



CHINA HOSPEQ 2014

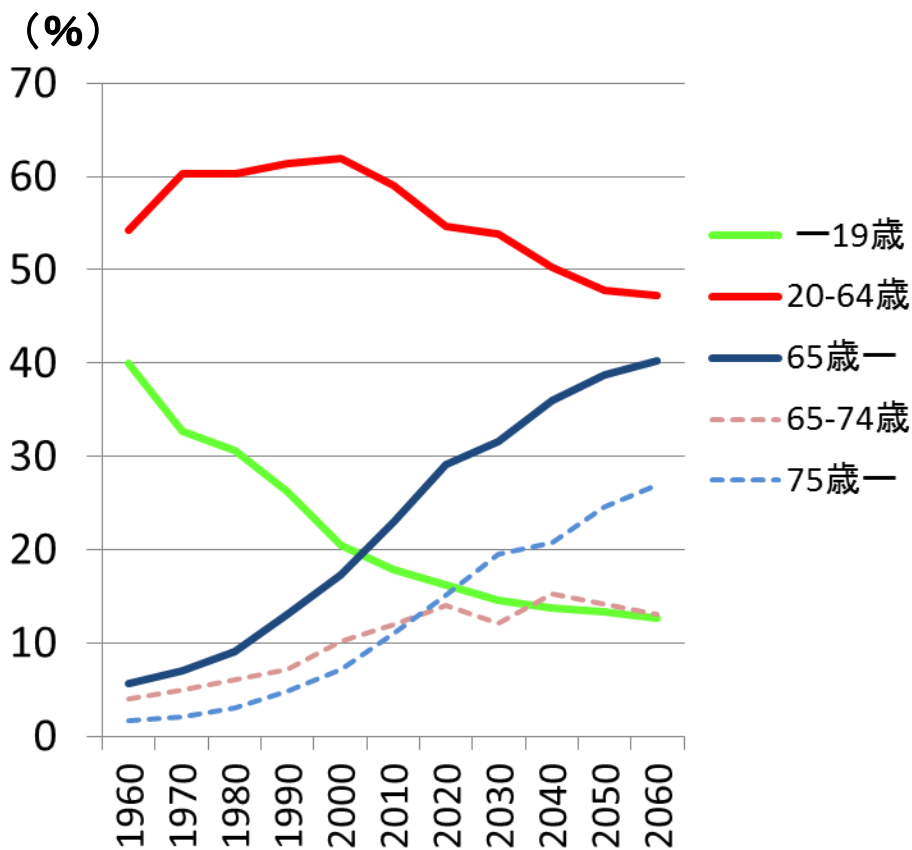
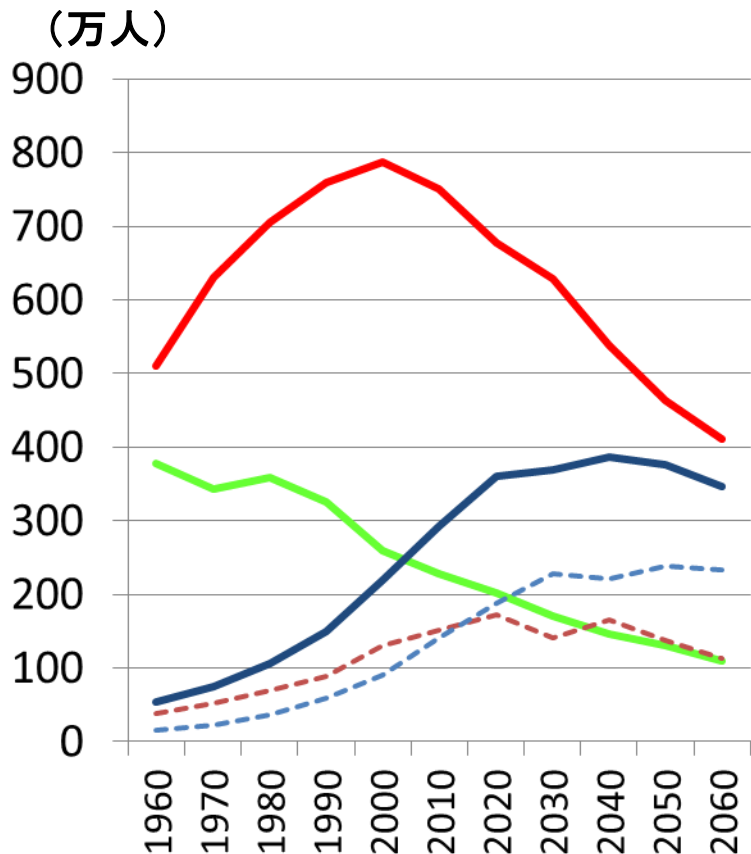
Beijing 2014.8.16

