第５期三重県介護保険事業支援計画・第６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

2012（平成24）年3月

三　　重　　県

みえ高齢者元気・かがやきプランの策定に当たって

我が国は急速に高齢化が進んでおり、誰も経験したことのない本格的な高齢社会を迎えています。今後も、高齢化はさらに進行し、2035（平成 47）年には３人に１人が 65 歳以上、５人に１人が 75 歳以上となることが予想されています。さらに、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加も見込まれます。

このような状況の中、すでに高齢者を取り巻く問題は顕在化しており、「孤立死」のほか、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」、認知症の人が認知症の人を介護する「認認介護」などの厳しい介護実態や、「高齢者所在不明問題」などが大きく報道されています。

これらの高齢者を取り巻く問題を解決するためには「地域包括ケアの確立」が必要であると考えており、これまでの取組の検証も踏まえ、このたび「みえ高齢者元気・かがやきプラン」を改訂することとしました。このプランは、県民の皆様や関係者の方々と力を合わせて新しいものを創造していく「協創」により、地域包括ケアのもと、高齢者が元気にかがやきながら暮らせる三重県を実現するための取組をまとめたものです。

具体的には、「介護サービス基盤の整備」、「認知症総合対策の推進」、「地域包括ケアの構築」及び「介護・福祉人材の安定的な確保」の４項目に重点的に取り組むほか、「介護保険制度の円滑な運営」、「在宅生活支援の充実」及び「高齢者の安全・安心の確保」の３つの枠組みで、体系的な施策の実施をめざすこととしています。

特に、特別養護老人ホームの入所申込者の問題については、介護サービス基盤の整備を中心に、介護度が重度で在宅生活をしている待機者の解消に取り組むこととしています。

最後に、このプランの取組を通じて三重県の戦略計画である「みえ県民力ビジョン」の着実な推進に取り組んでまいりますので、皆様のご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成 24 年３月

三重県知事　　鈴　木　英　敬

目　次

第１章　はじめに　1

１　策定の趣旨 ……… 2
２　プランのめざすべき方向性 ……… 3
３　策定のための体制 ……… 4
４　新プランの期間と PDCA サイクルの導入 ……… 4
５　関係計画間の調和 ……… 5
６　高齢者福祉圏域 ……… 6
７　広報 ……… 7

第２章　プラン策定に当たっての考え方　9

１　高齢者像
（１）高齢者の増加 ……… 10
（２）高齢者単独世帯の増加 ……… 12
（３）認知症高齢者の増加 ……… 13
２　高齢者を取り巻く状況
（１）支え手の減少 ……… 15
（２）給付と負担のバランス ……… 16
（３）地域包括ケア ……… 17
（４）市町及び広域連合が果たすべき役割 ……… 19
３　介護保険制度の改正
（１）2011（平成 23）年６月の介護保険法改正 ……… 20
（２）地域主権 ……… 22

第３章　具体的な取組　23

Ⅰ　重点的な取組

１　介護サービス基盤の整備
（１）　広域型介護基盤の整備促進 ……… 25
（２）　地域密着型介護基盤の整備促進 ……… 27
（３）　個室ユニットケアの推進 ……… 29

２　認知症総合対策の推進
（１）　認知症知識の普及 ……… 31
（２）　認知症対応力の向上 ……… 35
（３）　認知症ケア連携 ……… 38

３　地域包括ケアの構築
（１）　地域包括支援センターの運営支援 …… 40
（２）　地域包括ケア …… 43
（３）　支え合い体制づくり …… 45
（４）　権利擁護・虐待防止 …… 47

４　介護・福祉人材の安定的な確保
（１）　福祉人材確保 …… 51
（２）　介護職員養成研修 …… 57
（３）　介護職員処遇改善 …… 59
（４）　介護支援専門員の資質向上等 …… 60
（５）　介護施設等職員の資質向上等 …… 64

Ⅱ　体系的な取組

１　介護保険制度の円滑な運営
（１）　介護給付費等の負担 …… 66
（２）　介護保険財政安定化制度 …… 68
（３）　低所得者対策 …… 69
（４）　介護保険審査会 …… 70
（５）　要介護（要支援）認定制度 …… 71
（６）　在宅サービス …… 72
（７）　地域密着型サービス …… 78
（８）　施設入所指針 …… 80
（９）　各種基準の条例委任 …… 81
(10)　介護給付適正化 …… 83
(11)　介護サービス情報の公表制度 …… 88
(12)　介護サービスに関する苦情への対応 …… 90

２　在宅生活支援の充実
（１）　健康づくり …… 92
（２）　介護予防 …… 95
（３）　医療連携 …… 100
（４）　療養病床転換支援 …… 106
（５）　高齢者に相応しい住まい …… 108
（６）　移動手段の確保 …… 112
（７）　高齢者健康・生きがいづくり …… 114
（８）　老人クラブ活動支援 …… 115

３　高齢者の安全・安心の確保
（１）　高齢者医療 ································· 116
（２）　消費者保護 ································· 117
（３）　交通安全 ································· 118
（４）　雇用確保 ································· 119
（５）　ユニバーサルデザイン ································· 120
（６）　防災対策 ································· 121

第４章　計画期間中のサービス量等の見込み　123

被保険者数の見込み ································· 126
要介護（要支援）認定者数の見込み ································· 128
施設・居住系サービス利用者数（全体）の見込み ································· 130
施設・居住系サービスの定員数① ································· 132
施設・居住系サービスの定員数② ································· 134
施設・居住系サービスの定員数③ ································· 136
介護保険事業支援計画における参酌標準 ································· 137
費用の見込み ································· 138
サービス量（全域）の見込み ································· 140
サービス量（北勢圏域）の見込み ································· 141
サービス量（中勢伊賀圏域）の見込み ································· 142
サービス量（南勢志摩圏域）の見込み ································· 143
サービス量（東紀州圏域）の見込み ································· 144

第５章　おわりに　145

参考資料

参考資料１　高齢社会の現状と将来展望 ································· 149
参考資料２　策定の歩み ································· 171
参考資料３　用語解説 ································· 175
参考資料４　療養病床転換推進計画表（改訂版） ································· 185
参考資料５　プランの概要 ································· 191

図表目次

第１章

図１−１　新プランの期間と PDCA サイクル･･･ ４
図１−２　関係計画間の調和･･ ５
図１−３　高齢者福祉圏域･･･ ６

第２章

図２−１　高齢者の増加･･･ 11
図２−２　高齢化率の変化･･･ 11
図２−３　高齢者単独世帯の増加･･･ 12
図２−４　認知症高齢者の増加･･ 13
図２−５　認知症総合対策のイメージ･･ 14
図２−６　支え手の減少･･･ 15
図２−７　地域包括支援センターのイメージ･･･ 18
図２−８　介護保険法等改正法の概要･･･ 21

第３章

図３−０− １　第５期 介護保険事業支援計画で取り組む施策の概要 ･･････････････････････ 24

１　介護サービス基盤の整備

図３−１− １　第４期計画期間中の施設整備の状況 ･････････････････････････････････ 25
図３−１− ２　第４期計画期間中の地域密着型サービス事業所整備の状況 ････････････････ 27
図３−１− ３　個室ユニットケアの推進･･･ 30

２　認知症総合対策の推進

図３−２− １　三重県内のキャラバン・メイト及び認知症サポーターの状況 ･･･････････････ 32
図３−２− ２　三重県が進める「民産学官」一体のサポーター養成 ･････････････････････ 34
図３−２− ３　認知症介護関係研修の体系･･ 37
図３−２− ４　認知症の人と家族を支える地域資源のネットワークのイメージ ･････････････ 39

３　地域包括ケアの構築

図３−３−１　地域包括ケアシステムの構築 …… 41
図３−３−２　地域包括支援センターの委託の状況 …… 42
図３−３−３　地域包括ケアのイメージ …… 44
図３−３−４　支え合い体制づくりのイメージ …… 46
図３−３−５　高齢者虐待の状況 …… 48

４　介護・福祉人材の安定的な確保

図３−４−１　三重県の高齢化の状況 …… 51
図３−４−２　県内に必要な介護職員数の将来推計 …… 51
図３−４−３　従業員の過不足状況（全国ベース） …… 52
図３−４−４　介護関連職種の有効求人倍率 …… 52
図３−４−５　仕事に対する意欲が高い …… 53
図３−４−６　今後取りたいと考えている資格等（全国ベース） …… 54
図３−４−７　現在の仕事の満足度（D.I.）（全国ベース） …… 54
図３−４−８　今後の介護人材キャリアパスのイメージ …… 58
図３−４−９　介護支援専門員研修体系 …… 60
図３−４−10　三重県の介護支援専門員の合格者数及び基礎職種別構成割合 …… 61
図３−４−11　介護支援専門員の資格・研修体系 …… 63
図３−４−12　喀痰吸引等の制度（全体像） …… 65

５　介護保険制度の円滑な運営

図３−５−１　保険給付費・地域支援事業の費用負担 …… 66
図３−５−２　審査請求の状況 …… 70
図３−５−３　要介護認定の適正化に係る研修事業 …… 71
図３−５−４　居宅介護サービス事業所数の推移 …… 72
図３−５−５　一人あたり給付費の全国値との比較 …… 73
図３−５−６　三重県における訪問看護サービスの状況 …… 74
図３−５−７　介護保険における主なサービス一覧 …… 77
図３−５−８　定期巡回・随時対応型訪問介護看護のイメージ …… 78
図３−５−９　地域密着型サービス事業所数の推移 …… 79
図３−５−10　地域主権一括法等の成立に伴う条例委任の概要 …… 82
図３−５−11　事業者指導の概要 …… 84
図３−５−12　2010（平成22）年度指導・監査等の結果概要 …… 86
図３−５−13　市町・三重県国民健康保険団体連合会の苦情相談件数 …… 90
図３−５−14　相談・苦情対応の役割と体制 …… 91

６　在宅生活支援の充実

図３－６－ １　介護予防事業の対象者 ･･ 95
図３－６－ ２　介護予防のめざすもの ･･ 95
図３－６－ ３　二次予防事業対象者（旧特定高齢者）と介護予防事業 ･･････････････････ 96
図３－６－ ４　介護予防事業の見直し ･･ 97
図３－６－ ５　介護予防・日常生活支援総合事業のイメージ ･･････････････････････････ 98
図３－６－ ６　介護予防事業の全体像 ･･ 99
図３－６－ ７　退院時ケアカンファレンスの様子 ･････････････････････････････････ 100
図３－６－ ８　脳卒中地域連携クリティカルパスの様式 ･･････････････････････････ 101
図３－６－ ９　地域連携クリティカルパスのメリット ････････････････････････････ 101
図３－６－ 10　地域リハビリテーションの全体像 ････････････････････････････････ 102
図３－６－ 11　介護保険におけるリハビリテーションの提供イメージ ････････････････ 102
図３－６－ 12　主治医と介護支援専門員の連携を中心とした在宅医療のイメージ ････････ 103
図３－６－ 13　在宅療養支援診療所の登録状況 ･･････････････････････････････････ 104
図３－６－ 14　療養病床転換の考え方 ･･ 107
図３－６－ 15　住まいの状況 ･･･ 109
図３－６－ 16　サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの比較 ････････････････ 111
図３－６－ 17　福祉有償運送の会員登録者数の推移 ･･････････････････････････････ 113
図３－６－ 18　老人クラブ会員数及びクラブ数の推移 ････････････････････････････ 115

７　高齢者の安全・安心の確保

図３－７－ １　三重県の契約当事者の年齢区分別苦情相談件数の推移 ････････････････ 117

第１章　はじめに

1　策定の趣旨

○　少子・高齢化は急速に進行しており、2010（平成22）年国勢調査によると、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、23.0％となっており、このような状態をさして、2011（平成23）年高齢社会白書では「本格的な高齢社会」としています。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（2006（平成18）年12月推計）」によれば、高齢化率は2025（平成37）年には30.5％、2035（平成47）年には33.7％になると推計されています。

○　三重県の高齢化率は、2010（平成22）年国勢調査によると、24.3％と全国平均の23.0％を上回る高い数値となっており、国立社会保障・人口問題研究所の「都道府県の将来推計人口（2007（平成19）年5月推計）」によると、2025（平成37）年には30.8％、2035（平成47）年には33.5％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、2000（平成12）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。

○　介護保険制度が始まって11年が経過し、厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」では、60％が介護保険を「大いに評価する」、「多少は評価している」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たといえます。

○　三重県は、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、2011（平成23）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踏まえつつ、2012（平成24）年度以降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５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６次）」を一体とした計画として策定します。

○　第３期計画及び第４期計画の取組の延長として、「地域包括ケア」の一層の推進を図ります。

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。

○　三重県では、2007（平成 19）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、この構想に基づく「地域包括ケア」です。

○　具体的には、次の７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
- 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。

2　認知症総合対策の推進
- 認知症になっても、地域において誰もがその人らしく、自分の意志で生活が送れるように支援します。

3　地域包括ケアの構築
- 地域における、介護・福祉・医療の連携を充実するために、「地域包括支援センター」の活動を支援します。
- 人生の最期まで、個人として尊重される地域社会づくりを行います。
- 関係機関と協力し、高齢者の権利を守るための制度の普及を進めます。

4　介護・福祉人材の安定的な確保
- 将来にわたり介護ニーズに対応できる、福祉・介護人材の安定的確保を図ります。
- たんの吸引等を実施する介護職員等の確保又は資質の向上を図ります。
- 介護支援専門員の資質向上を図るため、研修体制を強化し中立・公平性を高めます。

5　介護保険制度の円滑な運営
- 制度改正後の円滑な事務実施のため、市町及び広域連合を支援します。
- 住み慣れた地域で、可能な限りその人らしく暮らせるように、地域に密着した介護保険サービス事業所の参入を支援します。
- 一人ひとりの課題に合わせた、様々な介護サービス等の提供を確保します。
- 利用者による適切な介護サービスの選択ができるように、介護保険サービス事業者の情報を公表します。
- 不適切な介護保険サービス事業者を排除するために、事業者への指導・監査体制を強化します。

6　在宅生活支援の充実
- 介護を必要としない元気高齢者を増やすために、市町（保険者）が実施する健康づくりや介護予防事業等を支援します。
- 住み慣れた地域での生活が維持できるように、介護サービスを組み合わせた高齢者に相応しい住まいの整備を支援します。

7　高齢者の安全・安心の確保
- 高齢者の安全・安心を支えるため、医療保険の適切な運営、消費者保護、交通安全に関する情報などを提供します。
- 高齢者が災害時に支援を必要とすることが多いことを踏まえ、東日本大震災や紀伊半島大水害を教訓に、防災対策を推進します。

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。

○　2011（平成 23）年９～10 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５期）との整合を図りました。

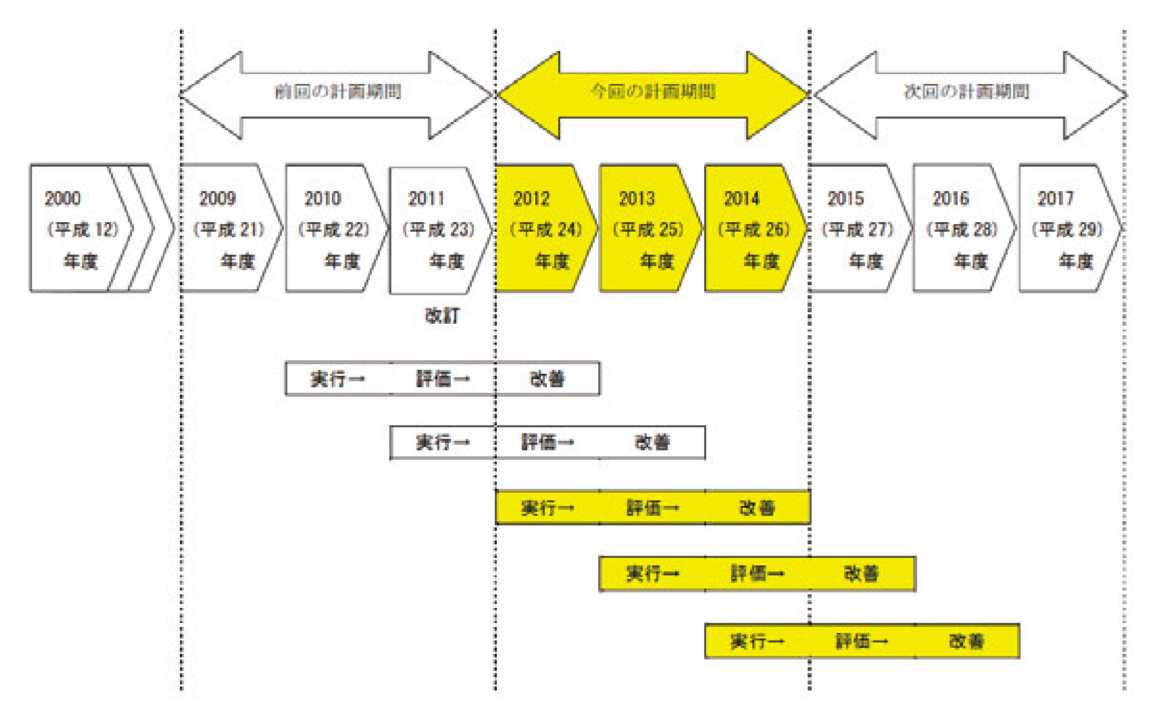
○　2012（平成 24）年１～２月には三重県ホームページを通じて「パブリック・コメント」を実施し、広く県民の意見を聴取しました。

４　新プランの期間とＰＤＣＡサイクルの導入

○　新プランは、2012（平成 24）年度から 2014（平成 26）年度までの３年を計画期間とします。

○　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１－１　新プランの期間とＰＤＣＡサイクル

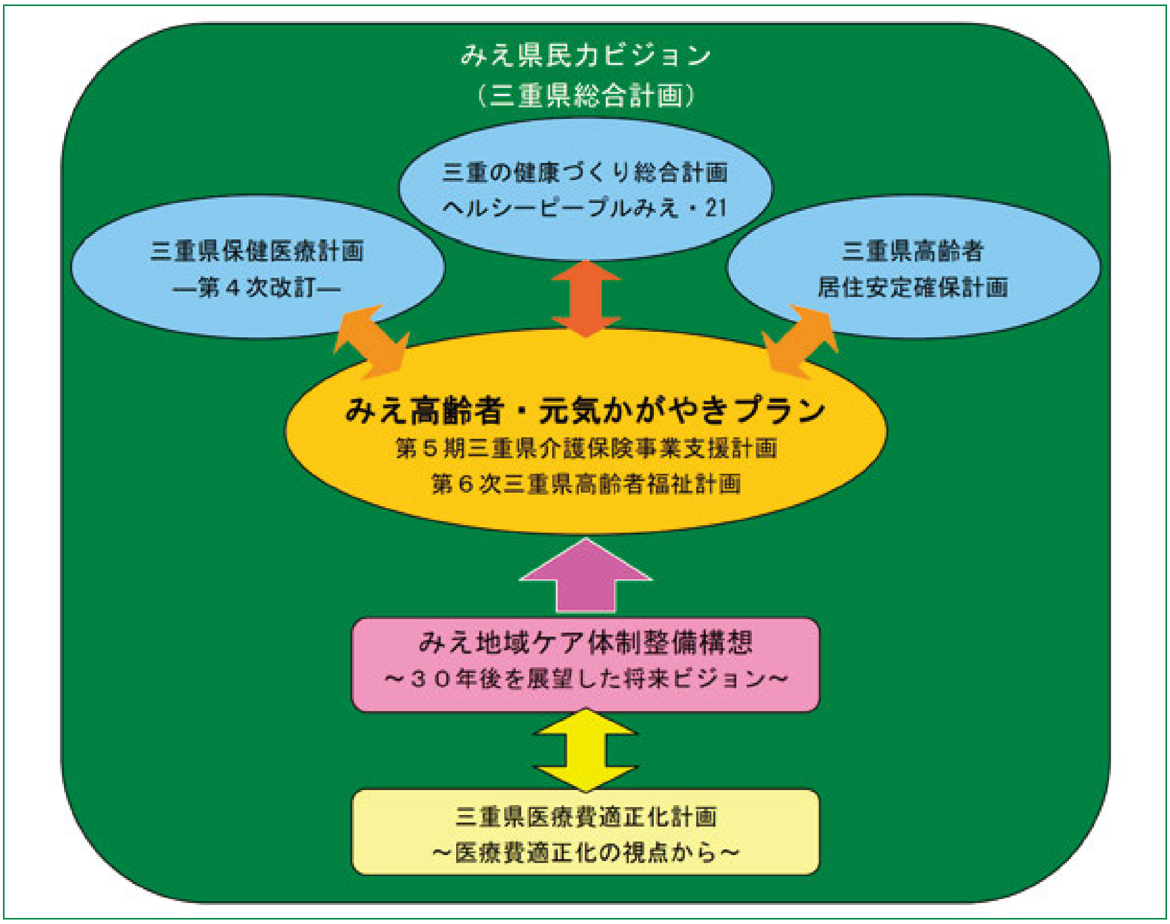


５　関係計画間の調和

○　プランの策定に当たっては、三重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、「三重県保健医療計画」、「ヘルシーピープルみえ・21」及び「三重県高齢者居住安定確保計画」の諸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踏まえて、時点修正を加えつつ今回のプランの策定に取り組みました。

図１－２　関係計画間の調和

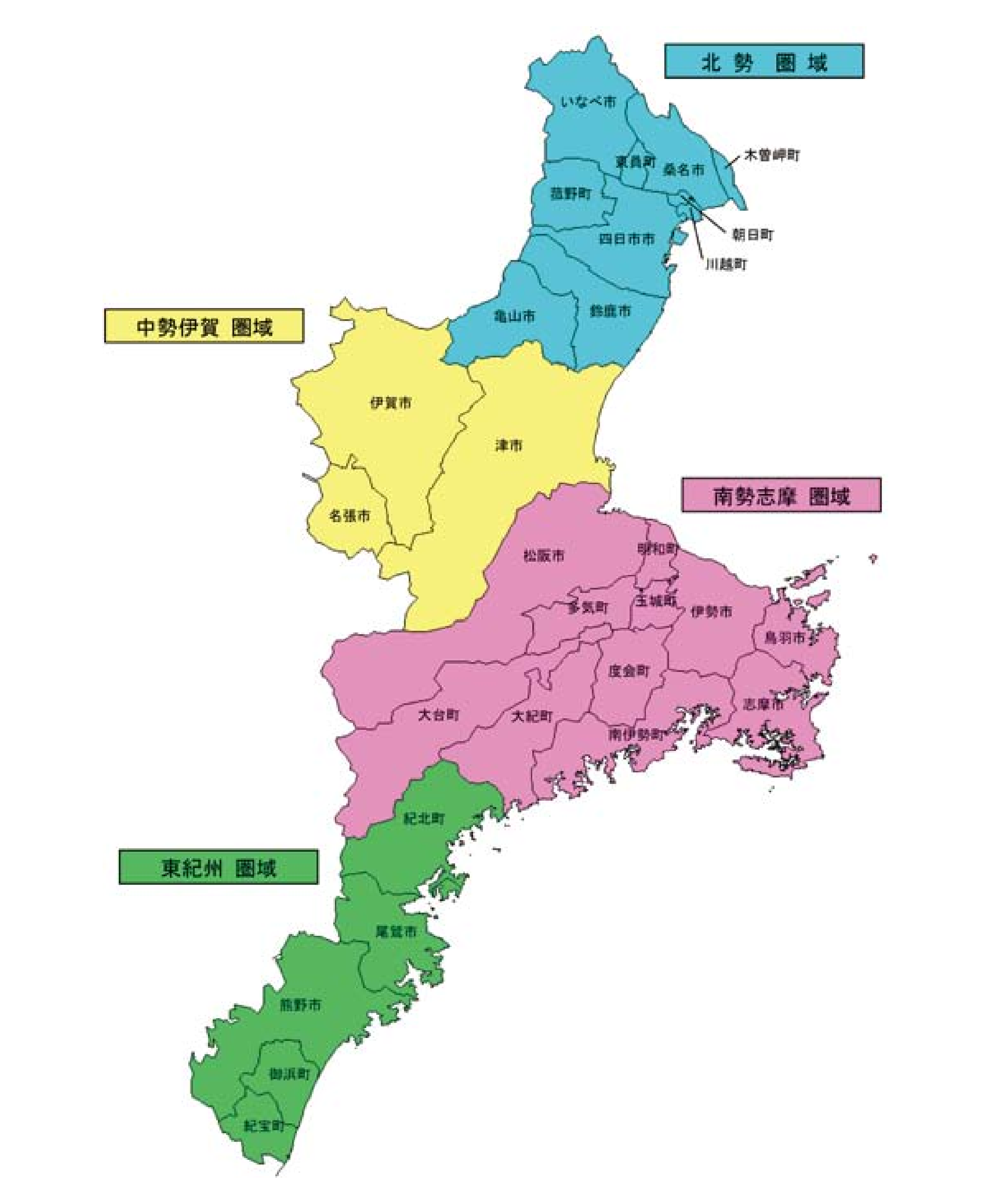


６　高齢者福祉圏域

○　「三重県保健医療計画」等との調和を図る観点から、二次保健医療圏域と同じ圏域を設定しました。

○　このプランにおける圏域は、介護保険法第 118 条第２項第１号に規定する区域及び老人福祉法第 20 条の９第２項第１号に規定する区域（老人福祉圏域）として取り扱います。

