

地域医療ビジョンと地域包括ケアシステム ～データに基づいた医療と介護の連携のあり方～

兵庫県立大学大学院 経営研究科

教授 筒井孝子

お話しする内容

1. 社会構造の変化と求められるケア提供システム
2. 「科学的に裏付けられた介護」による介護サービスの適正化
3. 診療・介護報酬の突合分析の必要性
4. 適正な地域別医療・介護サービス量の設定にむけて
5. まとめ

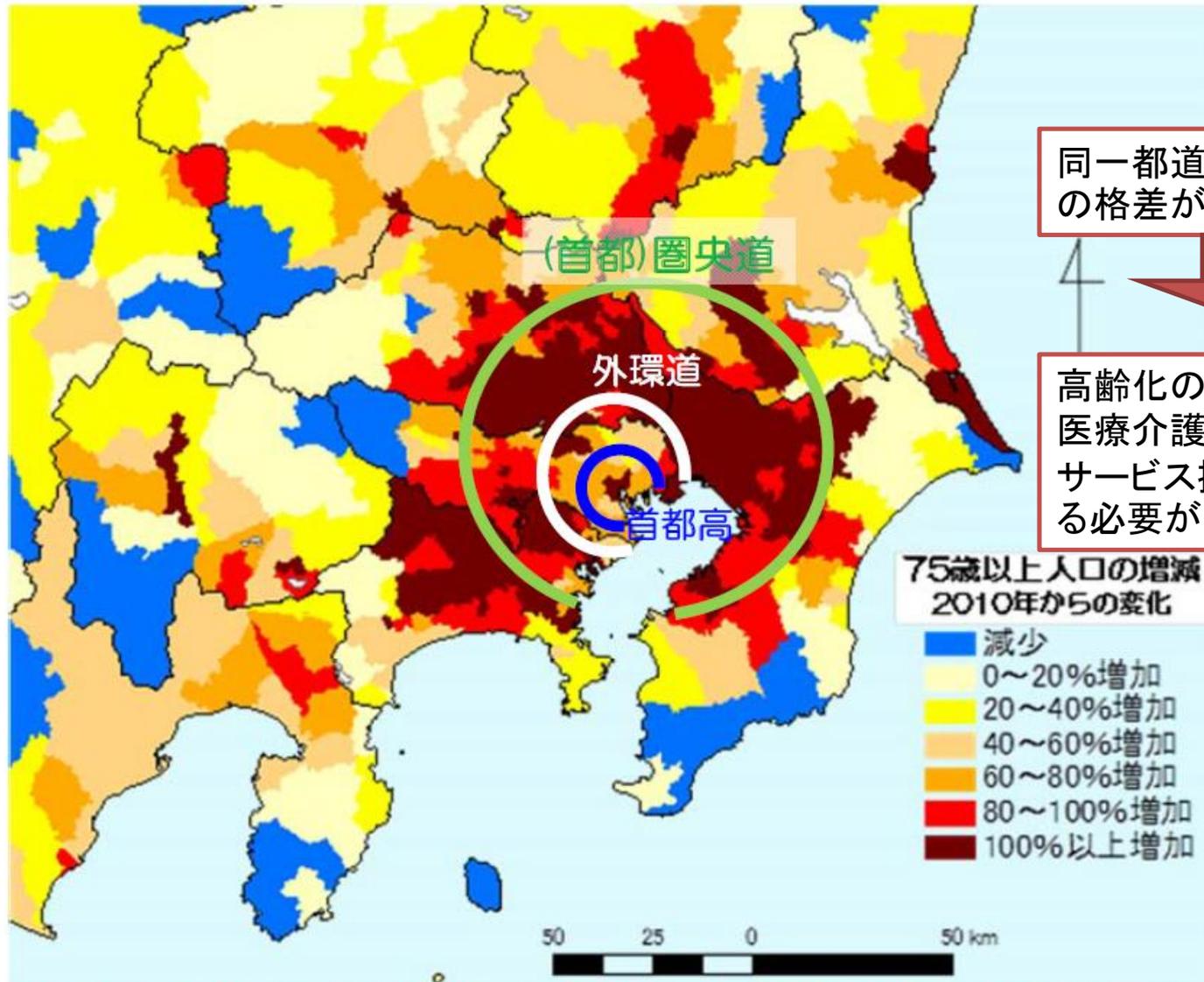
1. 社会構造の変化と求められるケア提供システム

別の国になる日本ー標準家族の変化ー

これから50年で

- ◆ 人口は1.2億人から、8,000万人台へ
- ◆ 2030年の未婚率は、男性29.5%、女性22.6%
- ◆ 2014年の離婚率34.5%
- ◆ 2050年は単独世帯42.5%となり、最も高い割合
- ◆ 高齢者単独世帯は2015年の560万世帯から2050年は980万世帯へ

