

世界が進むチカラになる。



令和6年度地域包括ケアセミナー

地域包括ケアシステム基礎編

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

主席研究員 岩名 礼介

雑談、感想、コメント、質問などをスマホ等で同時共有できます。

右のQRコードを読み取っていただければ、下記のイベントコードを入力しなくてもアクセスできます。

下記URLからアクセスする場合は、イベントコードを入力してアクセスしてください。

www.sli.do



Event Code:

#hiroshima

すべてのご質問への回答はお約束できませんので、あらかじめご了承ください。入力されたコメントは、本セミナーの参加者に開示されます。なお、投稿されたデータは、イベント終了後、数日内に削除しますが、主催者により個人が特定されない形で、セミナー事業への評価等として公開する場合がありますので、ご注意ください。

地域包括ケアシステムは 何を目指しているのか？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



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

高齢者の**尊厳**の保持と**自立生活の支援**の目的のもとで、可能な限り**住み慣れた地域**で、**自分らしい暮らし**を人生の最期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

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？ 住み慣れた地域には、知っている人がたくさんいます。「なじみの関係性」があります。本当に求めているのは自分の周りにある「**なじみの人間関係**」ではないでしょうか。

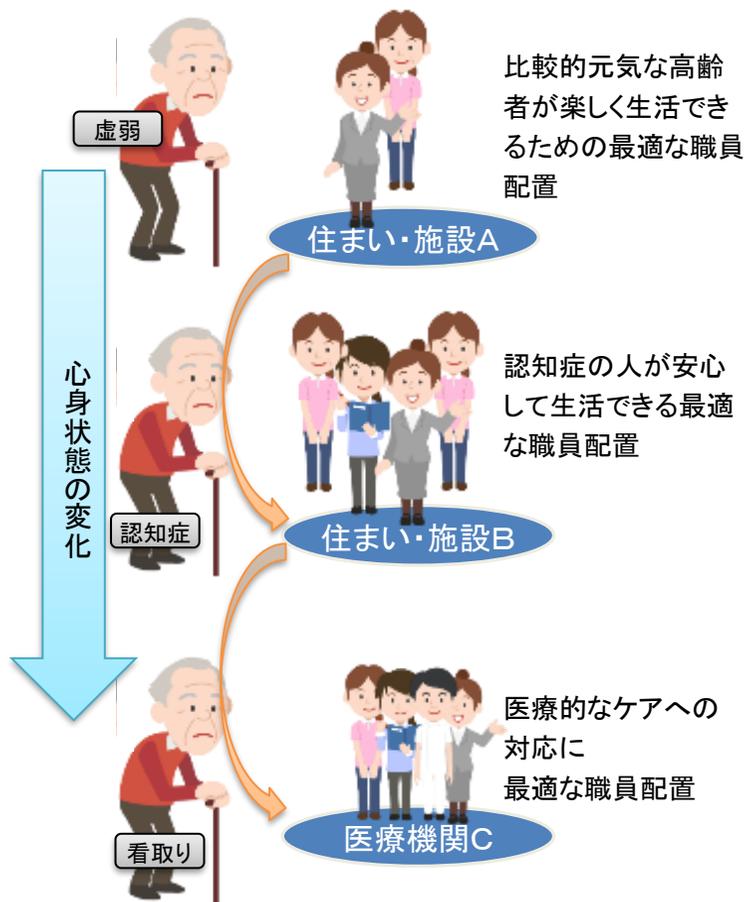
自分らしい暮らし

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」にも。ちょっとした自分勝手をマイペースとってくれる施設も大切かもしれません。自分らしい暮らしとは、マイペースな暮らしであり、**選択できる暮らし**。

なじみの関係を維持するためには「人にケアを合わせる」

人がケアに合わせる仕組み

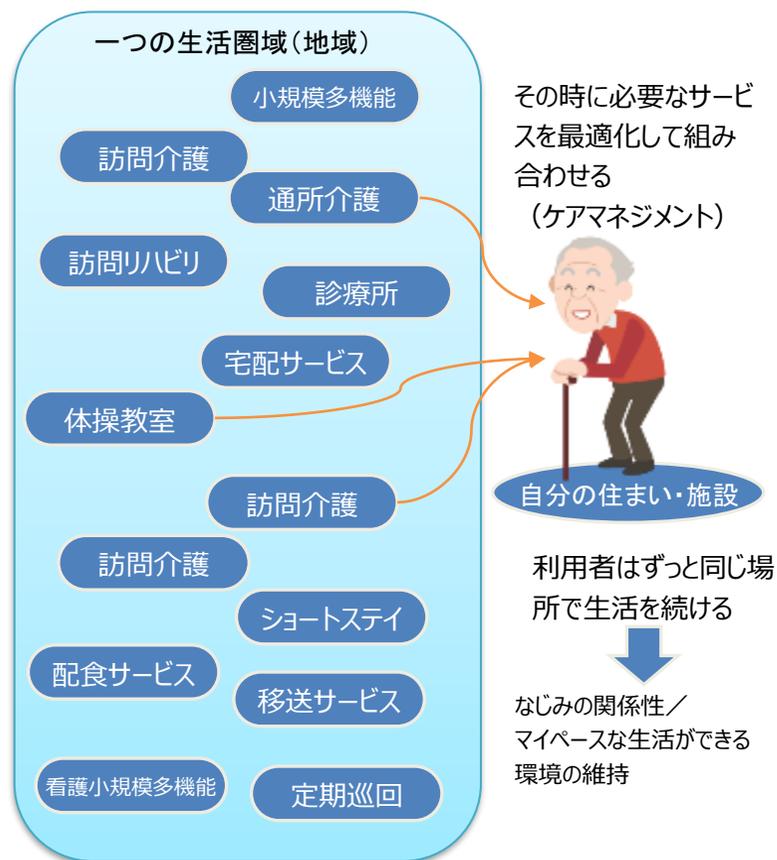
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「人にケアを合わせる」ことで「転々生活」から脱却できる

専門職間の連携推進

(在宅医療・介護連携推進事業)

サービスの提供主体は、異なる法人であっても事業者間で連携することで、一体感を醸成。利用者の不安を軽減し、**なじみの環境での生活継続**を「安心感」をもって支え、「**転々生活**」を回避する。

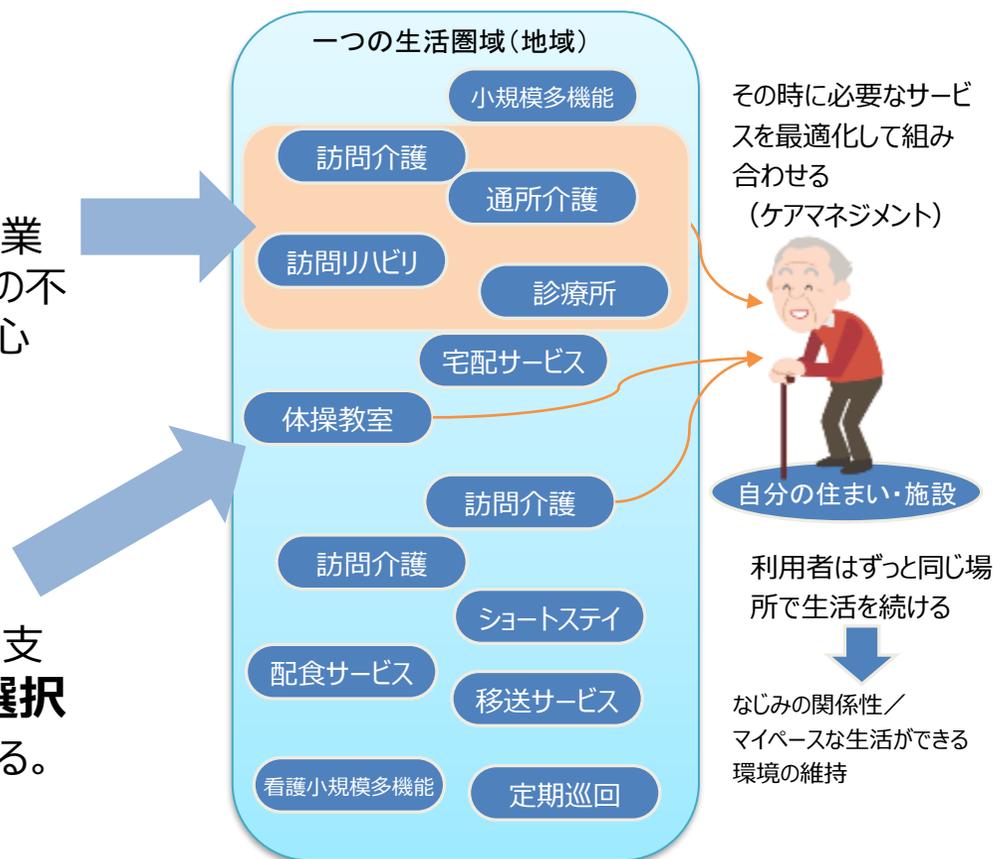
多様な選択を提供

(生活支援体制整備事業)

一人ひとりの生活の多様性に寄り添うため、生活支援は地域生活については、可能な限り**多様な選択肢**を提示できるように地域資源を発見・開発する。

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み

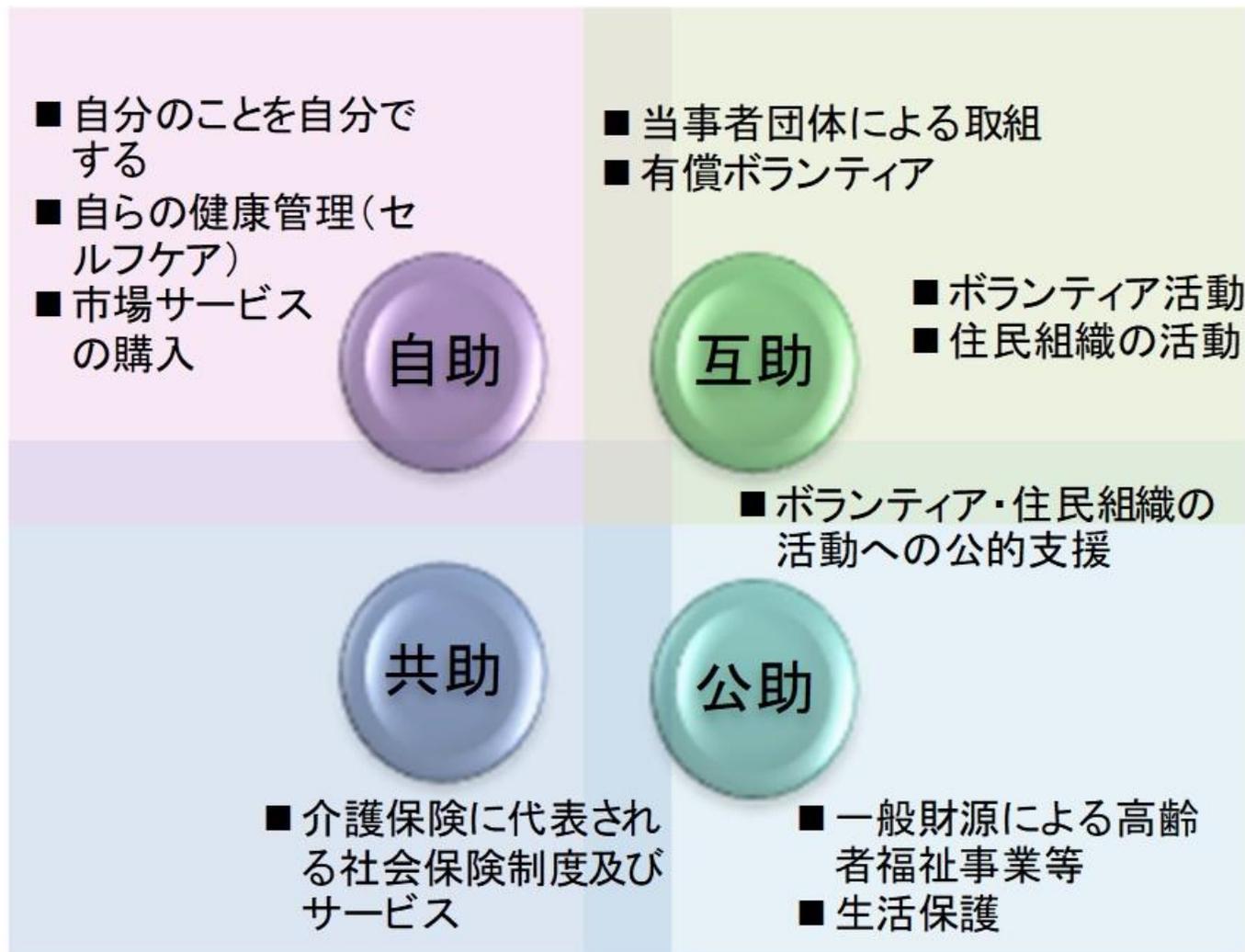


「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

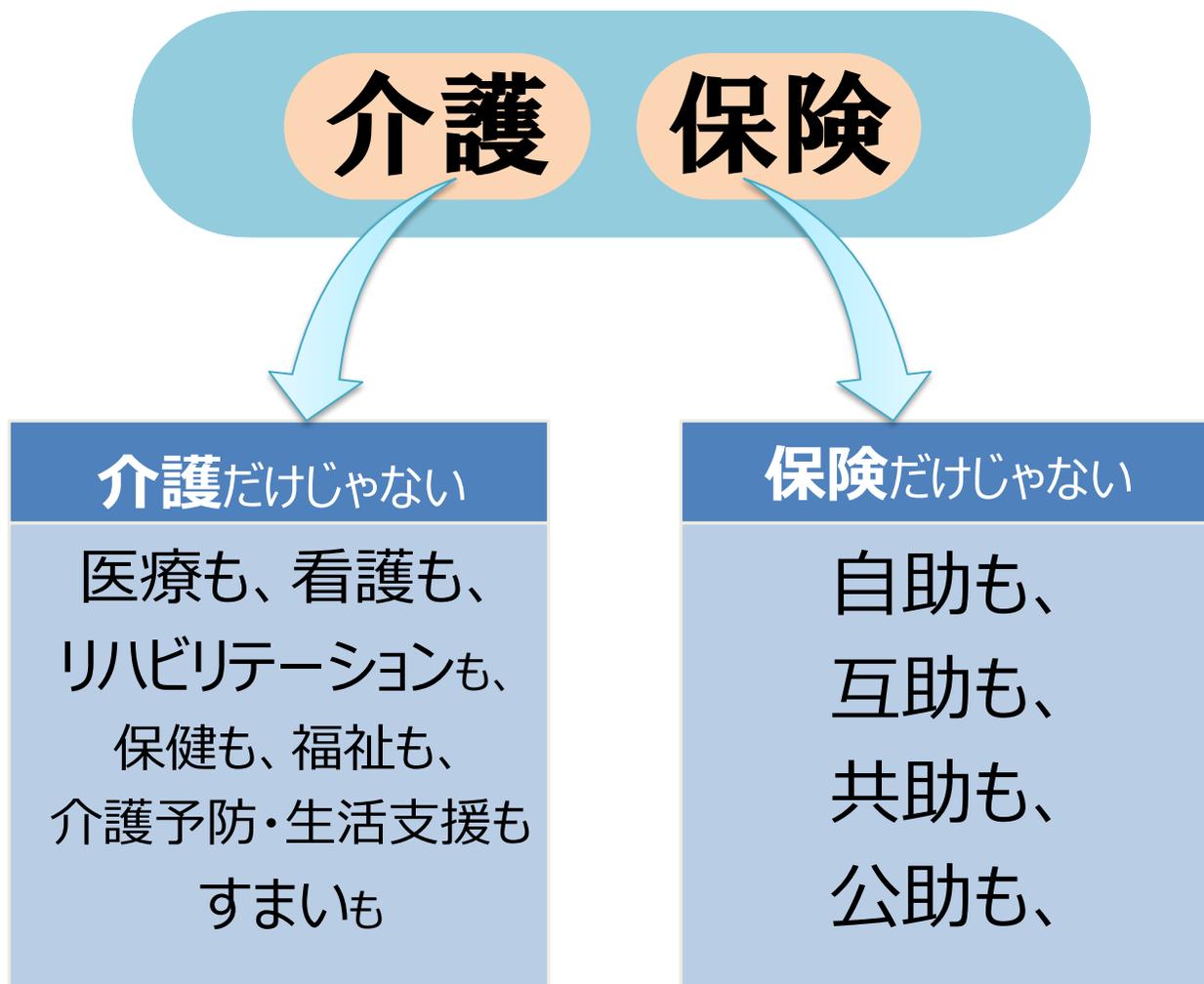
保険だけじゃない：自助・互助・共助・公助

地域包括ケアシステムを支える資源としては、「介護保険」は中核的な役割を果たすとはいえ、一部にすぎない。介護保険サービスだけでなく、生活が成り立つ訳ではなく、その時々、多様な資源を組み合わせることで生活を支えている。

