

地域包括ケアシステム総論

【地域包括ケアシステムとは何をするのか？】

【概要版】

「地域包括ケア研究会」（田中滋座長）事務局統括（H20-28）
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

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

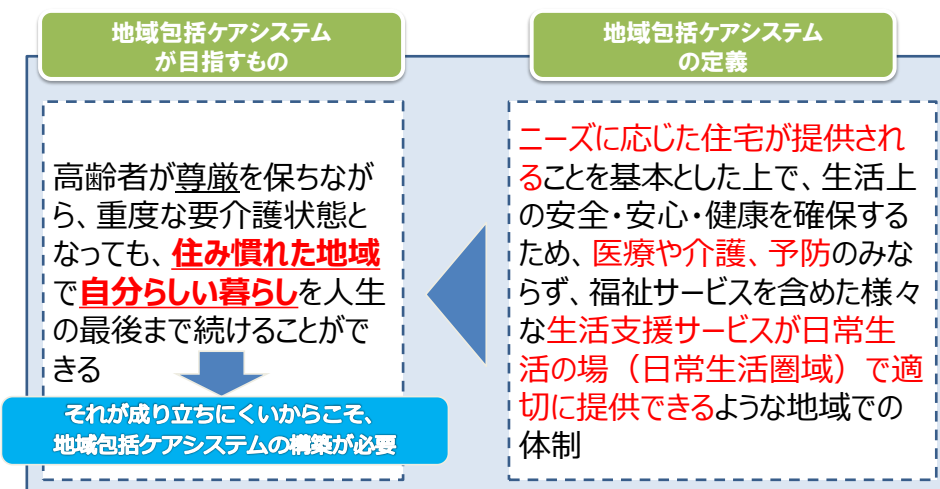


本資料において出所が明記されていない図版、テキストはすべて三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社作成のものです。本資料は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社の著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所を明記してください。

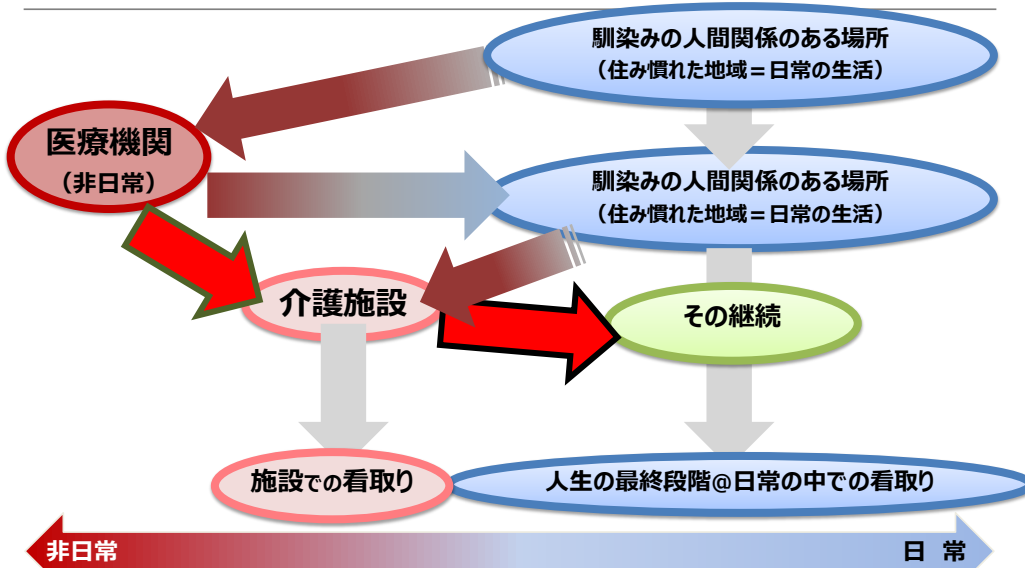
出所表記の例：資料）岩名礼介「地域包括ケアシステムとは何をするのか？」講演資料、2018年

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



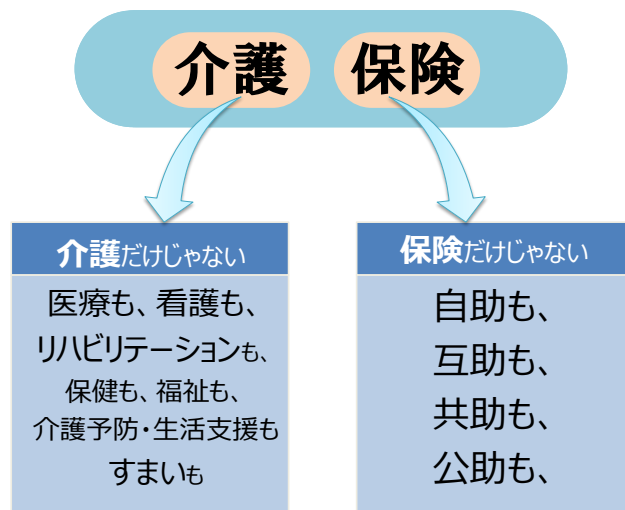
地域包括ケアシステムが目指すのは、「日常≒マイペース」だ。



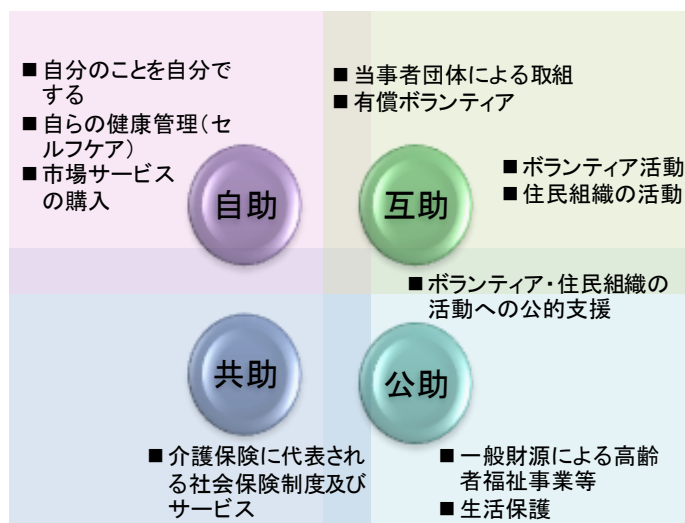
地域包括ケアシステムの植木鉢



地域包括ケアシステムは、「介護保険」とどう違う？



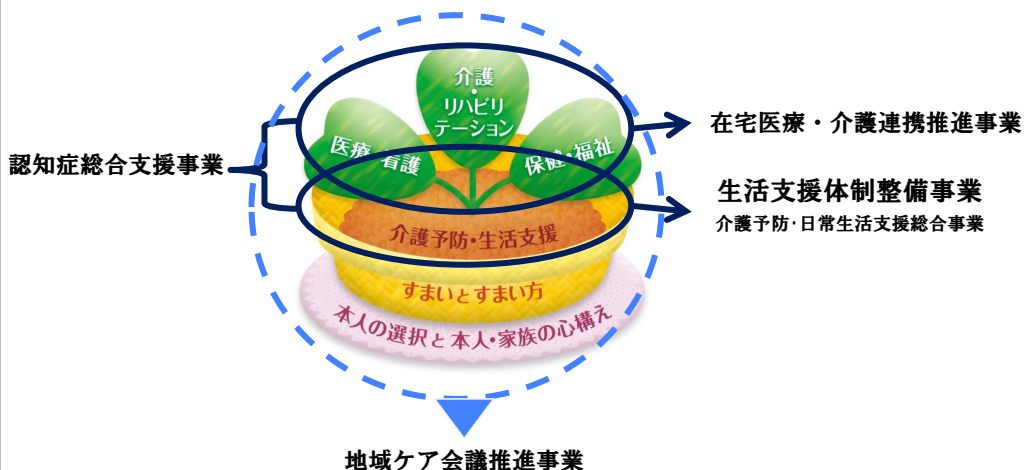
保険だけじゃない：自助・互助・共助・公助



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

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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

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。植木と周辺の文字については筆者が加筆。

MUFG

8

地域包括ケアシステムの植木鉢の基本原理解



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

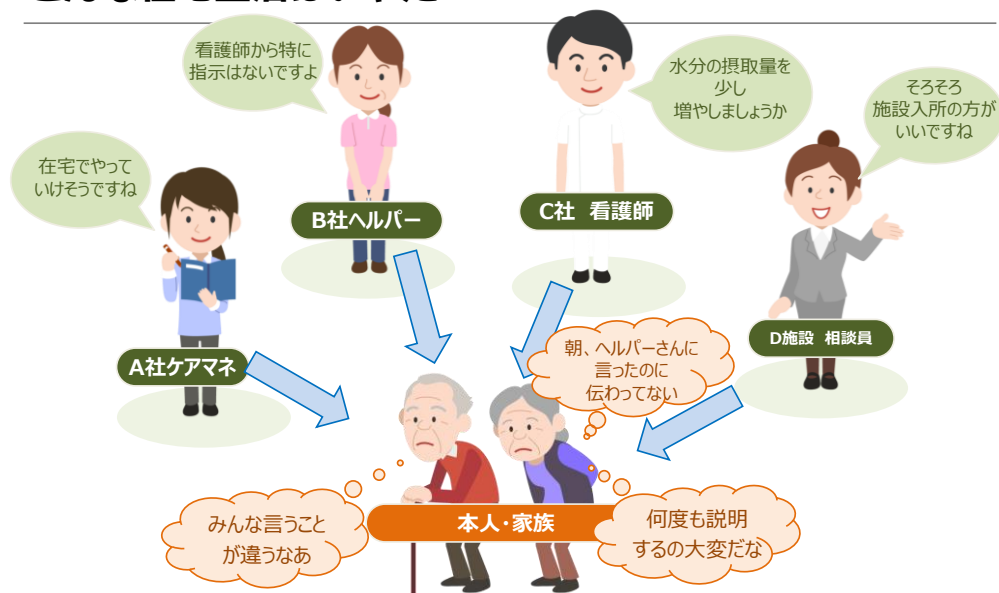
出所) 植木鉢の絵: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。

