

みえ高齢者元気・かがやきプラン

第 8 期三重県介護保険事業支援計画・第 9 次高齢者福祉計画

(最終案)

令和 3 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	2
2 プランのめざすべき方向性	4
3 策定のための体制	7
4 プランの評価について	7
5 関係計画間の整合・調和	8
6 老人福祉圏域	10
7 広報	12
第2章 プラン策定にあたっての考え方	13
1 高齢者の現状	
（1）高齢者の増加	14
（2）要介護者等の増加	15
（3）高齢者の単身世帯・夫婦世帯の状況	16
（4）認知症高齢者の増加	17
2 高齢者を取り巻く状況	
（1）県民の介護に対する意識	18
3 計画の考え方	
（1）市町と県の役割・連携	22
（2）介護保険制度の改正	23
（3）地域包括ケアシステムの深化・推進	25
（4）持続可能な社会保障制度	28
第3章 具体的な取組	29
1 介護サービス基盤の整備	
（1）介護サービス基盤の整備	30
2 地域包括ケアシステム推進のための支援	
（1）地域包括支援センターの機能強化	54
（2）介護予防・生活支援サービスの充実	62
（3）在宅医療・介護連携の推進	78
【コラム】人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）	84
【コラム】新型コロナウイルス感染防止に配慮したつながり支援の事例	91

3	認知症施策の推進	
	(1) 地域支援体制の強化と普及啓発 ～「共生」の取組	93
	(2) 医療・介護サービスの充実と予防 ～「予防」の取組	104
	【コラム】WHOガイドライン「認知機能の低下および認知症のリスク低減」	113
4	安全安心のまちづくり	
	(1) 高齢者の社会参加	114
	(2) 高齢者にふさわしい住まいの確保	120
	(3) 権利擁護と虐待防止	126
	(4) 高齢者の安全安心	136
	【コラム】「三重県高齢者等の移動手手段の確保等に向けた地域モデル事業」 の各取組(福祉分野等との連携分)	139
	(5) 災害に対する備え	146
	【コラム】災害時における福祉支援体制の構築	149
	(6) 感染症に対する備え	150
5	地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保および業務効率化の取組	
	(1) 介護人材の確保・定着	154
	【コラム】元気な高齢者による「介護助手」の取組	162
	(2) 介護職員等の養成および資質向上	163
	(3) 介護の担い手に関する取組	170
	(4) 業務効率化の取組	171
6	介護保険制度の円滑な運営と介護給付の適正化	
	(1) 介護保険制度の円滑な運営	173
	(2) 介護給付の適正化	186
第4章 地域医療構想区域ごとの概況		197
第5章 計画の目標		257

第 1 章

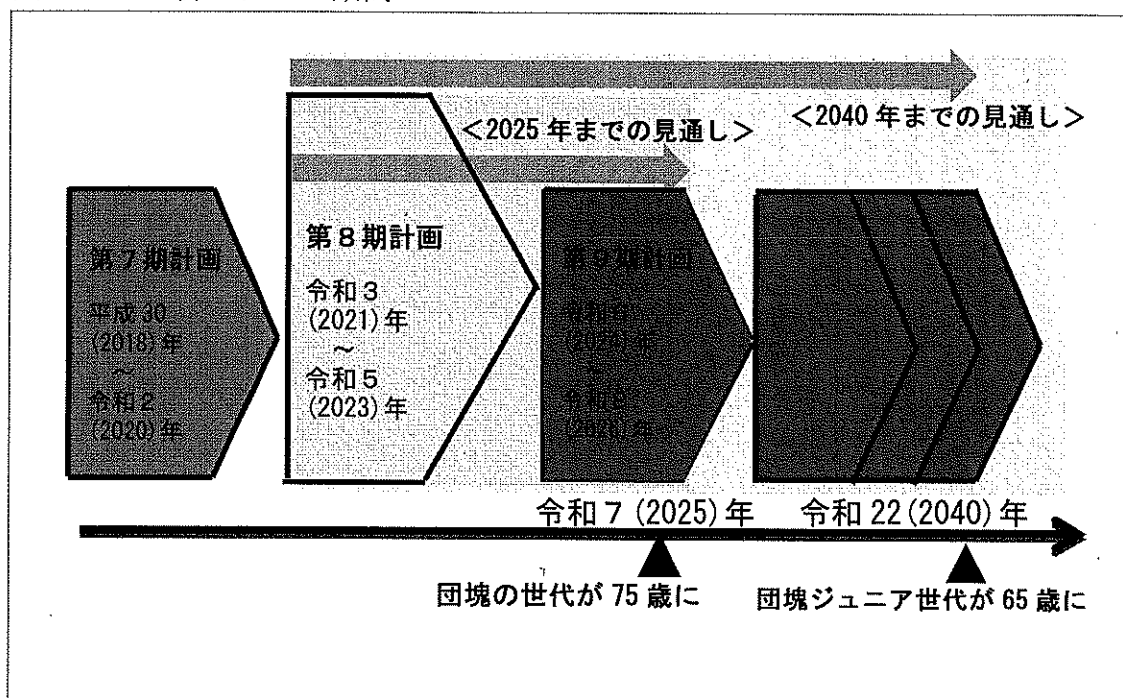
プラン策定の基本方針

1 策定の趣旨

- わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。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、令和元（2019）年 10 月 1 日現在で 28.4%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 29（2017）年推計）」によれば、高齢化率は令和 7（2025）年には 30.0%、令和 22（2040）年には 35.3%になると推計されています。
- 本県の高齢化率は、令和元（2019）年 10 月 1 日現在で、29.7%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 30（2018）年推計）」によると、令和 7（2025）年には 31.2%、令和 22（2040）年には 36.9%になると推計されています。
- このような高齢化に加え、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。
- 本県は、介護保険制度を中心として、県民や市町および広域連合（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、令和 2（2020）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つつ、令和 3（2021）年度から令和 5（2023）年度までを計画期間とするプランに改定します。
- 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 8 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 9 次）」を一体とした計画として策定します。
- 令和 7（2025）年には団塊の世代全てが 75 歳以上となるほか、令和 22（2040）年には団塊ジュニア世代が 65 歳以上になるなど、人口の高齢化は、今後さらに進展することが見込まれています。一方、75 歳以上の人口は、都市部では急激に増加し、もともと高齢者人口の多い地域でも緩やかに増加するなど、各地域の状況は異なってきます。第 7 期計画では、市町等がそれぞれの地域課題を分析し、自立支援・重度化防止に向けて取り組んでいけるよう支援す

るなど地域包括ケアシステムの深化・推進を図りましたが、第8期計画では、介護予防や認知症施策の推進等により地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進を図るとともに、システム全体を支える介護人材の確保等に総合的に取り組むことで、地域共生社会の実現をめざします。

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社会」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、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組むことで、地域共生社会の実現を図ります。
- 具体的には、次の6つを柱に「地域包括ケアシステム」のさらなる深化・推進を図ります。

1 介護サービスの基盤整備

- ・施設サービスを必要とする高齢者が依然として多いことから、優先度の高い人が適正に施設へ入所できるよう、入所基準の適正な運用に向けた取組を行うとともに、特別養護老人ホーム等の介護基盤の整備を進めます。また、住み慣れた地域で必要なサービスを受けられるよう、地域密着型サービスの充実に向けて市町を支援します。
- ・平成30(2018)年に創設された「介護医療院」等へ、介護療養型医療施設が円滑に転換等を行えるよう支援します。

2 地域包括ケアシステム推進のための支援

①地域包括支援センターの機能強化

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた中核的な役割を担う、地域包括支援センターの体制強化を図るため、研修会の開催や地域ケア会議へのアドバイザー派遣などを行い、機能強化に努めます。

②介護予防・生活支援サービスの充実

- ・介護予防の取組を進めるため、住民主体の通いの場について、機能の多様化や他事業との連携等により一層の充実を図られるよう、市町の取組を支援します。
- ・保険者機能強化推進交付金等の評価指標の活用を市町に促し、PDCAサイクルに沿った事業の推進を支援することで、高齢者の自立支援・重度化防止等に係る効果的な取組につなげます。
- ・高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施し、地域全体で高齢者を支えることができるよう、人材育成やデータ分析、事業・企画立案等により、市町の取組を支援します。
- ・生活支援コーディネーター養成のための研修会を開催するとともに、就労的活動支援についても周知啓発を行い、ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加の促進を図ります。

③在宅医療・介護連携の推進

- ・在宅医療体制の整備に係る取組を推進するとともに、市町が在宅医療・介護連携について主体的に課題解決を図り、PDCAサイクルに沿った取組を進めることができるよう、伴走型の支援を行います。
- ・要介護者等に対するリハビリテーションサービスの提供体制について、地域包括ケア「見える化」システムを用いて分析・評価することで、市町に対する効果的な支援につなげます。

3 認知症施策の推進

①地域支援体制の強化と普及啓発～「共生」の取組

- ・認知症サポーターを養成するとともに、見守りや家族支援への協力など、認知症

サポーターの地域でのさらなる活躍に向け、市町と連携してステップアップ講座を開催します。

- ・認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、「認知症とともに生きる希望宣言」について、「認知症本人大使（希望宣言大使）（仮称）」を創設すること等により、地域で暮らす本人とともに普及啓発に取り組みます。
- ・地域の中で認知症サポーターを組織化し、認知症の人やその家族のニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みであるチームオレンジの構築を支援します。
- ・若年性認知症の人とその家族に対する切れ目のない支援体制づくりに取り組みます。

②医療・介護サービスの充実と予防～「予防」の取組

- ・認知症の発症遅延や発症リスク低減につなげるため、SIB（ソーシャル・インパクト・ボンド）を活用した認知症予防について、これまでの調査研究等をふまえ、市町との共同事業への導入に取り組みます。
- ・地域における高齢者の通いの場の拡充を支援するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進します。
- ・認知症ITスクリーニングを実施し、認知症の早期診療・介入を行う地域をさらに拡大し、事業の広域展開を進めるとともに、医療・介護のネットワークを活用することで、病診連携や医療・介護の連携の推進を図ります。

4 安全安心のまちづくり

- ・必要な人が成年後見制度を利用できるよう、市町による成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画の策定や、地域連携ネットワークの中核となる機関の設置等について支援します。
- ・有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に対する指導・助言を行い、サービスの質の確保に努めます。
- ・高齢者虐待の未然防止に向け、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。
- ・地震の発生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例が頻発していることから、防災対策や高齢者が安心して過ごせる場の確保の取組を進めます。
- ・介護事業所等における感染症防止対策について必要な支援を行うとともに、高齢者入所施設が介護サービスを継続して提供できるよう、関係団体と連携し、感染症発生時における応援体制の強化に取り組みます。

5 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保および業務効率化の取組

①介護人材の確保・定着

- ・三重県福祉人材センターにおいて、無料職業紹介や職場説明会等を行うとともに、キャリア支援専門員を配置して、就職希望者と事業所のマッチング支援や働きやすい職場づくりの支援を行います。
- ・介護未経験者が介護に関する基本的な知識・技術を学ぶ入門的研修を実施し、介護分野への多様な人材の参入を促進します。
- ・介護職員等の離職防止のための相談体制の整備を進めるとともに、介護助手を含めた介護人材の参入環境の整備・定着促進を支援します。
- ・外国人介護人材が県内の介護現場において、円滑に就労・定着できるよう、技能実習生及び1号特定技能外国人の介護技能向上等のための集合研修を実施します。

②介護職員等の養成及び資質向上

- ・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支援を行い、キャリアパス対応生涯研修、業種別研修、課題別専門研修等を実施します。

③介護の担い手に関する取組

- ・地域の元気高齢者が介護助手として介護職員の周辺業務を担うことで、介護職員

の負担軽減と専門職化が可能となる介護助手の導入を推進します。

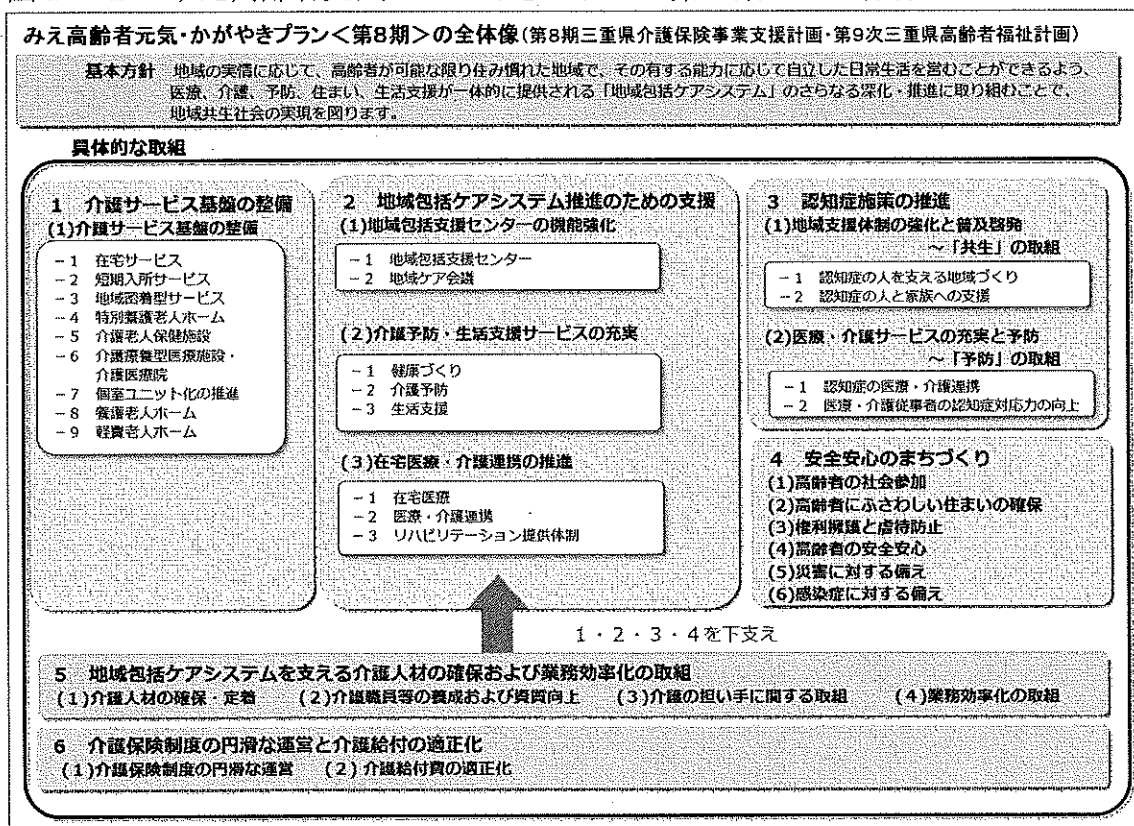
④業務効率化の取組

- ・介護職場における業務仕分け（介護の専門性の高い業務とその周辺業務）を行い、介護助手が介護職員の補助的な業務を担うことで、介護職場の業務の効率化が図られる介護助手の導入を推進します。
- ・介護現場においてICTや介護ロボットを導入するにあたり、地域医療介護総合確保基金に基づく導入支援を行うことで、職場環境の改善や介護従事者の負担軽減に取り組みます。

6 介護保険制度の円滑な運営と介護給付の適正化

- ・介護保険制度の円滑な運営に資するため、保険者に対し必要な助言を行うとともに、介護給付費負担金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みます。
- ・介護給付の適正化に向け、市町が行うケアプランや給付実績を活用した点検等の取組について、研修会の開催、アドバイザーの派遣等により支援します。

図1-2 みえ高齢者元気・かがやきプラン<第8期>の全体像



○ わが国では、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり、参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現をめざしており、その視点もふまえて取組を進めます。

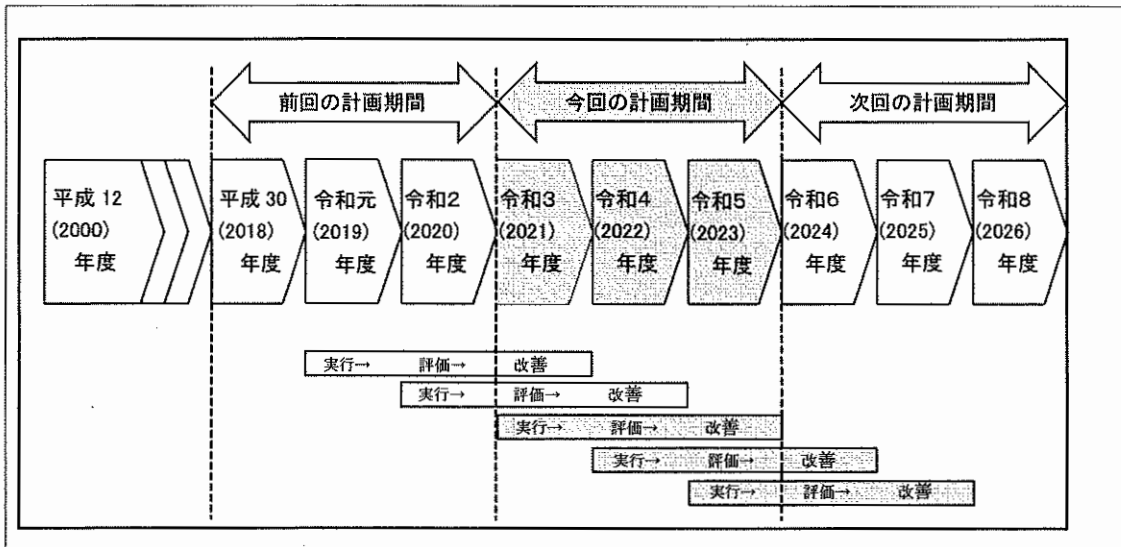
3 策定のための体制

- 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・審議いただきました。
- 令和2（2020）年10月に市町等へのヒアリングを行い、市町等が策定する介護保険事業計画（第8期）との整合を図りました。
- 令和2（2020）年12月～令和3（2021）年1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した。

4 プランの評価について

- 平成30（2018）年施行の介護保険法等改正により、県は市町等による自立支援等施策への支援に関し、県が取り組むべき施策の実施状況およびその目標の達成状況に関する調査および分析を行い、プランの実績に関する評価を行うこととし、その評価の結果を公表するよう努めるとともに、管内市町等の評価の結果とあわせ厚生労働大臣に報告することと規定されています。
- 本県では、プランについて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1-3 新プランの期間とPDCAサイクル

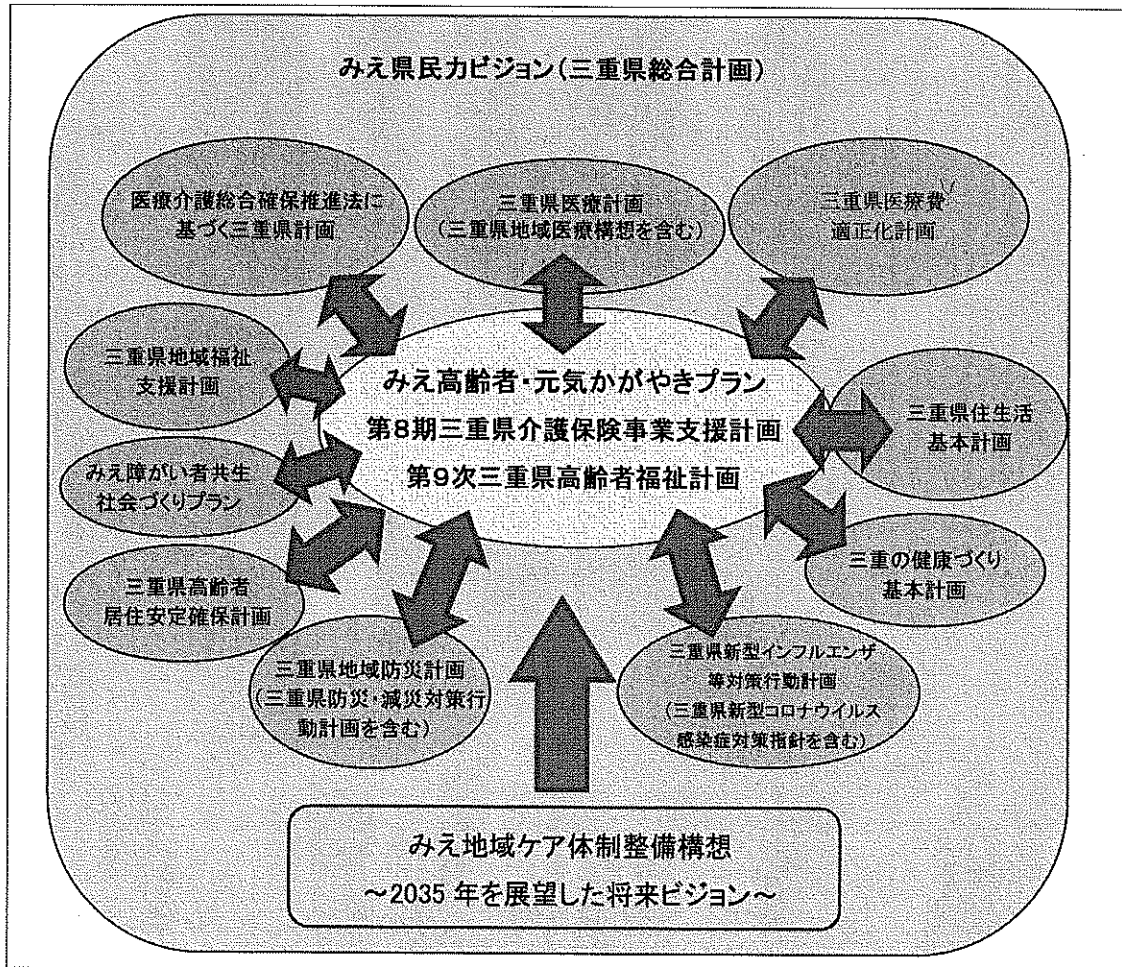


5 関係計画間の整合・調和

- 令和2（2020）年度は本プランの改定と「三重県医療計画」の中間見直しが同時に行われます。病床の機能の分化および連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、両計画の整合性の確保を図りました。具体的には、医療・介護関係団体および市町等担当者による「医療・介護体制整備に係る協議の場」を開催し、計画を策定する上で必要な整合性に関する協議を行いました。また「三重県在宅医療推進懇話会」においても意見をいただきました。
- プランの策定にあたっては、本県の総合計画である「みえ県民力ビジョン」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」との整合性を図るとともに、「三重県地域福祉支援計画」、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」、「三重の健康づくり基本計画」、「三重県医療費適正化計画」、「三重県住生活基本計画」、「三重県高齢者居住安定確保計画」および「三重県地域防災計画」との調和を図りました。
- また、新型コロナウイルス感染症の流行をふまえ、感染症に対する備えについて新たに「三重県感染症対策条例」、「三重県感染症予防計画」および「三重県新型インフルエンザ等対策行動計画」との調和を図りました。

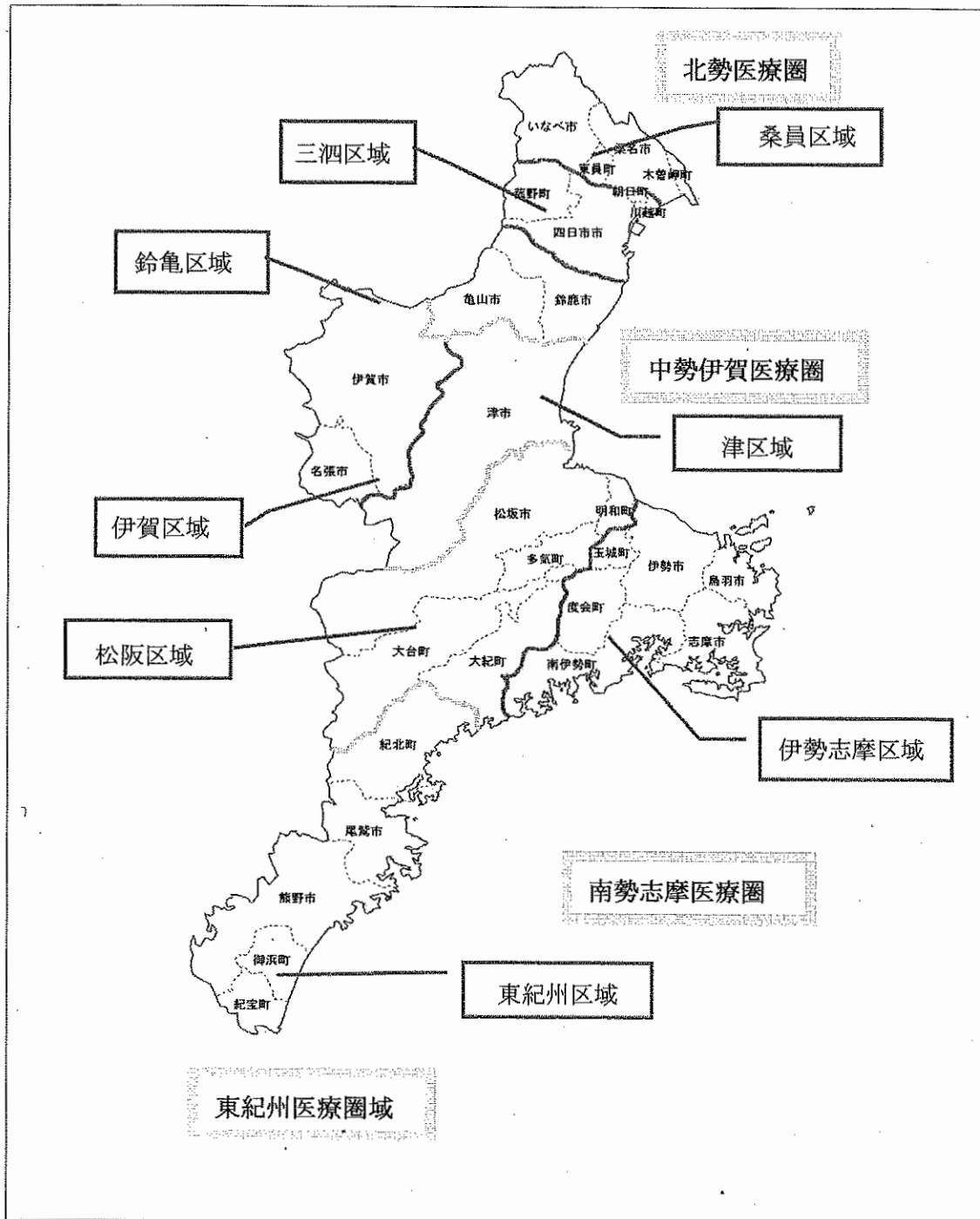
- 本県では、平成 19 (2007) 年度に、本県における地域包括ケアのあるべき姿を示した「みえ地域ケア体制整備構想」を策定しており、その視点やビジョンをふまえて、今回のプランの策定に取り組みました。
- 本県では、平成 29 (2017) 年、「一人ひとり違った個性や能力をもつ個人として尊重され、誰もが希望をもって日々自分らしく生きられる、誰もが自分の目標に向けて挑戦できる、誰もが能力を発揮し、参画・活躍できる社会」をめざして「ダイバーシティみえ推進方針」を策定しており、同方針との調和を図りました。
- 特に、県内人口に占める外国人住民の割合は全国でもかなり高い水準であることから、多文化共生の社会づくりを進める中で、外国人の高齢者に対しても、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの構築に取り組み、地域共生社会の実現をめざす必要があります。

