

指標

北海道地域ケア体制整備構想

副会長
三宅 直樹

「北海道地域ケア体制整備構想」が平成20年2月に道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課によって発表された。本構想の位置付けは図1に示す通りである。すなわち「新・北海道総合計画」の特定分野別計画であり、「北海道保健医療福祉計画」の医療分野の部門別計画・構想の一項目である。図1で示すごとく「保健医療福祉計画」の④高齢者が地域でいきいきと健康で暮らすために（高齢者保健福祉・介護）の項目に関する施策作成を行い、平成21年度から始まる「第4期北海道高齢者保健福祉計画」に盛り込んで

いくこととしている。当然のことながら同時並行に検討されている「北海道医療計画」の医療連携体制の構築における在宅医療と「北海道医療費適正化計画」における療養病床数の目標に定める数値目標との整合性を図っている。従って内容は高齢者の地域ケア体制の在り方および療養病床の再編成、および転換の推進、介護サービスの確保が主題である。以下本構想の概説と問題点について考察を加える。

構想の基本理念と問題点

構想の基本理念として①本道の地域特性を考慮することが掲げられている。表1に表示されているごとく、広域であること、厳しい気候であること、独特の文化的背景があること（自宅死亡率が低いこと、一世帯当たり世帯人員が少ないこと）、経済力が低いこと（持ち家比率より）などが推測される。医療計画作成にあたっては、道より厚生労働省へ地域特性を考慮するよう申し入れが行われた。

②高齢者が住みなれた地域で安心して暮らすことができることが掲げられている。高齢化の進行（図2）、高齢者一人暮らし世帯の占める割合が高くなること（図3）が予想されるため、介護保険によるサービス、多様な見守りサービス、医療提供体制の確保、ボランティア活動の推進など地域全体で支える総合的な地域ケア体制の整備を目指すとしている。見守りサービスの範囲のイメージを図4に示す。要介護認定者数の推移を予想すると図5となる。介護保険

