

地域包括ケアシステム構築と保険者機能の強化のための技法



医療経済研究機構 政策推進部副部長/研究部主席研究員
服部 真治

1 はじめに

地域包括ケアシステムの構築の目途である2025年まで残り2年となった。この間、介護保険制度においては、平成17年改正における地域包括支援センターの創設や小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設に始まり、予防給付の訪問介護と通所介護の介護予防・日常生活支援総合事業への移行、在宅医療介護連携推進事業や認知症総合支援事業といった地域支援事業の充実など、市町村が地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいくための「ツール」が整備されてきた。しかし市町村の実態を見れば、それらの「ツール」を地域課題の解決のために使いこなせず、中には、次から次へと整備される事業を実施すること（例：第2層協議体を立ち上げること、訪問型サービスBを作ること、など）が目的化してしまっている市町村も見受けられる。

それらの状況を受けて平成29年の介護保険法改正では、全市町村が「保険者機能」を發揮して自立支援・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（保険者機能強化推進交付金の創設^{*1}）によるPDCAサイクルが制度化された。また、介護保険法第116条第1項に基づく「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」においても、「①それぞれの地域の実態把握・課題分析を行い、②当該実態把握・課題分析を踏まえ、地域におけ

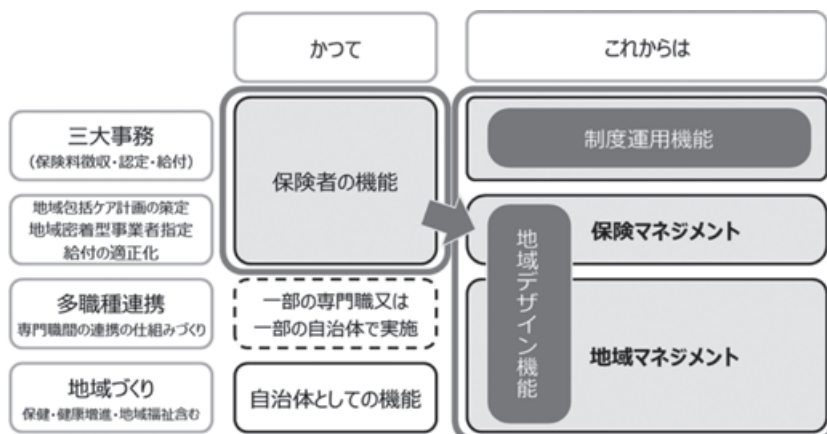
る共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成し、③この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取組を推進して、④これらの様々な取組の実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う、という取組を繰り返し行い、保険者機能を強化していくことが重要」とされた。

そこで本稿では、地域包括ケアシステムの構築とそのための保険者機能の強化について、介護保険事業計画策定のプロセスを踏まえつつ、課題解決の基本的技法について解説する。

2 保険者機能とは

まず、保険者機能について確認しておきたい。図1は、地域包括ケア研究会によって示された保険者機能のイメージ図である。かつては保険料徴収、認定、給付の三大事務と事業計画策定、地域密着型サービス事業者指定、給付の適正化などが保険者の機能であったが、

図1 保険者機能と地域デザイン機能



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「＜地域包括ケア研究会＞2040年：多目的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会」、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究事業（平成30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）

それが拡大し、多職種連携や地域づくりにも取り組む必要があるとされた。

なお、この保険者機能の強化については、先般の社会保障審議会介護保険部会でも中心的なテーマとして議論されている。令和4年12月20日に取りまとめられた「見直しに関する意見」では、「介護保険の保険者である市町村が、限られたマンパワーの中で事務を効率化し、保険制度を運営する保険者としての機能をより一層発揮しながら、地域の自主性や主体性に基づき、地域包括ケアシステムを推進する主体として、介護保険サービス基盤の確保に加え、介護予防の取組や地域づくりなど、地域の実情に応じて仕組みや取組をデザインする、いわば「地域デザイン」に係る業務を展開することが欠かせない。」とされたところである。

3 地域包括ケアシステムの目的と評価

地域包括ケアシステムは、「重度な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人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制」と定義される。その意味では「Ageing in Place」と類似した概念^{*2}と言え、いわゆる「在宅限界点の向上」がその主な目的であるといえるだろう。

