

大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会 専門部会報告書

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

平成 28 年 12 月 16 日

目次

はじめに	4
I 現状分析	5
1. 介護に係るデータの現状	5
(1) 高齢化率、高齢者数の推移	5
(2) 介護費用、介護保険料の推移	5
(3) 介護サービス利用の特徴（居宅・地域密着・施設別の内訳）	5
(4) 要介護認定率と被保険者一人当たり介護費（年齢調整前と年齢調整後）	6
(5) 被保険者一人当たり介護費の構造	6
2. 要介護認定率に関連する要因の検討	7
(1) 世帯特性と健康意識	7
(2) 居宅系事業者を主とするサービス供給構造	8
(3) 自治体による取組の差異	8
(4) 自治体別要介護認定調査及び評価の偏差	8
(5) 要介護認定者の特徴	8
(6) 要介護度別一人当たり介護給付費（年額）の特徴	8
3. 医療費の現状	9
(1) 健康寿命及び健康に対する意識	9
(2) 医療費	9
4. 高齢者の「住まい」について	9
(1) 高齢者住まいの数	9
(2) 高齢者住まいにおける介護サービス利用状況の実態調査	9
(3) 実態調査結果の概要	10
5. 将来推計	11
(1) 要介護認定率	11
(2) 介護サービス受給者数	11
(3) 介護保険料	11
II 考察	12
1. 要介護状態に至らないための健康に資する施策等の取組	12
2. 要介護認定の平準化および適正化に資する取組	12
3. 高齢者の「住まい」の考え方と、提供されている介護サービスの実態把握	13
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	13
III 大阪府における対応について	14
1. 介護予防・自立支援に向けた取組の強化	14
(1) 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	14
(2) 新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の着実な実施	14
(3) 一般介護予防の取組の効果的な推進	14

2. 医療・介護連携の推進	15
(1) 在宅医療・介護連携の推進	15
(2) 認知症施策の効果的な展開	15
(3) 医療・介護連携の質的向上に向けた「退院調整ケアカンファレンス」の在り方	15
(4) 健康づくり・疾病対策との連携	15
3. 要介護認定の平準化に向けた取組の強化	16
4. 高齢者住まいにおける介護サービスのあり方について	16
(1) 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	16
(2) 集中的なケアプラン点検と適正化に向けた取組	17
(3) 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化	17
5. ケアマネジメントの適正化	17
(1) 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 【1. (1) 再掲】	17
(2) 地域課題を踏まえた法定外研修の実施（ケアマネジャーの資質向上）	17
(3) 自立支援型ケアプランの作成支援	18
(4) 地域包括支援センターの強化	18
(5) 保険者によるケアプラン点検の実施	18
(6) 介護サービスの質評価に向けた支援	18
6. 第7期高齢者計画の策定に向けた留意事項	19
(1) 2025年、2040年を見据えた計画策定の重要性	19
(2) 高齢者住まい・施設ニーズとの関係性	19
(3) 医療・介護連携の重要性	19
(4) 第4期給付費適正化計画の策定	20
7. 国に対する要望事項	20
(1) 自治体の取組等に応じた「インセンティブの付与」	20
(2) 要介護度を改善させた事業者等の評価手法の確立、介護報酬上の加算制度の充実	20
(3) 高齢者住まいにおけるサービス利用の見える化	20
終わりに	21

大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会「専門部会」について

【委員】

川井 太加子 桃山学院大学 社会学部教授 計推審委員（副部会長）
黒田 研二 関西大学 人間健康学部教授 計推審委員（部会長）
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門教授
国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター
老年学評価研究部長（併任）

府内市町

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

大阪府国民健康保険団体連合会

【専門部会の開催実績】

平成 28 年 7 月 1 日 第 1 回専門部会

平成 28 年 9 月 30 日 第 2 回専門部会

千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門 近藤克則教授
（国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長）

「地域づくりによる介護予防」

大阪府医師会 中尾正俊副会長

「医療現場から見た大阪府の介護の現状と求められる対策」

大阪介護支援専門員協会 濱田和則会長

「公社）大阪介護支援専門員協会の資質向上に関する事業等と介護現場から見た
現状と求められる対応について」

平成 28 年 12 月 16 日 第 3 回専門部会

はじめに

超高齢社会の到来により、大阪府においても、年々高齢化が進展し、平成 27 年国勢調査によれば、65 歳以上人口比率（高齢化率）は 26.1%、75 歳以上人口比率（後期高齢者人口比率）は 11.8%と示されている。今後、要介護・要支援認定者、認知症高齢者、単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯が大幅に増加する「都市型高齢化の進展」が見込まれる中、独り暮らしであっても、認知症になっても、中・重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けられるよう、住まいを確保した上で、医療、介護、予防及び日常生活支援を一体的に提供するための地域づくりとして、「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっている。

さて、大阪府の年齢調整後の要介護認定率は 22.4%で、被保険者一人当たり介護費は 31.9 万円であり、いずれも全国一高い。今後、団塊の世代が後期高齢者となる「2025 年」や、団塊ジュニアが 65 歳以上となる「2040 年」に向けての財源確保が課題となる中で、現時点で、すでに全国一高い介護費、要介護認定率に対応した介護サービス供給体制をいかに構築すべきかについて、府・市町村・事業者等の関係者が「オール大阪」で、現在、そして未来の問題意識を共有した上で、それぞれの立場で役割を果たしていくことが求められている。

以上のことを背景として、これからの対応策を検討するため、本年 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」を設置し、必要な分析等を行ってきた。また、来年度が「第 7 期高齢者計画」の策定年度に当たることや、国の法改正が検討されていることも踏まえつつ、必要な対応を検討し、今般、報告書「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」の取りまとめを行った。

折しも、国が本年 12 月 9 日に取りまとめた社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、保険者等が地域の実態把握・課題分析等を行った上で、目標達成に向けた活動を継続的に改善する「地域マネジメント」の推進が求められている。地域包括ケアシステム構築に向けた諸課題の解決に当たっては、国において、都道府県や保険者の取組に応じた財政的インセンティブの付与が検討されていることも踏まえながら、適時、「データ」に基づく客観的な「測定」と「評価」を行いつつ、関係者間での問題意識を共有しながら取り組んでいくことが求められる。

