

地域包括ケアシステム／ 医療介護連携はなぜこんなにわかりにくいのか？

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

主席研究員 岩名 礼介

https://twitter.com/iwana_murc

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

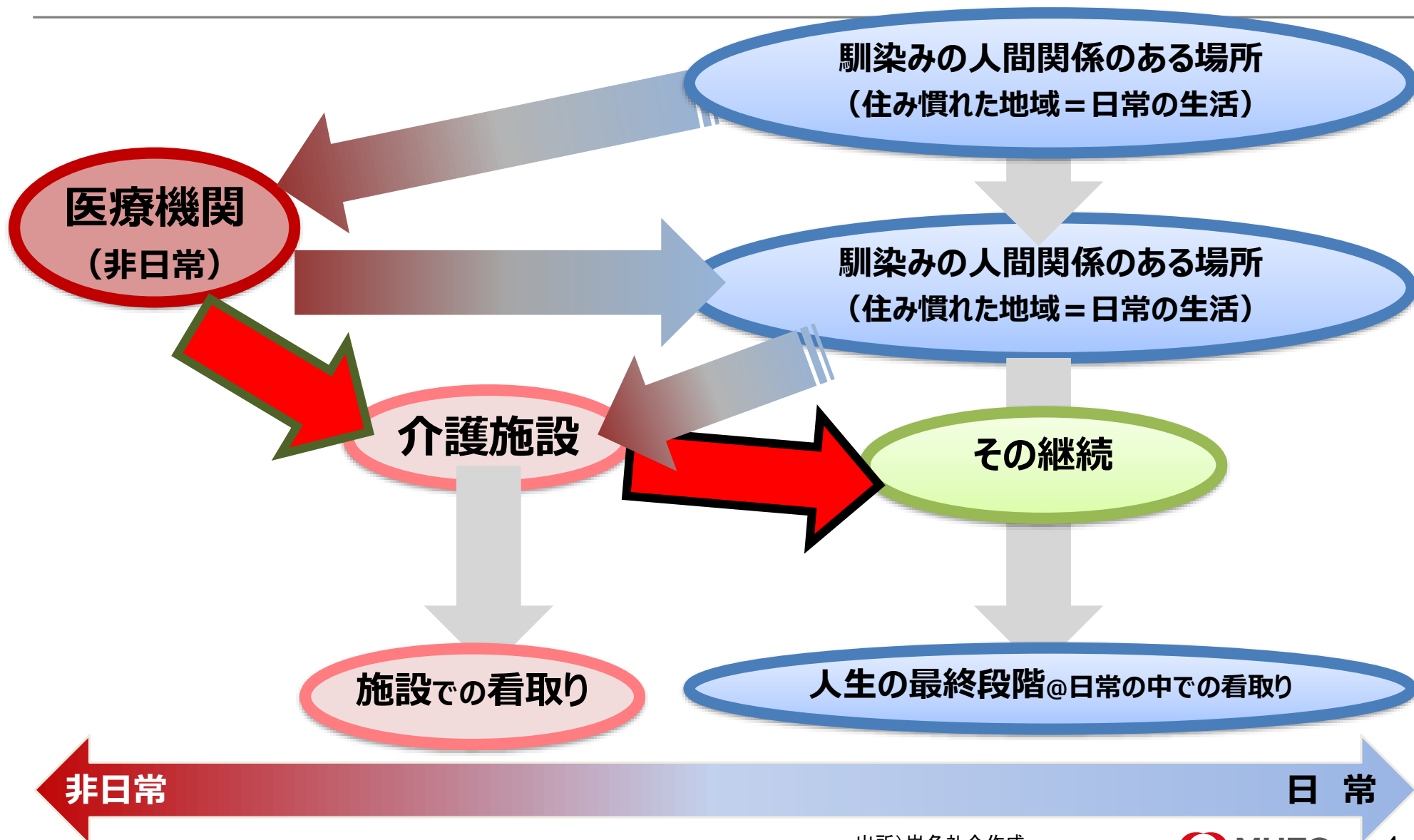
住み慣れた地域

通勤族にとっての住み慣れた地域ってなんでしょうか？ 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。



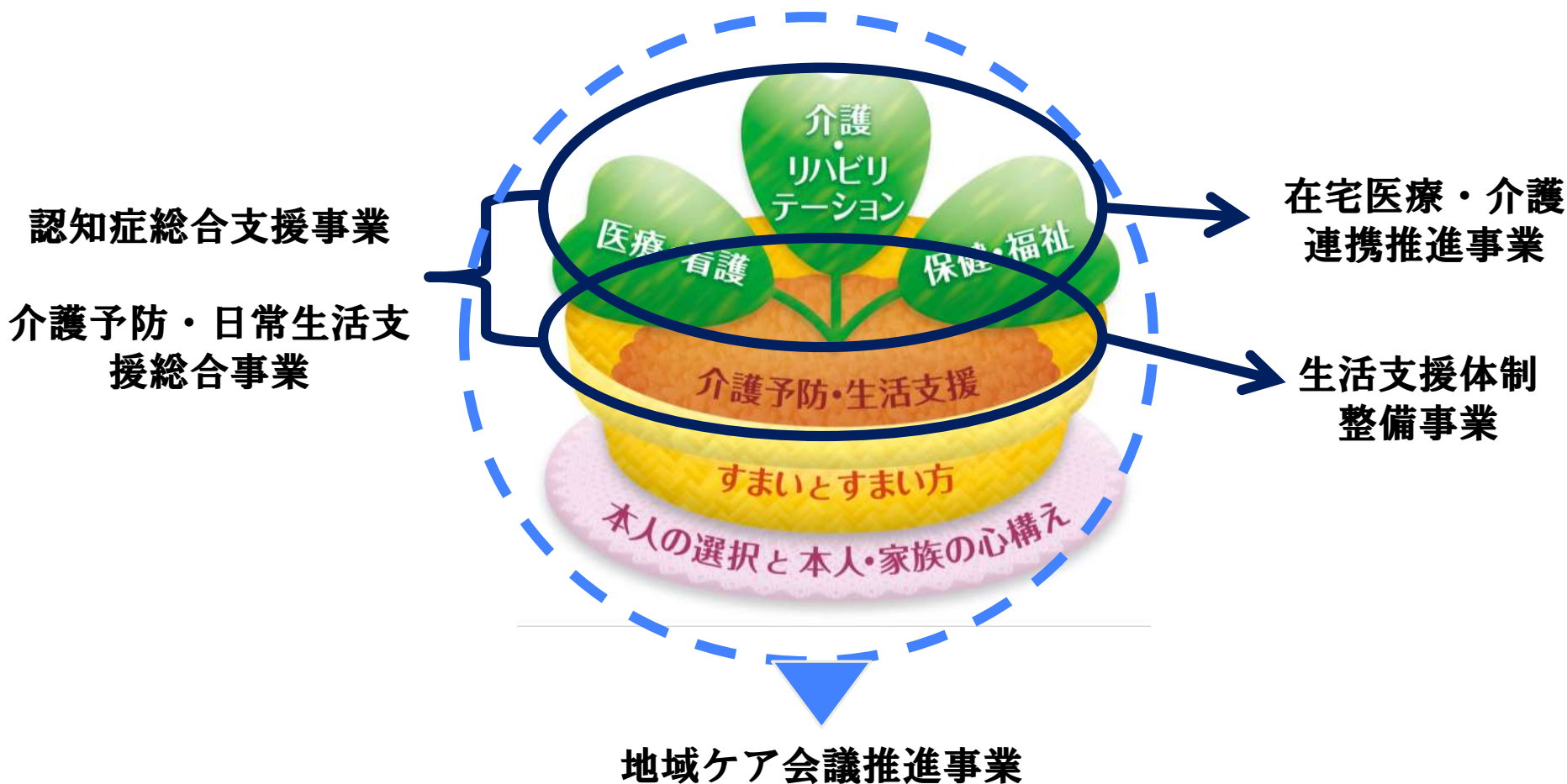
地域包括ケアシステムの植木鉢



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「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。

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、利用者からみて一体的に見える仕組みづくり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「地域包括ケア」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。

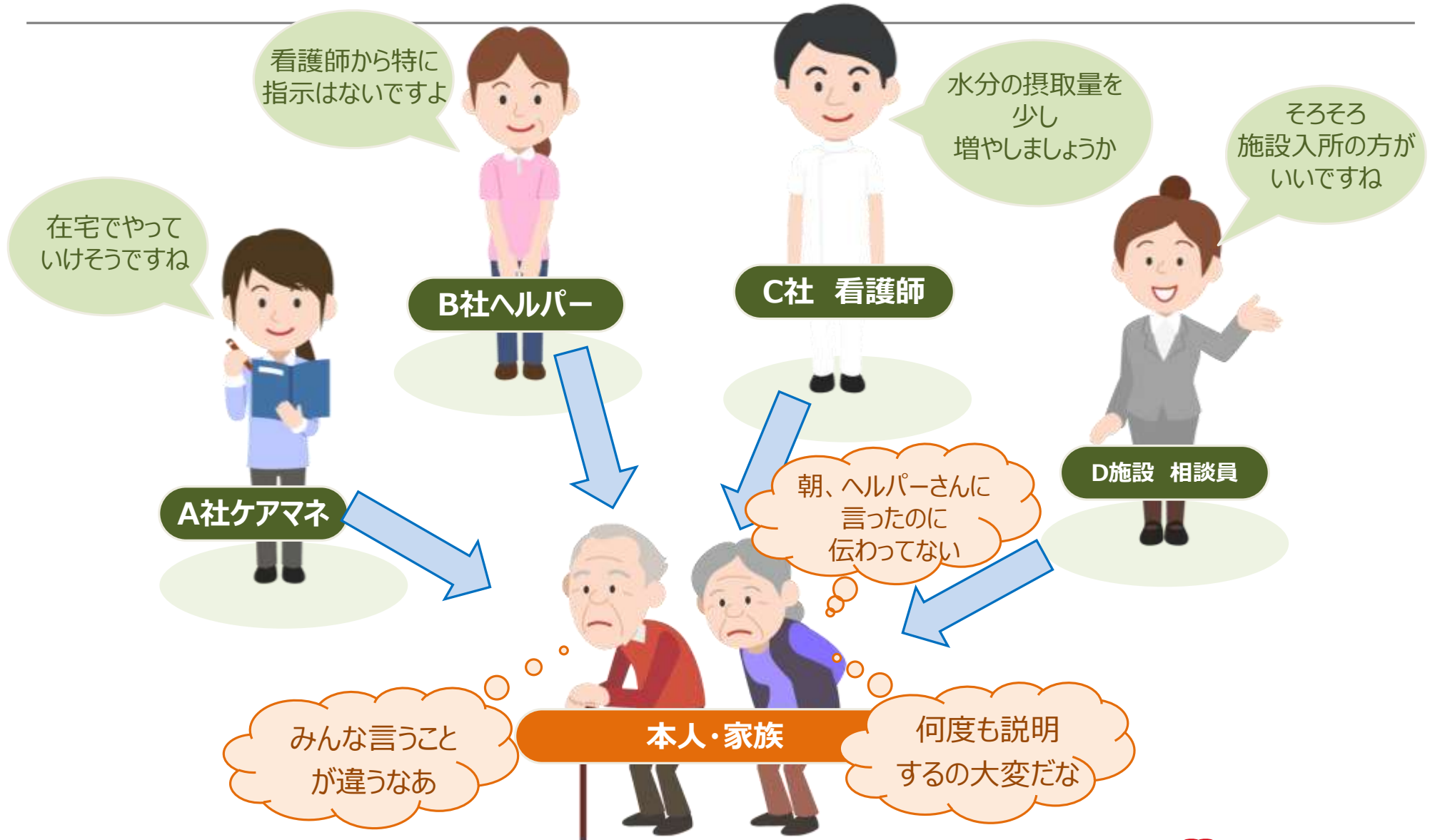
葉っぱ事業を考える

「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

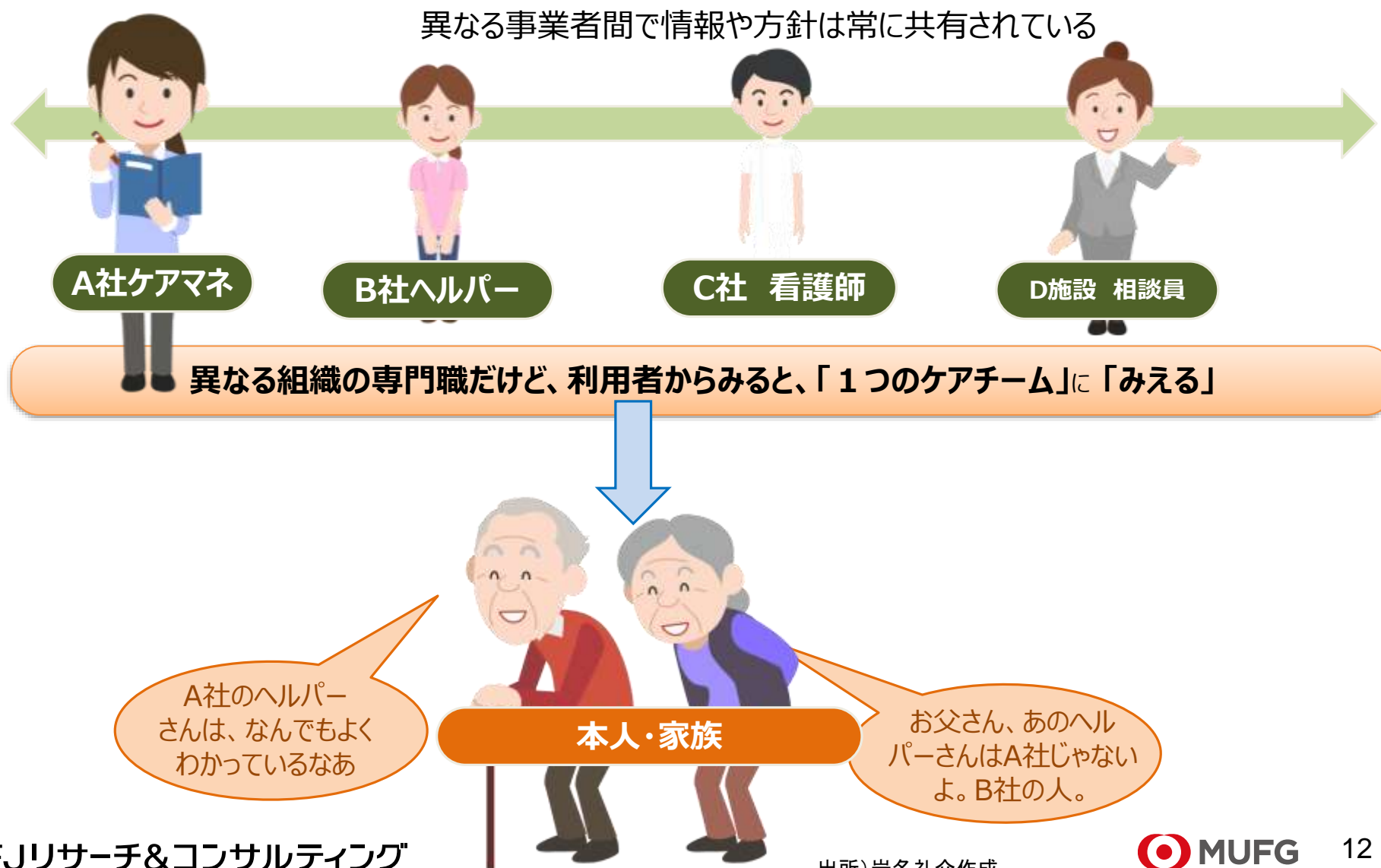
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
社会政策部長
主席研究員 岩名 礼介

