

自立支援・重度化防止に向けた 保険者機能の強化 ＜参考資料＞

令和元年9月27日
厚生労働省老健局

地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【データに基づく課題分析と対応】

- ・ 各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- ・ 介護保険事業計画に、目標・取組内容等を記載
- ・ リハ職との連携等による自立支援・介護予防施策の推進

【適切な指標による実績評価】

- ・ 要介護状態の維持・改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の適切な指標に従い、実績を評価

【インセンティブ】

- ・ 評価結果の公表、財政的インセンティブの付与の検討

【国や都道府県による支援】

- ・ 各都道府県・市町村の地域分析に資するデータの提供(国)
- ・ 研修や医療職派遣に関する調整等(都道府県)

2. 医療・介護の連携の推進等

- ・ 医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法を国が具体化し、市町村にその実施を求める
- ・ 介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととする

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

- ・ 共生型サービスを位置付け
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携の推進

(2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

- ・ ロボット・ICTに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し等
- ・ 提出書類等の見直しや簡素化

(3) サービス供給への保険者の関与

- ・ 市町村協議制の対象拡大(ショートステイ)、地域密着型通所介護の指定拒否の仕組の導入、居宅サービス指定への市町村関与の強化

(2) 地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進

- ・ ケアマネジメント支援について、地域の住民や事業所を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大
- ・ 地域包括支援センターの機能強化(土日祝日の開所、地域ケア会議の内容の具体化・明確化、市町村による評価の義務付け等)
- ・ 介護予防に関するポイント付与が出来ることの明確化
- ・ 認知症の容態に応じたサービスを受けられる仕組みの構築
- ・ 認知症の人の視点に立った施策の推進

(3) 適切なケアマネジメントの推進等

- ・ ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組の推進
- ・ 居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し検討(管理者の役割、公正中立の確保等)(報酬改定時に検討)

(4) 安心して暮らすための環境の整備

- ・ 有料老人ホームについて、前払金の保全措置の対象拡大等の入居者保護のための施策の強化等

介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日介護保険部会）（抄）

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【総論】

- 介護保険は、高齢者の自立支援や介護予防をその理念としているが、今後、高齢化が進展していく中においても、この理念を堅持し、地域包括ケアシステムをより深化・推進していくことが必要である。
- 特に、いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるのが想定され、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが重要である。
- また、現在、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合などについては、地域差が存在している状況にある。
介護保険制度には、全国一律の基準による要介護認定など保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組みがある一方で、高齢化の状況、地理的条件、独居等の家族構成など地域差を必然的に生じさせる要素もあり、それぞれの保険者が国及び都道府県の協力のもと、地域差の存在について多角的な分析を行い、その結果を踏まえて、縮小されるべき地域差については、これを縮小するよう適切に対応していくことが求められる。
- このような状況を踏まえ、今後は、以下の①から④の取り組みを繰り返し行うこと、すなわち、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していくことが適当である。
 - ① 各保険者において、それぞれの地域の実態把握・課題分析を行う。
 - ② 実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成する。
 - ③ この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取組を推進する。
 - ④ これら様々な取組の実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う。
- その際、市町村自身が保険者機能を果たすためには、新たに生じる事務負担に十分配慮し、行政サービスの質の低下を招かないようにする必要がある。人員やノウハウの課題もあることから、保険者による極端な格差が生じないよう国や都道府県が市町村を具体的にかつ積極的に支援していくことが適当である。都道府県が行う具体的な支援について、地域によって状況が異なることに留意した上で、その内容や法的根拠を明確にする必要がある。
例えば、国においては地域の実情や特性を踏まえ、地域の自主性を尊重しながら各種ガイドラインを作成するほか、都道府県職員に対する研修を実施することなどが考えられ、都道府県においては市町村職員に対する研修を実施するほか、医療職の派遣に関する団体調整を行うことなどが考えられる。
この点に関して、地方財政に占める介護保険事業歳出のボリュームが増大していることも意識しつつ、各市町村において、保険者機能を強化するという強い認識を持ち、介護保険に係る行政分野への人材投入等を行うべきであるとの意見があった。

【データに基づく地域課題の分析等】

- 市町村や都道府県の介護保険事業（支援）計画の作成、実施及び評価、並びに国民の介護保険事業の運営に関する実情の把握に資するため、保険者による地域の実態把握・課題分析のための基盤を整備することが適当である。その際、評価指標にかかるものを含めデータの整備について、市町村及び都道府県に過度な事務負担が生じないよう、国において、全国の市町村及び都道府県が活用できるシステムを構築するなど環境を整備していくことが重要である。
- 具体的には、
 - ・ 市町村による国に対する介護給付費や要介護認定等に関するデータの提出を義務づけるとともに、
 - ・ 国は、市町村から提供されるデータを集計・分析し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて、各都道府県・市町村の地域分析に資するようなデータ（地域差に関するデータを含む。）を提供する
 - ・ また国は、「見える化」を広く国民に周知させるための広報などを進めることとするのが適当である。
- なお、地域包括ケア「見える化」システムにおいて活用されている、介護保険総合データベースのデータについては、データベースをより有効活用するために、データの利用目的が公益性の高い場合には、第三者提供を可能とすることが適当である。
この場合、個人情報保護は当然に重要であり、この点も含め、データを提供する対象、データ利用に係る手続き等については、別途、検討の場を設けて検討することとするのが適当である。
- また、医療と介護のデータを合わせた分析・利活用も重要な課題であるが、これについては、「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」の取りまとめを踏まえつつ、検討していくこととするのが適当である。
この点に関連して、医療と介護のデータベースはそれぞれ匿名化され容易には名寄せができないため、それらを連結して分析するためには技術的な検討を実施していくことが必要との意見があった。

【地域マネジメントに係る取り組み内容・目標の計画への記載】

- 市町村や都道府県が介護保険事業（支援）計画を策定する際には、上記により国から提供されたデータを利用して地域課題を分析するよう努めることとするのが適当である。
また、都道府県は、市町村が行う地域課題の分析を支援するよう努めることとするほか、こうした分析が円滑にできるよう、国はガイドラインを策定するなどの支援を実施することが適当である。
- 市町村は、介護保険事業計画に、地域の実情に応じて、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取組内容やその目標を記載することとするのが適当である。
- 一方、都道府県については、介護保険法において「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない」とされているところ、高齢者の自立支援と介護予防に向けて、都道府県が実施に努めるべき具体的な保険者支援について、法律上明確化することが適当である。
さらに、都道府県は、介護保険事業支援計画に、市町村が行う高齢者の自立支援と介護予防に向けた取組に係る支援の具体的な内容やその目標を記載することとするのが適当である。

【自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みの推進】

- 市町村は、介護保険事業計画に従い、高齢者の自立支援と介護予防に向けた具体的な取り組みを進めることとなる。
- 具体的な取り組みとしては、住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する啓発普及、介護予防の通いの場の充実、リハビリテーション専門職等との連携や口腔機能向上や低栄養防止に係る活動の推進、地域ケア会議の多職種連携による取り組みの推進、地域包括支援センターの強化など、地域の実態や状況に応じた様々な取り組みが考えられる。

【適切な指標による実績評価】

- 各市町村において様々な取り組みを進めていくこととなるが、地域マネジメントによる地域包括ケアシステムの深化が着実に進むよう、取組のアウトカム指標やアウトプット指標（プロセス指標）を国が設定し、P D C Aの一環として、市町村や都道府県が自己評価するとともに、国に報告する仕組みを設けることが適当である。
- アウトカム指標については、要介護認定率の抑制等、適正なサービス利用の阻害につながるものとする必要があり、例えば、要介護状態等の維持・改善の度合い、健康な高齢者の増加などの保険者の取組の成果を反映する指標が考えられる。
また、アウトプット指標については、例えば、地域包括ケア「見える化」システムの活用状況も含む地域分析の実施状況、地域ケア会議の実施状況、生活支援コーディネーターの活動状況、地域包括支援センターにおけるケアマネジメント支援等の実施状況、介護予防・自立支援の取組の状況等を指標とする方向が考えられる。
評価指標については、市町村毎に人材やノウハウ、地域資源などの状況は大きく異なるため、それぞれの地域での取り組みが適切に評価できるようなきめの細かいものとする必要があるとあり、市町村や都道府県の意見を十分に聞いた上で設定することが適当である。

【インセンティブの付与】

- 都道府県や市町村に対する取組を推進するため、上記の評価については各市町村、都道府県毎に、住民も含めて公開することとし、成果を他の地域と比較することによりP D C Aサイクルに活用することとするのが適当である。
- さらに、財政面においても、市町村や都道府県に対するインセンティブを設けることも検討すべきである。
その具体的な内容については、市町村及び都道府県の取組は多様であり、追加財源を確保した上で実施すべきとの意見がある一方、ディスインセンティブも組み合わせた上で財政中立で実施すべきとの意見もあった。また、自治体毎に人材やノウハウ、地域資源などに大きな差異がある中で、自治体間の格差が広がらないように留意すべきとの意見などもあり、これらの意見に留意しながら、丁寧な検討を行うことが適当である。なお、保険者の取り組みは保険者機能そのものであるとともに、適正化自体が保険者のインセンティブとなることや都道府県の支援と各市町村におけるアウトカムとの関係が明確とは言い難いことから、インセンティブを設けるべきではないとの意見もあった。

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

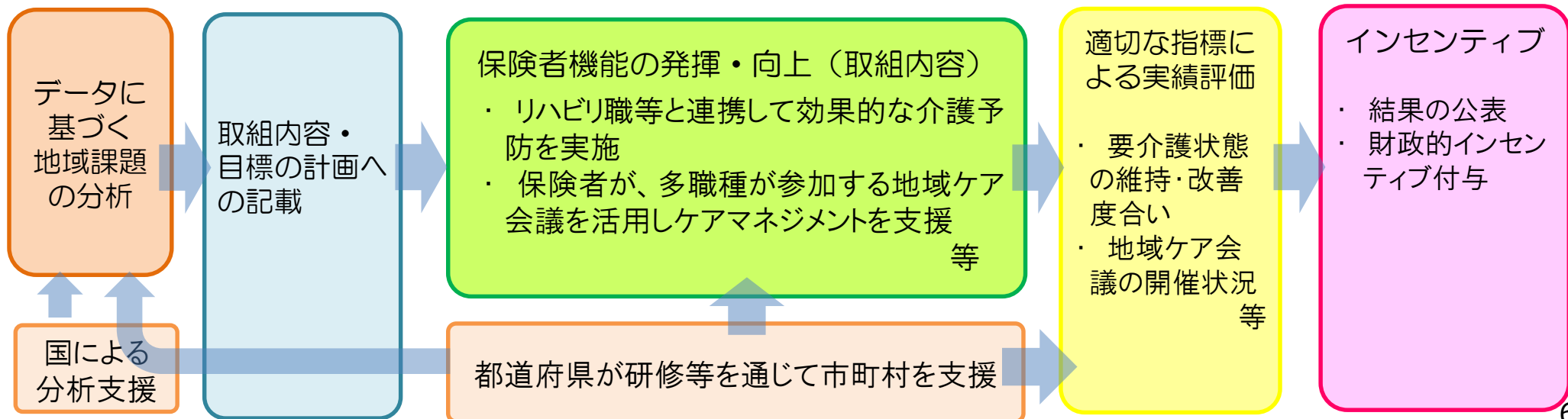
1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

