

近畿地域包括ケア初任者合同セミナー

「在宅医療・介護連携推進事業」が 協議会作って そこでストップするのはなぜか？

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括 (H20-28)
厚生労働省 要介護認定適正化事業 認定適正化専門員
JICA (国際協力機構) 社会保障分野課題別支援委員会委員
中央大学大学院 戦略経営研究科 客員教授

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
社会政策部長
上席主任研究員 岩名 礼介

自治体は、「アカラク」の呪縛にとらわれている

ア

地域の医療介護資源の把握

イ

在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

ウ

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

エ

医療・介護関係者の情報共有の支援

オ

在宅医療・介護連携に関する相談支援

カ

医療介護関係者の研修

キ

地域住民への普及啓発

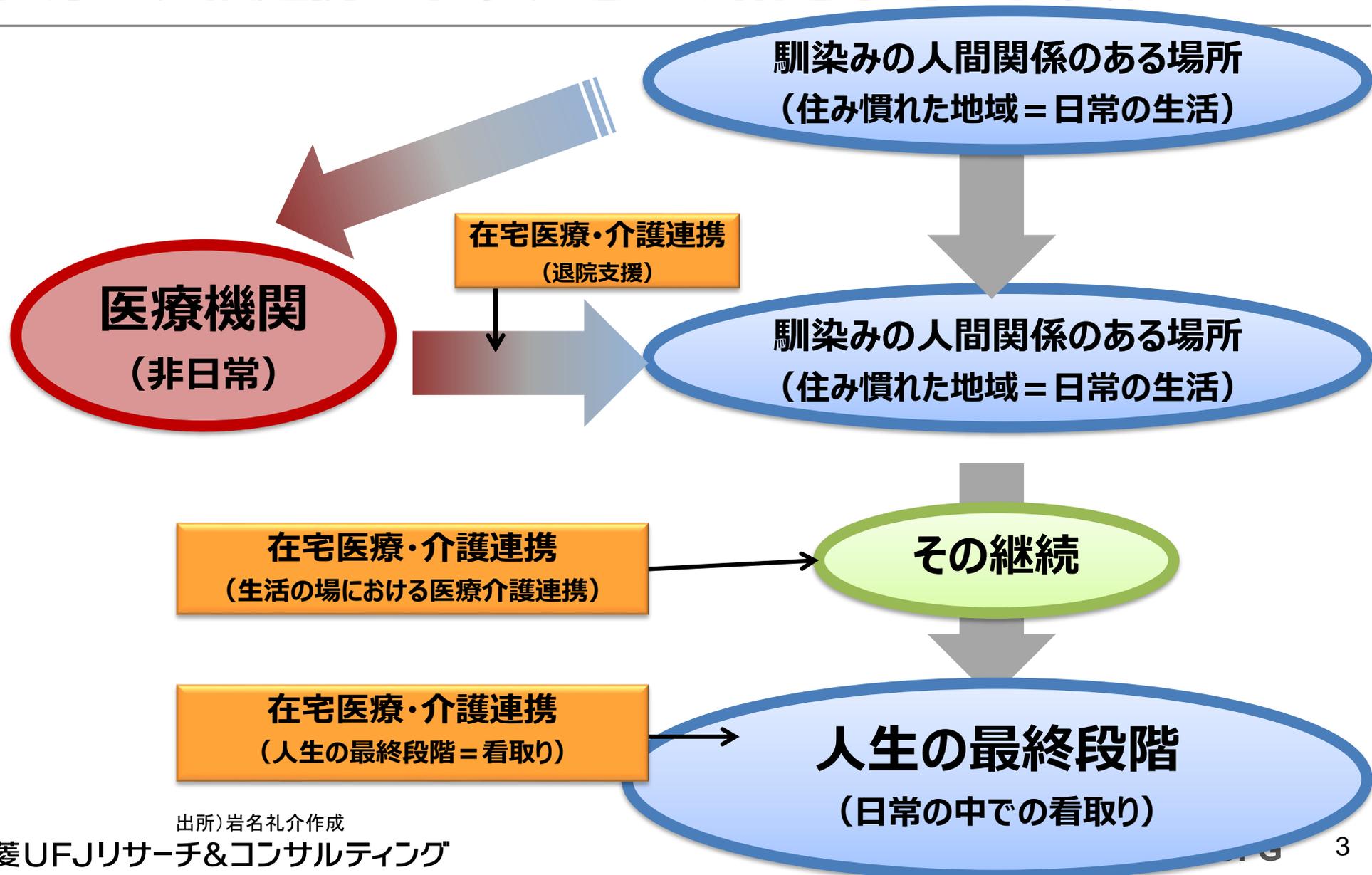
ク

在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

今するやることと、今すぐやってはいけないこと



医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？



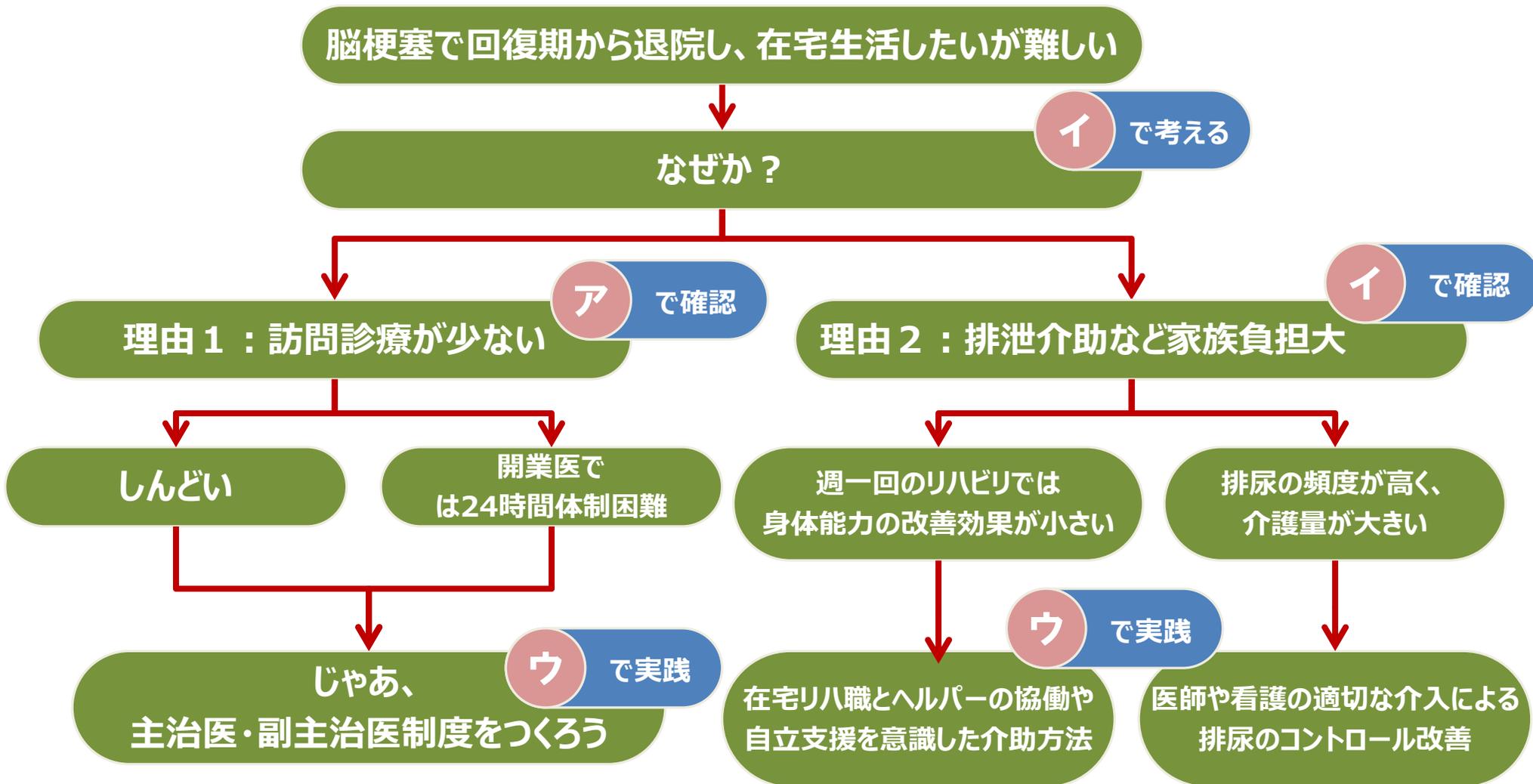
出所)岩名礼介作成

まずは課題のサイズを確認することも大切なこと

直面している課題の大きさを関係者間で共有することは、とても大切なこと。逆にそこができていないと取るべき手段についての合意が取れない場合も。日常生活圏域単位で把握を。

医療介護連携のテーマ	把握すべき数値の例示
退院支援における医療介護連携	<ul style="list-style-type: none">◆ 一ヶ月あたり、当該地域の住民はどれくらいの人数が退院してくるのか？◆ そのうち、在宅を希望していながら（あるいは希望の有無に関わらず）どれくらいの人がどこに移動しているのか？
生活の場における医療介護連携	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅で生活している人たちの家族構成は？◆ 十分に診断が行われていない（医師が関わっていない認知症者は地域にどれくらいいる？）◆ 施設にも入れず、在宅にもいられない人（例：SS15+；要介護3以上でショートステイ15日以上利用）はどれくらいいるか？
人生の最終段階における医療介護連携	<ul style="list-style-type: none">◆ 地域の人々は、どれくらいの人数がどこで亡くなっているのか？（死亡票の精査）

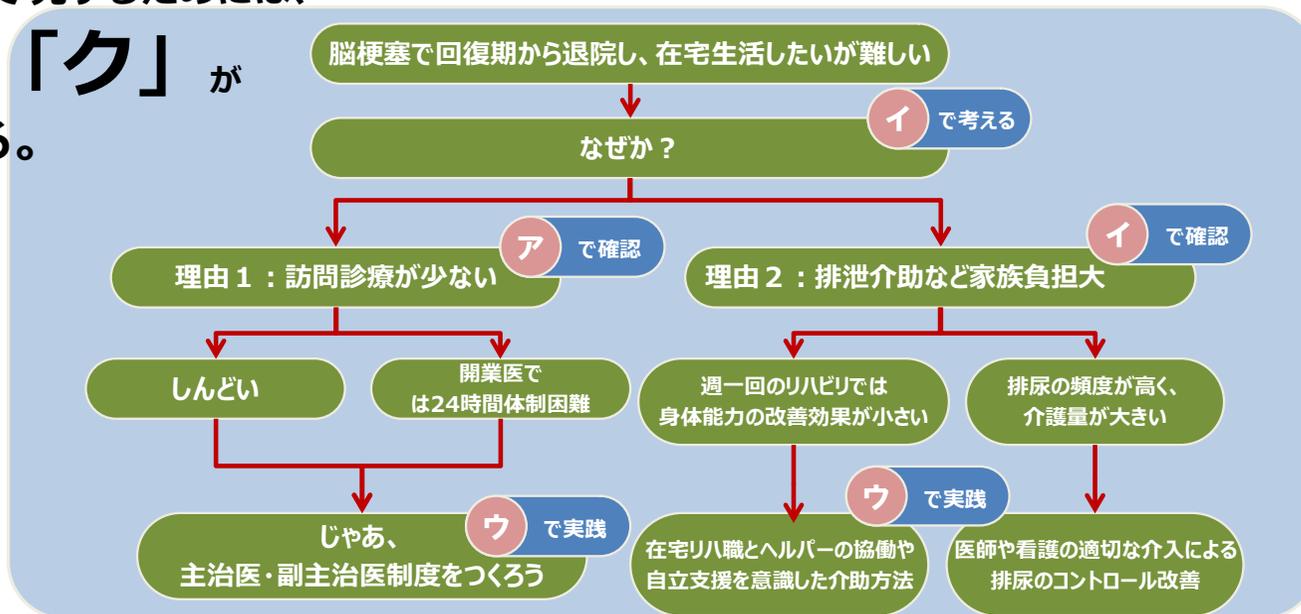
思考パターンの一例（1）



出所)岩名礼介作成

思考パターンの一例 (2)

「ウ」を実現するためには、
「エ」～「ク」が
必要になる。



エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

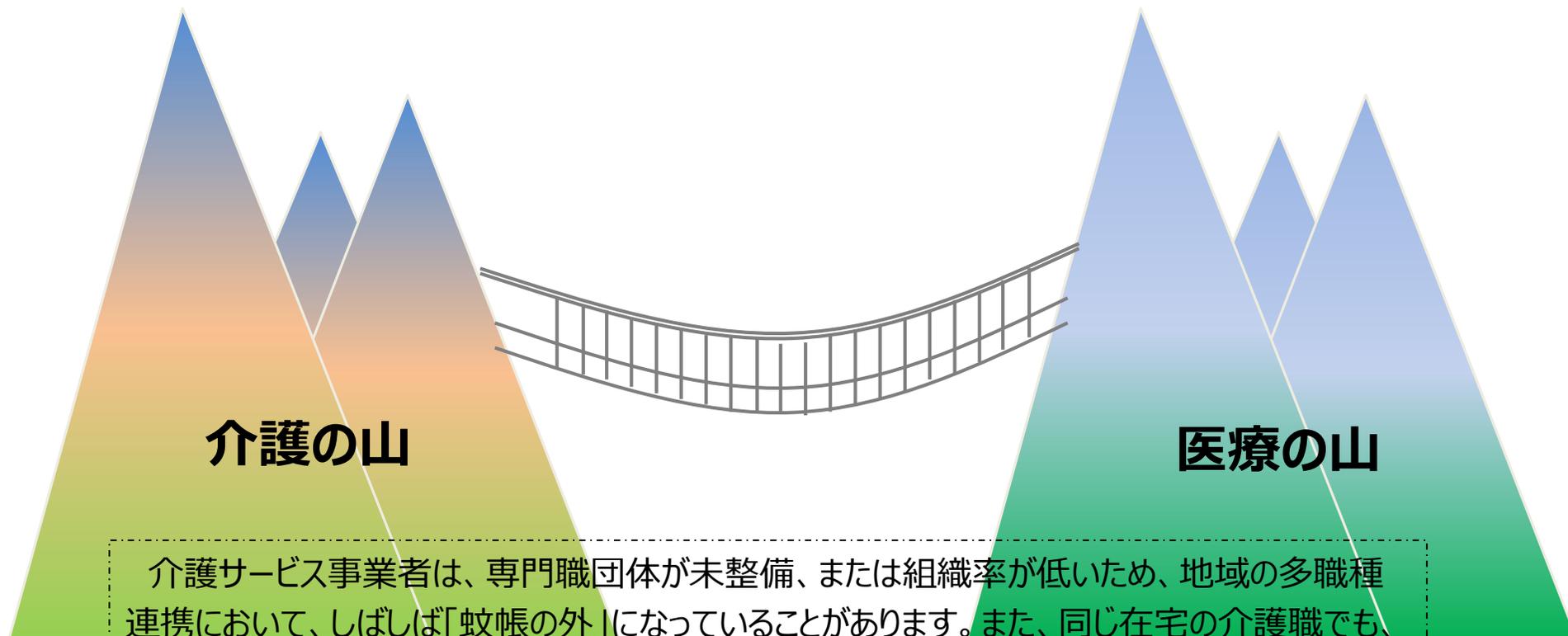
カ 医療介護関係者の研修

キ 地域住民への普及啓発

ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

医療・介護連携の「橋」はかかるか？

気が付いたら、介護職以外の多職種連携になっているってことはないですか？



介護サービス事業者は、専門職団体が未整備、または組織率が低いため、地域の多職種連携において、しばしば「蚊帳の外」になっていることがあります。また、同じ在宅の介護職でも、「生活援助中心」のサービス提供事業者では、医療介護連携の取組にうまく参加できない従事者も。身体介護を支えられる事業者の育成が前提になります。

在宅医療・介護連携で、私が気になっていること

■ 「ポスト顔の見える関係」で迷子になっていませんか

- 各自治体では、「顔の見える関係性」の構築を目指して協議会が開催されていますが、互いを知り合ったその後に、何も目指していくのか、具体的な課題や目標（検証可能な具体的目標）は定まっていますか？目的は何ですか？医療介護連携のどこから着手しますか？

■ 介護職不在の医療介護連携になっていませんか？

- 医師とコメディカルの連携に留まっていたり、病診／看看連携に限定されていたりしませんか？在宅限界点を引き上げるための在宅医療介護連携においては、「介護」側の強い関与がポイントです。
- また、各職能団体がそれぞれ別々に「地域包括ケアシステムの構築」に向けて取組を進め、職種間の連携が不在となるような、タコつぼ化は起こっていませんか？

「在宅介護実態調査」

試行調査結果〔抜粋版〕

平成28年9月
厚生労働省

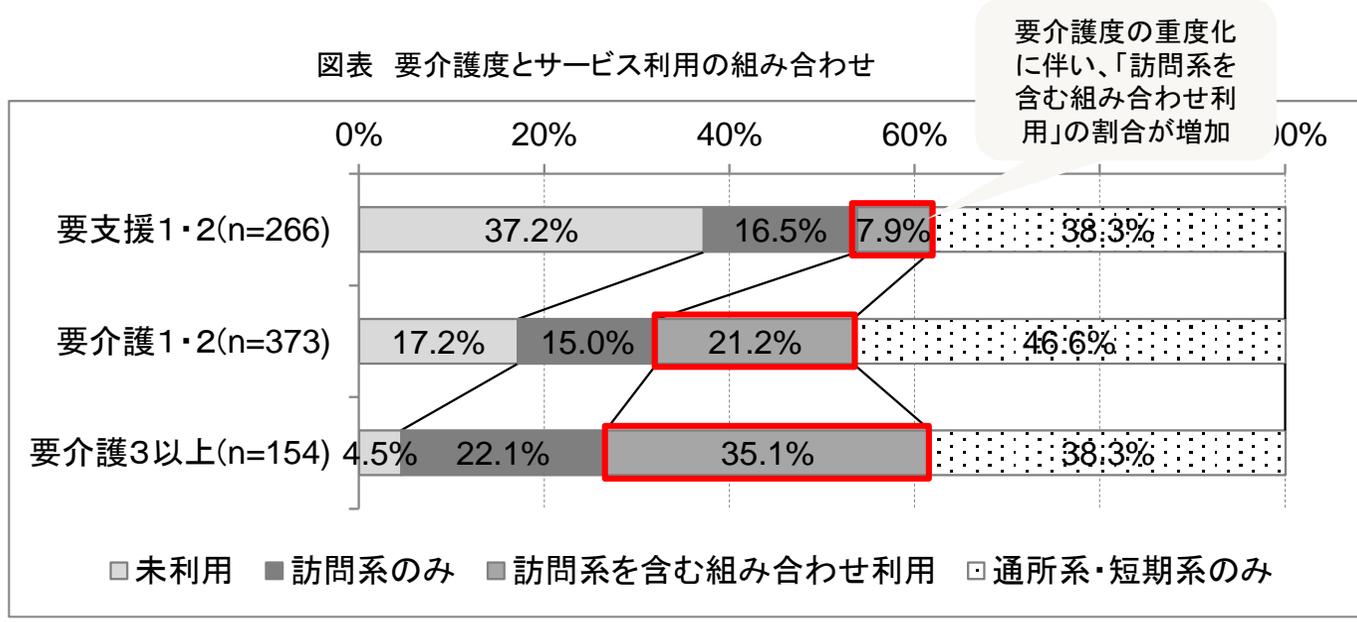
調査の実施概要

- 調査手法 : 認定調査員による聞き取り調査
- 対象地域 : 本試行調査は、稲城市（東京都）、大垣市（岐阜県）、秦野市（神奈川県）、八王子市（東京都）、府中市（広島県）、武蔵野市（東京都）、和光市（埼玉県）の7自治体で行った。なお、集計結果は、7自治体の調査結果を全てまとめたもの。
- 回収票数 : 827票（※ただし、認定データと関連付けを行うことができた等、最終的な有効回答数は793票）
- 調査期間 : 平成28年6月の1か月間（※自治体ごとに調査期間は若干前後する）
- 調査対象 : 期間内に要支援・要介護認定の更新・区分変更申請に伴う認定調査を行った、居宅にお住まいの方（施設・居住系、入院を除く）
- 使用した調査票 : 介護保険最新情報（Vol.554）「「介護離職の観点も含めた介護サービスのあり方の把握方法等に関する調査研究事業」における試行調査について（情報提供）」参照