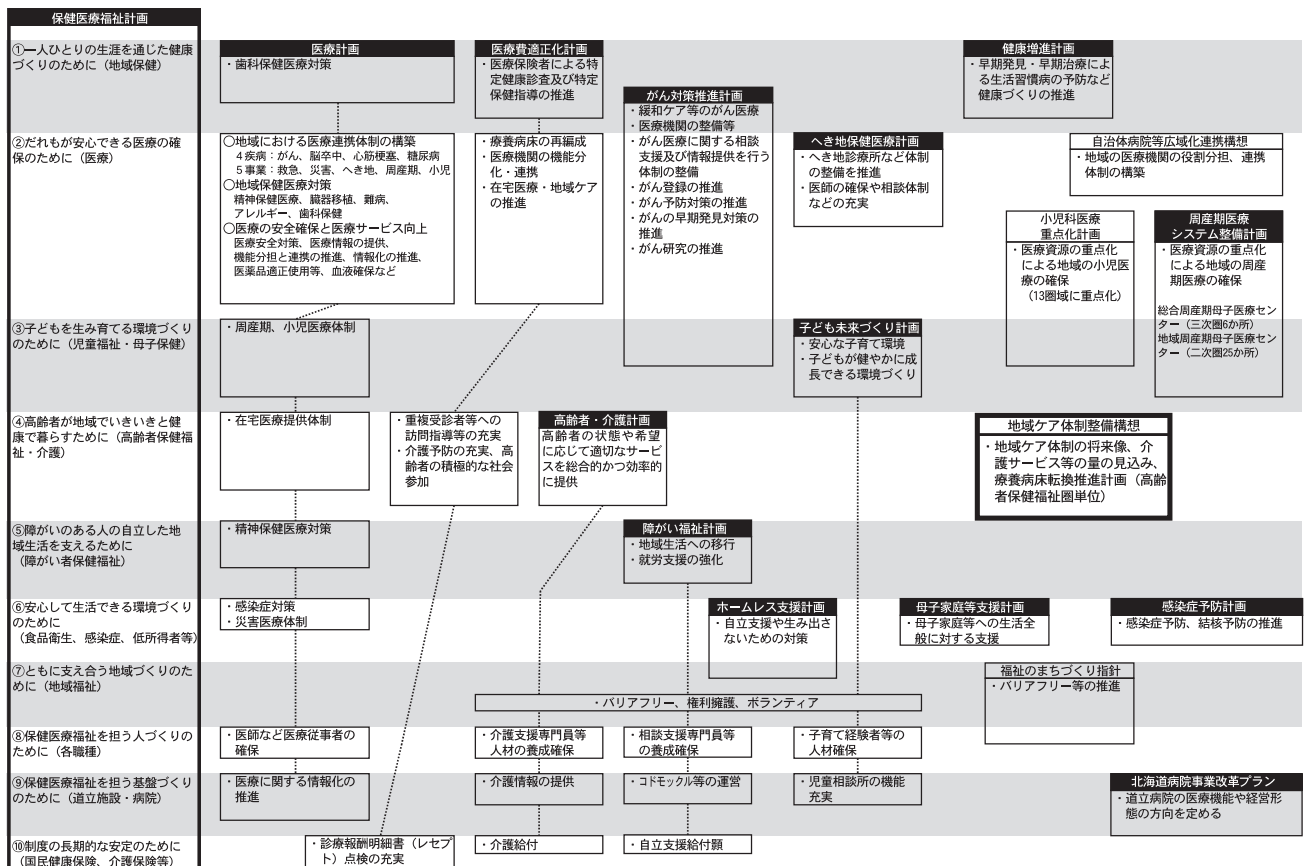


図1 保健医療福祉計画施策項目と主な部門別計画、構想との関連

表1 北海道の特異性

区分	北海道	全国平均
面積割合	22.09% (1)	2.13%
可住地面積割合	18.04% (1)	2.13%
人口密度	257.0人/km ² (47)	1,052.6人/km ²
平均気温	8.9℃ (47)	—
雪日数	134日 (1)	—
1世帯当世帯人員	2.31人 (46)	2.55人
高齢単身世帯割合	8.95% (15)	7.88%
高齢夫婦世帯割合	11.14% (10)	9.15%
持ち家比率	56.7% (42)	61.2%
自宅死亡率	8.1% (47)	12.2%

* 数値はH17(持ち家比率のみH15、()は全国順位)
 * 「国勢調査報告」(平成17年)、「社会統計調査」(平成17年)、「気象庁年報」(平成17年)

北海道の面積の広大さ、積雪、寒冷とい自然条件の悪さなど、特殊性を鑑みなければならない。
 国の一般的基準に該当させることは到底無理。
 「北海道医療費適正化計画」資料より

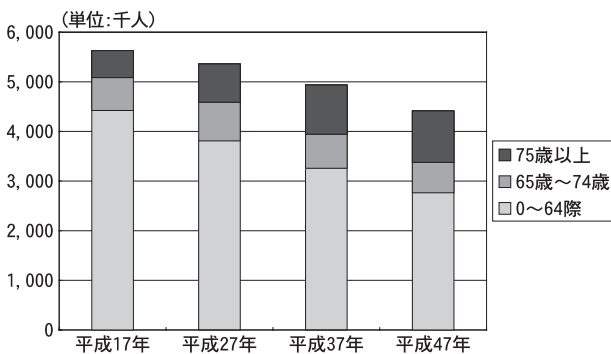
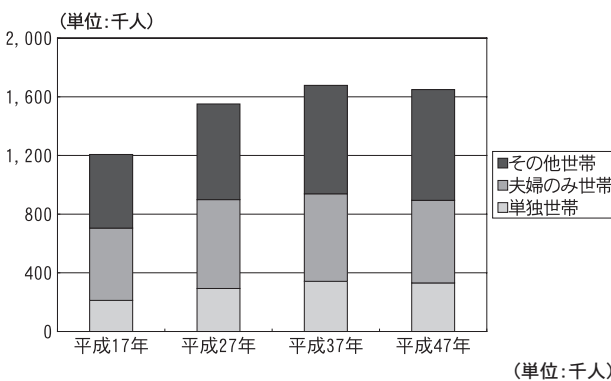


