

特集：「2025年問題」に対する公衆衛生の役割—国立保健医療科学院のミッション—

<総説>

福祉介護分野から：多職種多分野連携による地域包括ケアシステムの構築

森川美絵

国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

**Constructing a community-based integrated care system based on multidisciplinary and cross-sectoral collaboration**

Mie MORIKAWA

Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health

抄録

2025年問題への対応として、多分野多職種連携に基づく地域包括ケアシステムの構築が目指されている。他方で、地域包括ケアシステムの構築にむけた各地の取り組みは多様であり、「地域ごとにバラバラで見えにくい」状況をもたらしているようにも考えられる。各取り組みがシステム構築のどの位相にあるのかを整理した上で、多分野多職種連携に基づくシステム構築の課題を整理する必要がある。そこで、本稿では、第一に、自治体の地域包括ケアシステム構築プロセスの局面に関する枠組みの整理を行った。第二に、この枠組みに即して、システム構築の現状とその課題を、自治体調査の結果を交えながら提示した。第三に、システム構築における評価の仕組みの内部化の重要性をふまえ、ケアの評価に関する国際的動向に触れつつ、日本の課題を提示した。最後に、ここで提示した課題に対応するために今後5年間でなすべきことを提起した。

キーワード：介護，地域包括ケア，多職種多分野連携，社会ケア関連QOL，アウトカム評価，日本

**Abstract**

The baby boomer generation will enter the 75 and over age group in 2025. This demographic change, accompanied by the transformation of Japanese family structure, will drastically increase people's needs for health and social care while diminish financial resources available for them. This situation is called "the year 2025 problem." To tackle the year 2025 problem, it is necessary to construct an efficient care system. To realize this, Japanese national government has encouraged local governments to build a community-based integrated care system that is based on multidisciplinary and cross-sectoral collaboration. Nonetheless, the approaches for building such an integrated care system vary across regions and communities, and are somewhat chaotic. It is necessary to identify the phase of system building in which each of the approaches and efforts are, is placed, and then to organize the problems and tasks for the project based on multidisciplinary and cross-sectoral collaboration. Therefore, this report outlines the framework for each phase of the process of building a community-based integrated care system by local governments. Subsequently, using results of a survey of local governments, the present situation and problems in building a system based on this framework are identified. Further, in

連絡先：森川美絵

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6, Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6143

Fax: 048-468-7985

[平成28年1月8日受理]

light of the importance of internalizing an outcome evaluation structure for building this system, the challenges Japan presently faces are discussed by referring to the international developments in the evaluation of care. Finally, a plan of action is proposed for the next five years in order to solve the challenges identified in this report.

**keywords:** long-term care, community-based integrated care, multidisciplinary and cross-sectoral collaboration, social care related QOL, outcome evaluation, Japan

(accepted for publication, 8th January 2015)

## I. はじめに

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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最期まで続けられる仕組みを構築することは、社会保障制度の最重要課題の一つである。その仕組みを日本の政策では「地域包括ケアシステム」と名付け、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みとして位置づけた [1]。

仕組みを通じて達成が目指されているのは、地域内での多様なケア・支援の統合である。すなわち、住まいの確保を基本に、介護・リハビリテーションサービス、医療サービス、保健サービス、福祉サービス、その他の生活を支援するための諸資源（地域住民の相互扶助等を含む）が、本人の状況に応じて適切に確保・調整されて総合的に提供されている状態である。多様なケア・支援が調整された状況は国際的にはケアの統合integrated careとして概念化されているが、地域を基盤として仕組みを構築しようとする点が日本の特徴とされている [2, 3]。地域を単位とした多分野多職種連携の仕組みを機能させることが、日本におけるケア統合の必要条件と言えよう。地域単位での多分野多職種連携は、地域の人口減少克服と地方創生にむけた厚生労働行政としても重視され、地域づくりの具体的手段として、分野横断的な多職種協働、地域の現状・課題の把握、施策評価を機能させることが挙げられている [4]。なお、社会保障制度改革が財政問題への対応でもあることを鑑みれば、効果・効率性はシステム構築の重要な観点であり、その検証のための評価も論点となる。

