

世界が進むチカラになる。



広島県 令和8年度 地域包括ケアセミナー【基礎編】

はじめての 地域包括ケアシステム

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

主席研究員 岩名 礼介

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

雑談、感想、コメント、質問などをスマホ等で同時共有できます。

右のQRコードを読み取っていただければ、下記のイベントコードを入力しなくてもアクセスできます。

下記URLからアクセスする場合は、イベントコードを入力してアクセスしてください。

www.sli.do

Event Code:

#hiroshima

すべてのご質問への回答はお約束できませんので、あらかじめご了承ください。入力されたコメントは、本セミナーの参加者に開示されます。なお、投稿されたデータは、イベント終了後、数日内に削除しますが、主催者により個人が特定されない形で、セミナー事業への評価等として公開する場合がありますので、ご注意ください。



地域包括ケアシステムは 何を目指しているのか？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



「地域包括ケアシステム」の定義

目的と定義

「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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム(厚生労働省地域包括ケアシステムHP)

定義

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。(地域における医療と介護の総合的な確保の促進に関する法律)

現状

最期の時まで転々生活で
最期は病院

例えば、要介護になったら
デイサービス一択...

地域包括ケアシステム

政策・法律上の
目指す姿

住み慣れた地域での
生活の継続

自分らしい暮らし
≡自立した日常生活の継続

要するに

心身の状態が変わっても、
その都度引っ越しなどせず、
馴染みの人間関係・環境で
生活が継続できる

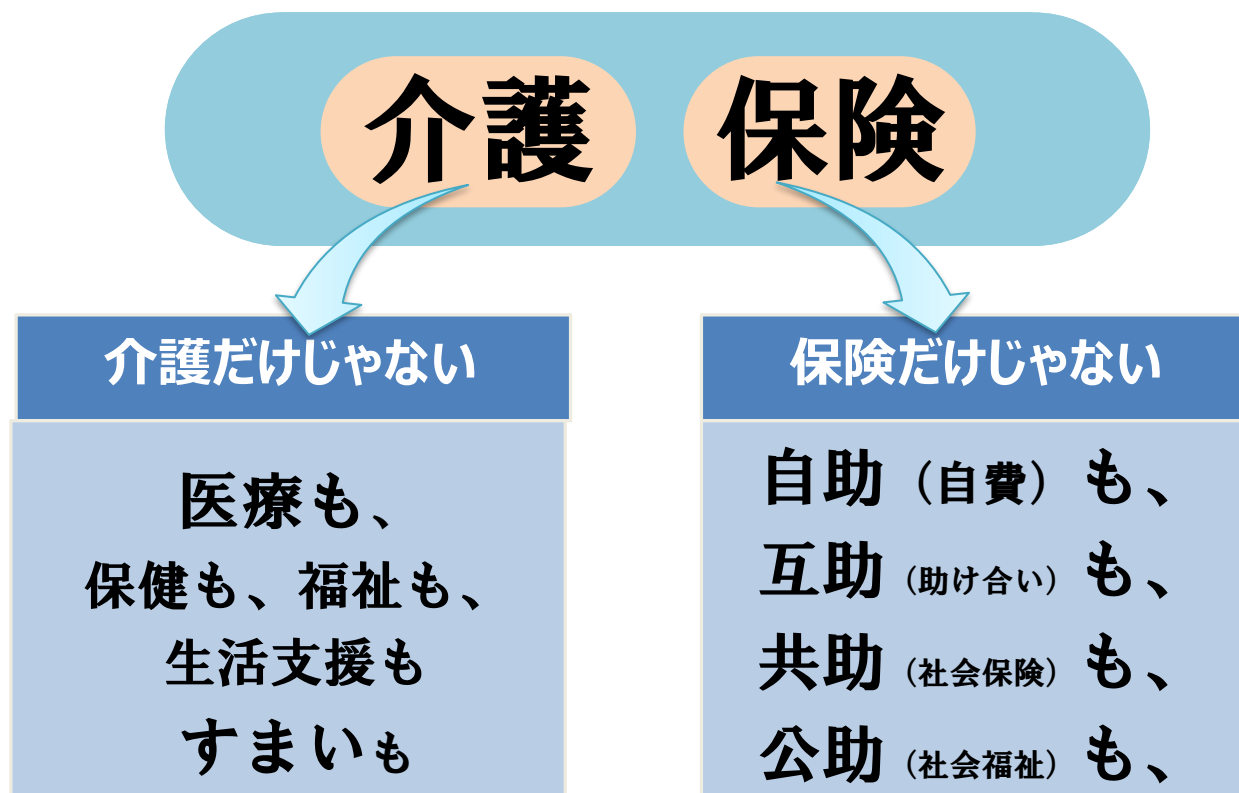
選択肢のある生活

医療・介護・介護予防・住まい
・生活支援を一体提供

馴染みの人に囲まれていて
贅沢は言わないから、
最低限のわがままが
言える生活

地域包括ケアシステムは、介護保険とどう違う？

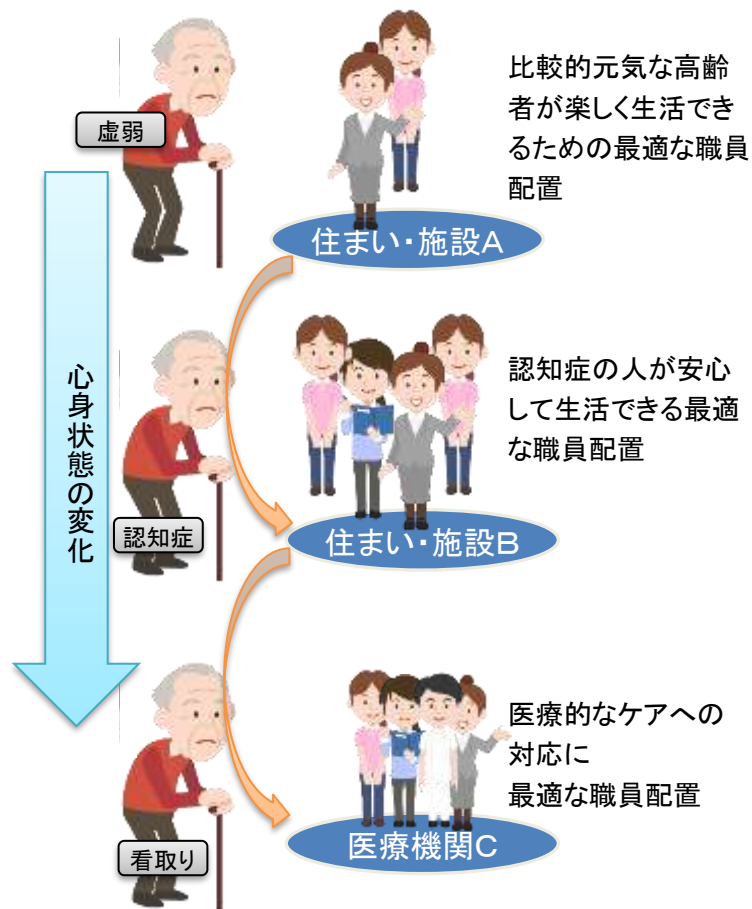
- 介護保険制度は、地域包括ケアシステムの1パーツに過ぎない。また対象は、介護だけではなく医療も生活支援も、適切な住まいも求められる。特に専門職領域については、社会保険制度を通じて提供されており、それ以外については、介護保険外の市場サービスにおいて提供されている。
- 多様な支援やサービスを一体的・包括的に提供するには、介護保険／医療保険（共助）だけでなく、自費の民間サービス（自助）も、地域の助け合い（互助）も、税財源の福祉サービス（公助）もあらゆる社会資源を組み合わせる必要がある。
- というか、健康な時の地域生活はそうようにして営まれているので要介護状態になっても、四助の組み合わせは当然といえば当然。



地域包括ケアシステムは「人にケアを合わせる仕組み」

人がケアに合わせる仕組み

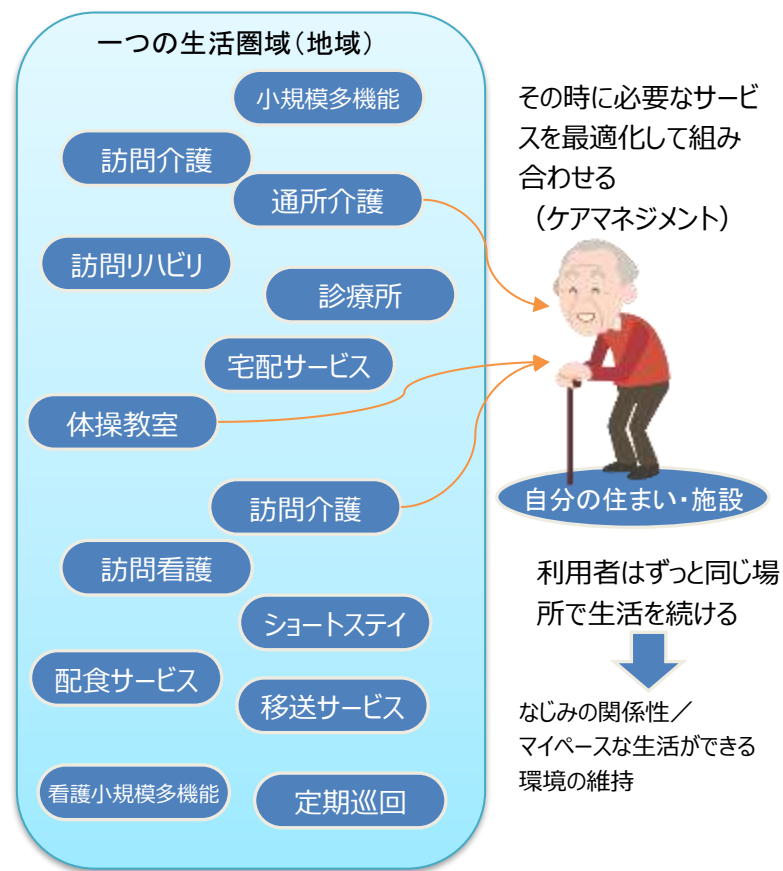
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「人にケアを合わせる」ことで「転々生活」から脱却できる

専門職間の連携推進

(在宅医療・介護連携推進事業)

サービスの提供主体は、異なる法人であっても事業者間連携により機能を統合的・一体的に提供することで利用者の不安を軽減し、**なじみの環境での生活継続**を「安心感」をもって支え、「転々生活」を回避。

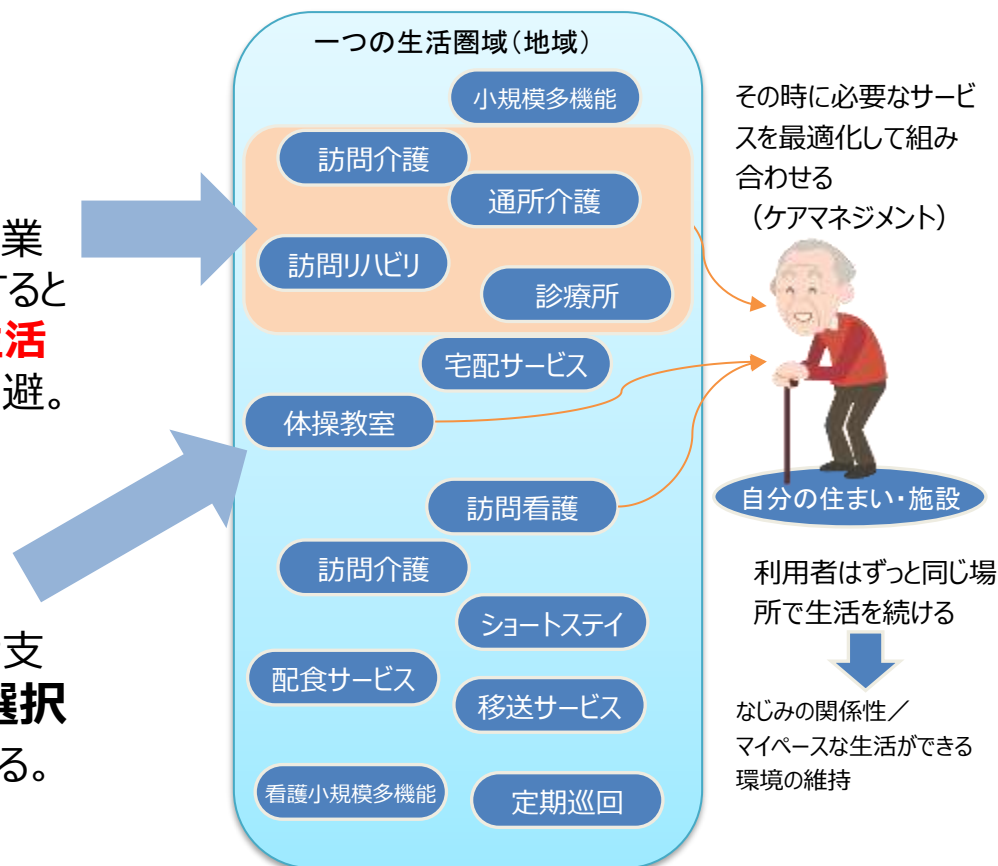
多様な選択を提供

(生活支援体制整備事業)

一人ひとりの生活の多様性に寄り添うため、生活支援は地域生活については、可能な限り**多様な選択肢を提示**できるように地域資源を発見・開発する。

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「**まとまる**」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「**まじわる**」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

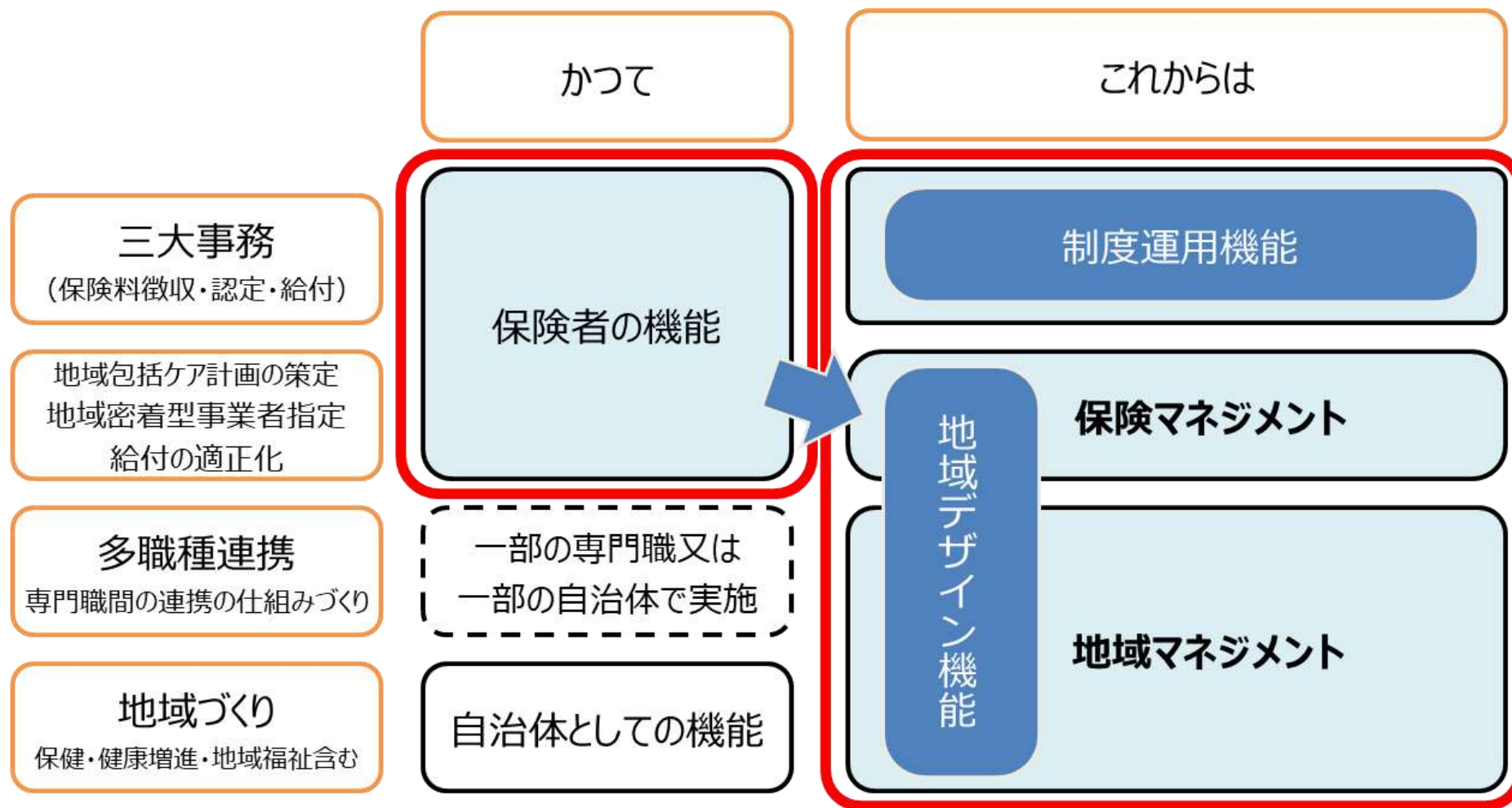
地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

新しい地域支援事業（包括的支援事業）は、地域包括ケアシステムを具体化するための取組の総称

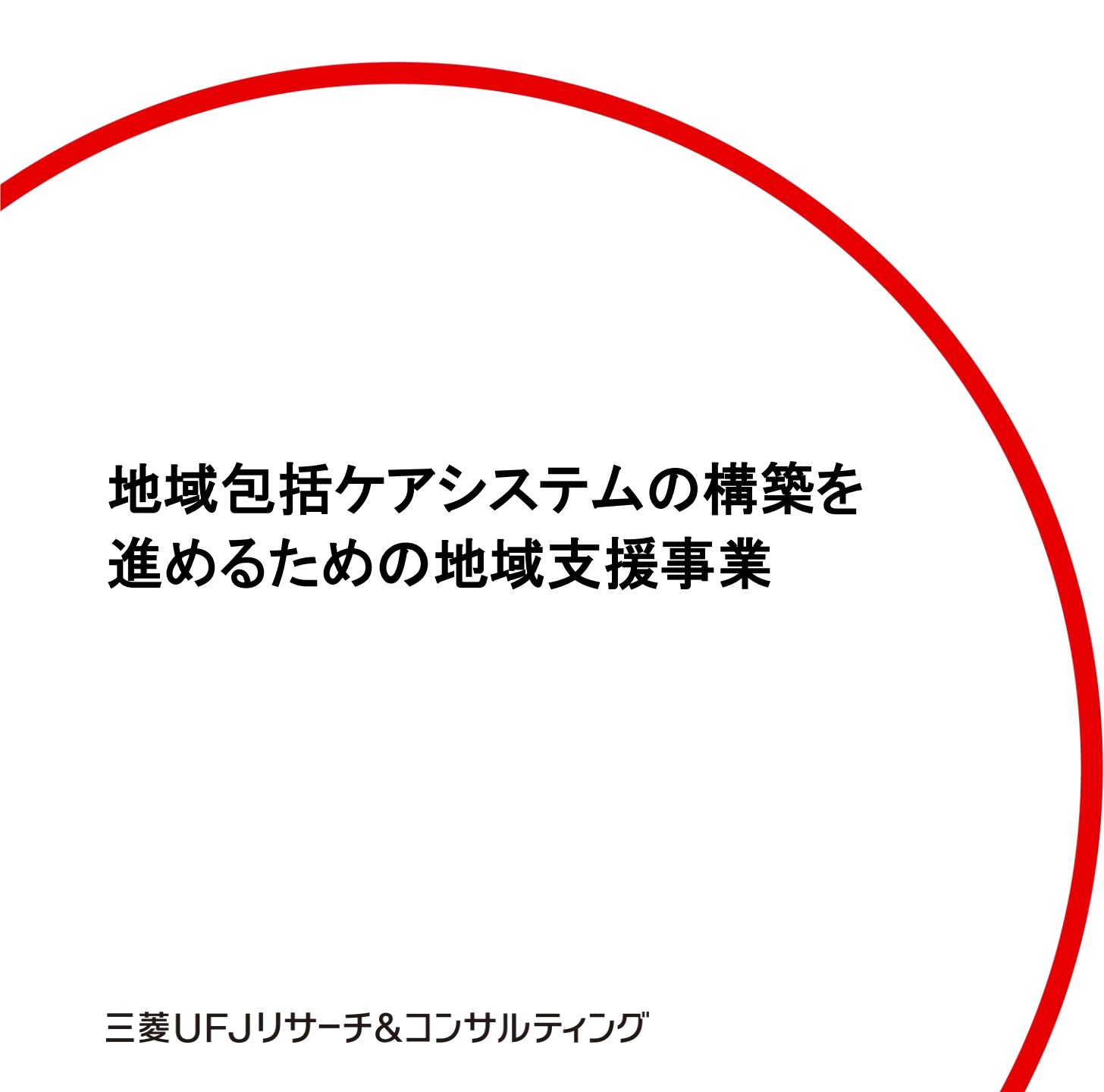


出所)植木鉢の絵:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。楕円と周辺の文字については筆者が加筆。

地域包括ケアの進展と保険者機能の変化



資料) 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<地域包括ケア研究会> 2040年：多元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―」(厚生労働省 平成30年度老人
保健健康増進等事業)



