

地域包括ケア初任者合同セミナー

地域包括ケアシステムとは 何をすることか？

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括(H20-30)
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

本資料において出所が明記されていない図版、テキストはすべて三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、または岩名礼介作成のものです。本資料は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社の著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所を明記してください。

出所表記の例：資料)岩名礼介「近畿厚生局主催 地域包括ケア初任者合同セミナー」講演資料、2018年

まずは、「何を目指しているのか」から

地域包括ケアシステムの定義と目指すもの

地域包括ケアシステム が目指すもの

高齢者が尊厳を保ちながら、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

それが成り立ちにくいからこそ、**地域包括ケアシステムの構築が必要**

地域包括ケアシステム の定義

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するため、**医療や介護、予防**のみならず、福祉サービスを含めた様々な**生活支援サービス**が日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

「住み慣れた地域」で「自分らしい暮らし」ってどういうこと

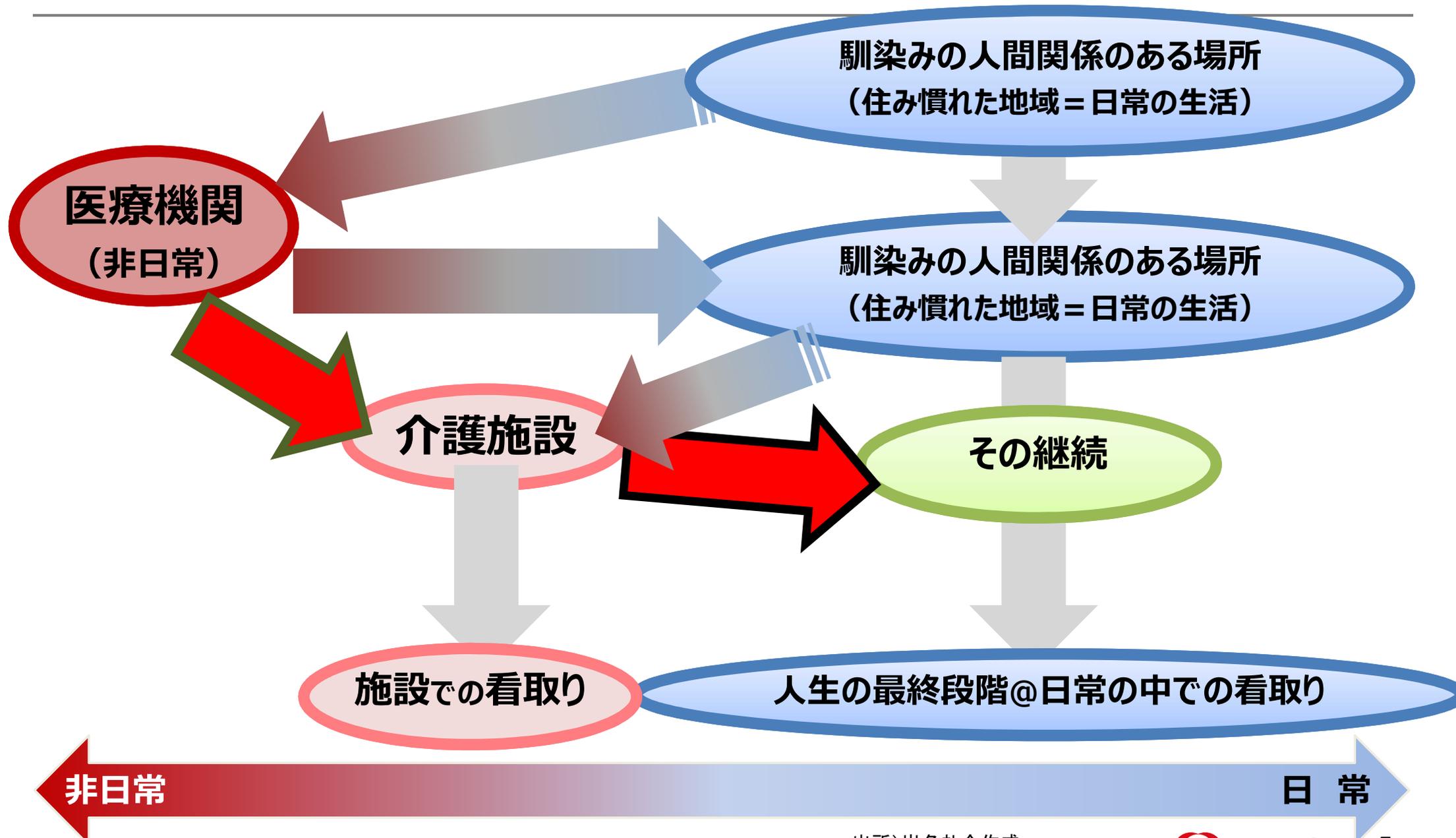
住み慣れた地域

通勤族にとっての住み慣れた地域ってなんですか？ 誰もが同じ家に住み続けることが少なくなったこの時代に、「住み慣れた地域」とは何を意味するのでしょうか？ 物理的な地域に愛着があるのでしょうか？ 本当は、「**なじみの人間関係**」にこだわっているのではないのでしょうか。

自分らしい暮らし

みんな大好きな「自分らしさ」。自分の生活を振り返ってみて、そんなカッコいい生活していますか？ 自分らしさとは、「**マイペースに生活できる気楽さ**」くらいでいいのでは？ 自分らしい暮らしとは「寝る前に一杯やれる気楽さ」。それは、自宅でやれば「マイペース」、施設でやれば「自分勝手」。ちょっとした自分勝手をマイペースといってくれる施設も大切かもしれません。

地域包括ケアシステムが目指すのは、「日常≒マイペース」だ。

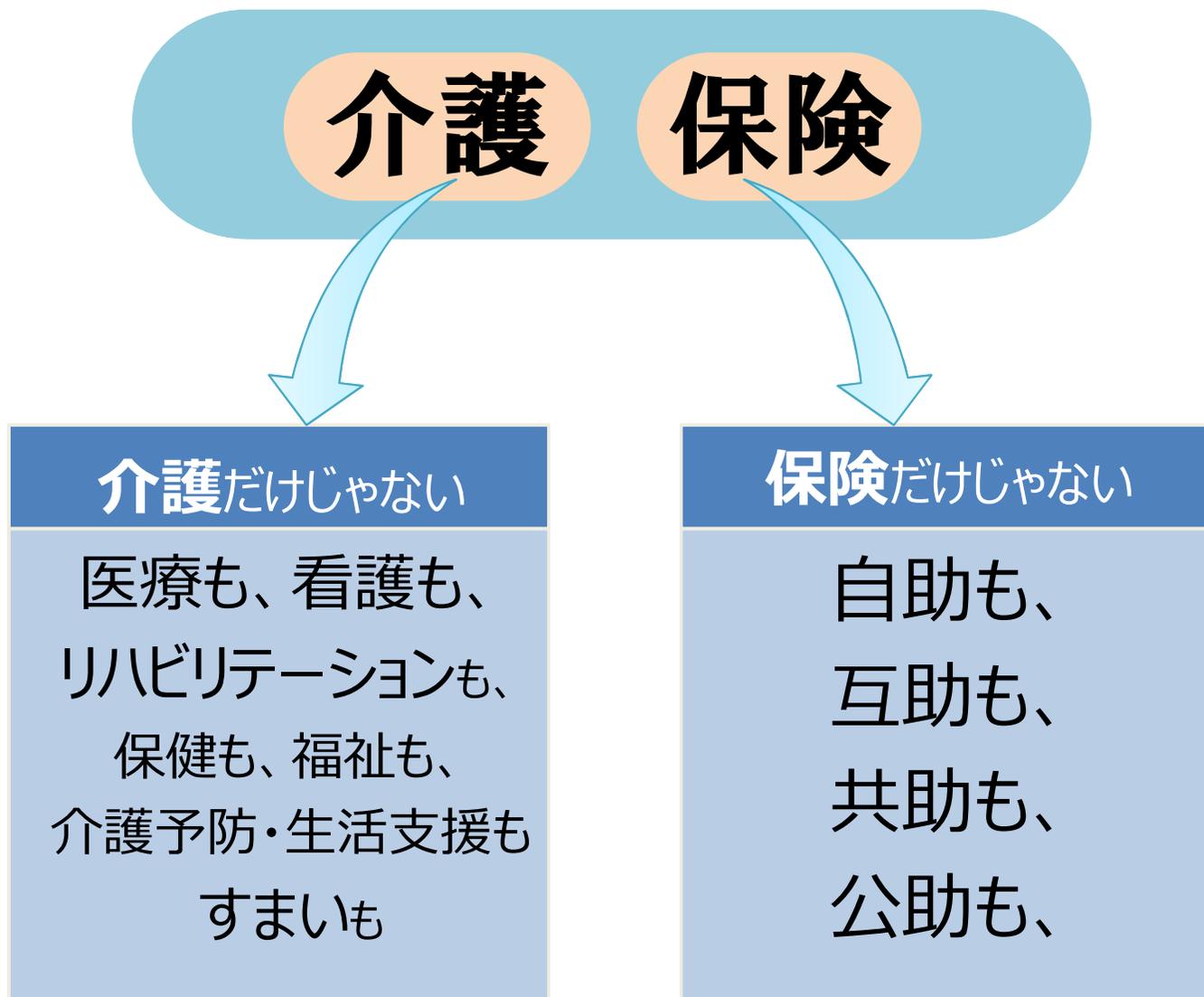


地域包括ケアシステムの植木鉢

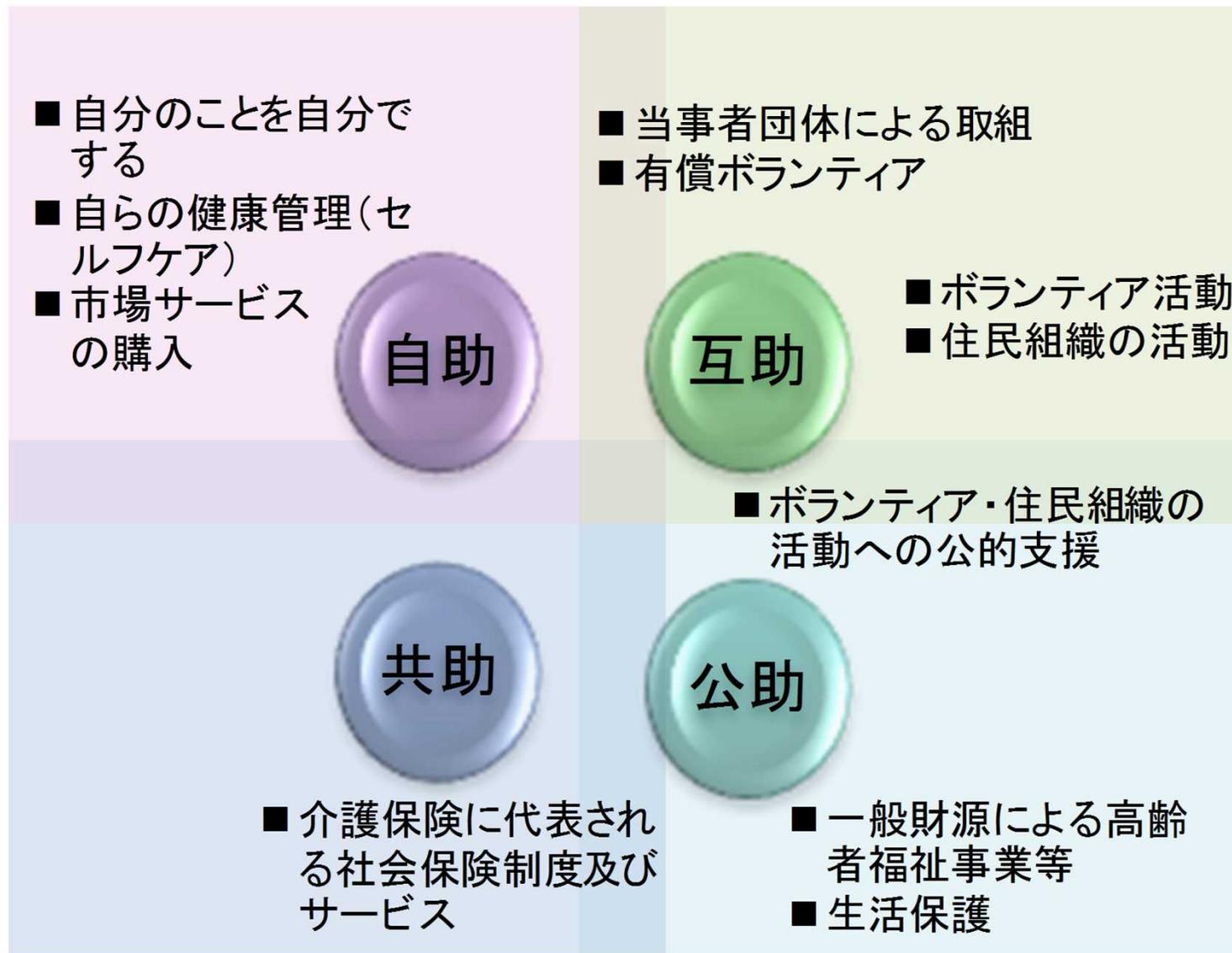


出所)植木鉢の絵:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。

地域包括ケアシステムは、「介護保険」とどう違う？



保険だけじゃない：自助・互助・共助・公助



出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】」(地域包括ケア研究会)、平成24度老人保健健康増進等事業

それで結局、地域包括ケアシステムって何をしたらいいんだ！？

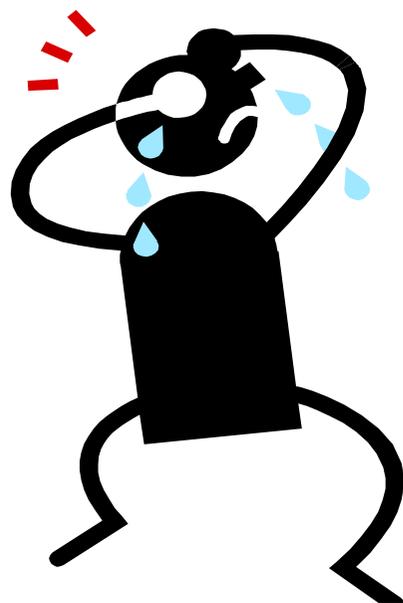
医療と介護の連携

地域ケア会議？

住民主体の取組？

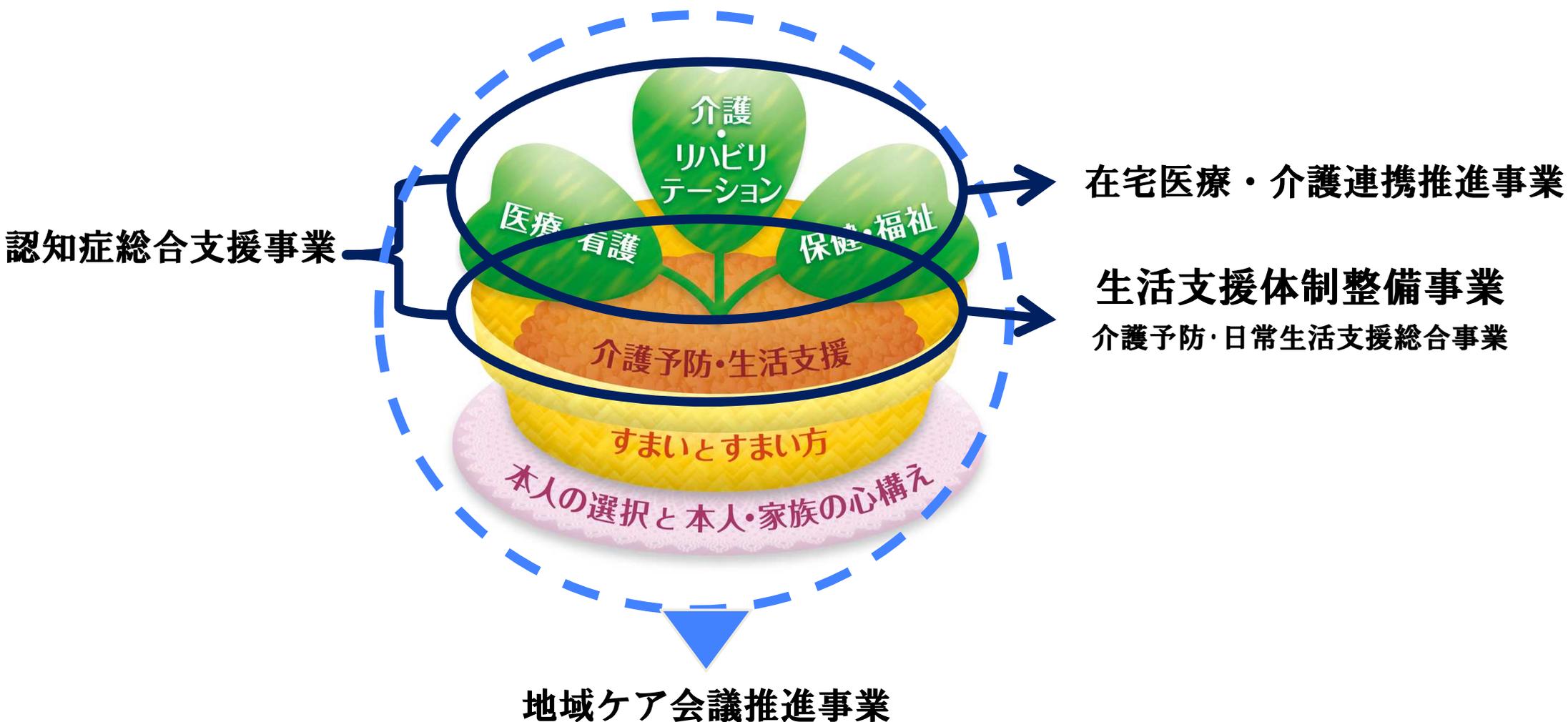
在宅医療？

在宅介護の充実？



地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

新しい地域支援事業（包括的支援事業）は、地域包括ケアシステムを具体化するための取組の総称



出所)植木鉢の絵:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。楕円と周辺の文字については筆者が加筆。

地域包括ケアシステムの植木鉢



葉っぱ事業

まとめる

共助

公助

土事業

まきこむ・まじわる

自助

互助

共助

公助

土事業では「四助」すべてが関わるものの、共助や公助の関わりは部分的。専門職にしかできないことに集中していくためにも、自助や互助の役割がより重要に。専門職の役割は、部分的／側面的な支援となっていく。

出所)植木鉢の絵:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。

地域包括ケアシステムとは何？

葉っぱ事業

まとめる

- ◆ 地域の様々な資源をまとめていく仕組み。特に、専門職については、事業者間の連携コストを引き下げるための取組を推進していくことが重要。
- ◆ 自分達の取組が「どういう意味で」「何を」まとめているのかを意識していくと、個々の取組が地域包括的であるかどうかを考えることができる。

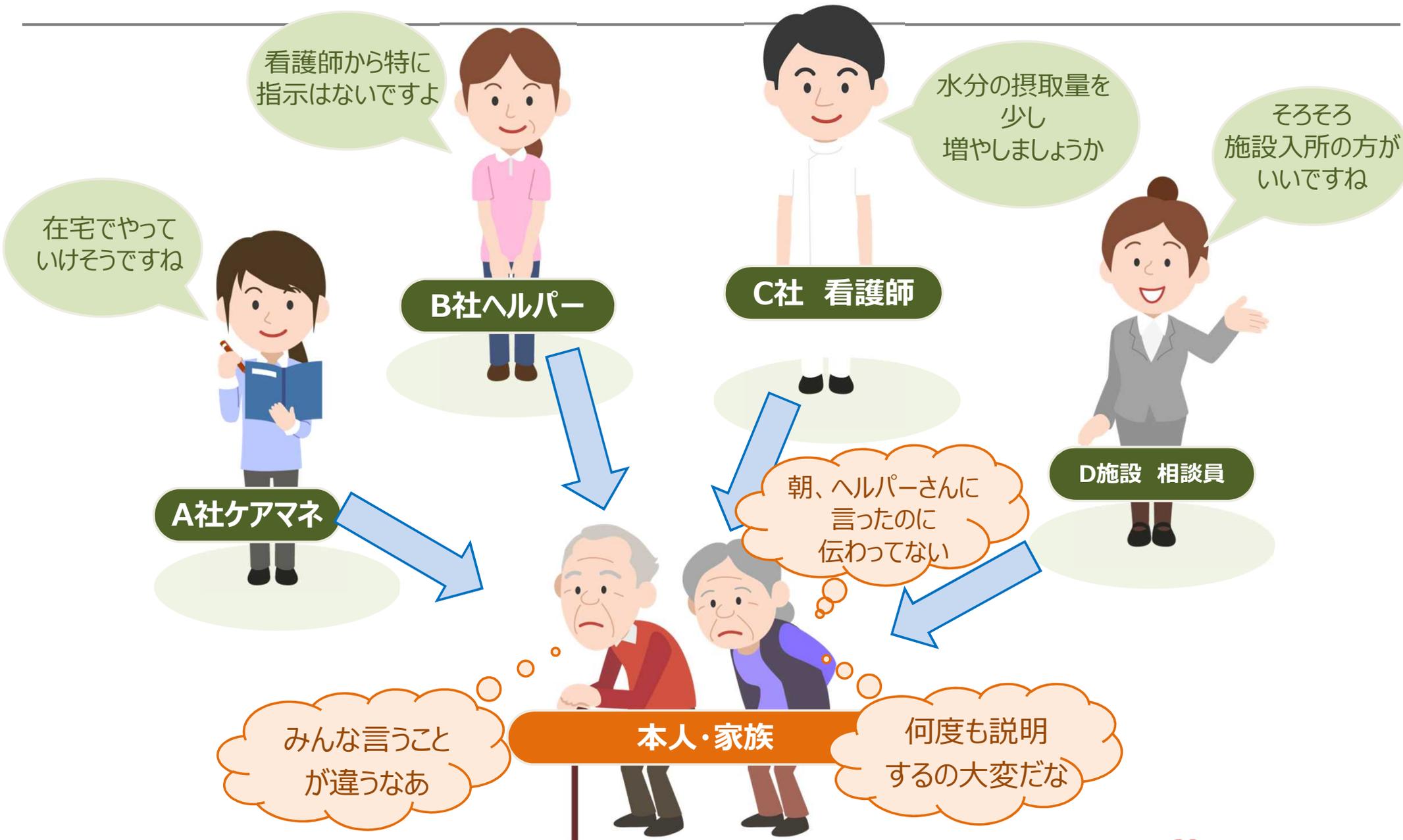
土事業

まきこむ・まじわる

- ◆ 地域包括ケアシステムは、専門職以外の関係者が参加してはじめて成立すると考えるべき。地域住民や、家族、ご近所とのつながりなど「自生的に土壌が構成」されることが重要。介護分野以外の関係者がどれだけ参加するかがポイント。医療・介護関係者だけで形成される地域包括ケアシステムは脆弱である。事業者も行政も、介護以外の世界の人と「まじわる」ことが大切。

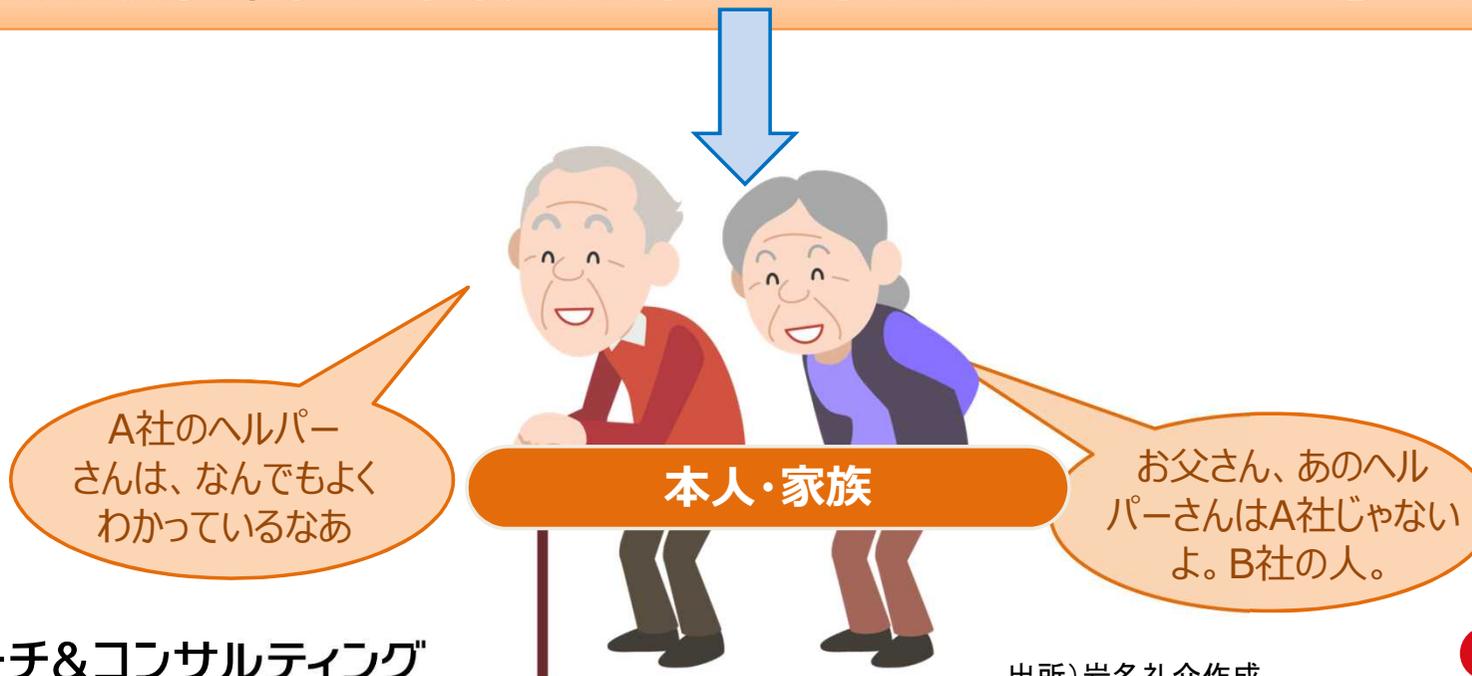
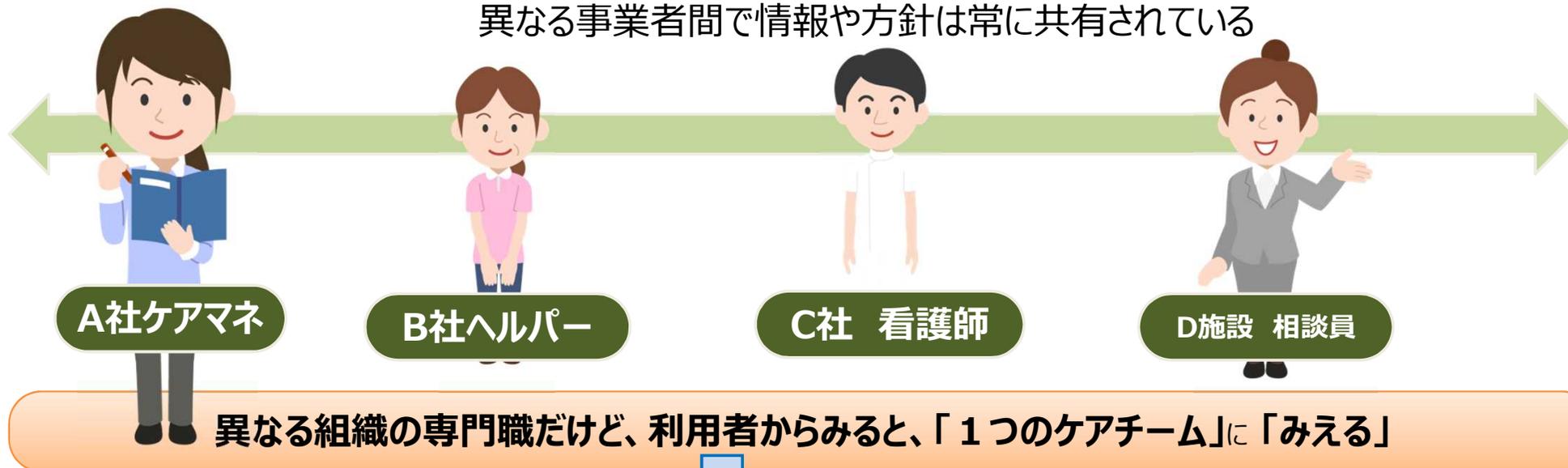
「葉っぱ事業」の背景と方向性

