

市町村に期待される役割と課題 -第7期地域包括ケア計画策定を中心に-

(内容)

1. 地域包括ケアが求められる背景
: 医療・介護・生活支援に対する複合ニーズを有する超高齢者の増加
2. 市町村に期待される役割とは : 地域マネジメントの推進
3. 支援活動状況と同活動を通じて見えてきた課題
4. 支援例の紹介
 - 1) 計画策定に関する支援例
 - 2) 会議運営者向けの支援例
5. 市町村に対する支援策について

埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘 (kawagoe-masahiro@spu.ac.jp)

1. 地域包括ケアが求められる背景とは

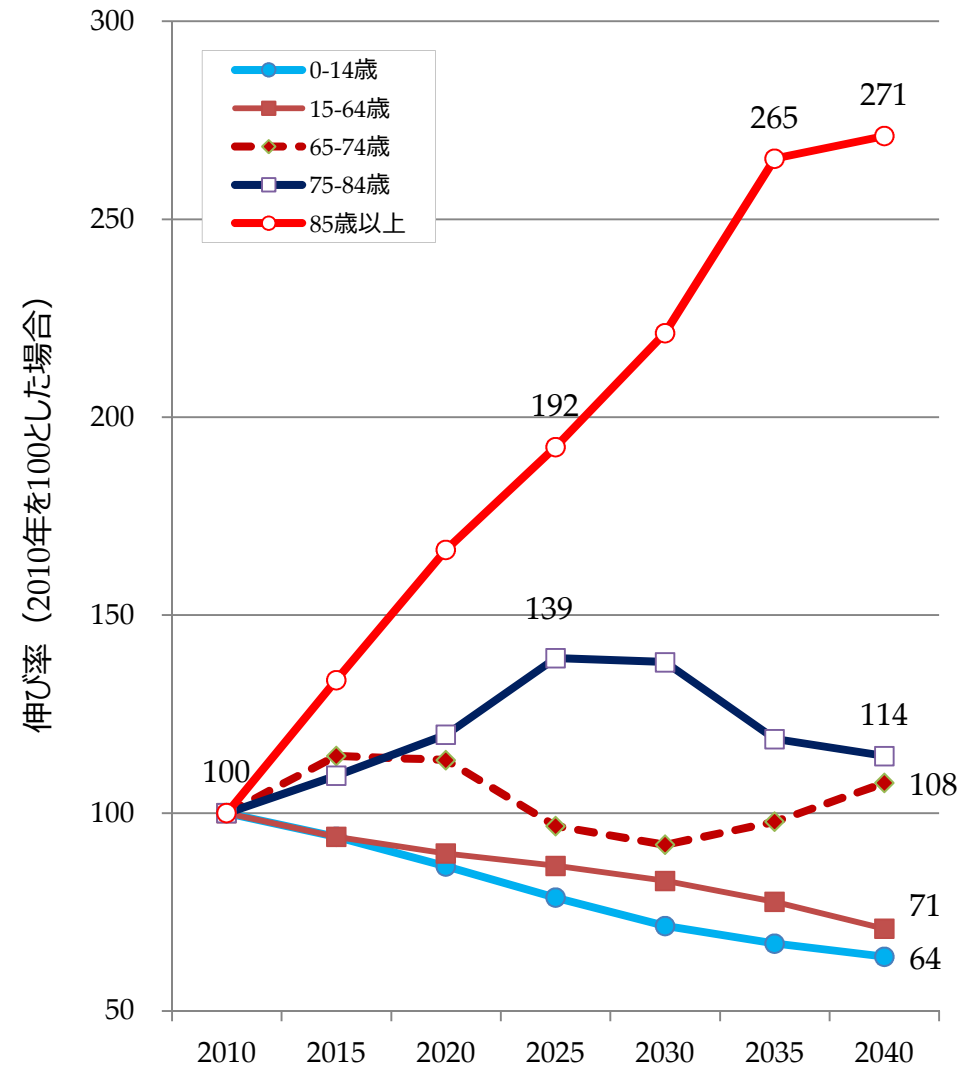
-地域マネジメントの推進-

人口構造の変化（全国）

図1-1.年齢階級別人口の変化

	2010		2040	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,806	100.0	10,728	100.0
0-14	1,684	13.1	1,073	10.0
15-64	8,173	63.8	5,787	53.9
65-74	1,529	11.9	1,645	15.3
75-84	1,037	8.1	1,186	11.1
85+	383	3.0	1,037	9.7

