

第2章

プラン策定に当たっての考え方

1 高齢者像

(1) 高齢者の増加

- 介護保険の第1号被保険者（65歳以上）数は、2011（平成23）年度における約44.9万人が2014（平成26）年度には約49.3万人と、計画期間中に約4.3万人増加する見込みです。
- 介護などの支援が必要となる割合が増す75歳以上の第1号被保険者数は、2011（平成23）年度における約22.8万人が2014（平成26）年度には約24.1万人と、計画期間中に約1.4万人増加する見込みです。
- 2012（平成24）年度から2013（平成25）年度にかけて、65歳以上74歳以下の第1号被保険者（以下「前期被保険者」という。）数が75歳以上の第1号被保険者（以下「後期被保険者」という。）数を上回る見込みとなっています。
- 東紀州圏域では、2013（平成25）年度に後期被保険者数が減少する見込みとなっているほか、中勢伊賀圏域では、2013（平成25）年度から2014（平成26）年度にかけて、前期被保険者数が後期被保険者数を上回る見込みとなっています。
- プランの計画期間中の2013（平成25）年から2015（平成27）年にかけて、いわゆる「団塊の世代」（1947（昭和22）～1949（昭和24）年に生まれた人）が65歳以上の高齢期を迎えることとなります。このため、その5年後、10年後である2020（平成32）年、2025（平成37）年頃、或いは各地域における高齢化のピーク時を見据え、今から対応を始めることが重要です。
- このプランにおいては、65歳以上を高齢者としていますが、これは過去の経緯を踏まえ、一般的な区分として65歳を基準としたものであり、65歳以上の高齢者を一概に「支援を必要とする者」とするものではありません。2000（平成12）年厚生白書では、高齢者人口をみるときの年齢区分は、固定的なものではなく、人口や社会経済状況によっても変わってくるものとしています。
- 前期高齢者が増加する当分の間は、支援を必要としない元気な高齢者の増加の方が多く見込まれます。このため、「支援される高齢者」だけでなく、「支援する高齢者」という視点も必要です。