図 1-4 関係計画間の調和



○ 三重県地域医療構想では、4つの二次医療圏をベースとして、8つの地域を「地域医療構想区域」として設定しています。

図1-6 地域医療構想区域



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。
- 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や地域包括ケアシステムの説明を行い、周知を図ります。

第2章

プラン策定にあたっての考え方

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、令和元 (2019) 年 10 月 1 日現在の本県の人口は 1,779,770 人で、前年に比べ 10,606 人 (0.59%) 減少しました。
- このうち 65 歳以上人口は 522,588 人で、前年に比べ 2,489 人 (0.48%) 増加し、65 歳以上人口の割合は 29.7% に上昇しました。また、令和 7 (2025) 年には 534,207 人 (31.2%)、さらに令和 22 (2040) 年には 554,297 人 (36.9%) 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、令和元 (2019) 年に 273,852 人 (15.4%) であったのが、令和 7 (2025) 年には 318,196 人 (18.6%)、令和 22 (2040) 年には 318,680 人 (21.2%) に達する見込みです。
- また、令和元 (2019) 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 43.0% (28,356 人) となっており、以下、南勢志摩圏域 33.3% (144,497 人)、中勢伊賀圏域 30.8% (134,444 人)、北勢圏域 26.1% (215,291 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 (千人)	割合 (%)
		平成 29(2017)年	1,799	226	12.7	1,038	58.3	516	29.0
平成 30(2018)年	1,790	222	12.5	1,029	58.1	520	29.4	267	15.1
令和元(2019)年	1,780	217	12.3	1,020	58.0	523	29.7	274	15.6
令和 7(2025)年	1,710	199	11.6	977	57.1	534	31.2	318	18.6
令和 22(2040)年	1,504	164	10.9	785	52.2	554	36.9	319	21.2

資料 平成 29 (2017) 年、平成 30 (2018) 年、令和元 (2019) 年は三重県戦略企画部統計課「年齢別人口」
令和 7 (2025) 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 30 (2018) 年推計)」

(2) 要介護者等の増加

- 令和2（2020）年9月末現在の要介護（要支援）認定者数は、98,679人となっており、内訳は、要支援者が25,543人、要介護者が73,136人です。
- 介護度別では、要介護1が最も多く22,140人（22.4%）、次いで要介護2が16,045人（16.3%）、要介護3が13,213人（13.4%）となっています。
- 第8期計画期間中（令和3（2021）年度から令和5（2023）年度まで）に要介護（要支援）認定者数は4,717人、要支援者は807人、要介護者は3,910人増加する見込みです。また、令和7（2025）年度には要介護（要支援）認定者数は7,306人、要支援者は1,415人、要介護者は5,891人増加し、令和22（2040）年度には要介護（要支援）認定者数は15,545人、要支援者は2,135人、要介護者は13,410人増加する見込みです。
- また、第8期計画期間中に第1号被保険者数はほぼ変動せず、第2号被保険者数は約8千人減少する見込みです。

図2-2 要支援者数および要介護者数の推移

		令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和7年度 (2025年度)	令和22年度 (2040年度)
第1号被保険者数		530,993	531,478	530,710	530,378	529,631	535,257
第2号被保険者数		596,582	593,613	591,621	588,793	582,085	458,367
認定者総数		98,679	99,993	101,725	103,396	105,985	114,224
要支援者数	要支援1	13,093	12,876	13,031	13,217	13,551	13,751
	要支援2	12,450	12,709	12,934	13,133	13,407	13,927
	小計	25,543	25,585	25,965	26,350	26,958	27,678
要介護者数	要介護1	22,140	21,694	22,090	22,474	23,095	24,786
	要介護2	16,045	17,012	17,296	17,574	18,008	19,642
	要介護3	13,213	13,503	13,732	13,965	14,305	15,919
	要介護4	13,004	13,267	13,555	13,804	14,161	15,815
	要介護5	8,734	8,932	9,087	9,229	9,458	10,384
	小計	73,136	74,408	75,760	77,046	79,027	86,546

資料 第8期介護保険事業（支援）計画策定に向けたワークシート
令和2年度の要介護（要支援）認定者数は「介護保険事業状況報告月報」より

(3) 高齢者の単身世帯・夫婦世帯の状況

- 令和7(2025)年には、「世帯主の年齢が65歳以上の世帯」数は、291,076世帯に達する見込みです。「一般世帯」数に占める割合は40.9%となり、平成27(2015)年に比べると21,233世帯増加する見込みです。
- 高齢者の単身世帯数は97,481世帯で、65歳以上の高齢者のいる世帯数の33.5%を占め、平成27(2015)年に比べると19,937世帯増加する見込みです。
- 世帯主の年齢が65歳以上の夫婦のみ世帯は102,820世帯で、65歳以上の高齢者のいる世帯数の35.3%を占め、平成27(2015)年に比べると3,517世帯増加する見込みです。
- また、高齢者の単身世帯数は、令和7(2025)年には97,481世帯、令和22(2040)年には114,111世帯と増加する見込みに対し、高齢者の夫婦世帯数は、2025年には102,820世帯、2040年には101,530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	世帯主の年齢が65歳以上の世帯数					
		B	B/A	単身世帯数		夫婦のみの世帯数	
				C	C/B	D	D/B
平成22(2010)年度	703,253	234,515	33.3%	65,730	28.0%	86,154	36.7%
平成27(2015)年度	718,934	269,853	37.5%	77,544	28.7%	99,303	36.8%
令和2(2020)年度	719,405	289,726	40.3%	91,483	31.6%	104,327	36.0%
令和7(2025)年度	712,359	291,076	40.9%	97,481	33.5%	102,820	35.3%
令和22(2040)年度	655,899	303,498	46.3%	114,111	37.6%	101,530	33.5%

資料 平成22(2010)年、平成27(2015)年は総務省統計局「国勢調査報告」

令和2(2020)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29年)」

(4) 認知症高齢者の増加

- 認知症とは、病気などいろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったりすることによって、日常生活に支障が生じる症状の総称です。
- 本県における認知症高齢者数は令和2（2020）年に約9万1千人と推計されていますが、今後も高齢化に伴い増加し続け、2025年には約10万人、2040年には約12万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・早期診断による適切なケアと、地域や周囲の人の認知症に対する理解が必要です。
- 認知症が原因で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24年 (2012年)	平成27年 (2015年)	令和2年 (2020年)	令和7年 (2025年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)
全 国	認知症有病率が 一定の場合	462万人	517万人	602万人	675万人	744万人	802万人
			15.7%	17.2%	19.0%	20.8%	21.4%
	認知症有病率が 上昇する場合	15.0%	525万人	631万人	730万人	830万人	953万人
			16.0%	18.0%	20.6%	23.2%	25.4%
三 重 県	認知症有病率が 一定の場合	6.9万人	7.9万人	9.1万人	10.1万人	11.2万人	11.9万人
	認知症有病率が 上昇する場合		8.0万人	9.6万人	11.0万人	12.4万人	14.1万人

※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮利治教授)速報値により算出
 ※三重県数値は、将来推計人口(65歳以上)に上記有病率を乗じた数値

2 高齢者を取り巻く状況

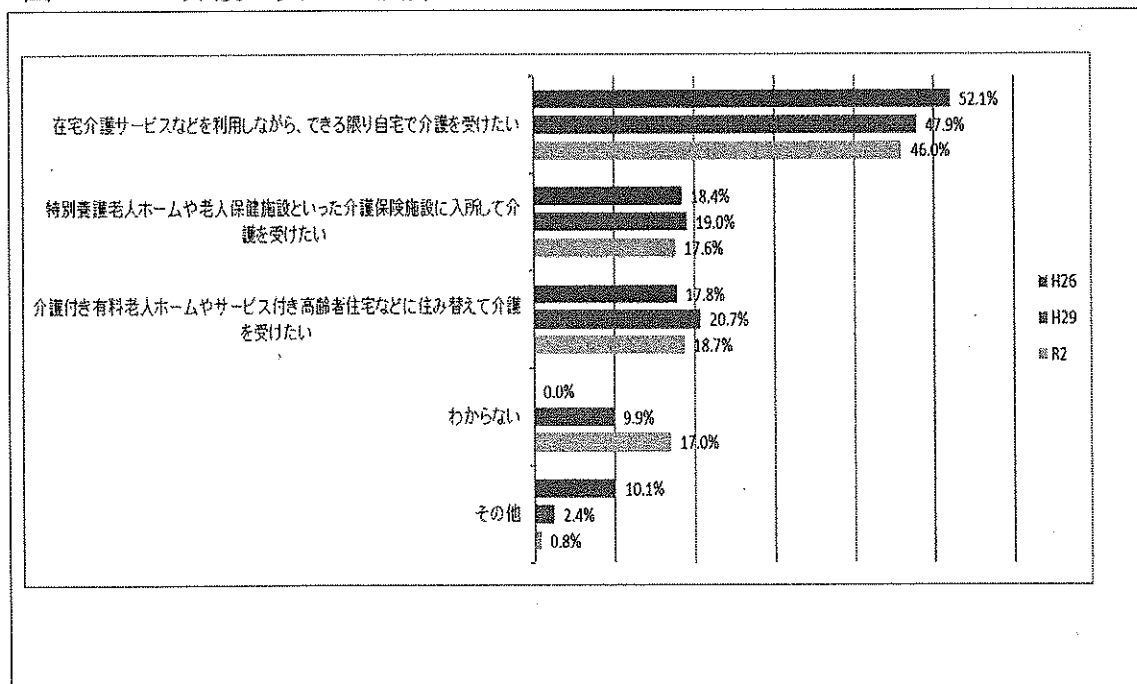
(1) 県民の介護に対する意識

- 令和2（2020）年6月から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46.0%、「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17.6%、「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18.7%となっています。

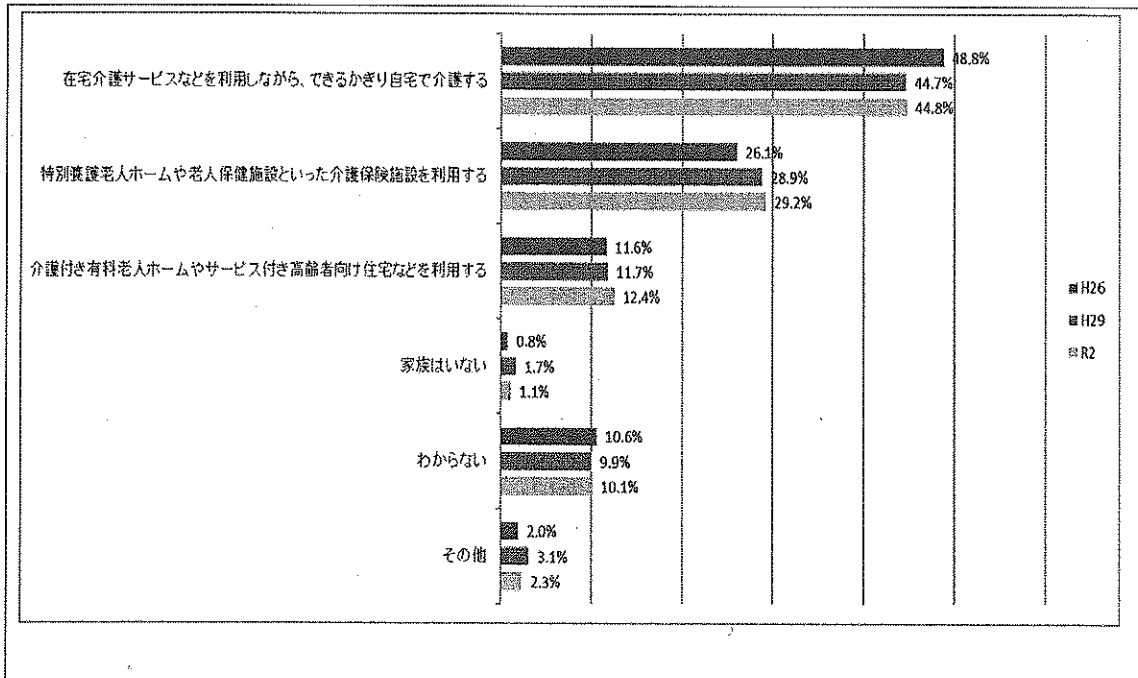
図2－5 介護を受ける場所について



(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 44.8%、「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 29.2%、「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 12.4%となっています。

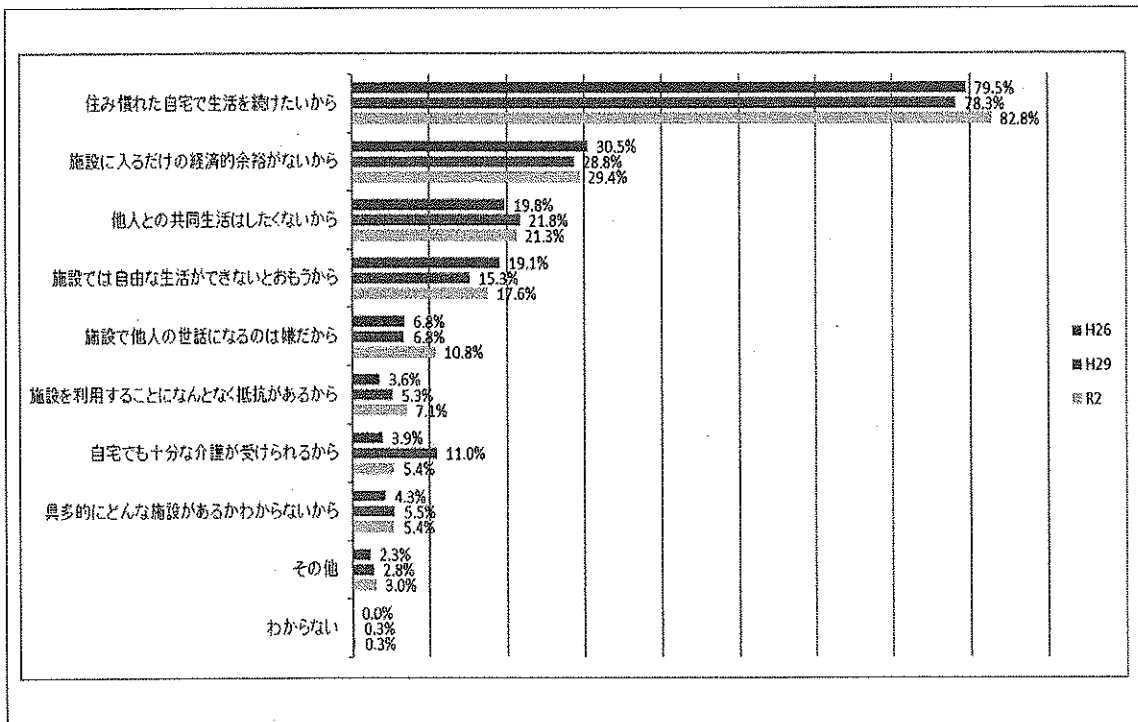
図 2-6 介護を受けさせる場所について



(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 82.8%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」(29.4%)、「他人との共同生活はしたくないから」(21.3%)、「施設では自由な生活ができないと思うから」(17.6%)などの順となっています。前回の調査結果(平成29(2017)年)と比較してみると、「住み慣れた自宅で生活を続けたいから」(78.3%→82.8%)と答えた方の割合が増加しています。(複数回答可)

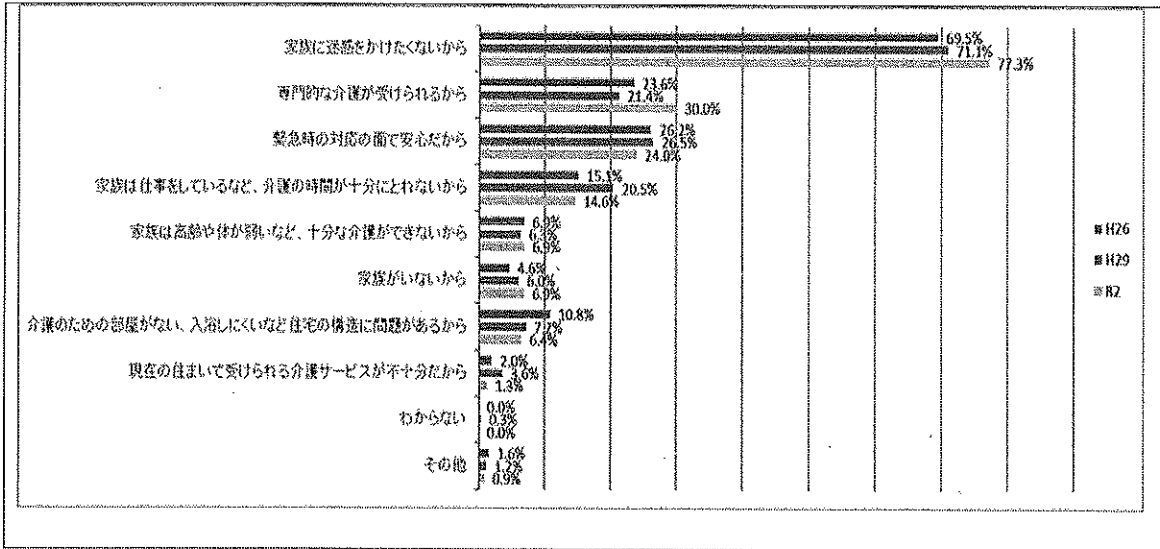
図2-7 自宅で介護を受けたい理由について



(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 77.3%と最も高く、以下、「専門的な介護が受けられるから」(30.0%)、「緊急時の対応の面で安心だから」(24.0%)、などの順となっています。前回の調査結果(平成 29(2017)年)と比較してみると、「専門的な介護が受けられるから」(24.1%→30.0%)と答えた方の割合が増加しています。(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、本県が、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、本県が、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) 市町等と県の役割・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等が中心となって行われています。県は、市町等との役割分担をふまえつつ、市町等がそれぞれの実情に応じた施策を主体的に実施できるよう支援します。
- 第7期計画では、自立支援・重度化防止に向けた取組や地域共生社会の実現に向けた取組などを進め、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るべく取り組んできました。市町等が策定する第8期介護保険事業支援計画では、それぞれの地域がめざすべき方向性を明確にし、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められています。
- 県は、これまでの市町等が行う在宅医療・介護連携の推進や認知症施策、地域ケア会議の実施などの取組への支援に加え、それぞれの市町等が地域の実情に応じた自立支援等の施策に取り組めるよう支援します。
- また、広域的観点からの介護給付等対象サービスおよ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およ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医療院等への転換の意向等に関する調査の実施、複数の市町等による広域的取組に対する協力等により、市町等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およ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、保険者である市町等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8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10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す。

(2) 介護保険制度の改正

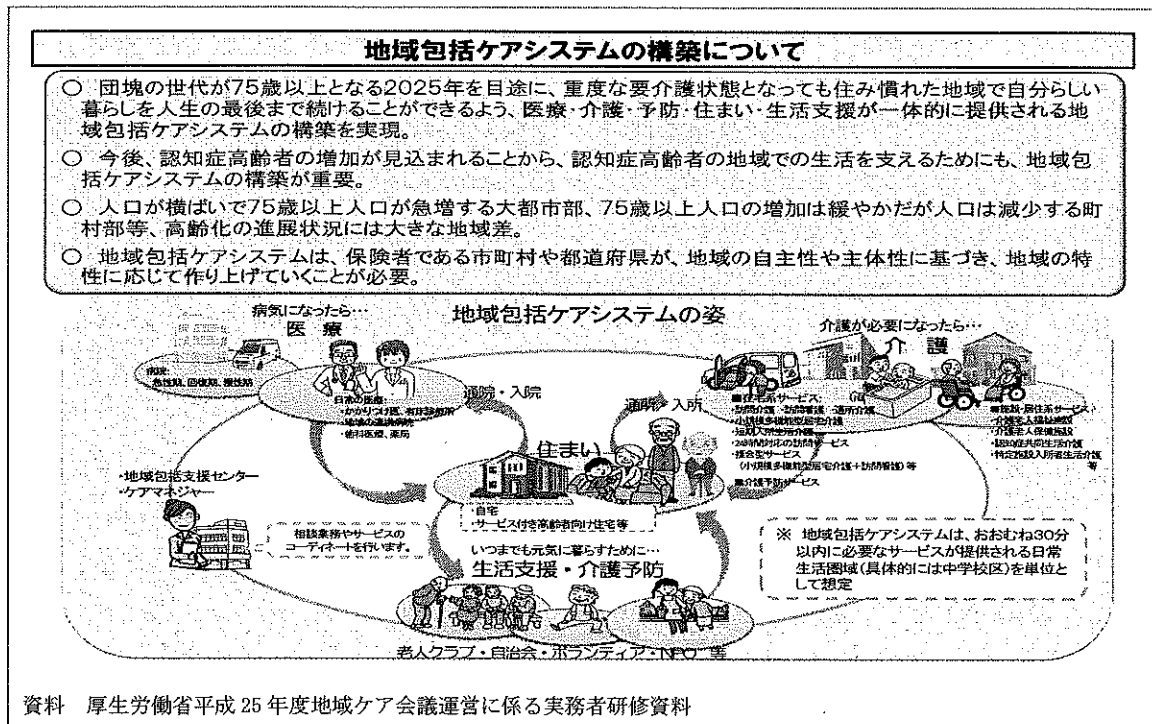
- 社会福祉法と介護保険法等の改正を一括した「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が令和2（2020）年6月に成立し同月に公布されました。
- このうち、介護保険制度の主な改正事項は、①国および地方公共団体の責務に関する事項、②認知症に関する施策の総合的な推進等に関する事項、③介護保険事業（支援）計画の見直しに関する事項となっています。
また、社会福祉法の主な改正内容は、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援などとなっています。
- 「国および地方公共団体の責務に関する事項」については、国および地方公共団体は、保険給付に係る保健医療サービスと福祉サービスに関する施策等を包括的に推進するにあたり、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり、参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資するよう努めるものと規定されました。（令和3（2021）年4月1日施行）
- 「認知症に関する施策の総合的な推進等に関する事項」については、研究機関、医療機関、介護サービス事業者等と連携し、認知症の予防等に関する調査研究の推進ならびにその成果の普及、活用および発展に努めるとともに、地域における認知症の人への支援体制の整備その他の認知症に関する施策を総合的に推進するよう努めるものと規定されました。
あわせて、認知症に関する施策の推進にあたっては、認知症の人が地域社会において尊厳を保持しつつ他の人々と共生することができるよう努めるものと規定されました。（令和3（2021）年4月1日施行）
- 「介護保険事業（支援）計画の見直しに関する事項」については、介護給付等対象サービス等に従事する者の業務の効率化および質の向上に資する事業に関する事項、ならびに有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅のそれぞれの入居定員総数について定めるよう努めるものと規定されました。（令和3（2021）年4月1日施行）

- 社会福祉法の主な改正内容である「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援」については、市町において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う「重層的支援体制整備事業」が創設されました。(令和3(2021)年4月1日施行)

(3) 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 「地域包括ケアシステム」とは、団塊の世代が75歳以上となる令和7(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期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。保険者である市町等や県が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深化・推進していく必要があります。
- 平成24(2012)年施行の改正介護保険法により、第5条第3項に国およ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旨の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2-9 地域包括ケアシステム概要



- 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病院数、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

種の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、第7次三重県医療計画等に基づき、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、多職種顔の見える関係づくり等の取組や、在宅医療・介護連携の推進をさらに図っていく必要があります。

- 「介護」については、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。また、介護ニーズが今後さらに拡大することが見込まれる中、これに対応するサービスを支える人材の確保が重要な課題となっており、介護人材確保に関するさまざまな施策を進めていく必要があります。
- 「予防」については、平成 29 (2017) 年の介護保険法の改正により、市町には、高齢者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等になることの予防、要介護状態等の軽減または悪化の防止に関する取組の推進が、県には市町の取組の支援が求められており、地域の実情に合った介護予防事業が展開されるよう、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、介護保険事業者や民間事業者、NPO等が提供しているサービスだけでなく、元気な高齢者等が担い手となって行う、地域住民のちからを活用した生活支援サービスの充実が期待されています。生活支援コーディネーターによる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などにより、さまざまな主体による多様な取組を促進する必要があります。
- 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、地域包括ケアシステムの推進のためには、介護職に限らず介護分野で働く、外国人介護人材を含む、人材の確保・育成を行い、介護現場全体の人手不足対策を進めることが重要です。
- 介護保険制度が創設された大きな目的の一つは、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みを設けることで、家族による過度な介護負担を軽減することにあります。仕事と介護が両立できる環境の整備を図り、「介護離職ゼロ」の実現に向けて、介護の受け皿整備、介護人材確保対策等の総合的な対策を進めることが重要です。
- 認知症施策については、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。
- 地域共生社会の実現に向けて、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが求められています。これは、地域包括ケアシステムの「必要な支援を包括的に提供する」という考え方を障がい者や子ども等への支援にも広げたものであり、課題が複合化している高齢者への対応や、高齢者の社会参加等を進め、地域包括ケアシステムの強化につながるものでもあります。令和2（2020）年に成立した「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」をふまえ、体制整備を進める必要があります。

(4) 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にもあっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、制度の持続可能性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 30 (2018) 年度には 10.1 兆円と約 3 倍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、本県における介護給付費は、令和元 (2019) 年度 1,560 億円と前年に比べ 39 億円の増加となり、今後も増加が見込まれます。なお、県では、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、令和元 (2019) 年度は 225 億円を負担しています。

図 2-10 三重県の介護給付費の見込み

	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和7年度 (2025年度)	令和22年度 (2040年度)
総給付費(単位:億円)	1,565	1,597	1,634	1,678	1,839