図1-2.年齢階級別人口の伸び率の推移



(出所) 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）」

超高齢化が医療・介護に及ぼす影響

- ・85歳以上人口が急増。その結果、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。**
- ・介護費用も8兆円を超え、65歳以上の介護保険料も月額約5.5千円に上昇。介護保険だけで、高齢者の生活全てを支えきることは困難。
→**効果的なサービス提供、機能分化と連携が求められる。**

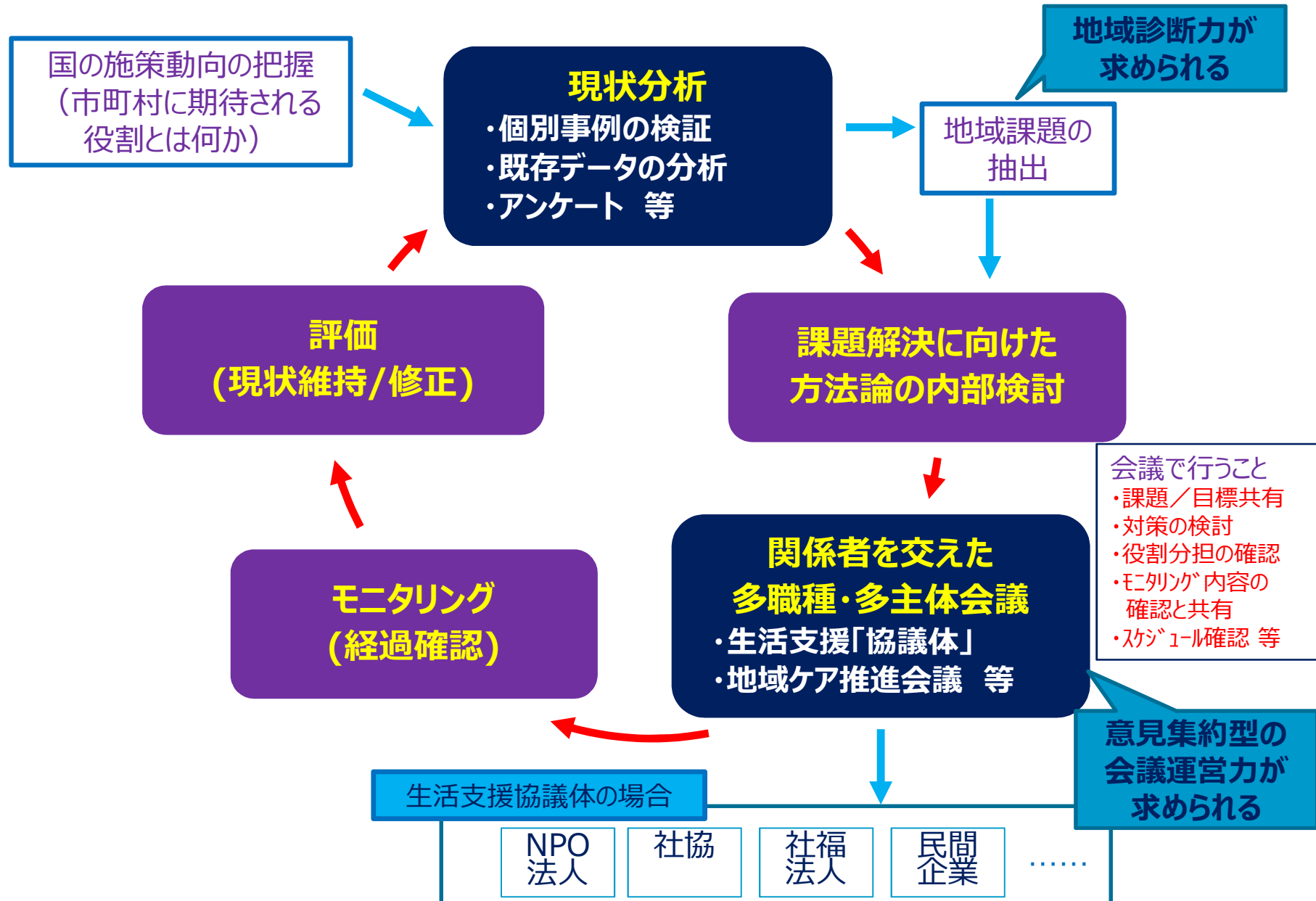


地域内の様々な資源(医療・介護サービス、近隣の助け合い等)を総動員して、**必要な方に必要な支援が、地域特性に応じて提供される仕組み作り**が必要。
→①サービスの量的・質的確保、②ケアマネジメント、③市町村の役割が重要に。

