

大阪府  
介護保険の保険者機能強化推進事業  
報告書

2019（平成 31）年 3 月 29 日  
株式会社ナレッジ・マネジメント・ケア研究所

# 大阪府「介護保険の保険者機能強化推進事業」報告書

## 目次

1. 大阪府の介護保険事業の現状分析 .....	1
(1) これまでの大阪府介護保険制度の歩み .....	1
(2) 大阪府の介護保険を取り巻く現状 .....	2
(3) 大阪府高齢者住宅の利用状況 .....	7
(4) 介護給付費増加の要因分析 .....	9
(5) 福祉サービスの特性 .....	10
2. 府内保険者の機能強化の取組み状況 .....	13
(1) 保険者機能強化推進評価にみる傾向と対策 .....	13
(2) 府内保険者の取組み好事例 .....	19
3. 保険者機能強化の取組みと目標 .....	21
(1) 介護保険事業の現状と課題、対応の方向性 .....	21
(2) 大阪府介護事業の特徴と保険者の取組 .....	24
4. 給付実績を活用した給付適正化の取組み .....	26
(1) 介護給付適正化の取組み優先度 .....	26
(2) 訪問回数の多いケアプランへの対応 .....	30
5. 介護予防・自立支援の取組み .....	32
(1) 総合事業（通いの場や多様なサービス）の推進 .....	32
(2) 効果的な介護予防事業のために .....	34
(3) 生活困窮高齢者の自立支援 .....	38
(4) 特定健診等による自己管理 .....	42
(5) 地域密着型3サービスの推進 .....	43
6. これからの地域づくり（府民意識の醸成） .....	50
(1) 大阪府介護保険の状況 .....	50
(2) 地域共生社会の実現に向けて .....	54
(3) 地域住民による地域づくり .....	56
7. 保険者機能の強化と地域マネジメントの推進 .....	58

資料1 介護保険事業に関する大阪府 41 保険者データ

資料2 大阪府介護保険事業の地域差分析データ

資料3 国保連合会データを活用した介護給付適正化の取組み

資料4 ニーズ調査からみた大阪府 20 市町の地域特性と介護予防

# 1. 大阪府の介護保険事業の現状分析

## (1) これまでの大阪府介護保険制度の歩み

○大阪府の要介護認定率、介護給付費が高く推移している原因を明らかにして、その対応策を検討するため、2016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』を設置されており、とりまとめ結果は、「大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について」や「第7期大阪府高齢者計画」にも適宜反映されています。

### 介護保険制度創設時から現在までの対象者・利用者の増加

		2000年4月末		2018年4月末	増加率	
65歳以上被保険者の増加	全 国	2,165.5万人	→	3,492.0万人	1.61倍	
	大阪府	128.9万人	→	235.4万人	1.83倍	
要介護（要支援）認定者	全 国	218.2万人	→	643.7万人	2.95倍	
	大阪府	12.1万人	→	50.3万人	<b>4.16倍</b>	
サ ー ビ ス 利 用 者	在宅サービス 利用者	全 国	97 万人	→	366.0万人	3.77倍
		大阪府	4.6万人	→	29.5万人	<b>6.41倍</b>
	施設サービス 利用者	全 国	52 万人	→	93.2万人	1.79倍
		大阪府	2.3万人	→	5.1万人	2.22倍
	地域密着型サービス 利用者	全 国	—	→	85.0万人	—
		大阪府	—	→	5.7万人	—
	合計	全 国	149 万人	→	544.2万人	3.65倍
		大阪府	6.9万人	→	40.3万人	<b>5.84倍</b>

※6年間で有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅は3倍超に増加。

		第1期		第7期	増加率
月額保険料	全 国	2,911円	→	5,869円	2.02倍
	大阪府	3,134円	→	6,636円	<b>2.12倍</b>

(資料) 介護保険状況報告、大阪府における高齢者施策の現状と課題、対応の方向性

### ■大阪府の月額介護保険料の推移（下段は全国）

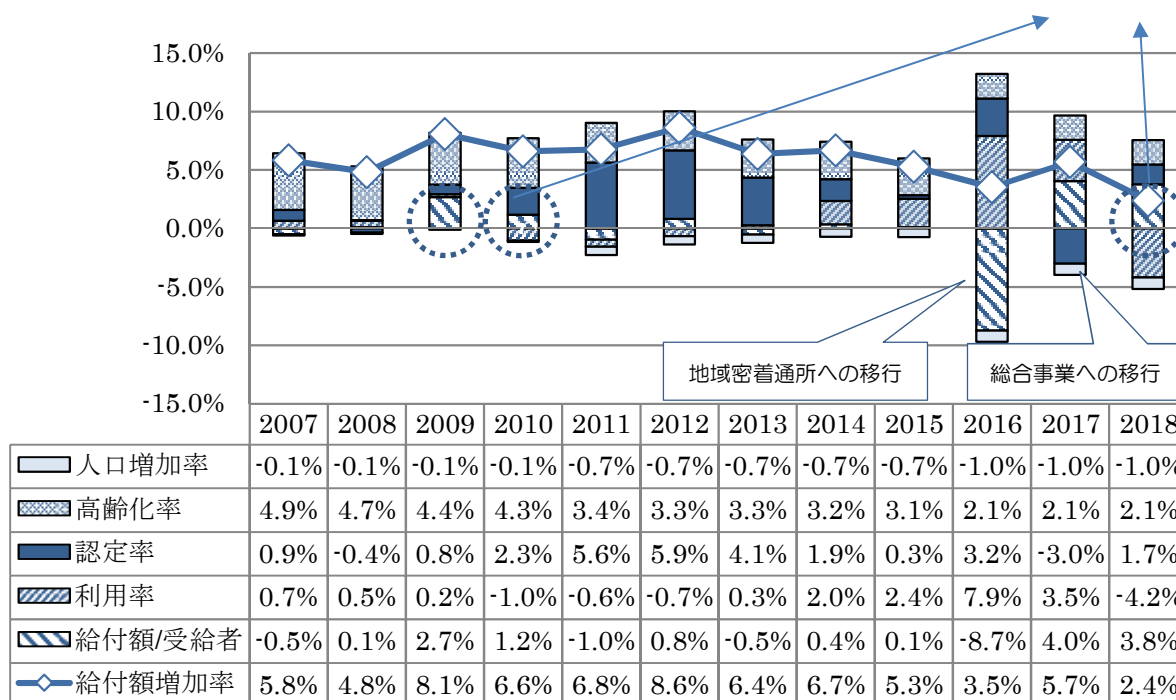
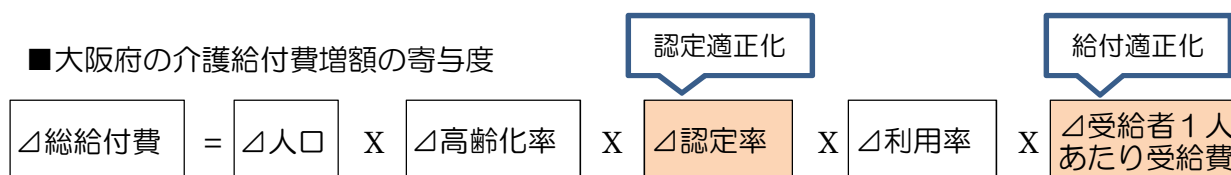
第1期 2000-02年度	第2期 2003-05年度	第3期 2006-08年度	第4期 2009-11年度	第5期 2012-14年度	第6期 2015-17年度	第7期 2018-20年度
<b>3,134円</b>	<b>3,293円</b>	<b>4,675円</b>	<b>4,588円</b>	<b>5,303円</b>	<b>6,025円</b>	<b>6,636円</b>
(2,911円)	(3,394円)	(4,090円)	(4,160円)	(4,972円)	(5,514円)	(5,869円)

## (2) 大阪府の介護保険を取り巻く現状

### ①大阪府の要介護認定率と介護給付費・医療費

		全国	大阪府	順位
要介護・要支援認定率（調整後）	全体	18.0%	22.3%	1位
	うち要支援2以下	11.7%	14.9%	1位
第1号被保険者一人あたり介護給付額（調整後）	全体	24.0万円	27.3万円	1位
	うち在宅	12.7万円	16.8万円	1位
被保険者一人あたり後期高齢者医療費（調整後）	全体	91.9万円	106.0万円	4位
	うち在宅	42.7万円	48.0万円	2位

#### ■大阪府の介護給付費増額の寄与度



○大阪府では、これまでも高齢化の進展以上に要介護認定率の伸びが顕著なため、給付費が伸長していますが、今後10年間で急激な高齢化の進展が見込まれており、保険者機能を強化し、介護予防、自立支援・重度化防止及び介護給付適正化に向けた取組が重要です。

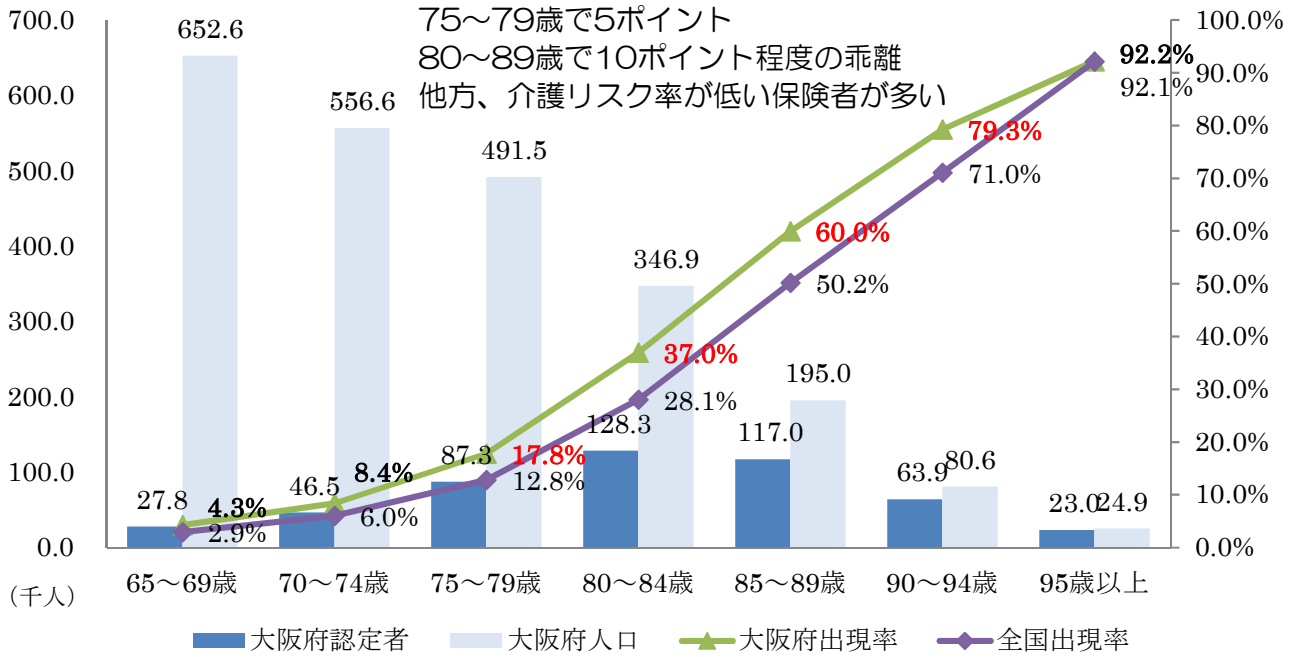
#### ■2015年から2025年にかけての高齢者人口

(単位:千人)

	1 埼玉県	2 千葉県	3 神奈川県	4 愛知県	5 大阪府	~	11 東京都	~	47 山形県	全国
2015年	765	717	1,016	817	1,070		1,473		190	16,468
高齢化率	10.6%	11.6%	11.1%	10.9%	12.1%		11.0%		17.0%	13.0%
2025年	1,177	1,082	1,485	1,166	1,528		1,977		207	21,786
高齢化率	16.8%	18.1%	16.5%	15.9%	18.2%		15.0%		20.6%	18.1%
( ) 倍率	(1.54倍)	(1.51倍)	(1.46倍)	(1.43倍)	(1.43倍)		(1.34倍)		(1.09倍)	(1.32倍)

(資料) 社会保障審議会 介護給付分科会 2017年4月

## ■要支援・要介護認定者の年齢階層別出現率

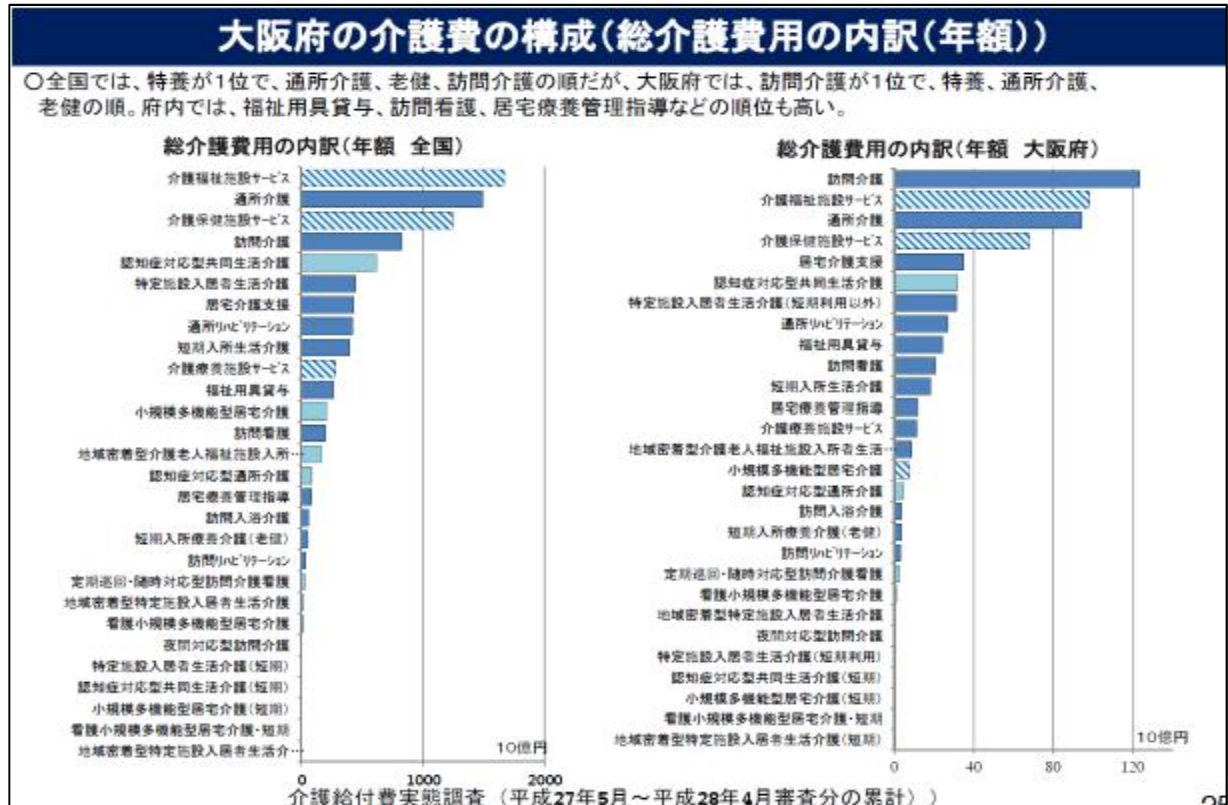


(資料) 介護保険状況報告 (2017年9月審査分)、大阪府統計 (85歳以上は住基にて按分)

### <認定率が高い要因に関する仮説>

認定調査項目の選択率について全国平均と差が大きくないか (要介護認定適正化事業) 事業所や住民の意識が他の府県とは異なるのではないか。(使わなければ損?)

## ■大阪府の介護費の構成



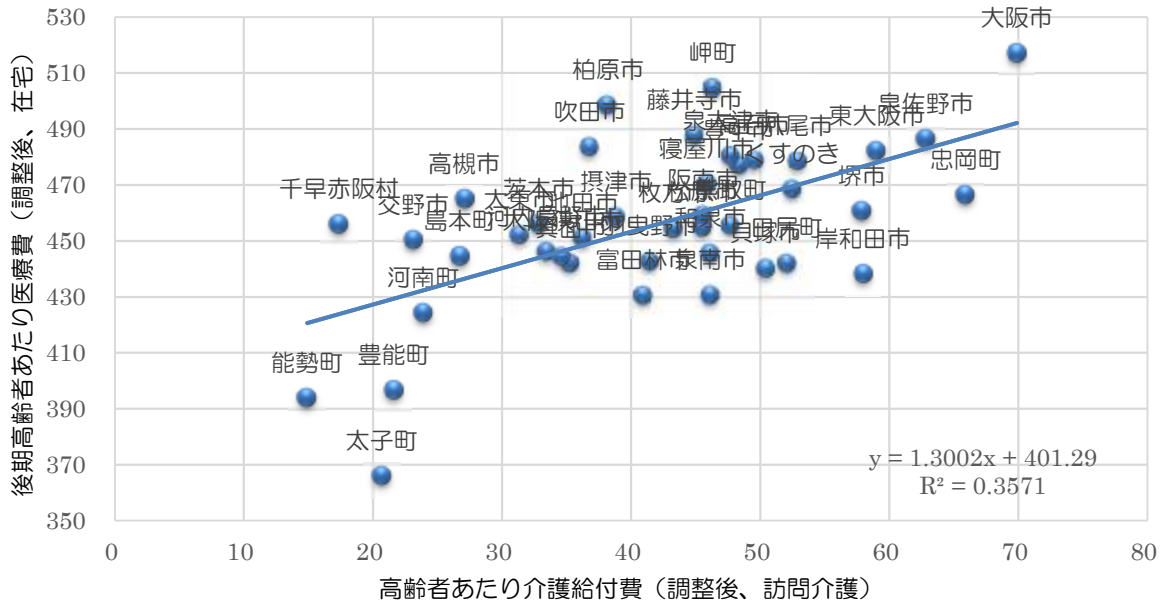
(資料) 大阪府における高齢者施策の現状と課題、対応の方向性

## ②医療・介護の給付適正化の視点

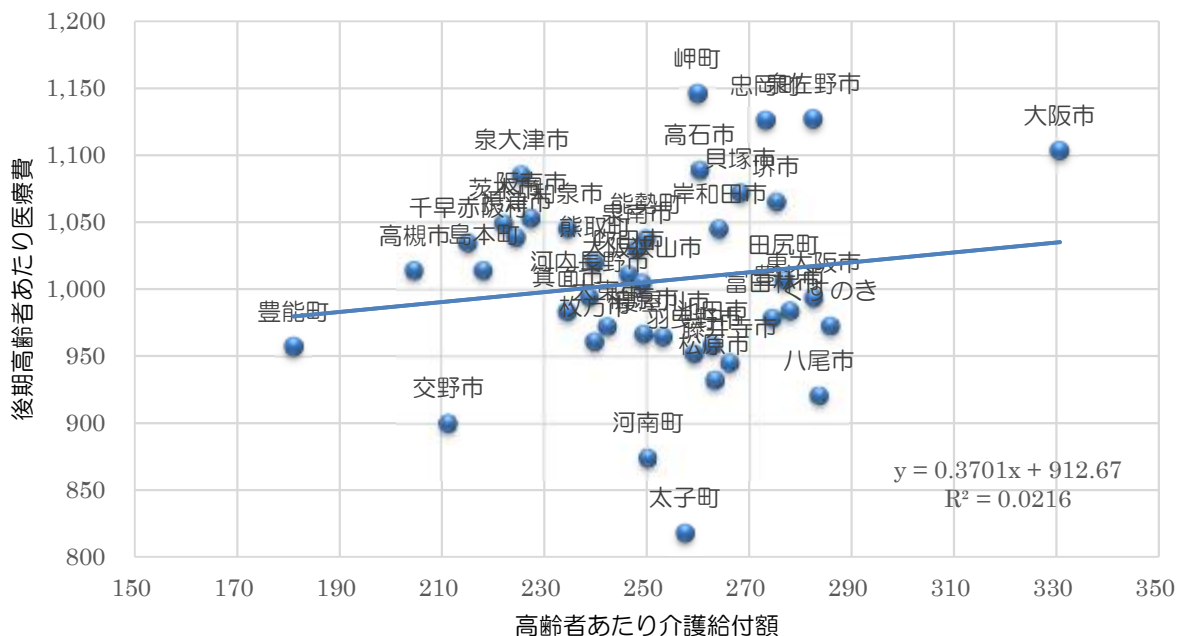
○大阪府は、年齢調整後の後期高齢者医療制度で全国4位（在宅医療は2位）となっています。訪問介護サービス利用の多い保険者では在宅医療費も多い傾向にあります。

○医療と介護の多職種連携をベースとし、在宅療養を推進するための地域包括ケアの構築が進んでいると推察される一方、介護予防、自立支援・重度化防止をよりいっそう進める取り組みが求められます。

### ■高齢者あたり訪問介護給付費と後期高齢者あたり在宅医療費



### ■高齢者あたり介護給付費と後期高齢者あたり医療費

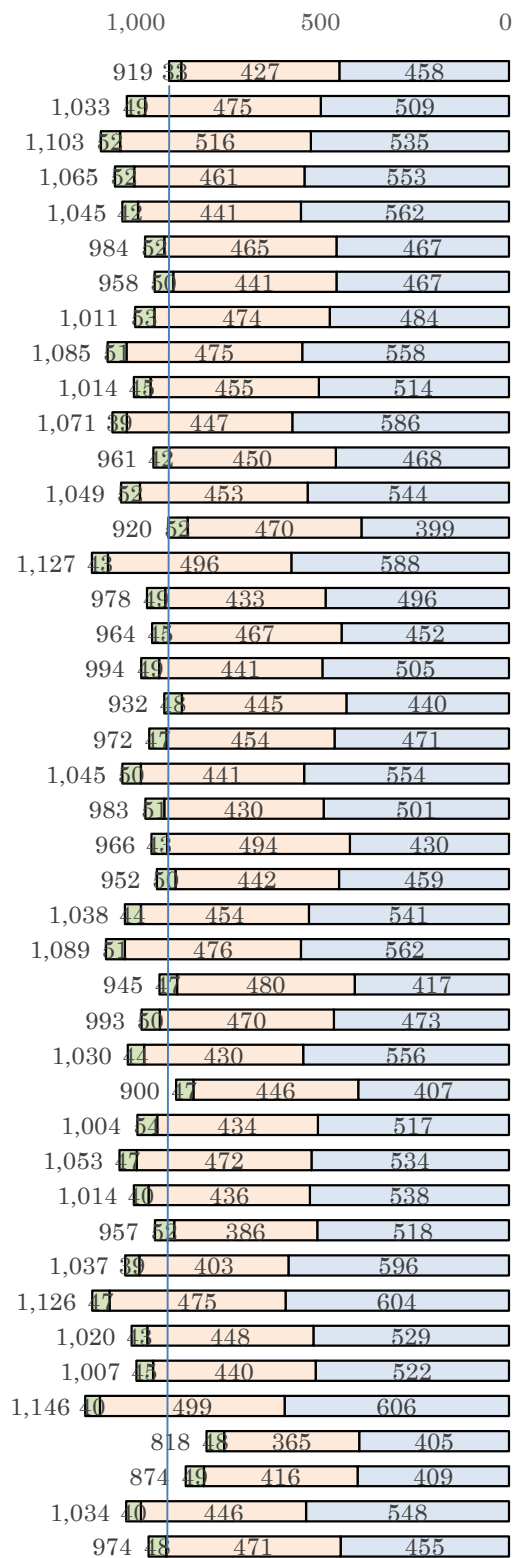


■後期高齢者あたり年間医療費と高齢者あたり年間介護給付費

○今後の高齢化の進展に伴い、医療・介護ともに給付費のさらなる増加が見込まれます。

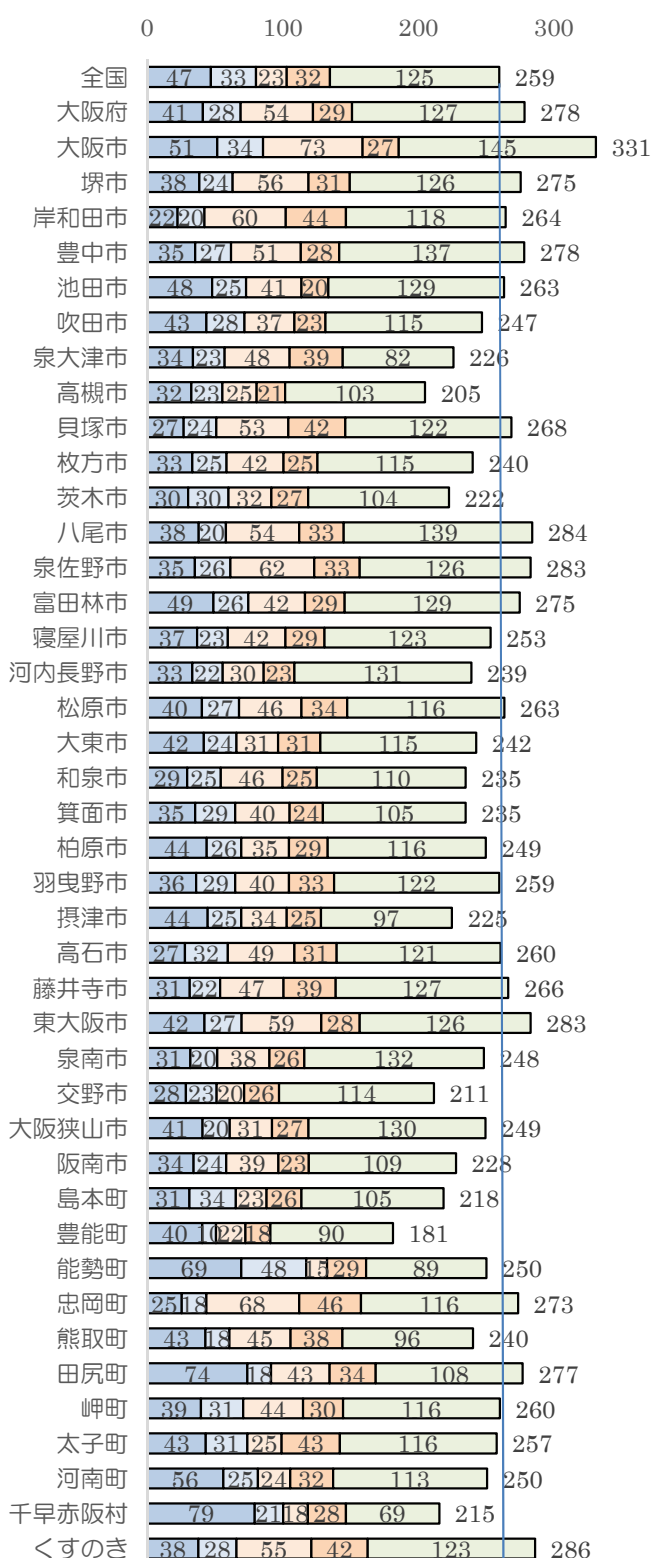
後期高齢者(75歳以上)あたり年間医療費

高齢者(65歳以上)あたり年間介護給付費



(千円)