このように、2025年問題への対応には地域包括ケアシステム構築の方法論を確立する必要がある。そのカギは、地域を単位とする分野横断的な連携や多職種連携の仕組み、それに基づく地域の現状・課題把握とシステム評価の仕組みを機能させることにある。

しかし、現状ではシステムの構築運営や評価の方法論の開発が進みつつあるものの [3]、その確立には至らず、「地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築」することが尊重され、多様な事例が情報発信されている段階である [5]。地域包括ケアシステム構築にむけた各地の多様な展開が伺えると同時に、「地域ごとにバラバラで見えにくい」状況と

なっているようにも考えられる。各取り組みが、システム構築のどのような局面にかかわるものかを整理する枠組みが必要となろう。また、多様な実践事例の成果・効果に関する情報はあがるが、評価の判断基準が必ずしも明確ではなく、効果の検証が仕組みとして内部化されているものも多くはない。

そこで、本稿ではシステム構築の方法論的課題について、第一に、自治体の地域包括ケアシステム構築プロセスの局面に関する枠組みの整理を行う（第II章）。第二に、この枠組みに即して、システム構築の現状とその課題を、自治体調査の結果を交えながら提示する（第III章）。第三に、評価の仕組みの内部化に着目し、ケアの評価をめぐる国際的動向や英国の事例をふまえ、地域包括ケアシステムにおける評価の課題を提示する（第IV章）。最後に、提示した課題に対応するために、5年後までになすべきことを提案する（第V章）。

## II. 地域包括ケアシステムの構築の局面

地域包括ケアシステムの構築の主要な局面として、先行研究では以下の5つが挙げられている。すなわち、①分野横断的な視点に立った地域アセスメントとサービス整備、②サービス提供システムレベルにおける総合的な相談・支援調整体制の強化、③臨床実践における多分野の専門職の連携、④互助資源の活性化・専門的ケアとの組み合わせの最適化、⑤包括ケアの評価とフィードバック、である [6]。（図1）

こうした局面に即して、多分野多職種の連携の課題をみてみよう。

### 1. 分野横断的な視点に立った地域アセスメントとサービス整備

この局面は、主に地域計画のレベルに対応しており、各種計画における指標の統合や連動性の強化、各種計画上に配置された事業の再編などが主な課題となる。

地域包括ケアに関連して市町村が策定する計画の中心は介護保険事業計画であろうが、それ以外に市町村で策定すべき計画には、保健福祉領域だけでも障がい福祉計画、子ども子育て支援計画、健康増進計画等、複数ある。複数分野に共通するニーズがあれば、ニーズに対応するサービスの機能に着目し、領域横断的にサービスの合理

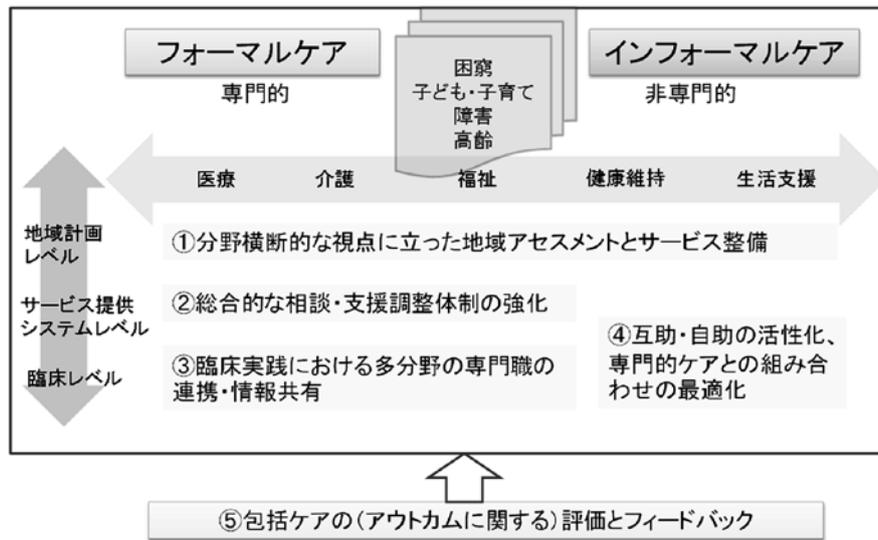


図1 地域包括ケアシステムの構築の局面  
(出典) [5] 図2を改編.