MUFG

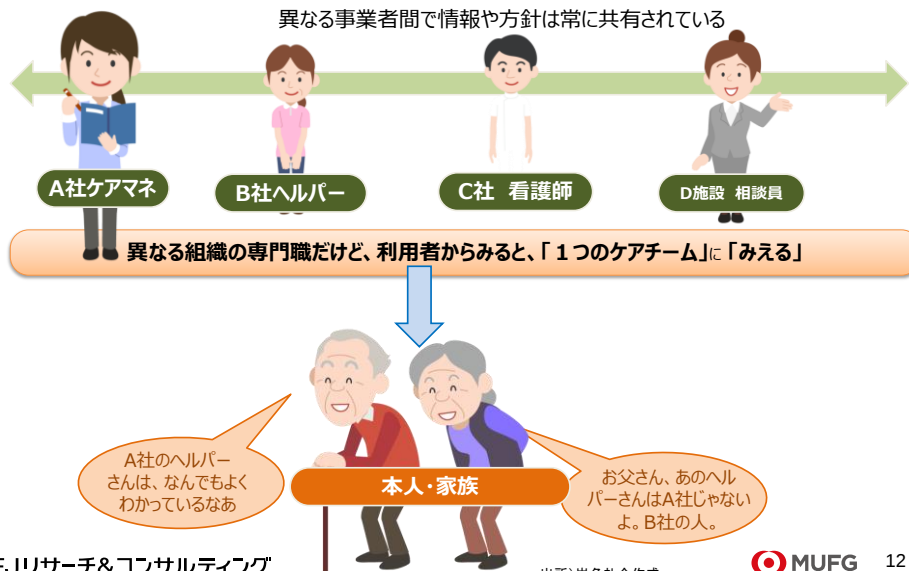
9

「葉っぱ事業」の背景と方向性

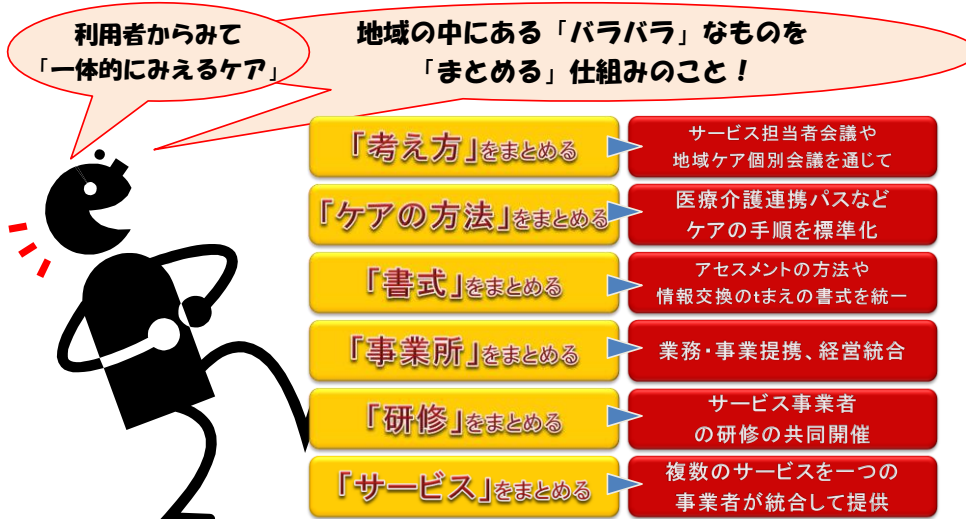
こんな在宅生活はいやだ



「利用者からみて一体的なケア」で健全な錯覚を！



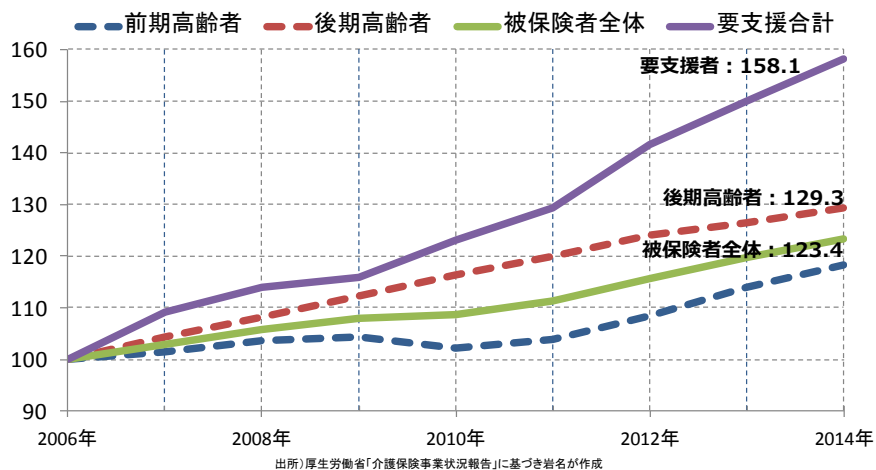
地域包括ケアシステムの葉っぱ事業＝ まとめる



「土事業」の背景

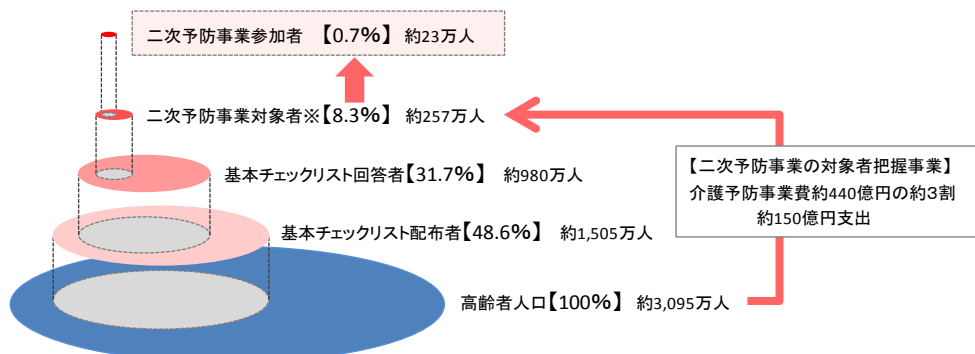
これまでの介護予防って成功といえるのか？

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。



「二次予防事業は成功だった」といえるのか？

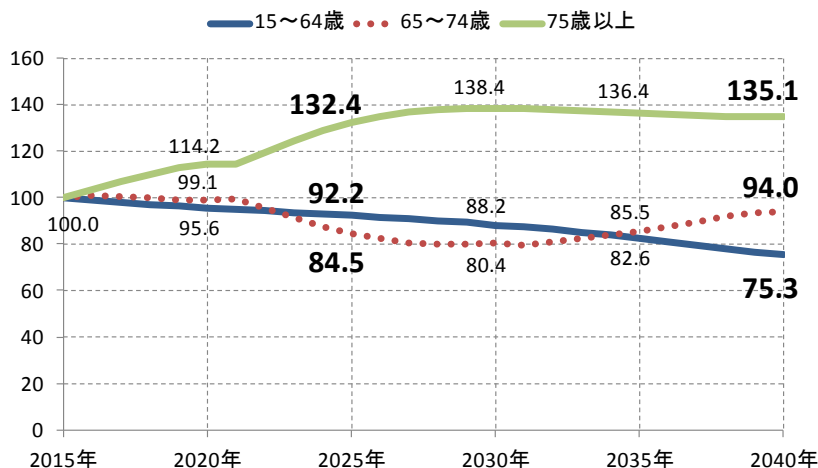
二次予防事業の参加実績は、目標の1/7
基本チェックリストの回収等費用は、介護予防事業予算の1/3



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

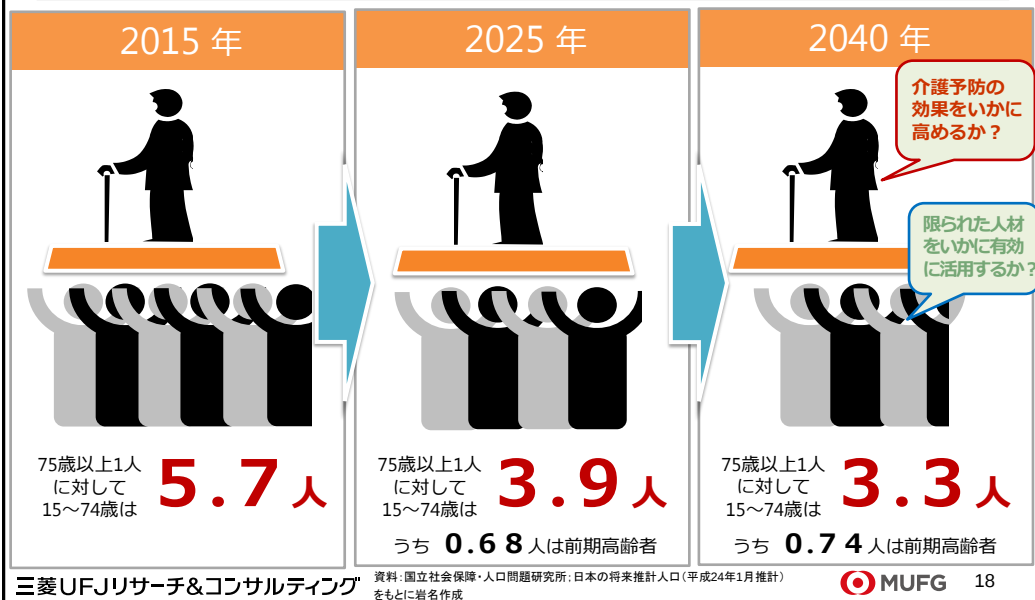
私たちが直面する「人口減少と需要の増加」に対応する

＜生産年齢人口の減少と後期高齢者の増加＞

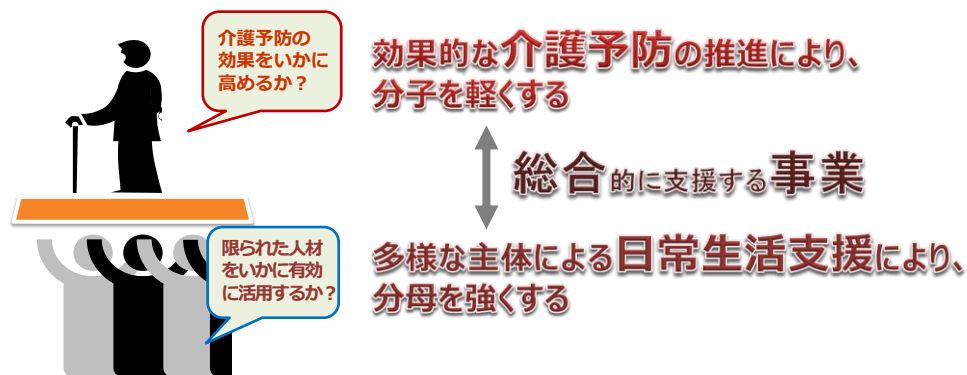


出所)国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来推計人口(平成24年1月推計)のデータをもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。
 ※2015年を100とした場合の2040年までの推計値