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年度老人保健健康増進等事業



地域包括ケアシステムは、「介護保険」とどう違う？



介護保険と地域支援事業

制度から地域包括ケアシステムを理解する

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域支援事業の全体像



「地域への投資」は少額だが行政業務においては大きい

介護給付（要介護者）

介護予防給付（要支援者等）

介護予防・日常生活支援総合事業

地域包括支援センター／地域ケア会議

在宅医療・介護連携推進事業

認知症総合支援事業

生活支援体制整備事業

【量的】サービスの提供・確保

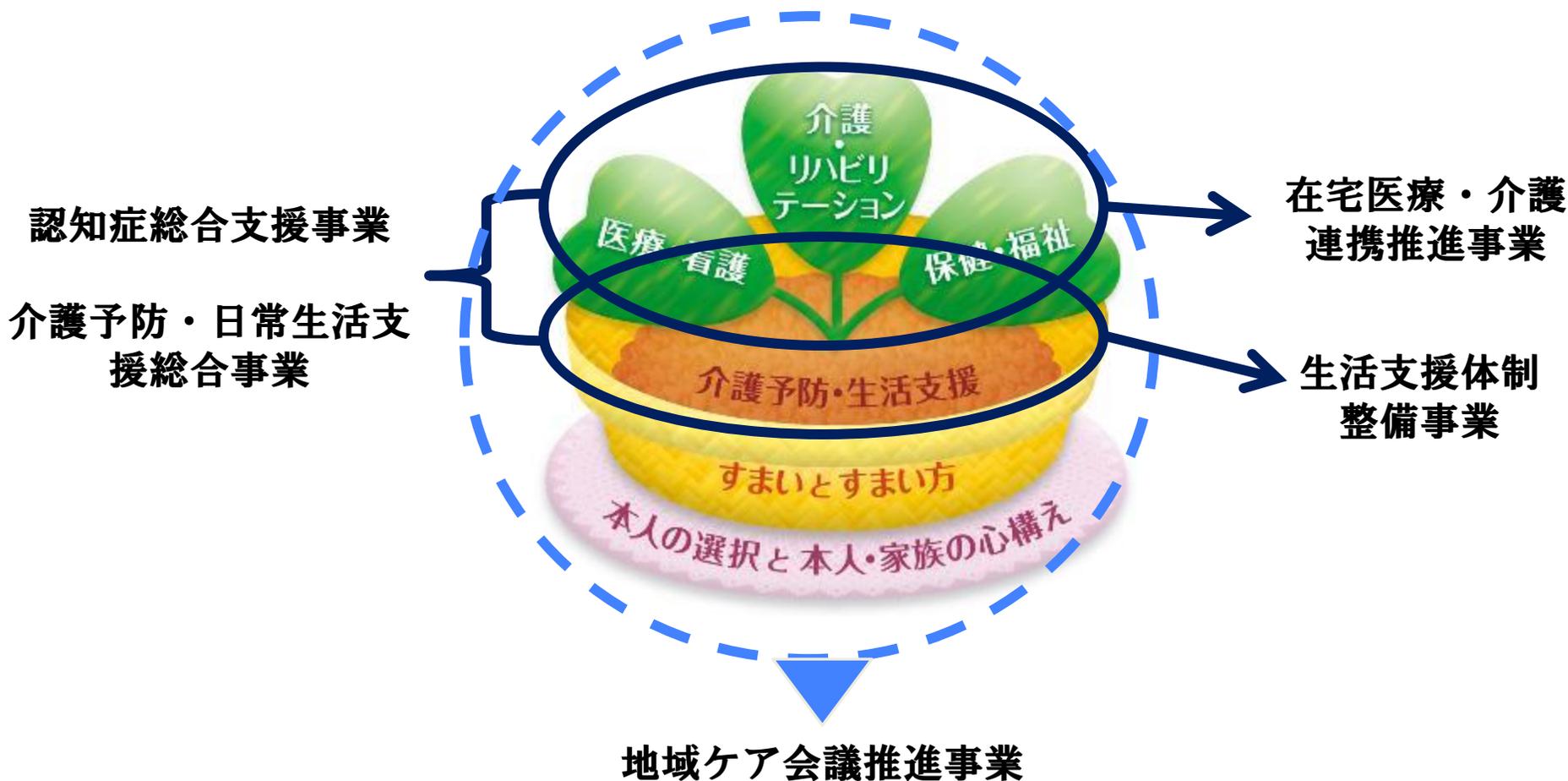
実態としては事業者が主体であり、保険者としての機能は公募・指定などに限定される。

【質的】地域資源間の連携・協働

保険者は主体として取組を牽引。大きな枠組みとしては専門職領域における協働としての「多職種連携（医療介護連携）」と、地域関係者との協働による「地域づくり（生活支援体制整備事業）」の大きく2系統に整理できる。

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。

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

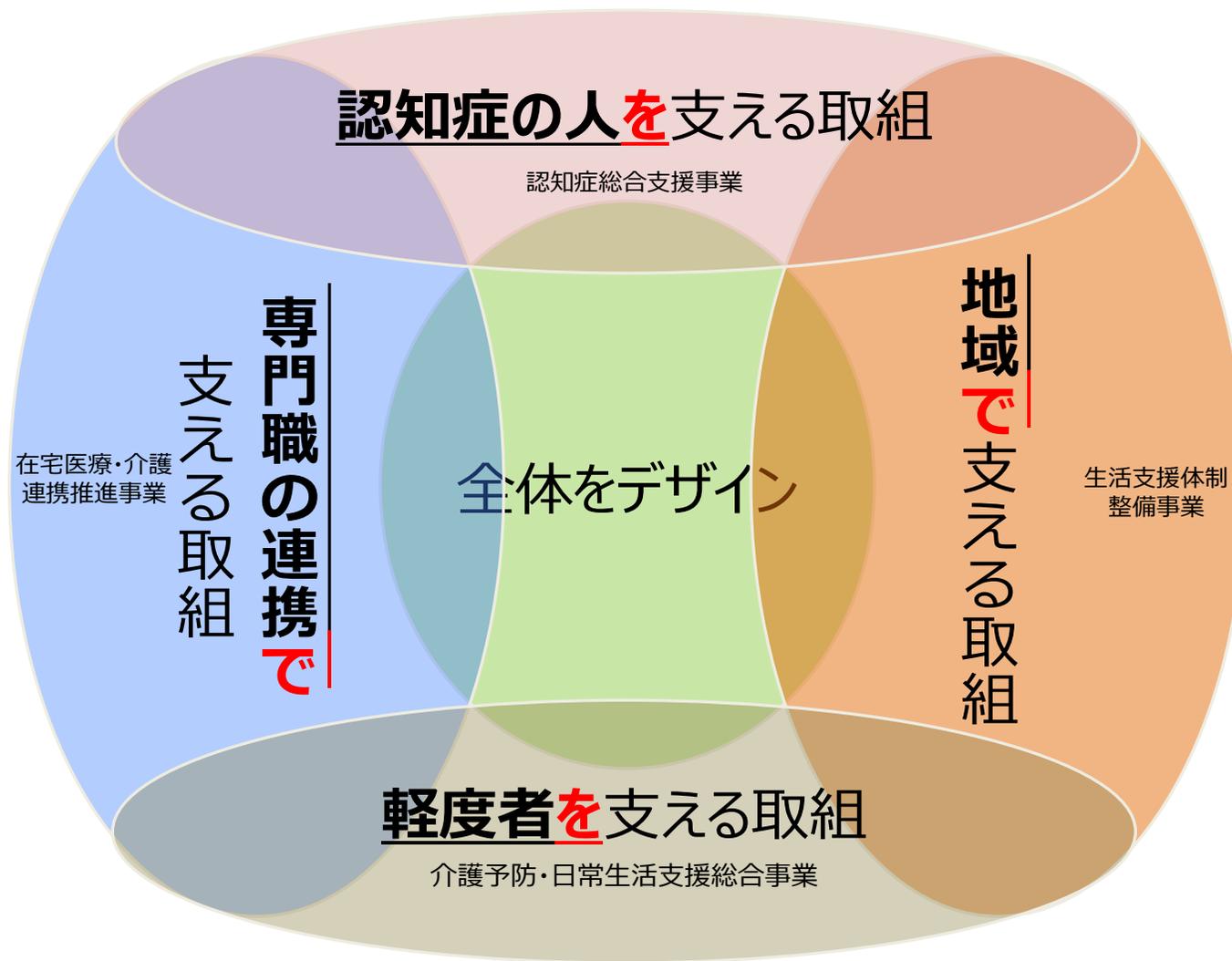
資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

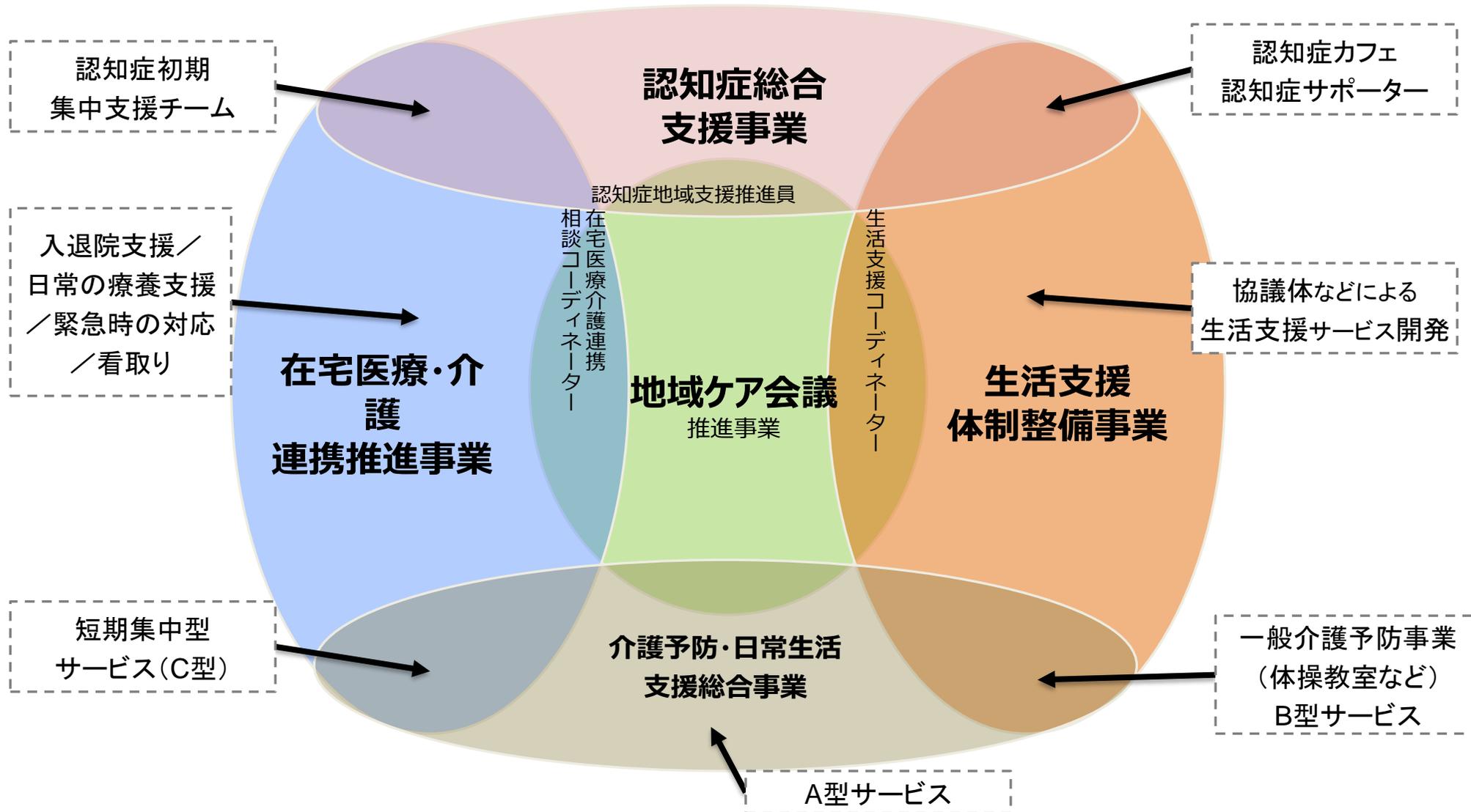
日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

「誰を」「何で」支えるのか？



地域ケア会議を地域支援事業の連動性



目的遂行のための連動性のイメージ



【目標】 軽度者の生活を支える



【目標】 退院後の在宅での生活の継続を目指す



退院後の在宅生活を支えるには、「入退院支援」が不可欠だが、その際に、短期集中Cなども在宅復帰時の選択肢になる。また在宅復帰時の不安や課題を整理する場として「地域ケア会議」での議論は出発点になるだろう。さらに、単身者など、生活支援部分でも課題が生じやすく、幅広い連動性の高い取組が不可欠。

