

大阪府における高齢者施策の現状と課題

平成31年2月23日(土)

大阪府福祉部高齢介護室
介護支援課長 黒田 啓太



大阪府広報担当副知事もずやん



1. 大阪府の現状

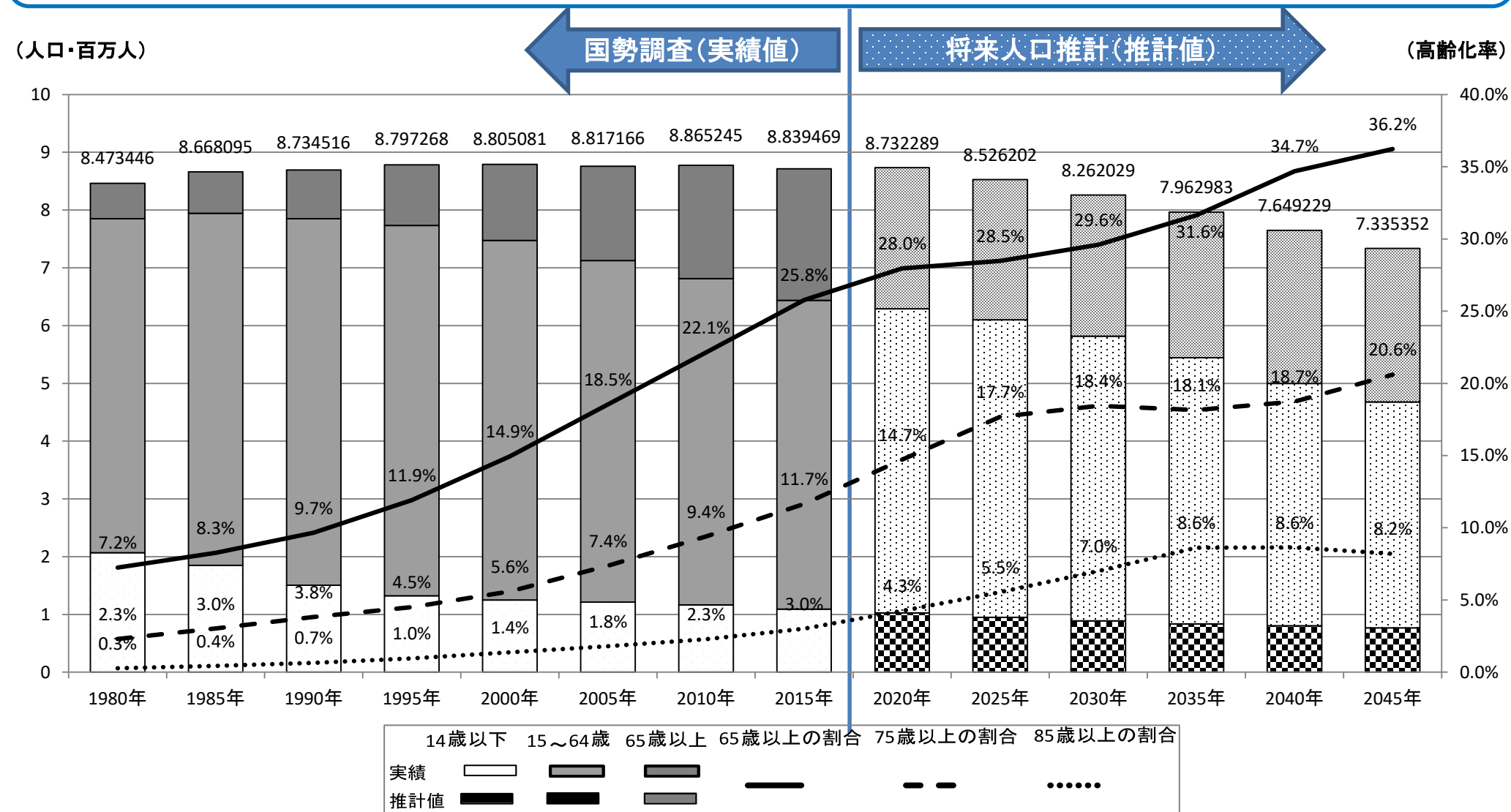
<ポイント>

- 大阪府においては、今後、75歳以上高齢者や認知症の高齢者が急増する都市型高齢化の進展が見込まれる。つまり、医療・介護需要も急増していく見込み。
 - ・2025年の75歳以上高齢者は、2015年の1.44倍になるという推計あり
- 一方で、人口減少(特に生産年齢人口の減少)に伴う労働力人口の減少により、増大する地域ニーズを支える担い手が不足することが予想される。
 - ・2025年には、大阪府で介護人材が3.4万人不足する見込み。
- 第1号被保険者一人当たりの介護給付月額(年齢調整後)は全国で3番目に高い。
 - ・平成27年度は22,599円(全国平均20,013円)。
- 大阪府は、要介護認定率が全国で最も高い。特に要介護2以下の比較的軽度の方の認定率が高いことが特徴。府内市町村間でもバラツキがある。
 - ・平成28年度の要介護認定率22.4%(全国平均18.0%)
 - ・うち要支援1・2及び要介護1・2の認定率合計は15.2%(全国平均11.8%)
- 要介護認定率が高い理由としては、
 - ・単身世帯率の高さ、市町村民税非課税世帯割合の高さ、健康意識の低さなど住民側(需要側)の要因
 - ・介護事業者の多さやアクセスのしやすさなど事業者側(供給側)の要因が考えられる。また、保険者が介護予防等にどれだけ積極的に取り組んでいるかにも左右されると考えられる。

① 大阪府において
地域包括ケアが求められる背景

大阪府の人口構造の推移

- 急速な少子高齢化に伴い、高齢化率が2015年の25.8%から2045年には36.2%にまで上昇見込み。
- 総人口に占める85歳以上の高齢者の割合も、2015年の3.0%から2035年には8.6%に急上昇する見込み。



出典：総務省統計局「平成27年国勢調査」(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30年3月推計)」(2020年以降より、大阪府介護支援課にて作成)

大阪府の高齢化の特徴(その1:今後の高齢化のスピードが速い)

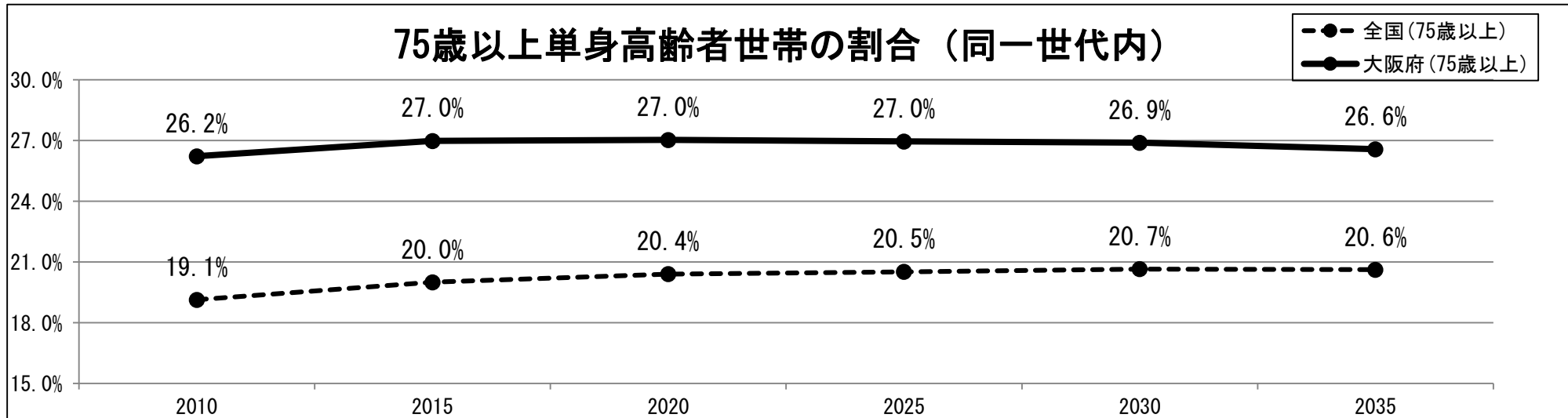
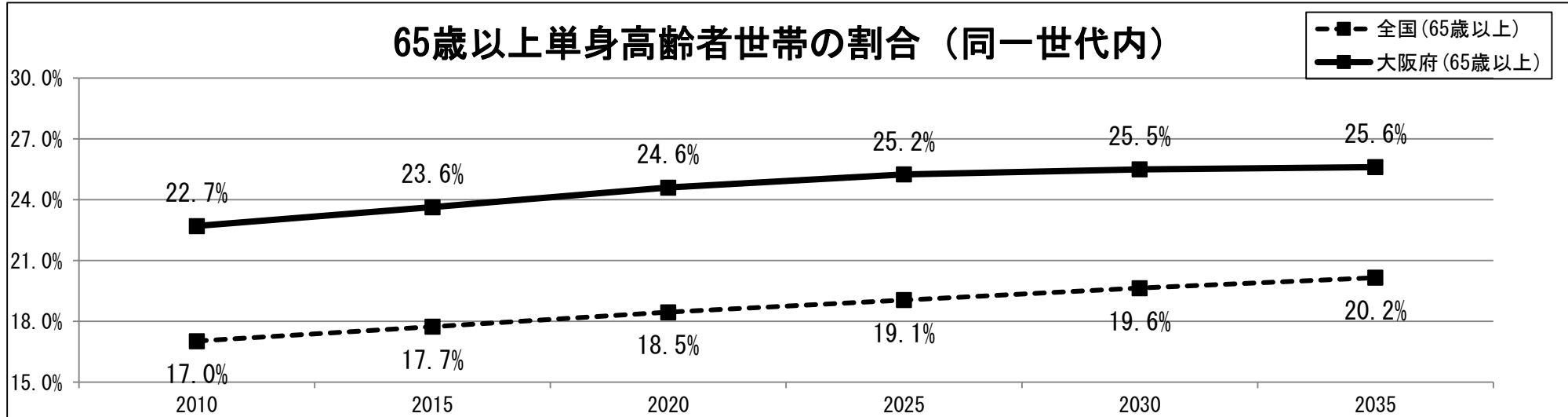
○ 2025年における75歳以上の高齢者人口は、150.7万人になる見込み。これは、2015年比で1.44倍の水準であり、全国5番目の倍率となっている。

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 (17)	～	鹿児島県 (45)	秋田県 (46)	山形県 (47)	全国
2015年 75歳以上人口	77.3万人	70.7万人	99.3万人	80.8万人	105.0万人		146.9万人		26.5万人	18.9万人	19.0万人	1,632.2万人
〃 割合	10.6%	11.4%	10.9%	10.8%	11.9%		10.9%		16.1%	18.4%	16.9%	12.8%
2025年 75歳以上人口	120.9万人	107.2万人	146.7万人	116.9万人	150.7万人		194.6万人		29.5万人	20.9万人	21.0万人	2,180.0万人
〃 割合	16.8%	17.5%	16.2%	15.7%	17.7%		14.1%		19.5%	23.6%	20.6%	17.8%
2015→25年 75歳以上人口の倍率	1.56倍	1.52倍	1.48倍	1.45倍	1.44倍		1.32倍		1.11倍	1.11倍	1.10倍	1.34倍

大阪府の高齢化の特徴(その2:単身高齢者世帯の割合が高い)

- 人口減少に伴い、今後、単身高齢者の割合がさらに上昇する見込み。
- 大阪府は、65歳以上と75歳以上の両方とも、全国を上回る高水準で推移。



大阪府の高齢化の特徴(その3:認知症高齢者が多い)

- 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)に増加すると見込まれる。

(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

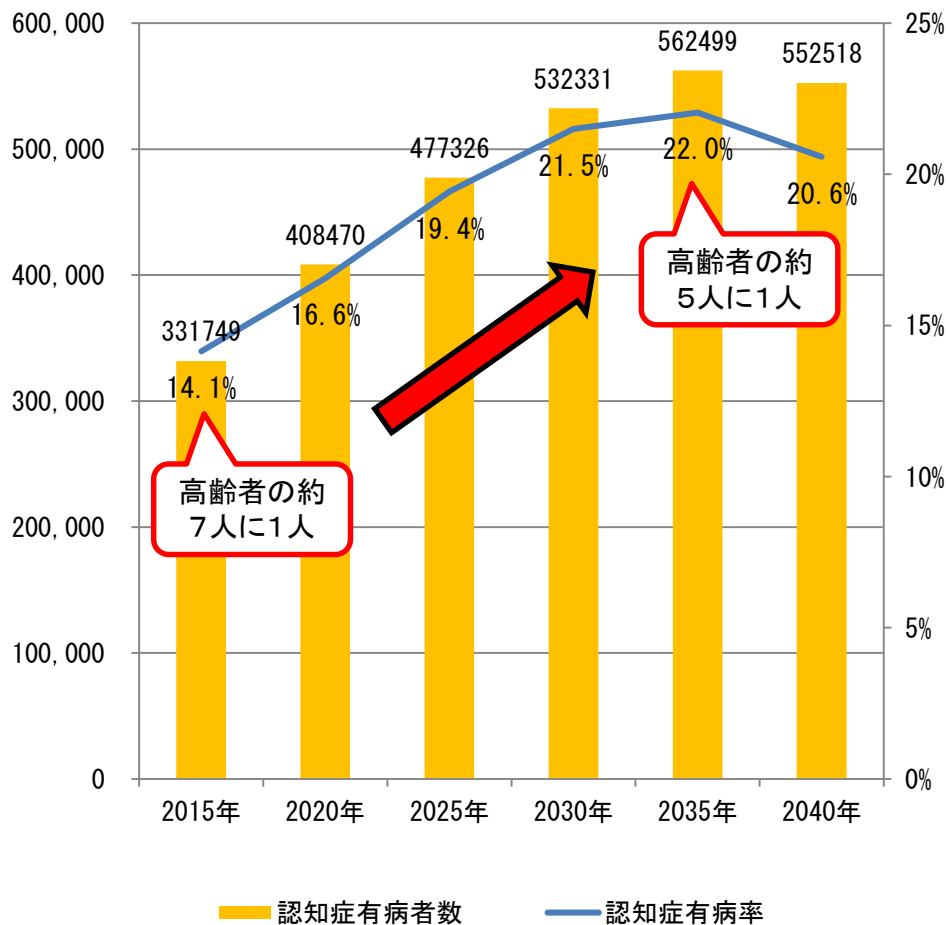
数学モデルにより算出された2012年の 性・年齢階級別認知症有病率(%)

