

地域包括ケア構築に向けた制度改正の動向と保健所に期待される役割  
—多職種連携、市町村支援を中心に—

国立社会保障・人口問題研究所 川越雅弘

2025年に向け、75歳以上の高齢者（以下、後期高齢者）の急増が予想されている。後期高齢者は、医療や介護サービス、見守りなどの生活支援、住まいの確保など、日常生活を安心・安全に送る上での様々な支援を必要とするため、これらサービスや支援が、日常生活圏域の中で包括的・継続的に提供される仕組み、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が、現在、重要な政策課題となっている。

地域包括ケアシステムは、1)医療（特に、退院支援、在宅医療）、2)介護、3)生活支援、4)介護予防、5)住まいで構成されるが、これら各領域別に様々な施策が現在展開されている。また、これらサービスや支援が、適切に提供されるための多職種協働・連携の強化、適切に資源が配分されるためのケアマネジメントの機能強化（個別援助計画を含む）、保険者である市町村の地域マネジメント力の強化に向けた施策も展開されている。

地域包括ケアは、こうした複数の要素から成り立っているが、個々の要素の機能強化・提供体制の充実とともに、各要素間の連携（医療と介護の連携、医療と生活支援の連携など）の機能強化が今後重要となる。

本講演では、地域包括ケアが求められる背景について、特に、人口動態の面から解説した上で、地域包括ケアの概念、地域包括ケア構築に向けた施策の動向を解説する。最後に、多職種連携、市町村支援に焦点を当てた上で、その実態と課題、今後の保健所に期待される役割について私見を述べたい。

**地域包括ケア構築に向けた制度改正の動向と  
保健所に期待される役割**

**—多職種連携、市町村支援を中心に—**

2016年1月29日

国立社会保障・人口問題研究所

川越雅弘

## －内容－

1. 人口構造の変化と社会保障への影響  
－地域包括ケア／多職種協働が求められる背景－
2. 地域包括ケアシステムとは
3. 地域包括ケア構築に向けた主な施策の動向
  - 1) 退院支援の機能強化
  - 2) 在宅医療・介護連携の強化
  - 3) 生活支援サービスの拡充
  - 4) ケアマネジメントプロセス全体の機能強化
4. 医療・介護連携の現状・課題
  - 1) 退院時連携の現状・課題
  - 2) ケアマネジメントの現状と課題
5. 市町村支援から見えてきた課題と対策

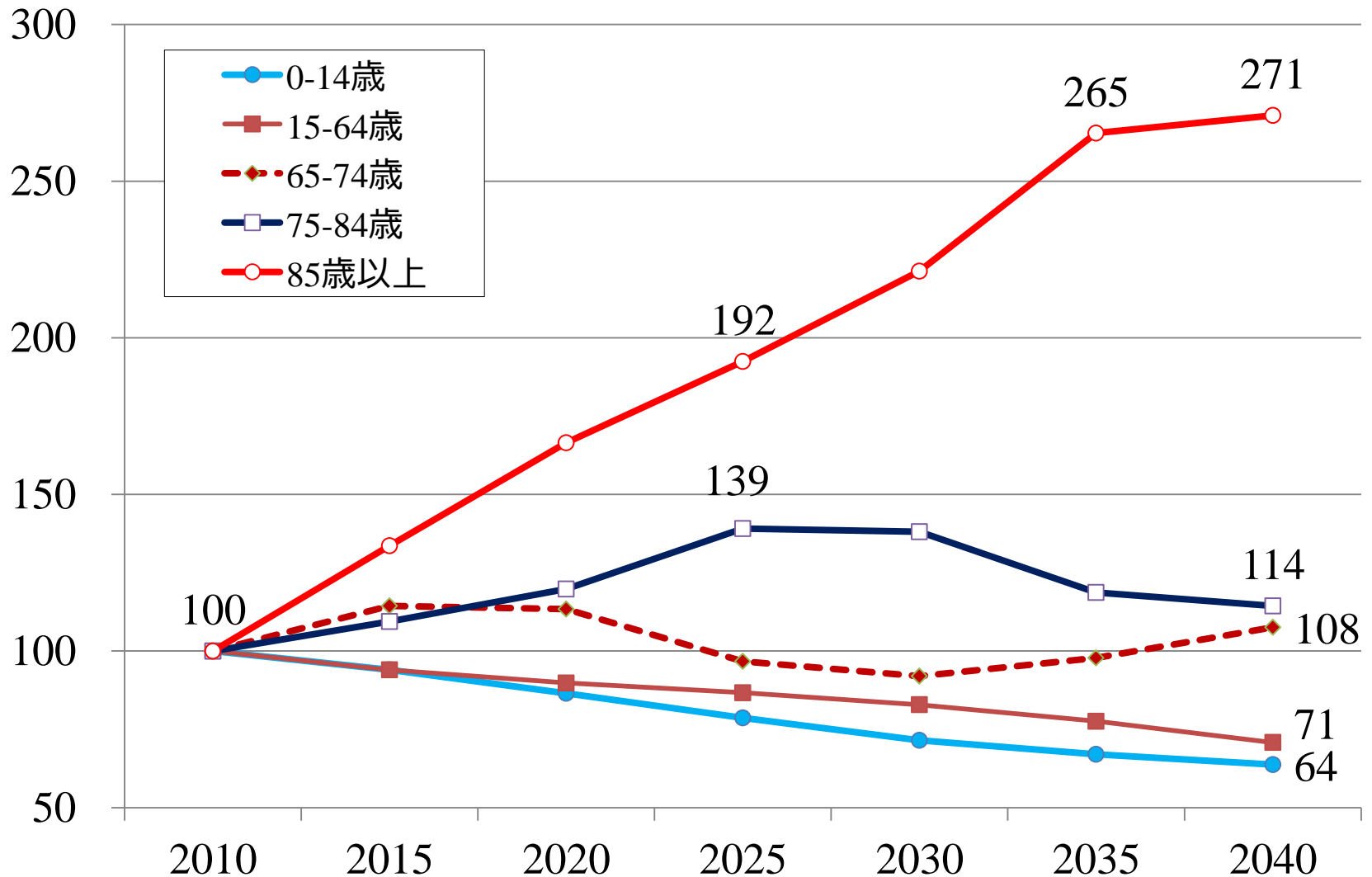
# 1. 人口構造の変化と社会保障への影響

## ① 人口構造の変化

# 人口構造の変化（全国）

	2010		2025		2040	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,806	100.0	12,066	100.0	10,728	100.0
0-14歳	1,684	13.1	1,324	11.0	1,073	10.0
15-64歳	8,173	63.8	7,084	58.7	5,787	53.9
65-74歳	1,529	11.9	1,479	12.3	1,645	15.3
75-84歳	1,037	8.1	1,442	12.0	1,186	11.1
85歳以上	383	3.0	736	6.1	1,037	9.7
再掲) 75歳以上	1,419	11.1	2,179	18.1	2,223	20.7

# 年齢階級別人口の伸び率の推移（全国） （2010年を100とした場合）

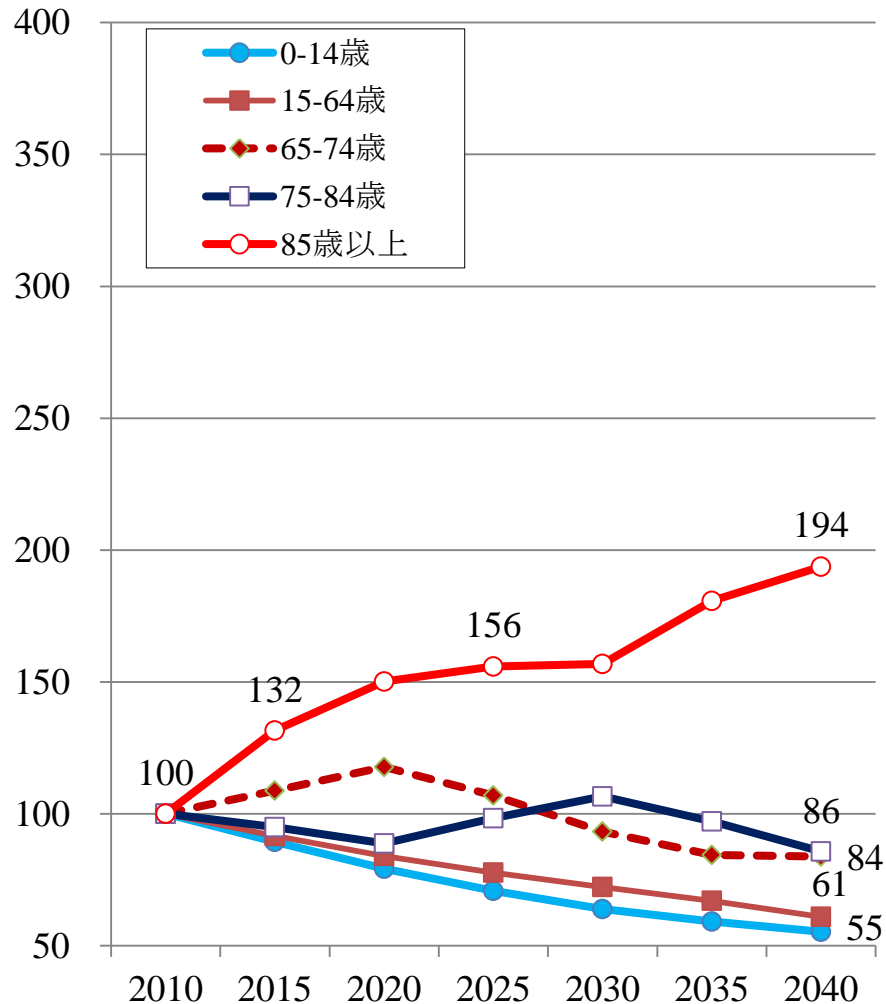


（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より作成

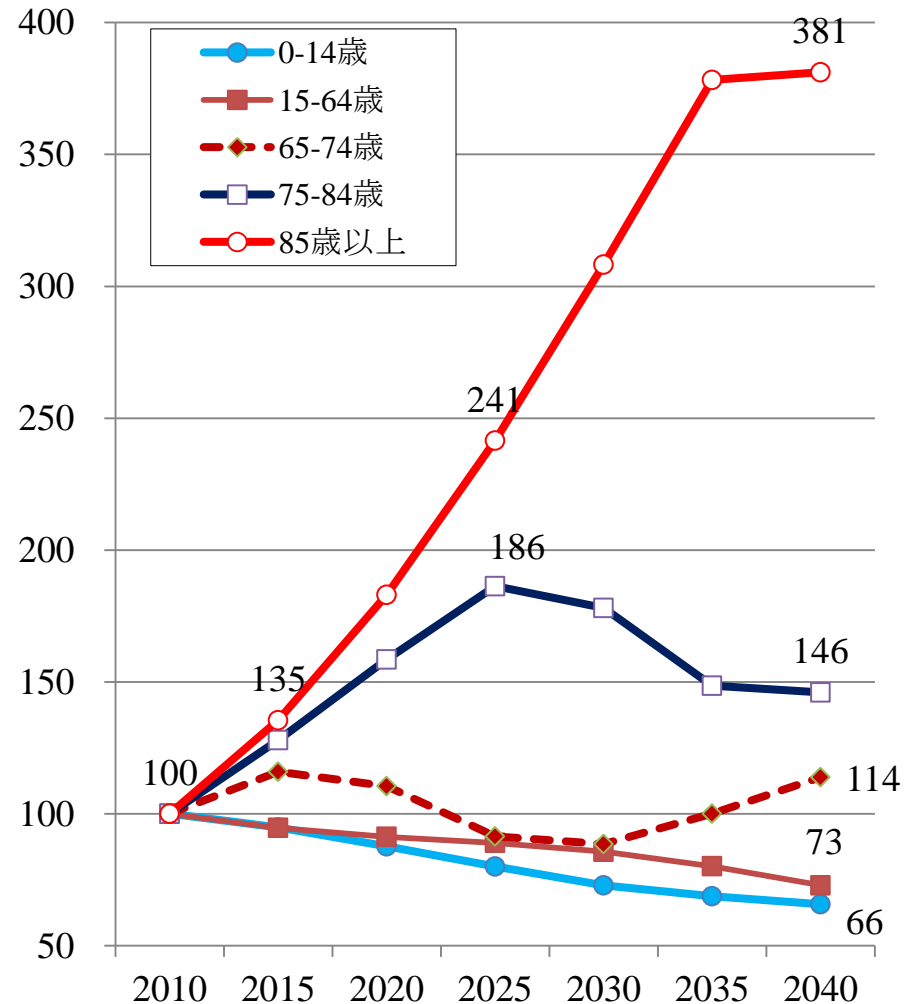
# 年齢階級別人口の伸び率の推移

(2010-2025年間の75歳以上人口の伸び率が最大／最小の2県の比較)

