

これからの地域医療における 地域医療ビジョンと地域包括ケアシステム

兵庫県立大学大学院経営研究科
筒井孝子

平成29年1月28日

お話しする内容

1. 社会保障制度の背景と動向
2. 地域医療構想と医療費適正化
3. 地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築
4. 今後の視点

1. 社会保障制度の背景及び動向

家族の戦後モデルがもたらしたもの

戦後家族モデルは、若者の目標だったが

- 夫が主に外で働き、妻が主に家事をし、豊かな生活を目指すモデル。
- 高度成長期に成人を迎えた若者（1930～50年生まれ）の多くはこのモデル家族をつくることができた。
- それが経済成長と家族の豊かさの好循環を生んだ。

「豊かな家族生活」が巨大需要に

- 目指す家族の中身は、1950年代の欧米の中産階級家庭。
- LDK仕様の住宅に住み、家電製品がそろい、車があり、主婦が手料理を作り、子どもに学歴をつけさせ、家族レジャーをする生活。
- 中流生活に必要なと思われるアイテムをそろえることが家族の目標となり、消費は家族でするものであった。

低成長で晩婚・未婚化

戦 後	日本の家族の目標が「豊かな家族生活をつくる」から、「豊かな家族生活を維持する」に移行した時に、日本経済の転機が訪れた
1973年	オイルショックが起き、74年にマイナス成長となり、経済の高度成長が終焉 <u>すべての人が戦後型家族をつくることのできる時代の終わり</u>
1975年	30歳代前半の未婚率は男性14.3%、女性7.7%。
それ以降	未婚者、特に親と同居する未婚者が増加

高度成長期の若者は一人暮らしもまだ多く、貧しい生活から結婚生活をスタート
しかし、彼らは「豊かな家族生活」の中で育っており、親元で結婚前から家電製品に囲まれている生活を送っているため、どうしても結婚当初から豊かな生活を期待してしまう
そのような生活が可能な収入を稼いでいる未婚男性の数は減っており、結婚が遅れる

戦後型家族を形成できない人たちの 家族形態が多様化

最も多いのは親同居未婚の若者

バブル経済期の親同居未婚者は男女ともほとんど正社員。だから、家族消費から離れた個人消費が一時的に増えた

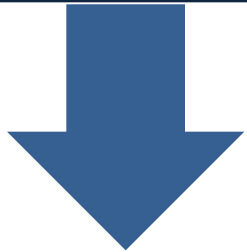


現在は未婚者の非正規雇用率が高く、将来不安もあり、個人消費も控えるようになっている。収入が少ない彼らが独立して新たに世帯を構えたり、結婚して新たな家族を形成したりする可能性は低い。

生涯未婚率(50歳時点)は男性23.4%、女性14.1%に(15年国勢調査)。今の若者のうち男性の3割、女性の2割が生涯未婚になると予測されている。この親同居未婚化の進行が、消費の足を引っ張り続ける。

新しい世帯の形成力の低下

- 石油危機直前の1972年には婚姻数は約110万組、つまり「豊かさを目指す家族」が増えていた。
- つまり、日本の個人消費は、その大部分が「家族消費」、つまり豊かな家族生活のための消費で成り立っていた。
- そして、その消費需要は未婚化によって激減。



しかし、2015年には約63万5千組と、半分に
しかも、4組に1組は(夫婦どちらかが)再婚。

世帯構造のさらなる変化

日本では同棲(どうせい)率は約1.8%と低く、若年未婚者の親同居率は約75%。
世帯数は増えているが、増えているのは**家族消費をしない高齢者世帯**。

結婚や同棲であれ、1人暮らしであれ、新しい世帯を形成する力が弱体化。

これはバブル崩壊後、経済の構造転換が進み、非正規雇用が増えたことが大きな要因。**自立して生活したくてもできない若者が増えた**。また、規制緩和により自営業が衰退し、零細自営業の跡継ぎ男性の生活の見通しがたたない。

1995 年度と2013 年度の家計部門収支比較

(兆円)

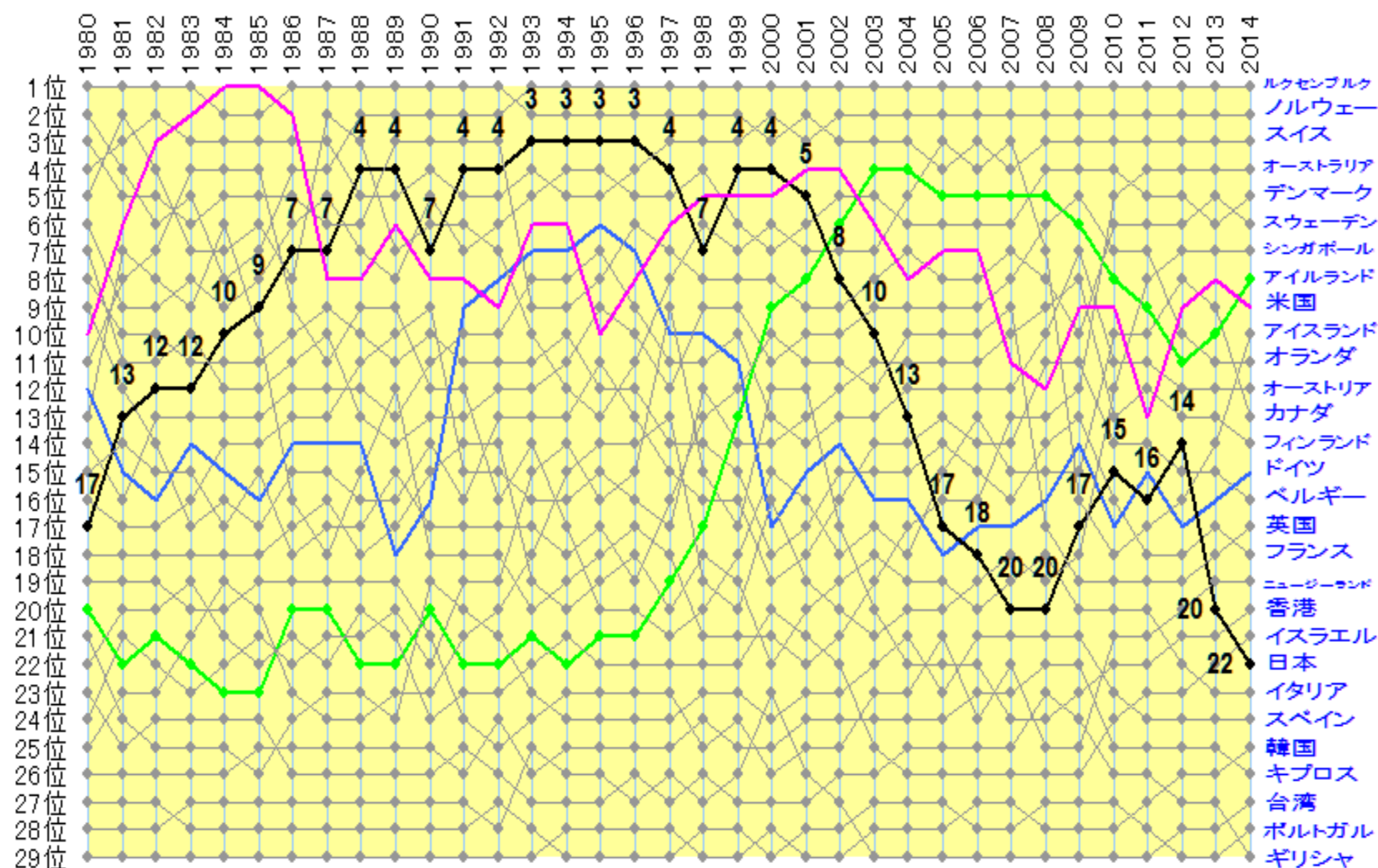
	1995	2013	差
可処分所得	295.0	277.6	▲17.4
自営業主所得	22.8	13.3	▲9.6
雇用者報酬	270.2	248.3	▲21.9
財産所得	42.6	25.0	▲17.5
税負担等	▲ 36.9	▲ 11.2	+25.7
名目消費額	265.8	281.3	+15.6
貯蓄額	29.2	▲ 3.7	▲33.0
貯蓄率(%)	9.9	▲ 1.3	▲11.3

(資料)内閣府「国民経済計算確報」

(注)間接的に計測される金融仲介サービス(FISIM)除く

1人当たりGDPランキングの推移

1人当たりGDP(為替レート・ベース)



(注) IMFのデータベースにおけるAdvanced economies (37 countries)のうち1980年以降のデータが揃わないチェコ、エストニア、ラトビア、リトアニア、マルタ、サンマリノ、スロバキア、スロベニアを除く29カ国が対象

