

みえ高齢者元気・かがやきプランー改訂版ー

**～三重県の未来予想図「元気に輝きながら暮らせる地域」
の実現に向けた基礎固め～**

(ポイント)

高齢者施策を取り巻く環境変化への対応

1 少子高齢化の一層の進行

① 支え手となる年齢層の減少と、高齢者の増加

	2005年	2035年
総人口	186.7万人⇒	160.0万人(▲26.7万人)
15～64歳	119.9万人⇒	90.2万人(▲29.7万人)
65歳以上	40.1万人⇒	53.6万人(+13.5万人)
うち75歳以上	18.6万人⇒	32.1万人(+13.5万人)

② 65歳以上の単独世帯の増加

2005年 5.3万人 ⇒ 2025年 9.7万人

③ 認知症高齢者の増加

2005年現在、全国で推計169万人の認知症高齢者数が2035年には376万人へ(2.2倍)

2 「地域の力を問う」社会保障制度改革

① 介護制度改革

- ・地域での生活を支えるために、地域包括支援センターの設置、地域密着型サービス(認知症・夜間対応など)の導入 等

② 医療制度改革

- ・地域ごとに、急性期から回復期・維持期を経て、最終的には在宅など地域の“生活の場”で暮らせるように、医療機能を分化・連携し、介護へつなぐ「地域完結型」「地域ネットワーク型」の医療へ
- ・主治医(在宅療養支援診療所)と介護が連携し、「地域での生活を支える」医療へ 等

③ 地域福祉施策

- ・地域での新たな支え合い(共助)の仕組みの構築

この環境変化に鈍感で現状維持に甘んじていれば、いずれ取り返しのつかない状況に至る

- ・健全な危機感を持ち、変革を迫られる前に、先を見越して先手先手で変革することが求められる。
- ・「国は何をやってくれるのか」ではなく、県・市町は、「地域がやる気になれば何でもできる」というこの状況を活用し、具体的な行動(アクション)を起こしていくことが必要。

三重県の未来予想図

- ①超高齢社会の中、活動的で生きがいに満ちた高齢者が、地域・コミュニティを支える
- ②支えが必要となっても、住まい・見守り・食事・移動・医療・介護といった「安心」により、在宅で最期まで暮らすことが第一の選択肢
- ③施設も地域の一員。その施設で、在宅と同じような尊厳ある生活ができる
- ④“希望”と“誇り”を持った人財に支えられた“温かみ”のあるサービスを受けられる