こんな在宅生活はいやだ



「利用者からみて一体的なケア」で健全な錯覚を！

異なる事業者間で情報や方針は常に共有されている



地域包括ケアシステムの葉っぱ事業 = まとめる

利用者からみて
「一体的にみえるケア」

地域の中にある「バラバラ」なものを
「まとめる」仕組みのこと！

「考え方」をまとめる

サービス担当者会議や
地域ケア会議を通じて

「ケアの方法」をまとめる

医療介護連携パスなどの
ケアの手順を統一化

「書式」をまとめる

アセスメントの方法や
書式を統一化

「事業所」をまとめる

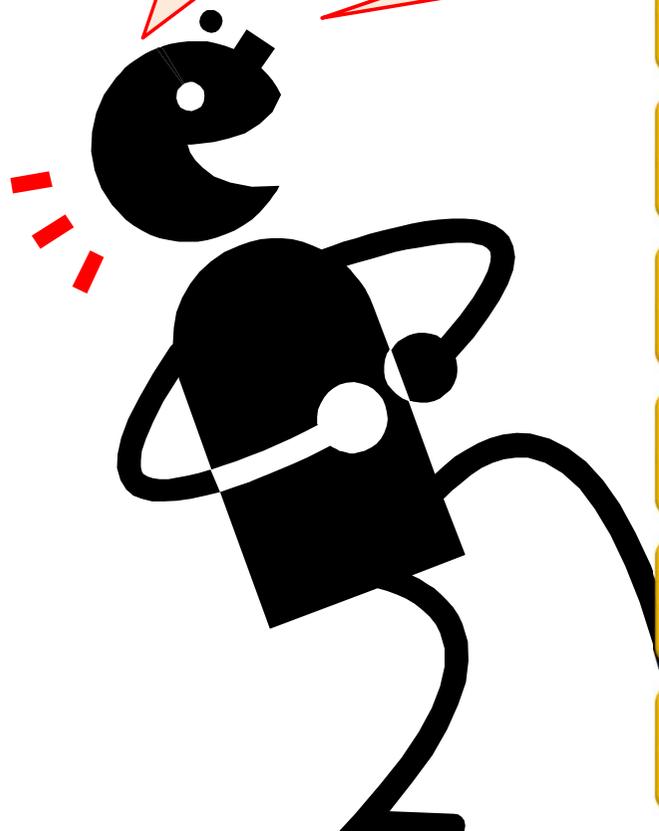
業務・事業提携、経営統合

「研修」をまとめる

サービス事業者
の研修の共同開催

「サービス」をまとめる

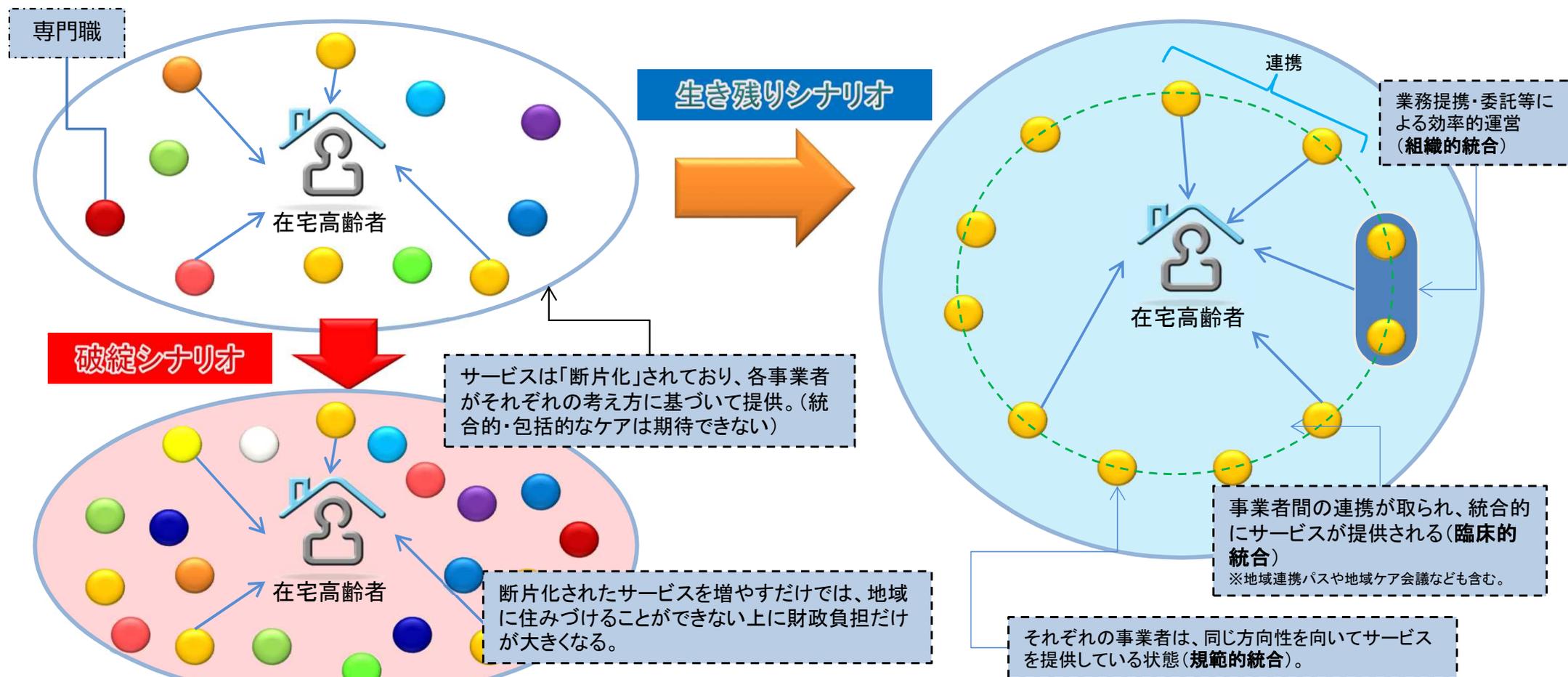
複数のサービスを一つの
事業者が統合して提供



「統合」の観点から考える＝医療と介護の連携

■ 統合的なアプローチ（断片化されている資源を接続する作業）

- **共有化**: 地域関係者が同じ方向を向いて取り組む。基本方針＝検証可能な客観的な目標の設定とその共有（規範的統合）。
- **共通化**: 現場で用いられる書式・様式の共通化による情報の共有、地域連携パスなどのツールの導入（臨床的統合）。
- **ネットワーク化**: 多職種協働を強化し、協調的にサービス提供を行う。住民間の互助組織の形成、ケアカンファレンスなど（臨床的統合）。

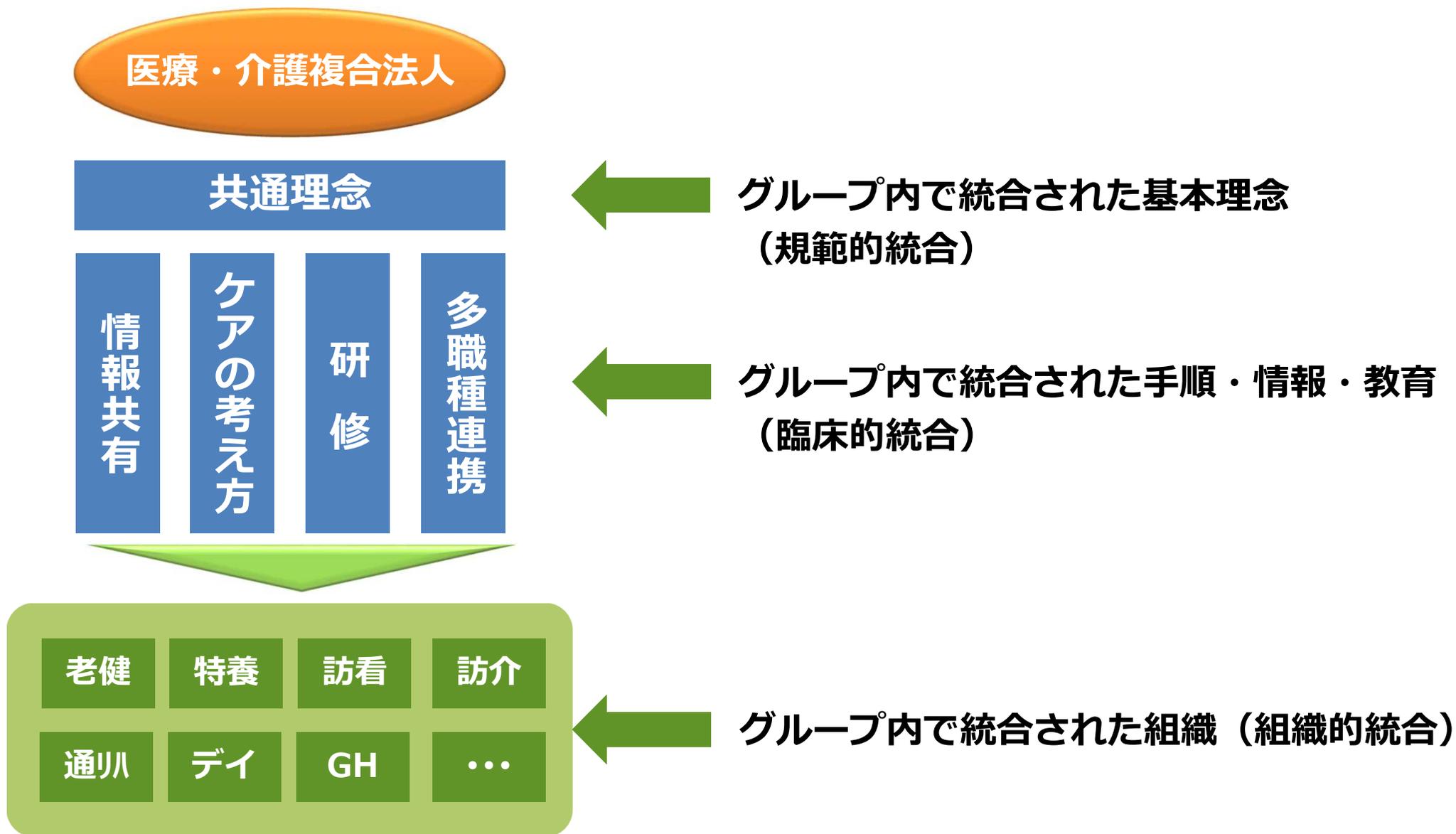


介護サービス事業者の基本戦略



出所)岩名礼介作成

巨大な医療・介護複合体は、「法人包括ケアシステム」



事業者・人材不足チェックリスト

- 20代の職員が入社していますか？
- ちゃんと、昇進・昇給できますか？
- カッコいい仕事ですか？カッコよさを説明できますか？
- 働き方の多様性は確保されていますか？
- その業務にうまくフィットしなかった場合の選択肢が用意されていますか？
- 複数の異なる業務を経験できる職種が用意されていますか？
- ロールシフトしていますか？：「私じゃないとできない」になっていませんか？

これらがうまくできるための条件ってなんですか？

「葉っぱ」である専門職は「まとまる」方向

■ 地域が取組が「地域包括ケア」的かどうか？

- 「地域包括ケアシステム」の目的は明確だが、システム自体の定義が曖昧なので、現場では、それぞれの取組が地域包括ケアの実現に貢献しているのかが見えにくい。
- 自分たちの取組が、地域のどんな「バラバラ」を「まとめているのか」を考えてみると、取組の意味や方向性を「見える化」できる。

■ 「連携コスト」をいかに小さくしていくかがカギ

- 基本的に異質（経営が違う／考え方が違う等）な者同士が統合的（包括的に）活動しようとしているので、連携＝コストである。
- コストを小さくする方法は2つ
 - ◆ ケアに対する考え方・方針、技術、書式、ルールなどをできる限り共有し標準化の方向に改善する。
 - ◆ 法人や主体を統合していく（事業提携や経営統合なども含めた組織的な統合）

報酬改定にも見られる「まとまる」ための取組

■ これまでの報酬改定

- 包括払いによる居宅サービスの導入（小規模多機能、定期巡回・随時対応サービスなど）
- 在宅医療介護連携（他職種連携）、地域ケア会議（規範的統合の場）、地域連携パス（現場レベルでの手順の共有）
- 小規模通所介護における訪問強化、総合マネジメント体制強化加算

■ 平成30年度報酬改定における「まとまる」ための取組

- 訪問介護における生活機能向上連携加算の強化、定巡・小多機における新設（医師、リハ職との連携）
- リハビリテーションマネジメント加算（外部資源との連携評価を含む）
- 居宅介護支援における入退院時情報連携加算（診療報酬側も退院支援加算⇒入退院支援加算へ）、連携回数・カンファレンス参加に対する評価、特定事業所加算IV（医療機関との連携回数を評価）

事業者・サービスの今後の方向性

■ 訪問を組み込んだ包括型サービス

- 「定期巡回、小多機、看多機」＝包括型サービスが基本路線。訪問抜きでは、在宅を支えることが困難であるとの認識はより一層明確に。また、従事者のキャリア形成上も、単品サービス事業者では、若年の人材は魅力を感じない。

■ リハ的視点をもった中重度支援

- 単に中重度者を多く抱えるのではなく、重度化予防に取り組むことがポイント。担い手として、リハ的な視点を持った訪問介護員の養成が不可欠。

■ 経営の効率化

- 上記を意識すると、基本的に経営規模の拡大または業務提携等の流れは不可避。社会福祉法人については大規模化の流れが打ち出されている。ポイントは単純な規模拡大ではなく、複数機能を統合的に提供できる経営体制の構築といえる。

【参考】「地域包括ケアシステム」は「スマホ」にも似ている。

スマホ

アプリの提供事業者は、みんな違う

操作性や情報の形式は共通

アプリ間の情報連携が容易

アプリは、同じ設計思想に基づいて設計されている

利用者からみると提供者の違いがほとんど感じられない

UX（利用者の体験）が重視された設計

大手が開発する基幹アプリと、個人が開発する「かゆいところに手が届く」アプリがある。

有料アプリもあれば、無料アプリもある



地域包括ケアシステム

サービス提供事業者は、みんな違う

使い勝手や情報の形式は共通

事業者間の情報連携が容易

ケアのあり方は、同じ考え方に基いている（地域ケア会議など）

利用者からみると一体的なケアチームにみえる

利用者の生活の継続という実感が重視された設計

法人が提供する標準的なサービスと、住民グループが提供する「かゆいところに手が届く」サービスがある。

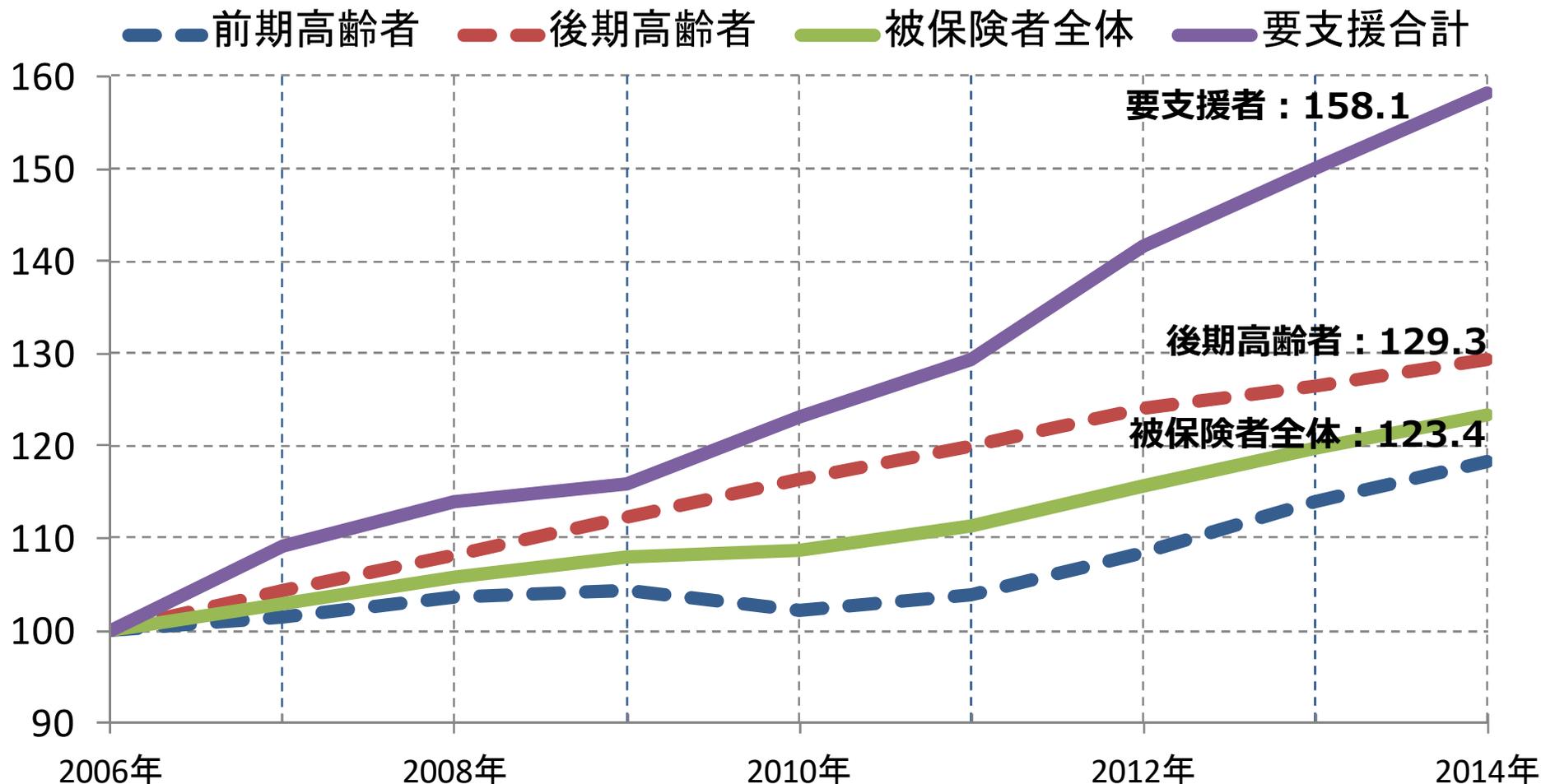
有料サービスもあれば
互助やボランティアもある

出所)岩名礼介作成

「土事業」の背景

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。

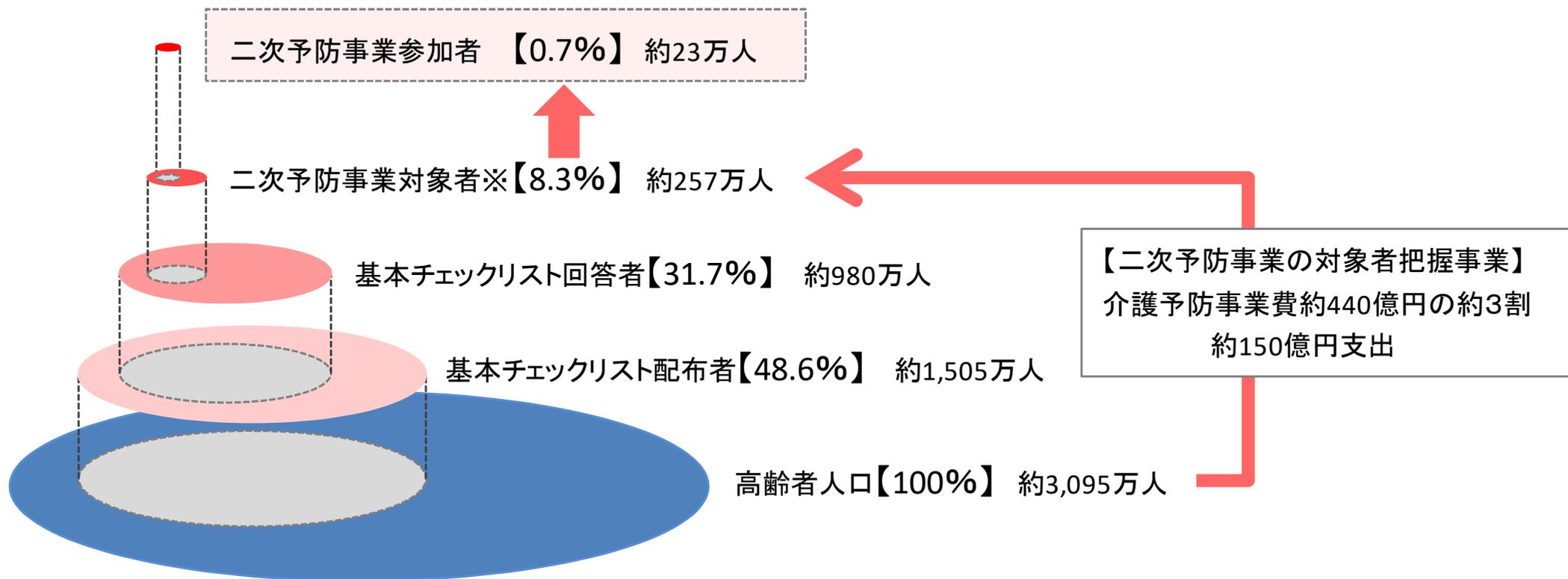


出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告」に基づき岩名が作成

「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

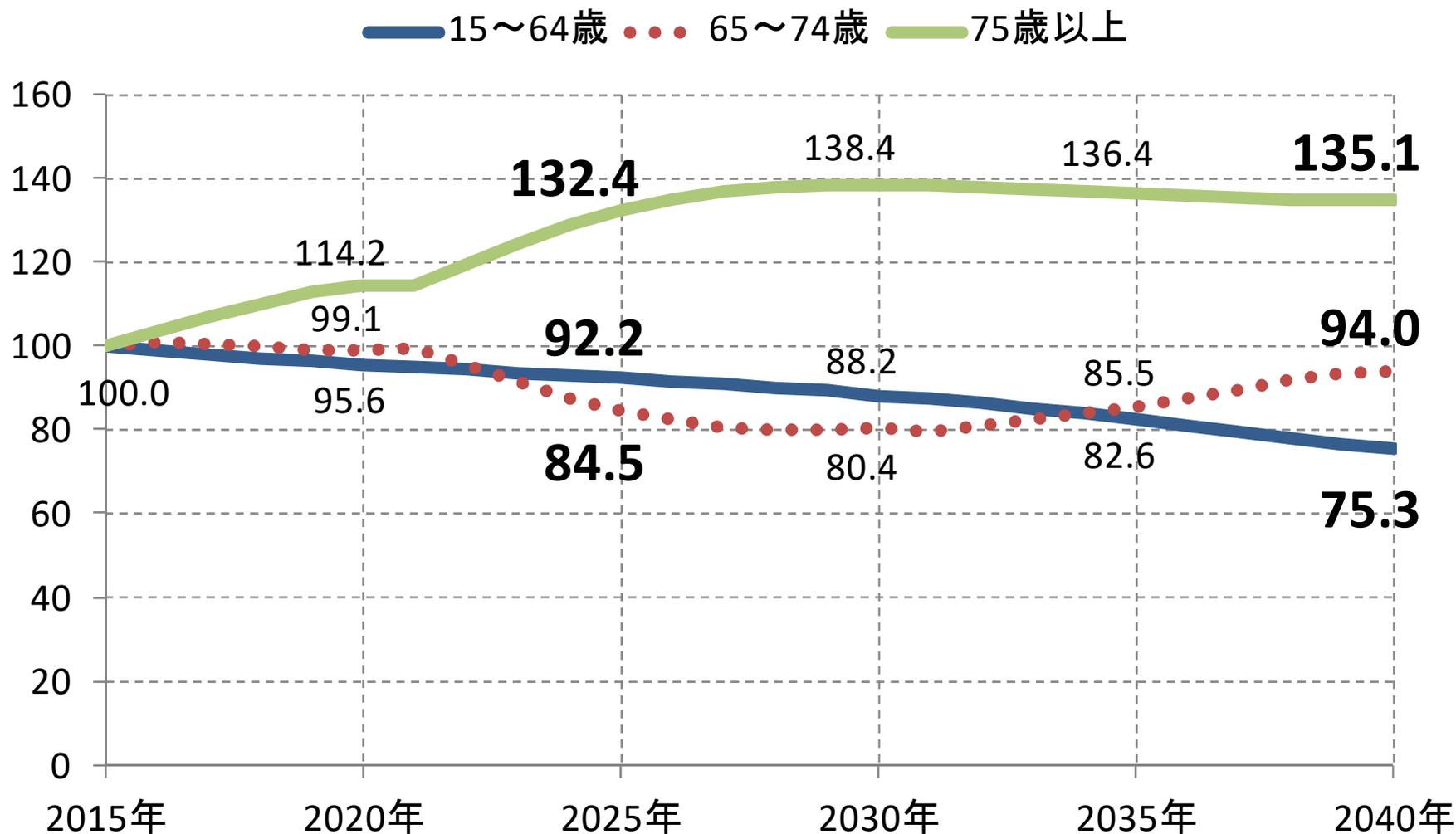


資料)「平成24年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が作成

※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

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>

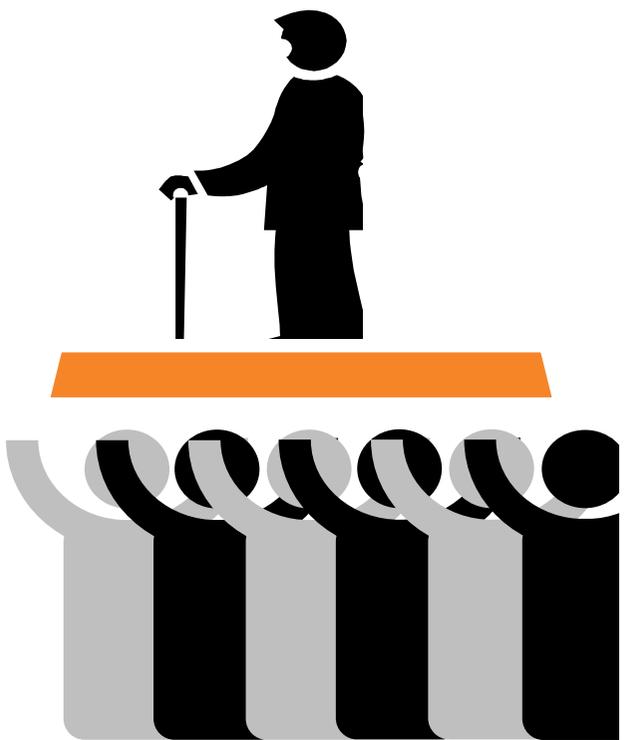


出所) 国立社会保障・人口問題研究所; 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)のデータをもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。

