

第2章

プラン策定に当たっての考え方

1 高齢者の現状

(1) 高齢者の増加

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

図 2-1 年齢 3 区分別人口の推移

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

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

(2) 要介護者等の増加

- 平成 26 (2014) 年 9 月末現在の要介護 (要支援) 認定者数は、92,748 人となっており、内訳は、要支援者が 23,860 人、要介護者が 68,888 人です。
- 介護度別では、要介護 1 が最も多く 18,236 人 (19.7%)、次いで要介護 2 が 16,888 人 (18.2%)、要介護 3 が 12,448 人 (13.4%) となっています。
- 第 6 期計画期間中 (平成 27 (2015) 年度から 29 (2017) 年度まで) に要介護 (要支援) 認定者数は約 1 万 1 千人、要支援者は約 3 千人、要介護者は約 8 千人増加する見込みです。また、平成 32 (2020) 年度には、平成 26 (2014) 年度に比べてそれぞれ約 2 万 1 千人、約 6 千人、約 1 万 5 千人、平成 37 (2025) 年度にはそれぞれ約 2 万 9 千人、約 8 千人、約 2 万 1 千人増加する見込みです。
- 一方、第 1 号被保険者数は、第 6 期計画期間中に約 2 万 3 千人増加する見込みに対して、第 2 号被保険者数は約 1 万 3 千人減少する見込みです。

図 2-2 要支援者数及び要介護者数の推移

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
第 1 号被保険者数		493,675	504,368	511,089	516,257	523,316	518,449
第 2 号被保険者数		617,807	612,181	608,615	605,126	595,559	577,430
認定者総数		92,748	96,559	100,080	104,120	113,556	121,863
要支援者数	要支援 1	11,681	12,256	12,764	13,375	14,486	15,421
	要支援 2	12,179	12,786	13,261	13,911	15,139	16,114
	小 計	23,860	25,042	26,025	27,286	29,625	31,535
要介護者数	要介護 1	18,236	18,970	19,706	20,501	22,229	23,869
	要介護 2	16,888	17,733	18,546	19,394	21,493	23,183
	要介護 3	12,448	12,806	13,126	13,510	14,706	15,819
	要介護 4	11,933	12,459	13,033	13,654	14,992	16,209
	要介護 5	9,383	9,549	9,644	9,775	10,511	11,248
	小 計	68,888	71,517	74,055	76,834	83,931	90,328

資料 介護保険事業計画用ワークシート

(3) 高齢者の単身世帯・夫婦世帯の増加

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

図 2-3 高齢者世帯の状況

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

資料 平成 22 年は総務省統計局「国勢調査報告」
平成 27 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計 平成 26 年 4 月）」

(4) 認知症高齢者の増加

- 認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったために、日常生活に支障が生じる病気であり、その症状の総称です。
- 認知症高齢者は、今後増加し続けると推計されており、三重県では平成 27 (2015) 年には約 5 万 2 千人、平成 32 (2020) 年には約 6 万人、平成 37 (2025) 年には約 6 万 8 千人になると見込まれています。
- 認知症の人と家族が住み慣れた地域での生活を続けるためには、認知症の早期発見・早期診断が重要ですが、認知症への理解が浸透していないなど、早期発見や早期受診は困難な状況です。
- 認知症が原因で徘徊等により行方不明となる高齢者について、未発見者や死亡者が見受けられるため、早期に保護する取組が求められています。

図 2 - 4 認知症高齢者数の推計

	平成 22 年 (2010 年)	平成 27 年 (2015 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)
認知症高齢者数 (全 国)	280 万人	345 万人	410 万人	470 万人
認知症高齢者数 (三重県)	4.2 万人	5.2 万人	6.0 万人	6.8 万人
65 歳以上人口に対する比率	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

