

大人の社会科見学 in OSAKA "高齢社会のホントのトコロ"

大阪府における高齢者施策の現状と課題、 対応の方向性

平成29年7月19日(水)

大阪府福祉部高齢介護室
介護支援課長 菱谷 文彦

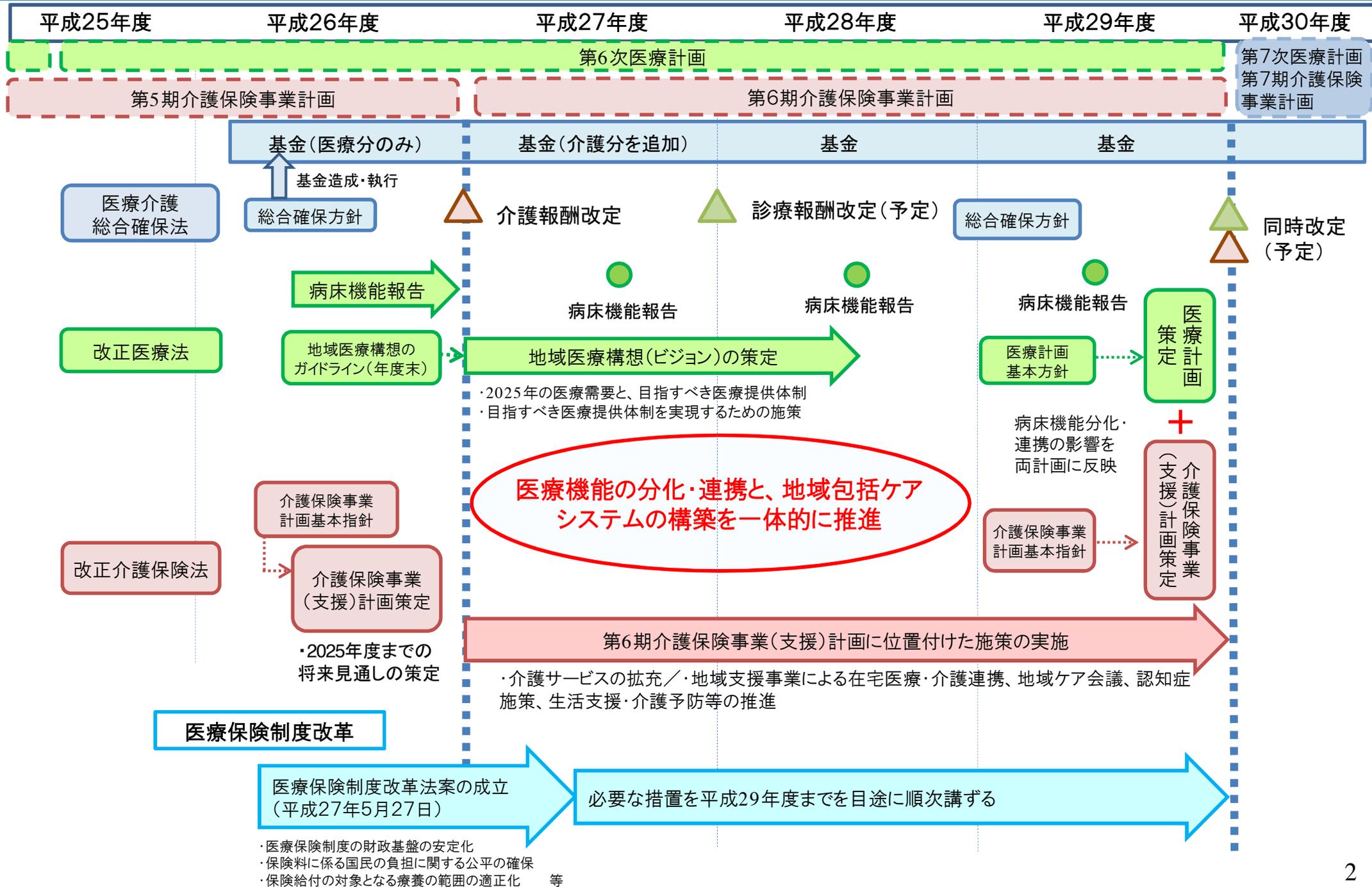


大阪府広報担当副知事もずやん



1. 社会保障費をめぐる現状

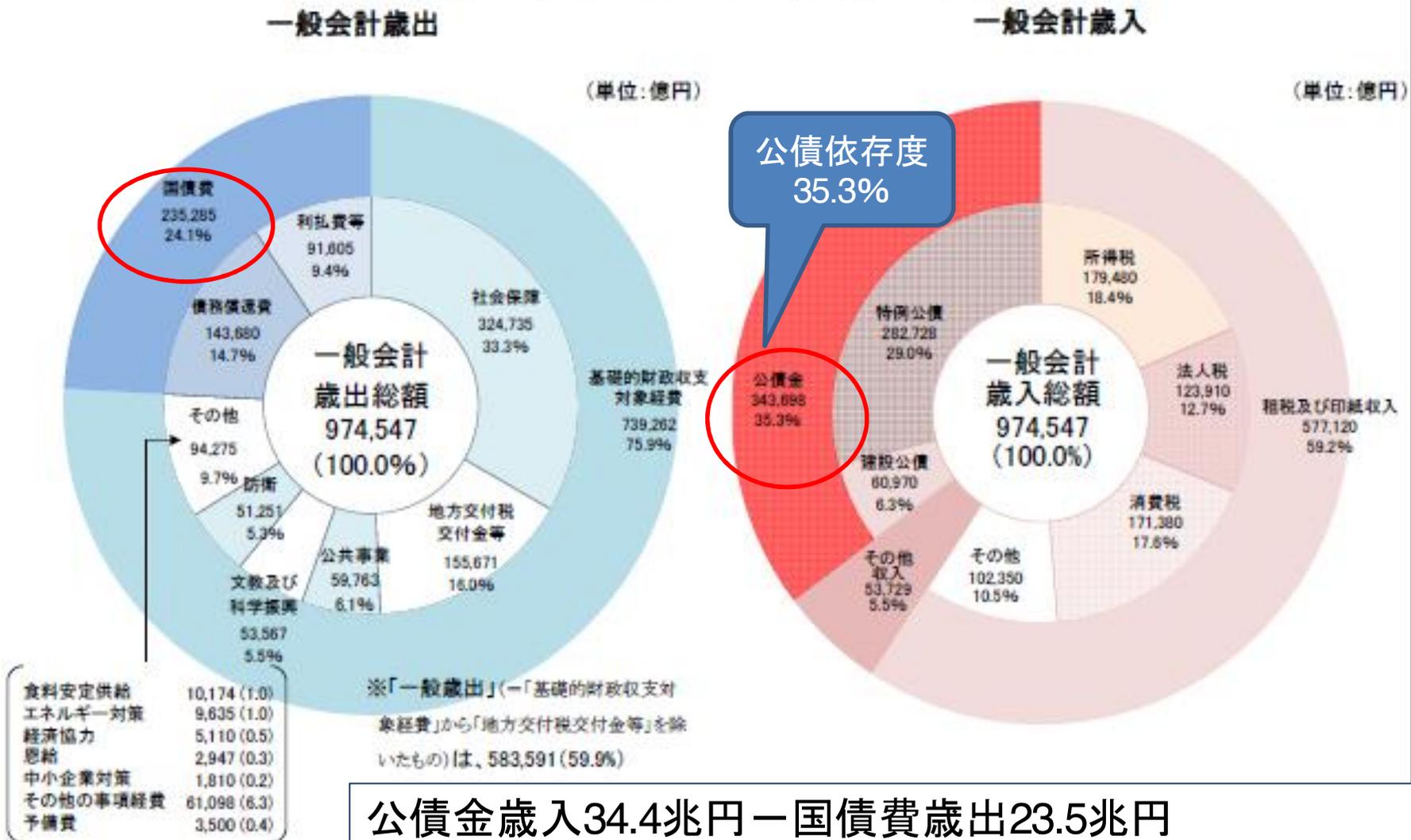
医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



政府の財政状況について

○ 政府は、平成32年度のプライマリーバランス黒字化の財政健全化目標を掲げている。

平成29年度一般会計歳出・歳入の構成



公債金歳入34.4兆円－国債費歳出23.5兆円
 = **約10.8兆円のプライマリーバランス赤字**

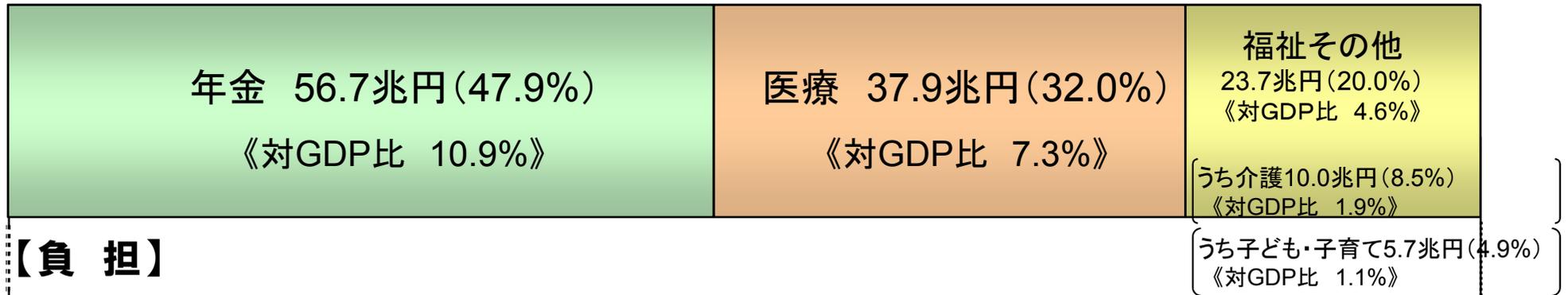
※平成24年度の赤字額約24.9兆円からは、赤字幅が縮減しているが。。。

社会保障の給付と負担の現状(2016年度予算ベース)

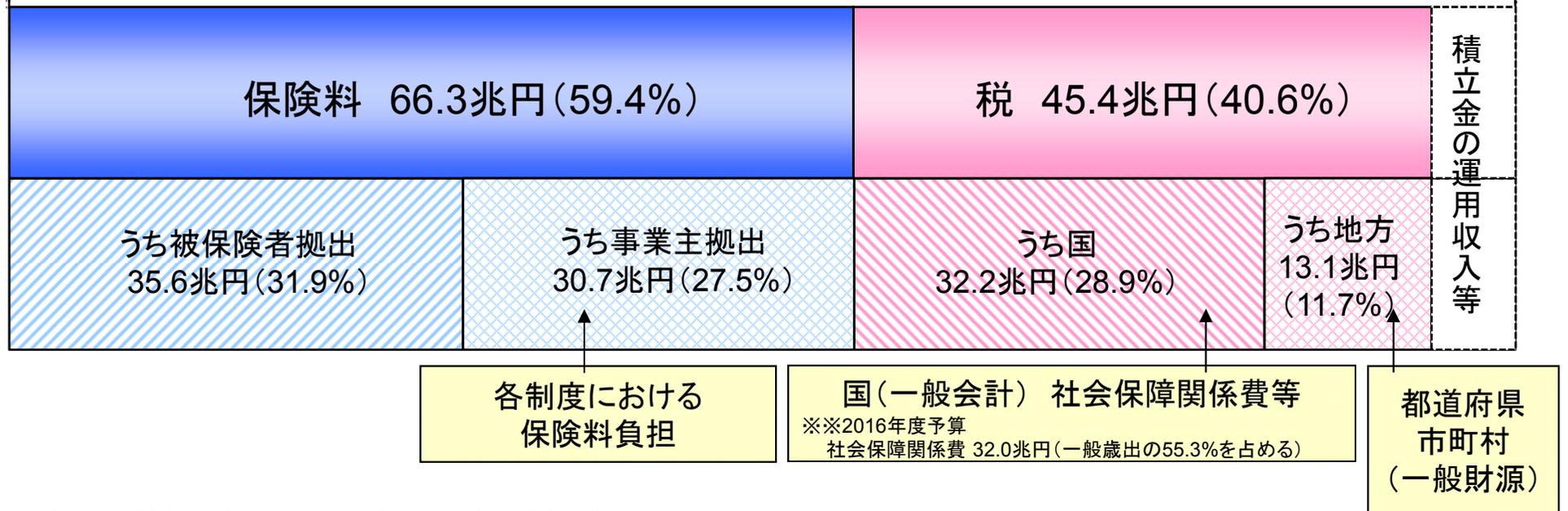
社会保障給付費(※) 2016年度(予算ベース) 118.3兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費



【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障・税一体改革の動向

○平成24年の民主・自民・公明3党合意に基づく社会保障・税一体改革

消費税率は、

平成26年4月に5%から8%へ【予定通り実施済】

平成27年10月に10%へ引き上げ【二度にわたり延期され、未実施】

⇒ 最終的に、5%分の14兆円程度の増収を見込んでいた。

(これにより、「社会保障の充実」に2.8兆円程度、

「消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増」に0.8兆円程度、

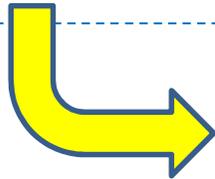
「後代への負担のつけ回しの軽減」に7.3兆円程度充てることを予定)

○延期その1(平成26年11月18日)

- ・ 安倍総理は10%への引上げを平成29年4月まで1年半延期することを表明

○延期その2(平成28年6月1日)

- ・ 安倍総理は10%への引上げを平成31年10月まで更に2年半延期することを表明



三度目の正直？

二度あることは三度ある？

⇒ 平成32年度のプライマリーバランス黒字化の財政健全化目標は堅持

安倍政権における社会保障費抑制政策の方向

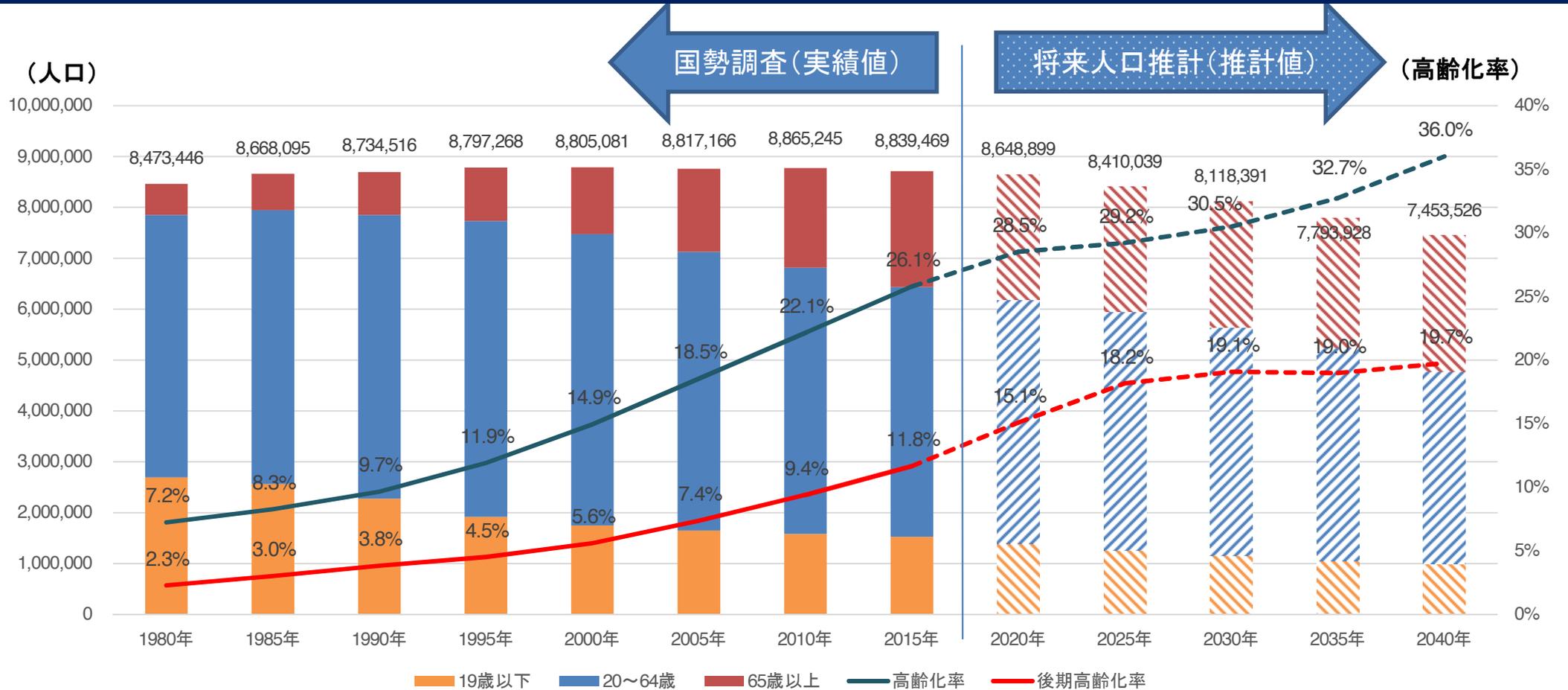
- 政府は財政再建に向けて、平成28～30年度の3年間の社会保障費の伸びを1.5兆円に抑える目標。
- 平成29年度概算要求段階における社会保障関係費の自然増は6,400億円であったが、以下の制度改革により、5,000億円の目安を達成。(医療で950億円、介護で450億円抑えることにより、1,400億円圧縮。)
 - 高額薬剤(オブジーボ)の薬価引下げ(▲200億円)
 - 高額療養費の見直し(▲220億円)
 - 入院時の光熱水費の見直し(▲20億円)
 - 後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し(▲190億円)
 - 協会けんぽへの国庫補助の特例減額(▲320億円)
 - 介護納付金の総報酬割の導入(▲440億円)
 - ⇒ 平成29, 30年度に1/2導入、平成31年度に3/4導入、平成32年度に全面導入
 - 【※ 平成29年8月分の介護納付金から適用(平成29年度分については介護納付金のうちの8か月/12か月について導入)】
 - 高額介護サービス費の見直し(▲10億円)
 - ⇒ 一般区分の月額上限を37,200円から44,400円に

平成30年度概算要求はどうか???

【既に決まっているもの】

- 総報酬割440億円×12/8=660億円はそのまま召し上げ???(もしくは、自治体へのインセンティブ交付金に充当?)
- 所得水準が現役世代並みと認められる個人について、介護保険の利用者負担割合を3割に引上げ(30年8月施行)
- 福祉用具貸与価格について、商品ごとに「全国平均貸与価格+1標準偏差(≒上位16%ライン)」を上限として設定(30年10月施行)

大阪府の高齢化率・高齢者数の推移



出典: 総務省「国勢調査」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(2020年以降)より、大阪府介護支援課にて作成

後期高齢者(75歳以上人口)の今後の状況 ~ 都市部では今後、高齢化が急速に進行する ~

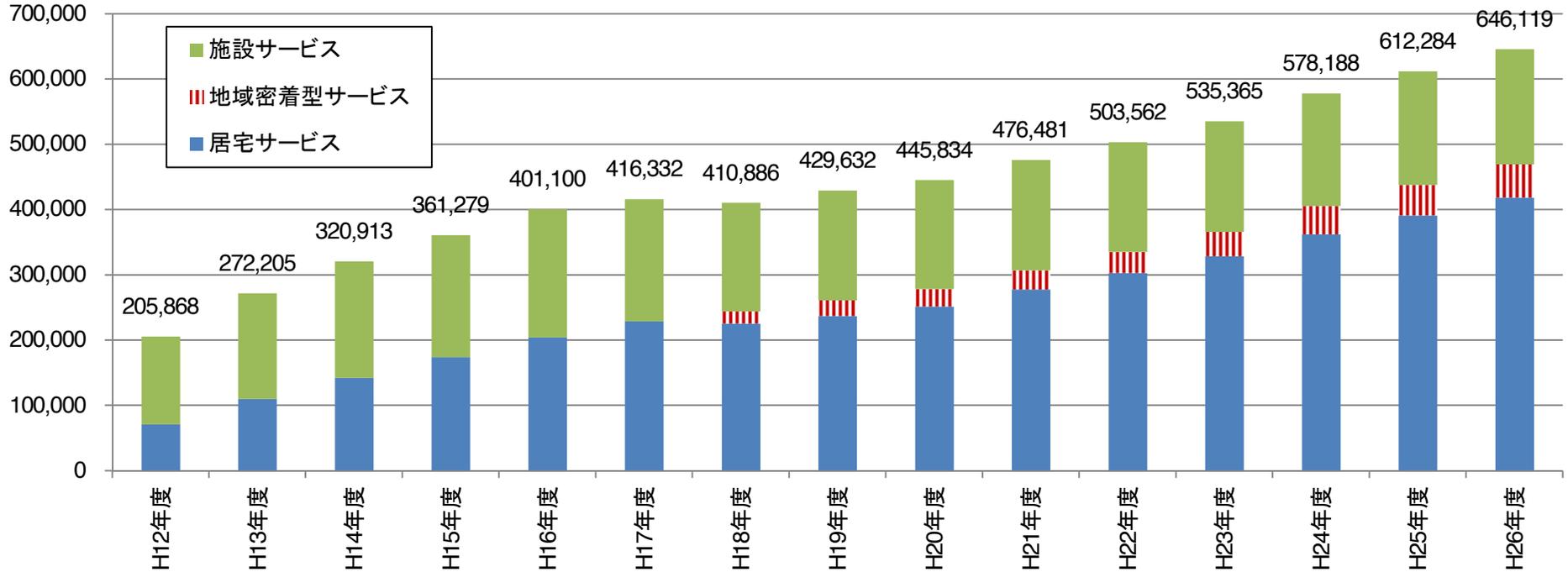
	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	東京都(11)	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	76.5万人 <10.6%>	71.7万人 <11.6%>	101.6万人 <11.1%>	81.7万人 <10.9%>	107.0万人 <12.1%>	147.3万人 <11.0%>	26.7万人 <16.2%>	18.8万人 <18.4%>	19.0万人 <17.0%>	1645.8万人 <13.0%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (1.54倍)	108.2万人 <18.1%> (1.51倍)	148.5万人 <16.5%> (1.46倍)	116.6万人 <15.9%> (1.43倍)	152.8万人 <18.2%> (1.43倍)	197.7万人 <15.0%> (1.34倍)	29.5万人 <19.4%> (1.10倍)	20.5万人 <23.0%> (1.09倍)	20.7万人 <20.6%> (1.09倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.32倍)

出典: 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(2013)年3月推計)」

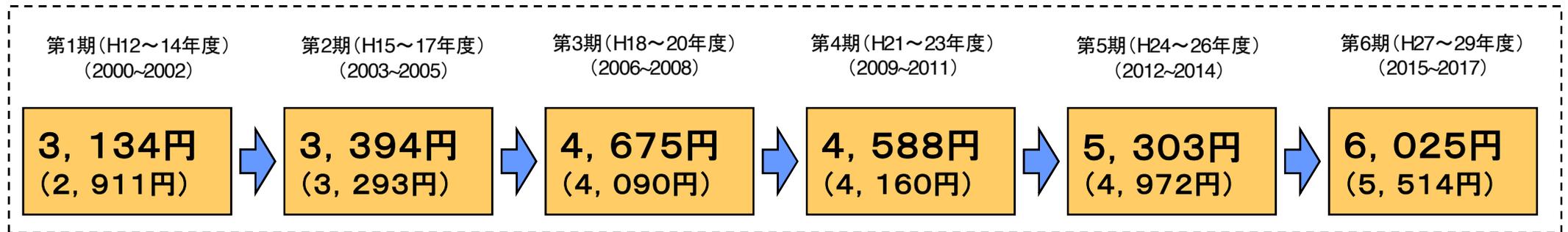
大阪府の介護費、介護保険料の推移

○ 大阪府の介護総費用の推移 ⇒ 6461億円に増加

【百万円】



○ 65歳以上が支払う保険料〔大阪府平均（月額・加重平均）（下は全国平均）〕

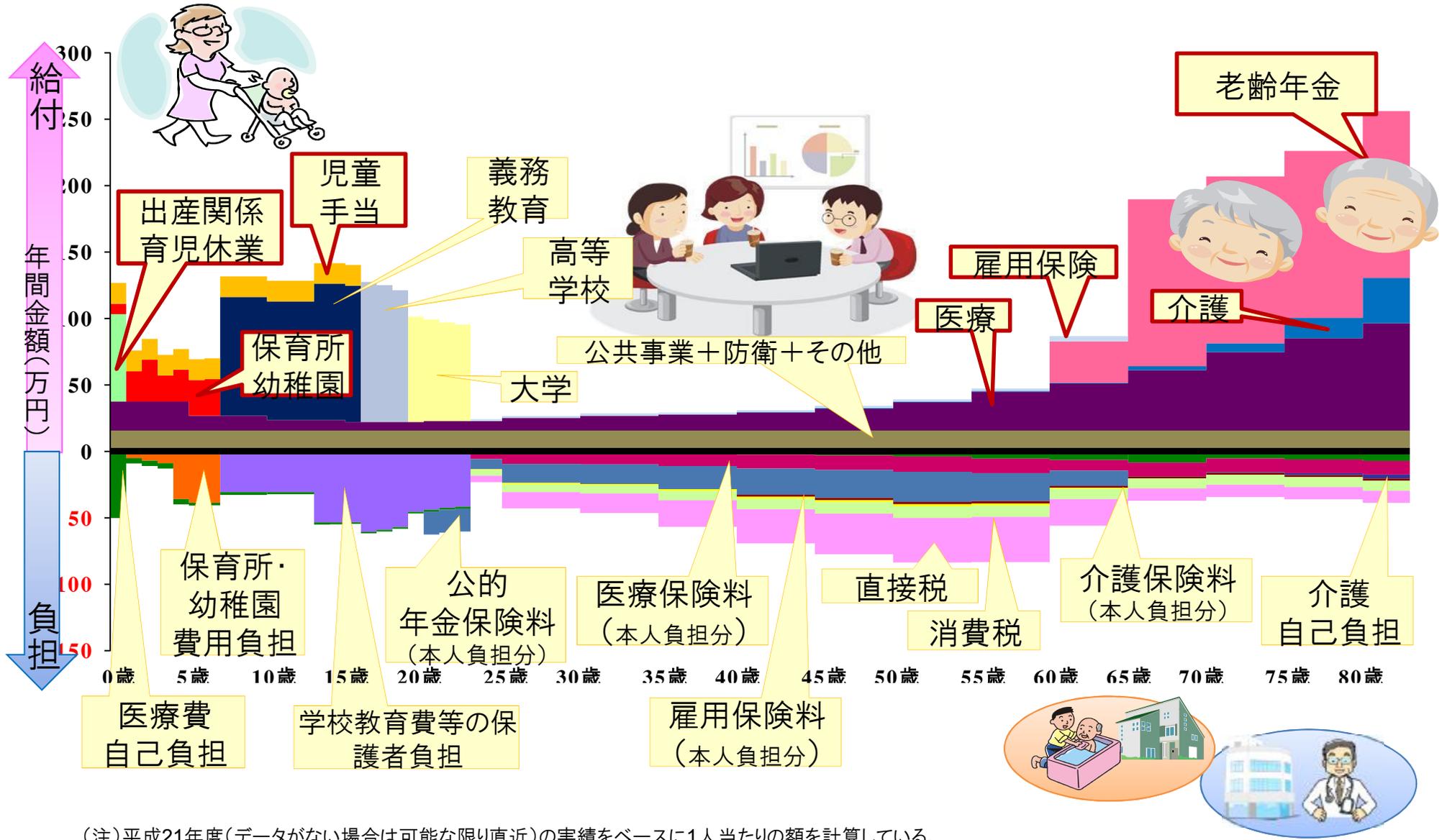


第6期 (H27~29年度) 大阪府内
 最高額 → 大阪市 6,758円
 最低額 → 高槻市 4,833円

第6期 (H27~29年度) 全国
 最高額 → 沖縄県 6,267円
 最低額 → 埼玉県 4,835円

2. 高齢化社会が意味するもの

生涯でみた給付と負担のバランス



(注)平成21年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。
ただし、「公共事業+防衛+その他」については、平成22年度予算ベース。