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



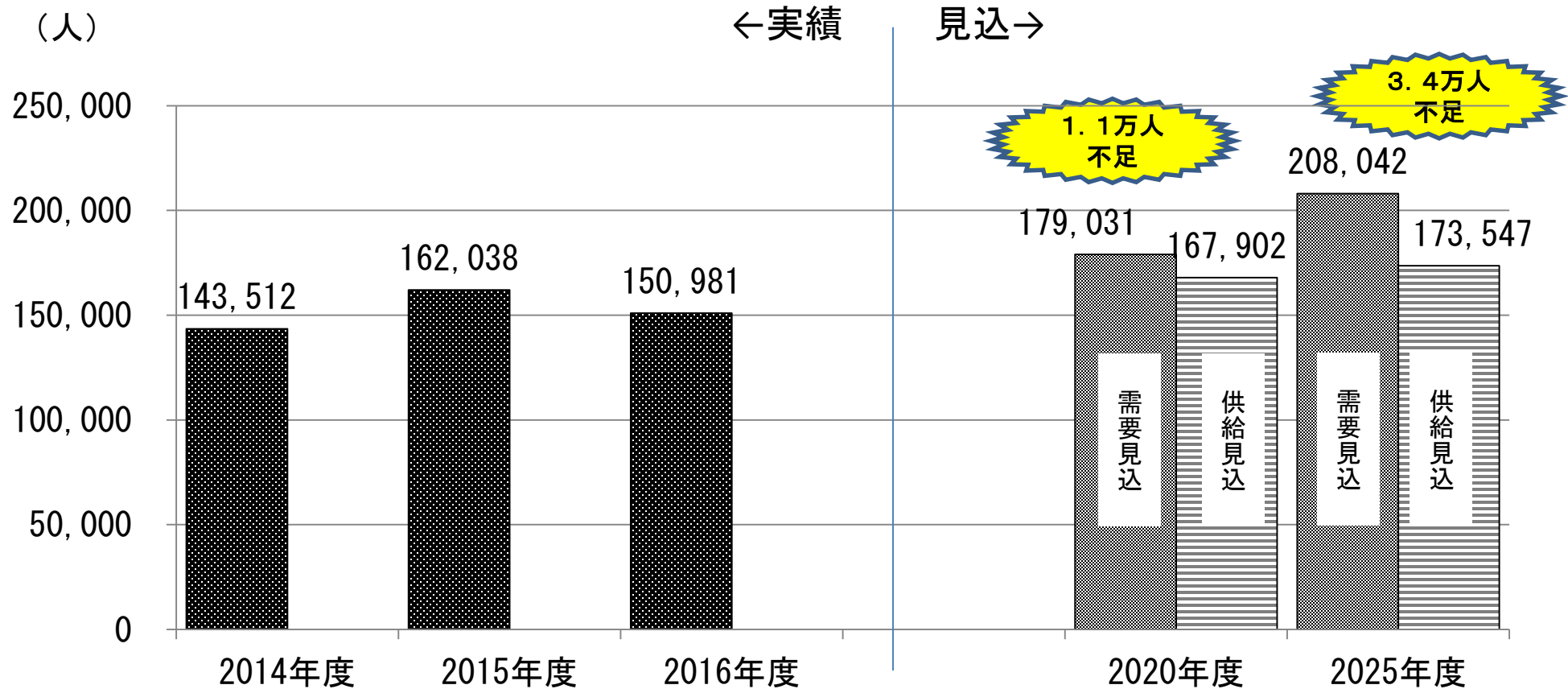
※ 大阪府の推計は、上記有病率に、国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」による大阪府の男女別・年齢階級別人口の将来推計をかけて算出。

※ 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。

人口減少に伴う担い手・支え手の不足(その1:介護人材の需給ギャップ)

- 2015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、2020年に約1.1万人不足、2025年に約3.4万人不足にまで拡大する見込み。
- 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。

【2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(大阪府)】



※集計方法の変更等があるため、単純な比較はできないことに注意されたい

人口減少に伴う担い手・支え手の不足 (その2:生活支援ニーズの増大にどう応えるか?)

人口減少社会

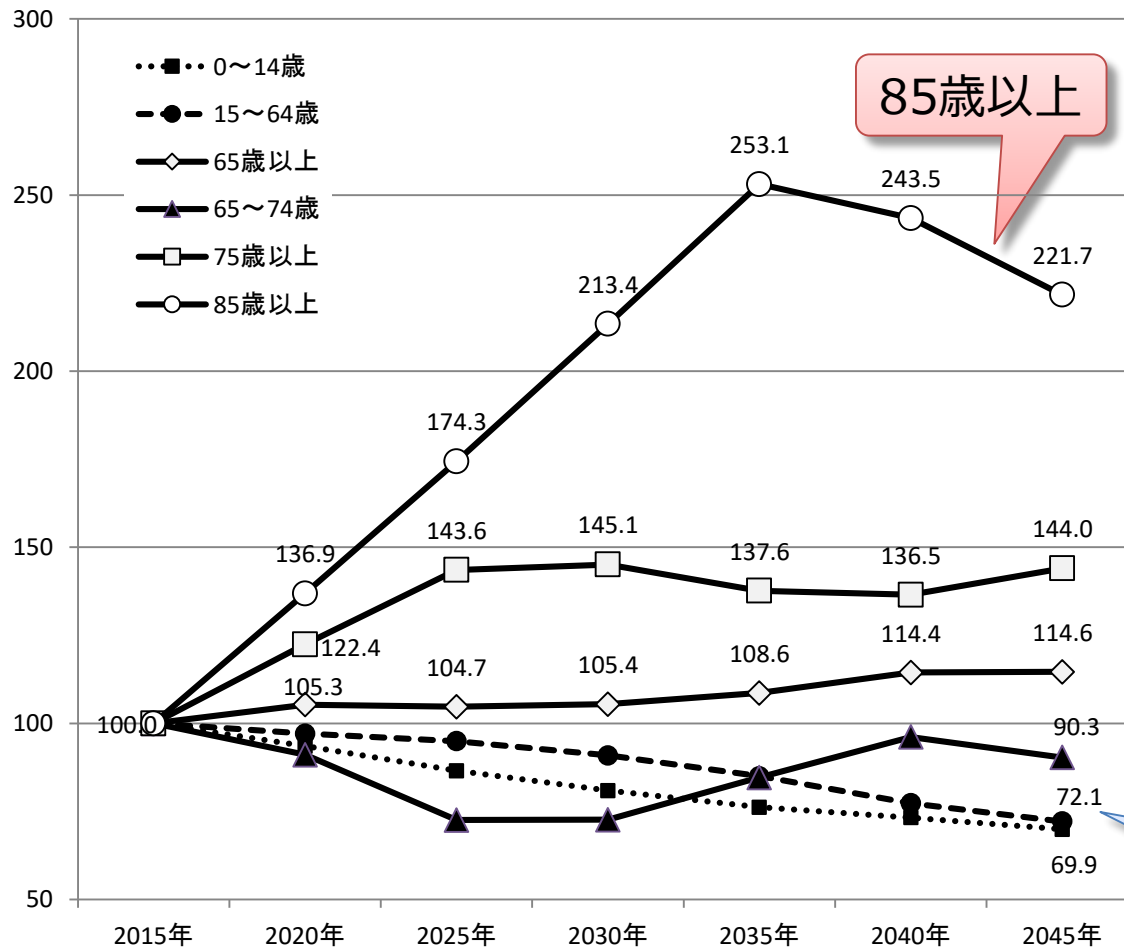


担い手の不足



増大する地域のニーズに応える方法

2015年の人口を100とした場合の推計値 (大阪府)



85歳以上

15~64歳

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

地域包括ケアが求められる背景

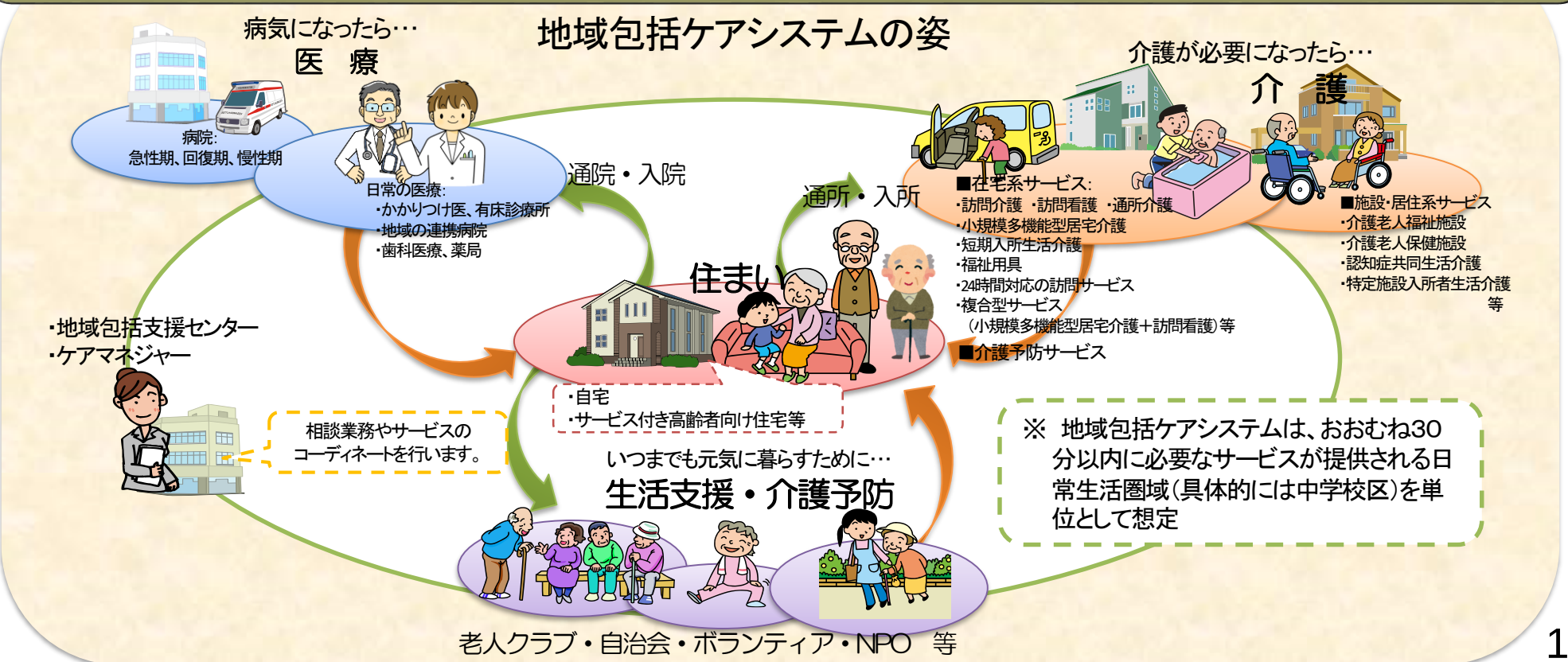
- ・85歳以上人口が急増。また、独居高齢者や認知症高齢者が増加。
- ・介護サービス受給者は増える一方で、労働力人口（支える側）は減少
→**介護予防、元気高齢者の社会参加、マネジメント力強化が推進される。**
- ・85歳以上高齢者は半数が介護サービスを利用。加えて、医療や生活支援に対するニーズも、医療リスクも高い→**包括的なサービス提供が必要となる。**
- ・85歳以上高齢者の場合、健康面、心身機能面、IADL／ADL面など、多領域に生活課題を有している場合も多い。また、1課題(例：誤嚥性肺炎の再発予防)に対しても多職種の間与が必要→**多職種協働が必然となる。**



地域内の様々な資源(医療・介護サービス、近隣の助け合い等)を総動員して、**必要な方に必要な支援が、地域特性に応じて提供される仕組み作り**が必要。
→①サービスの量的・質的確保、②ケアマネジメント、③市町村の役割が重要に。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制