※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？

分子を軽くして、分母を強くする



効果的な**介護予防**の推進により、
分子を軽くする



総合的に支援する**事業**

多様な主体による**日常生活支援**により、
分母を強くする

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	身体介護	介護職
	生活支援	
		誰が担うのか？

確かに、人口減少社会は総合事業／整備事業の背景

でも、人口が減るから総合事業なのでしょうか？

じゃあ、人口が減らず、お金があれば
「まとまる」も「まきこむ」も不要？

私たちは総合事業／整備事業を
「人口減少社会」という制約の中で
取り組まざるをえないだけで、
目的は別のところにあるのでは？

地域は、発想の転換でつくる

生活支援体制整備事業／介護予防日常生活支援総合事業

「地域包括ケア研究会」（田中滋座長）事務局統括（H20-30）
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

介護予防ケアマネジメントがないと、
総合事業ははじまらない

こんなケース、あなたならどう支援しますか？

1

手芸が趣味のおばあちゃん。
数年前に夫を亡くし、現在は、単身で生活しています。
週に1回、自宅に手芸の講師をよび、近所のお友達と
手芸サークルをするのが楽しみでした。



2

おばあちゃんは、サークルでつくったものを孫にあげたり、
大きな作品をつかって展示会に出すことも。
そうしたことが、生活のはりあいになっていました。
ところが、ある日、転んで骨折してしまいます。



3

以来、外出がおっくうになってしまったおばあちゃん。
手芸サークルの講師とのやりとりやお茶菓子の準備なども難
しくなってきたので、サークルをやめようかと考えています。
心配した家族は、地域包括支援センターに相談にいきました。



このパターンだけですか？

通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



こういうやり方はどうでしょうか？

友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物

これを実現するには多様な支援が必要 (サービスとは限らない)

人生や生活で「**したいこと**」を
「**なじみの**」環境の中で続ける

「**手芸・家事**」を続ける

「**友達との関係**」も途切れない

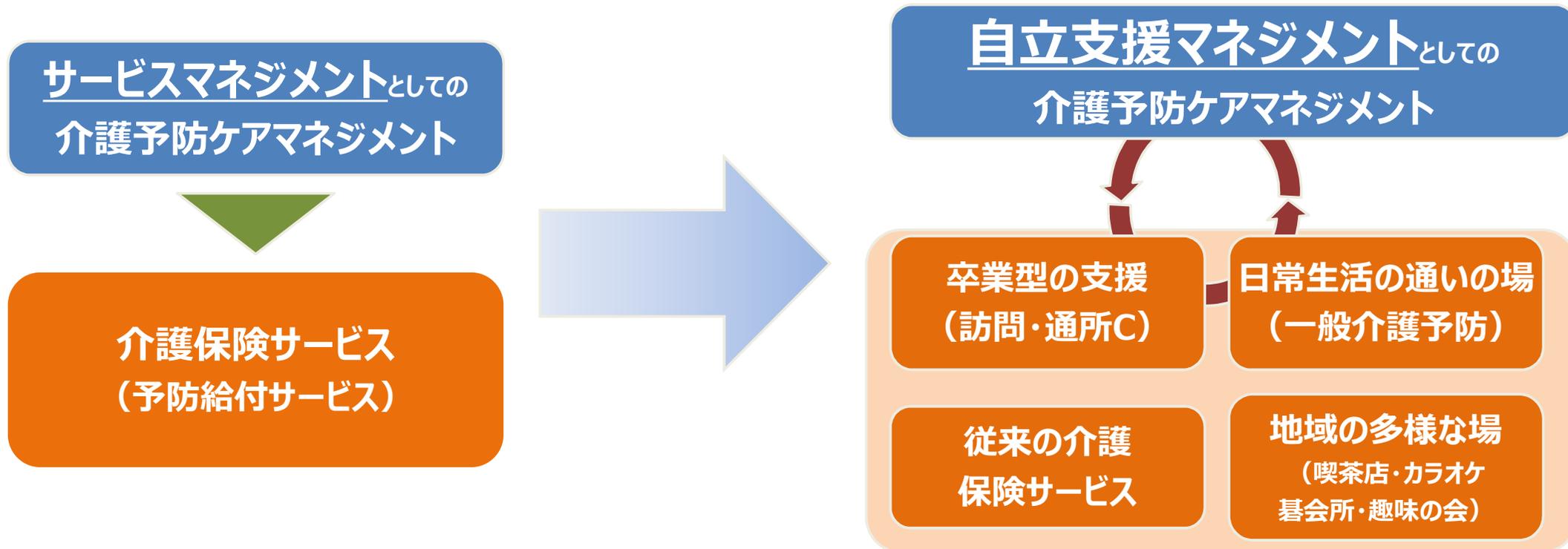


その人が主体的に
生活できるよう支援する

= **自立支援**

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。

土事業にはかなり「幅」があることを知る

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



リハ職による専
門的な
訪問サービス

訪問介護

雇用労働者
による
訪問サービス



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



リハ職による専
門的な
通所サービス

通所介護

雇用労働者
による
通所サービス



有償ボラによる
ミニデイ



体操教室

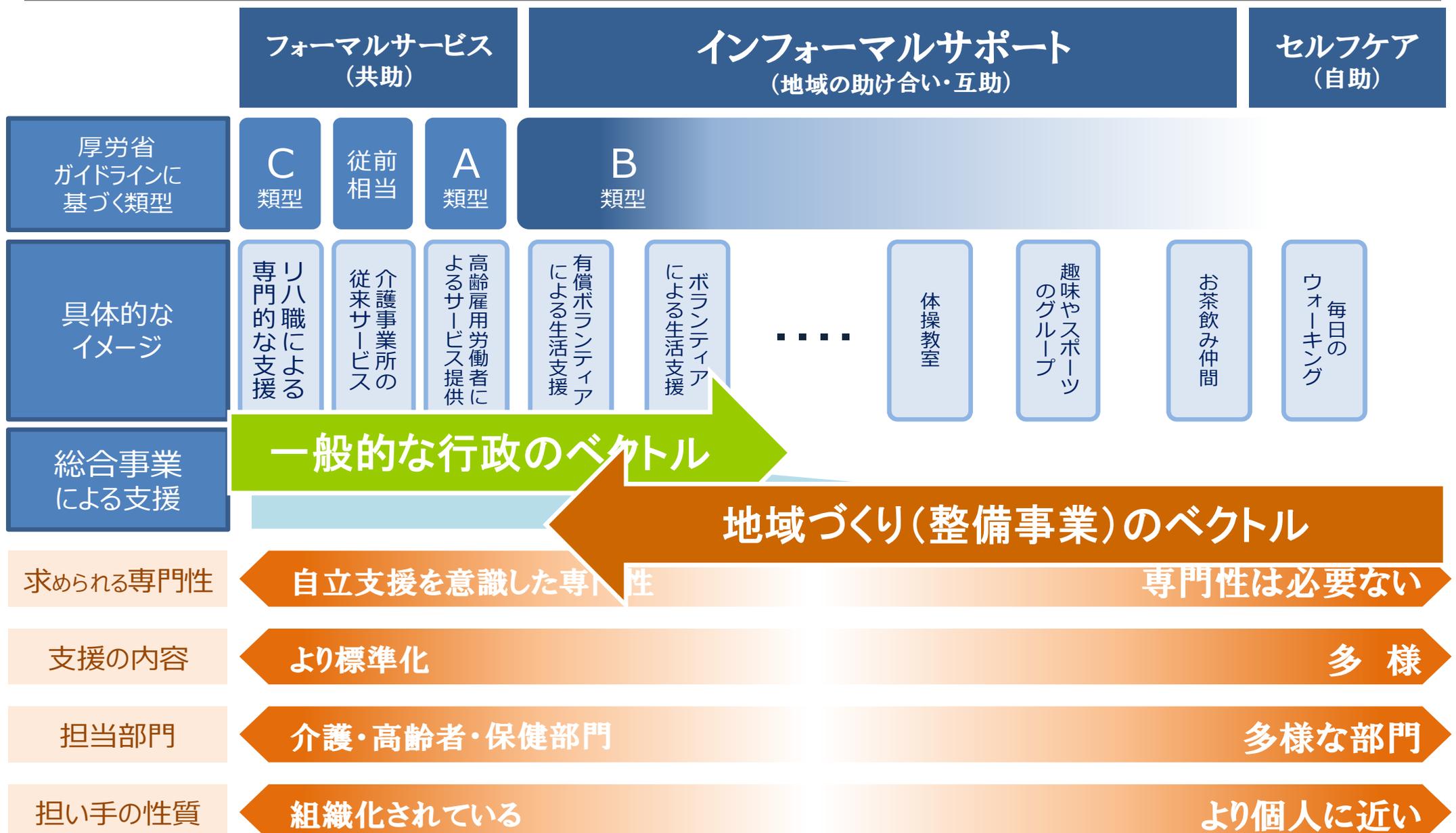


サークル、サロン

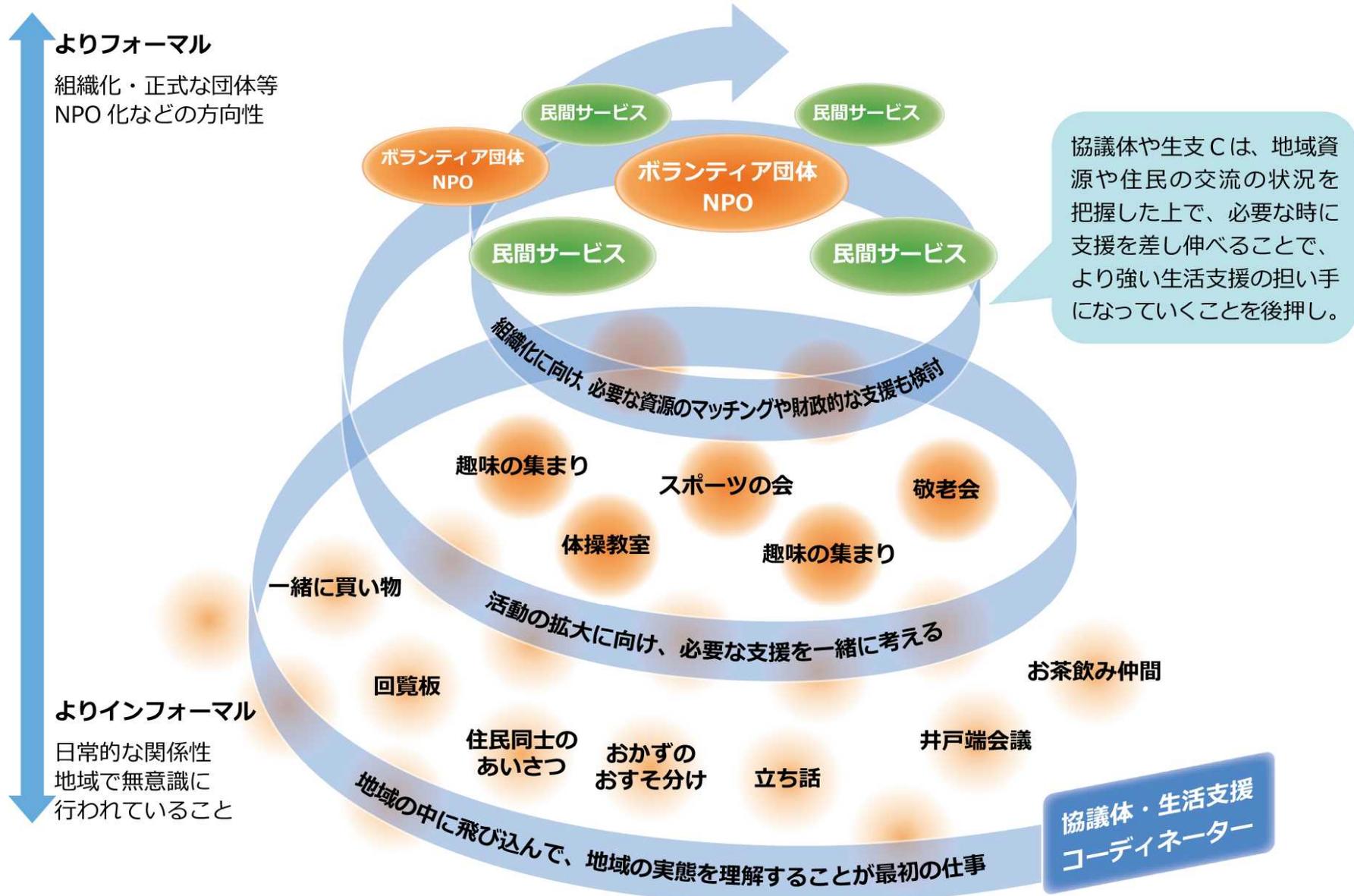


お茶のみ仲間

行政のアプローチをかえる



協議体と生活支援コーディネータのイメージ

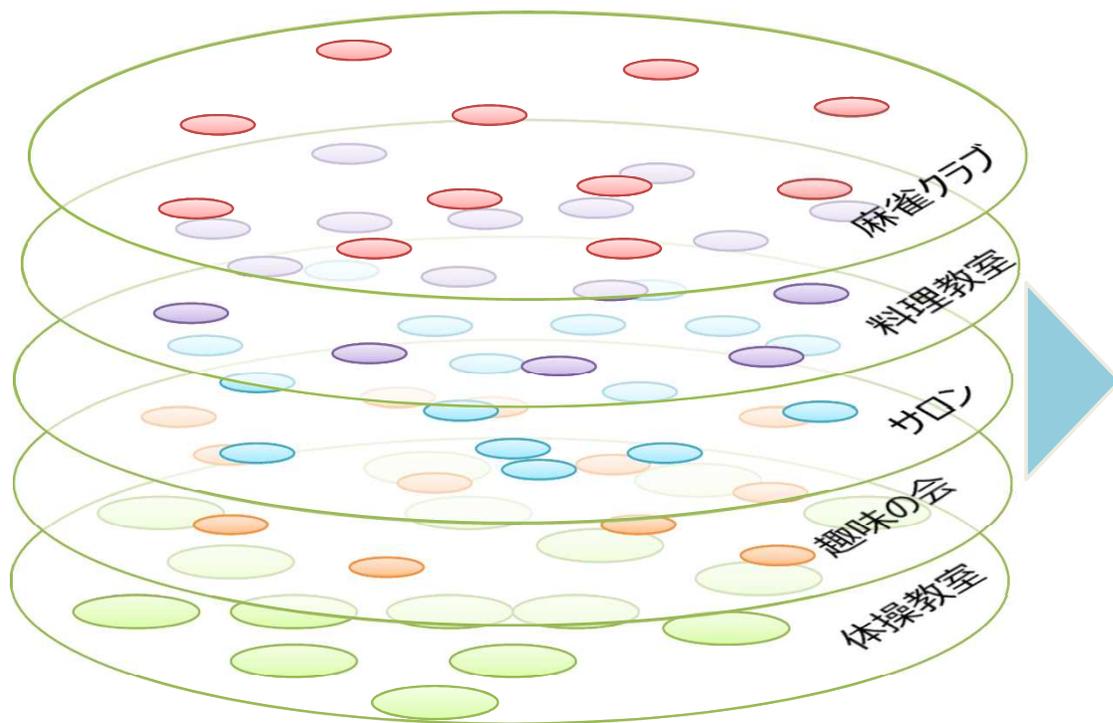


資料:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説(概要版)」(平成27年度老人保健事業推進費等補助金)

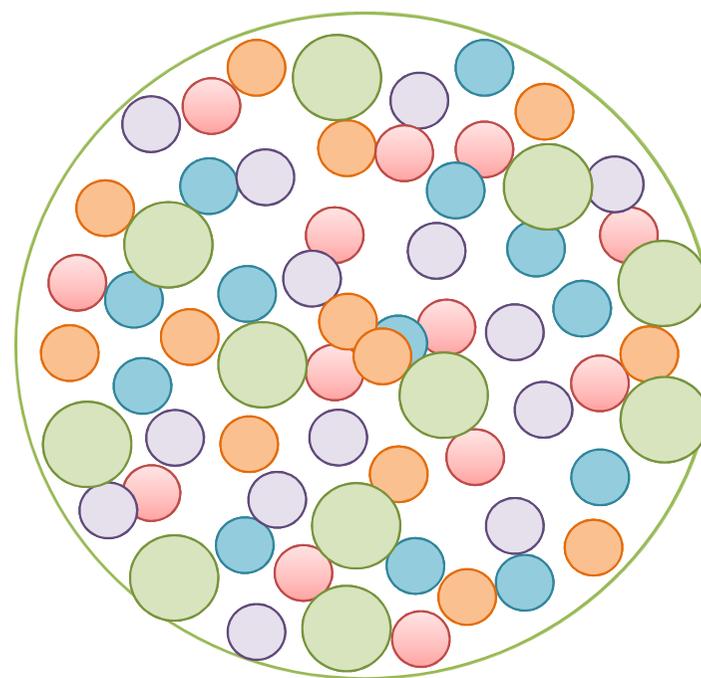
マルチレイヤーを考える

- ◆ 地域住民の趣味や嗜好は、一人ひとり違っている。一種類の「介護予防プログラム」を徹底的に地域に広げることよりも、介護予防効果が低いものも含めて、「多様な場」があることの方が適している地域もある。特に、都市部や市街地の場合には、一様な「場」の展開では、多様なニーズに応えられないことが多い。

一つひとつの取組は少なくとも



上から見れば…



資料: 岩名作成

例えば、行政はこんな風に支援できる

つながる



住民同士の関係ができる

きづく



地域の課題に気付く

うまれる



助け合い活動が生まれる

地域課題の
気付きを生むための
“**土壌づくり**”

住民がやる気になるまで
とにかく**待つ**

住民が
やる気になった時の
“**全力応援**”

ただし、必要な支援は、お金とは限らない

場所・備品の手配

空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。

広報支援

広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、リスト化してPRする、広報誌等で活動を取りあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。

専門職の派遣

リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。

資源同士をつなぐ

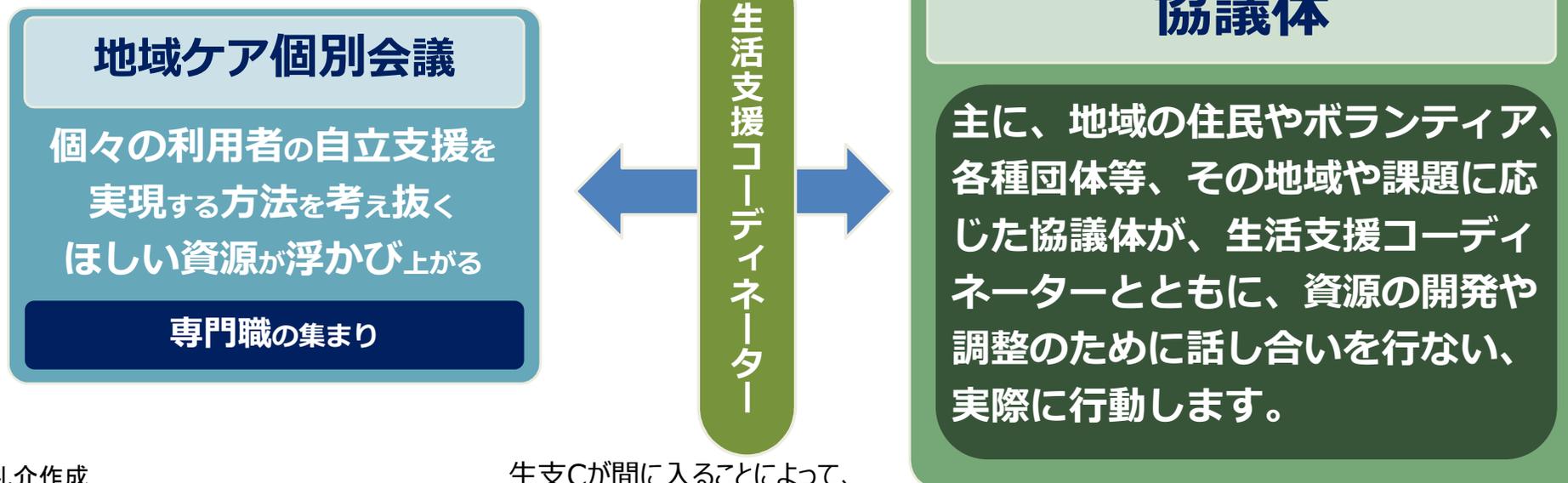
NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることも。第2層協議体の重要な役割でもある。

作ってはみたけど、動き出さない協議体

【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、「地域ケア個別会議」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。
- ◆ 協議体は、地域づくりのエンジンです。不足資源を探したり、今あるものを育んだり、新たにつくることを模索したりする場所でもあります。ただし、協議体のあり方は、地域の既存活動の蓄積や、経緯などによっても違ってきます。生活支援コーディネータは専門職のアセスメントから見えてきたニーズと地域資源、住民活動、動機などの調整を行います。

個別ケースの議論を通じて地域に足りないものが見えてくると、話し合うべき内容が見えてくる。

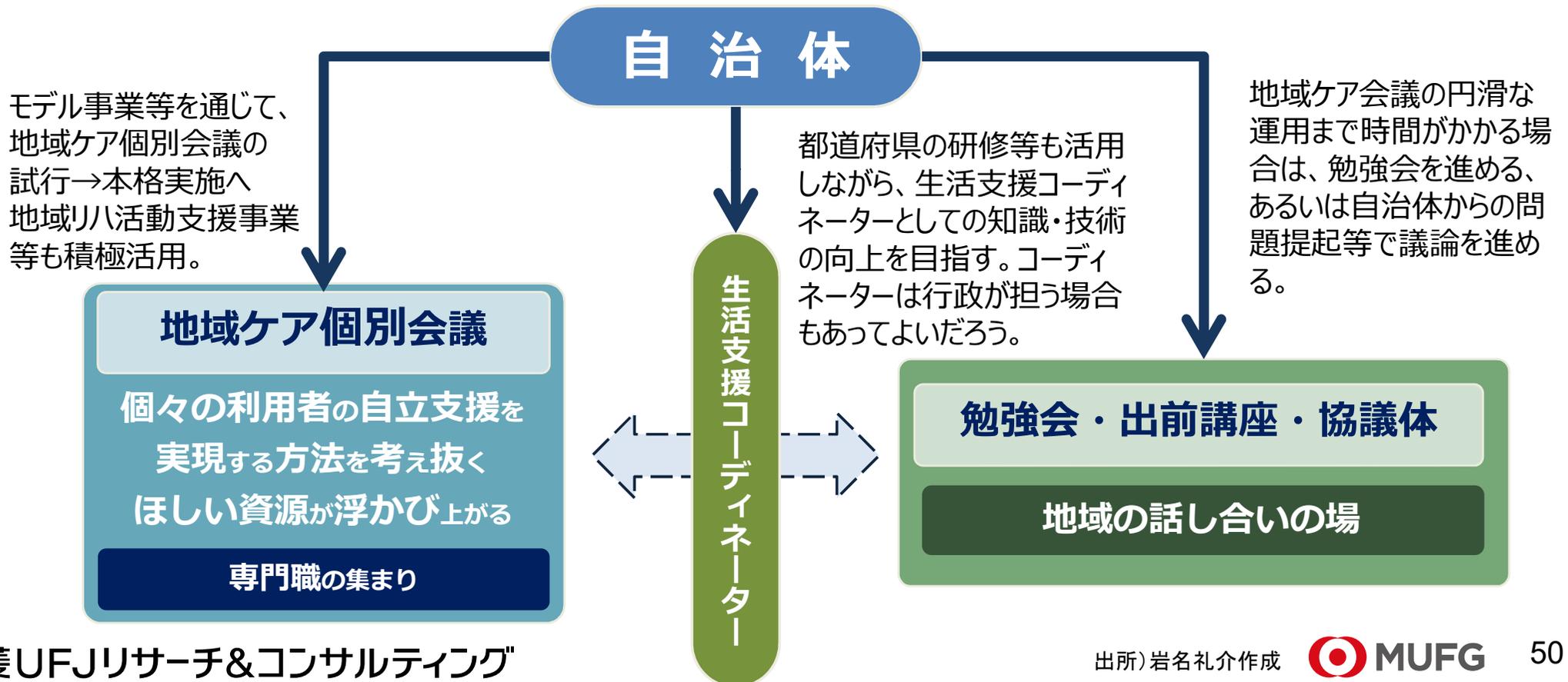


出所)岩名礼介作成

生支Cが間に入ることによって、「あるのに活用されていないもの」「あったらいいな」が共有される。

【現実論】 「地域ケア会議」と「協議体」の関係性

- ◆ しながら、地域ケア会議は立ち上がったばかりの地域も多く、また生活支援コーディネーターも配置から日が浅いため、両会議の連動は、机上の空論に陥りがち。つまり、地域ケア会議・生活支援コーディネーター・協議体の自律的な連動は、地域の活動の蓄積状況によって現実味がない場合もあります。
- ◆ 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、協議体のそれぞれが自律的に動き出すまで、積極的に支援する以外にありません。



「総合事業／整備事業」失敗しないための10の教訓

- ① **ガイドライン**をとりあえず**忘れる**（類型なんてどうでもいい）
- ② **朝令暮改**を旨とする（住民にPDCAを押し付けない）
- ③ アンケートよりも**個別ケース**（だから地域ケア会議が大事）
- ④ 住民主体は**廉価版サービス**ではない
- ⑤ 地域支援事業は**職員確保策**と心得る（味方を増やす）
- ⑥ 生活支援コーディネーターは**集まって仕事する場所**が必要
- ⑦ 全地域で「**まんべんなく**」は考えない
- ⑧ いままであまり**関わりがなかった人**とつながる
- ⑨ 総合事業の支援は「**お金**」だと思いきまない
- ⑩ 総合事業／整備事業に**王道なし**

【ご参考】 総合事業・整備事業に関する動画・資料等はこちら

地域包括 三菱UFJ

検索

<http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/index.html>

MUFG Quality for You 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

ソリューション シンクタンクレポート セミナー・イベント 採用情報 企業情報

ホーム > 地域包括ケア

地域包括ケア

調査・提言

各研究会・事業における地域包括ケア関連の調査・研究レポート

- 地域包括ケア研究会
- 介護予防・日常生活支援総合事業**
- 看護小規模多機能型居宅介護および看護サービス
- その他

地域包括ケアのイラストについて

医療・看護 介護リハビリテーション 保健・福祉

地域の多様な人材

- スーパーマーケット
- コンビニエンスストア
- 宅配便会社
- 地域の高齢者
- NPO
- ボランティア団体
- 地域の商店街

2015年 2025年 2040年

75歳以上1人に対して15~74歳は 5.7人 3.9人 3.3人

「できなくなっていること」 「したいこと」は?

