

自助と互助の取組で、地域づくり

平成30年8月28日

九州・沖縄地区生活支援コーディネーター活動研究大会

(公社)国民健康保険中央会理事長
原 勝 則



(注)この資料のスライドは、特に断りがないものは厚生労働省の作成

国民健康保険団体連合会(国保連)と国保中央会

国民健康保険の保険者が共同で事務を行うため、国保法第83条に基づき、市町村及び国民健康保険組合により設立された法人。47の都道府県単位の設立。

	国民健康保険	後期高齢者医療・介護保険・障害者総合支援
審査支払業務	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険の診療報酬 	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療診療報酬 ・介護給付費等 ・障害者総合支援給付費(支払業務) など
保険者支援の業務	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者事務共同電算処理(資格確認、高額療養費の支給額計算、医療費通知、後発医薬品利用差額通知作成 等) ・第三者行為損害賠償求償事務 ・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 など 	<ul style="list-style-type: none"> (後期高齢者医療) ・保険者事務共同電算処理 など ・(介護保険) ・介護保険者事務共同電算処理 ・介護サービス相談・苦情処理事業 など (障害者総合支援) ・障害者総合支援市町村事務共同処理

【職員数】

国保中央会 職員数 99名(うち、審査部16名)

国保連合会 職員数 5,100名(うち、審査担当2,495名)

※出典:平成29年度国保連合会事業概況、正規職員

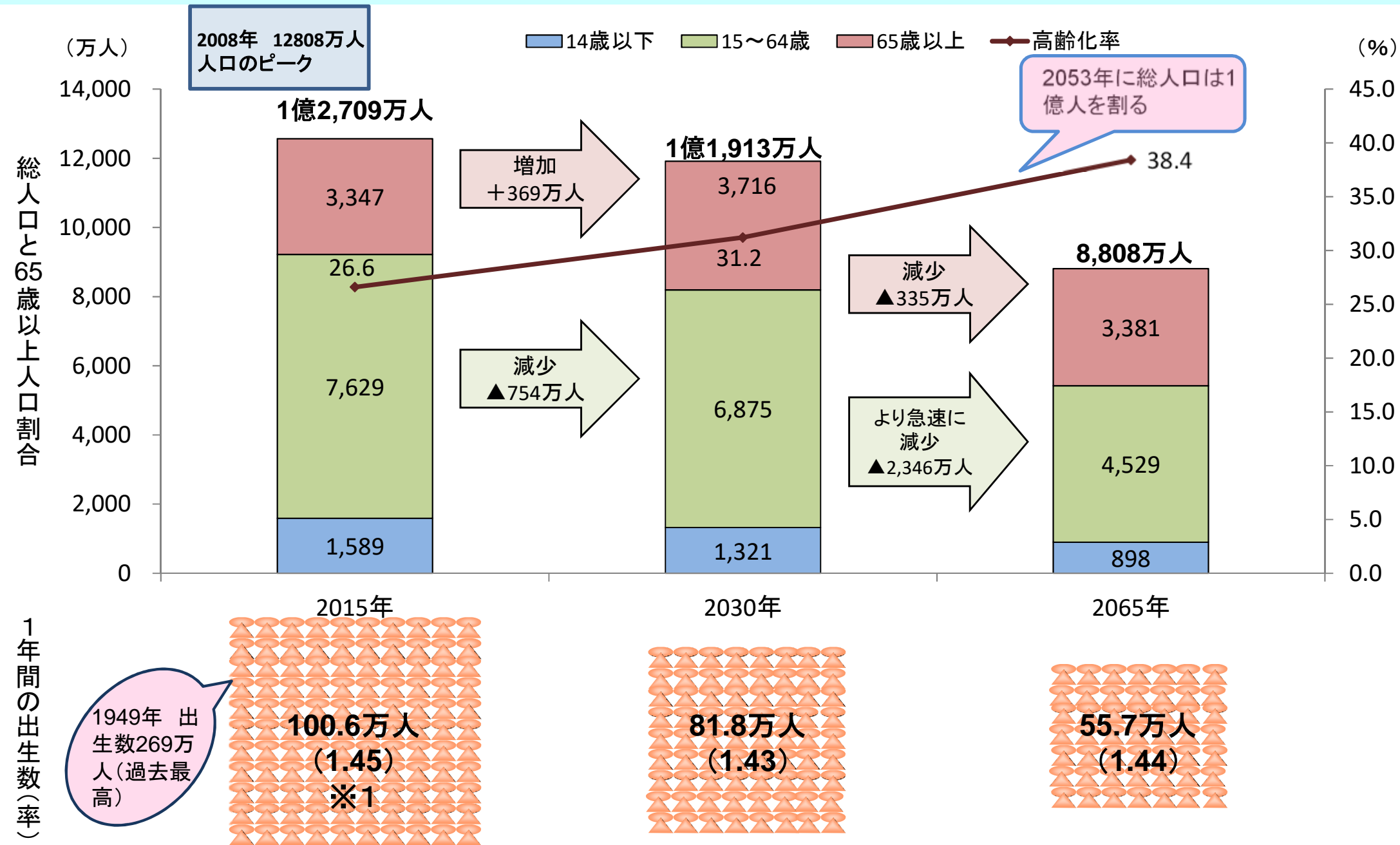
国民健康保険中央会

- 各都道府県の国保連合会を会員とする公益社団法人。
- システム開発等国保連合会単位で行うと非効率な事業、都道府県域では収まりきれない事業を実施。

新しい総合事業創設のねらい

今後の人口構造の急速な変化

平成29年将来人口推計(中位)



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

厚生労働省「人口動態統計」

※1 出典:2015(平成27)年人口動態統計

※厚生労働省が作成したスライドを原個人が一部加筆

少子・高齢化で増加し続ける医療・介護費用をどう負担し、持続可能な制度としていくかが最重要課題！

- 毎年度、人口の高齢化や医療等の技術の高度化により、医療費は0.6兆円、介護費は0.3～0.4兆円増加。
- 生産年齢世代の減少、経済の低成長、国家財政再建のため、医療費や介護費の財源のうち、保険料(被保険者と事業主)や公費(国・等道府県・市町村)の負担増加には限界。
- サービスの利用者の窓口負担の引上げも、度重なる改正により大きくなってきており、できれば避けたい。
- 医療・介護費の適正化(サービスの効率化、不正・不当な請求の排除など)は引き続き努力するにしても、効果は限られている。
- **そこで、26年の医療・介護一体改革で取り組んだ二つのこと**
 - ① **利用者の視点から医療サービスと介護サービスの連携を図り、サービスの質の向上と効率化を図る。**
 - ② **医療・介護費そのものを少なくする(伸びを抑制する)。そのために「自助」(健康づくり・介護予防)と「互助」(住民主体の助け合い、民間サービスの活用など)の推進に取り組む。**
- **大きな病気をせず、要介護状態にならず、いつまでも元気でいることは、人としても幸せなこと。**

地域包括ケアシステム構築への主なアプローチ

地域包括ケアシステムの構築

自助(健康づくり・介護予防等)と互助(住民主体の助け合い・生活支援)の取組からのアプローチ

- ・介護保険の新しい総合事業・生活支援体制整備事業
- ・医療保険の保健事業
- ・地域福祉政策 など

医療・介護サービスのネットワーク化の取組からのアプローチ

- ・地域医療ビジョンに基づく医療計画の策定
- ・介護保険事業計画の策定
- ・在宅医療・介護連携推進事業 など

上記以外の取組からのアプローチ

- ・住宅政策
- ・権利擁護 など

地域包括ケアシステム(植木鉢の絵)と 自助・互助・共助・公助の役割分担



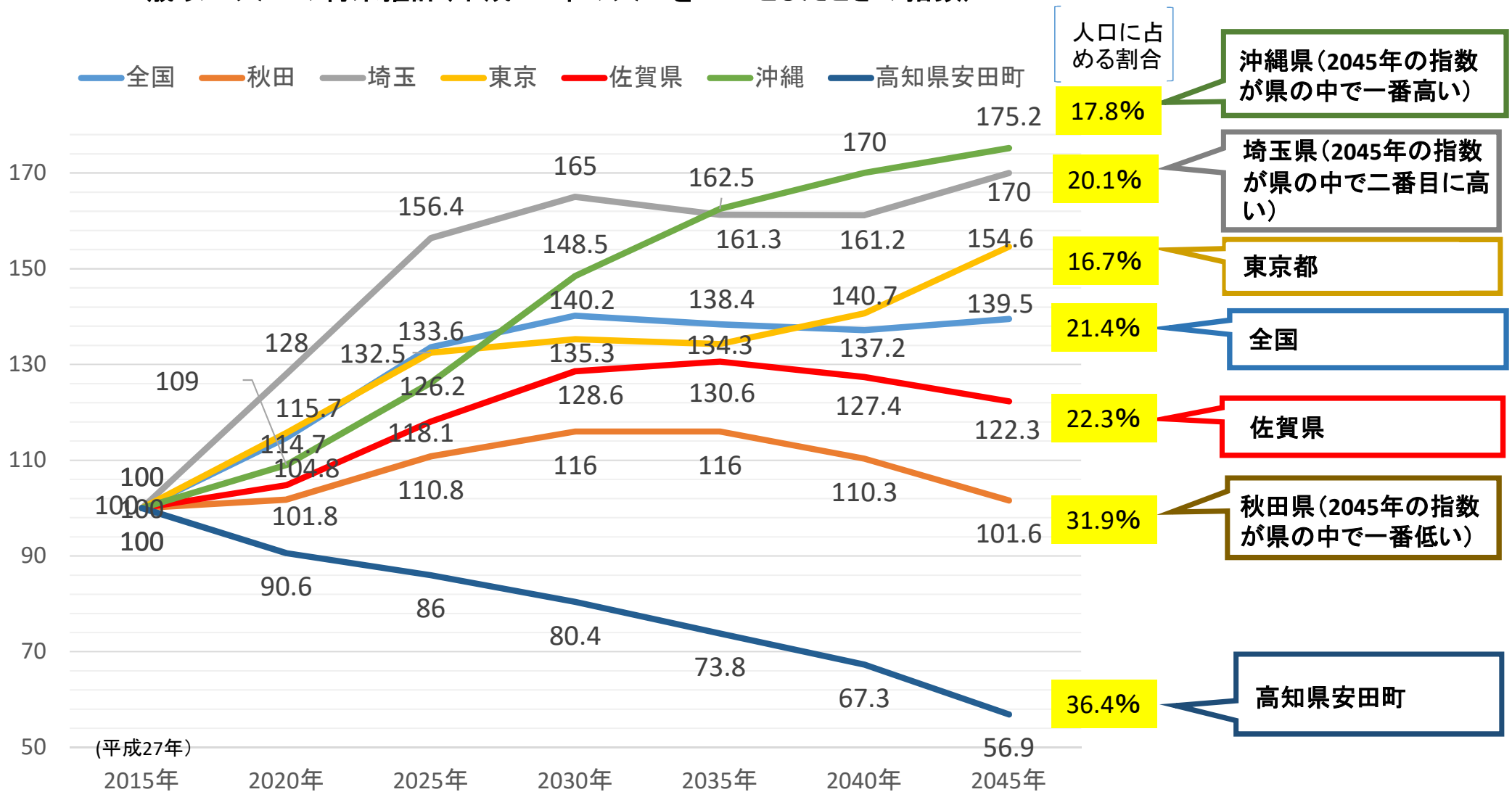
- 自助**：
- ・ 自分のことを自分で行う
 - ・ 自らの健康管理（セルフマネジメント）
 - ・ 市場サービスの購入
 - ・ 自身や家族による対応
- 互助**：
- ・ ボランティアなどの支援
 - ・ 地域住民の取組み
- 共助**：
- ・ 介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：
- ・ 介護保険・医療保険の公費（税金）部分
 - ・ 自治体等が提供するサービス
 - ・ 生活保護

地域包括ケア研究会「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」

（平成25年3月）より

① 高齢化の状況は地域によって大きく異なる

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)

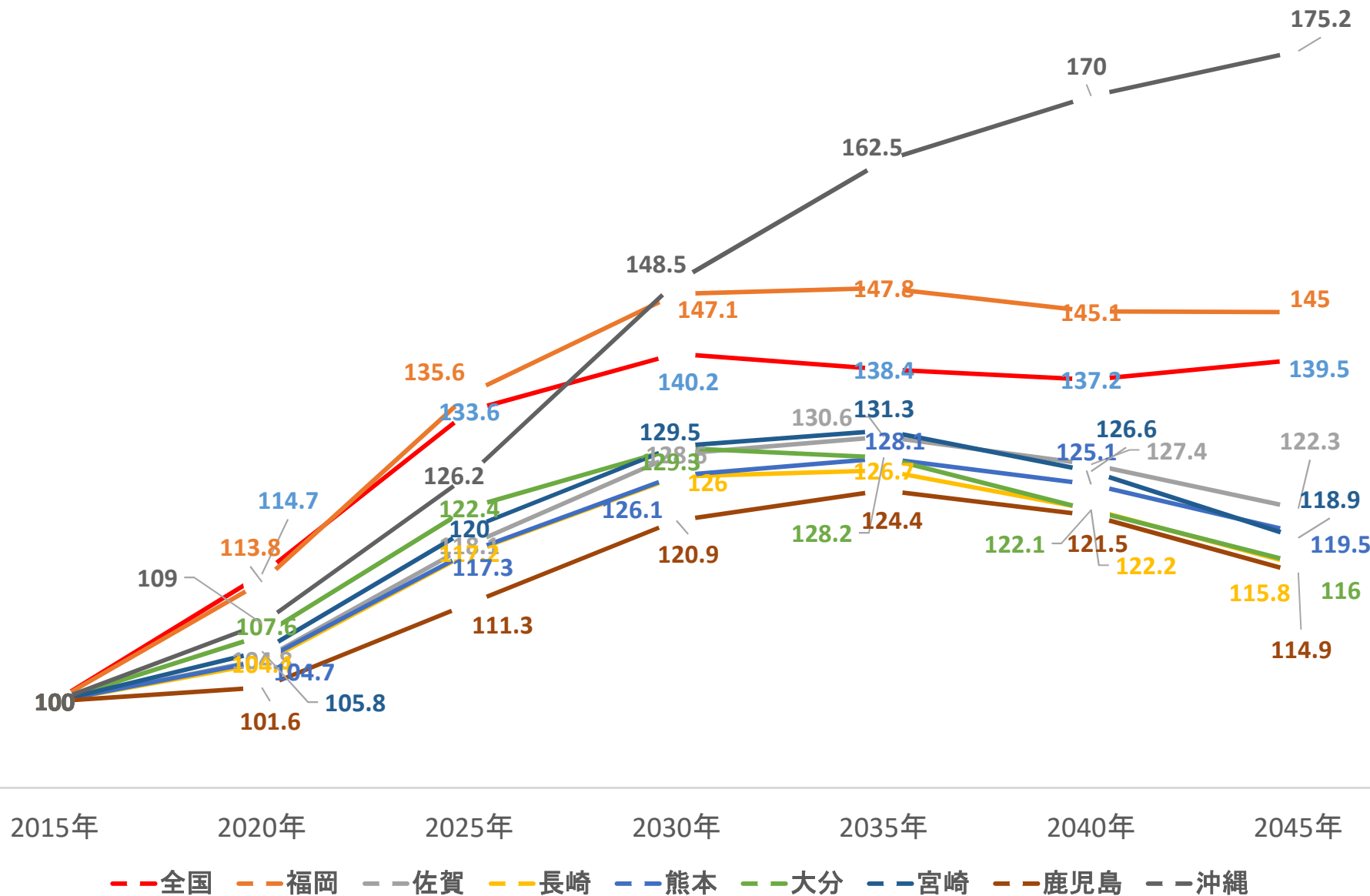


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

※厚生労働省が作成したスライドを原個人が加筆

九州各県の75歳以上人口の将来推移

75歳以上人口の将来推計(2015年の人口を100としたときの指数)



2045年における全人口に占める割合

17.8 沖縄

20.2 福岡

21.4 全国

22.3 佐賀

22.8 熊本

17.8 宮崎

24.6 大分

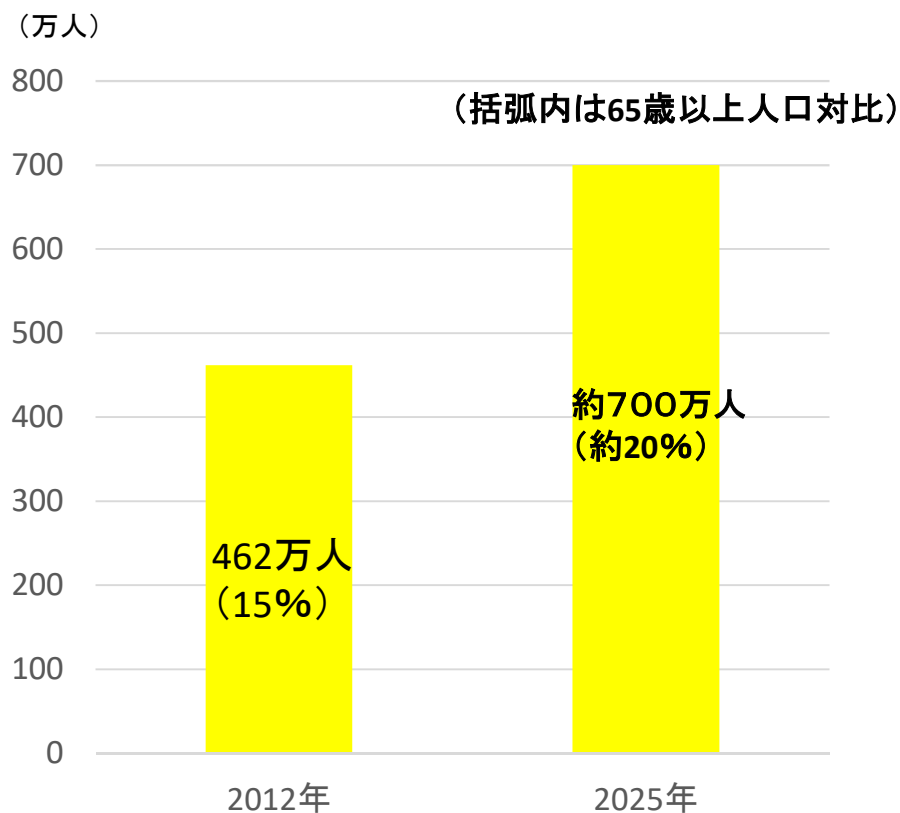
25.3 長崎

25.3

鹿児島

②一人暮らし高齢者と認知症高齢者が増加

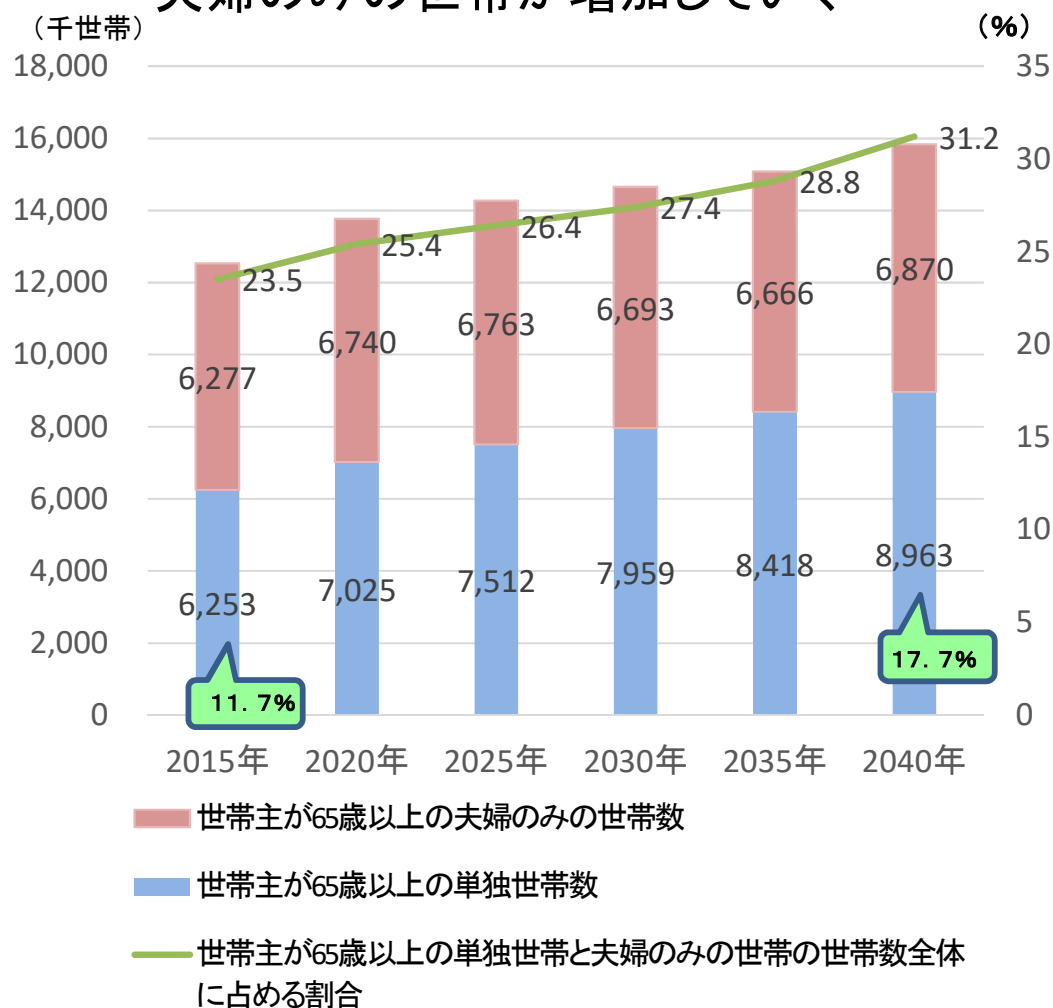
65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

