

第6期三重県介護保険事業支援計画・第7次三重県高齢者福祉計画

みえ高齢者元気・かがやきプラン

最 終 案

※ 「第4章 計画期間中のサービス量等の見込み」は市町等の数値の積み上げにより作成しておりますので、今後、市町等の数値の変動に伴い修正することがあります。

平成27(2015)年3月

三 重 県

目 次

第1章 プラン策定の基本方針	1
1 策定の趣旨	3
2 プランのめざすべき方向性	5
3 策定のための体制	7
4 新プランの期間と PDCA サイクルの導入	7
5 関係計画間の整合・調和	8
6 老人福祉圏域	9
7 広報	10
第2章 プラン策定に当たっての考え方	11
1 高齢者の現状	
（1）高齢者の増加	13
（2）要介護者等の増加	14
（3）高齢者の単身世帯・夫婦世帯の増加	15
（4）認知症高齢者の増加	16
2 高齢者を取り巻く状況	
（1）県民の介護に対する意識	17
3 計画の考え方	
（1）市町と県の役割・連携	20
（2）持続可能な社会保障制度	21
（3）介護保険制度の改正	23
（4）地域包括ケアシステムの構築	24
第3章 具体的な取組	27
1 介護サービス基盤の整備	
（1）在宅サービス	29
（2）短期入所サービス	34
（3）地域密着型サービス	36
（4）特別養護老人ホーム	39
（5）介護老人保健施設	42
（6）介護療養型医療施設	45
（7）個室ユニット化の推進	47

2	在宅医療・介護連携の推進	
(1)	在宅医療	50
(2)	医療連携	54
3	認知症施策の推進	
(1)	認知症の早期診断・早期対応の実現	61
- 1	認知症に対する理解の促進と相談体制の充実	61
- 2	医療・介護サービスの充実	66
(2)	認知症の人を支える地域づくり	71
4	介護予防・生活支援サービスの推進	
(1)	健康づくり	74
(2)	介護予防	77
- 1	新しい総合事業	77
- 2	新しい介護予防事業	84
(3)	生活支援	88
- 1	生活支援コーディネーターの養成	88
- 2	住民主体の支援活動の推進	94
5	高齢者に相応しい住まいの確保	
(1)	養護老人ホーム	98
(2)	軽費老人ホーム	100
(3)	有料老人ホーム	102
(4)	サービス付き高齢者向け住宅	104
6	高齢者の安心確保・生きがい対策の推進	
(1)	地域包括支援センターの機能強化	106
(2)	高齢者の見守りネットワーク	111
(3)	地域ケア会議	114
(4)	高齢者の権利擁護	117
(5)	高齢者の虐待防止への対応	119
- 1	高齢者虐待の未然防止への取組	119
- 2	高齢者の虐待への対応	123
(6)	高齢者の健康・生きがいづくり	125
(7)	老人クラブ活動支援	128
(8)	消費者保護	131
(9)	交通安全	132
(10)	雇用確保	134

(11) ユニバーサルデザイン	135
(12) 防災対策	137
7 介護・福祉人材の安定的な確保	
(1) 福祉人材確保	139
(2) 介護職員の養成	145
(3) 介護支援専門員の資質向上	147
(4) 介護施設等職員の資質向上	154
8 介護保険制度の円滑な運営	
(1) 介護給付費の負担	156
(2) 地域支援事業の費用負担	159
(3) 介護保険財政安定化制度	161
(4) 低所得者対策	163
(5) 介護保険審査会	165
(6) 要介護（要支援）認定制度	167
(7) 介護サービス情報の公表制度	170
9 介護給付適正化の推進	
(1) 総論	172
(2) 介護サービス事業者等への指導・監査	173
(3) 介護サービスに関する苦情への対応	176
(4) 市町が行う適正化事業の広域支援	179
コラム（ロボットスーツを使ったトレーニング）	182
第4章 計画期間中のサービス量等の見込み	183
被保険者数の見込み	186
要介護（要支援）認定者数の見込み	188
施設・居住系サービス利用者数（全体）の見込み	190
施設・居住系サービスの定員数①	192
施設・居住系サービスの定員数②	194
施設・居住系サービスの定員数③	196
費用の見込み	197
サービス量（全域）の見込み	199
サービス量（北勢圏域）の見込み	200
サービス量（中勢伊賀圏域）の見込み	201
サービス量（南勢志摩圏域）の見込み	202
サービス量（東紀州圏域）の見込み	203

第5章 計画の目標	205
-----------	-----

計画の目標値	207
--------	-----

参考資料	209
------	-----

参考資料1 高齢社会の現状と将来展望	209
--------------------	-----

参考資料2 策定の歩み	231
-------------	-----

参考資料3 用語解説	235
------------	-----

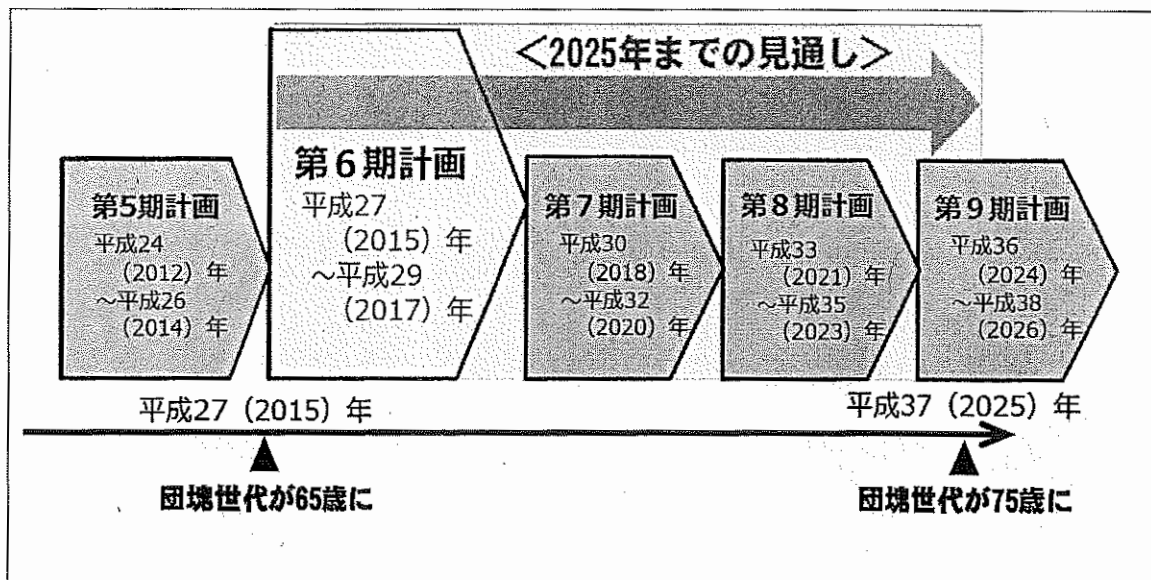
第1章

プラン策定の基本方針

1 策定の趣旨

- 少子・高齢化は急速に進行しており、平成 25 (2013) 年 9 月の総務省「人口推計」によると、わが国の全人口に占める 65 歳以上人口の割合 (以下「高齢化率」という。) は、25.0%と過去最高となりました。また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口 (平成 25 (2013) 年 3 月推計)」によれば、高齢化率は平成 32 (2020) 年には 29.1%、平成 37 (2025) 年には 30.3%になると推計されています。
- 本県の高齢化率は、平成 25 (2013) 年 10 月 1 日現在で、26.1%となっており、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計)」によると、平成 32 (2020) 年には 29.8%、平成 37 (2025) 年には 30.8%になると推計されています。
- このような少子・高齢化に加え、核家族化などによって、家族だけで高齢者の介護を担うことが困難となる状況を受け、平成 12 (2000) 年 4 月から施行された「介護保険法」の下、現在、介護は社会全体で支えることが基本理念となっています。
- 本県が平成 26 (2014) 年 7 月に e-モニター (電子アンケート) により「介護保険制度の仕組みやサービスについての認知度」を尋ねたところ、約 60%の方が「よく知っている」、「ある程度知っている」と回答しており、介護保険は少子高齢社会を支える制度として定着しています。
- 本県は、介護保険制度を中心として、県民や市町及び広域連合 (以下「市町等」という。) と協働して、高齢者を取り巻く課題に対応するため、平成 26 (2014) 年度までを計画期間とする「みえ高齢者元気・かがやきプラン (以下「プラン」という。))」を策定しており、今回、これまでの取組の検証をふまえて、平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度までを計画期間とするプランに改訂します。
- プランは、介護保険法第 118 条第 1 項の規定による「三重県介護保険事業支援計画 (第 6 期)」と老人福祉法第 20 条の 9 第 1 項の規定による「三重県高齢者福祉計画 (第 7 次)」を一体とした計画として策定します。
- 第 5 期計画で開始した地域包括ケア実現のための方向性を継承しつつ、第 6 期計画以降を地域包括ケア計画とし、団塊の世代が 75 歳以上となり介護が必要な高齢者が増加する平成 37 (2025) 年度までの各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを段階的に構築することとします。

図1-1 新プランの期間



2 プランのめざすべき方向性

- プランのあるべき姿は、「高齢者が元気に輝きながら暮らすことができる地域」です。地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築に努めます。
- 本県では、平成 19（2007）年度に、三重県における地域包括ケアのあるべき姿を示した「みえ地域ケア体制整備構想」を策定しており、プランのめざすべき方向性は、この構想をふまえた「地域包括ケアシステム」の構築です。
- 具体的には、次の 9 つを柱に「地域包括ケア」の一層の推進を図ります。

1 介護サービス基盤の整備

- ・訪問介護や通所介護など在宅サービスの質の確保・向上を図るため、事業所に対する監督・指導を充実します。
- ・在宅生活が困難な重度の要介護者のために、広域的な観点から必要な施設サービスの基盤整備を進めます。
- ・住み慣れた地域での生活を支えるため、地域密着型サービスの整備について市町や広域連合を支援します。
- ・療養病床の円滑な転換が図られるよう支援します。
- ・施設における生活環境の改善を図るため、ユニット型施設整備を基本とします。

2 在宅医療・介護連携の推進

- ・市町と連携して在宅医療提供体制の基盤整備を推進します。
- ・医療関係者等との広域的な連携調整など医療・介護連携に向けた取組について市町等を支援します。

3 認知症施策の推進

- ・認知症の早期診断・早期対応の実現に向けて、認知症に対する理解の促進と相談体制の充実を図るとともに、早期からの適切な診断ができるよう医療・介護サービスの充実に努めます。
- ・市町における徘徊・見守りネットワーク等の体制づくりや機能強化を促進し、認知症の人を支える地域づくりを進めます。

4 介護予防・生活支援サービスの推進

- ・新しい総合事業について、市町において円滑に導入されるよう、研修会の実施や情報提供などを行うとともに、助言や支援を行います。
- ・多様な主体によるサービスの提供を地域に生み出し、発展させていくため、生活支援コーディネーターの養成のための研修会を開催します。

5 高齢者に相応しい住まいの確保

- ・住み慣れた地域で多様なニーズに対応できる住まいを選択できるよう、情報提供を行うとともに、施設に対する指導・助言を行い、サービスの質の確保を支援します。

6 高齢者の安心確保・生きがい対策の推進

- ・地域包括ケアシステム構築へ向けた中核的な機関として、地域包括支援センターの体制強化を図るため、研修会を開催し資質の向上に努めます。
- ・高齢者虐待の未然防止への取組として、市町及び地域包括支援センター職員や、要介護施設従事者等を対象とした研修会を実施し、正しい知識や対応についての普及啓発を行います。

- ・高齢者の文化・スポーツ活動を通じた生きがいを推進します。
- ・高齢者の安全・安心を支えるため、消費者保護、交通安全などに積極的に取り組みます。

7 介護・福祉人材の安定的な確保

- ・介護・福祉人材の安定的な確保に向けて、新たな人材の確保に取り組むとともに、現在働いている職員の定着を支援します。
- ・介護職員初任者研修の養成を行うため、研修事業者の指定を行います。
- ・介護支援専門員をはじめ介護施設等職員の資質の向上を図ります。

8 介護保険制度の円滑な運営

- ・介護保険制度の円滑な運営に資するため、保険者に対して必要な助言を行うとともに、費用の負担を通じて適切な財政運営を支援します。
- ・要介護認定が一律の基準で公平・公正かつ適正に実施されるよう、認定に関わる全ての者の資質向上に取り組めます。

9 介護給付適正化の推進

- ・第3期介護給付適正化計画と位置付け、①介護サービス事業者等への指導・監査、②介護サービスに関する苦情への対応、③市町が行う適正化事業の広域支援、を実施します。

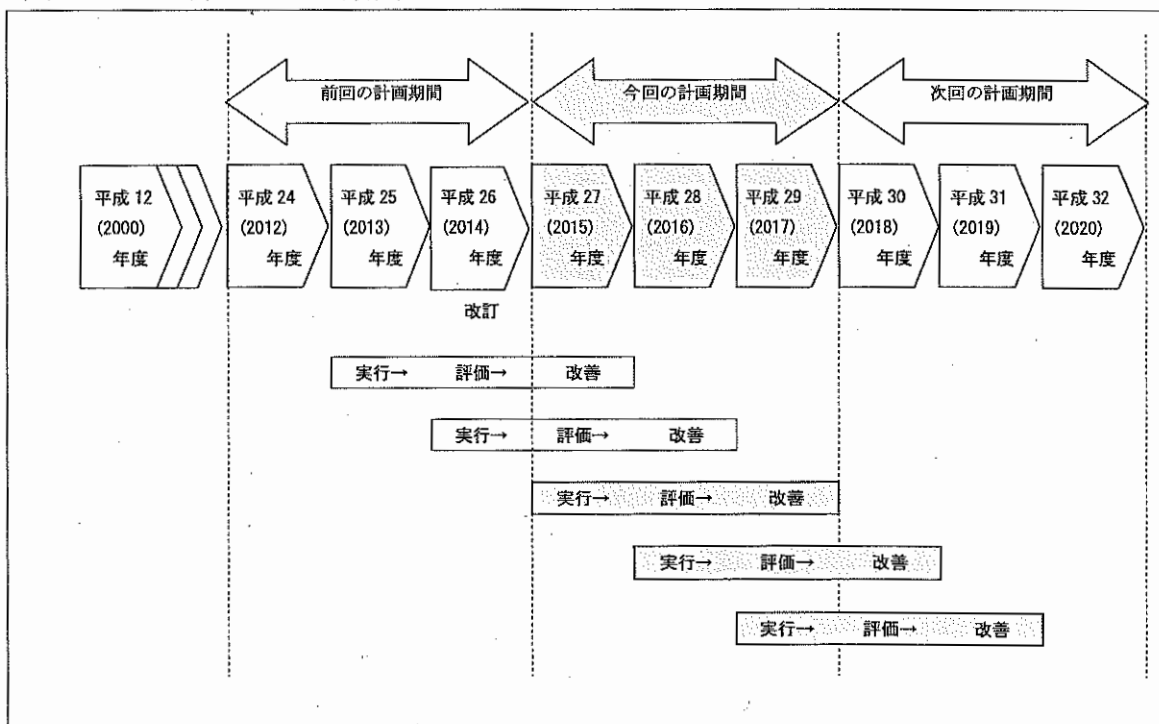
3 策定のための体制

- プランは、保健・医療・福祉等の各分野に関係するものであり、これらの分野の専門家で構成する「三重県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会」において調査・審議のうえ、決議いただいています。
- 平成 26 (2014) 年 10 月及び 12 月に市町等と意見交換を行い、市町等が策定する介護保険事業計画 (第 6 期) との整合を図ります。
- 平成 27 (2015) 年 1～2 月には三重県ホームページを通じて「パブリック・コメント」を実施し、広く県民の意見を聴取します。

4 新プランの期間とPDCAサイクルの導入

- 新プランは、平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度までの 3 年間で計画期間とします。
- プランは、年度ごとに三重県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会で評価を行い、評価をもとに改善を行う「PDCAサイクル」により運用します。

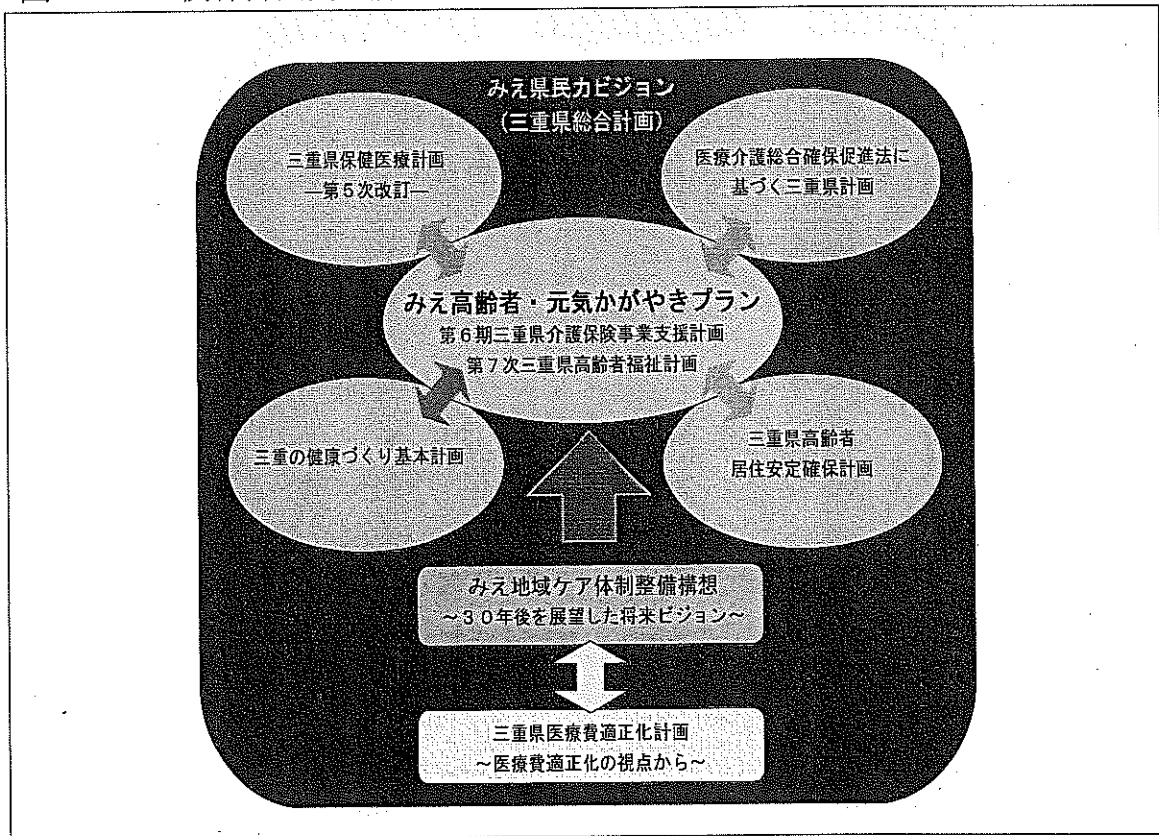
図 1-2 新プランの期間とPDCAサイクル



5 関係計画間の整合・調和

- プランの策定に当たっては、本県の総合計画である「みえ県民カビジョン」の枠組みの中で、「医療介護総合確保促進法に基づく三重県計画」及び「三重県保健医療計画」との整合性を図るとともに、「三重の健康づくり基本計画」及び「三重県高齢者居住安定確保計画」との調和を図りました。
- 「地域包括ケア」の理念の実現をめざすため、「みえ地域ケア体制整備構想」及び「三重県医療費適正化計画」の視点やビジョンをふまえて、今回のプランの策定に取り組みました。

図1-3 関係計画間の調和



7 広報

- プランは、三重県ホームページへ掲載し、全ての県民に周知されるよう努めます。
- 市町等に対しては、協働してプランを推進することができるよう、定期的に連絡会議を実施します。
- プランの推進に県民のご理解、ご協力をいただけるよう、相談や問い合わせに応じます。
- 「出前トーク」を通じ、介護保険制度の概要の説明を行い、周知を図ります。

第2章

プラン策定に当たっての考え方

1 高齢者の現状

(1) 高齢者の増加

- 本県の人口は、平成 17 (2005) 年の 1,866,963 人をピークに、それ以降減少しており、平成 25 (2013) 年 10 月 1 日現在の本県の人口は 1,829,063 人で、前年に比べ 9,548 人 (0.52%) 減少しました。
- このうち 65 歳以上人口は 477,152 人で、前年に比べ 15,460 人 (3.35%) 増加し、高齢化率は 26.1% に上昇しました。また、平成 32 (2020) 年には 527,616 人 (29.8%)、さらに平成 37 (2025) 年には 527,989 人 (30.8%) に達すると見込まれています。
- 介護等の支援が必要となる割合が増す 75 歳以上人口は、平成 25 (2013) 年に 238,353 人 (13.0%) であったのが、平成 32 (2020) 年には 277,000 人 (15.6%)、平成 37 (2025) 年には 314,355 人 (18.3%) に達する見込みです。
- また、平成 25 (2013) 年における老人福祉圏域別の人口構成をみると、65 歳以上人口の割合が最も高い圏域は、東紀州圏域で 37.4% (28,021 人) となっており、以下、南勢志摩圏域 29.2% (134,847 人)、中勢伊賀圏域 26.9% (122,452 人)、北勢圏域 22.9% (191,832 人) の順になっています。

図 2-1 年齢 3 区分別人口の推移

	総数 (千人)	15 歳未満		15~64 歳		65 歳以上		75 歳以上	
		人口 (千人)	割合 (%)	人口 (千人)	割合 (%)	人口 (千人)	割合 (%)	人口	割合
								(千人)	(%)
平成 22 (2010) 年	1,855	253	13.7	1,151	62.1	450	24.3	223	12.0
平成 25 (2013) 年	1,829	244	13.3	1,096	59.9	477	26.1	238	13.0
平成 27 (2015) 年	1,821	235	12.9	1,080	59.3	506	27.8	249	13.7
平成 32 (2020) 年	1,773	214	12.1	1,032	58.2	528	29.8	277	15.6
平成 37 (2025) 年	1,715	193	11.3	993	57.9	528	30.8	314	18.3

資料 平成 22 年は総務省統計局「国勢調査報告」 平成 25 年は三重県戦略企画部統計課「年齢別人口」
平成 27 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月）」

(2) 要介護者等の増加

- 平成 26 (2014) 年 11 月末現在の要介護 (要支援) 認定者数は、93,383 人となっており、内訳は、要支援者が 24,331 人、要介護者が 69,052 人です。
- 介護度別では、要介護 1 が最も多く 18,648 人 (20.0%)、次いで要介護 2 が 16,865 人 (18.1%)、要介護 3 が 12,443 人 (13.3%) となっています。
- 第 6 期計画期間中 (平成 27 (2015) 年度から 29 (2017) 年度まで) に要介護 (要支援) 認定者数は約 1 万 1 千人、要支援者は約 3 千人、要介護者は約 8 千人増加する見込みです。また、平成 32 (2020) 年度には、平成 26 (2014) 年度に比べてそれぞれ約 2 万 1 千人、約 6 千人、約 1 万 6 千人、平成 37 (2025) 年度にはそれぞれ約 2 万 9 千人、約 7 千人、約 2 万 2 千人増加する見込みです。
- 一方、第 1 号被保険者数は、第 6 期計画期間中に約 2 万人増加する見込みに対して、第 2 号被保険者数は約 1 万 3 千人減少する見込みです。

図 2-2 要支援者数及び要介護者数の推移

		平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
1 号被保険者数		496,318	504,549	511,327	516,516	524,594	518,764
2 号被保険者数		617,831	612,161	608,558	605,041	596,414	576,987
認定者総数		93,383	96,872	100,557	104,699	114,550	122,535
要支援者数	要支援 1	11,957	12,309	12,826	13,442	14,627	15,484
	要支援 2	12,374	12,817	13,306	13,978	15,314	16,204
	小計	24,331	25,126	26,132	27,420	29,941	31,688
要介護者数	要介護 1	18,648	19,006	19,757	20,557	22,328	23,952
	要介護 2	16,865	17,776	18,610	19,481	21,676	23,288
	要介護 3	12,443	12,900	13,292	13,717	14,962	16,052
	要介護 4	11,816	12,523	13,156	13,815	15,190	16,398
	要介護 5	9,280	9,541	9,610	9,709	10,453	11,157
	小計	69,052	71,746	74,425	77,279	84,609	90,847

資料 平成 26 年度は、介護保険事業状況報告の 11 月分

平成 27 年度以降は、介護保険事業計画用ワークシート

(3) 高齢者の単身世帯・夫婦世帯の増加

- 平成 27 (2015) 年には、「65 歳以上の高齢者のいる世帯」数は、265,697 世帯で、「一般世帯」数に占める割合は 37.5%となり、平成 22 (2010) 年に比べると 31,182 世帯増加する見込みです。
- 高齢者の単身世帯数は、77,223 世帯で、65 歳以上の高齢者のいる世帯数の 29.1%を占め、平成 22 (2010) 年に比べると 11,493 世帯増加する見込みです。
- 高齢者の夫婦世帯数は、95,994 世帯で、65 歳以上の高齢者のいる世帯数の 36.1%を占め、平成 22 (2010) 年に比べると 9,840 世帯増加しています。
- また、高齢者の単身世帯数は、平成 32 (2020) 年には 84,618 世帯、平成 37 (2025) 年には 88,478 世帯と増加する見込みに対し、高齢者の夫婦世帯数は、平成 32 (2020) 年には 98,009 世帯と増加する見込みですが、平成 37 (2025) 年は 95,366 世帯と減少する見込みです。

図 2-3 高齢者世帯の状況

	一般世帯数 A	65 歳以上の世帯員のいる一般世帯数					
		B	B/A	高齢単身世帯数		高齢夫婦世帯数	
				C	C/B	D	D/B
平成 22 (2010) 年	703,253	234,515	33.3%	65,730	28.0%	86,154	36.7%
平成 27 (2015) 年	709,407	265,697	37.5%	77,223	29.1%	95,994	36.1%
平成 32 (2020) 年	704,593	275,472	39.1%	84,618	30.7%	98,009	35.6%
平成 37 (2025) 年	692,283	272,661	39.4%	88,478	32.4%	95,366	35.0%

資料 平成 22 年は総務省統計局「国勢調査報告」
平成 27 年以降は国立社会保障・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 26 年 4 月）」

(4) 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。
- 認知症高齢者は、今後増加し続けると推計されており、三重県では平成 27 (2015) 年には約 5 万 2 千人、平成 32 (2020) 年には約 6 万人、平成 37 (2025) 年には約 6 万 8 千人になると見込まれています。
- 認知症の人と家族が住み慣れた地域での生活を続けるためには、認知症の早期発見・早期診断が重要ですが、認知症への理解が浸透していないなど、早期発見や早期受診は困難な状況です。
- 認知症が原因で徘徊等により行方不明となる高齢者について、未発見者や死亡者が見受けられるため、早期に保護する取組が求められています。

図 2-4 認知症高齢者数の推計

	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)
認知症高齢者数 (全 国)	280 万人	345 万人	410 万人	470 万人
認知症高齢者数 (三重県)	4.3 万人	5.2 万人	6.0 万人	6.8 万人
65 歳以上人口に対する比率	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※ここでいう「認知症高齢者数」は、「認知症高齢者の日常生活自立度」のうち、「自立度Ⅱ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態）」以上の状態をいう。
資料 厚生労働省 認知症高齢者の現状（平成 22 年）

2 高齢者を取り巻く状況

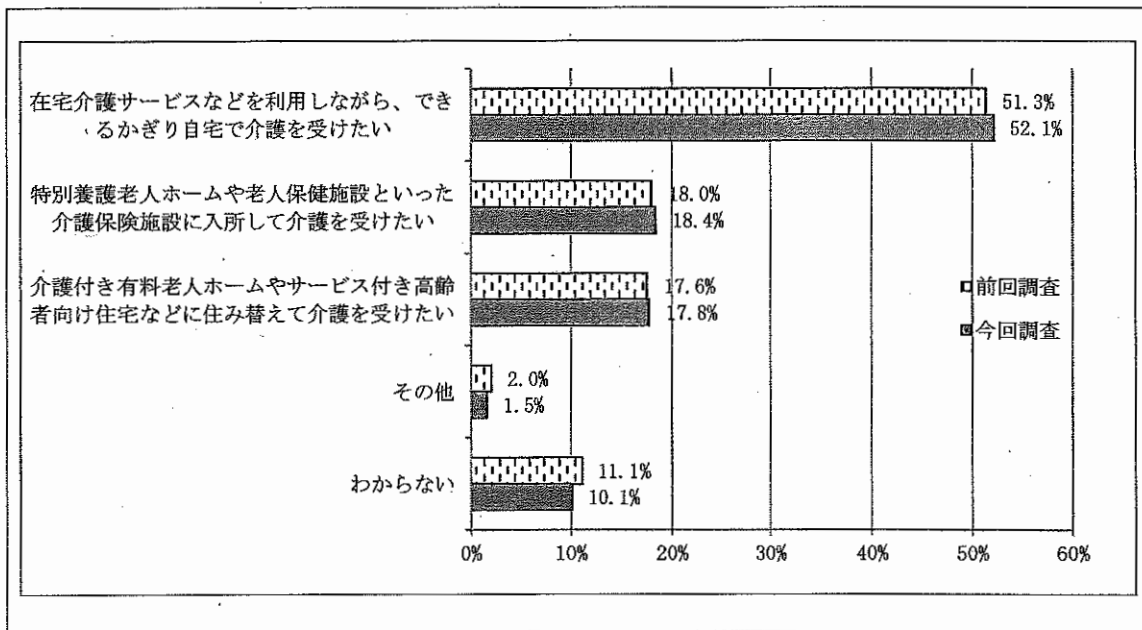
(1) 県民の介護に対する意識

- 平成 26 (2014) 年 7 月に e モニター (電子アンケート) 制度により、介護に関する意識調査を行いました。

(介護を受ける場所について)

- 「仮に介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思うか」尋ねたところ、「在宅介護サービスを利用しながら、できるかぎり自宅で介護を受けたい」と答えた方の割合が 52.1%、「特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設に入所して介護を受けたい」と答えた方の割合が 18.4%、「介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などに住み替えて介護を受けたい」と答えた方の割合が 17.8%となっています。前回の調査結果 (平成 20 (2008) 年 6 月) と比較してみると、大きな変化は見受けられません。

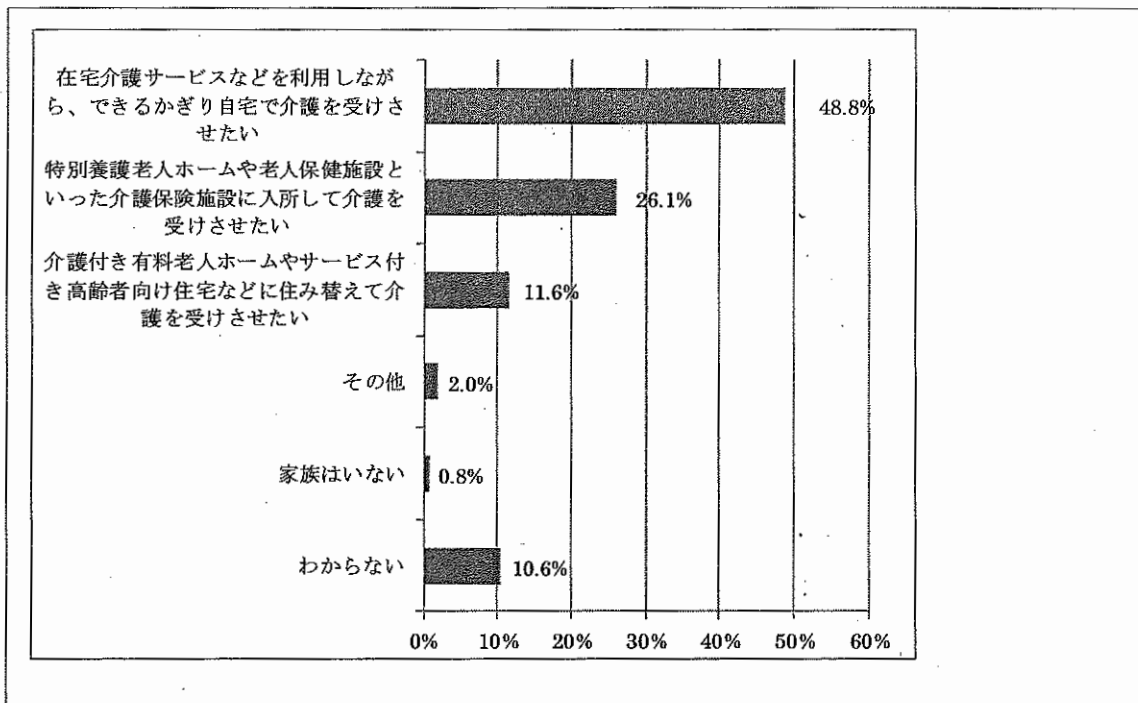
図 2-5 介護を受ける場所について



(介護を受けさせる場所について)

- また、「仮に家族に介護が必要となった場合に、どこで介護を受けさせたいと思うか」尋ねたところ、「在宅介護サービスを利用しながら、できるかぎり自宅で介護を受けさせたい」と答えた方の割合が 48.8%、「特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設に入所して介護を受けさせたい」と答えた方の割合が 26.1%、「介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などに住み替えて介護を受けさせたい」と答えた方の割合が 11.6%となっています。

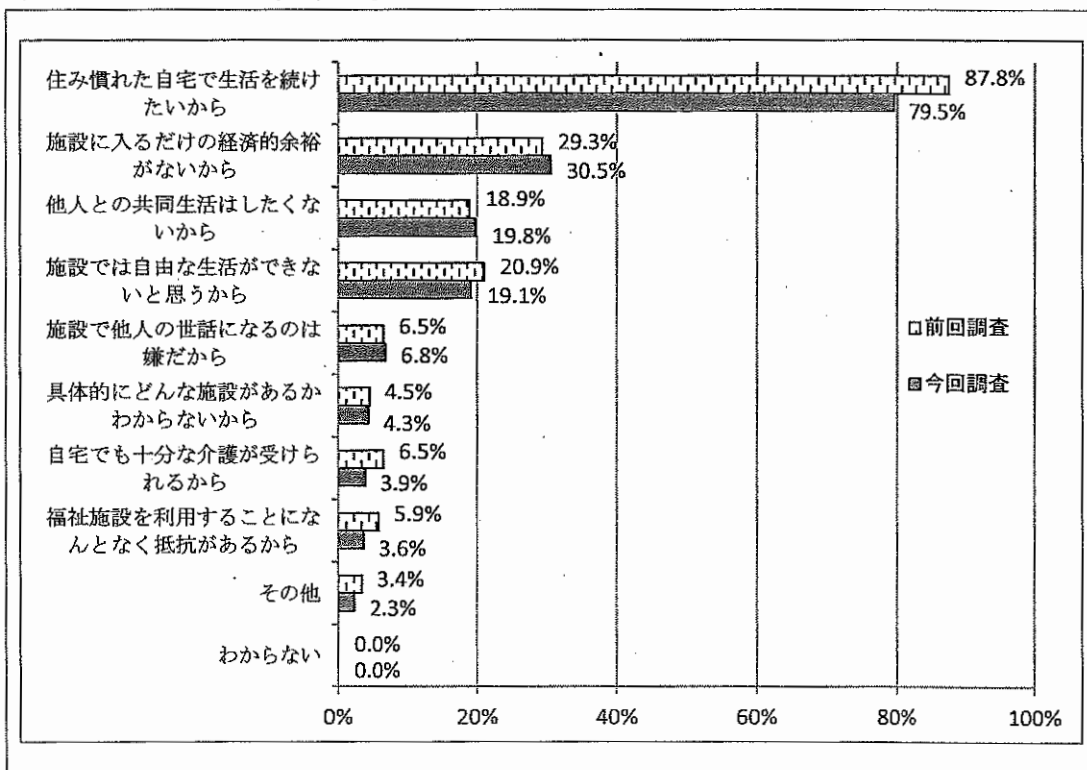
図 2-6 介護を受けさせる場所について



(自宅で介護を受けたい理由について)

- 「在宅介護サービスを利用しながら、できるかぎり自宅で介護を受けたい」と答えた方に、その理由を尋ねたところ、「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」と答えた方の割合が 79.5%と最も高く、以下、「施設に入るだけの経済的余裕がないから」(30.5%)、「他人と共同生活はしたくないから」(19.8%)、「施設では自由な生活ができないと思うから」(19.1%)などの順となっています(複数回答可)。

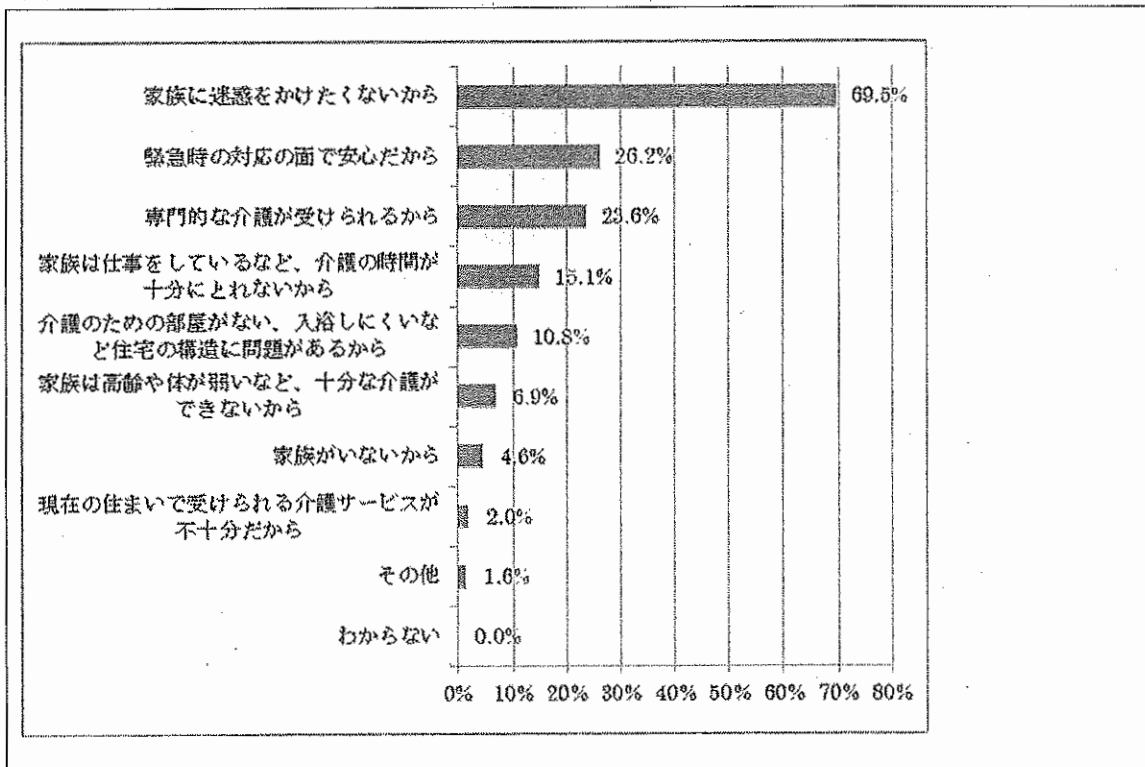
図 2-7 自宅で介護を受けたい理由について



(施設で介護を受けたい理由について)

- 一方、「特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険施設に入所して介護を受けたい」、「介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などに住み替えて介護を受けたい」と答えた方に、その理由を尋ねたところ、「家族に迷惑をかけたくないから」と答えた方の割合が69.5%と最も高く、以下、「緊急時の対応の面で安心だから」(26.2%)、「専門的な介護が受けられるから」(23.6%)などの順となっています(複数回答可)。

図2-8 施設で介護を受けたい理由について



(※) e-モニター

e-モニターとは、三重県が、各種の行政課題について、あらかじめ登録した県民の方を対象に行う、電子アンケートシステムです。アンケートの対象者は、三重県が、各市町の選挙人名簿から無作為抽出した候補者に対して募集を行い、これにご応募いただいた県民の方々です。

3 計画の考え方

(1) 市町と県の役割・連携

- 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おり、県は、市町等との役割分担をふまえて、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。
- 市町等が策定する第6期介護保険事業計画は、平成37(2025)年に向けて、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を継承しつつ、在宅医療・介護連携等の取組を本格化していくものです。そのために、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計して記載することとされています。
- また、第6期計画以降は「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴をふまえて中長期的な視点をもって方向性を提示することとなります。
- そのため、市町等への在宅医療・介護連携の推進や認知症施策、地域ケア会議の実施など地域包括ケアシステムの構築へ向けた取組への支援を行います。
- また、広域的観点からの介護給付等対象サービス及び地域支援事業の需要の把握、地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設への入所を必要とする高齢者の状況の把握、療養病床を有する医療機関の介護保険施設などへの転換の予定等に関する調査の実施、複数の市町による広域的取組に対する協力等により、市町における介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を支援します。
- さらに、介護給付等対象サービスを提供する事業者について、利用者から良質な事業者が選択されるようにするとともに、悪質な事業者には厳格に対応していくことが必要であることから、事業者の指導監督等については、保険者である市町と十分に連携をして対応していきます。
- 県としては、市町等の第6期介護保険事業計画等の策定にあたり、情報提供に努めるとともに、介護保険法第117条第9項および老人福祉法第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。

(2) 持続可能な社会保障制度

- 介護保険制度が直面する一つの大きな課題は、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。
- 介護費用については、全国で平成 12 (2000) 年度には 3.6 兆円であったものが平成 22 (2010) 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。
- また、三重県における介護給付費は、平成 25 (2013) 年度 1,370.1 億円となり前年に比べ 68.2 億円 (5.2%) の増加となり、今後も増加が見込まれます。なお、介護給付費の 12.5% 相当 (施設等給付費については 17.5%) を介護給付費県負担金として負担しており、平成 25 (2013) 年度は 198.4 億円を負担しています。

図 2-9 三重県の介護給付費の見込み

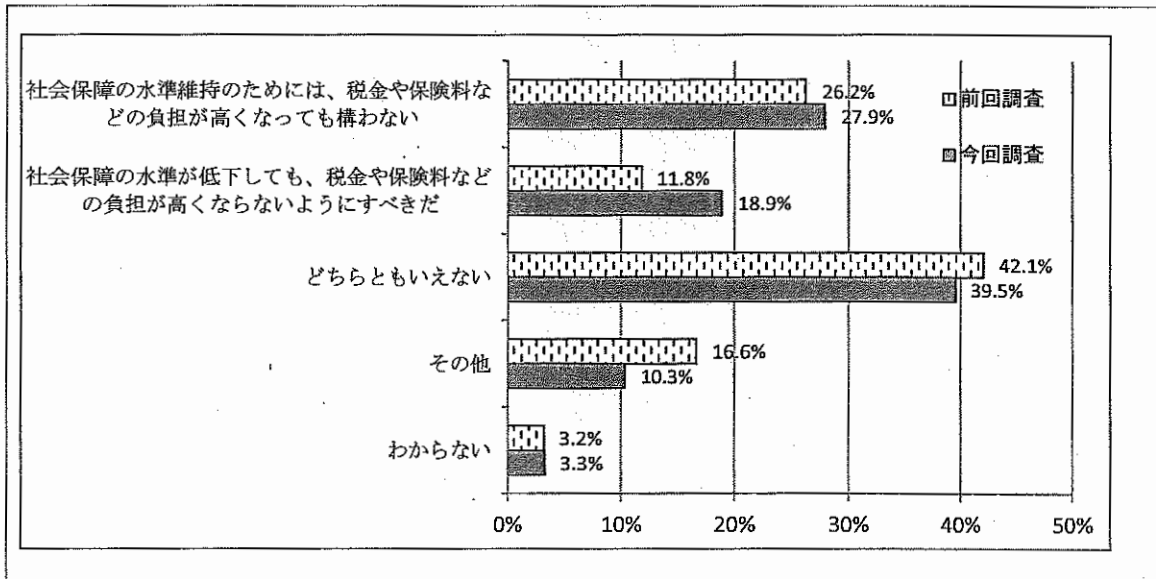
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
総給付費 (単位: 億円)	1,434	1,517	1,615	1,828	2,083

資料 市町・広域連合の介護保険ワークシートの報告数値

- 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え方などの事項を定めた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が平成 25 (2013) 年 12 月に成立しました。
- それを受けて「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 (医療介護総合確保推進法)」が平成 26 (2014) 年 6 月に成立し、介護保険法の改正が行われました。
- これにより、高齢化の更なる進展に伴い今後さらに介護費用の増加が見込まれる中で、制度の持続可能性を高めるために、費用負担の公平化が図られました。その中で、重点化・効率化のために、一定以上の所得者のある利用者の自己負担を引き上げ、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などが追加されました。一方で、低所得者の保険料軽減が拡充されました。
- 三重県が平成 26 (2014) 年 7 月に e-モニター (電子アンケート) 制度により「年金・医療・介護などの給付・サービス水準と負担の考え方について

て」尋ねたところ、「社会保障の水準維持のためには、税金や保険料などの負担が高くなっても構わない」と答えた方の割合が27.9%、「社会保障の水準維持が低下しても、税金や保険料などの負担が高くないようにすべきだ」と答えた方の割合が18.9%、「どちらともいえない」と答えた方の割合が39.5%となっています。前回の調査結果（平成20（2008）年6月）と比較してみると、「社会保障の水準維持が低下しても、税金や保険料などの負担が高くないようにすべきだ」（11.8%→18.9%）と答えた方の割合が上昇しています。

図2-10 給付と負担について



(3) 介護保険制度の改正

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づき、医療法と介護保険法の改正等を一括した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が平成 26（2014）年 6 月に成立しました。
- このうち、介護保険制度の改正については、平成 25（2013）年 12 月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえたものとなっています。

医療介護総合確保推進法の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効果的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

（地域介護施設整備促進法等関係）

1 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

（介護保険法関係）

1 地域包括ケアシステムの構築

①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ・在宅医療・介護連携の推進
- ・認知症施策の推進
- ・地域ケア会議の推進
- ・生活支援サービスの充実・強化

②全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

③特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護 3 以上に限定

2 費用負担の公平化

①低所得者の保険料軽減を拡充

②一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げ

③低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

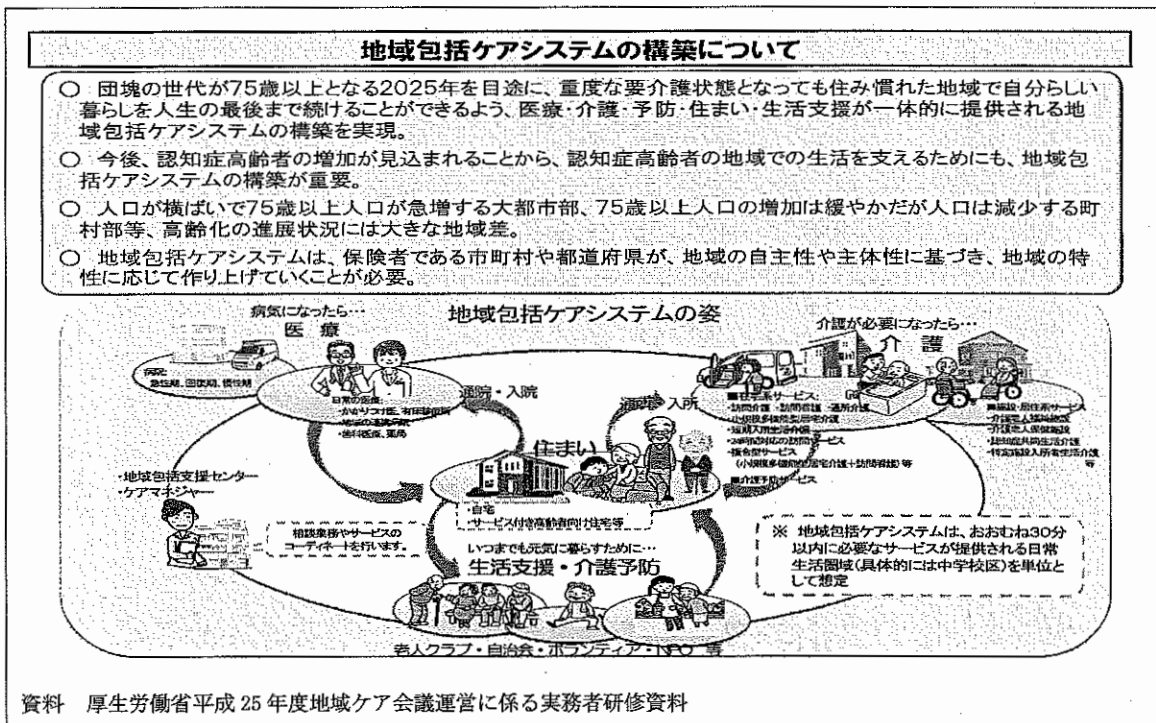
3 地域密着型通所介護の創設

4 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲

(4) 地域包括ケアシステムの構築

- 「地域包括ケアシステム」とは、団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制を言います。保険者である市町や県が3年ごとの介護保険事業(支援)計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していく必要があります。
- 平成24(2012)年施行の介護保険法改正により、第5条第3項に「国及び地方公共団体が地域包括ケアシステムの構築に努めなければならない」という規定が追加されました。また、平成26(2014)年施行の地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項に「地域包括ケアシステム」の定義が明記されました。

図2-11 地域包括ケアシステムの構築



- 地域包括ケアシステムの要素のうち「医療」については、在宅医療に取り組む医療施設、訪問看護ステーションの数が全国平均を下回っているほか、多職種連携が進んでいない地域があるなど、在宅医療の提供体制が十分に構築されていません。このため、三重県保健医療計画(第5次改訂)等に基づき、地域の実情に応じた在宅医療体制の整備を進めるとともに、多職種の顔の見える関係づくり等に取り組み、在宅医療・介護連携の推進を図っていく必要があります。

- 「介護」については、これまで特別養護老人ホームの整備を進めてきましたが、現在でも入所待機者が依然として多い状況です。また、在宅サービス事業所数は、概ね全国平均の水準に達していますが、訪問看護事業所がない市町もあり、必ずしも十分といえません。要介護高齢者の在宅生活を支える多様な介護サービスの提供体制を整備するとともに、在宅生活が困難となった場合は、施設サービスを受けられるよう特別養護老人ホーム等の施設整備を促進する必要があります。
- 「予防」については、これまですべての第1号被保険者やその支援者などを対象とする一次予防事業と、主として虚弱高齢者などを対象とする二次予防事業が行われてきました。多くの保険者では、健康教室などの通所型介護予防事業が行われていますが、必ずしも高齢者の参加率が高いとはいえません。今後、住民主体の運動教室など身近な場所での通いの場を充実させ、高齢者が参加しやすい環境を整える必要があります。
- 「住まい」については、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の整備が進んでいますが、地域的な偏在が見られます。今後、これらの住まいが地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保するとともに、入居者が安心して暮らすことができるよう、的確な指導監督を行う必要があります。
- 「生活支援」については、社会福祉法人等による配食サービスや介護保険事業所による介護保険外のサービスとして生活援助サービスが行われているところですが、今後、一人暮らし高齢者や認知症高齢者等が増加し、特に軽度者を中心に生活支援のニーズが高まることが予想されることから、NPO法人やボランティアなどさまざまな主体による生活支援サービスの提供体制を整える必要があります。
- これら、地域包括ケアシステムの要素である医療、介護、予防、住まい、生活支援のそれぞれのサービスが断片的ではなく、切れ目なく提供される体制づくりを進めていくことが重要です。
- また、増加する認知症高齢者に適切に対応するため、認知症の早期診断・早期対応に向けた医療提供体制を充実させるとともに、認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができるよう、地域における支援体制を充実させていく必要があります。

第3章

具体的な取組

1 介護サービス基盤の整備

(1) 在宅サービス

(現状と課題)

- 介護保険制度の創設以来、サービス受給者数、サービス給付費とも増加の一途をたどっており、今後もサービス利用のニーズは高まることが予想されます。また、介護や医療を必要とする状態になっても、住み慣れた自宅での介護や療養を希望する高齢者も多く、こうした高齢者のニーズにこたえるための基盤整備が求められています。要介護人口一人あたりの在宅サービス事業所数に関する県内の状況については、通所介護事業は、全国平均を上回っているほか、訪問介護、通所リハビリテーション等、他の在宅サービスについても、概ね全国平均の水準に達しています。このように、県内において、在宅サービス利用のための基盤整備は着実に進んできていると言えます。
- 介護保険制度は、在宅サービスについて多様な事業者の参入を認め、人員基準等を満たせば、サービス提供が可能となっていることから、事業者間の公正な競争を通じて、より良いサービスが利用者を選択され、全体としてサービスの質が高まることが期待されていると言えます。この仕組みが正常に機能するためには、事業者のサービスの質の確保・向上が必要不可欠です。
- このような状況から、引き続き事業所に対する監督・指導を充実し、サービスの質の確保・向上を図っていく必要があります。

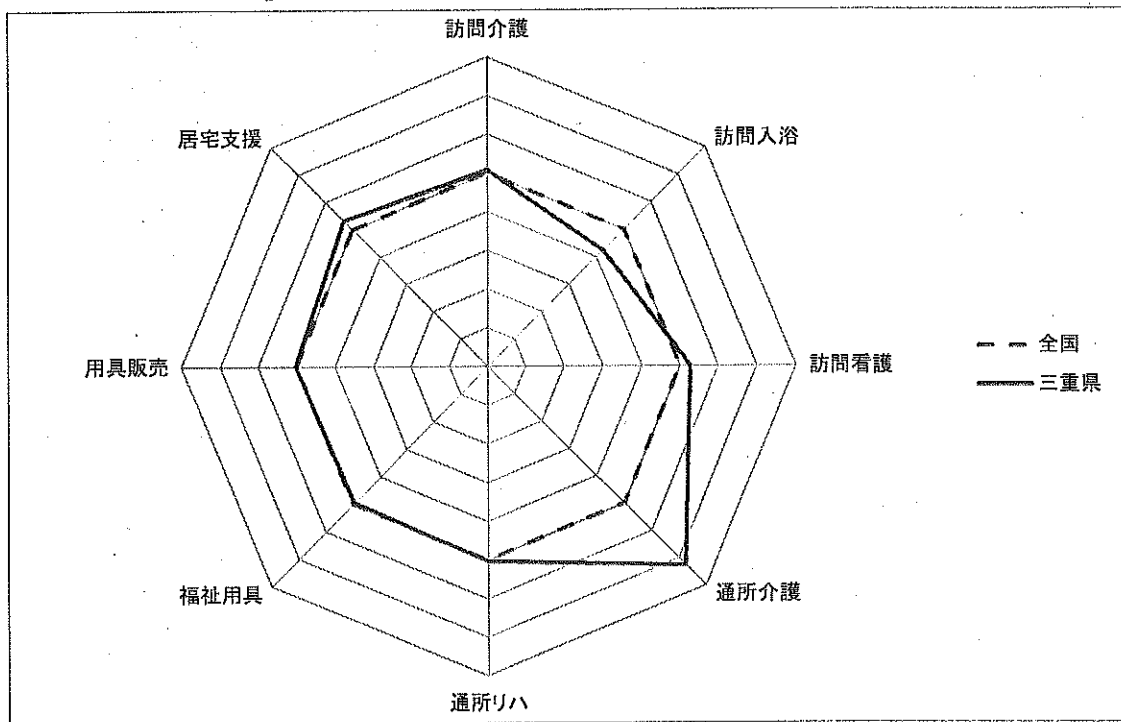
(医療系サービス)

- 医療ニーズの高い重度の要介護者の在宅生活を支えるためには、医療と介護の連携の強化を図ることが重要になります。三重県では、要介護人口一人当たりの訪問看護事業所数は、全国平均をやや上回っていますが、訪問看護事業所の無い市町も複数存在するなど、必ずしも十分と言えない状況にあります。医療ニーズの高まりが今後も予想される中で、医療系サービスの充実を引き続き図っていく必要があります。
- また、65歳以上高齢者10万人あたりの訪問看護ステーション常勤換算従事者数は、全国平均を下回り、開設しても人員不足等の理由で休止に追い込まれる訪問看護ステーションもあり、基盤整備のための検討が必要です。

(お泊りデイサービスへの対応)

- 通所介護事業所の設備を利用して介護保険制度外の宿泊サービスを提供している事業所（いわゆる「お泊りデイサービス」）について、泊りの環境が十分でない等の問題点が指摘されているものもあるため、利用者保護の観点から、平成 27(2015)年度の制度改正において、全国的に届出制の導入等が予定されているところです。

図 3-1-1 三重県における要介護人口 1 人あたり事業所数の全国値との比較



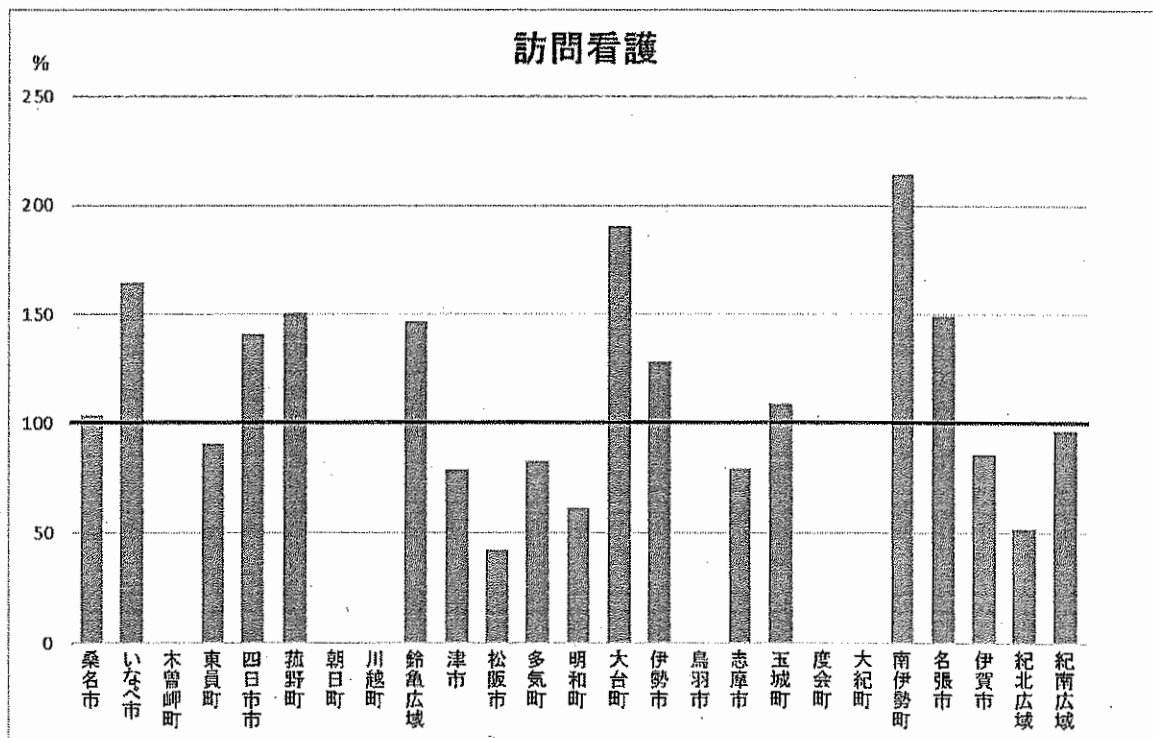
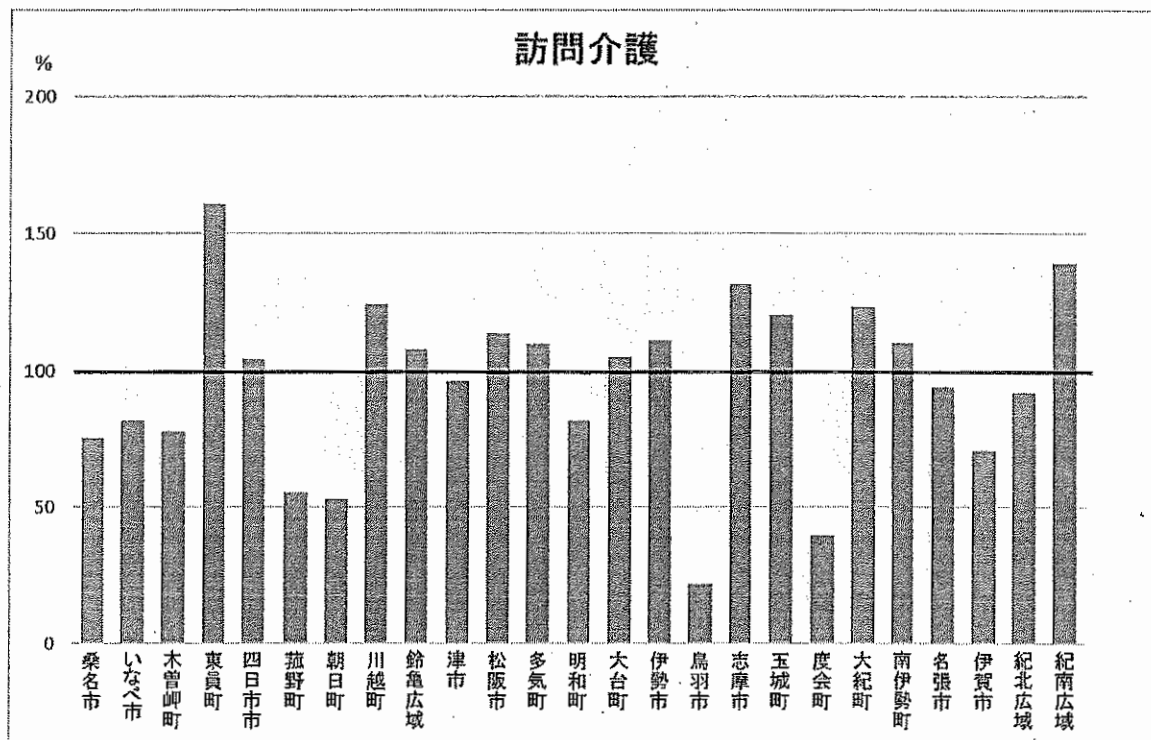
※ 「事業所数/要介護人口」の全国値を 1 とした場合の三重県の値

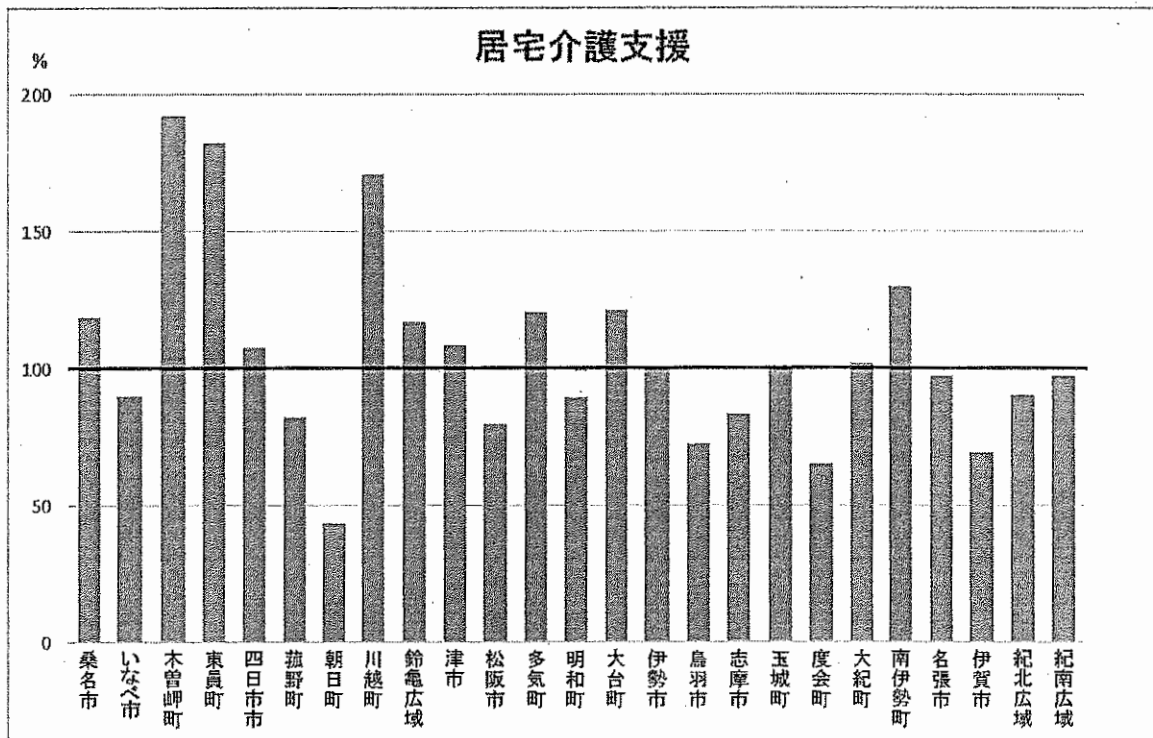
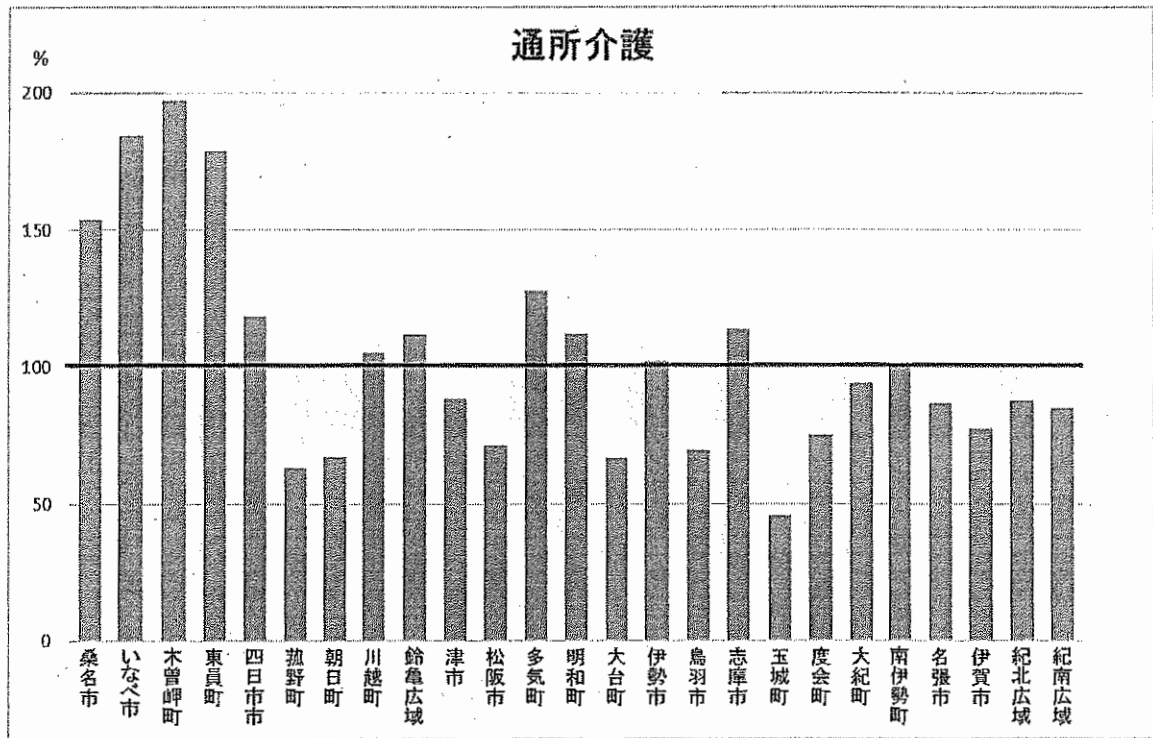
※ 全国の事業所数：「平成 24 年 介護サービス施設・事業所調査」より

三重県の事業所数：長寿介護課調べ

全国及び三重県の要介護人口：「介護保険事業状況報告月報」より

図3-1-2 市町等（保険者）における要介護人口1人あたり事業所数の三重県値との比較





※ 「事業所数/要介護人口」の三重県値を100%とした場合の各市町等の値

※ 事業所数：長寿介護課調べ

要介護人口：「介護保険事業状況報告月報」より

(県の取組)

- 事業者のサービスの質の確保・向上をはかるため、新規に指定を受けた事業者に対しては、介護保険制度の概要、各種届出等の手続、事故発生時の対応、サービス提供に当たっての留意事項等、基本事項の研修を毎月実施し、既に指定を受けている事業者に対しては、多岐にわたる介護保険法の各種基準の解釈や介護報酬の算定方法について地域別に集団指導を実施するなど、事業所のレベルアップを図っていきます。また、人員基準等や介護報酬について事業者自身が日常的に自己点検できる「チェックシート」を提供していきます。
- 指定更新時には、更新申請手続等の説明会と併せ、管理者等を対象として人員基準等の再確認及び法令遵守の徹底を行うこと等を目的とする研修を実施します。
- さらに、事業者への情報提供を充実させるため、県ホームページで事業者向け情報を公表し、随時更新するとともに、メール配信システムの活用により、迅速かつ確実に必要な情報を登録事業所に配信していきます。
- 訪問看護事業につきましては、医療系サービスの基盤整備の一環としてサテライト事業所の普及を積極的に促進していくため、設置できる要件を緩和します。
- 訪問看護事業所が安定してサービスを提供していけるよう、事業所が抱える問題点等について実態調査を行い、現状に即した対応策を検討、実施していきます。
- 「お泊りデイサービス」については、届出制の導入、事故報告の仕組みを構築するとともに、情報公表が推進される予定であるので、事業所の質の確保・向上を図る観点から、着実に実施していきます。

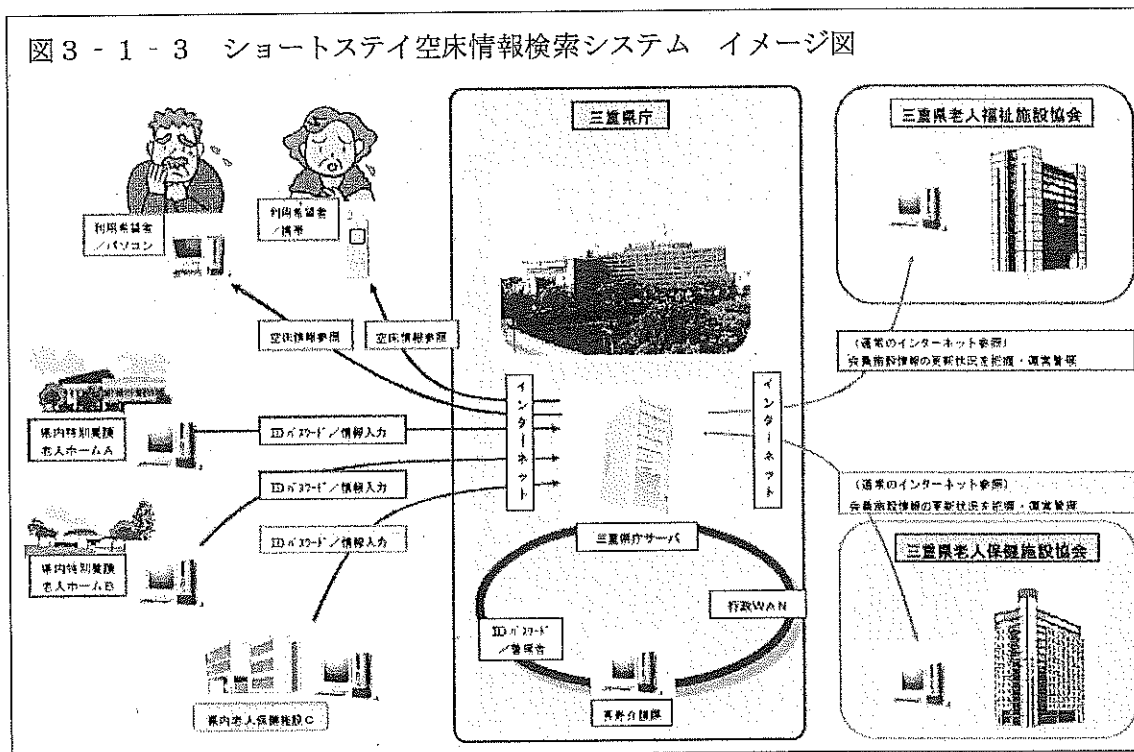
(2) 短期入所サービス

(現状と課題)