どんどん重くなる負担にどうやって対処するか



分子を軽くして、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
介護職	身体介護	
	生活支援	誰が担うのか？

総合事業／整備事業と 地域ケア会議

「地域包括ケア研究会」（田中滋座長）事務局統括（H20-28）
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、
大きな作品をつく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



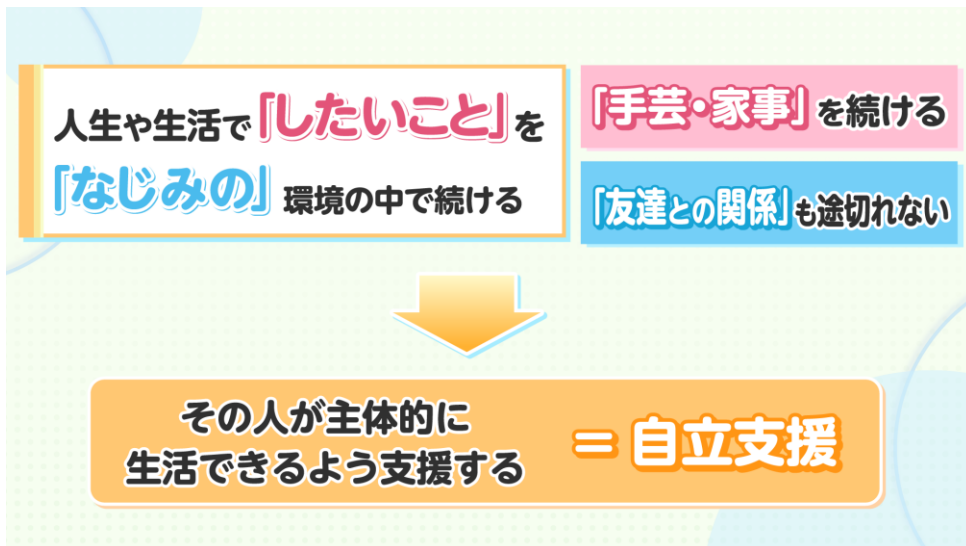
大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



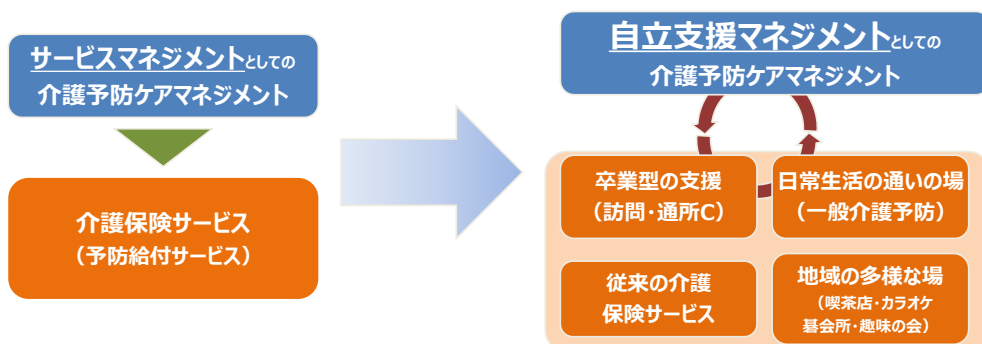
ご近所と一緒に買い物

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）



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

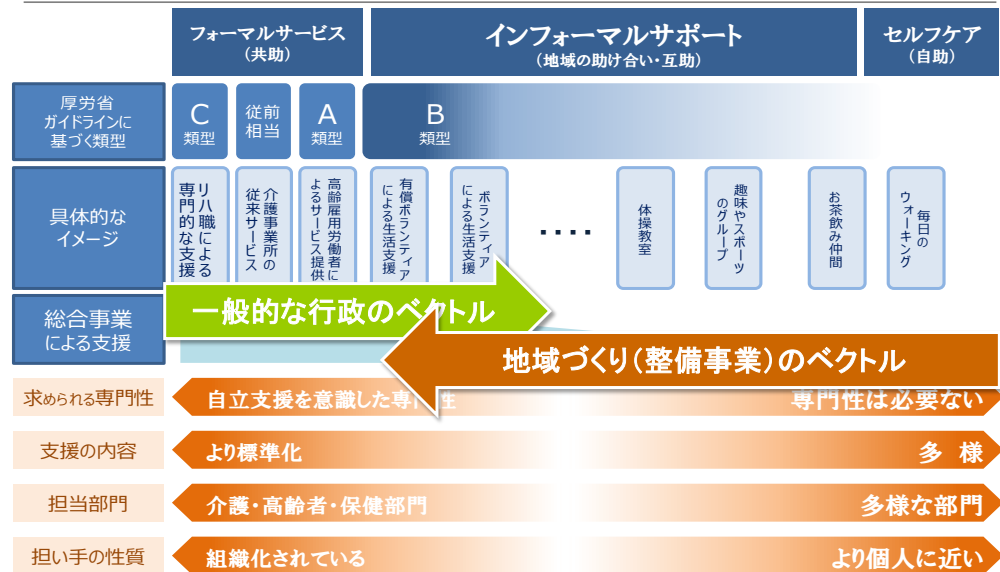
介護保険サービスだけを組み合わせたり、介護保険サービスを利用者に当てはめたりする介護予防ケアマネジメントではなく、アセスメントに基づき、その人に必要な支援や場所を介護保険に限定せず、幅広く探し、組み合わせる介護予防ケアマネジメントへ。



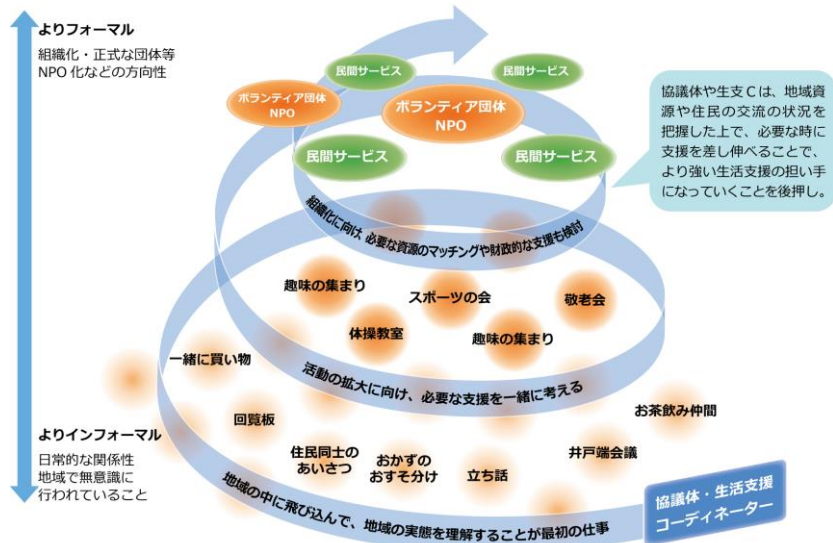
旧来の介護予防ケアマネジメントを積み上げても、始点が介護保険サービスに限定されているため、「足りない地域資源」＝「介護保険サービス」という発想になるが、新しい介護予防ケアマネジメントでは、多様な資源の組み合わせによるマネジメントを積み上げていくので、地域に足りない支援やサポート、ちょっとした手助けの必要性が見えてくる。

土事業にはかなり「幅」があることを知る

行政のアプローチをかえる



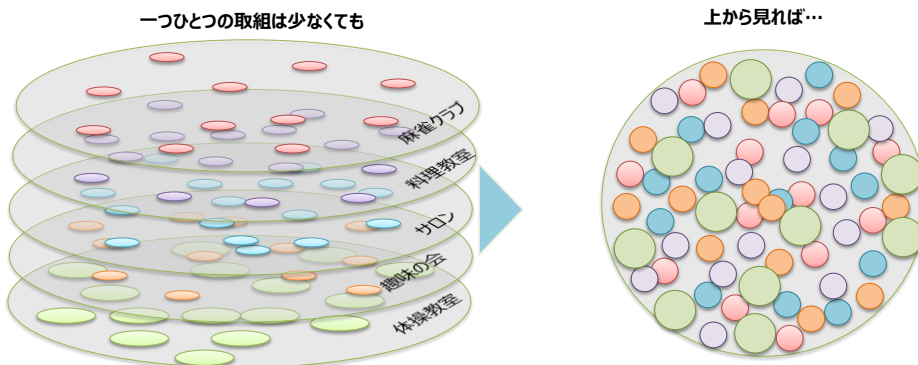
協議体と生活支援コーディネータのイメージ



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)
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

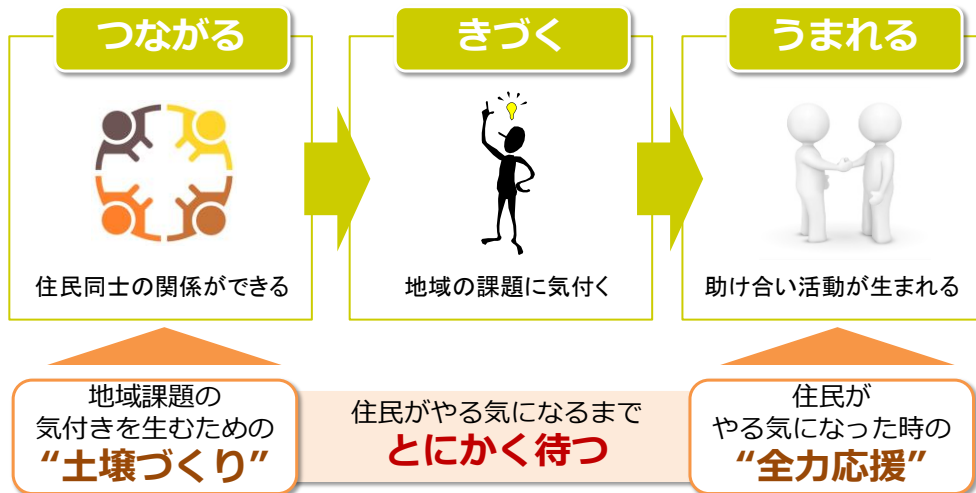
マルチレイヤーを考える

- ◆ 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。



資料: 岩名作成

例えば、行政はこんな風に支援できる



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、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上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