分析例1：在宅で生活をする、要介護度の高い人のサービス利用の特徴は？

要介護度の重度化に伴い、「訪問系」を組み合わせたサービス利用が増加

- 「要介護度」と「サービス利用の組み合わせ」の関係をみると、要介護度の重度化に伴い、「訪問系のみ」と「訪問系を含む組み合わせ利用」の割合が増加している。
- 在宅で生活する要介護度の高い人については、「訪問系」を組み合わせたサービス利用割合が高いという特徴がみられる。



出典：在宅介護実態調査(試行)

〔用語〕

- ・「未利用」:「住宅改修」、「福祉用具貸与・購入」以外のサービスを利用していない方
- ・「訪問系」:(介護予防)訪問介護・(介護予防)訪問入浴介護・(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)居宅療養管理指導・夜間対応型訪問介護のいずれかを利用している方
- ・「通所系」:(介護予防)通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)認知症対応型通所介護のいずれかを利用している方
- ・「短期系」:(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護のいずれかを利用している方

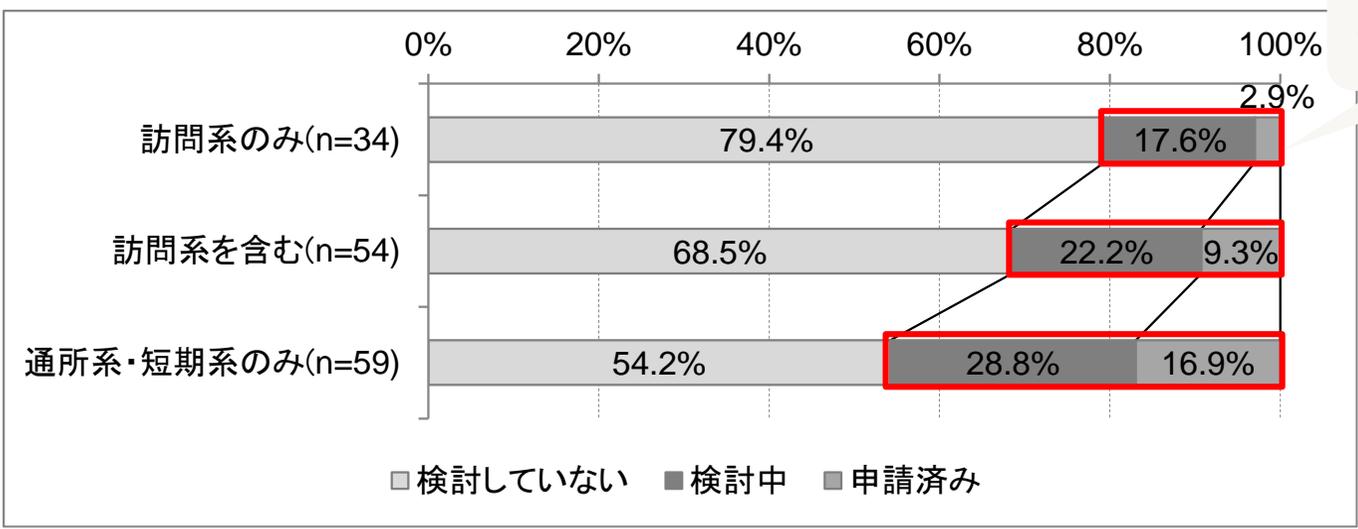
※「小規模多機能型居宅介護」・「看護小規模多機能型居宅介護」の利用者は、「訪問系を含む組み合わせ利用」に含めている。
 (試行調査の中では、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の利用者はゼロであった)

分析例2：要介護度が重度化しても、施設入所を検討していない人のサービス利用の特徴は？

「訪問系」サービスを利用する方は、「施設等の検討・申請割合」が低い

- 「サービス利用の組み合わせ」と「施設等検討の状況」の関係をみると、「訪問系のみ」⇒「訪問系を含む」⇒「通所系・短期系」の順番で、徐々に「検討中」・「申請済み」の割合が高まる傾向がみられた。
- 要介護度が重度化しても、施設等でなく「在宅で生活を継続できる」と考えている人は、訪問系サービスを利用している割合が高かった。

図表 サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況 (要介護3以上)



訪問系サービスの利用により、施設等の検討・申請済み割合が低下

出典：在宅介護実態調査(試行)

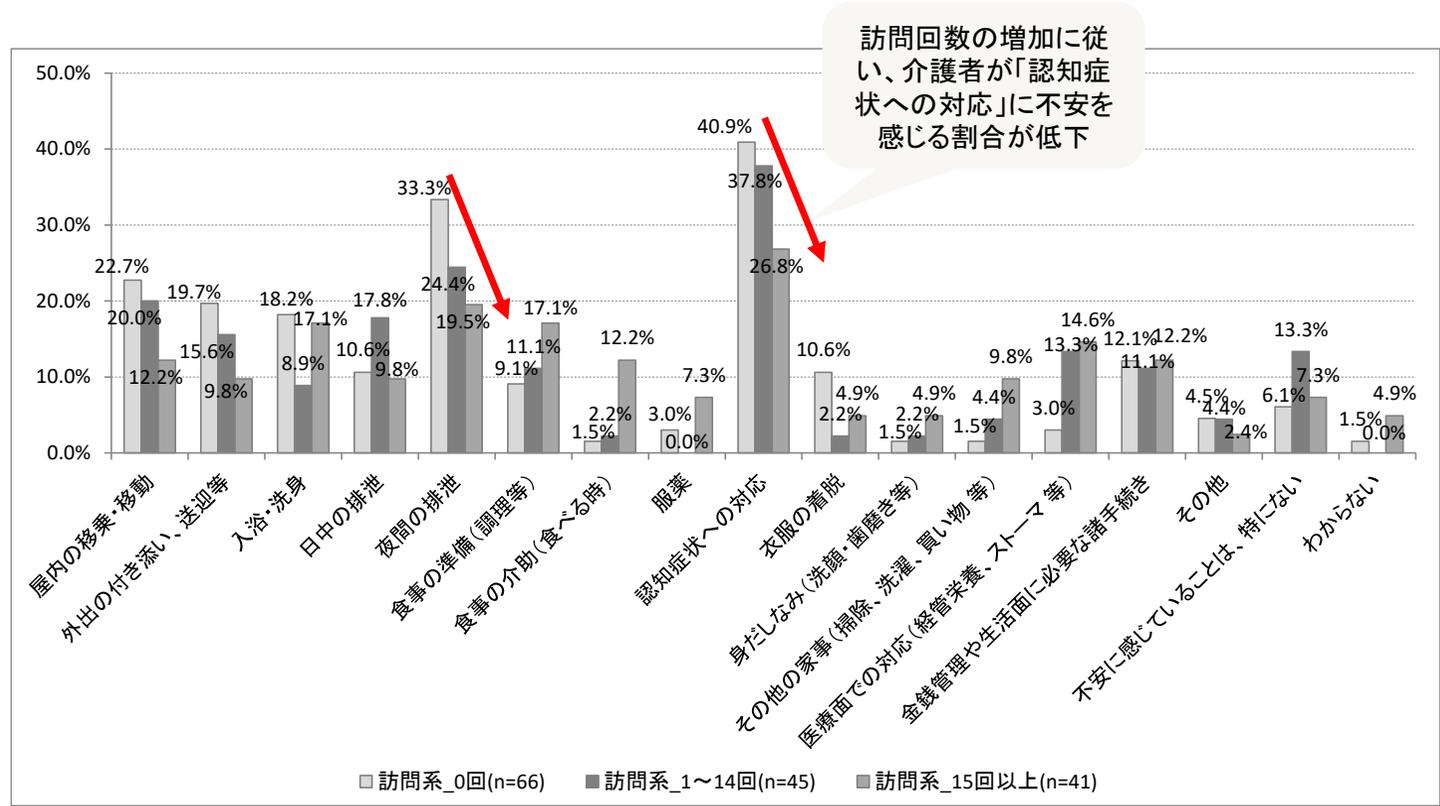
〔用語〕
 ※ 本集計・分析では、施設等検討の状況について、「入所・入居は検討していない(検討していない)」、「入所・入居を検討している(検討中)」、「すでに入所・入居申し込みをしている(申請済み)」の3つに分類して集計している。
 ※ なお、ここでの「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設(有料老人ホーム等)、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指すものであり、介護保険施設には限定していない。

分析例3：頻回な「訪問系」サービスの利用は、介護者の不安軽減につながる？

「訪問回数の増加」に伴い、介護者の「認知症状への対応」「夜間の排泄」の不安が軽減

- 在宅生活の継続に向けて、介護者が不安に感じている介護としては、「認知症状への対応」と「夜間の排泄」が高い傾向がみられる。
- 「介護者が不安に感じる介護」と「訪問系サービスの利用回数」の関係をみると、訪問系サービスの利用回数の増加とともに、「認知症状への対応」と「夜間の排泄」について、介護者の不安が軽減する傾向がみられる。

図表 サービス利用回数と介護者が不安を感じる介護（訪問系、要介護3以上）



訪問回数の増加に従い、介護者が「認知症状への対応」に不安を感じる割合が低下

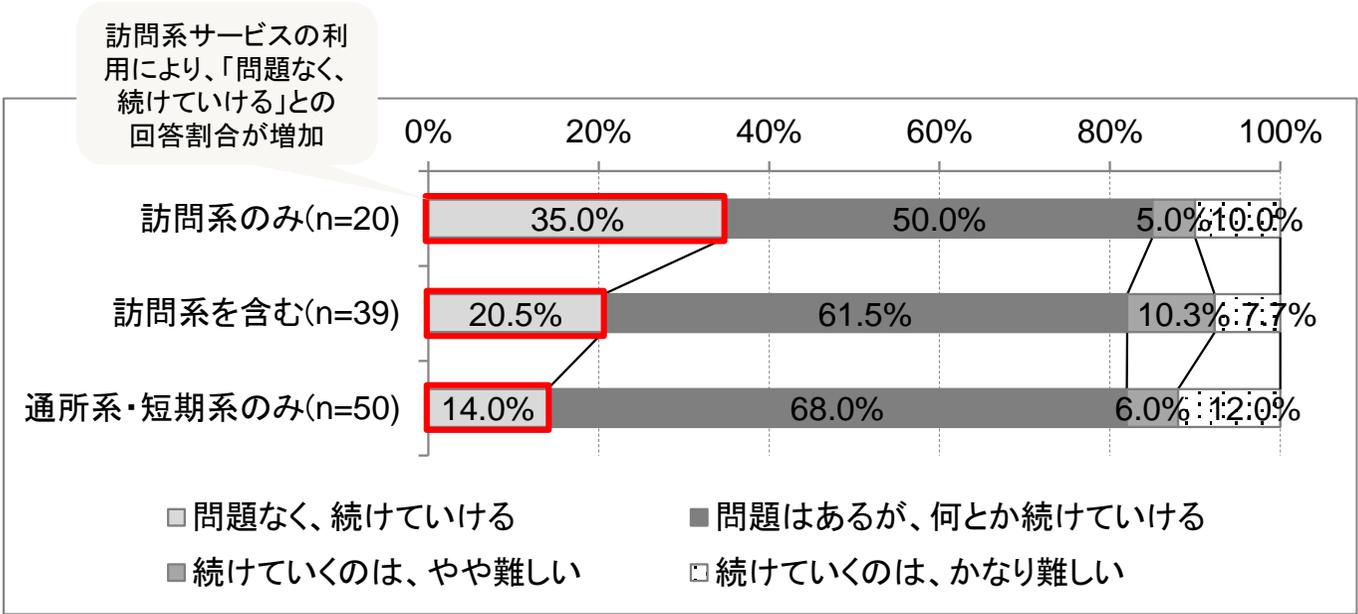
出典：在宅介護実態調査(試行)

分析例4：どのようなサービス利用が、就労の継続に向けた問題軽減に寄与している？

「訪問系サービスの利用者」では、介護者が就労を「問題なく、続けていける」との回答割合が高い

- 「サービス利用の組み合わせ」と「介護者の就労継続の可否に係る意識」の関係をみると、「訪問系のみ」⇒「訪問系を含む」⇒「通所系・短期系」の順番で、徐々に「問題なく、続けていける」の割合が減少する傾向がみられた。
- ただし、「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」を合計した割合については、サービス利用の組み合わせごとに大きな違いは見られなかった。

図表 サービス利用回数と主な介護者の就労継続の可否に係る意識 (要介護2以上、パート+フルタイム就労)



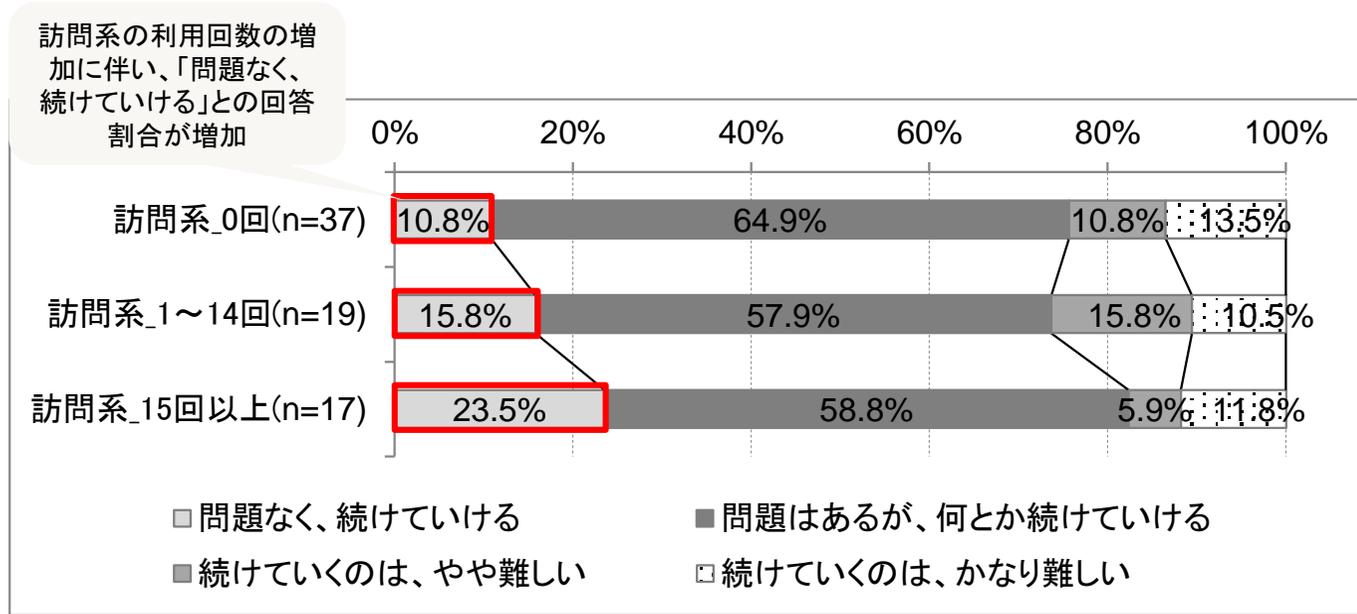
出典：在宅介護実態調査(試行)

分析例5 : 頻回な「訪問系」サービスの利用は、就労の継続に向けた問題軽減に寄与しているか？

「訪問回数の増加」に伴い、介護者が就労を「問題なく、続けていける」との回答割合が増加

- 「訪問系サービスの利用回数」と「介護者の就労継続の可否に係る意識」の関係をみると、訪問系サービスの利用回数の増加に伴い、徐々に「問題なく、続けていける」の割合が高まる傾向がみられた。
- ただし、「続けていくのは、かなり難しい」の割合については、大きな違いは見られなかった。

図表 サービス利用の組み合わせと主な介護者の就労継続の可否に係る意識 (要介護2以上、フルタイム就労のみ)



出典: 在宅介護実態調査(試行)

在宅限界点を引き上げるためには何が必要か？

生活支援のための資源

- 要支援者・要介護者を通じ（また、認定を持たない虚弱高齢者も含め）、生活支援サービスは在宅生活の継続における大前提。
- 医療介護専門職以外の人的資源を活用した「生活支援体制」の構築が必要。

多職種連携

- 退院時の多職種協働による適切な支援が在宅限界点を引き上げる。医療介護連携パス等。
- 在宅看取りを実現するためには、在宅医療・看護だけでは不可能であり、訪問介護によるきめ細かなケアと多職種連携が不可欠。

中重度を支える介護人材

- 生活支援サービスを専門職以外が担うことによって、有資格者については、身体介護に従事することにより中重度の利用者のケアの担い手が増加。
- そのためには、訪問介護員の強化が不可欠であり、総合事業における「地域リハビリテーション活動支援事業」等を積極的に活用することも方法のひとつ。
- また、身体介護へのシフトにより、事業所の収益改善効果があり処遇の改善も期待できる。

認知症でも生活継続できる地域

- 早期の段階で認知症者を把握し、適切なケアに結びつける仕組みの構築が必要（認知症初期集中支援チームの構築）
- 本人にとって馴染みのある生活環境の中で生活を継続することが必要（小多機・看多機、定巡等の整備）。
- 認知症者を受け入れられる地域づくりの推進を時間をかけて進めるべき。

在宅介護の歴史とこれから

	介護サービスの利用	タイプ	介護の社会化	結果	カギとなるリソース
家族介護中心型	低	介護サービスの利用は低水準にあり、家族ケアが介護の中心。介護保険以前。	×	家族の燃え尽き 就労断念による社会的な 労働力のロス	家族の力
レスパイトケア中心型	高	介護サービスの利用は多いが、通所（デイ）とショートステイの利用が中心で訪問系は低調。	△	家族負担は軽減可能だが、重度化に伴い在宅継続困難、またはショートにおける待機的入所となることも。	デイサービス ショートステイ
ベストミックス型	高	訪問・通所・ショートを適切に組み合わせながら、在宅生活を継続。	○	訪問サービスで身体介護を支えつつ、レスパイトで家族介護の継続も可能。安定的な在宅介護を実現する可能性。	小規模多機能 定期巡回・随時対応 等の統合型サービス

第7期介護保険事業計画の策定に向けた担当課長研修会

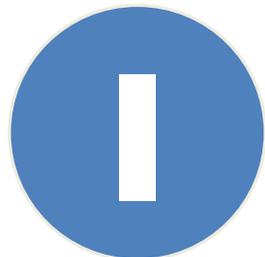
「総合事業・整備事業」は なぜそんなに難しいのか？

<介護予防・日常生活支援総合事業／生活支援体制整備事業>

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括 (H20-28)
厚生労働省 要介護認定適正化事業 認定適正化専門員
JICA (国際協力機構) 社会保障分野課題別支援委員会委員
中央大学大学院 戦略経営研究科 客員教授