2. 市町村に期待される役割とは

-地域マネジメントの推進-

地域包括ケア推進に向けた地域マネジメントの流れ（概念図）



3. 支援活動状況と 同活動を通じて感じた課題

支援活動状況とそこから見えてきた現状・課題

市町村支援活動状況

- (基本方針)** 市町村職員の実務への、継続的かつ側面的支援を通じて、①必要な支援の内容、②支援方法を確認し、最終的な研修カリキュラム作成につなげていく
- (内容)** ①データ分析支援、②地域ケア会議の運営支援、③第6期計画策定支援、④事業の進め方に関する指導・助言（総合事業、医療・介護連携事業など）
- (主な支援対象地区：各市町を月1回ペースで)**
①大分県2市（県と共同で）、②大阪府1市、③福井県1市1町 ほか

見えてきた課題

- 保有する様々なデータの使い方（計画への反映方法）がイメージできていない。
- 計画策定の手順が十分には理解できていない（計画のワークシートを埋めている感じ）
- 会議の運営がシナリオ展開方式（参加者の意見をまとめていく方法に慣れていない）
- 行政職と専門職間、部署間に「壁」がある（協働の形で動いていない。自分の守備範囲を限定。）
- 複数ある事業を網羅的に対応しようとする（例：在宅医療・介護連携の8事業）
- 事業を縦割りでとらえているため、各事業間の関連性がみえていない（メリットが理解できていない）
（例：地域ケア個別会議と認知症支援策）。
- 事業というくりで考え、それにユーザーを当てはめようとする（事業の継続に無理が生じる）。

支援のポイント

- 「したいこと」、「困っていること」をインテークした上で、課題解決策を側面支援する。
- ツールを与えるだけでは駄目。したいことを踏まえた、ツールの使い方に関する支援が必要。
- 会議運営を「真似る」ための仕掛けが必要（例：ファシリテーターの活用）
- 職種、部署、職場を超えた、「皆で課題を考える会議」の場の設定と会議運営に関する継続支援が必要→協働することの楽しさと負担軽減を体感させること（成功体験）が必要。

4 - 1. 事業計画策定者向けの支援例

①在宅医療・介護連携推進事業

- ・介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、群市区医師会と連携しつつ取り組む。
- ・可能な市町村は平成27年4月から開始、平成30年4月には全市町村で実施。
- ・原則として、以下の8事業を実施する（一部を群市区医師会等に委託可能）。
 - ①地域の医療・介護サービス資源の把握
 - ②在宅医療・介護連携の課題の抽出や対応の協議
 - ③在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営
 - ④在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
 - ⑤在宅医療・介護関係者の研修
 - ⑥24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
 - ⑦地域住民への普及啓発
 - ⑧二次医療圏内・関係市町村の連携

市町村が抱えている課題と支援策の一例

市町村が抱えている課題

- 医師会にどのように話しをもっていってよいかわからない（依頼内容を含めて）
- 訪問診療の現状も把握できていなければ、将来的な必要量もわからない
（第7期計画策定上の課題でもある）
- 医師会から、「地域ケア個別会議に参加させて欲しい」という前向きな要望がきているが、どのように対応すればよいか困っている
（現在の会議は、平日の午前中に実施しているので、同じ枠組みでは対応できない）

助言／提案内容

（訪問診療の必要量の把握に関して）

- ①訪問診療は、通院困難者が主対象となるので、重度の要介護者への対策という位置づけになる。
- ②2025年における重度要介護の在宅療養者の将来推計は、第6期計画で作成しているはず。
- ③2025年の訪問診療必要者数を知るためには、「在宅療養者のうち、何%が訪問診療を現在受けているかを要介護度別に把握し、これに、2025年の要介護度別在宅療養者数を掛けて合計すれば算出できる（粗い推計ではあるが）」
- ④問題は、「要介護度別訪問診療受給率をどのように算出するか」。これは既存のデータでは難しいので、アンケート調査を行う必要がある。
→他の地域（滋賀県）で先行して行った調査があるので、その調査票と分析結果を紹介。