- 短期入所サービス（短期入所生活介護、短期入所療養介護）は、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を営むことができるよう、自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持回復を図るとともに、家族の身体的・精神的な介護負担を軽減するといった重要な役割（レスパイトケア）を担っています。
- 要介護者等が地域や自宅での生活を継続していくためには、介護者の負担軽減は大きな課題の一つとなっています。介護を担っている家族が病気やけが、冠婚葬祭などの事由のほか、介護疲れから一時的に解放され、休息をとるために短期入所サービスを利用することで、心身疲労や共倒れを防ぐとともに、要介護者等も気分転換や家族の介護を客観的に見ることができるといったメリットがあります。
- 平成 26（2014）年 11 月 1 日現在、県内の短期入所生活介護事業所は 187 事業所 3206 床（空床利用を除く。）、短期入所療養介護事業所は 85 事業所（すべて空床利用。）あります。
- しかしながら、どの施設に空きがあるのか分からない、数か月前には予約が埋まっていて緊急時に利用ができない、医療依存度が高いなどの理由で受け入れてもらえない、特別養護老人ホームの入所待ちの場として長期間利用しているなどの問題点も指摘されています。
- 県では、事業者が自ら空き状況を入力することで、広く空床情報を提供できる「ショートステイ空床情報検索システム」を平成 19（2007）年から稼働させていますが、最新の情報が入力されていないことなどから、効果的に活用されていない状況も見受けられます。

(県の取組)

- 医療や認知症への対応など多様な利用者のニーズに応えるためには、看護職員や機能訓練指導員等の人員配置を手厚くするほか、機能的かつ十分な設備を有する必要があることから、短期入所サービスを提供する事業者に対し、より望ましい施設整備及び運営について個別の相談や指導等を行います。
- 「ショートステイ空床情報検索システム」の運用について、事業者及び利用者双方が有効に活用できるよう、未参加の事業者に参加を促すとともに、常に最新の空き状況を入力するよう働きかけていきます。
- 短期入所サービスを長期間継続して利用している方がいる事業所に対しては、利用者及び家族の意向を十分にふまえたうえで、居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業者とも連携し、適切な居宅サービス又は施設サービスが提供されるための必要な支援が行えるよう助言します。



(3) 地域密着型サービス

(現状と課題)

- 地域密着型サービスは、認知症高齢者や中重度の要介護者、ひとり暮らしの高齢者が、住み慣れた地域で今までの生活が維持できるようにサポートするサービスとして平成 18 (2006) 年に創設されました。原則として所在市町の住民のみが利用できるサービスで、保険者が指定・指導監督の権限を持ち、国の基準の範囲内で独自の介護報酬が設定できます。地域の特性に応じた多様で柔軟なサービスの提供を円滑に受けることができるよう、基盤整備を進める必要があります。
- 地域密着型サービスの整備については、国から市町に交付される「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」制度により施設整備が行われてきましたが、平成 21 (2012) 年度からは新たに創設された「介護基盤緊急整備等臨時特例交付金」を活用した「介護基盤緊急整備等特別対策事業補助金」により整備が行われ、第 5 期介護保険事業支援計画期間 (平成 24 (2012) 年度～平成 26 (2014) 年度) も、この補助金により整備を進めてきたところです。

図 3-1-4 補助金を活用した地域密着型サービス事業所等整備の状況 (第 5 期)

小規模特別養護老人ホーム	5 施設 (116 床)	認知症対応型デイサービスセンター	2 施設
小規模老人介護保健施設	1 施設 (29 床)	定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	2 施設
認知症高齢者グループホーム	17 施設 (171 床)	複合型サービス事業所	3 施設
小規模多機能型居宅介護事業所	8 施設	介護予防拠点	1 施設
三重県長寿介護課作成			

- また、施設の開所を円滑にするために、「介護職員処遇改善等臨時特例交付金」を活用した「施設開設準備経費助成等特別対策事業補助金」により事業の立ち上げの初年度に必要な設備整備費等にかかる支援を行ってきたところです。

- 平成 24 (2012) 年より新たに創設された地域密着型サービスの設置状況については、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が県内で4件、「複合型サービス」は県内で2件 (いずれも平成 26 (2014) 年 12 月末時点) となっており、さらなる普及を図ることが必要です。

(小規模型通所介護の地域密着型サービス等への移行)

- 小規模型の通所介護事業については、平成 27 (2015) 年度の制度改正において、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、また、経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護 (大規模型・通常規模型) や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行がそれぞれ予定されています。

(県の取組)

- 平成 27 (2015) 年度から、地域医療介護総合確保基金 (介護分) が創設されることから、この基金を活用した「介護サービス施設・設備整備推進事業補助金」により、地域密着型特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム等の地域密着型サービスの施設整備及び設備整備に対して、支援を行います。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」の普及に向けて、先進事例を調査研究し、市町及び社会福祉法人等に対し研修会を開催する等、積極的に情報提供するとともに、これらのサービスの実施にあたっては、市町からの要請に基づいて、競合する居宅サービス事業所の指定について制限することも可能であり、平成 26 (2014) 年度に実施した事例もあることから、今後とも市町からの要請をふまえて支援していきます。
- また、市町ごとの独自報酬設定権などを活用したサービス体制の整備を支援します。
- 平成 27 (2015) 年度の制度改正にともなう小規模型通所介護事業の移行については、市町と連携を図りながら、円滑な移行が行えるよう支援していきます。

(4) 特別養護老人ホーム

(現状と課題)

- 施設サービスを必要とする方が円滑に介護保険施設を利用できるよう、市町と連携して重点的に特別養護老人ホーム等の整備を進めています。
- 第5期介護保険事業支援計画においては、期間中の3カ年で広域型の特別養護老人ホーム1,389床、地域密着型の特別養護老人ホーム120床の整備を行い、広域型の特別養護老人ホームは8,587床、地域密着型の特別養護老人ホームは858床となり、合わせて特別養護老人ホームの定員数は9,445床となっています。
- 平成25(2013)年9月1日現在、特別養護老人ホームへの入所申込者は、県全体で10,116人、このうち重度で在宅の待機者は1,805人となっており、特別養護老人ホームへの入所を希望しても、すぐには入所できない状況にあります。
- このような状況のもと、今般の法改正において特別養護老人ホームについては、限られた資源の中で、より入所の必要性の高い方が入所しやすくなるよう、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての重点化を図るため、平成27(2015)年4月1日以降、新たに入所する方については、原則として要介護3以上に限定することとされたところです。
- 県では、これまでも施設サービスを受ける必要性が高い入所申込者を優先的に入所できるようにするため、市町・三重県老人福祉施設協会等との協働で「三重県特別養護老人ホーム入所基準策定指針」を定め、各施設における入所決定に際しての適正化を図っています。
- 施設サービスを必要とする入所待機者が円滑に入所できるようするためには、施設整備を着実に推進していくとともに、指針に沿った適切な入所決定が行われることが必要です。

図3-1-5 特別養護老人ホームの整備数の推移

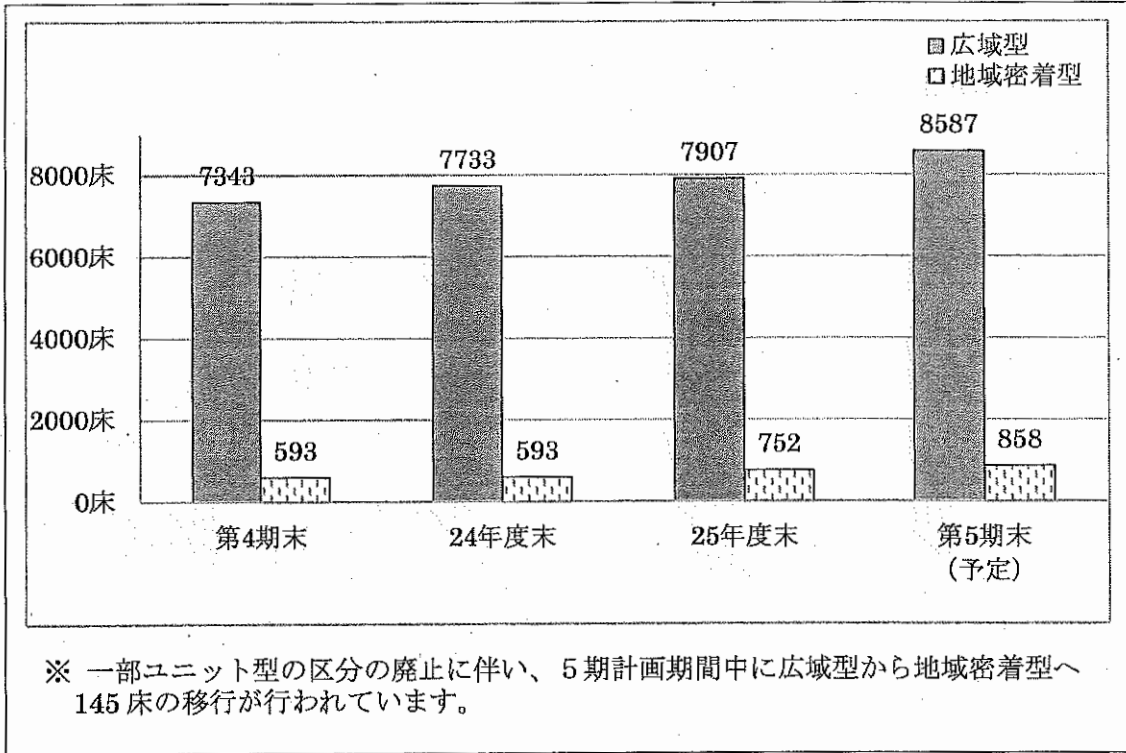


図3-1-6 第5期計画期間中の施設整備の状況

【広域型特養】								
圏域	平成24年度		平成25年度		平成26年度		3カ年の合計	
	計画数	実績数	計画数	実績数	計画数	選定数	計画数	実績・選定数
北勢	190	180	100	70	170	180	460	430
中勢伊賀	130	130	160	152	150	60	440	342
南勢志摩	220	190	250	135	200	160	670	485
東紀州	50	50	100	82	0	0	150	132
県計	590	550	610	439	520	400	1720	1389

【地域密着型特養】								
圏域	平成24年度		平成25年度		平成26年度		3カ年の合計	
	計画数	実績数	計画数	実績数	計画数	整備数	計画数	実績・整備数
北勢	0	0	87	87	0	0	87	87
中勢伊賀	0	0	0	0	0	0	0	0
南勢志摩	0	0	29	4	29	29	58	33
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	0
県計	0	0	116	91	29	29	145	120

(県の取組)

- 広域型の特別養護老人ホームについては、施設サービスを必要とする高齢者が円滑に入所できるよう、市町の介護保険事業計画における利用見込をふまえて、市町が整備・指定を行う 29 人以下の小規模特別養護老人ホーム（地域密着型介護老人福祉施設）の整備と併せて計画的に整備を進めます。
- 広域型の特別養護老人ホームの施設整備（創設・増築）に対して、「老人保健福祉施設整備費補助金」により支援を行います。
- 施設サービスを受ける必要性が高い入所申込者が優先的に入所できるよう、引き続き、各施設に対して、「三重県特別養護老人ホーム入所基準策定指針」に基づく入所基準の適正運用を働きかけていきます。

(5) 介護老人保健施設

(現状と課題)

- 介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰をめざすとともに、地域において自立した在宅生活が継続できるよう、在宅復帰支援と在宅生活支援という重要な役割を担う介護老人保健施設の整備を進めています。
- 第5期介護保険事業支援計画においては、期間中の3ヵ年で389床の整備を行い、介護老人保健施設の定員数は6,683床となっています。
- 介護老人保健施設は、医療、看護、介護、リハビリテーションといった多様なサービスを総合的に提供することができることから、地域包括ケアシステムにおいても、中核的な役割を担うことが期待されています。
- 高齢者が必要とされる施設サービスを適切に受けられ、とりわけ、医療依存度が高い高齢者を適切に支援していくためには、特別養護老人ホームとともに、医療や看護、リハビリ等の専門性を有する介護老人保健施設をバランスよく整備していくことが必要です。

図3-1-7 介護老人保健施設の整備数の推移

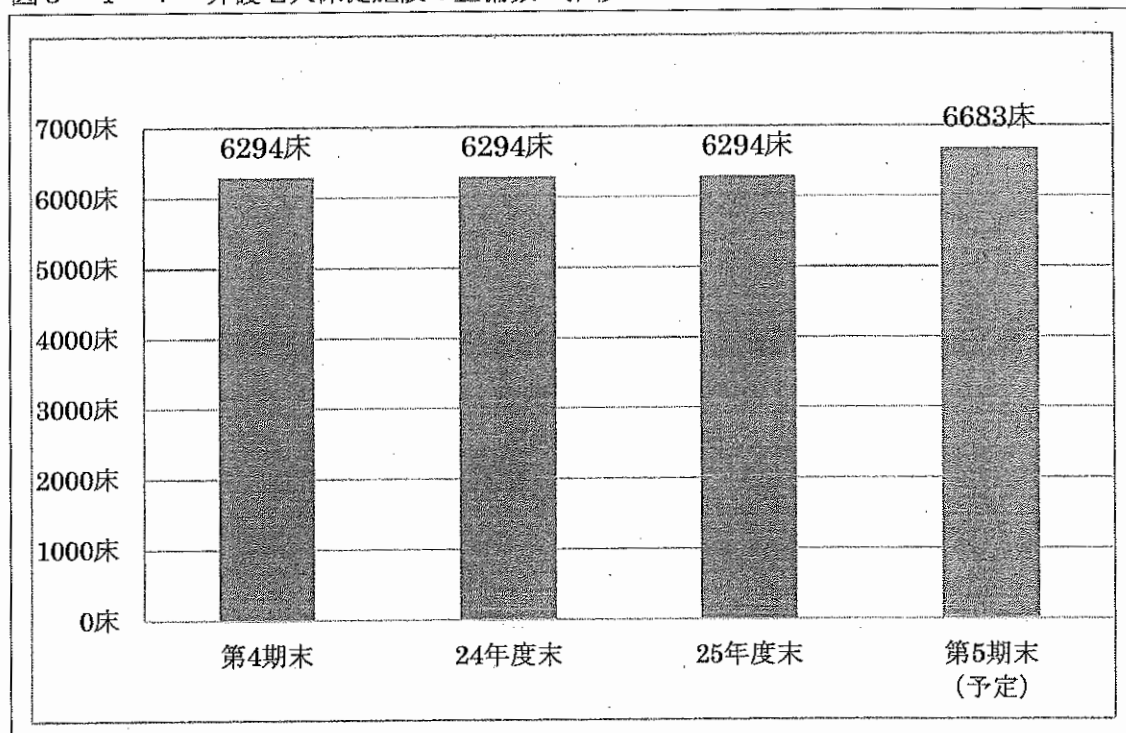


図3-1-8 第5期計画期間中の施設整備の状況

【介護老人保健施設】

圏域	平成24年度		平成25年度		平成26年度		3カ年の合計	
	計画数	実績数	計画数	実績数	計画数	選定数	計画数	実績・選定数
北勢	0	0	200	0	140	129	340	129
中勢伊賀	0	0	70	0	160	160	230	160
南勢志摩	0	0	110	0	130	100	240	100
東紀州	0	0	30	0	0	0	30	0
県計	0	0	410	0	430	389	840	389

(県の取組)

- 必要な施設サービスを地域において適切に受けられるよう、市町の介護保険事業計画における利用見込をふまえつつ、地域の実情に応じた介護老人保健施設の施設整備を進めます。
- 介護老人保健施設（定員 30 人以上）の施設整備（創設）に対して、「老人保健福祉施設整備費補助金」により支援を行います。
- 地域包括ケアシステムにおいて、介護老人保健施設が在宅復帰支援施設としての機能を発揮できるよう、「在宅強化型老人保健施設」の要件を満たすことや介護報酬上の「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」を活用した機能強化を働きかけていきます。

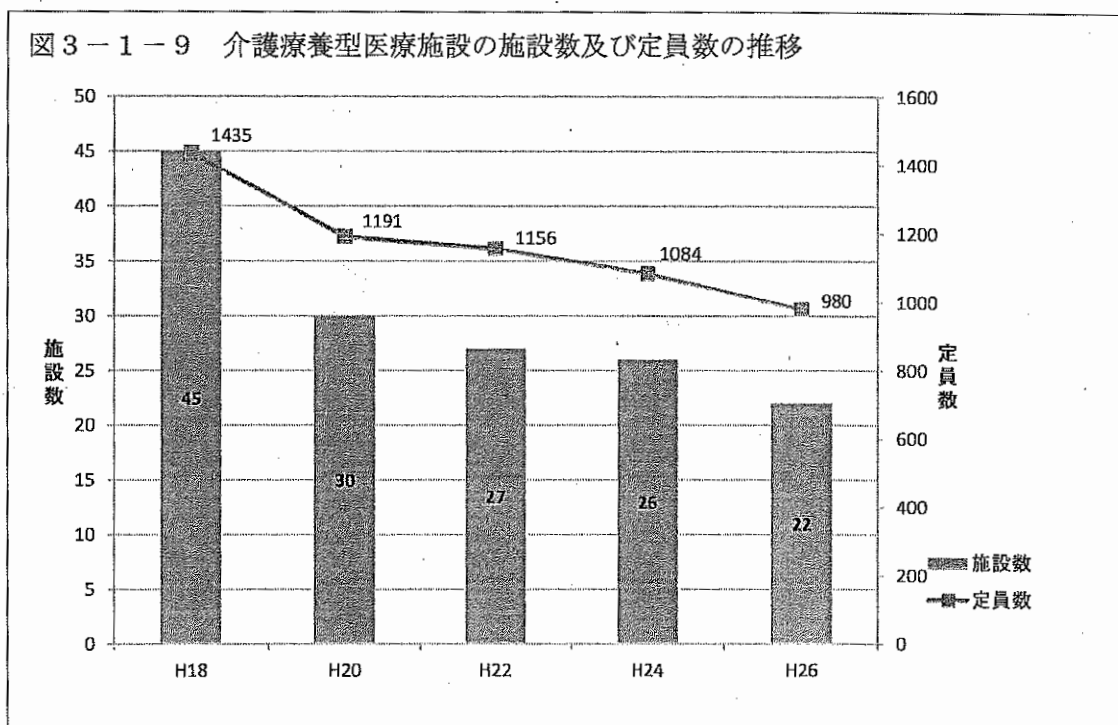
(6) 介護療養型医療施設

(現状と課題)

- 介護療養型医療施設とは、療養病床等を有する病院・診療所の介護保険適用部分に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練等の必要な医療を行うことを目的とする施設です。
- 平成 18 (2006) 年に、「主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを」の考え方のもと、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る療養病床の再編政策が示されました。
- これにより、平成 23 (2011) 年度末までに介護療養型医療施設は廃止し、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換されることとなっていました。転換が進んでいない現状を踏まえ、6年間転換期限が延長されています。
- 療養病床の再編は、医療機関の経営判断により進められるものであることから、本県においては、医療機関からの相談対応及び転換支援措置の情報提供等を行い、転換意向を持つ医療機関が円滑に転換できるよう支援しており、これまで3施設が老人保健施設等へ転換しています。
- 平成 26 (2014) 年 10 月の転換意向アンケート調査によると、22 施設 980 床の転換意向は、医療療養病床 19 床、一般病床 10 床、老人保健施設 30 床、未定 921 床となっています。

(県の取組)

- 引き続き、医療担当課と連携しながら、転換を希望する医療機関に対する相談窓口を設置し、随時、個別相談に応じることにより円滑な転換を支援します。
- 療養病床の転換にあたっては、主として医療の必要性の高い方を老人保健施設で受け止めることができるよう介護療養型老人保健施設が創設されているほか、老人保健施設に転換する場合の施設基準の緩和や転換に伴う費用負担軽減のための措置などが講じられており、医療機関に対してこれらの情報提供を行っていきます。

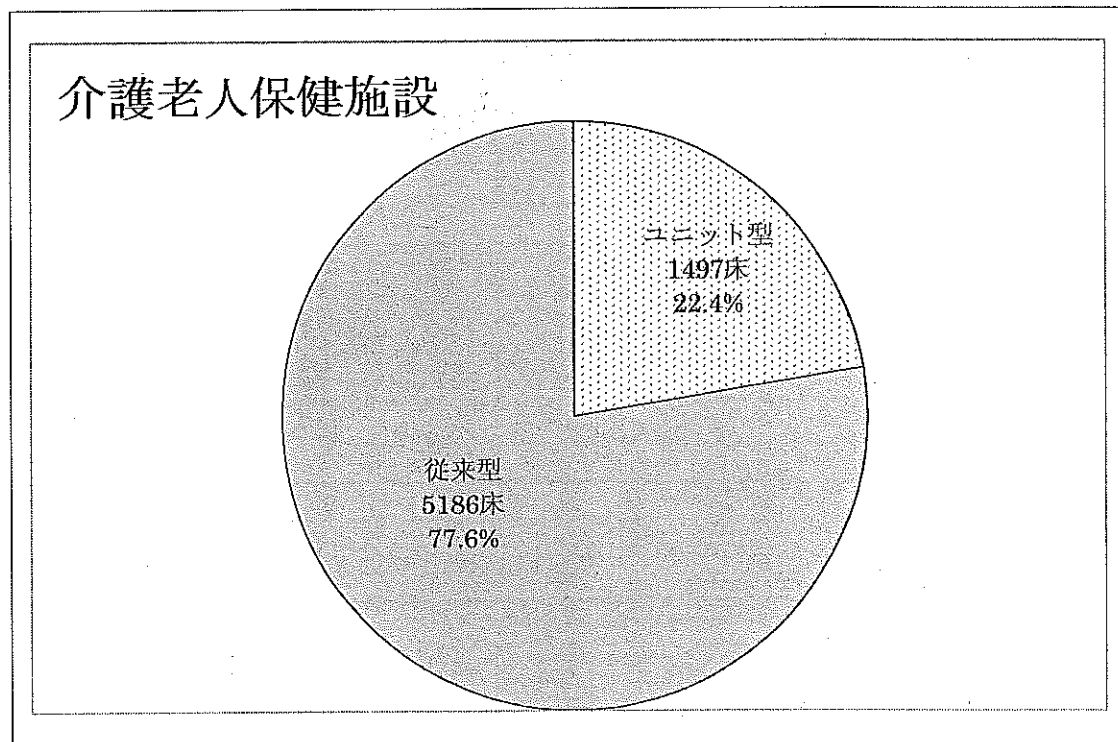
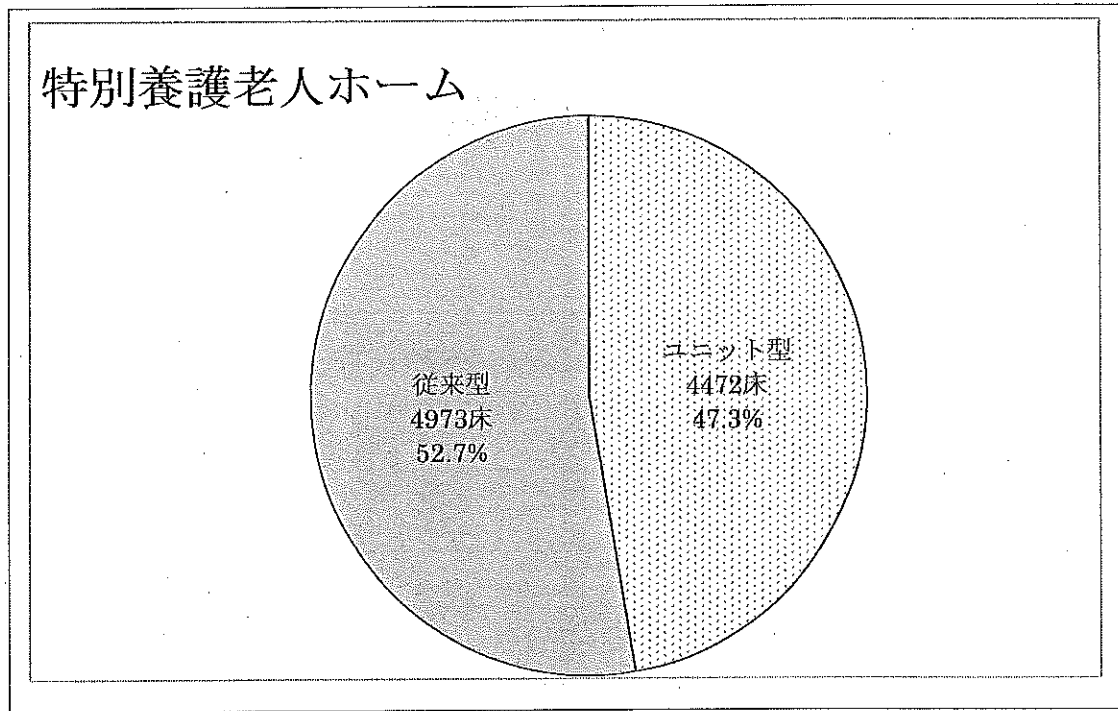


(7) 個室ユニット化の推進

(現状と課題)

- 「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」(平成 18(2006)年厚生労働省告示第 314 号)においては、平成 37(2025)年度の介護保険施設(地域密着型を含む。)の入所定員の 50%以上(このうち、特別養護老人ホーム(地域密着型を含む。)については 70%以上)をユニット型施設とすることを目標としています。
- 介護保険施設における個室ユニット化を推進していくため、特別養護老人ホーム(広域型)及び介護老人保健施設の整備にあたっては、ユニット型施設の整備を基本としてきたところです。
- また、介護基盤緊急整備等特別対策事業補助金を活用し、従来型施設のユニット化への改修を進めてきました。
- この結果、県内の介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設)におけるユニット型施設の割合は 37.0%(このうち、特別養護老人ホーム(地域密着型を含む。)におけるユニット型施設の割合は 47.3%)となっています。
- 一方で、入所費用の負担軽減のため従来型施設を希望する方も多いことから、従来型施設についても一定数確保していく必要があります。

図3-1-10 ユニット型施設の整備率



(県の取組)

- 利用者一人ひとりの個性や生活のリズムを尊重したユニットケアを推進するため、特別養護老人ホーム(広域型)及び介護老人保健施設の整備については、基本的にユニット型施設の整備とします。

- ただし、従来型施設への入所希望が多いことやユニット型施設の整備状況を勘案し、一部については、地域の実情に応じて、市町の意見を聞いたうえで従来型施設を整備することも可能とします。

2 在宅医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療

(現状と課題)

- 平成 25 (2013) 年度から 5 か年の三重県保健医療計画 (第 5 次改訂) では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病の 4 疾病ならびに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療および小児医療 (小児救急医療を含む。) の 5 事業に加えて、新たに在宅医療についても、達成すべき目標、医療連携体制等を明記し、その体制整備を図っていくこととしています。
- 平成 26 (2014) 年 6 月の医療介護総合確保推進法の成立を受け、本県では、平成 27 (2015) 年度に、三重県保健医療計画 (第 5 次改訂) の一部となる地域医療構想 (ビジョン) の策定に着手します。地域医療構想 (ビジョン) では、在宅医療・地域包括ケアシステムについて、市町ごとに平成 37 (2025) 年の必要量を提示することが国において検討されています。
- 平成 26 (2014) 年に本県が実施した e モニター (電子アンケート) では、「病气やけがで長期の療養が必要となった場合、主にどこで療養したいか」の問いに対して、「自宅で療養して必要になれば医療機関に入院したい」と回答した人が半数以上の 54.5% でした。
- 本県の人口 10 万人あたりの在宅療養支援病院および在宅療養支援診療所の届出数や、訪問看護ステーション数等は、全国平均を下回っています。また、平成 24 (2012) 年に県医師会および本県が実施した在宅医療アンケート調査によると、在宅医療を実施している病院・診療所数は、市町間でばらつきがあります。
- 医療・介護関係者等の多職種をリードし、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすよう、医師等の医療従事者の在宅医療参入を促進する必要があります。また、サービスを選択し利用する側である地域住民の在宅医療に対する理解を深める取組も必要です。
- 高齢者や障がい者等に対する在宅歯科医療、歯科医療機関や介護保険施設などでの口腔ケアの充実が求められているものの、在宅歯科診療を実施してい

る歯科医療機関の情報不足や、対応できる歯科医療職の技術の向上等が課題
 となっています。

図3-2-1 在宅療養支援施設数・病床数

(単位：か所、床)

	区分	施設数	人口10万人 あたり施設数	病床数	人口10万人 あたり病床数
在宅療養支援診療所	全国	13,012	10.3	32,197	25.4
	三重県	150	8.2	353	19.2
在宅療養支援病院	全国	481	0.4	49,398	39.0
	三重県	5	0.3	372	20.2
在宅療養支援歯科診療所	全国	4,056	3.2		
	三重県	62	3.4		

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成24年1月現在）

図3-2-2 訪問看護ステーション数

(単位：か所)

	区分	事業所数	人口10万人あたり 施設数
訪問看護ステーション	全国	7,910	6.25
	三重県	111	6.04

出典：厚生労働省「平成23年度 介護給付費実態調査報告」

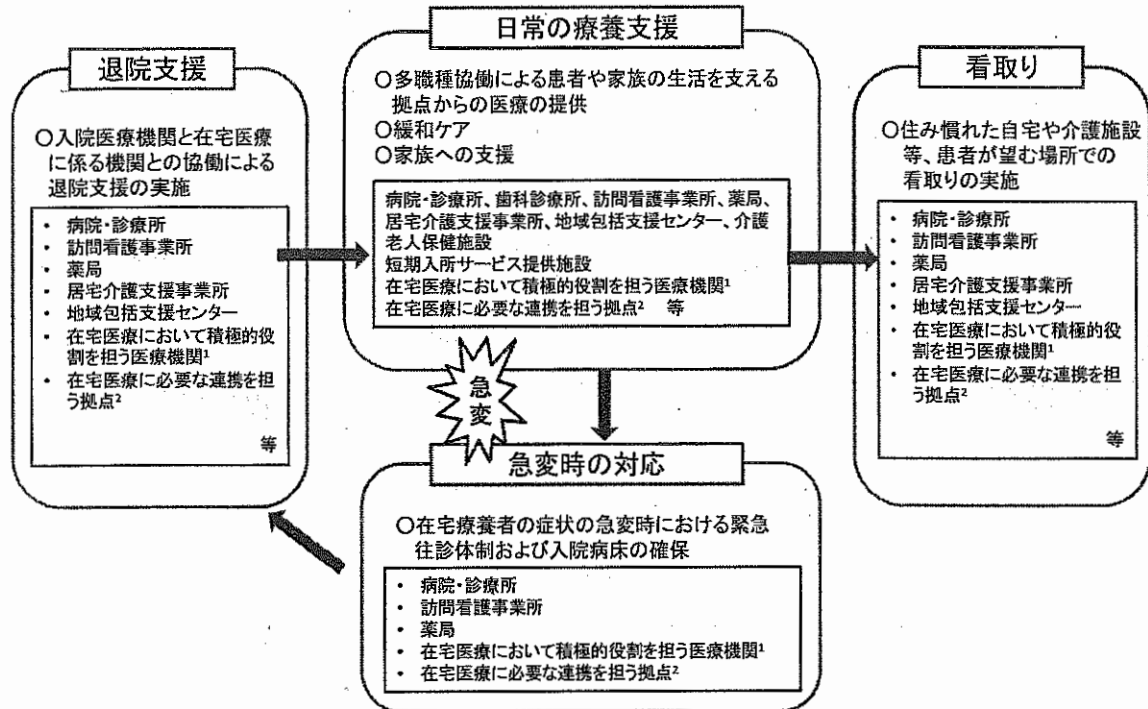
- 訪問看護ステーションにおいて、医療的ケアが必要な重度の利用者を対象に算定する次の加算を県に届け出ている事業所の割合は、いずれの加算も約6割になります。

加算名	算定要件
緊急時訪問看護加算	利用者又はその家族から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時（24時間）対応できる体制にあること。
特別管理加算	医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理等に該当し、特別な管理が必要な状態にある利用者に対して訪問看護を行う場合。
ターミナル加算	末期の悪性腫瘍等によりターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問看護ができる体制にあること。

(県の取組)

- 地域医療構想（ビジョン）の策定に際しては、在宅医療・地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を果たす市町と十分な協議を行うとともに、郡市医師会等の医療関係者、地域包括支援センター等の介護関係者とも必要な意見調整を実施し、それぞれの地域にふさわしい医療・介護提供体制の構築をめざします。
- 身近な地域で在宅医療を受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の増加をめざします。
- 在宅医療に対する医師の意識改革を進めるため、医師を対象とした在宅医療参入の動機づけ研修や、多職種をリードしていくための研修会、在宅医療実施に向けた研修会等を実施します。
- 多様化する在宅医療ニーズをふまえ、質の高い在宅医療を提供するため、訪問看護や訪問リハビリテーション、終末期緩和ケア等を担う人材の育成を図ります。
- 県民の在宅医療に対する理解を深めるため、地域の実情に応じた在宅医療・在宅看取りの普及啓発を行います。
- 高齢者・障がい者等の在宅医療の充実を図るため、医科、歯科、介護関係者と連携し、在宅歯科医療、口腔ケアの充実に向けた体制整備を行います。
- 訪問看護ステーションにおいて、医療的ケアが必要な重度の利用者に対するサービスを充実させるため、各種加算制度の普及促進を図る必要があることから、研修会等において制度の周知を図ってまいります。

図3-2-3 在宅医療のイメージ図



出典：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」

¹ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所をいいます。

² 地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、地域の医療・介護関係者による協議の開催、医療・介護関係機関の連携促進、在宅医療に関する人材育成や普及啓発等を実施する拠点をいい、標準的な規模の市町村の人口（7～10万人程度）につき、1か所程度を目途に設けられることが想定されています。

(2) 医療連携

(現状と課題)

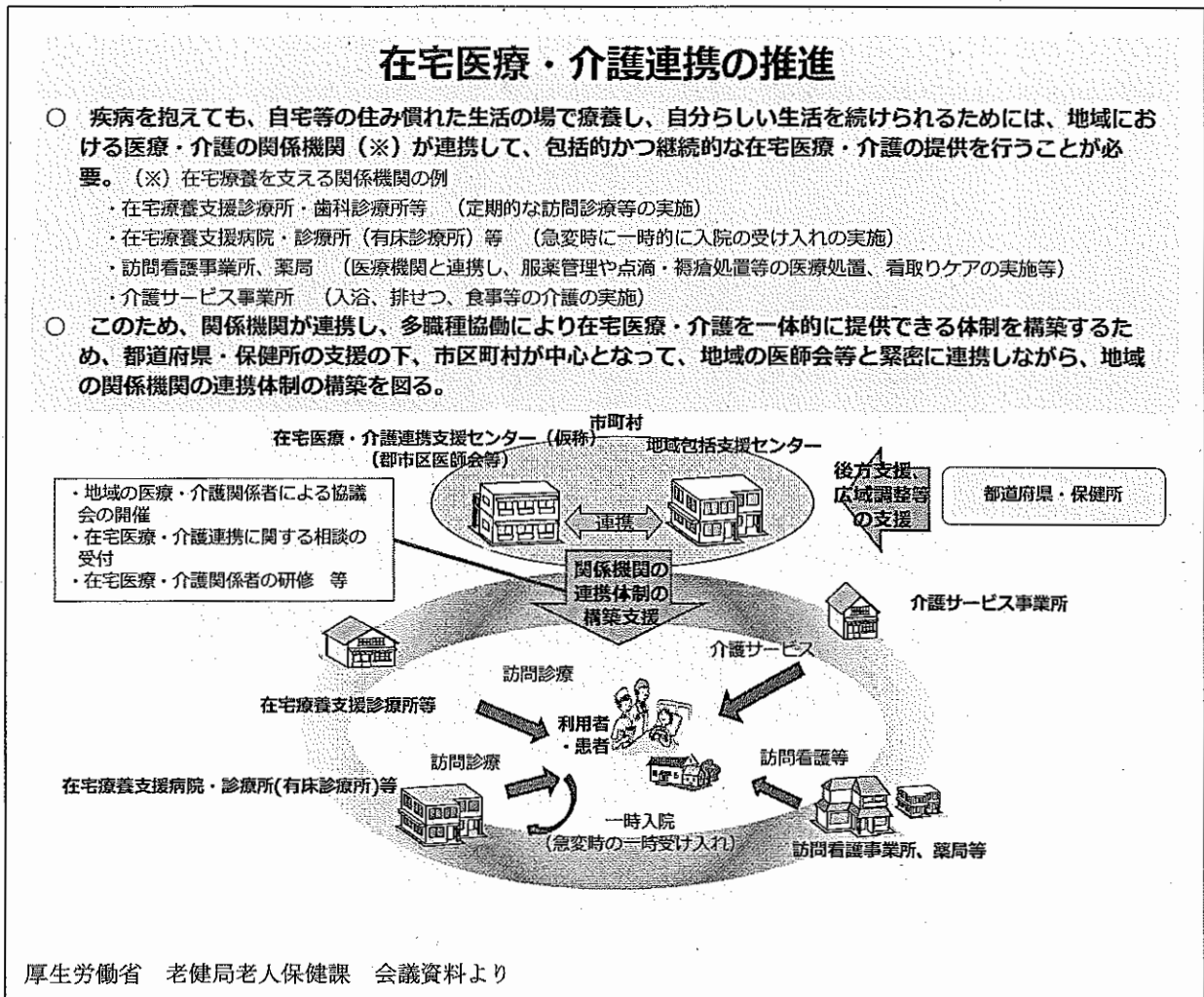
- 疾病を抱えても自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けていくためには、医療・介護関係者等の多職種が協働して、在宅医療・介護の提供を行っていく必要があります。
- 国においては、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざし、平成 23 (2011) 年度および平成 24 (2012) 年度にモデル事業として在宅医療連携拠点事業を全国 115 か所で実施しました。また、国では、平成 25 (2013) 年度からの医療計画において、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等が盛り込まれたことから、医療計画に基づく体制の構築に必要となる事業費等に対応するため、平成 24 (2012) 年度補正予算において、地域医療再生臨時特例交付金を積み増しました。
- 本県においては、平成 24 (2012) 年度に名張市在宅医療支援センターが国の在宅医療連携拠点事業に取り組み、在宅医療推進の拠点づくりや、地域の医療・介護・福祉等の関係機関のネットワークづくり等を進めました。また、県では、国の在宅医療連携拠点事業で得られた成果等を参考に、地域医療再生臨時特例交付金を活用して、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町が行う郡市医師会等の関係者と連携した在宅医療提供体制の基盤づくりを支援する制度を創設しました。この制度には、平成 25 (2013) 年度および平成 26 (2014) 年度に桑名市をはじめとする 8 市が取り組みました。
- 平成 26 (2014) 年の介護保険法の改正により、地域支援事業の包括的支援事業の中に「在宅医療・介護連携の推進」が位置づけられました。市町においては、平成 27 (2015) 年度から順次実施し、平成 30 (2018) 年度には全ての市町で実施することとなります。

- 「在宅医療・介護連携の推進」の取組内容については、国の在宅医療連携拠点事業をもとに、国において次のような事業項目案が示されています。

- 1) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- 2) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
- 3) 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営
- 4) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- 5) 在宅医療・介護関係者の研修
- 6) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- 7) 地域住民への普及啓発
- 8) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

- 在宅医療・介護の連携は、多職種が協働して進めていく必要があります。本県では、平成24（2012）年度および平成25（2013）年度に、地域で核となって在宅医療を進める「地域リーダー」を養成しました。また、市町が行う、地域の在宅医療・介護関係者の顔の見える関係の構築など、在宅医療提供体制の基盤づくりを支援してきました。こうした取組により、地域において、市町や、地域リーダー等が中心になり、医療・介護関係者等の連携のための多職種研修会の開催が進んでいます。
- 各市町の取組は進んでいるものの、市町の在宅医療・介護連携の進捗状況には、ばらつきがあります。各市町では平成30（2018）年度における地域支援事業の全面実施に向けて準備を進めていく必要があります。

図3-2-4 在宅医療・介護連携の推進事業のイメージ図



（脳卒中地域リハビリテーション）

- 急性期、回復期から在宅における医療・介護に至るまで、それぞれの時期に応じた適切な治療に加え、脳卒中等については、早期の社会復帰を図る観点から、リハビリテーションの充実とともに、より一層の医療・介護にかかる緊密な連携体制が必要です。
- 緊密な連携体制を構築するため、関係職種が患者や要介護者等に関する診療情報等を共有していくことは必要不可欠なことです。こうした情報共有の仕組みとして三重医療安心ネットワークがあります。

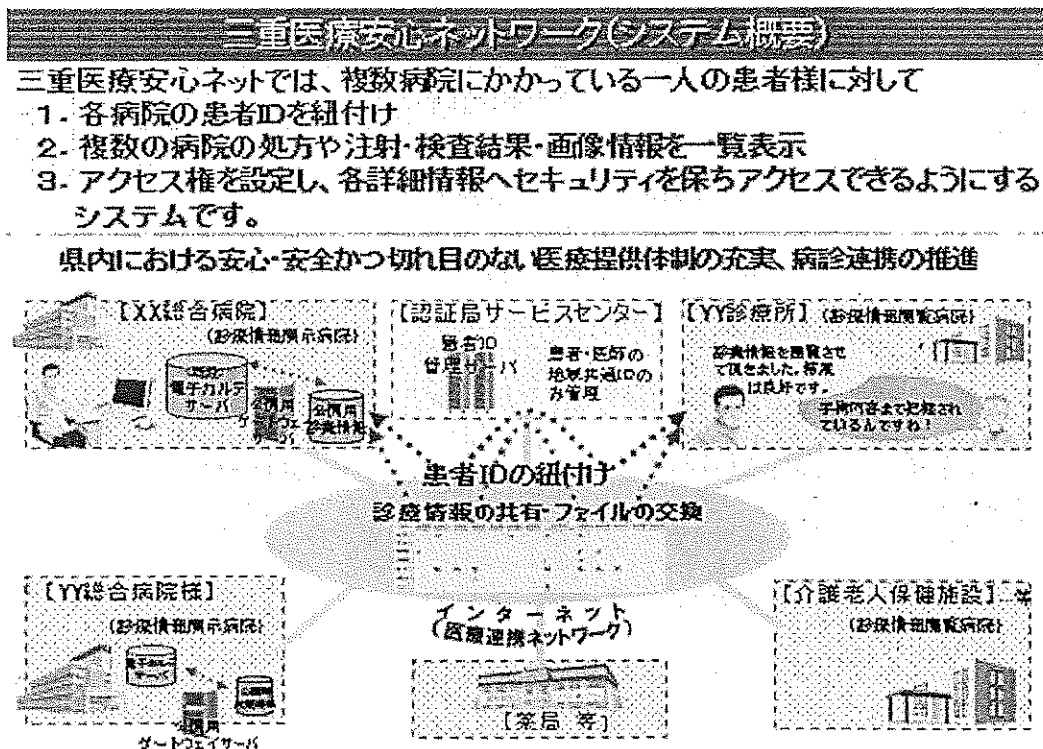
- 三重医療安心ネットワークは、関係者の連携体制を構築するために、患者の情報をその患者に関わる機関が同じフォーマットで情報を共有しています。現在本県では、情報ネットワークシステムを使用し、患者の同意のもと、検査データや、処方内容等について共有することができ、三重大学医学部附属病院をはじめ、地域の中核的な医療機関 16 カ所（平成 26（2014）年 12 月 4 日現在）が参加しています。また、医療情報閲覧施設としてかかりつけ医の医師等も参加しており、193 施設が閲覧可能施設となっています。

図 3-2-5 三重医療安心ネットワーク 開示病院一覧

病 院 名	所在地
国立大学法人 三重大学医学部附属病院	津市
学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学七栗サナトリウム	津市
国立病院機構 三重中央医療センター	津市
地域医療推進機構 四日市羽津医療センター	四日市市
地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	四日市市
市立四日市病院	四日市市
社会福祉法人峰和会 鈴鹿回生病院	鈴鹿市
三重厚生連 鈴鹿中央総合病院	鈴鹿市
伊賀市立上野総合市民病院	伊賀市
名張市立病院	名張市
三重厚生連 松阪中央総合病院	松阪市
社会福祉法人恩賜財団 済生会松阪総合病院	松阪市
市立伊勢総合病院	伊勢市
日本赤十字社 伊勢赤十字病院	伊勢市
尾鷲総合病院	尾鷲市
紀南病院組合立 紀南病院	御浜町

（三重医療安心ネットワーク HP H26（2014）.12.4 現在情報）

図 3-2-6



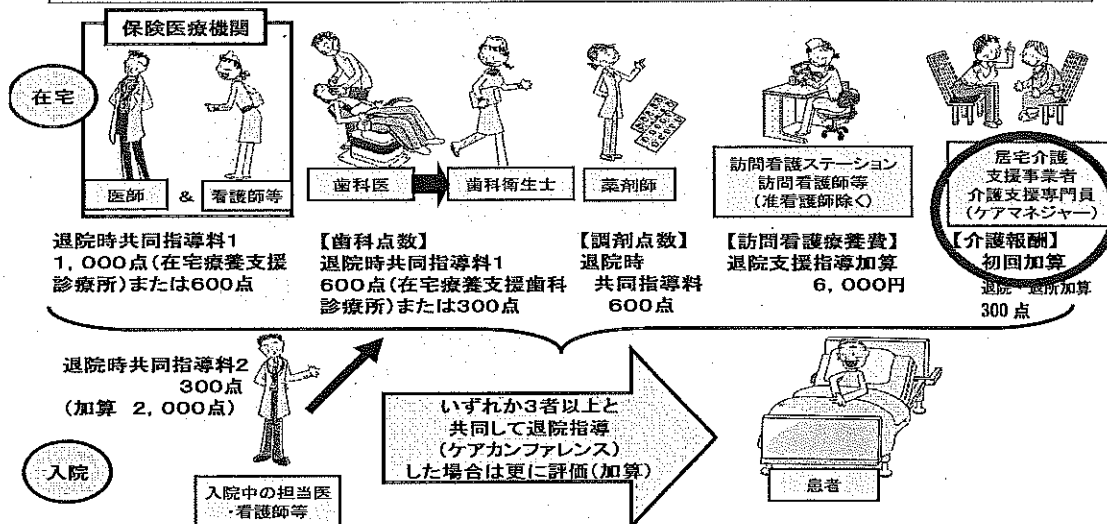
(退院時のケアカンファレンスの普及促進)

- 退院に際して、入院医療機関と地域のスタッフの連携・情報共有を促進するため、院内で、病院側の担当医・看護師等と、患者・家族を加えて、在宅で対応する医師・看護師・介護支援専門員等が担当者会議（ケアカンファレンス）を行った場合に、介護報酬で評価されているので、今後も普及促進を図る必要があります。

図3-2-7 退院時におけるケアカンファレンスの普及促進

退院時における入院医療機関と地域のスタッフの連携推進(ケアカンファレンスの普及促進)

●退院に際して、入院医療機関と地域のスタッフの連携・情報共有を促進するため、院内で、病院側の担当医・看護師等と、患者・家族に加えて、在宅で対応する医師・看護師・介護支援専門員(ケアマネジャー)等が担当者会議(ケアカンファレンス)を行った場合に、診療報酬・介護報酬で評価。



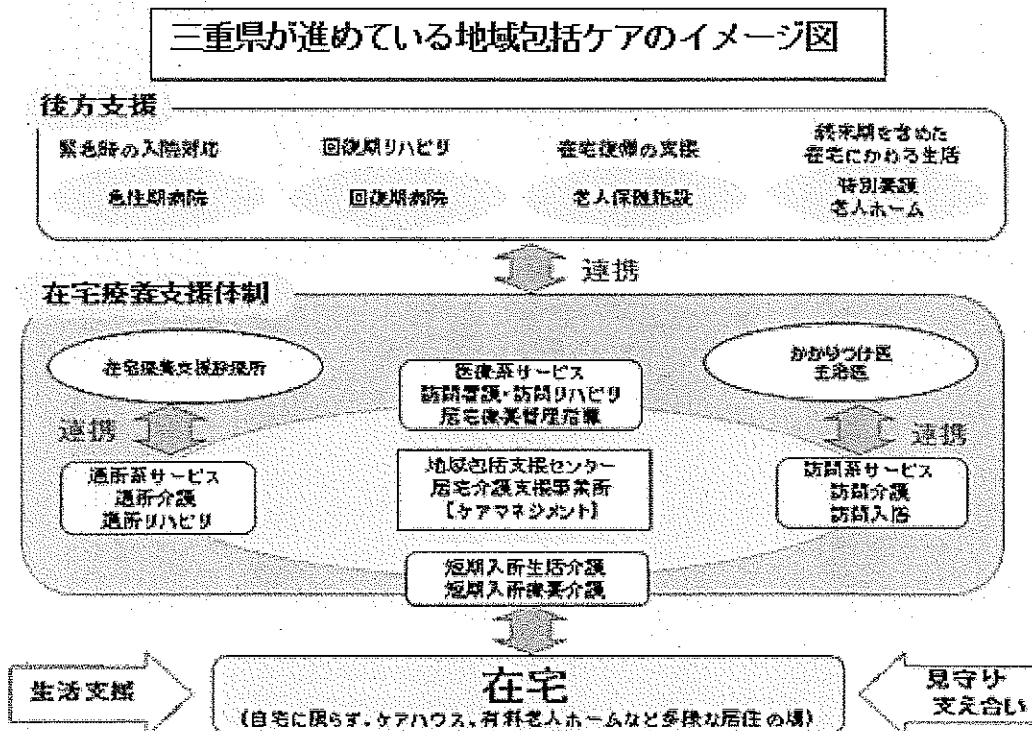
(県の取組)

- 地域ごとに、市町担当者同士が集う場を設定し、現状の共有と今後の方向性(進め方)に関する情報交換を行い、課題整理を行います。
- 全ての市町において在宅医療・介護連携の取組が進められるよう、他市町の取組や先進地の情報等についての事例報告会あるいは研修会を開催します。
- 在宅医療・介護連携の要となる介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー等への研修等を通じ質の高い人材育成・確保を推進します。

(脳卒中地域リハビリテーション)

- 急性期医療、回復期医療及び在宅医療・介護にかかる関係機関による脳卒中ネットワークを地域ごとに構築します。
- 急性期医療、回復期医療及び在宅医療・介護にかかる関係機関の連携を進めるため、三重医療安心ネットワークを活用して、多様な職種が必要な情報を共有し、切れ目のない支援体制の構築に努めます。

図3-2-8



(退院時のケアカンファレンスの普及促進)

- 退院に際して、主治医と介護支援専門員との連携が重要になることから、介護支援専門員や医療機関、地域包括支援センター向けの研修会等において制度の周知を図ってまいります。

3 認知症施策の推進

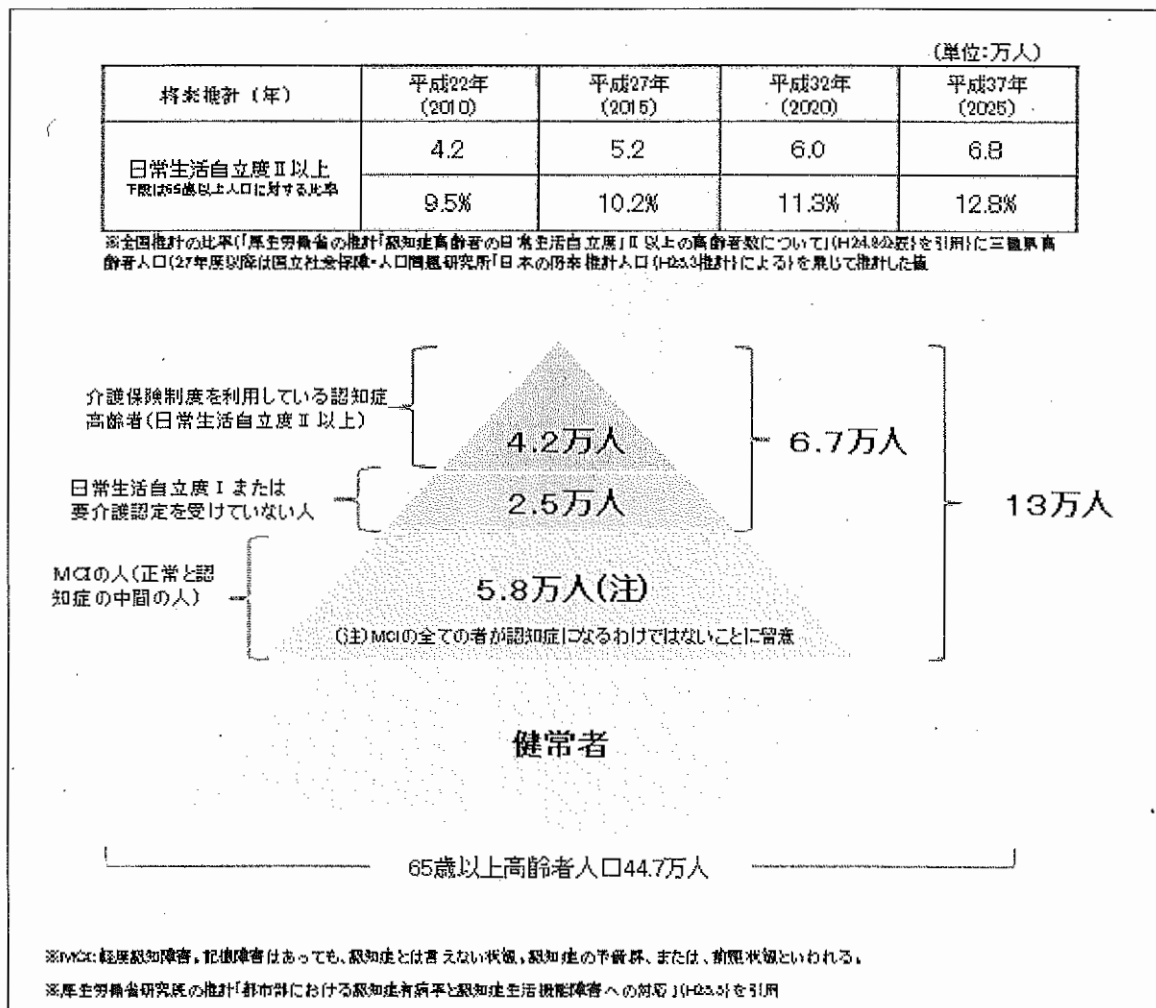
(1) 認知症の早期診断・早期対応の実現

(1) - 1 認知症に対する理解の促進と相談体制の充実

(現状と課題)

- 三重県内の認知症高齢者数（介護保険制度を利用している「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上）は、平成 22（2010）年の国勢調査を基に推計すると、約 4.2 万人となります。
また、厚生労働省研究班の調査を基に推計すると、認知症高齢者数（介護保険制度を利用している日常生活自立度Ⅱ以上）に、日常生活自立度Ⅰまたは要介護認定を受けていない人およびMCIを加えた、本県の認知症高齢者（予備群も含む）の総数は、約 13 万人（平成 22 年度）と推計されます。

図 3-3-1 三重県内の認知症高齢者の状況（平成 22 年度）



- 厚生労働省において、平成 27 (2015) 年 1 月に策定した「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン) の着実な推進により、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざすことを今後の認知症施策の基本目標としています。
- 本県においても、認知症施策の充実を図り、認知症の人が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域でその人らしい生活を送り、家族も安心して暮らし続けられる支援体制づくりが重要と考えています。
- 認知症の人と家族を地域で支えるには、認知症に関する正しい知識や理解を持ち、温かい見守りや支援を行う人を増やし、地域全体で多様な主体によるきめ細かな支援提供体制を築くことが必要です。
また、認知症の知識を普及することにより、認知症の症状が重症化してからの相談・対応ではなく、認知症の早期発見、早期診断、早期対応の実現にもつながります。
- 本県では、認知症を正しく理解し認知症の人や家族を温かく見守るための役割を担う「認知症サポーター」を養成しています。認知症サポーター数は、平成 26 (2014) 年 12 月 31 日現在、県内で 105,030 人です。
今後も引き続き、認知症サポーターの養成を行います。特にひとり暮らし高齢者に対して地域の理解が得にくいという状況や、若い世代への認知症の理解に対するアプローチが不足していることが課題と認識しており、幅広い世代を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、普及啓発を行うことが必要です。
また、地域の見守りや認知症の人と家族の身近な支援者として、認知症サポーターが活躍する仕組みづくりが必要です。
- また、認知症の人や家族等に対し、認知症の知識や対応、専門機関の紹介を行うための相談窓口として、認知症介護経験者等が対応する認知症コールセンター(電話相談)を設置しています。さらに、認知症疾患の保健医療水準の向上を図るため指定している認知症疾患医療センターにおいて、専門医療相談(電話相談)を開設しています。
- しかしながら、県内の住民を対象に実施した e-モニターアンケート調査では、「治る認知症を知っている」30.1%、「三重県認知症コールセンターを知

っている」3.4%、「認知症疾患医療センターを知っている」5.7%、「認知症サポーターを知っている」10.0%という結果でした。認知症に対する正しい知識や理解の普及啓発の実施とともに、相談窓口の周知を積極的に行うことが必要です。

図3-3-2 三重県内の認知症サポーター養成の状況

(単位：人)

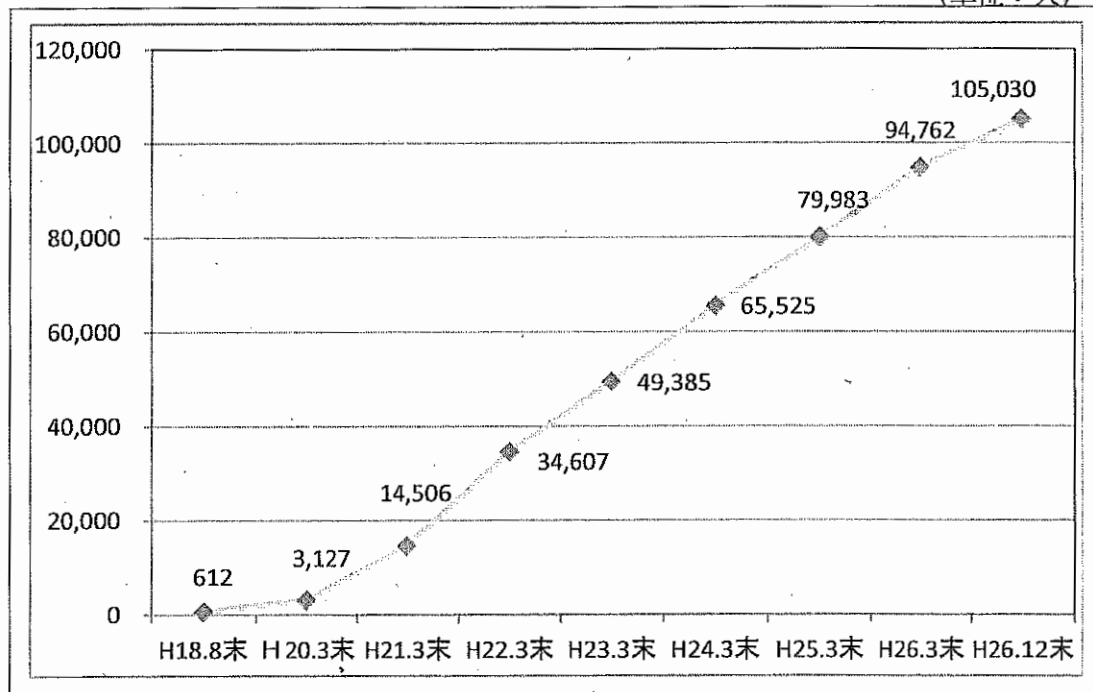


図 3-3-3 e-モニターアンケート調査結果

(平成 24 年 9 月 3 日～9 月 25 日、925 名回答)

項目	回答結果(平成24年度との比較)	備考
認知症を知っている	98.8%	多くの人が知っている
認知症を病気だと思う	71.8% → 87.7%	正しい理解の普及促進
偏見を持ってみられる傾向がある	83.1% → 73.1%	正しい理解の普及促進
認知症に対する不安	87.9% → 86.0%	強い不安感あり
予防できる認知症を知っている	34.3% → 38.7%	正しい理解の普及促進
治る認知症を知っている	24.7% → 30.1%	正しい理解の普及促進
若年性認知症を知っている	71.9%	多くの人が知っている
三重県認知症コールセンターを知っている	3.2% → 3.4%	周知を図る
認知症疾患医療センターを知っている	5.7%	周知を図る
相談先	医療機関 30.1% → 30.0% 家族・親戚 29.2% → 29.7%	
認知症サポーターを知っている	10.5% → 10.0%	
サポーター講座を受けた、受けたい	43.2% → 42.5%	サポーター講座の促進
認知症対策に取り組む企業は良い印象	84%	サポーター講座の促進
運転免許の講習予備検査を知っている	70.6% → 62.6%	周知を図る
重点対策	①予防 16.3% ②早期発見 15.9% ③医療と介護連携 10.7% その他、家族支援	

(県の取組)

- 幅広い世代を対象に「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症の病気や症状、早期受診の重要性についての正しい知識や理解の普及を図り、認知症サポーターを平成 29 (2017) 年度末までに 16 万人養成します。
- 認知症サポーターがさらに活躍し、地域における見守りや介護予防事業への協力、家族支援等、身近できめ細かな支援を充実する仕組みづくりのため、市町を支援していきます。
- 認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトを市町と連携して引き続き養成するとともに、地域の中での活動を推進するためフォローアップ研修を開催します。

- 5
- 「治る認知症」と言われる治療可能な認知症について、早期発見、早期治療を行うため、住民や医療・福祉関係者等を対象に『治る認知症』を見逃さない」ための啓発をしていきます。
 - 認知症の人と家族が身近に相談できる窓口として、認知症介護経験者等が相談対応する三重県認知症コールセンターを引き続き設置するとともに、周知を行います。
 - 若年性認知症の人に適切な支援を提供するため、総合支援窓口としてコーディネーターを引き続き設置するとともに、周知を行います。
 - 地域連携推進機関として医療・介護関係機関との連絡調整、認知症患者の家族や地域住民を対象とする専門医療相談などの役割を担う認知症疾患医療センターについて、幅広く周知を行います。

(1) 認知症の早期診断・早期対応の実現

(1) - 2 医療・介護サービスの充実

(現状と課題)

- 認知症の人と家族が住み慣れた地域での生活を続けるためには、認知症の早期発見・早期診断と症状に応じた適切なサービスが提供されるよう医療・介護サービスを担う人材育成とサービス提供体制の整備が必要となります。
- 早期発見のためには、認知症の疑いがある段階で、本人や家族、かかりつけ医等が気づき、専門医療に早期に結び付け、確定診断を受けることが重要となります。
しかし、本人や周囲の人が認知症の初期症状を見分けることは難しく、早期に気づく手法等の普及が進んでいないという現状があります。
また、本人や家族が受診に消極的な場合や、認知症を専門としない医療従事者の認知症への理解が浸透していない場合があるなど、早期発見や早期診断の困難さがあります。
- 平成 26 (2014) 年度の制度改正では、地域における認知症の早期診断・早期対応のための体制の構築、総合的な支援を充実するため、平成 30 (2018) 年 4 月には、すべての市町に認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員を設置することとなりました。
- 本県では、医療従事者の認知症対応力の向上を図ることを目的に、医療従事者を対象に研修を実施しています。平成 25 (2013) 年度末時点で、かかりつけ医認知症対応力向上研修を 417 名、認知症サポート医養成研修を 72 名、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を 114 名が受講しています。
- 認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言等必要な支援を行い、認知症疾患医療センター等の専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役であることから、各地域で認知症の早期診断・早期対応を実現する体制づくりには重要な役割を担っています。このため、認知症サポート医としての役割や認識を深め、地域で実動する認知症サポート医を養成することが必要です。

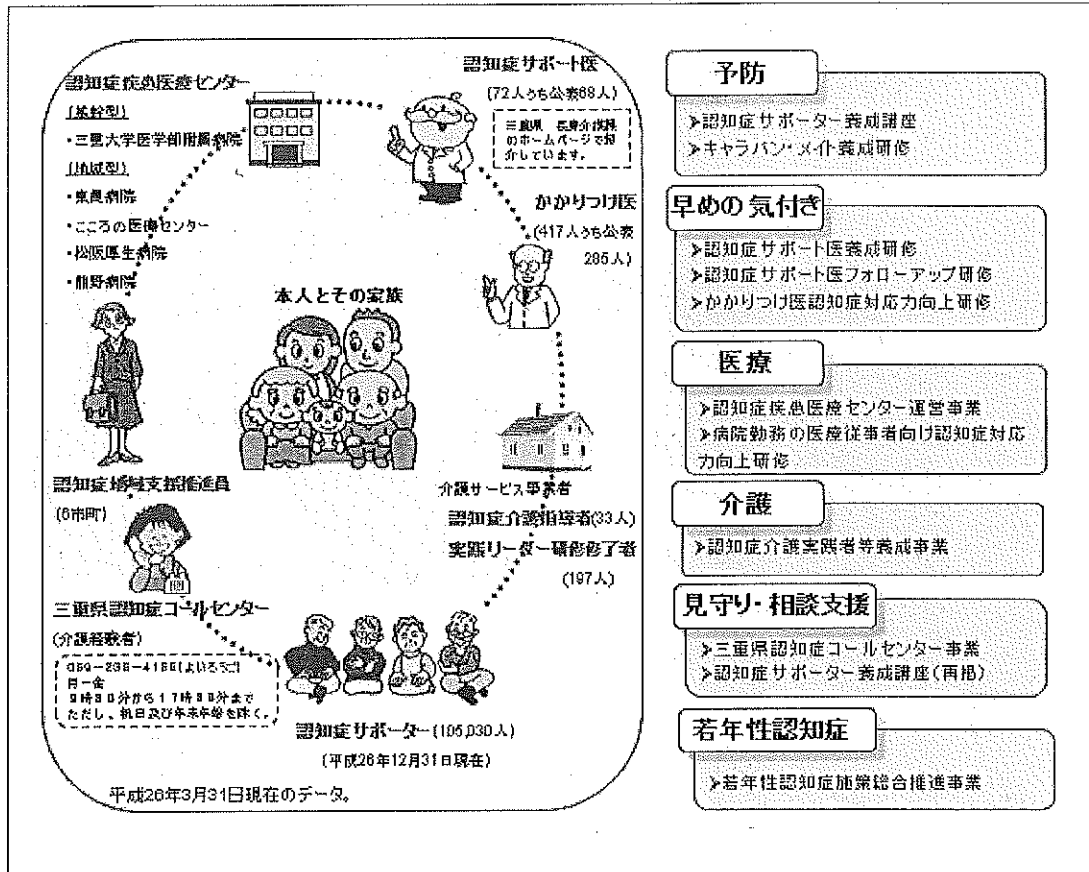
- 一方、本人の状態に応じた適切なケアを提供するため、認知症介護従事者を対象に、実践的な知識や技術等を習得するための研修を実施しています。平成 25（2013）年度末時点で、認知症介護実践者研修を 2,204 名、認知症介護実践リーダー研修を 197 名、認知症対応型サービス事業管理者研修を 1,051 名、認知症対応型サービス事業開設者研修を 266 名、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を 220 名、認知症介護指導者養成研修を 33 名が受講しています。
- 今後も認知症高齢者の増加に伴い、介護サービス利用者の増加が見込まれることから、認知症高齢者をケアする介護従事者の資質向上を図ることが必要です。さらに、厚生労働省認知症施策プロジェクトチームが報告した「今後の認知症施策の方向性」（平成 24 年 6 月）では、居宅介護サービス事業所に勤務する従事者等の認知症ケアに関する研修の機会が少ないとの指摘があることから、受講機会の確保を検討する必要があります。
- また、本県では、認知症介護実践リーダーの養成が遅れています。介護保険施設内の認知症介護の資質向上を図るうえで、推進役となる認知症介護実践リーダーの養成拡充を検討する必要があります。
- 本県では、県全域を対象とする基幹型認知症疾患医療センター1か所と、4つの二次保健医療圏域ごとに地域型認知症疾患医療センターを指定しており、認知症の診断、身体合併症と周辺症状への対応、専門医療相談等を実施し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図っています。

基幹型（全県域）：三重大学医学部附属病院
 地域型（北勢圏域）：医療法人康誠会 東員病院
 （中勢伊賀圏域）：県立こころの医療センター
 （南勢志摩圏域）：松阪厚生病院
 （東紀州圏域）：医療法人紀南会 熊野病院

(県の取組)

- 認知症の早期からの適切な診断や対応ができるよう、かかりつけ医の認知症診断の知識や技術の向上を図るための研修の充実を図ります。
- 認知症サポート医については、医師会と連携して養成するとともに、地域における認知症の早期診断・早期対応の仕組みづくりを支援するため、専門医として適切に関与し、地域で実動する認知症サポート医の養成を行います。
また、医療と介護の具体的・実践的な支援体制の構築方法や必要な知識、技術を修得するためのフォローアップ研修を実施します。
- 病院勤務の医師、看護師等の医療従事者が、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性について理解を深められるよう、認知症対応力向上研修を実施するとともに、効果的な実施方法等を検討し、充実を図ります。
- 認知症高齢者に対する介護従事者のケアの資質向上を図るため、認知症介護実践者等研修を実施するとともに、居宅介護サービス事業所に勤務する従事者の受講機会について、研修運営や研修内容の工夫を検討し、確保に努めます。
- また、平成 29 (2017) 年度に修了者 500 名となることを目標に、認知症介護実践リーダー研修を実施し、介護保険施設内の認知症介護の質の向上を図ります。
- 認知症疾患医療センターについては、地域の認知症患者の実態や医療提供体制をふまえ、診療所型認知症疾患医療センターの必要性も含め、設置について検討します。
- 認知症初期集中支援チームおよび認知症地域支援推進員の設置について、市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供を行うなど支援します。
- また、認知症の早期発見・早期診断を推進するため、認知症に早期に気づくための手法として、スクリーニングツールの普及・定着を図り、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動を支援します。