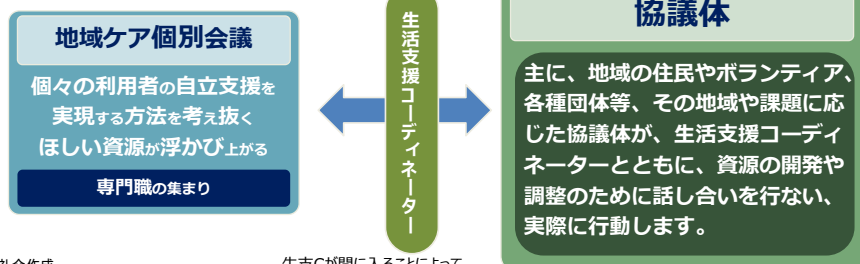
NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることも。第2層協議体の重要な役割でもある。

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。

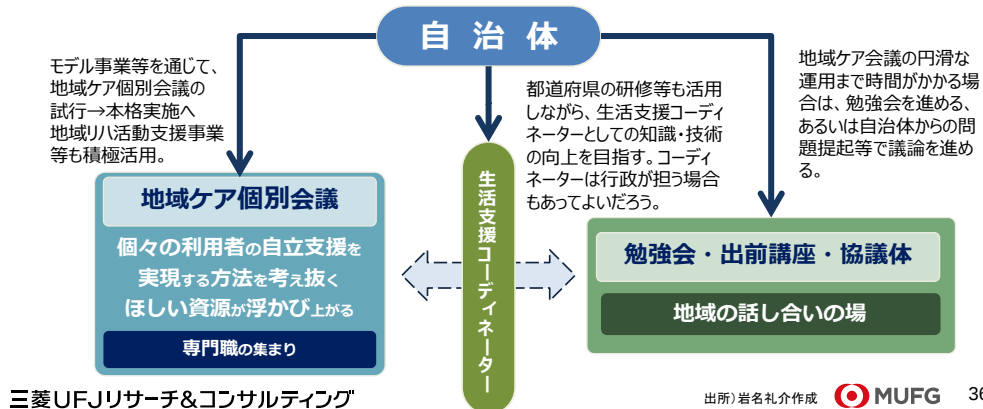


出所) 岩名礼介作成

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

- ◆ しかしながら、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

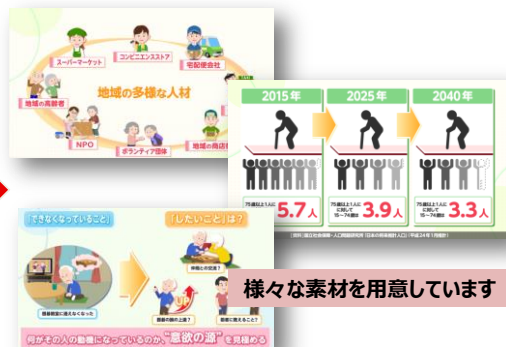
- ① **ガイドライン**をとりあえず**忘れる**（類型なんてどうでもいい）
- ② **朝令暮改**を旨とする（住民にPDCAを押し付けない）
- ③ アンケートよりも**個別ケース**（だから地域ケア会議が大事）
- ④ 住民主体は**廉価版サービス**ではない
- ⑤ 地域支援事業は**職員確保策**と心得る（味方を増やす）
- ⑥ 生活支援コーディネーターは**集まって仕事する場所**が必要
- ⑦ 全地域で「まんべんなく」は考えない
- ⑧ いままであまり**関わりがなかった人**とつながる
- ⑨ 総合事業の支援は「**お金**」だと思いこまない
- ⑩ 総合事業／整備事業に**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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

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)

MUFG 38

在宅医療・介護連携推進事業と報酬改定

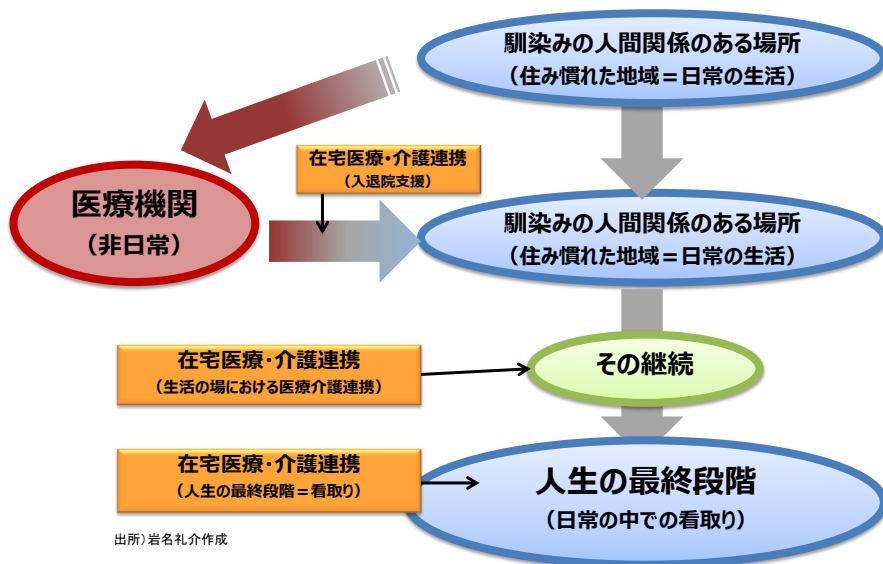
「地域包括ケア研究会」(田中滋座長) 事務局統括 (H20-28)
JICA (国際協力機構) 社会保障分野課題別支援委員会委員
中央大学大学院 戦略経営研究科 客員教授

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

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG

医療・介護連携：まず、どこの話をしていますか？

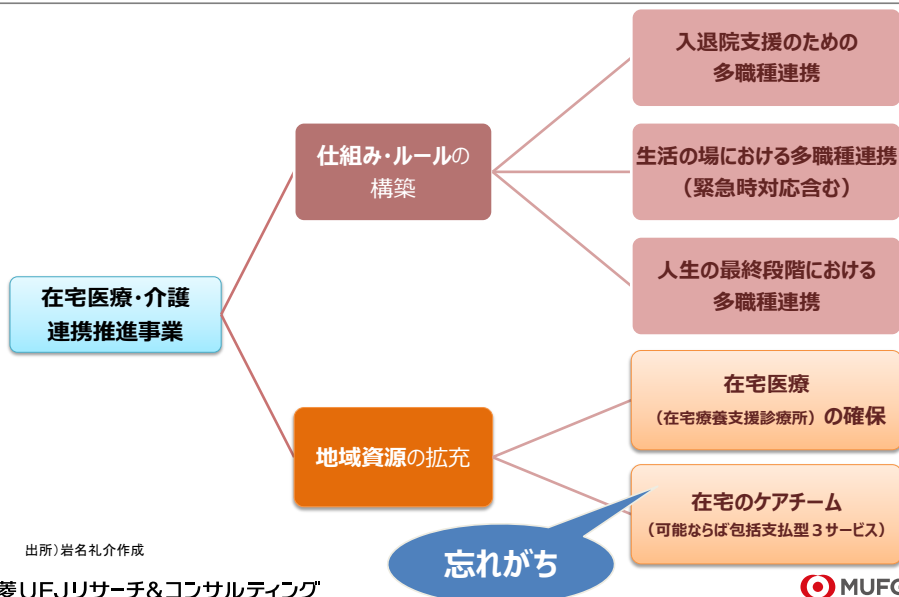


在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

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)	◆ 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)	◆ 多職種連携の本丸。予防的先行のケアが求められ、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)	◆ 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。