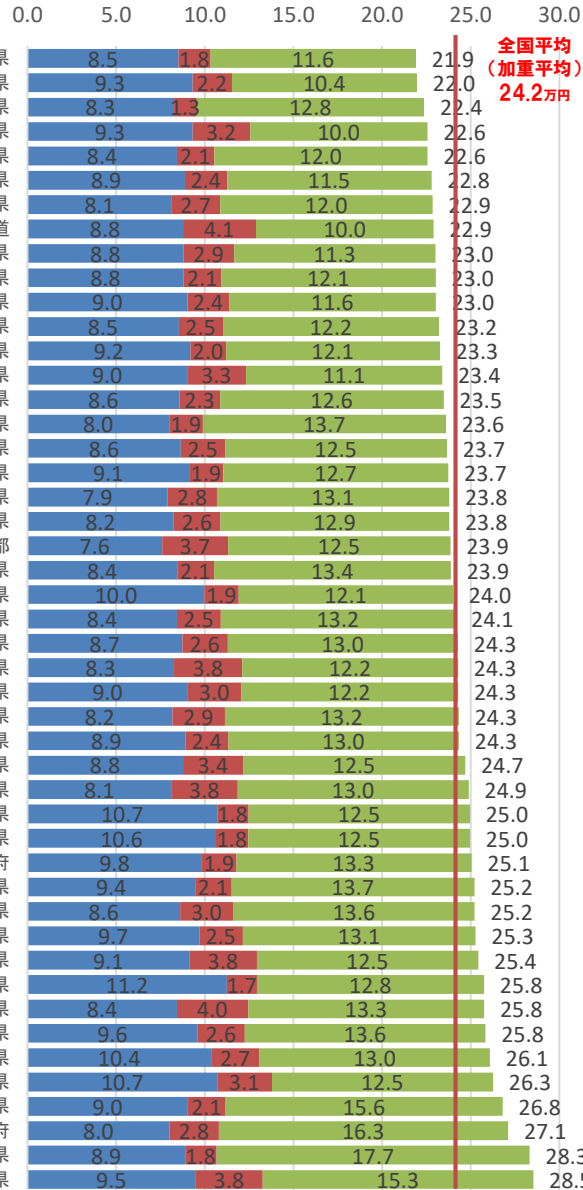
※主な法律事項

- ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

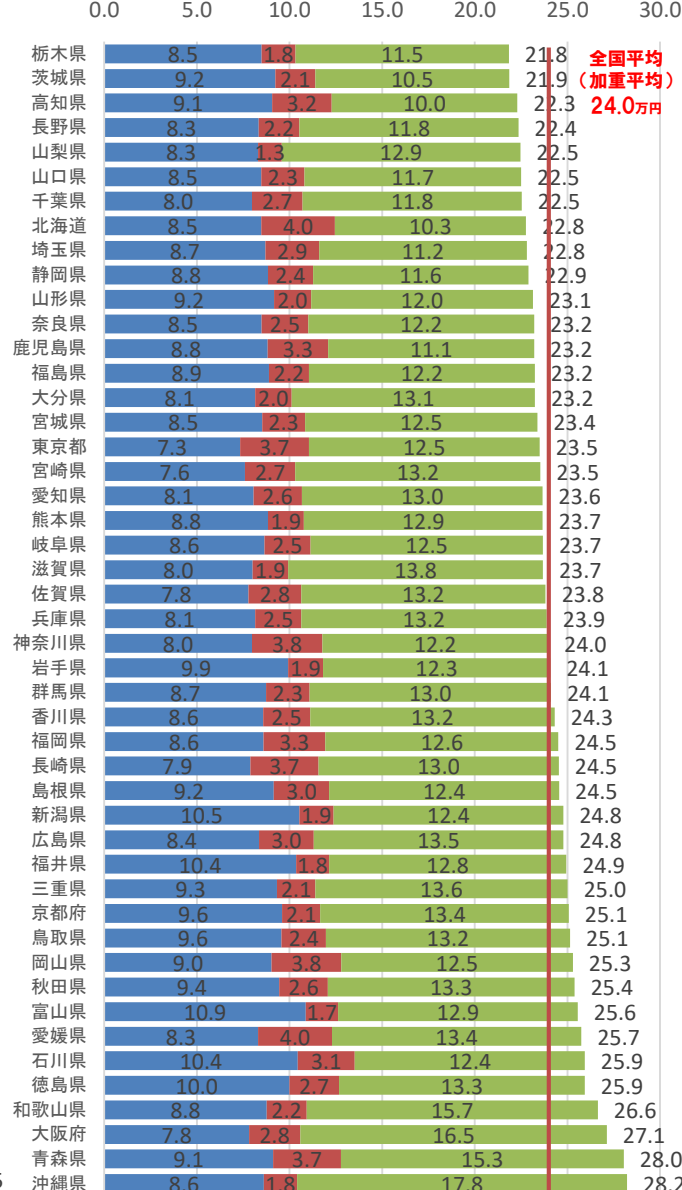


第1号被保険者1人当たり介護給付費の地域差(年齢調整後)

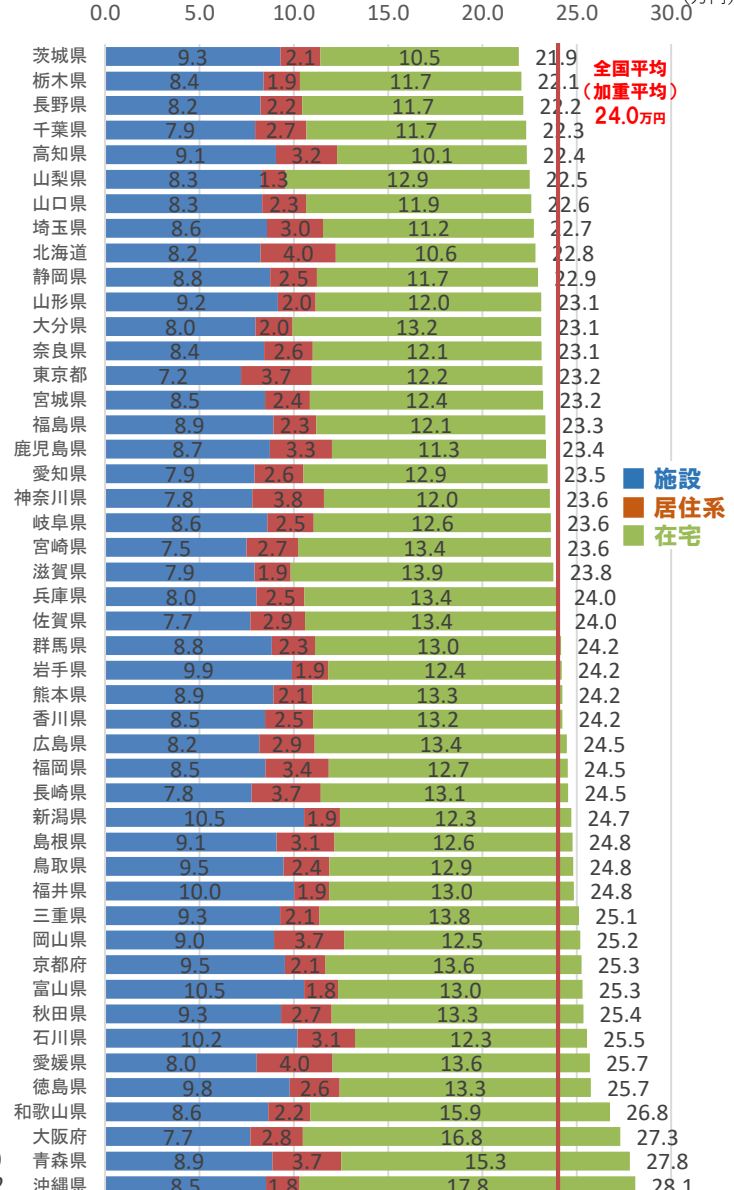
【2014年度】



【2015年度】



【2016年度】



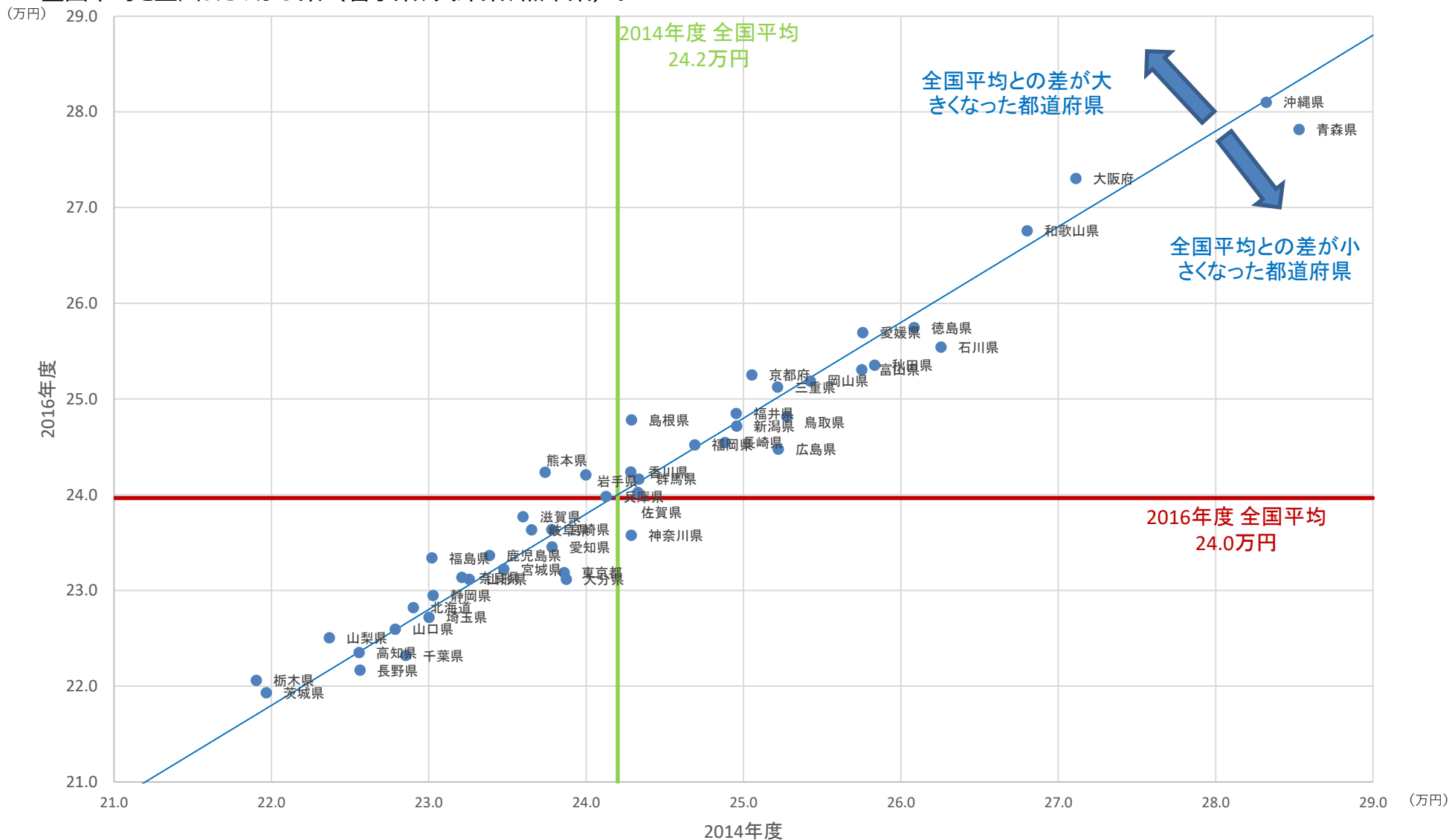
■ 施設
■ 居住系
■ 在宅

【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

第1号被保険者1人当たり介護給付費(年齢調整後) 2014年度と2016年度の散布図

- 都道府県別に第1号被保険者1人当たり給付費をみると、2014年度に全国平均を上回っている都道府県の多くは2016年度においても全国平均を上回っている。
- 2014年度に全国平均を上回り、2016年度に全国平均以下となったのは1県（神奈川県）で、2014年度に全国平均以下であり、2016年度に全国平均を上回ったのは3県（岩手県、兵庫県、熊本県）。



【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より
 注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

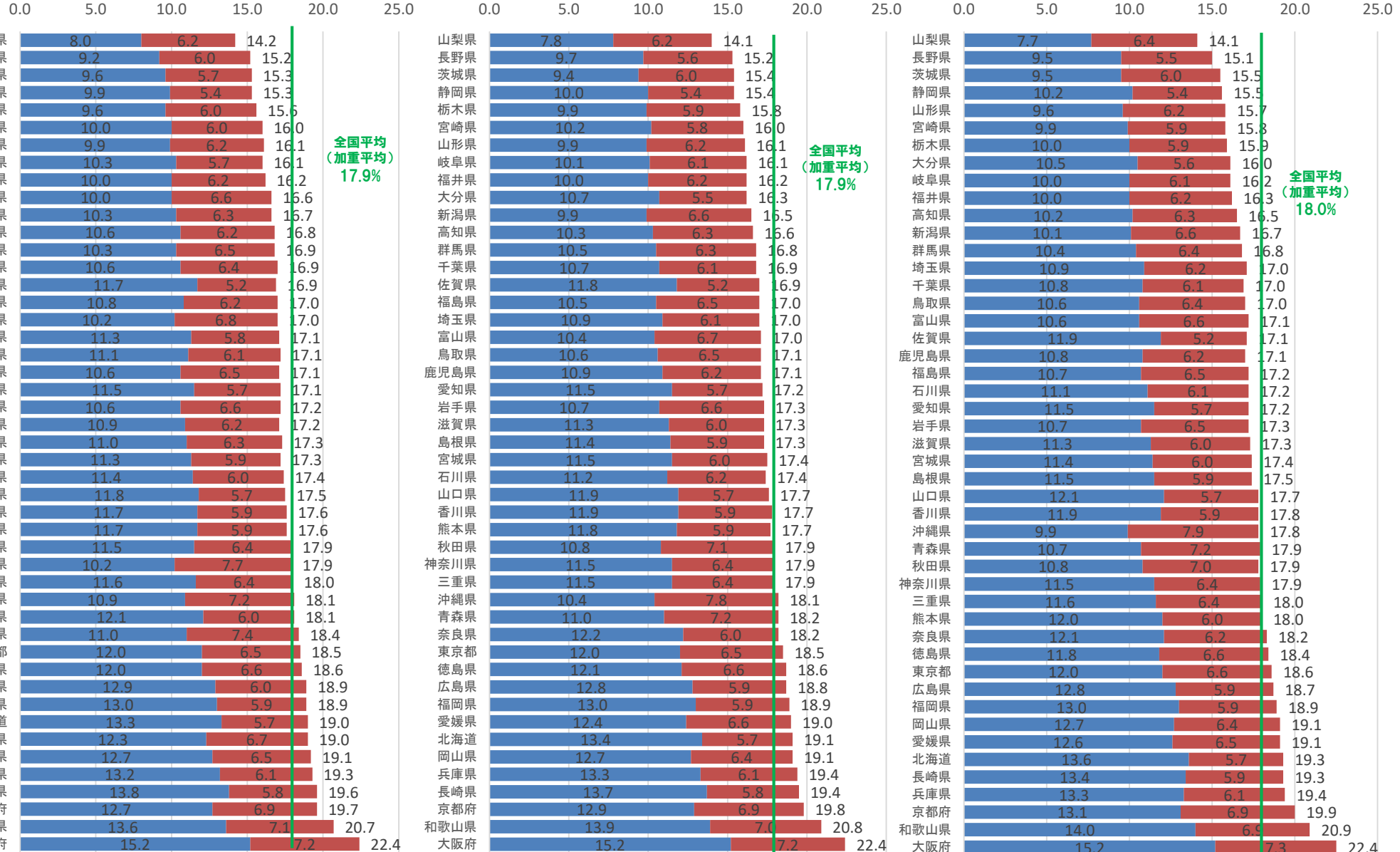
認定率の地域差(年齢調整後) (2014~2016年度 確定値)

