

## 戦略Ⅱ 地域ケア体制整備戦略

### 戦略の方向性

(「介護基盤整備」から、「“地域ケア”の体制整備」へ)

- これまでの高齢者介護は、介護サービスの提供基盤の未整備もあり、病院で対応してきました。1984(昭和59)年に、医師・看護師の配置を減らし、介護職員の配置を厚くした特例許可老人病棟が制度化され、現在の療養病床に引き継がれています。
- このため、我が国は、国際的にみると、病床数が多く、かつ、急性期病床の割合が低いこと、また、急性期・回復期・維持期の機能分化は不明確であること、病床当たりで見ると人員配置が手薄であること、といった点が指摘されていました。
- これらを受け、現在、療養病床から介護施設・在宅療養支援拠点への転換といった病床数の適正化や、急性期・回復期・維持期といった医療機能を分化・連携させ、介護へつなぐ「地域完結型」「地域ネットワーク型」の医療へ移行させる取組が進められています。
- 一方で、立ち遅れていた介護サービスの提供基盤ですが、介護保険制度導入後、急速に整備が進みました。三重県の介護保険施設の整備率は、全国平均並みの整備率になっていますし、在宅サービスの提供基盤も整備が進んでいます。
- このように介護サービスの提供基盤を整備してきましたが、介護サービスだけでは、高齢者の生活は支えきれないことがはっきりしてきました。なぜなら、高齢者は、個人差はあるものの、糖尿病・高血圧・認知症等の慢性疾患を抱えており、継続的な健康管理・療養指導が不可欠なのです。
- 急性疾患の医療とは異なり、医療も、cure から care へシフトし、トータルケアサービスの一部として、地域の中で、介護やその他のサービスと連携して提供されることが必要です。介護保険制度で「ケアマネジメント」が制度化され、在宅生活支援機能を持つ主治医と介護支援専門員を中心に、協働で高齢者の地域生活を支えるという仕組みが導入されましたが、これらの連携を軸とした「地域での生活を支える」医療への変革が求められています。
- このように、医療政策の流れの中で、また、高齢者を支える現場を踏まえても、保健・医療と、介護・福祉の連携がより求められる時代になっています。これからは、保健・医療・福祉サービスを、バラバラにではなく、有機的に結びつけ、切れ目なく提供するトータルケアサービスの体制を、「地域」の中で整備していくことが必要です。
- この意味で、介護保険行政は、「介護基盤整備」から「“地域ケア”の体制整備」へ第2ステージに入ったと言えます(図3-2-1、図3-2-2)。

- 住み慣れた地域で豊かに老いていくことは、人々の共通の願いです。
- 医療現場では、QOL (Quality of Life) という言葉がよく使われます。「生活の質」などと訳され、「人が充実感や満足感を持って日常生活を送ることができること」を意味します。
- 三重県としては、「地域」での「生活の質」の向上を目指し、QOL (Quality of Life) の概念を一步進め、QOCL (Quality of Community Life) を重視し、“地域ケア”の体制整備を進めることで、地域で豊かに老いていくことができる社会を目指します。