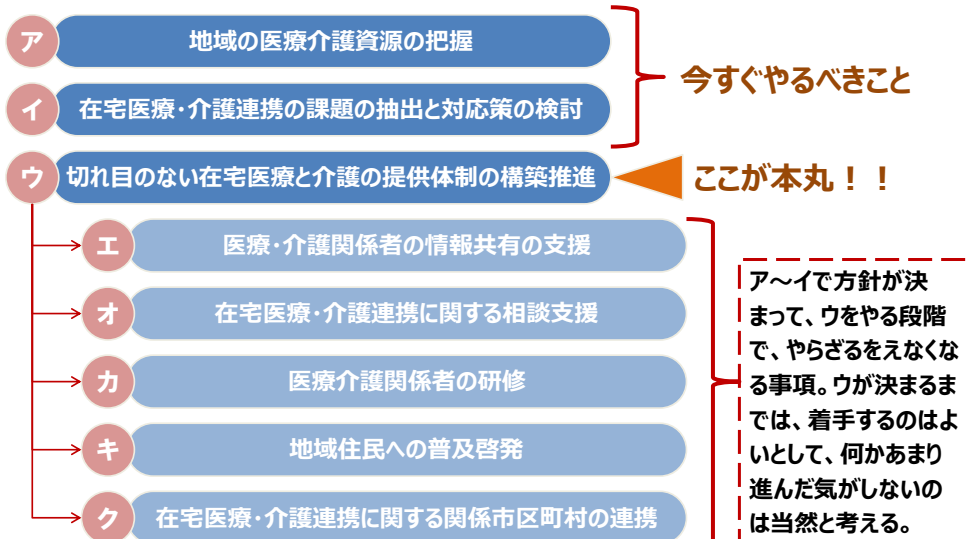
在宅医療・介護連携をちゃんと分解する



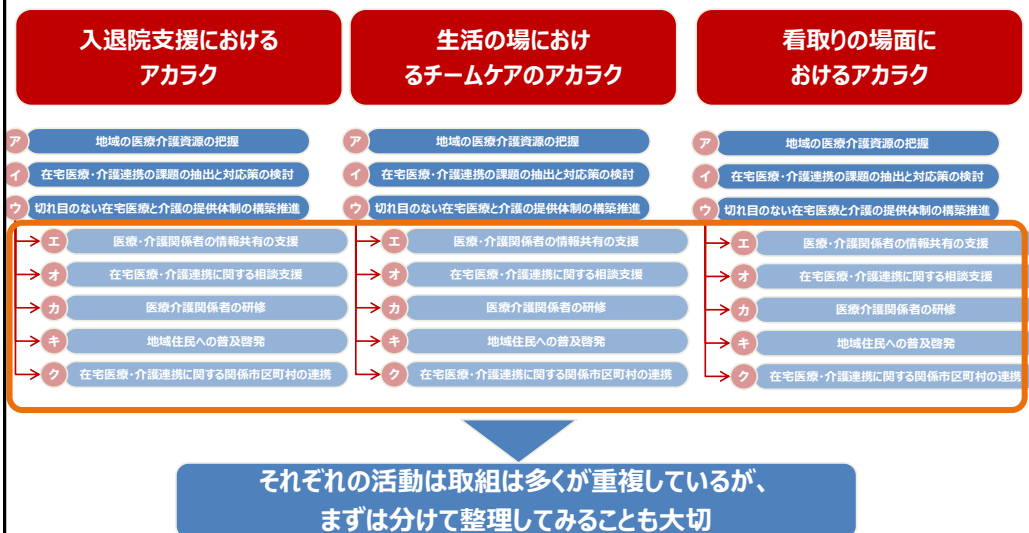
自治体は、「アカラク」の呪縛にとらわれている

- 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

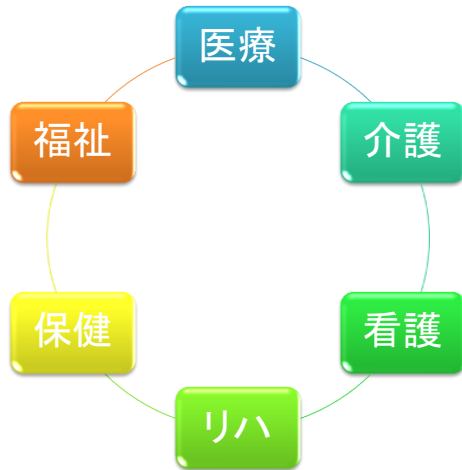
「アカラク」ではなく「アカラウ」であり「エカラク」



「3セットのアカラクがある」と、まずは考える



「連携する」ということの意味



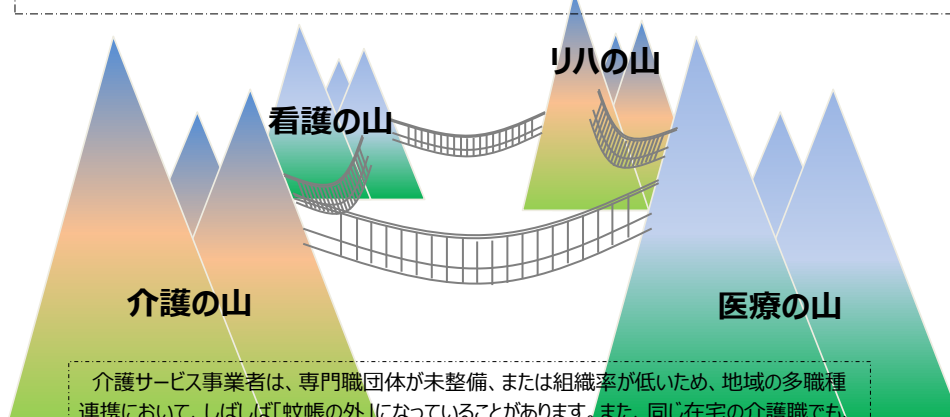
ひとつひとつの構成要素が
利用者に対して
何をするか

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

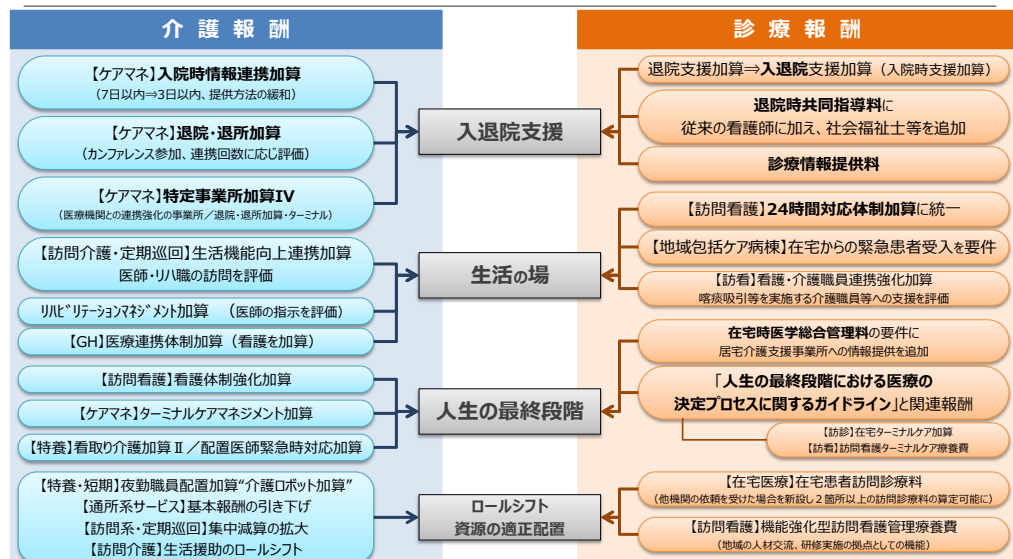
■ 「ポスト顔の見える関係」で迷子になっていませんか

- 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すか？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（H20-28）
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

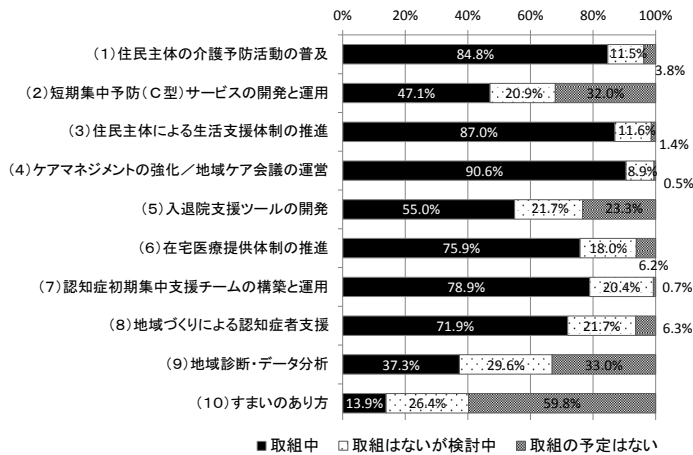
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
社会政策部長
上席主任研究員 岩名 礼介

三菱UFJリサーチ&コンサルティング



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



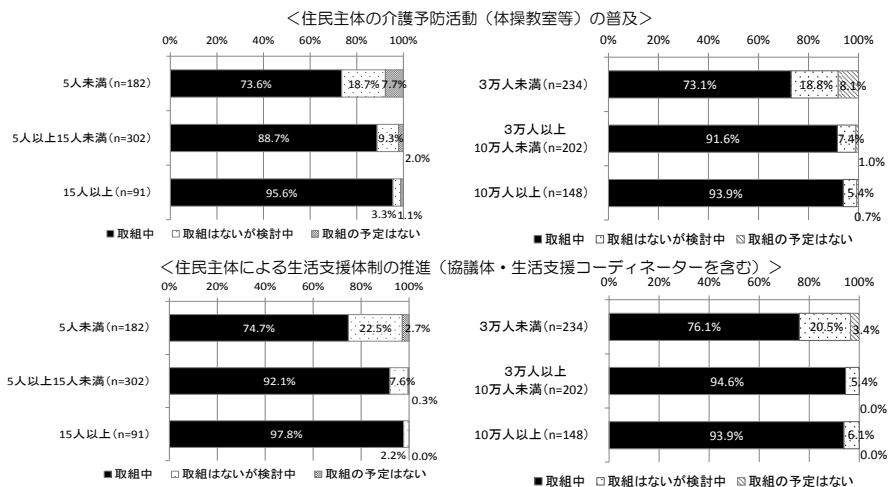
◆アンケート結果に基づき各分野の取組状況を見ると、最も取組中と回答した市町村が多かったのは「ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営（90.6%）」であった。次いで、「住民主体による生活支援体制の推進（87.0%）」「住民主体の介護予防活動の普及（84.8%）」で比較的高かった。

◆「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

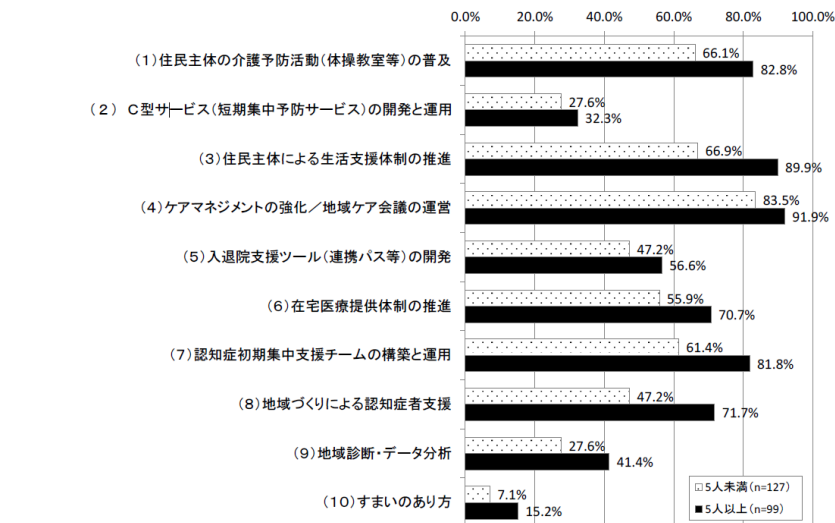
地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況（規模別）