地域包括ケアシステムの成果は 計測できるのか？

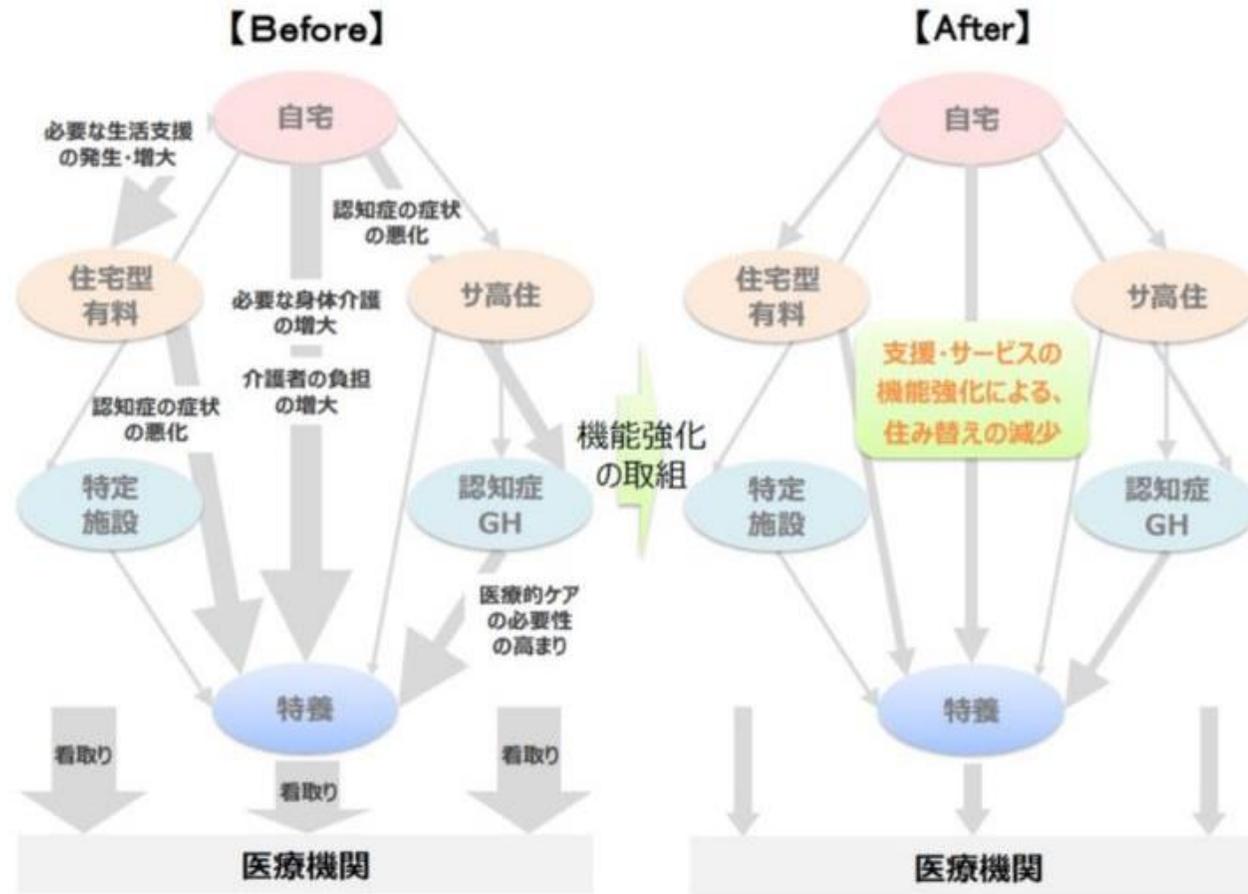
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



「転々生活」をなくすためには「動態」を把握しなければ課題はわからない

「転々生活」は時間軸の中で発生するため、「ある時点」での利用者の居所の比率（例えば、在宅-施設の比率）は、単に現在の居所を表しているにすぎず、地域包括ケアの視点から評価はできない。問題は、「いまいる場所での生活の継続（それが施設であれ居宅であれ）がなぜできないのかということである。（見える化システムの在宅-施設比率はアウトカム指標にはならない）

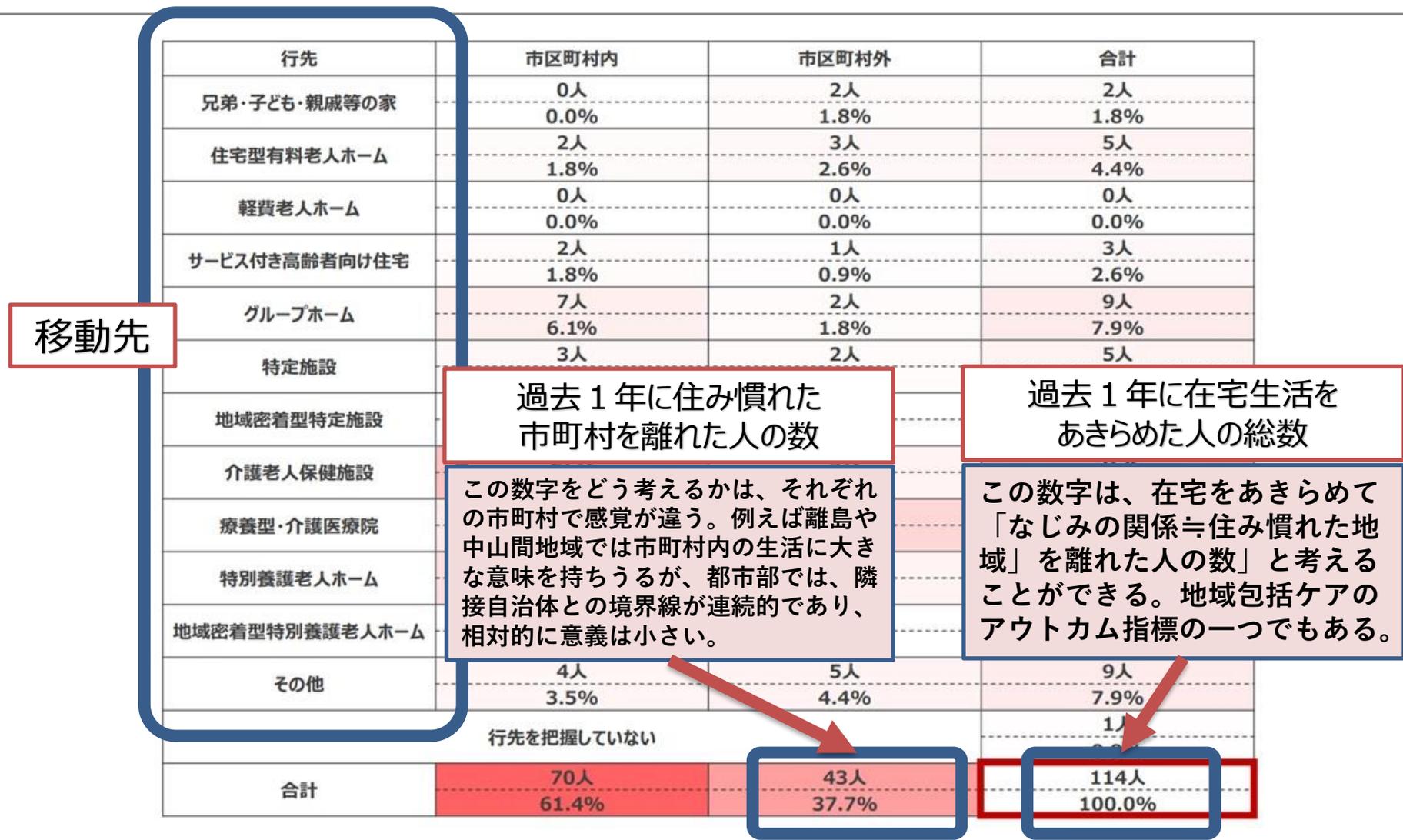


「転々生活」は測れる：「在宅生活改善調査」と「居所変更実態調査」

- ◆ 調査票は無償公開されており、調査実施用の文書ひな形（調査対象への協力依頼文書など）及び回答入力（集計）用のエクセルが提供されている他、入力されたデータを自動集計・自動報告書出力するツールも無償配布中。メール等を活用すれば費用ゼロで調査可能。
- ◆ また集計結果は、「在宅限界点」「施設限界点」に関連するアウトカム指標として活用可能。

区分	調査対象と視点	把握できること	結果の活用例
在宅生活改善調査	<p>一般居宅</p> <p>在宅限界点の定量化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 過去1年で在宅生活を諦めた利用者数。 現在の居宅サービス利用者のうち、在宅生活の継続が困難になっている人数とその原因。 さらに、何があれば継続が可能か（ケアマネの視点から） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護連携にかかるニーズだけでなく、生活支援の不足や在宅生活における不安感を感じている世帯の割合や、要介護度、世帯類型などの集計が可能のため、地域包括ケアの成果を待ち望む人たちの姿が浮かび上がる。 データをもとにしたケアマネとの対話など通じて施策協議を深めることが可能。
居所変更実態調査	<p>施設等 介護保険施設 居住系 サ高住などの住まい</p> <p>施設限界点の定量化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 過去1年で施設を退所した人数と移動先、要介護度。 施設種別・施設毎の医療的ケアの提供状況、看取りの状況（施設看取りのアウトカムも把握可能） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域内の施設の機能を整理することが可能。 各施設の特徴や機能を把握できることから、総合相談等でより実態に即した情報提供が可能。 施設における医療介護連携の取組を推進するための基礎資料として活用可能。また、これらのデータをアウトカム指標として、地域の施設機能の改善を進めることも。

在宅生活改善調査の一例：過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者の行先別の人数



施設における居所変更の実態

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=389)	37人 0.9%	35人 0.8%	44人 1.1%	287人 6.9%	349人 8.3%	436人 10.4%	547人 13.1%	365人 8.7%	2066人 49.4%	19人 0.5%	4185人 100.0%
軽費 (n=92)	50人 7.1%	55人 7.8%	49人 6.9%	210人 29.7%	106人 15.0%	62人 8.8%	41人 5.8%	10人 1.4%	121人 17.1%	4人 0.6%	708人 100.0%
サ高住 (n=282)	54人 2.6%	44人 2.1%	69人 3.3%	261人 12.3%	221人 10.4%	201人 9.5%	206人 9.7%	110人 5.2%	949人 44.8%	2人 0.1%	2117人 100.0%
GH (n=660)	1人 0.0%	2人 0.1%	10人 0.4%	221人 7.9%	280人 10.1%	486人 17.5%	393人 14.1%	301人 10.8%	1086人 39.0%	3人 0.1%	2783人 100.0%
特定 (n=200)	20人 0.7%	41人 1.5%	56人 2.0%	235人 8.4%	194人 7.0%	264人 9.5%	286人 10.3%	193人 6.9%	1492人 53.6%	1人 0.0%	2782人 100.0%
地密特定 (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	9人 6.0%	17人 11.3%	19人 12.6%	13人 8.6%	12人 7.9%	81人 53.6%	0人 0.0%	151人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=61)	7人 0.3%	4人 0.2%	3人 0.1%	58人 2.3%	96人 3.9%	207人 8.4%	476人 19.3%	410人 16.6%	1184人 47.9%	27人 1.1%	2472人 100.0%
特養 (n=319)	3人 0.0%	1人 0.0%	1人 0.0%	26人 0.3%	50人 0.7%	504人 6.7%	985人 13.2%	931人 12.4%	4986人 66.6%	2人 0.0%	7489人 100.0%
地密特養 (n=104)	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 0.1%	2人 0.2%	5人 0.6%	70人 8.2%	159人 18.7%	121人 14.2%	493人 57.9%	0人 0.0%	851人 100.0%
合計（老健除外） (n=2129)	172人 0.7%	182人 0.8%	233人 1.0%	1309人 5.6%	1318人 5.6%	2249人 9.6%	3106人 13.2%	2453人 10.4%	12458人 52.9%	58人 0.2%	23538人 100.0%

★施設等における死亡率（向上を目指す）

➡ 52.9%

★要介護2以下の居所変更率（低下を目指す）

➡ 13.7%

【参考】データの入手方法（すべて無料）

全体的な解説はこちら➡



	リンク	解説
在宅生活改善調査	解説動画： https://youtu.be/oJuem62uvf8	地域包括ケアのアウトカム指標はこれが基本と 考えています。住み慣れた場所での生活が継 続できているかを計測する指標。
居所変更実態調査	解説動画： https://youtu.be/tY7CjBX2uac	地域包括ケア計画（介護保険事業計画） 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (murc.jp) から調査票、調査対象向け依 頼状のひな形、自動集計ソフトを DL可能。調査回答を入力したエクセルを読み 込ませると自動的に集計・分析し、報告書を 自動生成。
地域医療にかかる地域 別データ集	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html	各市町村別の在宅死の割合／老人ホーム 死の割合が整理されているデータ。ただし、施 設種別の状況は不明。また在宅死には多様 な死が含まれており、看取りとは限らない点 は注意が必要。
認知症で長期入院と なっている高齢者の数	ReMHRAD - 地域精神保健福祉資源分析データ ベース	「在・退院者の状況」のタブから「都道府県」 「自治体指定」「65歳未満・65歳以上」を選 択、入院期間「1年以上」を選択の上、主診 断を「F0」で設定すると全国との比較も含めた 集計結果を表示