図 2-1 高齢者の増加

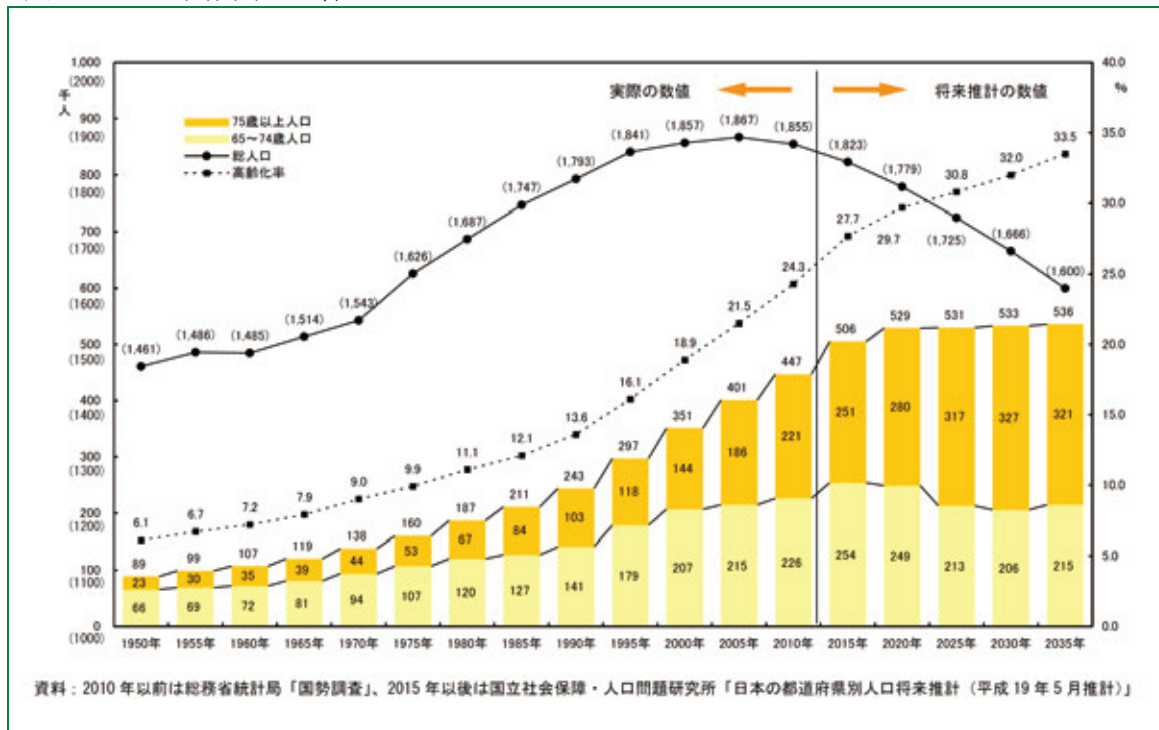
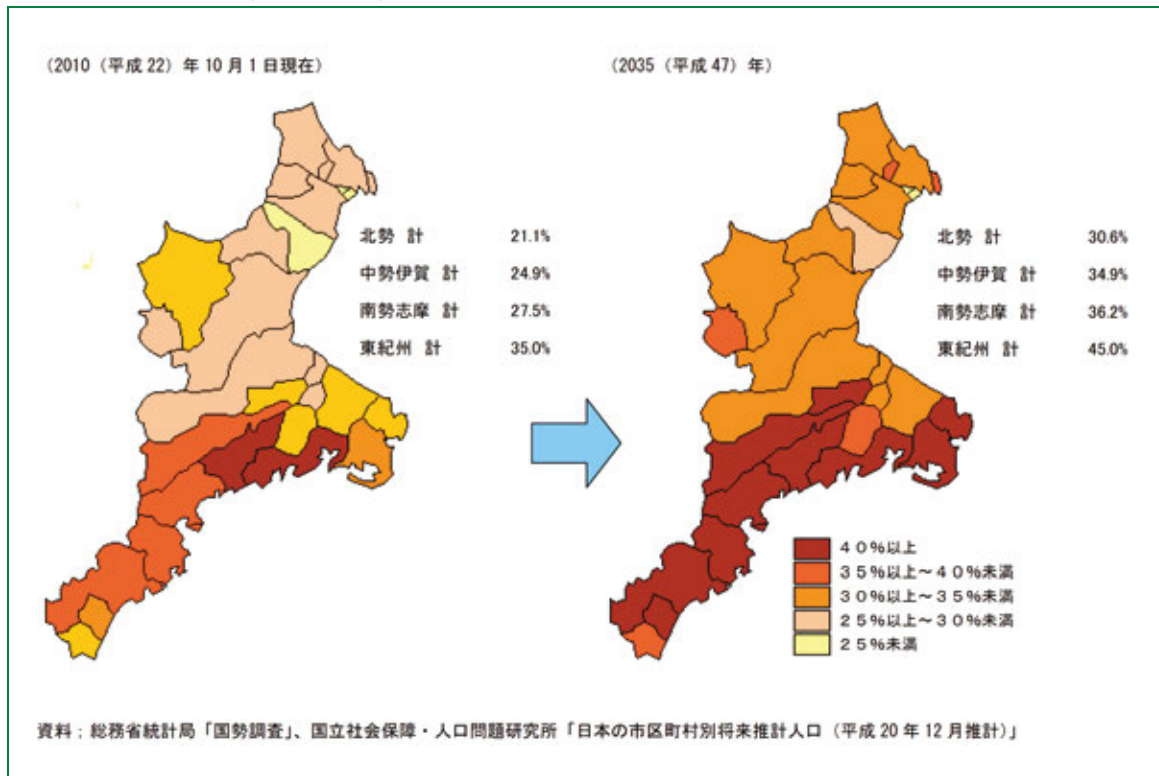