（地域ケア個別会議への対応に関して）

- ①医師が参加可能な時間帯での開催が必要。また、医師が参加しやすい事例の選定が大事。
- ②事例検討の結果は、「在宅医療・介護連携事業の②課題抽出」に活用できるのでは。
- ③事例としては、①退院事例、②医療ニーズが高い事例などが考えられるのでは。
- ④退院事例の検討には、病院側の関係者（退院調整部門、病棟看護師、リハ職、MSWなど）にも参加要請してはどうか→病院関係者と在宅関係者間の相互理解と連携の促進のために

「訪問診療に関する実態調査」票の紹介

調査票Ⅱ 訪問診療受給者調査（※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい）

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護度別人数を回答下さい。

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
要介護度別利用者数	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい（複数回答）。

社会福祉士 介護福祉士 訪問介護員 看護職 リハ職 薬剤師 歯科衛生士 栄養士 その他（_____）

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？

（_____）人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

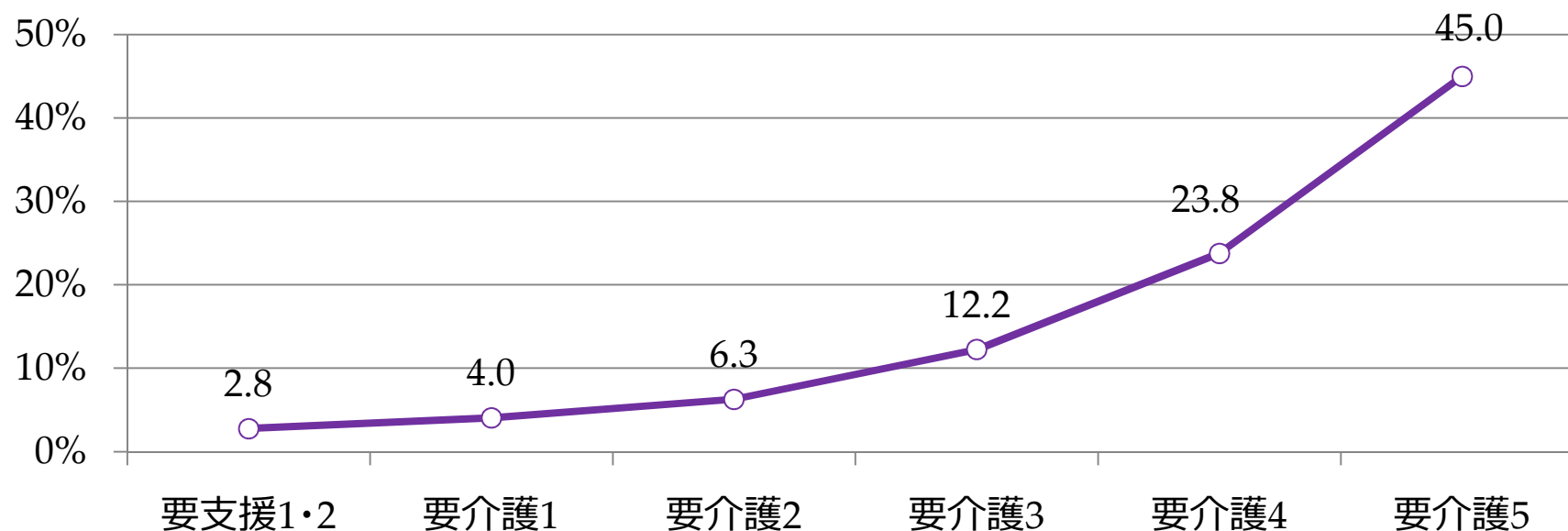
（記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、〇〇医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です）