首都圏の高齢化：2010→2040年 75歳以上 人口増減率



同一都道府県内で高齢化の格差がある

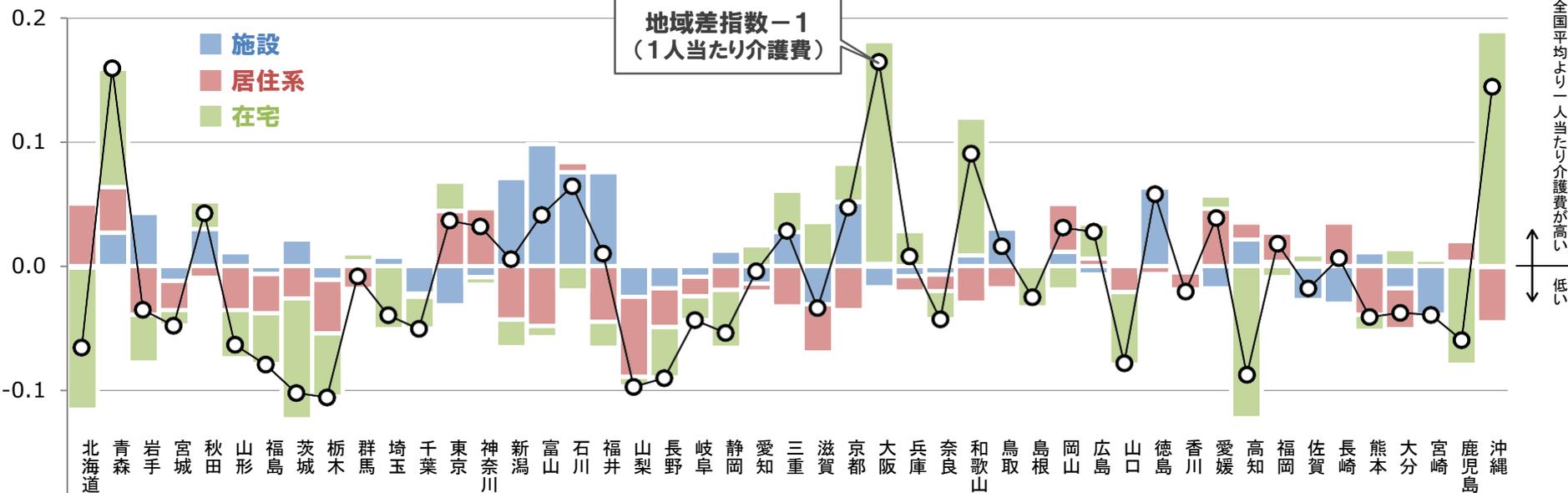
高齢化の状況／
医療介護資源をみた
サービス提供体制を考える
必要がある。

資料：総務省統計局「国勢調査」、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）」

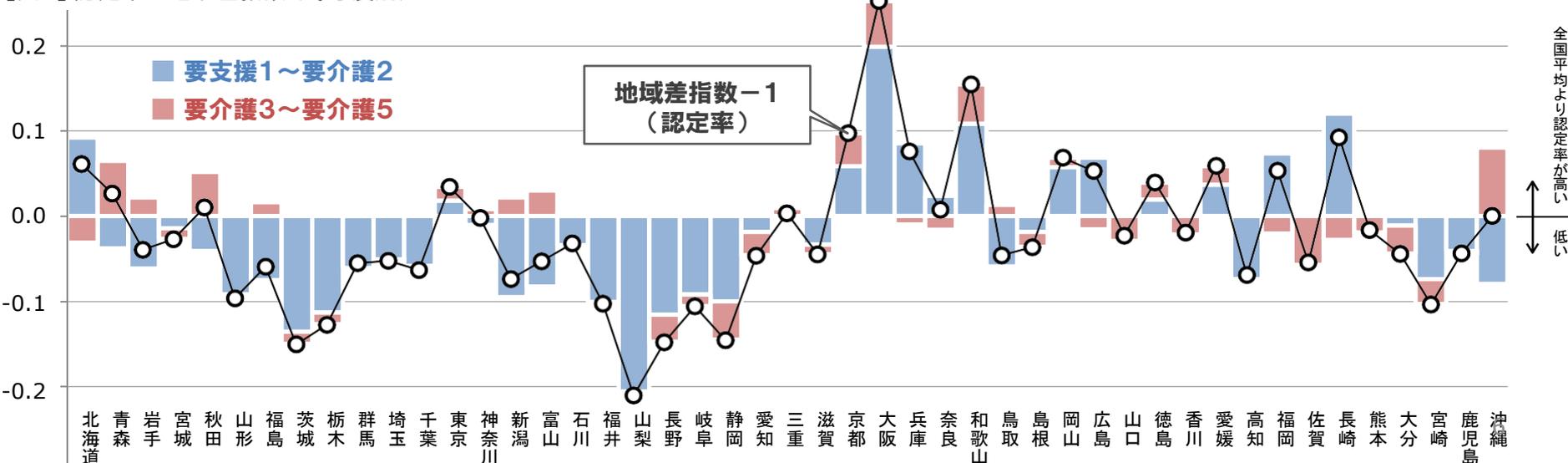
都道府県別地域差指数（寄与度別）平成26年度

1人当たり介護費の地域差指数（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））



【図6】 認定率の地域差指数（寄与度別）

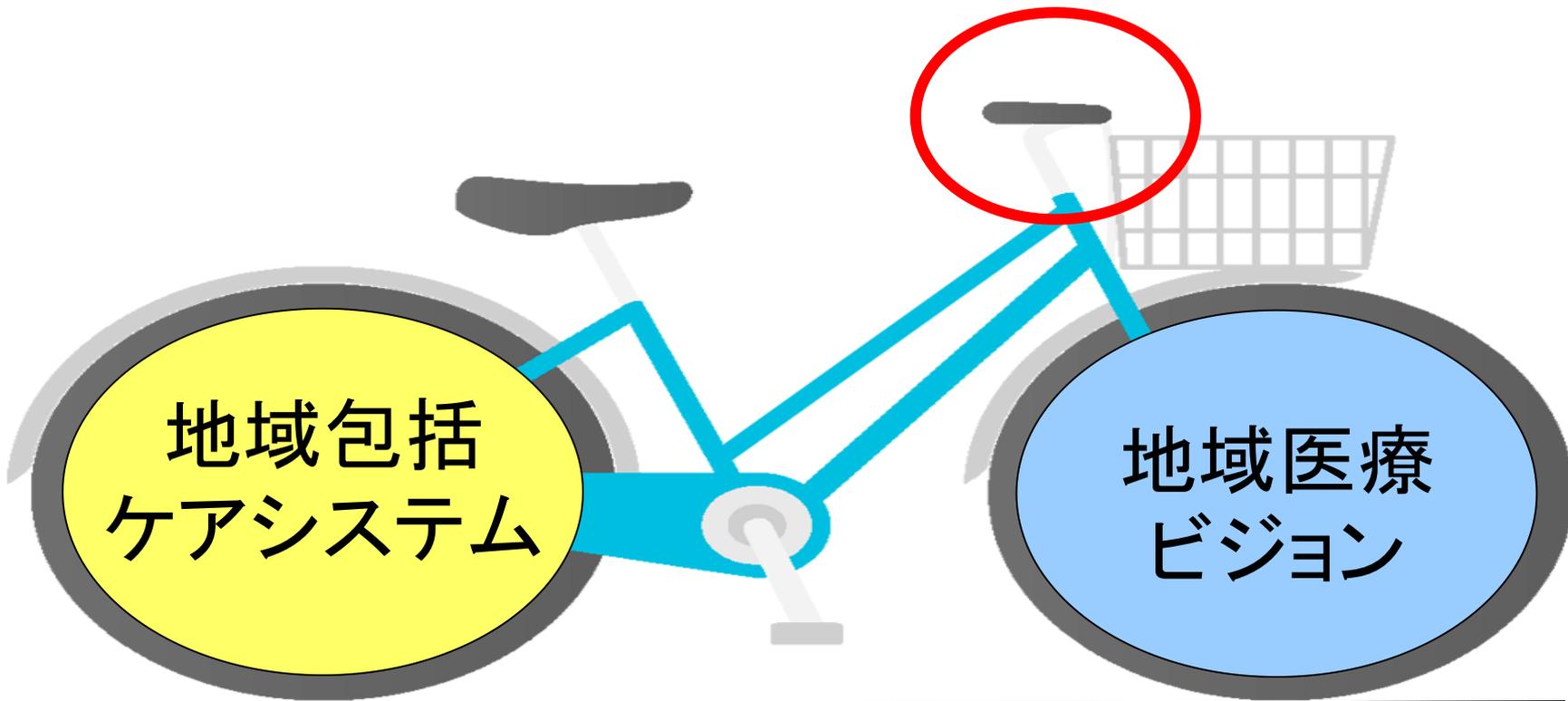


内閣官房社会保障改革担当室。介護費用の分析に関するこれまでの議論等について。医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ(第22回) 平成29年2月28日P15

医療介護費用の給付
の適正化
質の向上に向けて...

〇〇。

規範的統合
自治体/地域のビジョン



(community based care)

市町村／日常生活圏域

(integrated care)

都道府県／二次医療圏

より一層 連携／調整／統合を様々な領域レベルで実行していく必要がある。

integrated careは、新しい万能薬という認識と実証する難しさ

- ヘルスケアサービスの事業者は、今日のヘルスケア環境において、多くの課題に直面している。



- それによって、より統合化されたヘルスケアサービスの提供は1970年代から1990年にかけて世界各国で導入され始め、システムによって低いコストでの高い質、一方で、健康の維持と改善、そして患者満足度の向上を提供するものと信じられている。



WHOとECは共に、integrated careの重要性を指摘し、2010年のIntegrated careの国際ネットワーク会議においては、「ケア制度自体がIntegrated careの原則に従い始めた」としている。



しかし……

根拠もまだ乏しく、これを支えるヘルスケア提供機関の既存の文化や専門職の領域間の役割を大幅に変えるには不十分であるとしている。

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

30年度

第6次医療計画

第7次計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

総合確保
方針

介護報酬改定

診療報酬改定

総合確保方針

同時改定
(予定)

改正医療法

病床機能報告

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画
基本方針

計画策
定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進

改正介護保険法

第6期介護保険事業(支援)計画
に位置付けた施策の実施

介護保
険事業
計画基
本指針

計画策
定

医療保険制度改革

医療保険制度改革法

平成29年度までに順次準備・実施

新国保

データヘルスの推進

● 地域包括ケアシステムの推進

日本の統合型のケア(Integrated care)の概念

急性期から回復期へ(垂直統合)
医療分野における機能分担

先進諸国の医療サービスは、急性期医療を高度に発展させてきた。このシステムでは、

急性期患者が入院すれば、高いコストパフォーマンスが得られた。

慢性疾患を複数抱え、回復が遅い高齢患者に対して、同じシステムで対応しても、成果は低くなる。

※(2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えている)

慢性期ケア(水平統合)

医療・介護・生活支援の連携

生活圏域で
体制整備

地域を基盤としたケア (community based care)

「概ね30分以内に駆けつけられる範囲(中学校区等)の中で、医療と介護の統合ケア(integrated care)が提供できるというケア体制」

10

Integrated careの主要な概念と各要素の9カ国比較

Integrated careの主要な概念の比較

**は、主要な政策によって実施されており、最も重要な概念。
 **は、部分的に実施されている重要な概念。
 *は、議論中、あるいはモデル事業等によって実施中の概念。

	オーストリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
公衆衛生	**	**	**			*	**		**
マネジドケア(ヘルスシステム)	**	**	*		*	*	*	*	***
水平的統合(多様な提供主体)	**	**		**	*	*	*	*	*
垂直的統合						**	**		**
切れ目のないケア/一貫したケア	*					***		**	*
高齢分野における社会心理的なアプローチによる協働/ネットワーク	*	*			***		*		
全体システムアプローチ									*
パーソンセンタードアプローチ			***			**		***	**

Integrated careの各要素の導入状況の比較

***は、主要な方法として適応・認知されている要素。
 **は、地域・地区レベルにおいて部分的に実施されている要素。
 *は、モデル事業等によって実験的に導入されている要素。

	オーストリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
ケースマネジмент(ケアマネジмент)	*	*	***			**	*	**	***
中間ケア	*	*	**			**	*	**	**
学際的チームによるニーズアセスメント			**		**	**	**	**	***
利用者中心サービス(介護保険/パーソナルバジット)	***	***	*		**			***	*
共同作業	*	*	***		*	**	*	**	**
予防的な取り組み		*	***	**				**	**
統合的な住居(ケア付き住宅、等)	*	*	***	*	*	**	*	**	*
家族ケアの統合(レスパイトケアの観点)	*	**		*	**	**	*		*
独立したカウンセリング	*	**			*			**	*
ケアのコーディネーション会議		*	**		*				**
質の管理/質の保証	*	**	*		**	**	**	*	**

垂直的統合

- 垂直統合戦略は、企業間の垣根を超えて、新しいビジネスモデルを創造するものであり、マーケティング戦略の中でも、企業経営の根幹に関わる戦略である
- 原材料の調達から始まり、生産・販売・物流を経て最終需要者に至る、製品・サービス提供のために行われる一連のプロセスのことをサプライチェーンと言うが、簡略化していえば、メーカーがあり、卸があり、小売りがあって、消費者に商品が販売されるまでの流れ
- サプライチェーンは、各段階を担う複数の企業により構成され、垂直統合とは、異なる段階の企業が統合して、業務内容を拡張すること
- 例えば、生産を担っていたメーカーが、卸会社を買収して、自社系列の販売会社として、卸機能を統合するなどです。
- かつて家電メーカーや化粧品メーカーは、垂直統合により、シェア拡大を実現した

最近の垂直統合戦略の傾向

- 最近の垂直統合戦略の成功例としては、アパレルのSPA。
- SPAとはアメリカの衣料品小売大手GAPのドナルド・フィッシャー会長が1986年に発表したSpeciality store retailer of Private label Apparelの頭文字を組み合わせた造語
- 製造から小売までを統合して、消費者ニーズに適合した製品をいち早く店頭に並べるビジネスモデルのこと。
SPAでは、小売業者が起点となり、自らが企画した製品を製造まで踏み込んで、一貫管理するが、工場は所有せず、他の企業との協力体制により垂直統合を実現している点が特徴。
- 日本では、ユニクロがSPAの代表的な企業、ニトリなどの家具業界や、カインズなどのホームセンター業界にも波及。
- イオンやセブン&アイなどのPB(プライベート商品)も、垂直統合によって作られている。

水平統合戦略

- 水平統合戦略は、**規模の経済メリット**を享受するために、同業者が企業規模を拡大するもの。
- 事業の目的は顧客創造であり、シェア拡大が企業の最重要目標であるのですから、水平統合戦略は、まさしく事業目的そのものである。
- 垂直統合が、サプライチェーンにおいて、異なる段階の企業が垂直に統合するのに対して、水平統合は、サプライチェーンの同じ段階の企業が水平に統合すること。
- ソフトバンクが米国携帯電話第3位のスプリント・ネクステルを買収した事例が水平統合。
- 規模のメリットによるバイイングパワーの発揮により、アップル社からアイホーンを大量購入することで、仕入原価が下がる。

グローバル化が水平統合を促す

- 経済のグローバル化に伴い、国内では最大手であっても、世界ランキングでは、低位であるという企業が多くなっている。
- 例えば、鉄鋼業界は、その代表例です。2012年10月1日に、国内鉄鋼最大手の新日本製鐵と同第3位住友金属工業が合併して、新日鐵住金が誕生。粗鋼生産世界第2位へ。
- 鉄鋼業界では、これまでの再編は生産調整などが目的であったが、今回の新日鐵住金では、韓国・中国の鉄鋼業界に対する競争力を高めることを目的とした戦略的合併。
- この合併は、まさしくグローバル化を目指した水平統合戦略

統合は、競争と選択性を損なう可能性がある

integrated careを巡る議論では、ヘルスケアの市場や競争の機能に関する問題が浮上する。

- 病院間の競争を促進するような取組みや患者の選択肢を広げることで水平的・垂直的統合を達成することが困難になる。
 - 例えば、統合の解釈として最も悪いのが、株式公開買い付けとしての見方である。「(この見方では、)小規模のグループや通常より劣っているグループの利益が完全に消えてしまう(Jones, 1972)」。
- 統合的業務に対しプラス・マイナスの面をもたらす競争機能における問題もある。
 - 選択肢や競争に関する政策要件をより広範囲で満たすために、近くのネットワークに属する提供者だけでなく、外部の提供者へのアクセスも確立する必要性が生じる。(Lewis and others, 2010)



integrated careを実現するためには、ケア分野内の競争を必要としているところと協働を必要としているところとのバランスをとることが必要

主要な5つのintegration(統合)の種類とそれに関する 統合的プロセスの説明

1.システムの統合	政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携 例、病院外の協調的ケアを推し進める政策、多様化する(サービス)提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策(ダウンワードサブスティチューション)
2.規範的統合	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ。
3.組織的統合	組織間での構造、ガバナンスシステム、關係のコーディネーション 例、資金のプールやPBC(業務歩合制)といった公的・私的な契約的・協調的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。
4.運営的統合	事務管理業務、予算、財政システムの提携 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。
5.臨床的統合	情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。 例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。