(資料) IMF, World Economic Outlook Database, October 2015

世界の一人当たりの名目GDP(USドル)ランキング

順位	名称	単位: USドル	前年比	地域
1位	ルクセンブルク	119487.9	—	ヨーロッパ
2位	ノルウェー	96930.5	—	ヨーロッパ
3位	カタール	93990.4	—	中東
4位	スイス	86468.4	—	ヨーロッパ
5位	オーストラリア	61066.2	—	オセアニア
6位	デンマーク	60947.4	1	ヨーロッパ
7位	スウェーデン	58538.1	-1	ヨーロッパ
8位	サンマリノ	56820.0	—	ヨーロッパ
9位	シンガポール	56286.6	—	アジア
10位	アイルランド	54411.1	2	ヨーロッパ
11位	アメリカ	54369.8	-1	北米
12位	アイスランド	52315.1	4	ヨーロッパ
13位	オランダ	52224.6	—	ヨーロッパ
14位	オーストリア	51433.0	—	ヨーロッパ
15位	カナダ	50304.0	-4	北米
16位	フィンランド	50015.7	-1	ヨーロッパ
17位	ドイツ	47773.6	1	ヨーロッパ
18位	ベルギー	47682.1	-1	ヨーロッパ
19位	イギリス	45729.3	4	ヨーロッパ
20位	フランス	44331.6	1	ヨーロッパ
21位	ニュージーランド	43363.2	3	オセアニア
22位	クウェート	43167.9	-3	中東
23位	アラブ首長国連邦	42943.8	-1	中東
24位	ブルネイ	41460.2	-4	アジア
25位	香港	40032.5	1	アジア
26位	イスラエル	37222.4	1	中東
27位	日本	36221.8	-2	アジア
28位	イタリア	35334.8	—	ヨーロッパ
29位	スペイン	30271.5	—	ヨーロッパ
30位	韓国	27970.5	2	アジア

<注記> SNA(国民経済計算マニュアル)に基づいたデータ

<出典> [IMF - World Economic Outlook Databases](#) (2015年10月版)

医療費の10年間の変化

- 2006(平成18)年度の大幅なマイナス改定などがありながらも、+28%の増加率となっている。



医療費は、伸び続けている。

- 薬局調剤の伸びが大幅(+81%)であることも特徴的である。



多剤処方・投与が課題

- 病院に関してみると、+24%の伸びだが、入院・外来とも患者1日当たりの医療費の伸びが、それぞれ+32%、+49%と大きくなっている。



より集約的な医療に変化

病院の変化

- 病院数・病床数が漸減、1日平均在院患者数、外来患者数、病床利用率、平均在院日数が減少し、1日平均新入院・退院患者数、100床当たり従事者が増加している。



患者の回転が速くなっている。

- この傾向は、一般病床では、さらに顕著で、平均在院日数は△16.9%となっている。

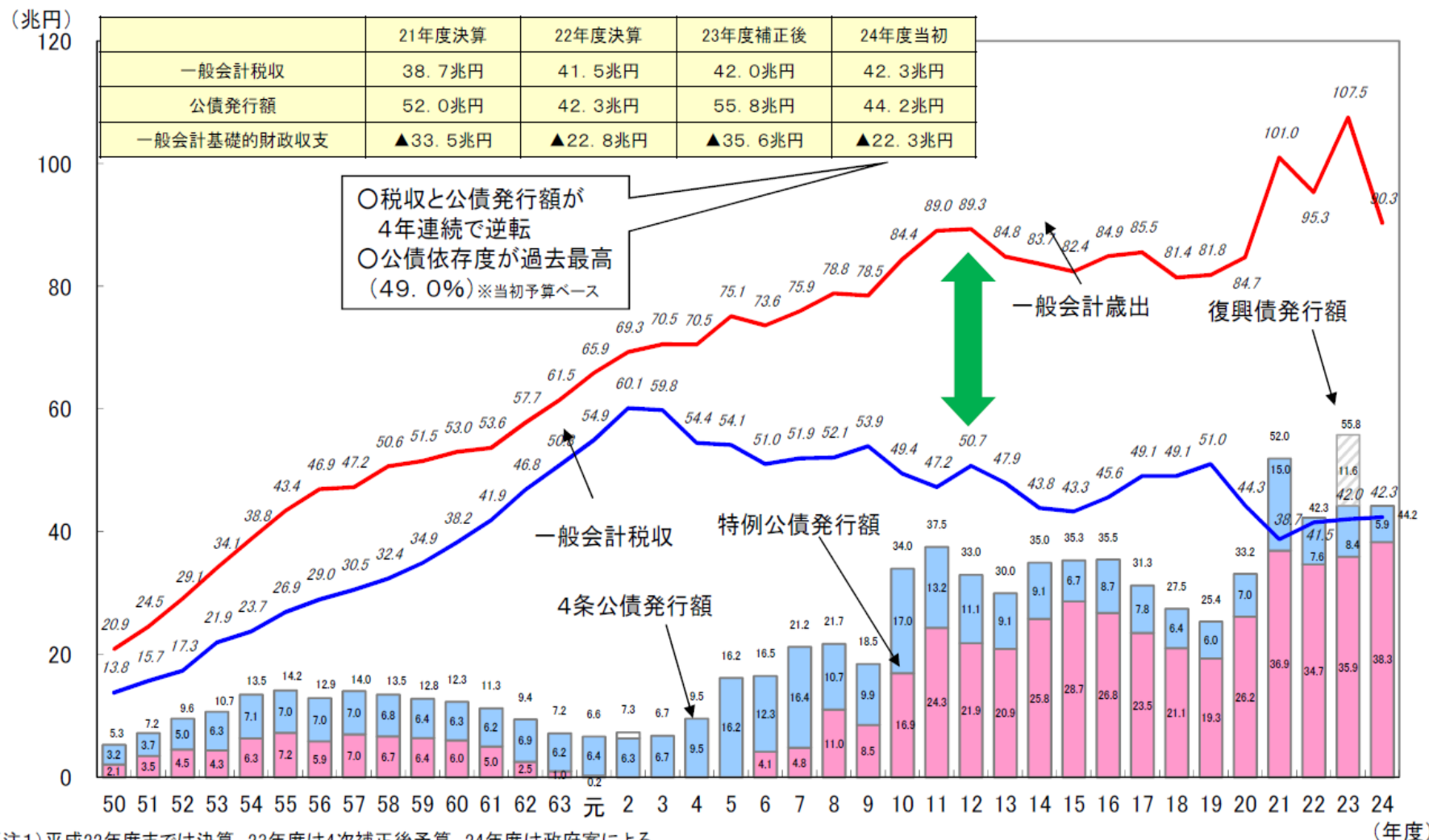


日本は一般病棟が多い。

一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移

財政健全化の必要性②

社会保障関係費の増加等により、歳出は増加傾向にあり、90兆円を超える規模となっています。一方、税収については、景気の低迷等を背景に、ピークの平成2年度の2／3程度の40兆円にまで落ち込んでおり、公債発行額を下回るようになっていきます。この結果、歳出と税収の乖離は大きくなっており、グラフの形がまるで「ワニの口」のようになっていきます。



(注1) 平成22年度までは決算、23年度は4次補正後予算、24年度は政府案による。

(注2) 平成2年度は、湾岸地域における平和回復活動を支援するための財源を調達するための臨時特別公債を約1.0兆円発行。

(注3) 平成23年度は、東日本大震災からの復興のために平成23年度～平成27年度まで実施する施策に必要な財源について、復興特別税の収入等を活用して確保することとし、これらの財源が入るまでの間のつなぎとして復興債を発行(平成23年度:11.6兆円)。

(注4) 一般会計基礎的財政収支(プライマリー・バランス)は、「国債費－公債金」として簡便に計算したものであり、SNAベースの中央政府の基礎的財政収支とは異なる。

2016年度診療報酬改定の特徴

○多岐にわたる改定項目

○地域医療構想とリンクする内容に

- ▶高度急性期、急性期、慢性期の病床を絞り込む一方で、回復期に相当する地域包括ケア病棟の評価を拡充

○病床削減を強く意識

- ▶病棟単位での7対1と10対1の入院基本料届け出制度を導入、精神科入院における「地域移行機能強化病棟入院料」を新設

○ペナルティー色の強い報酬設定が登場

- ▶回復期リハビリ病棟における効果の低いリハビリを包括化、在宅専門診療所で「重症患者割合」などの要件を満たさなければ低い管理料を算定

○前回改定のアフターケア

- ▶集合住宅への訪問診療に関する大幅減算と減算回避のための“緩和措置”を廃止

○医療従事者の負担軽減・人材確保に力点

- ▶医師事務作業補助体制の評価を拡充、看護職員の月平均夜勤72時間以内の要件を緩和

○退院支援、在宅療養支援、地域連携の取り組みを強化

- ▶「退院支援加算」「退院後訪問指導料」を新設、介護支援連携指導料・退院時共同指導料を引き上げ

○投薬関連の見直しも多数

- ▶後発医薬品の使用促進を強化、多剤投薬の患者に対する減薬を伴う指導を評価、長期投薬を減らすため取り組みを推進

H28年度診療報酬改定の全体像



急性期

- ・7対1の重症度・医療・看護必要度見直し
- ・在宅復帰率バーと計算式の見直し
- ・短期滞在手術基本料3の拡大
- ・10対1のデータ提出の義務化
- ・DPCの見直し