図3-3-5 認知症の人と家族への支援体制



(2) 認知症の人を支える地域づくり

(現状と課題)

- 認知症になってもその人らしく、住み慣れた地域で暮らしていくためには、認知症の人の思いや支援ニーズを的確に把握し、気持ちに寄り添う支援を提供することが大切です。
また、それぞれの地域で、認知症の人が暮らす流れに沿って、医療、介護、地域の多様な人的資源・社会資源がつながり合い、認知症の初期から切れ目なく、認知症の人と家族を支えるための支援体制を確立することが重要です。
- 今後、認知症高齢者のさらなる増加が見込まれることから、認知症の早期からの適切な診断や対応ができるよう、認知症疾患の連携拠点として指定している認知症疾患医療センターを中心に、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医療機関による医療連携体制の強化を図ることが必要です。
また、医療と地域包括支援センター等の介護関係機関との連携を深め、医療と介護の両面から包括的かつ継続的な支援体制を構築することが重要です。
- 認知症疾患に係る医療連携や医療と介護の連携状況を把握するため、認知症サポート医を対象にアンケート調査を実施した結果、「かかりつけ医への助言その他の支援が進んでいない」、また、「診断に関して認知症疾患医療センターとの連携が進んでいない」ことが課題として明らかになっています。
一方、地域包括支援センター等の介護関係機関との連携状況については、会議や勉強会等における顔の見える関係づくりや、個々のケースを通じた連絡・情報共有を行うなど、連携が深められています。
- 認知症が原因で徘徊等により行方不明となる高齢者について、三重県内においても未発見者や死亡者が見受けられることから、早期に安全に保護するための取組を推進することが必要です。
本県では、市町、警察、認知症疾患医療センターが一堂に会する連絡会議を開催し、現状における課題の共通認識や、取組事例の情報提供を行いました。
また、県内外の広域での捜索協力体制を円滑にするため、「三重県徘徊高齢者等SOSネットワーク連絡調整事務要領」を作成しました。

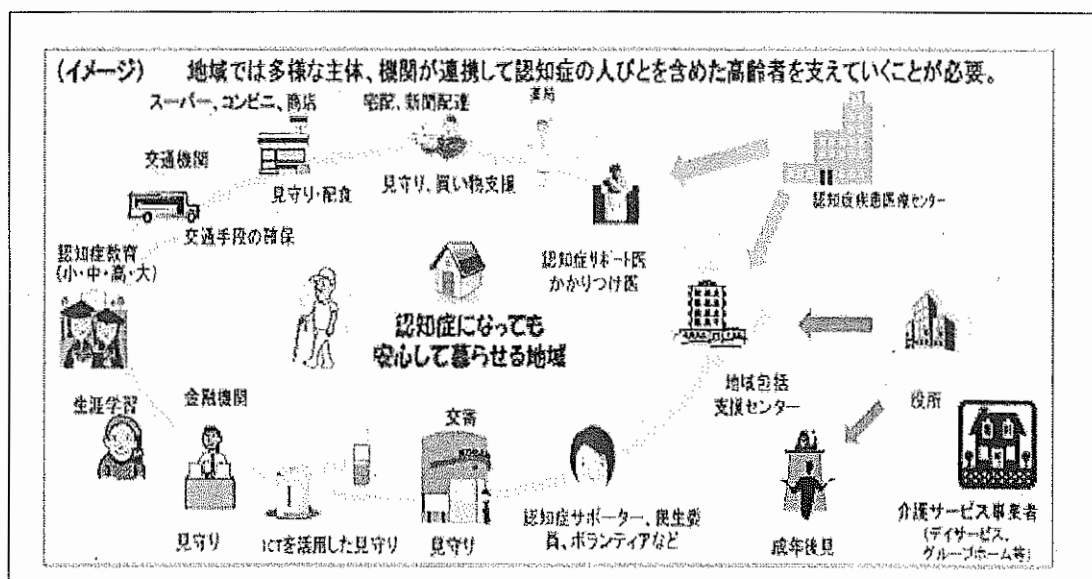
- 若年性認知症について、厚生労働省による調査（平成 21 年 3 月）では、全国で約 37,800 人と推計されており、三重県内では、517 人（平成 22 年 10 月 1 日現在）と推計されます。若年性認知症は、65 歳未満で発症する認知症のことです。働き盛りの世代が発症し、症状の進行が速いため、本人だけでなく家族の生活にも大きく影響します。そのため、早期に診断を受け、一人ひとりの状態に応じた適切な支援を提供していくことが必要です。
- 本県では、総合支援窓口としてコーディネーターの配置を行うとともに、介護事業所や地域包括支援センター等を対象に若年性認知症のケアの質の向上を図るための研修を実施してきました。
また、若年性認知症の人や家族の支援ニーズを把握し、市町等関係機関と支援方策の検討を行うため、実態調査や意見交換会を開催するとともに、若年性認知症の人や家族、専門職等の誰もが集う場づくりとして、「若年性認知症カフェ」の普及に取り組んできました。
意見交換会では、発症してから診断を受けるまで数年を要したり、制度や支援内容について相談先が分からないといったことが課題として明らかになっています。

（県の取組）

- 認知症の人の気持ちに寄り添う支援を提供するため、地域住民等に対し、将来自分が認知症になった場合、自分の思いや伝えたいことが周囲に分かるよう、あらかじめ整理しておくための様式（「自分史」等）の作成を市町とともに検討し、普及を図ります。
- かかりつけ医から認知症疾患医療センター等専門医療機関へのスムーズな連携による受診体制を構築するため、認知症疾患医療センターを中心に、医療機関相互のネットワークの形成を促進するとともに、医療従事者を対象とした研修会等の開催や認知症疾患に関する最新情報の発信により、地域における認知症医療の向上に取り組みます。
- また、認知症の早期からの適切な診断や対応を行い、医療と介護の両面から包括的かつ継続的な支援を提供するため、基幹型認知症疾患医療センター（三重大学医学部附属病院）と三重県医師会が協働して作成した「三重県認知症連携パス」（情報共有ツール）の普及、定着を支援します。

- 「認知症施策推進会議」を開催し、県および市町の認知症施策に関する取組への助言、地域における認知症の人への支援に資する効果的な施策について協議を行うとともに、その結果を市町に情報提供します。
また、「市町連絡会」を開催し、認知症施策に関する先進的な取組事例の情報提供を行うなど、地域における支援体制を充実する取組を支援します。
- 徘徊等により行方不明となる認知症高齢者を早期に安全に保護するため、市町における徘徊・見守りネットワーク等の体制づくりや機能強化を促進するとともに、取組事例の情報提供を行うなど、市町の取組を支援します。
また、広域での捜索協力体制をより円滑に行うため、県内外の自治体や関係機関と連携を図ります。
- 若年性認知症の人と家族への支援の充実を図るため、地域において意見交換会を開催し、一人ひとりの支援ニーズを市町等関係機関と共有し、具体的な支援方策を検討します。
また、若年性認知症の人や家族、専門職等の誰もが楽しく参加し、集える場である「若年性認知症カフェ」が地域に普及するよう、市町等関係機関とともに取り組みます。

図3-3-6 安心して暮らせる地域づくり



(厚生労働省作成)

4 介護予防・生活支援サービスの推進

(1) 健康づくり

(現状と課題)

- 少子高齢化の進展に伴う社会環境や疾病構造の変化の中で、子どもから高齢者まで、全ての県民が健やかで心豊かに生活できるよう、健康増進を図るための取組を行う必要があります。
- 平均寿命が延伸傾向にあるなか、健康で自立した生活を送る期間である「健康寿命（注）」を伸ばすことの重要性が高まっています。平成 24（2012）年の三重県の健康寿命は、男性 77.4 歳（平均寿命：80.1 歳）、女性 80.2 歳（平均寿命：86.3 歳）となっています。
（注）健康寿命
「日常に介護を必要とせず、自立して心身ともに健康的な日常生活を送ることのできる期間。本県では、介護保険法による介護認定者数を基に健康寿命を算出しています。」
- 高齢期は、食事量の減少による栄養バランスの偏りから低栄養の状態に陥りがちです。病気や骨折のリスクを避けるためにも、良質たんぱくの摂取等を中心に低栄養状態を回避することが重要です。また、「食べる」喜びや充実感はQOL（生活の質）の維持・向上につながります。
- 平成 20（2008）年 4 月から開始した生活習慣病予防を目的とした特定健診・特定保健指導は平成 25（2013）年 3 月までの第 1 期の実施率が目標に達しておらず、実施率向上に向けて取り組んでいく必要があります。また、疾病の重症化を予防するための普及啓発や、地域のかかりつけ医等による適切な支援が必要です。
- 高齢者がより長く自立した生活を送るためには、運動器の機能を維持する必要があります。運動器の障がいのために、要介護状態になる、あるいは要介護になる危険性の高い状態であるロコモティブシンドローム（運動器症候群）について、県民の認知度が低いことから、その概念の普及、定着が必要です。

- 介護が必要な高齢者等の口腔機能を向上させることは、肺炎や低栄養の予防につながることから、介護保険施設等での口腔ケアサービスの充実が望まれますが、口腔機能向上サービスを実施している介護通所系事業所の割合は19.8%と少ない現状です。

- 平成24(2012)年の三重県における自殺者370人のうち、97人(26.2%)が65歳以上の高齢者となっています。高齢者の自殺予防とうつ病の早期発見には高齢者本人にうつ病の正しい知識や相談窓口の周知を行うとともに、周囲の身近な人が早い段階で高齢者の心身の変化に気づき、適切な支援や治療に結びつけることができる体制づくりが求められます。

(県の取組)

- 健康寿命の延伸に寄与すると考えられる、日ごろからの正しい生活習慣の習得、ストレスへの対処能力の向上、疾病の早期発見・早期治療と重症化予防のために、健康づくりに携わる様々な関係者と連携して健康づくりのための環境整備に取り組みます。
- 健康的な生活習慣（運動、食生活、禁煙）を実践する住民を増やすために、地域に根ざした活動を行う団体等に対して情報の共有化を図り、さらなる取組を促します。
- 高齢期の QOL の維持向上を図りながら低栄養を予防するため、栄養バランスの普及啓発の核となる栄養の改善を行う団体や管理栄養士・栄養士・調理師に対し研修を行い、人材を育成します。また、市町と共に、食に関する状況について状況把握や課題解決に取り組み、高齢者の食生活の改善を推進します。
- 三重県保険者協議会等の関係機関と協力し、特定健康診査の受診率向上の先駆的な取組事例について情報共有を図るとともに、効果的な特定保健指導を行うことができる人材の育成に取り組みます。また、重症化予防にかかる普及啓発に努めるとともに、かかりつけ医等による地域活動を支援します。
- ロコモティブシンドロームの概念や、予防の大切さについて理解が得られるよう、啓発を行います。
- 要介護高齢者の誤嚥性肺炎や低栄養の予防、療養生活の質の向上をめざし、介護保険施設等において日頃から効果的な口腔ケアサービスが提供されるよう、歯科医療関係者や介護関係者への口腔ケアに関する研修や、施設での口腔機能向上のモデル事業を実施します。
- 高齢者のうつ病が早期に発見され、適切な支援に結びつくよう、かかりつけ医に対し、うつ病などの精神疾患についての専門研修等を実施します。また、地域包括支援センターを中心とした高齢者の見守り等のネットワークづくりを支援します。

(2) 介護予防

(2) - 1 新しい総合事業

(現状と課題)

- 現行の介護保険制度では、高齢者の要介護状態により、①要介護1～5、②要支援1～2、③非該当に分類し、要介護者および要支援者に対しては、保険給付を用いた全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等による給付サービスを提供しています。
- また、非該当者に対しては、介護予防事業として、すべての第1号被保険者やその支援者などを対象とする一次予防事業と、主として虚弱高齢者などを対象とする二次予防事業を実施し、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」「その他（閉じこもり、認知症、うつ予防・支援等）」といった国が規定する介護予防プログラムを提供することにより、高齢者の生活機能の維持・向上を図り、自立支援につなげる仕組みになっています。
- 厚生労働省では介護予防事業の成果指標として二次予防事業による介護予防プログラムへの参加率を高齢者の5%程度とすることと掲げており、三重県内の各市町においても、目標達成に向けて事業に取り組んでいるところですが、平成25(2013)年度の高齢者の参加率は0.8%と、目標には到達していません。

図3-4-1 三重県の二次予防事業の状況（平成24年度実績）

◆二次介護予防事業実施状況						
	①	②	③	④	⑤	⑥
	運動器機能向上教室	栄養改善教室	口腔機能向上教室	認知機能の低下予防支援	①～④以外	複合
三重県	24保険者 (83%)	6保険者 (21%)	18保険者 (62%)	6保険者 (21%)	1保険者 (3%)	13保険者 (45%)

◆二次予防事業参加実績					
	高齢者数(A)	二次予防事業対象者数(B)	把握率(B/A)	二次予防事業参加人数(D)	参加率(D/A)
三重県	472,419	69,336	14.7%	3,920	0.8%
全国	30,949,615	2,962,006	9.6%	222,224	0.7%

厚生労働省公表「平成24年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」に基づき、三重県長寿介護課で作成

- 介護予防事業の実績や効果が上がらない要因としては、現行制度による介護予防事業では、規定の介護予防プログラムに当てはめることで、その範囲における機能向上・維持を図るにことにとどまり、利用者の実情に応じた真に必要な介護予防サービスが提供できていないため、結果として機能向上や維持、自立支援につながらず、利用者にも魅力ある事業として受け入れられないのではないかと考えられます。また同様に、要支援者についても、全国一律のサービス内容の訪問介護や通所介護では、要介護状態の実態に応じたサービスの提供に限界があると考えられます。
- そこで、平成 26 (2014) 年度の制度改正では、多様な主体による柔軟な取組を制度に取り入れることで、効果的かつ効率的なサービスを提供できる仕組みを作り、利用者一人ひとりの実情に応じた介護予防サービスを提供して、効果の高い介護予防につなげていくという方針が示されました。
- 新しい制度下では、通所介護、訪問介護について、市町が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（平成 29 (2017) 年度末まで）し、多様な主体による多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いづくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援をめざすこととなります。
- 具体的には、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）として、従来の要支援者と基本チェックリストにより本事業の対象者と判断された高齢者を対象に、訪問型サービス・通所型サービス・配食等の生活支援サービス・ケアマネジメント等の介護予防支援事業などを行う「介護予防・生活支援サービス」と、介護予防事業に関する把握・普及啓発・活動支援・評価・地域リハビリテーション活動支援などを行う「一般介護予防事業」を推進していくこととなります。
- また、地域支援事業における市町の必須事業である「包括的支援事業」の充実を図り、従来の事業（介護予防ケアマネジメント、地域支援の総合相談、権利擁護、地域のケアマネジメント支援）に加え、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備の各事業を充実することで、新しい総合事業の実施体制を強化します。

図3-4-2 介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成

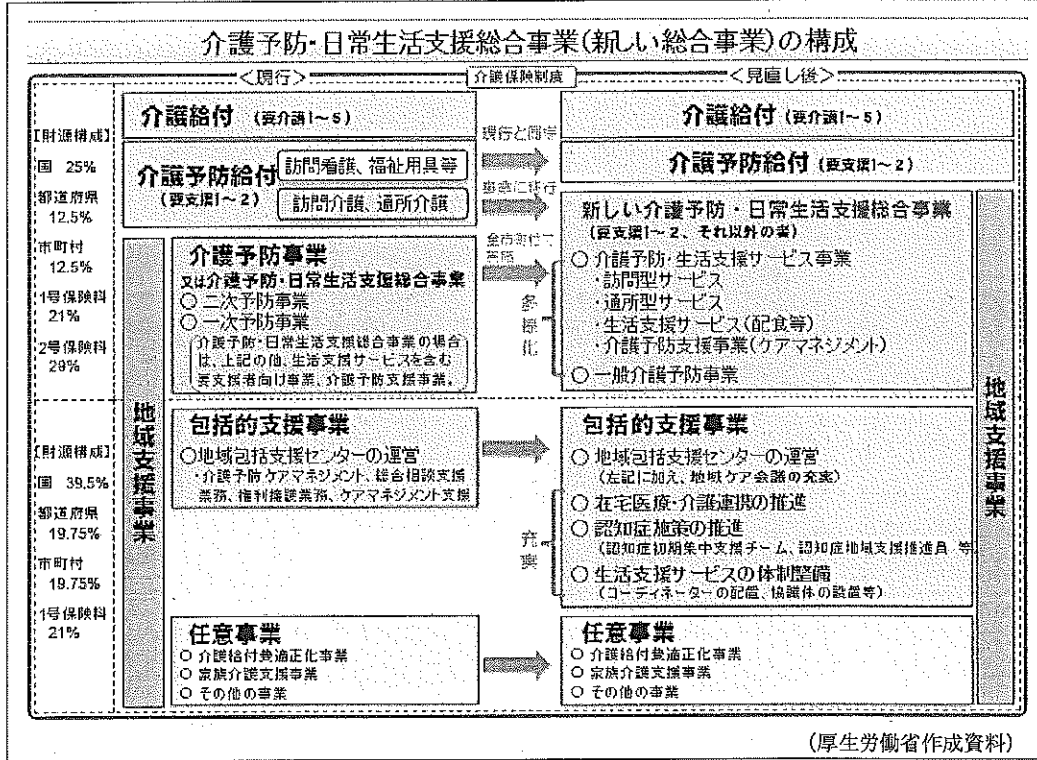
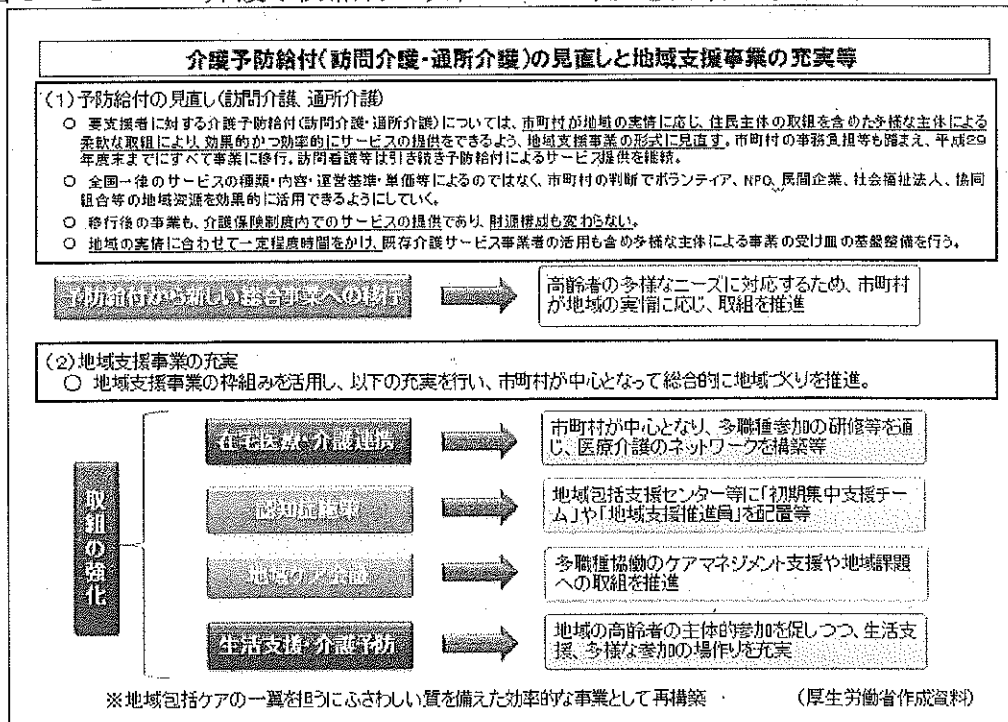
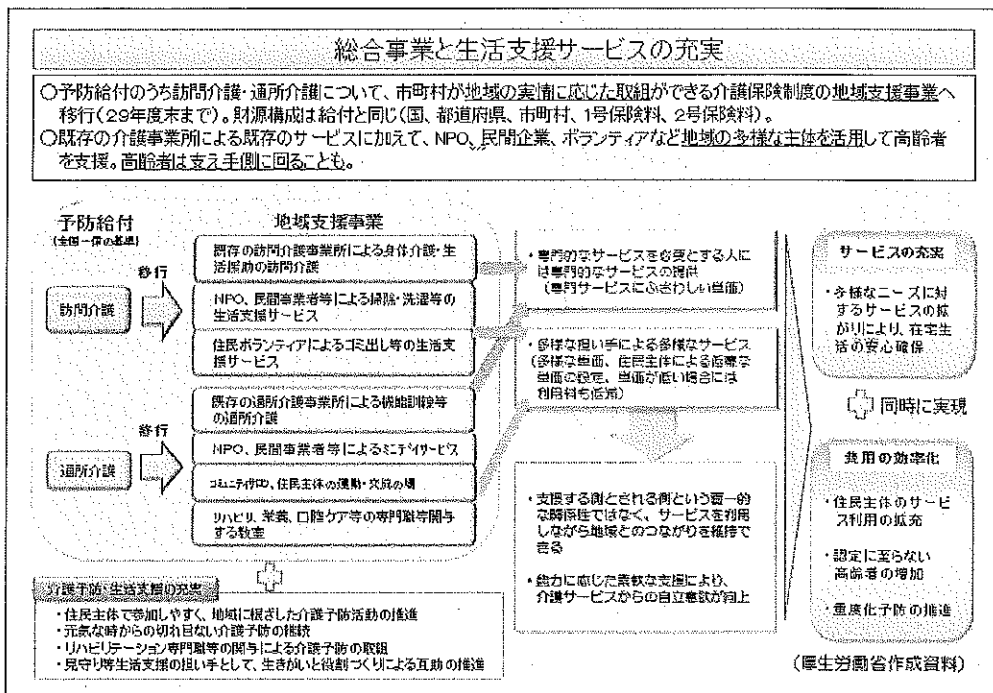


図3-4-3 介護予防給付の見直しと地域支援事業の充実等



- この改正により、専門的なサービスを必要とする人には専門的なサービスが提供されるとともに、多様な担い手による多様なサービスが提供されることで、利用者にとってはサービスの選択の幅が広がり、在宅生活の安心が確保されます。また、住民主体のサービス利用の拡充や認定に至らない高齢者の増加、重度化予防の推進の結果として、費用の効率化につながることも期待されています。

図 3-4-4 総合事業と生活支援サービスの充実



- なお、三重県内においては、平成 27 (2015) 年度から新しい総合事業に移行する市町は、平成 27 (2015) 年 1 月現在では 3 市町を予定しています。他の市町についても、それぞれの実情に応じたスケジュールに沿って新しい総合事業に移行することになっており、地域の現状把握や関係機関等の調整等を含めた検討を進めているところです。

- また、本県では、介護予防に関わる職員の資質を向上させるため、介護予防事業の実施主体である市町および地域包括支援センター職員を対象とした市町担当者研修や、介護予防の施設サービス事業者を対象とした従事者向け研修を開催し、介護予防事業に関する情報提供や新制度の説明等、時勢に応じた情報提供を行っています。

図3-4-5 介護予防に関する研修のテーマ

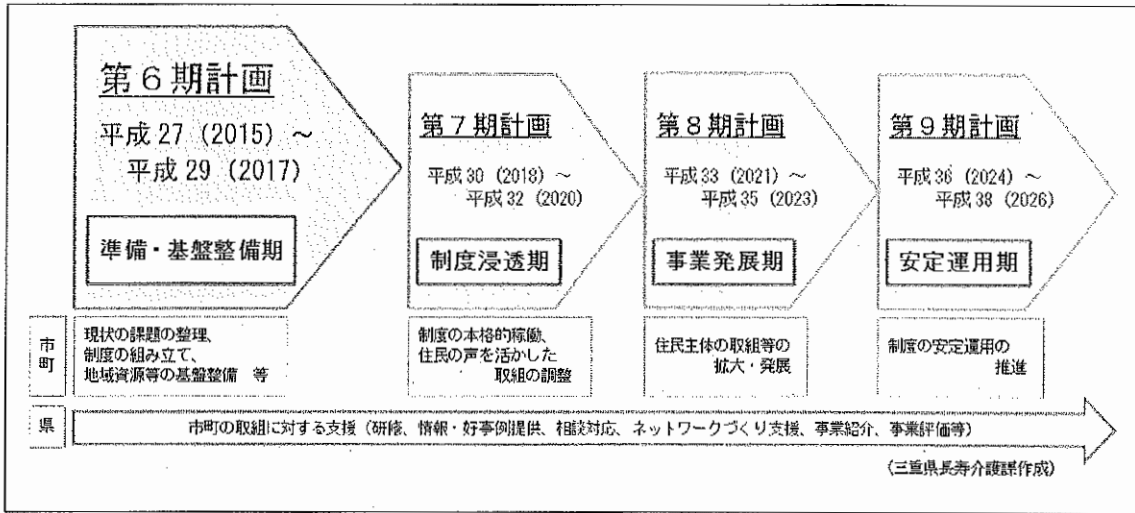
	介護予防市町担当者研修(年1回)	介護予防従事者研修(年1回)
対象者	市町介護予防事業担当者、地域包括支援センター職員	介護予防通所介護事業所職員 介護予防訪問リハビリテーション事業所職員 介護予防通所リハビリテーション事業所職員 介護保険施設、居宅介護支援事業所職員 地域包括支援センター職員、市町介護予防事業担当者
平成25年度 研修テーマ	(第1回) ・認知症の予防と治療 ・介護予防事業(教室、評価)に関するグループワーク (第2回) ・厚労省主催「市町村セミナー」報告(伝達研修) ・三重県の介護予防事業についての情報提供 ・介護予防市町村強化推進事業(予防モデル事業)の事例報告	「運動機能向上への取組」 ～生活に運動を上手に取り入れてもらうための工夫～
平成26年度 研修テーマ	(第1回) ・第6期介護保険事業計画の策定準備等について ～介護予防事業と認知症施策への具体的な取組～ ・新しい総合事業に関するグループワーク (第2回) ・「平成26年度新しい総合事業の導入にかかる対策会議」の成果報告 ・「地域リーダー養成研修」の成果報告 ・生活支援事業に関する先進事例紹介	「認知症への理解を深める」 ・認知症への理解を深める ・認知症患者とその家族との接し方

- 県においても、全市町が平成 29 (2017) 年度までに新しい総合事業を円滑に実施することができるよう市町を支援するとともに、介護予防に関わる職員のさらなる資質向上のための研修を継続していく必要があります。

(県の取組)

- 本県では平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度の第 6 期計画期間中を新しい総合事業の導入に向けた「準備・基盤整備期」と位置付け、市町が現状の課題の整理や制度の組み立て等を行うための支援を行います。
- 市町および地域包括支援センター職員を対象とした介護予防市町担当者研修や、介護予防の施設サービス事業者を対象とした介護予防従事者向け研修を実施し、平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度までの受講者目標を 1,300 人として、介護予防事業に関する情報提供等を行います。
- 平成 29 (2017) 年度までに、全市町において、新しい総合事業が円滑に導入されるよう、市町の担当者を対象とした研修の実施や、情報提供、好事例の提供などを行うとともに、相談への助言や支援を行います。
- 次年度に新しい総合事業を導入する市町の職員および地域包括支援センター職員を対象として、平成 26 (2014) 年度から取り組んでいる「介護予防・日常生活支援総合事業の導入にかかる対策会議 (新しい総合事業勉強会)」を引き続き実施し、各市町が抱える課題等について検討する場を設けるとともに、参加者同士による意見交換を通じたネットワークづくりを支援します。
- 今後、市町が実施する介護予防事業は、これまで以上に地域の創意工夫が求められることから、市町の取組を広く情報収集し、他の市町でも参考になるよう、県のホームページで事例紹介していきます。
- 三重県全体で効果的な取組を推進していくため、各市町の取組状況等の点検や評価を定期的実施し、その結果について有識者による介護予防市町支援委員会において助言を求め、実際の事業実施に反映させていきます。

図3-4-6 三重県における新しい総合事業の導入支援計画



(2) 介護予防

(2) - 2 新しい介護予防事業

(現状と課題)

- 現行の介護予防事業は、すべての第1号被保険者やその支援者などを対象とする一次予防事業と、主として虚弱高齢者などを対象とする二次予防事業から成り、二次予防事業として「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」「その他（閉じこもり、認知症、うつ予防・支援等）」といった介護予防プログラムを実施することで、高齢者の生活機能の維持・向上を図ってきました。
- しかし、現行の介護予防事業では、「①介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった、②介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった、③介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか」（全国介護保険担当課長会議資料「介護予防事業の推進」より引用）というような問題点があり、必ずしも有益な事業として機能していません。
- そこで、これらの問題を解決し、介護予防事業を有益なものとして機能させるため、平成26（2014）年度の制度改正では、一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防事業を推進することとし、特に、地域における介護予防の取組を機能強化するために、リハビリテーション専門職等（以下「リハ職等」という。）を活用した介護予防事業を推進していくという方針が示されました。
- 介護予防の最大の目的は、高齢者が要介護状態等になることを予防、または状態が重度化することを予防・阻止することであり、そのためには、生活機能の低下した高齢者に対しては、これまでのような単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけでなく、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチして日常生活の活動を強化したり、家庭や社会への参加を促したりすることで、QOLの向上をめざすことが重要です。

図 3-4-7 新しい介護予防事業

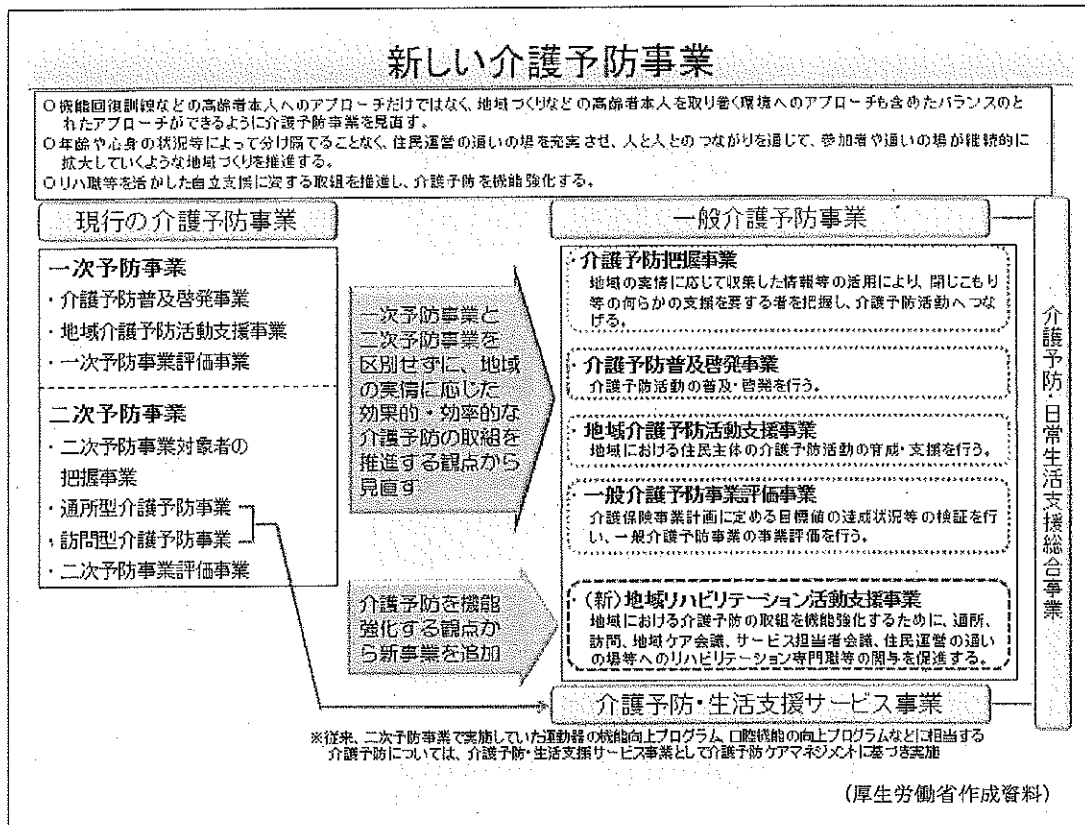
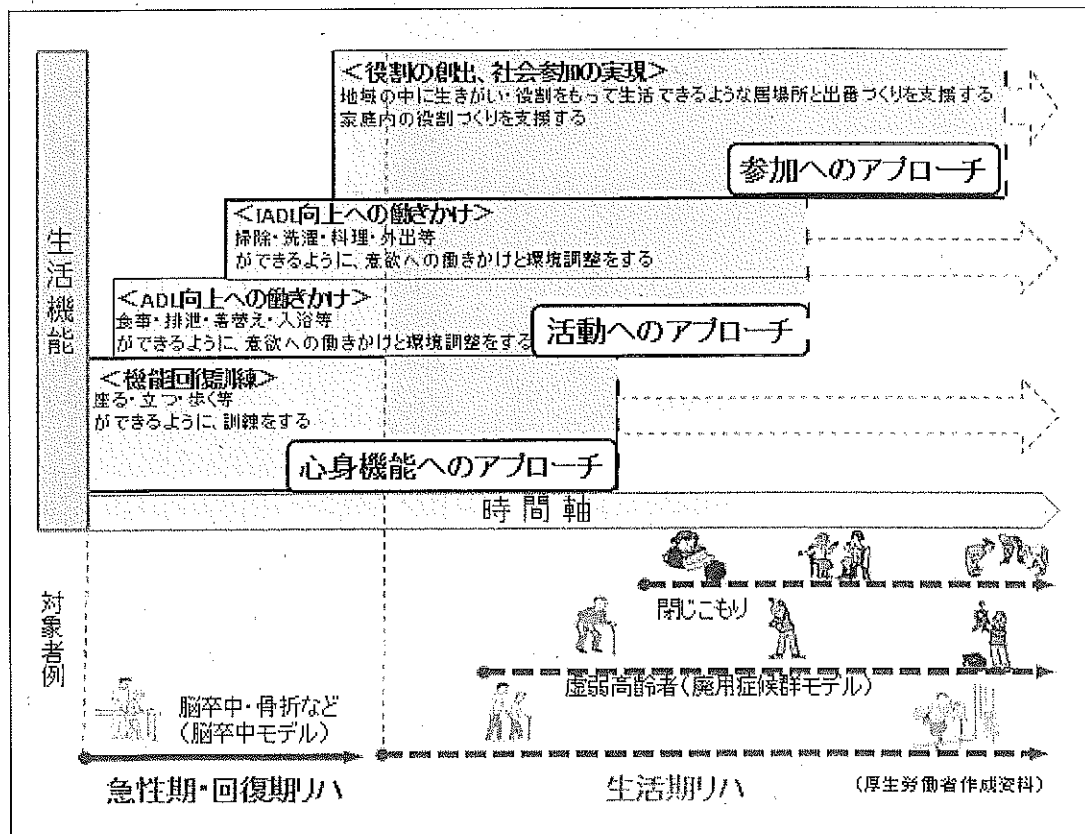


図 3-4-8 高齢者リハビリテーションのイメージ



- 高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを効果的かつ効率的に行うためには、リハ職等を活かした自立支援に資する取組が有効であると考えられていますが、三重県内の市町における平成 24（2012）年度のリハ職等の活用実績は、保健師や看護職員、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士の活用はあるものの、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の活用実績はなく、現状での活用は十分であるとは言えません。

図 3-4-9 リハビリテーション専門職等の活用状況

	保健師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	歯科衛生士	管理栄養士/ 栄養士
三重県	7保険者 (24%)	3保険者 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7保険者 (24%)	9保険者 (31%)

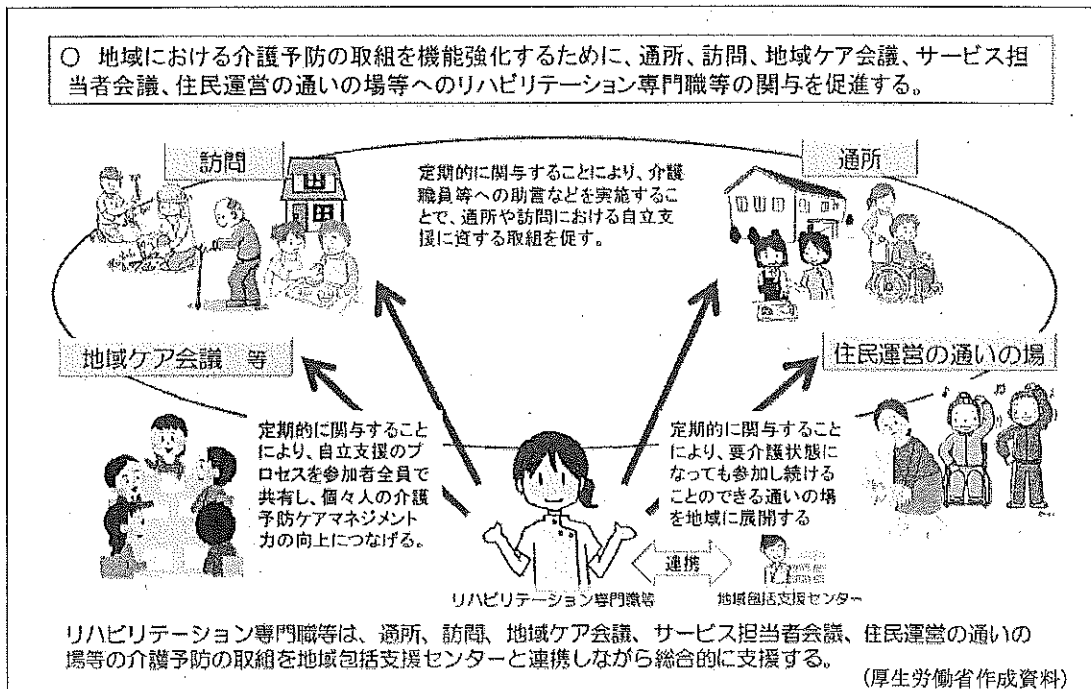
厚生労働省公表「平成24年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」に基づき、三重県長寿介護課で作成

- 活用が進んでいない要因としては、リハ職等を活用した介護予防の有効性が広く浸透していないことや、市町がリハ職等と積極的に連携を図るための環境が整っていないことなどが考えられます。
- 今後、新しい制度下においてリハ職等を活用した介護予防事業を推進するにあたっては、市町や地域包括支援センターに対して、その有効性と必要性を周知するほか、リハ職等およびその所属する組織に働きかけ、協力体制を整備する必要があります。

(県の取組)

- 事業提供者への支援として、市町担当者や地域包括支援センター職員等を対象とした研修等を通じて、普及啓発、情報提供、好事例の提供などを行います。
- 利用者への支援として、市町が行う地域の利用者に対する普及啓発の推進を支援します。
- 事業協力者への支援として、リハ職を対象とした研修を実施し、求められる役割や期待する効果等についての講義を通じて、リハ職の意識の向上を目指します。
- 三重県内で活動するリハ職の各種団体へ協力依頼を行うとともに、協力団体（施設）のリストを作成し、広く市町へ情報提供を行うことにより、通所、訪問、住民主体の通いの場、地域ケア会議等への派遣や関与など、専門的知識を積極的に活用してもらえる環境を整えます。
- 三重県全体で効果的な取組を推進していくため、各市町の取組状況等の点検や評価を定期的実施し、その結果について有識者による介護予防市町支援委員会において助言を求め、実際の事業実施に反映させていきます。

図3-4-10 地域リハビリテーション活動支援事業の概要



(3) 生活支援

(3) - 1 生活支援コーディネーターの養成

(現状と課題)

- 現行の地域支援事業では、介護予防事業において一次、二次予防事業を実施するほか、任意事業として各市町が必要とする生活支援事業を実施しています。任意事業は介護給付費適正化事業、家族介護支援事業、その他の事業に分類されており、平成 25 (2013) 年度の三重県内の各市町の実施状況をみると、家族の介護の負担を軽減する取組として、介護者を対象とした家族介護教室や交流会の実施、介護用品の給付を行っている市町が 19 市町 (65.5%)、福祉用具・住宅改修などを行っている市町が 14 市町 (48.3%) という状況です。また見守り等の機能を兼ねた配食は 8 市町 (27.6%) となっており、必ずしも県内で広くサービスが行きわたっている状況とは言えません。任意事業を活用した各種支援サービスについては、地域の実情に応じて、これまで以上により多くの市町で推進されるよう働きかけていく必要があります。

図 3 - 4 - 11 地域支援事業 (任意事業) の実績 (平成 25 年度)

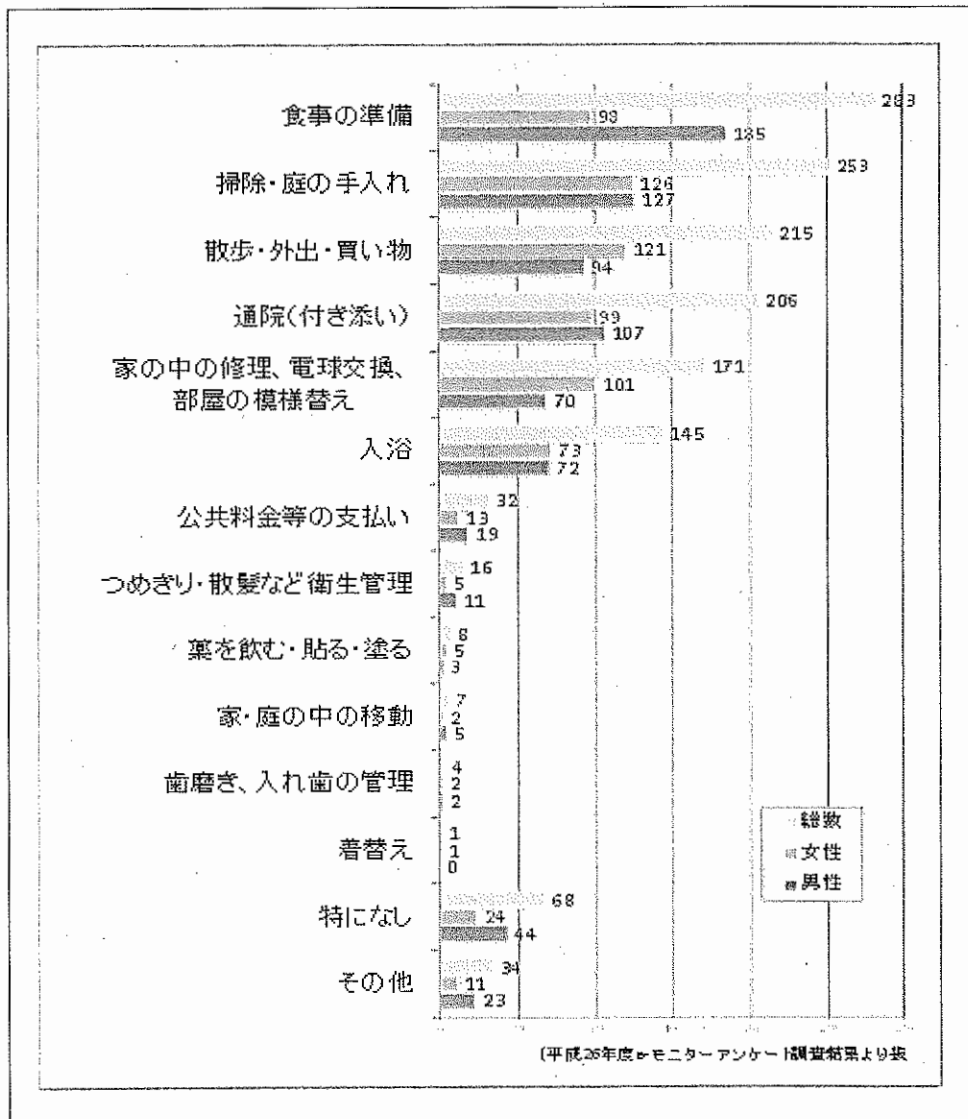
	ア. 介護給付等費用適正化事業					イ. 家族介護支援事業					ウ. その他事業						
	介護給付等費用適正化事業	介護給付費用通知	医療情報との突合・縦覧点検	ケアプラン検討	専門職指導研修	家族介護教室・交流	介護用品給付	認知症施策(※1)	介護慰労金	高齢者虐待対策	成年後見	福祉用具・住宅改修	緊急保護	配食	相談員派遣	安心確保	その他(※2)
三重県	13	5	5	3	1	19	19	11	9	1	15	14	13	8	5	4	5

※1 認知症施策: 徘徊対策、見守り支援、認知症サポーター養成、家族支援

※2 その他: 訪問による生活指導、認知症施策、ホームヘルプ、ボランティアポイント、離島対策、相談室開設、自立支援等

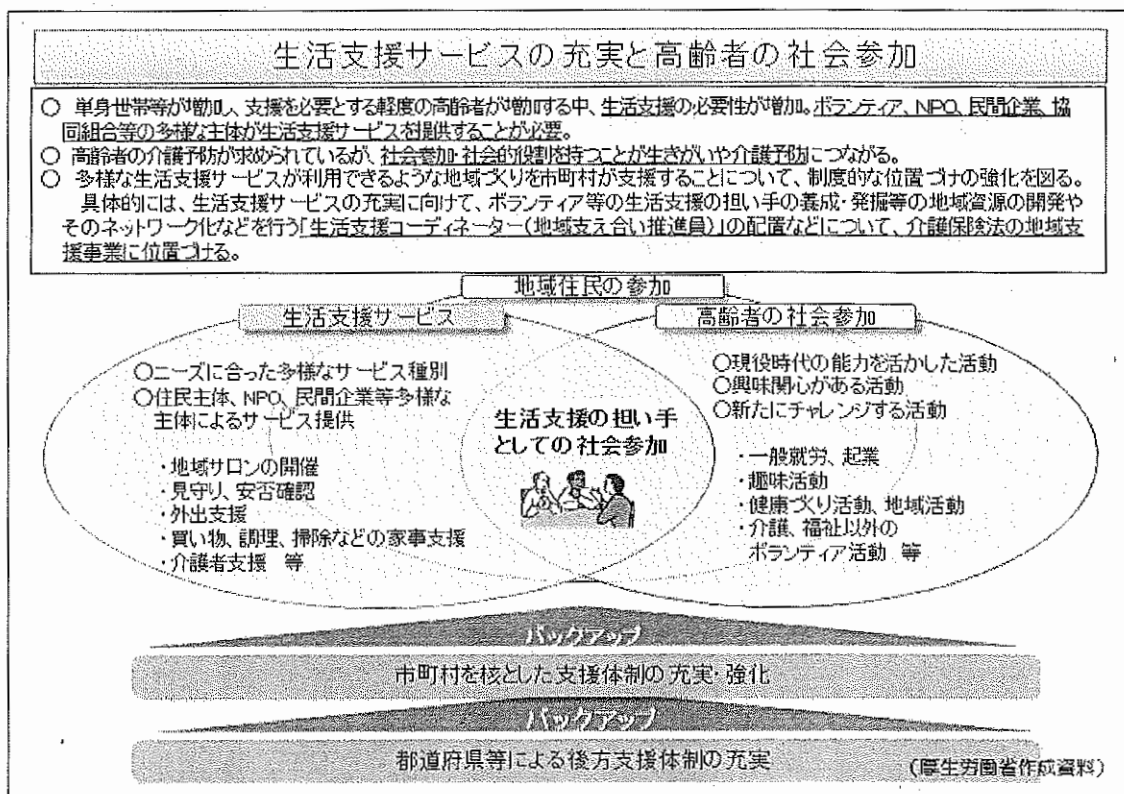
- また近年では、社会情勢や生活スタイルの変化により、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が増え、以前であれば同居家族が役割を担っていた家事等の作業についても高齢者自身が行わなくてはならないケースが増えつつあり、今後もこの傾向は続くと考えられています。
- 平成 26 (2014) 年度に三重県が行った e モニターのアンケート調査によると、高齢者が求める生活支援サービスとして、食事の準備や掃除・庭の手入れ、外出支援（散歩、買い物、通院等）、家の中の修理・電球交換・部屋の模様替えといったような、ちょっとした日常生活の困りごとや外出に対する支援が必要とされていることがわかります。

図 3-4-12 生活支援サービスのニーズについての意識調査 (三重県)



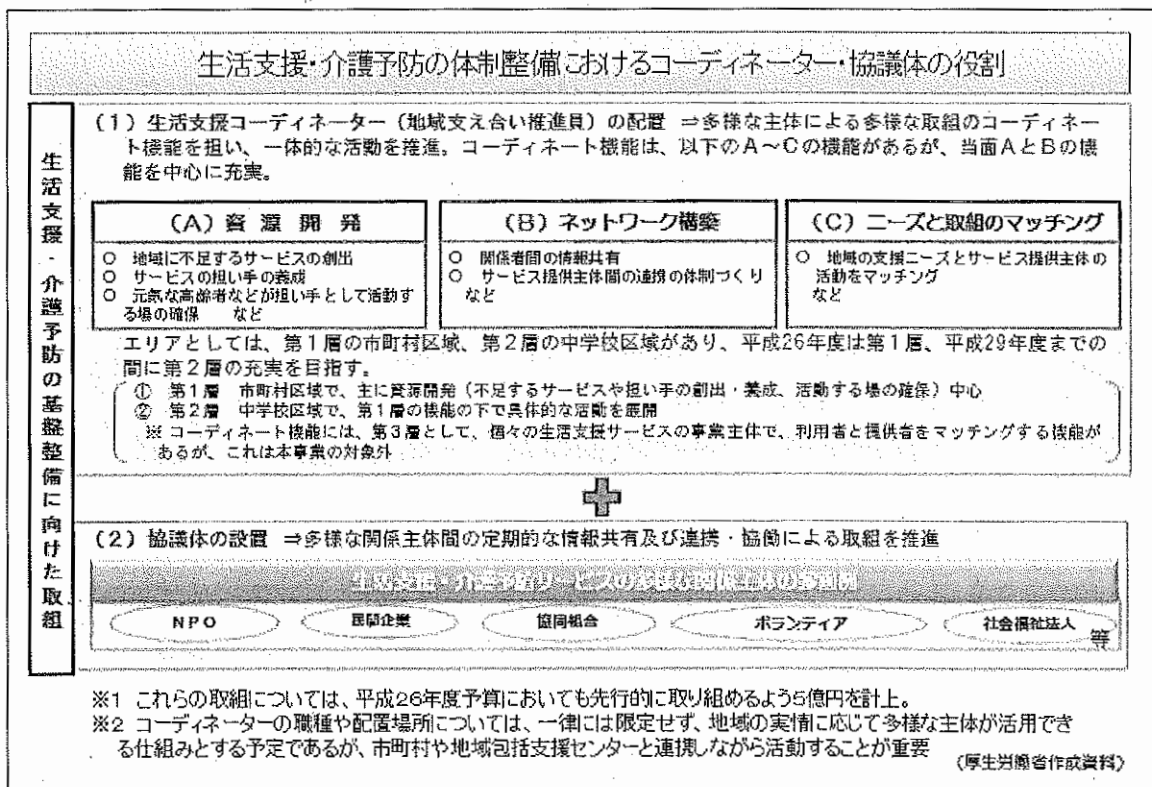
- 高齢者が自分の健康状態や生活環境に応じて、必要なサービスを利用するためには、介護施設や民間事業者、NPO等が提供しているサービスに頼るだけでは限界があります。そこで、その解決策の一つとして期待されているのが、元気な高齢者が担い手となって行い、地域住民の力を活用した生活支援サービスの充実です。高齢者自身が担い手となることにより、従来から地域で利用されてきたサービスに新たな選択肢が加わり、ニーズへのきめ細かな対応が可能になります。
- また、高齢者にとっては、自身が利用する生活支援サービスの選択の幅が広がるだけでなく、「互助」の考え方に基づいて、高齢者自身が支援者側として参画していくことで、地域とのつながりができるとともに、社会的役割を持つことになり、生きがいや介護予防にもつながるといった二次的効果も期待されています。

図3-4-13 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加



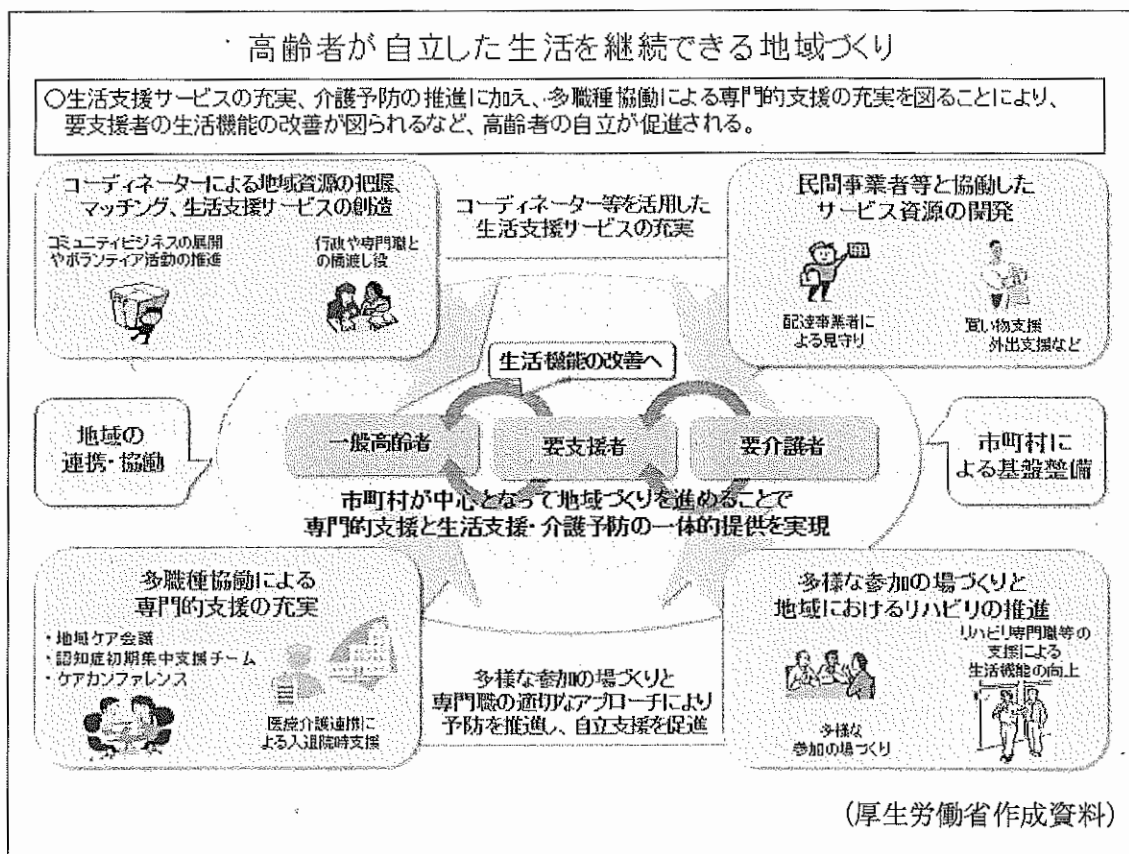
- 高齢者を含む多様な主体によるサービスの提供を地域に生み出し、根付かせ、発展させていくため、平成 26 (2014) 年度の制度改正では、生活支援コーディネーターや協議体を各市町に配置することが盛り込まれました。生活支援コーディネーターは、多様な主体による多様な取組を一体的にコーディネートする役割を担っており、その機能としては、地域にある既存のサービスと高齢者のニーズとのマッチングや、地域に不足しているサービスの創出、関係機関等とのネットワーク化などがあります。また協議体は多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進することを目的として各市町が関係機関を構成員として設置するものです。
- 本県においては、生活支援コーディネーターに求められる役割や必要性を周知し、各市町への設置を推進していくため、県内市町を対象とした研修を実施することとしており、その指導者を養成する「生活支援コーディネーター指導者養成研修（平成 26 (2014) 年度厚生労働省実施）」に、三重県社会福祉協議会や市町社会福祉協議会から推薦された職員を派遣し、指導者の養成を行いました。

図 3-4-14 生活支援・介護予防の基盤整備におけるコーディネーター・協議体の役割



- 今後は、各市町において、生活支援コーディネーターや協議体が配置され、多様な主体による多様なサービスが有効に活用されることで、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう、県としても市町の取組や基盤整備を支援していきます。

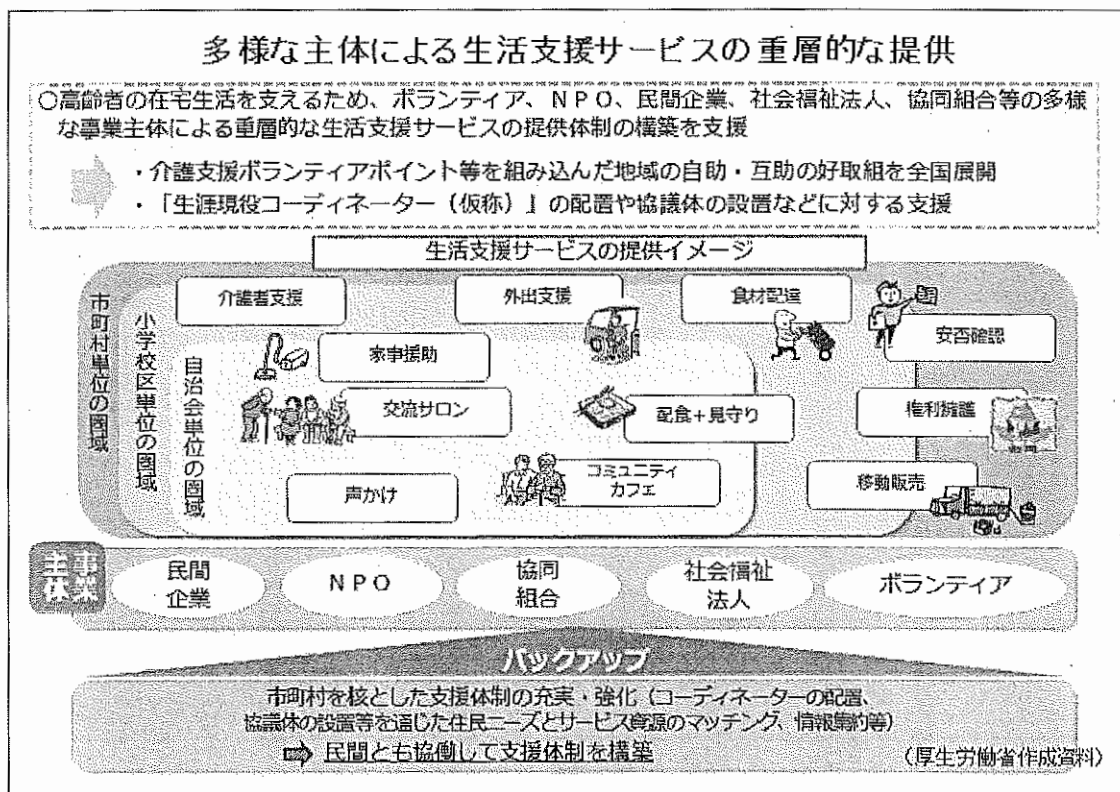
図 3-4-15 高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり



(県の取組)

- 各市町において、平成 30 (2018) 年 4 月までに生活支援コーディネーターが円滑に設置されるよう、その導入にかかる相談への対応や助言等の支援を行います。
- 市町担当者、地域包括支援センター職員、市町社会福祉協議会職員等を対象として、生活支援コーディネーターの養成のための研修を開催します。
- 各市町において業務を行う生活支援コーディネーターを対象とした交流会を開催し、意見交換を通じた課題等の共有や解決、ネットワークづくりを支援します。
- 生活支援コーディネーターや協議体の設置にあたり、市町が参考にできるような好事例や最新情報を提供していきます。

図 3-4-16 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供



(3) 生活支援

(3) - 2 住民主体の支援活動の推進

(現状と課題)

- 平成 26 (2014) 年度の制度改正の大きな特徴の一つとして、地域での支え合い (互助、共助) の考え方があります。これは、高齢者が住み慣れた地域で長く生活していけるよう、住民ボランティアやNPOなど、多様な主体による重層的なサービスを提供していくものであると同時に、住民同士のつながりを構築して、地域が抱える課題を共有し、地域の実情に合った介護予防活動へ展開させるという、「地域づくりによる介護予防」を推進するものです。
- 本県の各市町においても住民の自主活動は徐々に取り組みられてきており、平成 24 (2012) 年度の三重県内各市町における介護予防に資する住民の自主活動の実施状況を見てみると、23 市町 (79.3%) において自主活動が行われています。特に体操 (運動) 教室は 209 ヶ所、茶話会は 164 ヶ所で実施されており、運動機能の向上だけでなく、閉じこもり防止や安否確認等にも役立っています。また、社会的にも関心が高まってきている認知機能低下予防についても自主的に取り組む団体も出てきています。さらに、平成 23 (2011) 年度から平成 25 (2013) 年度に実施した「支えあい体制づくり事業」により、買い物、通院支援等の活動立ち上げ支援 (3 市 5 事業) や高齢者、障がい者が集える拠点の整備支援 (5 市 33 事業) 等、市町が行う支え合い体制整備事業への助成を行いました。今後は、これらの活動を、単体ではなく地域全体の活動として発展させていくよう啓発していくことが重要です。

図 3 - 4 - 17 介護予防に資する住民の自主活動の実施状況 (三重県)

三重県	実施市町	総会場数	活動内容								
			体操(運動)教室	料理教室	茶話会	認知機能低下予防	レクリエーション 趣味活動	食事会	サロン	複合	その他
	23	423	209	5	164	12	0	0	5	6	20

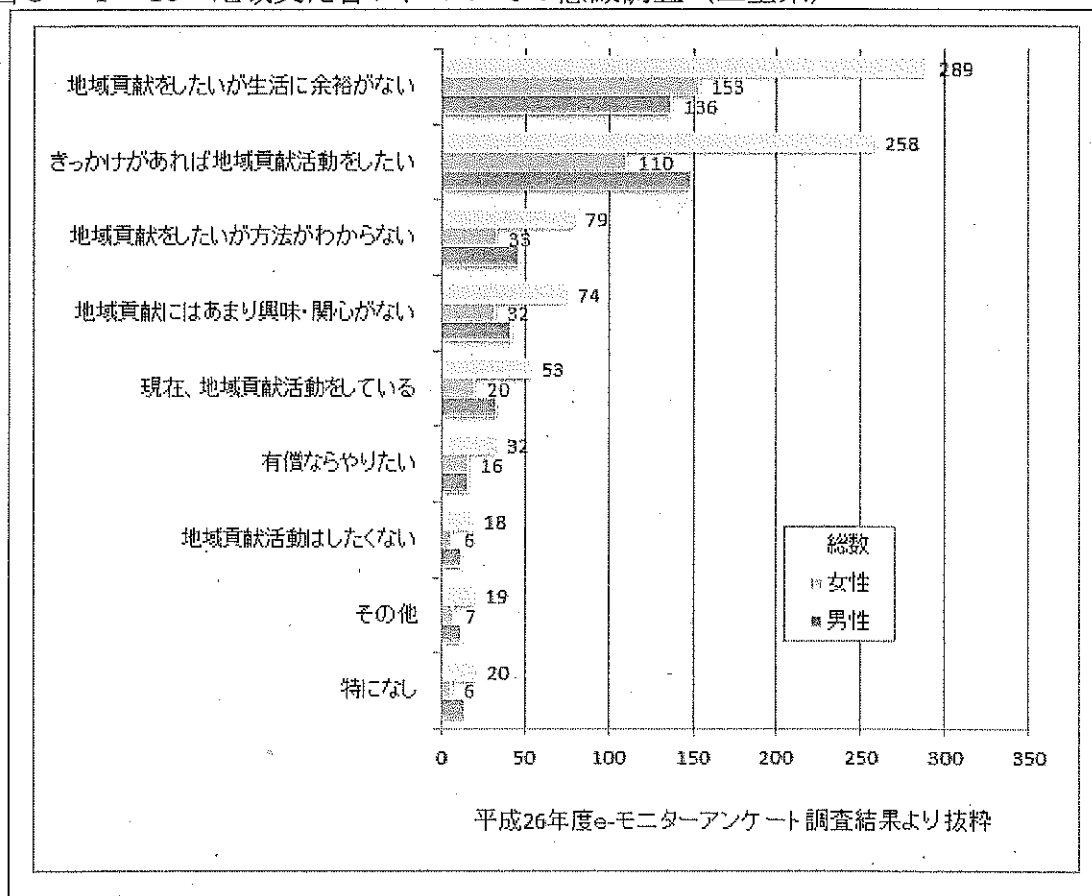
(単位:会場数)

注) 介護予防に資する住民の自主活動は市町が把握しているもののみ計上している。

厚生労働省公表「平成24年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」に基づき、三重県長寿介護課で作成

- また一方で、自主活動を推進していくためには、地域貢献への関心を持ち、実際に活動できる人材と環境が必要です。平成 26 (2014) 年度に実施した e-モニターアンケート調査において、地域貢献（地域支え合い）への関心度を調査したところ、地域貢献への関心自体は高いものの、生活に余裕がない、始めるきっかけがない、方法がわからないという実状が見えてきました。このことから、地域貢献に関心のある県民に対するアプローチをより積極的かつ効果的に行うことで、支援者層をより厚くできる可能性があることがわかります。
- また、現時点では生活的余裕がないために参加できない状況であっても、将来的な参加が期待できることから、幅広い年齢層に働きかけていくことも効果的と考えられます。

図 3-4-18 地域支え合いについての意識調査（三重県）

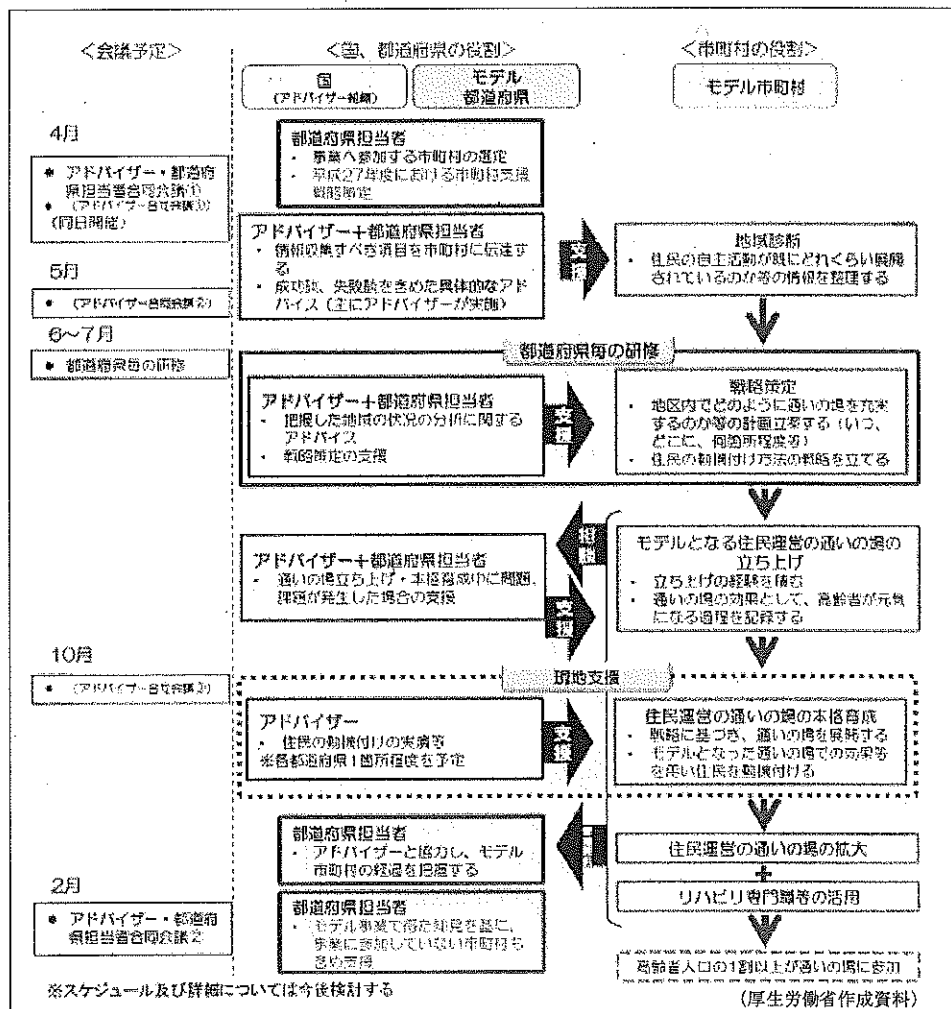


- 各市町においても、これまで地域リーダー養成事業を実施し、地域での自主活動を行う人材の育成に努めてきました。しかし、研修等に参加する人材はいても、研修終了後の実際の活動につながるケースが少ないことが課題でした。その理由として、研修の参加者に地域支え合いの考え方が根付かず、参加者の自己研鑽の場になってしまう、個人を対象とした研修であるため、修了後に地域で活動を立ち上げる仲間がおらずモチベーションが低下しまう、地域で活動する場所が見つけられない、行政に頼りすぎてしまう、などが考えられます。
- そこで、本県が平成 26 (2014) 年度に新設した「地域リーダー養成研修」では、意欲のある高齢者団体を対象として、地域自らが考えたカリキュラムに沿って、地域が求める活動を行うためのスキルを学び、修了後は即戦力として活躍できるよう、行政とともに活躍の場を考えるなど、住民による自主活動の契機となることをめざしています。
- 今後は、高齢者夫婦のみ世帯などの増加が見込まれることから、地域で支え合う「互助」「共助」の必要性、重要性はますます高まってくるものと予想されます。地域において、元気な高齢者自らが地域貢献活動や介護予防活動に積極的に参加することによって地域全体の福祉レベルが向上し、結果として将来的に自らも質の高い福祉サービスを楽しむことができる「高参加・高福祉」の理念を、研修等を通して地域に普及していく必要があります。

(県の取組)

- 高齢者の地域貢献活動や介護予防活動への参加意識を高めるため、住民主体による通いの場づくりを率先して行う地域リーダーの養成を行うとともに、地域リーダーが活躍する機会や場を創出するため、市町や市町社会福祉協議会を対象とした会議等を開催し、人材育成から活動までを一体化した取組として支援します。
- 平成 27 (2015) 年度からは、地域づくりによる介護予防の推進に取り組む市町に対し、厚生労働省から派遣される広域アドバイザー、地域密着アドバイザーと県が連携して、研修及び個別相談等の技術的支援を行う「地域づくりによる介護予防推進支援事業」を活用した市町支援も行い、各市町におけるリハビリテーション専門職を活用した住民主体による集いの場づくりを支援します。

図 3-4-19 平成 27 年度 地域づくりによる介護予防推進事業における都道府県の役割 (案)



5 高齢者に相応しい住まいの確保

(1) 養護老人ホーム

(現状と課題)

- 養護老人ホームは、65 歳以上で環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な方が市町村長の措置により入所し、その方が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行う施設です。
- 養護老人ホームの入所者は、介護保険の居宅サービスの利用が可能となっています。(養護老人ホームの居室は、介護保険における「居宅」とされています。)
- 県内の施設数は 21 施設、定員数は 1,300 人で、入居率は 88.9%となっており、このうち、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設数は 12 施設、定員数は 820 人(平成 26(2014)年 10 月 1 日現在)となっています。

