

## (2) 地域ケア体制の構築に向けて

### ① 介護サービス等の充実

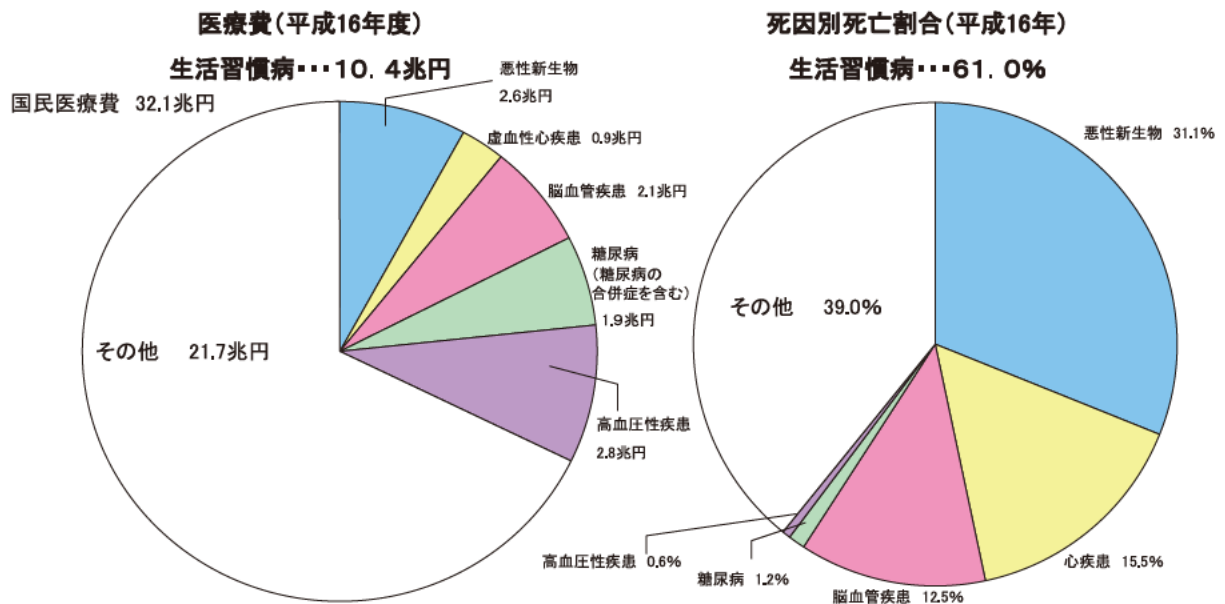
#### ア 健康づくり・介護予防・地域リハビリテーションの推進

- 三重の健康づくり総合計画である「ヘルシーピープルみえ・21」において、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少に向けた具体的な目標を定めて、取組を進めます。
- 介護予防を進めるとともに、介護予防を通じての地域づくりを進めます。
- 急性期・回復期・維持期と各ステージに対応して、継続的にリハビリテーションを提供できるシステムを地域ごとに構築します。

#### (生活習慣病対策の推進)

- 30年後には、本県の要介護（要支援）認定者数は70%増えて12.3万人程度になると見込まれます。要介護状態にならないよう、健康で生き生きとした高齢期を迎えるためには、若年期からの健康づくりや生活習慣病予防が重要になってきます。
- 現在、疾病全体に占めるがん・虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1になっています。また、高齢者が介護を要する状況となった理由の4人に1人は脳血管疾患で、特に前期高齢者で要介護となった人の約4割が該当します。

生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。



(注)国民医療費(平成16年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2004年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成16年)により作成

図 生活習慣病割合

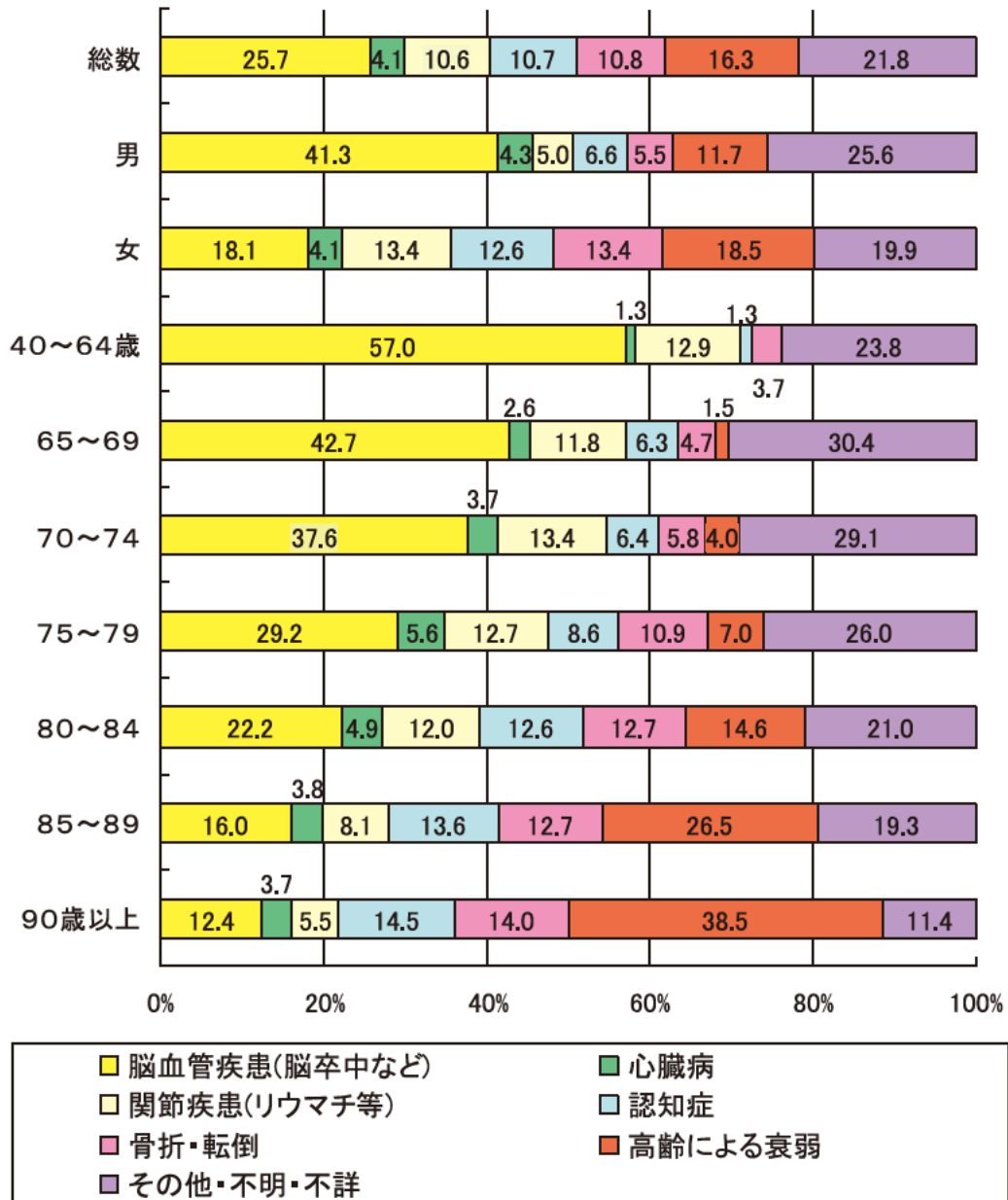


図 男女別および年齢階級別にみた介護が必要となった  
主な原因別介護を要する者の構成割合

(平成16年 国民生活基礎調査より)