- ・どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。
- ・関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある
- ・どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地で行ってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

目指すべき連携のあり方－integrationのレベルより

- 「連携」とは、単に複数の主体がつながるということではなく、①linkage(つながり)、②coordination(調整)、③full integration(完全統合)という3つのレベルがある。
- 民間主体による医療・介護サービスの提供が主となっている日本では、多様な医療・介護関係者をコーディネート(調整)する機能の強化を推進していくことが重要。

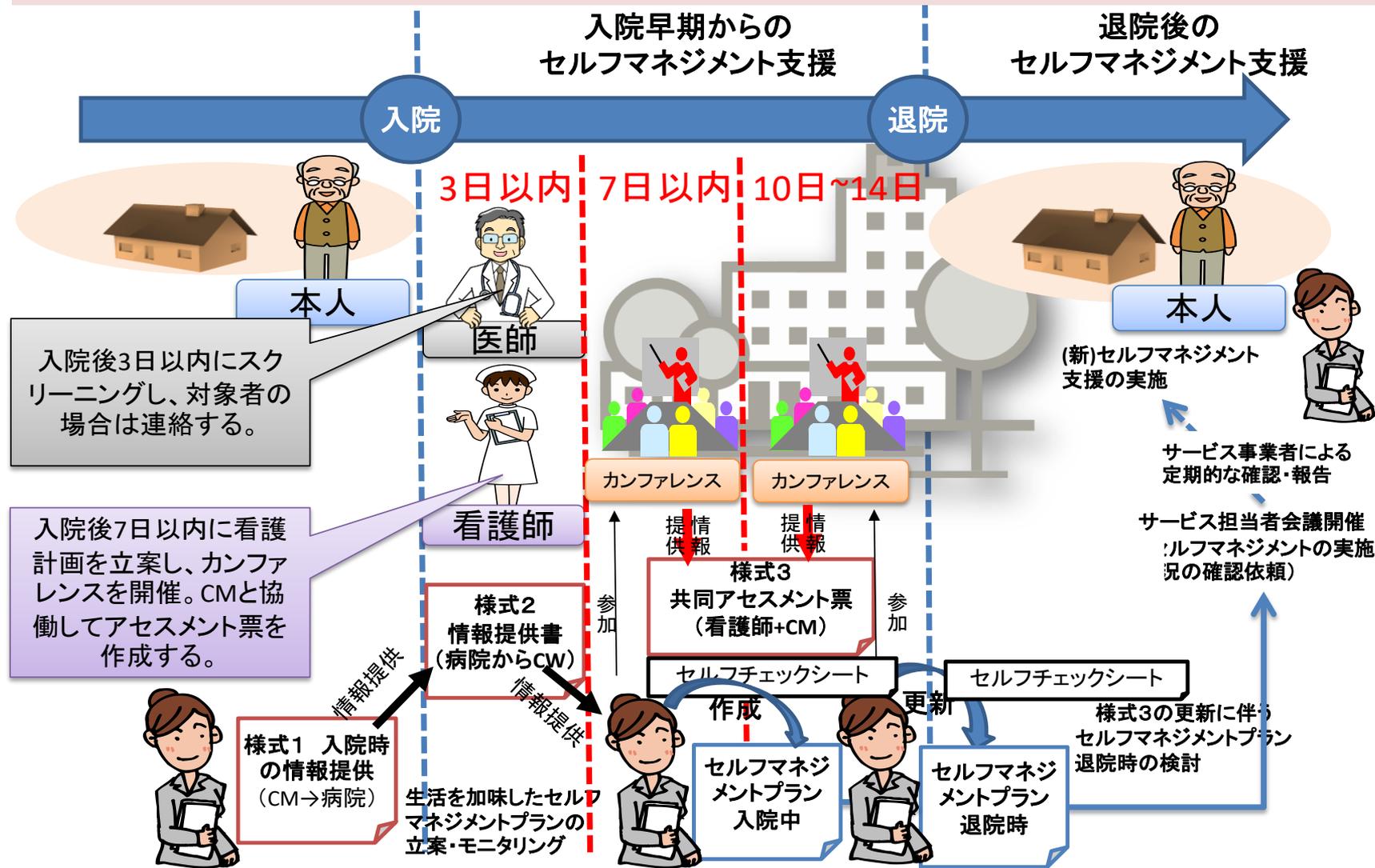
Linkage
(つながり)

Coordination
(調整)

full integration(完
全統合)

- 繋がりは複数の組織間で発生する。ケアの継続性向上をはかるため、患者の適時に適所への照会や、関係する専門家間のコミュニケーションを簡易化するという目的で行われる。
- ここでの責任は各々のグループが負い、(グループ間での)費用のシフトは発生しない。
- 複数の組織にまたがって運営を行う。これにより、様々な保健サービスの協調、臨床的情報の共有、そして患者を異なる組織間で移動する管理も行うことができる。
- 統一したケアの方法論を持っており、患者が病院から退院して在宅生活に移る場合などに、ケアカンファレンスが開かれることがルール化されている。
- 本格的な資金のプールを行い、特定の患者集団が抱えるニーズに同調した包括的なサービスの開発に添った新たな組織を形成することを可能にする。

医療・介護の情報提供による セルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント



入退院イベントに係わらず、**本人の活動・参加**に係わる情報を専門職が一定期間保持

平成27・28年度モデル事業に参加して

モデル事業をきっかけ
とした取り組み



- ・病院と市（保険者）との連携強化
- ・在宅支援者の名簿作成のための体制づくり
- ・ケアマネジメントの質の向上①
「疾患管理・セルフマネジメントの視点をケアプランに！」
- ・ケアマネジメントの質の向上②
「『かかりつけ医の指示のもと』を明確に！」



モデル事業候補者は、病院から市に情報提供書が届く。情報提供書の中に「**セルフマネジメントプラン作成**」の項目がある。

次期介護保険事業計画へ

医療・介護・自治体関係者による協議

平成28年度老人保健健康増進等事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントのあり方に関する調査研究事業」日本能率協会総合研究所、駒ヶ根市資料

保険者機能を病院に！

院内に
「医療介護連携室」を開設

病院の「地域包括ケア病棟」の開設に合わせ、介護保険の相談や申請、認定調査等を受け付ける市の担当者（介護支援専門員）を配置。

→在宅医療・介護連携支援センター



地域先進リハビリテーションセンター



illust ; OTカギネ

リハビリ専門職の
活用・育成



駒ヶ根市役所

規範的統合をいかにすすめていくか

- 組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有するためには、

多様な人々が持つ、それぞれの問題に対して、解決の手段となること、

また、効果的であることを説明するためには

- ①共通の統合目的の設置
- ②コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し、対応すること
- ③現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築とサービス利用者やより広いコミュニティと関係を持てること。

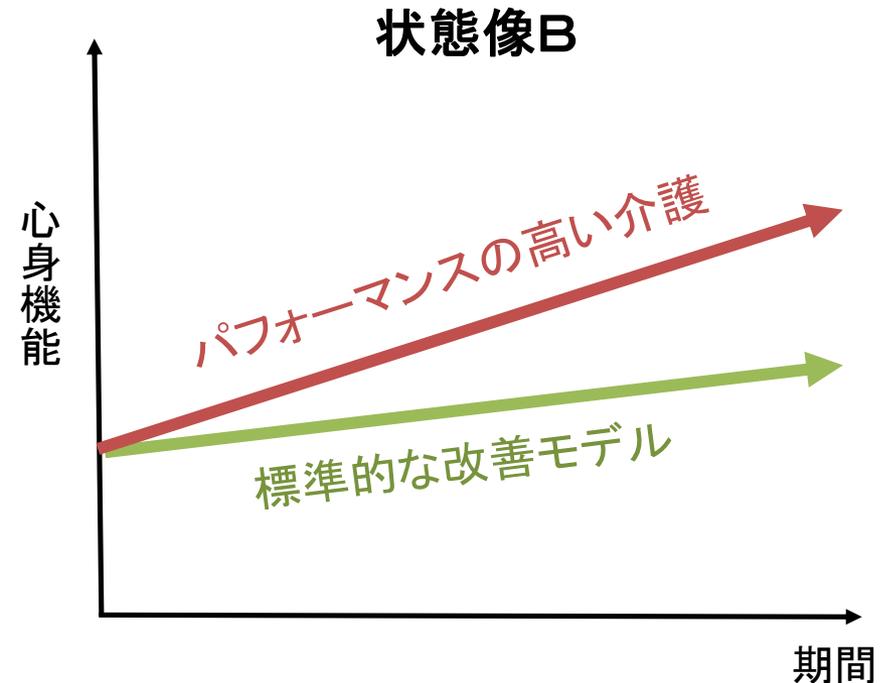
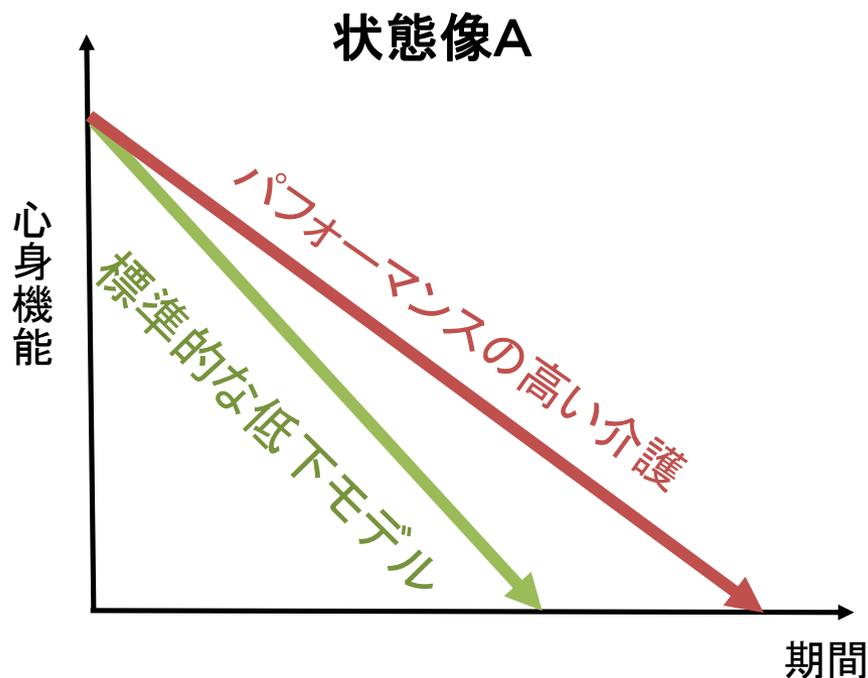
2. 「科学的に裏付けられた介護」による介護サービスの適正化

「科学的に裏付けられた介護」とは何か？

「科学的に裏付けられた介護」とは、「利用者の状態像ごとの標準的な心身機能の変化よりも、機能の維持・向上を図ることのできる介護（＝パフォーマンスの高い介護）のこと。