化を図ることも考えられる。保健医療分野における生活習慣病リスクのデータに基づいたリスク低減のための事業と、介護分野における介護予防の事業との統合や、高齢者・障がい者・子ども・子育ての各分野で把握された世代間交流への参加ニーズをふまえた世代間交流拠点の統合等は、その例である。

領域横断的な地域のアセスメントによるニーズやサービス機能の整理、および、目標の共有化や事業の統合を通じた資源・サービスの確保は、システムの効率性という観点から重要性を増すであろう。

## 2. 総合的な相談・支援調整体制の強化

この局面は、主にサービス提供システムレベルに対応しており、複雑化する生活課題に対応しうる体制づくりに向けた相談調整拠点の整備統合、多職種によるアセスメントとサービス調整、多種多様な社会資源の参加とネットワーク化の組織的推進等が、主な課題である。

相談体制の総合化や、総合的な支援調整体制の構築にむけた取り組みは各地で始まっている。地域包括支援センターを含めた相談拠点の一元化・総合化などは、その例であろう。在宅医療・療養の機能強化の重要性をふまえれば、総合相談に在宅療養に関する相談を含めることも必要になりつつある。また、「地域ケア会議」は、多職種による総合的なアセスメントと支援調整の機能を組織化した例である。

## 3. 臨床実践における多分野の専門職の連携

この局面は、臨床レベルに対応している。臨床において多分野の専門職が連携するためには、どの場所でも、どのような状態像にあっても一人の患者／利用者に関する情報を共有しうるということが重要になる。その環境整備の

ための取り組みが求められよう。具体的には、情報共有の前段としての顔の見える関係づくり（「多職種合同研修会」の開催等）、アセスメントやモニタリング情報の共有の場づくり・共有化（「地域ケア会議」の個別ケース検討、ICTの活用、情報共有のための記録様式の開発等）、支援プロセスの標準化（地域連携診療計画、認知症ケアパス等）などが考えられる。

## 4. 互助・自助の活性化、専門的ケアとの組み合わせの最適化

この局面は、サービス提供システムレベルおよび臨床レベルに主に対応している。主な課題として、互助や自助を地域住民の「成功体験」として組み込むこと、地域の多様な互助がフォーマルなケアと有機的に結びつく環境を整備すること等があげられる。

互助や自助の活性化が健康維持や生活支援のサービス整備とも密接に関わっていることは確かなのだが、共助や公助の負担軽減という文脈のみで語られれば、住民には「都合よく使われている」という意識が強くなり、結果として積極的な互助や自助が展開されない危険性も大きい。共助や公助の資源制約という背景は住民と共有しつつ、互助や自助の活性化が地域社会の課題解決能力の高まり、社会参加の機会拡大や自己肯定感・充足感の向上、ひいては地域生活の質向上につながるプロセスを、関係者と共有しえるかがカギとなる。

また、互助・自助と専門的ケアとの組み合わせの最適化については、地域の社会資源に関する情報の収集・更新、資源を具体的ケアに結びつけるためのネットワーク構築とコーディネート、その成果の把握と関係者へのフィードバック、こうした一連の仕組みを整えることが必要となる。地域包括支援センターに配置されつつある「生活

支援コーディネーター」には、こうした機能の発揮が期待されていると言える。

### 5. 包括ケアの評価とフィードバック

この局面は、システム全体に対応している。構築されつつある地域包括ケアシステムの成果や課題・弱点についての検証・評価を、システム運営に組みこむことが課題となる。

各地の取り組みの成果を把握しなければ、地域性の違いに応じた取り組みの成功例と失敗例の弁別はできない。地域包括ケアが重視する、地域で最期まで安心して生活できるといった利用者や住民の経験・状態、また、費用という観点を含めて、システムの成果に関する指標や尺度が開発され、それが「仕組みづくり」に活かされることが重要になる。