家族形態別にみた65歳以上の高齢者の割合

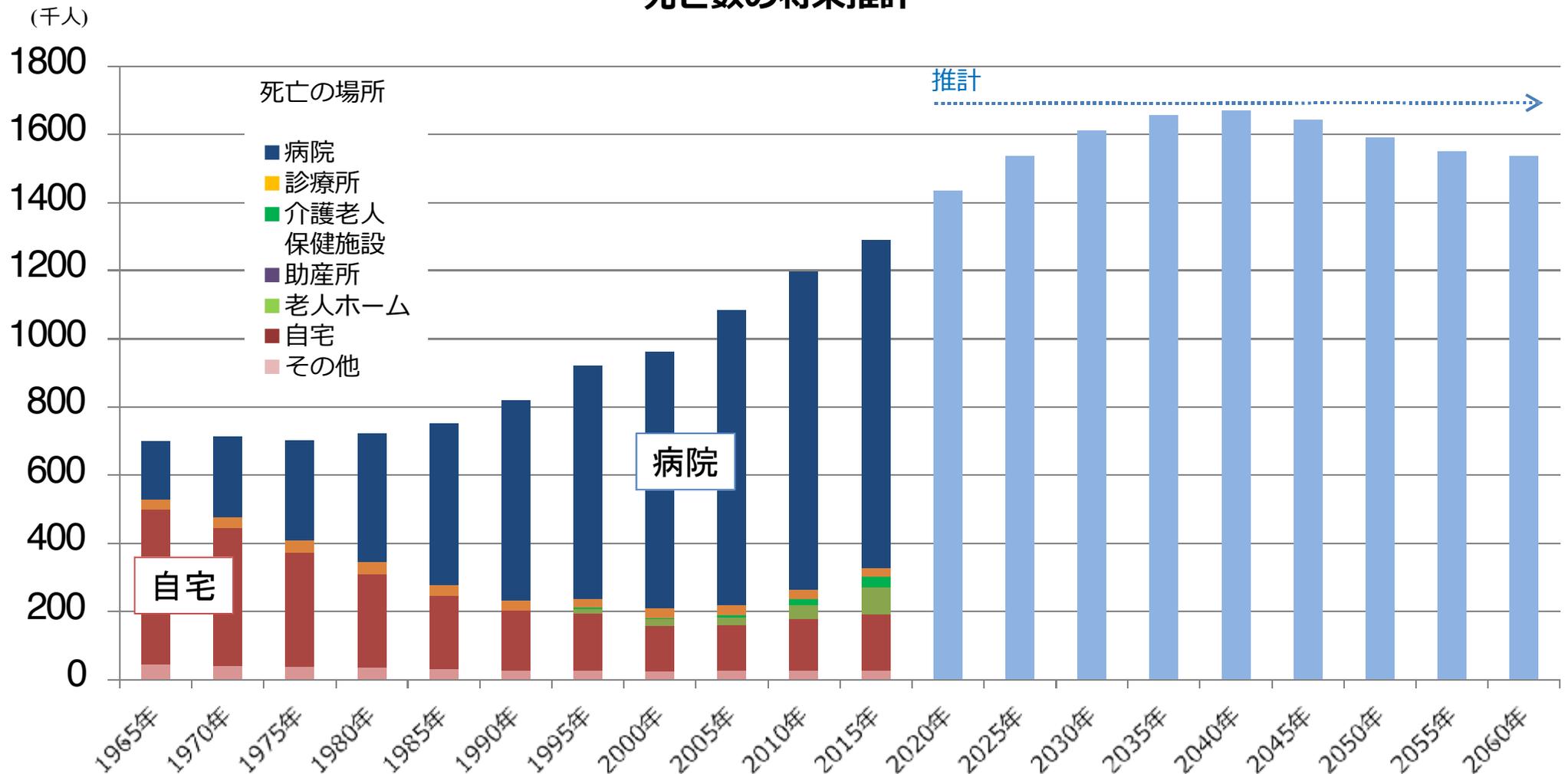
○単独世帯の65歳以上の方の割合が増加し続ける一方、子どもと同居の65歳以上の方の割合は低下の一途をたどっている。



死亡数の将来推計

- 年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い**2040年**と現状（**2015年**）では約**36万人/年**増加すると推計されている。また、近年、医療機関以外の場所における死亡が微増傾向にある。

死亡数の将来推計



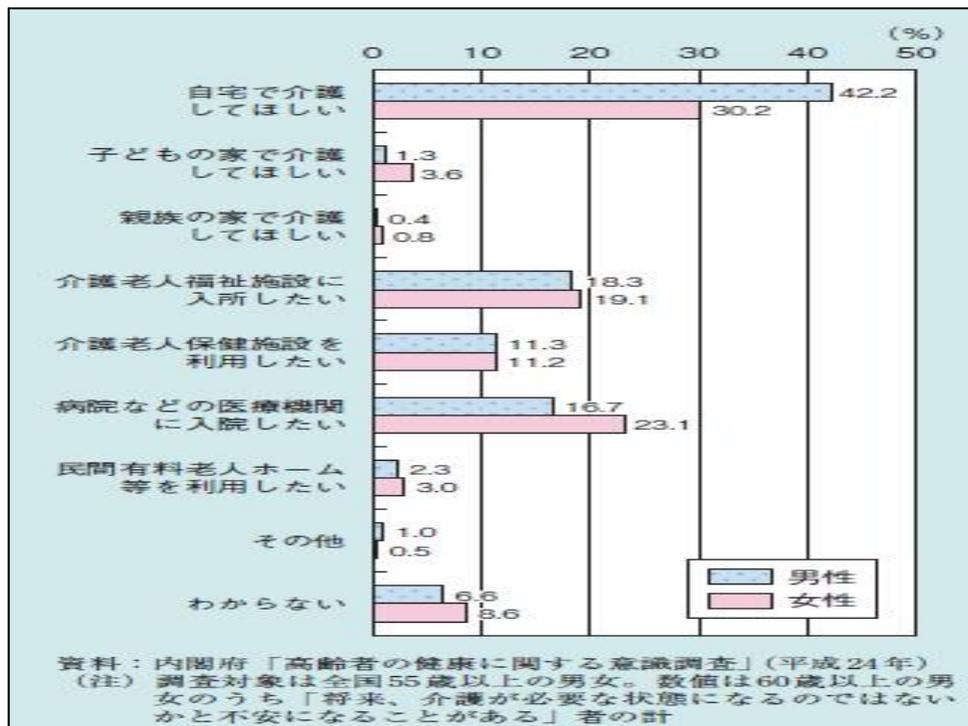
※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

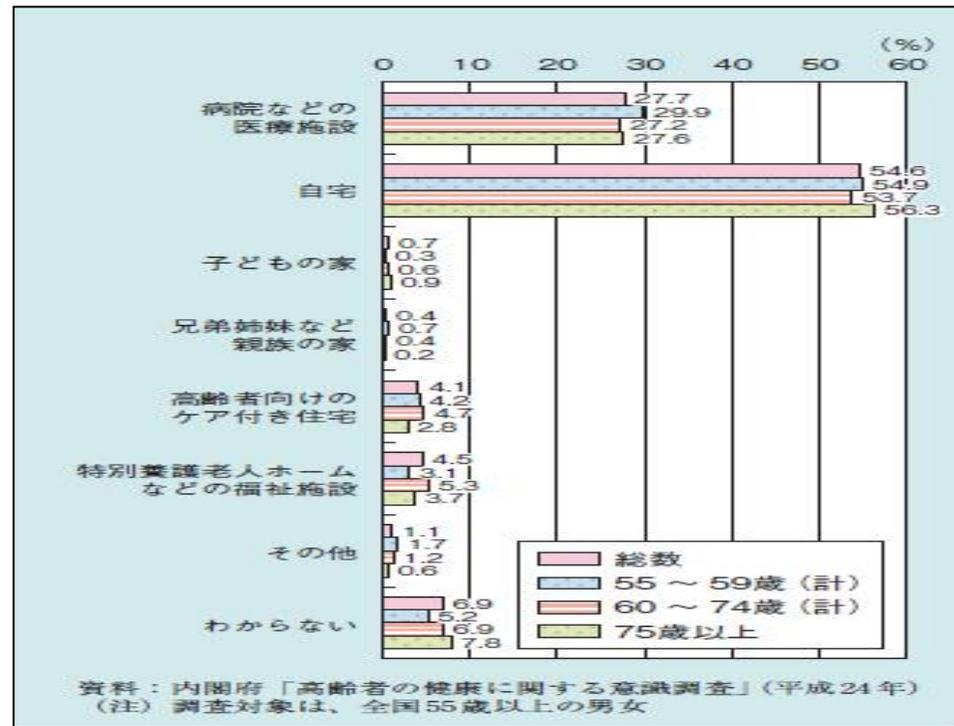
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

介護、最期の場所、孤独死

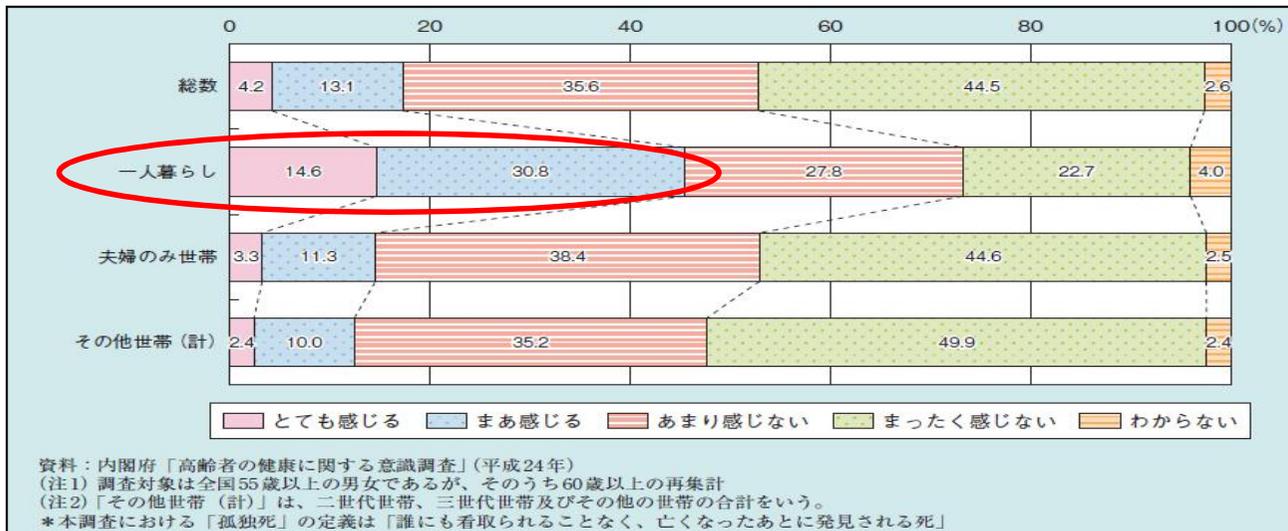
介護を受けたい場所



最期を迎えたい場所

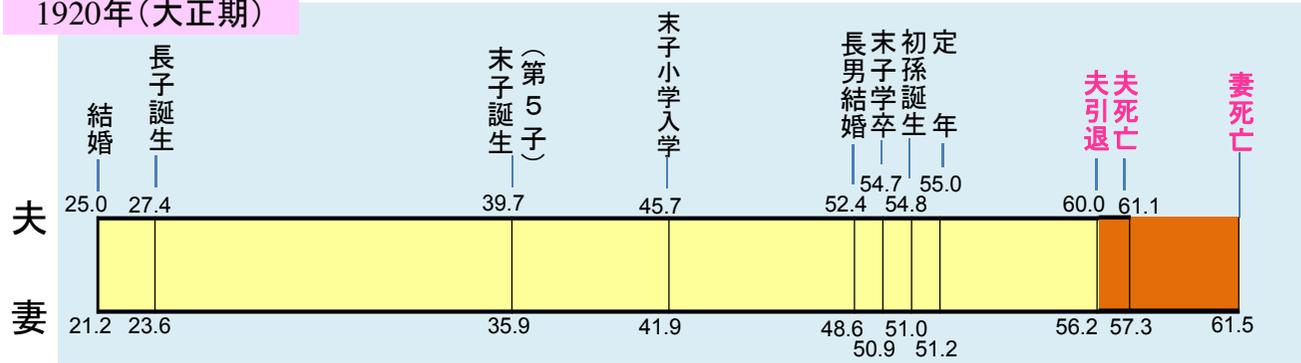


孤独死を身近な問題と感ずるものの割合

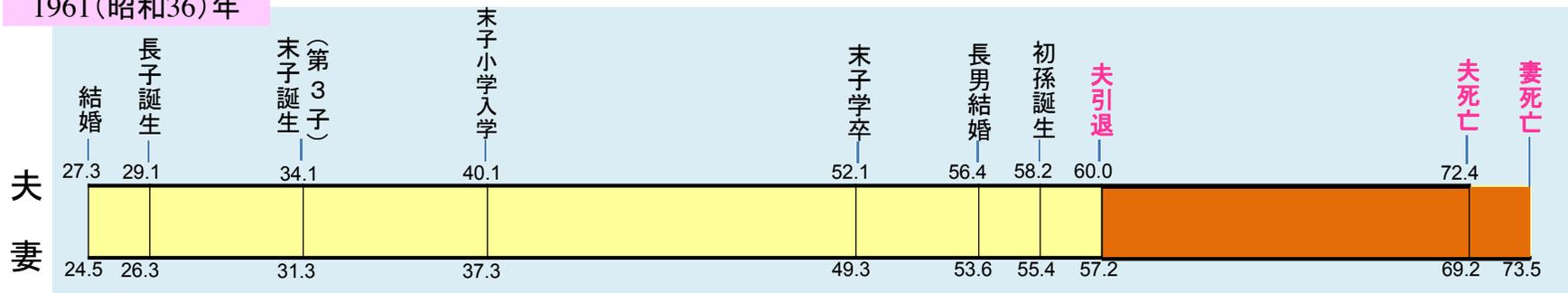


ライフサイクルの変化

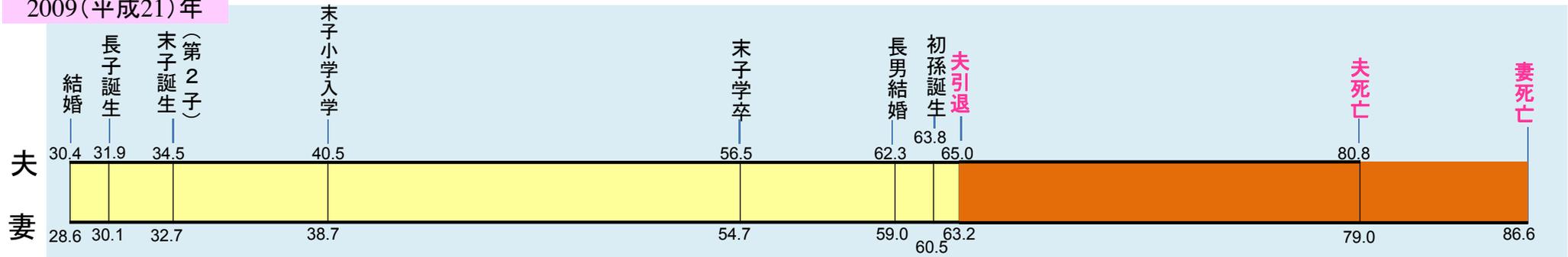
1920年(大正期)



1961(昭和36)年



2009(平成21)年

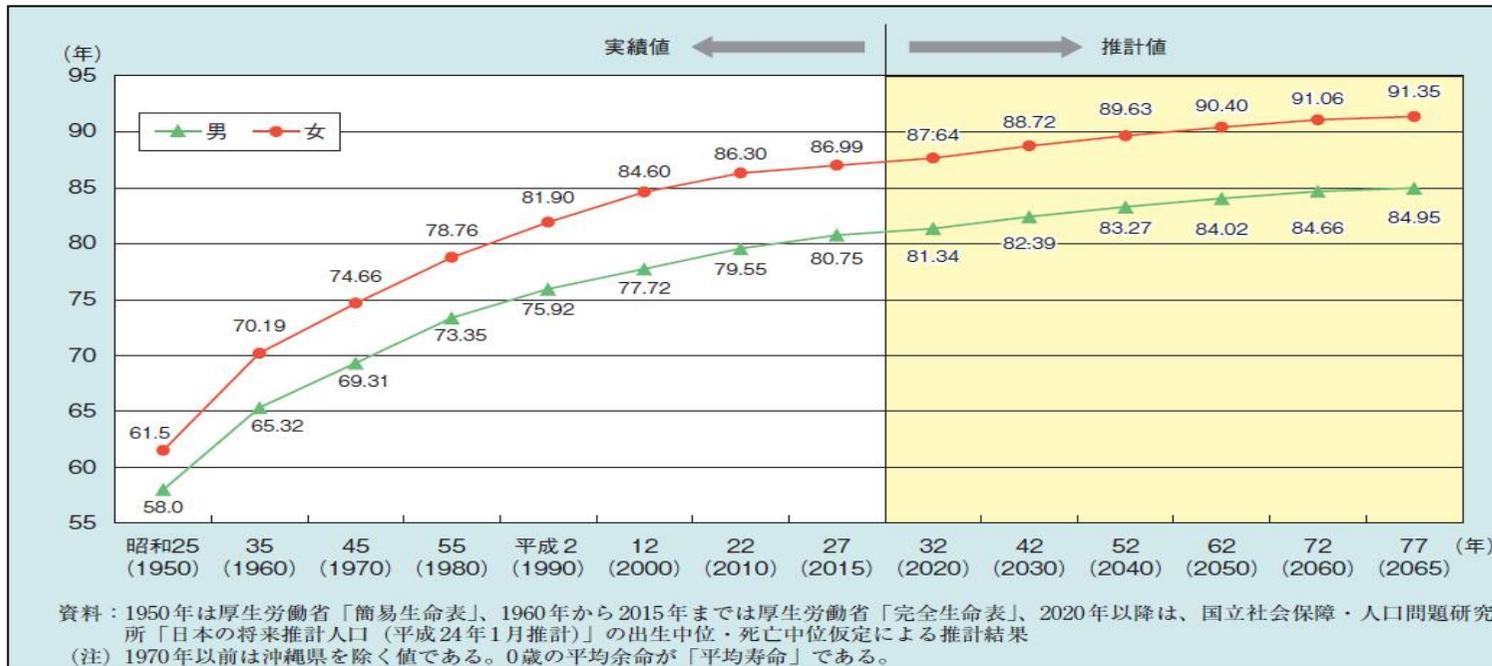


資料: 1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。

(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

平均寿命の伸び幅に追いつかない健康寿命の伸び幅

【平均寿命の推移と将来推計(全国)】



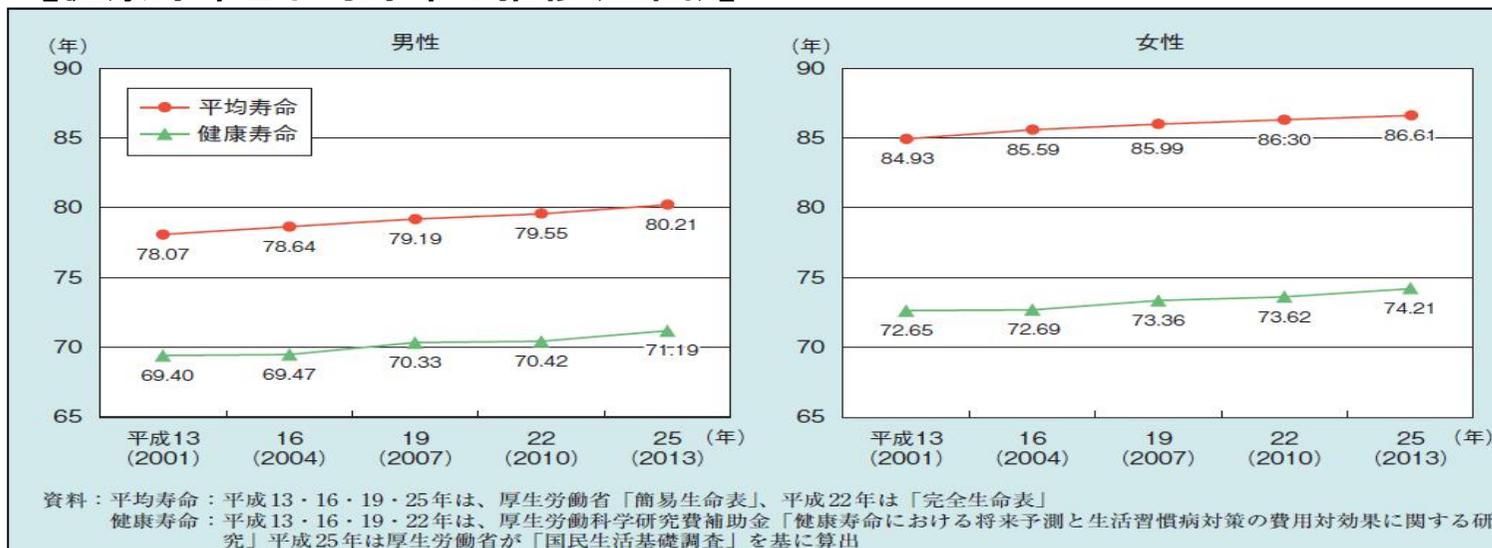
【1990年⇒2015年】 平均寿命の延伸

男75.92歳⇒80.75歳 (+4.83歳)
 女81.90歳⇒86.99歳 (+5.09歳)

【2015年⇒2040年】 平均寿命の将来推計

男80.75歳⇒83.27歳 (+2.52歳)
 女86.99歳⇒89.63歳 (+2.64歳)

【健康寿命と平均寿命の推移(全国)】



【2001年⇒2013年】 平均寿命の延伸

男+2.14歳 女+1.68歳

健康寿命の延伸

男+1.79歳 女+1.56歳

※ 健康寿命は男女とも、平均寿命よりも伸びが小さい。

大阪府における認知症有病率

○ 性・年齢階級別認知症有病率を用いて、大阪府内の認知症有病者数の将来推計を行った場合、33.2万人(2015年推計)から、20年間で56.2万人(2035年推計)に増加することが見込まれる。

(参考)「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)による速報値

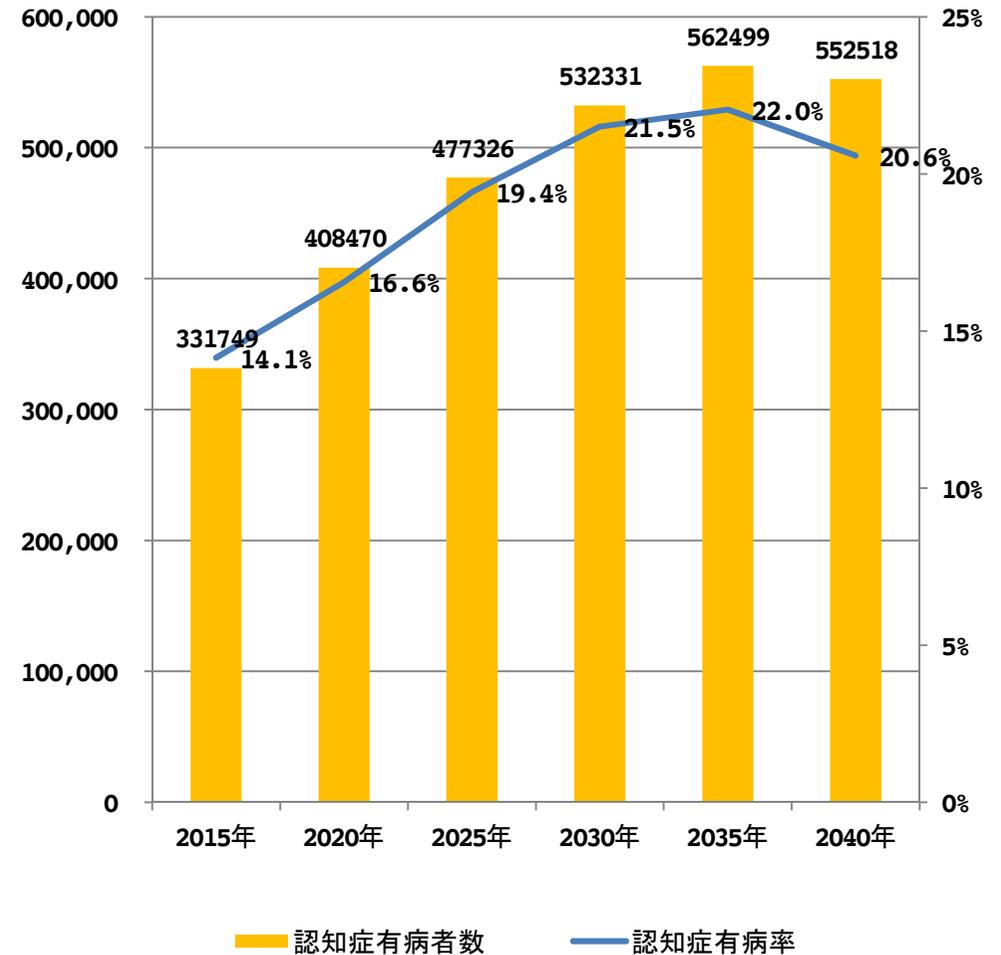
数学モデルにより算出された2012年の性・年齢階級別認知症有病率(%)

年齢階級	男性	女性
65-69歳	1.94%(1.44%-2.61%)	2.42%(1.81%-3.25%)
70-74歳	4.30%(3.31%-5.59%)	5.38%(4.18%-6.93%)
75-79歳	9.55%(7.53%-12.12%)	11.95%(9.57%-14.91%)
80-84歳	21.21%(16.86%-26.68%)	26.52%(21.57%-32.61%)
85歳以上	47.09%(37.09%-59.77%)	58.88%(47.6%-72.69%)