日本都市地区（東京） 高齢者医療の現状と将来展望

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療中心 院長
井藤 英喜

未来人口预测

少子高齢化の进展，后期高齢者の増加

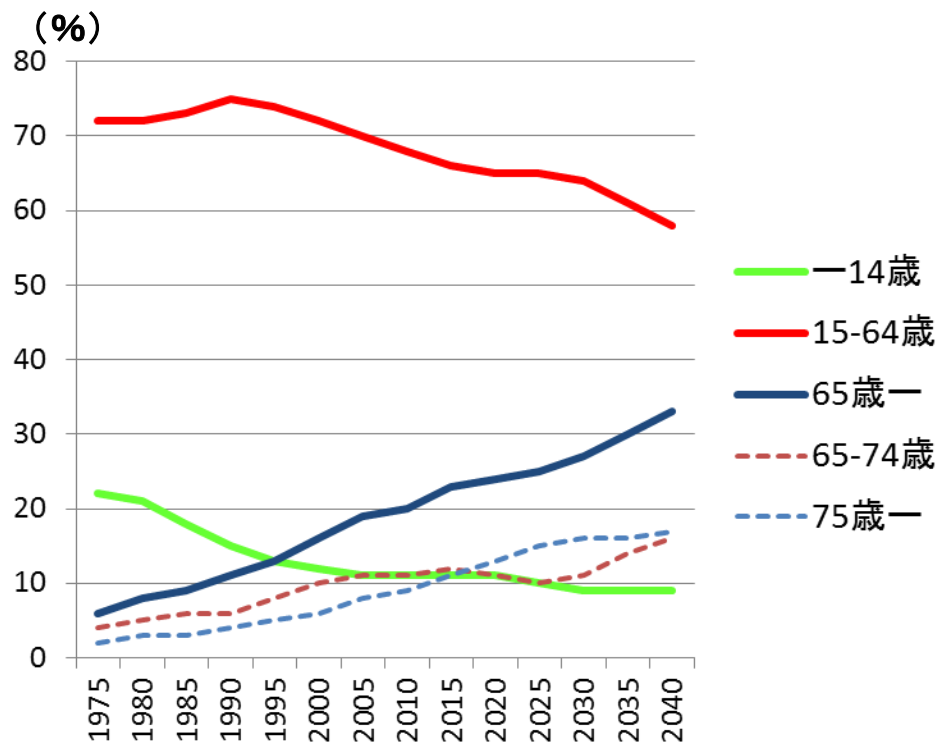
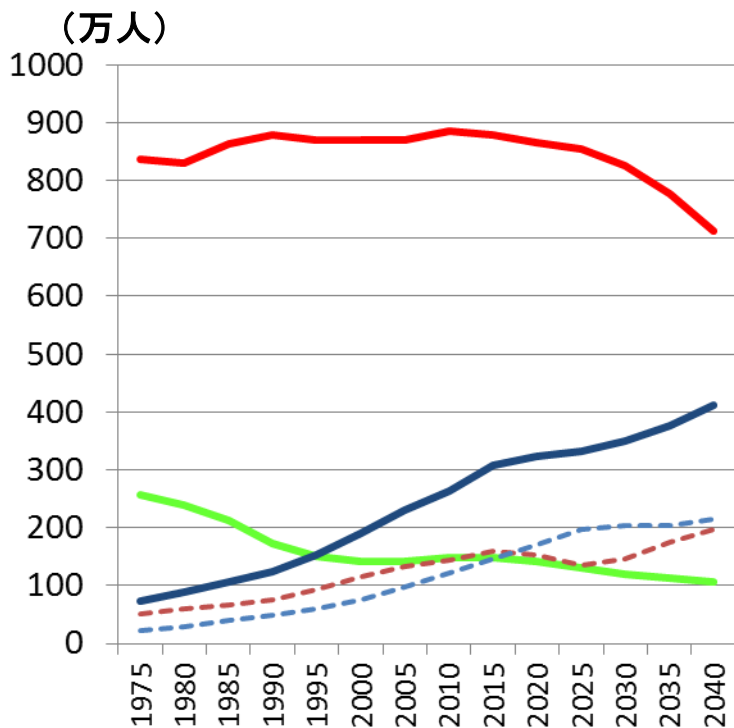


2005 : 65岁以上人口 > 20%、总人口开始减少、
2008 : 后期高齢者 : > 10%、2020 : 后期高齢者 > 前期高齢者

※前期高齢者 (65 ~ 74岁) , 后期高齢者 (75岁以上)

(国立社会保障・人口问题研究所、2012预测)

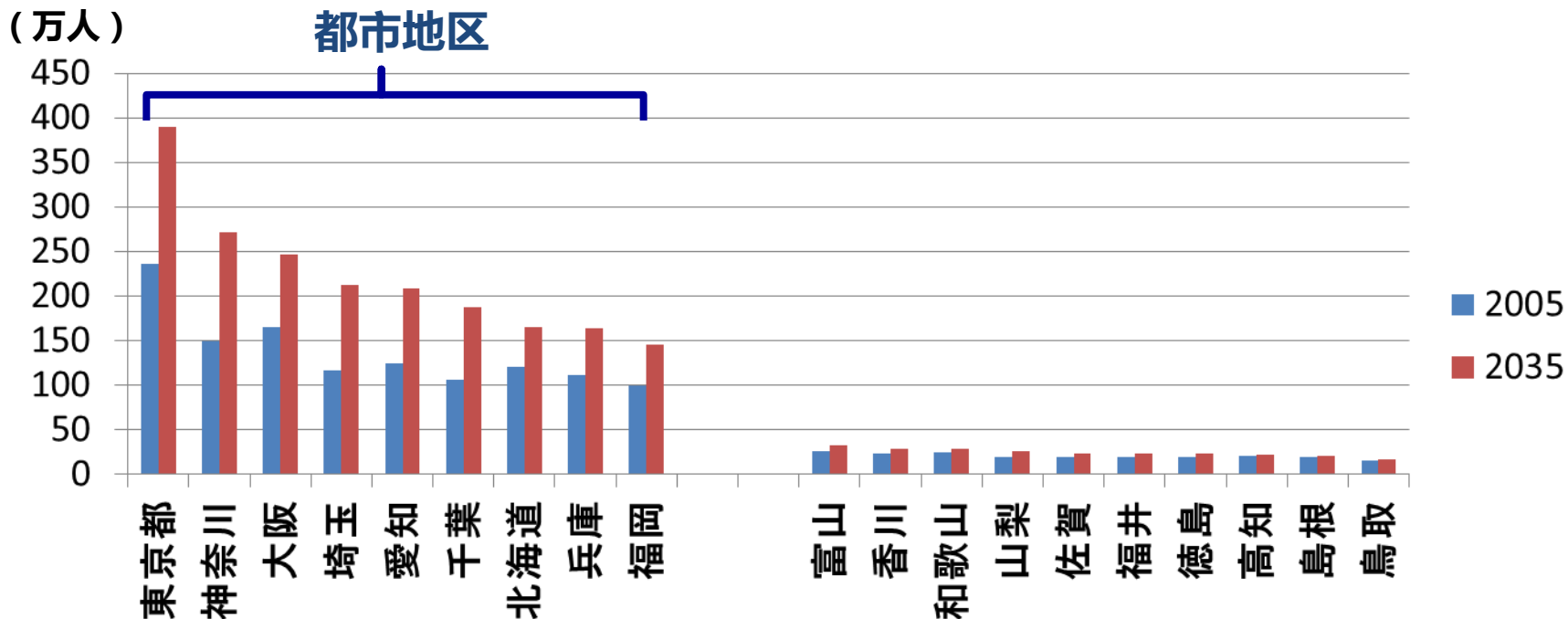
東京都未来人口予測



- 2010 : 65歳以上 > 20% (较全国平均值推迟5年)
- 2012 : 75歳以上 > 10% (较全国平均值推迟4年)
- 2015 : 总人口开始减少 (较全国平均值推迟10年)
- 2020 : 75歳以上 > 64 - 74歳 (与全国平均值持平)

(国立社会保障・人口问题研究所、2013.3预测)