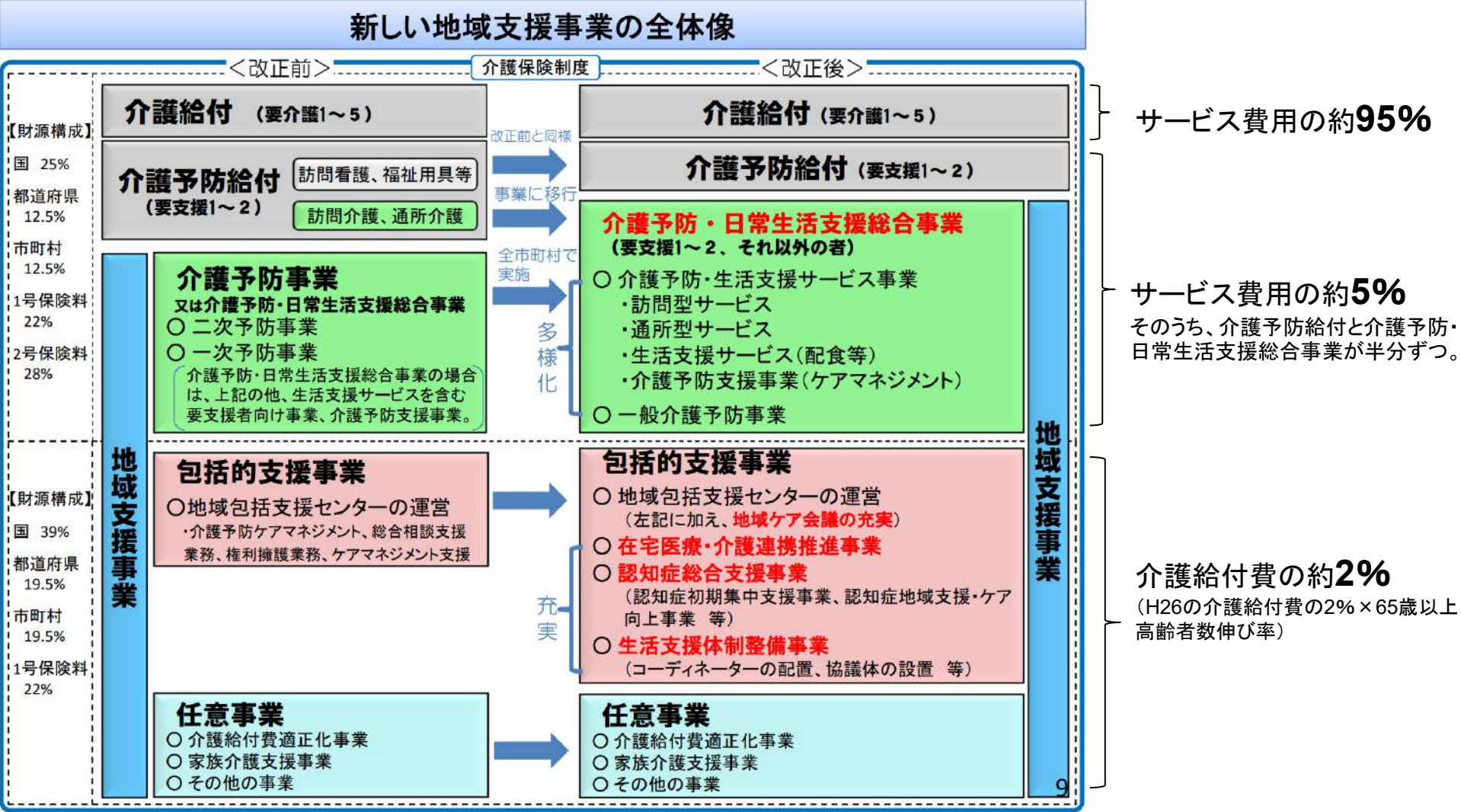
地域包括ケアシステムの構築を 進めるための地域支援事業

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域支援事業の全体像



「地域への投資」は少額だが行政業務においては大きい

地域支援事業

介護給付（要介護者）

介護予防給付（要支援者等）

介護予防・日常生活支援総合事業

地域包括支援センター／地域ケア会議

在宅医療・介護連携推進事業

認知症総合支援事業

生活支援体制整備事業

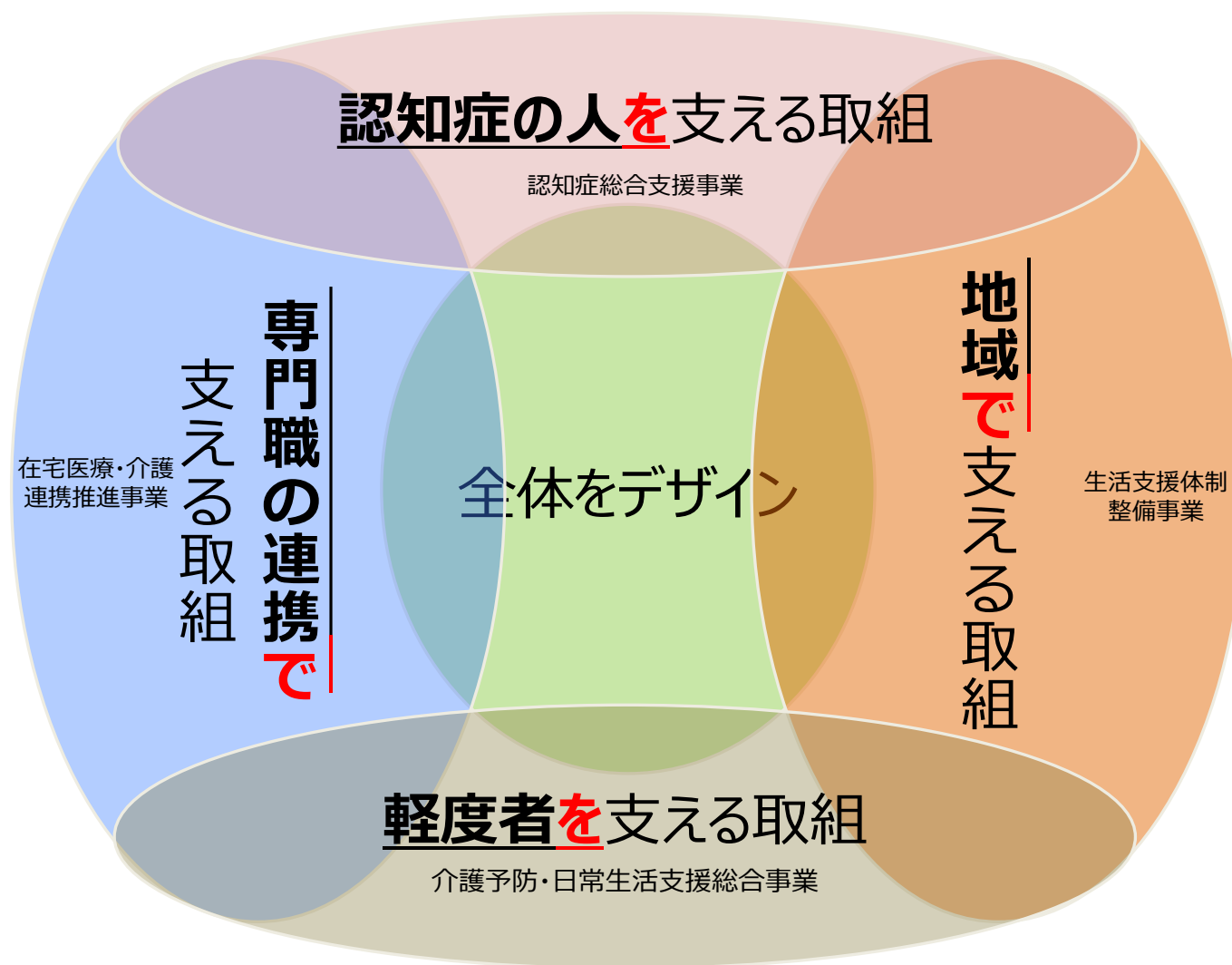
【量的】サービスの提供・確保

実態としては事業者が主体であり、保険者としての機能は公募・指定などに限定される。

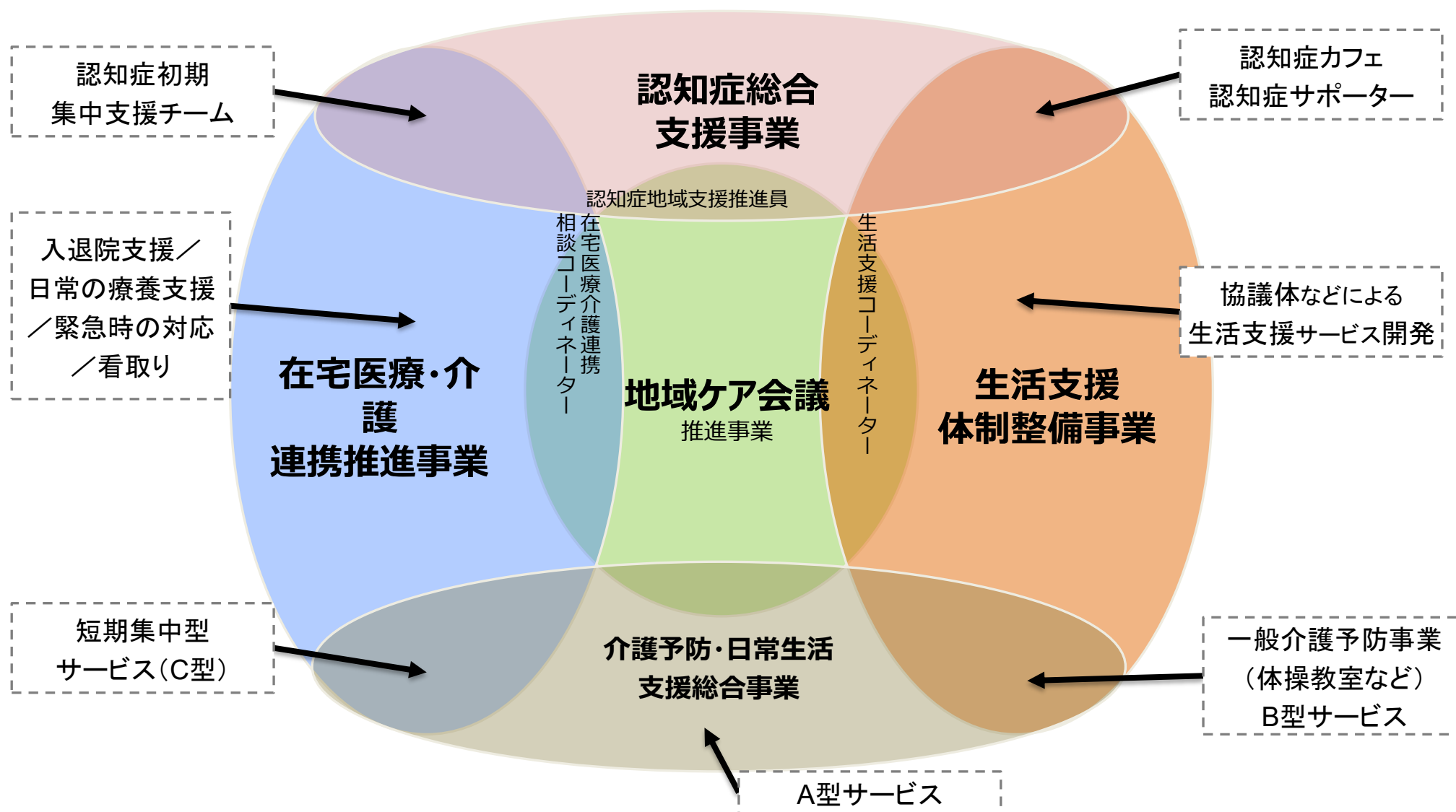
【質的】地域資源間の連携・協働

保険者は主体として取組を牽引。大きな枠組みとしては専門職領域における協働としての「多職種連携（医療介護連携）」と、地域関係者との協働による「地域づくり（生活支援体制整備事業）」の大きく2系統に整理できる。

「誰を」「何で」支えるのか？



地域ケア会議を地域支援事業の連動性



地域包括ケアシステムの成果は 計測できるのか？

～そのものを計測できなくても、その前提条件を可視化することは可能

在宅生活改善調査

～在宅での生活は継続されているか？

居所変更実態調査

～施設における転々生活は回避されているか？

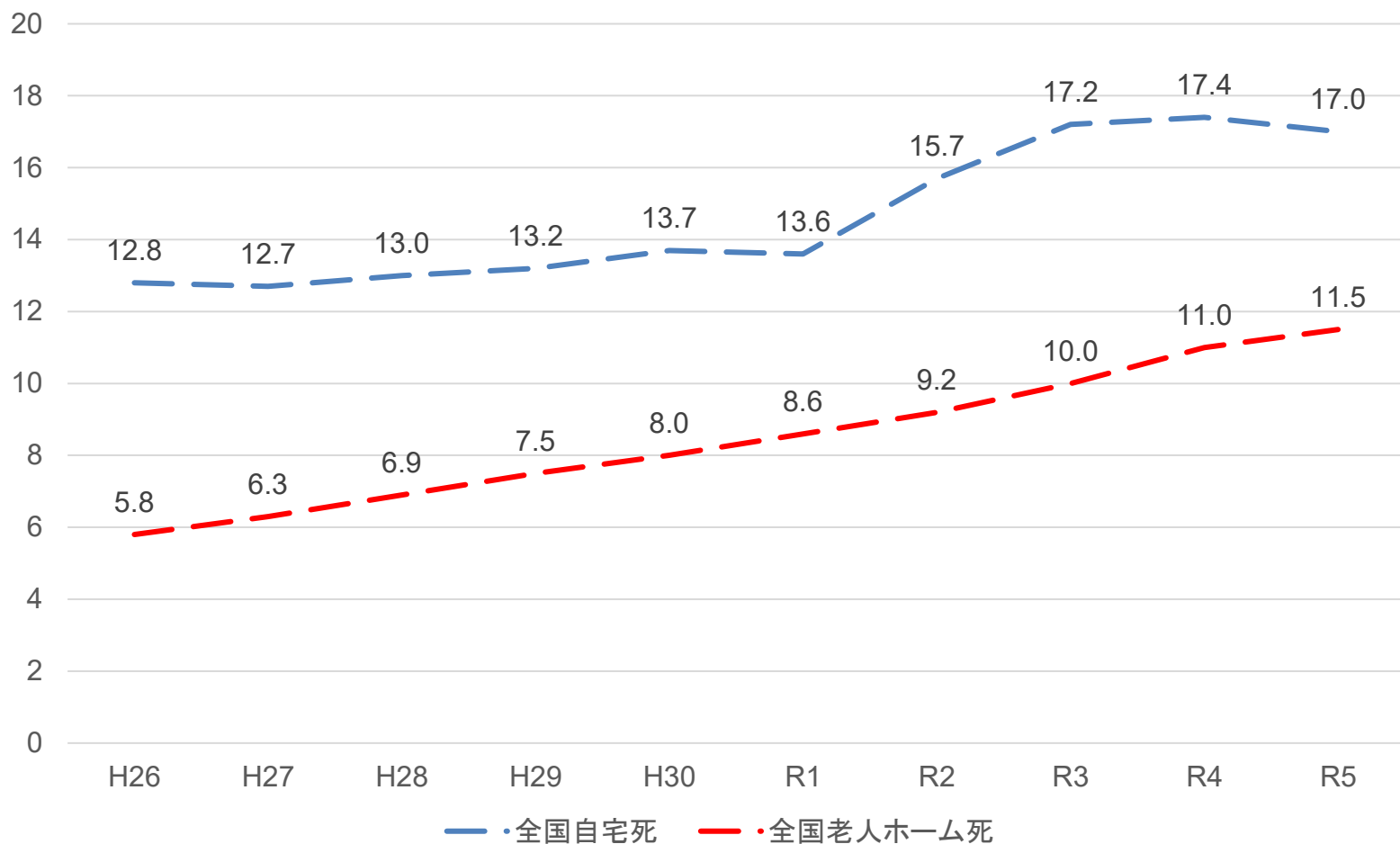
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



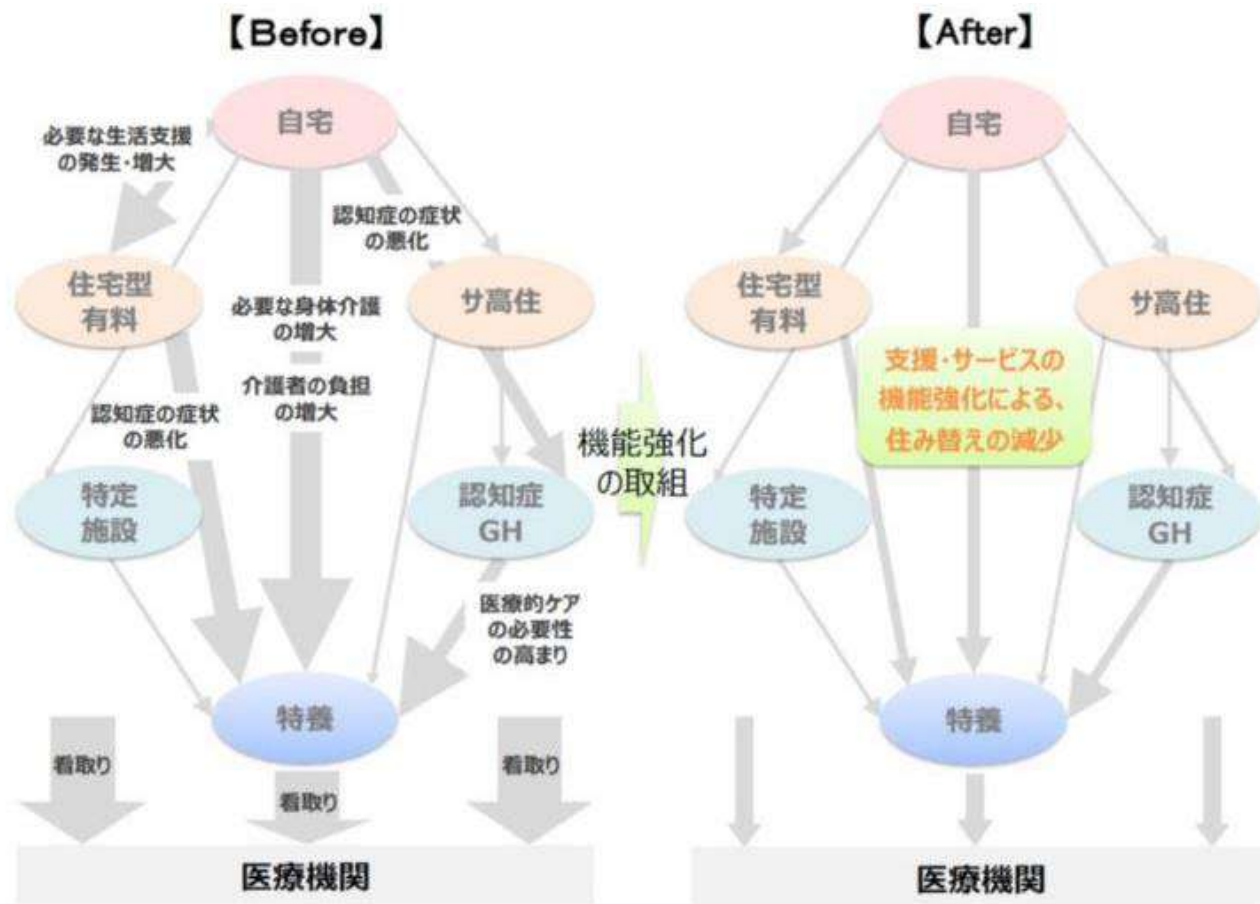
マクロでみれば成果はでている

自宅死・施設死の推移(全国)



「転々生活」をなくすためには「動態」を把握しなければ課題はわからない

「転々生活」は時間軸の中で発生するため、「ある時点」での利用者の居所の比率（例えば、在宅-施設の比率）は、単に現在の居所を表しているにすぎず、地域包括ケアの視点から評価はできない。問題は、「いまいる場所での生活の継続（それが施設であれ居宅であれ）がなぜできないのかということである。（見える化システムの**在宅-施設比率はアウトカム指標にはならない**）



アウトカム指標の考え方

地域包括ケアシステムにおけるアウトカム

軽度者向け施策のアウトカム

- 地域支援事業の実施要綱(令和6年8月6日改正)において厚生労働省から具体的な評価指標の在り方が示されている。
- 一部の指標は介護予防・日常生活圏域二重調査のデータから分析可能(総合事業の充実に向けたワークシートで自動集計可能な項目も)

総合事業の充実に向けた評価指標の例				
3つのアプローチ	プロセス	アウトプット	アウトカム	最終アウトカム
1 高齢者の選択数の拡大	生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績	多様なサービス・活動の提供回数	近隣相当サービスが位置づけられ、広域の連携	
2 ポピュレーション・アプローチ	出前講座・説明会等の開催回数 通いの場の開設数 体力測定会の開催回数 広域活動の回数	多様なサービス・活動の参加者数等 出前講座・説明会等に出向した住民の数 通いの場の参加者数	多様なサービス・活動に対する継続参加率 社会参加率 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率	☐ 調整済み継続参加率 ☐ 初回認定者の平均年齢 ☐ 在宅継続率・率
3 ハイスルク・アプローチ	孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等 サービス・活動に必要となる専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等	孤独・孤立等の状態にある高齢者の地域への活動の参加者数 想定対象者における要援の参加者数 参加者の参加前後の生活状況等の変化	孤独・孤立等の状態にある高齢者の地域の活動の継続参加率 社会参加率 参加者の一定期間後の生活状況等	

在宅領域におけるアウトカム

在宅居所変更率・在宅看取率

在宅生活改善調査

- ケアマネジャーが担当する利用者のうち、過去1年間に在宅から居所を変更した人の数を整理・分析。
- 在宅での生活継続を断念した人の数を把握することが可能。
- 特に軽度における在宅断念者の数をどのように減少させていくかが一つのポイント。
- 特に、軽度者については、介護予防・日常生活支援総合事業の評価指標としても有効と思われる。