## 三重県は「地域ケア」をキーワードに、 環境変化に対応した高齢者施策を進める

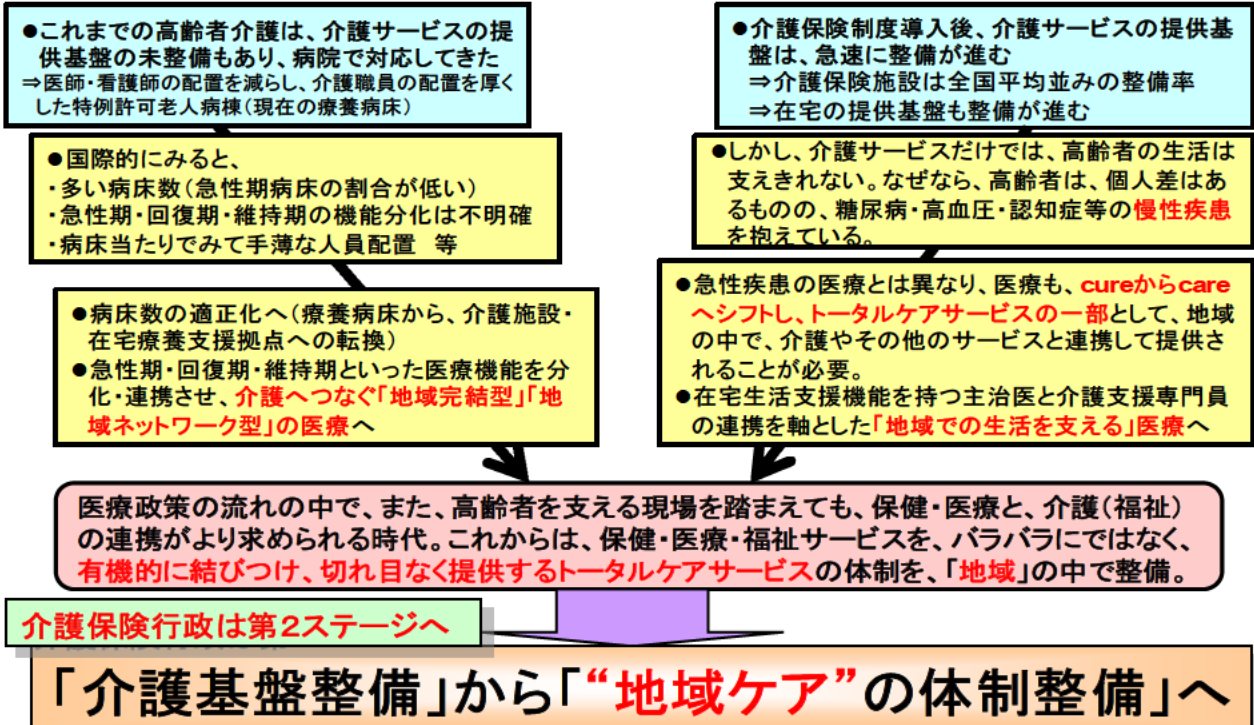


図 3-2-1 「介護基盤整備」から「地域ケア」の体制整備へ

# 三重県が目指している地域ケアのイメージ ～地域での生活を支える保健・医療・福祉・ インフォーマルサービスの連携～

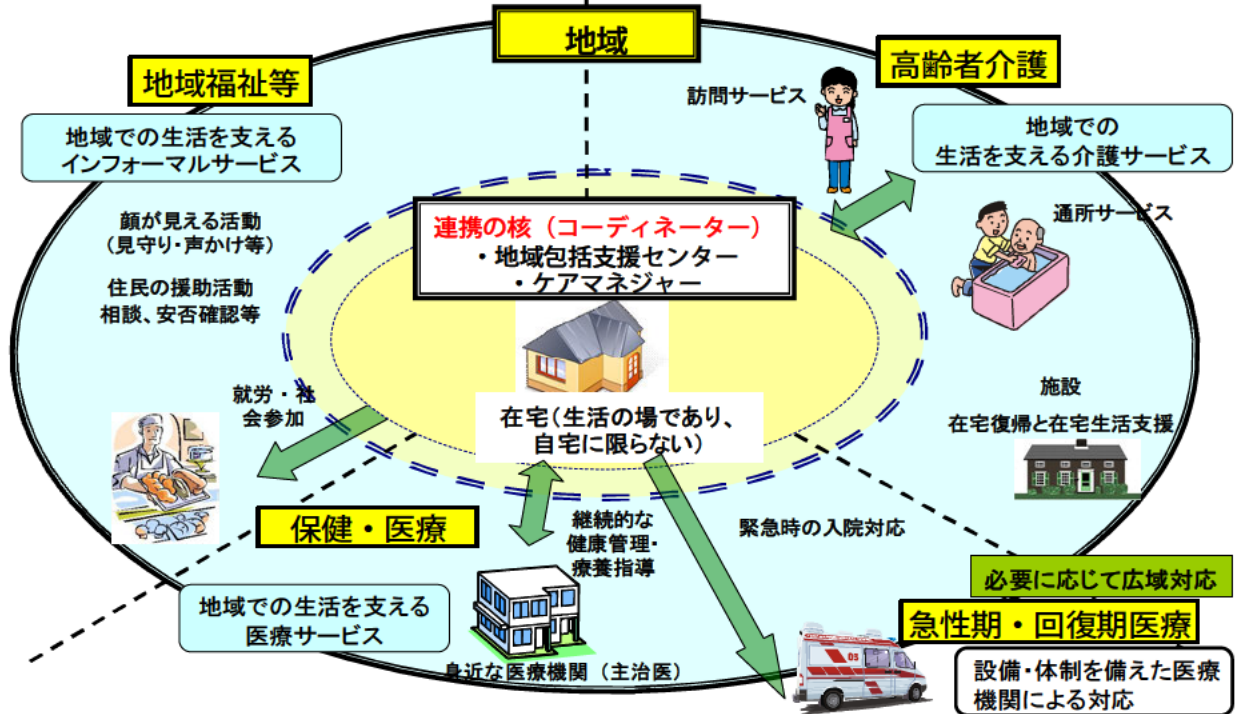


図 3-2-2 三重県が目指している地域ケアのイメージ

## 具体的施策展開

1. 「①住まい」「②見守り」「③食事」「④移動」「⑤医療」「⑥介護」の6つの安心を確保します。
2. 地域での新たな支え合い（共助）の仕組みを構築します。
3. 療養病床の転換を支援します。



# 1 「①住まい」「②見守り」「③食事」「④移動」「⑤医療」「⑥介護」の6つの安心を確保します。

## (現状と課題)

- 2000(平成12)年度の介護保険導入後、介護サービスは急速に整備されつつありますが、一方で、**今後の認知症の高齢者や一人暮らしの高齢者の急増にどのように対応するかが今、問われています。**
- 我が国のケアシステムについては、近年の経験を経て、高齢期もできる限り自立した生活が幸せであること、そして、その自立は保護からは生まれにくいことが分かったと指摘されています。**人をそれまでの生活から切り離して生活の継続性を切ってしまうと人間は弱くなります。**年をとっても元気で認知症になりにくい、寝たきりになりにくい、あるいは認知症になっても問題行動が起こりにくいのは、地域の中でそれまでの生活を維持して馴染みの環境で暮らし続けているからです。
- また、我が国は、**在宅で死亡する者の割合が12%と非常に低い**という特徴があります。三重県の割合も、全国平均水準を若干上回る程度です。我が国は、これから「**多死時代**」を迎えます。死亡者数は、年間2万人ずつ増え、ピーク時の2040(平成52)年には、現在の約60%増の166万人に達すると見込まれています(図3-2-3)。
- 生活習慣病に代表される慢性疾患中心の疾病構造の下で、死亡者数の相当部分が後期高齢者です。しかも、高齢者のケアの在り方として、生活の継続性を重視するという方向を目指している中、「**死ぬのは病院**」という死生観・価値観が問い直されています。
- 今後の死亡者数の増加を考えれば、**在宅で看取ることができる環境の整備が必須**です。在宅療養を押しつける訳ではありませんが、選択肢を用意しておくべきです。終末期の類型をみると、長い期間にわたり徐々に機能が低下していく疾患については、在宅で看取ることが可能ではないかと言われています。
- 介護や医療を必要とする状態となっても、**住み慣れた自宅で介護を受けたい、療養したいという者は、多いのが実態**です。特に、三重県は、全国の状況より、自宅で介護を希望する者の割合が高くなっています(図3-2-4)。
- 「可能な限り自宅」を希望する一方で、「**自宅で最期まで療養できる**」と考えている県民は、**少ないのが実態**です。その理由として、介護者の負担もありますが、**急変時の医療対応、往診医師・訪問看護師の不足など医療面の不安も大きい**のです(図3-2-5)。