⇒ ビッグデータの活用により

- ①利用者の状態像（年齢、性別、疾患など）ごとに、標準的な心身機能の変化（軌道）を設定できる。
- ②どのような状態像の者に、どのようなケアを提供すれば、標準時よりも機能の維持・向上を図ることができるかが分かる。



「科学的に裏付けられた介護」の可視化の方法(案)

①「利用者の状態像ごとの標準的な心身機能の変化(軌道)」の設定方法

- 「利用者の状態像(年齢、性別、疾患など)ごとの標準的な心身機能の変化(軌道)」については、ナショナルデータベースである「介護保険総合データベース」の要介護認定情報などの分析を通じて、設定する。
- 既に十分なデータが整備されているため、早急に作業を進める。

※介護保険総合データベースを通じて活用可能な主な要介護認定情報

- | | | |
|--------------|-------------|---------------|
| ・要介護認定基準時間 | ・中間評価項目得点 | ・認知症状の程度 |
| ・要介護度の変化パターン | ・認定基準時間の変化量 | ・中間評価項目得点の変化量 |

②「利用者の状態像・提供されたケア・心身機能への影響の関係」の分析

- 「利用者の状態像・提供されたケア・心身機能への影響の関係」については、介護キャリア段位制度において、「利用者の状態像と提供されたケアの関係」に関するデータが集積されている。
- したがって、他の情報との突合も含めて、介護キャリア段位制度のデータの分析を深化させることによって、サービス種別などごとの「利用者の状態像・提供されたケア・心身機能への影響の関係」の分析を推進する。
- あわせて、介護キャリア段位制度は、ナショナルデータベースではなく、現状では2,000件程度のデータであるため、データ件数を大幅に増加させることで、精緻で確実性の高いデータとする観点から、介護事業所における介護キャリア段位制度の活用を強力に推進する。

介護サービス評価の留意点

測定を行うことでしか改善は望めない。

- 評価を行うことで、自分の立ち位置を知る

地域住民への視点は、ケアシステムの組織化をはかるための根底である。

- 地域住民のニーズ、地域資源の把握は、重要。

一種類のケアシステムへの取り組みのみでは全てに対応できない。

- いくつかのテーマに取り組むことが必要。

ケアシステムの評価は、高齢者のケアを改善するための方策と考える。

- 評価を手掛かりに、政策を考える。

想定される分析イメージ

(1) 利用者の状態

要介護認定情報

- ・要介護認定等基準時間
- ・中間評価項目得点

- ・要介護度の変化パターン
- ・要介護認定等基準時間の変化量
- ・中間評価項目得点の変化量

(2) 介護給付

介護報酬データ

- ・総介護給付額
- ・サービス種類別給付額
- ・サービス種類別利用回数

- ・サービスの給付パターン
- ・給付額の変化量
- ・サービス利用期間

結合することによって、
個々の状態変給付の関連についての分析が可能



利用者の状態、給付レベルの効果の違い、
効果のあるサービス内容とその対象者を特定

一次判定の流れ図

①訪問調査員による調査、主治医による主治医意見書の作成



②要介護認定基準時間を算定する

中間評価項目の得点算出
(100点満点最低が0点)

- ①身体機能・起居動作
- ②生活機能
- ③認知機能
- ④精神行動障害
- ⑤社会生活への適応

8種類の樹形モデルから
5分野の要介護認定等基準間を算出

- ①直接生活介護(食事・排泄・移動・清潔保持)
- ②間接生活介護(洗濯など日常生活の世話)
- ③問題行動関連介助(徘徊や不潔行為の後始末)
- ④機能訓練関連行動(えん下訓練・歩行訓練など)
- ⑤医療関連行動(呼吸管理・じょくそう処置など)

③特別な医療12項目の必要性があれば時間を加算

区分	項目	項目名
処置内容	1	点滴の管理
	2	中心静脈栄養
	3	透析
	4	ストーマの処置
	5	酸素療法
	6	レスピレータ
	7	気管切開の処置
	8	疼痛の看護
	9	経管栄養
特別な対応	10	モニター測定
	11	褥瘡の処置
	12	カテーテル

④運動能力の低下していない認知症のケースの場合は、時間を追加

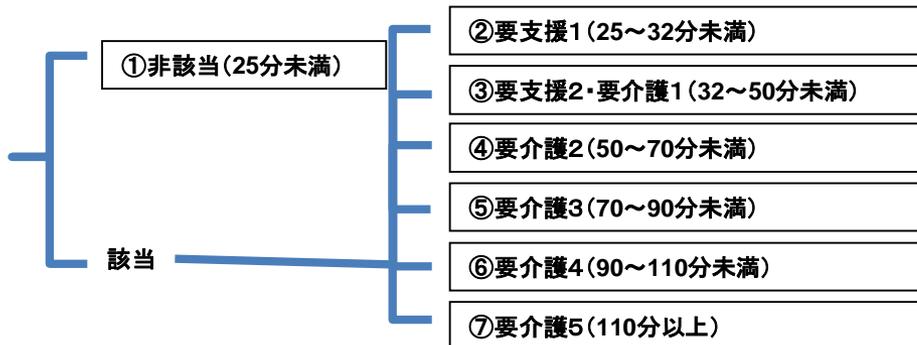
⑤要介護認定等基準時間の合計

食事+排泄+移動+清潔保持+間接生活介助+問題行動関連介助+機能訓練関連介助+医療関連行動+認知症加算=要介護認定等基準時間

⑥一次判定結果の決定

7つの区分に分類

要介護認定基準時間



32~50分未満については
「認知症の低下の評価」
「状態の安定性の評価」
の結果より、要支援2、要介護1のいずれかが表示される。

⑥一次判定結果の修正・確定

介護認定審査会において、特記事項や主治医意見書との整合性を確認後、修正がなければ、一次判定が確定。

要介護認定等基準時間と中間評価項目得点

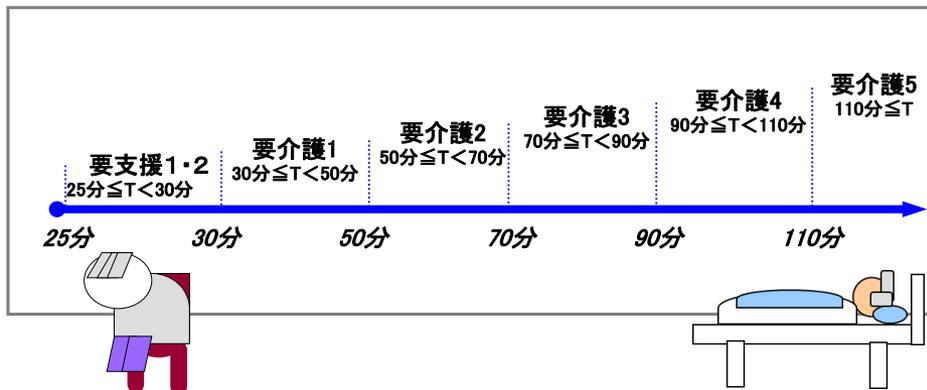
- いずれも、要介護認定の一次判定プロセスの中で算出される値。

要介護認定等基準時間

内容: 要介護の一次判定プロセスで算出される「介護の手間」を示す推計時間。

特徴: 現在、要介護度が改善悪化の指標として活用されるが、様々な状況が勘案された二次判定よりも標準化された方法によって、要介護度は区分データであるが、算出値は連続量であるため、より詳細な状態変化をとらえることができる。

