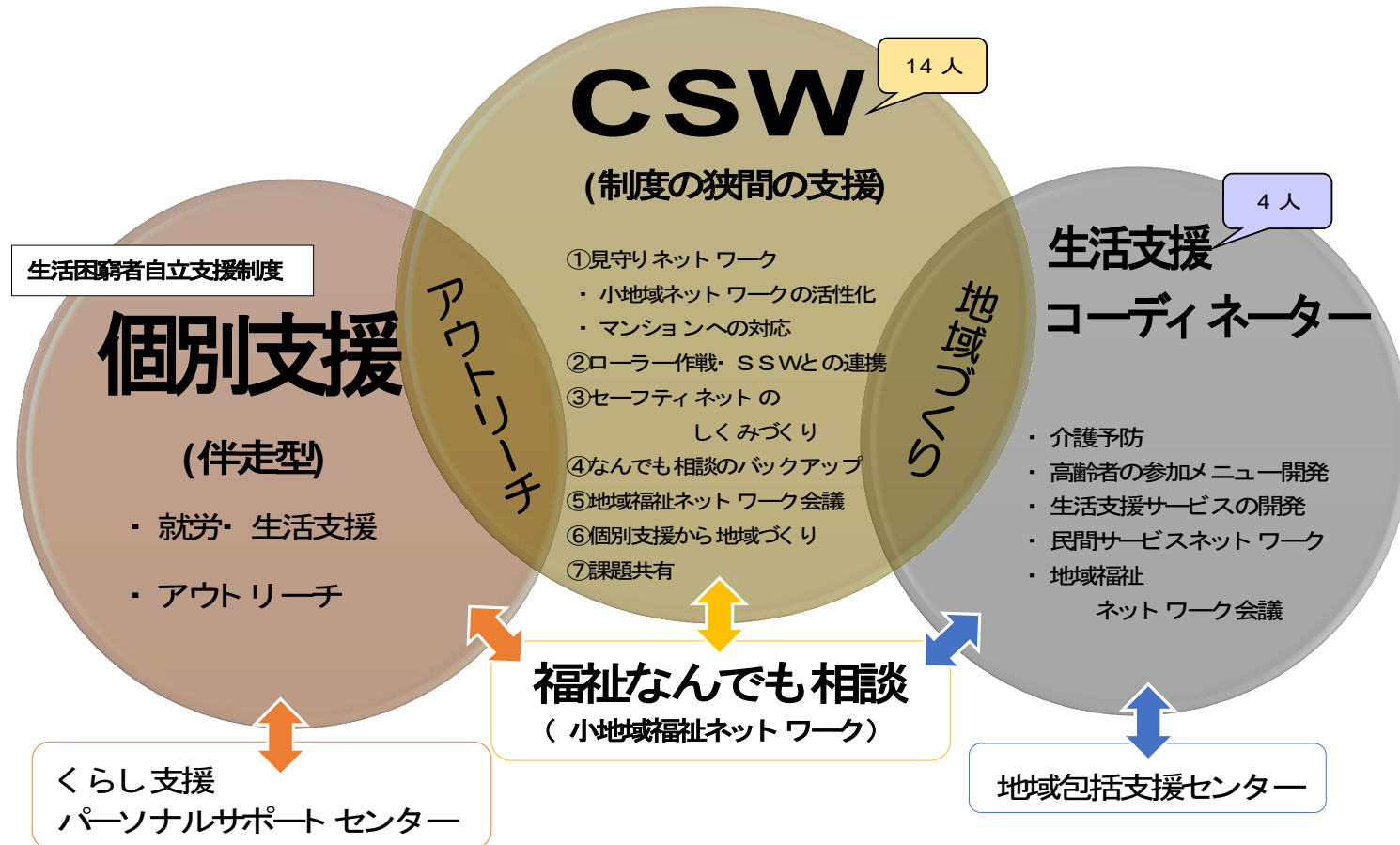
- ①制度の狭間から地域づくりへ
- ②住民と協働するワーカー
- ③ライフセーフティネットの仕組み
- ④プロジェクト会議(出口づくり)