- 生活習慣病の中でも、特に、心疾患・脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病・高血圧症・高脂血症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも高く、男性では45.6%（2人に1人）、女性では16.7%（5人に1人）に達しています。

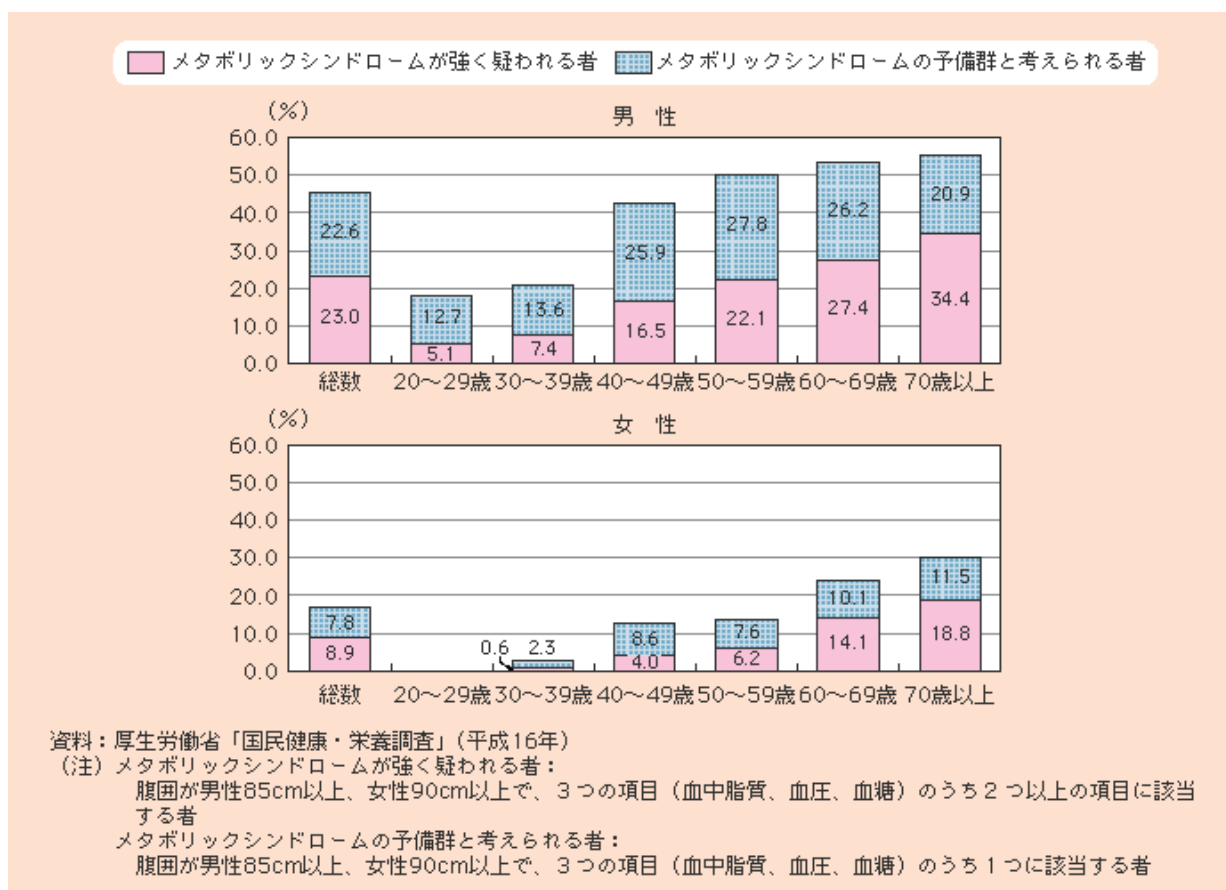


図 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者・予備群の現況

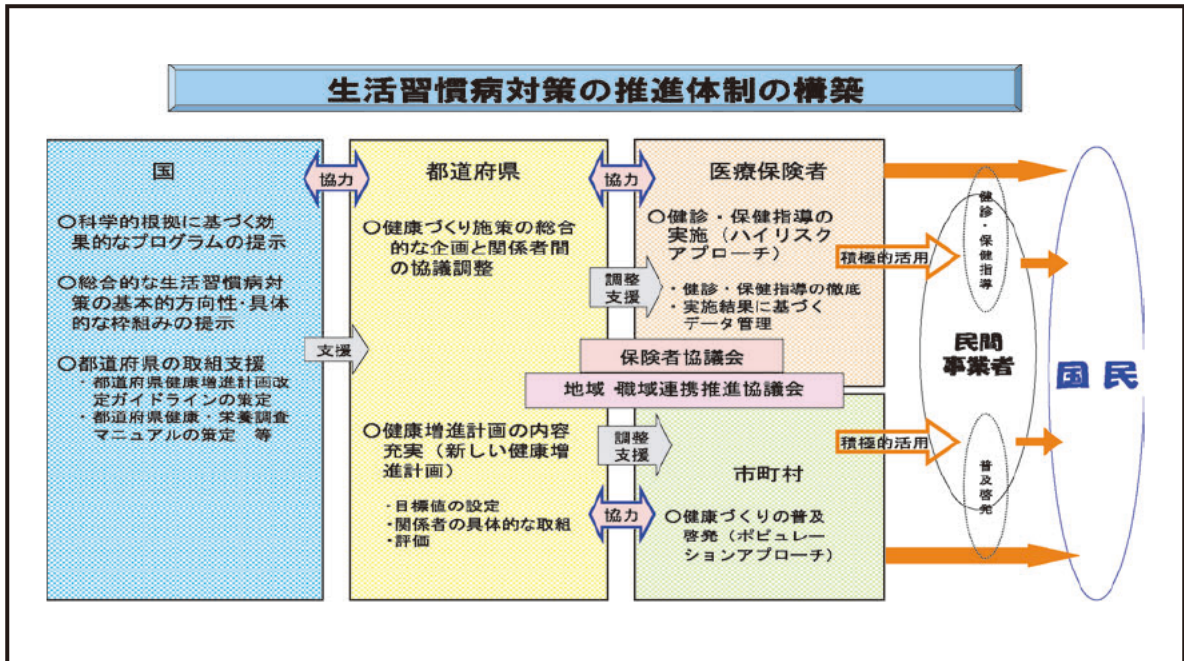
- 三重県では、2001年に三重の健康づくり総合計画である「ヘルシーピープルみえ・21」を策定しており、この計画に基づき、2010年を目標に、県民、企業やNPO、市町、県などが協働して、県民が楽しく、自然に健康づくりを進められることをサポートする「社会環境の整備」を目的として、各般の施策を推進していきます。
- 「ヘルシーピープルみえ・21」では、2010年の目標として、例えば、「日常生活における歩数の増加」として1日8,900歩以上、「運動を週1～2回している人の増加」として29%以上を設定するなど、合計93の数値目標を設定しています。