「元気に輝きながら暮らせる地域」
の実現に向けて、進むべき針路

第4期期間中に3つの戦略的対応を取り、未来予想図の実現に向けた基礎を固める

ターニングポイント

良い方にも
悪い方にも
向かい得る

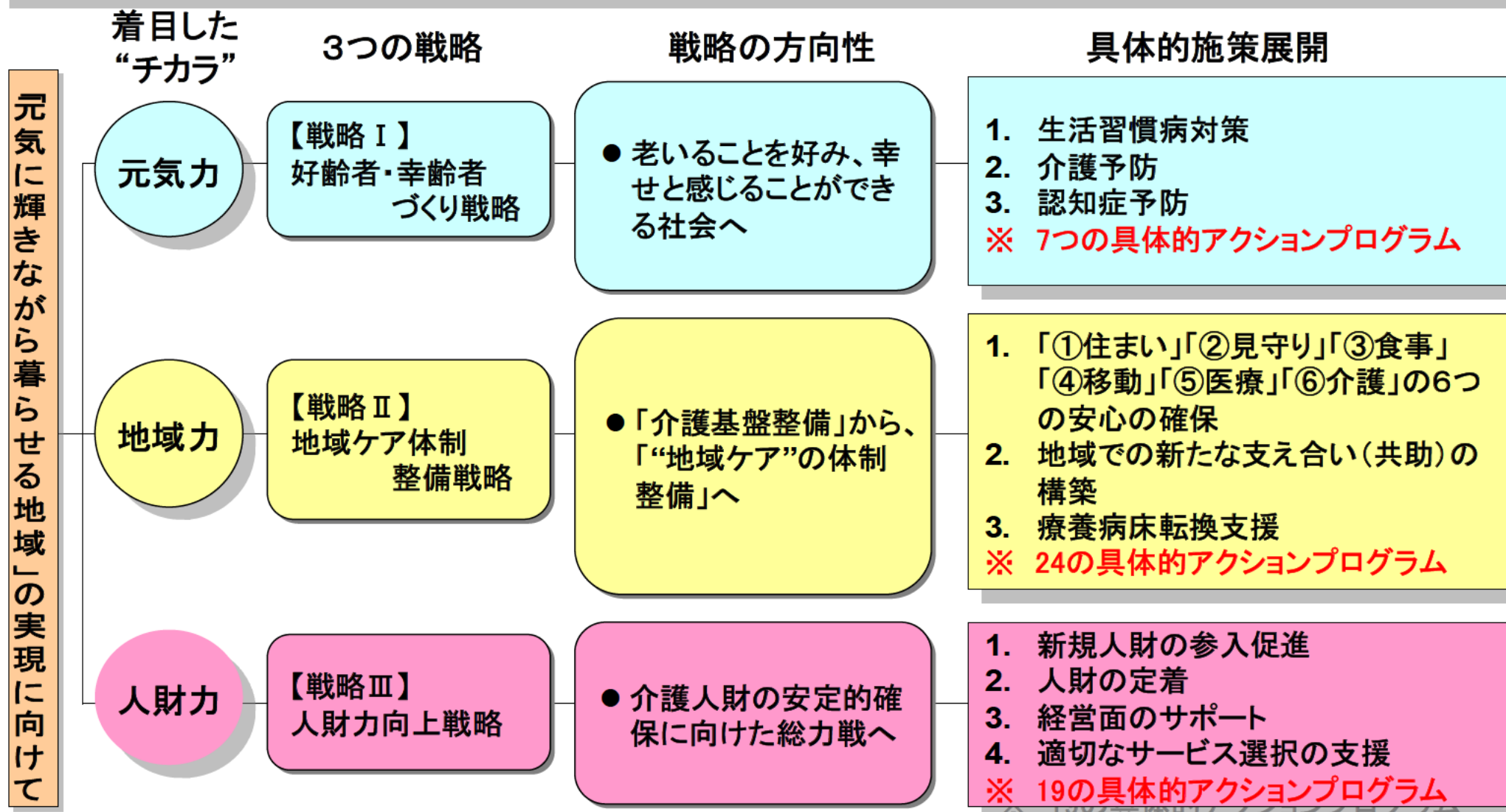
避けなければならないシナリオ

- ①「高齢者＝支えに依存」という状況。その支え手となる若者も少なく、地域・コミュニティが崩壊。
- ②地域で暮らせない高齢者が、少ない施設の定員を巡り、競争が激化。施設に入れない高齢者が行き場を失う。
- ③地域の崩壊で、施設も孤立化
- ④人材不足により、必要なサービスが受けられない

現実を直視せず、対応を怠れば、**緩やかに、しかし、着実に衰退**の道を歩む
⇒ **健全な危機感を持ち、対応を取ることこそ重要**

未来予想図の実現に向けた3つの戦略と50の具体的なアクション

- これから高齢者が増えてくるが、活動的で生きがいに満ちた高齢者に地域・コミュニティを支えてもらうためには、高齢者が**“元気”**であることが必要。
- また、可能な限り住み慣れた自宅で暮らし続けたいという県民の願いを叶えるためには、「住まい」「見守り」「食事」「移動」「医療」「介護」といった安心を備えた**“地域”**であることが必要。
- さらに、これらのサービスを提供するためには、安定的な**“人財”**が必要。



重点課題① 地域ケアの確立に向けた次の一手

●これまでの取組により、回復期リハビリテーション病棟の充実、三重県統一の脳卒中地域連携クリティカルパスの導入など、急性期・回復期部分に一定の成果はあるものの、維持期・在宅療養期へのアプローチが不十分であった。

●このため、地域ケアの確立に向けた“次の一手”として、在宅との架け橋である「老人保健施設」の機能強化、在宅療養の要である「訪問看護」の機能強化、地域での生活を支える「インフォーマルサービス」の充実の3点に力点を置く。