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

2 高齢者を取り巻く状況

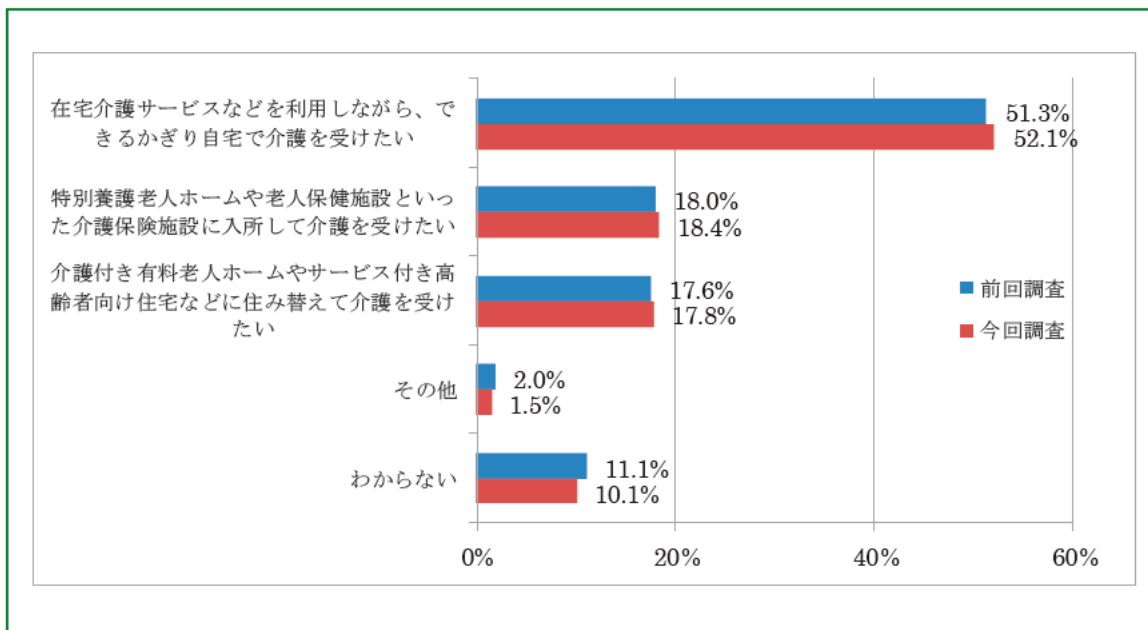
(1) 県民の介護に対する意識

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

(介護を受ける場所について)