「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！



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

地域ケア会議を通じた共有

「手順や方法」をまとめる

連携パスなどを通じた
ケアの手順を統一化

「書式」をまとめる

書式・情報システムの標準化

「事業所」をまとめる

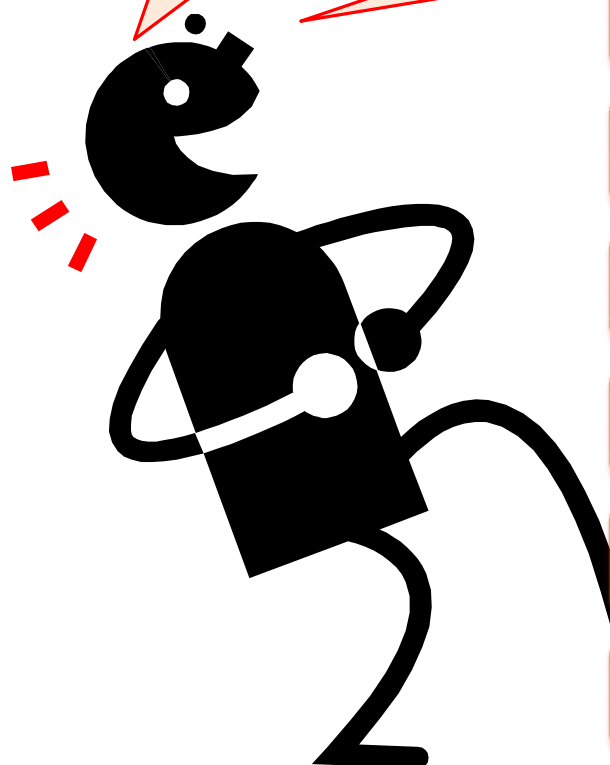
業務・事業提携、経営統合

「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

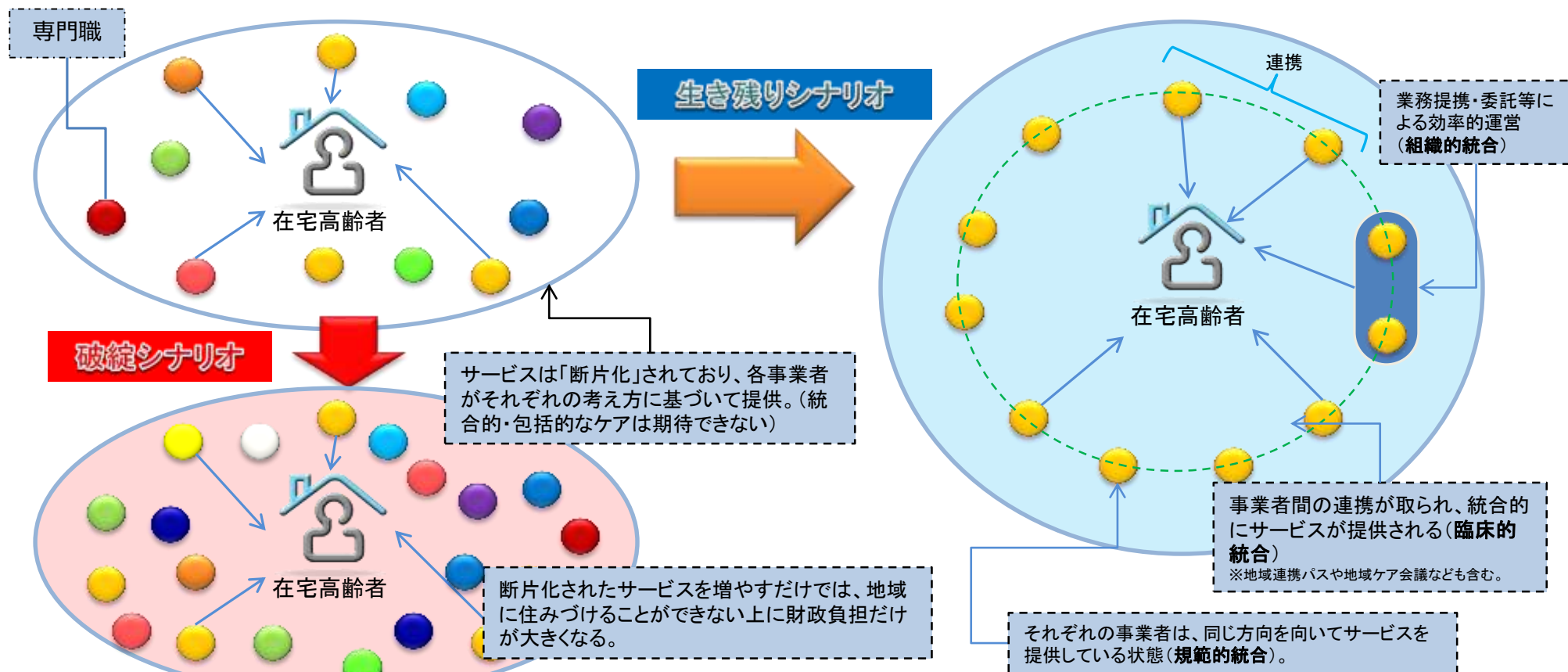
複数のサービスを一つの
事業者が統合して提供



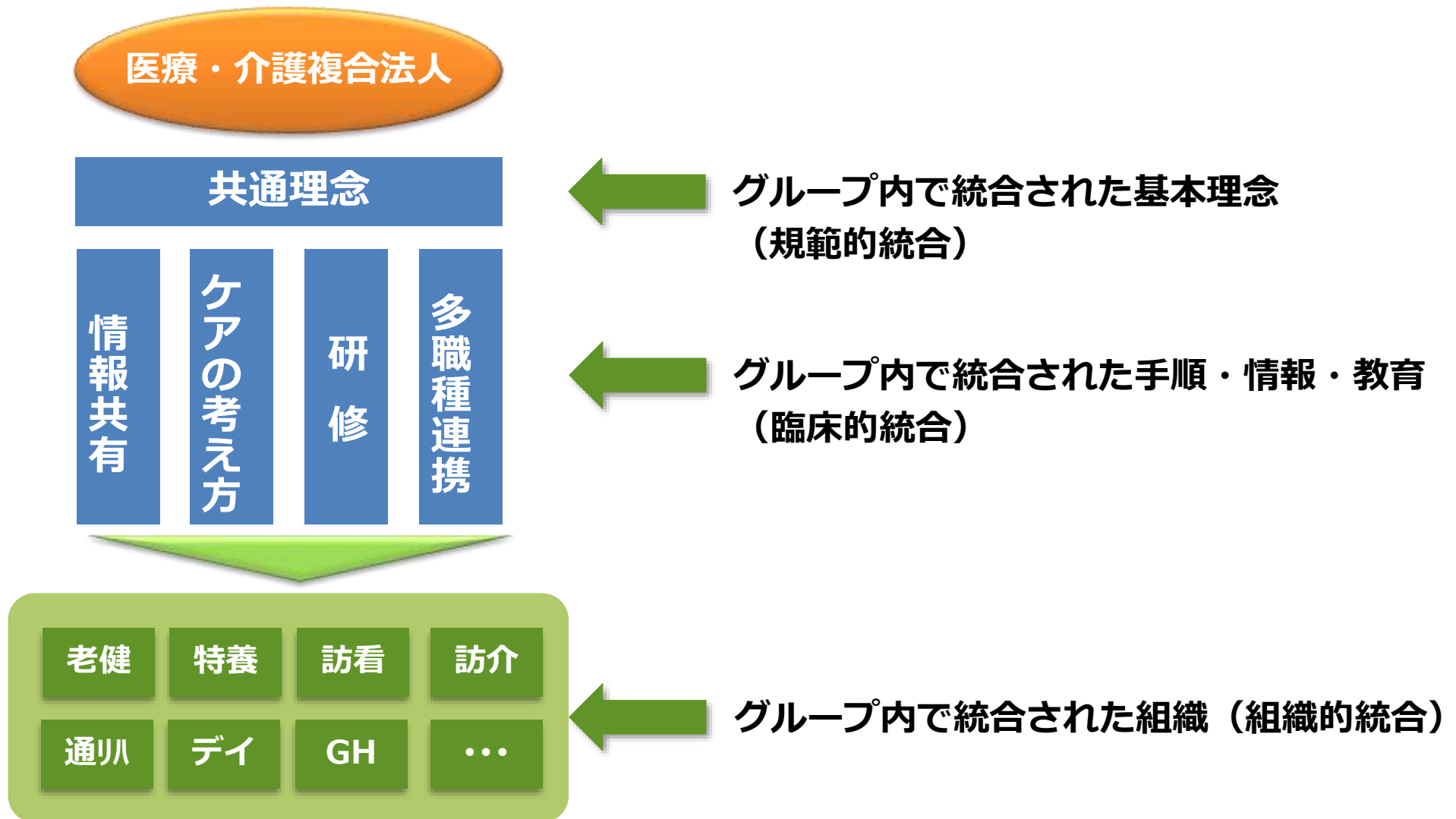
「統合」の観点から考える＝医療と介護の連携

■ 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)。



巨大な医療・介護複合体は、「法人包括ケアシステム」



「包括報酬型在宅サービス」の可能性 (地域包括ケア研究会報告書：抄)

包括報酬型
在宅サービス

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

=

柔軟な対応ができ、
多様な心身状態に対応できるサービス群

「包括報酬型」
在宅サービスの拡充

包括報酬型在宅サービスの
さらなる包括化

共通機能を持つ3つの包括報酬型在宅サービスの垣根を越えた地域担当方式を模索できないか？

新たな複合型サービスの開発

看護小規模多機能型居宅介護以来、新しい類型が開発されていない複合型サービスを開発してはどうか？

「包括報酬型」
在宅サービスと
地域社会の融合

生活支援と人とのつながりを
「包括報酬型」在宅サービスに
どのように組み込むか

家族が傍らにいない後期高齢者増の中、心身を支えるだけでなく、社会的・文化的な生活を支える支援を混合介護も含め組み込むことが一層重要に。

地域との親和性が高い
小規模多機能型居宅介護

元気だった頃の生活を「在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」地域との継続性の高いサービス。

小規模多機能型居宅介護を
地域づくりの拠点と考える

地域包括支援センターよりも、より小地域との連続性を保ちつつ、地域づくりの拠点として機能する可能性も。

事業者の参入を
促進するための方策

安定的な経営は、参入の重要要件

地域の一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（地域包括報酬）も検討できないか？

大都市部での参入促進策

設備基準の緩和 や多機能化による経営の安定策、または中心市街地での小多機を中心とした地域拠点のモデル事業の検討を推進すべき。

保険者による
独自施策の可能性

現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、包括報酬型在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。