【全国】認知症の人の将来推計

	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年
認知症有病率	15.7%	17.2%	19.0%	20.8%	21.4%
認知症有病者数	517万人	602万人	675万人	744万人	802万人

【大阪府】認知症の人の将来推計



※ 大阪府の推計は、上記有病率に、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(2013)年3月推計)」による大阪府の男女別・年齢階級別人口の将来推計をかけて算出。

※ なお、上記研究事業によると、認知症リスクを高める危険因子として、「年齢(1歳上昇毎)、女性(対男性)、高血圧の頻度(5%上昇毎)、糖尿病の頻度(5%上昇毎)、肥満の頻度(5%上昇毎)、現在・過去喫煙者の頻度(5%上昇毎)」が挙げられている。

なぜ「地域包括ケアシステム」が求められるのか

- 住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続(Aging in Place)
- 「生活の質の向上」をサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するシステムへの『期待』

20世紀＝短命社会
「病院の世紀」



21世紀＝長寿社会
「地域包括ケアの世紀」

複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加

	健康寿命	日常生活に制限のある期間
男性	府70.46歳(全国43位)	府 9.27年(全国36位)
女性	府72.49歳(全国47位)	府 13.69年(全国46位)

「治す医療」

「病院単独で提供される医療」

長期入院
(病院の中で管理された人生の最期)

施設に收容する福祉

豊富な若年労働力
家族と同居する高齢者

専門職依存型のサービス提供

“支え手”と“受け手”との分離・固定化
(地域コミュニティの衰退)

「治し、支える医療」

「病院を含む地域全体で提供される医療・介護」

時々入院・ほぼ在宅
(自分らしい生活の中での幸福な人生の最期)

地域に展開する介護

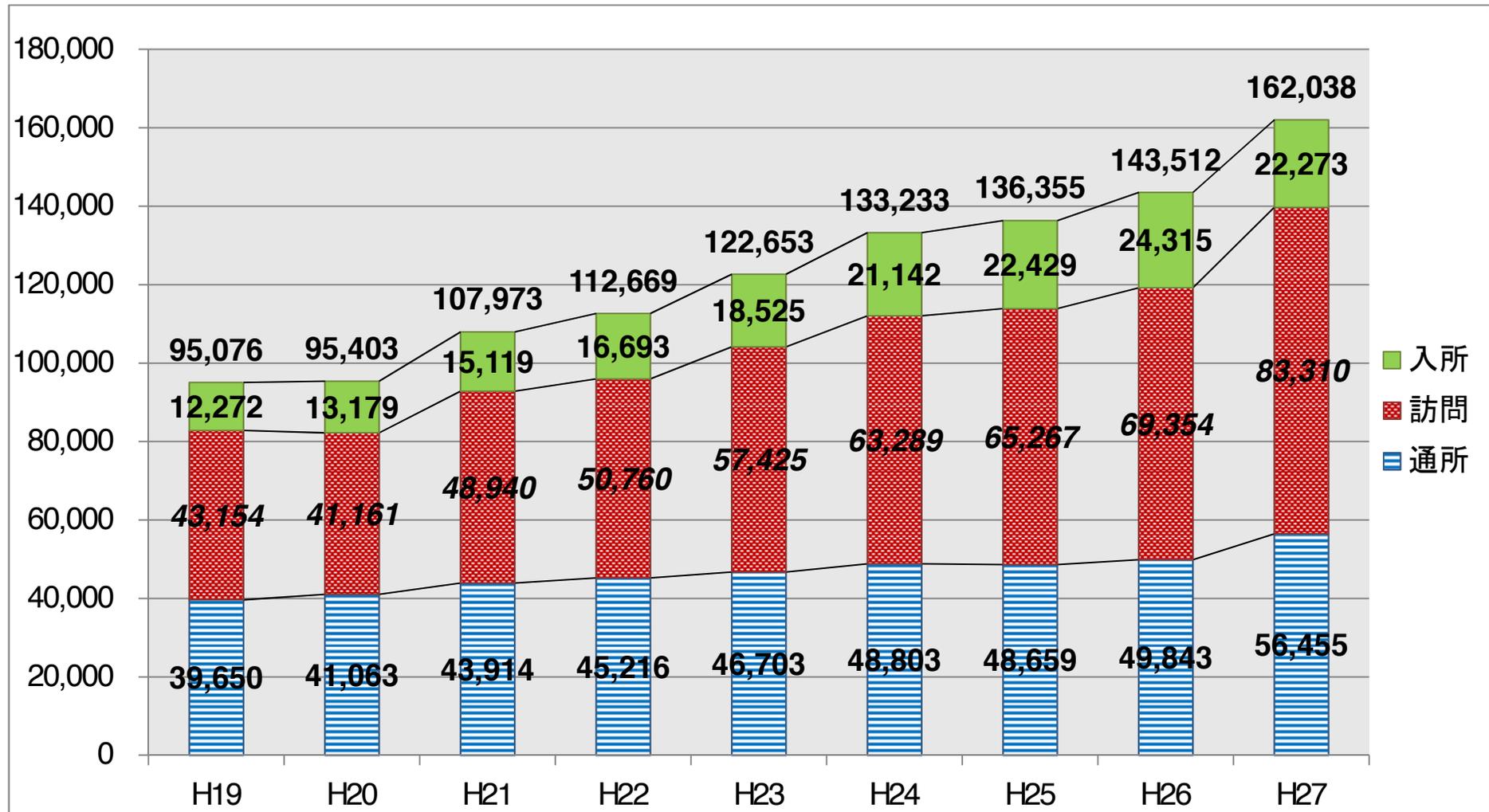
希少な若年労働力
一人暮らしの高齢者

地域住民参加型のサービス提供

“地域支え合い体制づくり”

介護サービスの従事者数の推移（大阪府）

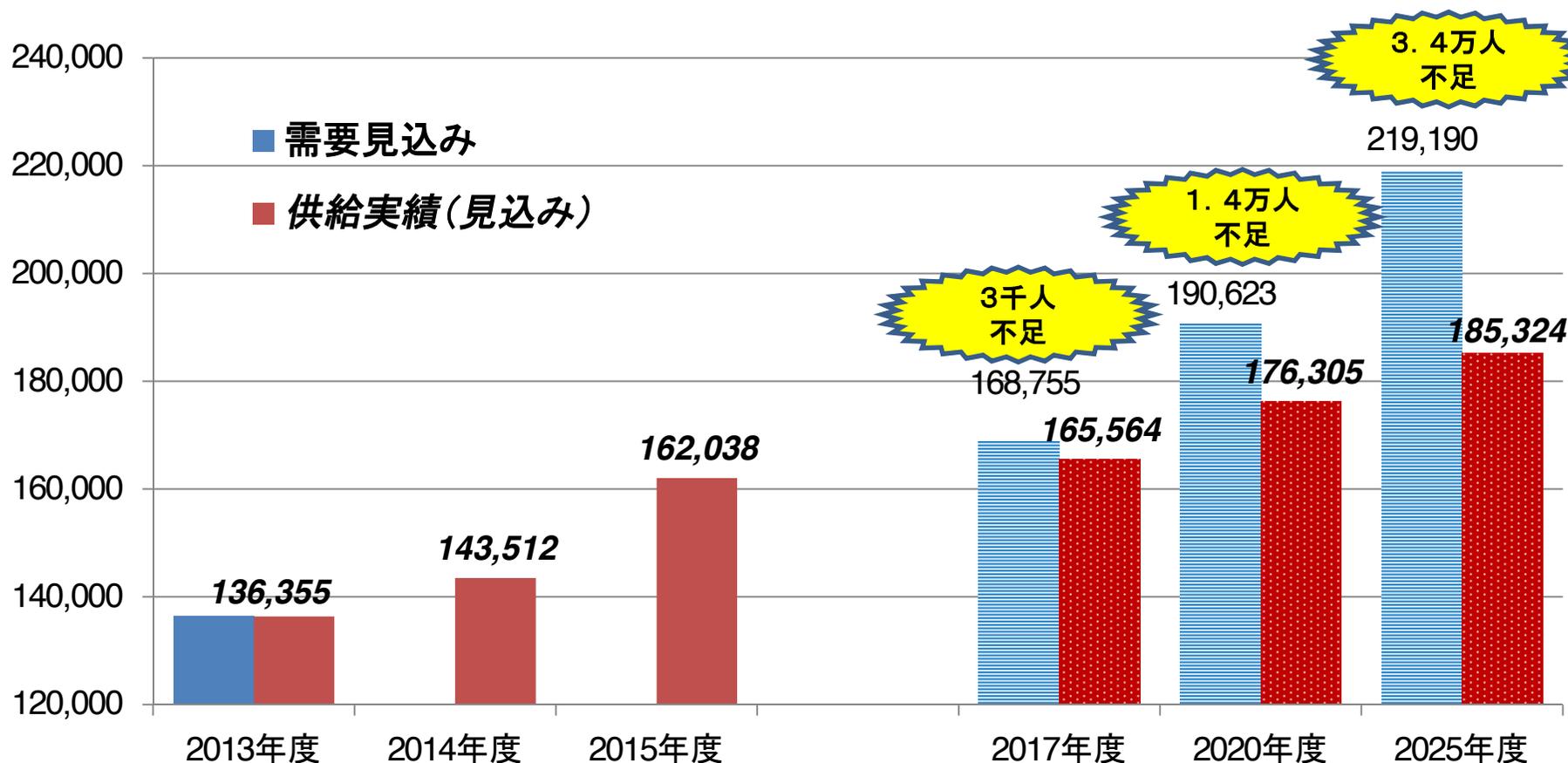
- 平成19～27年度で、介護従事者数は約1.7倍に増加し、約16.2万人に。（+約6万7千人）。
 このうち、入所サービスは約1万人増、訪問サービスは約4万人増、通所サービスは約1.7万人増となっており、訪問サービスの伸びが大きい。



（出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成19年～平成27年）よりサービス別に集計し、回収率で割り戻し、補正した値）

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(大阪府)

- 2013年度の介護人材供給実績をベースとした場合、大阪府における需給ギャップは2025年に約3.4万人まで拡大する見込み。
 - ⇒ 2013年度から2025年度にかけて、介護需要は年平均約6900人増加するのに対し、介護供給は年平均約4080人の増加に留まる。この結果、差し引き、年平均約2820人ずつ受給条件が悪化する見込み。
- 大阪府の介護需要のピークは2035年、2040年頃であることを踏まえれば、より一層の人材確保対策が不可欠。



人口減少と生活支援ニーズの増大

人口減少社会

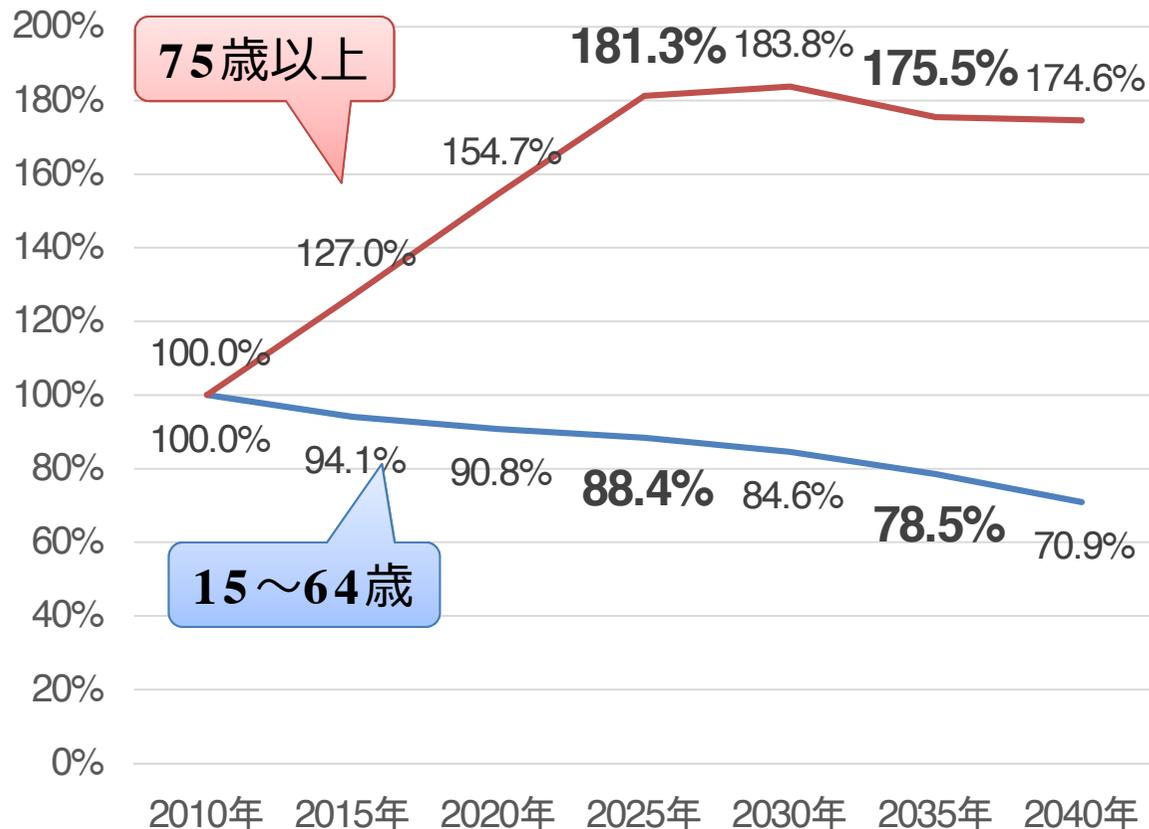


担い手の不足



増大する地域のニーズに応える方法

2010年の人口を100とした場合の推計値（大阪府）



① 活動的生活の継続による介護予防の強化

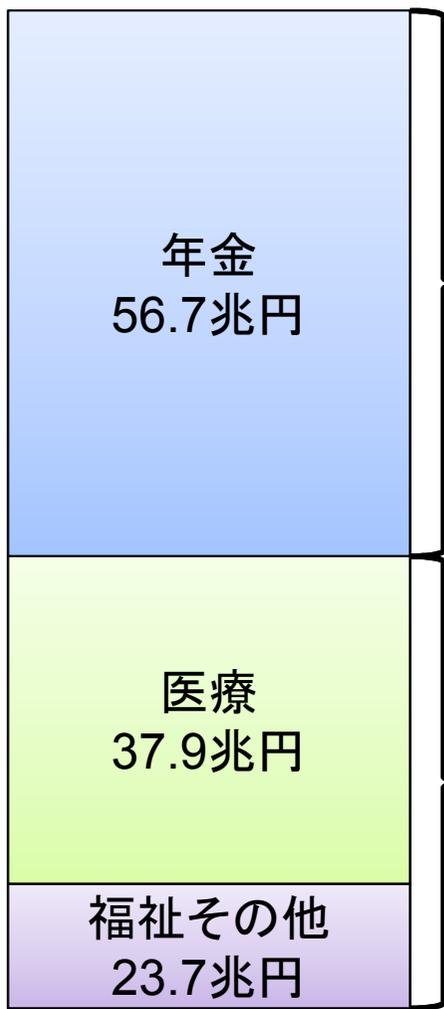
② 高度な介護ニーズに対応する人材の確保

③ 専門職以外の生活支援の担い手の確保

社会保障の機能強化による経済効果－地域経済の活性化

社会保障給付

118.3兆円(国の予算を超える)



社会保障の機能強化

社会保障の機能強化

年金による
所得移転で
地域の所得・消費の
下支え

医療介護
インフラの整備による地域の
安心確保

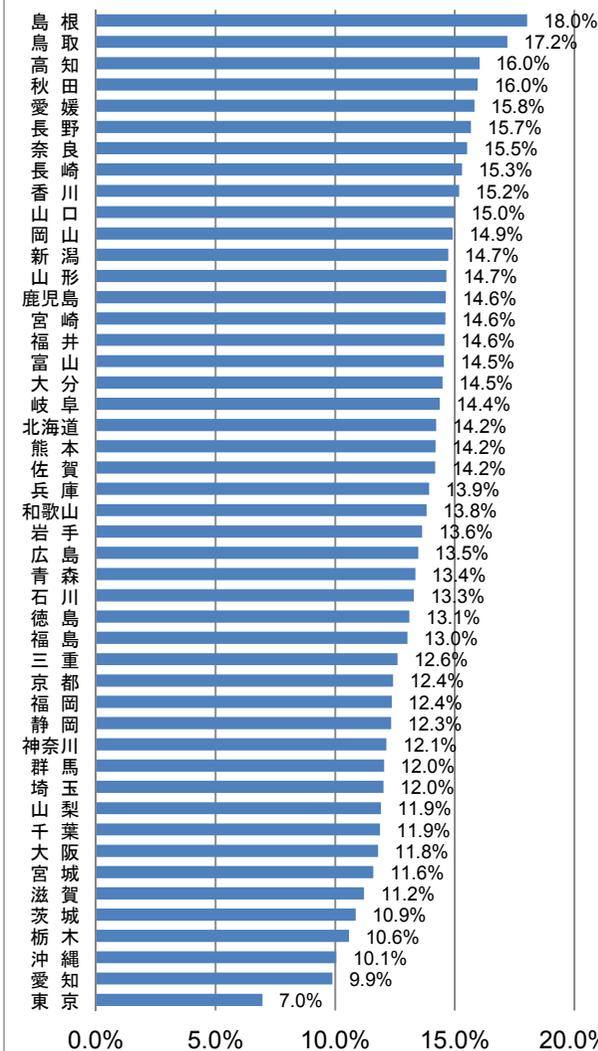
地域に若者
雇用の場の
創出

ストップ！地域崩壊

地域経済
の活性化

人口の流
出が止ま
り、定住自
立圏が生
まれる

【参考】地域経済に占める年金の割合
(対県民所得比、平成25年度)



平成28年度(予算ベース)

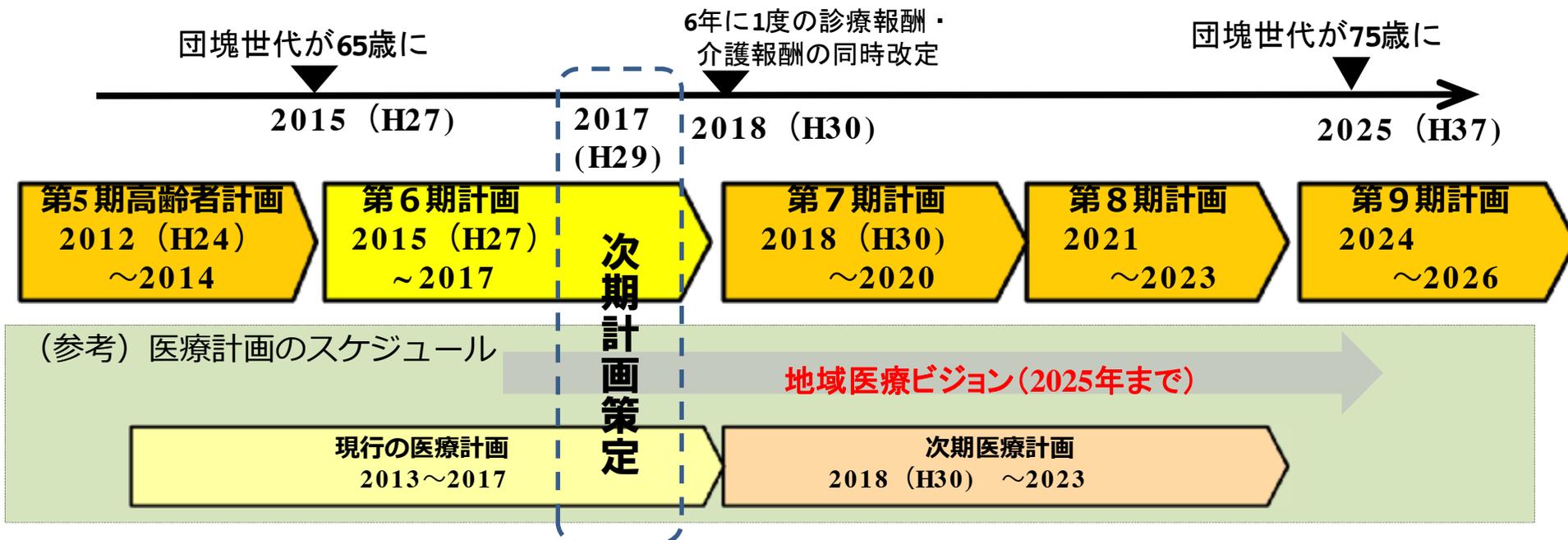
3. 大阪府における介護施策の現状と課題

「専門部会」における検討

- 大阪府の要介護認定率、介護費が高くなっている原因を明らかにし、その対応策を検討するため、平成28年7月、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会の下に、『**専門部会**』を設置。平成28年12月にとりまとめ。（とりまとめ結果は、平成29年度策定予定の「第7期大阪府高齢者計画」にも適宜反映。）

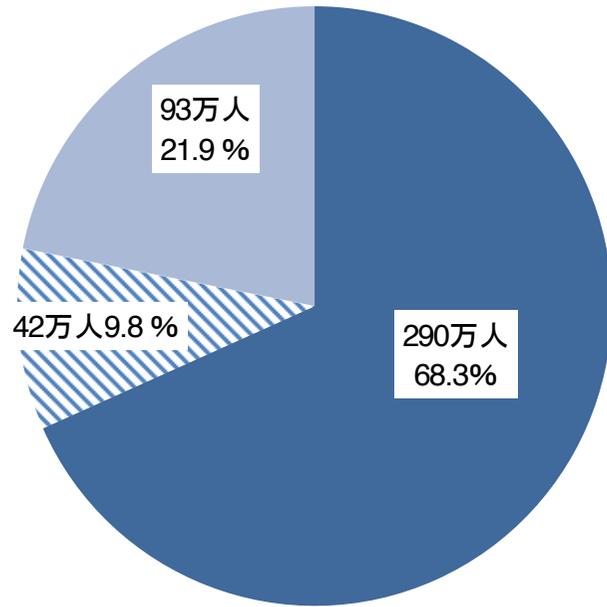
	氏名	職名	備考
副座長	川井 太加子	桃山学院大学 社会学部教授	計推審委員
座長	黒田 研二	関西大学 人間健康学部教授	計推審委員
	佐野 洋史	滋賀大学 経済学部准教授	
	筒井 孝子	兵庫県立大学 大学院経営研究科教授	
	秦 康宏	大阪人間科学大学 人間科学部准教授	計推審委員
	オブザーバー		
	近藤 克則	千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部教授	

大阪市、堺市、池田市、八尾市、寝屋川市、河内長野市、箕面市、羽曳野市、泉南市、岬町、太子町、府国保連もオブザーバーとして参加。



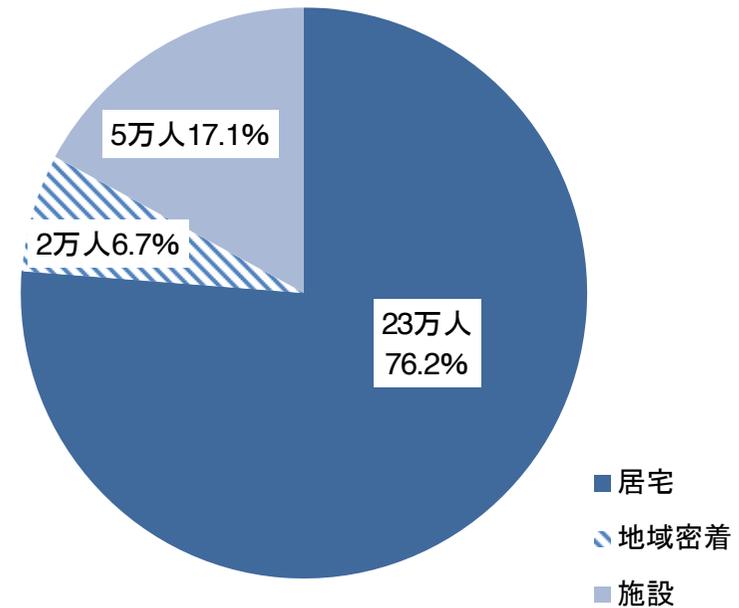
大阪府の介護費の構成(利用者、総費用内訳)

要介護利用者内訳(全国)

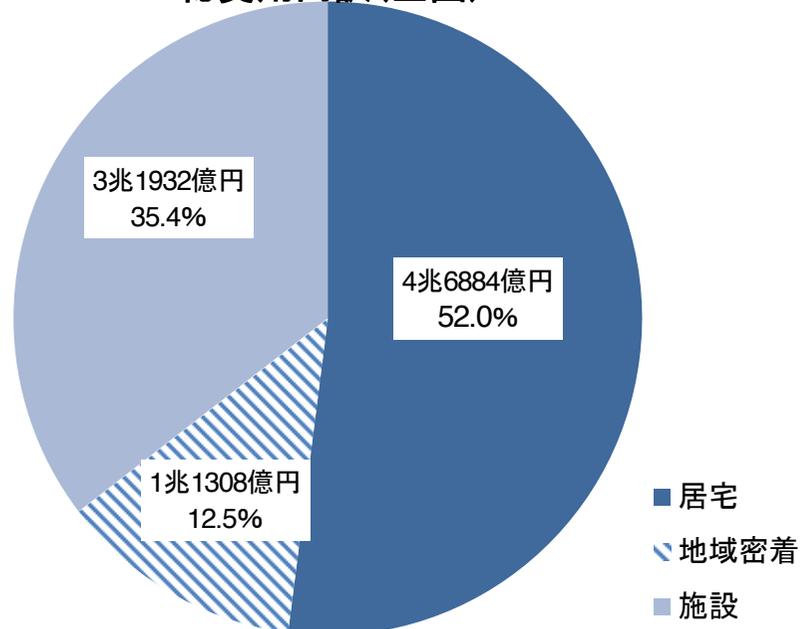


介護給付費実態調査
H27年5月～28年4月
の総費用額 利用者数
は28年3月。

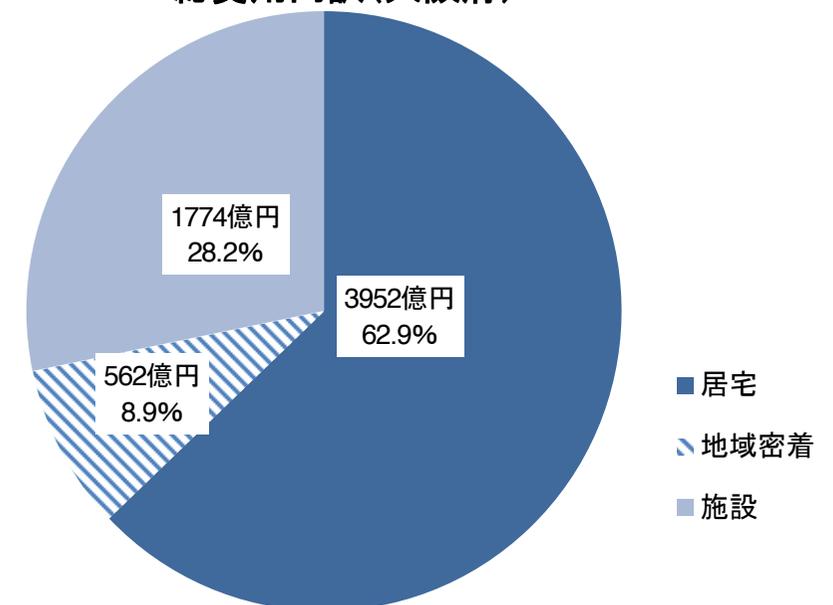
要介護利用者内訳(大阪府)