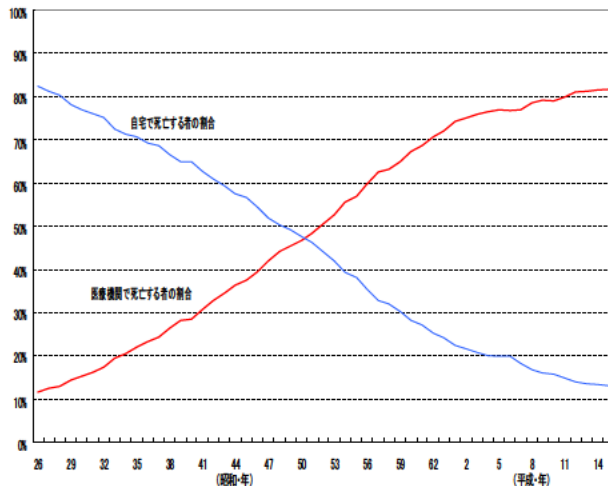
- 介護保険制度導入後、介護サービスの提供基盤は着実に進んできており、三重県においても、**介護サービスの提供基盤は全国水準に達しています(図3-2-6)**。また、**往診等の在宅医療サービスを実施する医療機関や訪問介護ステーションの整備状況も全国平均以上の水準です(図3-2-7)**。それでもなお、自宅で最期まで療養することに不安を感じるのは、これらの**連携が不十分**であることが考えられます。
- 三重県で勤務している**介護支援専門員に聞いてみても、要介護3以上であっても、現状のサービスで、あるいは在宅サービスの充実で在宅生活は可能と判断できる者が多いとの回答**を得ています。ただし、要介護度が重くなればなるほど、訪問看護等の訪問系サービスの充実が望まれています(図3-2-8)。
- 在宅ケアの基本は、**往診・訪問看護・訪問介護の組み合わせ**です。これに、介護者支援のため、通所・短期入所をバランスよく組み合わせることが必要です。
- また、これからの高齢化の進展に併せ、介護サービス基盤と、在宅医療サービスを実施する医療機関・訪問看護ステーションを拡充していくことが必要です。
- これまでは、医療は医療、介護は介護、地域福祉は地域福祉と縦割りで整備を進めてきたため、高齢者の地域生活を支えるという**総合的な視点、すなわち、地域ケアという視点が欠落**していました。
- 保健・医療と介護・福祉の連携のほかにも、住み慣れた地域で豊かに老いていくことができるためには、「**住まい」「見守り」「食事」「移動」等の“安心”も確保していくことが必要**」となっています。
- しかしながら、健康福祉行政と都市政策・交通政策部門との連携は不十分です。また、高齢者の見守りや、配食の際に見守りを行うサービスは、一部の地域で取組がなされているものの、県全体で見れば普及が進んでいないのが現状です。

# 死亡場所・死亡数(全国ベース)

- 日本は、在宅で死亡する者の割合が12%と低い(⇔スウェーデン51%、オランダ31%、フランス24%)。三重県の在宅死亡率も全国平均水準。
- 今後の死亡者数の増加を考えると、在宅で看取ることができる環境の整備が必須。在宅療養を押しつける訳ではないが、選択肢を用意しておくべき。

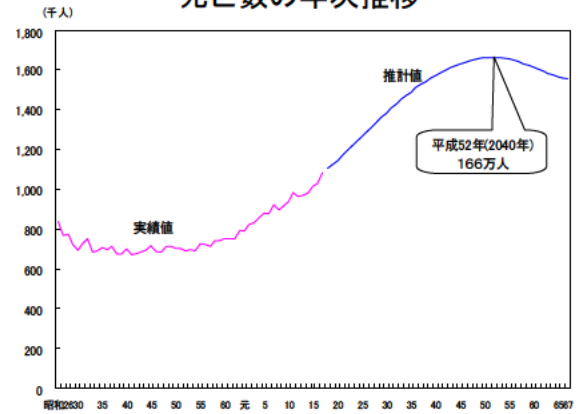
医療機関における死亡割合の年次推移

医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部

死亡数の年次推移



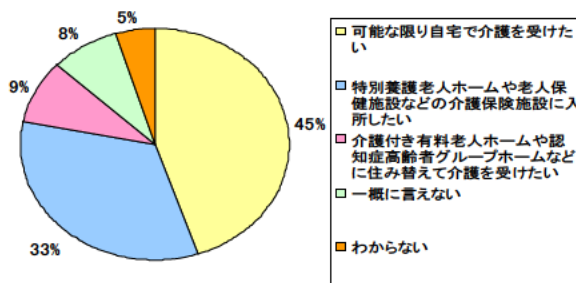
資料)平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

図 3-2-3 死亡場所と死亡数(全国値)

## 可能な限り住み慣れた自宅で暮らし続けたいという願いが多い

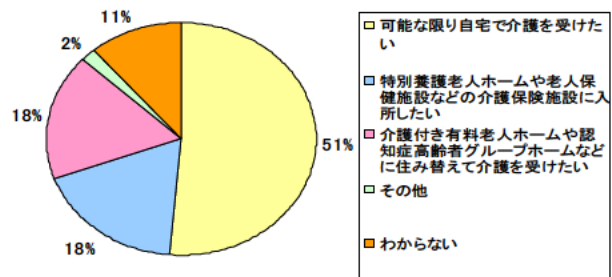
- 介護や医療を必要とする状態となっても、住み慣れた自宅で介護を受けたい、療養したいという者は、多い。
- 三重県は、全国状況より、自宅で介護を希望する者の割合が高い。

(問)仮に介護が必要となった場合にどこで介護を受けたいか。(調査対象:全国20歳以上の者)



(資料)「高齢者介護に関する世論調査」(内閣府、平成15年7月)