【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

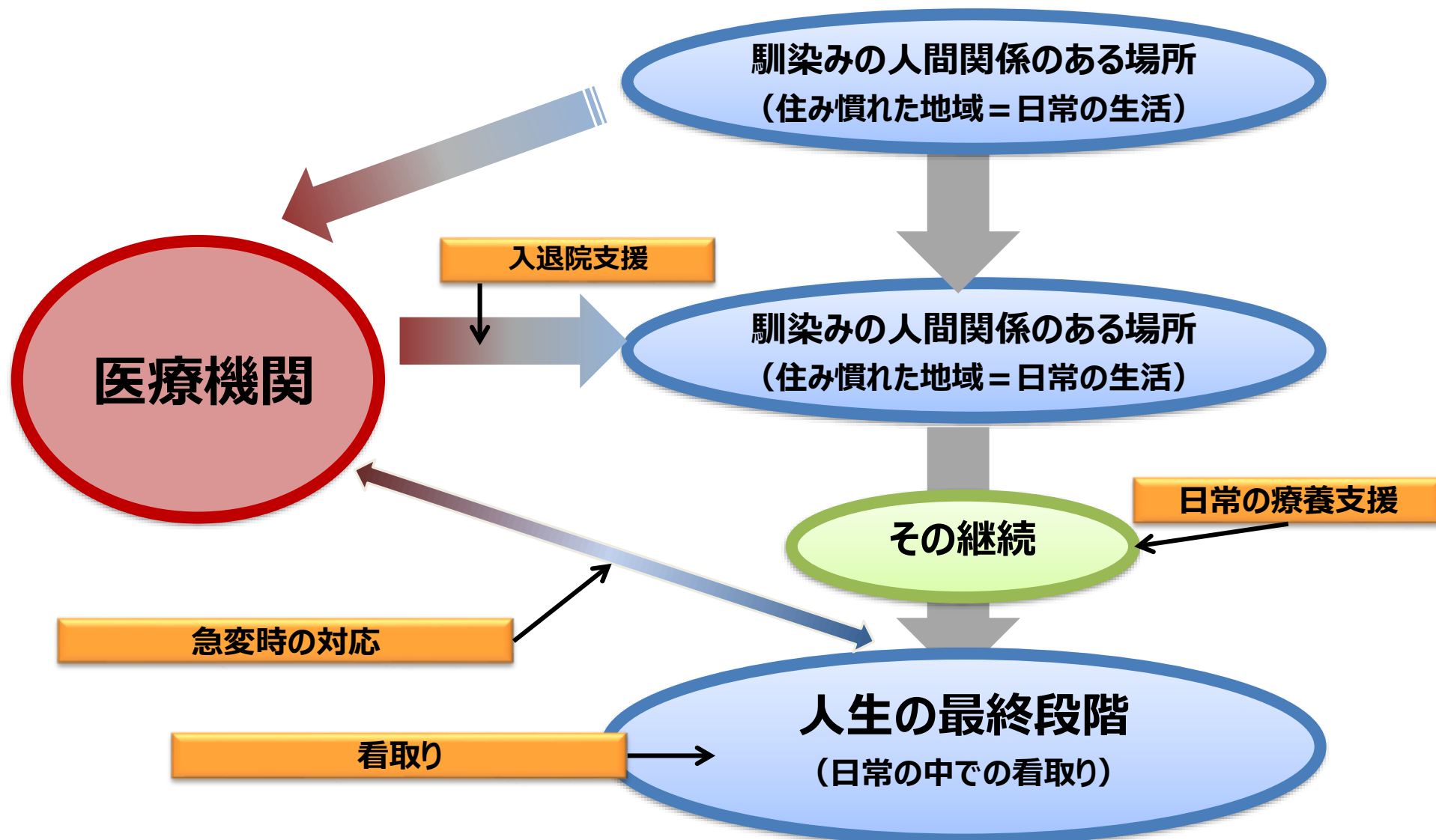


地域包括ケアシステム
サービス提供事業者は、みんな違う
使い勝手や情報の形式は共通
事業者間の情報連携が容易
ケアのあり方は、同じ考え方に基いている（地域ケア会議など）
利用者からみると 一体的なケアチームに見える
利用者の生活の継続という実感が重視された設計
法人が提供する標準的なサービスと、住民グループが提供する「かゆいところに手が届く」サービスがある。
有料サービスもあれば 互助やボランティアもある

出所）岩名礼介作成

在宅医療介護連携推進事業はなぜ難しいのか？

医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？

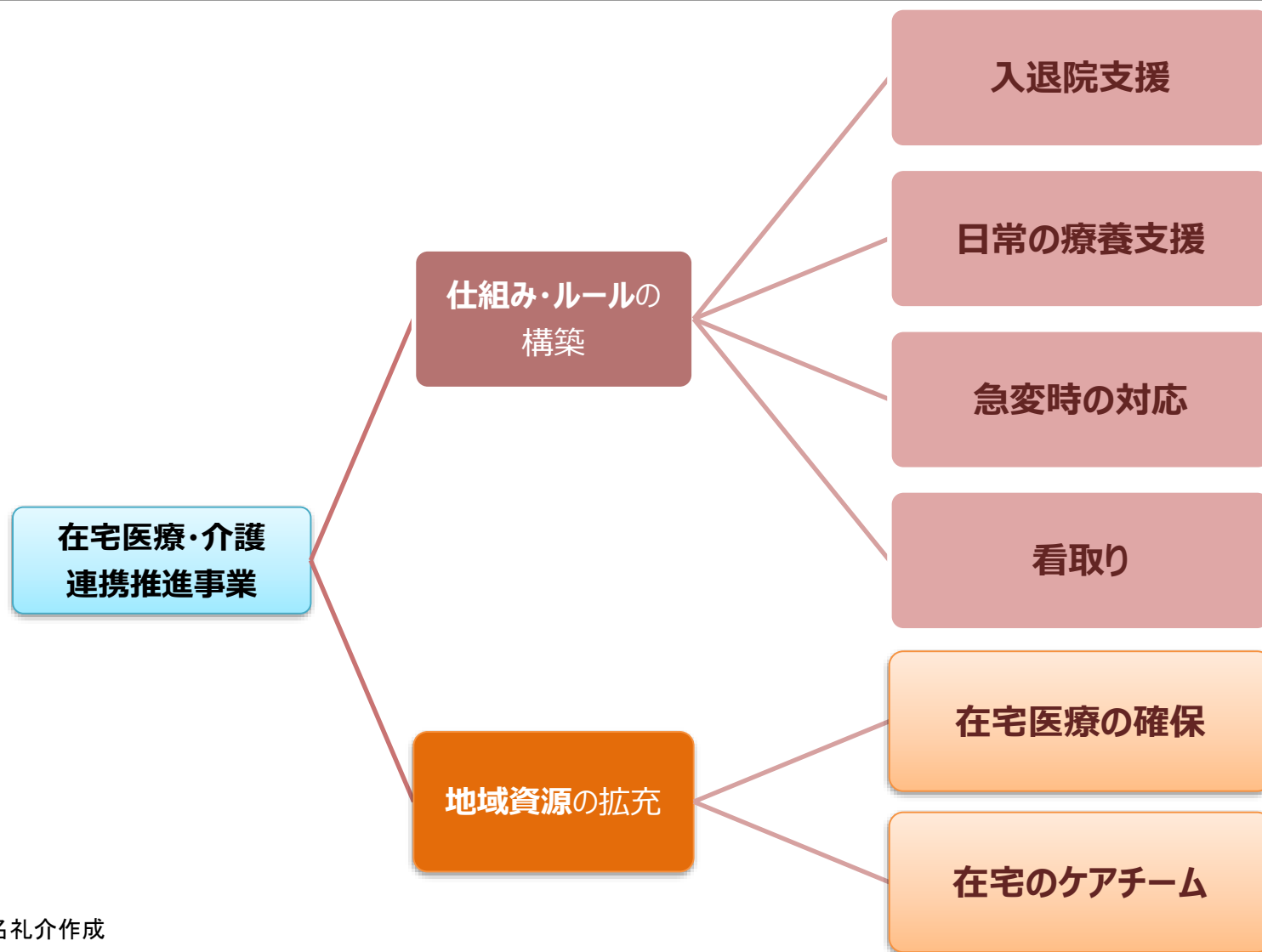


在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

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	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。入退院支援連携パスが典型。◆ 局所的取組ではなく、地域全体の取組が必要（県の関与も有効）。◆ 被保険者がどの市町村の医療機関に入院しているか定量把握しているかが最初のステップ。状況によって、近接市町村の仕組みに相乗りや、保健所の関与も有効。
日常の 療養支援	長い (年単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 予防的な先回りのケアが求められ、介護・看護・リハ職の役割は大きい。重度化予防や脳卒中に再発防止の取組も。地域密着型サービスの整備なども前提として必要。◆ 医師の役割は4つのカテゴリの中では相対的に小さい。
急変時の 対応	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅における療養中に発生しうる急変時の対応。バックベットの確保も含む。◆ そのまま看取りにつながる場合もあり。また日常の療養支援の一部であることも。
看取り	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。◆ ACPも注目されているがACPは「日常の療養支援」に組み込まれるべきでは？