○既存の制度による解決が困難な課題

課題の複合化

- ・高齢の親と無職独身の50代の子が同居(8050)
 - ・介護と育児に同時に直面する世帯(ダブルケア) 等
- ⇒各分野の関係機関の連携が必要

制度の狭間

- ・いわゆる「ごみ屋敷」
- ・障害の疑いがあるが手帳申請を拒否 等

高齢者

地域包括ケアシステム

〔地域医療介護確保法第2条〕

【高齢者を対象にした相談機関】

地域包括支援センター

共生型
サービス

生活困窮
者支援

障害者

地域移行、地域生活支援

【障害者を対象にした相談機関】

基幹相談支援センター 等

子ども・子育て家
庭

【子ども・子育て家庭を対象にした相談機関】

地域子育て支援拠点

子育て世代包括支援センター
等

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

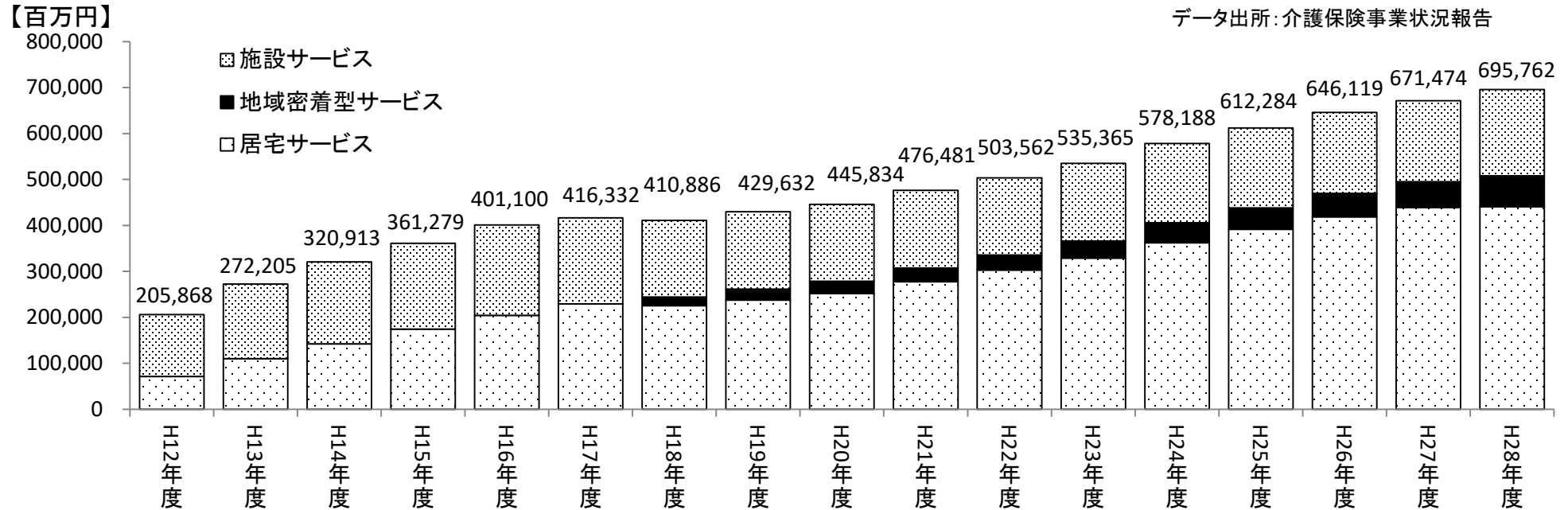
土台としての地域力の強化

「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

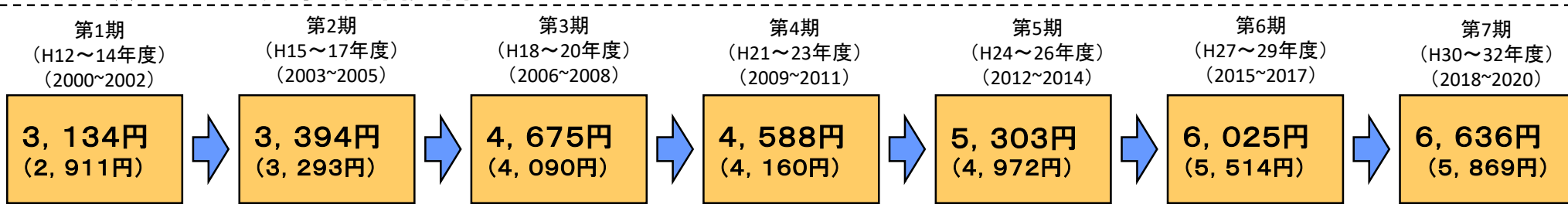
② 大阪府の介護を取り巻く状況

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 ⇒ 6,958億円に増加



○ 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7期(H30～32年度) 全国 (第6期)

最高額 → 沖縄県 6,854 (6,267円)

最低額 → 埼玉県 5,058 (4,835円)

第7期(H30～32年度) 大阪府内(第6期)

最高額 → 大阪市 7,927(6,758円)

最低額 → 高槻市 5,083(4,833円)

データ出所: 平成30年5月21日 厚生労働省報道発表資料(「第7期計画期間における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について」)

大阪府における介護サービスの利用状況

①65歳以上被保険者

		2000年4月末		2017年4月末	増加率
第1号被保険者数	国	2,165.5万人	⇒	3,445.6万人	1.59倍
	大阪府	128.8万人	⇒	233.2万人	1.81倍

②要介護（要支援）認定者の増加

		2000年4月末		2017年4月末	増加率
認定者数	国	218.2万人	⇒	633.1万人	2.90倍
	大阪府	12.1万人	⇒	49.4万人	4.09倍

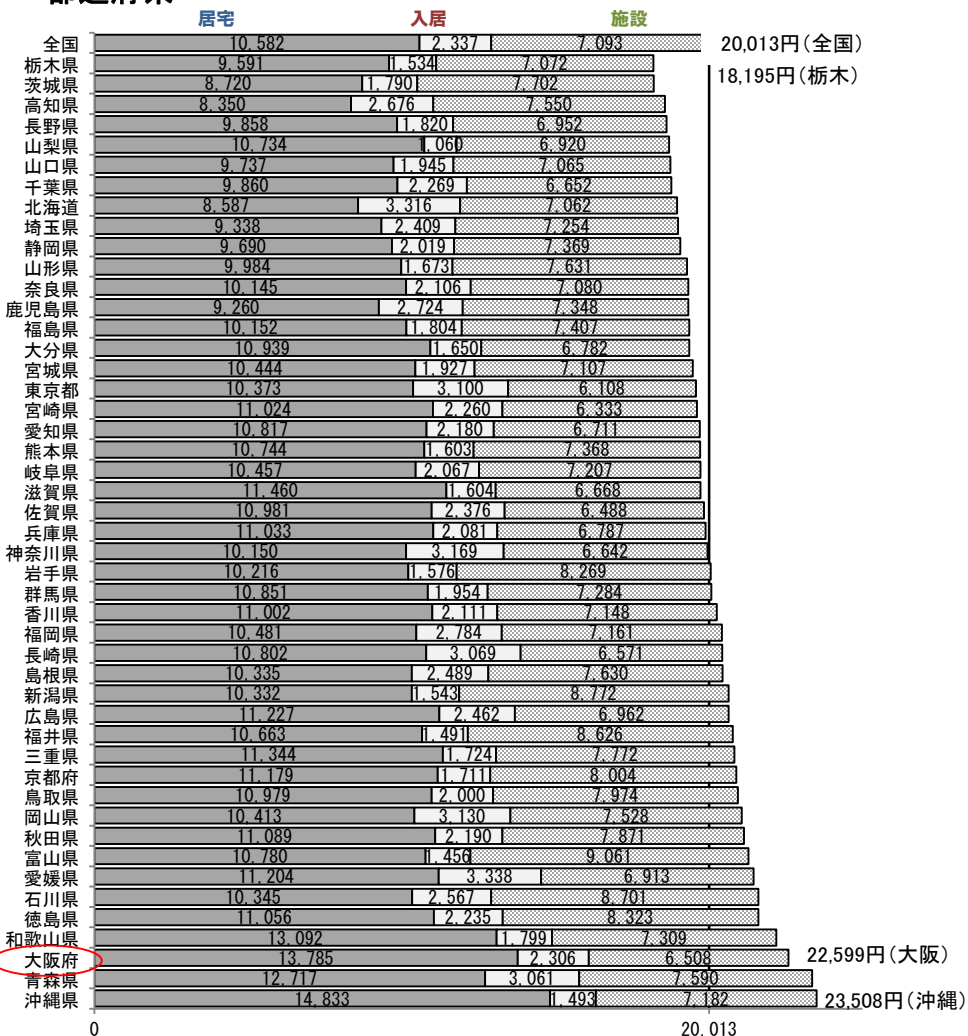
③サービス利用者の増加

		2000年4月		2017年4月	増加率
在宅サービス 利用者数	国	97.1万人	⇒	380.6万人	3.92倍
	大阪府	4.6万人	⇒	30.6万人	6.63倍
施設サービス 利用者数	国	51.8万人	⇒	92.6万人	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 利用者数	国	—		80.9万人	—
	大阪府	—		5.4万人	—
計	国	149.0万人		554.1万人	3.72倍
	大阪府	6.9万人	⇒	41.1万人	5.94倍

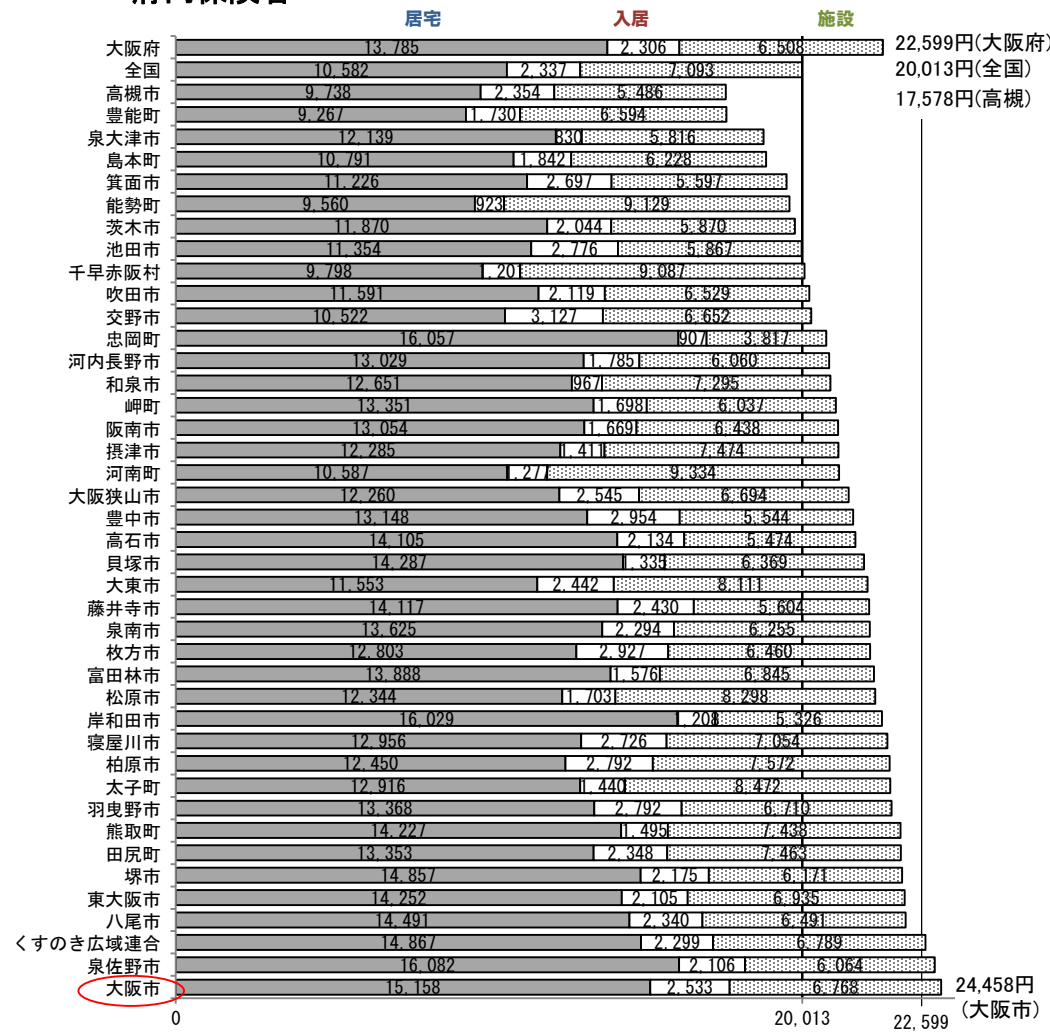
第1号被保険者1人当たり介護給付費の地域差(年齢調整後)(平成27年度)

○ 大阪府の被保険者1人当たり介護給付費(月額)は全国で3番目。居宅サービスの利用が多い。

都道府県



府内保険者



	居宅	入居	施設	合計
単純平均	10,662	2,163	7,328	20,154
標準偏差	1,177	564.1	662.5	1,245
変動係数	11.0%	26.1%	9.0%	6.2%

	居宅	入居	施設	合計
単純平均	10,663	2,163	7,328	20,154
標準偏差	1,178	564	663	1,245
変動係数	11.0%	26.1%	9.0%	6.2%