但し、この点についての現状は、モデルの開発と実践への適用が待たれる状況と言える。システムの評価については、IV章にて国際的動向をふまえて改めて議論する。

## III. 体制構築の現状：地域ケア会議における情報の活用・共有から

### 1. 構築ツールとしての地域ケア会議

地域包括ケアシステム構築の現状を、地域ケア会議における情報の活用・共有に焦点をあてて概観する。地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを実現する有効なツールとされ、近年ではその開催が介護保険法のなかに制度として位置づけられた [7]。地域ケア会議に期待される機能には、多職種多分野の関係者による情報共有・分析の場を組織化し、臨床レベルで個別ケースの総合的なアセスメントを行うこと、および、個別ケース検討の積み上げをふまえて地域の総合的なアセスメントを行い地域計画につなげることが含まれている。つまり、地域ケア会議は、前章で挙げた複数の局面(特に局面①～③)に係っており、その開催・運営状況にはシステム構築の各局面の現状や課題が反映されていると言える。

### 2. 地域ケア会議の開催状況および分野横断的なデータ活用状況

全市町村の地域包括ケア運営担当課を対象にした、地域ケア会議等における客観的データの活用に関する調査(2015年1月実施)の結果では [8]、以下の状況が示されている。

・回答自治体(N=621)のうち、「地域ケア個別会議」(個別ケース検討レベルの地域ケア会議)を開催している自治体は85.2% (n=529)、「地域ケア推進会議」(地域課題抽出レベルの地域ケア会議)を開催している自治体は38.5% (n=239)であった。

・「地域ケア個別会議」での保健医療情報の共有について、回答自治体の3分の2が「おおむね共有あり」と回答していた。「おおむね共有あり」と回答した自治体の

表1 地域ケア個別会議での保健医療情報の共有

N=621		
	n	%
おおむね共有あり	413	66.5
おおむね共有なし	124	20
不明	84	13.5
N=413		
共有あり内訳 MA	n	%
本人の主訴	342	83
主治医の情報	268	65
主治医意見書	135	32.8
現病歴	380	92.2
既往歴	364	88.3
通院状況	373	90.5
服薬状況	351	85.2
特定健診・特定保健指導の情報	15	3.6
その他	26	6.3

(出典) [8]

表2 地域ケア推進会議 課題分析での客観的データ参照

N=621		
	n	%
参照している	92	14.8
特に参照していない	221	35.6
不明(未開催含)	308	49.6

(出典) [8]

なかでは、現病歴や通院状況の共有をしている自治体は90%以上であったが、服薬状況は85%、主治医の情報は65.0%、主治医意見書は32.8%、特定健診・特定保健指導の情報は3.6%であった。(表1)

・地域ケア推進会議における地域課題の分析における客観的データの参照については、参照していると回答したのは全回答自治体の7分の1であった。(表2)

・会議における国保データベース(KDB)の活用については、活用していると回答した自治体は、地域ケア個別会議、地域ケア推進会議のいずれも10自治体未満であった。また、アンケートに回答した自治体のうち、地域ケア個別会議での活用に関心があると回答した自治体が61.7% (n=383)、地域ケア推進会議への活用に関心があると回答した自治体が51.2% (n=318)であった。しかし、関心があり、なおかつ、会議での「活用イメージがある」と回答した自治体は、いずれの会議に関してもアンケート回答自治体の2割程度であった。

### 3. 地域ケア会議からみた多分野多職種連携の課題

前節の調査結果から示唆されるのは、以下の点である。第一に、臨床レベルからサービス提供システムレベルにかけての多分野多職種連携(局面②③)については、地域ケア個別会議の開催等、連携を進める組織的基盤づくりに、多くの自治体取り組みは始めている。他方で、服薬状況や既往歴の共有がなされていない自治体が一定程度ある。主治医・かかりつけ医との情報共有が進んで

いない地域も相当の割合ある。特定健診・保健指導の情報は、ほとんど活用されていない可能性がある。こうしたことから、介護と医療分野、保健分野との連携を進め、相互の分野で把握している情報の共有化をさらに進める必要がある。

第二に、地域計画・地域アセスメントレベルの多分野多職種連携（局面①）については、そもそも、地域ケア推進会議が未開催な自治体が多いなど、多分野多職種連携による地域アセスメントを機能させる組織的基盤が整っていない状況がある。地域の課題を分野横断的に把握分析する場が機能する状況を、全国的に普及させる必要があるだろう。