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
社会政策部長
上席主任研究員 岩名 礼介

「なぜ総合事業／整備事業？」は2つの視点から理解します



利用者に対する支援の視点から
〈自立支援／介護予防ケアマネジメントの視点〉

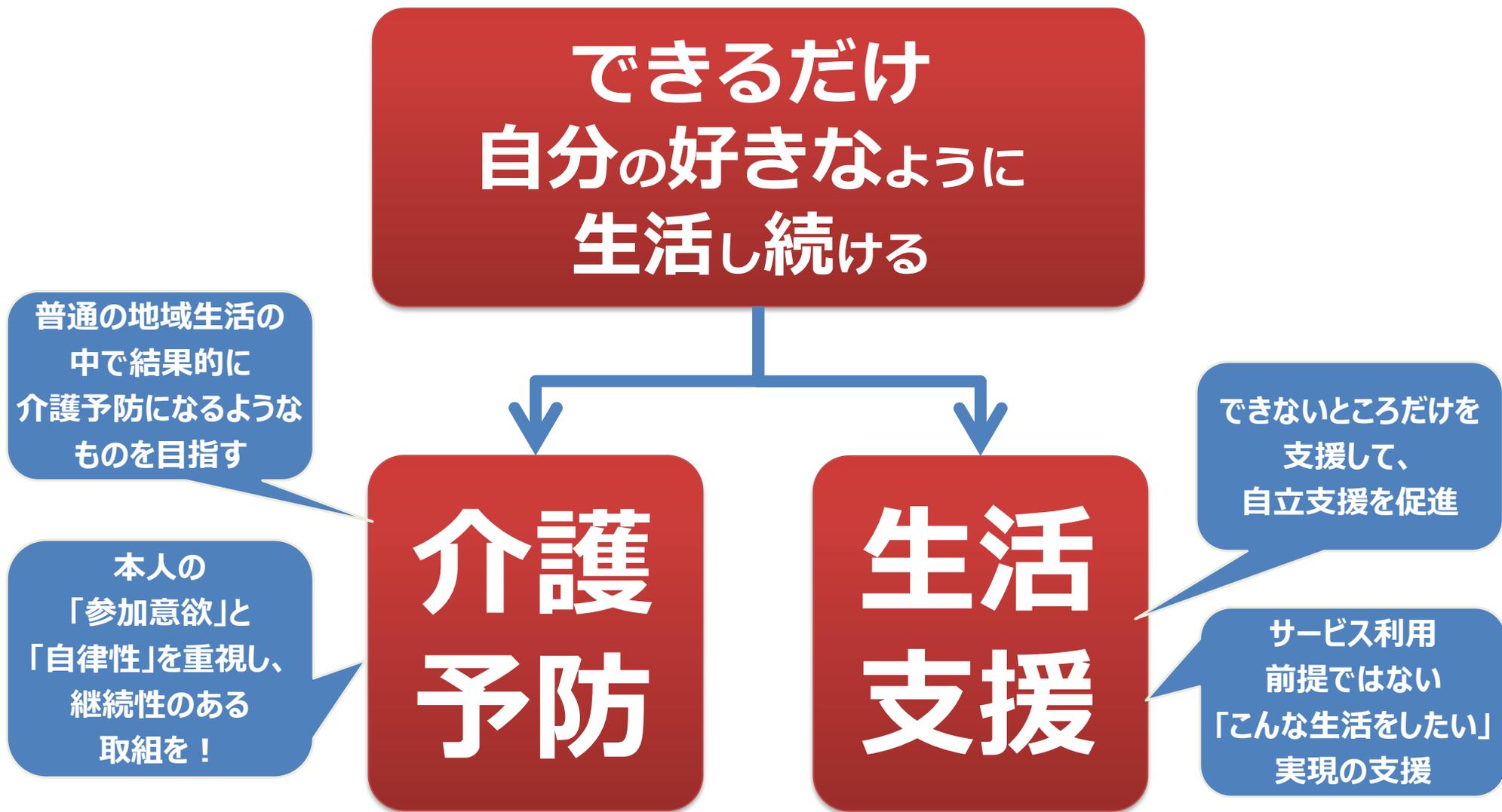


社会全体の必要性の視点から
〈超高齢社会／人口減少社会の視点〉

利用者の自立支援の観点から、改革の必要性を考える

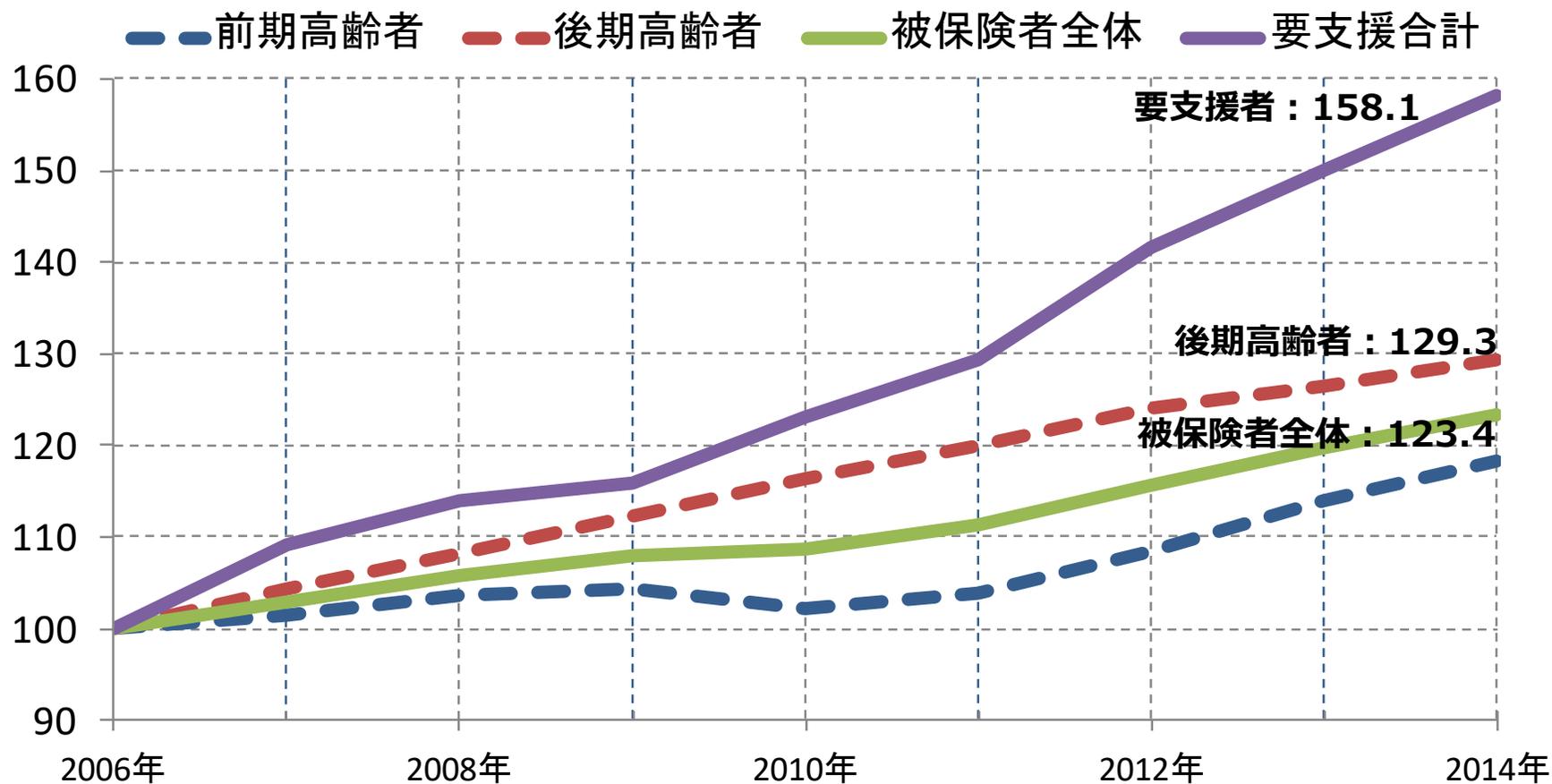
自立支援の実現を目指す介護予防ケアマネジメントを！

利用者に対する支援の観点から考える「総合事業／整備事業」



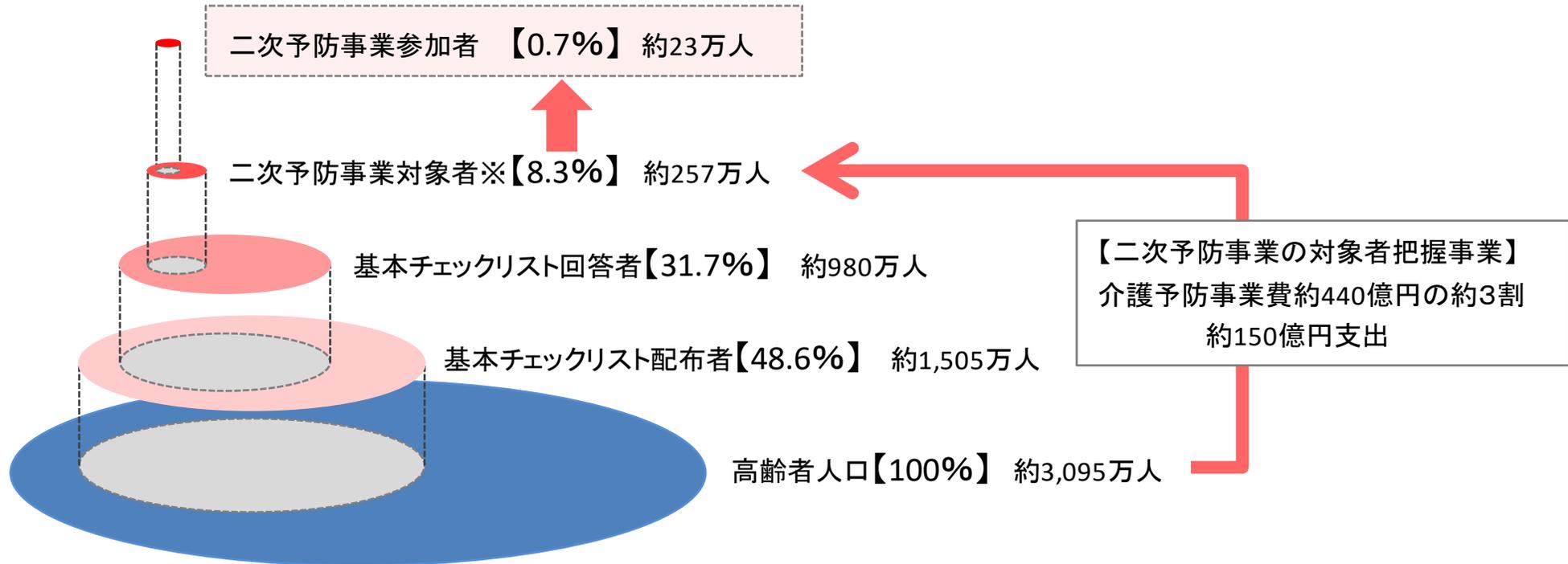
これまでの介護予防って成功といえるのか？

平成18年度(2006年度)の介護予防事業スタート以来、全体的には後期高齢者の伸び以上に要支援者は増えている。



「二次予防事業は成功だった」といえるのか？

二次予防事業の参加実績は、目標の1/7
基本チェックリストの回収等費用は、介護予防事業予算の1/3



資料)「平成24年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が作成

※二次予防事業対象者:要介護認定更新非該当による対象者(0.1%)、前年度からの継続者(1.2%)を除く

二つのケアプラン、どちらが「その人らしい」ですか？

自宅に講師・友人を招いて趣味の手芸サークルをしていたが、講師とのやりとりや買い物、お茶菓子の準備等が難しくなってきたため、やめようと思っている。

ケアプランA

訪問介護

訪問介護の利用により
買い物・調理の支援を受ける

通所介護

送迎のある
デイサービスを利用



ケアプランB

手芸サークル



サークル仲間が、講師の手続きを代わりに行き、
買い物に付き添うことで、手芸サークルを継続

宅配サービス



重い日用品の買い物は、
宅配サービスを活用

ご近所のサポート

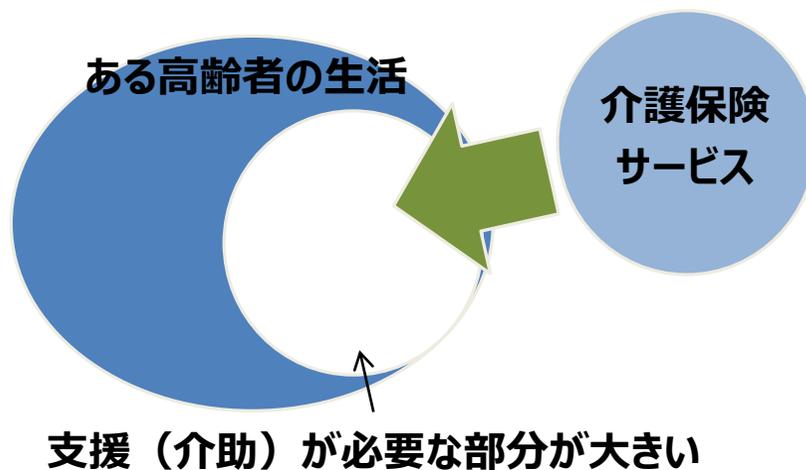


ご近所が日常的に見守り、
大きなゴミ出しを手伝う

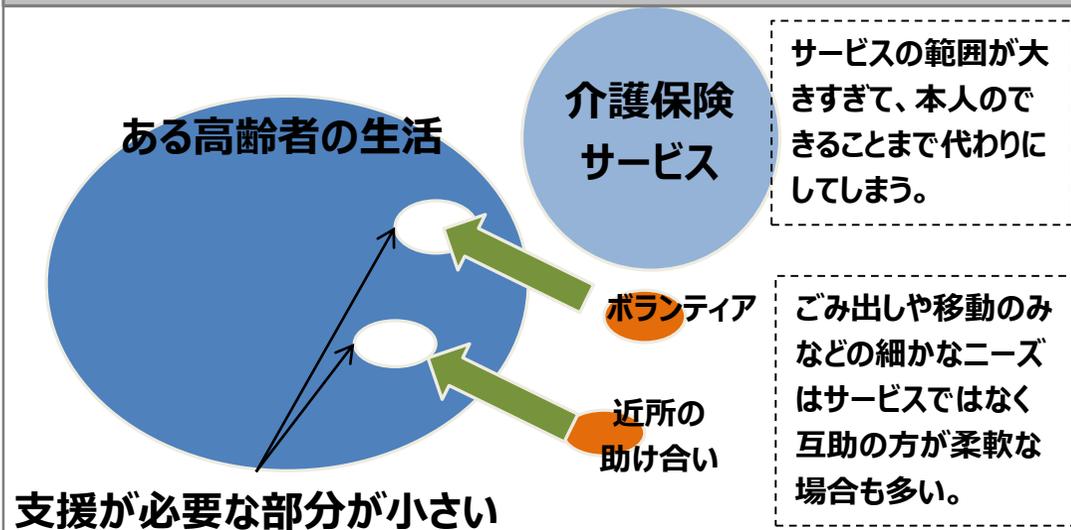
なぜ既存サービスでは自立支援が難しいのか？

- 要支援者はADLのレベルも要介護者に比べて高く、支援ニーズは、多くの場合において「部分的」である。一方、事業者が提供するサービスは、事業として成立するよう、ある程度まとまったニーズに対応するようなサービスとして設計されており、支援の必要がない部分にまでサービスが及ぶことがある。
- 例えば、暮会所で囲碁を打つことを楽しみとしていた高齢者が、足を骨折したことを契機に、外出の機会が減った場合、必要な支援は、「暮会所までの移動手段の提供」だが、介護保険サービスには、「移動手段の提供」に限定したサービスはないため、もっとも近いサービスは「デイサービス」となってしまいが、これが、「本人らしい生活に戻るための支援」といえるだろうか？

要介護者の場合



要支援者の場合



専門職だけでは支えられない：ご近所からボランティア、専門職までみんなで支える

現状の課題

友人・隣人との交流



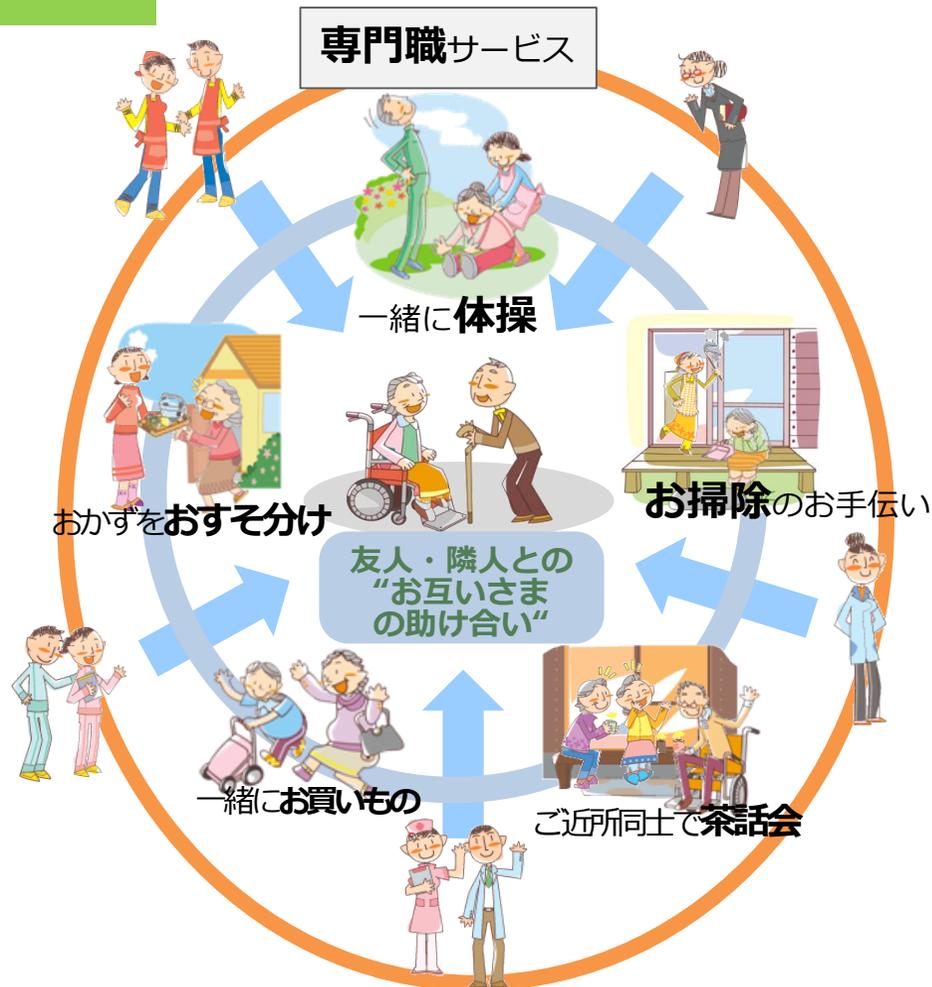
支援や介護が必要になると、友人・隣人との関係は希薄になり、支援を受ける一方向の人間関係に変化