介護にかかる手間という一元化された値で表現できる。



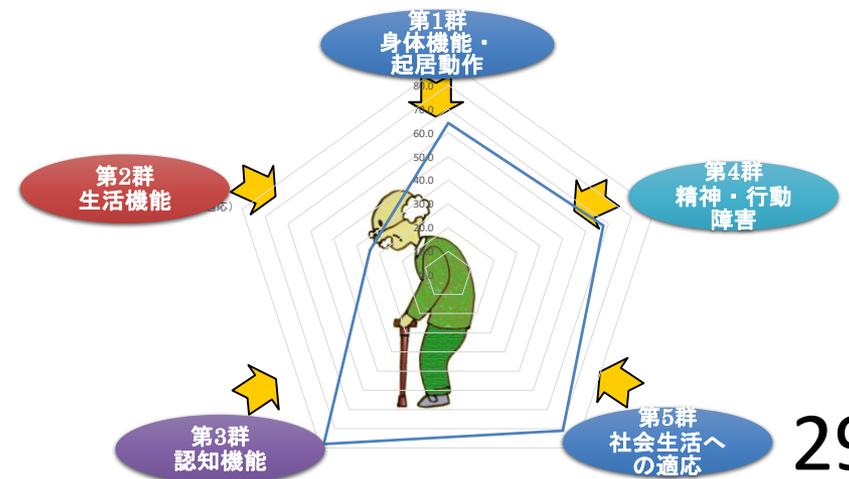
中間評価項目得点

内容: 高齢者の心身の状態像を5つの領域から示す総合的な指標。

特徴: 5つの領域ごとに100点の得点を与えられ、5つの領域から高齢者の心身状態の変化をとらえることができる。

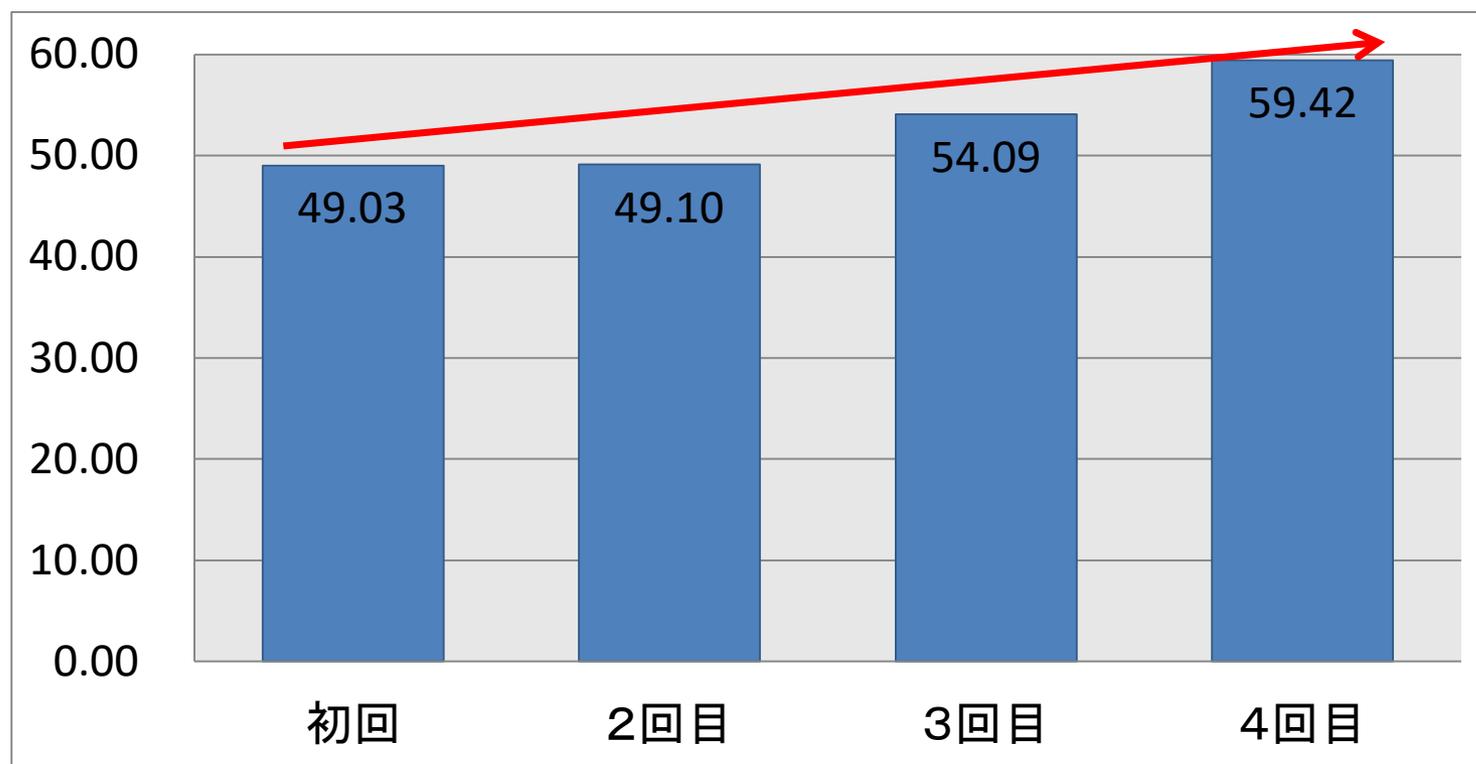
データが偏る傾向があり、ビックデータとしての解析には統計的な処理が必要。

● 心身状態5指標



要介護認定等基準時間の経年的変化

回数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
初回	49.03	25.78	22	178	72649
2回目	49.10	24.66	22	171	72649
3回目	54.09	28.03	22	177	72649
4回目	59.42	30.88	22	172	72649

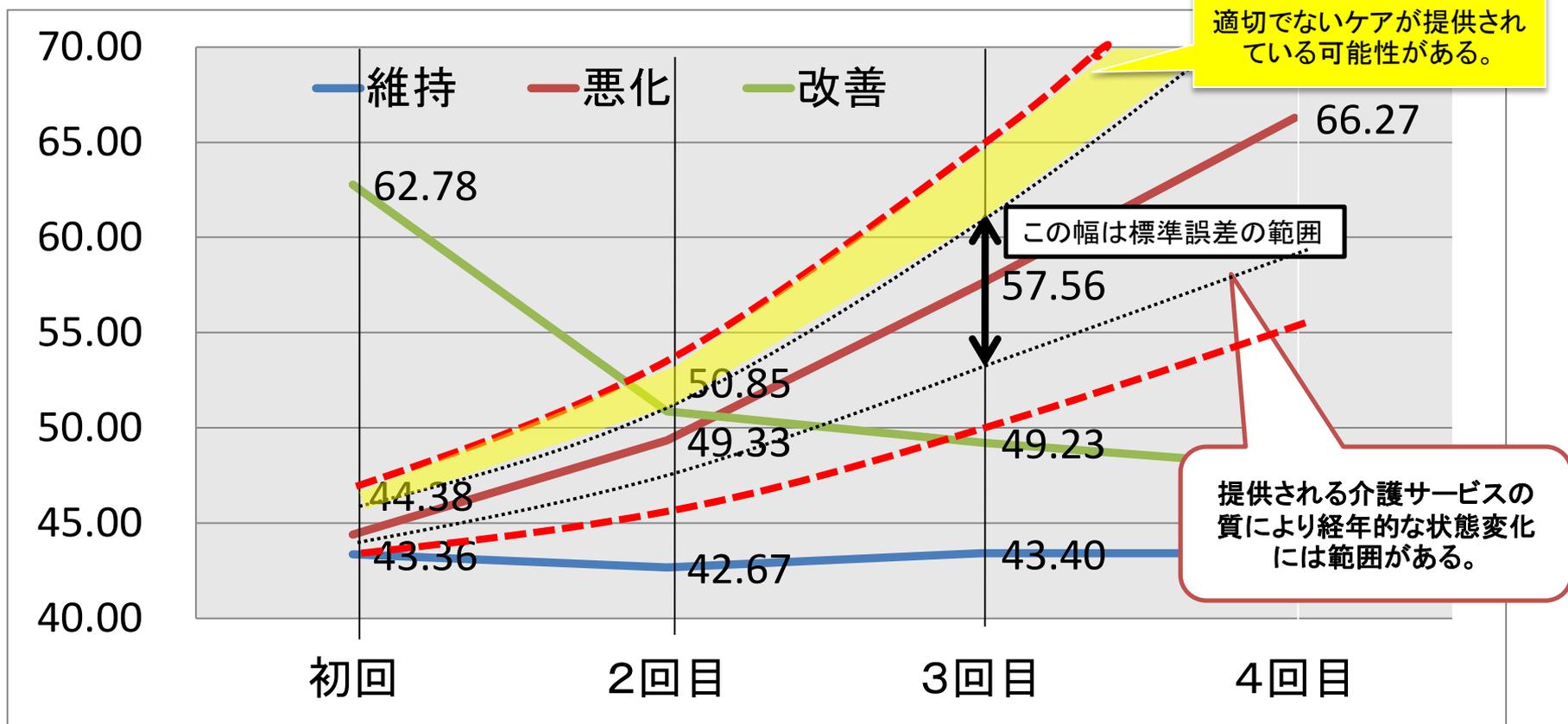


認定回数が増加する毎に、要介護認定等基準時間の平均は増加

出所)平成17年度～18年度 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業).
介護サービスと類型化された要介護状態像との相互関連に関する研究(研究代表者 筒井孝子)

要介護認定等基準時間からみる 要介護高齢者の経年的変化

	初回	2回目	3回目	4回目	N	(%)
維持	43.36	42.67	43.40	43.43	6783	(9.3)
悪化	44.38	49.33	57.56	66.27	47152	(64.9)
改善	62.78	50.85	49.23	47.96	18714	(25.8)
合計	49.03	49.10	54.09	59.42	72649	(100.0)



出所)平成17年度～18年度 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業).
介護サービスと類型化された要介護状態像との相互関連に関する研究(研究代表者 筒井孝子)

3. 診療・介護報酬の突合分析の必要性

地域包括ケアシステム構築のために重要な視点

地域包括ケアシステムとは、高齢者が、希望に応じて、可能な限り、地域(在宅)で生活できるようにするためのシステム。

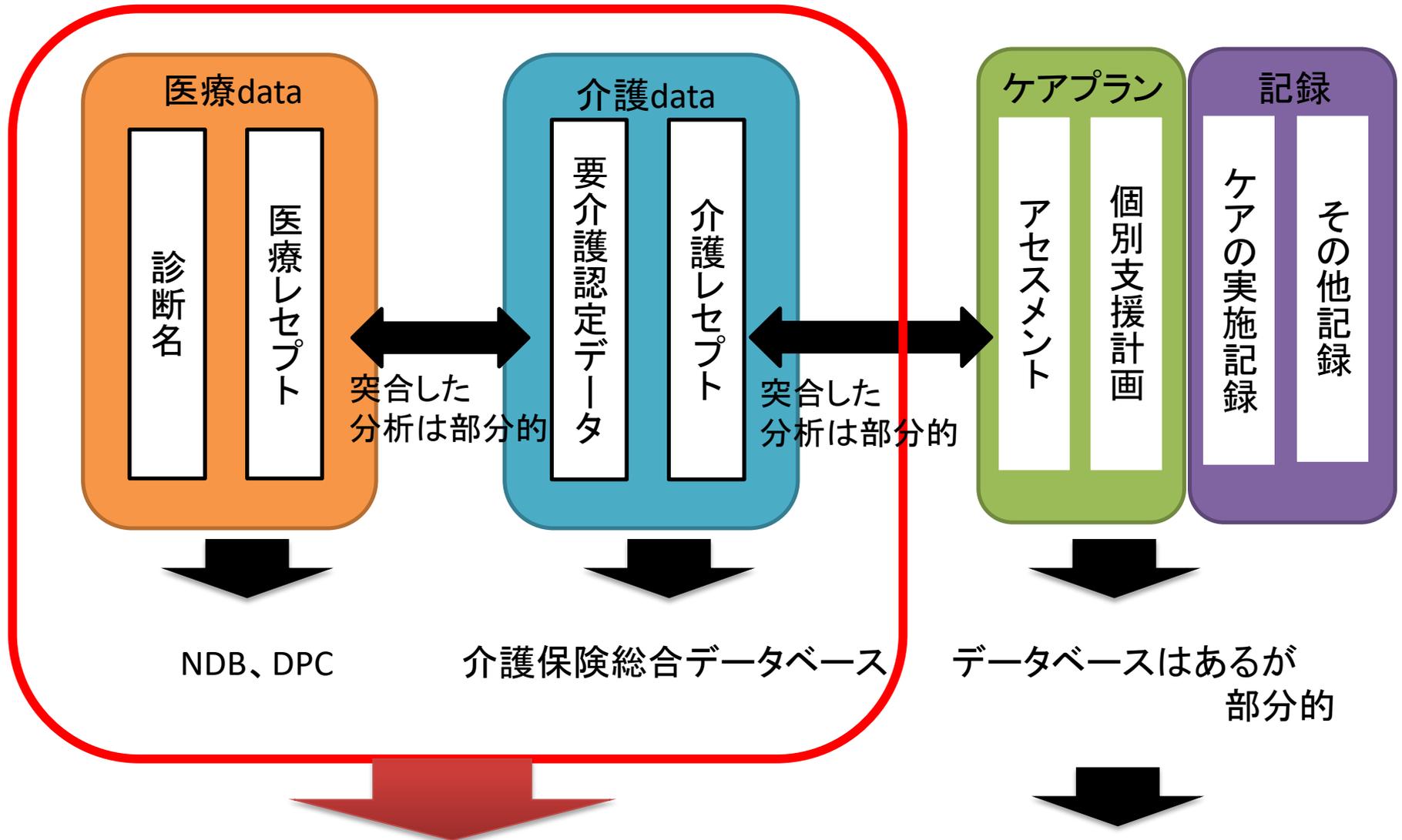


高齢化の進行に伴って、慢性疾患を複数抱えながら、長期間、生活していく高齢者が増加。地域包括ケアシステムの構築のためには、こうした高齢者の在宅生活を支えていくことが必要であり、医療・介護の機能強化・連携強化が必要不可欠。