回復期

- ・回リハのアウトカム評価の導入
- ・回リハの体制強化加算の見直し
- ・廃用症候群リハビリの見直し



・**退院調整加算**の見直し
⇒退院先と協議をする



外来医療

- ・大病院の定額負担
- ・主治医機能の見直し
- ・在宅医療の見直し



慢性期

- ・療養病棟入院基本料2の見直し
- ・医療区分の見直し
- ・脳卒中患者の評価見直し

地域によって疾病別患者数の変化に差

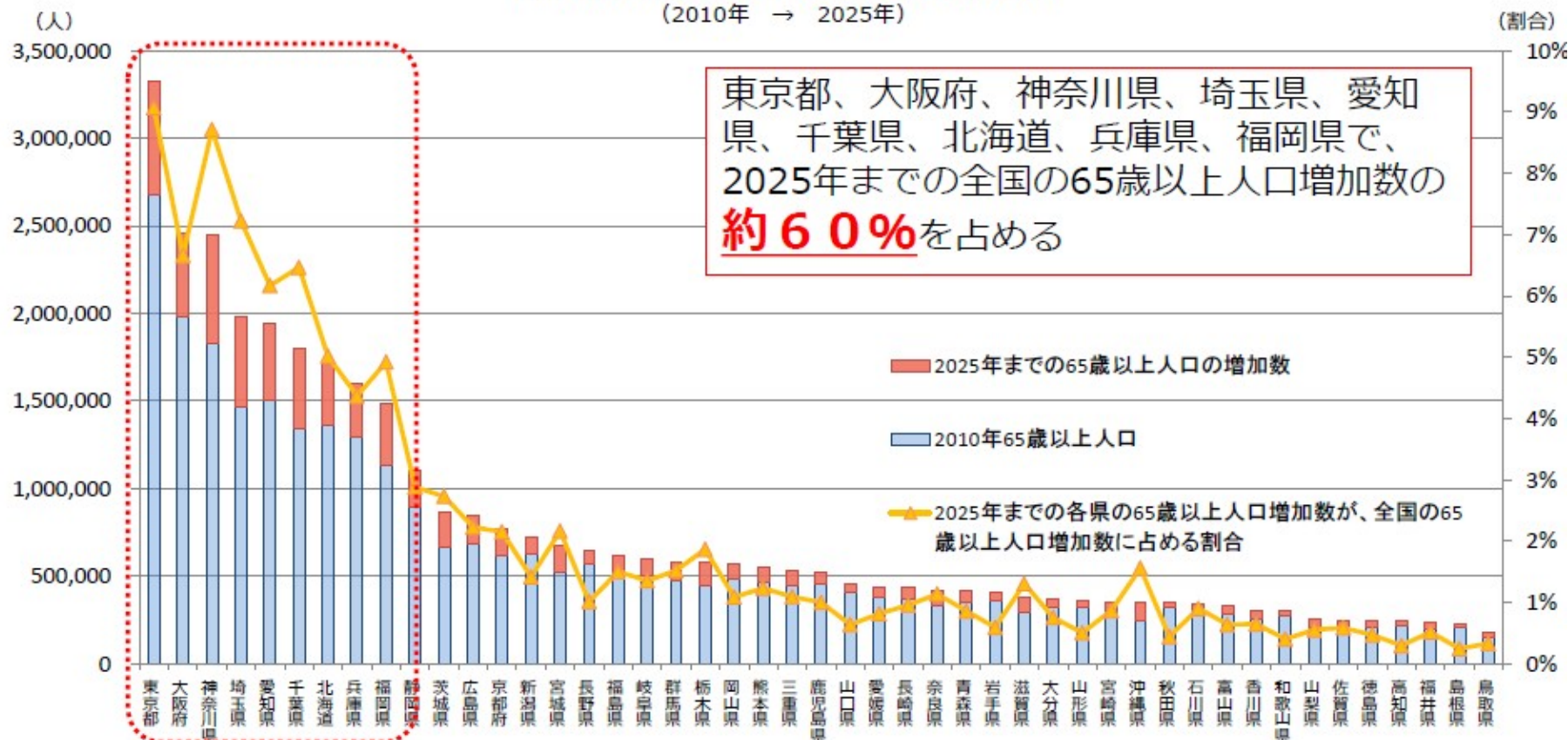
$$\text{将来の需要} = \text{性・年齢階級別将来推計人口} \times \text{性・年齢階級別受療率}$$

- 増えるもの（引き続き、検討する必要があるもの）
 - － 脳卒中、心筋梗塞、がん
 - － 肺炎、骨折
 - － 認知症
- 減るもの（引き続き、検討する必要があるもの）
 - － 分娩

高齢者数増加の地域差について

○ 高齢化の進展には地域差があり、今後、首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加することが予想される。

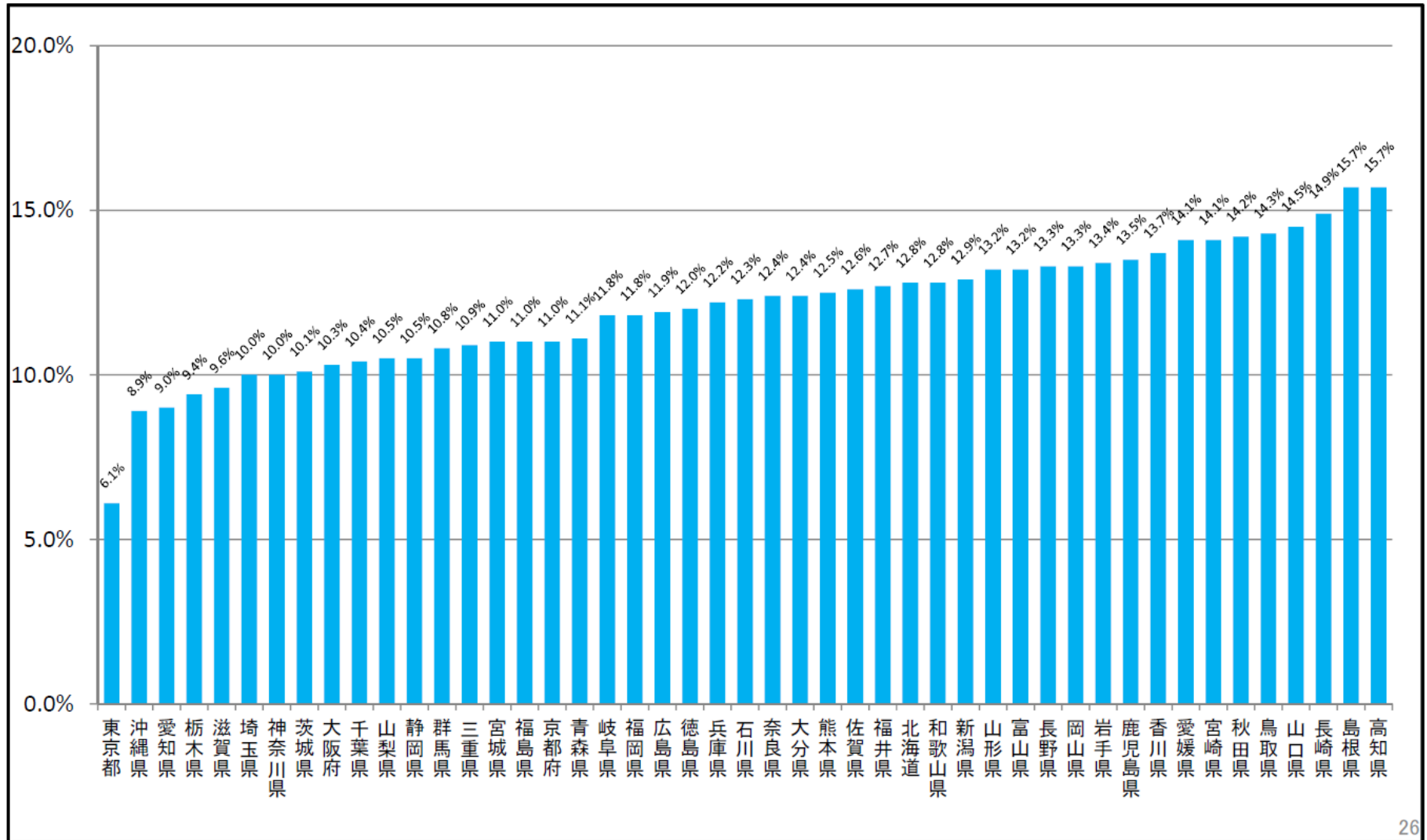
都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
(2010年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成22年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