総論賛成各論賛成 排除しない地域づくり

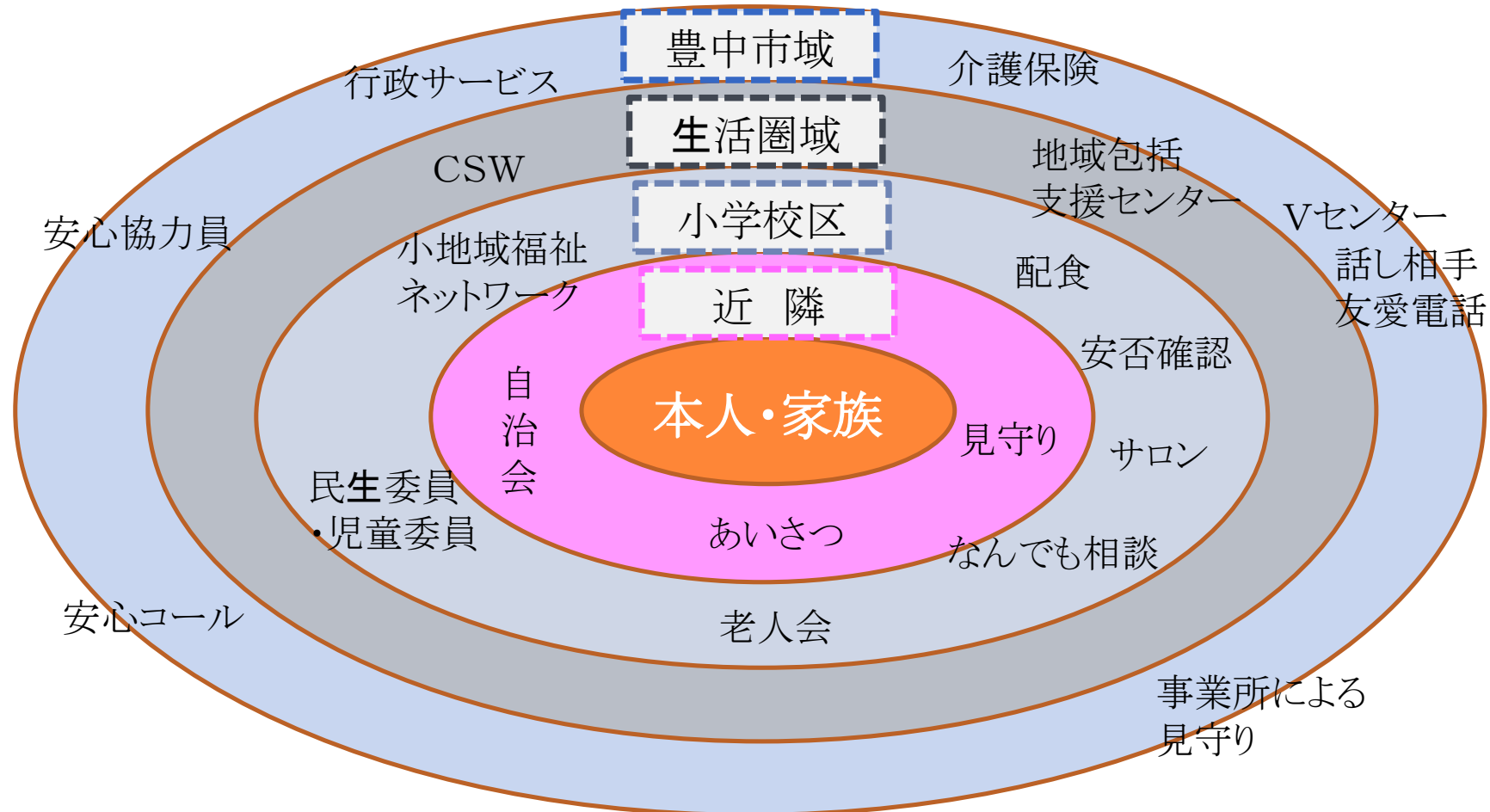
- 個の課題から地域づくりを考える
ゴミ屋敷・子供の貧困・ひきこもり・8050
アルコール依存・刑余者などなど
社会的孤立へのアプローチ

【地域福祉推進専門職の役割】

豊中社協(案)