a) 山形県



b) 埼玉県

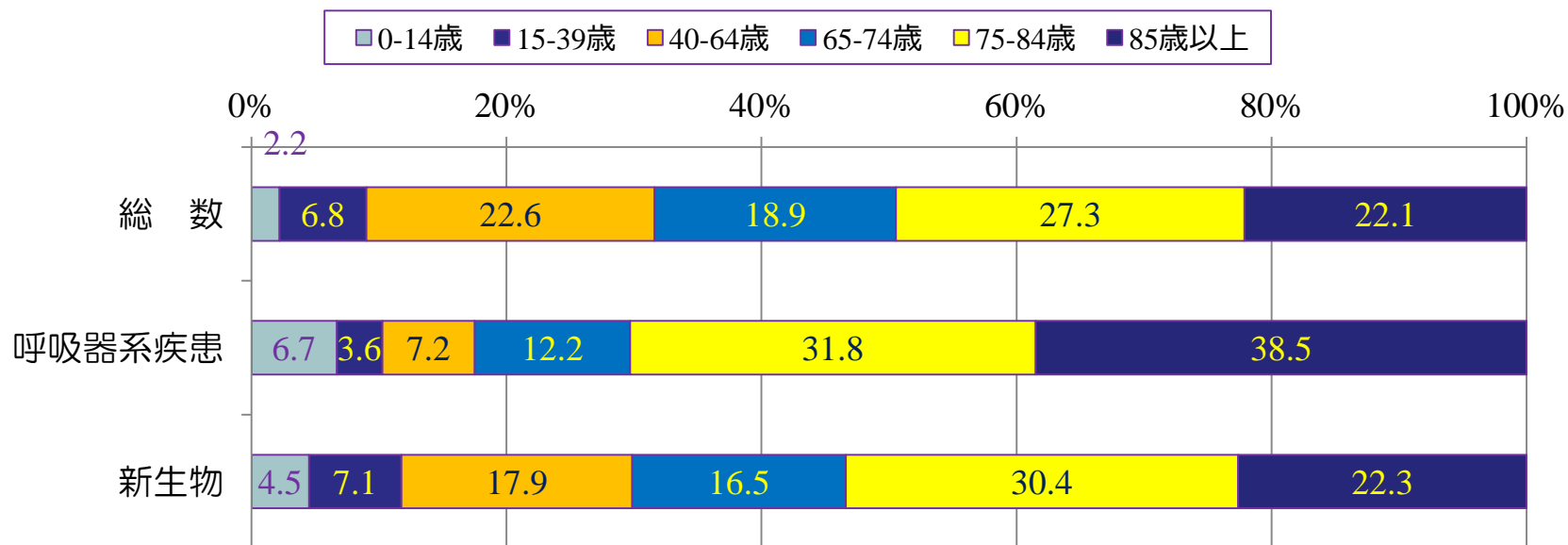


**② 超高齢化が社会保障に及ぼす影響**  
**－ 地域包括ケア / 多職種協働の必要性 －**



# 高齢化の影響 - ①入院患者の高齢化／家族機能の低下 -

【入院患者の年齢構成（2011年）】



(出所) 厚生労働省「平成23年\_患者調査」

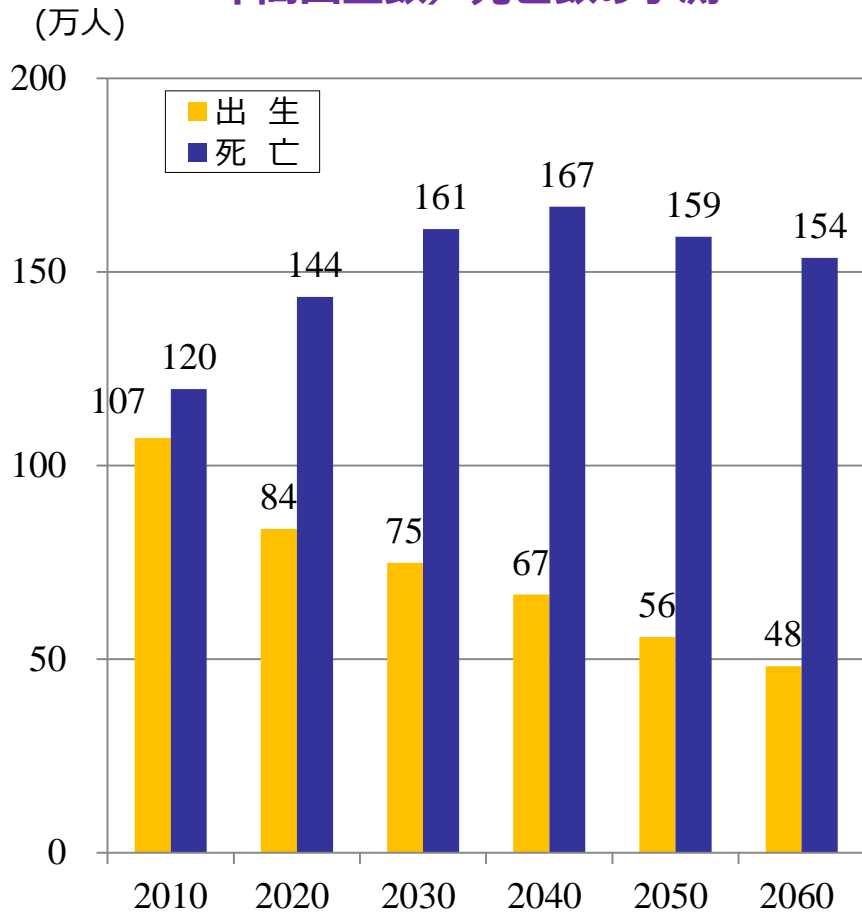
【世帯構造の変化】

	2010	2015	2020	2025
全世帯(万世帯)	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主75歳以上 (万世帯、%)	704 (14.0%)	827 (16.3%)	943 (18.7%)	1,110 (21.8%)
75歳以上の独居(万人)	250	296	342	402

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（平成25年1月推計）」

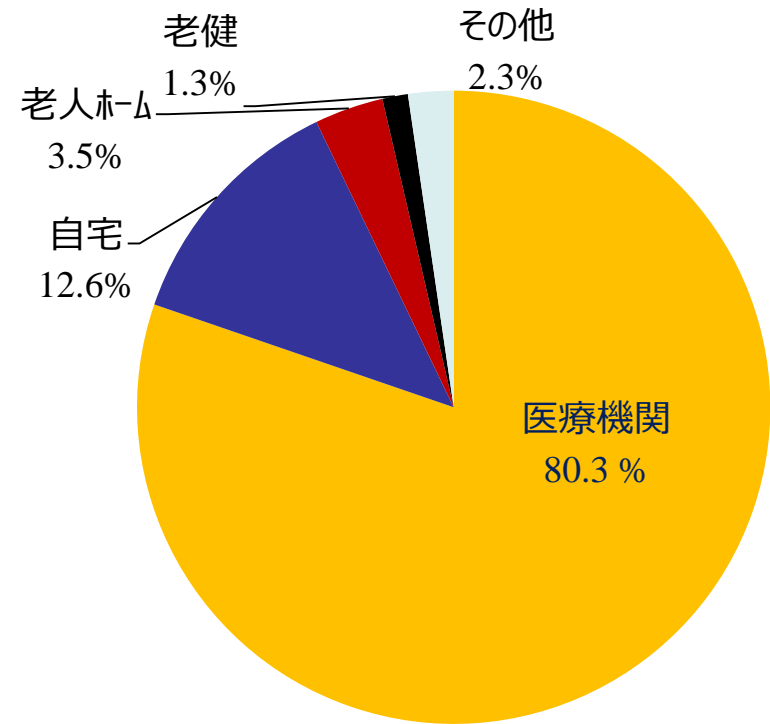
# 高齢化の影響 - ②年間死亡者数の増加 -

年間出生数／死亡数の予測



出典：社人研「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」  
厚生労働省「平成23年人口動態統計の年間推計」

