

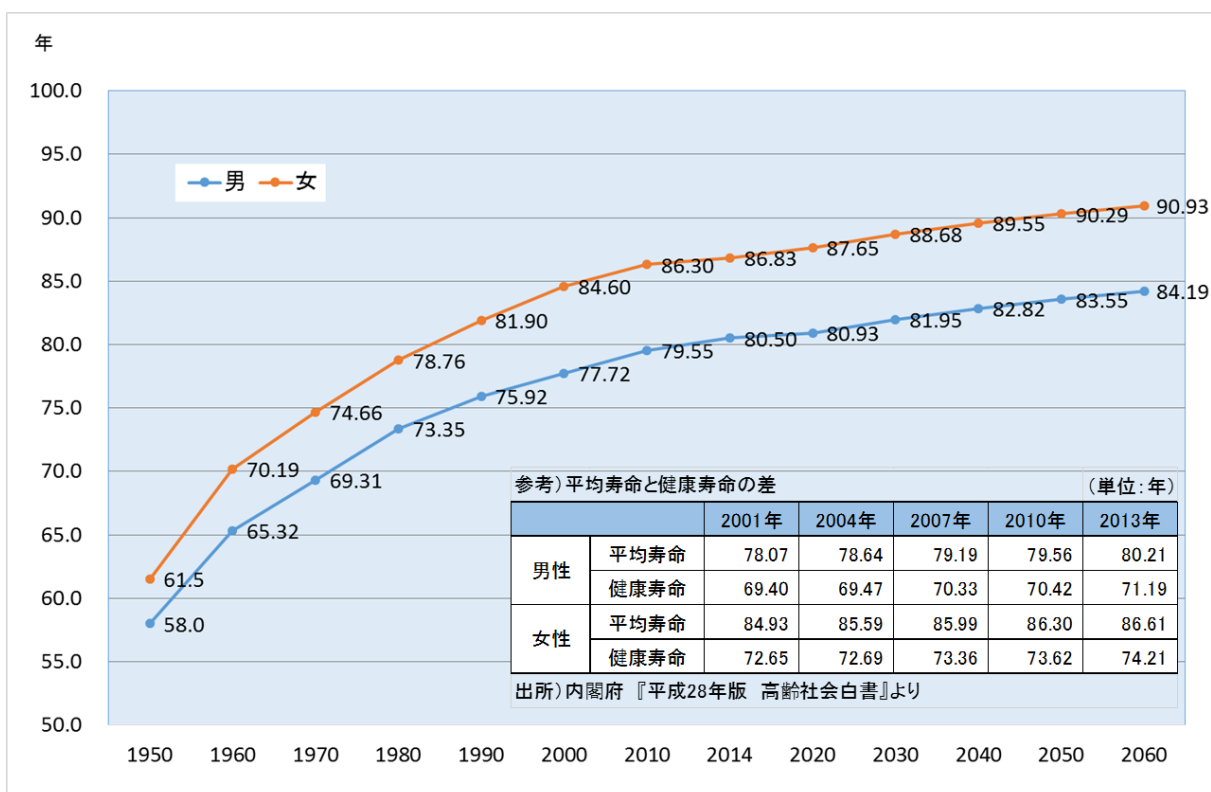
ライフリッチコンサルティング株式会社 セミナーレポート（2016-02）

地域包括ケアの時代における 重度化対応・看取りの課題

1. 平均寿命の伸びと健康寿命との差は約 10 歳

現在、日本で進行している高齢化の要因の一つに平均寿命の伸びがあります。

図 1) 平均寿命の推移・将来予測と健康寿命の推移



出所) 1950年及び2014年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2010年までは厚生労働省「完全生命表」による。
2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（H24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

ライフリッチコンサルティング株式会社 セミナーレポート（2016-02）

2014年時点の平均寿命は、男性が80.5歳、女性が86.83歳となっていますが、今後も緩やかに伸びることが予測されており、2060年時点で男性84.19歳、女性90.93歳に到達するとされています。