【出典等】厚生労働省「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

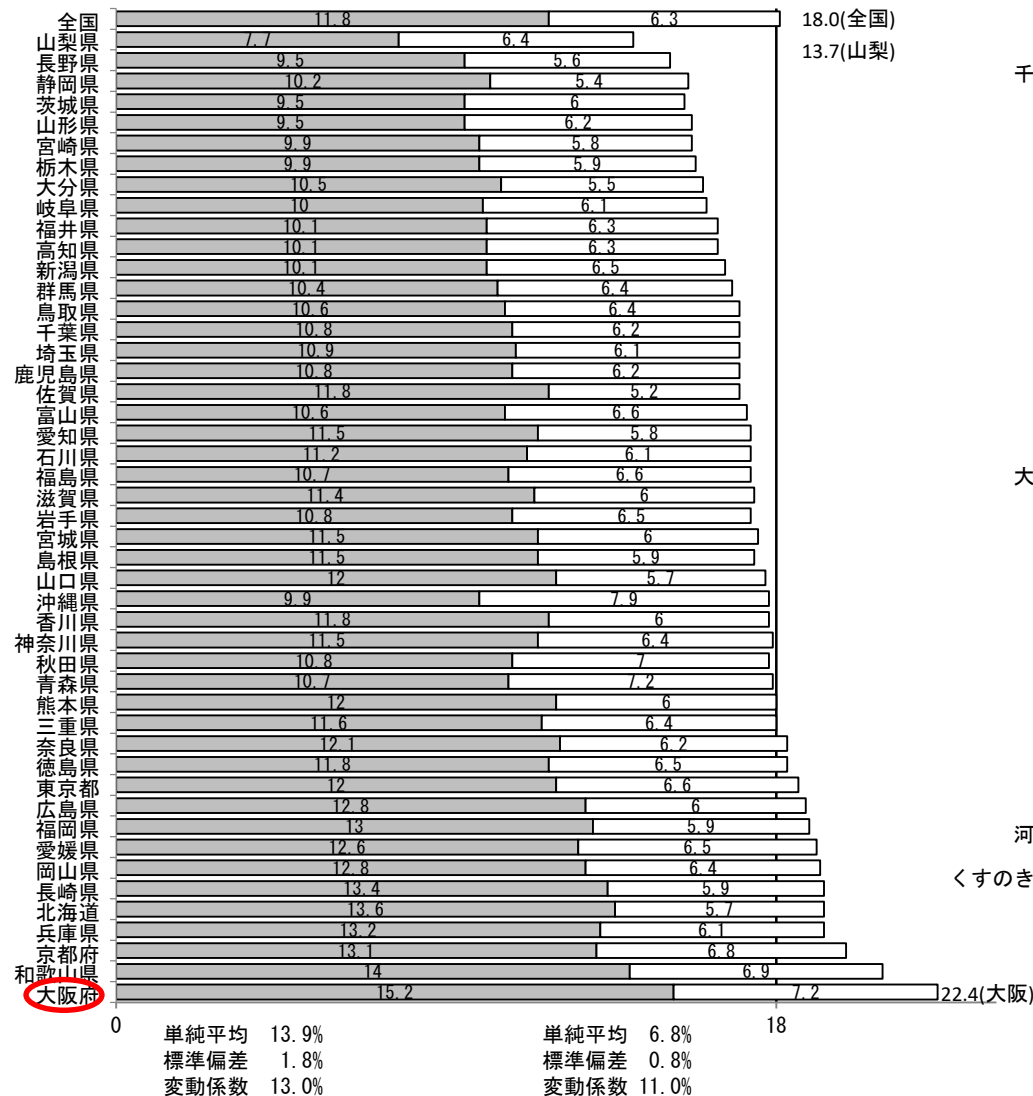
認定率の地域差(年齢調整後)(平成28年度)

○ 大阪府の要介護認定率は、全国43位。しかし、「年齢調整後」の要介護認定率は全国で最も高い。特に要介護2以下の認定が多い。

都道府県

(要介護2以下)

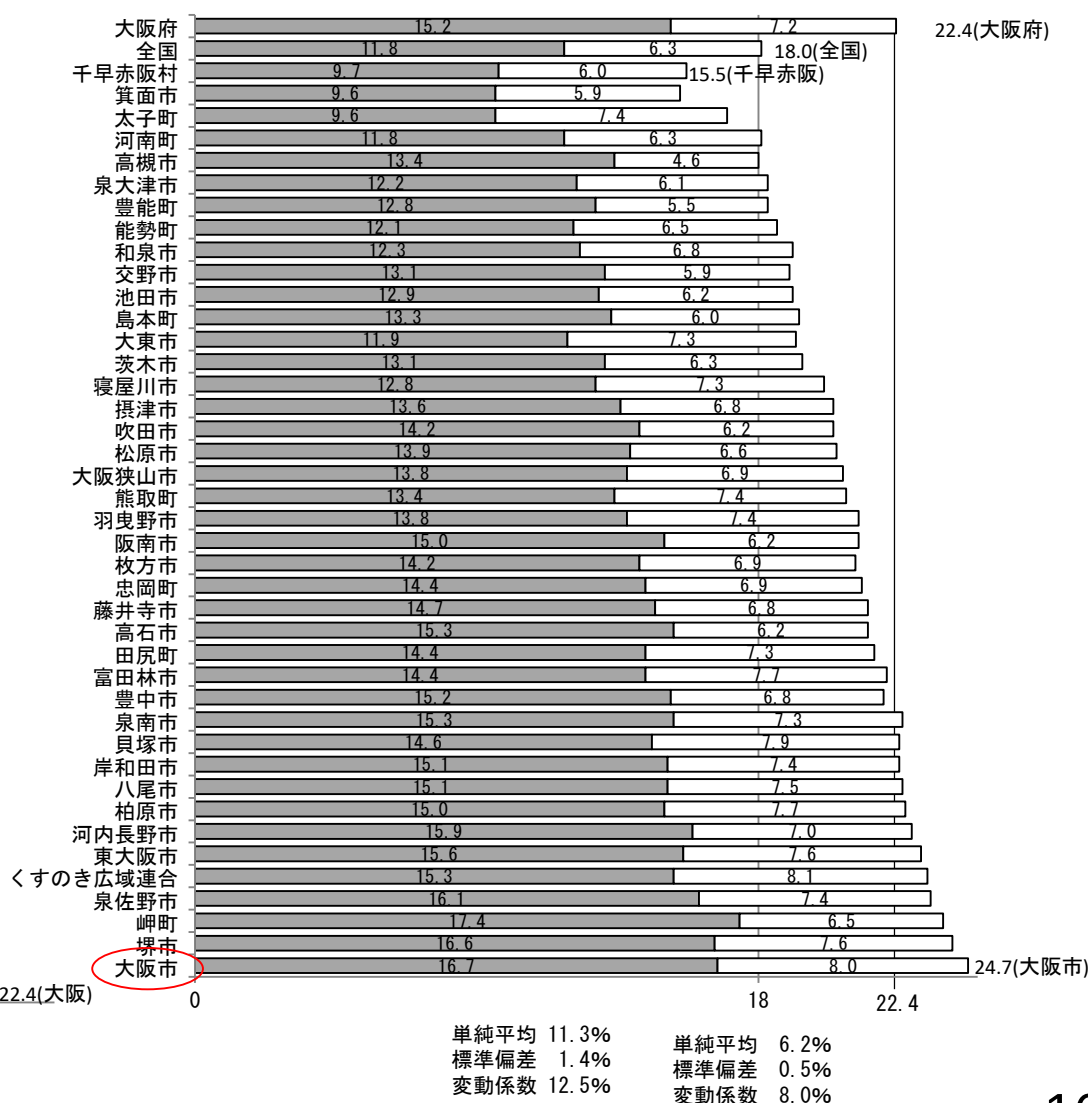
(要介護3以上)



府内保険者

(要介護2以下)

(要介護3以上)



○第1号被保険者一人当たりの介護給付月額が高い。

※平成27年度は22,599円（全国平均20,013円）

○特に居宅サービスが高い。

※平成27年度は13,785円（全国平均10,582円）

○要介護認定率が高い。

※平成28年度の要介護認定率22.4%（全国平均18.0%）

○特に要介護度2以下の比較的軽度の方の認定率が高い。

※要支援1・2及び要介護1・2の認定率合計は15.2%（全国平均11.8%）

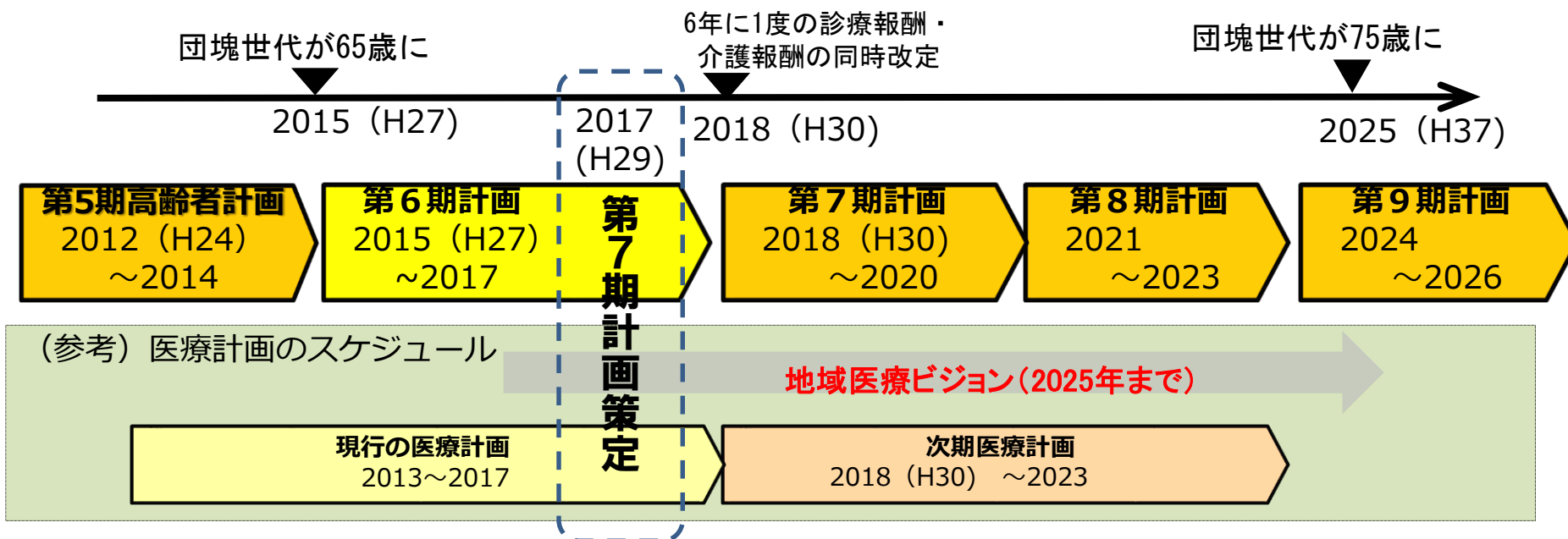
【平成28年度】大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会「専門部会」

- 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年度策定の「第7期大阪府高齢者計画」にも適宜反映。)

副座長
座長

氏名	職名	備考
川井 太加子	桃山学院大学 社会学部教授	計推審委員
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。



大阪府の被保険者一人あたり介護費が高い理由は…

○ 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！

※ H28年12月「大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書」より

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。

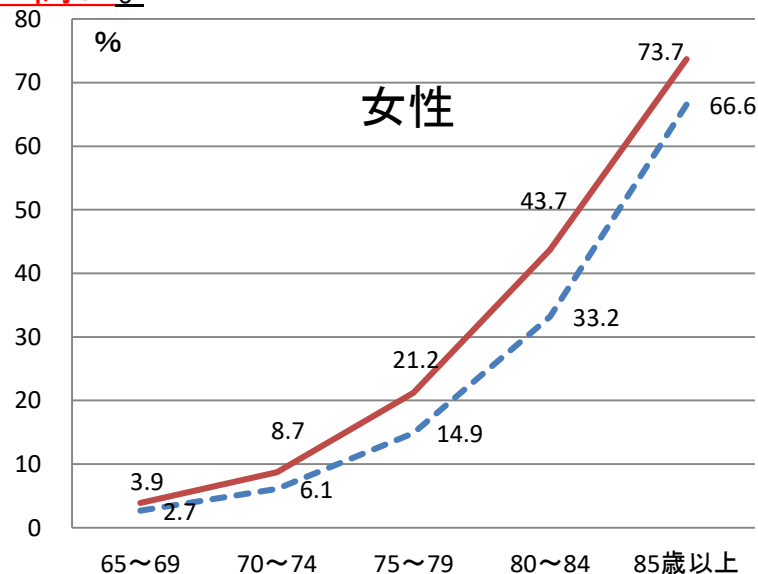
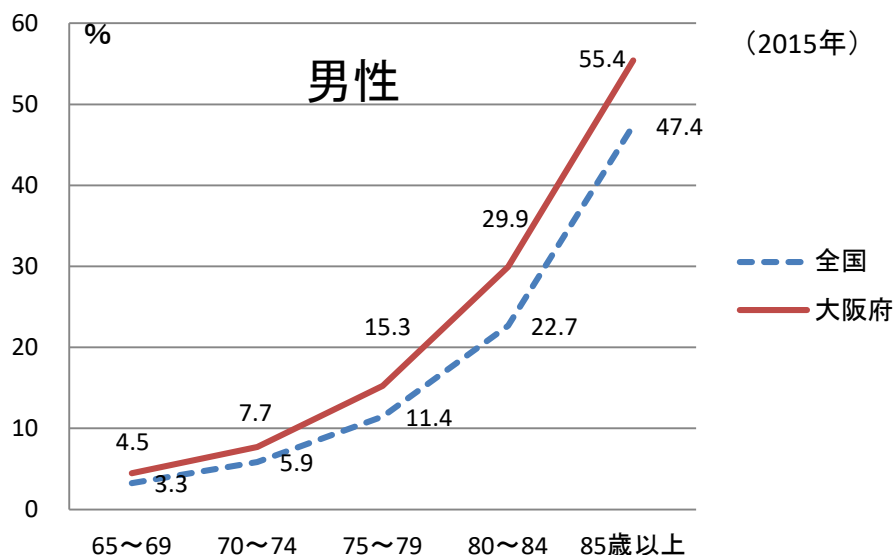
全国	要支援1人当たり	41,014円	要介護1人当たり	191,302円
大阪府	要支援1人当たり	39,260円	要介護1人当たり	188,588円

