

寝屋川市 介護予防・日常生活支援総合事業(モデル事業) 実証事業報告会

平成30年9月28日

医療経済研究機構 研究部主任研究員兼研究総務部次長
服部 真治



寝屋川市が置かれている現状

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

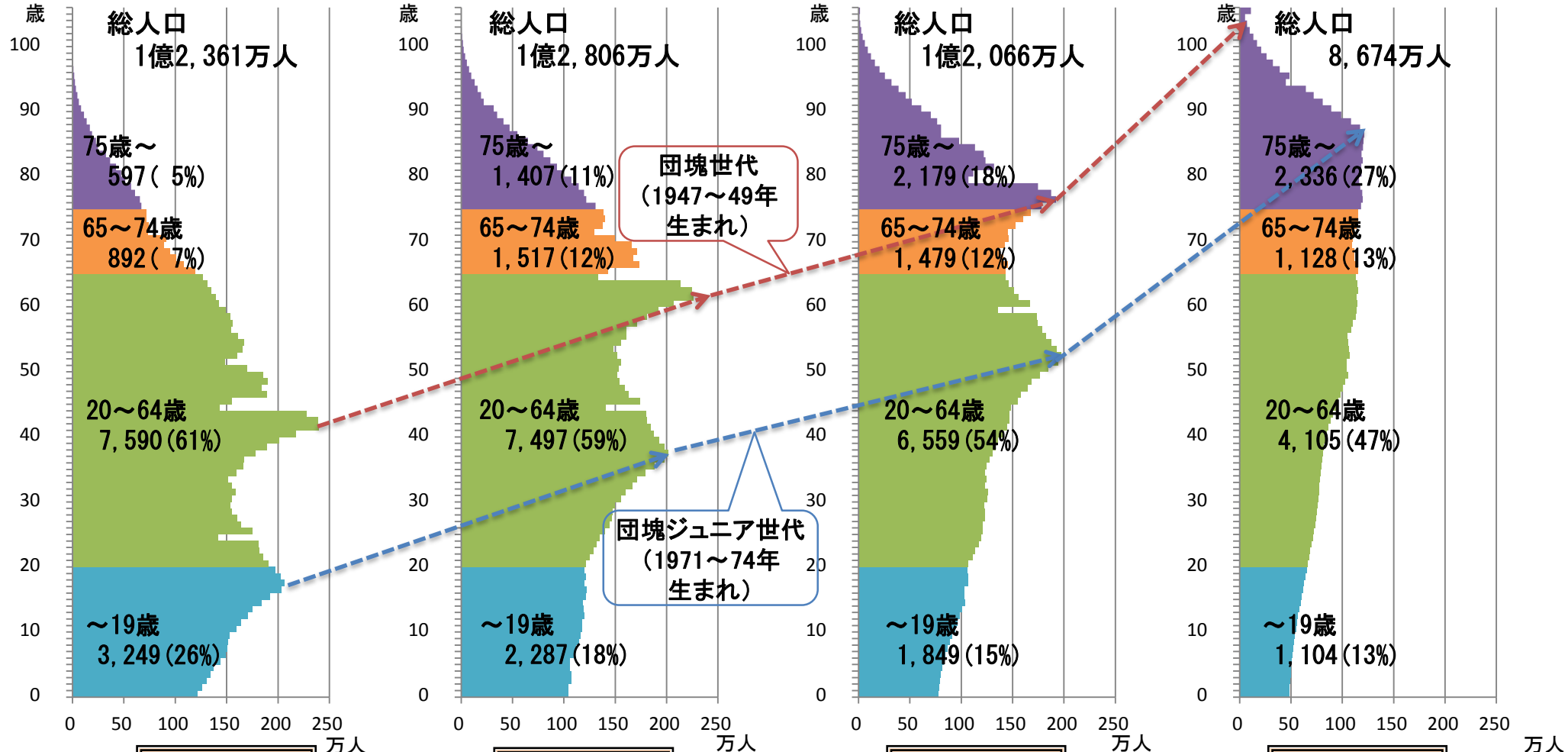
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年