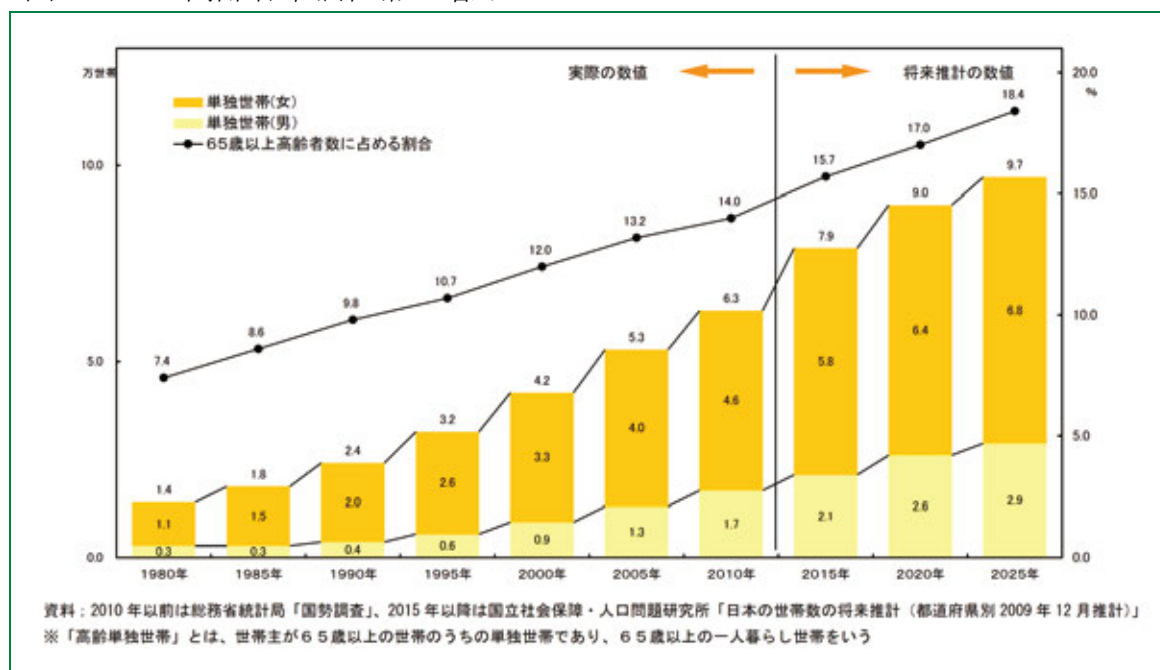
図 2-2 高齢化率の変化



(2) 高齢者単独世帯の増加

- 高齢者単独世帯は、家族が同居していない、いわゆる「一人暮らし高齢者」でもあります。家族は、介護保険制度施行以後においても介護等の支援の大きな支え手であることに変わりはないことから、高齢者単独世帯では、世帯の中に支え手がないという点において、より多くの支援が必要となります。
- 2010（平成 22）年国勢調査によると、65 歳以上高齢者の単独世帯数は約 6.3 万世帯であり、5 年間で約 1.0 万世帯の増加となっています。また、65 歳以上高齢者に占める単独世帯の割合は 14.0%と 5 年間で 0.8 ポイント増加しています。
- 2011（平成 23）年高齢社会白書によれば、日本の高齢者は「家族・親族という血縁関係を中心に人間関係を構築しており、近所の人や友人との関係がやや希薄である」様子がかがえ、「子や孫との付き合い方について、より密度の薄い付き合い方でもよい」と考える高齢者が増えています。
- 一人暮らし高齢者は、「社会的孤立（家族や地域社会との交流が客観的にみて著しく乏しい状態）」に陥りやすく、これを原因として消費者被害を始めとする様々な問題に巻き込まれやすいことから、家族に代わる支え手を確保して支援することが必要です。