三重県で同じ質問をしてみた結果



(資料)三重県IT広聴事業e-モニター(電子アンケート)結果より(平成20年6月実施)

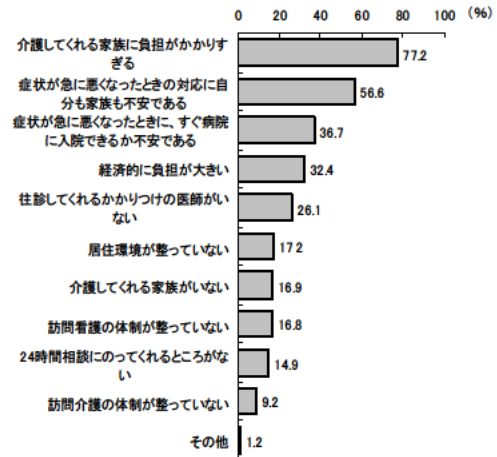
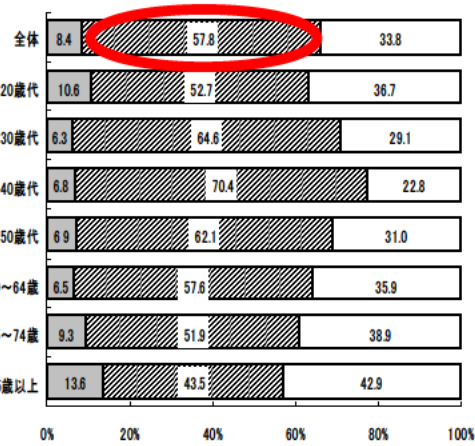
図 3-2-4 介護が必要となった場合に介護を受けたい場所

# 自宅療養の実現可能性(三重県)

- 「可能な限り自宅」を希望する一方で、「自宅で最期まで療養できる」と考えている県民は、少ない。
- 理由として、介護者の負担もあるが、急変時の医療対応、往診医師・訪問看護師の不足など医療面の不安も大きい。

自宅で最期まで療養することの実現可能性(年齢階層別)

自宅で最期まで療養することが実現困難である理由(複数回答)



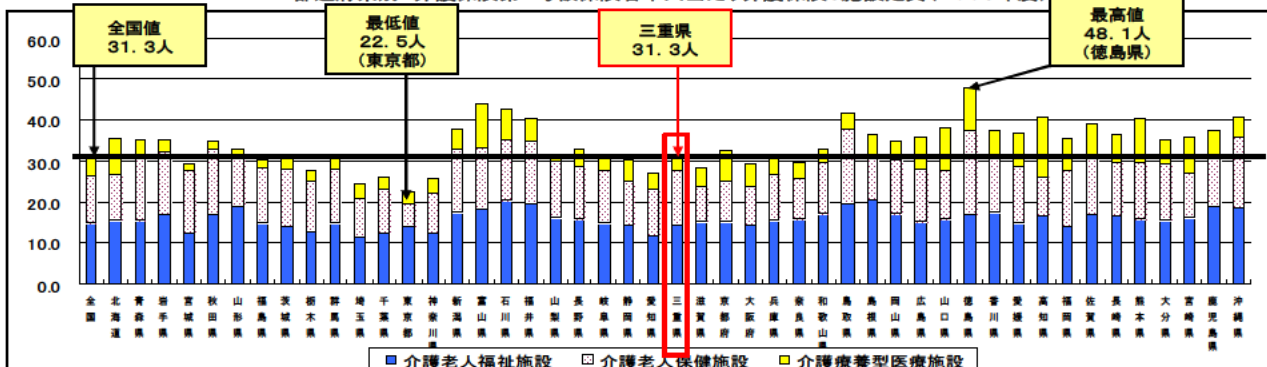
平成18年三重県民医療意識調査

平成18年三重県民医療意識調査

図 3-2-5 自宅療養の実現可能性

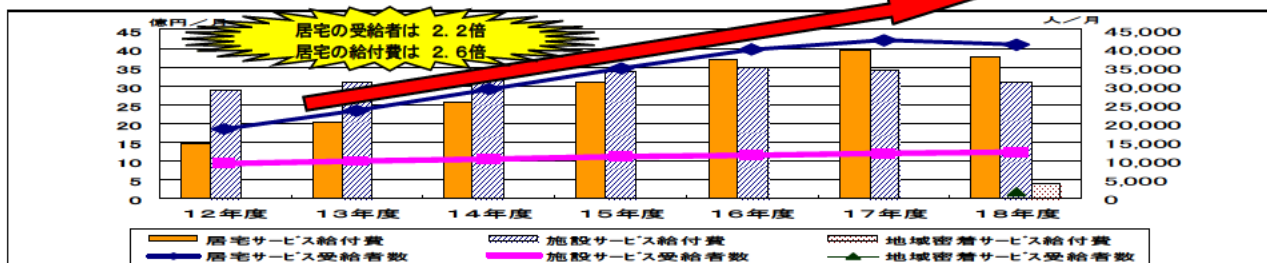
# 三重県の施設・在宅サービスの状況

都道府県別 介護保険第1号被保険者千人当たり介護保険3施設定員(2005年度)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(2005年)、厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」(2005年度)

介護サービスの利用状況(介護保険事業状況報告年報より)



資料：介護保険事業状況報告 年報より 1ヶ月平均 ※平成12年度は11ヶ月で除して計算、平成18年度の地域密着型サービスは11ヶ月で除して計算。  
※特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費は除く