特定施設入居者生活介護とは

指定を受けた特定施設に入居している要介護(要支援)の方を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となります。

介護保険法上の「特定施設」とは、老人福祉法に規定する養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームです。

(県の取組)

- 養護老人ホームは、「住まい」と「生活支援」の役割を担っています。養護老人ホームが本来の機能である入退所者の自立支援・相談援助の役割を果たせるよう助言等の支援を行います。
- 老朽化した養護老人ホームについては、緊急度を勘案のうえ改修又は改築について、「老人保健福祉施設整備費補助金」により整備を進めます。

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護とは

介護保険におけるサービス類型のひとつです。

サービス計画の作成、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等の基本サービスは施設で行われます。

サービス計画に基づく入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話は施設が外部の指定居宅サービス事業者に委託して行われます。

(2) 軽費老人ホーム

(現状と課題)

- 軽費老人ホームは、身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことについて不安があると認められる方であって、家族による援助を受けることが困難な高齢者に対して、低額な料金で日常生活上必要な便宜を提供する施設です。
- 軽費老人ホームの入所者は、介護保険の居宅サービスの利用が可能となっています。(軽費老人ホームの居室は、介護保険における「居宅」とされています。)
- 県内の施設数は36施設、定員数は1,525人で、入所率は91.4%となっており、このうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設は、7施設、定員数は290人(平成26(2014)年10月1日現在)となっています。
- 軽費老人ホームについては、ケアハウス、A型、B型の3類型が規定されていますが、平成20(2008)年以降はケアハウスに一元していく観点から、A型及びB型については、経過的軽費老人ホームとされ、建て替えまでの間、従来の制度が適用されています。

表3-5-1

軽費老人ホームの類型

類型	入所者	県内の施設数
ケアハウス	身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことについて不安があると認められる方で、家族による援助を受けることが困難な方	31
軽費老人ホームA型	高齢等のため独立して生活するには不安が認められる方	4
軽費老人ホームB型	自炊は出来るが身体機能の低下等が認められる方	1

(県の取組)

- ケアハウス及びA型については、低額な料金で入所できる施設であることが基本方針であり、地域包括ケアシステムにおいて選ばれる住まいとしてその機能を発揮するために、施設の運営費に対して低所得者が負担すべき経費の一部についての県からの補助を継続します。
- 県内におけるケアハウスの定員数に対する入所率は 91.4%となっており一定の整備率が確保できているため、第6期介護保険事業支援計画においては、新規の整備は行わないこととします。

表 3-5-2

軽費老人ホーム施設数 (老人福祉圏域別)

老人福祉圏域	ケアハウス	軽費老人ホーム A型	軽費老人ホーム B型	施設数	定員 (人)
北勢	10	1	1	12	570
中勢伊賀	11	1	0	12	460
南勢志摩	8	1	0	9	380
東紀州	2	1	0	3	115
合計	31	4	1	36	1525

(3) 有料老人ホーム

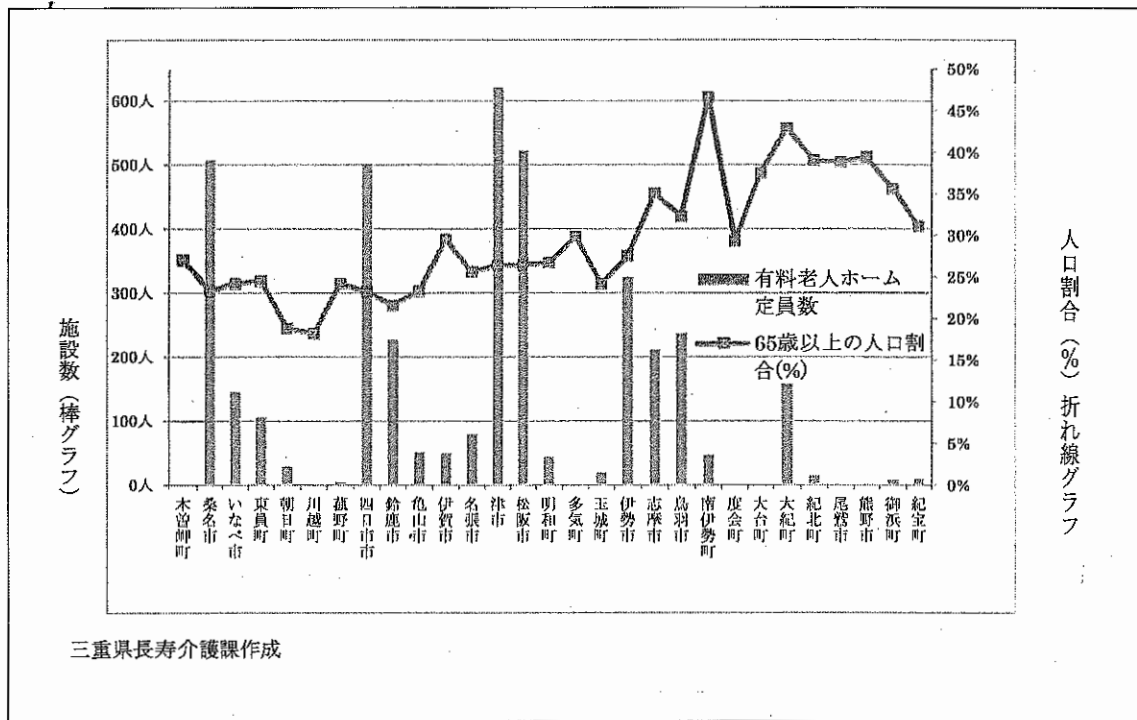
(現状と課題)

- 有料老人ホームは、高齢者を入居させ、入浴等の介護、食事の提供その他の日常生活上の必要な便宜を供与する施設であり、県内の施設数は 149 施設、定員数は 4,027 人 (平成 26 (2014) 年 10 月 1 日現在)、入居率は 81.3% (平成 25 (2013) 年 7 月 1 日現在) となっています。
このうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けた有料老人ホームは 25 施設、定員数は 1,129 人となっています。
- 入居者の要介護状態区分の状況は、自立者 (2.7%)、要支援者 (6.5%)、要介護者 (90.8%) となっており、このうち、要介護 3 から 5 の方の割合が 54.8%と、全国調査 (40.4%) と比べてより重度の方を受け入れている傾向にあります。
- 介護保険サービス事業所を併設している住宅型有料老人ホームは 114 施設で、主な提供サービスは通所介護、訪問介護となっており、全体の 54.1% を占めています。
- 入居者の重度化や、一部ではあるものの運営主体の介護への理解の乏しさもあり、知識・資格のないまま喀痰吸引等の医療行為が行われるなど、サービスの質の確保が懸念されます。
- 入居者や入居者の家族等からの苦情・相談も多く、なかには虐待を疑うようなケースもあり、適正なサービス提供を確保する必要があります。
- 平成 24 (2012) 年 4 月 1 日の改正老人福祉法により権利金その他の金品の受領が禁止されており、平成 24 (2012) 年 4 月 1 日の前日までに届出がなされている有料老人ホームについては、経過措置が設けられていますが、平成 27 (2015) 年 4 月 1 日以降は当該経過措置が適用されなくなります。
- 県内の未届有料老人ホームは、平成 22 (2010) 年度に行った実態把握調査では 53 施設ありましたが、平成 26 (2014) 年 10 月 1 日現在では 4 施設となっており、これらの施設に対し届出の指導を行っています。

(県の取組)

- 利用者が安心して入居できるよう、施設に関する情報提供に努めるとともに、介護保険サービスの提供や、医療行為を行う場合もあることから、福祉監査課や保健所、また、虐待等の疑いがある場合は市町等関係機関と連携をとり、施設に対する指導・助言を行い、サービスの質の確保を支援します。
- 権利金、その他の金品の受領の禁止について、改正老人福祉法において経過措置の対象であった有料老人ホーム、及び新規の届出を行う有料老人ホームについては事前協議時等に制度の説明・指導を行います。
- 現在、未届となっている施設に対し指導を継続するとともに、未届で施設を運営しているとの情報があつた場合は、現地調査を行い、有料老人ホームに該当する場合は届出の徹底を図ります。

図3-5-3 有料老人ホーム 市町別の定員数



(4) サービス付き高齢者向け住宅

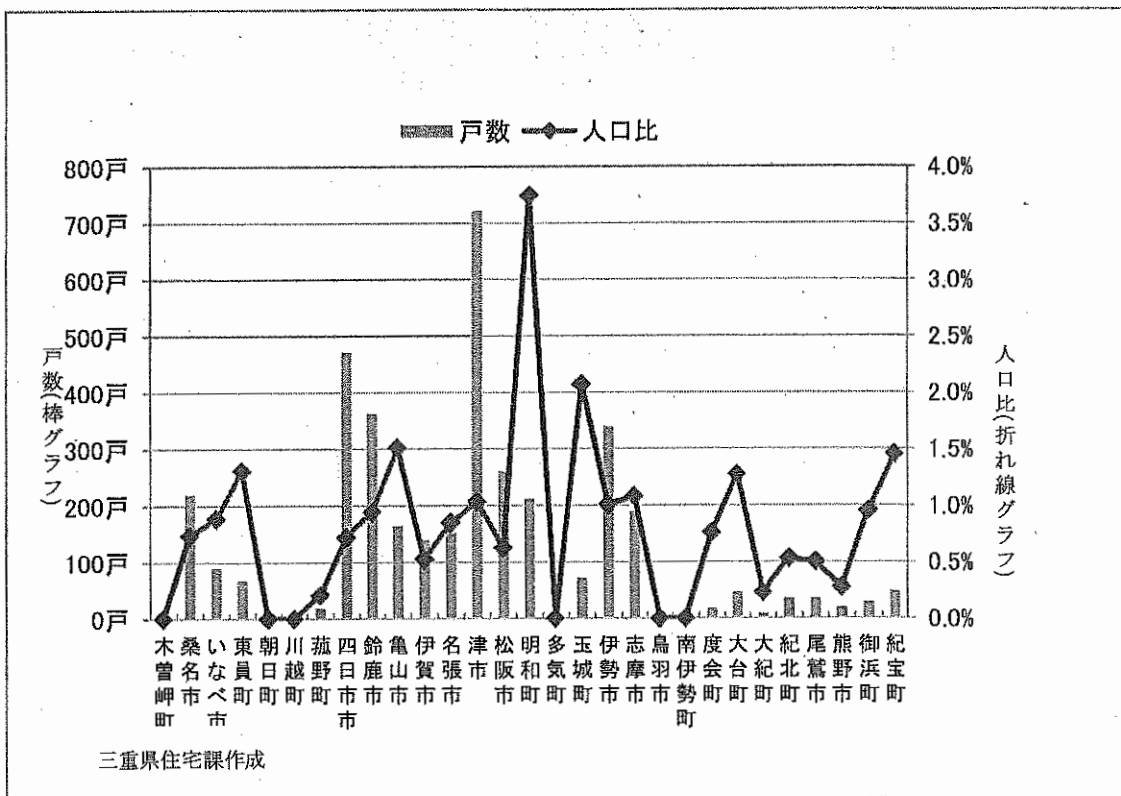
(現状と課題)

- サービス付き高齢者向け住宅とは、安否確認・生活相談サービス等を提供する、高齢者を入居対象とした住宅であり、県内全体では130棟・3,734戸が登録されています(平成26(2014)年12月31日現在)。また、入居開始した住宅の平均入居率は約72%となっています(平成25(2013)年12月31日現在)。このうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けた住宅は、7棟、定員数は400人となっています。
- サービス付き高齢者向け住宅の特徴は、「住宅」としてふさわしい居室の面積や設備を備える点、比較的低額な初期費用で入居できる点、すべての住宅についてインターネットによる情報開示がされている点があげられます。また、介護保険やその他生活支援のサービスは、入居者が必要に応じて利用することになります。そのため、提供されるサービス、対応可能な入居者の状況(病状や要介護度等)は、建物ごとに大きく異なります。
- 国の補助金や税の優遇等の効果もあり、制度開始後3年ほどの間に全国で約16万6千戸、本県でも3,700戸を超える住宅が登録され、今後も増え続けるものと予想されます。
- サービス付き高齢者向け住宅の整備は基本的に民間事業者に委ねられているため、地方公共団体における地域包括ケア・コンパクトシティ化等との取り組みとの整合が課題となってきています。
- 介護保険法の改正に伴い、平成27(2015)年4月1日以降にサービス付き高齢者向け住宅に入居した者から、住所地特例(介護費用の負担者が旧住所地の保険者となる特例)の対象となります。

(県の取組)

- 高齢者が住み慣れた地域で、多様なニーズに対応できる住まいを選択できるとともに、安全に安心して暮らすことができるよう、住まいをお探しの方に対する情報提供、事業実施を検討する方への相談対応を行います。
- 県と市町の福祉部局・住宅部局が連携しながら、事業を開始した事業者に対して、書面および立入検査等による指導・助言を行い、適切な事業運営・質の高いサービスが行われるよう支援します。

図3-5-4 サービス付き高齢者向け住宅 市町別の戸数



- ・ 建物数・戸数は平成 26 年 12 月 31 日現在。建設中の住宅を含みます。
- ・ 高齢者人口は平成 22 年国勢調査の値、高齢者とは 65 歳以上の人口（年齢不明は除く）です。
- ・ 人口比とは、登録戸数を高齢者数で除した値のことです。
- ・ 有料老人ホーム、介護保険施設等を含まない数値であり、高齢者の住まいの総合的な過不足を表したものではありません。

6 高齢者の安心確保・生きがい対策の推進

(1) 地域包括支援センターの機能強化

(現状と課題)

- 地域包括支援センターは、平成 18 (2006) 年 4 月から介護保険法の改正に伴い創設され、三重県内では平成 26 年 4 月 1 日現在、53 箇所、設置運営されています。
- 地域包括支援センターは、市町機能の一部として地域の最前線に立ち、高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防のケアマネジメント及び地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援等を業務とし、地域包括ケアシステム構築へ向けた中核的な機関であり、その体制強化を図る必要があります。
- また、平成 26 (2014) 年 6 月の医療介護総合確保推進法施行に伴う介護保険法の改正により、新たに「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援サービスの体制整備」に係る事業が包括的支援事業に位置付けられました。今後、業務量の増大が見込まれるため、人員体制の強化を図る必要があります。

図 3-6-1 地域包括支援センター職員の状況

職員の配置状況					職員別の実人数				
	三重県		全国			三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合		実人数	平均値	実人数	平均値
12人以上	5	9.4%	518	11.6%	保健師	55	1.5	4,086	1.4
9人以上～12人未満	5	9.4%	539	12.1%	経験のある看護師	32	1.2	2,876	1.0
6人以上～9人未満	18	34.0%	1,142	25.6%	社会福祉士	83	1.6	6,347	1.6
3人以上～6人未満	25	47.2%	2,019	45.2%	社会福祉士に準ずる者	4	1.0	408	0.4
3人未満	0	0.0%	250	5.6%	主任介護支援専門員	66	1.2	5,171	1.2
計	53	100.0%	4,468	100.0%	介護支援専門員	77	2.3	6,095	2.0
					その他	46	2.1	2,871	1.3
					計	363	6.8	27,854	6.2

平成 25 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総合研究所)

- 市町において、複数の地域包括支援センターを設置している場合、直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営体制を構築していくことが可能です。

図 3-6-2 地域包括支援センターが抱える課題

	三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合
ア 職員の力量不足	34	18.1%	2,324	16.6%
イ 業務量に対する職員数の不足	35	18.6%	2,923	20.9%
ウ 職員の入れ替わりの早さ	16	8.5%	863	6.2%
エ 業務量が過大	41	21.8%	3,494	25.0%
オ 関係機関との連携が十分でない	26	13.8%	1,963	14.0%
カ 専門職の確保	29	15.4%	2,084	14.9%
キ その他	7	3.7%	322	2.3%
合計	188	100.0%	13,973	100.0%

平成 25 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総合研究所)

図 3-6-3 「職員の力量不足」の場合の業務内容

	三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合
a 総合相談支援事業に関わる業務	20	20.2%	1,148	16.6%
b 権利擁護事業に関わる業務	20	20.2%	1,526	22.1%
c 包括的・継続的ケアマネジメント事業に関わる業務	14	14.1%	1,259	18.2%
d 介護予防ケアマネジメント事業に関わる業務	7	7.1%	564	8.2%
e 指定介護予防支援に関わる業務	9	9.1%	548	7.9%
f 地域におけるネットワークの構築に関わる業務	25	25.3%	1,743	25.3%
g その他	4	4.0%	113	1.6%
合計	99	100.0%	6,901	100.0%

平成 25 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総合研究所)

- また、平成 26 (2014) 年 6 月の介護保険法の改正により、地域包括支援センターの設置者は、自らその実施する事業の質の評価を行うこと、及び市町においては、定期的にセンターの実施状況について点検を行うよう努めることが法定化されました。平成 25 (2013) 年度の調査によると、本県の保険者による地域包括支援センターに対する評価の実施は、32%にとどまっています。
- 併せて、市町がセンターの業務内容や運営状況に関する情報を公表するよう努めることも法定化されました。

図 3-6-4 地域包括支援センターに対する評価の実施

	三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合
ア 運営協議会で評価している	6	24.0%	583	36.9%
イ 運営協議会以外で評価している	2	8.0%	131	8.3%
ウ 評価していない	17	68.0%	846	53.5%
不明・無回答	0	0.0%	20	1.3%
合計	25	100.0%	1,580	100.0%

平成 25 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総合研究所)

- 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 25 (2013) 年 3 月 29 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長外) に、地域ケア会議の目的として、地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援が規定されました。
- 本県の地域包括支援センターの介護支援専門員に対する個別支援について、サービス担当者会議開催支援の回数及びケアマネジメントの指導の回数が全国平均に比べ非常に少ない状況です。
- また、介護支援専門員に対して、自立支援という視点を取り入れる支援についても約 25%、地域のネットワークを生かしたケアマネジメントの取組ような支援についても約 32%の地域包括支援センターが実施していない状況です。

図3-6-5 地域包括支援センターが行う介護支援専門員に対する個別支援の回数（複数回答可）

	三重県		全国	
	回数	1センターあたりの回数	回数	1センターあたりの回数
ア 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援の回数	429	8.1	108,663	24.2
イ 個別事例に対する地域ケア会議の開催回数	233	4.4	19,250	4.3
ウ ケアマネジメントの質の向上のための研修の回数	238	4.5	18,741	4.2
エ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導の回数	1,330	25.1	195,655	43.6

※1センターあたりの回数は、回数を全センター数で除した値
平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総合研究所）

図3-6-6 地域包括支援センターが行う、地域のケアマネジャーに対しての支援の有無

	アセスメントの中に「自立支援」という視点を取り入れる支援				自立支援の観点から地域のネットワークを生かしたケアマネジメントの取り組むような支援			
	三重県		全国		三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
ア 支援をしている	39	73.6%	2,923	65.2%	33	62.3%	2,642	58.9%
イ 支援をしていない	13	24.5%	1,490	33.2%	17	32.1%	1,750	39.0%
不明・無回答	1	1.9%	71	1.6%	3	5.7%	92	2.1%
合計	53	100.0%	4,484	100.0%	53	100.0%	4,484	100.0%

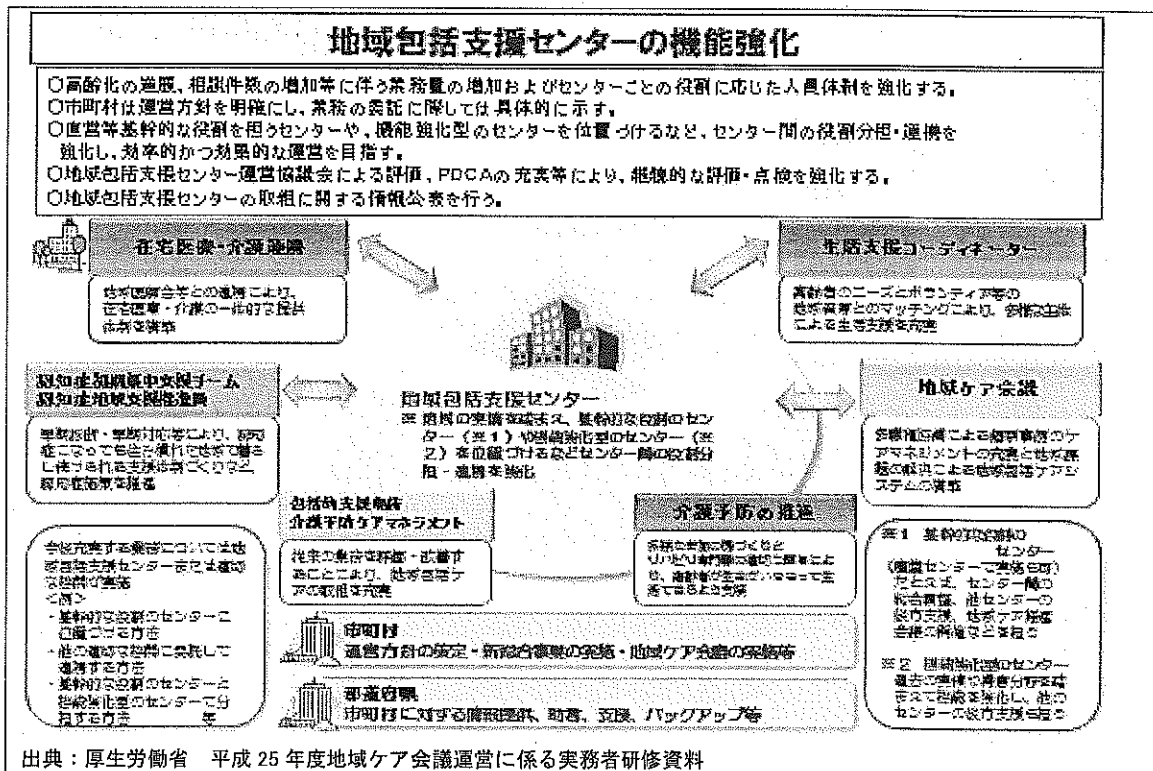
平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総合研究所）

（県の取組）

- 第6期計画期間中から、新たに包括的支援事業に位置付けられる「在宅医療・介護連携の推進」など、地域包括ケアシステム構築に向けた市町等の取組や地域包括支援センター職員の適切な人員体制の確保に向けて、保険者に対し地域支援事業県交付金を交付します。

- 地域包括支援センターにおいて、「総合相談支援事業に関わる業務」、「権利擁護事業に関わる業務」、「地域におけるネットワークの構築に関わる業務」について職員の力量不足による課題としてあげられているため、それらの課題解決に向けて地域包括支援センター等の職員を対象とした研修会を開催し、資質の向上に努めます。(研修会開催回数：5回、研修会参加者数：延べ265人)
- 地域包括支援センターがより充実した機能を果たしていくためには、運営に対する評価が適切に行われることが必要です。そのために、全ての市町において定期的に地域包括支援センターの実施状況について点検が行われるよう、また、センターに関する情報の公表についても適切に行われるよう、会議等を通して働きかけます。
- 地域包括支援センター職員などを対象とした研修会を開催し、地域包括支援センターにおいて、介護支援専門員の作るケアプランが高齢者や家族の自立支援をめざしたものになっているかを点検し、指導、助言が行われるよう支援します。また、職能団体が行う研修会等へ補助することにより、介護支援専門員の資質の向上に努めます。

図3-6-7 地域包括支援センターの機能強化



(2) 高齢者の見守りネットワーク

(現状と課題)

- 高齢単身・夫婦のみ世帯など支援を必要とする高齢者の増加に伴い、地域サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除などの家事支援などの生活支援の必要性が増加しています。
- 高齢者の見守りは、民生委員や地域包括支援センター、社会福祉協議会などによる定期的な訪問のほか、老人クラブなどによる友愛訪問や緊急通報システム等の貸与によるものなど、様々な実施主体により行われています。
- 平成25年度「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」によると、25保険者中24保険者(96.0%)で見守りが実施されています。

図3-6-8 市町(保険者)等における見守りの実施

	三重県		全国	
	件数	割合	件数	割合
ア 実施している	24	96.0%	1,488	94.2%
イ 実施していない	1	4.0%	81	5.1%
不明・無回答	0	0.0%	11	0.7%
合計	25	100.0%	1,580	100.0%

平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三養総合研究所)

- 見守りを実施している24保険者の実施体制は、定期的な見守りの実施体制では、「民生委員が実施」の割合が62.5%と最も高く、次いで「地域包括支援センターが実施」(25.0%)、「社会福祉協議会が実施」(25.0%)などの順となっています。また、定期的でない見守りの実施体制でも「地域包括支援センターが実施」および「民生委員が実施」の割合が62.5%と最も高く、次いで「社会福祉協議会が実施」(33.3%)などの順となっています。
- 見守りが必要な高齢者宅に、緊急時に適切な対応が図られるよう設置する緊急通報システム等の整備状況については、23保険者(92.0%)で整備されています。

図3-6-9 見守りの実施体制

	定期的な見守りの実施体制				定期的でない見守りの実施体制			
	三重県		全国		三重県		全国	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
a 市町村が直接実施	2	8.3%	244	16.4%	1	4.2%	395	26.5%
b 地域包括支援センターが実施	6	25.0%	417	28.0%	15	62.5%	930	62.5%
c 民生委員が実施	15	62.5%	733	49.3%	15	62.5%	973	65.4%
d ボランティア、NPOが実施	1	4.2%	193	13.0%	5	20.8%	267	17.9%
e 自治会が実施	0	0.0%	151	10.1%	4	16.7%	372	25.0%
f 社会福祉協議会が実施	6	25.0%	419	28.2%	8	33.3%	469	31.5%
g 水道、郵便、新聞配達員等との連携	2	8.3%	242	16.3%	2	8.3%	441	29.6%
h その他	2	8.3%	213	14.3%	5	20.8%	214	14.4%

※割合は、件数を見守りを「実施している」とした保険者数で除した値
 平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総合研究所）

図3-6-10 緊急通報システム等の整備

	三重県		全国	
	件数	割合	件数	割合
ア 整備している	23	92.0%	1,468	92.9%
イ 整備していない	2	8.0%	92	5.8%
不明・無回答	0	0.0%	20	1.3%
合計	25	100.0%	1,580	100.0%

平成25年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総合研究所）

- また、平成23（2011）年度から26（2014）年度まで実施された、三重県地域支え合い体制づくり事業により、市町において、見守りのためのネットワーク（徘徊・見守りSOSネットワーク）の構築や民生委員等の様々な地域資源が日常業務の中で高齢者等への声かけや見守りを行うことを目的とする組織（見守り活動チーム）の育成などに取り組みました。

(県の取組)

- 全ての市町において見守り活動が実施されるよう、地域包括支援センター等の職員を対象として、地域のニーズ把握やネットワーク形成力向上等に関する研修を行い、社会福祉協議会、民生委員、自治会、老人クラブなどの地域の関係者が相互に連携しながら見守り活動を実施するネットワークづくりの構築を支援します。

- 支援を必要とする高齢者の地域のニーズと地域資源のマッチングなどの取組を進めるコーディネート機能の充実を図るため、生活支援コーディネーターの養成研修などを行います。

(3) 地域ケア会議

(現状と課題)

- 地域包括ケアシステムの構築を実現するため、公的サービスとインフォーマルサービス等の有機的な連携が図られるための一つの手法である「地域ケア会議」の実施が求められています。
- 平成 25 (2013) 年 3 月 29 日付けで厚生労働省老健局高齢者支援課長外から「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正通知があり、「地域ケア会議」について具体的に規定されました。

「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 25 年 3 月 29 日改正)

4 事業内容

(2) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

①地域ケア会議の目的

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた

(i) 地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

(ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築

(iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

②地域ケア会議の機能

ア 個別課題の解決

イ 地域包括支援ネットワークの構築

ウ 地域課題の発見

エ 地域づくり・資源開発

オ 政策の形成

- さらに、平成 26 (2014) 年の介護保険法の改正で地域ケア会議を実施することが制度的に位置付けられました。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(介護保険法)」

第 115 条の 48 市町村は、第 115 条の 45 第 2 項第 3 号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議を置くよう努めなければならない。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

- 地域ケア会議には、介護支援専門員や介護事業所等の多職種が連携して困難事例等のケースワークを地域包括支援センターで行う「個別会議」と、市町の施策や事業の立案につなげる「推進会議」の2種類があります。
- 地域ケア会議を開催するうえで、必要となる専門職種が不足する場合など市町等への支援として、平成 24 (2012) 年度から地域ケア会議活動支援アドバイザーの派遣（専門職派遣事業）を行いました。さらに平成 25 (2013) 年度からはそれに加えて、地域ケア会議の運営支援・助言等を担う広域支援員派遣事業を実施しました。
- また、地域ケア会議の普及、定着を図ることを目的として、平成 25 (2013) 年度、26 (2014) 年度と地域包括支援センター及び市町の職員を対象とした地域包括ケア担当者会議を開催し、課題の把握に努めました。
- その結果、個別ケースの検討は行われているものの、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援についての取組が弱いことが明らかになりました。また、個別課題の解決など個別ケースの検討を主に開催されており、地域づくり・資源開発や政策形成といった地域課題の検討の開催は少ない現状です。

図 3-6-11 地域ケア会議の機能別の開催回数（延べ回数）

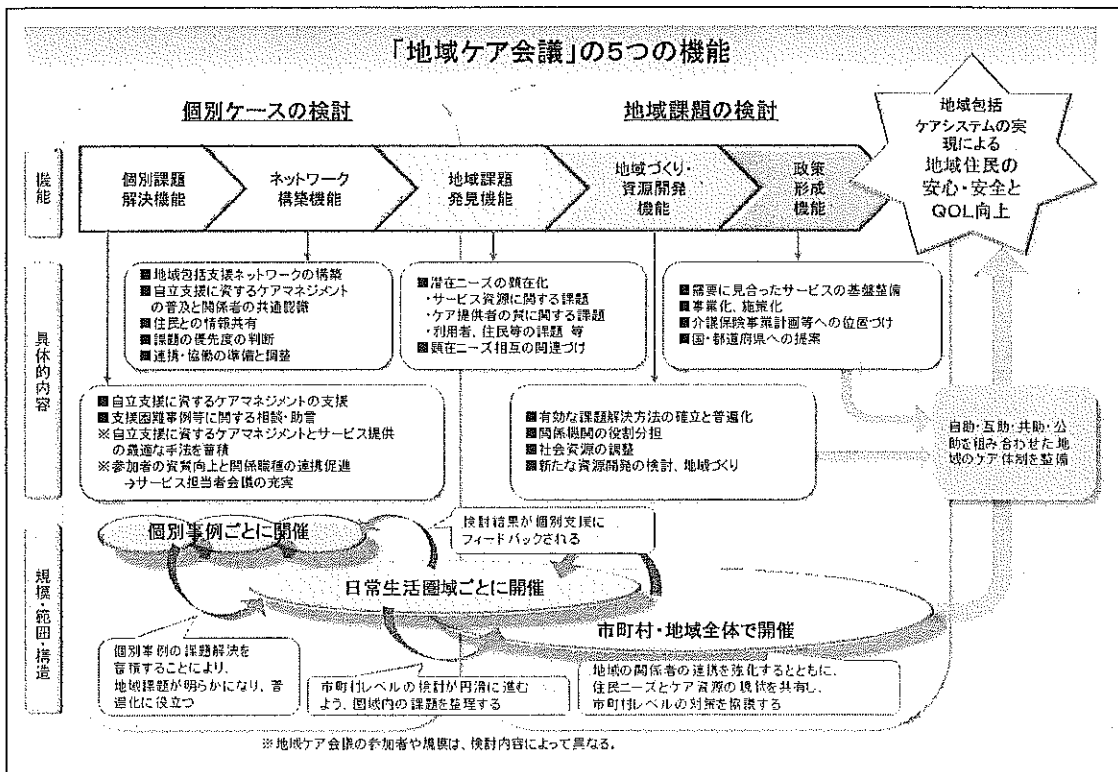
	市町村が主催				地域包括支援センターが主催			
	三重県		全 国		三重県		全 国	
	延べ回数	平均延べ回数	延べ回数	平均延べ回数	延べ回数	平均延べ回数	延べ回数	平均延べ回数
ア 個別課題解決機能	52	8.7	3,804	11.3	337	9.4	23,469	9.6
イ ネットワーク構築機能	7	7.0	2,490	9.0	99	5.5	18,312	8.1
ウ 地域課題発見機能	19	9.5	1,751	9.2	53	4.8	9,427	6.6
エ 地域づくり・資源開発機能	6	3.0	1,221	7.8	23	2.6	6,815	6.6
オ 政策形成機能	7	2.3	482	4.9	15	5.0	1,712	5.9

※「平均延べ回数」は、「延べ回数」を実施保険者数/実施センター数で除した値
 平成 25 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」（三菱総合研究所）

(県の取組)

- 市町または地域包括支援センターにおいて、より充実した地域ケア会議が開催されるよう、引き続き、地域ケア会議活動支援アドバイザーの派遣（広域支援員及び専門職）を行います。
- 地域ケア会議の取組を促進するため、市町および地域包括支援センター職員を対象として会議を開催し、好事例の紹介や情報交換を行うなど、市町等における取組状況を把握し、課題解決に向けて支援します。
- 市町介護保険担当者会議等を通して、個別事例の検討を通じ、高齢者に対する包括的ケアと自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、保健・医療職やインフォーマルサービス等を含めた地域包括支援ネットワークの構築につなげるなど、地域ケア会議が実効性のあるものとして定着するよう普及に努めます。また、併せて、地域づくり・資源開発、政策形成等につなげ、介護保険事業支援計画に位置付ける等の対応ができるような地域ケア会議の開催について支援します。

図 3-6-12 「地域ケア会議」の5つの機能



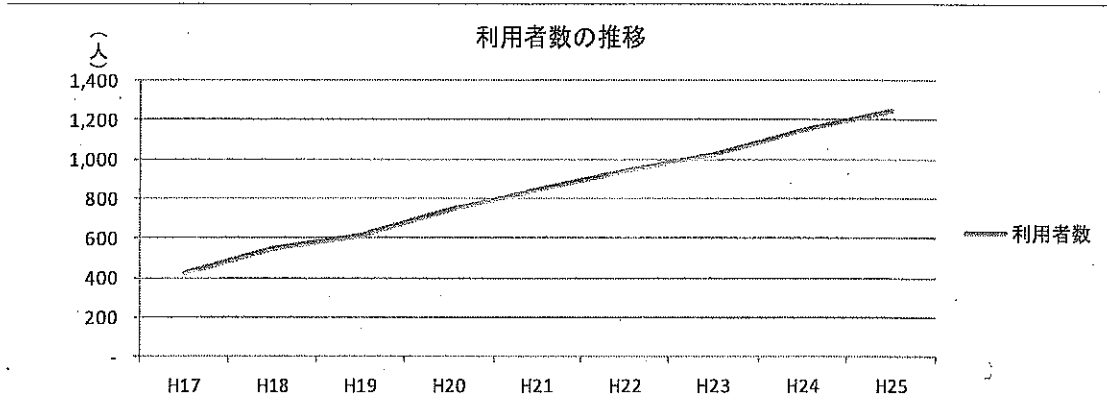
(4) 高齢者の権利擁護

(現状と課題)

- 介護保険制度の導入により、介護サービスの利用が措置から契約に移行されましたが、認知症高齢者や知的・精神障がい等を有する高齢者が、十分な判断能力がないために必要なサービスが受けられていないケースがあります。
- また、十分な判断能力がないことから、悪徳商法や振り込め詐欺などの経済的な被害に遭う高齢者が増加しています。
- 認知症高齢者や知的・精神障がい等を有する高齢者など、十分な判断能力がない人が地域で自立した生活を継続できるようにするために、福祉サービスの利用支援や日常的金銭管理を行う「日常生活自立支援事業」について、利用者が年々大幅に増加しており、今後も更なる増加が予想されることから、それに対応する実施体制を確保する必要があります。
- 成年後見制度は、認知症高齢者などの判断能力が不十分な人を支援していくための制度です。本人、配偶者、4親等以内の親族、市町長の申立などにより、家庭裁判所が本人の身上監護及び財産管理のできる適任者（「成年後見人等」）を選びます。成年後見人等は、親族のほか、弁護士、司法書士、社会福祉士などの第三者が選ばれることがあります。
また、申立をする適切な親族がいなかったり、資力がないことなどにより成年後見制度を利用できない場合に市町長が申立を行う市町長申立や、成年後見制度の推進・普及など、身近な行政である市町の役割が大きいことから、三重県県では市町担当者などを対象にした成年後見制度に関する研修を実施しています。

図3-6-13 日常生活自立支援事業利用者数の推移

年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
利用者数	418	543	609	739	841	936	1,026	1,149	1,248
対前年度伸び率	126.3%	129.9%	112.2%	121.3%	113.8%	111.3%	109.6%	112.0%	108.6%



三重県健康福祉部地域福祉課作成

(県の取組)

- 県は日常生活自立支援事業に関して、今後も利用者の増加に対応するために、事業の実施主体である三重県社会福祉協議会と事業の効率的・効果的な実施について情報交換を図りながら必要な支援を行います。
- 成年後見制度の活用を促進するため、地域支援事業（成年後見制度利用支援事業）を活用し、市町長申立や後見人報酬、成年後見制度の利用促進のための広報・普及活動等の費用について助成を行います。
- 市町担当者などを対象にした成年後見制度に関する研修を実施します。

図3-6-14 津家庭裁判所管内の市町長申立件数

最高裁判所事務総局家庭局資料

年度	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
市町長申立数	27件	48件	46件	60件

(5) 高齢者の虐待防止への対応

(5) - 1 高齢者虐待の未然防止への取組

(現状と課題)

- 平成 25 (2013) 年 12 月 26 日に厚生労働省が発表した「平成 24 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」(以下、「高齢者虐待状況調査」という。)によると、全国では、高齢者の虐待件数は前年度よりは減少したものの依然として少なくない状況にあります。
- 高齢者虐待には養介護施設従事者等によるものと養護者によるものがあり、本県の平成 24 (2012) 年度の高齢者虐待の状況は、いずれも、相談・通報件数は前年度より増加していますが、虐待と判断された件数は同数または減少しています。しかし、依然として虐待自体は発生しており、表面化していない潜在的な虐待の存在も否定しきれないのが現状です。

図 3 - 6 - 15 三重県の高齢者虐待の推移 (養介護施設従事者等によるもの)

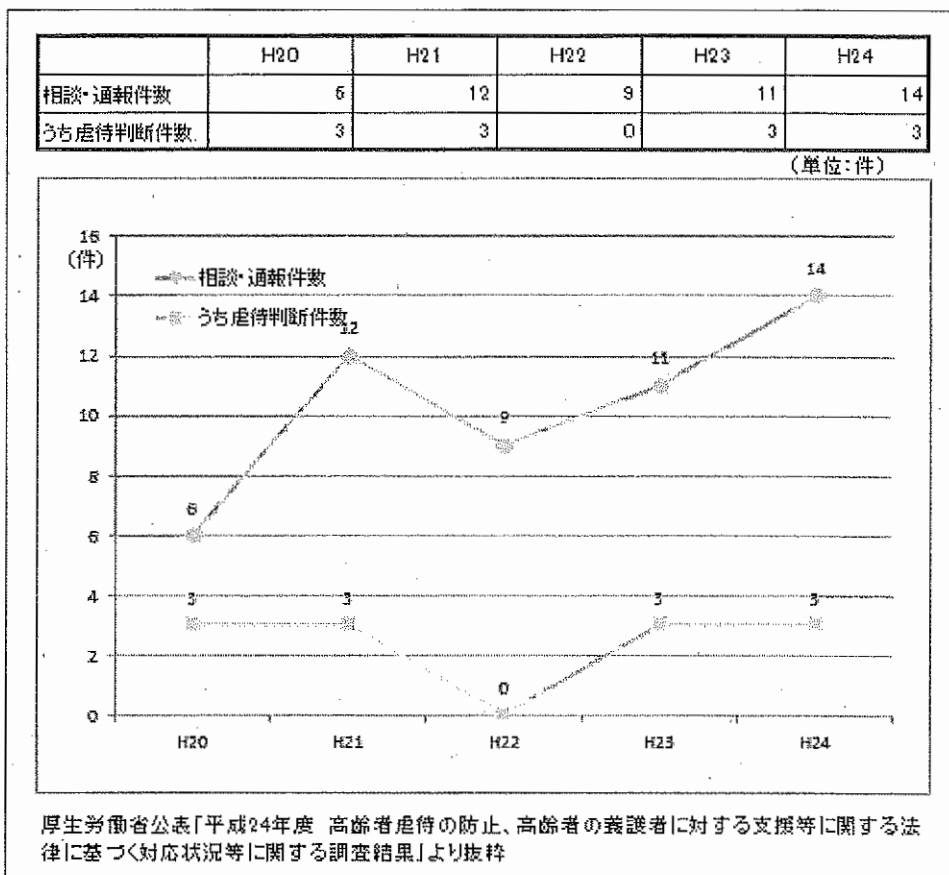
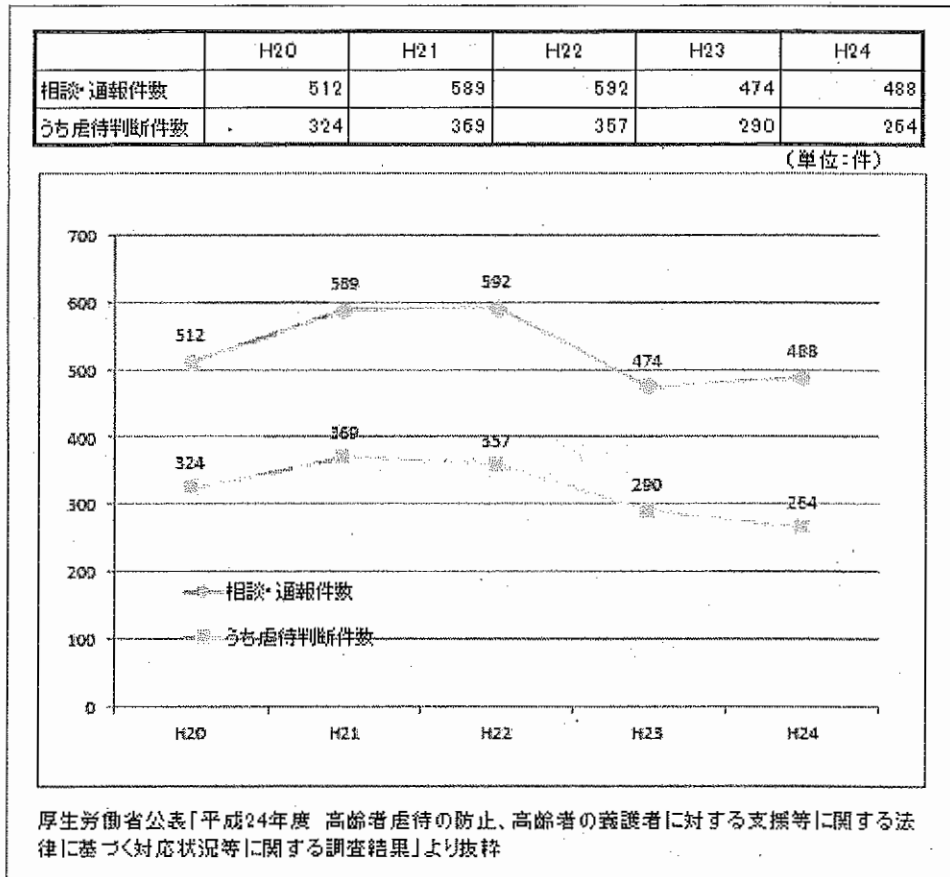


図3-6-16 三重県の高齢者虐待の推移（養介護者によるもの）



- 高齢者虐待状況調査によると、高齢者虐待が発生する要因として、養介護施設従事者等によるものでは、①教育・知識・介護技術等に関する問題、②職員へのストレスや感情のコントロールの問題、③虐待を行った職員の性格や資質の問題が、また養護者によるものでは、①虐待者の障害・疾病、②虐待者の介護疲れ・介護ストレス、③家庭における経済的困窮（経済的問題）等が浮かび上がってきました。
- その背景としては、ライフスタイルの変化により、家族で介護できないために施設に入所する高齢者が増えたことで、介護職員への身体的・精神的負担が増えていることなどや、核家族化や少子化が進むことにより、介護等の負担を分け合うことができずに介護ストレスが過度にかかってしまうことなどが考えられます。

- また、一方で、虐待という認識がないまま行為に至っている事例もあります。認知症患者に対する正しい知識や接し方がわからず、介護のつもりで行っている行為が実際は虐待行為である場合や、自分が行っている行為が虐待の範囲に及んでいるとの自覚がない場合など、正しい知識や対応方法を知っていれば未然に防ぐことができる事例もあります。

図 3-6-17 高齢者虐待の主な発生要因（全国）

◆養介護施設従事者による虐待		
内容	件数	割合(%)
教育・知識・介護技術等に関する問題	78	55.3%
職員のストレスや感情コントロールの問題	42	29.8%
虐待を行った職員の性格や資質の問題	40	28.4%
倫理観や理念の欠如	16	11.3%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	14	9.9%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	14	9.9%

(複数回答可、上位5件)

◆養護者による虐待		
内容	件数	割合(%)
虐待者の障害・疾病	1152	23.0%
虐待者の介護疲れ、介護ストレス	1140	22.7%
家庭における経済的困窮(経済的問題)	826	16.5%
家庭における被虐待高齢者と虐待者の虐待発生までの人間関係	632	12.6%
被虐待高齢者の認知症の症状	518	10.3%

(複数回答可、上位5件)

厚生労働省公表「平成24年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より抜粋

- 高齢者虐待を未然に防ぐためには、行政のみならず、専門機関や民間機関等も含めた関係者で構成する見守りネットワークの活用や地域ぐるみでの支え合いなどの早期発見につなげるための仕組みづくりのほか、虐待についての正しい知識の周知や、地域包括支援センター等相談窓口の周知、高齢者介護にかかる介護保険サービスの利用など、高齢者と暮らす家族の負担を軽減するための取組を総合的に推進することが重要です。
- 高齢者虐待状況調査によると、平成 24 (2012) 年 3 月末時点での三重県内の市町における高齢者虐待防止法に基づく体制整備状況は、民生委員、住民、社会福祉協議会等からなる「早期発見・見守りネットワーク」の構築につい

ては 29 市町中 22 市町 (75.9%) で取組がされています。また、介護保険サービス事業者からなる「保険医療福祉サービス介入支援ネットワーク」(16 市町、55.2%) や行政機関、法律関係者、医療機関等からなる「関係専門機関介入支援ネットワーク」(15 市町、51.7%) についても市町において構築が推進されるよう、引き続き支援していく必要があります。

図 3-6-18 市町における高齢者虐待防止法に基づく体制整備状況

	早期発見・見守り ネットワークの構築	保健医療福祉サービス介入支援 ネットワークの構築	関係専門機関介入支援 ネットワークの構築
三重県	22保険者 (75.9%)	16保険者 (55.2%)	15保険者 (51.7%)

(H24年度末現在で取組済の保険者数)

厚生労働省公表「平成24年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より抜粋

(県の取組)

- 市町および地域包括支援センターの職員を対象とした研修や養介護施設の従事者や看護実務者を対象とした研修を実施し、平成 27 (2015) 年度から平成 29 (2017) 年度までの受講者目標を 1,000 人として、高齢者虐待についての正しい知識や対応についての普及啓発を行います。
- 県政だより等の広報媒体を活用して、広く県民に対し、高齢者虐待についての正しい知識や高齢者と暮らす家族の負担を軽減するための介護保険サービスの利用や介護に対する不安等を相談できる窓口の周知等を行います。
- 高齢者虐待の早期発見や高齢者を介護する家族を地域での見守りを推進するため、市町が行う関係者や地域で作るネットワーク体制づくりを支援します。

(5) 高齢者の虐待防止への対応

(5) - 2 高齢者の虐待への対応

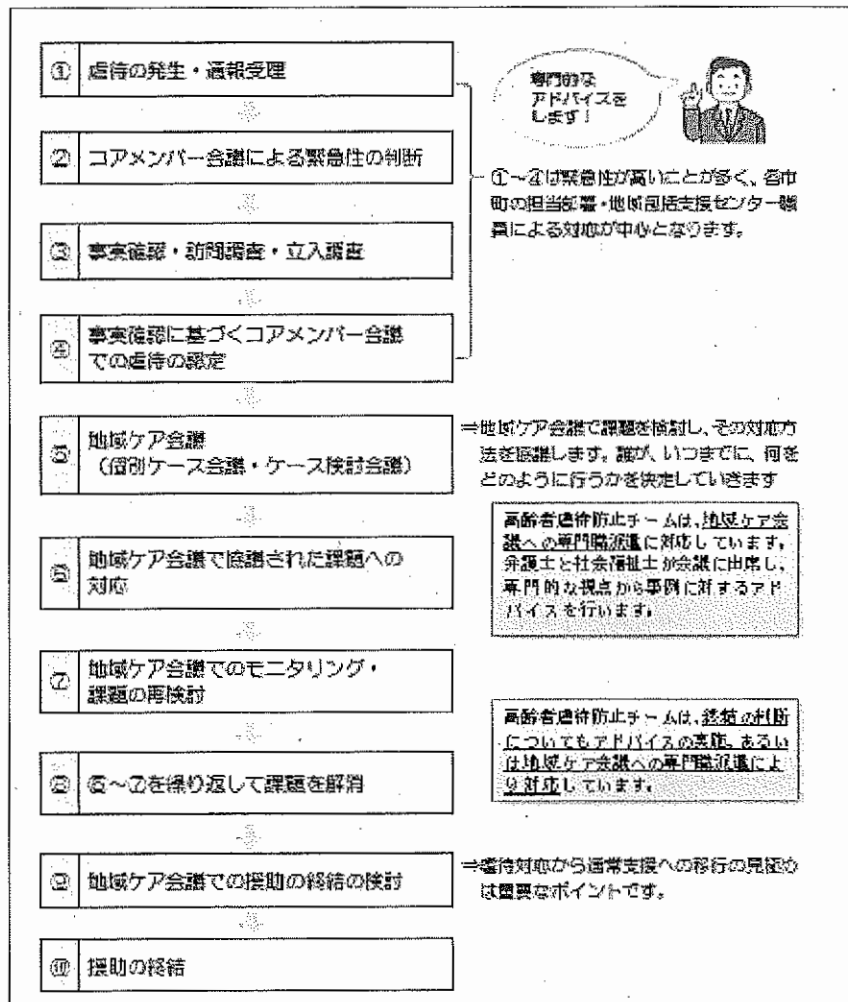
(現状と課題)

- 三重県の平成 24 (2012) 年度の高齢者虐待の状況は、(4) - 1 においても既述のとおり、養介護施設従事者等によるもの、養護者によるものいずれも、相談・通報件数は前年度より増加していますが、虐待と判断した件数は同数または減少しています。しかし、依然として虐待自体は発生しており、表面化していない潜在的な虐待の存在も否定しきれないのが現状です。
- 高齢者虐待対応においては、未然の防止策を講じると同時に、発生してしまった虐待事例に対する適切な対応が不可欠です。高齢者虐待の一義的な窓口は市町となりますが、迅速かつ適切に対応することにより虐待の被害を抑えることができる事例も少なくないことから、都道府県においては市町の資質向上を支援することが求められています。
- 本県では、これまで市町職員や地域包括支援センター職員、看護職員等を対象とした地域権利擁護にかかる基本研修や実務者向け研修、専門職を交えて意見交換を行う交流会等を実施し、高齢者虐待の正しい知識や、虐待が発生した場合の適切な対応の方法などについて、情報提供や助言等を行ってきました。
- また、特に対応が困難な事例に対しては、「三重県高齢者虐待防止チーム」の積極的な活用を促進しています。「三重県高齢者虐待防止チーム」は三重弁護士会、三重県社会福祉士会、三重県健康福祉部長寿介護課が連携して設置している組織で、専門職が高齢者虐待の困難事例発生後の対応について、個別アドバイスを行うほか、地域包括ケア会議（ケース検討会議）に専門職を派遣するなどのサポートを行っています。

(県の取組)

- 市町や地域包括支援センターの職員を対象とした実務者向けの研修を行い、高齢者虐待についての正しい知識や虐待が発生した場合の適切な対応について普及啓発するなどの技術的支援を行います。
- 対応困難な事例について、「三重県高齢者虐待防止チーム」の積極的な活用を促進するため、研修会等で周知するほか、チラシ等の紙媒体やホームページでの情報提供を行います。
- 各市町のみでは対応が困難な事例について、相談への助言や市町と連携した対応を行います。

図3-6-19 三重県高齢者虐待防止チーム活用フロー



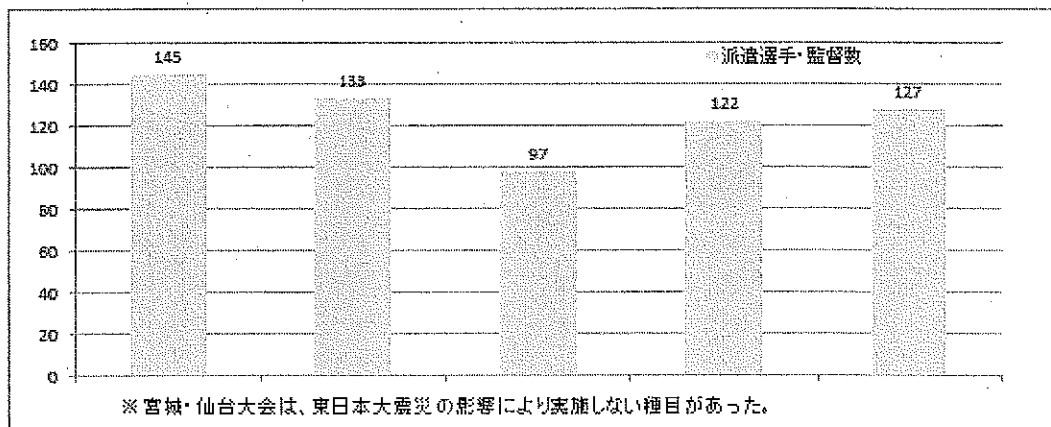
(6) 高齢者の健康・生きがいづくり

(現状と課題)

- 平成 25 (2013) 年 10 月現在の三重県における高齢化率が 26.2% (全国は 25.1%) になるなど、かつて経験したことのない高齢社会を迎えている今、健康寿命を延伸することの有効性が改めて見直されています。高齢者が健康で生きがいを持っていきいきと生活することは支え合いの地域づくりや介護予防につながるとともに、社会的孤立を防止することにもなります。
- また、老人福祉法では、地方公共団体は、老人の心身の健康の保持に資するための教養講座、レクリエーション等の事業を実施するよう努めなければならないと規定されています。
- そこで本県では、毎年「全国健康福祉祭 (ねんりんピック)」への選手の派遣および文化作品展への出展を行い、高齢者の生きがいづくりを支援しています。
- 図 3-6-20 ねんりんピックへの選手派遣の推移

開催年	2010 H22	2011 H23	2012 H24	2013 H25	2014 H26
開催地	石川県	熊本県	宮城・仙台	高知県	栃木県
派遣選手・監督数	145	133	97	122	127
参加種目数	20	19	15	19	20

※役員、事務局、引率等は除く



(三重県長寿介護課作成)

- 一方、これからの社会においては、元気な高齢者が地域の担い手として活躍することにより、地域の支え合いが推進されることや、高齢者が社会の中で役割を持ち、生きがいを感じることで自らの介護予防にもつなげていくことなどに大きな期待が寄せられています。
- 本県では、地域における住民主体の集いの場を創出し、高齢者が利用者として参加するだけでなく、元気な高齢者が主体となって集いの場を運営していくという生きがいづくりの活動を推進するため、地域リーダーの養成事業を行っています。
- この事業は、地域において活動をしたいという意欲のある高齢者団体を対象として、生活支援サービスや見守り活動など、地域が必要としている活動を行うための実践的スキルを学ぶ研修を実施するものです。また研修と並行して、当該団体が属する市町や市町社会福祉協議会などの関係機関による会議を実施し、カリキュラムの内容や研修終了後の活動の場について検討することで、住民と行政が連携して、地域資源の創出から活用・運用へと発展させていくことを目的としています。
- この事業により創出された集いの場は、各市町が新しい総合事業を推進するうえで、地域の受け皿にもなりうるものであり、生活支援サービスの充実にも寄与するものと考えられます。

図3-6-21 地域リーダー養成研修のカリキュラム例

好きです明和町！自分たちで明和町のお年寄りが住みやすい町に！！	
科目	概要
オリエンテーション	
1 ボランティアってむずかしい？	ボランティアの楽しさや、気軽に様々なことができることを学びます。
2 ご近所にはどんな方が住んでいる？	見守り支援は、普段の生活内でする簡単なことです。その方法を学びます。
3 自分達ができることはどんなものがあるの？	ボランティア保険や、制度のことを学びます。
4 近所の方の家のお手伝い①	介護保険の事業と、ボランティアでできる事業の差を学びます。
5 近所の方の家のお手伝い②	ヘルパーさんがしているお仕事の中で簡単にできることを学びます。
6 サロンをつくってみよう！	自分達でできるサロンを作ります。すでにサロンを運営している方も、新たな内容で、簡単にサロンを運営できる手法を学びます。
7 サロンを大きくしてみよう！！	すでにサロン活動をされている方がマンネリ化している状況に、自分達でできる新しいクリエイション等を学びます。
8 どんなことがやってみたい？	すべてを学んだうえで、今自分達でできることを再確認、新発見してそれらを共感します。
おわりに	

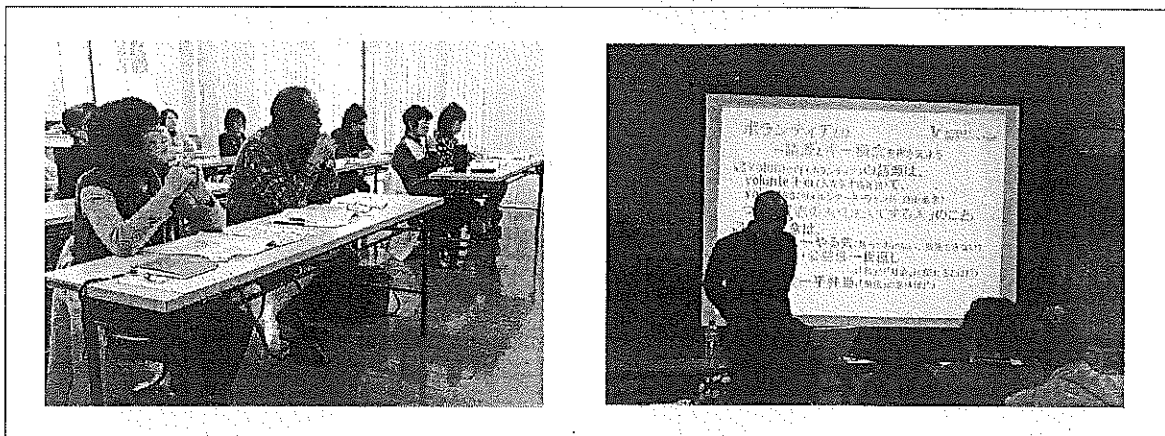
(県の取組)

- 高齢者がスポーツや芸術、参加者同士の交流等を通じて、心身ともにいきいきと輝きながら生活できるよう、全国健康福祉祭（ねんりんピック）へ、毎年120名を目標に選手・監督を派遣するとともに、文化作品展への出展を行います。
- 「地域リーダー養成研修」を実施し、人材育成を行うとともに、関係機関との連絡調整を行い、育成した人材が研修終了後に地域で活躍するための場づくりを支援し、高齢者の社会参加を推進していきます。

図3-6-22 第27回ねんりんピック栃木2014



図3-6-23 平成26（2014）年度地域リーダー養成研修



(7) 老人クラブ活動支援

(現状と課題)

- 老人クラブは、60歳以上の会員で構成する、地域を基盤としたおおむね30人以上の自主的な組織で、健康づくりや介護予防に資する活動のほか、近年では地域貢献活動にも力を入れており、友愛活動やボランティア活動、世代間交流、環境美化、リサイクル活動など、地域の担い手としての活躍が期待されているところです。
- 本県では、各市町の老人クラブや老人クラブ連合会が行う事業に対し、国、県、市町が3分の1ずつ財源負担する「在宅福祉事業（高齢者地域福祉推進事業）」による補助を行い、その活動を広く支援しています。特に地域貢献活動については重点的に補助を行い、支援を強化しています。

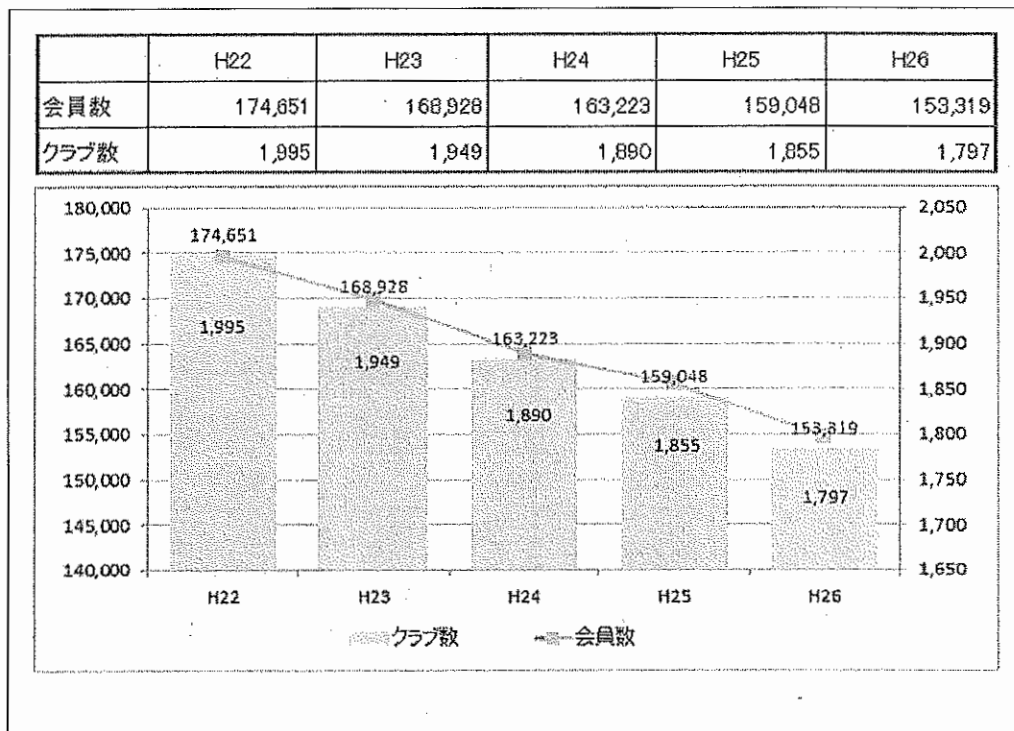
図3-6-24 老人クラブ事業が実施した地域貢献活動の件数（三重県）

	(件)					
	単位老人クラブ事業			市町老人クラブ連合会事業		
	友愛訪問活動	清掃奉仕	地域見守り	地域支え合い事業	若手高齢者組織化・活動支援事業	市町老連活動支援体制強化事業
平成24年度	189	889	172	5	2	2
平成25年度	260	773	112	6	2	2

※実施事業のうち、地域貢献活動のみ抜粋

- 一方で、老人クラブが抱える大きな課題に、高齢者が増え続けているにもかかわらず、老人クラブのクラブ数や会員数が減少、あるいは伸び悩んでいることが挙げられます。平成26（2014）年4月現在の三重県内の老人クラブ数は1,797クラブ（前年度比96.9%）、153,319会員（前年度比96.4%）となっており、減少の一途をたどっています。また、会員の高齢化が進むことで若手層の後継者が不足し、クラブの存続が難しくなっています。
- このような課題は、本県のみならず全国的な傾向として表れていることから、全国老人クラブ連合会では、会員増強策として、平成25（2013）年度に「100万人会員増強運動」の取組を打ち出し、改善に取り組んでいるところです。

図 3-6-25 三重県の老人クラブ数および会員数の推移



- なお、老人クラブへの参加が減少している要因としては、社会情勢や高齢者の生活スタイルの変化、定年延長、趣味の多様化等により、高齢者自身の考え方が変化し、従来の老人クラブのイメージや活動内容が魅力あるものとして捉えられなくなってきていることなどが考えられます。
- これからの地域支え合い体制においては、地域に密着した団体である老人クラブが地域の担い手として活躍することが、これまで以上に求められていきます。
- また、高齢者が老人クラブ活動を続ける中で、健康と生きがいを保持して仲間づくりを行い、元気であり続けることは健康寿命の延伸にもつながります。
- 老人クラブ活動のより一層の活性化を図り、高齢者の生きがいや健康づくりを推進するためにも、老人クラブの存在意義や役割を地域に広め、活動に共感・賛同する高齢者を増やすとともに、若手層を中心とした高齢者に対し「互助・共助」の必要性を周知して社会貢献活動への意識向上を高めていくことが必要です。

(県の取組)

- 単位老人クラブが行う友愛活動やボランティア活動等の地域貢献活動について、重点的な補助配分を行うことで、老人クラブが地域の担い手になるような活動の支援を強化します。
- 市町老人クラブ連合会において、地域貢献活動のほか、若手高齢者の組織化や市町老連活動支援体制強化等について、重点的な補助配分を行うことで、会員数増加や資質の向上に資する活動の支援を強化します。
- 三重県老人クラブ連合会が平成 26 (2014) 年度に実施した老人クラブの実態調査の結果をもとに、老人クラブの活動の現状やニーズ等を分析し、今後の活動支援のあり方を検討していきます。

(8) 消費者保護

(現状と課題)

- 高齢者をターゲットとした悪質商法が依然として後を絶たず、三重県消費生活センターに寄せられた相談のうち 60 歳以上の相談者の割合が増加傾向を示しており、平成 25 (2013) 年度は県への相談全体の 30%を超えるまでになりました。
- 近年では、日中在宅している割率が高い高齢者を対象とした訪問販売、電話勧誘販売による被害が多く、中でも健康食品、居宅のリフォームに関する相談が増えています。

図 3-6-26 苦情相談件数の推移

年 度	H21	H22	H23	H24	H25
苦情相談件数	6,175件	5,739件	4,847件	4,023件	4,095件
60才以上の苦情相談	1,438件	1,430件	1,274件	1,175件	1,358件
構成率	23.3%	24.9%	26.3%	29.2%	33.2%

(県の取組)

- 啓発活動の一環として、地域で開催される消費者展等に参加し、啓発を行います。また、各地域において、消費生活に関する出前講座等を実施します。
- 判断能力が十分ではない高齢者等の消費者トラブル防止のために、市町と連携して地域における見守り体制を推進します。
- 高齢者被害防止のため、地域の民生委員・児童委員、社会福祉協議会職員、消費者団体、地域包括支援センター等を対象に「消費者啓発地域リーダー」を養成し、「消費者啓発地域リーダー」の地域での自主的啓発活動の支援を行います。

(9) 交通安全

(現状と課題)

- 県内の交通事故死者数は長期的には減少傾向にありますが、65 歳以上の高齢死者の占める割合は、平成 20 (2008) 年以降、全体の死者数の半数以上を占めている状況が続いていることから、高齢者の交通事故防止が継続的な課題となっています。
- 高齢者の死者のうち、交通弱者（歩行者、自転車）の死者が約 5 割を占めていることから、交通弱者に対する対策を強化するとともに、加齢に伴う身体機能の変化が、運転者の行動に影響を及ぼすことから、運転者の高齢化対策についても充実・強化を図る必要があります。

図 3-6-27 県内の交通死亡事故

年	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
全死者数 (人)	118	110	112	135	95	95	94
うち高齢 者(人)	55	56	65	71	53	48	49
構成率	46.6%	50.9%	58.0%	52.6%	55.8%	50.5%	52.1%

(県の取組)

- 四季の交通安全運動において、「高齢者の交通事故防止」を重点に掲げ、反射材の活用等をはじめとするきめ細かい広報・啓発活動を展開し、高齢者の交通安全意識の高揚を図ります。
- 毎月21日を「高齢者の交通安全の日（セーフティ・シルバー・デー）」と定め、高齢者を重点とした交通安全活動を推進します。
- 三重県交通安全研修センターにおいて、高齢者の特性に応じた、自ら交通事故から身を守るための参加・体験・実践型の交通安全教育を実施します。
- 県内の交通事故実態や発生割合の高い地域等を勘案し、地域の交通安全活動に自ら取り組む高齢者（交通安全シルバーリーダー）を育成・活用します。
- 運転者の高齢化対策として、運転免許証を自主返納（申請取消）した方の支援に努めます。

(10) 雇用確保

(現状と課題)

- 少子高齢化の急速な進行に伴い、労働力人口の減少が予測されているなか、労働力人口の不足を補うには高年齢者の活躍が不可欠であり、高年齢者も意欲と能力があるかぎり働く「生涯現役社会」の実現に向けて取り組んでいく必要があります。
- 働く意欲のある高年齢者に働く場を提供するため、企業と高年齢者のマッチングの機会を提供していくことが必要です。
- 団塊の世代が労働市場からの引退過程にあり、高年齢者の多様な就業の受け皿としてシルバー人材センターの果たす役割はさらに大きくなることから、シルバー人材センターの機能拡充やシルバー人材センターを通じた就労機会の提供が求められます。

(県の取組)

- 企業と高年齢者がマッチングする機会を提供し、高年齢者の就労が促進されるようハローワークや三重労働局、市町等と連携して就職面接会を開催します。
- 高年齢者の生きがい対策、多様な就労機会の確保のため、シルバー人材センターの機能拡充に向けた支援を行います。

(11) ユニバーサルデザイン

(現状と課題)

- ユニバーサルデザインの意味を知っている県民の割合は上昇していますが、意識の浸透は十分ではありません。すべての人の人権が尊重され、共に暮らすことができる社会を実現するためには、施設整備等のハード面の整備とともに、ソフト面の取組が必要であり、一人ひとりが互いにおもいやりを持って、ユニバーサルデザインのまちづくりを自分自身の問題としてとらえて行動することが必要です。
- ユニバーサルデザインに配慮された施設整備は進んできており、整備基準に適合する公共施設や商業施設等に適合証を交付し、適合施設を県ホームページで周知しています。さらに適合施設を増やすため、ユニバーサルデザインに対する事業者や設計者の理解が進むよう啓発する取組が必要です。
- 高齢者が自由に行動し、安全で快適に生活できる社会を実現するためには、施設整備等とともにわかりやすい情報が必要となりますが、印刷物やホームページ、施設の案内板などの情報については、このような配慮がなされていないものも見られます。また、公共施設や公共交通機関、民間の商業施設等において、利用する方に応じたサービスの提供がなされるよう、ユニバーサルデザインの考え方を学ぶ機会を継続して提供する必要があります。

(県の取組)