図１－３　高齢者福祉圏域



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。

○　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、来庁者向けのパンフレットを作成し、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に職員が出向きます。

○　介護保険は、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとってわかりにくいとの指摘もあり、プラン策定の機会を捉え、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知され定着するよう、積極的な取組を進めていきます。

第２章
プラン策定に当たっての考え方

1　高齢者像

（1）高齢者の増加

○　介護保険の第 1 号被保険者（65 歳以上）数は、2011（平成 23）年度における約 44.9 万人が 2014（平成 26）年度には約 49.3 万人と、計画期間中に約 4.3 万人増加する見込みです。

○　介護などの支援が必要となる割合が増す 75 歳以上の第 1 号被保険者数は、2011（平成 23）年度における約 22.8 万人が 2014（平成 26）年度には約 24.1 万人と、計画期間中に約 1.4 万人増加する見込みです。

○　2012（平成 24）年度から 2013（平成 25）年度にかけて、65 歳以上 74 歳以下の第 1 号被保険者（以下「前期被保険者」という。）数が 75 歳以上の第 1 号被保険者（以下「後期被保険者」という。）数を上回る見込みとなっています。

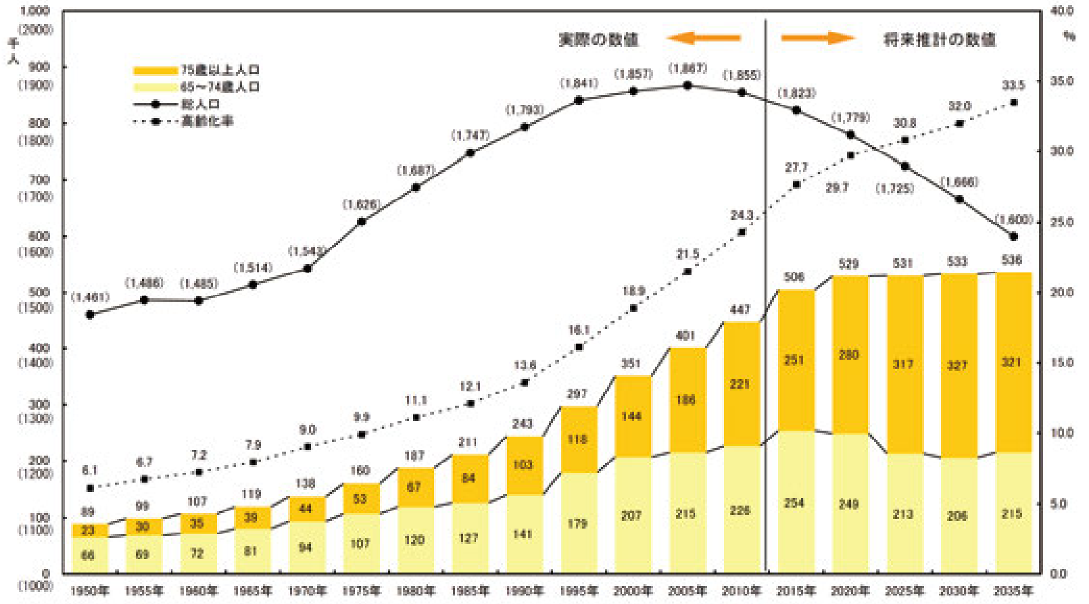
○　東紀州圏域では、2013（平成 25）年度に後期被保険者数が減少する見込みとなっているほか、中勢伊賀圏域では、2013（平成 25）年度から 2014（平成 26）年度にかけて、前期被保険者数が後期被保険者数を上回る見込みとなっています。

○　プランの計画期間中の 2013（平成 25）年から 2015（平成 27）年にかけ、いわゆる「団塊の世代」（1947（昭和 22）～1949（昭和 24）年に生まれた人）が 65 歳以上の高齢期を迎えることになります。このため、その 5 年後、10 年後である 2020（平成 32）年、2025（平成 37）年頃、或いは各地域における高齢化のピーク時を見据え、今から対応を始めることが重要です。

○　このプランにおいては、65 歳以上を高齢者としていますが、これは過去の経緯を踏まえ、一般的な区分として 65 歳を基準としたものであり、65 歳以上の高齢者を一概に「支援を必要とする者」とするものではありません。2000（平成 12）年厚生白書では、高齢者人口をみるときの年齢区分は、固定的なものではなく、人口や社会経済状況によっても変わってくるものとしています。

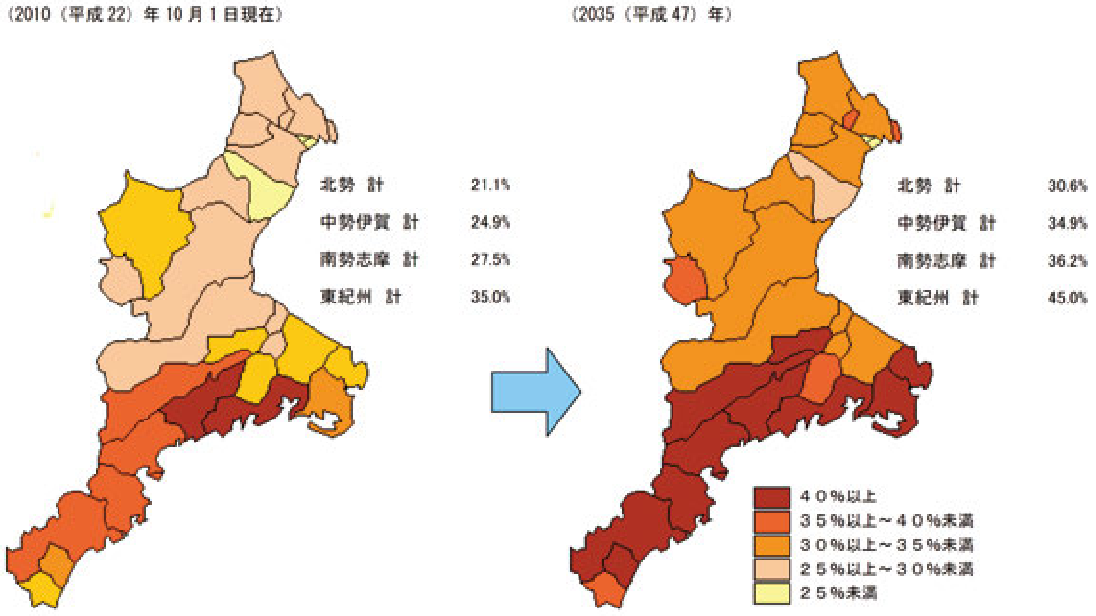
○　前期高齢者が増加する当分の間は、支援を必要としない元気な高齢者の増加の方が多く見込まれます。このため、「支援される高齢者」だけではなく、「支援する高齢者」という視点も必要です。

図２－１　高齢者の増加



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「日本の都道府県別人口将来推計（平成 19 年 5 月推計）」

図２－２　高齢化率の変化



資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（平成 20 年 12 月推計）」

（２）高齢者単独世帯の増加

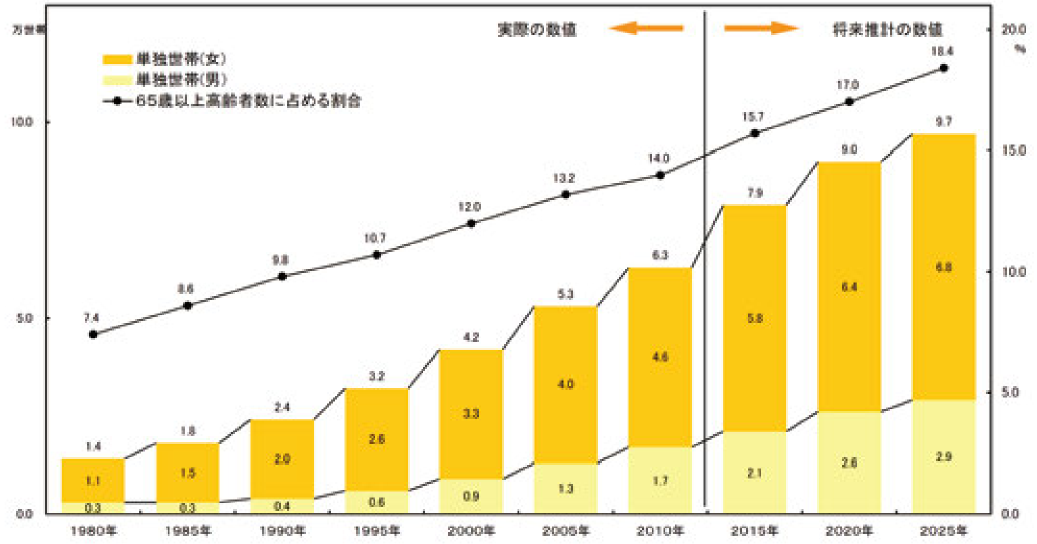
○　高齢者単独世帯は、家族が同居していない、いわゆる「一人暮らし高齢者」でもあります。家族は、介護保険制度施行以後においても介護等の支援の大きな支え手であることに変わりはないことから、高齢者単独世帯では、世帯の中に支え手がいないという点において、より多くの支援が必要となります。

○　2010（平成 22）年国勢調査によると、65 歳以上高齢者の単独世帯数は約 6.3 万世帯であり、５年間で約 1.0 万世帯の増加となっています。また、65 歳以上高齢者に占める単独世帯の割合は 14.0%と５年間で 0.8 ポイント増加しています。

○　2011（平成 23）年高齢社会白書によれば、日本の高齢者は「家族・親族という血縁関係を中心に人間関係を構築しており、近所の人や友人との関係がやや希薄である」様子がうかがえ、「子や孫との付き合い方について、より密度の薄い付き合い方でもよい」と考える高齢者が増えています。

○　一人暮らし高齢者は、「社会的孤立（家族や地域社会との交流が客観的にみて著しく乏しい状態）」に陥りやすく、これを原因として消費者被害を始めとする様々な問題に巻き込まれやすいことから、家族に代わる支え手を確保して支援することが必要です。

図２－３　高齢者単独世帯の増加



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 2009 年 12 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）認知症高齢者の増加

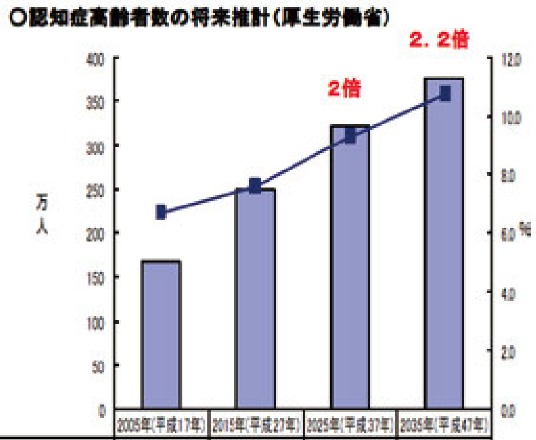
○　認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために、日常生活に支障が生じる病気であり、その症状の総称です。

○　認知症は、容易に克服できる病気ではありませんが、最近になって急速に研究が進んでいることもあり、正しく理解することによって、予防できたり進行を遅らせることができ、また、適切に対処できたりします。自分自身のため予防法を学んでおくと同時に、認知症の人と接する場合の対処法について知っておくことが安心につながります。

○　認知症は誰でもなりうる病気であると同時に、認知症の人と身近に接することが特別ではなくなっています。家族の異変に気付いたときなど、認知症が頭に浮かべば事態を冷静に受け止めることができます。さらに、「どうすればよいか」が分かっていることで、安心にもつながります。

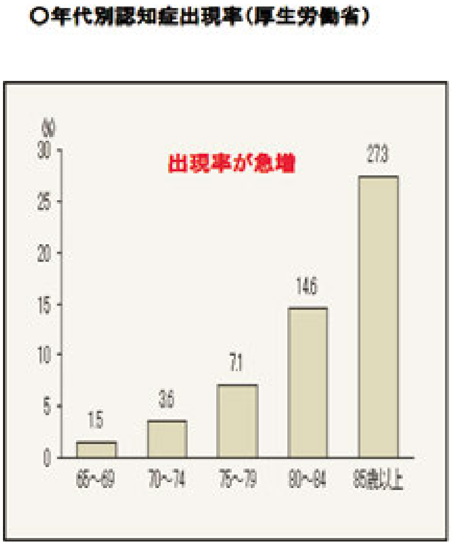
○　厚生労働省から、年齢が高くなるほど認知症の出現率が高くなるデータが示されており、高齢化の進行とともに認知症高齢者数も増加が見込まれています。

図２－４　認知症高齢者の増加



	2005年(平成17年)	2015年(平成27年)	2025年(平成37年)	2035年(平成47年)
認知症高齢者数(万人)	169	250	323	376
65歳以上人口比率(%)	6.7	7.6	9.3	10.7

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・意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注視していれば自立できる状態）」以上の状態をいう。



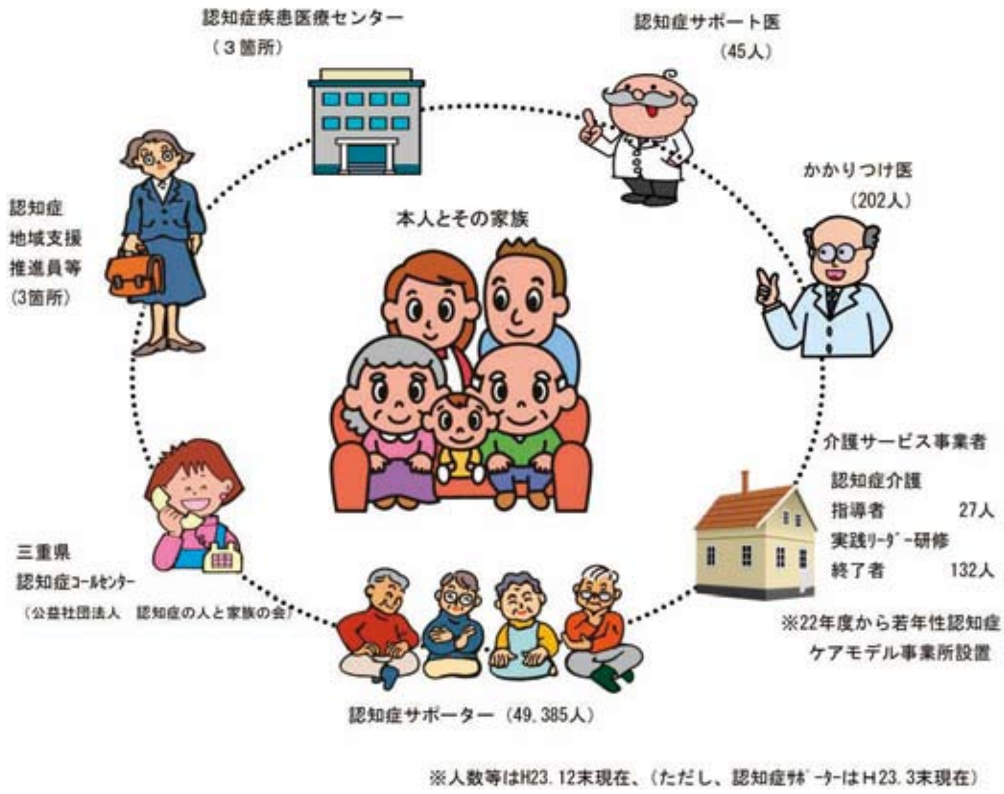
第2章
プラン策定に当たっての考え方

○　認知症の人の数は、把握手段が確立されていないことから正確には分かっていませんが、厚生労働省の推計によると、認知症高齢者数は全国で 2005（平成 17）年に 169 万人、65 歳以上高齢者に占める割合は 6.7%とされており、2015（平成 27）年には 250 万人へと約 80 万人の増加が見込まれています。この厚生労働省の推計値に、2005（平成 17）年国勢調査における全国の 65 歳以上高齢者数に占める三重県の割合を乗じると、三重県における 2005（平成 17）年の認知症高齢者数は約２～３万人程度と推計されます。

○　2011（平成 23）年 6 月の改正により、介護保険法に「認知症に関する調査研究の推進等」の規定が新たに整備され、認知症対策が国及び地方公共団体の責務であることが明記されました。

○　三重県では、「認知症知識の普及」、「認知症対応力の向上」及び「認知症ケア連携」を一体的に実施する「認知症総合対策」を推進します。

図２－５　認知症総合対策のイメージ



三重県長寿社会室作成

２　高齢者を取り巻く状況

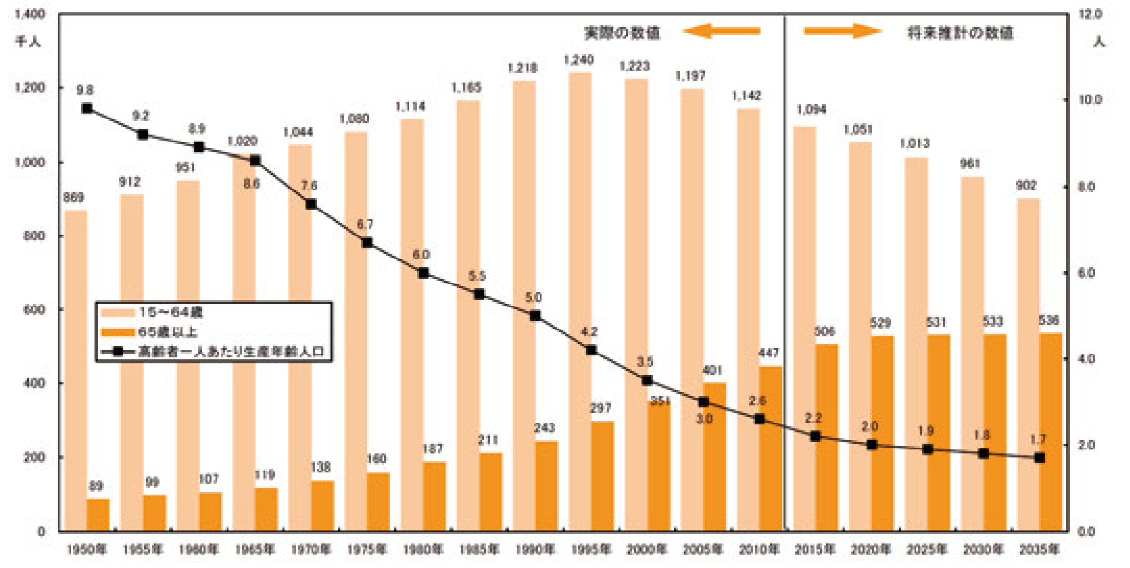
（１）支え手の減少

○　「少子・高齢化の進行」は、高齢者数の増加であるとともに、15 歳から 64 歳までの生産年齢の減少、つまり「支え手の減少」という側面を有しています。

○　2010（平成 22）年国勢調査において 65 歳以上高齢者人口と 15 歳から 64 歳までの生産年齢人口の比率をみると、65 歳以上高齢者１人に対して 15 歳から 64 歳までの生産年齢人口は 2.6 人となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所の「都道府県の将来推計人口（2007（平成 19）年５月推計）」によると、2035（平成 47）年には 1.7 人になると推計されています。

○　今後、介護等の支援を要する高齢者は増加することが予想されることから、介護サービスの需要が拡大する一方、生産年齢人口は減少することから、支え手の負担の軽減が必要となります。

図２－６　支え手の減少



資料：2005 年以前は総務省統計局「国勢調査」、2010 年以後は国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別人口将来推計（平成 19 年５月推計）」

第２章　プラン策定に当たっての考え方

（２）給付と負担のバランス

○　介護保険制度が直面する一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中にあっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していけるかどうかです。

○　介護費用は、全国で 2000（平成 12）年度には 3.6 兆円であったものが 2010（平成 22）年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、今後も上昇が見込まれています。

○　給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分の公費負担を増やすなどしない限り、給付の拡充は困難となります。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離していくことになります。

○　介護保険料は、市町等により差がありますが、仮にその基準額（月額）が 5,000 円を超えることになっても、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることで、制度を維持することが可能です。しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点が必要です。

○　介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするためには、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要です。

○　「社会保障改革」においては、社会保障財源を確保しつつ財政の健全化を達成することが条件であり、どちらかを犠牲にした社会保障改革はありえません。このことを前提に、社会保障の機能強化と機能維持（持続可能性の確保）のベストバランスを見出すことが求められます。2011（平成 23）年 6 月の「社会保障・税一体改革成案」において改革の方向が示され、2012（平成 24）年 1 月には「社会保障・税一体改革素案」が政府・与党社会保障改革本部において決定されましたが、改革の道のりは緒についたところであり、今後の動向を注視するとともに、必要に応じて責任ある行動をとることが求められます。

（３）地域包括ケア

○　「地域包括ケア」とは、「要介護者等への医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの有機的かつ一体的な支援」であり、この「地域包括ケア」が切れ目なく提供される体制が、すなわち「地域包括ケアシステム」です。

※　「地域包括ケアシステム」とは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されており、その際、「おおむね 30 分以内に」必要なサービスが提供される圏域として、具体的には、中学校区を基本とするとされています。（出典：「2010（平成 22）年 3 月　地域包括ケア研究会報告書」）

○　医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられます。このため、「医療サービス」、とりわけ在宅医療の充実が急がれます。

○　県や市町等は、サービスの需給のミスマッチを起こすことのないよう、地域におけるニーズを十分に把握し、「介護サービス」を適切に提供するとともに、当該地域の特性にあった見守り･配食等や、認知症の人や虐待を受けている人の支援体制の整備、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスなどを含めた「生活支援サービス」による包括的な地域づくりを推進することが必要です。

○　高齢者が要介護状態になった場合に、住居の構造の問題や、適切な在宅介護サービスや緊急時の見守りがないという理由で、自宅で生活することが困難となる場合があります。加齢により身体機能が低下した場合や、医療や介護が必要になった場合でも、住み続けることができる「高齢者に配慮された住宅の整備」が重要です。

○　「医療サービス」、「介護サービス」、「生活支援サービス」、「高齢者に配慮された住宅の整備」などのサービスの充実は重要なことですが、それだけでは、地域で生活する高齢者を支える体制としては、不十分です。

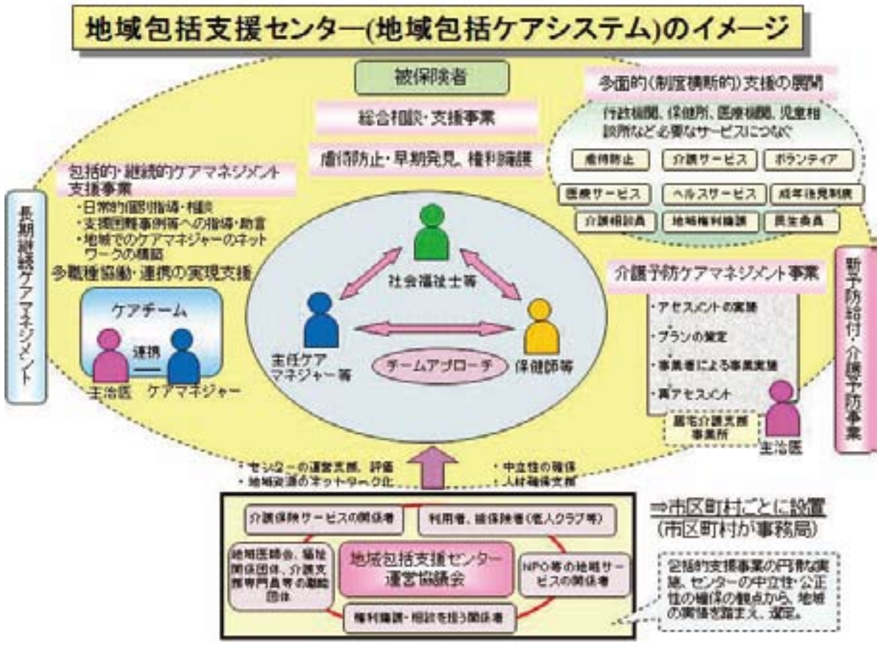
○　介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されましたが、高齢者が地域で生活していくためには、介護サービスだけではなく、医療サービスや福祉サービスのほか、様々なサービスが必要であり、いずれかのサービスが欠落しているために、高齢者が在宅生活をあきらめ、施設での生活を選択せざるを得ないケースも多くなっています。