領域別目標の例	1999年	現状値 (2004年)	2010年目標
成人1日あたり平均野菜摂取量の増加	284g	227g	350g以上
日常生活における歩数の増加	男 8,271歩 女 7,112歩	男 6,667歩 女 5,936歩	男女とも8,900歩以上
運動を週1～2回している人の増加	男 22.3% 女 18.5%	男 26.4% 女 18.4%	男女とも29%以上
喫煙率の減少	男 44.8% 女 9.0%	男 39.6% 女 8.1%	男 36.5%以下 女 9.0%以下
	【15-19歳】 男 12.8% 女 7.0%	【15-19歳】 男 10.3% 女 2.4%	【15-19歳】 0%
毎日酒を飲む人の減少	17.0%	20.5%	減少
歯磨きを1日2回以上する人の増加	59.4%	63.3%	95%以上

図 「ヘルシーピープルみえ・21」の領域別目標の例

- 今後とも「ヘルシーピープルみえ・21」に基づき、健康づくりを進めるとともに、さらに、平成19年度中には、「ヘルシーピープルみえ・21」に、生活習慣病対策として、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率や健康診査・保健指導の実施率の目標項目を追加して取組を強化していきます。

- 健康づくりについては、これまで成人病対策の時代から長い歴史がありますが、今回の医療制度改革では、医療費適正化の手段として明確に位置づけられました。県・市町・医療保険者が、今回の改革で位置づけられたその役割を認識し、互いに連携・協力し、実行あるものにしなければなりません。特に、これまでの健康づくり・予防施策は、事業実施量といった「アウトプット」で評価されてきましたが、介護予防同様、これからは「アウトカム」で評価され、成果を出していくことが求められます。



### 生活習慣病に関する健診・保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>行動変容を促す手法</b> </div>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少	
実施主体	市町村		医療保険者



#### (介護予防の推進)

- 高齢者が介護を要する状況となった理由の第1位は脳血管疾患ですが、骨関節疾患等による下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境の変化をきっかけとした閉じこもり等を原因として、徐々に生活機能が低下していく、「廃用症候群」も多いのが特徴です。
- 特に、要支援や要介護1といった軽度の方は、この「廃用症候群」の方が多く、「立ち上がり」や「歩行」といった下肢機能が低下したり、生活動作能力を支える「基礎的な体力」が低下してきたことがきっかけで、要介護状態になっている方が多いという特徴があります。
- そして、こうした軽度者は、生活自立度が高く、潜在能力が多分に残されており、適正なサービス提供が行われていれば、自立した生活を送ることが十分に可能であることから、介護保険制度の理念である「自立支援」の観点に立って、地域支援事業・介護予防サービスが導入されました。

#### (地域支援事業（介護予防特定高齢者施策・ハイリスクアプローチ）)

- 市町の保健・医療・福祉の各部（課）は、連携して介護状態になるおそれのある高齢者（いわゆる「特定高齢者」）を早期に発見し、介護予防にかかる運動教室、食事の栄養にかかる講座等への参加に結びつけていくことが必要です。
- 高齢者になると外出の頻度が減り、閉じこもり気味になり、ますます心身の状態の悪化につながります。このため、各市町は、保健師等を中心に、閉じこもりを予防するための訪問活動等の介護予防活動を実施することが必要です。
- 今後、介護予防事業を進めていくにあたっては、特定高齢者を確実に発見するために、健診だけでなく、民生委員や医療機関等の様々なルートを活用することが重要になります。
- 制度改正1年目の平成18年度については、市町が把握できた特定高齢者は少なかつたこともあり、特定高齢者の選定基準の見直しが行われました。このため、今後は特定高齢者の増加が見込まれることから、市町は、地域の実情に応じて、①保健センター等による介護予防事業、②地域包括支援センターの設置法人による一体的な介護予防事業、③地域の介護予防サービス事業者及び医療機関等による介護予防事業などの様々なサービス基盤を整備していくことが必要です。
- 市町においては、保健と介護・福祉が連携あるいは統合し、各種の専門職種が協働して事業を進めていくことが求められます。県としては、市町の広域的支援という観点から、県民や事業者に対する介護予防の普及啓発を図るとともに、市町の担当者に対する事業の事例交換会や研修会等を実施し、事業の定着を図ります。

#### (介護予防サービス)

- 要支援状態の高齢者に対しては、可能な限り自宅等で自立した日常生活が送れるように、介護予防サービス事業者が、運動器機能向上サービス・栄養改善サービス・口腔機能向上サービスといった、より介護予防を重視したサービスを効果的に提供することが必要です。

- 県としては、事業者向け研修会を開催するなど、事業者に対して、介護予防サービスの趣旨・制度の理解の促進を図り、画一的サービスや過小サービスが提供されないように助言・指導を行っていきます。

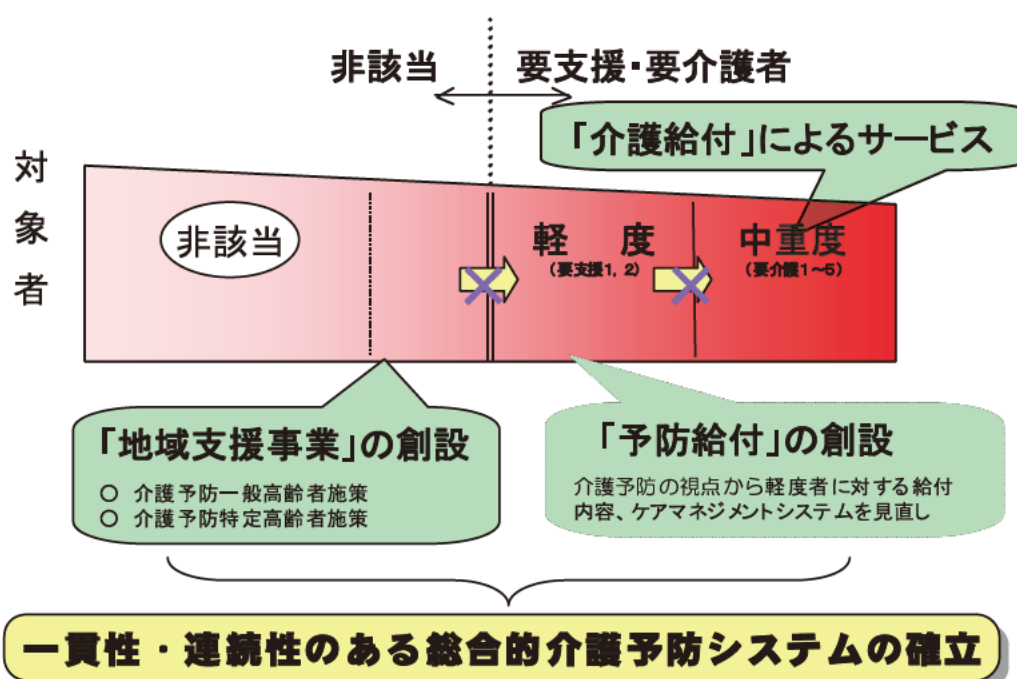


図 介護保険制度改正による総合的介護予防システムについて

(介護予防を通じた地域づくり(介護予防一般高齢者施策・ポピュレーションアプローチ))