これまでの地域との
つながりは疎遠なぐ

これから

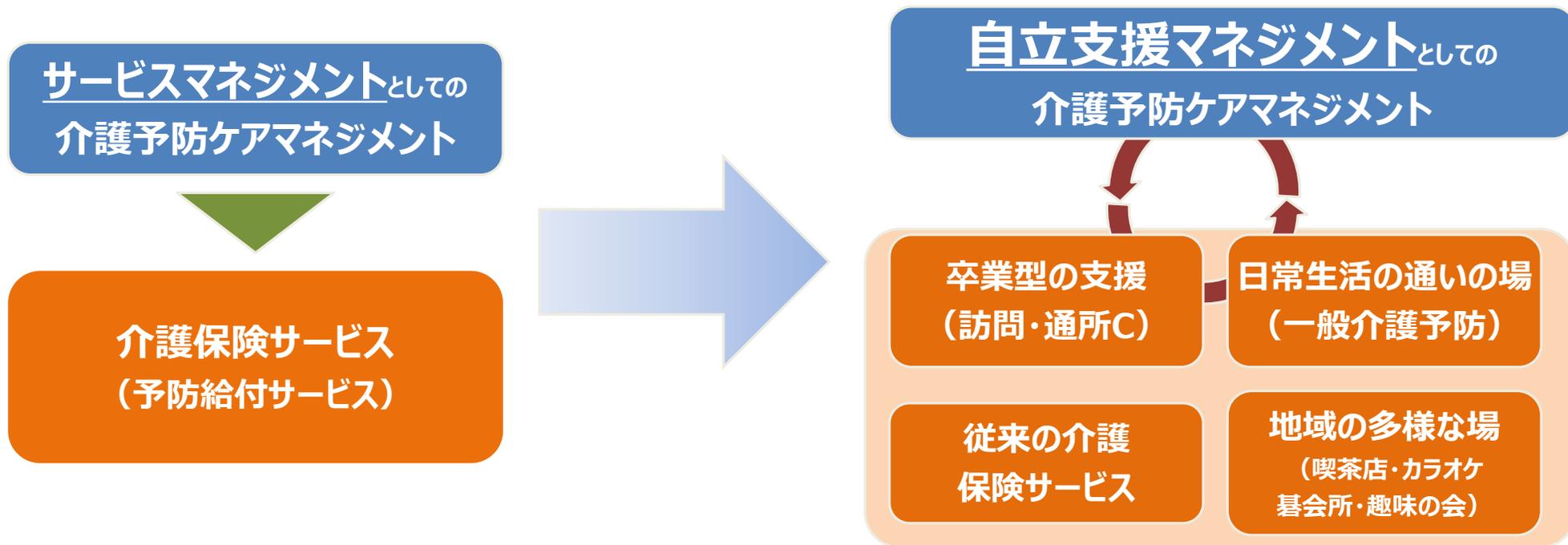
専門職サービス



“お互いさまの助け合い”の輪を広げていくことで、支援や介護が必要になっても、地域社会の中から切り離されず、なじみの関係を継続できる

総合事業で目指している「介護予防ケアマネジメント」の方向性

介護保険サービスだけを組み合わせたり、介護保険サービスを利用者に当てはめたりする介護予防ケアマネジメントではなく、アセスメントに基づき、その人に必要な支援や場所を介護保険に限定せず、幅広く探し、組み合わせる介護予防ケアマネジメントへ。



旧来の介護予防ケアマネジメントを積み上げても、始点が介護保険サービスに限定されているため、「足りない地域資源」＝「介護保険サービス」という発想になるが、新しい介護予防ケアマネジメントでは、多様な資源の組み合わせによるマネジメントを積み上げていくので、地域に足りない支援やサポート、ちょっとした手助けの必要性が見えてくる。

どんな介護予防を目指すのか

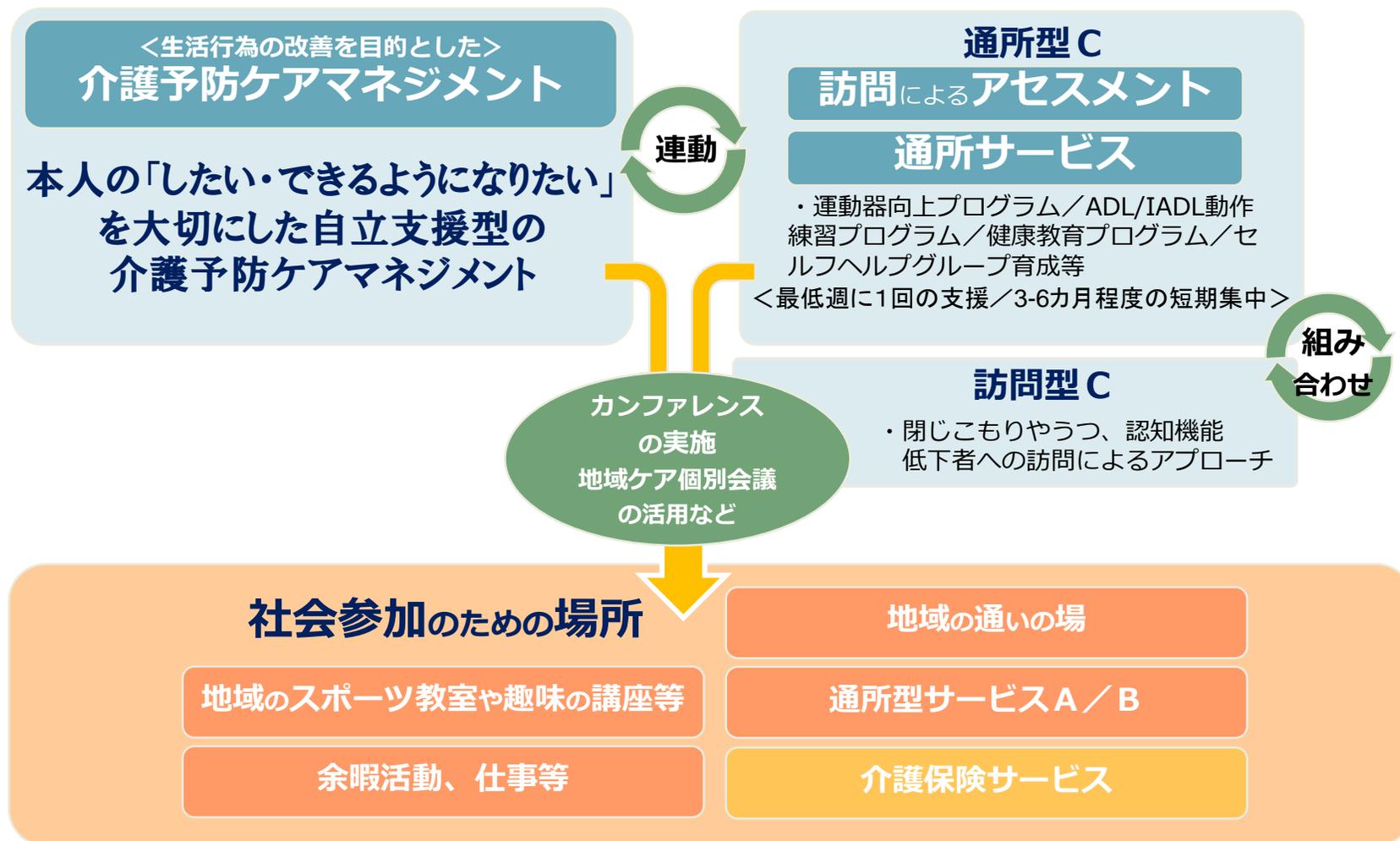
◎ 本人の「したい・できるようにになりたい」を大切にする

- これからの介護予防は、生活上の困りごとを把握したうえで、本人の「**したい**」「**できるようにになりたい**」と思う具体的な生活を実現するための取組に。
- だから一番大切になるのは、本人の「**したい**」または「**できるようにになりたい**」生活行為が目標として明確に設定された**介護予防ケアマネジメント**。
- 本人の「**したい**」「**できるようにになりたい**」を実現するためには、生活をしっかり理解した上でのケアマネジメントが必要。だから、たとえば短期集中型C類型では、生活の困りごとを把握するための**アセスメント「訪問」**とできるようにするための**「通所」**を**組み合わせ**て支援することがポイント。

◎ 地域の居場所に**つなぐ**ところまで考えるケアマネジメントを。

- 保健医療の専門職による**短期集中型**の介護予防サービス（3-6カ月程度）は「**やったら終わり**」ではない。
- 「**したい**」「**できるようにになりたい**」ことができるようになったら、地域の活動への**参加**に結び付けるところまで到達してようやく終了。
- だから地域の中に、たくさんの居場所、**通いの場**が必要だ。それは、趣味の集まりでも、体操教室でも、手芸教室でも、通所型Aでもいい。こうした地域のインフォーマルな資源に積極的につないでいくケアマネジメントが期待されている。

介護予防は、社会への関わりの中で展開



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。（通所リハビリテーション注9留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より）

利用者に対する支援の観点から考える「総合事業／整備事業」



すごく誤解されている先進事例

生駒市

(奈良県)

たとえば

短期集中C型

パワーアッププラス

で有名
ですが

大東市

(大阪府)

たとえば

一般介護予防事業

元気でませ体操

で有名
ですが

本当は、
自立支援のための
**介護予防
ケアマネジメント**

の点で先進事例
です！！

二市とも、総合事業の先進地域として紹介されることが多い市です。

生駒市は、効果的な**短期集中C型のパワーアッププラス**で、

大東市は、約1,600人の**住民が自主的に運営する体操教室**で有名ですが、

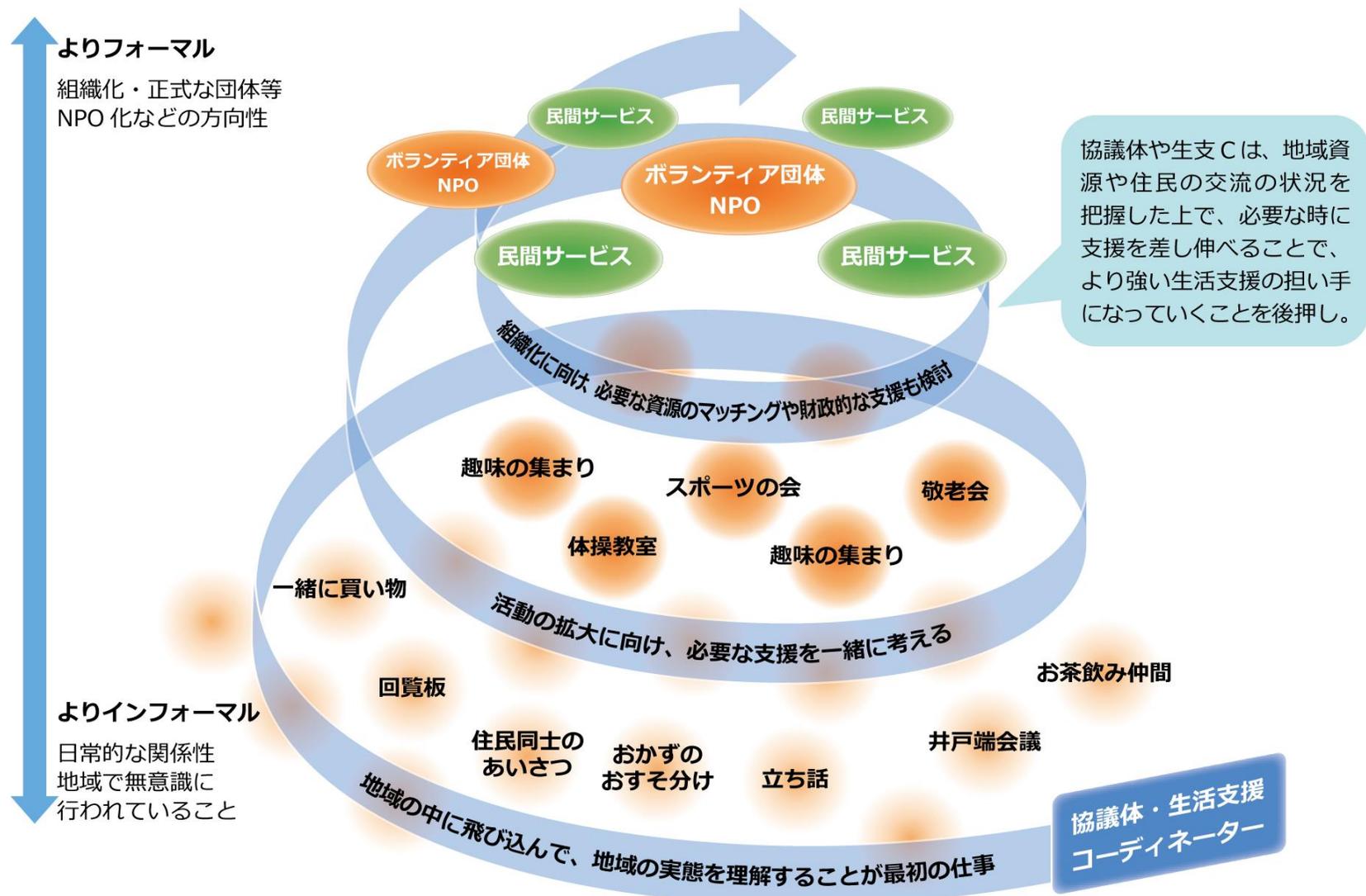
実は、両市に共通する成功事例とされているポイントは、

地域の専門職間において「**介護予防ケアマネジメント**」や「**自立支援**」の**意識**が

確実に**共有されている**ことです。

作ってはみたけど、動き出さない協議体
何をするためのものだったのかをもう一回考えてみる

協議体と生活支援コーディネータのイメージ

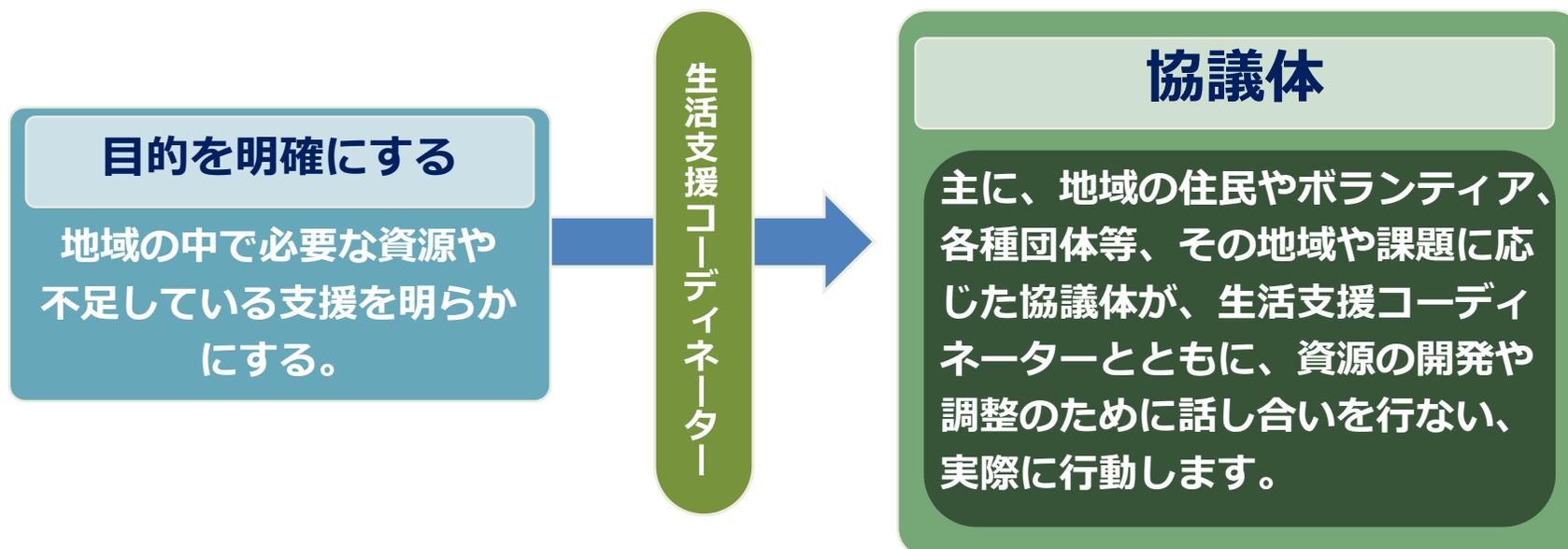


ジャナイ協議体

- ◆ 第2層の協議体は、中学校区単位、地域包括支援センター単位、または日常生活圏域単位で設置する。
- ◆ 小学校区や町内会単位の協議体は、通常、「第3層の協議体」と呼ぶ。
- ◆ 協議体は、第1層、第2層、それぞれで設置することが大切。
- ◆ 協議体は、一定期間にわたって、メンバーをある程度固定することがポイント。
- ◆ 第2層の協議体は、できれば地域ケア会議と同一のメンバーで開催するほうがよい。

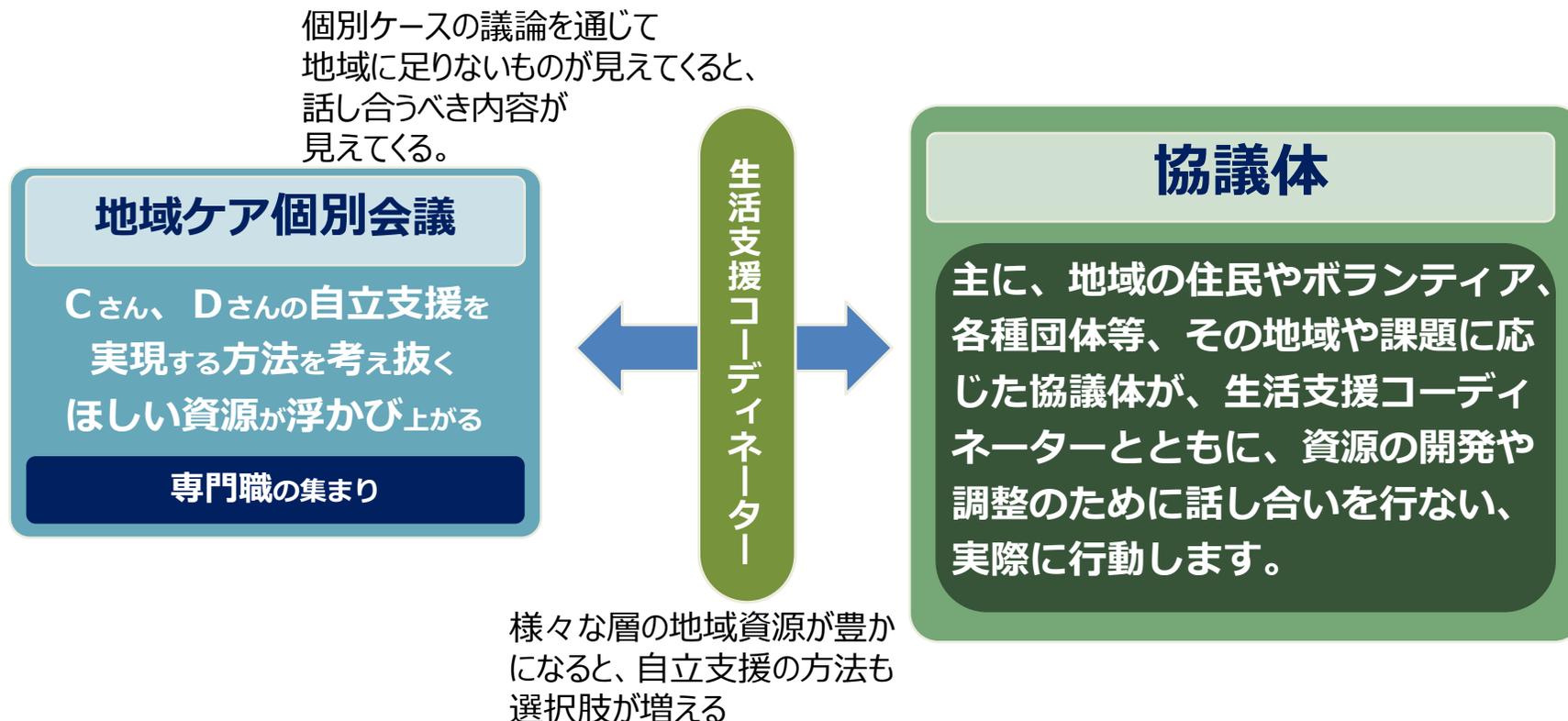
【基本の考え方】 協議体がきちんと機能するためには？

- ◆ 協議体は、地域づくりを推進していくためのエンジンです。地域で不足している支援や地域資源を、地域の中から探したり、新たにつくったりする場所でもあります。原則としては、**地域に必要なものが何か？**を明らかにした上で、協議体で具体的な議論を進めることが望ましいでしょう。
- ◆ 目的を明確にしないまま、協議体を作ると、
「あれ？なんで協議体つくったんだっけ？」
「何するんだっけ？」ということになります。