各都道府县高龄者人口预测（都市地区的高龄化）



增长率前10位的的都道府县：**都市地区，尤其是首都圈**

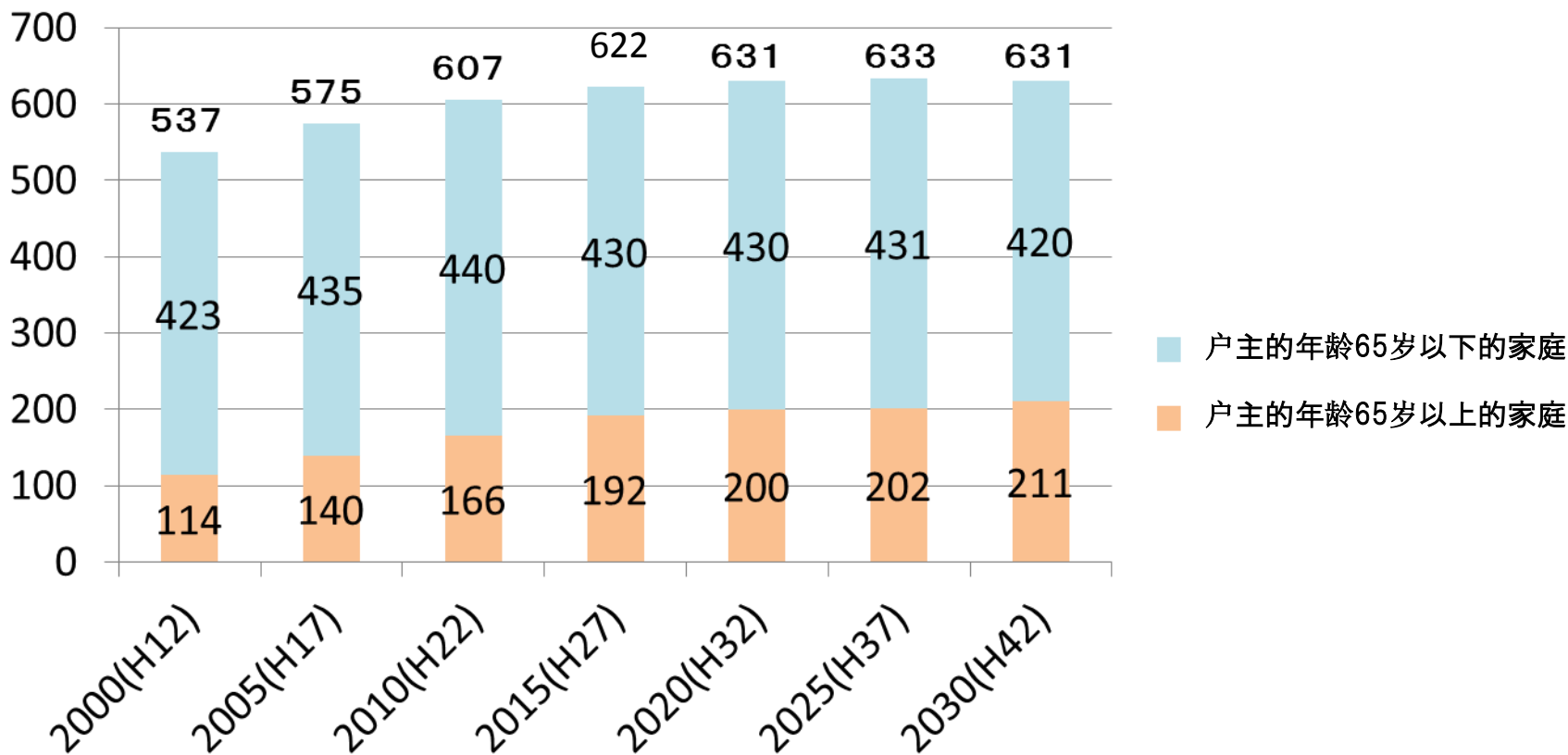
神奈川 + 83%、埼玉 + 82%、冲绳 + 80%、**東京都 + 68%**、千叶 + 77%、
爱知 + 66%、滋贺 + 61%、栃木 + 50%、茨城 + 50%、大阪 + 49%

增长率后10位的都道府县：**高龄化已经处于进展状态的地区**

岛根 + 3%、秋田 + 4%、高知 + 8%、山形 + 8%、山口 + 11%、
和歌山 + 14%、岩手 + 14%、鹿儿岛 + 15%、徳岛 + 16%、鸟取 + 17%⁴

东京都的家庭户数的推移

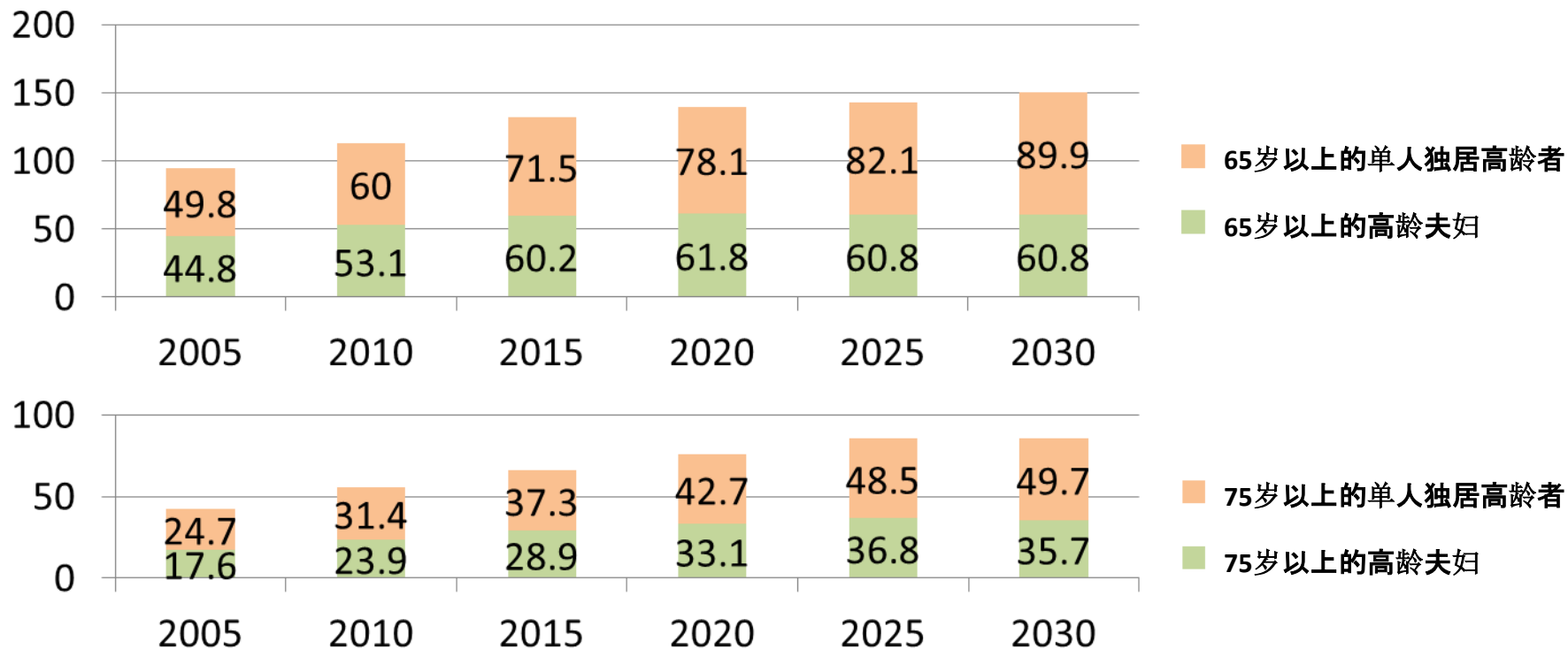
(万户)