資料 第8期介護保険事業(支援)計画策定に向けたワークシート

第3章

具体的な取組

1 介護サービス基盤の整備

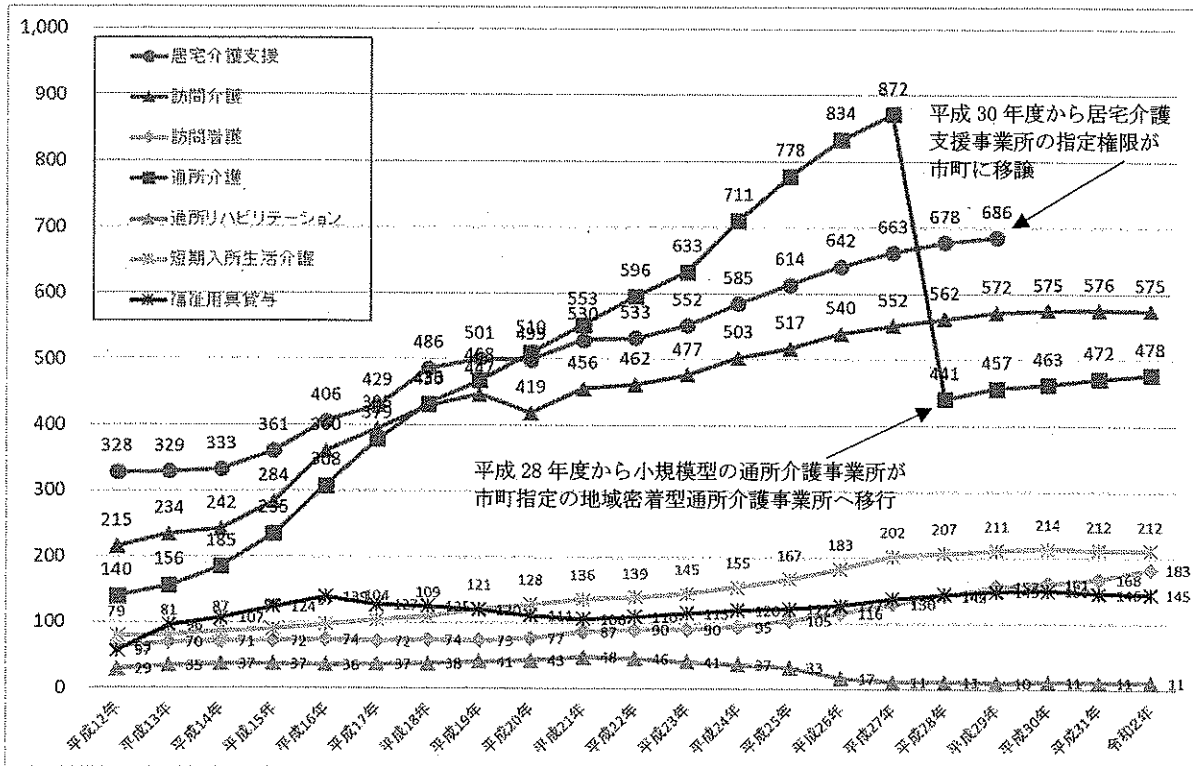
(1) 介護サービス基盤の整備

(1) - 1 在宅サービス

(現状と課題)

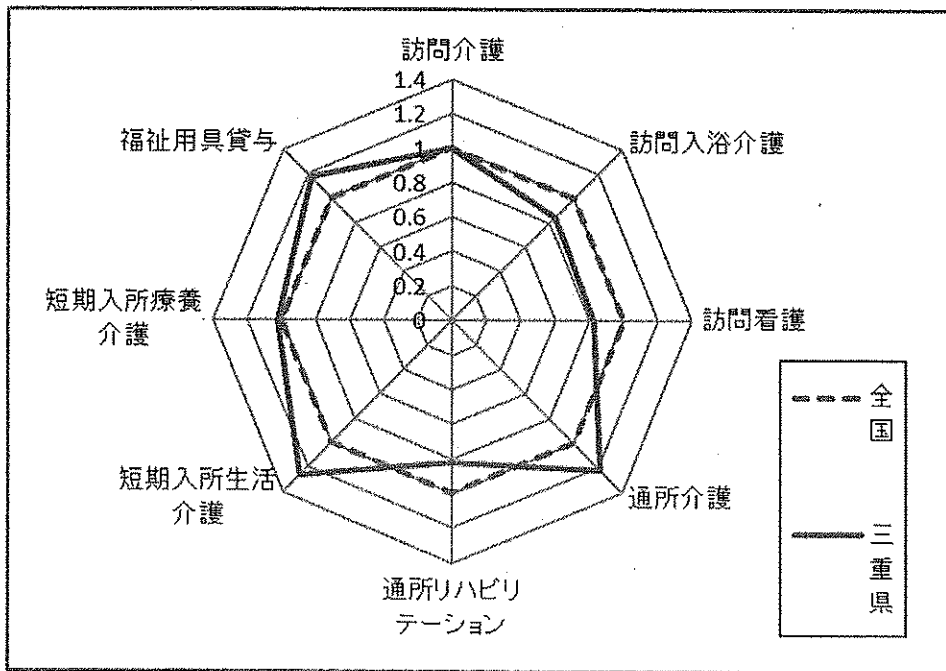
- 現行の介護保険制度の下においては、在宅サービスは営利法人等の多様な事業者の参入が認められており、事業者間の公正な競争を通じて、より良いサービスが利用者を選択され、全体としてサービスの質が高まることが期待されています。
- この仕組みが正常に機能するためには、事業者のサービスの質の確保・向上が必要不可欠です。本県では、県が指定する介護保険サービス事業所・施設に対して定期的に実地指導を行っていますが、さらに指導・監督を充実し、サービスの質の確保・向上を図っていく必要があります。
- 平成 12 (2000) 年の介護保険の創設以降、さまざまな制度改正を経て、介護保険サービス事業所はその種類や事業所数が共に増大しており、最近では、小規模型の通所介護事業所が平成 28 (2016) 年度からは市町指定の地域密着型通所介護事業所へ、平成 30 (2018) 年度からは居宅介護支援事業所の指定権限が市町に移譲される等の見直しが行われました。
また、平成 30 (2018) 年度には共生型サービスが創設され、障害福祉サービス事業所において介護保険のサービスが提供できるようになりました。
- 県内の要介護人口 1 人あたりの在宅サービス事業所は、通所介護事業、福祉用具貸与事業、短期入所生活介護事業は全国平均を上回っていますが、訪問看護事業、通所リハビリテーション事業の医療系サービスについては全国平均を下回っている状況がみられます。今後、さらなる充実を図る必要があります。
- 県内には、離島や山村振興地域があり、法律で指定を受けたこれらの区域に係るサービス提供については、介護報酬の加算の対象となっていますが、特に離島においては、移動手段が制限されるためサービス提供に困難な面がみられることから、事業者が離島で介護サービスを安定的に提供できる仕組みの構築が課題となっています。

図 3-1-1 県内の居宅サービス事業所数の推移



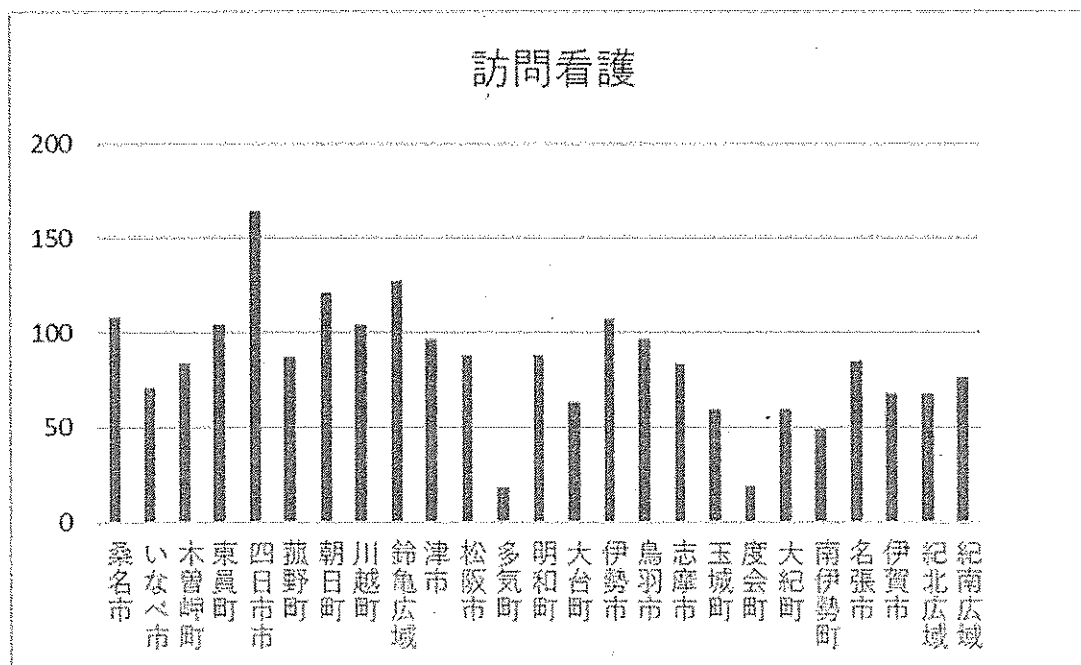
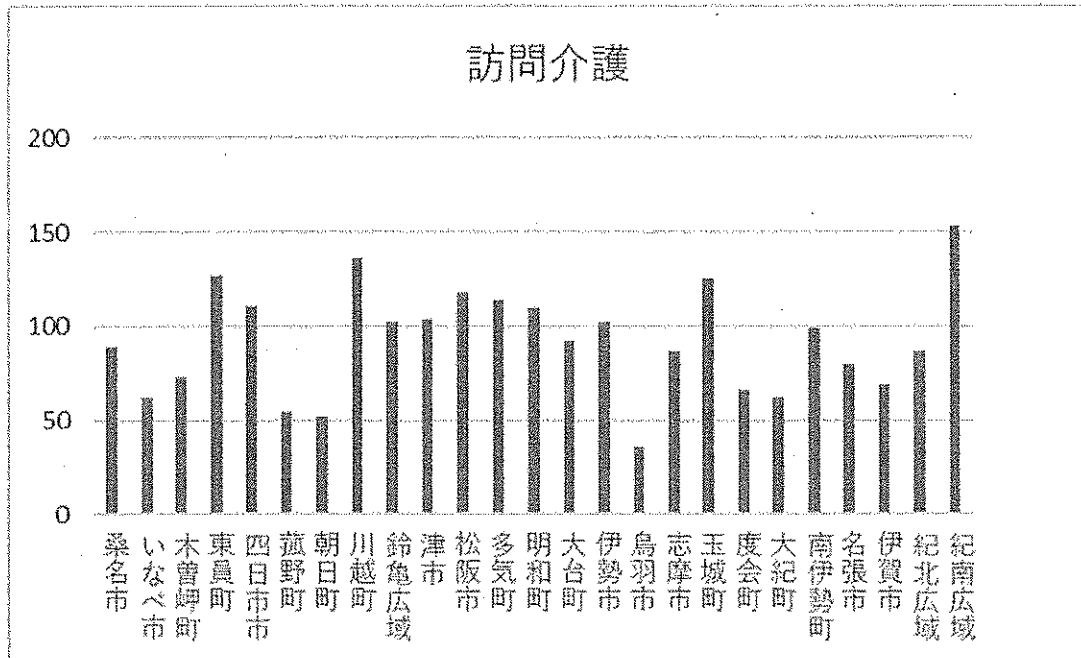
※ 長寿介護課調べ

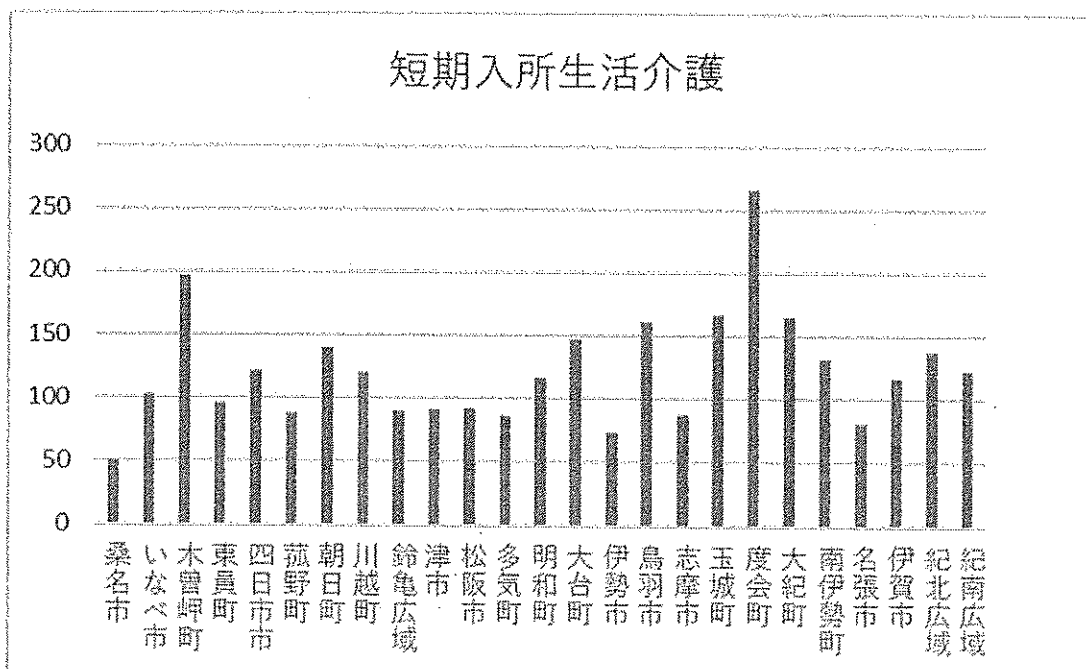
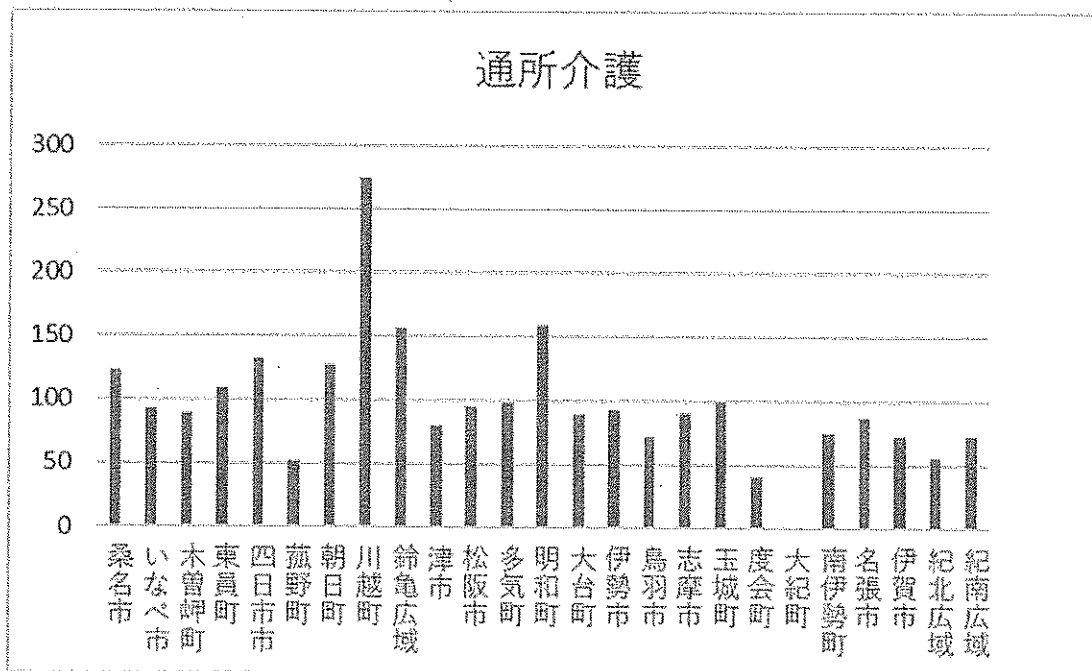
図 3-1-2 三重県における要介護人口1人あたり事業所数の全国値との比較



※ 「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
 ※ 事業所数：「平成30年 介護サービス施設・事業所調査」より
 全国およ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3-1-3 各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・向上を図るため、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、サービス提供にあたっての留意事項等、基本事項の研修を実施します。
- また、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集団指導の場で説明するなど、事業所の資質向上が図られるよう取り組みます。
- 指定更新時には、更新申請手続等の説明会とあわせ、管理者等を対象として人員基準等の再確認およ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。
- 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、メールにより必要な情報を迅速かつ確実に介護保険事業所・施設に配信する等、事業者への情報提供の充実を図ります。
- 訪問看護事業所による安定的なサービス提供を確保するため、訪問看護の住民等への普及啓発や、多職種協働、事業所間の連携等の取組を支援します。
- 理学療法士等の専門職による訪問・通所リハビリテーションの推進に向け、介護サービス事業者への研修会の開催等を行うとともに、三重県リハビリテーション情報センターを通じて理学療法士等の専門職を各地域に派遣し、特にリハ職種間、リハ職種と多職種間の連携を強化することを目指して、地域ケア会議や地域リハビリテーション活動の支援を行います。
- 医師、看護師、歯科医療従事者、薬剤師、リハビリテーション関係職種、管理栄養士、介護・福祉職種等による他職種協働が図られるよう、地域ケア会議などさまざまな職種が参加する事例検討会等の取組を支援します。
- 共生型サービスについては、ホームページ等を通じて必要な情報提供を行い、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所の指定を受けられるよう支援します。

(1) - 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などのメリットがあります。
- 令和2（2020）年10月1日現在、県内の短期入所生活介護事業所は231事業所3,151床（空床利用型を除く）、短期入所療養介護事業所は85事業所（全て空床利用型）あります。
- 医療依存度が高い場合に施設側の受入れが困難であったり、特別養護老人ホームへの入所待ちの場として長期間継続して利用されているなどの課題が指摘されています。

(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こたえるためには、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。
- 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踏まえた上で、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。

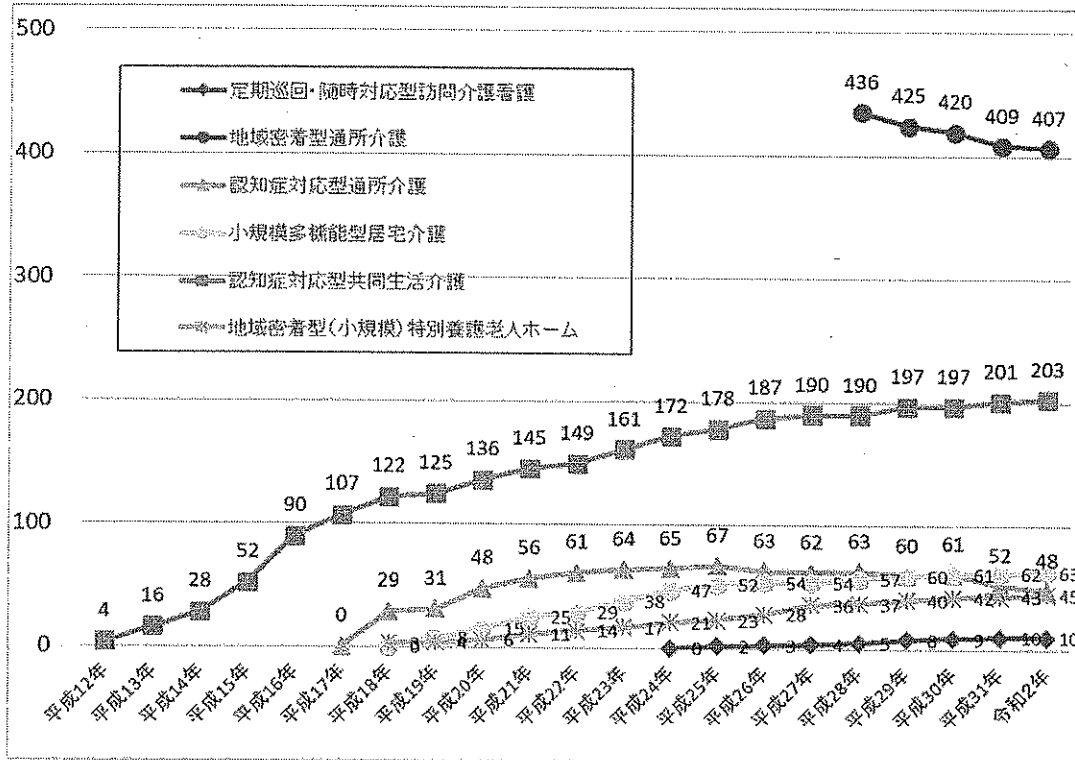
(1) - 3 地域密着型サービス

(現状と課題)

- 地域密着型サービスとは、認知症高齢者や中重度の要介護者、一人暮らしの高齢者が、住み慣れた地域で生活が継続できるよう、身近な市町で提供されるサービスです。
- 市町等が指定・指導監督の権限を有しており、原則、所在市町の住民のみ利用が可能ですが、他市町の住民がサービスの利用を希望する場合は、当該市町の指定が必要となり、その際には所在地市町の同意を得る必要があります。
- サービスの実施に際して、市町等は、その区域内の定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護および複合型サービスの見込量を確保し、地域密着型サービスの普及を促進するため、訪問介護、通所介護の整備が、介護保険事業計画に定める見込み量を上回るか、または計画の達成にあたり支障があると判断した場合には、県が行う訪問介護、通所介護の指定について協議を求めることができます。
この制度に基づき、令和2（2020）年4月1日現在、桑名市、四日市市、鈴鹿市および亀山市内における通所介護事業所の指定については、当該市が認めた場合のみ、県が指定を行う取扱いとしています。
- 平成18（2006）年の制度創設以降、制度改正によりサービスの拡充が図られています。最近では、平成28（2016）年4月から利用定員18人以下の小規模な通所介護事業所が「地域密着型通所介護」として地域密着型サービスに移行しました。
- 同様に、介護予防訪問介護および介護予防通所介護についても、平成30（2018）年4月1日から、介護予防・日常生活支援総合事業の「第1号訪問事業」および「第1号通所事業」に移行しました。
- 各市町において、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービスの提供が図られるよう、県においても施設整備の支援を引き続き行うことが必要です。
- 地域密着型サービスの整備については、国の緊急経済対策の一環である「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」により施設整備が行われてきましたが、平成 27 (2015) 年度からは新たに創設された「地域医療介護総合確保基金 (介護分)」を活用した「介護サービス施設・設備整備推進事業補助金」により整備を進めてきたところです。また、施設の開所を円滑にするために、事業の立ち上げの初年度に必要な設備整備費等に係る支援を行ってきたところです。

図 3-1-3 県内の地域密着型サービス事業所数の推移



※ 長寿介護課調べ

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7期)

施設種別	地域密着型サービス等整備助成事業	介護施設等の施設開設準備経費等支援事業
地域密着型特別養護老人ホーム (※定員 29 人以下の特別養護老人ホーム)	2 施設 (58 床)	58 床
認知症高齢者グループホーム	9 施設 (108 床)	126 床
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 施設	2 施設
小規模多機能型居宅介護	2 施設 (11 床)	11 床
認知症対応型デイサービス	—	—
看護小規模多機能型居宅介護	4 施設 (29 床)	29 床

三重県長寿介護課作成

(県の取組)

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」等の地域密着型サービスの普及に向けて、市町等に対し情報提供します。
- 通所介護等の指定制限については、地域密着型サービスの見込量を確保し、普及を促進する観点から、市町からの要請に基づき対応します。
- 「地域医療介護総合確保基金（介護分）」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および設備整備に対して支援を行います。

(1) - 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、市町と連携して特別養護老人ホーム等の整備を進めています。
- 第7期介護保険事業支援計画においては、期間中の3か年で広域型（定員30人以上）の特別養護老人ホーム408床、地域密着型（定員29人以下）の特別養護老人ホーム87床の整備を行い、広域型の特別養護老人ホームは9,705床、地域密着型の特別養護老人ホームは1,090床となり、合わせて特別養護老人ホームの定員数は10,795床となっています。
- 令和元（2019）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7,954人、このうち重度の介護が必要な在宅の待機者は1,263人となっています。この中には、将来的入所希望の方（672人）や入所手続中の方（413人）も含まれていることから、実質的な待機者は178人となっています。
- 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ています。
- 本県では、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方が円滑に介護保険施設へ入所できるようにするためには、施設整備を着実に推進していくとともに、各施設において入所基準策定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

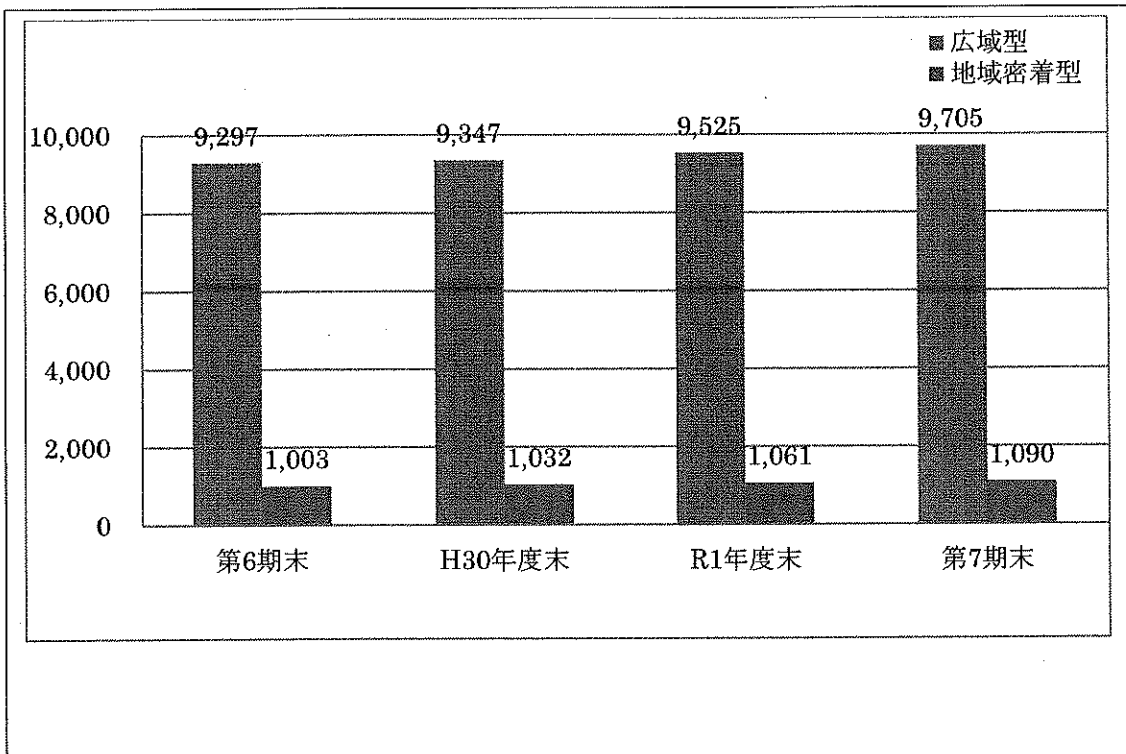


図3-1-6 第7期計画期間中の施設整備の状況

【広域型特養】

圏域	平成30年度		令和元年度		令和2年度		3か年の合計	
	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	20	20	60	60	40	40	120	120
中勢伊賀	20	10	90	78	140	80	230	168
南勢志摩	20	20	70	40	110	60	170	120
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	0
県計	60	50	220	178	290	180	520	408