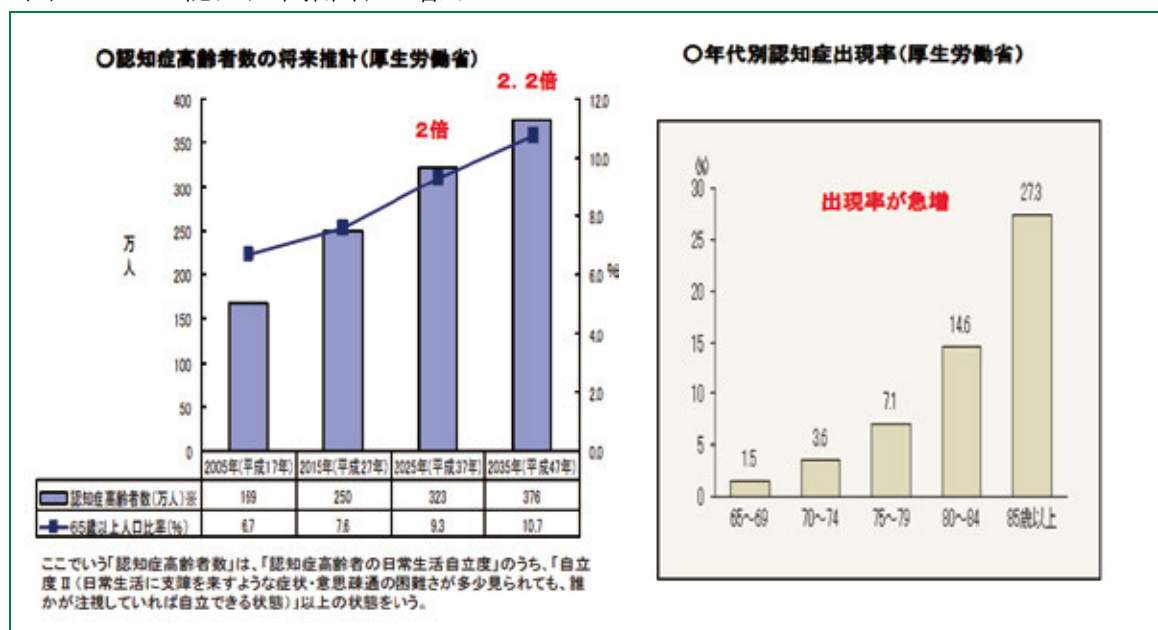
図 2-3 高齢者単独世帯の増加



(3) 認知症高齢者の増加

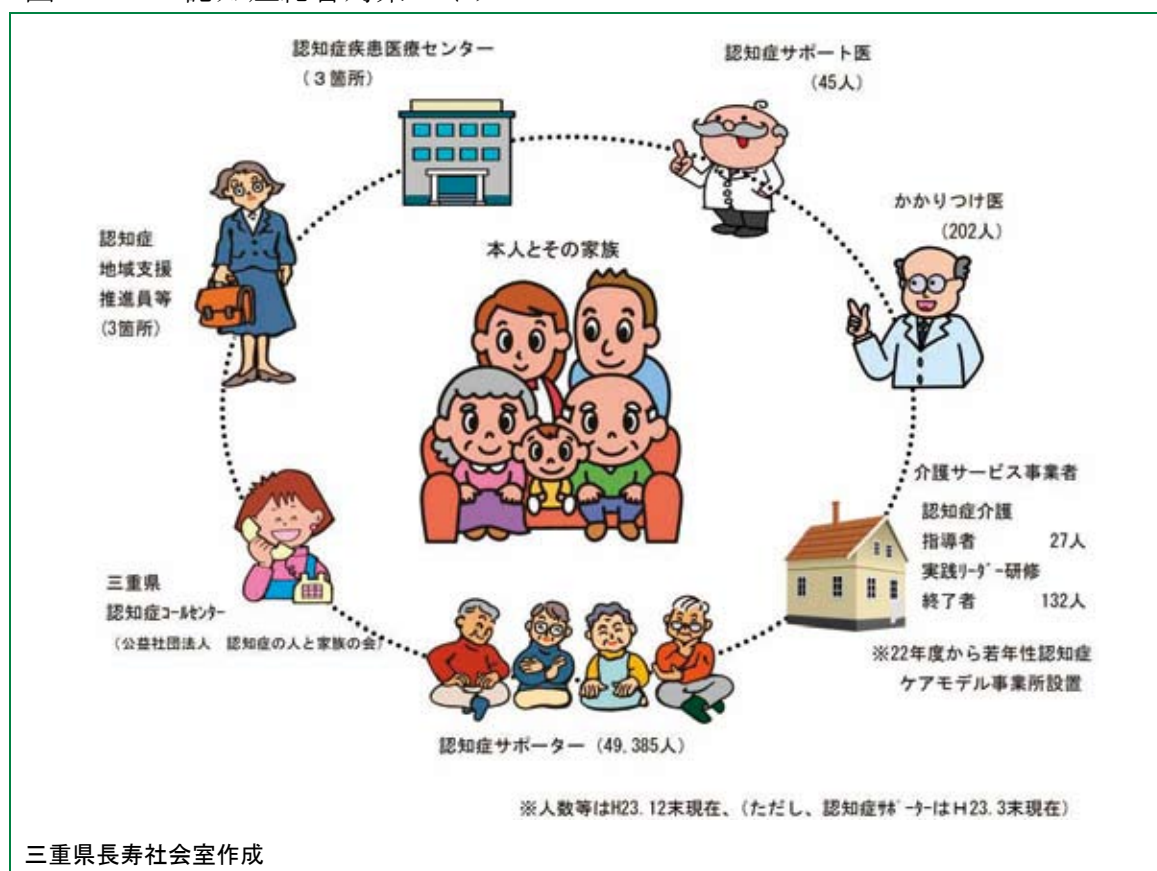
- 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために、日常生活に支障が生じる病気であり、その症状の総称です。
- 認知症は、容易に克服できる病気ではありませんが、最近になって急速に研究が進んでいることもあり、正しく理解することによって、予防できたり進行を遅らせることができ、また、適切に対処できたりします。自分自身のため予防法を学んでおくと同時に、認知症の人と接する場合の対処法について知っておくことが安心につながります。
- 認知症は誰でもなりうる病気であると同時に、認知症の人と身近に接することが特別ではなくなっています。家族の異変に気付いたときなど、認知症が頭に浮かべば事態を冷静に受け止めることができます。さらに、「どうすればよいか」が分かっていることで、安心にもつながります。
- 厚生労働省から、年齢が高くなるほど認知症の出現率が高くなるデータが示されており、高齢化の進行とともに認知症高齢者数も増加が見込まれています。