65歳~人口 / 20~64歳人口 = $\frac{1}{5.1}$ 人

65歳~人口 / 20~64歳人口 = $\frac{1}{2.6}$ 人

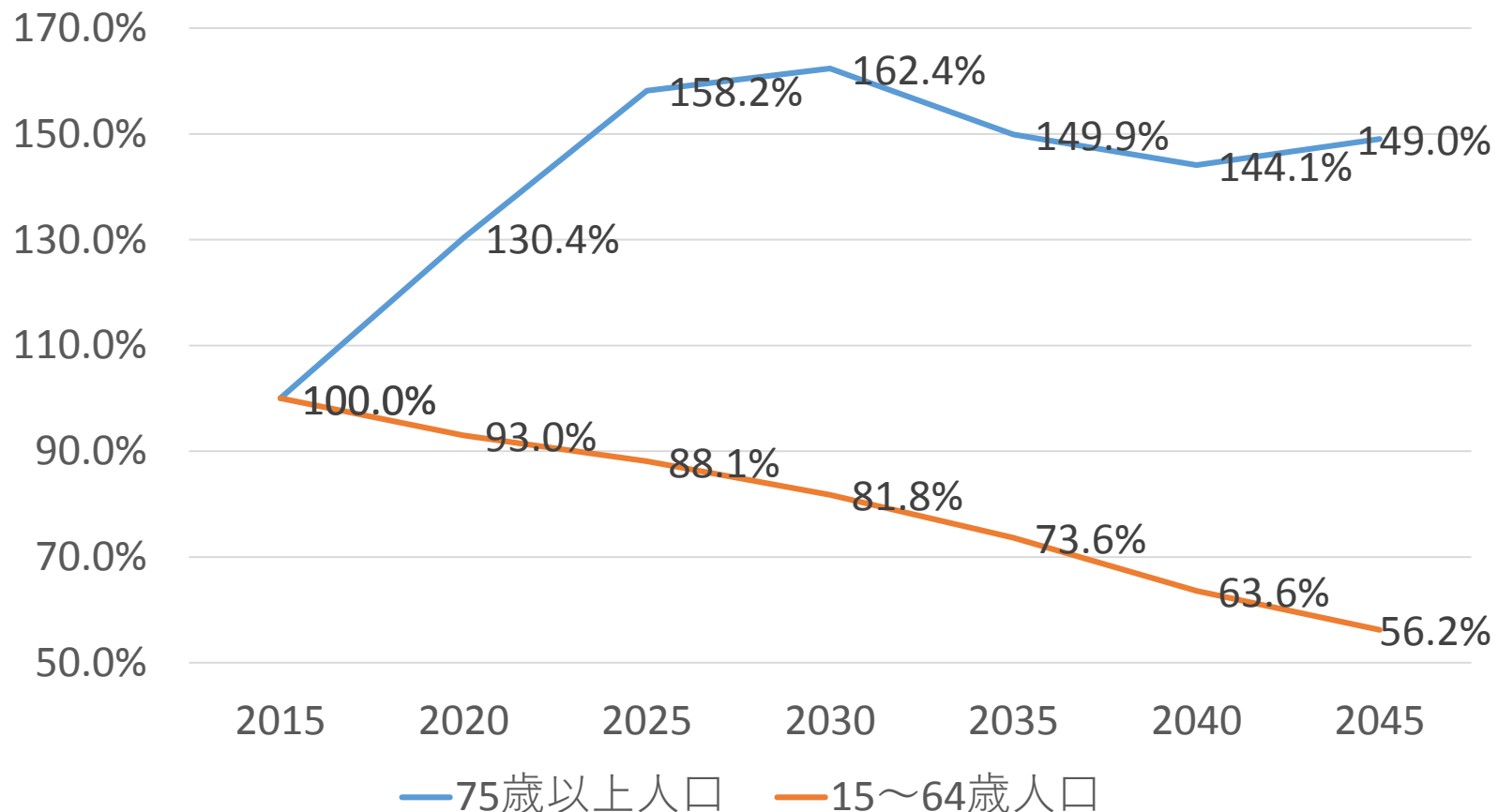
65歳~人口 / 20~64歳人口 = $\frac{1}{1.8}$ 人

65歳~人口 / 20~64歳人口 = $\frac{1}{1.2}$ 人

(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

寝屋川市の人口推移(2015年を100とした場合)

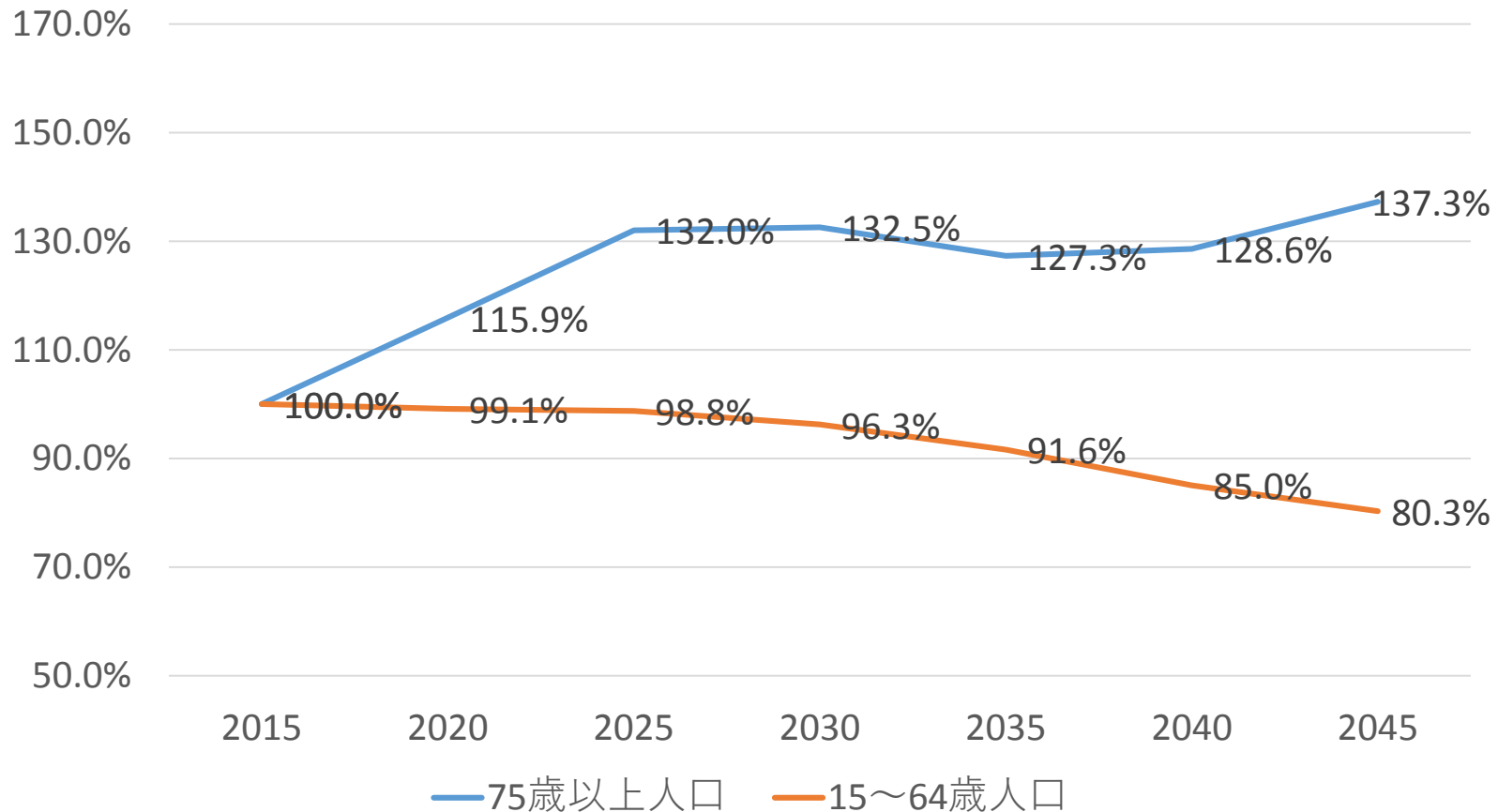
- 要介護リスクが高くなる後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年にピークを迎え、2040年以降に再上昇。
- 生産年齢(15-64歳)人口は2025年までほぼ横ばい、その後減少、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」
※2015年を100とした場合の2045年までの推計値