図 3-2-6 三重県の施設・在宅サービスの状況



## 在宅サービス実施医療機関・訪問看護ステーションの状況 ～全国平均以上の基盤は整っている～

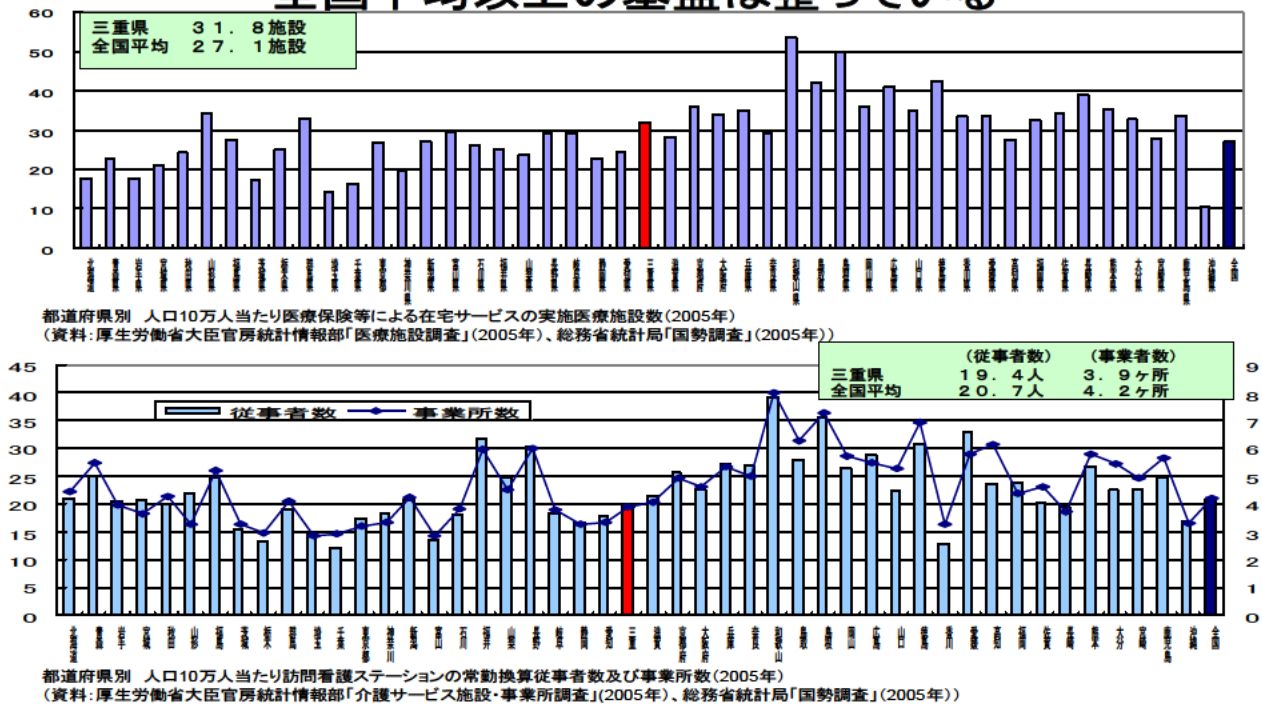


図 3-2-7 在宅サービス実施医療機関・訪問看護ステーションの状況

## ケアマネジャーからみると自宅療養の 実現には「連携」が鍵(三重県)

- 介護支援専門員(ケアマネジャー)からみれば、要介護3以上でも、在宅生活は可能と判断できる者が多い。要介護度が重くなればなるほど、訪問看護などの訪問系サービスの充実が望まれる。
- 在宅ケアの基本は、往診・訪問看護・訪問介護の組み合わせ。これに、介護者支援のため、通所・短期入所をバランスよく組み合わせることが必要。