介護保険と地域支援事業

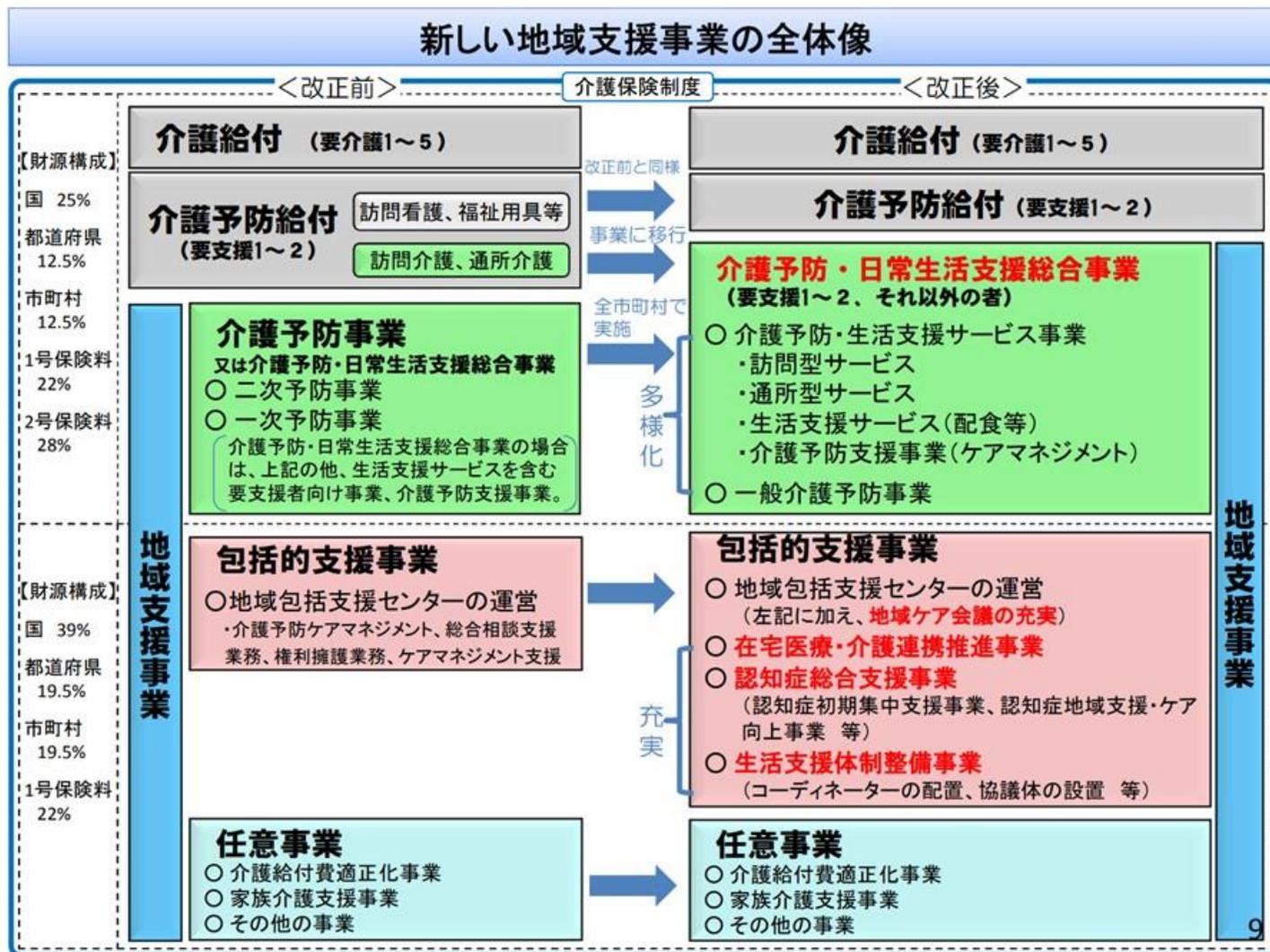
制度から地域包括ケアシステムを理解する

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域支援事業の全体像



サービス費用の約**95%**

サービス費用の約**5%**

そのうち、介護予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業が半分ずつ。

介護給付費の約**2%**

(H26の介護給付費の2%×65歳以上高齢者数伸び率)

「地域への投資」は少額だが行政業務においては大きな意味がある

介護給付（要介護者）

介護予防給付（要支援者等）

介護予防・日常生活支援総合事業

地域包括支援センター／地域ケア会議

在宅医療・介護連携推進事業

認知症総合支援事業

生活支援体制整備事業

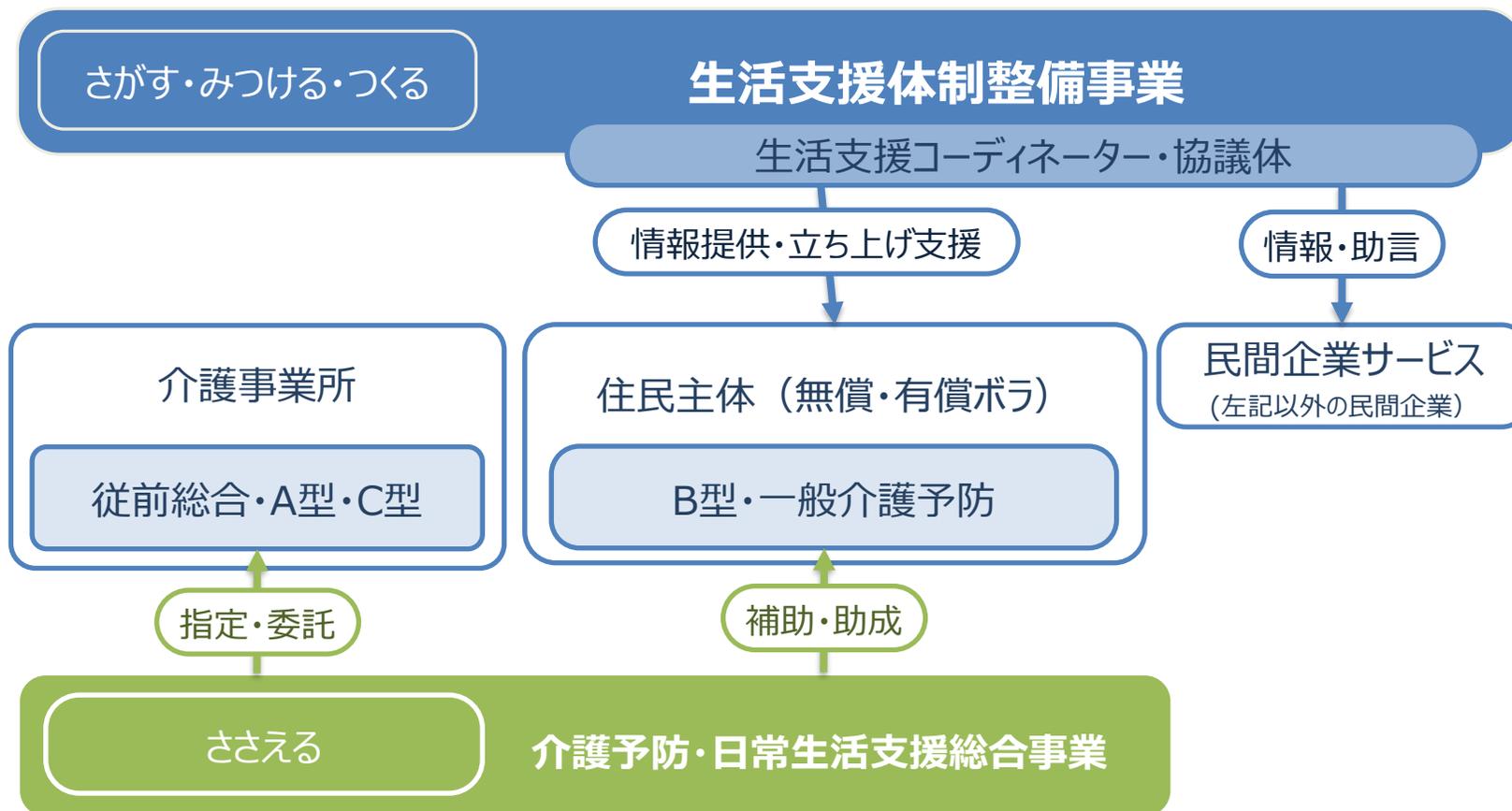
【量的】サービスの提供・確保

実態としては事業者が主体であり、保険者としての機能は公募・指定などに限定される。

【質的】地域資源間の連携・協働

保険者は主体として取組を牽引。大きな枠組みとしては専門職領域における協働としての「多職種連携（医療介護連携）」と、地域関係者との協働による「地域づくり（生活支援体制整備事業）」の大きく2系統に整理できる。

「つくる」と「ささえる」～総合事業と整備事業は何が違う？



介護予防・生活支援サービス事業の類型（典型的な例）

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（平成27年6月5日付厚生労働省老健局長通知 別紙）より

訪問型サービス		訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。				
基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	訪問型サービスBに準じる	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者 (例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）		

通所型サービス		通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。			
基準	従前の通所介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者 (例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 + ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

その他の生活支援サービス	その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。
--------------	---

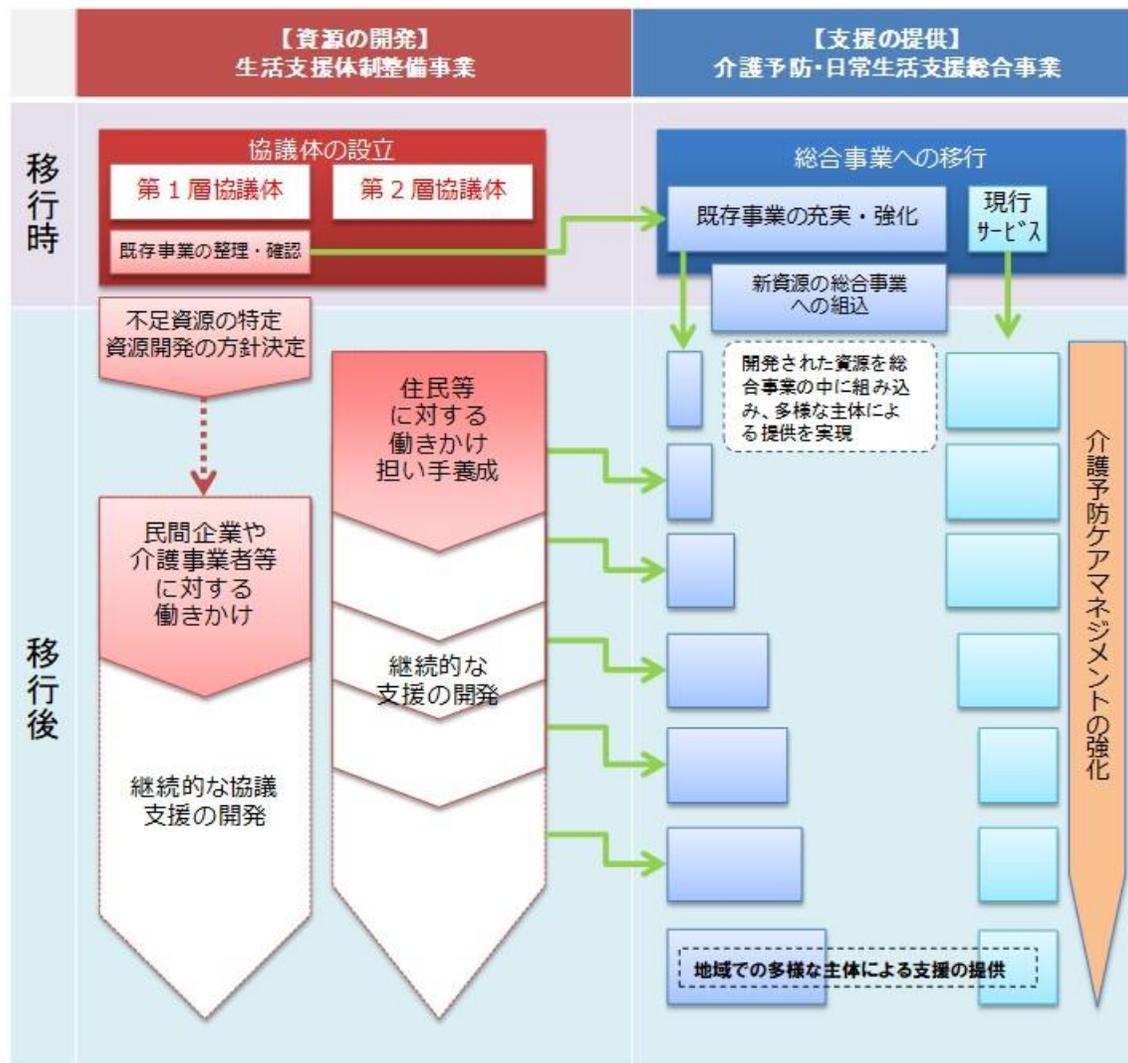
従前相当は最終的に減少していくことが前提になっている。

生活支援体制整備事業

地域関係者との協働により、ニーズを把握し、支援・サービス資源を発掘し、必要に応じて開発する取組の総称。

介護予防・日常生活支援総合事業

生活支援体制整備事業で開発されたサービスや支援の資源を継続的に維持するため、委託や補助などの手法を組み合わせる支援する事業。



資料) 地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業 (平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業))

なぜ総合事業なのか？～なぜ従前相当じゃだめなのか？

高齢者の選択肢が増えることを目指す

- 高齢者の価値観の生活スタイル／価値観の違い
- 従来型の標準化されたデイサービスとは異なるスタイルのサービスの必要性

人口減少社会における制約

- 機械化・DXの効果が限定的にならざるをえない労働集約的な訪問介護では、専門職だけで生活支援は支えられない。

財源上の制約

- 総合事業の上限額の中で運営していくには、一部のサービスについての多様化と自費化は避けられない。(すべての生活支援の自費化は、それはそれで現実的ではない)

医療介護連携は何をまとめる？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域包括ケアシステムの葉っぱ事業 = まとめる