老人保健施設

現状と課題

- 本県の回復期リハビリテーション病棟は増加しているものの、未だ不十分。
- リハビリテーション機能を持った既存の社会資源として老健があるが、今の老健は特養的運営がなされている、地域づくりができていない、という指摘。

方向性

- 老健は「終の住まい」の特養とは異なる。適切なリハビリテーションを行い、在宅復帰につなげる機能と、在宅サービスを行い、在宅生活を支援する機能を発揮することが求められる。

具体的アクション

- 「みえの老人保健施設の機能強化に向けた懇話会」(仮称)を県に設置し、地域ケアの中核機関としてのこれからの老健の在り方を検討。(◎)
- リハビリテーションに関するデータの集積と、退所後のケースカンファレンスを実施するモデルの老健を設定し、地域連携を促進。(◎)

訪問看護

- 本県の訪問看護ステーションは、近年、事業所数が伸び悩み、サービス量も全国平均を下回る状況。
- 請求事務や相談等の周辺業務に追われているという指摘。

- 周辺業務の軽減を図り、看護の専門職としての能力を発揮できる環境を整備する。

- 訪問看護サービスの安定的な供給を確保するため、県に広域対応訪問看護ネットワークセンターを設置し、①請求事務の集約化、②利用者・家族からの相談等を受ける相談窓口の設置、③医療材料等の効率的供給システムの整備、等の事業を行う。(◎)

インフォーマルサービス

- 単独世帯の増加、家族の絆の弱体化といった中、在宅生活を支えるためには、公的サービスのほか、地域での支え合い(共助)が必要。
- 一部の地域では十分な取組が見られるものの、取組が不十分な地域も多い。

- 地域での支え合いを機能させるためには、「顔の見える関係」を作ることができる適切な圏域を単位とすることと、ワンストップで対応する総合相談が何よりも重要。
- 成功事例の蓄積と共有化を図る。

- 志摩市や伊賀市など、県内の各地域で注目すべき取組が行われている。各地域での始まろうとしている取組・始まっている取組を支援するとともに、県内に広く定着させるため、成功事例の蓄積と共有化を進める。(◎・みえ地域ケア体制整備推進事業)

【◎は新規、○は一部新規】

〔参考〕地域の保健・医療・福祉・インフォーマルサービスを有機的に結びつけ、切れ目なく提供する“地域ケア”

～脳卒中の例

発症

【応急手当・病院前救護】

- ◎発症後 → 病院到着
- ＜周囲の者＞
 - ・適切な通報、処置
- ＜救急隊＞
 - ・救急救命士による適切な判断・処置

【急性期医療】

- ◎来院後数時間以内に行う
専門的治療と、急性期に行うリハビリテーション
- 《救命救急センター等》
 - ・検査、手術処置等
 - ・合併症の予防及びセルフケアの早期自立のための急性期に行うリハビリテーション

必要に応じて広域対応

急性期

回復期

【回復期に行うリハビリテーション、療養】

- ◎身体機能改善のための集中的なリハビリテーションなど
- 《回復期リハビリテーション病棟等》
 - ・基礎疾患の管理および再発予防の治療
 - ・障害部位の機能回復、日常生活動作(ADL)の向上のための集中した専門的なリハビリテーション、療養

維持期

【在宅復帰支援と在宅生活支援】

- ◎在宅等生活の場への復帰支援と在宅生活支援
- 《老人保健施設等》
 - ・生活機能を維持するためのリハビリテーション
 - ・在宅医療に必要な医療・介護サービスとの連携・調整

生活の場(自宅に限らず、ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場)

【生活習慣病の予防、治療】

《かかりつけ医・主治医》

【在宅療養・介護】

- ◎24時間体制の在宅生活支援
- ◎基礎疾患および再発防止の治療、管理
- 《在宅療養支援診療所・かかりつけ医・主治医
居宅サービス事業所等》

重点課題② 認知症総合対策

●これまでの認知症対策は、**介護サービスの提供を中心**とした対応。

●これからの認知症対策は、**予防を重視**するとともに、本人や家族、かかりつけ医等の**気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携の下に適切なサービスを提供**することに転換を図る。また、地域での**見守り・相談支援を一層強化**する。