総費用内訳(全国)



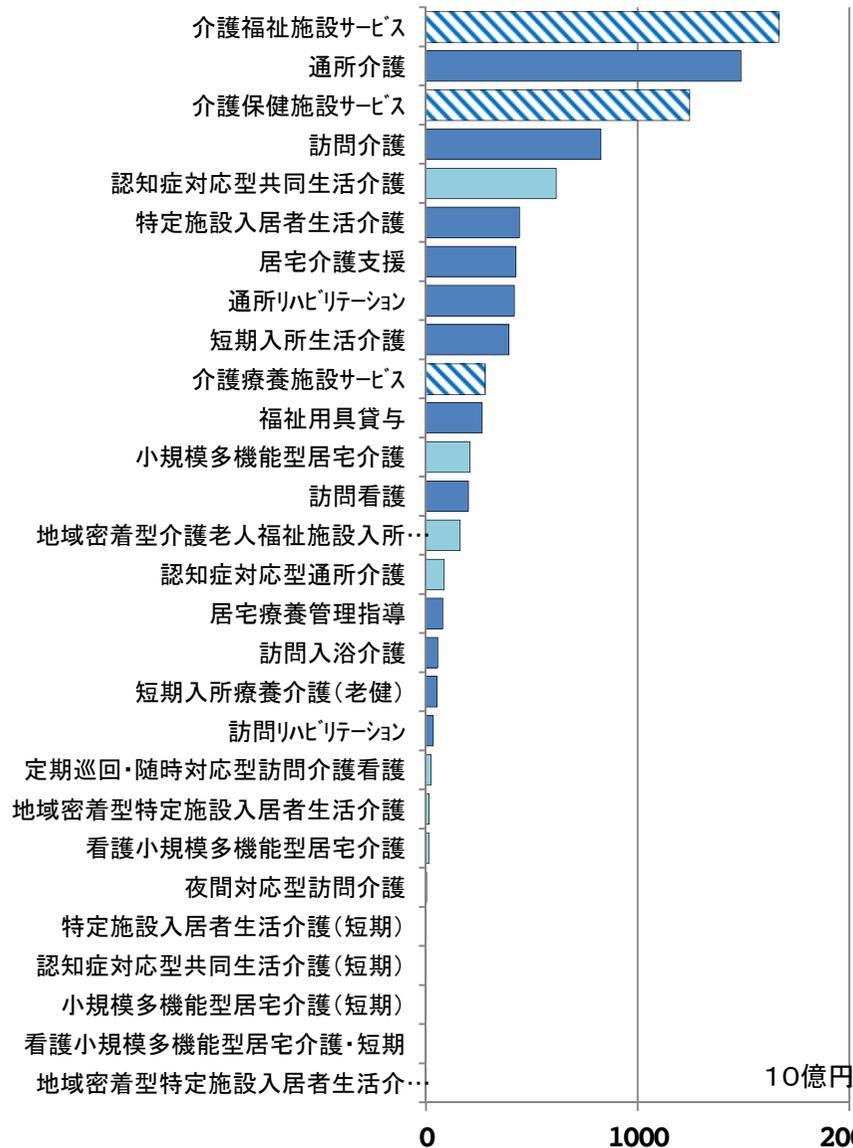
総費用内訳(大阪府)



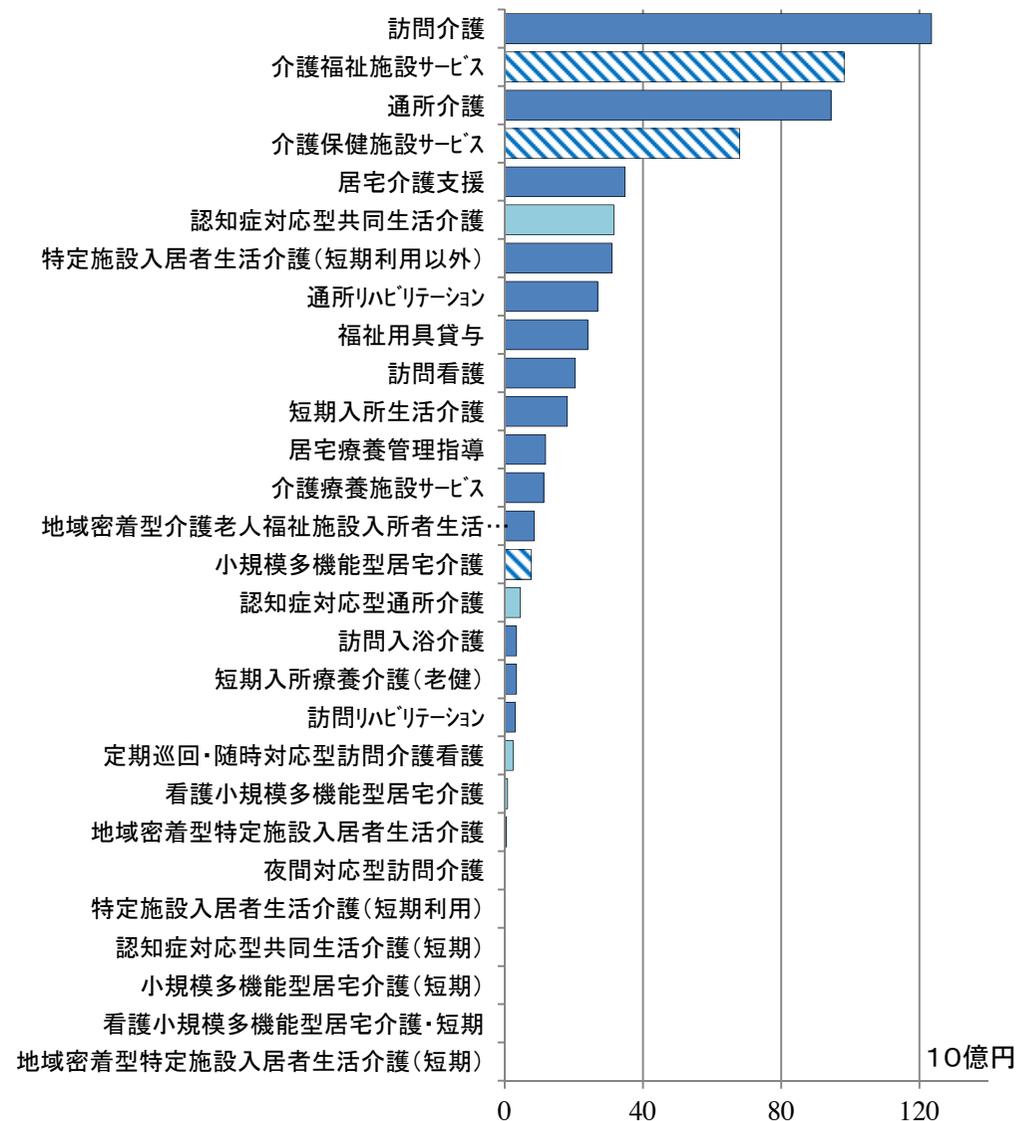
大阪府の介護費の構成（総介護費用の内訳（年額））

○全国では、特養が1位で、通所介護、老健、訪問介護の順だが、大阪府では、訪問介護が1位で、特養、通所介護、老健の順。府内では、福祉用具貸与、訪問看護、居宅療養管理指導などの順位も高い。

総介護費用の内訳（年額 全国）



総介護費用の内訳（年額 大阪府）



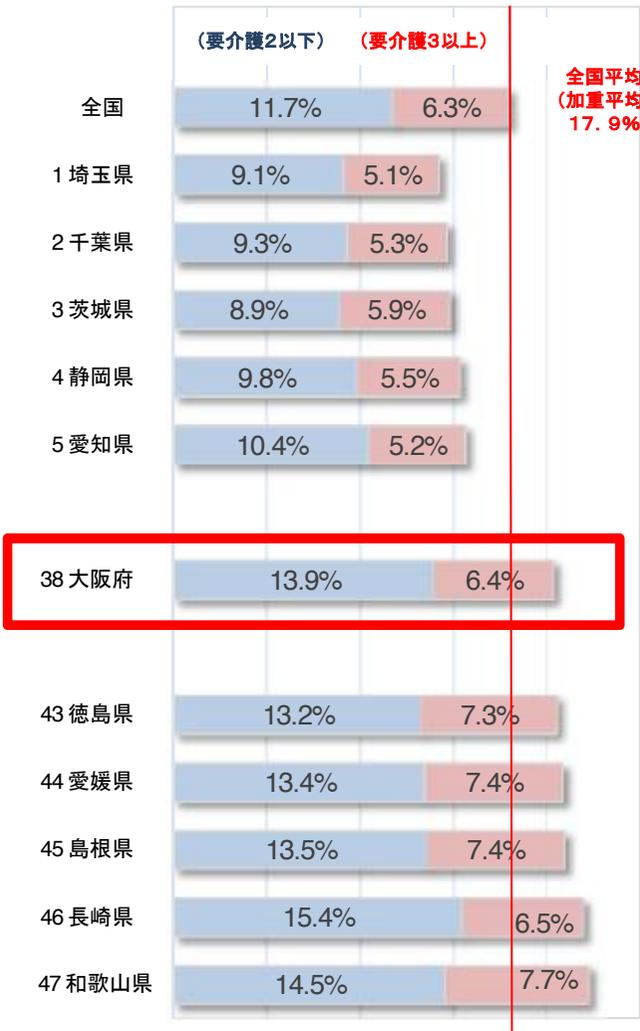
介護給付費実態調査（平成27年5月～平成28年4月審査分の累計）

大阪府の要介護認定率と被保険者一人当たり介護費 (平成26年度)

○ 大阪府の要介護認定率は、全国38位。しかし、「年齢調整後」の要介護認定率と被保険者1人当たり介護費はともに全国最下位。要介護2以下と、在宅サービスの利用が多い。

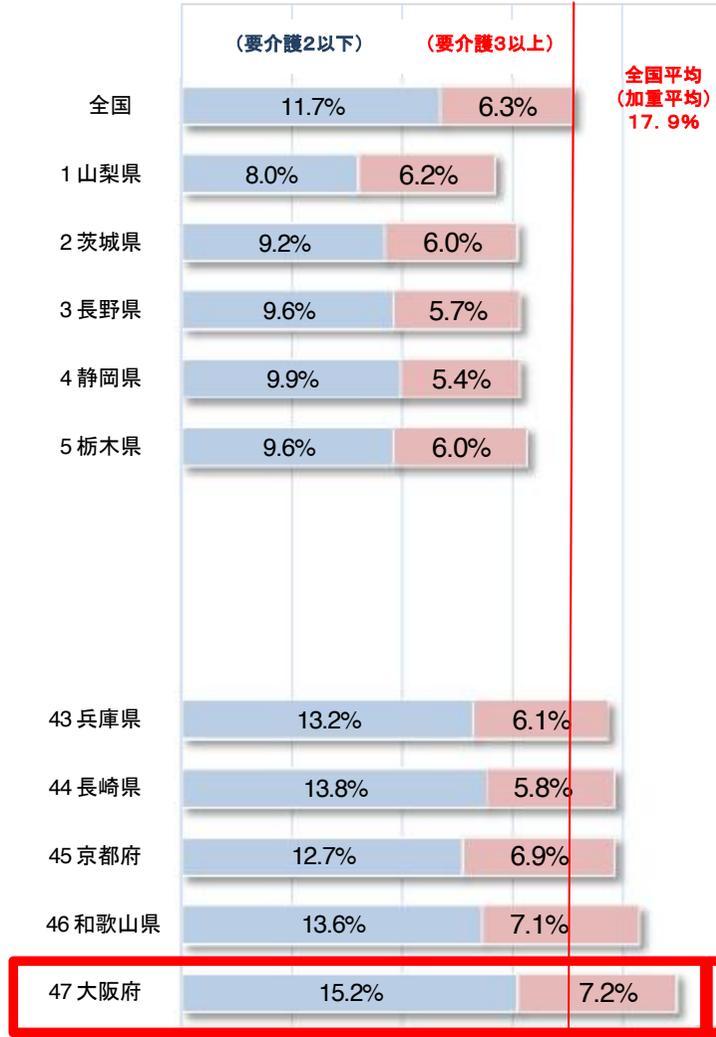
認定率(年齢調整前)

0% 5% 10% 15% 20% 25%



認定率(年齢調整後)

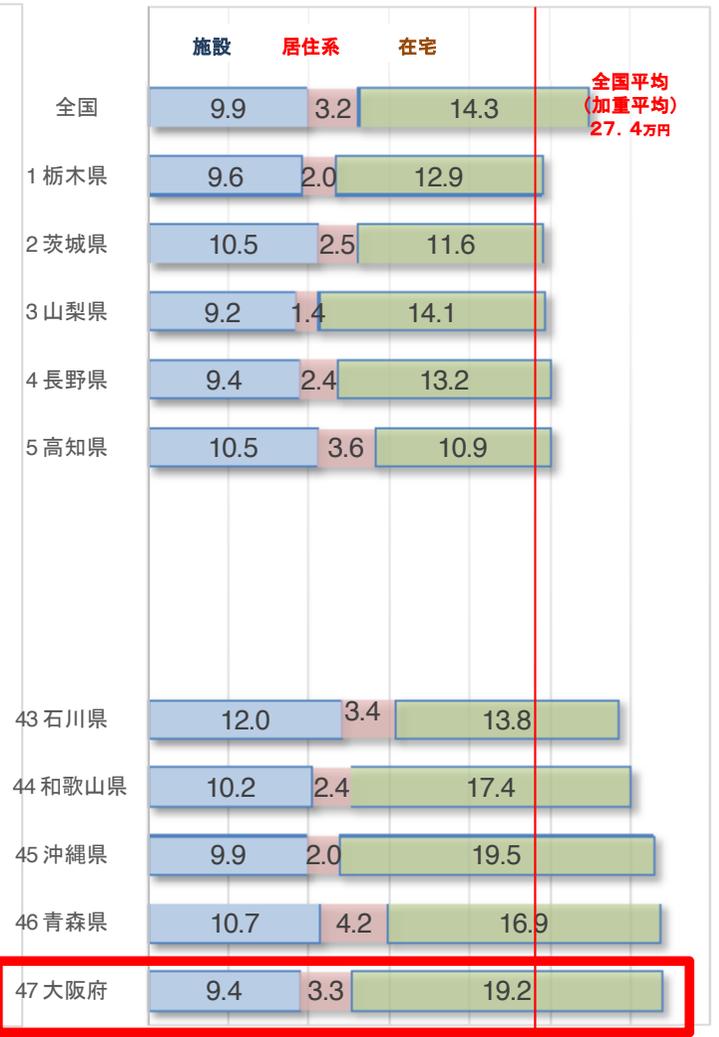
0% 5% 10% 15% 20% 25%



被保険者一人当たり介護費 (年齢調整後)

(万円)

0 5 10 15 20 25 30 35



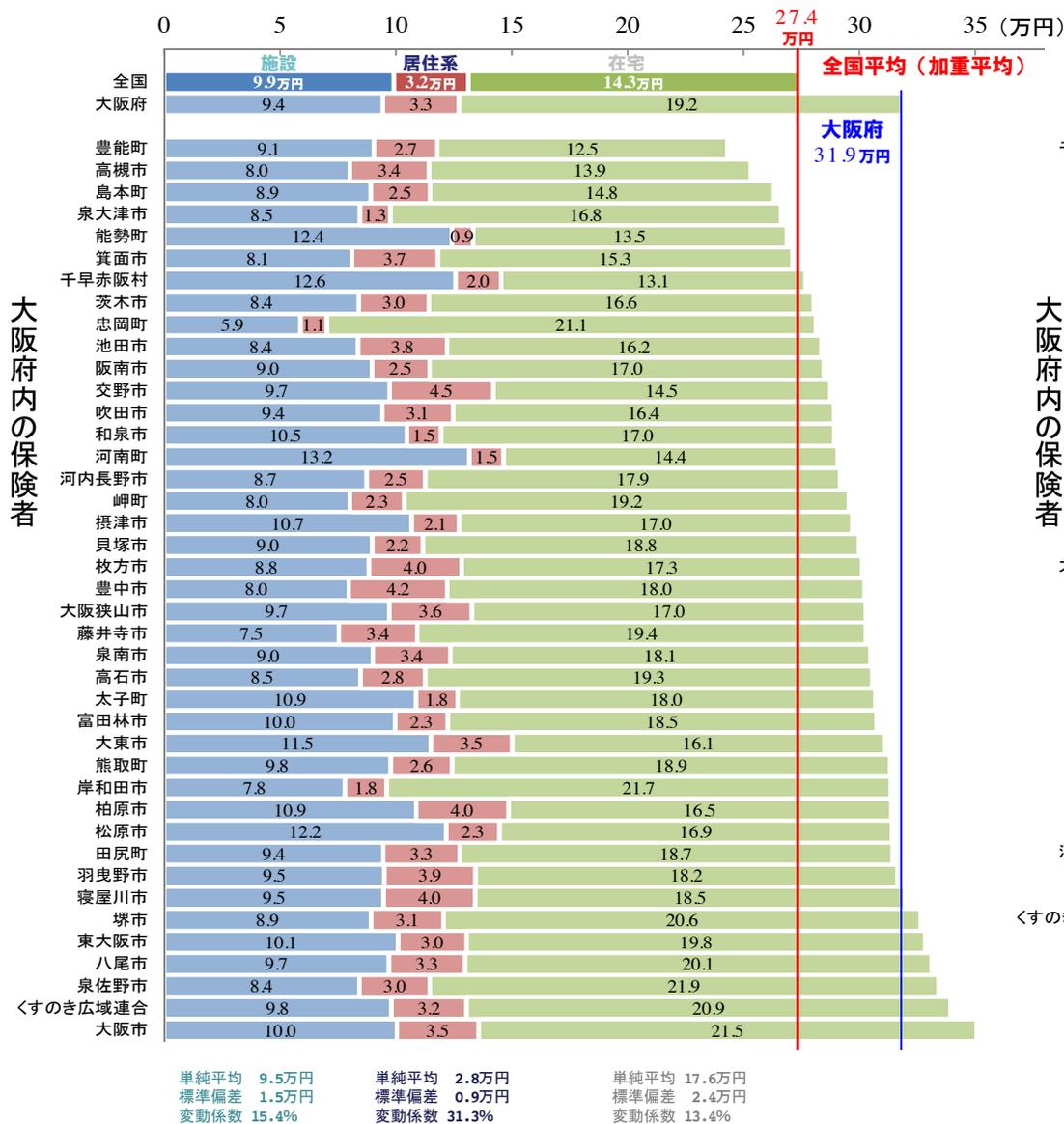
22.4%

31.9万円

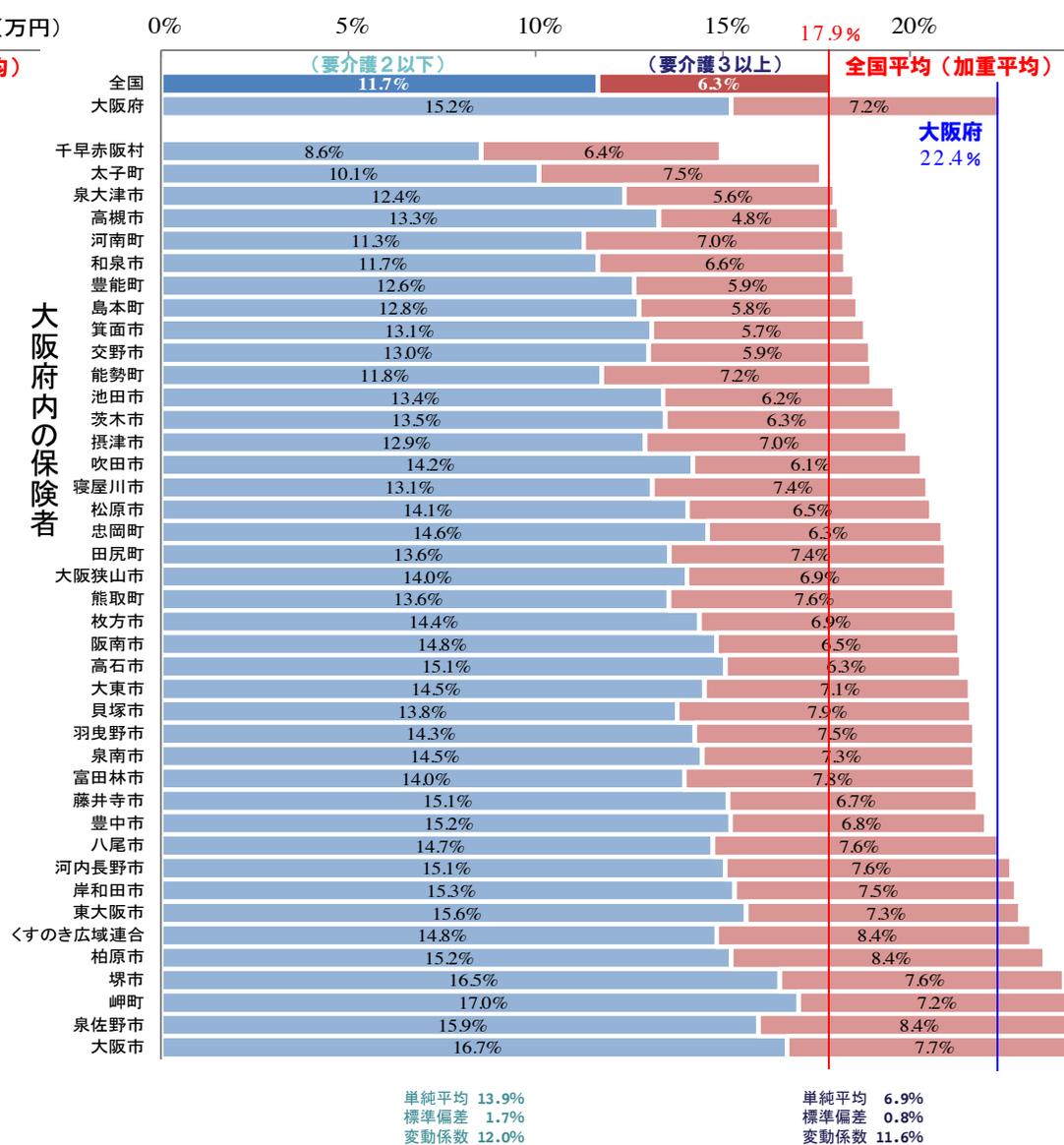
大阪府内の市町村別の状況(年齢調整後) 平成26年度

○ 大阪府内では、大阪市、泉佐野市、岬町、堺市などで認定率が高いという特徴がある。

被保険者1人当たり介護費(年齢調整後)



認定率(年齢調整後)



【出典等】「介護保険総合データベース」(厚生労働省)、「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(総務省)を基に厚生労働省が集計・推計

大阪府の被保険者一人あたり介護費が全国一高い理由は・・・

○ 被保険者一人あたり介護費が高い3つの可能性は・・・

- ① 介護サービス利用者一人当たりの利用額(単価)が高い？
- ② 要介護認定者の中で、介護サービスを利用している方の割合が高い？
- ③ 要介護認定者自体が多いこと(認定率が高いこと)が影響？

⇒これが原因！

①介護サービス利用者一人あたりの利用額 ⇒ 全国平均よりも低い。

全国	要支援1人当たり	41,014円	要介護1人当たり	191,302円
大阪府	要支援1人当たり	39,260円	要介護1人当たり	188,588円

②介護サービス利用率(受給者/認定者) ⇒ 全国平均よりも低い。

	男性の年齢階級別利用率(2014年)						女性の年齢階級別利用率(2014年)					
	合計	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上
全国計	79.7%	79.4%	78.1%	77.2%	77.6%	83.0%	83.9%	74.6%	73.8%	75.7%	80.4%	89.2%
大阪府	77.4%	79.2%	76.4%	74.8%	74.9%	81.6%	80.5%	73.2%	71.5%	72.6%	78.2%	87.9%

③要介護認定率 ⇒ 男女ともに全年齢階級で全国一高い。



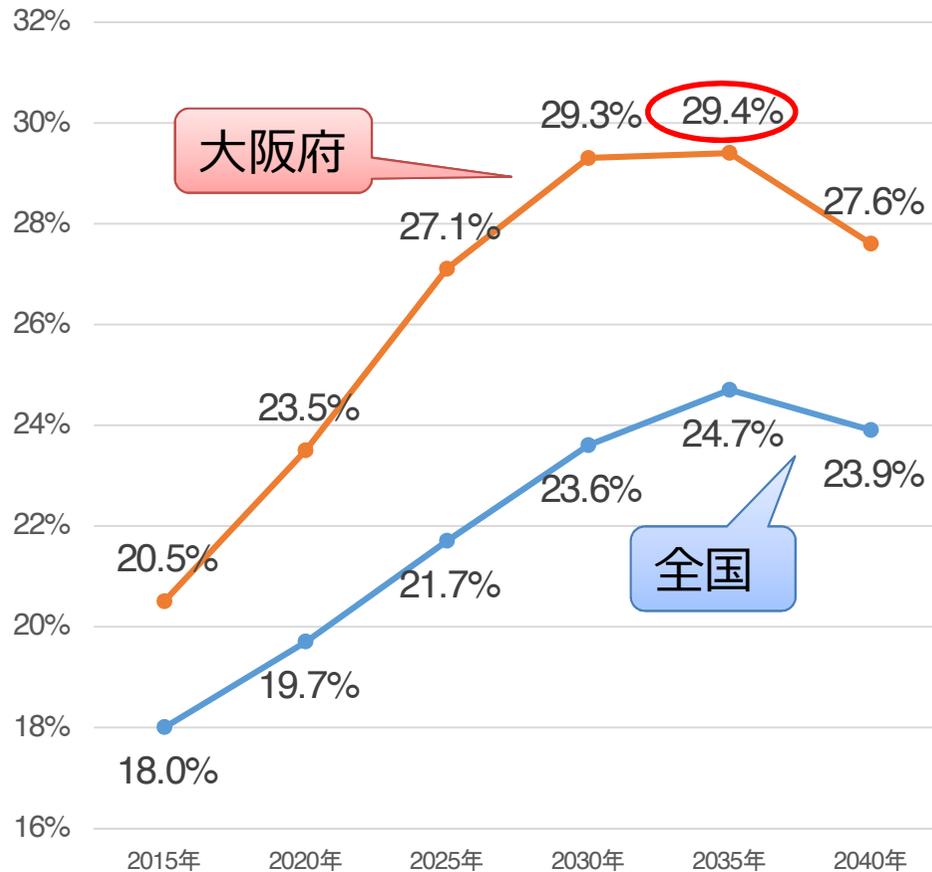
全国平均との差の約6割は、「要支援1・2」(軽度者)