では、市町村は介護保険事業計画において、在宅限界点の向上やその構成要素としての介護予防や生活支援の充実などの進捗をどのように評価しているのだろうか。

そこで弊機構では、全国1,571の保険者の第8期介護保険事業計画から無作為に200保険者を抽出し、評価指標の設定状況について調査^{*3}を行った。その結果、何らかの成果（アウトカム）指標を設定していた保険者は77保険者（38.7%）に留まり、具体的には、要介護認定率45保険者（22.6%）、主観的幸福感20保険者（10.1%）、主観的健康感19保険者（9.5%）、各種介護予防リスクを有する高齢者の割合17保険者（8.5%）の順であった。なお、要介護認定率以外の指標は介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に含まれる指標で、要介護者は対象外である。また、在宅限界点の向上の評価とし

ては、在宅療養者割合など在宅療養関係の評価を行っている保険者が12保険者（6.0%）、在宅死亡・在宅看取り者割合を評価している保険者が6保険者（3.0%）などであった。

一方、令和5年度の保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金の評価指標を見れば、「～を実施しているか」といったプロセス指標が大半で、アウトカム指標としては、平均要介護度の変化率と要介護2以上の認定率・変化率の2つが採用されているのみである。それだけで地域包括ケアシステムの評価指標として十分であるかと言えば、そうとは言えないだろう。

以上から、現時点では、取組のアウトカムを評価し、必要な見直しを行うPDCAサイクルの活用はまだまだ進んでおらず、さらに言えば、国を含めて地域包括ケアシステムの評価指標は整っていない状況にあるといえるだろう。

4 なぜ、地域包括ケアシステムのPDCAサイクルは進まないのか

地域包括ケアシステムのPDCAサイクルが進まないのはなぜだろうか。市町村職員に尋ねてみると、「在宅限界点の向上」と言っても基準が示されているわけではなく、また百人百様の「自分らしい暮らし」をどのように評価すればよいのかわからないといった声を聞く。また、保険料徴収、認定、給付といった制度運用、施設整備や事業所指定、指導監督、地域支援事業、そして個別支援と、介護保険や高齢者福祉に関する業務は多岐にわたり、数年ごとの人事異動によって前任の担当事業を引き継ぐ、いわゆるタテワリ組織であるため、各職員が担当する事業ごとに評価を行わざるを得ない状況にある。もちろん地域包括ケアシステムのアウトカムは単独の事業で達成されるものではないため、担当者間のコミュニケーションが不可欠であるが、厳しい定数管理の中で日々業務に追われており、その機会はそれほど多くない。ましてや地域包括ケアシステムの構築には、役所内に留まらず、地域の介護事業者や医療機関はもちろん、地縁組織や民間企業間も含めて課題や目標が共有され、連携して解決や達成に取り組む必要

があるが、そもそも、それぞれが見えている範囲や価値観、行動原理、さらには対象とする高齢者の状態像が異なり、コミュニケーションの機会は意図的に設けなければほとんどない。