	予防	早めの気づき	医療	介護	見守り・相談支援
現状と課題	●予防可能な認知症があることを知らない県民が約7割。 ●認知症予防に取り組む市町は少ない。	●日常の診断の中から、認知症の疑いを発見することが重要となるが、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が不十分。	●専門医療を担う医師・医療機関が不十分。 ●BPSDの適切な治療が行われていない。 ●重篤な身体疾患の治療が円滑でない。	●地域密着型サービスの供給量が不十分。 ●不適切なケアによるBPSDの悪化。	●2009年度末に1.5万人の認知症サポーターの養成を目標に掲げているが、取組が遅れている。 ●認知症の人や家族に対する相談体制が不十分。
方向性	●認知症予防の普及啓発	●認知症の疑いがある段階で、専門医療に早期にアクセスし、早期の確定診断につなぐ	●認知症専門医療を担う医療機関の整備 ●介護との連携	●地域密着型サービスの普及 ●適切な認知症ケアの普及	●認知症に関する正しい理解の普及 ●認知症の人や家族に対する相談支援体制の充実
具体的アクション	●「認知症サポーター養成講座」や「みえ出前講座」等で、認知症予防を含めた認知症に関する正しい理解の普及。 ●市町の認知症予防の取組を支援(国のモデル事業の活用)。(○)	●主治医・かかりつけ医、コメディカルの認知症対応能力の向上(認知症サポート医の養成、そのサポート医と協働で、主治医・かかりつけ医等への研修を実施)。 ●健康教室などでの「物忘れチェック」の普及促進。(○)	●「老人性認知症センター」を「認知症疾患医療センター」に改組し、専門医療の充実と、介護との連携強化。(◎) ●認知症疾患医療センターの所在する市町の地域包括支援センターには、「認知症連携担当者」を配置。(◎)	●「交付金」を活用し、地域密着型サービスの整備促進。 ●認知症ケアの確立に向けて、各種の研修を引き続き実施。 ●地域の認知症ケアに関わる者の多職種共同研修・研究の実施。(◎)	●サポーター養成目標を2014年度末に6万人へと上方修正し、取組を強化。小中学校における認知症教育も推進。 ●専門家が対応する「コールセンター」を設置し、相談支援体制を強化。(◎)

【◎は新規、○は一部新規】

重点課題③ 介護人財の安定的確保

●これまでの人財確保に係る取組は、行政関係者・関係団体が複数に跨り、全体像が見えにくく、必ずしも有効な連携が図られているとは言い難い状況であった。

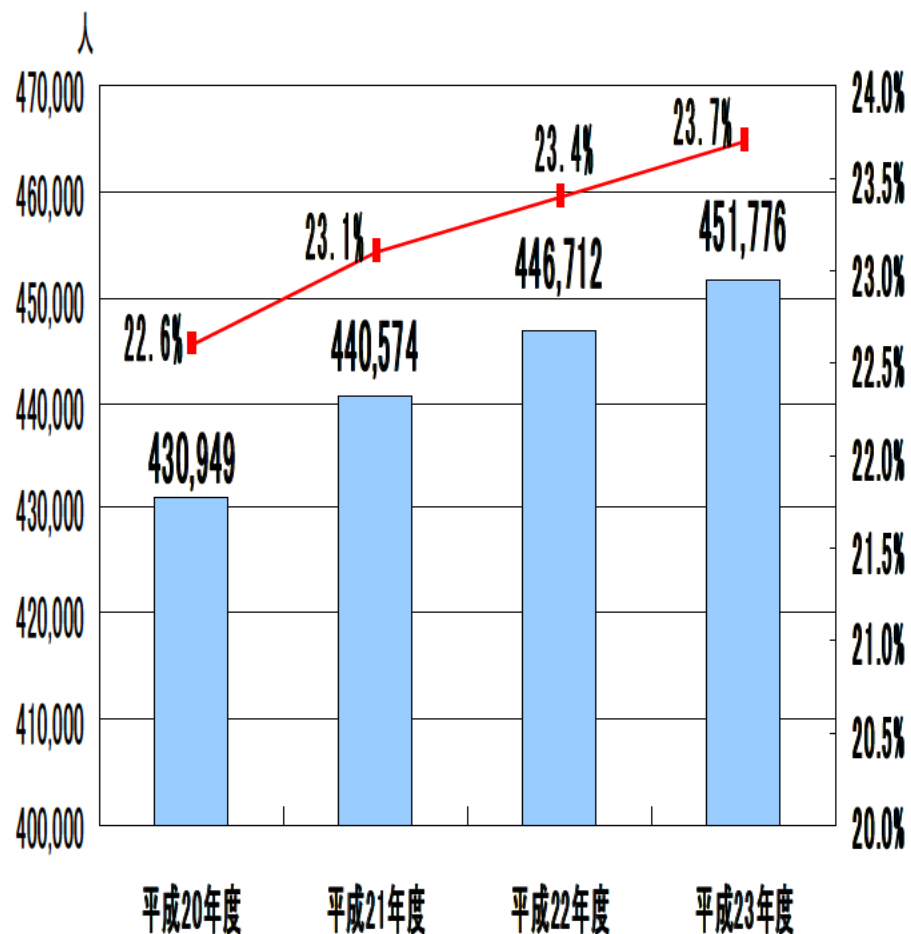
●関係者がそれぞれの役割を認識し、密接な連携の下、効果的な施策展開に結びつけるべく、2008年5月に、「**三重県介護人材確保対策懇話会**」(人財力向上戦略チーム)を設け、検討を行ってきた。