利用者番号	圏域番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病 (複数回答)	処置 (複数回答)	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関
	日常生活圏域1-3の番号を記入	1.65歳未満 2.65-74歳 3.75-84歳 4.85-94歳 5.95歳以上 6.不明	1男 2女	1.配偶者 2.子 3.子の配偶者 4.孫 5.兄弟・姉妹 6.その他家族 7.なし	1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患 8.骨折・関節症 9.神経障害 10.腎不全 11.肝不全 12.視覚障害 13.その他 その他の場合は 具体名を記入	1.経管栄養 2.褥瘡 3.創傷療法 4.ケア管理 5.透析 6.吸引 7.その他 8.処置なし	1.支援1-2 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5	11月中の回数を数字で記入	11月中の回数を数字で記入。なかった場合は"0"を記入。	1.一戸建て 2.集合住宅(UR・民間) 3.集合住宅(府営・市営) 4.付帯付き高齢者住宅 5.有料老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	※複数の医療機関の医師(各科医師は除く)が訪問した場合は、それぞれの医療機関名を記入。(病院名または診療所の名称)
例	3	4	1	1	1・12	2・6	5	2回	2回	2	〇〇医院
1								___回	___回		
2								___回	___回		
3								___回	___回		
4								___回	___回		
5								___回	___回		
6								___回	___回		
7								___回	___回		

分析結果の紹介:要介護度別にみた訪問診療受給率