このような状況では、会議の開催回数や教室の参加者数など、事業のアウトプットを評価するのが精一杯で、アウトカム指標の検討、評価にまで至らなくても無理はない。

5 介護保険事業計画の作成プロセス

図2は市町村における第9期介護保険事業計画の作成プロセスと厚生労働省が用意した支援ツールの関係を示したものである。

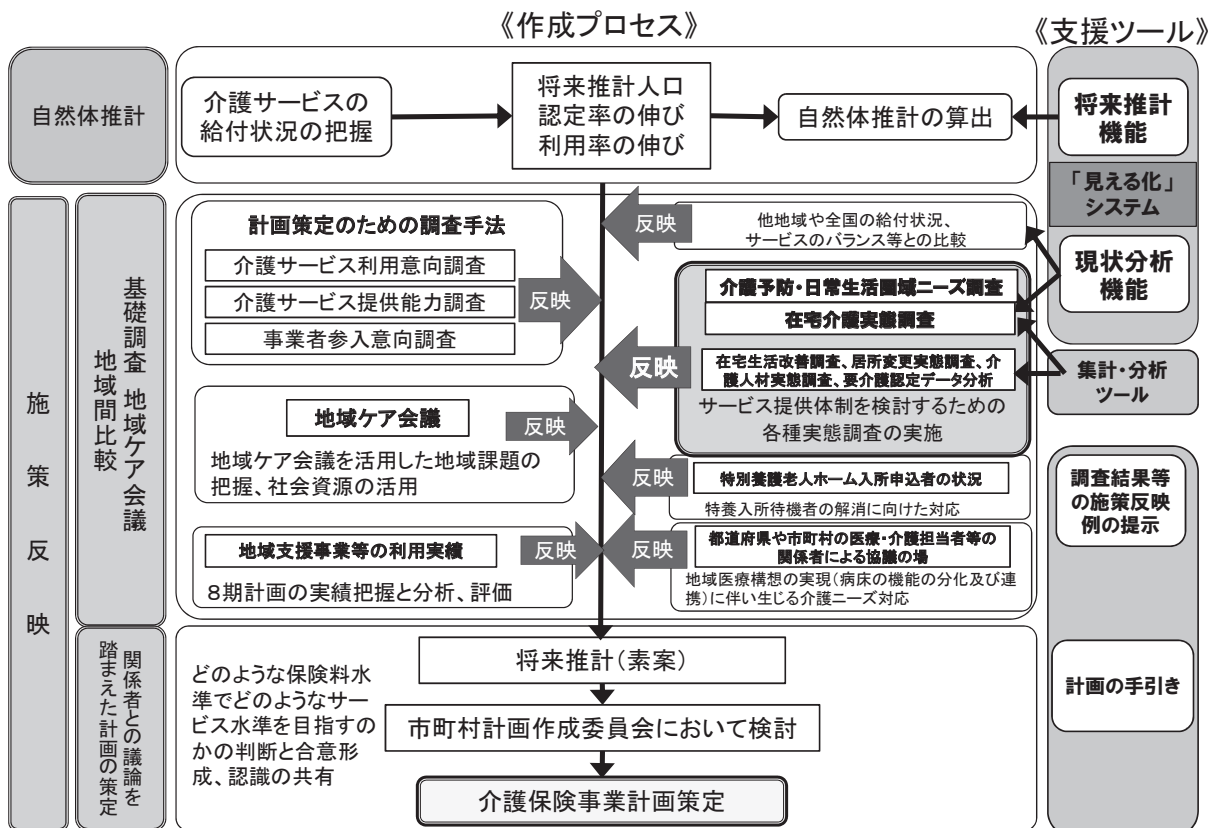
このように介護保険事業計画は、直近の給付状況や人口推計、認定率の傾向などから自然体での推計を行った後、介護予防・日常生活圏ニーズ調査、在宅介護実態調査などの各種実態調査結果を反映し、また地域ケア会議を活用した地域課題の把握や社会資源の活用を踏まえて、第8期介護保険事業計画の実績把握と分析、評価などを経て、策定されるものとされている。

では、各種実態調査や地域ケア会議での議論はどのように「反映」されているだろうか。例えば、介護予防・日常生活圏ニーズ調査については、地域の要支援者・総合事業対象者・一般高齢者に関する地域課題の把握や、介護予防事業等の効果評価のために実施されるものであるが、先述のとおり効果評価に活用している市町村はまだ少ない。

また、在宅介護実態調査は、介護離職を防止する観点から「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することが目的で、その考察の一例として多頻度の訪問を含む複数の支援・サービスを組み合わせたサービス提供の検討が挙げられている。しかしながら、十分に調査が活用されていないせいか、それらサービスの整備は非常に低調で、令和2年度の介護保険給付総費用のうち、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は0.6%、看護小規模多機能型居宅介護は0.5%に過ぎない。

そもそも、地域の実情に応じた政策立案を行うためには、現状把握、真因分析、課題設

図2 第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ



出典：厚生労働省作成資料

定といった課題解決の基本的な技法が必要であり、データ等の情報はその中で活用されるものである。しかし、市町村の担当者に尋ねれば、「通いの場の参加者が減少している」「生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に委託しているが思うように動いてくれない」等、事業がうまく進まないことを課題と捉えていて、高齢者や地域の課題を解決するためにそのツールである事業を活用する、という当たり前のことを忘れてしまっている担当者も少なくない。

6 課題解決の基本的技法と地域ケア会議の活用

そもそも、見える化システムなどで示されるデータは「地域の特徴」を示すものであって、「地域の課題」ではない。もちろんデータは、他市町村との比較などにより地域の特徴を知ること、問題発見の糸口とすること、あるいは課題の優先順位をつけることには役立つ。さらに、データを縦断的に分析することで事業の効果評価を行ったり、仮説を検証したりすることもできる。