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



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」

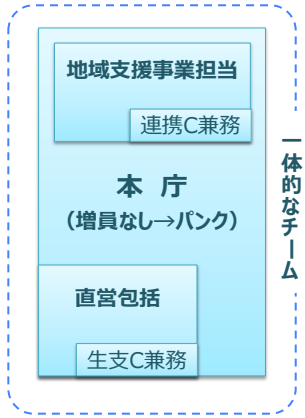
地域包括ケアシステムの構築は、
ルーティン業務ではなく、企画業務。
役所外の関係者との協働が前提です。

職員体制が不十分では
地域支援事業は前に進みません

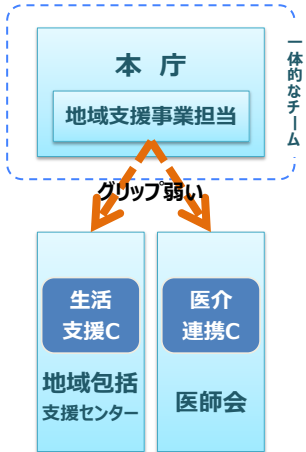
地域支援事業の財源＝
「消費税：社会保障の充実分」で
職員体制は充実していますか？

充実分で充実していない自治体＜充実分の使い方の例＞

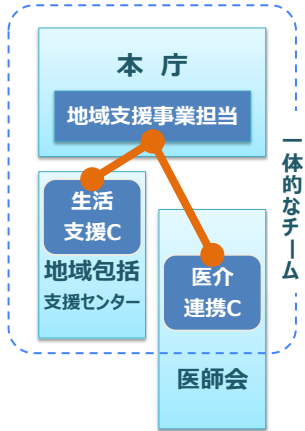
充実分使わず
抱え込みで充実しない
増員せず、既存職員の兼務で乗り切る



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



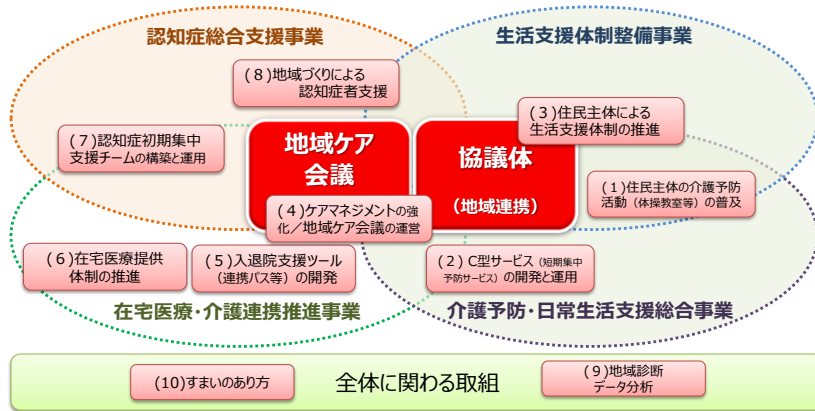
充実分で充実
充実分を使って 2 人分充実！



保険者機能強化推進交付金と「地域の実情」にあった施策

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)

「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

「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」（平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」
（平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業） 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

目次

1. なぜ、いま、独自施策なのか？
2. 独自施策とは、何をする事なのか？
3. 独自施策を広げていくために何が必要か？
4. 市区町村独自サービス・施策
5. 地域密着型サービスの独自施策

「介護保険」で「地域の実情に応じた」仕組みは難しいのか？

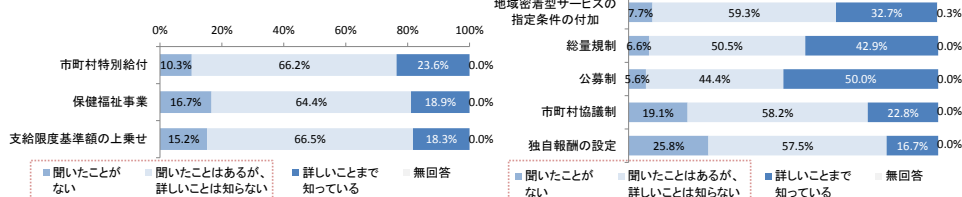
地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

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。

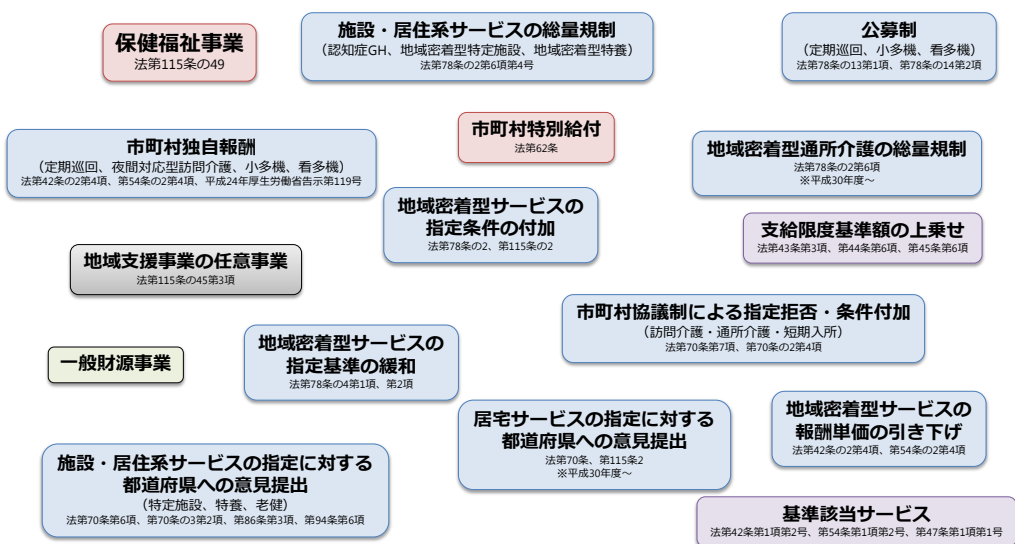
地域の実情に応じた体制を作ること

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)



実はこんなにある独自施策のメニュー



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	・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	・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	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）	・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

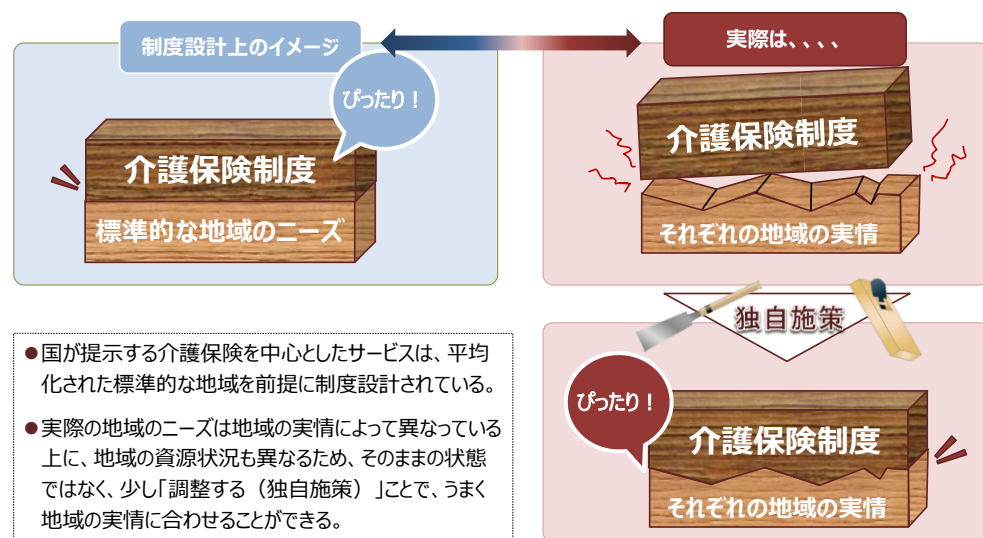
対象が、要支援・要介護認定者と限定されている。また、財源が1号保険料100%のため、保険料への影響が大きい。さらに、償還払いであるため、利用者にとって手続きが煩雑。

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。

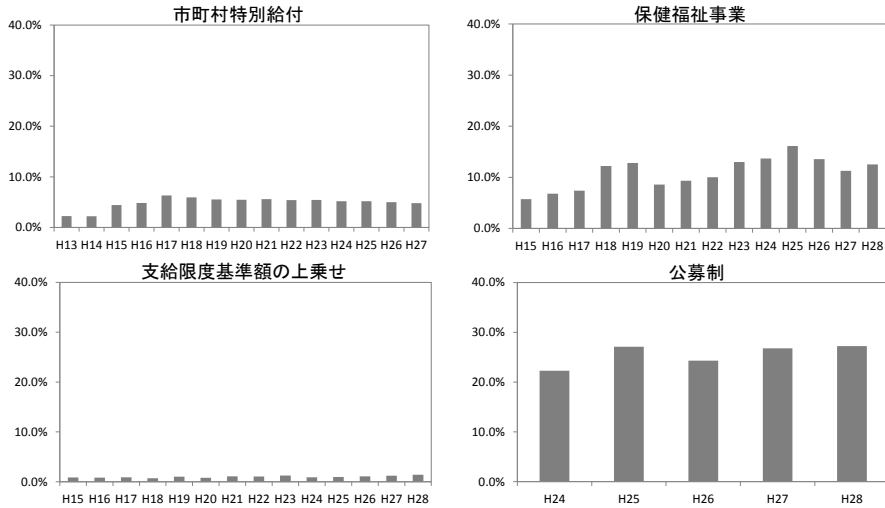
財源に公費が含まれているため、保険料への影響は限定的だが、上限額が設定されている。また、平成27年2月の通知により、「特別給付、保健福祉事業、総合事業、一般施策で実施すべきもの等」は対象外となった。