2005年：24%，2015年：30%，2030年：33%

单人独居高龄者以及高龄夫妇户数今后将出现增加 (东京都)

(万户)



65岁以上的单人独居高龄者以及高龄夫妇户数，尤其是单人独居户数将出现增加
75岁以上的单人独居高龄者以及高龄夫妇户数也将出现增加，且增长率较高

- 今后，东京等都市地区的高龄化程度将日益严重
- 2020年前后，都市地区的后期高龄者数量将超过前期高龄者数量
- 都市地区的高龄者住户将出现增加
- 都市地区的单人独居高龄者住户或高龄夫妇住户，尤其后期高龄者住户将出现增加

超高齡化社会引发的问题（生活方面）

• 高龄者的增加

- 靠年金（养老金）维持生活的人数增加
 - 年金总支付额的增加
 - 成年人口、收入所得减少、高龄者的增加
 - 无年金（贫困）高龄者的增加
- 单人独居高龄者、高龄夫妇住户的增加
- 住宅问题
- 交通出行问题
- 购物问题 等

超高齡化社会引发的問題(医療及照护方面)

需要医疗者，尤其是加齡所引发的慢性疾病患者的增加

- 生活习惯病、动脉硬化性疾病、癌症、COPD、骨关节疾病等
- 并发多种疾病的患者的增加

需要照护的患者的增加

- 老年痴呆症、ADL低下、抑郁、尿失禁等

既需要医疗又需要照护的患者的增加

日本の医療及照护保险制度

・ 医疗保险

全民投保

医疗保险的种类：

工会健康保险（大公司、公务员等）、协会健康保险（中小企业等）

国民健康保险（农业渔业人员、个体户、零散企业等）、船员健康保险、

日工健康保险

利用医疗服务时：

0 - 15岁：个人零负担、16 - 69岁：个人负担30%、

70 - 74岁：个人负担20%、75岁以上：个人负担10%

但当个人负担额超过一定金额时，国家将提供补助金

・ 照护保险

所有40岁以上的国民都需要缴纳保险金

仅限65岁以上的高龄者可以利用照护服务（但在部分疾病，40 - 64岁的患者也可利用照护服务）

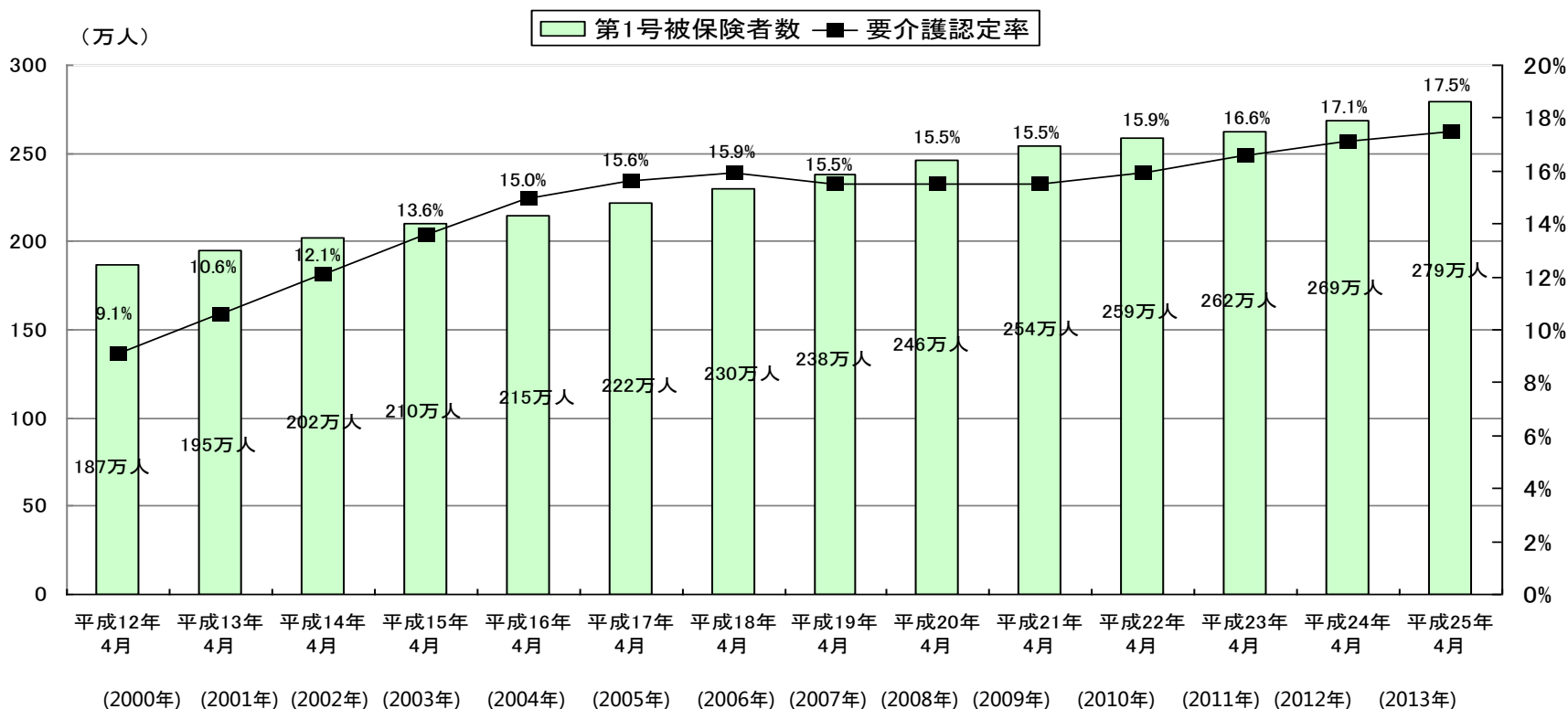
利用照护服务时：个人负担10%

但当医疗费和照护服务费的个人负担总额超过一定金额时，
国家将提供补助金

被认定为需要照护的人数的推移（东京）

- 随着高龄者人口的增加及照护保险制度的普及，被认定为需要照护（需要支援）的人数逐渐增加
- 2011年4月以来、大约每6名高龄者中就有1名被认定为需要照护（需要支援）