図2 北海道の人口、高齢者の推計



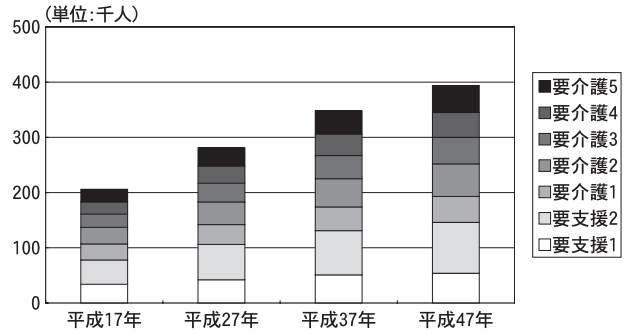
注1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)―平成19年5月推計―」における本道のデータと、平成47年は、世帯率法を用いて推計。
 注2) 夫婦のみの世帯に属する人口については、厚生労働省が示した推計方法により推計。

図3 北海道の世帯構造別高齢者数の推計
 =65歳以上の高齢者=

	単身世帯	夫婦のみ世帯	家族と同居
元気な高齢者	①健康なため見守りが不要		
特定高齢者(虚弱高齢者)	②家族による見守り		
サービス未利用者	見守りを要する者		
在宅サービス利用	り		
施設・居住系サービス利用	③サービス提供者による見守り		

(注) 「見守りが必要な高齢者」とは、虚弱高齢者(高齢者の5%相当)及び要介護認定者のうち、単独及び夫婦のみ世帯に属する者から、施設・居住系サービスの利用見込者を除いた者としている。

図4 見守りが必要な高齢者の範囲のイメージ



	平成17年	平成27年	平成37年	平成47年	
認定者数	206	281	348	394	
認定区分	要支援1	34	42	51	54
	要支援2	44	64	80	92
	要介護1	29	36	43	47
	要介護2	30	41	51	59
	要介護3	24	34	42	48
	要介護4	22	31	39	45
要介護5	23	33	42	49	
要介護認定率	17.1%	18.1%	20.7%	23.9%	

(注1) 厚生労働省「介護給付費実態調査(平成17年11月審査分)」を使用し、平成19年の人口推移をベースにした被保険者数の推計値で除して発生率を推計。
 (注2) 平成17年は、従来の要介護1の6割程度が要支援2となるものとして整理。

図5 要介護(支援)認定者数の推移

表2 施設・居住系サービスの需給見込み

	平成17年	平成27年	平成37年	平成47年
平成26年度の整備量固定の場合	51	57	57	57
地域ケアが相当程度進んだケース	51	51	52	52
地域ケアがある程度進んだケース	51	51	58	63
地域ケアがあまり進まなかったケース	51	51	63	74
現状のまま推移したケース	51	62	76	88

(注) 厚生労働省作成の推計モデルを元に作成

供給	平成27年度以降の推計は、道内市町村の第3期介護保険事業計画における平成26年度の目標整備数を固定
需要	平成27年度以降の推計は、厚生労働省が示した在宅で生活可能な人の割合で推計
	① 地域ケアが相当程度進んだケース 平成27年度までに施設・居住系サービス需要の中重度化が進み、その後も地域ケアが一層推進することにより、要介護者のうち在宅で生活が可能なが増え、その結果、施設・居住系サービスに対する需要の程度(各要介護度の認定者に対する需要の割合)が逡減していくことを想定。
	② 地域ケアがある程度進んだケース 平成27年度までに施設・居住系サービス需要の中重度化が進み、その後も地域ケアが推進するが、①のケースよりも、施設・居住系サービスに対する需要の程度の逡減が緩やかなケース。
	③ 地域ケアがあまり進まなかったケース 平成27年度までに施設・居住系サービス需要の中重度化が進むが、その後も地域ケアがあまり進まず、施設・居住系サービスに対する需要の程度の逡減がないケース
	④ 現状のまま推移したケース 概ね現状どりの施設・居住系サービスに対する需要の程度が継続すると想定。