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）



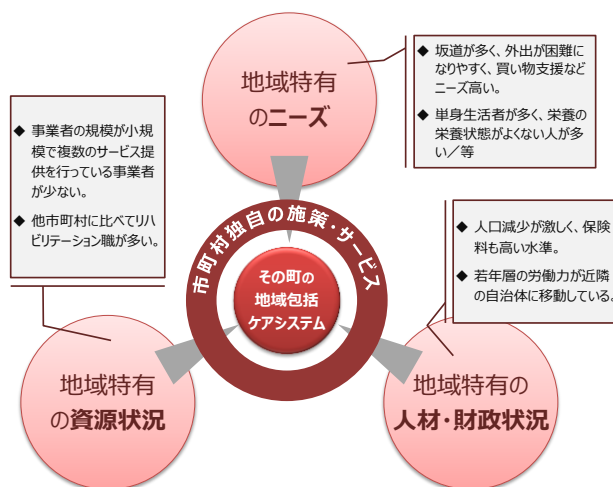
独自施策は、制度導入後は一定の保険者が実施するが、その後は大きな変動がない



※「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。

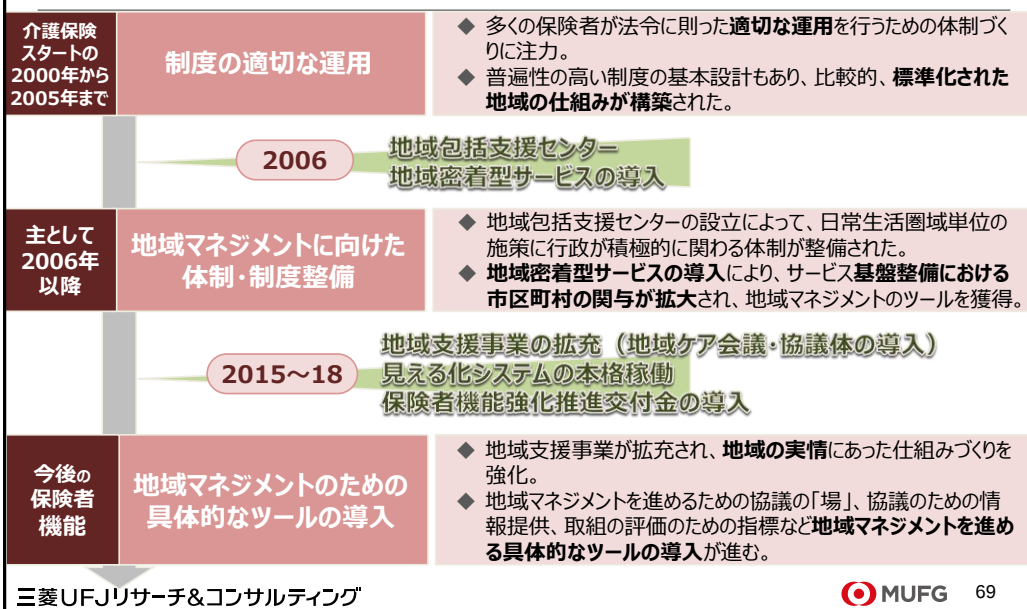
●国から示された標準的な制度やサービスでは、地域のニーズの特殊性に対応できないこともある。

●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。

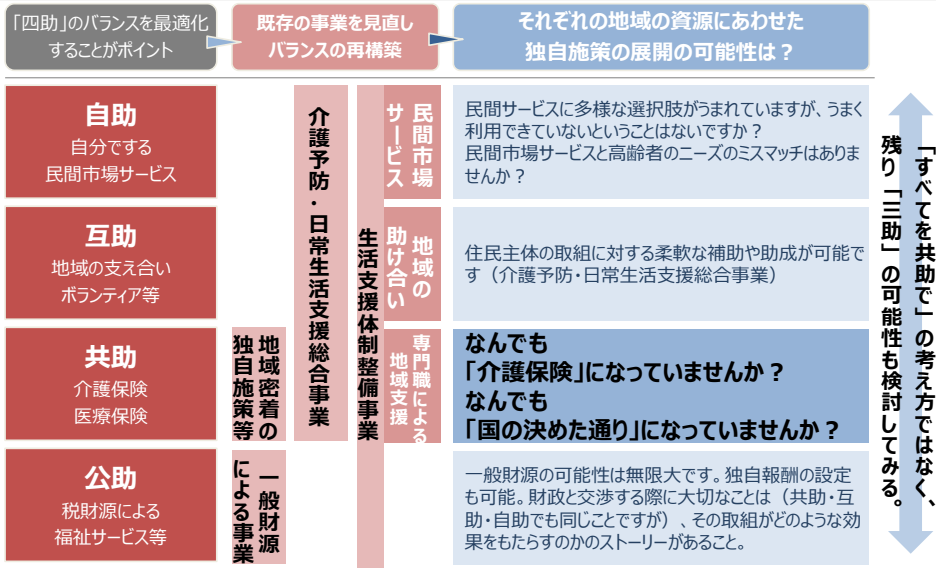
保険者が独自に考えられる範囲は、広がり続けている



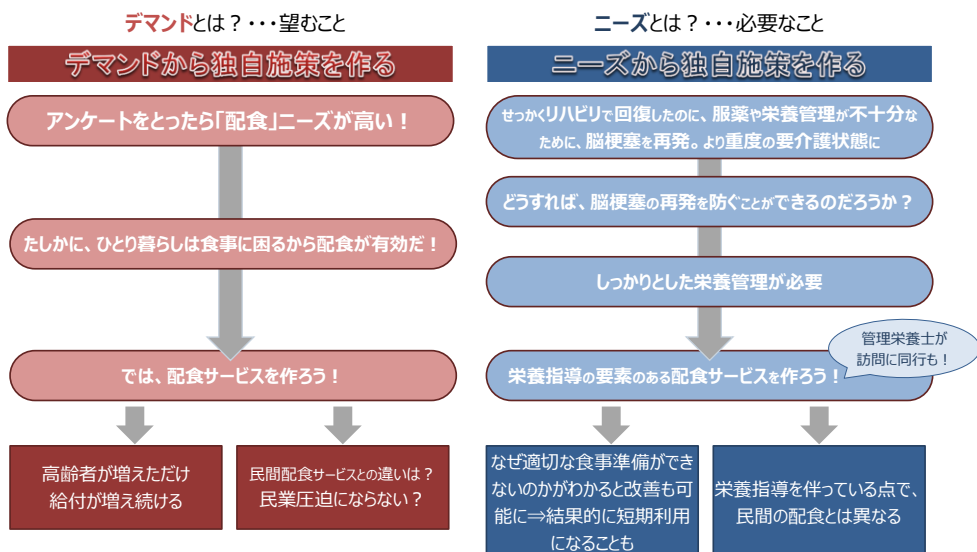
保険者に求められる機能は、「質的」にもより高いレベルが求められている



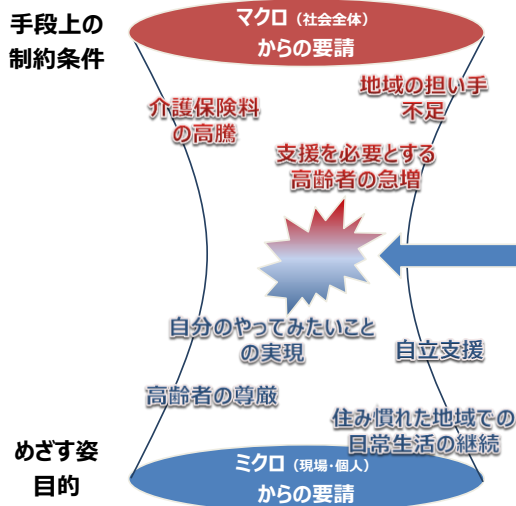
四助のバランスを見直す



「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

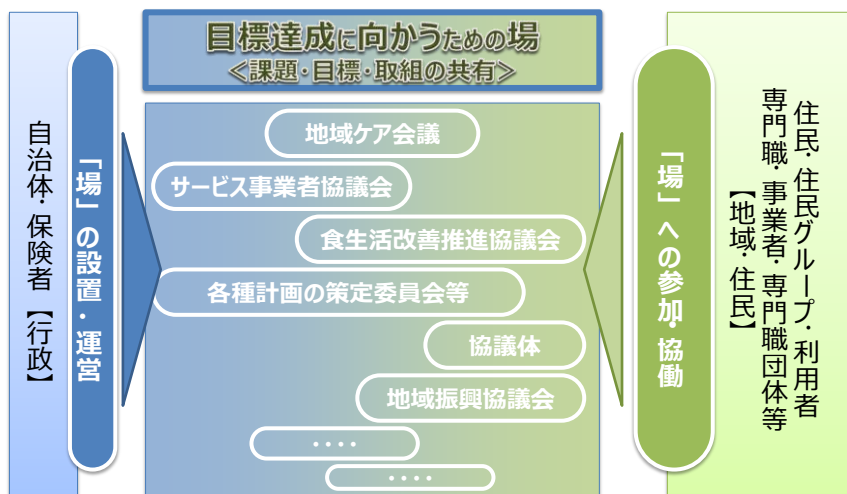


「ニーズ」からだけでは、独自施策は生まれない



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

妥協点を模索していくために必要な中間的な「場」

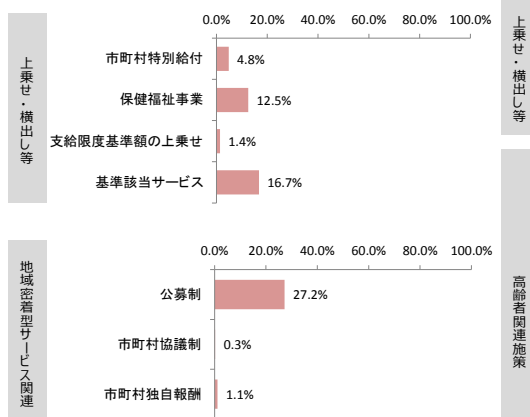


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケア研究会2040年に向けた挑戦」(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」)

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

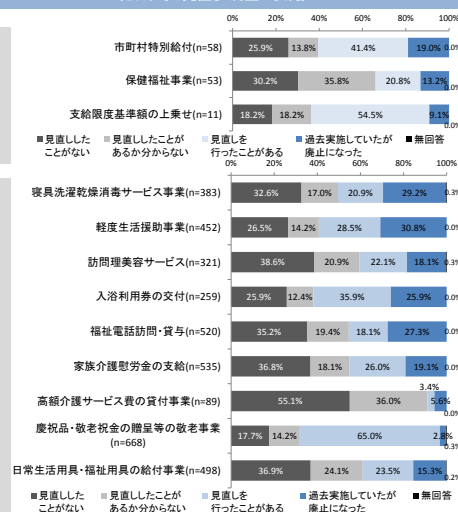
(現在、実施している割合) n=1,579*1



*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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