I 現状分析

1. 介護に係るデータの現状

(1) 高齢化率、高齢者数の推移

大阪府の65歳以上人口比率は26.1%、75歳以上人口比率は11.8%であり、全国平均の26.6%、12.8%より低い（平成27年国勢調査）が、団塊の世代（昭和22年～24年生まれ）の構成比が大きいため、2025年に向け、10年間で75歳以上人口が全国5位の1.43倍に急増するなど、今後、急速に高齢化が進展していくとされている（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）」）。

同様に認知症高齢者は、33.2万人、今後も増加が見込まれ、2035年には、56.2万人となり、これは65歳以上人口の22.0%を占める。（2015年推計）

(2) 介護費用、介護保険料の推移

大阪府の介護総費用は、平成26年度に6,461億円となっているが、これは平成12年度の制度創設当時の2,059億円からみれば、3倍強となっている。国、府、自治体ともに深刻な財政危機状況にある中、大阪府の義務的経費は毎年、数十億円単位で増加しており、平成29年度は1,000億円を突破することが見込まれている。介護保険料も制度創設当初の3,134円から、平成27～29年度の第6期の保険料は6,025円に増加しており、今後は、団塊の世代の高齢化とともに、さらなる上昇が見込まれているところである。

【大阪府の義務的経費（当初予算ベース）】

平成26年度 914.6億円 ⇒27年度 931.1億円（+16.4億円）

⇒28年度 952.1億円（+21億円）⇒29年度（要求ベース） 1021.5億円（+69.4億円）

(3) 介護サービス利用の特徴（居宅・地域密着・施設別の内訳）

大阪府における介護サービスは、居宅サービスの割合が高く、特別養護老人ホームなどの施設サービスの割合が低いという、居宅サービスを中心としたサービスの利用が多いことが大きな特徴といえる。

		居宅サービス	地域密着型サービス	施設サービス
利用者数	全国	290万人 68.3%	42万人 9.8%	93万人 21.9%
	大阪府	23万人 76.2%	2万人 6.7%	5万人 17.1%
費用	全国	4兆6,884億円 52.0%	1兆1,308億円 12.5%	3兆1,932億円 35.4%
	大阪府	3,952.5億円 62.9%	561.7億円 8.9%	1,774.1億円 28.2%

これは、全国では、①特養、②通所介護、③老健、④訪問介護の順で介護サービスの利用がされているのに対し、大阪府では、①訪問介護、②特養、③通所介護、④老健の順となっていることから、明らかに施設ではなく、居宅を中心としたサービス供給体制が構築されている。

また、居宅サービスの中では、訪問介護、訪問看護、居宅療養管理指導、福祉用具貸与などで受給率が高くなっていた。

(4) 要介護認定率と被保険者一人当たり介護費（年齢調整前と年齢調整後）

大阪府の65歳以上人口に占める要介護認定率は、年齢調整前で20.3%（平成26年度）であり、47都道府県中38位であった。一方、65歳以上人口のうち、74歳以下の前期高齢者の割合の高い大阪府では、年齢調整後の要介護認定率が22.4%である。これは、47都道府県で最も高くなっている。特に、要介護2以下の軽度者の割合が15.2%であり、認定における軽度者の占める割合が高い。

また、年齢調整後の被保険者一人当たり介護費は47都道府県中で最も高い。

平成26年度	要介護認定率		被保険者一人当たり介護費	
	年齢調整前	年齢調整後	年齢調整前	年齢調整後
全国平均	17.9%（ <u>要介護2以下11.7%、要介護3以上6.3%</u> ）		27.4万円（ <u>施設9.9万円、居住系3.2万円、在宅14.3万円</u> ）	
大阪府	20.3% 全国38位	22.4% 全国47位 （ <u>要介護2以下15.2%、要介護3以上7.2%</u> ）	28.1万円 全国30位	31.9万円 全国47位 （ <u>施設9.4万円、居住系3.3万円、在宅19.2万円</u> ）

(5) 被保険者一人当たり介護費の構造

被保険者一人当たり介護費は、①介護サービス利用者一人当たり利用額（単価）に、②要介護認定を受けた方のうち、介護サービス利用者の割合、③要介護認定率を掛け合わせることで算出される。大阪府の被保険者一人当たり介護費の構造を明確にするため、前述の3要素に関する分析を行った。

①介護サービス利用者一人当たりの利用額について

介護サービス利用者一人当たりの利用額は、要支援者一人当たりでは、大阪府が39,260円と全国平均の41,014円よりも低く、要介護者一人当たりでも低かった。

	要支援一人当たり介護費	要介護一人当たり介護費
全国平均	41,014円	191,302円
大阪府	39,260円	188,588円

②利用率

要介護認定を受けている方（認定者）のうち、介護サービスを利用している方（受給者）の利用率は、大阪は男性77.4%、女性80.5%で、全国は男性79.7%、女性83.9%であり、認定者が他県以上にサービスを利用しているというわけではない。

利用率（受給者／認定者）	男性	女性
全国平均	79.7%	83.9%
大阪府	77.4%	80.5%

③認定率

男女別・年齢階級別の要介護認定率は、全年齢階級で大阪府が最も高かった。

平成 26 年度		合計	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳～
男	全国平均	12.5%	3.2%	6.0%	11.7%	22.9%	46.0%
	大阪府	14.5% (43 位)	4.3% (47 位)	7.9% (47 位)	15.5% (47 位)	29.8% (47 位)	52.8% (47 位)
女	全国平均	21.9%	2.6%	6.3%	15.4%	33.8%	64.9%
	大阪府	24.3% (40 位)	3.8% (47 位)	9.1% (47 位)	22.1% (47 位)	44.4% (47 位)	71.3% (47 位)