	新規人財の参入促進	人財の定着	経営面のサポート	適切なサービス選択の支援
現状と課題	●介護関連職種の有効求人倍率は高い水準。 ●介護現場に対する3K・5Kといったマイナスイメージ。 ●「潜在的有資格者」が多数いる。	●仕事に対する意欲は高い。 ●離職率は全産業より高いが、サービス業平均並み。三重県の離職率は低い。 ●職員・事業所が求める研修が用意できていない。	●定着率・離職率は二極化。 ●従業員満足(ES)が重視されていない。 ●チームケア遂行にあたり、コミュニケーションの不足。	●居住サービス系の零細事業者を中心に知識不足。 ●介護サービス情報の公表制度へのアクセス件数は伸び悩み。 ●事故報告、苦情件数は増加。 ●相次ぐ不正事案。
方向性	●介護・福祉への理解を深め、新規人財の参入を促進する。	●研修等の充実を図り、意欲の高い介護職員に成長の機会を確保し、人財の定着を図る。	●従業員満足(ES)の向上に向け、人事労務管理研修の充実など、経営面のサポートを行う。	●利用者が質の高いサービスを適切に選択できるよう、事業者支援、情報公表、苦情・事故対応、適正化事業を推進する。
具体的アクション	●認知症サポーター・キッズサポーターの養成とボランティアの推進(○) ●介護福祉士等修学資金貸付の拡充(◎) ●潜在的有資格者の掘り起こし(◎) ●戦略的広報・戦略的PR ●福祉人材センターの見直し(◎)	●県社協が実施する社会福祉施設職員研修の見直し ●職能団体等が実施する研修の支援(○) ●看護職員に対する研修の充実、ネットワーク構築支援(○) ●介護支援専門員研修の充実、主任介護支援専門員の養成 ●地域包括ケア研修等の充実 ●介護職員基礎研修・訪問介護員養成研修の実施	●人事労務管理研修等の充実 ●先進的な取組事例(好事例)の提示(◎) ●社会福祉法人の経営支援(◎) ●介護労働安定センター等との連携強化	●事業者支援の充実(◎) ●介護サービス情報の公表制度・外部評価・第三者評価の推進 ●苦情・事故報告への迅速な対応 ●介護給付適正化事業の推進