※厚生労働省が作成したスライドを原個人が一部加筆

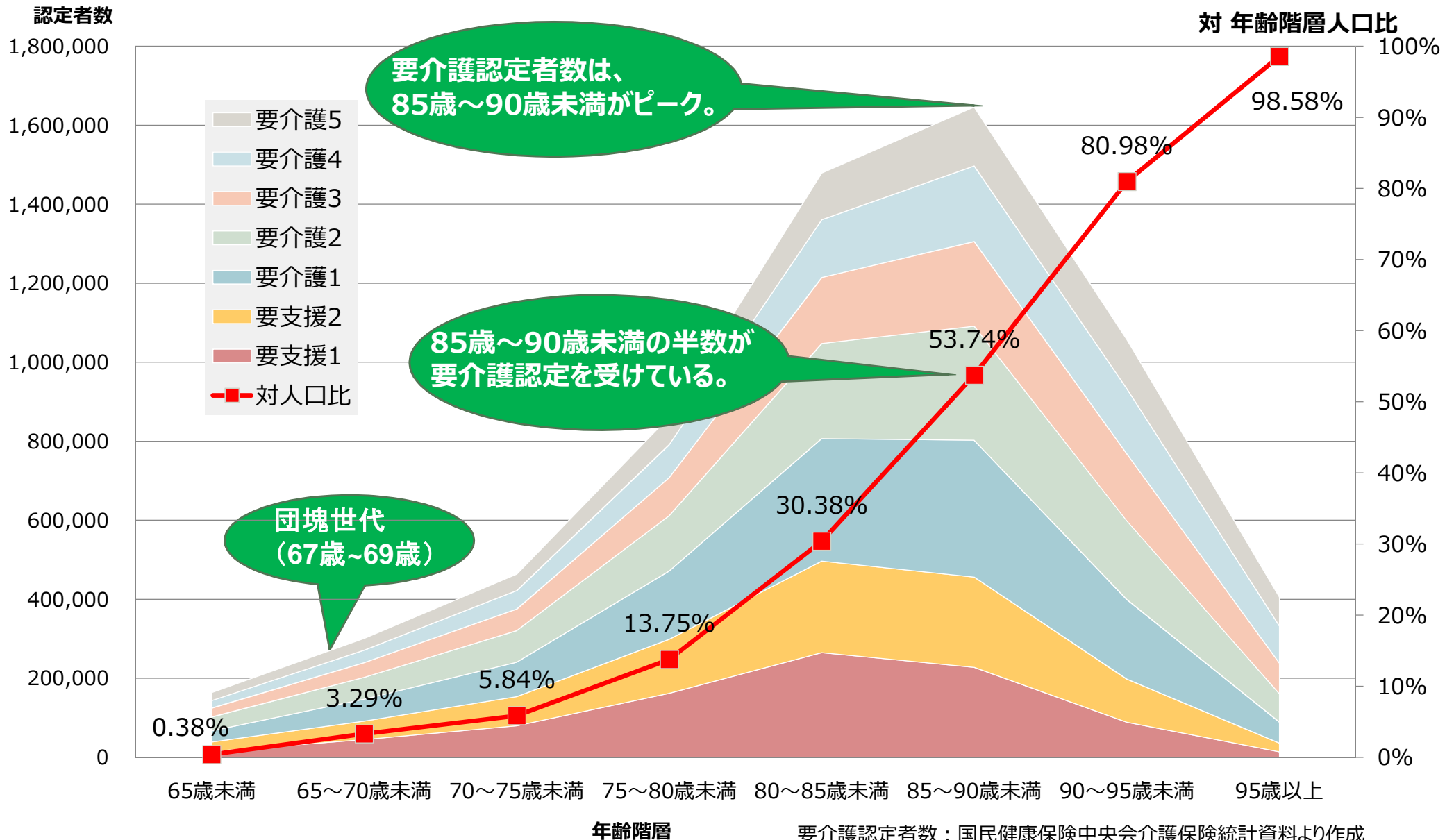
世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計全国推計」(平成30年1月推計)より作成

③元気な高齢者の方も増えている

要介護度別認定者の状況（平成28年度平均・年齢階層別）

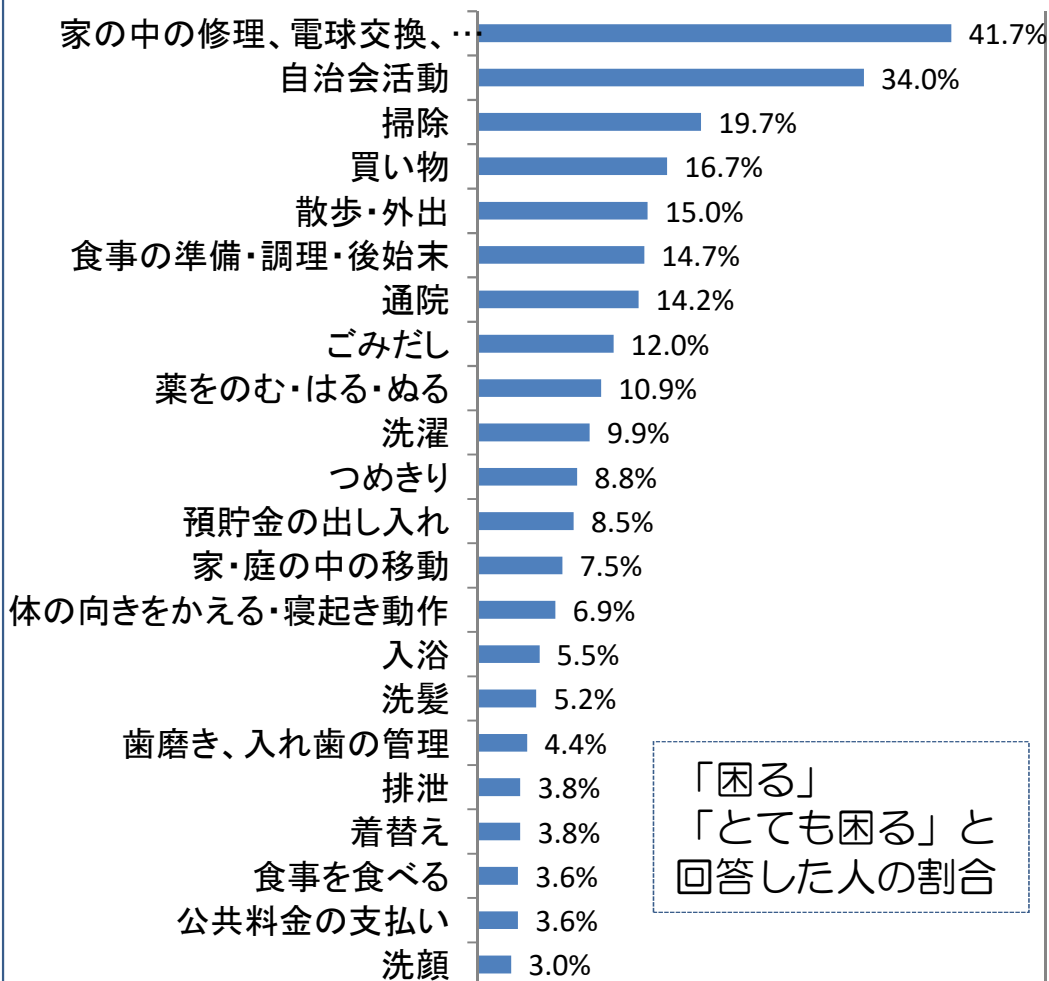


要介護認定者数：国民健康保険中央会介護保険統計資料より作成
対人口比：総務省人口推計を基に作成

生活支援のニーズ

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること

(愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



「困る」「とても困る」と回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査 (みずほ総研)

一人暮らし高齢者(特に男性)は会話が少ない

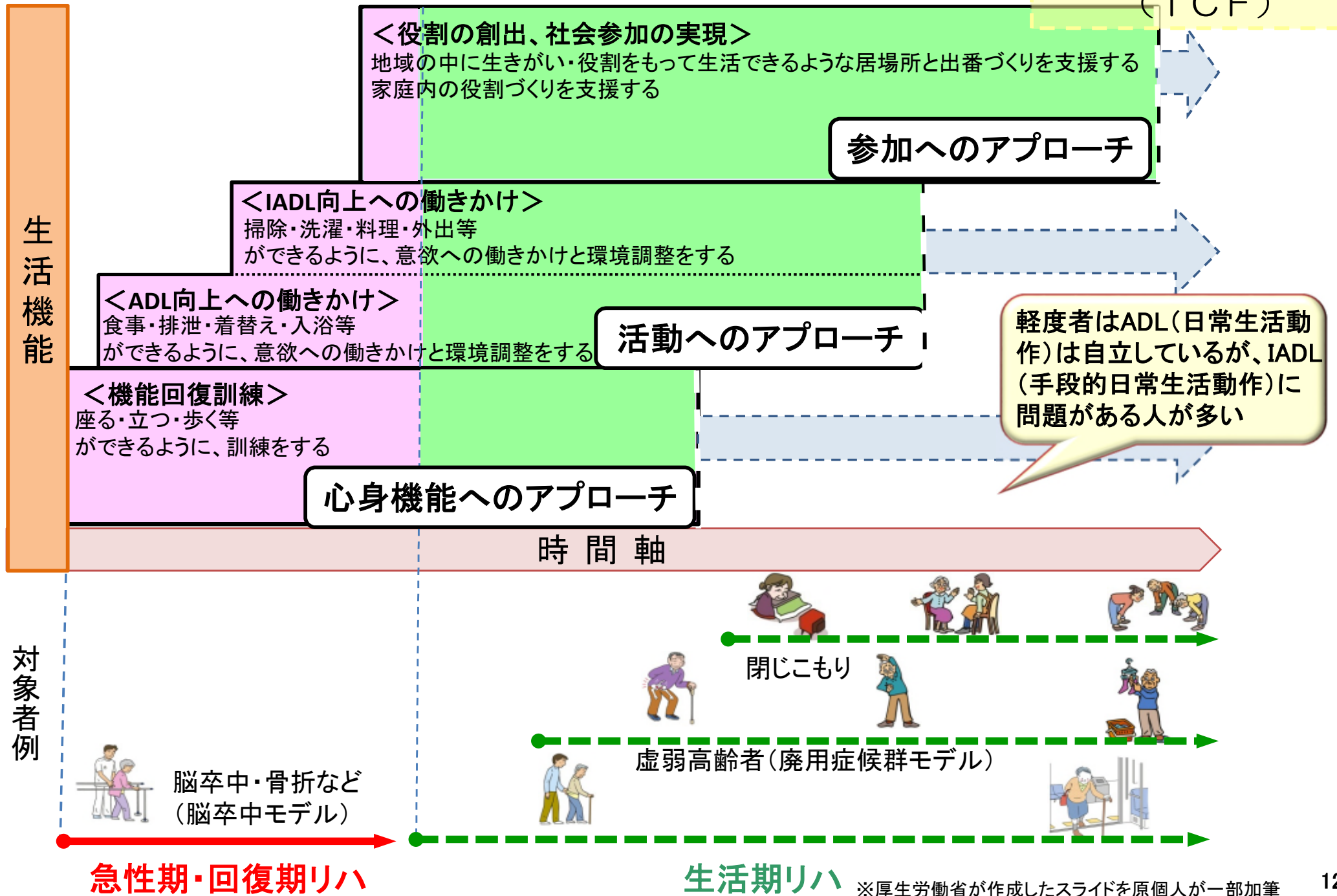
			会話の頻度 (%)			
			毎日	2~3日に1回	4~7日に1回	2週間に1回以下
全体(20歳以上)			91.0	5.1	1.8	2.1
65歳以上	男性	単独世帯	50.0	18.3	15.1	16.7
		夫婦のみの世帯	85.4	8.1	2.4	4.1
	女性	単独世帯	62.8	24.9	8.4	3.9
		夫婦のみの世帯	86.7	8.6	3.1	1.6

※スライドは原個人が作成

(出典)2012年社会保障・人口問題基本調査「生活と支え合いに関する調査」(2013年7月 国立社会保障・人口問題研究所)

高齢者リハビリテーションのイメージ

国際生活機能分類 (ICF)



生活支援・社会参加の充実

平成26年の介護保険制度改革の基本的考え方

地域住民の参加

生活支援サービス

- ニーズに合った多様なサービス種別
- 住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供

- ・地域サロンの開催
- ・見守り、安否確認
- ・外出支援
- ・買い物、調理、掃除などの家事支援 等

【通いの場】

生活支援の担い手としての社会参加



高齢者の社会参加

- 現役時代の能力を活かした活動
- 興味関心がある活動
- 新たにチャレンジする活動

- ・一般就労、起業
- ・趣味活動
- ・健康づくり活動、地域活動
- ・介護、福祉以外のボランティア活動 等

互助

自助

バックアップ

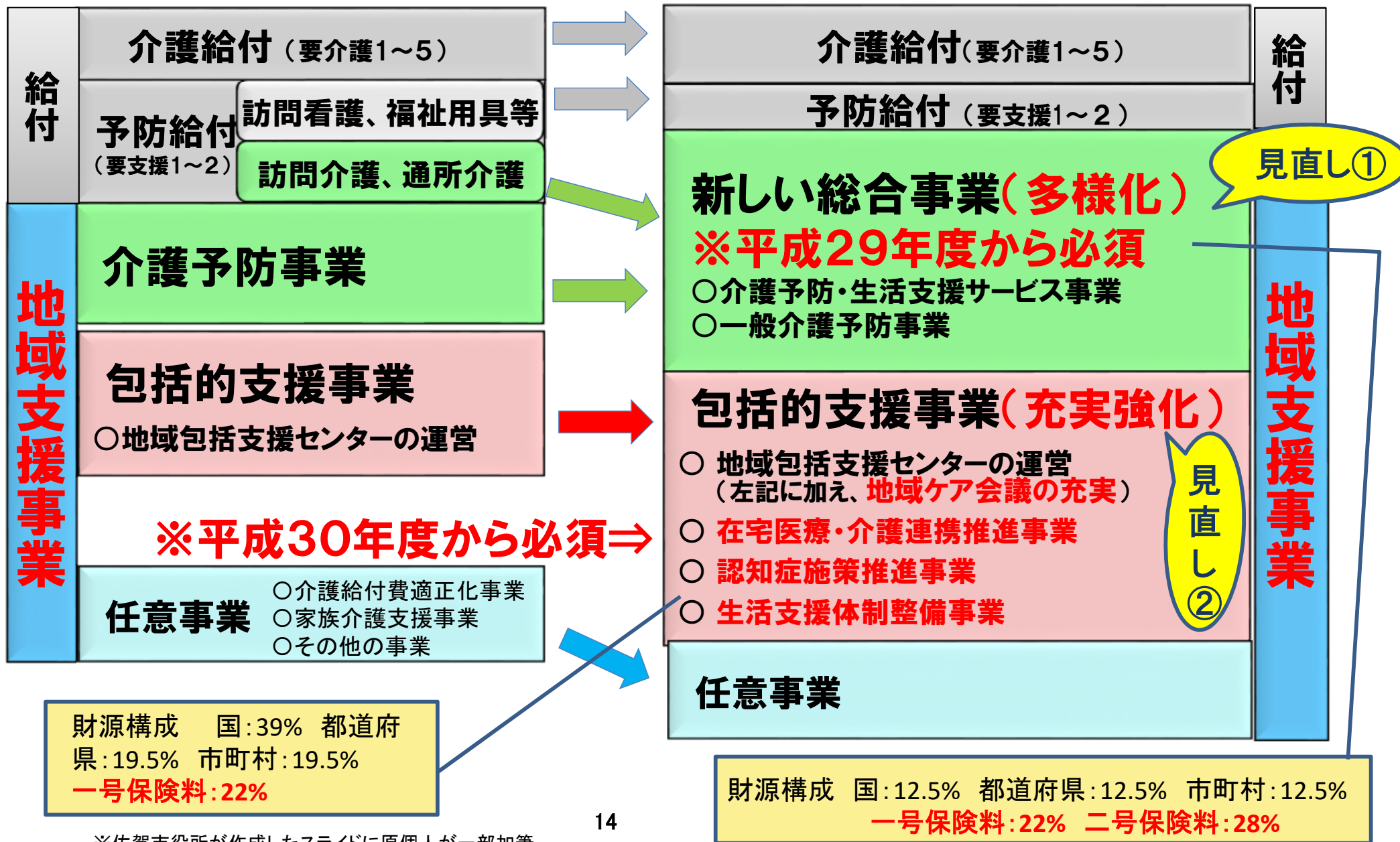
市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

新しい地域支援事業の全体像

○市町村が主体となって実施する「地域支援事業」が大幅に強化！



※佐賀市役所が作成したスライドに原個人が一部加筆

新しい総合事業創設のねらい

- ① 生活支援と社会参加が一体となった取組の推進
 - 生活支援ニーズの増加とその提供体制づくり
 - 高齢者の社会参加の促進(国際生活機能分類におけるリハビリテーションの理念を踏まえて)
- ② 保険料負担の増加の抑制
 - 第6期の介護保険料は5514円(全国平均)→2025年は8200円程度に上昇見込み ※第7期は5869円(+6.4%)
- ③ 介護人材の確保
 - 2025年に向けて約38万人不足。介護人材の裾野を拡げることが必要(まんじゅう型から富士山型へ)
- ④ 新しい総合事業を活用した地域づくり
 - 少子高齢社会において医療介護サービスの提供体制の確保(地域包括ケアシステムの構築)は地域づくりの中心。