○在宅サービス利用者の訪問診療受給率を要介護度別にみると「要介護3」12%、「要介護4」24%、「要介護5」45%と、要介護4以降で急増していた。

図. 要介護度別にみた訪問診療受給率



	総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者数(人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率(%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0

訪問診療必要者数の推計方法（案）

訪問診療必要者数を推計するために必要なデータをどのように入手するか？

- ・**欲しいデータ：要介護度別訪問診療受給率**
- ・調査対象：居宅介護支援事業所の全ケアマネジャー
- ・内容：①要介護度別人数
②訪問診療受給者の特性（性、年齢、要介護度、主傷病など）
③訪問診療の受給回数 など

	総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅要介護者数(人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者数(人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率(%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0



2025年の訪問診療必要者数の推計方法

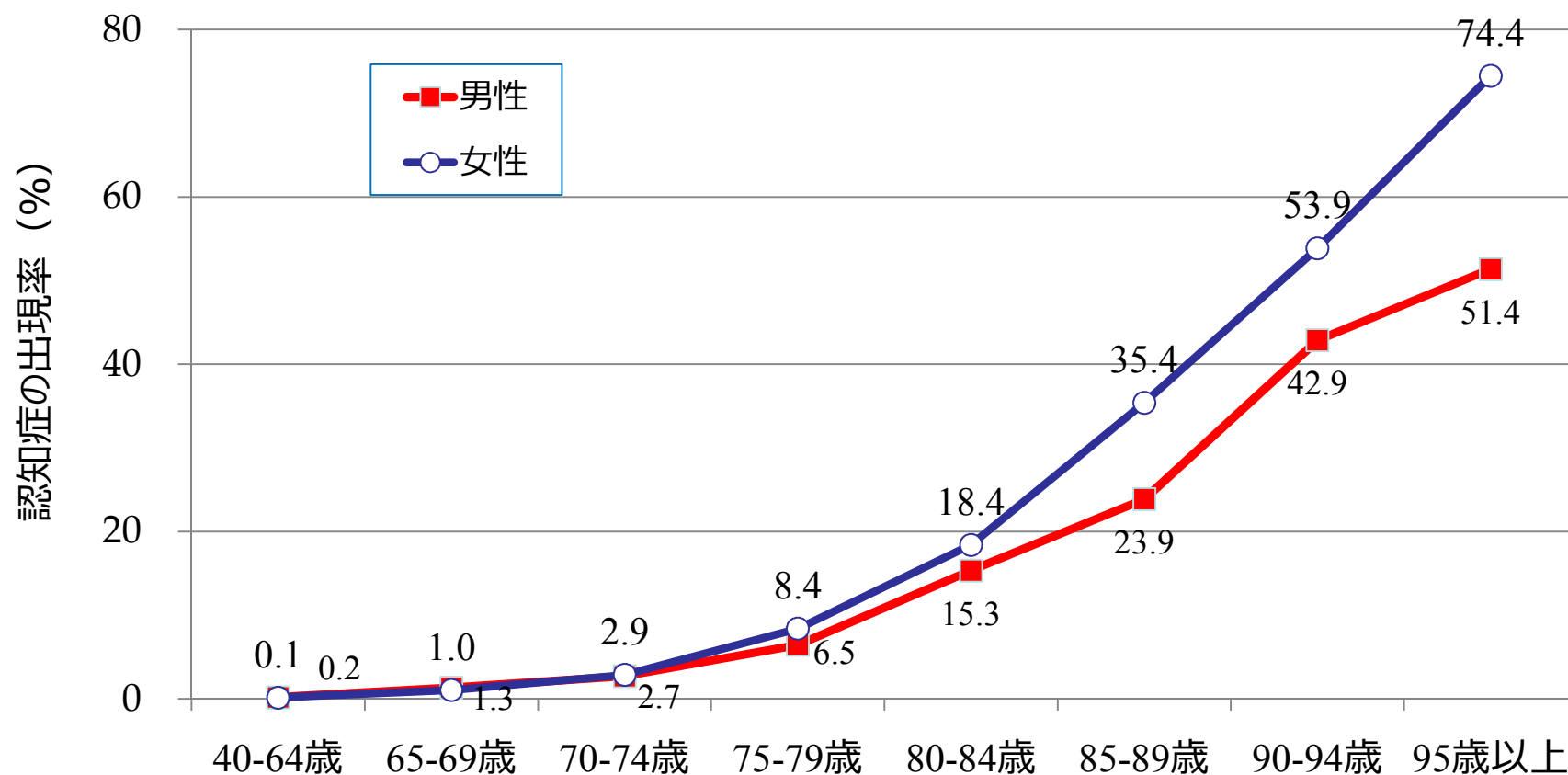
- ・Step1：2025年の要介護度別介護サービス受給者数の推計（ワークシート）
- ・Step2：2025年の要介護度別**在宅**サービス受給者数の推計（ワークシート）…①
- ・Step3：要介護度別訪問診療受給率の把握（アンケート調査）…②
- ・Step4：①×②で算出した要介護別人数を合計して、訪問診療必要者総数を推計