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

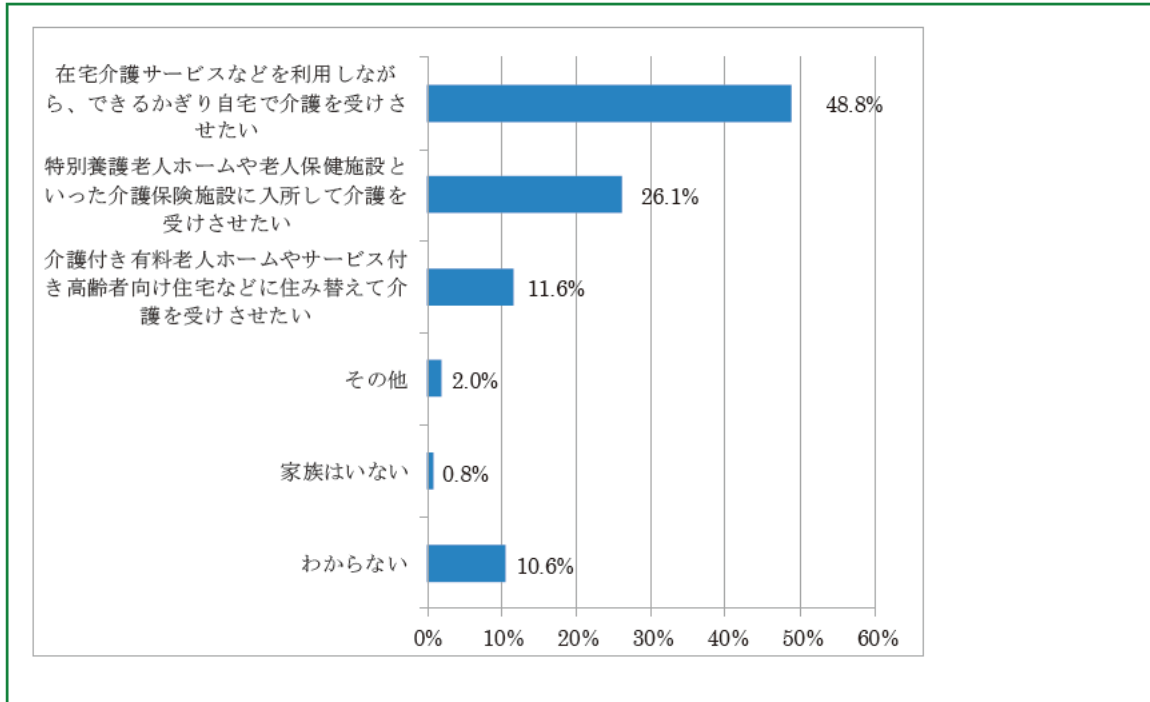
図 2-5 介護を受ける場所について



(介護を受けさせる場所について)

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

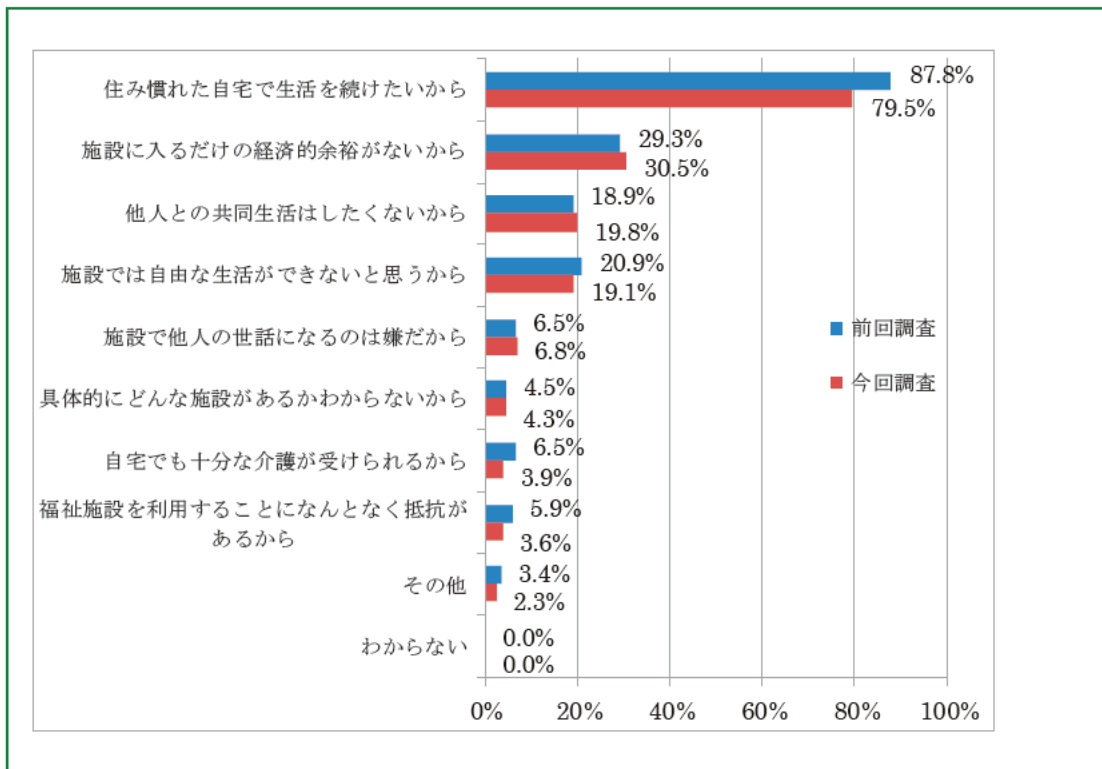
図 2-6 介護を受けさせる場所について



(自宅で介護を受けたい理由について)