地域の消費を支える社会保障 ～県民所得にしめる年金給付の割合～

経済成長との好循環④



2. 地域医療構想と医療費適正化

医療費適正化の取組みの背景

我が国の人口構成は他国に類を見ないスピードで少子高齢化
持続可能な社会保障制度を確立することは喫緊の課題



- ・医療について、負担能力に応じて世代間、世代内の公平な負担を分かち合うための制度面の改革を進める
- ・医療費や医療需要の量の伸びをできるだけ緩やかにしていく取組を進める

- ・国民一人ひとりの健康増進、疾病予防や重症化予防に努める
- ・国民一人ひとりが限られた資源の中で、医療サービスを効率的に利用し、医療費の使い方を適正なものとする

二本柱の医療費適正化の
取組が重要

現状の改革の必要性和今後の高齢化を上回る医療費の伸び

現状の医療提供体制

- ・ 性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の療養病床の入院受療率に最大で5倍もの地域差がある
- ・ 入院外医療費について、1人当たり医療費や疾病毎の受療率に大きな地域差がある

患者の状態に即した適切な医療提供体制を確保していくことが求められる

医療費の伸び率

平成19年度からの5年間の平均で年3.08%となっていたが、平成24年度からの3年間の平均では年1.87%となり、伸び率がやや緩やかになっている

◆要因

- ・ 高齢化の影響
(平成19年度からの5年間の平均で年1.4%、平成24年度からの3年間の平均で年1.3%の伸び)
- ・ 人口の増減の影響
- ・ 診療報酬改定の影響
- ・ 医療の高度化などのその他の影響
(平成19年度からの5年間の平均で年1.88%であったものが、平成24年度からの3年間の平均では年0.7%、平成27年度においては、高額薬剤等の影響もあり、2.7%の増加と高い伸び)

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

○ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

〔医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合〕

○ 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

〔「協議の場」の協議が調わず、自主的な取り組みだけでは機能分化・連携が進まない場合〕

○ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

○ 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 従来の医療法でも、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっていた。

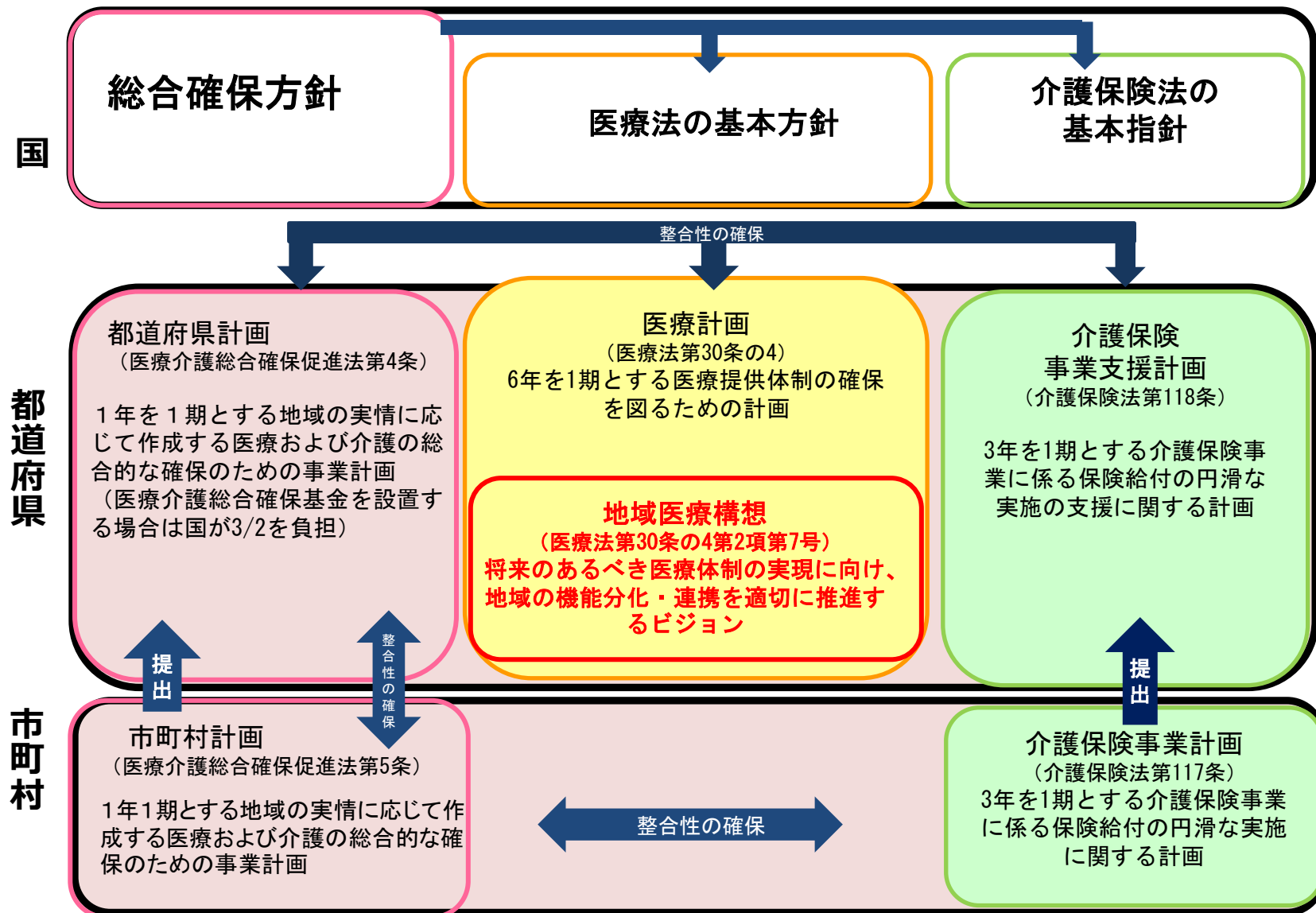
【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 地域医療支援病院の不承認・承認の取消し

地域医療における計画



医療機能の分化・連携に係る取組みの流れ

① 病床機能報告制度 (H26.10～運用開始)



② 地域医療構想の策定 (平成27年度～)



医療機関による
自主的な機能分化・連携の推進



機能分化・連携を
実効的に推進

・ 案の作成時に、診療又は調剤の
学識経験者の団体の意見を聴く。

・ 策定時に、医療審議会及び市町
村、保険者協議会等の意見を聴く。

③ 診療報酬と地域医療介護総合確
保基金による機能分化・連携の支援

・ 「協議の場(調整会議)」での協議
・ 医療計画と介護保険の計画と
の一体的な策定

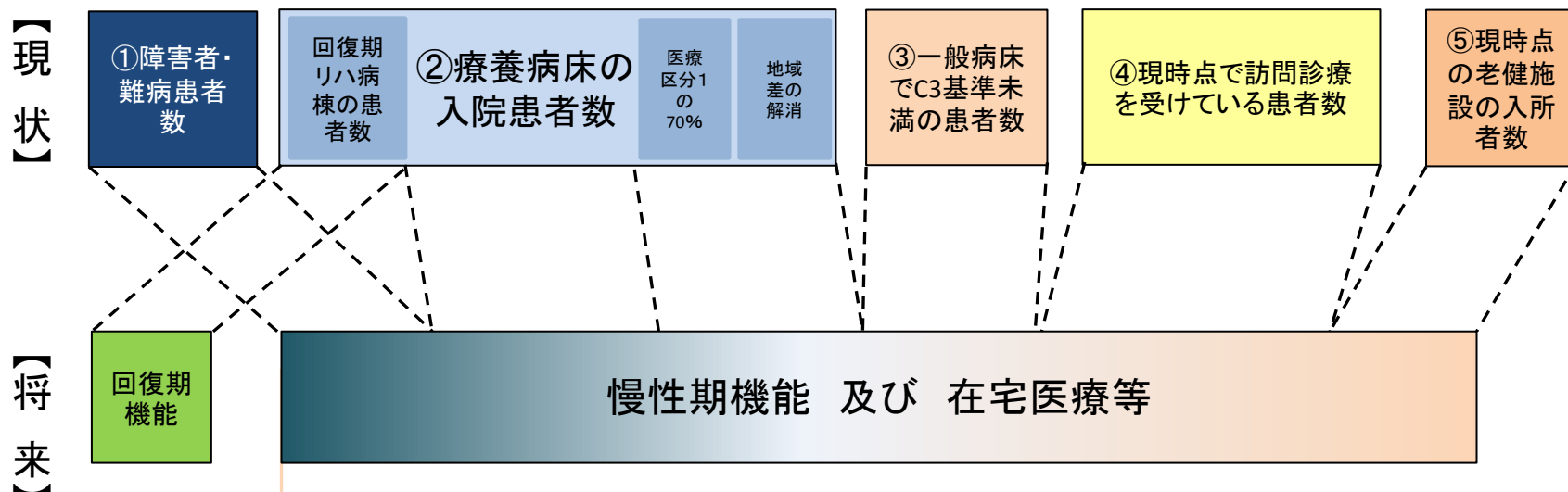
慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
- ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
- ④ 訪問診療を受けている患者数（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
- ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