- 地域支援事業・介護予防サービスはまだ緒に就いたばかりの事業で、試行錯誤が続いていますが、単に運動機能教室等を進めるのではなく、「高齢者が住みやすく社会参加しやすい地域」、そして「地域住民が介護予防に関心を持ち合う地域」の実現といった、介護予防を通じた“地域づくり”が求められます。
- 介護予防を通じた地域づくりとは、高齢者が生き生きと生活できる社会環境を整備することであり、保健・医療・福祉に限らず、雇用・教育・交通・都市計画など様々な分野に関係し、いわば全ての公共政策を介護予防の視点を持って進めていく必要があります。
- 健康的な高齢期を過ごすためには、人生に前向きで、生きがいを感じる必要があります。また、豊富な交友関係や、地域活動・ボランティア活動に参加することも、健康を維持する秘訣です。つまり、アクティブに生き、社会との関わりが十分に保たれていることが重要となります。
- こうした観点から、仕事を続けたいという高齢者に雇用を確保するとともに、ボランティア活動などの促進、趣味・生きがい活動といったアクティビティ・グループの形成促進、世代間交流の促進、さらには公共交通網の整備も、介護予防のポピュレーションアプローチとして重要となります。

- また、高齢者の主体的な参加を求めるという点で、介護予防の講師役となる高齢者ボランティアの養成や、共に健康づくりに取り組む高齢者のクラブ活動なども有益であり、そのためにも、地域活動を行える場所などについて、地域の公民館、保育所および学校などを活用した介護予防拠点（体操、運動を気軽にできる環境など）の整備や、弾力的な活用を進めることが必要です。
- 介護予防の意義・重要性・効果について、地域住民全般の理解を得ている状況には未だありません。普及啓発・キャンペーンにより、地域住民が関心を持ち合う地域づくりを住民主体で進めていくことが重要です。その際には、アクティブに生活することの意義、老化と廃用の悪循環、高齢者における機能改善の可能性、介護予防の意義などを強調し、広く地域住民に浸透させ、住民主体で介護予防を地域に根付かせていくことが必要になります。

#### （健康づくり・保健事業と介護予防事業との連携）

- 地域において元気な高齢者を増やしていくためには、介護保険における取組だけでなく、健康づくりおよび保健事業と一体的に実施して、初めて効果的な事業実施が可能です。
- 市町および県のそれぞれにおいて、介護保険担当、保健センター、地域包括支援センターなどが連携して事業を実施します。
- また、平成20年4月から、医療制度改革の一環として、老人保健事業に代わり、医療保険者に対して、40歳以上の医療保険加入者（本人及び被扶養者）を対象とする、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の早期発見を目的とした健康診査（特定健康診査）の実施が義務づけられました。また、健康診査の結果、メタボリックシンドロームあるいはその予備群とされた者に対しては、保健指導（特定保健指導）の実施が必要となりました。
- 65歳以上の高齢者については、健診の受診負担軽減等の観点から、この健診と特定高齢者の発見のための生活機能評価との同時実施を最大限進め、介護予防事業対象者のスクリーニングを円滑に進めていく必要があります。市町の実施体制の整備が求められます。

#### （歯科医療における口腔ケア・予防の充実）

- 高齢者のQOLの維持・向上を図る観点から、口腔機能の低下とそれによる誤嚥性肺炎や低栄養などを防ぐ必要があります。このため、在宅歯科医療を充実させ、歯科訪問診療や訪問歯科衛生指導等を適切に展開していく必要があります。また、中高年を対象に、歯周病等を予防する歯科保健対策を更に推進・強化し、高齢期における歯の喪失防止と口腔機能の維持を図る必要があります。

#### （高齢者の食環境の支援）

- 管理栄養士等は、保健センター・特別養護老人ホーム等において、高齢者の栄養状態や健康状態、疾病状態、機能に応じた望ましい食事の摂取について、多職種と連携しながら支援します。



(リハビリテーション・地域リハビリテーションの意義)

- 「リハビリテーション」は、単なる機能回復訓練と捉えられがちですが、本来の意味は、「権利・資格・名誉の回復」です。つまり、障がいのために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」であって、単にこれまで出来ていたことを再び出来るようにするという過去の生活への復帰ではなく、より積極的に将来に向かって新しい人生を創造していくことです。
- そして、「地域リハビリテーション」は、高齢者等が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせるように、保健・医療・福祉および生活に関わるあらゆる人々が、リハビリテーションの立場から、協力し合って行う活動の全てです。
- 高齢者等が住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせるようにするためには、まずは疾病・障がいの発生を予防することが大切ですが、疾病・障がいが発生したときは、急性期・回復期・維持期と各ステージに対応して、継続的にリハビリテーションを提供できるシステムを地域ごとに作っていくことが必要です。
- また、機能の改善が困難な人々に対しても、できる限り社会参加を可能にし、尊厳を保持しつつ人間らしく過ごせるよう、医療機関・介護機関といった専門家による支援システムのほか、患者会・家族会・ボランティアグループなど地域住民も含めた総合的な支援システムが必要です。

(地域リハビリテーションの確立)

- 本県の回復期リハビリテーションの病床数は、平成18年10月現在、403床・人口10万人あたり21.5床と、全国平均の人口10万人あたり30.8床と比べ、特に少ないのが現状です。平成18年10月以降に既に転換済みの分(95床)と、今後の療養病床からの転換意向が明確な分(189床)を合わせると、人口10万人あたり36.7床にまで上昇が見込まれますが、今後更なる充実を図っていくためには、急性期病院との連携による対象患者の確保とリハビリテーション職員の確保が課題になります。また、地域偏在をどう解消するかも課題となってきます。
- 「地域リハビリテーション」の確立に向け、県内の現状に配慮して、急性期・回復期・維持期を担う医療施設・介護施設などのリハビリテーション資源の整備を進めます。
- また、地域における医療資源・介護資源の情報の提供を行い、医療機関・介護機関の機能分化を促進するとともに、各実施機関にコーディネーターを含めたネットワークの構築を支援します。
- 特に、脳卒中等をモデルに、圏域単位で、急性期・回復期・維持期と各ステージに対応したリハビリテーションの実施機関と、その各実施機関をコーディネートする体制を構築します。
- 理学療法士・作業療法士などリハビリテーションに携わる者の資質向上のための研修など、人材を育成します。
- 生活習慣病予防・健康教育・介護予防事業などを通じて、予防的なリハビリテーションを各地域で進めます。