しかし、データをいくら見つめていても、肝心の地域の課題は見えてこない。課題とは図3のとおり、目指す姿と現状のギャップのことだからである。このギャップ（＝課題）が解消・縮小すれば現状が目指す姿に近く、それを課題解決と言う。では、市町村は地域の課題をどのように把握すればよいのだろうか。

地域包括ケアシステムの構築の目的は「自

分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」だから、現状とは、高齢者一人ひとりの今の「地域での暮らし」である。高齢者は幸せに暮らしているか。何かにつまづき、困難な状況に直面していないか。また、その高齢者が抱える困難さは自身や家族だけで解決できているか。あるいは、介護サービスを利用して解決できているか。それでも解決できなければ、では、どうしているのだろうか。

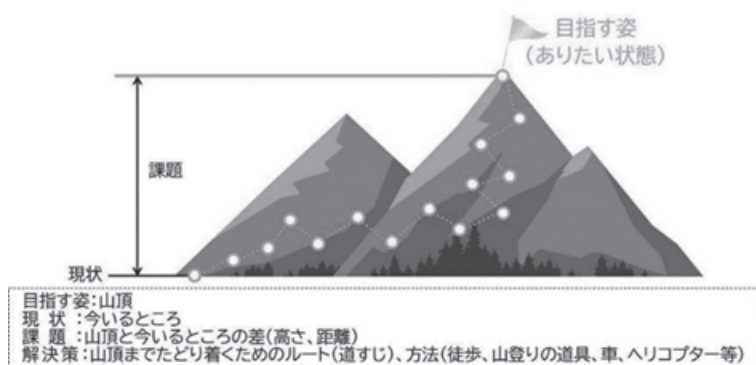
結局、地域の課題を把握するためにも、「目の前の一人の高齢者の暮らしを支えること」から始めるしかない。その高齢者が望む「ありたい状態」に近づけるために何ができるかを考えることによって、この高齢者に必要なものは何か、地域には何があって、何が足りないのか、誰と手を組まなければならないかなど、その高齢者を支えるために、行政がすべきことが見えてくる。そして、個別ケースを積み重ねていくことによって、我がまちの高齢者に多い課題はなにか、個別に解決を図ることでは足りない行政として取り組むべき地域の課題が見えてくるのである。

介護保険事業計画の作成プロセス（図2）に地域ケア会議が組み込まれているのは、以上の課題解決プロセスを仕組み化したのが地域ケア会議だからである。図4は地域ケア会議の5つの機能（①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能）を示したものである。左から、個別ケースの課題解決を蓄積することにより地域の潜在

ニーズが顕在化し、そこから関係機関の役割分担や社会資源の調整、新たな資源開発、地域づくり、さらには事業化や施策化、介護保険事業計画への位置づけにつながっていく、一連の流れが示されている。