施設領域におけるアウトカム

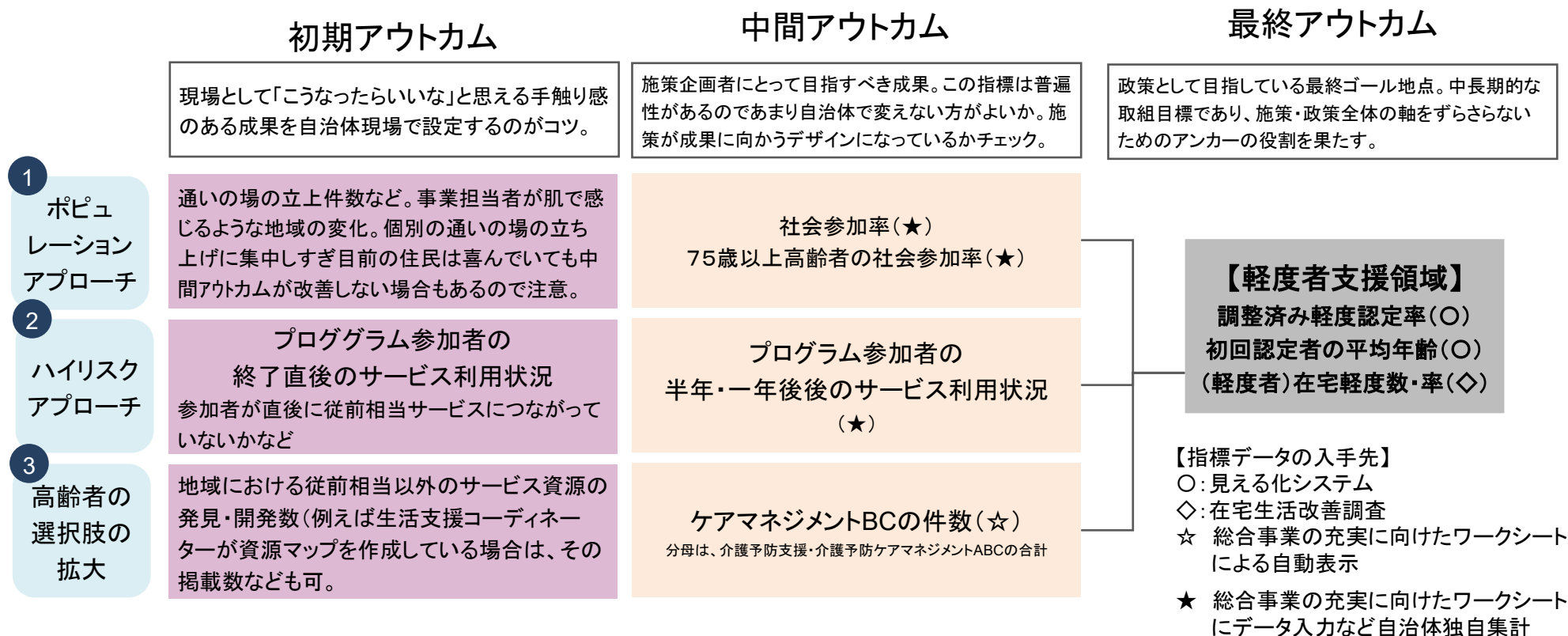
居所変更率・施設看取率

居所変更実態調査

- 介護保険施設・居住系・高齢者の住まい等における過去1年間の退去・退所者数を調査。
- 過去1年間に居所変更せざるをえなかった利用者の数を把握することを目的としている。高齢者施設における医療対応等が問題視される中、施設退去者の状況把握は、在宅医療・介護連携推進事業のアウトカム指標としても活用可能。

軽度者支援におけるアウトカム指標の考え方(私見)

- ◆ 国の提示しているアウトカム指標については、「[介護予防・日常生活支援総合事業をもう一度考えるためのガイドブック](#)」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)の第3章において、基本的な考え方を提示しており、またこの調査研究をもとに国の実施要綱(別添2)で評価案が提示されている。これらを元に各自治体が創意工夫して設定可能。
- ◆ 以下は、岩名個人が私見として、評価作業の手間(データの入手など)や、評価後の取組の改善につなげやすいかの観点から、自治体で評価しやすいと思う項目を整理している。



「転々生活」は測れる：「在宅生活改善調査」と「居所変更実態調査」

- ◆ 調査票は無償公開されており、調査実施用の文書ひな形（調査対象への協力依頼文書など）及び回答入力（集計）用のエクセルが提供されている他、入力されたデータを自動集計・自動報告書出力するツールも無償配布中。メール等を活用すれば費用ゼロで調査可能。
- ◆ また集計結果は、「在宅限界点」「施設限界点」に関連するアウトカム指標として活用可能。

区分	調査対象と視点	把握できること	結果の活用例
在宅生活改善調査	一般居宅 在宅限界点 の定量化	- 過去1年で在宅生活を諦めた利用者数。 - 現在の居宅サービス利用者のうち、在宅生活の継続が困難になっている人数とその原因。 - さらに、何があれば継続が可能か（ケアマネの視点から）	<u>過去1年で在宅生活を諦めた利用者数や全体に占める割合をアウトカムとして設定可能。</u> - また在宅断念者が施設等に入所した場合、それが市町村内なのか市町村外なのかの比率をもって、「住み慣れた地域」に残った割合としてアウトカム設定可能。 - データをもとにしたケアマネとの対話など通じて施策協議を深めることが可能。
居所変更実態調査	施設等 介護保険施設 居住系 サ高住などの住まい 施設限界点 の定量化	- 過去1年で施設を退所した人数と移動先、要介護度。 - 施設種別・施設毎の医療的ケアの提供状況、看取りの状況	- 各施設の特徴や機能を把握できることから、総合相談等でより実態に即した情報提供が可能。 <u>退所者に占める死亡退所の割合を施設のアウトカムとして設定することも可能</u> - また居所変更先が市町村内なのか市町村外なのかの比率をもって、「住み慣れた地域」に残った割合としてアウトカム設定可能。

過去1年間の退居・退所者の状況

過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料	222人	397人	619人
(n=56)	35.9%	64.1%	100.0%
軽費	276人	43人	319人
(n=50)	86.5%	13.5%	100.0%
サ高住	777人	649人	1426人
(n=139)	54.5%	45.5%	100.0%
GH	825人	518人	1343人
(n=277)	61.4%	38.6%	100.0%
特定	750人	708人	1458人
(n=92)	51.4%	48.6%	100.0%
地密特定	1人	10人	11人
(n=1)	9.1%	90.9%	100.0%
老健	6374人	942人	7316人
(n=89)	87.1%	12.9%	100.0%
介護医療院	693人	793人	1486人
(n=32)	46.6%	53.4%	100.0%
特養	907人	2669人	3576人
(n=169)	25.4%	74.6%	100.0%
地密特養	169人	454人	623人
(n=67)	27.1%	72.9%	100.0%
合計	10994人	7183人	18177人
(n=972)	60.5%	39.5%	100.0%

過去1年間の居所変更した行先の内訳（市町内／外）

サービス種別	市町内	市町外	合計
住宅型有料	190人	24人	214人
(n=56)	85.6%	10.8%	100.0%
軽費	238人	30人	268人
(n=50)	86.2%	10.9%	100.0%
サ高住	668人	94人	762人
(n=139)	86.0%	12.1%	100.0%
GH	741人	68人	809人
(n=277)	89.8%	8.2%	100.0%
特定	646人	104人	750人
(n=92)	86.1%	13.9%	100.0%
地密特定	1人	0人	1人
(n=1)	100.0%	0.0%	100.0%
老健	5700人	674人	6374人
(n=89)	89.4%	10.6%	100.0%
介護医療院	535人	158人	693人
(n=32)	77.2%	22.8%	100.0%
特養	770人	112人	882人
(n=169)	84.9%	12.3%	100.0%
地密特養	159人	9人	168人
(n=67)	94.1%	5.3%	100.0%
合計	9648人	1273人	10921人
(n=972)	88.3%	11.7%	100.0%

※行先の内訳（市町内／外）「把握していない」は除外して算出

【参考】データの入手方法（すべて無料）

全体的な解説はこちら➡



	リンク	解説
在宅生活改善調査	解説動画： https://youtu.be/oJuem62uvf8	地域包括ケアのアウトカム指標はこれが基本と 考えています。住み慣れた場所での生活が継 続できているかを計測する指標。
居所変更実態調査	解説動画： https://youtu.be/tY7CjBX2uac	地域包括ケア計画（介護保険事業計画） 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (murc.jp) から調査票、調査対象向け依 頼状のひな形、自動集計ソフトを DL可能。調査回答を入力したエクセルを読み 込ませると自動的に集計・分析し、報告書を 自動生成。
地域医療にかかる地域 別データ集	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html	各市町村別の在宅死の割合／老人ホーム 死の割合が整理されているデータ。ただし、施 設種別の状況は不明。また在宅死には多様 な死が含まれており、看取りとは限らない点 は注意が必要。
認知症で長期入院と なっている高齢者の数	ReMHRAD - 地域精神保健福祉資源分析データ ベース	「在・退院者の状況」のタブから「都道府県」 「自治体指定」「65歳未満・65歳以上」を選 択、入院期間「1年以上」を選択の上、主診 断を「F0」で設定すると全国との比較も含めた 集計結果を表示

人口減少社会における 介護サービス基盤の確保

①第10期介護保険事業計画期間における 国の介護サービス基盤整備

なお、詳細については、第126回社会保障審議会介護保険部会資料1「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築等」も参照してください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001556760.pdf>



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。

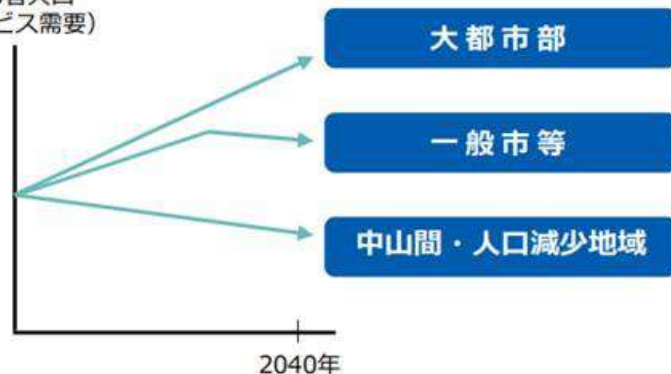


論点① 地域の類型の考え方

現状・課題

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築やその推進が図られてきた。
- 今後、**2040年には、65歳以上の高齢者数がピークを迎える**とともに、**介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上人口が増加する**。一方で、**現役世代の生産年齢人口の減少**も見込まれ、どのように高齢者を支えていくかが課題である。
- これに加えて、2040年に向けては、**自治体・地域の規模によって、高齢化や人口減少のスピードには地域によって大きな差が生じることが見込まれ、地域によってサービス需要の変化は様々となる**。
- このような中において、地域におけるサービス供給の状況を踏まえつつ、**2040年に向けて、「時間軸」・「地域軸」の両視点から、地域における人口減少・サービス需要の変化に応じ、全国を「中山間・人口減少地域」、「大都市部」、「一般市等」と主に3つの地域に分類して、テクノロジー等も活用し、その地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築していくことが重要である**。
- また、人口構造の変化に応じて、各地域が3つの地域の類型を行き来する可能性がある。各地域において、サービス需要の変化を注視し、サービス提供体制等を検討していくことが求められる。

高齢者人口
(サービス需要)



- ・ 高齢者人口が2040年にかけて増加し続け、サービス需要が急増する地域。増加する介護ニーズに応える仕組みを検討する必要。
- ・ 多様なニーズに対応した多様なサービスを提供するとともに、ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤を整備することが重要。

- ・ 高齢者人口が増減し、サービス需要の状況が2040年までの間に増加から減少へ転じる地域。既に、中山間や人口減少エリアを抱えている地域もあると考えられる。
- ・ 近い将来に「中山間・人口減少地域」になることを見越して、早い段階から準備を進め、必要に応じた柔軟な対応を図っていく必要。

- ・ 高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する地域。利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、その需要に応じて計画的にサービス基盤の維持・確保を図る必要。
- ・ 住民の理解のもと、サービス提供の維持・確保を前提として、柔軟な対応を講じていくことが必要。

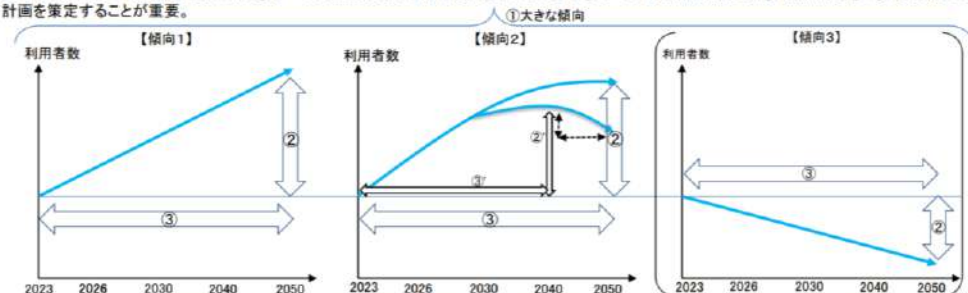
これまでも議論されてきた論点：いよいよ具体策へ

中長期的な地域の人口動態やサービス需要を踏まえたサービス基盤の整備について

○ 第9期計画においては、中長期的な人口動態等を踏まえたサービス需要の見込みや生産年齢人口の動向を踏まえ、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランス良く組み合わせて整備することが重要。

＜参考＞地域における中長期的なサービス需要の傾向に応じた整備の考え方(例)

◆ 中長期的なサービス需要を踏まえ、①サービス基盤の大きな傾向を把握し、その上で②サービス整備の絶対量、③期間(角度②/③)を勘案して第9期計画を策定することが重要。



【サービス需要が増加し続ける地域】

(例) 特養など施設の整備に加え、高齢者向けの住まいも含めた基盤整備、在宅生活を支える地域密着型サービス(小規模多機能・GH・既存資源を活用した複合型サービス等)の充実など、地域の資源を効率的に活用しつつ、整備することが重要。

【サービス需要のピークアウトが見込まれる地域】

(例) サービス需要のピークアウトを見据えた在宅生活を支える地域密着型サービスの整備、将来的な機能転換や多機能化を見据えた施設の整備など、地域の実情に合わせた検討が重要。

【サービス需要が減少する地域】

(例) 介護人材の有効活用の観点から、既存事業所の包括報酬型サービスへの転換、既存施設の多機能化、共生型サービスの活用など地域の実情に応じた対応の検討が重要。

(共通)

- ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者のサービス需要や在宅医療の整備状況を踏まえて、看護小規模多機能型居宅介護などの整備の検討や医療・介護連携の強化も
- ・ 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、議論することが重要。
- ・ 広域型施設である介護保険施設、地域密着型サービスを組み合わせ、周辺保険者の整備を進めることが必要。

資料) 厚生労働省 第106回社会保障審議会介護保険部会資料

図6 市町別人口構造等の推計
【2020年 から 2040年】



従来の「基準該当サービス・離島等相当サービス」に加え「新類型」



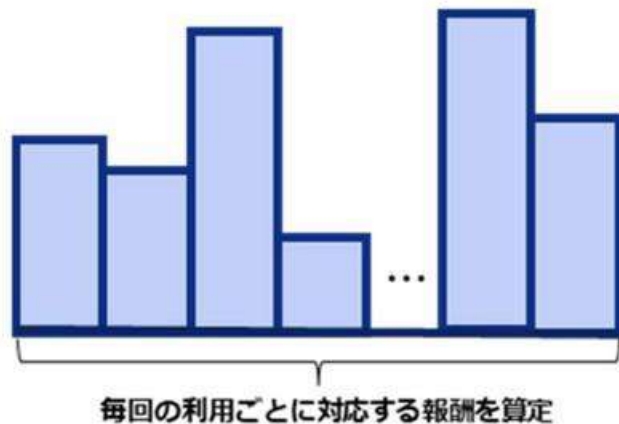
資料)厚生労働省 第133回社会保障審議会介護保険部会 参考資料「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」

包括的な評価の仕組みのイメージ (案)

一例としては、以下のような方法が考えられるが、経営に与える影響、サービス提供に与える影響、利用者負担に与える影響、モラルハザードの抑制など、様々な観点を踏まえつつ、介護給付費分科会において議論。

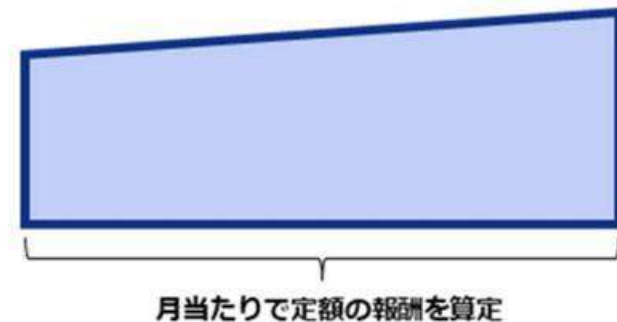
(現行：出来高報酬)

- ✓ サービス内容・提供時間に応じて**回数単位・出来高**で算定
- ✓ **各種加算**は事業所の体制や利用者の状態に応じたサービス提供等を踏まえて**回数単位・出来高**で算定



(包括報酬)

- ✓ **月単位・定額**で算定（要介護度や事業者の体制を踏まえた多段階）
- ✓ **各種加算**も大きくくりで包括化、簡素な仕組みに
- ※ 標準的な提供回数を超える分等は、別途算定

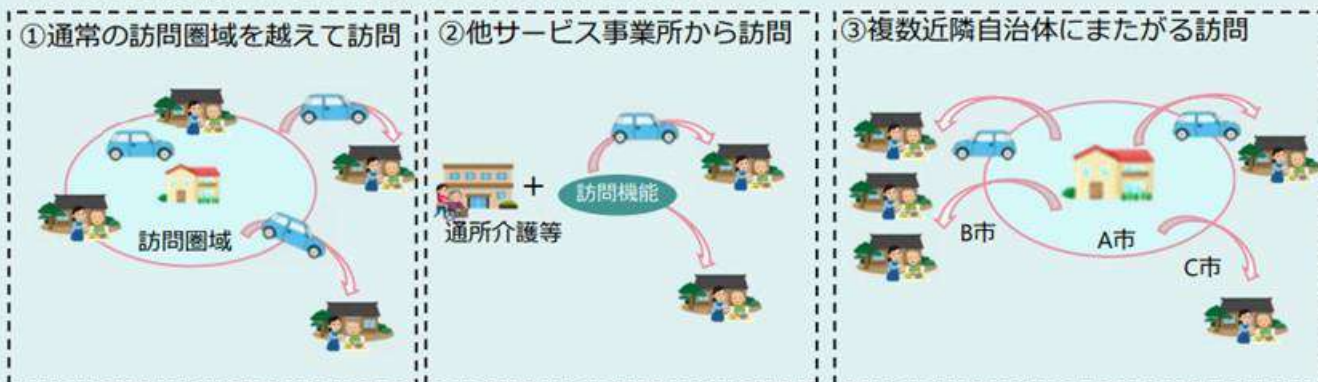


介護サービスを事業として実施する仕組み

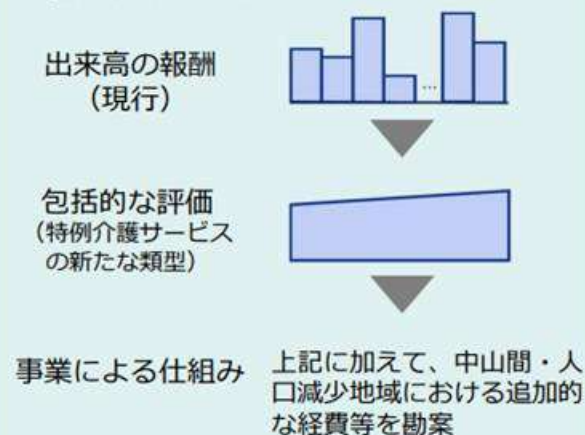
新たな事業のポイント

- 中山間・人口減少地域における介護サービス基盤の維持・確保のため、給付の枠組みの中で、特例介護サービスの新たな類型や、当該類型を活用した包括的な評価の仕組みの創設を検討。今後、2040年を見据えると、サービスを提供する担い手だけでなく、**更なる利用者の減少が進む地域も想定される中、こうした給付による特例の仕組みを活用しても、なおサービス提供体制を維持することが困難なケースが想定される。**
 - ※ 現在は、自治体がかかりましの移動コストを負担するケースや、自治体の後押しにより、介護ソフト等のICTの活用や、地域の診療所・ケアマネジャー・他の介護サービス事業所との連携を密に行うことにより対応している実態がある。
- 地域の選択肢の一つとして、**契約に基づき利用者本位でサービスを選択するという介護保険の制度理念を維持するとともに、利用者が住み慣れた地域を離れ、在宅での生活を継続することが困難となる状況を防ぐ観点から、給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業により、給付と同様に介護保険財源を活用し、事業者がサービス提供を可能とすることが考えられる。**
- こうした観点を踏まえて、中山間・人口減少地域において、市町村が、地域におけるサービス需要の状況やサービス提供体制の実情に応じて、柔軟にサービス基盤を維持・確保していくことができるよう、特例介護サービスとあわせて、市町村が、事業として、給付の仕組みと同様、介護保険財源を活用して柔軟に実施できる選択肢を設けることが考えられないか。