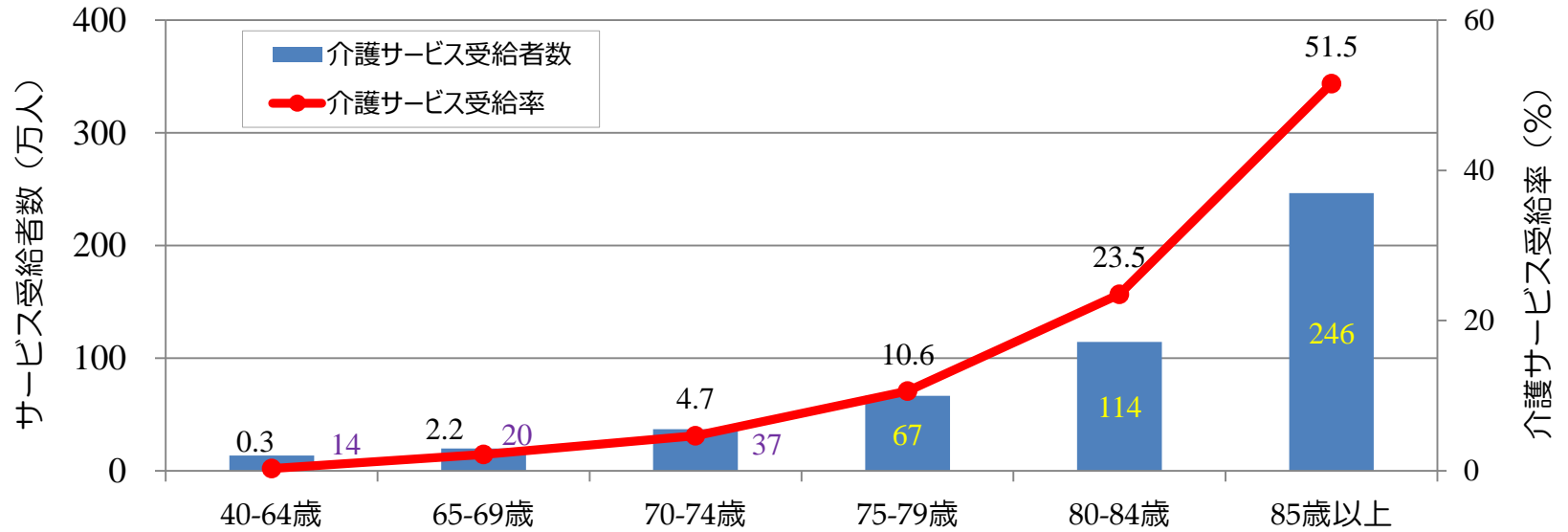
死亡場所（2010年）



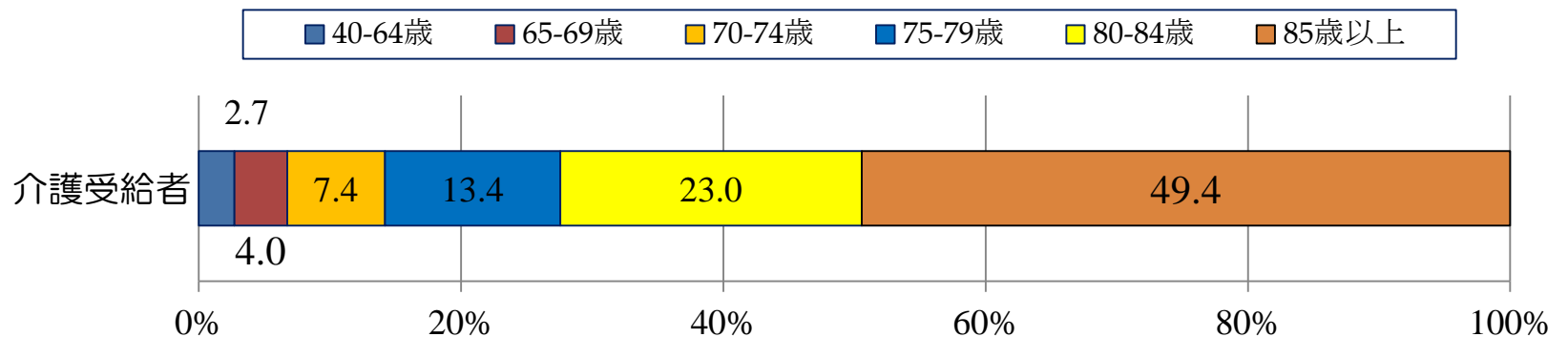
出典：厚生労働省「平成22年人口動態調査」

# 高齢化の影響 - ③介護ニーズの増大 -

## 年齢階級別にみた介護サービス受給者数及び受給率

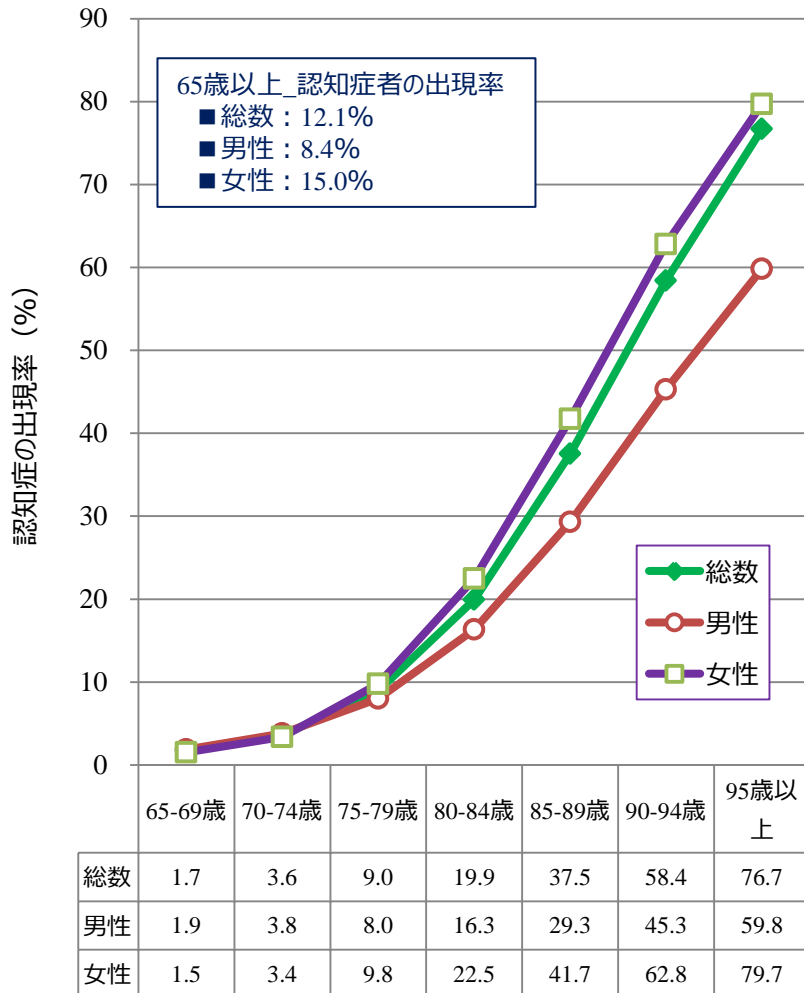


## 年齢階級別にみた介護サービス受給者の構成割合

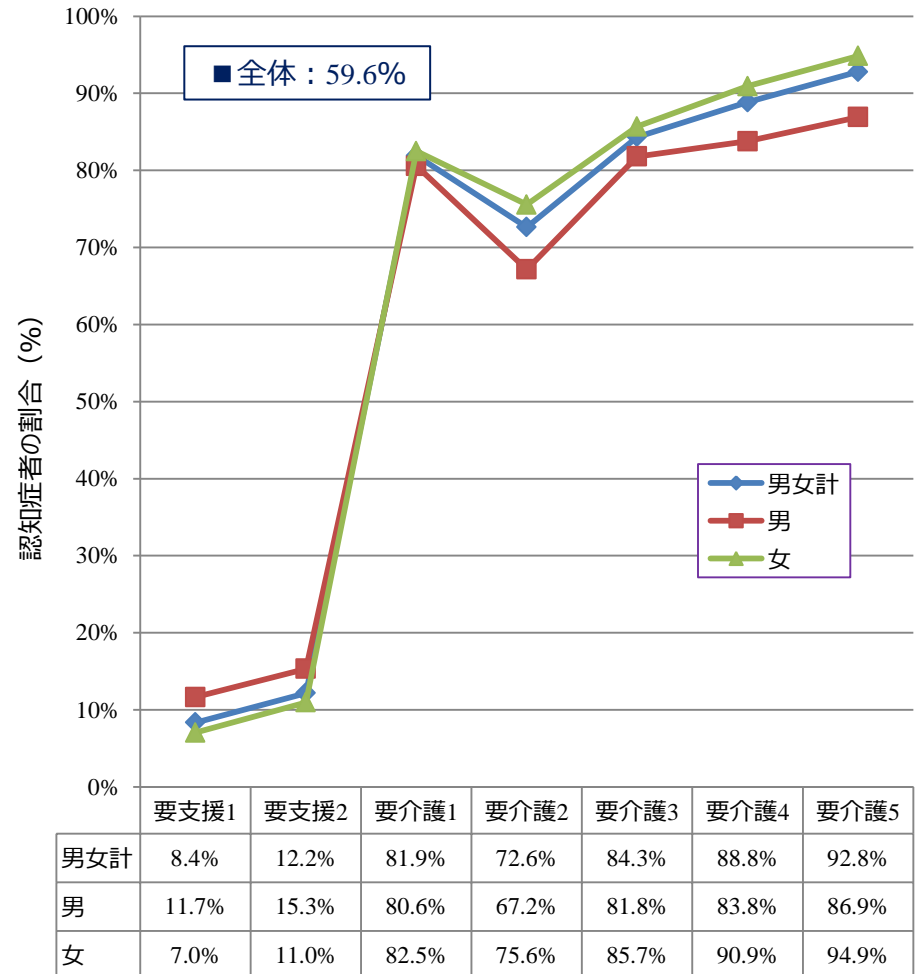


# 高齢化の影響 - ④ 認知症高齢者の増加 -

a) 認知症高齢者の出現率

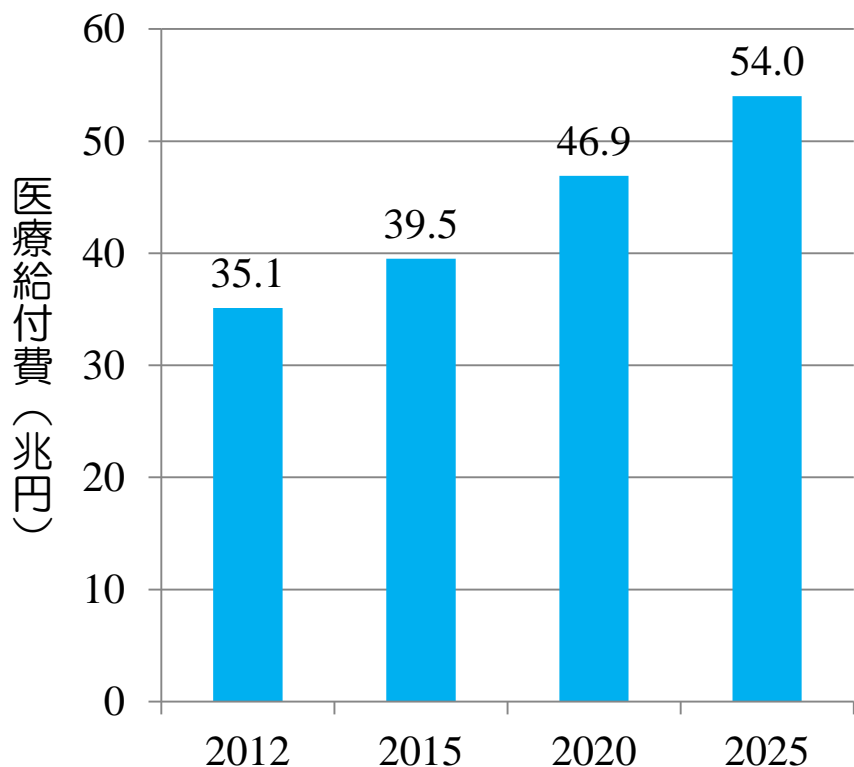


b) 認定者に占める認知症高齢者の割合

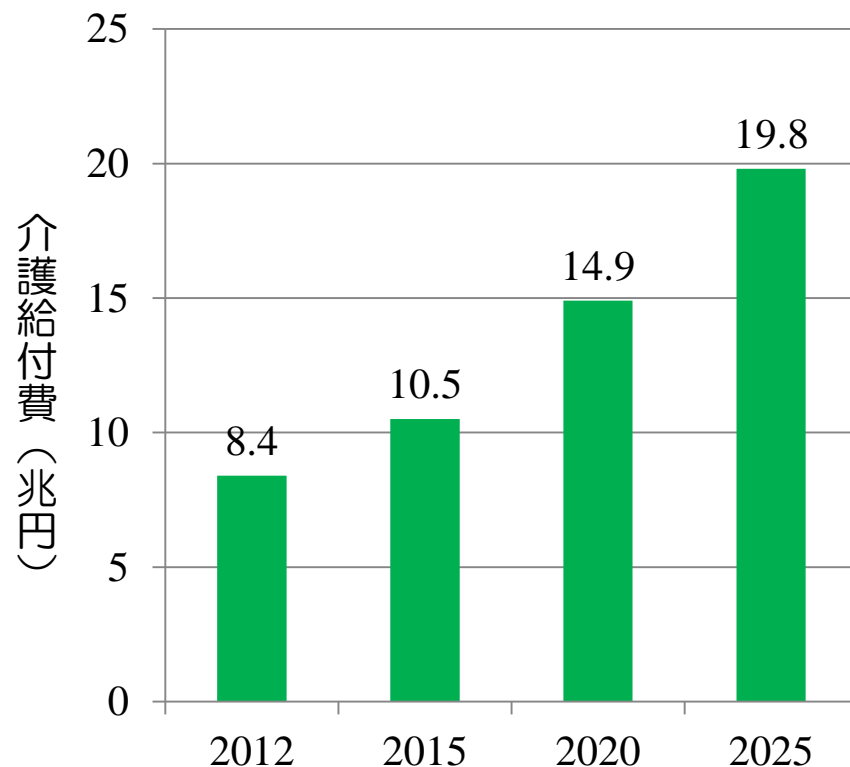


# 高齢化の影響 - ⑤医療・介護給付費及び保険料の増加-

【医療給付費】



【介護給付費】



	2012	2015	2020	2025
後期高齢者医療保険料(円/月)	5,400円	5,800円	6,200円	6,500円
第1号保険料(円/月)	5,000円	5,700円	6,900円	8,200円

## 地域包括ケア／多職種協働が求められる背景

- ・85歳以上人口が急増。
- ・独居高齢者や認知症高齢者が増加。
- ・85歳以上高齢者は半数が介護サービスを利用。加えて、医療や生活支援に対するニーズも、医療リスクも高い→**包括的なサービス提供が必要。**
- ・85歳以上高齢者の場合、健康面、心身機能面、IADL／ADL面など、多領域に生活課題を有している場合も多い。また、1課題(例：誤嚥性肺炎の再発予防)に対しても多職種の関与が必要→**多職種協働が必然に。**
- ・介護費用も8兆円を超え、65歳以上の介護保険料も月額約5.5千円に上昇。介護保険だけで、高齢者の生活全てを支えきることは困難。



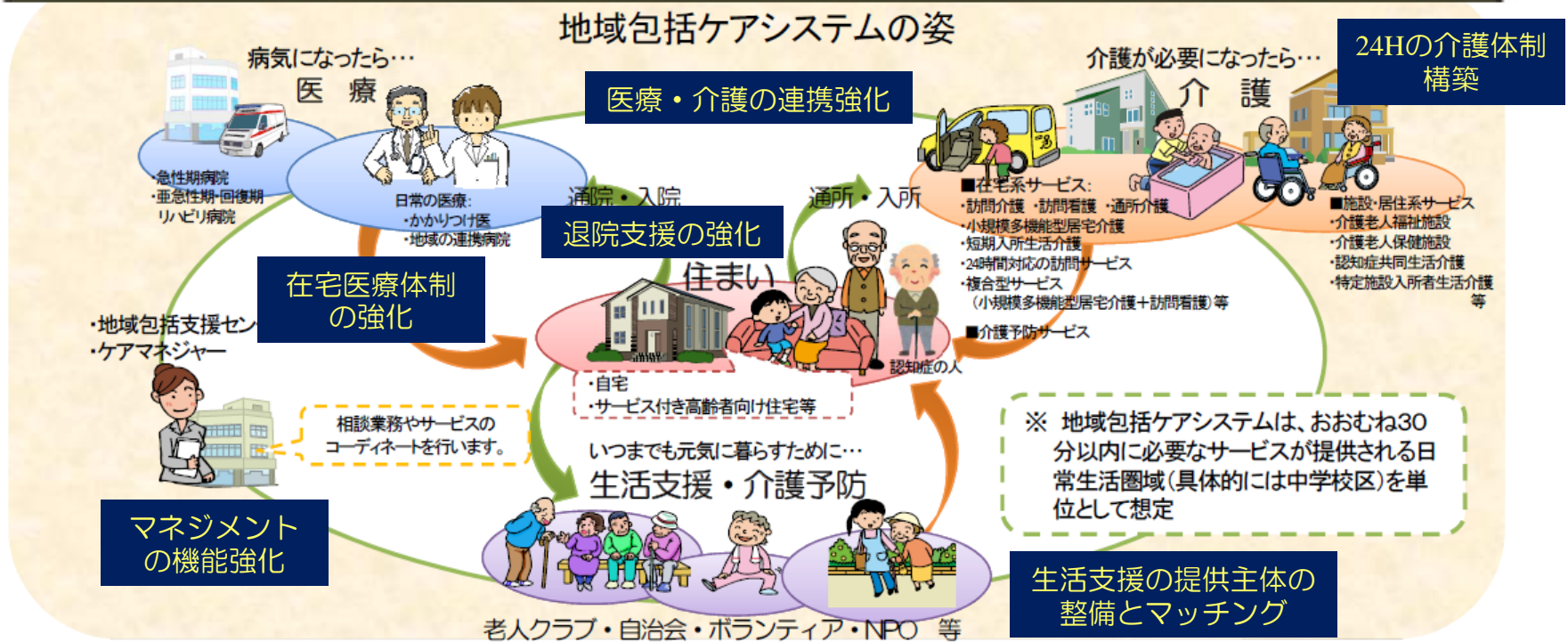
地域内の様々な資源(医療・介護サービス(共助)、近隣の助け合い等(互助))を総動員して、必要な方に必要な支援が、地域特性に応じて提供される仕組み作りが必要。

→**①サービスの量的・質的確保、②ケアマネジメント、③市町村の役割が重要となる。**

## 2. 地域包括ケアシステムとは

# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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よう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。





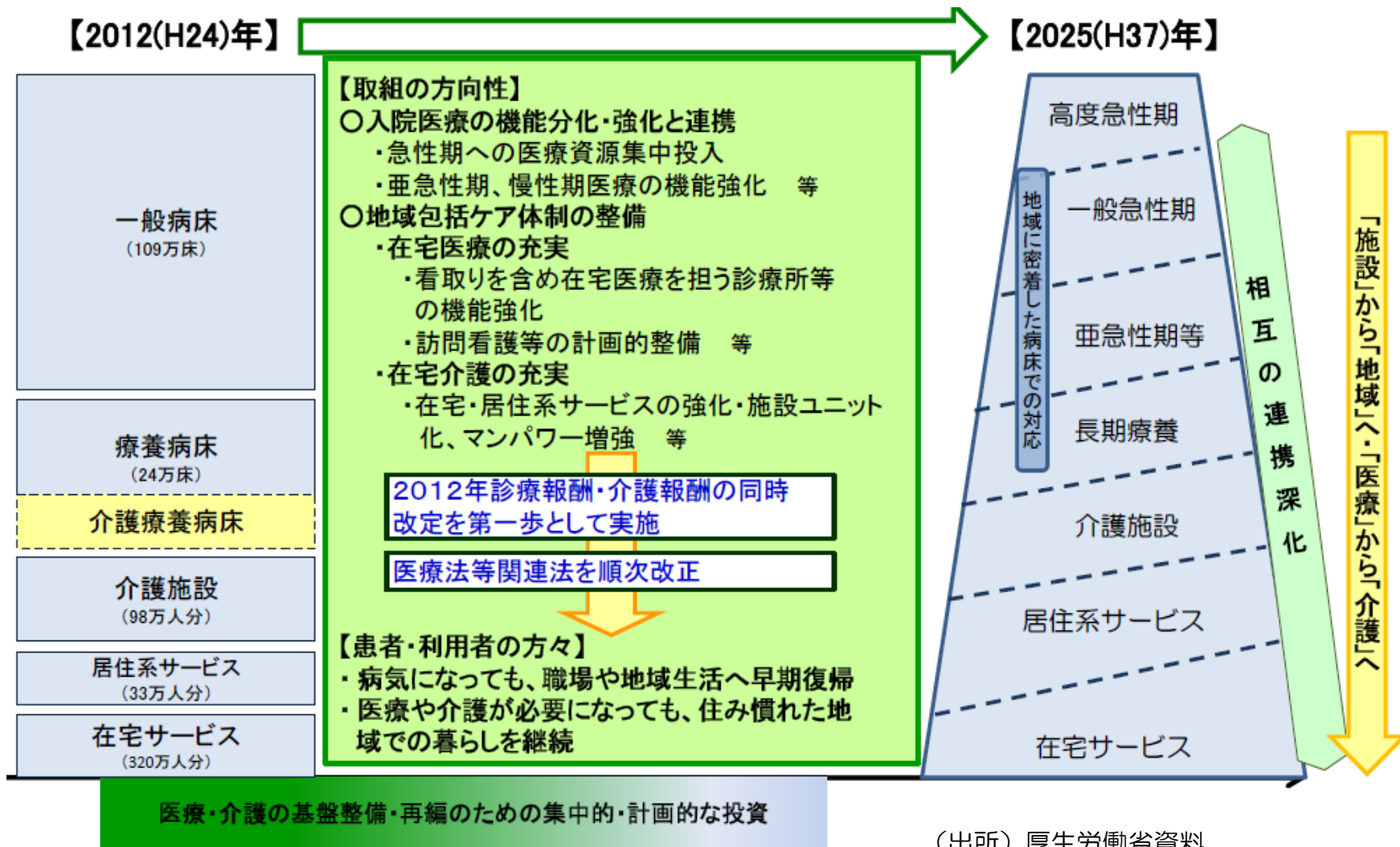
### **3. 地域包括ケア構築に向けた主な施策動向**

- 1) 退院支援の機能強化**
- 2) 在宅医療・介護連携の強化**
- 3) 生活支援サービスの拡充**
- 4) ケアマネジメントプロセス全体の機能強化**

## ①退院支援の機能強化

# 医療・介護機能の再編について（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する。



(出所) 厚生労働省資料

# 効果的な退院調整の評価（H24診療報酬改定）

## 1. 基本的考え方

- ①退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
- ②医療機関間の「退院支援計画」の共有を促進する。
- ③介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等の評価の充実を図る。

### 退院調整加算1（新設） 【一般病棟等の場合】

14日以内	340点
30日以内	150点
31日以上	50点

#### 【主な要件】

- ・入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

### 地域連携加算

300点（新設）

#### 【内容】

入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の医療機関と共有した場合に（入院医療機関が）算定する。