目標教室に進えなくなった 目標の園の上達? 若者に教えること?

仲間との交流?

何がその人の動機になっているのか、「意欲の源」を見極める

様々な素材を用意しています

【資料】国立社会保険・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）



出典明記で研修資料、行政資料等に自由にご活用いただけます。

出所表示例)

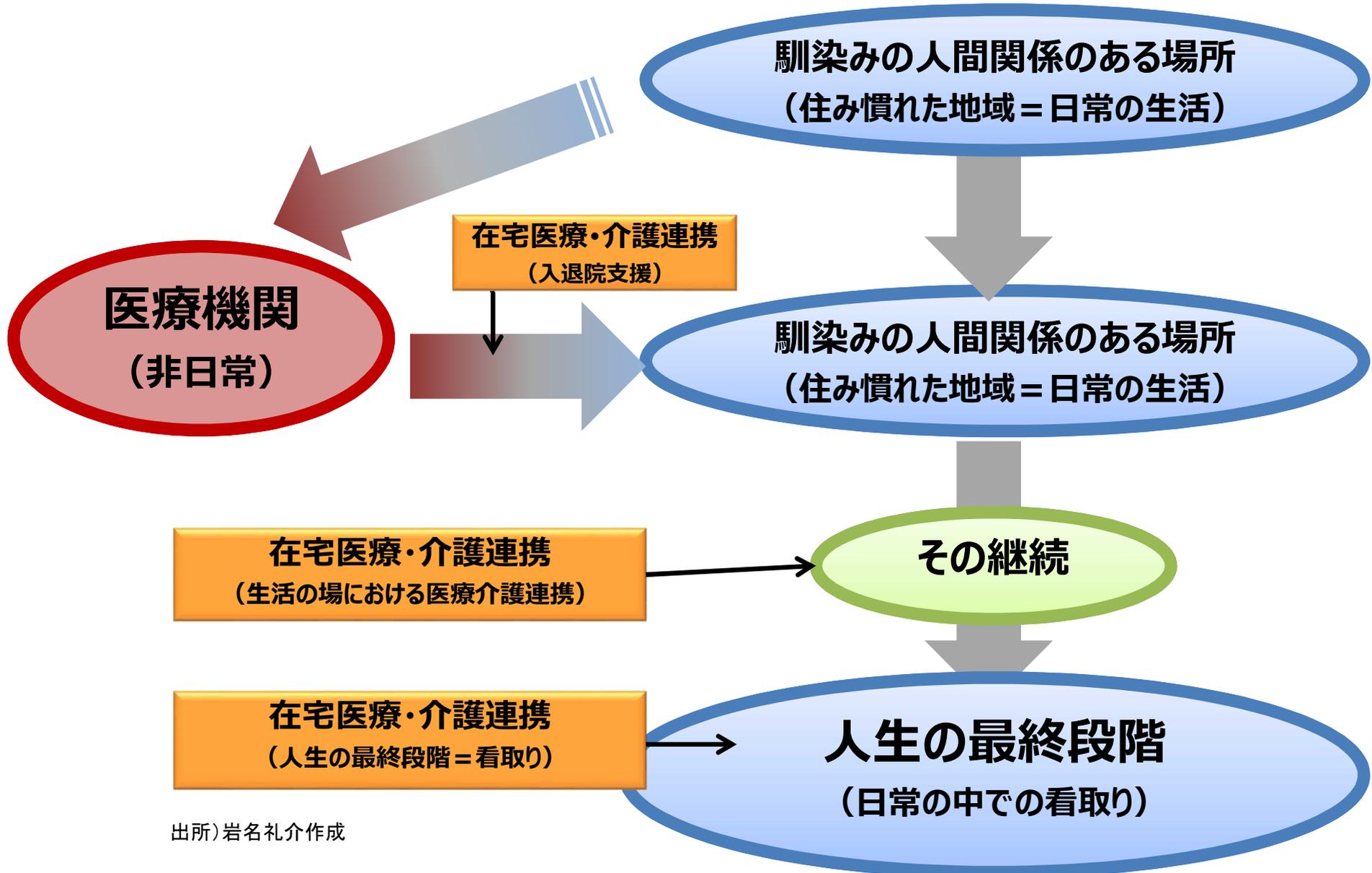
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」（平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金）

在宅医療・介護連携推進事業と 平成30年度報酬改定

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括(H20-30)
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

医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？

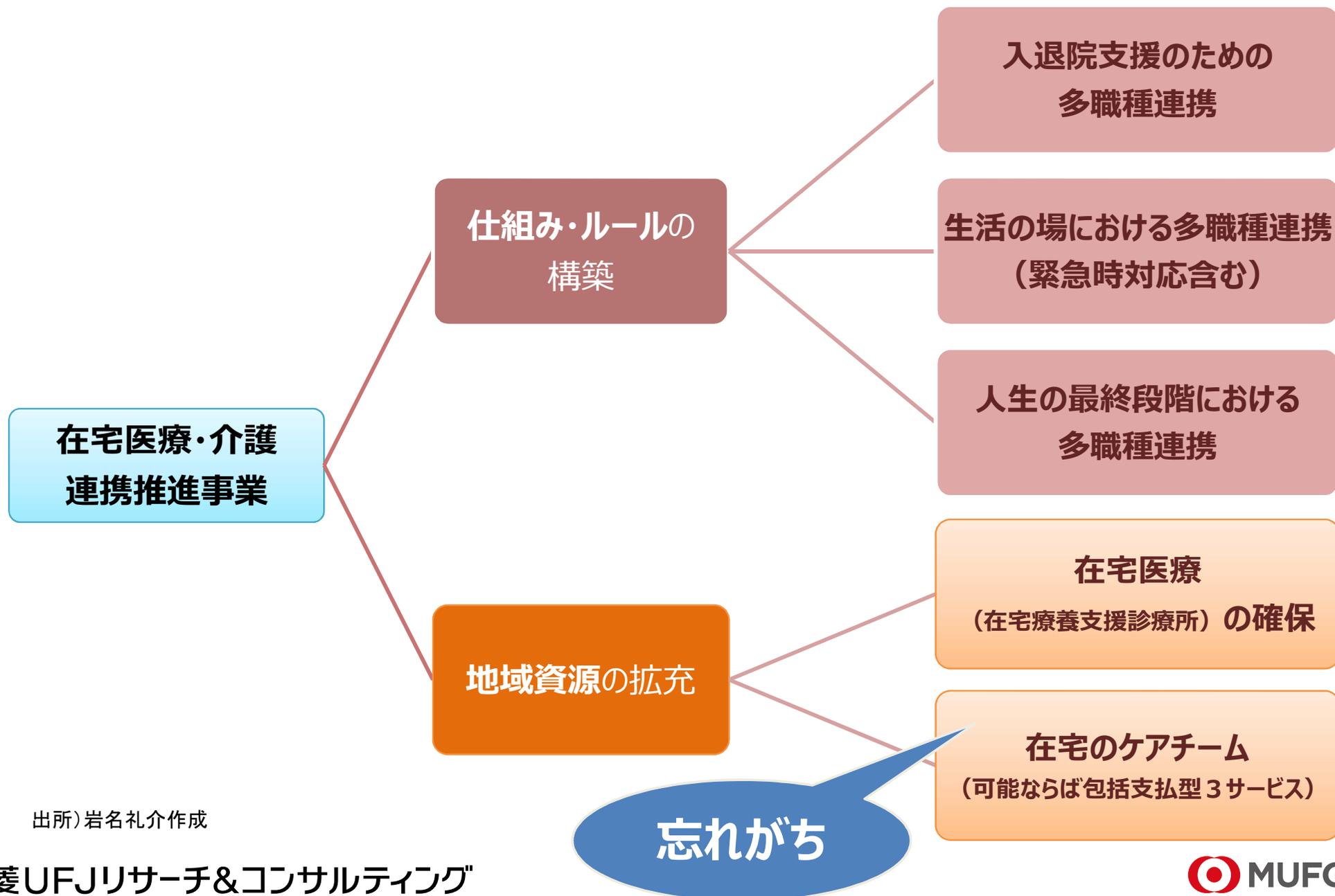


在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

直面している課題の大きさやテーマの特徴をしっかりと認識し、共有しないと、うまくいかない。目的の不明確な医療介護連携は成功しない。

多職種連携のテーマ	時間的特徴	特徴
入退院支援における多職種連携	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 病院から地域へのソフトランディング。◆ 病院の参加が不可欠であり、仕組みは地域全体になる。局所的な取組ではうまく機能しない。
生活の場における多職種連携	長い (年単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 多職種連携の本丸。予防的先回りのケアが求められ、介護職の役割は大きい。◆ 医師の役割は3つのカテゴリの中では相対的に小さい。◆ 緊急時の対応体制も含む（→この仕組みは人生に最終段階にも適用可能）
人生の最終段階における多職種連携	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅看取りは、ケアチームが形成できることが主眼。大病院の参加が前提ではない。生活の場における多職種連携の先にある。◆ このステージでは在宅医療の占める割合が短期的に増大◆ 局所的なベストプラクティスからスタートも可能。

在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

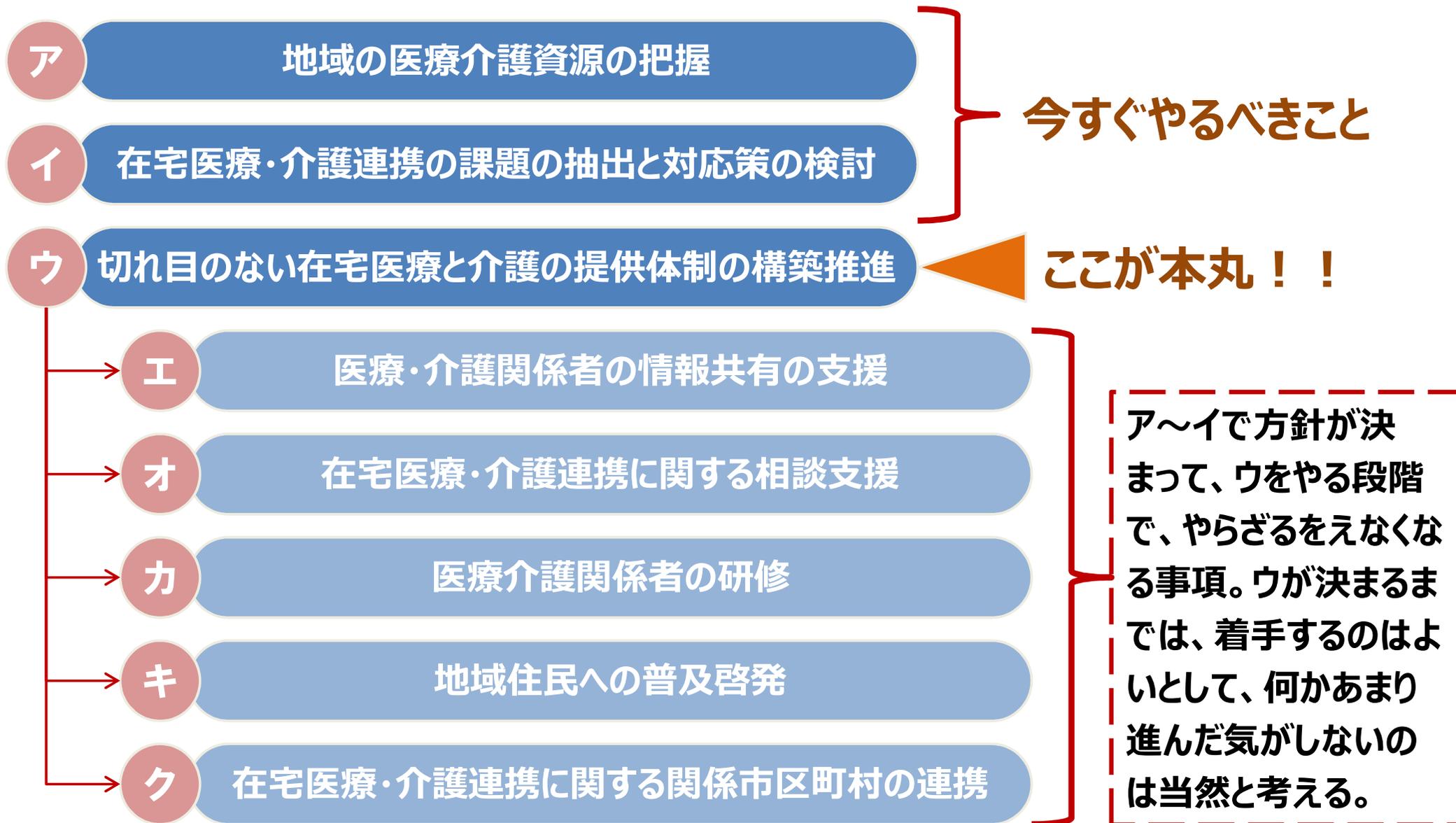


出所) 岩名礼介作成

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

「アカラク」ではなく「アカラウ」であり「エカラク」



「3セットのアカラクがある」と、まずは考える

入退院支援における アカラク

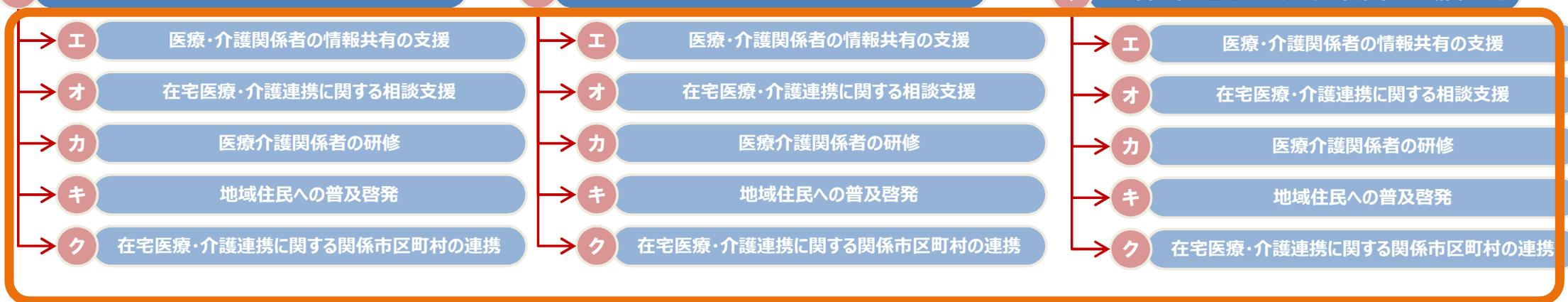
生活の場におけ るチームケアのアカラク

看取りの場面にお けるアカラク

- 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

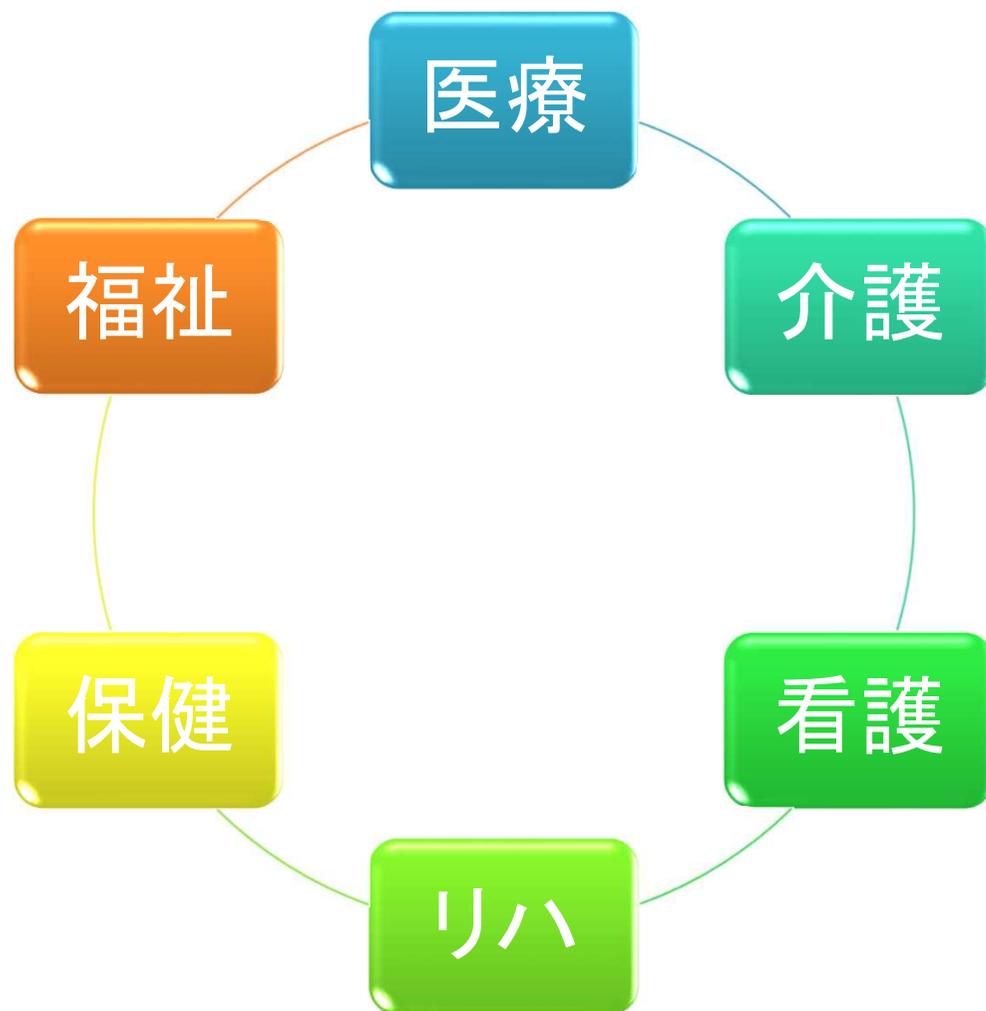
- ア 地域の医療介護資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- 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



それぞれの活動は取組は多くが重複しているが、
まずは分けて整理してみることも大切

「連携する」ということの意味



ひとつひとつの構成要素が
利用者に対して
何をするか

というより

すべての構成要素が
利用者からみて一体的に見える
ために（連携のために）
何をするか

介護抜きが多職種連携になっていないですか？

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

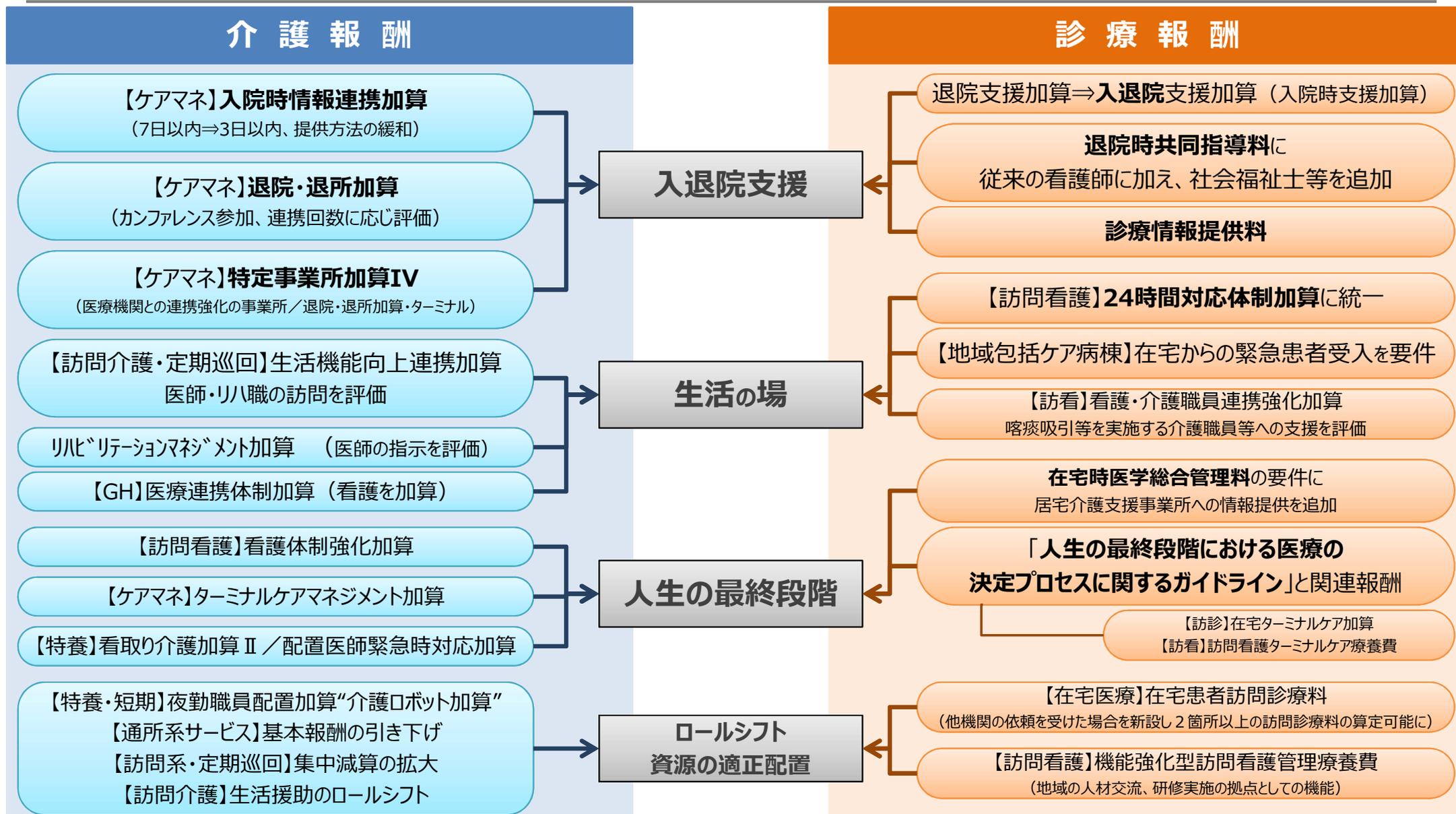
■ 「ポスト顔の見える関係」で迷子になっていませんか

- 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？
- たとえば、地域には、介護事業者の連絡会等が設置され、定期的な意見交換や行政との対話の場になっていませんか？事業所数が多い地域であれば、サービス別の部会などが設置されていますか？

さて、平成30年度報酬改定 (診療報酬・介護報酬の一部)



保険者による地域マネジメント

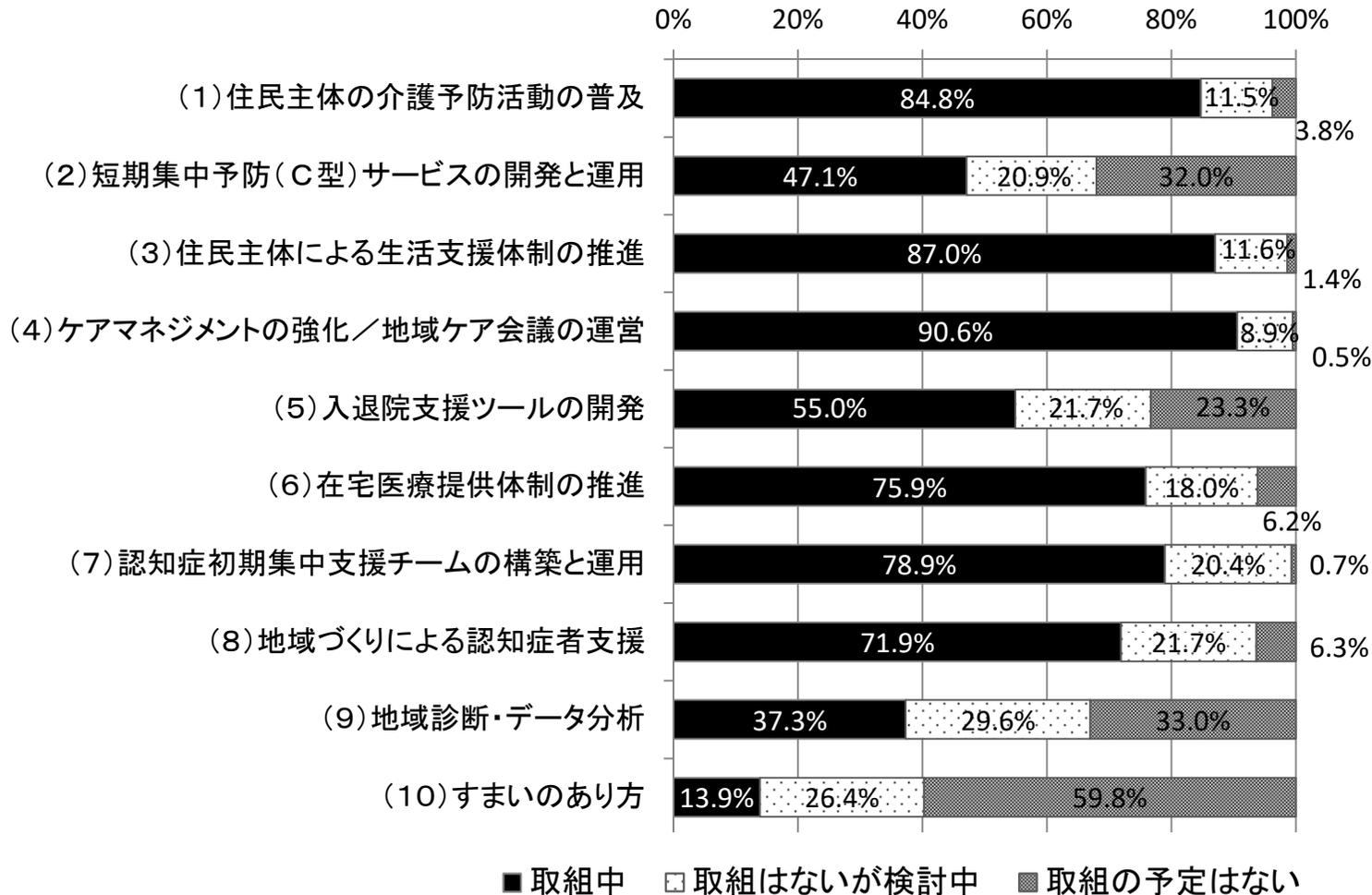
保険者機能強化推進交付金とどう向き合うか？

「地域包括ケア研究会」(田中滋座長)事務局統括(H20-30)
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