<事業による仕組みを活用することが想定されるケース>



<収入のイメージ>



サービス類型以外にも、サービス基盤整備の手法は多岐にわたる

人口減少・中山間地域等

- 特例介護サービス（基準該当サービス・離島等相当サービス）に加え、**新類型のサービスの創設**（今後、給付費分科会で議論）
- 市町村における介護サービス事業の実施（特例介護でも難しい場合）。※出来高ではなく**包括払い**の導入
- 介護事業者の連携強化（間接業務の引き受けなど）
- 既存施設の有効活用（補助金の国庫返納規定の特例拡充）
- 調整交付金（より精緻な区分）

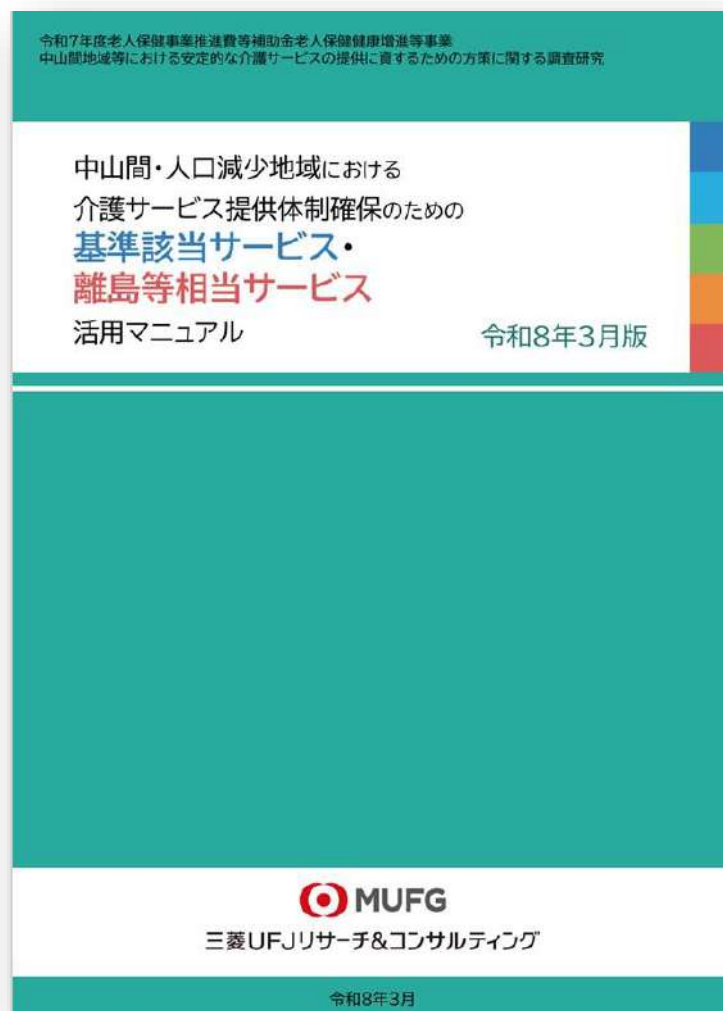
【私見】

- 調整交付金以外の事項については、いずれも保険者のデザイン能力・関係者等との調整を前提としており、「地域の実情にあったデザイン」という点で総合事業と共通点が多い。国からの取組を単に実施する取組ではなく、「企画業務」としての性質が強いことを認識。
- 特例介護サービス以外にも、地域密着型サービスにおける独自加算・条件付加など既存の独自施策の活用も必要。

大都市部

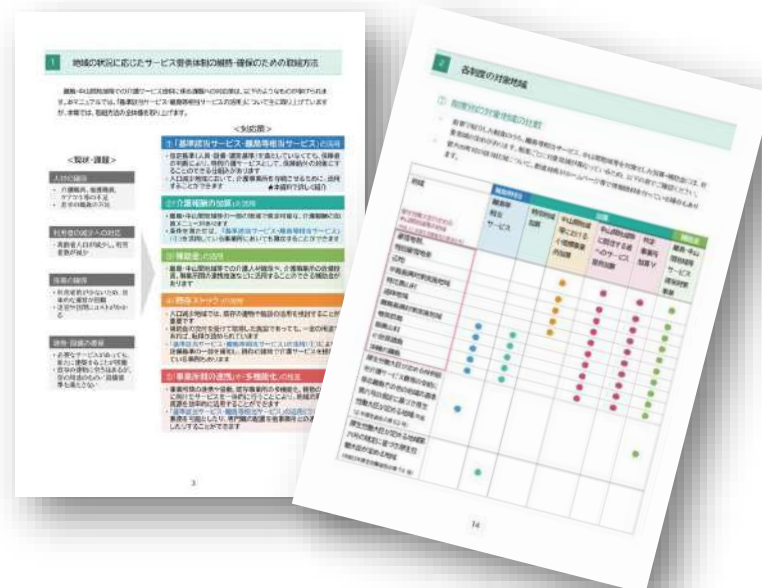
- 定期巡回随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の統合。
- こちらについては、以前から議論が進められてきたところ。夜間対応型訪問介護は廃止へ。
- **【私見】**ヘルパーの高齢化と経営難で訪問介護が減少していく中、常勤職員を中心に運営される「定期巡回、小多機、看多機」のいわゆる3サービスの整備充実は、不可欠。独自加算や運営補助などを積極的に検討すべき段階。

基準該当サービス／離島等相当サービス活用マニュアル



第10期介護保険事業計画期間において創設が予定されている人口減少地域における「新類型サービス」の前提として、既存の「基準該当サービス」「離島等相当サービス」の導入に向けた実践的な活用マニュアルが登場。

三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社「中山間地域等における安定的な介護サービスの提供に資するための方策に関する調査研究」、令和7年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）



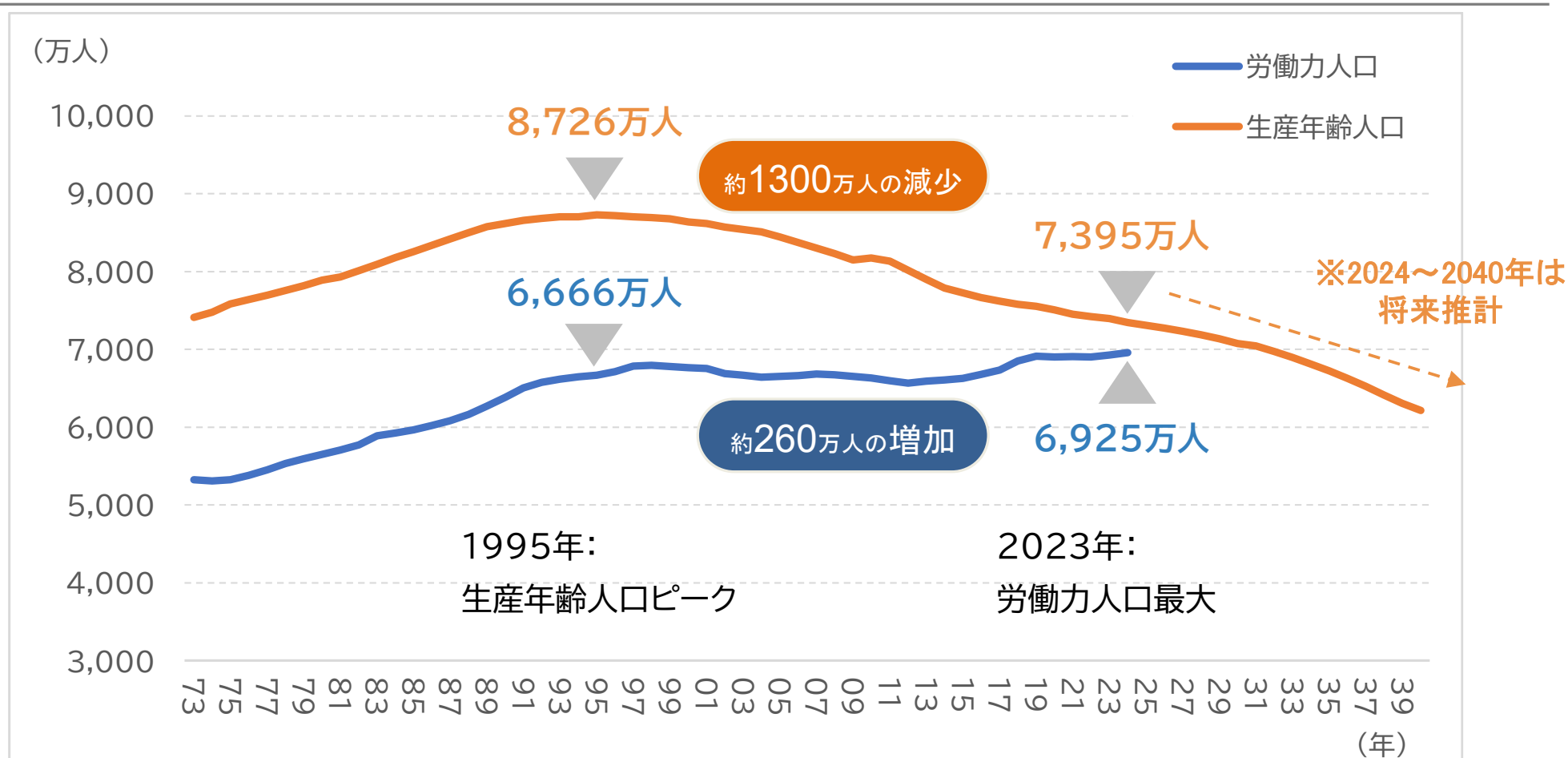
人口減少社会における 介護サービス基盤の確保

- ②住民主体にだけ依存する
生活支援体制整備で地域生活は支えられるか？

生活支援体制整備が抱える行き詰まり感

- 地域全体における人口減少と専門職の不足（中重度者を支える地域で支えるためには、軽度者支援における脱専門職化が不可欠）人口減少が進むといっても、多くの自治体において要介護者は引き続き増加、または横ばいであり、持続可能性が大きな課題となる。
- 【過去10年の自治体での動き】 住民主体の活動（通いの場・体操教室の創出等）に対する支援の展開：全国10万か所以上の通いの場の創出＋住民主体による支援の限界←高齢者・女性の社会参加の進展によって「活動住民の空洞化」が進む。
- 【過去10年における民間資源へのアプローチ】 多様な主体によるサービス・活動の創出といいながら、緩和型では、民間企業によるサービス参入は進まず。「民間企業を介護サービス業界の土俵に上げる」という発想から脱却する。介護保険サービス（従前相当サービス）の簡素版を、民間企業に委託するという発想では、民間企業は動かない。
- 逆に、「介護行政側が、民間企業の土俵にお邪魔する」という発想で取り組む。つまり、介護保険の枠組にとらわれない民間企業の自由な取り組みを前提に、そのサービスを要支援者等が利用する場合に必要な追加的なサポート部分を行政が工夫して支援するという発想にたつ。民間企業のサービスの「高齢者フレンドリー化」を進める視点が重要。

【人材：供給】実は「生産年齢人口」は30年も前から減少し続けている

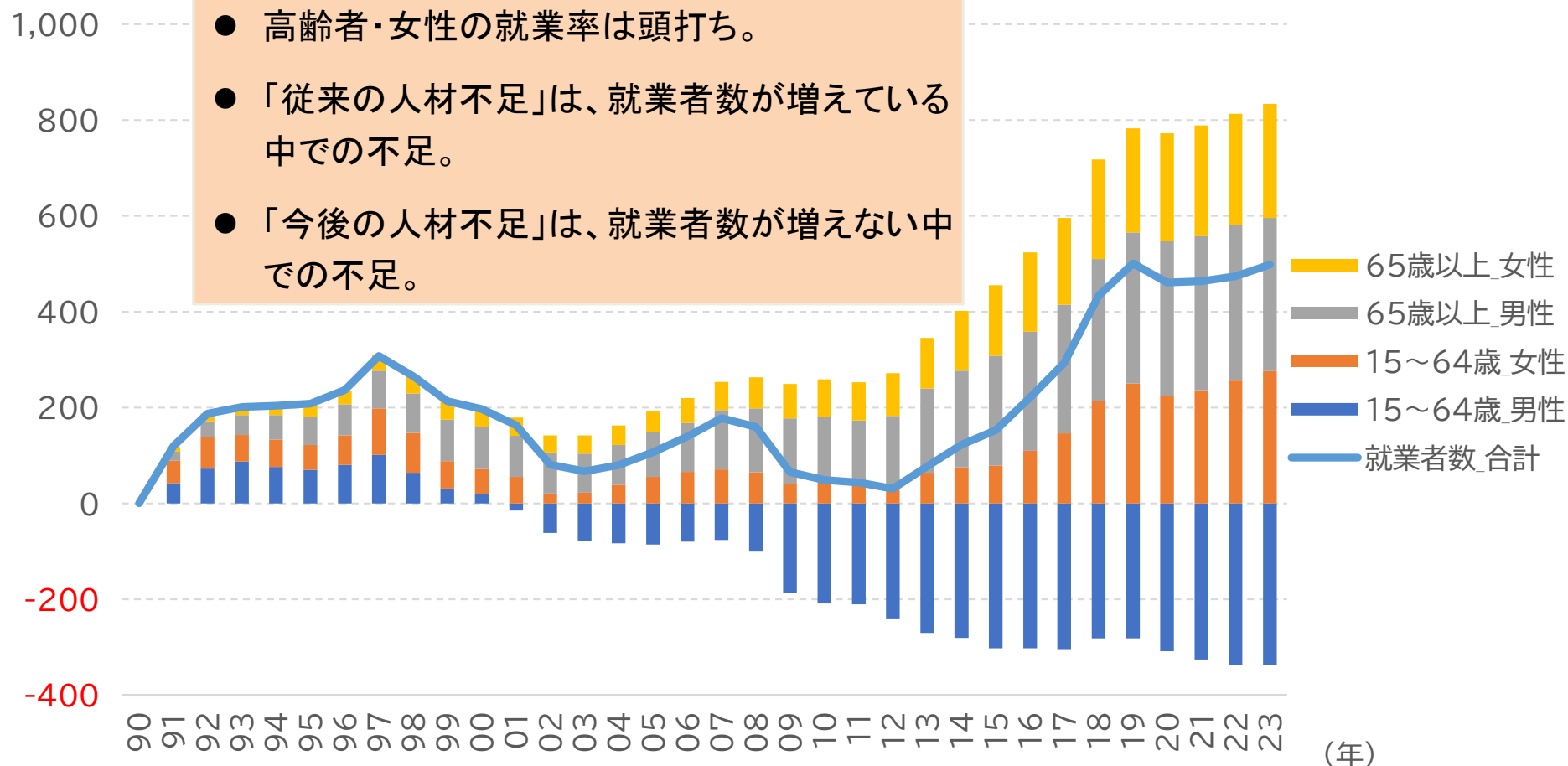


(元データの出典)労働力調査(総務省)、国勢調査(総務省)、人口推計(総務省)、日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)より、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」7ページ

【人材：供給】生産年齢人口減少を支えてきたのは「高齢者」と「女性」

(万人)



令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」

総合事業の実施要綱・ガイドラインの見直し（令和6年8月）

■ 重要な見直しのポイント

■ 従来のA型・B型のサービス・活動イメージに関する定義変更

- 「A型＝基準緩和型」「B型＝住民主体型」という区分の実質的な廃止により、両者区分の意味は「A型＝委託」「B型＝補助」と理解できるように。

■ 老計10号の縛りの解禁

- A型については、介護保険の給付サービスをベースとする考え方から「老計10号の縛り」があったが、これは解除された。企業・団体などが実施する柔軟性の高い活動に対して委託によって財政的な支援が可能に。

■ 補助の考え方における按分ルールの変容

- 間接費用に対する補助に関して利用者対象者の参加がある場合も、柔軟に補助・委託可能に。
- 包括的な支援体制の構築にも資する大きな改正。

■ 地域におけるサービス・活動の開発予算の確保

- 実験的な取組に対する予算の確保「生活支援コーディネーター・協議体が行う住民参画・官民協働連携推進事業」の創設

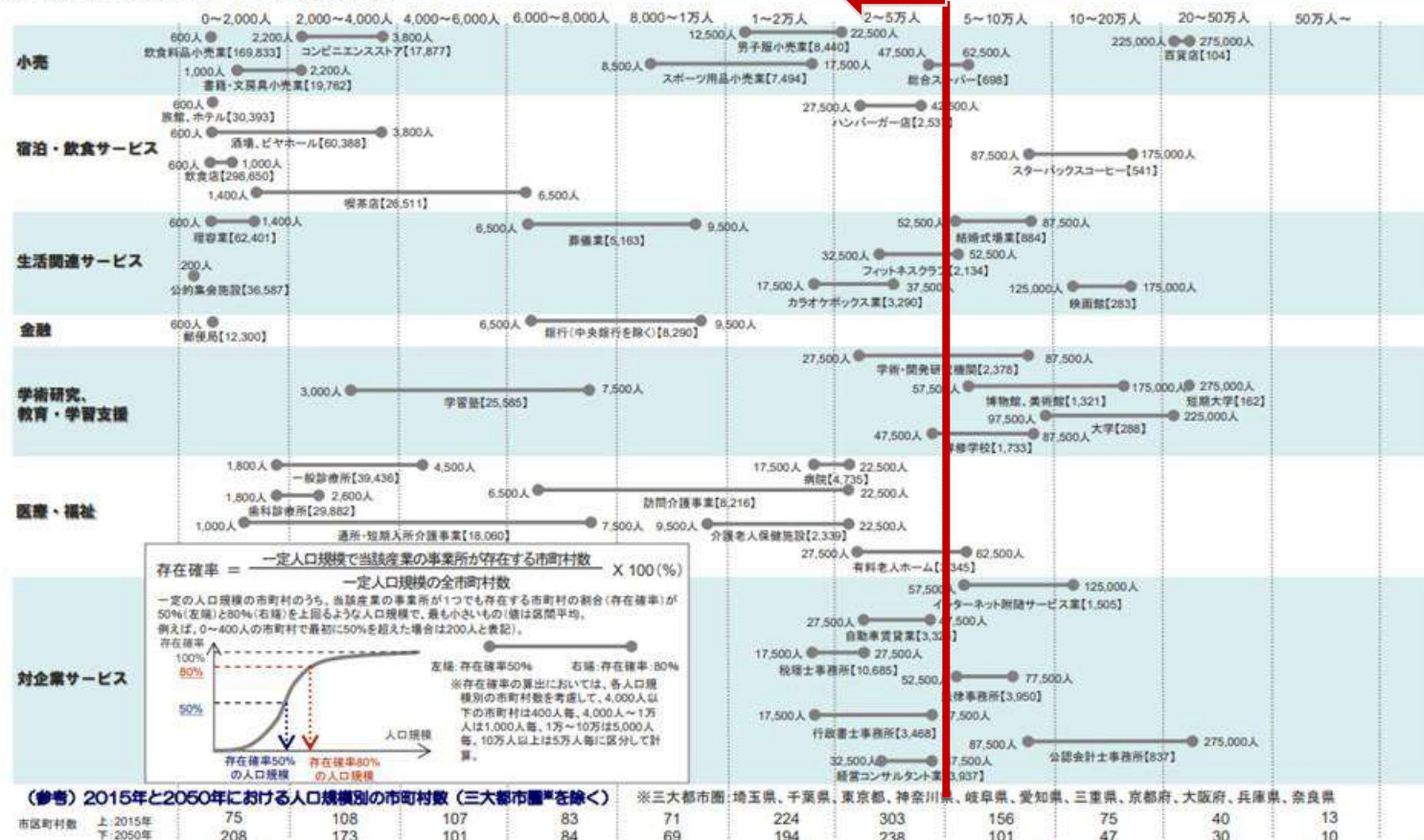
■ 多様なサービスの利用がしやすいケアマネジメント体制へ

- ケアプラン単位の支払だけでなく、独自加算や体制に対する費用支払も可能に。プランなしの支援でも包括の委託額に変更が生じないような配慮がなされる。

人口減少しても残る地域資源とは何か？

【図1-16】地域の人口減少により、医療・福祉等の生活サービス産業の維持が困難になる可能性

- 市町村別に人口規模と生活サービス産業等の立地状況にもとづき、産業の存在確率が一定以上になる市町村の人口規模を整理すると、下図のとおり。
- 多くの市町村が、人口減少に伴い現状では立地確率が低くなっている人口規模に移行していくことが想定され、そういった地域では産業の撤退等により、これまで通りの生活サービスの維持が困難になっていくことが懸念される。