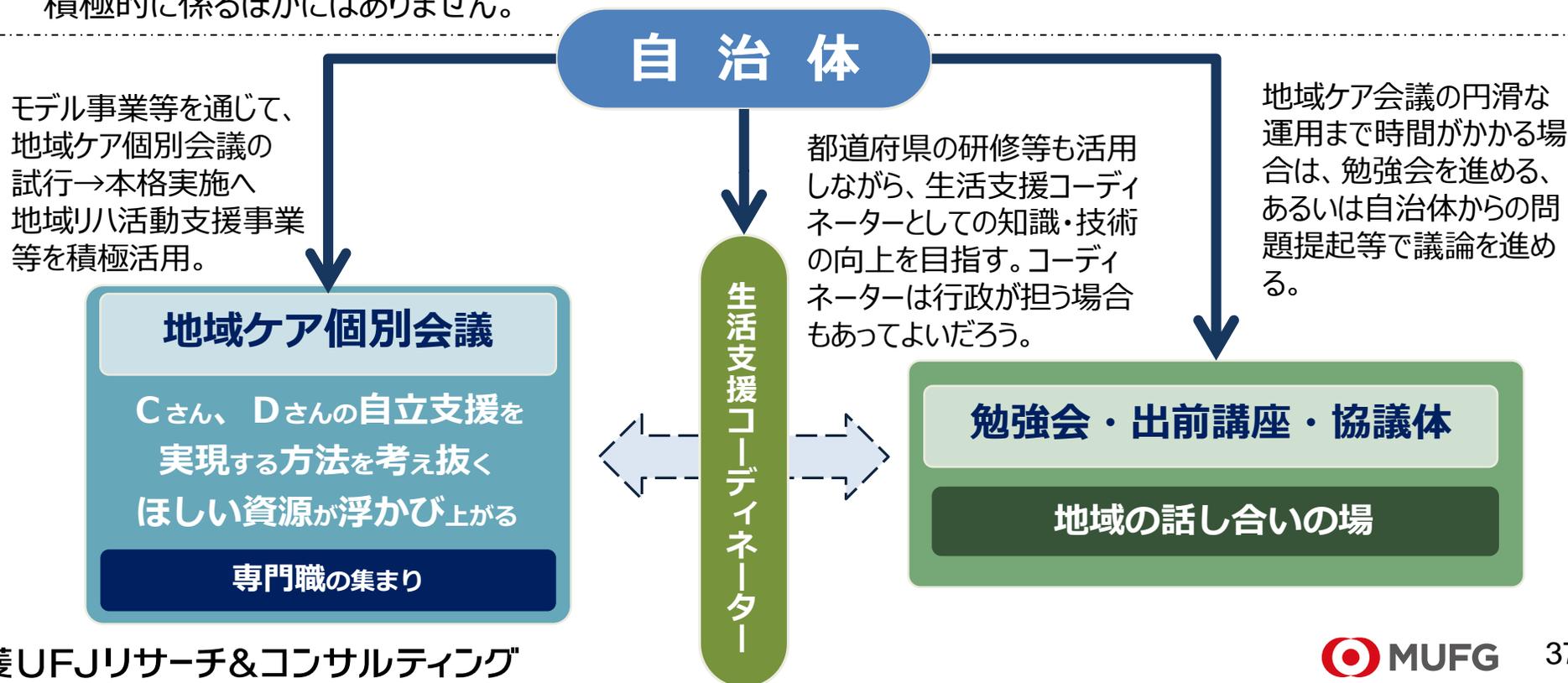
【理想論】 「地域ケア会議」と「協議体」の関係性

- ◆ 自立支援に必要な不足している地域資源を特定する上で、「地域ケア会議」は、大変重要な役割を果たします。地域ケア会議の中で自立支援を実現するために必要な地域資源を、介護保険に限定せず、広い視点で探していくと、地域に不足している資源がみえてきます。
- ◆ 協議体での議論の目的を明確化する上で、地域ケア会議は欠かせないものです。



【現実論①】 「地域ケア会議」と「協議体」の関係性

- ◆ しながら、多くの地域では、地域ケア会議は立ち上がったばかりのところが多く、また市に1か所の設置の場合も多いため、こうした両会議の関係性は、机上の空論に陥りがちです。また生活支援コーディネーターも配置してであり、こうした理念的な仕組みを動かすのは容易ではありません。つまり、地域ケア会議・生活支援コーディネーター・協議体の連動は、現段階では現実的ではないでしょう。
- ◆ したがって、現実的には、自治体を中心となって、地域ケア会議、生活支援コーディネーター、協議体に対して、積極的に係るほかにはありません。



【参考】多様な資源とサービス類型の関係

C
類型

従前
相当

A
類型

B
類型

“サービス”
専門職等

“助け合い”
なじみの関係



訪問介護



有償ボラによる
生活支援



ボランティア
による生活支援



ご近所のちょっと
した家事援助



ご近所の見守り

雇用労働者
による
訪問サービス

.....

.....

.....



通所介護



有償ボラによる
ミニディ



体操教室



サークル、サロン



お茶のみ仲間

雇用労働者
による
通所サービス

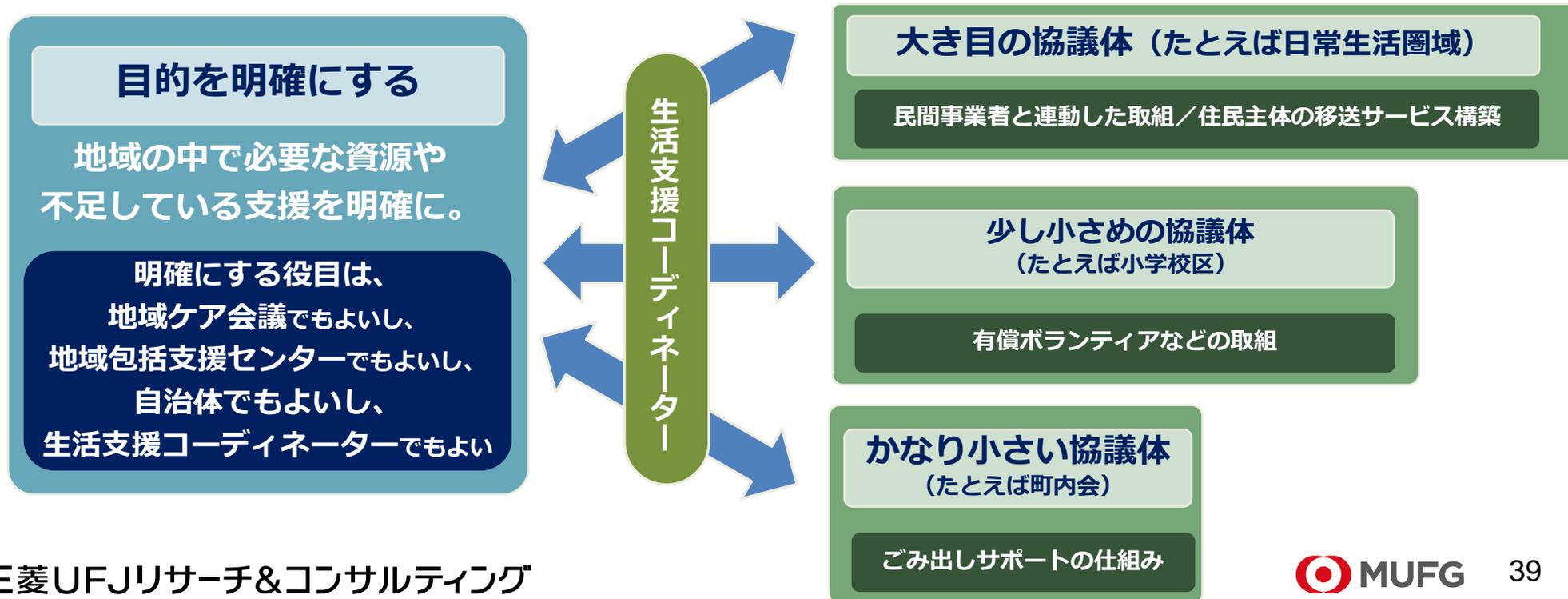
.....

.....

.....

【現実論②】 目的にあわせ「協議体」は柔軟に

- ◆ 行政側の体制が十分でない段階においても、協議体で議論すべき目的や狙い（地域に作りたいものがあるなら、具体的にどのようなものなのか）をある程度「あたり」をつけておくことは必要。
- ◆ 次に、目的に応じた話し合いの場を考えることが大切。「ごみ出しを助け合おう」というなら、町内会単位で話し合う必要があるし、すでに活動している有償ボランティア団体があるのなら、既存団体のメンバーに加え、出前講座等を通じて関心表明してきた住民を会議に加えて議論するといったこともよいだろう。
- ◆ 大切なのは、目的にあった話し合いの場を持つことであり、固定的な会議をもつことではない。



社会全体からみた「ロールシフト」の必要性

地域人材戦略としての地域包括ケアシステム構築

社会全体の必要性の視点から考える「総合事業／整備事業」

できるだけ
限られた地域資源・人材で
地域を支える

75歳を超えても
虚弱のリスクを低減
することで、対象者を
増やさない

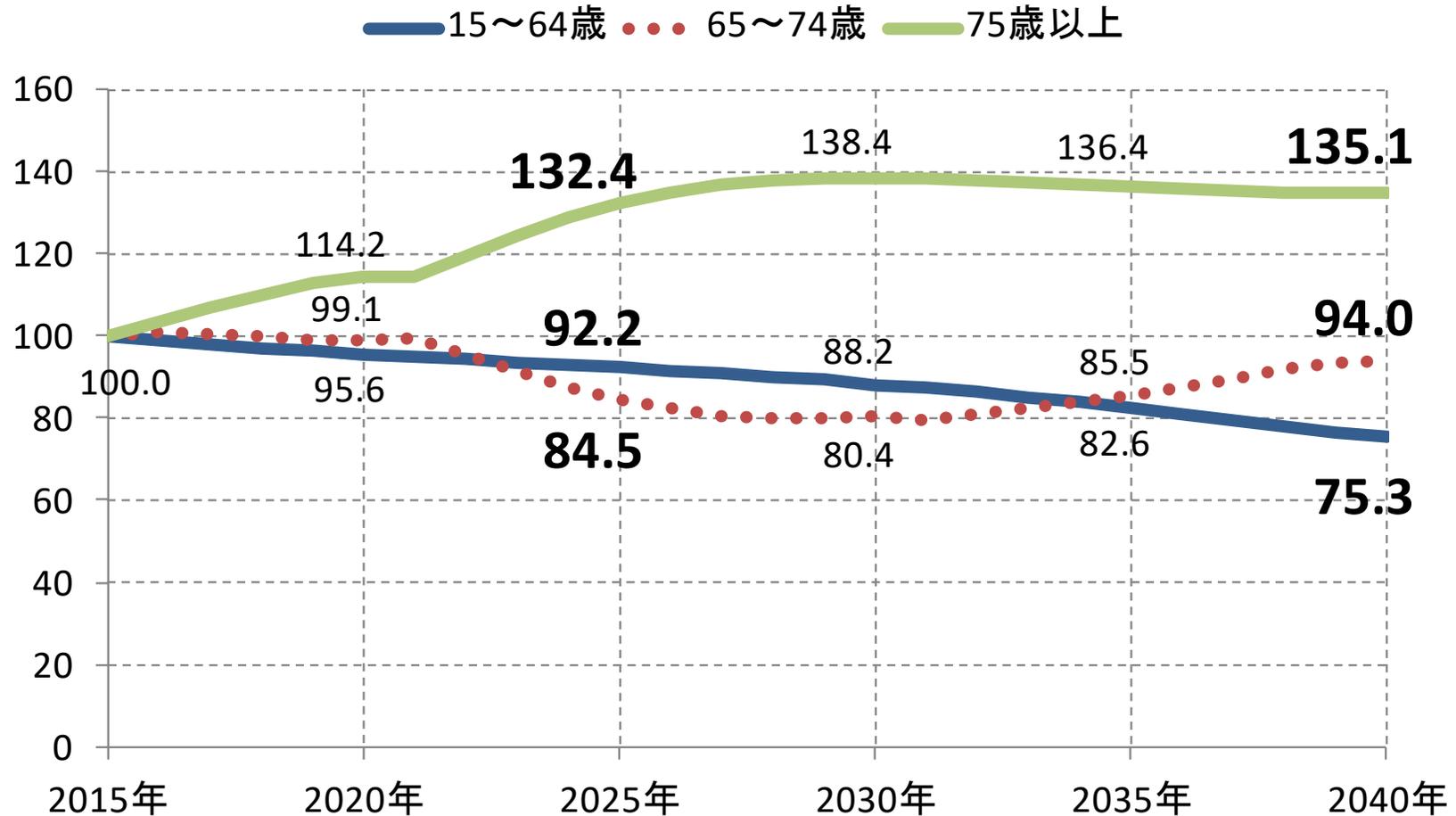
介護
予防

生活
支援

専門職以外の
地域の人々の
力を組み合わせる

私たちが直面する「人口減少と需要の増加」に対応する

<生産年齢人口の減少と後期高齢者の増加>



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)のデータをもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。

※2015年を100とした場合の2040年までの推計値

どんどん重くなる負担にどうやって対処するか

2015年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は

5.7人

2025年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は

3.9人

うち **0.68人**は前期高齢者

2040年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は

3.3人

うち **0.74人**は前期高齢者

介護予防の
効果をいかに
高めるか？

限られた人材
をいかに有効
に活用するか？

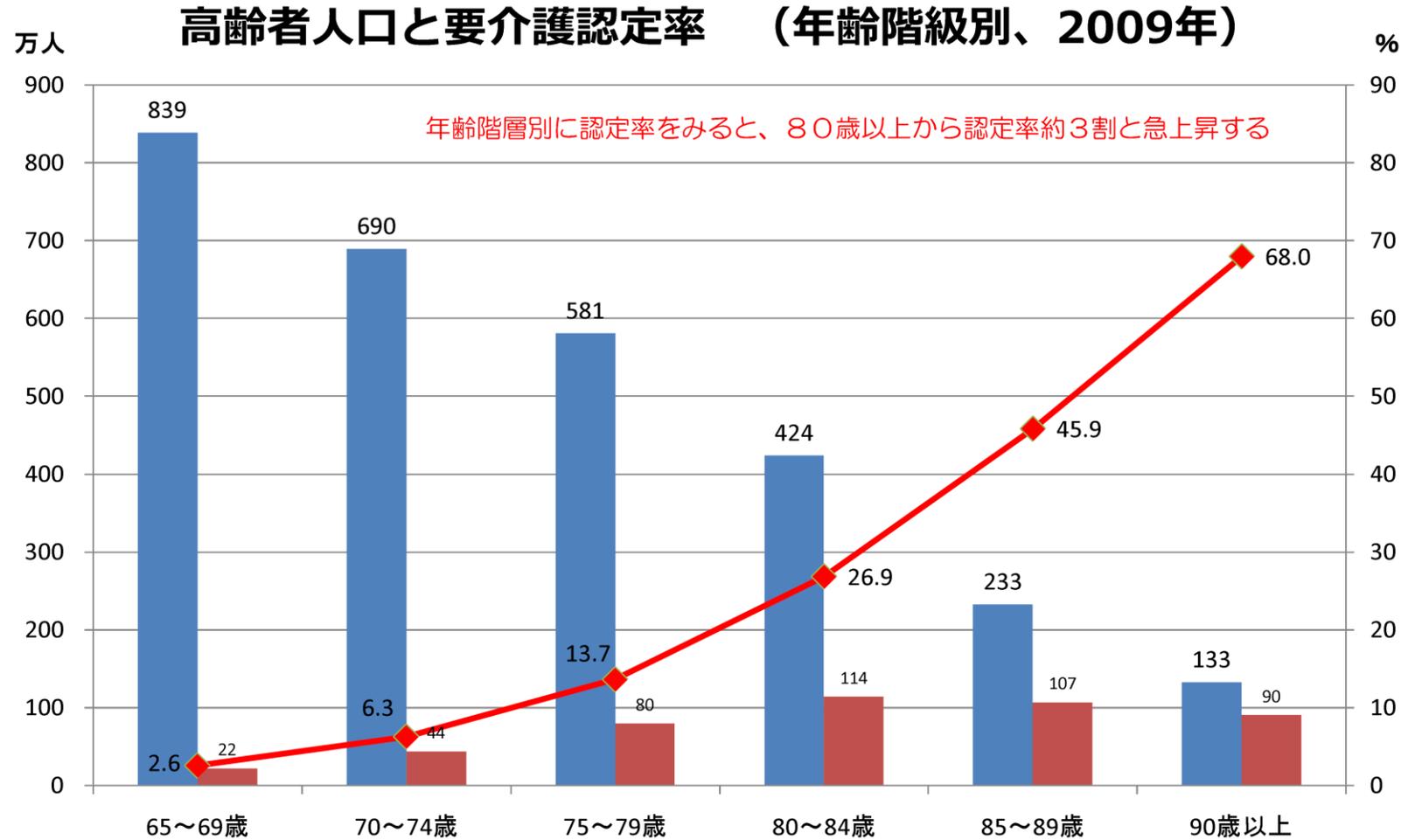
ロールシフト（役割の移行）から人的資源を確保する

【ロールシフトのイメージ】

以下の図は、法令上の区分や個別の現場の状況とは必ずしも一致しないが、全体のシフトのイメージを示すために作成。

【現在の役割】	【機能・役割の例示】	【ロールシフト後】
医師	診断・治療	医師
	リスクの予測	
看護職	診療補助行為	看護職
	適切な介助方法の選択 身体介護	介護職
介護職	身体介護	
	生活支援	誰が担うのか？