2,豊中における重層的な見守りの方法



2, 一人も取りこぼさない

早期発見・アウトリーチの必要性

- ① 措置から契約へ福祉制度が大きく変化したことに伴い
SOSを出せない人、サービス拒否者は繋がらない
- ② 本当に困っている人はなかなか制度に結び付かない



A民生委員・校区福祉委員による早期発見

見守り、声掛け、福祉なんでも相談

B住民による見守りローラー作戦

民生委員、福祉委員、地域包括支援センター、CSW

C多機関との連携による早期発見

生活困窮者・社会的孤立者の早期発見のための検討会議

行政の滞納状況・SSW・病院などとの連携

D マンションサミット交流会

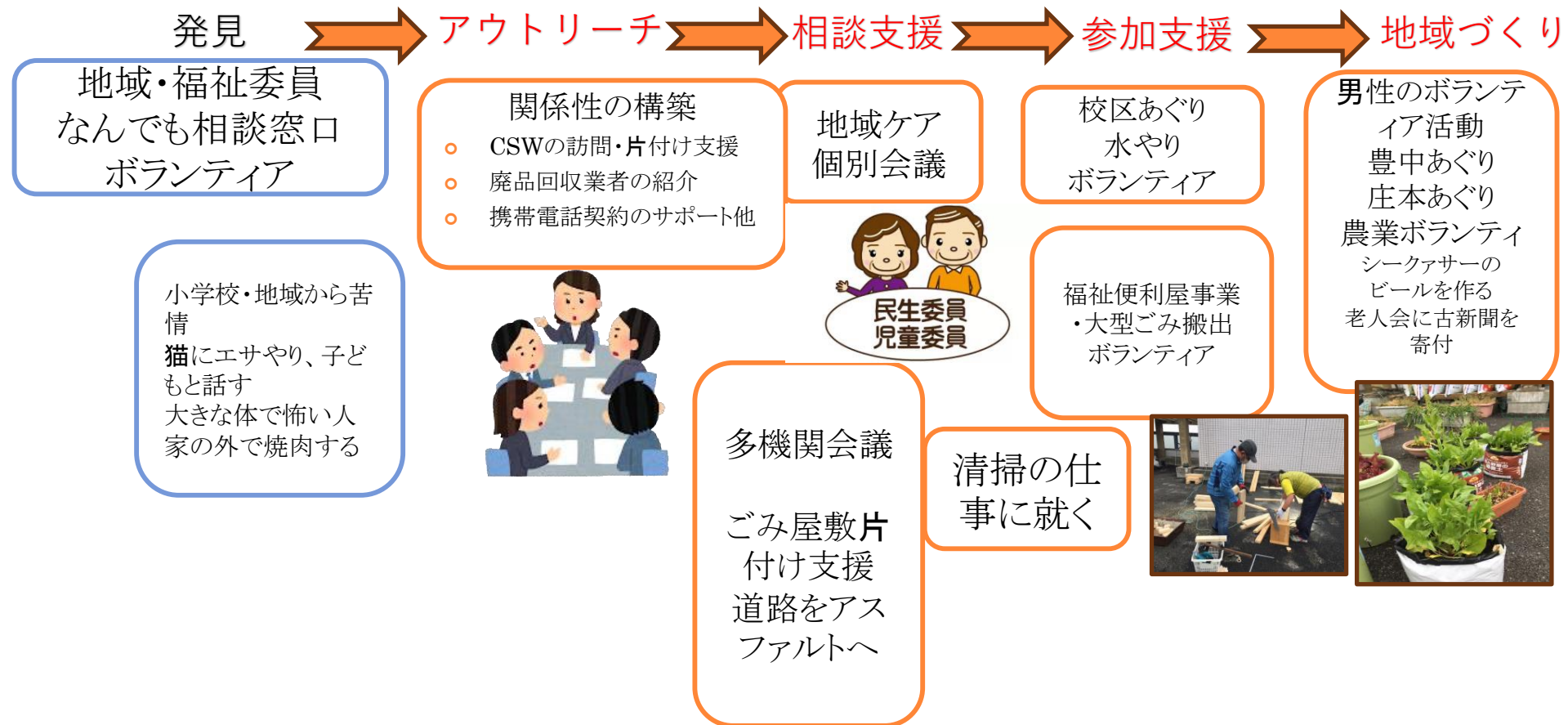
E コロナ特例貸付 外国人・若年層・ホームレス

F 路上生活者などへのアウトリーチ

コミュニティソーシャルワーカーの取り組み 個別支援から仕組みづくり

- ・ 福祉ゴミ 処理プロジェクト
大量ごみの処理についてのルール化を図る
- ・ 徘徊SOSメールプロジェクト
- ・ 各種交流会の開催 同じ立場の介護者をつなぐ
 - ・ 高次脳機能障害者家族交流会&自主グループ化
 - ・ 広汎性発達障害者の家族交流会&自主グループ化
 - ・ 男性家族介護者・若い家族介護者の交流会
- ・ 子ども食堂
- ・ 豊中あぐり
- ・ 引きこもりの居場所づくり ビーの×マルシェ
- ・ 内職広場・道端の駅
- ・ 福祉便利屋
- ・ フードドライブ
- ・ 8カ国語の地域福祉ガイドの作成