○　「地域包括ケア」では、高齢者が地域で生活していくために必要な様々なサービスを、切れ目なく、また、過不足なく提供するため、それぞれのサービスを充実強化するとともに、これらサービスを断片化させずに連携させることが必要です。

○　他方、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されています。さらに、介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の課題も生じており、単身高齢者の世帯や高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性が高まっています。

○　地域におけるサービスの連携の現状は、残念ながら「地域包括ケア」の実現に足るものではありません。これらの課題を解決するため、介護保険制度の適確な運営を進め、「地域包括ケア」の確立をめざしていかなければなりません。

図２－７　地域包括支援センターのイメージ



（４）市町及び広域連合が果たすべき役割

○ 市町等は自ら保険者として介護保険制度における主導的な役割を果たしてきており、また、高齢者の保健福祉事業の多くは市町が中心となって行われています。県は、市町等との役割分担を踏まえつつ、市町等がそれぞれの実情に応じた施策を主体的に実施できるよう支援します。

○ 市町等は、「日常生活圏域ごとのニーズ調査」等に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが必要です。また、把握したニーズに対応するよう、認知症支援策の充実、在宅医療の推進、高齢者に相応しい住まいの計画的な整備、生活支援サービス（介護保険外サービス）等の重点事項に取り組むことが求められます。

○ 市町等は、①地域課題、②地域資源の状況、③高齢化の進展状況等の地域の特性に応じて、優先的に取り組むべき重点事項を選択して介護保険事業計画に位置付けるなど、計画内容を充実強化させることが必要です。

○ 2011（平成 23）年 6 月に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（以下「介護保険法等改正法」という。）」においては、介護保険事業計画や老人福祉計画における記載事項の努力義務化、地域密着型サービス事業者の指定の公募・選考の導入、施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）など、市町等の主体的な取組の推進が図られるよう規定の整備が行われています。

○ 県としては、市町等が適切に第５期介護保険事業計画等を策定できるよう、情報提供に努めるとともに、介護保険法第 117 条第９項及び老人福祉法第 20 条の８第９項の規定に基づき、市町等の計画に対し意見を述べました。

３　介護保険制度の改正

（１）2011（平成 23）年６月の介護保険法改正

○　介護保険制度は、介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたいという高齢者の希望を叶える制度として、2000（平成 12）年に創設されました。

○　2005（平成 17）年には、今後の高齢社会に対応できる持続可能な介護保険制度の構築をめざして改正が行われ、地域密着型サービスと地域包括支援センターの創設により、「地域包括ケア」の確立に向けて第一歩を踏み出しました。また、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することをめざしてその体制を整備するため、「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設されました。

○　その後、介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、介護サービス基盤の整備も進みましたが、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度がめざす高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要なことが明らかになってきました。

○　このため、2010（平成 22）年５月から国の社会保障審議会介護保険部会が開催され、介護保険制度全般に関して審議が行われ、2010（平成 22）年 11 月 30 日に「介護保険制度の見直しに関する意見」がとりまとめられました。

○　社会保障審議会介護保険部会の意見を受けて、「医療と介護の連携の強化等」、「介護人材の確保とサービスの質の向上」、「高齢者の住まいの整備等」、「認知症対策の推進」、「保険者による主体的な取組の推進」及び「保険料の上昇の緩和」などの項目を内容とする「介護保険法等改正法」が 2011（平成 23）年６月に成立しました。

○　プランは、この改正を踏まえて策定しています。

図２－８　介護保険法等改正法の概要

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

1 医療と介護の連携の強化等

① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。

② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。

③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24 時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。

④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。

⑤ 介護療養病床の廃止期限（2012（平成 24）年３月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

２ 介護人材の確保とサービスの質の向上

① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。

② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（2012（平成 24）年４月実施予定）を延期。

③ 介護事業所における労働法規の順守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。

④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

３ 高齢者の住まいの整備等

○ 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。

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

４ 認知症対策の推進

① 市民後見人の育成及び活用など、市町等における高齢者の権利擁護を推進。

② 市町等の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

５ 保険者による主体的な取組の推進

① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。

② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

６ 保険料の上昇の緩和

○ 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

１⑤、２②については公布日施行。その他は 2012（平成 24）年４月１日施行。

（２）地域主権

○　介護保険制度は、「地方分権の試金石」といわれており、これまでも市町等が制度運営の中心を担ってきました。

○　2011（平成 23）年 4 月に「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」いわゆる「地域主権改革推進一括法」が成立し、2012（平成 24）年４月から、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、指定居宅サービス（ホームヘルプ、デイサービス等）及び指定介護老人福祉施設等の人員・設備・運営基準が、県や市町等の条例に委任されることとなりました。

○　2011（平成 23）年 6 月の介護保険法等改正においても、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正が行われ、①指定事務等の権限移譲、②介護保険事業計画策定及びその手続きの努力義務化、③サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準の条例委任などが実施されることとなっています。

○　市町等の保険者による主体的な取組の推進とあわせ、県においては、各種基準の条例制定をはじめ、市町等の保険者が主体的に取り組める環境整備を行っていくこととしており、県の主体性や自主性を発揮していくことが重要となっています。

○　今後も、2010（平成 22）年６月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、地域主権改革に適切に対応していく必要があります。

第３章　具体的な取組

○　このプランでは、７つの取組体系のもと、41 の具体的な行動（アクション）を実施します。

○　７つの取組体系の中から、「介護サービス基盤の整備」、「認知症総合対策の推進」、「地域包括ケアの構築」及び「介護・福祉人材の安定的な確保」の４項目を特に選択し、重点的に取り組むこととしています。また、「介護保険制度の円滑な運営」、「在宅生活支援の充実」及び「高齢者の安全・安心の確保」の３項目について、体系的に実施します。

図３－０－１　第５期 介護保険事業支援計画で取り組む施策の概要

１　介護サービス基盤の整備

特別養護老人ホームの入所待機者の解消に向け、県は広域型特別養護老人ホーム、市町は地域密着型特別養護老人ホーム等の整備に努めます。

２　認知症総合対策の推進

認知症サポーターの養成等による「認知症知識の普及」、サポート医養成研修等の「認知症対応力の向上」及び認知症疾患医療センターを中心とした「認知症ケア連携」を一体的に実施する「認知症総合対策」を実施します。

３　地域包括ケアの構築

高齢者の生活全般を支えるしくみである地域包括ケアの取組が継続的に行われるよう、地域包括支援センター職員等のネットワーク形成力の向上を図るなど、地域包括支援センターの機能強化を支援します。

４　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。

５　介護保険制度の円滑な運営

高齢期を支える仕組みの中心である介護保険制度を適正に運営するため、保険者の財政運営支援、被保険者の権利擁護、サービスの質の向上などに取り組みます。

６　在宅生活支援の充実

誰もが健康でいきいきとした高齢期を送れるよう、健康づくりや介護予防などを推進し、高齢者の在宅生活を支援します。

７　高齢者の安全・安心の確保

高齢者の安全・安心を支えるため、医療保険の適切な運営、消費者保護、交通安全などに積極的に取り組みます。また、東日本大震災や紀伊半島大水害を教訓に、防災対策を推進します。

Ⅰ　重点的な取組

1　介護サービス基盤の整備

（１）広域型介護基盤の整備促進

（現状と課題）

○　介護保険施設への入所が必要な要介護者の待機を解消するため、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４期介護保険事業支援計画においては、期間中の３ヵ年で特別養護老人ホーム（広域型）700 床、介護老人保健施設 580 床を整備する計画に対し、将来の介護ニーズを踏まえて上乗せ整備を行うという国の「介護基盤の緊急整備」方針に基づき、それぞれ 930 床、402 床の整備を行いました。

○　2011（平成 23）年 7 月 1 日現在、特別養護老人ホーム（広域型）111 施設 6,853 床、介護老人保健施設 65 施設 6,132 床が整備されています。

図３－１－１　第４期計画期間中の施設整備の状況

【特別養護老人ホーム】　（床）

圏域	平成 21 年度		平成 22 年度		平成 23 年度		３カ年の合計	
	計画	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	５０	５０	３０	３０	７０	１２０	１５０	２００
中勢伊賀	０	０	２８０	２６０	６０	２００	３４０	４６０
南勢志摩	３０	３０	１２０	５０	４０	１７０	１９０	２５０
東 紀 州	０	０	２０	２０	０	０	２０	２０
県　計	８０	８０	４５０	３６０	１７０	４９０	７００	９３０

※　23 年度選定数には、当初計画外の上乗せ整備分を含む。

【介護老人保健施設】　（床）

圏域	平成 21 年度		平成 22 年度		平成 23 年度		３カ年の合計	
	計画	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	２２０	１５０	６０	１５２	２８０	３０２
中勢伊賀	９０	９０	２０	０	３０	１０	１４０	１００
南勢志摩	０	０	１２０	０	４０	０	１６０	０
東 紀 州	０	０	０	０	０	０	０	０
県　計	９０	９０	３６０	１５０	１３０	１６２	５８０	４０２

※　23 年度選定数には、当初計画外の上乗せ整備分を含む。

三重県長寿社会室作成

第３章　具体的な取組

○ 特別養護老人ホームへの入所申込者数は年々増加しており、2010（平成 22）年 9 月 1 日現在、10,842 人となっています。

○ 介護老人保健施設は、「終の棲家」である特別養護老人ホームとは異なり、適切なリハビリテーションを行う「在宅復帰支援」と在宅サービスを提供する「在宅生活支援」の機能を有し、地域包括ケアの推進に向けた重要な役割を担っていますが、一方では、「特養的運営がなされている」、「地域づくりができていない」といった指摘もあります。

○ 介護老人保健施設は、本来の「在宅復帰支援」と「在宅生活支援」の機能のほか、「リハビリテーションに関するデータの集積」や「退所後のケースカンファレンス」の実施を通じ、介護支援専門員、地域包括支援センターその他の地域の社会資源との「連携の中核」としての役割が期待されています。

（県の取組）

○ 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、市町の介護保険事業計画との整合を確保しつつ、高齢者福祉圏域ごとに特別養護老人ホーム等の施設整備を進めます。

○ 「特別養護老人ホーム（広域型）」については、入所申込者のうち、介護度が重度で在宅生活をしている待機者（2,240 人）が早期に入所できるよう、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かつ重点的に整備を進めます。

○ 「介護老人保健施設」は、在宅復帰をめざしリハビリを行う施設として、地域の実情に応じた整備を進めます。

○ 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よる整備を進めます。

○ これらの施設整備に対して、「老人保健福祉施設整備費補助金」により支援を行います。

（２）地域密着型介護基盤の整備促進

（現状と課題）

○　高齢者ができるだけ身近な地域で暮らすことができる環境づくりが必要となっています。さらに、生活の継続性を重視するとともに、将来に向けた認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加などへの対応を進めるために、「地域密着型サービス」の整備を進める必要があります。

○　地域密着型サービスの基盤整備を進めるために、これまで国から直接市町に対して交付する「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」制度がありましたが、第４期介護保険事業支援計画期間内（2009（平成 21）～2011（平成 23）年度）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」により整備を進めてきたところです。

○　国が 2009（平成 21）年度に示した将来の介護ニーズを踏まえて上乗せ整備を行うという「介護基盤の緊急整備」の方針に基づき、整備を進めています。

○　介護基盤の整備とともに、事業立ち上げの初年度に必要な設備整備費等について、「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、介護基盤の緊急整備を進めるための支援を行ってきています。

○　入所系の地域密着型介護サービス事業所は、第４期介護保険事業支援計画期間には整備数 538 床に加え、上乗せ分として 67 床を整備しています。

図３－１－２　第４期計画期間中の地域密着型サービス事業所整備の状況

入所系の地域密着型介護サービス　（床）

サービスの種類	第4期計画期間整備予定数	上乗せ整備数	合計数
小規模特別養護老人ホーム	232	20	252
小規模老人保健施設	0	20	20
認知症高齢者グループホーム	306	27	333
計	538	67	605

三重県長寿社会室作成

第3章　具体的な取組

（県の取組）

○　広域型の特別養護老人ホーム等の整備に加え、地域密着型特別養護老人ホーム、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等の「地域密着型サービス」の整備を進めるため、市町の支援をしていきます。

○　地域密着型特別養護老人ホームについては、特別養護老人ホーム（広域型）の整備と併せて計画的に整備を進めます。

○　これらの施設整備に対して、「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」により支援を行います。

○　「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、介護基盤の緊急整備を進めるための支援を行います。

（３）個室ユニットケアの推進

（現状と課題）

○ ユニットケアとは、在宅に近い居住環境で、利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿い、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行うことです。その実現のためには、個性や生活のリズムを保つための個室及び他の利用者や地域との関係を築くためのリビングやパブリック・スペースなどのハード面の整備に加え、小グループごとに配置された職員による利用者一人ひとりの個性や生活のリズムに沿ったケアの提供というソフト面での対応が必要となります。

○ 「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 年厚生労働省告示第 314 号。以下「基本指針」という。）」においては、2014（平成 26）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。

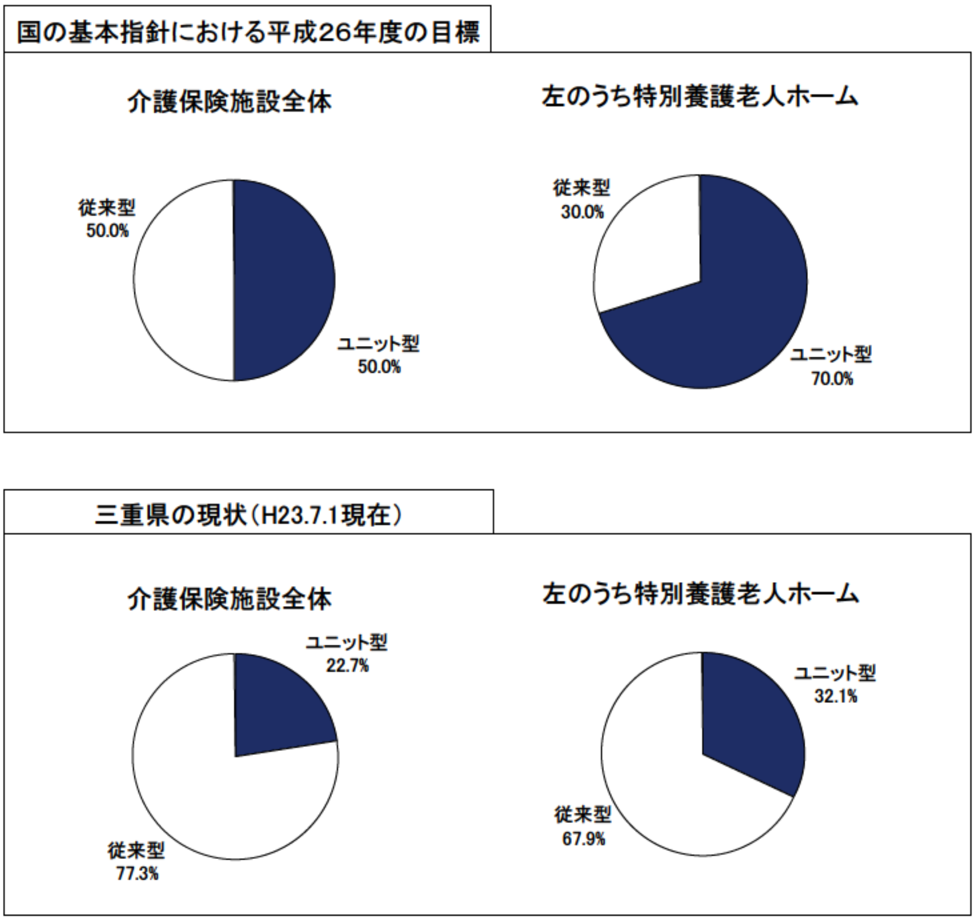
○ 2011（平成 23）年 7 月 1 日現在、県内の介護保険施設におけるユニット型施設の割合は 22.7%（このうち、特別養護老人ホーム（地域密着型を含む。）におけるユニット型施設の割合は 32.1%）となっています。

○ 入所待機者の解消や低所得者への負担軽減の必要性等から多床室の整備も認めるべきであるとの意見も寄せられていたことから、2010（平成 22）年度の三重県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会における審議の結果、「ユニット型施設と従来型多床室の両方の整備が必要であるが、現状はユニット型施設の整備率が低い状況であり、当分の間は、ユニット型施設の整備を推進することとし、ある程度、ユニット型施設の整備が進めば、従来型の整備についても考慮していくこととする。」という意見がとりまとめられました。

○ 国の社会保障審議会介護給付費分科会においては、「要介護高齢者の尊厳保持の観点から、今後、新設を計画する介護老人福祉施設については、基本的に多床室ではなくユニット型施設の整備とすべきである。」との意見がとりまとめられています。

○ 2011（平成 23）年 6 月に公表した三重県の「平成 24 年度老人保健福祉施設整備方針」において、2012（平成 24）年度の施設整備については、引き続きユニット型施設の整備を進めることとしたところです。

図３－１－３　個室ユニットケアの推進



三重県長寿社会室作成

（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、今後、新設又は増築を計画する特別養護老人ホーム、介護老人保健施設については、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。

○　介護基盤緊急整備等特別対策事業補助金を活用し、ユニット型でない施設（従来型施設）からユニット型施設への改修を促進します。

２　認知症総合対策の推進

（１）認知症知識の普及

（現状と課題）

○　認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人や介護家族への支援への一歩として、認知症知識の普及が必要です。

○　認知症には大きく分けて、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症があります。アルツハイマー型認知症は、物忘れがいつ始まったか分かりにくく、徐々に進行します。一方、脳血管性認知症は、脳卒中等を契機に、物忘れが段階状に悪化していく病気です。

○　医療現場では、65 歳以上高齢者の約 10 人中 1 人に認知症が見られると言われています。また、認知症の約半数を占めるアルツハイマー型認知症は、65 歳以上高齢者の約 20 人中 1 人に見られるといわれており、とても身近な病気となっています。

○　これまでの研究において、アルツハイマー型認知症については、適切な運動・栄養等が発症を抑制したり、改善させる可能性があることが示されています。また、脳卒中等の脳血管疾患についても、運動・栄養改善などの生活習慣病予防が有効であり、生活習慣病予防や介護予防は、認知症予防にもつながるものといえます。

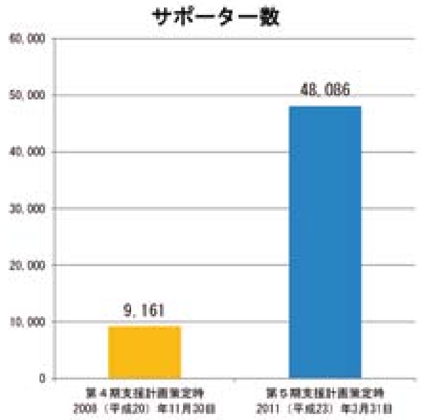
○　アルツハイマー型認知症については、現在、進行を遅らせる治療薬が複数あり、根本治療薬の開発研究も進んでおり、早期の段階で発見し、早期に治療していくことで、患者の QOL（Quality of Life）の向上や、家族の負担軽減が期待できます。

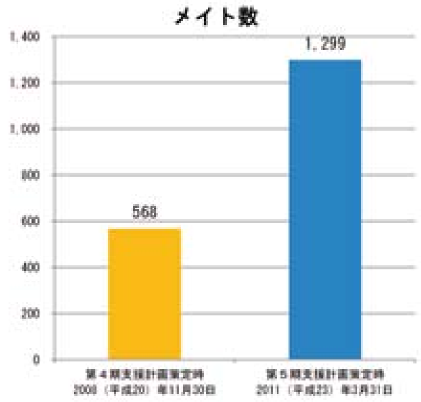
○　アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症のほかにも、認知症の原因となる病気は 70 種類以上あるといわれています。脳腫瘍や正常圧水痘症など脳外科的な治療が可能なもの、甲状腺ホルモン異常など内科的治療が可能なものも含まれることから、原因となる病気を早期に発見し、早期に治療をすることで認知症の症状も改善する場合があります。

○　認知症の症状には、脳の細胞が壊れることによって起こってくる記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下などの中核症状と、本人の元々持っている性格、環境、人間関係などさまざまな要因が絡み合って起こってくるうつ状態や妄想、徘徊などの周辺症状などがあります。周辺症状の中には、周囲の接し方によって症状が和らぐものもあります。このような認知症の症状について正しく理解することで、認知症の人と接するとき、どのようなことに気をつけたらよいかがわかり、認知症に対する正しい知識を持つことは、認知症に対する偏見を無くすことにもつながります。

○　認知症に対する正しい理解を深めるため、認知症サポーター養成講座を開催しています。認知症サポーター数は 2011（平成 23）年３月 31 日現在、県内で 49,385 人です。

図３－２－１　三重県内のキャラバン・メイト及び認知症サポーターの状況





養成数（累計）　　（2011（平成 23）年 3 月 31 日現在）

養成講座主催自治体	メイト人数	サポーター数	計
三重県	26	6,900	6,926
津市	84	3,137	3,221
四日市市	149	7,005	7,154
伊勢市	59	1,811	1,870
松阪市	124	5,749	5,873
桑名市	64	3,912	3,976
鈴鹿市	56	859	915
名張市	51	1,753	1,804
尾鷲市	22	739	761
亀山市	33	563	596
鳥羽市	29	446	475
熊野市	20	993	1,013
いなべ市	44	785	829
志摩市	97	1,790	1,887
伊賀市	92	1,949	2,041
木曽岬町	15	187	202
東員町	44	1,632	1,676
菰野町	72	1,401	1,473
朝日町	1	0	1
川越町	0	82	82
多気町	31	1,005	1,036
明和町	34	825	859
大台町	22	177	199
玉城町	16	497	513
度会町	24	193	217
大紀町	10	797	807
南伊勢町	13	1,196	1,209
紀北町	36	218	254
御浜町	14	949	963
紀宝町	17	536	553
三重県計	1,299	48,086	49,385

※　企業や団体など県内全域の職員等を対象に実施した養成講座は、申し込みのあった県・市・町にカウントしています。

全国キャラバン･メイト連絡協議会調べ

○　今後、高齢者のみの世帯や一人暮らしが増えていくことが予測されることから、認知症になった場合、家族や介護事業者だけでなく、ご近所や地域の商店、地域の企業などさまざまな主体がサポートしていくことが必要となります。多くの人が認知症に対する正しい知識を持つことは、認知症の本人だけでなく、介護する家族にとっても大きな安心につながります。地域によっては、認知症サポーター養成講座を修了したメンバーで見守りなどのボランティア活動を実施しているところもあり、家族支援については各地域で、今後さらに活動が広がることが期待されます。

○　認知症の人や家族に対しては、認知症の各ステージにおいて、認知症の知識や介護技術といった面だけではなく、精神面も含めたさまざまな支援が重要であることから経験者等が対応する三重県認知症コールセンターを設置し、2009（平成21）年度から電話相談を実施しています。

（県の取組）

○　認知症の早期発見、早期治療、予防につなげるため、また本人や介護家族への支援への一歩として、認知症を正しく理解するための「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症サポーターを 2014（平成 26）年度中までに８万人養成します。

○　2008（平成 20）年度から、市町と協働で「認知症サポーター養成講座」及びその講師役となる「キャラバン・メイト養成講座」を実施しています。今後は開催ノウハウを取得した市町が、各地域で養成講座を開催できるよう、市町を支援していきます。

○　核家族化により、高齢者との付き合いや認知症の人と接する経験を持つ子どもたちが少なくなっていることから、小中学校の要望に応じて、「認知症サポーター養成講座」を開催し、子どもたちの認知症に対する理解を深めていきます。

○　日常生活に直接かかわる業種に従事している人々の理解と協力は、認知症の人と家族にとって大きな支えとなります。企業の CSR（社会的責任）への取組の一環として、接客・窓口業務部門を中心に、認知症の人と家族への対応方法の普及を図るよう、企業へ働きかけていきます。

○ 県、市町の地方自治体職員が地域住民の一人として、率先して認知症の人と家族の理解者になるよう「認知症サポーター養成講座」を開催します。

○ 健康教室や介護予防教室などの認知症予防に向けた有効な市町の取組事例や、家族支援の有効な市町の取組事例について、内容や取組方法を市町連絡会等で情報共有し普及を図ります。