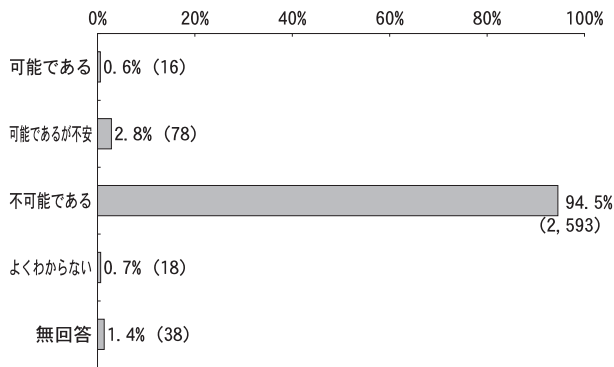


図6 現在の病状、状態でご自宅での介護が可能ですか

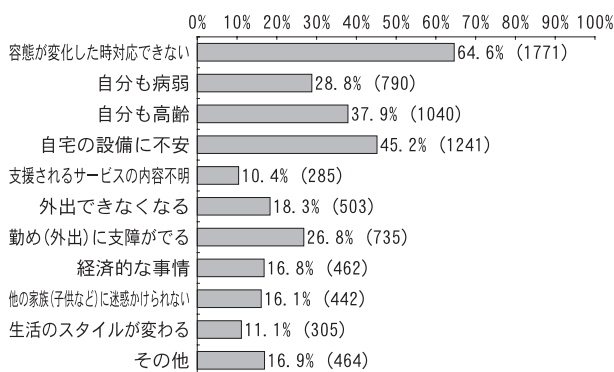


図7 図6の「不可能である」のお答えはどういった理由からですか(複数回答可)

※図6、7：札幌市療養病床協会2007年4月資料

施設等名称	
「在宅」と定義 ↑「居住系施設入居者等」と定義	自宅
	高専賃(特定施設以外)
	ケアハウス・有料老人ホーム等(特定施設以外)
	認知症対応型共同生活介護(認知症対応GH)
	介護予防認知症対応型共同生活介護
	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護
	外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護
	小規模多機能型居宅介護
	介護予防小規模多機能型居宅介護
	特定施設
	短期入所生活介護(ショートステイ)
	介護予防短期入所生活介護
	特別養護老人ホーム
	介護老人保健施設
	介護療養型医療施設
	その他

図8 在宅、居住系施設などの定義付け

サービスの需給率の見通しを厚生労働省が4段階のケースにより推計している(表2)。地域ケアが相当程度進んでも、見守りが必要な高齢者は微少しかない。しかし見守りがあまり進まなかったり、現状のまま推移したケースでは介護保険による施設・居住サービスは激増することが予想される。にもかかわらず施設サービスの減少を画策し、居住サービスの根本的整備に手をつけない現状では、構想の実効性は疑問視せざるをえないと考える。

最後に③道民の意向を尊重したものであることが掲げられている。地域ケア体制の整備・療養病床の再編を進めるにあたって、医療機関・市町村、療養病床に入院中の高齢者やその家族をはじめ広く道民の意向を尊重するとの記載がある。

高齢者をとりまく状況

療養病床入院中の患者およびその家族の意向調査結果を図6、7に示す。後期高齢者医療制度の創設により、在宅の定義付けが今回厚生労働省により発表された(図8)。介護を要する高齢者が在宅復帰不可能な要因に、在宅での介護者の有無がある。北海道における状況は表3の通りである。療養病床入院患者が在宅復帰し居宅サービスを受けると、在宅復帰がスムーズにいくのかどうかについて考察してみる。