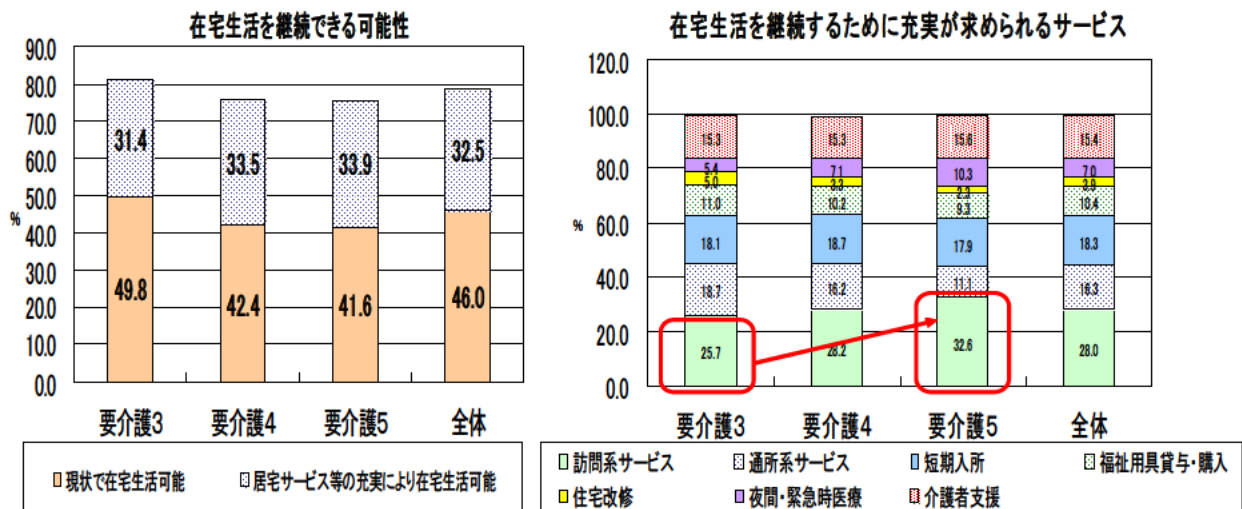


図 3-2-8 ケアマネジャーからみた自宅療養実現の鍵

## (県が講ずる具体的施策 住まい)

- 自宅での生活の継続を困難にする要因の一つが「住まい」です。家屋の構造が生活に適さず自宅に住み続けることが物理的に困難である場合や、買い物ができる場所や医療機関が遠く一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯にとっては生活の継続が困難な場合等があります。
- 地域で豊かに老いていくことができるためには、住宅のハード(バリアフリー化)のみならず、ソフト(介護や見守りのニーズへの対応など)を備え併せた、「住まい」が重要になります。また、住まい自体の問題のみならず、**住まい周辺の生活環境も重要**となってきます。
- **北欧では「社会保障は住まいに始まり、住まいに終わる」と**言われています。在宅・施設といった**伝統的**二元論から脱皮し、**これからは、自然に、又は任意に、集まって住まう「集住」に対するサービスの在り方を考えるべき時代**です(図 3-2-9)。
- NORC(Naturally Occurring Retirement Community)という考え方がありますが、時の経過とともに自然に居住者に占める高齢者の割合が高くなった局地的な地域を指します。例えば、**昭和 30 年・40 年代に開発されたニュータウンなどが想定されますが、このような局地的な地域を“面”として捉え、サービスをどう構築していくか**(NORC-SSP(Naturally Occurring Retirement Community - Supportive Service Program))という視点が必要になっています。
- また一方で、CCRC(Continuing Care Retirement Community)という継続したケアサービスを提供する高齢者の住宅システムがあります。我が国の、また、三重県の介護施設は、欧米並みの整備率を確保できている中、**不足しているのはケア付きの住宅**であり、**住宅政策と連携して、早めの住み替え支援**を行っていくという視点が必要になっています。
- これらの点を踏まえ、(1)住まいの改修、(2)住み替え支援、(3)住空間の環境整備、の3つの段階に応じて、県は以下の取組を行います。

### (1)住まいの改修《継続改善》

- 「住まい改修アドバイザー研修会」により、バリアフリー化・耐震化・環境共生等の住宅改修相談に応じ、ゆとりある住まいづくりのための住宅の新築・増築・改築等に助言を行うアドバイザーを養成します。そして、耐震化を含む多様な情報提供や相談対応を行うため、県職員や市町職員に加え、「**みえの住まいの人財バンク**」登録者(2008(平成 20)年 10 月 1 日現在 618 名)との協働を通じて、体制の強化に取り組みます。
- 住宅金融支援機構において、バリアフリーリフォームのための死亡時一括償還制度を実施しており、この周知を図ります。

## (2) 住み替え支援 《継続改善》

- 住み替えを希望する高齢者が情報を閲覧でき、比較検討しながら住み替え先を選択できるよう、**高齢者専用（円滑入居）賃貸住宅登録制度**を周知し、**事業者**に**制度の積極活用を促す**とともに、県内における**有料老人ホームや適合高齢者専用賃貸住宅等の届出情報を提供**します(図 3-2-10) (参考；財団法人高齢者住宅財団ホームページアドレス <http://www.koujuuzai.or.jp/>)。

## (3) 住空間の環境整備 《新規》

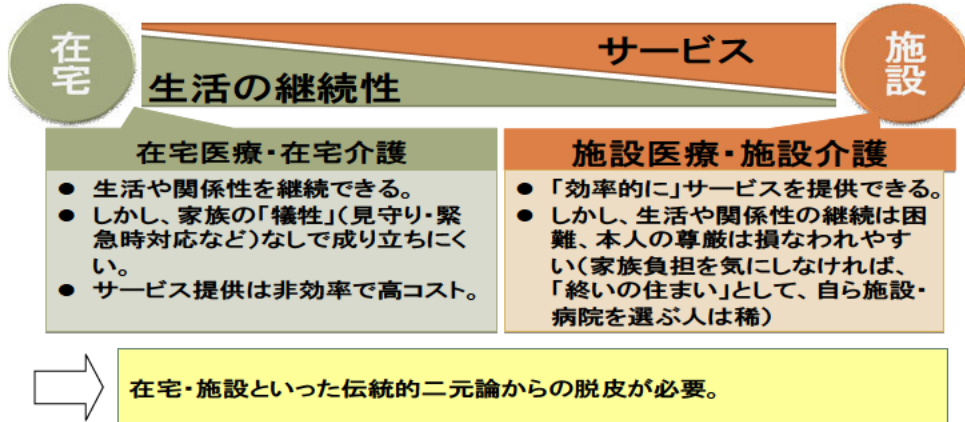
- 市町に対し、「地域住宅交付金」により、高齢者世帯が安全・安心に住むことができる公営住宅の整備や既存公営住宅の改善等を促すとともに、「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」により、地域密着型サービスを中心とする介護サービス拠点の整備を促すことで、高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活が継続できるよう支援します。
- また、大規模団地の改修・建替えと併せて、地域交流スペースや介護サービス等の福祉拠点を整備する「**安心住空間創出プロジェクト**」への参画により、高齢者にとって安心な住空間の環境整備を促進します(図 3-2-11)。

### 【コラム 8】

#### 「住宅リフォーム研究会」～伊賀市社会福祉協議会の取組から～

- 伊賀市社会福祉協議会では、1992(平成4)年度に、「**住宅リフォーム研究会**」を立ち上げ、毎月1回、建築・医療・福祉等の専門職で住環境を考えるとともに、実際に研究会のメンバーが対象の住居を訪問して、直接、住宅改修を行っています。
- 対象者の身体機能に合わせて住環境を改善することで、介護者の負担軽減、対象者の精神的負担や不安の軽減につながり、結果として外出しやすくなり、社会参加の促進・意欲の向上といった効果が得られています。
- 併せて、住宅改修のノウハウを参加者で高め合うことができ、制度改善への取組も行っています。