利用者からみて
「一体的にみえるケア」「まとめる」仕組みのこと！
地域の中にある「バラバラ」なものを

「考え方」をまとめる

サービス担当者会議や
地域ケア会議を通じて

「ケアの方法」をまとめる

医療介護連携パスなどの
ケアの手順を統一化

「書式」をまとめる

アセスメントの方法や
書式を統一化

「事業所」をまとめる

業務・事業提携、経営統合

「研修」をまとめる

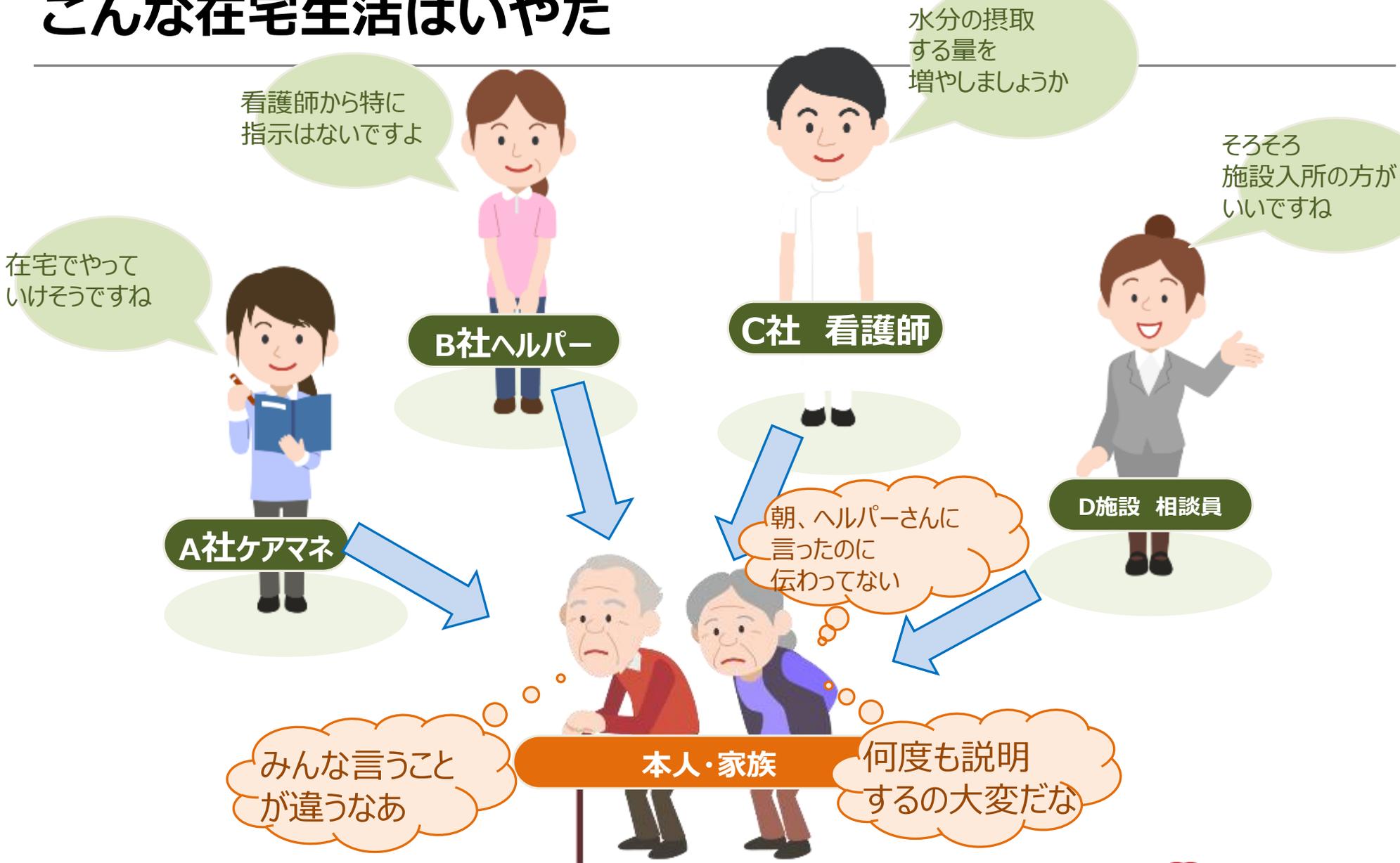
サービス事業者
の研修の共同開催

「サービス」をまとめる

複数のサービスを一つの
事業者が統合して提供

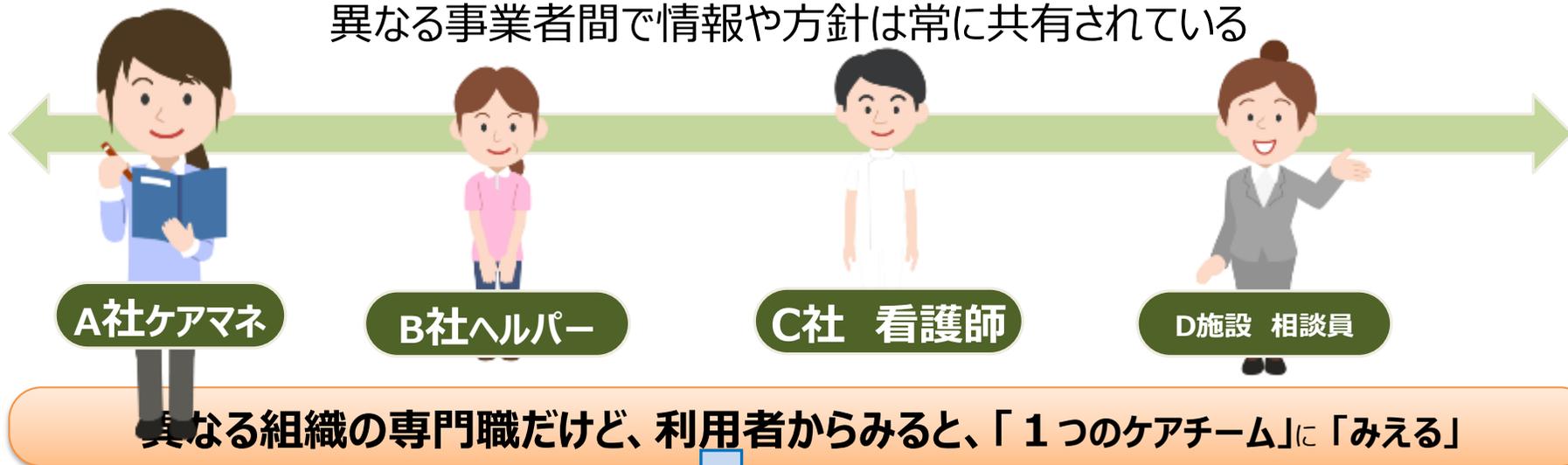


こんな在宅生活はいやだ

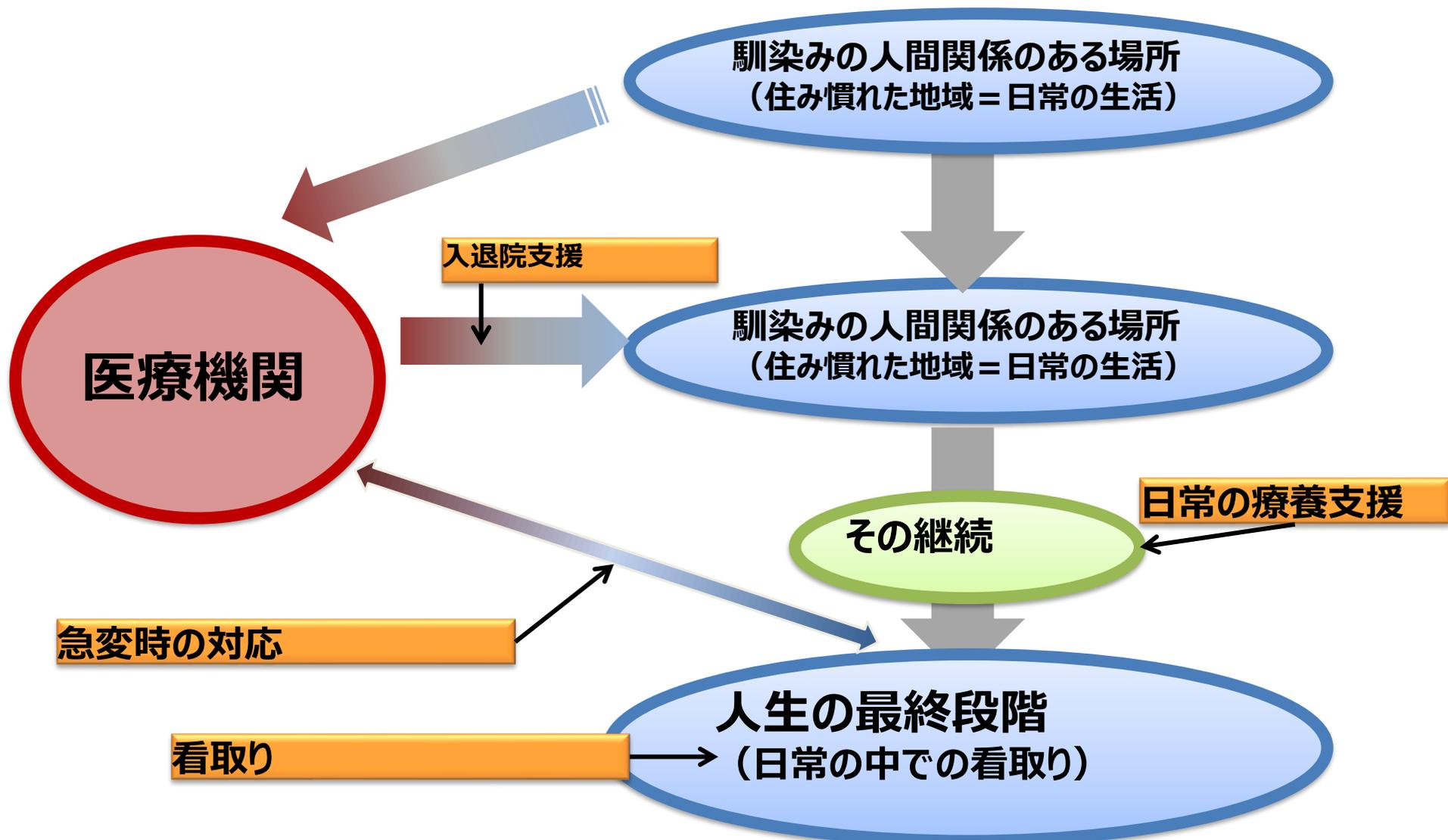


利用者からみて一体的なケア

異なる事業者間で情報や方針は常に共有されている



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。◆ 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。バックベッドの確保も含む。◆ 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？