NO	県名	回復期 リハビリテー ション 病床数 合計 (単位:床)①	うち、 一般病床 (単位:床)	うち、 医療療養病床 (単位:床)	人口 (単位:千 人) ②	65歳以上 高齢者人口 (単位:千人) ③	人口10万人あたり の 病床数 ①÷②	高齢者人口10万人 あたりの病床数 ①÷③
1	高知県	848	242	606	789	210	107.5	403.8
2	山梨県	774	173	601	880	198	88.0	390.9
3	鳥取県	497	98	399	604	149	82.3	333.6
4	沖縄県	935	327	608	1,368	226	68.3	413.7
5	鹿児島県	1,139	408	731	1,743	440	65.3	258.9
6	福岡県	3,139	788	2,351	5,054	1,033	62.1	303.9
7	大分県	740	125	615	1,206	300	61.4	246.7
8	熊本県	912	499	413	1,836	445	49.7	204.9
9	徳島県	394	68	326	805	201	48.9	196.0
10	佐賀県	388	30	358	863	200	45.0	194.0
11	岩手県	612	208	404	1,375	346	44.5	176.9
12	島根県	317	185	132	737	203	43.0	156.2
13	群馬県	860	376	484	2,021	429	42.6	200.5
14	岡山県	821	453	368	1,955	452	42.0	181.6
15	山口県	617	133	484	1,483	382	41.6	161.5
16	青森県	547	52	495	1,423	331	38.4	165.3
17	和歌山県	394	185	209	1,028	255	38.3	154.5
18	宮崎県	436	143	293	1,148	277	38.0	157.4
19	長崎県	553	56	497	1,466	355	37.7	155.8
20	石川県	436	361	75	1,172	253	37.2	172.3
21	大阪府	3,269	1,446	1,823	8,815	1,725	37.1	189.5
22	北海道	2,037	532	1,505	5,601	1,241	36.4	164.1
23	長野県	772	361	411	2,189	533	35.3	144.8
24	愛媛県	479	74	405	1,460	360	32.8	133.1
	全国	39,414	15,235	24,179	127,770	26,604	30.8	148.2
25	静岡県	1,137	402	735	3,797	808	29.9	140.7
26	広島県	849	393	456	2,875	623	29.5	136.3
27	山形県	356	102	254	1,208	313	29.5	113.7
28	福井県	236	188	48	819	189	28.8	124.9
29	京都府	753	398	355	2,643	552	28.5	136.4
30	香川県	274	149	125	1,009	241	27.2	113.7
31	愛知県	1,967	666	1,301	7,308	1,311	26.9	150.0
32	兵庫県	1,488	471	1,017	5,590	1,155	26.6	128.8
33	富山県	295	215	80	1,110	265	26.6	111.3
34	奈良県	369	98	271	1,416	295	26.1	125.1
35	宮城県	595	237	358	2,355	482	25.3	123.4
36	岐阜県	511	347	164	2,105	455	24.3	112.3
37	埼玉県	1,626	745	881	7,071	1,225	23.0	132.7
38	新潟県	532	200	332	2,418	592	22.0	89.9
39	三重県	403	106	297	1,873	413	21.5	97.6
40	栃木県	422	214	208	2,015	402	20.9	105.0
41	秋田県	237	50	187	1,134	311	20.9	76.2
42	福島県	433	208	225	2,080	482	20.8	89.8
43	茨城県	511	250	261	2,972	595	17.2	85.9
44	東京都	2,091	889	1,202	12,659	2,415	16.5	86.6
45	神奈川県	1,363	906	457	8,830	1,561	15.4	87.3
46	千葉県	887	515	372	6,074	1,118	14.6	79.3
47	滋賀県	163	163	0	1,389	258	11.7	63.2

図 人口10万人あたりの回復期リハビリテーション病床数

(回復期リハビリテーション病床数は平成18年10月1日現在。厚生労働省保険局提供)

(人口及び65歳以上人口は、総務省統計局による平成18年10月1日現在の人口推計)

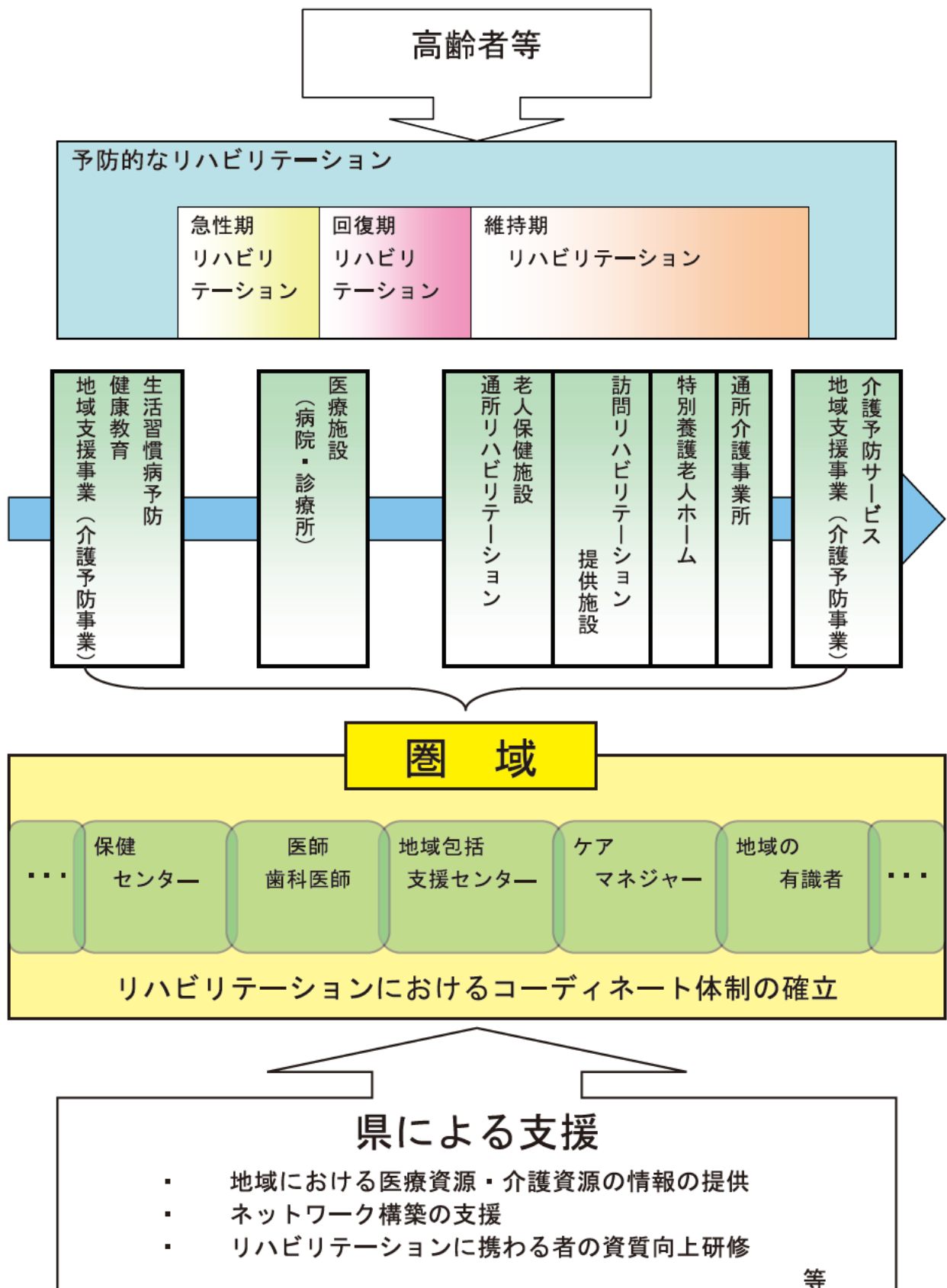


図 地域リハビリテーションの概念図

## イ 在宅サービスの充実

- 中重度者を在宅で支えるため、「夜間対応型訪問介護」などで、施設同様の「安心感」を確保します。
- 医療系の在宅サービスの充実を図ります。また、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者に対応するため、「療養通所介護」等の充実を図ります。
- 地域介護・福祉空間整備等交付金の活用などで、山間・農村地帯への在宅サービス基盤の整備や、多世代交流・共生型サービスの推進を図ります。