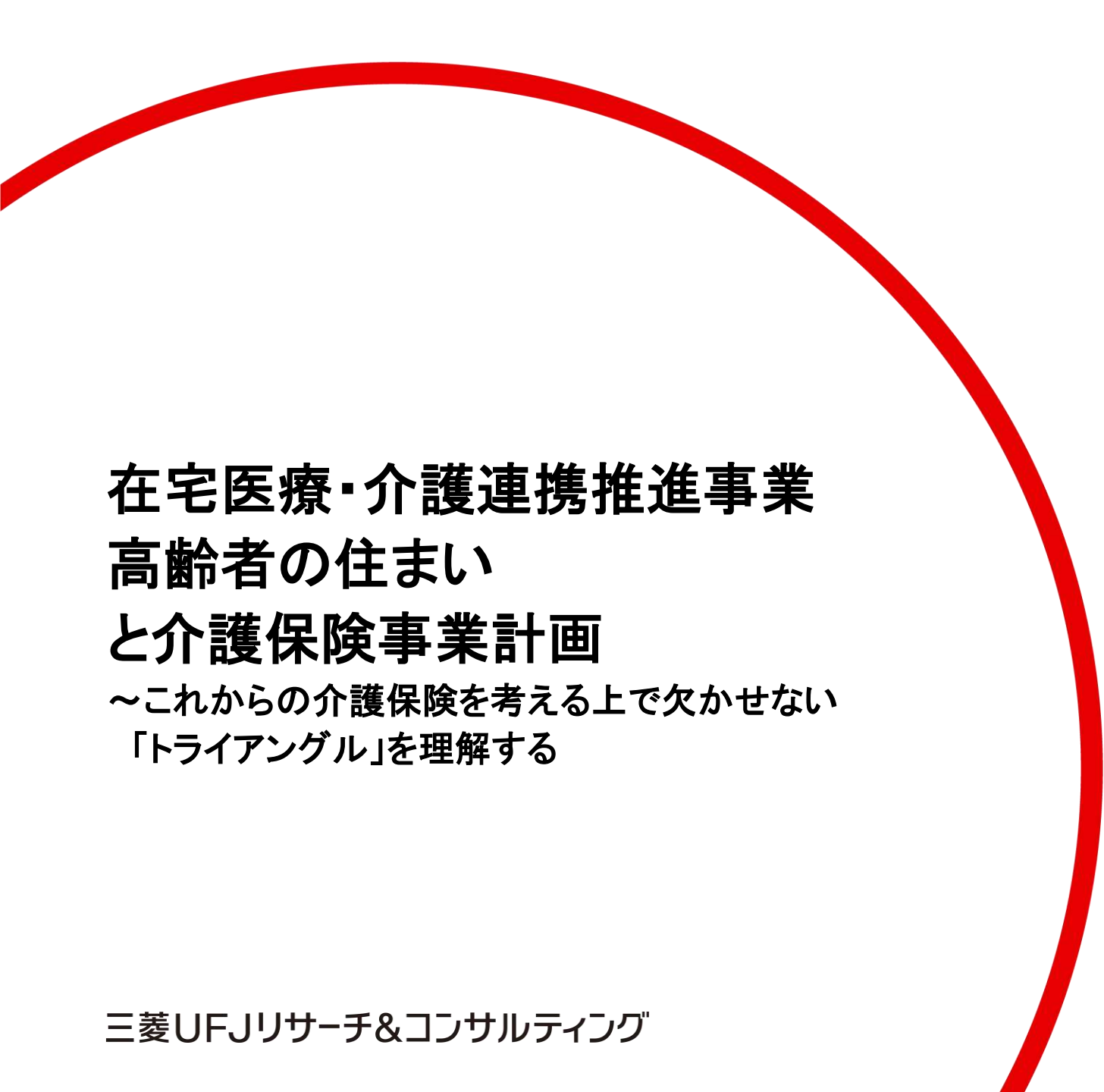
主な事業の存在可能性～3万人未満では訪問介護事業の撤退も

事業の種類	事業名	存在確率50%の 市町村人口規模	存在確率80%の 市町村人口規模
小売	総合スーパー	47,500人	62,500人
	コンビニエンスストア	2,200人	3,800人
	飲食料品小売業	600人	-
宿泊・飲食サービス	喫茶店	1,400人	6,500人
	酒場、ビヤホール	600人	3,800人
	飲食店	600人	1,000人
	旅館、ホテル	600人	-
生活関連サービス	フィットネスクラブ	32,500人	52,500人
	カラオケボックス業	17,500人	37,500人
	葬儀業	6,500人	9,500人
	理容業	600人	1,400人
	公的集会施設	200人	-
医療・福祉	有料老人ホーム	27,500人	62,500人
	訪問介護事業	6,500人	22,500人
	一般診療所	1,800人	4,500人
	通所・短期入所介護事業	1,000人	7,500人

出典) 前ページの国土交通省資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

例えば、「移動販売」をどう保全するか？

- 中山間地域における訪問型サービスは全国的に減少。一方で、介護保険サービスが提供できないエリアでは、民間の「移動販売」が要支援・要介護の高齢者の生活を支えている実態がある（把握できていますか？）
- これらの事業者の多くは「行政支援なし」で営業を継続しているものの、持続可能性に課題あり。採算が取れなくなれば突然地域から消滅してしまうリスクも ➡ 地域の要支援者の生活孤立
 - 薄利（10円～20円程度／品目）のため個人宅や遠隔地域への移動は非効率だが要望に応える事業者も。
 - 月額5万円を超える燃料費（冷蔵のための常時アイドリングも一因）。中山間地域では登坂も多く、さらに高額に。
 - 5年～8年程度での車両の更新（諸経費・リース代等）
 - 毎年の自動車保険料負担／メンテナンスコスト
- 行政による支援の可能性
 - 補助：総合事業（サービス・活動B）による補助：燃料費、保険料、要支援者宅に訪問する場合の移動費など
 - 情報支援：集客支援（通いの場やG Hなどとのマッチング）・移動販売マップの作成等
 - 補助金交付の条件として、年数回の情報交換会への参加や、「心配な高齢者」に気づいたときの地域包括支援センターとの連携
- 新しい「多様なサービス」を作る前に、まず「灯台下暗し」になっている民間サービスの支援を検討することも重要。



在宅医療・介護連携推進事業 高齢者の住まい と介護保険事業計画

～これからの介護保険を考える上で欠かせない
「トライアングル」を理解する

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

意見で提示された意見

方向性としては質の向上に向けた規制強化の方向

- 有料老人ホームにおける登録制（事前規制）／更新制（更新拒否もあり）の導入
- 適切な選択の確保（重要事項説明書の契約前書面交付など）
- 入居者に紹介事業の透明性や質の確保（有料事業者の認定制度など）
- 「囲い込み」対策：隣接事業者利用を契約条件とすること、利用時の家賃優遇等を禁止

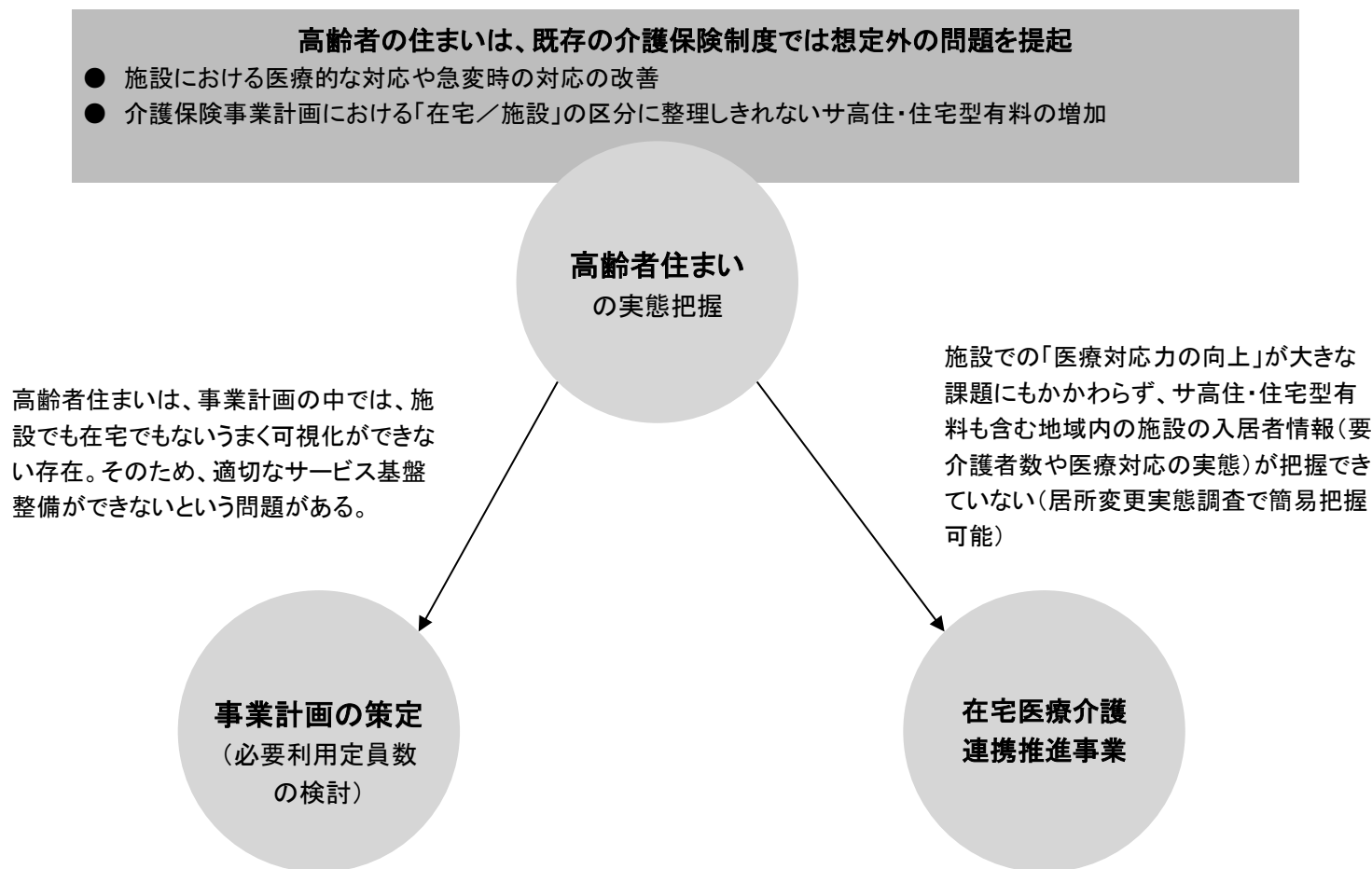
保険者で取り組むべき残された課題_(私見)

（意見に具体的な記載なし）

- 高齢者施設等（GH・特定も含む）における不要不急の救急搬送の抑制／医療対応力の向上（令和6年「新しい地域医療構想のとりまとめ」でも指摘あり）
- 地域内のサ高住・住宅型有料の実態把握／計画への記載（第8・9期の基本指針でも明記されていた点）
 - 「意見」においては、入居定員数及び（入居者の）要介護状態となっているが、入居者の経路（市町村内外からの移動があるか）、サービス利用実態なども含め、市町村が適切に把握すべき（これらの施設は、レセプト上も把握が困難であり、保険者による独自調査が効果的かつ不可欠）
 - 居所変更実態調査の回収状況においても回収率が低い場合が多く、保険者との関係性も希薄になりがち。事業者連絡会などの立ち上げも一つの方向性（施設における協力医療機関の確保など、保険者との連携が必要な場面は確実に今後増加）

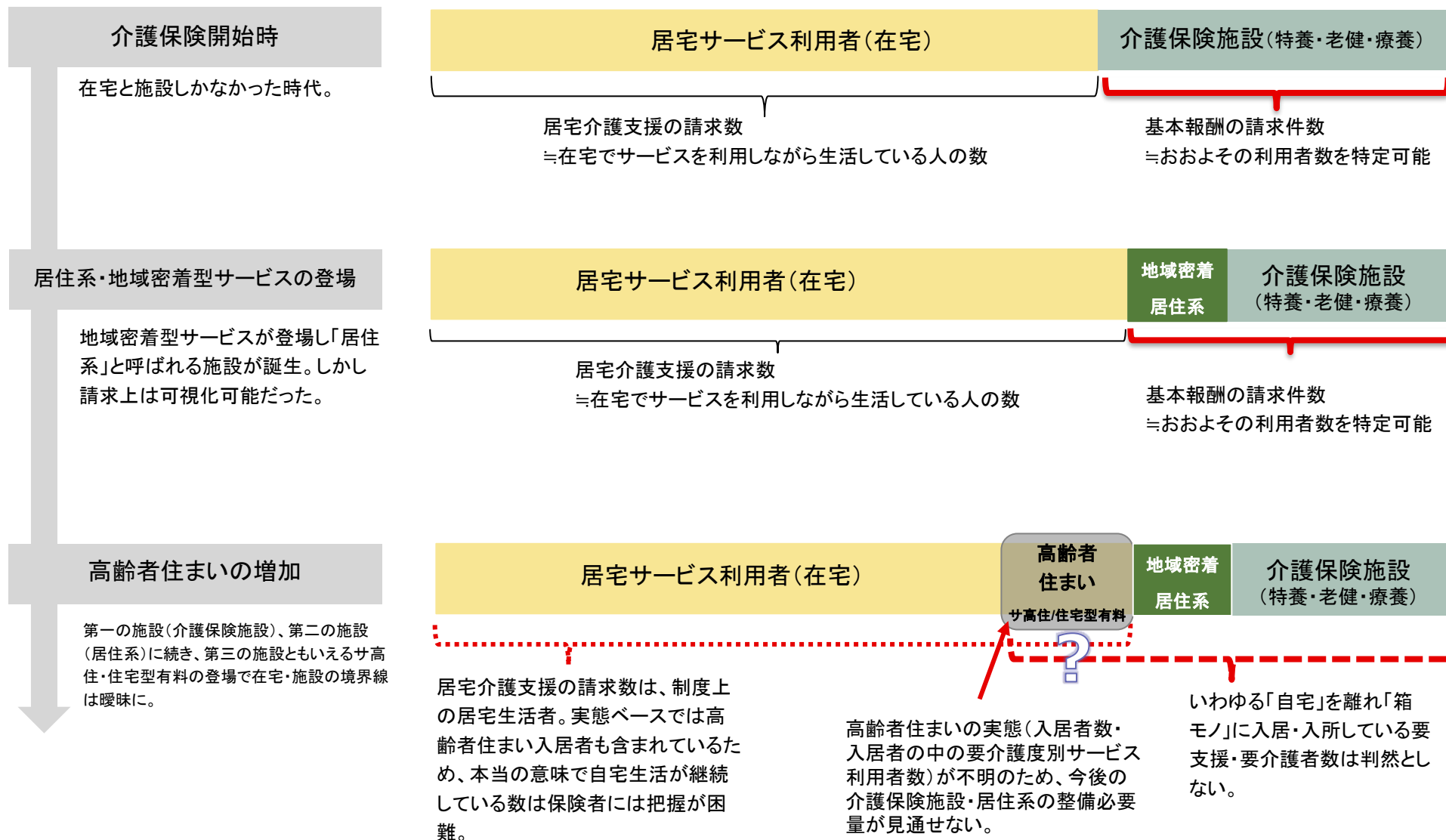
3つの政策テーマのつながり

高齢者施設等における医療介護連携、事業計画（基盤整備）は、密接に関係している



「高齢者住まい」が見えないから「整備方針」が定まらない

在宅と施設の間にある「高齢者住まい(サ高住・住宅型有料)」を可視化しなければ、まともな議論は始まらない



「高齢者住まい」が見えないから「医療介護連携の課題」が定まらない

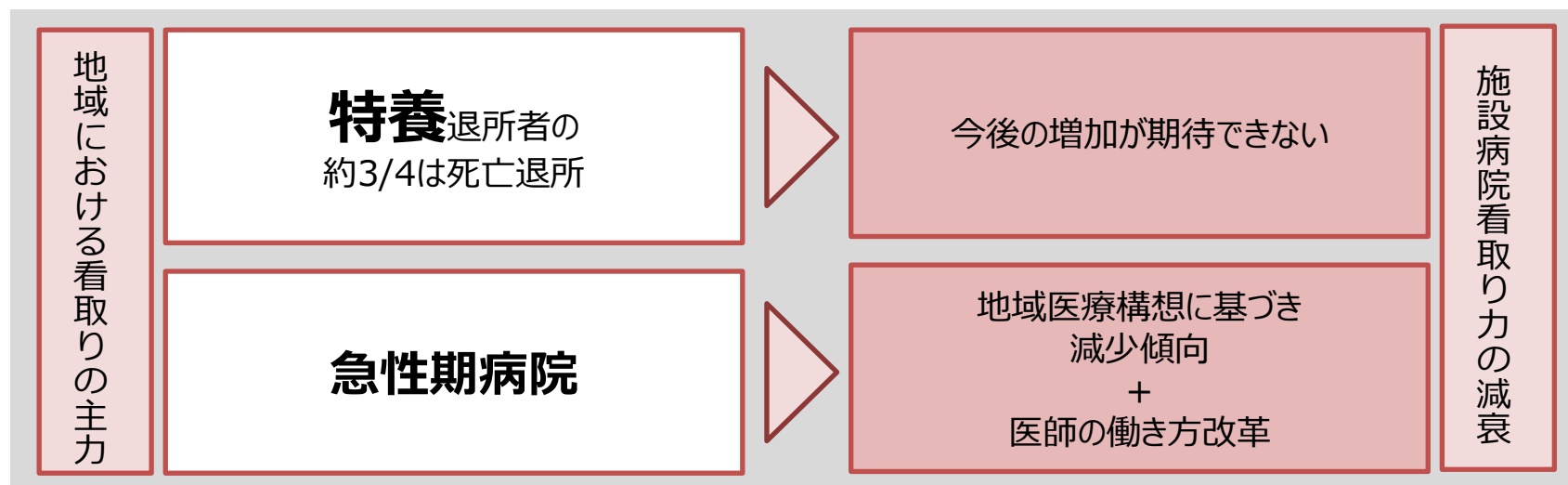
ブラインドになっている高齢者住まいやGH/特定施設等における医療対応・看取りの実態を把握しなければ話が先に進まない。

- 地域医療構想においても指摘されているように、急増する「高齢者の住まい」における医療対応力の向上は優先度の高い取組であり、在宅医療・介護連携推進事業で積極的に取り組むべきテーマ。
- 施設においては、医療対応力・看取り力に施設種別間、または事業所間の格差が生じている。まず、地域内事業所の実態把握と課題の抽出が必要（居所変更実態調査で可視化が可能）。
- 実態把握には大量のアンケートなどは不要。居所変更実態調査でアウトカム（どれだけ施設で看取っているのか）を把握したら、「なぜできているのか？」「どこに課題があるのか？」「どういう取組なら可能なのか」を個別に把握していくことが重要。

■施設種別の医療対応における課題の整理（講演者の取材・私見に基づく）

	介護保険施設（特養）	居住系（GH・特定）	高齢者の住まい（サ高住・住有）
人員配置	嘱託医の配置、看護師の配置あり。	事業所として小規模のため看護系の配置が少ないのが特徴。民民契約による訪問看護STIによるサポート対応など事例あり。	外部サービスに依拠するため事業所によって大きく異なるが、夜間の人員体制の手薄さが指摘されるところ。
看取りの実態	退所者の7-8割は看取り退所の施設が多く「終の棲家」として機能している特養が多い。	医療対応を前提としていない事業所も多く、一般的に看取り率は低め。ただし理念として看取りを重視する事業所もある。	近年は看取りケースを増やしている事業所も見られるが、事業所の経営方針に大きく依拠する。
しばしば指摘される課題	入所の段階で医療の必要性の低い利用者が選ばれる傾向はないか。	入退院を契機に居所変更となるケースが多い。退院時の対応力強化や看護・医療の視点からのサポートが可能か。（経営面の負担も検討が必要か）	夜間（特に深夜）の人員体制の弱さから救急搬送等における情報連携面での課題を生じている。搬送先が不明、家族情報が医療機関と共有されないなど。

「最期は医療機関で」というモデルが成り立たない時代へ



いまの住まいで医療・看護の対応力を高める必要性

自宅のみならず、特定施設、グループホーム、サ高住・住有等
においても、ある程度までの医療対応を行う必要性が高まっている。

これまで看取りの主力だったのは、急性期病院。しかし人口減少によるニーズの減少（医師の減少も）にあわせ地域医療構想により急性期病床の受け入れ量は減少。また2024年度からスタートした医師の働き方改革により、テレビドラマなどでみられる「連勤」はできない時代に。救急搬送も従来のような「即応」体制が維持できない時代に。したがって、介護施設においても「医療が必要になったら病院へ」という仕組みは限界に。

病床機能報告における病床数は、2015年の125.1万床から2023年には119.2万床になり、2025年の必要病床数である119.1万床と同程度の水準に到達しつつある。

国の政策の方向性

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

2015年 地域医療構想により必要病床数を設定

2025年の医療需要を踏まえた**病床数の必要量を定め**、病床の機能分化や連携の取組を推進。

2024年6月21日 経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）

「地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、**医療・介護連携**、人材確保等**も含めた**地域の医療提供体制全体に拡大する」ことが示された。

2024年12月18日 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

【目指すべき方向性】医療機関と介護施設の**日頃からの連携による対応力を強化し、状態悪化を防ぐ**ことで、**救急搬送の減少**や**円滑な入院**につながることも記載される“

【目指すべき方向性】医療機関だけでなく、**訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機関が連携して地域の需要と資源に応じて供給力を高める**ことが求められる。“

【都道府県の役割】調整会議で**協議が調った事項の実施**に努めることが適当“
”市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や**都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等**の取組を推進することが適当“

【共有すべきデータや課題】医療機関と**介護施設等との平時や緊急時の連携体制**の構築状況“（日常の療養支援／急変時の対応）

【高齢者救急】救急搬送を受け入れるだけでなく、**入院早期からのリハビリテーション等の離床のための介入**をできることが必要“（入退院支援）

主に医療側の機能分化・量的調整・連携の在り方にとどまる。

「在宅医療・介護連携」も含め
介護側施策との連携の必要性を指摘

介護保険側「在宅医療・介護連携」との高い連動性

- 新たな地域医療構想での注力テーマは、介護保険側の在宅医療・介護連携推進事業と整合。

連携場面	地域医療構想とりまとめでの言及
入退院支援	リハビリテーション・離床への介入
日常の療養支援	日頃からの連携による対応力強化 状態悪化を防ぐ
急変時の対応	救急搬送の減少 円滑な入院
看取り	—

「とりまとめ」における記載

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

- このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる。 p.2

入退院支援

- 1点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医療機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。 p.5