- 県民の皆さんが、ユニバーサルデザインのまちづくりの考え方を理解し、行動していくため、啓発活動や学習機会の提供を行うとともに、活動を担う人材の育成を行います。
- 高齢者が、安全で自由に移動し、安心して快適に施設を利用できる環境を整えるために、歩行空間、交通システム、案内表示、建築物、公園などを整備します。また、施設の整備または管理を担う人たちへの啓発活動を行うとともに、整備された施設について、県民の皆さんへの情報提供を進めます。

- ユニバーサルデザインの視点に立ち、わかりやすい情報提供や、利用しやすく満足感を得られるサービスの提供を進めます。また、サービスを利用するさまざまな方への配慮がなされるよう、ユニバーサルデザインのまちづくりに関する研修などを通じて啓発を行います。

(12) 防災対策

(現状と課題)

- 近年、東日本大震災の発生、台風や局地的大雨に伴う土砂災害等により、高齢者や高齢者施設が被災する事例が多くなってきており、高齢者が安心して過ごせる場の確保と防災対策が必要となっています。
- 県では、東日本大震災の教訓をふまえ、これからの三重県の地震・津波対策の方向性と道筋を示した「三重県新地震・津波対策行動計画」を平成 26 年（2014）3 月に策定しました。この計画では、特に注力すべき課題として、災害時要援護者対策を掲げ、重点的に取り組んでいくこととしています。
- また、平成 27 年（2015）3 月に、「三重県新風水害対策行動計画（仮称）」を策定し、風水害対策についても本格的な取組を進めていくこととしています。
- 高齢者は、風水害、地震、津波、火災等の発生時に支援を必要とすることが多く、主に災害対策を担う市町において「災害時要援護者」対策として支援の体制を整備しておくことが求められます。
- また、災害により施設や設備が被害を受け、入所者が施設での生活を続けることが困難となるなど、避難先の確保が必要となりますが、避難所での生活は高齢者にとって困難であり、施設などによりそれぞれの高齢者に即した支援が行われる必要があります。
- さらに避難時には迅速かつ安全に入所者を避難させることが要求され、それに伴う施設職員の派遣や受け入れが円滑に行われる体制づくりが必要です。
- 平成 25（2013）年度に東紀州圏域をモデル地域とし、特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設をメンバーとするワーキンググループを立ち上げ、施設間の相互支援協定の締結に向けた協議を行い、平成 26（2014）年 3 月に圏域内の 16 施設が協定を締結しました。

(県の取組)

- 「三重県新地震・津波対策行動計画」、「三重県新風水害対策行動計画(仮称)」に位置づけた災害時要援護者対策の取組を着実に推進していきます。
- 東紀州圏域以外の特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設に対して、施設間の相互支援協定について周知を行うなど、協定締結に向けての働きかけを行っていきます。
- 市町における避難行動要支援者の名簿の作成や、それに基づく個別計画の整備等の取組を支援します。
- 福祉避難所未指定(協定未締結)の市町への働きかけを行うことにより、市町による福祉避難所の指定や社会福祉施設等との協定締結を促進します。
- 市町が実施する、在宅要介護者等の避難体制の整備について、各市町の実施状況を定期的に調査する等により情報共有を図るとともに、平常時から専門職種と連携して防災対策の検討を行う会議の開催を支援するなどの取組を進めます。
- 在宅要介護者等の避難体制の整備に係る介護職員等に対し、災害時の対応に関する研修等を実施します。

7 介護・福祉人材の安定的な確保

(1) 福祉人材確保

(現状と課題)

(介護・福祉人材の確保等について)

- 三重県においても本格的な高齢社会を迎え、特に要介護認定率が高くなる75歳以上高齢者の人口が大きく増加すると推計されており、これに伴い、介護・福祉ニーズは今後さらに拡大していきます。(図3-7-1) これに対応するサービスを支えるのは人材ですが、生産年齢人口(15歳~64歳)が減少していくなかで、三重県では、団塊の世代が75歳となる平成37(2025)年には、平成24(2012)年時点から〇〇〇人(作業中)の介護人材を確保する必要があると推計されており、必要な人材の確保が重要な課題となっています。(図3-7-2)

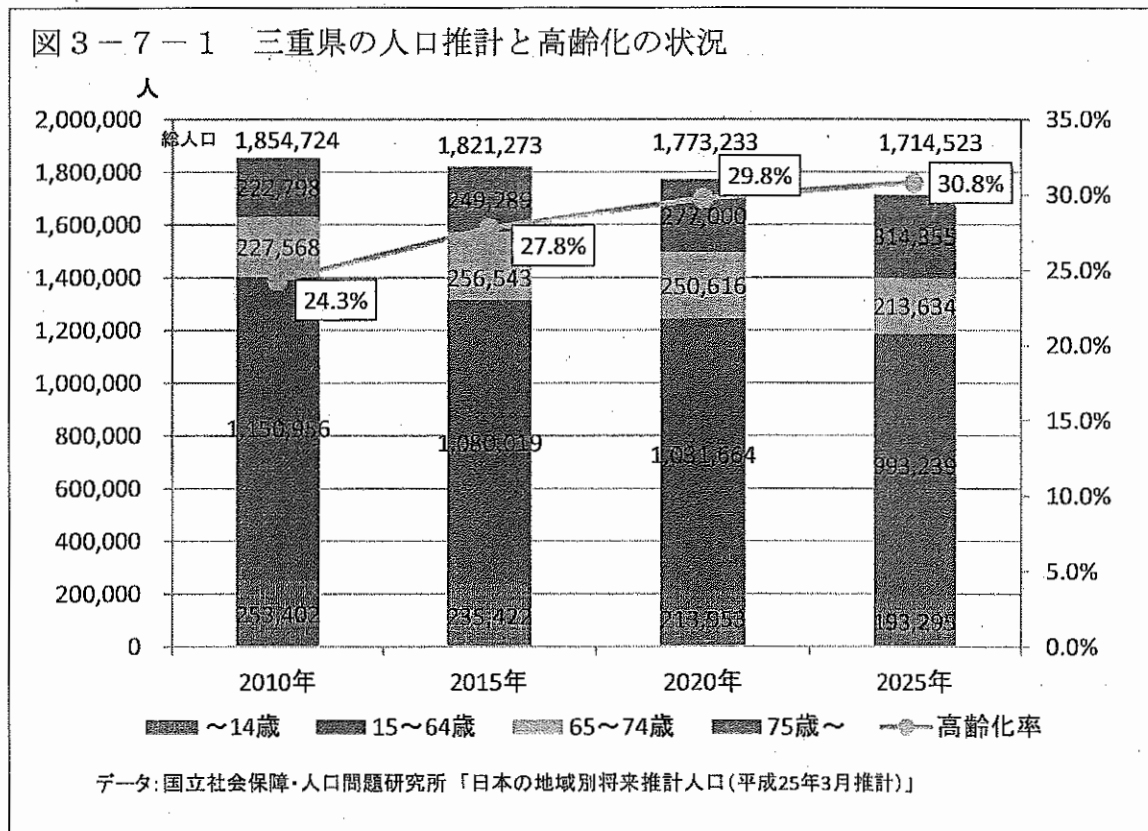


図 3-7-2 三重県の介護人材需給推計（作業中）

- 三重県では、介護関連職種の有効求人倍率、離職率が他業種に比べ高い水準にあります。平成 26 年（2014）年 8 月の三重県の全業種の有効求人倍率は 1.16 倍であるのに対して、介護職では 2.57 倍と 2 倍以上となっています。（図 3-7-3）また、離職率については、平成 25 年（2013）年度の全国の全業種計が 15.6% であるのに対して、三重県の介護職は、22.0% と高くなっています。（図 3-7-4）

図 3-7-3 有効求人倍率の推移（暦年）

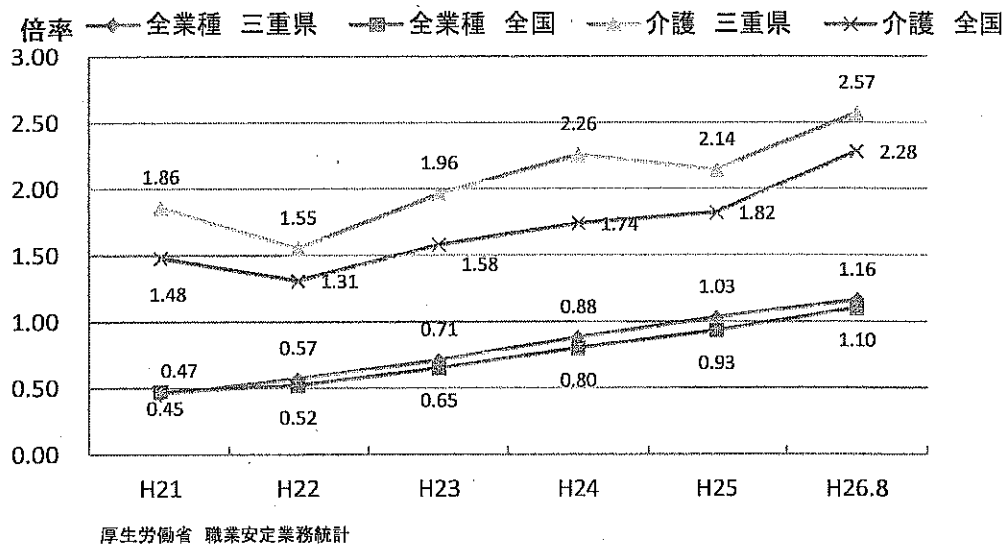
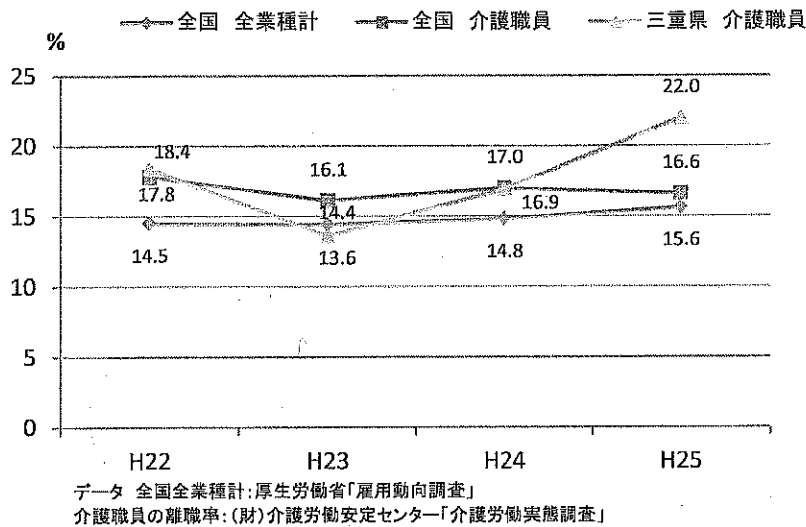


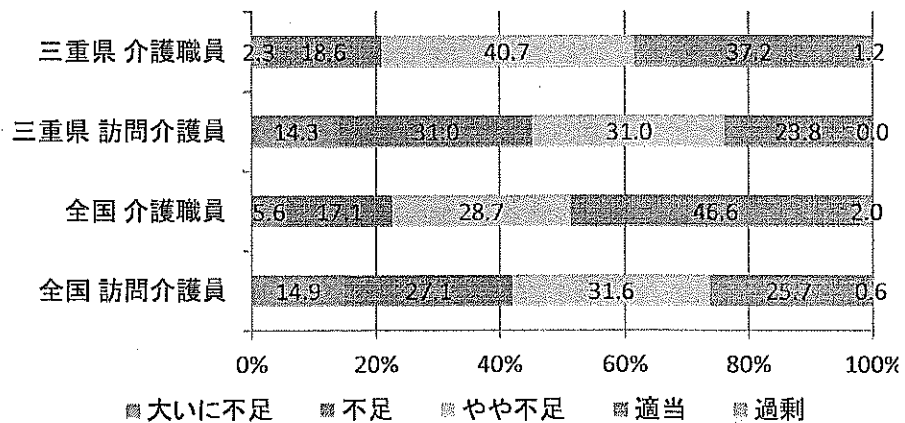
図3-7-4 離職率の推移



○ 平成 25 (2013) 年度介護労働実態調査によると、三重県では、介護職員の不足感を持つ事業者は、半数以上の 61.6% となっており、訪問介護員では、さらに不足感が高く、76.3% が不足と回答しています。どちらも全国の数値よりも高い値となっています。

(図3-7-5)

図3-7-5 職員の過不足状況



※介護職員:訪問介護以外の介護保険法の指定介護事業所で働き、直接介護を行う職員
 訪問介護職員:介護保険法の指定を受けた訪問介護事業所で働き、高齢者等の家庭を訪問して家事などの生活援助、入浴などの身体介護を行う職員

データ:介護労働安定センター(三重支所)
 「平成25年度 介護労働実態調査」

- 介護関連職の求人は増加傾向で有効求人倍率は高い値で推移しており、人材不足の状況が続いています。これを解消するため、求人と求職それぞれのニーズを把握したうえでの職業紹介やマッチング支援を行う必要があります。
- 求人と求職のミスマッチを図るとともに、多様な分野からの人材の参入を促進する必要があります。
- 将来の介護の担い手となる若い世代に対して、介護の魅力を伝え、イメージアップを図り、介護分野への参入を促進する必要があります。
- 平成 24（2012）年 9 月末時点の全国の介護福祉士登録者数は、約 108 万人となっていますが、そのうち約 4 割が介護職に従事していない「潜在介護福祉士」となっています。三重県においても、この潜在介護福祉士が一定数いると考えられ、その掘り起しが必要です。
- 中高年齢者層が介護分野での就労を含め、地域でのケアの担い手として多様な形で参加できる環境を整備する必要があります。
- 社会福祉事業は年々多様化・専門化しており、施設の職員にとっても、より広範な福祉の知識と高度な専門的スキルが要求されています。

(県の取組)

(福祉人材センターの運営)

- 三重県福祉人材センターにおいて、福祉職場にかかる求人・求職情報を集約し、ニーズや適性に応じた無料職業紹介を行うとともに、福祉の就職フェアや職場説明会を開催し、福祉の職場を希望する人への相談・支援を行います。
- 三重県福祉人材センターにキャリア支援専門員を配置し、福祉・介護職場への求職希望者と職員を採用したい施設や事業所のマッチングを支援するとともに、事業所や施設における働きやすい職場づくりを支援します。

(多様な人材の参入促進)

- 福祉・介護職場に関心のある方を対象に、福祉・介護職場を体験する機会を提供します。
- 中学校や高等学校の生徒、保護者及び教職員を対象に、福祉・介護の魅力を伝える福祉の仕事セミナー等を実施し、福祉・介護の仕事のやりがいや魅力を伝え、イメージアップを図ることで、福祉・介護分野への若い人材の参入を促進します。
- 福祉・介護職場への就労を希望する離職者や中高年齢者、若者等を対象に、介護職員初任者研修を実施し、人材育成と就労を支援します。
- 介護福祉士等の資格を保有しているにも関わらず、介護職に従事していない潜在的有資格者が、介護に関する知識等を再確認するための研修等を実施し、介護現場への再就業を支援します。
- 介護職に関心のあるシニア世代を対象に研修等を実施し、介護職場への就労を支援します。また、地域貢献に関心の高いシニア世代が、地域での介護の担い手として、活躍できるよう支援します。

(人材の育成と定着)

- 小規模な事業所であるため、職員の採用・育成・定着に十分に取り組むことが難しい事業所に、職員の採用や定着等の専門的な助言を行うアドバイザーや研修講師を派遣し、人材の育成と定着を支援します。

- 人材の育成・定着についての優れた取組事例を収集・公開することなどにより、事業所における積極的な取組を促進します。
- 独立行政法人福祉医療機構に対して、社会福祉施設職員等退職手当共済法に基づく退職手当金の支給に要する費用の一部を助成することにより、社会福祉施設職員等の処遇向上を図ります。

(社会福祉施設職員等への研修・資質向上等)

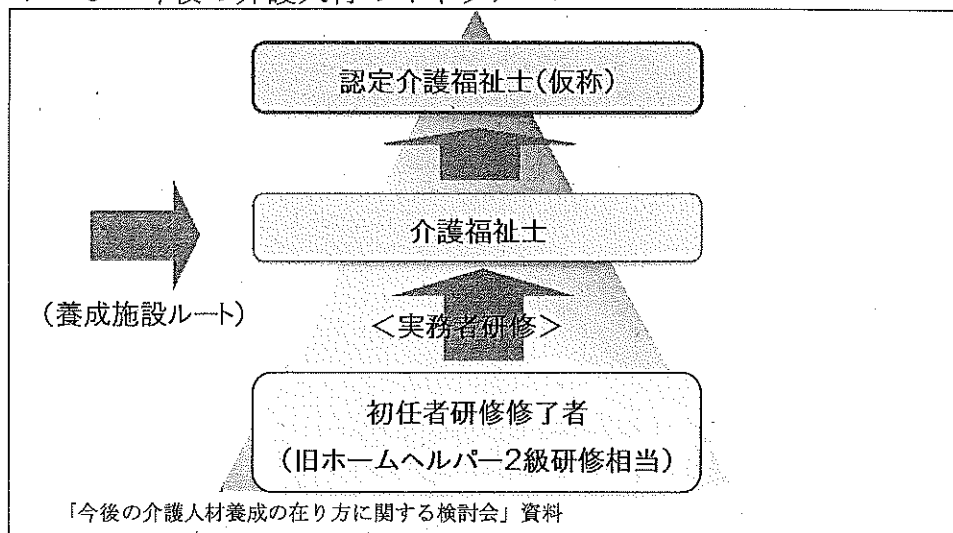
- 社会福祉施設職員の資質向上のための研修事業を行う三重県社会福祉協議会に対して、研修実施のために必要な事業費を助成し、生涯研修、業種別研修、課題別専門研修等を実施していきます。

(2) 介護職員の養成

(現状と課題)

- 介護保険法における訪問介護業務および介護予防訪問介護業務は、介護福祉士その他政令で定める者が行うこととなっています。
- ここでいう、その他政令で定める者とは、介護員養成研修課程を修了し、研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者をいいます。
- この介護員養成研修は、平成 23(2011)年1月の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」の報告書における提言をふまえ、平成 25(2013)年4月から訪問介護員養成研修の課程は介護職員初任者研修課程に一元化され、在宅・施設を問わず、介護職として働く上で基本となる知識・技術を修得する研修となりました。
- 三重県では、この研修課程の見直しに伴い、「三重県介護職員初任者研修事業者指定要綱」を改正し、事業者の指定を進めてきており、平成 27(2015)年3月1日現在、66 事業者を介護職員初任者研修の実施主体として指定しました。
- 高齢化の進展に伴い、介護需要の増大が見込まれることから、引き続き介護職員の養成を行っていく必要があります。

図 3-7-6 今後の介護人材のキャリアパス



(県の取組)

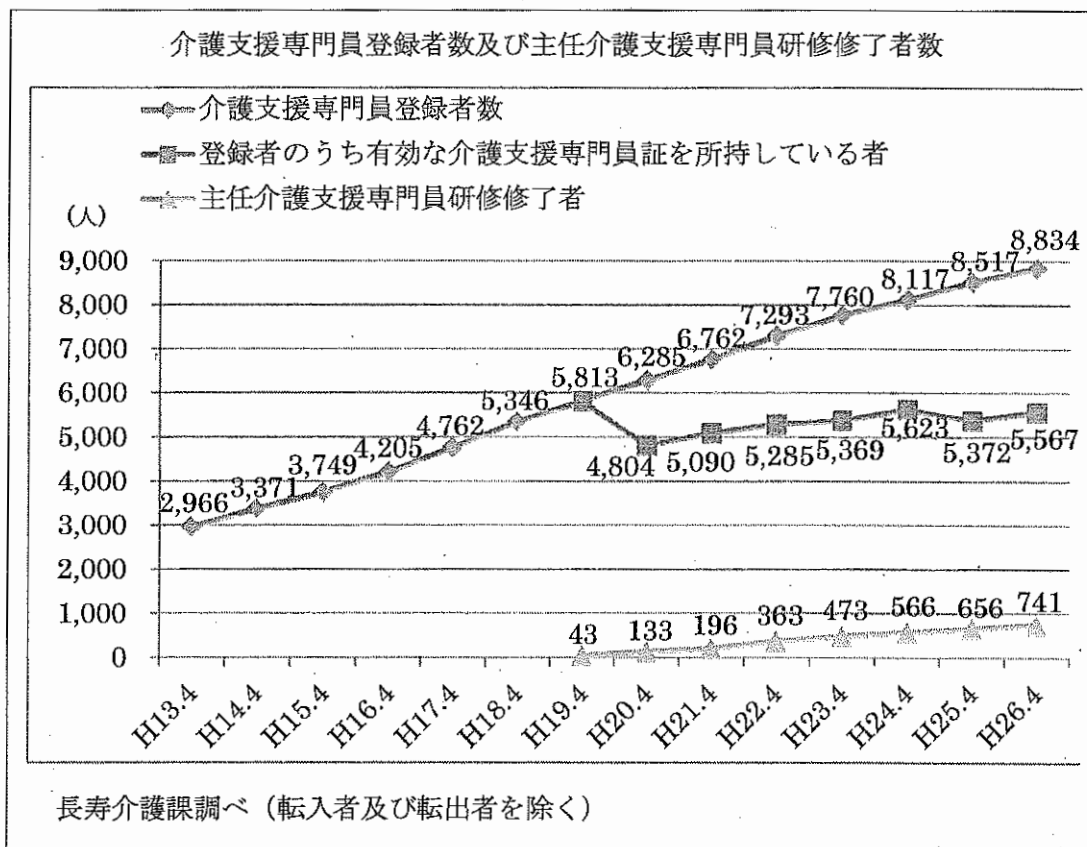
- 「三重県介護職員初任者研修事業者指定要綱」に基づき、適切に研修事業者の指定を行います。
- 事業者の指定状況を県のホームページで公表することにより、介護業務に関心のある方に専門知識を修得する機会を提供します。
- 指定事業者による研修が適切に行われるよう、定期的に実地調査を行います。

(3) 介護支援専門員の資質向上

(現状と課題)

- 要介護状態等となった方が、可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を営むために、介護支援専門員は、適切なアセスメントに基づいたケアプランを作成し、利用者に多様なサービスを提供する重要な役割を担っています。
- また、地域包括ケアシステムを実現するためには、医療、介護、住まい等のサービスが切れ目なく提供されることが必要となることから、介護支援専門員は、多職種間の連携が必要とされるだけでなく、継続的に資質を向上していくことが求められています。
- 介護支援専門員として業務を行うためには、介護支援専門員実務研修受講試験に合格して一定の研修を受け、介護支援専門員として登録を行うことが必要です。
また、平成 18 (2006) 年度の介護保険法の改正により、5年ごとの介護支援専門員証の資格更新が義務づけられ、更新のための研修を受講することが必要となりました。
本県では、これらの研修の実施主体として、介護支援専門員の資質向上に必要な研修を実施するとともに、介護支援専門員の資格管理を行っています。
- 平成 26 (2014) 年 4 月現在、本県で登録されている介護支援専門員 8,834 人(うち有効な介護支援専門員証を所持している介護支援専門員 5,567 人)、主任介護支援専門員研修修了者は 741 人となっています(転入者及び転出者を除く)。

図3-7-7 介護支援専門員登録者数等



- 本県では、介護支援専門員の各研修について、一定のレベルと統一的・体系的な研修内容を確保するため、平成 22（2010）年 4 月に介護支援専門員研修検討委員会を設置し、平成 23（2011）年度に実務研修から主任介護支援専門員研修までの受講を通じた介護支援専門員としての成長過程を示し、各分野における研修段階に応じた指導ポイント等を示した基本指針を策定しました。
- また、介護支援専門員資質向上検討委員会において、各研修カリキュラム及び指導内容について改善点を検討し、医療系の研修科目の必須化や研修カリキュラムにおいて選択科目となっている科目について、受講可能な科目を増やすなど、研修内容の充実を図りました。
- さらに、主任介護支援専門員は、地域包括ケアシステムの中核を担う役割が求められることから、主任介護支援専門員を対象に、多職種間の連携等を図るためフォローアップ研修を実施しました。

- 一方、介護支援専門員について、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメントが十分でない」、「多職種間連携、特に医療との連携が十分でない」、「介護支援専門員の資質に差がある」などの指摘を受けている現状をふまえ、平成 26 (2014) 年 6 月 18 日、介護保険法の一部改正により第 69 条の 34 第 3 項が新設され、「介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない」と規定されました。
- また、介護支援専門員実務研修の受験資格について、介護支援専門員に求められる資質や専門性の向上を図るため、保健・医療・福祉に関する法定資格取得者または相談援助業務従事者に限定する見直しが行われました。
- さらに、介護支援専門員の研修制度については、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者本位の自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成することを目的とした研修カリキュラムの見直しが行われ、平成 28 (2016) 年度から新カリキュラムでの研修を実施することになりました。
- 主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの一翼を担うことが求められていることから、継続的な資質向上を図るため、資格の更新制を導入することになりました。
- また、新カリキュラムでは、介護支援専門員実務研修（介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者が受講する研修）で実施される現場実習において、主任介護支援専門員が実習先において指導的役割を担うことから、指導力のある主任介護支援専門員を養成することが求められています。

図 3-7-8 介護支援専門員研修制度の改正について

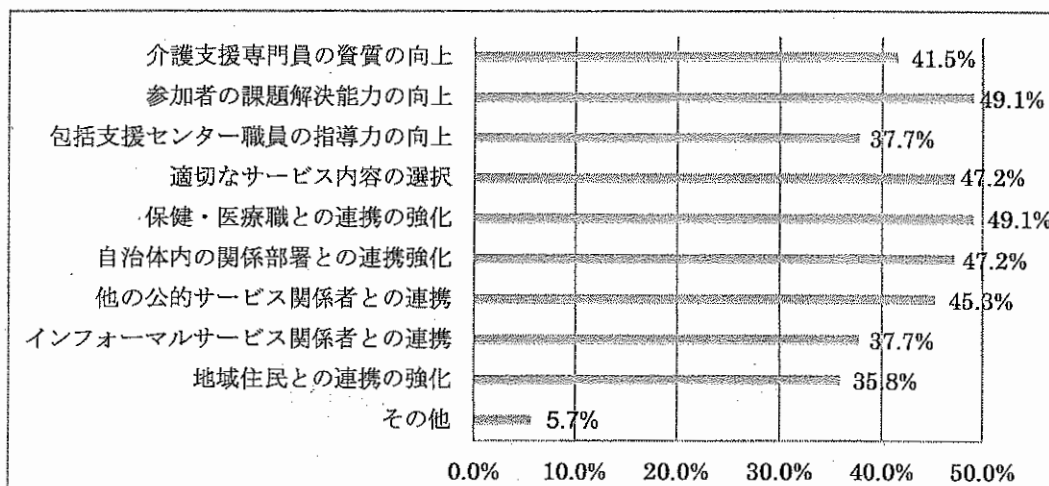
平成 28 (2016) 年度以降の研修カリキュラム			
研修名	対象者	改正前	改正後
実務研修	介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者	44 時間	87 時間
実務従事者基礎研修	実務に就いて 1 年未満の者	33 時間	実務研修 に統合
専門研修課程 I	専門研修課程 I : 実務経験 6 ヶ月以上の者	33 時間	56 時間
専門研修課程 II	専門研修課程 II : 実務経験 3 年以上の者 ※実務経験者更新研修を兼ねる	20 時間	32 時間
実務未経験者更新研修	介護支援専門員証の更新を行う者のうち、 証の有効期間内に実務経験がない者	44 時間	54 時間
再研修	介護支援専門員証の更新を行わず、有効期間が満了した者	44 時間	54 時間
主任介護支援専門員研修	選任の介護支援専門員として従事した期間が 5 年以上の者等	64 時間	70 時間
主任介護支援専門員更新研修	主任介護支援専門員 (詳細については厚生労働省において検討中)		44 時間 (新設)

長寿介護課作成

- 地域ケア会議は、地域の支援者を含めた多職種による専門的視点を交え、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて適切な支援に繋がっていない高齢者の支援を行うことを目的としています。介護支援専門員の資質向上や多職種間の連携を図るうえで効果的なツールとなっています。

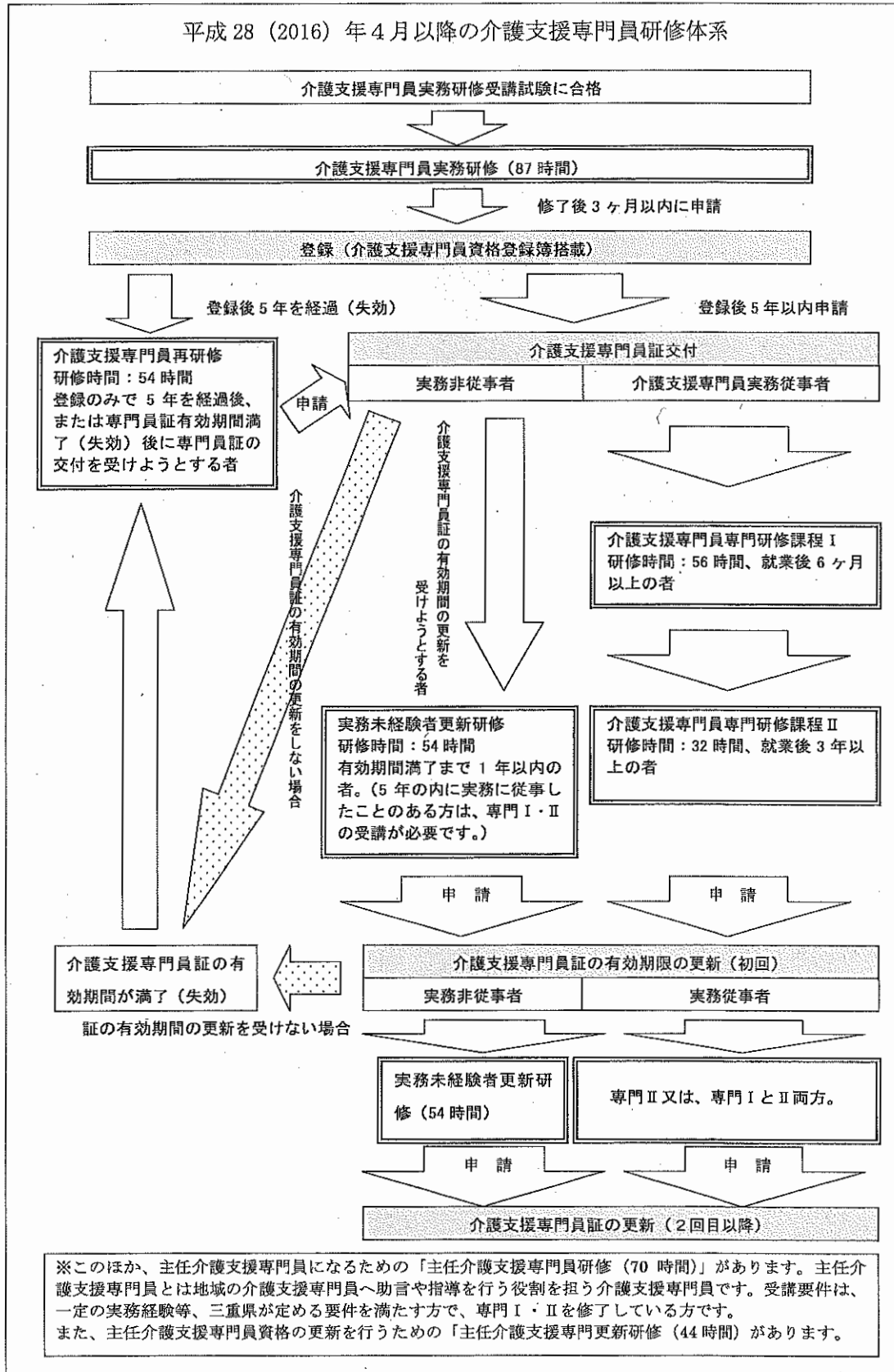
図3-7-9 地域ケア会議の効果

包括支援センターが開催した地域ケア会議において、「効果があった」と回答した項目
 (複数回答可) (調査対象：三重県内の包括支援センター53箇所)



平成25年度地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業(三菱総研)より

図 3-7-10 介護支援専門員研修体系図



(県の取組)

- 介護支援専門員は、介護保険制度上重要な役割を担うことから、引き続き介護支援専門員の資質向上に必要な研修を実施します。
なお、介護支援専門員実務研修受講試験及び一部の研修については、試験実施機関及び研修実施機関を指定して実施します。
- また、介護支援専門員証の新規交付、有効期間の更新、登録の移転など、介護支援専門員の資格管理を行うとともに、介護支援専門員に対して介護支援専門員証の更新制度の周知を図ります。
- 策定した基本指針及び国が策定する各研修ガイドラインに基づき、研修の企画・立案、研修の実施、評価、その後の研修の反映といったPDCAサイクルを継続することで研修内容の質の向上を図り、介護支援専門員の資質向上に取り組めます。
- 地域において介護支援専門員の指導的立場となる主任介護支援専門員を養成するため、主任介護支援専門員を対象としたフォローアップ研修を実施します。
- また、地域ケア会議の推進は、介護支援専門員の資質向上や多職種間の連携を図るうえで効果的であることから、介護支援専門員研修を通して地域ケア会議の重要性について周知を図ります。

(4) 介護施設等職員の資質向上

(現状と課題)

- 介護施設等における医療的ケアの必要性が高まっている中で、介護施設等で働く看護職員や介護職員の資質の向上が求められ、利用者や家族が安心してサービスを受けることができるようにすることが重要です。
- 従来は、医療行為として医師や看護師等医療従事者しか実施できなかった喀たん吸引及び経管栄養の行為について、平成 23 (2011) 年 6 月に介護保険法等改正法が公布され、社会福祉士及び介護福祉士法が一部改正されたことにより、平成 24 (2012) 年 4 月から、必要な知識、技能を修得した介護職員等が、一定の要件の下に実施できるようになりました。
- 喀たん吸引等については、社会福祉士及び介護福祉士法に基づいて、平成 23 (2011) 年度から介護職員等を対象とした研修を実施しました。また、平成 26 (2014) 年度からは、登録研修機関の登録を行うことにより必要な知識技能を修得した介護職員を養成しています。本県では、登録研修機関等において実施する基本研修や実地研修の際に、研修生を指導する指導者養成研修を実施しています。

図 3-7-11 登録事業者数及び認定従事者数の推移

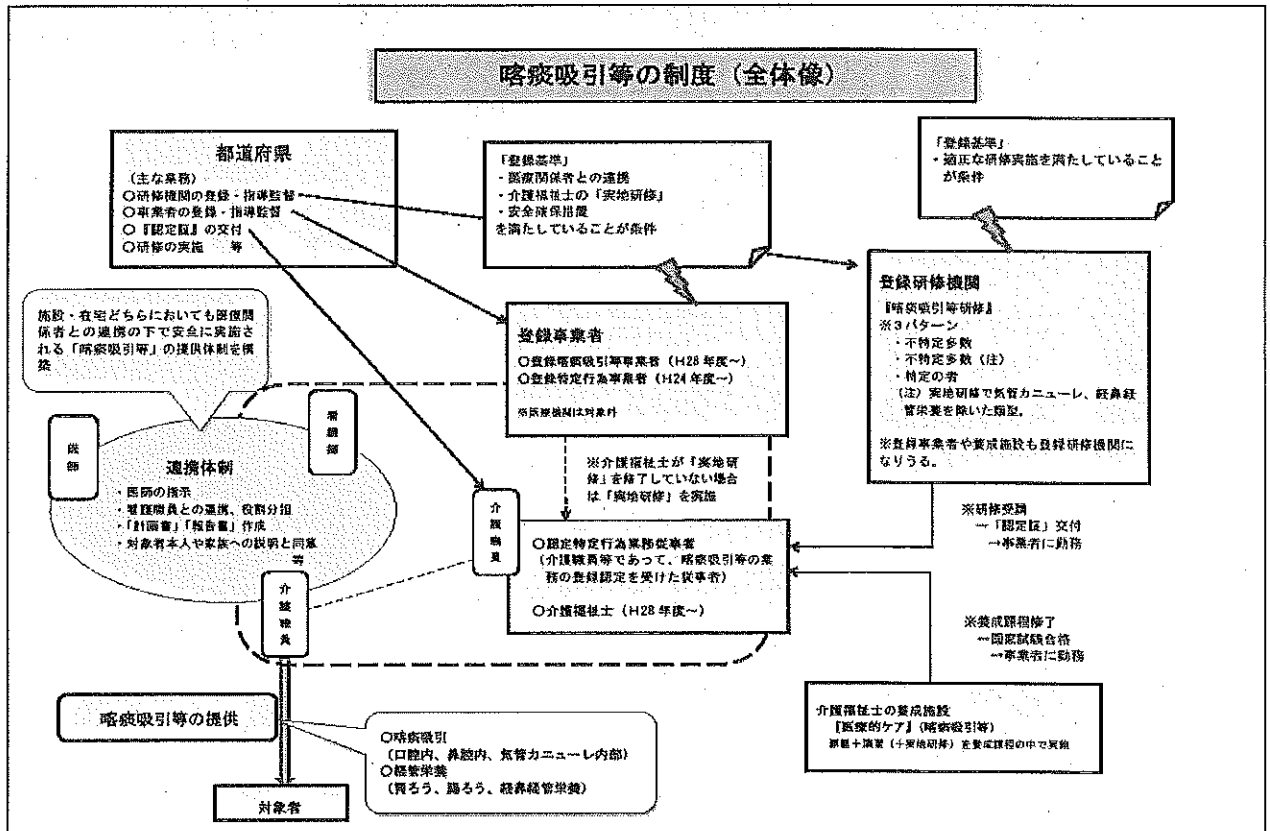
	登録特定行為事業者登録数	認定特定行為業務従事者証交付件数
平成 24 年度末	192 事業者	2,352 人
平成 25 年度末	208 事業者	2,410 人

- 厚生労働省公表「平成 24 年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」によると、養介護施設従事者等による高齢者虐待の発生要因で最も多いのが、教育・知識・介護技術等に関する情報が不十分であることです。三重県では、介護施設職員等を対象とした権利擁護研修を実施し、高齢者虐待に関する正しい知識を普及啓発して職員の資質の向上を図っています。今後も研修等を通じて虐待の未然防止を推進していく必要があります。

(県の取組)

- 社会福祉士及び介護福祉士法に基づく喀痰吸引等研修機関の登録及び従事者の登録を適正に行い、利用者が安心して喀痰吸引等のサービスを受けられるように介護職員の養成に取り組みます。
- 登録研修機関や施設において、介護職員に喀痰吸引等の指導等を適正に行うことのできる指導者を養成するために、指導者養成研修を実施します。
- 介護施設職員等を対象とした権利擁護研修を実施し、高齢者虐待に関する正しい知識を普及啓発して職員の資質の向上を図ることで、虐待の未然防止に取り組みます。

図3-7-12 喀痰吸引等の制度（全体像）



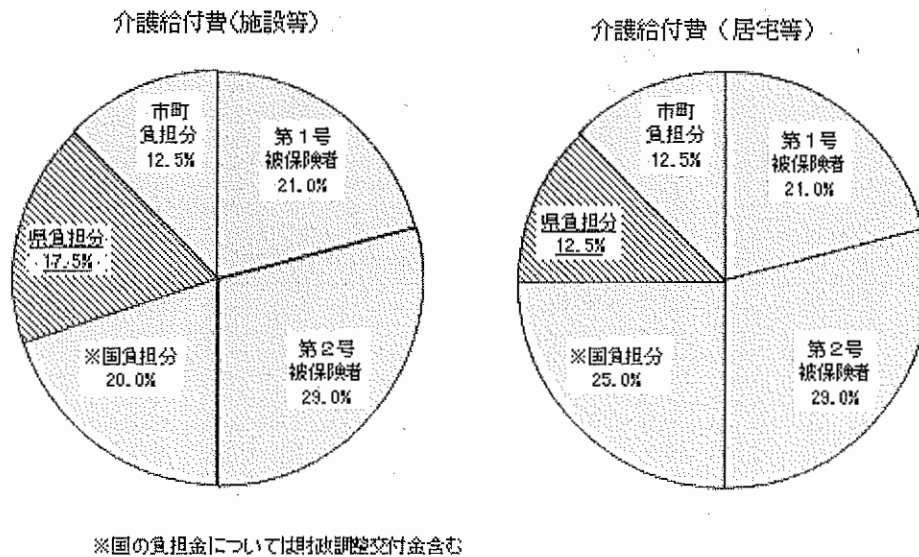
8 介護保険制度の円滑な運営

(1) 介護給付費の負担

(現状と課題)

- 平成12(2000)年4月にスタートした介護保険制度は負担と給付(サービス)の関係が明確な社会保険方式が採用されており、利用者の負担が過大にならないよう、介護給付費の5割を公費で賄うこととしています。
- 公費の内訳は、国が「介護給付費負担金」及び「介護給付費財政調整交付金」として介護給付費の25%相当(施設等給付費については20%相当)を負担し、県が「介護給付費県負担金」として12.5%(施設等給付費については17.5%)を負担し、市町が残る12.5%を負担しています。

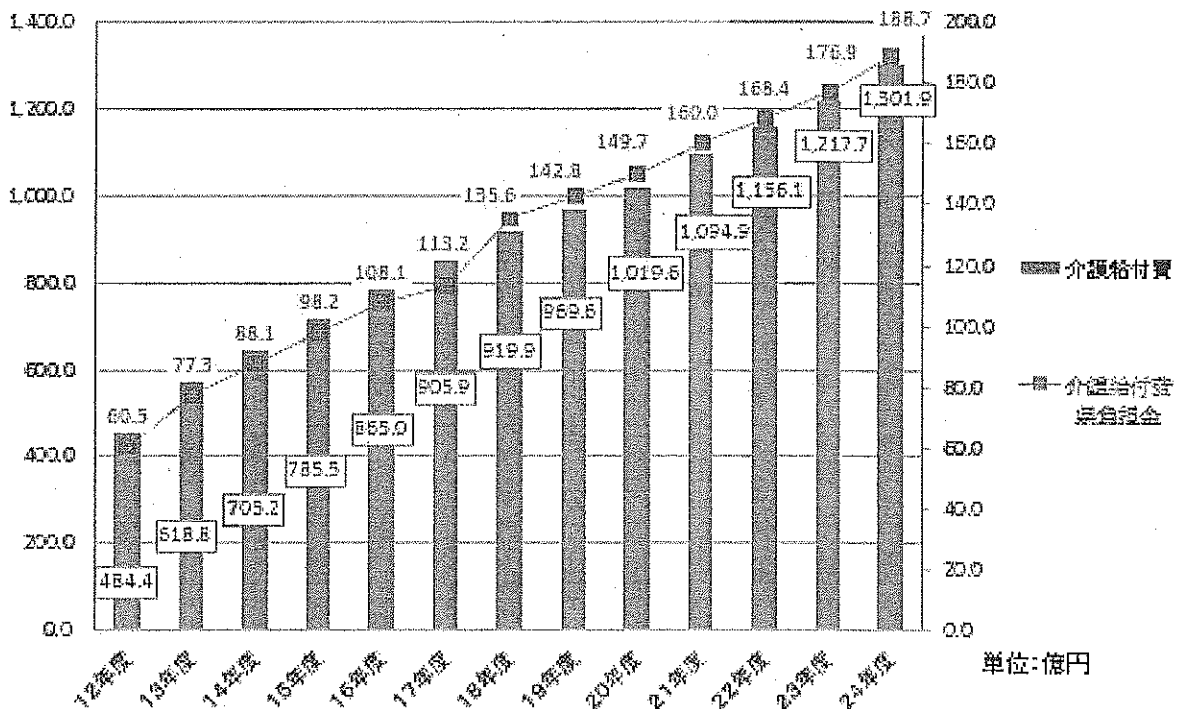
図3-8-1 介護給付費の費用負担(平成24年度から平成26年度まで)



- 三重県における介護給付費は、介護保険制度がスタートしてから一貫して増加し続け、平成12(2000)年度の実績額484.4億円に対し、平成24(2012)年度の実績額は1301.9億円と、約2.7倍となっています。
- 県では、介護給付費負担金として平成24(2012)年度188.7億円、平成25(2013)年度198.4億円(見込み)、平成26(2014)年度は当初予算ベースで約211.3億円を負担しています。

- 第1期計画（平成12年度から平成14年度まで）における実績額225.9億円に対し、第5期計画（平成24年度から平成26年度まで）の見込額は598.4億円の試算となり、約2.6倍となる見込みです。
- 平成26(2014)年度の制度改正により、予防給付のうち訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行することで、給付費の伸びが抑えられることとなりますが、第6期計画以降も、高齢者人口の増加により、介護給付費県負担金の増大が見込まれるところです。

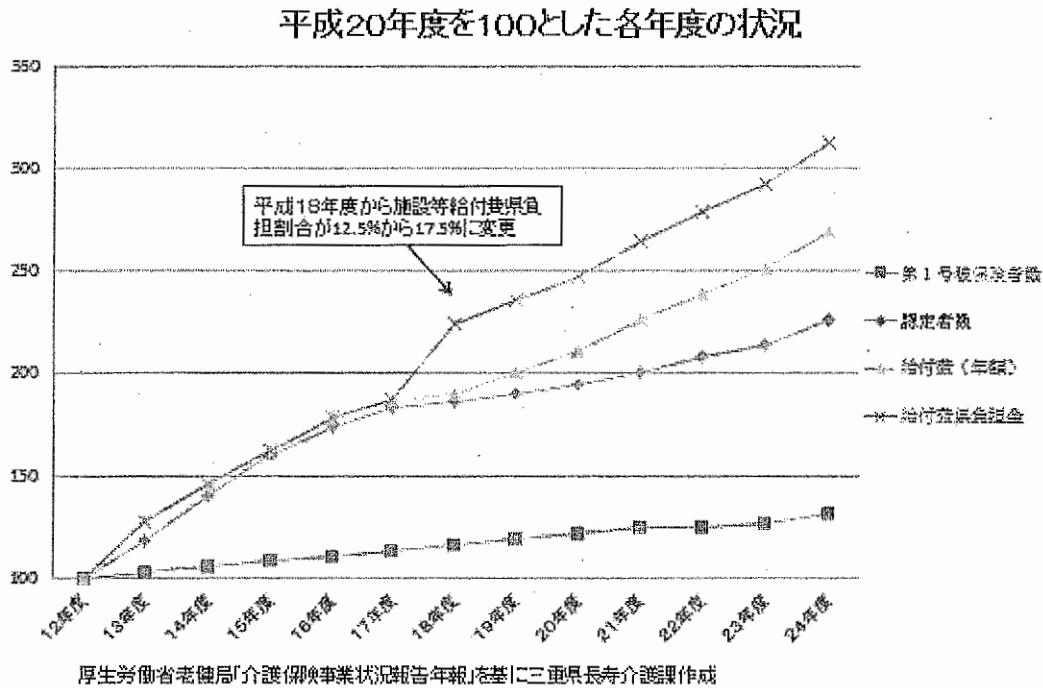
図3-8-2 介護給付費及び介護給付費県負担金の推移



資料: 厚生労働省老健局【介護保険事業報告年報】

※特定入所者介護サービス費、高額介護(高額医療合算)サービス費、要介護支援料等を含む。

図3-8-3 平成12(2000)年度を100とした各年度の状況
(第1号被保険者数・認定者数・給付費及び給付費県負担金)



(県の取組)

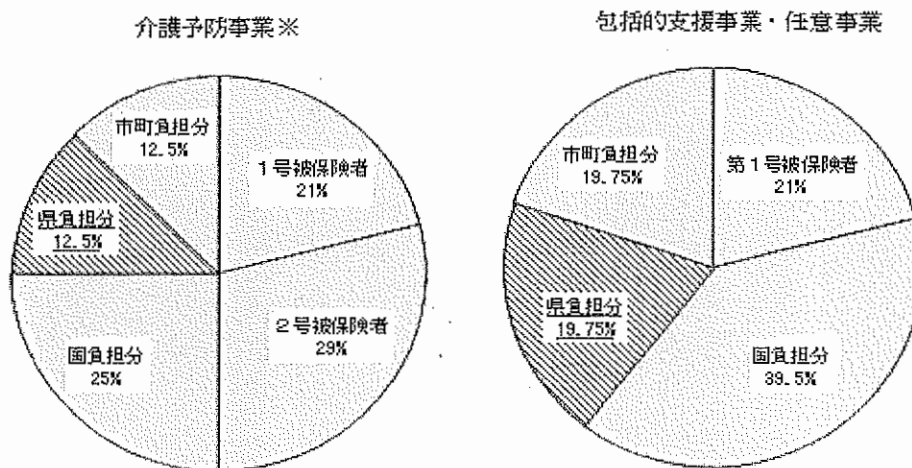
- 県内市町の介護保険事業計画の内容や進捗状況などを把握し、広域的な視点から市町の介護保険事業運営に対して必要な助言を行います。
- 介護給付費負担金について、算定誤りのない適正な交付のため、確実な算定に努めます。
- 県内市町に対して、介護保険法に定められた割合に基づき費用を負担します。
- 保険者の介護保険財政に不均衡が生じた際に、資金の交付又は貸付を行う仕組みである介護保険財政安定化基金を活用するなど、制度の円滑な運営のための支援をしていきます。

(2) 地域支援事業の費用負担

(現状と課題)

- 地域支援事業は、高齢者が要介護（要支援）状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合でも、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、市町が実施する事業です。全市町が行う必須事業（介護予防、包括的支援事業）と、各市町の判断により行う任意事業とがあります。
- 地域支援事業は、原則として給付見込額の3.0%を事業規模の上限とし、保険料と公費で5割ずつが賄われています。（内訳の詳細は下記図参照）

図3-8-4 地域支援事業の費用負担（平成24年度から平成26年度まで）



※介護予防・日常生活支援総合事業を行う場合にあっては、介護予防・日常生活支援総合事業

- 県では、地域支援事業県交付金として平成24（2012）年度4.8億円、平成25（2013）年度4.9億円（見込み）、平成26（2014）年度は当初予算ベースで約5.5億円を負担しています。
- 平成26（2014）年の制度改正により、これまでの介護予防事業は、平成29（2017）年4月までに新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）に移行します。

- 総合事業は、市町が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることをめざすものです。
- 主な改正点は、予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町が地域の実情に応じた取組ができるよう移行されます。さらには、介護予防の取組の機能強化のため、リハビリ専門職の助言等を行う地域リハビリテーション推進事業が新設されました。また、地域ケア会議、在宅医療・介護連携の推進、認知症総合施策の推進及び生活支援体制整備を、包括的支援事業に位置づけ、充実が図られることになりました。
- これらの改正により、平成 27 (2015) 年度以降、地域支援事業県負担金は増加することとなりますが、住民主体の効率的なサービスの提供や介護予防の推進等により、費用の伸び率を抑えることをめざしています。

(県の取組)

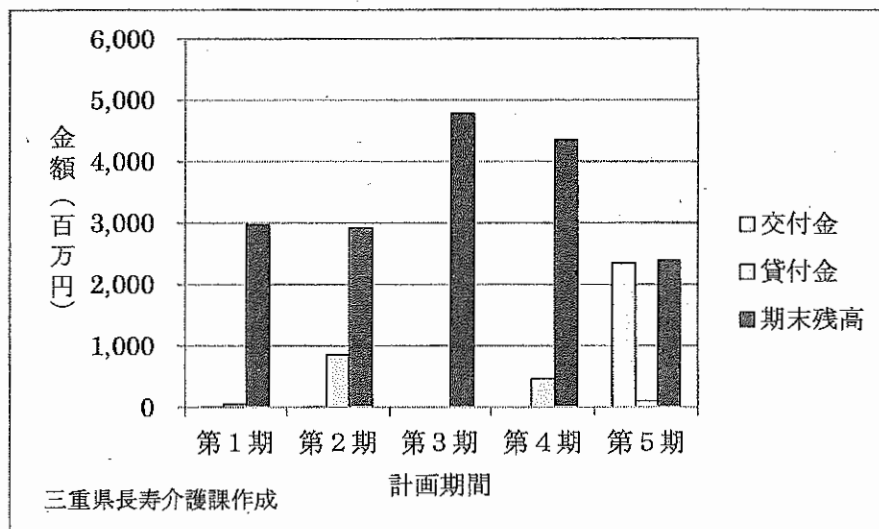
- 総合事業の検討状況の把握や、相談に対する必要な助言・支援及び地域における好事例などの収集・情報提供を行います。
- 地域支援事業交付金について、算定誤りのない適正な交付のため、確実な算定に努めます。
- 県内市町に対して、介護保険法に定められた割合に基づき費用を負担します。
- 保険者の介護保険財政に不均衡が生じた際に、資金の交付又は貸付を行う仕組みである介護保険財政安定化基金を活用するなど、制度の円滑な運営のための支援をしていきます。

(3) 介護保険財政安定化制度

(現状と課題)

- 介護保険制度が安定して運営されるよう、予想を上回る介護給付費が生じた場合や通常の実績を行ってもなお保険料の未納が生じる場合など、介護保険財政に赤字が見込まれる場合に、県が設置した介護保険財政安定化基金から市町等保険者に貸付（無利子）や交付を行います。
- 同基金は、国、県及び市町等保険者がそれぞれ3分の1ずつを負担して基金造成を図りましたが、基金積立残高を鑑みて、平成21（2009）年度以降の拠出は行っていません。
- 平成24（2012）年度に限り、第5期の保険料の上昇を抑制するために同基金を取り崩すことが可能となったため、約23.4億円を取り崩して、その3分の1に相当する額を市町等保険者に交付しました。これにより、三重県平均では月額47円の保険料軽減の効果があつたと見込まれます。
- 高齢化の進展に伴い、介護給付費が増加することから、市町等保険者の介護保険特別会計の規模が大きくなっています。

図3-8-5 三重県介護保険財政安定化基金の運用状況



(県の取組)

- 高齢化の進展に伴い、介護保険財政へ与える影響が大きくなっていることから、同基金を適切に活用することにより、市町等保険者の介護保険財政の安定化を図り、事業の円滑な実施を支援します。

- 同基金への拠出については、第6期計画中の交付・貸付見込額が第5期末の積立残額に第6期中の償還額を加算した額を超えない見込みであることから、拠出は行わない見込みです。

(4) 低所得者対策

(現状と課題)

- 介護サービスを利用する場合、利用者は費用の1割を事業所に支払います。この利用者負担が著しく高額とならないように、介護保険制度ではいくつかの負担軽減制度が設けられています。主な負担軽減制度としては、「高額介護（予防）サービス費」、「高額医療合算介護（予防）サービス費」、「特定入所者介護（予防）サービス費（補足給付）」及び「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度」などがあります。
- 上記軽減制度のうち「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度」については、軽減を実施する社会福祉法人等からの申し出が必要になっていることから、申出事業所数の増加を図るため、働きかけを行いました。その結果、実施申出のあった事業所数は、平成24（2012）年4月1日時点では787事業所でしたが、平成27（2015）年2月1日時点では886事業所となり99事業所が増加しました。
- 低所得者の保険料については、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、所得段階別の保険料率が採用されているため、負担割合は軽減されています。現行では標準6段階のところを市町等保険者の判断で弾力化した設定が行われているところですが、平成27（2015）年4月の介護保険制度改正により、第6期については標準9段階となり、所得水準に応じたよりきめ細かな保険料設定となります。
- 今後も介護費用と保険料負担水準の上昇が見込まれることから、制度の持続可能性を図るため、平成27（2015）年4月の介護保険制度改正により、平成27年4月から公費による低所得者の保険料軽減強化が行われます。

(県の取組)

- 県内で介護保険事業所を開設する全ての社会福祉法人等が軽減事業に取り組むよう、未実施法人等に対しては事業の実施を働きかけます。

- 介護保険制度改正に伴い低所得者にかかる様々な制度も改正されることから、パンフレットの配布や長寿介護課ホームページへの情報掲載、出前トーク等の研修会を通じて、利用者・関係者への周知を図ります。
- 介護保険制度改正に伴う低所得者の保険料軽減強化については、市町等保険者に対して費用の4分の1を負担します。

(5) 介護保険審査会

(現状と課題)

- 市町等保険者が行った要介護（要支援）認定や介護保険料の賦課などの処分に対して不服がある場合は、第三者機関として県に設置されている「三重県介護保険審査会」に審査請求を行うことができます。
- 介護サービス利用者の増加や権利意識の高揚等により、市町等保険者が行った行政処分に対する不服申立は、今後も増加するものと見込まれます。
- 行政不服審査法及び行政不服審査法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律が平成26（2014）年6月13日に公布され（公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行）、審査請求期間が現行の60日から3か月に延長されます。

図3-8-6 審査請求の状況

(平成26(2014)年3月末現在：累計) (件)

	審査請求 件数	取り下げ 件数	裁決結果				
			審理中	却下	認容	棄却	
介護認定関係	79	18	61	0	2	28	31
保険料関係	63	13	50	0	15	0	35
審査請求総数	142	31	111	0	17	28	66

三重県長寿介護課作成

(県の取組)

- 「三重県介護保険審査会」は、知事が任命した委員により構成され、合議による審査が行われます。また、要介護（要支援）認定に関する審査請求については、専門調査員による調査結果もふまえて審査を行います。介護保険審査会が適正な審査を行うために、審査会委員や専門調査員への研修を実施します。

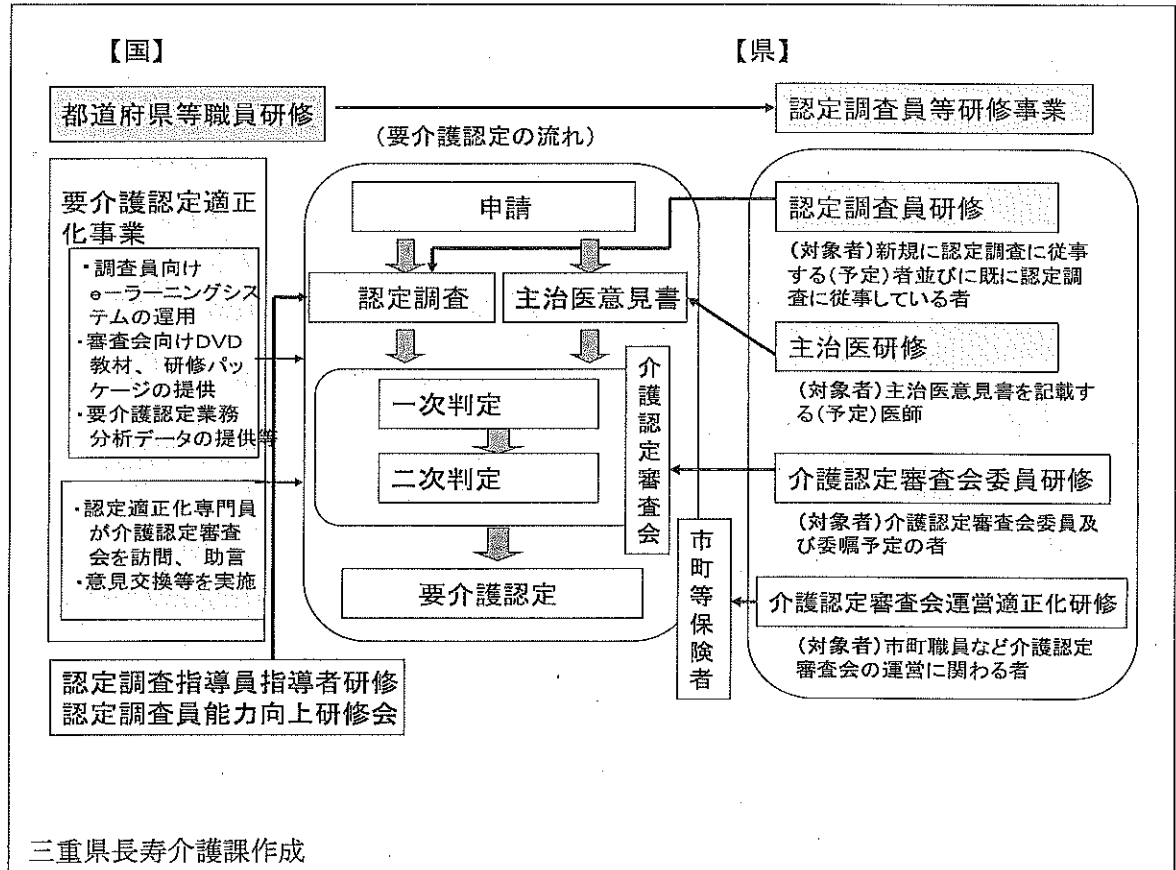
- 行政不服審査法の改正に伴い審査請求期間が延長されることにより、処分通知に記載する教示の内容を変更するなどの対応が必要なことから、適切な対応を行うよう市町等保険者に対して周知を図ります。

(6) 要介護（要支援）認定制度

(現状と課題)

- 要介護認定が適正に行われるためには、認定調査・主治医意見書の記載、介護認定審査会の判定がいずれも一律の基準で公平・公正かつ適正に実施される必要があります。
- 平成 21（2009）年には要介護認定方法が、平成 23（2011）年 4 月には有効期間の見直しが行われました。この変更をふまえた要介護認定が適正に行われるように認定調査員、主治医、介護認定審査会委員、介護認定審査会事務局職員を対象に研修会を実施しています。
- 認定調査員の研修については、毎年、新任者、現任者別に研修会を実施しています。新任者研修は新規に認定調査を始めようとする人を対象に、現任者研修は既に認定調査業務に就いている人を対象に研修会を実施しています。
- 主治医研修については、毎年、主治医意見書を記載する医師を対象に主治医意見書の記入方法や特定疾病等に関する内容について研修を実施しています。
- 介護認定審査会委員の研修については、新任者は委員改選の時期に、現任者は、各ブロック別に開催しています。
- 介護認定審査会事務局職員対象の研修会については、事務局職員同士が課題を共有し、課題解決に向けて意見交換を行っています。
- 国は各自治体より収集した要介護認定関連のデータを集計し、要介護認定業務分析データとして、各保険者に情報提供しています。各保険者職員がこのデータを認定審査会業務に活かせるよう、データの見方や活用方法等について研修を実施していく必要があります。
- また、認定調査の適正な実施に向けて、国の要介護認定適正化事業の e-ラーニングシステムの活用を勧めていく必要があります。

図 3-8-7 要介護認定の適正化に係る研修事業



（県の取組）

- 要介護認定については、一律の基準で公平・公正かつ適正に実施されることが重要であることから、要介護認定に関わる全ての者の資質向上が必要です。引き続き、認定調査員、主治医、介護認定審査会委員、介護認定審査会事務局職員に対して研修を実施していきます。また、国が提供している、要介護認定業務分析データを活用して、各種の研修を実施していきます。
- 要介護認定に関わる全ての者に対しての研修は、次のような年間参加者を目標に開催していきます。認定調査員新任者は 150 名、認定調査員現任者は 400 名、介護認定審査会委員現任者は 500 名、主治医は 500 名、介護認定審査会事務局職員は 14 名の参加を目標とします。

- 各保険者職員が要介護認定業務分析データを介護認定審査会業務に活かせるよう、データの見方や活用方法等について研修を実施していきます。
- 要介護認定適正化に向けて、要介護認定業務分析データに偏りが見られた場合は、認定調査員等を対象に課題整理や助言を行い、eラーニングシステム活用による自己研鑽を勧めていきます。また、国の適正化専門員の介護認定審査会訪問による助言指導の受入を働きかけていきます。

(7) 介護サービス情報の公表制度

(現状と課題)

- 情報公表制度は、介護保険法に基づき、利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して、自らが適切に選択するための情報を都道府県が公表する仕組みであり、「介護サービス情報公表システム」(<http://www.kaigokensaku.jp/>)において、三重県内の約3,200か所の事業所を含む、全国18万か所の介護サービス事業所の情報を公表しています。
- 事業所の運営状況等を開示するとともに、事業所の特性を活かした取組についても情報を開示し、事業運営の透明性を確保することにつながっています。また、利用者の主体的な選択を支援する目的を通じて、事業所におけるサービス改善に向けた取組が評価される環境をあわせて整備することで、介護サービス全体の質の向上に寄与しています。
- 調査の実施に関する指針に基づき、県において必要と認める場合や事業者より申出がある場合において、提供される介護サービスの基本情報及び運営情報について調査を実施し、公表される情報の透明性・正確性を担保する必要があります。
- 利用者のアクセス数は年々増加していますが、国が実施した利用者アンケート結果では、情報公表制度を詳しく知っている人の割合は、介護支援専門員など介護に関する業務を行う者等では6割を超えていますが、一般の利用者では4割に満たないという報告がなされています。

(県の取組)

- 国が設置する公表システムサーバーを活用して、各事業者から提供する介護サービスに関する情報の報告を受け、県において速やかに公表し、利用者がより良いサービス（事業者）を適切に選択出来るよう、制度を運営していきます。
- 介護サービス事業者が報告した情報の透明性・正確性を確保するため、調査の実施に関する指針に基づき、必要な場合は県において介護サービスの基本情報及び運営情報について調査を実施します。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、多様な社会資源（高齢者の在宅生活を支える総合相談窓口や生活支援サービス等）の情報を、市町において介護サービス情報の公表システムを活用して公表していきます。また、県においては介護人材の確保に向けて、介護サービスに従事する従業者に関する情報の公表を促進していきます。
- 地域密着型サービスの質の確保と向上を図るため、認知症高齢者グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所を対象として外部評価を実施し、利用者の選択に役立てられるよう、評価結果を独立行政法人福祉医療機構のホームページWAMNET(ワムネット)で引き続き公表していきます。
- 三重県では、福祉サービスの質の向上と利用者への情報提供を図るため、「みえ福祉第三者評価」制度として福祉サービスの第三者評価事業を推進しています。引き続き、制度の普及と介護サービス事業者の受審を促進するとともに、評価結果を県ホームページで公表していきます。

9 介護給付適正化の推進

(1) 総論

(現状と課題)

- 介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供することを促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼性を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。
- 本県では、平成 23 (2011) 年度に策定した「第 2 期介護給付適正化計画」において、①要介護認定の適正化、②ケアマネジメントの適切化、③事業者のサービス提供体制及び介護報酬請求の適正化の 3 つを重点課題に位置付けて取り組むとともに、④市町が行う適正化事業の広域支援を実施しています。
- 今後も、必要な給付を適切に提供するための適正化事業を一層推進する必要があります。

(県の取組)

- 本県では、この計画を、第 3 期介護給付適正化計画と位置づけ、①介護サービス事業者等への指導・監査、②介護サービスに関する苦情への対応、③市町が行う適正化事業の広域支援を実施します。

(2) 介護サービス事業者等への指導・監査

(現状と課題)

- 介護保険は、社会保障制度の一つであり、公益性の高い行動規範の遵守が求められることから、事業者に対しては、人員、設備及び運営に関する基準の遵守、適正な介護報酬の請求に加え、より一層のケアの質の向上に取り組むよう指導を行っています。このことにより、適切な運営を行っている事業者を支援しつつ、介護給付の適正化を図っているところです。
- また、介護報酬の不正請求や著しい指定基準違反を行う悪質な事業者に対しては、利用者に著しい不利益をもたらすのみならず、介護保険制度全体の信用を損なうものであることから、関係法令等に基づき、指定の取消等を含め、厳正に対処しているところです。
- 介護保険制度の創設以来、事業者が増加し続けていることに加え、サービス付き高齢者向け住宅に居宅サービスを併設する形態の事業者が参入するなど、高齢化の進展に伴い、事業者を取り巻く環境も変化しており、機能性の高い指導監督体制の確立と指導監督手法の重点化・効率化が求められています。

図 3-9-1 平成 25 (2013) 年度指導・監査等の結果概要

平成 25 (2013) 年度の指定介護保険施設・事業所実地指導の指摘項目

ア 介護給付サービス事業

指摘項目	人員基準 関係	運営基準 関係	介護給付 費の算定	その他	計
指定施設・事業所					
訪問介護事業所	6	80	4	2	92
訪問入浴介護事業所	1	4	1	—	6
訪問看護事業所	—	7	—	—	7
訪問リハビリテーション事業所	—	—	—	—	—
居宅療養管理指導事業所	—	6	—	—	6
通所介護事業所	20	193	28	5	246
通所リハビリテーション事業所	—	8	1	—	9
短期入所生活介護事業所	2	68	5	5	80
短期入所療養介護事業所	—	6	2	—	8

指摘項目	人員基準 関係	運営基準 関係	介護給付 費の算定	その他	計
指定施設・事業所					
特定施設入居者生活介護事業所	—	8	—	—	8
福祉用具貸与事業所	—	2	1	—	3
特定福祉用具販売事業所	—	2	—	—	2
居宅介護支援事業所	3	116	31	1	151
介護老人福祉施設	3	65	18	4	90
介護老人保健施設	—	7	3	—	10
介護療養型医療施設	—	—	—	—	—
計					
〔 実施 114施設・事業所 〕	35	572	94	17	718
〔 指摘 112施設・事業所 〕	4.9%	79.7%	13.1%	2.4%	100.0%

(注) 小数点第2位以下四捨五入のため、合計が100.0%にならない場合があります。

イ 予防給付サービス事業

指摘項目	人員基準 関係	運営基準 関係	支援基準 関係	給付費 の算定	その他	計
指定施設・事業所						
訪問介護事業所	5	50	11	3	1	70
訪問入浴介護事業所	—	—	—	—	—	—
訪問看護事業所	—	6	—	—	—	6
訪問リハビリテーション事業所	—	—	—	—	—	—
居宅療養管理指導事業所	—	6	—	—	—	6
通所介護事業所	14	92	29	30	5	170
通所リハビリテーション事業所	—	8	—	1	—	9
短期入所生活介護事業所	—	16	1	2	—	19
短期入所療養介護事業所	—	5	1	1	—	7
特定施設入居者生活介護事業所	—	—	—	—	—	—
福祉用具貸与事業所	—	2	—	1	—	3
特定福祉用具販売事業所	—	—	—	—	—	—
計						
〔 実施 76施設・事業所 〕	19	185	42	38	6	290
〔 指摘 49施設・事業所 〕	6.6%	63.8%	14.5%	13.1%	2.1%	100.0%