図2-4 認知症高齢者の増加



- 認知症の人の数は、把握手段が確立されていないことから正確には分かっていませんが、厚生労働省の推計によると、認知症高齢者数は全国で 2005（平成 17）年に 169 万人、65 歳以上高齢者に占める割合は 6.7%とされており、2015（平成 27）年には 250 万人へと約 80 万人の増加が見込まれています。この厚生労働省の推計値に、2005（平成 17）年国勢調査における全国の 65 歳以上高齢者数に占める三重県の割合を乗じると、三重県における 2005（平成 17）年の認知症高齢者数は約 2～3 万人程度と推計されます。
- 2011（平成 23）年 6 月の改正により、介護保険法に「認知症に関する調査研究の推進等」の規定が新たに整備され、認知症対策が国及び地方公共団体の責務であることが明記されました。
- 三重県では、「認知症知識の普及」、「認知症対応力の向上」及び「認知症ケア連携」を一体的に実施する「認知症総合対策」を推進します。

図 2-5 認知症総合対策のイメージ

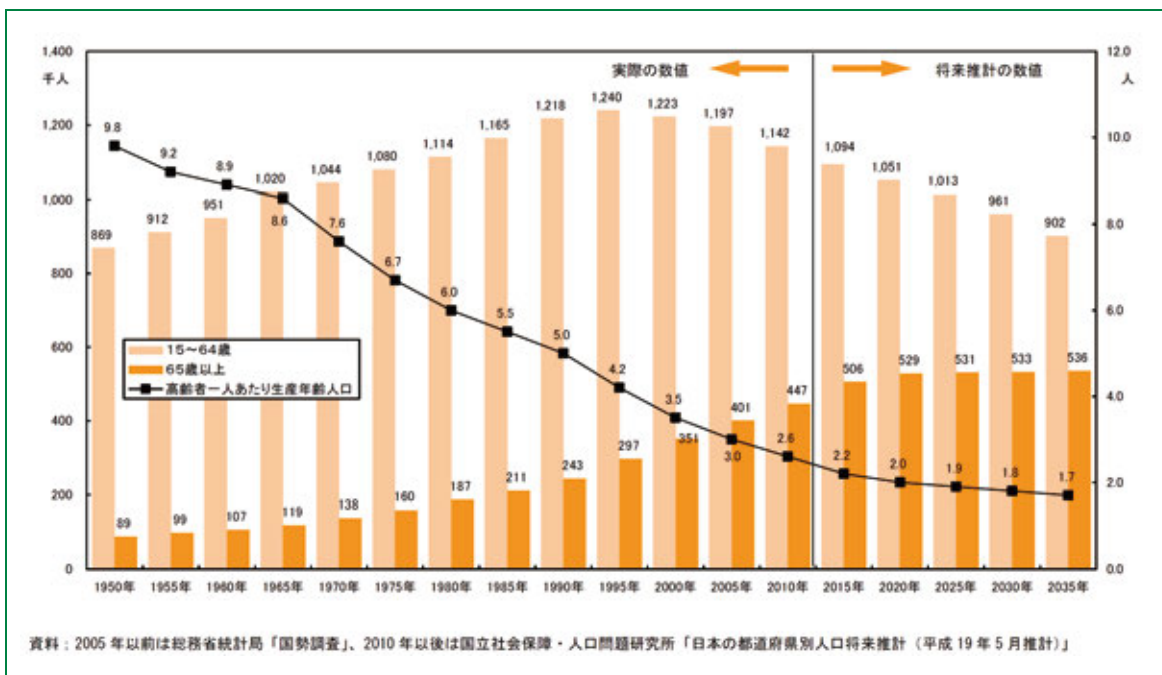


2 高齢者を取り巻く状況

(1) 支え手の減少

- 「少子・高齢化の進行」は、高齢者数の増加であるとともに、15歳から64歳までの生産年齢の減少、つまり「支え手の減少」という側面を有しています。
- 2010（平成22）年国勢調査において65歳以上高齢者人口と15歳から64歳までの生産年齢人口の比率をみると、65歳以上高齢者1人に対して15歳から64歳までの生産年齢人口は2.6人となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所の「都道府県の将来推計人口（2007（平成19）年5月推計）」によると、2035（平成47）年には1.7人になると推計されています。
- 今後、介護等の支援を要する高齢者は増加することが予想されることから、介護サービスの需要が拡大する一方、生産年齢人口は減少することから、支え手の負担の軽減が必要となります。

図2-6 支え手の減少



(2) 給付と負担のバランス