地域マネジメントの前に、まずは「職員体制」

取組の進捗はそれぞれ



◆ アンケート結果に基づき各分野の取組状況をみると、最も取組中と回答した市町村が多かったのは「ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営（90.6%）」であった。次いで、「住民主体による生活支援体制の推進（87.0%）」「住民主体の介護予防活動の普及（84.8%）」で比較的高かった。

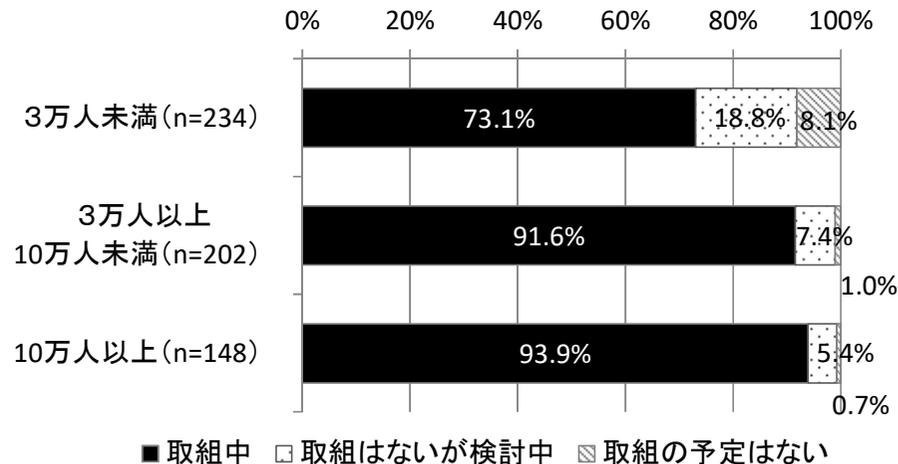
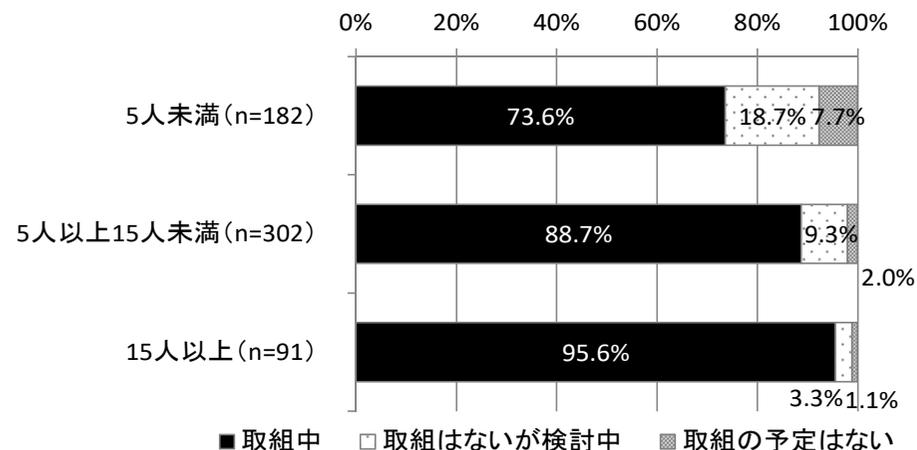
◆ 「すまいのあり方（13.9%）」「地域診断・データ分析（37.3%）」「短期集中予防（C型）サービスの開発と運用（47.1%）」「入退院支援ツールの開発（55.0%）」では、取組が低調であった。

出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「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 ～地域の実情に応じた仕組みづくりを支援するために～」
 (地域包括ケアシステムの構築を推進するための広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業)、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

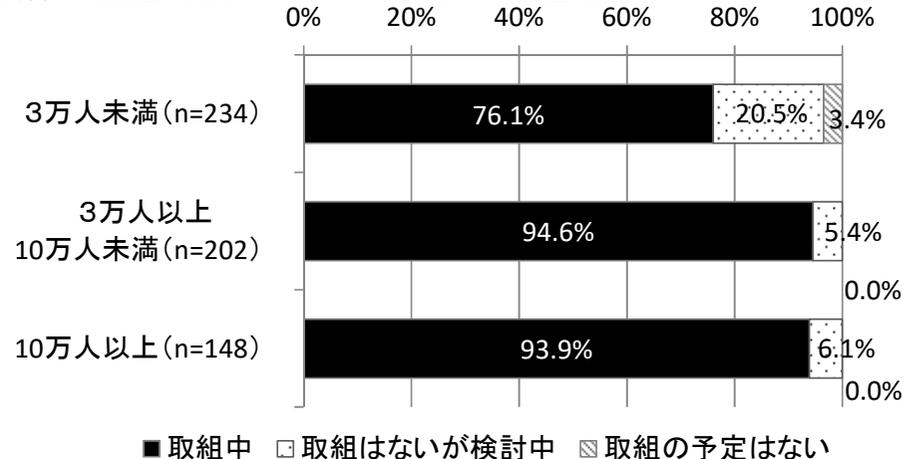
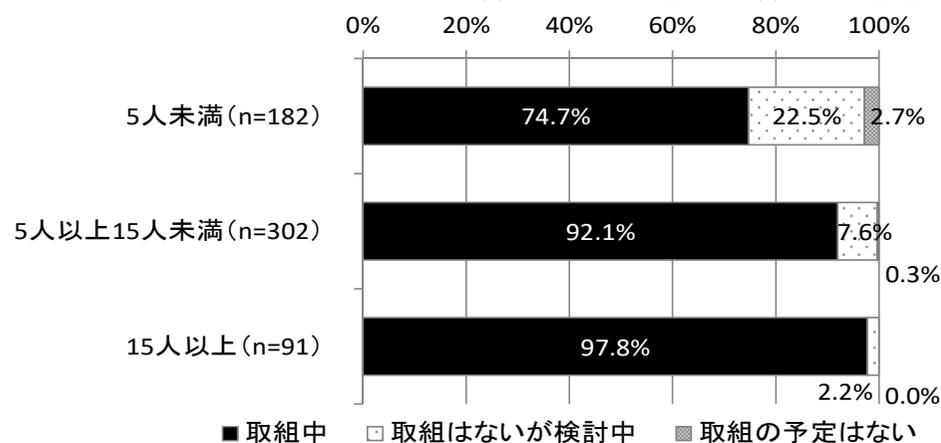
地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況（規模別）

◆市町村の規模別、職員数別に結果をみると、規模の大きな市町村ほど実施率が高いことがわかる。

＜住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及＞

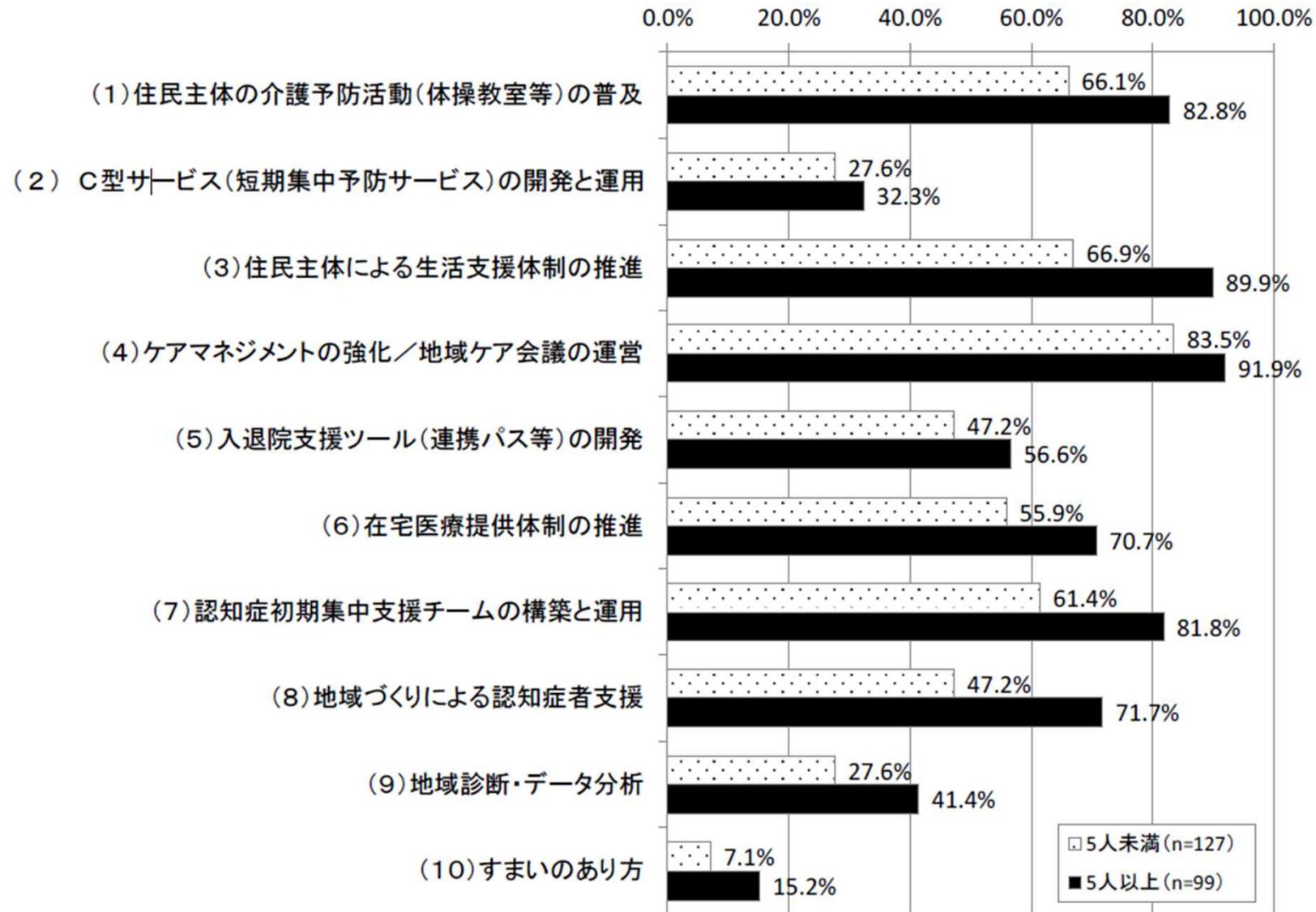


＜住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む）＞



出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「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 ～地域の実情に応じた仕組みづくりを支援するために～」
 (地域包括ケアシステムの構築を推進するための広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業)、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

人口3万人未満の市町村における「取組中」と回答した割合



出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「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 ～地域の実情に応じた仕組みづくりを支援するために～」
 (地域包括ケアシステムの構築を推進するための広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業)、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

地域マネジメントの要は「職員体制」

地域包括ケアシステムの構築は、
ルーティン業務ではなく、企画業務。
役所外の関係者との協働が前提です。

職員体制が不十分では
地域支援事業は前に進みません

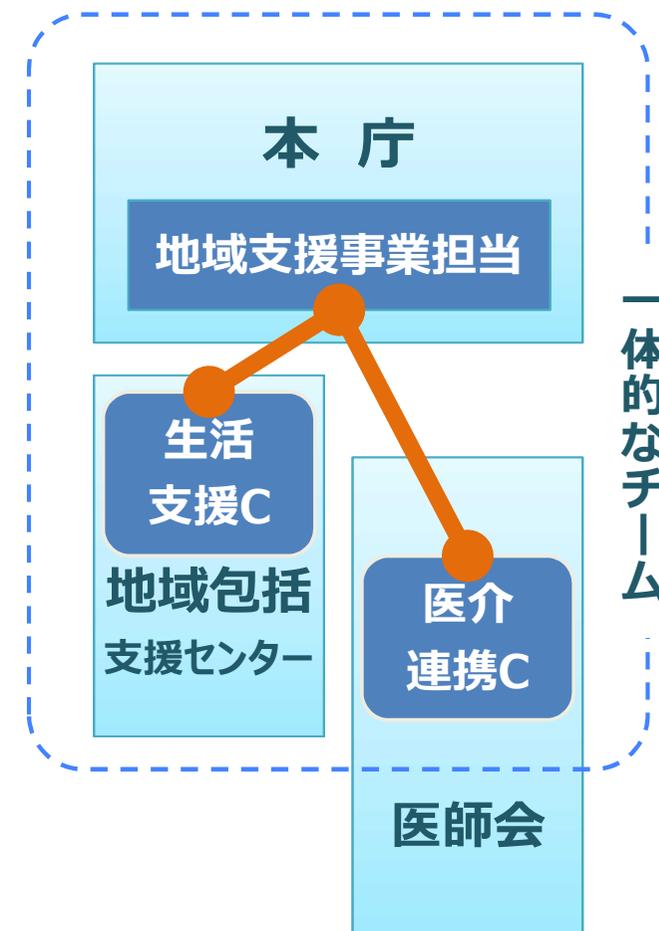
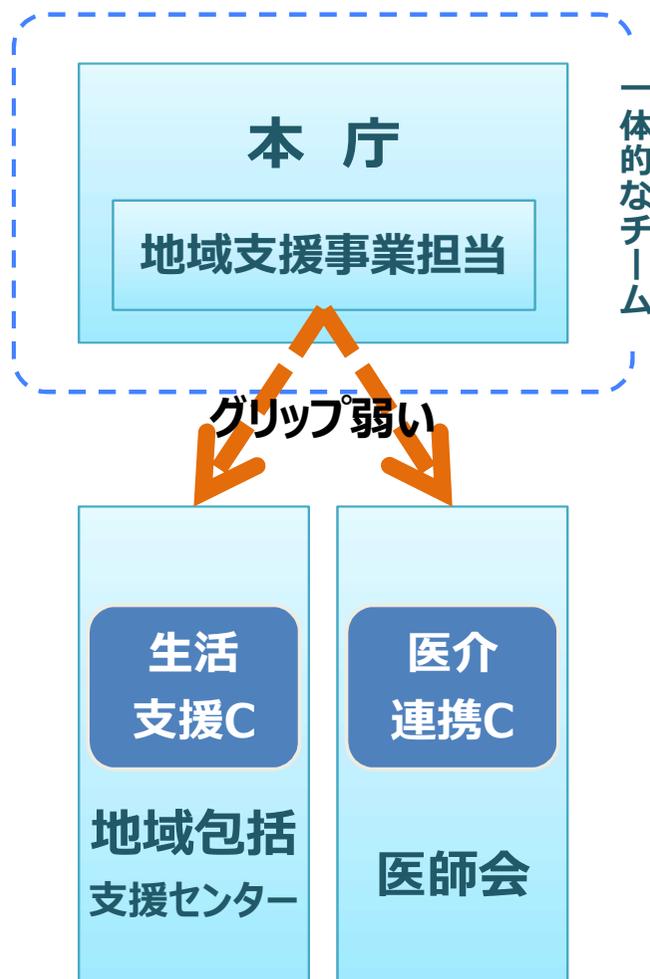
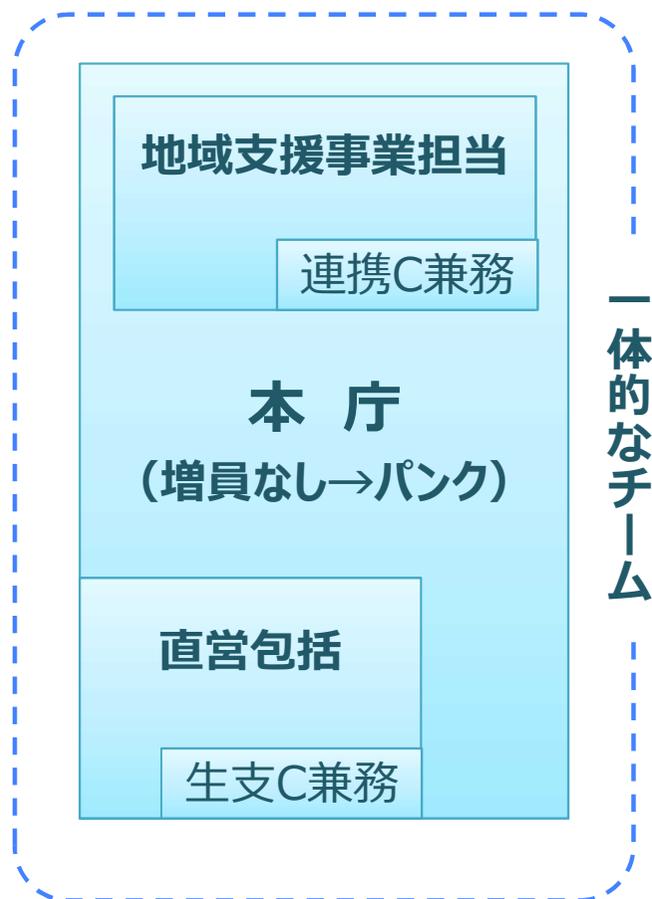
地域支援事業の財源 =
「消費税：社会保障の充実分」で
職員体制は充実していますか？

充実分で充実していない自治体 <充実分の使い方の例>

**充実分使わず
抱え込みで充実しない**
増員せず、既存職員の兼務で乗り切る

充実分をブン投げて充実しない
外部委託で「お任せ」してしまう
充実分2人分で0人分の増強

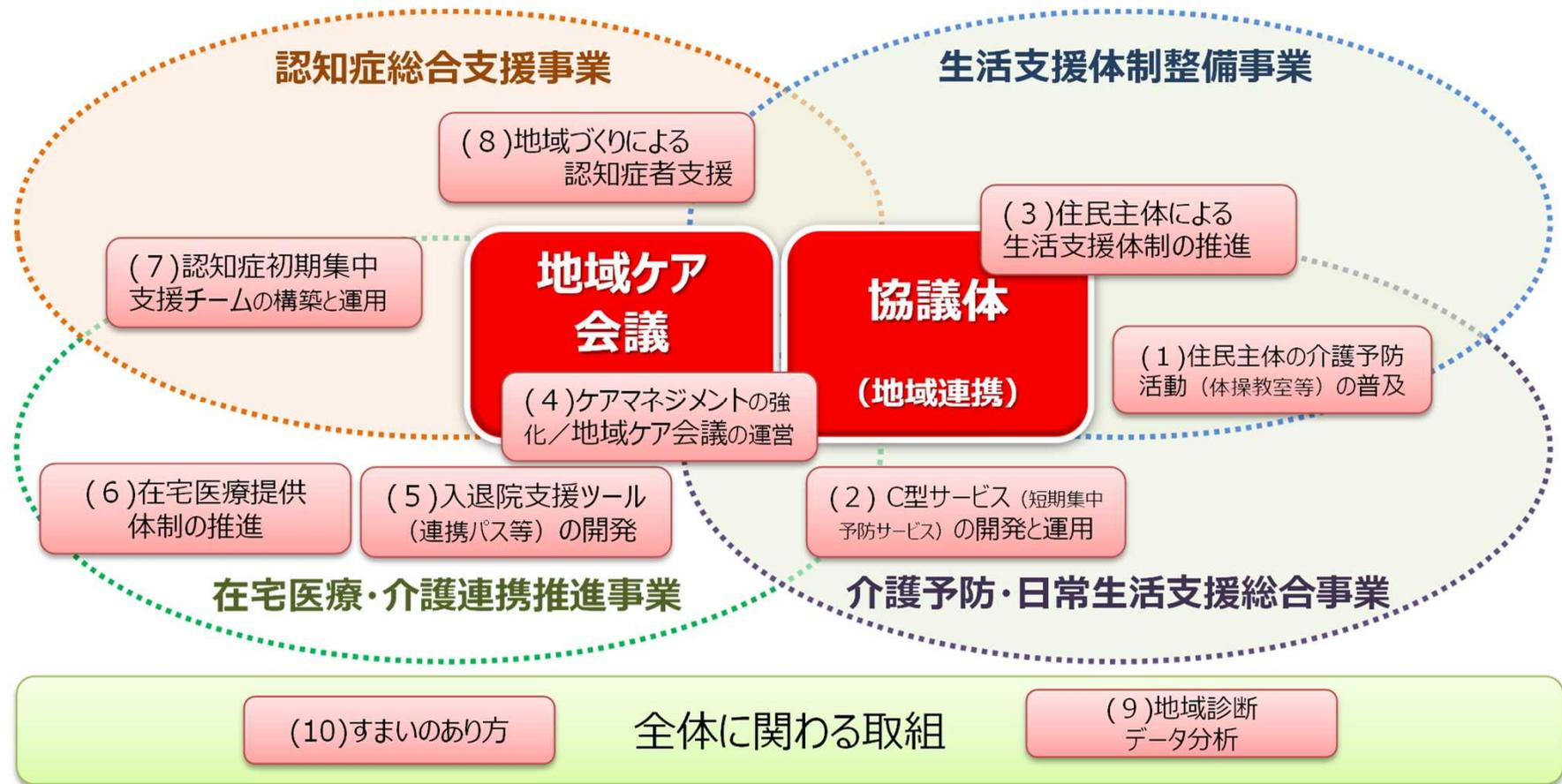
充実分で充実
充実分を使って2人分充実！



地域支援事業を進めるキーワードは「連動性」

取組の連動性が大切

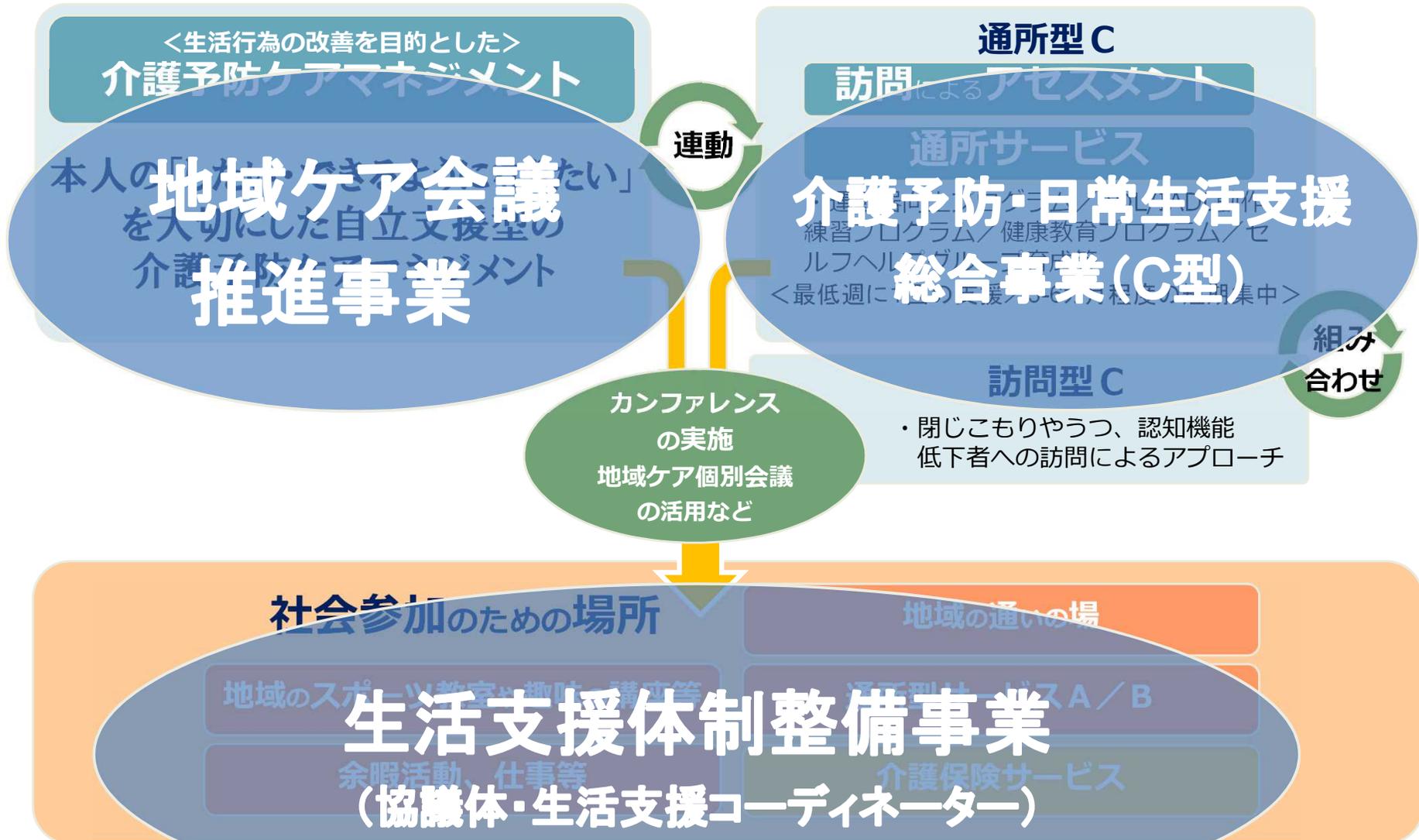
- ◆ 地域支援事業の個別事業は相互に「重なり部分」があり、多くの取組テーマは、「重なり部分」に位置付けられる。
- ◆ 市町村は、重なりを意識しながら取組を推進することが重要であり、都道府県の支援は、重なり部分を意識できるような支援を提供することが大切。



資料)厚生労働省資料に基づく整理を踏まえ、事務局にて作成

出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「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 ～地域の実情に応じた仕組みづくりを支援するために～」
 (地域包括ケアシステムの構築を推進するための広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業)、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

連動性の例：「ストーリーとしての介護予防」



※「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)