■ 軽度(要介護2以下) ■ 重度(要介護3以上) (%)

【2014年度】

【2015年度】

【2016年度】



全国平均
(加重平均)
17.9%

全国平均
(加重平均)
17.9%

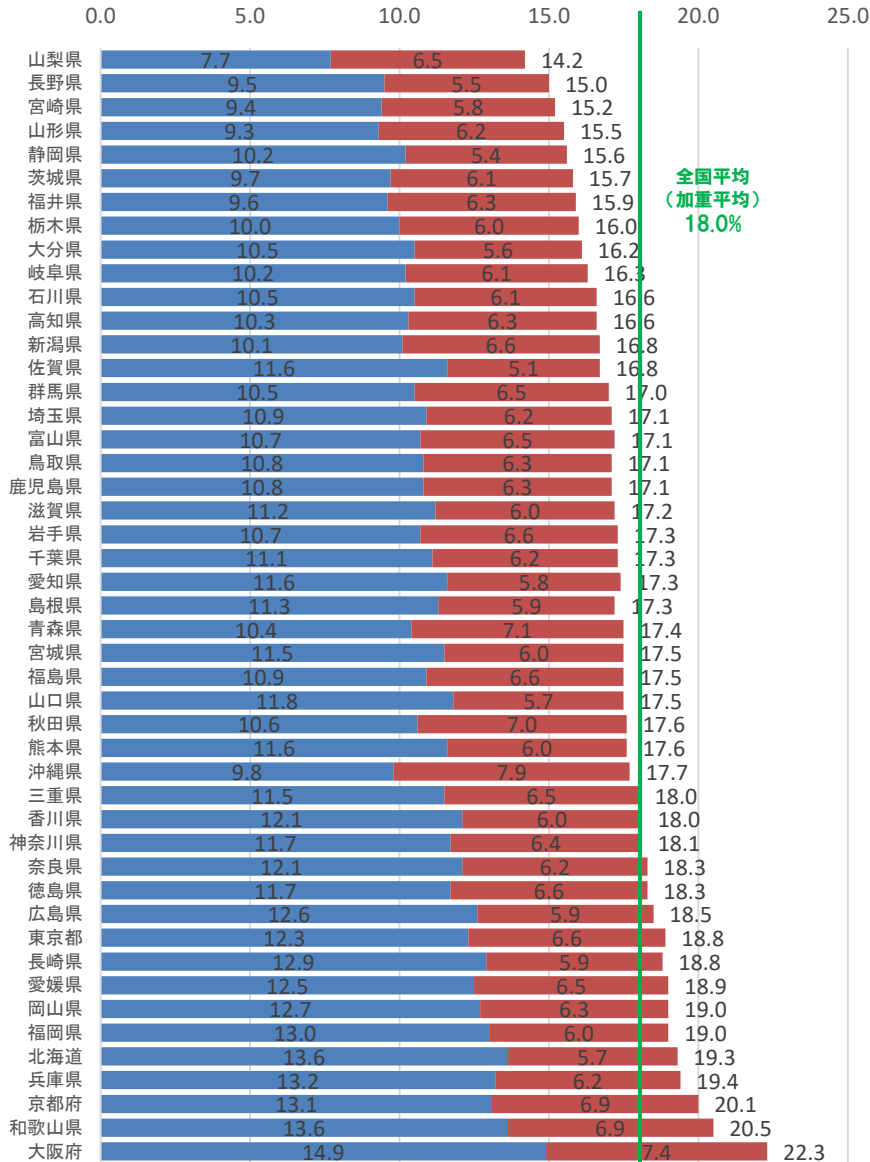
全国平均
(加重平均)
18.0%

【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

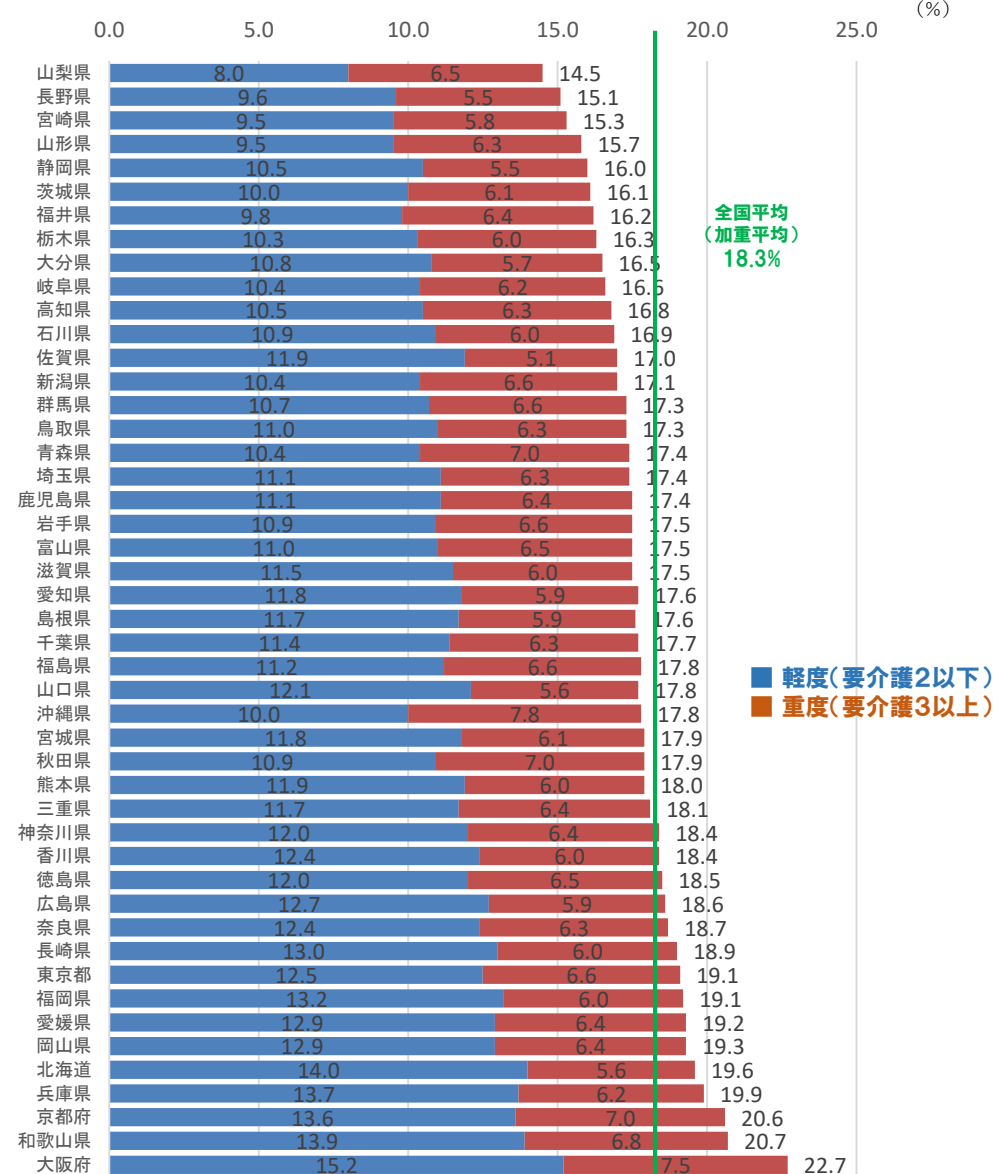
注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

認定率の地域差(年齢調整後) (2017,2018年度 速報値)

【2017年度】



【2018年度】

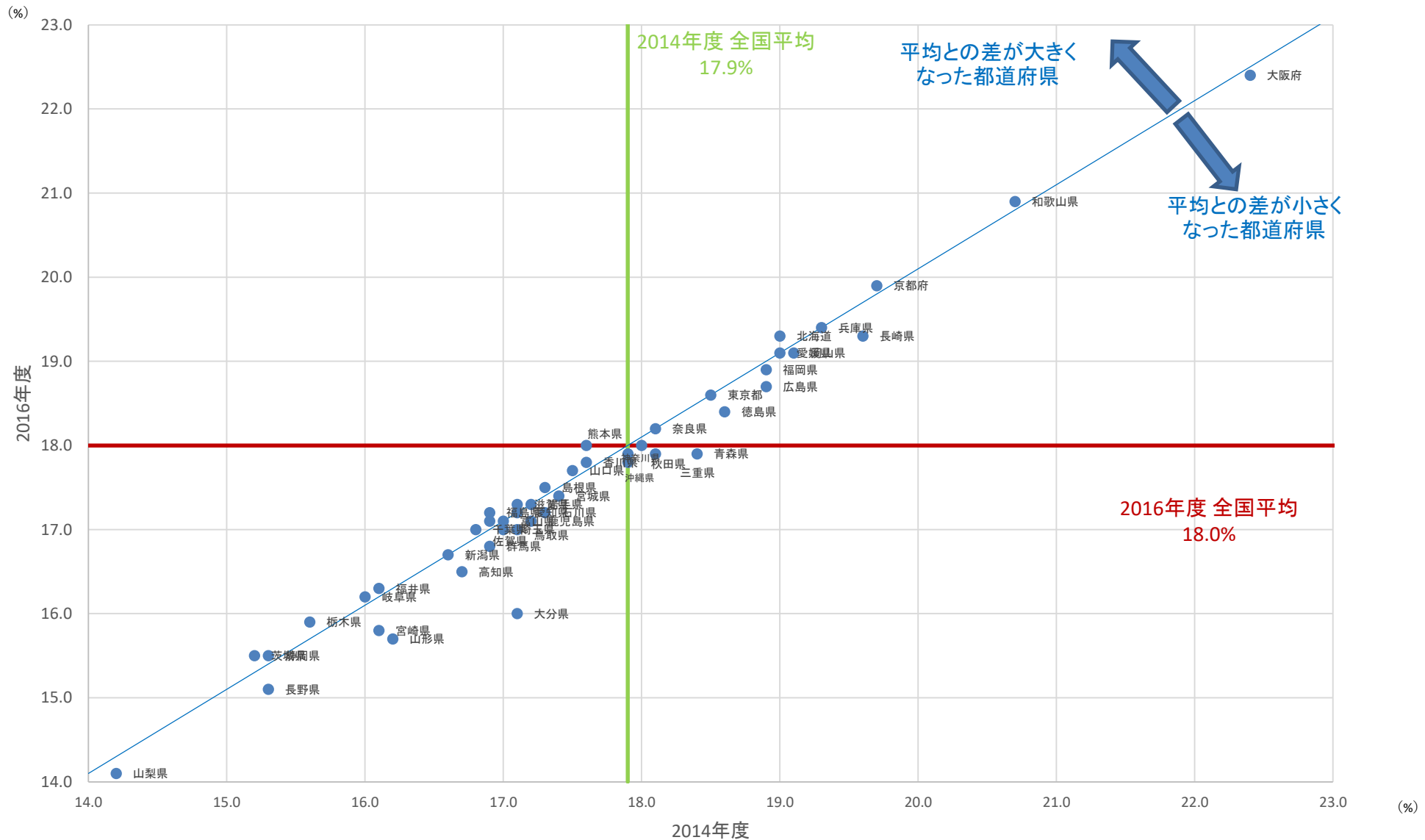


【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

認定率(年齢調整後) 2014年度と2016年度の散布図

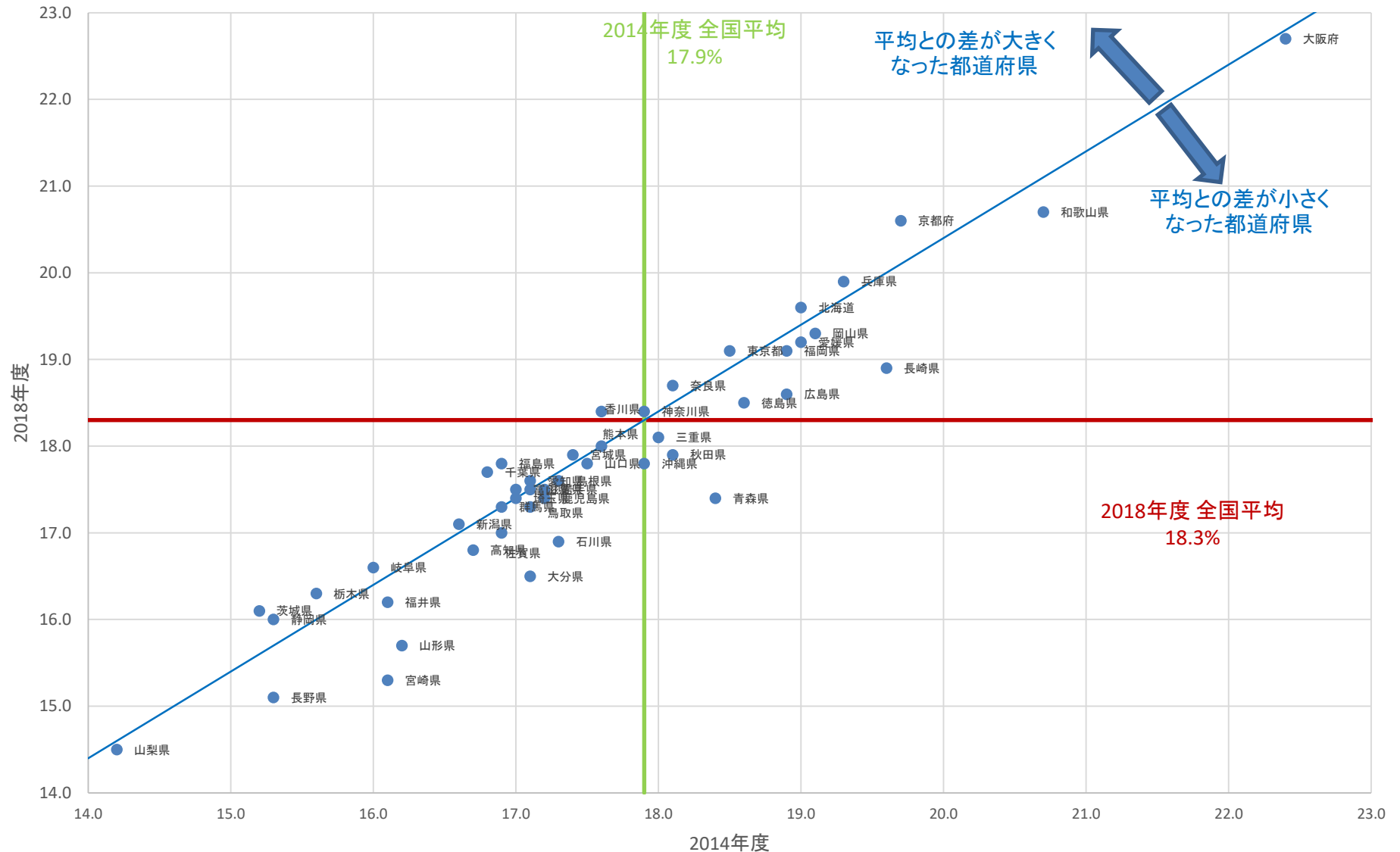
- 都道府県別に認定率をみると、2014年度に全国平均を上回っている都道府県の多くは2016年度においても全国平均を上回っている。
- 2014年度に全国平均を上回り、2016年度に全国平均以下となったのは3県（青森県、秋田県、三重県）。