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 平成30年度予算217億円(公費:434億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る消費税財源の活用
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

消費税財源の活用

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制

○既存の制度による解決が困難な課題

課題の複合化

- ・高齢の親と無職独身の50代の子が同居(8050)
 - ・介護と育児に同時に直面する世帯(ダブルケア) 等
- ⇒各分野の関係機関の連携が必要

制度の狭間

- ・いわゆる「ごみ屋敷」
- ・障害の疑いがあるが手帳申請を拒否 等

高齢者

地域包括ケアシステム

[地域医療介護確保法第2条]

【高齢者を対象にした相談機関】

地域包括支援センター

共生型
サービス

生活困窮
者支援

障害者

地域移行、地域生活支援

【障害者を対象にした相談機関】

基幹相談支援センター 等

子ども・子育て
家庭

【子ども・子育て家庭を対象にした相談機関】

地域子育て支援拠点

子育て世代包括支援センター

等

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

土台としての地域力の強化

「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(*)
(*) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

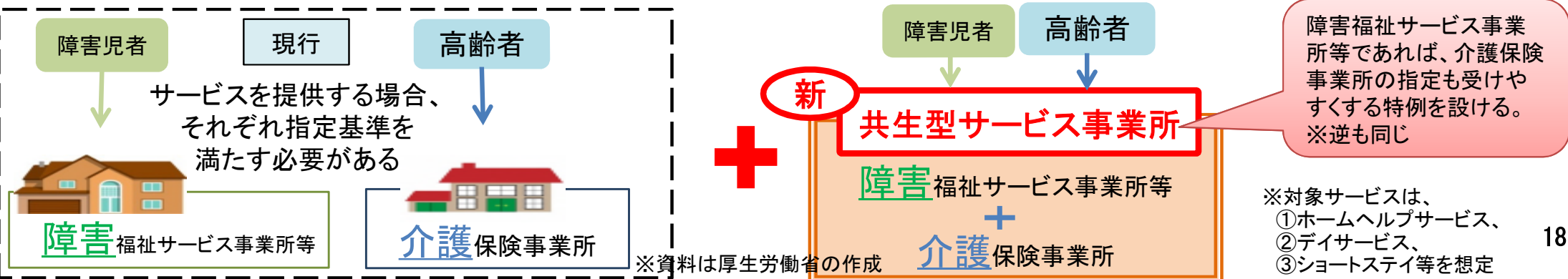
3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



自助・互助の取組は「地域づくり」

- 最初は、介護保険財政の課題解決のために、制度改革（新しい総合事業の創設）に取り組んだ



- 単なる財政論だけでは市町村も住民も動かない（お金がないなら国がなんとかしろ！の議論）



- 団塊世代が高齢者の仲間入りをしていく中で、地方創生（人口減少への国を挙げての対応）の動きも追い風となり、住民の多くを占める高齢者がいつまでも生活できる地域を主体的に作っていくことは「健康・生きがいづくり」⇒「地域づくり」に他ならないとの考えを再認識。



- 国の政策も、高齢者モデルの「地域包括ケアシステムの構築」から、全世代・全対象型包括支援体制である「地域共生社会の実現」に進化・発展

「我が事」、「丸ごと」の取組

自助の取組をどう進めていくか ～市町村国保における取組～

国保において行う地域包括ケアシステム構築に向けた取組

- 国民健康保険においても、効率的な医療費の活用を進め、地域の住民が暮らしやすい体制を構築するために、地域に即した地域包括ケアシステムの構築に市町村保険者が積極的に関わることを期待される。
- 国保として行う取り組みとしては例えば次のようなものが考えられる。

①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

- ・KDBデータなどを活用した包括ケア実現に向けた事業等のターゲット層の洗い出し
- ・洗い出された被保険者にお知らせ・保健師の訪問活動などにより働きかけ
- ・リスクが高い者に係る情報の地域サービス関係者との共有、地域ケア会議などでの地域関係者との意見交換 など

③地域で被保険者を支えるまちづくり

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための直面する課題、将来の地域の動向、必要なサービス・人材・資源、地域にある既存の資源、地域でできること、必要な仕掛けなどについて議論
- ・国保保険者として企画担当者・保健師が積極的に参加 など

②地域で被保険者を支える仕組みづくり

自治体内の部局の横の連携から始める！

- ・地域で被保険者を支える仕組みづくりに向けた施策・事業・人材などさまざまなレベルでの取り組みを検討・実施
- ・健康教室等地域住民の参加するプログラムの開催、自主組織の育成
- ・介護保険で進められている日常生活支援事業、在宅医療・介護連携など地域支援事業や介護保険事業計画に基づく事業などへの参加・協力
- ・介護担当と協力した在宅医療体制の構築の支援、総合的な医療・介護チームづくり など

④国保直診施設の積極的活用

- ・国保直診施設において地域に不足する様々なサービスを実施
- ・地域のサービスのコーディネーター役を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

市町村長のリーダーシップが不可欠！

保健事業に取り組むに当たってのポイント(私見)

- ① ビッグデータも活用した「データヘルス」の推進
- ② 地域包括ケアシステムの構築(地域づくり)という視点の重視
- ③ インセンティブの活用(保険者と被保険者・個人の二つの視点)
- ④ 市町村が主体となった取組(フレイル対策と介護予防の取組の連携、生涯を通じた健康づくり)

データヘルス計画の概念

「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)より

『全ての保険者に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める』

平成18年度から本格化したレセプト等の電子化、及び平成20年度から開始された特定健診・特定保健指導により、健康・医療情報が電子データとして保険者等に蓄積、データを活用した保健事業を実施するための基盤が整った。

データヘルスの発想

レセプト情報

電子データ

電子データ

特定健診・
特定保健指導結果



保険者



加入者の健康・医療情報を電子的に保有

これらの情報をID付きで持っているのは、保険者だけ！

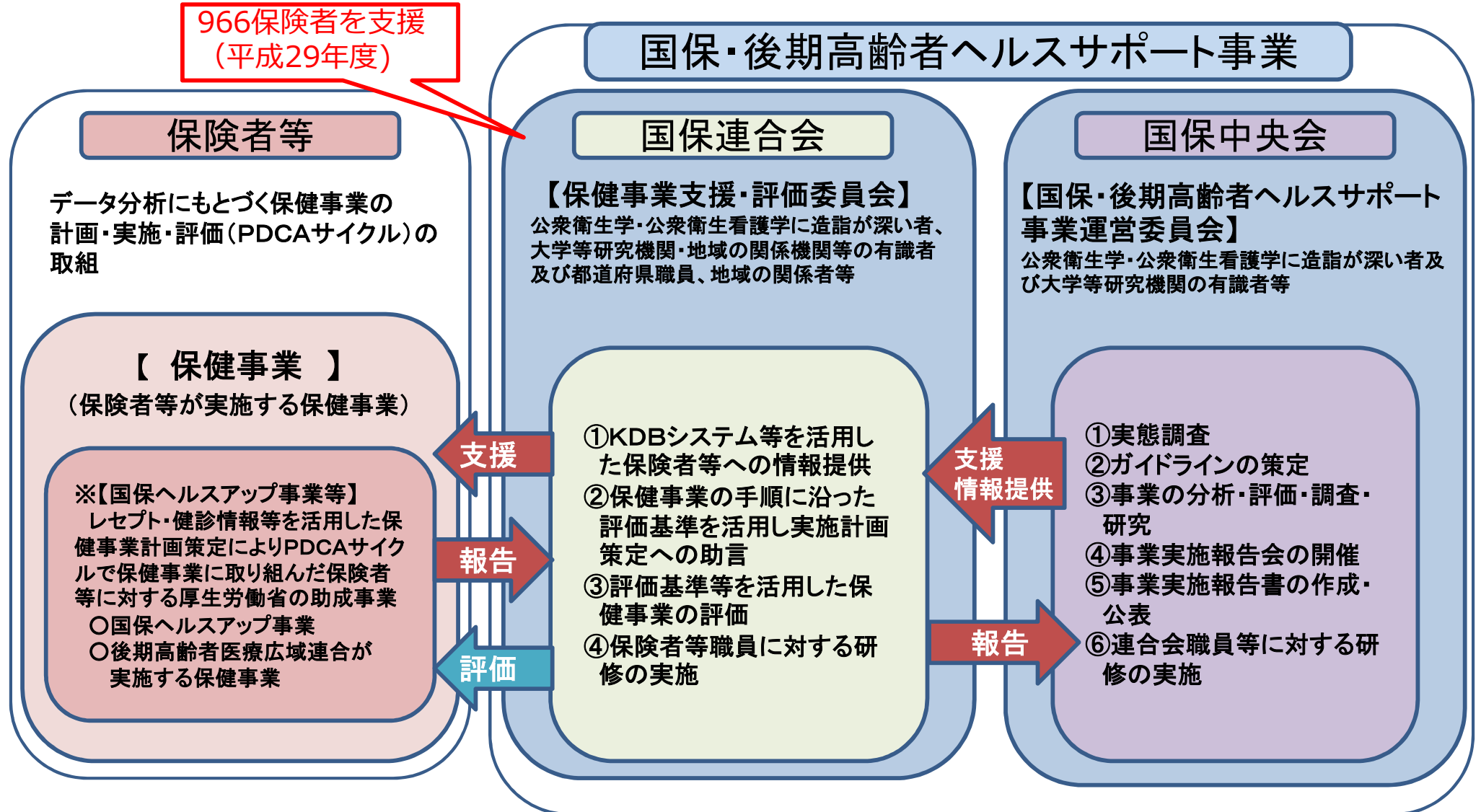
加入者の健康課題の分析

→ データ分析に基づく保健事業（データヘルス）が可能に

（保険者の一部で、データ分析を活用した先駆的な保健事業を実施
しかし、全体的な普及には至っていない）

国保・後期高齢者におけるデータヘルスの取組

- 市町村国保等におけるデータヘルス計画作成等を支援するため、平成26年度に都道府県国保連合会に「保健事業支援・評価委員会」を立ち上げた。（全都道府県で設置済み）
- 継続的に都道府県内の保険者等のデータヘルスの実施を支援するとともに、国保中央会において全国の実施状況を取りまとめて情報提供することとしている。



○国保ヘルスアップ事業については、保健事業支援・評価委員会から評価を受けることが必須要件

※スライドは国保中央会の作成

国保データベース(KDB)システムについて

➤ 国保データベース(KDB)システムとは

国保連合会が、国保保険者(市区町村及び国保組合)、後期高齢者医療広域連合及び介護保険者(以下「保険者等」と略記。)の委託により保管している医療レセプト、介護レセプト及び特定健診等結果データを保険者等の委託により被保険者ごとに紐付けし、保険者に有用な情報を生成するシステム。

63億834万件のデータ、医療と介護の突合率99.03%
(平成30年2月)

➤ 国保データベース(KDB)システムの活用

- ① 保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行い、ハイリスク者を抽出したうえで、医療レセプトから医療機関への受診状況を確認して、個別保健指導の対象者と指導内容を決定する。
- ② 保険者等は、地区別、市町村別、県別及び全国の集計情報並びに同規模保険者の集計情報により、自らの集団としての特徴を把握して健康課題を明らかにし、それを踏まえた保健事業計画を策定する。
- ③ 保健事業計画を実行する過程で、各種統計情報を時系列的に比較してPDCAサイクルによって事業を的確に推進していく。

KDBシステムの特徴

KDBシステムはどんなことができるの??

特徴① 健診・医療・介護の突合

健診（保健指導）、医療、介護の情報を個人単位で紐付し、制度を跨っていても横断的（同一人物として）に集計・分析することが可能となります。

特徴② 地区割りによる分析

保険者単位よりもさらに細分化した「地区」単位で集計・分析が可能となります。
「地区」は保険者の任意で設定できます。【例：住所別、学区別等】

特徴③ 県・同規模・全国との比較

全国の国保連合会が管理するデータを国保中央会が一括して集計することで、都道府県単位での集計、同規模※保険者単位での集計、全国集計との比較が可能となります。 ※人口や被保険者数をもとに保険者規模を分類した区分

特徴④ 経年比較、性・年齢別分析

保険者・県・同規模などの集計結果を、さらに経年比較、性、年齢別など、様々な角度からの分析が可能となります。

また、個人単位の履歴についても、経年比較による追跡・分析が可能となります。



全国の保険者及び国保連合会にご協力いただき、
国保中央会で全国のデータを一括処理するからこそ実現できます！！

国はこのようなKDBシステムの保健事業への有効性に着目し、システム構築時から助成金を交付しています。中央会は、国のオーダーを受け、各種データを組み合わせ求められた情報を提供しています。

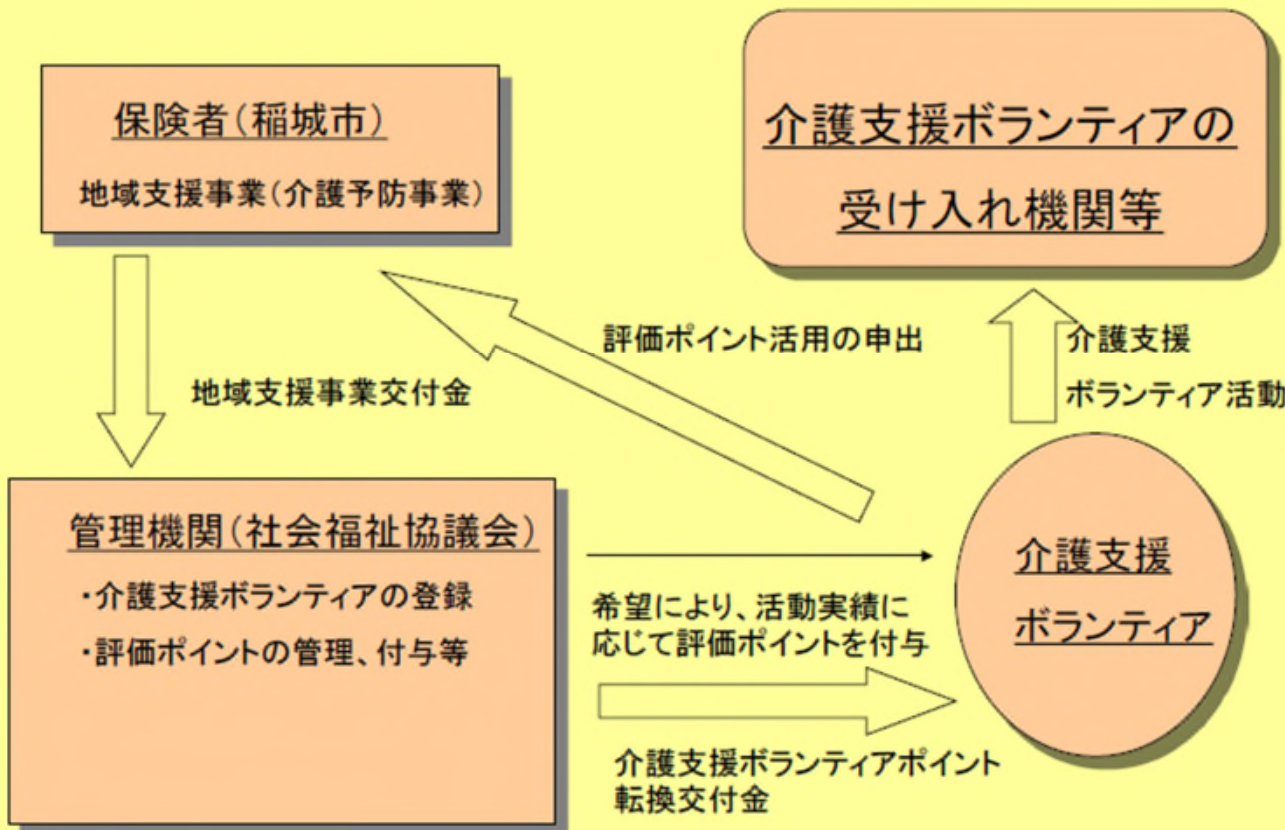
※スライドは国保中央会の作成

介護支援ボランティアポイント(稲城市、横浜市など)

- 介護予防等を目的とした、65歳以上の高齢者が地域のサロン、会食会、外出の補助、介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与。たまったポイントに応じて、商品交換、換金等を行うことにより、ボランティアの推進、介護予防の推進を図る制度。(介護保険の地域支援事業等で実施)。
- 平成28年度では、約365の自治体で実施。

医療保険ではヘルスケアポイント事業の取組!

稲城市介護支援ボランティア制度の実施スキーム



付与ポイント数等(例)

	付与ポイント数等(例)
A市	<ul style="list-style-type: none"> ●付与ポイント数: 10~19回 1,000ポイント 20~29回 2,000ポイント ... 50回以上 5,000ポイント ●年間換金上限:5,000円
B市	<ul style="list-style-type: none"> ●付与ポイント数:1回200ポイント ●年間換金上限:8,000円
C市	<ul style="list-style-type: none"> ●付与ポイント数:1時間200ポイント ●年間換金上限:5,000円
D市	<ul style="list-style-type: none"> ●付与ポイント数:1時間50ポイント ●年間換金上限:6,000円

国保・平成30年度の保険者努力支援制度（インセンティブ改革）

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

- 他に、都道府県分として、500億円を確保。
- 後期高齢者医療においては特別調整交付金（100億円）を活用して実施・
- 介護保険では、29年の介護保険法改正により、「高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金」（30年度は200億円）を創設。

高齢者に特有の健康障害

葛谷雅文:日老誌(2009)をもとに、著者の許可を得て改変

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性膝関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患

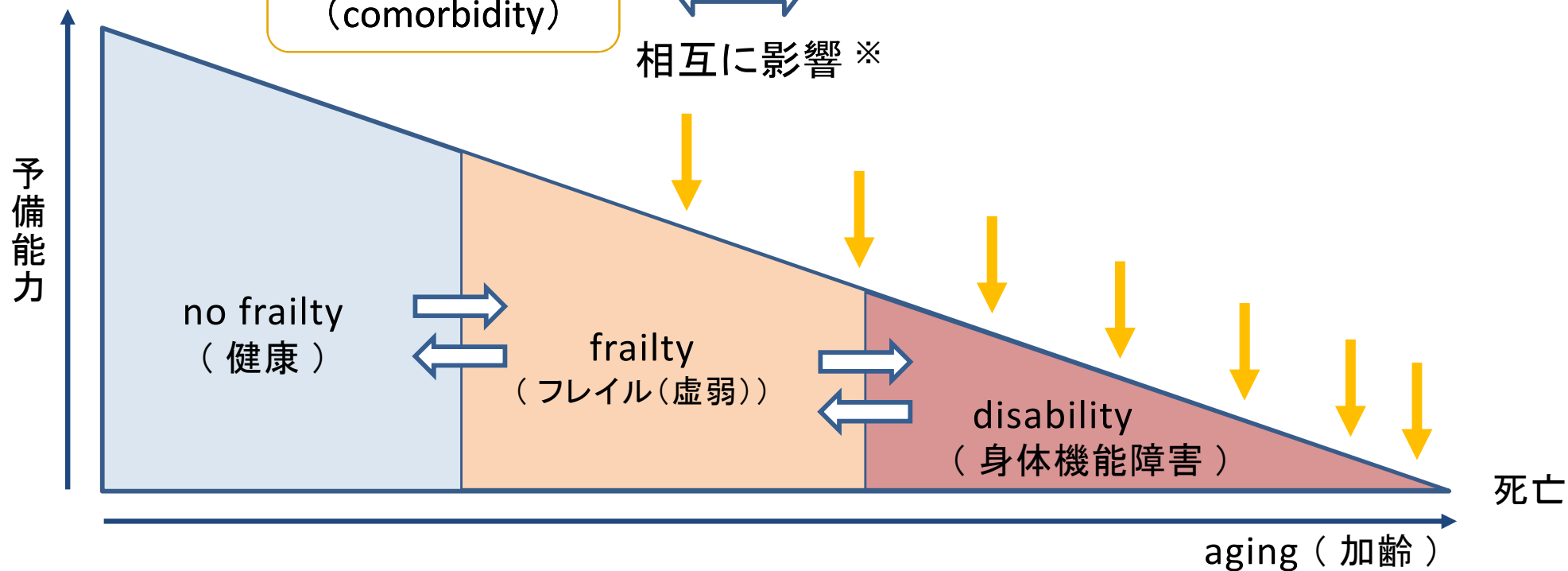
- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)

慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or

老年症候群

相互に影響 ※



「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本ガイドラインでは、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

※ 現時点では、慢性疾患のフレイルへの関わりが十分なエビデンスの基に構築されているわけではないことに留意が必要。

医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施

➤ 医療保険における保健事業

- 生活習慣病対策(平成18年度～)、フレイル対策(平成27年度～)

➤ 介護保険における介護予防事業

- 地域支援事業による介護予防(平成18年度～)、「心身機能」に加えて「参加」や「活動」のバランスのとれた介護予防への転換(平成26年改正)

➤ 両者の一体的実施

○経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～

(平成30年6月15日閣議決定) 抜粋

(予防・健康づくりの推進)

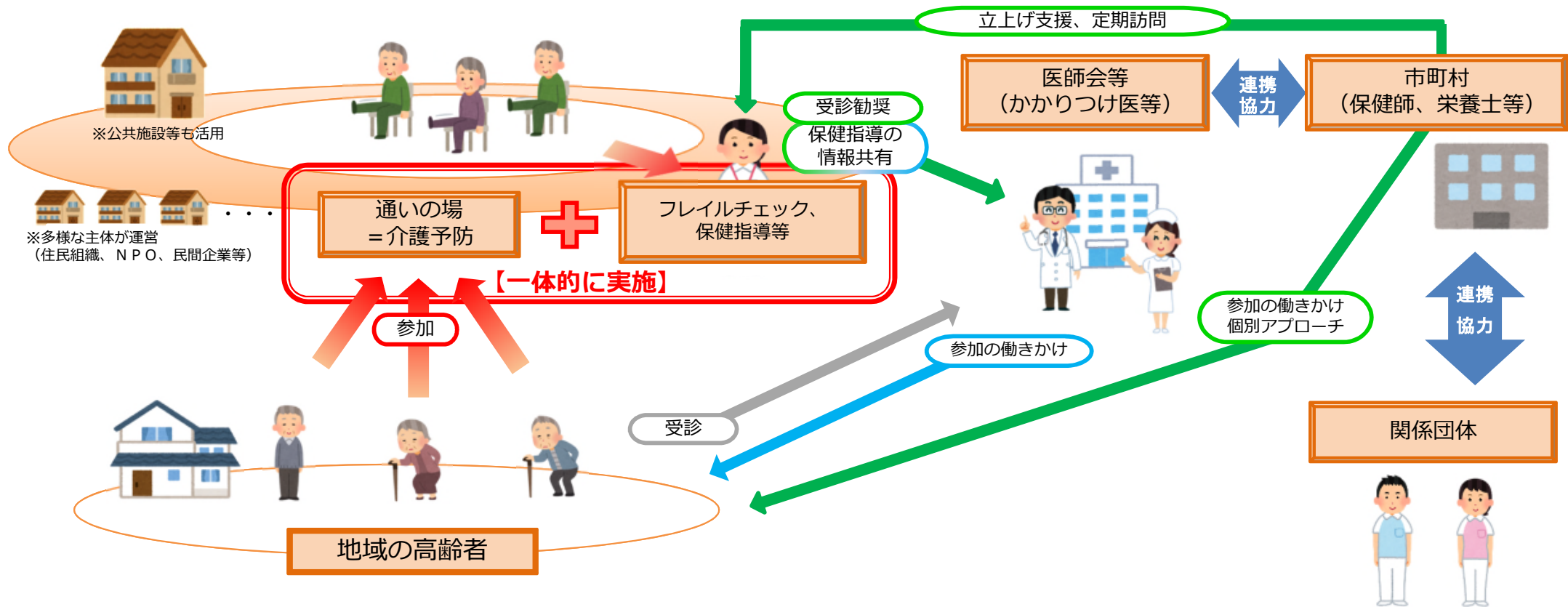
高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。

➤ 厚生労働省において有識者会議を開催し、検討(年内)

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)

- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



都道府県在宅保健師等会の活動

設立経緯・目的

- (1)平成10年頃より本会が、新・国保3%推進運動の展開に合わせ、市町村支援のためのマンパワーとして、各県在宅保健師等会の設置を促進した。
- (2)全国連絡会は、会員の要請により、平成10年頃より会長の連絡会として本会が主催していた会合を、平成18年に情報交換と連絡協議を目的とする全国組織として設立。

設置状況

平成29年10月現在40都府県に設置され、3,793名が会員となっている。事務局は連合会(新潟県以外)となっている。

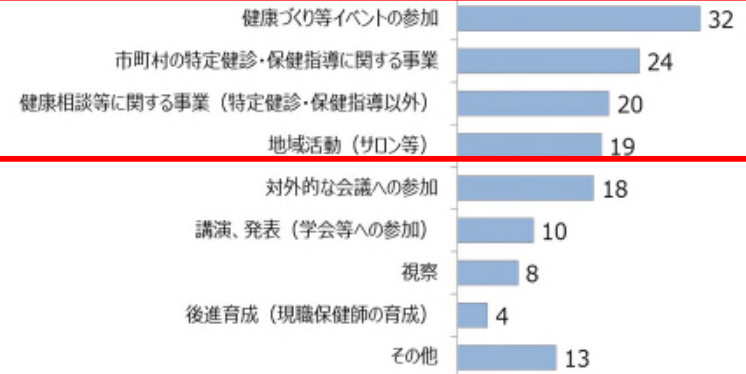


- ・職種 保健師 3031人 (79.9%)
看護師384人 (10.1%)
他に、助産師、管理栄養士、
栄養士、歯科衛生士など
- ・年齢別 60歳代43.9% 70歳以上
30.1% 50歳代15.7%

(北海道・山梨県・鳥取県・徳島県・佐賀県・熊本県・沖縄県が未設置)

活動状況

平成29年度都道府県在宅保健師等会活動調査より



手ごたえのあった活動	活動の効果
特定健康診査受診勧奨	市町村から好評で需要が高い。健診実施率が向上した。
健康劇、紙芝居	住民から喜ばれ、依頼が多い。
地域活動(サロン)	市町村からの保健師派遣要請は年々増加。
介護予防	自身の体験を踏まえた話に説得力があり、参加者が共感できる。
災害支援	○災害協定あり 2団体(島根県、岡山県) ○支援策あり 4団体(島根県、岡山県、香川県、愛媛県) ○支援実施 11団体(青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、富山県、愛知県、京都府、島根県、大分県)

「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」(平成26年3月31日告示)

第六 保険者以外の保健事業実施者の役割

第1項 「国民健康保険団体連合会は、診療報酬明細書等情報等を活用した医療費分析や保健事業に関する調査及び研究、保健事業の実施体制を強化するために、保険者に対し、在宅保健師等の派遣、専門的な技術又は知識を有する保健師等による保健事業従事者に対する研修の実施等、保険者が行う保健事業のPDCAサイクルに係る取組等を支援する事業を行うこと。」(抜粋)

在宅保健師等会の活動



特定健診受診勧奨（富山県）



健康劇（岡山県）



地域サロン等（鹿児島県）



災害支援（島根県）

第69回保健文化賞受賞！



山間部への訪問（静岡県）

第6回健康寿命をのぼそう！
アワード受賞！



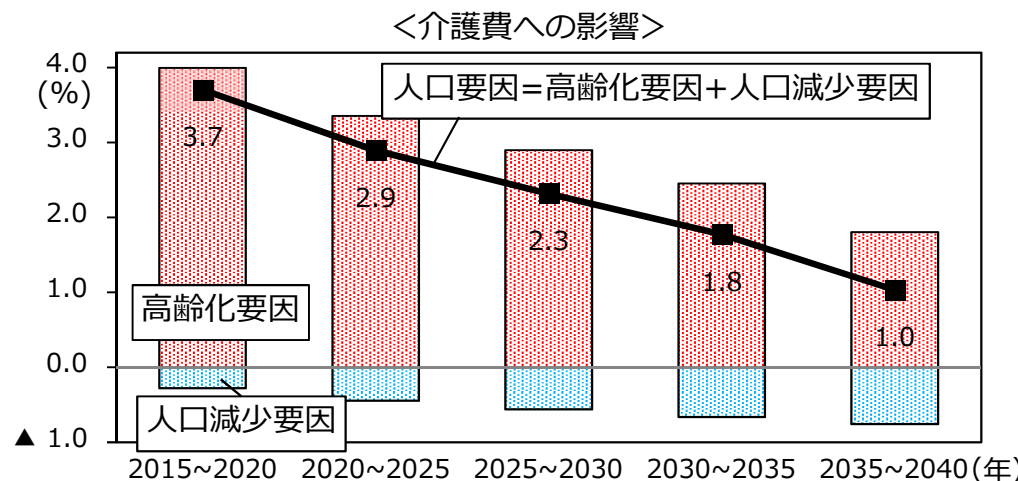
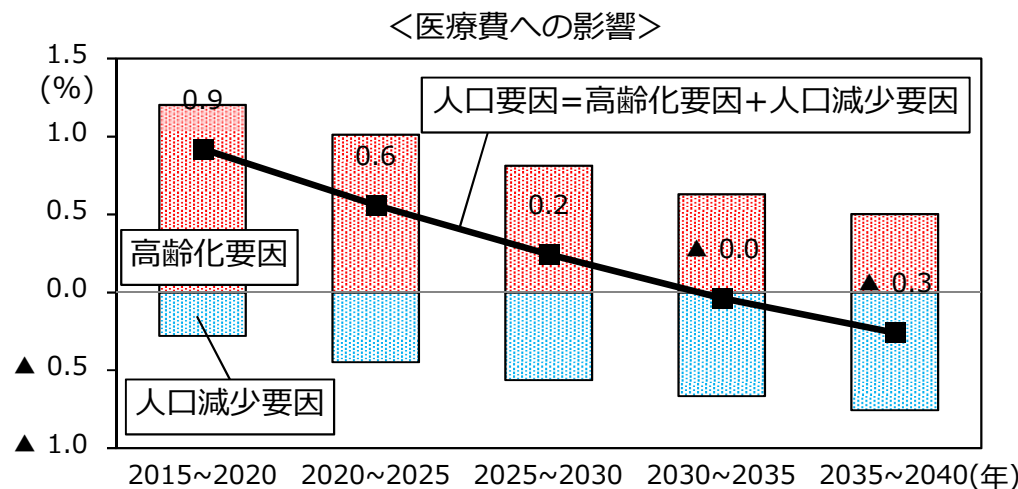
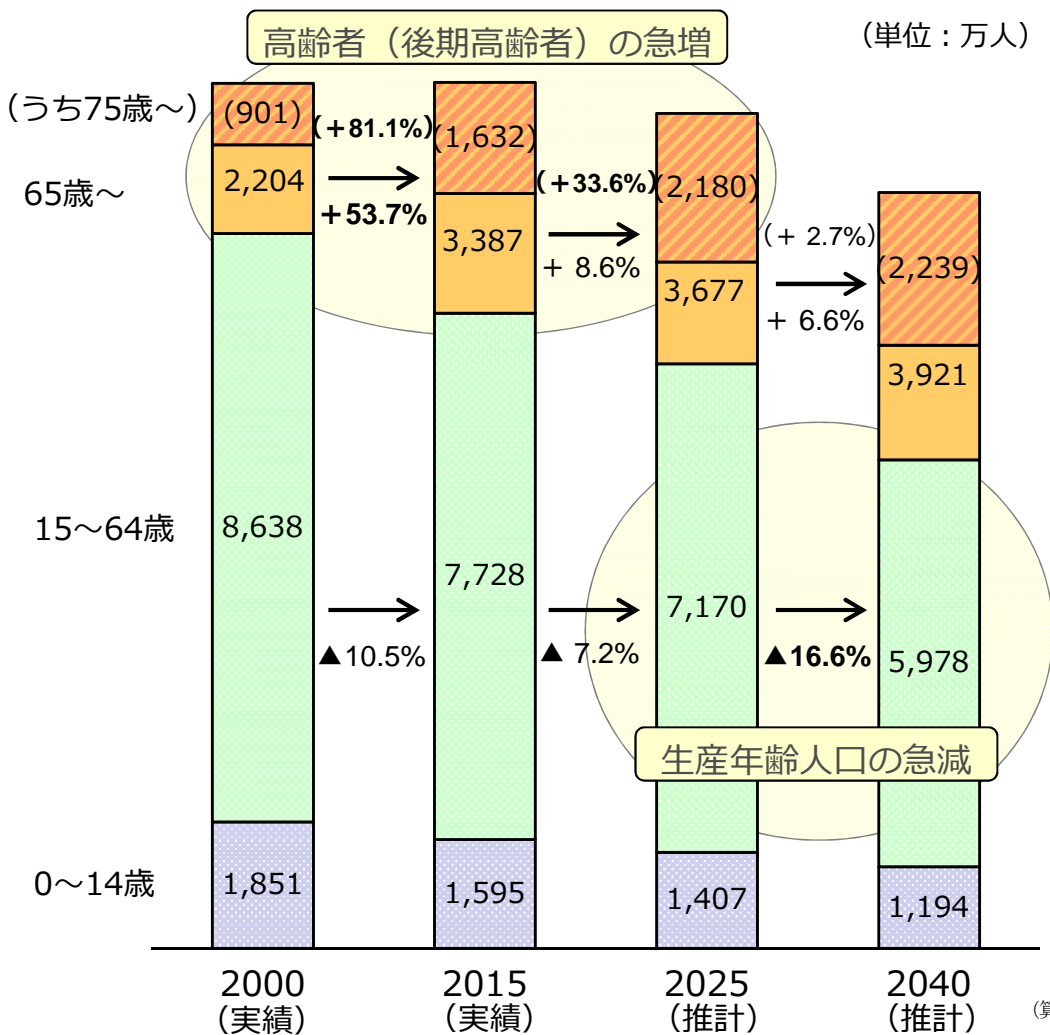
人材育成（青森県）

2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】

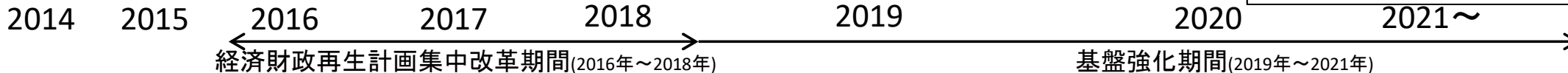
【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】



(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」による伸び率としている。その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを、「高齢化要因」としている。
 (使用データ) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」「介護給付費等実態調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望

平成30年7月19日
第113回社会保障審議会医療保険部会
資料1-2



社会保障・税一体改革等への対応

《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》

- 地域医療介護総合確保基金(2014年度~)
- 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度~)
- 国保への財政支援の拡充
(2015年度~:約1,700億円 2018年度~:約3,400億円)
- 高額療養費の見直し(2015年~)

《持続可能性の確保等のための制度改革》

- (患者負担関係)
- 70~74歳の患者負担の見直し(2014~18年度:1割→2割)
 - 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度)
〔一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月〕
〔現役並み外来:外来特例廃止、3区分化〕
 - 紹介状のない大病院受診の定額負担
(2016年度:500床以上、18年度:400床以上)
 - 入院時の食事療養費の見直し (2016、18年度)
 - 高齢者の入院時居住費の見直し (2017、18年度)
- (保険料関係)
- 後期高齢者保険料軽減特例の見直し (2017~19年度)
〔所得割:5割軽減→段階的に軽減なし〕
〔元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし〕
 - 後期高齢者支援金の総報酬割(2015~17年度)

2018年
末まで
改革
工程表
の改定

消費税率引上げ
(2019年10月予定)
→ 一体改革に関わる制度改革
が完了

- (一体改革の社保充実)
- 年金生活者支援給付金制度の創設
 - 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施
- ※新しい経済政策パッケージを実施

後期高齢者医療保険制度の窓口負担の在り方等

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

<2020年度>
社会保障の総合的かつ重点的に
取り組むべき政策の取りまとめ

2040年を展望した社会保障改革

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、**健康寿命の延伸を目指す。**
2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保
⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

- 地域医療構想に基づく医療提供体制改革
- 医療費適正化計画
- データヘルス改革、審査支払機関改革

※スライドは厚生労働省作成のものに原個人が一部加筆

我が国の保健医療水準

- **平均寿命**(その年に生まれた子供が平均であと何年生きられるか)の長さ
 - 2015年 全体 83.7歳(世界1位)
男:80.5歳(世界6位)女:86.8歳(世界1位)
※WHO「世界保健統計」2016版
 - 平均余命(その年齢の人が平均であと何年生きられるか)
 - 80歳の男性は平均あと8.92年生きられる!
- **健康寿命**(健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間)の長さ
 - 2016年
 - 男:72.14歳→平均寿命との差は8.84歳(3年前より▲0.18)
 - 女:74.79歳→平均寿命との差は12.35歳(3年前より▲0.05)



費用対効果という意味では、世界に誇れる保健医療制度!

世界最高水準!