【地域密着型特養】

圏域	平成30年度		令和元年度		令和2年度		3か年の合計	
	計画数	実績数	計画数	実績数	計画数	整備数	計画数	実績・選定数
北勢	0	0	0	0	29	29	29	29
中勢伊賀	29	29	0	0	0	0	29	29
南勢志摩	0	0	29	29	0	0	29	29
東紀州	0	0	0	0	0	0	0	0
県計	29	29	29	29	29	29	87	87

(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できるだけ円滑に入所できるよう、市町等の介護保険事業計画における利用見込をふまえつつ、市町等が整備・指定を行う地域密着型特別養護老人ホームの整備とあわ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。
- 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、「地域医療介護総合確保基金事業補助金（介護施設等の施設開設準備経費等支援事業）」を活用し、開所を円滑にするために、事業の立ち上げの初年度に必要な設備整備費等に係る支援を行います。
- 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。

(1) - 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7期介護保険事業支援計画においては、期間中の3か年での施設整備はなく廃止が48床ありましたので、介護老人保健施設の定員数は6,732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定員数の推移

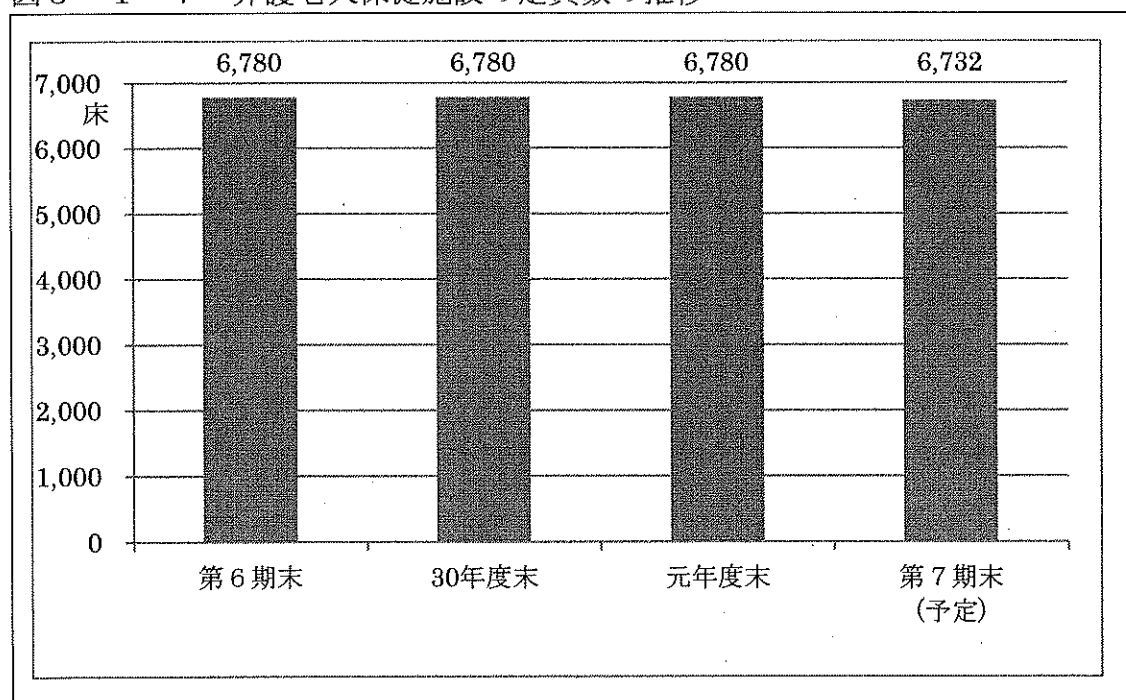


図 3-1-8 第 7 期計画期間中の施設整備の状況

【介護老人保健施設】								
圏域	平成 30 年度		令和元年度		令和 2 年度		3 か年の合計	
	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	60	0	90	0	150	0
中勢伊賀	110	0	0	0	0	0	110	0
南勢志摩	0	0	90	0	130	0	220	0
東 紀 州	20	0	0	0	20	0	40	0
県 計	130	0	150	0	240	0	520	0

(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。
- 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、開所を円滑にするために、事業の立ち上げの初年度に必要な設備整備費等に係る支援を行います。
- 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。

(1) - 6 介護療養型医療施設・介護医療院

(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およ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」の考え方の下、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状況をふまえ、6年間(平成 29 (2017) 年度末まで) 転換期限が延長され、平成 29 (2017) 年 6 月に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、さらに 6年間(2023 年度末まで) 期限が延長されたところです。
- また、平成 30 (2018) 年 4 月には、新たな介護保険施設として、主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする介護医療院が創設されました。
介護医療院の開設にあたっては、医師、薬剤師、看護職員、介護職員、リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師及びその他の従業者を配置し、療養環境の充実の観点からプライバシーに配慮した療養室とするよう努めることなどが求められます。介護医療院の基準については、厚生労働省令に従い条例で定めています。(平成 30 (2018) 年 4 月 1 日施行)
- 平成 29 (2017) 年 3 月に策定した三重県地域医療構想では、一般病床と療養病床を 4 つの機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)に区分し、将来の医療需要をふまえた医療機能の分化・連携を進めることとしています。
慢性期については、療養病床が多くを占めており、医療機能の分化・連携が進むことにより、医療療養病床や介護療養型医療施設が介護医療院へ転換す

ることも見込まれます。

- 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およ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4施設が介護医療院、3施設が老人保健施設へ転換しています。
- 令和2(2020)年5月に実施した転換意向調査によると、介護療養型医療施設(8施設 228床)の転換意向は、令和6(2024)年4月までに医療療養病床等の医療保険の病床への転換が44床、介護医療院等への転換が168床、病床廃止が16床の予定との回答があったところです。介護療養型医療施設の廃止期限が令和5(2023)年度末であることから、転換意向を持つ介護療養型医療施設は、廃止期限までに転換をしていく必要があります。

図3-1-9 介護医療院の人員及び施設の基準

	指定基準		報酬上の基準		
	I型	II型	I型	II型	
人員基準	医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—
	薬剤師	150:1	300:1	—	—
	看護職員	6:1	6:1	6:1のうち看護師 2割以上	6:1
	介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
	リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		—	—
	栄養士	定員100以上で1以上		—	—
	介護支援専門員	100:1(1名以上)		—	—
	放射線技師	適当数		—	—
	他の従業者	適当数		—	—
	医師の宿直	医師:宿直	—	—	—

I型…介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービス、II型…老人保健施設相当以上のサービス

施設基準	診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
	療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
	機能訓練室	40㎡以上
	談話室	談話を楽しめる広さ
	食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーション・ルーム	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
	他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
廊下	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合、廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	

※厚生労働省作成資料より抜粋

(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の個別相談に随時応じることにより、介護療養型医療施設の廃止期限までに確実に転換等が行えるよう支援します。
- 介護医療院等に転換する場合の施設基準の緩和など転換に伴う費用負担軽減のための措置などについて、医療機関に対して情報提供を行うとともに、転換意向の支援に努めます。

図 3-1-10 介護療養型医療施設の推移

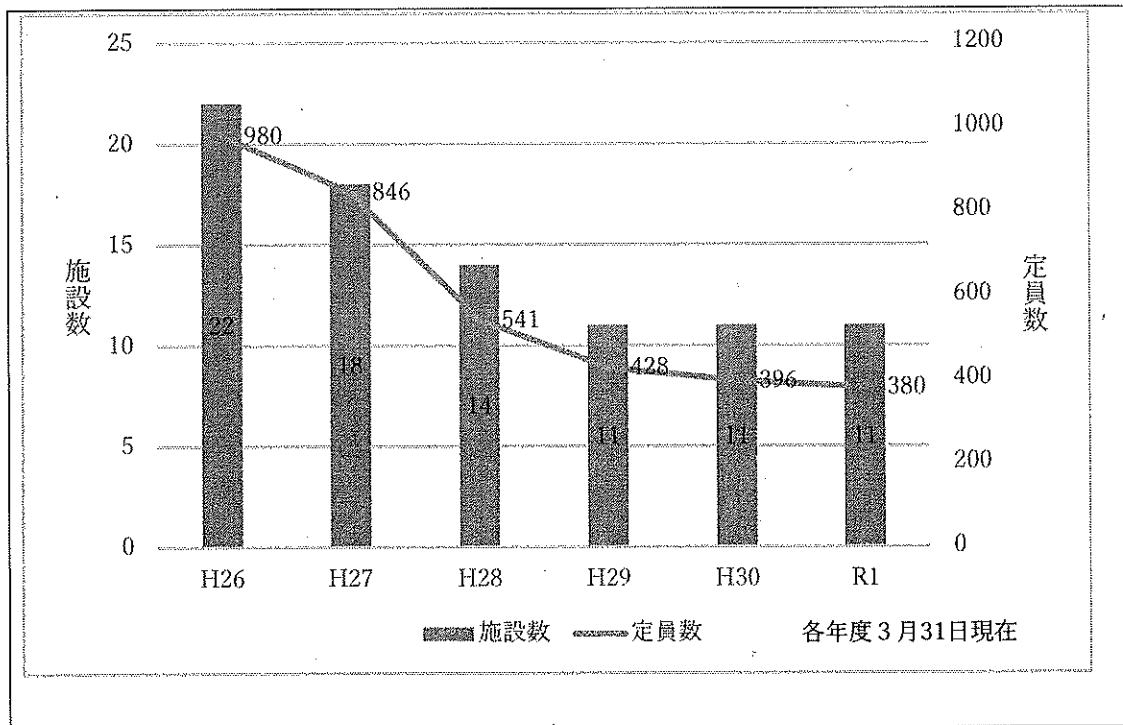


図 3-1-11 療養病床を有する医療機関における転換の意向調査 (R2.5)

調査時点における転換についての意向 (転換先)		医療保険の病床	介護保険の施設	病床廃止	未定 (休止中を含む)
療養病床 許可数 R2.4.1 現在	医療保険適用	3,679	58	36	128
	介護療養型 医療施設	228	168	16	0

※対象医療機関数：63

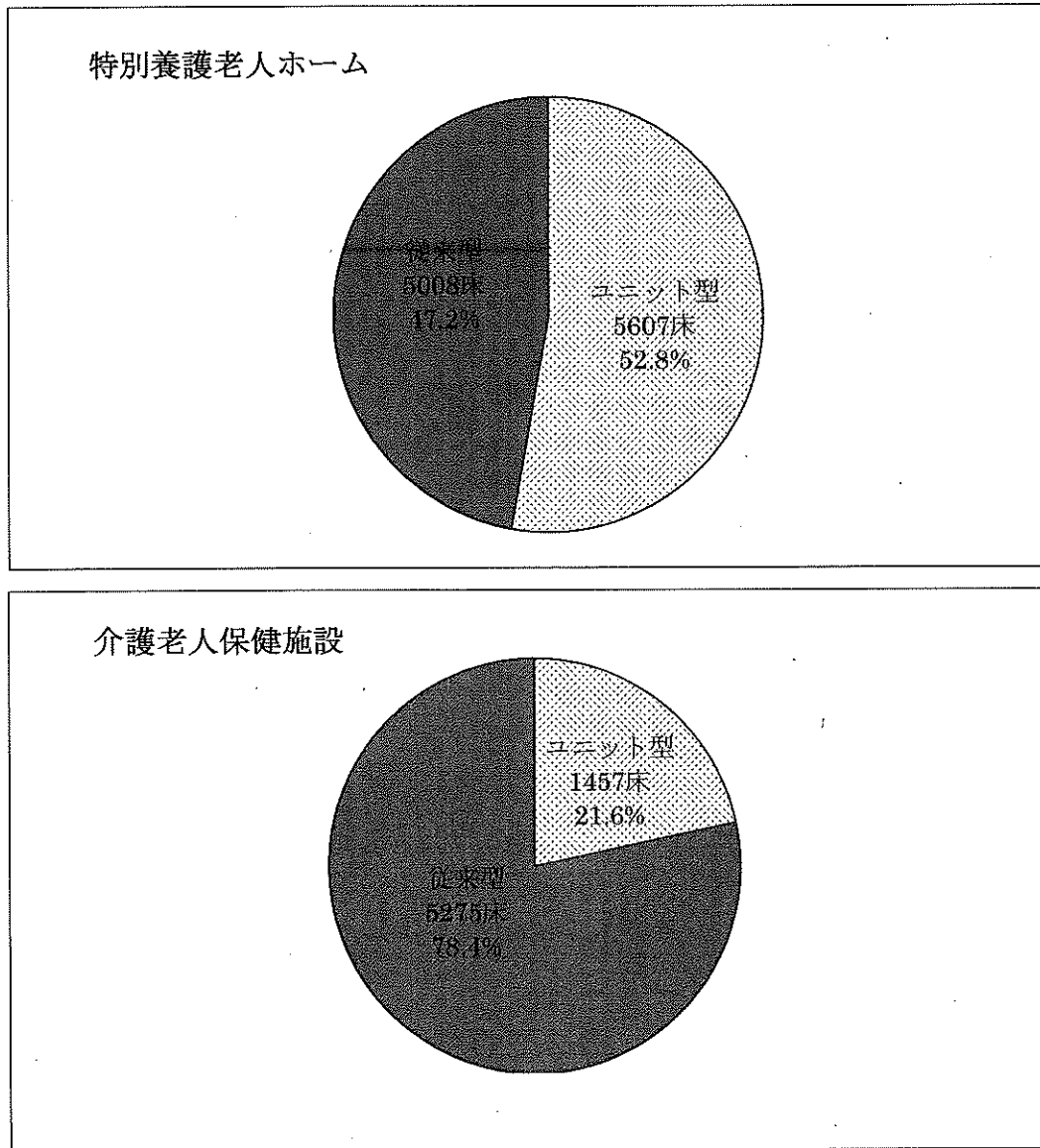
※令和 6 (2024) 年 4 月までに転換予定の状況を集計

(1) -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30(2018)年厚生労働省告示第57号)においては、令和7(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、「地域医療介護総合確保基金(介護分)」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、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、令和2(2020)年10月1日現在、40.7%(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52.8%)となっています。
- 一方で、介護人材が不足する中、ユニット型施設はユニットごとに介護職員の配置を要するため、従来型と比較して勤務体制の確保が難しいという現状があります。また、入居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3-1-12 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）およ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上で従来型施設を整備することも可能とします。
- 地域医療介護総合確保基金（介護分）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、従来型施設のユニット化への改修に対して、支援を行います。

(1) - 8 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およ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およ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 1,290 人で、入居率は 92.3%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数は 12 施設、定員数は 810 人(令和 2(2020)年 10 月 1 日現在)であり、9 施設が外部サービス利用型で、3 施設が一般型となっています。

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、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームです。

特定施設入居者生活介護は、一般型と外部サービス利用型に区分されます。一般型は、特定施設の職員が入居者に対するサービスを提供するものです。外部サービス利用型は、特定施設の職員が計画の作成、安否確認・生活相談等を行い、施設が委託する居宅サービス事業者が計画に基づき介護サービスを提供するものです。

(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、緊急度を勘案の上、改修または改築について、「老人保健福祉施設整備費補助金」により整備を進めます。

(1) - 9 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93.5%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(令和2年(2020)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化していく観点から、A型およびB型については、経過の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3-1-13 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	自炊はできるが身体機能の低下等が認められる方	1

表 3-1-14 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

（県の取組）

- ケアハウスおよび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。
- 地域包括ケアシステムの構築が進展する中で高齢者の住まいの多様化が進んでいることをふまえ、第8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。

2 地域包括ケアシステム推進のための支援

(1) 地域包括支援センターの機能強化

(1) - 1 地域包括支援センター

(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、三重県内では令和 2 (2020) 年 4 月 1 日現在、61 か所設置運営されています。
- 地域包括支援センターには、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の 3 職種が配置されており、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および地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援等を行います。地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム推進のための中核的な役割を担う機関であり、その体制強化を図る必要があります。
- 地域包括支援センターの体制強化を図るため、「人員体制の確保」、「市町やセンター間との役割分担・連携強化」、「効果的なセンター運営の継続」および「地域ケア会議の推進」といった観点から市町等の取組が推進されることが求められています。
- 平成 29 (2017) 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は、事業の自己評価を行い質の向上に努めることとされるとともに、市町による地域包括支援センターの事業評価が努力義務から義務へと改められました。これらの評価の実施を通じて、センターにおける必要な人員体制を明らかにし、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の 3 職種以外の専門職や事務職の配置も含めた体制の検討と、その確保に努めることが重要とされています。
- 令和元 (2019) 年度の調査によると、本県の地域包括支援センターの職員の配置状況は、484 名 (平成 28 (2016) 年度) から 455 名 (令和元 (2019) 年度) と実人数の減少が見られており、地域によっては専門職の確保が困難となっています。また、3 職種以外の専門職を配置しているセンターは全体の 79.2%となっています。

図 3-2-1 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			三重県		
	箇所	割合		実人数	平均値	
12人以上	6	11.3%	3 職 種	保健師	75	1.42
9人以上～12人未満	12	22.6%		保健師に準ずるもの	21	0.4
6人以上～9人未満	27	50.9%		社会福祉士	113	2.13
3人以上～6人未満	8	15.1%		社会福祉士に準ずる者	2	0.04
3人未満	0	0%		主任介護支援専門員	86	1.62
計	53	100%		主任介護支援専門員に準ずる者	1	0.02
				その他専門職	介護支援専門員	83
職種別の配置状況				看護師・准看護師 (うち経験あり)	14 (4)	0.26 (0.08)
	三重県			リハビリ職種	3	0.06
	箇所	割合		その他有資格者	16	0.3
3職種	53	100%	そ の 他	無資格従事者	41	0.77
その他専門職	42	79.2%		計	455	8.58
その他無資格者	24	45.3%				

※平均値は、当該職員を配置している地域包括支援センターにおける平均配置人数
令和元年度「地域包括支援センターの事業評価」（厚生労働省 老健局 振興課）

- 地域包括支援センターの機能強化により、地域住民による多様な活動の展開を含めたさまざまな取組を進め、介護保険制度の理念である「自立支援、介護予防・重度化防止」を推進することが重要です。
- 市町においては、自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する基本方針を定めることが求められています。
また、地域包括支援センターにおいては、介護支援専門員だけでなく、地域住民やサービス事業所等に対して、介護予防や自立支援に関する理解を促し、地域で適切なケアマネジメントが行われる環境を作ることが重要です。
- 令和元（2019）年度の調査によると、本県において、多様な地域資源（インフォーマルサービス）に関する情報提供は93.1%の市町で実施されていましたが、「自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する基本方針」を策定している市町は62.1%、利用者のセルフマネジメント推進のための支援手法を提示している市町は24.1%となっています。

図 3-2-2 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の取組

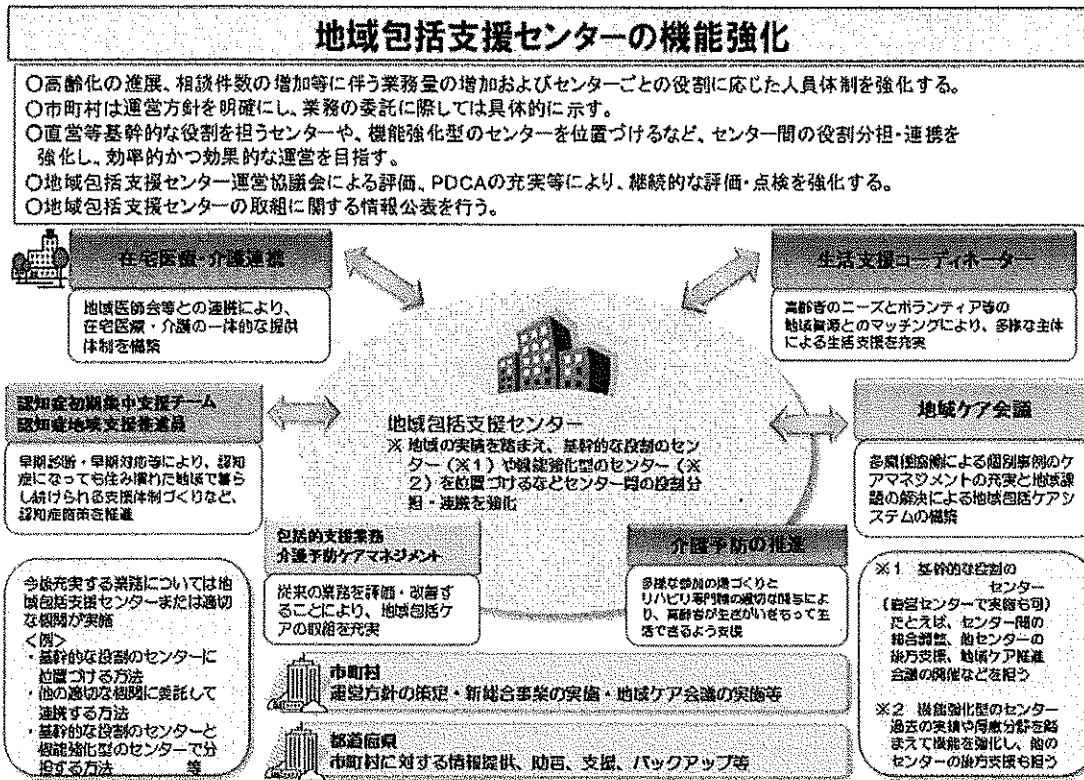
	三重県		全国	
	数	割合	数	割合
ア 「自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針」の策定	18	62.1%	2,718	52.6%
イ 保険給付や介護予防・生活支援サービス事業以外の多様な地域資源に関する情報提供	27	93.1%	4,010	77.6%
ウ 利用者のセルフマネジメント推進のための支援手法の提示	7	24.1%	1,705	33.0%

令和元年度「地域包括支援センターの事業評価」（厚生労働省 老健局 振興課）

(県の取組)

- 地域包括ケアシステムの深化・推進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、運営に対する評価とその活用が適切に行われることが必要であることから、地域包括支援センターの事業評価結果の分析・共有を行い、必要に応じて職能団体と連携した広域調整等を実施することで、人員の確保や育成等の体制整備が進められるよう支援します。
- 高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の推進に向けて、全ての市町において「自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する基本方針」が定められるよう、会議等の機会を通じて働きかけます。
- 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て、地域包括支援センターの地域ケア会議が高齢者の自立支援をめざしたケアプランの作成支援という視点で適切に実施されているかについて、市町とともに点検し、助言を行います。
- サービス事業所の従事者を対象とした研修の開催や、セルフマネジメントを推進するための支援手法についての好事例の集約・発信等を行います。

図 3-2-3 地域包括支援センターの機能強化



出典：厚生労働省 平成 25 年度地域ケア会議運営に係る実務者研修資料

(1) - 2 地域ケア会議

(現状と課題)

- 地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法のひとつです。公的サービスとインフォーマルサービスの有機的な連携を図るためにも、地域ケア会議の充実が求められています。
- 平成 26 (2014) 年の介護保険法の改正で地域ケア会議を置くことが制度的に位置付けられ、三重県内では令和 2 (2020) 年 5 月 1 日現在、全ての市町において設置されています。

「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、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の他職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める「個別会議」と、市町において代表者レベルで開催し、地域課題の解決に向けて対策を協議する「推進会議」の 2 種類があります。
- 「個別会議」では、多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じ、地域支援ネットワークの構築や、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握などが行われています。
- 「推進会議」には、個別会議で明らかとなった地域課題を解決していくために、インフォーマルサービスや地域見守りネットワーク等、地域に必要と考えられる資源を開発し、必要な取組を明らかにして、施策や政策を立案・提言する機能が求められています。さらに、PDCA サイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげることが期待されます。

- 地域ケア会議の実施内容に関する調査によると、自立支援を目的とした個別会議を開催している市町は62.1%にとどまっております、介護予防という観点での取組をより一層進めていく必要があります。
- 「個別事例の検討後のモニタリングを実施している」市町も62.1%にとどまっております、個別会議で得た助言をケアプランに活かし、その結果をモニタリング・評価するといった、PDCAサイクルの仕組みが十分に機能していない市町があることが明らかになりました。
- 「地域課題の抽出と施策提言を実施している」市町は58.6%となっており、個別ケースの検討を通じて把握した課題を、推進会議における地域づくり等の検討、政策形成につなげている市町は少ない現状にあります。

図3-2-4 地域ケア会議の開催状況

	三重県	
	実施自治体数	実施割合(%)
ア 地域ケア個別会議 (自立支援を目的とした会議)	18	62.1
イ 地域ケア推進会議 (地域課題の検討)	23	79.3

令和2年度地域ケア会議の実施状況に関するアンケート調査 令和2年5月1日時点 (三重県長寿介護課実施)

図3-2-5 地域ケア会議の実施状況

	三重県		全国
	実施自治体数	実施割合(%)	実施割合(%)
ア 個別事例の検討後の モニタリング	18	62.1	57.8
イ 地域課題の抽出と施 策提言	17	58.6	43.8

令和元年度「地域包括支援センターの事業評価」(厚生労働省 老健局 振興課)

(県の取組)

- 本県では、地域ケア会議を開催するうえで必要となる専門職が不足する場合などに、市町等への支援として専門職を派遣するとともに、地域ケア会議の運営支援・助言等を担う広域支援員を派遣する地域ケア会議活動支援アドバイザー派遣事業を平成 24（2012）年度から行っています。
- モニタリング体制の強化、地域課題検討の推進、自立支援、重度化防止の推進といった観点から、専門職を活用した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（広域支援員および専門職）を行います。
- 多職種による自立支援、重度化防止に資する地域ケア会議の実施を促進するため、市町および地域包括支援センター職員、事業所職員や医療専門職を対象として、地域ケア会議の運営手法や自立支援の考え方、地域づくり等に関する研修会の開催や好事例の発信を行い、普及啓発、人材育成を行います。
- 自立支援、重度化防止に資するケアマネジメント支援を進めるため、三重県リハビリテーション情報センターとの連携を図り、地域ケア会議におけるニーズに応じたリハビリテーション専門職の参画を推進します。