(注) 小数点第2位以下四捨五入のため、合計が100.0%にならない場合があります。

平成25(2013)年度実地指導による介護報酬の過誤調整の状況

21事業所 過誤調整額 26,842,194円

平成25(2013)年度監査による介護報酬の返還の状況

3事業所 返還額 3,775,522円

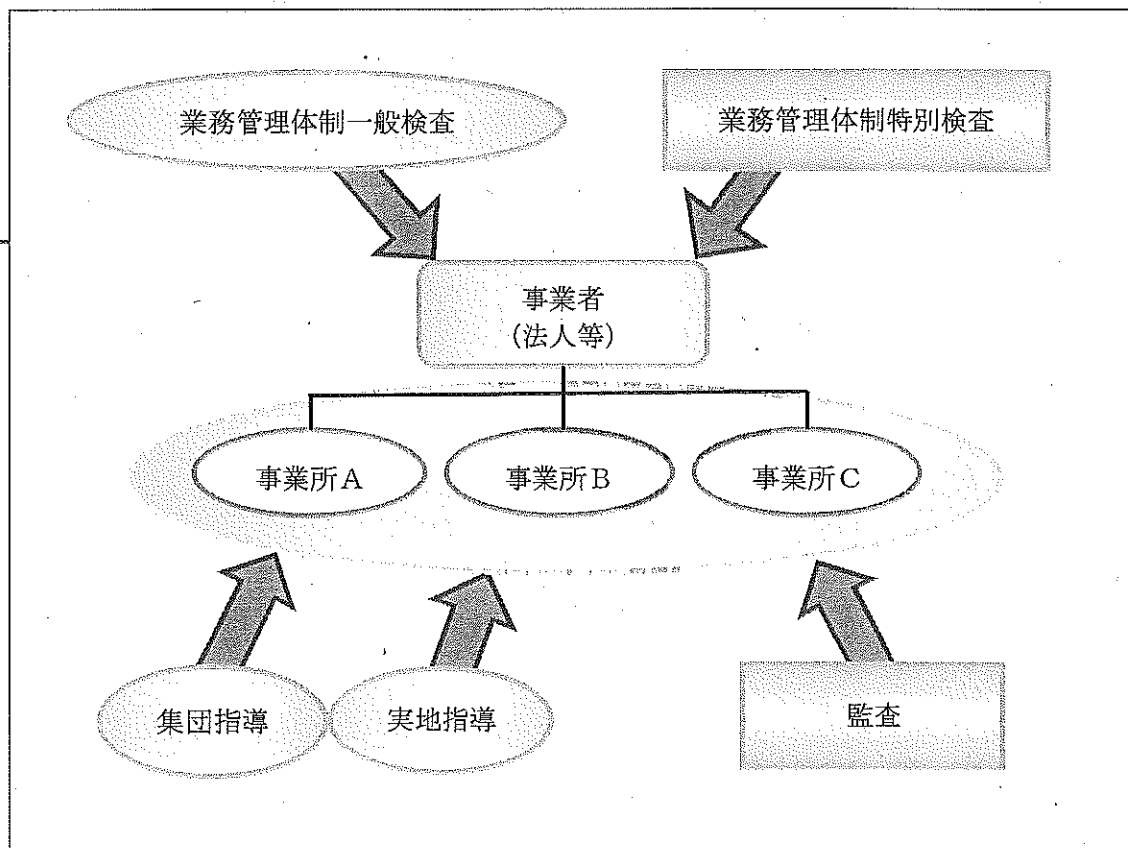
介護サービス事業所 行政処分件数

平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
8	5	2	2	3

(県の取組)

- 毎年、全事業者を対象に実施している集団指導を強化し、制度理解や不正防止に努めるとともに、定期的な実地指導と随時的な実地指導を組み合わせ、効果的に実施することにより、よりよいケアの実現と介護給付の適正化に努めます。
- 利用者からの苦情・相談や内部通報等により介護報酬の不正請求や指定基準違反等が疑われる場合には、迅速かつ効果的に監査を行い、悪質な事業者には、指定の取消等の行政処分を含め、厳正な措置を講じます。
- 介護保険事業運営の適正化を図るため、事業者に対して業務管理体制の一般検査を実施し、法令遵守責任者の設置等について指導するとともに、監査の結果、指定取消処分相当であると認められる場合には、事業者の本部等に対して特別検査を実施します。

図 3-9-2 指導・監査等の体制



(3) 介護サービスに関する苦情への対応

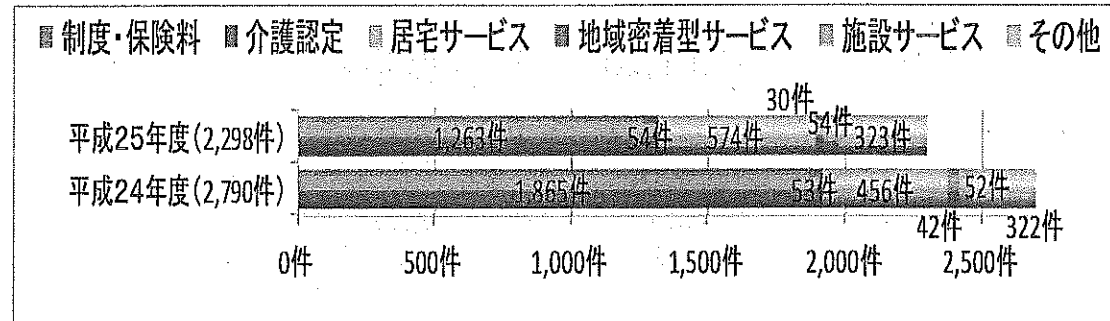
(現状と課題)

- 介護保険制度施行から 14 年が経過し、介護保険の利用者も年々増加しています。利用者やその家族の認識も高まり、保険者（市町・広域連合）や三重県国民健康保険団体連合会に介護サービスに関する様々な内容の苦情相談が寄せられています。
- 市町・三重県国民健康保険団体連合会への介護保険サービスに対する苦情・相談件数は平成 25(2013)年度では、年間 2,200 件を超えています。
- 三重県国民健康保険団体連合会への苦情申立の内容は、介護度の高い高齢者が多く入居する施設サービスに関するものとなっています。
- 施設サービスをはじめ、通所・訪問系の在宅サービスにおいても多くの介護事故が発生しています。平成 25(2013)年度は、年間 1,100 件を超える骨折等の事故の発生について介護保険事業者から保険者（市町・広域連合）に報告がありました。

図 3-9-3 市町・三重県国民健康保険団体連合会の苦情相談件数

	三重県国民健康保険団体連合会			市町 相談・苦情件数
	合計	相談件数	苦情申立件数	
平成 25 年度	60	59	1	2,238
平成 24 年度	65	65	0	2,725
平成 23 年度	79	79	0	1,638
平成 22 年度	77	75	2	2,615
平成 21 年度	75	74	1	1,800

2 市町・国保連合会への苦情相談のサービス種類別件数（国保連合会調べ）

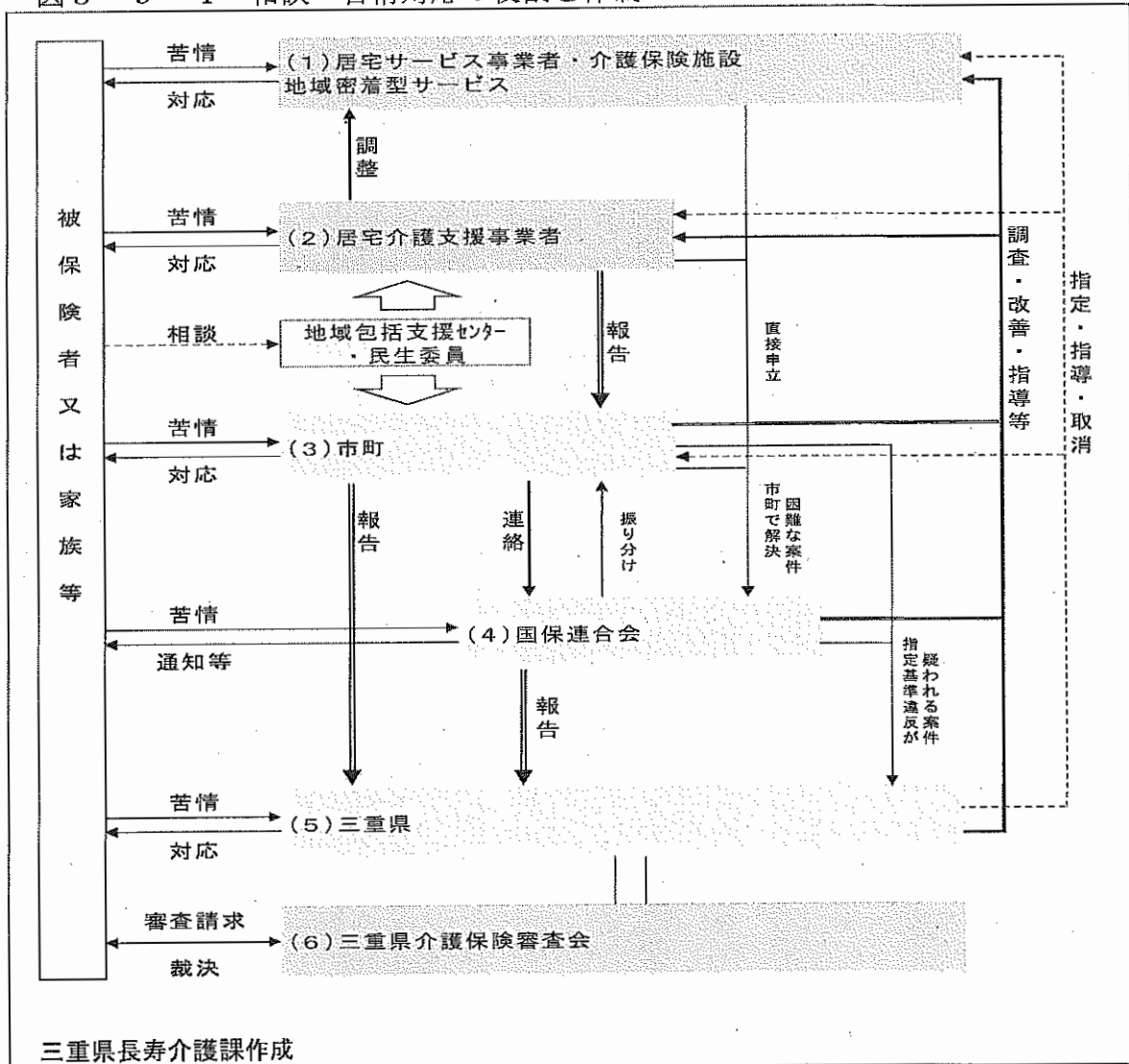


三重県長寿介護課作成

（県の取組）

- 介護サービスにかかる苦情・相談については、介護報酬の不正請求・不適切なサービス提供の発見につながることもあります。保険者である市町、三重県国民健康保険団体連合会が設置する苦情処理委員会等と連携し、必要に応じて当該事業所へ立入調査を行い、苦情等の早期解決を図るとともに、介護給付の適正化に向けた適切な指導・助言を行います。
- サービス提供中に施設・事業所で発生した介護事故については、県が作成したマニュアルに基づき、保険者である市町から報告を求めるとともに、市町と連携し事故の未然防止・抑制を図ります。
- 利用者と事業者の両者が話し合っても解決が難しいケースや直接言いにくいケースについては、三重県福祉サービス運営適正化委員会（※社会福祉法第83条に基づき、都道府県社会福祉協議会に設置されています。）に苦情を申し出ることができます。運営適正化委員会では、相談・助言・事業調査・申し入れや斡旋などにより、解決に向けた支援を行います。

図3-9-4 相談・苦情対応の役割と体制



(4) 市町が行う適正化事業の広域支援

(現状と課題)

- 介護給付の適正化を推進するうえで、市町には、介護保険の保険者として、図3-9-5に示す適正化主要5事業の実施が求められています。すべての市町において主要5事業のすべてが実施されることが望ましいところですが、すべての事業を実施することが難しい場合は、効果的と思われる取組を重点的に実施することとしています。

図3-9-5 市町での実施が求められる適正化主要5事業

- ①要介護認定の適正化
指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査の内容について、市町職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検する。
- ②ケアプランの点検
介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画等（ケアプラン）の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町職員等の第三者が点検及び支援を行う。
- ③住宅改修等の点検
 - (1) 住宅改修の点検
住宅改修の申請を受け、改修工事を施工する前に受給者宅の実態確認又は工事見積書の点検を行うとともに、施工後に訪問して又は竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検する。
 - (2) 福祉用具購入・貸与調査
福祉用具利用者等に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を確認する。
- ④縦覧点検・医療情報との突合
 - (1) 縦覧点検
受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行う。
 - (2) 医療情報との突合
受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行う。
- ⑤介護給付費通知
受給者に対して、利用したサービスの内容と費用を通知し、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発する。

- 本県では、「ケアプランの点検」の実施状況が他の適正化事業と比べると低い状況にあるため、市町の担当者を対象として、ケアプラン点検の具体的な進め方についての研修会を開催しました。
- 「縦覧点検・医療情報との突合」について三重県国民健康保険団体連合会と調整を図り、平成 24（2012）年度からの全市町の三重県国民健康保険団体連合会への業務委託が実現しました。
これにより、人員体制上の制約等から実施ができていなかった市町においても点検が実施されることになりました。
また、県下一律の点検が広く実施されることで、事業者の介護報酬算定要件に対する認識の向上にもつながっています。
- すべての市町において、いずれかの適正化事業が実施されており、それぞれの事業についても全国の実施率と比較して着実に取り組まれています。その取組を更に充実・発展させる必要があります。

図 3-9-6 適正化主要 5 事業の実施状況（平成 24 年度）

	三重県		全国
	実施市町数	実施率	実施率
①要介護認定の適正化	23	92.0%	94.9%
②ケアプランの点検	20	80.0%	63.0%
③住宅改修等の点検	22	88.0%	81.6%
④縦覧点検・医療情報との突合	25	100.0%	83.5%
⑤介護給付費通知	23	92.0%	70.1%

※平成 24 年度介護給付適正化実施状況調査結果による

(県の取組)

- 依然として低い実施状況にある「ケアプランの点検」を重点事業として設定し、市町での積極的な取組を求めるとともに、取組にあたっての目標を図3-9-7のとおりとします。

図3-9-7 「ケアプランの点検」についての取組目標

年度	目標(水準)
平成27年度	すべての市町において「ケアプランの点検」を実施する。
平成28年度	「ケアプランの点検」を実施することにより得られる効果をより確かなものにするための実施方法を検討して事業に反映させる。 例：点検後の介護支援専門員に対する意識調査や、過去に点検した事例についてその後のケアプランを確認するなど、事業の効果を把握・検証する。
平成29年度	例：介護給付適正化システムまたは三重県国民健康保険団体連合会から提供されるケアプラン分析システムにおいて特異な値を示しているものを重点的に取り組むなど、事業の有効性を高める。 例：サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の入居者に焦点を当てて、いわゆる「囲い込み」に伴う過剰なサービス提供の改善・防止を目的に点検対象を選定する。 例：地域ケア会議との連携を図り、事業の有効性を高める。

- 県としては、上記の取組目標の達成に向けて好事例の収集・情報提供を行うとともに、市町が抱える課題の解決に向けて必要に応じて個別に対応するなど、きめ細かな支援を行います。
- 「縦覧点検・医療情報との突合」については、引き続き三重県国民健康保険団体連合会への委託事業として着実に実施されることを期待します。
県としては、事業の実施において疑義が生じた場合は、市町及び三重県国民健康保険団体連合会と連携しその解決を図ります。
- その他の適正化事業についても、市町担当者会議を開催し市町における取組が効果的に進められるよう支援を行います。

【 コラム 】

ロボットスーツを使ったトレーニング

県では国から「みえライフイノベーション総合特区」の指定を受け、県内各地域に研究開発支援拠点 MieLIP (Mie Life Innovation Promotion Center) が設置・運営され、地域の特性を生かした産業や画期的な医薬品、医療機器等の創出に向けた支援をしており、これら拠点の活用などにより三重県がライフイノベーションに寄与する地域になることをめざしています。

MieLIP 鈴鹿が設置されている鈴鹿医療科学大学では、白子キャンパス内にあ
る「鈴鹿ロボケアセンター」との連携のもと、ロボットスーツ HAL[®]を活用したロボットリハビリテーションの効果の検証とより効果的な方法の開発や医療機器や周辺機器等の研究開発の取組を行っています。



写真は、ロボットスーツ HAL[®]を使ったトレーニングの様子です。HAL[®]とは、人が体を動かそうとする際に脳から出る電気信号を読み取って、動作の支援をしてくれるロボットスーツのことで、国内約 160 施設で福祉用約 370 台が導入され、欧州を中心に医療用 100 台以上が活躍しています。鈴鹿ロボケアセンターは、脳血管障害や脊髄損傷などで足に障がいのある方や脚力の弱くなった方が、HAL[®]を使ってトレーニングを行うための施設として、平成 25 年 9 月にオープンしました。現在、鈴鹿市からは下肢・体幹機能障害 1～3 級の市民の方を対象に、トレーニング費用の一部助成を行っており、多くの方々が利用されています。

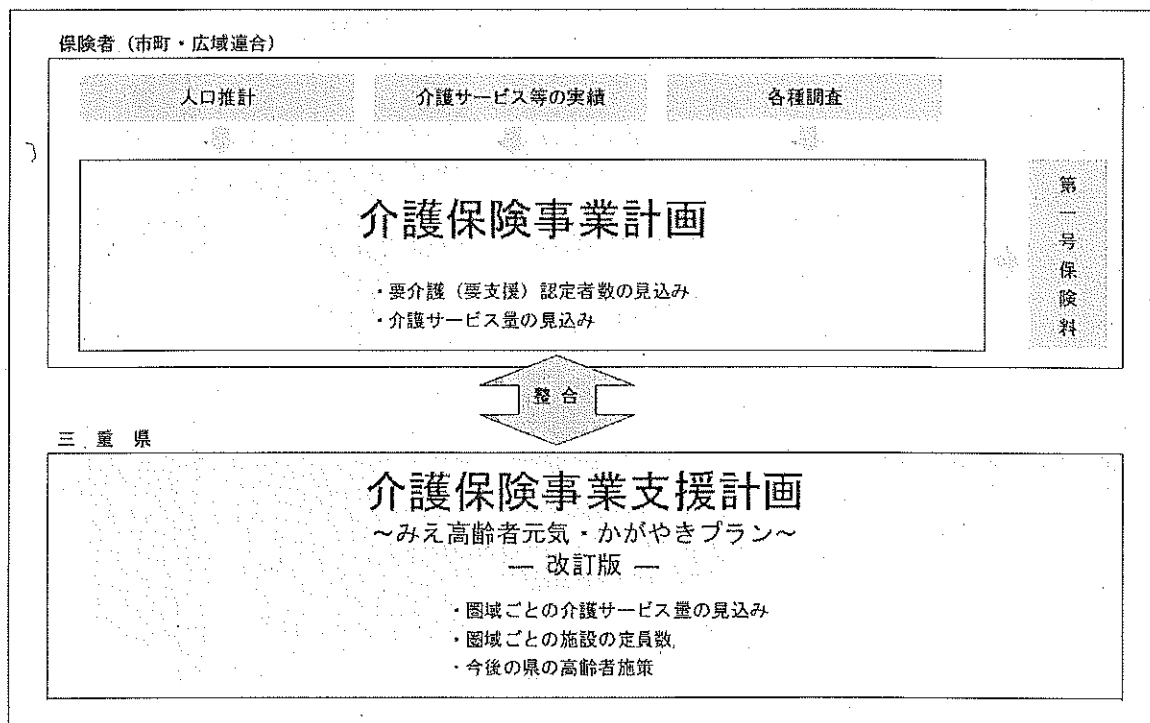
※ライフイノベーションとは、医療・健康・福祉分野で、新しい技術や考え方を取り入れて新たな価値を生み出し、革新的な医薬品、医療機器等の研究開発や製品開発を促進するもので、関連企業の活性化、企業立地の促進、雇用の拡大など、地域経済の活性化をめざしています。

※HAL[®]とは、Hybrid Assistive Limb の略です。

第4章

計画期間中のサービス量等の見込み

- このプランにおける各年度のサービスの量等の見込みについては、各保険者（市町及び広域連合）が策定する介護保険事業計画における数値を圏域ごとに集計して、その結果を県全域で集計したものです。
- 各保険者がサービスの量等の見込みを定めるに当たっては、サービス利用実績や利用意向を把握した上で、厚生労働大臣が定めた参酌標準（介護サービスの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準）を参考としています。
- 各保険者の第1号被保険者の保険料は、このサービスの量等の見込みを基に算出されています。

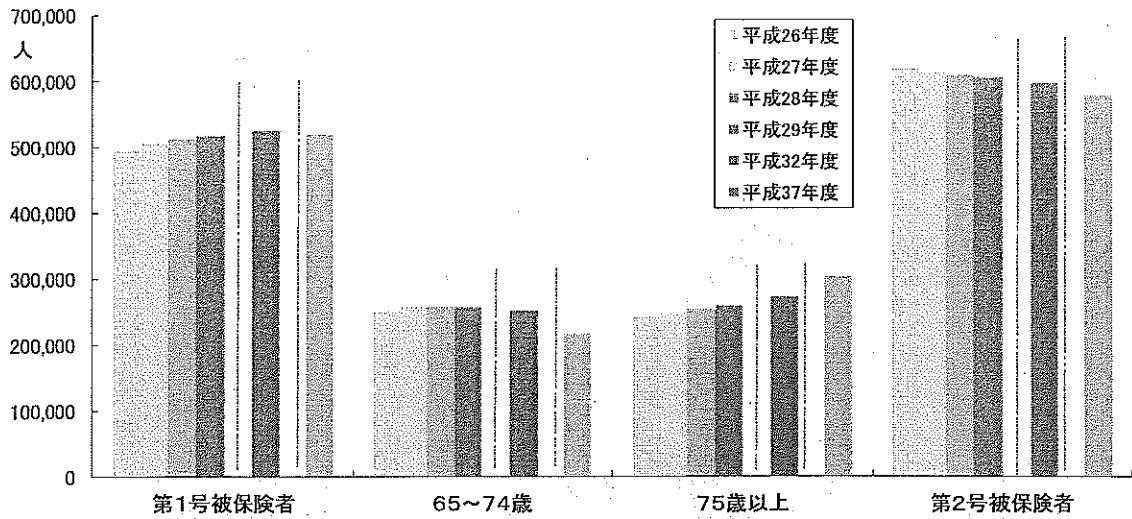


被保険者数の見込み

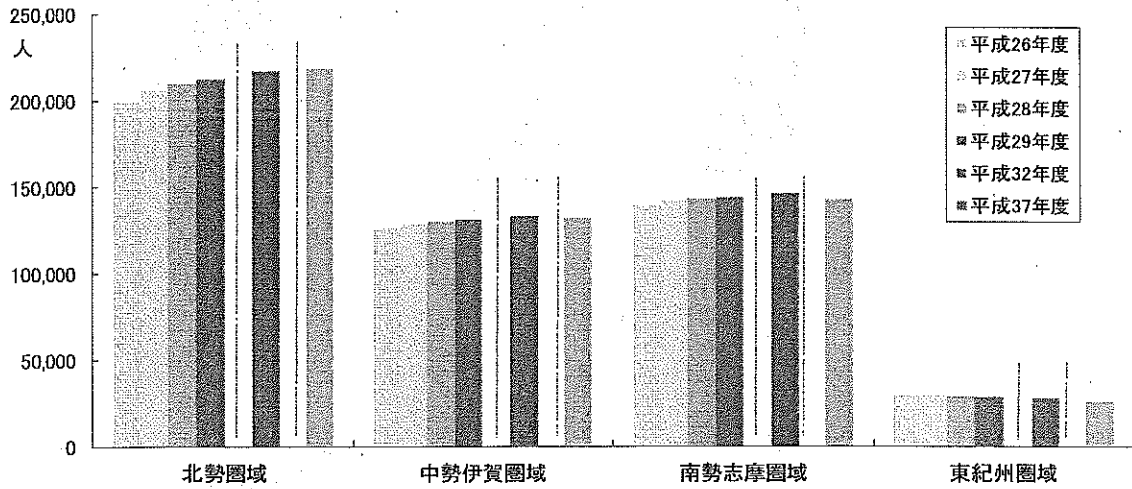
単位:人、%

	平成26年度	平成27年度	増減率 (対前年)	平成28年度	増減率 (対前年)	平成29年度	増減率 (対前年)	3年間の 増減率	平成32年度	増減率 (対H26)	平成37年度	増減率 (対H26)	
全域	被保険者数	1,111,006	1,116,710	0.5%	1,119,885	0.3%	1,121,557	0.1%	0.9%	1,121,008	0.9%	1,095,751	△1.4%
	第1号被保険者	493,175	504,549	2.3%	511,327	1.3%	516,516	1.0%	4.7%	524,594	6.4%	510,764	5.2%
	65～74歳	251,713	256,916	2.1%	257,877	0.4%	257,141	△0.3%	2.2%	252,052	0.1%	216,136	△14.1%
	75歳以上	241,462	247,634	2.6%	253,450	2.3%	259,375	2.3%	7.4%	272,543	12.9%	302,628	25.3%
	第2号被保険者	617,831	612,161	△0.9%	608,558	△0.6%	605,041	△0.6%	△2.1%	596,414	△3.5%	578,987	△6.6%
北勢圏域	被保険者数	483,390	489,383	1.2%	493,446	0.8%	496,699	0.7%	2.8%	502,005	3.9%	501,204	3.7%
	第1号被保険者	198,787	205,474	3.4%	209,576	2.0%	212,433	1.4%	6.9%	217,153	9.2%	213,315	9.8%
	65～74歳	108,646	111,507	2.6%	112,324	0.7%	111,734	△0.5%	2.8%	108,482	△0.2%	92,052	△15.3%
	75歳以上	90,141	93,968	4.2%	97,252	3.5%	100,699	3.5%	11.7%	108,671	20.6%	126,262	40.1%
	第2号被保険者	284,603	283,909	△0.2%	283,870	0.0%	284,266	0.1%	△0.1%	284,852	0.1%	282,889	△0.6%
中勢伊賀圏域	被保険者数	277,530	278,053	0.2%	278,476	0.2%	278,414	0.0%	0.3%	276,668	△0.3%	269,064	△3.1%
	第1号被保険者	126,101	128,222	1.7%	129,804	1.2%	131,323	1.2%	4.1%	133,365	5.8%	132,005	4.7%
	65～74歳	63,777	64,536	1.2%	64,847	0.5%	64,973	0.2%	1.9%	63,994	0.3%	55,855	△12.4%
	75歳以上	62,324	63,686	2.2%	64,957	2.0%	66,350	2.1%	6.5%	69,371	11.3%	76,150	22.2%
	第2号被保険者	151,429	149,831	△1.1%	148,672	△0.8%	147,091	△1.1%	△2.9%	143,303	△5.4%	137,059	△9.5%
南勢志摩圏域	被保険者数	296,528	296,352	△0.1%	295,720	△0.2%	294,937	△0.3%	△0.5%	293,292	△1.1%	281,043	△5.2%
	第1号被保険者	139,425	141,881	1.8%	143,064	0.8%	143,941	0.6%	3.2%	146,033	4.7%	142,582	2.3%
	65～74歳	66,085	67,617	2.3%	67,679	0.1%	67,580	△0.1%	2.3%	67,274	1.8%	58,285	△11.8%
	75歳以上	73,340	74,264	1.3%	75,385	1.5%	76,361	1.3%	4.1%	78,759	7.4%	84,297	14.9%
	第2号被保険者	157,103	154,471	△1.7%	152,656	△1.2%	150,996	△1.1%	△3.9%	147,259	△6.3%	138,461	△11.9%
東紀州圏域	被保険者数	53,558	52,922	△1.2%	52,243	△1.3%	51,507	△1.4%	△3.8%	49,043	△8.4%	44,441	△17.0%
	第1号被保険者	28,862	28,972	0.4%	28,883	△0.3%	28,819	△0.2%	△0.1%	28,043	△2.8%	25,863	△10.4%
	65～74歳	13,205	13,256	0.4%	13,027	△1.7%	12,854	△1.3%	△2.7%	12,302	△6.8%	9,944	△24.7%
	75歳以上	15,657	15,716	0.4%	15,856	0.9%	15,965	0.7%	2.0%	15,741	0.5%	15,919	1.7%
	第2号被保険者	24,696	23,950	△3.0%	23,360	△2.5%	22,688	△2.9%	△8.1%	21,000	△15.0%	18,578	△24.8%

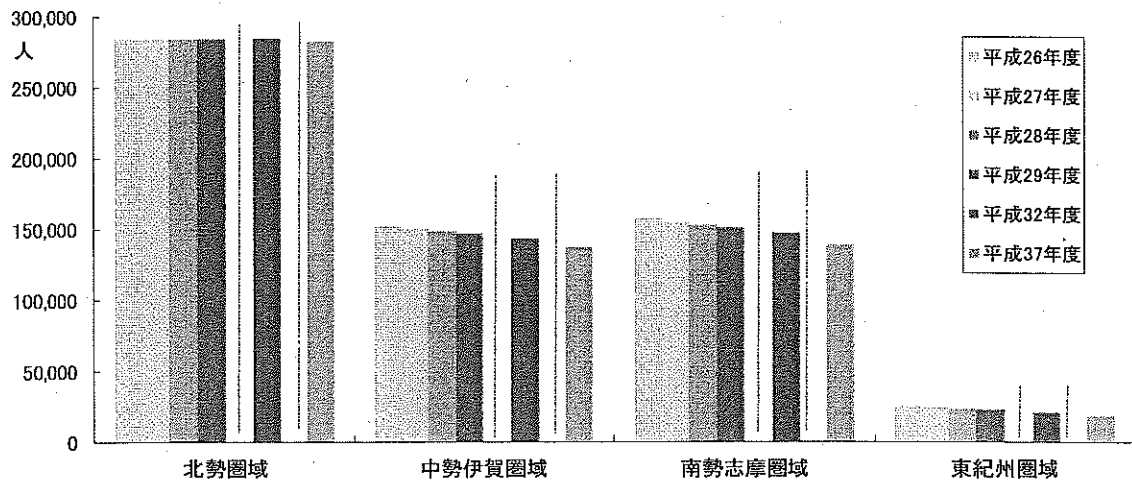
三重県全域の被保険者数の推移



各圏域の第1号被保険者数の推移



各圏域の第2号被保険者数の推移



要介護(要支援)認定者数の見込み

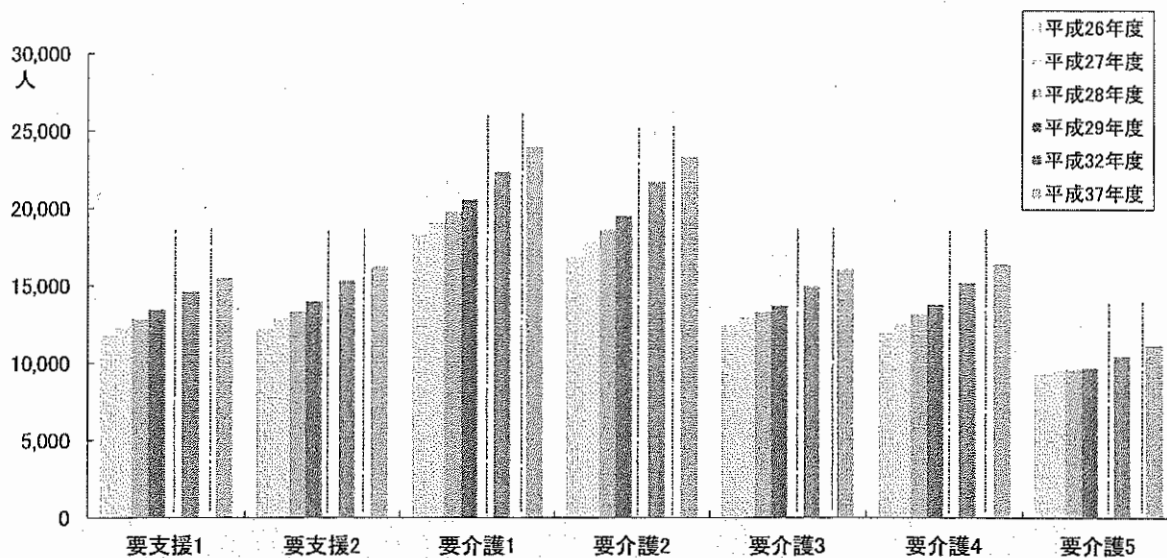
単位:人、%、ポイント

	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		3年間の 増減率	平成32年度		平成37年度	
			増減率 (対前年)		増減率 (対前年)		増減率 (対前年)			増減率 (対H26)		増減率 (対H26)	
全域	要介護(要支援)認定者	92,855	96,872	4.3%	100,557	3.8%	104,699	4.1%	12.8%	114,550	23.4%	122,535	32.0%
	要支援1	11,784	12,309	4.5%	12,826	4.2%	13,442	4.8%	14.1%	14,627	24.1%	15,484	31.4%
	要支援2	12,202	12,817	5.0%	13,306	3.8%	13,978	5.1%	14.6%	15,314	25.5%	16,204	32.8%
	要介護1	18,320	19,006	3.7%	19,757	4.0%	20,557	4.0%	12.2%	22,328	21.9%	23,952	30.7%
	要介護2	16,831	17,776	5.6%	18,610	4.7%	19,481	4.7%	15.7%	21,676	28.8%	23,288	38.4%
	要介護3	12,471	12,900	3.4%	13,292	3.0%	13,717	3.2%	10.0%	14,962	20.0%	16,052	28.7%
	要介護4	11,932	12,523	5.0%	13,156	5.1%	13,815	5.0%	15.8%	15,190	27.3%	16,398	37.4%
	要介護5	9,315	9,541	2.4%	9,610	0.7%	9,709	1.0%	4.2%	10,453	12.2%	11,157	19.8%
認定率	18.4%	18.8%	0.4P	19.2%	0.5P	19.8%	0.6P	1.4P	21.3%	3.0P	23.1%	4.8P	
北勢圏域	要介護(要支援)認定者	32,723	34,568	5.6%	36,320	5.1%	38,176	5.1%	16.7%	42,514	29.9%	47,522	45.2%
	要支援1	5,085	5,267	3.6%	5,492	4.3%	5,735	4.4%	12.8%	6,313	24.1%	7,026	38.2%
	要支援2	4,350	4,599	5.7%	4,818	4.8%	5,057	5.0%	16.3%	5,576	28.2%	6,216	42.9%
	要介護1	6,755	7,028	4.0%	7,275	3.5%	7,531	3.5%	11.5%	8,277	22.5%	9,298	37.6%
	要介護2	5,289	5,769	9.1%	6,245	8.3%	6,730	7.8%	27.2%	7,713	45.8%	8,651	63.6%
	要介護3	4,055	4,305	6.2%	4,524	5.1%	4,759	5.2%	17.4%	5,321	31.2%	5,966	47.1%
	要介護4	4,037	4,357	7.9%	4,655	6.8%	4,965	6.7%	23.0%	5,587	38.4%	6,286	55.7%
	要介護5	3,152	3,243	2.9%	3,311	2.1%	3,399	2.7%	7.8%	3,727	18.2%	4,079	29.4%
認定率	16.0%	16.4%	0.4P	16.9%	0.5P	17.6%	0.6P	1.5P	19.1%	3.1P	21.3%	5.3P	
中勢伊賀圏域	要介護(要支援)認定者	25,705	26,674	3.8%	27,345	2.5%	28,190	3.1%	9.7%	30,592	19.0%	32,485	26.4%
	要支援1	3,053	3,272	7.2%	3,369	3.0%	3,539	5.0%	15.9%	3,918	28.3%	4,092	34.0%
	要支援2	3,650	3,877	6.2%	4,000	3.2%	4,241	6.0%	16.2%	4,648	27.3%	4,882	33.8%
	要介護1	4,924	5,058	2.7%	5,186	2.5%	5,318	2.5%	8.0%	5,703	15.8%	6,064	23.2%
	要介護2	4,845	5,075	4.7%	5,281	4.1%	5,484	3.8%	13.2%	6,068	25.2%	6,575	35.7%
	要介護3	3,393	3,463	2.1%	3,512	1.4%	3,551	1.1%	4.7%	3,865	13.9%	4,091	20.6%
	要介護4	3,304	3,372	2.1%	3,476	3.1%	3,578	2.9%	8.3%	3,842	16.3%	4,090	23.8%
	要介護5	2,536	2,557	0.8%	2,521	△1.4%	2,479	△1.7%	△2.2%	2,548	0.5%	2,691	6.1%
認定率	20.0%	20.4%	0.4P	20.6%	0.2P	21.0%	0.4P	1.0P	22.4%	2.4P	24.1%	4.1P	
南勢志摩圏域	要介護(要支援)認定者	28,028	29,175	4.1%	30,381	4.1%	31,753	4.5%	13.3%	34,731	23.9%	35,968	28.3%
	要支援1	2,696	2,748	1.9%	2,891	5.2%	3,043	5.3%	12.9%	3,220	19.4%	3,206	18.9%
	要支援2	3,338	3,483	4.3%	3,646	4.7%	3,843	5.4%	15.1%	4,241	27.1%	4,282	28.3%
	要介護1	5,461	5,773	5.7%	6,171	6.9%	6,605	7.0%	20.9%	7,282	33.3%	7,568	38.6%
	要介護2	5,597	5,822	4.0%	5,963	2.4%	6,131	2.8%	9.5%	6,710	19.9%	6,903	23.3%
	要介護3	4,116	4,226	2.7%	4,343	2.8%	4,485	3.3%	9.0%	4,846	17.7%	5,091	23.7%
	要介護4	3,785	3,974	5.0%	4,181	5.2%	4,407	5.4%	16.4%	4,888	29.1%	5,164	36.4%
	要介護5	3,035	3,149	3.8%	3,186	1.2%	3,239	1.7%	6.7%	3,544	16.8%	3,754	23.7%
認定率	19.6%	20.1%	0.5P	20.7%	0.7P	21.6%	0.8P	1.9P	23.3%	3.6P	24.7%	5.1P	
東紀州圏域	要介護(要支援)認定者	6,399	6,455	0.9%	6,511	0.9%	6,580	1.1%	2.8%	6,713	4.9%	6,560	2.5%
	要支援1	950	1,022	7.6%	1,074	5.1%	1,125	4.7%	18.4%	1,176	23.8%	1,160	22.1%
	要支援2	864	858	△0.7%	842	△1.9%	837	△0.6%	△3.1%	849	△1.7%	824	△4.6%
	要介護1	1,180	1,147	△2.8%	1,125	△1.9%	1,103	△2.0%	△6.5%	1,066	△9.7%	1,022	△13.4%
	要介護2	1,100	1,110	0.9%	1,121	1.0%	1,136	1.3%	3.3%	1,185	7.7%	1,159	5.4%
	要介護3	907	906	△0.1%	913	0.8%	922	1.0%	1.7%	930	2.5%	904	△0.3%
	要介護4	806	820	1.7%	844	2.9%	885	2.5%	7.3%	873	8.3%	858	6.5%
	要介護5	592	592	0.0%	592	0.0%	592	0.0%	0.0%	634	7.1%	633	6.9%
認定率	21.7%	21.9%	0.1P	22.1%	0.2P	22.3%	0.3P	0.6P	23.4%	1.7P	24.9%	3.2P	

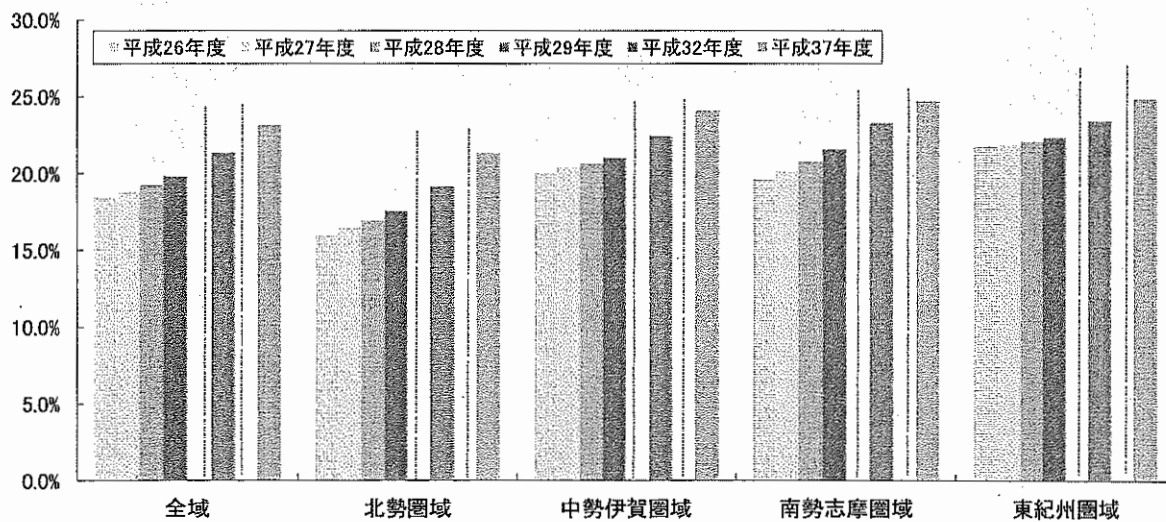
※要介護(要支援)認定者は、第1号被保険者及び第2号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者になります。

※認定率は、第1号被保険者に占める第1号被保険者にかかる要介護(要支援)認定者の割合です。

三重県全域の各認定区分ごとの要介護(要支援)認定者数の推移



各圏域の認定率の推移

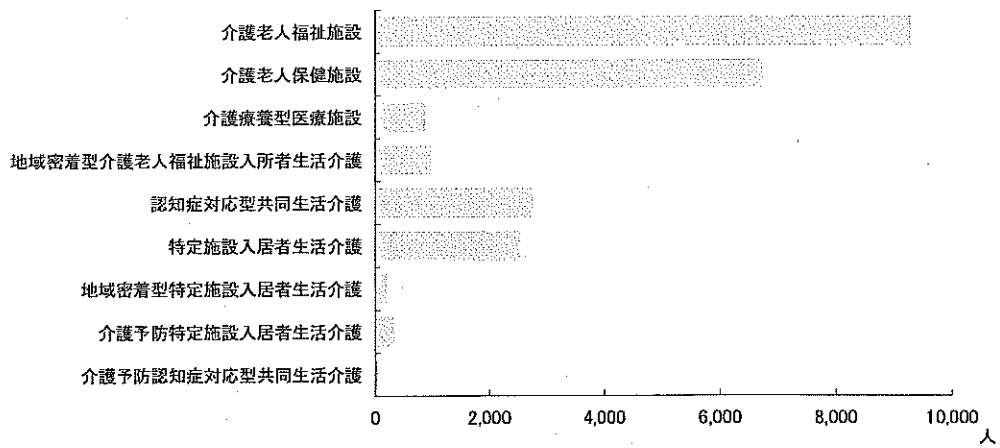


施設・居住系サービス利用者数(全体)の見込み

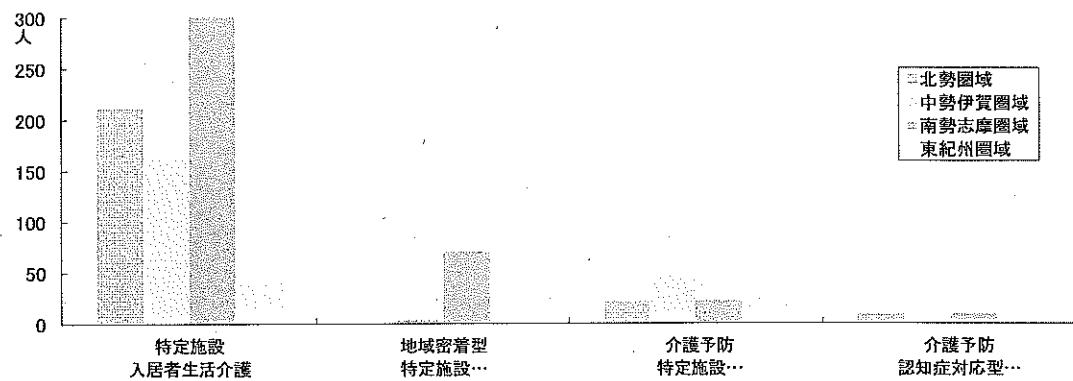
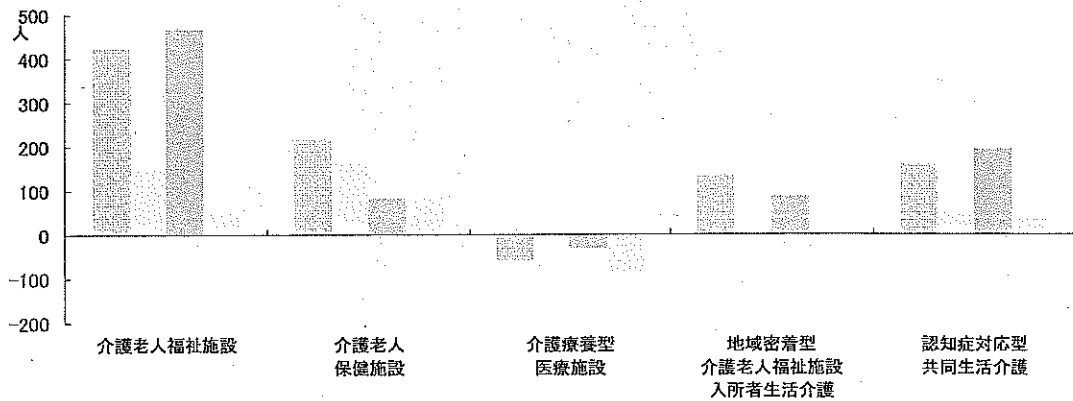
単位:人

	平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		3年間の増減数	平成32年度		平成37年度	
				増減数(対前年)		増減数(対前年)		増減数(対前年)			増減数(対H26)		増減数(対H26)
全域	介護老人福祉施設	8,206	8,611	405	8,900	289	9,296	396	1,090	10,031	1,825	10,538	2,332
	介護老人保健施設	6,211	6,555	344	6,618	63	6,757	139	546	7,074	863	7,377	1,166
	介護療養型医療施設	1,042	873	△ 169	874	1	868	△ 6	△ 174	861	△ 181	863	△ 179
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	752	870	118	925	55	982	57	230	1,067	315	1,132	380
	認知症対応型共同生活介護	2,302	2,495	193	2,609	114	2,735	126	433	2,940	638	3,161	859
	特定施設入居者生活介護	1,742	1,957	215	2,301	344	2,510	209	768	2,819	1,077	3,036	1,294
	地域密着型特定施設入居者生活介護	127	132	5	194	62	200	6	73	233	106	270	143
	介護予防特定施設入居者生活介護	221	261	40	301	40	327	26	106	370	149	403	182
	介護予防認知症対応型共同生活介護	6	20	14	21	1	26	5	20	33	27	42	36
北勢圏域	介護老人福祉施設	2,495	2,633	138	2,706	73	2,918	212	423	3,134	639	3,362	867
	介護老人保健施設	2,368	2,468	100	2,476	8	2,585	109	217	2,752	384	2,924	556
	介護療養型医療施設	404	344	△ 60	345	1	345	0	△ 59	344	△ 60	346	△ 58
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	292	368	76	418	50	426	8	134	453	161	481	189
	認知症対応型共同生活介護	825	896	71	932	36	984	52	159	1,066	241	1,190	365
	特定施設入居者生活介護	423	456	33	588	132	634	46	211	707	284	772	349
	地域密着型特定施設入居者生活介護	78	78	0	78	0	78	0	0	78	0	78	0
	介護予防特定施設入居者生活介護	59	66	7	74	8	81	7	22	93	34	102	43
	介護予防認知症対応型共同生活介護	1	4	3	7	3	10	3	9	11	10	14	13
中勢伊賀圏域	介護老人福祉施設	2,588	2,607	19	2,672	65	2,786	64	148	3,018	430	3,195	607
	介護老人保健施設	1,564	1,683	119	1,715	32	1,726	11	162	1,768	204	1,816	252
	介護療養型医療施設	378	383	5	383	0	383	0	5	383	5	383	5
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	127	133	6	133	0	133	0	6	162	35	192	65
	認知症対応型共同生活介護	621	643	22	668	25	668	0	47	696	75	737	116
	特定施設入居者生活介護	605	695	90	749	54	766	17	161	872	267	967	362
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	1	1	2	1	3	1	3	32	32	61	61
	介護予防特定施設入居者生活介護	99	127	28	143	16	144	1	45	166	67	183	84
	介護予防認知症対応型共同生活介護	1	2	1	2	0	2	0	1	2	1	2	1
南勢志摩圏域	介護老人福祉施設	2,569	2,764	195	2,915	151	3,035	120	466	3,261	692	3,363	794
	介護老人保健施設	1,928	1,968	40	1,991	23	2,010	19	82	2,116	188	2,199	271
	介護療養型医療施設	156	131	△ 25	131	0	125	△ 6	△ 31	119	△ 37	119	△ 37
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	229	262	33	267	5	316	49	87	344	115	352	123
	認知症対応型共同生活介護	654	737	83	783	46	848	65	194	932	278	991	337
	特定施設入居者生活介護	632	710	78	855	145	987	132	355	1,106	474	1,168	536
	地域密着型特定施設入居者生活介護	49	53	4	114	61	119	5	70	123	74	131	82
	介護予防特定施設入居者生活介護	45	44	△ 1	54	10	67	13	22	74	29	82	37
	介護予防認知症対応型共同生活介護	2	11	9	9	△ 2	11	2	9	17	15	23	21
東紀州圏域	介護老人福祉施設	554	607	53	607	0	607	0	53	618	64	618	64
	介護老人保健施設	351	436	85	436	0	436	0	85	438	87	438	87
	介護療養型医療施設	104	15	△ 89	15	0	15	0	△ 89	15	△ 89	15	△ 89
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	104	107	3	107	0	107	0	3	108	4	107	3
	認知症対応型共同生活介護	202	219	17	226	7	235	9	33	246	44	243	41
	特定施設入居者生活介護	82	96	14	109	13	123	14	41	134	52	129	47
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	介護予防特定施設入居者生活介護	18	24	6	30	6	35	5	17	37	19	36	18
	介護予防認知症対応型共同生活介護	2	3	1	3	0	3	0	1	3	1	3	1

三重県全域の平成29年度の施設・居住系サービス利用者数



各圏域の3年間の施設・居住系サービス利用者の増加数



施設・居住系サービスの定員数 ①

【介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設】

- ・県が指定する広域型の定員数については、各保険者の施設利用者数の見込みを基に設定しています。
- ・施設整備に対する補助については、毎年度の予算編成過程の中で検討していきます。
- ・各保険者が指定する地域密着型の定員数については、各保険者の定員数を積み上げています。

【介護療養型医療施設】

- ・介護療養型医療施設については、平成29年度末で廃止されます。
- ・介護老人保健施設や介護老人福祉施設等への円滑な転換を進めます。
- ・定員数は、医療機関における転換意向を反映して計上しています。なお、転換意向が未定の分については、平成30年度当初に転換するものと仮定して、平成29年度増減数に計上しています。

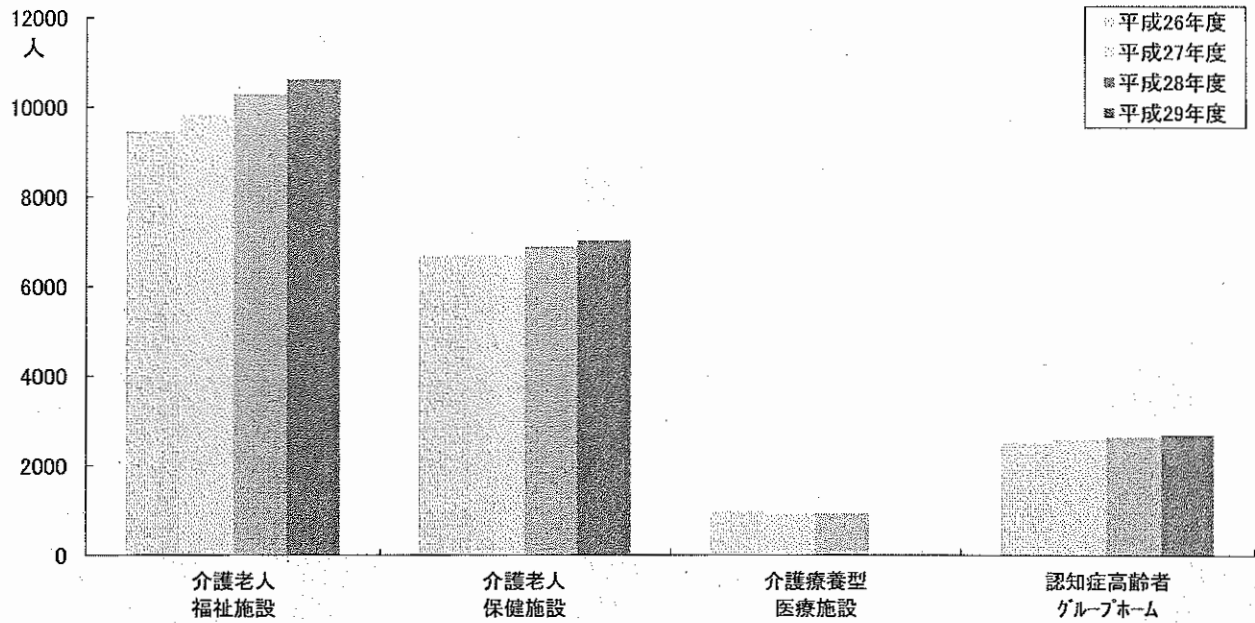
【認知症高齢者グループホーム】

- ・各保険者が指定する地域密着型サービスであり、各保険者の定員数を積み上げています。

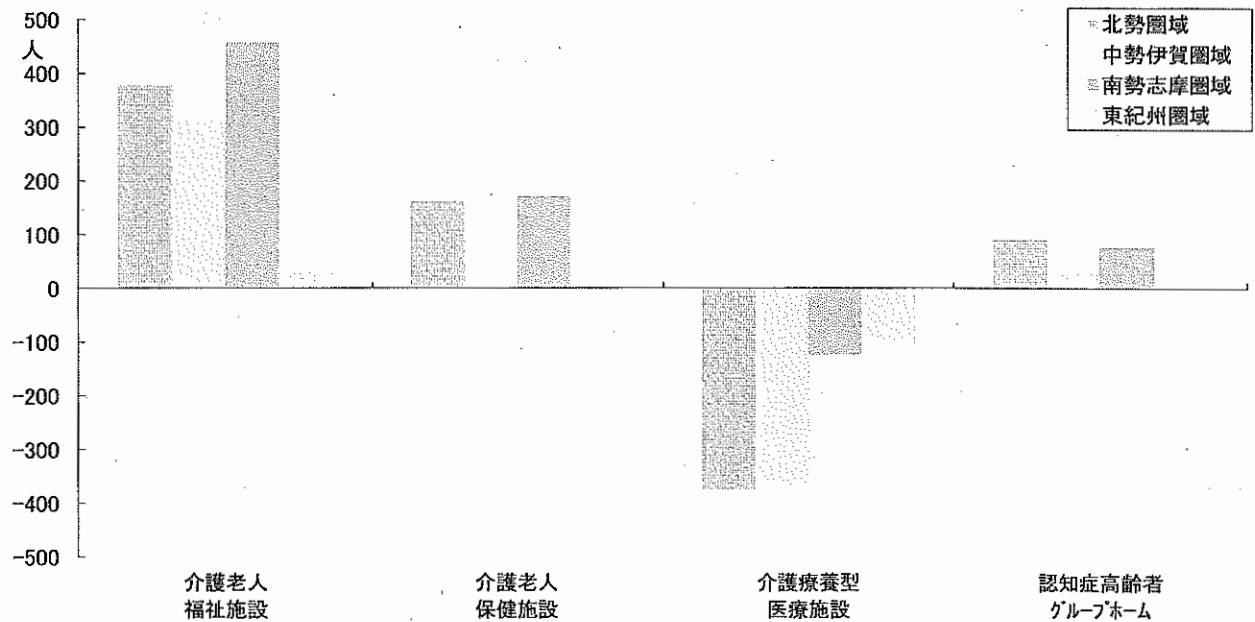
単位:人

	平成26	平成27年度		平成28年度		平成29年度		3年間の増減数	
	年度 定員数	定員数	増減数	定員数	増減数	定員数	増減数		
全 域	介護老人福祉施設	9,445	9,823	378	10,281	458	10,619	338	1,174
	広域型	8,587	8,907	320	9,307	400	9,587	280	1,000
	地域密着型	858	916	58	974	58	1,032	58	174
	介護老人保健施設	6,683	6,683	0	6,893	210	7,023	130	340
	介護療養型医療施設	980	925	△ 55	925	0	0	△ 925	△ 980
	認知症高齢者グループホーム	2,503	2,566	63	2,629	63	2,696	67	193
北 勢 圏 域	介護老人福祉施設	3,064	3,132	68	3,342	210	3,441	99	377
	広域型	2,698	2,708	10	2,918	210	2,988	70	290
	地域密着型	366	424	58	424	0	453	29	87
	介護老人保健施設	2,562	2,562	0	2,672	110	2,722	50	160
	介護療養型医療施設	375	375	0	375	0	0	△ 375	△ 375
	認知症高齢者グループホーム	918	945	27	981	36	1,008	27	90
中 勢 伊 賀 圏 域	介護老人福祉施設	2,700	2,800	100	2,870	70	3,010	140	310
	広域型	2,572	2,672	100	2,742	70	2,882	140	310
	地域密着型	128	128	0	128	0	128	0	0
	介護老人保健施設	1,783	1,783	0	1,783	0	1,793	10	10
	介護療養型医療施設	376	366	△ 10	366	0	0	△ 366	△ 376
	認知症高齢者グループホーム	651	669	18	678	9	678	0	27
南 勢 志 摩 圏 域	介護老人福祉施設	2,982	3,172	190	3,350	178	3,439	89	457
	広域型	2,725	2,915	190	3,035	120	3,095	60	370
	地域密着型	257	257	0	315	58	344	29	87
	介護老人保健施設	1,980	1,980	0	2,080	100	2,150	70	170
	介護療養型医療施設	124	94	△ 30	94	0	0	△ 94	△ 124
	認知症高齢者グループホーム	718	736	18	754	18	794	40	76
東 紀 州 圏 域	介護老人福祉施設	699	719	20	719	0	729	10	30
	広域型	592	612	20	612	0	622	10	30
	地域密着型	107	107	0	107	0	107	0	0
	介護老人保健施設	358	358	0	358	0	358	0	0
	介護療養型医療施設	105	90	△ 15	90	0	0	△ 90	△ 105
	認知症高齢者グループホーム	216	216	0	216	0	216	0	0

三重県全域の施設・居住系サービスの定員数の推移



各圏域の3年間の施設・居住系サービスの定員の増減数



施設・居住系サービスの定員数 ②

【介護専用型特定施設】

- ・各保険者の整備希望を基に、必要利用定員総数を設定しています。
- ・各保険者で選定した事業者を県で指定します。

【地域密着型特定施設】

- ・各保険者の整備希望を基に、必要利用定員総数を設定しています。

【混合型特定施設】

- ・各保険者の整備希望を基に、入居定員数の70%で必要利用定員総数を設定しています。
- ・各保険者で選定した事業者を県で指定します。指定に当たり、推定利用定員総数を算出するために県が定める割合は70%とします。
- ・養護老人ホームが特定施設入居者生活介護の指定を受ける場合は、市町と協議を行ったうえで当該計画の枠外で対応します。

介護専用型特定施設

単位:人

		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		3年間の増減数
					増減数		増減数		増減数	
全域	必要利用定員総数 (入居定員数)	219	219	0		269	50	269	0	50
北勢圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	35	35	0		85	50 (鈴鹿市)	85	0	50
中勢伊賀圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	104	104	0		104	0	104	0	0
南勢志摩圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	80	80	0		80	0	80	0	0
東紀州圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	0	0	0		0	0	0	0	0

地域密着型特定施設

単位:人

		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		3年間の増減数
					増減数		増減数		増減数	
全域	必要利用定員総数 (入居定員数)	136	136	0		136	0	136	0	0
北勢圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	78	78	0		78	0	78	0	0
中勢伊賀圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	0	0	0		0	0	0	0	0
南勢志摩圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	58	58	0		58	0	58	0	0
東紀州圏域	必要利用定員総数 (入居定員数)	0	0	0		0	0	0	0	0

混合型特定施設(介護専用型以外)

単位:人

		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		3年間の増減数
					増減数		増減数		増減数	
全域	入居定員数	1,833	1,904	71	2,044	140	2,179	135	346	
	必要利用定員総数	1,282	1,331	49	1,429	98	1,524	95	242	
北勢圏域	入居定員数	334	334	0	384	50 (亀山市)	444	60 (四日市市)	110	
	必要利用定員総数	233	233	0	268	35	310	42	77	
中勢伊賀圏域	入居定員数	710	710	0	710	0	710	0	0	
	必要利用定員総数	497	497	0	497	0	497	0	0	
南勢志摩圏域	入居定員数	726	797	40 (伊勢市) 2 (大紀町) 29 (多気町)	887	90 (伊勢市)	962	60 (伊勢市) 15 (玉城町)	236	
	必要利用定員総数	508	557	49	620	63	673	53	165	
東紀州圏域	入居定員数	63	63	0	63	0	63	0	0	
	必要利用定員総数	44	44	0	44	0	44	0	0	

施設・居住系サービスの定員数 ③

【養護老人ホーム】

・各市町の老人福祉計画の定員数を積み上げています。

【軽費老人ホーム】

・軽費老人ホームA型・B型については、「経過的軽費老人ホーム」と位置付けられており、ケアハウスへの円滑な転換を進めます。

・ケアハウスについては、住まいの多様化が進む中、一定の整備率を確保できていることから、計画期間中の新規整備は行いません。ただし、軽費老人ホームA型・B型からの転換を除きます。

単位:人

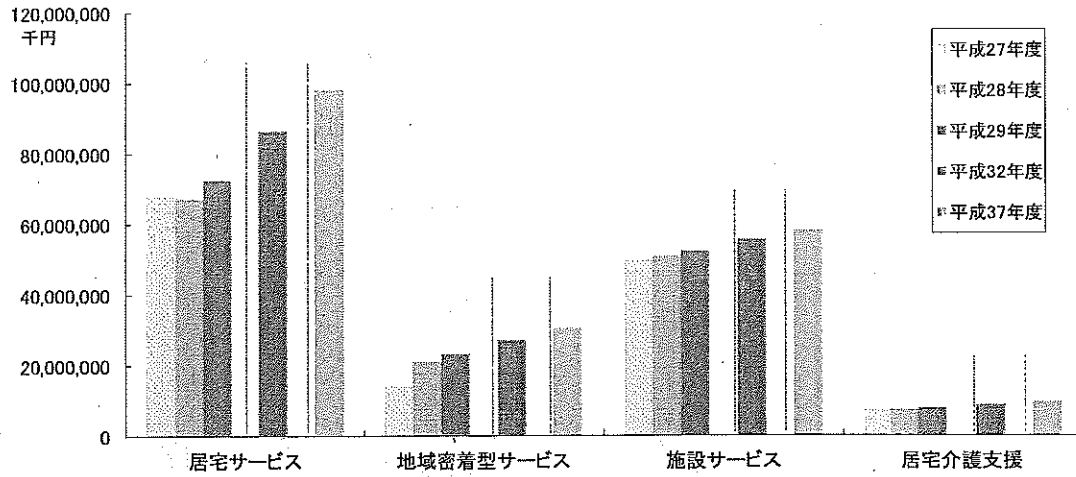
		平成26年度	平成27年度	平成28年度		平成29年度		3年間の増減数
		定員数	定員数	増減数	定員数	増減数	定員数	
全域	養護老人ホーム	1,300	1,300	0	1,300	0	1,300	0
	軽費老人ホームA型	200	200	0	200	0	200	0
	軽費老人ホームB型	50	50	0	50	0	50	0
	ケアハウス	1,275	1,275	0	1,275	0	1,275	0

費用の見込み

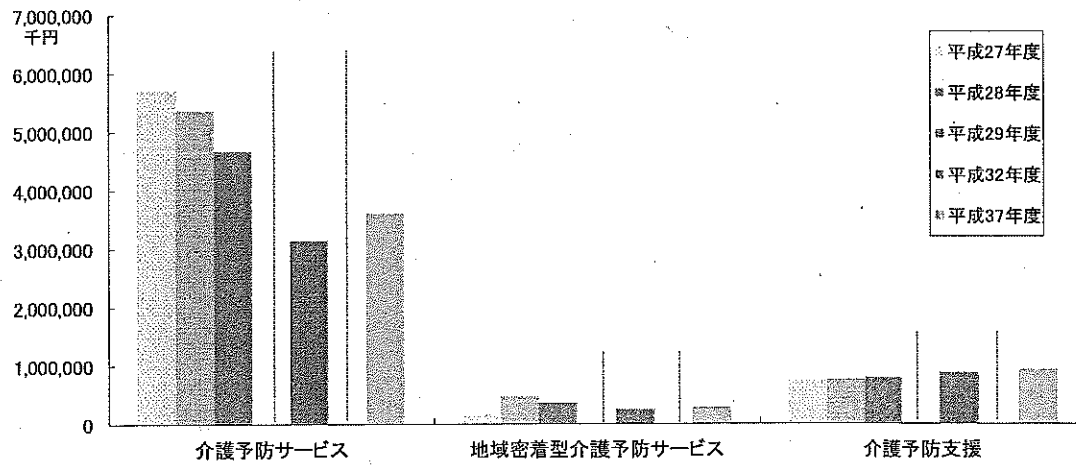
単位:千円、%

	平成27年度	平成28年度	平成29年度		平成32年度		平成37年度			
			増減率 (対前年)		増減率 (対前年)		増減率 (対H27)	増減率 (対H27)		
全域	介護費用	138,430,471	146,553,857	5.9%	155,836,416	6.3%	177,693,228	28.4%	195,946,477	41.5%
	居宅サービス	67,680,513	67,363,650	△0.5%	72,478,636	7.6%	86,393,438	27.6%	98,041,501	44.9%
	地域密着型サービス	13,951,448	21,065,922	51.0%	23,252,566	10.4%	27,069,226	94.0%	30,439,123	118.2%
	施設サービス	49,710,554	50,768,440	2.1%	52,383,565	3.2%	55,508,460	11.7%	57,965,671	16.6%
	居宅介護支援	7,087,956	7,355,845	3.8%	7,726,649	5.0%	8,722,104	23.1%	9,500,182	34.0%
	予防費用	6,610,641	6,587,224	△0.4%	5,825,837	△11.6%	4,269,651	△35.4%	4,013,613	△27.2%
	介護予防サービス	5,720,300	5,366,029	△6.2%	4,675,810	△12.9%	3,142,617	△45.1%	3,601,761	△37.0%
	地域密着型介護予防サービス	154,754	466,794	201.6%	361,944	△22.5%	249,946	61.5%	281,409	81.8%
	介護予防支援	735,587	754,401	2.6%	788,183	4.5%	877,088	19.2%	930,449	26.5%
	総費用(合計)	145,041,112	153,141,081	5.6%	161,662,253	5.6%	181,962,879	25.5%	200,760,090	38.4%
北勢圏域	介護費用	49,025,842	52,647,237	7.4%	56,987,080	8.2%	63,674,822	29.9%	71,729,574	46.3%
	居宅サービス	24,353,142	23,640,426	△2.9%	25,664,381	8.6%	29,364,565	20.6%	34,158,853	40.3%
	地域密着型サービス	5,349,705	9,283,007	73.5%	10,434,532	12.4%	11,952,164	123.4%	13,574,516	153.7%
	施設サービス	16,926,827	17,174,531	1.5%	18,166,360	5.8%	19,321,000	14.1%	20,531,830	21.3%
	居宅介護支援	2,396,168	2,549,273	6.4%	2,721,807	6.8%	3,037,093	26.7%	3,464,375	44.6%
	予防費用	2,716,154	2,706,796	△0.3%	2,408,091	△11.0%	1,609,370	△40.7%	1,845,253	△32.1%
	介護予防サービス	2,361,719	2,135,348	△9.6%	1,910,887	△10.5%	1,164,030	△50.7%	1,345,832	△43.0%
	地域密着型介護予防サービス	35,661	246,035	589.9%	156,828	△36.3%	66,650	86.9%	79,069	121.7%
	介護予防支援	318,774	325,413	2.1%	340,376	4.6%	378,690	18.8%	420,352	31.9%
	総費用(合計)	51,741,996	55,354,033	7.0%	59,395,171	7.3%	65,284,192	26.2%	73,574,827	42.2%
中勢伊賀圏域	介護費用	38,487,957	40,299,535	4.7%	42,134,045	4.6%	47,082,395	22.3%	51,604,683	34.1%
	居宅サービス	18,493,455	18,523,780	0.2%	19,478,274	5.2%	22,121,716	19.6%	24,623,778	33.1%
	地域密着型サービス	3,250,919	4,677,641	43.9%	5,250,004	12.2%	6,376,771	96.2%	7,512,324	131.1%
	施設サービス	14,806,910	15,100,228	2.0%	15,334,558	1.6%	16,296,496	10.1%	16,976,907	14.7%
	居宅介護支援	1,936,673	1,907,886	3.2%	2,071,209	3.7%	2,287,412	18.1%	2,491,674	28.7%
	予防費用	1,718,626	1,683,470	△2.0%	1,687,682	0.3%	1,104,639	△35.7%	1,265,689	△26.4%
	介護予防サービス	1,480,721	1,439,757	△2.8%	1,430,256	△0.7%	800,630	△45.9%	939,595	△36.5%
	地域密着型介護予防サービス	55,612	62,022	11.5%	71,108	14.6%	95,096	71.0%	103,851	86.7%
	介護予防支援	182,293	181,691	△0.3%	186,319	2.5%	208,913	14.6%	222,243	21.9%
	総費用(合計)	40,206,583	41,983,005	4.4%	43,821,727	4.4%	48,187,034	19.8%	52,870,372	31.5%
南勢志摩圏域	介護費用	42,506,452	45,042,636	6.0%	48,044,997	6.7%	57,851,047	36.1%	63,331,824	49.0%
	居宅サービス	21,188,290	21,784,315	2.8%	23,897,810	9.7%	31,162,270	47.1%	35,297,241	66.6%
	地域密着型サービス	4,198,549	5,563,893	32.5%	5,934,208	6.7%	7,024,505	67.3%	7,645,935	82.1%
	施設サービス	14,815,137	15,332,001	3.5%	15,720,967	2.5%	16,693,560	12.7%	17,259,530	16.5%
	居宅介護支援	2,304,476	2,362,427	2.5%	2,492,012	5.5%	2,970,712	28.9%	3,125,118	35.8%
	予防費用	1,658,475	1,642,654	△1.0%	1,199,402	△27.0%	1,192,666	△28.1%	1,305,980	△21.3%
	介護予防サービス	1,433,768	1,336,961	△6.8%	907,756	△32.1%	895,357	△37.6%	997,868	△30.4%
	地域密着型介護予防サービス	48,421	117,259	142.2%	89,782	△23.4%	66,987	38.3%	77,583	60.2%
	介護予防支援	176,286	188,434	6.9%	201,864	7.1%	230,322	30.7%	230,529	30.8%
	総費用(合計)	44,164,927	46,685,290	5.7%	49,244,399	5.5%	59,043,713	33.7%	64,637,804	46.4%
東紀州圏域	介護費用	8,410,220	8,564,449	1.8%	8,670,294	1.2%	9,084,964	8.0%	9,280,396	10.3%
	居宅サービス	3,645,626	3,415,129	△6.3%	3,433,174	0.5%	3,744,887	2.7%	3,961,829	8.7%
	地域密着型サービス	1,152,275	1,541,381	33.8%	1,633,822	6.0%	1,715,786	48.9%	1,706,348	48.1%
	施設サービス	3,161,680	3,161,680	0.0%	3,161,680	0.0%	3,197,404	1.1%	3,197,404	1.1%
	居宅介護支援	450,639	446,259	△1.0%	441,621	△1.0%	426,887	△5.3%	415,015	△7.9%
	予防費用	517,386	554,304	7.1%	530,762	△2.4%	362,976	△29.8%	396,691	△23.3%
	介護予防サービス	444,092	453,963	2.2%	426,911	△4.0%	282,600	△36.4%	318,466	△28.3%
	地域密着型介護予防サービス	15,060	41,478	175.4%	44,226	6.6%	21,213	40.9%	20,900	38.8%
	介護予防支援	58,234	58,863	1.1%	59,625	1.3%	59,163	1.6%	57,325	△1.6%
	総費用(合計)	8,927,606	9,118,753	2.1%	9,201,056	0.9%	9,447,940	5.8%	9,677,087	8.4%