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)					
	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%
大阪府	77.4%	79.2%	76.4%	74.8%	74.9%	81.6%

	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
全国計	83.9%	74.6%	73.8%	75.7%	80.4%	89.2%
大阪府	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)

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

- ・単身世帯率が高い
- ・健康寿命、住民の健康意識(健診受診率が低い)
- ・所得階級(市町村民税非課税世帯割合が高い)
- ・「使わな損」の住民意識の有無、地域コミュニティの強さ

2. 供給側(事業者側)の特徴

- ・事業者へのアクセスの容易さ
- ・事業所数が多い
- ・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

介護が必要となる原因

○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、ある程度は重度化の未然防止が期待できる。

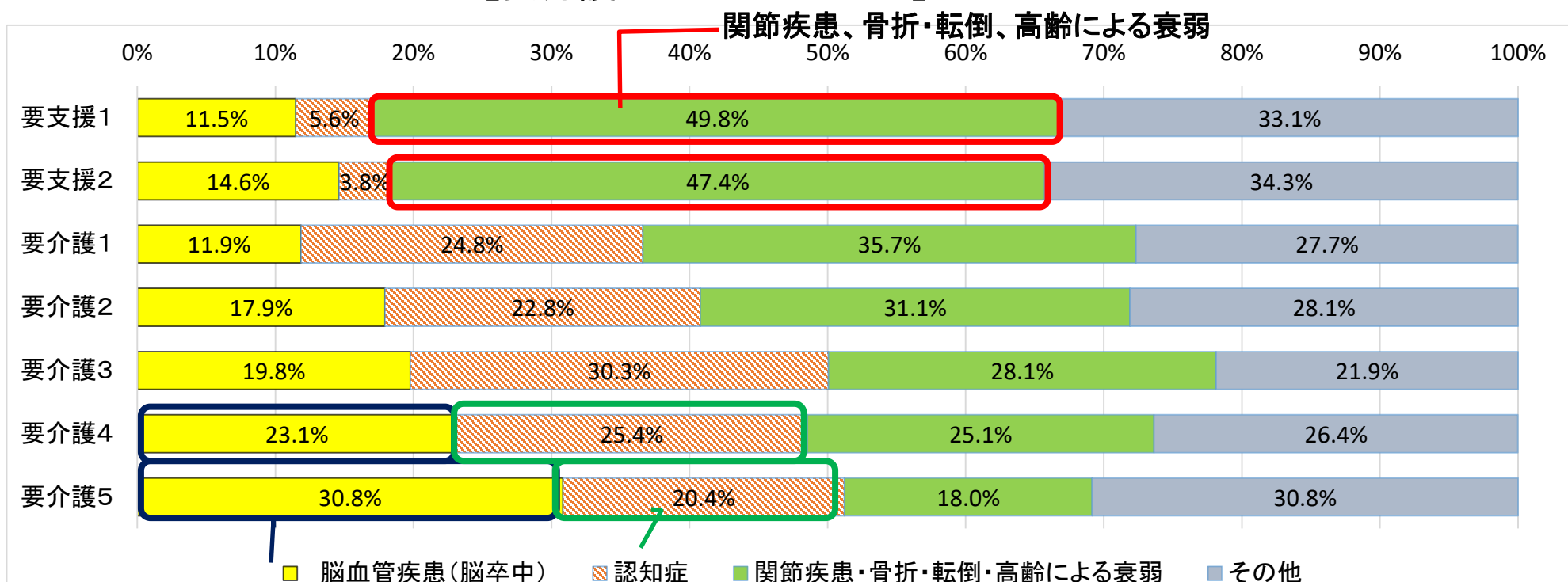
○「要介護4, 5」といった重度者の原因は、脳血管疾患(脳卒中)が最多で、次いで認知症。若い頃からの生活習慣病対策は、介護予防の観点からも重要。

【要介護度別認定率の比較(平成28年度 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	3.6	3.1	2.4	2.2	1.7	17.9
大阪府(年齢調整後)	4.4	3.3	3.6	3.9	2.7	2.5	2.0	22.4
全国平均との差	1.8	0.8	0	0.8	0.3	0.3	0.3	4.4

※ 要支援1、2だけで、全国平均を2.6%上回っており、全体4.4%のずれのうちの、約6割(59.1%)を占める。

【要介護状態に至った理由】



(出典)厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

2. 大阪府における対応策(介護予防、自立支援・重度化防止を中心に)

<ポイント>

○ 平成29年介護保険法改正法や本年3月に策定した「大阪府高齢者計画2018」(第7期計画)等に基づき、大阪府としては、平成30年度から平成32年度の3年間をかけて、「自立支援、介護予防・重度化防止」等に引き続き取り組んでいく。

○ 具体的には、

- ① 介護予防ケアマネジメントの推進(自立支援型ケア会議の推進など)
- ② 総合事業の着実な実施(サービスの充実と高齢者の社会参加の推進)
- ③ 在宅医療・介護連携の推進
- ④ 認知症施策の推進
- ⑤ 介護人材の確保

等に取り組む。

本日はこの3つ
についてお話し
します。

① 介護予防ケアマネジメントの推進

（自立支援型ケア会議の推進など）

介護予防ケアマネジメントの推進

【大阪府の課題】

- ①フレイル状態の高齢者が多く存在
 - ②在宅サービス(生活援助サービス)を多用しやすい環境(事業者は過当競争気味)
 - ③一方で、多職種連携が進まない
- ⇒ 医療を含め、地域資源は比較的多く存在しているもののマネジメントに課題
(介護予防マネジメントを推進していく必要性)

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(健康の保持増進) こと
- ②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする(維持、改善を図る、重症化予防、緩やかな進行)こと

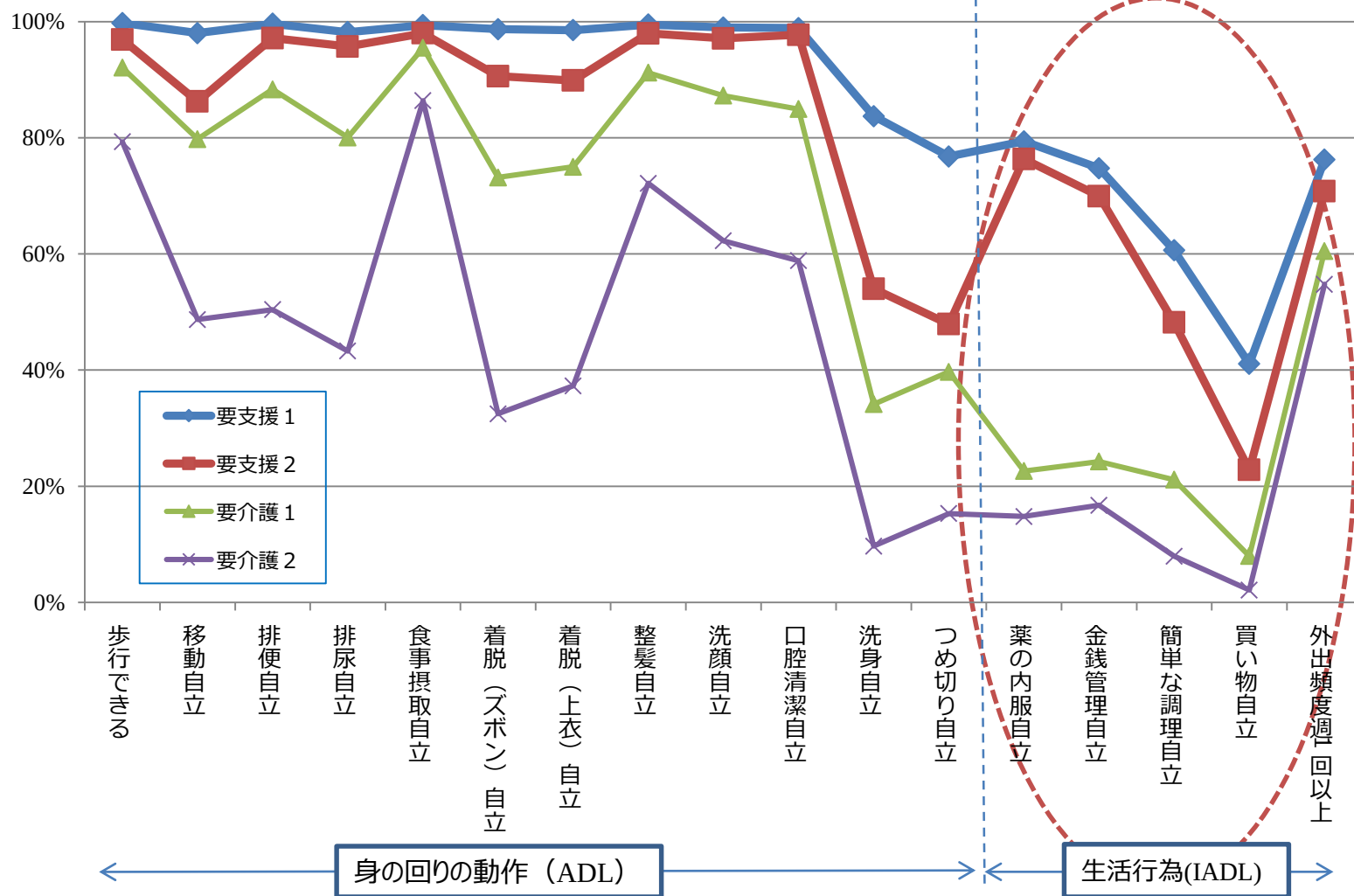


その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活をおくれるように支援すること

すなわち「自立支援」(＝介護保険の基本理念)

特に、要支援者のケアマネジメントを見直す必要性

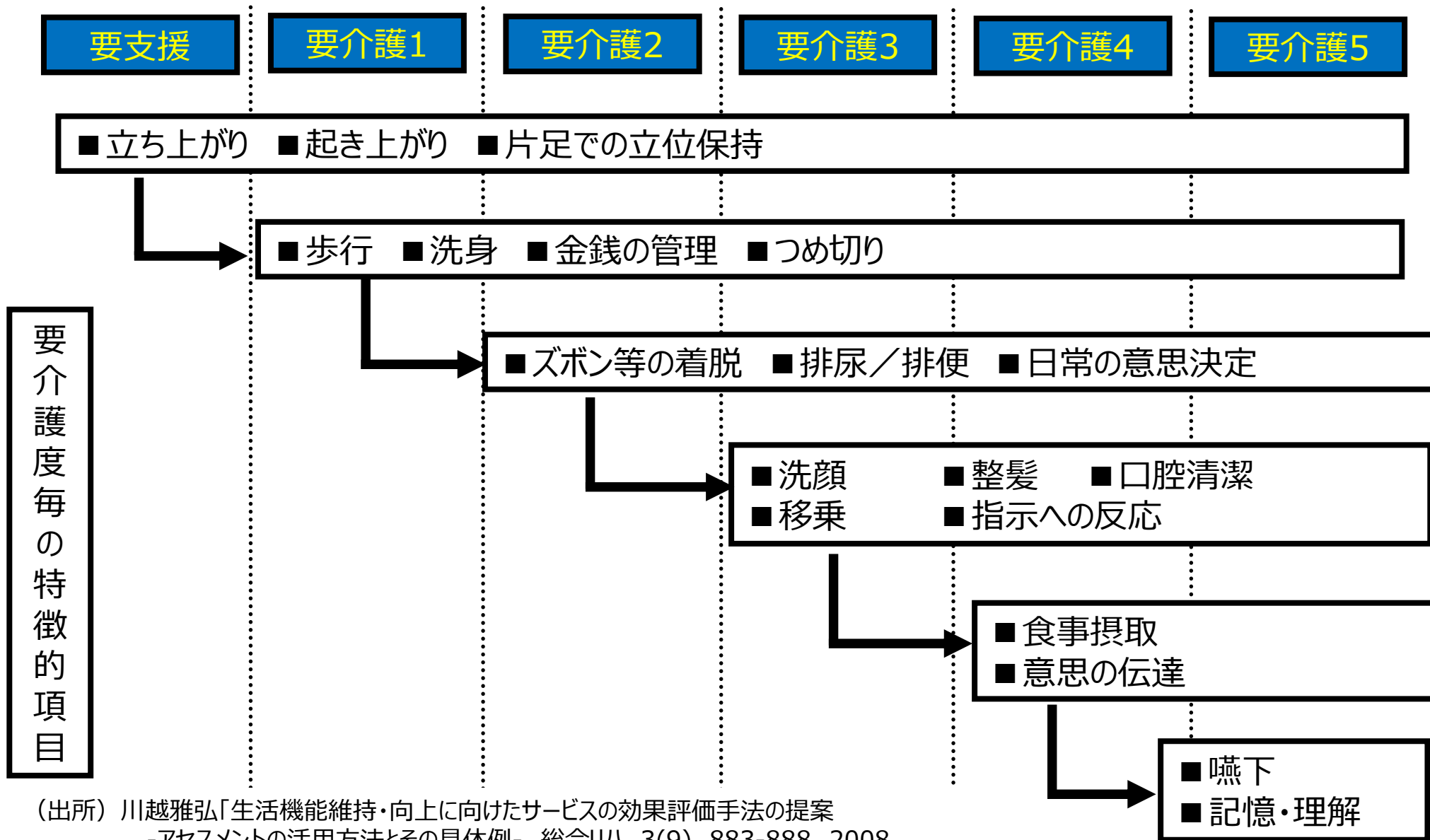
○要支援者のほとんどは、身の回りの動作(ADL)は自立しているが、買い物など生活行為(IADL)の一部がしづらくなっている。このため、日常生活上の不自由さを援助するためのサービス提供が行われてきた。
○しかし、二次的に生じる生活上の問題を予測して、不自由さを最大限軽減する「自立支援型ケアマネジメント」の発想をもたなければ、重度化を食い止めることは困難。