大阪市の人口推移(2015年を100とした場合)

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年まで上昇を続け、さらに2035年以降に再上昇。
- 生産年齢(15-64歳)人口は2025年までほぼ横ばい、その後減少、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」
※2015年を100とした場合の2045年までの推計値

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数(都道府県別)

わずか2年後に大阪府全体で1万人以上不足します

(単位:人)

都道府県	2016年度 (平成28年度)の 介護職員数	2020年度(平成32年度)		2025年度(平成37年度)	
		需要見込み	(参考)現状推移シ ナリオによる供給 見込み	需要見込み	(参考)現状推移シ ナリオによる供給 見込み
大阪府	150,981	179,031	167,902	208,042	173,547
合計	1,898,760	2,160,494	2,034,133	2,446,562	2,109,956

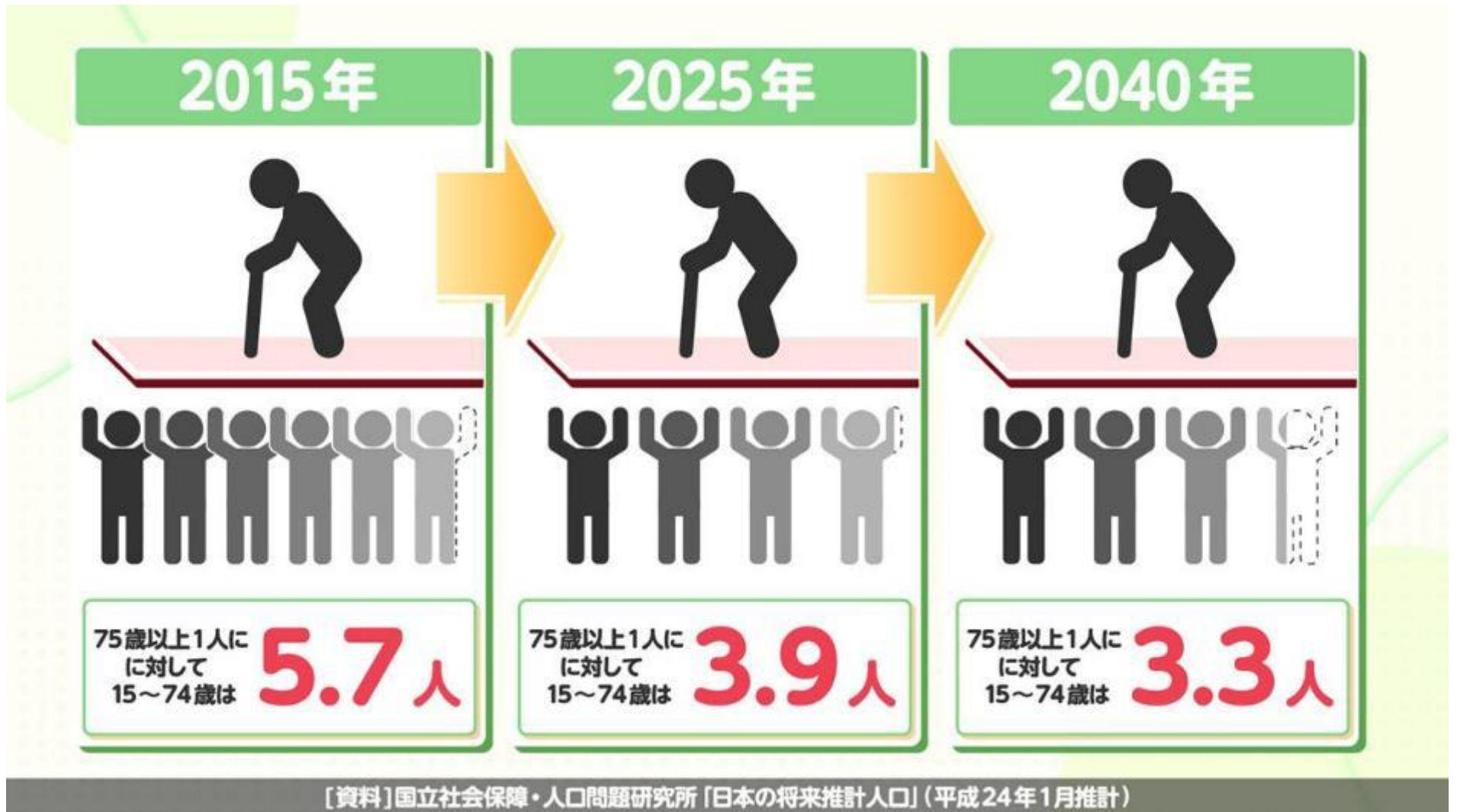
(資料出所) 2016(平成28)年度の数值:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(調査方法の変更等による回収率変動等の影響を受けていることから厚生労働省(社会・援護局)にて補正)