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 第2次報告の概要

I・第2次報告の位置づけ

- 都道府県の第3期医療費適正化計画(平成30～35年度)の策定に資するため、医療費の地域差の「見える化」データを公表するとともに、都道府県が医療費の見込みを推計するための医療費の標準的な算定式の考え方や推計結果をとりまとめ。

II・医療費の地域差の「見える化」について

- 国民全体で医療費の負担を分かちあう現在の医療保険制度の下においては、合理的な理由のない医療費の地域差は減していく必要。
- それぞれの都道府県において、自らの医療費の状況が他の都道府県と比較して、適切なものなのかどうか分析を深めていくため、都道府県・2次医療圏毎の疾病毎医療費の3要素(①受療率、②1人当たり日数、③1日あたり診療費)等の地域差の「見える化」データを公表し、都道府県へ提供。

III・標準的な算定式による医療費の推計について

(これに基づき都道府県が第3期医療費適正化計画(平成30～35年度)を策定)

【入院医療費】

- 病床機能の分化・連携の推進による成果を踏まえた推計。

【入院外・歯科医療費】

- 適正化策の影響を除いた自然体の医療費の推計から右の取組による適正化効果額を差し引いて推計(一定の仮定の下に全国の試算をすると**▲0.6兆円程度**)。

取組	目標(平成35年度)
後発医薬品の普及	数量シェア: 80%
特定健診・保健指導の実施率向上	特定健診: 70% 特定保健指導: 45%
糖尿病の重症化予防	40歳以上の糖尿病の1人当たり医療費の平均を上回る都道府県の平均との差を半減。
重複・多剤投与	3医療機関以上、15剤以上の薬剤投与については是正

IV・今後の課題

- 入院外医療費の地域差半減への更なる取組について、引き続き検討し、都道府県に提示する。
- 都道府県のデータ分析に必要な人材の育成について、国において研修等を実施することで支援。
- 今後、医療費が特にかかっている分野の構造分析や介護費用の地域差分析等を進める。

(注)厚生労働省において、上記の標準的な算定式を盛り込んだ医療費適正化基本方針を改定(平成28年11月4日告示)。

医療費の算定式と推計試算の概要等 算定式の概要

医療費の標準的な算定式は、**入院医療費と入院外・歯科医療費**に分けて推計

入院医療費

①のとおり、2025(平成37)年度の高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療需要から平成35年度における病床機能別の入院患者数を推計して、平成35年度における病床機能の分化・連携の推進による成果を踏まえた入院医療費の推計を算出

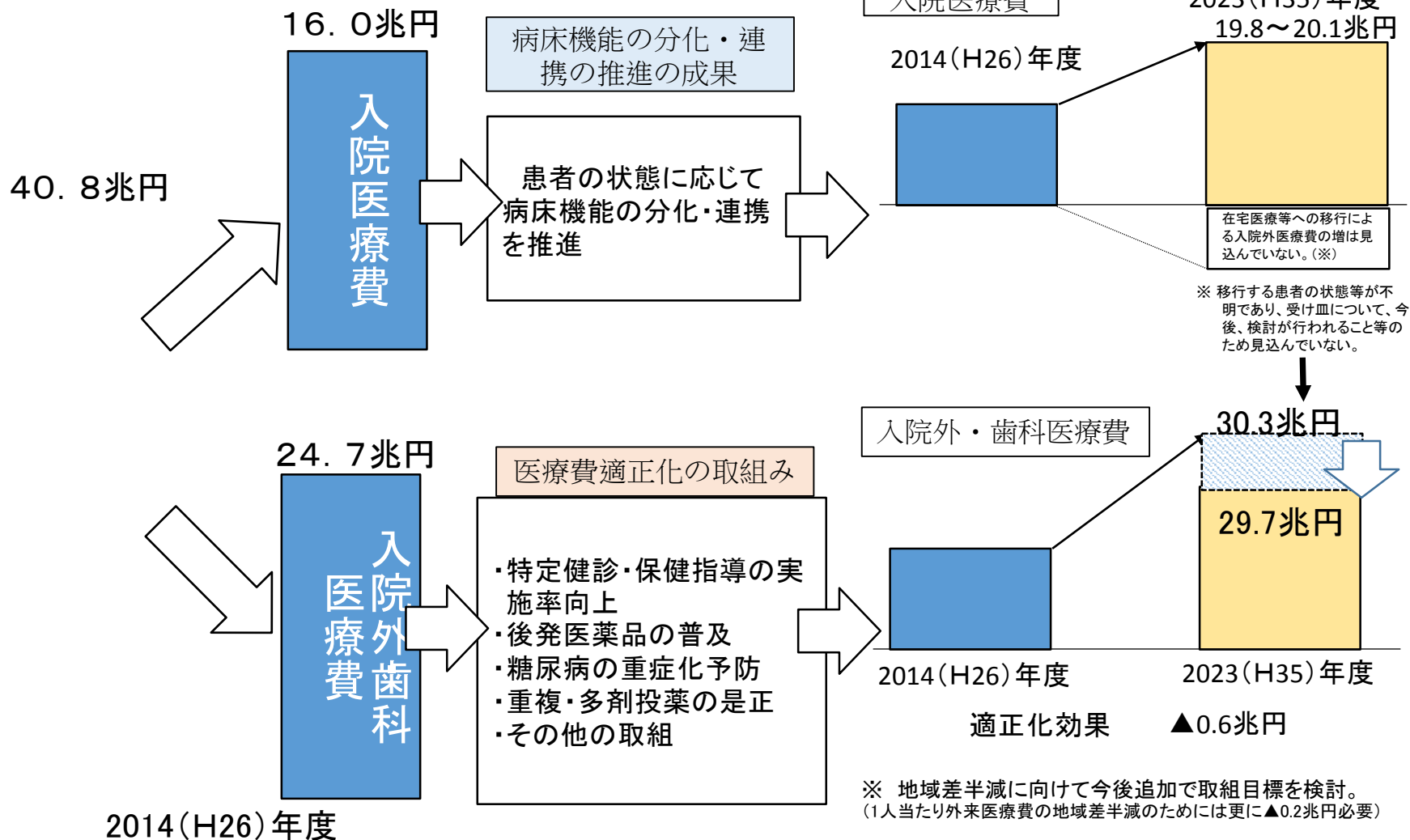
入院外・歯科医療費

②のとおり、過去の伸び率を踏まえて推計した平成35年度の自然体の入院外・歯科医療費から、③から⑤の取組みによる効果額の推計を差し引くことで、適正化計画による取組みを実施することによる医療費の推計を算出

医療費適正化計画の標準的な算定式のイメージ

【標準的な算定式による医療費の見込みのイメージ】

※ 下記は国において一定の仮定の下に試算
(実際は今後、都道府県が策定)



※ 地域差半減に向けて今後追加で取組目標を検討。
(1人当たり外来医療費の地域差半減のためには更に▲0.2兆円必要)

医療費削減効果を認めた 予防医療サービスは20%以下

- ◆ ミルトン・ワインシュタイン米ハーバード大教授らが2008年に発表した論文によれば、予防医療の費用対効果に関する1500の研究結果から
- ◆ この割合は治療的サービスと同等であり、同じ疾患に対して予防が治療と比べて特別に医療費を抑制するわけではない。

例えば・・・

メタボ健診は生活習慣病の発症を遅らせ、国民の健康レベルを維持・改善する。しかし、メタボ健診が長期的に医療費を削減できるという確かな根拠はない。厚生労働省は06年、メタボ健診によって25年には約2兆円の医療費を削減するという目標を掲げた。しかしこの推計値に学問的な根拠はない。

メタボリックシンドローム（通称メタボ）

内臓肥満と高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心筋梗塞や脳卒中などの動脈硬化性疾患をきたしやすい病態

- ・ 予防接種と違い、メタボ健診は疾患への罹患（りかん）を完全に防ぐことはできない
- ・ メタボ健診の対象年齢上限の74歳までに心筋梗塞・脳卒中・がんなどにかからなかった人たちも、長生きすれば、いずれそれらの疾患にかかる。
- ・ あるいはそれ以外の病気、例えば認知症にかかる。そして、医療費・介護費は確実にかかる。