しかし、平均寿命と健康寿命を比べてみると、男性で約10歳、女性で約12歳の差があることが分かります。我々は、この平均寿命と健康寿命との差である約10年間の期間を、介護や療養を受けながら過ごし、最終的に看取られることとなります。

下記の図2は、死因上位5位を年齢階級別に整理したものです。これによると、65歳～79歳では悪性新生物による死亡が最も多く、次いで心疾患、脳血管疾患と続いています。こうした病気を抱えて療養期間を過ごしていることが想像できます。

80歳代でも悪性新生物が第1位となっていますが、95歳以上になると老衰の割合が最も大きくなり、次いで心疾患、肺炎といった死因が多くなるなど、年齢に応じた変化が表れています。

図2) 年齢階級別死因（第5位まで）

	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
	死因	構成比 (%)	死因	構成比 (%)	死因	構成比 (%)	死因	構成比 (%)	死因	構成比 (%)
総数	悪性新生物	28.9	心疾患	15.5	肺炎	9.4	脳血管疾患	9.0	老衰	5.9
65-69歳	悪性新生物	49.5	心疾患	12.0	脳血管疾患	7.1	肺炎	4.0	不慮の事故	3.2
70-74歳	悪性新生物	45.0	心疾患	12.6	脳血管疾患	7.6	肺炎	5.7	不慮の事故	3.1
75-79歳	悪性新生物	37.7	心疾患	13.8	脳血管疾患	8.7	肺炎	7.9	不慮の事故	3.2
80-84歳	悪性新生物	29.8	心疾患	15.3	肺炎	10.4	脳血管疾患	9.7	不慮の事故	3.1
85-89歳	悪性新生物	21.7	心疾患	17.3	肺炎	12.6	脳血管疾患	10.1	老衰	6.4
90-94歳	心疾患	19.0	悪性新生物	14.2	肺炎	13.4	老衰	13.2	脳血管疾患	10.2
95-99歳	老衰	21.1	心疾患	19.7	肺炎	13.5	脳血管疾患	9.4	悪性新生物	8.9
100歳～	老衰	35.5	心疾患	17.1	肺炎	12.3	脳血管疾患	7.7	悪性新生物	4.7