【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より
 注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

認定率(年齢調整後) 2014年度と2018年度の散布図

- 都道府県別に認定率をみると、2014年度に全国平均を上回っている都道府県の多くは2018年度においても全国平均を上回っている。
- 2014年度に全国平均を上回り、2018年度に全国平均以下となったのは3県（青森県、秋田県、三重県）で、2014年度に全国平均以下であり、2018年度に全国平均を上回ったのは2県（神奈川県、香川県）。



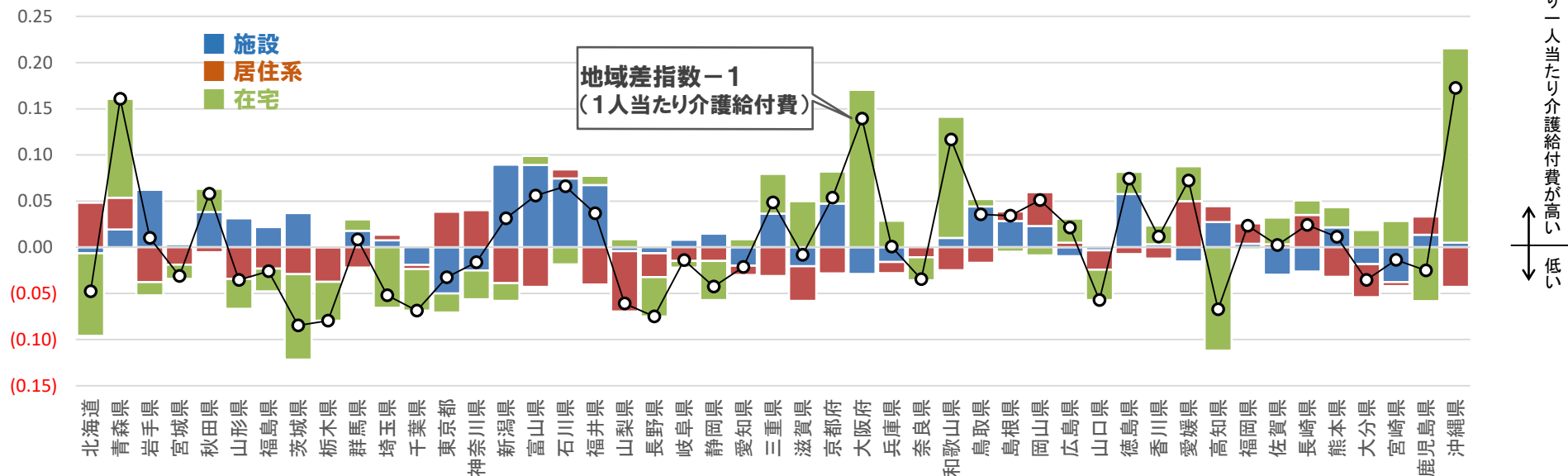
【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

注：介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が、2015年度から2017年度までに、順次市町村で行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行される。(2017年度から全市町村で移行)。

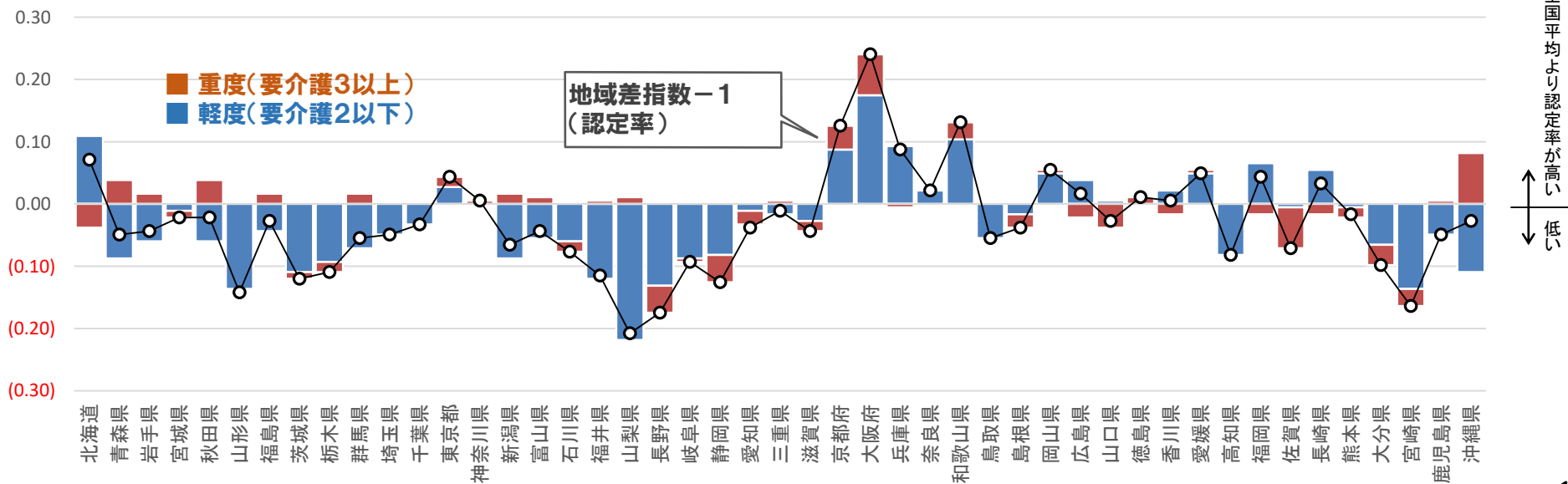
都道府県別地域差指数(寄与度別)

1人当たり介護給付費(2016年度)の地域差指数(施設・居住系・在宅の寄与度別)

※地域差指数の全国平均からの乖離(地域差指数-1)を寄与度に分解したものの(地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの(全国値=1))



認定率(2018年度)の地域差指数(寄与度別)



【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」(厚生労働省)を基に算出した。

全国平均より一人当たり介護給付費が高い
低い

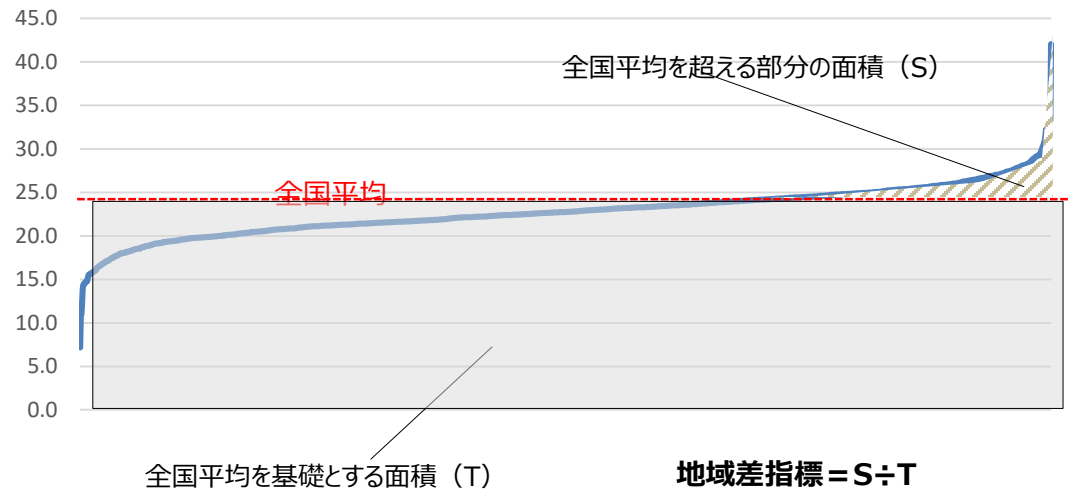
全国平均より認定率が高い
低い

地域差の指標でみた場合の推移

- 第1号被保険者1人当たり給付費、認定率ともに、
「全国平均を上回る都道府県の、上回った分」÷「全国計」で地域差を見た場合、1人当たり給付費は横ばい、認定率は減少傾向である。

【指標の定義】

年齢調整後の第1号被保険者1人当たり給付費及び認定率について全国平均を上回る都道府県の
「全国平均との差」の面積 ÷ 「全国平均を基礎とする面積」で定義



【地域差指標の推移】

年度	1人当たり給付費（年齢調整後）				認定率（年齢調整後）		
	計	施設	居住系	在宅	計	要支援1～要介護2	要介護3～5
2014 (確定値)	2.7%	5.1%	7.3%	4.0%	2.4%	3.1%	2.9%
2015 (確定値)	2.8%	5.3%	6.9%	4.1%	2.4%	3.3%	3.4%
2016 (確定値)	2.8%	5.5%	6.8%	4.3%	2.2%	3.4%	3.4%
2017 (速報値)					2.0%	3.0%	2.7%
2018 (速報値)					2.0%	2.9%	2.7%

【出典】「地域包括ケア「見える化」システム」より

(参考) 第7期計画における地域差(見込み)

- 第1号被保険者1人当たり給付費(係数による年齢調整)、認定率(係数による年齢調整)ともに、「地域差指標」=「全国平均を上回る都道府県の「全国平均との差」の面積」÷「全国平均を基礎とする面積」で、第7期計画における見込みの地域差を見た場合、計画最終年度である2020年度に向けて、2017年度比で、1人当たり給付費はやや減少、認定率は概ね横ばいとなる見込み。

【地域差指標の推移(見込み)】

年度	1人当たり給付費 (係数による年齢調整)	認定率 (係数による年齢調整)
2017 (実績を基に算定)	2.7%	2.1%
2018 (計画を基に算定)	2.4%	2.2%
⋮		
2020 (計画を基に算定)	2.4%	2.1%

注1 2017年度は「介護保険事業状況報告」における給付費及び被保険者数「人口推計」より、2018年度以降は第7期計画の見込みにおける給付費及び被保険者数並びに「人口推計」及び「日本の地域別将来推計人口」より作成。

注2 給付費には、2号被保険者に係る給付費を含み、補足給付及び償還払いの費用(福祉用具購入、住宅改修等)が含まれていない。

○見込み算定方法

- ・都道府県ごとの高齢者加入割合の違いについて補正するため、以下の方法で算定される補正係数により、(給付費) ÷ (被保険者数) × (補正係数) により、係数による年齢調整を行った都道府県別1人当たり給付費により地域差指標を算定。(普通調整交付金計算における「後期高齢者加入割合補正係数」を参考にした方法。) また、認定率の算定にあたっては、以下の補正係数の算定式中、男女別・年齢階級別の給付費の代わりに認定率を用いた係数による年齢調整を実施。

「補正係数」=

「全国の男性65～69歳加入者割合×全国の男性65～69歳の1人当たり給付費」+「全国の男性70～74歳加入者割合×全国の男性70～74歳の1人当たり給付費」
 +…+「全国の男性85歳以上加入者割合×全国の男性85歳以上の1人当たり給付費」
 +「全国の女性70～74歳加入者割合×全国の女性70～74歳の1人当たり給付費」+…+「全国の女性85歳以上加入者割合×全国の女性85歳以上の1人当たり給付費」

「都道府県の男性65～69歳加入者割合×全国の男性65～69歳の1人当たり給付費」+「都道府県の男性70～74歳加入者割合×全国の男性70～74歳の1人当たり給付費」
 +…+「都道府県の男性85歳以上加入者割合×全国の男性85歳以上の1人当たり給付費」+「都道府県の女性65～69歳加入者割合×全国の女性65～69歳の1人当たり給付費」
 +「都道府県の女性65～69歳加入者割合×全国の女性65～69歳の1人当たり給付費」+…+「都道府県の女性85歳以上加入者割合×全国の女性85歳以上の1人当たり給付費」

- ・地域区分による給付費の違いを補正するため、各都道府県ごとの1人当たり給付費に「10÷((総費用)÷(単位数))」(2017年度介護保険事業状況報告より)を乗じ、1単位10円換算した額で地域差指標を算定。