大阪府における介護需要の将来推計

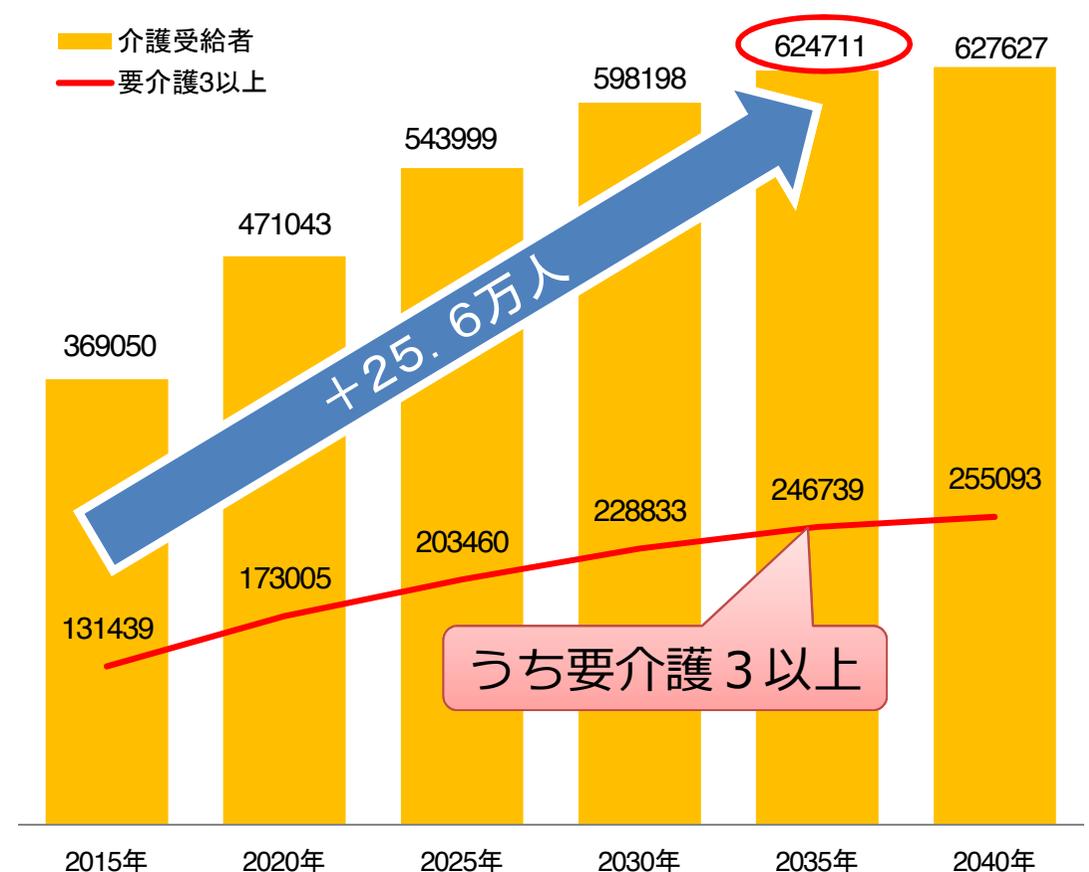
○ 現在の性別・年齢階級別の認定率（全国・大阪府）を用いて推計すると、

- ①大阪府の要介護認定率は、2015年の20.5%から2035年には29.4%まで上昇、
- ②介護サービス受給者数も、2015年の36.9万人から2035年には62.5万人に増加（+25.6万人）
うち要介護3以上のサービス受給者も25.5万人に増加（+11.5万人）する。

【要介護認定率の将来推計】



【介護サービス受給者の将来推計(大阪府)】



※ 大阪府福祉部高齢介護室において推計

そもそも、介護が必要となる原因は・・・

○大阪府で多い「要支援1, 2」の主な原因は、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱。介護予防の取組により、ある程度は未然防止が期待できる。

○「要介護4, 5」といった重度者の原因は、脳血管疾患(脳卒中)が最多で、次いで認知症。若い頃からの生活習慣病対策は、介護予防の観点からも重要。

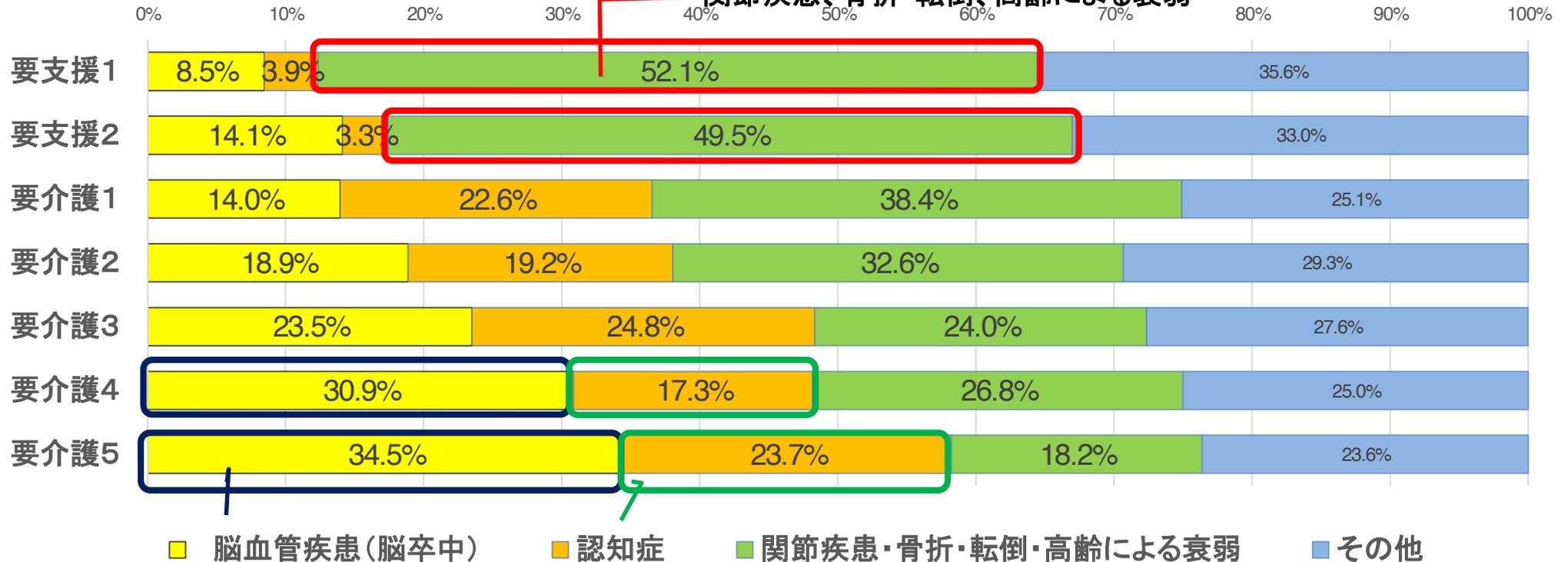
【要介護度別認定率の比較(年齢調整後)】

要介護認定率	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計認定率
全国	2.6	2.5	3.5	3.1	2.3	2.1	1.8	17.9
大阪府(年齢調整後)	4.3	3.4	3.6	3.9	2.7	2.5	2.1	22.4
全国平均との差	1.7	0.9	0.1	0.8	0.4	0.4	0.3	4.5

※ 要支援1、2だけで、全国平均を2.6%上回っており、全体4.5%のうちの、約6割(57.8%)を占める。

【要介護状態に至った理由】

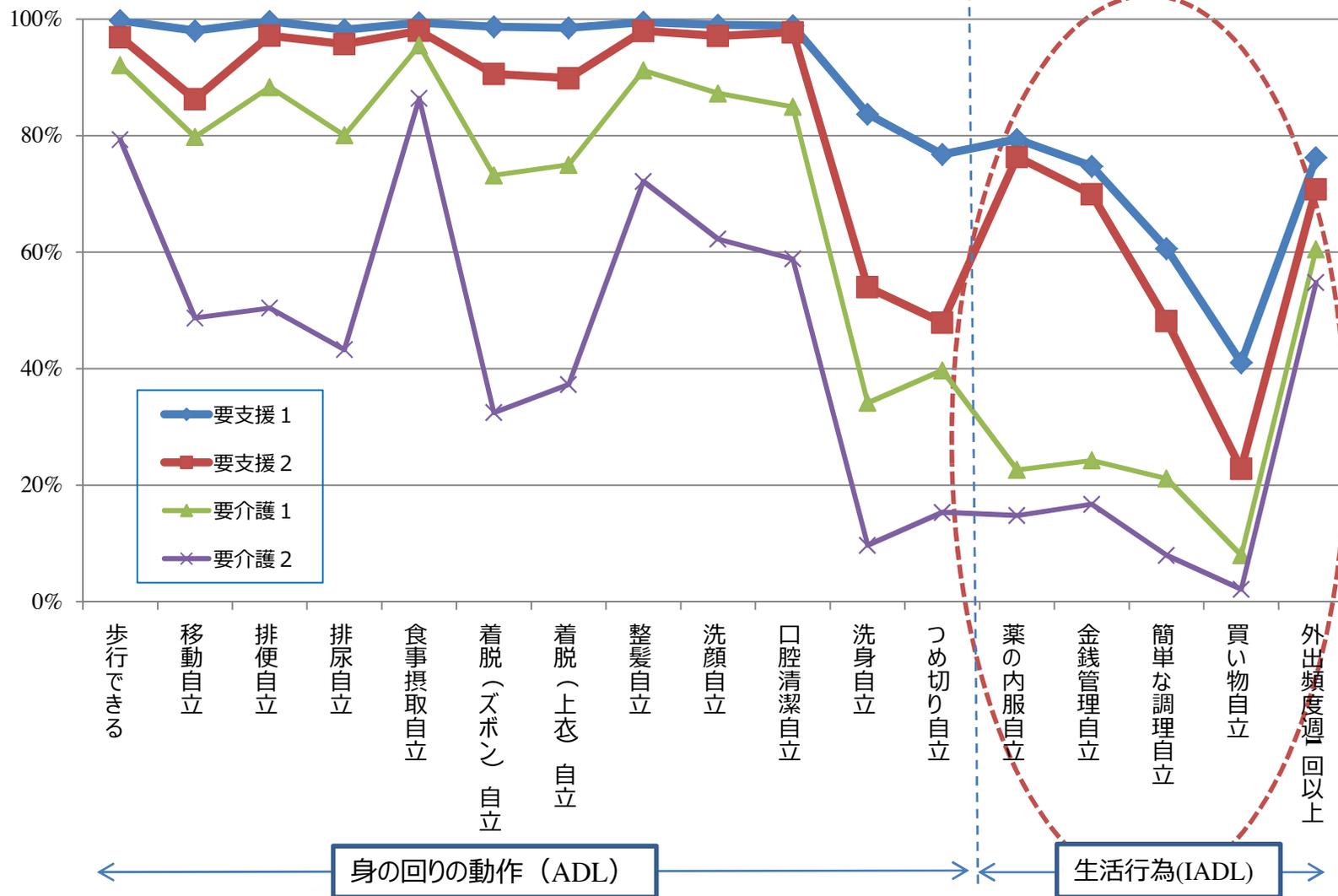
関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱



(出典)厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」

特に、要支援者のケアマネジメントを見直す必要性

○要支援者のほとんどは、身の回りの動作(ADL)は自立しているが、買い物など生活行為(IADL)の一部がしづらくなっている。このため、日常生活上の不自由さを援助するためのサービス提供が行われてきた。
○しかし、二次的に生じる生活上の問題を予測して、不自由さを最大限軽減する「自立支援型ケアマネジメント」の発想をもたなければ、重度化を食い止めることは困難。



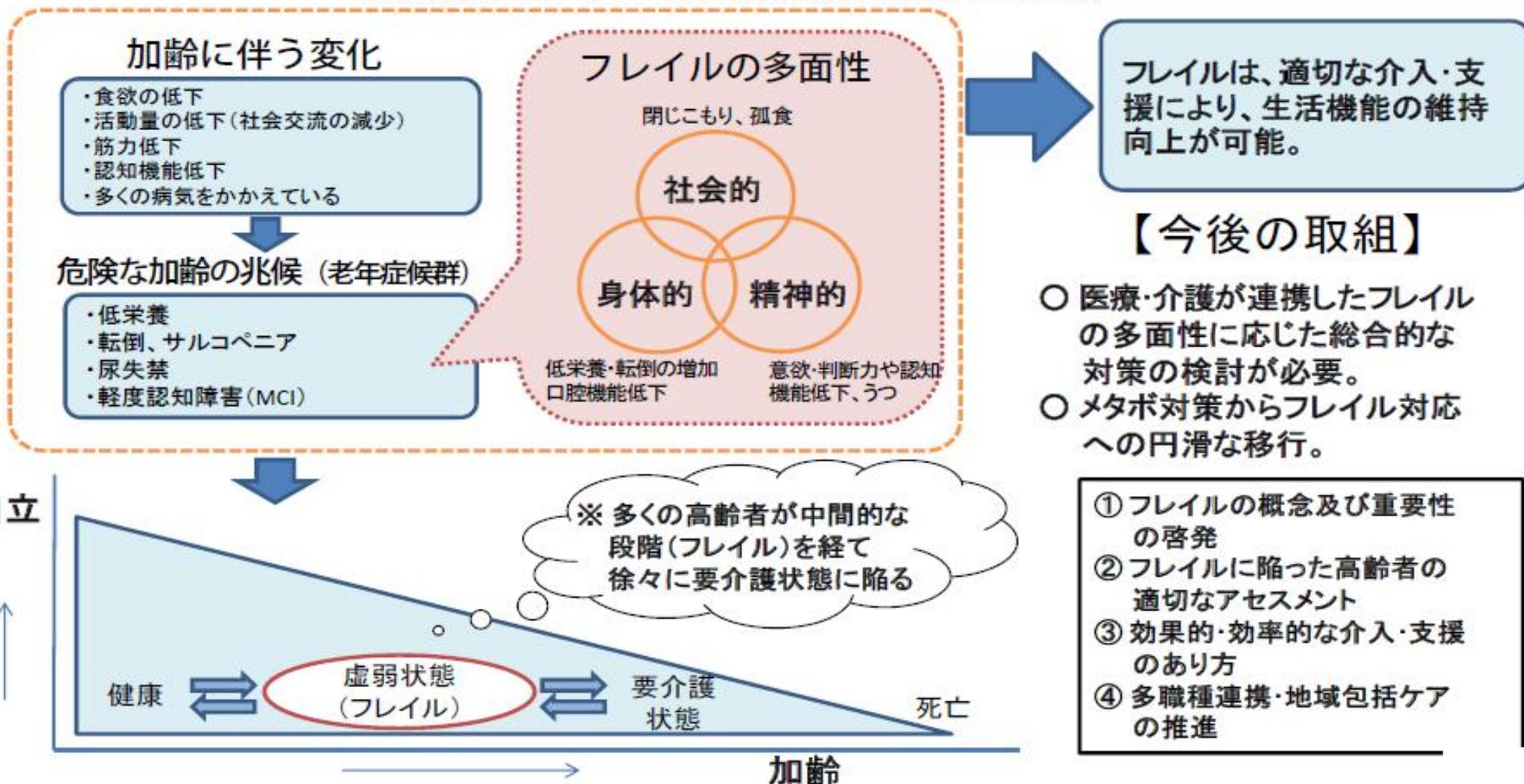
※1「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

高齢者の虚弱（「フレイル」）について

平成27年5月26日（火）経済財政諮問会議塩崎厚生労働大臣提出資料（「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」（参考資料）より

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。



要介護度別一人当たり介護給付費(年額(大阪府))

○要介護度の上昇を抑えることができれば、本人のQOL(quality of life:生活の質)の向上に資するだけでなく、財政的にも大きな効果がある。

要介護度別一人当たり介護給付費(年額:保険給付額ベース)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均
平成24年度	334878	530221	1113304	1469077	2172438	2668186	3140157	1609424
平成25年度	339944	538983	1124391	1477840	2184283	2679241	3137410	1601509
平成26年度	343940	554509	1133978	1496007	2219962	2723596	3167077	1596587
平成27年度	324423	517111	1137002	1494963	2216800	2722663	3153617	1569586
平均値(H24~H27)	335796	535206	1127168	1484472	2198371	2698422	3149565	1594277
介護度上昇のコスト (円)	—	199410	591963	357303	713899	500051	451144	—

【要介護認定別受給者数】:介護保険事業状況報告データ(H24~25年度は国提供数値:6期計画用)、(H27年度は年報の暫定集計)

【要介護認定別保険給付費】介護保険事業状況報告データ(H27年度は暫定集計値)

※ 介護報酬改定は3年に1度であり、直近の改定は平成27年度(-2.27%)

要介護認定率が高い自治体の特徴は？

1. 需要側(住民側)の特徴

- ・単身世帯率、高齢化率
- ・健康寿命、住民の健康意識
- ・使わな損の住民意識の有無、地域コミュニティの強さ
- ・所得階級、教育

2. 供給側(事業者側)の特徴

- ・事業者へのアクセスの容易さ
- ・事業所数の多寡
- ・サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の有無
- ・悪質事業者の有無、貧困ビジネスの可能性

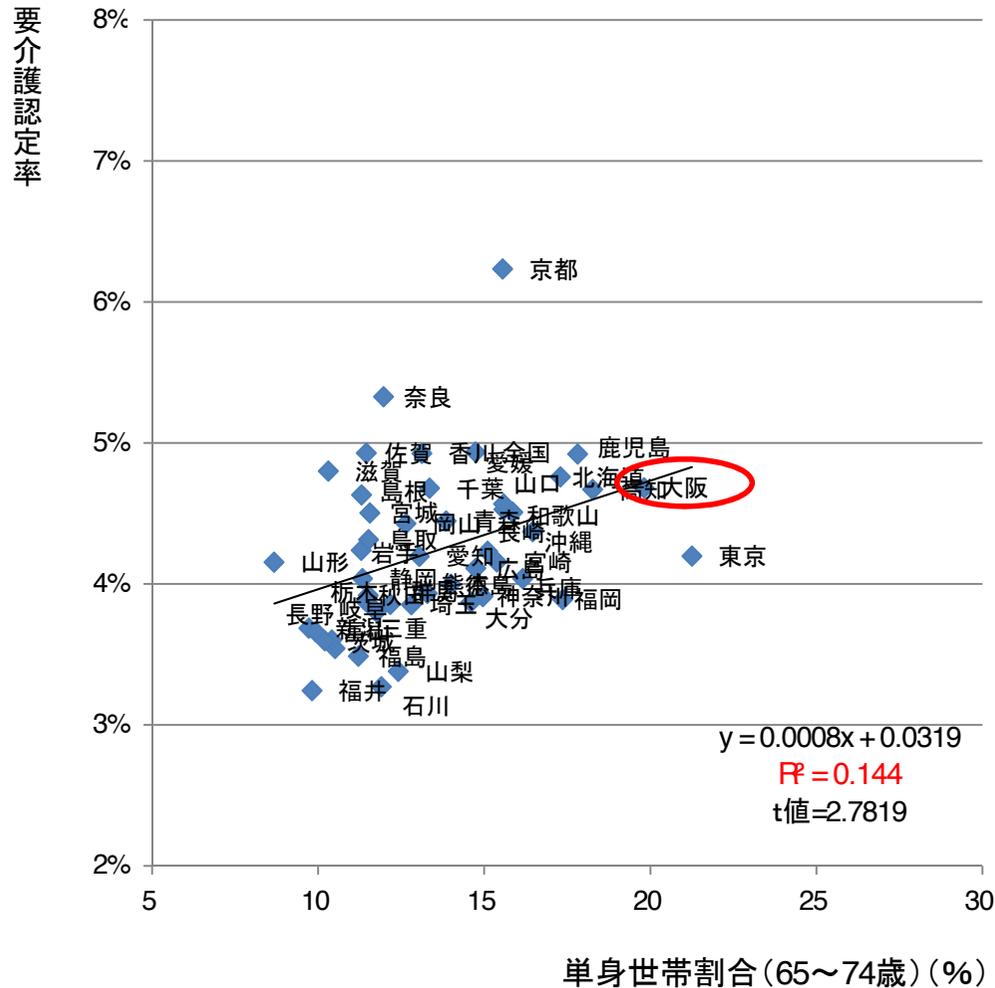
3. 保険者の取組の特徴

- ・一般介護予防の取組状況(体操の集いや、つどいの広場の取組状況など)
- ・自立支援型のケア会議の開催状況
- ・地域包括支援センターの職員数などの体制整備
- ・総合事業(住民主体型サービス、短期集中C型)の取組状況
- ・ケアプラン点検など、給付適正化に向けた取組状況
- ・認定適正化に向けた取組の有無

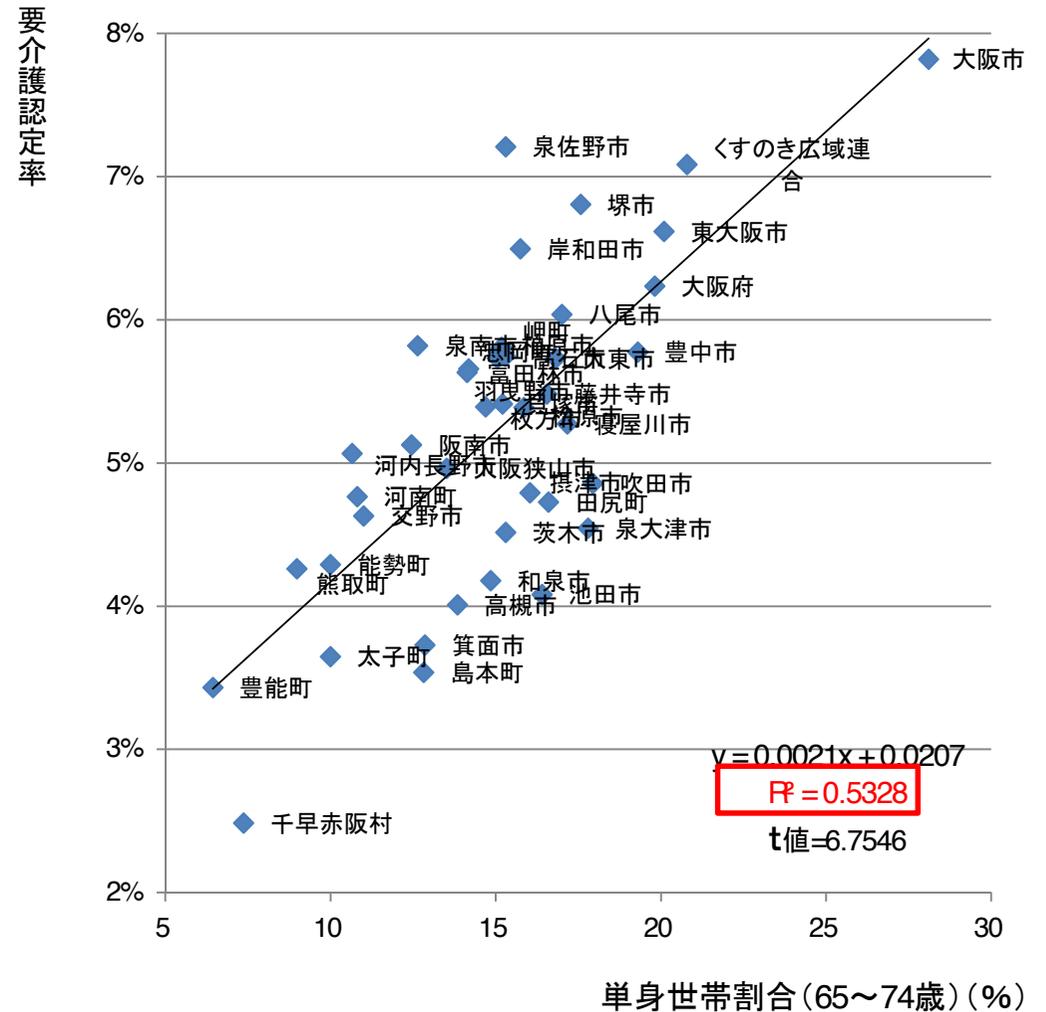
【要因1】単身世帯割合(65~74歳)と要介護認定率(65~74歳)

○ 大阪府内における市町村別データの方が、単身世帯率が高まるほど要介護認定率が高まる関係性が明確。

単身世帯人員割合(前期高齢者)と要介護認定率(前期高齢者)
【都道府県別】



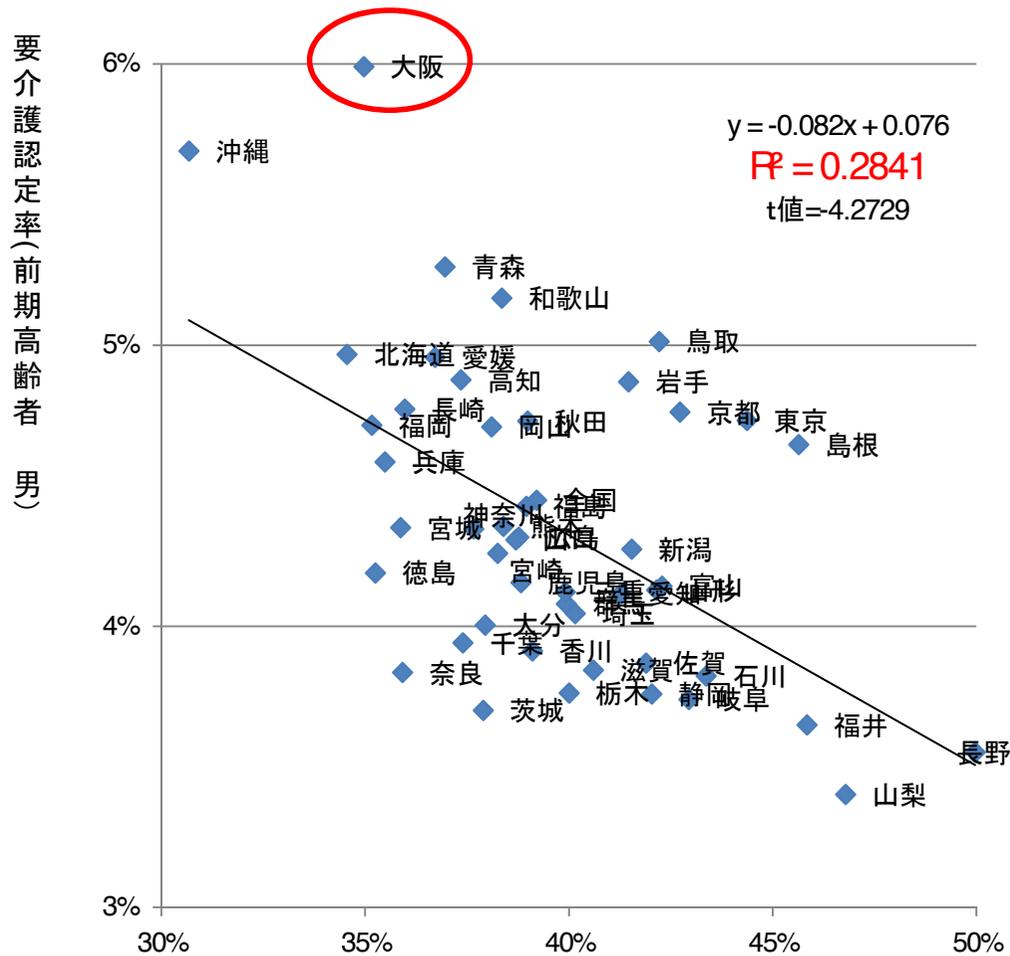
単身世帯人員割合(前期高齢者)と要介護認定率(前期高齢者)
【大阪府内市町村別】