高齢者≠要介護予備軍ではない ～担い手として高齢者



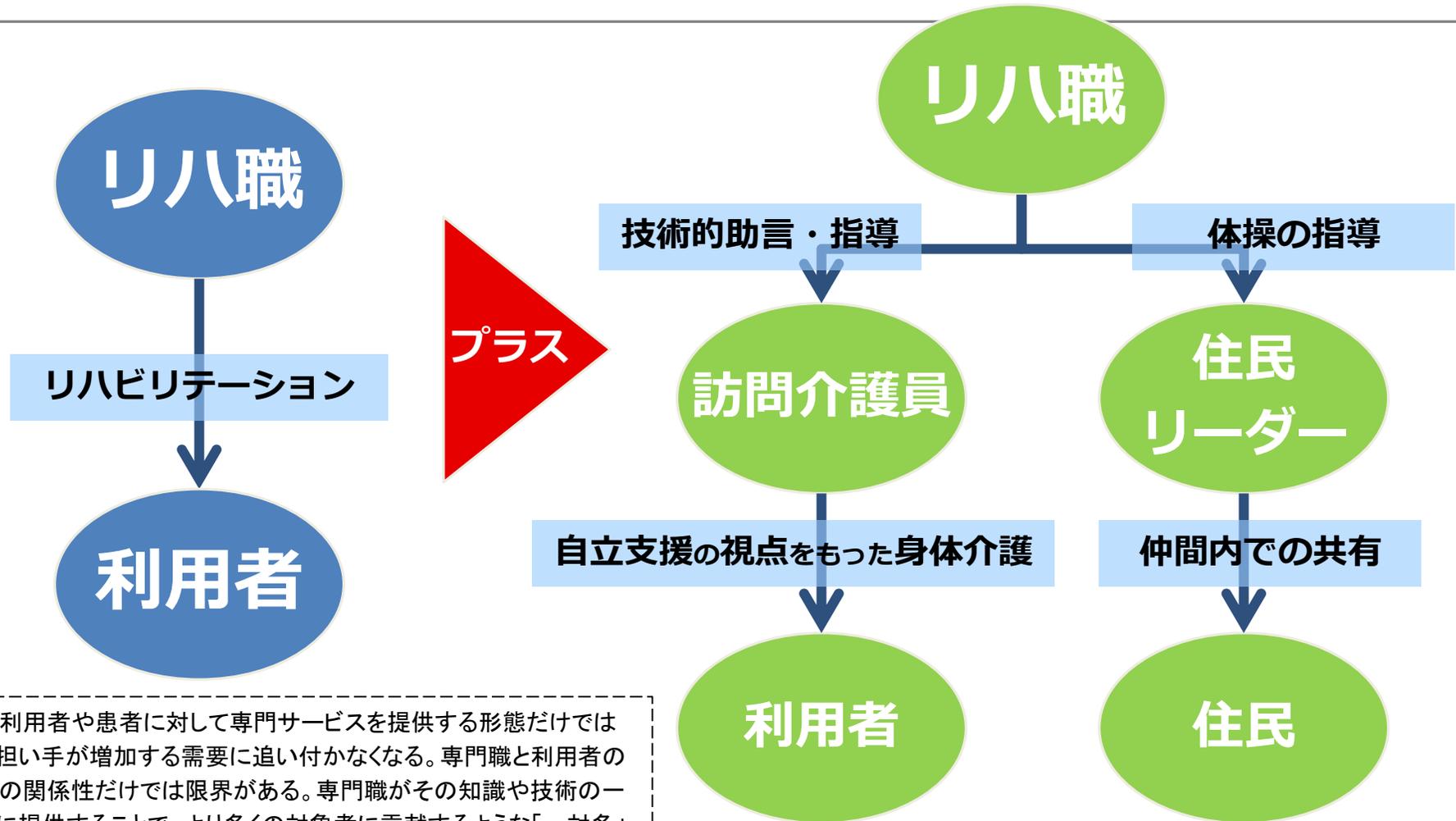
【出典】介護給付費実態調査

■人口 ■認定者数 ◆認定率 (右軸)

出所)厚生労働省

6

専門職は「一対一」から「一対多」へ (例示)

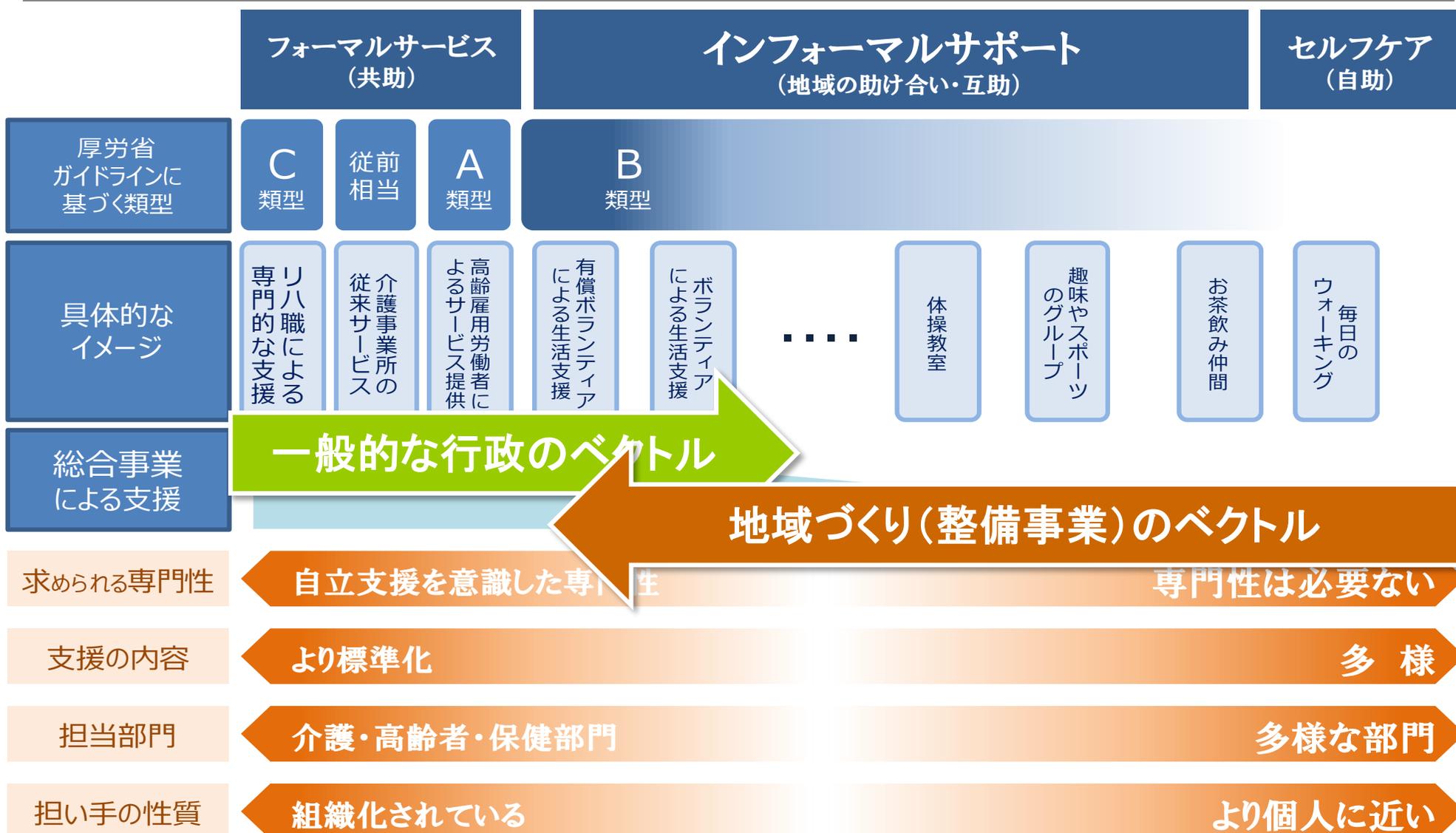


専門職が利用者や患者に対して専門サービスを提供する形態だけでは減少する担い手が増加する需要に追いつかなくなる。専門職と利用者の「一対一」の関係性だけでは限界がある。専門職がその知識や技術の一部を他者に提供することで、より多くの対象者に貢献するような「一対多」の関係が重要になってくる。リハ職が地域の体操教室の立ち上げ時に少しだけ指導する、訪問介護事業所の研修に協力するといったことによって、地域資源のパワーアップが可能。→地域リハビリテーション活動支援事業

最後に、なぜ行政に総合事業／整備事業が難しいのか？

行政ベクトルと地域づくりベクトル

行政のアプローチをかえる



総合事業／整備事業、私が気になっていること

■ 生活支援コーディネーターの孤立化させてはいけない

- 地域づくりは生活支援コーディネーターの仕事だから、一旦任命さえすれば、自治体は、解放されると思っていませんか？生活支援コーディネーターは一人で地域づくりを担うわけではありません。地域包括支援センターだけが担うものではありません。自治体が主たる担当者であることには変わりません。

■ 訪問型Aは低価格設定して事業所の負担にならないように配慮。

- 訪問型Aは地域の人材戦略として実施するものです。いわゆる「買い叩き」は絶対回避すべきです。また有資格の介護職員に従事させるのも趣旨に整合しません。有資格者を身体介護に誘導する流れがあって初めて意味を持ちます。

■ B類型は焦らず、当てはめず。

- 住民主体の活動やボランティア、NPOなどの活動は簡単には進みません。まずは地域内の基礎の団体の活動をしっかりと把握し、その発展の可能性を見ましょう。
- また、行政の考える事業展開をもとに支援枠組みを作ると、住民組織ならではの活動の自立性や柔軟性を阻害することにもなりかねません。あくまで活動主体側の希望をベースに枠組みを検討していきましょう。

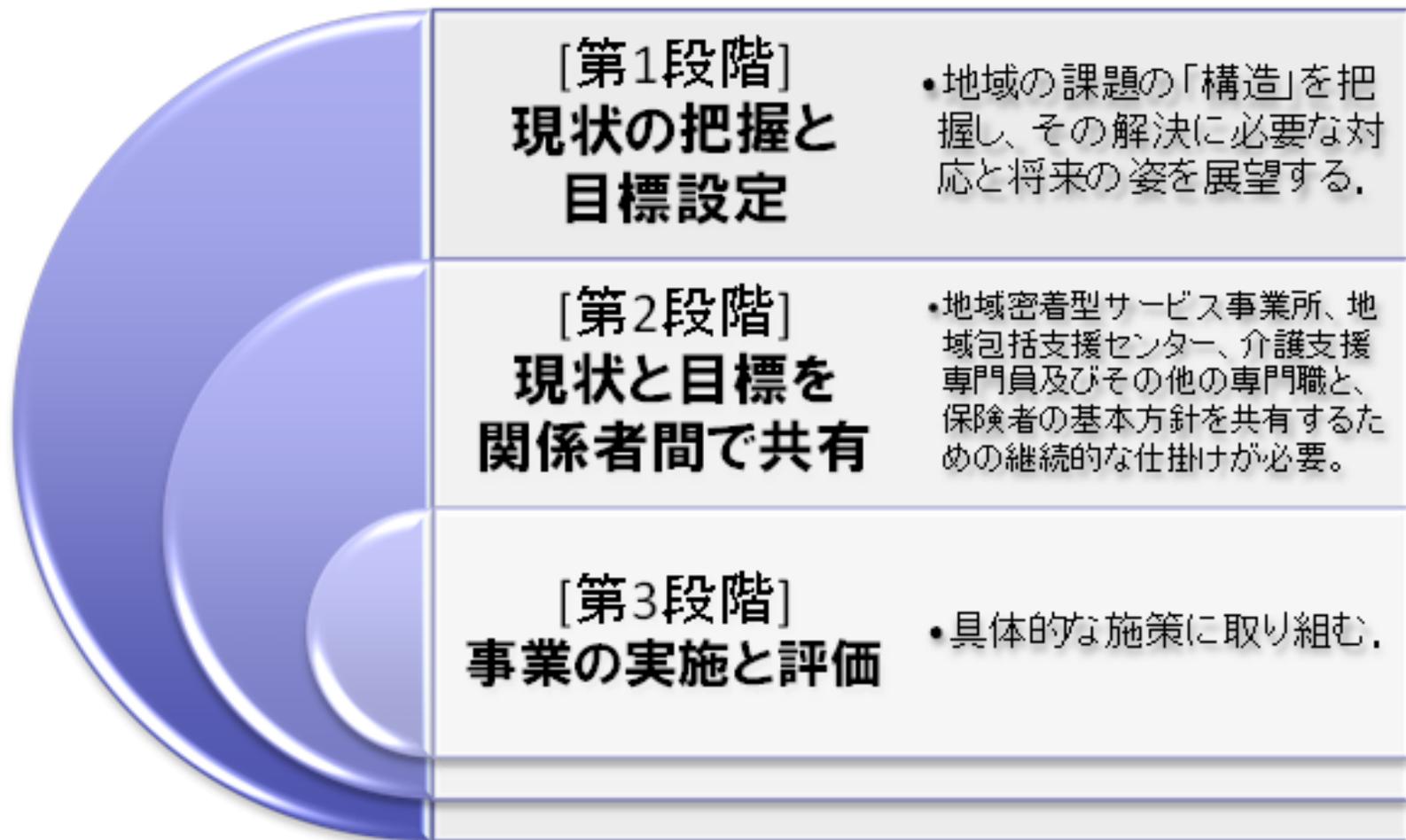
第7期介護保険事業計画の策定に向けた担当課長研修会

地域マネジメントは 「場」が命

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括 (H20-28)
厚生労働省 要介護認定適正化事業 認定適正化専門員
JICA (国際協力機構) 社会保障分野課題別支援委員会委員
中央大学大学院 戦略経営研究科 客員教授

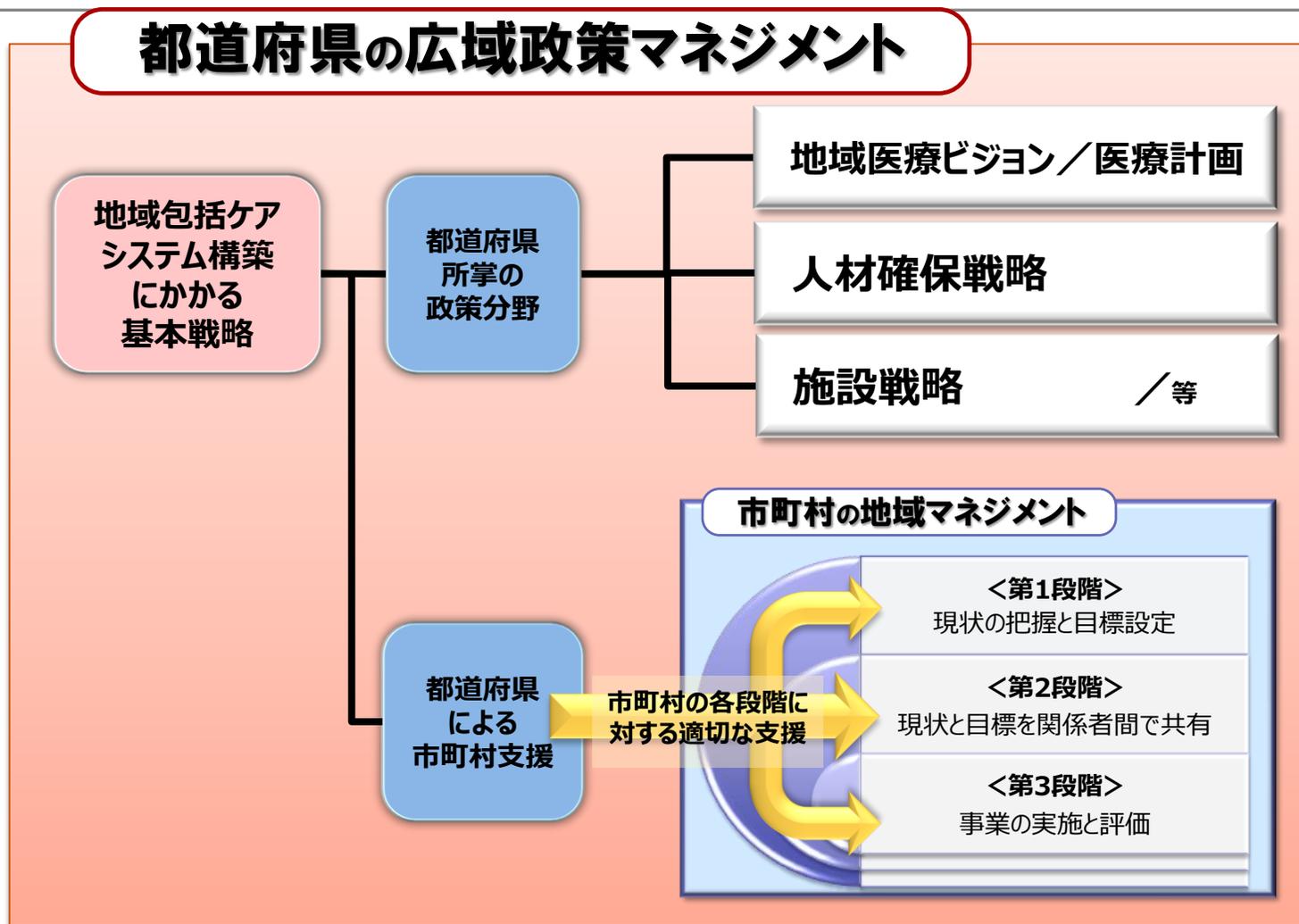
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
社会政策部長
上席主任研究員 岩名 礼介

地域包括ケアシステム構築における保険者の役割



出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング、「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業報告書」、「<地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方>～都道府県はいかにして市町村を支援すべきか～」平成28年度老人保健健康増進等事業

【参考】 都道府県の広域政策マネジメント



出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング、「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業報告書」、「<地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方>～都道府県はいかにして市町村を支援すべきか～」平成28年度老人保健健康増進等事業

基本方針を固める

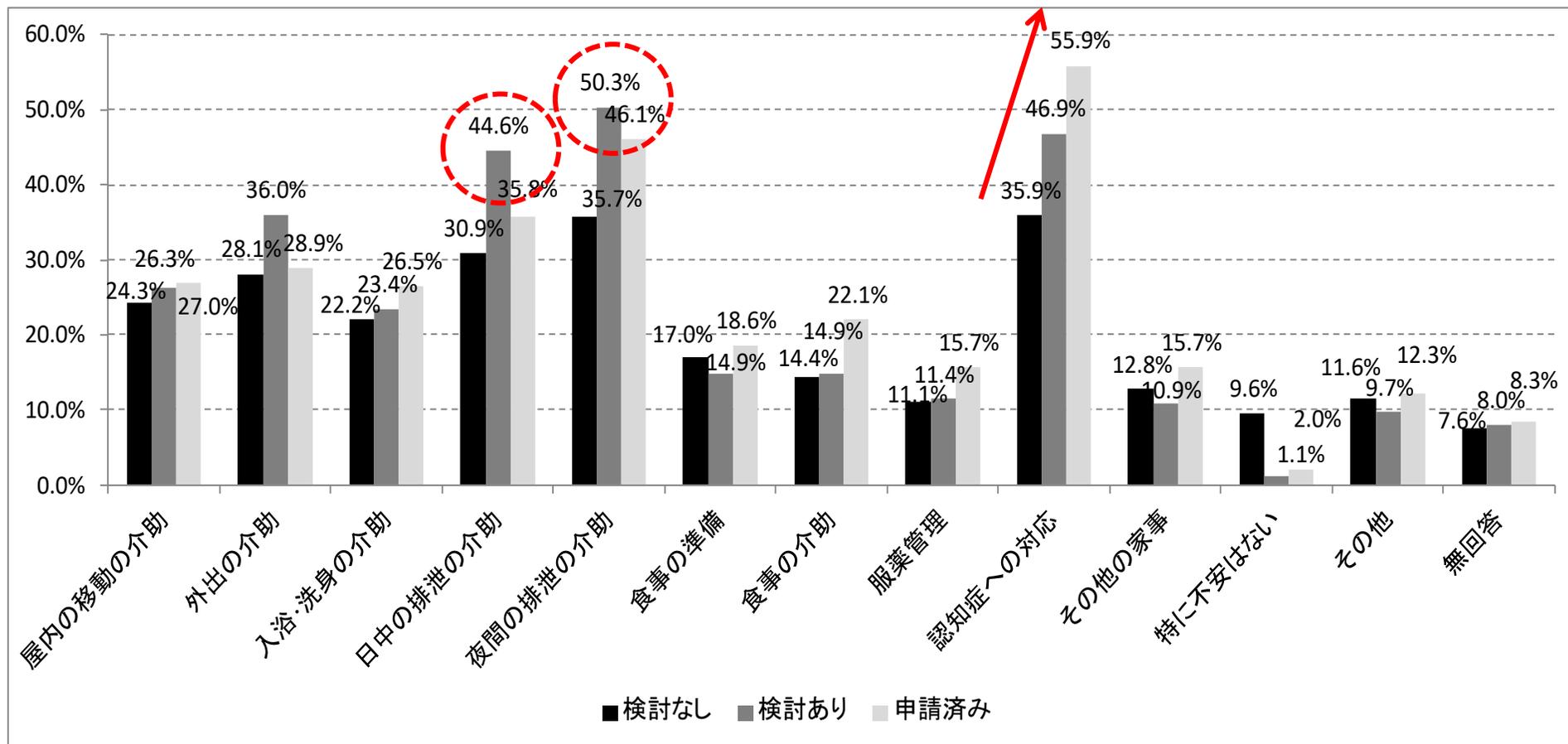
在宅限界点はなぜ引きあがらないか？

介護保険が2000年に導入されて早16年。これほどまでに介護サービスが増加したのに、なぜ在宅生活は、かくも困難なのか？ 軽度の要介護者でも在宅介護の限界を迎える現在の状況が続けば、施設をいくら作っても追いつくことはない。では、どうすれば在宅にいられる限界がひきあがるのか？