□入院 □入院外 □歯科

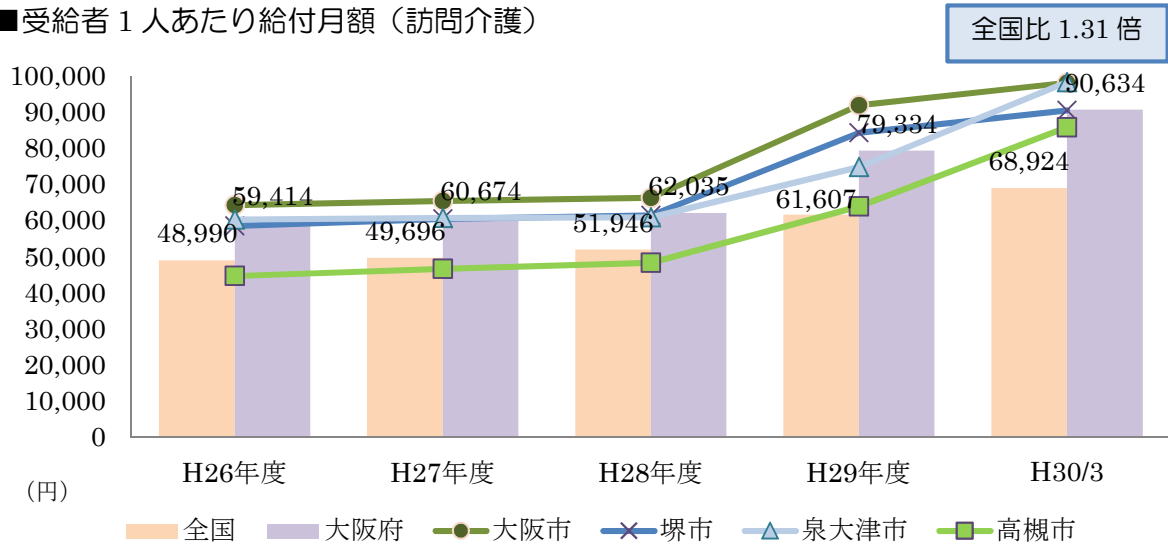


(千円)

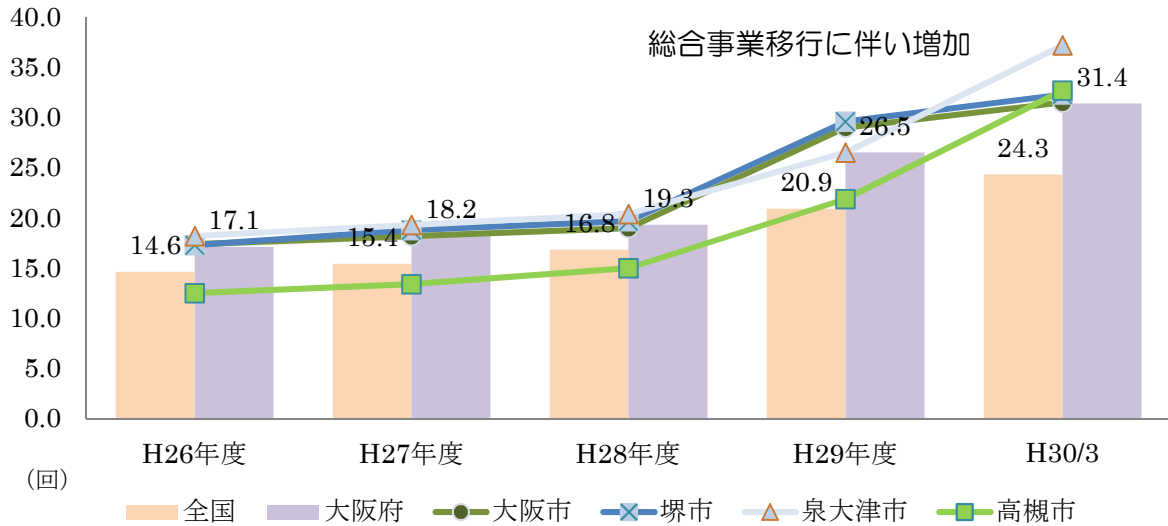
□特養 □老健 □訪問介護 □通所介護 □その他

### ③大阪府における訪問介護サービスの伸張

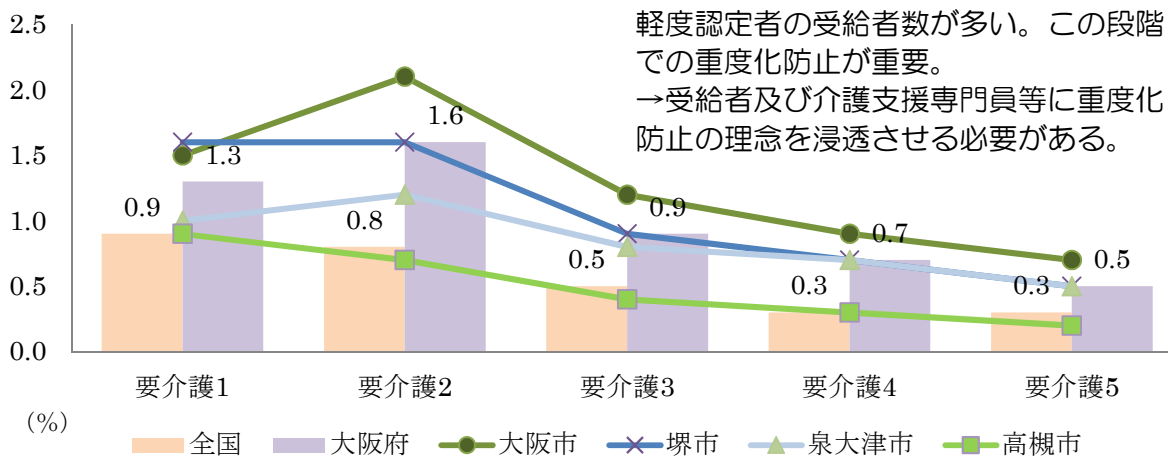
■受給者 1 人あたり給付月額（訪問介護）



■受給者 1 人あたり利用回数（訪問介護）



■受給率（＝受給者÷第1号被保険者）（訪問介護）





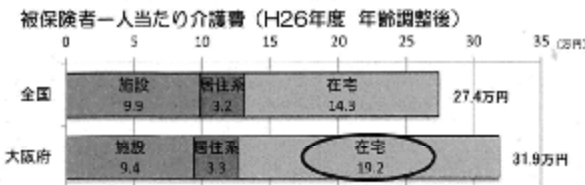
### (3) 大阪府高齢者住宅の利用状況

#### ①大阪府高齢者住宅実態調査と対応策

## 【大阪府】有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査（平成28年9月）と対応策 資料5-6

### 1. 大阪府の現状

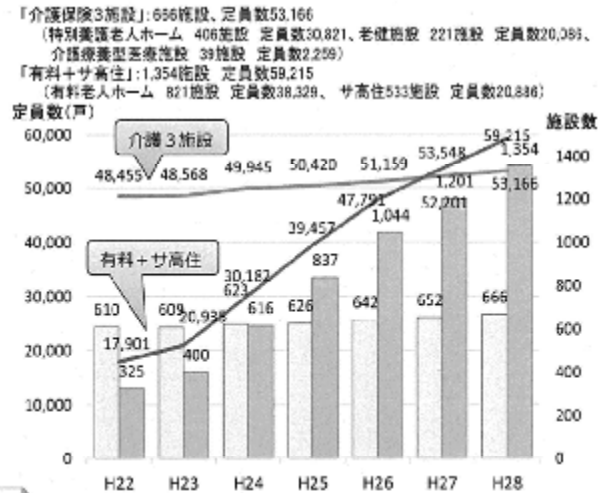
#### 大阪府の介護費の構造



#### サービス利用者の推移

サービス種別	国	2000年4月末		2016年2月末	
		利用者数	倍率	利用者数	倍率
在宅サービス	国	97万人	⇒	394万人	4.06倍
	大阪府	4.6万人	⇒	32.1万人	6.96倍
施設サービス	国	52万人	⇒	92万人	1.76倍
	大阪府	2.3万人	⇒	5.0万人	2.18倍

#### 大阪府の高齢者住まい・施設の現状



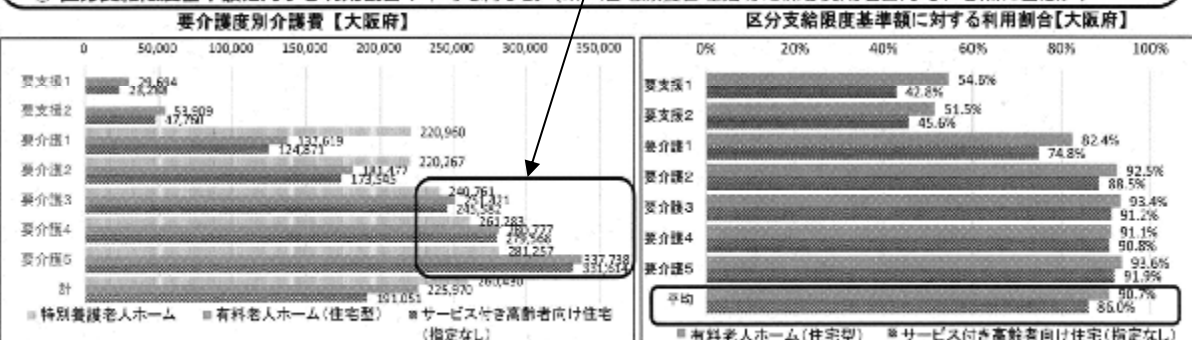
### 2. 調査の経緯

- 有料老人ホームの約6割を占める住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）は、保険者において「入居者」を特定した上で、利用する介護保険サービスの種別や金額を随時正確に把握できるシステムが存在しないため、提供されている介護サービス内容が外から見えにくいという課題がある。
- このため、昨年9月、専門部会参加11市町に呼びかけ、住民票の住所情報との交合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まいの入居者の要介護度や介護サービスの利用実態等を分析。

要介護3で約0.5~1万円、要介護4で約2万円、要介護5で約5万円特養より高額。特養の建設時補助金（床・月あたり換算約5.8千円）を加えても特養より割高になっています。

### 3. 調査結果の概要

- 被保険者番号が分かった人数：11,257人  
 分析を行った市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数に対する捕捉率：36.2%  
 ※ 今回、被保険者番号や介護サービスの利用実態が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している市町民だけ、他市町村民や、持ち家等があるため住民票を移していない市町民のデータは拾えなかった。
- 入居者の要介護度等：要介護3以上は、有料老人ホーム（住宅型）56.8%、サ高住（指定なし）43.6%
- 区分支給限度基準額に対する利用割合：平均で約9割（※ 居宅療養管理指導に係る費用を含んでいる点に留意。）



※ 特別養護老人ホームのデータについては、介護給付費等実態調査月報（平成28年10月調査分）の閲覧第2巻、第7表を用いて、介護サービス単位数×10円で算定。有料、サ高住データについては、今回の大阪府調べによる平成28年9月データ（介護サービス単位数×10円で算定。）

### 4. 調査結果を踏まえた対応策

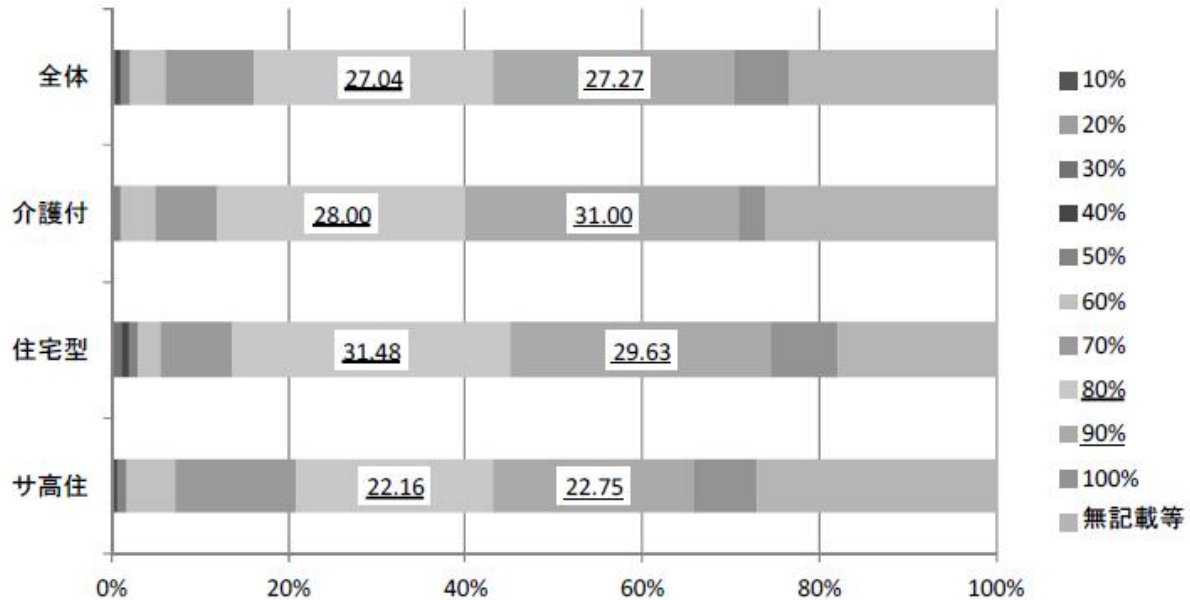
- 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討
  - ・関係部局との連携の上、各保険者も交えながら、実態把握・指導監督のあり方などを総合的に議論
- 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組
  - ・府と保険者の連携による集中的なケアプラン点検の検討
  - ・府によるケアプラン点検の先進事例の紹介、勉強会の実施の検討
- 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化
  - ・事業者自らがサービス内容の適正化を図るため、府による「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

（資料）全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（2017年3月10日）

## ②大阪府高齢者向け住宅の収益状況

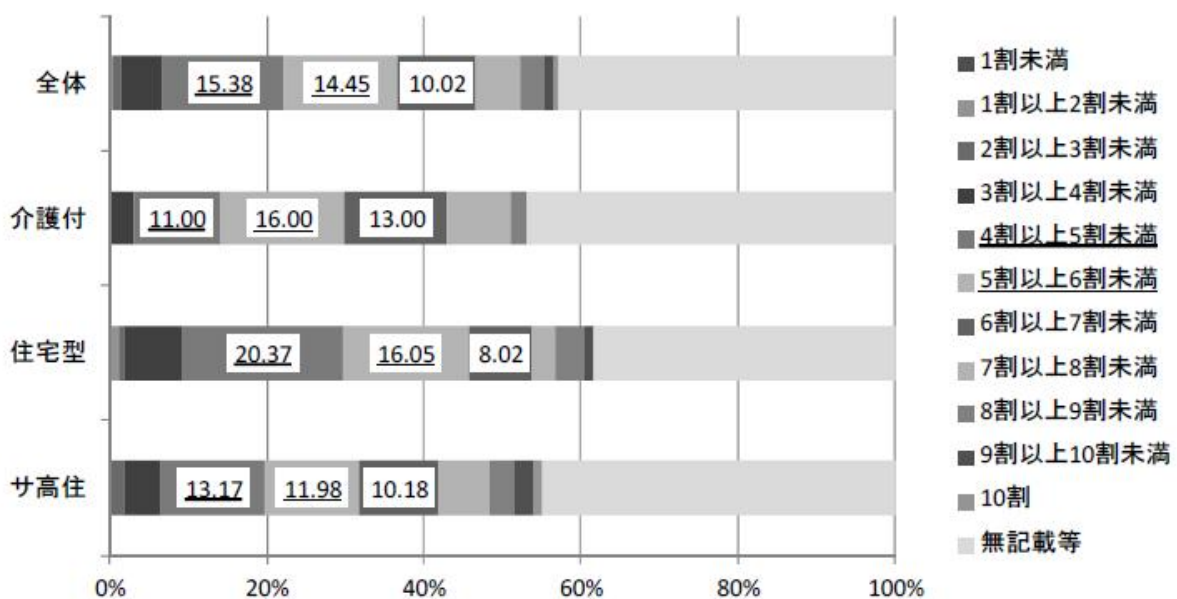
### <入居率>

○損益分岐点（建物費・介護報酬費を合算した収支に対する）の入居率（回答例：入居率 80% の場合、80%を選択）について回答を得たところ、80%と 90%がそれぞれ約 4 分の 1 を占めており、中央値は 80%前半とみられます。介護施設の全国平均入居率（特養 94.8%、老健 93.5%）に比べ、低い入居率でも採算をとることが可能な運営状況と考えられます。



### <人件費比率>

○支出に占める人件費の比率については、4割以上5割未満が 15%、5割以上6割未満が 14%、6割以上7割未満が 10%との回答になっており、中央値は 50%前半とみられます。社会福祉法人 62%や訪問介護事業で 73%の同比率に比べ人件費負担が軽減されています。○人員配置基準が 3 対 1 とされている特養等に比べ、高齢者住宅における人員配置比率では、利用者 1 人あたりサービス量が少ない可能性があります。



（資料）大阪府・高齢者向け住宅の実態調査報告書（2018年3月）社会福祉法人敬友会（介護付 100社、住宅型 162社、サ高住 167社調査）

#### (4) 介護給付費増加の要因分析

○これまでの大阪府の調査においては、要介護認定率が高いことが介護サービスの利用に結びつき、介護給付費の増加を招き介護保険料が上昇しているという説明がされています。そこで、ここでは大阪府保険者の要介護認定率が何故高いのかについて考察を試みました。

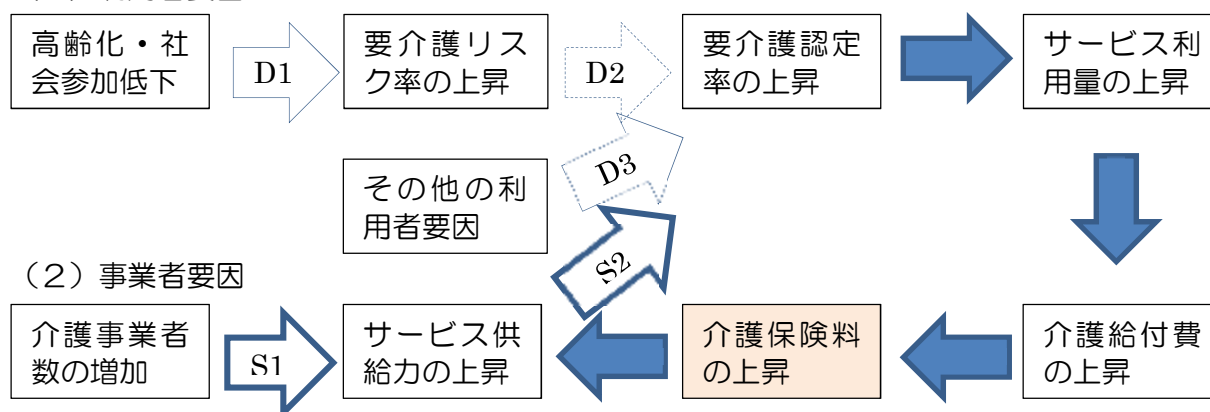
○要介護認定率、介護給付費に影響している要因として、まず、事業所数、サービス供給量の多さがみられ、次に低所得者率、独居高齢者率の多さ等の可能性が考えられます。

○次に、要介護リスク率（認知症、うつ、口腔、転倒、閉じこもり、運動器、低栄養、IADL）などの状態の悪さが考えられますが、これらが高いというわけではありません。

○また、特定健診受診等による自己健康管理の支援及び、就労を含む社会参加を促進することにより、要介護リスクを低減させることができると考えられます。

#### ■介護給付費（居宅介護）増加のメカニズム

##### (1) 利用者要因



##### (2) 事業者要因

#### ■要介護認定率、介護給付費の多寡に関する要因

	比較対象	府内保険者の地域相関※
利用者要因	D1 社会参加率と要介護リスク率	ややある
	D2 要介護リスク率と要介護認定率	ほとんどない
	D2 社会参加率と要介護認定率	ほとんどない
	D2 就労率と要介護認定率（前期高齢者）	ほとんどない、ややある（全国）
	D3 市町村税非課税者と要介護認定率	かなりある
	D3 主観的幸福感や暮らし向きと要介護認定率	ややある（他県：ほとんどない）
	D3 独居高齢者と要介護認定率	ややある
	D3 特定健診受診率と要介護認定率	ややある
事業者要因	S1 訪問介護事業所数と訪問介護給付費	かなりある、強くある（全国）
	S1 居宅介護支援事業所数と訪問介護給付費	かなりある
	S1 サービス別の介護事業所数と介護給付費	強くある（大阪府）
	S1 高齢者住宅数と訪問・通所給付費	かなりある（全国）
	S2 訪問介護給付費と要介護認定率	かなりある
	S2 居宅介護支援給付費と要介護認定率	ややある

※決定係数 0.0～0.2 ほとんどない、0.2～0.4 ややある、0.4～0.7 かなりある、0.7～1.0 強くある  
必ずしも両者間の因果関係を示すものではない

### (5) 福祉サービスの特性

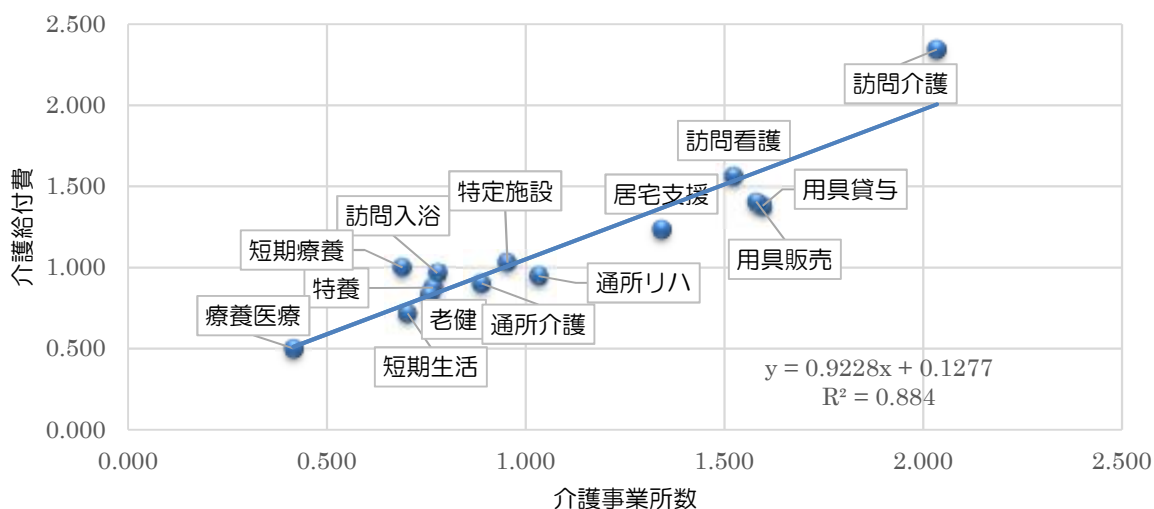
○介護や保育といった福祉サービスは、需給均衡点（市場メカニズムで決定される価格）よりも低い公定価格で提供されることから、需要が供給を生むとともに、供給が需要を掘り起こすという特性があるとされています。