※「地域包括ケア「見える化システム」において算定される1人当たり給付費

「地域包括ケア「見える化システム」において算定される1人当たり給付費(認定率も同様)は、以下の方法で年齢調整を行っている。

「調整済み1人当たり給付費」= (「都道府県における男性65～69歳の1号被保険者1人当たり給付費」×「全国の男性65～69歳の1号被保険者数」
 +「都道府県における男性70～74歳の1号被保険者1人当たり給付費」×「全国の男性70～74歳の1号被保険者数」
 +…
 +「都道府県における男性90歳以上の1号被保険者1人当たり給付費」×「全国の男性90歳以上の1号被保険者数」
 +「都道府県における女性65～69歳の1号被保険者1人当たり給付費」×「全国の女性65～69歳の1号被保険者数」
 +「都道府県における女性90歳以上の1号被保険者1人当たり給付費」×「全国の女性90歳以上の1号被保険者数」
 ÷「全国の被保険者数」)

地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引きの分析フロー①

認定率の地域分析フロー

※このフローは、課題に対し必要に応じて対応策を考えるために、地域包括ケア「見える化」システム等の関連するデータを用いて、地域分析を行うプロセスを示した例です。

① 認定率の地域分析

地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析

調整済み要介護認定率が他の地域と比べて、軽度者(要介護2以下)が高い

地域包括ケア「見える化」システム調整済み要介護認定率の分析

調整済み要介護認定率が他の地域と比べて、中・重度者(要介護3以上)が高い

凡例

- =統計データ等が容易に取得可能
- =統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
- =統計データ等はなく独自調査等が必要

要因分析(チェックリスト)

大項目

要介護認定のプロセス

認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて差が大きくないか

重度(軽度)変更率について、全国平均と比べて差が大きくないか

地域の高齢者の状況

高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか

身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか

地域住民に対する周知

保険者として、介護保険の理念、多様なサービスの充実等を地域住民に対して十分な周知を行っているか

一定の仮定をおいた分析

地域特性など一定の合理的な説明ができる

調査方法や判断基準のばらつきが見られないか

認定調査による特記事項に認定調査項目だけでは反映できない介護の傾向について記載がされているか

介護認定審査会の運営は適切か

経済状況等の生活上の問題が生活機能障害等に繋がっていないか

認定後、長期間給付費が発生していない利用者が多い可能性はないか

病院への入退院時に認定を受け、その後適切なサービス利用に繋がっていない利用者が多い可能性はないか

日常生活圏域ごとに見て、地域住民への周知活動等に差異はないか

考えられる対応例

- ① 調査項目間の矛盾の有無や特記事項に記載されている選択根拠の確認を通しての原因の特定
- ② 調査員ヒアリング
- ③ 認定業務の委託事業所、認定調査員への集団研修や個別研修の実施

認定審査会への専門家派遣、研修の実施

住民主体の通いの場の創設等の介護予防に関する取組の推進

多様な主体による生活支援サービスの充実

生活支援コーディネーターの活用等による自治会等、住民互助による地域コミュニティの再構築

住民主体の通いの場の創設等の介護予防に関する取組の推進

認知症への早期対応

特定健康診査・後期高齢者健康診査、特定保健指導の推進

社会参加の場の整備

多様な生活課題を抱えている者に対して、包括的な支援体制の構築による早期支援

本人、高齢者を介護する者(家族等)への支援を強化

在宅医療・介護連携推進事業(退院調整、連携の促進)

普及啓発活動の更なる推進

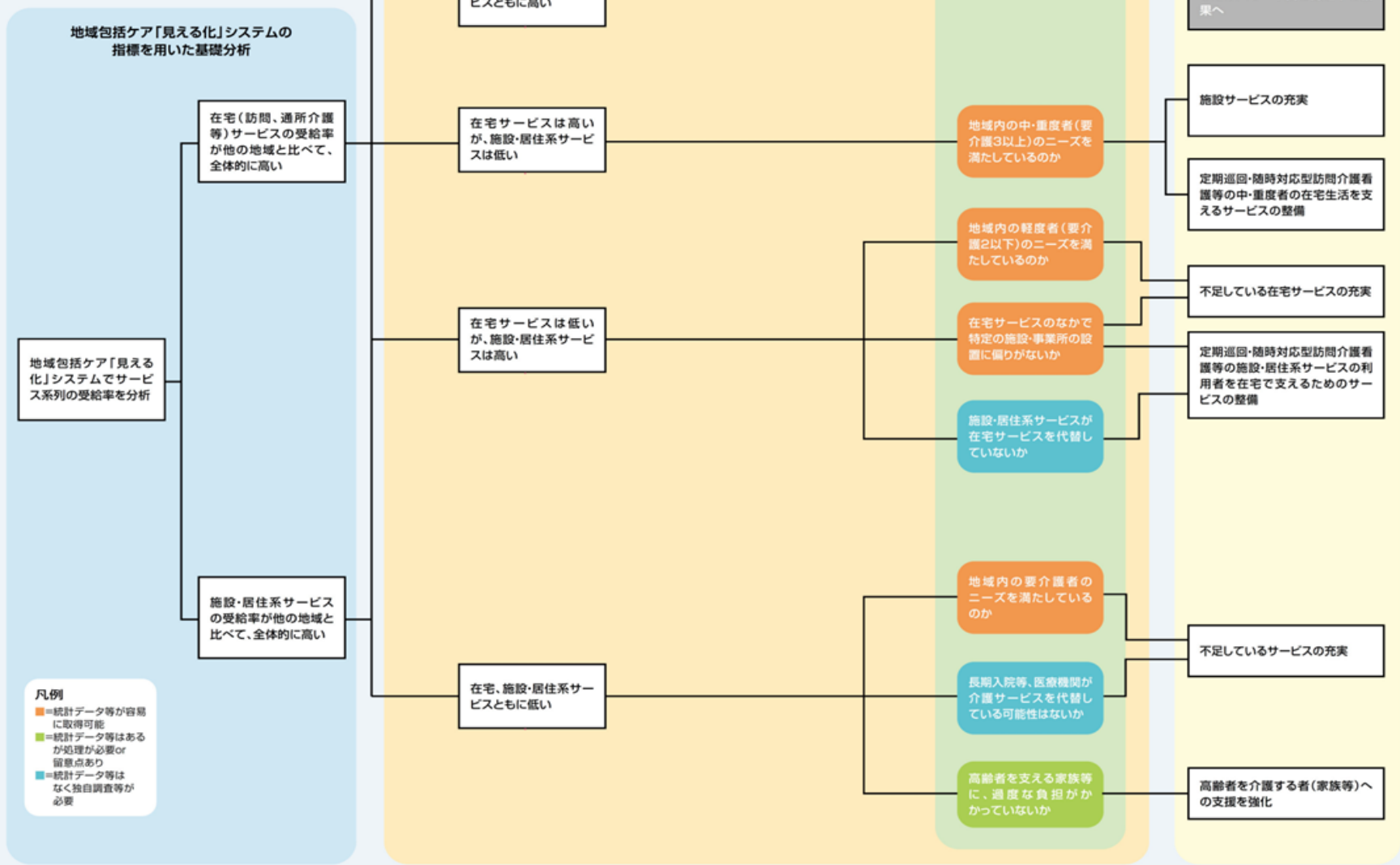
老人クラブ、町内会や自治会を通じ住民との対話の充実

地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引きの分析フロー②

受給率の地域分析フロー

※このフローは、課題に対し必要に応じて対応策を考えるために、地域包括ケア「見える化」システム等の関連するデータを用いて、地域分析を行うプロセスを示した例です。

② 受給率の地域分析



- 凡例
- =統計データ等が容易に取得可能
 - =統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
 - =統計データ等はなく独自調査が必要

地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引きの分析フロー③

受給者1人あたり給付費(月額)の地域分析フロー

※このフローは、課題に対し必要に応じて対応策を考えるために、地域包括ケア「見える化」システム等の関連するデータを用いて、地域分析を行うプロセスを示した例です。

③ 受給者1人あたり給付費(月額)の地域分析

地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析

軽度者(要介護2以下)の受給者1人あたりの給付費が他の地域と比べて高い

中・重度者(要介護3以上)の受給者1人あたりの給付費が他の地域と比べて高い

地域包括ケア「見える化」システムで受給者1人あたり給付費の分析

凡例

- =統計データ等が容易に取得可能
- =統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
- =統計データ等はなく独自調査が必要

要因分析(チェックリスト)

大項目

ケアプランの内容

サービスごとの給付費

受給者の状況

一定の仮定をおいた分析

自立支援に資するケアプランが作成されているか

特定の事業所において、区分支給限度基準額に占める給付費の割合に偏りがないか

特定のサービスの給付費が他の地域と比べて高くないか

高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか

医療依存度が高く、身体機能や認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか(※要介護度別に給付費を見る場合は、特に考慮の必要はない)