地域差はあるであろうが、札幌市が行った要支援・要介護認定者意向調査報告書ならびに札幌市介護保険サービス事業者調査報告書(いずれも抜粋)を資料として使用させていただいた(図9~13)。対象は札幌在住の介護保険による居宅サービスを受けている要支援・要介護認定者と保険未利用の認定者である。要介護度を図9に示す。同居者の状況を図10に示す。要介護認定を受けたきっかけを図11に示す。入院中で在宅復帰に向けて必要と思った人もいるが、在宅復帰の有無は不詳である。自分の身の回りのことができなくなったときの暮らし方を図12に示す。在宅生活をしている高齢者は最期まで居宅希望者が多いのは予想通りといえる(施設サービス中の高齢者の考え方は資料より推察できない)。しかし介護居宅サービスに対する満足度は十分とはいえない(図13)。

サービス提供事業者については、対象事業者は介

表3 在宅での介護者の有無について(北海道の状況)

北海道アンケート調査(平成18年10月1日実施) 患者票より集計(北海道医師会作成)

(単位 上段:人、下段:%)

	在宅での介護者の有無							
	日中、夜間とも介護できる人がいる	日中のみ、介護できる人がいる	夜間のみ、介護できる人がいる	日中、夜間とも介護できない人がいない	その他	不明	無回答	合計
全体	730 9.6%	81 1.1%	771 10.1%	4,837 63.7%	481 6.3%	678 8.9%	20 0.3%	7,598 100.0%
医療療養病床	496 10.1%	50 1.0%	476 9.7%	3,009 61.2%	329 6.7%	538 10.9%	16 0.3%	4,914 100.0%
介護療養病床	234 8.7%	31 1.2%	295 11.0%	1,828 68.1%	152 5.7%	140 5.2%	4 0.1%	2,684 100.0%

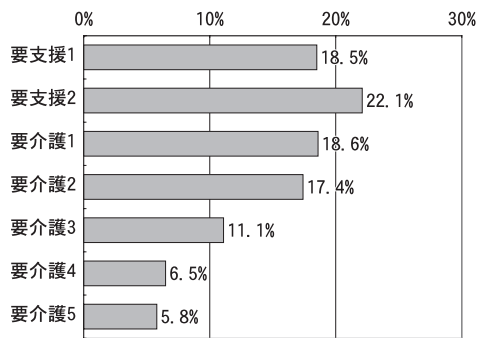


図9 要介護度 (N=3,232)

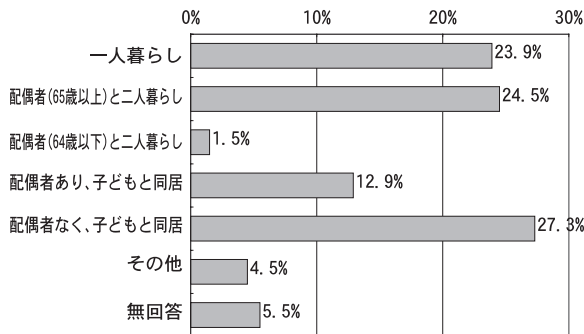


図10 同居者の状況 (N=3,232)

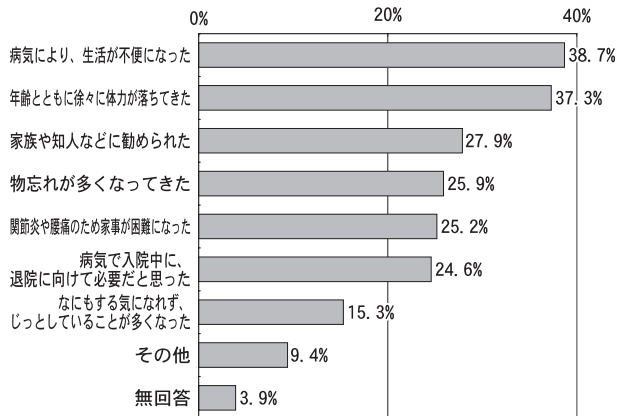


図11 要介護認定を受けたいきっかけ(複数回答 N=3,232)