< 65岁以上的被保险人人数及需要照护认定比率的推移 >



老年痴呆症患者人数的现状和未来预测

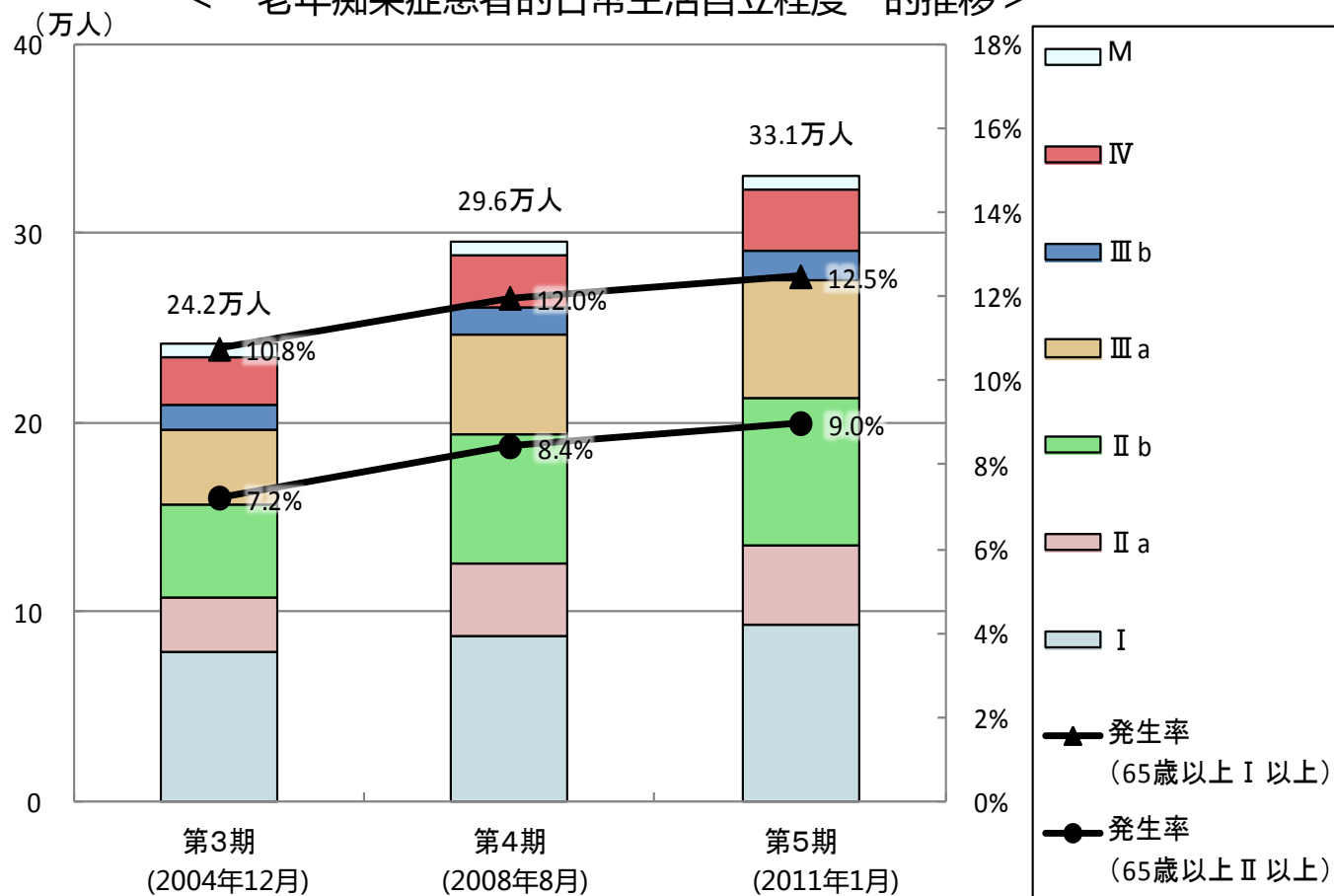
(厚生劳动省2012)

2010	280	万人 (占高齢者の9.5%)
2012	305	(占高齢者の9.5%)
2013	345	(占高齢者の10.2%)
2014	410	(占高齢者の11.4%)
2025	470	(占高齢者の12.9%)

老年痴呆症患者的占比

65岁以上的“因患有某种程度的痴呆症而被认定为需要照护（需要支援）”的群体正在增加，至2011年1月占比已经达到12.5%。

< “老年痴呆症患者的日常生活自立程度” 的推移 >



国民对家庭医疗及照护服务的要求

1 . 终末期患者的生活方式

入住一直就诊的医院	8.8%
入住提供姑息治疗的医院	18.4%
家庭疗养，必要时住院	23.0%
家庭疗养，必要时入住姑息治疗医院	29.4%
家庭疗养直至生命终结	10.9%
入住专门医疗机关（癌症治疗中心等）	2.5%
不确定	4.4%
其他	2.6%

63%希望采用家庭疗养的方式

2 . 关于照护服务的希望

在自己家中得到照护	41.7%	} 44%希望得到家庭照护
在子女家中得到照护	2.3%	
在亲戚家中得到照护	0.5%	
在老人照护福利设施得到照护	18.6%	
在老人照护保健设施得到照护	11.5%	
在医院护得到照护	17.1%	
在民营自费养老院得到照护	2.2%	
不确定	5.8%	
其他	0.4%	

(关于高龄者健康意识的调查--内阁府，2007)

超高齡化社会引发的問題(医療及照護方面)