経済状況等の生活上の問題が生活機能障害等に繋がっていないか

考えられる対応例

地域住民、事業者への自立支援に資するケアプランに関する説明および理解の促進

多職種連携による地域ケア会議での議論、専門家の派遣、研修の実施

ケアマネジメント強化・ケアマネジャー研修

ケアプラン点検、レセプト点検等の介護給付適正化事業の推進

住民主体の通いの場の創設等の介護予防に関する取組の推進

多様な主体による生活支援サービスの充実

生活支援コーディネーターの活用等による自治会等、住民互助による地域コミュニティの再構築

介護予防に関する取組の推進

認知症への早期対応・認知症ケアパス推進

特定健康診査・後期高齢者健康診査、特定保健指導の推進

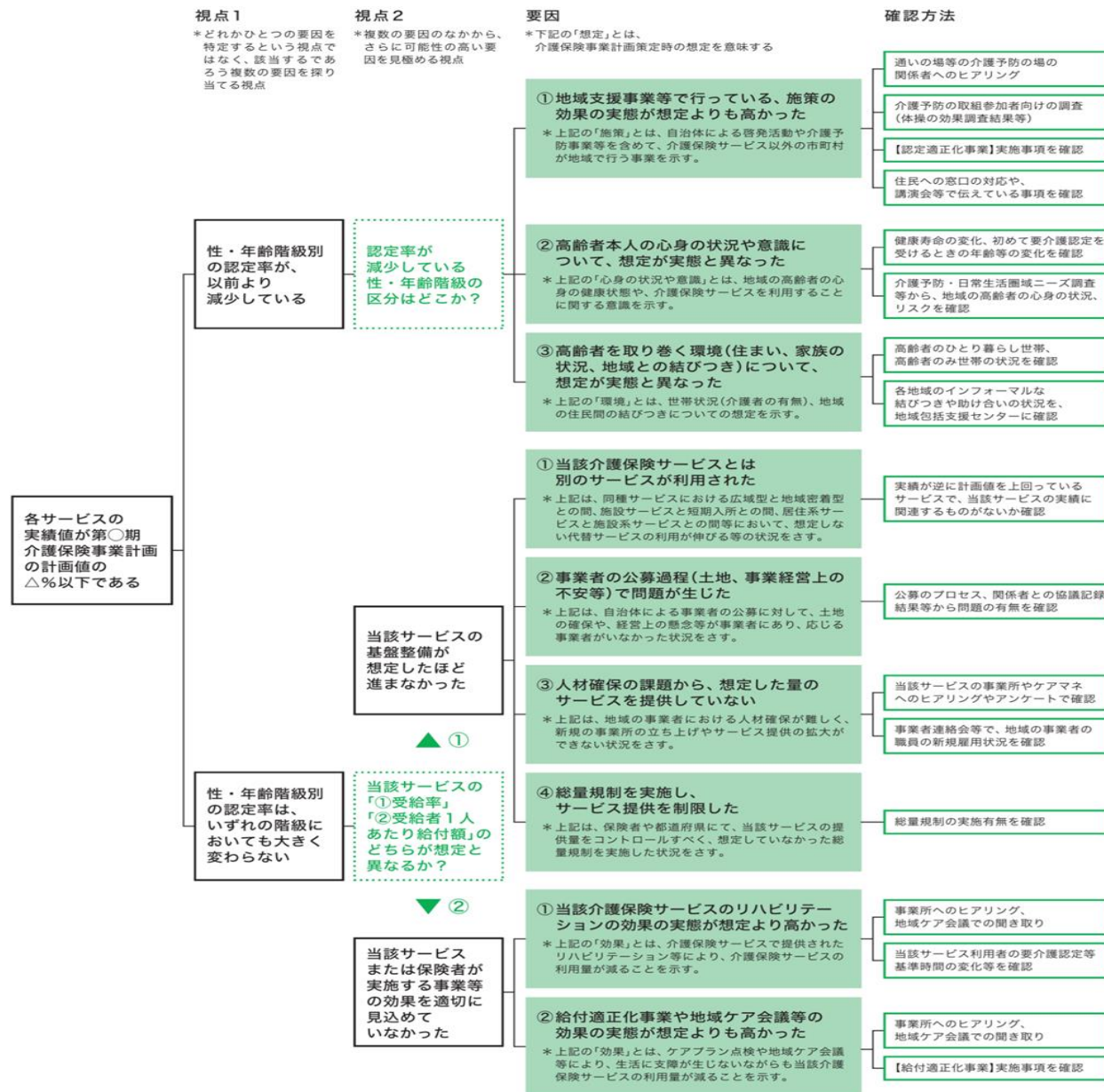
社会参加の場の整備

在宅医療・介護連携推進事業の推進

多様な生活課題を抱えている者に対して、包括的な支援体制の構築による早期支援

介護保険事業（支援）計画の進捗管理のための手引きの確認プロセス

実行管理機能において、「実績値が計画値を下回る」場合の確認プロセス

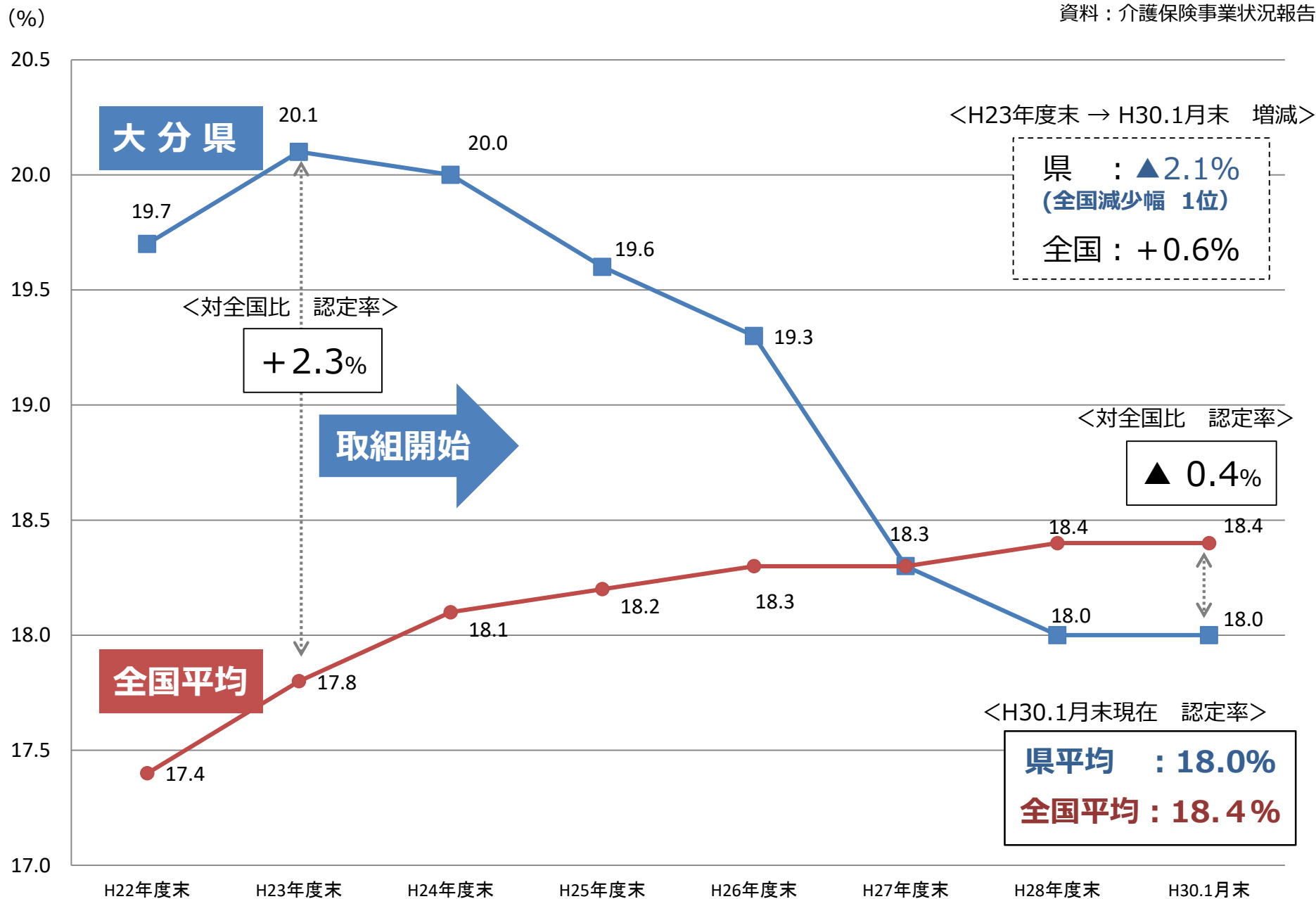


大分県における「地域包括ケアシステム構築推進事業」について ※これまでの取組と成果

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
目的	①要支援者の重度化予防 ②要支援からの脱却支援(介護保険からの卒業) ▷ ケアプランの質の向上等				要介護者の重度化予防 (要介護度の上昇予防)		認知症 対応力・実践力向上
主対象	医療依存度が低い高齢者(改善(自立)しやすい要支援1~2レベル) ⇒和光市も要支援者から取組を実施(㉗からケア会議に医師派遣) ※要支援者17,600人(28.9時点)のうち、県下で年間約2千人分のケアプランが会議にかけられる。				医療依存度が高い 高齢者(要介護3~) ※要介護者47,652人(28.9時点)		認知症事例 ・専門医未受診 ・介護力問題 ・意思疎通困難
課題	ケアマネジャーの知識不足 (リハビリや栄養、口腔面)	介護予防や交流を行う「通いの場」が不足	介護事業所のリハビリ等の力量不足 ※自立支援型リハビリ	ケアマネジャーの知識不足 (医療面)	▷ 医師の理解、知識不足(介護面) ▷ 市町村のノウハウ不足(医療政策)、医師会との連携不足	▷ アセスメント(ニーズ把握) ▷ 専門機関(サポート医・認知症疾患医療センター)との連携	
手法	◆ 和光市方式の地域ケア会議の導入 ▷ 和光市講師の派遣 ▷ 会議へ助言者派遣(リハ・歯科・栄養) ・豊後高田 ・杵築 ⇒ 全市町村 ・豊後大野	◆ 市町村への補助金創設 (「通いの場」立ち上げ支援)(介護基盤基金10/10活用) モデル3市 +別府、臼杵、国東、日出	◆ 介護事業所へリハ職等の派遣 (リハ・歯科・栄養) ・別府 ・臼杵 ・国東	◆ 医師が参加する地域ケア会議の導入 ▷ 医師等の派遣(モデル市) ・別府 ・日田 ・杵築	・津久見 ・竹田 ・豊後高田	◆ 認知症対応力向上のための地域ケア会議の導入 ▷ 認知症専門職(サポート医、認知症介護指導者等)の派遣	
成果	地域ケア会議の立ち上げ 3市 ⇒ 全市町村	介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施 ⇒11市町村 (実施率:全国1位)	事業所へリハ職等派遣 ⇒全市町村(㉗~)	医師が参加する地域ケア会議の立ち上げ⇒3市	医師が参加する地域ケア会議の立ち上げ⇒3市 ◆ 行政と郡市医師会との連携強化	(モデル6市) ・日田 ・臼杵 ・竹田 ・杵築 ・豊後大野 ・国東	
認定率 (%)	〈対前年度〉 県: 20.1→20.0(▲0.1) 国: 17.8→18.1(+0.3)	〈対前年度〉 県: 19.6(▲0.4) 国: 18.2(+0.1)	〈対前年度〉 県: 19.3(▲0.3) 国: 18.3(+0.1)	〈対前年度〉 県: 18.3(▲1.0) 国: 18.3(同じ)	〈対前年度〉 県: 18.1(▲0.2) 国: 18.4(+0.1)	〈対前年度〉 県: 18.1(▲0.1) 国: 18.4(同じ) (H29.12月末現在)	〈対前年度〉 県: 18.0(▲0.1) 国: 18.4(同じ) (H30.3月末現在)

要介護認定率の推移【大分県と全国平均の比較】

資料：介護保険事業状況報告



大阪府の現状

要介護認定率、被保険者一人当たり介護費が全国一高い。

要介護認定率

全国平均 17.9%(うち要介護2以下11.7%)
大阪府 22.4%(うち要介護2以下 15.2%)【47位】

被保険者一人当たり介護費

全国平均 27.4万円(うち在宅14.3万円)
大阪府 31.9万円(うち在宅19.2万円)【47位】

課題

1. 要介護状態に至らないための健康に資する施策等の必要性

- 要介護認定率が、男女とも全年齢階級で全国一高い。
軽度者、特に要支援1、2が特に多い。
→その半数は生活不活発化などが要因
- そもそも、健康寿命も短い(男性43位、女性47位)

2. 要介護認定の平準化および適正化に資する取組の必要性

- 「一次判定」の選択項目にバラツキ
・「左-下肢麻痺」有：全国平均36.9% 府内最高60.4% 府内最低10.5%
- 「一次判定」⇒「二次判定」の「変更率」にバラツキ
・「重度変更」28.0% > 「軽度変更」1.4% が極端な自治体など

3. 高齢者の「住まい」において提供されている介護サービスの実態

- わずか6年で有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅は3倍超に。
・「有料・サ高住」59,215戸 > 「特養など介護3施設」53,166床
- 区分支給限度基準額に対し、住宅型有料で90.7%
サ高住(指定なし)で86.0%ものサービス利用。
- 要介護3以上では、特養以上に費用がかかっている。

4. 利用者本位のケアマネジメントの実現に向けた取組の必要性

- 居宅サービスを主としたサービス提供。可能な限り住み慣れた居宅で暮らし続けられるよう、適切なケアマネジメントによる、適切な介護・医療サービスの提供が求められる。
- 要介護4・5といった重度者の要因となり得る「脳血管疾患」の再発防止など、セルフマネジメントも課題。

対応策

- 地域ケア会議等を通じた介護予防ケアマネジメントの強化
- 新しい総合事業の着実な実施
⇒「住民主体の多様なサービス」を創出(高齢者の社会参加・介護予防)
- 健康づくり・疾病対策との連携の重要性

- 選択状況に特徴のある自治体、認定調査員の評価技能向上
⇒業務分析データの活用促進、視聴覚教材等を用いた研修の実施
- 認定調査員による「特記事項」の記載方法や事務局運営の点検など

- 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討
- 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組
- 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化
「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

- 地域課題を踏まえた法定外研修の実施など、ケアマネジャーの資質向上
- 自立支援型ケアプランの作成支援
- 医療・介護連携の質向上に向けた「退院調整ケアカンファレンス」

府・保険者・関係部局等が連携の上、来年度策定予定の第7期高齢者計画に必要な対応等を反映

地域分析を経た計画作成の例（富山県）

現状と課題の把握と仮説立案

1 重度(要介護3以上)認定率が全国上位クラス

- ほとんどの年齢階級で認定率は全国平均より低いが、概ね80歳以上の要介護3～5の階級で全国平均より高い。
 - 新規申請において重度認定となる比率は全国より低いが、更新・区分変更認定申請において重度となる割合が全国より高い。
 - 「要介護3～5」となる主な原因は、認知症、脳血管疾患(脳卒中)、骨折・転倒などであるが、富山県ではいずれも発生の頻度が全国より高い。
- ⇒ 軽度の認定を受けて介護サービスを利用開始するが、脳血管疾患、認知症、骨折・転倒などの原因により、特に80歳以上になって重度化する傾向が強いのではないか。

2 施設サービスの利用率が全国上位クラス

- 施設サービスの利用率が全国上位クラスである。
 - 在宅サービスでは、全体として全国平均並だが、軽度者の利用率は高い。(軽度者のいわゆる「お守り認定」は少ない。)
- ⇒ 重度者の在宅サービスへのニーズの一部が施設サービスで代替されているのではないか

3 施設サービスの受給者1人あたり給付費が全国一

- 施設サービスは全国一高いが、施設以外のサービスについて全国平均より突出して高いサービスはない。
 - 特に在宅サービスにおいて、全国平均より突出して低いサービスが多い。(訪問系・医療系サービスは事業所数自体少ない。)
- ⇒ 対応可能な事業所の不足等により、特に医療系の在宅サービス等、重度化防止に資する在宅サービスへのニーズに対応しきれいていないのではないか。

対応策

- 生活習慣病の予防や疾病対策の推進など、若いときからの健康づくり施策と連動させた介護予防の推進
- 要介護(支援)状態になった場合でも自立した生活を継続できるよう、重度化防止のための取組み強化(心身機能を改善するためのリハビリ体制の充実、認知症の医療介護体制の充実等)
- 地域ケア会議等を通じた自立支援型のケアマネジメントの強化
(医療系サービスの視点を積極的に取り入れたケアマネジメントの推進)

- 住み慣れた地域における自立した在宅生活の維持や重度化防止のための、高齢者のニーズを的確にとらえた在宅サービス基盤の整備
↑国主導で全国的に実施されている「在宅介護実態調査」(要介護者の在宅生活の継続と介護者の就労継続を可能にするサービスの利用実態を調査)などにより、高齢者や介護者(家族)のニーズを的確に捉えることが重要

- 重度者・認知症への対応、介護する家族等の就労継続や負担軽減の観点から、高齢者の日常生活全般を毎日複数回の柔軟なサービス提供により支えることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス等の充実

具体的な施策を計画に記載

- ねんりんピックの開催等による高齢者のスポーツ・健康づくりの機運の醸成
- 市町村等に医療機関等からリハビリテーション専門職を派遣
- アドバイザー派遣等による地域ケア個別会議の立ち上げ支援や地域ケア会議推進のためのセミナーの開催など

- 訪問介護事業所、訪問看護ステーションの整備
- ケアマネジメントの質の向上、介護サービス従事者の資質向上
- 地域医療介護総合確保基金の活用等により、地域密着型サービス事業所の整備を支援