# 回復期リハ病床の評価の見直し－退院後を踏まえた計画策定－ (H26診療報酬改定)

## 回復期リハビリテーション病棟入院料全体の見直し

- 患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

**リハビリテーション総合計画評価料**  
**(新) 入院時訪問指導加算 150点(入院中 1回)**

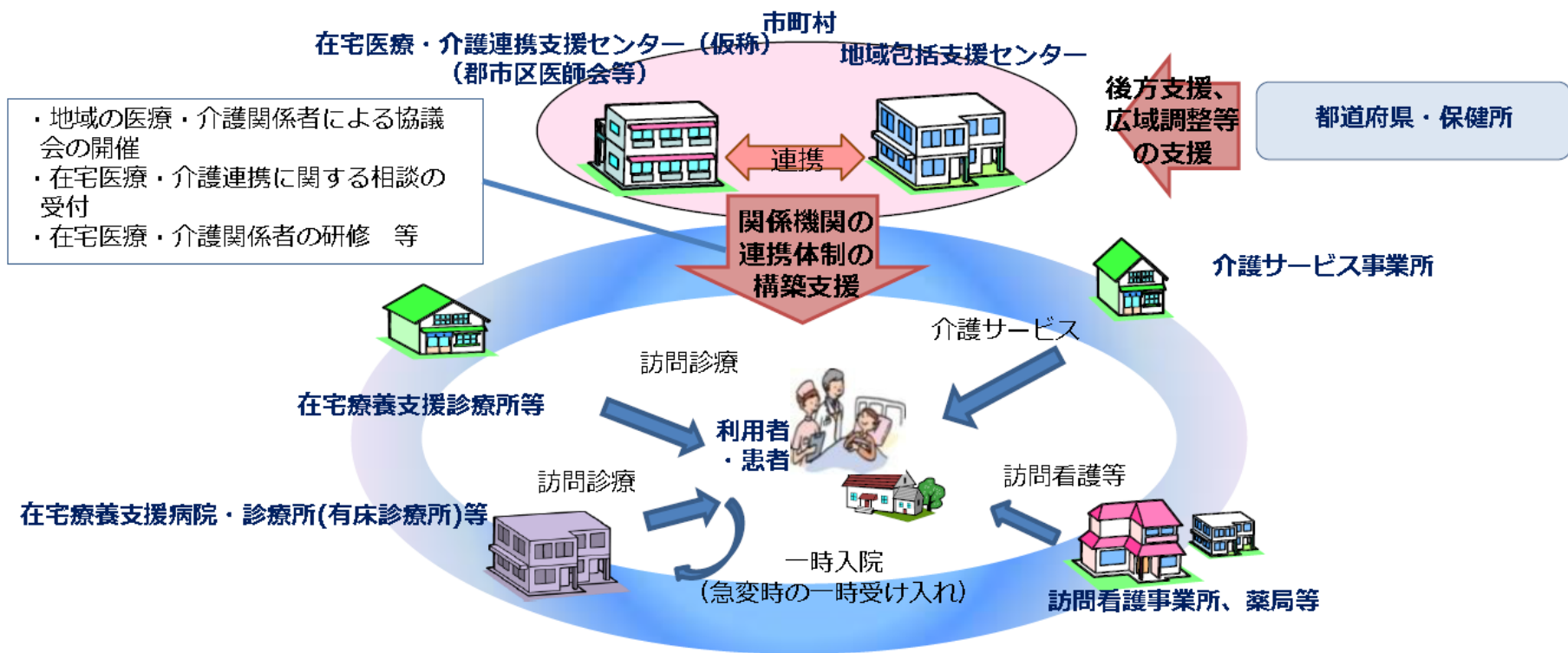
### [算定要件]

- ① 当該病棟への入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

## ②在宅医療・介護の連携強化

# 在宅医療・介護連携推進事業（平成27年度～）

- ・介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、群市区医師会と連携しつつ取り組む。
- ・可能な市町村は平成27年4月から開始、平成30年4月には全市町村で実施。
- ・原則として、以下の8事業を実施する（一部を郡市区医師会等に委託可能）。
  - ①地域の医療・介護サービス資源の把握
  - ②在宅医療・介護連携の課題の抽出や対応の協議
  - ③在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営
  - ④在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
  - ⑤在宅医療・介護関係者の研修
  - ⑥24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
  - ⑦地域住民への普及啓発
  - ⑧二次医療圏内・関係市町村の連携



## 市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置。

### (1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

### (2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。

### (3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。

### (4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

### (5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。

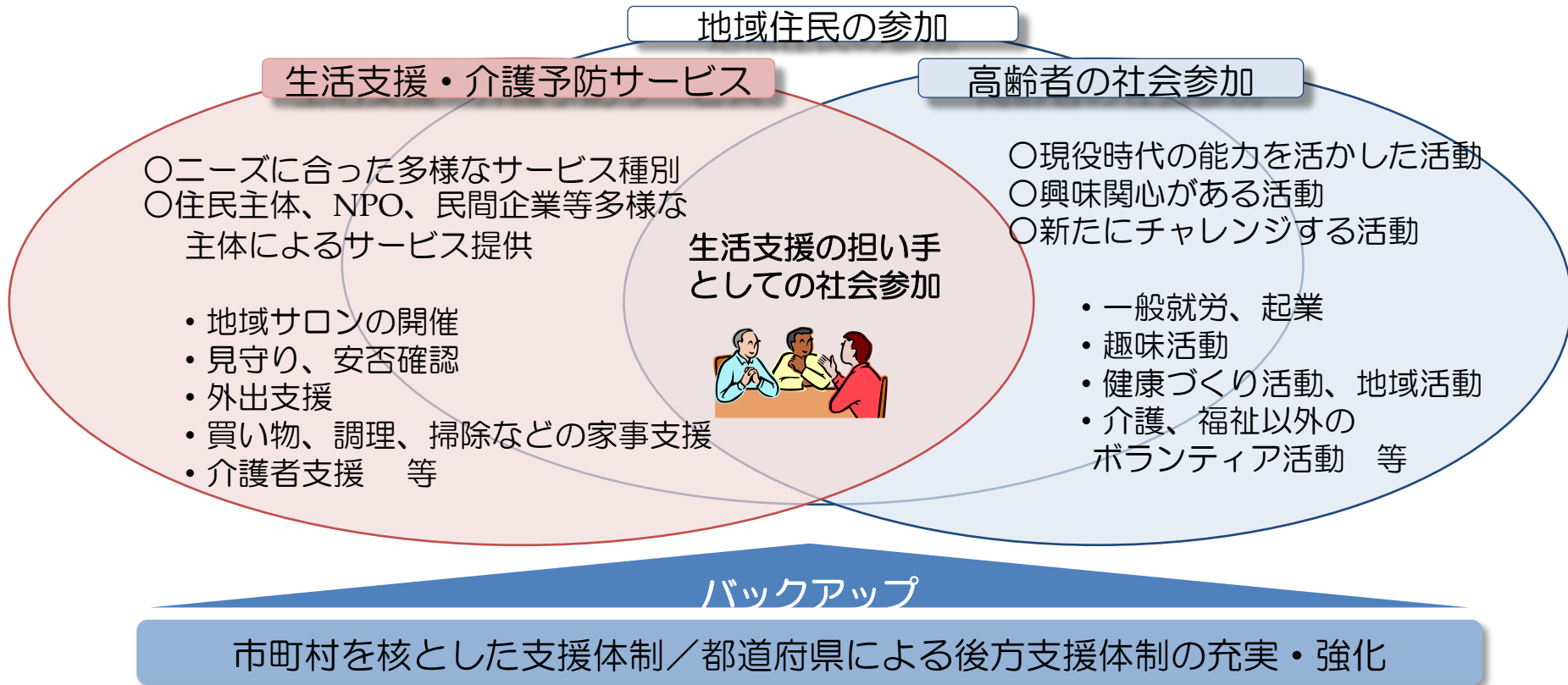




### ③生活支援サービスの拡充

# 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

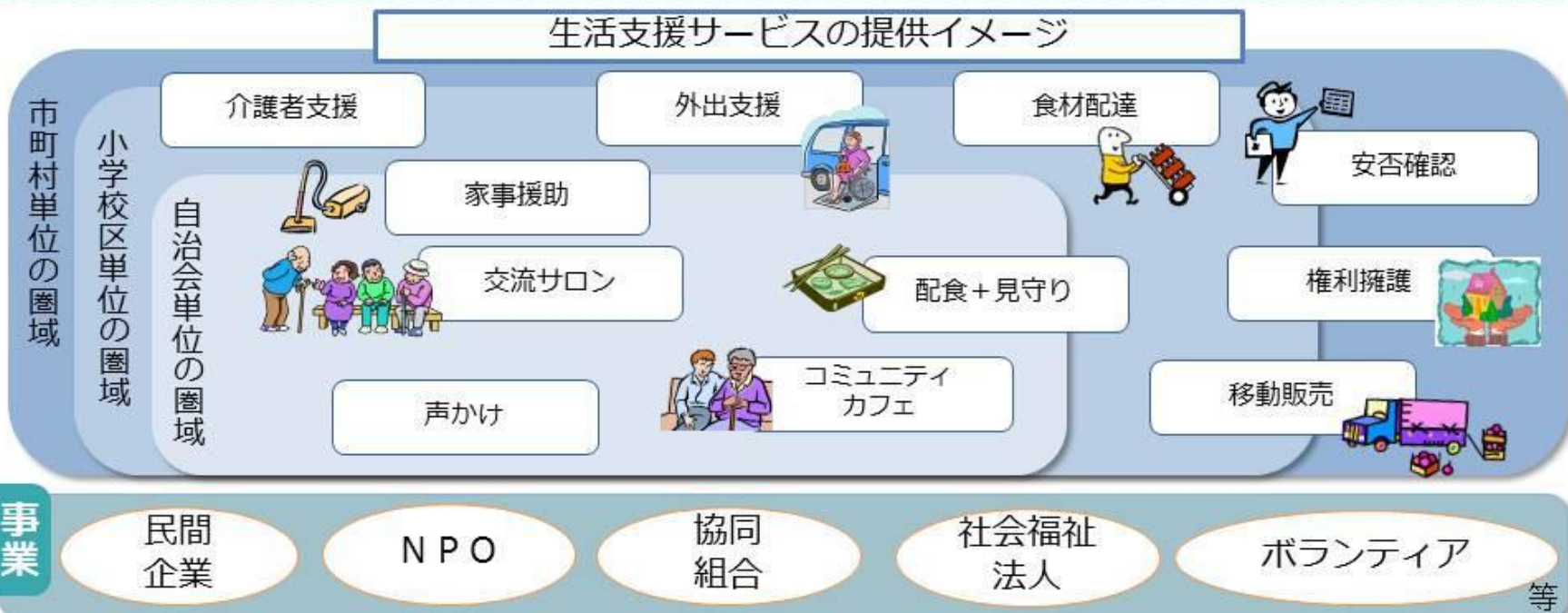
- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



# 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



## バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

# 生活支援・介護予防の基盤整備におけるコーディネーター・協議体の役割

○全国のNPO等の民間団体とも協働し、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体を活用した基盤整備の方向性を検討中。

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

**(1) 生活支援コーディネーターの配置** ⇒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

- 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

## (B) ネットワーク構築

- 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

## (C) ニーズと取組のマッチング

- 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
- サービス提供主体の活動ニーズと活用可能な地域資源をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26、27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 小中学校区域で、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

※1 これらの取組については、平成26年度予算案においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 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

# 北九州市の取り組み例

## ～取組の概要～

### 取組の経緯

#### （企画運営）

- 北九州市

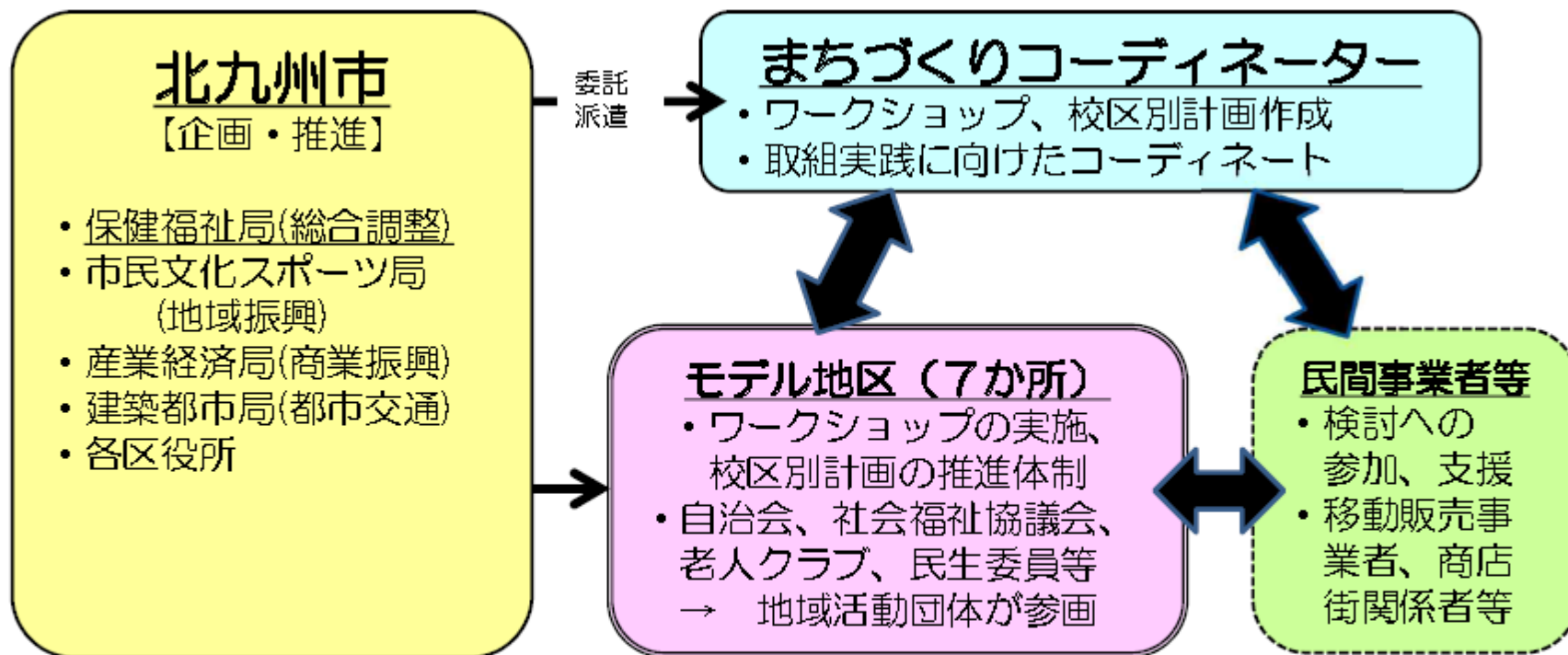
#### （背景・地域の課題）

- ・高齢社会への対応はまちづくりの重要課題
- ・高齢化率が地区により異なる。（中には40%を超える地区あり）
- ・重点施策として、身近な小学校区を単位とした「地域づくり」を推進  
→ 自治会、校区社会福祉協議会、民生委員などの横断的な組織化  
（全小学校区に「まちづくり協議会」と地域活動拠点「市民センター」を設置）
- ・一部地域において、地域住民が朝市などの活動を自ら立ち上げ、活動を展開  
→ 買い物支援とあわせて、高齢者の見守り・地域交流につなげる

#### （取組のポイント）

- 市内全域を対象に、高齢者の徒歩での買い物環境をイメージ化した「買い物環境マップ」の作成やヒアリング等を通じて、地域ごとの買い物困難度を見える化
- 上記の状況を地域住民や関係事業者と共有し、住民主体で対策のための計画をまとめる仕組みをつくることで、地域協働による買い物支援の推進を図る
- 各地区の独自性ある取組を共有できるネットワーク会議を設置

## ～買い物支援モデル事業の概要～



### 買い物応援ネットワーク会議

買い物支援に携わる民間事業者、地域住民代表、福祉事業者、行政などが参加

# 北九州市の特徴ある取組（２）

## ワークショップ方式による計画づくり

- 概ね小学校区を単位として、各区にモデル地区（各区1か所、全7か所）を選定、まちづくりコーディネーターと市の担当者をペアで派遣
- 住民参加によるワークショップや高齢者へのアンケート調査を実施
- 地域の意向やコミュニティの現状を踏まえながら、買い物支援に係る地域活動計画を作成



## ④ ケアマネジメントプロセス全体の 機能強化

ア) ケアマネジメントの強化

イ) 事業所間の連携強化

ウ) 個別援助計画の機能強化





## ア) ケアマネジメントの機能強化

# ケアマネジメントの質の向上に向けて－抜粋－

## I アセスメントの重要性と課題抽出プロセスの明確化

- アセスメントは、「解決すべき課題」を把握するための重要プロセスである。
- 課題や目標を導き出したプロセスを明らかにすることは、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
- これにより、サービス担当者会議において「考え方の共有」がなされ、その結果、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。
- 利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)をどのような考えで導き出したかを明確にするため、課題抽出のための新たな様式の活用を進める。