需要医疗者，尤其是加齡所引发的慢性疾患病患者的增加

- 生活习惯病、动脉硬化性疾病、癌症、COPD、骨关节疾病等
- 并发多种疾病的患者的增加

需要照护的患者的增加

- 老年痴呆症、ADL低下、抑郁、尿失禁等

既需要医疗又需要照护的患者的增加

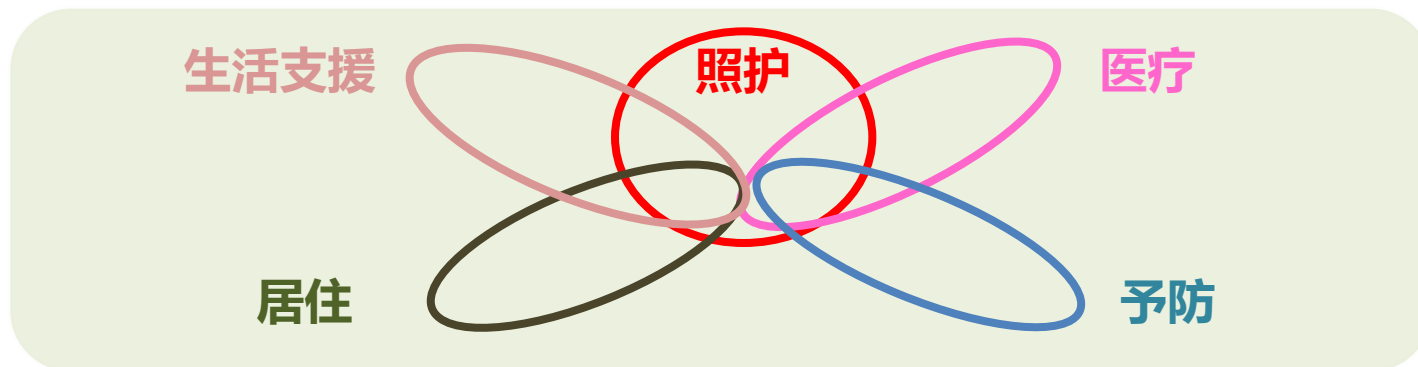
为需要医疗及既需要医疗又需要照护的患者构筑一个适合其进行家庭疗养并得到照护的地区性医疗及照护体制

→ 地区综合医护体制 (2014-)

地区综合医护体制

日常生活圈

(快走30分钟可以到达的区域：相当于中学校区的覆盖范围)



构筑地区综合医护体制的5个要点

1. 加强医疗合作（设置地区性综合支援中心、家庭医疗合作点、对医院职能加以细分、开展医院之间、医院与诊所之间、家庭医疗与照护设施及医院之间的合作等）
2. 加强并充实照护服务
3. 推进照护预防
4. 确保看护、配餐、购物等各种生活支援服务的提供，并保障其权利等
5. 完善高龄者也可以长期居住的无障碍型高龄者居住设施