第三は、臨床と地域アセスメント・地域計画の両レベルにおける多分野多職種連携に関わることとして、データの活用手法に関する課題の大きさが伺えた。個別ケース検討、地域課題の検討、いずれの地域ケア会議においても、保健医療分野のデータベースであるKDBについて、「活用イメージがわからない」などの回答が多かった。これは、分野横断的なデータへのアクセスとは別の次元、すなわち、分野横断的なデータの活用手法という次元の課題である。臨床と地域アセスメント・地域計画の両レベルで、効果的なデータ活用の手法に関するモデルの構築とその普及を図る必要性が高いことが示唆される。

#### IV. 地域包括ケアシステム運営とケアの評価

##### 1. ケアのアウトカム評価の国際的展開

「包括ケアの（アウトカムに関する）評価とフィードバック」は、地域計画レベル、サービス提供・資源調整体制レベル、臨床実践レベルの全てに関わる。多分野多職種連携に基づく個々の支援調整や、地域としての資源調整・資源配置のあり方が、地域や高齢者にどのような成果をもたらすのかが把握されなければ、効果的・効率的なシステム運営のサイクルを確立することは困難である。

日本では、地域包括ケアシステムの構築にむけた評価

尺度の開発や [3]、行政データの二次分析による介護・福祉サービスの評価も進められつつある [9, 10]。しかし、多様な取り組みの成果を捉える基準は未確立である。

国際的な動向をみると、ケアの評価に関しては、ケアの生活モデルや利用者視点の重視という潮流があり、社会ケアのアウトカム評価の意義が認識されつつある [11]。各国で実際に利用されている指標は身体機能や医療面の臨床指標、満足度指標が中心であり、生活・社会的側面の測定は十分ではない [12]。とはいえ社会ケアのアウトカム指標も近年開発され始めている。注目されるのが、イギリスのケント大学で開発された社会ケア関連QOL (Social Care Related Quality Of Life) の尺度ASCOT: Adult Social Care Outcome Toolkit [13] である。ASCOTは8つの領域で構成され、その妥当性やケア事業の費用対効果測定への応用に関する科学的知見も出始め [14-16]。ケアの質評価の新展開として国際的にも注目されている [12]。(表3)

##### 2. イギリスにおける社会ケアのアウトカム評価の枠組み

イギリスでは、ASCOTのみならず、それを含む包括的なアウトカム評価の枠組みと対応する指標が整備され、自治体ごとのケア状況の把握や自治体間比較に活用されている。アウトカム評価を活用した自治体のケアシステム管理のあり方という観点から着目される。

具体的には、2010年代以降、ケアの質保証のためのアウトカム測定の枠組みASCOF: Adult Social Care Outcomes Frameworkに基づき、各種調査データの項目から構成されたアウトカム指標群により地域のケア状況の把握が進められ [17]、自治体ごとの経年的情報がデータベース化されている [18]。

ASCOFでは、領域ごとの目標に応じた包括指標とその他の指標が整理されている。「要支援・要介護者のQOLの促進」は最重要領域とされ、その包括指標として社会ケア関連QOLが設定されている。ASCOFの各種指標は、社会ケアの利用者調査や介護者調査等、自治体

表3 社会ケア関連QOL 評価尺度ASCOT (Ver.2) の8領域

1	日常生活のコントロール（何を、いつするかを選択でき、日常生活や活動を制御できる）
2	個人の清潔さと快適さ（清潔・快適で見苦しくなく、好みを反映した装いや身だしなみができている）
3	食事と栄養（十分な食料や飲料を定期的に摂取し、栄養があり、多様で文化的にふさわしい食事ができている）
4	安全（虐待や転倒、身体的な危害を加えられる恐れがない）
5	社会参加と関与（友人・家族との関係の継続、参加やコミュニティに属している意識）
6	活動（occupation）（雇用、無償労働、他者のケア、レジャー等の多様な有意義な活動で充たされている）
7	居所の清潔さと快適さ（全ての居室を含む住環境が清潔で快適と感じる）
8	尊厳（支援やケアが利用者の自己肯定感に与える否定的・肯定的な影響）