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材） 一概要一

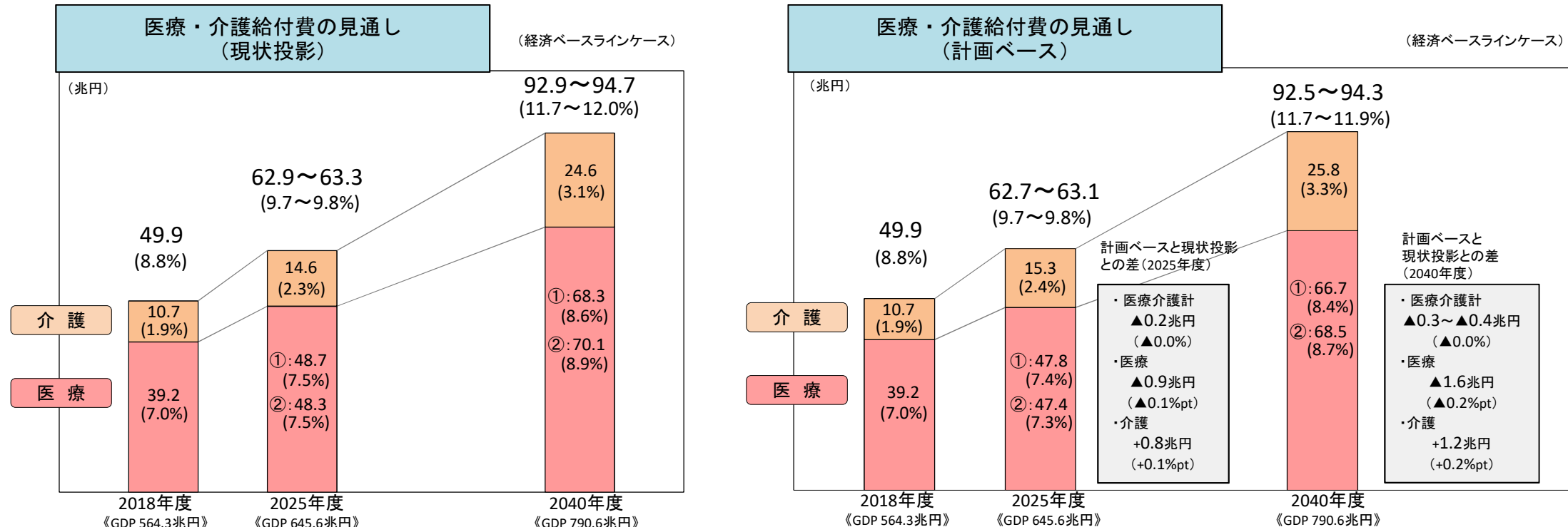
（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

平成30年5月21日
経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

試算結果①医療・介護給付費の見通し（計画ベースと現状投影との比較）

- 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。
- 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、
 - ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ（2040年度で▲1.6兆円）、
 - ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで（2040年度で+1.2兆円）疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。



（注1）医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。
 （注2）「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。
 ※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月）」等を踏まえて計算。
 なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。（ ）内は対GDP比。

社会保障給付費の将来推計

	推計の目的 (下記の改革の検討・議論に供するため)	目標年	政策理念	主な制度改革
2011年推計	社会保障・税一体改革 ※消費税率 5%→10%	2025年頃 ※団塊世代が 75歳以上となる頃	持続可能な社会保障制度の確立 地域包括ケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎年金の国庫負担の確立 ・こども子育て支援 ・医療・介護一体改革 ・国保の都道府県単位化 等
2018年推計	○○○○ ※消費税率ポスト 10%を視野に？	2040年頃 ※65歳以上高齢者数がピークとなる頃 (団塊ジュニア世代が65歳の仲間入り)	健康寿命の延伸？ 労働力の確保 (生涯現役社会)？ 地域共生社会？	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の負担(保険料・窓口負担)の見直し？ ・介護給付の重点化、被保険者の適用拡大？ ・都道府県単位の事業運営の推進？

互助の取組をどう進めていくか

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

平成30年度予算案 包括的支援事業(国217億円・公費ベースで434億円)の一部)

(1) **生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置** ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくりなど 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングなど

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域(中学校区域等)があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発(不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保)中心
- ② 第2層 日常生活圏域(中学校区域等)で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) **協議体の設置** ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

※事業助成(上限) 第一層は800万円、第二層は一か所あたり400万円

※厚生労働省が作成したスライドに原個人が一部加筆

生活支援コーディネーター・協議体及び市町村が取り組む地域づくりのポイント①

※ 研究事業において、実施状況に関するヒアリングやアンケート調査等を通じて、各取組に関するポイントを整理したもの。

STEP1：地域で協働する基盤づくり

1-1 生活支援体制の設計

Point ✓ 行政、生活支援コーディネーター等、地域づくりの推進役となるメンバーで、地域における生活支援コーディネーターや協議体のあり方、地域づくりの道筋に関して叩き台をもとに議論を重ね、地域の関係主体と意識の統一を行っておく。

1-2 住民への働きかけ

Point ✓ 住民に対し、座談会の開催、タウン誌による広報など、様々な方法により地域づくりの狙いを理解してもらう。

✓ 行政は、生活支援コーディネーター等、地域の主体が、住民へ働きかけを行いやすいように支援を行う。

1-3 協議体の立ち上げ

Point ✓ 地域づくりのために、強く協議体に関わって欲しい人物には、個別に働きかけを行う。

✓ 協議体の立ち上げ時は、異なる考え方をを持ったメンバーとの関係構築や地域づくりの狙いの共有を図る。

1-4 協議体の運営

Point ✓ 協働の場は、異なる考え方が集まる場であり、地域の活動は、地域の様々に異なった考えから生まれる。

✓ そのため、協働の場は、試行錯誤の繰り返したが、経験の共有や取組の振り返りを通じて、協働の実感に結びつく。

STEP2：地域資源の把握、地域課題の抽出

2-1 地域資源の把握

Point ✓ 資源の価値は、見る人や場面によって異なることから、多様な関係者の多様な視点で見つめ直す。

✓ 「高齢者が参加する活動」、「高齢者が利用するサービス」、「実施主体」、「場・拠点」等の観点に分類し、地域の資源を整理して把握する。

2-2 地域課題の抽出

Point ✓ 地域の課題は、一人ひとりの生活の課題の積み重ねである。そのため、個別支援に関わっているケアマネジャー等専門職や、住民、行政等が把握する情報の集約から始める。

✓ 行政は、地域ケア会議等の取組強化を推進し、地域の課題等の抽出機能を強化する。

生活支援コーディネーター・協議体及び市町村が取り組む地域づくりのポイント②

STEP2 : 地域資源の把握、地域課題の抽出

2-3 課題の構造化

- Point** ✓ 個別事例の検討を通じた地域の共通課題の抽出や、KJ法等を用いた課題の整理を行った上で、各課題について緊急度、発生地域等で構造化を行う。
- ✓ 課題を構造化することで、協議体や地域の関係者が、地域の課題を「自分ごと」として捉えやすくなり、対応策の検討(次項)が進みやすくなる。

2-4 資源の充実に向けた方針の検討

- Point** ✓ 対応出来ていない課題や、未活用の資源があることを協議体のメンバー間で共通認識を持ち、資源を作り出すアイデアは、一人の発想に頼るのではなく、多様な人の発想の組み合わせで膨らませる。
- ✓ 地域だけでは対応が難しい、行政の対応が必要なものについては、市町村全域をカバーする生活支援コーディネーターや協議体、行政庁内担当部局へ引き継ぐ。

STEP3 : 地域資源の充実

3-1 多様な参加のきっかけづくり

- Point** ✓ 地域の活動に興味があっても、参加まで踏み出せないでいる高齢者に対しては、学習会やちょっとした手伝い等の参加のきっかけを用意する。
- ✓ 活動の仲間づくりの観点から支援を行うことで、活動の継続や活発化へのモチベーションが高まる。

3-2 今ある活動やサービスの強化

- Point** ✓ 今ある活動等を地域で知ってもらうために、生活支援コーディネーターや協議体、行政がPRを行う。
- ✓ 意見交換会など、活動の担い手同士が学び合う機会を設けることや、団体・企業同士のマッチングによる協働の推進が地域の基盤強化に繋がる。

3-3 新たな活動やサービスの開発

- Point** ✓ 地域活動に関心のある人物と地域のニーズのコーディネートを行うとともに、その人の新たな活動が継続するよう支援することで新たな活動が生まれる。
- ✓ 行政が考えたものの押しつけではなく、地域の関係者が「出来ること」、「やってみたいこと」から始める。

SCの皆さんの不安、不満、悩み……様々な声

- 自治会等の地域組織の中に入れない。コミュニケーションがなかなか作れない。何でも相談できる人が身近にいない。孤立感が深まる。
- 仕事が目に見えて進まないので、焦る。
- 何をどうしていいのかわからない。無力感。
- 地域づくりは時間がかかる。理想を追わず、一つの具体的なことから取り組む。成功体験が大事。
- 市町村格差は行政の理解の差。行政は現場の声を聞いてほしい。市町村と都道府県の本気度が試されている。
- 事業の内容(補助金の使い方、実施の仕方等)がきちんと行政から説明されていない。
- SC一人でやろうと思うな。協議体のメンバー、行政の職員をはじめ、みんなで取り組む、「気長にやる」というくらいの気持ちの持ちようが大事。
- 楽しんでやれれば、最高！
-

コーディネーター及び協議体設置に係る参考事例

①地域包括支援センター型

【佐々町地域包括支援センター（長崎県佐々町）の取組事例】

地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が中核となって設置した事例

②住民・行政等協働型

【神奈川県平塚市（町内福祉村事業）の取組事例】

行政が仕組みづくり（制度化）を実施し、住民と協働して設置した事例

③社会福祉協議会型

【伊賀市社会福祉協議会（三重県伊賀市）の取組事例】

社会福祉協議会が中核となり、市町村と協働して設置した事例

④NPO型

【NPO法人ふらっとステーション・ドリーム（神奈川県横浜市）の取組事例】

【NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジン（東京都杉並区）の取組事例】

テーマ型の活動を行うNPOが中核となり、市町村と協働して設置した事例

⑤中間支援組織型

【NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸（兵庫県神戸市）の取組事例】

自らが事業を実施せず、事業を行うNPOを側面から支援するNPOのような組織のはたらきかけ等により設置した事例

小城市における取組(ボトムアップ型)

▶地域資源の状況

- 旧小城町をはじめ4町が合併して誕生した市であり、地域の絆といった潜在的な力はあると思われるが、団体の活動としては弱い面がある。

▶生活支援体制整事業の取組状況

- 28年4月に総合事業の実施に合わせ、**第一層の生活支援コーディネーター(SC)を配置**。
- 29年1月に市民公開講座を開催。アンケート調査で引き続き勉強会に参加を希望をした市民を対象に、「**介護予防と地域づくり勉強会**」を定期的で開催。勉強会では、地域でニーズの高い買い物やゴミ出しの支援等について意見交換。
- 29年4月に**第二層のSC2名を地域包括支援センターに配置(30年4月に1名追加)**。
- 30年1月、勉強会を通して継続的に活動する意思が強いことが確認された市民を中心に、旧町の4地区に**第二層の協議体を設置**。
- 30年8月、自治会や社協など地域の関係団体に第二層の協議体メンバーである市民の代表を加えた**第一層の協議体を設置**。

▶今後の課題

- ▶第2層の協議体は活動意欲のある市民が中心となっているが、既存の関係団体の参加も得て、**地域にサービスをどう作っていくかが課題**。
- ▶第一層と第二層の協議体の連携、SCの活動支援等、課題は多い。



小城公園



小城羊羹

「介護予防と地域づくり勉強会」開催（4町合同）

- ・小城市の高齢者の状況について、数値などを見える化して提示
(行政区毎の高齢化率・要支援認定者のサービス利用状況・地域資源・アンケートなど)
- ・グループごとに意見交換

町ごとで、もっと話
をしたらどうだろ
う？



買ったものを届けるだ
けならボランティアで
できるかも。

〇〇地区は行商の
車が来ていると聞
くけど、△△地区
は行けないのか
な？



「町ごとの介護予防と地域づくり勉強会」開催

- ・各町の地域特性や実情を共有
- ・「あったらいいな」や「これならできそう」など
意見交換
- ・意見交換で出たことを案として提示。
イメージを共有し、さらに深める。



「勉強会」から**第2層協議体**へ！！

佐賀市における取組(トップダウン型)

▶地域資源の状況

- 合併前の旧佐賀市を中心に、自治会や校区社協、民生委員、老人クラブなど関係団体の活動が活発。

▶生活支援体制整事業の取組状況

- 上記の状況を踏まえ、**28年10月に第一層協議体を設立**(委員は各団体の代表者等12名。後に3名追加。オブザーバー4名)
- 29年4月に**保険者である佐賀・中部広域連合の主導の下、**第二層の生活支援コーディネーター(SC)を選定**(地域包括支援センターの職員の中から公募。各校区1名※)。**併せて、第一層のSC1名を選任。**

※うち成章校区のSCは、先行モデル実施の趣旨もあり、28年4月に公募選定。

- 第一層協議体は年3回程度開催。**事業には各団体とも協力的。ただし、協議体の目的やSCの役割等についてメンバー全員の認識の共有には時間がかかっている。**

▶今後の課題

- 第2層の協議体の設置をどのように進めていくか。**既存の団体(例えば、まちづくり協議会の福祉部門や校区社協を活用するなど、既存の自治組織を地区の状況に応じて弾力的に対応すべきとの意見が多い。
- 地域の中でまだ埋もれているニーズの掘り起こしや次の世代の担い手の確保、SCの活動支援等、課題は多い。**



バルーン大会



佐賀海苔

※スライドは原個人が作成

佐賀市における生活支援体制整備事業の進め方 (協議体とコーディネーターの活動の目標)

介護予防・生活支援の推進にむけて

高齢者の介護予防や社会参加、また生活支援も実現できるように、住民主体の通いの場を増やすとともに、介護予防や助け合い活動の充実・拡大を図る。

住民主体の通いの場の 創出と継続

地域で元気に暮らしていくための
「通いの場」を増やそう！

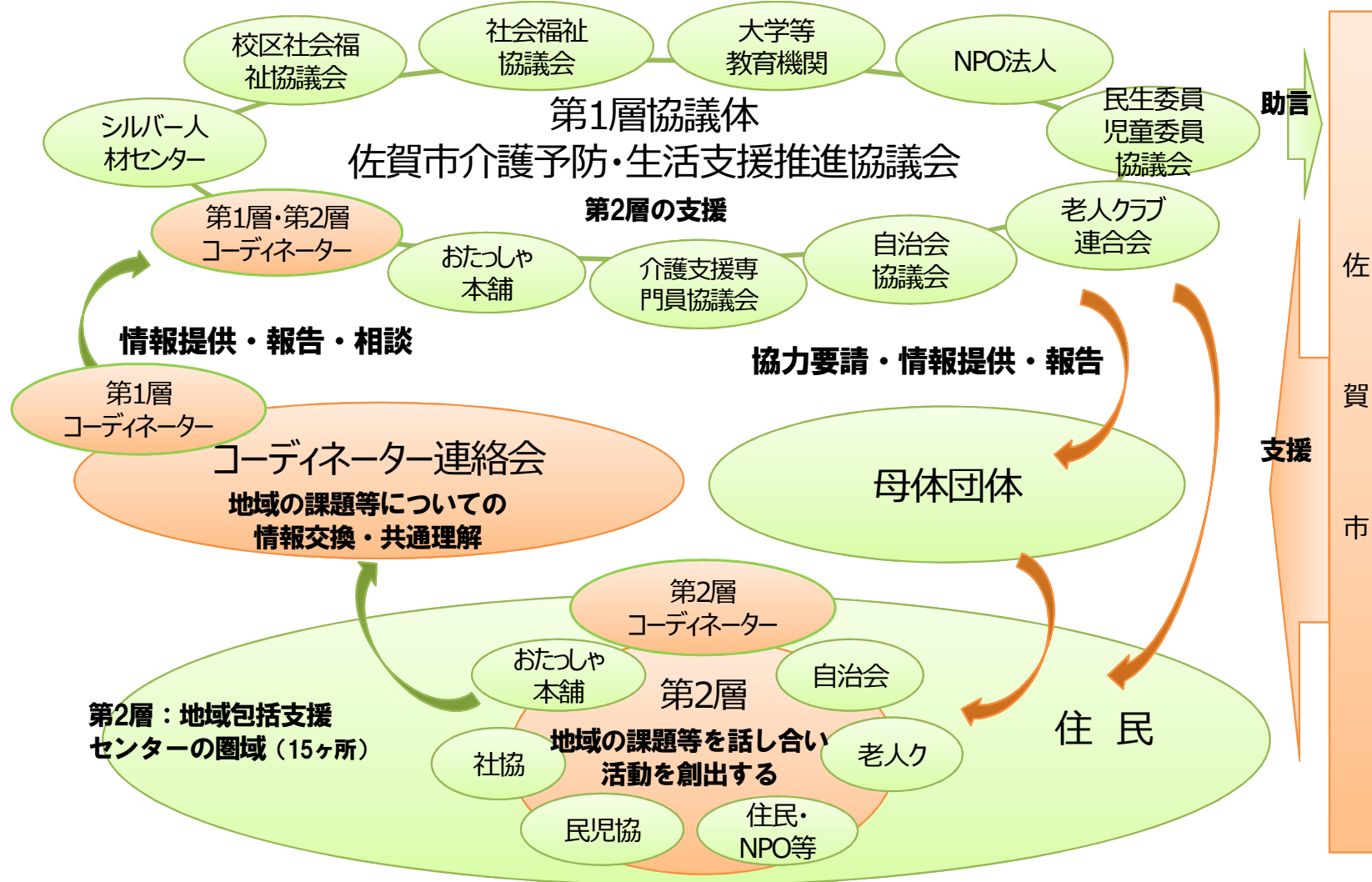
- ・高齢者ふれあいサロンの拡充
- ・介護予防教室の拡充
- ・介護予防教室終了後の自主教室の継続支援

地域での助け合いを 話し合う場の確認・創出

地域の実情に応じて、例えば…

- ・既存の地域団体の中で話し合う
- ・住民を集め話し合う場をつくる
(〇〇を語る会等)
- ・地域団体の代表を集め話し合う場をつくる
(ネットワーク〇〇等)
- ・少人数の勉強会からスタートし順次拡大

佐賀市における生活支援体制整備事業の進め方 （協議体とコーディネーターの関係・役割）



二つの事例から学んだこと、考えたこと

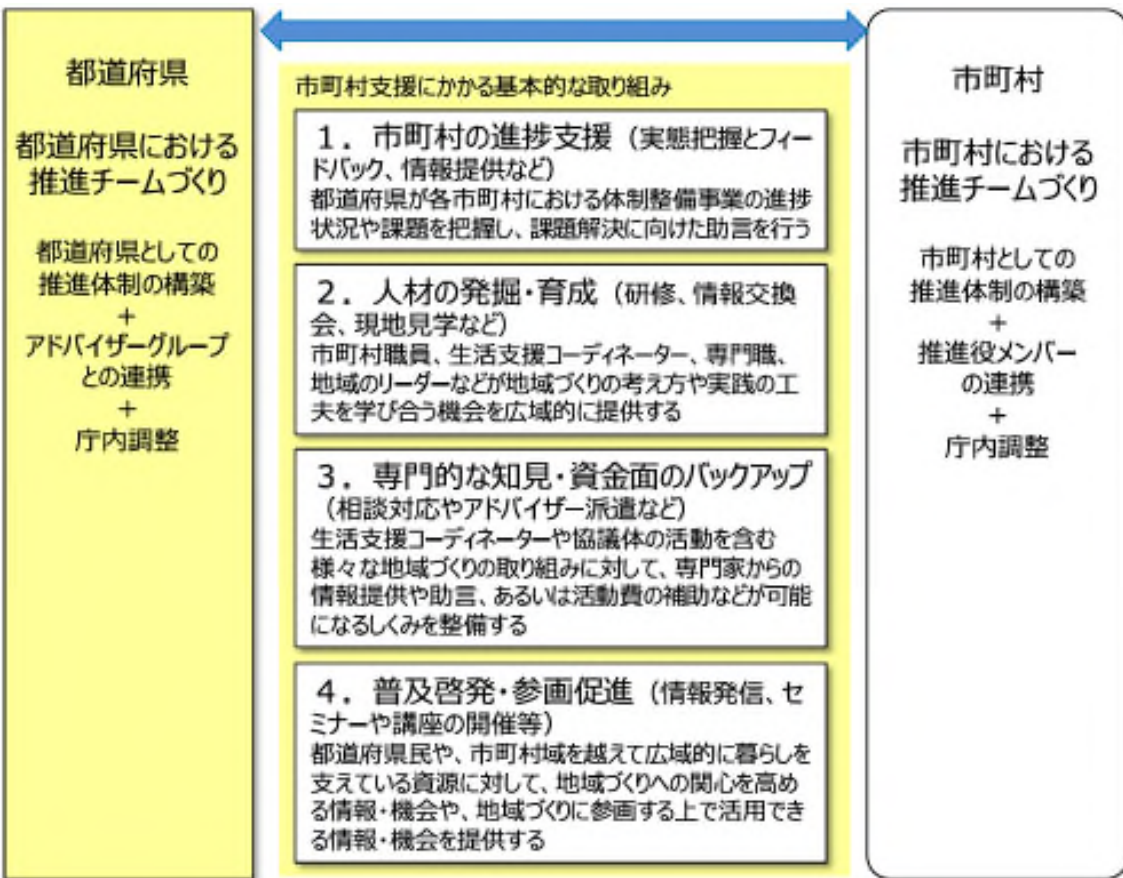
- 同じ広域連合の構成団体である小城市と佐賀市の取組の違い
⇒どちらがいいとか悪いとかではなく、地域の実情を踏まえた
取組の典型例
- 協議体は、地域の実情に応じて作ればよい
- 大事なことは、目指す方向が同じで、関係者がそれを共有している(理解している)こと(規範的統合の実現)
- 課題は、活動の円滑な立ち上げと継続性の確保
- そのためには、市町村、保険者(広域連合の場合)、都道府県が生活支援コーディネーターと協議体に対して、伴走型の支援を行うこと