連動性のための「チーム組成」イメージ



C:コーディネーターの略

体操教室の普及展開

一般
介護予防
事業担当

介護予防
ケアマネジ
メント担当

生活支援
C
又は担当

地域における多職種連携の推進

認知症
初期集中
支援チーム
担当

地域ケア
会議担当

在宅医療
介護連携
C又は担当

自立支援型のケアマネジメントの展開

地域ケア
会議担当

短期集中
型予防
サービス
担当

介護予防
ケアマネジ
メント担当

一般
介護予防
担当

生活支援
C
又は担当

保険者機能強化推進交付金と「地域の実情」にあった施策

保険者強化推進交付金ができました。

■ 目的を見失わない

- 保険者・自治体の役割は、あくまで「住み慣れた地域で自分らしい暮らし（なじみの関係の中で、マイペースで暮らすこと）」を継続できる地域を作ることです。
- 評価指標をクリアすることではありません。

■ やっていることが、目的に向かっているかどうかを確認

- 目的に整合した取組をしていれば、ある程度指標はクリアできます。今取り組んでいることが、きちんと目的に向かっているかどうかを確認する上で、交付金の評価指標は役に立ちます。

■ 第一号被保険者あたり約550円を標準として評価に応じ交付

- その用途として、厚生労働省は、保健福祉事業・市町村特別給付あたりを推奨しています。

■ 交付金は何につかうべきか？

- 特別会計の中で市町村の裁量で活用できます。厚労省のおススメは「**地域支援事業**」「**市町村特別給付**」「**保健福祉事業**」（**≒地域の実情に応じた取組**）です。保険料引き下げに使うこともできますが、中長期的にみれば「悪手」だと個人的に思います。今こそ、「地域の実情に応じた」取組を検討すべきでしょう。
- そのためには、施策がどのように効果を持つのかというストーリーや取組間の連動性が大切。「デマンド」に応じるだけのサービスづくりではなく、地域ケア会議等に基づく、「ニーズ」に応じるための施策が重要。

保険者強化推進交付金ができました。

I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築（82点）

- 見える化活用による実態把握 ■日常生活圏域別高齢者人口 ■2025年将来推計 ■2025年目標と重点施策 ■要介護者数推計（事業効果含む）
- 医療計画を踏まえた介護サービス量見込 ■給付実績の定期点検 ■目標未達時の改善案検討

II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進（460点）

地域密着型サービス（40点） <ul style="list-style-type: none"> ■確保のための独自施策の実施 ■運営状況の把握 ■実地指導の実施 ■地密通介における機能訓練等の取組実施 	ケアネ・介護サービス事業所（20点） <ul style="list-style-type: none"> ■ケアマネジメントに関する保険者方針の伝達（ガイドライン等） ■質の向上のための研修等の実施 	地域包括支援センター（150点） <ul style="list-style-type: none"> ■三職種配置義務付 ■人員配置 ■保険者への報告 ■情報公表 ■定期的改善の取組 ■ケア研修計画 ■関係者との意見交換の場 ■相談事案の経年把握 ■地域ケア会議開催計画 ■個別事例検討 ■検討割合 ■生活援助検証実施体制 ■検討後のEリング仕組み ■市町村への提言 ■決定事項共有の仕組み 	在宅医療・介護連携（70点） <ul style="list-style-type: none"> ■実態・課題の把握 ■取組実施とPDCA ■情報共有ツール整備・普及 ■相談窓口 ■参加型研修 ■入退院支援 ■入退院関連加算の取得率
認知症総合支援（40点） <ul style="list-style-type: none"> ■認知症施策のPDCA ■初期集中支援チームから推進員への定期的情報連携の仕組み ■医療関係団体との連携 ■保険外サービスの整備 	介護予防・日常生活支援（80点） <ul style="list-style-type: none"> ■趣旨の伝達 ■見込量設定の有無 ■進捗検証の有無 ■サービスの創設実績 ■通いの場参加率 ■関係者への資源情報提供 ■地域りハ実績 ■住民参加促進取組 	生活支援体制の整備（40点） <ul style="list-style-type: none"> ■生支Cへの方針提示 ■資源把握等の有無 ■協議体の取組 ■資源の具体的な開発 	要介護状態の維持改善（20点） <ul style="list-style-type: none"> ■基準時間変更率 ■要介護認定結果の変化率

III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進（70点）

介護給付の適正化（60点） <ul style="list-style-type: none"> ■給付適正化事業の実施 ■ケアプラン点検実施率 ■医療情報との突合・縦覧点検 ■福祉用具の適正化（専門職関与） ■住宅改修における適正化（専門職関与） ■国保連給付実績を活用した適正化の取組 	介護人材の確保（10点） <ul style="list-style-type: none"> ■介護人材の確保に向けた取組の有無
---	--

保険者強化推進交付金を整理すると、

I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築（82点）

データを踏まえて計画を立てていけば何も問題なし（足りない時は都道府県が支援すべき）

II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進（460点）

地域密着型サービス（40点）	ケアネ・介護サービス事業所（20点）	地域包括支援センター（150点）	在宅医療・介護連携（70点）
独自施策への言及に注目 地域の実情がポイント 整備責任は保険者！	方針を立て徹底的に共有 ＜規範的統合＞	保険者との一体感と体制整備 個別事例の検討 センターの企画機能への期待	結局のところ （ア）～（ク） をPDCAでまわす ※課題整理の方法には注意！ 課題整理の5区分を活用
認知症総合支援（40点）	介護予防/日常生活支援（80点）		
土と葉っぱの両方を意識 葉っぱはPDCAをしっかりと	サービス系はPDCA 住民参加・地域川はポイント （介護人材にも関係）	生活支援体制の整備（40点）	要介護状態の維持改善（20点）
		普通に生活支援体制整備事業をやる	改善率は結果にすぎない （直接追い求めない）

III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進（70点）

介護給付の適正化（60点）	介護人材の確保（10点）
専門職関与は地域ケア会議もうまく活用する	マッチングだけでは不十分では？

「地域の実情」に応じた 市区町村の取組とは何か？



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

実はこんなにある独自施策のメニュー

保健福祉事業

法第115条の49

施設・居住系サービスの総量規制

(認知症GH、地域密着型特定施設、地域密着型特養)
法第78条の2第6項第4号

公募制

(定期巡回、小多機、看多機)
法第78条の13第1項、第78条の14第2項

市町村独自報酬

(定期巡回、夜間対応型訪問介護、小多機、看多機)
法第42条の2第4項、第54条の2第4項、平成24年厚生労働省告示第119号

市町村特別給付

法第62条

地域密着型通所介護の総量規制

法第78条の2第6項
※平成30年度～

地域密着型サービスの 指定条件の付加

法第78条の2、第115条の2

支給限度基準額の上乗せ

法第43条第3項、第44条第6項、第45条第6項

地域支援事業の任意事業

法第115条の45第3項

市町村協議制による指定拒否・条件付加

(訪問介護・通所介護・短期入所)
法第70条第7項、第70条の2第4項

一般財源事業

地域密着型サービスの 指定基準の緩和

法第78条の4第1項、第2項

施設・居住系サービスの指定に対する 都道府県への意見提出

(特定施設、特養、老健)
法第70条第6項、第70条の3第2項、第86条第3項、第94条第6項

居宅サービスの指定に対する 都道府県への意見提出

法第70条、第115条2
※平成30年度～

地域密着型サービスの 報酬単価の引き下げ

法第42条の2第4項、第54条の2第4項

基準該当サービス

法第42条第1項第2号、第54条第1項第2号、第47条第1項第1号

市町村特別給付・保健福祉事業・任意事業・一般財源の概要

	市町村特別給付	保健福祉事業	地域支援事業の任意事業	一般財源事業
制度概要	市町村が条例に基づき、介護保険法で定められた介護給付・予防給付以外に、独自の給付を実施するもの。「横出し給付」と言われている。	介護者支援、介護予防、保険給付、サービス利用に係る資金の貸付など、市町村が被保険者及び介護者に対し必要と判断する事業を実施するもの。	介護保険事業の運営の安定化、被保険者及び介護者等に対する地域の実情に応じた必要な支援を目的として、市町村が地域支援事業の中で実施するもの。	高齢者の保健・福祉・介護を目的として、市町村が単独の予算を用いて事業を行うもの。
財源	第1号被保険者の保険料	第1号被保険者の保険料	国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、第1号被保険者の保険料23%	一般財源
対象者	要支援・要介護認定者	被保険者、家族等の介護者	被保険者、家族等の介護者	高齢者など市町村が定める
実施例	<ul style="list-style-type: none"> ・寝具乾燥サービス ・移送サービス ・配食サービス ・おむつの支給 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業以外の介護予防事業 ・介護者支援事業 ・直営介護事業 ・高額介護サービス費の貸付事業 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ①介護給付費適正化事業 ②家族介護支援事業 ③その他（成年後見制度利用支援事業、福祉用具・住宅改修支援事業 / 等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援ボランティア・ポイント ・配食サービス ・おむつの支給 ・移送サービス ・寝具乾燥サービス ・訪問理美容サービス / 等

対象が、要支援・要介護認定者と限定されている。また、財源が1号保険料100%のため、保険料への影響が大きい。さらに、償還払いであるため、利用者にとって手続きが煩雑。

財源は、特別給付と同じだが、特別給付が「給付」であるのに対し、保健福祉事業は「事業」である。対象者が被保険者・介護者と、特別給付と比べて幅広い。

財源に公費が含まれているため、保険料への影響は限定的だが、上限額が設定されている。また、平成27年2月の通知により、「特別給付、保健福祉事業、総合事業、一般施策で実施すべきもの等」は対象外となった。

事業の目的や対象者などについて、国の定めがないため、市町村の裁量で決定できる。一方、一般財源での実施となるため、市町村の財政力に影響を受けやすい。

標準的な制度を地域の実情に合わせてチューニング（調律・調整）

制度設計上のイメージ

ぴったり！

介護保険制度

標準的な地域のニーズ

実際は、、、

介護保険制度

それぞれの地域の実情

独自施策

ぴったり！

介護保険制度

それぞれの地域の実情

- 国が提示する介護保険を中心としたサービスは、平均化された標準的な地域を前提に制度設計されている。
- 実際の地域のニーズは地域の実情によって異なっている上に、地域の資源状況も異なるため、そのままの状態ではなく、少し「調整する（独自施策）」ことで、うまく地域の実情に合わせることができる。

「介護保険」で「地域の実情に応じた」仕組みは難しいのか？

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

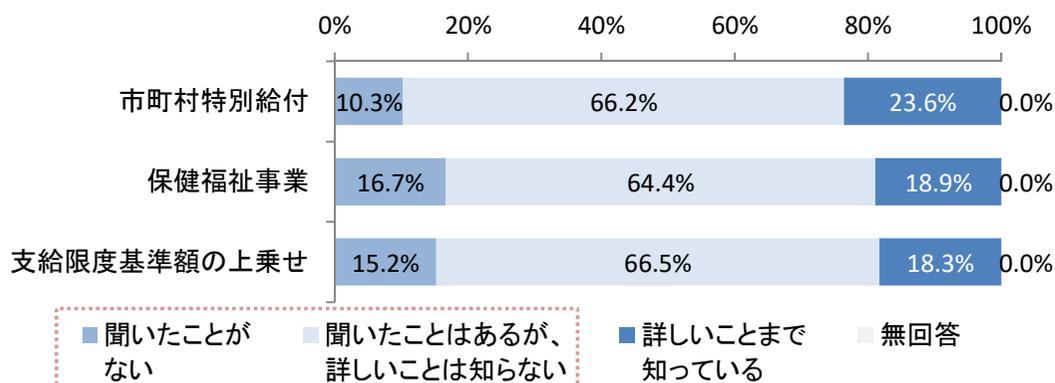
第二条 この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、
地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が**包括的に確保される体制**をいう。

地域の実情に応じた体制を作ること

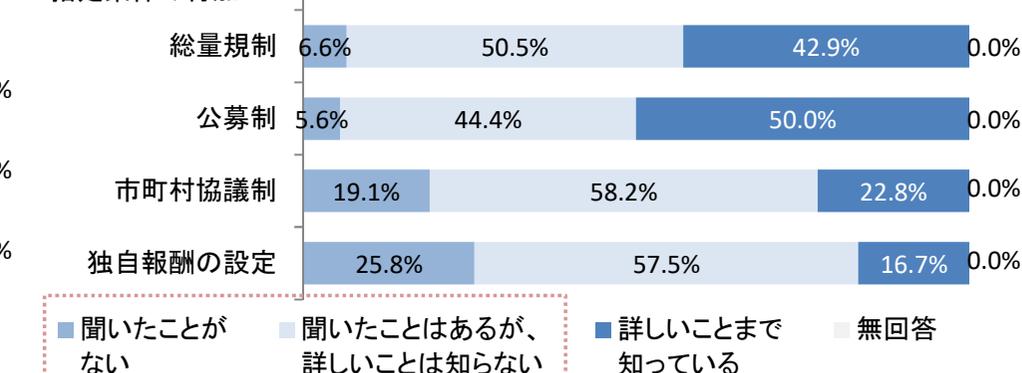
独自施策の認知度は低い

地域の実情に応じた施策メニューに関する市町村の認知度

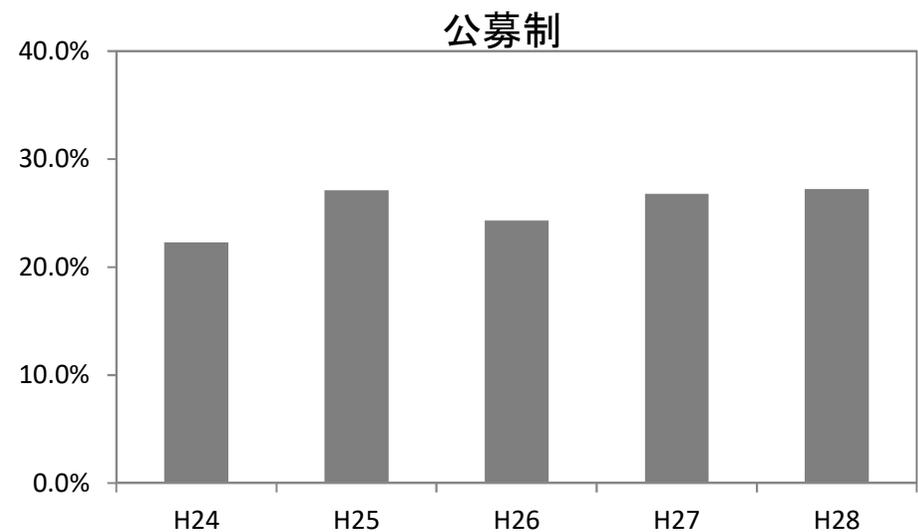
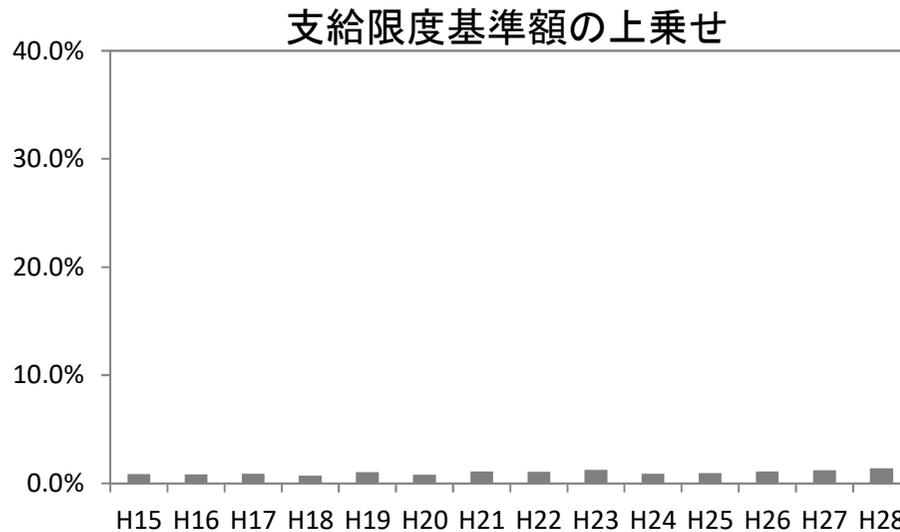
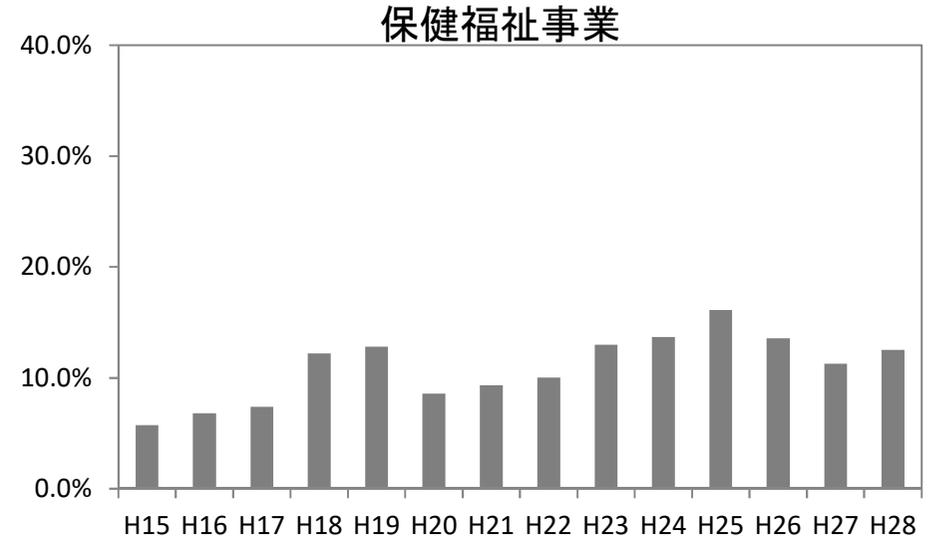
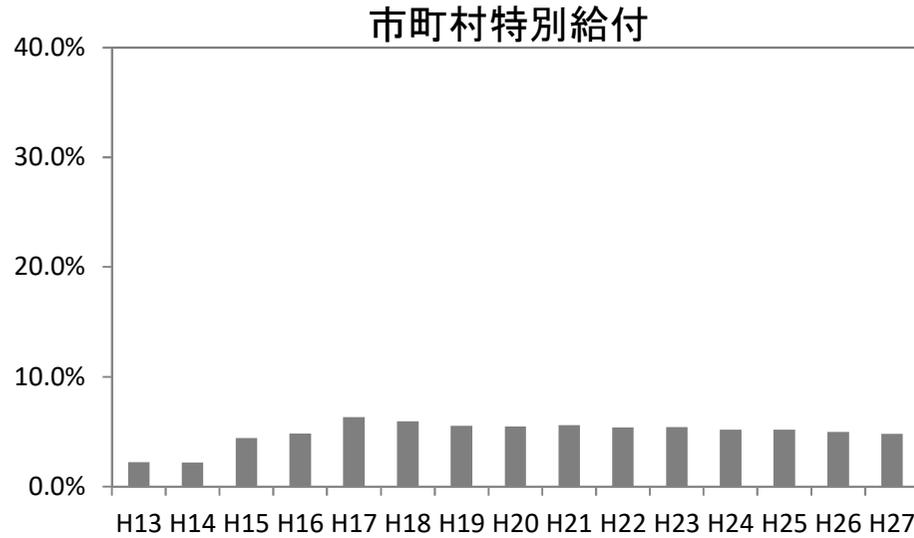
(「地域包括ケア推進のための市区町村施策に関する調査 (n=688)」より)



地域密着型サービスの指定条件の付加



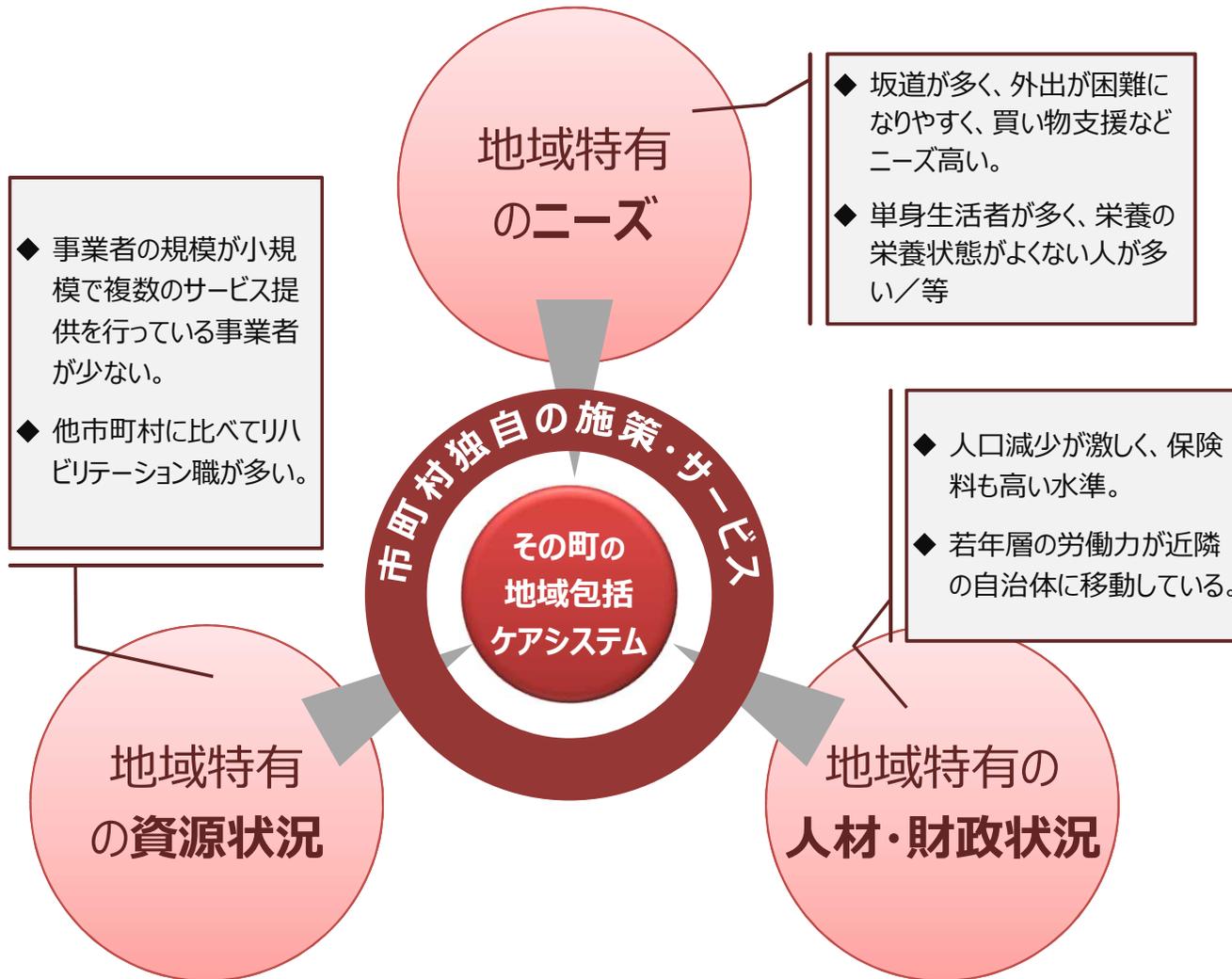
独自施策は、制度導入後は一定の保険者が実施するが、その後は大きな変動がない



※「実施率」=独自施策を実施している保険者数÷全保険者数×100

※独自施策を実施している保険者数・全保険者数の数値は、市町村特別給付は、厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、保健福祉事業、支給限度基準額の上乗せ、公募制は、厚生労働省「介護保険事務調査」による

「地域の実情に応じた」とは？「独自施策」とは？



- 独自施策とは、それぞれの地域の「ニーズ」「資源」「人材・財政状況」等の多様な条件の組み合わせの結果として、実施される、その地域の状況にフィットした取組。
- 国から示された標準的な制度やサービスでは、地域のニーズの特殊性に対応できないこともある。
- また、仮に標準的なサービスでニーズを満たせそうな場合でも、地域資源や、人材の状況によって、標準的なサービスを確保できない場合もある。

保険者が独自に考えられる範囲は、広がり続けている

市町村特別給付・保健福祉事業・基準該当サービス

2000

「小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービスについては、**市町村に指定権限**が位置付けられ、**市町村独自報酬の設定**も認められた。