つまり、メタボ健診によって**高額の医療費や介護費がかかるタイミングが先送りされるだけ**であって、一生涯の総額で見れば医療費・介護費の抑制につながるわけではない。

ロコモ予防対策は医療費を削減できるか？

ロコモ予防対策で運動器疾患を防止できれば、要介護状態を回避でき、医療介護費を削減できるというのは本当か？

- ロコモ予防対策は、メタボ健診などと同様、短期的な医療費を削減するというデータはあるが、**一生涯の医療介護費を削減できるという医療経済学的な根拠はない**
- ロコモ予防対策が運動器疾患を完全に防ぐことは不可能
- 長生きすれば疾患は進行し、いずれ医療介護費は確実にかかる。
- つまり、ロコモ予防対策によって医療介護費がかかるタイミングが先送りされるのであって、一生涯にかかる医療介護費の総額を抑制できるとは限らない。

「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を実現できるのか？

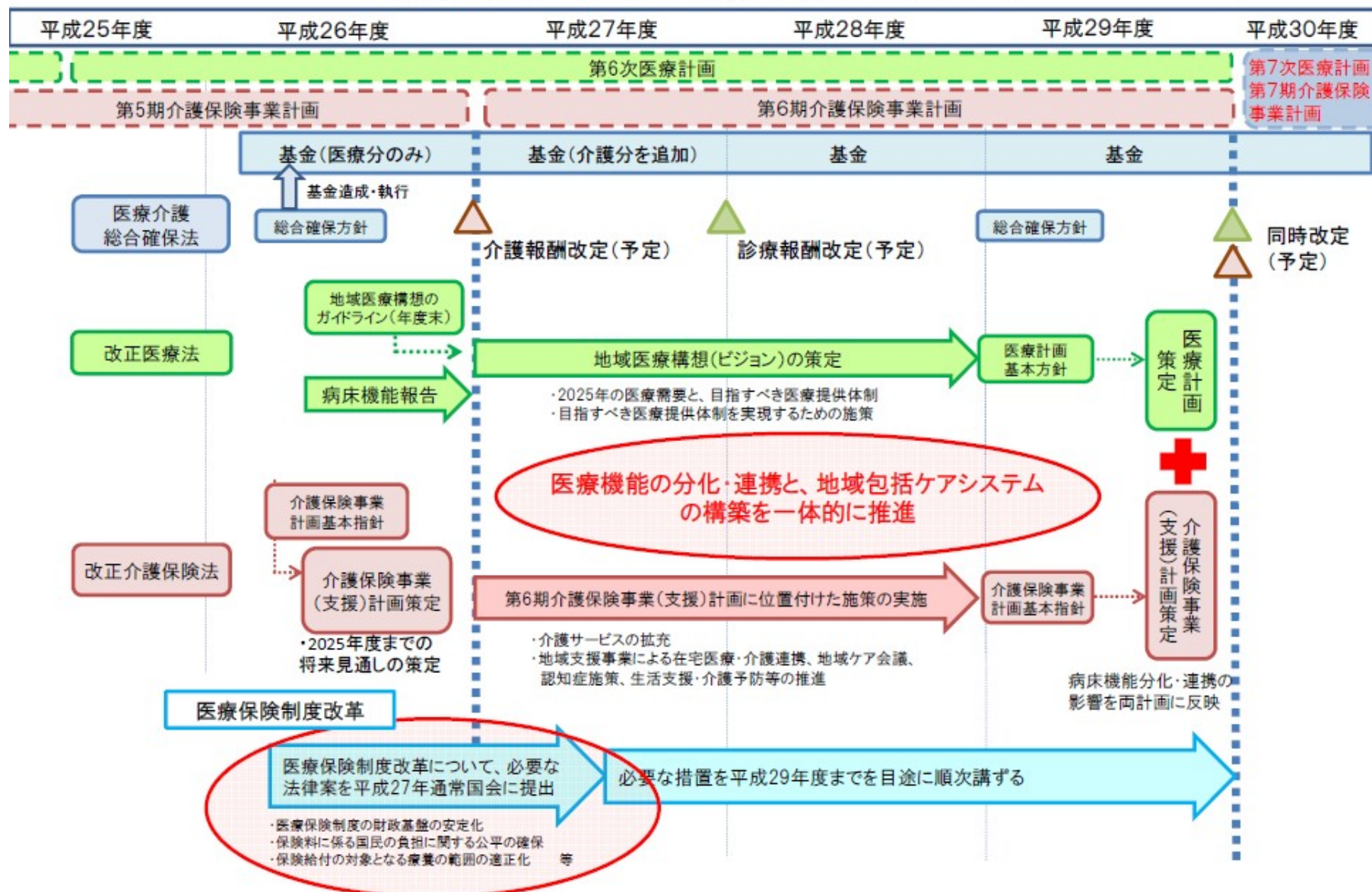
- 14年版厚生労働白書によれば、平均寿命と健康寿命の差、すなわち死亡前の「不健康な期間」は、男性が9.13年、女性が12.68年と推計。
- 平均寿命が今後も伸び続け、健康寿命との差が拡大すれば、医療介護を必要とする期間が延長。
- 厚生労働省は疾病予防対策によって死亡前の「不健康な期間」の短縮、つまり「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を実現できれば、医療介護費を削減できるとしている。



このロジックはもっともらしいが、実現できるとは限りません。健康寿命が増加しても、その後の「**不健康な期間**」が**短縮できる**という**医学的な根拠は今のところない**。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

資料1-2



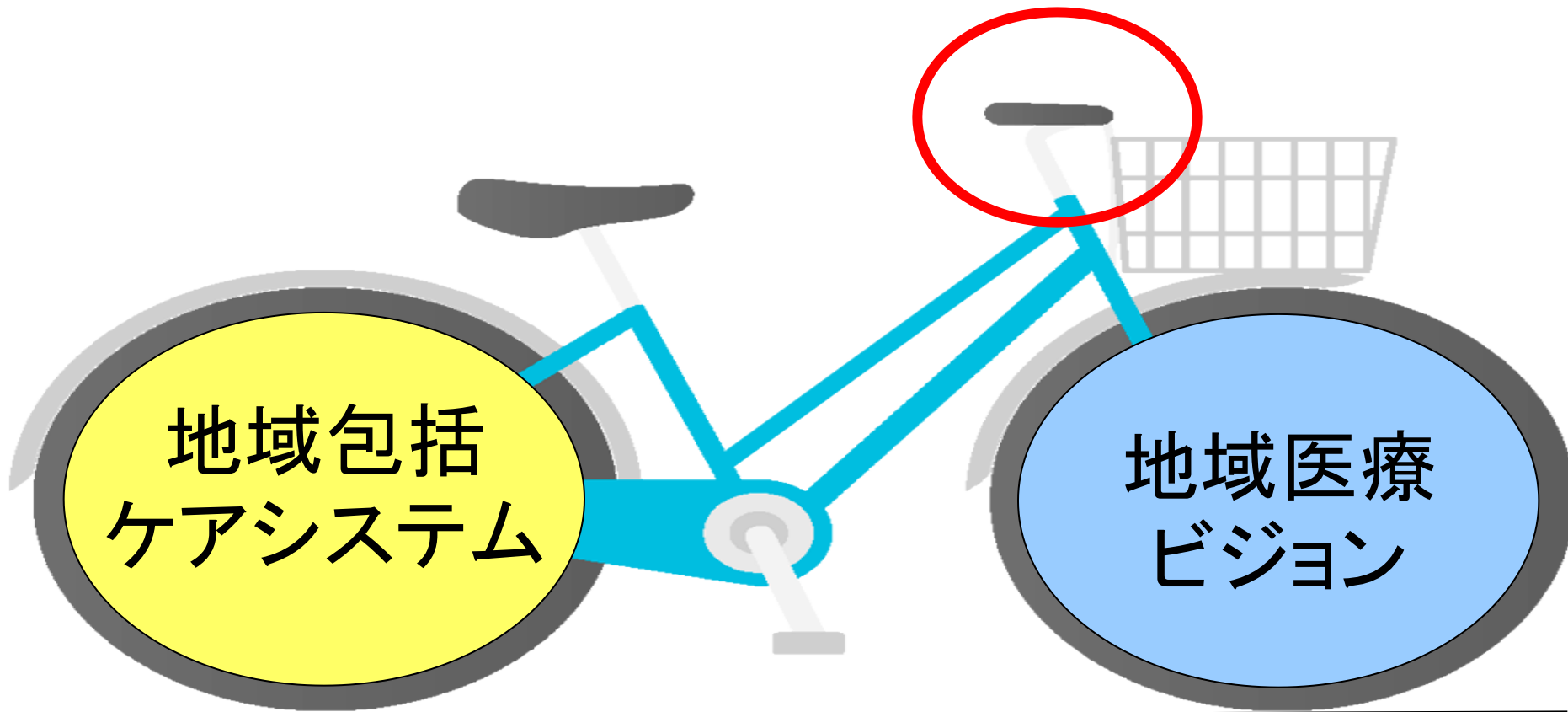
3. 地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築