○ 脳血管性認知症については、脳卒中等が契機となることから、健康づくり総合計画に基づき、健康寿命の延伸に向けた生活習慣病予防に取り組みます。

○ 三重県認知症コールセンターを引き続き設置し、認知症の本人や介護家族の相談に応じます。

図３－２－２　三重県が進める「民産学官」一体のサポーター養成

三重県長寿社会室作成

（２）認知症対応力の向上

（現状と課題）

○ 認知症に早期に気づき早期の確定診断につなげ、適切な認知症ケアが受けられるよう認知症対応力の向上が必要です。

○ 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、専門医療に早期にアクセスし、早期の確定診断につなげることが重要ですが、実際には、早期の段階での認知症の発見は難しいと言われています。認知症を専門としない医療関係者における認知症への理解が浸透していなかったり、患者からの物忘れの訴えが無く、医師の前で表面化しにくいといった点がその理由として挙げられます。

○ 認知症ケアに関しては、適切なケアや環境によって BPSD（認知症に伴う行動障害と精神症状）を予防又は改善できることや、中核症状に対する適切な支援によって日常生活を維持することができます。このような適切な認知症ケアの普及に向けて、介護事業者を対象に認知症介護実践者研修などの研修を引き続き実施していくことが必要です。

○ 働き盛りの人に起こる若年性認知症は、本人や家族だけでなく社会的にも重大な課題ですが、企業はもちろんのこと、医療・看護・介護の分野でもまだ認識が不足しているのが現実です。若年性認知症の人については就労や家族の心のケア等の幅広い支援が必要になります。
このため、2010（平成 22）年度から、若年性認知症ケア・モデル事業として、適切な介護サービス等の社会資源へ結びつけ本人と家族を支援するため、若年性認知症コーディネーターを設置し、また、本人や家族から相談を受ける地域包括支援センターや介護支援専門員など支援を担当する者への研修、介護現場の若年性認知症のケアに関する理解を深めるための研修を実施しています。

○ 高齢者は個人差はあるものの、慢性疾患を抱えていることも多く、普段から高齢者の健康管理・栄養指導を行っている地域の主治医・かかりつけ医やコメディカル（医師と協同して医療を行う医療専門職種の総称）の日常の診察の中から、認知症の早期発見、早期治療につなげるためには、認知症を専門としない医療関係者の理解と協力が重要です。

（県の取組）

○ 認知症サポート医の協力を得て、主治医・かかりつけ医等への認知症対応力向上研修を実施し、早期発見、早期治療につなげます。

○ 認知症の人の診療に関し、かかりつけ医への助言その他支援を行い、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認知症サポート医を三重県医師会等と相談のうえ、養成を進めます。

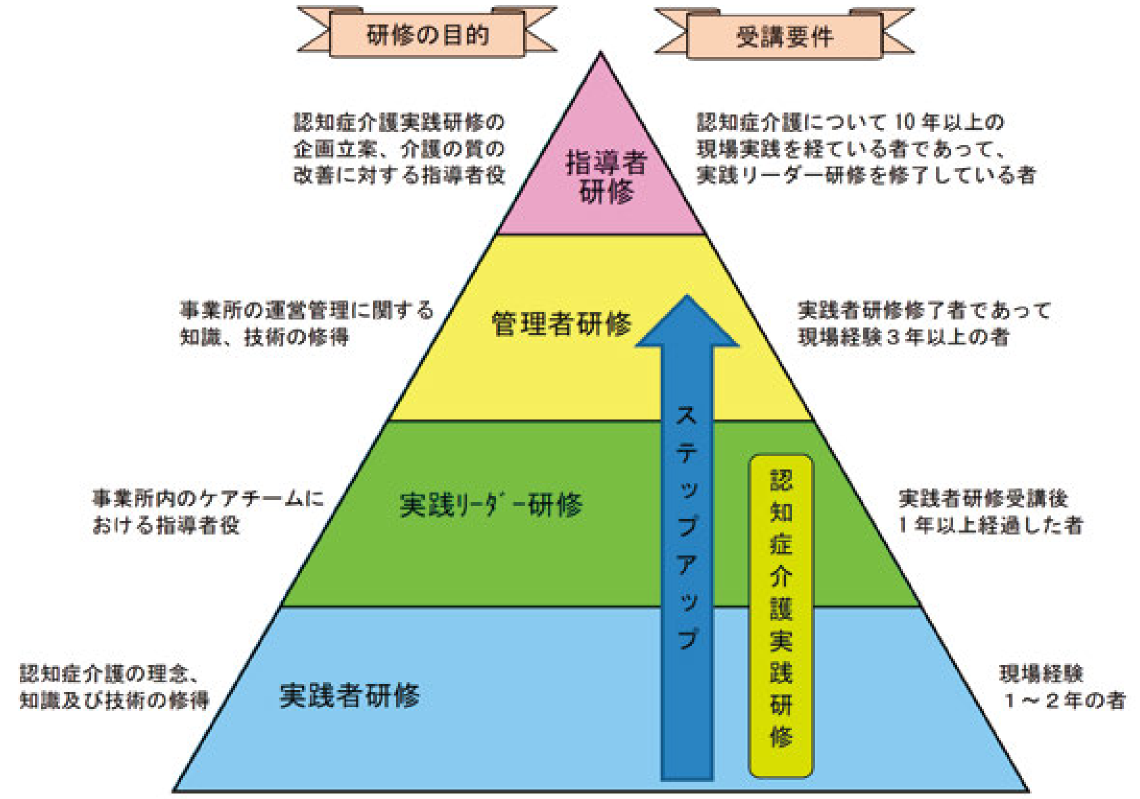
○ 認知症サポート医や地域のかかりつけ医を対象とした事例相談会などを開催することにより、認知症サポート医のフォローアップを行うとともに、事例相談会等の機会を通じて、地域における認知症サポート医、かかりつけ医、専門医療機関や地域包括支援センター等の連携を進めます。

○ 認知症ケアの確立に向けて、認知症介護実践者研修、実践リーダー研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症介護指導者研修を引き続き実施し、適切な認知症ケアの普及を進めます。

○ 認知症介護指導者研修、実践リーダー研修の修了者には、事業所内はもちろん、地域での認知症介護の助言や指導、介護者の研修などの協力を求め、地域全体の認知症ケアの対応力向上を図ります。

○ 若年性認知症の支援については、2010（平成 22）年度から実施している若年性認知症ケア・モデル事業の成果を検証し、より効果的に若年性認知症に対する正しい理解の普及を行います。

図３－２－３　認知症介護関係研修の体系



三重県長寿社会室作成

（３）認知症ケア連携

（現状と課題）

○　認知症の人と家族を支える地域資源のネットワーク化が必要であり、認知症サポーター・キャラバンメイト・かかりつけ医・認知症サポート医・認知症ケアを行う者・認知症介護指導者等が相互に連携しながら有効な支援を行う体制を整備することが重要です。

○　地域において、このような体制を整備するため、2007（平成 19）年度から「認知症地域支援体制構築等推進会議」を設置し、モデル地域を選定し、地域資源の情報を収集・整理した「地域資源マップ」の作成や、認知症ケアに対する助言等を行ってきました。2011（平成 23）年度からは、新たに「認知症施策推進会議」と体制を変え、モデル地域は、新たに国の事業である市町村認知症施策総合推進事業を活用し、事業を実施しています。

○　認知症ケアは、本人や家族、介護従事者、かかりつけ医等の気づきを早期確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携の下に適切なサービスを提供することが必要です。

○　また、地域における見守り・支援等から認知症の方の情報をキャッチし、地域包括支援センターを中心に、認知症初期の段階から適切な治療や介護が介入するよう連携していくことで、重篤な身体疾患を予防し、在宅生活をより長く続けていくことにつながります。

○　従来から保健医療圏域ごとに指定していた「老人性認知症センター」について「認知症疾患医療センター」へ移行を進め、2009（平成 21）年度から３病院を「認知症疾患医療センター」として指定しています。「認知症疾患医療センター」では、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行うものとして位置付け、認知症専門医療の充実と、介護との連携強化を図っています。

（県の取組）

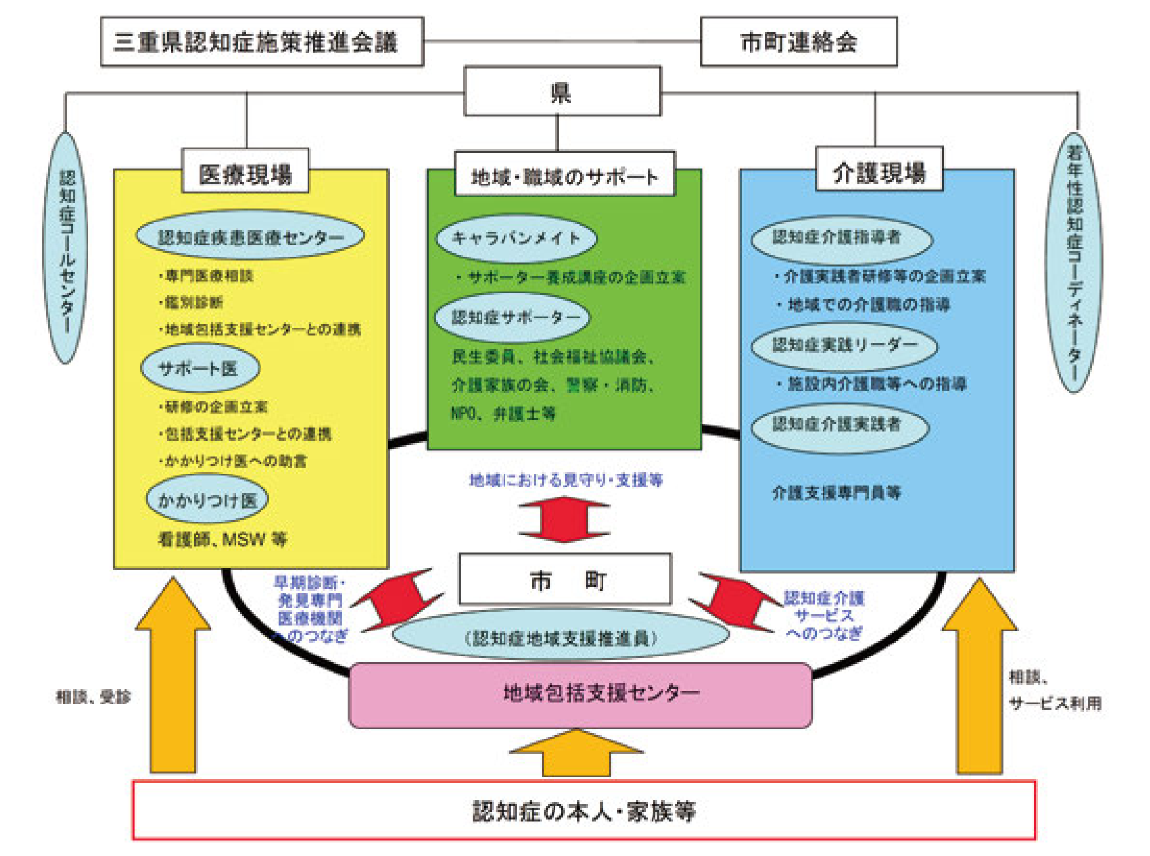
○　「認知症施策推進会議」を開催し、市町村認知症施策総合推進事業を活用している市町をはじめ、県内の市町の認知症対策への助言を行うとともに、県レベルでの連携を進める必要のある事業の提案など、県の認知症施策全体について検討を行います。

○　「市町連絡会」を開催し、市町認知症施策の情報交換を行い、有効な事例の取組内容・取組方法を情報共有し、普及を図ることで県全体の認知症対策の取組を推進します。

○　認知症の人が、できるだけ長く在宅で、医療と介護の適切なサービスを受けながら生活できるように、地域包括支援センター、医療機関、介護事業所、地域の見守り・支援等の連携を進めるための支援を行います。

○　保健医療圏域ごとに認知症疾患医療センターを設置し、地域の医療関係者や地域包括支援センター等との研修会や連携協議会を開催することで、医療と介護の連携強化を図ります。また、基幹型認知症疾患医療センターを設置することで、各認知症疾患医療センターと連携のうえ身体合併症に関する救急の対応や、各認知症疾患医療センターの機能向上と効率化に資する取組を行うため、関係者と検討を進めます。

図３－２－４　認知症の人と家族を支えるネットワークのイメージ



三重県長寿社会室作成

第３章

具体的な取組

３　地域包括ケアの構築

（１）地域包括支援センターの運営支援

（現状と課題）

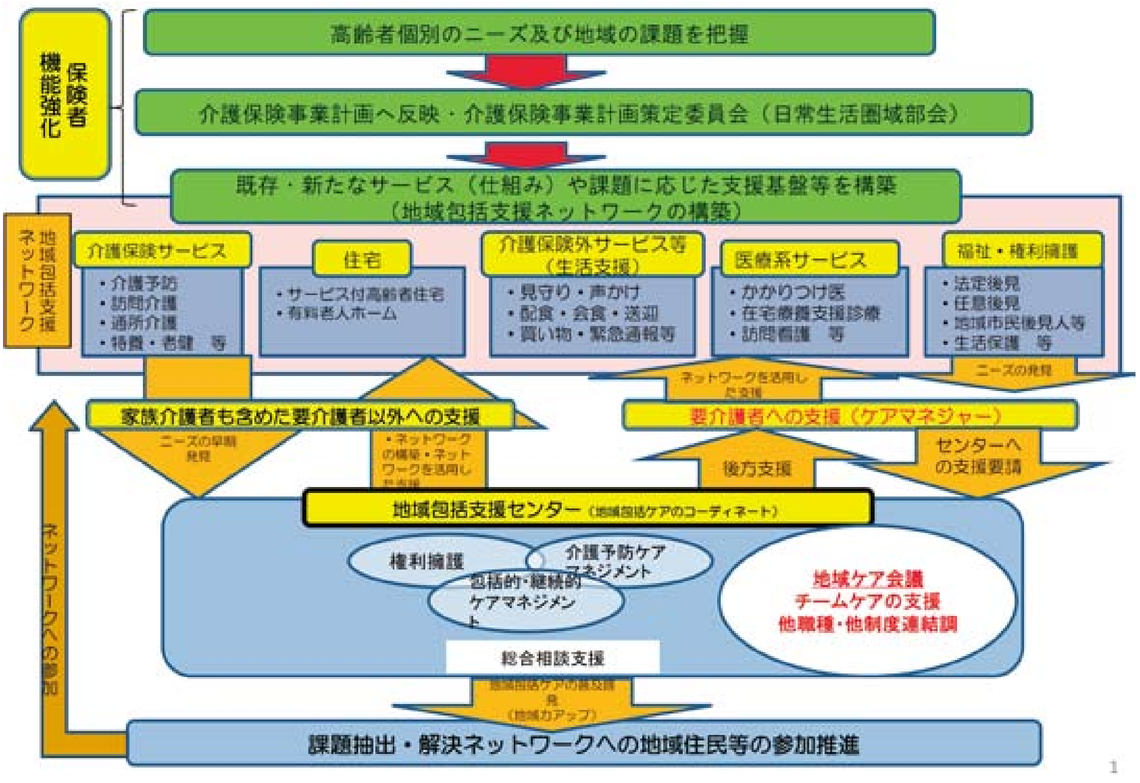
○　地域包括支援センターは、2006（平成 18）年４月１日から介護保険法の改正に伴い創設され、県内では、2011（平成 23）年４月１日現在、54 のセンターが市町により設置運営されています。

○　地域包括支援センターの目的は、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することであり、介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントの機能強化が求められています。

○　地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアの充実に向けて、2007（平成 19）年度から、地域包括支援センター職員の資質向上、権利擁護及び介護予防をテーマにした研修を実施し、2010（平成 22）年度までに延べ 1,888 名が受講しています。また、地域包括支援センター連絡会議の開催やメール及びホームページの活用により、地域包括ケアの推進に関する情報の提供や共有を図っています。

○　それぞれの地域で、市町・地域包括支援センターが中心となって、住民・関係機関と協働して効果的な地域包括ケア体制の整備が進められていますが、今後も、地域固有の課題解決に取り組み、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等との連携やコーディネート機能を強化していく必要があります。

図３－３－１　地域包括ケアシステムの構築



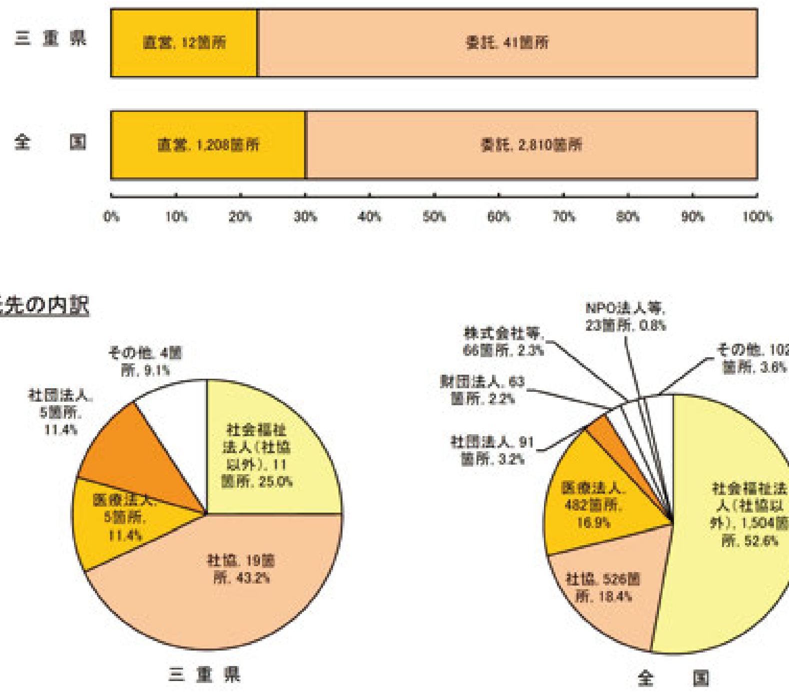
第５期介護保険事業（支援）計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料（長寿社会室で一部編集）

○　地域包括支援センターは、地域課題を把握し必要なサービスを提供するために、その調整能力が期待されていることから、基幹的なセンターは市町が直接運営することが望ましいとされていますが、2010（平成 22）年４月 30 日現在、県内の地域包括支援センターの 77.4％が委託により運営されている状況にあります。

○　介護保険法の改正により、2012（平成 24）年度から、地域包括支援センターの設置主体である市町は、包括的支援事業の委託にあたって、当該事業の実施に係る方針を示し、設置目的の具現化に取り組む必要があります。

図３－３－２　地域包括支援センターの委託の状況

H22. 4. 30 現在



三重県長寿社会室作成

（県の取組）

○　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、地域包括支援センターの機能強化を支援します。

○　地域包括支援センターのコーディネート機能を充実させるため、地域ケア会議や事例検討会等へ介護や医療、福祉分野の専門家をアドバイザーとして派遣し、医療・介護等の多職種連携や地域のネットワーク構築等を支援します。

（２）地域包括ケア

（現状と課題）

○ 一人暮らし高齢者や認知症高齢者が増加するなど、高齢者を取り巻く環境が変化する中で、高齢者が住み慣れた自宅や地域において最期まで暮らし続けるためには、介護、予防、医療、生活支援サービス、住まいの５つを一体化して提供していく「地域包括ケアシステム」を構築する必要があります。

○ 地域包括ケアについては、2007（平成 19）年 12 月に策定した「みえ地域ケア体制整備構想」の中で、その方向性が示されているところですが、2011（平成 23）年６月の介護保険法等改正法により、国及び地方公共団体の責務として新たに規定されました。

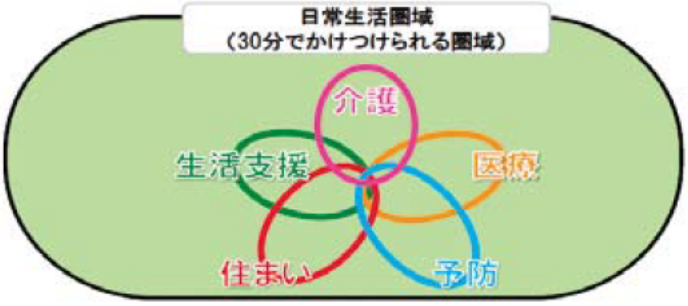
○ 地域包括ケアを推進するに当たっては、①地域課題、②地域資源の状況、③高齢化の進展状況等、市町によって、それぞれ状況が異なることから、市町は、まず、地域における介護ニーズを把握し、介護サービスを適切に提供することが求められています。さらに、地域の課題や状況等に適した見守り・配食等の生活支援サービスを提供するなど、地域の住民やボランティア団体などによる介護保険制度外のサービスを含めた地域づくりが必要となります。

○ 地域包括ケアの実現に向けた取組を進めるためには、多くの人に介護を身近なものとしてとらえてもらうとともに、それぞれの立場で介護を考え、関わってもらうことが重要です。介護する人が、介護に追い詰められることなく介護を続けるためには、家族や地域の人たちの理解とサポートが欠かせません。

○ 2008（平成 20）年に、国民からの意見公募により、11 月 11 日が「介護の日」と定められたことを契機に、「介護の日」を中心に全国各地で様々な啓発活動が行われています。

○ 県でも、引き続き、地域包括ケアに関する現状の取組や介護の意義や重要性について啓発を進める必要があります。

図３－３－３　地域包括ケアのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化
・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施
②介護サービスの充実強化
・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
・24時間対応の定期巡回･随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化
③予防の推進
・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）
・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

第５期介護保険事業（支援）計画の策定に係る全国会議資料より

（県の取組）

○　地域包括ケアを提供できる仕組みを構築し、有効に機能させていくために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティアその他の関係者間の連携等について、県内外の先進的な取組事例等の情報提供等を行います。

○　介護についての理解と認識を深めることを目的に、シンポジウムを開催や街頭での啓発など、介護の意義や重要性についての周知活動を行います。

（３）支え合い体制づくり

（現状と課題）

○ 日本の高齢者は家族・親族という血縁関係を中心に人間関係を構築しており、近所や友人との関係が希薄な傾向にあり、誰とも会話をしない、近所づきあいをしない、困ったときに頼る人がいないなど、高齢者の社会的孤立化が懸念されています。

○ かつての地域社会では、地縁・血縁による助け合いが行われてきましたが、単身高齢者・高齢者のみの世帯の急増、親族間・地域社会等との交流が希薄となるいわゆる「無縁社会」が広がりつつあり、地域社会の支え合いは弱体化しています。

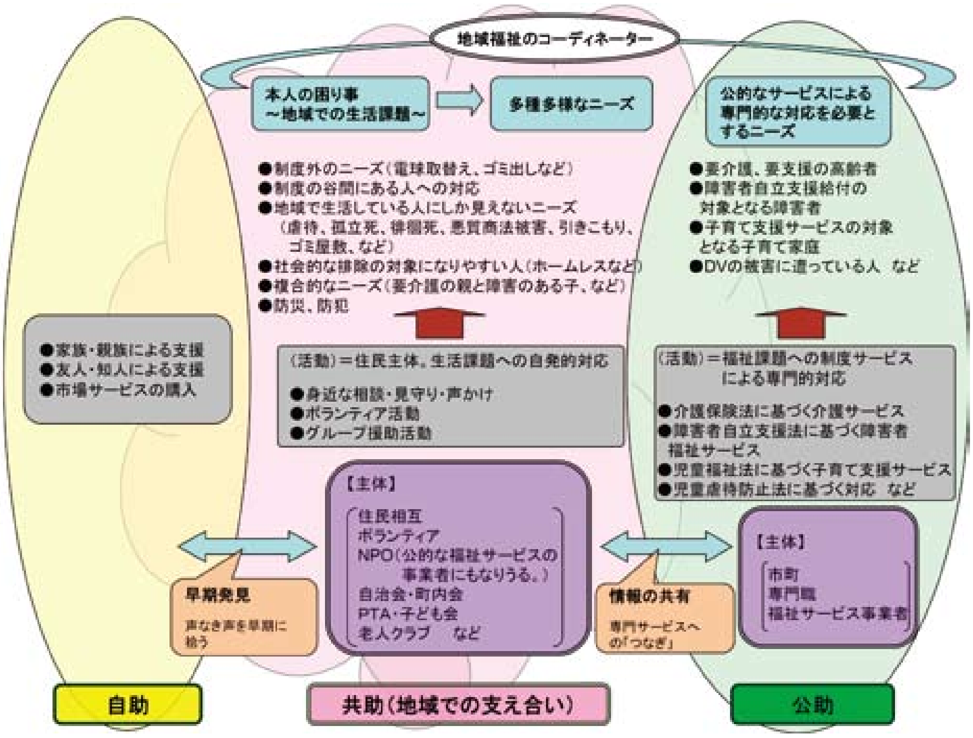
○ 独居や高齢夫婦だけの世帯では、介護や医療のみならず、多種多様な生活支援が必要です。企業、ＮＰＯ、自治会など、地域にはそれぞれの担い手となる社会資源があることから、市町は、地域支援事業を活用するなど地域の実情に応じて柔軟な取組を進める必要があります。