以上の分析の結果からは、要介護認定者自体が多いこと（認定率が高いこと）と被保険者一人当たり介護費との関係が深い可能性が示された。

2. 要介護認定率に関連する要因の検討

(1) 世帯特性と健康意識

住民側（需要者側）の要因として、要介護認定率と相関が示されたのは、以下の 8 点であった。

- ① 単身世帯率：相関有。特に前期高齢者（65～74 歳）において高い相関がみられた。
- ② 就労率：逆相関有。特に前期高齢者において、就労率が高い（社会参加している）地域ほど要介護認定率が低い関係がみられた。
- ③ 生活保護率：相関有（大阪府内のみ）。大阪府内の市町村別でみると、生活保護率が高い自治体ほど、要介護認定率が高い関係がみられた。
- ④ 低所得者割合（介護保険料軽減を受けている割合（所得が第 3 段階以下））：相関有（全都道府県）。介護保険料軽減を受けている割合（所得が第 3 段階以下）が高いほど、要介護認定率が高かった。
- ⑤ 健康寿命¹：逆相関有（全都道府県のみ検証）。要介護認定率が高い都道府県ほど、健康寿命が短い傾向が見られた。他方、平均寿命と要介護認定率の間にはあまり相関がみられなかった。
- ⑥ BMI 25 以上割合：相関有（大阪府内市町村のみ検証）。
- ⑦ 喫煙率：相関有（大阪府内市町村のみ検証）
- ⑧ 健診受診率：逆相関有（大阪府内市町村のみ検証）

以上の 8 つの要因をまとめると、健康意識を高める予防活動の低さと要介護認定率の高

¹ 健康寿命：人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」。平成 25 年厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

さには相関があると考えられた。

(2) 居宅系事業者を主とするサービス供給構造

大阪府は、人口密度が高く、訪問介護などの居宅系事業所が事業を展開しやすいという特徴がある。この結果、大阪府内における訪問介護事業者の被保険者 1,000 人当たり事業者数は 1.64 となっており、全国平均 0.85 を倍近く上回り、全国最多となっている。

今回の専門部会の検証においては、保険者ごとに、被保険者 1,000 人当たりいくつの事業者があるかといった、いわば「事業者密度」と「要介護認定率」との関係性を直接的には検証していないが、「事業者密度」と「被保険者一人当たり給付月額」などの介護費との関係性を検証したところ、高い相関が確認された。

(3) 自治体による取組の差異

2010 年から 2015 年にかけて、高齢化率がどれくらい高まったか、それに対して要介護認定率がどのように推移したかを分析した結果、全ての都道府県・府内市町村の高齢化が進展する中で、要介護認定率が低下した自治体（大分県、徳島県）や、要介護認定率がほぼ横ばいに留まる自治体（和泉市、能勢町、箕面市、羽曳野市）があることがわかった。

(4) 自治体別要介護認定調査及び評価の偏差

「要介護認定業務分析データ²」によれば、認定調査における基本調査項目について、「左 - 下肢麻痺有」の選択率は全国平均 36.9% であるのに対し、府内市町村では 60.4% の自治体から 10.5% の自治体まで、調査項目の選択率にばらつきがあった。また、「一次判定」から「二次判定」への変更にあたって、重度変更／軽度変更のバランスが極端な自治体（28.0%/1.4%）などが偏在していることが示された。

(5) 要介護認定者の特徴

大阪府の要介護認定者は軽度者の割合が高く、全国平均では、要介護 2 までのいわゆる軽度者が 11.7% であるのに対して、大阪府は 15.2% となっており、この差異は大きいといえる。とくに要支援 1 と 2 の占める割合は、全国が 5.1% であるのに対し、大阪は 7.7% であった。（データはいずれも年齢調整後）

(6) 要介護度別一人当たり介護給付費（年額）の特徴

平成 24 年～27 年の 4 年間の要介護度別一人当たり介護給付費（年額）は、要支援 2 と要介護 1 とでは、1 年当たりの介護費が約 60 万円異なり、要介護 2 と要介護 3 とでは同様に 70 万円以上の差があった。

²（厚生労働省）平成 27 年度要介護認定適正化事業「要介護認定業務分析データ」

	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	一人当たり平均
受給者一人当たり 介護給付費 ³ (円)	335,796	535,206	1,127,168	1,484,472	2,198,371	2,698,422	3,149,565	1,594,277
介護度毎の差分(円)	—	199,410	591,963	357,303	713,899	500,051	451,144	—

3. 医療費の現状

(1) 健康寿命及び健康に対する意識

大阪府は、健康寿命が短く（男性 70.46 歳（全国 43 位）、女性 72.49 歳（全国 47 位））、平均寿命と健康寿命との差に当たる、日常生活に制限のある「不健康な期間」が長い（男性 9.27 年（全国 36 位）、女性 13.69 年（全国 46 位））。また、特定健診の受診率も 41.5%（全国平均 48.6%）に留まるなど、健康意識の低さが示されている。

(2) 医療費

65 歳以上被保険者一人当たり医療費（国保＋後期高齢）と介護費の総額（年齢調整後）は、115.3 万円で全国 1 位の高さであった（全国平均 100.4 万円）。このうち、医療費単体でみると、83.4 万円で全国 5 位の高さ⁴となっていた。さらに、医療費の内訳をみていくと、入院費が 38.9 万円で全国 12 位の高さ、入院外＋調剤が 40.0 万円で全国 2 位の高さ、歯科が 4.5 万円で全国 1 位の高さという結果になっていた。

また、「一人当たり入院医療費（75 歳以上）」が高い都道府県は、「一人当たり介護費（施設・居住系サービス）（75 歳以上）」も高い傾向があることが分かった。

4. 高齢者の「住まい」について

(1) 高齢者住まいの数

平成 27 年 7 月の厚生労働省資料によれば、大阪府における要介護 2 から 5 までの高齢者数に対する施設・居住系サービス⁵の利用者割合は、28.6%と全国で一番低い状況（全国平均 37.1%）であった。実際、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設のいわゆる介護保険 3 施設の定員数は 53,166 床に留まっている一方、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の合計戸数は、平成 22 年度の 17,901 戸から 6 年間で 3 倍以上に増加し、59,215 戸にのぼるなど、全国で最も高い水準の戸数となっている。（データはいずれも平成 28 年 7 月現在）

(2) 高齢者住まいにおける介護サービス利用状況の実態調査

こうした中、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

³ 大阪府における要介護度別・介護サービス受給者一人当たり介護給付費（年額）の平均値(平成 24～27 年度)

⁴ 65 歳以上被保険者一人当たり医療費（国保＋後期高齢）には、生保受給者データが含まれていない。

⁵ 特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム等）、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、介護療養型医療施設。（特別養護老人ホーム及び特定施設入居者生活介護は、地域密着型を含む。）

高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）については、一部に「囲い込み」による過剰なサービス提供を指摘する声がある。