今も「旧・手引き」の「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

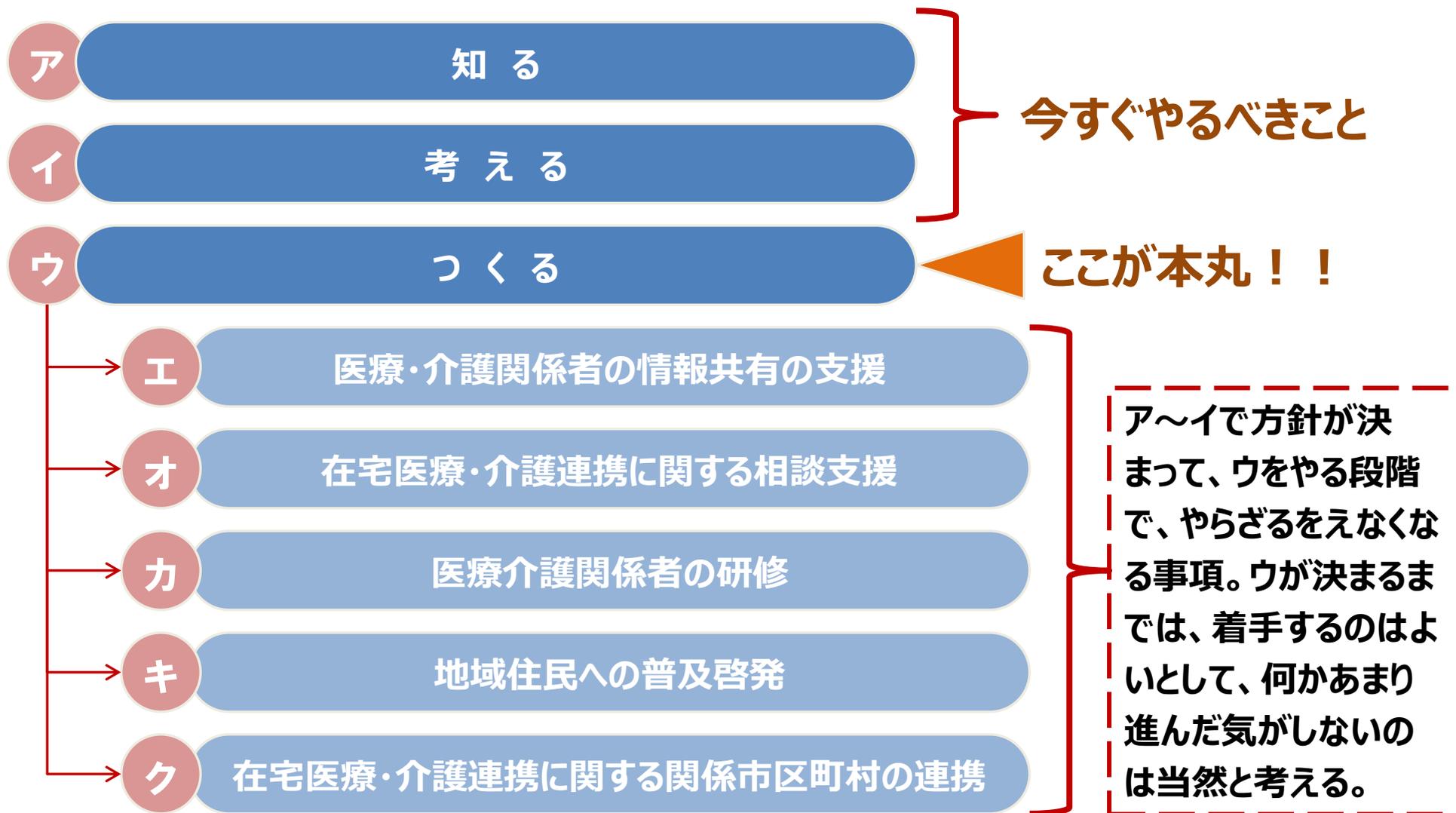
キ

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

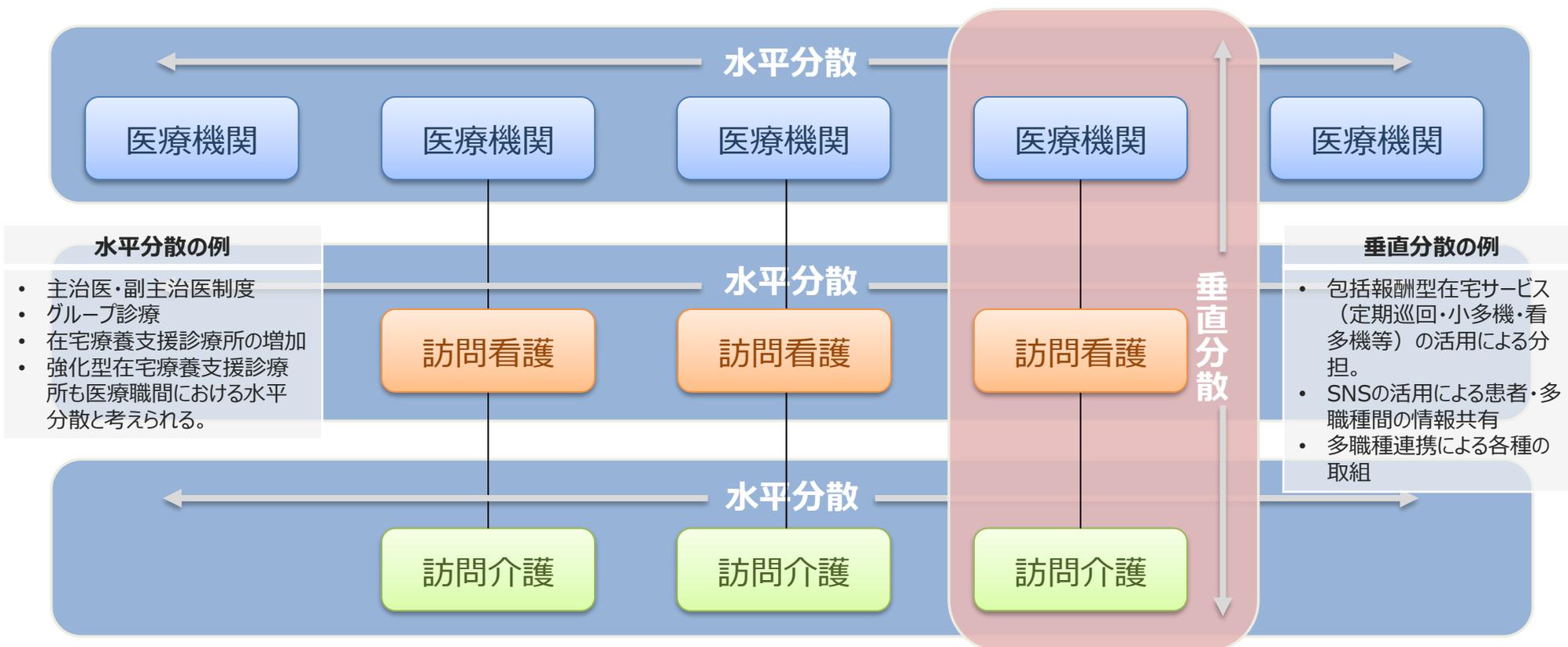
あなたの街の医療介護連携、「スコープ」定まっていますか？（一例）

目指す姿（スコープ）	背景	指標	活動
退院患者と家族の自宅に戻る際の不安が軽減される【入退院支援】	退院後の生活がイメージできないまま退院を迎える不安から、施設選択をする人が少なくない。医療機関と在宅のケアチームの連携不足は大きな課題。適切な情報提供や退院後の選択肢の提供は自立支援上、もっとも基本となるケア。	入退院連携加算などの件数。 病院からの施設入所者数（居所変更実態調査）	<ul style="list-style-type: none"> 入退院連携パスの作成と実効性のある活用 専門職向けの連携のための窓口ガイド 利用者向けの情報提供支援
脳血管疾患の再発が抑制される【日常療養支援】	脳血管疾患を経て要支援者となる人も少なくない。その後、在宅療養の中でセルフケアがないために再発し、重度の要介護となるケースもある。退院直後の短期間の集中的なケアによって再発を防止できれば、重度化防止にもなる。	脳血管疾患による患者の再発率（重度化状況等）	<ul style="list-style-type: none"> 退院時の在宅チームと病院チームの情報連携 栄養・食事、服薬、リハビリ等の統合的な支援体制の構築
施設・高齢者住まいにおける救急搬送が適切に行われる【急変時の対応】	夜間に専門職を配置しない高齢者住まいの増加などにより、安易な救急搬送が増加。救急隊、急性期病院の負荷が増大。	消防との連携による施設及び高齢者住まいにおける救急搬送件数	<ul style="list-style-type: none"> 救急車要請時のマニュアル、夜間対応の対応方針策定／研修等
看取りまでできる施設が増える【看取り】	地域の人口動態や地域医療構想を踏まえれば、これまで看取り機能をにあってきた病院・特養の今後の増床は見込めない。その中で各施設が看取りまでの体制をとれることは、今後の地域包括ケアシステムに不可欠な要素。	居所変更実態調査の居所変更率など	<ul style="list-style-type: none"> 看取率の高い施設の実態把握（居所変更実態調査）と医療連携の状況把握 地域でのモデル化
在宅医などの専門職が燃え尽きない地域【地域資源の拡充】	在宅医療・24H対応の看護ST、定期巡回の資源は連携の大前提。それぞれの負荷を軽減なしに参入事業所は増加しない（また維持できない）という観点が必要。負担をいかに軽減するか、その仕組みを検討する。	在支診の数／24時間対応の訪問看護STの数等	<ul style="list-style-type: none"> 夜間休日等の当番制 多職種間の役割や技術用語の相互理解 コミュニケーションにおけるICTの導入

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】

生活全体を支えようとする、在宅に従事する専門職の負担は、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？



水平分散の仕組みの事例 <熊本県：たまな在宅ネットワーク>

目的

目標
設定

「一人でも多くの方が
一日でも長く「わが家」での
生活を続けられること」が目標

でも、専門職は
増えないし減っていく

制約
条件

限られた資源の中で、目標達成するには何が障壁？

一人で抱えると身動き
とれなくなる。
学会にもいけない！

自分の患者さん
の訪問診療の依頼は
受けたいが限度がある。

協力したほうがいいけど
専門職間で
知識の量も内容も違う

とにかく在宅は
大変だ！

じゃあどうする！？

医師不在時補完システム

不在時にカバーする「できる範囲
で」のお互い様の仕組み。
手挙げ制。

在宅医療資源
紹介・仲介システム

在宅資源の紹介を医師会に設
置された事務局が仲介。従来の
関係尊重。手挙げ方式で紹介。

玉名在宅ネットワーク
定例カンファレンス

月一回の定例多多職種勉強会。
情報共有、想いの共有、知識取
得、各専門職の相互理解。

手段

**生活者の不安に寄り添うための
在宅医療・介護連携推進事業と
多職種連携**

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



不安に寄り添えるかが大切

利用者の不安な気持ちに寄り添いましょう。
介護が必要になって一番支援が大切なタイミングっていつですか？

「心身状態の変化」 「環境の変化」

いまいる場所の生活の継続

- ・ 不安を聞いてくれて説明してくれる在宅ソフトランディングの支援。
- ・ 次に何が起こるのか、起こった時にどうするか教えてくれる（予測）
- ・ 情報がバラバラになっておらず、いろんな専門職が一つのチームに見える（一体性）
- ・ 先回りして必要なことを対応してくれる（予測）

転々生活へ

- ・ 病院チームと在宅チームの連携が不十分なまま、いきなり在宅にハードランディング。
- ・ 不安の増大
- ・ 家族介護者／施設職員の不安増大
- ・ いまいる場所から「転々生活」が始まる。

利用者の気持ちに寄り添えば「初期集中支援」

地域包括ケアシステムには、
たくさんの「初期集中支援」がある。

【認知症総合支援事業】
認知症初期集中支援事業

【在宅医療・介護連携推進事業】
入退院支援

【介護予防・日常生活支援総合事業】
短期集中型プログラム（C型）

- 状態変化の初期段階に関わる
- 「変化イベント」毎に支援が必要
- 集中的に関わることがポイント
(だから通常の保険給付だけでは対応できない＝地域支援事業を活用する)
- 短期集中によって、その後の本人・家族・支援者の負担をすべて軽減するのが基本戦略