介護保険制度の創設にあたり、第一号被保険者の保険料を財源とした「市町村特別給付」「保健福祉事業」、「基準該当サービス」を導入。

地域密着型サービス

2006

市町村が**定期巡回等のサービスの促進**を目的として、都道府県に対して訪問介護や通所介護の**指定拒否・条件付加**の協議が可能に。

居宅サービス指定に当たっての市町村協議制

2012

軽度者向けのサービスについて、基準や報酬等について**市町村の裁量で基準を決定**できるように。また補助要件等についても自治体事業として設定。

介護予防・日常生活支援総合事業

2015

小規模の通所介護サービスを**地域密着型サービス**と位置付けたことで、**指定権限が都道府県から市町村**に移譲された。

小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行

2016

すでに指定都市・中核市に移譲されていた居宅介護支援事業者の指定権限が、すべての市町村に都道府県から移譲された。

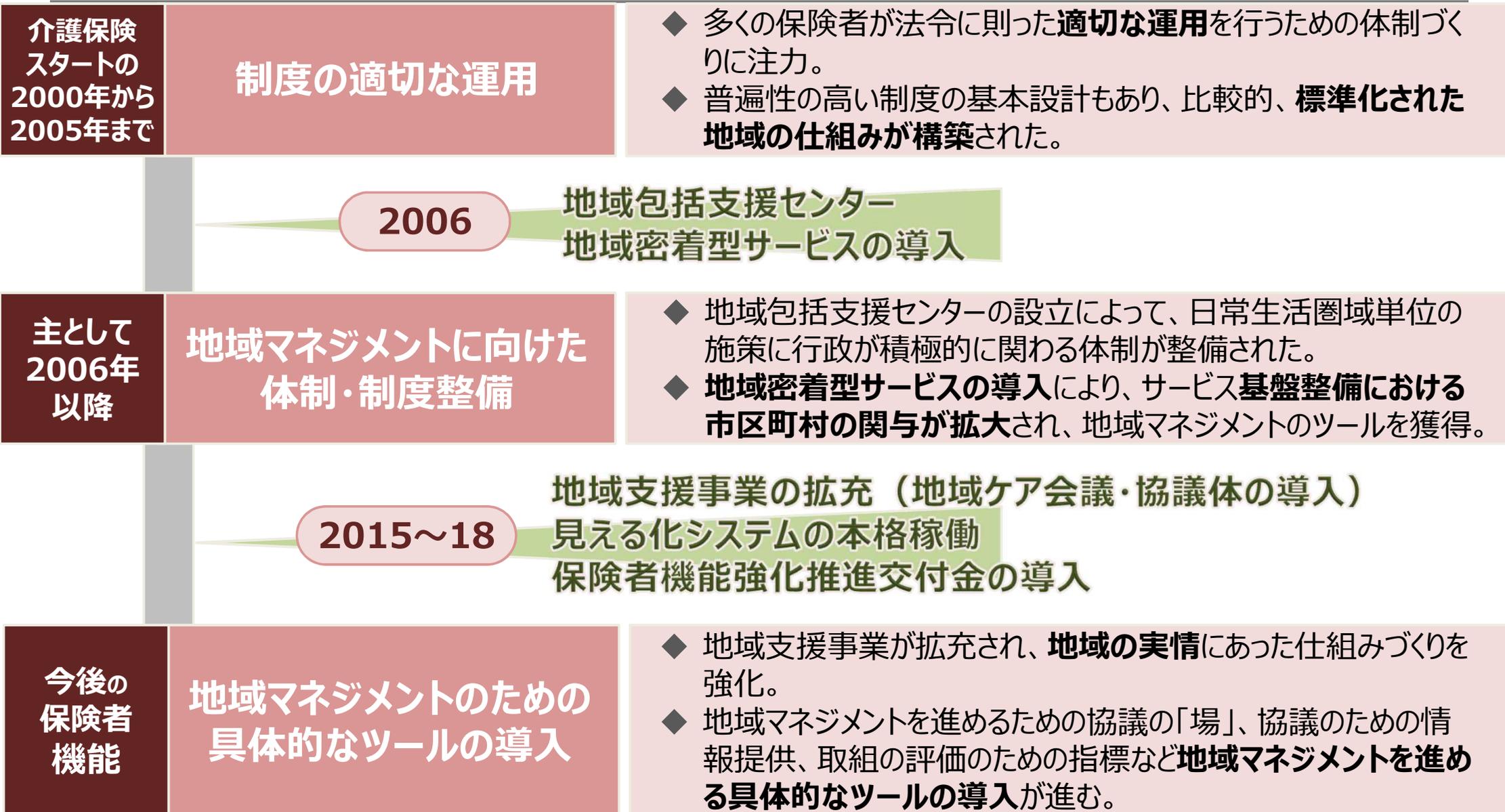
居宅介護支援事業者の指定権限の移譲

2018

地域包括ケアシステムの構築に関する**保険者の取組を評価する指標**の実績に応じた**交付金制度**を導入。

保険者機能強化推進交付金の導入

保険者に求められる機能は、「質的」にもより高いレベルが求められている



四助のバランスを見直す

「四助」のバランスを最適化
することがポイント

既存の事業を見直し
バランスの再構築

それぞれの地域の資源にあわせた
独自施策の展開の可能性は？

自助
自分でする
民間市場サービス

互助
地域の支え合い
ボランティア等

共助
介護保険
医療保険

公助
税財源による
福祉サービス等

地域密着の
独自施策等
による事業

介護予防・日常生活支援総合事業

民間市場
サービス
地域の
助け合い
専門職による
地域支援
生活支援体制整備事業

民間サービスに多様な選択肢がうまれています。うまく
利用できていないということはないですか？
民間市場サービスと高齢者のニーズのミスマッチはありま
せんか？

住民主体の取組に対する柔軟な補助や助成が可能です
(介護予防・日常生活支援総合事業)

なんでも
「介護保険」になっていませんか？
なんでも
「国の決めた通り」になっていませんか？

一般財源の可能性は無限大です。独自報酬の設定
も可能。財政と交渉する際に大切なことは（共助・互
助・自助でも同じことですが）、その取組がどのような効
果をもたらすのかのストーリーがあること。

「すべてを共助で」の考え方ではなく、
残り「三助」の可能性も検討してみる。

「デマンド」からサービスを作るのではなく「ニーズ」から考える

デマンドとは？・・・望むこと

デマンドから独自施策を作る

アンケートをとったら「配食」ニーズが高い！

たしかに、ひとり暮らしは食事に困るから配食が有効だ！

では、配食サービスを作ろう！

高齢者が増えただけ
給付が増え続ける

民間配食サービスとの違いは？
民業圧迫にならない？

ニーズとは？・・・必要なこと

ニーズから独自施策を作る

せつくりハビリで回復したのに、服薬や栄養管理が不十分な
ために、脳梗塞を再発。より重度の要介護状態に

どうすれば、脳梗塞の再発を防ぐことができるのだろうか？

しっかりとした栄養管理が必要

栄養指導の要素のある配食サービスを作ろう！

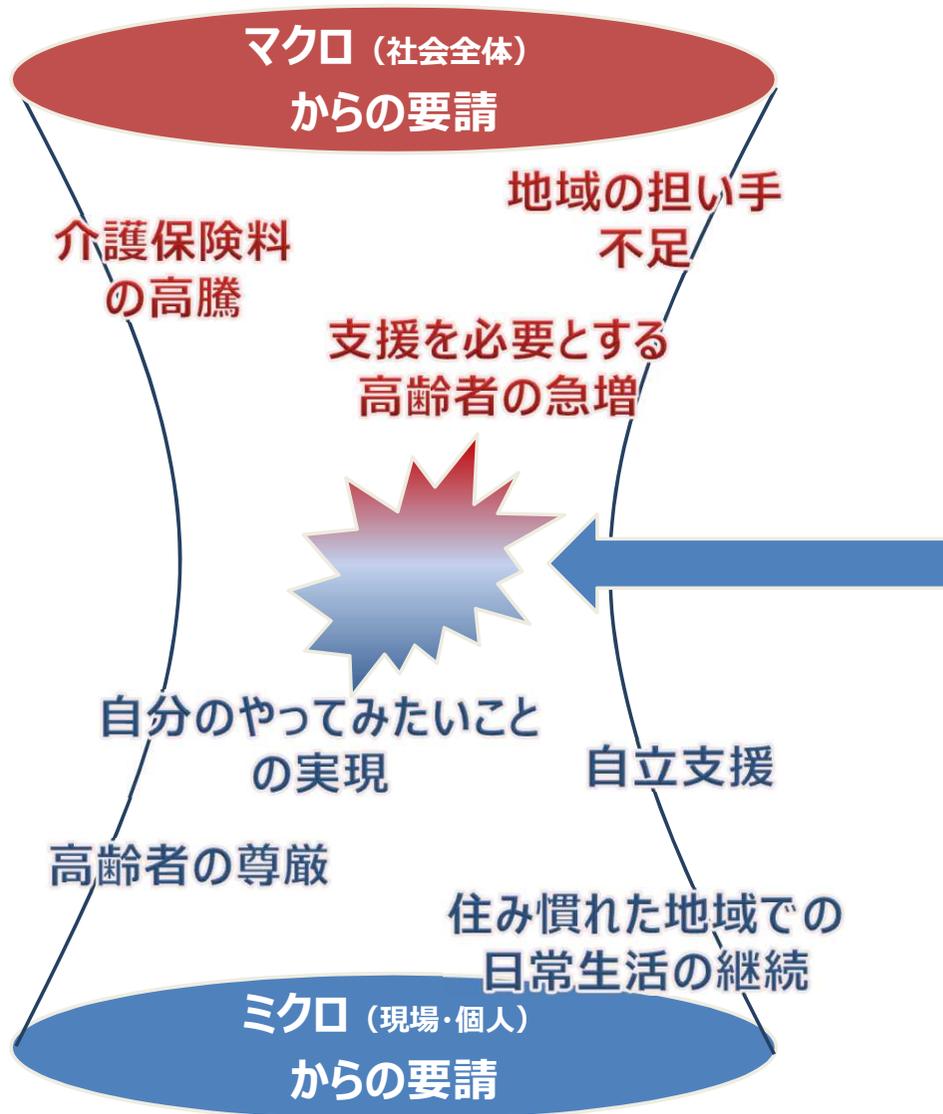
管理栄養士が
訪問に同行も！

なぜ適切な食事準備ができ
ないのかわかると改善も可
能に⇒結果的に短期利用
になることも

栄養指導を伴っている点で、
民間の配食とは異なる

「ニーズ」からだけでは、独自施策は生まれない

手段上の
制約条件



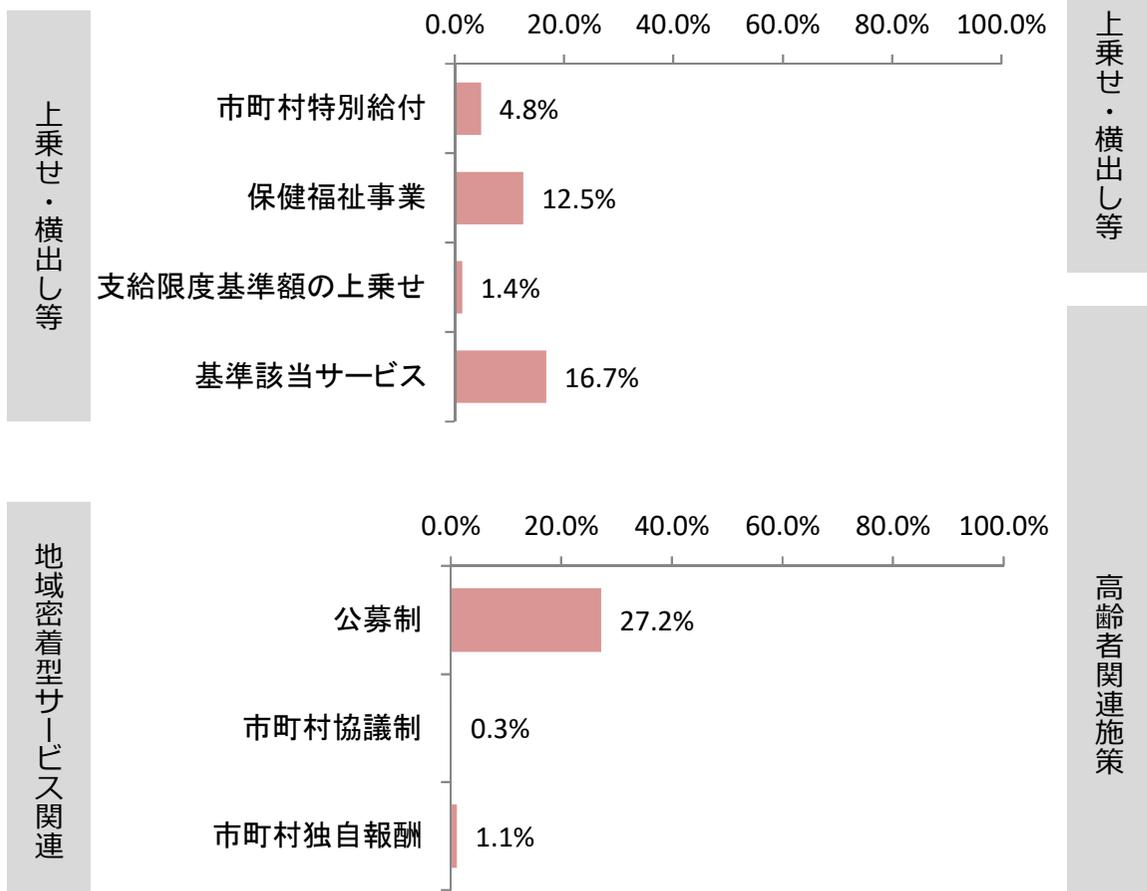
めざす姿
目的

この不整合を直視するのは、
保険者・自治体の責務。
どこかで必ず**妥協**は必要である。
マクロからの説明では
住民は理解しないし
ミクロからの説明では
行政には対応しきれない

独自施策の実施状況と従来事業の見直し状況

独自施策メニューの実施状況

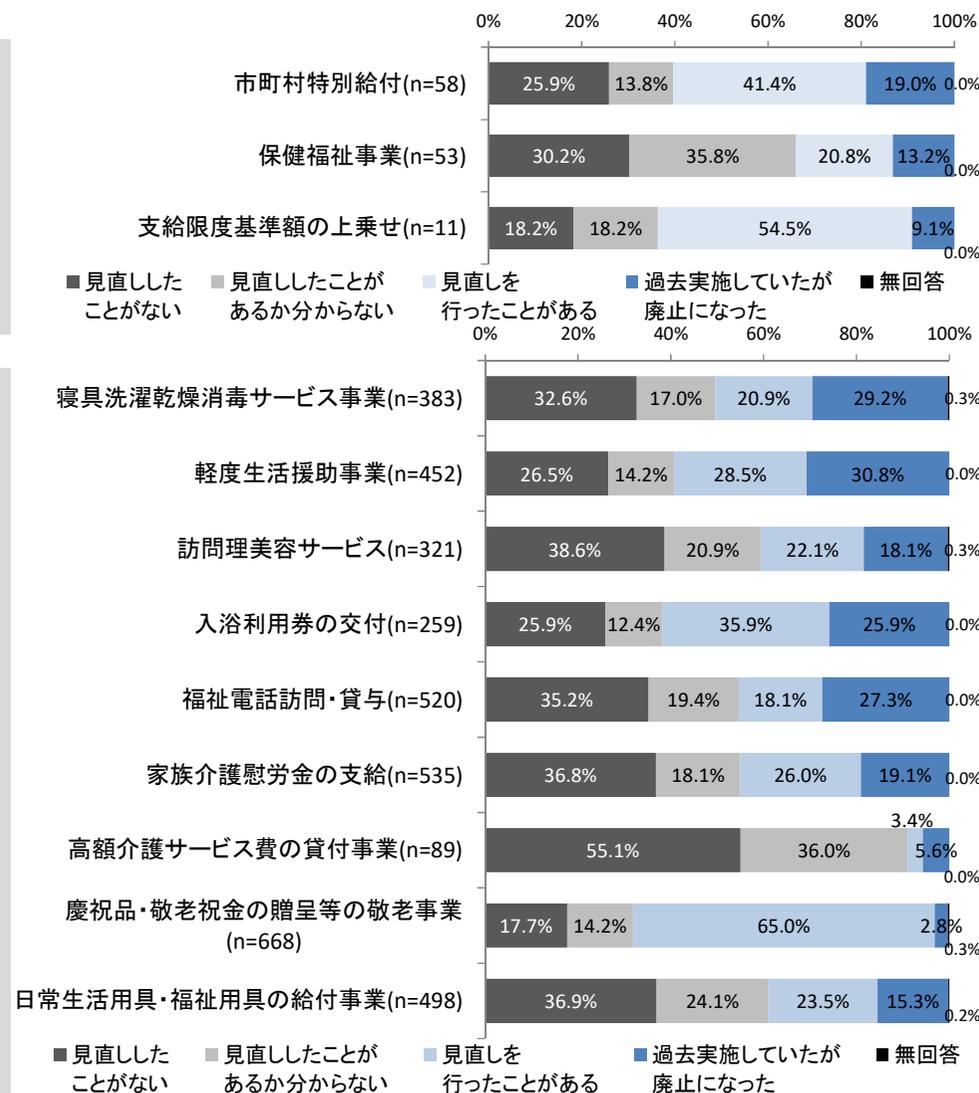
(現在、実施している割合) n=1,579*1



*1 市町村特別給付は、厚生労働省;介護保険事業状況報告(平成27年度年報)(n=1,579)。
 その他は、厚生労働省;平成28年度介護保険事務調査(n=1,579)

従来施策の見直し状況

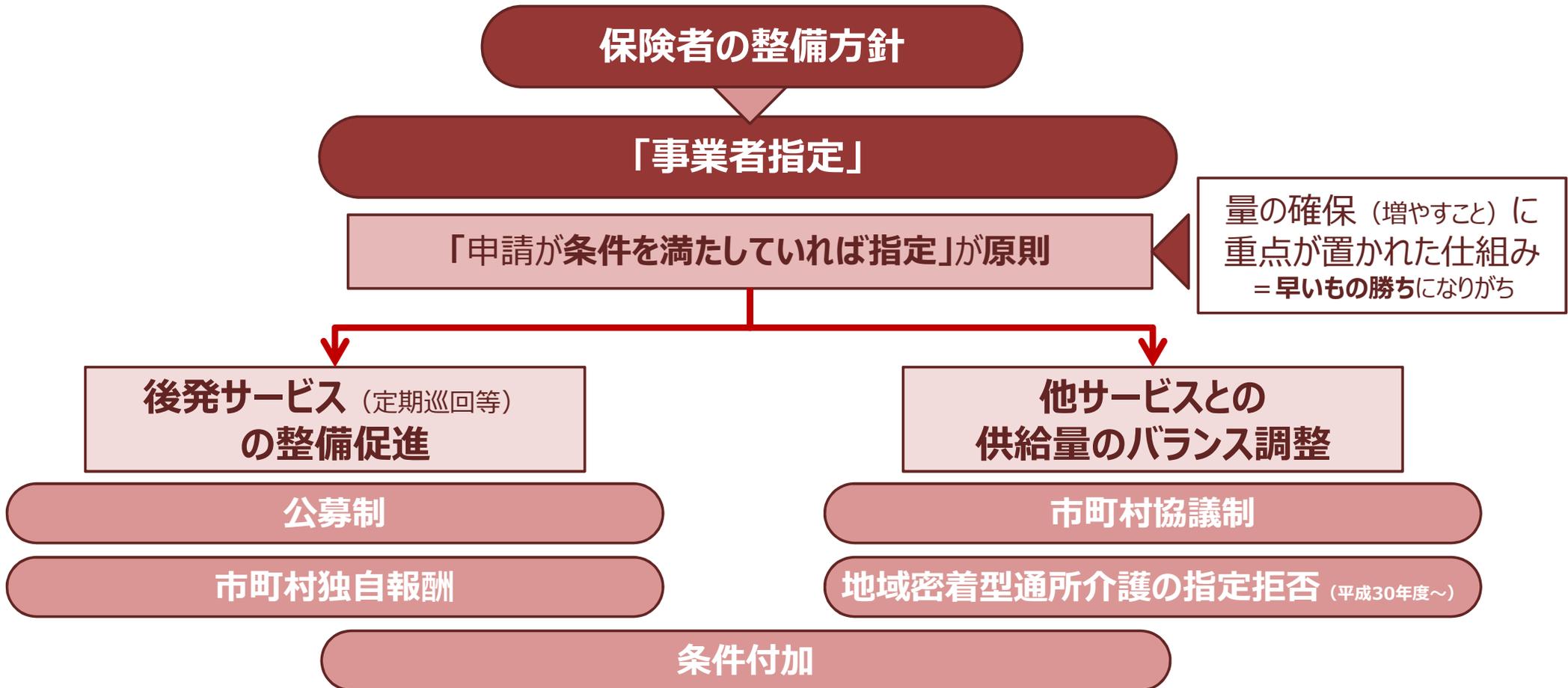
(これまでの見直し・廃止の状況) *2



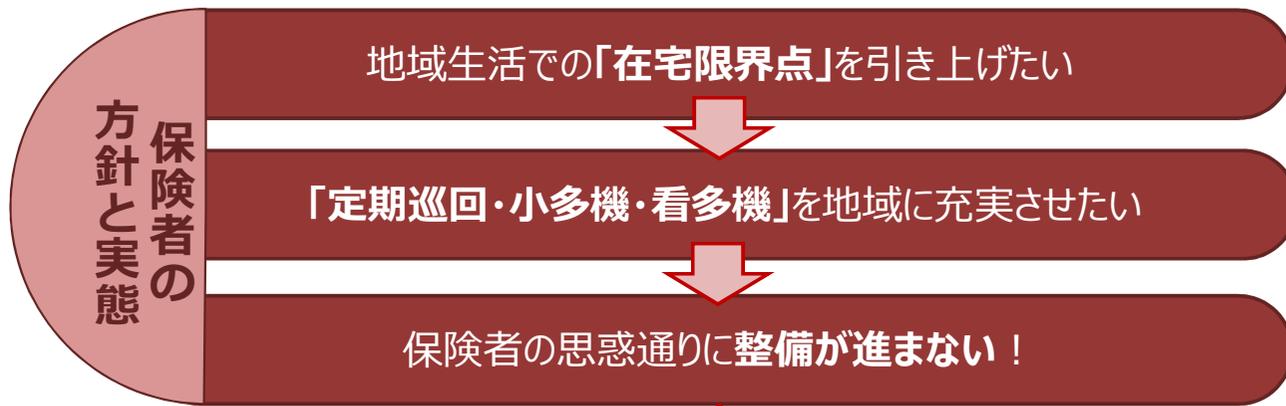
*2 「地域包括ケア推進のための市区町村施策に関する調査」(n=688)

地域密着型サービスにおける「事業者指定」の原則

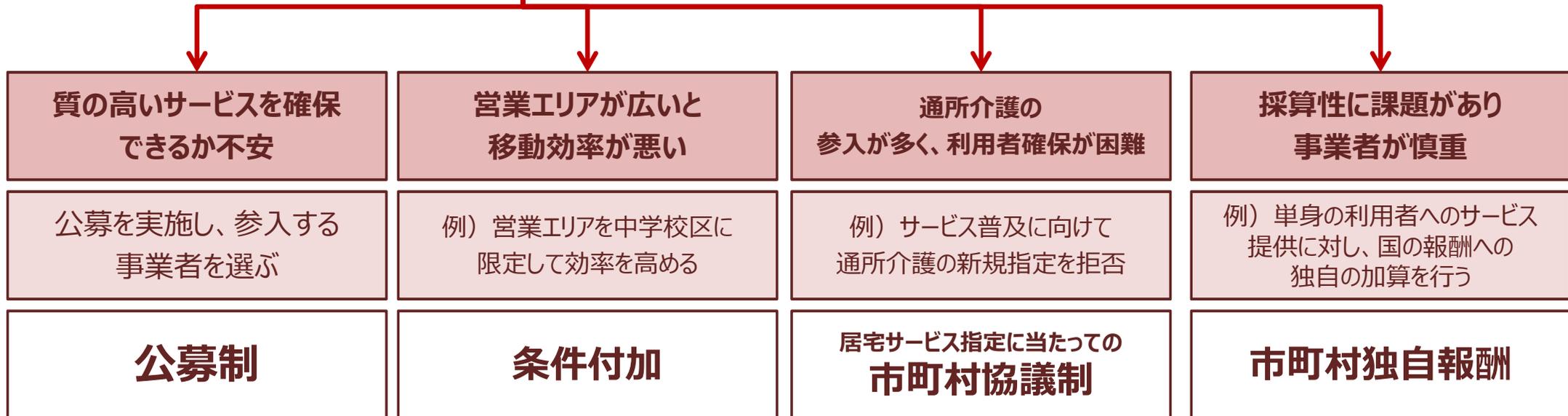
- 介護保険の「事業者指定」は、基準を満たしていれば「指定」するのが原則であり、サービス量の確保に重点が置かれている。この仕組みは、「早いもの勝ち」になる可能性があり、地域によっては定期巡回等の後発サービスの整備が進まない状況が起こりうる。
- 公募制、独自報酬、総量規制、市町村協議制は、保険者によるマネジメントを可能にするツールとして設けられており、それぞれの地域における実情にあわせて活用することが期待されている。



地域密着型サービスの独自施策の活用による課題解決のイメージ



- 保険者が明確な方針をもってサービス整備を進めていても、思惑通り利用者が増加しない場合も少なくない。
- 地域密着型サービスは、保険者に与えられているツールを活用することで、積極的にサービスの整備に対して独自の施策を展開できる。
- 特に包括報酬が設定された居宅サービスは、整備促進のための様々な施策ツールが用意されているので、これを十分に活用することが望ましい。



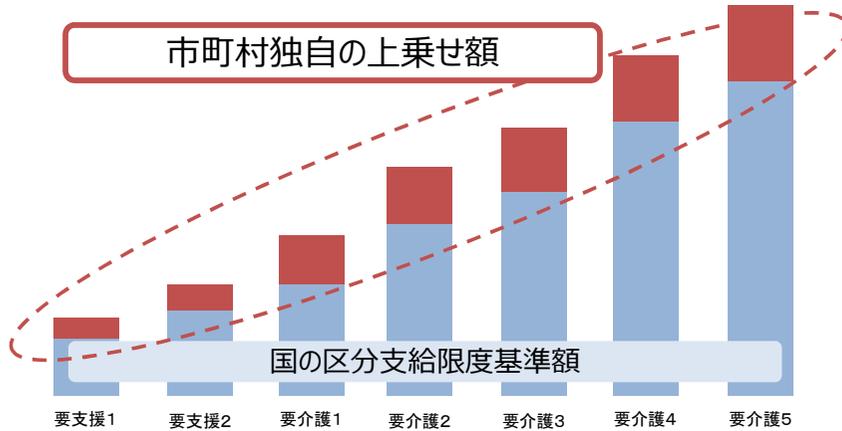
市区町村が活用できる介護保険サービスに関する独自施策メニュー一覧

		事業者募集	事業者指定			報酬設定	
		公募制	基準緩和	条件付加	指定拒否	独自報酬(加算)	単価の引き下げ
在宅	訪問介護・通所介護 ・短期入所		△ 基準該当サービス	△ 市町村協議制、県への意見提出による条件付加	△ 市町村協議制		
	その他の 在宅サービス		△ 基準該当サービス (在宅サービスの一部)	△ 県への意見提出による 条件付加			
地域密着型	定期巡回・ 小多機・看多機	○	○	○		○	○
	夜間対応型訪問介護		○	○		○	○
	地域密着型通所介護		○	○	○ 総量規制		○
	認知症GH、地域密着型特 定施設、地域密着型特養		○	○	○ 総量規制		○
	その他の 地域密着型サービス		○	○			○
施設・ 居住系	特養、老健、特定施設				△ 県への意見提出による 総量規制		
	上記以外の 施設・居住系サービス						

○：市町村が直接実施できる
 △：都道府県の施策を活用できる

支給限度基準額の上乗せ

「支給限度基準額」の上乗せとは？



趣旨

介護保険サービスの利用に対し、保険給付の対象となる金額の上限を定める「支給限度基準額」に対し、市町村独自で一定の金額を上乗せするもの

上乗せができる対象

- ① 居宅サービス・地域密着型サービス（居宅サービス区分）
- ② 福祉用具購入
- ③ 住宅改修

財源

- ・第1号被保険者の介護保険料

市町村がしなくてはならないこと

- ・上乗せの金額と条件（利用者の状態像など）の決定
- ・上乗せに関する条例の制定

高浜市 状態の軽減、悪化の防止を目的とした上乗せ

＜高浜市における居宅介護サービスの区分支給限度額＞

[単位/月]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
国が定める基準額	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
高浜市独自					
上乗せ額	1,812	1,759	4,913	7,339	6,221
認知症加算	1,790	1,940	-	-	-

平成29年度時点

- ・心身の状態が比較的軽度の段階で手厚くケアすることで、状態の軽減や悪化の防止を図るため、居宅サービス区分に対し上乗せを実施
- ・要介護1・2のうち、認知症高齢者日常生活自立度がⅢa以上の利用者には、週6回デイサービスを利用できるよう「認知症加算」を追加で設定
- ・今後は、認知症や中重度に重点化を図るため、要介護1・2の支給限度額は平成30年度に国基準に戻し（認知症加算は維持）、保健福祉事業の充実を図る