(出典) [11] 表2

が定期的実施する各種調査の調査項目の組み合わせから構成される。利用者調査や介護者調査におけるQOL関連の調査項目は、前述の社会ケア関連QOL測定尺度ASCOTに準拠している。(表4)

なお、社会ケアに関するアウトカム指標(ASCOF)他に、公衆衛生に関するアウトカム指標の枠組み(PHOF: Public Health Outcomes Framework)、国民医療サービスに関するアウトカム指標の枠組み(NHSOF:

表4 イギリスにおける社会ケアのアウトカム評価の枠組み(ASCOF)

目標(領域別)	包括指標	構成目標	指標
1. ケアや支援のニーズをもつ者のQOLを促進する。	1A. 社会的ケア関連QOL(ASCOTに準拠)	・人々は、自分の望む限り自分自身が受ける支援を管理でき、自分のニーズを満たすために、どんな支援がいつどのように提供されるかをコントロールできる。	1B. サービスを受けつつ、日常生活をコントロールしている人の割合 1C. 社会ケアの利用者のうち、自己決定の支援を受けて直接支払の給付(direct payments)を受けている人の割合
		・介護者は、ケア役割と自分が望む生活の質を維持することを、調和させることができる。	1D. 介護者が報告したQOL
2. 要支援・要介護ニーズを遅らせ、低減させる。	2A. 人口千人あたりの高齢者施設への永続的入居者数	・人々は、望むときには就業先を見つけられ、家族や社会生活を維持し、地域の生活にも貢献し、孤独や孤立を避けることができる。	1E. 学習障害者(成人)のうち、有償雇用に従事している者の割合(PHOF1.8, NHSOF2.2との共通指標) 1F. 二次精神保健サービスが関わっている成人のうち、有償雇用に従事している者の割合(PHOF 1.8, NHSOF 2.5との共通指標) 1G. 自宅に住んでいない家族と同居している学習障害者(成人)の割合(PHOF 1.6との共通指標) 1H. 二次精神保健サービスが関わっている成人のうち、支援の有無に関わらず自立生活している者の割合(PHOF 1.6との共通指標) 1I. サービス利用者とその介護者のうち、自分の望む通り社会とのコンタクトが取れていると報告した者の割合
		・すべての人は、人生を通して、最善の健康とウェルビーイングを享受する機会を得、自身がケアニーズに対処するのを助けてくれる支援や情報にアクセスできる。	2B. 退院後にreablement/rehabilitationサービスを受けた65歳以上の人で退院後91日以上自宅に滞在している者の割合 2D. 短期サービスの成果：短期サービス導入の結果(暫定指標) 2E: reablement サービスの効果
		・早期の診断、介入とreablement(在宅生活の自信とスキルを高めるためのリハビリ的関与)により、人々やその介護者が、より重度のサービスに依存することを低減する。	2C. 社会ケアが原因となった、病院からのケア移行の遅れ(暫定指標) 2F. 認知症に関して：診断後のケアが自立の維持とQOL向上に及ぼした効果の測定
3. 支援や介護における患者の肯定的経験を保証する。	社会ケアの利用者およびその介護者が、ケアや支援を受ける経験に満足する。 3A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する 3B. 介護者がケアや支援に全般的に満足する(2012年より新規導入) (暫定指標) 3E. 統合ケアの効果	・ケアプロセスを通じ、介護者が、自分是对等なパートナーとして尊重されていると感じる。	3C. 要介護者についての議論に参加したり意見を求められたことがあると報告した介護者の割合。
		・人々は、助けが必要な際に自分の地域でどのような選択が可能なのか、どんな権利があるのか、誰にコンタクトを取ればよいのか、知っている。 ・人々は(社会ケアに関する決定を行う人も含む)、個人の尊厳を尊重し、提供する支援が個人それぞれの環境に配慮したものとなることを保証する。	3D. サービスを利用した者の割合、および支援に関する情報を問題なく入手できた介護者の割合 ※これに対応する情報は、成人向け社会ケア調査(Adult Social Care Survey)から抽出され、自治体の分析に利用される。
4. 脆弱にさせる環境に置かれた大人を保護し、避けられる危害から守る。	4A. 安全と感じている利用者の割合	・すべての人は、物理的な安全および安心の感覚を享受できる。人々は、身体的、精神的な虐待、嫌がらせ、ネグレクトを受けることがなく、自傷からも自由である。人々は、避けられる危害、疾病、外傷から可能か限り保護される。人々は、その後の生活設計の支援をうけ、自分の希望に応じてリスク管理を行う自由を得る。	4B. サービス利用者の内、それらのサービスによって安全を感じ、守られていると感じると答えた人の割合 (暫定指標) 4C. 保護の照会が完了したケースのなかで、安全を感じると報告した人の割合