○介護施設サービスにおいては、高齢化に応じて費用が増加する傾向がみられるものの、在宅サービスにおいては事業所数や職員数、定員等のサービス供給力の多寡に応じてサービス利用量が増減するという傾向があります。

#### ■大阪府の各介護サービスの偏差（第1号被保険者1人あたり全国＝1）

○介護保険事業者数の多寡に応じて介護給付費が増減しています（特に訪問介護に偏重）。

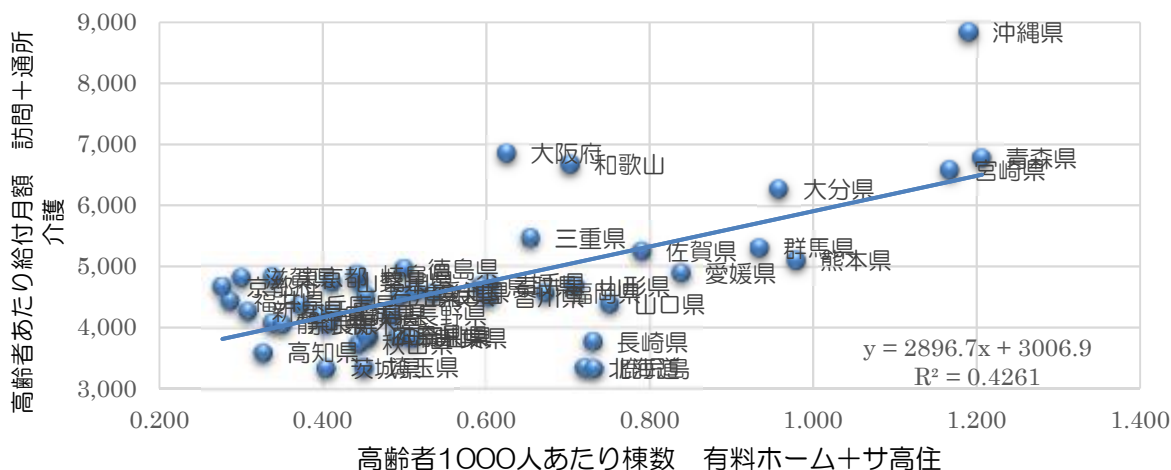
○自立支援・重度化防止のためには、保険者による過不足のない介護サービス供給のための基盤づくりが重要です。



#### ■高齢者住宅の棟数と訪問・通所介護給付費

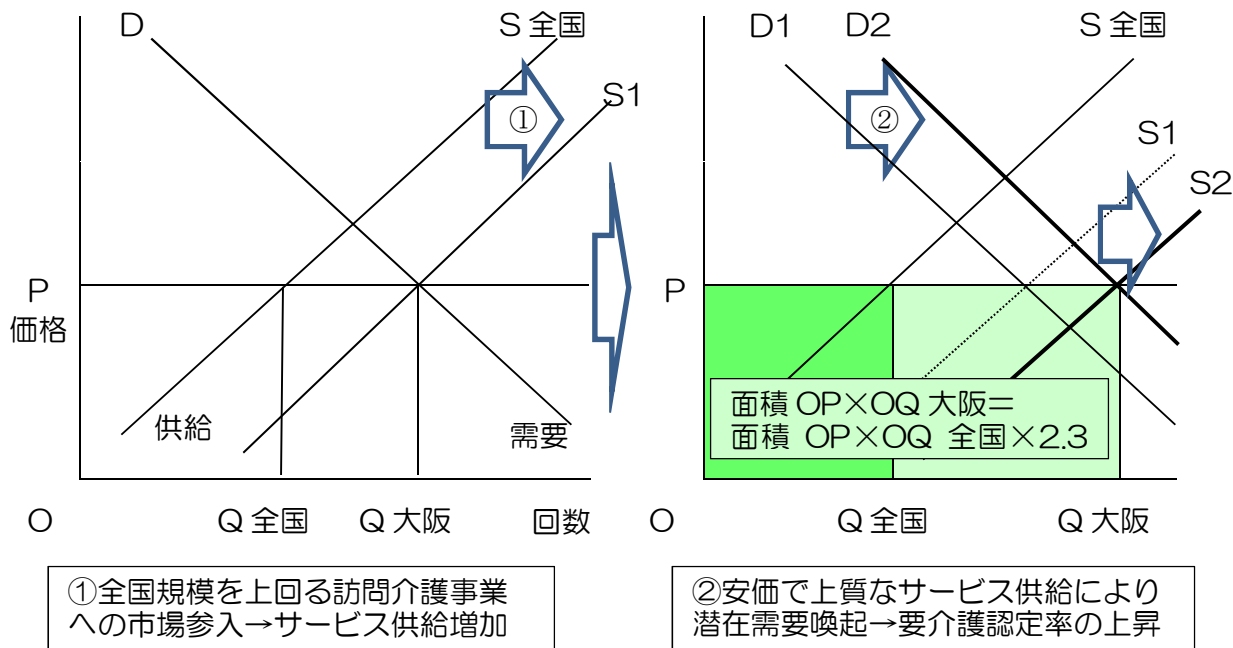
○高齢者あたり高齢者住宅（有料老人ホームとサ高住）の棟数と訪問介護・通所介護の給付費には相関がみられます。

○今回定員に係る数値を収集できませんでしたが、東京都や大阪府といった大都市では1棟あたり定員が多い傾向にあるところ、定員で比較するとさらに強い相関があると思われます。



## ■居宅介護サービスの需給メカニズム

(大阪府と全国の訪問介護、第1号被保険者1人あたりの比較)



## 地域差の現状について

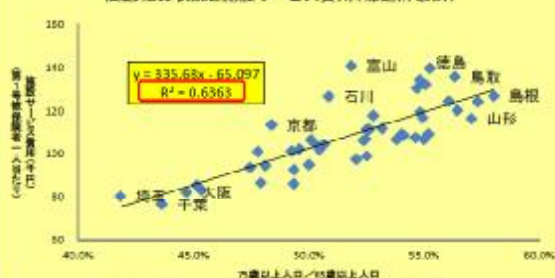
- 認定率については、保険者間で格差がある。特に軽度者における格差が大きい。
- 施設サービスについては、高齢化の状況に応じて費用が増加する傾向にあるのに対し、居宅サービスについては、高齢化の状況と費用の間にほとんど相関関係が見られず、介護従事者数や事業所の定員数との相関が強い。  
 → 供給が需要を生む構造になっているのではないか。

保険者間の認定率の格差

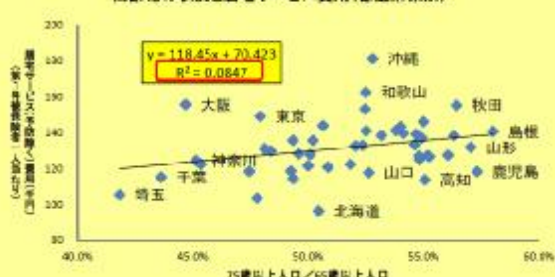
	全国平均	標準偏差	最大値	最小値
要支援1	2.43%	1.04%	8.15%	0.00%
要支援2	2.41%	0.77%	7.17%	0.00%
要介護1	3.30%	0.82%	7.18%	0.00%
要介護2	3.39%	0.78%	11.11%	0.50%
要介護3	2.33%	0.59%	7.41%	0.43%
要介護4	2.18%	0.55%	5.64%	0.00%
要介護5	1.91%	0.61%	6.25%	0.00%

(注) 認定率は、第1号被保険者のうち要介護(要支援)認定者数/第1号被保険者

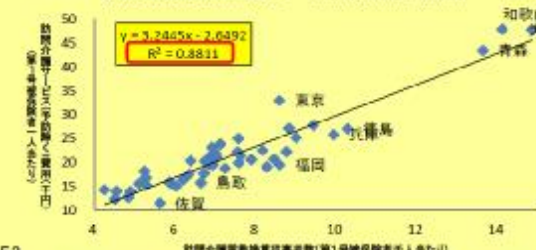
高齢化の状況と施設サービス費用(都道府県別)



高齢化の状況と居宅サービス費用(都道府県別)



居宅サービス費用と介護従事者数・定員数の関係の例  
 ~訪問介護従事者数(常勤換算)と一人あたり費用(都道府県別)~



(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「介護サービス施設・事業所調査」に基づき作成。

(資料) 財政制度分科会(2014年10月8日開催) 財務省

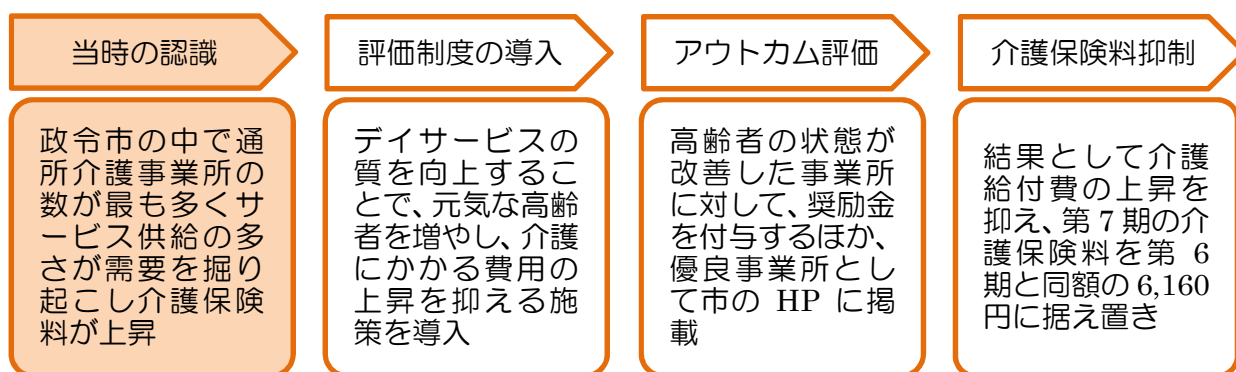
## ■保険者による介護保険料抑制の取組み（事例紹介）

○岡山市では、「政令市の中で通所介護事業所の数が最も多く、サービス供給の多さが需要を掘り起こし介護保険料を押し上げる結果となっている」との認識の下、2015年度よりデイサービス改善インセンティブ事業を開始しました。

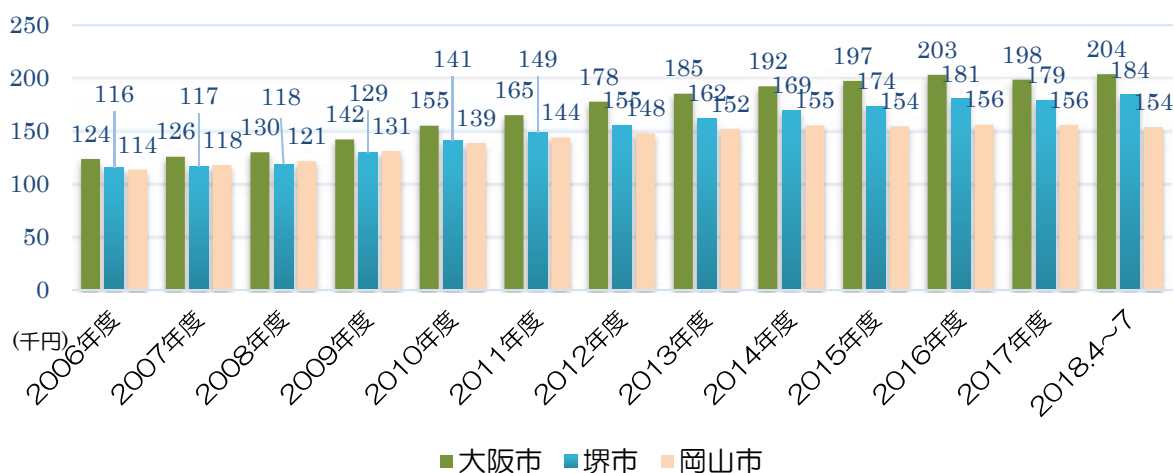
○また、住民に介護予防に取り組んでもらうため、特定健診や介護予防教室の参加者について、国保の特別調整交付金や介護保険の地域支援事業を活用して、保険料を軽減することも推進しています。

○結果として介護給付費が抑制され、第7期の介護保険料を第6期と同額の月額6,160円に据え置くことができました。

### ■岡山市 デイサービス改善インセンティブ事業



### ■在宅介護サービス費の推移（政令市、高齢者あたり、年度額）



## 2. 府内保険者の機能強化の取組み状況

### (1) 保険者機能強化推進評価にみる傾向と対策

○平成30年度の評価指標の多くは体制や活動に関するものであり、概して大規模自治体の方が有利であるものの、実地指導実施率や専門職1人あたり高齢者数では小規模自治体の方が高いものもあります。地域の実情を踏まえ、優先度及び少ないコストでできるものとの観点から順次取組んでいくべきと考えられます。

○各自治体の体制や活動について、今回は形式的な要件による評価が中心でした。次回はより客観的な評価とするべく、実績値を問われる項目が増加しています。

○今般の評価指標を気付きとして活用し、①介護予防、生活支援、居場所づくり等の地域住民の基本的な視点、②多職種連携や事業者とのパートナーシップの強化、③地域密着型3サービスや介護人材の確保等の基盤整備の3点において、地域の課題や資源の状況（地域差分分析）に応じた優先度を踏まえた、メリハリの効いた実効性ある取組みが期待されます。

分類	指標	平均点	43市町村の実施状況・取組み
I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化 (82点)			
	①他の保険者比較等の地域分析、住民周知	8.49/10	27市町村が「見える化」にて実施、9市町村が住民周知なし
	②圏域ごとに高齢者人口を把握	10.0/10	全市町村が実施
	③2025年度における数値見通し	8.51/12	半数の市町村が独居高齢者や介護人材の数について把握
	④目標実現のための重点施策の決定	9.07/10	39市町村が実施
	⑤保険者の施策を勘案した要介護者数の推計	6.98/10	30市町村が実施 「介護予防の定量的な効果見込み」については次回削除の方向
	⑥医療計画を踏まえた介護サービス見込み	9.53/10	41市町村が実施
	⑦認定者数、受給者数、給付実績のモニタリング	9.42/10	39市町村が運営協議会公表を含めて実施
	⑧計画未達成について理由提示と目標見直し	7.21/10	31市町村が実施、自立支援・重度化防止の取組み・目標、PDCAにより進捗管理の向上を目指したい
	⑨地域差を分析して給付適正化の方策を検討	—	次回新規項目、具体的取組例： 【認定率】保険者：事業所数、事業所：ケアマネジメントの質 【サービス種類】訪問介護偏重など自立支援になっていない 【頻回】定額制事業への移行推進

分類	指標	平均点	43 市町村の実施状況・取組み
Ⅱ 自立支援・重度化防止等に資する施策の推進 (460 点)			
(1) 地域密着型サービス (40 点)	① 保険者方針に基づく地域密着事業整備の保険者独自の取組み	8.60/10	公募指定 14、説明会 12、その他 11 市町村が実施、条例は皆無、地域密着型 3 サービス等の基盤整備に向け優先的に推進すべき取組み
	② 地域密着サービスの運営状況の把握、運営協議会等で検討	7.67/10	33 市町村が実施
	③ 指定の有効期間中に 1 回以上実地指導実施率	3.02/10	13 市町村が 16.6%以上実施 小規模保険者で高い傾向、次回は 33.3%以上で 10 点、事業者連携として積極的に推進すべき取組み
	④ 通所事業所において機能訓練・口腔機能向上・栄養改善を推進	5.12/10	22 市町村が実施、次回は「通所介護」が「サービス」に変更され地域密着型サ全体でリハビリ重視
(2) 介護支援専門員、介護事業所 (20 点)	① ケアマネジメントに関する保険者の方針をケアマネに伝達	7.79/10	29 市町村が G/L 等の文書提示、地域の現状課題や制度の理念・持続性をさらに浸透させるべき取組み
	② 質の向上に向けた研修実施	9.77/10	42 の市町村が実施、次回は i) 財政支援等、ii) 介護相談員派遣事業で各〇点、同上の推進すべき取組み
(3) 地域包括支援センター (150 点)	① 原則基準に基づく 3 職種の配置義務付け	9.30/10	40 市町村が実施
	② 同 3 職種 1 人 (準ずる者含む) あたり高齢者 1,500 人以下	3.02/10	13 市町村が実施 小規模保険者で高い傾向
	③ 相談に関するセンターから保険者への報告・協議体制	10.0/10	全市町村が実施
	④ システム等においてセンターの事業内容・運営情報の公表	9.77/10	42 市町村が実施
	⑤ センター運営協議会議論を踏まえ運営方針・支援・指導を改善	8.72/10	33 市町村が検討・改善している 9 市町村が検討している
	⑥ センターが開催する研修会・事例検討会の開催計画を作成	10.0/10	全市町村が実施
	⑦ ケアマネのニーズに基づき関係機関との意見交換の場設置	9.30/10	40 市町村が実施、地域資源過不足など事業者連携として積極的に推進すべき取組み
	⑧ センターがケアマネの相談事例の分類・件数を把握	9.30/10	40 市町村が実施



分類	指標	平均点	43 市町村の実施状況・取組み
	⑨地域ケア会議に関する開催計画（機能・構成員・工程）	9.30/10	次回は i)課題解決、ii) 支援 NW 構築、iii)地域課題、iv)地域づくり・地域資源、v)政策形成の 5 機能に対応しているか明記
	⑩地域ケア会議で多職種連携の個別事例の検討・対応	10.0/10	全市町村が実施
	⑪個別地域ケア会議での受給者数に対する検討割合	6.16/10	25 市町村が 5 割以上実施 3 市町村が 3～5 割実施
	⑫生活援助訪問介護頻回サービスのケアプラン検証体制	6.74/10	29 市町村が実施、訪問介護利用額の多い保険者でも未実施、最も積極的に推進すべき取組みの 1 つ
	⑬地域ケア会議での検討事例のモニタリングの仕組み	8.60/10	37 市町村が実施
	⑭地域ケア会議での検討事例から地域課題・施策の市町村へ提言	8.02/10	27 市町村が課題明確化・政策提言 15 市町村が課題明確化
	⑮地域ケア会議での議事録や決定事項の共有の仕組み	8.60/10	37 市町村が実施
(4) 在宅医療・介護連携 (70 点)	①データを活用した課題検討・対応策の具体化	7.79/10	30 市町村が府・郡データも活用 7 市町村が市町村データ活用
	②必要となる具体的取組に関する PDCA サイクルの実施	7.67/10	33 市町村が実施
	③医療・介護間の情報共有ツールの整備・普及	9.53/10	41 市町村が実施
	④在宅医療・介護連携の窓口設置、相談内容を医療団体報告	7.91/10	34 市町村が実施
	⑤多職種合同の事例検討会等の参加型研修会を保険者と開催	9.53/10	41 市町村が実施
	⑥退院支援ツール等の広域的な医療介護連携の企画立案・実行	7.67/10	33 市町村が実施
	⑦入退院時情報連携加算、退院・退所加算の取得状況	6.51/10	29 市町村が入院上位 5 割～ 27 市町村が退院上位 5 割～
(5) 認知症総合支援 (40 点)	①認知症施策に関する PDCA サイクルの実施状況	9.07/10	36 市町村が進捗評価含め実施 6 市町村が進捗評価除き実施 次回は認知症当事者や第三者の意見も評価対象
	②認知症初期集中チームが支援推進員に情報提供、支援方法検討	10.0/10	全て市町村が実施

分類	指標	平均点	43 市町村の実施状況・取組み
	③認知症リスク者に対しかかりつけ医と専門医療機関と連携	9.53/10	41 市町村が実施
	④認知症支援ボランティアの定期的養成	9.53/10	41 市町村が実施
(6)介護予防／日常生活支援(80点)	①総合事業の趣旨について地域住民や事業者へ周知	10.0/10	全て市町村が実施 次回は周知内容も記載
	②多様なサービスの量の見込みの確保策について具体策を記載	7.21/10	31 市町村が実施 次回は取組の計画を公開 多くの自治体で悩みあり(後述)
	③生活支援コーディネータや協議体と協議しPDCAを実施	7.67/10	33 市町村が実施
	④高齢者のニーズを踏まえた生活支援サービスの創設	7.67/10	33 市町村が実施
	⑤住民主体の通いの場への高齢者の参加率	4.88/10	15 市町村が上位 3 割、12 市町村が上位 5 割、住民主体の通いの場は定義や把握が難しいが生活支援コーディネータにより極力把握
	⑥ケアマネ、協議体等への地域資源に関する情報提供	9.77/10	42 市町村が実施
	⑦地域リハビリ活動支援事業により介護予防の場にリハ職関与	9.30/10	40 市町村が実施 次回は関与の内容、日時も記載
	⑧介護予防活動への積極的参加促進の取組	10.0/10	次回はボランティア・ポイント付与や保健事業の一体的取組が想定
(7)生活支援体制の整備(40点)	①生活支援コーディネータへの活動指針の提示、支援	9.53/10	41 市町村が実施、次回は他地域のコーディネータ活動に関する情報交換等に応じて配点
	②生活支援コーディネータの地域資源開発の具体的取組	10.0/10	次回は地域課題・資源の可視化、目指す地域の姿の共有、地縁組織への働き掛け等に応じて配点
	③協議体の地域資源開発等の具体的取組	9.07/10	39 市町村が実施、次回は地域づくりにおける意識統一等に応じ配点
	④生活支援活動による高齢者ニーズに対応した具体的資源開発	8.14/10	35 市町村が実施
(8)要介護状態の改善(20点)	①要介護認定等基準時間の変化	6.74/10	22 市町村が 17.3→18.3 上位 5 割 7 市町村が変化率の差 上位 5 割
	②要介護認定の変化	6.98/10	21 市町村が 17.3→18.3 上位 5 割 9 市町村が変化率の差 上位 5 割

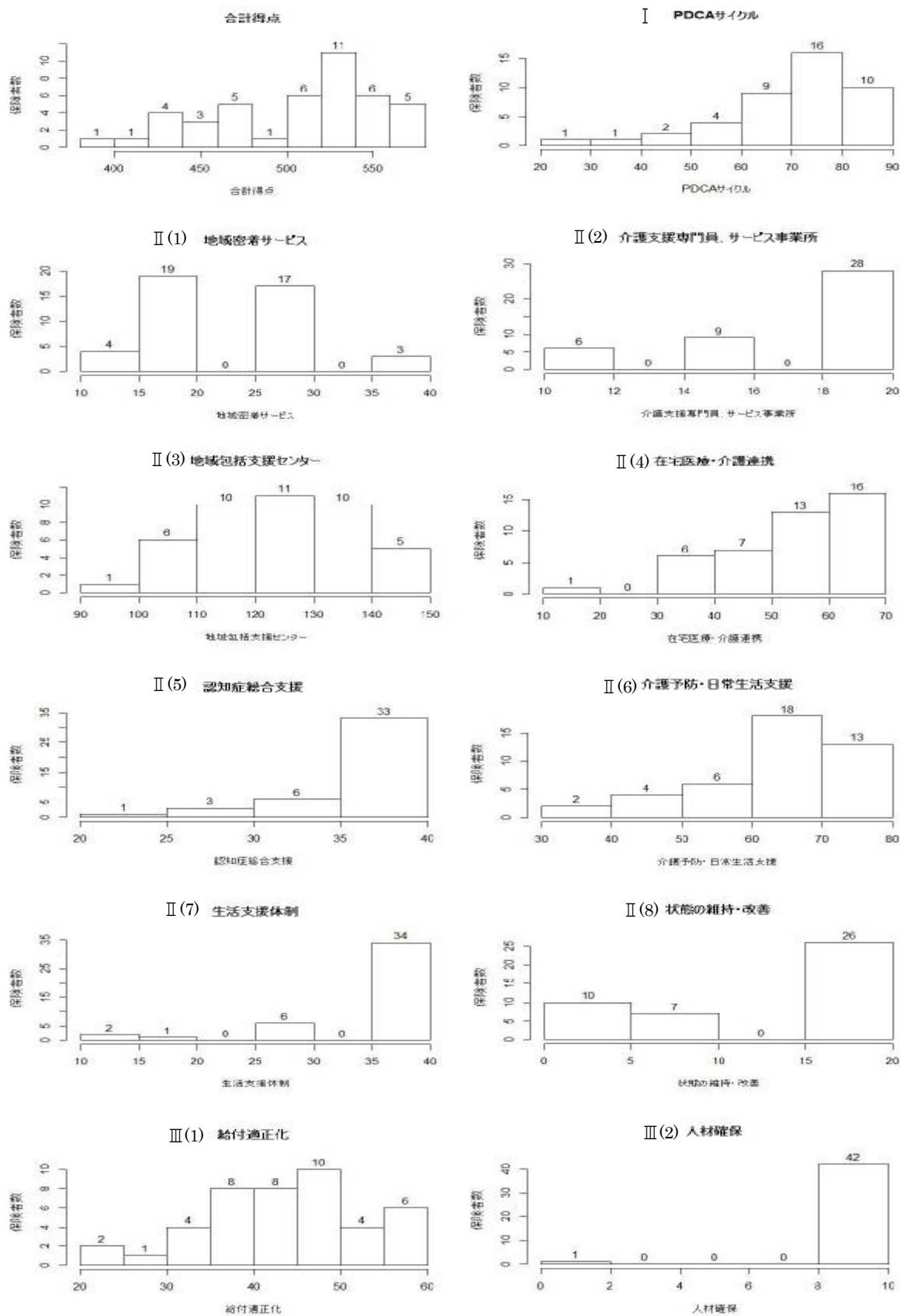
分類	指標	平均点	43 市町村の実施状況・取組み
Ⅲ介護保険運営の安定化に資する施策の推進 (70 点)			
(1) 介護 給付の 適正化 (60 点)	①介護給付適正化主要 5 事業のうち 3 事業実施	10.0/10	全市町村が実施、地域差を踏まえて積極的に推進すべき取組み
	②ケアプラン点検のカバー率	6.51/10	20 市町村が上位 3 割 16 市町村が上位 5 割
	③医療情報との突合・縦覧点検	10.0/10	全市町村が実施
	④福祉用具利用に関するリハ職 関与の仕組み	4.19/10	8 市町村が地域ケア会議活用 0 市町村が貸与計画時に関与 10 市町村が貸与開始時に点検
	⑤住宅改修利用時の建築専門家、 リハ職の関与の仕組み	6.26/10	15 市町村が審査時の専門家点検 12 市町村が専門家訪問点検
	⑥給付実績を活用した適正化事業の実施	8.84/10	38 市町村が実施、地域差を踏まえて積極的に推進すべき取組み
(2) 介護 人材の 確保 (10 点)	①必要な介護人材を確保するための具体的な取組	9.77/10	42 市町村が実施、次回は地域や学校での理解促進、職場体験、介護助手等の取組みを評価
	②介護に関する入門的研修の実施状況	n.a	次回新規項目、研修の実施や研修修了者マッチングの取組みを評価