○ 高齢者が参加しやすいボランティア活動や若者との交流事業などを通じて、地域における「居場所づくり」を進めつつ、高齢者の地域における見守りや安否確認のネットワークを構築し、支え合いの体制を整備、運用していくことが求められています。

○ 在宅で寝たきりの高齢者や認知症の高齢者を介護する介護者に対しても、介護に必要な紙おむつ等の介護用品の支給や介護者相互の交流会等の開催などにより、経済的・精神的負担の軽減に向けた取組が進められています。

○ 2010（平成 22）年３月に発行した「みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書」では、県内各地域の支え合いの注目すべき事例について集約しており、これらの取組を参考として地域の実情に合わせて、必要な支え合いの体制整備と活動を広めていく必要があります。

図３－３－４　支え合い体制づくりのイメージ



「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書（長寿社会室で一部編集）より

（県の取組）

○　地域における支え合い活動を立ち上げるため、市町、自治会・町内会、ＮＰＯ、福祉サービス事業者等の多様な主体が協働して行う、見守り活動チーム等の人材育成、世代間交流の場や高齢者の生きがい活動等の地域における拠点整備、先進的・パイロット事業の立ち上げなどに対して、助成を行うなど支援します。

○　地域の支え合い活動の取組が継続されるよう、活動の主体となる関係者等で構成する推進会議を開催し、活動の意見交換や今後の推進方策等について検討します。また、市町連絡会議などにより、推進会議での意見や支え合い活動の先進事例等の情報共有を図り、地域の支え合い活動を推進する機運を醸成していきます。

○　在宅で寝たきりの高齢者や認知症の高齢者等を介護する介護者を経済的・精神的に支えるため、引き続き地域支援事業交付金の交付等を通じて介護用品の支給や介護者の交流事業等を実施する市町の取組を支援します。

（４）権利擁護・虐待防止

（現状と課題）

（権利擁護）

○　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へ移行されましたが、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ないケースがあります。

○　高齢者の人権を尊重した介護保険施設のケアの一環として、引き続き「身体拘束の廃止」を推進する必要があります。

（虐待防止）

○　近年の核家族化、少子化の進行及び扶養意識の低下等により、身体的・精神的に弱くなった高齢者に対する養護者及び養介護施設従事者等による虐待の事例が報告されています。

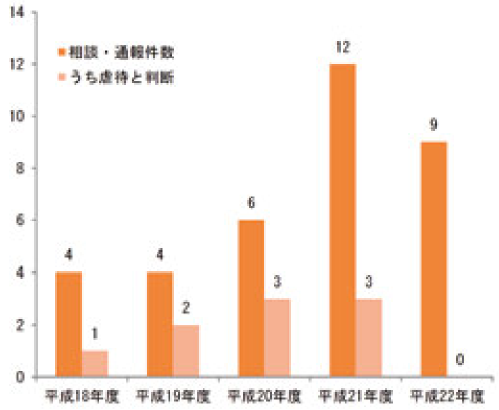
○　「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）（以下「高齢者虐待防止法」という。）」に基づき、家族、介護保険サービス事業者等の介護を受けている高齢者の権利を守ることが必要です。

○　毎年度、各市町を通じて高齢者虐待の相談・通報件数等の把握を行っていますが、2010（平成 22）年度に各市町に寄せられた高齢者虐待の相談・通報件数は601件で、前年度と同数となっています。このうち、市町が高齢者虐待と認定した件数は357件であり、前年度と比べて15件、４%の減少となっています。

図３－３－５　高齢者虐待の状況

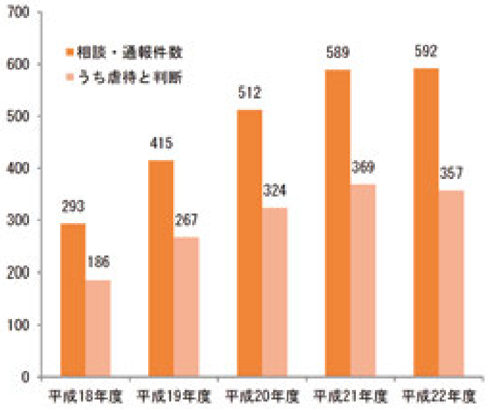
養介護施設従事者等による高齢者虐待　　（単位：件）

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
相談・通報件数	4	4	6	12	9
うち虐待と判断	1	2	3	3	0



養護者による高齢者虐待　　（単位：件）

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
相談・通報件数	293	415	512	589	592
うち虐待と判断	186	267	324	369	357



長寿社会室作成

○　高齢者虐待は、「潜在化して外から見えにくい」場合も多く、自治会や民生委員などによる見守りのネットワークを構築し、早めに相談・通報が寄せられる体制を構築することが重要です。志摩市では、自治会、民生委員、金融機関（銀行、ＪＡ、郵便局、漁協）、商店など数多くの地域の関係者が「あんしん見守りネットワーク」を組織し、虐待の早期発見に結びつけています。このようなネットワークを県内全域で構築できるよう市町を支援していくことが、虐待防止に有効であると考えています。

○　市町においては、高齢者や養護者に対する相談・指導・助言から、高齢者の安全確認、虐待等事実確認、措置及びそのための居室の確保、立入調査の実施、養護者の負担軽減のための相談や助言、それに必要な措置など、第一義的に責任を持つ役割を担うことが、高齢者虐待防止法に規定されています。なお、高齢者虐待という複雑な問題に対応するには、市町だけの対応では困難なケースもあることなどから、三重県においては、三重弁護士会及び三重県社会福祉士会による「高齢者虐待防止チーム」を地域ごとに設置し、市町からの専門相談に応じる体制を敷いています。

（成年後見制度）

○　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、市町村長の申立により、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もあります。

○　高齢者虐待防止法において、成年後見制度の利用促進が国及び地方自治体の役割として位置づけられており、三重県では、高齢者虐待防止研修会等において制度の紹介を行っています。

○　地域包括支援センターでは、社会福祉士等による権利擁護業務の一環として、「成年後見制度の普及・広報」の実施、「成年後見の申立ての支援」などを行っています。これらは、地域支援事業の任意事業として実施することができます。

○　三重県社会福祉協議会では、認知症高齢者等の地域での自立した生活の継続を目的に、成年後見制度とも連携して福祉サービスの利用援助やそれに付随した日常的な金銭管理等の援助を行う日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）が実施されています。

○　2011（平成23）年６月の介護保険法等改正法により老人福祉法が改正され、市町村は、後見、保佐及び補助の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るために必要な措置を講ずるよう努めること、また県としては、市町の措置の実施に関し助言その他の援助を行うよう努めるものとすることといった、市町及び県の努力義務が規定されました。

（県の取組）

○　判断能力が十分でない認知症高齢者等が地域で適正に福祉サービスが受けられる体制整備を行うために、「地域福祉権利擁護センター」を設置運営する三重県社会福祉協議会に対して支援を行うとともに、成年後見制度の利用推進に向けた検討等を行います。

○　「高齢者虐待防止法」に基づき、三重県社会福祉士会等の関係団体と協力し、高齢者虐待防止及び養護者等に対する支援に向け、高齢者福祉業務に携わる関係職員向けの研修会等を実施し、職員の資質向上を図るとともに、市町に対して必要な助言等を行います。また、同法に基づき、高齢者虐待の状況及び講じた措置について公表を行います。

○　施設等の介護における「身体拘束」が原則禁止となっている趣旨を踏まえて、身体拘束に関する基礎知識等の研修を実施します。

○　引き続き、三重弁護士会及び三重県社会福祉士会による「三重県高齢者虐待防止チーム」の地域ごとの設置を支援するとともに、市町からの相談やネットワーク形成等を支援します。

○　「成年後見制度」について、権利擁護研修会等において制度の周知を図るとともに、地域支援事業交付金の交付等を通じて市町の利用促進を支援します。

4　介護・福祉人材の安定的な確保

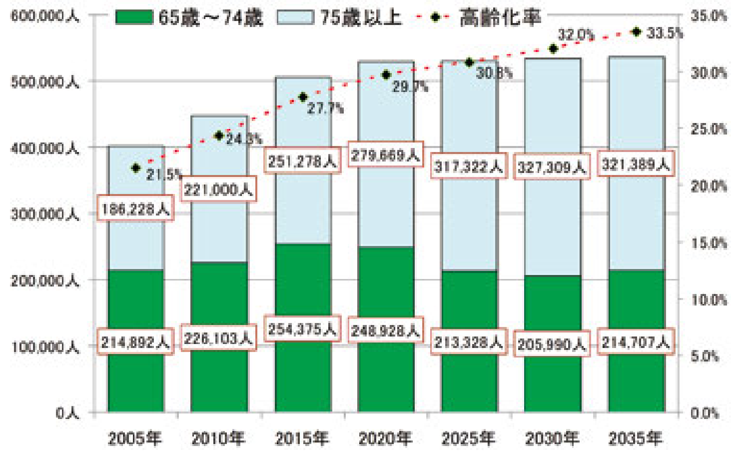
（１）福祉人材確保

（現状と課題）

（介護・福祉人材の確保等について）

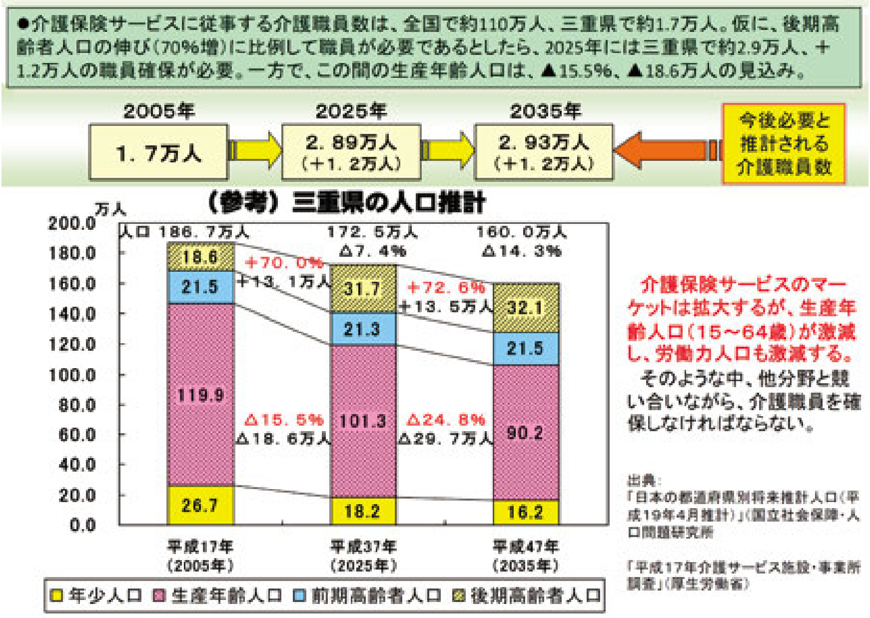
○　三重県においても本格的な高齢社会を迎え、特に要介護認定率が高くなる 75 歳以上高齢者の人口が大きく増加すると推計されており、これに伴い、介護・福祉ニーズは今後さらに拡大していきます。（図３−４−１）これに対応するサービスを支えるのは人材ですが、この間、労働力人口は急激に減少していき、その中で人材を確保していくことが重要な課題となっています。（図３−４−２）

図３−４−１　三重県の高齢化の状況



データ　：　日本の市区町村別将来推計人口　2008（平成 20）年 12 月推計（国立社会保障・人口問題研究所）
2015（平成 27）年以降は推計

図３−４−２　県内に必要な介護職員数の将来推計



長寿社会室作成

○　2010（平成 22）年度介護労働実態調査（全国調査）によると、介護サービス事業者で職員の不足感を持つ事業所は約半数 50.3％(三重はさらに 39.7％)となっており、なかでも訪問介護員では 65.9％が不足と回答しています(図３－４－３)。また、三重県では、介護関連職種の有効求人倍率が全国に比べ高い水準にあります(図３－４－４)。さらに、2011（平成 23）年 10 月の三重県の全業種の有効求人倍率は 0.74％であるのに対して、介護職では 2.12％と高くなっています。

図３－４－３　従業員の過不足状況（全国ベース）

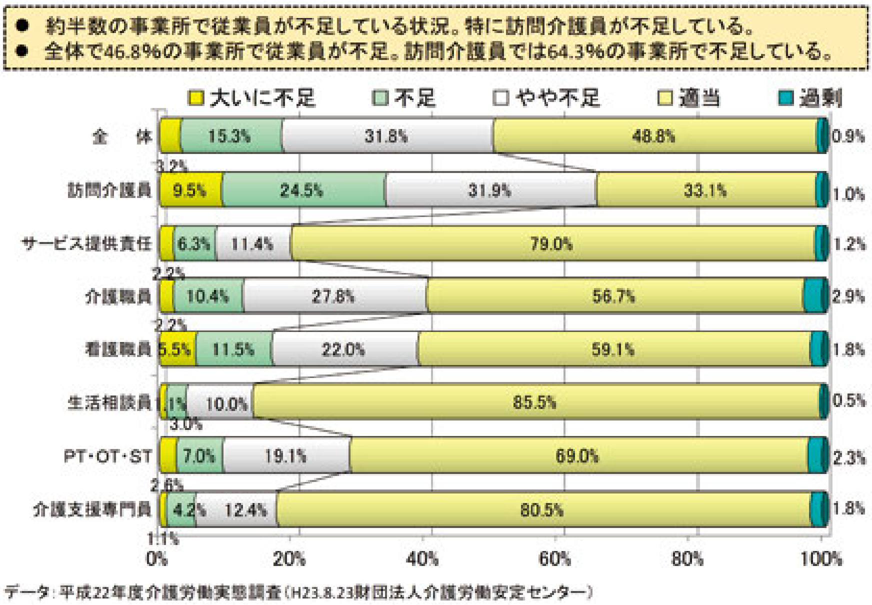


図３－４－４　介護関連職種の有効求人倍率

（平成21年 10月～平成23年 10月）

● 失業者が多い中、介護関連職種の有効求人倍率は、全職業と比べ、高い水準で推移している。
● 介護関連職種の有効求人倍率 ⇒ 三重県は、全国と比べて高い水準。

		全 職 業 常用（含むパート）	介護関連職種 常用（含むパート）
全国	21年 10月	0. 43	1. 33
	22年 10月	0. 56	1. 48
	23年 10月	0. 67	1. 74
三重県	21年 10月	0. 41	1. 64
	22年 10月	0. 60	1. 82
	23年 10月	0. 74	2. 12

〔出典〕職業安定業務統計

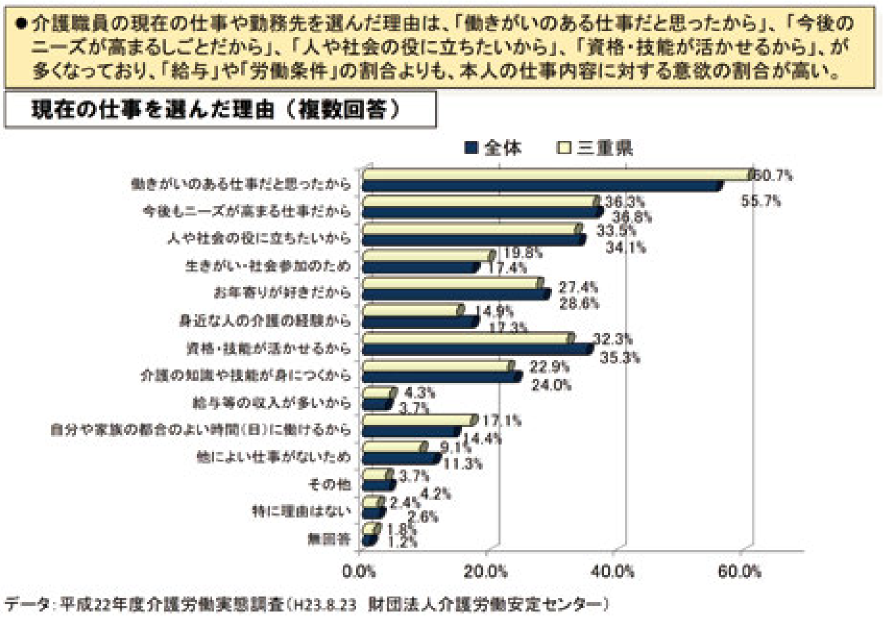
○　求人と求職のミスマッチを解消するための職業紹介やマッチング支援を行うとともに、福祉系大学・介護福祉士養成校・福祉系高等学校との連携を深め、県内職場での就労定着化、若年者や潜在労働力の発掘、一度離職した有資格者の再就職を促進する必要があります。

○　地域での福祉サービスに対する理解を深め、新たな福祉マンパワーの育成や潜在マンパワーの掘り起こしを行い、福祉人材の確保を図る必要があります。

（介護・福祉人材の定着等について）

○　同じく、2010（平成 22）年度介護労働実態調査によると、現在の仕事を選んだ理由として、「働きがいのある仕事だから」の回答が約 6 割となっており、介護職員の仕事に対する意欲の高さがうかがわれます。(図３－４－５）

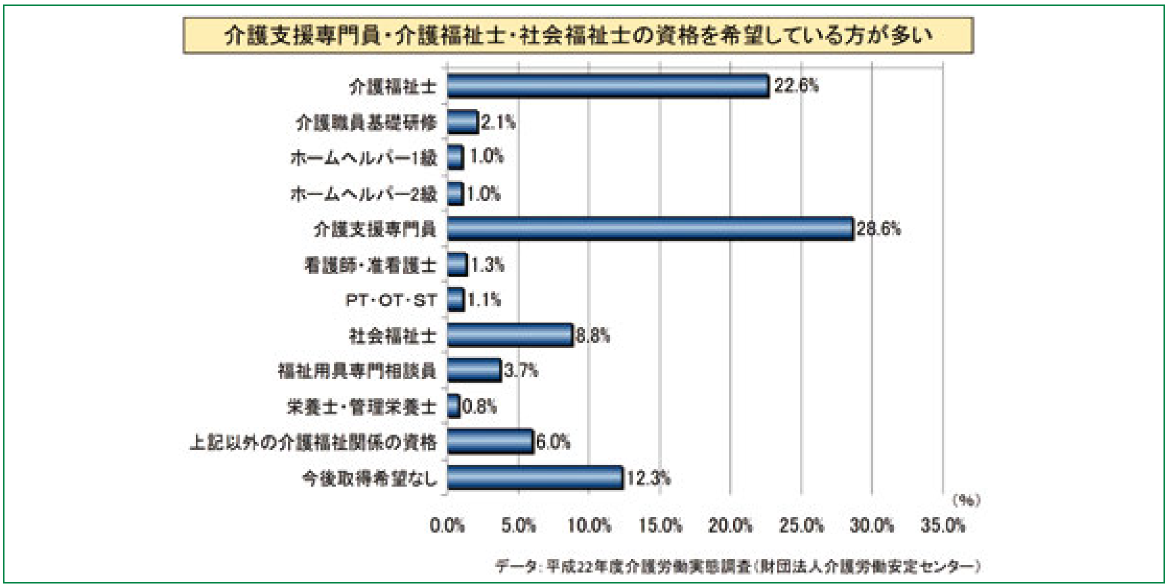
図３－４－５　仕事に対する意欲が高い



第3章
具体的な取組

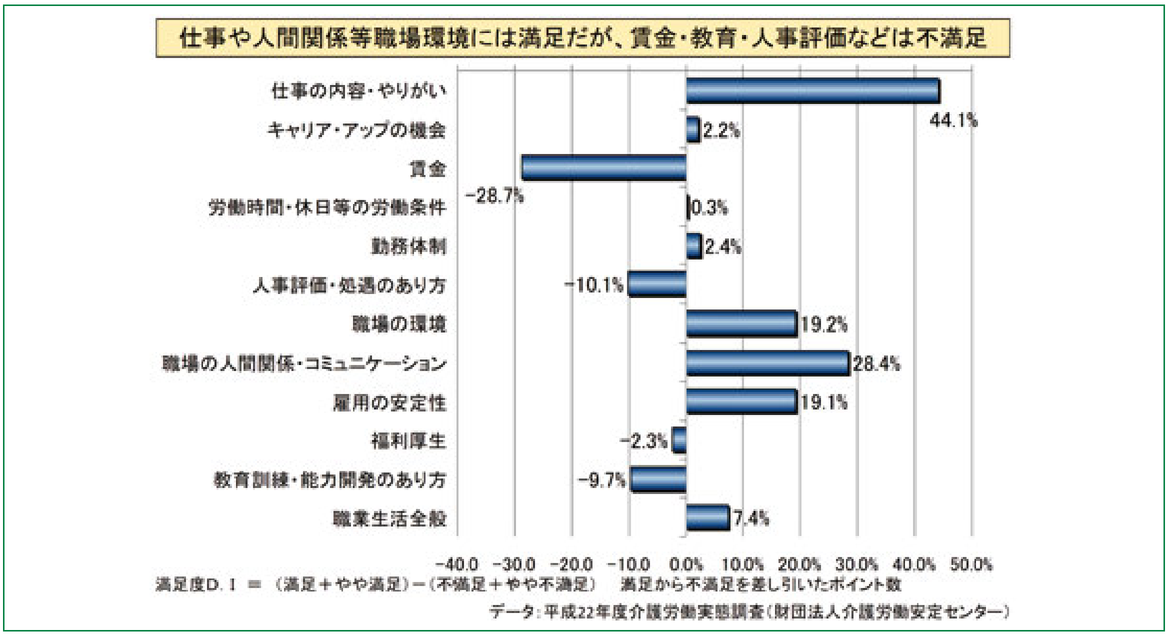
○　介護現場で働く職員の「今後取りたい資格」をみると、介護支援専門員が28.6%、介護福祉士が22.6%、社会福祉士は8.8%となっており、キャリア・アップの仕組みが必要となっています。（図３－４－６）

図３－４－６　今後取りたいと考えている資格等（全国ベース）



○　現在の仕事の満足度では、「仕事の内容・やりがい」が52.8%と高い一方、「賃金」「教育訓練・能力開発のあり方」「人事評価・処遇のあり方」では不満足となっています。（図３－４－７）

図３－４－７　現在の仕事の満足度（D.I.）（全国ベース）



○　介護・福祉人材を安定的に確保していくためには、賃金改善や能力開発への取組みを進め、従業員の満足度をアップさせるとともに、人事評価等キャリアパスの仕組みを定着させ、新規人材も併せ確保していく取り組みが重要となっています。

○　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技能が要求されています。

（県の取組）

（人材確保対策等について）

○　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マッチング（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設置し、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します。

○　県立津高等技術学校が実施する離職者を対象とした職業訓練（委託訓練）において、介護福祉士やホームヘルパーの資格取得を支援し、他分野から介護分野への参入を促進します。

（人材の定着促進等について）

○　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。

○　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、介護労働安定センター・ハローワークと連携して、県が実施する事業者研修等の場において、雇用管理責任者講習の情報提供を行うなど、幅広い人材確保対策を連携して進めていきます。

（社会福祉施設職員等への研修・資質の向上等について）

○　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、①職員の経験や役職に応じた必要な知識や技術の習得をめざし、業種や職種を問わず社会福祉施設職員に求められる専門性を養うための生涯研修、②社会福祉施設の種別ごとに抱えている問題や、今後の事業推進に対する課題を取り上げ、社会福祉施設利用者へのサービス提供に必要な能力を養うための業種別研修、さらに③専門分野に応じた高度な専門知識及び技術を習得し、より専門的な能力を養うための課題別専門研修等を実施していきます。

○　社会福祉施設の適正かつ安定的な経営と入所者処遇の向上等をめざして、各法人・施設が行う運営に関し、専門家による指導・援助を行う体制を整備し、人事労務管理研修などにより社会福祉施設経営全般の向上を図ります。

（２）介護職員養成研修

（現状と課題）

○　今後の高齢化の一層の進行等により、介護ニーズの拡大が見込まれ、社会保障国民会議の「医療・介護費用のシミュレーション」によれば、2006（平成 18）年の 117 万人から、2025（平成 37）年にはさらに 95 万人～138 万人の介護人材の確保が必要と見込まれています。他方、総体的に労働力人口は減少（2006（平成 18）年 6,657 万人→2030（平成 42）年 5,584 万人～6,180 万人）していくと見込まれています。

○　また、介護保険制度の創設以降、認知症ケアや医療的ケアを必要とする利用者は増加するとともに、住み慣れた地域での生活を支援する小規模多機能型居宅介護サービスが新たに創設されるなど、介護人材に求められる役割も多様化・高度化してきています。

○　社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の施行に伴い、2015（平成 27）年４月より介護福祉士試験を受験しようとする実務経験者に対して新たに実務者研修の受講が義務づけられます。