2020(平成32)年度、2025(平成37)年度の数值は都道府県が行った推計による

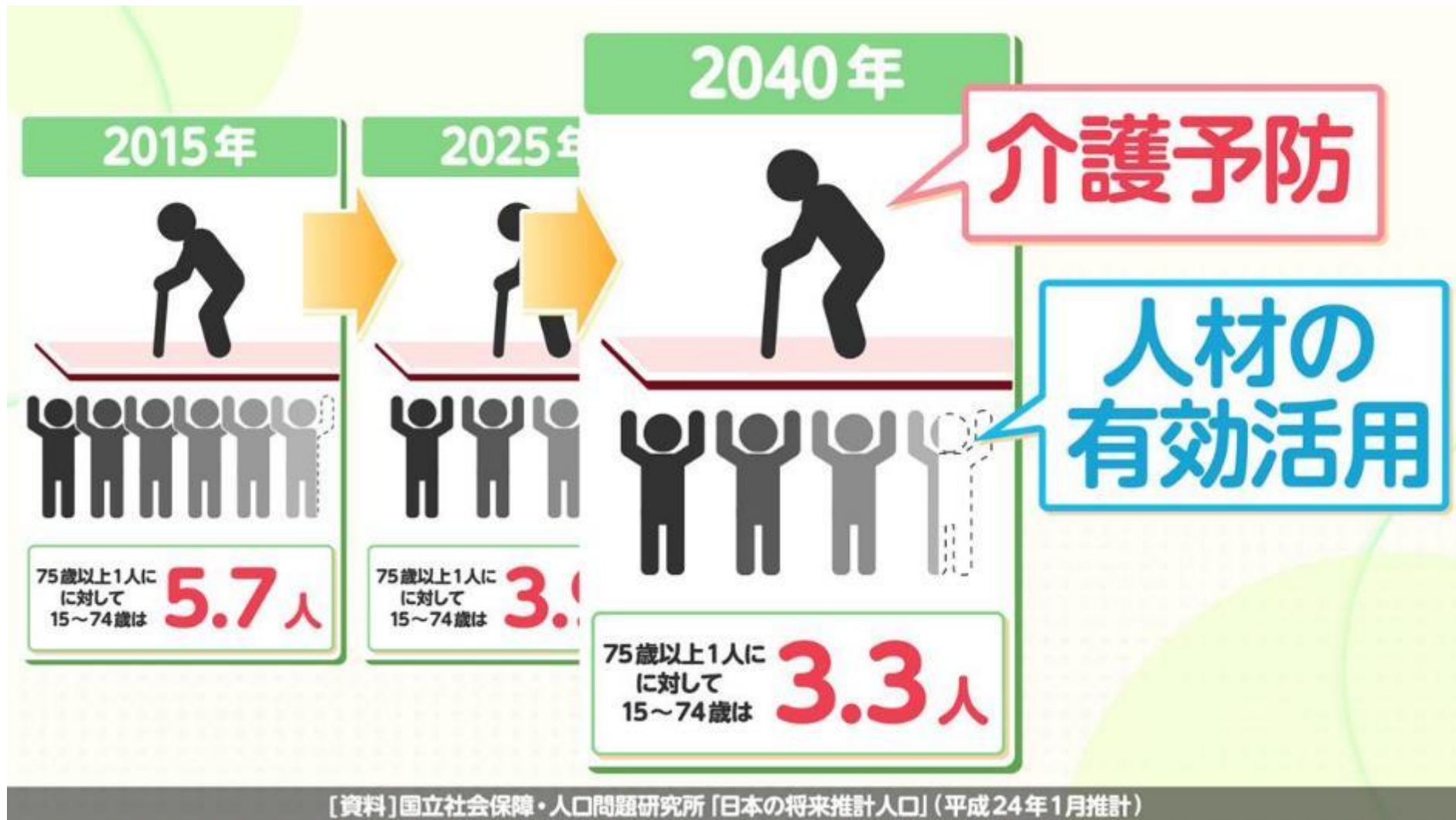
注1) 2016(平成28)年度の計数は国及び各都道府県の値ごとに回収率等を踏まえた補正を行っているため、合計の値が一致しない

注2) 2016(平成28)年度の数值、需要見込み、供給見込みの値は、いずれも通所リハビリテーションの職員数を含まない(「医療・介護に係る長期推計」(平成24年3月))と同様の整理) 注3) 需要見込みの値は、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注4) 2016(平成28)年度の数值、需要見込みの値は、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員を含む 注5) 供給見込みの値は、現状推移シナリオ(近年の入職、離職の動向等を反映)による推計(平成30年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)



出典) 平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)