図 3-2-6 「地域ケア会議」の5つの機能

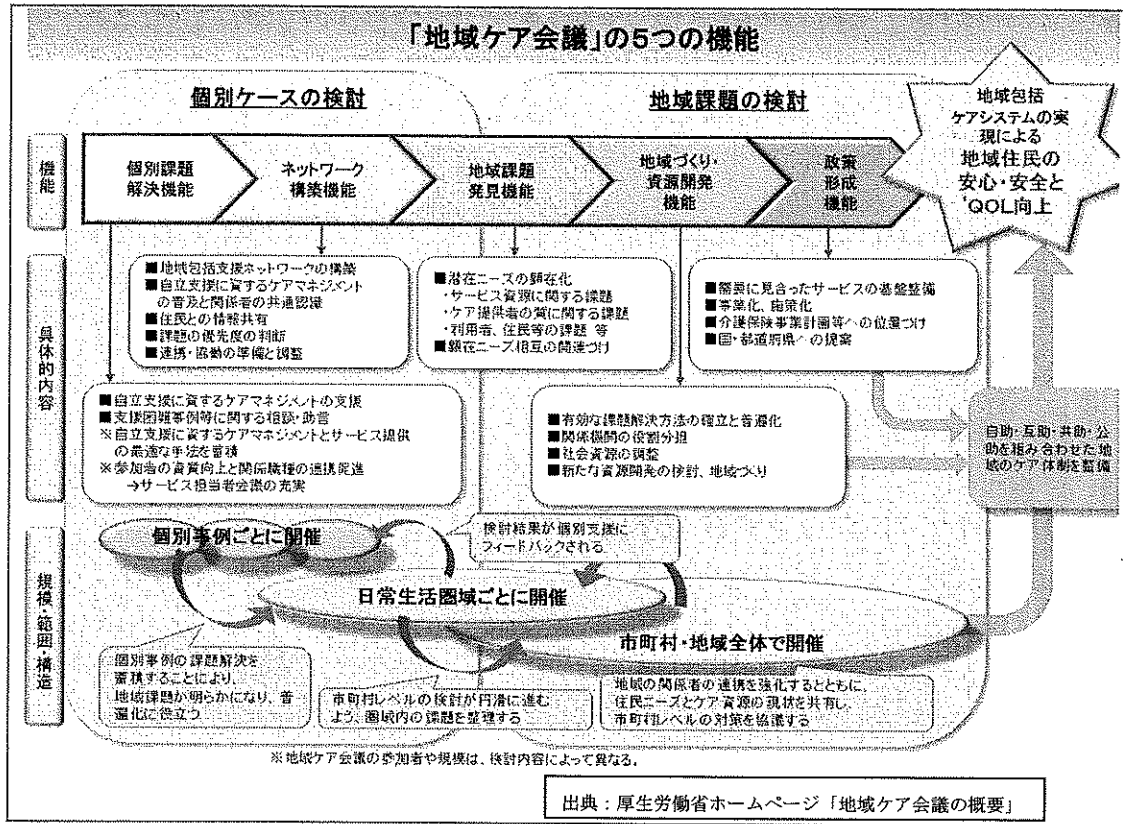
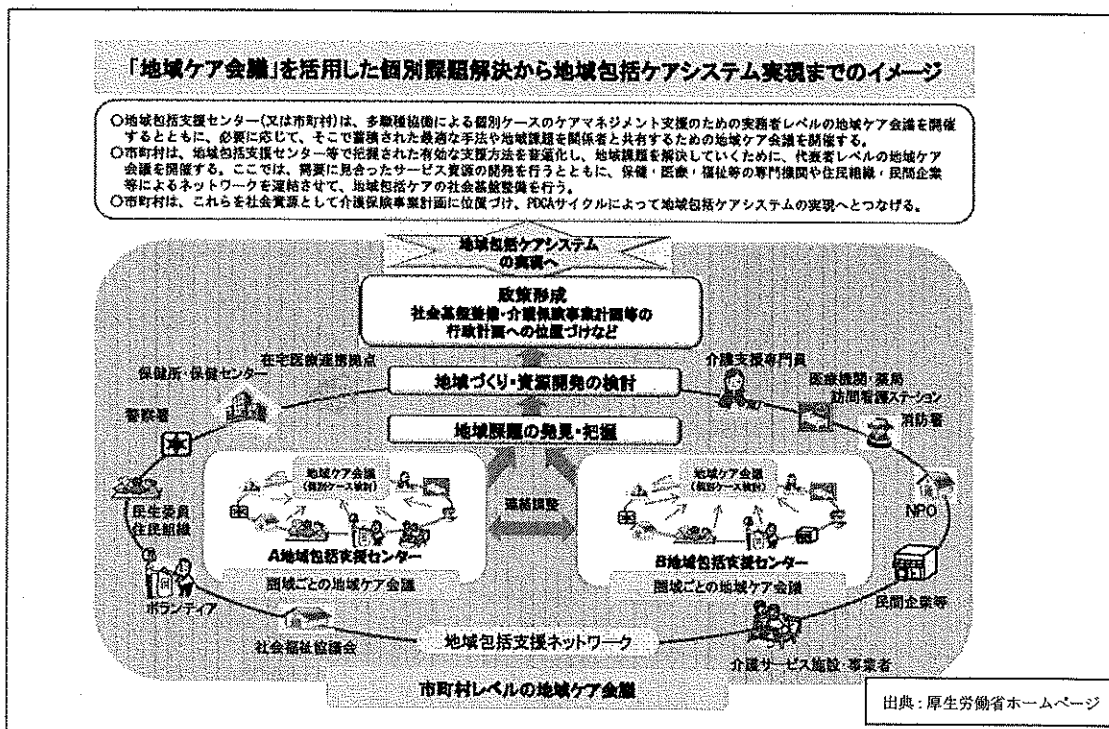


図 3-2-7 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ



(2) 介護予防・生活支援サービスの充実

(2) - 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中、健康で自立した生活を送る期間である「健康寿命（※1）」を伸ばすことの重要性が高まっています。平成30（2018）年の本県の健康寿命は、男性78.7歳（平均寿命：81.6歳）、女性81.1歳（平均寿命：87.5歳）となっています。

(※1) 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もと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となるサルコペニア（※2）、ロコモティブシンドローム（※3）、フレイル（※4）を予防するためにも、良質なたんぱく質の摂取等を中心としたバランスのよい食事や、適度な運動の啓発が必要です。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。

(※2) サルコペニア

加齢に伴い、筋肉の量が減少していく現象

(※3) ロコモティブシンドローム

筋肉や骨、関節、椎間板といった運動器に障害が起こり、日常生活に何らかの支障が発生している状態

(※4) フレイル

心身のさまざまな機能が加齢や病気などによって低下してしまった状態

- 食べる機能を維持していくには、歯科疾患およびオーラルフレイルの予防や早期発見により対応することが重要です。

- 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・特定保健指導は健診の受診率・保健指導の実施率ともに目標に達していません。引き続き、受診率・保健指導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維持・向上させることは、低栄養や誤嚥性肺炎の予防につながることから、在宅や介護保険施設等での口腔機能訓練を含む口腔ケアサービスの充実が望まれます。
- 平成 30 (2018) 年の全国の自殺者数 20,031 人のうち、6,599 人 (32.9%) が 65 歳以上の高齢者となっています。本県では自殺者数 293 人のうち、106 人 (36.2%) が 65 歳以上の高齢者であり、全国より高い割合です。高齢者の自殺予防とうつ病の早期発見のため、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。

図 3-2-14 平均寿命と健康寿命の状況

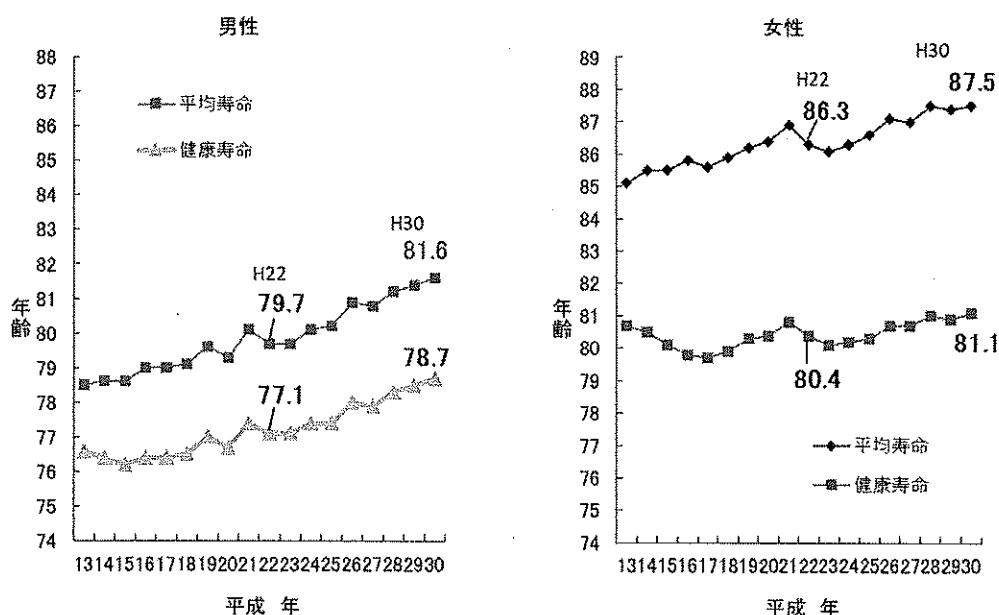
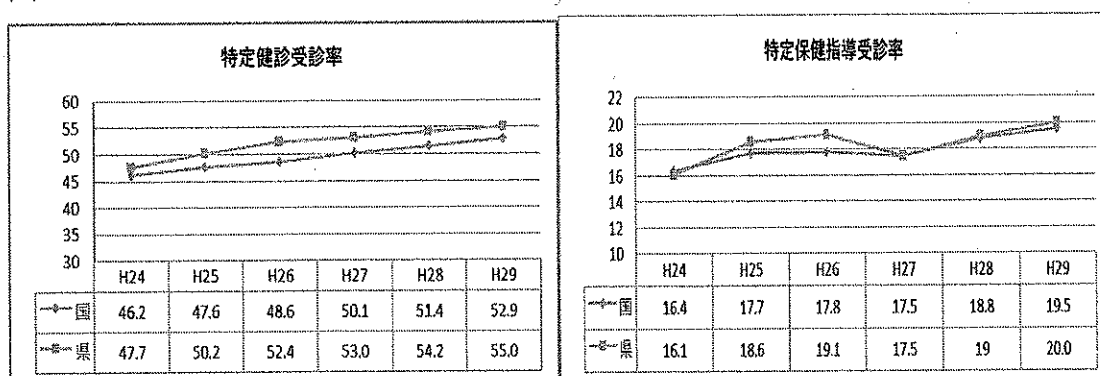


図3-2-15 特定健診受診率・特定保健指導実施率の状況



(県の取組)

- 健康寿命の延伸に寄与すると考えられる、日頃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さまざま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（生活の質）の維持・向上を図りながら、低栄養やサルコペニア、フレイルを予防するため、主食、主菜、副菜をそろえた食事や運動の必要性について普及啓発を行います。また、市町とともに、マイレージポイントの付与等を通じて、高齢者自らが望ましい行動を選択できるように支援し、高齢者の食生活の改善や運動習慣の定着を推進します。
- 市町や後期高齢者医療広域連合が実施する歯科健診の受診や歯科保健教室への参加等につながるよう、歯科口腔保健の重要性について啓発を行います。
- 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、重症化予防に係る普及啓発に努めるとともに、地域と医療が連携した取組が推進するよう支援します。

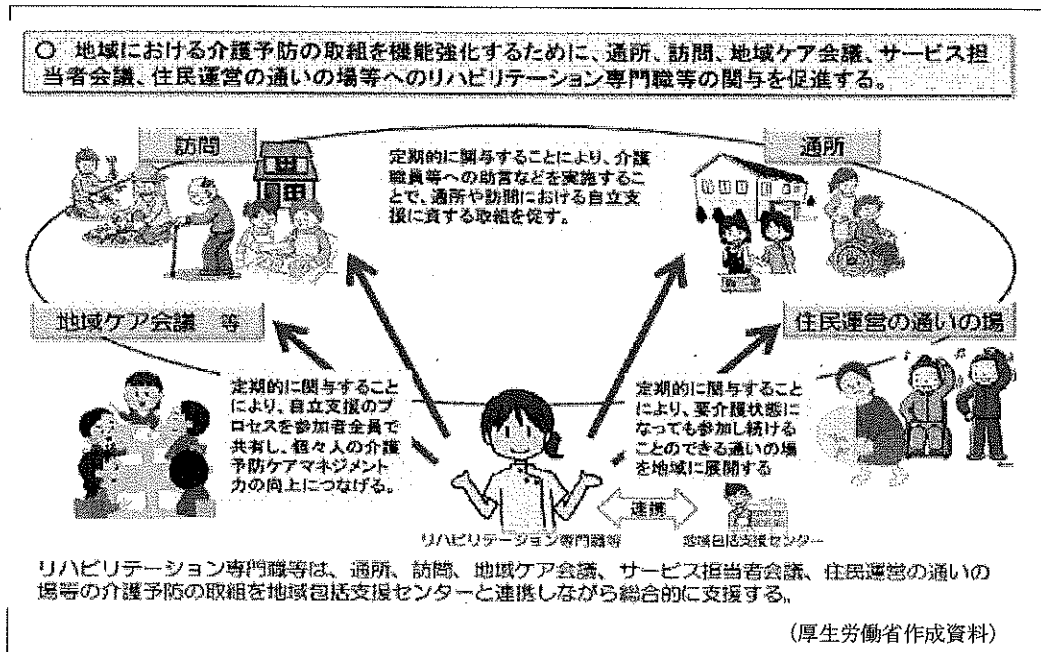
- ロコモティブシンドローム、サルコペニアやフレイルの概念、予防の大切さについて理解が得られるよう、啓発を行います。
- 要介護高齢者の低栄養や誤嚥性肺炎の予防、高齢者のADL（日常生活動作）の向上をめざし、在宅や介護保険施設等において日頃から効果的な口腔ケアサービスが提供されるよう、医療・介護関係者への口腔ケアに関する研修や、介護保険施設等での口腔ケア事業を実施します。
- 高齢者のうつ病が早期に発見され、適切な支援に結びつくよう、かかりつけ医に対し、うつ病などの精神疾患についての専門研修等を実施します。
また、地域包括支援センターを中心とした高齢者の見守り等のネットワークづくりを支援します。

(2) - 2 介護予防

(現状と課題)

- 介護予防は、高齢者が要介護状態になることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものです。
- 生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念をふまえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけをめざすものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上をめざすものであるとされています。
- 介護予防の手法については、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練等の高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等（以下、「リハ職等」という。）を活かした自立支援に資する取組を推進する必要があります。
- 市町が主体となって実施している「地域リハビリテーション活動支援事業」においては、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場へのリハ職等の関与が進められています。
- 三重県では、平成 27（2015）年度に三重県理学療法士会が、三重県作業療法士会および三重県言語聴覚士会と連携し、「三重県リハビリテーション情報センター」を創設し、リハ職等の地域リハビリテーション人材育成、各種情報の集約・管理、市町や地域包括支援センターへのリハ職派遣等を実施しています。
令和 2（2020）年 3 月時点で 416 名のリハ 3 職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が登録されており、地域リハビリテーション活動支援事業への派遣実績は延べ 538 件となっています。今後もより一層、リハ 3 職種による協働体制のもと、地域リハビリテーション活動支援事業に積極的に関与することが期待されます。

図3-2-16 地域リハビリテーション活動支援事業の概要



- 市町においては、年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開をめざして、市町が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的として、地域介護予防活動支援事業を実施しています。
- 住民主体の通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得したうえで指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場となると考えられます。
- 厚生労働省の調査によると、全国における通いの場の参加者数は、令和元（2019）年度において高齢者人口の6.7%となっています。令和元（2019）年6月に国が示した「認知症施策推進大綱」においては、この値を令和7（2025）年までに8%程度とする目標が掲げられており、機能の多様化や他事業との連携等により、通いの場の一層の充実を図ることが求められています。

図3-2-17 通いの場の数と人参加率の推移

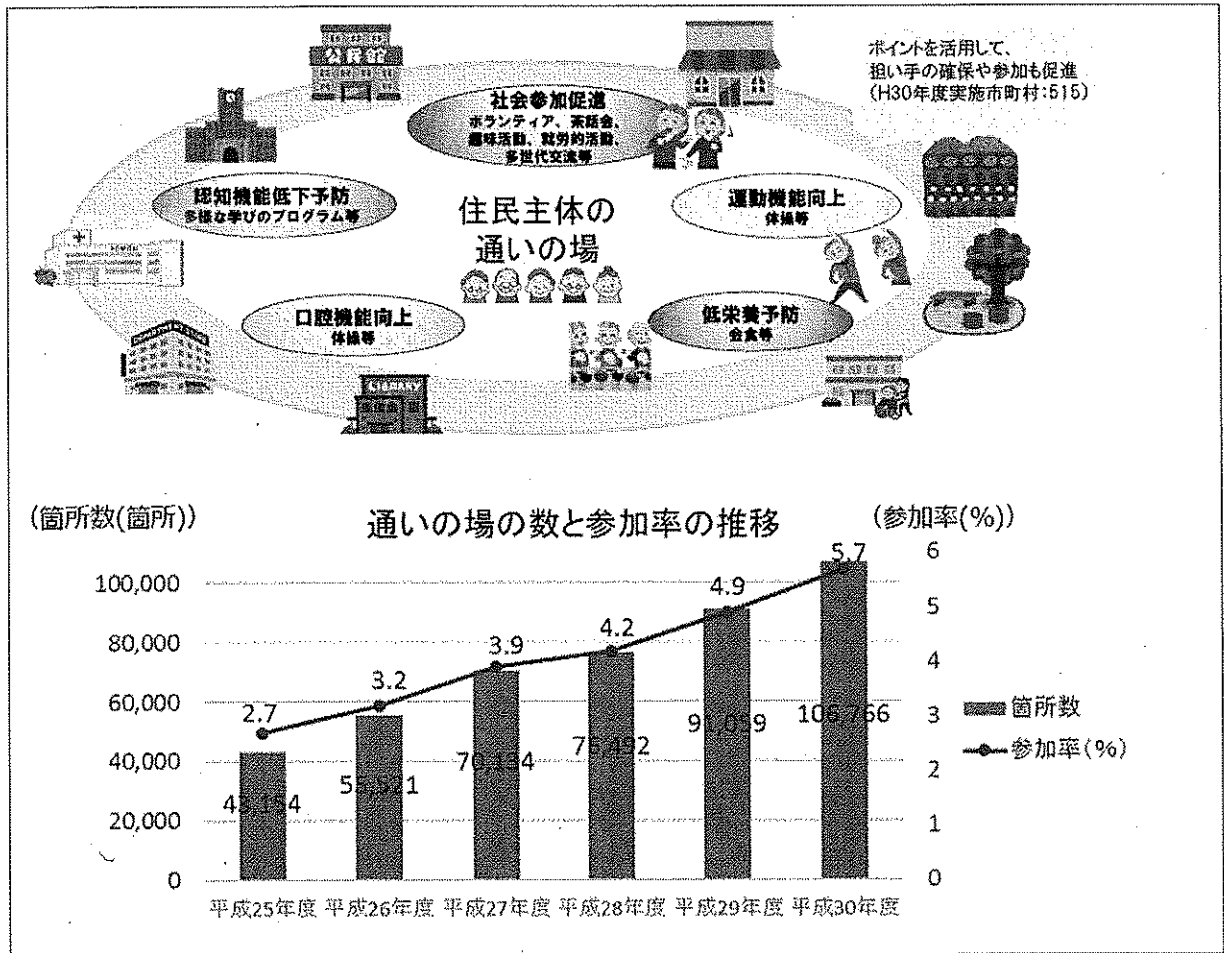
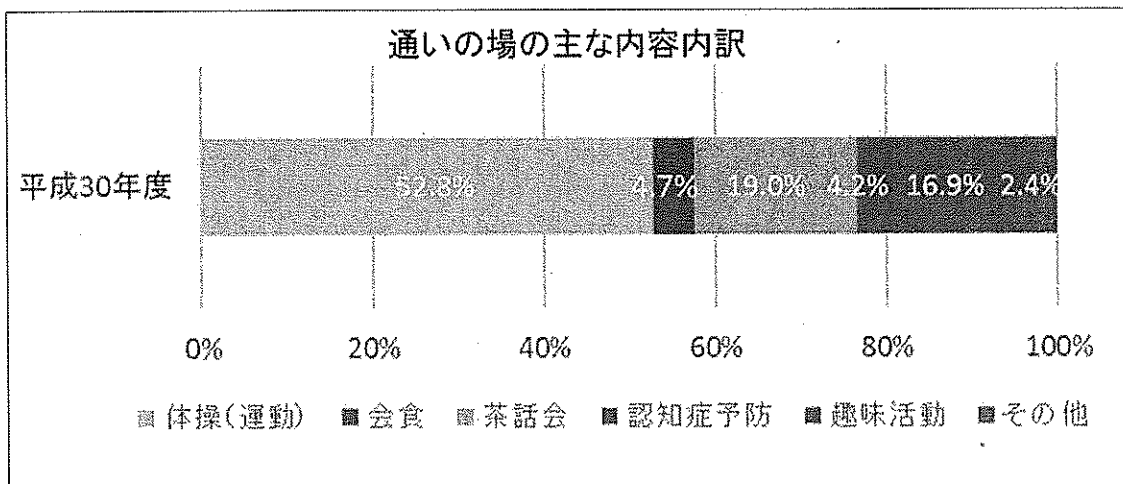


図3-2-18 通いの場の主な内容内訳

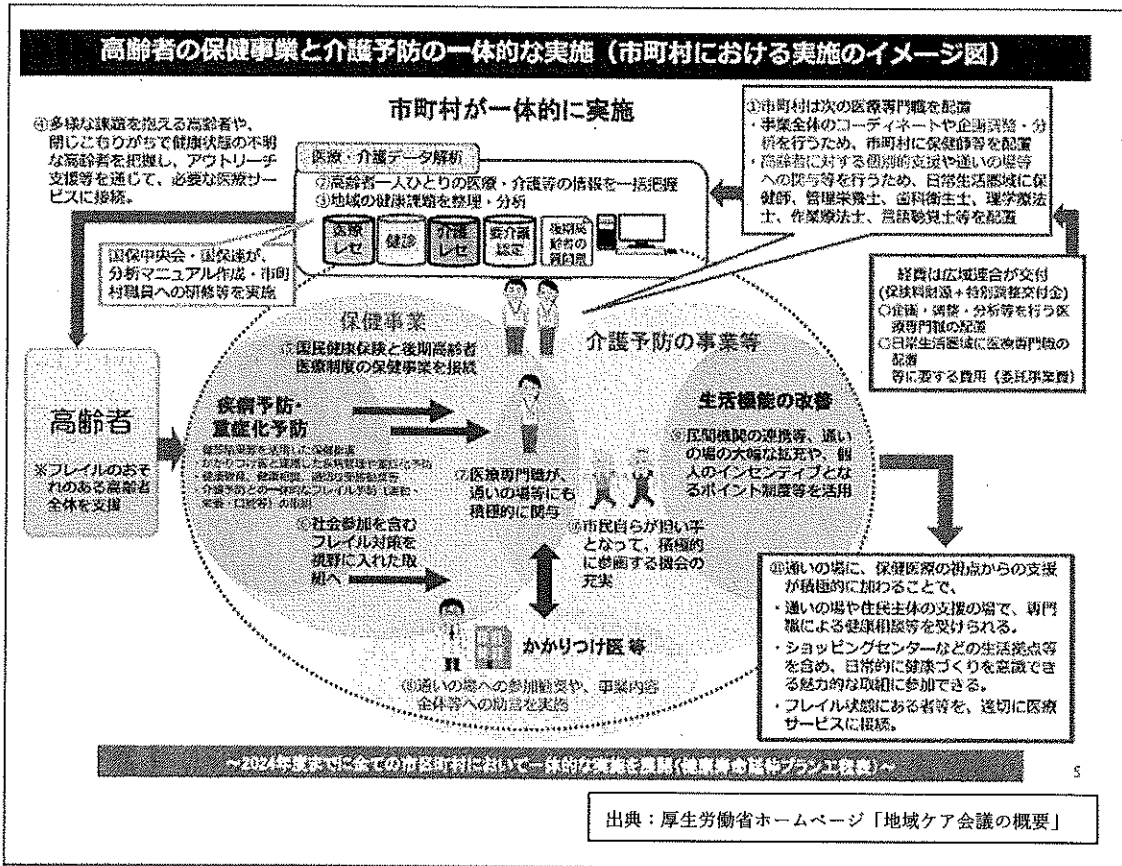


- 平成29（2017）年に成立・公布された「地域包括ケアシステムを強化するための介護保険法等の一部を改正する法律」において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組が制度化されました。
- この一環として、平成30（2018）年4月、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるような客観的な指標を設定し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金が創設されました。
- 令和2（2020）年度には、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金が創設され、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けが強化されました。
- 県においては、保険者機能強化推進交付金および介護保険保険者努力支援交付金の評価結果を活用し、市町における高齢者の自立支援・重度化防止等の取組状況・地域差の分析を行い、市町がめざすべきこと、取り組むべきことを定めるための効果的な支援策を講じることが必要です。
- 「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が、令和元（2019）年5月に公布され、順次施行されています。この改正により、令和2（2020）年4月から、75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等が行われました。
- 具体的には、地域において事業全体のコーディネートを医療専門職が担い、医療・介護データを分析して地域の健康課題を把握し、データ分析の結果から高齢者の健康課題を把握すると同時に、具体的な健康課題を抱える高齢者や閉じこもりがちな高齢者、健康状態不明な高齢者を特定し、必要に応じてアウトリーチ支援を行いながら、必要な医療・介護サービスにつなげるとされています。

また、これまで保健事業で行っていた疾病予防・重症化予防と併せて、認知症予防も含めた介護予防も行い、さらに、地域の医療関係団体等と連携を図りながら、医療専門職が通いの場等にも積極的に関与し、フレイル予防にも着眼した高齢者への支援を行います。

- 通いの場等に保健医療の支援が加わり、社会参加を含むフレイル対策を視野に入れた取組を実践することにより、高齢者は地域の日常的な生活拠点などで、医療専門職による健康相談等を受けられるようになり、身近な場所で健康づくりに参加できるようになります。
また、フレイル状態にある高齢者を適切な医療や介護サービスにつなげることによって、疾病予防・重症化予防を促進することをめざすこととなり、健康寿命延伸につながります。
- このように、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進は、地域全体で高齢者を支えることとなり、地域づくり・まちづくりにつながるものであるとされています。
- 県においては、関係部局が連携して、市町の要望把握を行い、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進める必要があります。
また、各種の医療専門職の人材育成や確保を図るほか、医療関係団体等との連携の中核を担うことが重要です。
さらに、データ分析、事業・企画立案等について、市町の取組を支援することが必要です。
- 住み慣れた地域において高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止を実現していくためには、高齢者の要介護状態や生きがい、生活歴、生活状況等を的確に把握し、個人と環境に働きかけ、参加への本人の意欲を高める支援を提供することが重要です。
そのために、専門職と、地域住民・生活支援コーディネーター・就労的支援コーディネーター・NPO・ボランティア・民間事業者等の「地域の様々な活動主体」とが協力できるよう、地域全体への自立支援・重度化防止の普及が必要となっています。

図 3-2-19 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施



(県の取組)