# 在宅サービス・施設サービスの のメリット・デメリット



## キーワードは「集住」 ～自然に・任意に、集まって住もう～

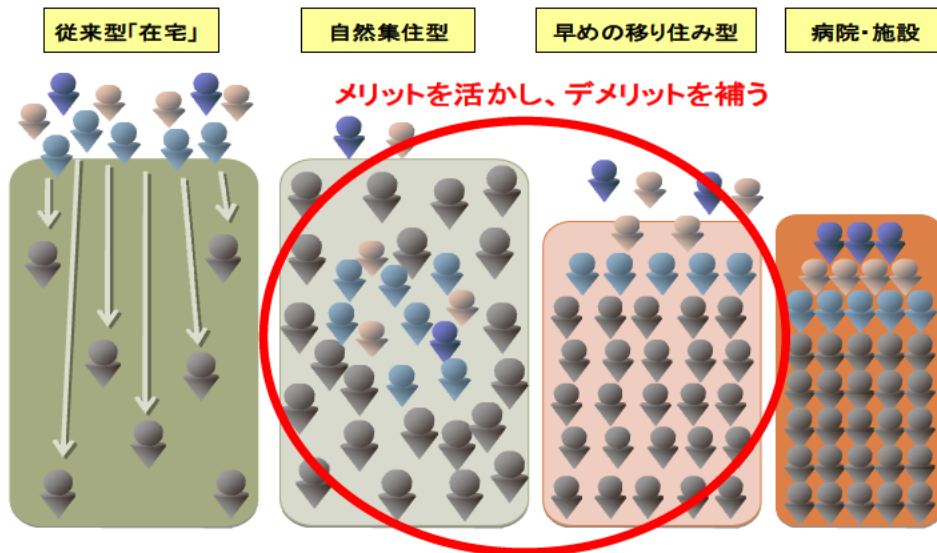
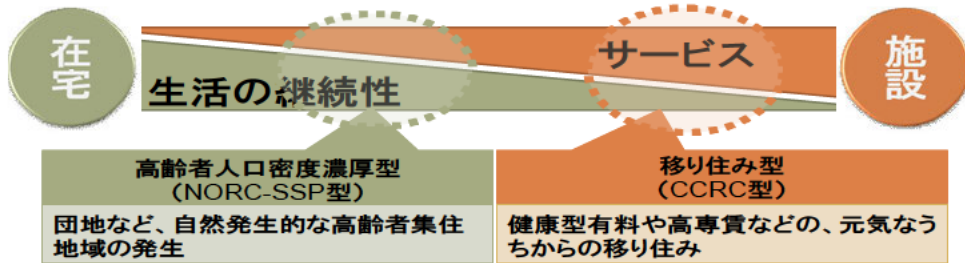


図 3-2-9 NORC-SSP と CCRC(長寿社会室主催で開催した地域ケアセミナーにおける藤井賢一郎・日本社会事業大学准教授の資料を長寿社会室において改編)



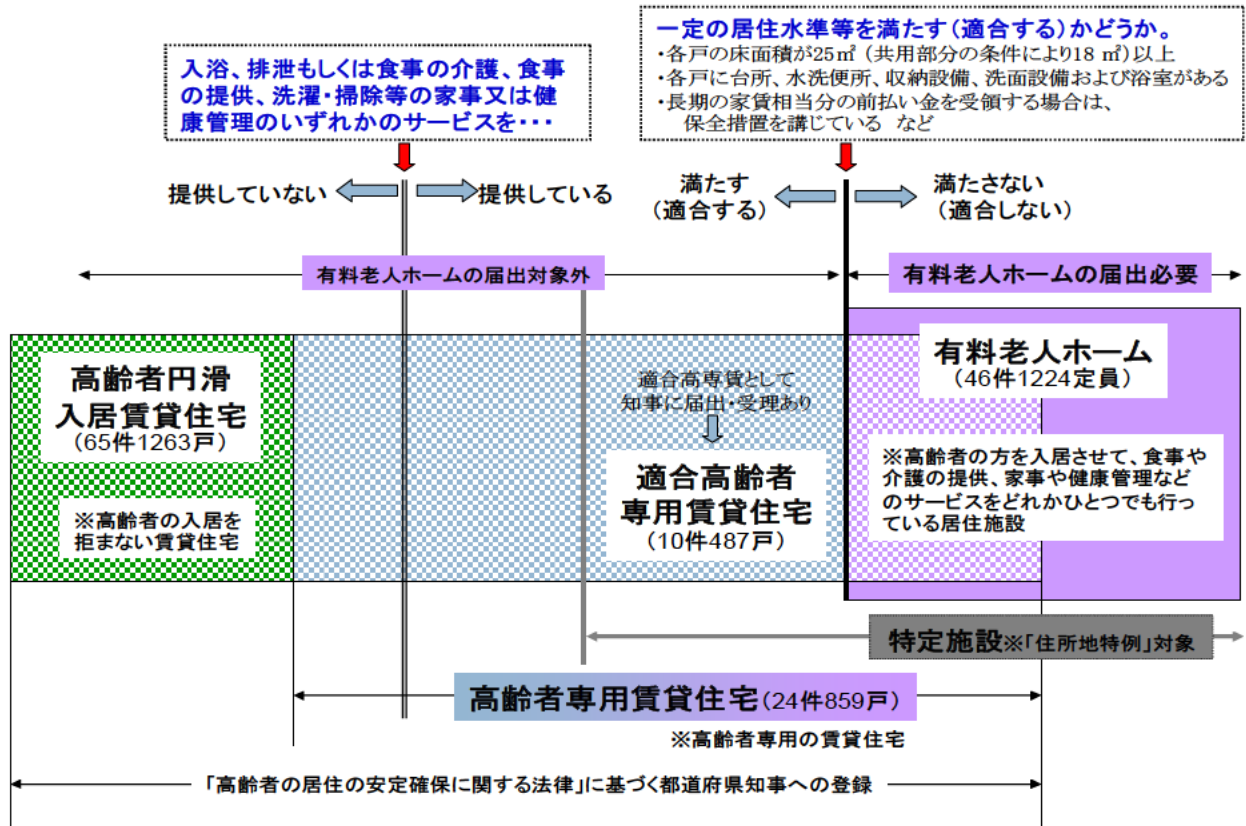
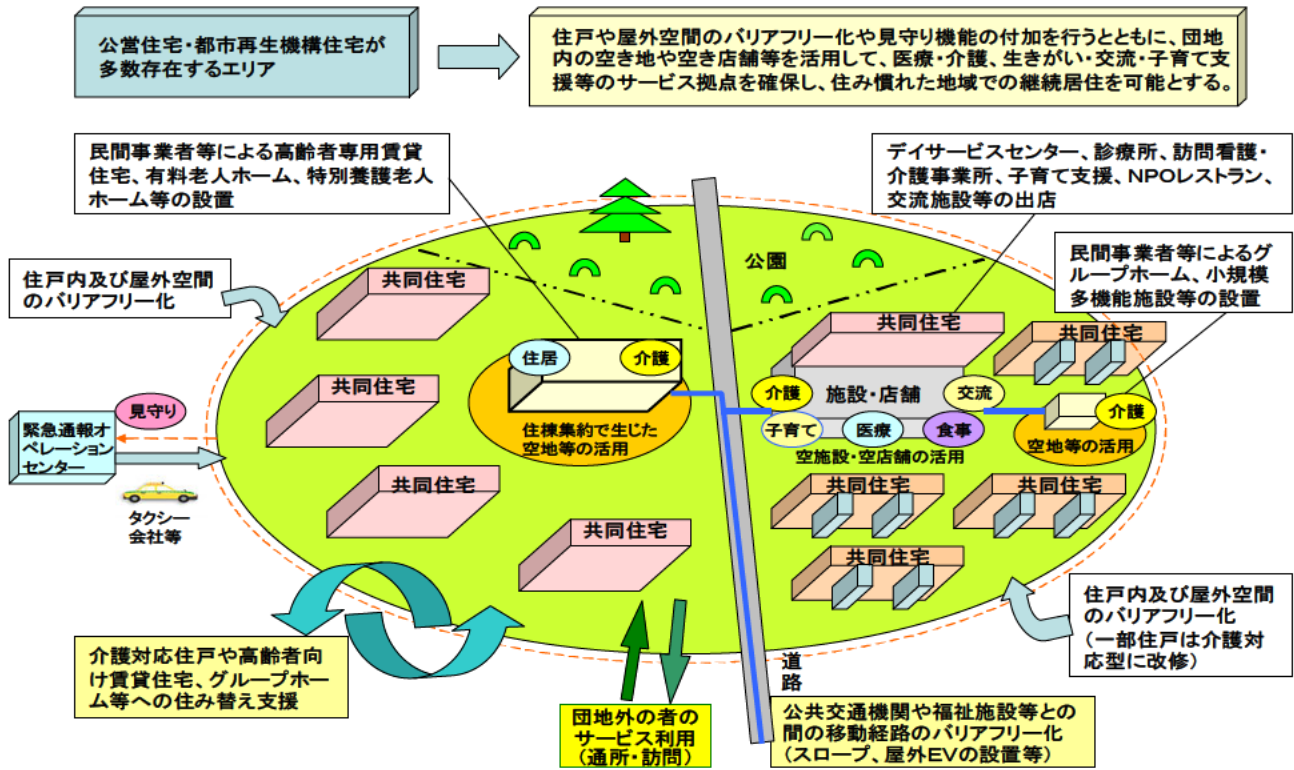