原因と対策がわかれば、それぞれの市町における地域包括ケアシステム構築における「基本方針」になるのではないか？

介護負担と在宅限界点：排泄とBPSDへの対応がカギ

図表 将来的に不安のある介護と施設等検討状況(夫婦のみ世帯+その他世帯_介3以上)



資料)平成25年度「地域生活ニーズ調査」(広島県)

在宅限界点を引き上げるためには何が必要か？

生活支援のための資源

- 要支援者・要介護者を通じ（また、認定を持たない虚弱高齢者も含め）、生活支援サービスは在宅生活の継続における大前提。
- 医療介護専門職以外の人的資源を活用した「生活支援体制」の構築が必要。

中重度を支える介護人材

- 生活支援サービスを専門職以外が担うことによって、有資格者については、身体介護に従事することにより中重度の利用者のケアの担い手が増加。
- そのためには、訪問介護員の強化が不可欠であり、総合事業における「地域リハビリテーション活動支援事業」等を積極的に活用することも方法のひとつ。
- また、身体介護へのシフトにより、事業所の収益改善効果があり処遇の改善も期待できる。

多職種連携

- 退院時の多職種協働による適切な支援が在宅限界点を引き上げる。医療介護連携パス等。
- 在宅看取りを実現するためには、在宅医療・看護だけでは不可能であり、訪問介護によるきめ細かなケアと多職種連携が不可欠。

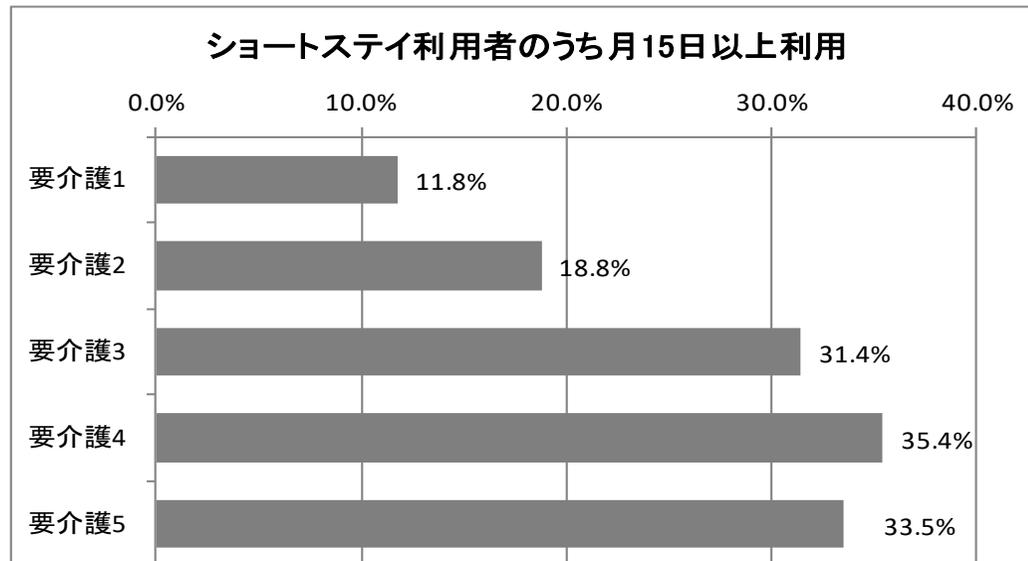
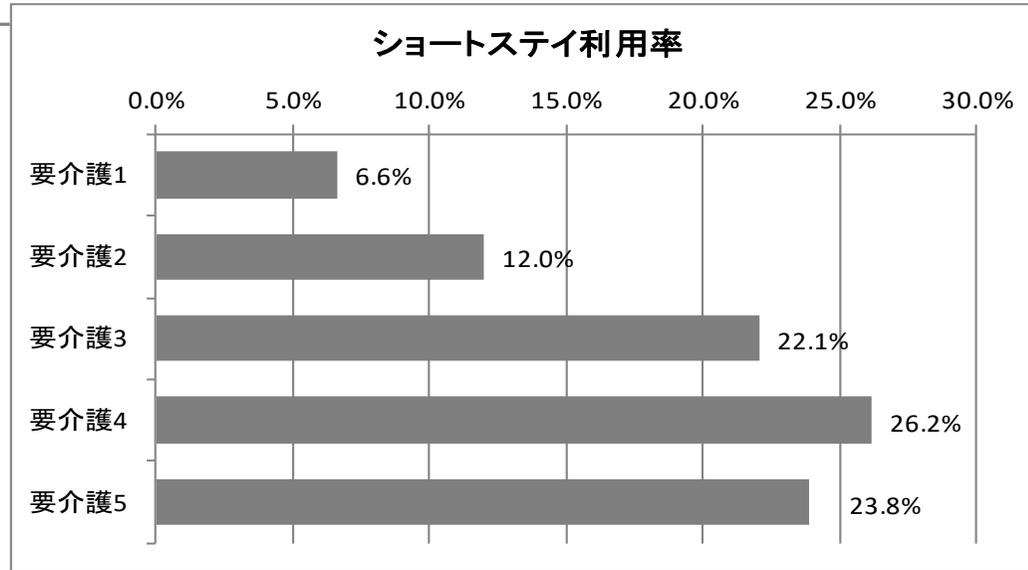
認知症でも生活継続できる地域

- 早期の段階で認知症者を把握し、適切なケアに結びつける仕組みの構築が必要（認知症初期集中支援チームの構築）
- 本人にとって馴染みのある生活環境の中で生活を継続することが必要（小多機・看多機、定巡等の整備）。
- 認知症者を受け入れられる地域づくりの推進を時間をかけて進めるべき。

在宅介護の歴史とこれから

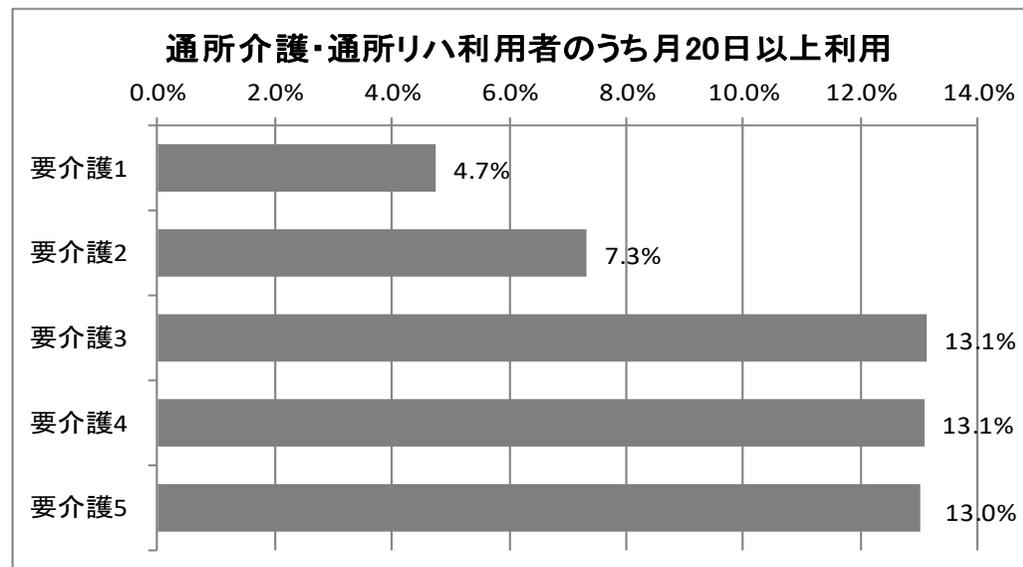
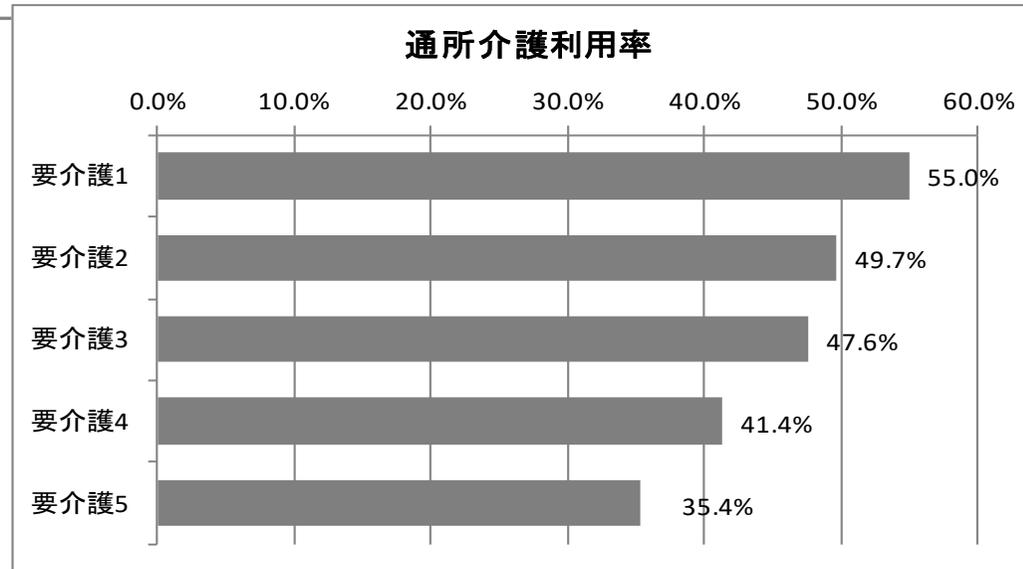
	介護サービスの利用	タイプ	介護の社会化	結果	カギとなるリソース
家族介護中心型	低	介護サービスの利用は低水準にあり、家族ケアが介護の中心。介護保険以前。	×	家族の燃え尽き 就労断念による社会的な 労働力のロス	家族の力
レスパイトケア中心型	高	介護サービスの利用は多いが、通所（デイ）とショートステイの利用が中心で訪問系は低調。	△	家族負担は軽減可能だが、重度化に伴い在宅継続困難、またはショートにおける待機的入所となることも。	デイサービス ショートステイ
ベストミックス型	高	訪問・通所・ショートを適切に組み合わせながら、在宅生活を継続。	○	訪問サービスで身体介護を支えつつ、レスパイトで家族介護の継続も可能。安定的な在宅介護を実現する可能性。	小規模多機能 定期巡回・随時対応 等の統合型サービス

居宅サービスの利用状況 (ショート)



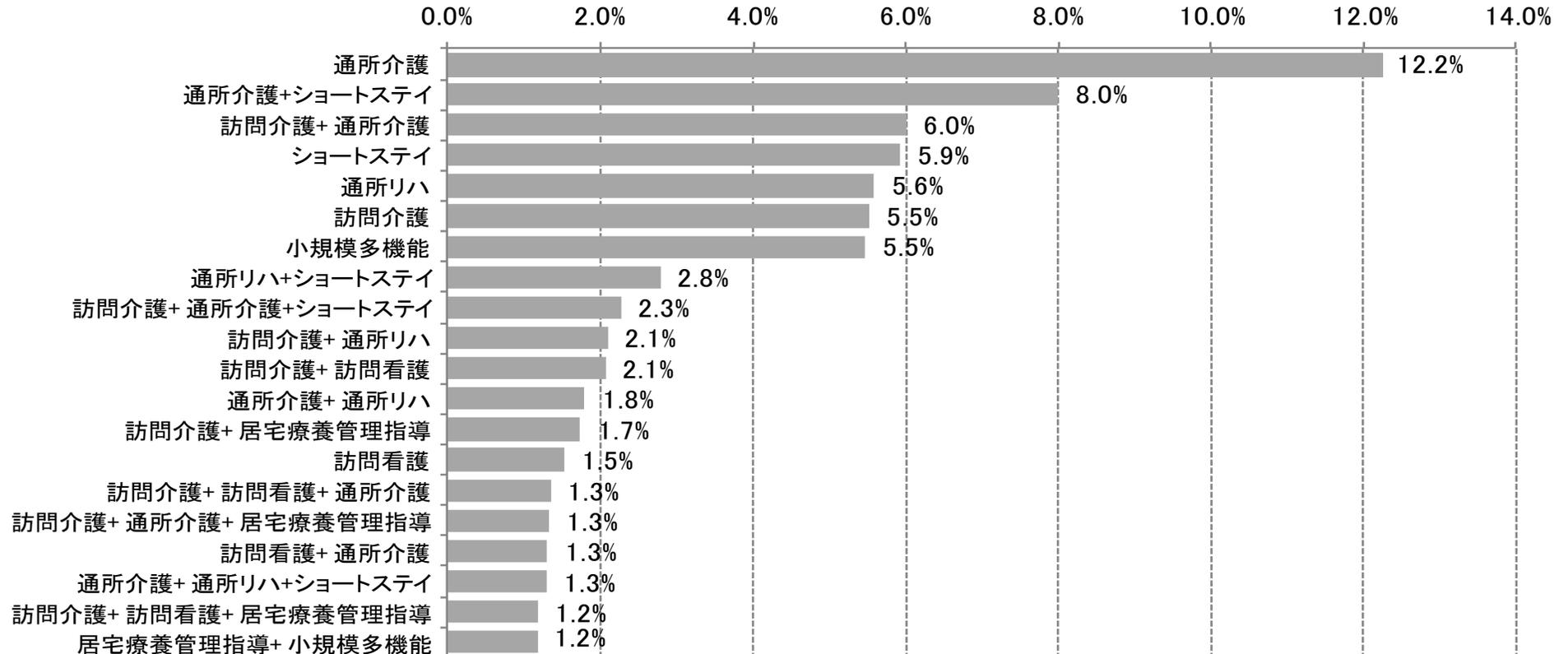
※ここでいうショートステイとは、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の短期入所生活介護も含む

居宅サービスの利用状況 (通所系)



居宅サービスの利用状況（居宅要介護3以上の組み合わせ）

<要介護3以上>



在宅限界点が低い背景

■ レスパイト中心のサービス構成

- 現在の在宅介護は、中重度に限らず、軽度者でも、レスパイトサービス利用に偏重する傾向がある。レスパイト偏重は、「在宅介護」と「施設介護」の間ともいうべき「在宅外介護」になることが多い。〈自立支援の視点や生活全体をみるアセスメントが不在になりやすい〉
- 「デイサービスの集中利用」や「ショートステイのロング化」などのレスパイト中心のケアプランは、さらに重度化が進んだ段階で施設利用につながりやすい。

■ 統合的ケアの不在（単品ケア・バラバラケアから脱却）

- これまでの在宅介護は、単品サービスの利用が中心。
- 介護は生活継続のためのものであり、複数の専門職が関わることが重要（組み合わせられたサービス利用）。
- 自立支援に向けて、複数サービスを組み合わせれば、ケアマネジメントに高い技術が必要になることからケアマネジャーのレベルアップが不可欠。他方、サービス提供側が統合（まとまる）ことで、ケアマネジャーの負荷が軽減し、より生活全体をカバーするマネジメントを行う余裕が生まれるのではないかと？

【参考】なぜ、要介護3で在宅は限界を迎えるのか？（1）

■ 居宅サービスは、十分に在宅生活を支えてきたのか？

- 訪問介護：身体介護より、生活援助を中心に提供されてきた。週に数回程度の訪問（訪問介護の平均訪問回数は0.6回/日、要介護5でも1.1回/日※1）では、要介護3以上のケア（毎日複数回の排泄ケアなど）は支えられない。結果的に在宅継続をあきらめ、施設入所に。

※1：社会保障審議会介護保険部会資料

- 従来のヘルパーは、登録型ヘルパーが中心であり、専門性の向上のための計画的な研修などには限界がある。（介護の産業化の必要性＝専門性の高い常勤職員体制への移行が必要）

■ デイサービスのレスパイト機能の限界

- デイサービスは、在宅介護者のレスパイトサービスとして、極めて重要な役割を果たしているが、デイサービスは、日中の一定時間のみの対応であり、夜間や深夜、早朝帯は引き続き、家族の介護となる。要介護3以降では、排泄介助が大きくなるため、デイサービスのみでの対応では、いずれにせよ、在宅介護は限界を迎える。

■ 小規模多機能サービス（訪問・通所・泊まりの月額定額組み合わせサービス）は、在宅の切り札か？

- 小規模多機能は、定額の通所介護サービスとなっていないか留意が必要。
- 訪問が十分に行われない場合、事業効率の高い「預かり機能中心」となることから、家族に対するレスパイト機能は発揮されるが、利用者の在宅生活は支えきれない。

【参考】なぜ、要介護3で在宅は限界を迎えるのか？（2）

■ ショートステイの増加は、歓迎すべき方向性か？

- ショートステイのミドル・ロングステイ利用の増加。入所定員の半数近くが、中長期利用となっている地域も存在する。すでに、地域によっては、ショートステイの供給不足は解消されつつあり、単純なショート増加は、「みかけ上の在宅を増やす」懸念も。
- 在宅限界点を支えるためには、レスパイト機能よりも、訪問系サービスの充実が必要。

■ 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の普及がカギ

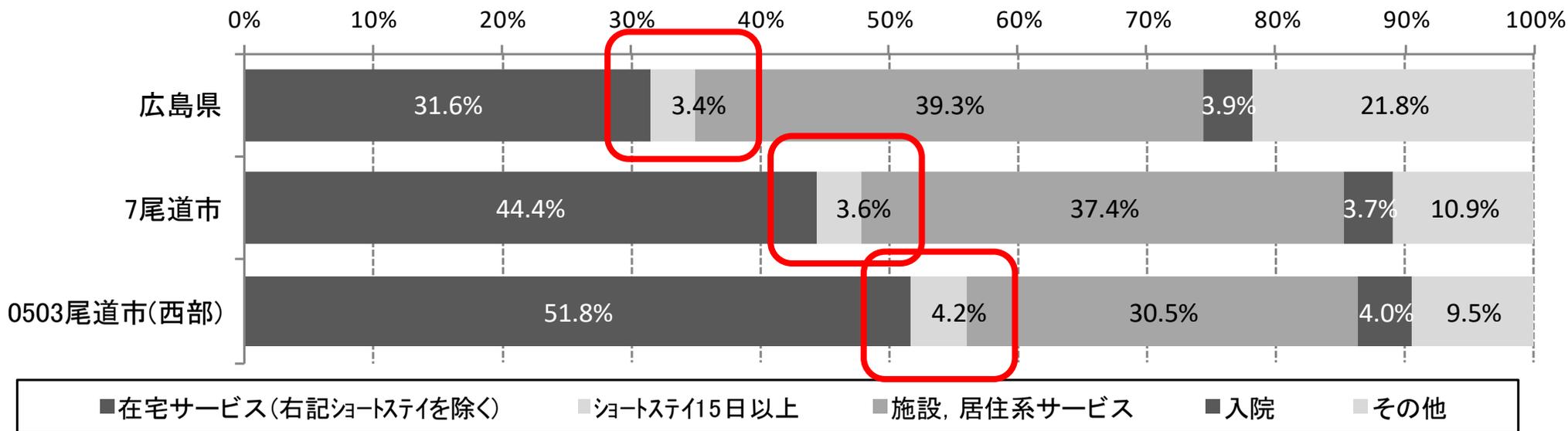
- 在宅介護の実質的な負担を軽減するためには、平成24年度から導入された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の普及がカギとなる。
- そのためには、「訪問介護」事業における、事業者の「中規模化・大規模化」や事業者間の連携・共同事業化を推進することが必須条件となる（全国ネット化よりも地域内複合化）。
- 中規模・大規模化の流れの中で、介護人材の処遇改善も進むのではないかと（企業内人材育成が進む可能性）。