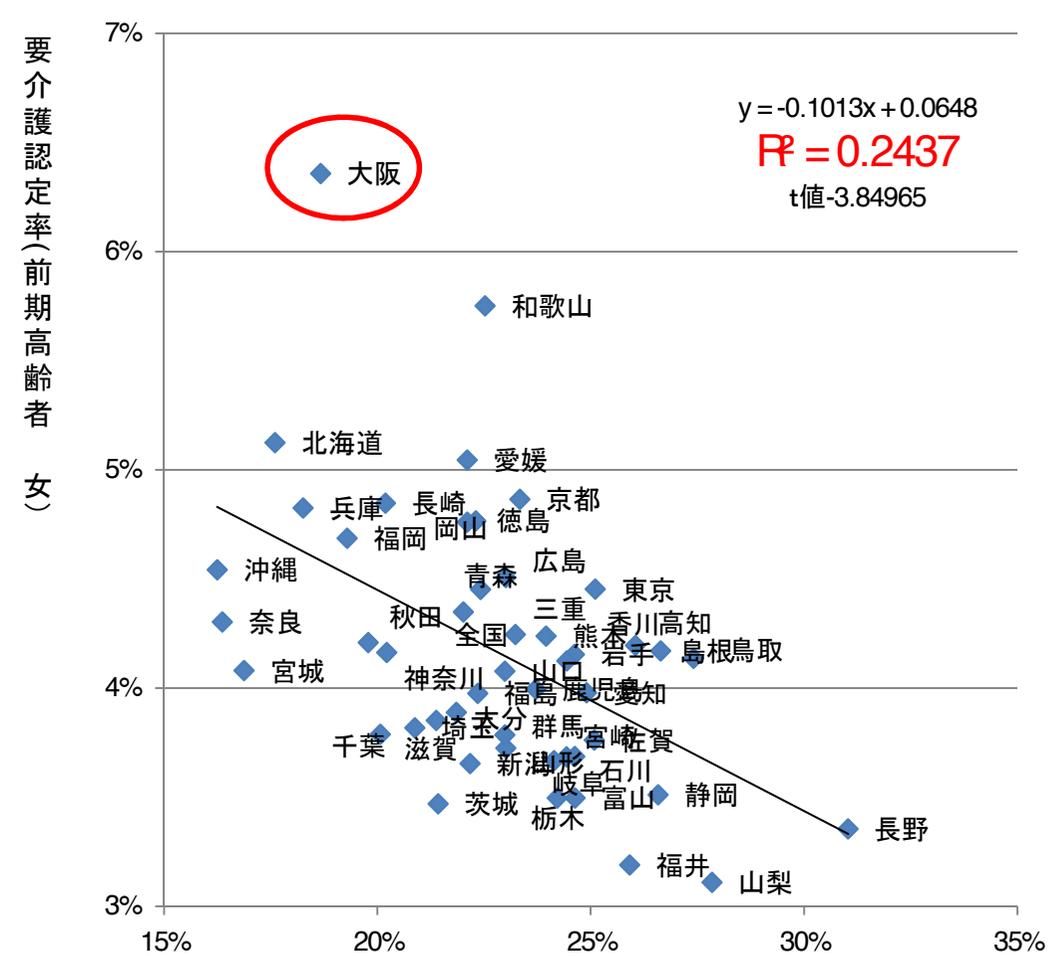
【要因2】前期高齢者(65~74歳)の就業率と要介護認定の関係性

○前期高齢者の就業率と、要介護認定を受けた者の割合との間には、緩やかではあるが、マイナスの相関が窺われる。大阪府は、就業率が低い一方、認定を受けている者の割合は突出して高い。

65~74歳の方の就業率と要介護認定
【男】



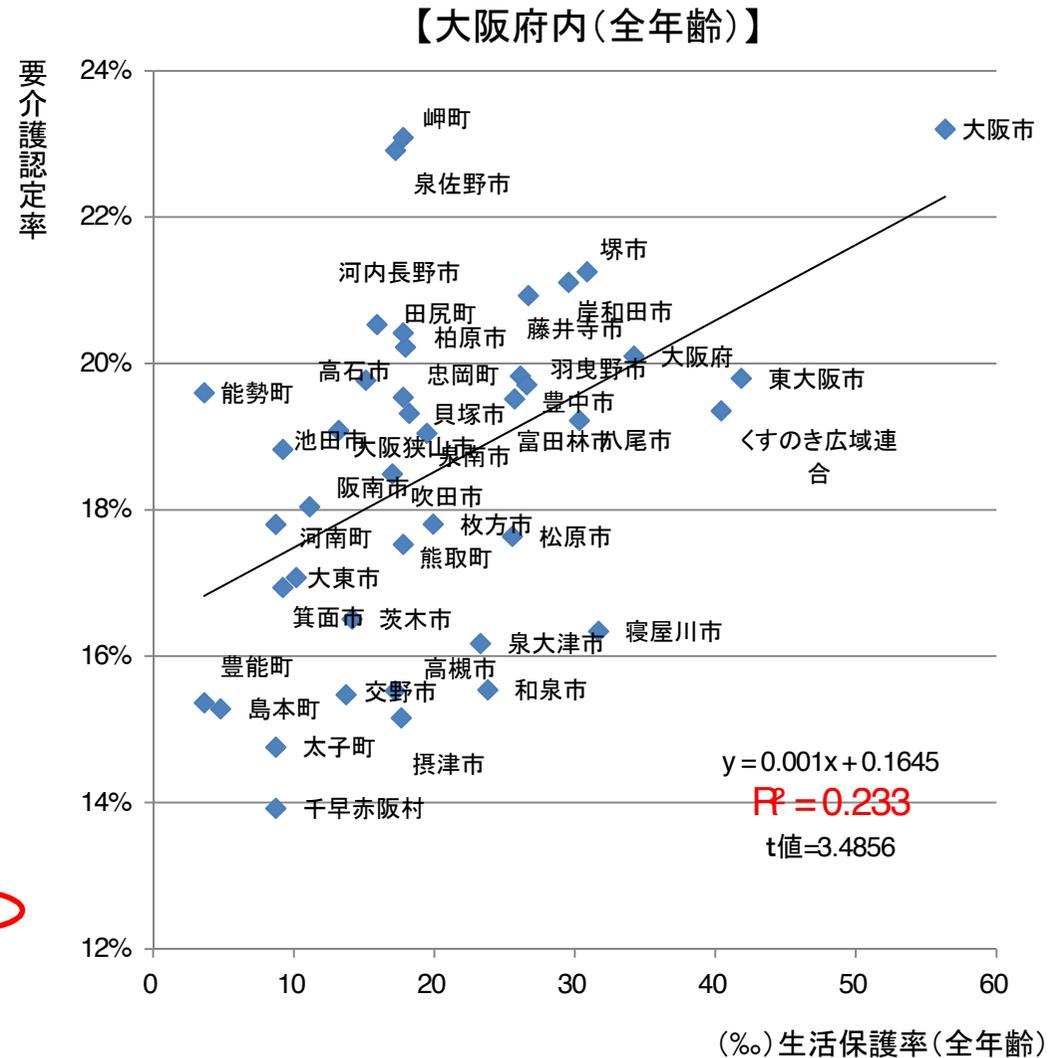
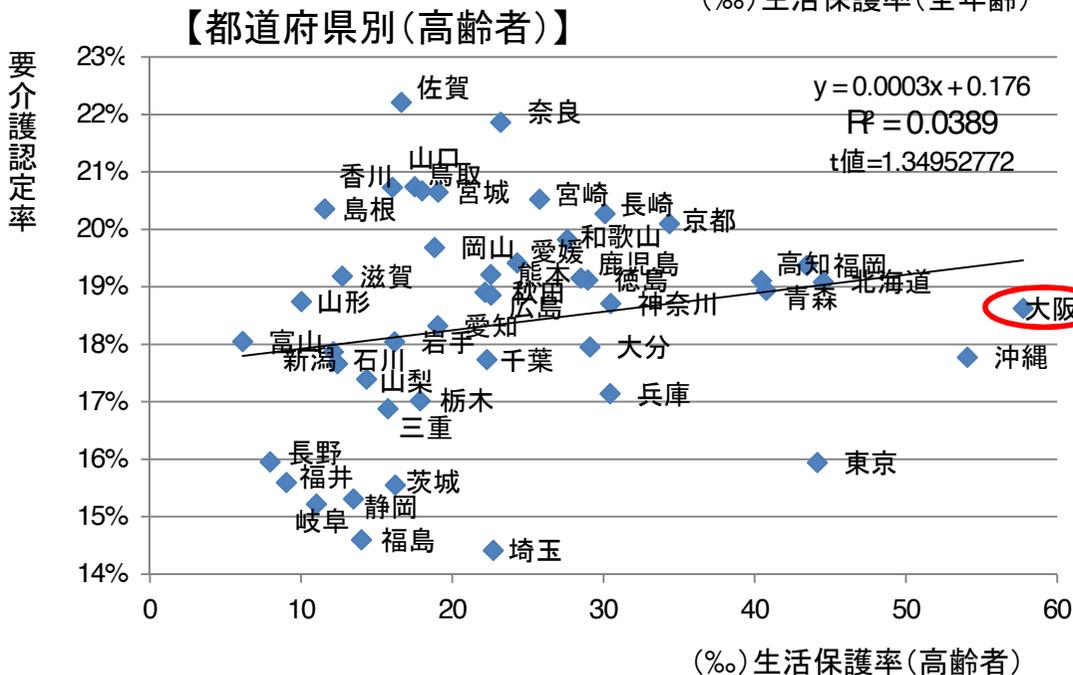
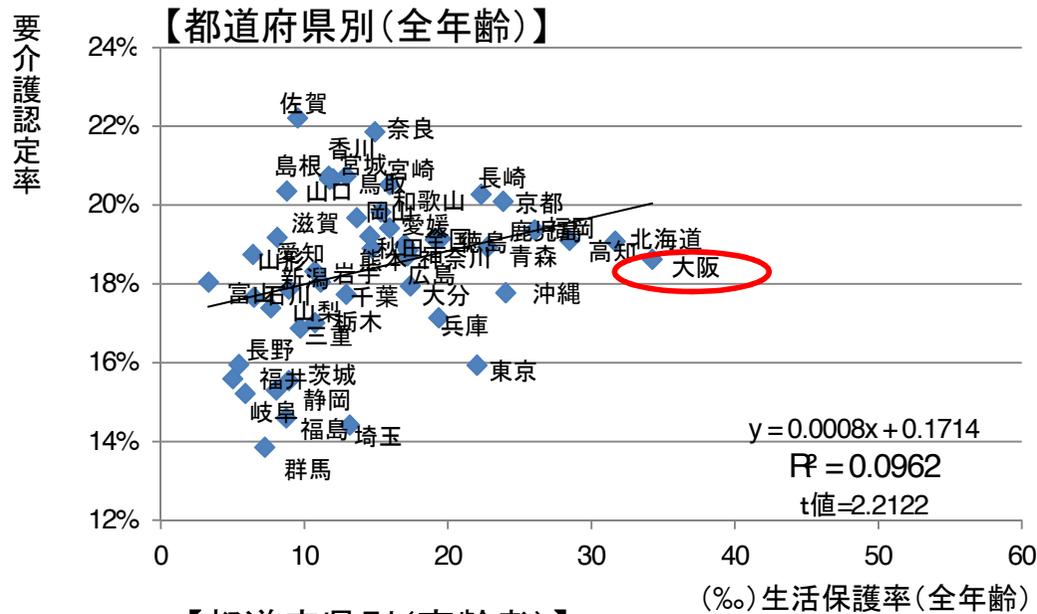
65~74歳の方の就業率と要介護認定
【女】



(総務省) H22年国勢調査
 (総務省) 人口推計(26年10月)
 (厚生労働省) H26年介護保険事業状況報告

【要因3】生活保護率と要介護認定率との関係性

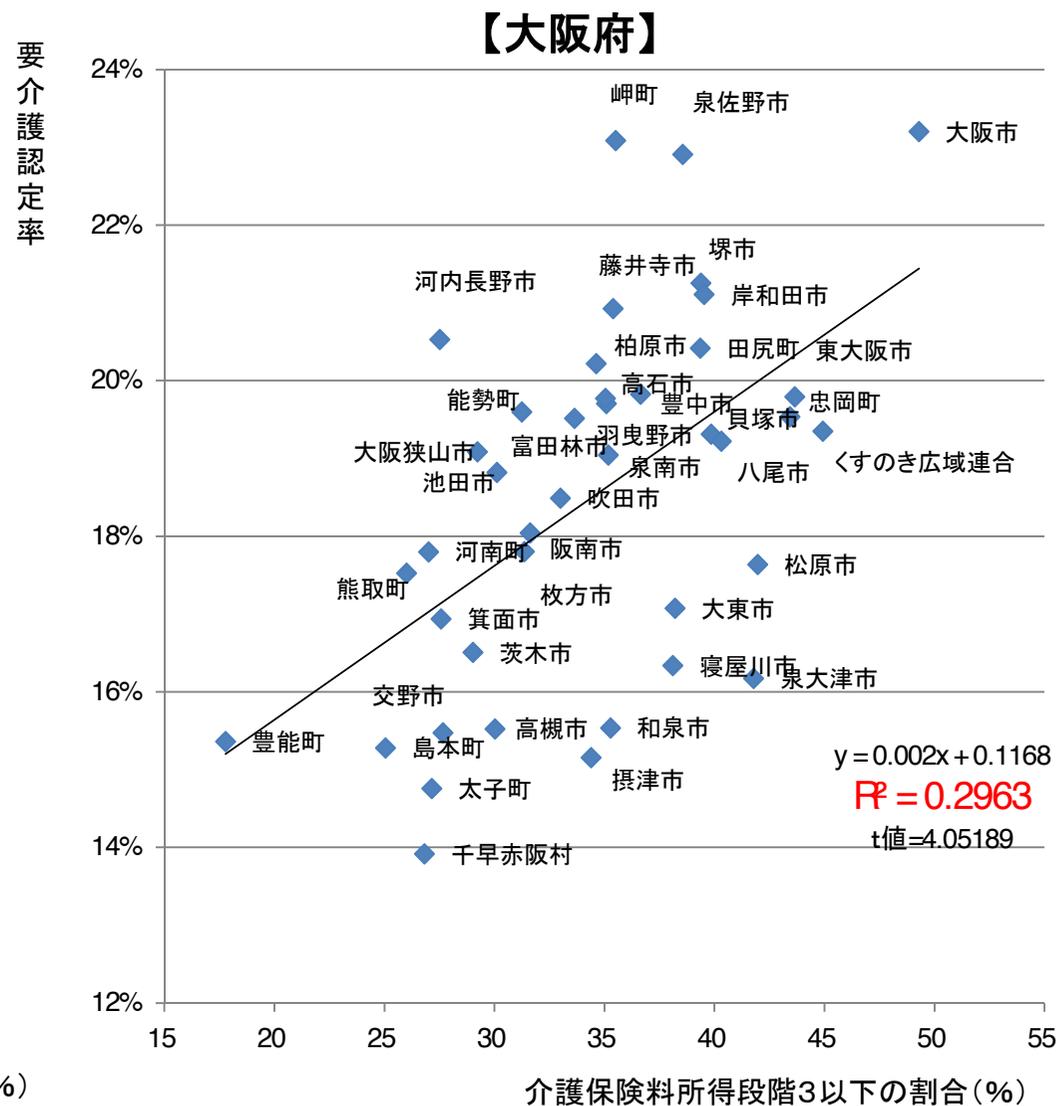
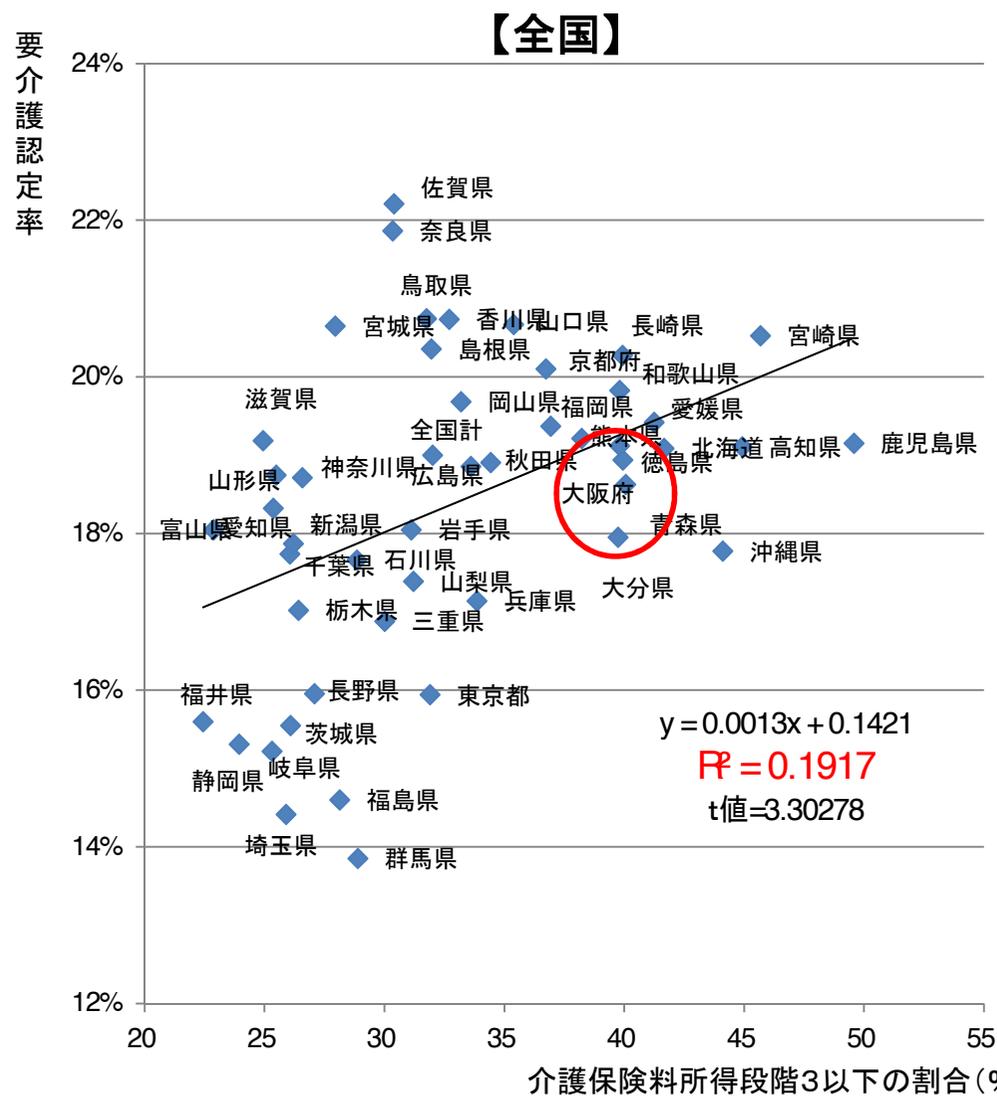
○府内市町村においては、要介護認定率と生活保護率は軽い相関が窺われる。



(全年齢)出典:H25被保護者調査、H25総務省人口推計、H25介護保険事業状況報告
 (高齢者)出典:H26被保護者調査、H26総務省人口推計、H25介護保険事業状況報告
 (大阪府内 全年齢)出典:H25被保護者調査、H25総務省人口推計、H25介護保険事業状況報告

【要因4】介護保険料軽減を受けている割合(所得が第3段階以下)と要介護認定率

○世帯全員が市町村民税非課税となっている割合と、要介護認定率には軽い相関が窺われる。



※保険料の軽減が行われている世帯

第1段階 生活保護被保護者、世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者等

第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下等

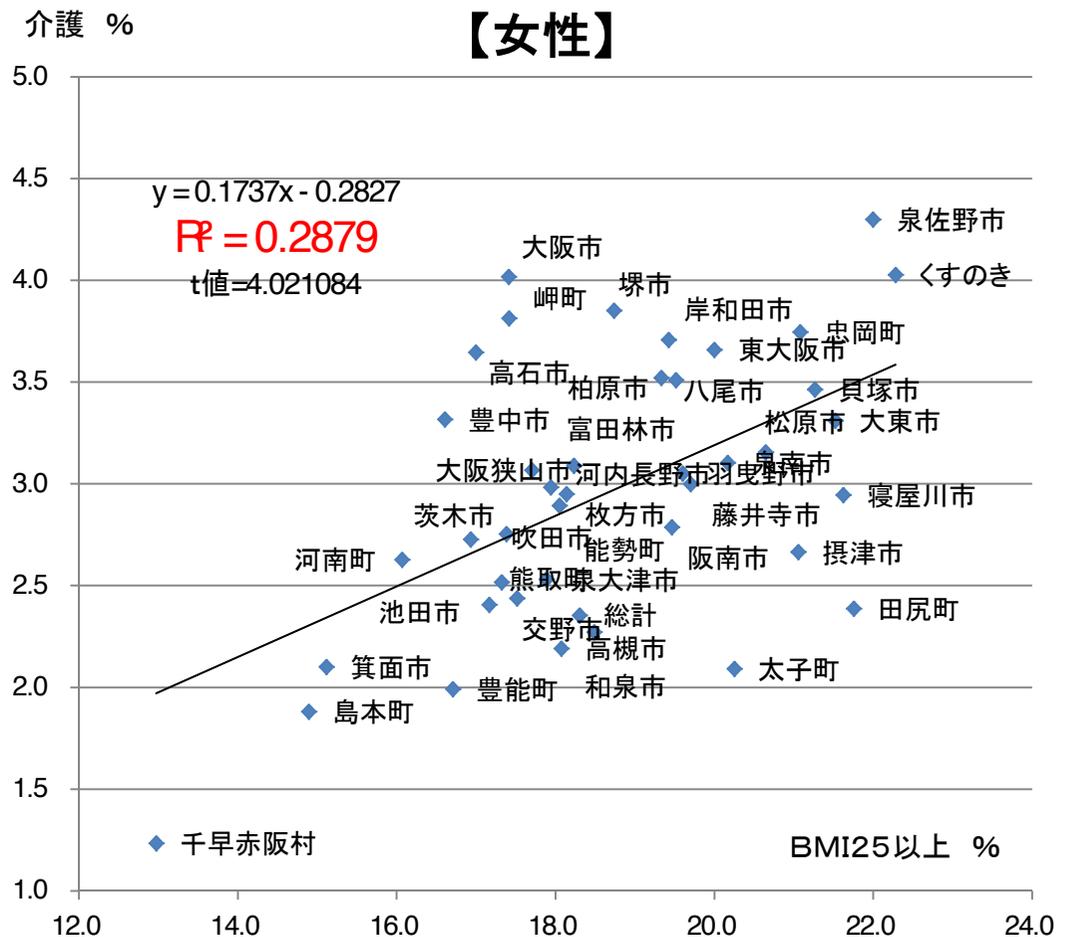
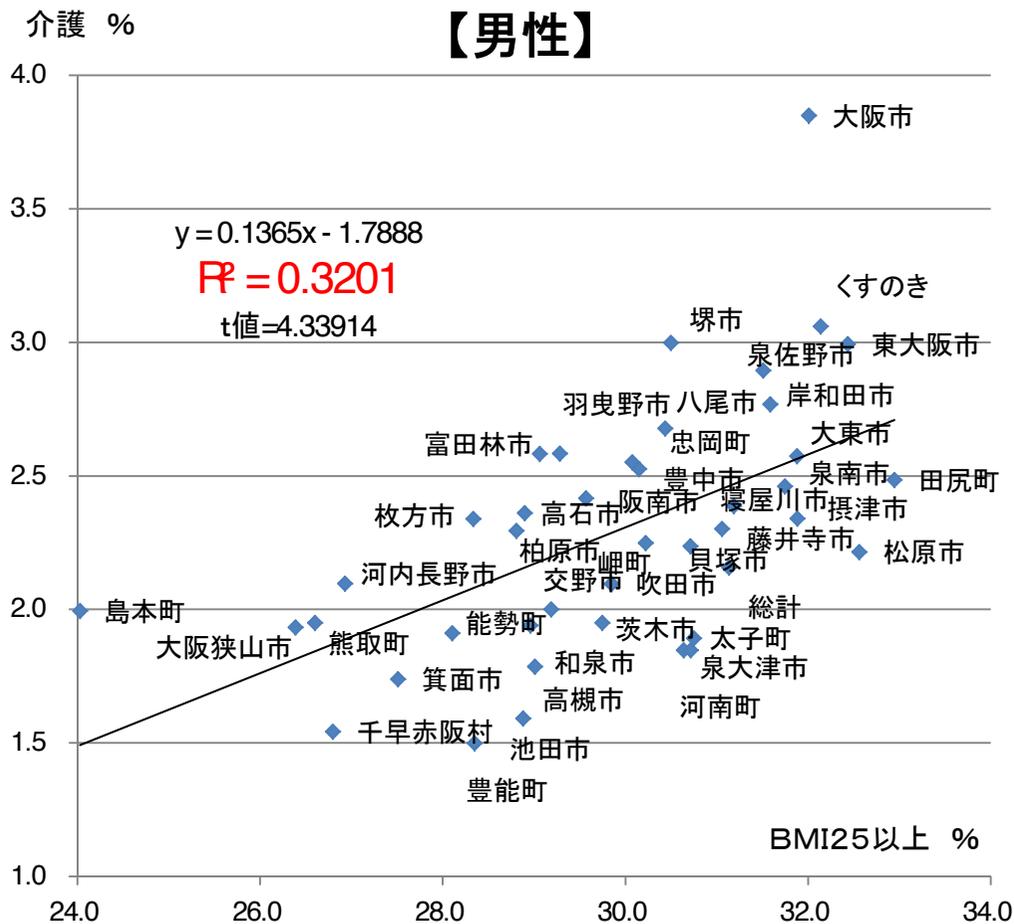
第3段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入120万円超等