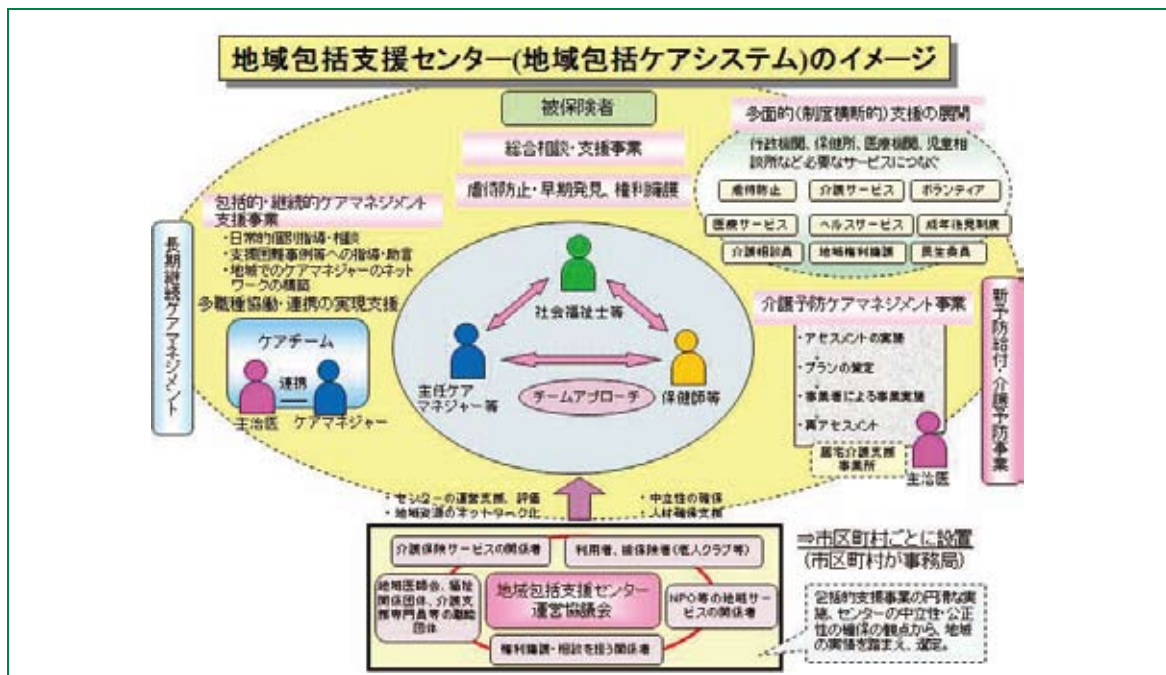
- 介護保険制度が直面する一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していけるかどうかです。
- 介護費用は、全国で2000（平成12）年度には3.6兆円であったものが2010（平成22）年度には7.9兆円と2倍以上の水準になっており、今後も上昇が見込まれています。
- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分の公費負担を増やすなどしない限り、給付の拡充は困難となります。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離していくこととなります。
- 介護保険料は、市町等により差がありますが、仮にその基準額（月額）が5,000円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることで、制度を維持することが可能です。しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものにならないよう配慮するという観点が必要です。
- 介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするためには、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要です。
- 「社会保障改革」においては、社会保障財源を確保しつつ財政の健全化を達成することが条件であり、どちらかを犠牲にした社会保障改革はありません。このことを前提に、社会保障の機能強化と機能維持（持続可能性の確保）のベストバランスを見出すことが求められます。2011（平成23）年6月の「社会保障・税一体改革成案」において改革の方向が示され、2012（平成24）年1月には「社会保障・税一体改革素案」が政府・与党社会保障改革本部において決定されましたが、改革の道のりは緒についたところであり、今後の動向を注視するとともに、必要に応じて責任ある行動をとることが求められます。