- 市町が介護予防の取組をより効果的に実施できるよう、市町および地域包括支援センター職員を対象とした担当者研修や、介護予防サービス事業者を対象とした従事者向け研修を開催し、その中で、介護予防の取組を推進するための専門職との連携、役割がある形での社会参加・就労的活動支援の推進等に焦点を当て、関係者の意識啓発と人材育成を図ります。
- 誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開をめざして、機能の多様化や他事業との連携等により、通いの場の一層の充実を図ります。
- 市町や関係者間での地域分析・情報交換の支援や好事例の情報提供等を行うとともに、市町の取組を広く情報収集し、各種会議や三重県ホームページで事例紹介を行います。
- 三重県リハビリテーション情報センター等の関係機関と連携し、市町や地域包括支援センターへのリハ職等の派遣等が安定的に行われるよう、同センターにおける情報の集約・管理体制を支援するとともに、リハ職等を対象とした研修を通して、求められる役割や期待する効果等についての理解を深め、地域リハビリテーション人材育成と、地域リハビリテーション活動への参画推進を図ります。
- 高齢者本人のみならず、家族、住民、事業者、現役世代へのアプローチや、地域全体への自立支援・重度化防止に関する普及啓発について、市町が行う取組を支援します。
- 県全体で効果的な高齢者の自立支援・重度化防止等に係る取組を推進していくため、保険者機能強化推進交付金等を活用した市町支援事業を展開するとともに、その評価指標を用いて各市町の取組状況等の把握や地域課題の分析を定期的実施します。
また、その結果を市町に提供することで、市町の事業効果の評価・振り返り・見直しへの活用を促し、PDCAサイクルに沿った事業の推進を支援します。さらに、分析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たうえで、交付金の活用にかかる好事例の横展開等、実際の事業実施に反映させていきます。

- 高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施し、地域全体で高齢者を支えることができるよう、人材育成やデータ分析、事業・企画立案等により、市町の取組を支援します。
- 役割がある形での社会参加が高齢者の生きがいや介護予防につながるという観点から、役割活動の支援、就労的活動の普及促進に向けた支援を強化していくことが求められており、生活支援コーディネーターや、就労的活動支援コーディネーターとの連携を推進します。

(2) - 3 生活支援

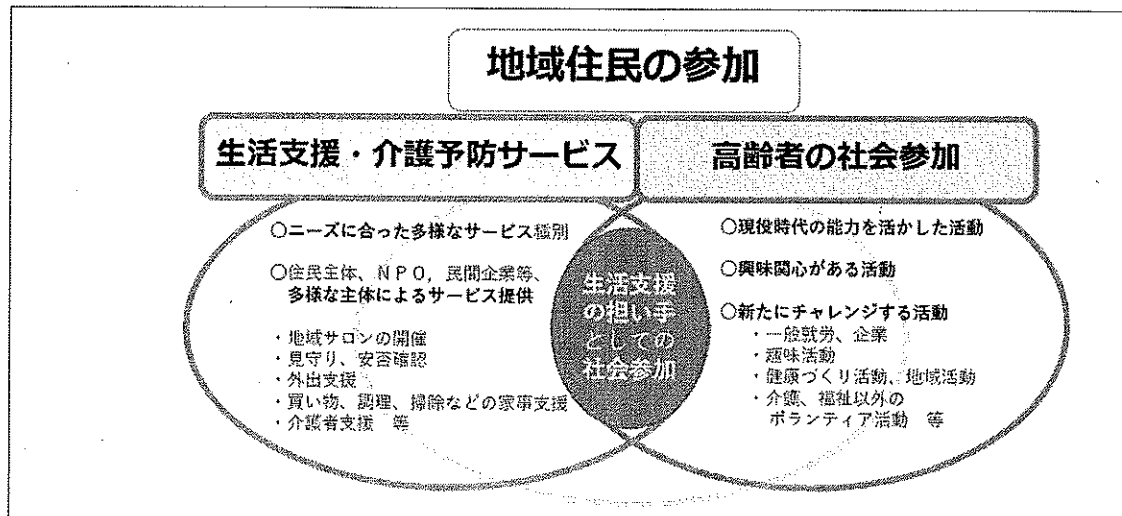
(現状と課題)

- 近年、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の世帯が増え、従来同居家族が担ってきた、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援等の「生活支援」や、地域サロン・通いの場等の「地域とのつながりや活動性を維持するための場」の開催の必要性が増加しています。
地域の実情に応じて、多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供していく必要があります。

- 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う、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。

- 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ボランティア活動や就労的活動等に参画していくことで、生きがいや介護予防にもつながるといふ二次的効果も期待されています。

図3-2-20 生活支援・介護予防の充実と高齢者の社会参加



- 高齢者を含むさまざま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27（2015）年度の介護保険制度改正により、生活支援コーディネーターおよび協議体が各市町に配置されています。
- 生活支援コーディネーターは、さまざま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。
- 協議体は、多様な関係主体間の定期的な情報共有および連携・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。

図3-2-21 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

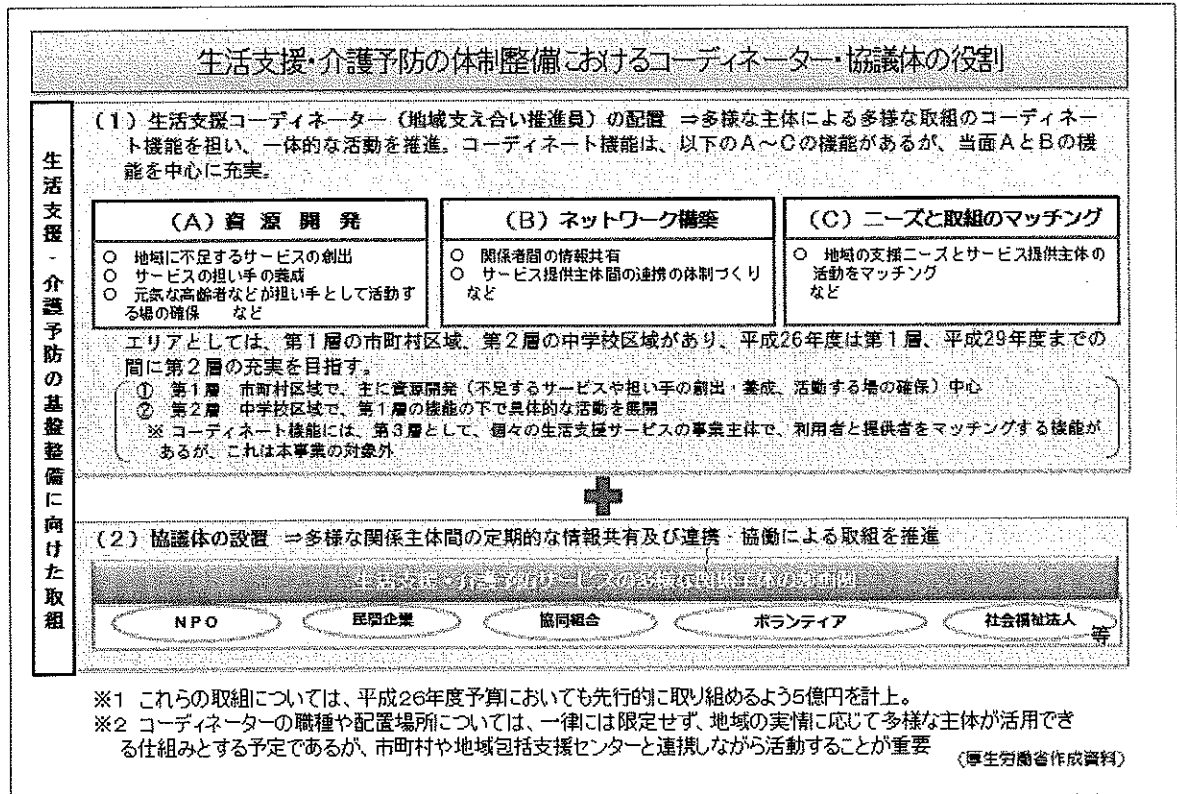


図3-2-22 生活支援コーディネーター・協議体の配置状況

	第一層（市町区域）		第二層（中学校区域等）	
	協議体設置数	コーディネーター人数	協議体設置数	コーディネーター人数
設置延べ数	28	42	121	88
設置市町数	27	29	15	17
実施率	93%	100%	52%	59%

三重県長寿介護課調べ。令和2年5月1日現在

- 三重県における生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査によると、コーディネーターは全ての市町で配置済みであり、協議体については第一層の市町区域において93%の市町が設置しています。
- 一方で、第二層の日常生活圏域（中学校区域等）における設置については、52%にとどまっており、第一層から第二層への発展に向けた役割分担

や連携について課題と感じている市町が多いことが明らかになりました。

- また、地域課題の把握からサービスの創出につなげていくために、コーディネーターのスキルアップ、情報交換の場、体制の強化が求められています。
- さらに、生活支援のみならず、高齢者がボランティア活動及び就労的活動においても活躍し、生きがいを持った社会参加を促進するという観点から、「就労的活動支援コーディネーター」を養成し、ボランティア活動へのポイント付与や有償ボランティアの推進、就労的活動の普及促進等の取組を進めていくことが必要とされています。

(県の取組)

- 県においては、平成 28 (2016) 年度から、三重県社会福祉協議会に「生活支援コーディネーター養成研修」を委託し、市町職員等を対象とした研修の開催に取り組んでいます。
- 引き続き、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養成研修を開催するとともに、就労的活動支援の視点についても周知啓発を行い、ボランティア活動および就労的活動による高齢者の社会参加の促進など、地域の実態や実情に応じた市町の取組を支援していきます。
- 市町において生活支援コーディネーター、就労的活動支援コーディネーター、協議体による取組が進むよう、取組状況の把握や相談に対する必要な助言・支援、取組事例の情報提供を行います。

(3) 在宅医療・介護連携の推進

(3) - 1 在宅医療

(現状と課題)

- 平成 29 (2017) 年 3 月に策定した三重県地域医療構想では、本県における在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース)は平成 25 (2013) 年の 16, 133. 1 人/日から令和 7 (2025) 年は 21, 656. 4 人/日になると見込まれており、この需要に対応していくには、病床の機能分化・連携とあわせて、在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。
- 本県の人口 10 万人あたりの訪問診療を実施する病院数は 0. 8 か所で、全国平均 2. 0 か所を下回っており、診療所数は 21. 5 か所で、全国平均 18. 6 か所を上回っています。
- 本県の人口 10 万人あたりの訪問看護ステーション数は 8. 8 か所で、全国平均 9. 3 か所と比較して少ない状況です。一部の市町において訪問看護ステーションが少ない状況ですが、都市部の訪問看護ステーションが広域的にカバーしている地域もあります。
- 本県の人口 10 万人あたりの在宅療養支援歯科診療所数は 7. 8 か所で、全国平均 8. 9 か所を下回っています。
- 本県の人口 1 万人あたりの訪問薬剤管理指導を実施する薬局数は 4. 3 か所で、全国平均 4. 1 か所を上回っています。
- 県内の在宅医療の提供体制にばらつきがあることから、在宅医療のニーズの高まりや多様化に対応するため、在宅医療資源の質と量の確保を図る必要があります。

図 3 - 2 - 23 訪問診療を実施する診療所、病院数

(単位：か所)

区分	病院	人口 10 万人あたり 病院数	診療所	人口 10 万人あたり 診療所数
全国	2, 530	2. 0	23, 684	18. 6
三重県	14	0. 8	392	21. 5

出典：厚生労働省「NDB」(平成 30 年度)

図 3-2-24 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	11,795	9.3
	三重県	156	8.8

出典：厚生労働省「平成 30 年介護給付費実態調査報告」

図 3-2-25 在宅療養支援歯科診療所数

(単位：か所)

	区 分	施設数	人口 10 万人 あたり施設数
在宅療養支援歯科診療所	全 国	11,339	8.9
	三重県	143	7.8

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成 31 年 3 月 31 日)

図 3-2-26 訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

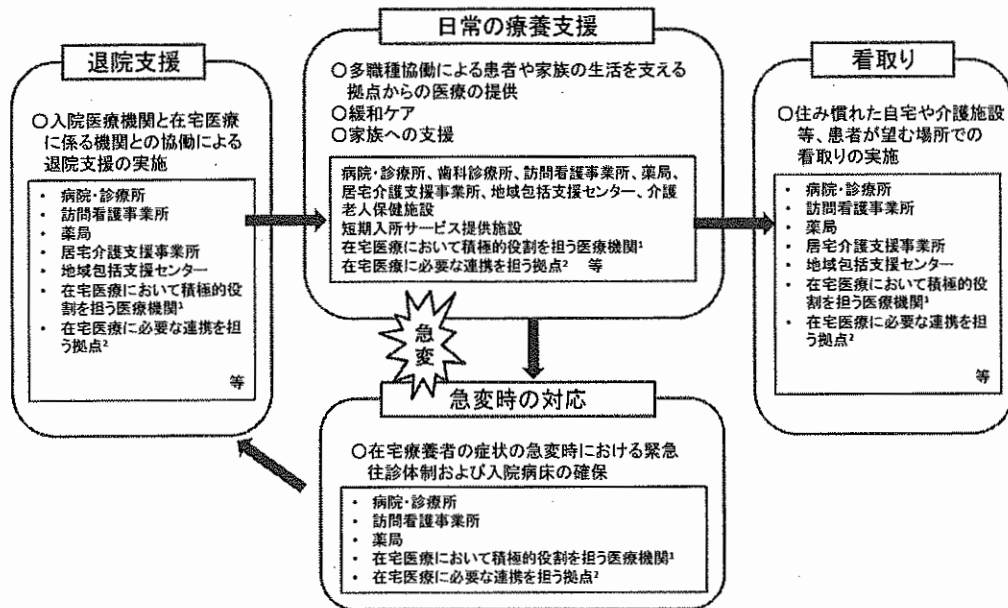
(単位：か所)

	訪問薬剤管理指導を実施する 薬局数	人口 1 万人あたり訪問薬剤指導を 実施する薬局数
全 国	51,554	4.1
三重県	790	4.3

出典：厚生労働省「診療報酬施設基準」(令和 2 年 9 月 1 日)

- 令和 2 (2020) 年に本県が実施したアンケートでは、県民の 35.1%が人生の最終段階における医療について家族と意見交換をしていないと回答しています。誰もが望む場所で人生の最期を迎えられるよう、住民の看取りに対する理解を深めるとともに、地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。
- 在宅医療の充実のためには、以下の 4 つのめざすべき方向から、各医療機関がそれぞれの医療機能を発揮し、さらにそれぞれの役割を担う関係機関が連携することにより、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することが重要です。
 - ①入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働による退院支援の実施
 - ②多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
 - ③在宅療養者の病状急変時における往診体制および後方支援病床の確保
 - ④住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

図 3-2-27 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。

(県の取組)

- 第 7 次三重県医療計画や三重県地域医療構想に基づき、県内の在宅医療体制の整備に係る取組を進めていきます。

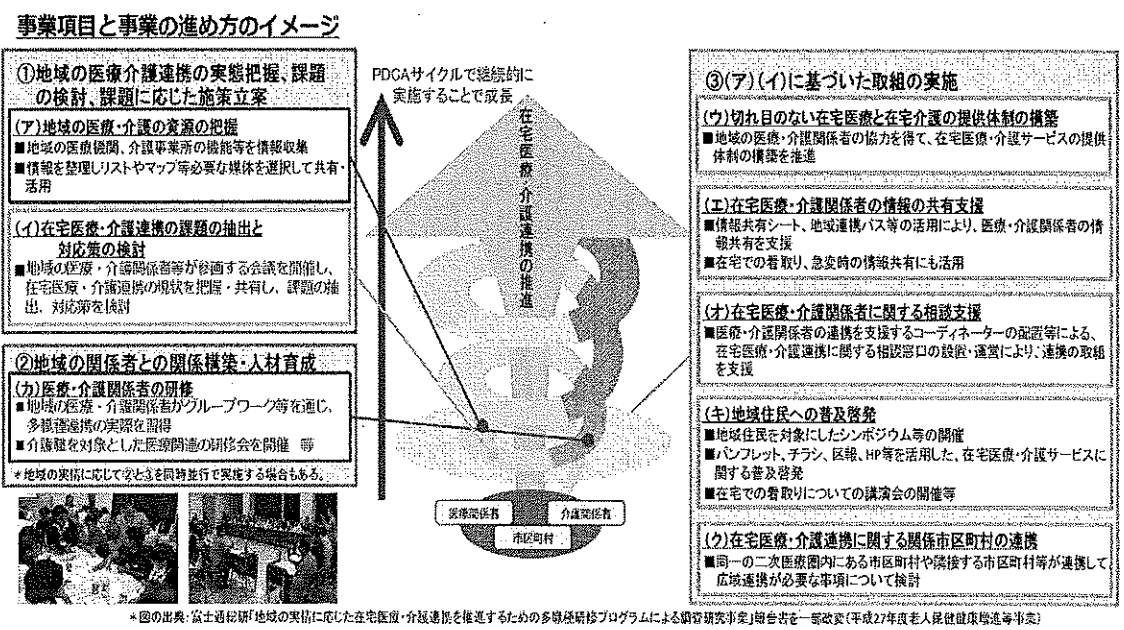
<第 7 次三重県医療計画における在宅医療対策の取組方向>
 取組方向 1：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保
 取組方向 2：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築
 取組方向 3：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

(3) - 2 医療・介護連携

(現状と課題)

- 住み慣れた地域において、人生の最期まで安心して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。
- 平成 26 (2014) 年の医療介護総合確保推進法の制定により、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」が位置付けられ、平成 30 (2018) 年度には、以下の 8 つの事業項目について、全ての市町で実施することとなりました。
 - (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
 - (エ) 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援
 - (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
 - (カ) 医療・介護関係者の研修
 - (キ) 地域住民への普及啓発
 - (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

図 3-2-28 「在宅医療・介護連携の推進」の取組内容



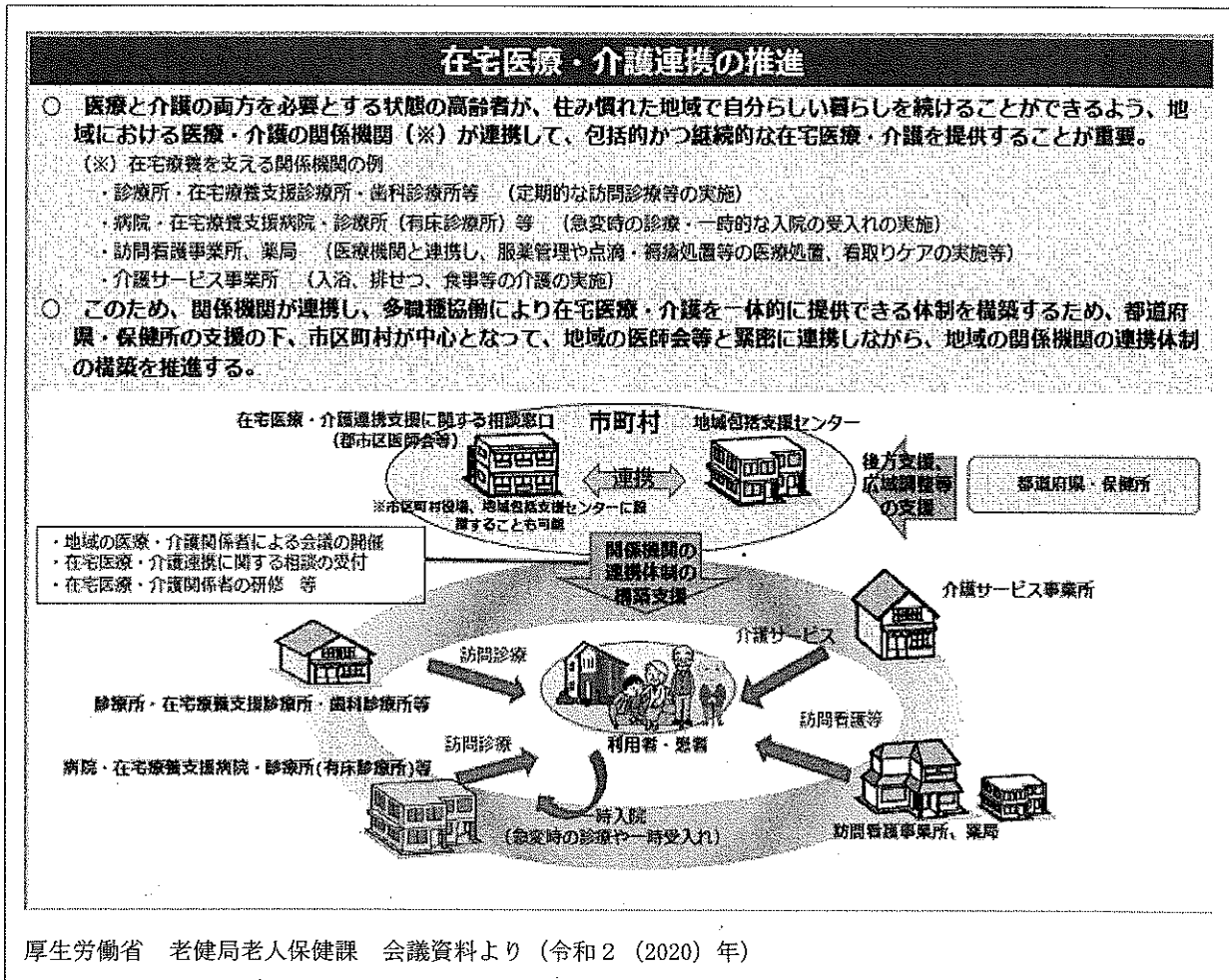
- 県では、「在宅医療・介護連携推進事業」の8つの事業項目を活用して、市町ヒアリングを実施するとともに、先進地の取組を紹介するなど、地域の実情に応じた在宅医療体制整備の支援を行いました。
- また、県内各地域で、市町、地域包括支援センター、郡市医師会等が参加する会議を開催して、関係者と意見交換等を行うとともに、現状や課題の把握と支援方策の検討を行いました。
- これらの結果、各市町では、おおむね取組が進められているものの、中長期的な対応が必要な課題もあり、その解消に向けた検討を引き続き進める必要があります。
- また、市町の関心が高かった課題（「入退院支援」、「ACP（人生会議）」、「在宅医療・救急連携」）への対応についても支援していく必要があります。
- ACP（人生会議）については、県の地域医療安心度調査（令和元年度）によると、県民の知名度は、22.7%となっています。また、県のe-モニターアンケート結果（令和2年度）によると、自分が亡くなる場所、亡くなる前にやりたいこと、治療方針などを考えて、家族等周囲の方にその考えを伝えることがある人は、19.8%となっています。

（県の取組）

- 市町が在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決を図り、PDCAサイクルに沿った取組を進めることができるよう、市町ヒアリング等で把握した現状や課題等を踏まえ、引き続き併走型の支援をしていきます。
- 在宅医療・介護連携アドバイザーの市町等への派遣、入退院支援に関わる専門職等を対象とする連携強化に係る研修、市町の連携拠点等において在宅医療、介護連携の調整を行う職員を対象とした意見交換会等について、引き続き、取り組めます。

- 医師会と連携し、各地域において住民等を対象に、在宅医療、在宅看取り等に関する講演会を開催しています。また、市町職員等を対象に、ACP（人生会議）の取組の進め方についての研修会を実施したほか、介護施設等に勤務する看護職員を対象に、看取りケアについての研修会を実施しています。
- 本人の意思決定を尊重した人生の最終段階における医療・ケアを進めることができるよう、今後も、県民の意識向上および市町、専門職の資質向上を図るための研修会等に取り組みます。

図3-2-29 在宅医療・介護連携の推進事業のイメージ図



【コラム】

人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



人生会議のロゴマーク

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」と言います。平成30年11月に、その愛称が「人生会議」と決定され、普及啓発や認知度向上の取組が進んでいます。

あなたの希望や価値観は、あなたの望む生活や医療・ケアを受けるためにも重要な役割を果たします。あなたの信頼できる人が、あなたの価値観や気持ちをよく知っていることが、重要な助けとなることも考えられます。

もちろん、全ての人が、人生会議をしなくてはならないというわけでは、決してありません。あくまで、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

一方で、人生会議を重ねることで、あなたが自分の気持ちを話せなくなった「もしものとき」には、あなたの心の声を伝えることができるかけがえのないものになり、そしてまた、あなたの大切な人の心のご負担を軽くするでしょう。



(3) - 3 リハビリテーション提供体制

(現状と課題)

- 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、限られた医療資源を活用して、急性期から慢性期、在宅医療や介護まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、医療と介護の連携がますます重要になっています。
- リハビリテーションにおいても、要介護（支援）者が必要性に応じてサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。
- 生活期リハビリテーションにおいては、要介護者等がその能力に応じ自立した日常生活を営むための自立支援・重度化防止に資するサービスが、地域の実情に応じて提供されることが重要であり、地域分析に基づいて、提供体制や連携体制の構築に計画的に取り組むことが求められています。
- この実現にむけて、国においては、リハビリテーションサービスの指標を示し、そのデータを「地域包括ケア『見える化』システム」に掲載して分析できるように環境を整えています。
また、令和2（2020）年8月には、「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」がとりまとめられました。