生活支援体制整備の推進における都道府県による市町村支援

- 生活体制整備事業を推進するには、多様な市町村の状況を把握し、この事業に関わる人々（市町村職員、生活支援コーディネーター、協議体メンバー、地域包括支援センターなど）のニーズに応じた支援を企画・実施していく必要がある。
- 多様な市町村への支援を企画・実施する上で、都道府県における地域支え合い・生活支援の推進の全体像と取組の具体例をマニュアルとしてまとめ、各自治体へ周知。

都道府県域における地域支え合い・生活支援の推進の全体像

取組の具体例



1. 市町村の進捗支援の例

- 県担当者とアドバイザーによる市町村への訪問・助言（宮城県）
- 市町村間情報交換用シートの集計・配布による取組状況の把握・フィードバック（京都府）
- モデル事業の実施とマニュアルの情報展開（埼玉県）
- 首長や管理職を対象としたトップセミナーの開催（高知県）

2. 人材の発掘・育成

- 生活支援コーディネーターのバックグラウンドの多様性等を踏まえた重層的な研修体系の構築（宮城県）
- サロン活動やボランティア等に関するバスツアーの実施（埼玉県）
- 地域包括支援センター職員や活動の担い手を対象とした研修の実施（山形県）

3. 専門的な知見・資金面のバックアップ

- アドバイザー派遣・事例集作成・事例報告会等への支援をセットで実施（高知県）
- 住民主体の活動を立ち上げるための相談窓口の設置（大阪府）
- モデル事業における研修・会議開催や拠点整備などに対する補助（埼玉県）

4. 普及啓発・参画促進

- 多様な主体による活動の情報発信（東京都）
- 通いの場や地域デビュー等のお役立ち情報を紹介するブックレットを作成（岡山県）

出典)「生活支援コーディネーター・協議体の効果的な活動のための研修プログラムの開発に関する調査研究事業報告所～都道府県域における生活支援体制整備事業の推進に向けた手引き～（平成29年度老人保健事業推進費等補助金 日本総合研究所）

“助け合い”を広めるための 介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業の 活用・運用のあり方に関する提言書

2017年8月 住民主体の生活支援推進研究会

提言書の内容は当財団HPからもご覧いただけます。
<http://www.sawayakazaidan.or.jp/news/2017/20170905.html>

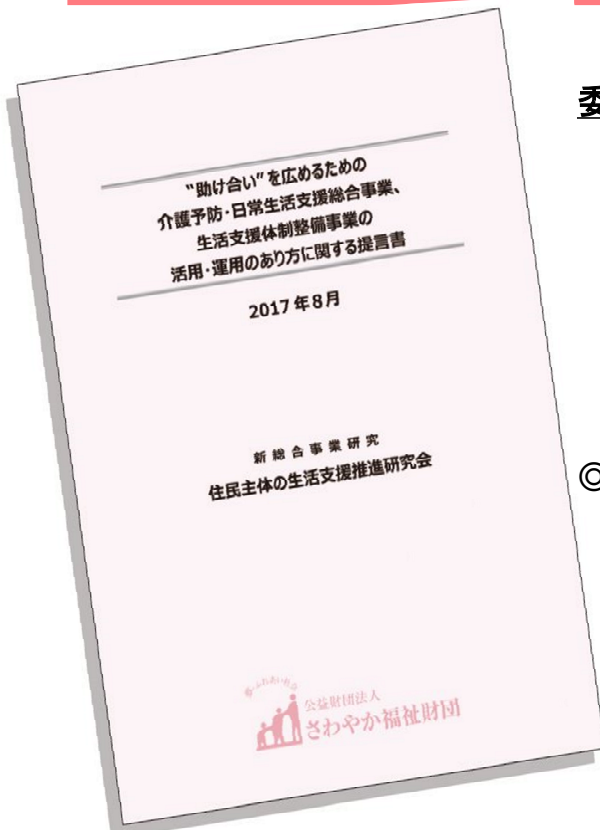
委員（50音順・敬称略、◎座長）

- 齊藤 正身 医療法人真正会 理事長
渋谷 篤男 社会福祉法人全国社会福祉協議会 常務理事
袖井 孝子 お茶の水女子大学 名誉教授
NPO法人高齢社会をよくする女性の会 副理事長
一般社団法人コミュニティネットワーク協会 会長
服部 真治 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 研究部研究員 兼 研究総務部次長
◎原 勝則 公益社団法人国民健康保険中央会 理事長
山際 淳 日本生活協同組合連合会 福祉事業推進部長
山田 尋志 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表

オブザーバー参加 厚生労働省老健局振興課



公益財団法人
さわやか福祉財団

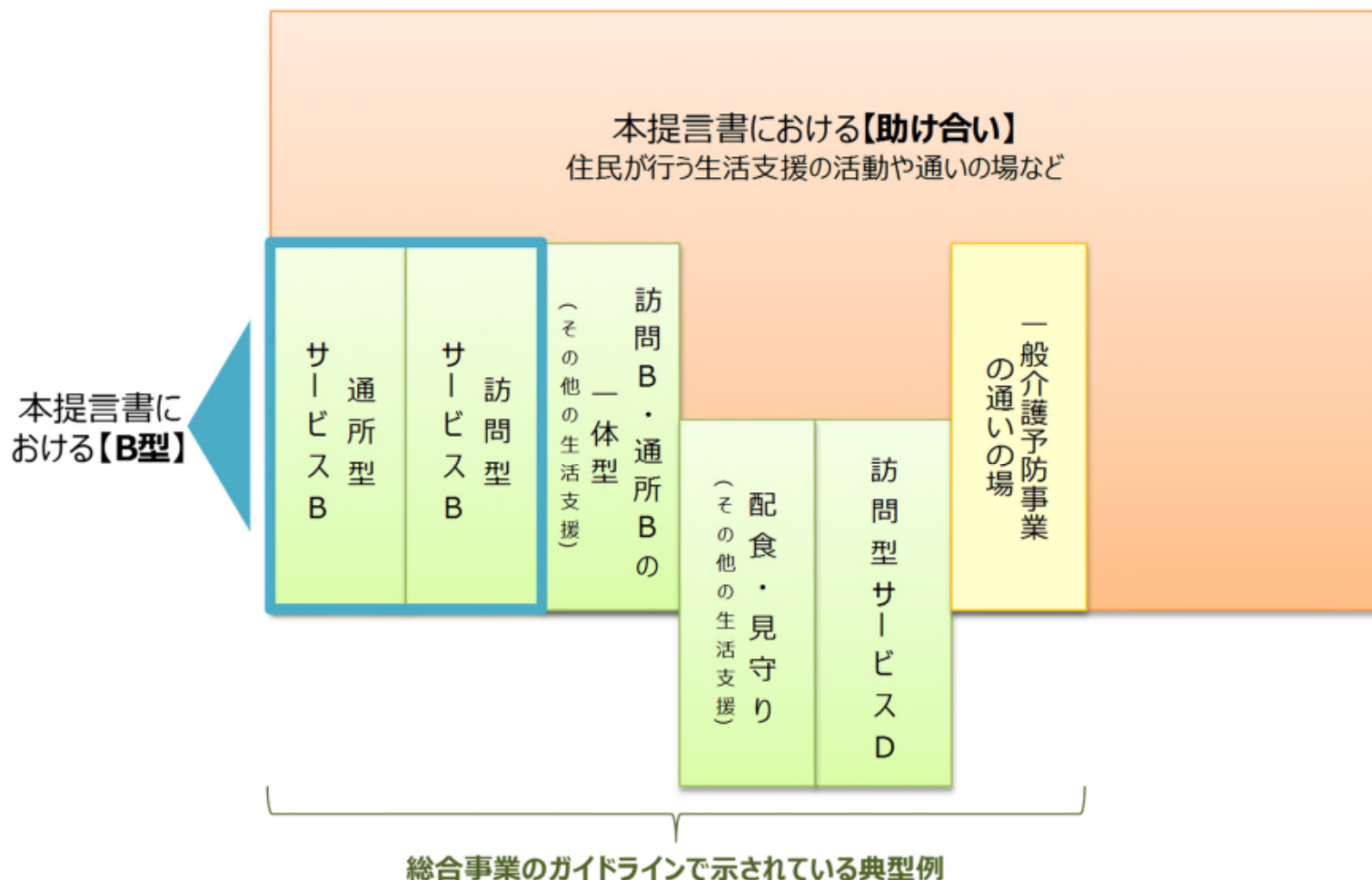


※スライド(概要版)は、さわやか福祉財団が作成

“助け合い”と総合事業の「B型」の関係

本提言書において、“助け合い”とは、住民が行うサロンや見守り活動、訪問による家事援助、おかずのおすそわけ、ゴミ出し支援、居場所づくりなど、**住民が互いに行う生活支援の活動、共に運営・参加する通いの場**などを指す。

総合事業の「B型」（通所型サービスB、訪問型サービスB）は、この“助け合い”の中に含まれている。



※B型の活用・運用のあり方に関する基本的な考えは、訪問型サービスBと通所型サービスBの一体的な提供(その他の生活支援サービス)のほか、助け合いによる配食・見守り(その他の生活支援サービス)、助け合いによる訪問型サービスDにも共通するものである。

※さわやか福祉財団作成

住民主体の“助け合い”を広めるための市町村への提言

補助金交付要綱で、活動内容を細かく規定している

活動内容を細かく規定すると、住民主体ならではの柔軟で多様な活動が期待できなくなってしまいます



要綱は、「必要最小限の要綱」にしましょう

補助金交付要綱が、「1種類」しかない

住民の活動内容は多様で、団体により活動の成熟度も違うため、一つの枠組みの支援では限界があります



要綱は、柔軟に追加・変更できるようにしましょう

補助金の交付について、SC・協議体の意見を聞く機会がない

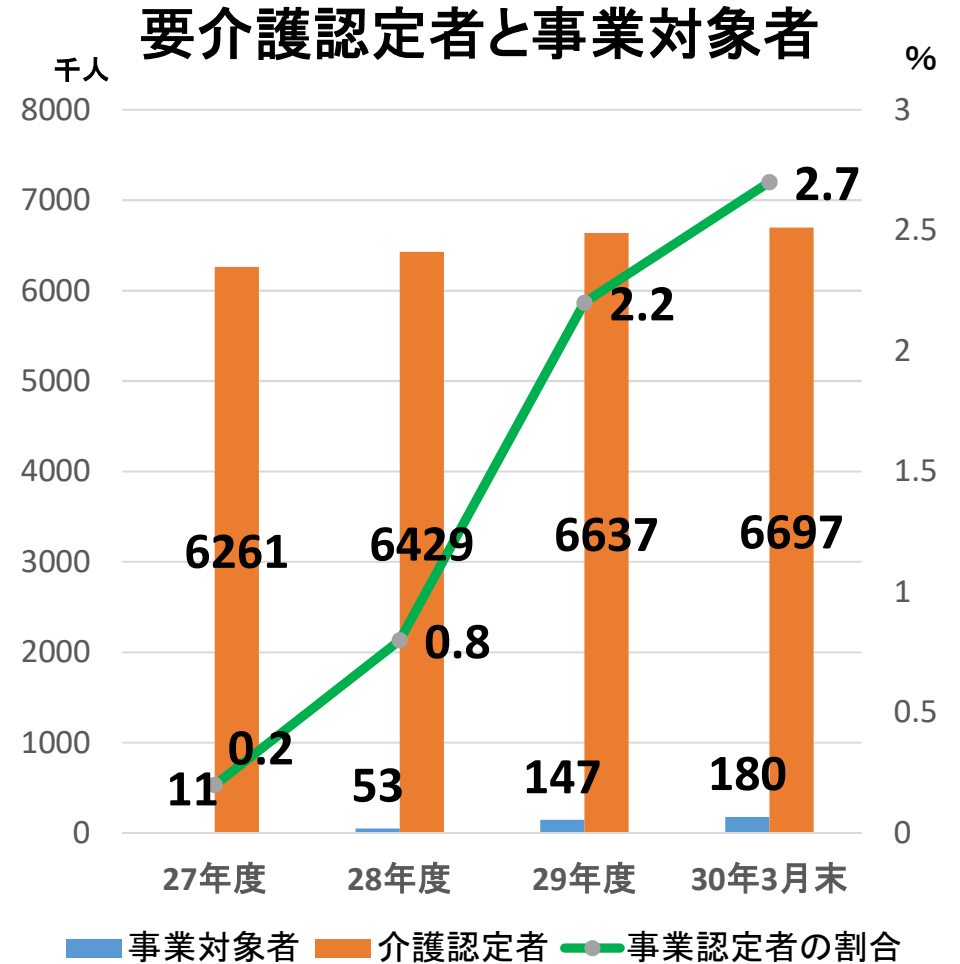
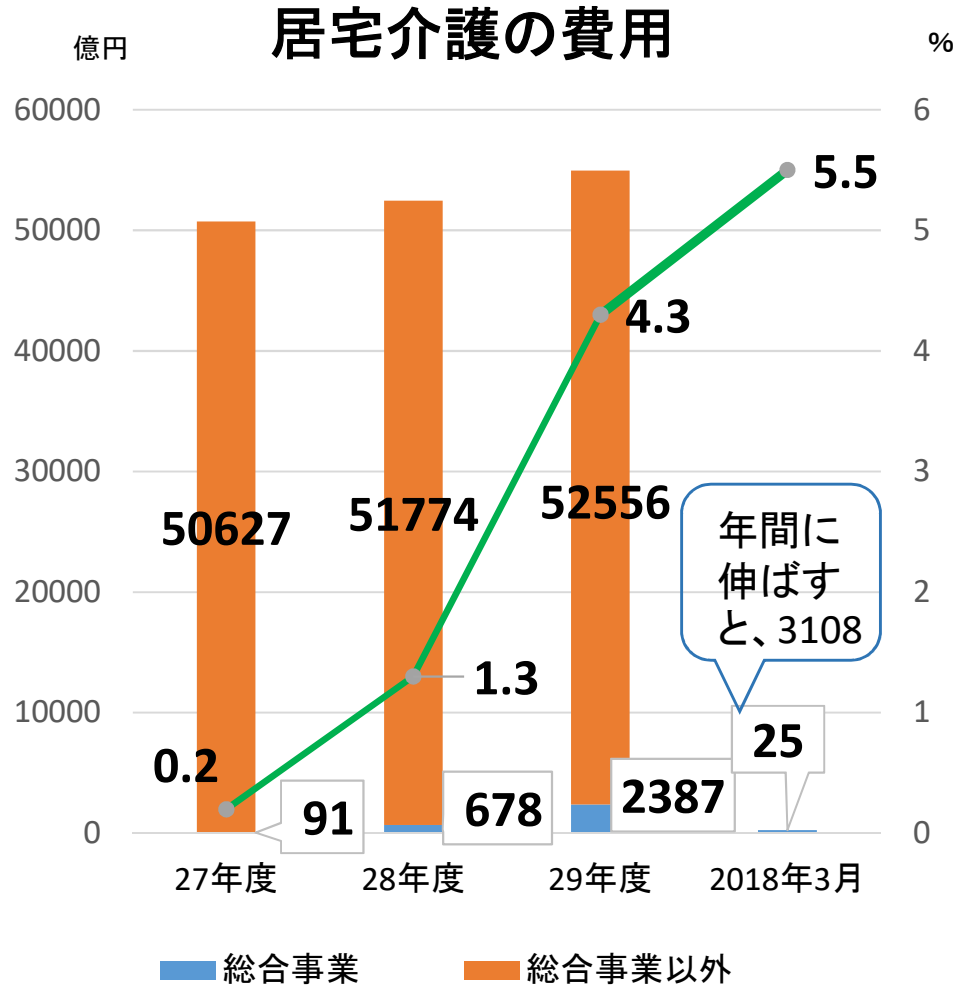
SC(生活支援コーディネーター)や協議体の活動が地域に定着するにつれ、地域のニーズ・資源に関する情報が集まってきます



要綱に、「協議体」が、しっかり関わっていきましょう

総合事業・生活支援体制整備事業の 実施状況と今後

総合事業の費用及び対象者の状況



※国保中央会調べ

「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」調査結果等の概要

※30年6月に公表

【調査の概要】

- 1,741の市町村に対し、介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という。)等の実施状況について調査を実施。(平成29年10月調査)
- 1,645市町村から回答を得た。(回収率94.5%)

【調査結果のポイント】

- 従前相当サービス以外の多様なサービス(従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等)を実施する事業所が訪問型サービス・通所型サービスそれぞれで1万箇所以上にのぼっている。
 - ・ 訪問型の多様なサービス 11,159事業所(平成29年6月)
 - ・ 通所型の多様なサービス 10,061事業所(平成29年6月)
- 総合事業への移行に関する利用者への影響を確認したところ、サービス利用日数に大きな変化はなかった。
 - ・ 多様なサービスの利用者の1ヶ月間における利用日数: 6.5日/月(移行前月)→ 6.4日/月(2年後の同月)
- 総合事業を含む生活支援体制整備の取組については、市町村ごとに進捗状況等にばらつきが見られた。また、市町村が行う生活支援コーディネーターからの相談の受付等の取組と、生活支援コーディネーターの活動状況等との関係性については、市町村による生活支援コーディネーターの活動支援等の取組が多いほど、生活支援コーディネーターや協議体の取り組んでいる活動が多い。