在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

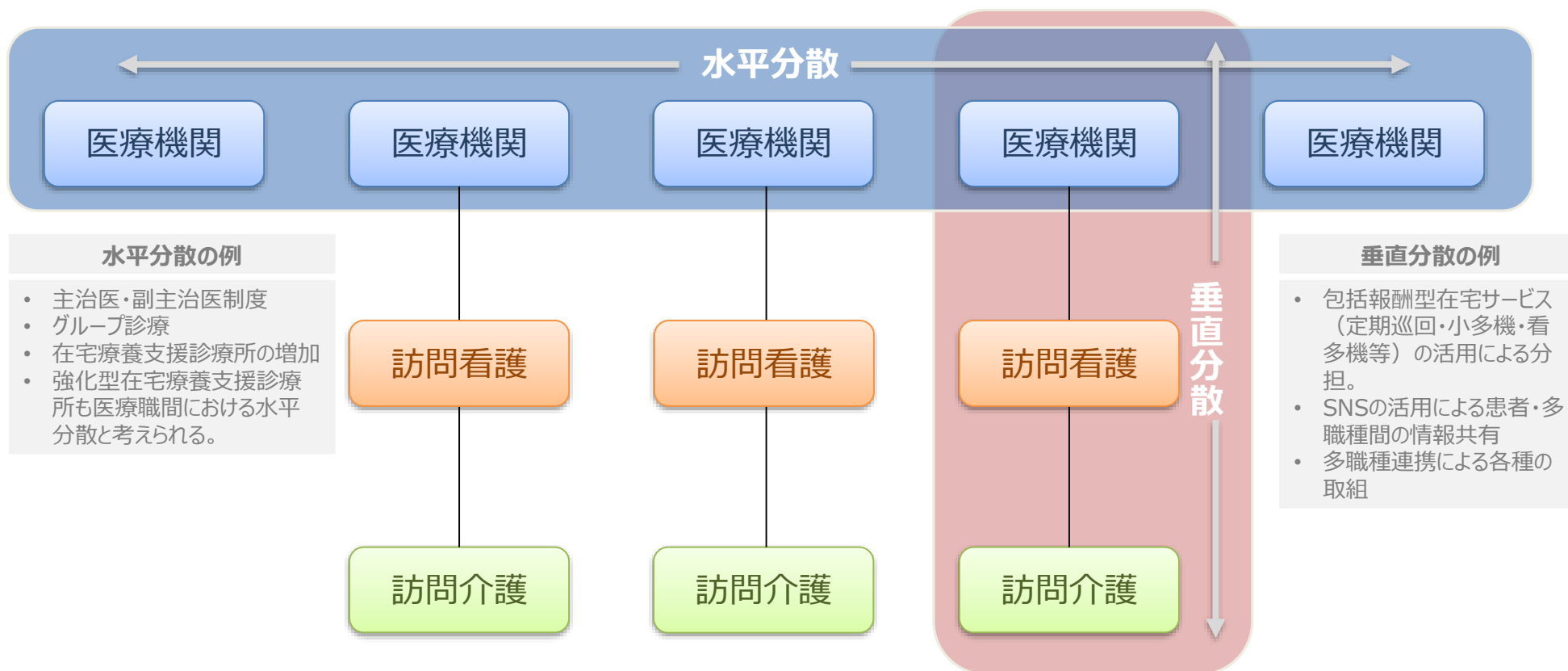


出所) 岩名礼介作成

水平分散と垂直分散＜誰と負担を分け合うか＞

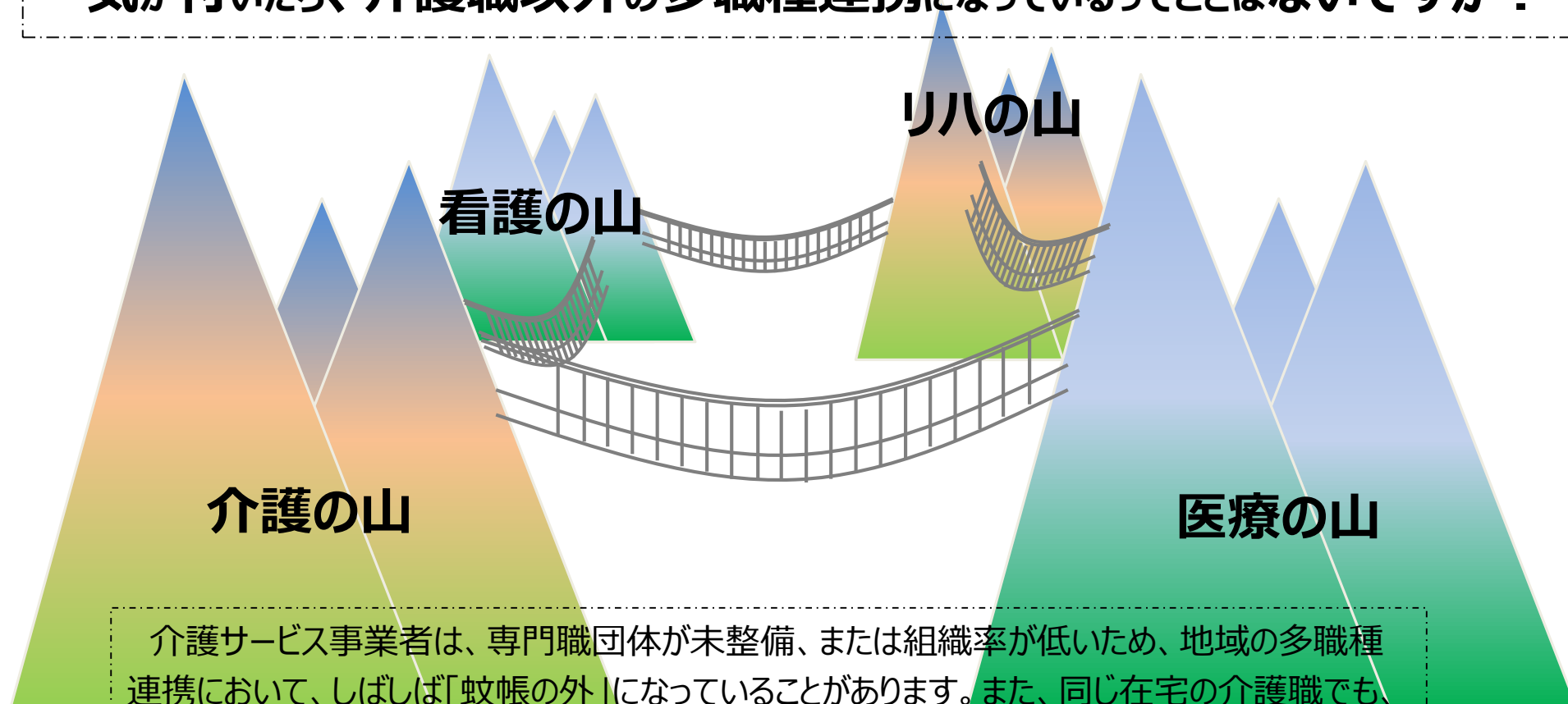
【メインテーマ】

在宅療養支援診療所の医師の負担は、心身ともに大きい。これを軽減できなければ、在宅医療は成りたない。
では、どうやって負担を軽減するのか？



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。

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

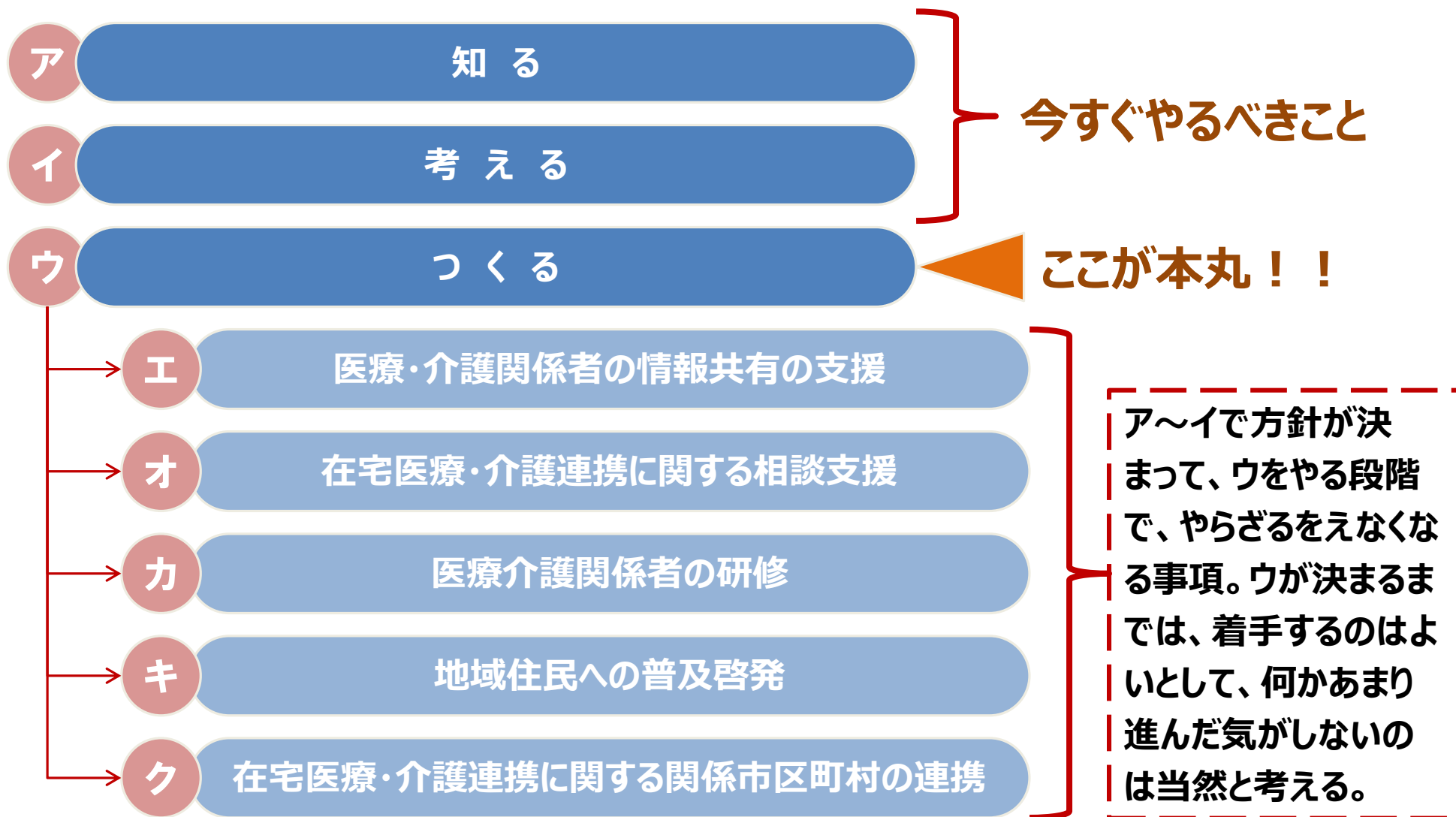
キ

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」



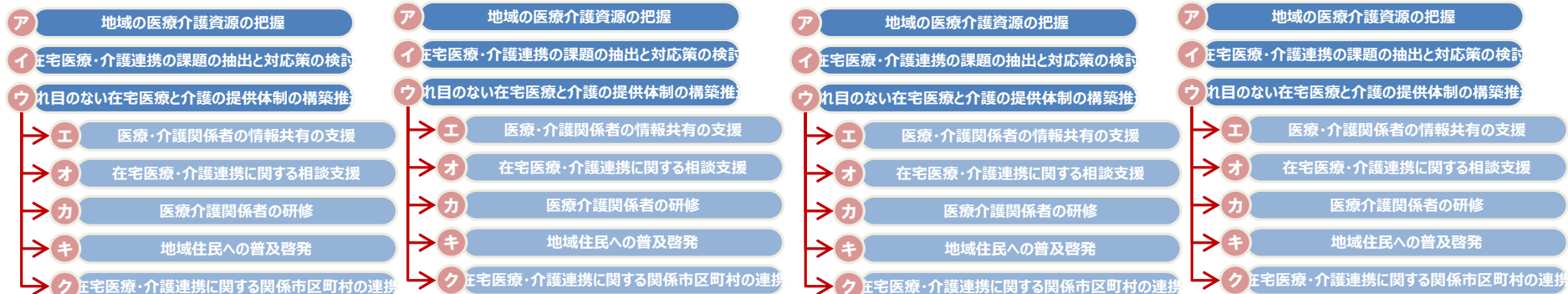
「4セットのアカラクがある」と、まずは考える

入退院支援における アカラク

日常の療養支援 におけるアカラク

緊急時における対応 におけるアカラク

看取りにおける アカラク



それぞれの活動は取組が進むほど重複してくる

【参考】在宅医療・介護連携推進事業の事例集

- 平成29年度「在宅医療・介護連携推進事業みえる化プロジェクト」
 - 公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団
 - <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/suishin/suishin2017/contents/index2.html>

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、何をを目指すのか、具体的な課題や目標（検証可能な具体的目標）は定まっているかがポイント。目的のない顔の見える関係では、前に進まない。

■ 「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ないか？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。
- 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ないか？
- 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るか？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るか？

■ 「在宅医療を増やす」ではなく「在宅医療の負担を減らす」と考えると見えてくること

- 在宅医療の負担を軽減する方法を考えるという発想が不可欠。そうになると、必然的に「介護」「看護」「リハ」サービスの充実がテーマとして重要に。また、医療介護連携の各種取組は、最終的には、「在宅医療」の負担の軽減につながるものも多い。
- 医療の中で負担を分担する（水平的な分散）だけでなく、多職種で分担する（垂直的な分散）で考えることがポイント。

平成30年度報酬改定 (診療報酬・介護報酬の一部)

介護報酬

【ケアマネ】入院時情報連携加算
(7日以内⇒3日以内、提供方法の緩和)

【ケアマネ】退院・退所加算
(カンファレンス参加、連携回数に応じ評価)

【ケアマネ】特定事業所加算Ⅳ
(医療機関との連携強化の事業所／退院・退所加算・ターミナル)

【訪問介護・定期巡回】生活機能向上連携加算
医師・リハ職の訪問を評価

リハビリテーションマネジメント加算 (医師の指示を評価)

【GH】医療連携体制加算 (看護を加算)

【訪問看護】看護体制強化加算

【ケアマネ】ターミナルケアマネジメント加算

【特養】看取り介護加算Ⅱ／配置医師緊急時対応加算

【特養・短期】夜勤職員配置加算“介護ロボット加算”
【通所系サービス】基本報酬の引き下げ
【訪問系・定期巡回】集中減算の拡大
【訪問介護】生活援助のロールシフト

入退院支援

緊急時における対応

日常の療養支援

看取り

ロールシフト 資源の適正配置

診療報酬

退院支援加算⇒入退院支援加算 (入院時支援加算)

退院時共同指導料に
従来の看護師に加え、社会福祉士等を追加

診療情報提供料

【地域包括ケア病棟】在宅からの緊急患者受入を要件

【訪問看護】24時間対応体制加算に統一

【訪看】看護・介護職員連携強化加算
喀痰吸引等を実施する介護職員等への支援を評価

在宅時医学総合管理料の要件に
居宅介護支援事業所への情報提供を追加

「人生の最終段階における医療の
決定プロセスに関するガイドライン」と関連報酬

【訪診】在宅ターミナルケア加算
【訪看】訪問看護ターミナルケア療養費

【在宅医療】在宅患者訪問診療料
(他機関の依頼を受けた場合を新設し2箇所以上の訪問診療料の算定可能に)

【訪問看護】機能強化型訪問看護管理療養費
(地域の人材交流、研修実施の拠点としての機能)