特別養護老人ホームなどの施設サービスと異なり、住宅型有料・サ高住の運営事業者と介護サービス事業者が異なるケースが一般的であり、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ことから、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、今年度、専門部会参加 11 市町において、住民票の住所地情報の突合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まい⁶の入居者の要介護度、平均年齢、介護サービスの利用実態、生活保護の受給の有無等を分析した。

(3) 実態調査結果の概要

11 市町 11, 257 人のデータ⁷を分析した結果、以下の点が判明した。

- ① 被保険者番号が分かった人数：11, 257 人
- ② 当該市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数：31, 138 戸
- ③ データの捕捉率：36. 2%

※ 今回の調査方法により、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であり、同一高齢者住まいに居住していたとしても、他市町村の住所地特例を受けている方（他市町村民）や、別に持ち家等があり、住民票を移していない同市町民のデータは拾えなかった。

- ④ 生活保護受給率：46. 3%（※）

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし) ⁸
生保受給率	17. 0%	62. 1%	53. 6%	41. 3%

※ なお、今回の調査に当たっては、住民票の所在地が高齢者住まいと一致する方から被保険者番号を特定した結果、住民票を移している方には持ち家を持たない生活保護受給者が多く含まれる可能性に留意が必要。

- ⑤ 入居者の平均年齢：75 歳以上の後期高齢者が中心（いずれも平均 80 歳以上）

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし)
平均年齢	81. 7 歳	80. 2 歳	82. 2 歳	81. 6 歳

⁶ 今回調査した高齢者住まいは、①有料老人ホーム（介護型）、②有料老人ホーム（住宅型）、③有料老人ホーム（健康型）、④未届有料老人ホーム、⑤サービス付き高齢者向け住宅（有料非該当）、⑥サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）、⑦サービス付き高齢者向け住宅（有料該当）の 7 類型。このうち、③有料老人ホーム（健康型）は、そもそも 11 市町に施設が存在しない。また、④の未届有料老人ホームについては、11 人分の被保険者データしか集まらなかった。

⁷ 太子町には、上記高齢者住まいは存在しない。また、寝屋川市からは、295 人分のデータを報告してもらったが、住宅のタイプの区分に誤りがあり、再集計が間に合わなかったため、含めていない。したがって、直接的には、9 市町分のデータを用いて分析を行っている。

⁸ ⑤「有料非該当のサ高住」のデータ数は少なかったため、⑦「有料該当のサ高住」と合算して、「サ高住（指定なし）」として集計を行っている。

- ⑥ 入居者の平均要介護度等：要介護3以上は、有料老人ホームで 52.1%、サ高住で 43.5%となるなど、要介護度はかなり高め。

	介護付有料	住宅型有料	サ高住 (特定施設)	サ高住 (指定なし)
平均要介護度	要介護 1.92	要介護 2.80	要介護 2.18	要介護 2.27

- ⑦ サービスの利用実態：要介護度別の区分支給限度基準額いっぱい近く（区分支給限度基準額に対する利用割合：有料老人ホーム（住宅型）90.7%、サ高住（指定なし）86.0%までサービスを利用。

(円)	特養	有料老人ホーム (住宅型)	サ高住 (指定なし)
平均	260,430	225,970	191,051
要介護3	240,761	251,421	245,582
要介護4	261,283	280,777	279,568
要介護5	281,257	337,738	331,614

5. 将来推計

(1) 要介護認定率

平成26年度の性別・年齢階級別の要介護認定率に、人口推計（国立社会保障・人口問題研究所）を掛け合わせることで、大阪府の要介護認定率と介護需要の将来推計を行った。これによると、2015年に20.5%であった大阪府の要介護認定率は、2025年に27.1%、2035年には29.4%まで上昇することが分かった。

(2) 介護サービス受給者数

また、2015年に36.9万人だった介護サービス受給者数は、2025年に54.4万人に、2035年には62.5万人にまで増加することが見込まれており、このうち要介護3以上の介護サービス受給者だけでも、2015年の13.1万人から2035年には2倍近い24.7万人に増加することが分かった。

(3) 介護保険料

第6期の計画策定の際の推計によれば、府内平均の第1号被保険者の保険料は、第6期（2015～2017年）の6,025円から、2025年には8,929円に上昇すると見込まれている。

他方、中長期的な介護保険料の推計については従前なされてこなかったため、要介護度別の介護需要の将来推計を行うとともに、要介護度別の一人当たり介護給付費を算出することにより、簡易的に、2040年までの介護給付費並びに介護保険料の将来推計を行った。

これによると、大阪府の介護給付費は、2035年には1兆円を超え、1兆20億円となり、2040年には1兆40億円となることを見込まれている。また、第1号被保険者の介護保険料も2035年には9,959円に、2040年には10,374円に上昇することが見込まれる。⁹

⁹ 第6期の計画策定の際には、個別サービスごとの直近の「利用率」や「利用回数」の「伸び率」を加味した上で、その延長線上として「2025年の介護保険料」を推計している。一方、今回の2035年、2040

Ⅱ 考察

I の現状分析の結果を踏まえ、大阪府の介護費や要介護認定率の改善に向け、検討すべき課題を示した。

1. 要介護状態に至らないための健康に資する施策等の取組

被保険者一人当たり介護費が高い理由は、母数としての要介護認定者（要介護認定率）の多さ（高さ）にあり（1（5））、とくに要介護認定率の内訳をみると、軽度者が多く占められていたことが要因と考えられた。（2（5））

平成 25 年国民生活基礎調査によると、要支援 1・2 となった者の約半数は、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱が原因と答えており、大阪府の軽度者の一定数も、加齢とともに、心身の活力（筋力等）が低下し、徐々に生活機能障害等につながる「フレイル」と呼ばれる状態を経て、要介護状態に陥っているという状況を示している」と推察される。

したがって、軽度の要介護認定者を適正に抑制していくためには、府民の健康意識の向上を図る必要がある。すでに府民の健康寿命が短いこと（男性 70.46 歳（全国 43 位）、女性 72.49 歳（全国 47 位））や、平均寿命と健康寿命との差に当たる、日常生活に制限のある「不健康な期間」が長い（男性 9.27 年（全国 36 位）、女性 13.69 年（全国 46 位））ことが明らかにされており、これらのことから、まずは要介護状態に至らないための健康に資する施策を、若年層を含めて検討すべきと考えられる。（3（1））