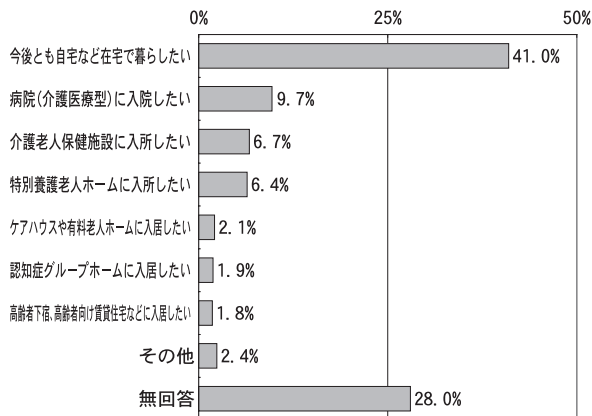


図12 暮らし方 (N=3,232)

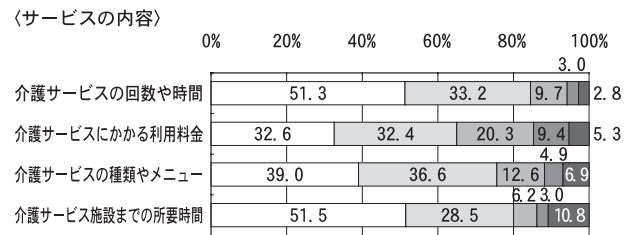
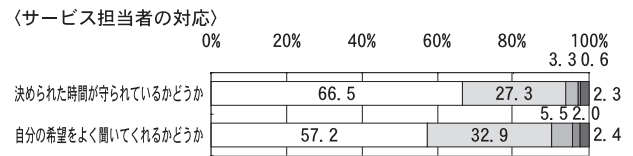


図13 介護サービス全般の満足度(複数回答 N=1,337)

表4 療養病棟入院基本料の見直し

- ①医療経済実態調査結果等を踏まえ、評価を引下げる。
- ②医療区分1・ADL区分3は配慮する(引下げない)。
- ③有床診療所は現状のまま。

(現行)	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740点



(改正)	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点 (△24点)	1,709点 (△31点)
ADL区分2	750点 (△14点)	1,320点 (△24点)	1,709点 (△31点)
ADL区分1	750点 (△14点)	1,198点 (△22点)	1,709点 (△31点)

介護保険による施設サービスと居宅サービスが混在している。全体として緊急時体制は24時間365日対応が61.5%、夜間対応18.7%、早朝対応16.2%、休日対応85.3%となっている。事業所運営に関する問題点については、「介護報酬が実態にそぐわない」68%、「人材育成が難しい」53.6%、「専門職の確保が難しい」48.6%となっている。上記調査が3年毎に行われているが、非常に有用な調査と考えられ今後も続けられることを願望し、資料提供に感謝を述べる。

居宅サービスの現状でも満足度は十分といえず、事業所の運営状況も経済的な面、質の面などから良好とはいえない。療養病床入院中の高齢者が在宅復帰するには条件が整っていないといえる。さらに厚労省の調査によると、2006年度1年間で、老人虐待が全国で12,569件報告されている(介護施設は54件)。加害者は8割が家族である。ただし通報者は半数以上がヘルパー、ケアマネージャーであり、実数は報告件数をはるかに上回ると予測され、今後の社会的問題として浮上してくるであろう。

以上より要介護・要医療の高齢者の救済場所として施設サービス、すなわち介護老人保健施設や療養病床が最重要と考える。居住系施設も当然整備されなければならないが、各施設それぞれに問題点があり、今後の高齢者支援に寄与されることを期待したい。