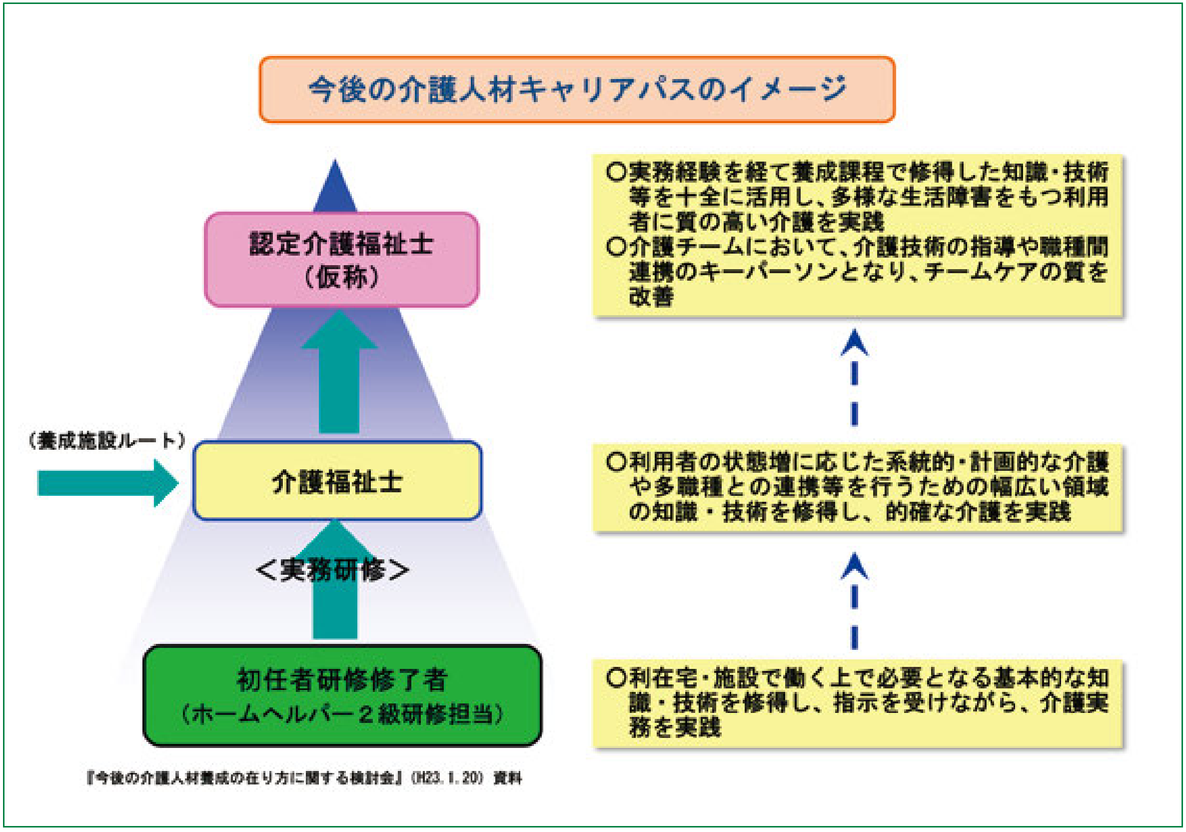
○　訪問介護員養成研修１級課程及び介護職員基礎研修は 2012（平成 24）年度末をもって実務者研修に一本化されます。なお、訪問介護員養成研修２級課程は初任者研修と位置づけられ、研修内容については現在の在宅中心の内容から、在宅・施設を問わず介護職として働いていく上で基礎となる知識・技術を修得する内容とされていきます。

（県の取組）

○　介護人材の量的確保と資質向上を両立していくという観点に立って、介護職員基礎研修・訪問介護員養成研修において、多様化・高度化する介護ニーズに対応した職員の養成と、有資格者が段階的にキャリアアップしていける研修体系に沿って、質の高い介護人材の養成を支援していきます。

○　県においては、引き続き、訪問介護員研修事業者指定を適切に行いつつ、事業者の指定状況を三重県ホームページで公表していきます。

図３－４－８　今後の介護人材キャリアパスのイメージ



（３）介護職員処遇改善

（現状と課題）

○　高齢化の進展に伴い、介護ニーズが増大するなかで、サービス提供を担う介護人材を確保することは重要な課題となっています。

○　介護職員については、離職率が高い、人材確保が難しい等の状況にありますが、これは介護職員の賃金が低い等の処遇の問題が一因であると考えられます。

○　他の業種との賃金格差を縮め、介護における雇用を安定させることにより、優秀な人材を確保していく必要があります。

○　介護職員が将来展望をもって介護の職場で働き続けることができるよう、能力･資格･経験等に応じた処遇が適切になされることが重要です。

（県の取組）

○　介護分野における人材確保、人材育成につながるよう、介護職員の賃金改善やキャリアパスの導入に取り組む事業者を支援します。

（４）介護支援専門員の資質向上等

（現状と課題）

○　介護や支援が必要な方が可能な限り住み慣れた地域で、その人らしい、自立した生活を送るためには、多様なサービス主体が連携して支援できるよう、適切にケアマネジメントを行うことが重要です。介護支援専門員はその中心的な役割を担い、介護保険法に基づいてケアプランを作成する専門職です。三重県では、介護支援専門員の養成に努めています。

○　介護支援専門員として業務を行うには、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することが必要です。2006（平成 18）年４月の介護保険制度改正により、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、更新のための研修のほか、キャリアに応じた研修制度が創設されました。三重県では、これらの研修の実施主体となり、介護支援専門員の資質向上に必要な研修を養成段階に応じ体系的に実施するとともに、介護支援専門員の資格管理を行っています。

図３－４－９　介護支援専門員研修体系

実務研修	（介護支援専門員実務研修受講試験合格者を対象） 介護支援専門員に求められる知識及び技術を修得し、専門職としての実践能力を養うことを目的とします。
実務従事者基礎研修	（実務就業後１年未満の者を対象） 介護支援専門員として一定の実務を経験した後に、実務従事者として必要な技術・技能の研鑽を図ることで、介護支援専門員の実務能力の向上を目的とします。
専門研修	（課程Ⅰ：実務就業後６ヶ月以上の者を対象、課程Ⅱ：実務就業後３年以上の者を対象） 現任の介護支援専門員に対して、一定の実務経験をもとに、必要に応じた専門知識、技能の修得を図ることにより、その専門性を高め、もって介護支援専門員の資質向上を図ることを目的とします。
再研修	（５年以上実務に就いていない者を対象） 介護支援専門員証の有効期間が満了し、実務から離れている者が、再度実務に就くために、介護支援専門員として必要な知識及び技術の向上を図り、専門職としての能力の保持・向上を図ることを目的とします。
主任介護支援専門員研修	（専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して５年以上（60ヶ月以上）である者等を対象） 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、地域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に関する知識及び技術を修得することを目的とします。

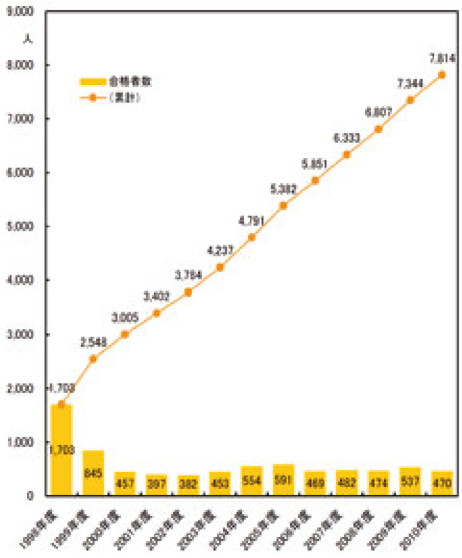
三重県長寿社会室作成

○　三重県では、2010（平成 22）年度までに 7,814 人が試験に合格し、7,792 人が登録されています。しかしながら、2010（平成 22）年度までの更新対象者 5,346 人の内、更新・登録した者は、約 3,000 人とおおよそ 6 割に止まっています。今後、要介護高齢者の増加が予想され、それに対応するためには介護支援専門員の確保が必要な状況となっています。

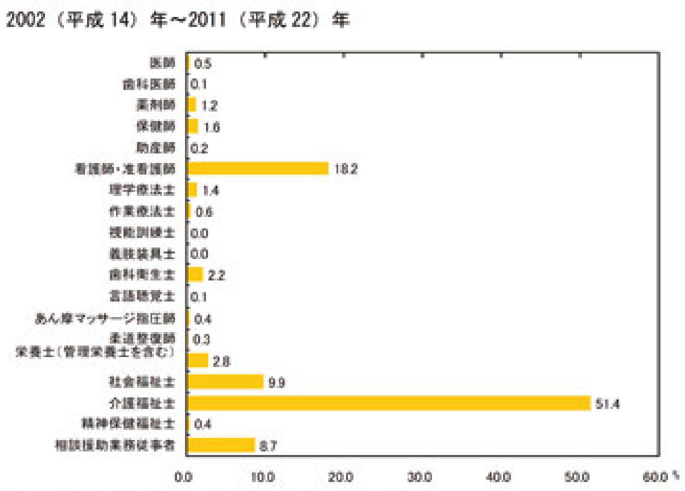
○　今後の増加が予想される医療依存度の高い利用者に対して、適切なケアマネジメントのできる介護支援専門員の養成が必要となっています。しかしながら、試験合格者の基礎職種別構成割合では、介護職を基礎資格とする介護支援専門員が多く、医療職は少ないという傾向があります。

図３－４－10　三重県の介護支援専門員の合格者数及び基礎職種別構成割合

合格者数



基礎職種別構成割合



※「あん摩マッサージ指圧師」には、はり師・きゅう師を含む。
※「栄養士」には、管理栄養士を含む。
※「相談援助業務従事者」には、介護等業務従事者を含む。

三重県長寿社会室作成

○　三重県では、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、介護支援専門員資質向上研修検討委員会を設置（2010（平成 22）年 4 月）し、研修階層に応じた到達目標や指導ポイント等、三重県版の基本指針を 2011（平成 23）年度に策定しました。

（県の取組）

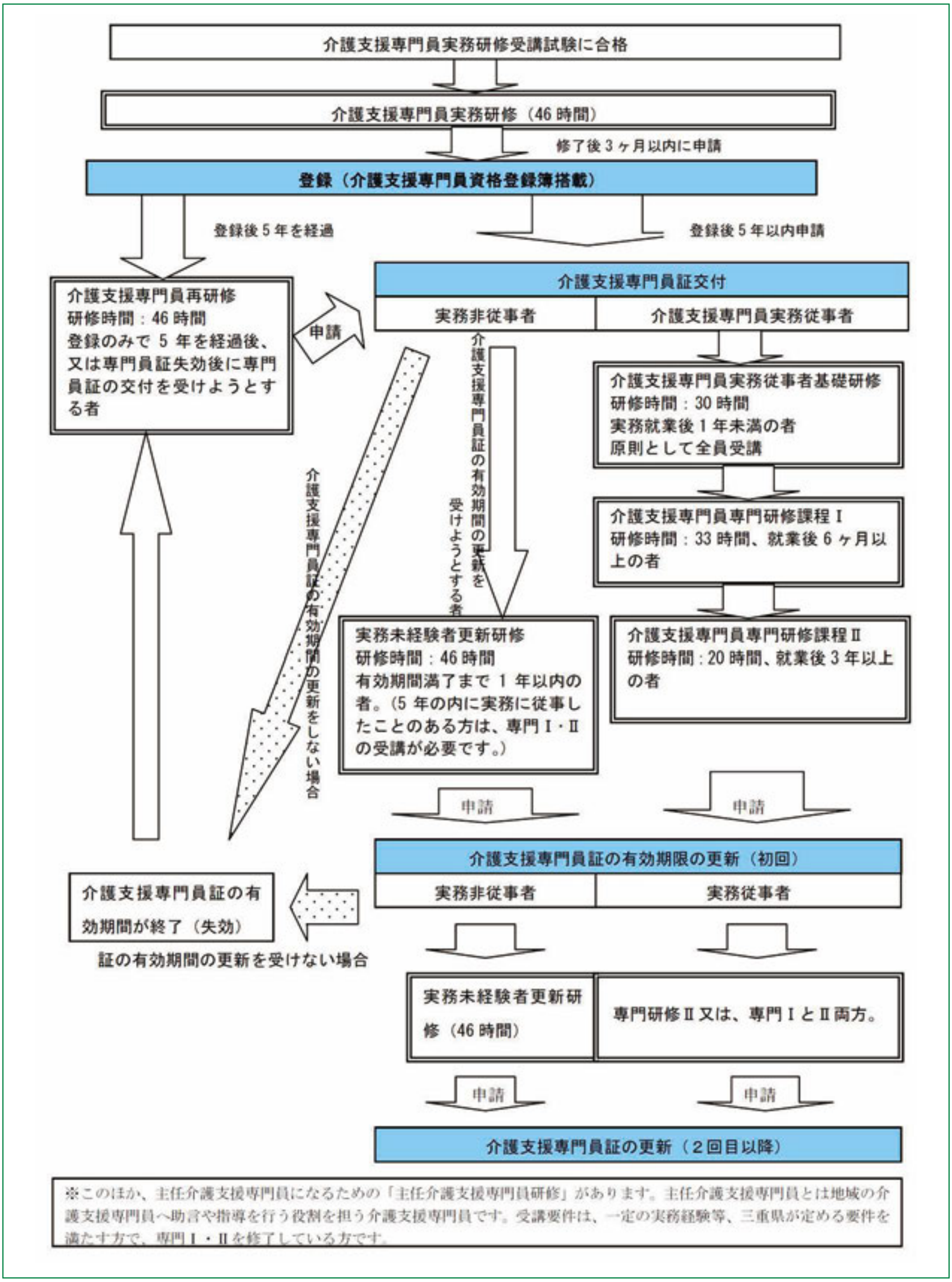
○ 介護支援専門員は、介護保険制度の根幹をなす重要な役割を担っており、引き続き必要な人材の養成を行うとともに、体系的な研修の実施により、資質向上に努めます。

○ 介護支援専門員資質向上研修検討委員会で策定した県の基本指針に基づき、研修の企画・立案、研修の実施、評価、その後の研修への反映といったＰＤＣＡサイクルを構築し、研修の実効性を確保していきます。

○ 医療ニーズに対応し、医療と介護の連携を実現できる人材を養成するため、医療知識や医療との連携方法など、医療系の研修課目の必須化を図ります。

○ 要介護高齢者等に対し地域で包括的な支援を実現していくため、2014（平成26）年度までに主任介護支援専門員の登録数を 776 人（2011（平成 23）年度末 566 人）とすることを目標に養成していきます。さらに、研修の充実、フォローアップ研修等の実施により介護支援専門員の資質向上を図ります。

図３－４－11　介護支援専門員の資格・研修の体系



（５）介護施設等職員の資質向上等

（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、その中心となる特別養護老人ホーム等、介護保険施設で働く看護職員の資質を向上させることが求められてきました。

○ 介護保険法の改正や高齢者虐待防止法の施行に伴って、介護施設等において高齢者の権利擁護のための取組みを行うこととされています。

○ これまで、当面のやむを得ず必要な措置として、在宅・特別養護老人ホーム等において、介護職員等がたんの吸引などのうち、一定の行為を行うことが運用によって認められてきました。しかし、こうした対応を法律において位置づけるべきであるとの考えから、たんの吸引等が必要な方に対して、必要なケアをより安全に提供することとし、2011（平成 23）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ました。

○ たんの吸引等について、社会福祉士及び介護福祉士法に基づいて 2012（平成 24）年度から実施できるように、2011（平成 23）年度から介護職員等に対する研修を実施しています。

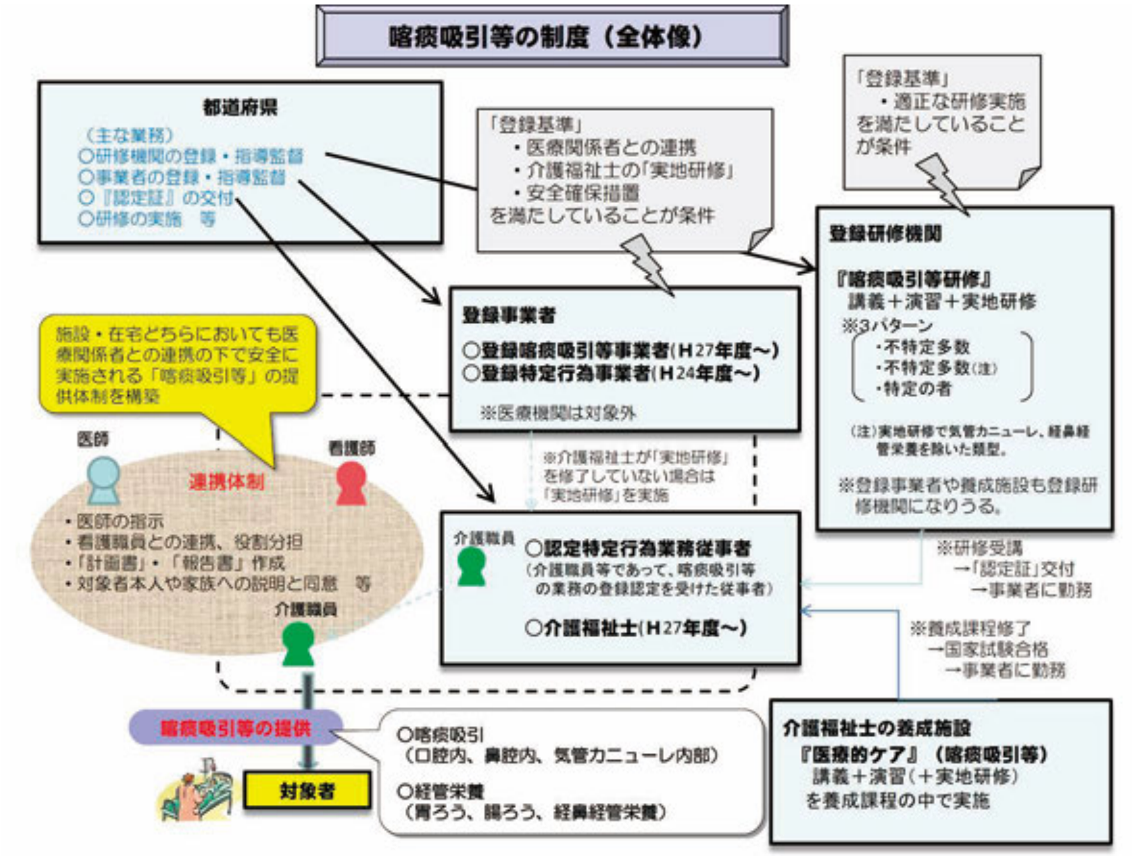
（県の取組）

○　介護保険施設で働く看護職員を対象とした権利擁護に基づく研修を実施するとともに、研修を通じた看護職員間のネットワーク構築を支援します。

○　社会福祉士及び介護福祉士法に基づく登録の要件を満たした たんの吸引等の研修を行う機関について、登録を行います。

○　社会福祉士及び介護福祉士法に基づく登録の要件を満たした たんの吸引等の業務を行う者については、事業所ごとに登録を行います。

図３－４－12　喀痰吸引等の制度（全体像）



平成 23 年度　介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（不特定多数の者対象）指導者講習　講義１資料

第３章　具体的な取組

Ⅱ　体系的な取組

1　介護保険制度の円滑な運営

（1）介護給付費等の負担

（現状と課題）

○　介護保険制度においては、給付と負担の関係を明確にし、利用者の選択による利用を可能とするため、社会保険方式を採用しています。そのうえで、利用者の負担が過大にならないよう、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」として給付費の 25%相当（施設等給付費については 20%）を負担し、県が「介護給付費県負担金」として 12.5%相当（施設等給付費については 17.5%）を負担し、保険者が残る 12.5%相当を負担しています。

○　県では、介護給付費県負担金として 2009（平成 21）年度約 160.4 億円、2010（平成 22）年度約 168.9 億円、2011（平成 23）年度は当初予算ベースで約 177.0 億円を負担しています。

○　市町等が実施する地域支援事業は、原則として給付見込み額の 3.0%を事業規模の上限とし、第１号保険料と公費等の交付金で賄われています。

○　県では、地域支援事業県交付金として 2009（平成 21）年度約 5.2 億円、2010（平成 22）年度約 5.3 億円、2011（平成 23）年度は当初予算ベースで約 5.5 億円を負担しています。

図３－５－１　保険給付費・地域支援事業の費用負担

		国	県	保険者	第１号保険料	第２号保険料（29%相当）
給付費	居宅給付費	25%	12.5%	12.5%	平均 21%	介護給付費交付金
	施設等給付費	20%	17.5%			
地域支援事業	介護予防事業（※）	25%	12.5%	12.5%	21%	地域支援事業支援交付金
	その他（包括的支援事業等）	39.5%	19.75%	19.75%	21%	

支払基金

医療保険者が医療保険料に上乗せして徴収（介護給付費・地域支援事業支援納付金）

※ 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

社会保険出版社「介護保険制度の解説」を基に三重県長寿社会室作成

（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、広域的な視点から保険者の介護保険事業運営に対して必要な助言を行うとともに、費用の負担を通じ、適切な財政運営を支援します。

○　「介護給付費負担金」をはじめ、各種の負担金及び交付金について、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。

（２）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努力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財政安定化基金から保険者に貸付（無利子）や交付を行います。（介護保険法第 147 条）

○ 介護保険財政安定化基金は、2000（平成 12）年３月に設立され、2008（平成 20）年度まで、国、県及び市町等保険者がそれぞれ 1／3 ずつを負担して、基金造成を図りました。

○ 第４期の貸付等の実績としては、1 保険者が、計画 2 年度目の 2010（平成 22）年度に 100 百万円の貸付けを受けており、2011（平成 23）年度も貸付けを受けることになる予定です。

○ 制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難でしたが、昨今の給付費の推移が安定していることを踏まえ、2008（平成 20）年の会計検査院からの指摘を受け、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保したうえで、2012（平成 24）年度に限り、財政安定化基金の一部を取り崩して保険料の軽減に活用できるよう、介護保険法が改正されました。

（県の取組）

○ 介護保険制度が安定的に運営されるよう、第５期の計画期間中の貸付け等に備えます。なお、貸付けを受けた場合、第６期の計画期間（2015（平成 27）～2017（平成 29）年度）において償還されることになります。

○ 財政安定化のために必要な額を確保したうえで、残余の財産について介護保険料軽減のために取崩しを行います。

（３）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負担軽減制度」などがあります。

○ 「高額介護（予防）サービス費」は、最も対象者の多い負担軽減制度で、世帯の１割負担の合算額が月単位の負担限度額を超えたとき、超えた分が払い戻されます。さらに、医療保険の高額療養費支給後の一部負担金等を勘案して払い戻されるのが、「高額医療合算介護（予防）サービス費」です。

○ 「特定入所者介護（予防）サービス費」は、補足給付とも呼ばれ、限度額を超える施設サービスや短期入所サービスの食費・居住費（滞在費）が現物給付されます。

○ 「社会福祉法人等の利用者負担軽減」に係る費用は法人・国・県・市町で分担しています。2011（平成 23）年９月１日現在、県内の 127 の社会福祉法人等（全体の 86.4%）において実施することができる体制となっています。

○ 2011（平成 23）年度から、生活保護受給者の個室の居住費（ショートステイの滞在費を含む。）に係る利用者負担額についても、社会福祉法人等の利用者負担軽減事業の対象に含めることとされています。従来、生活保護受給者が、居住費負担の発生するユニット型の特別養護老人ホームへ入所することは、実質的にできませんでしたが、当事業により入所が可能となりました。

（県の取組）

○ 社会福祉法人等による利用者負担減免をはじめとする利用者負担の軽減制度の対象となる方が、一人でも多く活用することができるよう、保険者や介護支援専門員などに対して制度の趣旨や内容を周知し、一層の普及に努めます。

○ 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、勧奨に努めます。

（４）介護保険審査会

（現状と課題）

○　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不服がある場合には、介護保険法に基づき「三重県介護保険審査会」に審査請求をすることができます。

○　要介護（要支援）認定にかかる審査請求は、各保健福祉事務所に設置の合議体において取り扱い、これ以外の審査請求については三重県健康福祉部（本庁）に設置の合議体において取り扱います。

○　2010（平成 22）年度中の審査請求は、要介護（要支援）認定にかかるもの 10 件、介護保険料にかかるもの１件でした。

○　1999（平成 11）年度から 2010（平成 22）年度までの審査請求件数の累計は 111 件で、毎年平均 9.25 件の申請があります。

図３－５－２　審査請求の状況

（2011（平成 23）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	６７	１７	５０	１	１	２２	２６
保険料関係	４４	７	３７	０	１５	０	２２
審査請求総数	１１１	２４	８７	１	１６	２２	４８