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。

地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト: Community based care (地域を基盤としたケア) と integrated care (統合型のケア) がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。
- さらに、これは地域の特徴、その地域独自の価値観などに合わせて構築することができ、それは、一定レベルの住民による「地域参加」によって保障される。

integrated care

- integrated careには、医療ケアにおける分断の減少や異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制と定義できる。

1) T. Plochg, NS. Klanzinger : Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

2) T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care. 6, e21 : 2006 37

● 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」

38

(参考)日本経済新聞(2014.10.28) 医療・介護改革の論点(下) 地域包括ケア、住民主体で 兵庫県立大学教授 筒井孝子

引用:シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月3日 東京会場 土屋氏作成資料

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. システム的統合

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、関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。

介護保険者機能評価・アウトプット（プロセス）指標案の基本的考え方

介護保険部会意見、介護保険法令・関係通知、先行研究（※）等をベースにしつつ、各保険者が行う「地域マネジメント（目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組）」の実施状況を点検する指標として整理。

※平成25年度厚労省老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

平成28年度厚労省老人保健健康増進等事業「市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査研究」（三菱総合研究所）

地域マネジメントの流れ

アウトプット（プロセス） 指標の構成

Plan

- ✓ 情報把握
- ✓ 将来推計
- ✓ 計画策定

Check・Action

- ✓ 点検・改善



Do

◎自立支援・介護予防に資する施策

- ✓ 地域密着型サービス
- ✓ 介護支援専門員・介護サービス事業者
- ✓ 地域包括支援センター
- ✓ 医療・介護連携
- ✓ 認知症総合支援
- ✓ 介護予防・日常生活支援
- ✓ 生活支援体制整備

◎介護保険運営の安定化に資する施策

- ✓ 介護給付適正化・介護人材確保

I. 地域マネジメントに
向けた体制の構築

II. 自立支援・介護予防に
資する施策の推進

III. 介護保険運営の安定化
に資する施策の推進



- 介護保険法令などにおいて、保険者に対して、包括センターの運営方針の提示や業務の点検等が求められているように、包括センターの機能強化に当たっては、保険者の役割が非常に重要。
- このため、包括センターの運営体制や個別業務について、両者の連携に基づいて、①保険者が実施すべき事項と、②包括センターが実施すべき事項をまとめた調査票を作成し、調査を実施するもの。
- 本調査を通じて、各地域における保険者と包括センターの連携や業務実施の状況を点検することにより、各地域における包括センターの機能向上に資することが期待される。

調査票① （保険者票）

保険者による包括センター支援・指導の点検項目

- I. 共通事業
 - 1. 組織・運営体制
 - 2. 個人情報の保護
 - 3. 利用者満足の上
- II. 個別事業
 - 1. 総合相談支援
 - 2. 権利擁護
 - 3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援
 - 4. 地域ケア会議
 - 5. 介護予防ケアマネジメント等
 - 6. 在宅医療・介護連携
 - 7. 認知症高齢者支援
 - 8. 生活支援体制整備

役割分担・連携

各項目について、
保険者とセンターの
役割分担と連携方策
を明瞭に記載

調査票② （センター票）

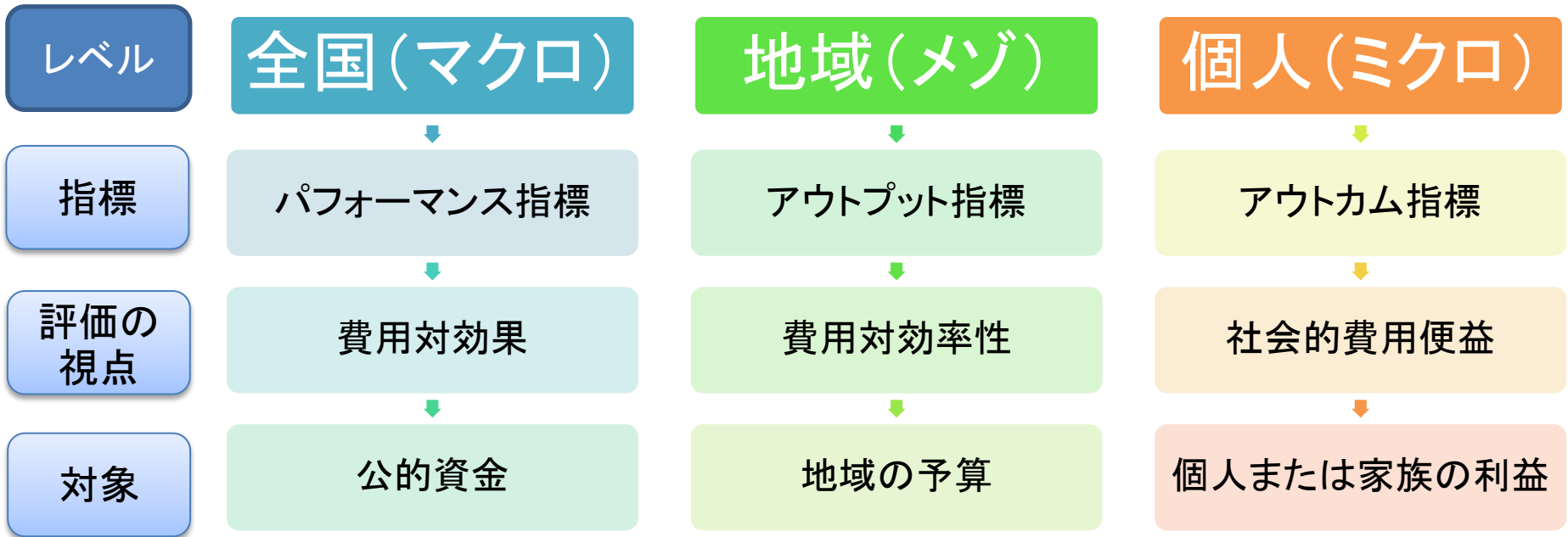
包括センターによる業務実施の点検項目

- I. 共通事業
 - 1. 組織・運営体制
 - 2. 個人情報の保護
 - 3. 利用者満足の上
- II. 個別事業
 - 1. 総合相談支援
 - 2. 権利擁護
 - 3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援
 - 4. 地域ケア会議
 - 5. 介護予防ケアマネジメント等
 - 6. 在宅医療・介護連携
 - 7. 認知症高齢者支援
 - 8. 生活支援体制整備

※地域の実情に即したセンターの機能強化を図る観点から、本調査の項目を活用して、管轄センターの実際の業務に即したセンター事業の点検・評価を行なうことも可能。

（例）千葉県松戸市の例 http://www.city.matsudo.chiba.jp/kenko_fukushi/kourei-hoken-hukushi/koureisya/center_open.html

評価のレベルと指標の種類、ターゲット



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。

しかし、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アセスメントは、以下に挙げる3つのレベルで考える必要がある。

成功する integrated care 戦略の要素

プログラムの
対象とする人口
の定義

協調的な活動に
対する財政的
インセンティブ

パフォーマンス
における共同責
任

情報技術

ガイドラインの
使用

医師との
パートナーシッ
プ

協働を行う文
化

= 規範的統合

これからの社会保障制度の在り方

1. 安心社会の基盤をつくる

- 社会保障制度は「排除ではなく、包摂、分裂ではなく、規範的統合」
- 防貧対策の方が社会全体の活力は増す。

「現代の貧困」への取り組み強化、格差の固定化・世襲化の阻止
～「社会の安心」「社会的包摂・社会的統合」の実現～

- 一人一人の自立・自助を支援する(自助の強化)
- 助け合いの輪を出来るだけ広げて、落ちこぼれる人を作らない
(共助＝自助の共同化＝の拡大)

例えば、未婚親同居世帯の人に対する年齢によらない柔軟な採用、緩やかな社会復帰を目指す職業訓練など、

新しい支援を社会全体で考えていく必要がある

4. 今後の視点

事業を遂行するために必要なマネジメント

- ビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強い。



- 新しいアプローチで統合型のケア提供を行う「地域包括ケアシステム」を進めるためには、戦略マネジメントの視点を意識することがより重要。

ビジョン(方向性・将来像)

- 自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者にやさしい自治体になること”である。

ミッション(使命)

- 自分たちの組織や部門の「果たすべき責務」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者に充実したサービス提供すること”となる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン(方向性・将来像)やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。