入退院支援

日常の療養支援／急変時の対応

- このほか、介護老人保健施設等の介護施設や在宅医療等での適切な管理、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有、ACPの取組の推進等により、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等の適切な管理を通じて患者の状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげていくことが取り組まれている。訪問看護においても、ICTの活用等により、効率的な提供の事例があり、こうした取組は今後ますます重要になる。 p.8

日常の療養支援／急変時の対応

「とりまとめ」には看取りへの言及はないが、これらの対応が充実することにより、自然と看取り対応力が向上する

取組を考えるときのポイント：とにかく事業者の話を聞く

1

まず施設の看取り実態を把握しましょう（居所変更実態調査）

実施済の自治体も多いのですが、事業計画策定部署が担当しているため、医療介護連携担当が調査実施の事実を知らないことが大変多いです！

2

救急・医療機関の話を聞きましょう

施設からの救急搬送や退院調整の困難さ、施設やケアマネジャーに求めていること、今後の地域の医療機関の方向性、最近の病床転換の状況などを地域の関係者からしっかり把握しましょう。

3

介護施設と膝詰めで話をしましょう

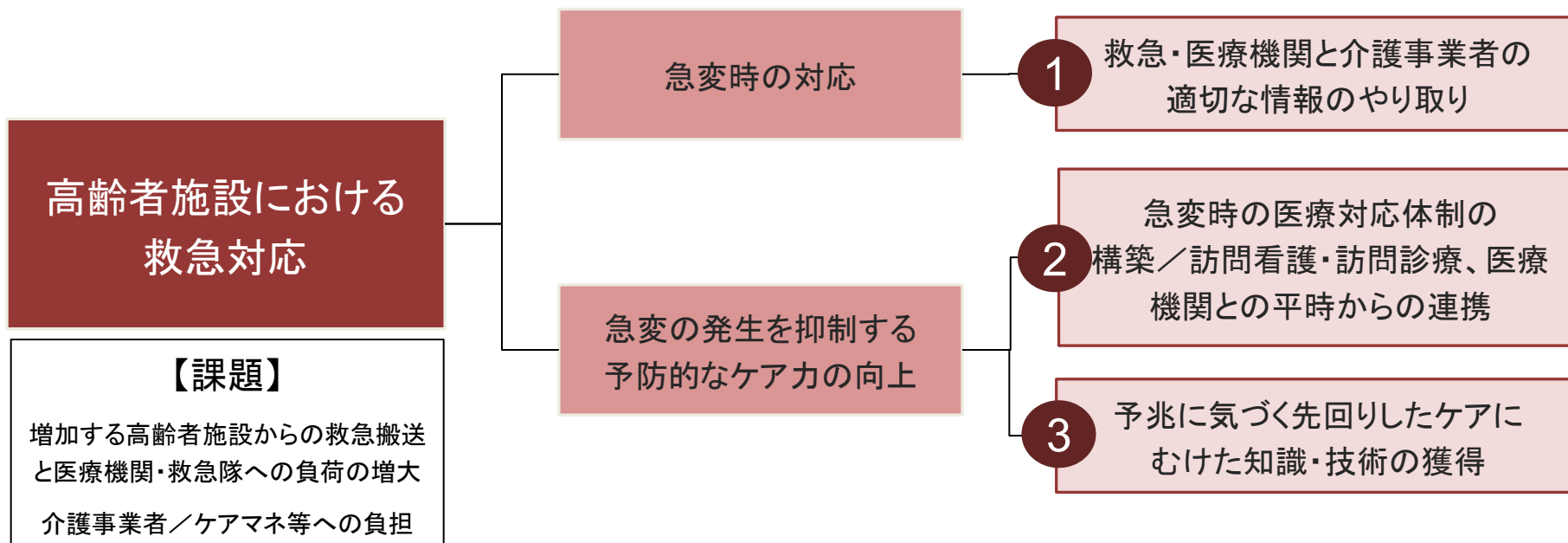
迫ってくる危機を冷静に共有しましょう。そのうえで何ができるか考えましょう。事業者と腹を割って話せる関係性を作らなければ、新しい取組は生まれません。

4

課題を探すだけでなく、うまくいっている施設の話も聞きましょう

居所変更実態調査を行うと、看取り率の高い事業所も個別に見えてきます。課題ばかり探すのではなく、うまくいっている事業所に共通するポイントを探すことも大切です。

「高齢者施設×救急」の抱える課題の整理



過去1年間の救急搬送件数

サービス種別	定員数	救急搬送件数	左記のうち、 職員が同乗した件数	定員100人あたり 救急搬送件数	定員100人あたり 救急搬送 (職員が同乗) 件数	救急搬送における 職員が同乗した割合
住宅型有料	1889	288	194	15.25	10.27	67.4%
軽費	1510	176	119	11.66	7.88	67.6%
サ高住	4479	661	471	14.76	10.52	71.3%
GH	4686	595	515	12.70	10.99	86.6%
特定	5194	558	499	10.74	9.61	89.4%
地密特定	29	6	6	20.69	20.69	100.0%
老健	7114	721	661	10.13	9.29	91.7%
介護医療院	2044	79	66	3.86	3.23	83.5%
特養	10330	1213	1184	11.74	11.46	97.6%
地密特養	1736	234	209	13.48	12.04	89.3%
全体	39011	4531	3924	11.61	10.06	86.6%

救急車を要請した際の救急隊への各種情報提供の方法

		合計	本人・家族が直接口頭で伝えた	施設等の職員が口頭で伝えた	予め法人内で救急時用に整理した文書や書式を救急隊に渡した	地域で合意した所定の書式等に基づき、書面（紙媒体）により共有した	地域で用いられているＩＣＴ（クラウドシステムや電子メール等）を活用した情報共有ツールで伝達した	その他	無回答
サービス種別	全体	972 100.0%	113 11.6%	885 91.0%	489 50.3%	42 4.3%	2 0.2%	22 2.3%	28 2.9%
	住宅型有料	56 100.0%	8 14.3%	43 76.8%	29 51.8%	1 1.8%	0 0.0%	4 7.1%	2 3.6%
	軽費	50 100.0%	21 42.0%	48 96.0%	28 56.0%	2 4.0%	0 0.0%	1 2.0%	1 2.0%
	サ高住	139 100.0%	38 27.3%	131 94.2%	81 58.3%	10 7.2%	0 0.0%	1 0.7%	3 2.2%
	GH	277 100.0%	18 6.5%	255 92.1%	136 49.1%	7 2.5%	1 0.4%	5 1.8%	10 3.6%
	特定	92 100.0%	9 9.8%	85 92.4%	46 50.0%	3 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%
	地密特定	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	老健	89 100.0%	4 4.5%	83 93.3%	36 40.4%	5 5.6%	0 0.0%	3 3.4%	0 0.0%
	介護医療院	32 100.0%	1 3.1%	20 62.5%	11 34.4%	4 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	10 31.3%
	特養	169 100.0%	9 5.3%	156 92.3%	87 51.5%	5 3.0%	0 0.0%	7 4.1%	1 0.6%
	地密特養	67 100.0%	5 7.5%	63 94.0%	35 52.2%	5 7.5%	1 1.5%	1 1.5%	0 0.0%

【参考】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング
が提供する各種ツール・ガイドブック

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域包括ケアシステムのアウトカムを考えるなら

【在宅生活改善調査】



介護保険事業計画におけるサービス提供体制の検討に向け、厚生労働省より実施が推奨されている「**在宅生活改善調査**」「**居所変更実態調査**」「**介護人材実態調査**」の概要と活用方法について動画で解説しています。

「在宅生活改善調査」「居所変更実態調査」は、地域包括ケアシステムのアウトカム指標としても活用いただくことができます。

すでに調査票が用意されており、調査実施用の依頼文書のひな形、自動集計・報告書作成ソフトをご用意していますので、予算を確保しなくても、ほぼ無料で調査実施できるようになっています。



https://www.murc.jp/houkatsu_06/

【参考】地域の要介護者の情報を短時間で集計する方法

- 市町村の要介護認定データ（システムから出力するCSVファイルを活用）を読み込むことで瞬時に地域データを集計・出力！
- データに格納されている郵便番号データに基づき、任意の地区割を設定し、地区ごとの集計を行うことが可能。
- 過去4年の認定データを出力すれば、重複する被保険者データの最新データ以外を自動的に削除する機能搭載。
- 地区ごとの在宅の認知症患者数などを推計することが可能。
- 認定調査に記録された在宅サービスの利用状況も集計可能（更新者のデータのみ）

要介護認定データを用いた地域分析ツール（2023年2月16日更新）

「認定ソフト2021」に対応した、地域分析ツールです。

都道府県が各市区町村からデータを収集して市区町村別等の集計分析を行うことを想定した「都道府県版」と、各市区町村が市区町村内の地域別の集計分析を行うことを想定した「市区町村版」があります。

地域分析ツールの目的や考え方等については、[PDF](#)「介護保険事業計画における施策反映のための手引き（資料編）」もしくは[PDF](#)「要介護認定データを活用した地域分析手法に関する調査研究事業 報告書（P30）」を御覧ください。

地域分析ツール（都道府県版）[操作シート]



地域分析ツール（市区町村版）[操作シート]



DLはこちら→ https://www.murc.jp/houkatsu_06/

(令和7年度改修版)総合事業の充実に向けたワークシート&ハンドブック

<ワークシート>



<ハンドブック>



ワークシートのデータの見方やその背景として考えられる要因など、関係者間で議論する際の材料を掲載

<報告書>

令和6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
「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業」

令和7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
「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の計画的整備や効果検証手法に関する調査研究」



軽度者支援に向けた総合事業・整備事業を評価するためのデータを簡単にグラフ化するためのツール(令和8年3月に改修版公開)

【報告書】人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保と地域の多様な人材の活用(普及版)



◆報告書目次◆

第1章 福祉人材の確保等の現状
生産年齢人口と高齢者人口／労働力人口／就業者数の推移／福祉人材の状況／現状と課題のまとめ

第2章 人口減少地域における福祉人材の確保のための取組

- 1 人材の確保のための取組の類型化
- 2 福祉事業所における専門職の確保人材を増やす／人材の定着／効率化
- 3 福祉分野以外からの人材確保福祉事業所の取組／福祉事業所以外の地域団体等が主体となった取組
- 4 適切なマネジメントを担う人材の育成



第3章 事例集

- 社会福祉法人ゆうゆう(北海道当別町)
とくのしま伊仙まちづくり協同組合(鹿児島県伊仙町)
- 高知県梶原町／梶原町複合福祉施設
- 北海道東川町／北工学園旭川福祉専門学校
／東川町立東川日本語学校
- 栗山町立北海道介護福祉学校(北海道栗山町)
- 阿蘇福祉ネットワーク(アソウェル)
事務局:社会福祉法人岳寿会(熊本県高森町)
- 株式会社あきた創生マネジメント(秋田県能代市)
- 社会福祉法人芦別慈恵園(北海道芦別市)
- 特定非営利活動法人ふくふくの会(愛媛県上島町)
- 鉾打ふるさとづくり協議会(石川県七尾市)

【参考資料】福祉人材の確保に関する総務省施策

- ① 事業承継等人材マッチング支援事業(※令和7年度より)
- ② 地域活性化起業者
- ③ 地域おこし協力隊
- ④ 特定地域づくり事業協同組合
- ⑤ 集落支援員制度

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケア」ポータルサイト
「介護人材/外国人介護人材」をご覧ください。

https://www.murc.jp/houkatsu_07/

本ガイドブックは、令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業による「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業【報告書】」を普及版として再編集したのになります。元の報告書については、報告書タイトルで検索いただくか、https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_250428_02/ をご確認ください。

実態把握の定番調査：在宅生活改善調査／居所変更実態調査／介護人材実態調査

「介護保険事業計画策定の手引き」でも推奨されている実態把握の定番3調査がリバイズされました。より回答しやすく、よりコンパクトに。

第10期介護保険事業計画の 作成に向けた各種調査の見直し案

- 「在宅介護実態調査」の設問の一部を、「在宅生活改善調査」に組み込むことにより、いずれかの調査を選択して実施することを可能に
(※特に、小規模自治体で在宅介護実態調査のサンプル確保が困難になっていることに対応するため)
- 「在宅生活改善調査」「居所変更実態調査」「介護人材実態調査」(3調査)の設問の一部を見直し、
- Excelの調査票を作成し、電子ファイルでの回答を可能に(※3調査について)
- Excelファイルで回収した調査票を、そのまま自動集計ソフトに取り込むことを可能に

令和6年3月

MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和5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
「介護保険事業計画策定における各種調査結果の分析に関する調査研究事業」

自動集計ツールの利用方法のガイド

調査票の改善

設問の簡素化及び在宅介護実態調査との項目統合など

がん等の型への速やかな介護サービス提供に向けた手引き



要介護認定制度の実務に関わる行政職員に向けた手引き。

「がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業」※の調査結果によれば、死亡前6ヶ月間に介護保険を「一回も利用したことがない」と回答した方(20,807人)のうち、23.3%が「申請したが利用できなかった」、7.5%が「介護保険を知らなかった」と回答しており、さらに「申請したが利用できなかった」と回答した方のうち、49.8%が「介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた」と回答しています。

本手引きでは、特にがん末期の方など、急速に病状が変化する方の要介護認定の迅速な実施と、速やかな介護保険サービスの提供を実現するための取組を紹介します。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「速やかな要介護認定の実施のための調査研究」、令和7年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(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をもう一度考えるためのガイドブック

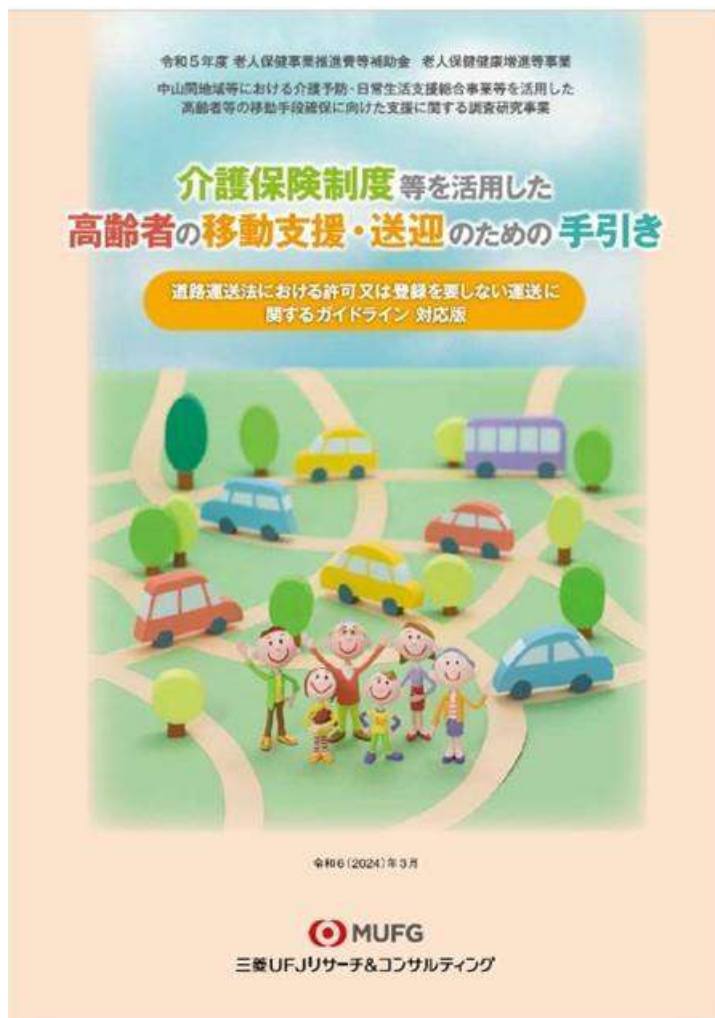
総合事業を改めて見直すためのガイドブックです。総合事業の評価のあり方についても試案を提示しています。



3つのアプローチ		アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム
1	ポピュレーション・アプローチ	■ 出前講座・説明会の開催数 ■ 通いの場の数 ■ 体力測定会の開催数 ■ 広報活動の回数 / 等	■ 出前講座等に出席した住民の数 ■ 通いの場や参加者の数 / 等	■ 社会参加率 ■ 通いの場における75+等参加率	■ 調整済み軽度認定率 ■ 初回認定者の平均年齢 ■ 軽度者の在宅継続数または率(在宅生活改善調査)
2	ハイスク・アプローチ	■ 短期集中予防サービスの開催回数、委託先の数、参加者数 / 等	■ 想定対象者に占める実際の参加者数 ■ 参加者の参加前後の状態変化	■ 参加者の一定期間後の状態変化	
3	利用者の選択肢の幅	■ 選択肢増のための取組実績(協議体開催回数等) ■ 生活支援Coの支援先打ち合わせ回数 / 等	■ 従前相当サービス以外のサービス・活動の種類・数 / 等	■ 要支援者等ケアプランにおける「従前相当サービス」を含む割合	



介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き



本手引きは、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）・道路運送法などの関連制度のポイントや、総合事業に基づく移動支援・送迎の推進に向けた考え方、各地域の事例などについて整理しています。令和元年度に作成した同手引きについて、令和2年度・4年度、5年度の調査研究事業の成果を踏まえた改訂を行いました。



https://www.murc.jp/houkatsu_08/

【ご参考】地域包括ケアシステムに関する各種資料はこちらからご覧いただけます

地域包括 三菱UFJ

検索

<https://www.murc.jp/houkatsu/>



各種報告書や研究報告書の
動画解説など様々な素材を
提供しています。

出典明記で研修資料、行政資料等に自由にご活用いただけます。

出所表示例)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」
(平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)



【ご参考】「新版 地域包括ケアサクセスガイド」

地域包括ケアの基本と最新事情がわかる！

高齢化がピークに達し85歳以上人口が1000万人を超える2040年に向け、新たなフェーズに入った地域包括ケアを解説・展望。植木鉢の図が何を意味し、何を目指しているかが120%わかる。確実な未来への解がここにある！

監修：埼玉県立大学理事長・日本地域包括ケア学会理事長 田中 滋

編著：三菱UFJリサーチ&コンサルティング主席研究員 岩名 礼介

発行：メディカ出版

価格：2,000円（＋税）



講師紹介

岩名 礼介

政策研究事業本部（東京）
社会政策部
主席研究員



専門分野

地域包括ケアシステムの構築支援（自治体支援）
地域福祉・地域共生社会

委員会委員（令和4年度）

- ・「地域密着型サービス在り方委員会」委員（一般社団法人全国介護事業者連盟）
- ・「認知症バリアフリー宣言・認証検討委員会」委員（日本認知症官民協議会）
- ・「地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究事業」委員（医療経済研究機構）※アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムの開発メンバー・メンターを兼務
- ・「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組状況の評価指標に関する調査研究事業」委員（日本総研[老健補助金]）
- ・「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保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業」委員（医療経済研究機構）

主要実績

- 地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶応義塾大学大学院名誉教授）事務局統括（H22-28）
- 要介護認定適正化事業認定適正化専門員（H19-H29）
- 広島県、武蔵野市、横浜市、川崎市など、地域包括ケアシステムの先進地域においてコンサルティング業務に従事。
- 田中滋慶応義塾大学名誉教授発案の「地域包括ケアシステムの植木鉢」のデザイン化を担当。
- 近著に、「新版 地域包括ケアサクセスガイド」（田中滋監修・岩名礼介編著）



地域包括ケアシステムにおける 在宅医療介護連携の意味

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

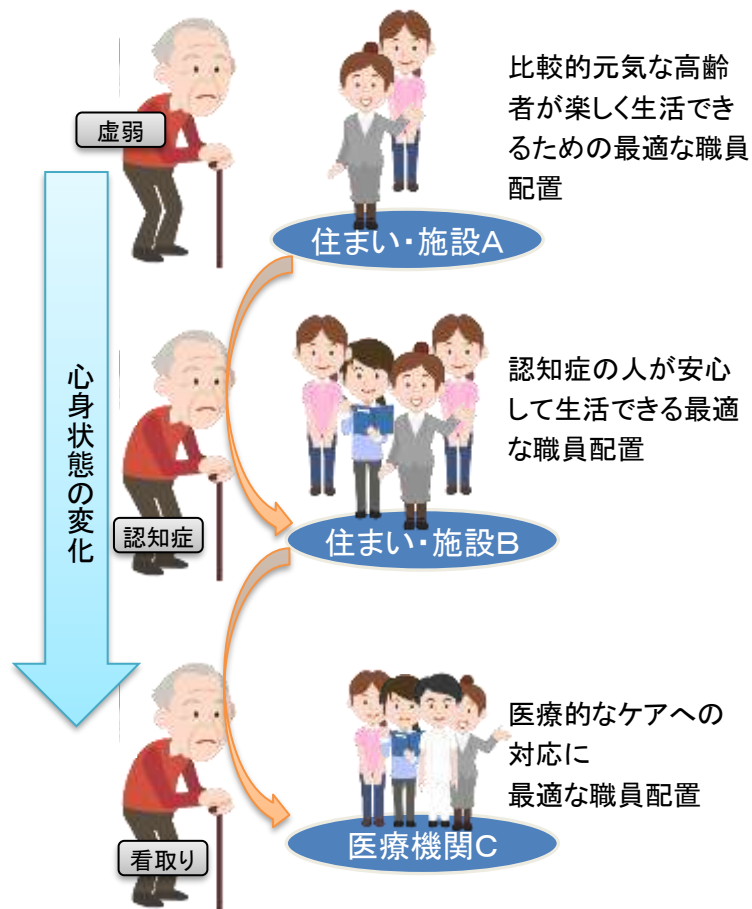
世界が進むチカラになる。



なじみの関係を維持するためには「人にケアを合わせる」

人がケアに合わせる仕組み

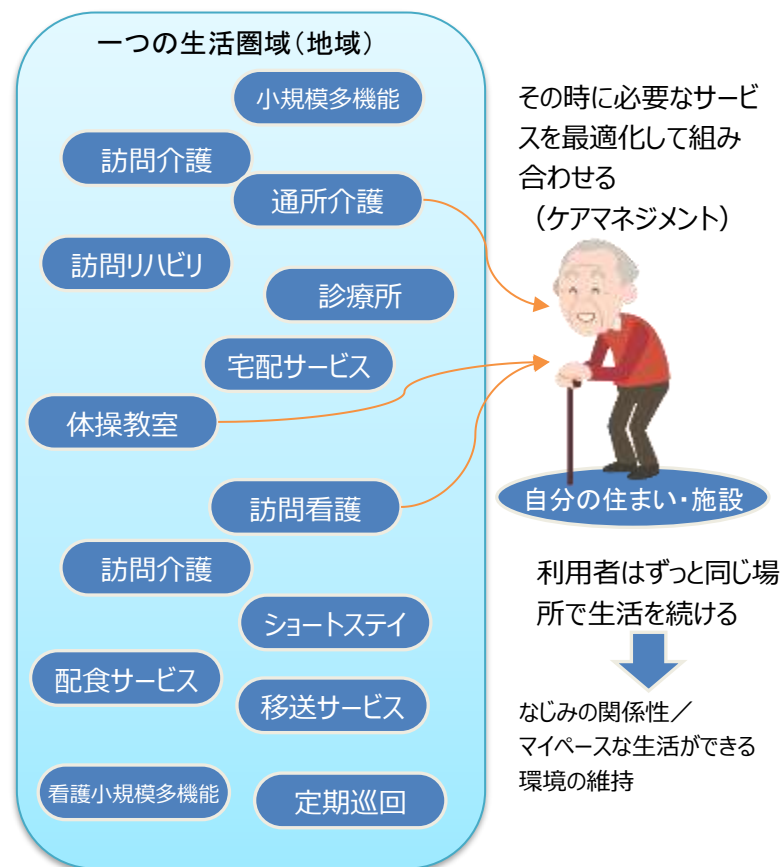
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「人にケアを合わせる」ことで「転々生活」から脱却できる