表5 介護療養型老人保健施設の基準（他施設との比較：病院・有床診の区分なし）

	介護療養型医療施設		介護老人保健施設		
	病院	有床診	従来型	介護療養型老人保健施設（新設）	
設置主体	個人・医療法人等		地方公共団体、医療法人等		
人員配置	医師数	48 : 1	常勤 1	100 : 1 (29床以下は、本体施設で可)	
	看護職員	6 : 1	3 : 1 (うち1人看護職員)	6 : 1	
	介護職員	6 : 1		6 : 1	
	夜勤体制	看護職員1人を含む看護要員2以上で、30:1以上平均夜勤64時間以内	看護要員を1人配置	看護要員2以上 (40床以下で、オンコール体制は1)	看護職員1人含む看護要員2以上 (40床以下で、オンコール体制は看護要員2人で可)
	薬剤師	150 : 1	—	適当数 (300 : 1標準)	適当数 (300 : 1標準)
	支援相談員	—	—	100 : 1	100 : 1 (29床以下は、適当数)
	介護支援専門員	常勤1 (兼務可)	非常勤1	常勤1 (兼務可)	常勤1 (兼務可) (29床以下は、適当数)
	理学療法士又は作業療法士	適当数	—	100 : 1	100 : 1以上 (29床以下は、本体施設で可)
	栄養士	100床以上常勤1	—	100床以上常勤1	100床以上常勤1 (29床以下は、本体施設で可)
	施設基準	病室定員	4	4	4
1床当		6.4㎡ (内法) 経過措置 : 6.0㎡		8㎡ (壁心) 大規模修繕まで、6.4㎡	
廊下幅		両側居室	2.7m (経過措置 : 1.6m)		1.6m
		片側居室	1.8m (経過措置 : 1.2m)		1.2m
食堂		1人×1㎡以上	1人×1㎡以上 ※経過措置 : 不要	1人×2㎡以上	1人×1㎡以上 本体施設で可 (※1)
機能訓練室		40㎡ (内法) ※経過措置 : 十分な広さ		十分な広さ	40㎡ (内法) 本体施設で可 (※1)
					定員×1㎡
談話室		談話が楽しめる広さ		談話が楽しめる広さ	本体施設で可
浴室		身体不自由者の入浴に適している ※経過措置 : シャワーでも可		身体不自由者の入浴に適している 特別浴槽を設ける	身体不自由者の入浴に適している 本体施設で可 (※2)
診察室		必要		—	—
階段・エレベータ		—		独自に必要	本体施設と共用可 (※3)
出入り口		必要		—	—
その他		省略		レクリエーション・ルーム、洗面所、便所、サービス・ステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	左記は本体施設と共用可

- ※1 本体施設の機能訓練室が介護療養型老人保健施設の基準を満たさない場合は、不可。有床診療所の場合は、食堂+機能訓練室=1人×3㎡以上でも良い（ユニットケアの場合は不可）。
 - ※2 本体施設の浴室がシャワーしかない場合は、不可。
 - ※3 医療機関併設型の介護老人保健施設における出入り口、診察室、階段、エレベーターは、医療機関の施設と兼用可能。エレベーターについては、大規模修繕までは、従前の病院又は診療所の構造設備基準を満たしていればよい。
- (注) 現時点の情報を元に作成しており、今後変更になる可能性がある。

表6 新設された経過型介護療養型医療施設の介護報酬

名称・要件等	要介護度	単位数			
		施設サービス費	短期入所		
従来型個室	要支援	要支援1	534単位		
		要支援2	667単位		
	要介護	経過的要介護	534単位		
		要介護1	701単位		
		要介護2	811単位		
		要介護3	961単位		
		要介護4	1,052単位		
		要介護5	1,143単位		
		多床室	要支援	要支援1	618単位
				要支援2	772単位
要介護	経過的要介護		618単位		
	要介護1		832単位		
	要介護2		942単位		
ユニット型個室 ユニット型準個室	要支援	要支援1	625単位		
		要支援2	781単位		
	要介護	経過的要介護	625単位		
		要介護1	835単位		
		要介護2	945単位		
		要介護3	1,095単位		
		要介護4	1,186単位		
		要介護5	1,277単位		