「生産量」測定・評価方法に問題

$$\text{生産性} = \frac{\text{アウトプット(生産量)}}{\text{インプット(投入量)}}$$

アウトプットを増やすことで生産性を向上させることができる
重要なのはアウトプットをどのように評価するかという点

スポーツ興行

アウトプットは試合のパフォーマンスに対する観客の評価
(旅客輸送や宿泊サービスも同様)

教育や医療サービス

投資的な性質。アウトプットは、知的水準が向上して高度な仕事に就けるようになったり、健康を取り戻して社会に復帰できたりすること

サービスの対価として支払われる料金はアウトプットの指標にはならない？

料金をアウトプットとみなす際の問題点

- ◆ サービス料金の上昇には値上げとサービスの質の向上という2つの効果が混在
- ◆ 教育や医療には税負担や保険制度が関係するため、料金と消費者満足が直結していない

さまざまな要因を料金から除去し、真のアウトプットを抜き出すのは容易なことではない

ケア提供の全国・地域・個人それぞれのレベルにおける評価の留意点

1. 全国レベルの効果測定には、全国レベルで収集した従来からあるパフォーマンス指標を用いる必要がある。この評価プロセスは、サービス提供者と地方自治体の間で十分に浸透し、ケアの評価にこのデータを組み入れることで、全国レベルに及ぶサービスの潜在的な効果を明確化できる。

だが、ケアに関する全国レベルのパフォーマンス指標の有効性についても考慮しなければならない。
例えば、ケアでは自律性を強化することで、接する時間の削減を目標としているが、全国レベルのパフォーマンス指標では、接する時間の増加を成功要因としてみている。

2. 地域レベルのサービスの効果測定には、サービス提供の効率性を測定するためのパフォーマンスまたはプロセスのアウトプットデータを用いる。

こうした測定結果は、アクセスも容易で、サービス提供者や地方自治体もサービスの効率性と有効性を調査するために使用している。

また、測定結果は従来のサービスと新しいサービスの費用を比較する際にも使われている。地域間での比較にはこうした測定の方法を標準化することが重要視されている。

3. ケアを受けている個人や家族へのサービスの有効性を測定する場合は、個人レベルのアウトカムにサービスが及ぼす影響を評価しなければならない。

現時点で日本でこの種のデータ収集はあまり行われていない。

サービスの影響力を評価するのに使用する個人レベルのアウトカム測定は、国内で比較するという目的も踏まえ、標準化した方が良いという声もある。この種のデータには、幸福度の測定、自立性、個人レベルのアウトカム、ケアのアウトカム（疼痛管理など）、主介護者のアセスメントなどが含まれる。

地域包括ケア戦略における重要な要素 (1)

対象者の特定

- これにより、医療が時間とともに「登録」された人口や地域コミュニティとの関係を発展させることが可能。
- ヘルスケアチームが複雑なケアマネジメント提供した場合、最も利益を得ることができる個人に焦点をあてることができるようにする。

財政的インセンティブ

- 出来高による報酬が裏目にでないようにし、提供者が協働を行なう支援。
- 財政的資源の慎重な管理を行なうための連帯責任の促進。入院又は入所を予防し滞在期間を縮めるような在宅環境にてディジーズマネジメントの奨励を行なう。

パフォーマンスにおける共同責任性

- 質の改善と利害関係者への公的な説明責任をデータを使用して行なう。

情報技術

- 主に電子カルテや臨床的決定支援システムや「リスク」患者を識別し、integrated careの提供を支援する。

ガイドラインの使用

- 最善の業務を促進し、クリニカルパスにおけるケアの調整を支援し、ケアのばらつきやケアのギャップを解消するために用いる。

地域包括ケアの戦略における重要な要素 (2)

医学的管理におけるパートナーシップ

- ・医療従事者の診療技術と管理職の組織的技術を結びつける。ケアの受け手と提供者のケアスキルを組み合わせる。

有能なリーダーシップ

- ・あらゆるレベルにおいて必要で、継続的質改善に焦点を置く。

協働を行なう文化

- ・チームワークとハイレベルの協調的かつ患者中心ケアの提供に焦点をおく。

複数の専門家集団

- ・医療従事者やケア実践家の集団で、例えば、一般医が専門家とともに包括的ケアを提供できるようになる。

サービス利用者と介護者の取組み

- ・「自分の関与なしに自分における決断なし」—セルフケアを可能とするためのケアや支援についての決断における取組み。

地域包括ケアシステム構築に向けた留意点

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、地域包括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。

一種類の地域包括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。

地域包括ケアシステムは、高齢者のケアを改善するための方策と考える。

- ・ Integration(統合)を手掛かりに、政策を考える。

各国の年齢階級別資産額の状況(1)

日本の場合、諸外国と異なり、亡くなる直前の資産が最も多い。

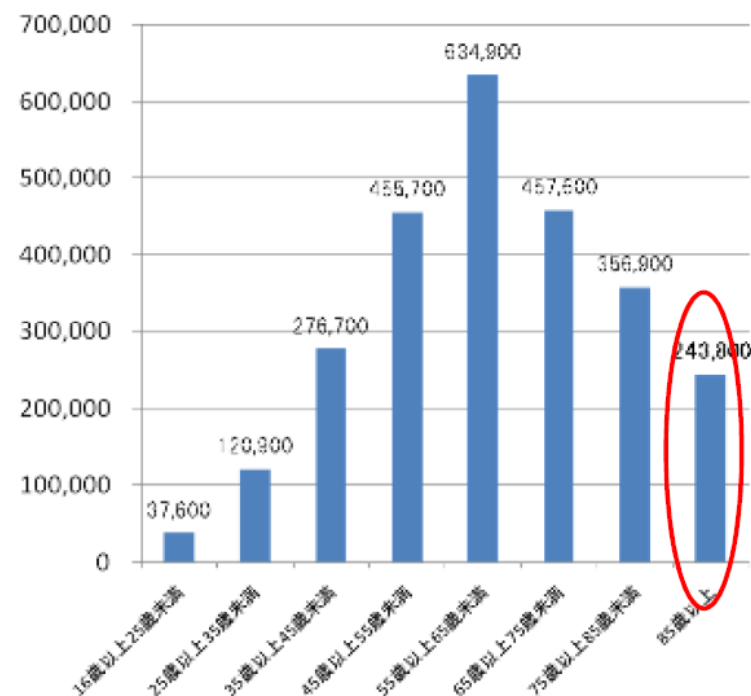
日本

世帯主の年齢階級別1世帯当たり資産額
(2人以上の世帯)



(資料出所)総務省統計局「平成16年全国消費実態調査」。(注)家計資産編(純資産)より作成。
資産額は、金融資産(貯蓄-負債)と実物資産(住宅・宅地資産、耐久消費財資産等)の合計額。単身世帯は男女平均の値。

イギリス



(資料出所)英国統計局「Wealth and Assets Survey (2006/2008)」

資産額は1世帯あたり、年齢階級毎の平均値。

「おもてなし」をビジネスに

サービスを外部の業者に任せるようになった要因

◆経済成長の恩恵で所得が増加すると消費者の時間コストが上昇

仕事が忙しくなれば、食事は外食で済ませ、子どもを保育所に預ける

◆地域コミュニティの弱体化

地域住民の交流が当たり前だったころ、育児、介護、治安維持サービスなどは住民たちが協力し、互いに提供していた。核家族や単身世帯が増え、地域で内製できなくなり、市場経済に頼るようになった



サービスの「市場化」の利点は規模拡大と競争による効率化の進展

- ・ 家庭や小さなコミュニティで内製されていたサービスが企業によって効率的に提供される
- ・ 複数の企業が市場に参入すれば、競争を通じた生産性の向上が期待できる

内製されているサービスや、無料のサービス(接客業の「おもてなし」)を集めて事業化すれば、立派なビジネスになる

「稼げる産業」の確保

サービスのアウトプットを増やす方法

高品質なサービスを好む消費者をターゲットとすること
重要となるのは、社会全体としてサービス提供がペイしているかという点

- ・高度医療は、医療サービスを受けた患者が社会復帰し、“本業”で稼ぐことによって社会的に採算がとれる
- ・金融サービスの役割は、投資家のリスクを軽減し、収益性の高い事業(“本業”)に資金が円滑に回るよう工夫すること

サービス産業だけで経済は成長できない

サービス産業の生産性を向上させ、経済成長に貢献する道は二つ

核となる「稼げる産業」
を持つこと

スイスは、化学や機械製品が核となって高い付加価値を生むことで、商業や医療サービスの価値を高め、世界第4位の一人あたりGDP(国内総生産)を実現

海外の稼げる産業をサービスの顧客にすること

シンガポールは立地条件を活かし、世界中の稼ぎのいい企業を相手にビジネスをしているため、商業や金融サービスで高い生産性を維持できている

サービス産業を成長産業にするには、その本質をよく理解したうえで、戦略を立てる必要がある