(在宅サービスの更なる充実)

- 2000年度(平成12年度)にスタートした介護保険は、在宅重視を一つの目的に掲げており、実際のサービス利用についても、2005年度(平成17年度)には、2000年度と比べて、居宅介護サービス利用者は約2.3倍、居宅介護サービスにかかる給付費は約2.7倍と、在宅サービスは着実に普及・定着してきました。
- 民間事業者の積極的な進出により、一定の量的確保は図ることができましたが、今後は、地域ケア体制整備という観点から、当面、軽中度者が確実に在宅生活を送ることができるようにし、その後、中期的には、重度者もある程度は在宅生活を送ることができるようにするためには、在宅サービスの充実強化と、サービスの質の確保・向上が重要になってきます。
- 現在、三重県では医療系の在宅サービス利用が低調ですが、特に、介護度が中度になると、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導といった医療系の在宅サービスが必要になると想定されることから、これらのサービスの提供基盤の整備がより重要になります。

(中重度者を在宅で支える「安心感」の確保)

- 最期まで在宅生活を望んでいながら、在宅生活を諦めざるを得ないのは、介護度がある程度重くなると、施設のような夜間や緊急時の「安心感」が在宅には無いことが考えられます。単独世帯や高齢者夫婦のみ世帯の高齢者が増加することを考えると、こうした夜間等の「安心感」を提供するサービスに対するニーズは更に高まることから、各市町の日常生活圏域において、地域介護・福祉空間整備等交付金などを活用して「夜間対応型訪問介護」の整備を促進します。
- 「安心感」の確保の観点から、住み慣れた地域で「通い」、「訪問」、「泊まり」などの介護サービスを顔なじみの方から切れ目なく提供する「小規模多機能型居宅介護」の活用を図ります。

(療養通所介護等の整備)

- 難病やがん末期の要介護者など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービスとの連携体制を強化した「療養通所介護」の仕組みができました。

- また、これらの中重度者等の生活の質の向上や、家族負担の軽減などの観点から、介護老人保健施設等において日帰り型の短期入所サービス（「特定短期入所療養介護」）の仕組みができました。
- これらの在宅サービスの充実を図り、医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えます。また、これらのサービスを展開していくためには、看護職員や介護職員の確保・充実が不可欠であり、マンパワー確保対策を進めます。

#### （山間部・農村地域への在宅サービス基盤の整備）

- 三重県内においても、集落が点在する山間部や農村地域では、民間事業者では経営的に参入できないことが考えられます。
- 例えば、地域介護・福祉空間整備等交付金（先進的事業支援特例交付金）などを活用して、地域の工夫により、空き店舗や廃校などを利用した在宅サービスの基盤づくりを進めることが必要です。また、その際には、社会資源の効率的・効果的な活用を図る観点から、在宅サービスのみならず、地域支援事業（介護予防事業）との組み合わせについても検討することが必要です。

#### （利用者本位で質の高いサービスの確保・向上）

- 在宅サービスについて、営利法人の参入など、サービス提供主体の多様化が進んでいます。事業者間の公正な競争の下、良いサービスが選択され、全体としてサービスの質が高まるよう、利用者が適切な選択をする際に必要かつ十分な情報の公表を行います。
- 事業者の自己評価を重視しつつ、継続的に福祉サービスの質の向上への取組を進めるため、「みえ福祉第三者評価制度」を推進します。
- 要介護（要支援）認定者数の増大等により、介護サービスの市場は今後も拡大していきますが、介護保険は保険料や税を財源とする公的社会保障制度であり、事業者には、営利・非営利を問わず、公益性の高い行動規範の遵守と自覚が求められます。事業者に対して適切な指導監査を行うとともに、悪質な事業者には指定の取消し等を含め厳正に対処していきます。



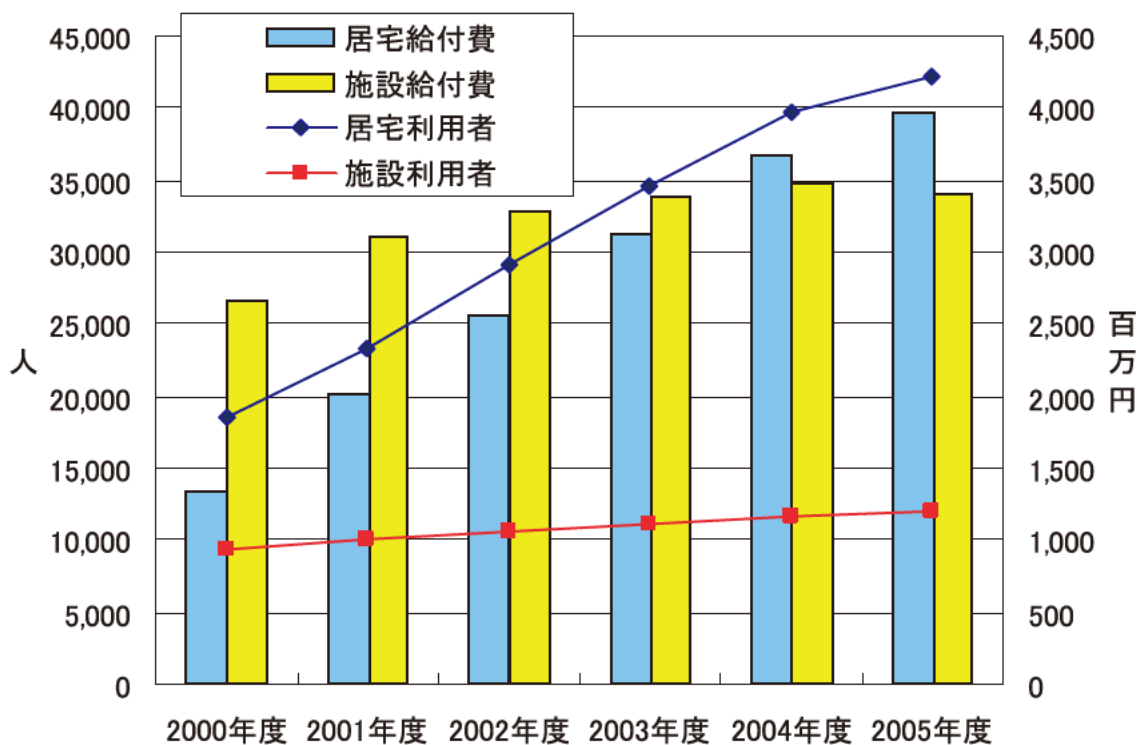


図 介護サービスの利用状況（介護保険事業状況報告年報より）  
 ※ 給付費、利用者とも1ヶ月平均（2000年度は年額を11ヶ月で除して計算）  
 ※ 特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費等は除く