② 認知症支援策

【分析例①】認知症の出現率（対人口、A市）

- 男女の出現率は、70歳から女性の方が男性を上回り、かつ、85歳以上でその差が大きくなっていった。
- 女性の認知症の出現率をみると、「75～79歳」8.4%、「80～84歳」18.4%、「85～89歳」35.4%、「90～94歳」53.9%と、80歳から出現率が急増していた。

図. 性別年齢階級別にみた認知症の出現率

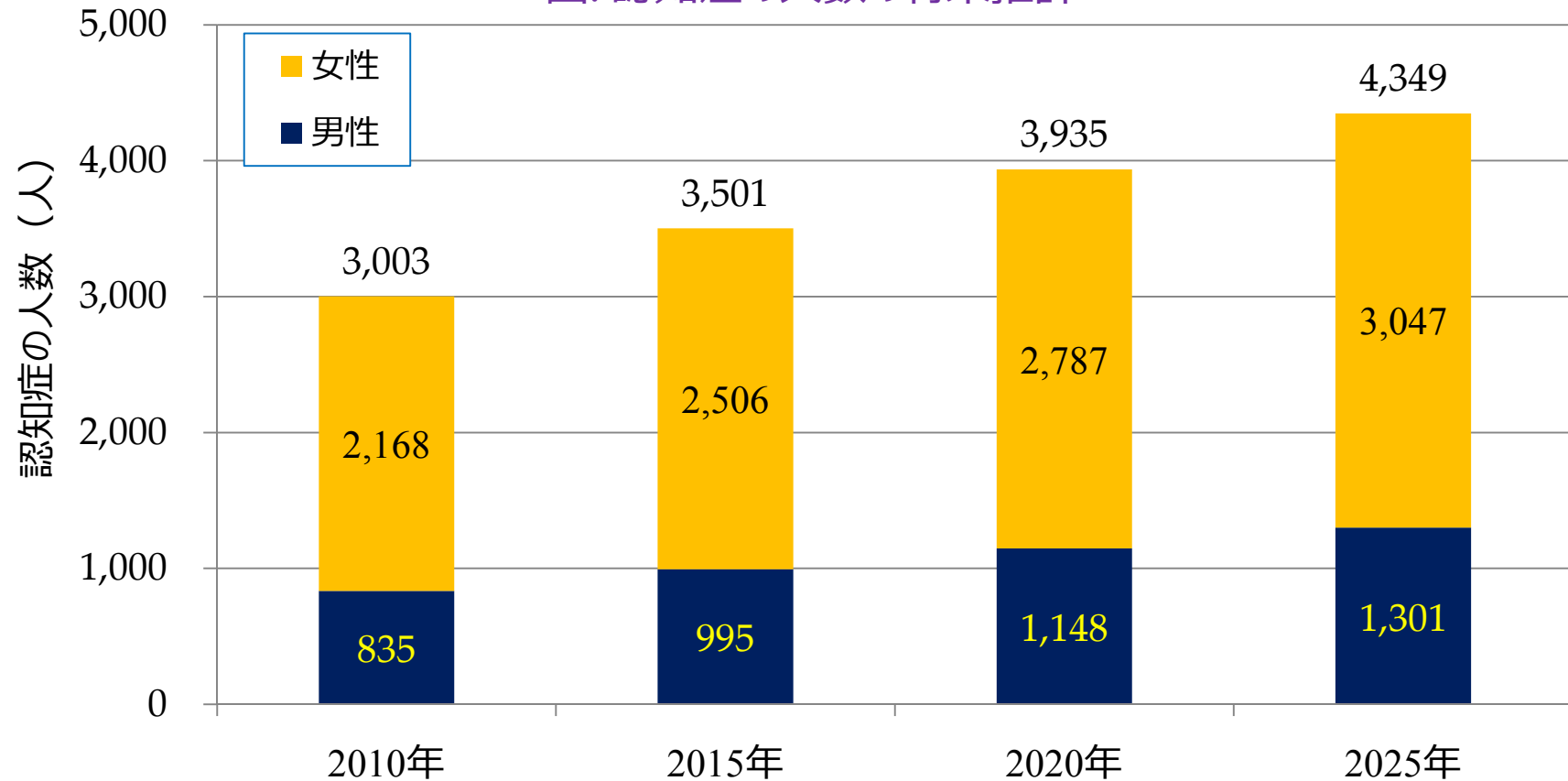


【分析例②】2025年の認知症患者数の推計

(性別年齢階級別認知症出現率が現在と同じと仮定した場合)

○性別年齢階級別にみた認知症の出現率が今後も同じと仮定した場合、
2025年の認知症患者数は4,349人（男性1,301人、女性3,047人）と推計された。

図. 認知症の人数の将来推計



注. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」の性別年齢階級別将来推計人口に、現時点の性別年齢階級別認知症出現率をかけて推計したもの。