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み

専門職間の連携推進

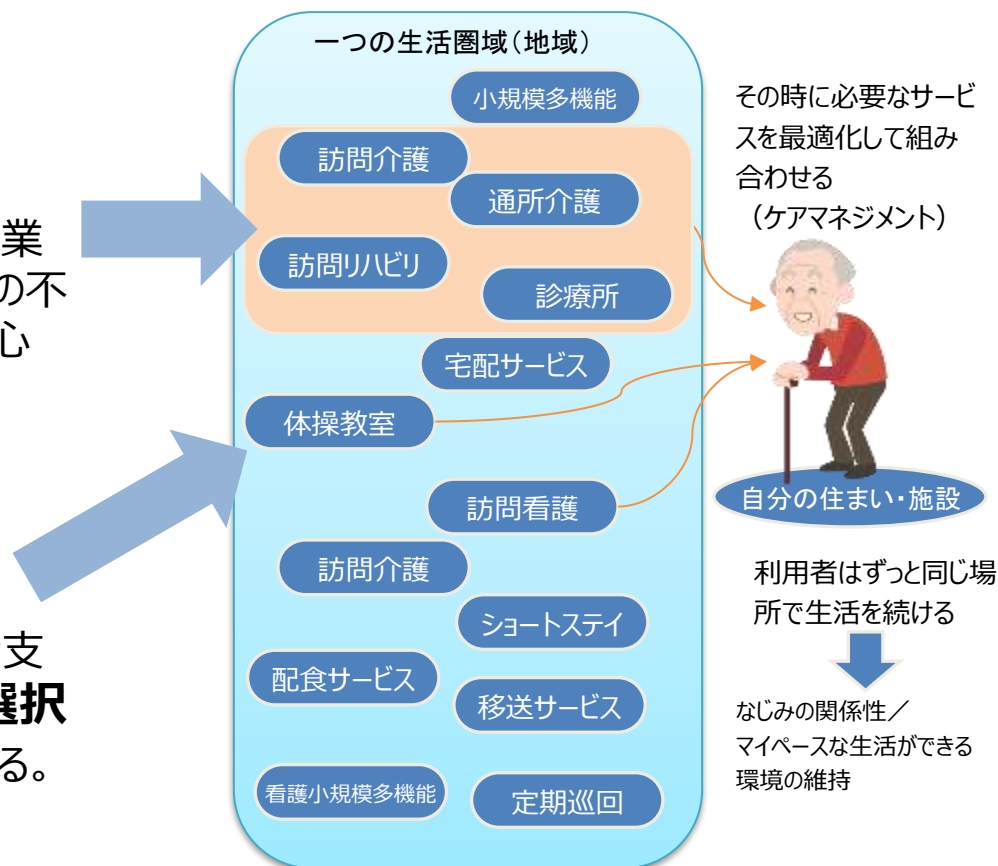
（在宅医療・介護連携推進事業）

サービスの提供主体は、異なる法人であっても事業者間で連携することで、一体感を醸成。利用者の不安を軽減し、**なじみの環境での生活継続**を「安心感」をもって支え、「**転々生活**」を回避する。

多様な選択を提供

（生活支援体制整備事業）

一人ひとりの生活の多様性に寄り添うため、生活支援は地域生活については、可能な限り**多様な選択肢を提示**できるように地域資源を発見・開発する。



「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「**まとまる**」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「**まじわる**」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

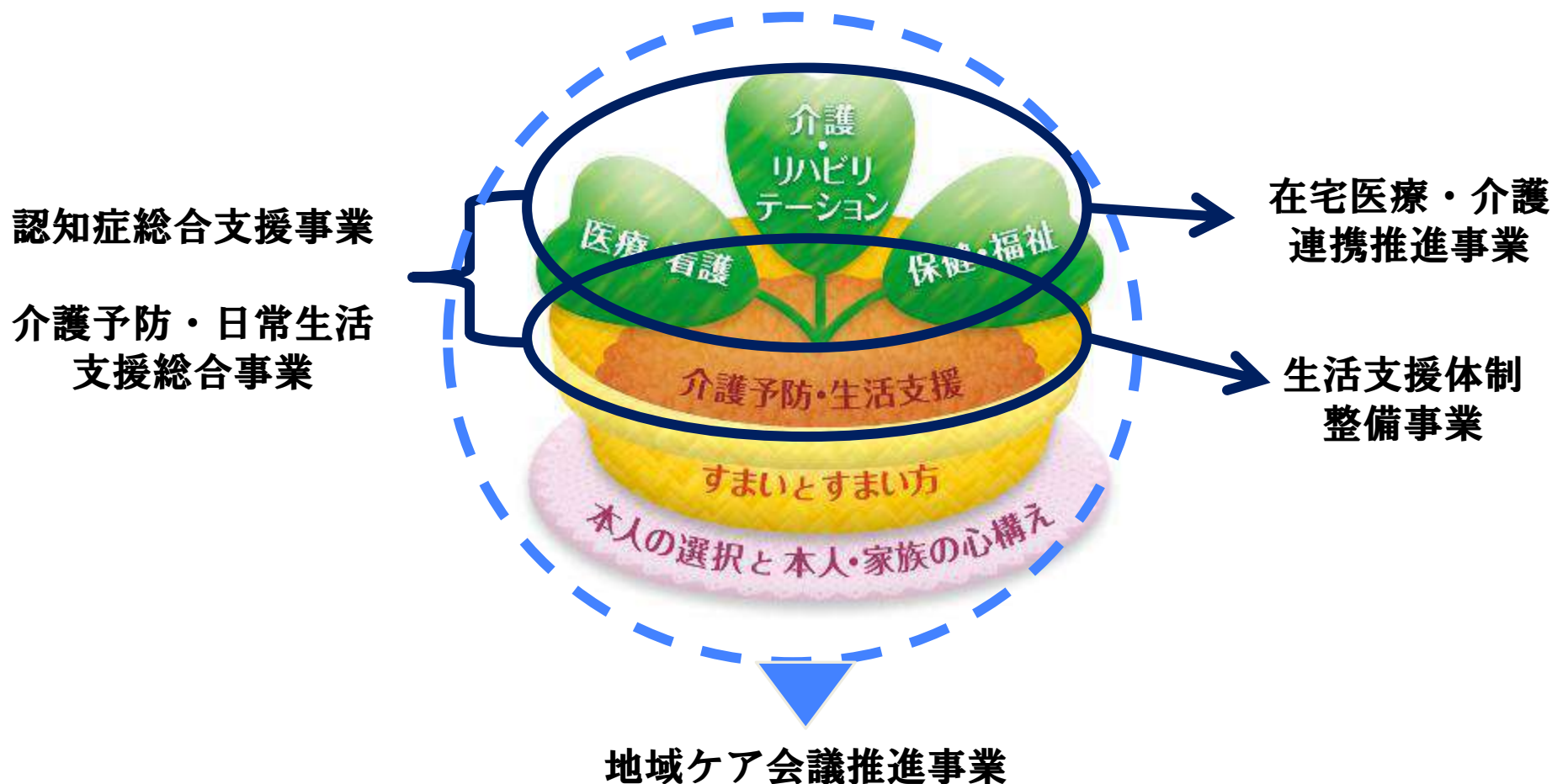
医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

新しい地域支援事業（包括的支援事業）は、地域包括ケアシステムを具体化するための取組の総称



出所)植木鉢の絵:三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。楕円と周辺の文字については筆者が加筆。

医療介護連携は何をまとめる？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域包括ケアシステムの葉っぱ事業＝ ま と め る

利用者からみて
「一体的にみえるケア」

地域の中にある「バラバラ」なものを
「まとめる」仕組みのこと！

「考え方」をまとめる

サービス担当者会議や
地域ケア会議を通じて

「ケアの方法」をまとめる

医療介護連携パスなどの
ケアの手順を統一化

「書式」をまとめる

アセスメントの方法や
書式を統一化

「事業所」をまとめる

業務・事業提携、経営統合

「研修」をまとめる

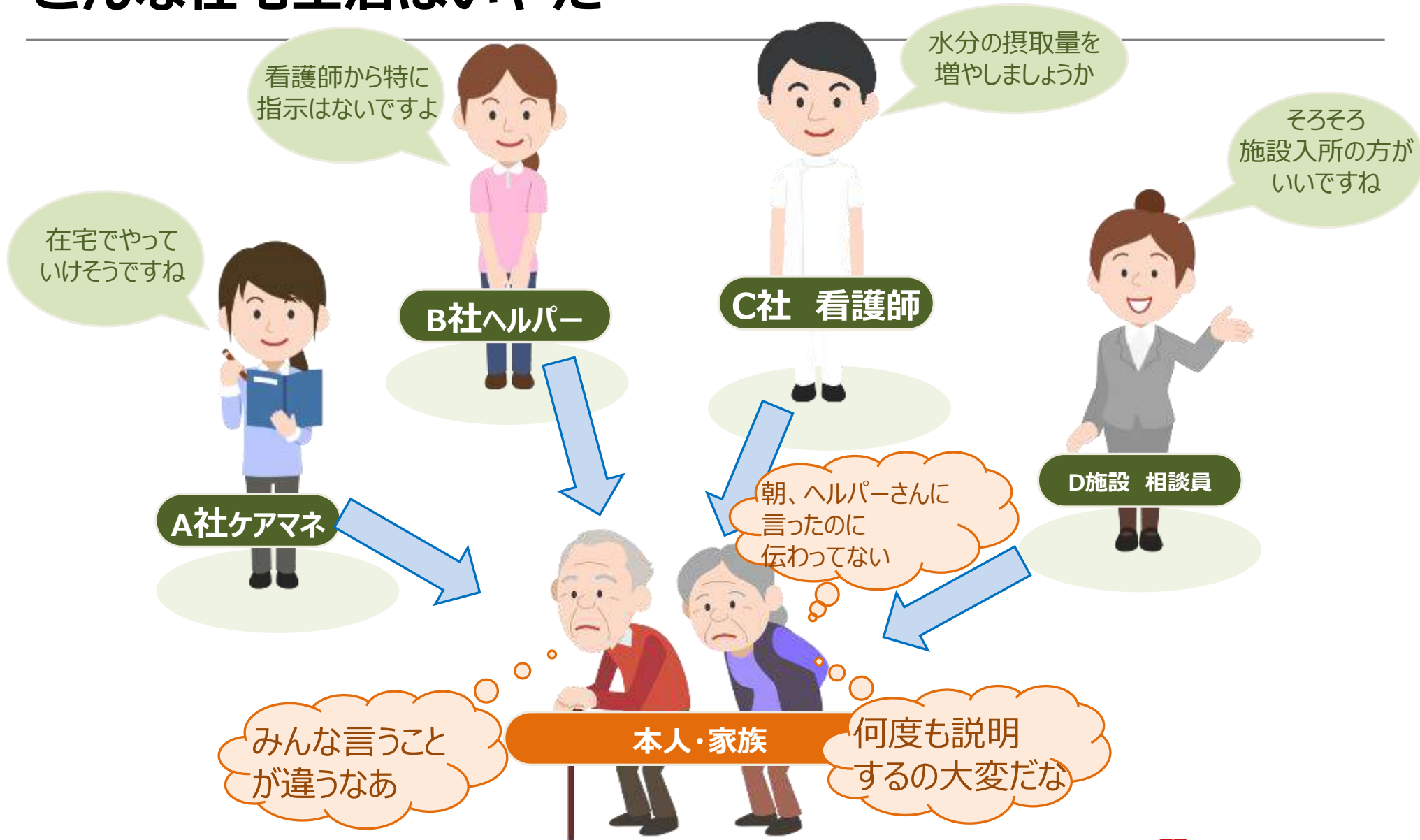
サービス事業者
の研修の共同開催

「サービス」をまとめる

複数のサービスを一つの
事業者が統合して提供

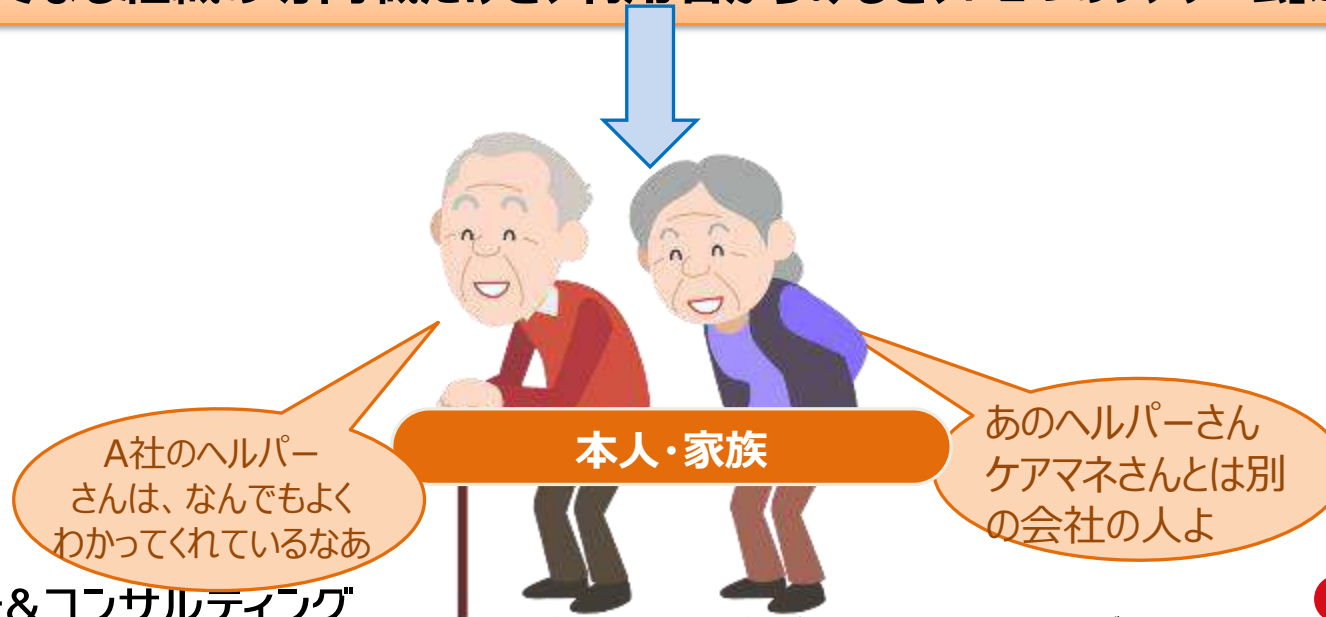
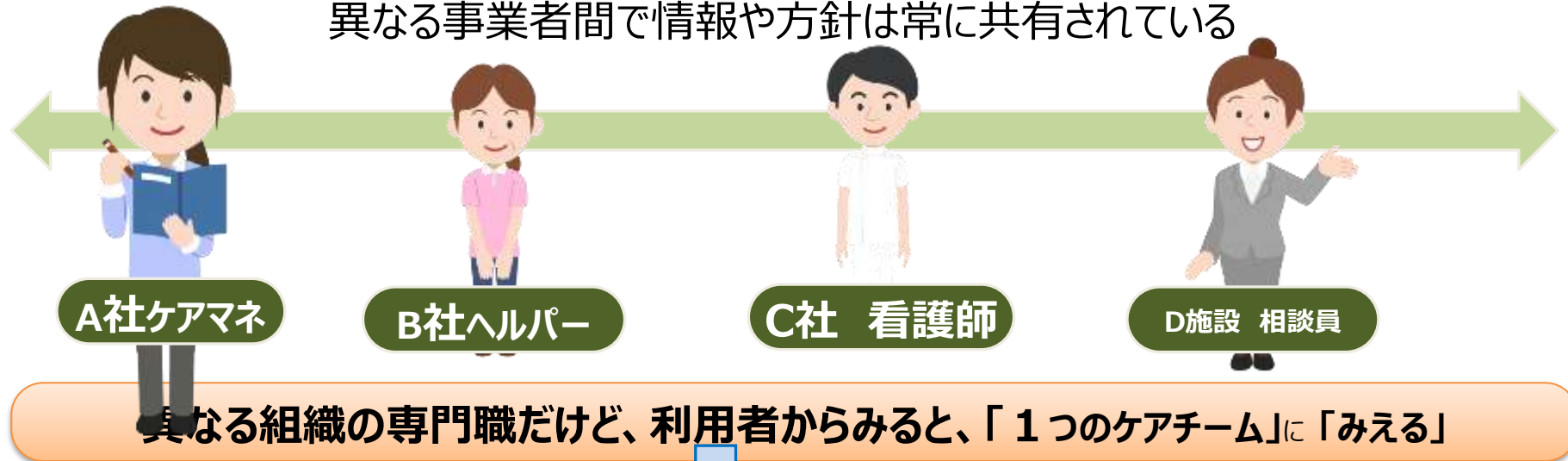


こんな在宅生活はいやだ

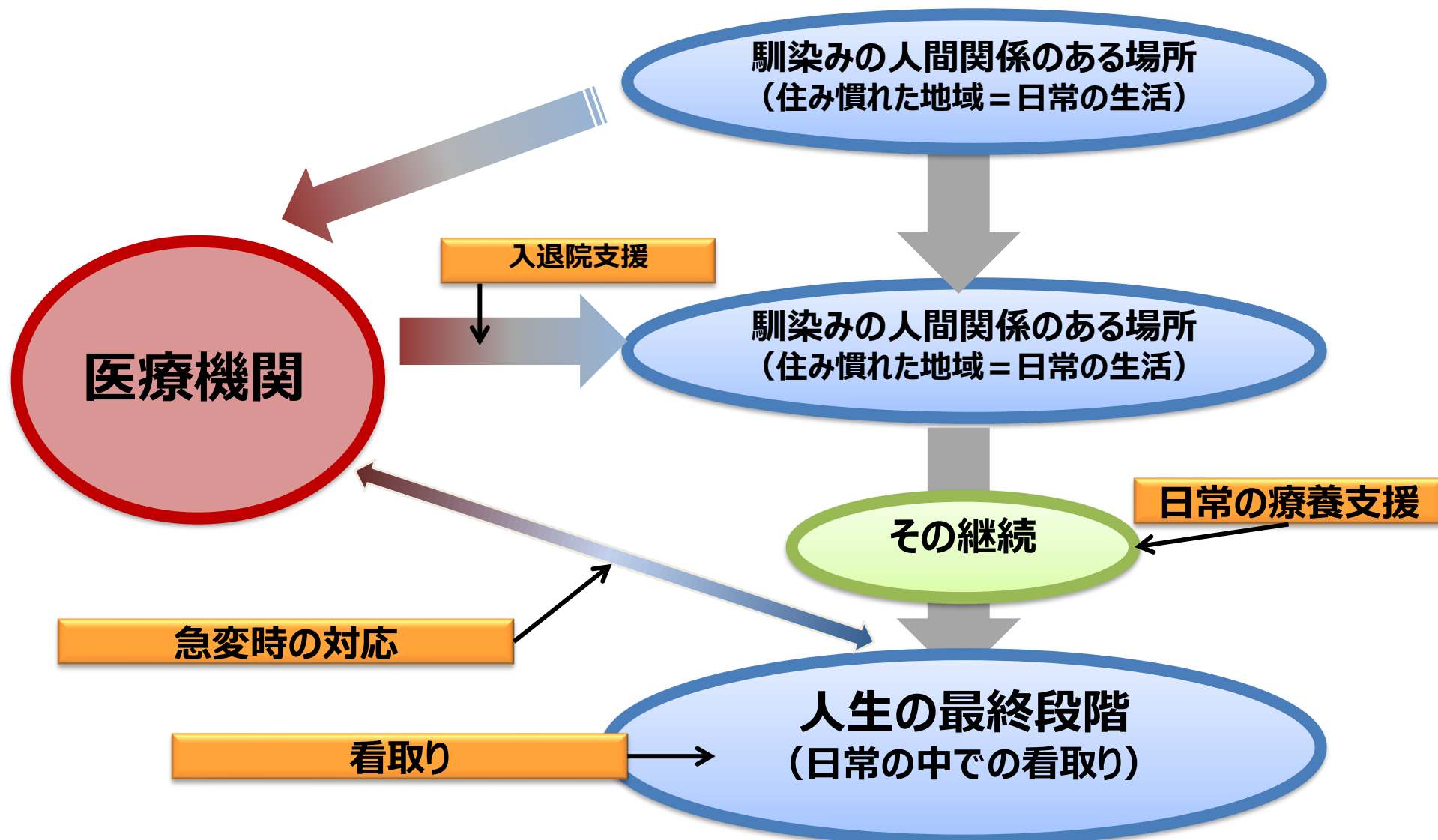


利用者からみて一体的なケア

異なる事業者間で情報や方針は常に共有されている



在宅医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？



在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

直面している課題の大きさやテーマの特徴をしっかりと認識し、共有しないと、うまくいかない。目的の不明確な医療介護連携は成功しない。

多職種連携の テーマ	時間的特徴	特 徴
入退院支援	短い (週単位)	◆ 病院から地域へのソフトランディング。入退院支援連携パスが典型。 ◆ 局所的取組ではなく、地域全体の取組が必要。 ◆ 被保険者がどの市町村の医療機関に入院しているか定量把握しているかが最初のステップ。広域にわたる場合は、近接市町村の仕組みに相乗りや、保健所の関与も有効。
日常の 療養支援	長い (年単位)	◆ 予防的な先回りのケアが求められ、介護・看護・リハ職の役割は大きい。重度化予防や脳卒中に再発防止の取組も。地域密着型サービスの整備なども前提として必要。 ◆ 医師の役割は4つのカテゴリの中では相対的に小さい。
急変時の 対応	短い (週単位)	◆ 在宅における療養中に発生しうる急変時の対応。バックベットの確保も含む。 ◆ そのまま看取りにつながる場合もあり。また日常の療養支援の一部であることも。
看取り	短い (週単位)	◆ 在宅看取りは、ケアチームが形成できることが主眼。大病院の参加が前提ではない。生活の場における多職種連携の先にある。 ◆ このステージでは在宅医療の占める割合が短期的に増大。局所的なベストプラクティスからスタートも可能。 ◆ ACPも注目されているがACPは「日常の療養支援」に組み込まれるべきでは？