潮目が変わりつつある

医療・介護連携

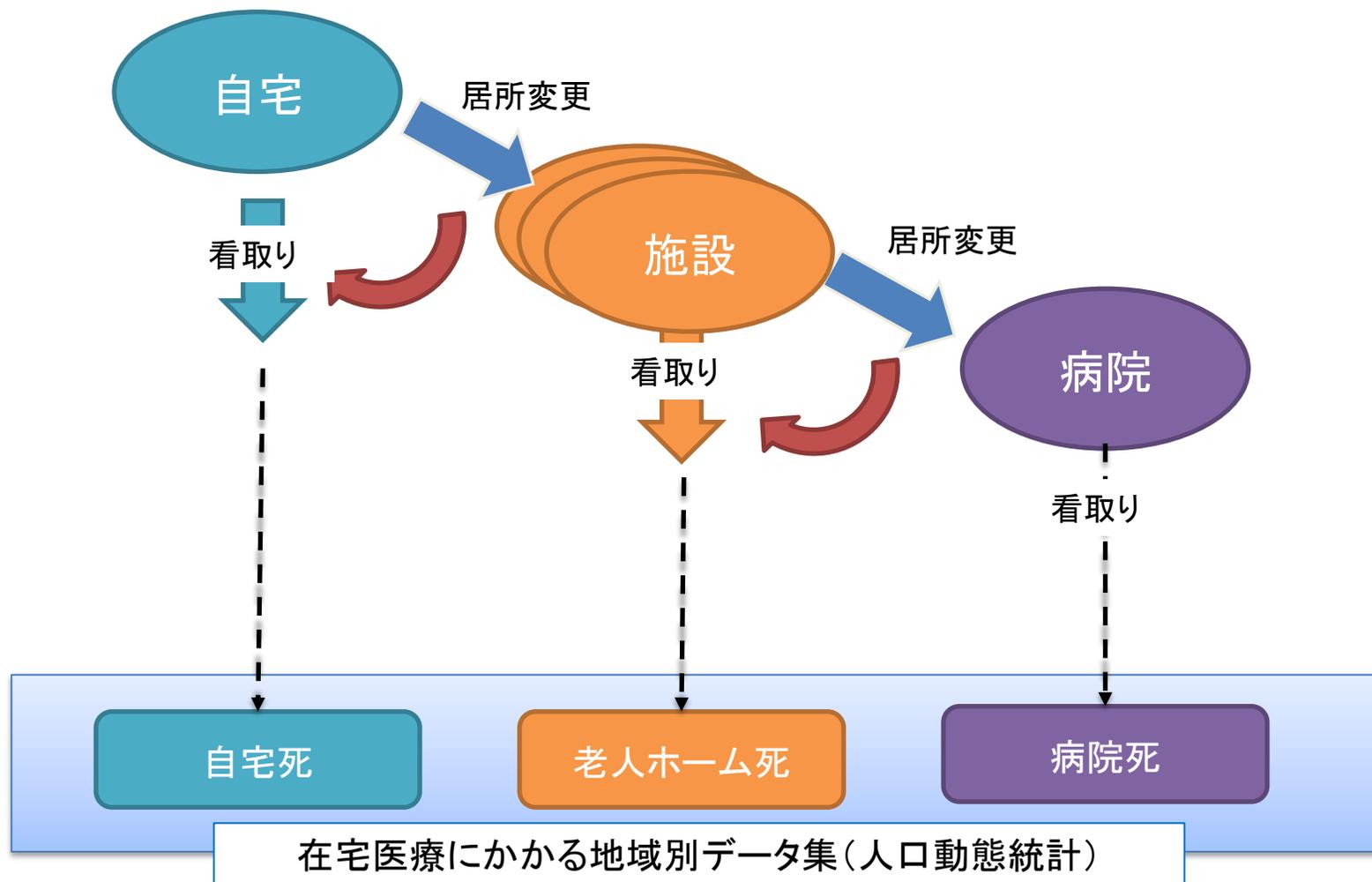
脱・病院依存のケアシステムにむけて

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

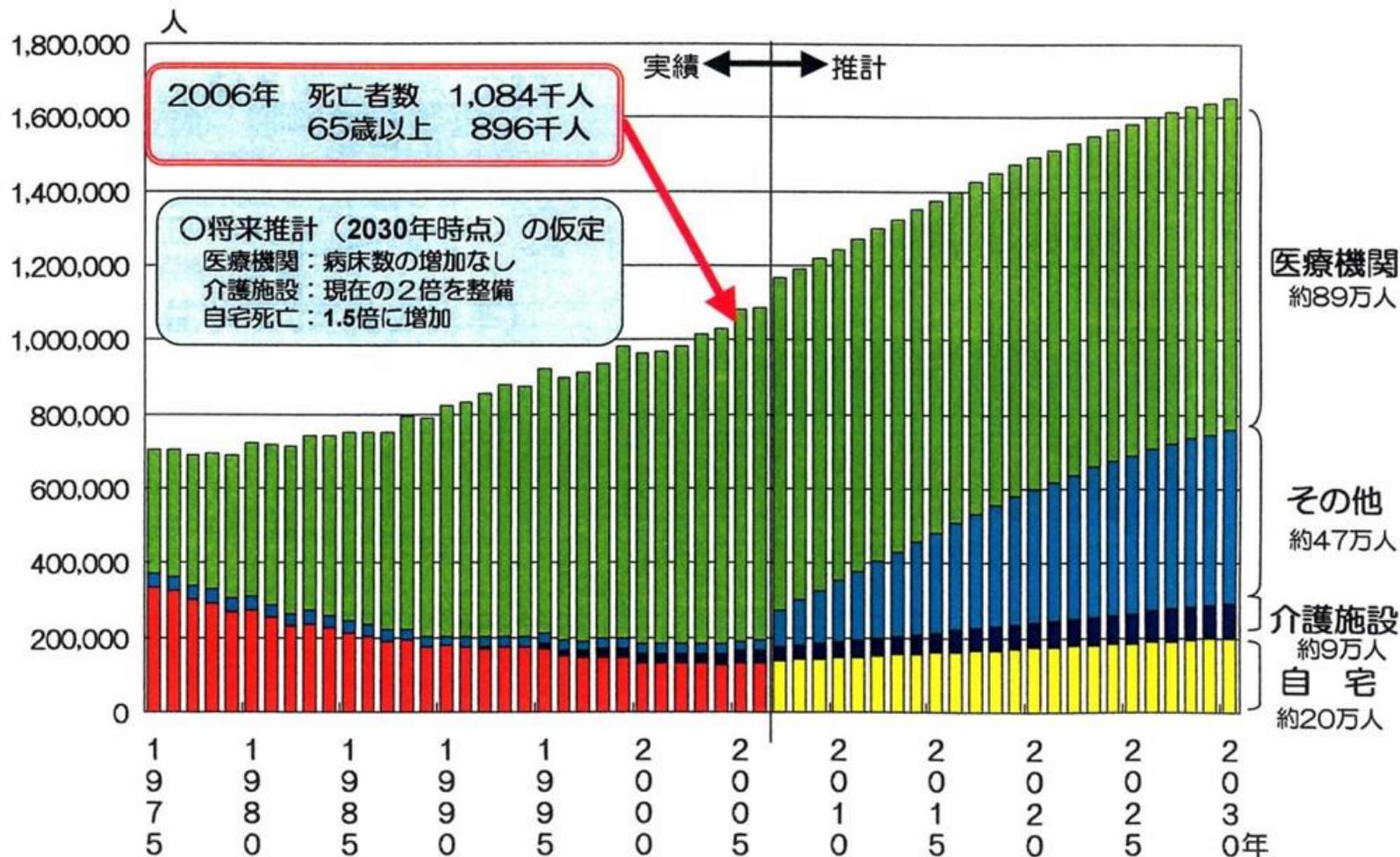
世界が進むチカラになる。



「自宅から施設へ、施設から病院へ」の流れを止める



看取りの場所「その他」とは？



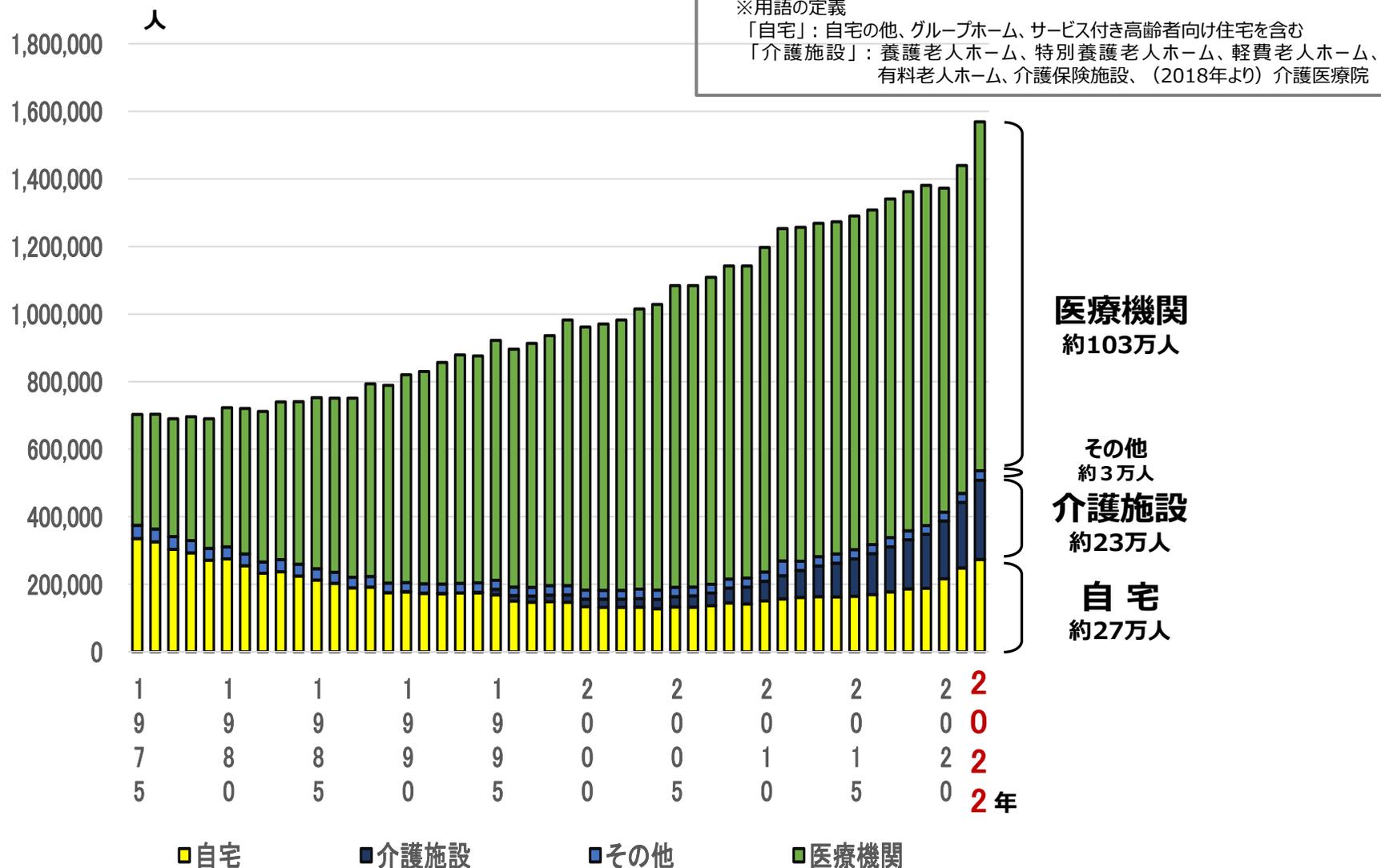
【資料】

2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

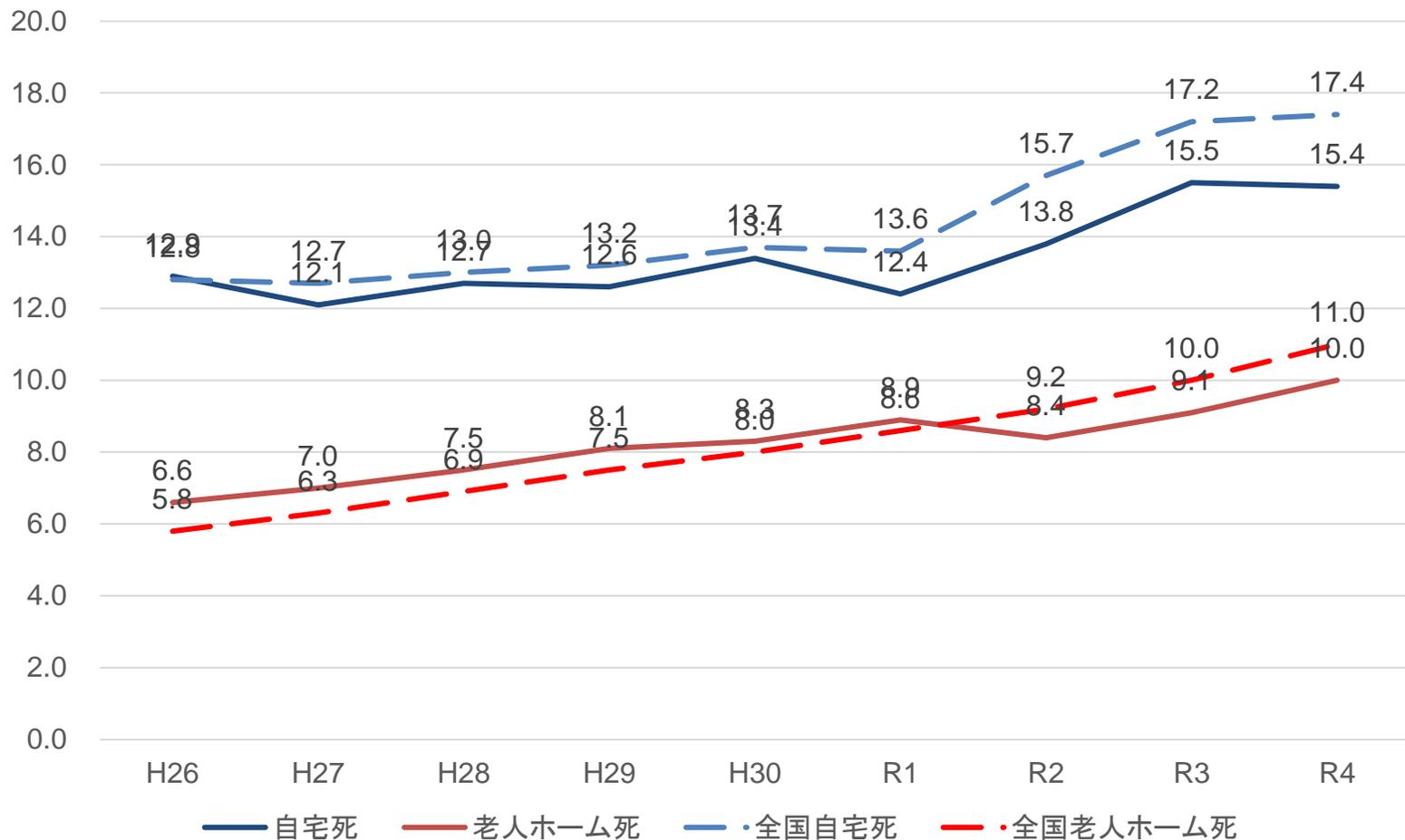
※介護施設は老健、老人ホーム

(参考) 死亡場所別の死亡者数の推移

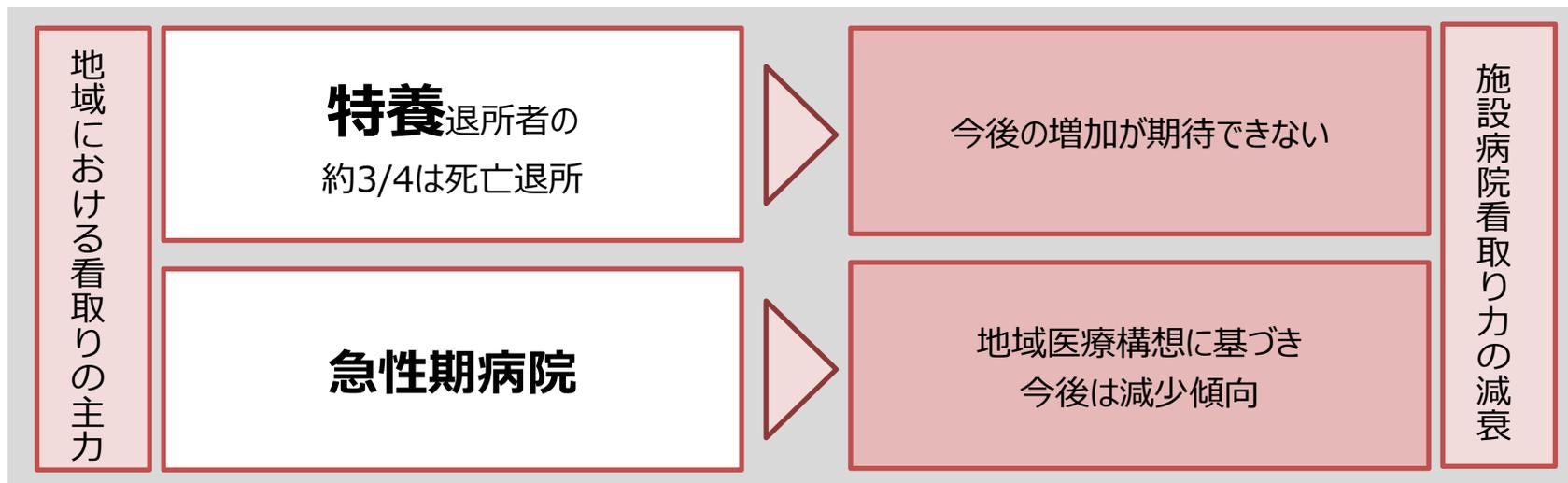


病院死は減少し続けている

広島県の自宅死・老人ホームの推移



新しい看取りの場所が必要になっている



新しい「看取りの主力の場」の必要性



介護保険施設・GH・特定施設・高齢者の住まい（サ高住・住有）等
における医療対応・先回りのケア・看取り力の向上

施設における居所変更の実態

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=389)	37人 0.9%	35人 0.8%	44人 1.1%	287人 6.9%	349人 8.3%	436人 10.4%	547人 13.1%	365人 8.7%	2066人 49.4%	19人 0.5%	4185人 100.0%
軽費 (n=92)	50人 7.1%	55人 7.8%	49人 6.9%	210人 29.7%	106人 15.0%	62人 8.8%	41人 5.8%	10人 1.4%	121人 17.1%	4人 0.6%	708人 100.0%
サ高住 (n=282)	54人 2.6%	44人 2.1%	69人 3.3%	261人 12.3%	221人 10.4%	201人 9.5%	206人 9.7%	110人 5.2%	949人 44.8%	2人 0.1%	2117人 100.0%
GH (n=660)	1人 0.0%	2人 0.1%	10人 0.4%	221人 7.9%	280人 10.1%	486人 17.5%	393人 14.1%	301人 10.8%	1086人 39.0%	3人 0.1%	2783人 100.0%
特定 (n=200)	20人 0.7%	41人 1.5%	56人 2.0%	235人 8.4%	194人 7.0%	264人 9.5%	286人 10.3%	193人 6.9%	1492人 53.6%	1人 0.0%	2782人 100.0%
地密特定 (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	9人 6.0%	17人 11.3%	19人 12.6%	13人 8.6%	12人 7.9%	81人 53.6%	0人 0.0%	151人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=61)	7人 0.3%	4人 0.2%	3人 0.1%	58人 2.3%	96人 3.9%	207人 8.4%	476人 19.3%	410人 16.6%	1184人 47.9%	27人 1.1%	2472人 100.0%
特養 (n=319)	3人 0.0%	1人 0.0%	1人 0.0%	26人 0.3%	50人 0.7%	504人 6.7%	985人 13.2%	931人 12.4%	4986人 66.6%	2人 0.0%	7489人 100.0%
地密特養 (n=104)	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 0.1%	2人 0.2%	5人 0.6%	70人 8.2%	159人 18.7%	121人 14.2%	493人 57.9%	0人 0.0%	851人 100.0%
合計（老健除外） (n=2129)	172人 0.7%	182人 0.8%	233人 1.0%	1309人 5.6%	1318人 5.6%	2249人 9.6%	3106人 13.2%	2453人 10.4%	12458人 52.9%	58人 0.2%	23538人 100.0%

★施設等における死亡率（向上を目指す）

➡ 52.9%

★要介護2以下の居所変更率（低下を目指す）

➡ 13.7%

急性期病院が増えていくわけではない

◆ 病床機能報告による病床数と平成 37 (2025) 年における必要病床数 (暫定推計値) ◆

構想区域	医療機能	平成 26 年度 病床機能報告 (床)	平成 37 年 必要病床数 (床)	構想区域	医療機能	平成 26 年度 病床機能報告 (床)	平成 37 年 必要病床数 (床)
広島	高度急性期	2,858	1,585	尾三	高度急性期	394	242
	急性期	5,591	4,242		急性期	1,986	905
	回復期	1,400	4,506		回復期	265	991
	慢性期	4,213	2,730 以上		慢性期	1,173	726 以上
	病床計	14,062	13,063 以上		病床計	3,818	2,864 以上
広島西	高度急性期	561	156	福山・府中	高度急性期	806	524
	急性期	299	410		急性期	2,438	1,691
	回復期	180	515		回復期	695	1,840
	慢性期	1,129	478 以上		慢性期	1,166	976 以上
	病床計	2,169	1,559 以上		病床計	5,105	5,031 以上
呉	高度急性期	55	287	備北	高度急性期	30	73
	急性期	1,849	858		急性期	811	340
	回復期	405	894		回復期	88	323
	慢性期	952	751 以上		慢性期	805	430 以上
	病床計	3,261	2,790 以上		病床計	1,734	1,166 以上
広島中央	高度急性期	83	122	県計	高度急性期	4,787	2,989
	急性期	1,235	672		急性期	14,209	9,118
	回復期	251	678		回復期	3,284	9,747
	慢性期	930	669 以上		慢性期	10,368	6,760 以上
	病床計	2,499	2,141 以上		病床計	32,648	28,614 以上

急性期病院は今迄みたいには働けない

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

↓

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置の推進**
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理の推進**

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

↳ **一部、法改正で対応**

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) **法改正で対応**

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	
	B (救急医療等)			義務	
	C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		義務	
	C-2 (高度技能の修得研修)				

罰則規定あり

過度な連勤は不可

救急搬送の応需率低下

軽症者の搬送困難に？

施設は、救急搬送に過度に依存した状況改善が必須。夜間体制など見直しが必要

2024年4月施行

急性期病院が施設を選ぶ時代が来る？

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○ 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

〔特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム〕

①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
〔(地域密着型)介護老人福祉施設〕
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
〔介護老人保健施設〕
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
〔(地域密着型)特定施設入居者生活介護〕
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
〔認知症対応型共同生活介護〕
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

②高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

- (1) 平時からの連携
 - ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化 (運営基準)
 - ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設
- (2) 急変時の電話相談・診療の求め
- (3) 相談対応・医療提供
 - ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1 (運営基準)
- (4) 入院調整
 - ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2 (運営基準)
 - ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設
- (5) 早期退院
 - ・ 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化 (運営基準)

在宅医療を支援する地域の医療機関等

- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定

※1 経過措置3年。(地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

13

診療体制の常時確保に向けた協力医療機関の設定の義務化

(経過措置3年、GH・特定は努力義務)

退院患者の速やかな受け入れの努力義務化

【施設】要医療でも継続入所可能な体制の検討

【施設】病院が連携できるような体制整備
(人員・情報連携)

【行政】
利用者の移動状況の把握
(居所変更実態調査)

取組を考えるときのポイント：とにかく事業者の話を聞く

1

まず施設の看取り実態を把握しましょう（居所変更実態調査）

実施済の自治体も多いのですが、事業計画策定部署が担当しているため、医療介護連携担当が調査実施の事実を知らないことが大変多いです！

2

救急・医療機関の話を聞きましょう

施設からの救急搬送や退院調整の困難さ、施設やケアマネジャーに求めていること、今後の地域の医療機関の方向性、最近の病床転換の状況などを地域の関係者からしっかり把握しましょう。