図 3-2-30 高齢者リハビリテーションのイメージ

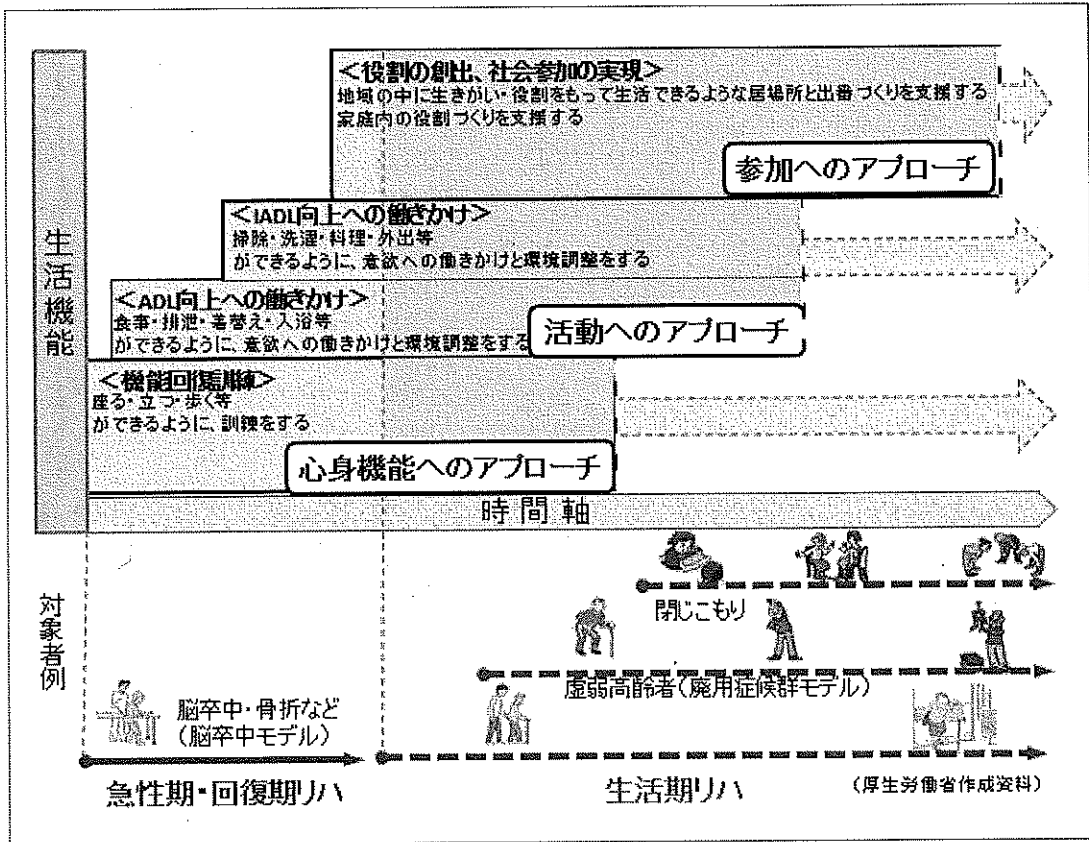
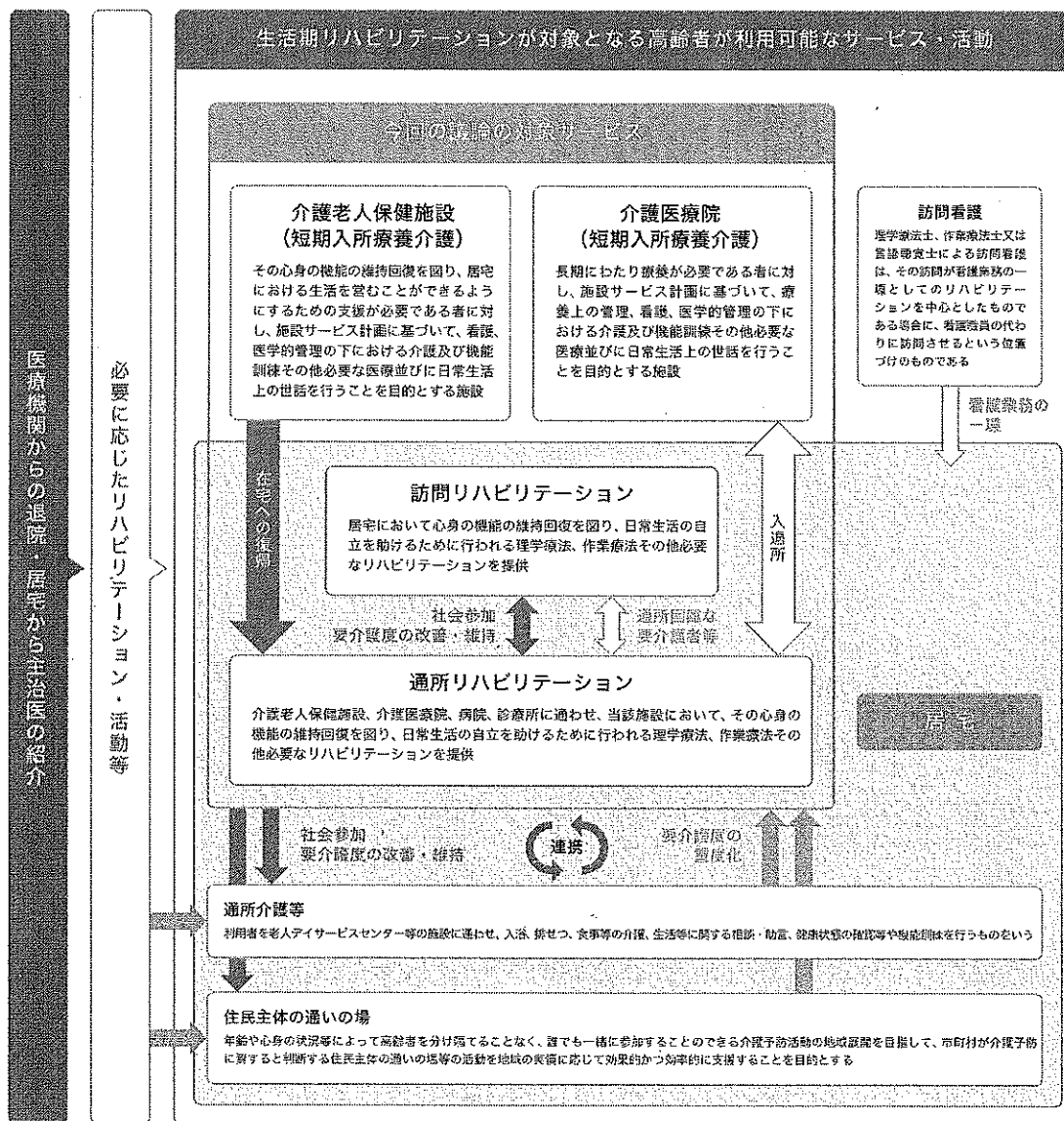


図 3-2-31 「介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」において対象としているリハビリテーションサービス



医療機関からの退院・居宅から主治医の紹介

必要に応じたリハビリテーション・活動等

(厚生労働省作成資料)

- 介護保険制度においては、高齢者の自立支援のための取組として、主に以下のようなものがあります。
 - ① 訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院で実施されるリハビリテーション
 - ② 訪問看護ステーションからの看護職員、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の訪問
 - ③ 通所介護等で実施される機能訓練指導
 - ④ 地域リハビリテーション活動支援事業の活動

- 介護保険の生活期リハビリテーションの定義については、主に上記①の「訪問リハビリテーション事業所」「通所リハビリテーション事業所」「介護老人保健施設」「介護医療院」においてサービスが提供されることから、この4領域における分析・目標設定が推奨されています。

- 本県における介護医療院の整備数は令和2（2020）年9月現在で4施設（224床）と少数であることから、現時点では、「訪問リハビリテーション事業所」「通所リハビリテーション事業所」「介護老人保健施設」の3領域に焦点を当て、提供体制の現状と課題を分析し、目標設定と、広域的な支援方策につなげることをとしています。

- 地域包括ケア「見える化」システムによると、三重県における認定者1万人あたりの事業所・施設数は、介護老人保健施設で8.03施設、訪問リハビリテーション事業所は7.62事業所、通所リハビリテーション事業所は11.84事業所と、全国とほぼ同値の状況でした。

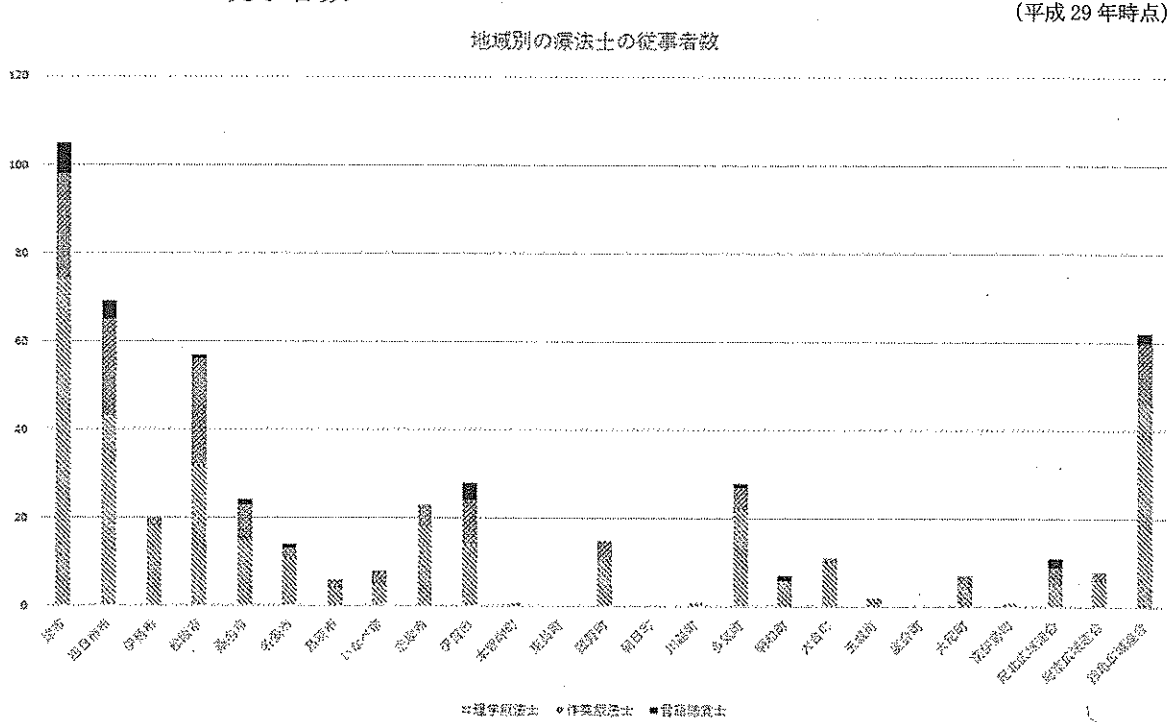
- また、入所施設の定員数は全国値をほぼ上回っている一方で、地域によってばらつきがあり、事業所の数が0である地域が、介護老人保健施設で3市町、訪問リハビリテーション事業所は6市町、通所リハビリテーション事業所は4市町となっています。

- リハビリテーション従事者数についても同様の傾向で、従事者の数が0である地域が、理学療法士で3市町、作業療法士は8市町、言語聴覚士は15市町となっています。

- これらのことから、リハビリテーション資源の不足地域における施設・事業所、従事者の確保を支援するとともに、近隣地域間、リハビリテーション

専門職とケアマネジャー・介護職等の多職種間の連携体制・相談体制を強化し、リハビリテーションサービスが行き届きにくい地域への支援を推進すること等が必要です。

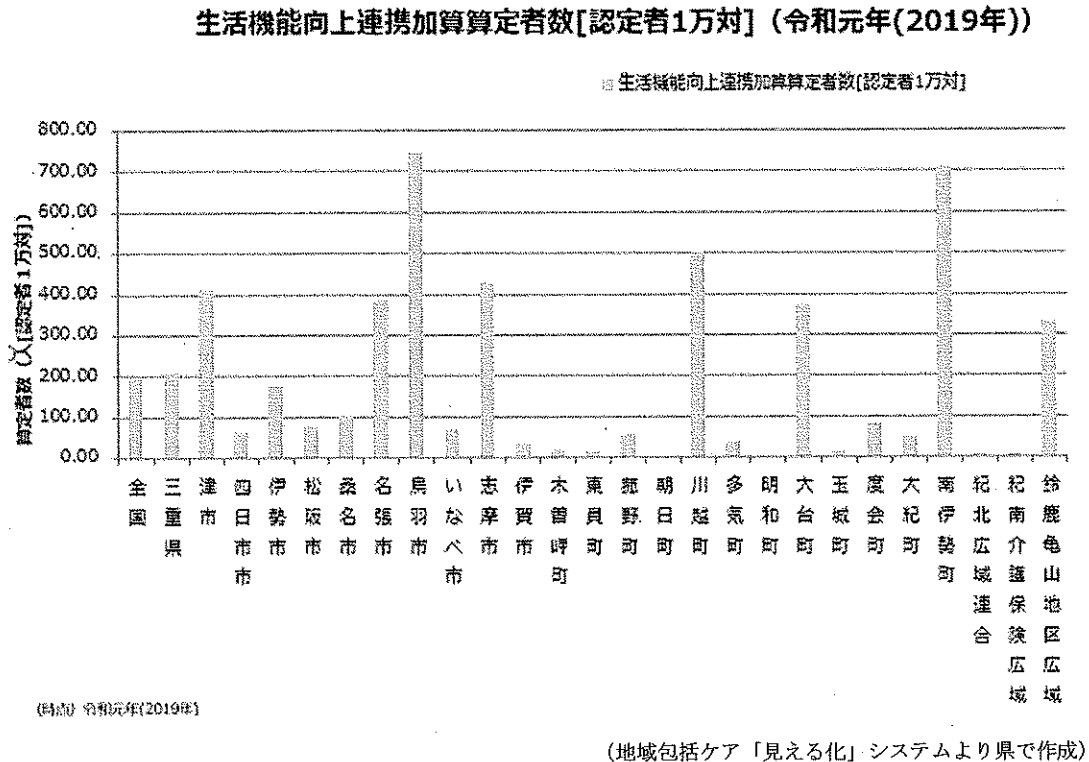
図 3-2-32 地域別の生活期リハビリテーション領域における療法士の従事者数



(地域包括ケア「見える化」システムより県で作成)

- 外部のリハビリテーション専門職と訪問介護事業所等との連携の量を示す指標である「生活機能向上連携加算」について、当県における認定者 1 万人あたりの算定者数は 208.93 人であり、全国の数値を上回っています。さらに、地域別にみると、市町によって算定の有無に差があり、南勢志摩圏域において高い傾向にあります。
- これらの指標等を活用し、各地域のリハビリテーションニーズに対する専門職の視点の活用が進められるよう、効果的な支援と取組の評価を実施する必要があります。

図3-2-33 生活機能向上連携加算算定者数



(県の取組)

- リハ職種間、リハ職種と多職種間の連携を強化することを目指し、リハ職等を対象とした研修を通して、地域リハビリテーションにおいて求められる役割や期待する効果等についての理解を深め、リハ職等の意識の向上を図ります。
- 地域におけるリハビリテーションにかかる需要に対する専門職の視点の活用と共有が進められるよう、生活期リハビリテーションにおける関係機関や、リハビリテーション情報センターと連携し、多職種からのリハビリテーションに関する相談体制強化や、住民主体の活動への関与を推進します。
- リハビリテーションの提供体制にかかるデータによる地域分析や、リハ職の活用にかかる近隣地域における連携体制の構築が進められるよう、市町および地域包括支援センター職員を対象とした担当者研修や、介護予防サービス事業者を対象とした従事者向け研修等を通して、市町間の情報共有、意識向上を図ります。

【コラム】

新型コロナウイルス感染防止に配慮したつながり支援の事例

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、各市町で実施されていた「通いの場」の多くが活動を自粛し、高齢者の閉じこもりや生活不活発の増大、それに伴う2次障害の発生が危惧されています。そのような中、18の市町において、オリジナル体操の動画発信や、食生活に対する啓発、交流の促進など、新型コロナウイルス感染症対策に対応した新しい介護予防の取組が実施されていました。また、県内の事業所や各関連団体においても、ICTや啓発ツール等、様々な手段を活用した、高齢者の心身の健康や介護予防に向けた取組が見られています。

その一つとして、三重県の四日市市にある医療法人三原クリニックとNPO四日市Dサポートが開催しているオンライン認知症カフェの取組をご紹介します。

認知症カフェ『メモリーカフェ'日永』は、医療法人三原クリニックとNPO四日市Dサポートが協働し、地区市民センターの仲介で、企業から提供を受けた研修所を会場とし、平成29(2017)年度から月1回の頻度で開催しています。参加者数は当事者・ご家族が月平均33.5名で、その他、地域ボランティア、認知症サポーター、行政、企業、学生、多種多様な専門職が、スタッフとして参加しています。カフェプログラムとしては、フリー交流会の他、回想法(交流支援)、メモリー工房(活動支援)、家族のお茶会(ピアサポート)、介護相談、子育て支援との協働イベントなどを実施し、本人支援・家族支援・支援者支援・多世代相互支援の場を提供しています。

令和2(2020)年度より、コロナウイルス感染症の影響で開催を中止していましたが、5月から、ウェブ会議ツール(ZOOM)を活用し、市内会場を複数箇所繋いで、小規模対面とオンラインの併用による『メモリーカフェ'日永'オンライン』を開催しています。

三密を避ける少人数単位での会場設定、換気・除菌・参加者の体調管理を徹底する等の感染拡大への配慮をしたうえで、フリー交流会、オンライン回想法といったカフェプログラムを実施します。支援者だけでなく、当事者・家族と共に、「コロナ下における繋がりを生み出す新たな取組を創る」というコンセプトで、トライアルを進めています。

また、災害時の認知症支援を想定した企画としても位置づけ、自治体(市役所)・地区市民センターがハード面、地域ボランティア・医療介護専門職・企業・NPOがソフト面を担う、地域の多セクション協働の取組となっています。

新型コロナ感染症拡大の状況下において、在宅在住の認知症の人とその家族

の心身の健康を維持するための一つの新しい取り組みであり、災害時を含めた地域の支援ネットワーク形成としても、今後県内において各地域に応じた形で、このような取組を進めることが重要となります。



3 認知症施策の推進

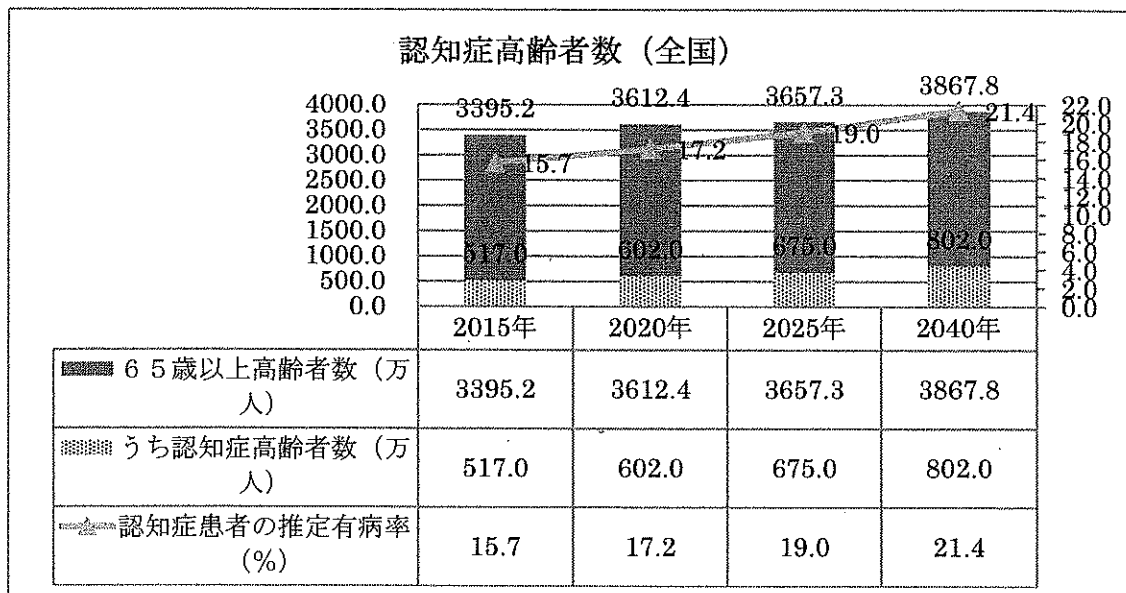
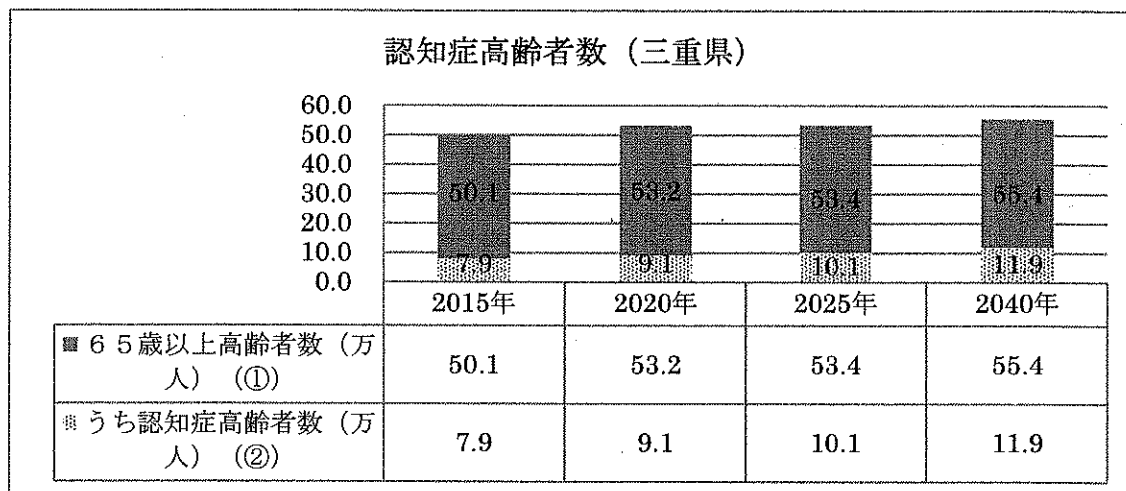
(1) 地域支援体制の強化と普及啓発 ～ 「共生」の取組

(1) - 1 認知症の人を支える地域づくり

(現状と課題)

○ 三重県内の認知症高齢者数は令和2(2020)年には約9万人と推計されます。

図3-3-1 認知症高齢者の状況



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授) 内閣府作成資料より抜粋

- 国においては、令和元（2019）年6月、認知症施策推進関係閣僚会議において、令和7（2025）年までの施策を盛り込んだものとして、「認知症施策推進大綱」が決定されました。「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進し、取組の結果として、70歳代での認知症の発症を10年間で1歳遅らせることをめざすこととしています。
- 本県においては、平成28（2016）年10月には、「認知症サミット in Mie」が開催され、「認知症の国際連携」、「認知症の人への地域支援」、「認知症の医療・産業連携」、「認知症の医療システム」、「認知症の介護システム」についての提言が、パール宣言として採択されました。
パール宣言を受けて、医療・介護の連携強化と人材育成、認知症の人と家族を支える地域づくりなど、認知症施策の一層の充実が図られてきたところで
- これらの取組について調査を実施し、有識者による検討会議において、調査結果の分析が行うとともに、令和2（2020）年3月、「三重県の今後の認知症施策の指針」をとりまとめました。
- 今後は、「認知症施策推進大綱」や「三重県の今後の認知症施策の指針」に基づき、認知症の人の意思が尊重され、できる限り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「認知症施策先進県」に向けて取り組みます。
- 「認知症施策推進大綱」においては、「共生」について、「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる」、「認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」という意味であるとされています。
- 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、地域全体でさまざまな主体によるきめ細かな支援提供体制を築く必要があります。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、認知症に関する正しい知識を持って、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする「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、令和2年（2020）年12月31日現在、県内で204,996人です。
今後は引き続き、認知症サポーターの養成を行うとともに、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できる仕組みをつくる必要があります。

- 認知症の人が生き生きと活動している姿は、認知症に関する社会の見方を変えるきっかけとなり、多くの認知症の人に希望を与えるものであると考えられます。認知症の人ができないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で今までどおり自律的に暮らしている姿は、認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期に診断をうけることを促す効果もあると考えられます。
- 地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができていく姿等を積極的に発信していく必要があります。
- 認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。
- 一方、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、「認知症になると、暴言・暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる」、「認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう」というイメージを持っている人が、いずれも全体の11.8%という結果であり、認知症に対する画一的で否定的なイメージを持つ人も一定程度あることから、認知症についての正しい知識や理解の普及啓発を実施する必要があります。
- 認知症等のため財産管理や日常生活に支障がある人の意思が尊重され、安心して暮らしていくことができるよう、成年後見制度の利用を促進する必要があります。
- 認知症が原因で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必要があります。
県内では、地域の警察、消防、自治会、民生委員、介護事業所、商店等で認知症高齢者の「見守りネットワーク」を構築し、心配な高齢者の情報が地域包括支援センター等に提供される仕組みを形成するとともに、行方不明者の情報をネットワーク構成員に提供して早期発見につなげる取組や、行方不明

になる恐れのある認知症高齢者の情報を事前に登録し、地域包括支援センターと警察にあらかじめ共有しておくことで、行方不明時の搜索を的確かつスムーズに行う取組を行っている市町があります。

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）

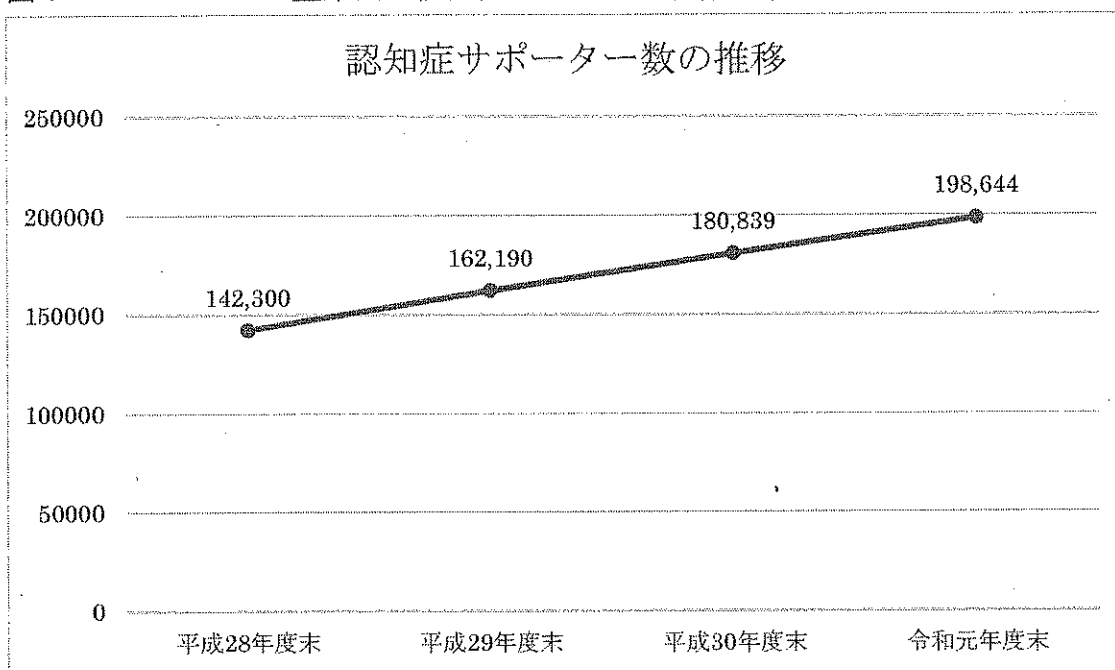
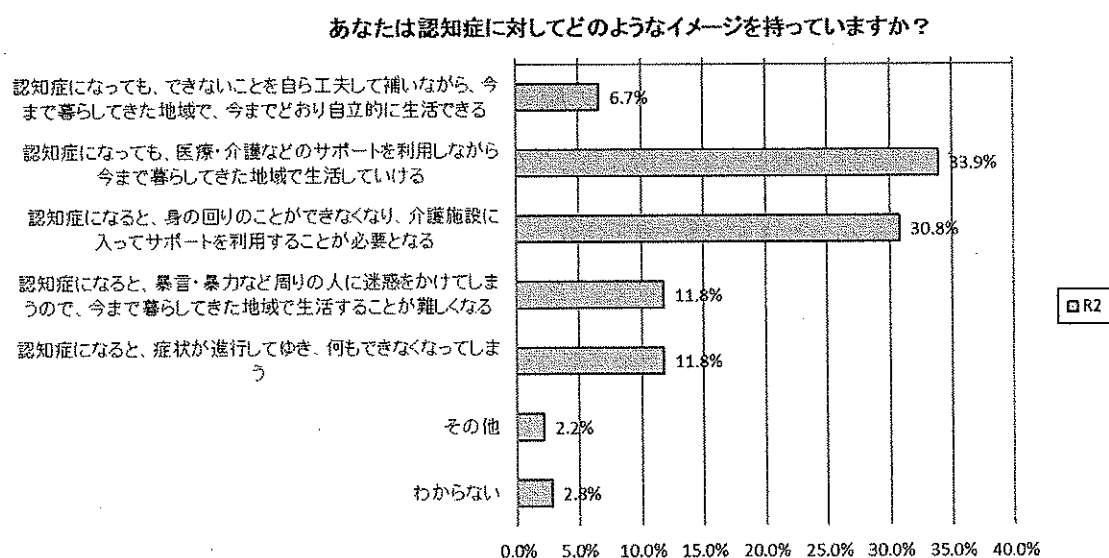