図 3-2-10 多様な住まい  
(平成 20 年 10 月 1 日現在の県内届出・登録数)

# 安心住空間創出プロジェクト(イメージ)



## 安心住空間創出に向けた住宅施策と保健・福祉施策の役割分担

	住宅施策(国土交通省)	保健・福祉施策(厚生労働省)
住居の安心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○公営住宅・機構住宅について、新築・改築時や住戸退去等にバリアフリー改修を実施(※1)。</li> <li>機構住宅では、1階住戸等の一部住戸を「介護対応住戸」(※2)に改修。</li> <li>○高齢の低所得者等に対して、建替えやバリアフリー改修に伴う家賃上昇を抑制(※3)。</li> <li>○民間の高齢者向け賃貸住宅・居住施設の整備のため団地内の土地・建物を譲渡・賃貸(※3)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域介護・福祉空間整備交付金により、認知症高齢者グループホーム等の整備を支援。</li> </ul>
住替え	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護対応住戸、高齢者向け賃貸住宅、グループホーム等への住みかえ支援。</li> </ul>	
見守りの安心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住棟の新築・改築や住戸の退去改修時に緊急通報システム等を導入。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域支援事業交付金により、高齢者住宅への生活援助員派遣、配食支援や定期的な状況把握を通じたネットワーク形成などを促進。</li> </ul>
食事の安心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新築・改築時に高齢者向けサービス拠点等の一体的整備(建物賃貸等)を促進。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域介護・福祉空間整備交付金により、介護サービス拠点の整備を支援。</li> <li>○サービス自体は医療保険・介護保険から給付。</li> </ul>
医療の安心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者向けサービス拠点等のために団地内の空き地・空き店舗等を譲渡・賃貸(機構団地の施設については賃料を5割引(当該プロジェクトによらない場合は2割引))。</li> </ul>	
介護の安心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○屋外空間のバリアフリー化(公共交通機関や福祉施設等との間の移動経路のバリアフリー化を含む)。</li> <li>○地域住宅交付金を活用し、居住支援の観点から行われるハード・ソフトの事業を支援。</li> </ul>	
交流		<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域介護・福祉空間整備等交付金により、交流活動等の高齢者福祉サービス拠点の整備を支援。</li> <li>○地域支援事業交付金により、高齢者の生きがい・健康づくりを支援。</li> <li>○子育て支援・障害者関係の施設整備については、既存の助成措置を活用。</li> </ul>

※1 都市再生機構住宅については、大規模団地を中心に、バリアフリー改修を実施予定(平成30年度末までに10万戸程度)。  
 ※2 通常のバリアフリー改修に加え、トイレ、浴室等は介護しやすい広さや設備を確保し、在宅での介護継続を支えるタイプの住戸。  
 ※3 平成20年度予算要求に関わる事項。

図 3-2-11 安心住空間創出プロジェクト