

健康・医療のまちなかづくりに関する有識者・実務者会合
これまでの議論を踏まえた論点の中間整理について

平成 23 年 1 月 25 日

世界一の長寿社会を達成したわが国において、今後これまで世界でも経験がないようなスピードで高齢化が進む。その際、慢性の疾患や障害を持った高齢者が増大する。特に、都市部の後期高齢者数は大幅に増加する。これまで先行してきた地方部の高齢化は、主に施設整備で対応してきたが、都市部の高齢化は、対象となる高齢者の増加数が大きく、同様な手法での対応は困難と考えられる。まちなかの地域社会を維持することによって、高齢期の生活の質を上げ、地域の活力を維持し、尊厳ある死を迎えられる持続可能なシステムを作り上げるために残された時間は少ない。このため、官・民・学あらゆるセクターが持てるリソースを効果的に連携・集中させ、新たなシステムづくりを急ぐ必要がある。中でも、従来、情報、問題意識、解決の方向性について十分な共有が進んでいない医療分野、福祉・介護分野、住宅・都市分野の連携・融合が必要であり、そのための具体的方策を現場を重視しながら検討することが必要である。

<現状と課題整理>

- 現状では、一定以上の医療が必要になったら病院に移動していたが、これから大幅に増加する都市部の後期高齢者を、病院だけで対応することは不可能ではないか。在宅医療・訪問看護を普及させることで、病院と在宅との役割分担を図る必要があるのではないか。
- 現状では、介護が必要になったら介護を提供する施設へ移動していたが、これから大幅に増加する都市部の後期高齢者を、施設中心の介護で対応することは不可能ではないか。介護を受けながらもまちなかに住み続けられ、社会や他者とのつながりが保てるシステムを構築することが必要ではないか。併せて、施設医療の機能についても注目すべきではないか。
- 高齢者がまちなかに住み続けるためには、老夫婦や一人暮らしの高齢者を含め、自宅にいても病院・施設にいても同様なサービスを受けられるシステムを構築しなければならないのではないか。
- 家族を含むサービスの受け手側の意識を変えることもあわせて必要ではないか。
- 住民の健康づくりや予防が、発症者や予備軍への対応から、より早期により自主的により広範に行われ、住民の生活機能の維持向上を図るとともに、人生の最終期に迎える虚弱な期間を遅らせることは、本人の生活の質の向上、家族の負担軽減はもちろん、まちなかの地域活力の維持向上、医療・介護保険制度、国、地方の財政の持続にも貢献する。自立度を急速に落とす生活習慣病の予防政策（健康増進）を、自治体がまちづくりやコミュニティ対策など関係する分

野を総動員して積極的に行う必要があるのではないか。

<顕在化している問題点>

- 在宅医療・訪問看護を普及させるための問題点
 - (1) 家庭医（在宅医）の不足。
 - (2) ハード面、ソフト面にわたるコストの負担
 - (3) 都市部での家賃・駐車場代など、高い固定費負担。
 - (4) 介護力が不足している現状では、在宅では患者の生活が成り立たないため、在宅医療・訪問看護の継続が困難。（日常生活の問題の解決が大前提。）
 - (5) 家族の負担の限界。

- 高齢者がまちなかに住み続けるための問題点
 - (1) 独居や老々介護の増加による、家族による介護力の低下。
 - (2) 現状では、介護を受けるためだけに住み慣れたまちなかを離れ、外へ出て行っている。
 - (3) サービス拠点（在宅医療・訪問看護・介護）を整備するためには、都市部の高い固定費（家賃・駐車場代など）がネックとなっている。
 - (4) 団地等が後期高齢者の終の棲家として想定された規格等になっていない。住む場所の自己決定及びその支援が適切な時期に行われていない。

- 生活習慣病の予防政策（健康増進）を行うための問題点。
 - (1) データ、エビデンスに基づく対策の大前提となる住民の健康に関する情報は、各健康保険組合が被保険者の検診データとして保有しているが、市町村が一元的に利用することが難しい。活用の促進を図るべきではないか。
 - (2) 健康増進による医療・介護費の削減の地域に対する効果は、マスで行わないと得られないが、個人や自治体に対するインセンティブが弱い。また、手上げ方式で参加者を募っているため、健康意識の高い人へのアプローチはできるが、アプローチすべき健康意識の低い人を取り込みができていない。
 - (3) 関係する多様な分野の存在についての認識、知見が不足し、総合行政としての具体的な取り組みができていない。

<課題解決の方向性について>

- (1) 在宅医療・訪問看護・介護等のサービス拠点をまちなかに点在（拠点のカバー圏域イメージとして在宅医療：5 km 圏、介護：2～3 km 圏）させ、複数拠点間の連携や中枢医療拠点による各拠点への支援により、地域社会が一体となっていればひとつの施設、病院として機能し、まちなか全体で高齢者を支えるシステムをつくる必要があるのではないか。併せて、施設医療の機能についても注目すべきではないか。

その際、担い手、受け手双方の移動手段の確保、生きがい就労、見守り等のコミュニティ形成も考慮すべきではないか。

担い手、受け手を念頭に置きつつ、有効に機能する即地的な計画づくりが必要ではないか。

- (2) 担い手、受け手、地域を結びつけ、情報の受発信、相談機能等により地域住民に安心感を与えられる施設、空間をまちづくりの中で創出することも必要ではないか。
- (3) 住宅機能、医療機能、介護機能の複合した施設を整備するプロジェクトの推進を図るための方策を検討すべきではないか。
- (4) 新たに家庭医を育成するには時間を要するため、開業医が家庭医として在宅医療を担うよう誘導を図る必要がある。その支援として、医師会や地域で中心となっている医師への補助金と診療報酬のインセンティブによる誘導の2つの手法が考えられるのではないか。
- (5) 都市部における固定費（家賃や駐車場代など）に対する公的な支援や、都市部の空いた公共スペース（少子高齢化によって廃校となった学校跡地など）の有効活用が必要なのではないか。固定費負担が軽減することでサービスに振り向ける資金的余裕が生まれ、サービス充実にもつながるのではないか。
- (6) まちなかに住み続けるのに障害となっている規制・制度の見直し（ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅には訪問診療・看護に入ることができるが、小規模多機能型居宅介護は施設扱いのため、かかりつけ医がいても訪問診療・看護に入れないなど。）が必要なのではないか。
- (7) 介護施設を地域へ開放をすることは、地域の介護施設への理解が深まるとともに、介護施設の高齢者が地域社会とのつながりを保つために有効と考えられる。介護施設の開放スペースに対して公的な支援を行うことは、介護施設に対してインセンティブを与え、地域社会の維持につながるのではないか。
- (8) サービス拠点をまちなかに点在させるためには、場所の確保が難しい都市部での支援（補助金や賃貸による場所提供など）や、担う人材の確保に対する支援（補助金や診療報酬によるインセンティブ）を行うことで拠点整備を促進し、急速に進む都市部の高齢化に対応する必要があるのではないか。
- (9) 都市部のシステムそのものを変えていくためには、今まで以上に市町村が主体的に関わることが不可欠ではないか。市町村の力で地域をプランニングするためには、市町村に必要な情報が集まる仕組みを構築する必要があるのではないか。
- (10) 「住民のアクティビティを維持向上させるまちづくり」「安心して看取りができるまちづくり」がこれからのまちづくりのパラダイムとして、先進事例の情報発信を通じ、広く認識されるべきではないか。