これらの健康施策は、例えば高齢者に対する要介護状態に陥らせないことに資する取組としては、検診の実施や特定保健指導といったことが考えられるが、このほかにも日常生活における健康に資する多様な取組として、例えば自立支援型の地域ケア会議や新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）にいち早く取り組み、一定の成果をあげている大分県や和光市、生駒市などの例を参考とすることもできる（2（3））。

また、介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されるように、これらの自治体では、いったん、要介護状態に陥った場合でも、上記の地域ケア会議や新しい総合事業による取組等を効果的に組み合わせることにより、要介護度の悪化をある程度防止できている事例が存在することに注意を払っていくことが求められる。

2. 要介護認定の平準化および適正化に資する取組

前述した軽度の認定者の割合が高いという結果と、それに対応する取組は、当然ながら、公平な要介護認定が実施されていることが前提である。しかしながら、府内市町村の認定調査における基本調査項目の選択率には、大きなばらつきがあることが示されている。（2（4））

年の推計に当たっては、こうした伸びは加味していない。ちなみに、今回の推計方法による「2025 年の介護保険料」は、8,400 円に留まる。なお、介護給付費や介護保険料の動向については、高所得者の自己負担割合の見直し、地域支援事業の対象範囲の拡充、介護報酬改定など、国の介護保険制度の見直しの動向等により大きな影響を受けるため、中長期的な推計には困難が伴うことにも留意。

このように前提が大きく崩れるといったことがないように、府全体での認定調査の適正化や、その結果についての平準化が図られるための取組を進めていくことが求められる。

3. 高齢者の「住まい」の考え方と、提供されている介護サービスの実態把握

地域で、自立して生活を継続するための基盤となるのが「住まい」である。大阪では、前述したように、高齢者の「住まい」が多様化していることが指摘されている。特に今回の専門部会参加 11 市町の調査から、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に要介護者が多数入居するなど、実質的に施設と同様に要介護者が集合的に居住している実態があることが明らかになった。

また、これらの新たな「住まい」に入居している高齢者には、調査が可能となった対象という限定はつくものの、区分支給限度基準額の約 9 割の介護サービスが利用されており、特に要介護 3 以上の方々に対しては、施設サービス以上の給付費がかかっているケースも散見されているにもかかわらず、その全貌を捉えることができるデータベースが整備されていないという問題が明らかになった。(4 (3))。

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

大阪では、居宅サービスを主としたサービス提供体制が構築されており、しかも新たな「住まい」も多く存在するという、全国でも稀少な形態となっている。

このため、健康寿命が他県に比較して短いことや、要介護認定率が高いといったことを鑑みると、複数の慢性疾患や認知症を抱え、外来通院や訪問介護を利用しながら可能な限り居宅において生活を継続しているものと推察される(3 (2)、1 (3))。

居宅で医療や介護サービスの提供を受けるためには、適切なケアマネジメントにより、本人の状況や環境に応じて、適切に医療サービスを組み合わせつつ、介護保険サービスが選択されることが求められる。

また、前述の国民生活基礎調査によると、要介護 4・5 といった重度者の原因が、脳血管疾患が最多となっているなどを踏まえれば、その再発防止や生活習慣病の予防に資するためのセルフマネジメントも必要となる。このような利用者本位のマネジメントを実現させるためには、医療と介護の連携に関するマネジメント能力を各自治体が向上させることはもちろんであるが、利用者に直接対応するケアマネジャーの資質向上を図るための多様な方策が必須となるだろう。

すでに、自立支援型の地域ケア会議に取り組むことや、ケアプラン点検に力を入れてきた自治体において、要介護認定率の上昇が抑えられている事象があることから、これらについては、その内容を詳細に分析したうえで参考にしていくことが求められる(2 (3))。

Ⅲ 大阪府における対応について

1. 介護予防・自立支援に向けた取組の強化

(1) 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

大阪府の要介護認定率の高さの要因として、要支援1・2が特に多い状況にあることを踏まえれば、まずは介護予防等の取組を強化することにより、軽度者の自立や重度化の未然防止を促していくことが重要である。

これには、先進自治体で取り組まれている、専門多職種との協働のもと、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを検討する「地域ケア会議」の開催が効果的である。今年度、国のモデル事業（介護予防活動普及展開事業）により、3市（堺市、羽曳野市、泉南市）において、自立支援型の地域ケア会議の開催に向けた検討等が行われたが、今後とも、こうした取組を拡充していくとともに、司会者（市町村担当者等）・助言者（専門職）・アドバイザー等の育成・派遣等を通じて、府と市町村が連携のもと、自立支援型の地域ケア会議に取り組む市町村の拡充に努めていくことが重要である。

(2) 新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の着実な実施

平成29年4月までに全市町村で開始される新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の理念のひとつは、高齢者の社会参加を促し、一人一人が社会的役割を持つことで、地域社会の「新たな担い手」を創出していくとともに、同時に、「介護予防」にもつなげていこうとするものである。また、新しい総合事業の予算については、「75歳以上高齢者数の伸び率」等による厳しい上限管理が行われる中、多様化する要支援者等の生活援助等のニーズに対して、地域の支え合い体制づくりを推進することで、いかにして効果的・効率的な支援を確保していくかが課題となっている。

一方で、介護サービス事業者や介護労働者以外の「住民主体の多様なサービス」の創出については、市町村に十分な支援ノウハウ等が存在しないことから、順調に進んでいないのが実情である。市町村が十分な支援ノウハウを獲得するまでの間については、広域的自治体である大阪府が、府内に潜在している高齢者等による支え合いの活動の掘り起しや伴走型支援の実施など、具体的な市町村支援策を行っていくことが求められる。

(3) 一般介護予防の取組の効果的な推進

府民の健康意識に対する低さから、介護予防の推進は、ハイリスク層へのハイリスク・アプローチだけでなく、全ての高齢者に対するポピュレーション・アプローチを組み合わせて一連のものとして実施していくことが重要である。特に、介護予防のポピュレーション・アプローチは、高齢者が生きがいを持って活動的に暮らすことを地域全体で支援していくものであることから、一般介護予防事業において、住民主体で運営する体操教室などの活動を促すだけでなく、そこから人と人とのつながりを通じて参加者の通いの場へとつなげていくような「地域づくり」を意識していくことが重要である。また、(2)の新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）は、こうした地域づくりやソーシャル・キャピタルが基盤となって実施されることが望ましい。