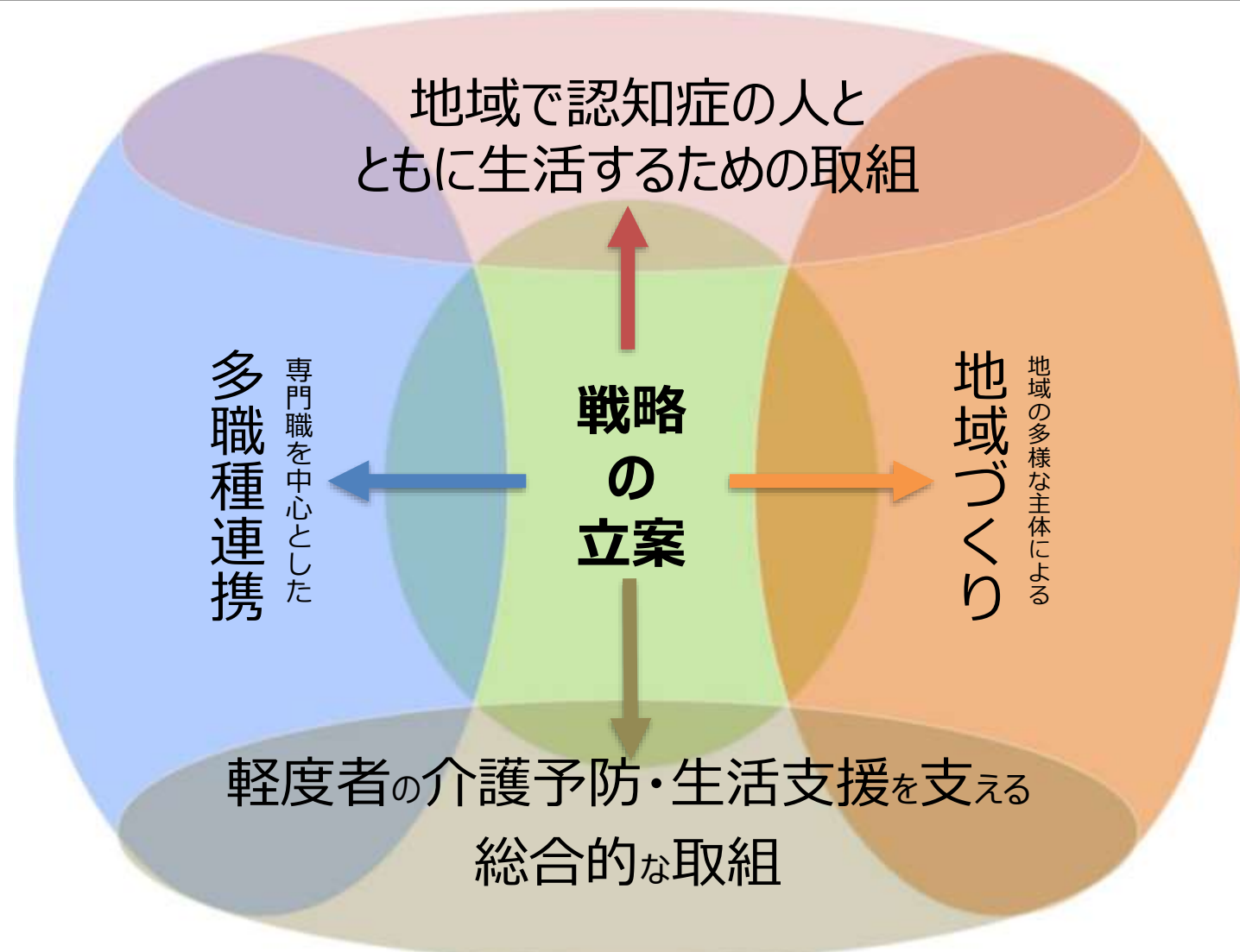
地域支援事業の連動性

連動性がないと、どうなるのか？



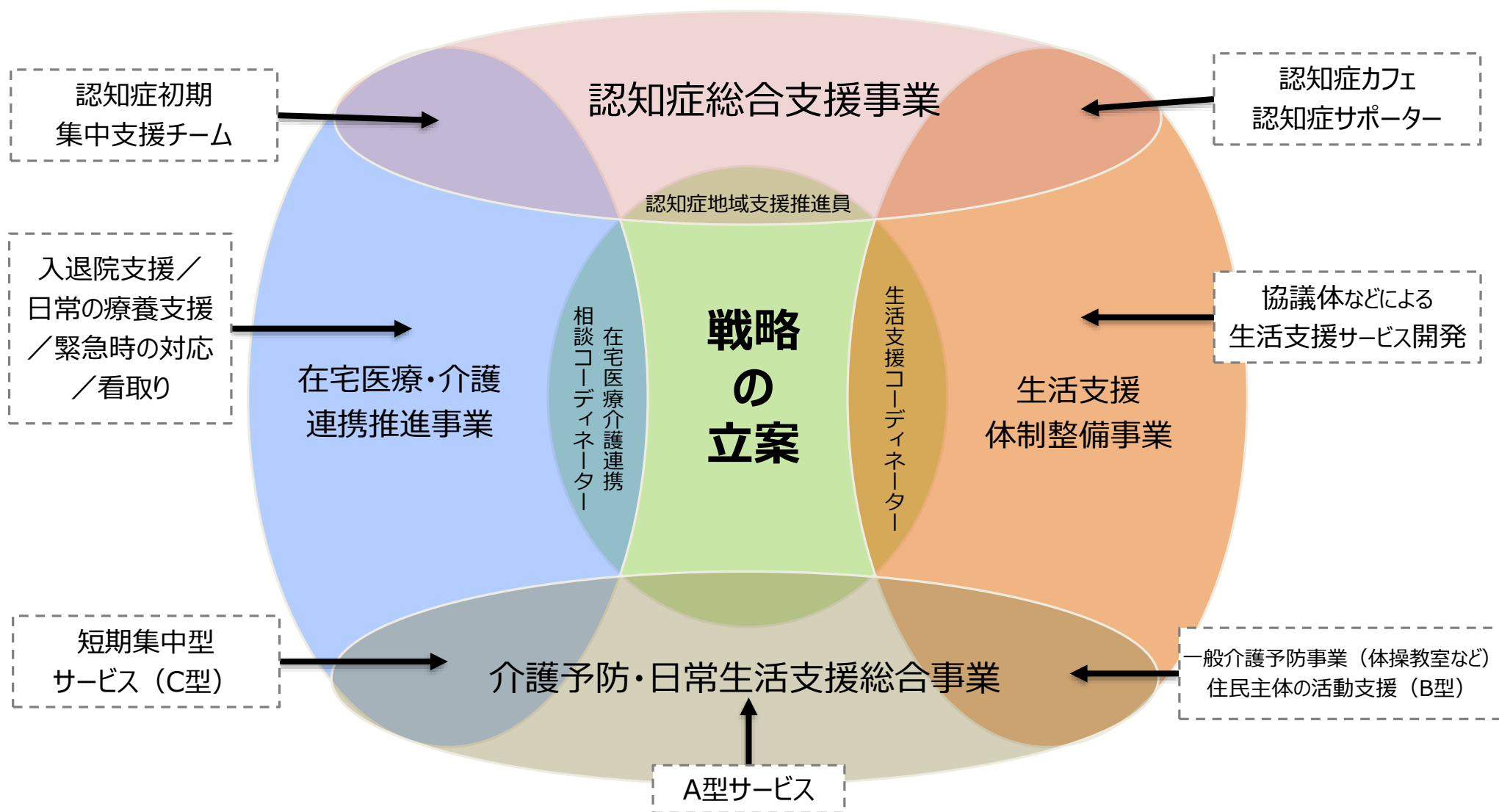
資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)

地域ケア会議を軸とした地域支援事業の連動性



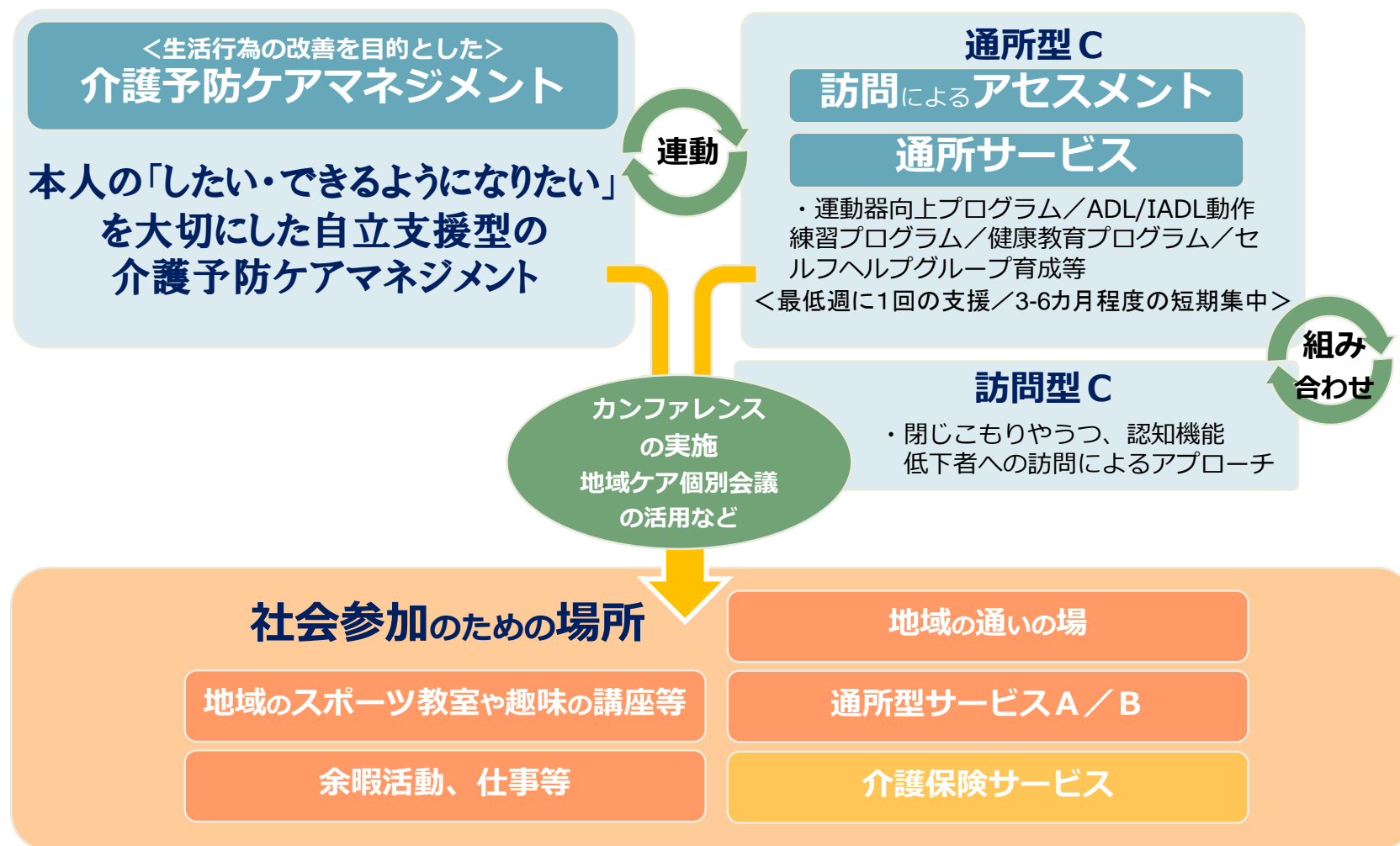
資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)

地域支援事業に落とし込むと ～大切なことは「重なりしろ」の部分にある



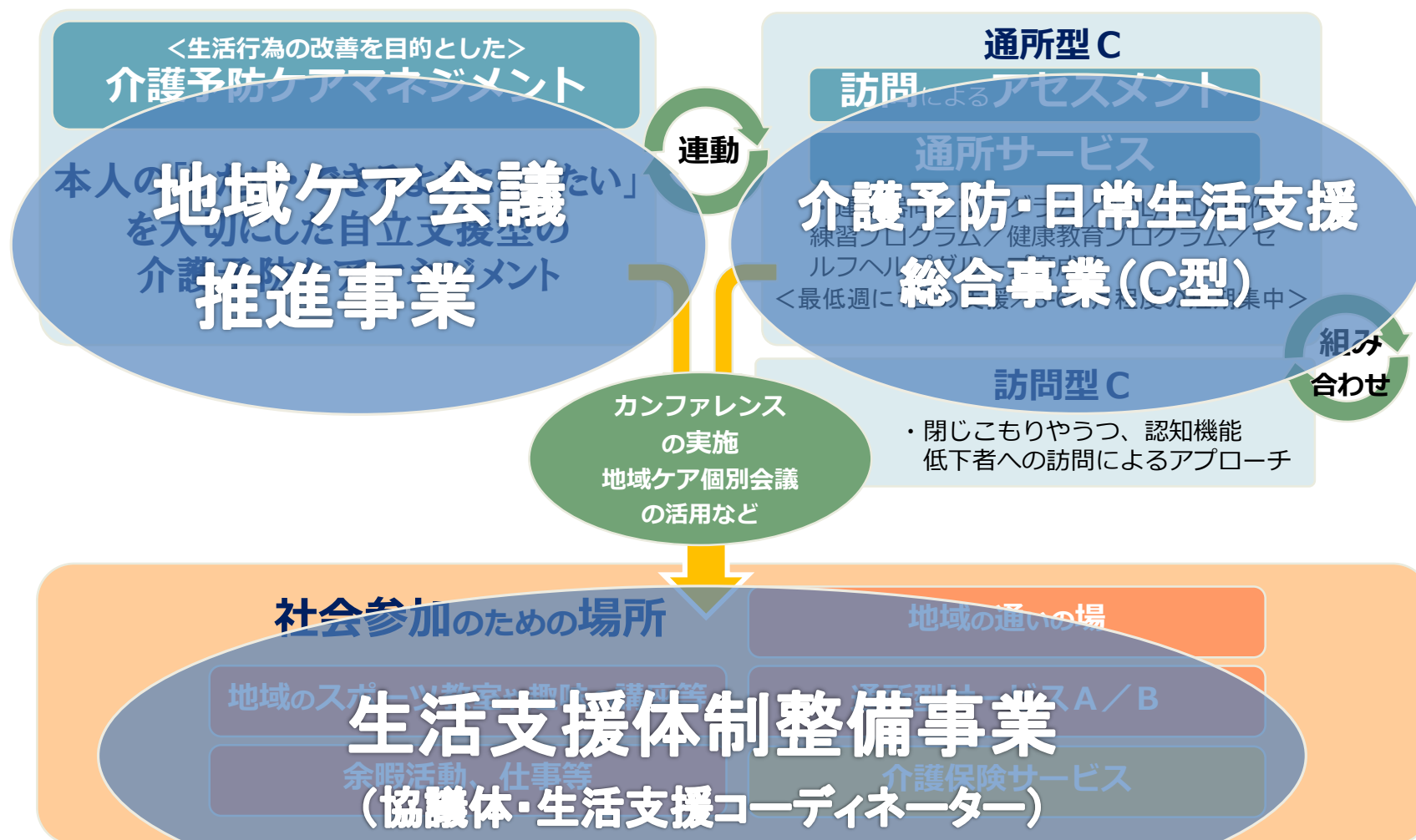
資料）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

「ストーリー」の発想が大切（例示）



※「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）

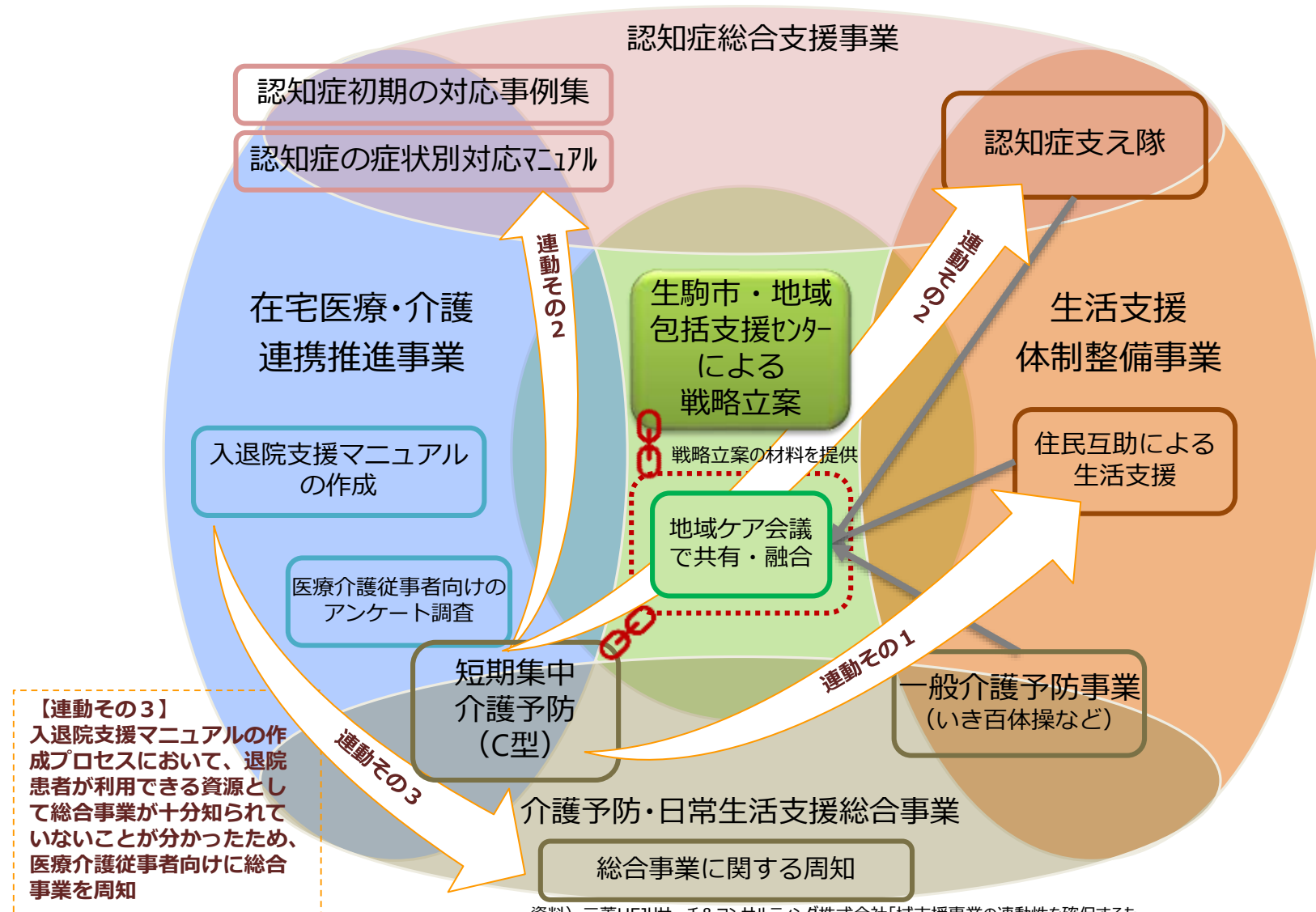
「ストーリーとしての介護予防」の発想が欠如している



※「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)