※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))

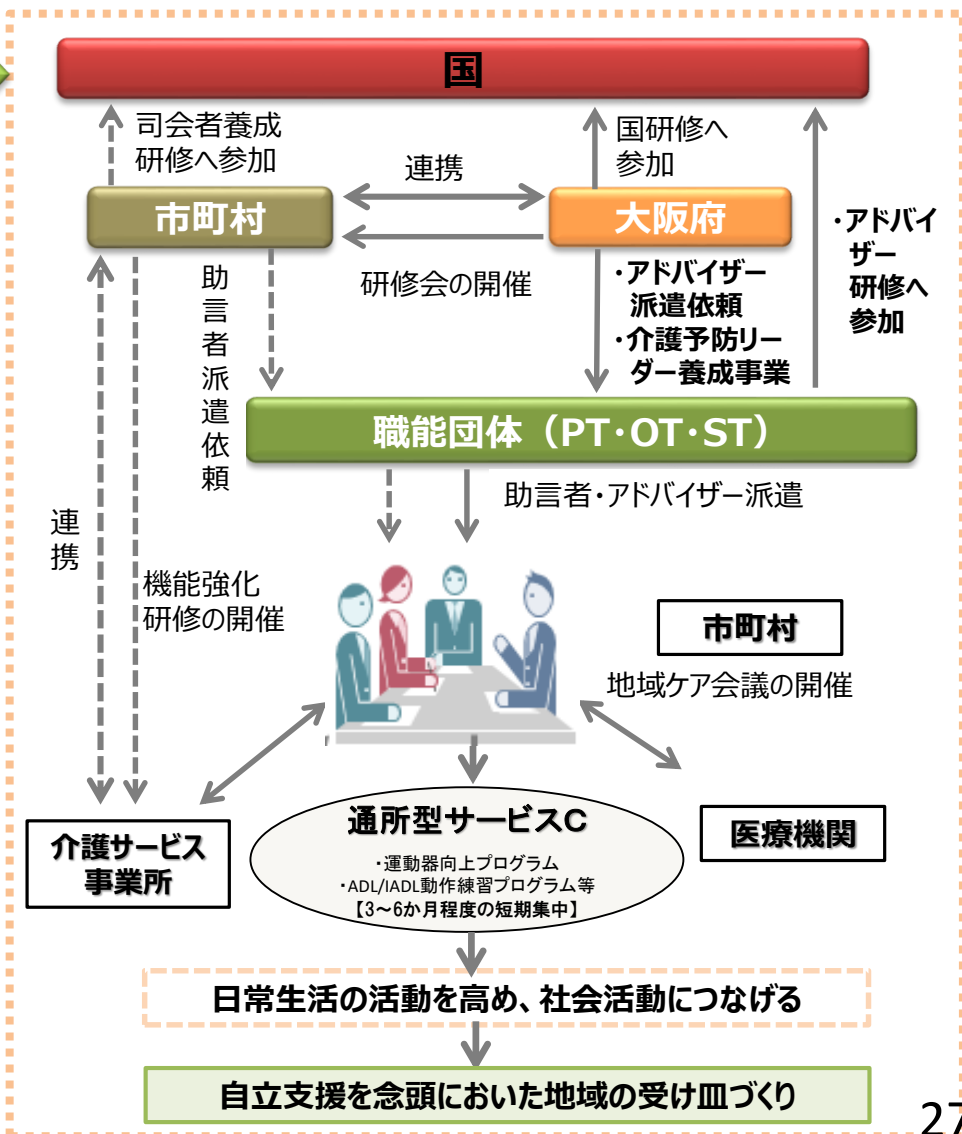
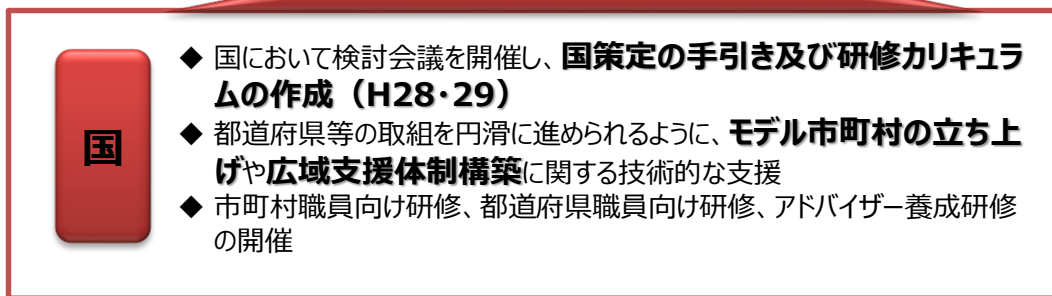
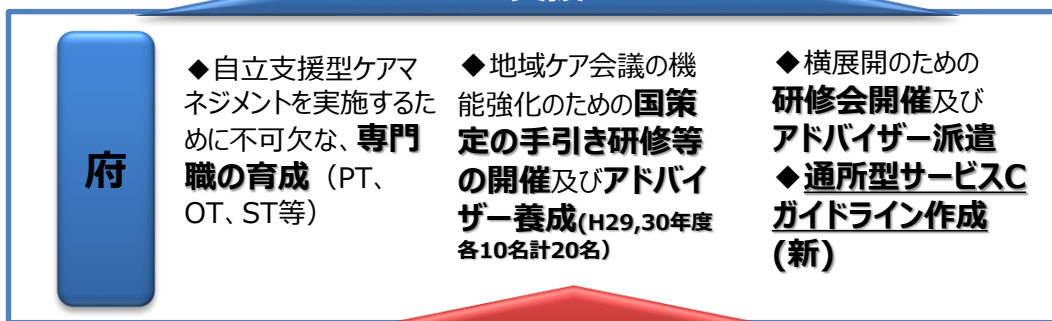
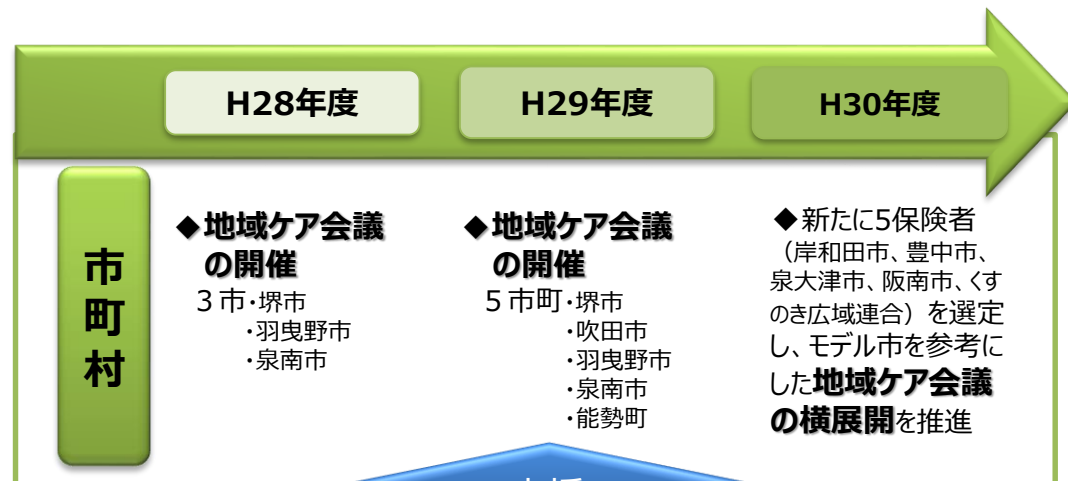
認定者の機能低下の流れ（イメージ図）



(出所) 川越雅弘「生活機能維持・向上に向けたサービスの効果評価手法の提案
-アセスメントの活用方法とその具体例-」, 総合リハ, 3(9), 883-888, 2008.

介護予防活動普及展開事業（厚生労働省モデル事業）【大阪府】

多職種等により介護予防・自立支援に向けたケアプランの見直し等を議論する「地域ケア会議の実践」等を府内市町村で推進するため、29年度に国が策定した「介護予防活動普及展開事業の手引き」の普及促進や、国が主催するアドバイザー養成研修の修了者を、モデル市町で実施する地域ケア会議へアドバイザーを派遣するなど、地域ケア会議の機能強化を通じて自立支援型ケアマネジメントの普及促進を図る。



自立支援型の地域ケア会議の実践

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

リハ職等を活用し、
介護予防の機能強化

地域ケア会議

理学療法士
作業療法士
言語聴覚士など

市(保険者) 地域包括支援センター

ケアプラン作成者・事業所 等

保健所



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



社会参加のための場所

地域の通いの場

趣味、スポーツ

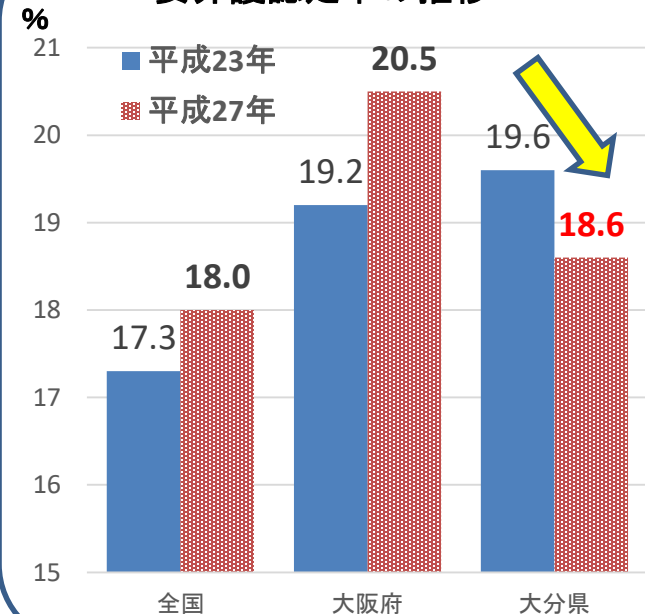
ボランティア、仕事等

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

6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

問題点

お世話なしには生活できない

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

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

具体的
6ヶ月後評価可能

6ヶ月後
自分で入浴することができる

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

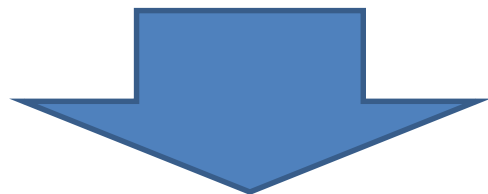
根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

ケアマネジメントにおけるアセスメントの考え方

単なる「ケアプランを作るための必要な調査」ではなく、
「本人のニーズに沿って、自立支援のサービス」を提供するためのケアプランを
作成するために必須の情報収集と分析

個々のニーズを明らかにして、対応したサービスを導入するための手段・方法を
考えること = アセスメント



- ①ADL、IADL、残存能力(可能性)、既に実施されている様々なサービス、
介護環境等の評価等を通じて、
- ②本人が望む自立した生活を阻害する要因を生活全般から明らかにし、
- ③自立に向けて本人がどのような希望や意思を持っているのか
⇒「解決すべき課題」を明らかにする
- ④自立への意欲や姿勢が明らかにならない場合は、意欲を高め導く必要
(アセスメントで行うこと)

自立支援型ケア会議の普及等に向けた研修会の実施(平成29年度)