地域包括ケアシステムは、多様な内容を包含した概念だが、その中心は、医療・介護サービス提供体制の効率化と連携強化である。

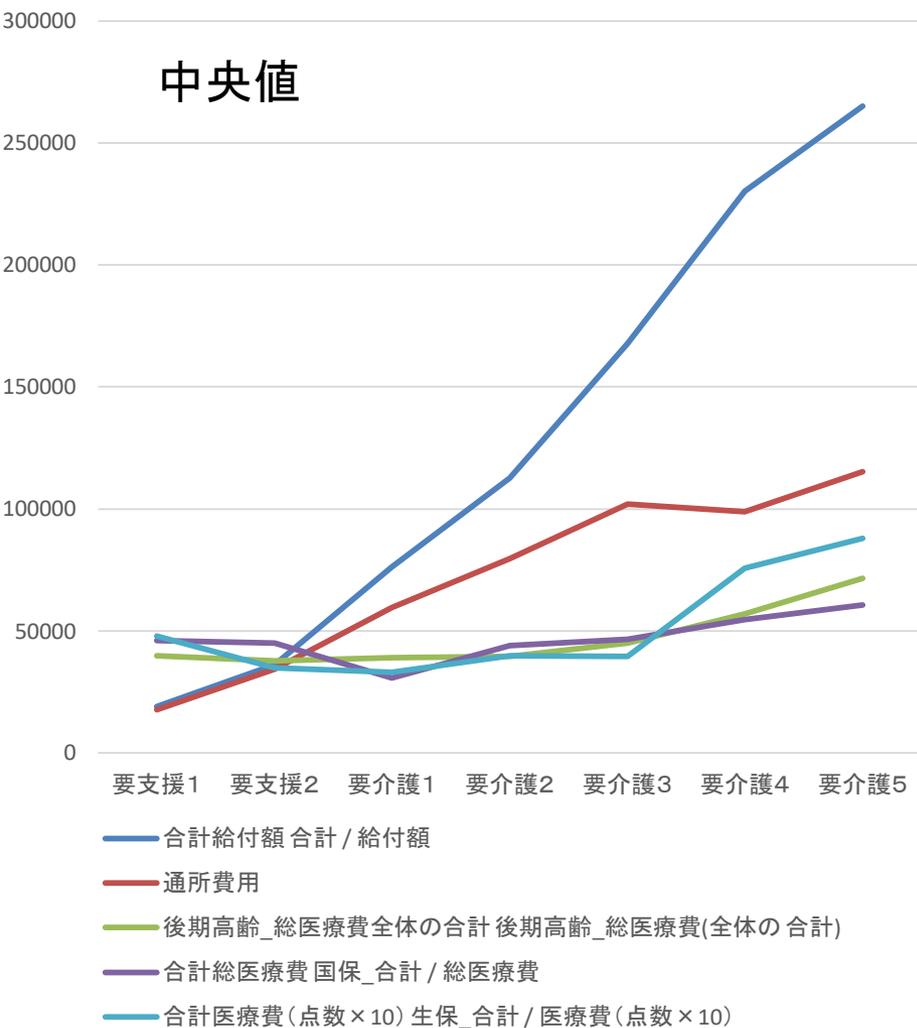
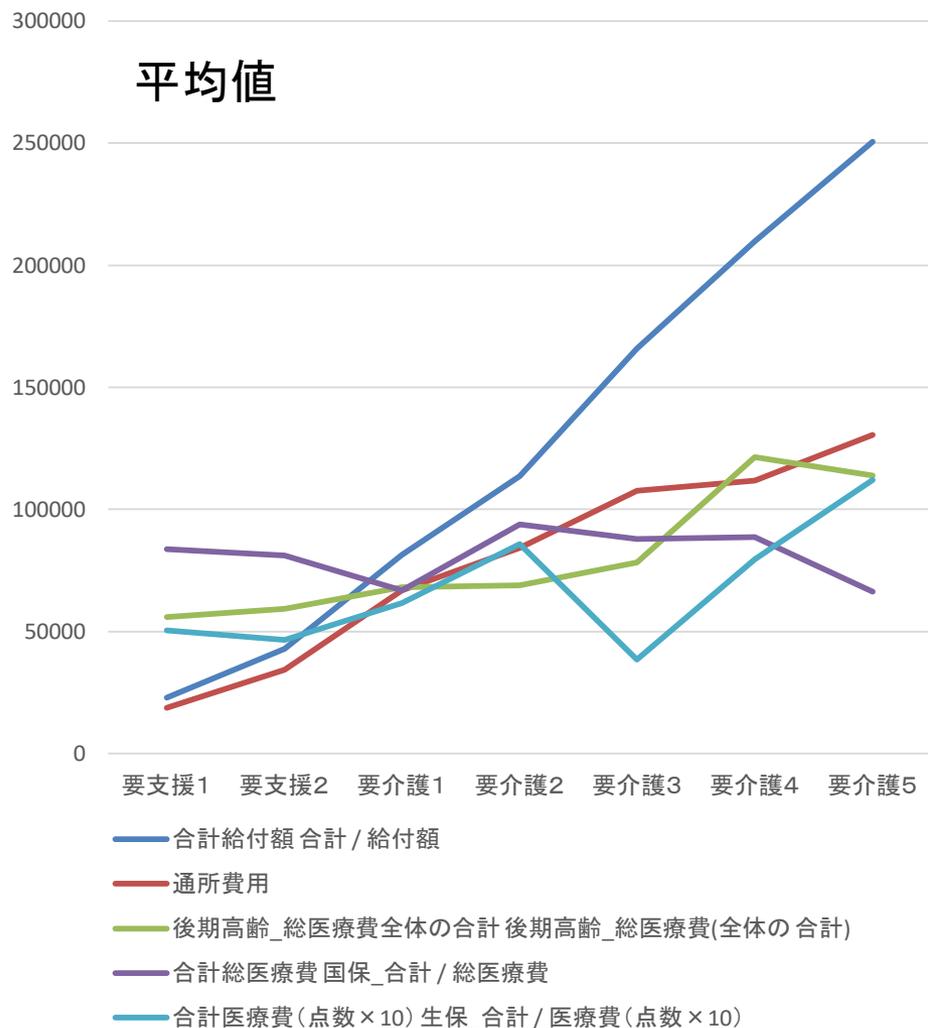
既存データベースを活用した突合分析の状況



医療・介護の総合的なサービス提供体制の整備のために、この突合分析によるエビデンスの集積を早急に進めるべき。

介護キャリア段位制度で収集されるデータの活用が期待される

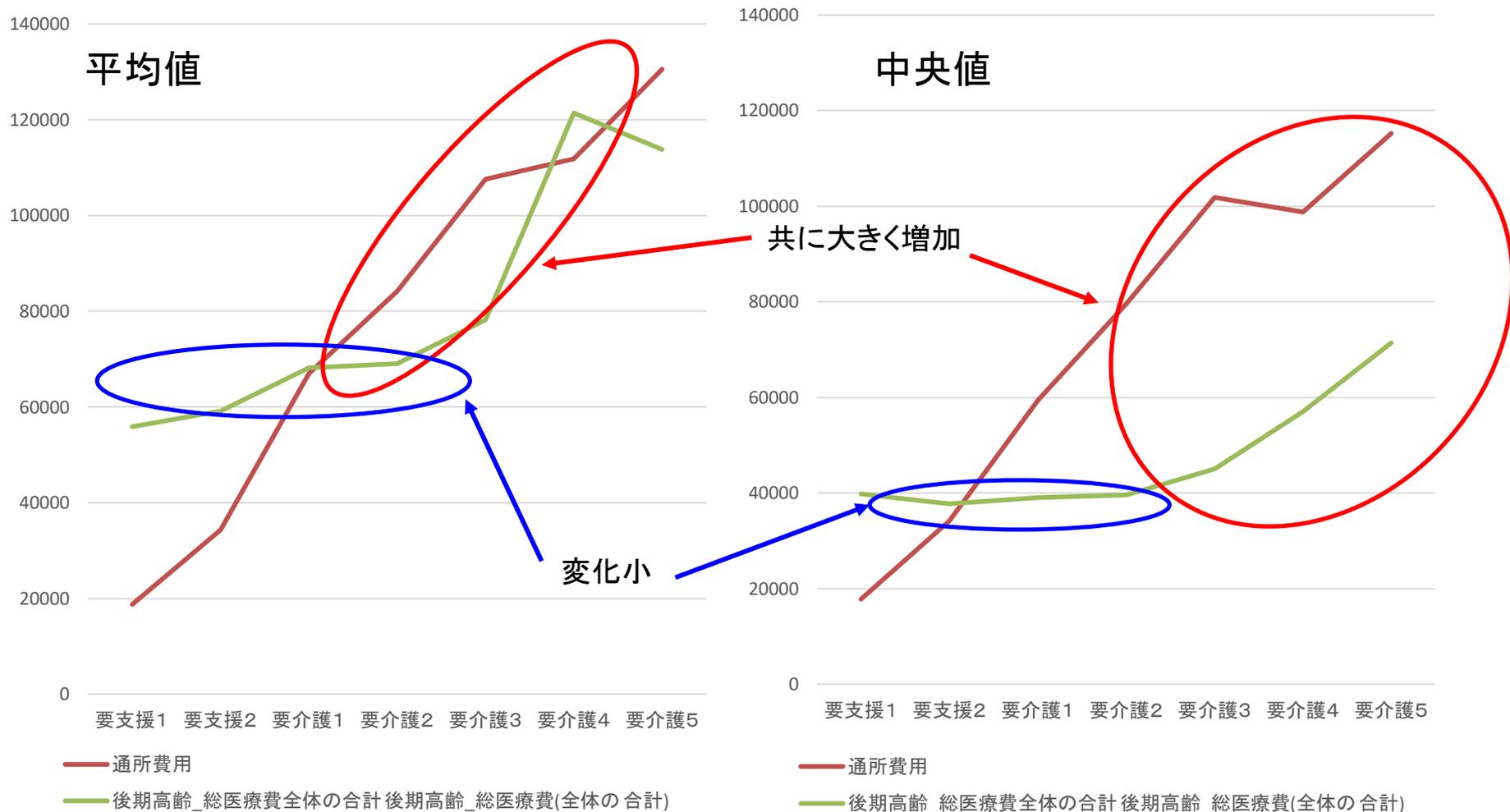
要介護度が高くなるにつれ、介護給付費、医療費ともに高くなる



診療・介護報酬の突合分析(例)