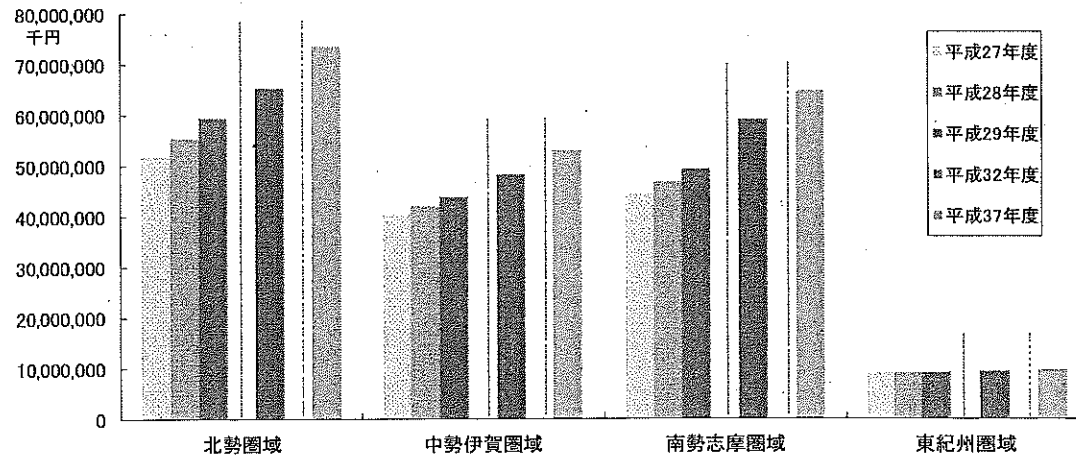
三重県全域の介護費用の推移



三重県全域の予防費用の推移



各圏域の総費用の推移



サービス量(全域)の見込み

単位:回、日、人、%

	単位	平成27年度	平成28年度	増減率 (対前年)	平成29年度	増減率 (対前年)	平成32年度	増減率 (対H27)	平成37年度	増減率 (対H27)
介護サービス										
(1) 居宅サービス										
①訪問介護	回	328,159	341,637	4.1%	358,527	4.9%	419,703	27.9%	467,490	42.5%
②訪問入浴介護	回	5,096	5,486	7.7%	5,939	8.2%	6,739	32.2%	7,931	55.6%
③訪問看護	回	41,474	45,695	10.2%	51,274	12.2%	61,126	47.4%	74,133	78.7%
④訪問リハビリテーション	回	18,495	21,307	15.2%	24,846	16.6%	32,157	73.9%	40,697	120.0%
⑤居宅療養管理指導	人	3,891	5,346	37.4%	6,015	12.5%	7,244	86.2%	7,898	103.0%
⑥通所介護	回	289,850	255,509	△11.8%	274,514	7.4%	335,636	15.8%	379,782	31.0%
⑦通所リハビリテーション	回	60,360	64,458	6.8%	69,238	7.4%	79,456	31.6%	87,875	45.6%
⑧短期入所生活介護	日	90,635	97,657	7.7%	105,163	8.7%	128,425	41.7%	149,757	65.2%
⑨短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	6,512	7,220	10.9%	8,023	11.1%	10,179	56.3%	12,786	96.3%
⑩短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	178	144	△19.3%	153	6.8%	209	17.5%	262	47.2%
⑪福祉用具貸与	人	24,829	26,971	8.6%	29,171	8.2%	34,263	38.0%	37,289	50.2%
⑫特定福祉用具販売	人	1,372	1,433	4.4%	1,523	6.3%	1,619	18.0%	1,718	25.2%
⑬住宅改修	人	1,579	1,687	6.8%	1,850	9.7%	2,173	37.6%	2,300	45.7%
⑭特定施設入居者生活介護	人	1,957	2,301	17.6%	2,510	9.1%	2,819	44.0%	3,036	55.1%
(2) 地域密着型サービス										
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	64	205	220.3%	308	50.2%	517	707.8%	653	920.3%
②夜間対応型訪問介護	人	99	106	7.1%	116	9.4%	162	63.6%	229	131.3%
③認知症対応型通所介護	回	6,733	7,669	13.9%	8,775	14.4%	9,914	47.2%	11,141	65.5%
④小規模多機能型居宅介護	人	1,027	1,259	22.6%	1,505	19.5%	1,908	85.8%	2,116	106.0%
⑤認知症対応型共同生活介護	人	2,495	2,609	4.6%	2,735	4.8%	2,940	17.8%	3,161	26.7%
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	人	132	194	47.0%	200	3.1%	233	76.5%	270	104.5%
⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人	870	925	6.3%	982	6.2%	1,067	22.6%	1,132	30.1%
⑧複合型サービス	人	73	137	87.7%	304	121.9%	401	449.3%	518	609.6%
⑨地域密着型通所介護(仮称)	回	0	56,008	皆増	59,437	6.1%	70,036	皆増	82,013	皆増
(3) 介護保険施設サービス										
①介護老人福祉施設	人	8,611	8,900	3.4%	9,296	4.4%	10,031	16.5%	10,538	22.4%
②介護老人保健施設	人	6,555	6,618	1.0%	6,757	2.1%	7,074	7.9%	7,377	12.5%
③介護療養型医療施設	人	873	874	0.1%	868	△0.7%	861	△1.4%	863	△1.1%
(4) 居宅介護支援	人	42,125	43,829	4.0%	46,103	5.2%	52,106	23.7%	56,766	34.8%
介護予防サービス										
(1) 介護予防サービス										
①介護予防訪問介護	人	4,294	3,948	△8.1%	2,660	△32.6%	0	△100.0%	0	△100.0%
②介護予防訪問入浴介護	回	49	65	31.8%	84	30.0%	116	136.7%	154	213.4%
③介護予防訪問看護	回	4,513	5,809	28.7%	7,323	26.1%	10,349	129.3%	14,270	216.2%
④介護予防訪問リハビリテーション	回	2,488	2,884	15.9%	3,337	15.7%	4,533	82.2%	6,318	153.9%
⑤介護予防居宅療養管理指導	人	348	380	9.2%	491	13.4%	475	36.5%	528	51.7%
⑥介護予防通所介護	人	6,733	5,398	△19.8%	3,687	△31.7%	0	△100.0%	0	△100.0%
⑦介護予防通所リハビリテーション	人	1,763	1,877	6.5%	2,010	7.1%	2,232	26.6%	2,363	34.0%
⑧介護予防短期入所生活介護	日	1,227	1,404	14.4%	1,640	16.9%	2,034	65.8%	2,646	115.7%
⑨介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	61	81	33.2%	107	32.1%	121	98.8%	135	121.2%
⑩介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	2	3	50.0%	4	33.3%	7	250.0%	12	500.0%
⑪介護予防福祉用具貸与	人	4,997	5,574	11.5%	6,233	11.8%	7,240	44.9%	7,432	48.7%
⑫特定介護予防福祉用具販売	人	426	480	12.7%	535	11.5%	623	46.2%	652	53.1%
⑬介護予防住宅改修	人	818	842	2.9%	983	16.7%	1,080	32.0%	1,155	41.2%
⑭介護予防特定施設入居者生活介護	人	261	301	15.3%	327	8.6%	370	41.8%	403	54.4%
(2) 地域密着型介護予防サービス										
①介護予防認知症対応型通所介護	回	41	45	10.4%	52	15.4%	64	57.5%	94	106.2%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	人	125	142	13.6%	162	14.1%	202	61.6%	216	72.8%
③介護予防認知症対応型共同生活介護	人	20	21	5.0%	26	23.8%	33	65.0%	42	110.0%
④介護予防地域密着型通所介護(仮称)	人	0	775	皆増	419	△45.9%	0	-	0	-
(3) 介護予防支援	人	13,903	14,262	2.6%	14,907	4.5%	16,591	19.3%	17,589	26.5%

全域

サービス量(北勢圏域)の見込み

単位:回、日、人、%

	単位	平成27年度	平成28年度	増減率 (対前年)	平成29年度	増減率 (対前年)	平成32年度	増減率 (対H27)	平成37年度	増減率 (対H27)
介護サービス										
(1) 居宅サービス										
①訪問介護	回	84,661	90,769	7.2%	97,860	7.8%	105,393	24.4%	120,336	42.1%
②訪問入浴介護	回	1,912	2,069	8.2%	2,233	7.9%	2,423	26.7%	2,933	53.4%
③訪問看護	回	11,509	12,713	10.5%	14,078	10.7%	15,780	37.1%	19,370	68.3%
④訪問リハビリテーション	回	6,456	7,005	8.5%	7,696	9.9%	8,543	32.3%	9,871	52.9%
⑤居宅療養管理指導	人	1,586	2,007	26.5%	2,231	11.2%	2,608	64.4%	3,004	89.4%
⑥通所介護	回	122,091	101,469	△16.9%	109,559	8.0%	127,414	4.4%	147,735	21.0%
⑦通所リハビリテーション	回	24,183	26,143	8.1%	28,193	7.8%	32,089	32.7%	37,284	54.2%
⑧短期入所生活介護	日	28,220	31,026	9.9%	34,365	10.8%	40,016	41.8%	47,659	68.9%
⑨短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	1,770	2,047	15.6%	2,199	7.4%	2,609	47.4%	3,205	81.1%
⑩短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	47	55	17.9%	63	13.6%	104	122.2%	156	232.2%
⑪福祉用具貸与	人	8,614	9,345	8.5%	10,154	8.7%	11,767	36.6%	13,413	55.7%
⑫特定福祉用具販売	人	153	163	6.5%	171	4.9%	193	26.1%	226	47.7%
⑬住宅改修	人	157	169	7.6%	184	8.9%	199	26.8%	226	43.9%
⑭特定施設入居者生活介護	人	456	588	28.9%	634	7.8%	707	55.0%	772	69.3%
(2) 地域密着型サービス										
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	23	109	373.9%	142	30.3%	206	795.7%	292	1169.6%
②夜間対応型訪問介護	人	0	0	-	6	皆増	28	皆増	73	皆増
③認知症対応型通所介護	回	3,014	3,368	11.7%	3,798	12.8%	4,327	43.6%	4,766	58.1%
④小規模多機能型居宅介護	人	264	417	58.0%	497	19.2%	622	135.6%	709	168.6%
⑤認知症対応型共同生活介護	人	896	932	4.0%	984	5.6%	1,066	19.0%	1,190	32.8%
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	人	78	78	0.0%	78	0.0%	78	0.0%	78	0.0%
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	人	368	418	13.6%	426	1.9%	453	23.1%	491	30.7%
⑧複合型サービス	人	73	102	39.7%	234	129.4%	296	305.5%	343	369.9%
⑨地域密着型通所介護(仮称)	回		30,211	皆増	32,465	7.5%	37,360	皆増	42,721	皆増
(3) 介護保険施設サービス										
①介護老人福祉施設	人	2,633	2,706	2.8%	2,919	7.8%	3,134	19.0%	3,362	27.7%
②介護老人保健施設	人	2,468	2,476	0.3%	2,585	4.4%	2,752	11.5%	2,924	18.5%
③介護療養型医療施設	人	344	345	0.3%	345	0.0%	344	0.0%	346	0.6%
(4) 居宅介護支援	人	14,597	15,527	6.4%	16,573	6.7%	18,514	26.8%	21,090	44.5%
介護予防サービス										
(1) 介護予防サービス										
①介護予防訪問介護	人	1,595	1,539	△3.5%	1,077	△30.0%	0	△100.0%	0	△100.0%
②介護予防訪問入浴介護	回	30	46	51.8%	65	42.5%	90	197.7%	116	285.0%
③介護予防訪問看護	回	1,221	1,495	22.5%	1,798	20.2%	2,458	101.4%	3,630	197.4%
④介護予防訪問リハビリテーション	回	819	879	7.3%	959	9.1%	1,146	39.9%	1,398	70.6%
⑤介護予防居宅療養管理指導	人	153	173	13.1%	193	11.6%	221	44.4%	266	73.9%
⑥介護予防通所介護	人	3,045	2,320	△23.8%	1,793	△22.7%	0	△100.0%	0	△100.0%
⑦介護予防通所リハビリテーション	人	795	850	6.9%	912	7.3%	1,018	28.1%	1,136	42.9%
⑧介護予防短期入所生活介護	日	559	599	7.1%	649	8.3%	748	33.8%	889	59.0%
⑨介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	36	50	39.8%	69	38.3%	76	113.2%	98	146.5%
⑩介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑪介護予防福祉用具貸与	人	2,198	2,365	7.6%	2,521	6.6%	2,778	26.4%	2,940	29.2%
⑫特定介護予防福祉用具販売	人	78	86	10.3%	92	7.0%	106	35.9%	117	50.0%
⑬介護予防住宅改修	人	118	126	6.8%	138	7.9%	157	33.1%	187	58.5%
⑭介護予防特定施設入居者生活介護	人	66	74	12.1%	81	9.5%	93	40.9%	102	54.5%
(2) 地域密着型介護予防サービス										
①介護予防認知症対応型通所介護	回	30	31	1.7%	32	3.3%	34	13.3%	38	28.0%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	人	26	31	19.2%	36	16.1%	43	65.4%	46	76.9%
③介護予防小規模多機能型居宅介護	人	4	7	75.0%	10	42.9%	11	175.0%	14	250.0%
④介護予防認知症対応型共同生活介護	人		517	皆増	252	△51.3%	0	-	0	-
(3) 介護予防支援										
	人	5,937	6,062	2.1%	6,341	4.6%	7,057	18.9%	7,836	32.0%

北勢圏域

サービス量(中勢伊賀圏域)の見込み

単位:回、日、人、%

	単位	平成27年度	平成28年度	平成29年度		平成32年度		平成37年度		
				増減率 (対前年)	増減率 (対前年)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	
介護サービス										
(1) 居宅サービス										
①訪問介護	回	95,354	96,966	1.7%	99,051	2.2%	107,822	13.1%	119,867	25.7%
②訪問入浴介護	回	1,597	1,776	11.2%	1,974	11.1%	2,214	38.6%	2,394	49.9%
③訪問看護	回	9,717	10,717	10.3%	11,813	10.2%	13,911	43.2%	15,701	61.6%
④訪問リハビリテーション	回	4,302	5,218	21.3%	6,312	21.0%	8,900	106.9%	12,245	184.7%
⑤居宅療養管理指導	人	793	1,020	28.6%	1,132	11.0%	1,231	55.2%	1,308	64.9%
⑥通所介護	回	71,519	65,525	△8.4%	69,369	5.9%	79,908	11.7%	88,113	23.2%
⑦通所リハビリテーション	回	13,878	14,371	3.5%	14,958	4.1%	16,382	18.0%	17,622	27.0%
⑧短期入所生活介護	日	27,810	30,191	8.6%	32,248	6.8%	37,488	34.8%	42,986	54.6%
⑨短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	2,849	2,994	5.1%	3,164	5.7%	3,483	22.2%	3,961	39.0%
⑩短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	131	88	△32.6%	91	2.6%	105	△19.9%	106	△18.9%
⑪福祉用具貸与	人	7,033	7,484	6.4%	7,980	6.6%	9,318	32.5%	10,123	43.9%
⑫特定福祉用具販売	人	140	145	3.6%	158	5.5%	167	19.3%	178	27.1%
⑬住宅改修	人	135	143	5.9%	151	5.6%	172	27.4%	196	45.2%
⑭特定施設入居者生活介護	人	695	749	7.8%	766	2.3%	872	25.5%	967	39.1%
(2) 地域密着型サービス										
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	30	85	183.3%	155	82.4%	300	900.0%	350	1066.7%
②夜間対応型訪問介護	人	53	64	20.8%	69	7.8%	90	69.8%	110	107.5%
③認知症対応型通所介護	回	1,814	2,081	14.7%	2,669	28.3%	3,152	73.8%	3,832	111.3%
④小規模多機能型居宅介護	人	270	302	11.9%	388	28.5%	518	91.9%	631	133.7%
⑤認知症対応型共同生活介護	人	643	688	3.9%	668	0.0%	696	8.2%	737	14.6%
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	人	1	2	100.0%	3	50.0%	32	3100.0%	61	6000.0%
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	人	133	133	0.0%	133	0.0%	162	21.8%	192	44.4%
⑧複合型サービス	人	0	35	皆増	70	100.0%	105	皆増	175	皆増
⑨地域密着型通所介護(仮称)	回		10,270	皆増	11,237	9.4%	13,651	皆増	16,429	皆増
(3) 介護保険施設サービス										
①介護老人福祉施設	人	2,607	2,672	2.5%	2,736	2.4%	3,018	15.8%	3,195	22.6%
②介護老人保健施設	人	1,683	1,715	1.9%	1,726	0.6%	1,768	5.1%	1,816	7.9%
③介護療養型医療施設	人	383	383	0.0%	383	0.0%	383	0.0%	383	0.0%
(4) 居宅介護支援										
	人	11,419	11,801	3.3%	12,258	3.9%	13,564	18.8%	14,803	29.6%
介護予防サービス										
(1) 介護予防サービス										
①介護予防訪問介護	人	1,053	904	△14.2%	816	△9.7%	0	△100.0%	0	△100.0%
②介護予防訪問入浴介護	回	19	19	0.0%	19	0.0%	27	40.0%	38	100.0%
③介護予防訪問看護	回	754	931	23.5%	1,167	25.3%	1,446	91.9%	1,695	124.8%
④介護予防訪問リハビリテーション	回	422	488	15.7%	545	11.8%	760	80.2%	1,426	238.2%
⑤介護予防居宅療養管理指導	人	107	115	7.5%	131	13.9%	139	29.9%	149	39.3%
⑥介護予防通所介護	人	1,637	1,457	△11.0%	1,350	△7.3%	0	△100.0%	0	△100.0%
⑦介護予防通所リハビリテーション	人	333	334	0.3%	384	0.0%	343	3.0%	361	8.4%
⑧介護予防短期入所生活介護	日	290	327	13.1%	381	16.4%	411	41.8%	656	126.4%
⑨介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	16	19	19.8%	23	20.6%	29	77.8%	30	85.8%
⑩介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	2	3	50.0%	4	33.3%	7	250.0%	12	500.0%
⑪介護予防福祉用具貸与	人	1,497	1,740	16.2%	2,052	17.9%	2,479	65.6%	2,651	77.1%
⑫特定介護予防福祉用具販売	人	58	60	3.4%	61	1.7%	65	12.1%	69	19.0%
⑬介護予防住宅改修	人	84	88	4.8%	92	4.5%	103	22.6%	124	47.6%
⑭介護予防特定施設入居者生活介護	人	127	143	12.6%	144	0.7%	166	30.7%	183	44.1%
(2) 地域密着型介護予防サービス										
①介護予防認知症対応型通所介護	回	7	10	52.3%	15	47.5%	24	263.1%	39	493.8%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	人	61	70	14.8%	81	15.7%	108	77.0%	117	91.8%
③介護予防小規模多機能型居宅介護	人	2	2	0.0%	2	0.0%	2	0.0%	2	0.0%
④介護予防認知症対応型共同生活介護	人		0	-	0	-	0	-	0	-
(3) 介護予防支援										
	人	3,453	3,440	△0.4%	3,528	2.6%	3,956	14.6%	4,208	21.9%

中勢伊賀圏域

サービス量(南勢志摩圏域)の見込み

単位:回、日、人、%

	単位	平成27年度	平成28年度	平成29年度		平成32年度		平成37年度		
				増減率 (対前年)	増減率 (対前年)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	増減率 (対H27)	
介護サービス										
(1) 居宅サービス										
①訪問介護	回	120,096	127,089	5.8%	136,289	7.2%	181,086	50.8%	201,858	68.1%
②訪問入浴介護	回	1,373	1,398	1.9%	1,456	4.1%	1,802	31.3%	2,263	64.9%
③訪問看護	回	17,407	18,895	8.5%	21,986	13.2%	25,927	48.9%	31,795	82.7%
④訪問リハビリテーション	回	6,580	7,832	19.0%	9,505	21.3%	13,087	98.9%	16,562	151.7%
⑤居宅療養管理指導	人	1,444	2,241	55.2%	2,584	14.4%	3,303	128.7%	3,487	141.5%
⑥通所介護	回	85,094	79,800	△6.2%	87,075	9.1%	119,799	40.8%	135,253	58.9%
⑦通所リハビリテーション	回	19,900	21,481	7.9%	23,504	9.4%	28,091	41.2%	29,772	49.6%
⑧短期入所生活介護	日	26,134	27,911	6.8%	30,890	10.5%	40,523	55.1%	48,127	84.2%
⑨短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	1,817	2,110	16.1%	2,583	22.4%	4,022	121.4%	5,528	204.3%
⑩短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑪福祉用具貸与	人	7,896	8,806	11.5%	9,650	9.6%	11,687	48.0%	12,303	55.8%
⑫特定福祉用具販売	人	753	769	2.1%	812	5.6%	830	10.2%	901	19.7%
⑬住宅改修	人	995	1,060	6.5%	1,175	10.8%	1,433	44.0%	1,521	52.9%
⑭特定施設入居者生活介護	人	710	855	20.4%	987	15.4%	1,106	55.8%	1,168	64.5%
(2) 地域密着型サービス										
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	11	11	0.0%	11	0.0%	11	0.0%	11	0.0%
②夜間対応型訪問介護	人	46	42	△8.7%	41	△2.4%	44	△4.3%	46	0.0%
③認知症対応型通所介護	回	1,633	1,930	18.2%	1,971	2.1%	1,849	13.2%	1,996	22.2%
④小規模多機能型居宅介護	人	421	414	△1.7%	457	10.4%	597	41.8%	609	44.7%
⑤認知症対応型共同生活介護	人	737	783	6.2%	848	8.3%	932	26.5%	991	34.5%
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	人	53	114	115.1%	119	4.4%	123	132.1%	131	147.2%
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	人	262	267	1.9%	316	18.4%	344	31.3%	352	34.4%
⑧複合型サービス	人	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑨地域密着型通所介護(仮称)	回		13,335	皆増	13,697	2.7%	16,882	皆増	20,525	皆増
(3) 介護保険施設サービス										
①介護老人福祉施設	人	2,764	2,915	5.5%	3,035	4.1%	3,261	18.0%	3,363	21.7%
②介護老人保健施設	人	1,968	1,991	1.2%	2,010	1.0%	2,116	7.5%	2,199	11.7%
③介護療養型医療施設	人	131	131	0.0%	125	△4.6%	119	△9.2%	119	△9.2%
(4) 居宅介護支援	人	13,571	13,991	3.1%	14,789	5.7%	17,642	30.0%	18,552	36.7%
介護予防サービス										
(1) 介護予防サービス										
①介護予防訪問介護	人	1,079	936	△13.3%	295	△68.5%	0	△100.0%	0	△100.0%
②介護予防訪問入浴介護	回	0	0	-	0	-	0	-	0	-
③介護予防訪問看護	回	1,808	2,316	28.1%	2,887	24.7%	4,233	134.2%	5,796	220.7%
④介護予防訪問リハビリテーション	回	807	1,013	25.5%	1,254	23.8%	1,895	134.7%	2,603	222.5%
⑤介護予防居宅療養管理指導	人	83	86	3.6%	100	16.3%	107	28.9%	105	26.5%
⑥介護予防通所介護	人	1,655	1,289	△22.1%	328	△74.5%	0	△100.0%	0	△100.0%
⑦介護予防通所リハビリテーション	人	509	550	8.1%	602	9.5%	686	34.8%	684	34.4%
⑧介護予防短期入所生活介護	日	337	435	29.1%	565	30.0%	842	149.9%	1,102	227.0%
⑨介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	9	12	31.5%	15	24.8%	16	79.8%	16	84.3%
⑩介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑪介護予防福祉用具貸与	人	1,051	1,189	13.1%	1,349	13.5%	1,637	55.8%	1,599	52.1%
⑫特定介護予防福祉用具販売	人	162	197	21.6%	235	19.3%	291	79.6%	308	90.1%
⑬介護予防住宅改修	人	430	443	3.0%	571	28.9%	637	48.1%	665	54.7%
⑭介護予防特定施設入居者生活介護	人	44	54	22.7%	67	24.1%	74	68.2%	82	86.4%
(2) 地域密着型介護予防サービス										
①介護予防認知症対応型通所介護	回	4	4	7.5%	6	27.9%	6	55.0%	7	62.5%
②介護予防小規模多機能型居宅介護	人	29	29	0.0%	30	3.4%	35	20.7%	38	31.0%
③介護予防小規模多機能型居宅介護	人	11	9	△18.2%	11	22.2%	17	54.5%	29	109.1%
④介護予防認知症対応型共同生活介護	人		193	皆増	101	△47.7%	0	-	0	-
(3) 介護予防支援	人	3,388	3,623	6.9%	3,886	7.3%	4,436	30.9%	4,437	31.0%

南勢志摩圏域

サービス量(東紀州圏域)の見込み

単位:回、日、人、%

	単位	平成27年度	平成28年度	増減率 (対前年)	平成29年度	増減率 (対前年)	平成32年度	増減率 (対H27)	平成37年度	増減率 (対H27)
介護サービス										
(1) 居宅サービス										
①訪問介護	回	28,047	26,813	△4.4%	25,327	△5.5%	25,462	△9.2%	25,430	△9.3%
②訪問入浴介護	回	214	243	13.2%	277	13.9%	300	39.9%	341	58.8%
③訪問看護	回	2,841	3,371	18.6%	3,997	18.6%	5,508	93.9%	7,267	155.8%
④訪問リハビリテーション	回	1,157	1,251	8.2%	1,333	6.5%	1,627	40.6%	2,019	74.5%
⑤居宅療養管理指導	人	68	78	14.7%	88	12.8%	102	50.0%	99	45.6%
⑥通所介護	回	11,146	8,714	△21.8%	8,511	△2.3%	8,514	△23.6%	8,692	△22.1%
⑦通所リハビリテーション	回	2,399	2,464	2.7%	2,583	4.8%	2,893	20.6%	3,198	33.3%
⑧短期入所生活介護	日	8,472	8,529	0.7%	8,719	2.2%	10,398	22.7%	10,986	29.7%
⑨短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	76	70	△7.6%	77	9.5%	65	△14.6%	90	18.6%
⑩短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑪福祉用具貸与	人	1,286	1,336	3.9%	1,387	3.8%	1,491	15.9%	1,450	12.8%
⑫特定福祉用具販売	人	326	356	9.2%	387	8.7%	429	31.6%	419	26.7%
⑬住宅改修	人	292	315	7.9%	340	7.9%	369	26.4%	357	22.3%
⑭特定施設入居者生活介護	人	96	109	13.5%	123	12.8%	134	39.6%	129	34.4%
(2) 地域密着型サービス										
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	0	0	-	0	-	0	-	0	-
②夜間対応型訪問介護	人	0	0	-	0	-	0	-	0	-
③認知症対応型通所介護	回	272	290	6.7%	337	16.1%	586	115.2%	546	100.7%
④小規模多機能型居宅介護	人	72	126	75.0%	163	29.4%	171	137.5%	167	131.9%
⑤認知症対応型共同生活介護	人	219	226	3.2%	235	4.0%	246	12.3%	243	11.0%
⑥地域密着型特定施設入居者生活介護	人	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑦地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	人	107	107	0.0%	107	0.0%	108	0.9%	107	0.0%
⑧複合型サービス	人	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑨地域密着型通所介護(仮称)	回		2,193	皆増	2,038	△7.0%	2,143	皆増	2,338	皆増
(3) 介護保険施設サービス										
①介護老人福祉施設	人	607	607	0.0%	607	0.0%	618	1.8%	618	1.8%
②介護老人保健施設	人	436	436	0.0%	436	0.0%	438	0.5%	438	0.5%
③介護療養型医療施設	人	15	15	0.0%	15	0.0%	15	0.0%	15	0.0%
(4) 居宅介護支援										
	人	2,538	2,510	△1.1%	2,483	△1.1%	2,386	△6.0%	2,321	△8.6%
介護予防サービス										
(1) 介護予防サービス										
①介護予防訪問介護	人	567	569	0.4%	472	△17.0%	0	△100.0%	0	△100.0%
②介護予防訪問入浴介護	回	0	0	-	0	-	0	-	0	-
③介護予防訪問看護	回	731	1,067	46.0%	1,472	38.0%	2,212	202.6%	3,149	330.8%
④介護予防訪問リハビリテーション	回	440	504	14.5%	579	14.9%	731	66.2%	890	102.3%
⑤介護予防居宅療養管理指導	人	5	6	20.0%	7	16.7%	8	60.0%	8	60.0%
⑥介護予防通所介護	人	396	332	△16.2%	216	△34.8%	0	△100.0%	0	△100.0%
⑦介護予防通所リハビリテーション	人	126	143	13.5%	162	13.3%	185	46.8%	192	44.4%
⑧介護予防短期入所生活介護	日	41	43	2.9%	45	6.6%	33	△20.1%	0	△100.0%
⑨介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑩介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	日	0	0	-	0	-	0	-	0	-
⑪介護予防福祉用具貸与	人	251	280	11.6%	311	11.1%	346	37.8%	342	36.3%
⑫特定介護予防福祉用具販売	人	128	137	7.0%	147	7.3%	161	25.8%	158	23.4%
⑬介護予防住宅改修	人	186	185	△0.5%	184	△0.5%	183	△1.6%	179	△3.8%
⑭介護予防特定施設入居者生活介護	人	24	30	25.0%	35	16.7%	37	54.2%	36	50.0%
(2) 地域密着型介護予防サービス										
①介護予防認知症対応型通所介護	回	0	0	-	0	-	0	-	0	-
②介護予防小規模多機能型居宅介護	人	9	12	33.3%	15	25.0%	16	77.8%	15	66.7%
③介護予防小規模多機能型居宅介護	人	3	3	0.0%	3	0.0%	3	0.0%	3	0.0%
④介護予防認知症対応型共同生活介護	人		65	皆増	66	1.5%	0	-	0	-
(3) 介護予防支援										
	人	1,125	1,137	1.1%	1,152	1.3%	1,142	1.5%	1,106	△1.5%

東紀州圏域

第5章

計画の目標

計画の目標値

- このプランでは、9つの取組体系（柱）に基づき進めることとしています。そのため、取組体系ごとに、次のとおり目標を掲げています。

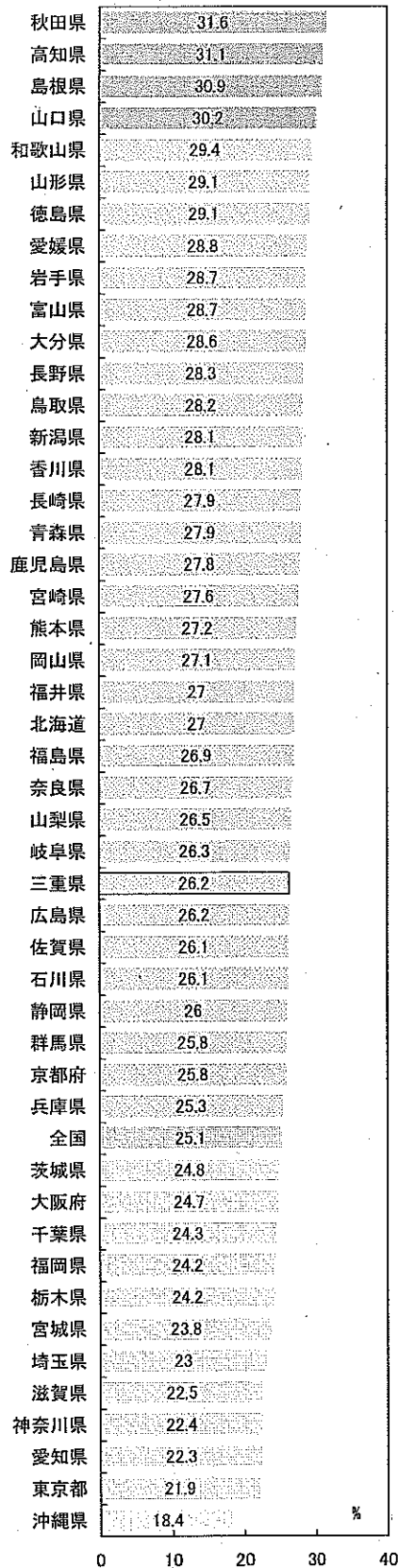
取組体系	指標名	現況	目標値
介護サービス基盤の整備	特別養護老人ホーム(広域型)の整備定員数(累計)	7,907床 (平成25年度)	9,587床 (平成29年度)
在宅医療・介護連携の推進	在宅での看取りの割合	19.5% (平成25年)	22.2% (平成29年)
認知症施策の推進	認知症サポーター数(累計)	105,030人 (平成26年 12月末)	160,000人 (平成29年度)
介護予防・生活支援サービスの推進	介護予防研修の受講者数	424人 (平成25年度)	1,300人 (3年間)
高齢者に相応しい住まいの確保	有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の定員・戸数	7,404人・戸 (平成25年度)	10,500人・戸 (平成29年度)
高齢者の安心確保・生きがい対策の推進	地域包括支援センター職員向け研修の受講者数	218人 (平成25年度)	265人 (毎年度)
介護・福祉人材の安定的確保	県福祉人材センターの各種事業による就職者数	481人 (平成25年度)	550人 (毎年度)
介護保険制度の円滑な運営	認定調査員等要介護認定に関わる職員向け研修の受講者数	1,606人 (平成25年度)	1,614人 (毎年度)
介護給付適正化の推進	適正化事業のうち、「ケアプランの点検」を実施している保険者の割合	64% (平成25年度)	100% (平成29年度)

参考資料 1 高齢社会の現状と将来展望

1 三重県の高齢者

・都道府県別高齢化率

平成 25 (2013) 年 10 月 1 日現在

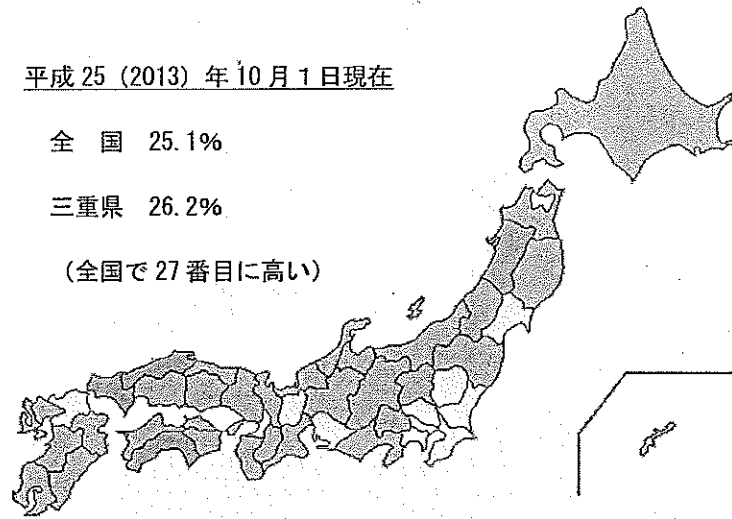


平成 25 (2013) 年 10 月 1 日現在

全国 25.1%

三重県 26.2%

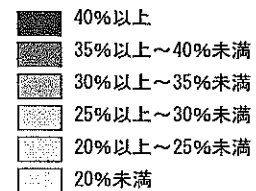
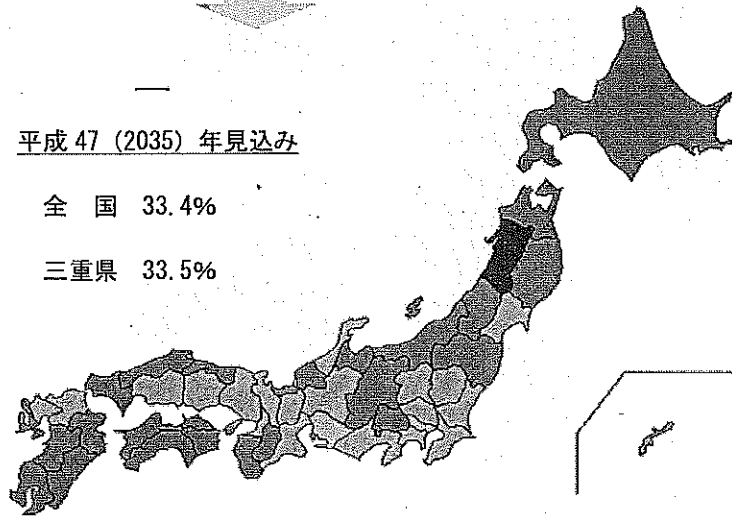
(全国で 27 番目に高い)



平成 47 (2035) 年見込み

全国 33.4%

三重県 33.5%

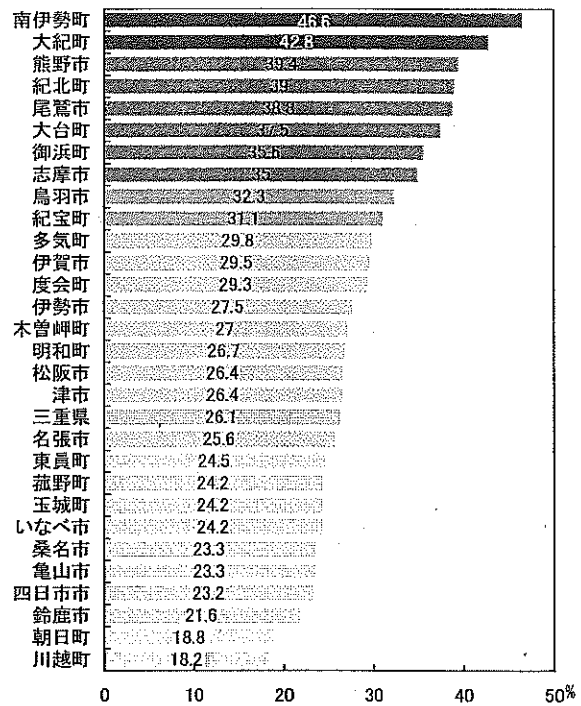
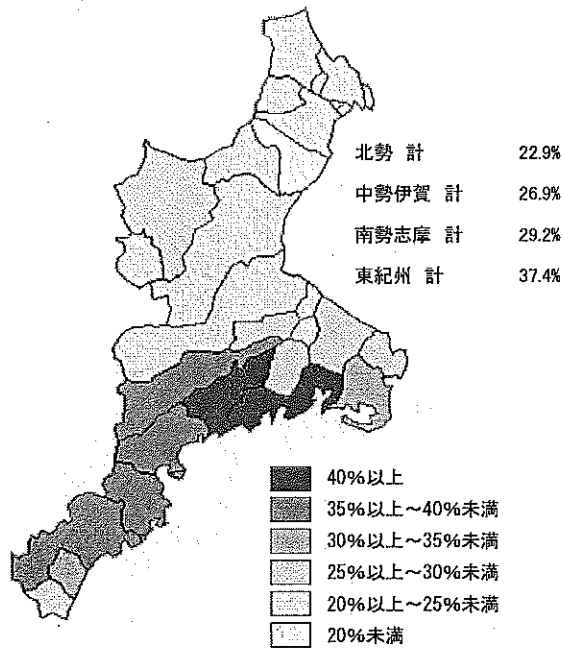


資料；平成 25 年は総務省統計局「人口推計」、平成 47 年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」

※高齢化率=65 歳以上人口÷（総人口-年齢不詳）×100

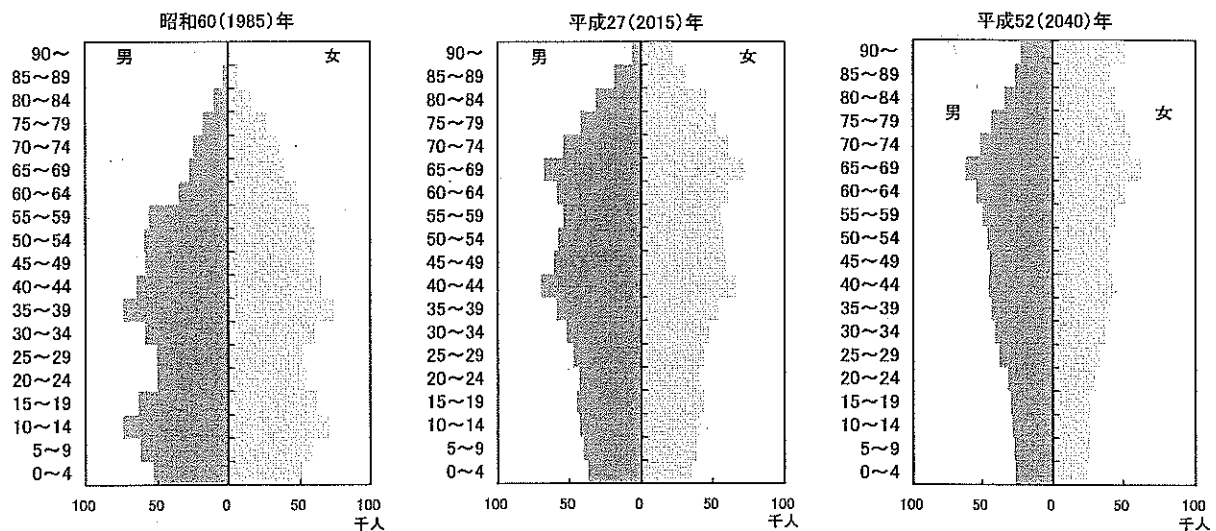
三重県の市町別高齢化率

(平成25(2013)年10月1日現在)



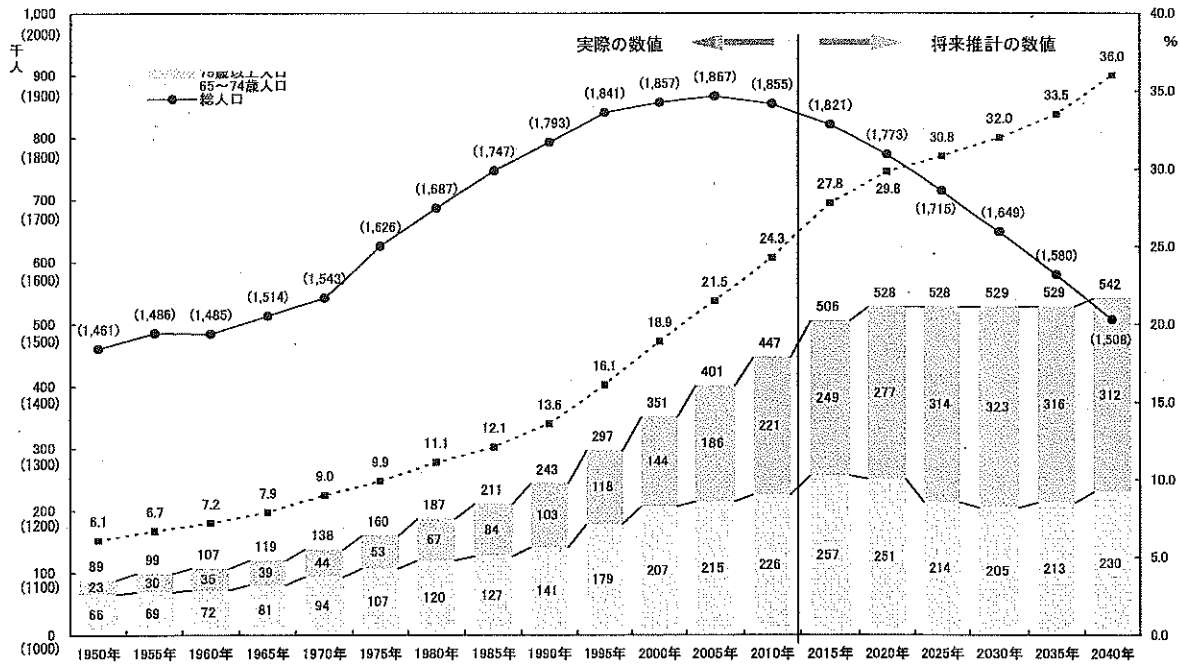
資料；三重県戦略企画部統計課「年齢別人口」

三重県の人口ピラミッドの推移と将来推計



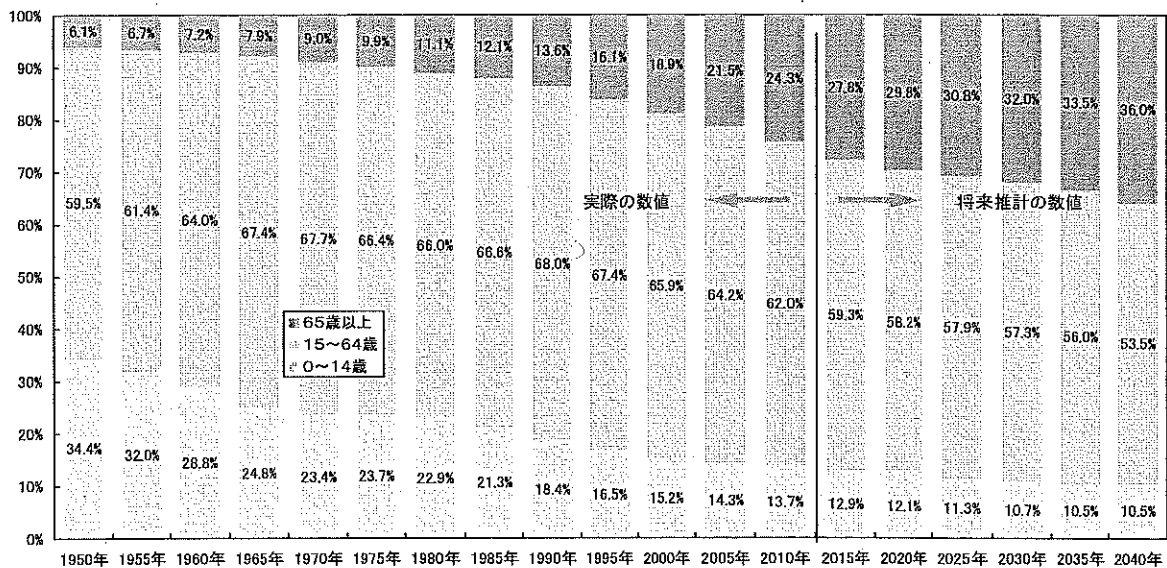
資料；1985年は総務省統計局「国勢調査」、2015年及び2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

・三重県の高齢化の推移と将来推計



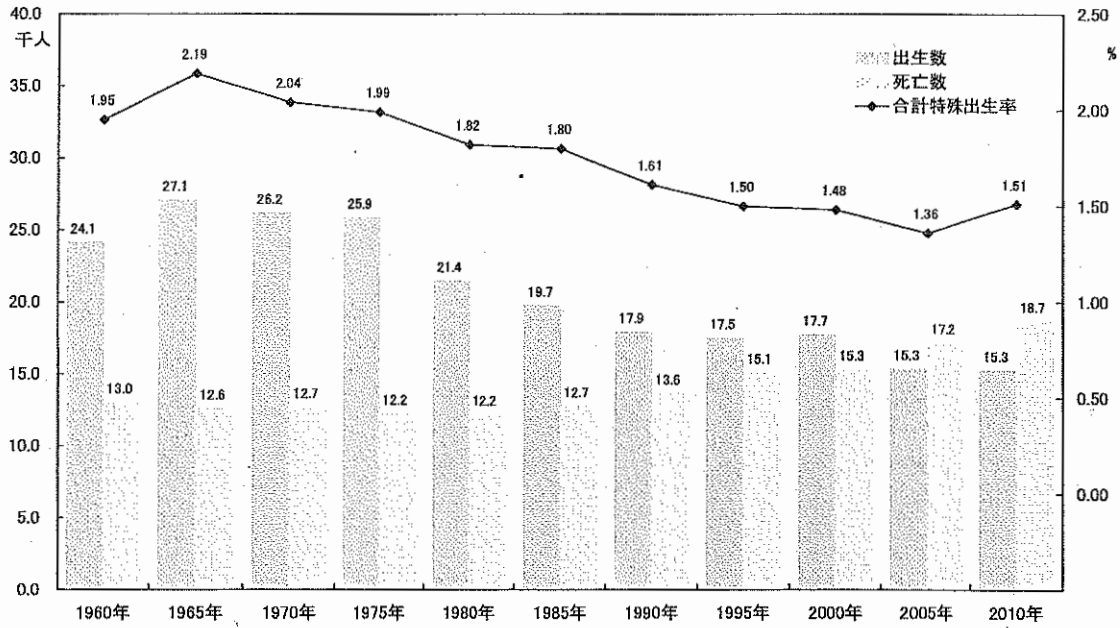
資料：2010年以前は総務省統計局「国勢調査」、2015年以後は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

・三重県の年齢3区分別人口割合の推移と将来推計



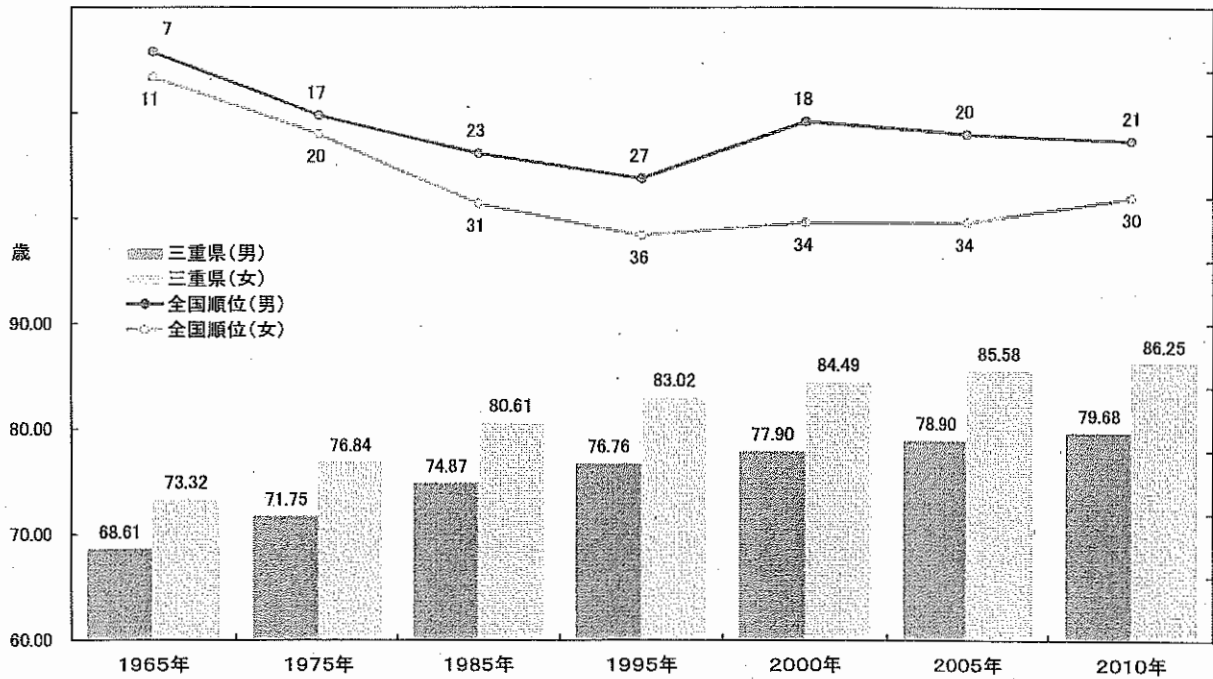
資料：2010年以前は総務省統計局「国勢調査」、2015年以後は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

・三重県の出生数、死亡数及び合計特殊出生率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

・三重県の平均寿命の推移

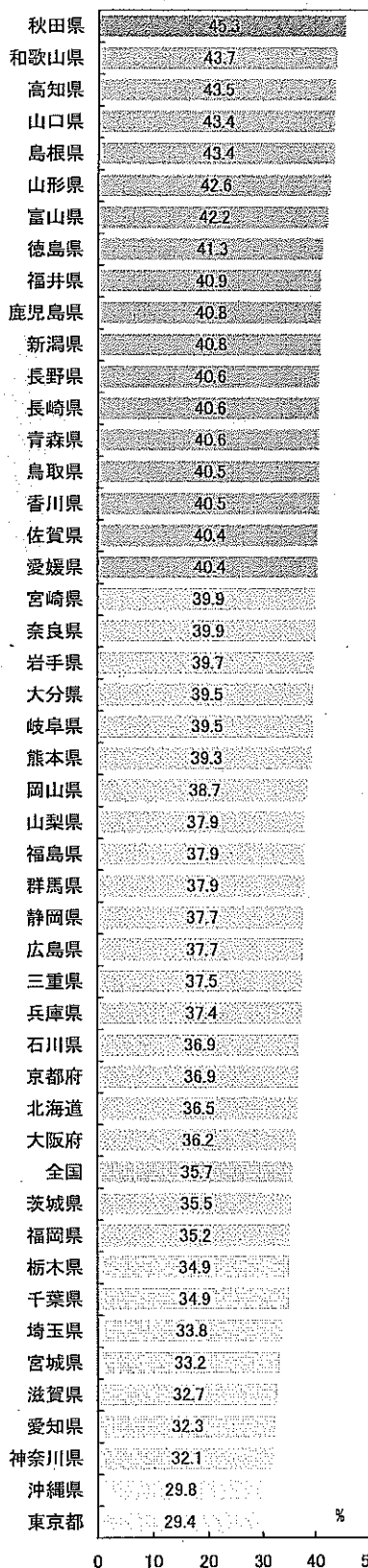


資料：厚生労働省統計情報部「都道府県別生命表」

2 三重県の高齢世帯

・都道府県別高齢世帯の割合

平成 27 (2015) 年推計

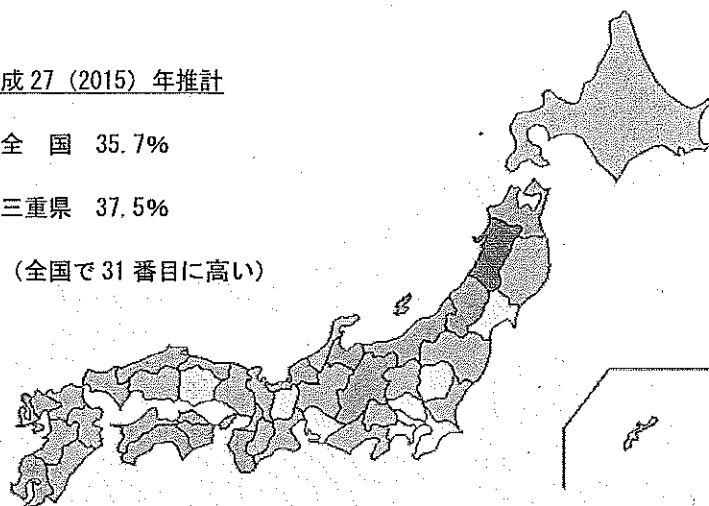


平成 27 (2015) 年推計

全国 35.7%

三重県 37.5%

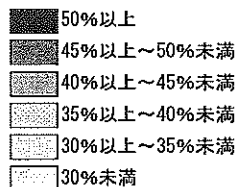
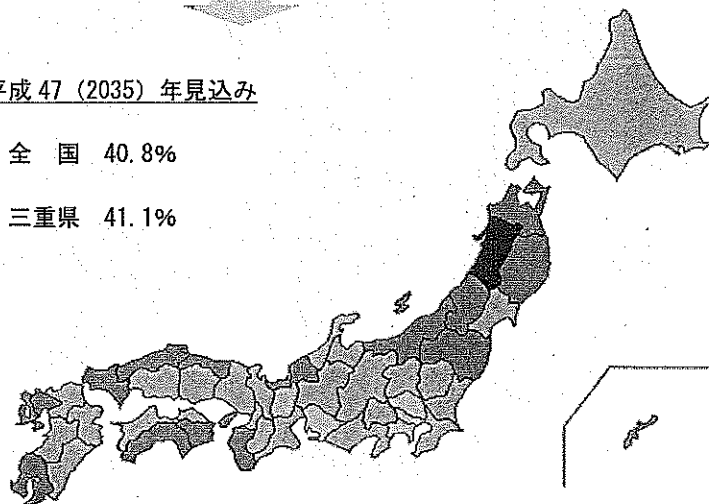
(全国で 31 番目に高い)



平成 47 (2035) 年見込み

全国 40.8%

三重県 41.1%



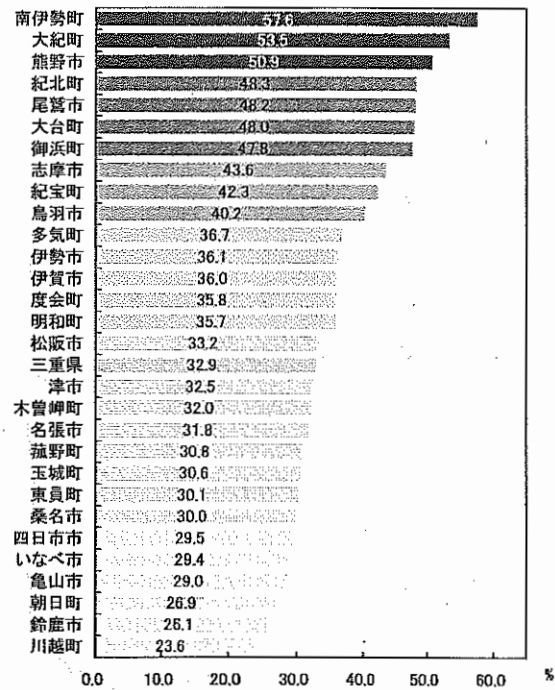
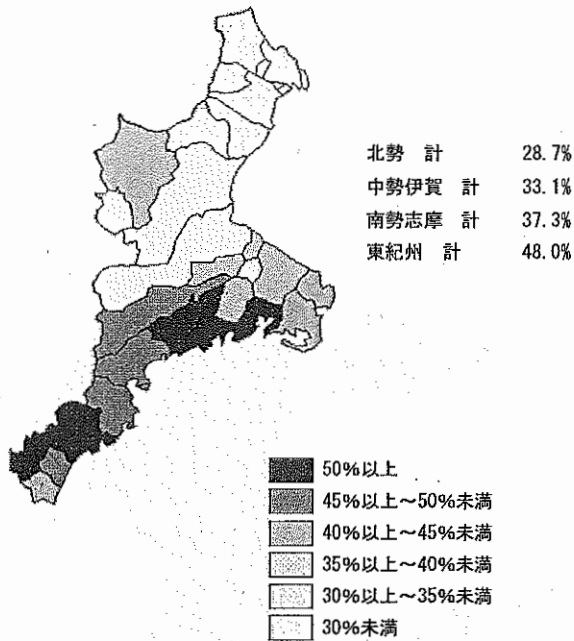
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計 平成 26 年 4 月推計）」

※「高齢世帯」とは、世帯主が 65 歳以上の世帯をいう

※高齢世帯割合＝高齢世帯数÷一般世帯数×100

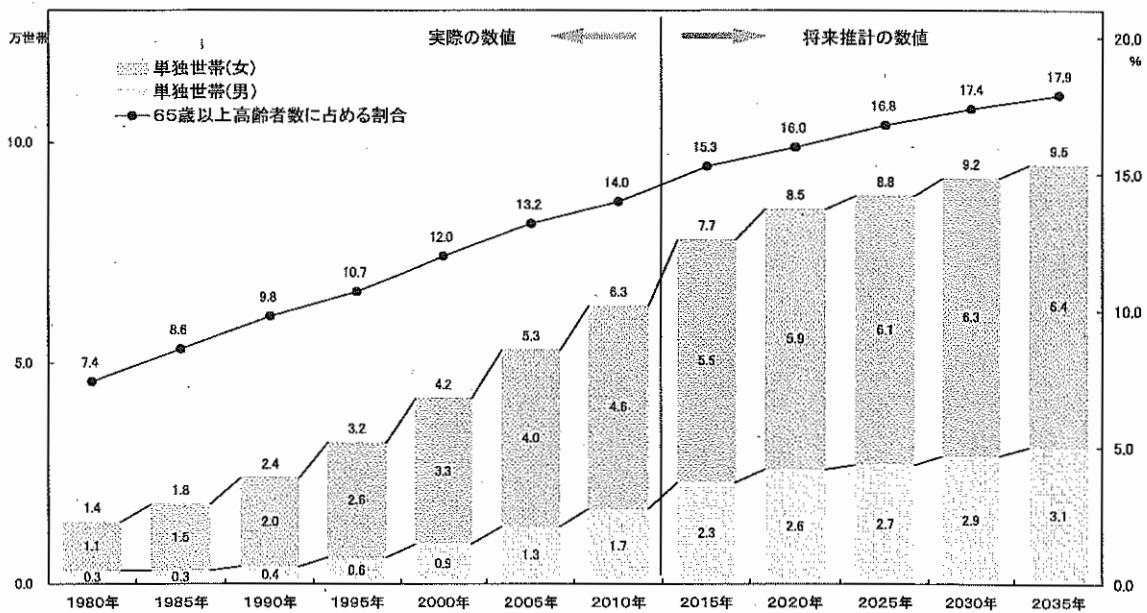
・三重県の市町別高齢世帯の割合

平成22(2010)年10月1日現在



資料：総務省統計局「国勢調査」

・三重県の高齢単独世帯の推移と将来推計



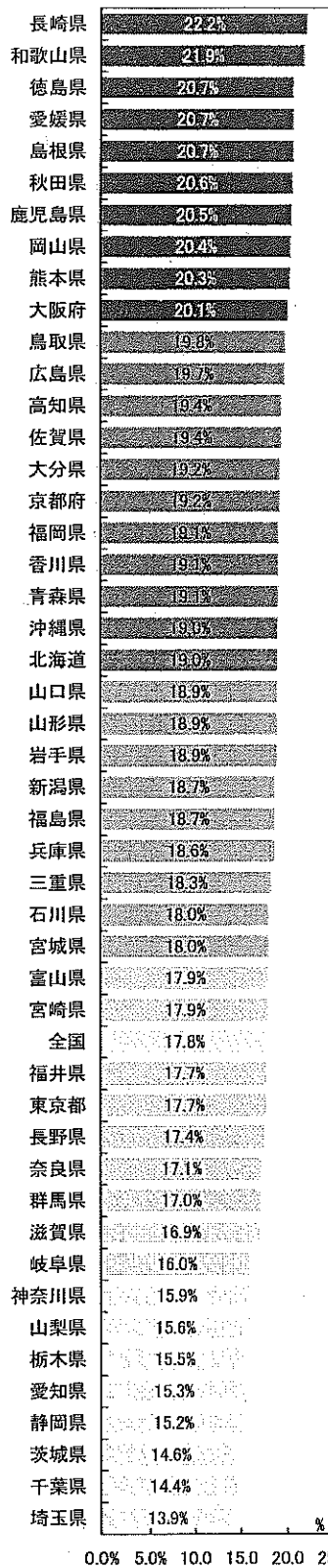
資料：2010年以前は総務省統計局「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別2014年4月推計）」

※「高齢単独世帯」とは、世帯主が65歳以上の世帯のうちの単独世帯であり、65歳以上の一人暮らし世帯をいう

3 三重県の要介護（要支援）認定者

・都道府県別要介護（要支援）認定率

平成26（2014）年3月末現在

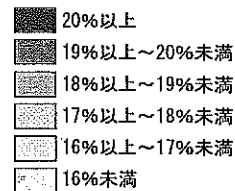
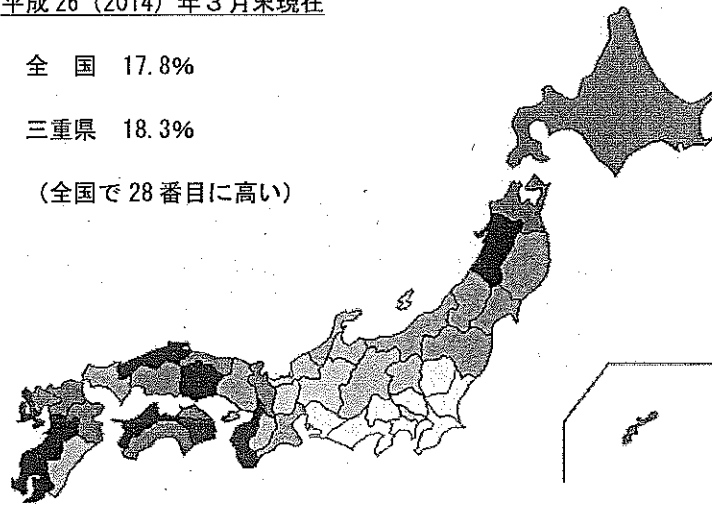


平成26（2014）年3月末現在

全国 17.8%

三重県 18.3%

(全国で28番目に高い)

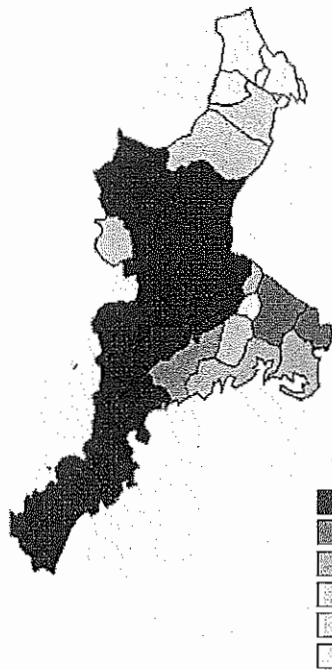


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（平成26年3月（暫定版）」

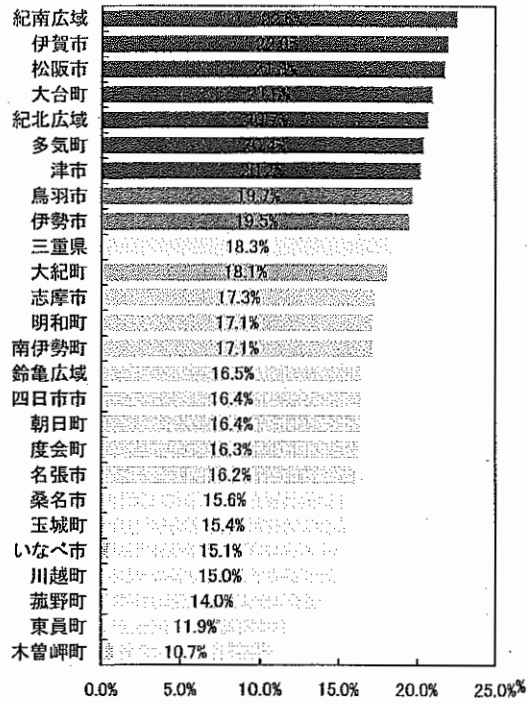
※要介護（要支援）認定率＝要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）÷第1号被保険者数×100

・三重県の保険者別要介護（要支援）認定率

平成 26 (2014) 年 3 月末現在

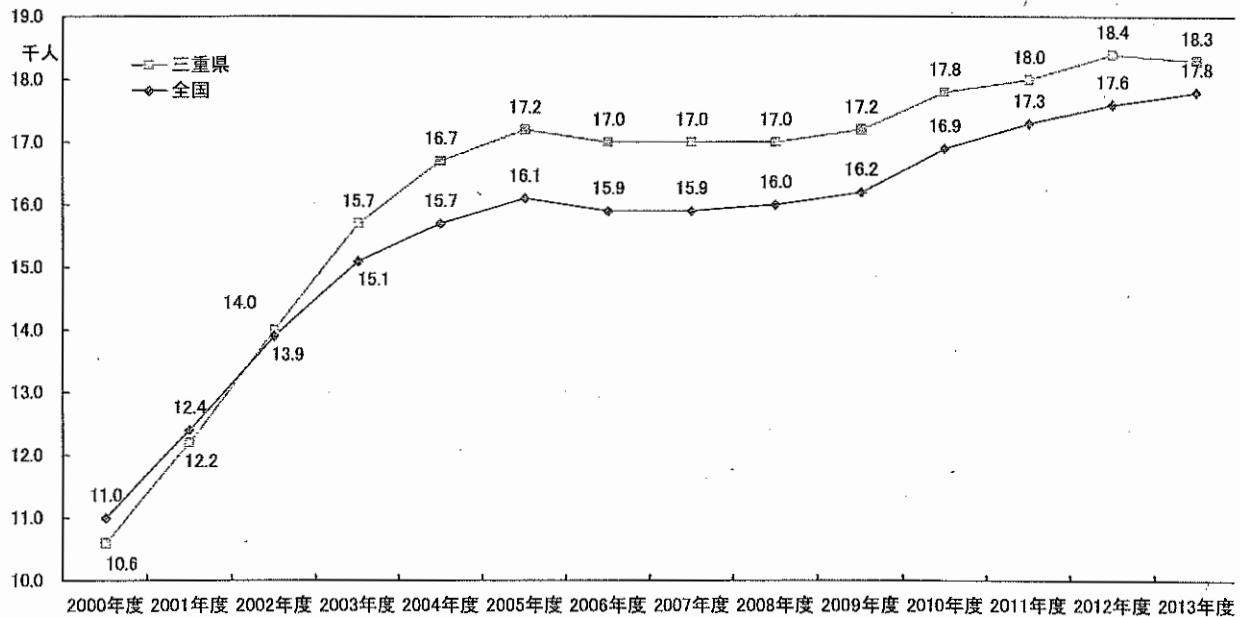


北勢 計 15.9%
 中勢伊賀 計 20.0%
 南勢志摩 計 19.6%
 東紀州 計 21.6%



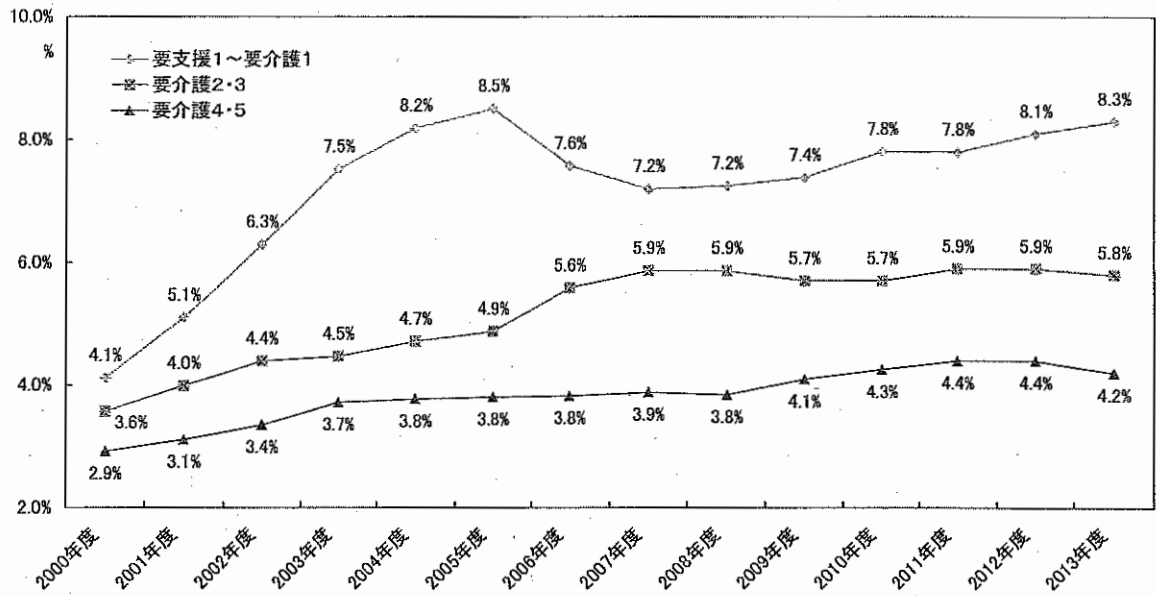
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（平成 26 年 3 月（暫定版）」