(1)市町村向け研修会【対 モデル市町】

開催日等:4月～9月にかけて全14回

対象者:モデル5市町(堺市、羽曳野市、泉南市、吹田市、能勢町)担当者、地域包括支援センター職員、専門職、事業者向け

内容:模擬ケア会議、ADL、IADLの評価等について 講師:(株)ライフリー代表取締役 佐藤孝臣氏 ほか

(2)介護予防・自立支援にかかる市町村トップセミナー【対 全市町村】

開催日等:平成29年8月10日(@シティープラザおおさか)

対象者:府内全市町村副市町村長及び高齢者施策主管部長

内容:①地域包括ケアシステムの強化に向けての国の取組について

講師:厚生労働省老健局介護保険計画課長 橋本敬史氏

②市町村の特性をふまえた地域包括ケアシステムの深化・介護予防の重要性について

講師:埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科教授 川越雅弘氏(厚生労働省介護予防活動普及展開事業検討会議委員長)

(3)介護予防普及展開研修会【対 全市町村】

開催日等:平成29年7月21日(@国民会館)

対象者:府内全市町村 高齢者施策担当課長 等

内容:「和光市における地域包括ケアシステムの実践」マクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援

講師:埼玉県和光市保健福祉部長・子どもあんしん部審議監 東内京一氏

(4)介護予防活動普及展開事業にかかるガイドライン研修【対 全市町村】

講師(株)ライフリー佐藤孝臣氏ほか

①介護支援専門員対象(平成29年8月28日)

②介護サービス事業所管理者対象(平成29年8月29日)

(5)介護予防活動普及展開事業全体研修会【対 モデル市町】

開催日等:平成30年2月21日(@大阪国際がんセンター)

対象者:平成29・30年度モデル市・広域連合高齢者施策担当課職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、事業所

内容:「生活機能評価表」を用いた介護予防にかかるケアプラン作成の実際

講師:埼玉県和光市地域包括支援センター長 3名

(6)介護予防活動普及展開事業全体研修会【対 全市町村】

開催日等:平成30年3月13日(@大阪国際がんセンター)

対象者:府内全市町村高齢者施策担当課職員、地域包括支援センター、介護支援専門員、事業所、

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士・管理栄養士、歯科衛生士

内容:講演「自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議について」及び平成29年度事業報告会

講師:①厚生労働省老健局総務課 課長補佐 石井義恭氏 ②(株)ライフリー代表取締役 佐藤孝臣氏

介護予防普及展開事業モデル市町における自立支援型ケア会議の実施状況(平成29年度)

○大都市圏ならではの難しさ

- ・人口が多く、要支援者数が多い(特に政令市)
- ・地域包括支援センターのうち、委託包括が多い。
- ・事業者数が多く、競争が激しい。



○できること、成果が上がりやすい
ことからはじめ、関係者の理解を
得ながら、物事を進めていく。

	堺市	吹田市	羽曳野市	泉南市	能勢町
人口	839, 623人	354, 302人	115, 083人	63, 420人	10, 493人
地域包括支援センターの数 (直営、委託)	委託 28箇所	直営 5箇所 委託10箇所	直営1ヶ所 ランチ7箇所	委託 2箇所	直営 1箇所
自立支援型ケア会議の導入時期	H29. 7	H29. 7	H28. 10	H29. 6	H29. 9
開催頻度 (予定を含む。)	月6回	月2回	週1回	月2回	2か月に1回
ケア会議の対象者	要支援1(新規認定)	要支援1、2及び事業 対象者(新規認定)	要支援1、2及び事業 対象者の総合事業 サービスを利用する 人(新規認定)	要支援1、2及び事業 対象者(新規認定)	要支援1、2及び事業 対象者(新規・継続)
アセスメント様式	課題整理総括表(歯と 栄養の様式も有り)	和光市 (生活機能評価表)	松戸市	課題整理総括表	和光市 (生活機能評価表)

※ 大阪府福祉部高齢介護室調べ

介護予防普及展開事業モデル市町における自立支援型ケア会議の実施状況(平成30年度)

	豊中市	岸和田市	泉大津市	阪南市	くすのき広域連合
人口	405,456人	196,141人	75,047人	54,946人	322,677人
地域包括支援センターの数 (直営、委託)	委託 7箇所	委託 6箇所	委託 1箇所	委託 2箇所	委託 14箇所
自立支援型ケア会議の導入時期	H30. 8	H30. 8	H30. 4	H30. 7	H30. 9
開催頻度 (予定を含む。)	月2回	月2回	月1回	月1回	月3回 (※守口・門真・四條 畷支所で各1回)
ケア会議の対象者	①要支援1, 2及び事業対象者から地域包括支援センターが抽出	①要支援1, 2(新規申請者) ②整形疾患、廃用性症候群が主体の人 ③訪問介護・通所介護・福祉用具貸与の利用者	要支援1, 2及び事業対象者(新規申請)から保険者が抽出	要支援1, 2及び事業対象者	要支援1, 2及び事業対象者(新規申請)から保険者が抽出
アセスメント様式	生活機能評価 (和光市様式) 栄養・口腔チェックシート	生活機能評価 (和光市様式) IADLアセスメントシート	生活機能評価 (和光市様式)	課題整理総括表 栄養・口腔チェックシート	生活機能評価 (和光市様式)

※ 大阪府福祉部高齢介護室調べ

※ このほか、平成30年度には、大阪府において、総合事業における短期集中型サービスCの標準的ガイドラインを策定予定。

② 総合事業の着実な実施

(サービスの充実と高齢者の社会参加の推進)

総合事業が目指すもの(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

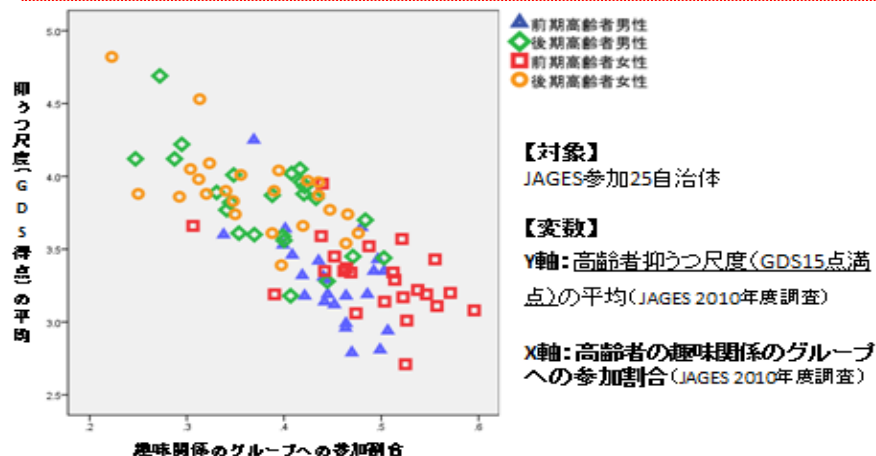
生活支援の担い手としての社会参加



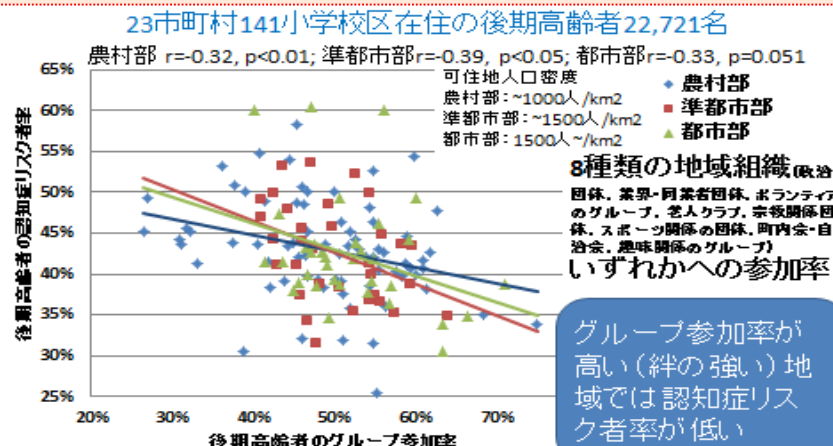
高齢者の社会参加

- 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

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。



「大阪ええまちプロジェクト」について



大阪 ええまち
プロジェクト

○ 住民主体型サービスの創出・展開に向けた検討会などの議論を踏まえながら、取組みを進めます。

「住民主体型サービスの創出・展開に向けた検討会」

介護予防・日常生活支援総合事業における住民主体型サービスの創出・展開を推進するため、市町村支援の具体的方策及び本プロジェクトの成果や課題を踏まえた今後の方針等の意見交換を行う。

構成メンバー：府内市町（政令市、先進的取組市町）、府社協、大阪市社協、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

情報共有

評価・助言

報告

委託

1. 住民主体型サービス創出に向けた直接的支援

市町村・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提供
(短期)1か月 (長期)3～6か月

個別相談型支援

団体の活動内容や課題に応じ、府内で活躍する先進NPO法人等が、電話、メール、訪問、来所により、随時に対応する相談支援

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・展開に向けた機運を醸成

情報発信・機運醸成

- ・特設ウェブサイトによる介護予防や高齢者の社会参加の機運醸成
- ・プロジェクトの進捗状況の特設WEBサイトで共有するとともに、プロジェクトで作成されたマニュアルの提供や好事例の紹介
- ・大交流会（年度末）において、行政・地域貢献団体・地域福祉の関係者等を交えた交流機会の提供

3. 生活支援コーディネーターのネットワーク強化

関係者間の連携を深め、支援ノウハウを共有し、地域づくりを推進

- ・現場視察やワークショップを通じた生活支援コーディネーターの地域を超えた関係づくり
- ・プロジェクトを通して得た地域貢献団体への支援ノウハウを生活支援コーディネーターへ提供し、各地域の活動を強化
- ・（要請があれば）住民主体型サービス創出に向けたアドバイス
- ・イベント情報やWEBサイト上での交流機会の提供

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」の創出に取り組もうとする地域貢献団体の課題に応じて、
 - 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で、運営上の悩みを具体的に解決していきます。

大阪ええまち



府内で活動する地域貢献団体

居場所・サロン

家事援助サービス

配食サービス

移動支援サービス

等

連携・協働

運営上の課題解決ニーズ

- ・情報発信
- ・運営改善
- ・事業戦略 等

府内市町村【生活支援コーディネーター】

- ・生活支援コーディネーター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)住民主体型サービス創出のアドバイス
- ・イベント情報やWEBサイト上での交流機会の提供

地域づくりに活用

実務上の相談ニーズ

- ・制度の活用
- ・行政との連携
- ・先輩の知恵、ノウハウ 等

プロジェクト型支援 「プロボノ」による伴走型支援

ビジネス経験や専門知識を活かしたボランティア活動「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提供

(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 「先輩団体」による随時対応型支援

府内で活躍する先進NPO法人等による電話、メール、訪問、来所による相談支援

【先輩団体】大阪府社会福祉協議会、大阪ボランティア協会、寝屋川あいの会、ニッポン・アクティブライフ・クラブ、フェリスモンテ、アクティブネットワーク、いきいき会、ほっとらいふ、磯長台の福祉を考えるつどい

プロジェクト型支援 支援先一覧①(H30年度)

【1.短期プロジェクト プロボノ 1DAY チャレンジ】

団体名	支援内容
ほっと吹田（吹田市）	高齢者になっても安心して暮らすために知っておきたい情報を届けるウェブサイトを作ろう。
おんがく・さ〜くる・コスモス（吹田市）	音楽を通じた高齢者の繋がりをさらに広げるためのFacebookページを立ち上げよう。
カフェたんぽぽ（吹田市）	商店街にあるホッとできる場所。誰もが気軽に立ち寄りたいて思ってもらえるチラシを作ろう。
まちづくりのシニアコミュニティ（大阪市都島区）	夢を語る人、それを一緒に叶える人、共感と支援の輪を広げるための課題整理
シルバーアドバイザー連絡協議会（大阪市中央区）	シルバー世代の活躍を地域や企業に還元！サークル活動で培った楽しいプログラムの魅力を伝える営業資料を作ろう

【2.中長期プロジェクト（春スタート）】2018年6月～2018年11月頃

団体名	支援内容
山麓和の会（東大阪市）	自宅を開放した地域サロン、活動を気持ちよく続けられるための決まりごとを一緒に考えよう。
吹田市民NPO（吹田市）	地域福祉のための集いの場、人が人を呼ぶような運営アイデアを考えよう。
住まいみまもりたい（大東市）	生活のちょっとした困りごとを解決。「知っときゃ安心」な情報を探せるサイトを立ち上げよう。
ゆめ伴プロジェクト（門真市）	映像で伝える、「認知症の人や高齢者が輝くまち」では、人はこう変化する。