出典) 平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

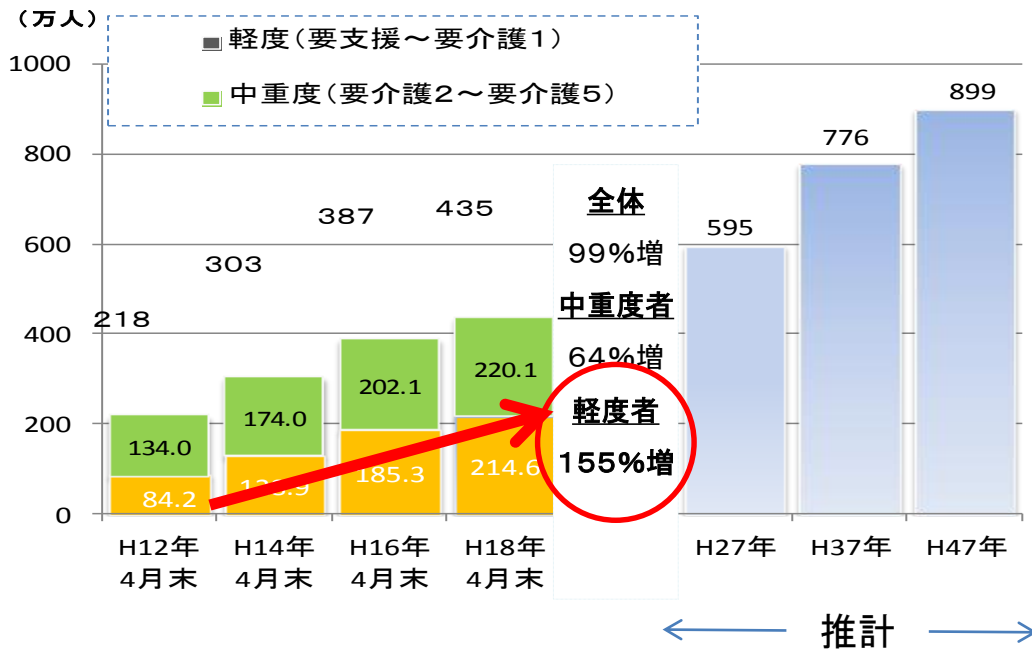
これまでの介護予防

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

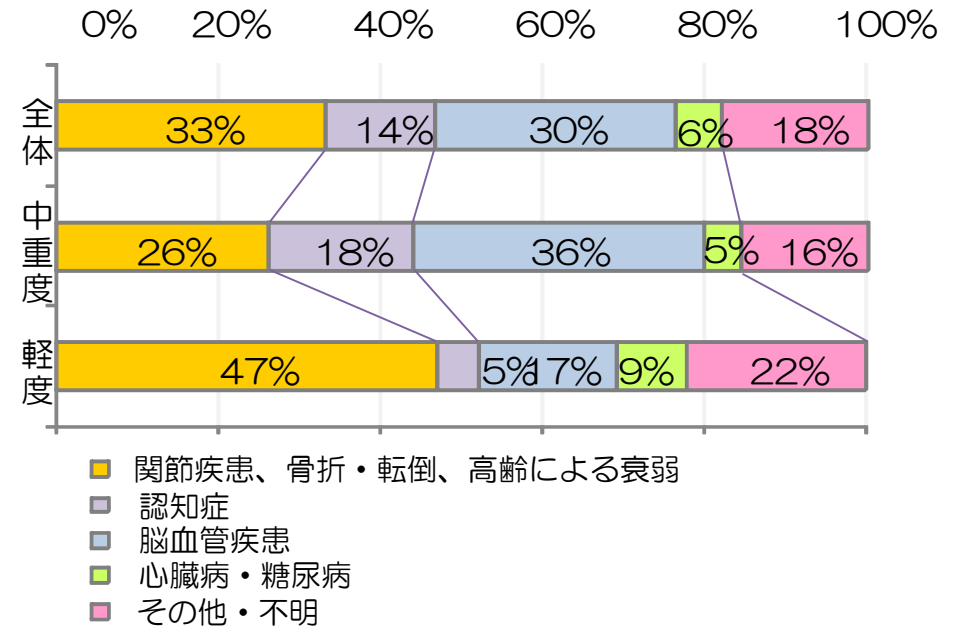
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



介護予防事業
(地域支援事業)