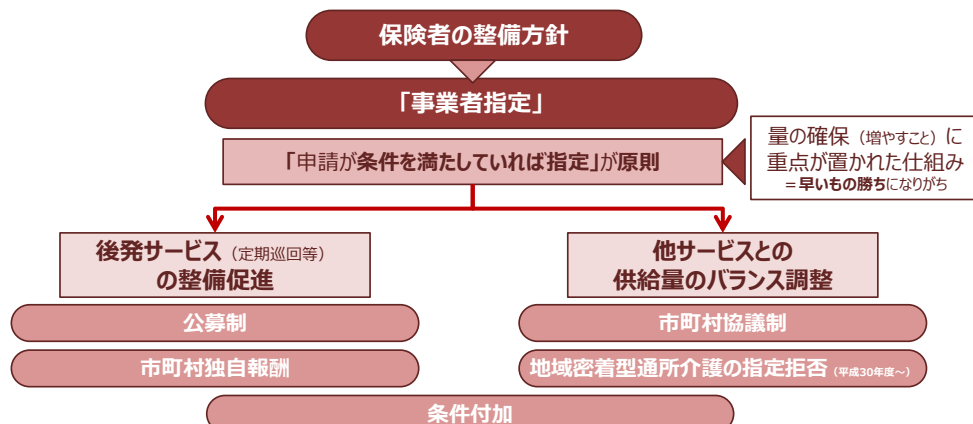
*2 「地域包括ケア推進のための市区町村施策に関する調査」(n=688)



74

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。

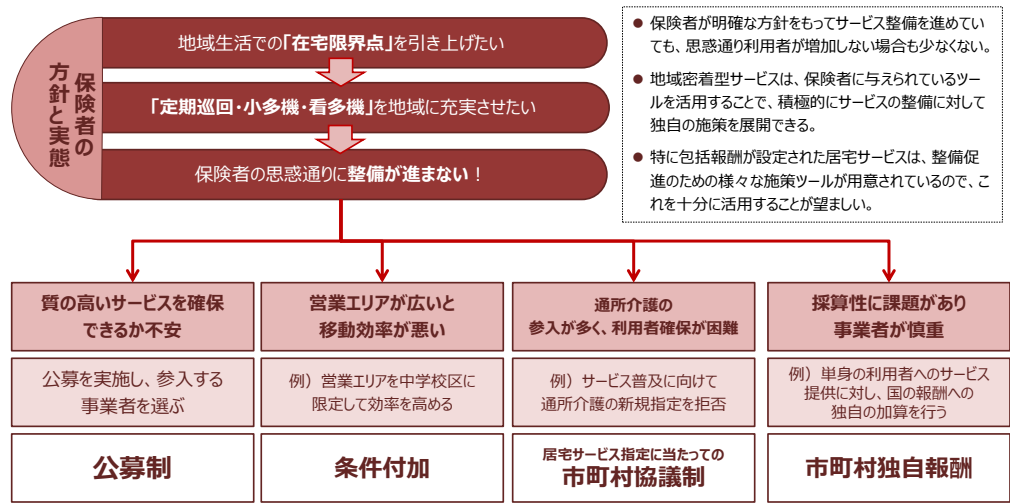


三菱UFJリサーチ&コンサルティング



75

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

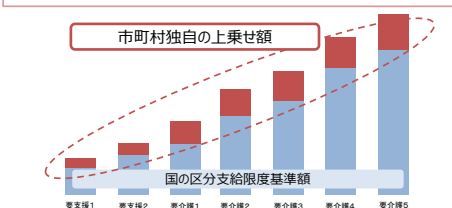


市区町村が活用できる介護保険サービスに関する独自施策メニュー一覧

		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・居宅系	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						

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＞

	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	1,812	1,759	4,913	7,339	6,221
認知症加算	1,790	1,940	-	-	-

[単位/月]

平成29年度時点

- ・心身の状態が比較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Ⅲa以上の利用者には、週6回デイサービスを利用できる「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？

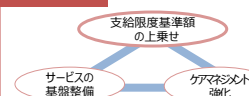
【要介護1】20人（6%）【要介護2】42人（16%）【要介護3】18人（9%）
【要介護4】21人（13%）【要介護5】13人（12%）

※ ① 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

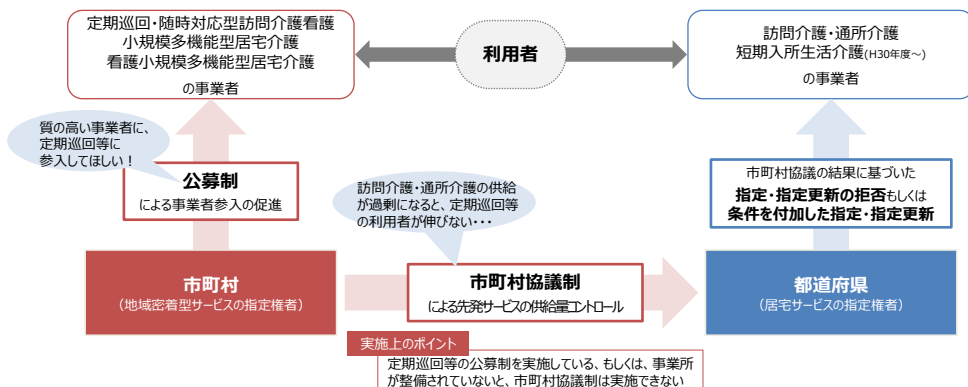


支給限度基準額の上乗せは、あくまでサービス利用の「量」を拡大する方法であり、サービスの「中身」や「質」を高めるものにはならない。そのため、サービス基盤の整備やケアマネジメント強化と組み合わせる実施することがポイントとなる。

「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」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

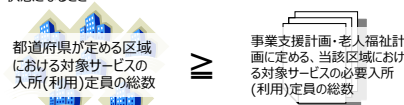
都道府県ができる「総量規制」

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過する等の場合は、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

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ならないこと

- ・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？

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

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ならないこと

- ・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？

- (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・認知症対応の利用定員
 - ・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

「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」
(平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

地域密着型サービスの独自施策

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

**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)**
条件を付与する方法(例)
(市)公募要領公表
↓
応募受付
↓
審査、事業者の選定
↓
工事着手・開設準備
↓
指定申請
↓
指定
※指定権者:市町村
「応募要件」もしくは「審査項目」に条件を設定しておく
「審査項目」に基づき審査
条件を付加

**②公募制が実施できない地域密着型サービスの
場合**
予め条件を事業者周知しておく
(市)事前相談・協議等
↓
工事着手・開設準備
↓
指定申請
↓
指定
※指定権者:市町村
条件について事業者確認
条件を付加

③在宅サービスの場合（平成30年度～）
市町村から県に対し意見を提出。県は、その結果をふまえた条件を事業者周知しておく
(県)事前相談・協議等
↓
工事着手・開設準備
↓
指定申請
↓
指定
※指定権者:都道府県
条件について事業者確認
条件を付加

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 82

「高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業」
(平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

地域密着型サービスの独自施策

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

○：市町村が直接実施できる
△：都道府県の施策を活用できる

		事業者募集				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・居宅系	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						

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

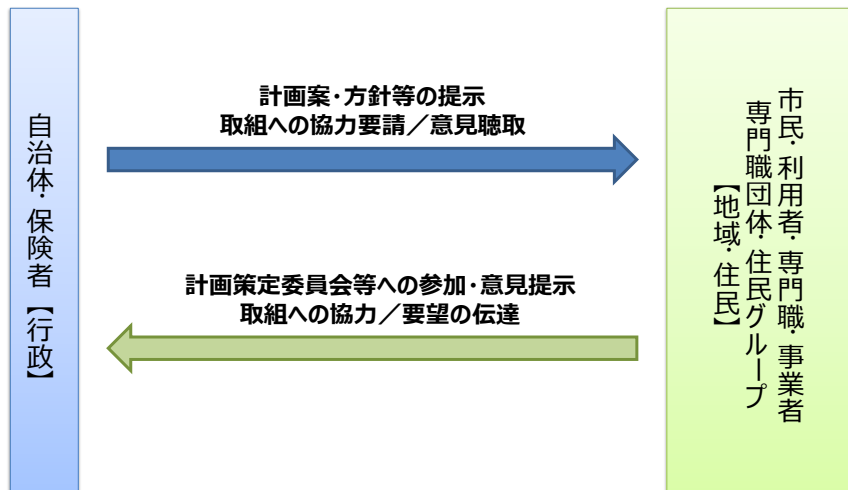
MUFG 83

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	—	—

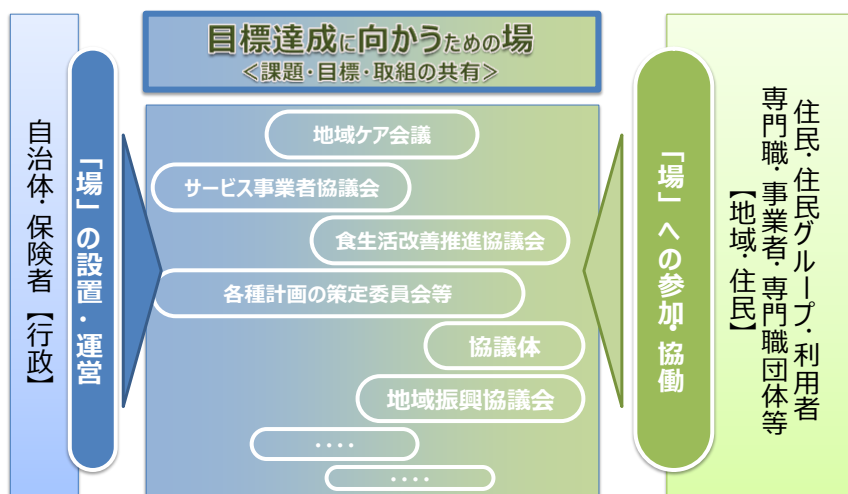
地域マネジメントは「場」が命

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)

【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

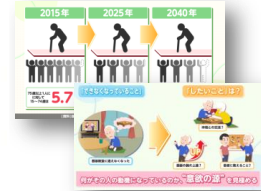
地域包括 三菱UFJ

検索

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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング



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)

MUFG 88

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-H28)
- 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。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 89