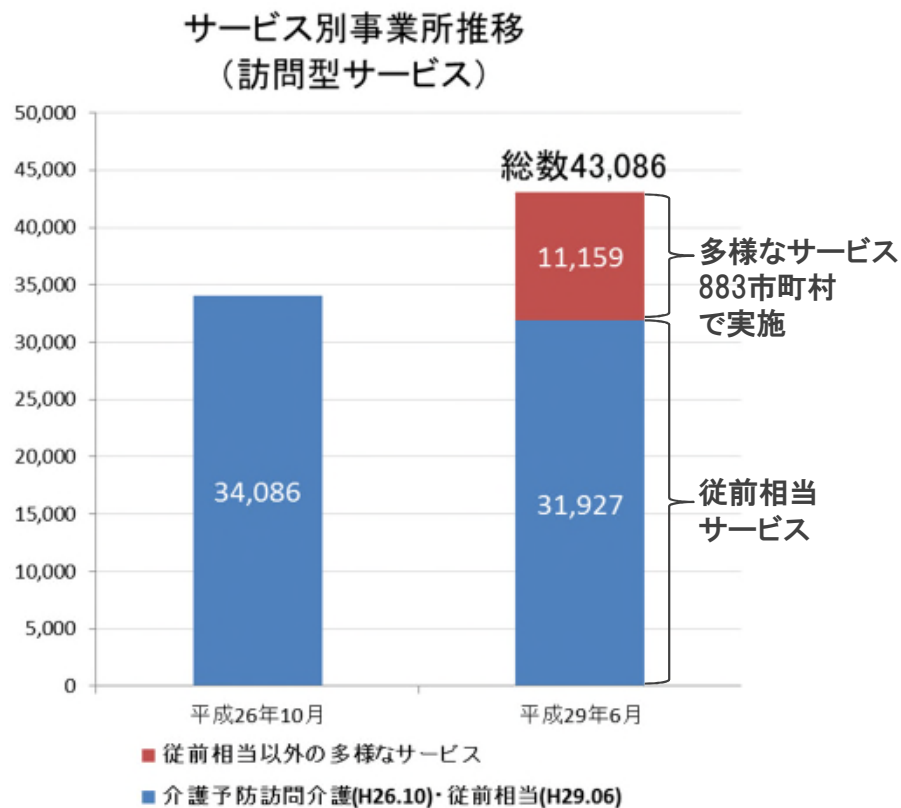
※資料は省略

1. 総合事業の提供体制等

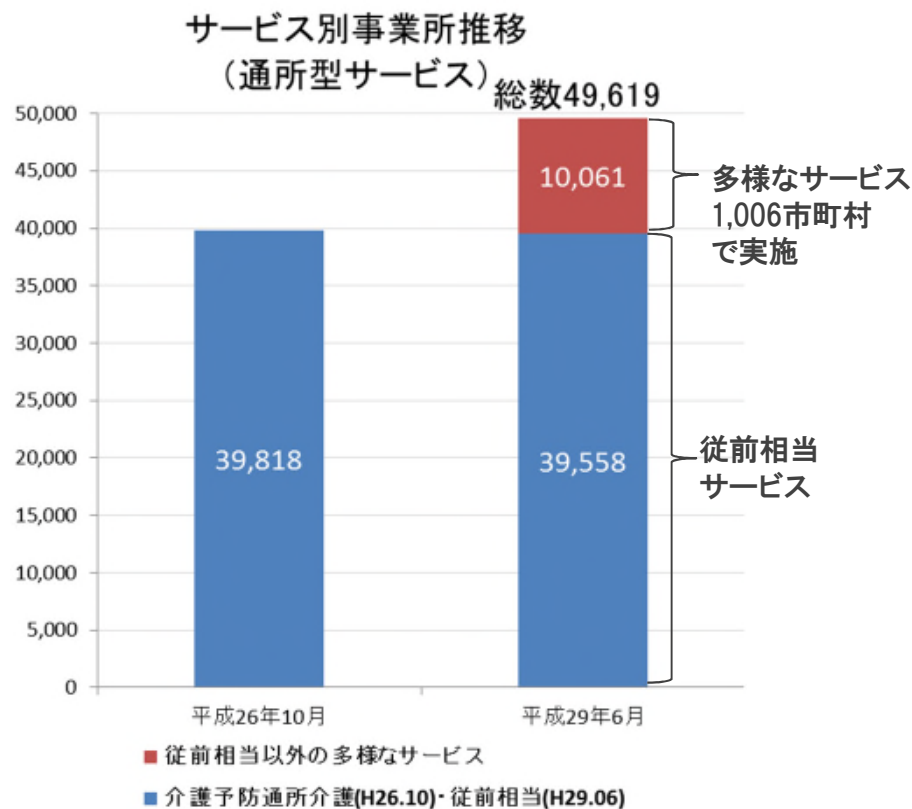
従前相当サービス以外の多様なサービス（従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援等）を実施する事業所が訪問型サービス・通所型サービスそれぞれで1万箇所以上にのぼっている。

○ 従前相当サービス以外の多様なサービスが創設されている。

(図1-1)訪問型サービスの事業所数の推移(全国)



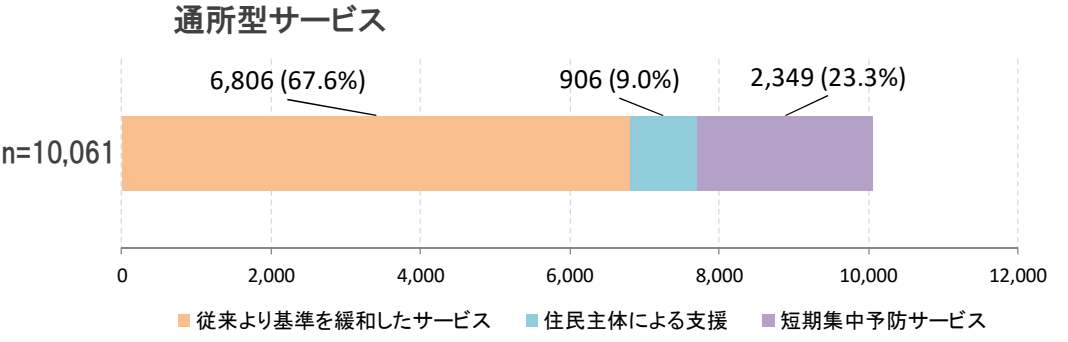
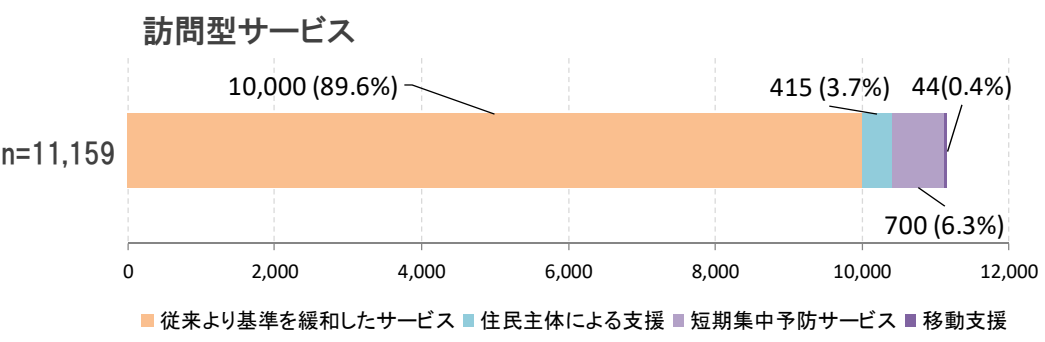
(図1-2)通所型サービスの事業所数の推移(全国)



※1 総合事業には上記の他、配食・見守り等のその他生活支援サービスを提供する事業所がある。また、総合事業に位置づけられていない通いの場等の取組もある。
 ※2 平成29年6月の事業所数については、無回答であった97市町村は含まれていない。
 ※3 事業所数については、介護サービス施設・事業所調査における、平成26年10月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の事業所数と、本調査における、平成29年6月時点の従前相当サービス・多様なサービスの事業所数合計を比較。
 ※4 平成29年6月時点の総合事業の各サービスの事業所については、一部重複がある(従前相当サービスと基準を緩和したサービスの両方の指定を受けているケース等)。

○ 総合事業の多様なサービスの内訳は、訪問・通所ともに基準を緩和したサービスが最も多い。

(図2)総合事業の多様なサービス内訳

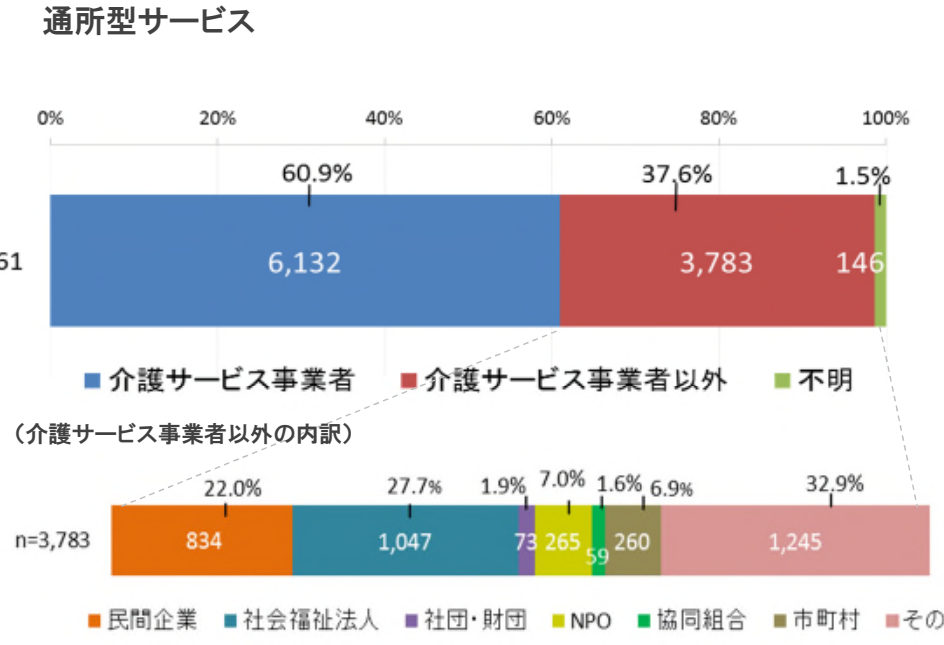
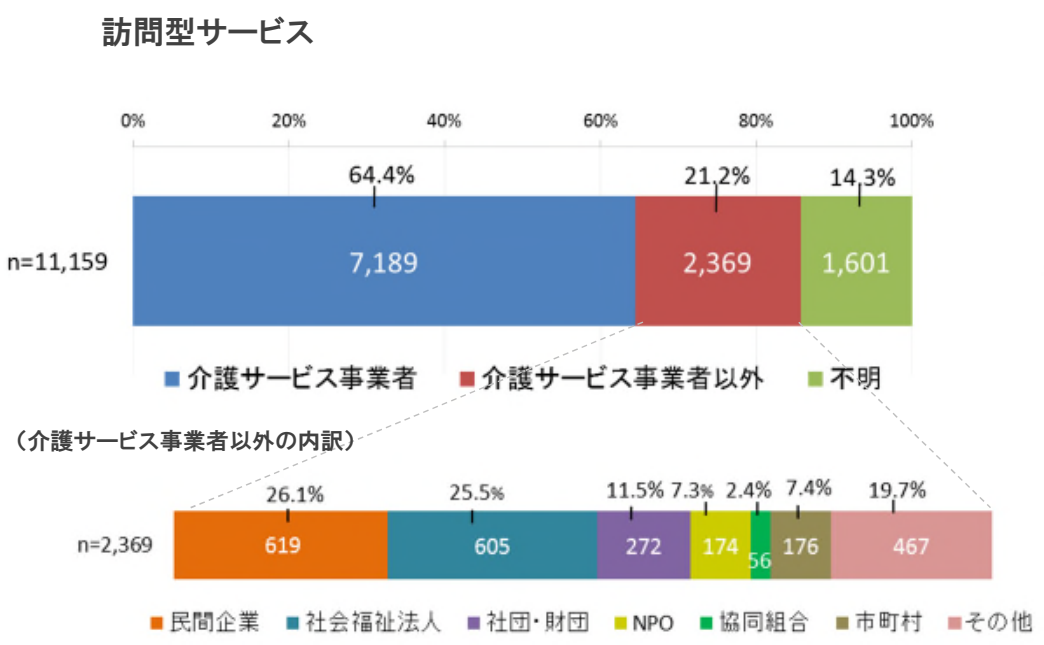


※小数点第2位を四捨五入しているため割合の合計が100.0にならない(以下同じ)。

(注) 通所型サービスB (住民主体による支援) 以外にも、全国で76,476箇所の通いの場※がある。(平成28年度実績)

○ 総合事業の多様なサービスの実施主体は、介護サービス事業者以外の主体が、訪問は約2割、通所は約4割となっている。

(図3)総合事業の多様なサービスの実施主体内訳



※内訳の「その他」には医療法人や地縁団体等が含まれる。

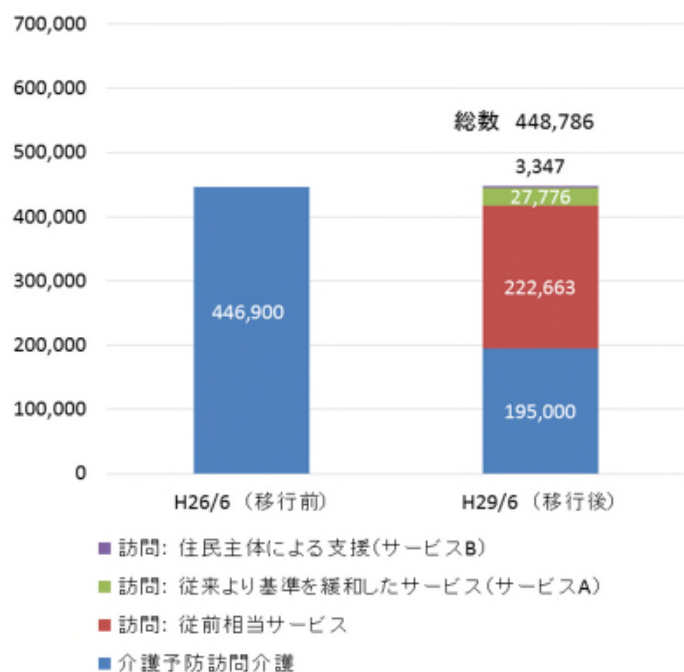
2. 総合事業の多様なサービスの利用状況等

総合事業の多様なサービスへの移行に関する利用者への影響を確認したところ、サービス利用日数や状態像に大きな変化はなかった。

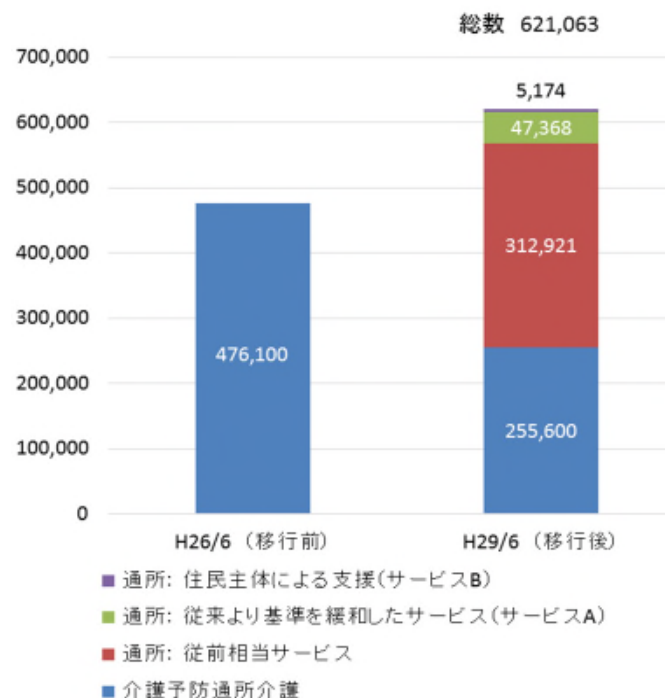
- 総合事業等の利用者数は訪問はほぼ横ばい、通所は増加している。

(図1)利用者数の推移(推計)

訪問型サービス



通所型サービス



※1 算出方法

下記の方法で、総合事業移行前後の利用者数の推移を推計した。

移行前: 介護給付費等実態調査における、平成26年6月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用者数

移行後: 介護給付費等実態調査における、平成29年6月の介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用者数に、

《本調査における平成29年6月の総合事業利用者数(訪問・通所の従前相当、サービスA・B)を、回答のあった市町村の65歳以上人口で除し、総務省人口推計における全国の65歳以上人口を乗じた数》を加えたもの

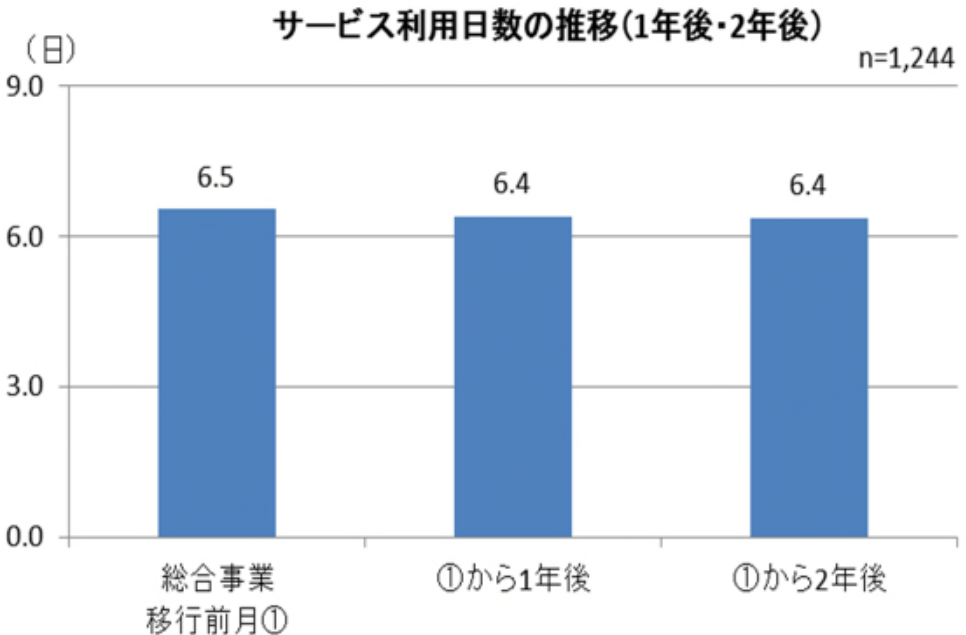
※2 回答のあった市町村の65歳以上人口としては、本調査における65歳以上人口(平成28年度)についての回答を使用し、全国の65歳以上人口としては、平成29年4月1日時点での総務省人口推計のデータを使用した。

※3 総合事業の実施時点で要支援認定の有効期間が残っている者については、要支援認定の有効期間が終了するまで(最長12ヶ月間)、介護予防訪問介護・介護予防通所介護を利用する(平成30年3月末まで)。

※4 平成29年6月時点の総合事業の各サービスについては、一部重複があり得る(従前相当サービスと基準を緩和したサービスの両方を利用しているケース等)。

○ 多様なサービスを利用する者の利用日数は総合事業への移行前後で大きな変化はない。

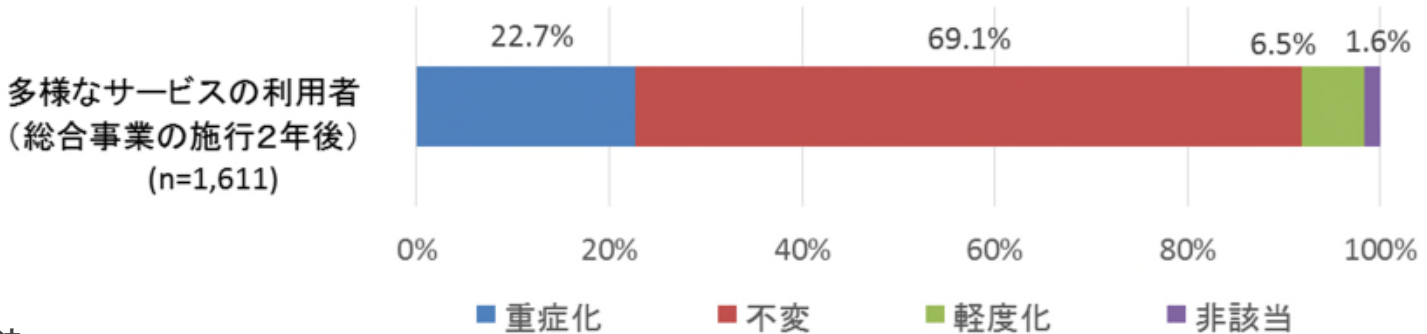
(図2)多様なサービスを利用している者の1人当たり月間利用日数の変化



※ 算出方法
 平成27年6月までに総合事業へ移行した市町村において、多様なサービスの利用者に係る、総合事業の移行前月における介護予防訪問介護・介護予防通所介護の利用日数と、移行1年後・2年後の同月におけるサービス利用日数(従前相当サービス、従来より基準を緩和したサービス、住民主体による支援、短期集中予防サービス)を比較。
 単純無作為抽出法により対象者を抽出。

○ 介護予防訪問介護・介護予防通所介護から多様なサービスへ移行した利用者の2年後の状態変化を見ると、約7割が状態を維持している。

(図3)多様なサービスの利用者の状態変化



※算出方法
 平成27年6月までに総合事業へ移行した市町村において、①移行前月時点で介護予防訪問介護・介護予防通所介護いずれかを利用しており、②移行1年後の同月時点で多様なサービスを利用している利用者について、移行2年後の同月の状態を比較(1市町村あたり最大50名を抽出)。
 単純無作為抽出法により対象者を抽出。