努力构筑一个可提供综合性（根据需要结合以上1~5）、持续性（与住院、出院、利用照护设施、家庭疗养等各种情况相对应）服务的体制。

5大疾病5大事业 + 家庭医疗（医疗计划）

明确5大疾病5大事业 + 家庭医疗的相关医疗计划，构筑合作体制

5大疾病

癌症
脑中风
急性心肌梗塞
糖尿病
精神病

5大事业 + 家庭医疗

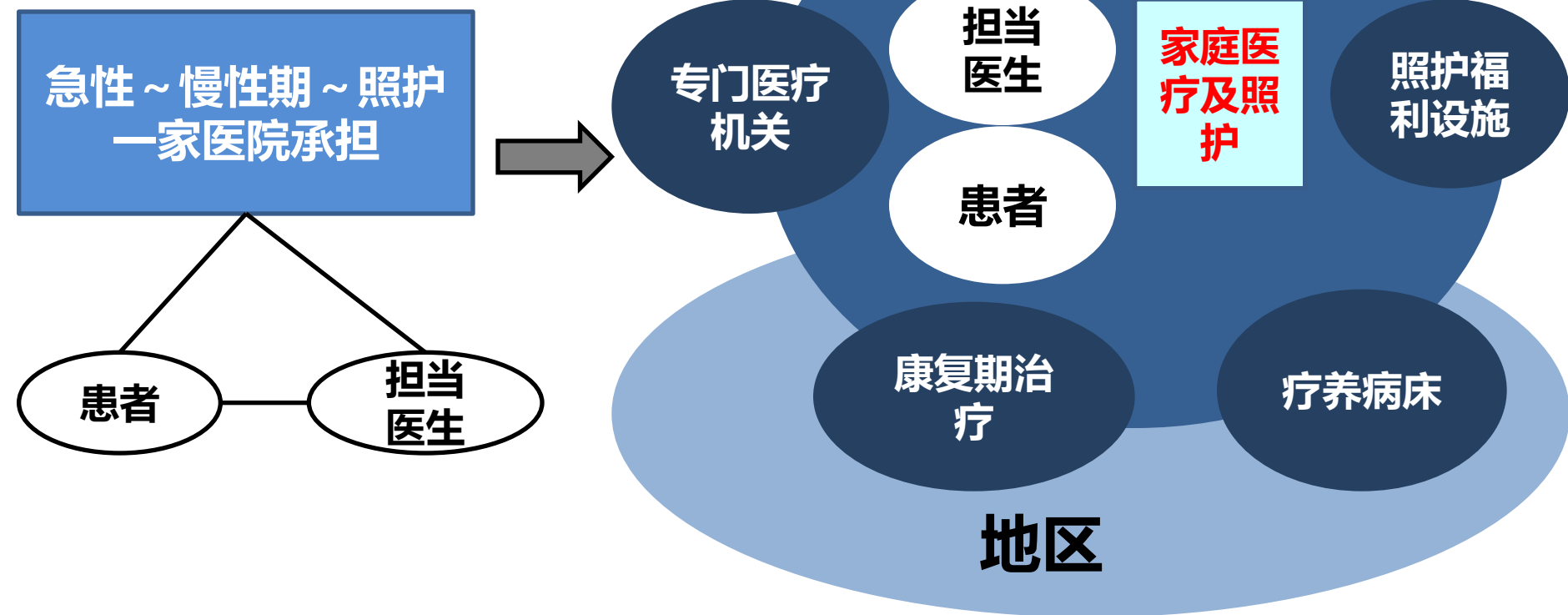
急救医疗
受灾时的医疗
偏远地区的医疗
围产期医疗
小儿医疗
家庭医疗

关于5大疾病5大事业的考量

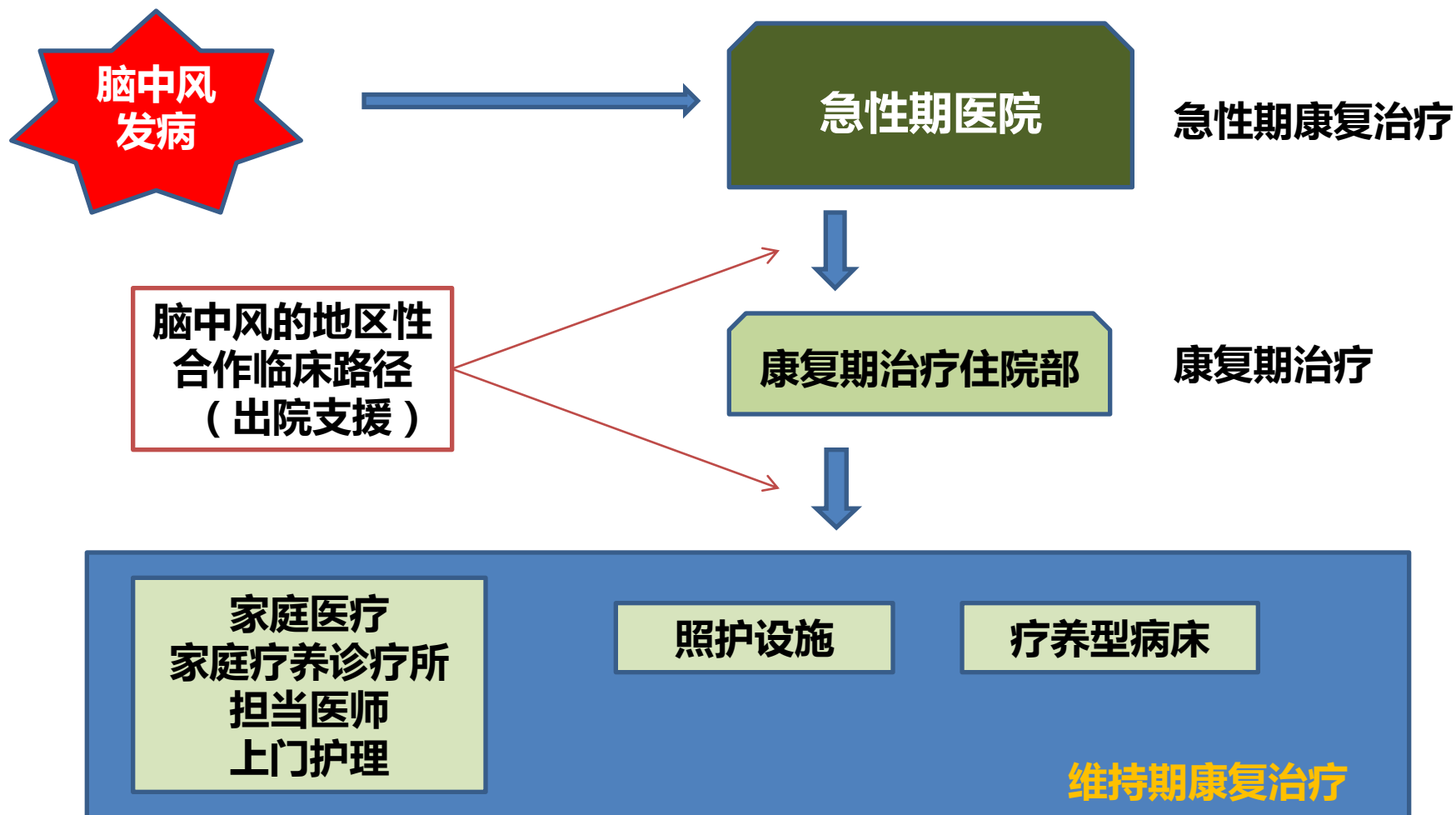
- 患者数量多、死亡率高的疾病
- 根据病情发展，需要转院、变更医疗设施和医疗服务的疾病
- 需要医院之间、医院与诊疗所之间、甚至和家庭医疗及照护服务合作开展医护的疾病

多为与高龄者医疗及照护密切相关的疾病

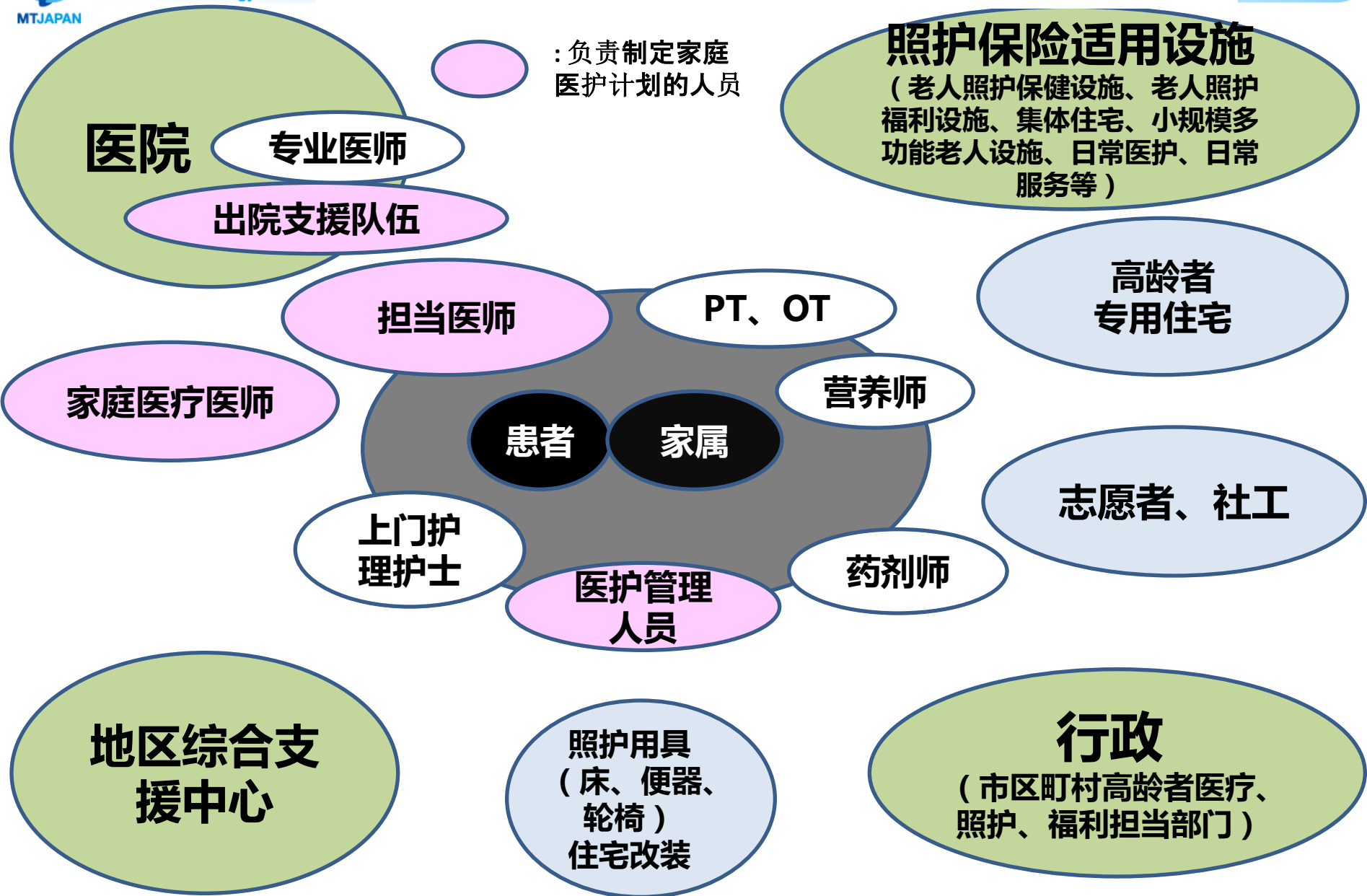
地区合作(地区综合医护)