三重県長寿社会室作成

（県の取組）

○　被保険者の権利救済と介護保険制度の信頼向上のため、「三重県介護保険審査会」を適正に運営します。

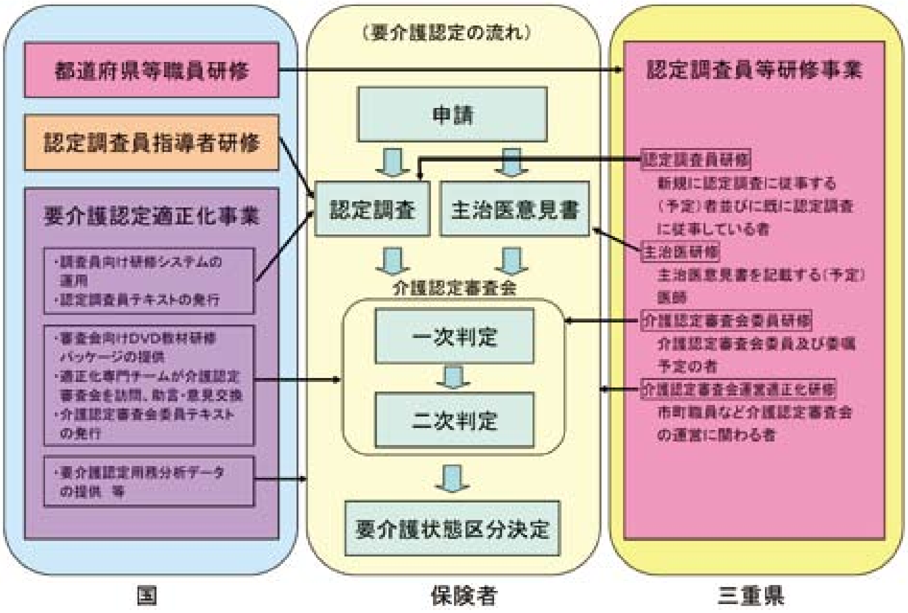
（５）要介護（要支援）認定制度

（現状と課題）

○　要介護認定が適正におこなわれるためには、認定調査・主治医意見書の記載・認定審査会の判定のいずれもが、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。

○　2009（平成 21）年 10 月から要介護認定方法が大きく見直されたことや要介護認定者数の増加による事務の簡素化の観点より 2011（平成 23）年４月から有効期間が見直されたことに伴い、関係者への周知徹底に努めてきました。今後も介護保険制度の利用者が、適正な要介護（要支援）認定を受けることができるように、より一層の周知徹底と認定調査員などの資質向上が必要となります。

図３－５－３　要介護認定の適正化に係る研修事業



三重県長寿社会室作成

（県の取組）

○　要介護（要支援）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、認定に関わる全ての者の資質向上が必要不可欠です。要介護認定適正化事業を活用し、認定調査員、主治医、介護認定審査会の委員・事務局職員に対する研修を行っていきます。

○　今後も要介護認定における国の動向に留意し、適切な対応ができるよう関係者に周知を行っていきます。

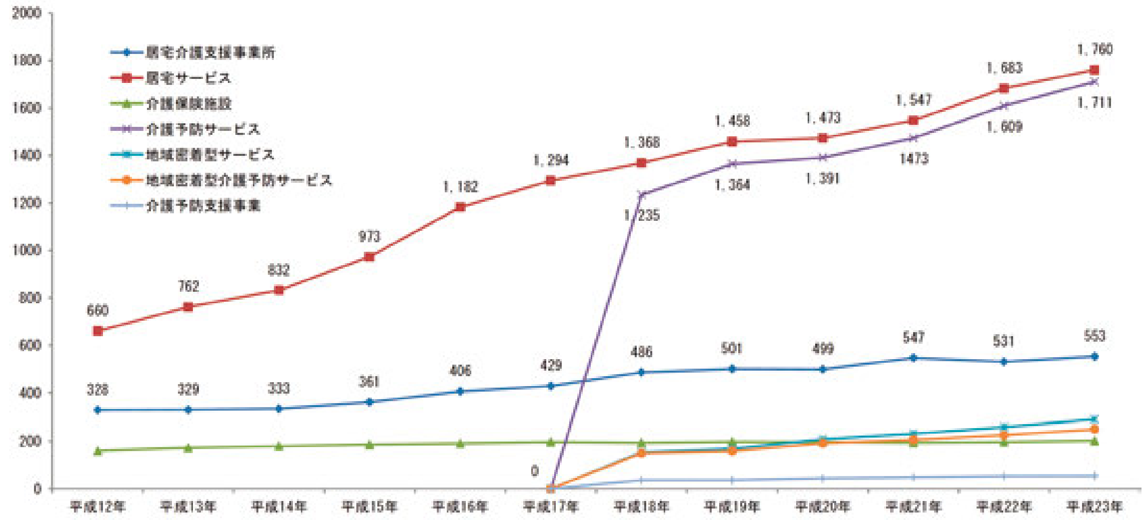
（６）在宅サービス

（現状と課題）

○　「住み慣れた自宅で生活する幸せ」を少しでも永く享受するため、在宅サービスの充実は必要不可欠です。

○　介護保険は在宅重視を一つの目的に掲げており、2009（平成 21）年度には、2000（平成 12）年度と比べて、居宅介護サービス利用者は約 2.4 倍、居宅サービスにかかる給付費は約 3.1 倍と、在宅サービスは着実に普及・定着してきました。このような居宅サービスの利用状況から、民間事業者等の積極的な参入が進み、在宅サービス基盤については一定の量的確保を図ることができたといえます。

図３－５－４　介護保険サービス事業所数の推移



サービスの種類	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
居宅介護支援事業所	328	329	333	361	406	429	486	501	499	547	531	553
居宅サービス	660	762	832	973	1,182	1,294	1,368	1,458	1,473	1,547	1,683	1,760
介護保険施設	160	173	180	186	191	197	194	198	197	194	197	202
介護予防サービス						0	1,235	1,364	1,391	1473	1,609	1,711
地域密着型サービス						0	154	169	208	231	259	290
地域密着型介護予防サービス						0	150	159	192	206	225	250
介護予防支援事業						0	36	36	44	48	53	54

※　各年４月１日現在、みなし指定事業所（指定申請手続きが不要な医療機関等）を除く

長寿社会室作成

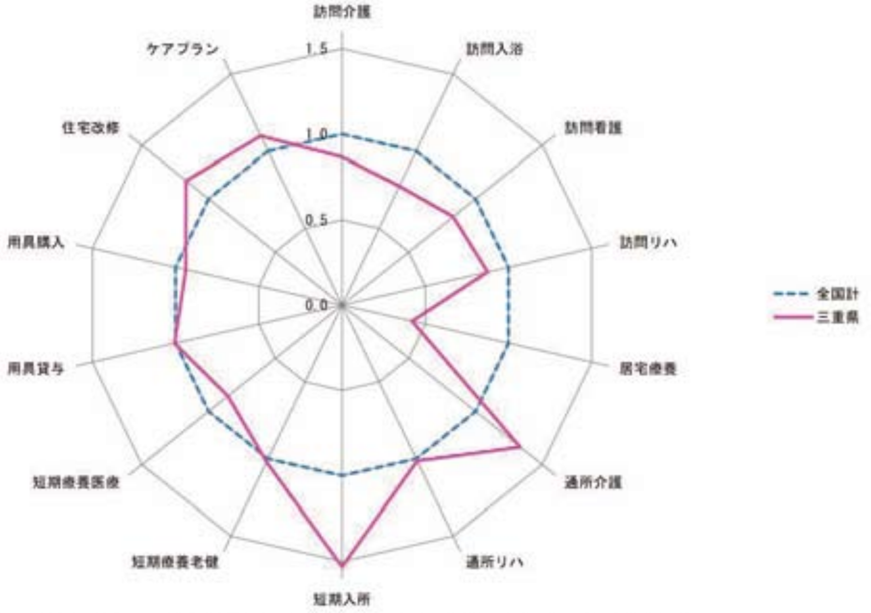
○　介護や医療を必要とする状態になっても住み慣れた自宅で暮らし続けたいと願う方が多い一方で、居宅系サービスの提供が増加しても施設入所を希望する方が一向に減少しない現状は、現行の在宅サービスが要介護（要支援）者のニーズに十分に応えきれていない面もあると言えます。

○　地域包括ケアの体制整備という観点から、当面、軽中度者が確実に在宅生活を送ることができるようにすること、その後、中長期的には、重度者も含め可能な限り在宅生活を送ることができるようにすることが重要になってきます。

（医療系サービス）

○　医療ニーズの高い重度の要介護（要支援）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。本県では、全国平均と比較して医療系の居宅サービスの利用が少なく、今後は、訪問看護や訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導といった医療系のサービスの充実が必要です。

図３－５－５　一人あたり給付費の全国値との比較



※　介護保険事業状況報告　平成２１年度年報より　（「給付費／第１号被保険者数」を全国を１とした場合の値）

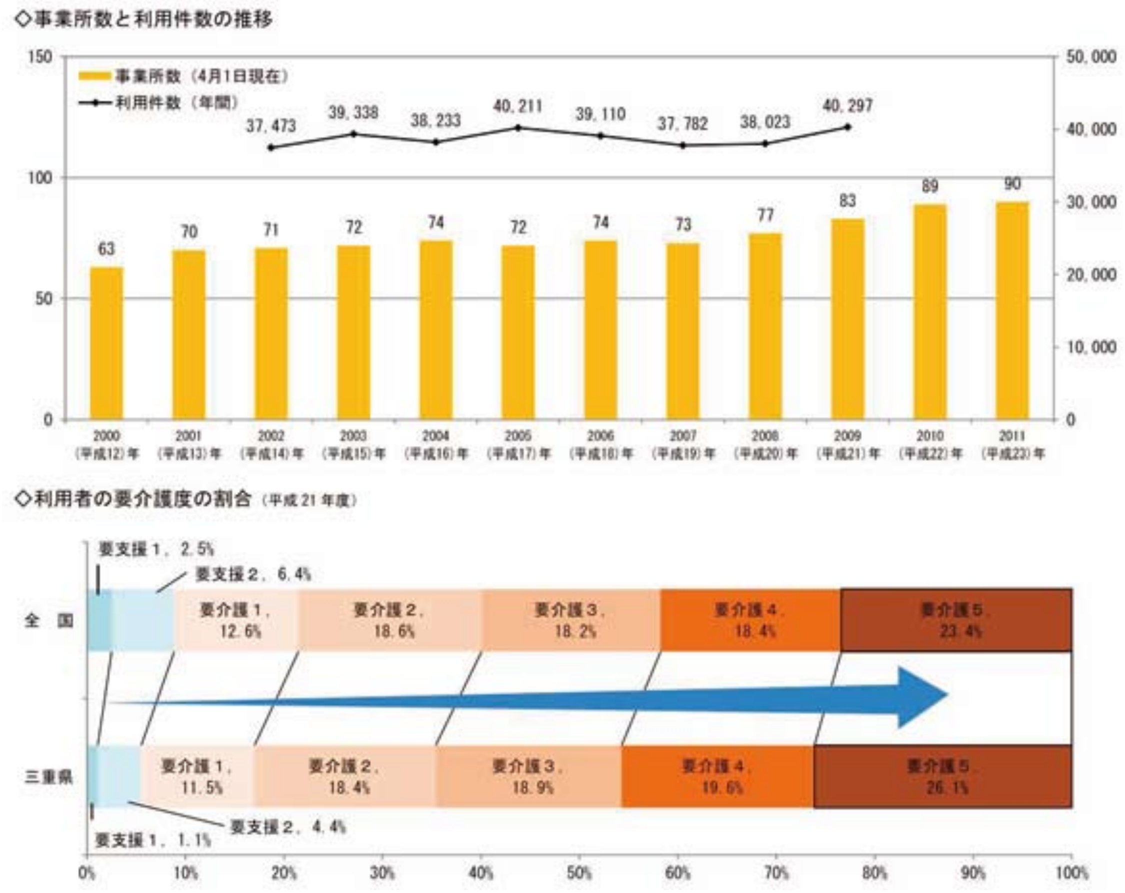
※　特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費除く

長寿社会室作成

○　在宅でのケアの中核を担う訪問看護ステーションについては、全国的に１事業所当たりの従事者数が少なく、経営規模も小さくなっています。このため、我が国は諸外国と比べ、訪問看護の供給量が不十分で、在宅における看取り件数が少ないことにもつながっていると指摘されています。

○　三重県の訪問看護ステーションの事業所数は、人口当たりでほぼ全国平均水準であるものの、介護保険制度導入後、事業所数は伸び悩んでおり、サービス量も全国平均を下回る状況です。

図３−５−６　三重県における訪問看護サービスの状況



長寿社会室作成（平成 21 年度 介護保険事業状況報告（年報））

（中山間地域等への在宅サービス基盤の整備）

○　三重県は南北に長く、人口も偏在していることから、中山間地域や離島など、民間事業者では経営的に参入が困難なところもあります。介護サービスの提供に過度の格差が生じないよう対応が必要です。

（デイサービス施設等の宿泊利用）

○　通い慣れたデイサービス施設等を活用し、緊急・短期間の宿泊サービスを提供する「デイサービス利用者の宿泊ニーズ等に関する調査事業」が国のモデル事業として実施されています。ショートステイとともに家族介護者の負担軽減を図る一手法として、活用を検討する必要があります。

（福祉用具）

○　福祉用具は、要介護（要支援）者やその家族の生活環境を改善し、自立を助ける大きな役割を果たしています。しかしながら、福祉用具は種類も多く、利用者側の条件も身体機能や介助者の能力、使用環境など多様なことから、利用者に合った福祉用具を選定するためには、専門的な知識とノウハウを持った専門家の支援が必要です。

（県の取組）

○ 介護保険事業者向けに、「指定の手引」や指定基準等の自己点検シートを作成・提供するとともに、新規指定や指定更新時、介護報酬の改定時等に、必要な研修会、説明会を開催します。

○ 事業者への情報提供を充実させるため、ホームページの内容を随時拡充するとととともに、「メール配信システム」を設置し、迅速かつ確実に必要な情報を登録事業所に配信します。

○ 医療系のサービス充実に向けて、訪問看護の利用促進にかかる普及啓発活動に取り組むとともに、ネットワークづくりを支援するなど、安定的なサービス供給を確保するための取組を進めていきます。

○ 地域における介護サービスの提供に過度の格差が生じないよう、地域の実情に応じて人員基準等を緩和する「基準該当居宅サービス」を導入する市町を支援するなど、在宅サービスの基盤づくりを進めます。

○ 「デイサービス利用者の宿泊ニーズ等に関する調査事業」の調査結果を分析し、市町に情報提供するとともに、デイサービス施設等の有効活用を検討します。

○ 福祉用具に対する専門的な知識とノウハウを持った専門相談員を養成するため、介護保険法等で定められた必要な要件を満たす福祉用具専門相談員の養成講座を指定します。

図３－５－７　介護保険における主なサービス一覧

		在宅サービス	施設・居住系サービス
介護給付	居宅サービス	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 ・通所介護 ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 ・福祉用具貸与 ・特定福祉用具販売	・特定施設入居者生活介護
	地域密着型サービス	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護（新） ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス（新）	・認知症対応型共同生活介護（ＧＨ） ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	介護保険施設サービス		・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設
	居宅介護支援	・居宅サービス計画の作成	
	住宅改修	・住宅改修費の支給（手すりの設置等）	
予防給付	介護予防サービス	・介護予防訪問介護 ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ ・介護予防居宅療養管理指導 ・介護予防通所介護 ・介護予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・介護予防福祉用具貸与 ・特定介護予防福祉用具販売	・介護予防特定施設入居者生活介護
	地域密着型介護予防サービス	・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護	・介護予防認知症対応型共同生活介護（ＧＨ）
	介護予防支援	・介護予防サービス・支援計画の作成	
	介護予防住宅改修	・住宅改修費の支給（手すりの設置等）	

三重県長寿社会室作成

（７）地域密着型サービス

（現状と課題）

○　地域密着型サービスは、住み慣れた地域での生活を支えるため、2006（平成18）年４月に創設されました。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・指導監督の権限をもち、国の基準の範囲内で独自の介護報酬が設定できます。

○　生活の継続性を重視するとともに、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加といった将来への対応を進めるために、小規模多機能型居宅介護・認知症対応型通所介護・夜間対応型訪問介護・小規模の入所系・居住系サービスがあります。

○　2011（平成 23）年６月の介護保険法の改正では、地域密着型サービス事業所が所在地以外の市町から指定を受ける際の事務手続きの簡素化が図られたほか、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」及び「複合型サービス」が地域密着型サービスに追加され、居宅サービス指定に当たっての市町協議制やや公募制が導入されるなど、関係規定も整備されました。

○　「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、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ものです。

図３－５－８　定期巡回・随時対応型訪問介護看護のイメージ

厚生労働省 HP

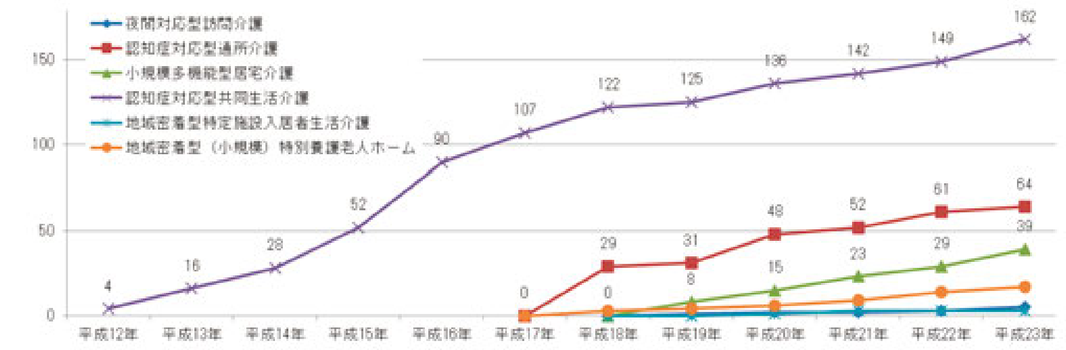
○　「複合型サービス」は、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせてひとつの事業所から一体的に提供するものです。

（県の取組）

○　新たに導入される「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、市町に積極的に情報提供するとともに、これら新サービスの実施にあたって、市町から競合する居宅サービス事業所の制限について要請があった際は、市町と協議を進めます。

○　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。

図３－５－９　地域密着型サービス事業所数の推移



サービスの種類	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
夜間対応型訪問介護							0	1	2	2	3	5
認知症対応型通所介護							29	31	48	52	61	64
小規模多機能型居宅介護							0	8	15	23	29	39
認知症対応型共同生活介護	4	16	28	52	90	107	122	125	136	142	149	162
地域密着型特定施設入居者生活介護							0	0	1	3	3	3
地域密着型（小規模）特別養護老人ホーム							3	4	6	9	14	17

※　各年４月１日現在

※　認知症対応型共同生活介護は、平成１７年度までは居宅サービスに分類されていましたが、平成１８年度から新設の地域密着型サービスに分類されています

※　長寿社会室作成

（８）施設入所指針

（現状と課題）

○ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）では、施設サービスを受ける必要性の高い申込者を優先的に入所させるため、「三重県特別養護老人ホーム入所基準策定指針（2002（平成 14）年度。以下「指針」という。）」に基づき、申込者の要介護度等を点数化することにより入所順位を決定してきました。

○ 国において介護保険施設利用者の 7 割を要介護度 4 及び 5 にするという重度化対応の方針が示されたため、県でも 2008（平成 20）年度に指針の見直しを行い、各施設に対し、改正された指針に基づく入所基準の策定や適正運用（名簿の適正管理等）について指導してきたところです。

○ 毎年行っている「特別養護老人ホーム入所申込状況等調査」（以下「調査」という。）から、現在も一部の施設において改正後の指針に基づいた適正な運用が図られていない状況にあります。また、サービス提供体制上の理由から、重度であっても医療依存度の高い申込者等について入所を見送る施設もあり、県の指針が想定していないケースも生じています。

○ 施設利用の必要な方が入所できるようにするためには、既に死亡した方や他の施設に入所した方を名簿から除くなど、適切な名簿管理による待機者数の正確な把握が必要です。

（県の取組）

○ 今後も調査等を通じた入所申込者の実態把握や指針の見直しに努めるとともに、各施設や関係団体に対しても、入所申込者の正確な情報の把握やそれに基づく現存名簿の適正管理等について、一層の徹底を図っていきます。

（９）各種基準の条例委任

（現状と課題）

○　地域の自主性及び自立性を高めるため、2011（平成 23）年６月に成立した「介護保険法等改正法」及び 2011（平成 23）年４月に成立した「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」により、介護保険に係る各種基準が厚生労働省令等から地方公共団体の条例に委任されることとなりました。【2012（平成 24）年４月１日施行】

○　介護保険法関係では、「申請者の法人格の有無に関する基準」、「事業者及び施設の指定基準」及び「指定介護老人福祉施設等の入所定員に係る基準」が、老人福祉法関係では、「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備・運営基準」が条例委任の対象とされています。

○　条例を定めるに当たっては、「厚生労働省令で定める基準に従い定めるもの」、「厚生労働省令で定める基準を標準として定めるもの」及び「厚生労働省令で定める基準を参酌して定めるもの」の３区分により、厚生労働省令で定める基準との関係が設定されています。

○　2012（平成 24）年４月１日から１年を超えない期間内において、条例が制定施行されるまでの間は、厚生労働省令で定める基準を、当該条例で定める基準とみなす旨の経過措置が置かれています。

（県の取組）

○　県が制定主体となる基準については、保険者や関係団体等に対する意向調査、「三重県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会」における審議、パブリックコメント等を実施するなど、幅広く意見を聴取し、三重県の実情を反映した合理的な基準を設定します。

○　市町等が制定主体となる基準については、市町が適切に条例を制定できるよう、情報提供に努めるとともに、意見交換や個別相談などを通じて必要な支援を行います。

図３－５－10　地域主権一括法等の成立に伴う条例委任の概要

根拠法	委任事項			国基準との関係	制定主体
介護保険法	申請者の法人格の有無に係る基準の条例委任《介護保険法等改正法》	指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する基準のうち、申請者の法人格の有無に係る基準		基準に従う	県、市町等
	事業者及び施設の指定基準の条例委任《地域の自主性及び自立性を高めるための改革整備法》	指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス、基準該当居宅サービス及び基準該当介護予防サービスの人員基準及び設備・運営に関する基準	(1) 指定居宅サービス等に従事する従業者に係る基準及び当該従業者の員数	基準に従う	県、市町等
			(2) 指定居宅サービス等の事業に係る居室、療養室及び病室の床面積		
			(3) 小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護の事業に係る利用定員		
			(4) 指定居宅サービス等の事業の運営に関する事項であって、利用又は入所する要介護者等のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの		
			(5) 指定居宅サービス等の事業（(3)に規定する事業を除く。）に係る利用定員	基準を標準	
			(6) その他	基準を参酌	
		指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設の人員基準（介護老人保健施設の医師及び看護師に係るものを除く。）及び設備・運営基準（介護老人保健施設の療養室、診察室及び機能訓練室に係るものを除く。）	(1) 指定介護福祉施設サービス等に従事する従業者及びその員数	基準に従う	県
			(2) 指定介護老人福祉施設等に係る居室又は病室の床面積		
			(3) 指定介護老人福祉施設等の運営に関する事項であって、入所又は入院する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの		
			(4) その他	基準を参酌	
	指定介護老人福祉施設等の入所定員に係る基準の条例委任《介護保険法等改正法》	指定地域密着型介護老人福祉施設の入所定員		２９人以下	市町等
		指定介護老人福祉施設の入所定員		３０人以上	県
老人福祉法	養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備・運営基準の条例委任《地域の自主性及び自立性を高めるための改革整備法》	養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準	(1) 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに配置する職員及びその員数	基準に従う	県
			(2) 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに係る居室の床面積		
			(3) 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの運営に関する事項であって、入所する老人の適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの		
			(4) 養護老人ホームの入所定員	基準を標準	
			(5) その他	基準を参酌	
社会福祉法	軽費老人ホームの設備・運営基準の条例委任《地域の自主性及び自立性を高めるための改革整備法》	軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準	(1) 軽費老人ホームに配置する職員及びその員数	基準に従う	県
			(2) 軽費老人ホームに係る居室の床面積		
			(3) 軽費老人ホームの運営に関する事項であって、利用者の適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの		
			(4) 軽費老人ホームの利用定員	基準を標準	
			(5) その他	基準を参酌	