(出典) [17] pp.32-43 を編集。

National Health Service Outcomes Framework) も設定されている。そして、三領域で共通化できる指標は、共通指標として利用されていることも、注目すべきである。

## V. 5年後までに達成すべき宿題

### 1. 分野横断的なデータ活用手法の確立

これまでの議論をふまえ、多分野多職種連携にもとづく地域包括ケアシステムを2025年までに構築することを見据えた時に、5年後までに達成すべき課題として、以下の三点を提起したい。

ひとつ目の課題は、分野横断的なデータ活用手法の確立である。地域包括ケアシステムの計画、事業運営、臨床実践の各レベルで、分野横断的な情報共有・情報活用の体制が確立することが求められる。現状は、とりわけ地域アセスメント・地域の計画策定のレベルにおいて、分野横断的な情報の共有と、共有情報に基づいた課題分析が普及しているとは言い難い。

日本では、「地域包括ケア『見える化』システム」(以下、「『見える化』システム」)が2015年7月より本格稼働した。「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を支援するための情報システムであり、介護保険のみならず、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化され、見やすい形で提供されるものと説明されている[19]。「見える化」システムは、領域横断的なエビデンスデータ活用の現状を大きく改善する可能性がある。

とはいえ、多分野にわたる情報を「如何に活用するか」についての方法論が不足していれば、「見える化」システムが十分に有効に活用されることにはならない。多分野にまたがるデータの効果的な活用手法を、とりわけ地域のアセスメントや計画策定のレベルにおいて確立することが必要であろう。

例えば、領域横断的な地域アセスメント・ケア計画策定にむけ、分野ごとの代表指標の構造化、各分野の指標の相互の関連性についての整理、各種指標データの入手方法(「見える化」システム内にある情報活用の可能性を含む)等を含めた、地域包括ケア計画の指標に関するモデルを構築すること等が求められよう。

### 2. アウトカム評価を組み込んだシステム運営の方法論構築

二つ目の課題は、アウトカム評価を組み込んだシステム運営の方法論の構築である。ここでは、「社会ケア」の特性である生活という視点や社会関係といった側面、および、ケアを要する当事者の視点を反映させたアウトカム評価の方法論の開発も、並行して進める必要がある。また、イギリスのASCOFのように、体系化されたアウトカム指標の枠組みも必要である。

こうしたことを実現するには、研究面では、日本にふさわしい社会ケア関連QOLの尺度開発や、アウトカム

評価指標群の構造化、これらの一連の情報の活用がシステム運営に及ぼすインパクトの把握等が求められよう。

実用化の観点では、アウトカムの一連の指標群が「見える化」システムに含まれるなど、情報として活用されるための環境整備も必要である。指標が、既存の行政データや法定化された調査の項目から構成しうるものか、行政調査項目等に追加設定する必要があるものか、尺度開発が必要となるか等、指標データの入手策の整理検討が必要になる。

なお、地域包括ケアシステムで多分野多職種の連携・統合が意図されているとすれば、アウトカムやモニタリングの指標も、当然、分野ごとの指標の体系化・構造化にとどまらず、分野横断的な包括指標の設定や、共通指標の抽出を含む指標の体系化を行い、これら一連の情報の集積とアクセスの体制を構築することが求められる。「アウトカム評価指標の分野横断的な体系化・構造化」は、分野横断的なデータ活用手法の方法論構築の基盤となる作業とも言えよう。