(3) 地域包括ケア

- 「地域包括ケア」とは、「要介護者等への医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの有機的かつ一体的な支援」であり、この「地域包括ケア」が切れ目なく提供される体制が、すなわち「地域包括ケアシステム」です。
 - ※ 「地域包括ケアシステム」とは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されており、その際、「おおむね 30 分以内に」必要なサービスが提供される圏域として、具体的には、中学校区を基本とするとされています。（出典：「2010（平成 22）年 3 月 地域包括ケア研究会報告書」）
- 医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられます。このため、「医療サービス」、とりわけ在宅医療の充実が急がれます。
- 県や市町等は、サービスの需給のミスマッチを起こすことのないよう、地域におけるニーズを十分に把握し、「介護サービス」を適切に提供するとともに、当該地域の特性にあった見守り・配食等や、認知症の人や虐待を受けている人の支援体制の整備、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスなどを含めた「生活支援サービス」による包括的な地域づくりを推進することが必要です。
- 高齢者が要介護状態になった場合に、住居の構造の問題や、適切な在宅介護サービスや緊急時の見守りが無いという理由で、自宅で生活することが困難となる場合があります。加齢により身体機能が低下した場合や、医療や介護が必要になった場合でも、住み続けることができる「高齢者に配慮された住宅の整備」が重要です。
- 「医療サービス」、「介護サービス」、「生活支援サービス」、「高齢者に配慮された住宅の整備」などのサービスの充実は重要なことですが、それだけでは、地域で生活する高齢者を支える体制としては、不十分です。

- 介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されましたが、高齢者が地域で生活していくためには、介護サービスだけではなく、医療サービスや福祉サービスのほか、様々なサービスが必要であり、いずれかのサービスが欠落しているために、高齢者が在宅生活をあきらめ、施設での生活を選択せざるを得ないケースも多くなっています。
- 「地域包括ケア」では、高齢者が地域で生活していくために必要な様々なサービスを、切れ目なく、また、過不足なく提供するため、それぞれのサービスを充実強化するとともに、これらサービスを断片化させずに連携させることが必要です。
- 他方、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されています。さらに、介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の課題も生じており、単身高齢者の世帯や高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性が高まっています。
- 地域におけるサービスの連携の現状は、残念ながら「地域包括ケア」の実現に足るものではありません。これらの課題を解決するため、介護保険制度の適確な運営を進め、「地域包括ケア」の確立をめざしていかなければなりません。