非該当者



重度化防止



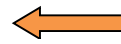
改善促進

予防給付

要支援者



重度化防止



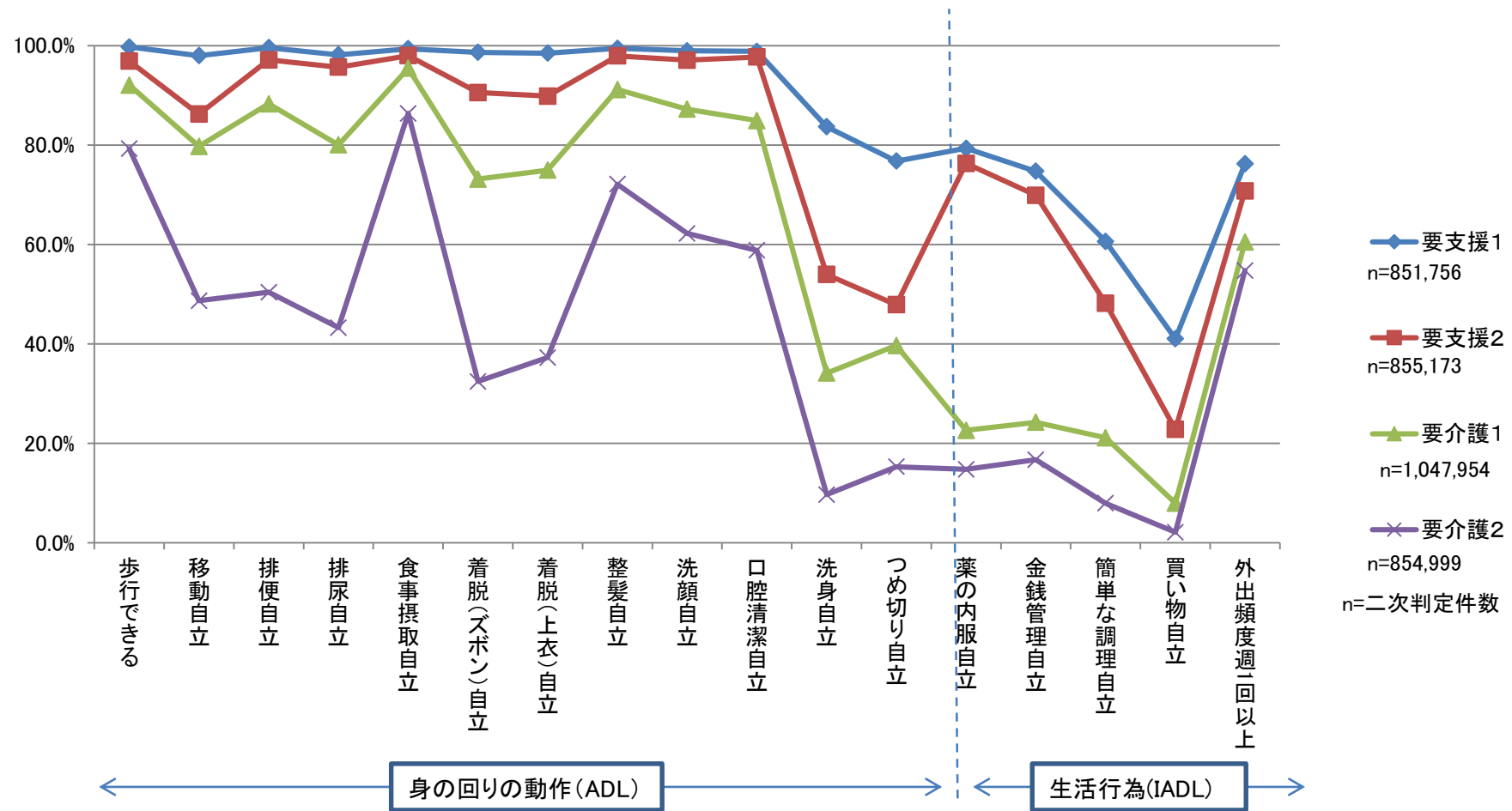
改善促進

介護給付

要介護者

(参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※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))

出典:厚生労働省作成資料



要支援者のサービス利用1年後重度化率の比較

全国値より高い重度化率

寝屋川市			平成28年3月				重度化率	要介護
			要支援1	要支援2	要介護1・2	要介護3～5		
	平成27年3月	要支援1	57.4%	26.4%	13.6%	2.6%	<u>42.6%</u>	<u>16.2%</u>
要支援2		19.7%	56.4%	18.5%	<u>5.4%</u>	<u>23.8%</u>	23.8%	

全国	平成27年3月	要支援1	67.9%	19.9%	11.2%	1.0%	31.1%	12.2%
		要支援2	11.3%	67.5%	19.2%	2.2%	21.4%	21.4%

※平成27年度 介護給付費実態調査の概況
表3 要介護(要支援)状態区別にみた年間継続受給者数の変化別割合

介護のパラダイムシフト

第2回未来投資会議(平成28年11月10日)における安倍総理の発言



団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『**2025年問題**』に間に合うように『**予防・健康管理**』と『**自立支援**』に軸足を置いた新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働させていきます。

医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『**予防・健康管理**』や『**遠隔診療**』を進め、質の高い医療を実現していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

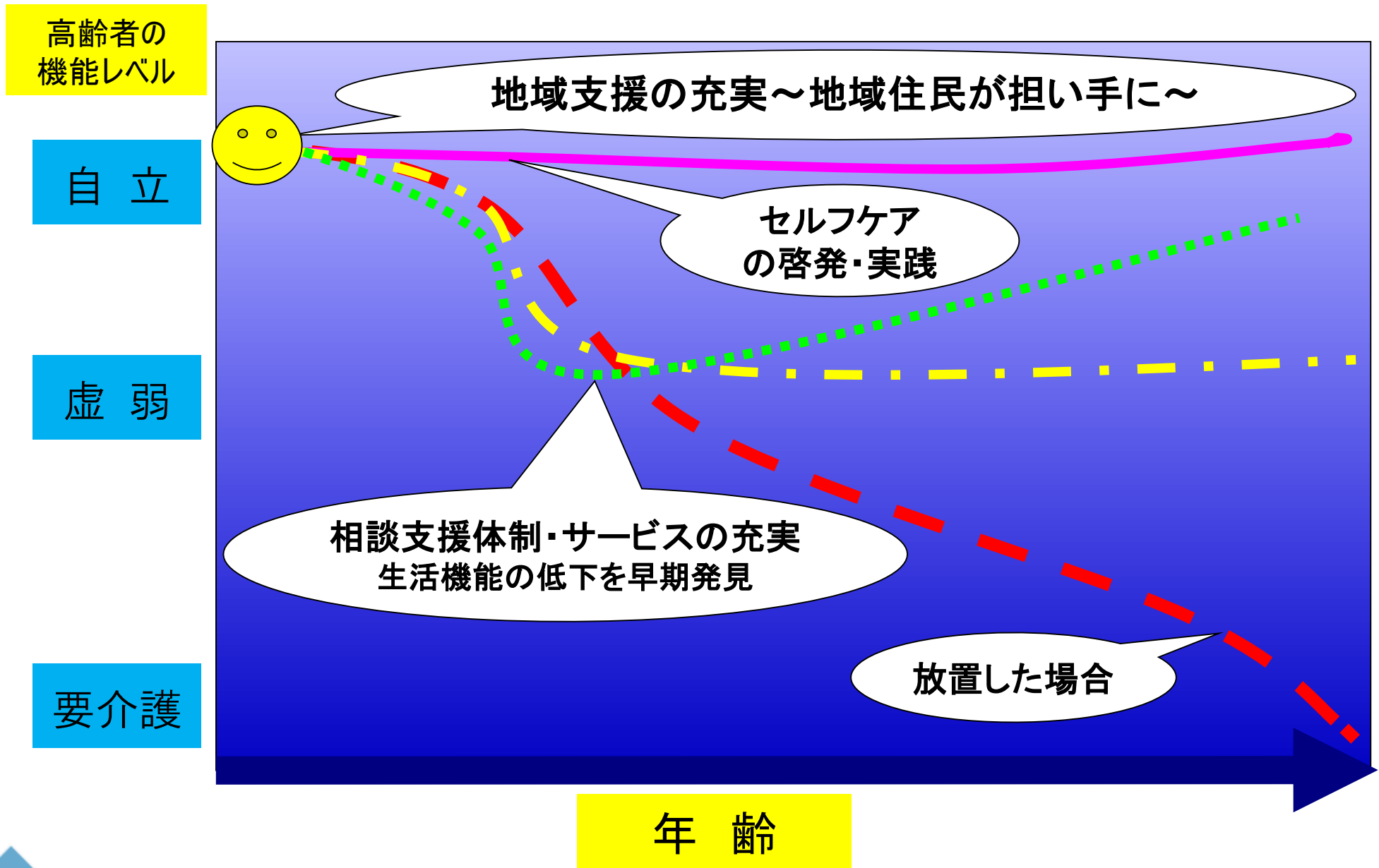
介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。