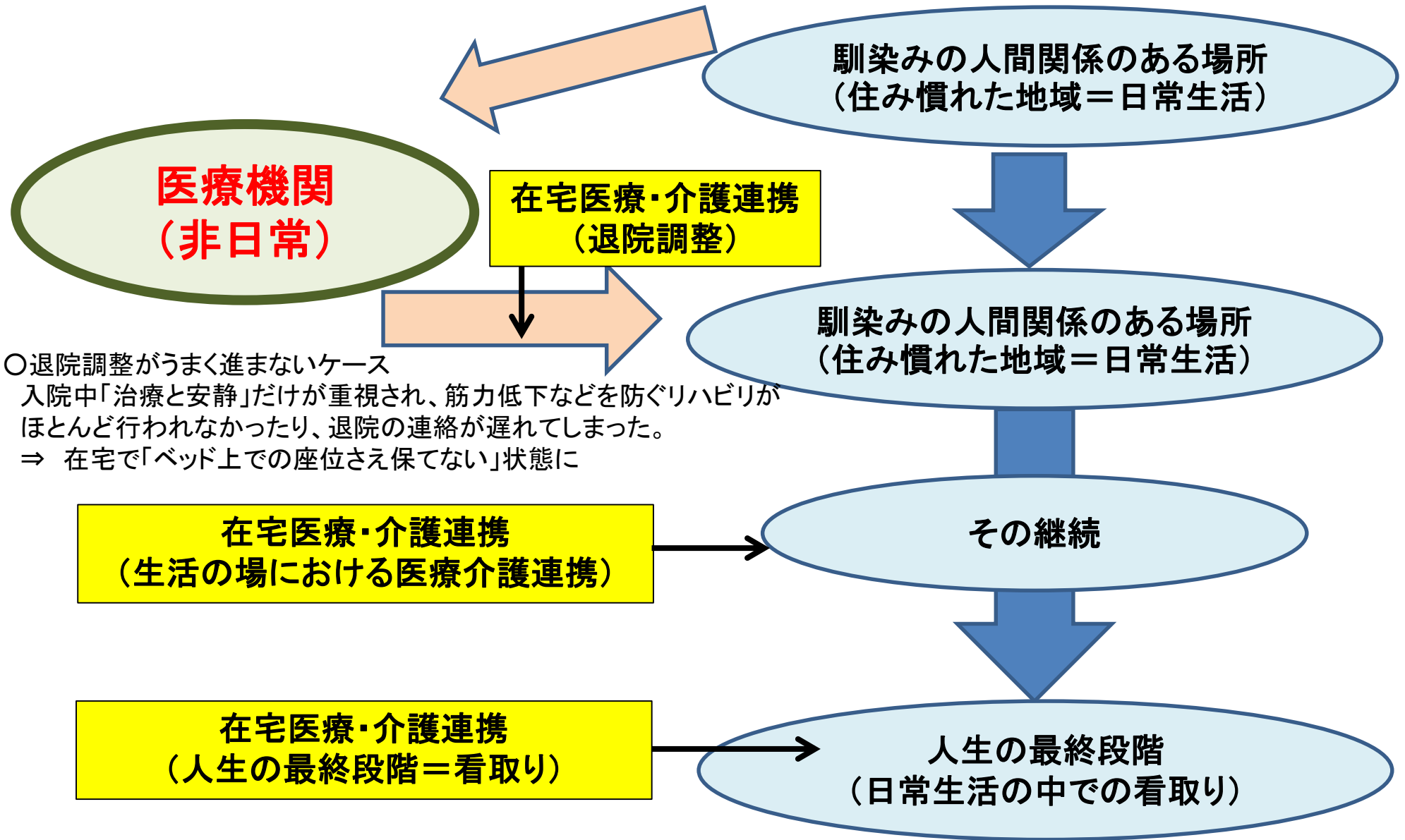
プロジェクト型支援 支援先一覧②(H30年度)

【3.中長期プロジェクト（秋スタート）】 2018年9月～2019年2月頃（現在実施中）

団体名	支援内容
生活困りごとサポートこ・こ・わ (河内長野市)	地域に根ざした取り組みにしていくための告知方法を考えよう
咲っく南花台生活応援プロジェクト (河内長野市)	住民同士の助け合いで「良い汗かいた！」そう思える人の輪を広げるウェブサイトを立てよう。
ふらっと三宝 (堺市)	新しさと懐かしさを同時に感じる地域の集いの場、その魅力を伝えるパンフレットをつくろう。
磯長台の福祉を考えるつどい (太子町)	これまでの取り組みを事業評価し、さらなる未来に推進力を！
子ども福祉委員 (阪南市)	中学生が進んで担い手に！まちを元気にする取り組みを広げるパンフレット制作
波太学習研究会 (阪南市)	子どもから高齢者まで集える地域の居場所へ。参加者を広げる施策を考えるためのニーズ調査
健やかスマイル (富田林市)	健康になることで地域に広がる笑顔の輪。その運営を支えるITツールを整備しよう
ここから100 (大阪市)	この場を知ってもらうための、次の一手となる告知方法を探るマーケティング基礎調査
音楽サロン くつろぎ (豊中市)	音楽がたがなぐ縁を通して、やりたいことが実現できる居場所を広げるためのパンフレット制作をしよう。
びーの × マルシェ (豊中市)	地域のさまざまな人が集うマルシェ。その取り組みを知ってもらうチラシを作ろう。
いきいき会 (高槻市)	検索する人にも一緒に働く人にも、活動内容へ安心と自信を感じてもらえるウェブサイト制作

③ 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の3つの局面



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

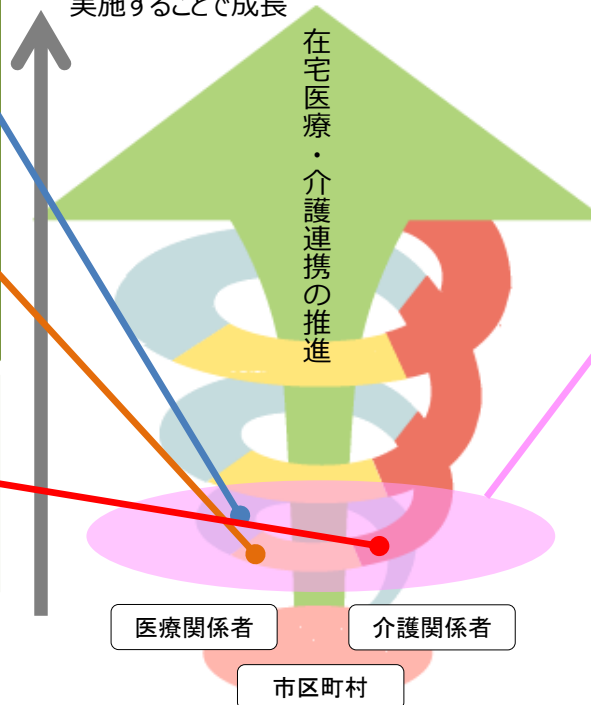
（カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

在宅医療・介護連携推進事業（市町村の主な取組）

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 市民病院が、医療連携マップを作成(病診連携登録医の紹介等)
(池田市・豊能・能勢)
- 「医療・介護サービス事業者情報検索」を、市のHPにて公開
(寝屋川市)
- 在宅医療と介護の応援ポータルサイト「アットホームきしわだ」
(岸和田市)
- 地区医師会圏域(広域)で「医療♡介護LINKMAP」を作成(在宅医、
無菌調剤についても記載)
(泉佐野市、熊取町、田尻町、泉南市、阪南市、岬町)
- 事業所向け医療介護連携ガイドブックと、住民向け医療介護連携ガイド
ブックの作成(熊取町)

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 既存の多職種による会議を活用。(地域ケア会議、多職種連携の会議、医
師会が主催の会議等形態はさまざま。参画メンバーは、地区の三師会、訪問看
護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、病院地域連携室
が主に参加しており、リハ職、保健所、民生児童委員、消防署、認知症疾患医
療センター、社会福祉協議会、在宅医療コーディネータが参画しているところもあ
る。)

◎虹ネット連絡会(豊中市)、いけネット(藤井寺市)、
つげさん在宅ネット(貝塚市)、こぶしネット実行委員会(東淀川区)

（ウ）切れ目のない在宅医療と 在宅介護の提供体制の構築

- ブルーカードシステム(浪速区)
- 強化在宅支援診療所間でのネットワーク
(富田林市)

（エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有 支援

- 主治医とケアマネとの情報交換シート(ほとんどの市町村で
取組んでいる)
- 笑顔れんらく帳(富田林市、河内長野市)
- I C Tを使った連携システム(岸和田市、大阪狭山市)
- 医療・介護連携マニュアル(泉佐野泉南医師会圏域)

（オ）在宅医療・介護関係者に 関する相談支援

- 地区医師会に配置
(大阪市全区、府内複数の市で配置済み)

（カ）医療・介護関係者の研修

- ライフサポート研修の実施
(寝屋川市、高槻市、阪南市 など)

（キ）地域住民への普及啓発

- 在宅看取りに関するシンポジウム(高槻市)
- 認知症予防のための講演会で多職種連携の講演
(摂津市)
- 地域にとって安心できる救急医療(岸和田市)
- 市民フォーラム「地域包括ケアシステム構築に向けて」
(泉大津市)

（ク）在宅医療・介護連携に関す る関係市区町村の連携

- 複数の町村が合同で事業を実施
(河南町・太子町・千早赤阪村)
- 3市3町合同の在宅医療・介護連携の研修、
多職種会議を開催
(泉佐野泉南医師会)

大阪府 入退院支援の手引き(平成30年3月)

大阪府 入退院支援の手引き

病院から住み慣れた暮らしの場へ
～地域みんなで取り組む入退院支援～

平成 30 年 3 月

大阪府

HPに全文載ってます。

<http://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/iryoukaigorenkei/index.html>

大阪府入退院支援の手引き
でも検索できます。

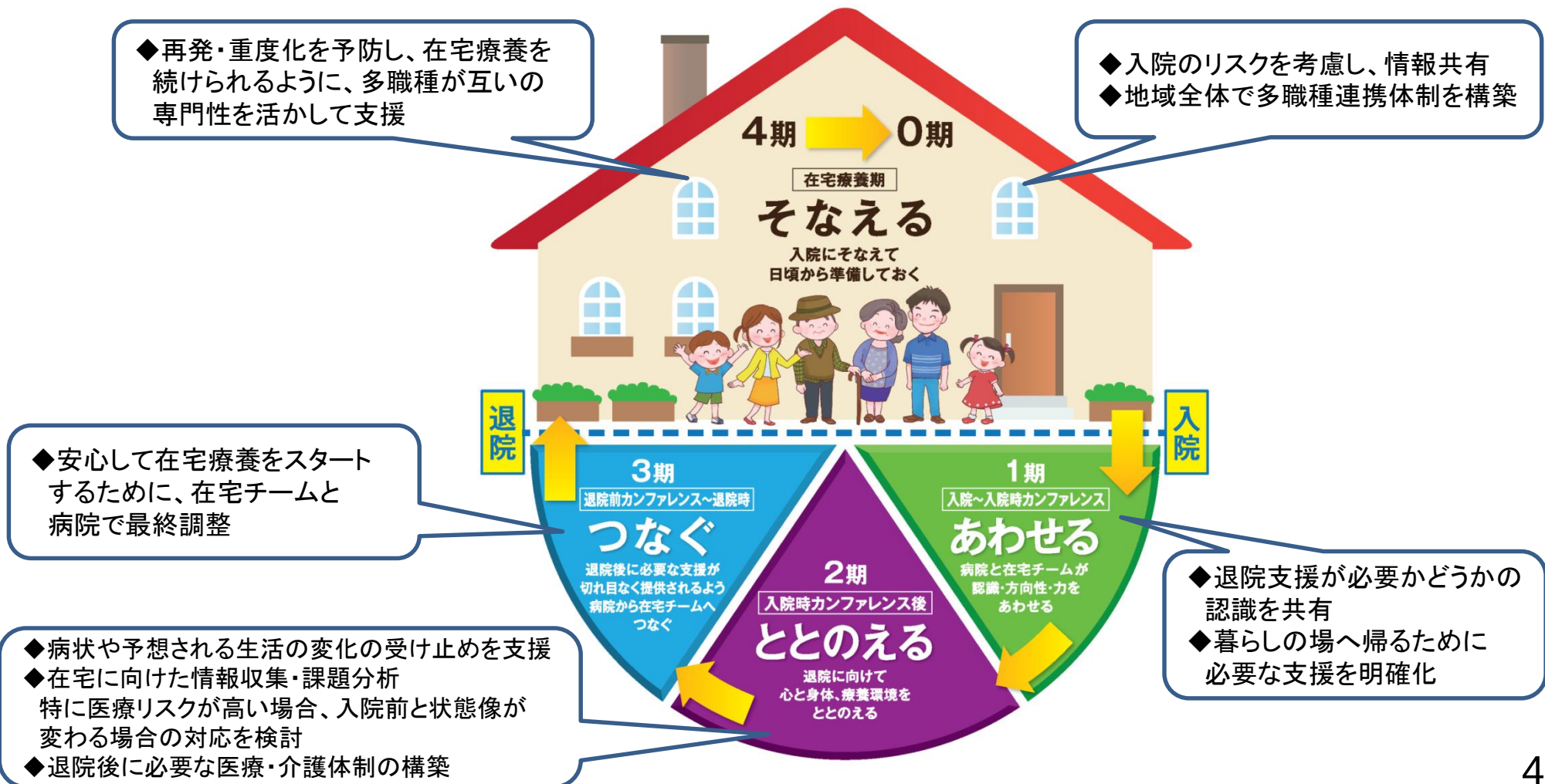
在宅チームと病院が協働した入退院支援のステージ

【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場に戻れるようにするためには、在宅チームと病院との協働が不可欠です。また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、在宅チームと病院が、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ戻る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0～4期)に応じて適切に協働していく必要があります。



研修もやっています。