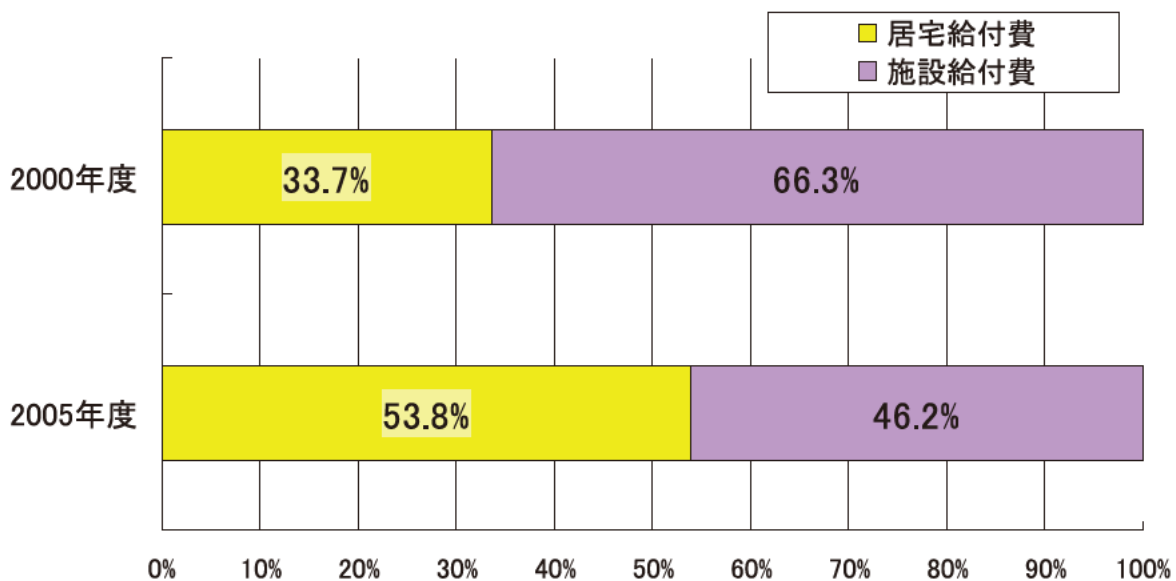


図 居宅・施設の介護サービスの給付費割合（介護保険事業状況報告年報より）  
 ※ 給付費、利用者とも1ヶ月平均（2000年度は年額を11ヶ月で除して計算）  
 ※ 特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費等は除く