⇒ 第1～第3段階までが、市町村民税世帯全員が非課税であり、かつ、保険料軽減の対象となっている第1号被保険者

平成26年度介護保険事業
 状況報告(年報)

【要因5】BMI25以上の割合と要介護認定率(前期)【大阪府】

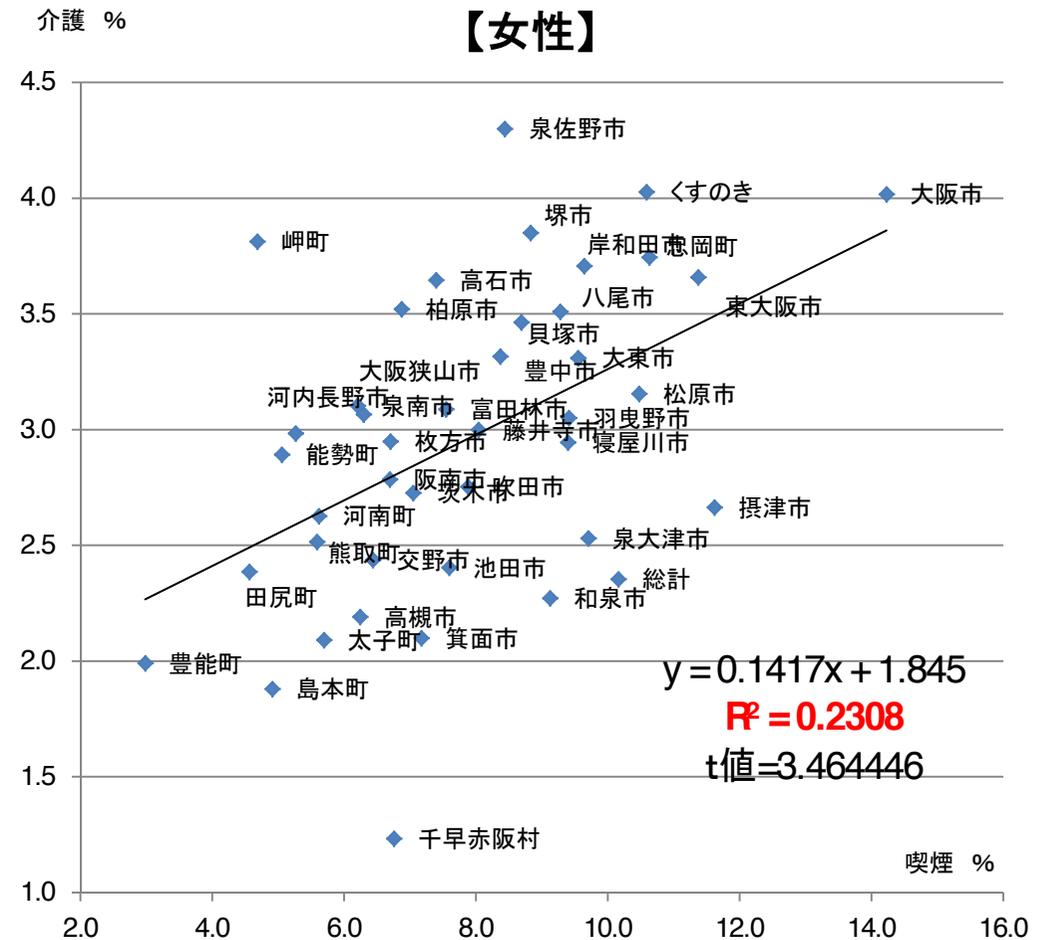
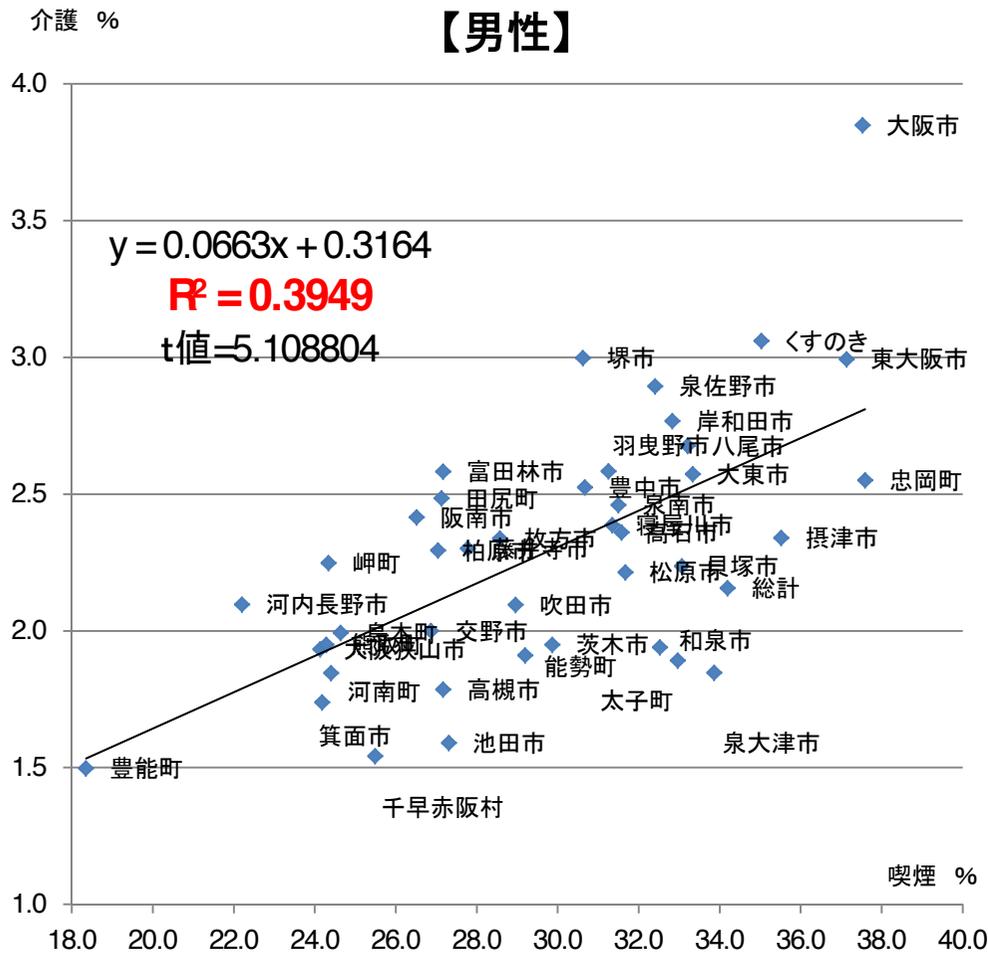
○市町村国保及び協会けんぽデータを用いて、40～74歳のBMI25以上の割合と、前期高齢者(65～74歳)の要介護認定率とをクロスした。この結果、男性、女性とも、緩やかな相関がみられた。



大阪がん循環器病予防センター「市町村国民健康保険及び協会けんぽにおける特定健診・特定保健指導のデータ分析並びに市町村国民健康保険、後期高齢者医療、及び協会けんぽにおける医療費データ分析」報告書(平成27年度)データを用いて大阪府福祉部高齢介護室において分析

【要因6】喫煙率(40~74歳)と要介護認定率(前期高齢者)【大阪府】

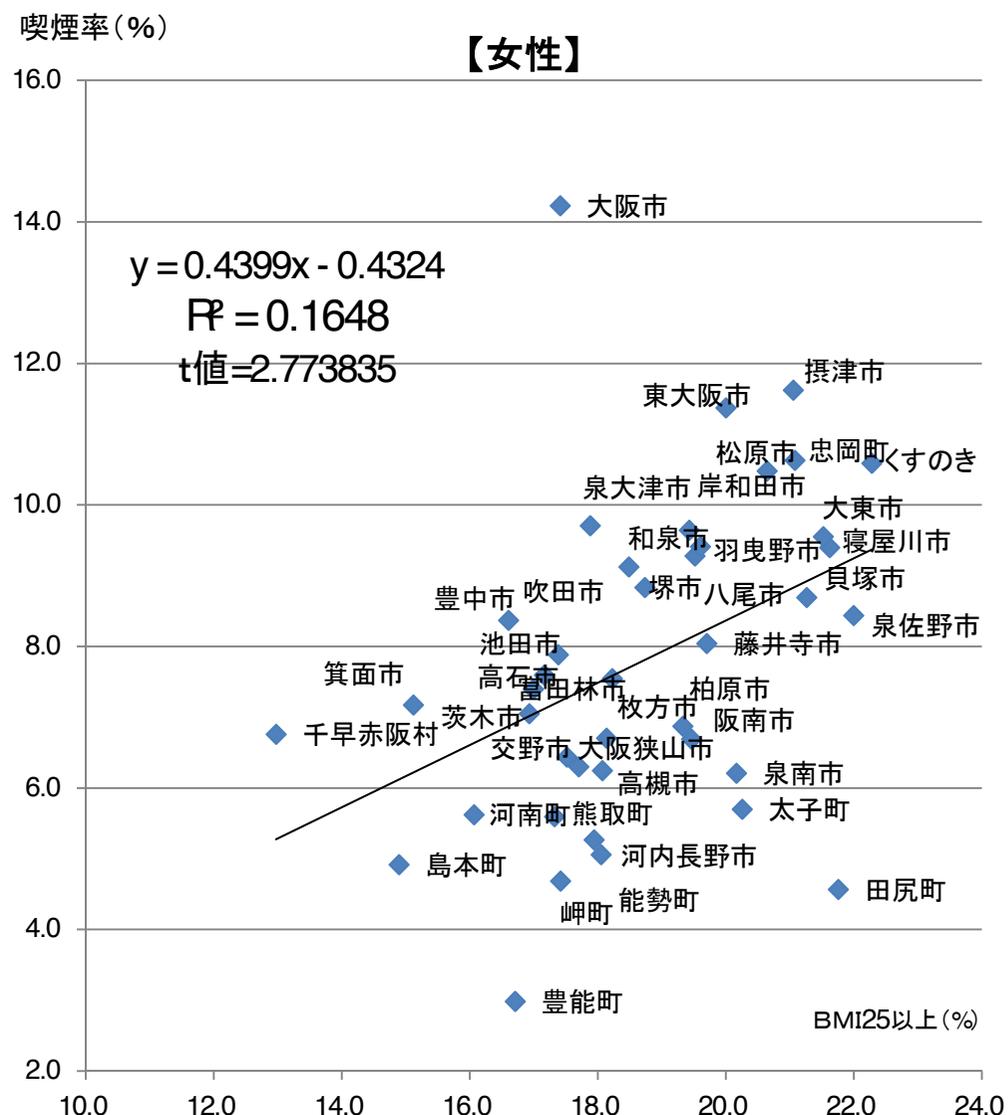
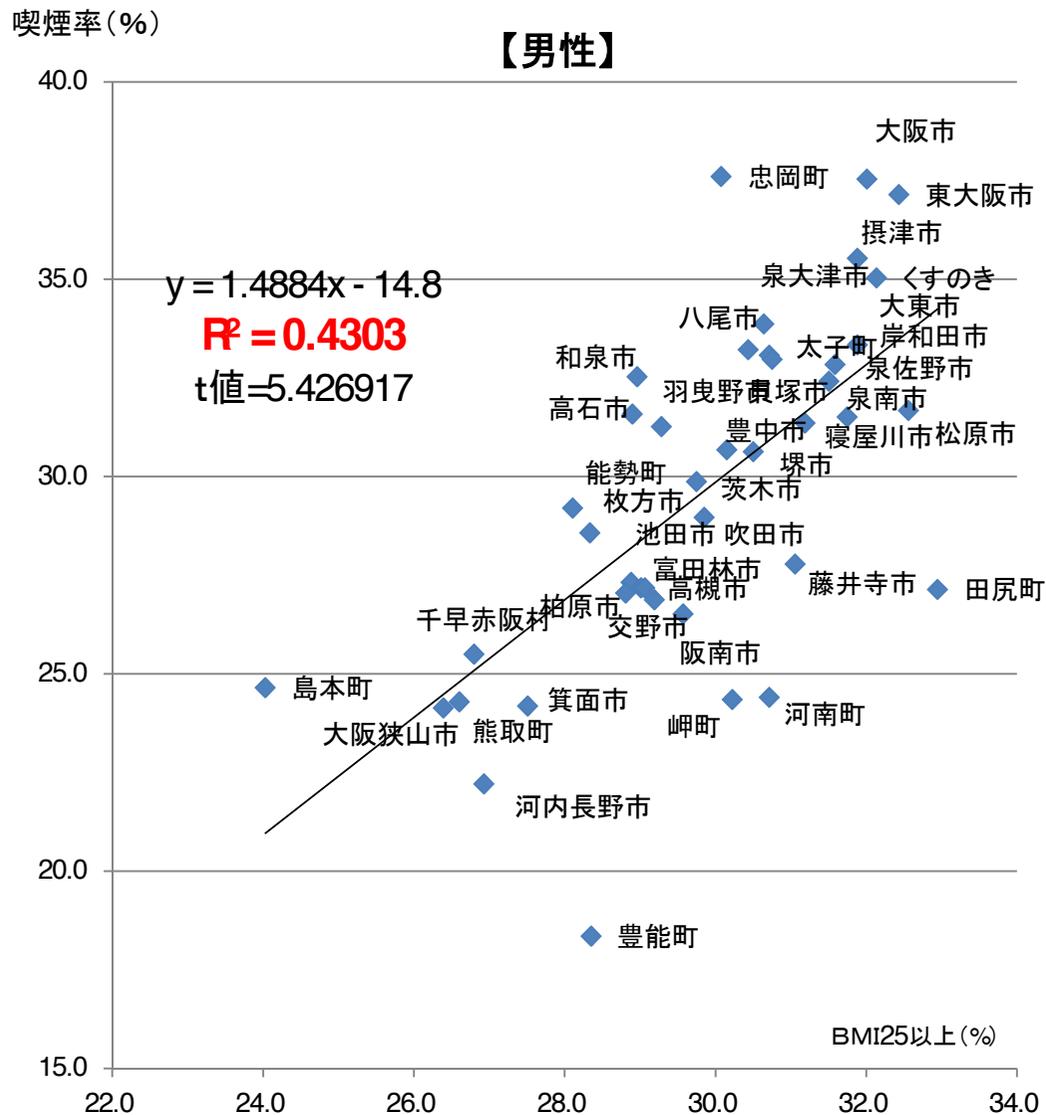
○市町村国保及び協会けんぽデータを用いて、40~74歳の喫煙率(平均)と、前期高齢者(65~74歳)の要介護認定率とをクロスした。この結果、特に、男性に相関がみられた。



大阪がん循環器病予防センター「市町村国民健康保険及び協会けんぽにおける特定健診・特定保健指導のデータ分析並びに市町村国民健康保険、後期高齢者医療、及び協会けんぽにおける医療費データ分析」報告書(平成27年度)データを用いて大阪府福祉部高齢介護室において分析

【40～74歳】BMI25以上の割合と喫煙率の相関

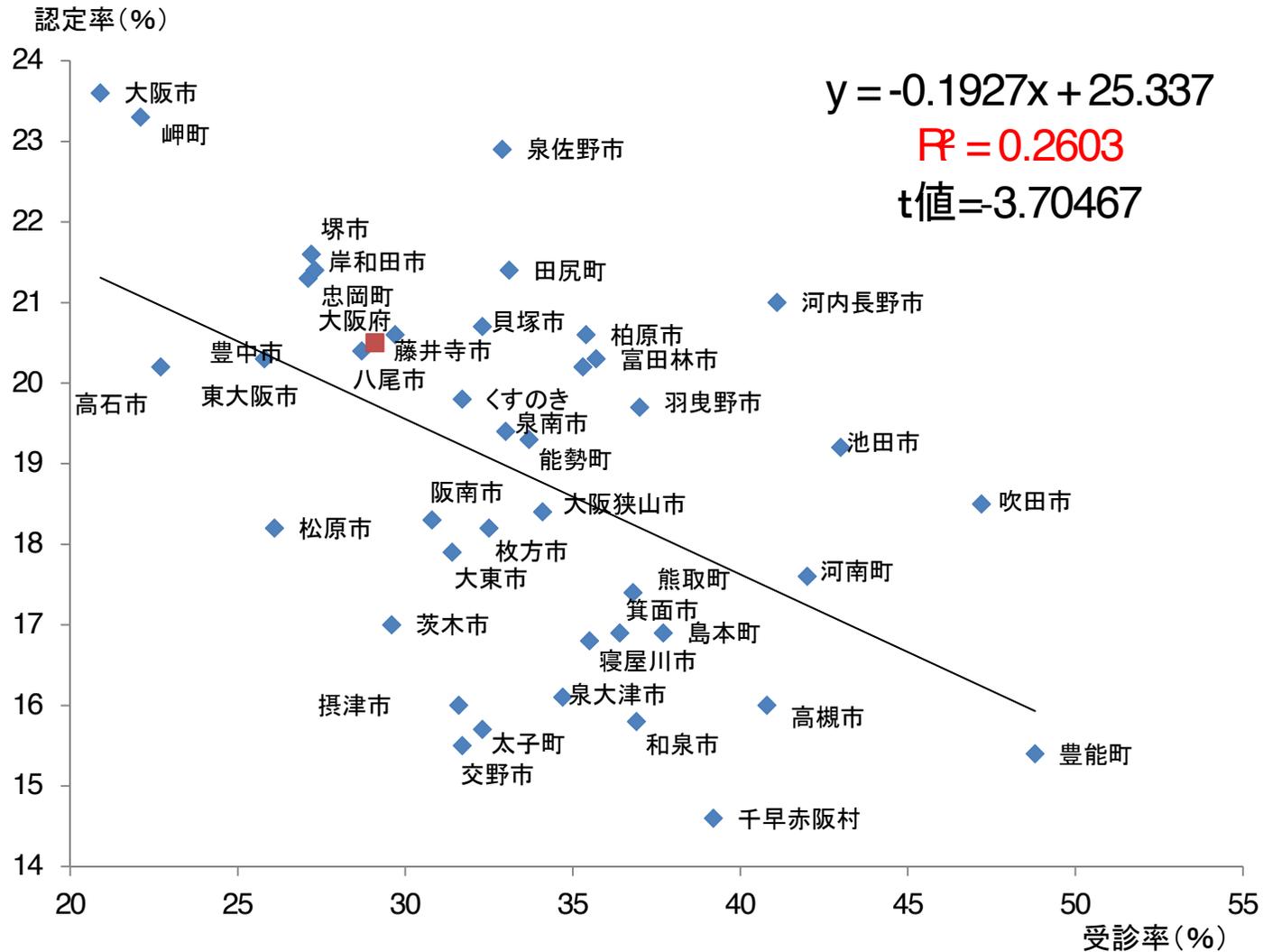
○「市町村国保+協会けんぽ」(40～74歳)のデータを用い、BMI25以上の者の割合と喫煙率との関係を見ると、特に男性に正の相関がみられた。



大阪がん循環器病予防センター「市町村国民健康保険及び協会けんぽにおける特定健診・特定保健指導のデータ分析並びに市町村国民健康保険、後期高齢者医療、及び協会けんぽにおける医療費データ分析」報告書(平成27年度)データを用いて大阪府福祉部高齢介護室において分析

【要因7】 健診受診率(40~74歳)(市町村国保+協会けんぽ)と要介護認定率(65歳以上)【男女計】

○市町村国保及び協会けんぽデータを用いて、40~74歳の健診受診率と、要介護認定率(65歳以上)とをクロスした。この結果、負の相関がみられた。

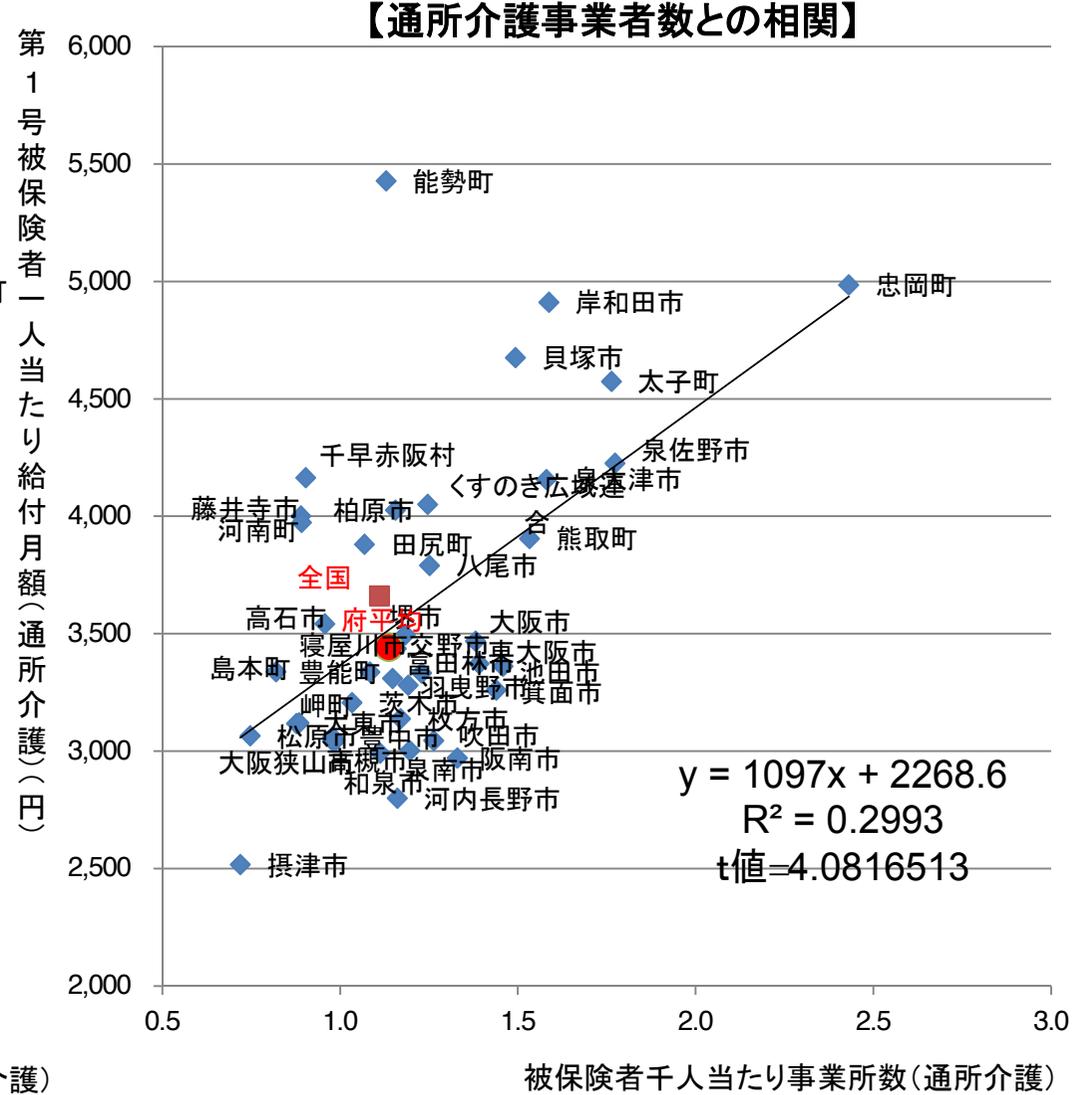
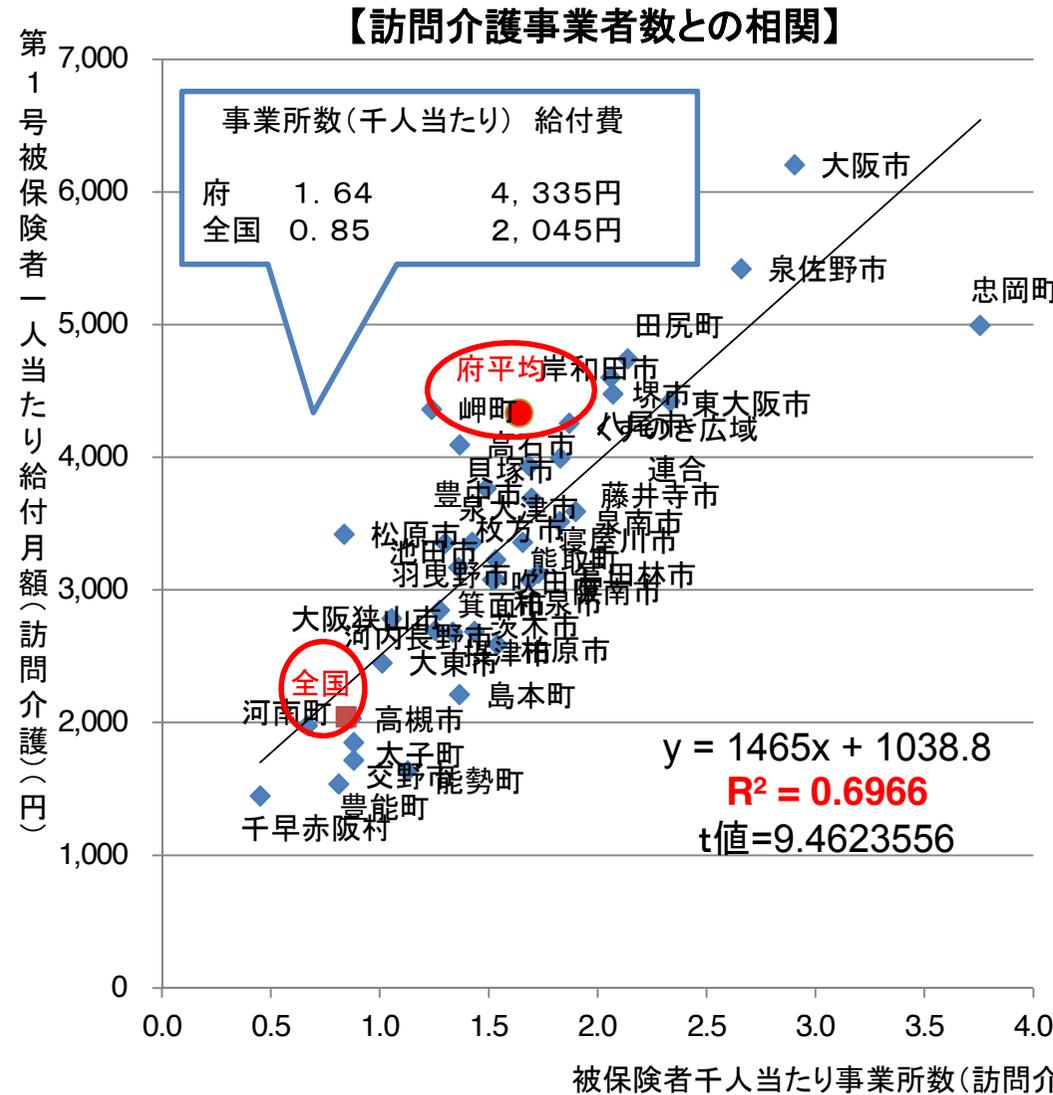