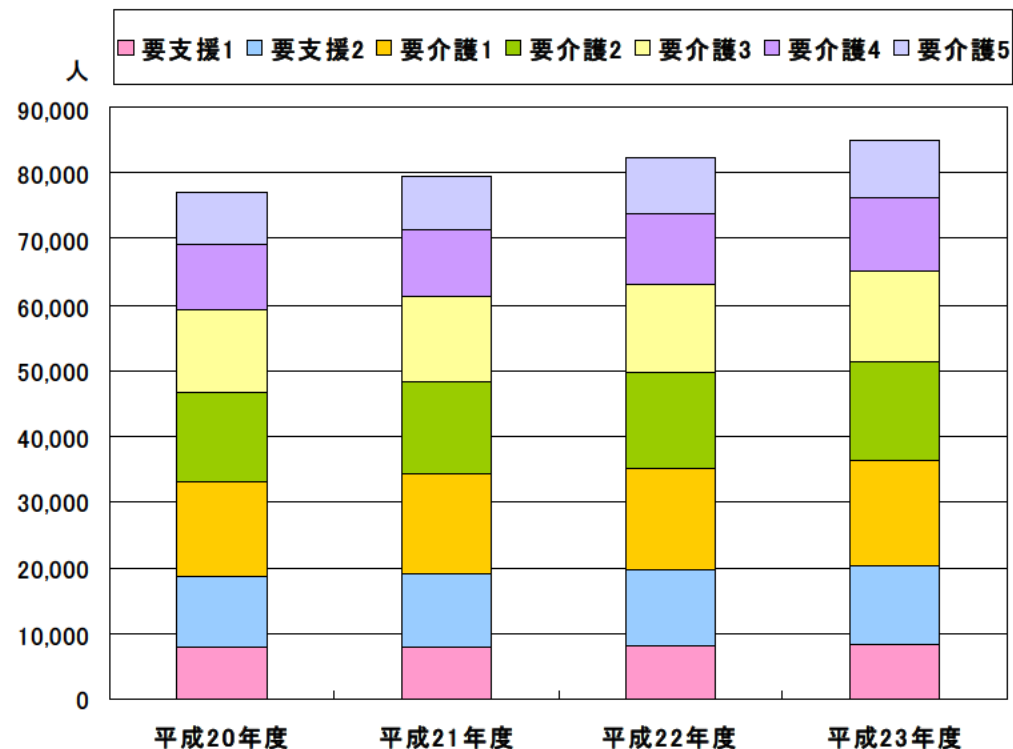
【◎は新規、○は一部新規】

第4期計画中の推計値①

＜65歳以上人口及び高齢化率の推移＞



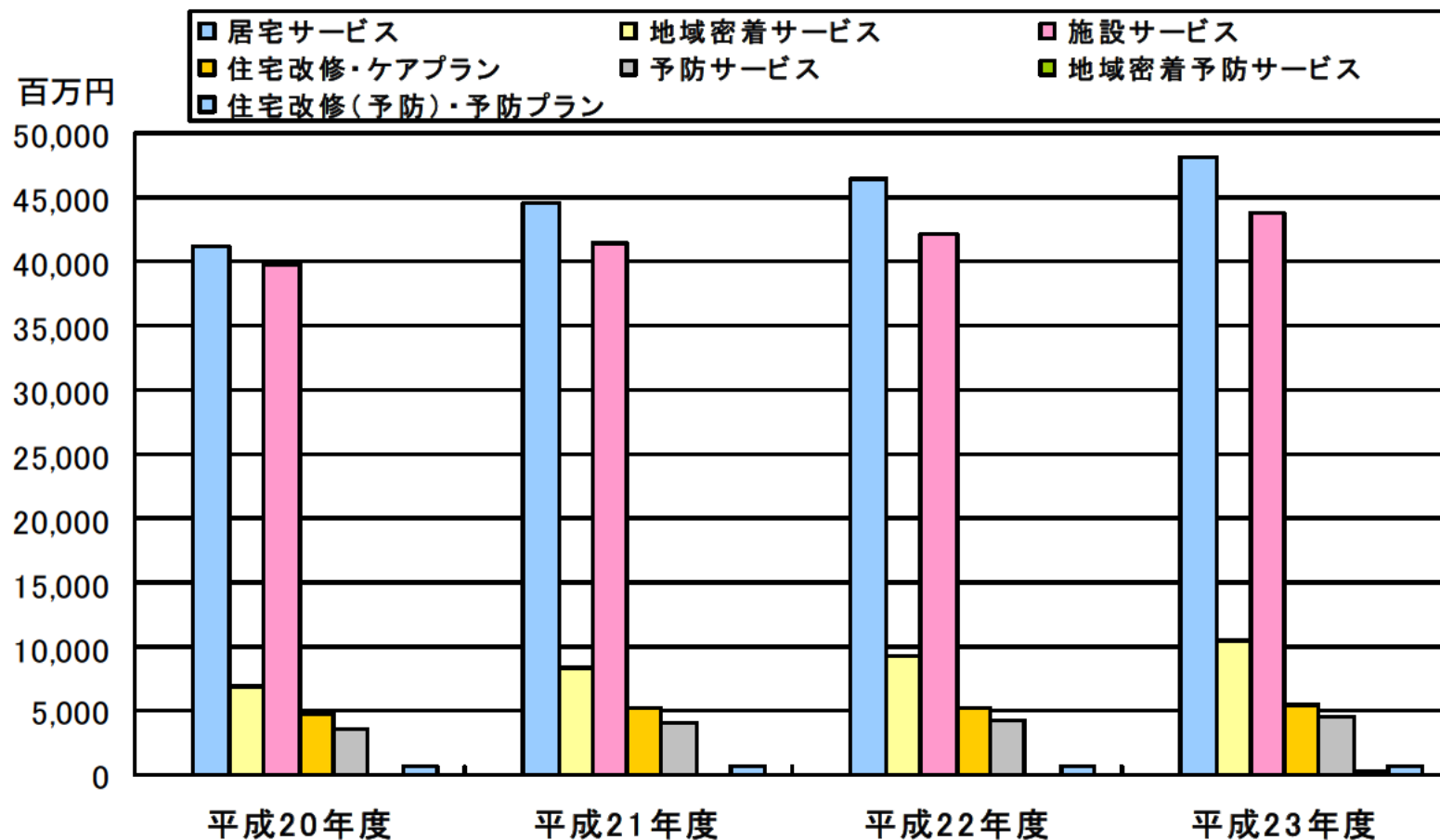
＜要介護認定者数＞



	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
要介護認定者数	77,116 (100)	79,668 (103)	82,231 (107)	84,901 (110)
要介護5	7,960 (100)	8,216 (103)	8,483 (107)	8,782 (110)
要介護4	10,041 (100)	10,371 (103)	10,728 (107)	11,108 (111)
要介護3	12,411 (100)	12,815 (103)	13,238 (107)	13,692 (110)
要介護2	13,676 (100)	14,115 (103)	14,582 (107)	15,058 (110)
要介護1	14,485 (100)	14,971 (103)	15,448 (107)	15,930 (110)
要支援2	10,766 (100)	11,152 (104)	11,484 (107)	11,837 (110)
要支援1	7,777 (100)	8,028 (103)	8,268 (106)	8,494 (109)