## II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画の原案の内容について、多職種による専門的な見地からの議論を行い、より質の高い原案への修正を図っていくことが重要。

## III モニタリングにおける適切な評価の推進

- 短期目標の達成状況を総括し、ケアプランの適切な見直しに資するよう、評価のための新たな様式の活用を図る。

# ケアマネジメントのスキル向上に向けて

## 1. 「課題認識」が重要

ただし、課題を認識するためには「現在の姿」と「今後の姿」の両方の評価が必要。

## 2. 「課題分析」が重要

生活障害を引き起こしている「根本原因」を追及し、その根本原因を除去するための具体的な対策の検討が必要。



事業所ベースで事例検討会（リハ職や看護師が参加）を開催し、課題認識や課題分析に対し、専門職から助言や指導を受けることが有用。  
（マネジメントスキル向上を目的とした会議）

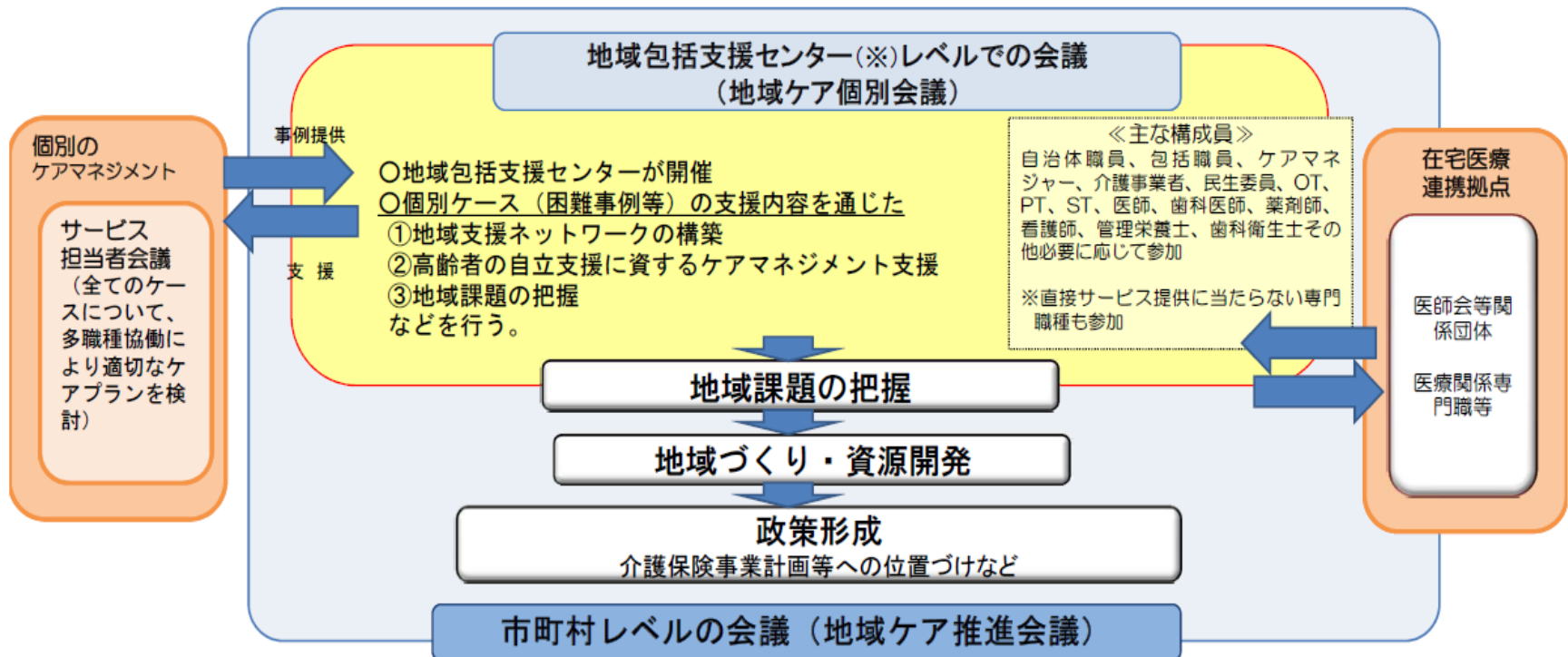


ただし、事業所ベースでの実施は困難

# 地域ケア会議

- 地域ケア会議は、
  - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
  - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
  - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



# 地域ケア会議の実施風景 (大分県国東市の取り組み)

- 個々の高齢者の心身状態や生活背景等を踏まえて課題を把握し、**本人の意向に沿って、地域で自立した生活を送ることができるように、介護サービスや生活支援サービス等の有効かつ適切な利用を支援する。**
- 地域ケア会議は、保険者（市）と介護関係者がチームとなり、高齢者の自立支援と事後予測を見据えたケアプランになっているか確認する場。
- 医療関係者（リハ職「セラピスト」、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、薬剤師）の参加を得て、**医療との連携レベルを高めていく。**

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士など

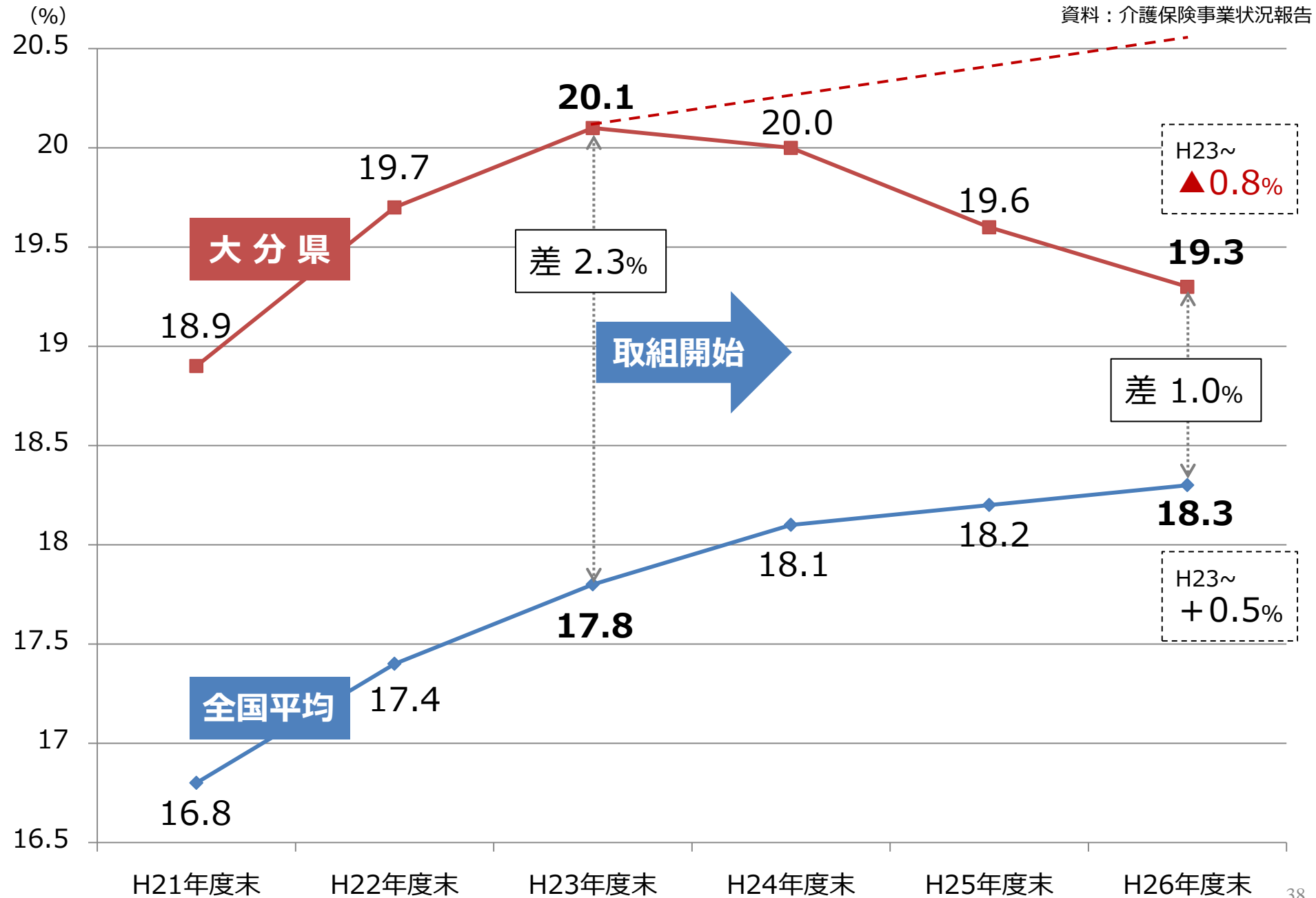
市（保険者）、地域包括支援センター

ケアプラン作成者、事業所



# 大分県の要介護認定率の推移

資料：介護保険事業状況報告



# 県平均、最高の5599円でも…

## 県内市町村の 第6期介護保険料(基準月額)

市町村	保険料(円)	前期比(円)
豊後大野	6250	0
津久見	5998	591
大分	5994	542
大布	5990	▲77
玖珠	5950	500
九重	5930	730
別府	5799	172
日出	5699	▲68
竹田	5500	0
杵築	5300	0
宇佐	5190	200
豊後高田	5100	▲140
日田	5018	133
中津	5000	100
臼杵	4780	0
国東	4750	0
姫島	4300	800
県平均	5599	248

保険料が高い順。▲はマイナス

# 介護保険料 上昇幅小さく

3年ごとに見直される65歳以上の介護保険料がこの4月から変わり、県内でも各市町村の保険料が決まった。住民の高齢化や、介護サービスの充実などを背景に、県内の半数に当たる9市町村で保険料(基準月額)が上昇し、県平均は5599円で過去最高となった。ただ、上がり幅は3年前に比べて抑えられており、県高年齢福祉課は「介護予防などの取り組みにより、高齢者の健康づくりが広がっている成果ではないかとみている」。

2000年度から始まった。保険料は市町村ごとに決定した介護保険制度は、3年を今後3年間のサービスの利便性としており、この4月、用見込みを予測して、必要から第6期(15・17年度)となる介護給付費を算出した。65歳以上の保た。

介護保険料(基準月額)の県平均の推移



# 高齢者の健康づくり成果か

が2期連続で最も高く6250円。最低は姫島村の4300円で、市町村間で最高19950円の開きが出た。一方、県平均の上昇率は4.6%で、全国最高だった第5期の28.8%から見ると「かなり抑えられた」と同課。国が介護報酬をマイナス改定し、給付費が抑えられたことが大きな要因となったほか、作業療法士や栄養士ら各種専門家が意見を出し合う地域ケア会議を全市町村に設置し、「お世話をする介護だけでなく、高齢者の自立をサポートする介護を積極的に取り入れたことも効果があった」とする。

大分大教育福祉科学部の工藤修一講師(高齢者福祉)は「介護サービスを受けていない高齢者にとっては、保険料の上昇が抑制されることは良いことだ。一方、サービスを利用する高齢者は保険料が抑えられても、利用料や保険外負担が増えれば、負担は増す可能性がある。保険料だけでなく、全ての負担をトータルで見ると判断することが必要になる」としている。

平成27年4月21日(火) 大分合同新聞朝刊

平成27年2月4日(水) 大分合同新聞朝刊

# 要支援サービス 移行の自治体

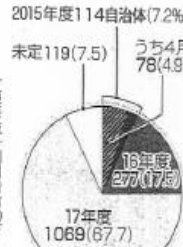
# 準備不足、二の足の

# 15年度7%どまり

要介護度が軽い「要支援1、2」の高齢者向けサービスの一部を4月以降、全国一律の介護保険給付から切り離して段階的に市区町村の事業へ移す制度改正で、最初の2015年度に移行を予定しているのは全国で7.2%に当たる14自治体にとどまる見通しであることが3日、厚生労働省の調査で分かった。(3面に関連記事)

# 大分は10市町

要支援サービス移行  
予定年度別に見た  
自治体数の割合



※全国1579自治体(一部は広域連合)。四捨五入のため合計は100%にならない

67.7%の1069自治体は最終期限の17年度に先送りする方針。地域の事情に合った多様なサービスを提供し、費用の抑制も図るとして昨年6月に関連法の改正が成立、移行が決まっていた。

要支援サービス 介護保険利用者が約50万人と、介護職員が自宅に来る訪問介護(ホームヘルプ)、同約45万人は、昨年6月に成立した地域ケア会議・介護総合推進法で介護保険から切り離され、市区町村が実施する事業に移すことになった。財源は従来同様保険料と税金、利用者負担で賄われる。移行は全国1579自治体

厚労省は早めの実施を促しているが、多くの自治体が準備不足から「足を踏んで」いる。態勢が整わないまま17年度を迎え、地域間格差が生じる恐れもある。移行が1月、都道府県を通じ全国1579自治体

(一部は広域連合)の状況を調べた。方針を固めきっていないケースもあり、数字は変動する可能性がある。15年度に移行予定の自治体数を都道府県別にみると、大分が最も多い10で、東京の9、埼玉、神奈川両県の8と続く。北陸や近畿、中国、四国は低調で、13府県ではゼロ。続く16年度は277(17.5%)で、17年度が1069と圧倒的に多い。「時期未定」も19(7.5%)あった。市区町村に移されるのは予防通所介護(デイサービス)と予防訪問介護(ホームヘルプ)。現在は人員基準や利用料を国が一律に決めており、提供できるのは指定を受けた事業所だけだが、移行後は自治体ごとに基準や利用料を独自に定める。サービスは介護事業所だけでなく、NPOやボランティアが低価格で提供するケースも可能になる。

15年度移行予定の大分県内10市町は次の通り。

別府、中津、津久見、杵築、臼杵、杵築、杵築、杵築、杵築、杵築



## イ) 事業所間の連携強化

# 介護職と看護／リハ職の連携強化（H24介護報酬改定）

## 1. 基本的考え方

- ①医療ニーズの高い者に対する看護職と介護職の連携強化を図る。
- ②リハ職と介護職の連携強化を図る。

看護・介護職員  
連携強化加算

250単位／月  
(新設)

### 【内容】

・訪問介護職員と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合に、訪問看護を実施している医療機関や訪問看護ステーションが算定する。

訪問介護と訪問リハの  
連携に対する加算

300単位／回  
(新設)

### 【内容】

訪問リハ実施時に、訪問介護事業所のサービス提供者とともに利用者宅を訪問し、利用者の身体の状態等を共同で行い、サービス提供責任者が訪問介護計画を作成する上で必要な指導及び助言を行った場合に（訪問リハ事業所が）算定する（3ヶ月に1回を限度とする）。

生活機能向上連携加算

100単位／月

### 【内容】

訪問リハに同行し、リハ職と共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成した場合に（訪問介護事業所が）算定する（3ヶ月を限度とする）。

# 生活行為の観察・評価とケア職への指導（入浴の場合）

- 入浴は、①立位、②移乗、③座位保持、④またぎ、⑤回転などで構成される。
- 一連の入浴行為を評価し、①本人ができる行為はどこか（過介護の防止）、②支援が必要な行為はどこかを、リハ職がケア職に指導・助言することが求められている。



## **ウ) 個別援助計画の機能強化**

**－ 訪問・通所リハのマネジメント力の強化－**

# リハビリテーションマネジメントの再構築について

## 論点1

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するため、リハビリテーションマネジメントのリハビリテーション実施計画書の(様式の)充実や計画策定と活用のプロセスの充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーションカンファレンス」の実施と情報共有のしくみの新たな評価など、リハビリテーションマネジメントに関する報酬評価を再構築してはどうか。