保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

趣旨

令和元年度予算 200億円

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

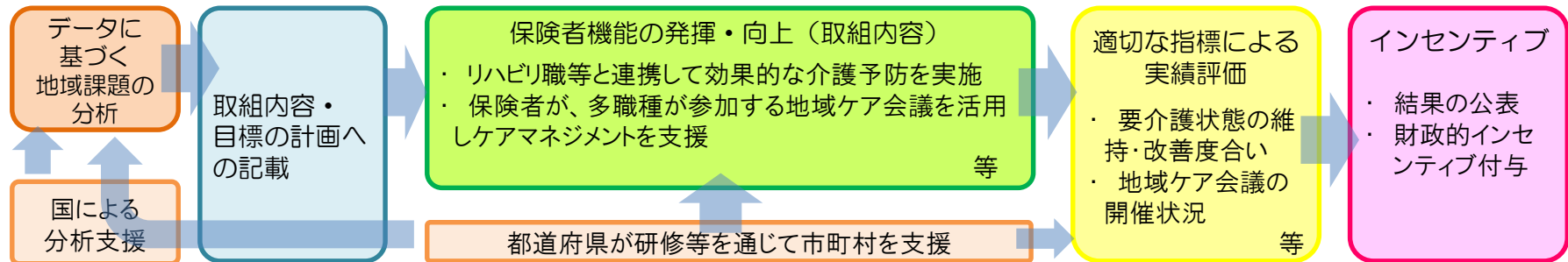
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象** 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 交付方法** 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法** 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
 なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれは、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

- 1 交付対象** 都道府県
- 2 交付方法** 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法** 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

② ケアマネジメントの質の向上

- ☑ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④ 介護予防の推進

- ☑ 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☑ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数ほどの程度か 等

⑤ 介護給付適正化事業の推進

- ☑ ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

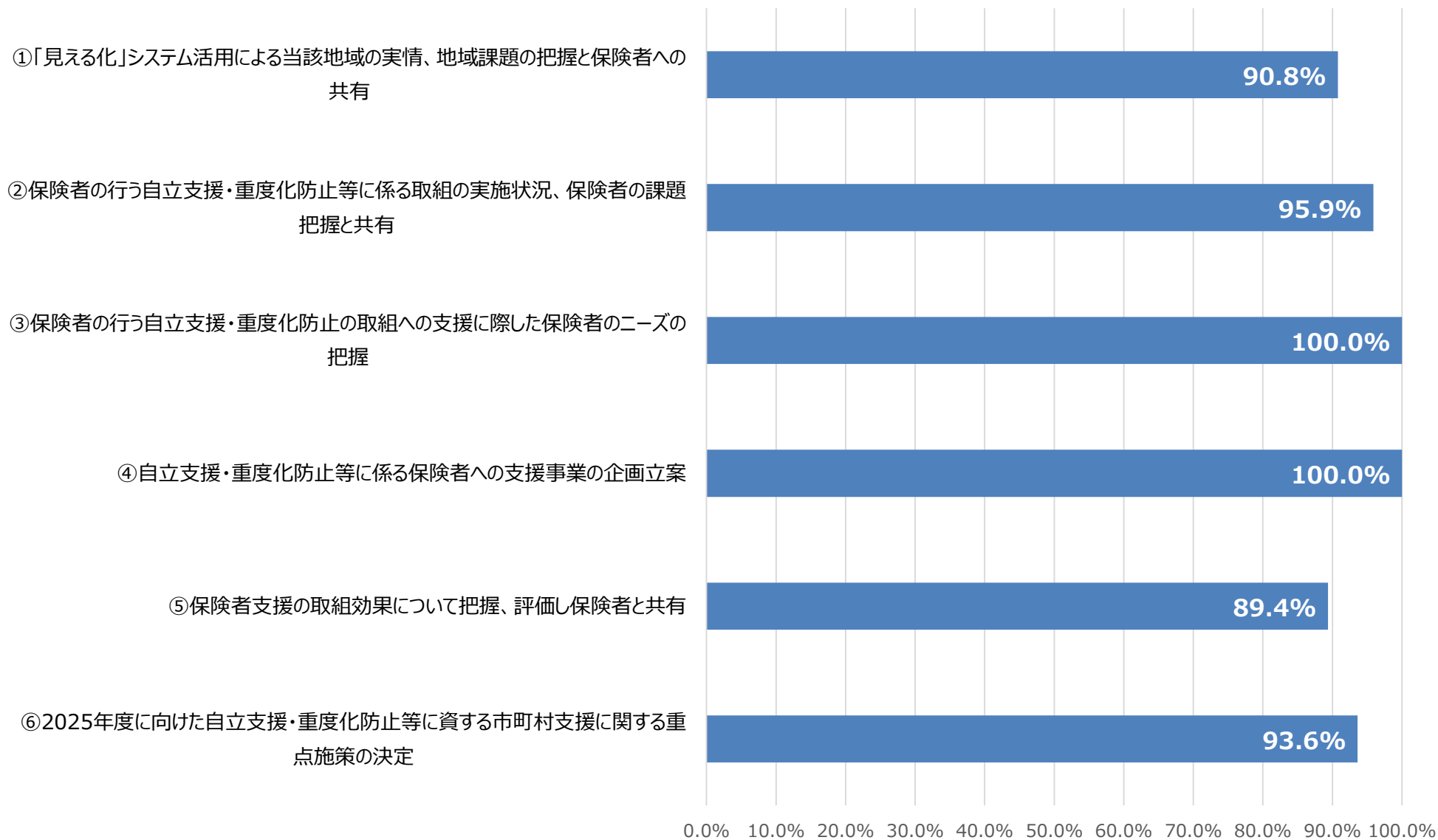
⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

2019年度(都道府県分) 保険者機能強化推進交付金 I 指標の得点率

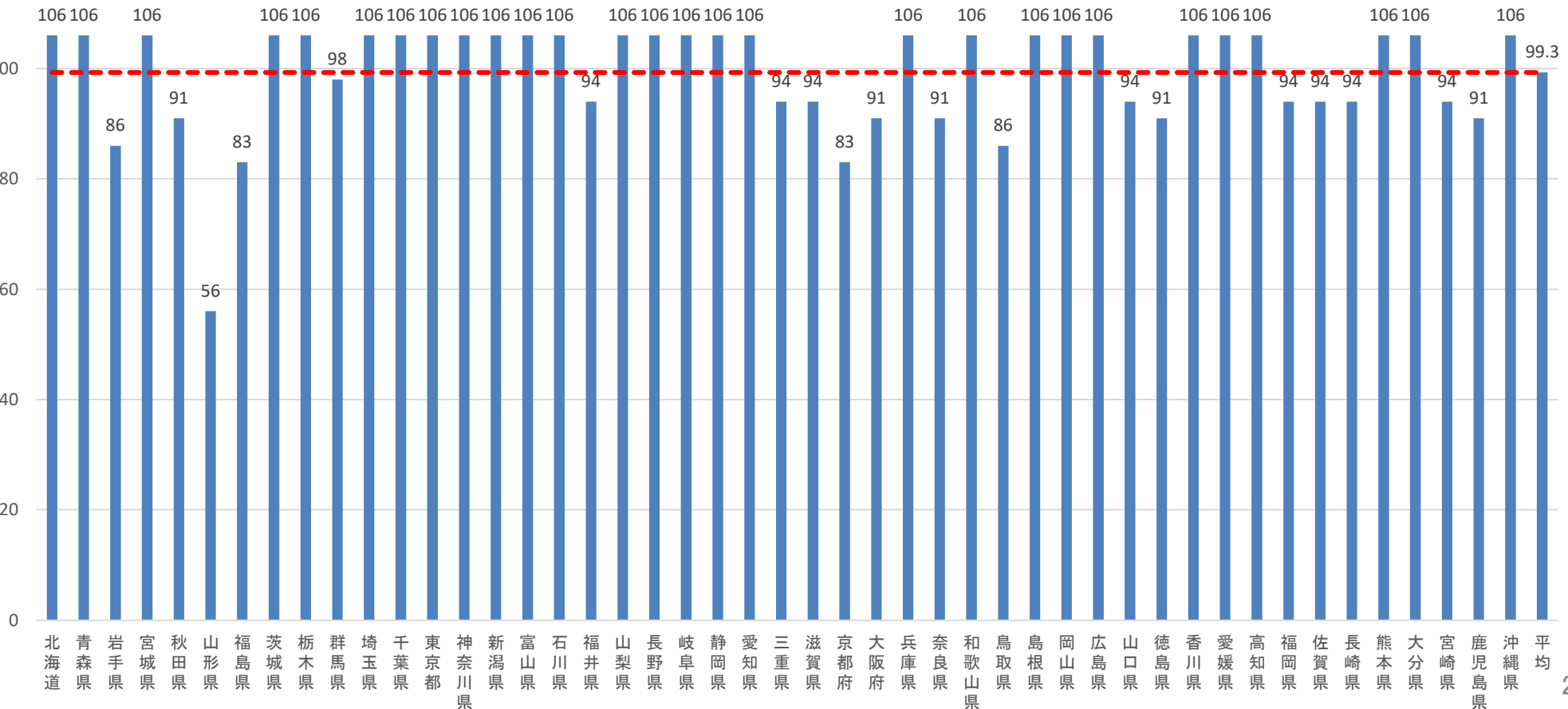
I. 管内の市町村の介護保健事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題の把握と支援計画



2019年度（都道府県分） I 管内の市町村の介護保健事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題の把握と支援計画

	評価指標	得点	平均		評価指標	得点	平均
①	地域包括ケア「見える化」システムその他の各種データを活用し、当該都道府県及び管内の市町村の地域分析を実施し、当該地域の実情、地域課題を把握しているか。また、その内容を保険者と共有しているか。	36	32.7	④	現状分析、地域課題、保険者のニーズを踏まえて自立支援・重度化防止等に係る保険者への支援事業を企画立案しているか。	8	8
②	保険者が行っている自立支援・重度化防止等に係る取組の実施状況を把握し、管内の保険者における課題を把握しているか。また、その内容を保険者と共有しているか。	31	29.7	⑤	当該都道府県が実施した保険者支援に関する取組に係る市町村における効果について、把握し評価を行ったうえで、保険者と共有しているか。	15	13.4
③	保険者が行っている自立支援・重度化防止等に係る取組に関し、都道府県の支援に係る保険者のニーズを把握しているか。	8	8	⑥	管内の市町村の介護保険事業に関する現状や将来推計に基づき、2025年度に向けて、自立支援・重度化防止等に資する市町村の支援のための施策のについて、目標及び目標を実現するための重点施策の実績を把握して進捗管理しているか。	8	7.5

地域課題の把握と支援計画(満点106点 平均99.3点 得点率93.7%)