2. 医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療・介護連携の推進

平成 26 年介護保険法改正により、市町村で在宅医療・介護連携推進事業の 8 つの事業項目実施が義務付けられ、郡市区医師会等と連携しながら、平成 30 年 4 月までに、すべての市町村において実施することとされている。大阪府内市町村の実施状況は、8 つの項目のうち平均実施数は 6 項目であり（平成 28 年 8 月現在）、取組は進みつつあるものの、低調な市町村もあり、格差が生じている。また、取組の内容の充実も求められるところであり、大阪府による市町村支援が求められる。

(2) 認知症施策の効果的な展開

高齢化の進展に伴い、約 4 人に 1 人が認知症又はその予備軍となるなど、認知症対応は、地域や在宅介護における喫緊かつ重大な課題となっている。認知症の早期診断・早期対応を軸として、認知症の人がその時の容態に応じて、最もふさわしい場所で適切なサービスを受けられるよう、認知症疾患医療センターを中心に、専門病院や急性期病院などから在宅を円滑に結ぶ、市町村域を超えた広域的な医療と介護の連携に向けた取組が急務となっている。個々の市町村においては、新オレンジプランに基づく取組を着実に進めることが求められるほか、大阪府においては、二次医療圏域における広域のネットワーク構築に向けた橋渡し支援が求められる。

(3) 医療・介護連携の質的向上に向けた「退院調整ケアカンファレンス」の在り方

要介護度の重度化を防止することは、高齢者の QOL（quality of life：生活の質）を高めるとともに、介護費の適正化の観点からも重要である。健康寿命が短い大阪府においては、かかりつけ医が高齢者に多い疾患等の再発防止、重症化防止等に取り組み、医療と介護が連携することにより、介護度の重度化予防を図っていくことが求められる。

このため、急性期病院等から退院の際の医療と介護の連携を促進し、退院支援の質の向上を目指すことにより、かかりつけ医が中心となり医療職（かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、管理栄養士、リハビリ関連職等）が積極的に取り組んでいくとともに、ケアマネジャー等がそれら医療の情報を退院後のケアプランに反映の上、実際に日常生活を支えていくヘルパー等と必要な連携を行っていくことが求められる。既に、医療・介護連携に係る診療報酬上の「退院支援加算」や介護報酬上の「退院・退所加算」の枠組みなどが存在するが、十分な活用が進んでいないことから、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、糖尿病、誤嚥性肺炎など、高齢者に多い疾患等についての的を絞って、病棟主治医とかかりつけ医、病棟看護師と訪問看護師との情報共有や医療者からケアマネジャーへの情報提供など退院調整ケアカンファレンスの在り方を検討し、これらの疾患等の再発防止や要介護度の重度化防止を推進していくことが求められる。

(4) 健康づくり・疾病対策との連携

介護予防や中・重度の要介護状態の主たる原因の一つである脳血管疾患等の疾病対策は、高齢期になってから始めるものではなく、若いうちから健康づくり、生活習慣病予防などに努めることが重要である。BMI、喫煙率及び検診受診率と要介護認定率との

間には相関（或いは逆相関）関係が確認されており、禁煙対策、肥満防止等といった住民の健康意識を高める取組を進めることにより、生活習慣病の未然防止を図ることは、要介護状態の予防、悪化の防止の観点からも重要である。

このため、福祉部局と健康医療部局が相互に連携の上、広く府民、市町村や被用者保険の保険者等に働きかけを行い、府民の健康意識を高めることにより、健康寿命（認知症や寝たきりにならない状態で生活できる期間）を延ばしていくことが求められる。

また、高齢者には複数の疾病を有し、何種類もの薬を飲んでいる方も多い。多剤併用によって引き起こされる相互作用や、薬の飲み忘れ、飲み間違いなど、服薬管理に注意を要する場合も多いため、かかりつけ薬局・薬剤師等とも必要な連携を行っていくことが求められる。

3. 要介護認定の平準化に向けた取組の強化

公平な要介護認定は、介護保険制度の信頼性確保の観点からも重要である。このため、今年度、大阪府が、「要介護認定業務分析データ」を活用し、一次判定における認定調査項目の選択に特徴を有していたり、一次判定と二次判定の変更率が高いなど、特徴のある19市町の介護認定審査会を訪問し、当該市町とともに課題の抽出及び対策の検討を行った。大阪府においては、本取組の継続的な実施していくことにより、要介護認定の適正化に向け、保険者に対し適切に助言を行っていくことが求められる。

また、大阪府においては、平成28年度、要介護認定の平準化を推進するため、認定調査員の評価技能向上に資する視聴覚教材を作成したが、今後は、これらの教材を効果的に用いた研修や、要介護認定業務分析データの見方の研修などを実施していくことが求められる。

各保険者においては、こうした研修機会等を活かしながら、認定調査項目の選択に特徴を有する調査員への個別具体的な研修を行っていくことが求められる。また、一次判定と二次判定の変更率が高い保険者においては、認定調査員の特記事項の記載方法や、事務局運営のあり方等に課題がないかを検討・検証していくべきである。

4. 高齢者住まいにおける介護サービスのあり方について

(1) 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

近年、急増する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの高齢者の住まいについては、高齢者の多様な住まいニーズの受け皿として、今後とも重要な役割を担っていくことが期待される一方で、いわゆる「囲い込み」により、利用者本位でない介護サービスの提供がなされていないかなど、ケアの質を確認していくことが求められる。

介護保険の施設サービスは、一つの法人から包括的にサービスが提供されるのに対し、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（指定なし）においては、住宅の運営者と介護サービスの提供者が異なっていることが一般的であることや、複数の法令が関係していることから指導監督庁（住宅運営事業者の所管庁、事業指定者、保険者、建築指導者、消防署等）が多岐にまたがっているため、全体的な実態が把握しにくいと

という課題がある。

こうした課題に対応するため、大阪府において、福祉部と住宅まちづくり部等の関係部局とが連携の上、各保険者等も交えながら、高齢者住まい入居者の介護や医療サービス利用の適正化に向け、引き続き実態把握に努めるとともに、ケアの質の評価（見える化）や住宅運営事業者、居宅サービス事業所に対する指導監督、府と保険者との連携のあり方などについて総合的に議論していくことが求められる。