三重県長寿社会室作成

（10）介護給付費適正化

（現状と課題）

○ 介護給付の適正化については、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

（介護給付適正化計画）

○ 県では、2007（平成 19）年度において、「介護保険制度の適正運営を確保するためのアクション・プラン」を策定し、市町と県が一体となって介護保険制度の適正運営に向けた取組を行ってきました。

○ アクション・プランにおいては、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つを重点課題として位置付けているところです。

○ 重点的な指導の強化及び機動的な監査の実施、並びに保険者が実施する適正化事業に対して三重県国民健康保険団体連合会と連携した支援を行ってきましたが、「第１期介護給付適正化計画」において目標とした「2010(平成22)年度に県内全ての保険者が適正化事業全てを実施する」ことはできませんでした。

○ 2010（平成 22）年度に実施した「介護給付適正化計画検証・見直し事業」の結果、保険者が適正化事業全てを実施することができない要因の大部分は、取組体制が整備されていないことにあります。この傾向は、特に小規模保険者において顕著に現れています。

○ 国の「第２期（平成 23 年度～平成 26 年度）介護給付適正化計画」に関する指針について」を踏まえた「第２期三重県介護給付適正化計画」に基づき、介護給付の適正化を推進しています。

（事業者指導）

○ 介護保険においては、事業者間の公正な競争を通じて利用者がより良いサービスを選択し、その結果としてサービスの質を高めることをめざして制度設計がなされており、この仕組みが正常に機能するためには、利用者が適切な選択をできるように必要かつ十分な情報の公表が行われることや、悪質な事業者が市場から迅速に排除されることが必要です。

○　居宅系サービスについては、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に選択され、全体としてサービスの質が高まることを期待し、人員基準等の最低限の条件を満たせば、法人であれば誰でも参入が認められています。

○　参入の容易さもあって、居宅サービス事業者数は年々増加していますが、一部事業者による不適切な運営や各種基準等についての認識不足も少なからず見受けられるなど、事業者全般の資質向上を図る必要があります。

○　事業者として知っておくべき介護保険法の各種基準等について、特に在宅系サービスの零細な事業者を中心に、知識不足が否めない状況にあることから、県としては、「各種研修」の実施や「指定の手引き」の作成などの事業者指導の取組を進めています。

図３－５－11　事業者指導の概要

①　新規に指定を受けた事業者に対して、介護保険制度の概要、変更届出等の手続、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、基本事項の研修を実施する

②　既に指定を受けている事業者に対して、複雑化した介護保険法の法解釈・各種基準等の研修を地域別に実施する等、事業所のレベルアップを図るとともに、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資料（「チェックシート」）を作成・公表し、事業者のサービスの質の確保・向上に努める

③　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順守の徹底を行うこと等を目的とする研修を実施する。

④　新規に指定を受けようとする事業者のために、「指定の手引き」を作成するとともに、県庁ホームページで公表する。

三重県長寿社会室作成

（指導・監査）

○　介護保険は、保険料や税を財源とする公的社会保障制度であり、事業者には、営利・非営利を問わず、公益性の高い行動規範の順守と自覚が求められます。そのため、事業者に対して適切な指導・監査を行うとともに、悪質な事業者には指定の取消し等を含め、厳正に対処することが必要です。

○　2009（平成 21）年５月からは、事業者自らが法令を順守する体制を整えるよう、すべての事業者に法令順守責任者の設置を義務づけるとともに、事業所等の数が 20 以上の事業者については、「法令順守規程」の整備を義務づけています。

（県の取組）

○ 「第２期三重県介護給付適正化計画」に基づき、県、保険者並びに三重県国民健康保険団体連合会を構成員とする連絡会議を開催し、三者で連携して適正化事業を推進します。

○ 保険者が行う適正化事業のうち、ケアプランチェックの取組が不十分であることから、国の「ケアプラン点検支援マニュアル」を基に、実施方法の研修会等を開催します。

○ 事業者に対して適切な指導・監査を行うとともに、悪質な事業者には指定の取消し等を含め、厳正に対処していきます。

○ 「各種研修」の実施や「指定の手引き」の作成などの事業者指導の取組を実施します。

○ 介護サービス提供事業者の専門職員の資質向上研修を行う団体に対して、助成します。

○ 事業者向けに、「県ホームページ」及び「メール配信システム」を活用し、迅速かつ確実な情報提供を行います。

○ 2012（平成 24）年度までに全ての営利法人の事業者に対して、監査を実施します。

○ 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整備を指導するとともに６年に１回の一般検査を実施します。

○ さらに、介護保険事業所の監査の結果、指定取消処分相当であると認められる場合、事業者の本部等に対して特別検査を実施します。

図３−５−12　2010（平成 22）年度指導・監査等の結果概要（その１）

2010（平成 22）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　（単位：件数）

指摘項目 指定施設・事業所	人員に関する基準	運営に関する基準	介護給付費の算定	その他	計
訪問介護事業所	３	４６	４９	−	９８
訪問入浴介護事業所	３	４	−	−	７
訪問看護事業所	１	７	３	−	１１
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	−	−	−	−	−
通所介護事業所	１１	１０９	２０	２	１４２
通所リハビリテーション事業所	２	１６	６	−	２４
短期入所生活介護事業所	１	２５	１	１	２８
短期入所療養介護事業所	１	２	−	−	３
特定施設入居者生活介護事業所	−	−	−	−	−
福祉用具貸与事業所	−	２	−	−	２
特定福祉用具販売事業所	−	−	−	−	−
居宅介護支援事業所	１	４７	２２	−	７０
介護老人福祉施設	１	５１	１０	−	６２
介護老人保健施設	１	１９	３	−	２３
介護療養型医療施設	−	３	−	−	３
計 実施　１７４施設・事業所 指摘　１３１施設・事業所	２５ 5.3%	３３１ 70.0%	１１４ 24.1%	３ 0.6%	４７３ 100.0%

イ　予防給付サービス事業　（単位：件数）

指摘項目 指定事業所・施設	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
訪問介護事業所	３	２２	１４	−	−	３９
訪問入浴介護事業所	３	１	−	−	−	４
訪問看護事業所	−	１	−	１	−	２
訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業所	−	−	−	−	−	−
居宅療養管理指導事業所	−	−	−	−	−	−
通所介護事業所	１０	５４	２３	２	２	９１
通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業所	１	１４	−	２	−	１７
短期入所生活介護事業所	−	８	３	１	１	１３
短期入所療養介護事業所	１	−	１	−	−	２
特定施設入居者生活介護事業所	−	−	−	−	−	−
福祉用具貸与事業所	−	１	−	−	−	１
特定福祉用具販売事業所	−	−	−	−	−	−
計 実施　１１０事業所 指摘　６５事業所	１８ 10.7%	１０１ 59.7%	４１ 24.2%	６ 3.6%	３ 1.8%	１６９ 100.0%

（注）指摘事業所数は、１事業所に改善事項と指摘事項があった場合、１事業所として
カウントしています。

図３－５－12　2010（平成 22）年度指導・監査等の結果概要（その２）

2010（平成 22）年度の指定介護保険施設・事業所営利法人監査の指摘項目

ア　介護給付サービス事業　（単位：件数）

指摘項目 指定施設・事業所	人員に関する基準	運営に関する基準	介護給付費の算定	その他	計
訪問介護事業所	１０	３３	２３	－	６６
訪問入浴介護事業	１	－	－	－	１
訪問看護事業	－	－	－	－	－
通所介護事業所	１３	４４	７	３	６７
福祉用具貸与事業所	２	２０	１	－	２３
特定福祉用具販売事業所	２	２５	－	－	２７
居宅介護支援事業所	１	１０	７	－	１８
計 実施　８５施設・事業所 指摘　５８施設・事業所	２９ 14.4%	１３２ 65.3%	３８ 18.8%	３ 1.5%	２０２ 100.0%

イ　予防給付サービス事業　（単位：件数）

指摘項目 指定事業所・施設	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
訪問介護事業所	６	７	５	－	－	１８
訪問入浴介護事業所	－	－	－	－	－	－
訪問看護事業所	－	－	－	－	－	－
通所介護事業所	１０	１９	１３	３	３	４８
特定施設入居者生活介護事業所	－	－	－	－	－	－
福祉用具貸与事業所	－	２	１８	１	－	２１
特定福祉用具販売事業所	２	２３	－	－	－	２５
計 実施　７１事業所 指摘　４０事業所	１８ 16.1%	５１ 45.5%	３６ 32.1%	４ 3.6%	３ 2.7%	１１２ 100.0%

（注）指摘事業所数は、１事業所に改善事項と指摘事項があった場合、１事業所としてカウントしています。

２０１０（平成２２）年度実地指導による介護報酬の過誤調整の状況
２４事業所　過誤調整額　３２，４０２，５７８円

２０１０（平成２２）年度随時監査による介護報酬の返還の状況
６事業所　返還額　１１，２７９，３４４円

介護サービス事業所　行政処分件数

平成１８年度	平成１９年度	平成２０年度	平成２１年度	平成２２年度
０	０	９	８	５

三重県監査室作成

（11）介護サービス情報の公表制度

（現状と課題）

○　介護保険は、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、民間事業者やＮＰＯ法人でも介護サービスを提供することが可能です。事業者間の公正な競争の下、より良いサービスが利用者に選択され、全体としてサービスの質を高めるものです。この仕組みが機能するためには、利用者が適切な選択をできるように必要かつ十分な情報公表を行うことが必要です。このため、2006（平成 18）年度から、「介護サービス情報の公表」制度を立ち上げました。

○　2010（平成 22）年に国が実施した「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直しに関する意見募集」では、「調査票の内容等を簡潔に分かりやすく表示する等により、利用者にとって使い勝手の良いものとすること」「調査頻度を見直せないか」「手数料の減額・無料化」などの意見が多く寄せられました。

○　「介護保険制度に係る書類・事務負担の見直しに関するアンケート調査」では、事業者情報の公表の重要性について、約８割が重要としているのに対して、「介護サービス情報の公表」ホームページの認知度は低く、あまり活用されていないという課題があります。

（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、各事業者が提供する介護サービスに関する情報を公表し、利用者が自らの権利や価値観等に基づき、より良いサービス（事業者）を適切に選択することにより、多様な事業者間の競争が促され、個々の介護サービス事業者はもとより介護サービス全体の質の向上が図られるよう、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については、公表される情報の透明性・正確性を担保する観点から、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。

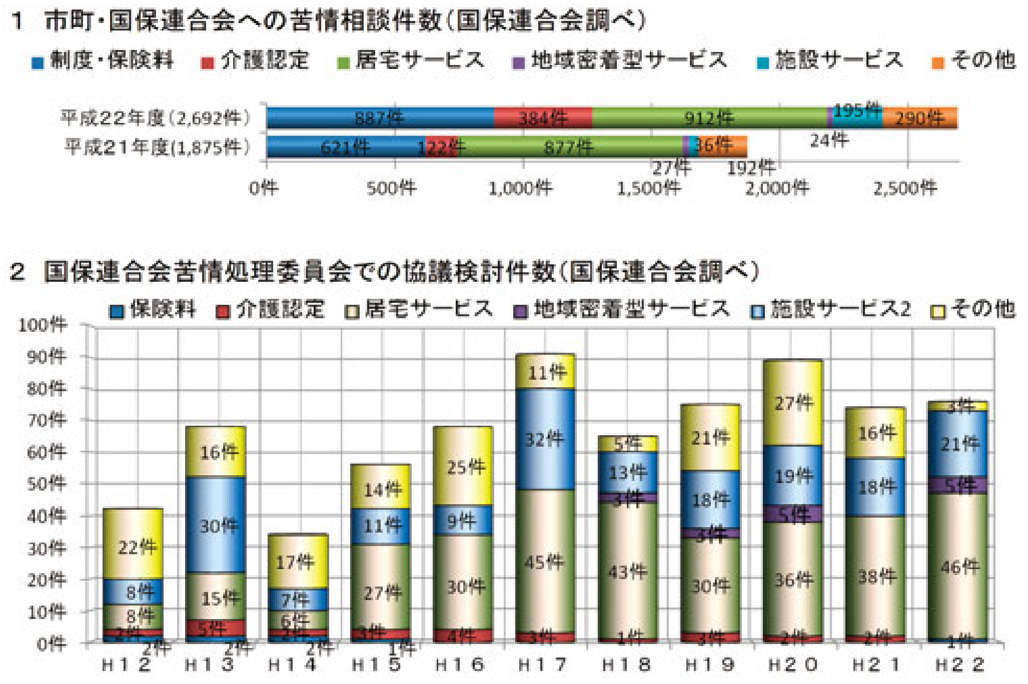
（12）介護サービスに関する苦情への対応

（現状と課題）

○　介護保険施設をはじめとする施設サービスを始め、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。

○　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・相談件数も 2010（平成 22）年度では、年間 2,000 件を超えています。

図３－５－13　市町・三重県国民健康保険団体連合会の苦情相談件数



三重県長寿社会室作成

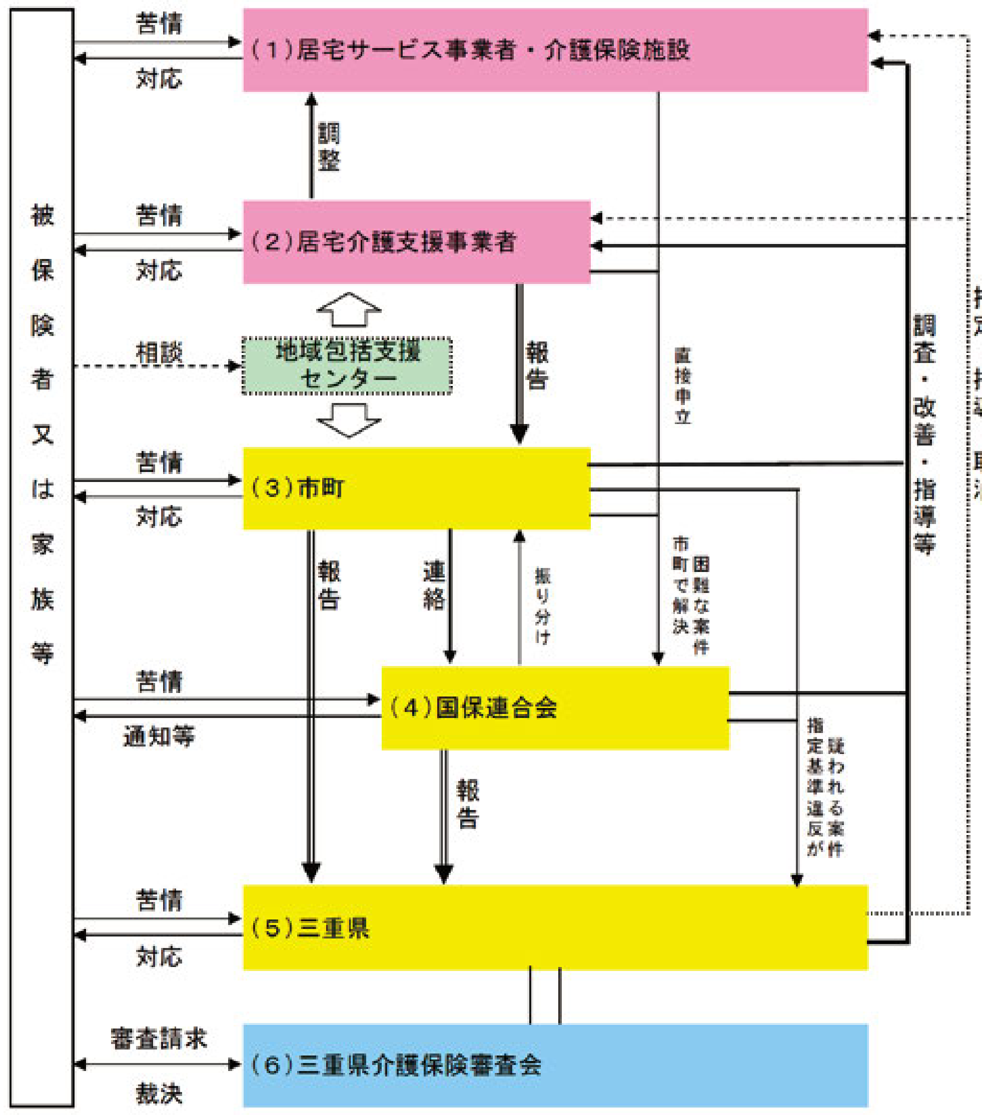
（県の取組）

○　介護サービスにかかる苦情・相談については、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ります。

○　施設・事業所の内外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、重大な事故については、市町と連携し対応を行います。

○ 利用者と事業者の双方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などについては、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・申し入れやあっせんなどにより、解決に向けた支援を行っています。

図３－５－14　相談・苦情対応の役割と体制



長寿社会室作成

２　在宅生活支援の充実

（１）健康づくり

（現状と課題）

○　誰もが健康でいきいきとした高齢期を送れるよう、健康づくりを推進し、適切な生活習慣の形成と、これを支える社会環境の整備のために、県民・事業者・市町・県等の協働体制づくりを行う必要があります。

（生活習慣病）

○　健康寿命の延伸による、県民生活の向上をめざすことで、今まで以上に自分自身の健康を守る意識の向上と、社会全体でそれを支援する環境を整えることが必要です。とりわけ、生活習慣病は寝たきりの原因疾患に占める割合が高く、生涯を通じて適正な生活習慣の形成をめざすことが必要です。

○　生活習慣病（がん、脳卒中、心臓病、高血圧、糖尿病、う蝕、歯周疾患）は、栄養、運動、休養、酒、タバコといった生活習慣と深く関連し、生活習慣の改善により予防が可能な病気です。

○　2008（平成20）年４月から、老人保健事業に代わり、医療保険者に対して、40歳以上の医療保険加入者（本人及び被扶養者）を対象とする健康診査（特定健康診査）の実施が義務づけられました。また、健康診査の結果、メタボリックシンドロームあるいはその予備群とされた者に対しては、保健指導（特定保健指導）の実施が必要となりました。

○　「食」は生活の基本であり、高齢期の偏った食事は、低栄養状態に陥りやすくなります。低栄養は老化を加速させ、病気や骨折等による寝たきりなどにつながることから、注意が必要です。また、食べる喜びや充実感はQOL（生活の質）の維持・向上にも寄与する重要なものです。

（口腔ケア）

○　むし歯や歯周疾患を放置すると、生活習慣病を引き起こしやすいことや、口腔の不衛生が誤嚥性肺炎の原因になることから、口腔機能の向上をめざした口腔ケアは重要です。

（自殺対策）

○ 2010（平成 21）年には、三重県の自殺者数 425 人のうち 133 人（31.3%）が 65 歳以上の高齢者となっています。

○ 高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安、身体機能の低下に伴う社会や家庭での役割の喪失感、近親者の喪失体験、介護疲れ等によるうつ病が多いといわれており、高齢者の自殺予防のためには、うつ病の早期発見、早期治療とともに、高齢者の生きがい対策が重要となっています。

（かかりつけ医等）

○ 「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」は、その人の健康状態や病気のことなどを普段からある程度知っており、困った時には身近にいて適切なアドバイスをくれる医師や医療機関です。日常的な診療におけるメリットのほかに、気軽に病気の予防や健康管理のアドバイスを受けることができたり、早期発見・早期治療のきっかけとなることも期待できますし、地域ケアの実現に必要不可欠な在宅医療を支える心強い存在です。

○ 薬の面から健康管理をサポートしてくれる「かかりつけ薬局」にも、「かかりつけ医」と同様の役割が期待されます。

（県の取組）

○ 県民が元気で健康に暮らせるために、「三重県健康づくり推進条例」に基づき、健康づくり総合計画に沿った地域づくりを進めます。

○ 運動、食生活、禁煙といった生活習慣の改善の重要性を理解し、実践している住民を育てるため、「歩く文化」や「食育」を始めとする、地域の「健康文化」の定着に向けて、各地域での取組内容・取組方法等の“仕掛け”の情報を共有化し、成果の普及を図ります。(「ポピュレーション・アプローチ」)

○ 「三重県保険者協議会」と連携し、特定健診・特定保健指導の実施に伴う課題等の整理を行うとともに、協働して人材育成に取り組みます。

○ 生涯、自分の歯で食べることによって健全で豊かな生活を実現するため、食生活の正しい知識の普及啓発に併せ、8020 運動を通じて口腔ケアの普及を図ります。

○ 2009（平成 21）年 3 月に策定された「三重県自殺対策行動計画」に基づいた自殺対策に取り組みます。

○ 自殺対策として、地域包括支援センターを中心とした高齢者の「支え合い体制づくり」に取り組むほか、「老人クラブ活動支援」、「高齢者健康・生きがいづくり」、「地域支援事業」などを通じて高齢者の生きがいづくりを支援します。

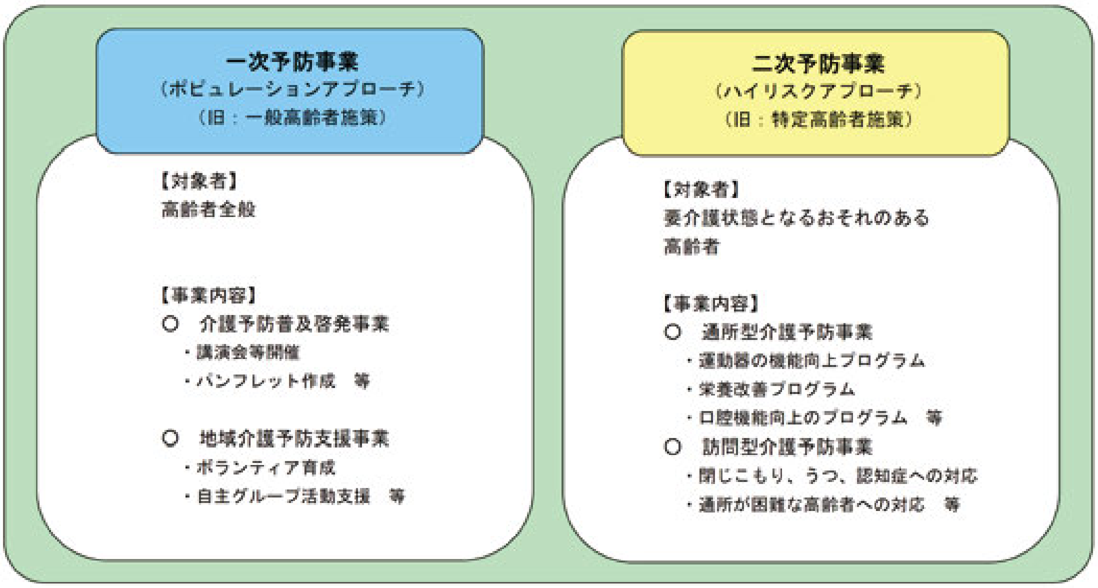
○ 「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」及び「かかりつけ薬局」の普及と定着を促進します。

（２）介護予防

（現状と課題）

○　高齢者の方々が、介護サービスを受けずにできるだけ元気に過ごしていただくために、「介護予防事業」があります。「介護予防事業」は、住所地の市町が実施するもので、大きく「一次予防事業（旧一般高齢者施策）」と「二次予防事業（旧特定高齢者施策）」の２つの対象に分けて行われています。

図３－６－１　介護予防事業の対象者



三重県長寿社会室作成

○　介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできるかぎり防ぐこと」と定義されています。個々の高齢者の生活行為（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、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みを支援して生活の質の向上をめざしています。

図３－６－２　介護予防のめざすもの

三重県長寿社会室作成

（介護予防事業の現状）

○　二次予防事業対象者の把握については、その把握率が課題となっています。厚生労働省では、高齢者人口のうち 8～12％程度を目標としていますが、2009（平成 21）年度の調査において、三重県は 3.7％にとどまっています。

図３－６－３　二次予防事業対象者（旧特定高齢者数）と介護予防事業

	運動器機能向上教室	栄養改善教室	口腔機能向上教室	その他の教室
三重県	２０保険者 (80%)	９保険者 (36%)	１３保険者 (52%)	６保険者 (24%)

	高齢者数①	二次予防事業対象者数②	把握率(②/①)	二次予防事業参加者数③	参加率(③/①)
三重県	452,527 人	16,803 人	3.7 %	1,667 人	0.4%
全国	28,933,063 人	984,795 人	3.4 %	143,205 人	0.5%

「平成 21 年度 介護予防事業（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社会室で作成

○　2009（平成 21）年度の三重県における二次予防事業への参加者数は 1,667 人で、二次予防事業対象者の参加率は、高齢者人口の 0.4％であり、前年度（0.3％）からは増加していますが、依然として低い状態となっています。

○　より多くの高齢者が事業に参加してもらうためには、市町において二次予防事業対象者が積極的に参加したくなるような魅力ある事業を提供していくと同時に、二次予防事業に参加することでより健康的で生きがいのある生活を送ることができるといった事業効果の啓発が重要です。