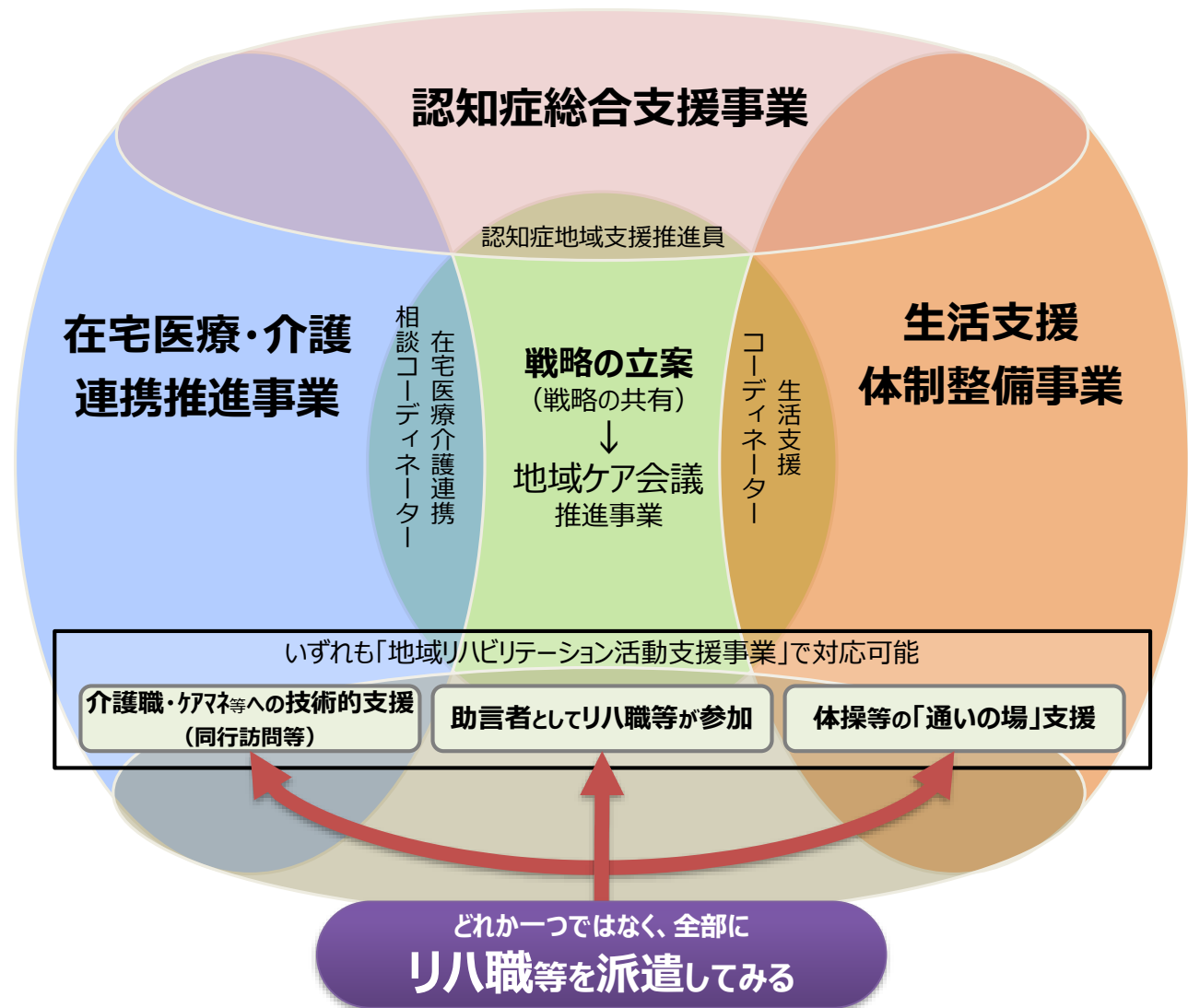
奈良県生駒市

総合事業C型による軽度者支援の蓄積から、通いの場が必要という認識を関係者で共有し、**地域づくり**を加速化。また、地域ケア会議で積み上げられた**認知症支援**における課題を共有し、専門職の資質向上に向けた取組と住民活動を発足。



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)

地域ケア会議を軸とした連動性と地域リハ的視点

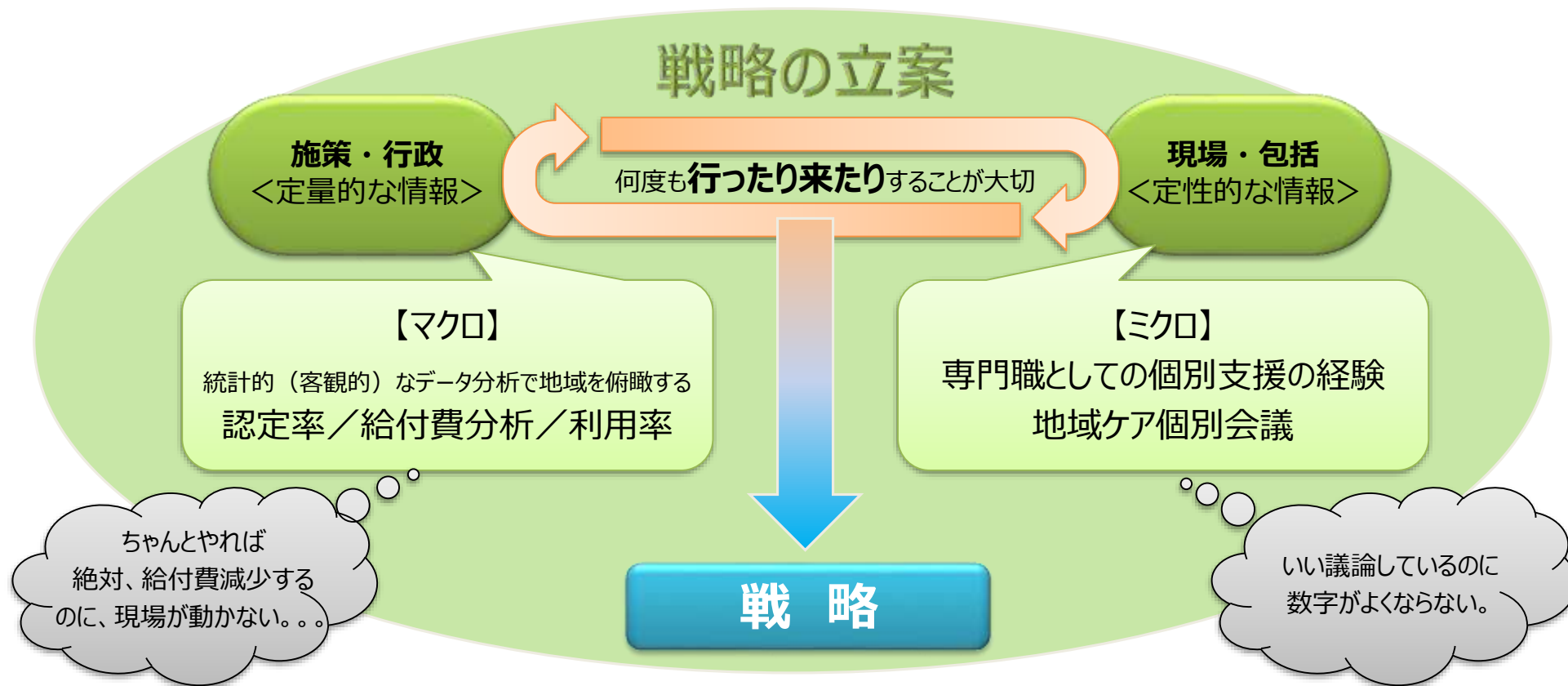


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)

戦略はどう生まれるのか？

■ マクロとミクロを行ったり来たり

- 着任するなり「最初から戦略が立案できる」という人はいない。多くのキーパーソンは、**個別支援の事例（ミクロ）**と**地域全体の改善（マクロ）**を「行き来」しながら、試行錯誤して、解決に向けたシナリオを作成している。
- ミクロの情報や体験を得る場としては「地域ケア個別会議」が、またマクロの情報を得るには、KDBや「見える化」システム、要介護認定データ、レセプトデータなど保険者が所有するデータを活用して指標化することも。