図 2-7 地域包括支援センターのイメージ



(4) 市町及び広域連合が果たすべき役割

- 市町等は自ら保険者として介護保険制度における主導的な役割を果たしてきており、また、高齢者の保健福祉事業の多くは市町が中心となっていて行われています。県は、市町等との役割分担を踏まえつつ、市町等がそれぞれの実情に応じた施策を主体的に実施できるよう支援します。
- 市町等は、「日常生活圏域ごとのニーズ調査」等に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが必要です。また、把握したニーズに対応するよう、認知症支援策の充実、在宅医療の推進、高齢者に相応しい住まいの計画的な整備、生活支援サービス（介護保険外サービス）等の重点事項に取り組むことが求められます。
- 市町等は、①地域課題、②地域資源の状況、③高齢化の進展状況等の地域の特性に応じて、優先的に取り組むべき重点事項を選択して介護保険事業計画に位置付けるなど、計画内容を充実強化させることが必要です。
- 2011（平成23）年6月に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（以下「介護保険法等改正法」という。）」においては、介護保険事業計画や老人福祉計画における記載事項の努力義務化、地域密着型サービス事業者の指定の公募・選考の導入、施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）など、市町等の主体的な取組の推進が図られるよう規定の整備が行われています。
- 県としては、市町等が適切に第5期介護保険事業計画等を策定できるよう、情報提供に努めるとともに、介護保険法第117条第9項及び老人福祉法第20条の8第9項の規定に基づき、市町等の計画に対し意見を述べました。

3 介護保険制度の改正

(1) 2011（平成 23）年 6 月の介護保険法改正

- 介護保険制度は、介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたいという高齢者の希望を叶える制度として、2000（平成 12）年に創設されました。
- 2005（平成 17）年には、今後の高齢社会に対応できる持続可能な介護保険制度の構築をめざして改正が行われ、地域密着型サービスと地域包括支援センターの創設により、「地域包括ケア」の確立に向けて第一歩を踏み出しました。また、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することをめざしてその体制を整備するため、「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設されました。
- その後、介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、介護サービス基盤の整備も進みましたが、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度がめざす高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要なことが明らかになってきました。
- このため、2010（平成 22）年 5 月から国の社会保障審議会介護保険部会が開催され、介護保険制度全般に関して審議が行われ、2010（平成 22）年 11 月 30 日に「介護保険制度の見直しに関する意見」がとりまとめられました。
- 社会保障審議会介護保険部会の意見を受けて、「医療と介護の連携の強化等」、「介護人材の確保とサービスの質の向上」、「高齢者の住まいの整備等」、「認知症対策の推進」、「保険者による主体的な取組の推進」及び「保険料の上昇の緩和」などの項目を内容とする「介護保険法等改正法」が 2011（平成 23）年 6 月に成立しました。
- プランは、この改正を踏まえて策定しています。

図2-8 介護保険法等改正法の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（2012（平成24）年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（2012（平成24）年4月実施予定）を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の順守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町等における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町等の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1 ⑤、2 ②については公布日施行。その他は2012（平成24）年4月1日施行。

(2) 地域主権

- 介護保険制度は、「地方分権の試金石」といわれており、これまでも市町等が制度運営の中心を担ってきました。
- 2011（平成 23）年 4 月に「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」いわゆる「地域主権改革推進一括法」が成立し、2012（平成 24）年 4 月から、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、指定居宅サービス（ホームヘルプ、デイサービス等）及び指定介護老人福祉施設等の人員・設備・運営基準が、県や市町等の条例に委任されることとなりました。
- 2011（平成 23）年 6 月の介護保険法等改正においても、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正が行われ、①指定事務等の権限移譲、②介護保険事業計画策定及びその手続きの努力義務化、③サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準の条例委任などが実施されることとなっています。
- 市町等の保険者による主体的な取組の推進とあわせ、県においては、各種基準の条例制定をはじめ、市町等の保険者が主体的に取り組める環境整備を行っていくこととしており、県の主体性や自主性を発揮していくことが重要となっています。
- 今後も、2010（平成 22）年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、地域主権改革に適切に対応していく必要があります。