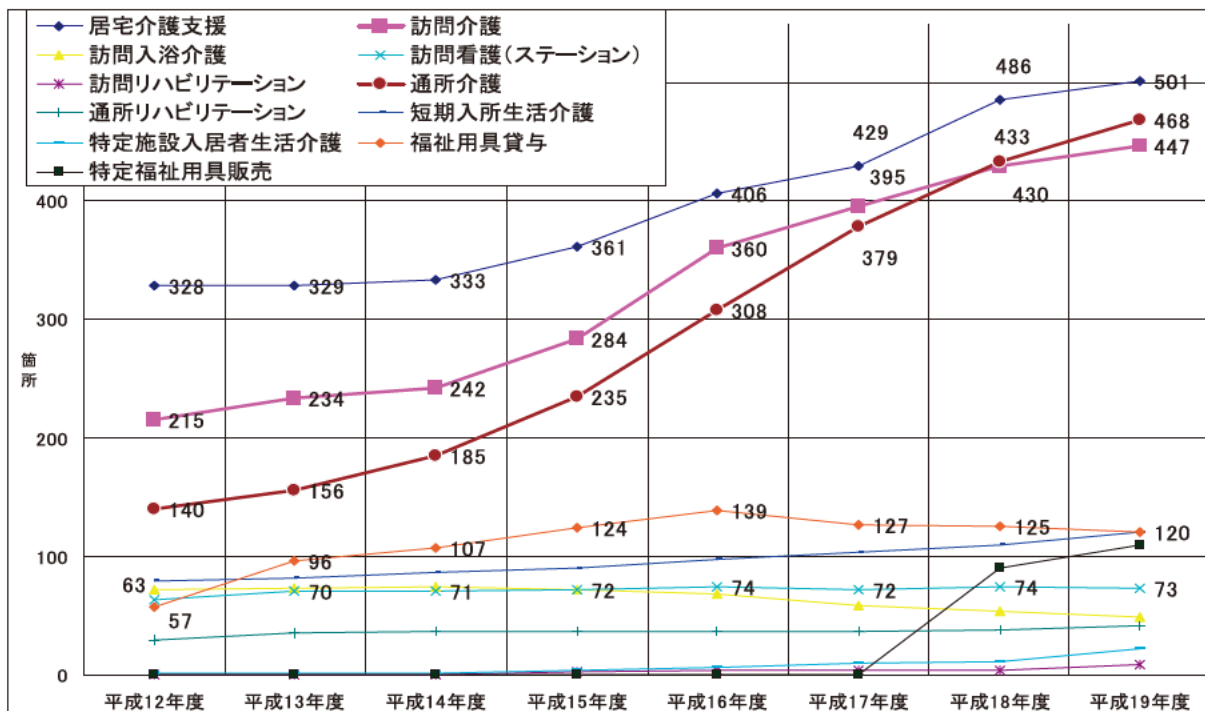


図 三重県における居宅サービス事業者（みなし指定を除く）の推移

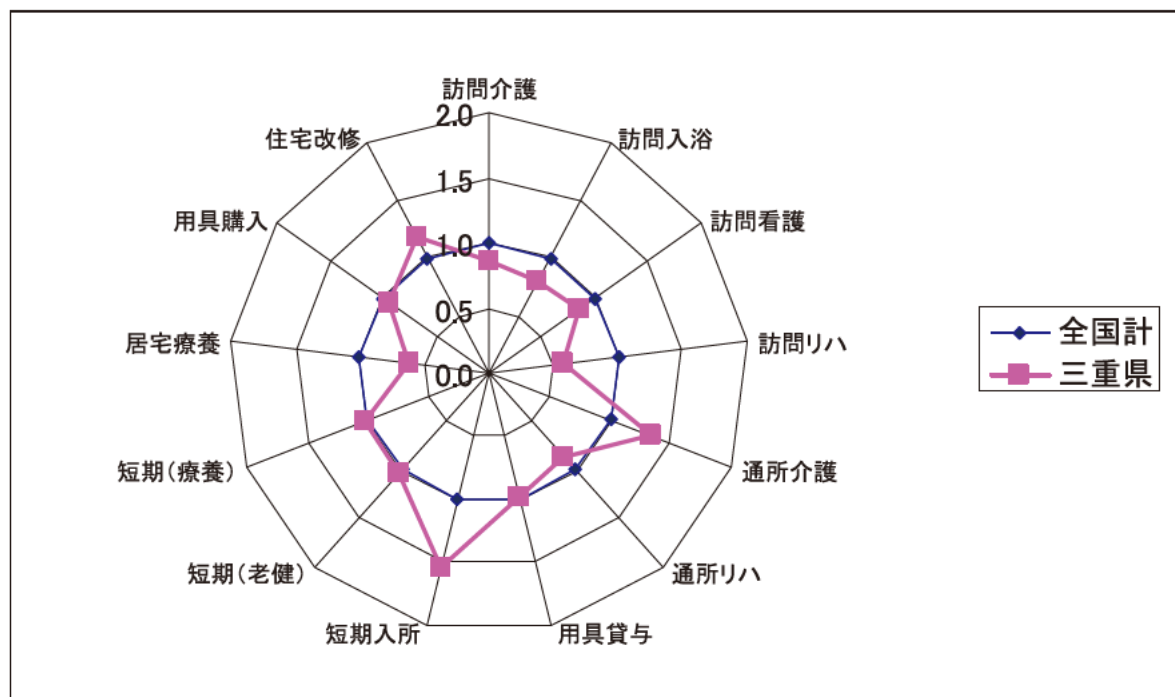


図 介護サービスの利用状況（平成17年度 介護保険事業状況報告年報より）  
 ※ 全国の各サービス1年間の総給付費を第1号被保険者数で除した数を「1」とした場合の、三重県の各サービスの状況を表したものです。

## ウ 介護保険施設の整備等

- 重度者への重点化を図るとともに、入所者の医療ニーズへの高まりに対応し、適切な医療を確保します。
- 地域での生活がその人の拠点となり得なくなった場合に備え、地域ケアのセーフティネットとして、高齢化の進展に合わせて、一定数、計画的に整備します。
- 地域交流や施設機能の地域展開を進めます。

(重度者への重点化・適切な医療の確保等)

- 地域ケア体制整備の第一目標として、2015年までは、施設・居住系サービスの利用について、重度者への重点化を進め、まずは軽中度者が在宅生活を可能な社会をめざします。
- 具体的には、国の参酌標準を踏まえて、特に介護保険施設について、重度者への対応に重点を置きます。
- 重度者への重点化と、療養病床再編を踏まえると、介護保険施設の入所者の医療ニーズの高まりが予想されます。入所者の医療ニーズへの高まりに対応するため、医療サービスを強化し、重度化対応や看取りまで行うことができる体制整備が必要であり、県・関係団体は協働で職員の専門性の向上等に係る研修等を行います。
- 介護保険施設の全てが「終の住まい」ではありません。求められる役割や機能を十分に発揮し、在宅での生活を支援することも必要です。特に、老人保健施設には、短期集中のリハビリテーション、家族のレスパイトケア（介護負担軽減）といった役割があり、地域に密着した在宅復帰施設としての機能を十分に発揮することが求められます。

(施設整備の推進)

- 地域ケア体制整備については着実に進めますが、2015年までの高齢化の急速な上り坂に向け、施設・居住系サービスについては今後も一定数の整備が必要です。
- 特に、有料老人ホームなどの居住系サービスは低所得者の受け皿になりにくい面もあることから、地域ケアのセーフティネットとして特別養護老人ホーム（地域密着型を含む。）および老人保健施設が重要になります。
- 療養病床の再編により、老人保健施設を中心に、医療療養病床からの転換による増加が一定数は見込まれますが、2015年までの急速な高齢化に向けて、特別養護老人ホームおよび老人保健施設などについては、引き続き、計画的に新規整備および助成を進めます。
- 2015年以降については、圏域において状況が大きく異なることが予想されます。北勢圏域および中勢伊賀圏域はその後も高齢者数・要介護認定者数が急増するため、地域ケアを相当程度進めても、高齢者の施設ニーズをまかなうためには更に一定の施設整備も必要と考えられます。

- その一方で、南勢志摩圏域および東紀州圏域では、高齢者数が減少を始めます。要介護認定者数についても、南勢志摩圏域は 2025 年まで微増したあと減少し、東紀州圏域では 2015 年をピークに 2025 年までその数が維持されたあと減少していきます。そして何よりも、南勢志摩圏域および東紀州圏域は、この間を通じて、人口が大幅に減少し、支え手が減ってしまいます。地域ケアの進捗状況にもよりますが、支え手の減少を考えれば、2015 年までの整備量を維持することを一つの目安とすることが考えられます。
- いずれにせよ、具体的な整備数については、3 年ごとに見直される介護保険事業支援計画の中で、直近の要介護認定者数を踏まえつつ、保険料への影響等を総合的に勘案して、市町と調整し、設定していきます。

（地域に開かれ、地域に貢献する施設へ）

- これまでも、介護保険施設は、在宅サービスの事業所や在宅介護支援センターを併設したり、施設が持つ専門的な知識や技術を活かし、地域の人々を対象とした介護相談等を行うなど地域の高齢者の生活における拠点の役割を果たしてきました。
- また、地域交流スペース等を整備して、入所者をはじめ、積極的に地域の方々とも交流を深める事業を開催してきました。
- 今後とも、このような取組を強化することにより、施設が地域の理解を得て、地域の一員となることが強く求められます。
- さらに、地域ケアという流れの中で、今後は、施設の人的・物的資源を地域に展開し、地域の高齢者を支援すること、具体的には、特別養護老人ホームや老人保健施設のサテライト型施設を各地に展開していくことも求められます。そのために、地域介護・福祉空間整備等交付金の積極的活用を図ります。

（低所得者対策）

- 社会福祉法人または市町が経営する社会福祉事業体は、その社会的役割の一環として、生計が困難な低所得者の利用者負担軽減に取り組むことが求められます。また、県はその実施を働きかけていきます。

（老朽化施設の対応）

- 養護老人ホームをはじめ老朽化が進んでいる施設については、できる限り入所者に影響がない形で、施設の改修・改築を進めます。

＜参考＞県民しあわせプラン・第二次戦略計画「重点事業」

県民しあわせプラン・第二次戦略計画においても、施設整備を重点事業の一つとして位置づけ、行政経営資源を重点的に投入することとしております。新規整備数については、2008年度までは第3期介護保険事業支援計画数、その後は同計画期間中と同じ伸びを基本として400人を想定していますが、第4期介護保険事業支援計画の策定作業の中で、市町と調整し、再検討を行ってまいります。

年 度		2006(現状)	2007(H19)	2008(H20)	2009(H21)	2010(H22)
事業目標	特別養護老人ホーム・ 介護老人保健施設 新規整備数	450人	340人	610人	400人	400人
事業内容 (項目)	①特別養護老人ホーム 新規整備数	180人	130人	310人	200人	200人
	②介護老人保健施設 新規整備数	270人	210人	300人	200人	200人
	③養護老人ホームの改 築施設数	0か所	1か所	1か所	1か所	1か所