資料）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究

＜地域包括ケア研究会＞

2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム

—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—

【概要版】



2040年の社会のイメージ

2035年：85歳以上の高齢者が**1000万人**

多様化する家族と住まい方

個人を単位とした仕組みへの再編

介護は必要なくとも、生活のちょっとした**困りごと**を抱える高齢者の増加

人生100年時代の到来を知り、準備できる世代

家族介護を期待しない
できない時代

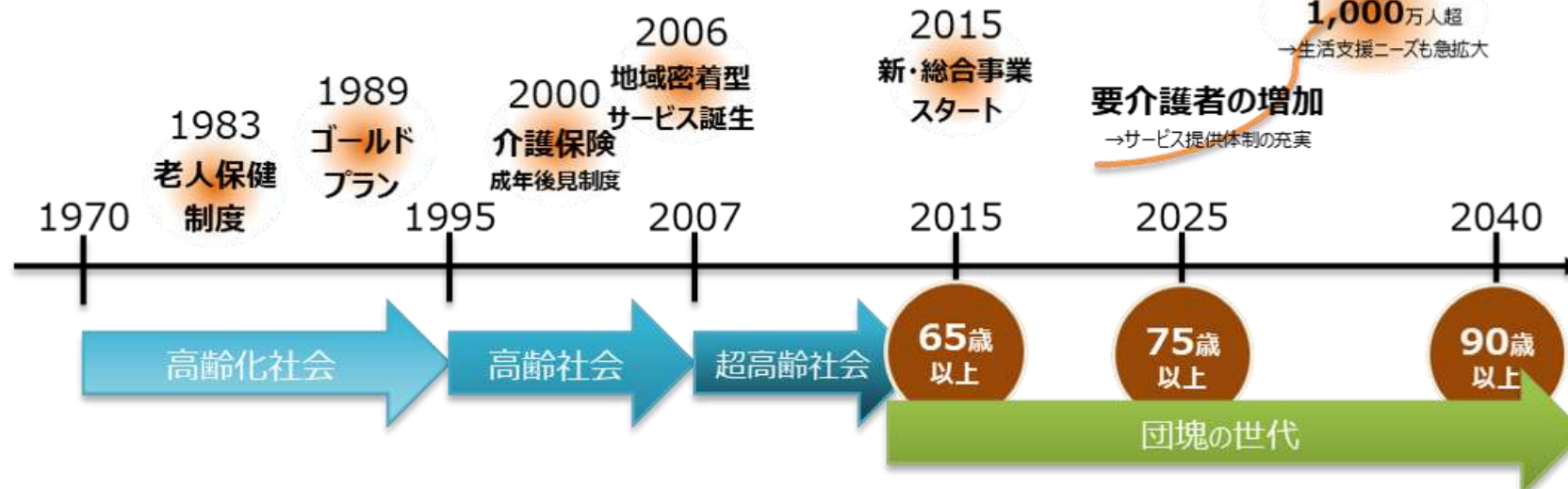
平均的な高齢者像では語れない
多様性と格差の時代

平均的な地域自治のイメージも
意味がなくなる

2040年：団塊の世代は**90歳**以上に

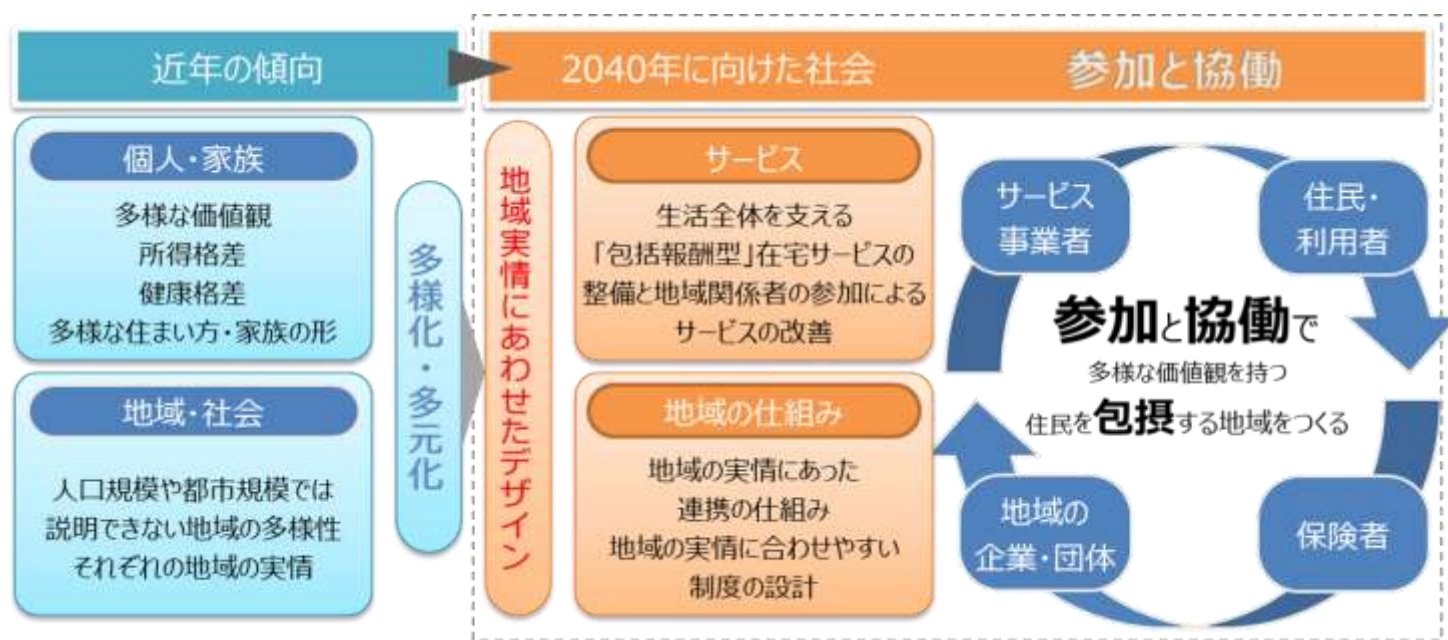
地域経営型自治を目指す方向も

2035
85歳以上高齢者が
1,000万人超
→生活支援ニーズも急拡大



参加と協働で作る包摂的な社会

- 異なる地域生活上の課題や問題を抱えた人々が、それでも一つの地域の中で排除される（社会的排除）ことなく**多様な人々を包み込んでいく過程＝「社会的包摂」**こそが基本的なアプローチ。
- 「**社会が個人の意思決定に可能な限り寄り添える社会**」ということもできる。
- 「多元的な社会」を「包摂」していった先には「あらゆる人々が“地域で共に生きる社会の実現”」＝「**地域共生社会**」がある。



本人の尊厳を守るために

生活者のエンパワーメント

- 成年後見制度の改善
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン

「包括報酬型」
在宅サービス

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

=

柔軟な対応ができ、
多様な心身状態に対応できるサービス群

「包括報酬型」
在宅サービスの拡充

「包括報酬型」在宅サービスの
さらなる包括化

3つの「包括報酬型」在宅サービスの垣根を取り払い、事業者が多様なメニューを適宜使い分ける地域担当方式も検討してはどうか

新たな複合型サービスの開発

看護小規模多機能型居宅介護以来、新しい類型が開発されていない複合型サービスを新規に開発してはどうか？

「包括報酬型」
在宅サービスと
地域社会の融合

生活支援と人とのつながりを
「包括報酬型」在宅サービスに
どのように組み込むか

心身を支えるだけでなく、社会的・文化的な生活を支える支援を混合介護も含め組み込むことが一層重要に。

地域との親和性が高い
小規模多機能型居宅介護

元気だった頃の生活を「在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」地域との継続性の高いサービス。

小規模多機能型居宅介護を
地域づくりの拠点と考える

地域包括支援センターよりも、より小地域との連続性を保ちつつ、地域づくりの拠点として機能する可能性も。

事業者の参入を
促進するための方策

安定的な経営は、参入の重要要件

地域の一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（地域包括報酬）も検討できないか？

大都市部での参入促進策

設備基準の緩和や多機能化による経営の安定策、または中心市街地での小多機を中心とした地域拠点のモデル事業の検討を推進すべき。

保険者による
独自施策の可能性

現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、「包括報酬型」在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。

2040年に向けて再整理・再定義すべきもの

生活支援サービスの事業化

- 生活支援ニーズの急増に応えるため介護保険の枠を越えた生活支援体制の構築が必要。軽度者に限定された現在の事業化は、市場規模拡大の面からもメリットが小さい。多様な地域支援を活用した市町村事業化を進めるべき。
- 要介護者は身体介護と生活支援の一体的提供になることも多いことから、専門職による生活支援を残しつつ、多様な選択肢を増やす方向で、市町村事業化を検討していくべき。

医療ニーズがあっても在宅継続できる体制

- 単に在宅療養支援診療所を増やすといった量的拡大だけでなく、いかにして負担を分散させるかを意識すべき。一部の業務については、他の職種との連携強化で負担が結果的に軽減される方法を模索すべき。
- そのため、事業者間の連携体制の強化が不可欠。医療だけでなく、福祉・介護事業者においても法人間連携等を進めていくべき。

住まいの多様化とサービスのあり方

- 多様な住まいの整備が進む中、「在宅」「施設」の分類は意味を失っており、それぞれの住まいで心身状態の変化にあったケアをどう提供するのかを議論すべき。
- 施設の住まい化が進む中で、施設の共用スペースは、一般マンションのように施設外でも問題ない。住まいの多様化の中で、地域の中で施設の再定義を行うべき。
- 住まいの運営と介護サービス提供事業者が同一のサ高住や住宅型有料では、一般居宅とは異なるサービス利用等についてモニターが必要な場合もある。分析のためには、レセプト等で、一般居宅と区別するための住まい種別の設定が必要。

地域包括ケアに関わる専門職の育成

- 単なる専門職間連携にとどまらず、当人理解の能力を基礎として、本人と家族、地域等の関係性を意識した働きかけができる専門職人材が不可欠。
- 医療においても、家族や生活背景、地域全体を意識した地域での生活者を支える専門員の育成が不可欠。
- こうした人材の育成は、OJTだけでは限界がある。中長期的な投資として、高等教育機関における介護・福祉職としての理論構築を進め、新たな指導者群を育成すべき。

2040年のケアマネジメント

- 介護保険の枠を越えた地域資源の組み合わせで個別性の高いケアマネジメントを実現していくべき。
- 給付管理に追われる業務のあり方を見直し、ソーシャルワーク機能に注力できる環境を整備すべき。
- 業務効率化、ICTの活用などに向け、書式の簡素化、証跡のデジタル化など、制度側も標準化を進めるべき。

行政・保険者の役割の再定義 <地域デザイン機能>

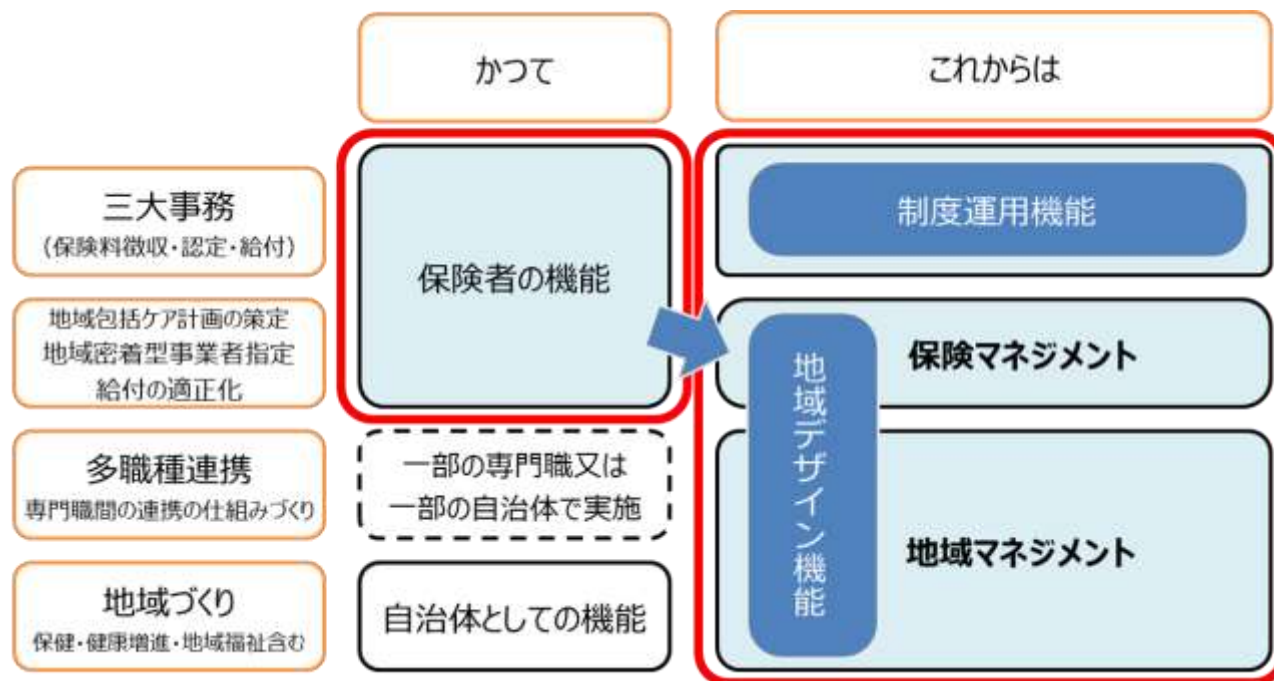
地域 デザイン機能

地域におけるサービスの提供体制の構築や、専門職の連携、地域づくりなど、それぞれの地域の実情に応じて仕組みや取組をデザインする業務。

現在の延長線上ではなく、2040年の社会のイメージをゴールとして、時間をさかのぼりながら、それぞれの将来の時点の具体的な指標を設定し、必要な取組に分解していく（バックカスティング）過程を「地域デザイン」と定義。

地域包括ケアシステム構築を
企画業務としてとらえ、人員配置も含め、
「地域デザイン機能」により重点を置くべき。
制度運用機能は、**広域化、外部化**も検討。

<保険者の機能の変化>



<行政のスタンスはどうあるべきか？>

従来の**行政のフルセット主義**から

プラットフォーム・ビルダーとしての行政

<参加と協働>

専門職に加え、住民、ボランティア、NPO、企業なども分野を越えて参加。

関係者をつなぐために必要なもの

場づくり
コーディネーション機能

行政・保険者の役割の再定義＜地域包括支援センター・その他＞

全世代・全対象者対応型の地域包括支援センターへ

- 地域包括支援センターは、全世代・全対象者対応型の相談窓口としての機能を持つ地域の拠点となることが前提。
- 家族の課題の複合化に加え、単身世帯の増加など、個人の抱える課題の複雑化は避けられず、また地域資源の組み合わせも、これまで以上に多様になることが想定される。

地域マネジメントに注力できる体制づくり

- 地域包括支援センターの地域マネジメントにおける役割を明確化しつつ、小規模多機能サービスに地域包括支援センターのランチ機能を持たせる方法や、中学校区よりも小さい圏域にコーディネーション機能を持つ職員を配置するなど、地域マネジメントを実現するための改善を進めるべき。
- 地域支援事業は企画業務であり、地域関係者との対話が不可欠。地域包括支援センターがこうしたプラットフォーム・ビルダー（場や機会を提供する主体）として機能するためには、個別支援業務の負担軽減を進め、地域マネジメント業務に振り向ける余力を生み出すべき。
- 一方で、地域の実情に応じた取組は、個別支援（ミクロ）と統計データ（マクロ）の行き来から生まれる。個別支援の負担と地域マネジメントのバランスをどうとるかが課題。

国において検討すべき制度面での縦割りからの脱却

- 生活全体を支える仕組みづくりについては、市町村やサービスの提供の現場だけの努力では対応しきれない部分もある。現場において制度を越えた課題の複合化が進む中、医療保険と介護保険、障害者支援制度が別々の制度として運営されることの限界を認識し、時間をかけて制度間の縦割りから脱却する努力も行うべき。
- 利用者へのサービス提供の一体性の保持の観点から、各制度間の連携をより強化し、地域共生社会へと向かうロードマップの通過点として制度のあり方も検討していくべき。

行政・保険者に対する支援

- 各市町村で戦略を立案するには、データ分析が欠かせないが、行政・保険者においては、こうした分析のためのノウハウや人材の面で課題が多いことから、国や都道府県、研究者等が分析を行い、市町村を支援すべき。
- 多地域、多時点、多施設間での比較評価を行うためにも、データの収集方法、評価指標の国による標準化が必要。
- 地域デザイン機能の面で市町村支援を進めるためには、OJTとOff-JTの組み合わせ、介護保険以外の知識や情報が不可欠なことから、地域に根差した大学や研究機関、NPOや民間企業の役割も期待される。

地域包括ケアシステムの構築に向けた 各種ツールのご紹介

【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>



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)

介護保険事業計画の策定に向けた手引き



地域包括ケアシステムのアウトカムは？
どんな指標を念頭において計画を立てるべきか？

住み慣れた地域における生活の継続を念頭に置いたときに、サービス利用量の分析だけでは不十分。在宅でなぜ生活を継続できないのか、居住系に住む要介護者は、住み続けられているのか？