## 対応案

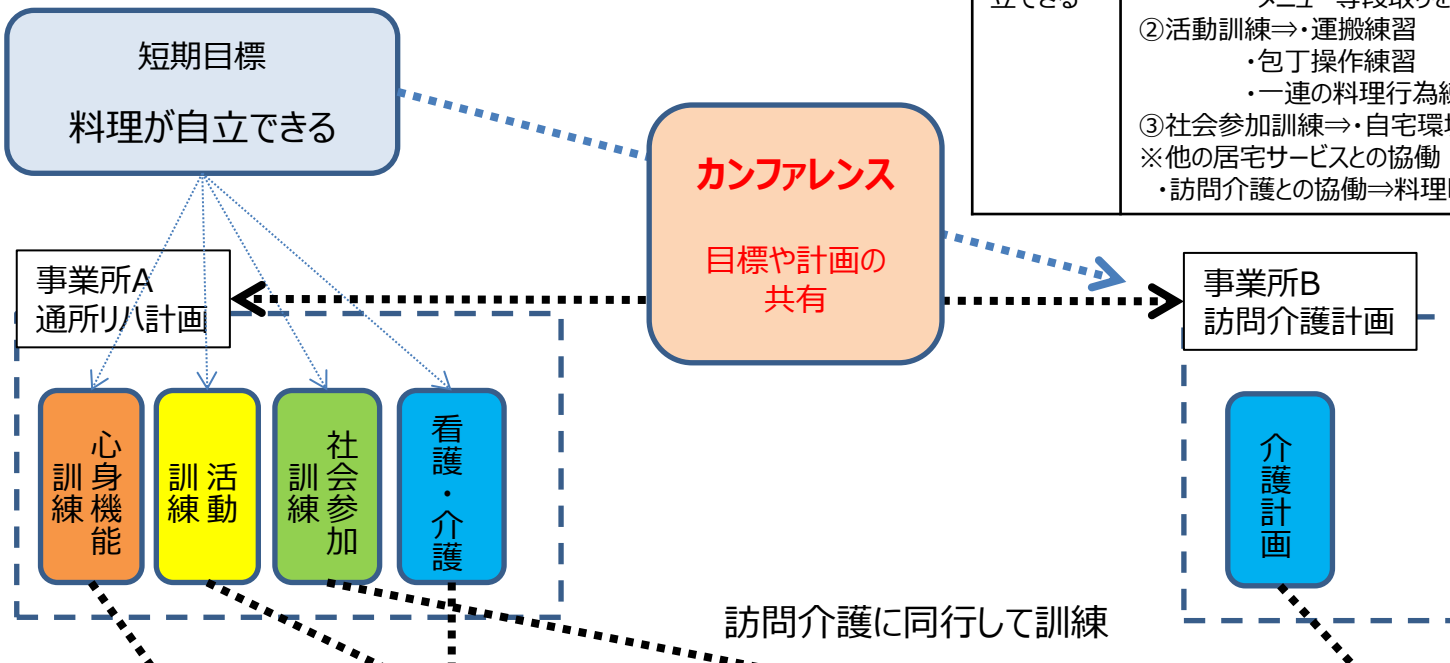
- 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算について、新たな評価内容の追加や算定要件の見直しにより報酬を引き上げる。
  - ・ 利用者主体の日常生活に着目した目標設定
  - ・ 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入
  - ・ プロセスマネジメントの導入
  - ・ 通所リハビリテーションの訪問指導等加算で評価されている理学療法士等による利用者の居宅への訪問評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化(訪問指導等加算のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)
- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価されている訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取組の充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価する。

また、理学療法士等が訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化する(訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)。

# 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

○通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

## 例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



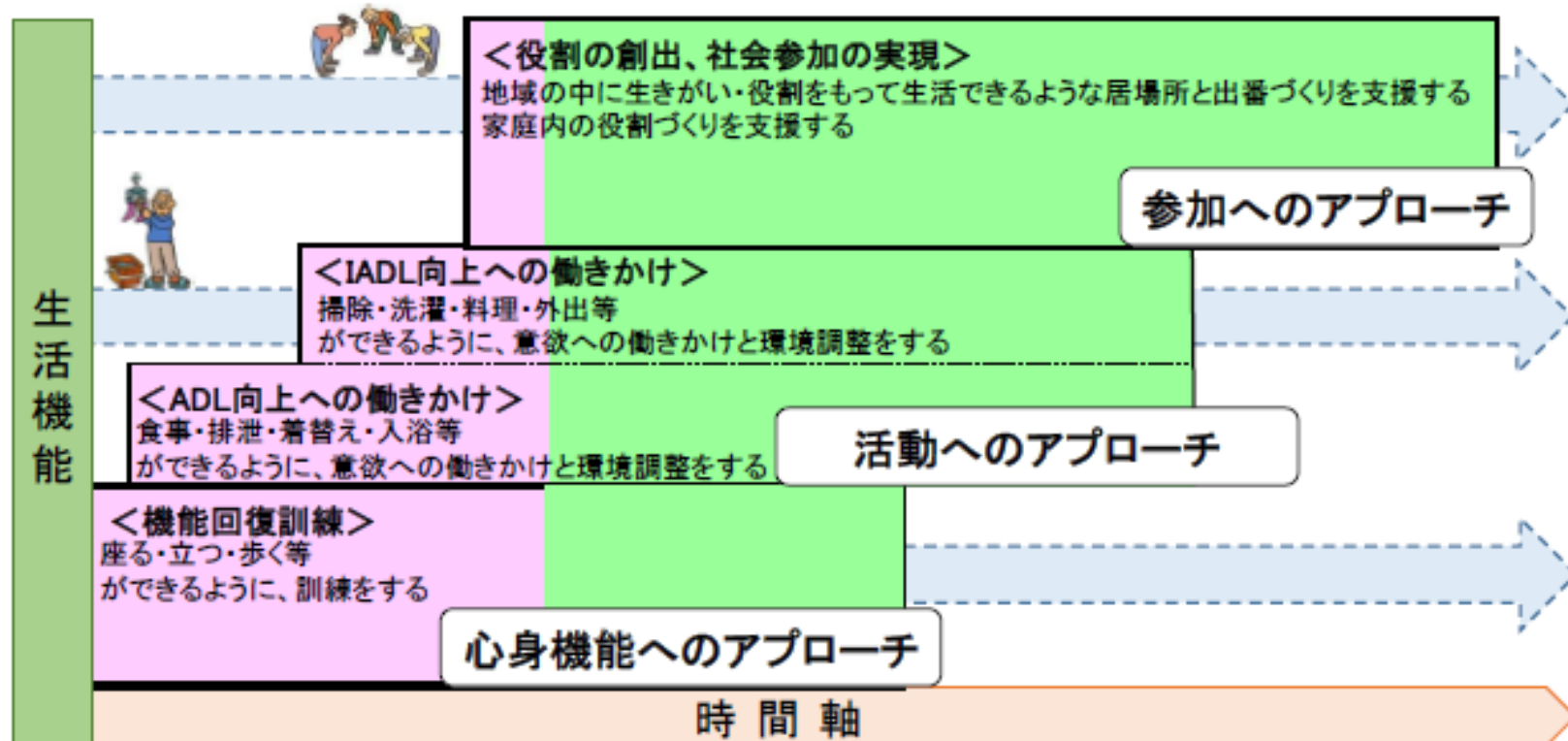
短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取りを考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 ・訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を 実施。 同時に訪問 介護と同行 訪問

利用者の一日のタイムスケジュール (例)

9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
							訪問介護	

# リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



- 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
- 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。

- 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
- 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
- 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。

## **4. 医療・介護連携の現状と課題**

**1) 退院時連携の現状と課題**

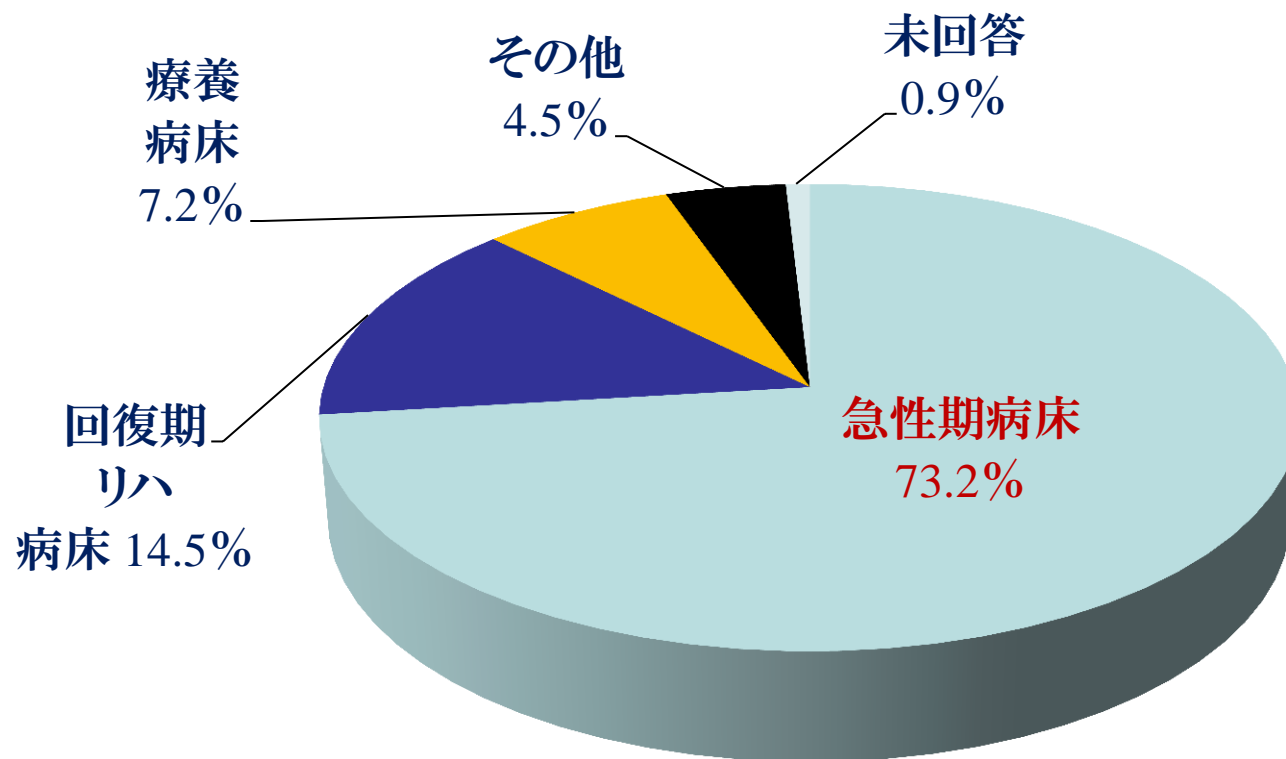
**2) ケアマネジメントの現状と課題**



## ①退院時連携の現状と課題

# 入院元病床

- 自宅退院した要介護者の入院元病床は、急性期病床が73.2%を占めていた。
- 回復期リハ病床からの退院者は全体の14.5%であった。



## 入院時の患者特性 – 入院原因疾患 –

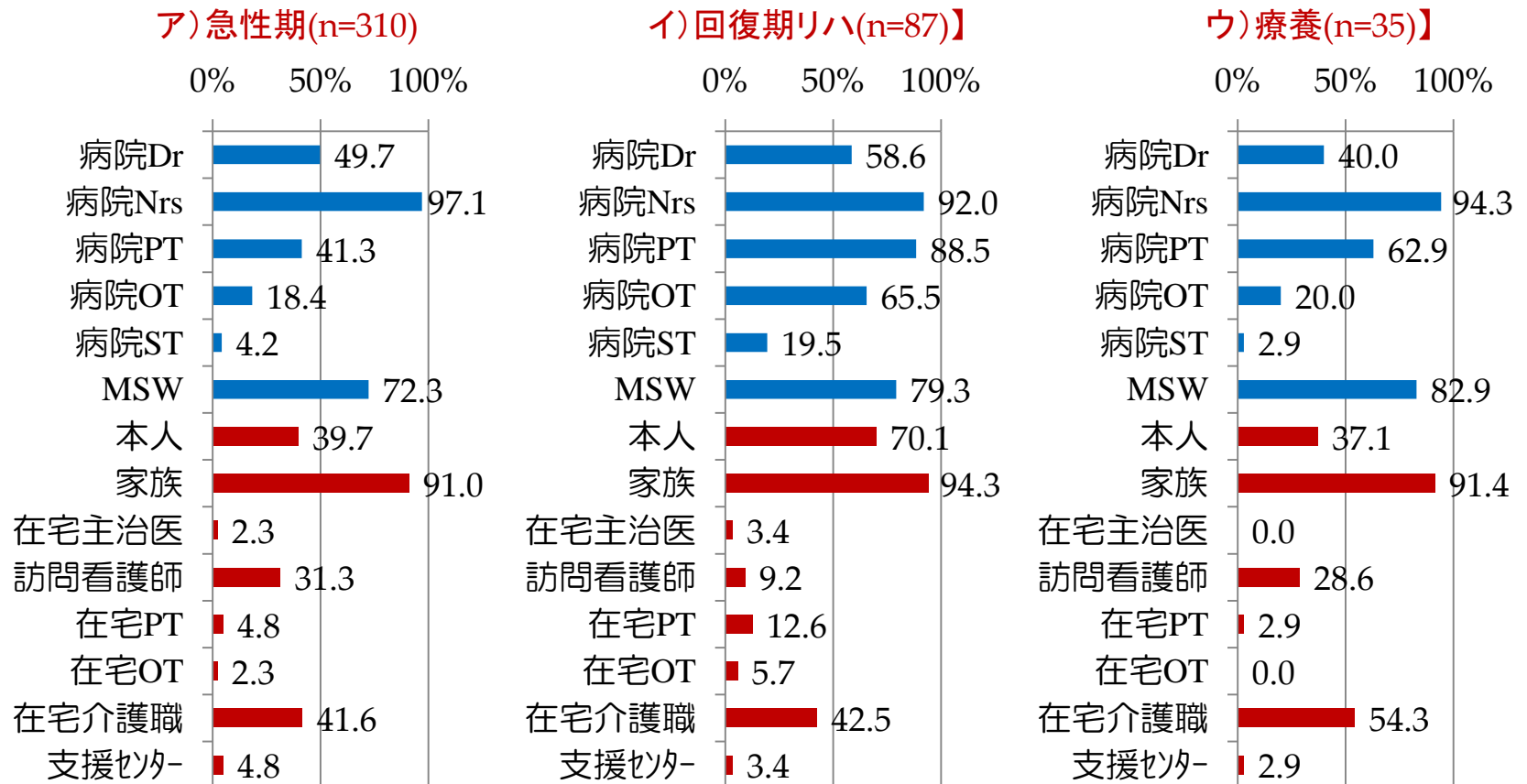
○急性期病床では[肺炎][心疾患], 回復期リハでは[脳梗塞][大腿骨骨折], 療養病床では[大腿骨骨折][脳出血][心疾患]の入院が多かった。