脑中风的地区合作医护



家庭医疗及照护的地区性合作

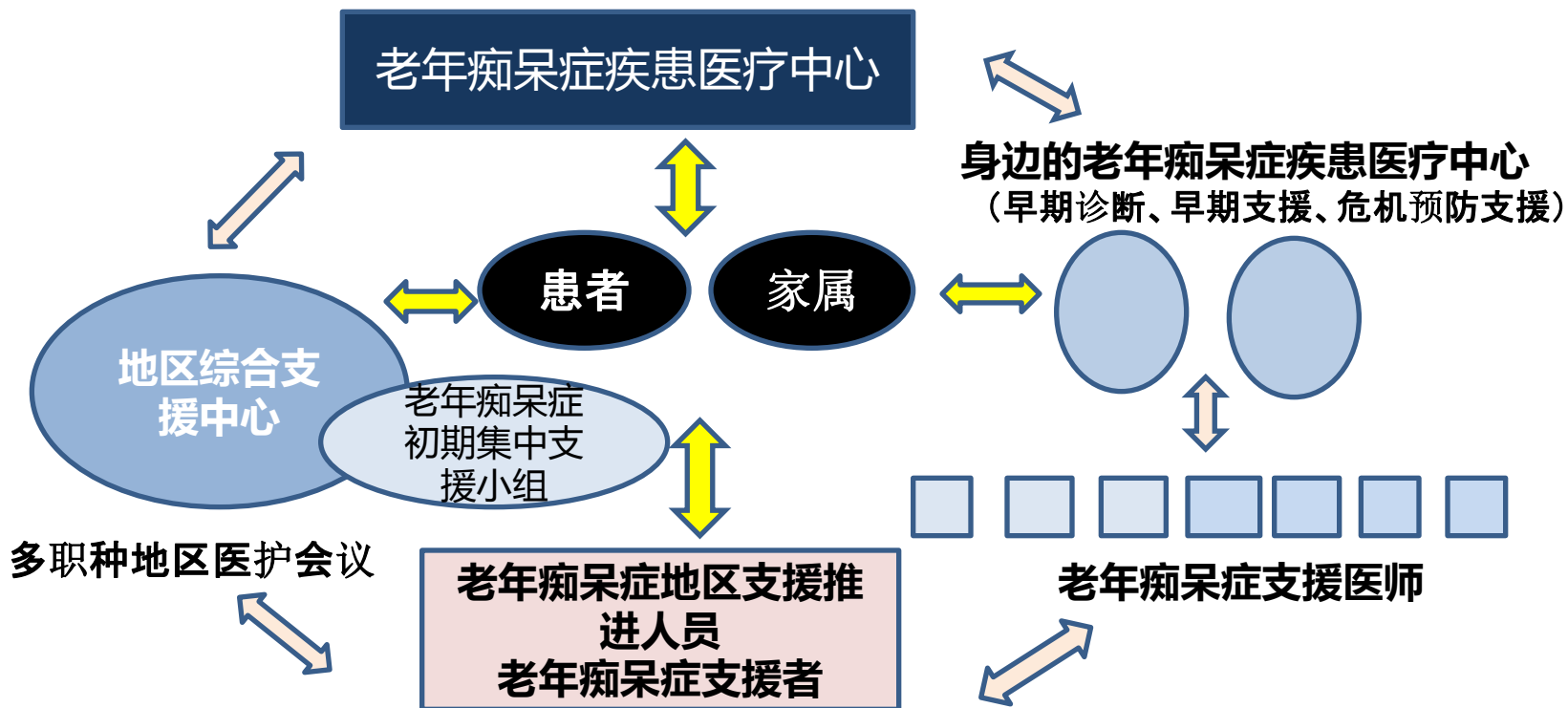


老年痴呆症的医疗及照护合作体制

东京都：指定12家医院作为老年痴呆症疾患医疗中心

老年痴呆症疾患医疗中心的职能

- 专业的医疗咨询
- 老年痴呆症的诊断和治疗
- 身体并发症及异常行动的治疗
- 促进地区合作
- 培养专业医疗人才及地区合作支援人才
- 信息宣传



总结

- 1 . 随着高龄化社会的不断进展，今后将面临都市地区的高龄化问题。
- 2 . 都市地区多为单人独居高龄者或高龄夫妇住户，且家庭照护能力非常薄弱
- 3 . 高龄者中的40%希望得到家庭照护，60%希望在家中终末期疗养
- 4 . 将以高龄者医疗为中心的5大疾病5大事业 + 家庭医疗定为医疗计划的中心
- 5 . 根据医疗计划
 - 对医院职能进行细分
 - 不断构筑地区内医院、诊疗所、照护保险适用设施、行政机关之间的合作体制

推进脑中风、心肌梗塞、糖尿病、股骨颈骨折等各疾病的合作医护体制的构筑，推进和老年痴呆症之家庭医疗及照护有关的医院、诊疗所、照护设施、行政机关、都民之间合作体制的构筑