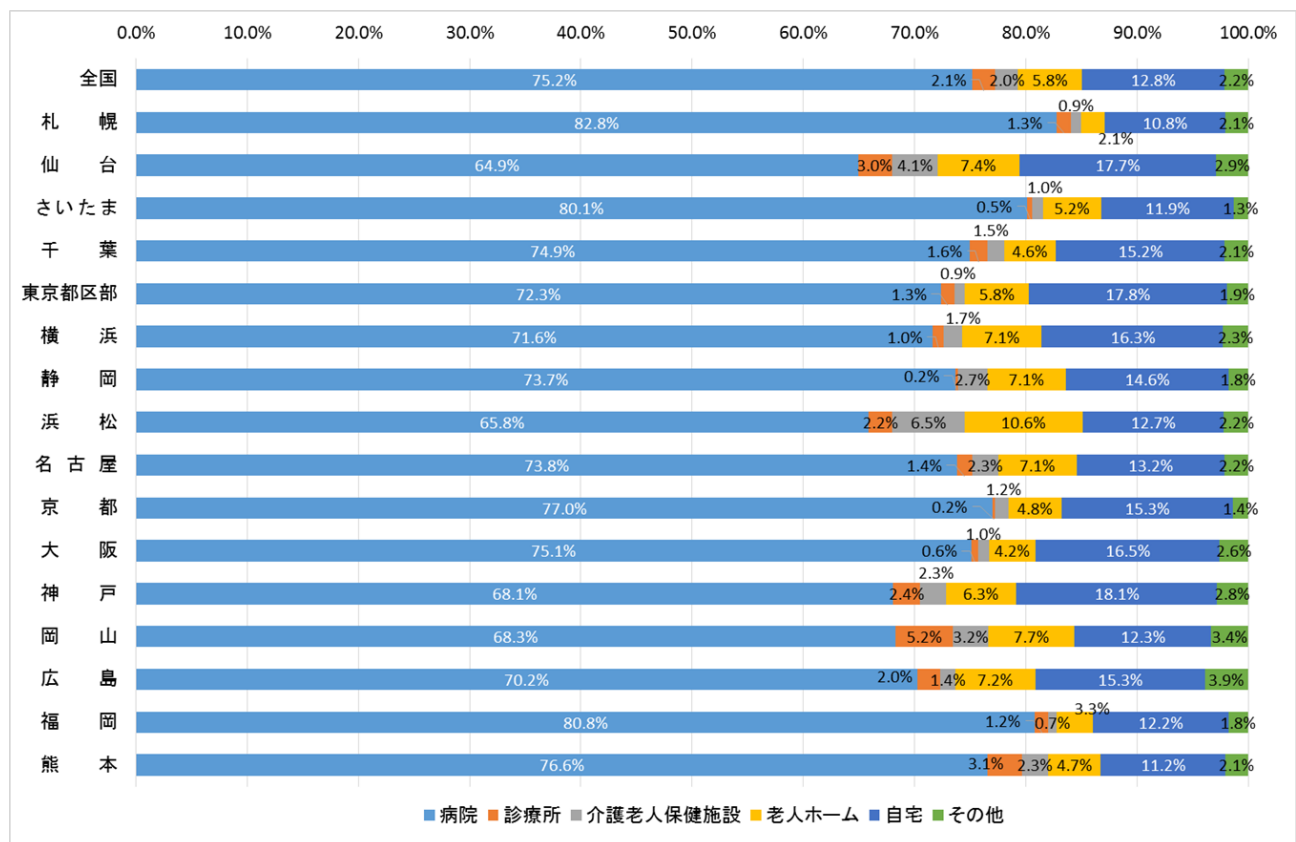
出所) 厚生労働省『人口動態統計 2014年』による。

2. 地域ごとに異なる看取りの場

では、看取りが行われている場所はどういう特徴があるでしょうか。下記の図3は主要都市別に死亡場所の構成比をみたものです。

全国平均では病院の割合が最も多く、75.2%となっています。次いで自宅 12.8%、老人ホーム 5.8%、その他 2.2%、診療所 2.1%、介護老人保健施設 2.0%との順になっています。

図3) 主要都市別に見た死亡場所の構成比



出所) 厚生労働省『人口動態統計 2014年』による。

ライフリッチコンサルティング株式会社 セミナーレポート（2016-02）

主要都市のうち病院での死亡割合が最も低いのが仙台で 64.9%となっています。自宅の割合も 17.7%と高くなっていることが分かります。仙台に次いで病院の割合が低くなっているのが浜松です（65.8%）が、老人ホームの割合が高いこと（10.6%）が特徴的です。

その他、神戸や東京都区部といった大都市で自宅の割合が高い（それぞれ 18.1%、17.8%）ことが挙げられます。

これらは、地域の事情や医療・介護資源の地域ごとの違いが反映された結果といえますが、今後、地域包括ケアシステムが進展していく中で、全国的に病院以外の場所での看取りがさらに増えることが予測されます。

3. 医療・介護提供体制の変化と重度化対応、看取りの課題

では、今後のさらなる高齢化の進展、地域包括ケアシステムの推進における医療・介護提供体制の課題として、どのようなことが想定できるでしょうか。図式化して整理したものが次頁の図 4 です。

そこでは、

- ① 高齢者人口の増加により、介護状態や看取りが必要となる高齢者の数も増加。
- ② 病院において在宅復帰強化が目指され、在宅復帰支援型老健等を含む在宅への退院促進が図られる。
- ③ 介護療養病床の廃止もあり、病院における看取りの受け皿が縮小する一方で、特養の看取り機能拡充の必要性が高まる。