・三重県と全国の要介護（要支援）認定率の推移



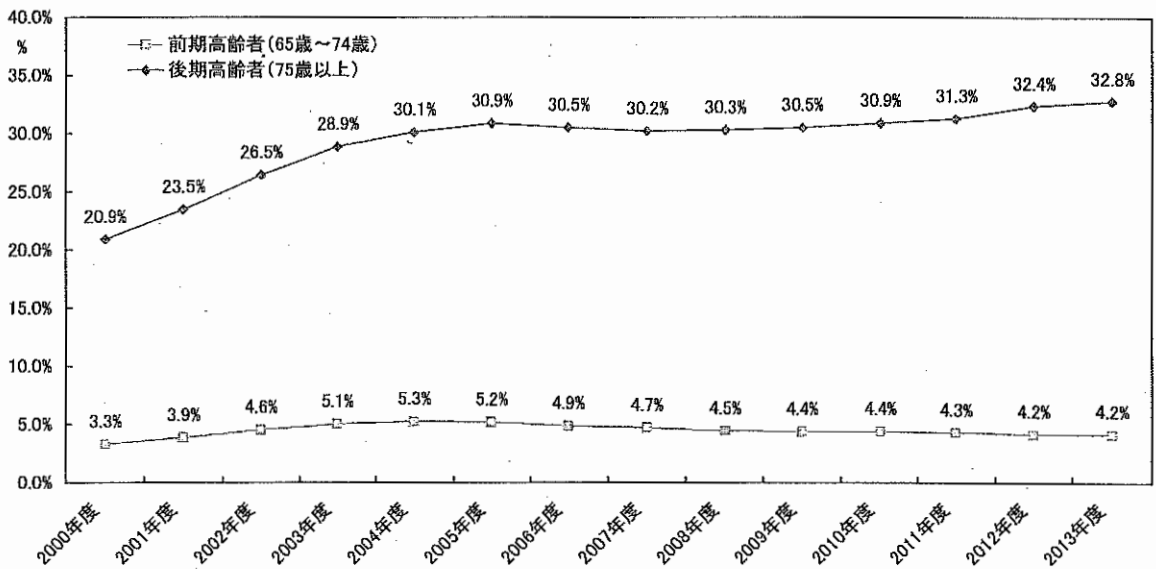
資料：2012 年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、2013 年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（平成 26 年 3 月（暫定版）」

・三重県の認定3区分別要介護（要支援）認定率の推移



資料：2012年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、2013年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」

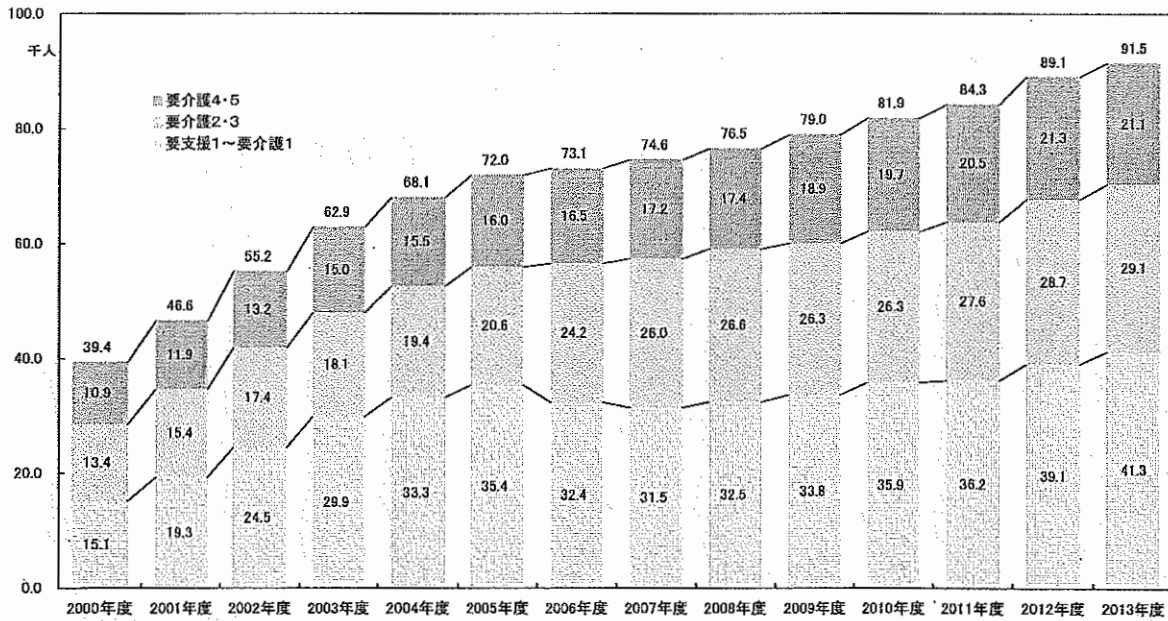
・三重県の前期高齢者・後期高齢者別要介護（要支援）認定率の推移



資料：2012年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、2013年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」

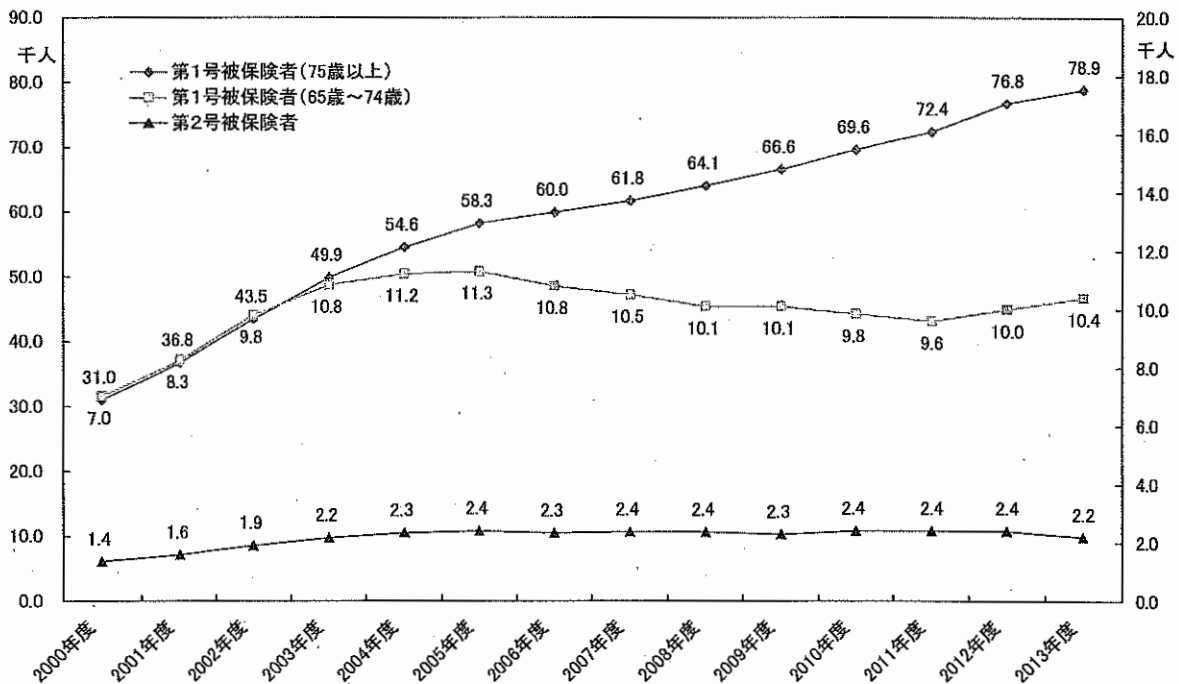
※前期高齢者・後期高齢者別要介護（要支援）認定率＝前期高齢者（後期高齢者）認定者数÷前期高齢者（後期高齢者）被保険者数

・三重県の要介護（要支援）認定者数の推移



資料：2012年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、2013年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」

・三重県の資格区別要介護（要支援）認定者数の推移

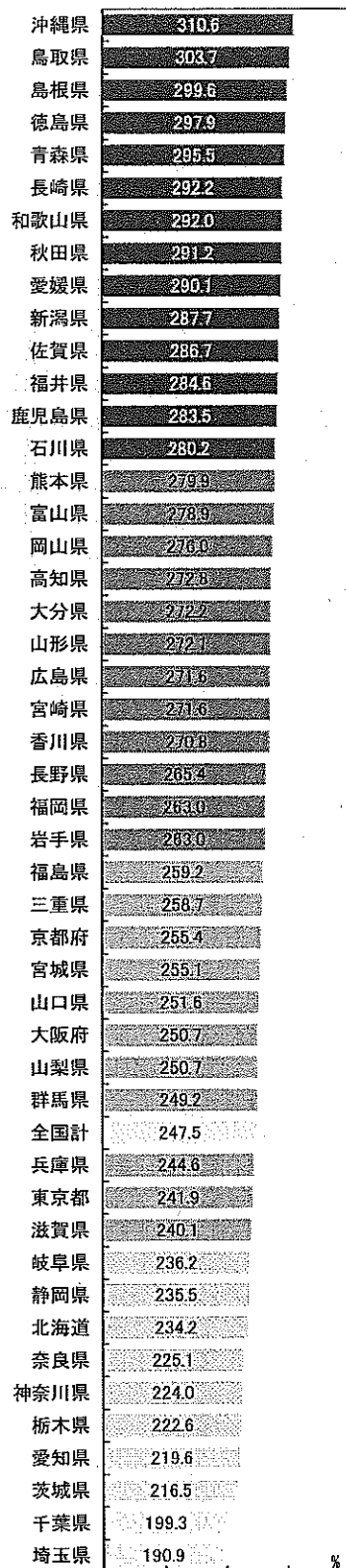


資料：2012年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」、2013年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」

4 三重県の保険給付（介護給付・予防給付）

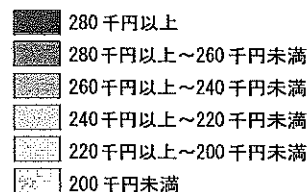
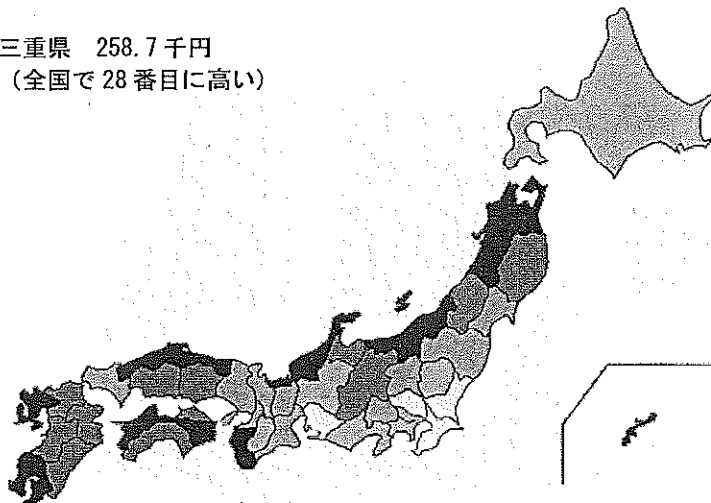
・ 都道府県別第1号被保険者1人あたり年間給付費

平成24（2012）年度



平成24（2012）年度

三重県 258.7千円
（全国で28番目に高い）



0.0 100.0 200.0 300.0 400.0

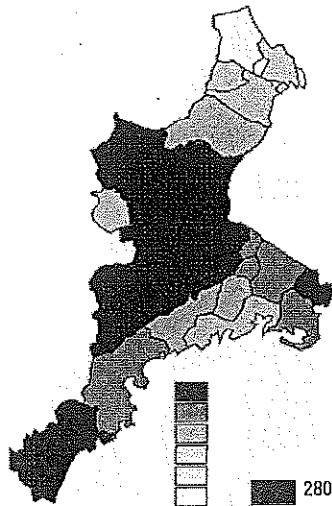
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成24年度）」

※第1号被保険者1人あたり年間給付費＝年間給付費÷年度末第1号被保険者数

※特定入所者サービス費、高額介護サービス費を含まない。

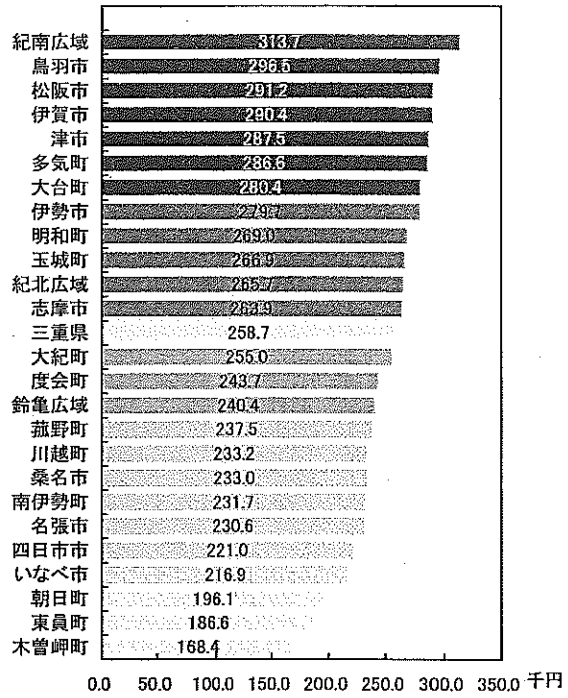
・三重県の市町別第1号被保険者1人あたり年間給付費

平成24(2012)年度



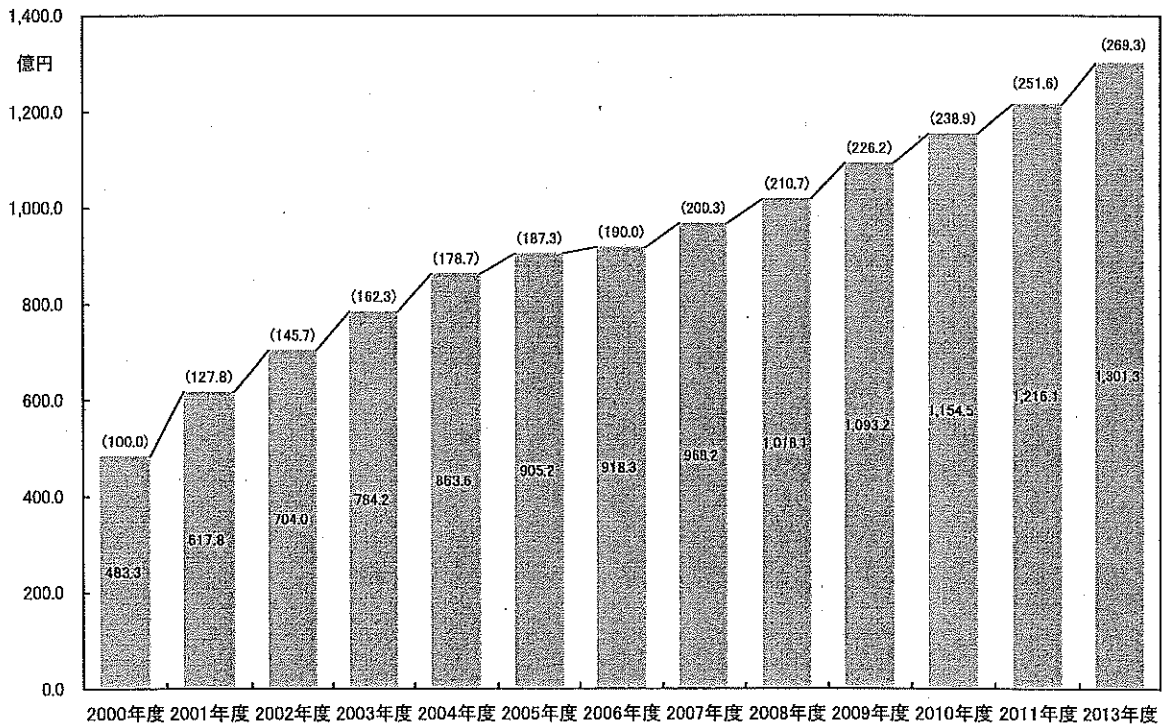
北勢 計 227.5 千円
 中勢伊賀 計 281.6 千円
 南勢志摩 計 270.3 千円
 東紀州 計 289.4 千円

280千円以上
 280千円以上～260千円未満
 260千円以上～240千円未満
 240千円以上～220千円未満
 220千円以上～200千円未満
 200千円未満



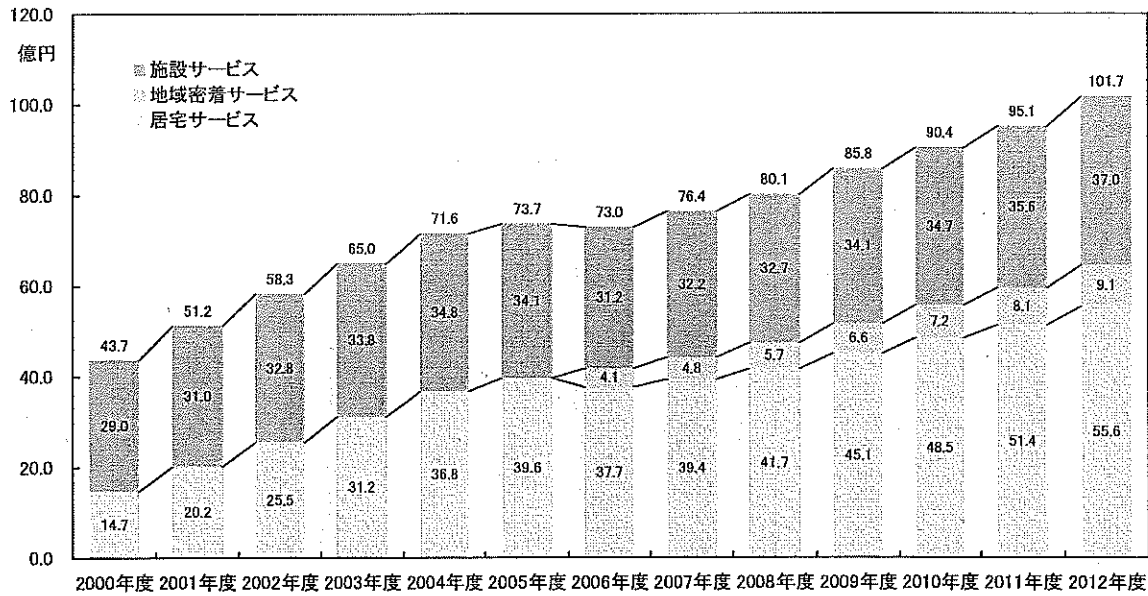
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成24年度）」
 ※特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費含まない。

・三重県の給付費の推移



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」
 ※特定入所者介護サービス費。高額介護サービス費を含む。※()の数値は、2000年度を100とした場合の指数。

・三重県のサービス3区分別給付費（1ヶ月平均）の推移

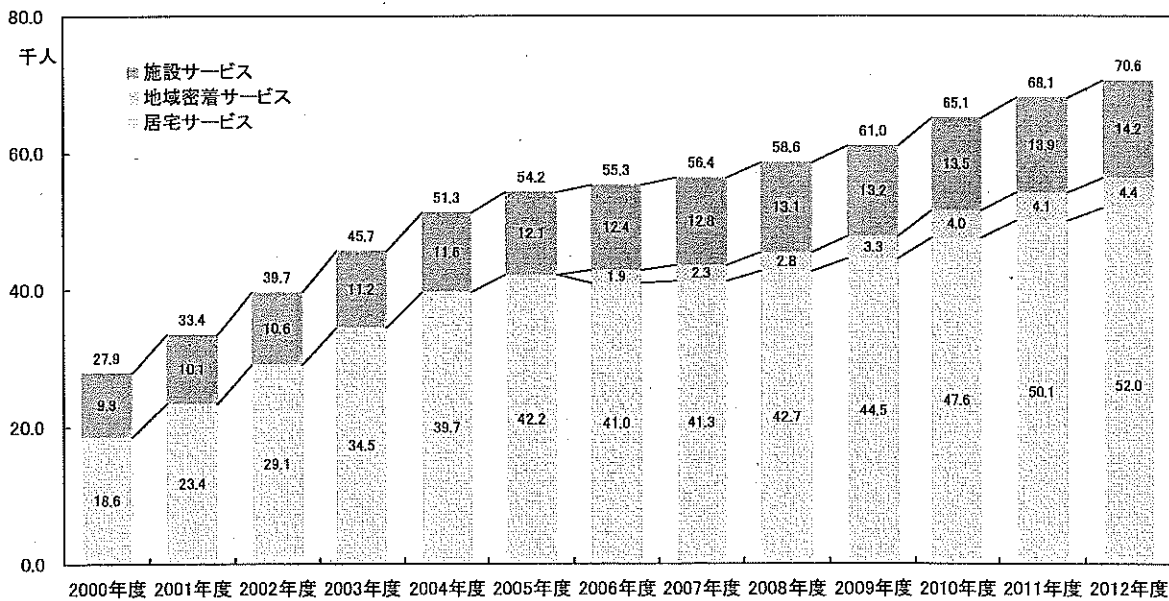


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」

※特定入所者介護サービス費。高額介護サービス費を含まない。

※各年度とも3月から2月サービス分の平均、ただし、2000年度及び2006年度（地域密着サービスのみ）については、4月から2月分の平均。

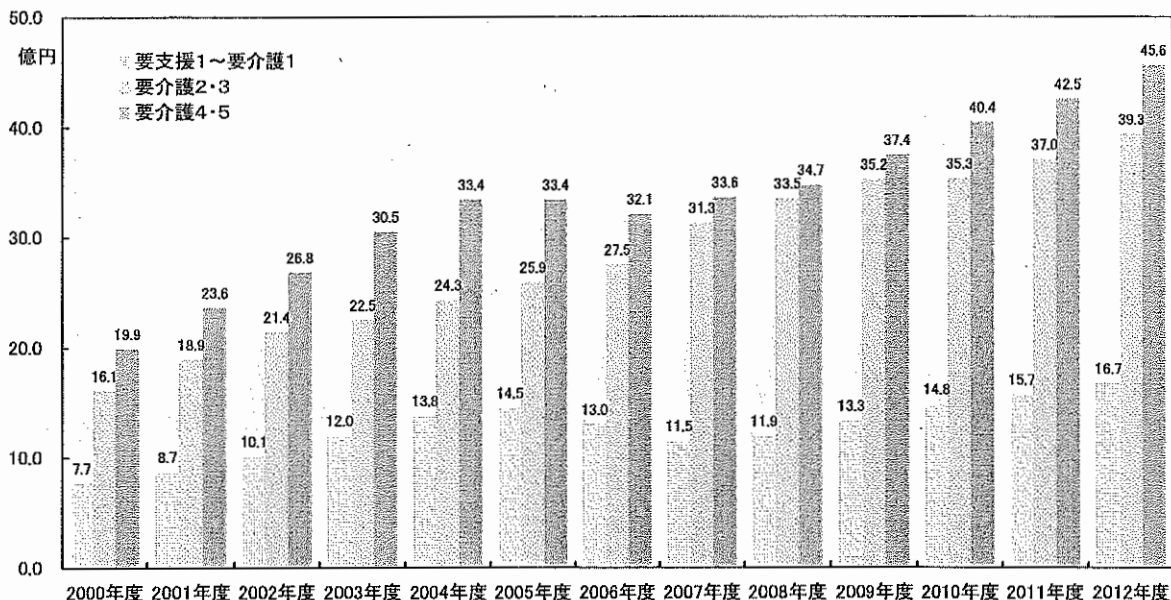
・三重県のサービス3区分別受給者数（1ヶ月平均）の推移



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」

※各年度とも3月から2月サービス分の平均、ただし、2000年度及び2006年度（地域密着サービスのみ）については、4月から2月分の平均

・三重県の要介護度3区分別給付費（1ヶ月平均）の推移

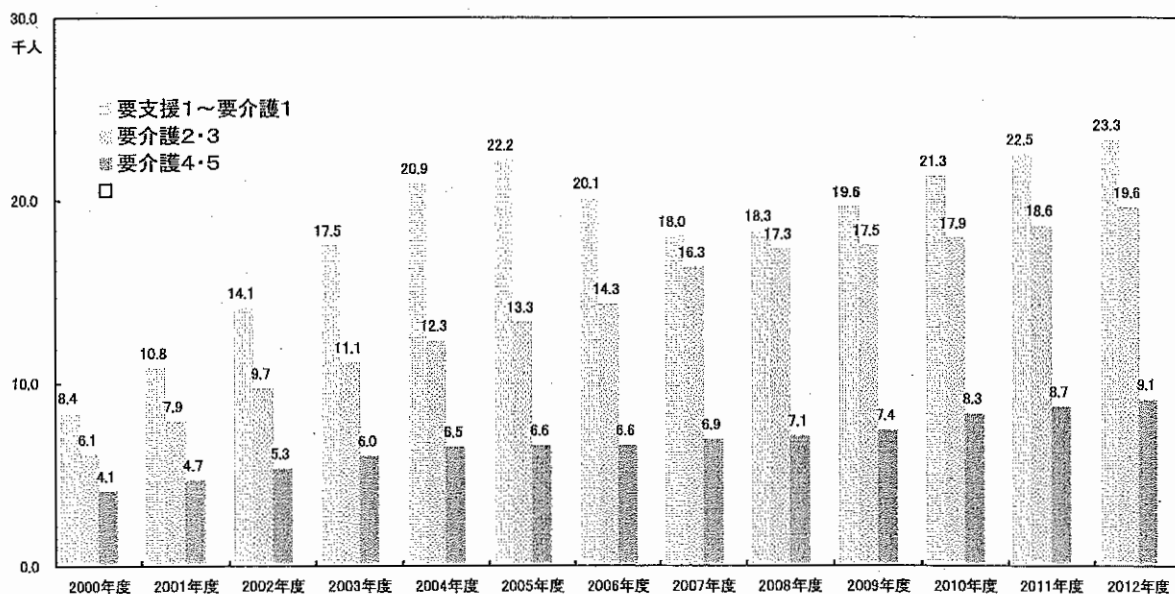


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」

※特定入所者介護サービス費。高額介護サービス費を含まない。

※各年度とも3月から2月サービス分の平均、ただし、2000年度については、4月から2月分の平均。

・三重県の要介護度3区分別居宅サービス受給者数（1ヶ月平均）の推移

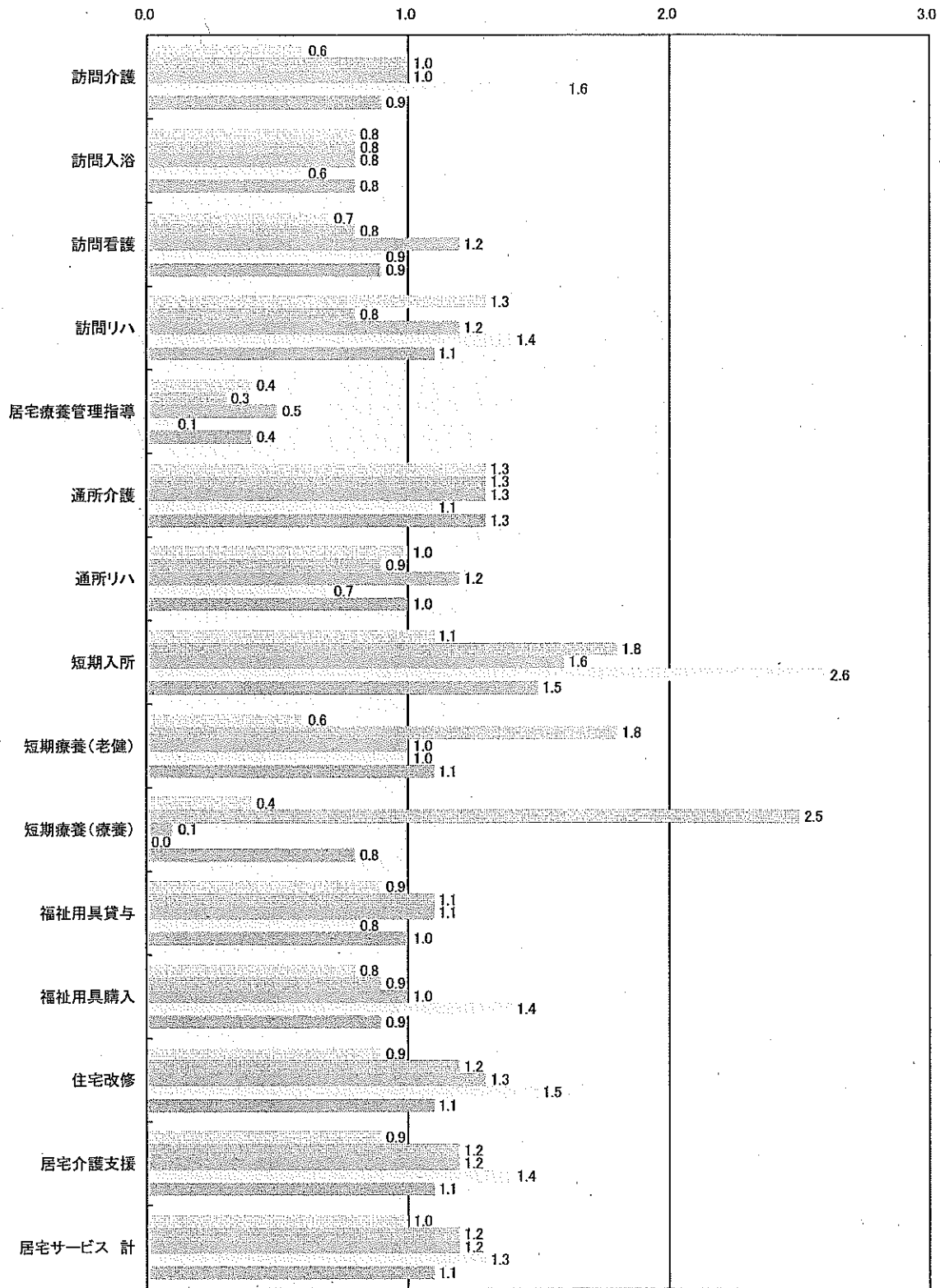


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報」

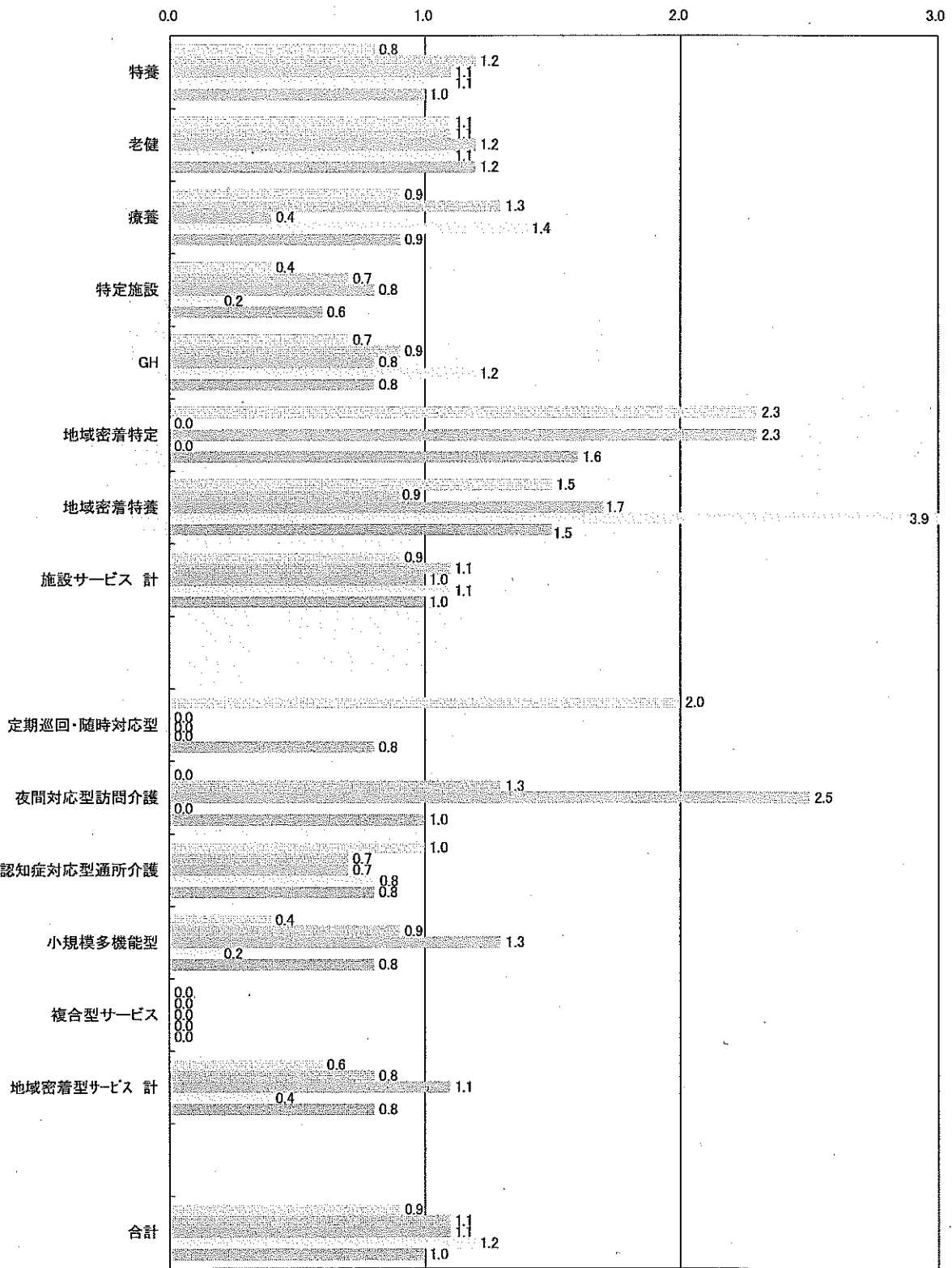
※各年度とも3月から2月サービス分の平均、ただし、2000年度については、4月から2月分の平均

三重県のサービス種類別第1号被保険者一人あたり年間給付費

(全国を1.0とした場合の指数)



北勢 計 中勢伊賀 計 南勢志摩 計 東紀州 計 三重県



北勢計 中勢伊賀計 南勢志摩計 東紀州計 三重県

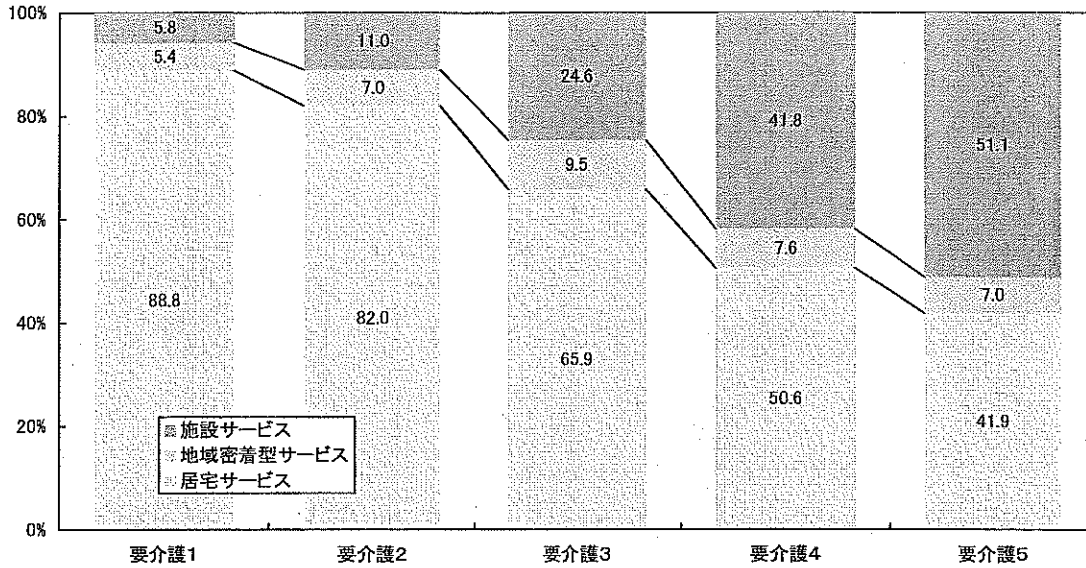
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成21年度）」

※特定入所者介護サービス費。高額介護サービス費を含まず。

※平成21年3月から平成22年2月サービス分の累計

・三重県の要介護度別受給者数の構成割合

平成 24 年度累計（平成 24 年 3 月サービス分から平成 25 年 2 月サービス分まで）



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成 24 年度）」

・三重県の要介護度別介護サービス利用状況

	合計	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1	通所介護 32.3%	通所介護 21.4%	通所介護 28.6%	通所介護 42.1%	通所介護 41.9%	福祉用具貸与 38.2%	福祉用具貸与 34.4%	福祉用具貸与 31.8%
2	福祉用具貸与 27.0%	訪問介護 15.6%	訪問介護 19.6%	訪問介護 24.0%	福祉用具貸与 36.7%	通所介護 36.7%	通所介護 25.2%	介護人材確保 26.1%
3	訪問介護 21.3%	福祉用具貸与 8.9%	福祉用具貸与 18.1%	福祉用具貸与 19.0%	訪問介護 26.1%	訪問介護 21.6%	介護人材確保 21.7%	訪問介護 19.5%
4	通所中心サービス 8.9%	通所中心サービス 5.2%	通所中心サービス 7.9%	通所中心サービス 10.6%	通所中心サービス 12.6%	短期入居生活介護 15.0%	訪問介護 18.2%	通所介護 17.3%
5	介護人材確保 8.2%	居宅介護管理 1.1%	訪問看護 1.9%	短期入居生活介護 4.9%	短期入居生活介護 9.0%	介護老人保健施設 11.5%	介護老人保健施設 14.6%	介護老人保健施設 14.3%

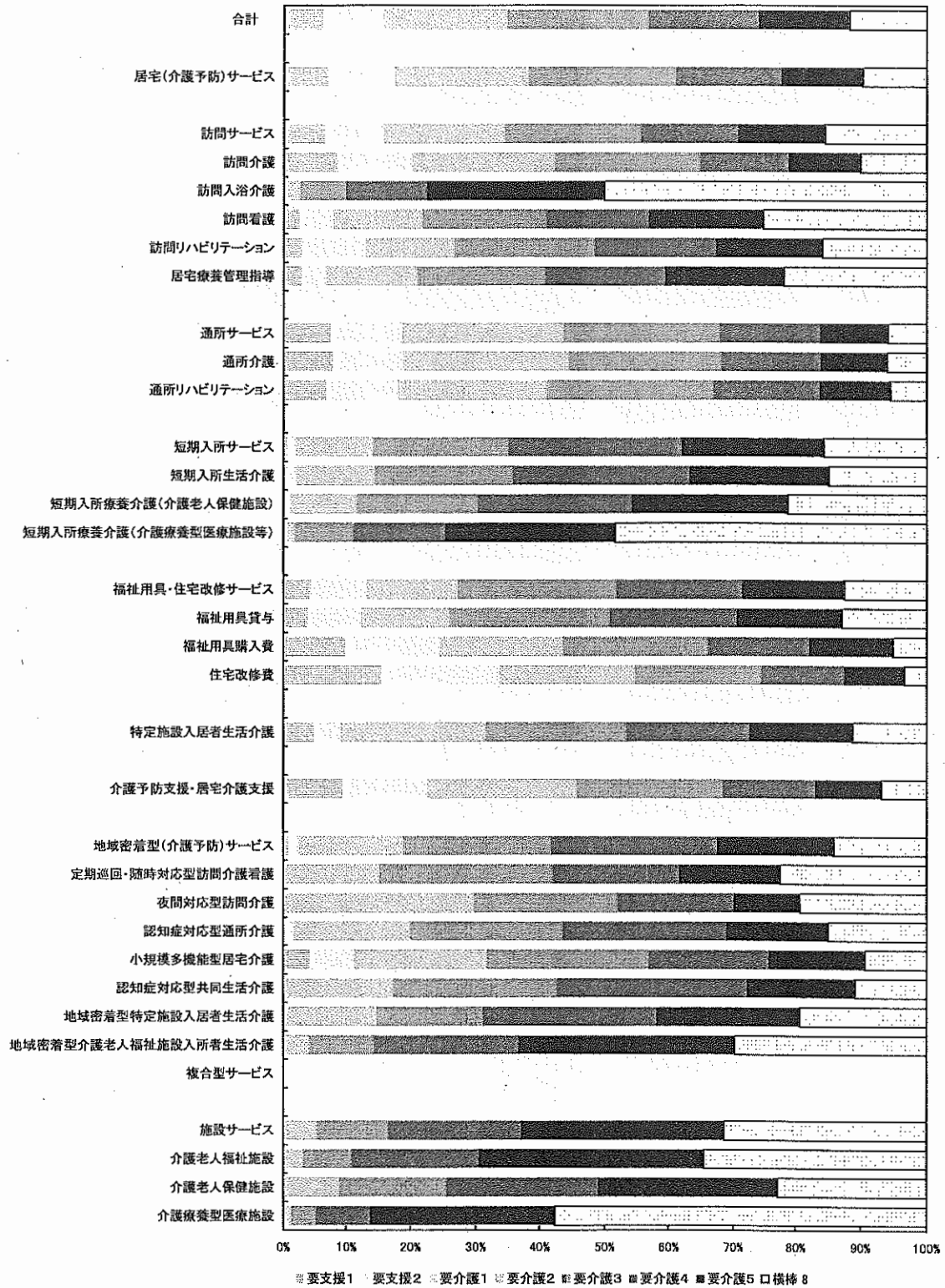
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成 24 年度）」

※表は、要介護度ごとに 2012 年 3 月～2013 年 2 月サービスにかかる利用件数の 1 ヶ月平均を平成 24 年度末の認定者数で

除して得た率が高い順に 5 つを記載

・三重県のサービス種類ごとの要介護度別受給者数の構成

平成24年度累計（平成24年3月サービス分から平成25年2月サービス分まで）



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告年報（平成24年度）」

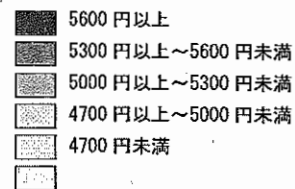
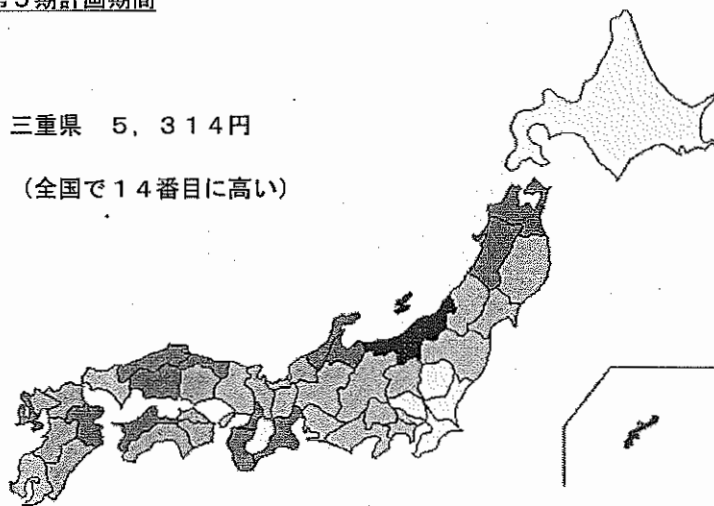
5 三重県の介護保険財政

・都道府県別第1号保険料基準額（月額）

沖縄県	5,680
新潟県	5,634
石川県	5,546
富山県	5,513
和歌山県	5,501
青森県	5,491
長崎県	5,421
鳥取県	5,420
広島県	5,411
愛媛県	5,379
大分県	5,351
島根県	5,349
秋田県	5,338
三重県	5,314
大阪府	5,306
徳島県	5,282
京都府	5,280
福井県	5,266
岡山県	5,224
香川県	5,195
福岡県	5,165
宮崎県	5,142
熊本県	5,138
佐賀県	5,129
高知県	5,021
東京都	4,992
兵庫県	4,982
山口県	4,978
全国	4,972
鹿児島県	4,946
長野県	4,920
山梨県	4,910
宮城県	4,896
群馬県	4,893
岩手県	4,851
滋賀県	4,796
神奈川県	4,787
山形県	4,784
愛知県	4,768
岐阜県	4,749
静岡県	4,714
福島県	4,705
北海道	4,631
奈良県	4,592
茨城県	4,528
埼玉県	4,506
千葉県	4,423
栃木県	4,409

第5期計画期間

三重県 5,314円
(全国で14番目に高い)

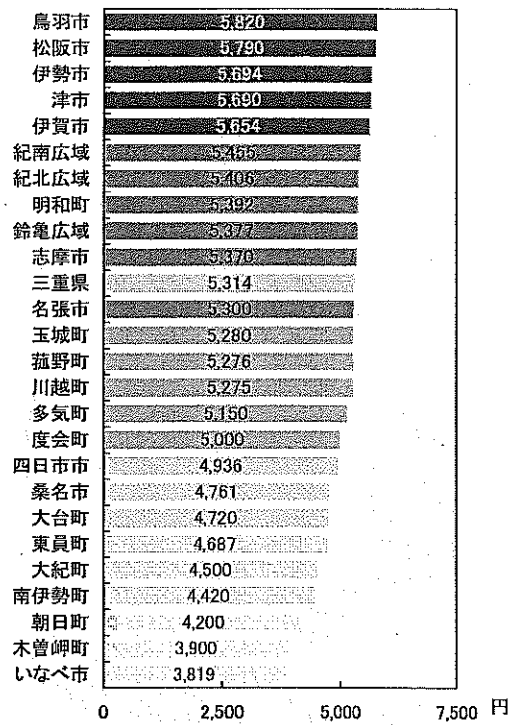
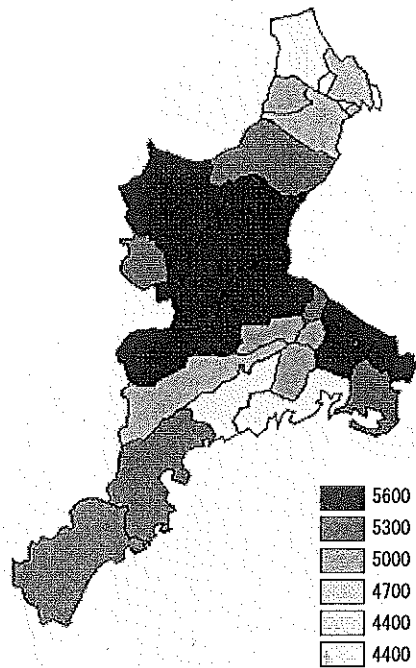


資料：厚生労働省老健局調べ

※第1号被保険者1人あたり年間給付費＝年間給付費÷年度末第1号被保険者数

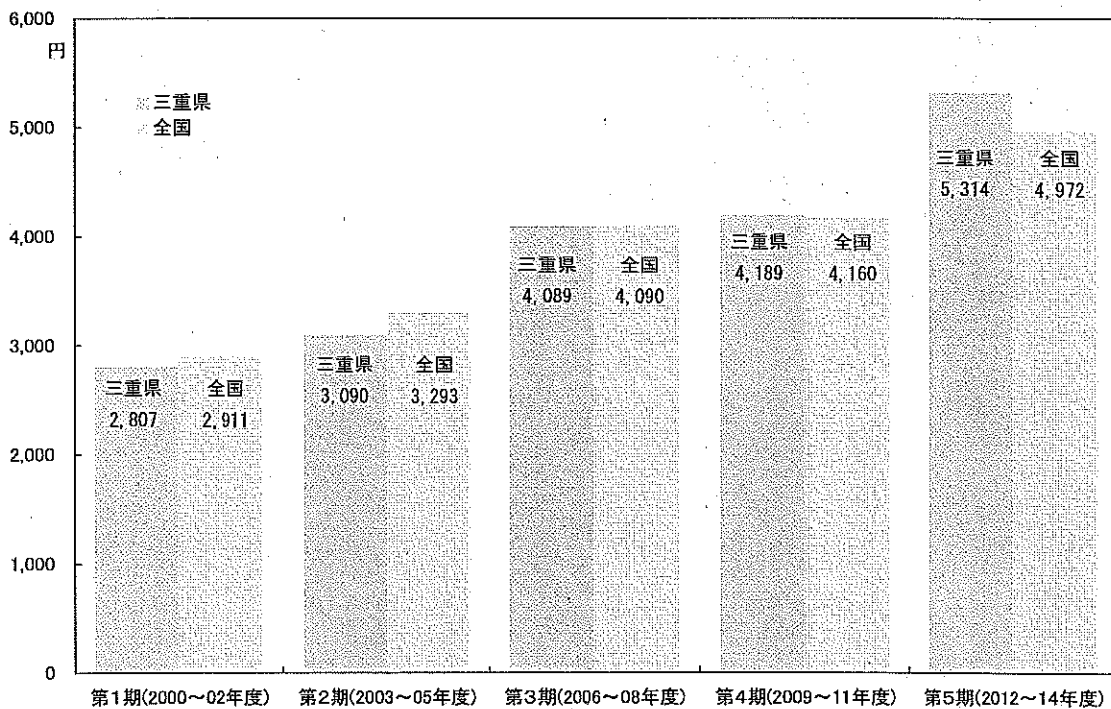
・三重県の保険者別第1号保険料基準額（月額）

第5期計画期間



資料：三重県 健康福祉部 長寿介護課調べ

・三重県の第1号保険料基準額（月額）の推移



資料：三重県 健康福祉部 長寿介護課調べ

参考資料 2 策定の歩み

1 改訂の経緯（国(厚生労働省)、市町・広域連合との関連）

開催日	事 項
平成 25 年 7 月 29 日	・第 6 期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議（厚生労働省）
平成 26 年 2 月 25 日	・全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（厚生労働省）
平成 26 年 3 月 10 日	・市町等介護保険・高齢者保健福祉担当者会議
平成 26 年 7 月 28 日	・全国介護保険担当課長会議（厚生労働省）
平成 26 年 8 月 7 日	・市町等介護保険担当者会議
平成 26 年 10 月 1 日 ～10 月 14 日	・市町等介護保険事業計画の策定に係る意見交換の実施（第 1 回）
平成 26 年 11 月 10 日	・全国介護保険担当課長会議（厚生労働省）
平成 26 年 11 月 20 日	・市町等介護保険担当者会議
平成 26 年 12 月 12 日 ～ 12 月 24 日	・市町等介護保険事業計画の策定に係る意見交換の実施（第 2 回）
平成 27 年 1 月 20 日 ～ 2 月 18 日	・パブリックコメントの実施
平成 27 年 3 月 2 日、 3 日	・全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（厚生労働省）
平成 27 年 3 月 11 日、 13 日	・市町等介護保険・高齢者保健福祉担当者会議

2 三重県社会福祉審議会 高齢者福祉専門分科会における検討

経過

開催日	主な事項
平成 26 年 9 月 12 日	・第 6 期介護保険事業支援計画等の策定について
平成 26 年 11 月 19 日	・第 6 期介護保険事業支援計画等の策定について —「中間案」の審議—
平成 27 年 2 月 13 日	・第 6 期介護保険事業支援計画等の策定について —「最終案」の審議—

委員

(敬称略)

所属等	氏名	備考
鈴鹿市社会福祉協議会事務局長	渥美 秀人	
三重県医師会理事	馬岡 晋	会長
三重県老人クラブ連合会会長	久留原 進	
公募委員	南出 光章	
三重県社会福祉協議会事務局次長兼福祉研修人材部長	朝倉 敬博	
三重県病院協会理事	志田 幸雄	
認知症の人と家族の会三重県支部代表	下野 和子	
三重県老人保健施設協会副会長	鈴木 孝明	
三重県介護支援専門員協会代表理事	高橋 恵美子	
三重県老人福祉施設協会会長	西元 幸雄	
三重県歯科医師会常務理事	羽根 司人	会長代理
三重県地域密着型サービス協議会代表理事	三吉由美子	
三重県地域活動栄養士連絡協議会会長	森本 恵利子	
三重県看護協会専務理事	柳川 智子	
皇學館大学現代日本社会学部教授	山路 克文	

参考資料3 用語解説

あ

インフォーマルサービス

制度に基づいたサービスをフォーマルサービスと呼ぶが、その対語として使われる。ボランティア・NPO・自治会等地域住民もしくは近隣住民が行う、高齢者の見守りその他ボランティア活動など地域の自発的なサービスのこと。

か

介護給付適正化計画

①市町の広域支援と、事業者の指定・監査を行う県の事業運営、②市町が保険者として取り組んでいる事業運営、について、考え方や目標等を整理し、県と市町が一体となって介護保険制度の適正運営を確保することを狙いとして策定した実施計画。

介護サービス情報の公表

介護保険は、サービスの利用者自らが介護サービス事業者を選択し、契約によりサービスを利用する制度であるが、利用者がサービスを利用する際に、必要とされるサービスに関する情報が不足していることから、平成18年4月より介護サービスの内容や運営状況に関する情報をホームページにおいて公表し、利用者が各事業所の介護サービス情報を比較検討し、自分にあった事業者を選択することができるよう情報を提供する制度。

介護支援専門員

介護保険制度で、要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市町・サービス事業者・施設などとの連絡調整を行う者で、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者。都道府県知事が行う介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、介護支援専門員実務研修の課程を修了して、都道府県知事の登録を受けることが必要。また、介護支援専門員証は5年の有効期間が設けられており、更新時の研修が義務づけられています。

介護職員基礎研修

介護職員として介護サービスに従事しようとする者を対象とした基礎的な職業教育として、対人理解や対人援助の基本的な視点と理念、専門的な職業人として職務にあたる上での基本姿勢、基礎的な知識・技術等を修得させる内容となっており、講義・演習を360時間、施設等における実習を140時間の合計500時間の課程となっている。平成24年度末をもって実務者研修へ一本化される。

介護福祉士

介護福祉士の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障がいがあることにより日常生活を営むのに支障がある者に入浴、排泄、食事その他の介護を行い、介護サービス利用者や介護者を指導することを業とする者。

実務者研修

認知症高齢者の増加、成年後見・権利擁護への対応など、介護福祉士に新しい役割が求められている中で、3年以上の実務経験者に係る介護福祉士の資格取得方法について、実務経験だけでは十分に修得できない知識・技術を身に付けることが必要であり、「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（平成19年改正）において、実務経験3年に加え6月以上の実務者研修の受講が新たに義務付けられた。

介護保険事業計画

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を図るため、厚生労働大臣が定める基本指針に則して、市町等が3年を1期として策定する計画。主な策定事項は次のとおり。

- ・日常生活圏域ごとの各年度の認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- ・各年度における地域支援事業の量の見込み

介護保険事業支援計画

市町等の介護保険運営主体を支援するため、厚生労働大臣が定める基本指針に則して、県が3年を1期として策定する計画である。主な策定事項は次のとおり。

- ・当該都道府県が定める区域ごとに当該区域における各年度の介護専用型

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数、介護保険施設の種類の必要入所定員総数その他の介護給付等対象サービスの量の見込み

介護保険施設	介護保険法による施設サービスを行う施設で、①指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、②介護老人保健施設、③指定介護療養型医療施設(介護療養病床)の3種類があり、施設サービス計画に基づき必要な介護及び日常生活上の世話を行う。
介護予防	高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(発生を予防する)こと、あるいは、要介護状態であっても、状態がそれ以上に悪化しないようにする(維持・改善を図る)こと。
介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)	従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護および介護予防通所介護を、市町村が実施する介護予防・生活支援サービスや一般介護予防事業からなる総合事業へ移行し、地域の実情に応じて、住民主体の多様な主体が参画する多様なサービスを充実することにより、要支援者の自立支援へとつなげていく制度で、平成26年の介護保険法改正により、平成29年4月までに全ての市町で実施することが義務付けられている。
介護老人保健施設	病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設として、都道府県知事の許可を受けたもの。
介護労働安定センター	財団法人介護労働安定センター。介護労働者の雇用管理の改善、能力の開発・向上、その他の福祉の向上を図るための総合的支援機関であり、各県に支部がある。 介護労働講習、介護事業者向け保障制度、雇用管理についての相談援助・情報提供、介護基盤人材確保助成及び介護雇用管理助成等を実施している。
回復期リハビリテーション病棟	平成12年の診療報酬改定により導入されたもので、脳血管障害や骨折の手術・急性期の治療を受けた後の回復期の患者に対して、機能の回復やADL能力の向上を図り、社会や家庭への復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師・看護師・理学療法士・作業療法士等が共同で作成し、そのプログラムに基づきリハビリテーションを集中的に行う病棟。
居宅介護支援	居宅の要介護者が、介護保険の居宅サービスその他の保健医療サービス等を適切に利用できるよう、要介護者の心身の状況や置かれている環境、本人・家族の希望を勘案して居宅サービス計画を作成するとともに、その計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、サービス事業者などとの連絡調整を行うなどの支援を行うこと。
居宅療養管理指導	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護者に対して、医師・歯科医師・薬剤師等が療養上の管理や指導を行う。
グループホーム	認知症高齢者が地域社会において共同生活を営む住居またはその形態。
ケアハウス	軽費老人ホームの一形態。60歳以上(夫婦の場合どちらか一方が60歳以上)で、かつ、身体機能の低下等が認められ、または高齢等のため、独立して生活するには不安が認められる者で、家族による援助を受けることが困難な者が、低料金で利用でき、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を送るよう工夫された施設。
ケアプラン	個々人のニーズに合わせた適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるように、ケアマネジャーを中心に作成される介護計画のこと。
ケアマネジャー	「介護支援専門員」参照。
軽費老人ホーム	無料又は低額な料金で高齢者を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設。
圏域	県介護保険事業支援計画及び高齢者福祉計画において県が設定する広域の

単位(圏域)。高齢者福祉計画において施設整備の調整など広域における調整が不可欠であることから、二次医療圏を一つの目安とされている。老人福祉圏域。

健康診査(特定健康診査)	生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行う健診。
高齢者虐待	高齢者に対して、家族を含む他者から行われる人権侵害の行為。近年、家族やサービス提供における虐待の実態が明らかにされ、その防止は大きな課題となり、平成17年には、いわゆる「高齢者虐待防止法」が成立した。虐待は、「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任(ネグレスト)」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」に分類される。

さ

在宅療養支援診療所	高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、平成18年度から新たに設けられた診療報酬上の制度。①24時間連絡を受ける医師または看護師を配置、②24時間往診・訪問看護が可能な体制を確保、③他の医療機関との連携により在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保するなどの要件を満たす保険医療機関である診療所が対象となりうる。
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者世帯や要介護者等の増加に対応し、高齢者が安心して生活できるバリアフリー構造の新たな高齢者向けの住宅。安否確認や生活相談サービスの提供を必須とした。「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の一部改正により、高齢者円滑入居賃貸住宅(高円賃)、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)及び高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)を一本化して知事への登録制度として、新たに創設された住宅で、高円賃、高専賃、高優賃は平成23年10月20日付けで廃止された。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき組織される地域福祉の増進を目的とする団体。
社会福祉士	身体上又は精神上の障がいがあること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことを業とする者。
主任介護支援専門員	介護支援専門員のうち、所定の研修課程を修了した者。介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務を行う。
小規模多機能型居宅介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。中重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービス提供を行う。
生活習慣病	これまで成人病と言われてきたものを、健康増進と発病予防に各人が主体的に取り組むよう認識を改める呼び方に変えたもの。つまり、「加齢」に着目した「成人病」から、「生活習慣」という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念が健康づくり対策に導入された。
成年後見制度	精神上の障がい(知的障がい、精神障がい、認知症など)により判断能力が十分でない方が不利益を被らないように家庭裁判所に申立てをして、その方を援助してくれる人を付けてもらう制度。法定後見制度と任意後見制度からなり、法定後見制度はさらに後見、保佐、補助の3つに分けることができる。任意後見制度は本人の判断能力が衰える前から利用できるが、法定後見は判断能力が衰えた後でないと利用できない。

た

ターミナル	終末(期)医療、終末(期)ケア。
-------	------------------

短期入所生活介護	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護者に対して、特別養護老人ホームや老人短期入所施設に短期間入所させ、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行う。
短期入所療養介護	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定している居宅の要介護者に対して、介護老人保健施設・介護療養型医療施設などに短期間入所させ、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療などを行う。
地域介護・福祉空間整備交付金	高齢者ができるだけ住み慣れた地域での生活を継続できるように、市町が介護・福祉サービス基盤の面的な整備を進めるのに対して、国から受けられる助成金。
地域ケア・地域包括ケア	住み慣れた自宅や地域において最期まで安心して暮らし続けるため、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、介護サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービス、さらにはインフォーマルサービスを、有機的に結びつけて、切れ目なく提供すること。また、住宅政策とも相まって、高齢者の地域生活全般を支援すること。
地域支援事業	地域で生活する高齢者が、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、要介護状態等となった場合でも地域において自立した日常生活が営むことができるように包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から市町が実施する事業。事業は、①介護予防事業、②包括的支援事業、③任意事業の3つからなる。
地域医療再生臨時特例交付金	地域における医療課題の解決に向けて策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援するため、都道府県に設置した基金。地域医療再生計画とは、医療圏単位での医療機能の強化、医師の確保等の取組その他の地域における医療に係る課題を解決するための施策について都道府県が定める計画である。
地域包括支援センター	平成17年の介護保険法の改正により、新たに地域の高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた機関。主な業務は、①地域包括支援ネットワークづくり（地域に、総合的・重層的なサービスネットワークを構築すること）、②総合相談支援・権利擁護（高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。また、虐待防止など高齢者の権利擁護に努めること。）、③介護予防ケアマネジメント（介護予防事業・予防給付が効果的・効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。）、④包括的・継続的ケアマネジメント支援（高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること）がある。
地域包括支援センター運営協議会	地域包括支援センターの適正、公正かつ中立な運営を確保するために意見をする機関。介護サービス事業者等の代表者及び利用者、被保険者、地域の保健・医療・福祉に関する学識経験者などから組織され、各保険者において設置する。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームのこと。できるだけ居宅の生活への復帰を念頭に置いて、能力に応じ自立した生活が営めるよう、入浴・排泄・食事等の介護、相談と援助、社会生活上の便宜の供与など日常生活上の世話、機能訓練、健康管理と世話を行う。
地域密着型特定施設入居者生活介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。定員29人以下の小規模な有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホームで、入居者が要介護者と配偶者等に限られる介護専用型の特定施設。入居者がその能力に応じ自立した生活が営めるよう、入浴・排泄・食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活相談・助言など日常生活上の世話、機能訓練と療養上の世話を行う。

通所介護	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つでデイサービスのこと。居宅の要介護者に対して、特別養護老人ホームや老人デイサービスセンター等に通わせ、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練を行う。
通所リハビリテーション	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つでデイケアのこと。病状が安定している居宅の要介護者に対して、介護老人保健施設・病院・診療所等の施設に通わせ、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法やリハビリテーションを行う。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う。
特定施設	特定施設入居者生活介護の指定を受けられる施設で、有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホームがある。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホームで、一定の計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護、洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言等の日常生活の世話、機能訓練、療養上の世話をを行う。都道府県知事の指定を必要とする。
特定保健指導	特定健康診査（特定健診）の結果を受けて、生活習慣を改善するための保健指導を行うことで、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、生活習慣病を予防することを目的とする取り組み。
特定福祉用具販売	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護者に対して、入浴や排泄に用いる特定福祉用具の販売をすること。
特別養護老人ホーム	身体上又は精神上の著しい障がいのため常時介護が必要で在宅生活が困難な寝たきり高齢者等を入所させて、入浴・排泄・食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設。介護保険では、介護老人福祉施設として位置づけられている。

な

認知症	一旦正常に発達した知的機能が、脳の器質的な障がいにより低下したり、失われたりすること。記憶力、思考力、判断力等の障がいが見られ、知覚・感情・行動の異常を伴うことも多い。
認知症サポーター	自治体等が実施する「認知症サポーター養成講座」を受講し、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者。
認知症サポート医	認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師。
認知症疾患医療センター	認知症の専門医療機関として県内5か所に設置。認知症の鑑別診断、幻覚・興奮などの周辺症状と身体合併症に対する急性期治療や、認知症に関する心配ごと、困りごとについての相談を受けている。 また、地域の保健医療・介護関係者への研修等を実施し、地域における切れ目のない支援体制を提供するための連携拠点となる。
認知症対応型共同生活介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つでグループホームのこと。認知症の高齢者に対して、共同生活を営む住居において、家庭的な環境の下、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練を行う。

認知症対応型通所介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。認知症の高齢者に対して、特別養護老人ホームや老人デイサービスセンター等に通わせ、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話や機能訓練を行う。
認知症初期集中支援チーム	複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人、およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、早期診断や必要な支援に結び付ける活動をする。
認知症地域支援推進員	認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集、在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施など、地域の実情に応じて認知症の人と家族を支援する事業を実施する者。

は

BPSD	行動・心理症状の略称。認知症において、記憶障害、認知機能障害等の中核症状に伴って現れる精神症状、行動異常のこと。
複合型サービス	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせてひとつの事業所から一体的に提供を行う。
福祉人材センター	福祉サービスに係る人材の確保を図るため、啓発、広報、研修等を実施するとともに、福祉人材バンク（福祉現場から求人の情報を受けるとともに、福祉現場に就職を希望する者を登録し、求人職場に斡旋する事業）を行う組織。
福祉用具貸与	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護者に対して、日常生活上の便宜を図るための用具や機能訓練のための用具の貸与を行う。
訪問介護	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つでホームヘルプサービスのこと。居宅の要介護者に対して、訪問介護員がその居宅を訪問して、入浴・排泄・食事等の介護など日常生活上の世話を行う。
訪問介護員	訪問介護を行う者の資格の一つで、県知事の指定する訪問介護員養成研修の課程を修了した者。ホームヘルパー。
訪問看護	病院・診療所・訪問看護ステーションに所属する看護師・保健師・助産師等が主治医の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うサービス。
訪問看護ステーション	訪問看護を行う事業所、特に、病院・診療所以外の事業所のことをいう。
訪問入浴介護	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。居宅の要介護者に対して、その居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う。
訪問リハビリテーション	介護保険の給付対象となる居宅サービスの一つ。病状が安定している居宅の要介護者に対して、医師の指示に基づき、理学療法士や作業療法士などがその居宅を訪問し、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法やリハビリテーションを行う。
保健師	厚生労働大臣の免許を受け、保健師の名称を用いて、健康の保持増進、疾病の予防・治療、社会復帰、健康教育、健康相談など広く地域住民に対して保健指導を行う者。

ま

三重県医療費適正化計画	高齢社会の到来に対応しながら、県民の健康の保持・増進と生活の質の維持・向上に取り組むことにより、医療費の負担が将来的に過大とならず、誰もが安心して医療サービスを受けられるよう医療費の伸びの適正化を目指す計画。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年度から平成24年度までの5年間を計画期間とする計画。
-------------	---

三重県特別養護老人ホーム入所基準策定指針	特別養護老人ホームでのサービスを受ける必要性が高い入所希望者を優先的に入所させることができるよう各施設が入所基準を作成する上で標準となる三重県としての指針。国が示す指針に基づき作成。
三重県保健医療計画	三重県の保健医療行政推進の基本方針であり、本計画に基づき、県民が生涯を通じて心身ともに健康で、安心して暮らせるよう、県民の立場に立った保健医療サービスの提供を積極的に推進する。
三重の健康づくり総合計画	県で「健康」を戦略的に実現していくため、重点項目の選定や成果の評価にふさわしい「指標」を定めて、「わくわく育ち、イキイキ暮らし、安らかに人生を全うする」をキーコンセプトとした計画。生活習慣病予防を主目的とした第3次国民健康づくり運動である「健康日本21」の県計画という位置付けも兼ねる（平成19年度に一部改訂）。
みえ福祉第三者評価	福祉サービスの内容などを利用者・事業者以外の第三者（評価機関）が評価を行い、「評価結果」を出すとともに、事業者自らが提供しているサービスを評価する「自己評価」を行い、事業者自らが課題点、問題点等の「気づき」につなげ、「改善計画」を策定し、それを実行することにより「福祉サービスの質の向上」を図ることを目的とした、三重県独自の評価制度。この制度は各事業者が自主的に受審するものであり、強制的に行われるものではない。評価機関による「評価結果」と事業者による「改善計画」は広く県民の方に公表している。
みえ地域ケア体制整備構想	療養病床の再編を契機とし、今後の更なる高齢化の進展をふまえ、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の総合的なサービス提供体制の将来像等を示した構想。平成19年12月に策定。
民生委員	低所得者や高齢者などの生活状況を把握し、必要な援護活動や心配事相談を行うなど地域福祉の増進のために広範な活動を行う。法に基づいて設置された民間奉仕者。
メタボリックシンドローム	肥満症や高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病は、それぞれが独立した別の病気ではなく、肥満（特に内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満））が要因の1つである。このように、内臓脂肪型肥満によって、さまざまな病気が引き起こされやすくなった状態。

や

夜間対応型訪問介護	介護保険の給付対象となる地域密着型サービスの一つ。居宅の要介護者が夜間でも安心してその居宅で生活できるよう、定期的な巡回や緊急の通報により居宅を訪問し、訪問介護員が入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話を行う。
有料老人ホーム	老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、常時1人以上の老人を入所させて、生活サービスを提供することを目的とした施設（特別養護老人ホーム等の老人福祉施設ではないものを指す）。
ユニットケア	施設の居室をいくつかのグループに分けて、それを1つの生活単位（ユニット）として、小人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行うこと。
養護老人ホーム	環境上の理由及び経済的理由により在宅での生活が困難な高齢者の利用施設。

ら

療養病床

主として高齢者など長期にわたり療養を必要とする患者のための一群の病床として、病院又は診療所の病床の中から都道府県知事の許可を受けたもの。長期療養患者に適した員数の医師・看護師等を配置し、機能訓練室・談話室等を設置することとされている。療養病床には、医療保険適用（医療療養病床）と介護保険適用（介護療養病床）があるが、医療制度改革により介護療養病床は2011（平成23）年度末に廃止されることとなっていたが、老人保健施設などへの転換が進んでいないことから、2017（平成29）年度末まで6年間、廃止期限が猶予された。