（２）集中的なケアプラン点検と適正化に向けた取組

いわゆる「囲い込み」による過剰なサービス提供への対応については、府・市町村の連携により、集中的なケアプラン点検を行っていくことが考えられる。また、大阪府においては、ケアプラン点検の先進事例の紹介や勉強会の実施のほか、利用実態の見える化の構築に向けた検討から指導監督の連携によるサービス利用の実態把握と適正化までのモデル事例の支援など、今後とも、適正化に向けた広域的支援策を行っていくことが求められる。

また、市町村においても、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の建設前の事前相談等の機会も活用し、入居者像や提供するサービス内容等を確認していくことが重要である。

（３）高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化

高齢者住まいサービスの質の向上に向け、従事者による虐待の未然防止等のための指導監督の一層の強化や未届有料老人ホームに対する指導を重点的に行っていくことが求められる。

また、急増する有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については、健全な経営やそこで働く介護職員の適正な労働環境を確保することを通じて、利用者保護を図っていくことが重要である。例えば、大阪府において「経営・組織力向上セミナー」や事業者団体と連携した事例研修会等を実施することを通じて、各事業者が自らサービス内容の適正化を図る施策を実施していくべきである。

5. ケアマネジメントの適正化

（１）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 【1.（1）再掲】

（２）地域課題を踏まえた法定外研修の実施（ケアマネジャーの資質向上）

ケアマネジャーは、要介護者等（要介護者・要支援者）が自立した生活を営むのに必要な援助に関する知識・技術を有する専門家として、利用者の立場に立って一人一人の個性を尊重し、生活全体を捉えて利用者の自立支援、悪化の防止を促進するため計画的・総合的な支援（ケアマネジメント）を行うという重要な役割を担っている。

法定研修は、国の要綱に基づき全国一律の課程で体系的に実施されるため、必ずしも府域の実情や課題を踏まえた内容にはなっていない。今年度創設された主任介護支援専門員更新研修の受講に当たり、法定外研修（府では年 12 時間以上）の受講が義務付けられたことから、市町村等においては、この機会を活用し、ケアマネジャー等を対象に、

地域性（地域課題）を踏まえた研修を実施していくことが必要である。

また、広域自治体である大阪府には、市町村等が法定外研修を円滑に実施できるよう必要な支援を行うことが求められる。

（３）自立支援型ケアプランの作成支援

自立支援に向けたケアマネジメントを推進するためには、その前提としてケアマネジャー自身に「介護予防・自立支援」に向けたケアプランの作成を促していくことも重要である。今年度、大阪府で作成する予定の「自立支援型ケアプラン作成マニュアル」の活用促進等を進めていくことが求められる。

また、ケアマネジャーへの周知啓発やケアプラン事例の収集等は一過性でなく、継続して取り組んでいくことが求められる。

（４）地域包括支援センターの強化

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行っている。地域ケア会議の効果的な開催をはじめとして、地域における適切なケアマネジメント環境を整備していく上では、地域包括支援センターに必要な人員や専門職の確保が不可欠であり、保険者においては、適時、その体制の強化等を検討していくことが求められる。

また、保険者と地域包括支援センターとの間で、地域包括ケアシステムの構築に向けたビジョンの共有、役割の明確化が図られるよう、密接に意見交換等を行っていくことが求められる。

（５）保険者によるケアプラン点検の実施

ケアプランの適正化は、利用者が真に必要なサービスが過不足なく提供されるとともに、不適切な給付の縮減に資するものである。保険者においては、「第3期大阪府介護給付適正化計画」に基づき、ケアプランの点検に取り組んでいるところであるが、当該計画で新たに盛り込まれた「更なる取組」など、引き続き積極的な対応が求められる。

一方、保険者単独では効果的・効率的に実施することが困難な取組や、点検に従事する職員及び点検の質の向上等については、大阪府や大阪府国民健康保険団体連合会が連携して、必要な技術的支援を行っていくことも求められる。

（６）介護サービスの質評価に向けた支援

利用者本位の介護を実施していくためには、ケアマネジメントの適正化だけではなく、その前提となる介護サービスの質向上に向けた取組みも重要である。既に、介護技術の評価等に資する取組みとしては、国による「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」が存在しており、施設・事業所内で評価を行う「アセッサー（評価者）」や実際に介護技術の評価を受けた「レベル認定者」¹⁰を増やしていくこと等を通じて、府内における介護事業者が提供する介護サービスの質向上を促していくことが考えられる。このため、

¹⁰ 大阪府内における平成28年12月現在のレベル認定者数は132名、アセッサー数は1009名。

大阪府は、制度の周知や活用方策を検討していくことが求められる。

6. 第7期高齢者計画の策定に向けた留意事項

(1) 2025年、2040年を見据えた計画策定の重要性

来年度は、大阪府・各市町村において、第7期介護保険事業（支援）計画（第7期高齢者計画）の策定を行っていく必要がある。今後ますますP D C Aマネジメントの実施や給付の適正化などに着眼した保険者機能及び保険者支援機能の強化が求められていく中、計画策定作業においても、まずは、現在の第6期計画の実行管理や点検評価などのP D C A を実行しながら、第7期計画の策定を検討していくことが重要である。

また、こうした「地域マネジメント」の取組を推進していく際には、地域包括ケア「見える化」システム、「要介護認定業務分析データ」、「K D Bデータベース」、「国保連介護給付適正化システム」などを有効に活用し、客観的データに基づき、取り組んでいくことが重要である。

さらに第7期の計画策定に当たっては、「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年や、「団塊ジュニア」が65歳以上になる2040年を見据えた中長期的なサービス給付・保険料水準の推計をはじめとして、第8期、第9期を見据えた内容として検討していくことが重要である。

(2) 高齢者住まい・施設ニーズとの関係性

第7期計画期間（2018～2020年度）における介護サービス量（必要量）の見込み及び必要入所（利用）定員総数の検討に当たっては、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、高齢者住まいの居住者の要介護度がかなり重くなっている中、高齢者のニーズに応えるため、特別養護老人ホームの整備とともに、特定施設入居者生活介護や定期巡回・随時対応型居宅介護看護の指定などの組み合わせを積極的に検討していく必要がある。また、こうした高齢者住まいに対する将来需要等も踏まえながら、地域に必要なサービス基盤を把握・精査し、これを介護保険事業支援計画に反映していくことが求められる。