地域から苦情！ゴミ屋敷の無職の男性への支援



総合相談の10の鍵

- 入口と出口づくり

入口 早期発見ネットワーク 解**決**力が発見力

出口 一般就労だけが出口ではない

ひとりひとりの役割がある

- 本人の自己肯定感を高める 徹底した本人尊重

- 翻訳機能 行政と本人 事業所と本人 地域と本人

- SOSと言える気づける地域づくり

知ることによって優しさが**生**まれる

- 開発力 ないものは作る セーフティネットを作る事業

緊急小口資金・フードバンク

- できる・できないのジャッジのワーカーではない
本人の**生活**から支援を組立てる
- 家族全体の見立てが大切
包括から見たら虐待？ 息子支援は？
保護か？就労支援？
- スモールステップを積み上げる 本人と目標を共有する
- 諦めない心 人**生**をあきらめかけて人を支える私たちが先に諦めてはいけない
- 援助関係づくり サービス拒否は支援者が拒否されてる
あなたを心配している。苦しい思いを受け止める
社会資源の活**用**は本人が主体化しないと始まらない

名張市地域包括支援センターの取り組み

①地域づくり組織（名張流まちづくり）

2003年度名張市総合計画「福祉の理想郷プラン」

老いも若きも、男性も女性も、障害や難病の有る無しにかかわらず、
全ての市民の社会参加がかなう 互助共生のまち ⇒ 地域共生社会の構築をめざす

「公共」は、地域づくり組織等と行政が協働で担うことによって、
「住民が自ら考え、自ら行うまちづくり（ソーシャルキャピタル）」が醸成

特徴的な「地域づくり組織」の取組（15地域で展開）

■ 地域の活性化

地域の活性化を目的としたお祭りなどのイベント実施



■ 防犯パトロール

地域の防犯を目的とした青色回転灯車によるパトロール



■ 配食サービス

地域住民が配食ボランティアとして、定期的にお弁当を配達し、地域で見守る。



■ 住民主体の生活支援

地域住民同士がその生活を有償で支え合う仕組み。向こう三軒両隣関係を再構築。

（隠おたがいさん）



■ 子育て広場

地域で子育てを応援する子育て広場の開設（おじゃまる広場）



■ 教育との連携

地域住民が教育の現場に学習支援で参加。地域愛をもった子ども達が育ちつつある。

（ほめほめ隊）