	総数 (n=678)	急性期病床 (n=496)	回復期リハ (n=97)	療養病床 (n=49)
第1位	肺炎 13.4%	肺炎 16.1%	脳梗塞 26.8%	大腿骨骨折 12.2%
第2位	心疾患 10.3%	心疾患 12.1%	大腿骨骨折 19.6%	脳出血 12.2%
第3位	大腿骨骨折 9.4%	悪性腫瘍 7.9%	脳出血 14.4%	心疾患 12.2%
第4位	脳梗塞 8.1%	大腿骨骨折 7.5%	その他の骨折 8.2%	肺炎 10.2%
第5位	悪性腫瘍 6.9%	消化器疾患 6.3%	肺炎 4.1%	その他の骨折 8.2%

# 退院支援プロセス – 退院前ケアカンファレンスへの参加状況 –

- 退院前CCへの病院PTの参加率は、[急性期]41.3%、[回復期リハ]88.5%、[療養]62.9%と、急性期病床での参加率が低い状況であった。
- 退院前CCへの在宅主治医、リハ職の参加率は低位であった。

【退院前CC開催時の職種別にみた参加率】



# 退院支援／退院時ケアマネジメントの機能強化に向けて

## ■平均在院日数がさらに短くなると...

- 入院早期からの退院支援計画の策定が求められる。
- 入院患者への看護・リハに時間がとられ、退院前訪問などが困難化。
- 入院中の、退院に向けた患者指導が完結しなくなる。
- 医療的な問題を抱えた状態での退院患者が増える。
- 回復期（ADLの改善可能性が高い）段階での退院患者が増える。



## ■お互いの強みを生かす連携の構築

- 病院専門職の強み：医学的観察レベルが高い。予後予測ができる。
- ケアマネの強み：入院前の生活、療養環境、退院後の生活が成り立つための要件を知っている。

## ■病院専門職の役割の明確化（ケアマネジメントの側面支援）

- 自宅環境下での看護やリハの継続の必要性の適切な判断
- 病状／症状、ADLの予後予測支援
- 生活場面での具体的な観察ポイントの提示、どのような状態が生じた場合に医療職に相談すればよいかといった具体的指示の実施

# 大牟田市\_白川病院の取り組み

—地域住民を巻き込んだ退院支援のシステム作り—

**(参考) 医療法人静光園 白川病院**

- ・218床（一般60床、療養158床）
- ・診療科：内科、リハ科、放射線科
- ・入院患者の平均年齢：85.7歳

出所) 医療法人静光園\_白川病院 猿渡進平氏：地域住民とNPO法人による要支援者支援システム及び退院支援 より引用

# 繰り返す“真実”の合意形成



キーワードは常に “ 住民はどんな町に住みたいか？ ”

# 病院から退院する患者の 退院前訪問指導

\*地域の繋がり合いの復元

本人

インフォーマル

別居家族

フォーマル





## ②ケアマネジメントの現状と課題

# 自立支援型（課題解決型） ケアマネジメントとは

専門員の目標

自立の支援

利用者が自分らしい  
生活をおくること

利用者の目標

自立

自分らしい生活をおくること

自分の人生への主体的で積極的な参画

お互いの目標

本来持っているが  
潜在化した「意欲」

利用者・家族はどのような生活を本当は望んでいるのか、  
また、そのためにどの程度まで努力をしそうかを見極める

阻害

転換

転換

①原因  
(…のために)

②状態  
(…の状態)

③問題(困りごと)  
(…ができない)  
(…までしか  
できない)

④意欲  
(…がしたい)  
(～までできるよう  
になりたい)

アセスメント

生活障害の原因分析

何のサービスを入れるか  
(表面的な困りごとへの解決策)

利用者の要望  
(ディマンド)の混在

ケアプラン

課題解決のための  
短期目標

対 応  
(サービスは課題解決の  
ための「手段」)

生活全般の解決すべき課題  
(ニーズ：専門職の見立て)

長期目標：自分らしい生活の実現

出所) 佐藤信人：ケアプラン作成の基本的考え方、p.57を一部改変

# 生活行為の観察と評価（入浴の場合）

- 入浴は、①立位、②移乗、③座位保持、④またぎ、⑤回転などで構成される。
- 「入浴ができない」と評価するのではなく、「一連の入浴行為のどこができないのか」を把握する（自分で観察する、事業所から情報を得る）くせをつける必要がある。
- ※課題設定「入浴ができない」 ⇒入浴できるための方法(代替サービス)を考える。
- ※課題設定「お風呂が跨げない」 ⇒跨げるようになるためにはどうすべきか(方法)を考える。



# ケアマネジメントの機能強化に向けて

## －マネジメントプロセスの強化－

---

### 1. インテーク能力の強化

利用者が「したいこと／なりたくないこと（本音）」の適切な把握

### 2. 課題認識の強化

ADLや症状／病状の現状と予後のギャップ（課題）の適切な評価  
→リハ／看護職の見立て方法を学ぶ（地域ケア会議などを通じて）

### 3. 課題を生じさせている原因の把握能力（課題分析能力）の強化

マネジメントとは、解決すべき課題を解決すること。そのためには、課題を生じさせている根本原因を正しく把握することが重要。

### 4. 適切な短期目標の設定と達成

目標を達成するには「本人」。従って、本人が「達成したい」「達成できそう」と思える目標を設定し、これを達成することで、意欲向上を図る。  
→短期目標が徐々にアップしていくようなマネジメントが1つの理想。

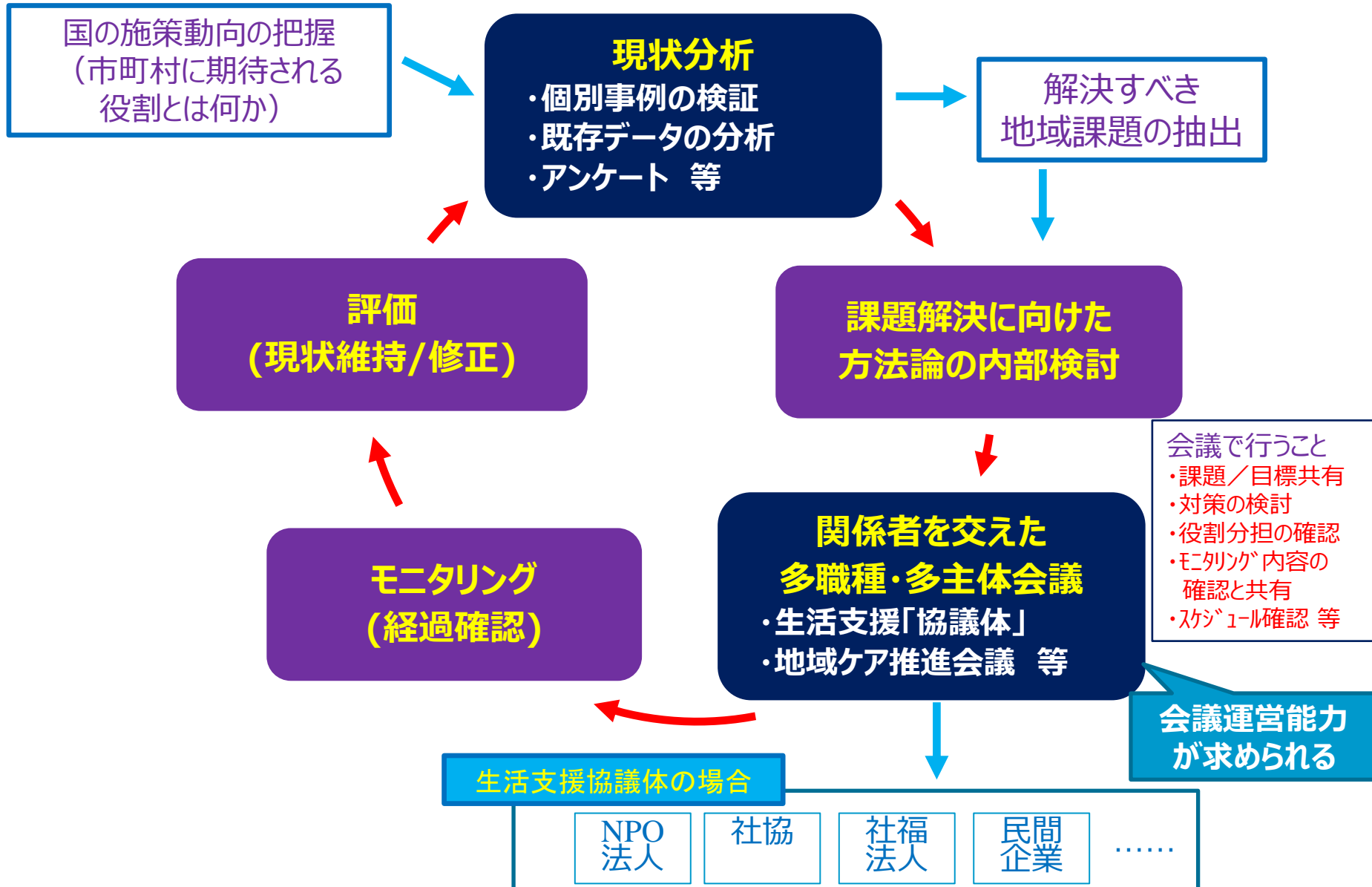
### 5. 個別サービス計画と介護支援計画の整合性の担保

課題・目標をサービス提供者と共有し、その目標達成に向かって、個々のサービス提供者の役割分担を決定していく。各事業所によるサービス提供後、目標が達成出来たかの視点で効果を確認しあう（モニタリング）といったケアマネジメントの本来機能の強化が求められる。

## 5.市町村支援から見えてきた 課題と対策

## ① 地域マネジメントの流れとは

# 地域包括ケア推進に向けた地域マネジメントの流れ（概念図）



## ② 支援活動状況と 同活動を通じて感じた課題



# 支援活動状況とそこから見えてきた現状・課題

## 市町村支援活動状況

(基本方針) 市町村職員の実務への、継続的かつ側面的支援を通じて、①必要な支援の内容、  
②支援方法を確認し、最終的な研修カリキュラム作成につなげていく

(内容) ①データ分析支援、②地域ケア会議の運営支援、③第6期計画策定支援、  
④事業の進め方に関する指導・助言（総合事業、医療・介護連携事業など）

(主な支援対象地区：各市町を月1回ペースで)

①大分県2市（県と協働）、②大阪府1市、③福井県1市1町 ほか

## 見えてきた課題

- 保有する様々なデータの使い方（計画への反映方法）がイメージできていない。
- 計画策定の手順が十分には理解できていない（計画のワークシートを埋めている感じ）
- 会議の運営がシナリオ展開方式（参加者の意見をまとめていく方法に慣れていない）
- 行政職と専門職間、部署間に「壁」がある（協働の形で動いていない。自分の守備範囲を限定。）
- 複数ある事業を網羅的に対応しようとする（例：在宅医療・介護連携の8事業）
- 事業を縦割りでとらえているため、各事業間の関連性がみえていない（メリットが理解できていない）  
（例：地域ケア個別会議と認知症支援策）。
- 事業というくりで考え、それにユーザーを当てはめようとする（事業の継続に無理が生じる）。

## 支援のポイント

- 「したいこと」、「困っていること」をインタビューした上で、課題解決策を側面支援する。
- ツールを与えるだけでは駄目。したいことを踏まえた、ツールの使い方に関する支援が必要。
- 会議運営を「真似る」ための仕掛けが必要（例：ファシリテーターの活用）
- 職種、部署、職場を超えた、「皆で課題を考える会議」の場の設定と会議運営に関する継続支援が必要→協働することの楽しさを体感させること（成功体験）が必要。

## ③-1. 事業計画策定者向けの支援例

### ア) 在宅医療・介護連携推進事業

# 市町村が抱えている課題と支援策の一例

## 市町村が抱えている課題

- 医師会にどのように話しをもっていってよいかわからない（依頼内容を含めて）
- 訪問診療の現状も把握できていなければ、将来的な必要量もわからない  
（第7期計画策定上の課題でもある）
- 医師会から、「地域ケア個別会議に参加させて欲しい」という前向きな要望がきているが、どのように対応すればよいか困っている  
（現在の会議は、平日の午前中に実施しているので、同じ枠組みでは対応できない）

## 助言／提案内容

### （訪問診療の必要量の把握に関して）

- ①訪問診療は、通院困難者が主対象となるので、重度の要介護者への対策という位置づけになる。
- ②2025年における重度要介護の在宅療養者の将来推計は、第6期計画で作成しているはず。
- ③2025年の訪問診療必要者数を知るためには、「在宅療養者のうち、何%が訪問診療を現在受けているかを要介護度別に把握し、これに、2025年の要介護度別在宅療養者数を掛けて合計すれば算出できる（粗い推計ではあるが）」
- ④問題は、「要介護度別訪問診療受給率をどのように算出するか」。これは既存のデータでは難しいので、アンケート調査を行う必要がある。  
→他の地域（滋賀県）で先行して行った調査があるので、その調査票と分析結果を紹介。

### （地域ケア個別会議への対応に関して）

- ①医師が参加可能な時間帯での開催が必要。また、医師が参加しやすい事例の選定が大事。
- ②事例検討の結果は、「在宅医療・介護連携事業の②課題抽出」に活用できるのでは。
- ③事例としては、①退院事例、②医療ニーズが高い事例などが考えられるのでは。
- ④退院事例の検討には、病院側の関係者（退院調整部門、病棟看護師、リハ職、MSWなど）にも参加要請してはどうか→病院関係者と在宅関係者間の相互理解と連携の促進のために

# 「訪問診療に関する実態調査」票の紹介

調査票Ⅱ. 訪問診療受給者調査 (※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい)

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護度別人数を回答下さい。

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
要介護度別利用者数	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい (複数回答)。

社会福祉士 介護福祉士 訪問介護員 看護職 リハ職 薬剤師 歯科衛生士 栄養士 その他 ( )

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？

( )人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

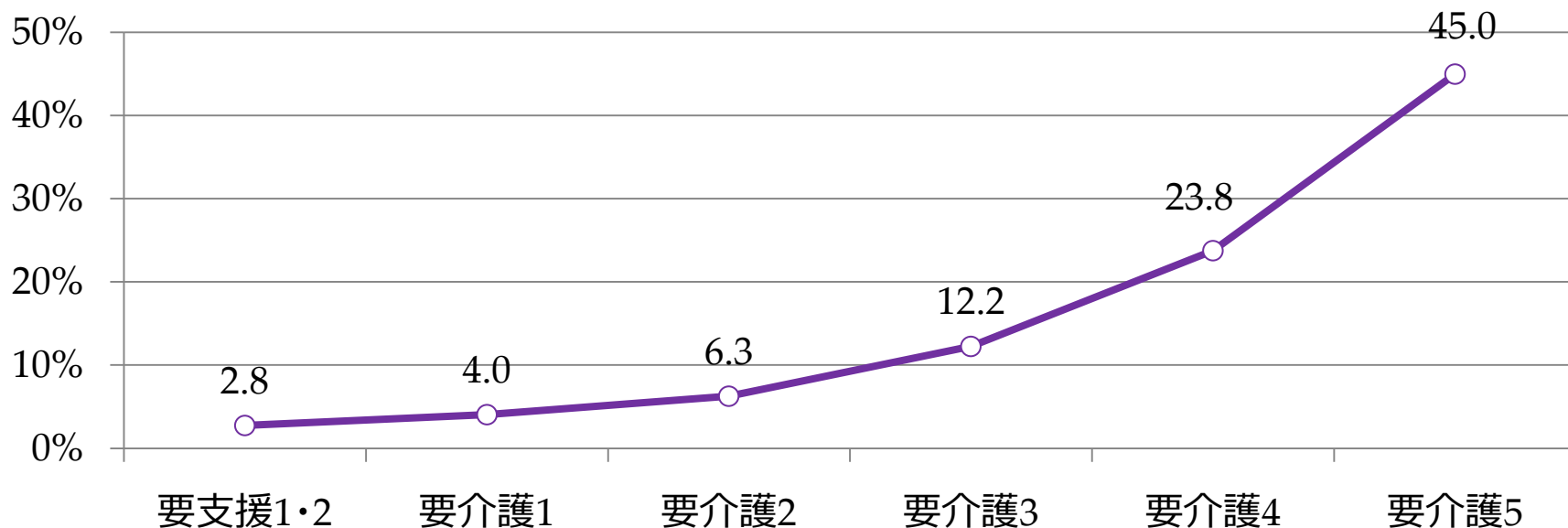
(記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、〇〇医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です)