#### ■2018 年度評価結果を踏まえた 2019 年度評価の対応

<p>○2018 年度評価結果は、都道府県分の得点率は 87.4%、市町村分の得点率は 67.2%。</p> <p>○これを踏まえ、2019 年度評価指標においては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・達成状況の高い指標等は配点を減らし、メリハリ付けを実施予定。</li> <li>・都道府県から施策が進んでいない管内市町村に対し特に重点的な支援を促すため、都道府県の評価指標において、管内市町村で得点が著しく低い市町村がある場合、減点とする。</li> <li>・アウトカム指標（要介護状態の維持・改善の度合い）について、対象に要支援者を追加。</li> </ul> <p>○2018 年度は、内示時期が遅くなったため、交付金を活用した事業を実施しづらかったことから、2019 年度は、手続きの時期を前倒しする予定。</p> <p>○保険者機能として、予防・健康づくりの推進に加え、それらの取組を通じ、介護サービスの基盤としての地域づくりに繋げていくことが求められている。現在の評価指標では、「通いの場への 65 歳以上の方の参加率」等が盛り込まれており、指標項目の取組を充実させる必要がある。</p> <p>○市町村により取組状況にばらつきがあり、都道府県と市町村の協力関係の構築と併せ、保険者機能の強化が必要。</p>
---

(資料) 介護予防・健康づくりと保険者機能の強化 (2019 年 3 月 20 日 社会保障審議会介護保険部会)

## ■府内 43 市町村の得点分布（ヒストグラム）



※府内 43 市町村の平均得点：505.37/612、得点率：82.6%（全国 67.2%）

## (2) 府内保険者の取組み好事例

○2019年2月18日、20日及び22日に開催した府内ブロック別研修において記載頂いた内容です。各保険者の取組みにつき適宜参考にして頂くことを期待してご紹介します。

種類	現状・課題、取組み	保険者
理念周知	事業者、及び市民（出前講座）に対して市役所職員が介護保険の理念を周知し、自立支援、介護予防への意識を醸成	政令市
地域ケア会議	自立支援型地域ケア会議を月2回開催、個別ケースの蓄積から地域課題の発見・地域づくり・資源開発等の政策形成	南河内
	医師・歯科医師・薬剤師・OT・PT・管理栄養士等の多職種参加の個別検討会により自立支援型ケアマネジメントを推進	豊能・三島
医療介護連携	地域支援事業推進チームによる在宅医療・介護連携の課題を抽出、医療検討会による切れ目のない医療介護の提供体制	豊能・三島
	医療介護ネットワーク検討委員会を設置、これまでの取組みの評価や次期計画における施策を検討	南河内
地域包括支援センター	市直営の基幹型地域包括支援センターを設置、付属機関による評価を実施して支援センターの機能強化	豊能・三島
介護予防（効果測定）	一般介護予防事業評価事業により「元気でまっせ体操」参加者の生活機能や身体状況の改善度を評価、経年変化の分析を行い効果的な参加者の状態・要因分析に努める	北河内
	予防体操動画のHP掲載、「あしゆび出張講座」の開催、介護予防フォーラムにて大学と連携して効果検証結果を発表	泉州
介護予防（意識啓発）	健康づくりの意識向上、健診の受診率向上、「いきいき百歳体操」	泉州
	住民自ら介護予防に取り組めるよう地域に出向き意識啓発	泉州
介護予防（ポイント）	通いの場（パワーアップ体操）の普及啓発、健診率の上昇、地域ささえ愛ポイント事業の活用	豊能・三島
	シニアいきいきポイント事業（高齢者活動支援センター）によるボランティア受入施設の増加、登録者の普及に努める	豊能・三島
	介護支援、保育支援、生活支援ボランティアを行った高齢者に対し介護予防ポイントを付与して社会参加を促進	政令市
	高齢者の健診や介護予防教室の参加に介護予防ポイント付与	泉州
介護予防（総合事業）	住民主体の地域介護予防教室の活動を支援、教室やサポーター数が増加しない、DVDを活用して開催頻度を上げる	南河内
	従来型サービスから多様なサービスへの移行が定着しない、従事者研修の修了者を数値目標に設定	南河内
	通所型サービスC（短期集中）利用後に改善がみられても介護サービスを利用しないことに不安、リハビリ職による訪問指導やケアマネによるモニタリングにより不安を払拭	北河内

種類	現状・課題、取組み	保険者		
介護予防 (全般)	外出機会と身体能力に応じたアプローチ	豊能・三島		
			身体機能：高	身体機能：低
	外出 ：多		シニアクラブ、自主的な介護予防活動のリーダー養成	介護予防教室、シニアクラブ
	外出 ：少		運動の重要性周知、シニアクラブ、介護予防教室	生活指導、自主トレ指導、街角デイハウス
認定適正化	全ての認定調査票の書面点検等を実施、認定調査員研修会を開催し認定調査員の資質の向上を図る	北河内		
	研修を年1回は受講して貰い、保険料の適正化を図る	北河内		
	市役所職員による直接調査の割合を10%に増やす	中河内		
	国・府資料を活用して定期的な研修実施、認定調査票の特記事項、主治医意見書の整合性を点検（審査会資料全件チェック）	泉州		
給付適正化 (ケアプラン 点検)	地域包括支援センターと保険者同行にて、サ高住や有料老人居者に焦点をあてた自立に資するケアプラン点検を実施	泉州		
	事業所ごとにアプローチ検討、訪問介護計画書の点検年2回	泉州		
	要介護認定調査票の点検全件、ケアプラン点検168件、給付実績を活用した事業所ヒアリング88事業所	泉州		
	適切な課題分析・自立支援に向けた計画となっているか市が確認し、研修会で講評・評価・作成にかかる留意点を助言	泉州		
	事業者としての信頼関係の構築、尊重しあう関係を重視	泉州		
	町内全事業所に対してケアプラン点検を実施	泉州		
認知症施策	認知症ケアパスの活用と普及、認知症地域支援推進員による地域住民向け出前講座、医療介護連携による早期対応の推進	北河内		
	「おたすけマップ」による情報提供、GPSによる早期発見、認知症ケアパスの普及、初期集中支援チームの普及啓発	豊能・三島		
	国保医療情報を活用、糖尿病等生活習慣病との因果関係から、また、医療機関と連携してリスク者把握して早期予防	豊能・三島		
施設整備	公募による申込数が計画の整備数に満たない、看護小規模多機能型居宅介護については地域密着特養との併設にて募集	北河内		
介護人材確保	ハローワーク主催・市協賛にて「介護の魅力」について若手職員によるPR、市内中学校の職業体験にて介護事業所の職業体験を実施、市内介護職員間による悩み相談会	豊能・三島		
	資格取得に取り組む市内介護サービス事業者に対する支援、求職者と事業者とのマッチング、市有地活用の検討	豊能・三島		
	中河内合同の就職説明会の開催、施設介護人材に関する実態調査、教育委員会と小中学校対象の出前講座開催（調整）	中河内		

### 3. 保険者機能強化の取組みと目標

#### (1) 介護保険事業の現状と課題、対応の方向性

##### 課題 1 要介護状態に至らないための健康づくりに資する施策

###### 現状と課題

- 大阪府民の健康寿命は短く、男性で全国 44 位、女性で全国 47 位となっています。<sup>1</sup>

H25 年	健康寿命	日常生活に制限のある期間
男性	府 70.46 歳 (全国 44 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)

- 要介護・要支援認定率（調整後）は、全国平均18.0%（うち要介護2以下11.7%）に対し、大阪府22.3%（うち要介護2以下14.9%）、都道府県47位となっています。
- 要介護出現率は、全国平均と比し75～79歳で5ポイント、80～84歳で9ポイント、85～89歳で10ポイント上回っています。
- 特に軽度認定者（要支援1・2、要介護1・2）が多く、その半数は生活不活発化などが要因です。
- 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、高齢による衰弱となっており、介護予防の取組により、未然防止が期待できます。
- 「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、次いで認知症となっており、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です。

###### 対応として取組むべき施策

- 地域ケア会議等を通じた介護予防ケアマネジメント強化
- 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（高齢者社会参加・介護予防）
- 健康づくり・疾病対策と連携
- 生活習慣病の予防・早期発見、廃用症候群等の未然防止の推進

###### 市町村における目標設定の例

- 介護予防・自立支援型地域ケア会議検討件数
- 総合事業における多様なサービスの利用者件数（実・延）
- 第3次市町村健康増進計画の達成率
- 週1回以上体操している「通いの場」の箇所数

###### 大阪府への提案

（成果指標：目標）

- 第3次大阪府健康増進計画における特定健康診査の受診率等、生活習慣病対策に係る指標に係る目標値の達成
- 大阪府内市町村における軽度要介護（要支援）認定者の重度化防止（要介護認定者の1年後の変化率：全国平均以下）

<sup>1</sup> 出所：橋本 修二 「健康寿命の全国推移の算定・評価に関する研究」 厚生労働科学研究（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業） <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

(活動指標：目標達成のためになすべきこと)

- ・ 介護予防事業と保健事業との一体実施に向けた連携
- ・ 総合事業の着実な実施（緩和型、住民主体型、短期集中型）  
⇒短期集中型サービスの提供と「住民主体の通いの場」の連動支援（社会参加・介護予防）：〇件の保険者で実施
- 地域ケア会議等を通じた多職種連携による介護予防ケアマネジメントの実施支援
- 地域分析に基づく介護リスクに応じた介護予防事業の実践に向けた支援

## 課題 2 要介護認定の適正化

現状と課題

- ・ 要介護・要支援認定率（調整後）は、全国平均 18.0%（うち要介護 2 以下 11.7%）に対し、大阪府 22.3%（うち要介護 2 以下 14.9%）、都道府県 47 位となっています。
- ・ 要介護出現率は、全国平均と比し 75～79 歳で 5 ポイント、80～84 歳で 9 ポイント、85～89 歳で 10 ポイント上回っています。
- ・ 要介護認定「一次判定」の選択項目にばらつきが見られます（例えば「左一下肢麻痺」有：全国平均 36.9%、府内最高 60.4%、府内最低 10.5%など）。エネルギー
- ・ 要介護認定「一次判定」→「二次判定」の変更率にばらつきがみられます（例えば重度変更 28.0%に対し、軽度変更 1.4%が極端な自治体など）

対応として取り組むべき施策

- ・ 業務分析データ等を活用し、認定の適正化に向けた課題分析を実施
- ・ 認定調査員や認定審査会委員に対する研修等の充実

保険者における目標設定の例

- ・ 業務分析データ等の活用による課題分析の実施率
- ・ 認定調査員や認定審査会委員に向けた研修
- ・ 認定データ等を地域ケア会議や運営協議会等の場に情報提供し、議論する  
⇒交付金指標の該当に繋がる

大阪府への提案

(成果指標：目標)

- ・ 認定調査員の資質向上
- ・ 認定審査会における審査判定の平準化

(活動指標：目標達成のためになすべきこと)

- ・ 保険者における業務分析データ等の活用による課題分析の実施支援：全保険者で実施
- ・ 視聴覚教材等を活用した定義に基づく基本調査及び特記事項の充実の研修実施支援
- ・ 適切な審査会運営の実施支援

## 課題3 「高齢者住まい」において提供されている介護サービスの適正化

現状と課題

- ・ 被保険者一人当たり介護給付額（調整後）は、全国平均 24.0 万円（うち在宅



12.7万円)に対し、大阪府 27.3万円(同 16.8万円)、都道府県 47位、全国平均の 1.13倍となっています。なお、被保険者一人当たり後期高齢者医療費は、全国平均 91.8万円(うち入院外 42.7万円)に対し大阪府 103.3万円(同 47.5万円)、都道府県 38位(同 46位)、全国比 1.12倍(同 1.11倍)です。

- ・ 大阪府内の保険者による差異があるものの、概ね在宅サービスの受給者が多く、特に、訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、福祉用具貸与で多くなっています。
- ・ 大阪府内の訪問介護は、この数年間で顕著な伸長を示しており、受給者一人当たり利用回数は前年度比で 1.31 倍の増加がみられます(月間 31.4 回)。受給者一人当たり月額給付費は 9.1 万円(全国比 1.31 倍)、受給率(=受給者÷第 1 号被保険者)は要介護 2 で特に高く全国比 2.00 倍にのぼります。
- ・ 6年間で有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅は 3 倍超になっており、有料・サ高住は 59,215 戸と特養など介護 3 施設(53,166 床)より多いのが大阪府内の特徴です。
- ・ 利用者 1 人あたり要介護 3 以上では、特養以上に費用がかかっています。
- ・ 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% のサービスを利用しています。

#### 対応として取組むべき施策

- ・ 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化の検討
- ・ 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

#### 市町村における目標設定の例

- ・ 大阪府版チェックシートによる点検
- ・ 市町村担当者会議における情報共有

#### 大阪府への提案

(成果指標：目標)

- ・ 高齢者住まい入居者一人あたりの居宅サービスに係る給付額の変化率

(活動指標：目標達成のためになすべきこと)

- ・ 【大阪府版】高齢者住まいにおける外付けサービス利用の適正化に向けた保険者用点検チェックシートの具体的活用方法の提示支援：〇件の保険者で実施
- ・ 特徴のある自治体・圏域での訪問介護の利用実態調査の支援：〇件の保険者で実施
- ・ 特徴のある自治体・圏域でのケアプラン点検の支援：〇件の保険者で実施
- ・ ケアプラン点検実施率：全保険者で実施

## 課題 4 利用者本位のケアマネジメントの実現に向けた取組

### 現状と課題

- ・ 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ます。
- ・ 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です。

- ・ 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「介護予防ケアマネジメント」の発想をもたなければ、重度化をくい止めることは困難となります。

#### 対応として取り組むべき施策

- ・ 地域課題を含む研修の実施等ケアマネジャーの資質向上
- ・ 自立支援型に資するケアプランの作成支援、ケアプラン点検
- ・ 医療・介護従事者の連携促進

#### 市町村における目標設定の例

- ・ ケアプラン点検実施率
- ・ 地域課題を踏まえた研修の実施数・受講者数
- ・ 自立支援型地域ケア会議検討件数

#### 大阪府への提案

（活動指標：目標達成のためになすべきこと）

- ・ 地域課題を踏まえた介護予防ケアマネジメント実践研修の実施等ケアマネジャーの資質向上支援
- ・ 自立支援型ケアプランの作成支援
- ・ 入退院時・在宅療養期における多職種連携の深化に向けた支援

## （２）大阪府介護事業の特徴と保険者の取組

### 1) 需要側（住民側）

	府民（要介護認定者）の特徴	保険者の対応（案）
①	強い地域コミュニティ、高い経済意識（高い民度）	・ 府民向け情報共有（保険料負担、保険制度の持続性、地域共生社会）
②	低い健康維持（セルフ・マネジメント）意識（短い健康寿命）	・ 特定健診等の健康増進施策の推進 ・ 保健師や地域包括支援センター職員数等の体制整備
③	（心身状態に関係なく）要介護認定申請の可能性	・ 認定適正化に向けた取組（研修及びテスト）
④	高い低所得者階級、単身世帯の割合	・ 就労支援等の生活困窮者自立支援制度との連携 ・ 地域福祉活動（地域の見守り等の意識向上）、生活支援コーディネータの拡充
⑤	地域活動への参加率	・ 一般介護予防の取組（通いの場や健康教室等） ・ 自立支援型ケア会議の開催

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合事業（住民主体、短期集中等）</li> <li>・介護サポーター等の就労支援</li> </ul>
--	---

## 2) 供給側（事業者側）

	介護事業者の特徴	保険者の対応（案）
①	サービスによっては事業所数が供給過多と考えられる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型サービスの推進による多機能型サービスの推進及び総量規制</li> <li>・集合住宅減算の強化（国への働き掛け）</li> </ul>
②	高齢者住宅（サ高住、有料）について、介護保険制度上、法令の規制がかからない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防、自立支援・重度化防止の観点から、外付けサービスの給付適正化、ケアプラン点検を進める</li> </ul>
③	居宅介護支援事業者への容易なアクセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメント適正化に向けた取組</li> </ul>
④	不適正事業者の有無、貧困ビジネスの可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプラン点検など、給付適正化の取組</li> <li>・ケアプラン・ガイドラインの作成</li> </ul>
⑤	要介護認定への容易なアクセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定調査適正化に向けた取組（研修及びテスト）</li> </ul>

## 4. 給付実績を活用した給付適正化の取組み

### (1) 介護給付適正化の取組み優先度

○介護給付適正化の取組みにあたっては、利用者の状況に応じて、介護予防、自立支援・重度化防止の観点から過不足のないサービスを提供することにより、介護保険制度の信頼性と持続性を高めることが求められます。

○居宅介護支援事業ごとのサービスの偏りやその他の特性を把握した上で、個々のケアプラン点検を実施することにより、効率的に給付適正化の取組みを行うことができます。

○保険者として、保険者及び居宅介護支援事業者の介護サービスの偏りを確認した上で、介護サービスごとの過不足に係る情報を介護事業者と共有しながら、最適な基盤づくりを行っていくことが最も優先度の高い取組みと考えられます。

○なお、2018年10月より国保連合会から提供されるようになった「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」により、利用者の状態に係わらず提供されている福祉用具やサービスを効率的に抽出することが可能になりました。同情報に基づき事業者へ適宜是正を求めることにより、介護保険制度の信頼性を高めることが可能と考えられます。

#### ■高齢者あたり居宅介護サービスの給付月額

	給付月額 (円)			サービス割合 (%)		
	全国	大阪府	〇〇市	全国	大阪府	〇〇市
訪問介護	1,901	4,460	4,279	18.6%	34.2%	32.8%
訪問入浴介護	113	109	133	1.1%	0.8%	1.0%
訪問看護	588	919	1,043	5.7%	7.1%	8.0%
訪問リハビリテーション	103	126	223	1.0%	1.0%	1.7%
居宅療養管理指導	237	509	576	2.3%	3.9%	4.4%
通所介護	2,646	2,386	2,355	25.9%	18.3%	18.0%
通所リハビリテーション	1,035	985	778	10.1%	7.6%	6.0%
短期入所生活介護	904	662	730	8.8%	5.1%	5.6%
短期入所療養介護	123	130	84	1.2%	1.0%	0.6%
福祉用具貸与	707	975	973	6.9%	7.5%	7.5%
特定福祉用具販売	32	47	48	0.3%	0.4%	0.4%
住宅改修	93	105	100	0.9%	0.8%	0.8%
定期巡回・随時対応型訪問	91	105	86	0.9%	0.8%	0.7%
夜間対応型訪問介護	7	3	7	0.1%	0.0%	0.1%
認知症対応型通所介護	184	153	92	1.8%	1.2%	0.7%
小規模多機能型居宅介護	545	290	791	5.3%	2.2%	6.1%
看護小規模多機能型居宅介護	63	79	14	0.6%	0.6%	0.1%
地域密着型通所介護	857	979	748	8.4%	7.5%	5.7%
合計	10,229	13,022	13,060	100.0%	100.0%	100.0%

■介護サービス給付費の多寡（高齢者1人あたり全国＝1）

	大阪府	大阪市	堺市	岸和田市	豊中市	池田市	吹田市
特養・地密特養	0.874	1.009	0.808	0.528	0.818	0.992	0.961
老健・療養医療	0.783	0.946	0.647	0.639	0.705	0.664	0.734
訪問介護	2.346	3.217	2.458	2.620	2.251	1.796	1.613
訪問看護	1.563	1.808	1.658	1.274	1.774	1.774	1.847
訪問リハビリ	1.223	1.524	1.175	1.709	2.165	0.379	0.883
居宅療養指導	2.148	2.658	2.422	1.612	2.430	2.110	2.030
通所・地密通所	0.961	0.969	1.006	1.450	0.886	0.811	0.823
通所リハビリ	0.952	0.983	0.969	0.925	0.752	0.391	0.588
短期入所	0.771	0.725	0.969	0.686	0.793	0.909	0.715
用具貸与・販売	1.383	1.713	1.418	1.509	1.382	1.158	1.246
住宅改修	1.129	0.925	1.280	1.323	1.075	1.215	1.086
特定・地密施設	1.019	1.409	0.579	0.484	1.355	1.325	1.125
居宅介護支援	1.238	1.399	1.291	1.441	1.211	1.088	1.037
定期・小・看	0.678	0.747	0.787	0.353	1.275	0.980	0.526
認知症通所	0.832	0.962	0.755	1.005	0.500	0.511	1.190
認知症 GH	0.793	1.016	0.907	0.369	0.845	1.072	0.537

	泉大津市	高槻市	貝塚市	枚方市	茨木市	八尾市	泉佐野市
特養・地密特養	0.743	0.758	0.656	0.739	0.651	0.908	0.745
老健・療養医療	0.687	0.593	0.836	0.701	0.774	0.667	0.714
訪問介護	2.096	1.113	2.329	1.849	1.386	2.361	2.717
訪問看護	0.769	1.231	1.291	1.230	1.344	0.985	1.321
訪問リハビリ	1.951	0.485	0.961	0.854	0.786	1.777	1.320
居宅療養指導	1.511	1.464	1.203	1.772	1.658	2.620	1.574
通所・地密通所	1.142	0.693	1.373	0.864	0.861	1.094	1.098
通所リハビリ	0.699	0.896	1.072	1.161	0.633	1.012	1.491
短期入所	0.501	0.622	0.495	0.551	0.660	0.771	0.568
用具貸与・販売	1.089	0.940	1.413	1.153	1.003	1.337	1.463
住宅改修	1.032	1.161	1.355	1.118	0.763	1.473	1.839
特定・地密施設	0.289	1.060	0.210	1.238	1.043	1.063	0.327
居宅介護支援	1.063	0.875	1.374	1.065	0.991	1.300	1.377
定期・小・看	0.072	0.472	0.571	0.292	1.245	1.147	1.004
認知症通所	0.000	0.810	0.848	0.179	1.707	0.815	0.946
認知症 GH	0.331	0.668	0.761	0.692	0.334	0.719	0.905

○自立支援・重度化防止や重度者対応を図る観点から、各サービス供給について、バランスをとることが求められます。サービス提供体制の現状如何ではなく、保険者の意図として適切なサービスメニューを選択し提供することが必要です。

■介護サービス給付費の多寡（高齢者1人あたり全国＝1）

	富田林市	寝屋川市	河内長野	松原市	大東市	和泉市	箕面市
特養・地密特養	1.054	0.878	0.796	0.800	1.055	0.662	0.729
老健・療養医療	0.671	0.625	0.596	1.249	0.658	1.001	0.764
訪問介護	1.836	1.858	1.330	2.012	1.348	1.995	1.769
訪問看護	2.097	1.602	1.420	1.493	1.570	1.037	1.566
訪問リハビリ	0.359	0.301	0.718	1.874	0.350	1.155	1.515
居宅療養指導	1.624	1.671	1.211	1.755	1.827	1.502	2.135
通所・地密通所	0.956	1.003	0.715	0.975	0.851	0.928	0.770
通所リハビリ	0.704	0.888	1.145	0.688	1.222	1.269	0.690
短期入所	1.530	0.597	2.090	0.854	0.566	0.839	0.672
用具貸与・販売	1.302	1.253	1.089	1.066	1.124	1.135	0.954
住宅改修	1.484	1.333	1.548	0.978	0.914	1.140	0.720
特定・地密施設	0.529	1.019	0.694	0.677	0.970	0.300	1.396
居宅介護支援	1.299	1.122	1.202	1.186	1.021	0.992	0.962
定期・小・看	1.064	0.398	0.531	0.243	0.578	0.187	0.518
認知症通所	2.582	0.429	2.462	0.652	0.793	0.065	0.457
認知症 GH	0.535	0.894	0.592	0.417	0.557	0.303	0.524