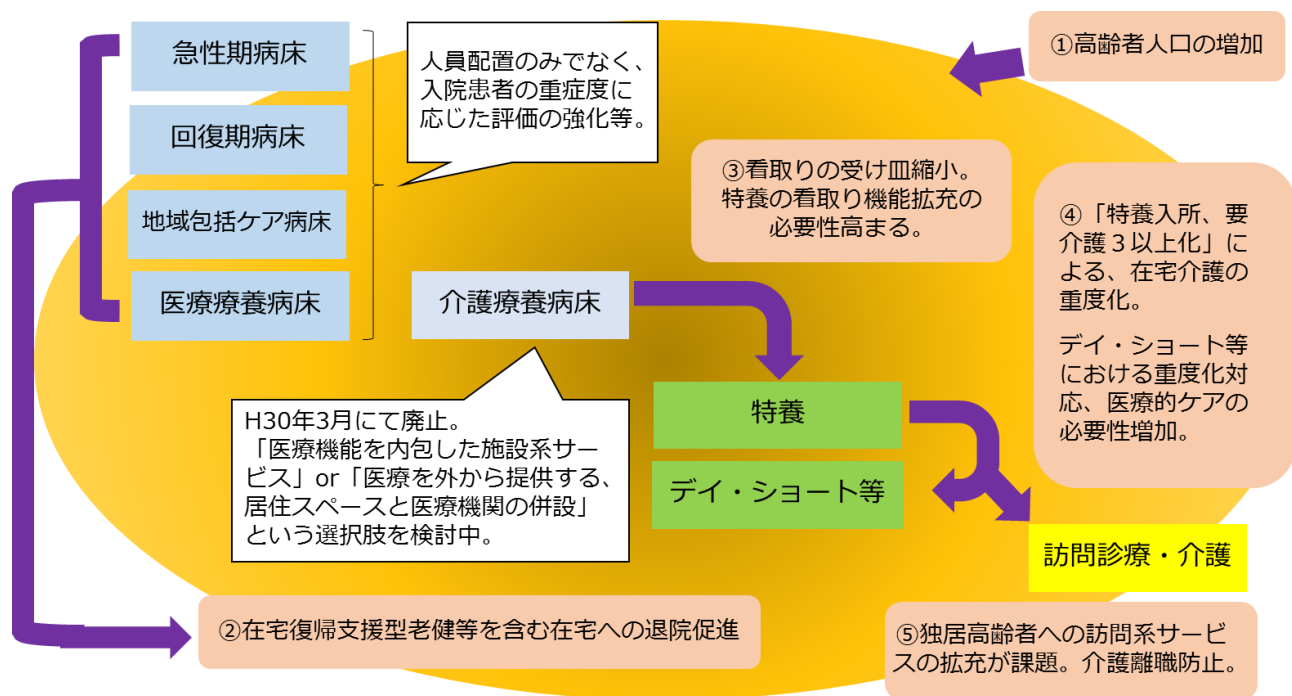
ライフリッチコンサルティング株式会社 セミナーレポート（2016-02）

④特養の入所要件が要介護度3以上の利用者に限定されることで、在宅介護における要介護度が上がり、デイサービスやショートステイでの重度化対応が求められる。また、特養入所を望まない重度の利用者への医療的なケアなどのニーズも拡大する。

⑤独居高齢者への訪問系サービスのニーズの高まりも予測される。

ことなどが今度の重度化対応・看取りにおける課題と考えられます。

図4) 地域包括ケアシステムの進展と重度化対応・看取りの課題



地域の医療機関・介護施設との連携を図りながら、各施設・事業所における重度化対応、看取りの拡充に取り組み、地域の患者・利用者ニーズに応じていくことが求められているといえます。