利用者番号	圏域番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病 (複数回答)	処置 (複数回答)	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関	
	日常生活圏域1-3の番号を記入	1.65歳未満 2.65-74歳 3.75-84歳 4.85-94歳 5.95歳以上 6.不明	1.男 2.女	1.配偶者 2.子 3.子の配偶者 4.孫 5.兄弟・姉妹 6.その他家族 7.なし	1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患	8.骨折・関節症 9.神経難病 10.腎不全 11.肝不全 12.麻痺障害 13.その他 その他の場合は 具体名を記入	1.経管栄養 2.褥瘡 3.酸素療法 4.ケアマネジメント 5.透析 6.吸引 7.その他 8.処置なし	1.支援1-2 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5	11月中の回数を数字で記入	11月中の回数を数字で記入。なかった場合は“0”を記入。	1.一戸建て 2.集合住宅(UJ・民間) 3.集合住宅(府営・市営) 4.サービス付き高齢者住宅 5.有料老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	※複数の医療機関の医師(歯科医師は除く)が訪問した場合は、それぞれの医療機関名を記入。(病院名または診療所の名称)
例	3	4	1	1	1・12	2・6	5	2回	2回	2	〇〇医院	
1								___回	___回			
2								___回	___回			
3								___回	___回			
4								___回	___回			
5								___回	___回			
6								___回	___回			
7								___回	___回			

# 分析結果の紹介：要介護度別にみた訪問診療受給率

○在宅サービス利用者の訪問診療受給率を要介護度別にみると「**要介護3**」12%、「**要介護4**」24%、「**要介護5**」45%と、要介護4以降で急増していた。

図. 要介護度別にみた訪問診療受給率



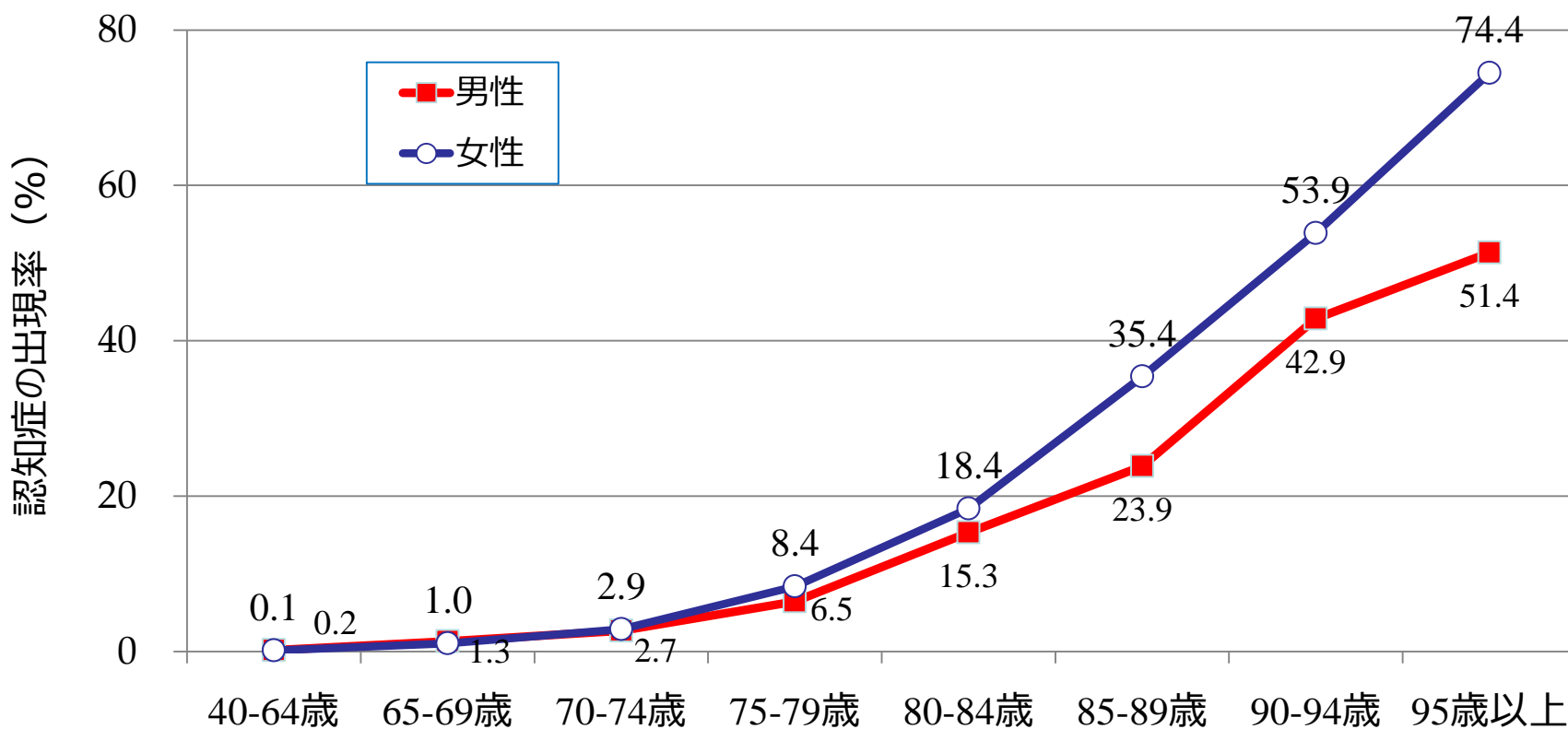
	総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者数(人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率(%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0

## イ) 認知症支援策

## 【分析例①】認知症の出現率（対人口）

- 男女の出現率は、70歳から女性の方が男性を上回り、かつ、85歳以上でその差が大きくなっていった。
- 女性の認知症の出現率をみると、「75～79歳」8.4%、「80～84歳」18.4%、「85～89歳」35.4%、「90～94歳」53.9%と、80歳から出現率が急増していた。

図. 性別年齢階級別にみた認知症の出現率

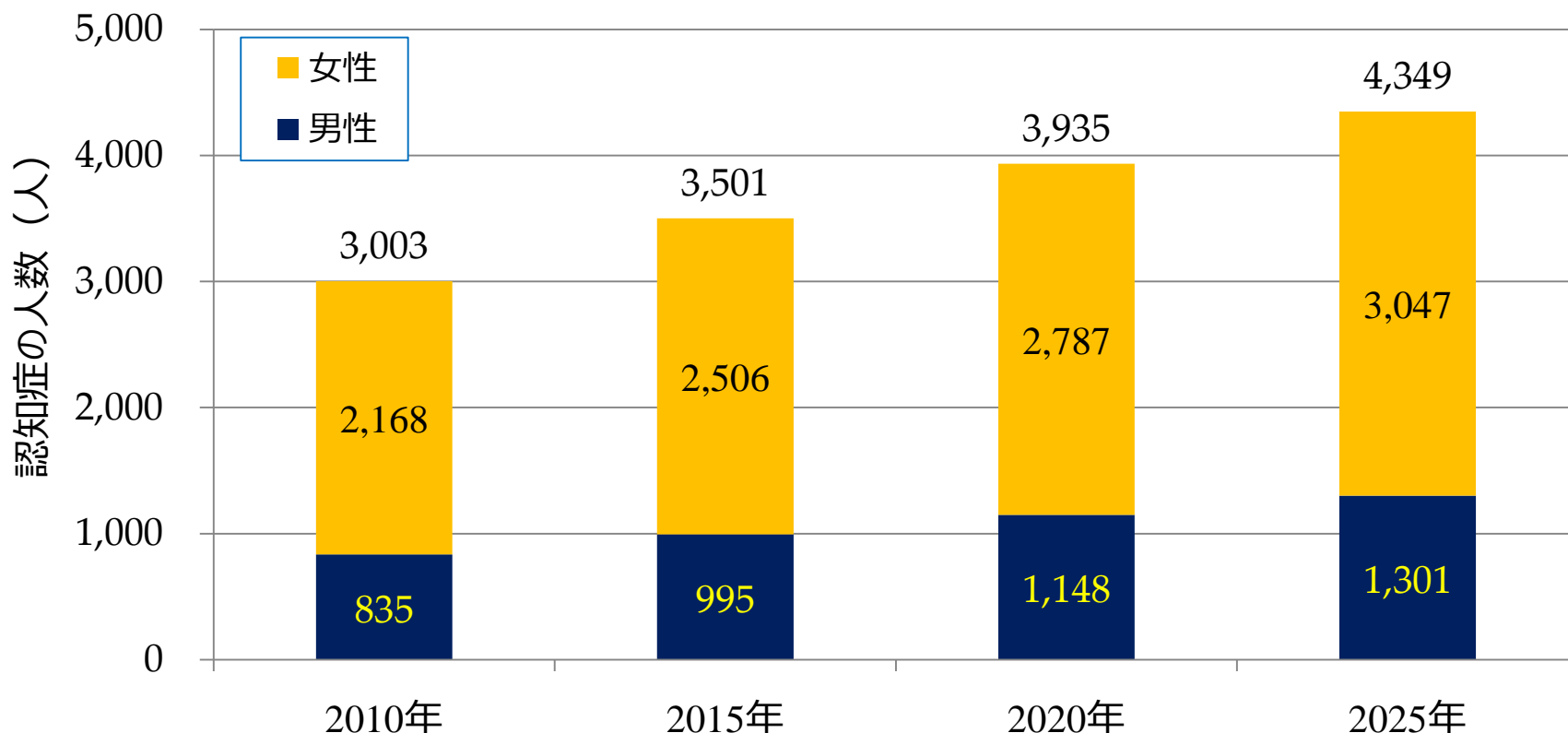


## 【分析例②】 2025年の認知症者数の推計

(性別年齢階級別認知症出現率が現在と同じと仮定した場合)

○性別年齢階級別にみた認知症の出現率が今後も同じと仮定した場合、  
2025年の認知症者数は4,349人（男性1,301人、女性3,047人）と推計された。

図. 認知症の人数の将来推計



注. 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25年3月推計）」の性別年齢階級別将来推計人口に、現時点の性別年齢階級別認知症出現率をかけて推計したもの。



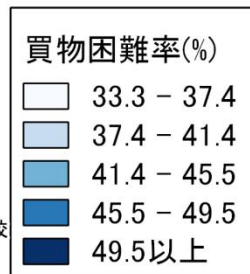
## ウ) 生活支援策

－ 買い物困難者の分布状況 －

# 要支援者における買物が困難と答えた人の割合 (%) (小学校区別)



小学校区	要支援者数
総数	552
境川小	52
南小	61
西小	41
青山小	22
南立石小	32
鶴見小	48
亀川小	47
上人小	60
朝日小	47
石垣小	31
春木川小	23
緑丘小	17
大平山小	28
東山小	8
別府中央小	35



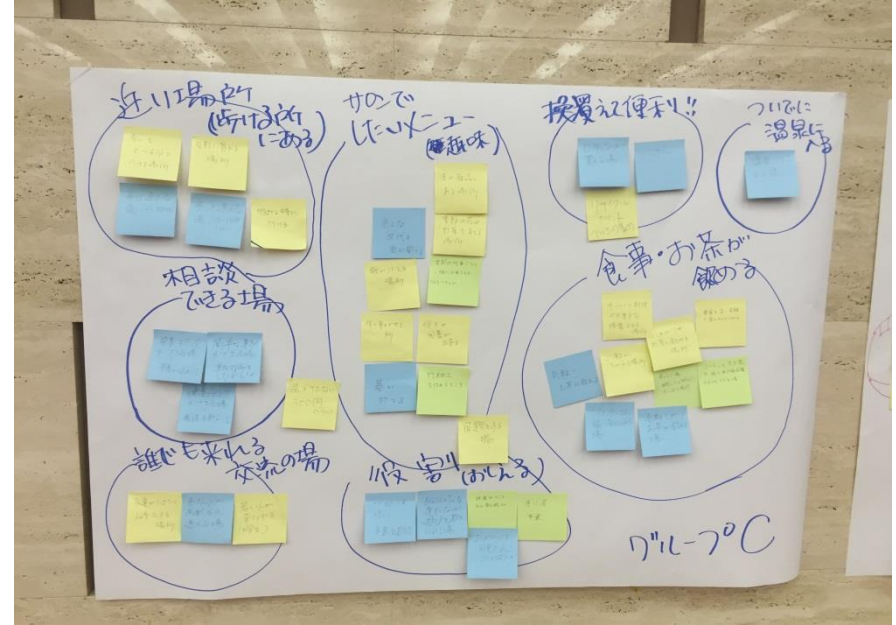
(注1) 市内平均割合=42.0(%)

出典「別府市第6期老人福祉計画並びに第6期介護保険事業計画策定のためのアンケート調査総合圏域分析報告書」



## ③-2. 地域づくりのための 会議運営者向けの支援例

# 「通える場づくり」の検討風景



# 今後の支援策について（私見）

## 最終的に目指すもの

- 市町村職員の地域マネジメント力の強化と、その継続性が担保できる仕組みを構築すること。  
（人事異動で人が変わったとしても、地域マネジメント力が継続できる姿を目指す）

## 強化のポイント

### （思考力（課題認識力、解決策を検討する力）の強化）

- データ分析に対する支援体制の確保及びツール開発  
（※社人研では、小地域の将来人口推計&地図表示ツールを開発中）
- 市町村職員が「したいこと」「困っていること」を聞いた上で、その解決策を助言、提案するような支援方法と継続的支援体制の確保

### （多職種・多主体会議のハンドリング能力の強化）

- 会議のファシリテーション能力の強化

## 具体策案

- 民間のファシリテーターの活用**（会議ハンドリング、解決策提案の両方が可能）
  - ・職員自身のファシリテーション能力を高める方法としては、
    - ①職員対象の力量を高めるための研修を行う（中央、都道府県、市町村単位）
    - ②民間のファシリテーターを活用し、その方法論を、会議や研修会と一緒に参加しながら学んでいくが考えられるが、②の方が、職員の精神的負担は少ないし、仕事の進め方のモデルにもなる。
- 都道府県の役割の明確化**
  - ・各市町村の取り組み状況を可視化するとともに、県内他地域の取り組みを、各市町村の困りごとに応じて紹介する。
  - ・市町村との定期的な会議の開催（県が来れば、市町村の課長が参加、結果、部下も参加）
  - ・データ分析に関しては都道府県自身が行うことのハードルがある。都道府県立大学などを巻き込み、都道府県、大学研究者でデータ分析を支援する方法が考えられる。