	柏原市	羽曳野市	摂津市	高石市	藤井寺市	東大阪市	泉南市
特養・地密特養	0.929	0.797	0.930	0.528	0.817	0.868	0.705
老健・療養医療	0.759	0.768	0.643	0.900	0.603	0.850	0.769
訪問介護	1.538	1.736	1.476	2.152	2.043	2.572	1.686
訪問看護	1.316	1.469	1.512	1.447	1.656	1.549	1.056
訪問リハビリ	0.689	1.068	1.214	1.864	0.495	0.883	2.272
居宅療養指導	1.911	2.316	1.270	2.338	2.553	2.489	0.734
通所・地密通所	1.012	0.906	0.659	0.971	0.985	1.000	0.858
通所リハビリ	0.530	1.000	1.217	1.205	0.797	1.005	1.166
短期入所	0.938	0.966	0.790	0.534	1.118	0.634	0.665
用具貸与・販売	1.202	1.093	1.115	1.334	1.240	1.391	1.326
住宅改修	1.290	1.333	1.022	1.226	1.441	1.290	1.430
特定・地密施設	0.848	1.012	0.361	0.806	1.062	0.734	0.390
居宅介護支援	1.097	1.117	1.026	1.225	1.183	1.338	1.227
定期・小・看	0.229	0.959	0.446	1.268	0.910	0.426	1.675
認知症通所	0.005	0.538	2.321	0.636	1.223	1.054	0.603
認知症 GH	1.019	0.926	0.506	0.707	0.757	0.810	1.076

○自立支援・重度化防止や重度者対応を図る観点から、各サービス供給について、バランスをとることが求められます。サービス提供体制の現状如何ではなく、保険者の意図として適切なサービスメニューを選択し提供することが必要です。

■介護サービス給付費の多寡（高齢者1人あたり全国＝1）

	交野市	大阪狭山	阪南市	島本町	豊能町	能勢町	忠岡町
特養・地密特養	0.829	0.906	0.845	0.793	1.084	1.364	0.485
老健・療養医療	0.594	0.543	0.659	0.952	0.308	1.490	0.520
訪問介護	0.885	1.363	1.688	1.001	0.948	0.672	2.996
訪問看護	1.325	1.917	1.034	1.034	0.968	1.063	0.940
訪問リハビリ	0.709	0.330	1.379	0.291	0.311	0.078	5.204
居宅療養指導	1.165	1.401	1.287	1.089	1.089	0.688	1.675
通所・地密通所	0.802	0.930	0.759	0.711	0.735	1.056	1.275
通所リハビリ	1.145	0.674	1.182	1.315	0.165	0.682	1.646
短期入所	0.806	1.173	0.498	0.837	0.999	0.835	0.602
用具貸与・販売	0.858	1.108	1.130	0.985	0.691	1.032	1.581
住宅改修	1.301	1.484	1.699	0.925	1.753	1.118	0.968
特定・地密施設	1.028	1.062	0.246	0.911	0.545	0.535	0.106
居宅介護支援	0.861	1.134	0.917	0.992	0.731	0.893	1.343
定期・小・看	0.411	0.877	0.808	0.070	0.017	0.029	0.981
認知症通所	0.000	1.848	0.745	0.000	0.940	0.000	0.000
認知症 GH	0.795	0.871	0.914	0.616	0.374	0.000	0.795

	熊取町	田尻町	岬町	太子町	河南町	千早赤阪	くすのき
特養・地密特養	0.979	1.415	0.756	1.192	1.473	1.522	0.846
老健・療養医療	0.462	0.455	0.815	0.795	0.652	0.537	0.754
訪問介護	1.971	1.887	1.933	1.114	1.047	0.801	2.425
訪問看護	1.051	1.459	1.012	1.332	1.449	1.080	1.515
訪問リハビリ	1.417	2.874	2.320	0.621	0.204	0.447	1.350
居宅療養指導	1.481	1.224	0.911	0.949	1.072	0.844	1.911
通所・地密通所	1.126	0.907	0.852	1.243	1.110	0.806	1.257
通所リハビリ	1.074	1.109	2.290	0.870	0.747	0.247	1.079
短期入所	0.668	0.962	0.954	1.628	1.175	0.833	0.707
用具貸与・販売	1.054	1.261	1.307	0.866	0.980	0.733	1.480
住宅改修	1.022	0.903	1.817	1.194	1.527	0.806	1.151
特定・地密施設	0.286	0.202	0.249	0.338	0.476	0.823	1.053
居宅介護支援	1.104	1.264	1.182	0.967	1.021	0.724	1.425
定期・小・看	0.213	0.180	1.100	0.027	0.096	0.175	0.398
認知症通所	0.109	0.000	0.592	0.000	0.000	0.000	0.076
認知症 GH	0.580	1.553	0.592	0.885	0.364	0.401	0.610

○自立支援・重度化防止や重度者対応を図る観点から、各サービス供給について、バランスをとることが求められます。サービス提供体制の現状如何ではなく、保険者の意図として適切なサービスメニューを選択し提供することが必要です。

## (2) 訪問回数の多いケアプランへの対応

○2018年度の報酬改定にあわせて、2018年10月以降に、生活援助が中心である訪問介護の利用回数が、厚生労働大臣が定める次表の回数以上居宅サービス計画に位置付ける場合は、居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、居宅サービス計画を市町村に届出る制度となりました。

○大阪府では、高齢者住まい外付けサービス利用の適正化「保険者用点検チェックシート」において上記の国の規定以外に、以下の基準を設定しています。

要介護1	訪問介護の身体生活（身体介護と生活援助の両方）	月30回以上給付
要介護2	訪問介護の身体生活（身体介護と生活援助の両方）	月60回以上給付
全体平均	訪問介護の身体生活（身体介護と生活援助の両方）	月90回以上給付

○一定基準の下、頻回訪問を計画している居宅介護支援事業所を選定の上、府と保険者の連携により、集中的なケアプラン点検を行うことになっています。

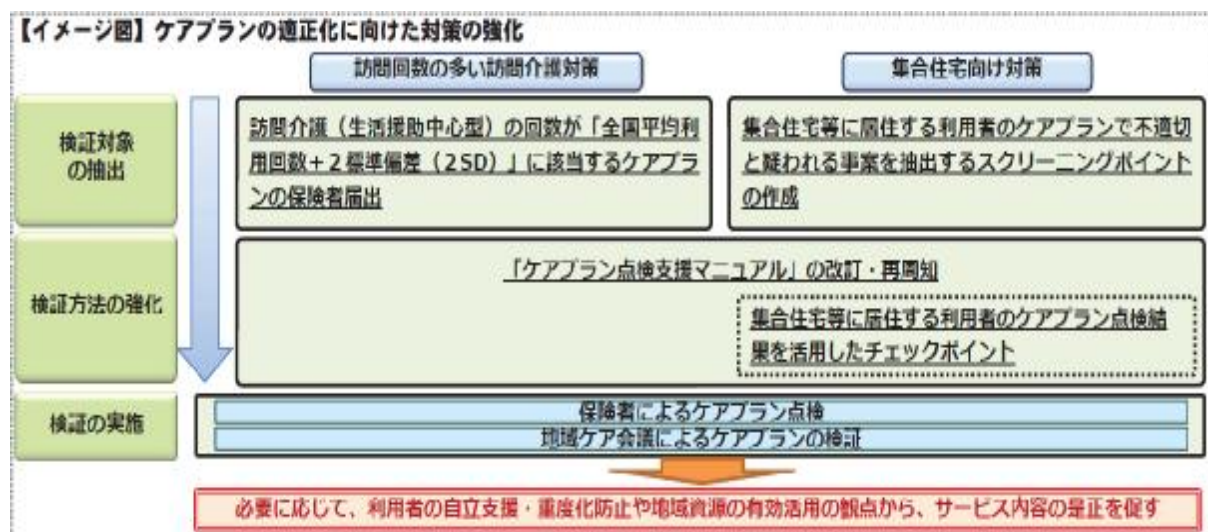
### ■訪問介護 省令改正（2018年10月施行）

ア) 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正していくことが適当であり、ケアマネジャーが統計的にみて通常のケアプランよりかけ離れた回数（全国平均利用回数+2標準偏差※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。

イ) 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また、市町村は、必要に応じてケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す。

※全国平均利用回数+2標準偏差

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回以上	34回以上	43回以上	38回以上	31回以上



(資料) 2018年度介護報酬改定における各サービスの改定事項 (2018年1月26日)



## ■包括的ケアプラン点検シート（例）

○国保連合会から提供される給付実績データを活用して以下のような点検シートを作成し、居宅介護支援事業所が作成するケアプランについて、包括的に傾向を把握します。

### 居宅介護支援事業 A（2018/11）

【事業所】〇〇ケアプランセンター

確認事項	当該事業所	大阪府	全国
支援専門員 1 人あたり枚数（実績）	*** 30	22	22
同一法人の割合（件数）	**** 66%	23%	23%
同一法人の割合（単位数）	**** 77%	30%	30%
支給限度額割合	* 84%	53%	53%
要介護度変更状況	* 0.33	△0.02	0.17
サービス偏重（訪問介護）①	** 60%	34%	19%
サービス偏重（通所介護）①	3%	18%	26%
サービス偏重（地域密着通所）①	1%	8%	8%
サービス偏重（通所リハビリ）①	1%	8%	10%
公費負担利用者の割合②	0%	n.a.	n.a.
	<p>＜事業者の説明をお願いしたい点＞</p> <p>1*) 要介護度変更割合が高く、かつ支給限度額に対する実績額の割合が高い。適切なマネジメントがなされておらず、過剰なサービス提供により、かえって残存機能の悪化を誘発してしまっている可能性はないでしょうか。</p> <p>2**) 訪問介護サービスに偏重がみられますが、外出が可能な利用者には、広い意味での「通いの場」としての通所介護・通所リハビリ等の利用を促し、介護保険の基本である自立支援・重度化防止を図っているでしょうか。</p> <p>3***) 支援専門員 1 人あたりの計画枚数が多いことにつき、きめの細かい相談支援、アセスメントやケアマネジメントができていない可能性はないでしょうか。</p> <p>4****) 同一法人の割合が多いが、利用者本位ではなく自社本位になっていないでしょうか。</p> <p>5（全体）自社介護支援専門員や利用者に対して介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療・福祉サービスを給付）を十分に理解していただいたうえで、自立支援・重度化防止に資する多様なサービスを提案し、自己管理（セルフマネジメント）を徹底させているでしょうか。</p>		

①サービス偏重：二次加工データを基に作成

②公費負担利用者の割合：受給者別給付状況一覧表を基に作成（保険者が〇〇市のケース）

## 5. 介護予防・自立支援の取組み

### (1) 総合事業（通いの場や多様なサービス）の推進

#### ①2006 年度版介護予防事業において改善すべきと考えられるポイント

項目	反省点
費用対効果が低い	リスク層の予防を目的とした二次予防事業は、対象者の把握に介護予防事業費の約3割を投入するも、参加率は高齢者人口の0.7%にとどまるなど費用対効果が高いとは言えない事業となった。
効果が継続しない	プログラムに参加して効果が見られた場合でも、プログラムが終了すると再び活動性の低い生活に戻ってしまった。地域住民と一緒に参加することのできる「通いの場」を創出する取組が不十分であった。
事業参加率の低迷	サービスの内容が筋力トレーニングなどに偏り、取組に関心を持ってない高齢者の参加を促すことができなかった。基本チェックリストによる高齢者側の「動機付け」には必ずしも有効性が高くなかった。
要介護リスク者の把握が不十分	<b>基本チェックリストを返送しない高齢者こそ支援を必要としている人が多く含まれた。</b>

#### ②総合事業・整備事業促進の視点

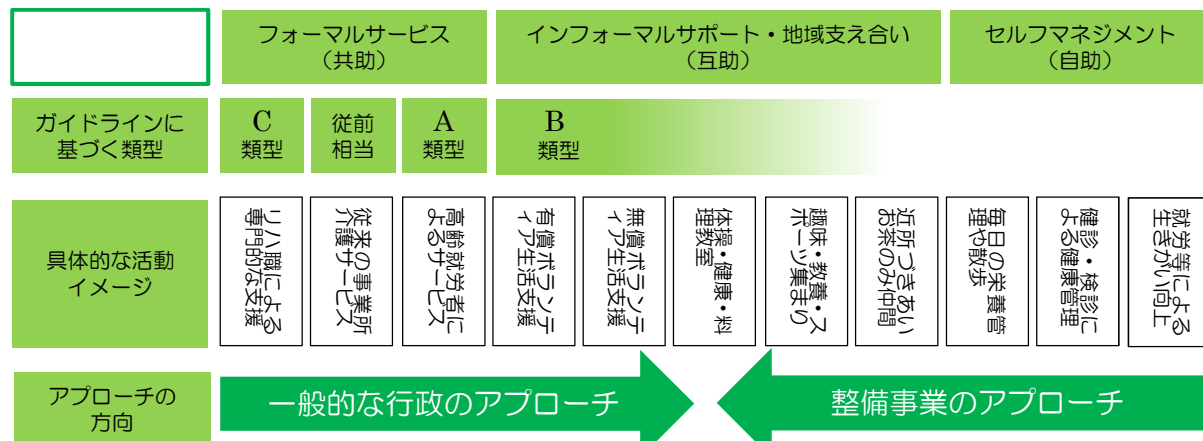
○総合事業の基本は自助（セルフマネジメント）や住民同士の互助であり、行政の役割はその補完や支援であることを踏まえ、行政主体の発想から転換を図ることが必要です。

○ガイドラインの類型にこだわらず、できることから取組むことが望ましいです。既存ボランティア団体や商店会や学生等、地域の多様な主体に対して動機づけを図る活動が重要です。

○これまでの反省から、従前相当や通所型サービス A のみで高齢者の自立を促すには限界があると考えられます。通所型サービス B は、虚弱な高齢者の主体性を引き出すことや、継続性、地域への広がり等に課題が残ります。通所型サービス C は、一部の参加者の体力向上への効果は期待できますが、終了後の受け皿が必要となり、住民主体の介護予防が必要です。

○市町村がすべての住民を対象に入れつつ、住民の力を信じて、その地域にふさわしい住民主体の介護予防活動を一緒に形作っていく「地域づくり」戦略が求められています。

#### ■行政の一般的な傾向と総合事業・整備事業の目指す方向性

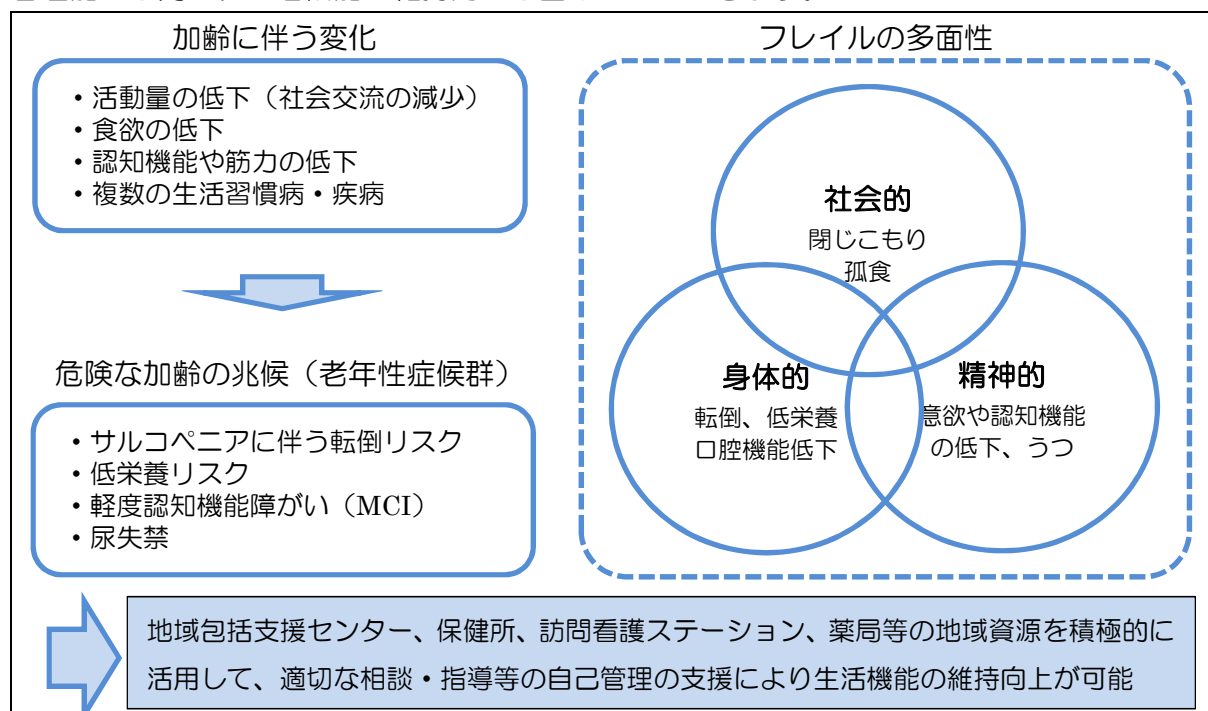


(資料) 総合事業の移行戦略、移行のポイント解説 (三菱 UFJ リサーチ) 等を基に作成

## ＜考察＞高齢者の特性（例：フレイル）

○高齢者は、加齢とともに心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障がい、要介護状態、そして死亡等の危険性が高くなる状態（フレイル）になるとされています。

○このような虚弱状態（フレイル）に対して、個別の課題に応じて専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、リスクの高い高齢者に対して相談や指導を行うことで、自己管理能力を高め、生活機能の維持向上を図ることができます。



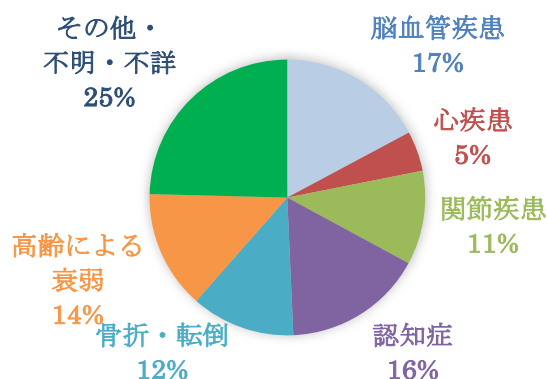
（資料）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（厚労省 2018 年 7 月）を基に作成

## ■フレイルの進行に関わる要因に関する研究

フレイル高齢者に対する介入試験の解析においても、フレイル状態の改善というアウトカムへの影響は、運動という介入方法が付加された際に最も大きな効力を示している。高齢者にはさまざまな疾患が併存するが、健康長寿という視点を取り入れた治療・疾病管理には、運動器の機能維持という問題を重視すべきであり、この意味で現代の生活習慣を改善するさまざまな仕組みを構築することが大切であると考える。

（資料）長寿医療研究開発費 2014 年度 総括報告書

## ■介護が必要になった主な原因



（資料）厚生労働省「国民生活基礎調査」（2013 年）

## (2) 効果的な介護予防事業のために

○要介護者等について介護が必要になった主な原因についてみると、「認知症」が16.4%と最も多く、次いで「高齢による衰弱」13.8%、「骨折・転倒」12.5%となっていることから（2018年度高齢者白書）、先ずはこれら主な原因の未然防止が介護予防に効果があると言えます。

○一方、介護予防・日常生活支援総合事業等における介護予防に資する地域診断のための評価指標について、累次にわたる国の調査委託事業において検討が行われてきましたが、現時点では介護予防の政策に使える明確な評価指標は確立されていないようです。

○地域の高齢者の生活や取り巻く環境は多様であり、介護予防の明確なエビデンスは確立されているとは言えないものの、地域の高齢者の生活の様子や要介護のリスク度を把握（地域差分分析）した上で、その課題に適合した介護予防に取組み、測定し改善を図る取組みが期待されます。

○評価指標としては、基本チェックリストやADLバーセル指標等も考えられますが、機能改善のみに着目するのではなく、「社会参加」や「生きがい」に重点を置いた指標の方が期待できそうです。PDCAサイクルにより、事業の効果を評価・検討しながら取組をすすめることが、効果的な介護予防事業に繋がるものと考えられます。

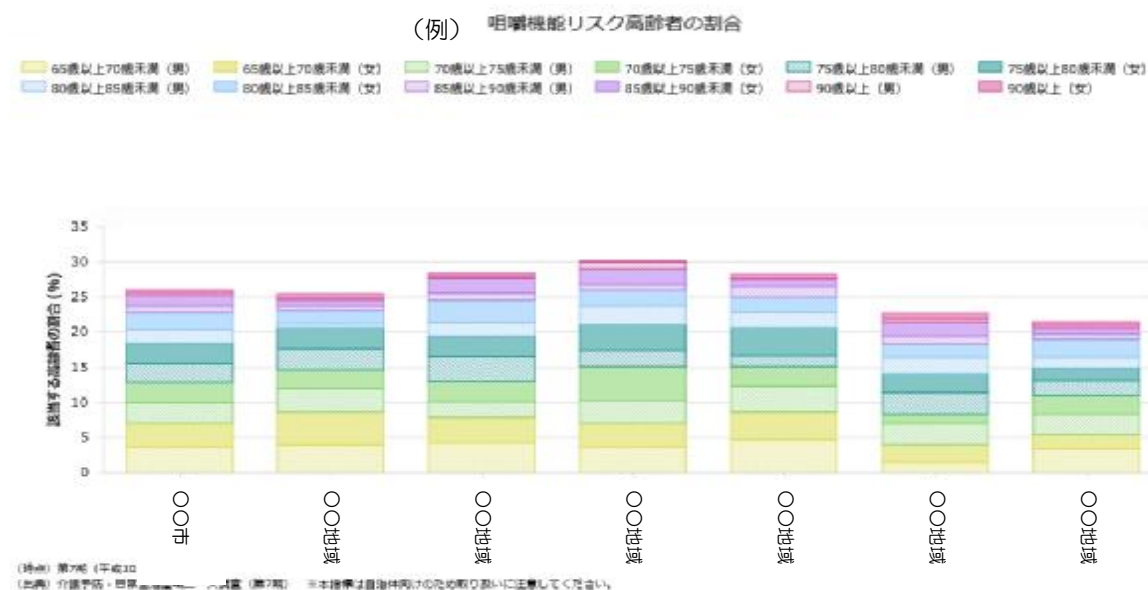
### ①地域包括ケア「見える化」システムの活用

○介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果データを「見える化」に登録することで、高齢者の幸福感や生活の様子、ボランティアや趣味等の地域活動、認知症や閉じこもり等の要介護リスクを他の地域や圏域間の比較を行うことができ、地域特性の把握が可能になります。

○「介護予防マニュアル改定版」では、要介護リスクの要素に応じた地域の取組みについて解説されており、ニーズ調査の結果と同マニュアルを組み合わせることで、地域の実情に応じた介護予防の活動を展開することができます。

○地域の出前講座等あらゆる場でこれらの情報提供を行うことで、地域住民の気付きにしてみらい、住民自身の要介護リスクを低減させる行動変容を促すことが重要です。

### ■〇〇市圏域別の要介護リスク者の割合（例：咀嚼機能）



## ②新規申請者の原因疾患の活用（認定審査会資料の主治医意見書より）

○地域の被保険者の要介護者の介護が必要になった原因について、過去の傾向分析及び全国比較を行うことで、介護予防の傾向と対策を行うことが可能です。

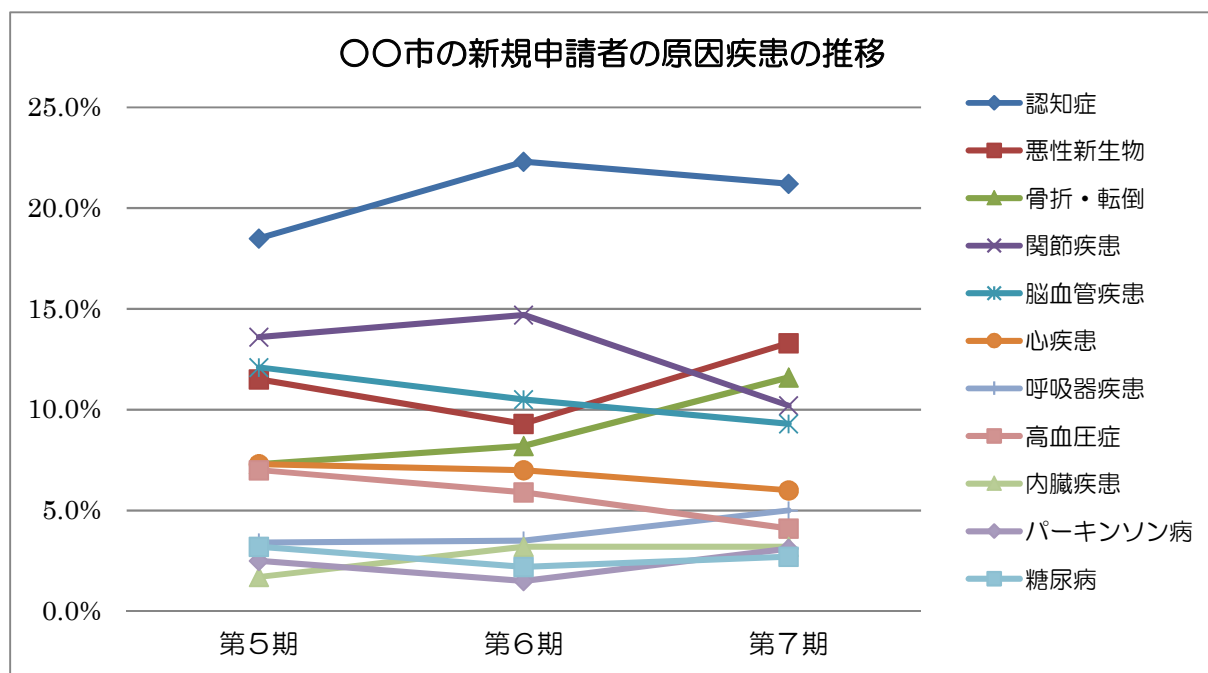
○地域の介護予防教室等のあらゆる場において、介護が必要になった原因と求められる対策について情報提供することで、健康意識の醸成を高めることが必要です。