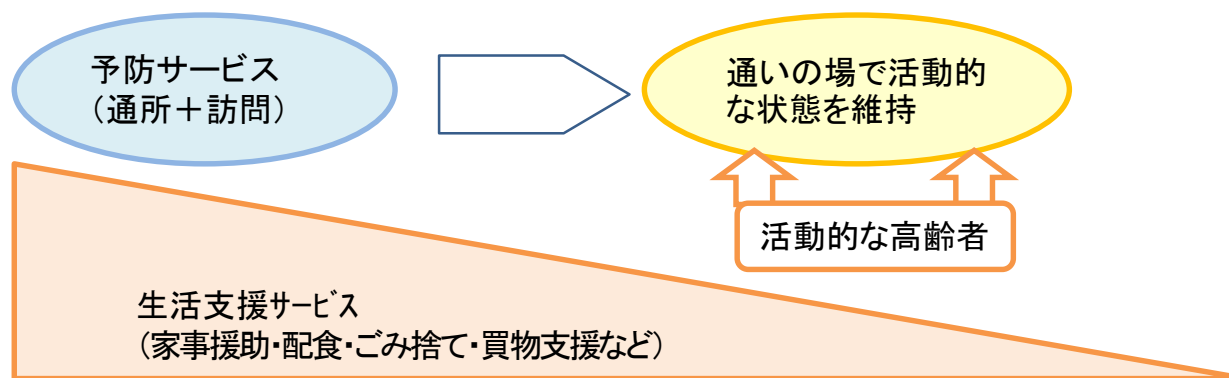
本人が望む限り、**介護が要らない状態までの回復**をできる限り目指していきます。

高齢者の機能レベルと介護予防



予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入(通所と訪問を組み合わせる実施)により、元の生活に戻す(又は可能な限り元の生活に近づける)ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

・通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。(用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど)

出典:厚生労働省作成資料

参考：予防モデル事業の実施市区町村と調査実施エリア

	モデル事業実施 市区町村	本調査の実施 エリア	備考
1	北海道下川町	全域	実施エリアの高齢者人口、要介護認定者数は、資料編「モデル事業実施市区町村の概要」参照。
2	茨城県神栖市	一部	
3	埼玉県和光市	全域	
4	東京都荒川区	一部	
5	東京都世田谷区	一部	
6	三重県いなべ市	全域	
7	奈良県生駒市	一部	モデル事業の実施地域が、後述の研究デザインに合致しないため、本調査の実施地域に含めていない。
8	岡山県岡山市	一部	
9	香川県坂出市	—	
10	長崎県佐々町	—	
11	福岡県大牟田市	全域	
12	大分県竹田市	一部	
13	沖縄県北中城村	全域	

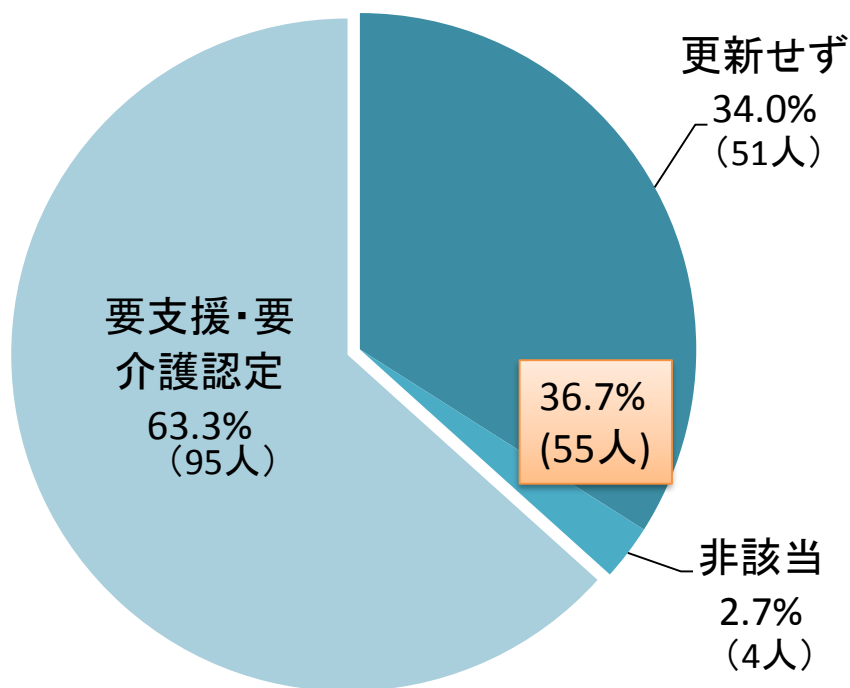
参考：介入群と対照群の設定条件

グループ	対象者	設定期間と条件
介入群	<p>モデル事業を実施する対象地域（市区町村の一部又は全部）に居住する、<u>新規要支援・要介護認定者</u>であって、</p> <p>要支援 1、要支援 2、 要介護 1、要介護 2 の者</p>	<p>支援メニューの提供体制が整った以降に <u>モデル事業における支援メニューの利用を開始する左記対象者の全数</u>。</p>
対照群	<p>モデル事業を実施する対象地域（市区町村の一部又は全部）に居住する、<u>新規要支援・要介護認定者</u>であって、</p> <p>要支援 1、要支援 2 要介護 1、要介護 2 の者</p>	<p>平成 24 年 8 月から支援メニューの提供体制が整うまでの間に <u>介護保険による予防サービス、又は介護サービスの利用を開始する左記対象者の全数</u>。</p>