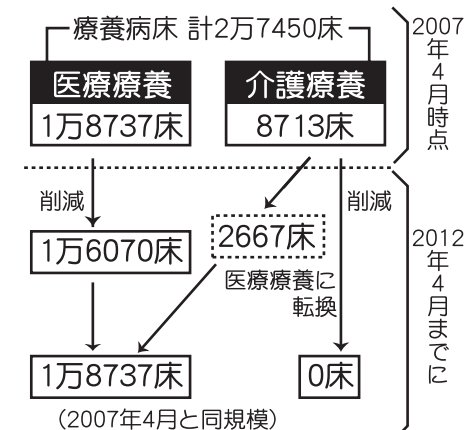


図14 道の医療病床転換計画（案）

※加算・減算は、療養型介護療養施設サービス費・短期入所療養介護費への加算・減算の範囲

療養病床の行く末

前述のごとく最重要と考えられる療養病床については、平成23年度で介護療養型医療施設の廃止を内容とする介護保険法案の改正を盛り込んだ「健康保険法等の一部を改正する法律」が平成18年6月成立し、施設の役割分担の観点に立った療養病床の再編成が進められることとなった。医療の必要度や状態に応じた役割分担などは明確に判断できないのが現実であろう。時々刻々変化する医療の必要度に対応するには、相当程度の幅が必要である。高齢者の医療を無視した、医療費抑制を国是とする厚生労働省の政策としか思えないのは私だけであろうか。

平成20年度診療報酬改定で、医療療養病棟等の評価に係る見直しが行われ、入院基本料だけでも表4に示すように引き下げられた。医療利益が一般病院と

比較し療養型病院が大きいとの理由であった。この結果、今後療養病床で医療型を継続していくには、医療区分1の患者を退院させるなどの営業努力が必須となると予想される。厚生労働省は医療必要度はあるが療養病床より安価な介護療養型老健施設を創設した。しかし発表された施設基準や介護報酬（表5、6）から、今後良好な運営が可能か十分に検討して選択する必要があるだろう。療養病床数の確保など道も厚生労働省と折衝していただき、図14のごとく決定された。

以上、地域ケア体制整備構想は作成されたが、今後「医療難民」や「介護難民」が決して生じないよう運用していただきたい。十分な記述はできなかったが紙数の制限もあり筆を置くこととする。

お知らせ

北海道医師会事務局分担について

本年4月1日付で当会事務局職制を一部見直し、あわせてこれに伴う一部人事異動を行いましたので、以下のとおり事務局事務分担を記してお知らせいたします。

◇総務部◇

事務局事務分担

事務局長	事務局次長	課名	課長	会務担当
島影哲児	武藤雅弘	総務課	柴田秀和	総務部、北海道医師連盟
		財務課	塩見文夫	財務部
		事業第一課	長井秀一	情報広報部、医療保険部、北海道産婦人科医会
	中村雅則	事業第二課	中村次長兼務	医療政策部、救急医療部、医療関連事業部、北海道救急医学会、北海道医史学研究会
		事業第三課	大東裕史	医療安全部、地域福祉部、学術部、北海道プライマリ・ケア研究会、北海道内科医会
	安達督	事業第四課	大島光敏	地域保健部、産業保健部、健康教育事業部、北海道小児科医会、北海道保育園保健協議会
	会員課	若松淳一	総務部(入退会、会費・負担金徴収)、医療経営・福利厚生部、北海道耳鼻咽喉科医会	

[出向] (株)メディコ北海道 総務部長 菊田道彦