○多職種間で要因別の増減分析や地域差についての協議の場を持つことで、次の取組みについてのヒントを得る手掛かりとなることが期待できます。

### ■〇〇市の新規申請者の原因疾患推移

	第5期	第6期	第7期	全国	対全国比	対策
認知症	18.5%	22.3%	21.2%	18.0%	1.18	食事、軽運動、交流
悪性新生物	11.5%	9.3%	13.3%	2.4%	5.58	健診率、統計の問題？
骨折・転倒	7.3%	8.2%	11.6%	12.1%	0.96	健康体操
関節疾患	13.6%	14.7%	10.2%	10.2%	1.00	筋力トレーニング
脳血管疾患	12.1%	10.5%	9.3%	16.6%	0.56	高血圧、動脈硬化、喫煙
心疾患	7.3%	7.0%	6.0%	4.6%	1.30	禁煙、食事、軽運動
呼吸器疾患	3.4%	3.5%	5.0%	2.2%	2.31	禁煙等
高血圧症	7.0%	5.9%	4.1%			
内臓疾患	1.7%	3.2%	3.2%			
パーキンソン病	2.5%	1.5%	3.1%	3.1%	1.00	
糖尿病	3.2%	2.2%	2.7%	2.7%	0.99	
精神疾患	2.4%	2.4%	2.2%			
その他	9.1%	8.8%	8.3%	11.3%	0.74	
合計	100%	100%	100%			

（注）〇〇市と全国では調査基準が多少異なる可能性がある

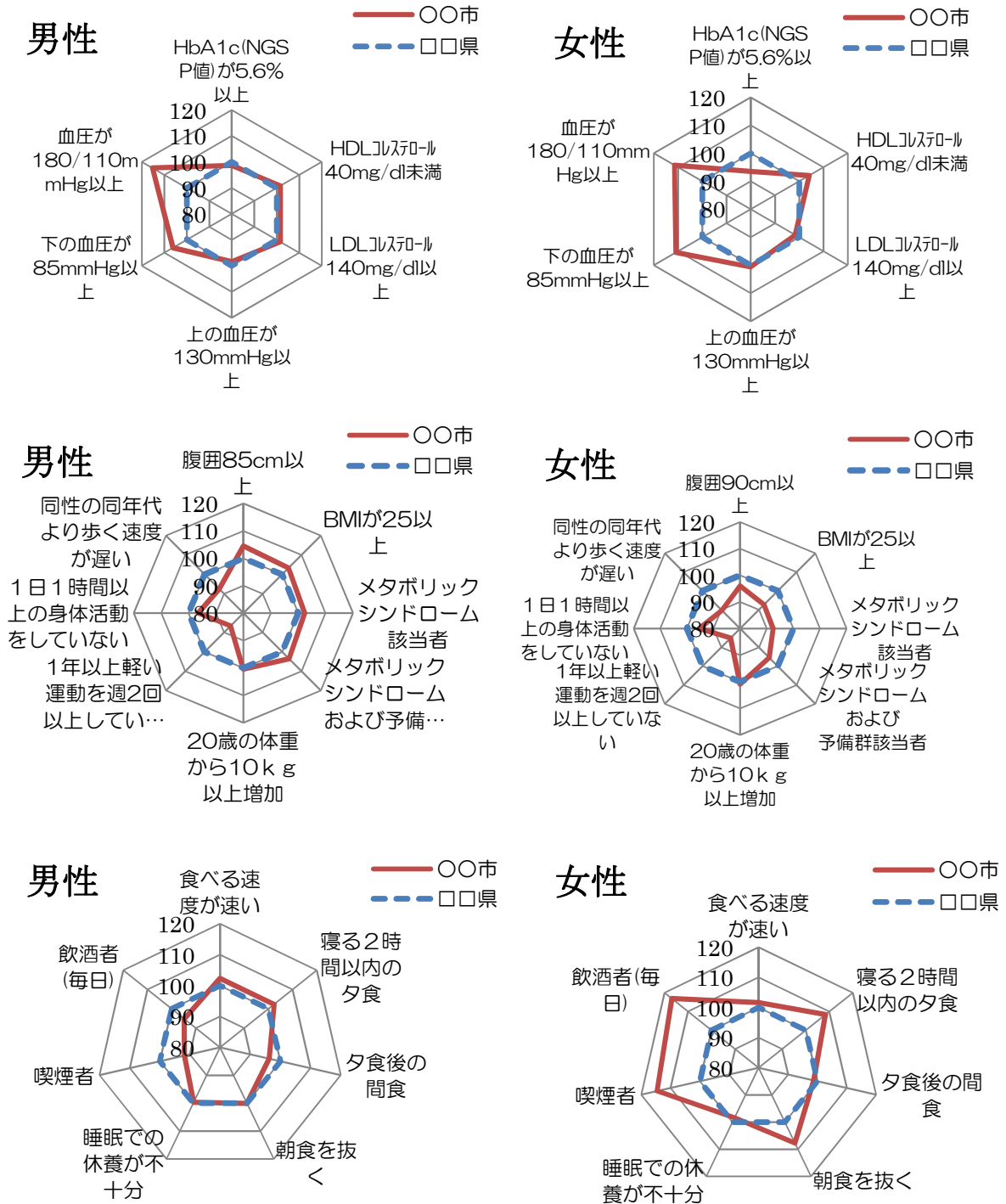


### ③特定健診結果の活用 (40～60 歳)

○まずは、ポイント付与インセンティブ制度（おおさか健活マイレージ アスマイル）等も活用しつつ、けんしん（特定健診やがん検診）の受診率を高めるとともに、特定保健指導等を通じて自己管理（セルフ・マネジメント）を促すことが重要です。

○地域の健康教室等、あらゆる場において、特定健診等の結果を基に自身や地域住民の特徴を把握するとともに、生活習慣の改善に関する具体策につき情報提供することで、地域ぐるみで健康づくりや介護予防に取り組むことでいっそう効果が高まります。

#### ■〇〇市の特定健診結果（□□県との比較）



(資料) データで見る滋賀県市町の状況（滋賀県健康科学情報係）より作成

#### ④明確な目標設定と本人との意識の共有

○総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう、明確に設定される必要があります。

○従って、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたが今はできなくなったこと、②介護予防に一定期間（例3か月）取り組むことにより実現可能なこと、③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標として、関係者間で共有することが重要です。

#### ■介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

	課 題	目 標
セルフケア	清潔・整容、排泄の自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	<u>健康</u> ：毎年健診に行く、体にいい食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する <u>日常生活</u> ：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
家庭生活	買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	<u>家事</u> ：炊事・掃除・洗濯を自分でする <u>用事</u> ：買い物や銀行の用事を自分で済ます
対人関係	家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	<u>役割</u> ：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする <u>他者への支援</u> ：誰かの手助けをしたり、相談者になる
仕事・雇用、経済生活	自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	<u>仕事</u> ：店番や畑仕事などを続ける <u>活動</u> ：地域の奉仕活動に参加 <u>経済生活</u> ：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション	家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
運動・移動	自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	<u>外出</u> ：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところへ外出する <u>旅行</u> ：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
判断・決定	日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
地域・社会・市民生活	友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	<u>交流・参加</u> ：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 <u>楽しみ</u> ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

（資料）介護予防マニュアル改訂版 2012年3月 介護予防マニュアル改定委員会

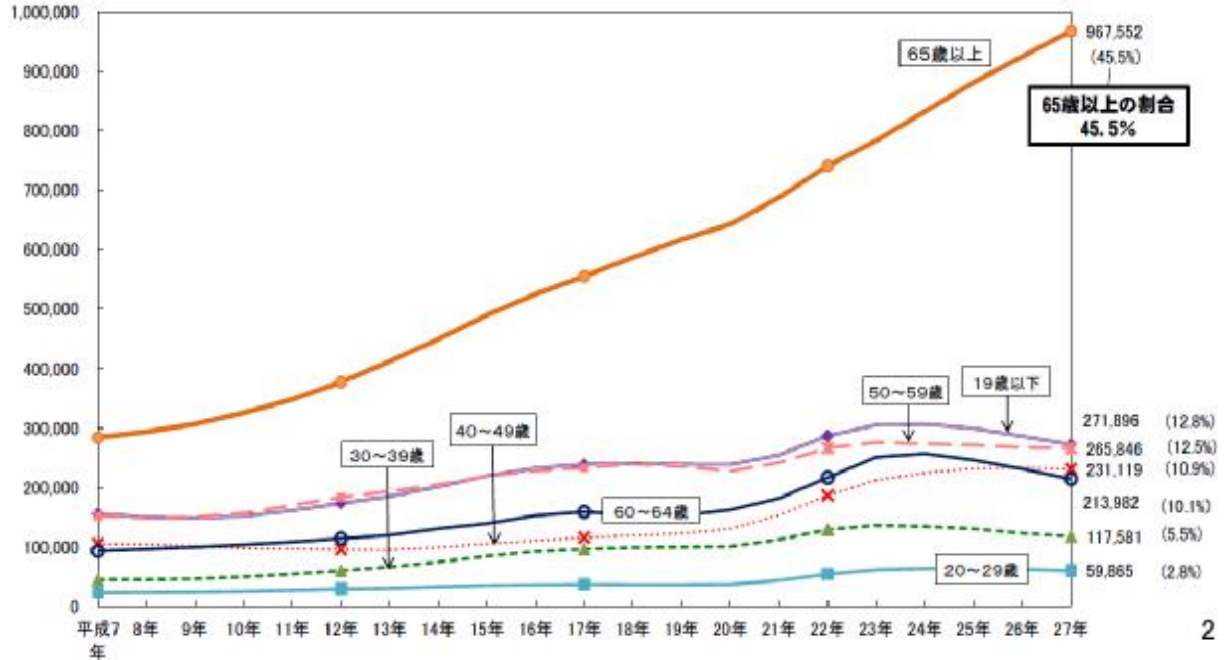
### (3) 生活困窮高齢者の自立支援

#### ①生活困窮高齢者の状況

○府内で要介護認定率が高い地域では、低所得者の割合が高い傾向がみられました。

○1995年以降、全国で生活保護率の上昇がみられますが、年齢別の被保護人員としては、65歳以上の高齢者の伸びが大きく、全体の45.5%が65歳以上となっています。

#### ■年齢階層別被保護人員の年次推移

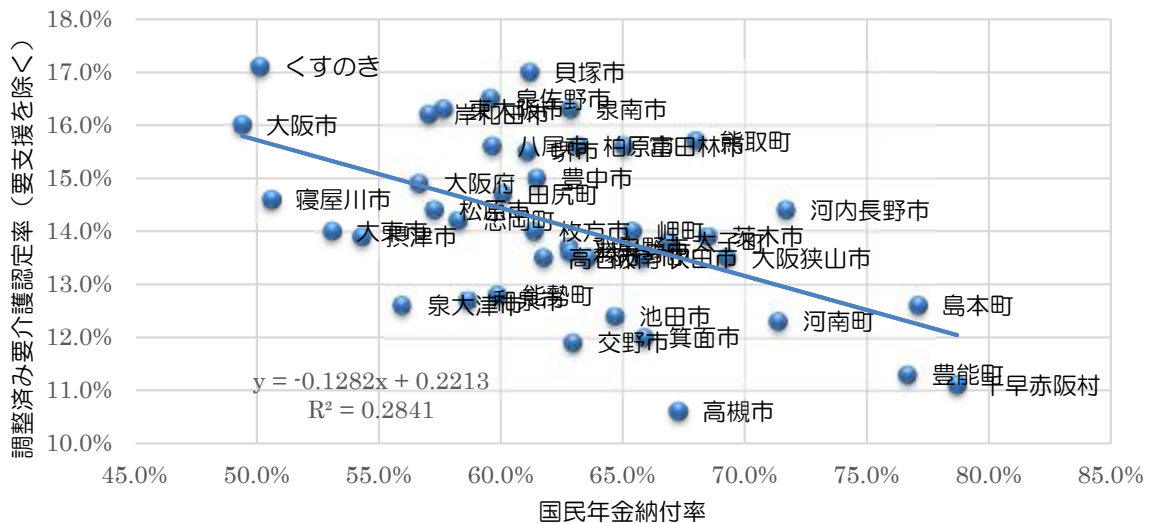


#### ■国民年金給付率と要介護認定率

○国民年金の給付率と調整済み要介護認定率にはやや相関がみられます。

○生産年齢期(15-64歳)に経済的困窮により年金を支払うことができなかった場合、高齢期にさらに生活が苦しくなり、社会保障制度に頼らざるを得なくなることが想定されます。

○経済的な困窮を解決するためには、就労支援等の取組みが必要と考えられます。





## ②生活困窮高齢者の自立支援制度

○生活困窮者自立支援法が改正され 2018 年 10 月より高齢者向け施策と連携を図り、生活困窮高齢者をより包括的に支援することになりました。

### ■生活困窮者自立支援制度と高齢者向けの施策との連携（法改正 2018 年 10 月施行）

項目	内容
アウトリーチを含む早期発見	本制度においては、アウトリーチを含めた対象者の早期発見に取り組むこととしているため、地域包括支援センター等の関係機関とも連携しながら、支援を要する高齢者を発見し介護保険制度を含む高齢者向けの施策につなぐことが可能。
就労等の支援	高齢者が生活困窮者自立支援制度に基づく就労支援、就労準備支援及び家計改善支援等の高齢者向けの施策にはない事業を利用するにあたっての調整等を実施。 <u>就労準備支援事業の対象者要件の一つである年齢要件（65 歳未満）を撤廃し、高齢期の生活困窮者の就労支援を強化。</u>
ひきこもりへの支援	高齢者向けの施策の対象となっている高齢者の居宅において、稼働年齢層で就労せず引きこもっているといった事例もみられ、こうした世帯において、両施策が機能することで、世帯全体への包括的な支援が可能。
両制度の庁内連携による地域づくり	支援を必要とする者が地域で自分らしく暮らしていけるような地域づくりを進めるとい側面から両施策が連携することが重要（両部局間で学習会を行い関係者間で知識の共有を図る等の取組）。
地域包括支援センターとの連携	生活困窮者自立支援制度の取組を通じて、「相互に支え合う」地域づくりを進めることは、地域包括ケアシステムの構築にも資するものであり、高齢者が地域で安心して生活できることにつながることから、庁内に限らず自立相談支援事業を行う者と地域包括支援センター等の関係機関との連携体制の構築も重要。
地域ネットワークに係る連携	①支援調整会議や支援会議等と協議体の連携 ②自立相談支援事業の相談支援員等と生活支援コーディネータの連携

### ■大阪しあわせネットワーク（大阪府社協）

○大阪府社会福祉協議会では、社会福祉法人（福祉施設）の強みを活かした地域貢献事業として「大阪しあわせネットワーク」の取組みを推進しており、この事業の活用による自立支援が期待されます。



<p>●<b>保育園・認定こども園における地域貢献事業（スマイルサポーター）</b></p> <p>保育園・認定こども園の「地域貢献支援員（スマイルサポーター）」が様々な相談に応じ、制度・サービスにつなぎます。</p>	<p>●<b>就労支援・中間的就労</b></p> <p>障がい等により様々な配慮が必要な方、経験不足等で就職が決まらない方など「働きたいのに働けないすべての人」の就労をサポートします。</p>	<p>●<b>家計相談支援</b></p> <p>家計のやりくりがうまく出来ない方に、日常のお金の使い方等のアドバイスをします。</p>
<p>●<b>社会参加・生きがい支援</b></p> <p>ボランティア活動等を通じて社会参加や生きがいづくりを支援します。</p>	<p>●<b>子どもの学習等支援</b></p> <p>困窮世帯等の子どもたちの学びの機会や安心できる場を提供します。</p>	<p>●<b>居場所づくり</b></p> <p>地域の中で気軽に立ち寄れる安心できる居場所を担います。</p>

### ③大阪府の女性就労の状況

○大阪府の女性就業率（20-59 歳）は、全国 45 位と低い水準で、大阪府では全国に比べて、M 字カーブが顕著に表れる上に 45 歳以降の職場復帰も鈍くなっています。

○大阪府では「仕事に従業者」の比率が高く、非正規社員が多くなっています。

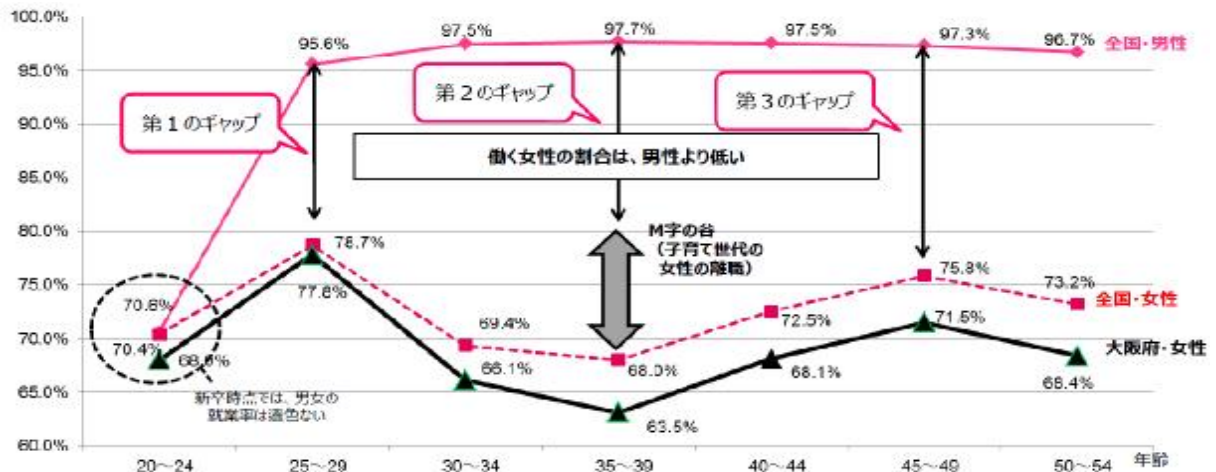
○大都市圏では 3 世代同居の割合が低く、既婚女性の就業率が低い傾向にあるが、女性就業率の回復がみられる東京都等の他の大都市都県と比べても大阪府は就業率が低い状態です。

○大阪府の 30 代の非就労女性は、他府県と比べて、現在は就業を希望していなくても、「将来、条件が整えば働きたいと思っている」という、いわゆる「就業予備層」の割合が高く、働いていない女性が就業のために必要なものとして、「保育所や学童保育などの施設整備」や「短時間勤務や在宅ワークなど多様な勤務形態の普及」の割合が高くなっています。

○離職期間が長いほど、能力の低下を感じる人が増加し、正規社員での就業者が少なくなる一方、就業希望女性の 95%以上がスキルアップの必要性を感じています。

○女性の就労を促進することで生きがいを高めるとともに将来に備える効果が期待されます。

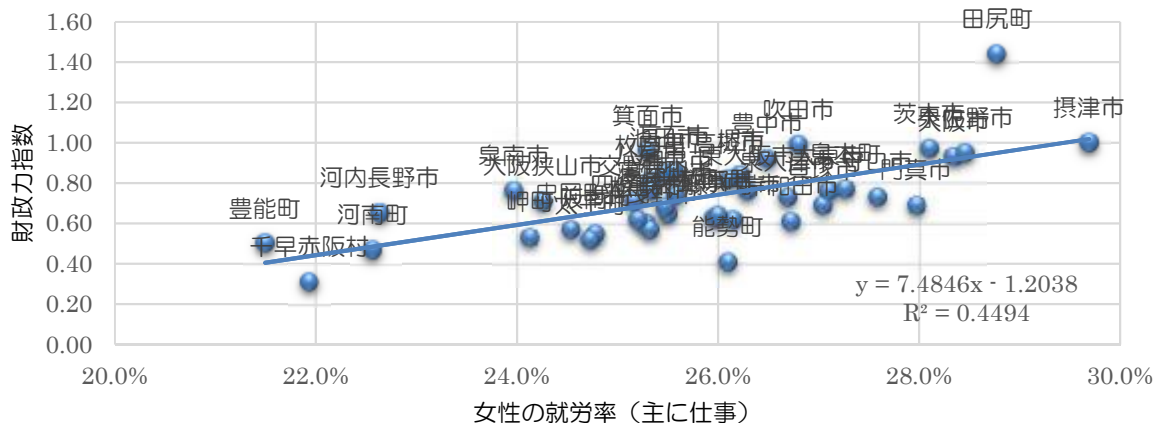
#### ■大阪府女性の年齢階層別就労率



(資料) 女性の就業機会拡大に関する調査 (大阪産業経済リサーチセンター)

#### ■大阪府女性の就労率と財政力指数

○女性の就労率（主に仕事）と財政力指数には相関がみられ、国（ハローワーク）や自治体が連携して就労支援に取り組むことで、地域もより活性化すると期待されます。



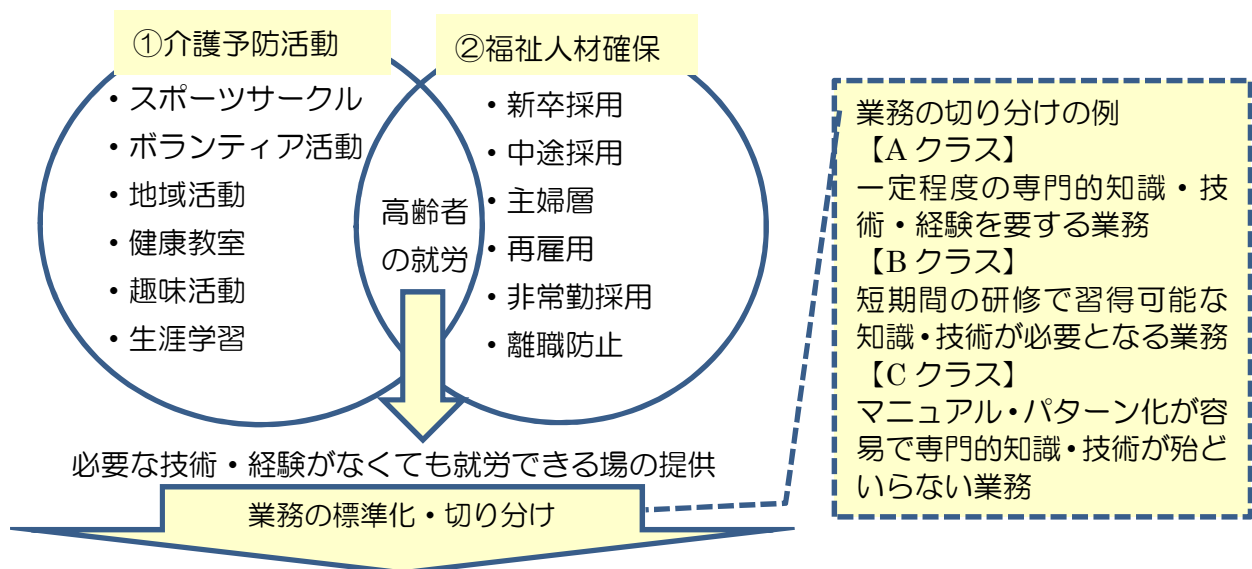
#### ④福祉人材不足への対応と高齢者の就労

○高齢者意識調査（内閣府）によると、60歳以上の11.0%が高齢者支援に、また8.0%が子育て支援に参加したいと回答しています。

○「まち・ひと・しごと創生総合戦略（2018年改定版）」においても「女性・高齢者の活躍による新規掘り起こし」が期待されています。

○例えば社会福祉法人等が保険者と連携して、介護支援サポーター制度を推進することで、介護予防と人材確保の双方の取組みを進めることが可能です。

○吹田市、泉佐野市、羽曳野市等においても類似の取組みが進められている他、大阪府では「介護に関する入門的研修」により福祉介護への理解者を増やす取組みも行っています。