3

介護施設と膝詰めで話をしましょう

迫ってくる危機を冷静に共有しましょう。そのうえで何ができるか考えましょう。事業者と腹を割って話せる関係性を作らなければ、新しい取組は生まれません。

4

課題を探すだけでなく、うまくいっている施設の話も聞きましょう

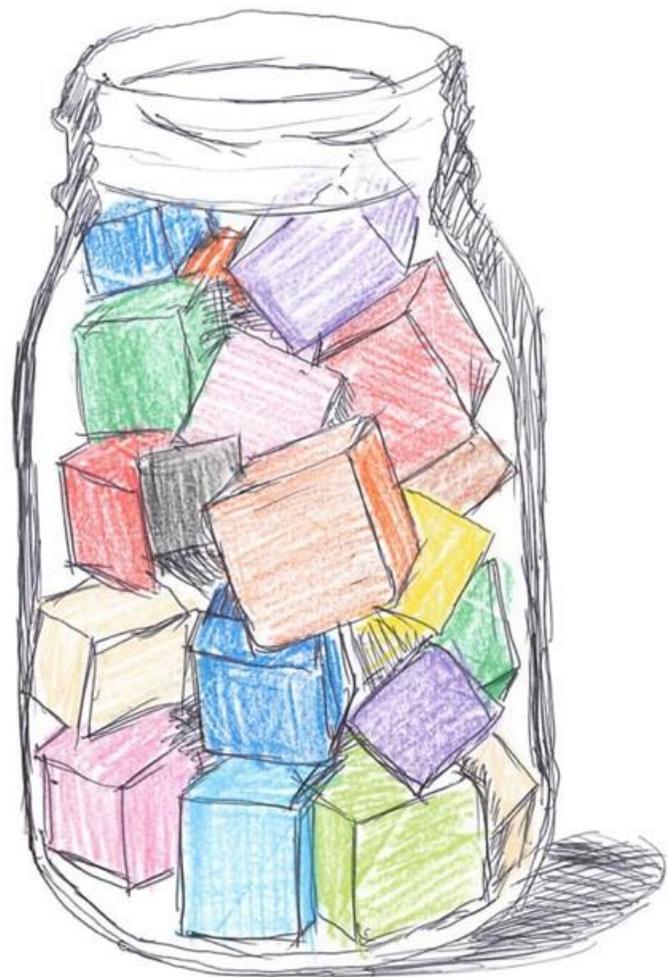
居所変更実態調査を行うと、看取り率の高い事業所も個別に見えてきます。課題ばかり探すのではなく、うまくいっている事業所に共通するポイントを探すことも大切です。

【さいごに】
皆さんへのメッセージ

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。





積み木だけでは 瓶の隙間はうまらない

介護保険、生活保護、医療保険などの制度は、その利用の範囲と条件が定められています。行政は制度の規定に従うほかありません。柔軟性がないという点では「積み木」のようなもの。これでは、個々の住民の生活のニーズ(瓶)の隙間は埋まりません。生活課題はこうした「隙間」が絡み合っ生じることがあります。

社会保障制度だけで、住民の生活継続は支えられません。包括的な支援体制の取組は、この**隙間と向き合うこと**でもあります。

真の「福祉」であるためには、個人の主体的にしてかつ個別的要求(needs)が充足されなくてはならない。その意味では「福祉」は終局的には「個別的特遇」である。

つまり、すべての個人に平等の権利と機会を保障するような一般化施策—全国民の平均的要求を平均的な方法で充足する専門分化的制度による政策—と並行して、それに均衡する程度において個別的特遇は必要なのである。

(中略)なぜならば、個人は自分の生活に関する重要な問題については、自己の決断により決定したいという主体的要求を持つからであり、この要求と彼の個別的生活条件を無視する画一的処遇は、いかにそれが物質的に豊富なものであっても、彼を満足させるものではないからである。

トリニムシノメ ムシニトリノメ

行政職員は、地域全体を俯瞰する視点から政策を検討する傾向があります。アンケート結果や統計などから施策を考えることも多いでしょう。一方、専門職は目の前にいる利用者の個別性に着眼し、個を出発点として取組を考える特長があります。

地域包括ケアシステム／包括的な支援体制の構築には、両方の視点が不可欠。取組は利用者の個別性を出発点としつつ、常に地域全体が前に進んでいるか？（評価・費用など）も意識する必要があります。また逆に全体の取組が個の課題解決につながっているかも確認する必要があります。

「地域ケア会議」や「重層的支援会議」等の個別ケースをベースとした地域課題の抽出・施策検討はこのミクロとマクロの行き来のプロセスと同じことを意味しています。

【参考】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング
が提供する各種ツール・ガイドブック

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



実態把握の定番調査：在宅生活改善調査／居所変更実態調査／介護人材実態調査

「介護保険事業計画策定の手引き」でも推奨されている実態把握の定番3調査がリバイズされました。より回答しやすく、よりコンパクトに。

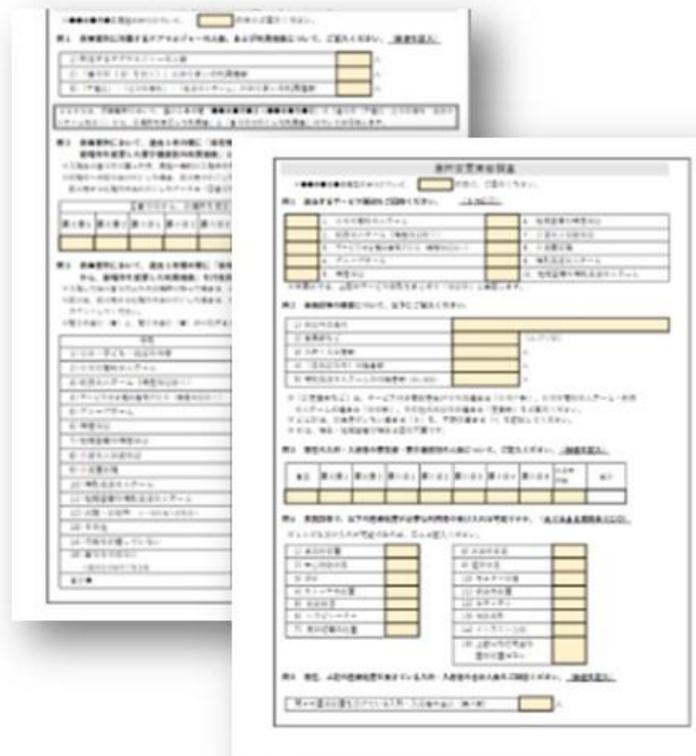
第10期介護保険事業計画の作成に向けた各種調査の見直し案

- 「在宅介護実態調査」の設問の一部を、「在宅生活改善調査」に組み込むことにより、いずれかの調査を選択して実施することを可能に
(※特に、小規模自治体で在宅介護実態調査のサンプル確保が困難になっていることに対応するため)
- 「在宅生活改善調査」「居所変更実態調査」「介護人材実態調査」(3調査)の設問の一部を見直し
- Excelの調査票を作成し、電子ファイルでの回答を可能に(※3調査について)
- Excelファイルで回収した調査票を、そのまま自動集計ソフトに取り込むことを可能に

令和6年3月

MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進推進等事業
「介護保険事業計画策定における各種調査結果の分析に関する調査研究事業」



調査票の改善

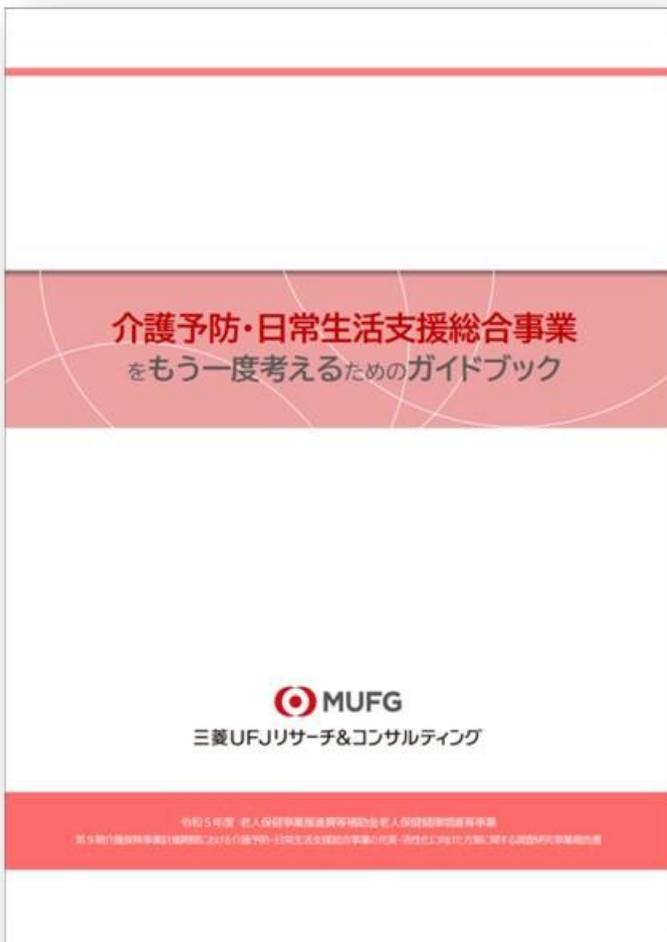
設問の簡素化及び在宅介護実態調査との項目統合など



自動集計ツールの利用方法のガイド

介護予防・日常生活支援総合事業をもう一度考えるためのガイドブック

総合事業を改めて見直すためのガイドブックです。総合事業の評価のあり方についても試案を提示しています。



3つのアプローチ	アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム
1 ポピュレーション・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出前講座・説明会の開催数 ■ 通いの場の数 ■ 体力測定会の開催数 ■ 広報活動の回数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出前講座等に出席した住民の数 ■ 通いの場や参加者の数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会参加率 ■ 通いの場における75+等参加率 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 調整済み軽度認定率
2 ハイリスク・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 短期集中予防サービスの開催回数、委託先の数、参加者数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 想定対象者に占める実際の参加者数 ■ 参加者の参加前後の状態変化 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 参加者の一定期間後の状態変化 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 初回認定者の平均年齢 ■ 軽度者の在宅継続数または率(在宅生活改善調査)
3 利用者の選択肢の幅	<ul style="list-style-type: none"> ■ 選択肢増のための取組実績(協議体開催回数等) ■ 生活支援Coの支援先打ち合わせ回数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 従前相当サービス以外のサービス・活動の種類・数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 要支援者等ケアプランにおける「従前相当サービス」を含む割合 	



介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き



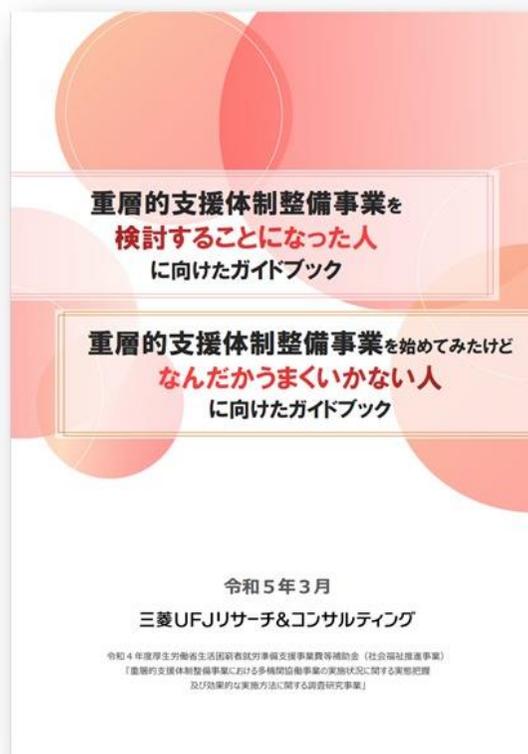
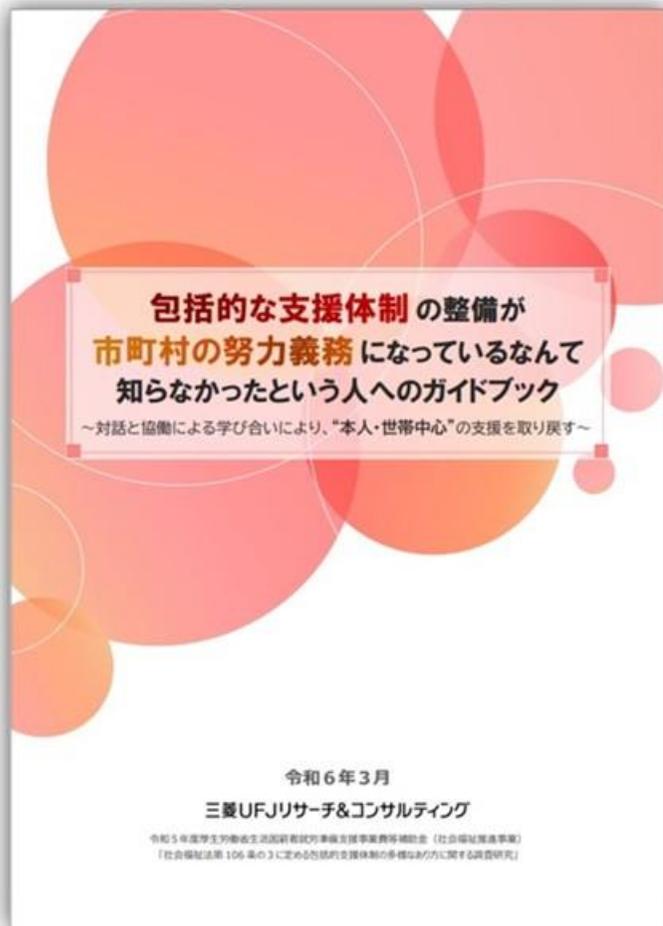
本手引きは、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）・道路運送法などの関連制度のポイントや、総合事業に基づく移動支援・送迎の推進に向けた考え方、各地域の事例などについて整理しています。令和元年度に作成した同手引きについて、令和2年度・4年度、5年度の調査研究事業の成果を踏まえた改訂を行いました。



https://www.murc.jp/houkatsu_08/

重層的支援体制整備事業ガイドブックシリーズ

シリーズ第3弾：「包括的な支援体制の整備が市町村の努力義務になっているなんて知らなかったという人へのガイドブック」をリリースしました。



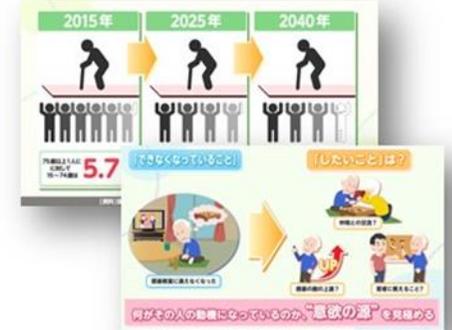
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_09.html

【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

<https://www.murc.jp/houkatsu/>



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)



【ご参考】 「新版 地域包括ケアサクセスガイド」

地域包括ケアの基本と最新事情がわかる！

高齢化がピークに達し85歳以上人口が1000万人を超える2040年に向け、新たなフェーズに入った地域包括ケアを解説・展望。植木鉢の図が何を意味し、何を目指しているかが120%わかる。確実な未来への解がここにある！

監修：埼玉県立大学理事長・日本地域包括ケア学会理事長 田中 滋

編著：三菱UFJリサーチ&コンサルティング首席研究員 岩名 礼介

発行：メディカ出版

価格：2,000円（+税）