### 3. 自治体支援、自治体人材育成のプラットフォーム構築

最後に、多様な課題についての方法論がいくら開発されても、それが現場に還元されなければ政策的には意味をなさない。課題解決にむけた方法論の普及にむけ、自治体支援の体制をどのように構築するかが問われている。

保健医療科学院は、自治体人材の育成と、そのための学理の応用をミッションとする。地域包括ケアシステムの方法論に関して、上記に挙げた課題に関連する研究を推進するとともに、科学的知見の自治体への成果還元・自治体人材育成のプラットフォームとしての可能性を広げることも、組織的に進める必要がある。こうした課題にむけて、迅速な対応が求められよう。

## 謝辞

本稿は、厚生労働科学研究費補助金長寿科学研究開発事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」(研究代表者 熊川寿郎)およびユニバーサル財団研究助成「地域包括ケア体制下における地方自治体によるケアの質評価のありかたの検討」(研究代表者 大野賀政昭)および科研費「地域包括ケアに向けた保険者およびケア人材の機能強化プロセスに関する研究」(研究代表 森川美絵)の成果による。本稿において、COI(利益相反)はない。

## 参考文献

- [1] 厚生労働省. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (accessed 2015-12-22)

- [2] 筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略：integrated careの理論とその応用. 東京：中央法規出版；2014.
- [3] 筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス. 東京：社会保険研究所；2014.
- [4] 厚生労働省. 「まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部」報告書 厚生労働省ひと・まち・しごと創生サポートプラン. 平成27年3月13日. [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/plan.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/plan.pdf) (accessed 2015-12-22)
- [5] 厚生労働省. 地域包括ケアシステム構築へ向けた取り組み事例. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (accessed 2015-12-22)
- [6] 森川美絵, 松繁卓哉, 大冢賀政昭. 地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みとは？—事例から学ぶための枠組み整理. 地域ケアリング. 2015;17(10):56-63.
- [7] 厚生労働省老健局振興課. 介護保険制度の改正と地域ケア会議の位置づけについて. 地域ケア会議推進に係る全国担当者会議 資料. 平成26年10月8日. [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/shinkouka_1.pdf) (accessed 2015-12-24)
- [8] 森川美絵, 熊川寿郎, 松繁卓哉, 玉置洋, 平塚義宗. 地域包括ケアシステム構築のための市町村地域ケア会議等における情報活用状況に関する研究. 厚生労働科学研究委託費長寿科学総合研究事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」(研究代表者：熊川寿郎)平成26年度総括・分担研究報告書. 2015. p.16-25.
- [9] 森山葉子, 田宮菜奈子. 介護の実態をデータから明らかにする—ヘルスサービスリサーチによる介護の科学的評価. 医学のあゆみ. 2015; 255(3): 241-242.
- [10] 森山葉子, 田宮菜奈子. 医療・介護・福祉の融合—現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現. 地域ケアリング. 2015;17: 52-54.
- [11] 長澤紀美子. ケアの質の評価指標の開発と課題. 季刊・社会保障研究. 2012;48(2):133-151.
- [12] OECD. A Good Life in Old Age ? : Monitoring And Improving Quality In Long Term Care. OECD. 2013.
- [13] Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Adult Social Care Outcome Toolkit. <http://www.pssru.ac.uk/ascot/> (accessed 2015-12-25)
- [14] Malley JN et.al. An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health And Quality Of Life Outcomes. 2012;10:21.
- [15] Netten A et.al. Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? Age And Ageing. 2012;41(4):512-517.
- [16] van Leeuwen KM et.al. Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults. The Journal of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research. 2015;18(1):35-43.
- [17] Department of Health. The Adult Social Care Outcomes Framework 2015/16. Department of Health. 2014. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/375431/ASCOF\\_15-16.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/375431/ASCOF_15-16.pdf) (accessed 2015-12-25).
- [18] Health and Social Care Information Center (HSCIC). Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF). <http://www.hscic.gov.uk/ascot/> (accessed 2015-11-05).
- [19] 厚生労働省. 地域包括ケア「見える化」システム. <http://mieruka.mhlw.go.jp/> (accessed 2015-12-25)