事業計画立案の担当者には
ぜひ一読いただきたい報告書です。



https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_27.pdf

◆本手引きは、弊社が平成30年度老人保健事業推進費等補助金を受けて実施した「要介護認定データを活用した地域分析手法に関する調査研究事業」、「利用者ニーズを踏まえた特別養護老人ホーム等のサービス見込量の推計方法に関する調査研究事業」、「地域密着型サービス等の見込み量とそれを確保するための方策に関する調査研究事業」の3つの事業の成果として取りまとめたものです。

要介護認定データの自動集計ツール

要介護認定データ自動集計分析ソフト(市区町村用)【操作シート】

※ 以下のとおりステップ1～3のボタンを順番に押すと、要介護認定データの集計結果シートに出力します。
※ 参照前に、「認定ソフト2008」から出力した要介護認定データ（csvファイル）をご準備ください。

読み込んだデータの対象期間における
直近時点の要支援1以上の被保険者数

【STEP1】

要介護認定データ95読み込み

STEP1: 要介護認定データ95読み込み
●「認定ソフト2008」から読み込まれた要介護認定データを読み込みます。

【STEP2】

地域指定

STEP2: 地域指定
●集計対象とする地域の指定を行ってOK。指定した地域ごとにSTEP3で集計を行います。
●また、地域ごとの要支援1以上の被保険者数を入力すると、STEP3で集計結果も出力されます。任意指定可

【STEP3】

集計

STEP3: 集計
●STEP2で指定した地域ごとに、Sheet「集計結果」、Sheet「集計結果」、Sheet「クロス集計」、Sheet「クロス集計」に集計結果を出力します。

「認定ソフト2018」から出力されたCSVファイル

を手元に用意すれば、

わずか3ステップ（数分※）で

地域内の認定者の集計・分析が可能！！

※サンプル数、PCの仕様によって、10分程度要する場合があります

任意の地区別の集計が可能（郵便番号による任意地区割設定可能）

アンケートでは把握できない認知症自立度別の分析が可能

レセプトを使わずにサービス利用の概要分析が可能！

サービス整備に向けたマーケティング情報としても活用できます！

市町村版・都道府県版を準備しました！

各保険者が所有する要介護認定データを
ものすごく簡単に集計するツールを開発！

全体	状態別	居宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	医療療養	医療機関	その他施設	合計
認知症自立度Ⅰ以下	要支援1～2	18.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.1%	0.9%	0.6%	20.9%
	要介護1～2	5.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.5%	0.0%	6.7%
	要介護3～5	3.3%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	1.3%	0.2%	5.6%
認知症自立度Ⅱ	要支援1～2	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.1%	1.4%
	要介護1～2	17.7%	0.1%	0.8%	0.1%	0.3%	0.8%	0.1%	0.5%	0.6%	21.1%
	要介護3～5	3.9%	0.9%	0.9%	0.0%	0.1%	0.3%	0.2%	0.8%	0.2%	7.4%
認知症自立度Ⅲ以上	要支援1～2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1%
	要介護1～2	4.8%	0.0%	0.2%	0.0%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.1%	5.9%
	要介護3～5	11.8%	6.8%	2.7%	1.6%	1.5%	0.7%	1.2%	3.5%	1.1%	30.9%
合計		66.7%	8.0%	5.0%	1.8%	2.4%	3.4%	2.0%	7.8%	2.8%	100.0%

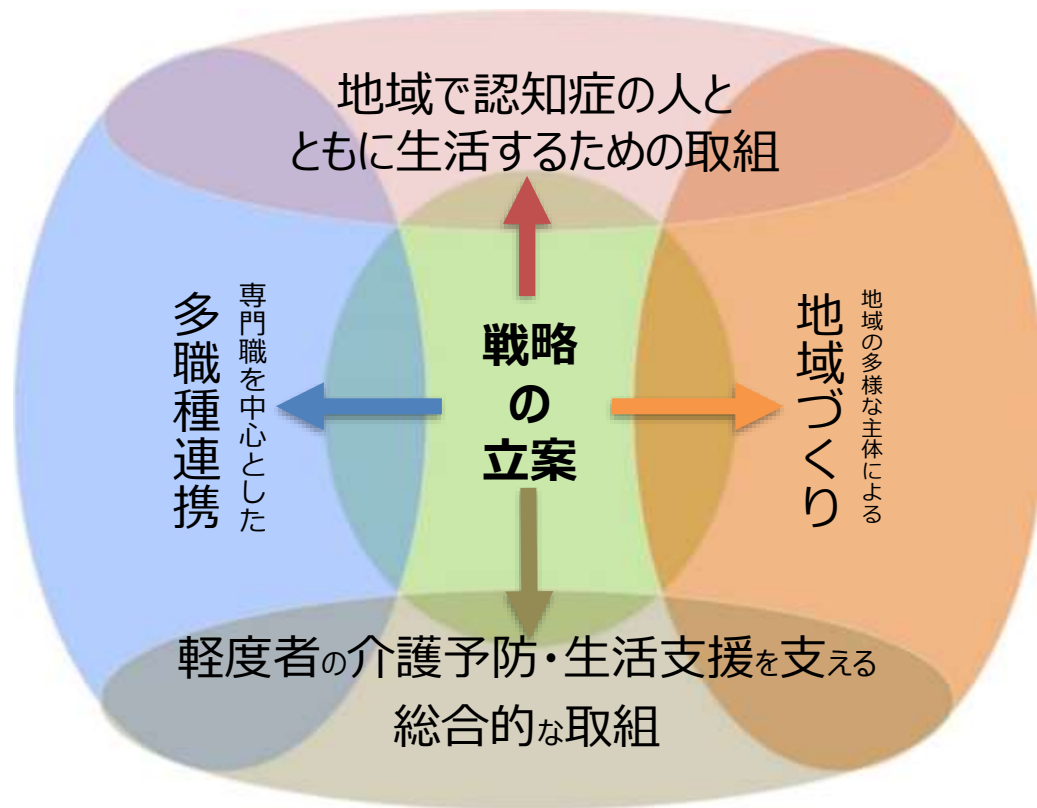
出力イメージの一例



https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_190410/

◆本ツールは、弊社が平成30年度老人保健事業推進費等補助金を受けて実施した「要介護認定データを活用した地域分析手法に関する調査研究事業」で作成した集計ツールです。詳細は、上記URL内の事業報告書をご覧ください。

地域マネジメント・地域支援事業の連動性について



地域支援事業はなぜうまくいかないのか？

総合事業、整備事業、医療介護連携、、、どの事業も進めているのに、なぜか成果がでない。

どこの自治体も抱える悩みの解決策を「地域支援事業」の連動性の観点から整理している提言書。

地域支援事業を所管する部門のリーダー、現場の職員に是非お読みいただきたい提言です。



https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_15.pdf

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

【ご参考】外国人介護職員の雇用に関するガイドブックを作成しました

外国人介護職員 ガイドブック

検索

<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000496822.pdf>

外国人介護職員を雇用できる 4つの制度の比較	雇用できる 外国人介護職員の 資格	外国人介護職員には ずっと働いて もらえる?	外国人介護職員は 母国での資格 や学歴が 必要?	外国人介護職員の 日本語能力 の目安は?	外国人介護職員の 雇用にあたって 受入調整機関 等の支援 はある?	外国人介護職員が 受けられる サービスは どの程度?
EPA (経済連携協定) に基づく 外国人介護福祉士 候補者の雇用	資格なし ただし、資格取得を 目的としている	継続的な 就労可能 ※一定の期間内に帰国義務 がない場合は可能	看護系学校の 卒業生、母 国政府より 介護士に認定	大半は、 認定試験で N3程度、 入国時の面接は N1・N2程度、 N3	あり JICWELSによる 受入調整	制限あり 介護職としての 勤務時間、一泊専任 などとした事業所の 訪問型サービスも可能
日本の介護福祉士 養成施設を卒業した 在留資格「技能」をもつ 外国人の雇用	介護福祉士	継続的な 就労可能	個人による	一部の施設で、 N2程度	なし	制限なし
技能実習制度 を活用した 外国人(技能実習生) の雇用	資格なし ただし、実習期間中 を過ぎれば、受雇 することは可能	最長5年 ※1	雇用団体の 選考基準 による	入国時の面接は N4程度	あり 雇用団体の 受入調整	制限あり 訪問型サービスは 不可
在留資格 「特定技能1号」 をもつ 外国人の雇用	資格なし ただし、実習期間中 を過ぎれば、受雇 することは可能	最長5年 ※2	個人による	入国時の面接は ・ある程度、日本語能力 がわかる程度 ・日本語能力試験 の合格者 ・介護の経験で働く上 で必要な日本語能力	あり 就業支援機関 によるサポート	制限あり 訪問型サービスは 不可

外国人介護職員に関する
各制度について、一覧化して
わかりやすく説明しています。

就労を開始するまで、何をすればよいか、
手続きをフローで説明しています

←外国人介護職員を受け入れている
介護施設等へのアンケート調査も
実施しました。報告書はこちらです。



EPA 介護職員の雇用事例

**特別養護老人ホームSにおける
インドネシアEPA介護職員の雇用**

法人の概要
各県介護保険事業(特養、訪問介護、通所介護等)、
障害者支援施設等を運営する社会福祉法人
EPA介護職員の雇用状況
平成27年より、特別養護老人ホーム3か所まで雇用
平成22年5月開設、定員100人、職員116人、うち
介護職員70人、9人のEPA介護職員が在籍(異人
・平成31年2月現在) / 将来的に日本人の労働人口
減少に鑑み、外国人介護職員の採用に努めている。

平成26年4月
JICWELSにEPA介護職員の受入を申請
平成27年度 受入のための現地説明会
(ジャカルタ、メダンの2会場で開催)
受入施設とEPA介護職員のマッチング
(EPA介護職員、一人一人の状況を把握する)

訪日前日本研修(6か月)
訪日後日本研修・介護導入研修(6か月)
平成27年12月
法人全体で9人、うち3人が特養Sで就労開始
(平成31年2月現在では9人、
平成31年12月には、更に2人受入予定。)

スキル・キャリアの向上について
(レベルアップ期間の日数)

開始	半年後	8か月後	1年後
日語	基礎	基礎	基礎
介護	基礎	基礎	基礎
介護	基礎	基礎	基礎

初めは指導員のもとで業務を行い、
1人で対応できるようになれば次のステップへ

Q. EPA介護職員の働きぶり、いかがですか?
A. EPA介護職員は、看護系の学校を卒業していることから知識が豊富で、仕事へのモチベーションも高いので、周りの日本人職員にも良い影響を与えています。利用者や家族からも、「優しい」「仕事が丁寧」「来てくれてよかった」といった声をいただくことが多いです。
Q. EPA介護職員が活躍するためにはどんな工夫が必要ですか?
A. 組織の指揮命令系統やルールを明確にすることが大切です。複数の事業所を有する法人では、事業所間の方針統一も重要で、当法人は月1回は合同会議を開催するなどして、日本人職員とEPA介護職員の双方への情報共有を徹底しています。また、EPA介護職員への支援体制も大切です。当法人では、法人本部に1人、各施設1人ずつ生活支援担当を配置しています。今後、EPA介護職員が介護福祉士の資格を取得したら、後輩のEPA介護職員の支援を担当してほしいと考えています。

事前にどのような受入れ準備をしましたか?
各人の信仰する宗教を尊重しつつ、仕事上のトラブルが起きないよう、相互理解の促進とルールの指導を徹底した。
EPA介護職員
イスラム教への理解に関する研修を実施
礼拝は6時間勤務に行うなど、施設で働く上でのルールを説明

学習支援体制はどうなっていますか?
JICWELSの集合研修等の学習支援事業、施設での新人研修プログラムへの参加に加え、下記支援を実施している。
1年目
2か月目～4か月目
・日本語教育(週1回)
・介護福祉士試験対策講座(週1回)
・施設にて自習学習の方法指導
・施設にて施設内学習(看護時間)
2年目
2年5か月目～完結
・介護福祉士試験対策講座(週2回)

生活支援体制はどうなっていますか?
法人本部に1人、特養Sに1人、生活支援担当を配置している。
ホームシックになった
上旬に
帰国しつづける
一人での生活や
慣れない手配
が難しい
日本での
生活感覚が
つかめない
職場の人間関係
への介入、適宜の
付添いなど、
さまざまに対応

受入れにかかった費用(概算) ※平成27年度値

求人申込手数料	20,000円
滞在費(年額)(JICWELS)	20,000円/人
あせせん手数料(JICWELS)	131,400円/人
送付手数料(インドネシア)	36,500円/人
日本研修費用(日本研修実施機関)	360,000円/人

※その他、現地台同説明会に参画するための旅費等



外国人介護職員の雇用に関する介護事業向けガイドブック
外国人介護職員と一緒に働いてみませんか?
外国人介護職員として採用する事業所が求めています。介護士を募集した介護事業所からは、職場が明るく、施設の一休みの時間などに、外国人への教育を通して介護サービス提供の現場に近づけることができると好評です。
また、外国人介護職員に、日本の介護の現場や技術を伝えることは、国際貢献につながる可能性があります。
あなたも事業所で、外国人介護職員を雇用して、一緒に働いてみませんか?

受け入れるにあたっての事前
準備や受入れ後の支援体
制などを記載しています

実際に受け入れている企業
の声も掲載しています

(出所表示例)
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「外国人介護人材の受入環境の整備に向けた調査研究事業 報告書」(平成30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

主席研究員

https://twitter.com/iwana_murc



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

中央大学大学院客員教授

委員会・その他

第193回国会 参議院厚生労働委員会 参考人

「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]）

「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（H22-30）
- 要介護認定適正化事業（H19-H29）
- 武蔵野市、横浜市、川崎市などで地域包括ケアシステムのコンサルティング業務に従事。都道府県による市町村支援プログラムへのコンサルティング実績としては、広島県、沖縄県、福岡県、島根県など多数。
- 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。