第4期計画中の推計値②

＜介護給付費・予防給付費＞

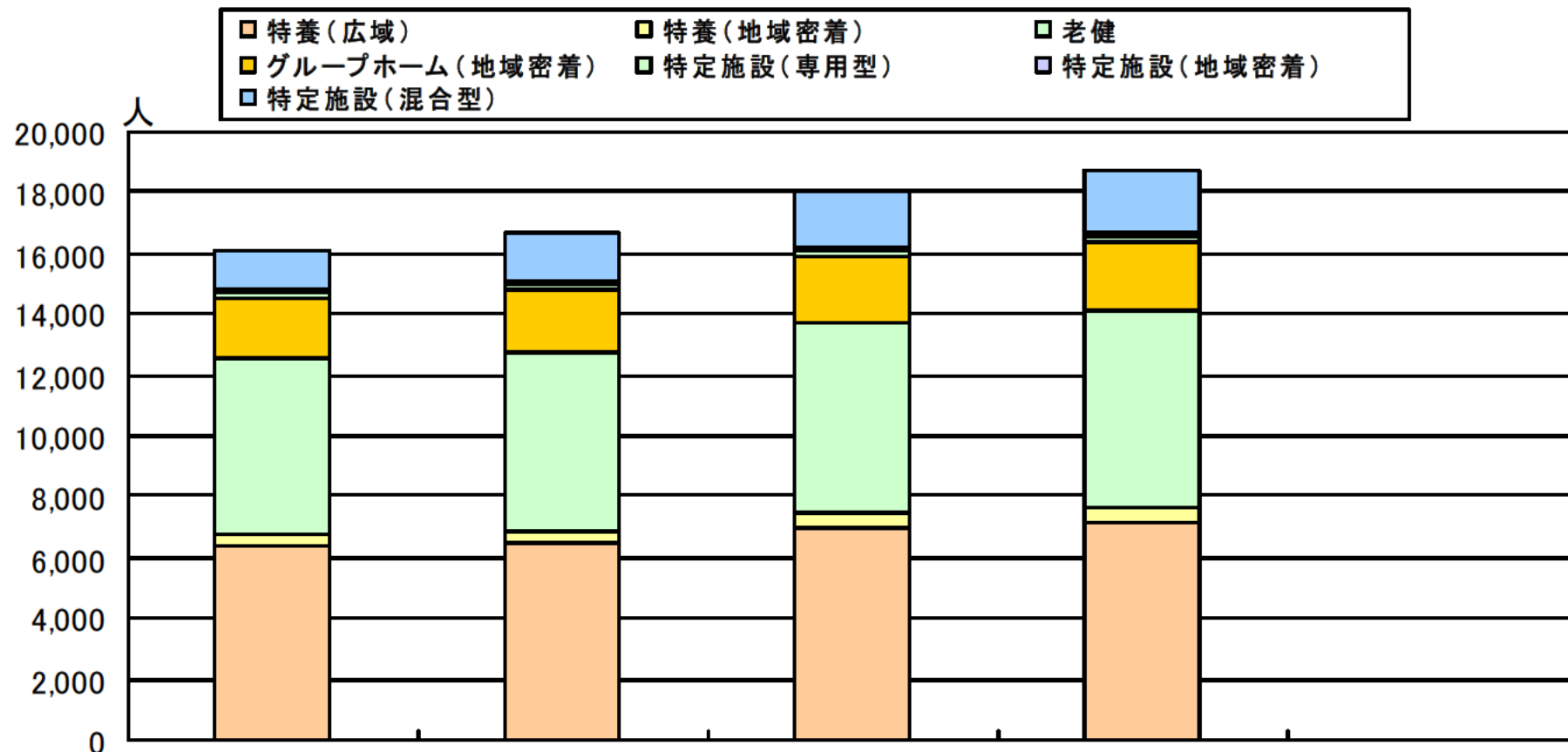


	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
合計	97,098 (100)	104,240 (107)	108,425 (112)	113,305 (117)
居宅サービス	41,223 (100)	44,493 (108)	46,497 (113)	48,044 (117)
地域密着サービス	6,823 (100)	8,314 (122)	9,316 (137)	10,473 (153)
施設サービス	39,741 (100)	41,378 (104)	42,064 (106)	43,791 (110)
住宅改修・ケアプラン	4,880 (100)	5,181 (106)	5,354 (110)	5,495 (113)
予防サービス	3,682 (100)	4,052 (110)	4,315 (117)	4,555 (124)
地域密着予防サービス	70 (100)	87 (124)	108 (154)	140 (200)
住宅改修(予防)・予防プラン	681 (100)	736 (108)	771 (113)	806 (118)

※端数処理の関係で「合計」は一致しません。

第4期計画中の推計③

＜施設・居住系サービスの定員数及び3年間の定員増減数＞



	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	3年間増減数
合計	16,062(100)	16,742(104)	18,093(113)	18,779(117)	2,717
特定施設(混合型)	1,300(100)	1,663(128)	1,878(144)	2,078(160)	778
特定施設(地域密着)	73(100)	78(107)	115(158)	144(197)	71
特定施設(専用型)	139(100)	189(136)	189(136)	189(136)	50
グループホーム(地域密着)	1,964(100)	2,027(103)	2,171(111)	2,270(116)	306
老健	5,832(100)	5,922(102)	6,282(108)	6,412(110)	580
特養(地域密着)	341(100)	370(109)	515(151)	573(168)	232
特養(広域)	6,413(100)	6,493(101)	6,943(108)	7,113(111)	700