図3-3-3 認知症に対するイメージについてのアンケート結果



e-モニターアンケート調査結果（令和2年6月11日～7月2日、643名回答）三重県長寿介護課調べ

図3-3-4 三重県内の市町別認知症サポーター養成の状況（単位：人）

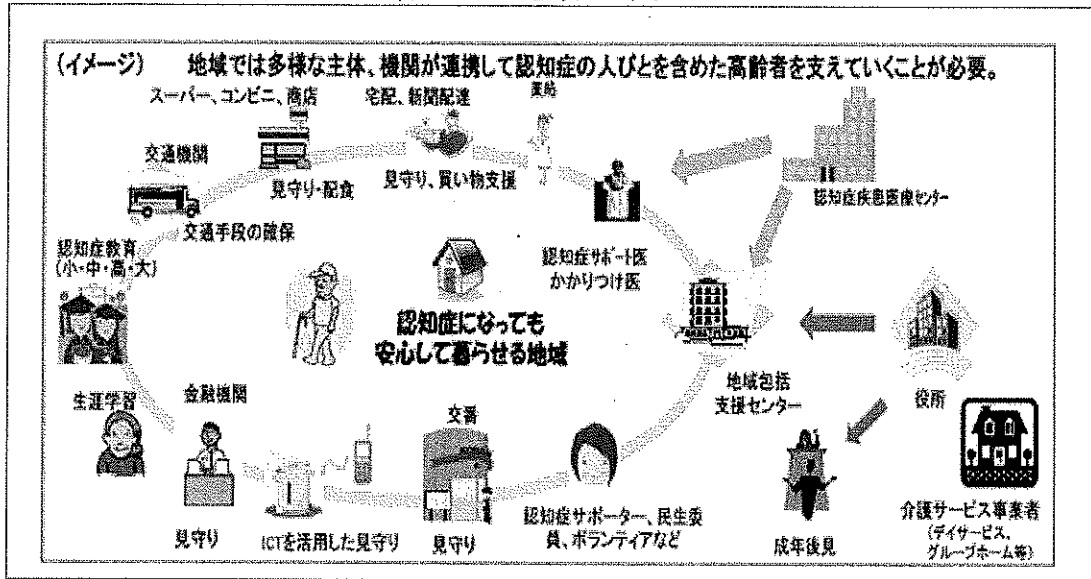
	人口 (A)	65歳以上 人口(B)	高齢化率 (%)	認知症 サポーター数 (C)	人口あたりの 割合(%) (C)/(A)	サポーター1人当たり 担当65歳以上人口 (B)/(C)
全国	127,138,033	35,486,813	27.9%	12,272,948	9.7%	2.9
三重県計	1,813,859	529,547	29.2%	204,996	11.3%	2.6
三重県庁	—	—	—	18,641	—	—
津市	278,105	81,222	29.2%	14,509	5.2%	5.6
四日市市	311,551	80,084	25.7%	27,214	8.7%	2.9
伊勢市	125,462	39,446	31.4%	10,469	8.3%	3.8
松阪市	163,477	48,082	29.4%	26,368	16.1%	1.8
桑名市	142,019	37,250	26.2%	18,631	13.1%	2.0
鈴鹿市	199,884	49,610	24.8%	19,965	10.0%	2.5
名張市	78,398	25,595	32.6%	11,177	14.3%	2.3
尾鷲市	17,576	7,622	43.4%	2,561	14.6%	3.0
亀山市	49,720	13,212	26.6%	3,353	6.7%	3.9
鳥羽市	18,523	6,950	37.5%	1,822	9.8%	3.8
熊野市	16,694	7,210	43.2%	1,894	11.3%	3.8
いなべ市	45,713	12,296	26.9%	9,140	20.0%	1.3
志摩市	49,295	19,300	39.2%	4,506	9.1%	4.3
伊賀市	91,230	29,701	32.6%	7,466	8.2%	4.0
木曾岬町	6,257	2,005	32.0%	327	5.2%	6.1
東員町	25,918	7,623	29.4%	5,365	20.7%	1.4
菰野町	41,697	10,704	25.7%	2,835	6.8%	3.8
朝日町	10,921	2,065	18.9%	317	2.9%	6.5
川越町	15,226	2,896	19.0%	781	5.1%	3.7
多気町	14,520	4,801	33.1%	1,936	13.3%	2.5
明和町	23,139	6,803	29.4%	1,997	8.6%	3.4
大台町	9,175	3,872	42.2%	1,870	20.4%	2.1
玉城町	15,452	4,145	26.8%	1,816	11.8%	2.3
度会町	8,147	2,769	34.0%	1,005	12.3%	2.8
大紀町	8,344	3,976	47.7%	1,433	17.2%	2.8
南伊勢町	12,345	6,273	50.8%	2,063	16.7%	3.0
紀北町	15,711	6,820	43.4%	1,678	10.7%	4.1
御浜町	8,487	3,306	39.0%	2,473	29.1%	1.3
紀宝町	10,873	3,909	36.0%	1,384	12.7%	2.8

(令和2年12月31日現在 全国キャラバン・メイト連絡協議会ホームページより)

(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、引き続き養成します。
- 地域における見守り、介護予防事業への協力、家族支援など、認知症サポーターがさらに活躍し、身近できめ細やかな支援が充実するよう、市町と連携し、認知症サポーターステップアップ講座を開催します。
- 認知症の本人からの発信の機会が増えるよう、「認知症とともに生きる希望宣言」について、「認知症本人大使（希望宣言大使）（仮称）」を創設すること等により、地域で暮らす本人とともに普及啓発に取り組みます。
- いわゆる「治る認知症」と言われる正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、甲状腺ホルモン異常、不適切な薬の使用等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。
- 認知症等のため財産管理や日常生活に支障がある人の意思が尊重され、安心して暮らしていくことができるよう、市町における成年後見制度の中核機関の立ち上げや運営について、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。
- 認知症等により行方不明となる高齢者を早期に安全に保護するため、市町における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、広域での搜索協力をより円滑に行うため、県内外の自治体や関係機関と行方不明者情報を提供しあう等の連携を図ります。

図 3-3-5 安心して暮らせる地域づくり



(厚生労働省作成)

(1) - 2 認知症の人と家族への支援

(現状と課題)

- 一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向け、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていくことが重要です。
- 地域の中で認知症サポーターを組織化し、認知症の人やその家族のニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みであるチームオレンジを地域ごとに構築する必要があります。
- 認知症の診断直後等は受容ができず、今後の見通しにも不安が大きいことから、心理面、生活面に関する早期からの支援が必要です。
- 介護者の負担軽減のため、認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する必要があります。
- 認知症の人が容態や段階に応じた適切な医療や介護サービスを受けることができるよう、その流れを示すとともに、各々の状況に最も適する相談先や受診先等を整理した「認知症ケアパス」について、県内の全ての市町において作成され、積極的に活用されるよう取り組む必要があります。
- 認知症の人やその家族等に対し、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。また、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は、専門医療相談（電話相談）を行っています。
- 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、「三重県認知症コールセンターを知っている」8.2%、「認知症疾患医療センターを知っている」9.1%という結果でした。認知症の人と家族を支援するため、相談窓口の周知を積極的に行うことが必要です。

- 若年性認知症については、厚生労働省による調査（平成 21（2009）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、少なくとも 314 人（令和元（2019）年度調査結果。要介護認定を受けている人のみの計算）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、平成 22（2010）年に全国に先駆けて総合支援窓口として「若年性認知症支援コーディネーター」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。
- 意見交換会やカフェ、自立支援ネットワーク会議や企業担当者研修会の開催など、様々な取組を実施し、平成 29（2017）年に若年性認知症本人の会「レイの会」を立ち上げ、令和 2（2020）年 2 月には、全国若年性認知症フォーラムを開催して、これらの取組について全国に発信しました。

図 3-3-6 e-モニターアンケート調査結果

（令和 2 年 6 月 11 日～7 月 2 日、643 名回答）

項目	回答結果（平成 29 年度との比較）
三重県認知症コールセンターを知っている	6.2% → 8.2%
認知症疾患医療センターを知っている	8.2% → 9.1%
認知症カフェを知っている	8.2% → 17.0%
若年性認知症を知っている	74.0% → 59.1%
相談先	家族・親戚 75.0% → 74.8% 医療機関 71.1% → 61.1%
認知症サポーターを知っている	18.8% → 21.8%
認知症に対して持っているイメージ	認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる 6.7%
重点対策 （複数回答）	①早期発見 72.6% → 72.5% ②予防 72.2% → 62.4% ③医療と介護の連携 52.8% → 54.9% ④正しい理解の普及 53.3% → 46.8%

(県の取組)

- 認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、各市町における認知症サポーター等によるチームオレンジの構築を支援します。
- 先に認知症の診断を受けその不安を乗り越え前向きに明るく生きてきて思いを共有できるよう、認知症の本人が診断直後の人からの相談に応じるピアサポート活動を推進します。
- 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「認知症カフェ」や「若年性認知症カフェ」が地域に普及するよう、市町等の関係機関とともに取り組みます。
- 認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わる「認知症ケアパス」の積極的な活用について、市町等の関係機関を支援します。
- 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。
- 若年性認知症の人と家族への支援の充実を図るため、若年性認知症支援コーディネーターを引き続き配置し、相談、就労に関する支援、ネットワークづくりや、若年性認知症に関する普及啓発を行います。
- 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や、企業の人事担当者を対象に若年性認知症についての知識を深めるための研修を行います。

- 若年性認知症支援コーディネーターを中心に、医療関係者、介護関係者、経済団体、認知症の人の家族等の関係者が協議する場である「若年性認知症自立支援ネットワーク会議」の開催を通じて、若年性認知症の人と家族に対して、診断直後から就労中、退職後といったそれぞれの状況における切れ目のない支援体制づくりに取り組むとともに、若年性認知症本人の会が安定的に運営されるよう、支援します。

(2) 医療・介護サービスの充実と予防 ～ 「予防」の取組

(2) - 1 認知症の医療・介護連携

(現状と課題)

- 「認知症施策推進大綱」においては、「予防」について、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味であるとされています。
また、認知症予防には、認知症の発症遅延や発症リスク低減（一次予防）、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（BPSD）の予防・対応（三次予防）があるとされています。
- 本県では、認知症の発症遅延や発症リスク低減に向けた取組として、令和元年度に、民間資金を活用して社会課題解決型の事業を実施し、その成果に応じて地方公共団体が対価を支払うスキームであるSIB（ソーシャル・インパクト・ボンド）を活用した認知症予防の取組の先事例について、調査研究を行いました。以後、市町との共同により、導入等に係る検討を進めています。
- 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、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、全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配置することとなりました。
- 認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が、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、観察・評価を行ったうえで、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行っています。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤

立している状態にある人への対応の含め、適切な医療・介護サービス等にすみやかにつなぐ取組を強化する必要があります。

- 認知症地域支援推進員は、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等に配置され、地域の支援機関間の連携づくりや、「認知症ケアパス」の作成・活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施、認知症の人や家族への相談等の対応を行っています。
- 認知症の早期からの適切な診断や対応ができるよう、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を1か所、二次医療圏ごとに地域型認知症疾患医療センターを4か所、地域医療構想8区域のうち地域型認知症疾患医療センターの所在区域以外の4区域について連携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、身体合併症と行動・心理症状への対応、専門医療相談、医療・介護関係者への研修等を実施し、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（北勢医療圏）	：医療法人康誠会 東員病院
（中勢伊賀医療圏）	：県立こころの医療センター
（南勢志摩医療圏）	：松阪厚生病院
（東紀州医療圏）	：医療法人紀南会 熊野病院
連携型（三泗区域）	：医療法人社団 三原クリニック
（鈴亀区域）	：ますずがわ神経内科クリニック
（伊賀区域）	：一般社団法人信貴山病院分院上野病院
（伊勢志摩区域）	：いせ山川クリニック

（令和2（2020）年10月現在）

- 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。
- 平成26（2014）年度から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、かかりつけ医と専門医との病診連携を

容易にするシステム「三重県認知症連携パス（脳の健康みえる手帳）」（情報共有ツール）の作成を行い、その普及のための講習会を開催するなど、連携体制の構築を図ってきました。

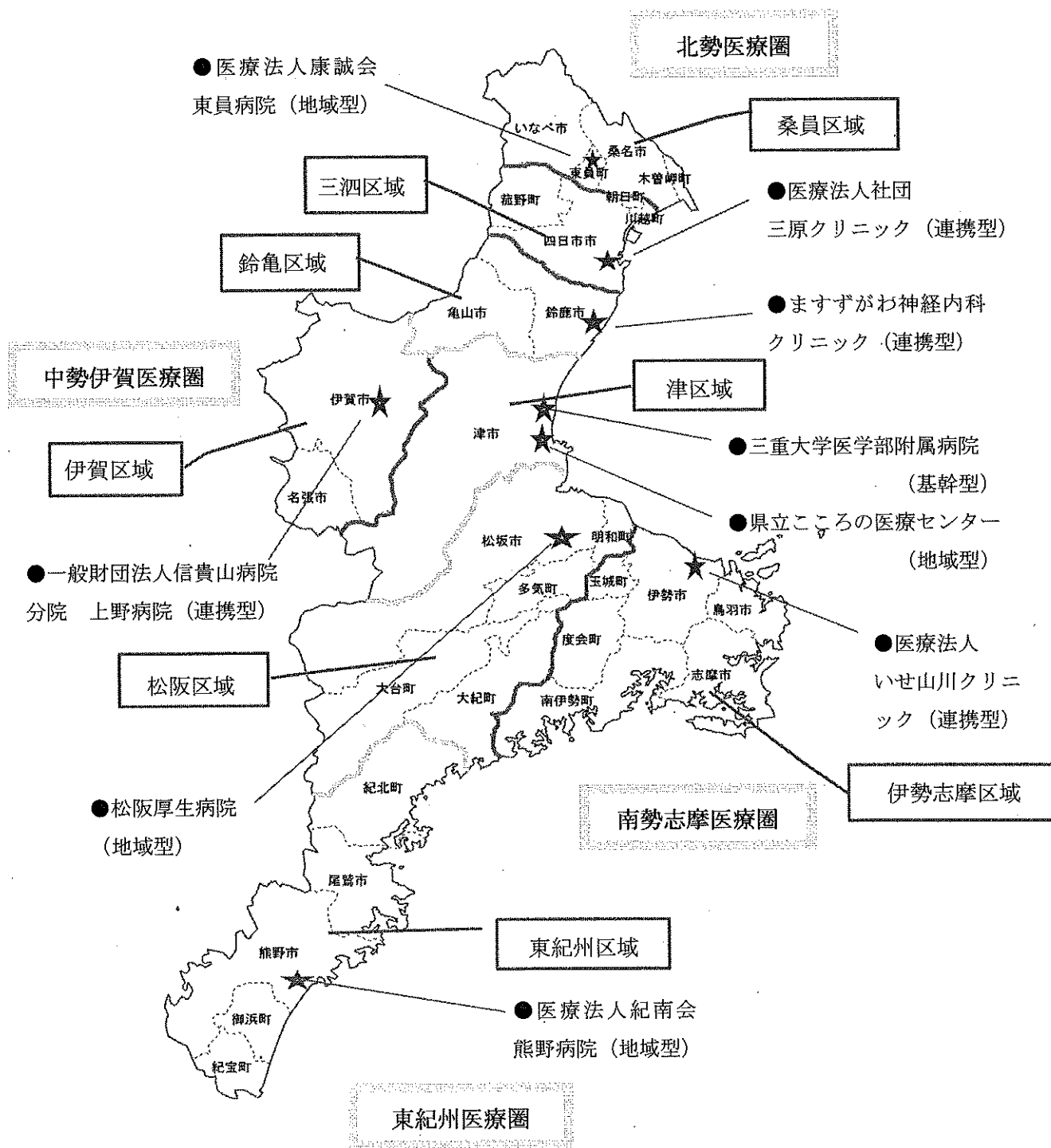
- 認知症を専門としないかかりつけ医に対して、認知症の初期診断が可能となる簡便な「認知症スクリーニングツール」について、実地により使い方を指導するなどして、その普及を図ってきました。
- 平成 29（2017）年度には、認知症初期集中支援チームや介護支援専門員等の介護現場での活用を促進するため、「三重県認知症連携パス」のバージョンアップを行いました。
- 平成 29（2017）年度から、玉城町をモデル地域に選定し、国保レセプトデータを活用して、認知症であるにもかかわらず介護サービス等に紐づけされていない人を訪問し、背景調査や介入を行うとともに、地域での生活を継続できるための支援を行うことで、認知症に関する地域包括ケア体制の実現を図る取組を進めています。

（県の取組）

- 認知症の発症遅延や発症リスク低減につなげるため、S I B（ソーシャル・インパクト・ボンド）を活用した認知症予防について、これまでの調査研究等をふまえ、市町との共同事業への導入に取り組みます。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることから、介護予防の取組である地域における高齢者の通いの場の拡充を支援するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進します。
- 認知症疾患医療センターが、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源を有効に活用できるよう、関係機関間の調整・助言・支援の機能を強化し、ネットワークづくりを進めるとともに、県民に対しても、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。

- レセプトデータを活用した早期介入モデル事業のシステムについて、モデル地域である玉城町以外で展開できるよう取組を進め、情報発信を行っていきます。
- 認知症 I Tスクリーニングを実施し、認知症の早期診療・介入を行う地域をさらに拡大し、事業の広域展開を進めるとともに、医療・介護のネットワークを活用することで、病診連携や医療・介護の連携の推進を図ります。
- 認知症の人のこれからの生活を支えるためには、本人に関する情報の共有が重要となることから、認知症の本人・家族、医療・介護関係者等が連携するための情報共有ツールとして「三重県認知症連携パス(脳健康見える手帳)」が活用されるよう、その利用を促進します。
- 平成 30 (2018) 年度から全ての市町において設置されている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活動について、市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設ける等の支援を行うとともに、チームおよび推進員の資質の向上のための方策について検討します。

図3-3-7 認知症疾患医療センターの設置状況
(令和2(2020)年10月現在)



(2) - 2 医療・介護従事者の認知症対応力の向上

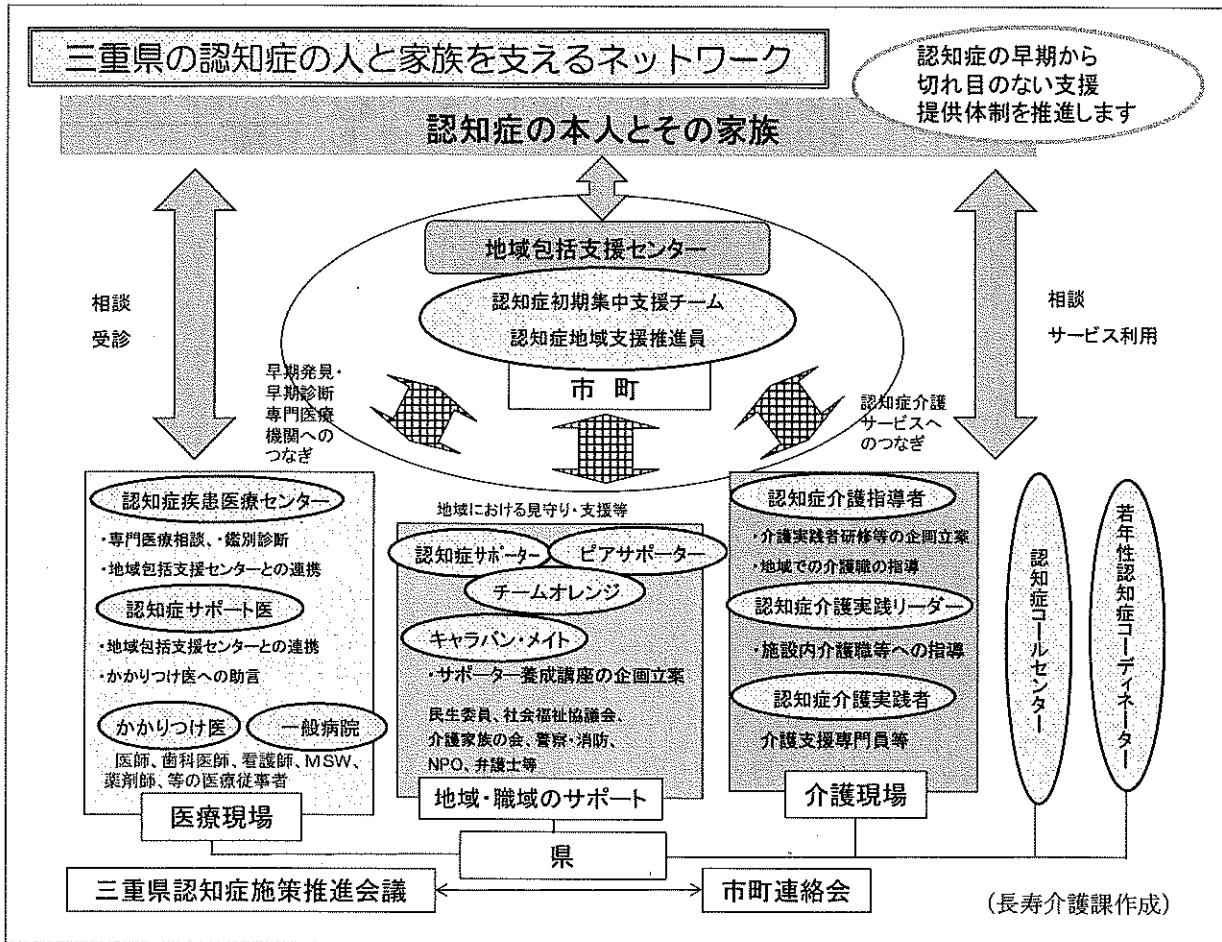
(現状と課題)

- 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。令和2（2020）年3月末時点で、かかりつけ医認知症対応力向上研修を719名、認知症サポート医養成研修を211名、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を663名、看護職員認知症対応力向上研修を288名、歯科医師認知症対応力向上研修を255名、薬剤師認知症対応力向上研修を535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として、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。令和2（2020）年3月末時点で、認知症介護基礎研修を353名、認知症介護実践者研修を3,580名、認知症介護実践リーダー研修を358名、認知症対応型サービス事業管理者研修を1,491名、認知症対応型サービス事業開設者研修を331名、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を348名、認知症介護指導者養成研修を38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。また、介護保険施設内の認知症介護の資質向上を図る上で、推進役となる認知症介護実践リーダーの養成を進める必要があります。

(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働する認知症サポート医となるよう取り組みます。
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。
- 病院勤務の医師や看護師、薬剤師、歯科医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、医療機関等での認知症ケアの適切な実施、医療と介護の連携の重要性等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、研修の充実を図ります。
- 認知症高齢者に対するケアの資質向上を図るため、介護従事者に対し認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修、認知症介護基礎研修を実施し、介護保険施設等内における認知症介護の質の向上を図ります。
- 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。

図 3-3-8 認知症の人と家族への支援体制



- 各種研修について認知症施策推進大綱の全国の目標値を参考にしながら、実施を進めます。

図 3 - 3 - 9 研修の修了者数

研修名	認知症施策推進大綱の目標値 (2025年度末・全国)	三重県の現況 (2019年度末現在)	認知症施策推進大綱をベースにした三重県の修了者数 (2025年度末・累計)
かかりつけ医認知症対応力向上研修	9万人	719人	1,444人
認知症サポート医養成研修	1.6万人	211人	245人
歯科医師認知症対応力向上研修	4万人	255人	502人
薬剤師認知症対応力向上研修	6万人	535人	747人
一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修	30万人	663人	5,659人
看護職員認知症対応力向上研修 (病院)	4万人	288人	473人
看護職員認知症対応力向上研修 (診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等)	実態把握を踏まえて検討		

【コラム】

WHOガイドライン「認知機能の低下および認知症のリスク低減」

全世界で 5,000 万人が罹患しており、さらに増加が予測される認知症に対応するため、2019 年、WHO は、「認知機能の低下および認知症のリスク低減」のためのガイドラインを公表しました。これは、世界中の認知症に関する研究から認知症等のリスクを減らす可能性があるアプローチをとりまとめたものです。

ガイドラインには 12 の対策について対象と介入の方法、得られる可能性があるアウトカム、推奨の強さ、推奨の裏付けとなるエビデンス、背景などがまとめられています。強く推奨されている項目について、簡単にご紹介します。

【ガイドラインの 12 項目】

- (1) 身体活動による介入
- (2) 禁煙による介入
- (3) 栄養的介入
- (4) アルコール使用障害への介入
- (5) 認知的介入
- (6) 社会活動
- (7) 体重管理
- (8) 高血圧の管理
- (9) 糖尿病の管理
- (10) 脂質異常症の管理
- (11) うつ病への対応
- (12) 難聴の管理

身体活動（＝運動）は、認知機能低下だけでなく、骨密度の低下や生活習慣病、うつ病などのリスク低減にも寄与するとされています。

また、喫煙は、多くの研究が認知機能障害の危険因子であることを示しています。

バランスのとれた食事は、認知症の発症リスク低減につながるだけでなく、生活習慣病等の予防にも役立つことから、全ての人に勧められるものです。

中年期の高血圧は、老年期の認知症発症と関連があるとされており、高血圧の人は積極的に血圧管理を行うべきとされています。

さらに、高齢期の糖尿病のほか、腎症、網膜症、心血管疾患などの糖尿病の合併症は、いずれも認知症のリスクを上昇させることがわかっており、糖尿病の人は生活習慣の改善や服薬治療によって血糖管理を行うべきとされています。

このように、認知症の予防に関して医学的に高いエビデンスを得ることはとても難しいといわれている一方で、多くの研究により、認知症疾患の発病には加齢などの変えることのできない要因だけでなく、身体不活動や不健康な食事、過剰な飲酒、喫煙などの望ましくない生活習慣や、糖尿病、うつ病などが深くかかわっていることがわかってきました。

ガイドラインは、年齢を重ねて認知症を発病するのを単に受け入れるのではなく、今からでも生活習慣や行動を変え、認知症のリスクを低減させ、発病を遅延させようと呼びかけています。