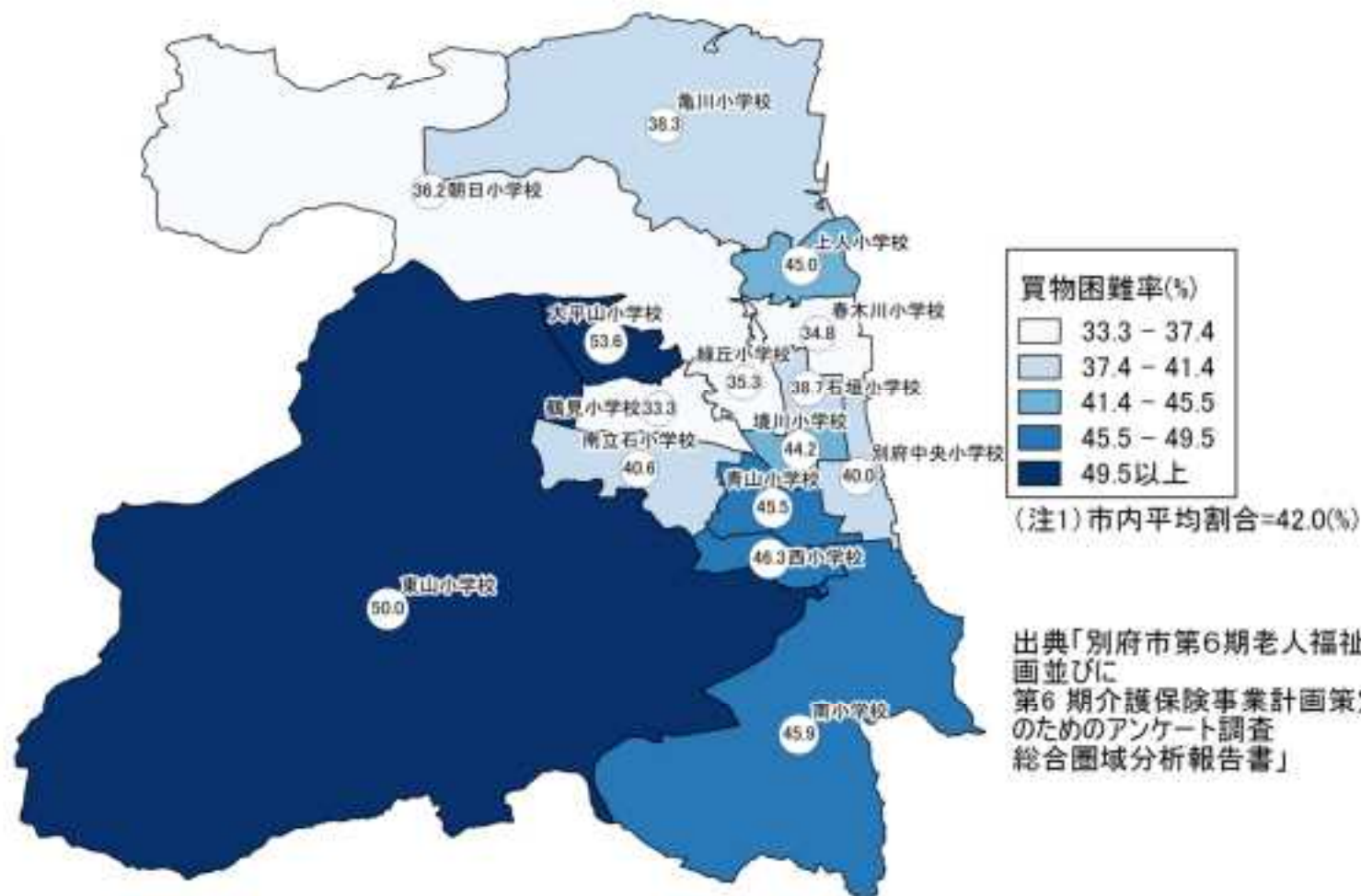
③生活支援策

－買い物困難者の分布状況－

要支援者における買物が困難と答えた人の割合 (%) (小学校区別)



小学校区	要支援者数
総数	552
境川小	52
南小	61
西小	41
青山小	22
南立石小	32
鶴見小	46
亀川小	47
上人小	60
朝日小	47
石堰小	31
春木川小	23
緑丘小	17
大平山小	26
東山小	8
別府中央小	35



4 - 2. 会議運営者向けの支援例

「通える場づくり」の検討風景



5. 市町村に対する 今後の支援策について

今後の支援策について（私見）

最終的に目指すもの

- 市町村職員の地域マネジメント力の強化と、その継続性が担保できる仕組みを構築すること。
（人事異動で人が変わったとしても、地域マネジメント力が継続できる姿を目指す）

強化のポイント

- （思考力（課題認識力、解決策を検討する力）の強化）**
 - データ分析に対する支援体制の確保及びツール開発
 - 市町村職員が「したいこと」「困っていること」を聞いた上で、その解決策を助言、提案するような支援方法と継続的支援体制の確保
- （多職種・多主体会議のハンドリング能力の強化）**
 - 会議のファシリテーション能力の強化

具体策案

- 民間のファシリテーターの活用**（会議ハンドリング、解決策提案の両方が可能）
 - ・職員自身のファシリテーション能力を高める方法としては、
 - ①職員対象の力量を高めるための研修を行う（中央、都道府県、市町村単位）
 - ②民間のファシリテーターを活用し、その方法論を、会議や研修会と一緒に参加しながら学んでいくと考えられるが、②の方が、職員の精神的負担は少ないし、仕事の進め方のモデルにもなる。
- 都道府県の役割の明確化**
 - ・各市町村の取り組み状況を可視化するとともに、県内他地域の取り組みを、各市町村の困りごとに応じて紹介する。
 - ・市町村との定期的な会議の開催（県が来れば、市町村の課長が参加、結果、部下も参加）
 - ・データ分析に関しては都道府県自身が行うことのハードルがある。都道府県立大学などを巻き込み、都道府県、大学研究者でデータ分析を支援する方法が考えられる。