実際に、上乗せを使って利用する人は、どのくらいいるの？

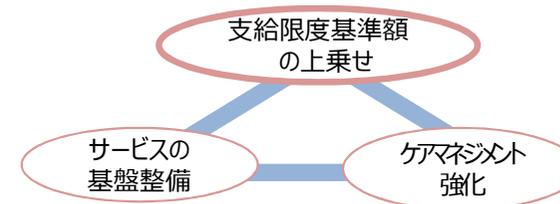
【要介護1】20人（6%） 【要介護2】42人（16%） 【要介護3】18人（9%）
 【要介護4】21人（13%） 【要介護5】13人（12%）

※（）内は、H29年3月末要介護認定者数に占める割合

財源への影響は？

第6期の介護保険料基準額は5,480円で、そのうち351円が上乗せによる影響額

実施上のポイント

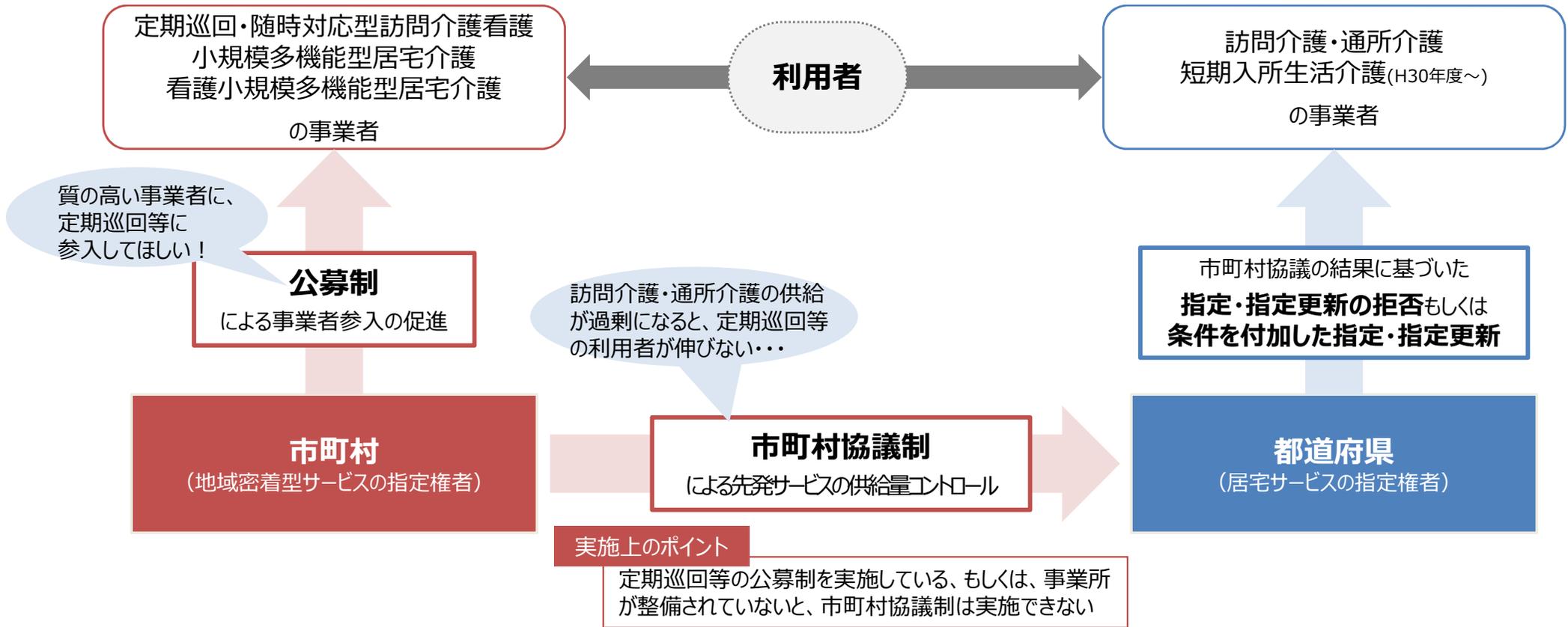


支給限度基準額の上乗せは、あくまでサービス利用の「量」を拡大する方法であり、サービスの「中身」や「質」を高めるものにはならない。そのため、サービス基盤の整備やケアマネジメント強化と組み合わせることで実施することがポイントとなる。

「公募制」と「市町村協議制」

趣旨

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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普及を進めるため、市町村が公募を通じた選考によって事業者指定を行う（公募制）とともに、これらのサービスと競合する訪問介護・通所介護が供給過剰とならないよう、市町村が都道府県に対し、訪問介護・通所介護の指定をしないよう、あるいは指定条件を付加するよう、必要に応じて協議できる（市町村協議制）



市町村協議ができる条件 次の①と②いずれにも該当している場合

- ①「定期巡回・小多機・看多機の事業所が、市町村の区域にある場合」もしくは「定期巡回・小多機・看多機の公募指定を行っている」
- ②「市町村または日常生活圏域における訪問介護・通所介護の量が、市町村事業計画で定める見込み量にすでに達している場合」もしくは「申請に係る指定によって見込み量を超えることになるとき」もしくは「計画の達成に支障を生じるおそれがある時」

市町村と都道府県による「総量規制」

趣旨

施設・居住系サービスの供給過剰を防ぐため、市町村・都道府県は、市町村介護保険事業計画、都道府県介護保険事業支援計画の達成に支障を生じるおそれがある場合は、それぞれが指定権限を有するサービスの指定を拒否することができる

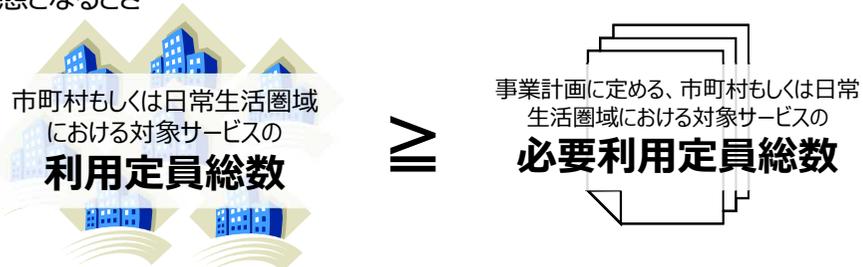
市町村ができる「総量規制」

指定拒否ができるサービス

- ・認知症対応型共同生活介護
- ・地域密着型特定施設
- ・地域密着型介護老人福祉施設

指定拒否ができる条件 次の①か②のいずれかに該当する場合

①既に以下の状態になっているか、または当該事業者の指定により以下の状態となるとき



②市町村介護保険事業計画の達成に支障を生じるおそれがあると認めるとき

「見込量」ではなく、**「必要利用定員総数」**を計画に定める必要がある

市町村がしなくてはならないこと

- ・事業計画に「必要利用定員総数」を定める
- ・ルールを決める（先着順とする、一定期間に申請があった事業者を評価して優先順位をつける等）
- ・被保険者その他の関係者の意見を反映させる

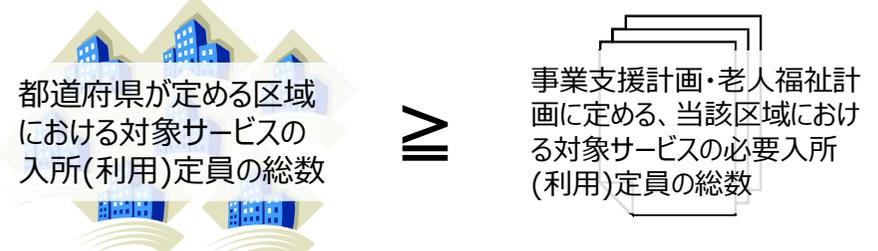
都道府県ができる「総量規制」

指定・許可の拒否ができるサービス

- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・介護専用型特定施設
- ・混合型特定施設

指定拒否ができる条件 次の①か②のいずれかに該当する場合

①既に以下の状態になっているか、または当該事業者の指定により以下の状態となるとき



②都道府県介護保険事業支援計画・都道府県老人福祉計画の達成に、支障を生じるおそれがあると認めるとき

さらに、都道府県と市町村は、互いの指定・許可に対し、意見や助言をすることができる

- ・都道府県による対象サービスの指定・許可に対し、**市町村は、事業計画との調整を図る見地からの意見を提出できる**
- ・市町村が地域密着型特定施設を指定する際、都道府県事業支援計画で定める、その区域の介護専用型特定施設の必要利用定員総数を超える等の場合は、都道府県は市町村に対し必要な助言または勧告ができる

「市町村独自報酬」(加算方式)と「単価引き下げ」

「独自報酬」とは？

趣旨

要支援・介護者の在宅生活を支援するサービスの整備を促進するため、市町村が国の加算に加えて、市町村独自の加算を設定することができる

市町村の加算＝「独自報酬」
(市町村判断)

国の加算
(全国統一)

国の介護報酬
(全国一律)

供給量の確保
サービスの質の向上

対象サービスと算定できる単位数
(利用者1人あたりの月の単位数)

- ・定期巡回 50～500単位
- ・夜間対応型訪問介護 50～300単位
- ・小多機・看多機 50～1,000単位
- ※すべて50単位きざみ

市町村がしなくてはいけないこと

- ・加算の要件と単位数の決定
- ・上記にあたって、被保険者その他関係者の意見の反映、学識経験者の知見の活用
- ・対象サービス事業者への周知
- ・国民健康保険団体連合会への報告

要件と単位数は、自由に設定できるの？

質の高いサービスの整備、国の加算との整合性の観点から、以下の条件を満たす必要がある

- ・加算方式とする
- ・指定基準の内容を下回る要件にしてはならない
- ・全国一律の介護報酬の加算要件を下回る要件を定める場合は、全国一律の加算の単位数を超えた単位数は設定できない

「単価引き下げ」とは？

趣旨

地域密着型サービスについては、市町村が報酬単価の引き下げをすることができる。単価の引き下げのみを行う場合は供給量のコントロールにつながるが、事業者の参入が難しい地域では、指定基準の緩和と組み合わせることで、供給量を確保することも考えられる

単価の引き下げ

指定基準の緩和

供給量の確保

対象サービス

- ・すべての地域密着型サービス

市町村がしなくてははいけないこと

- ・単価の決定
- ・地域密着型サービスの従事者に関する基準、設備基準、運営基準の設定
- ・上記にあたって、被保険者その他関係者の意見の反映、学識経験者の知見の活用

単価と指定基準は、自由に設定できるの？

(単価)

厚生労働省令で定める額を超えない範囲

※指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (H18年告示126号)

(指定基準)

「従うべき基準」「標準」「参酌すべき基準」があり、このうち、「標準」「参酌すべき基準」については、一定の条件の下で、地域の実情に応じた内容を定めることが可能。なお、「従うべき基準」は、以下の通り。

- ・従業者に係る基準及び当該従業者の員数
- ・居室の床面積
- ・小多機・認知症デイの利用定員
- ・運営に関する事項で、利用者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全確保並びに秘密保持に密接に関連するものとして省令で定めるもの

サービスの質の向上に活用できる「条件付加」

趣旨

市町村は、地域密着型サービスの指定を行うにあたって、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる。また、都道府県が行う居宅サービス・介護予防サービスの指定について、市町村は事業計画との調整を図る見地から意見を提出することができ、都道府県はそれを勘案して、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる（平成30年度～）。

条件付加の多様な活用方法

圏域毎の基盤整備を進めるため

例: 整備予定地域と事業所数を定める

他サービスとのバランスのとれた整備を進めるため

例: 他サービスとの併設を条件とする

ケアの質を向上するため

例: 特定の研修を修了した職員の配置を条件とする

地域づくりを推進するため

例: 総合事業への協力を条件とする

ケアに対する地域全体の方針共有のため

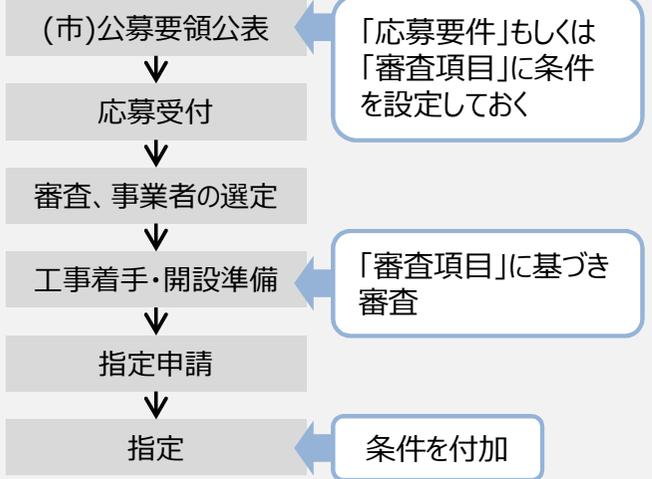
例: 地域ケア会議への出席を条件とする

対象サービス

【市町村が直接、条件を付加できる】地域密着型サービス / 【都道府県に対し、条件付加を行うよう、意見提出ができる】居宅サービス・介護予防サービス

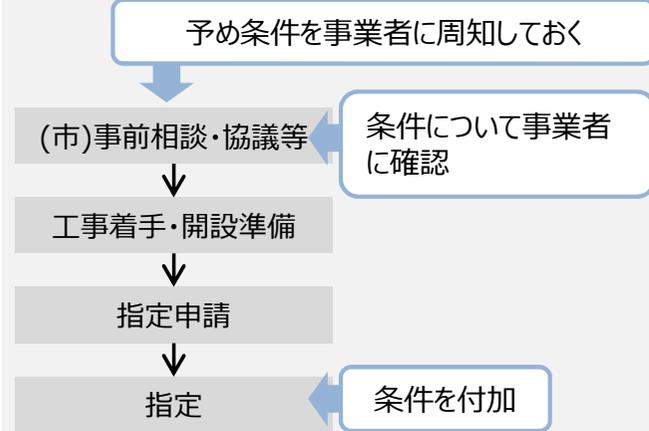
条件を付与する方法（一例）

①公募制が実施できるサービスの場合 (定期巡回・小多機・看多機)



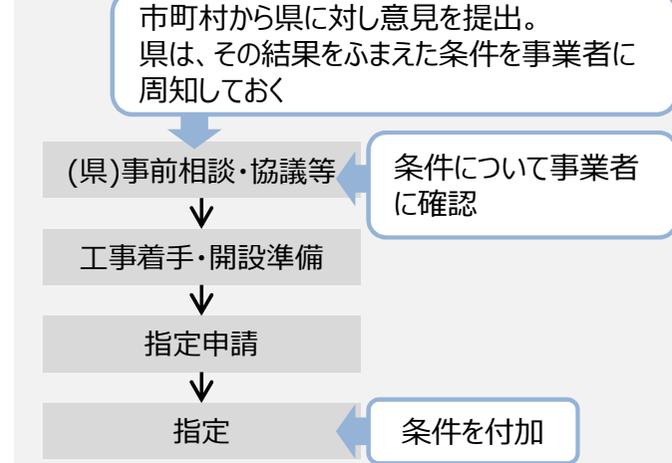
※指定権者：市町村

②公募制が実施できない地域密着型サービスの場合



※指定権者：市町村

③在宅サービスの場合（平成30年度～）



※指定権者：都道府県

市区町村が活用できる介護保険サービスに関する独自施策メニュー一覧

		事業者募集	事業者指定			報酬設定	
		公募制	基準緩和	条件付加	指定拒否	独自報酬(加算)	単価の引き下げ
在宅	訪問介護・通所介護 ・短期入所		△ 基準該当サービス	△ 市町村協議制、県への意見提出による条件付加	△ 市町村協議制		
	その他の 在宅サービス		△ 基準該当サービス (在宅サービスの一部)	△ 県への意見提出による 条件付加			
地域密着型	定期巡回・ 小多機・看多機	○	○	○		○	○
	夜間対応型訪問介護		○	○		○	○
	地域密着型通所介護		○	○	○ 総量規制		○
	認知症GH、地域密着型特 定施設、地域密着型特養		○	○	○ 総量規制		○
	その他の 地域密着型サービス		○	○			○
施設・ 居住系	特養、老健、特定施設				△ 県への意見提出による 総量規制		
	上記以外の 施設・居住系サービス						

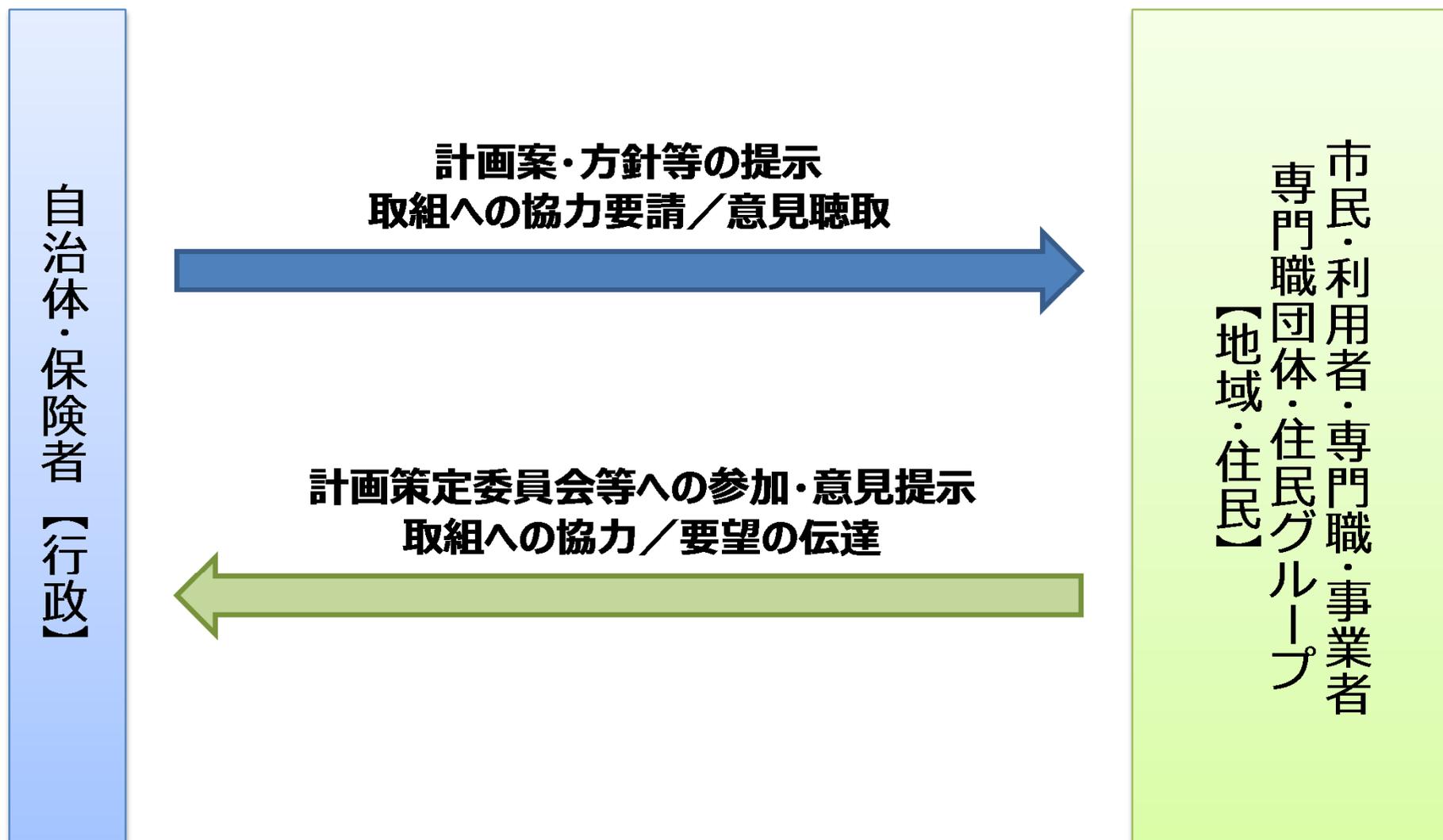
○：市町村が直接実施できる
 △：都道府県の施策を活用できる

目的別×サービス別にみた独自施策メニューの活用例

		地域の実情に合ったサービス整備を進めたい	供給量をコントロールしたい
在宅	訪問介護・通所介護・短期入所	市町村協議制、県への意見提出により、質の高い事業者を指定できるよう、条件付加を都道府県に求めることが可能	市町村協議制を活用し、事業者の指定をしないよう都道府県に求めるほか、県への意見提出による指定条件の付加で供給量をコントロールすることも可能
	その他の在宅サービス	県への意見提出により、質の高い事業者を指定できるよう条件付加を都道府県に求めることが可能	県への意見提出による指定条件の付加で供給量をコントロールすることも可能
地域密着型	定期巡回・小多機・看多機	公募制や指定条件の付加を活用して質の高い事業者を指定したり、独自報酬により質の高いサービスに対し加算をつけたり、参入を促すことが可能	公募制の実施の際、圏域毎に募集することで、過剰な立地を防ぐほか、指定条件の付加の内容によっては、供給量をコントロールすることが可能
	夜間対応型訪問介護	指定条件の付加を活用して質の高い事業者を指定したり、独自報酬により質の高いサービスに対し加算をつけたり、参入促すことが可能	指定条件の付加の内容によっては、供給量をコントロールすることが可能
	地域密着型通所介護	指定条件の付加を活用して、質の高い事業者を指定することが可能	総量規制により、事業者の指定を拒否するほか、指定条件の付加の内容によっては、供給量をコントロールすることが可能
	認知症GH、地域密着型特定施設、地域密着型特養	指定条件の付加を活用して、質の高い事業者を指定することが可能	総量規制により、事業者の指定を拒否するほか、指定条件の付加の内容によっては、供給量をコントロールすることが可能
	その他の地域密着型サービス	指定条件の付加を活用して、質の高い事業者を指定することが可能	指定条件の付加の内容によっては、供給量をコントロールすることが可能
施設・居住系	特養、老健、特定施設	—	県による指定・許可に対し、意見提出することによる間接的な総量規制が可能
	上記以外の施設・居住系サービス	—	—

地域マネジメントは「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**
 - フォーマルセクターが集まる「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。その代わりに、継続的に話し合う場は不可欠。
- **承認としての場ではない「協働」のための場**
 - 従来 of 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。

本日、どうしてもお伝えしたかったこと

- **地域包括ケアシステムは「地域の生き死に」を左右します。**
 - 体制のないところに地域包括ケアシステムはありえません。充実分で充実させてください。ここに躊躇したら未来はないと思います。
- **地域包括ケアシステムはルーティン業務ではありません。**
 - ルーティン業務ではありません。地域の関係者との協働を含む「企画業務」ですから、人事異動のサイクルは5年が基本だと思います。
 - 戦略性が求められる以上、部署間の風通しの良さがカギです。
- **「地域の実情」に合わせることを恐れない**
 - 「全国統一」に付き合えば、地方都市は破たんします。その地域の身の丈にあった取組を展開するには、丁寧なニーズ把握（アンケートではない）が不可欠。落としどころにこだわらない「場」を作るべきだと思います。
 - 地方の地域包括ケアに必要な場は「**地域ケア会議(専門職)**」「**協議体**（住民と民間事業者）」「**介護サービス事業者連絡会**（事業者）」だと思います。
- **短期間で結果を追い求めない**
 - 地域の多数の関係者が関わる事業です。地域住民の自発的な取組も必要です。だからこそ時間をかけることが大切です。押しつけ、依頼事では進みません。

【ご参考】地域包括ケアシステムに関する各種資料はこちらからご覧いただけます

地域包括 三菱UFJ

検索

<http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/index.html>

MUFG Quality for You
 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

ソリューション シンクタンクレポート セミナー・イベント 採用情報 企業情報

ホーム > 地域包括ケア

地域包括ケア

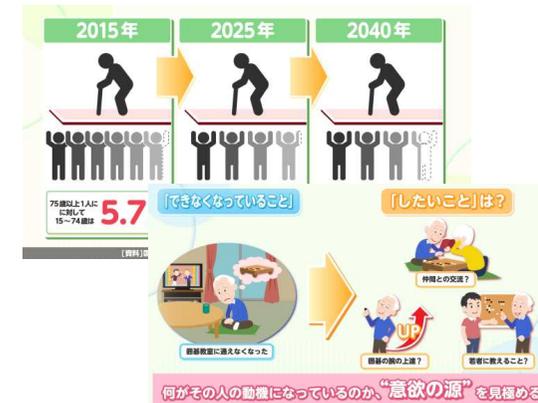
調査・提言

各研究会・事業における地域包括ケア関連の調査研究レポートをご覧いただけます。

- 地域包括ケア研究会
- 介護予防・日常生活支援総合事業
- 定期巡回・随時対応サービス
- 看護小規模多機能型居宅介護および看護サービス
- 地域マネジメント
- 在宅介護実態調査
- その他

地域包括ケアのイラストについて

医療・看護 介護リハビリテーション 保健・福祉



各種報告書や研究報告書の
 動画解説など様々な素材を
 提供しています。

出典明記で研修資料、行政資料等に自由にご活用いただけます。

出所表示例)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「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」(平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)



講師紹介

岩名 礼介

政策研究事業本部（東京）
社会政策部長
上席主任研究員



専門分野

地域包括ケアシステムの構築支援（自治体支援）
サービス開発・普及促進
要介護認定制度の運用
途上国における社会保障制度構築支援

兼務

JICA（国際協力機構）社会保障分野課題別支援委員会委員／高齢化小委員会委員
中央大学大学院客員教授

委員会委員

- 「定期巡回・随時対応サービスを含む訪問サービスの提供状況に関する調査研究委員会」委員（厚生労働省）
- 「地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究委員会」委員（富士通総研[厚労省老健事業]）
- 「都市部における高齢者を中心としたプロボノ活動の促進に関する調査研究事業」委員（サービスグラント[厚労省老健事業]）
- 「先進的な情報技術を活用した、要介護認定の認定調査及び認定審査に関する試行的な取組に関する調査研究委員会」委員（三菱総研[厚労省老健事業]）

主要実績

- 地域包括ケアシステム研究会（座長：田中滋慶応義塾大学大学院名誉教授）事務局統括（H22-28）
- 要介護認定適正化事業（H19-H29）
- 広島県、武蔵野市、横浜市、川崎市など、地域包括ケアシステムの先進地域においてコンサルティング業務に従事。
- 田中滋慶応義塾大学名誉教授発案の「地域包括ケアシステムの植木鉢」のデザイン化を担当。



本日の講演に関連する資料

「地域の実情」に応じた
地域包括ケアシステム構築ガイドブック



地域公共交通会議に関する解釈が提示
されました（移動支援を考える上で重要）



生活支援コーディネーターのための
明日からできる「プロボノ」活用ハンドブック



許可や登録を必要としない運送
（移動支援を考える上で新しいアイデアを提示しています。）