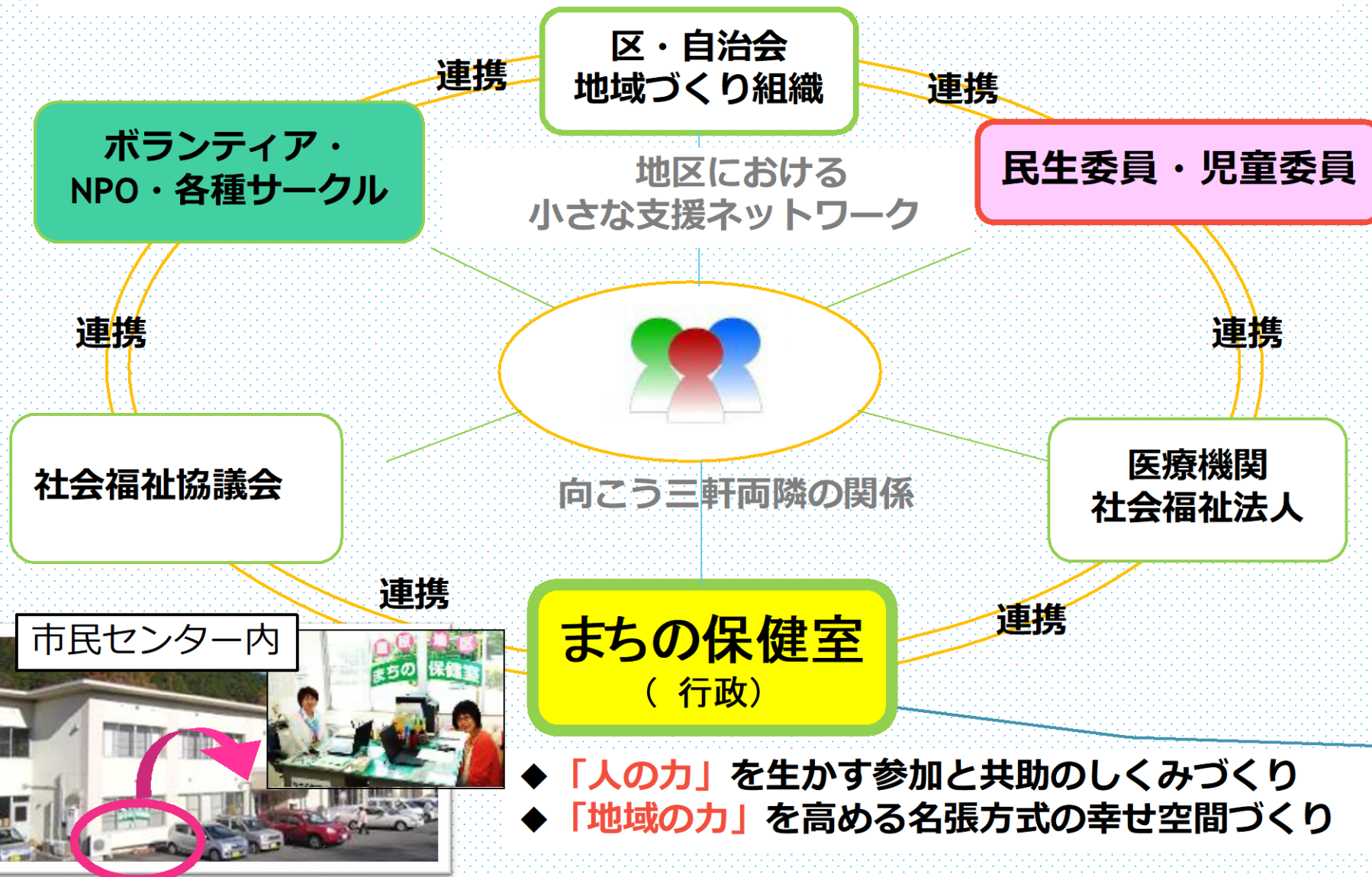


② まちの保健室

2008年度まちの保健室 相談実績 10,833件

2023年度まちの保健室 相談実績 35,164件

地域の資源を結ぶ 地域の大きな保健福祉ネットワーク



まちの保健室について

- ・ 設置根拠(平成16年度)『第一次地域福祉計画』
- ・ 地域づくり組織と一体的に地域福祉を推進するのが目的
- ・ 市内15か所、おおむね小学校区単位の地域づくり組織事務所(市民センター)に併設。
- ・ 社会福祉士や看護師、介護福祉士など有資格者各1～3名を配置

~~~~~

活動内容

- (1) 健康・福祉の総合相談  
電話・来所・訪問相談  
介護保険認定調査、申請代行も
- (2) 健康づくり・介護予防  
健康相談、健康づくり・  
介護予防の啓発
- (3) 見守り・  
支援ネットワークづくり  
サロンの立ち上げ、運営支援

## ② まちの保健室

### 特徴的な5つの機能

#### ①安心して相談できる地域の情報拠点

→課題を抱え込ませない