大阪がん循環器病予防センター「市町村国民健康保険及び協会けんぽにおける特定健診・特定保健指導のデータ分析並びに市町村国民健康保険、後期高齢者医療、及び協会けんぽにおける医療費データ分析」報告書(平成27年度)データを用いて大阪府福祉部高齢介護室において分析

【要因8】事業者誘発需要の可能性

○人口が密集し、介護事業者が多数存在する大阪府では、利用者(需要側)が必要以上にサービスを利用する側面と、事業者(供給側)が需要を掘り起こす側面との両面が想定される。

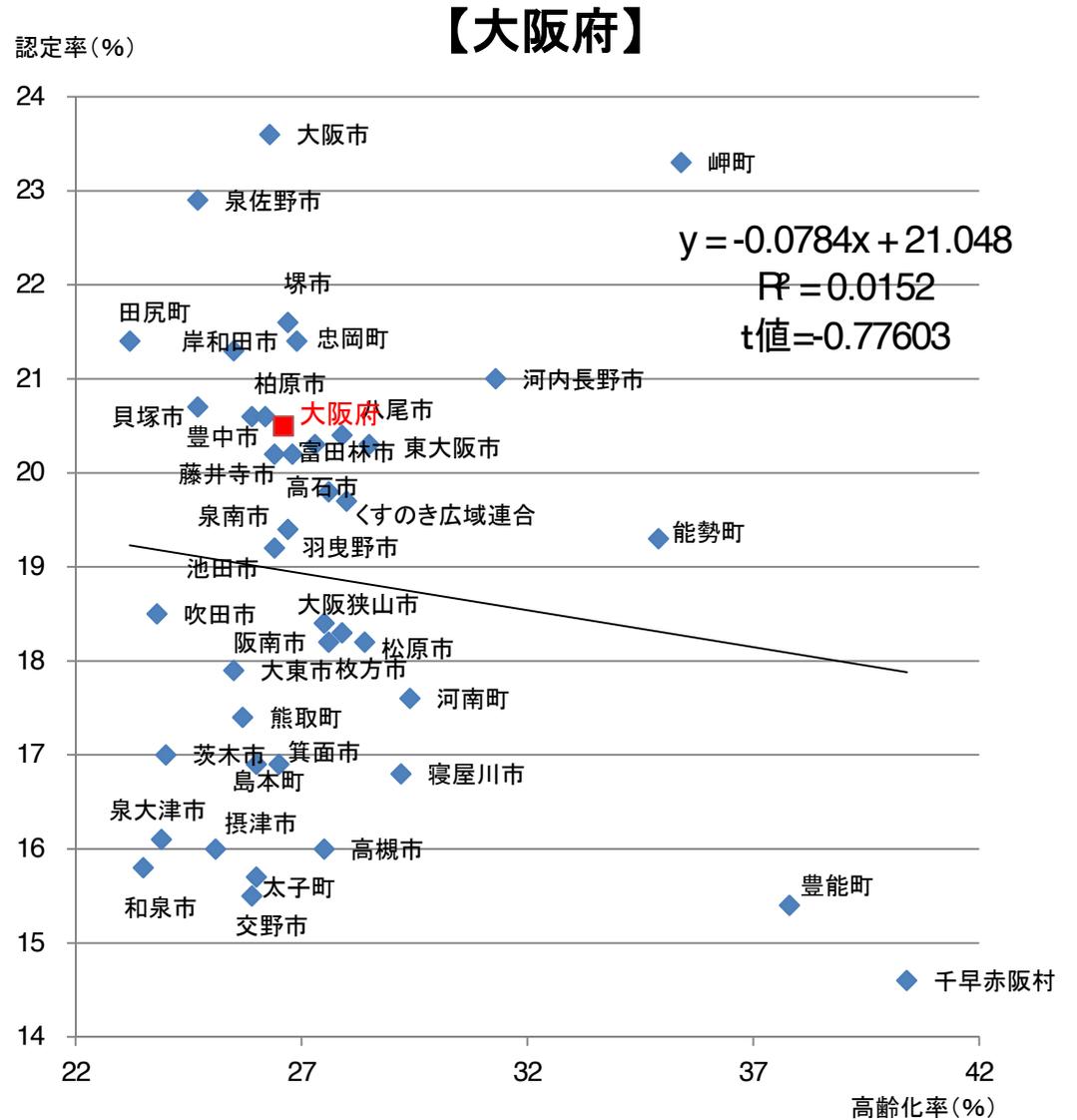
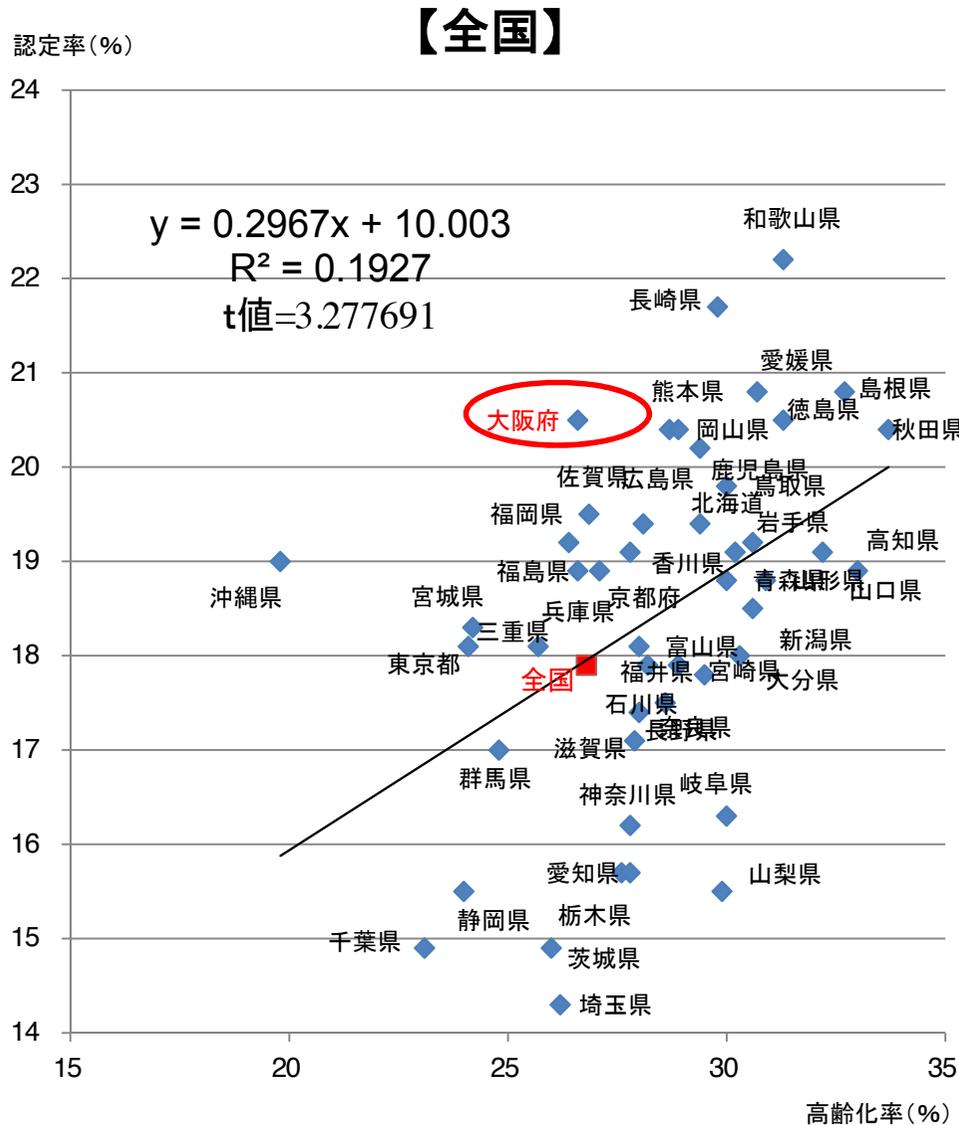
○軽度者の段階から、生活援助系サービスを多用し過ぎることで、かえって廃用症候群を招くことはないか。



(出典)介護保険事業状況報告H26年、事業所数は大阪府高齢介護室資料

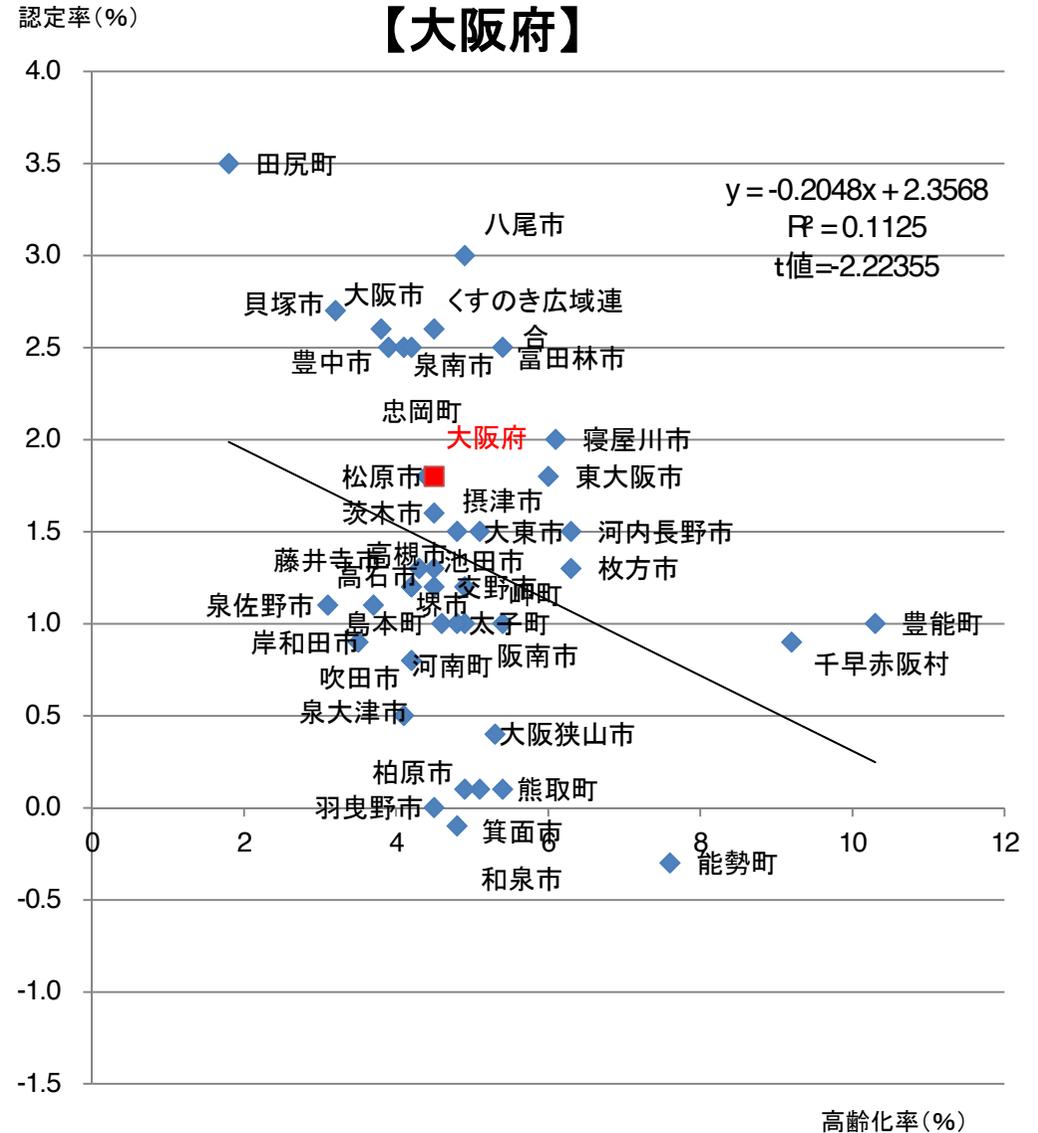
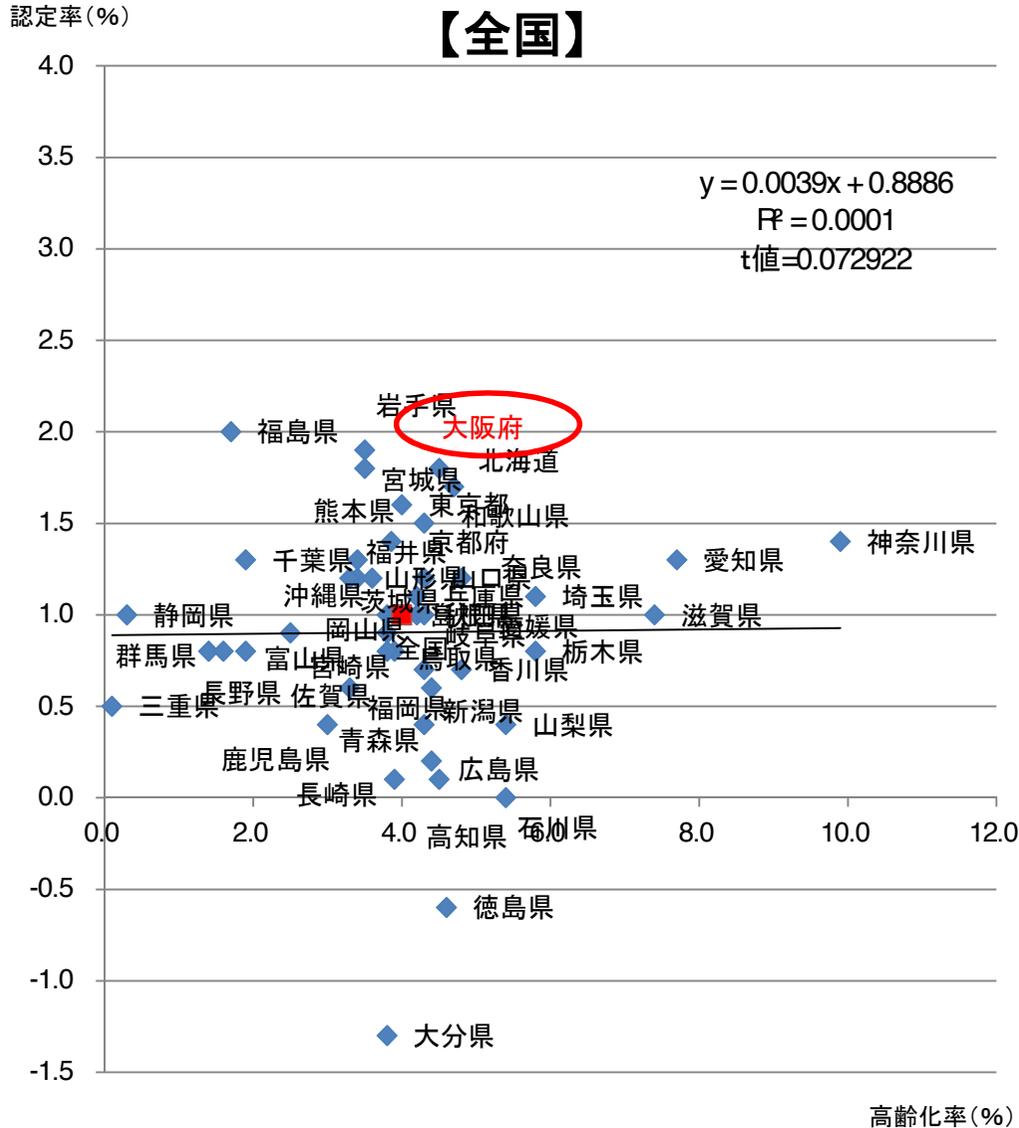
要介護認定率と高齢化率【2015年】

○大阪府の要介護認定率は、高齢化率以外の要因によって決まっている部分が多い。



要介護認定率伸び率と高齢化率伸び率【2010年→2015年】

○すべての都道府県で高齢化が進展しているが、要介護認定率を下げた県(大分県、徳島県)も存在。
 高齢化の進展に対し、要介護認定率の反応には差異がある。



4. 大阪府における対応の方向性

大阪府の現状

要介護認定率、被保険者一人当たり介護費が全国一高い。

要介護認定率

全国平均 17.9%(うち要介護2以下11.7%)
大阪府 22.4%(うち要介護2以下 15.2%)【47位】

被保険者一人当たり介護費

全国平均 27.4万円(うち在宅14.3万円)
大阪府 31.9万円(うち在宅19.2万円)【47位】

課題

1. 要介護状態に至らないための健康に資する施策等の必要性

- 要介護認定率が、男女とも全年齢階級で全国一高い。軽度者、特に要支援1、2が特に多い。
⇒その半数は生活不活発化などが要因
- そもそも、健康寿命も短い(男性43位、女性47位)

2. 要介護認定の平準化および適正化に資する取組の必要性

- 「一次判定」の選択項目にバラツキ
・「左・下肢麻痺」有 : 全国平均36.9% 府内最高60.4% 府内最低10.5%
- 「一次判定」⇒「二次判定」の「変更率」にバラツキ
・「重度変更」 28.0% > 「軽度変更」 1.4% が極端な自治体など

3. 高齢者の「住まい」において提供されている介護サービスの実態

- わずか6年で有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅は3倍超に。
・「有料・サ高住」 59,215戸 > 「特養など介護3施設」 53,166床
- 区分支給限度基準額に対し、住宅型有料で90.7%
サ高住(指定なし)で86.0%ものサービス利用。
- 要介護3以上では、特養以上に費用がかかっている。

4. 利用者本位のケアマネジメントの実現に向けた取組の必要性

- 居宅サービスを主としたサービス提供。可能な限り住み慣れた居宅で暮らし続けられるよう、適切なケアマネジメントによる、適切な介護・医療サービスの提供が求められる。
- 要介護4・5といった重度者の要因となり得る「脳血管疾患」の再発防止など、セルフマネジメントも課題。

対応策

- 地域ケア会議等を通じた介護予防ケアマネジメントの強化
- 新しい総合事業の着実な実施
⇒「住民主体の多様なサービス」を創出(高齢者の社会参加・介護予防)
- 健康づくり・疾病対策との連携の重要性

- 選択状況に特徴のある自治体、認定調査員の評価技能向上
⇒業務分析データの活用促進、視聴覚教材等を用いた研修の実施
- 認定調査員による「特記事項」の記載方法や事務局運営の点検など

- 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討
- 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組
- 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化
「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

- 地域課題を踏まえた法定外研修の実施など、ケアマネジャーの資質向上
- 自立支援型ケアプランの作成支援
- 医療・介護連携の質向上に向けた「退院調整ケアカンファレンス」

府・保険者・関係部局等が連携の上、来年度策定予定の第7期高齢者計画に必要な対応等を反映

介護予防ケアマネジメント(大分県などの取組)

介護予防ケアマネジメント

本人の「**したい・できるようになりたい**」
を大切にした自立支援型の
介護予防ケアマネジメント



通所型C

訪問によるアセスメント

通所サービス

- ・運動器向上プログラム
ADL/IADL動作練習プログラム 等

<3-6カ月程度の短期集中>

訪問型C

- ・閉じこもりやうつ、認知機能
低下者への訪問によるアプローチ



リハ職等を活用し、
介護予防の機能強化

地域ケア会議



社会参加のための場所

地域の通いの場

趣味、スポーツ

ボランティア、仕事等

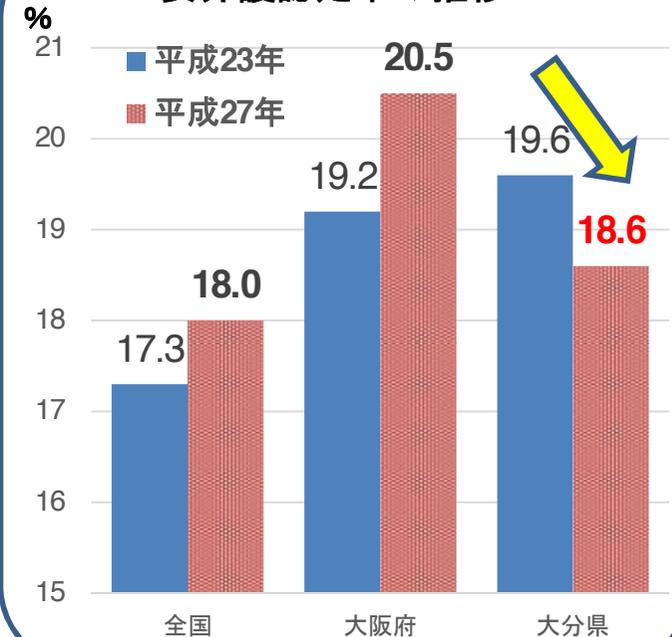
住民運営の通いの場の充実

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進



要支援・要介護者を元気に！

要介護認定率の推移



利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める
（安全に入浴する）

あいまいな目標
 デイに行けば即達成
 ※代表的な目標例

サービス内容

デイサービスで週2回風呂に入る

6ヶ月後評価困難

問題点

デイサービスでは入浴できても
 自宅では入浴ができない

お世話なしには生活できない

見落とし多数！！

× お世話型のケアマネジメント

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

6ヶ月後
自分で入浴することができる

具体的
 6ヶ月後評価可能

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- **歯・口腔・嚥下の状態は？**
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、生活支援を必要とする軽度の高齢者は増加の一途。
- 一方で、国は、軽度者に対する財政支出を縮減する方針。今後は、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体によって、生活支援・介護予防サービスが提供されることが求められる。
- 高齢者が社会参加し、社会的役割を持つことは、高齢者の生きがいだけでなく、「介護予防」にもつながる。

生活支援・介護予防サービス

- ニーズに合った多様なサービス種別
- 住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供
 - ・ 地域サロンの開催
 - ・ 見守り、安否確認、外出支援
 - ・ 買い物、調理、掃除などの家事支援
 - ・ 介護者支援 等

高齢者の社会参加

- 現役時代の能力を活かした活動
- 興味関心がある活動
 - ・ 一般就労、起業
 - ・ 趣味活動
 - ・ 健康づくり活動、地域活動
 - ・ 介護、福祉以外のボランティア活動 等

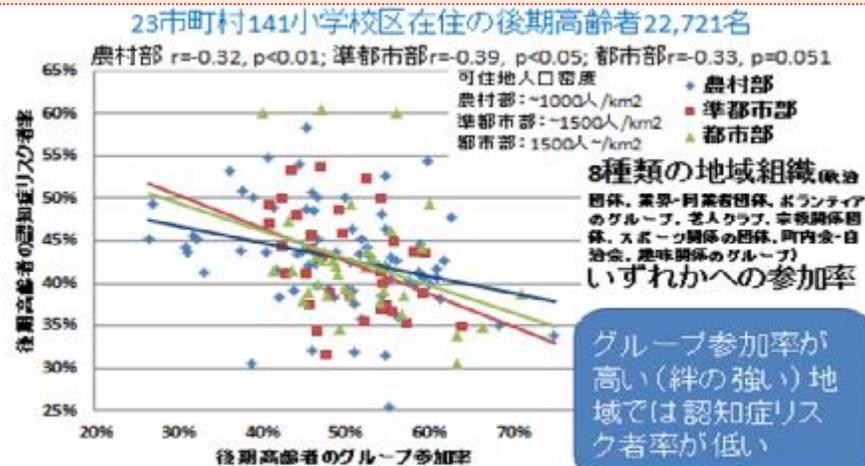
生活支援の担い手としての社会参加



趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い。



ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない。



新しい介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)

改正前

改正後(2017年度までに移行)

介護給付 (要介護1～要介護5)

これまでと同じ

介護給付(要介護1～要介護5)

介護予防給付(要支援1・2)

訪問看護・福祉用具等

これまでと同じ

介護予防給付(要支援1・2)

訪問看護・福祉用具等

訪問介護

移行

地域支援事業

既存事業所による訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

既存事業所による機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業所等によるミニ・デイサービス

コミュニティサロン、住民主体の交流の場

通所介護

移行

新たに地域支援事業として、市町村の事務に位置づけ

- ・サービス内容や価格、利用者負担は市町村の裁量で決めることができる
- ・**事業費に「上限」が設定される**

※ 3年後には、要介護1、2の訪問介護、通所介護も地域支援事業に移行か???

サービスの充実

- ・多様なニーズに対するサービスの拡がりにより、在宅生活の安心確保



同時に実現

費用の効率化

- ・住民主体のサービス利用の拡充
- ・認定に至らない高齢者の増加
- ・重度化予防の推進

「大阪ええまちプロジェクト」について



○ 住民主体型サービス創出支援協議会などを踏まえながら、3つの取組みを進めます。

大阪府「住民主体型サービス創出支援推進協議会」

新しい介護予防・日常生活支援総合事業における住民主体サービスの創出を推進するため、市町村支援の具体的方策の検討・意見交換、本プロジェクトの事業評価等を行う。

構成メンバー：府内市町（政令市、先進的取組市町）、府社協、ボラ協、府老連、さわやか福祉財団、先進NPO等

大阪府

住民主体型サービス創出のための広域的な市町村支援の実施。
また、そのための好事例の抽出及び府内市町村への情報提供

意見聴取

評価・助言

報告

委託

事業実施者：(特非)サービスグラント

1. 住民主体型サービス創出に向けた直接的支援 生活支援コーディネーターと連携しつつ、支援を実施

プロジェクト型支援

ビジネス経験や専門知識を活かした「プロボノ」により、団体の活動基盤強化につながる具体的な成果物等を作成支援
(短期)1か月 (長期)3～6か月 (支援件数)20件程度

個別相談型支援

府内で活躍する先進NPO法人等による電話、メール、訪問による相談支援
(支援件数)年間50件程度

2. 住民主体型サービス創出に向けた情報発信・機運醸成 住民主体型サービス創出に向けた機運を醸成

情報発信・機運醸成

- ・特設ウェブサイトを立ち上げ、プロジェクトの進捗状況を随時共有・発信
- ・「ブロック会議」を通じて、地域を超えた情報共有と連携機会の創出、好事例集又はエッセンスをまとめたマニュアルの提供
- ・年度末の大交流会において、地域貢献団体・プロボノワーカー等を交えた交流とネットワーキングの機会提供

3. 市町村における生活支援コーディネーターのネットワークの強化 支援ノウハウを共有し、地域に蓄積

- ・生活支援CDの地域を超えた関係づくり
- ・地域貢献団体への支援による地域活動の強化
- ・(要請があれば)B型創出のアドバイス
- ・イベント情報の提供

大阪ええまちプロジェクト ～ 住民主体型サービスの創出支援 ～



- 「大阪ええまちプロジェクト」は、若手からシニアまでオール大阪で住民主体(支え合い)による地域包括ケアシステムの構築を目指そうとするプロジェクトです。
- 地域において「住民主体型サービス」の創出に向けて取り組もうとする地域貢献団体に対して、
 - ①プロボノ(仕事上で得た知識や経験、技能を、社会貢献のため提供するボランティア)による「プロジェクト型支援」、
 - ②府内で活躍する先進NPO法人等(先輩団体)による「個別相談型支援」をマッチングすることを通じて、運営上の悩みを具体的に解決していきます。