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

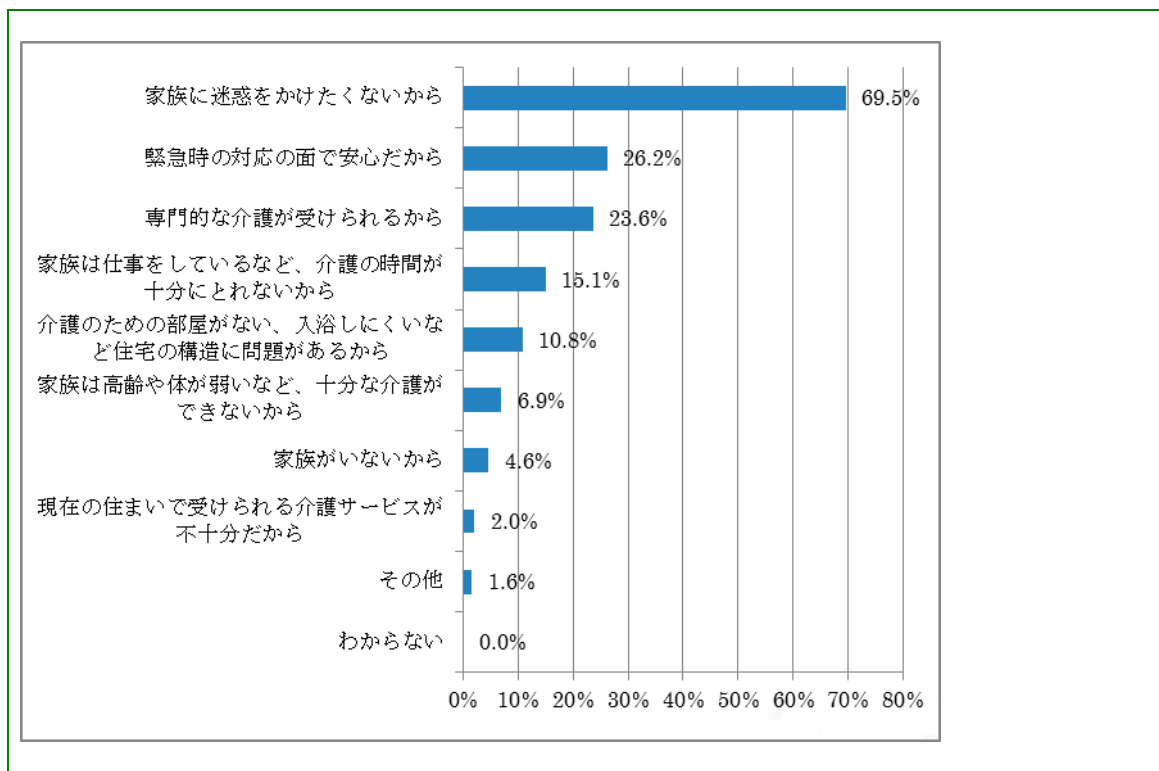
図 2-7 自宅で介護を受けたい理由について



(施設で介護を受けたい理由について)

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

図2-8 施設で介護を受けたい理由について



(※) e-モニター

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

3 計画の考え方

(1) 市町と県の役割・連携

- 市町等は自ら保険者として介護保険制度における主導的な役割を果たしてきており、また、高齢者の保健福祉事業の多くは市町が中心となっていて行われています。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。
- 市町等が策定する第6期介護保険事業計画は、平成37(2025)年に向けて、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を継承しつつ、在宅医療・介護連携等の取組を本格化していくものです。そのために、2025年のサービス水準、給付費や保険料水準なども推計して記載することとされています。
- また、第6期計画以降は「地域包括ケア計画」として、在宅サービス、施設サービスをそれぞれの地域で今後どのような方向性で充実させていくか、地域の特徴をふまえて中長期的な視点をもって方向性を提示することとなります。
- そのため、市町等への在宅医療・介護連携の推進や認知症施策、地域ケア会議の実施など地域包括ケアシステムの構築へ向けた取組への支援を行います。
- また、広域的観点からの介護給付等対象サービス及び地域支援事業の需要の把握、地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設への入所を必要とする高齢者の状況の把握、療養病床を有する医療機関の介護保険施設などへの転換の予定等に関する調査の実施、複数の市町による広域的取組に対する協力等により、市町における介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施を支援します。
- さらに、介護給付等対象サービスを提供する事業者について、利用者から良質な事業者が選択されるようにするとともに、悪質な事業者には厳格に対応していくことが必要であることから、事業者の指導監督等については、保険者である市町と十分に連携をして対応していきます。
- 県としては、市町等の第6期介護保険事業計画等の策定にあたり、情報提供に努めるとともに、介護保険法第117条第9項および老人福祉法第20条の8第9項の規定に基づき、市町等の計画に対し意見を述べました。