#### ②パイプ役としての機能

→地域の連携の核

#### ③長期的なかかわり

→制度の狭間

中心的な関わりと見守り・伴走的な支援

#### ④地域とのかかわり

→地域と一緒に支援する  
地域そのものへの支援

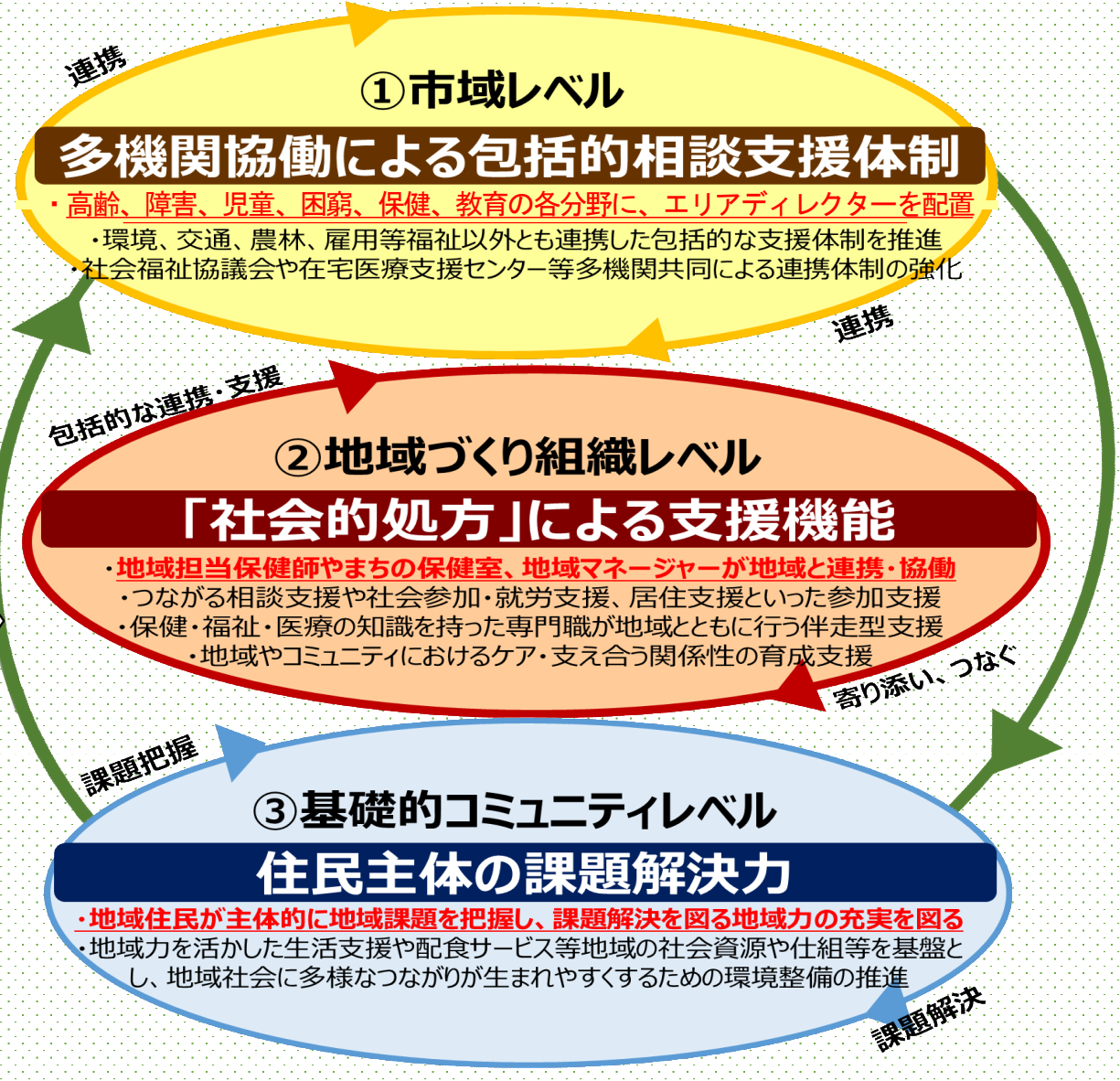
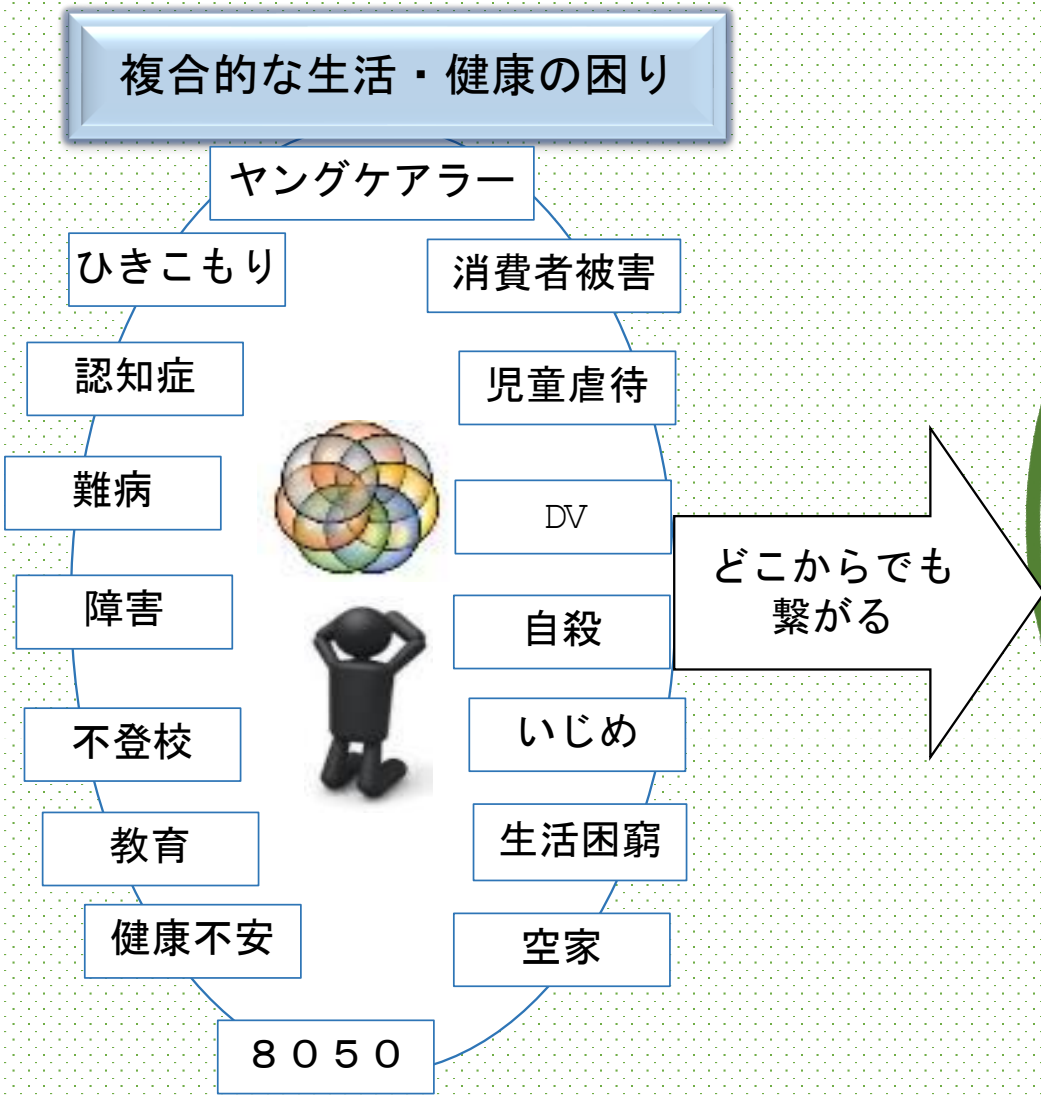
#### ⑤専門職らしくない

→敷居は低い、されど専門職 絶妙な距離感



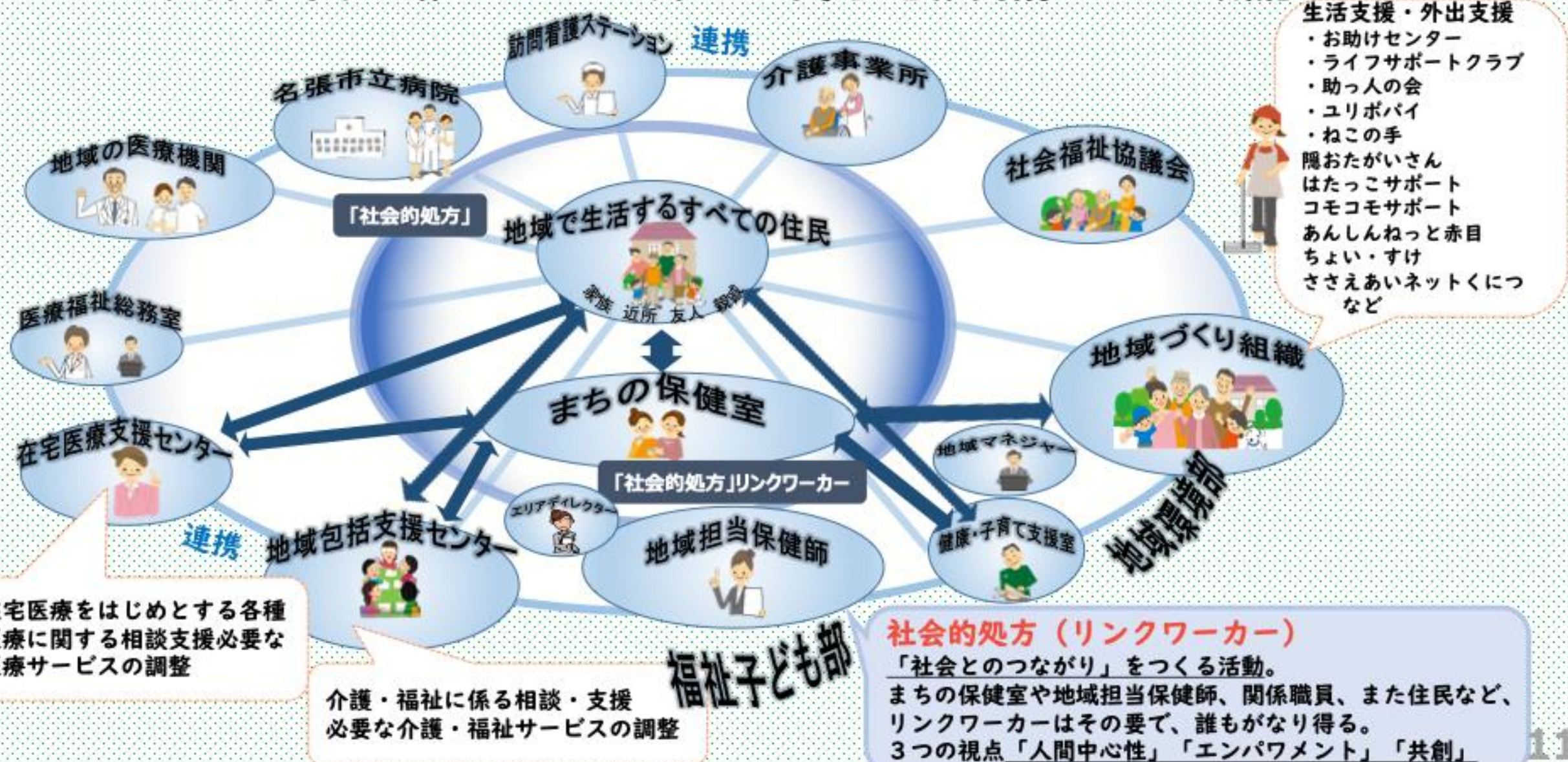
# 名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク（地域づくりとまちの保健室との連動）

複合的な困りを抱える方に対して、どのレベルからでも必要な支援につなげ、重層的な連携・相談支援を循環させることをめざす全世代を対象にした包括支援ネットワーク



### ③ 名張版地域包括ケアシステム(ネットワーク) = まちづくり

～ 社会的処方も踏まえた全世代・全対象型包括支援センター機能 ～