#### ■介護支援サポーターの導入事例（三重県老健協）

**元気な高齢者が支える 超高齢化社会「モデル事業」に参加しませんか？**

**事業のねらい（3本の柱）**

- 1 介護人材の確保**  
 （直接）地域の**元気高齢者**を「介護助手」として導入することで、**介護の担い手が増える**。  
 （間接）「介護助手」導入により、介護職の**労働環境が整備**され、**介護職を専門職化**することが可能となる。（若者があこがれる職業にする。）
- 2 高齢者の就労先**  
 住み慣れた地域の中で、自分に合った時間に働ける**新たな高齢者の就労先**ができる。（年金の足しにも…）
- 3 介護予防**  
 働きながら介護のことが学べ、介護の現場を知ることによって、一番の「**介護予防**」になる。（要介護高齢者の増加の抑制→保険支出の抑制につながる）

**介護職が本来の介護業務に専念！**

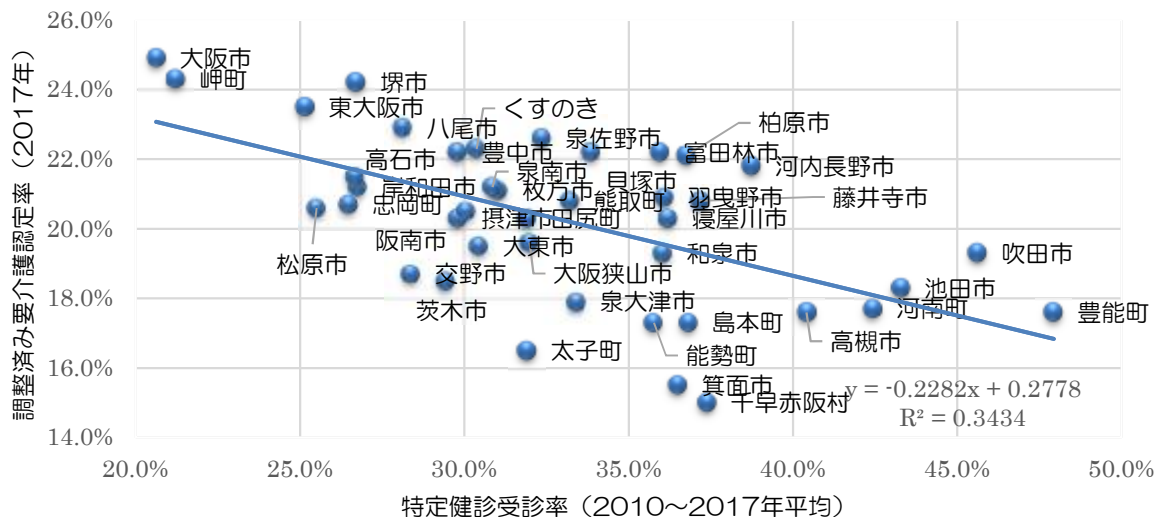
この「モデル事業」は、消費税を財源とした「地域医療介護総合確保基金」の助成を受けています。

（資料）将来の介護需要に対応する高齢者ケアシステムに関する検討会報告より作成

#### (4) 特定健診等による自己管理

○40～74歳の特定健診受診率（市町村国保及び協会けんぽ）と、調整済み要介護認定率（65歳以上）には、やや相関がみられます。

○特定健診受診や日頃の健康管理をとおして自己管理（セルフマネジメント）意識を高めることで健康増進や介護予防につながるものと期待されます。



#### ■おおさか健活マイレージ アスマイル

○府民の健康をめぐる状況については、平均寿命や健康寿命、けんしん（特定健診・がん検診）受診率、朝食欠食率、喫煙率、健康への関心等、多くの健康指標が全国的に低位という現状を踏まえ、大阪府では広く健康意識の向上と実践を促し、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的に、「大阪府健康づくり支援プラットフォーム」整備等事業を府内全域で展開します。

○府民の健康づくり活動に対し、ポイント還元を行うことで自発的な行動を促進するとともに、健康情報等を見える化し、継続的な健康づくり活動の促進を図るもので、医療・介護が連携してこの様な取組みを浸透させることで介護予防につながるものとみられます。



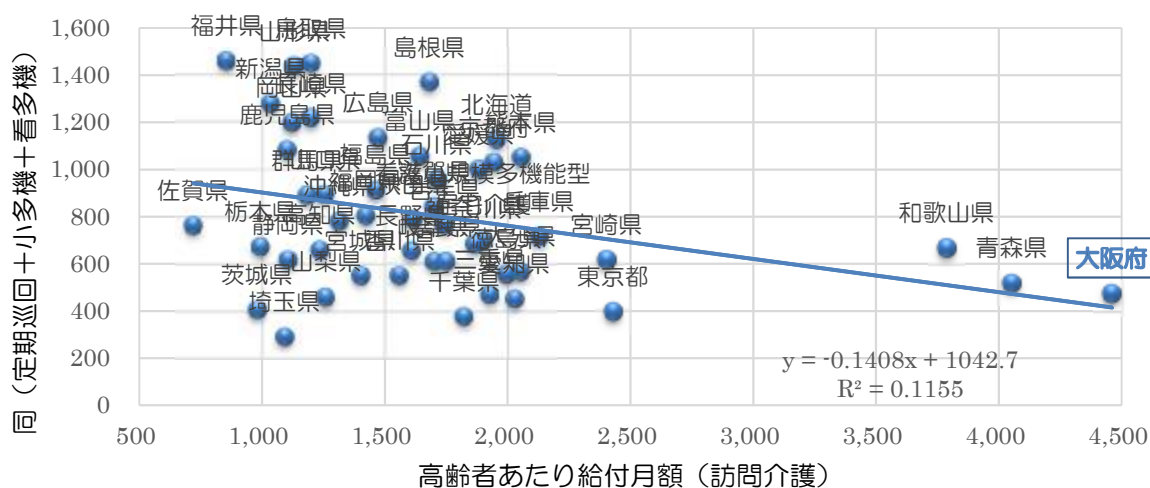
## (5) 地域密着型3サービスの推進

### ①介護サービスのバランス（訪問介護と地域密着型3サービス）

○大阪府内では、介護老人福祉施設（特養）・介護老人保健施設（老健）といった施設サービス、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護、といった地域密着型3サービスが相対的に少ないため、特に重度者対応との観点で需要にあったサービス提供が不足していると考えられます。

○地域密着型3サービスを積極的に推進する観点から、保険者が適宜都道府県と協議の上、訪問介護サービス事業所に対する総量規制を行うことが国の制度上可能となっています。

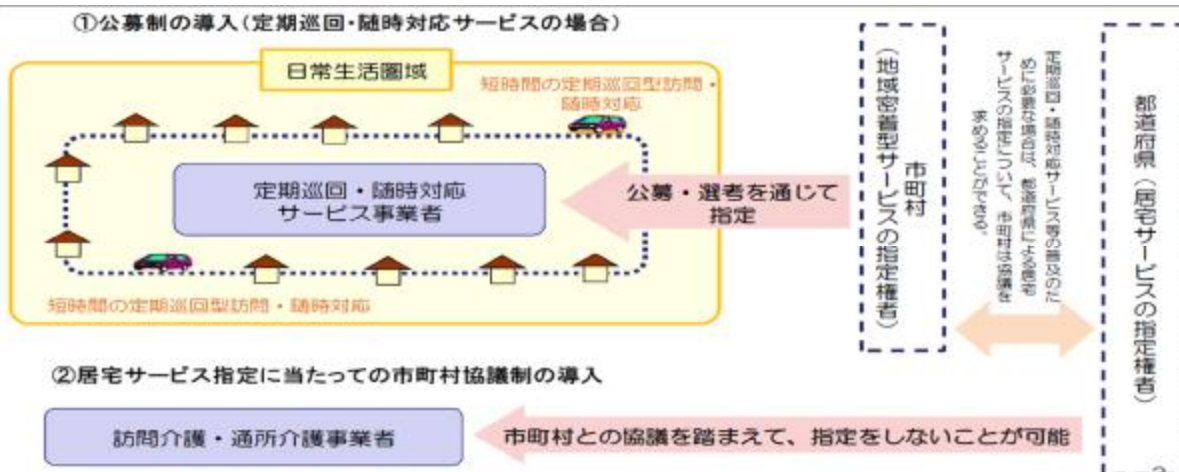
○訪問介護事業所から定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（看護連携型）への業態転換を推進することで、保険者・利用者双方にメリットがあるとみられます。



### ■市町村・都道府県の指定拒否権限（訪問・通所介護）（地域密着型サービスにおける協議制）

定期巡回・随時対応型、（看護）小規模多機能型等の普及のためには、事業者が日常生活圏域内で一体的にサービスを提供し移動コストの縮減や圏域内での利用者の確実な確保を図ることが必要。

- ① 市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等（在宅の地域密着型サービス）についての事業者指定を行えるようにする。【公募制の導入】
- ② 定期巡回・随時対応サービス等の普及のために必要がある場合は、市町村が都道府県に協議をした上で、都道府県は訪問介護・通所介護の指定を拒否し、又は指定に当たり条件を付すことができる。【居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入】



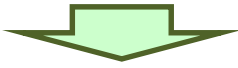



## ②訪問介護と地域密着型3サービスの特性

項目	訪問介護	3サービス
報酬体系	従量制（提供回数×単価）	月額定額制（まるめ）
報酬体系による特性	「利用者ができないこと」を探して、サービス提供回数を増やすインセンティブが働きがち	「利用者が支援者を頼らずにできる方法（⇒自立支援・重度化防止）」を探すインセンティブが働きがち
自立支援の判断	利用者から自立支援に繋がらない要望があった場合でも、その要望を断る力が働きにくい	自立支援に繋がるか否かを判断基準として、利用者の要望を適宜断る力が働きやすい
ケアマネジメント	サービス内容を予め居宅介護支援事業者がケアプランで決定	状態の変化に応じてサービス事業者が随時柔軟に決定
サービス提供の制約	訪問回数や時間、訪問間隔の時間制限あり（プラン上の位置付けが必要）	緊急コール対応も含めて訪問の時間・頻度等を柔軟に対応可能
結果的にありがたい経営方針	サービス提供回数を増やして（支給限度額まで算定）収入を確保	限られた職員でより多くの利用者を支えて利益を確保
メリット	決まった時間に決まったサービスが自宅で提供される	状況に応じ、多様なサービスを適宜組み合わせることができる
デメリット	自宅でのサービスであるため、他者との交流が少ない	制約により、必ずしも希望どおりのサービスを受けられない場合がある

### ■地域密着型3サービスの現状と課題

項目	現状と課題
利用者の評価	<input type="checkbox"/> 包括的なサービスや料金定額制が利用者の安心感となっており、利用者及び家族の満足度が極めて高い。 <input type="checkbox"/> [小規模多機能型居宅介護] 家族の負担を和らげ、在宅での生活を継続する上で有効なサービスであると評価されている。 <input type="checkbox"/> [小規模多機能型居宅介護] 通い・訪問・泊まり等が利用者ニーズに合致。 <input type="checkbox"/> [定期巡回・随時対応型訪問介護看護] 訪問（定期・随時）、見守り等が利用者ニーズに合致。
サービスの周知度	<input type="checkbox"/> 3サービスを利用していない高齢者やその家族では、3サービスの具体的な内容を理解している人は限られている。 <input type="checkbox"/> [小規模多機能型居宅介護] 特徴と利用者負担額の目安を示した上で利用意向を尋ねた調査では、利用を希望するという回答が多数。
ケアマネジャーの理解度	<input type="checkbox"/> 3サービスの有効性を認めるケアマネジャーが多いが、事業者と緊密な関係は築けておらず利用希望がないことから、利用者への紹介にためらいを感じるケアマネジャーが少なくない。 <input type="checkbox"/> 3サービスについて理解不足のケアマネジャーも一部にいる。
事業者の理解度と経営理念	<input type="checkbox"/> 事業者が増えない大きな理由として「採算がとれない」とされているが、上手く経営している事業者も多数いる。 <input type="checkbox"/> 事業所が3サービスの特性を理解して、運営するために不可欠な経営理念や運営方針を有していえるか否かに依存している。

### ③地域密着型3サービス経営の要点

ステージ	経営の要点
経営方針の確立と 浸透 	<ul style="list-style-type: none"> <li>□法人としての経営理念と社会的使命を提示</li> <li>□介護サービスは限りある社会資源、限られた職員でできるだけ多くの利用者の在宅生活を最期まで支援</li> <li>□具体的な経営計画（利用者数目標・収入・経営指標等の推移、そのための管理者の役割の重要性・価値）を管理者と共有し、経営層・現場で一体となつての事業推進が必要</li> </ul>
経営目標の設定 	<ul style="list-style-type: none"> <li>□事業者としてどのような高齢者を受け入れるか、経営理念に合致する利用者増を定めて、合致する利用者を選択</li> <li>□拠点からの移動時間 20～30 分以内のエリア設定</li> <li>□〔定期巡回・随時対応型訪問介護看護〕黒字化に向けた利用者数の目安として、職員 1 人あたり 3 人程度の利用者確保、重度介護利用者の受入増加</li> <li>□〔小規模多機能型居宅介護〕定員上限の 25 名の利用者確保、サテライト事業所等により経営効率を向上、病院での院内介助でも差別化</li> </ul>
利用者の拡充 	<ul style="list-style-type: none"> <li>□丁寧な説明、利用者の状況の逐次報告の徹底により信頼関係を構築</li> <li>□高品質なサービス提供を通じて、口コミにより利用者獲得</li> <li>□地域包括支援センターや病院等との連携を図り利用者確保</li> <li>□自らの地域の連絡会等に積極的に参加し、連携関係を拡大</li> <li>□利用者の入れ替わりを考慮し、継続的な営業による利用者確保</li> </ul>
ケアマネジメント 	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ルート・シフト調整・ローテーションによる職員配置の効率化</li> <li>□スタッフ確保とともに利用者への訪問時間調</li> <li>□〔定期巡回・随時対応型訪問介護看護〕ケアマネジャーとプラン調整、定期モニタリングによるサービス量の適正化</li> </ul>
品質・維持向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>□在宅系スタッフの育成にあたっては、複数人チームで担当するため、提供サービスの質を標準化する必要があり、育成体制の充実が重要</li> <li>□管理者の育成のための具体的方針を検討・実施</li> </ul>

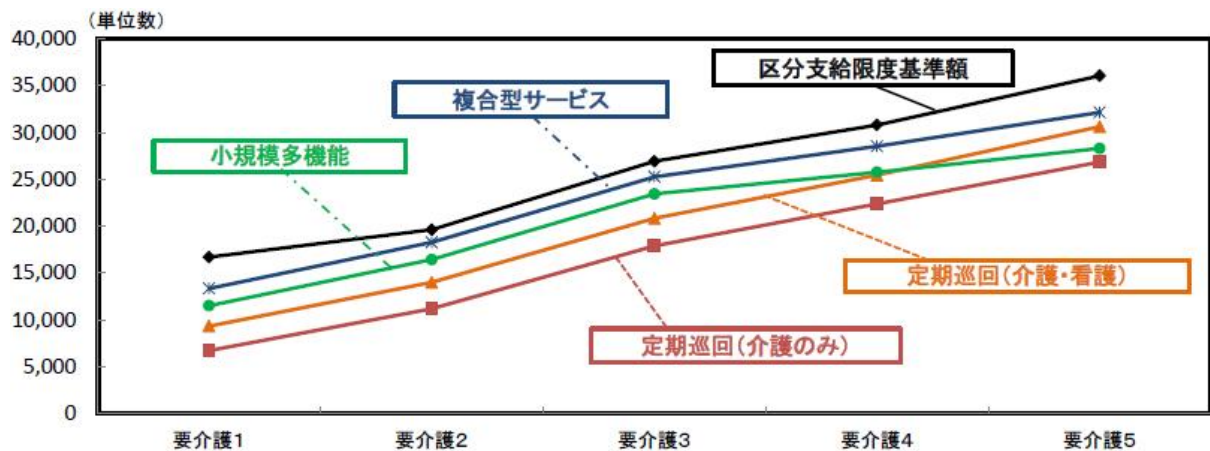
○事業者が地域密着型の各サービスの位置付けや利用者増をよく理解していない状態で事業を行うと、利用者を丸抱えすることになり厳しい経営を迫られることになりかねません。

○各事業者団体では、自サービスこそが地域包括ケアを支えるべき主体であるとの認識の下、勉強会を各地で開催して新規参入者を歓迎している模様です。

○小規模地域密着型居宅介護・複合型サービス事業所整備推進に向けた調査報告書（八王子市、2014年3月）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の経営モデルの調査研究（NTTデータ研究所、2018年3月）等も参考になります。

#### ④地域密着型3サービスの基本サービス費と区分支給限度額の比較

○利用者側の訪問回数や看護・リハビリ、ショートステイ等のニーズの要否に応じて、従来型の訪問介護サービスが良いのか、または、地域密着型3サービスの何れかが良いのか、利用者・事業者ともに選択することが重要となります。



	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度基準額	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
定期巡回(介護のみ)	6,707	11,182	17,900	22,375	26,850
定期巡回(介護・看護)	9,323	13,999	20,838	25,454	30,623
小規模多機能型居宅介護	11,505	16,432	23,439	25,765	28,305
看護小規模多機能型居宅介護	13,341	18,268	25,274	28,531	32,141

※2014年度改定分

#### ⑤地域密着型サービスの独自施策の活用

○地域密着型3サービスは参入する事業者が少なく、また、参入しても十分な利用者が確保できない等の理由で撤退を余儀なくされる事例も多くみられます。

○訪問介護や通所介護といった重複するサービスを抑制して、地域密着型3サービスを推進するべく保険者独自の取組みが期待されます。



(資料)「地域の实情」に応じた市区町村の取組とは何か? 三菱 UFJ リサーチ



■山形県における地域密着型サービスの推進策（事例紹介）

○地域密着型3サービスの8割弱を占める小規模多機能型居宅介護の給付費において、山形県では高齢者あたり全国平均比 2.4 倍（全国 1 位）、山形市では同 4.1 倍となっています（訪問介護の給付費において山形県では同 0.6 倍（全国 38 位）、山形市では同 0.4 倍）。

○山形県では、住み慣れた地域や自宅での生活を継続できるようにする観点から、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回の事業所を積極的に増やしていく方針で、そのための施策として、地域医療介護総合確保基金（介護施設等整備事業分）を活用して整備を図ってきました。

○2015 年度の国の補正予算において「介護離職ゼロの実現に向けた緊急対策」として、同基金（交付金）について大規模な額の補正予算措置がなされました。この補正を受けて山形県は、市町村説明会等において、特に注力すべきサービス整備として、地域密着型の小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回の事業所を推奨しました。山形県では、この補正予算の活用推進、及び当該3サービスの周知度が増したことで小規模多機能型居宅介護などの整備が進んだと分析しています。

○山形市の地域密着型サービス募集要項では、これらの交付金や過去の交付実績等を詳しく説明するとともに、山形市独自の補助金を付加して積極的に事業者の誘致を進めています。

■地域医療介護総合確保基金（介護施設等整備事業分）

○（看護）小規模多機能型等の地域密着型サービスを開設するにあたって、利用の可能性のある交付金（2015 年度補正予算）は以下のとおりです。

項目	要件	交付金
参考補助単価（大阪府補助金交付要綱に基づく）	施設整備	1 施設あたり 32,000 千円
	開設準備	定員 1 人あたり 800 千円
定期借地権の一時金の支援の拡充	定期借地権（50 年間）で国有地を始めとした施設用地を借りる場合	最大路線価額の 1 / 4 以内の支援
介護施設等の合築等支援（加算）の創設	地域密着型特養を整備する際に、他の介護施設や事業所との合築・併設を行う場合	配分基礎単価に 0.05 を乗じた額を加算
空き家を活用した在宅・施設サービス基盤整備支援（単価の新設）	空き家を活用して、認知症 GH や小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護を整備する場合	1 施設あたり 8,500 千円

## ⑥地域密着型3サービスの整備のための取組み

施策	内容
関係者への広報	□保険者、地域包括支援センター、事業者が連携して地域密着型3サービスの認知度を高めるための、利用者家族や事業者等への広報活動強化
事業所の整備促進に向けた支援	□地域包括支援センターや医療機関との連携による利用者の確保 □公有地の活用、空き施設情報の提供、ハローワーク協働等の人材確保 □圏域限定やサテライト事業所の同時募集等の好条件を提示 □地域密着特養等との併設（合築加算の活用）
保険者独自の補助金・加算制度	□地域医療介護総合確保基金の活用に加えて、保険者独自に補助金や報酬単価上乘せ加算を設定して、3サービスの立ち上げを支援
従量制から定額制への転換	□訪問介護・通所介護等の従量型サービスに対する総量規制の発動 □訪問介護事業者への情報（気付き）を提供して事業転換を促進
国への提言（制度変更）	□報酬上限設定等「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方見直し □頻回訪問につき従量制から定額制サービスへ準備期間を経て移行

### ■訪問介護から定期巡回への業態変更

○訪問介護や夜間対応型訪問介護を既に実施している場合には、それらの職務と定期巡回・随時対応サービスの職務を兼務することが認められています。

○併設事業として定期巡回サービスを展開する場合には、一定の収入を得ている状態で、事業開設時の支出の一部を併設事業と按分することで軽減して開設することが可能です。

#### ◆定期巡回・随時対応サービス 単独で事業開設



#### ◆訪問介護と併設で事業開設 (支出を按分)



(資料) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の経営モデルの調査研究 (NTT データ研究所、2018年3月)

### ■(参考) 今後の改善点・検討の方向性 (財務省調査)

○保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。〈2018年10月より施行〉

○また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題を抱えていることから、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき。

(資料) 財務省 2017年6月 予算執行調査 (21)介護保険サービス (訪問介護)

<参考>介護職員の募集にあたり効果のあった採用経路

	利用経路		新卒者採用に効果があった					中途採用に効果があった				
	(A)	割合	1位	2位	3位	計(B)	B/A	1位	2位	3位	計(C)	C/A
ハローワーク	601	96%	108	61	38	207	34%	318	127	48	493	82%
福祉人材センター（社協）	313	50%	6	13	15	34	11%	4	30	24	58	19%
施設入口等の掲示板	126	20%	-	3	-	3	2%	-	5	5	10	8%
法人ホームページ	457	73%	19	25	52	96	21%	17	60	57	134	29%
SNS	38	6%	2	4	2	8	21%	3	4	1	8	21%
資格取得実習受け入れ	201	32%	53	18	10	81	40%	2	14	14	30	15%
学校訪問（就職課等）	336	53%	126	61	25	212	63%	1	5	6	12	4%
学校訪問（説明会）	205	33%	40	36	17	93	45%	1	3	-	4	2%
養成校教員等の推薦	114	18%	20	17	12	49	43%	-	2	6	8	7%
職員からの紹介	427	68%	18	25	28	71	17%	89	101	73	263	62%
合同説明会参加・出展	342	54%	33	56	40	129	38%	16	35	40	91	27%
求人情報誌	215	34%	1	4	9	14	7%	7	37	30	74	34%
アルバイト求人サイト	71	11%	1	2	1	4	6%	3	4	9	16	23%
新卒者採用サイト	158	25%	23	16	12	51	32%	1	1	14	16	10%
転職サイト	69	11%	-	1	-	1	1%	2	5	8	15	22%
新聞折込広告	246	39%	6	9	6	21	9%	44	35	28	107	43%
人材紹介会社	279	44%	9	6	9	24	9%	90	48	29	167	60%
その他	22	3%	5	1	2	8	36%	4	2	2	8	36%

（資料）独立行政法人福祉医療機構「介護人材」に関するアンケート調査 2018年7月（正規職員採用、回答施設数 n=628）を基に作成、上位5項目を着色

■福祉人材の確保と募集・採用の工夫

- ① 選ばれる事業体づくりがコンセプト
- ② 入職モチベーションを高める
- ③ 現状分析と採用計画を踏まえた PDCA サイクル
- ④ 人材採用広報に独自性（HP・求人誌での理念明確化、動画）
- ⑤ 採用選考基準（意思の重視）
- ⑥ 採用面接の工夫（惹きつけるには）
- ⑦ 多様な人材活用（団塊世代、障がい者雇用、中途採用）
- ⑧ 地域資源の掘り起こし（地域住民、ボランティア）
- ⑨ 地域におけるブランド確立、信頼
- ⑩ 事業所内保育所の設置（夜間・週末など保育が可能）