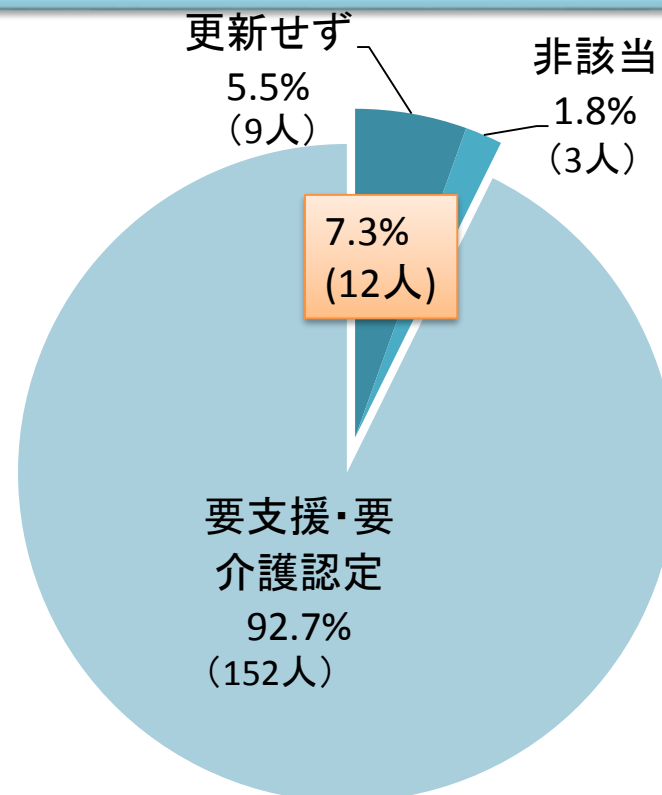
予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群(モデル事業の利用者)
150人



比較群(保険給付の利用者)
164人



モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群(150人)と比較群(164人)について、1年後の要介護度を集計。

出典:厚生労働省作成資料

生駒市の通所型サービスCの実績（平成28年度）

	実人数	卒業	通所型サービスC			多様なサービス	給付	中断
			一般介護 予防事業	ボラン ティア	セルフ ケア			
パワーアップ PLUS教室	96人	62人	37人	8人	17人	21人	3人	10人
パワーアップ 教室	111人	76人	47人	2人	27人	16人	4人	15人
転倒予防教室	45人	37人	29人	2人	6人	1人	2人	5人
合 計	252人	175人	113人	12人	50人	38人	9人	30人
	100%	70%	45%	5%	20%	14%	4%	12%

※「多様なサービス」は、「通所型サービスC」の継続者および「ひまわりの集い」への参加者である。通所型サービスCは基本的に3ヶ月で卒業となるが、最長で半年まで利用が可能である。

「中断」は、3ヶ月の利用中に病気が悪化して入院するなど状態が一時的に悪化して中断してしまった方々である。

「中断」の中で、一部、給付に移行した方がおり、その数が給付にカウントされている。

自立の合意形成

利用者、支援者のそれぞれが、“自立”の合意形成のプロセスを踏む。
地域ケア個別会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなっていくことを予め知ってもらう。

地域ケア個別会議

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス

生活支援サービス

- ・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。
- ・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、利用者の**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**(必要に応じて、地域ケア個別会議で検討)

地域ケア個別会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**終結するサービス、継続するサービスを決定。**

通いの場

生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、活動的な生活を維持

出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

寝屋川市_通所型短期集中モデル事業

寝屋川市 通所型短期集中モデル事業 概要

<p>目的</p>	<p>通所型サービス（短期集中）の効果を検証し、その結果を反映した介護予防・日常生活支援総合事業を実施することで高齢者の介護予防・自立支援の促進につなげる</p>
<p>期間・概要</p>	<p>① 2～4月頃 : サービス提供準備（訪問アセスメント、測定、ケア会議） ② 4～8月頃 : サービス提供（調査対象のうち介入群211人） ③ 11月頃 : サービス終了3か月後測定 ④ 12月末 : 研究結果の報告書完成</p>
<p>調査対象者数</p>	<p>要支援者421人（A群・介入群211人、B群・対象群210人）</p>
<p>実施主体等</p>	<p>【研究代表者】 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究総務部次長 服部 真治</p> <p>【協力機関】 千葉大学 予防医学センター社会予防医学研究部門 近藤教授 成城大学 大学院経済学研究科 河口教授 大阪大学 大学院医学系研究科</p>

調査・測定の内容

■ 使用する調査票名

- ① 「通所型サービス（短期集中）の効果評価に関する調査」アンケート
- ② 「通所型サービス（短期集中）の効果評価に関する運動評価表」

■ 上記調査票にて調査する主な内容

分類	主な内容
基本属性	・性別、年齢、身長、体重、体重の増減、主観的な幸福感、教育年数、所得等
健康関連QOL	・主観的健康感、健康状態のQOL (EQ-5D-5L)
活動能力（生活機能）	・老研式活動能力指標（手段的自立、知的能動性、社会的役割）
介護予防事業効果	・基本チェックリスト
精神機能	・老年期うつ病評価（GDS）
包括的尺度	・E-SAS（生活のひろがり、ころばない自信、入浴動作）
費用対効果	・質を調整した生存年（QALY）
費用対効果	・増分費用効果比（ICER）
パフォーマンス	・身体機能の改善率（握力、TUGテスト、5 m歩行、Berg Balance Scale）
身体活動量	・身体活動量率（1日平均歩行時間）
社会参加	・社会参加・社会的役割獲得率（参加・活動状況、就労状況）
要支援・要介護リスク評価	・要支援・要介護リスク評価尺度