(2) 持続可能な社会保障制度

- 介護保険制度が直面する一つの大きな課題は、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していけるかどうかです。
- 介護費用については、全国で平成 12（2000）年度には 3.6 兆円であったものが平成 22（2010）年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、今後も上昇が見込まれています。
- また、三重県における介護給付費は、平成 25（2013）年度 1,370.1 億円となり前年に比べ 68.2 億円（5.2%）の増加となり、今後も増加が見込まれます。なお、介護給付費の 12.5%相当（施設等給付費については 17.5%）を介護給付費県負担金として負担しており、平成 25（2013）年度は 198.4 億円を負担しています。

図 2-9 三重県の介護給付費の見込み

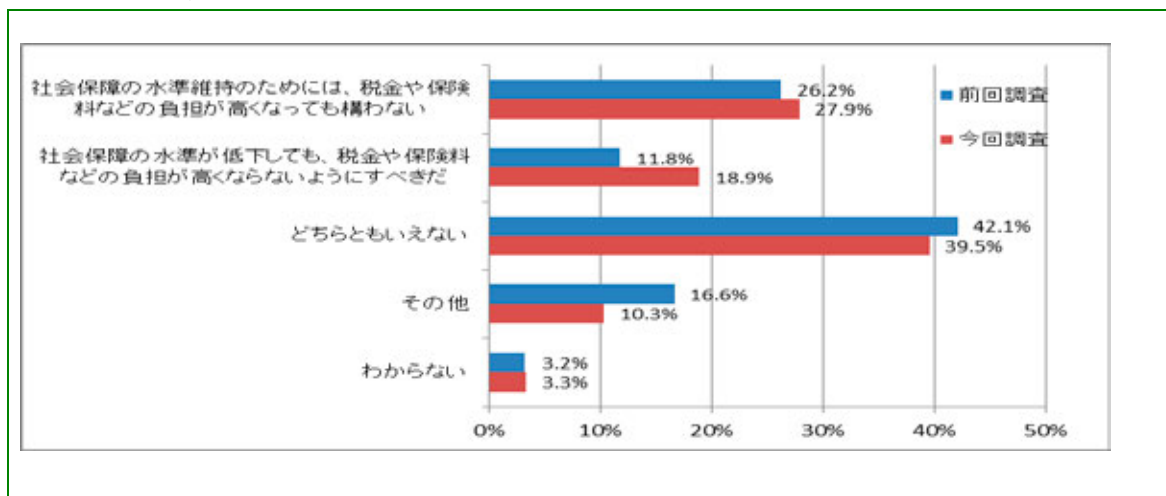
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 32 年度	平成 37 年度
総給付費（単位：億円）	1,433	1,512	1,587	1,775	1,959

資料 介護保険事業計画用ワークシート

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

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

図2-10 給付と負担について



(3) 介護保険制度の改正

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

医療介護総合確保推進法の概要

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

（地域介護施設整備促進法等関係）

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

（介護保険法関係）

- 1 地域包括ケアシステムの構築
 - ①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実
 - ・在宅医療・介護連携の推進
 - ・認知症施策の推進
 - ・地域ケア会議の推進
 - ・生活支援サービスの充実・強化
 - ②全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
 - ③特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定
- 2 費用負担の公平化
 - ①低所得者の保険料軽減を拡充
 - ②一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げ
 - ③低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
- 3 地域密着型通所介護の創設
- 4 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲

(4) 地域包括ケアシステムの構築

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

図2-11 地域包括ケアシステムの構築



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

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