ケアバランス指標：地域包括ケアシステムの進捗モニタリング指標の1つとして

入手方法 広島県医療・介護・保健情報総合分析システムで提供予定（H24事業で試行版を作成）

狙い 地域包括ケアシステム構築の進捗を確認するモニタリング指標の一つ（アウトカム評価）。

- 活用方法**
- 要介護3以上の認定者の現在の居所を特定する数値として定義。
 - 準在宅状態ともいえる「ショートステイ15日以上（SS15+）」の比率の高さは、住み慣れた地域に住み続けることができていない状態であり「ケアシステムの狭間」にある状態と考えることができる。解消のためには、施設を増床するか、在宅限界点を引き上げるしかない。
 - このことから、本事業では「ケアバランス指標」を地域包括ケアシステム（住み慣れた地域で住み続けるための仕組み）のモニタリング指標と設定した。



ケアバランス指標（凡例）

■ 在宅サービス（ショートステイ15日以上利用を除く。）

- 居宅サービスを利用しながら、在宅で生活継続している層（住宅改修及び特定福祉用具販売のみの利用者は除外）
- 在宅介護の質や居宅サービス利用の過不足は評価できない。

■ ショートステイ15日以上（SS15+）

- 一か月当たりのショートステイの利用日数が15日以上になる利用者数を特定しており、現実的に在宅継続が困難な層と考えることができる。
- この層をどのように解消するかは、地域の優先課題。「施設増床」または「在宅限界点向上」で解消するが、施設増床が望めない中では「在宅限界点向上」が唯一の方策である。
- したがって地域包括ケアシステムの構築においては、「SS15+」を上昇させないことが、当面の現実的な目標の一つとなりうるのではないか。

■ 施設，居住系サービス

- 特養，老健，療養，特定施設，グループホーム，地域密着型特定施設，地域密着型特養（サ高住等は除く）。

■ 入院

- 医療保険適用の病床に入院（一般病床への入院も含む。）

■ その他

- 家族介護又は自費によるサービス利用によって在宅生活を継続している可能性が高い。

規範的統合を進める

基本方針の共有（規範的統合）はなぜ必要か

規範的統合が欠如した状態で
先進事例を模した取組を実施

取組が一部の専門家や事業者限定され
地域全体に広がらない

取組のデザインやサービス内容は良いが、
地域内の関係者の賛同・参加が得られず、
具体化しない(キーパーソンが見つからない・
参入事業者がない)。

仕組みが本来の意図と異なる方向で運用
されてしまい、実効性がない。

先進事例を参考に取組んだが、同じよう
な効果が得られない。

結果的に地域の
システムにならない

事業が具体化されない
事業が継続できない
自治体職員の疲弊

財政的インセンティブの目
的から逸脱した運用が発生

社会資源の無駄が生じ、地域関係者
の士気が低下

規範的統合が行われた上で
取組を実施

すべての関係者が同じ方向に向かった取
組が行われる。

取組の背景や文脈が理解された上で、
ゴール地点が共有されるため、関係者の
賛同が得られやすく、キーパーソンが出現
する。

本来の目的が共有されるため、文脈を逸
脱した運用リスクが減少する。

実効性が高まることで士気も向上し、効果
的な取組となる。

「規範的統合」は、地域包括ケアシステムの構築の
先進地域において、共通している側面

基本方針の共有方法

- 明確な基本方針（地域の方向性）を定めることが重要。その上で、関係者（市民・専門職・各種団体・地域の企業など）の間でこれを共有する。

手法	特徴	制約
専門職による勉強会など 【三方よし研究会など】	地域の多職種などによって形成される勉強会や情報交換の場など。症例検討や専門的な知識の交換によって高いレベルでの共有が可能。	専門的な知識や情報の交換には適しているが、 保険者がどこまで主体的に関与できるかが課題 。臨床レベルでの議論が政策レベルでのから乖離しないよう 伴走する力量 が求められる。
一般的な研修プログラム	比較的簡単に企画、実施が可能。また地域の関係者に対して一斉に情報発信できる利点があり、多くの地域で実施されている。	研修の 評価とフォローアップ を実施しなければ 単発の研修会にはほとんど効果が期待できない 。また研修企画が講師の背景や 経験に左右されるため基本方針等を共有は困難 。
長期的な研修プログラム 【大牟田市の取組】	長期的な研修プログラムを実施することによって研修参加者を地域のコア人材として育成することが可能	プログラムの構築から運営まで、高いレベルでの取組 が求められる。人的資源の発掘が必要。ただし実施すれば高い効果が期待できる。
地域ケア会議 【和光市など】	地域ケア会議における個別ケースの検討を通して、共通の視点と価値観を共有していく。地域包括支援センターの能力向上が不可欠。	高い効果が期待されるが、 会議の運営能力と方向付けには力量 が求められる。

地域マネジメントと指標

地域マネジメントは、PDCAであり「指標」と「場」が大切

■ Plan-Do-Check-Act

- 実は、きわめて簡単なこと。
- 問題は、「どういう目標を立てるか」とどう進めていくか。

■ このサイクルをまわしてく際には、指標が不可欠

- 「財政インセンティブ」はこの文脈から出ているものであり、「数字あわせ」をするためのものではない。したがって、インセンティブの獲得を目的化させるのは誤り。
- 指標は、「客観的」で「事後検証が可能なもの」を選択するのがポイント。また、データの取得が容易なものを選択。

■ 前に進めるには、自治体だけでは不可能

- 多種多様な関係者を「まとめる」「まきこむ」地域包括ケアシステムにおいては、関係者が参加する「場」が必要不可欠。これをどうまわしていくかが、地域マネジメントの基本。

【参考】在宅を評価する客観的な指標

- 可能な限り日常生活圏域単位で設定することが望ましい。
- 可能な限り、**何をしたか（アウトプット指標）**ではなく、**何を改善したか（アウトカム指標）**を設定する。
- 複数の指標で総合的に評価することも考慮する（一つですべてを表現することは困難）

指標	特徴	制約	入手元
ケアバランス指標	地域内の要介護3以上の要介護者の居所を分析した指標。在宅限界点が低ければ	在宅率が高い場合でも、在宅生活者の受けているケア（居宅サービス・家族ケア）の適切性までは評価できない。	広島県医療・介護・保健情報総合分析システム
施設入所者要介護度	介護保険3施設の要介護度分布を分析。介護保険3施設の対象を要介護3以上と考えた上で、要介護2以下（または要介護3以下）の比率を確認する。中度者が高ければ居宅サービスの不足または施設の過剰とみることができる。（ケアバランス指標の裏返し）	今後の法改正によって要介護3以上に限定されるため必然的に要介護3以上が多くなる。	広島県医療・介護・保健情報総合分析システム
施設入所検討率	認知症者の施設希望を把握することで、認知症ケアの有効性を評価することが可能。	施設サービスの利用は、地域包括ケアシステムの形態の一つであり、望ましくないとはいえない。本来は望まない施設申し込みを把握すべき。	地域生活ニーズ調査と認定データの接続分析

【参考】在宅を評価する客観的な指標

指標	特徴	制約	入手元
ショートステイ 15日以上利用	地域包括ケアシステムが脆弱で、施設が満床ならばショートステイの長期利用者が増加する。本指標の減少をもって、居宅整備状況を評価することが可能。	施策実施によるショートステイが減少しても、行き場を失った高齢者が在宅で孤立する可能性がある。居宅サービスの有効性は評価できない。	広島県医療・介護・保健情報総合分析システム
レスパイト依存度	要介護認定者に占めるショートステイ15日/月以上利用及び通所系サービス20日以上利用者の割合。レスパイト依存傾向のある利用者の増減をモニタリングする指標として活用。	レスパイトサービスそのものは、在宅介護に必要なものであり、全体としての評価の参考にはなるが、個別の利用者に対するケアマネジメントの妥当性は評価できない場合がある。	広島県医療・介護・保健情報総合分析システム
サービス 組み合わせ率	訪問系サービスの組み合わせパターンのモニタリング。ケアマネジメントの高度化を計測するための指標として活用。		広島県医療・介護・保健情報総合分析システム
要介護度変化率	要介護2及び要介護3の維持率・悪化率・改善率の指標。在宅限界点を要介護3と設定した場合に、在宅限界点を超えないような取組の成果を評価することが可能。	全体としての評価の参考にはなるが、個別の利用者に対するケアマネジメントの妥当性は評価できない。	各市町村の認定データ（要抽出・分析）
トイレ排泄率	在宅での限界点の障壁のひとつであるトイレ介助の問題について、トイレで排泄可能な一部介助以上の認定者数の比率を指標として把握する。		地域生活ニーズ調査と認定データの接続分析

介護保険事業計画(地域包括ケア計画)はどうしたらよい？

介護保険事業計画のこれまでとこれから

現状追認型

- 基本的に、事業者の自由な参入意向がベースとなっている計画であり、将来利用見込み（整備目標ではない）は、人口推計と過去数年間の利用傾向の延伸によって推計されている。
- 現状のサービス利用が妥当であることを前提とした計画であり、保険者や地域の明確で具体的な方向性は含まれない。

平準化型

- 「見える化」のデータなど、他都市との関係性において、突出した項目や事象に着目し、平均値に近づけるような方向で議論がされる。
- 突出している原因を探索するなど建設的な議論が期待できるが、最終的な地域のデザインは、全国平均であり、それぞれの地域の特性にあった計画ではない。

目標志向型

- それぞれの地域における解決すべき課題が明確化され、課題分析が行われた上で、具体的な解決の道筋が検討された計画。
- サービスの基盤整備についても、地域の独自性が表れており、保険者の意思が明確に示されている。
- 検証可能な客観的指標を伴う目標であることが不可欠であり、関係者間での意識の共有が不可欠。

目標志向型計画を立案するために絶対必要なもの

■ 当然ながら、「目標」が必要であり、前提として課題分析が必要

- 地域包括ケアシステムの目的は「住み慣れた地域に住み続けること」である以上、課題は「住み慣れた地域に住み続けることが困難であること」。それがなぜなのかの分析がなければ計画は立たない。

■ 数値目標を設定する

- 地域包括ケアシステムの構築を目指すための介護保険事業計画であることを前提にすれば、当然ながら、地域包括ケアシステムが構築された状態を数値化する努力が最低限必要である。待機者数や、施設検討率、SS15+など様々な指標が検討できる。複数の指標を設けるのがコツ。

■ 資源集中を検討する

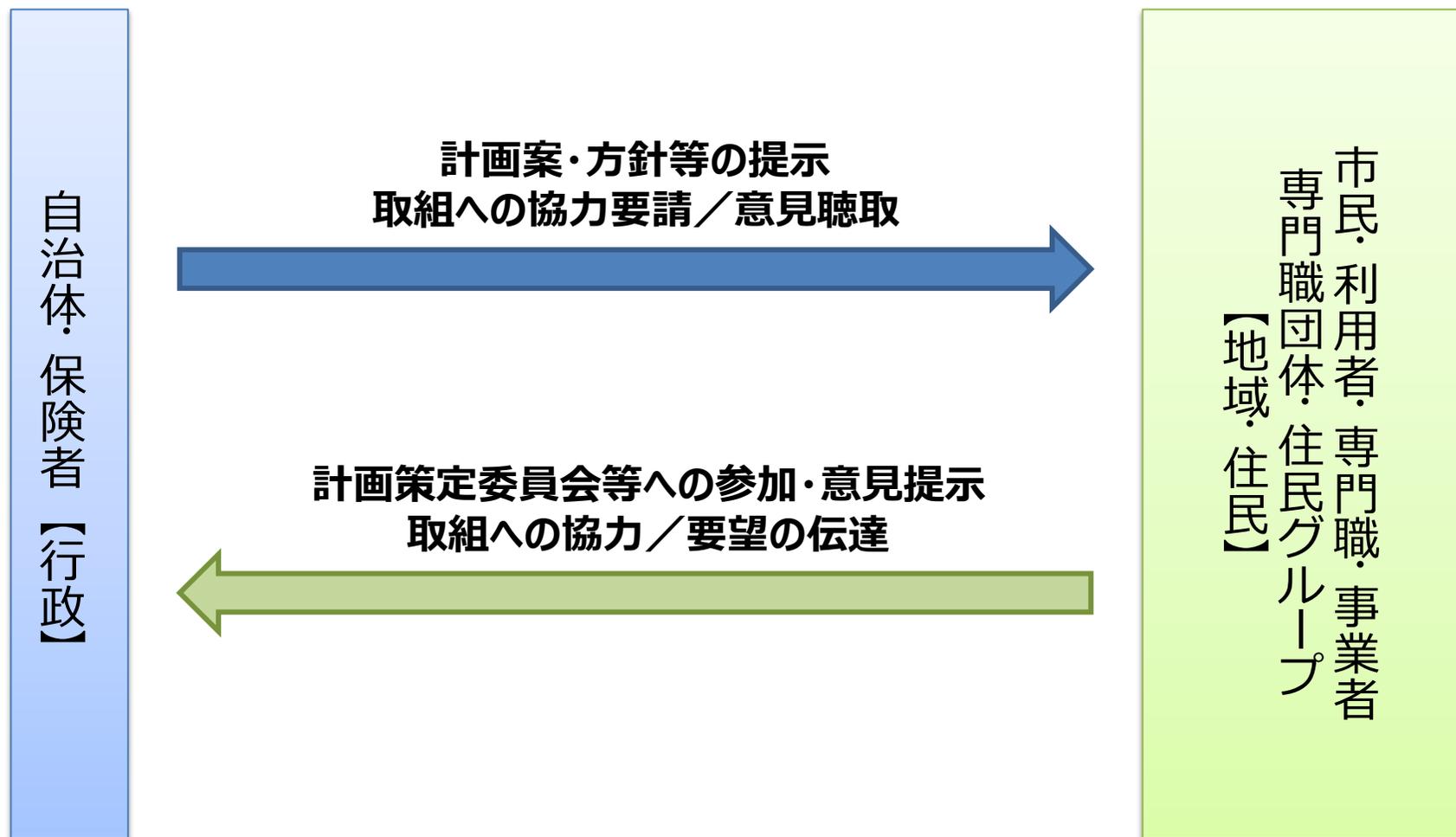
- できればすべての既存事業や施策が、目標達成に貢献するような事業の微修正ができればよい。「一目標一事業」をやめて「一目標多事業」として資源を集中させて目標達成を目指すか、それぞれの事業が目標達成にどういう貢献をするのかを考えて全体設計を行う。

■ 目標とそのための方法、またロードマップを共有する

- せっかく作った目標や事業も、地域の関係者間で共有されなければ実効性がない。「風が吹けば桶屋が儲かる」風のストーリーを関係者全員が意識できることが必要。

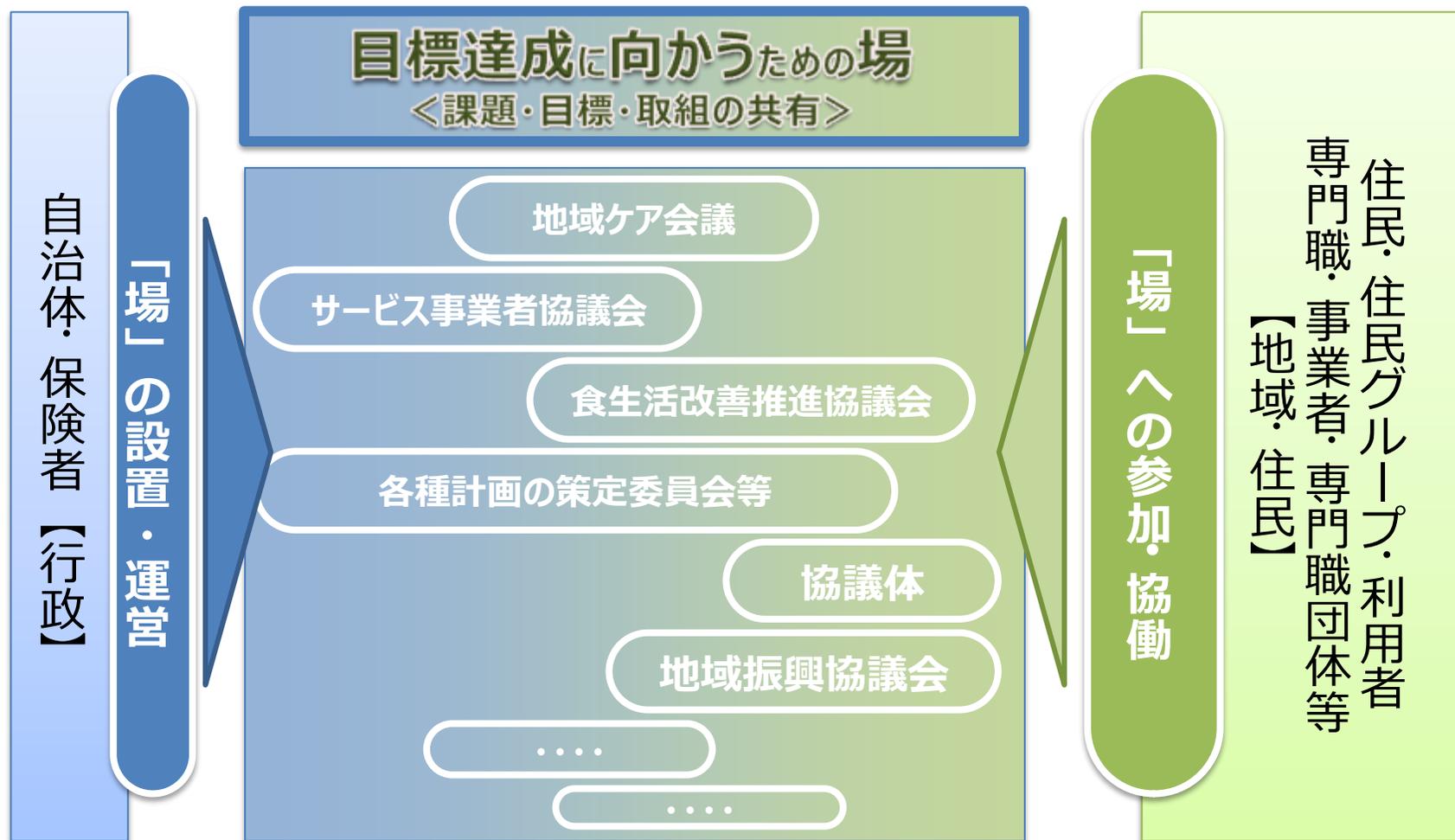
地域マネジメントとは「場」が命

地域マネジメント【これまでの行政と現場の関係】



出所) 地域包括ケア研究会報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

地域マネジメント【これからの行政と現場の関係】



出所) 地域包括ケア研究会報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

「場」の運営について考え直すことが大切

- **「葉っぱ事業」と「土事業」では「場」の使い方が違う**
 - オーマルセクターが集まり葉っぱ事業では、議題や議論の方向感を持つことは必要であり、また指標を用いた進捗モニタリングも「PDCA」の考え方においては、不可欠。
 - 他方、住民主体の取組等に用いられる「場」は、インフォーマルな場であり、PDCAにおける「計画」や「評価」が適さない場合も多い。議論においても多少のブレは気にしない。
- **承認としての場ではない「協働」のための場**
 - 従来の会議体においては、行政側からの「提案」に対して、関係者が意見を出し、承認する場として位置づけられてきた。
 - 地域マネジメントにおいては、落としどころのある会議を目指すのではなく、関係者の積極的な参加に基づく「協働」を目指す。
 - 保険者・自治体の役割は、こうした場の提示と運用。