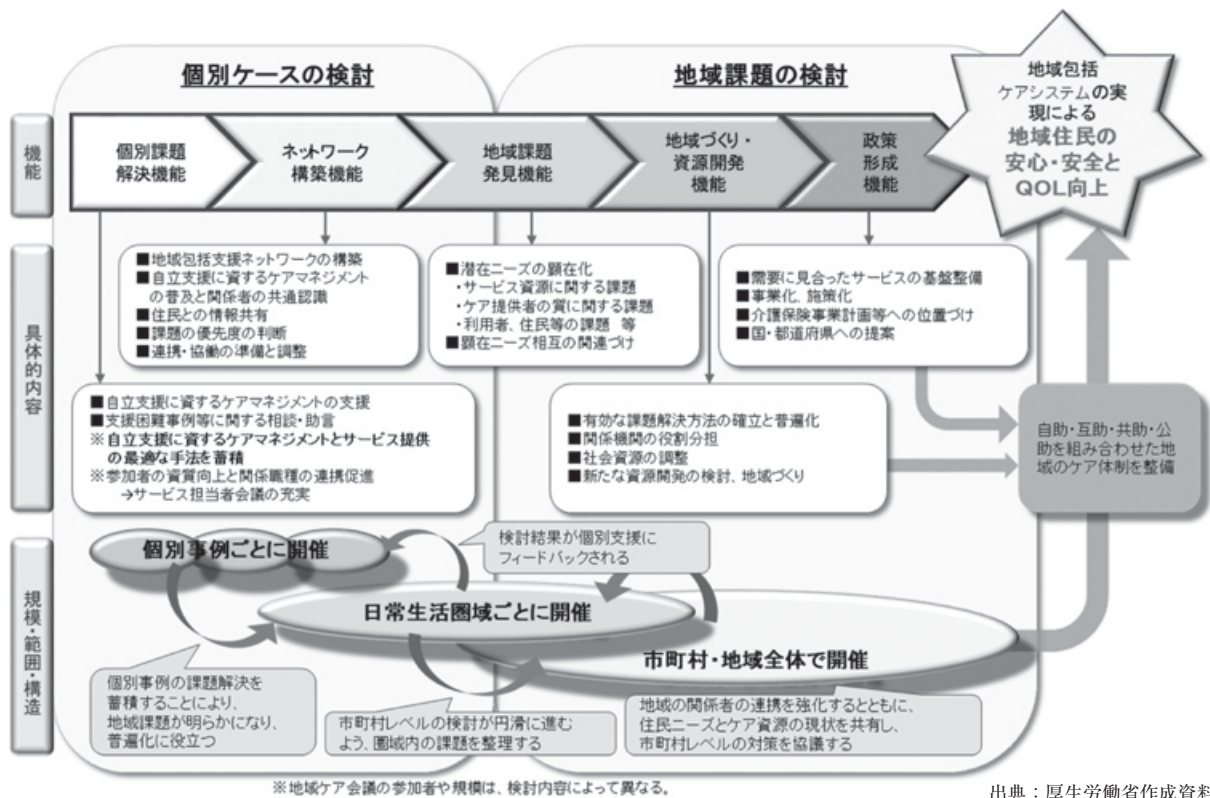
したがって、地域包括ケアシステムの構築のためには地域ケア会議の有効活用がカギを握るといっても過言ではないが、もちろん地域ケア会議だけで解決策まで自動的に浮かび上がるわけではない。ここでは説明を省略するが、有効な解決策を導き出すには「なぜなぜ分析（5

図3 目指す姿（ありたい状態）・現状・課題・解決策のイメージ



出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業報告書・わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業を立ち止まって考える 地域づくりの実践に向けた道しるべ」令和3年（2021年）3月 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

図4 「地域ケア会議」の5つの機能



Whys)」などの真因分析手法を活用するのが近道である。

7 アジャイル型政策形成と主体別ロジックモデルの活用

なお、市町村など行政機関では「計画通りに実施する」という意味での計画性を重視するあまり、柔軟に計画を変更していくPDCAマネジメント・サイクルとは矛盾してしまうことがある。

この背景には、いわゆる行政の無謬性神話（行政は過ちを犯さない、あるいは過ちを犯してはならない）があるが、その神話の下では評価は計画期間が終わる段階で行われるため、実際にはPDCAサイクルはほとんど機能していない。そこで政府の行政改革においては、目指す姿や設定した課題を関係者などと共有し、合意形成を行うとともに、関係者が柔軟に軌道修正を行い目指すゴール^{*5}に近づけていく技法（アジャイル型政策形成）等の提言がなされているところである。

先述のとおり、現状、地域包括ケアシステム構築の評価は事業実施の有無に力点が置かれており、実施した結果、何がどう変化した

のか（アウトカム）については、地域包括ケアシステムの性格上、国も必要十分な指標を示せてはいない（示すことはとても難しい）。一方で、地域包括ケアシステムの構築とは多様な専門職や地域の関係者が連携して進めていかなければならないものであり、行政が何らかの事業や働きかけを行えば、思惑通りの望ましい変化が起きるといって簡単なものではない。そのように考えると、地域包括ケアシステムの構築における「評価」は、まず計画を適宜柔軟に見直していくべきものと捉えた上で、長期的なアウトカムよりも短期的なアウトカム（初期アウトカム）を重視し、現在の取組が本当にアウトカムの実現につながっているのか、取組の試行錯誤のためのモニタリングと理解すべきではないだろうか。つまり、これまで「評価」は「評定」のような「静的」なものと理解されがちであったが、地域包括ケアシステムの構築における「評価」は次なる改善を行うための仕組み又は仕掛けであり、「動的」なものと捉え直すということである。