要介護度別にみた通所介護給付と医療費(後期高齢者医療)の関係

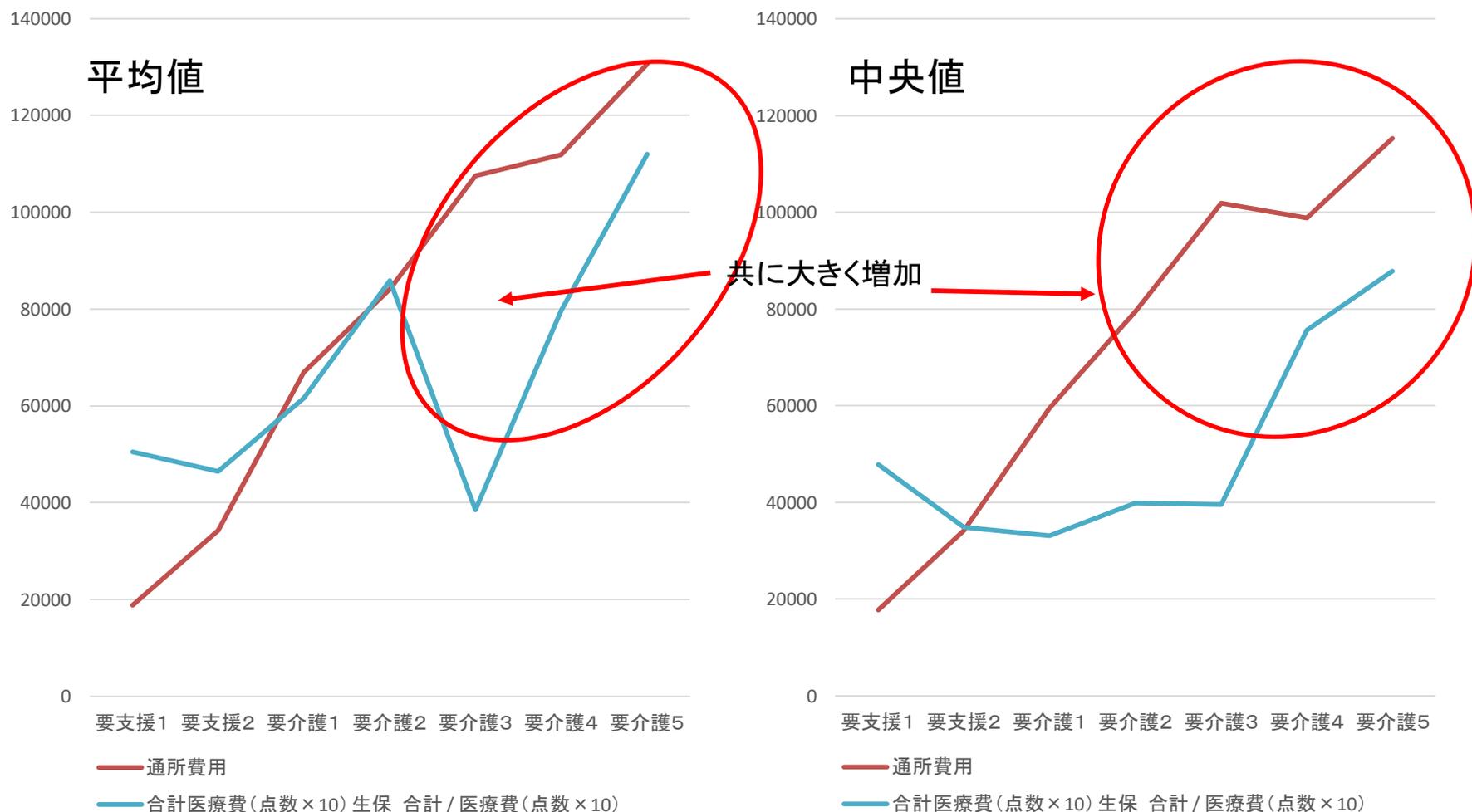
要介護度の低い後期高齢者は通所に係る費用も低い、要介護度が高くなるに従いその費用が高くなる。また、医療費も共に高くなる高齢者も多い(医療費自体の費用も要介護度が高くなるにつれ大きく変化)



要介護度別にみた通所介護給付と医療費(生保)の関係

後期高齢者同様、要介護度が高くなるに従い通所費用も高くなる。

医療費自体は後期高齢者の場合と同様、要介護度が低い場合変化が小さいが高い場合は大きい



ICTを活用した介護分野における介護行為のデータ分析

市町村（保険者）
ケアマネジャー

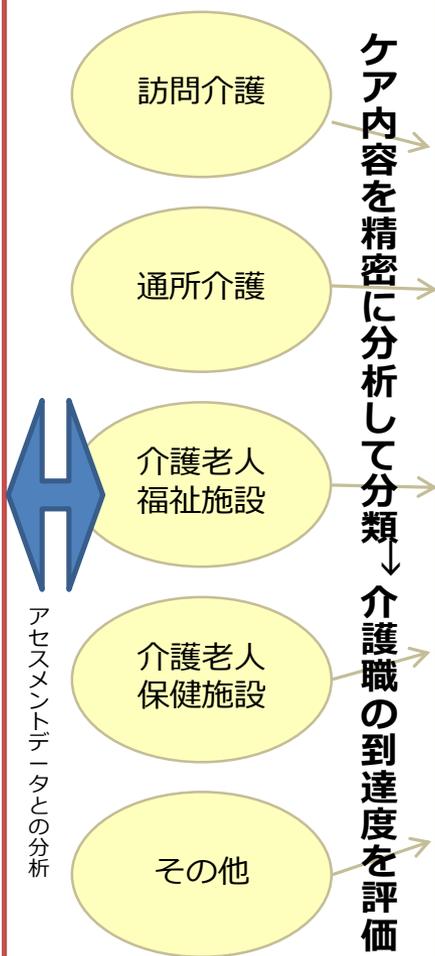
介護キャリア段位制度のデータ

厚生労働省

利用者（介護保険被保険者）

要介護認定

ケアマネジメント



利用者 介護者（被評価者） 評価者（アセッサー）

アセッサー数16,554人
レベル認定者 2,211人 （2018年12月現在）

■基本介護技術（スキル）の標準化148項目
膨大な数の介護行為を明文化・分類コード化したうえで厳格なタイムスタディ調査を行い、提供される介護サービスを行為別に「見える化」を行うとともに、148項目の介護スキルの評価項目を抽出・擁立しています。

■評価者（アセッサー）による客観的評価とOJTの標準化の一体的構築
一定の講習を受け修了したアセッサーは、介護技術の定義について、利用者の状態と、これに適合する介護技術との関係性を理解したうえで、被評価者の介護を評価しています。