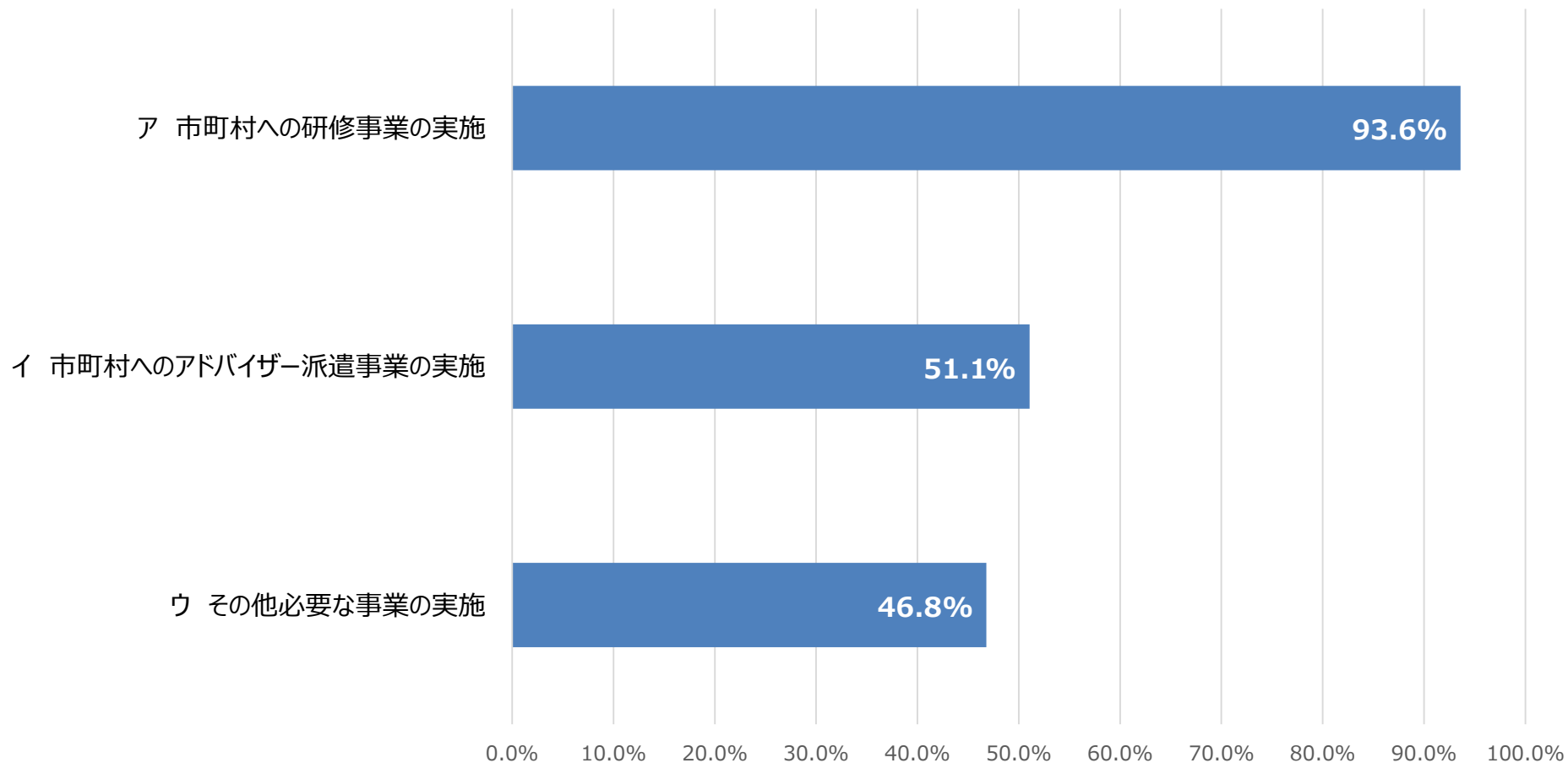


2019年度(都道府県分) 保険者機能強化推進交付金 II(1)指標の得点率

II . 自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業に係る保険者支援の事業内容

(1) 保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定

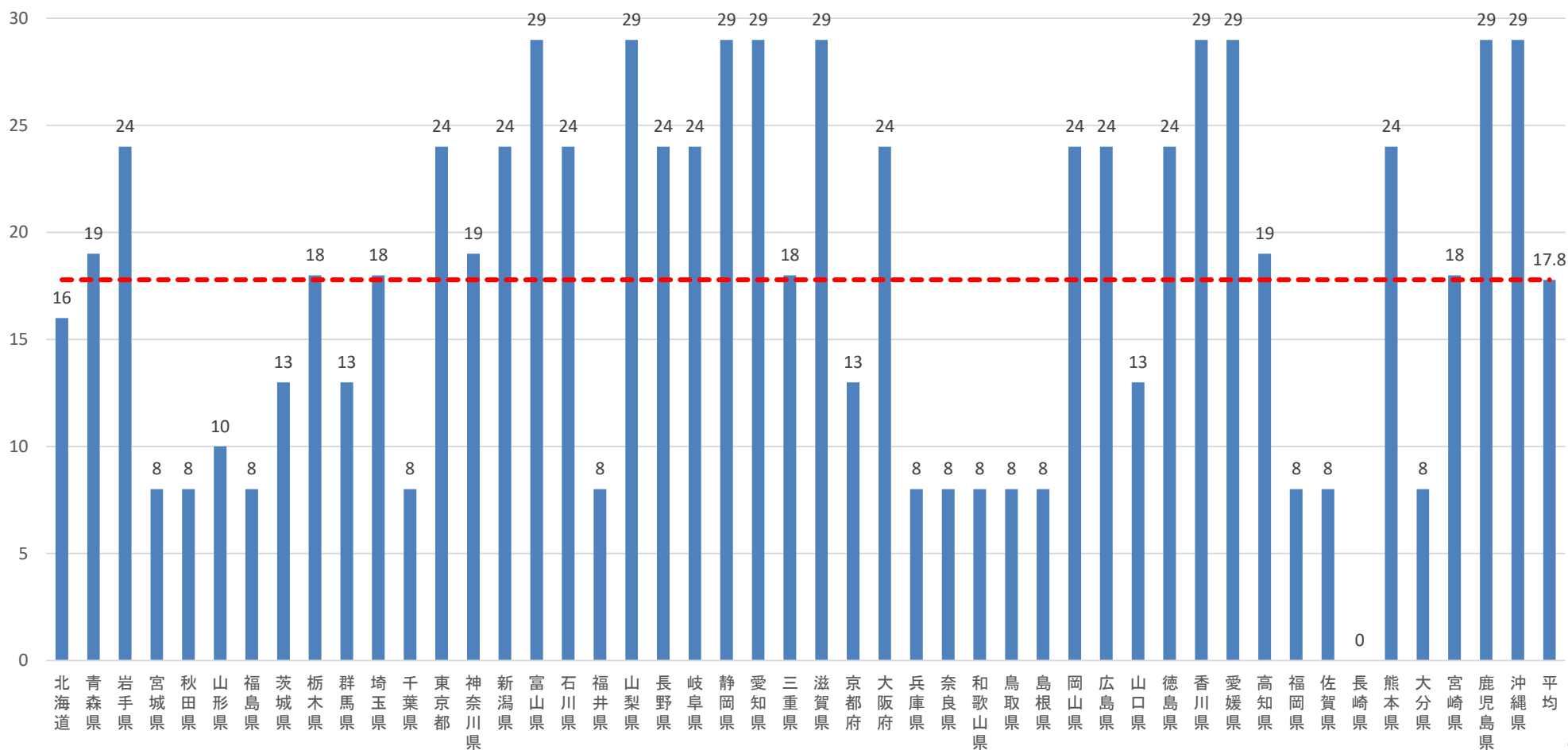
- ① 保険者による地域包括ケア「見える化」システムによる地域分析、介護保険事業計画策定後の進捗管理に係り、市町村への研修事業やアドバイザー派遣事業等を行っているか。



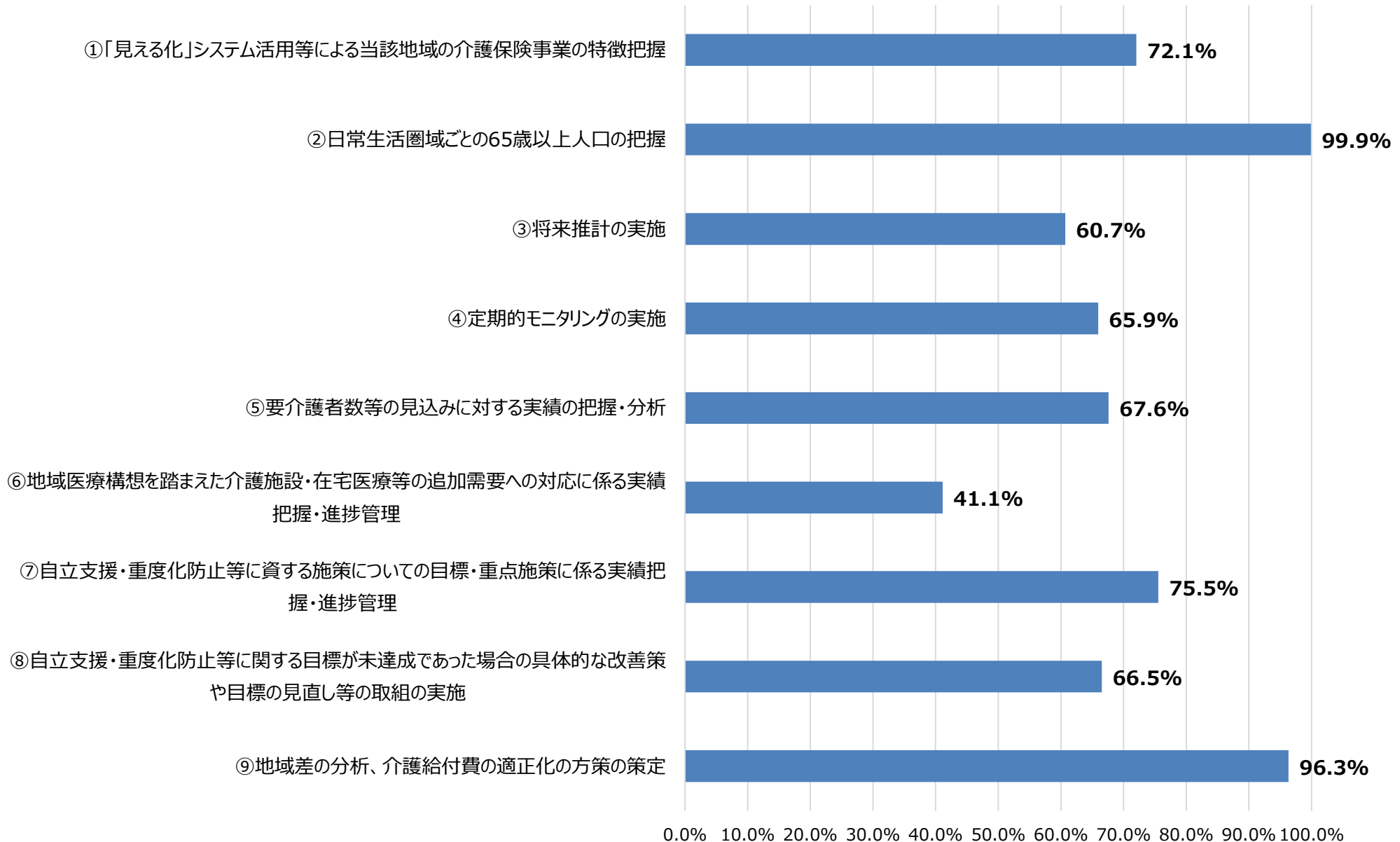
2019年度（都道府県分） Ⅱ（１）保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定

評価指標		得点	平均
保険者による地域包括ケア「見える化」システムによる地域分析、介護保険事業計画策定後の進捗管理に係り、市町村への研修事業やアドバイザー派遣事業等を行っているか。			
ア	市町村への研修事業を実施している。	8	7.5
イ	市町村へのアドバイザー派遣事業を実施している。	11	5.6
ウ	その他必要な事業を実施している(モデル事業や市町村の取組への財政支援等)。	10	4.7

(1) 保険者による地域分析、介護保険事業計画の策定(満点29点、平均点17.8点、得点率61.4%)

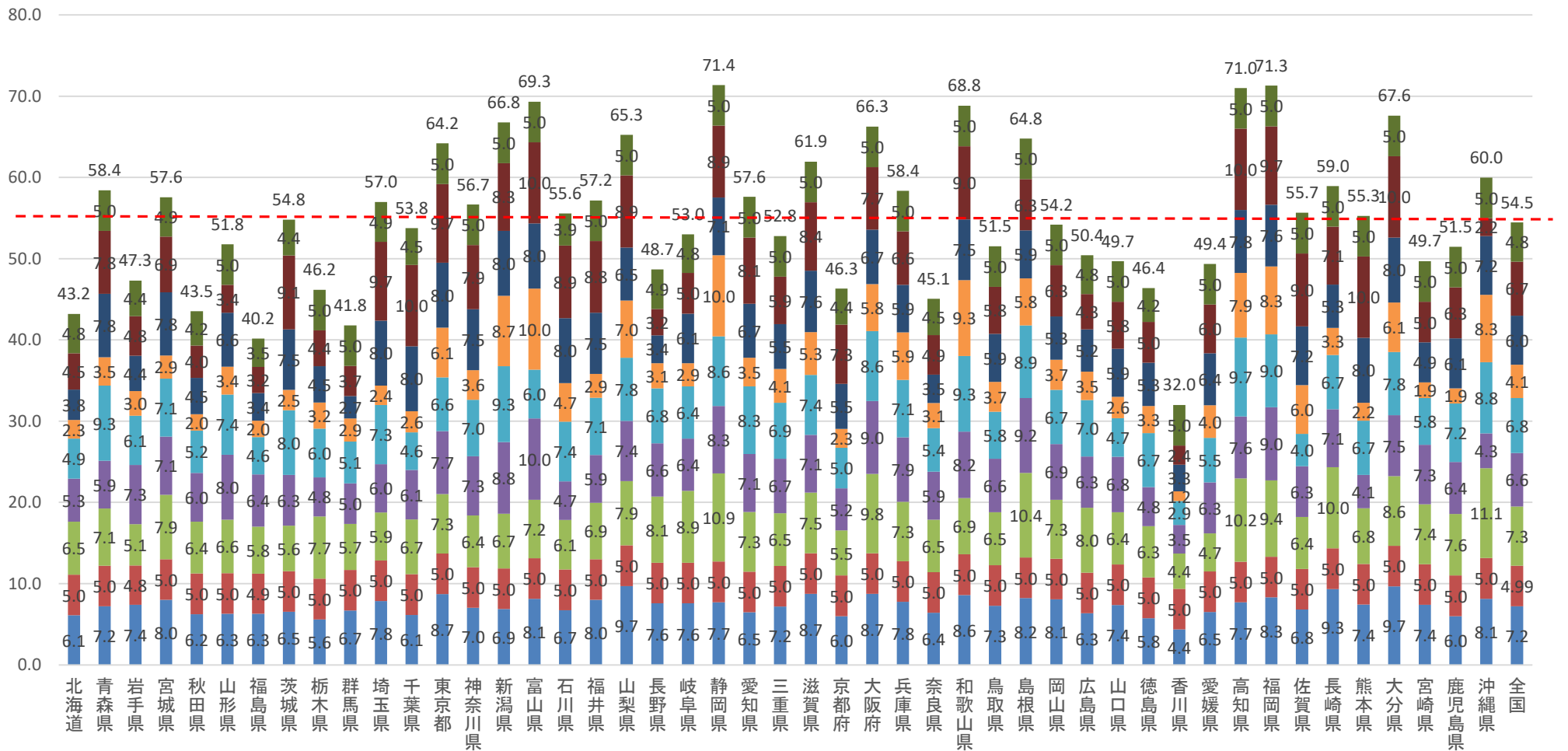


I .PDCAサイクル体制等の構築



2019年度（市町村分）Ⅰ P D C Aサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

都道府県別市町村得点(満点80点 平均点54.5点 得点率68.1%)



- ⑨地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定しているか(5点)(平均4.8点)
- ⑧自立支援・重度化防止等に関する目標が未達成であった場合の具体的な改善策等(10点)(平均6.7点)
- ⑦自立支援・重度化防止等の目標及び重点施策について実績を把握して進捗管理を行っているか(8点)(平均6.0点)
- ⑥第7期計画に定めたサービス見込量のうち地域医療構想における介護施設等の追加的需要に対応するものについて、実績を把握して進捗管理を行っているか(10点)(平均4.1点)
- ⑤第7期計画の要介護者数及び要支援者数の見込に対する実績を把握して進捗管理を行っているか(10点)(平均6.8点)
- ④認定者数等を定期的にモニタリング(点検)しているか(10点、5点)(平均6.6点)
- ③2025年に向けて地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築の推進に重要となる指標を推計しているか(各2点、12点)(平均7.3点)
- ②日常生活圏域ごとの65歳以上人口を把握しているか(5点)(平均4.99点)
- ①介護保険事業の特徴を把握しているか(10点、8点、6点、4点)(平均7.2点)