(3) 医療・介護連携の重要性

団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向け、慢性期医療や介護のニーズが加速度的に増加していくことが見込まれる。特に、「治す医療」から「治し支える医療」、「病院・施設」から「在宅」へという流れがある中で、介護費のあり方のみを考えるのではなく、医療費・介護費を一体的にとらえながら、対応を考えていくことが重要である。

特に、複数の慢性疾患を抱える高齢患者の増大が見込まれる中、日常生活圏域で提供される在宅医療を含む「慢性期医療と介護ニーズ」への対応のあり方については、本年3月に策定された「大阪府地域医療構想」も踏まえつつ、在宅療養高齢者の急変時の受け入れ体制の構築と適切な訪問診療と訪問看護等とのベストミックスを模索していくことが求められる。

また、来年度は、「保健医療計画」「医療費適正化計画」「健康増進計画」の改定年度

でもあることから、健康医療部局と福祉部局が連携の上、在宅医療と介護サービスの相互関係性を認識し、二次医療圏域を視野に入れた日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築に向けた「地域包括ケア推進計画」として策定していくことが求められる。

(4) 第4期給付費適正化計画の策定

現在、大阪府においては、平成27年度から平成29年度までを計画期間とする「第3期大阪府介護給付費適正化計画」に基づき、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修の適正化」、「医療情報との突合」、「縦覧点検」、「介護給付費通知」、「福祉用具購入・貸与調査」、「給付実績の活用」の主要8事業ごとに設定した目標等に基づく取組が実施されている。引き続き、第3期計画の進捗管理に努めるとともに、その結果等を踏まえながら、来年度、実効性ある適正化の取組として、第4期給付費適正化計画を策定していくことが求められる。

7. 国に対する要望事項

(1) 自治体の取組等に応じた「インセンティブの付与」

現在、国においては、自治体における要介護状態等の維持・改善の度合いなどの成果を指標とする「アウトカム指標」、地域分析の実施状況、地域ケア会議の実施状況などの介護予防の取組状況などを指標とする「アウトプット指標」として評価を行うことにより、先進的な取組を財政面において評価する「インセンティブの付与」が検討されている。こうした財政調整交付金の調整に当たっては、ペナルティであるディスインセンティブを組み合わせることは適当ではなく、また、市町村及び都道府県の状況は多様であることを十分踏まえながら、現在の要介護認定率の高低だけで比較するのではなく、自治体のこれからの取組や努力がきちんと評価される仕組みとするべきである。

(2) 要介護度を改善させた事業者等の評価手法の確立、介護報酬上の加算制度の充実

地域ケア会議等を通じて、高齢者の介護予防・自立支援を進めていく際には、一方では、高齢者の状態の悪化をできる限り防止し、さらには軽減に向けて一生懸命取り組んだ介護サービス事業者が損をしない仕組みが不可欠である。国は、多職種連携等も図りながら、高齢者の状態や健康の維持、自立度の向上を達成できた事業者を正當に評価するための評価手法の整備に努めるとともに、介護報酬上の加算制度を充実させていくべきである。

(3) 高齢者住まいにおけるサービス利用の見える化

住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅の入居者については、実態として要支援・要介護の高齢者が中心となっている一方で、特別養護老人ホームなどの施設サービスと異なり、高齢者住まいの運営事業者と介護サービス事業者が異なるケースが一般的であり、提供されている介護サービス内容が外部からは見えにくいという課題がある。また、近年、指摘されている未届有料老人ホームの把握精度を高める観点からも、高齢者が実際に住んでいる住まい（場所）を特定し、介護保険サービスの利用実態を随時把握できるよう、システム的な対応（見える化）を検討していくべきである。

終わりに

地域包括ケアシステムの構築に向けては、①専門職等のマンパワーや地域包括支援センター等の人員体制の課題、②保健・医療・福祉・住宅部局などの親密な連携をどう構築するかという課題、③首長や議会の理解とやる気をどう引き出すかという課題、④地域住民の理解と協力をどう確保するかという最大の課題、⑤地域包括ケアを実践する上で中心となる拠点がその地域に存在するかなど、簡単には解決できない困難な課題が山積している。

また、介護予防や地域づくり、互助の創出といった課題は、決して短期間で成果が出るものでもない。こうした課題に対して、行政に所属する職員等の担当部署における任期はあまりに短く、個々の職員の権限はあまりに小さい。課題の存在に気が付いたとしても、住民や事業者等といったステークホルダーの存在を前にして、課題を意図的に矮小化して捉え、場当たり的に取り組もうとするのが、組織を構成する人間の常である。

さらに、誰が悪いかの「犯人捜しの思考」は常に改善を妨げる。誰かが悪いから、といった瞬間に、犯人にされた人以外すべて免罪され、思考が止まることによって誰も課題解決に取り組まなくなるからである。

そもそも、地域包括ケアシステムの実現に向けての地域課題には、優先順位こそあれ、何か一つだけ取り組めばよいようなものは存在しない。地域社会を支える個々の人間の力量には限界があるが、府、各保険者、事業者といった関係者が、問題意識を共有し、目指すべき方向性（「旗」＝ビジョン）を意識しながら、それぞれの立場で小さな一歩を積み重ねていくという姿勢こそが重要である。

現在、大阪府では「人類の健康・長寿への挑戦」をテーマとした「2025 日本万国博覧会」の誘致活動が行われている。団塊の世代が後期高齢者になる年でもある 2025 年を、万博開催ホスト自治体として、引き続き、「全国一高い要介護認定率」のまま迎えるのか、諸外国や他の都道府県に誇れる取組を実施している先進自治体として迎えられるのかは、個々人の取組と覚悟にかかっている。

大阪府が、高齢になっても、地域において誇りと尊厳を持っていきいきと暮らし続けることができる街となり、近い将来、大阪府や各市町村が「高齢者施策 No. 1」を自称できる広域自治体、保険者となれることを期待しつつ、本専門部会における議論が、各関係者間での議論や取組のきっかけのひとつとなれば幸いである。