- 多様なサービスに関する利用者の満足度は、移行前と変わらないとしている人数が7割弱で、移行前よりも良くなったとしている人数が約2割であった。

(図4)サービスに関する利用者の満足度

No.	カテゴリー名	n	%
1	移行前よりも、とても良くなった	72	6.2
2	移行前よりも、良くなった	204	17.6
3	移行前と変わらない	765	65.9
4	移行前よりも、悪くなった	108	9.3
5	移行前よりも、とても悪くなった	11	0.9
	全体	1,160	100.0

移行前より良くなった: 23.8%

移行前より悪くなった: 10.3%

3. 生活支援体制整備の状況等

市町村における総合事業を含む生活支援体制整備の取組状況は、市町村ごとの進捗状況等にばらつきが見られた。

- 生活支援コーディネーターを配置していない市町村は、第1層・第2層ともに3割弱となっている。

(図1)生活支援コーディネーターの配置状況(平成29年10月時点)

第1層(市町村区域)における生活支援コーディネーターの配置状況

No.	カテゴリー名	n	%
1	配置している	1,218	74.0
2	配置していない	415	25.2
	無回答	12	0.7
	全体	1,645	100.0

第2層(日常生活圏域等)における生活支援コーディネーターの配置状況

No.	カテゴリー名	n	%
1	配置している	370	72.7
2	配置していない	123	24.2
	無回答	16	3.1
	全体	509	100.0

※ 第2層の母数は第1層のみの市町村を除くため、生活支援コーディネーターの第2層圏域数2以上の市町村数とした。

- 協議体を設置していない市町村は、第1層・第2層ともに約4割となっている。

(図2)協議体の設置状況(平成29年10月時点)

第1層(市町村区域)への協議体の設置状況

No.	カテゴリー名	n	%
1	設置している	996	60.5
2	設置していない	626	38.1
	無回答	23	1.4
	全体	1,645	100.0

第2層(日常生活圏域等)への協議体の設置状況

No.	カテゴリー名	n	%
1	設置している	265	55.7
2	設置していない	187	39.3
	無回答	24	5.0
	全体	476	100.0

※ 第2層の母数は第1層のみの市町村を除くため、協議体の第2層圏域数2以上の市町村数とした。

(参考1)生活支援コーディネーターの配置数(平成29年10月時点)

	圏域数	配置数
第1層	1,645	1,218市町村 において配置
第2層	4,884	2,789人

(参考2)協議体の設置数(平成29年10月時点)

	圏域数	配置数
第1層	1,645	996箇所
第2層	5,014	2,548箇所

- 担い手の確保に向けた啓発活動等については、いずれの取組も1～2割程度の実施率である。

(図3)担い手確保のための啓発活動等の取組(複数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	パンフレットやチラシの配布	360	21.9
2	講演・セミナー	355	21.6
3	地域団体や地縁組織への協力依頼	330	20.1
4	生活支援コーディネーター、協議体による担い手確保	433	26.3
5	ボランティアポイント等	280	17.0
6	情報交換会や発表会の開催	201	12.2
7	その他	111	6.7
	無回答	673	40.9
	全体	1,645	100.0

- 担い手の確保に向けた他施策との連携としては、高齢者の活躍の場づくりとの連携が最も多く実施されている。

(図4)担い手確保を目的とした他施策との連携状況(複数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	若年を含む認知症患者の活動の場づくり	53	3.2
2	生活困窮者の中間的就労の場づくり	14	0.9
3	障害者福祉サービスの就労継続支援サービスの活動プログラムの検討	9	0.5
4	都道府県等が行う介護人材確保施策	98	6.0
5	担い手となる身体能力等のある高齢者の活躍の場づくり	513	31.2
6	その他	89	5.4
	無回答	984	59.8
	全体	1,645	100.0

○ 介護予防ケアマネジメントについて、取扱方針を定めている市町村は約 6 割であり、対象者の状態像を分析した上で、施策の改善に取り組んでいる市町村は約 3 割となっている。

(図5)介護予防ケアマネジメントに関する市町村の関与

介護予防ケアマネジメントを実施する際の市町村としての取扱方針を設定しているか。

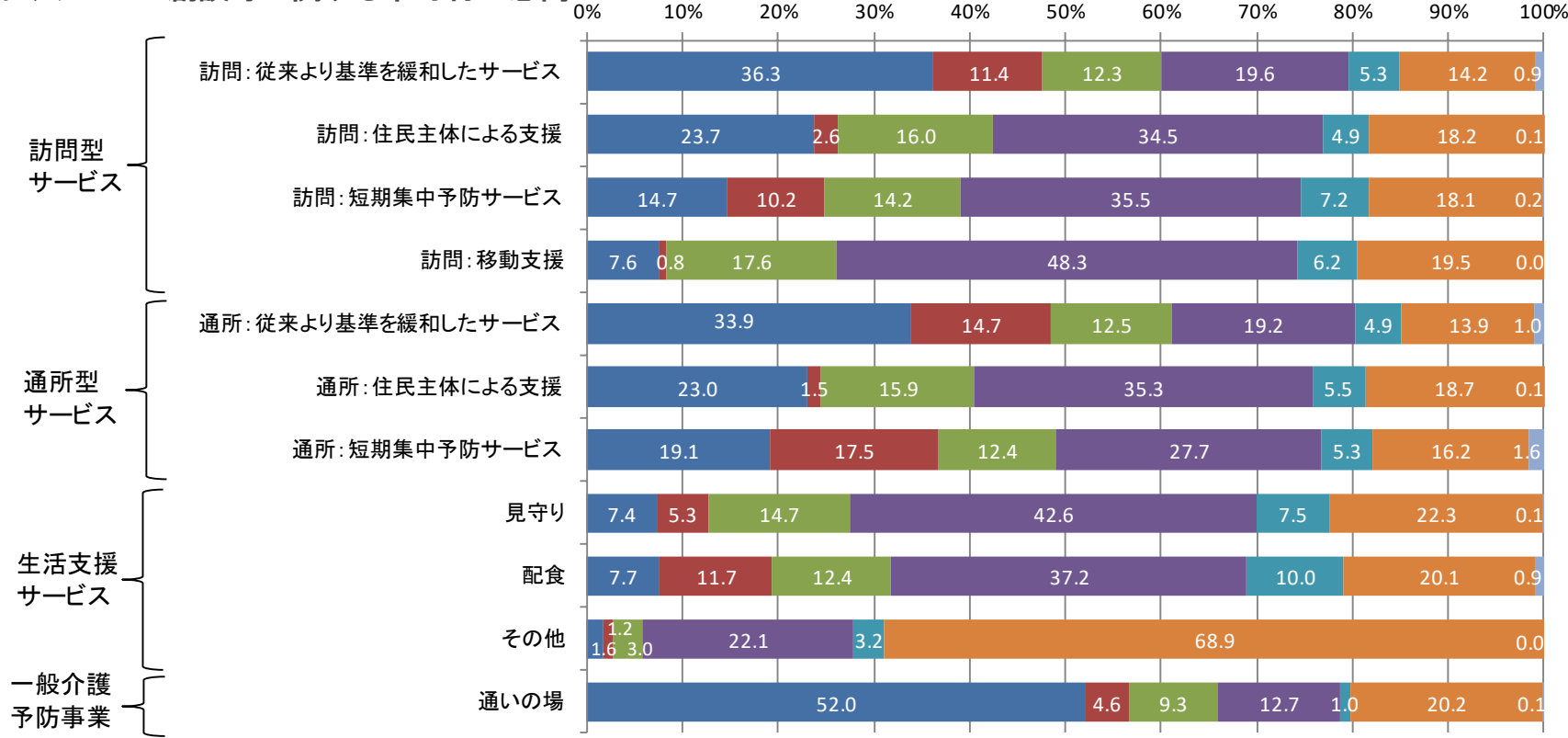
No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	925	56.2
2	いいえ	689	41.9
	無回答	31	1.9
	全体	1,645	100.0

介護予防ケアマネジメント対象者の状態像を分析して施策改善につなげているか。

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	535	32.5
2	いいえ	1,064	64.7
	無回答	46	2.8
	全体	1,645	100.0

○ 今後、サービス等について創設・増設の意向のある市町村は、通いの場が約 5 割、従来より基準を緩和したサービスが約 3 ~ 4 割である一方、住民主体による支援は約 2 割、短期集中予防サービスは 2 割未満、移動支援は 1 割未満となっている。

(図6)サービス創設等に関する市町村の意向



■ 今後創設・増設の意向 ■ 現状維持の意向 ■ 検討中 ■ 未定 ■ 創設予定なし ■ 無回答 ■ 今後減らす意向

n=1,645

総合事業や生活支援体制整備事業で 気になっていること

- 生活支援体制整備事業の実施(SCの配置・協議体の設置)の期限
- 総合事業費の上限問題
- いわゆる中間支援組織の活用について
 - 新地域支援構想会議(25年12月発足)の活動
 - 「緩やかな連帯」という精神で
- 広域連合の役割
 - 保険事業運営と地域づくりの取組の文化や政策の考え方の違い
- 軽度者に対する介護給付の見直し問題(今後の制度改正の論点)
- 市町村長のリーダーシップ

- 包括的支援事業(社会保障充実分)のうち、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業については、平成29年度末をもって、施行の猶予期間が終了し、全市町村で事業を実施することとなる。
- 猶予期間の終了を控え、事業の実施に関する基本的な考え方を整理すると以下のとおりである。

事業の実施に関する基本的な考え方

- 市町村において、①事業の実施のための予算の確保、②事業の実施要綱等を定め、③平成30年度内に実施要綱等に基づいた事業を実施する必要がある。
- このため、平成29年度においては、実施要綱の策定や、必要な予算の確保に向けた対応を進める必要がある。

【その他、各事業の実施に係る留意点】

在宅医療・介護 連携推進事業

- 平成30年度内には、在宅医療・介護連携推進事業について介護保険法施行規則に定める、いわゆる「(ア)から(ク)」の8つの事業項目のそれぞれを実施している必要があること。
※ 平成29年度末までに、地域の医療・介護関係者とともに、事業実施に係る計画の立案または見通しを立てておくこと。

生活支援体制 整備事業

- 平成30年度内には、第1層、第2層の全圏域において、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置を行うこと。
※ 介護保険計画の第7期においては、地域の課題や資源の把握等を進めて、これを市町村と共有し、第8期の策定を行う際には、取組の成果を踏まえて、計画に盛り込む必要があるサービスを計画上で明確化すること。

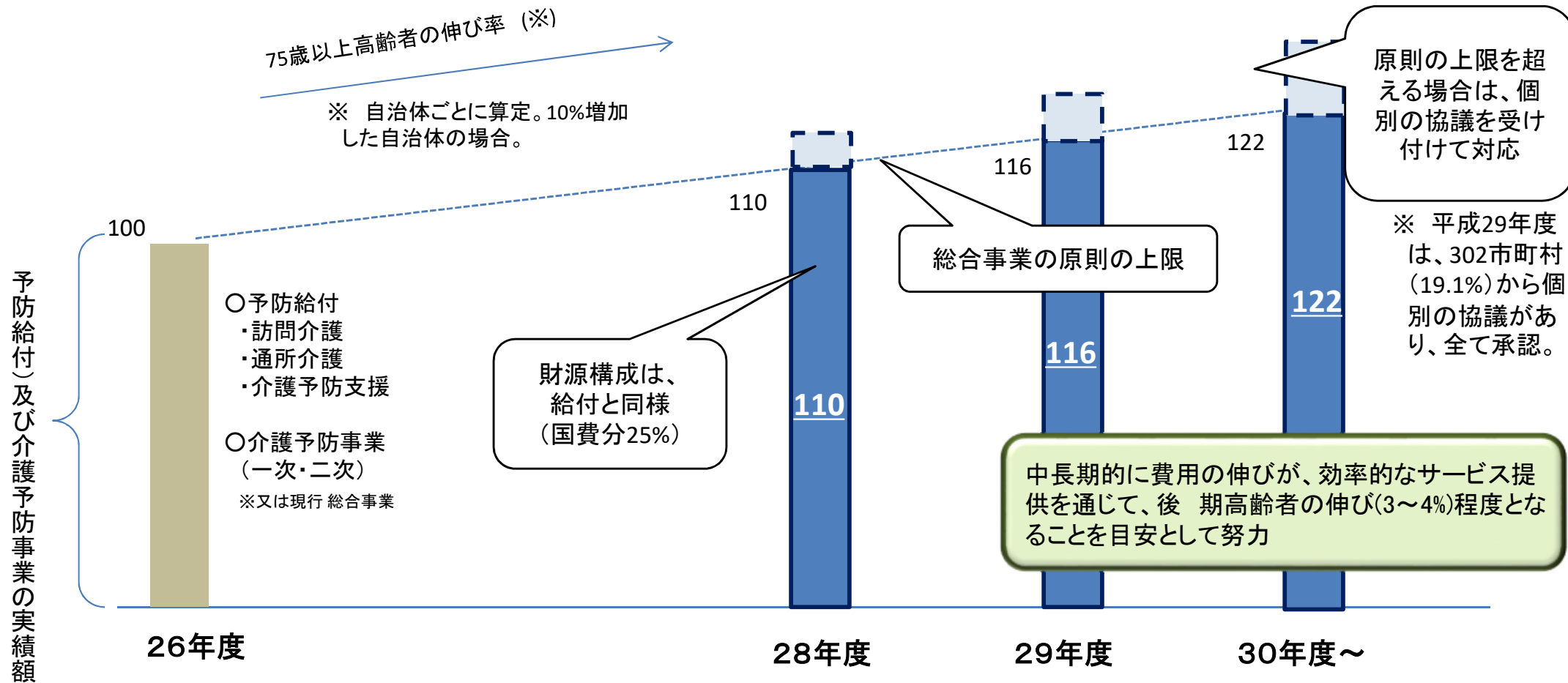
認知症総合 支援事業

- 平成30年4月には、認知症初期集中支援チームを設置し、また、認知症地域支援推進員を配置している必要があること。
※ 認知症初期集中支援チームのチーム員は、平成29年度末までに「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講すること。
(やむを得ない場合は、研修を受講したチーム員から受講内容を共有すること。)

総合事業の上限額

- 平成27年度は、平成26年度の予防給付等の実績額に、75歳以上高齢者数の伸び率(※)を乗じて上限を設定。
- 平成28年度以降は、前年度の上限額に、75歳以上高齢者数の伸び率(※)を乗じて上限管理を行う。 ※直近3か年平均

※下図は平成26年度実績を100とし、以降を5%の伸び率で上限管理する場合のイメージ(便宜上、各年度の伸び率を一定としている)



※ 個別判断で認められる例

- 介護予防や生活支援のサービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合
- 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合
- 総合事業開始当初、総合事業への移行に伴うやむを得ない事情により、費用の伸び率が高くなった場合 等

1. 生活支援体制整備事業の実施期限

- 30年度内に第1層、第2層の全圏域において、生活支援コーディネーターの配置と協議体の設置を行うことが理想。
- できないときは、配置したコーディネーターや設置した協議体がかバーして(兼務・兼轄)、形式的な法律違反がないように工夫する。
- 交付金は実績に応じて支出可能。

2. 総合事業の上限

- 個別協議は、制度(政令)上、「〇年まで」というものではないため、恒久的な仕組みとして継続。
- 平成30年度も個別協議は継続して受け付け。

これまでの主な対応

- 地域で総合事業等による地域づくりを進める「生活支援コーディネーター」の養成のための研修の実施。
- 総合事業の先行事例を分析し、地域づくりに関するポイント集を作成し、先行事例の横展開を推進。



今後の主な対応

- 総合事業の実施状況に関する調査を実施。
- 総合事業の推進に関するノウハウをまとめ、横展開を図る。
 - ① 総合事業等に関する全国における課題(担い手の確保等)を整理。
 - ② 課題の分類を踏まえ、市町村を選定し、厚労省本省・地方厚生局、都道府県が関与したモデル事業を実施し、具体的な推進策に関するノウハウをまとめ、横展開を図る。
 - ③ 地域特性(※)を踏まえて分類・一般化した地域づくりに関するノウハウをまとめる。
- ※ 人口規模、高齢化率、地域類型(大都市、郊外、中山間地域、大型団地地域等)、資源(シルバー人材センター、JA、社協、退職高齢者、有償ボランティア、地域運営組織、生活困窮者施策等の他施策における地域づくり等)等
- 福祉部局だけでなく、産業部局やまちづくり部局も巻き込んだ市町村の体制づくりを推進。
- 都道府県等による市町村支援に関する研修を実施し、都道府県の取組は「保険者機能強化推進交付金」により評価し、財政支援を実施。

30年度は200億円。うち都道府県分は10億円

地方厚生局における地域包括ケア推進課の設置

厚生労働審議官時代に検討、組織要求。平成28年度から全国8地方厚生(支)局に設置。

地域包括ケア推進課の役割と主な業務

- 地域包括ケアシステムの構築に係る支援(広域的な見地から市町村に対する支援を行う役割を有する都道府県に対する支援が基本)
 - ①地域包括ケアシステムの普及・啓発
 - ②地域支援事業の実施状況の把握、推進のための助言・支援
 - ③地域支援事業交付金や地域医療介護総合確保基金(介護分)に関する業務 等

設置のねらい(個人的な思い)

- 社会保障関係業務の増大・複雑化と地方分権の推進
- 都道府県・市町村の負担の増大に対する支援の必要性
- 医療法・薬事法・医療保険各法等に基づく規制・監督行政が中心だった地方厚生局の今後のあり方
- 我が国の社会保障は、これまでは全国一律の視点から制度を構築。制度がある程度成熟してきたこれからは、「地域」という視点を重視して社会保障を考えていくべき。厚生労働行政の新しい方向を模索

セミナー・イベント等（当局主催）

○九州厚生局地域包括ケア市町村セミナー（※第1・3回以外は開催県と共催。）

	開催月	開催県	セミナーテーマ
第1回	6月	福岡県	協議体における市町村の役割と位置づけ
第2回	7月	鹿児島県	
第3回	9月	福岡県	複数市町村の広域的連携における成年後見制度利用促進について
第4回	10月	熊本県	
第5回	11月	沖縄県	在宅医療・介護連携に市町村はどう取り組むべきか
第6回	12月	長崎県	
第7回	1月	佐賀県	住民主体による総合事業実施に向けての生活支援サービスの構築について
第8回	2月	宮崎県	

○イベント関係

「九州・沖縄地区認知症地域支援推進員活動研究大会」（6月2日：福岡県）

【※共催：福岡県 後援：佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県】

講演関係（様々な団体の主催するイベントにて普及啓発）

- ・北九州市介護認定審議会総会（平成29年4月3日）
- ・宮崎県老人福祉サービス協議会県南ブロック特養部会施設長研修会（平成29年4月5日）
- ・全国スポーツクラブ会議 in 熊本なんかん（平成29年5月21日）
- ・にちなん地域包括ケア学校研修会（平成29年7月7日）
- ・沖縄県介護役職者向けマネジメント研修（平成29年10月14日）
- ・看護協会九州ブロック研修会（平成29年10月27日）
- ・生活支援体制整備事業推進セミナー（平成29年11月3日）
- ・佐賀県老人福祉施設協議会地域密着委員会研修会（平成30年1月17日）
- ・協議体の必要性を考えるフォーラム in おきなわ（平成30年2月2日）

地域づくりの合言葉



みんなで楽しく取り
組む



ひろげよう！地域の支え合い

つながろう！SCの輪

支えよう！行政のちから