# 地域包括ケアの深化

## 2019年版地域包括ケアシステムの概念

日常生活圏域を単位として、活動と参加について何らかの支援を必要としている人々、例えば児童や幼児、虚弱ないし要介護の高齢者や認知症の人、障がい者、その家族、その他の理由で疎外されている人などが、望むなら住み慣れた圏域のすみかにおいて、必要ならさまざまな支援（一時的な入院や入所を含む）を得つつ、できる限り自立し、安心して最期の時まで暮らし続けられる多世代共生の仕組み

# 地域共生社会との関係

地域共生社会 → 今後日本社会全体が実現  
していこうとする「目標」

地域包括ケアシステム → 地域共生社会を実現  
するための「手段」

# 地域包括ケアシステム



全世代・全対象型地域包括ケア



まちづくり



都市部

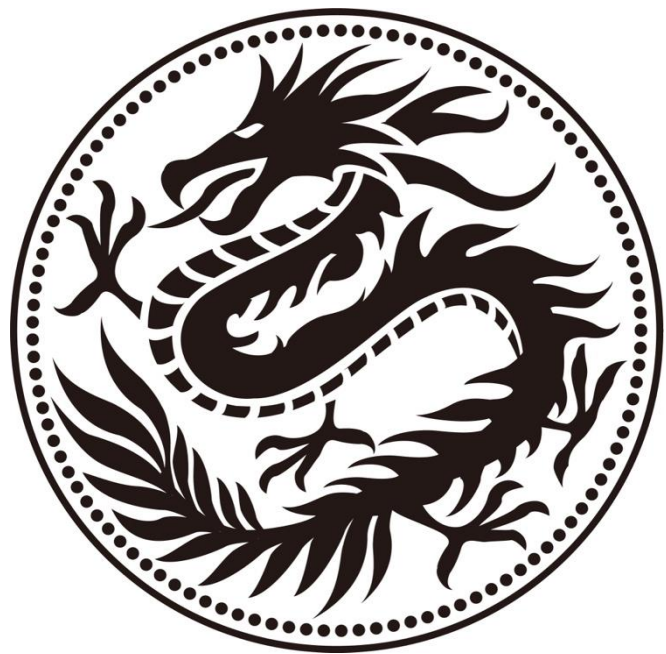


地域コミュニティの再生

地方



地方創生



**Future Institute Wolong**  
**一般社団法人未来研究所 臥龍**

**<http://www.garyu.or.jp/index.html>**