（資料）全国社会福祉協議会 2018年度経営者研修 人事管理コース

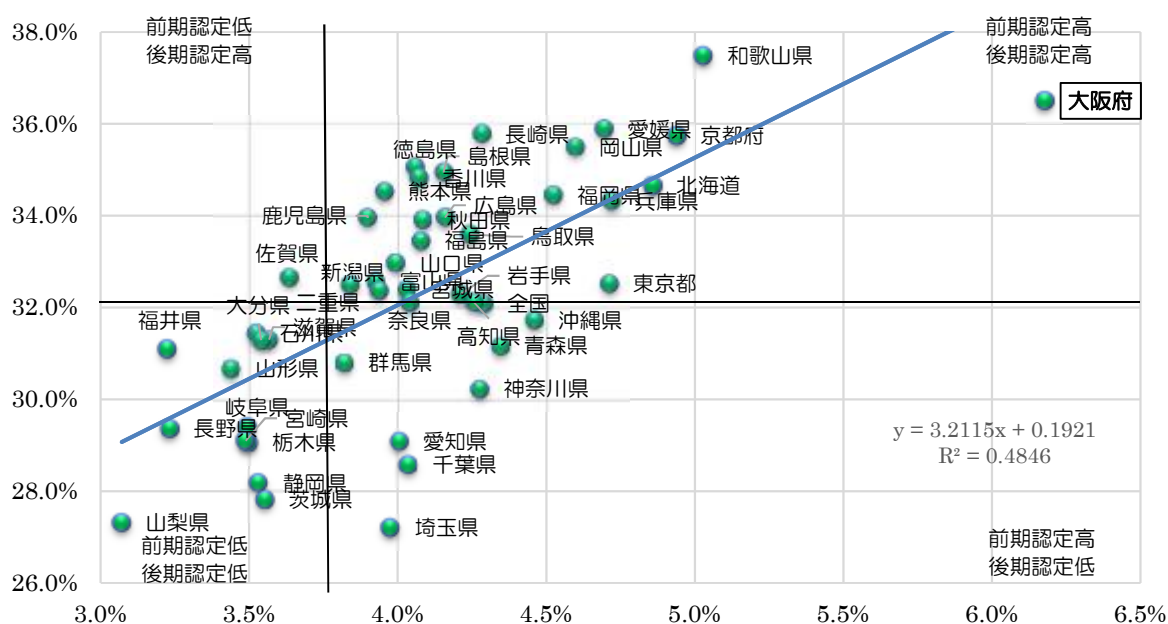
## 6. これからの地域づくり（府民意識の醸成）

### （1）大阪府介護保険の状況

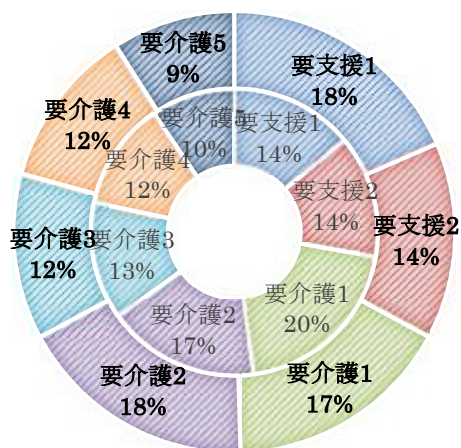
○大阪府の要介護・要支援認定率（調整済）は、22.3%と全国で最も高くなっており、これに伴い高齢者1人あたり介護給付費も全国第1位となっています。特に、65歳から74歳の前期高齢者の認定率が6.2%と全国平均4.3%と比べて高いことから、若いうちからの健康づくりが大切です。（P.53 参照）

○国の調査によれば、1年前に就業していない者より就業している者の方が「健康」を維持する確率や「不健康」が「健康」へ改善される確率が高いことが報告されていますが、大阪府の高齢者就労者比率は20.2%と全国第41位になっています。高齢者の就労や社会参加を促し、健康増進・介護予防につなげていく必要があります。

#### ■前期・後期高齢者の要介護認定率（全国）

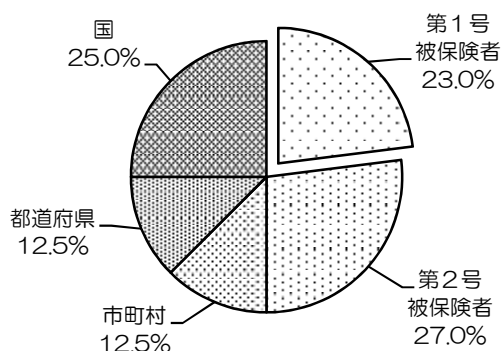


#### ■要介護度別比率（外:大阪府、内:全国）



○大阪府の要介護・要支援認定者のうち要介護2以下の軽度の割合は、全体の3分の2を占めます。

## ■介護保険の財源



大阪府で介護給付に  
使われている年間金額

**6,556 億円**

(2018 年度暫定値)

1日で18億円使われています  
そのうち半分の9億円が40歳  
以上の方が支払う介護保険料で、  
残りの部分には税財源が充てられ  
ています。

## ■要介護度別の給付費（大阪府）

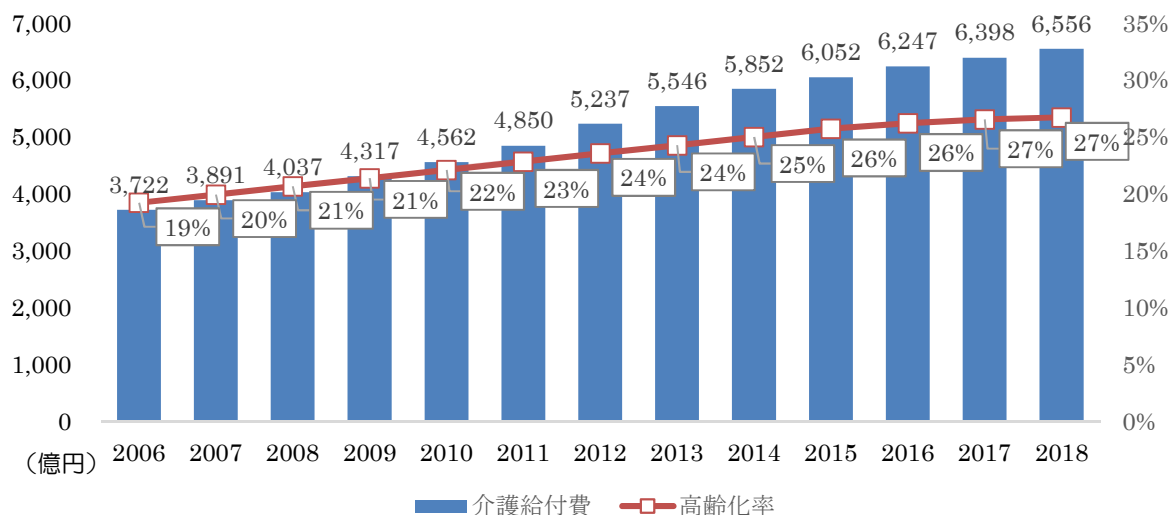
○要介護度の上昇を抑えることができれば、自分のQOL（quality of life:生活の質）の向上に資するだけでなく、府民の皆様の介護保険料の抑制にも大きな効果があります。

(年額、円)

	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
2012年度	334,878	530,221	1,113,304	1,469,077	2,172,438	2,668,186	3,140,157	1,609,424
2013年度	339,944	538,983	1,124,391	1,477,840	2,184,283	2,679,241	3,137,410	1,601,509
2014年度	343,940	554,509	1,133,978	1,496,007	2,219,962	2,723,596	3,167,077	1,596,587
2015年度	324,422	517,121	1,137,001	1,494,962	2,216,792	2,722,663	3,153,615	1,569,585
2016年度	322,794	518,034	984,247	1,325,573	2,027,027	2,566,501	3,023,962	1,454,687
5か年平均	333,196	531,773	1,098,584	1,452,692	2,164,100	2,672,037	3,124,444	1,566,359
1度上昇費		198,578	566,811	354,107	711,409	507,937	452,407	

(資料) 介護保険事業状況報告(年報)より作成

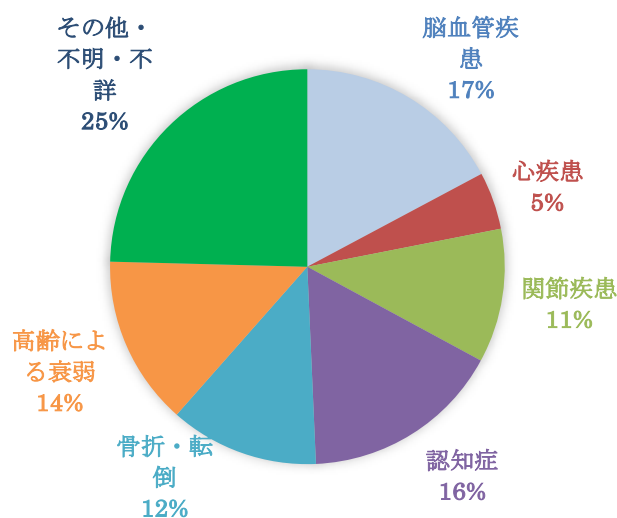
## ■高齢化と介護給付費の伸び



○高齢化率の伸びを上回って介護給付費が増大しています

## ■効果的な健康づくり・介護予防のために

### 介護が必要になった主な原因（再掲）



○介護が必要になる要因として最も多いのが、脳卒中などの脳血管疾患、次に認知症、高齢による衰弱、骨折・転倒、間接疾患と続きます。

○この割合には男女差があります。要介護者の約7割を占める女性では、認知症17.6%（男性は14.1%）、骨折・転倒15.4%（男性は6.0%）、高齢による衰弱15.3%（男性は11.1%）の順に多いのに対し、男性では脳血管疾患26.3%（女性は12.6%）が最も多くなっています。

○多くは生活習慣病や生活不活発病が原因であり、日頃の生活や食事、また、体を動かすことで心身の機能低下を防ぐことが大いに重要です。

## ■地域のつながりによる健康づくり・介護予防

○介護サービスは「限りある社会資源」であり、支援の必要なすべての人に広くサービスを提供しなければなりません。大阪府では2025年に介護人材が3.4万人不足すると見込まれています。

○大阪市立大学が府内のある地域で行った実態調査によると、身近な家族や地域のつながりの強い人ほど、「楽しく暮らしている」と意識し、「健康状態がよい」と思っている人が多い結果となっています。

○住民が互いに力を合わせ、地域の課題や近所の悩み事や困り事を解決することで、誰もが健康で安心して暮らし続けられる「ええまち大阪」をつくるのが可能となります。



地域の誰もが社会に必要なメンバーとみなされ、地域、暮らし、生きがいをともに創り、高め合うことができるよう、住民同士がともに支えあうのが地域共生社会であり、住民と行政、その他の関係機関とが連携しながら、支援が必要な人の自立や尊厳を切れ目なく支えるのが地域包括ケアシステムです。

<参考>統計でみる大阪府のすがた（高齢者保健福祉関連）

項目		全国順位 (降順)	内容	備考
保健福祉等	介護保険料	第2位	月額 6,636 円(全国 5,869 円)	府民の健康管理意識の低さ、暮らし向きとともに保健福祉サービスへのアクセスの良さが影響している可能性がある
	介護保険給付費	第1位	65 歳以上 1 人あたり年間 27 万円(調整後)	
	要介護・要支援認定率	第1位	22.3%(全国 18.0%)(調整後)	
	後期高齢者医療保険給付費	第4位	75 歳以上 1 人あたり年間 106 万円(調整後)	
	保健医療費の割合	第1位	家計支出のうち 5.4%	
	社会福祉費の割合	第3位	行政支出のうち 6.4%	
	保健師数	第46位	人口 10 万人あたり 26.8 人	
	平均余命(65 歳男)	第44位	19.0 歳	
	平均余命(65 歳女)	第40位	24.0 歳	
就労等	高齢者就労者比率	第41位	65 歳以上人口の 20.2%	就労率が高い地域は医療介護費用が低い傾向がみられる
	身体障がい者の就労比率	第4位	就労件数 1,000 件あたり 31.5	
	労働力人口比率(男)	第44位	15 歳以上人口の 61.9%	
	労働力人口比率(女)	第46位	15 歳以上人口の 43.7%	
	生活保護率	第1位	人口 1,000 人あたり 33.3 人	
地域活動等	ボランティア活動行動者数	第47位	10 歳以上人口の 20.6%	社会参加率が高い地域は要介護リスク率が低い傾向がみられる
	民生委員・児童委員数	第42位	人口 10 万人あたり 146.9 人	
	高齢者学級・講座数	第47位	65 歳以上 100 万人あたり 19.8	
	公民館数	第44位	人口 100 万人あたり 29.4	
	図書館数	第44位	人口 100 万人あたり 17.1	
	単身世帯の割合	第3位	全世帯の 37.5%	

(資料) 統計でみる都道府県のすがた 2019 ほか

## (2) 地域共生社会の実現に向けて

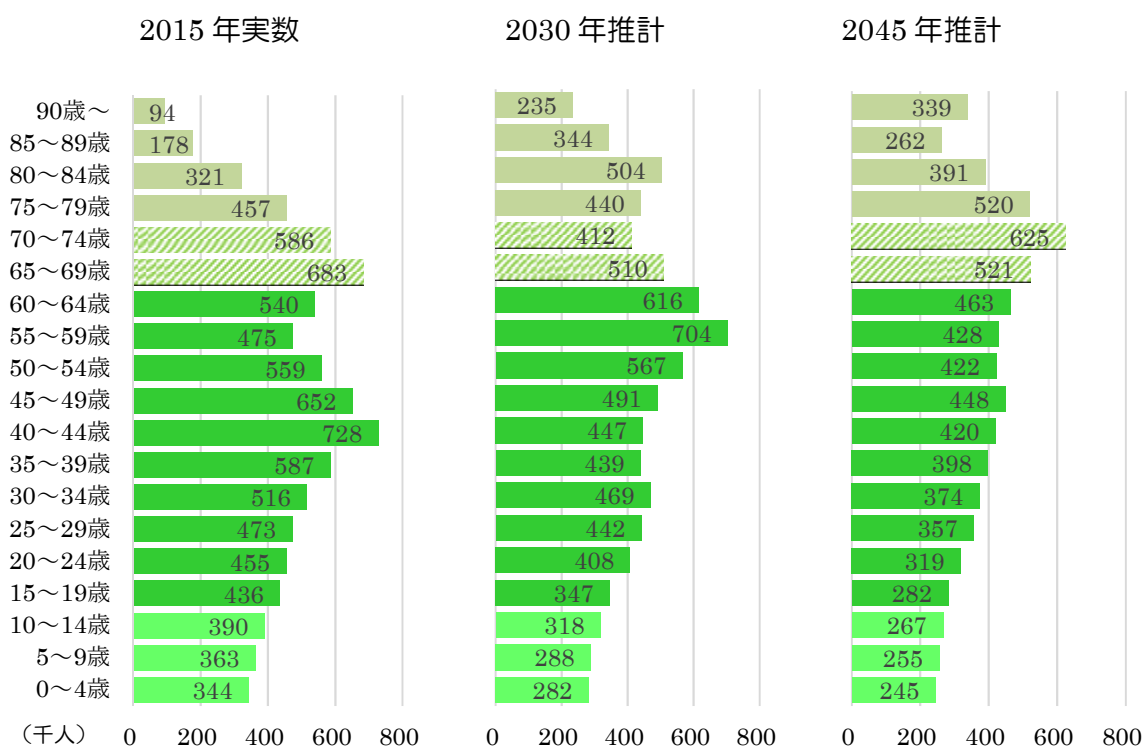
○大阪府の高齢化率は、2017年10月現在26.8%で、既に超高齢社会に突入していますが、2030年には29.6%、2045年には36.2%になると見込まれています。

○高齢化率の上昇は、介護給付費をはじめさまざまな社会保障費の増大を招きます。2017年の全国統計によると、全国の入院患者数に占める高齢者の割合は73%、また、身体障がい者の74%、精神障がい者の38%、生活保護世帯の53%が高齢者の割合となっており、高齢化の進展に伴いその割合は増加しています。

○このように行政コストが平均寿命の延びとともに年々増大していますが、少子高齢化が進行する状況下で住民が負担できる費用を考慮すれば、際限なく行政サービスを増やすことはできないというのが現実です。

○他方、高齢者は地域社会における貴重な人的資源でもあります。平均寿命とともに健康寿命が延び続ける中、65歳を超えても元気であると認識し、就労や社会参加を通じて現役として活躍している人たちが多くなっているため、高齢者を一律に区切って、支えられる人と捉えることは、実態にそぐわなくなっています。

### ■大阪府の人口構成の見通し



### ■大阪府の高齢者1人あたり生産年齢等人口

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上1人あたり15～64歳人口	2.339	2.156	2.121	2.016	1.829	1.580	1.472
75歳以上1人あたり15～64歳人口	5.165	4.095	3.416	3.236	3.189	2.925	2.587
75歳以上1人あたり15～74歳人口	6.374	4.995	4.027	3.841	3.932	3.776	3.345

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所(2018年人口推計)より作成



○これまで社会の様々な分野の第一線で活躍してきた高齢者はその経験と知識を活かし、引き続き働く環境が整備されつつあります。一方で、緩やかに第一線を退きながら、超高齢社会における地域の担い手として、ボランティアやその他の役割を求める高齢者もいるとみられます。また、趣味その他の社会参加を求める高齢者の声もきかれます。

○高齢者が、意欲を保ちそれぞれの能力や十分に発揮し、就労や社会参加等の多様な活躍の場を確保し、生涯現役社会の実現を進めていくことが求められます。そのためにも、これまでの行政サービスによるものだけではなく、住民のボランティア等も活用したサービスの開発や提供を進めていくとともに（日常生活支援総合事業）、従来のサービスの内容についても、利用者の自立支援につながるものにするなど、制度の適正化を進めることが必要になります。

○また、生きづらさを抱えた人、社会の周縁に追いやられてしまった「社会的排除」に対しては、誰もが社会に必要なメンバーとみなされ生活できる状態になる「社会的包摂」が必要になります。このためには貧困と社会関係の両方に対するアプローチ、つまり人間関係・社会との関係性を構築するよう働きかけて、経済的自立につなげることが重要とされています。

○これらの課題を包括的に解決するものが、住民同士がともに支えあう地域共生社会であり、住民と行政、その他の関係機関とが連携しながら、支援が必要な人の自立や尊厳を切れ目なく支えるのが地域包括ケアシステムです。

### 地域共生社会の実現のために

地域のあらゆる住民が、「支え手」と「受け手」に分かれるのではなく、地域、暮らし、生きがいとともに創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向け、制度の縦割りを超えた柔軟なサービスの確保等の取組を計画的に推進します。

#### ■社会福祉法等の改正（2018年4月施行）

事項	改正概要
地域福祉の推進の理念	□支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記
包括的な支援体制	□地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備 □住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制 □市町村圏域等において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制
地域福祉計画の策定	□地域福祉計画の策定（努力義務） □福祉分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける
地域共生社会の実現に向けた施策の推進 （社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法の一部改正）	□市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制の構築 □高齢者と障がい児・障がい者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障がい福祉制度に共生型サービスを位置づける

### (3) 地域住民による地域づくり

○地域福祉は、行政や社協だけでなく、地域活動の主役である住民、関係団体等が互いの特性や能力を發揮し、連携・協力しながら取り組んでいくことが必要です。地域住民が住み慣れたまちで安心して暮らし続けることができるように、地域に関わる全ての人や団体が、地域課題を我が事として考え、解決のために当事者として参加することで、**ともに高め合いながら生きる社会**の実現が図られるものです。したがって、住民、自治会・町内会、民生委員・児童委員、高齢者クラブ・PTA・子供会、ボランティア団体・NPO、学校、一般企業、社会福祉法人等の福祉サービス事業者、社会福祉協議会、市町村（行政）の役割を明確にし、協働することで地域づくりを推進します。



#### ■これからの地域づくり戦略

今後、高齢化が進むとともに、人手不足の時代が続きます。そのような中、介護保険も、保険給付頼りではなく、本人の力や住民相互の力も引き出して、介護予防や日常生活支援を進めていくことをもう一つの柱にしていくことが必要となると考えられます。

このことは、高齢介護福祉政策にとどまらない、「地域づくり」を進めることとほぼ同義であり、基礎的自治体である市町村にとって自治体の存立に関わる根源的な役割といえます。しかし、そこでの自治体の立場は住民に依存されるだけの存在ではなく、むしろ「地域の課題は地域で解決する」との気持ちを持つ住民こそが主体であり、それを応援する立場ではないでしょうか。こうした意識や認識を変えていくことも必要かもしれません。

地域の住民が主体的に進める予防や支え合いの取組は、多様なかたちをとりつつ、相互に関連し合いながら、さらに充実していくことが期待されます。

厚生労働省では、市町村の皆さまとしっかり議論しながら、できる限りの支援を行っていきます。対応が必要なものは、国として制度化もしていきます。

各市町村におかれては、積極的な介護予防・日常生活支援の取組、すなわち地域づくりの取組をお願いします。また、各都道府県におかれては、地域の実情に応じた市町村への支援をお願いします。

（資料）厚生労働省老健局（2019年3月20日 社会保障審議会介護保険部会）

## ■地域づくりの推進者と役割

推進者	役割
住民	地域住民は、地域づくりを推進する主体としての我が事の意識を持ち、自分たちの地域について考え協力し、地域社会に参加することが第一歩となります。日頃から、挨拶や身近な会話を通して相互理解を図り、困った時にはお互い様の関係をつくっておくことが必要です。
自治会・町内会	自治会・町内会は、基礎的なコミュニティ団体として、助け合いながら住みやすい環境にしていくために自主的に活動しており、地域の見守りや防災・災害時の協力等の地域づくりにおいて、重要な役割を担うことが期待されます。
民生委員・児童委員	民生委員・児童委員は、高齢者、障がい者、母子・父子家庭、閉じこもり、生活困窮者に対し、住民の立場にたって福祉サービスの紹介や相談支援、虐待の発見や通報、災害時の要配慮者への支援等、住民と行政等の関係機関との連携役として多様な活動を行っており、大きな期待が寄せられています。
生活支援コーディネーター	「地域支え合い推進員」とも呼ばれ、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的に活動しており、地域をより良くしていくために、地域の様々な活動をつなげ組み合わせる調整役を担っています。
高齢者クラブ、PTA、子供会	高齢者クラブ、PTA、子供会等の地域の任意団体は、それぞれの目的の達成のために活動しており、地域社会の活性化や住民が相互に支え合う「地域で子育て」の環境づくりに大きく貢献することが期待されています。
ボランティア団体、NPO	ボランティア団体やNPO、その他任意の市民団体は、まちづくりに対する関心の高まりから多様な広がりを見せています。地域の活動に加えて、地域の枠にとらわれない福祉活動の担い手としても、大きく期待されています。
学校	学校は、地域住民や行政・福祉関係者の協力を得ながら、地域の実情に応じた福祉教育を推進し、地域づくりに貢献していくことが期待されます。
一般企業	企業は、地域社会の一員としてCSR（企業の社会的貢献）の活動を行うとともに、従業員の健康づくり、女性活躍の推進や高齢者や障がい者の雇用を通して、生きがいや社会参加の意欲を創出する場を提供することが必要です。
福祉サービス事業者	福祉サービス事業者は、利用者への福祉サービスの提供に加えて、住民交流の場としての施設の開放や災害時の福祉避難所の提供等、地域貢献の役割があります。地域における公益的な取り組みを行うにあたり、無料または低額な料金で地域に福祉サービスを提供することも責務とされています。
社会福祉協議会（社協）	社協は、地域福祉を推進する中心的な役割を担っており、地域福祉の牽引役として市町村や関係団体、民生委員・児童委員と連携し、実践する役割があります。地域の福祉活動を企画調整するとともに、地域の福祉ニーズの把握や生活課題の解決に向けた取り組みを推進していきます。
市町村（行政）	市町村は、住民に対する福祉サービスの体制や基盤を整備し、効果的な福祉施策を効率的に推進する役割があります。そのため、住民、ボランティア団体・NPO、福祉に関係する事業者や社協等と相互に連携しながら、地域における福祉活動を促進していきます。

## 7. 保険者機能の強化と地域マネジメントの推進

地域包括ケアの深化・推進、地域共生社会の実現

### 地域マネジメントの3条件

①ビジョンが明確であり目標の優先度付けがなされているか？

- ・ どのような地域にしたいのか
- ・ 解決すべき課題の優先順位
- ・ ケアシステムの組織化を図る

基本は地域住民への視点

②ビジョンや目標が地域全体に浸透し共有されているか？

- ・ ビジョンを明文化して浸透
- ・ 多職種による地域包括ケア
- ・ 会議体を活用した政策の推進には「あるべき姿」の共有

③個々施策の成果・活動目標が具体的で数値目標化されているか？

- ・ 課題解決の手段には正解がない
- ・ PDCA を活用したプロセス管理
- ・ 測定を行うことで立ち位置を把握して改善を図る

### 国が提供している地域マネジメントのためのツール

地域包括ケア「見える化」システム（地域分析の手引き）

介護保険事業計画に位置付けられた目標の達成状況（進捗管理の手引き）

保険者機能強化推進交付金（財政インセンティブ）の評価指標

その他（介護サービス情報公表システム、要介護認定適正化業務分析データ、国保連合会データ、介護給付適正化システム、介護予防マニュアル・・・）

■高齢者保健福祉・介護保険事業のログフレーム（各項目に指標 KPI を設定）

インパクト (上位目標)	高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる社会（介護保険法第1条より）			
アウトカム (事業目標)	健康寿命の延伸	住み慣れた地域居宅での自立した生活の維持継続	生きがいと尊厳の維持向上	
アウトプット (成果)	健康づくり・介護予防推進	相談支援基盤の強化	ケアマネジメント質の向上	介護保険事業及び地域支援事業の効率的かつ効果的な運営
アクティビティ (活動)	多職種連携の実現・強化	多様な担い手の育成・確保	介護人材の育成・確保	
インプット (投入)	地域・保険者のマネジメント資源			