ビックデータとして蓄積し、さらなる分析に活用

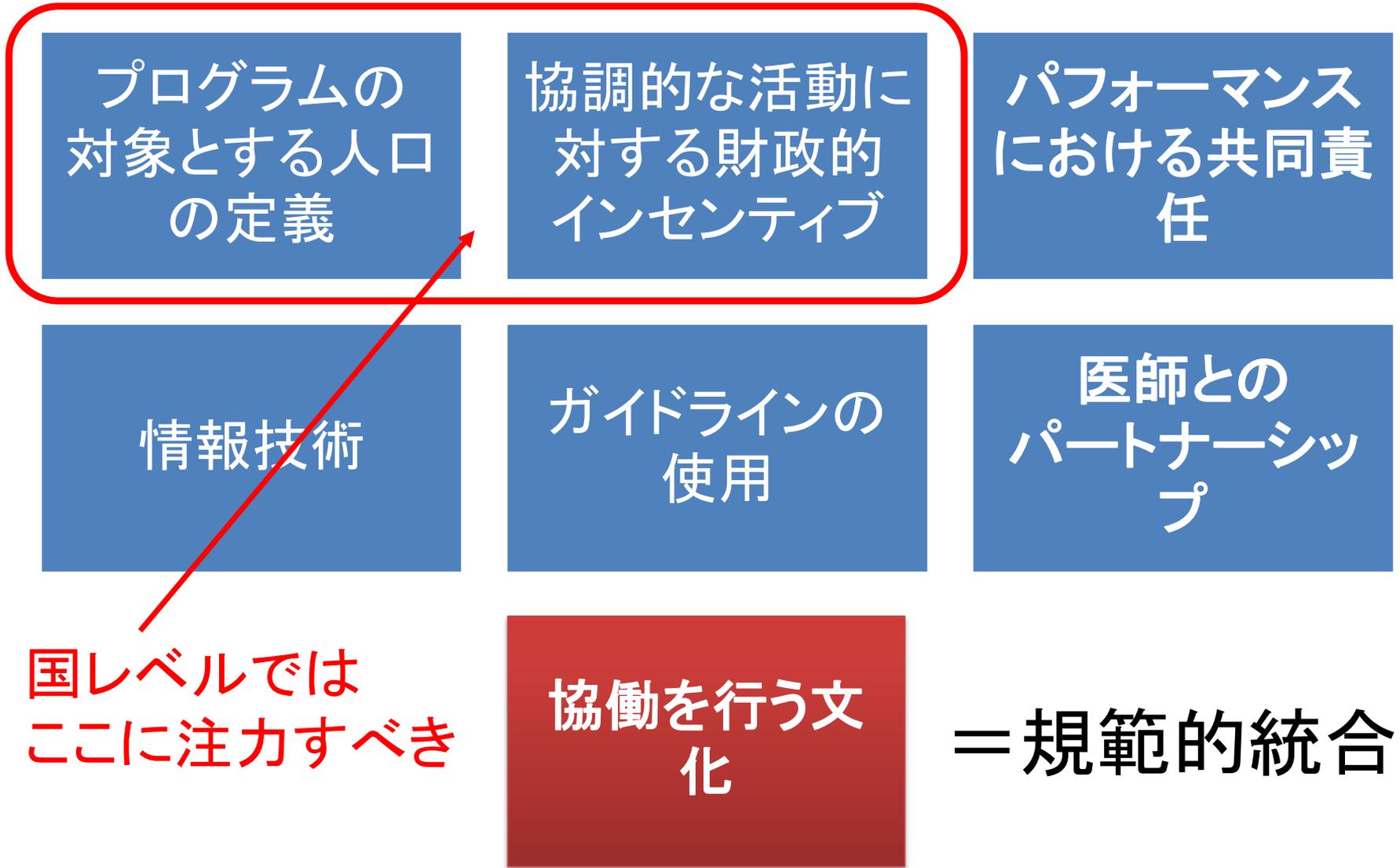


利用者の状態と介護行為の分析

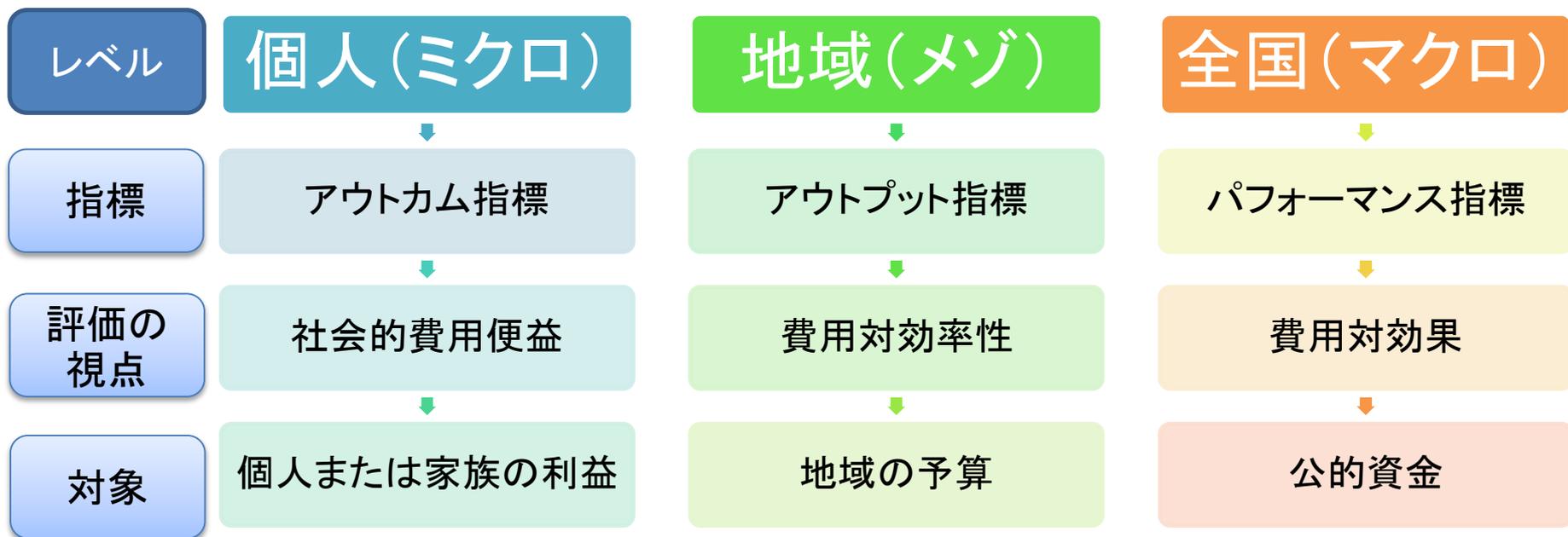
介護行為と請求データの分析

4. 適正な地域別医療・介護サービス量の設定にむけて

成功する integrated care 戦略の要素



評価のレベルと指標の種類、ターゲット



個人を市町村と見立てると → 地域は、都道府県 → 全国は、日本全体とみることができる

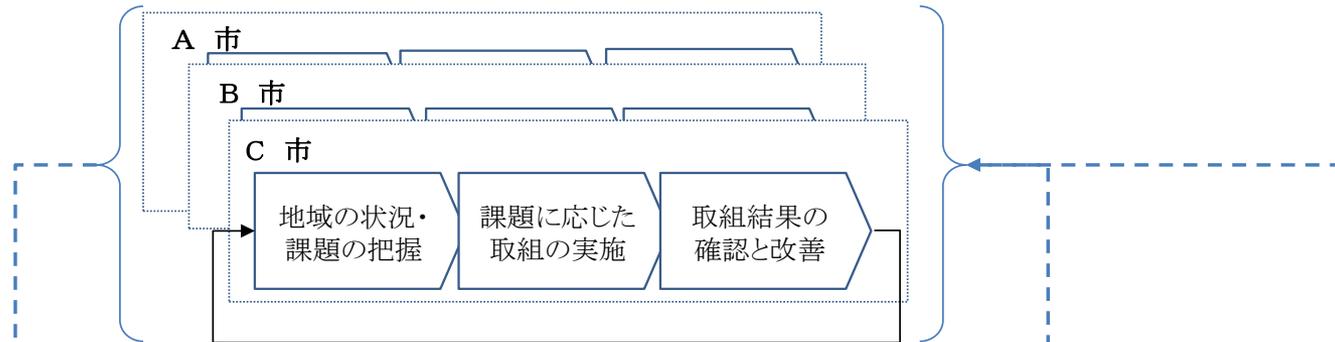
サービスの提供というのは、ケアを提供する物理的な活動を指す。

また、ケアを提供する現実的なメカニズムは、ケアがどのように提供され、ケアを提供する環境やユーザーによりどのように影響を受けているかを指す。

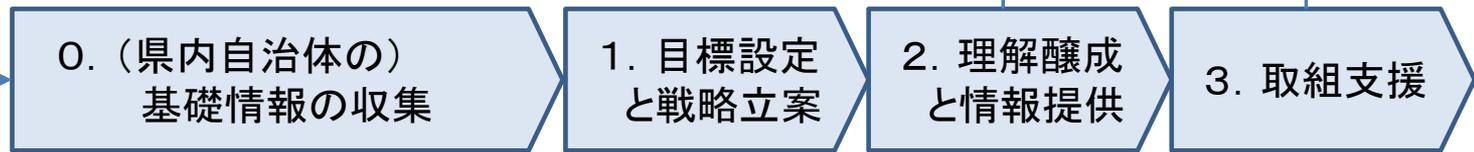
そこで、評価を政策や実務に活かす場合、ケアを提供する効果の評価は、3つのレベルで考える必要がある。

「自立支援・介護予防」保険者機能強化 ～都道府県と自治体の役割

自治体による、保険者としての自立支援・介護予防の取組



都道府県による、（保険者としての）自治体支援のあり方



【需要】

- ・県・市町村別の人口推計(年齢別)
- ・県・市町村別、疾病別推計
- ・要介護度別推計
- ・認知症患者推計

【アウトカム】

- ・保険財政
- ・保険給付の状況

【供給・連携】

- ・地域医療構想にみる医療資源の状況
- ・介護保険事業計画等にみる各種福祉資源の状況
- ・医療・介護連携の状況

【施策の取組状況】

- ・各種施策の実施状況

- ・基礎情報を踏まえ、住民の自立度や保険財政に関する、県内の地域格差に関わる課題の把握と、これを解決するための目標設定と戦略立案

- ・保険者機能の発揮のための、基本情報提供
- ・個別の自治体の課題にあわせた参考情報の提供等
- ※関連研究成果の共有化と普及促進
 - －地域ケア会議、
 - －医療・介護連携推進
 - －生活支援 等

- ・自治体横断的な課題に対する、県としての取組支援
 - －人材確保、育成
 - －広域的取組支援など

保険者機能強化中央研修(仮称)の実施

出所)日本能率協会総合研究所. 平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「保険者機能強化中央研修(仮称)プログラム策定に関する研究事業報告書」平成29年3月

演習効果を上げるため事前課題

参加者の取組み

事前課題への取組み

市町村の保険者機能データを収集

人口関連データ

+

自立支援・介護予防施策のプロセスデータ

市町村の保険者機能を評価・分析

評価を実施する重点施策
(スキーム)

自立支援・介護予防に資する
各種施策

市町村別に評価実施

A市評点

重点施策別に
問題の市町村を特定

〇〇が遅行してC村

△△が不足のB町

〇〇ができないA市

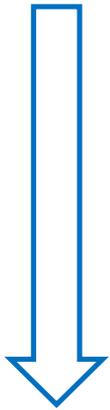
演習課題テーマ提出

保険者機能強化支援の具体例(地域の将来像の明確化)

現状の姿

要介護認定率、第1号被保険者1人当たり給付月額介護保険料が都道府県内で極めて高い

- 計画の見直し
- 実績の評価
- 自立支援や介護予防に向けた様々な取組
- 地域の実態把握・将来推計・計画作成



あるべき姿

すべての高齢者にとって住みよいまち？



戦略ストーリー

サービス水準は？
保険料水準は？

市町村における保険者機能強化と地域マネジメントのPDCAサイクル

データ分析によって把握した未達成指標からの改善方策を検討する

地域の実態把握・将来推計・計画作成

- 日常生活圏域ごとの65歳以上の人口把握
- サービス別の給付実績の定期的なモニタリング
- 地域包括ケア「見える化」システムを活用した他の保険者との給付実績の比較
- 2025年度の日常生活圏域単位の65歳以上人口、認知症高齢者数、ひとり暮らし高齢者数、要介護者数及び要支援者数、介護保険料、介護人材の推計
- 自立支援・介護予防に資する重点施策の決定
- 在宅医療などのサービス見込み量の把握又は目標の設定

自立支援や介護予防に向けた様々な取組

- 保険者の方針に沿った地域密着型サービスの整備及び提供
- 介護支援専門員や介護サービス事業者への支援
- 地域包括支援センター事業を適切に運営するための体制の構築
- 医療・介護連携の推進に向けた体制の構築
- 認知症の人や家族への総合的な支援
- 効果的な介護予防・生活支援サービス事業の実施
- 生活支援体制の整備
- 介護給付費の適正化と介護人材の確保の推進

計画の見直し

- 介護保険事業計画の目標が未達成であった場合の具体的な改善策

実績の評価

- 介護保険事業計画の進捗状況の点検
- 定期的な運営協議会への報告
- ホームページなどを通じた情報公表

※ 赤字:達成率が低い項目

データ分析によって把握した未達成指標からの改善方策を検討する

地域課題

保険料水準

サービス水準

第7期介護保険事業計画策定への反映

地域の実態把握

- 日常生活圏域ごとの65歳以上の人口把握
- 地域包括ケア「見える化」システムを活用した他の保険者との給付実績の比較

将来推計

- 2025年度の日常生活圏域単位の65歳以上人口、認知症高齢者数、ひとり暮らし高齢者数、要介護者数及び要支援者数、介護人材の推計

計画作成

- 在宅医療などのサービス見込み量の把握又は目標の設定
- (地域医療構想との整合性を図る)

まとめ

①科学的に裏付けられた介護を定義する

個々の高齢者にとって適切な介護と、これを総合化した(地域単位)標準値を設定すべき

②保健・医療・介護(福祉)のデータを統合化する

地域単位での標準値を設定した方法論を提示

し、③首長や議会、地域住民の理解とやる気をどう引き出すか

地域での目標を設定し、それぞれの役割を果たしてもらう

④国や都道府県はいかなる支援をすべきか

簡単には解決できない困難な問題であるが
まずは全国の標準値と実態を示すべき

参考文献

介護サービスの評価に係る主な研究論文

Takako Tsutsui, Naoko Muramatsu. Care Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. Journal of the American Geriatrics Society, Vol.53, Issue.3, 522-527, 2005.3

Takako Tsutsui, Naoko Muramatsu. Japan's Universal Long Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Long-Term Vision. Journal of American Geriatrics Society, Vol. 55, Issue 9, Page pages 1458–1463, 2007.9

T Miyano, T Tsutsui. Link of data synchronization to self-organizing map algorithm. IEICE Transactions on Fundamentals of Electronics, Communications and Computer Sciences, Vol.E92-A, No.1, pp.263-269, 2009.1

筒井孝子, 宮野尚哉. 要介護高齢者の状態の経年的変化データを利用した介護保険サービスの質の評価方法に関する研究, 介護経営vol.6,no.1,p29-40,2011.11

筒井孝子. ケアの質評価: 国際的な到達点と日本の今後. 社会保障研究. 1(1), 129-147, 2016.6

介護サービスの評価に係る主な書籍

筒井孝子. 介護サービス論. 有斐閣, 東京, 2001.11

筒井孝子. 高齢社会のケアサイエンス 老いと介護のセイフティネット. 中央法規, 東京, 2004.6

介護サービスの評価に係る主な報告書

平成17年度～18年度 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業). 介護サービスと類型化された要介護状態像との相互関連に関する研究(研究代表者 筒井孝子)

平成19年度～21年度 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業). 在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究(研究代表者 筒井孝子)