なお、地域包括ケアシステムの構築のためには、役所内はもとより、地域包括支援セン

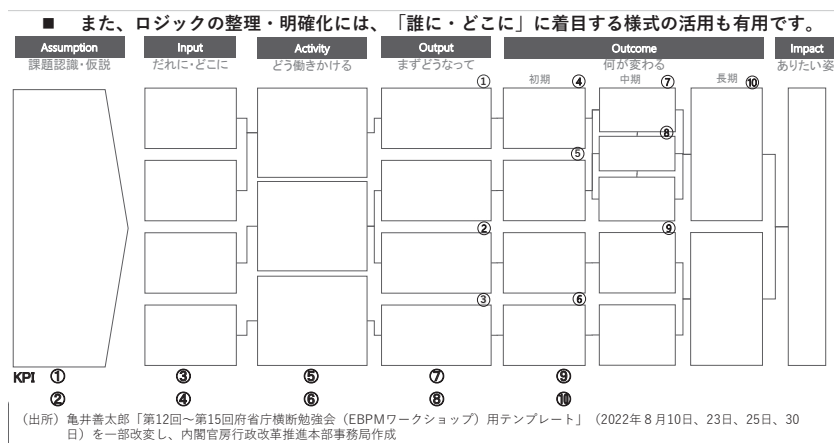
ターや介護事業者、医療機関や自治会等、とかく部分最適の行動になりがちな地域の関係者を地域全体にとって望ましい方向に動かしていく必要がある。しかし、具体的な行動変化を求めようとすると、総論賛成・各論反対になりがちである。そのため、内閣官房行政改革推進本部事務局が作成した「EBPMガイドブック」では、多様な関係者の視点や意見を可視化し、それを基に丁寧にコミュニケーションを重ねるよう促すツールとして、主体別にインプットが分かれているロジックモデルを提示している（図5）。

このロジックモデルは、愛知県豊明市が第8期介護保険事業計画策定において採用しているが、地域のありたい姿を共有した上で、その実現のために地域の多様な主体にどのように働きかけるのか（アクティビティ）、そのアクティビティによってまずどうなるのか（アウトプット）、そして働きかけた相手にどのような望ましい変化が起きることを狙うのか（初期アウトカム）を論理的に整理できる。介護保険事業計画策定にこのロジックモデルを取り入れ、策定後はこれをいわば「航海図」として、計画した取組を進めながら、地域の関係者が自律的に効果の検証とアクティビティの試行錯誤を短いサイクルで回すことができれば、地域包括ケアシステムの構築は推進されるのではないだろうか。

8 おわりに

以上、地域包括ケアシステム構築と保険者機能の強化のための技法として、政府の行政改革で示されているアジャイル型政策形成も含めて解説した。地域包括ケアシステムの構築は大変困難なことであるが、それでも高齢者の幸せな暮らしを実現するために、市町村の担当者が奮闘されることを期待したい。

図5 主体別ロジックモデル



出典：内閣官房行政改革推進本部事務局「EBPMガイドブック」Ver. 1.0

- *1 その後、令和2年度に公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加えて「介護保険保険者努力支援交付金」が創設され、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けが強化された。
- *2 西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステムー「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会、2013
- *3 医療経済研究機構「令和3年度老人保健健康増進等事業 介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した分析手法の開発及び活用促進に関する調査研究事業報告書」、2022
- *4 令和2年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業報告書・わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業を立ち止まって考える 地域づくりの実践に向けた道しるべ」令和3年（2021年）3月、株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所
- *5 内閣官房行政改革推進本部事務局「EBPMガイドブック」ver.1.0、2022.11.7
- *6 豊明市第8期高齢者福祉・介護保険事業計画（<https://www.city.toyoake.lg.jp/secure/20643/plan8.pdf>）（参照2023/5/7）

著者略歴

服部 真治（はっとり・しんじ）

千葉大学大学院医学薬学府博士課程修了、博士（医学）。1996年東京都八王子市入庁。介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐、厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐等を経て、2016年医療経済研究機構入職。放送大学客員教授等も務める。著書（共著）に、『私たちが描く新地域支援事業の姿ー地域で助け合いを広める鍵と方策』（中央法規）、『地域で取り組む高齢者のフレイル予防』（中央法規）など。