脱・病院依存のケアシステム

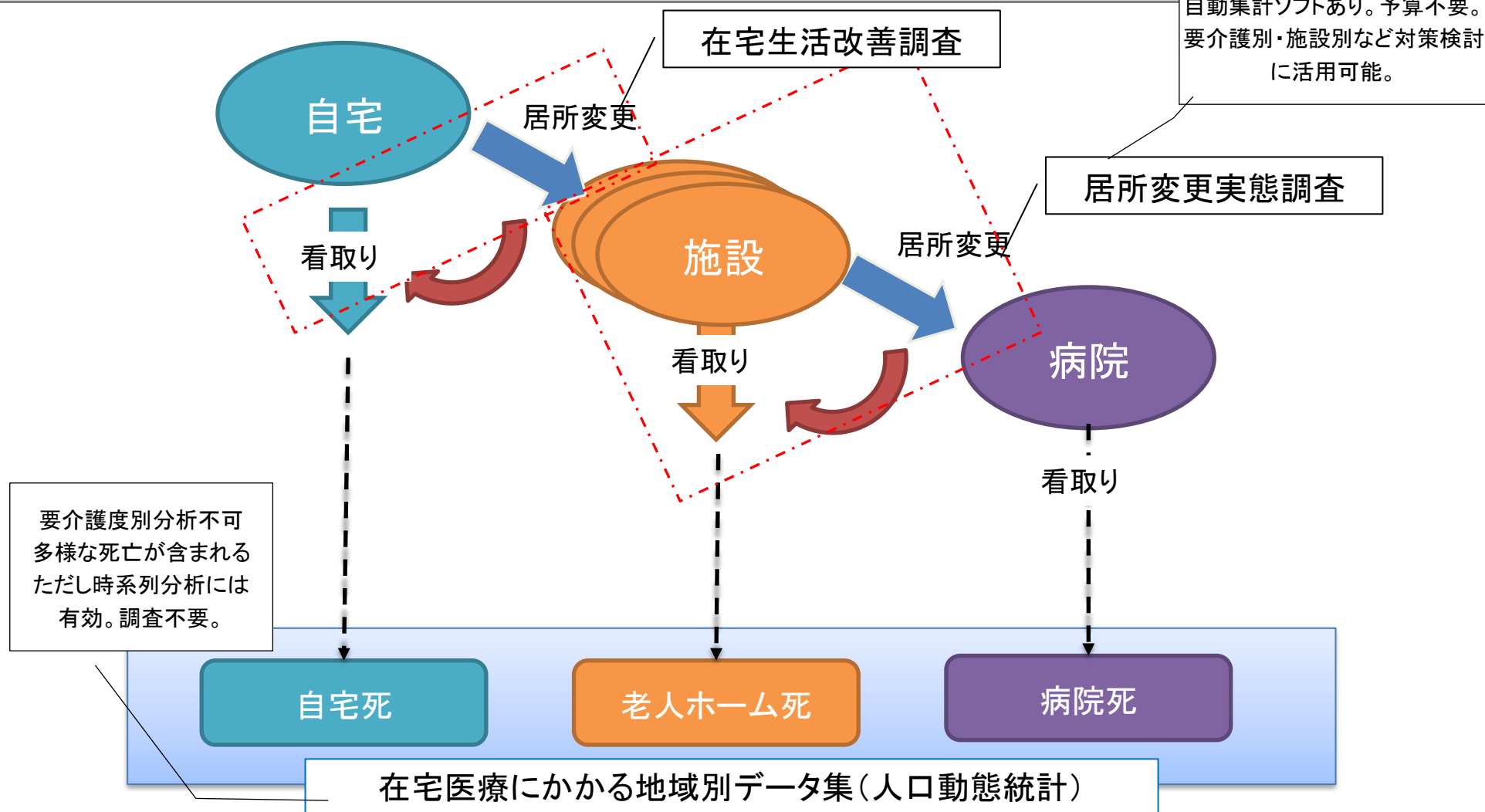
これから10年かけて取り組むべき最優先課題

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

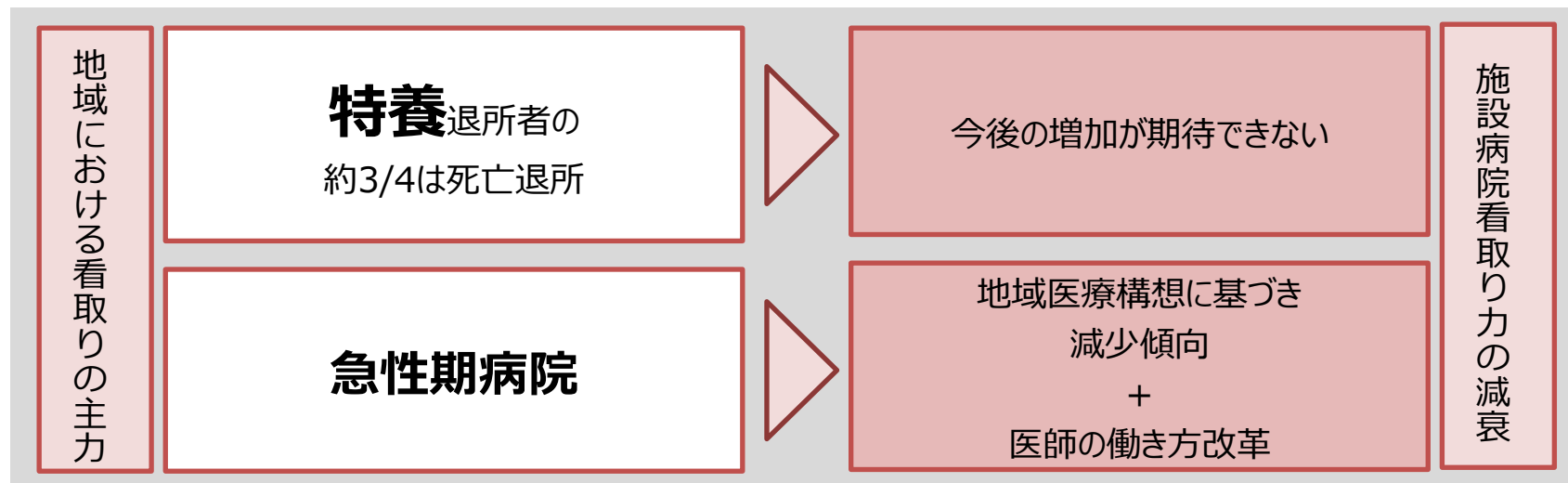
世界が進むチカラになる。



「自宅から施設へ、施設から病院へ」の流れを止める



新しい看取りの場所が必要になっている



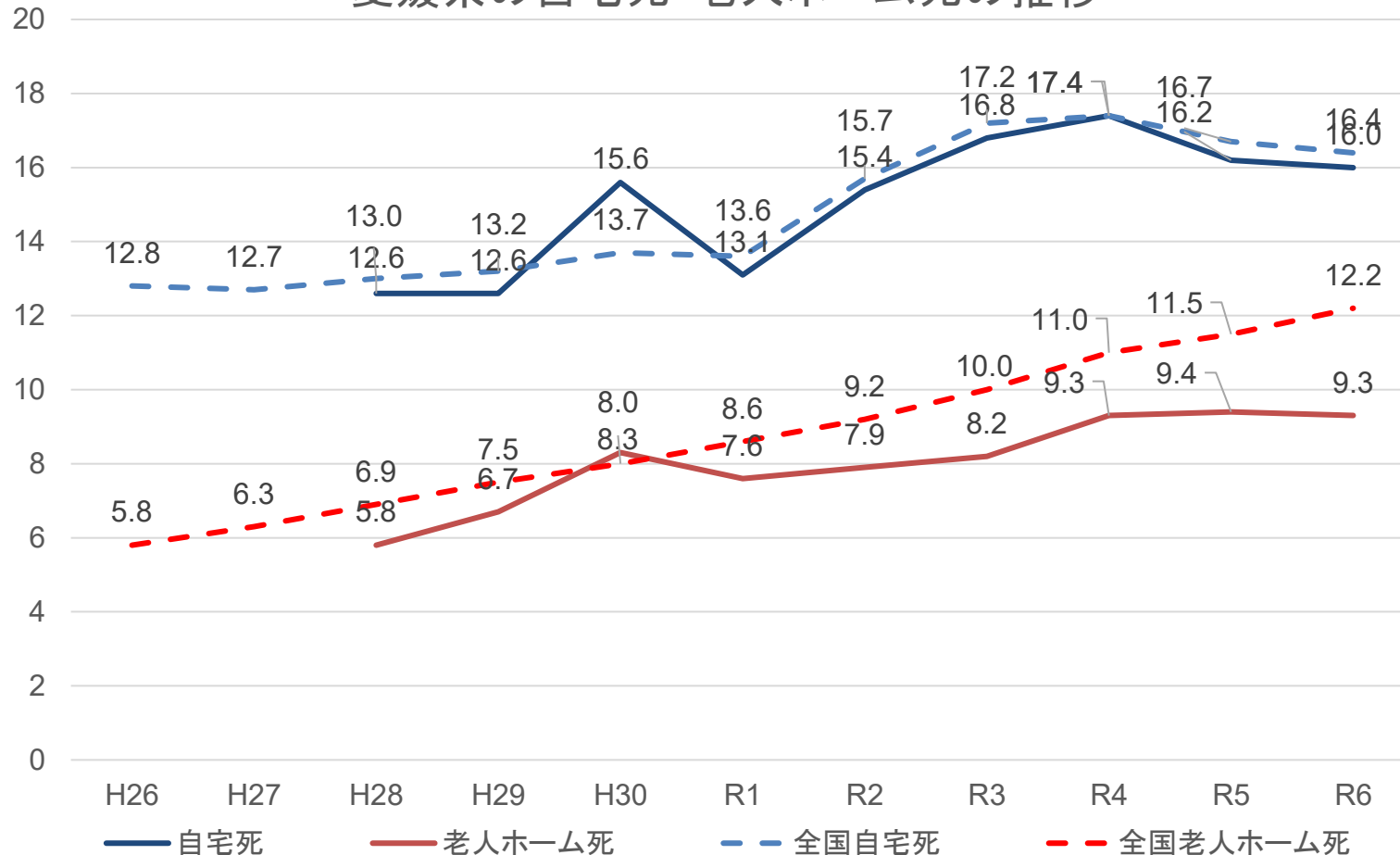
いまの住まいで医療・看護の対応力を高める必要性

サ高住・住有等においても「最期は病院で」を期待せず、ある程度までの医療対応を行う必要性が高まっている。

これまで看取りの主力だった急性期病院は人口減少によるニーズの減少（医師の減少も）にあわせ病床数が減少する方向。また2024年度からスタートした「医師の働き方改革」により、「過剰労働」「連勤」が難しい時代に。救急搬送も従来のような「即応」体制が維持できない時代に。したがって、介護施設においても「発熱したら病院へ」という安易な搬送は不可能に。この結果、高齢者施設は、予防的・先回りケアの充実と、医療対応水準の向上が求められるようになる。

自宅死・老人ホーム死は増加

愛媛県の自宅死・老人ホーム死の推移



※用語の定義

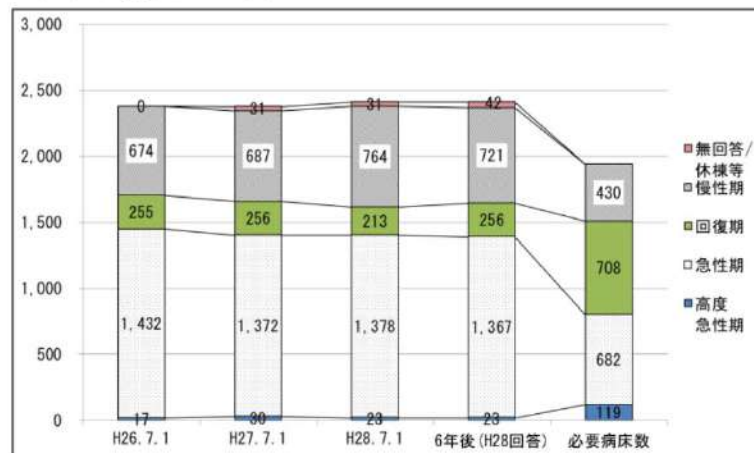
「自宅」：自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む

「老人ホーム」：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム

資料) 厚生労働省人口動態統計から三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

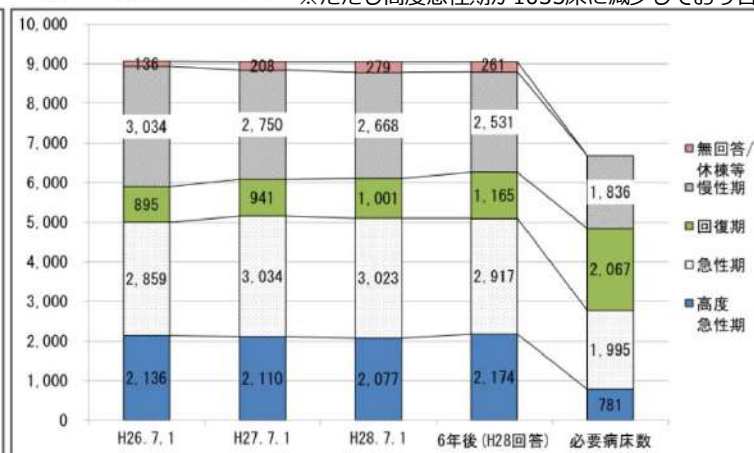
急性期病院は増えない（区域横のカッコ内は2025年7月1日現在の病床機能報告における急性期病床の数値）

〔今治構想区域〕 (1,149)

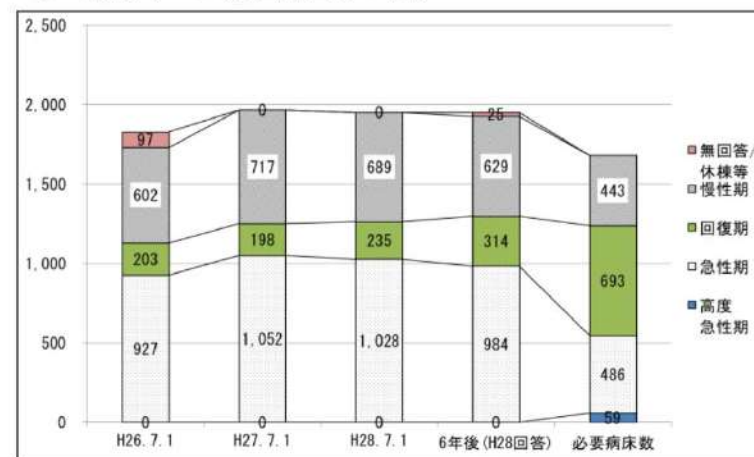


〔松山構想区域〕 (3,316)

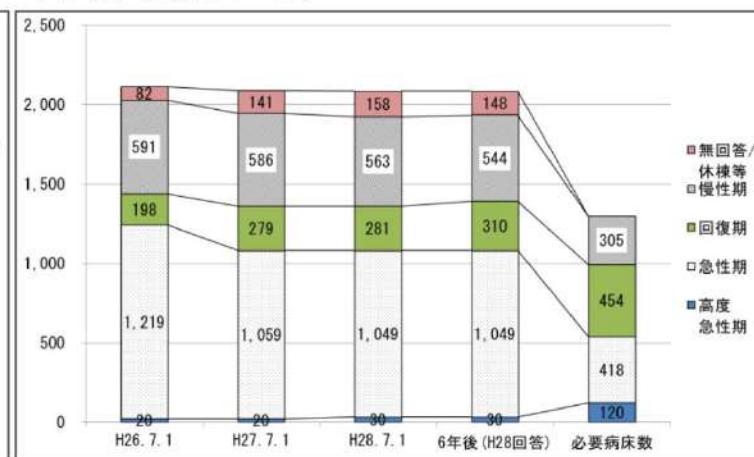
※ただし高度急性期が1033床に減少しており合算では減少



〔八幡浜・大洲構想区域〕 (778)



〔宇和島構想区域〕 (792)



急性期病院は今迄みたいに働けない

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の最適配置の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の医師偏在の是正

国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用(2024.4～) 法改正で対応

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間		義務
B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了		
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)			

医師の健康確保

面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

罰則規定あり

過度な連勤は不可

救急搬送の応需率低下

軽症者の搬送困難に？

施設は、救急搬送に過度に依存した状況改善が必須。夜間体制など見直しが必要

2024年4月施行

急性期病院が施設を選ぶ時代が来る？

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○ 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】

①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿酸カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

②高齢者施設等と医療機関の連携強化

■実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1)平時からの連携

- ・利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2)急変時の電話相談・診療の求め

(3)相談対応・医療提供

- ・相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1（運営基準）

(4)入院調整

- ・入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2（運営基準）
- ・入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5)早期退院

- ・退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院
- ・地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定

診療体制の常時確保に向けた協力医療機関の
設定の義務化

（経過措置3年、GH・特定は努力義務）

退院患者の速やかな
受け入れの努力義務化

【施設】要医療でも継続
入所可能な体制の検討

【施設】病院が連携できる
ような体制整備
（人員・情報連携）

【行政】

利用者の移動状況の把握
（居所変更実態調査）

※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

13

国の政策の方向性

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

2015年 地域医療構想により必要病床数を設定

2025年の医療需要を踏まえた**病床数の必要量を定め**、病床の機能分化や連携の取組を推進。

2024年6月21日 経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）

「地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、**医療・介護連携**、人材確保等**も含めた**地域の医療提供体制全体に拡大する」ことが示された。

2024年12月18日 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

【目指すべき方向性】医療機関と介護施設の**日頃からの連携による対応力を強化し、状態悪化を防ぐ**ことで、**救急搬送の減少**や**円滑な入院**につながることも記載される“

【目指すべき方向性】医療機関だけでなく、**訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機関が連携して地域の需要と資源に応じて供給力を高める**ことが求められる。“

【都道府県の役割】調整会議で**協議が調った事項の実施**に努めることが適当“
”市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や**都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等**の取組を推進することが適当“

【共有すべきデータや課題】医療機関と**介護施設等との平時や緊急時の連携体制**の構築状況“（日常の療養支援／急変時の対応）

【高齢者救急】救急搬送を受け入れるだけでなく、**入院早期からのリハビリテーション等の離床のための介入**をできることが必要“（入退院支援）

主に医療側の機能分化・量的調整・連携の在り方にとどまる。

「在宅医療・介護連携」も含め
介護側施策との連携の必要性を指摘

介護保険側「在宅医療・介護連携」との高い連動性

- 新たな地域医療構想での注力テーマは、介護保険側の在宅医療・介護連携推進事業と整合。

連携場面	地域医療構想とりまとめでの言及
入退院支援	リハビリテーション・離床への介入
日常の療養支援	日頃からの連携による対応力強化 状態悪化を防ぐ
急変時の対応	救急搬送の減少 円滑な入院
看取り	—

「とりまとめ」における記載

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

- このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる。 p.2

入退院支援

- 1点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医療機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。 p.5

入退院支援

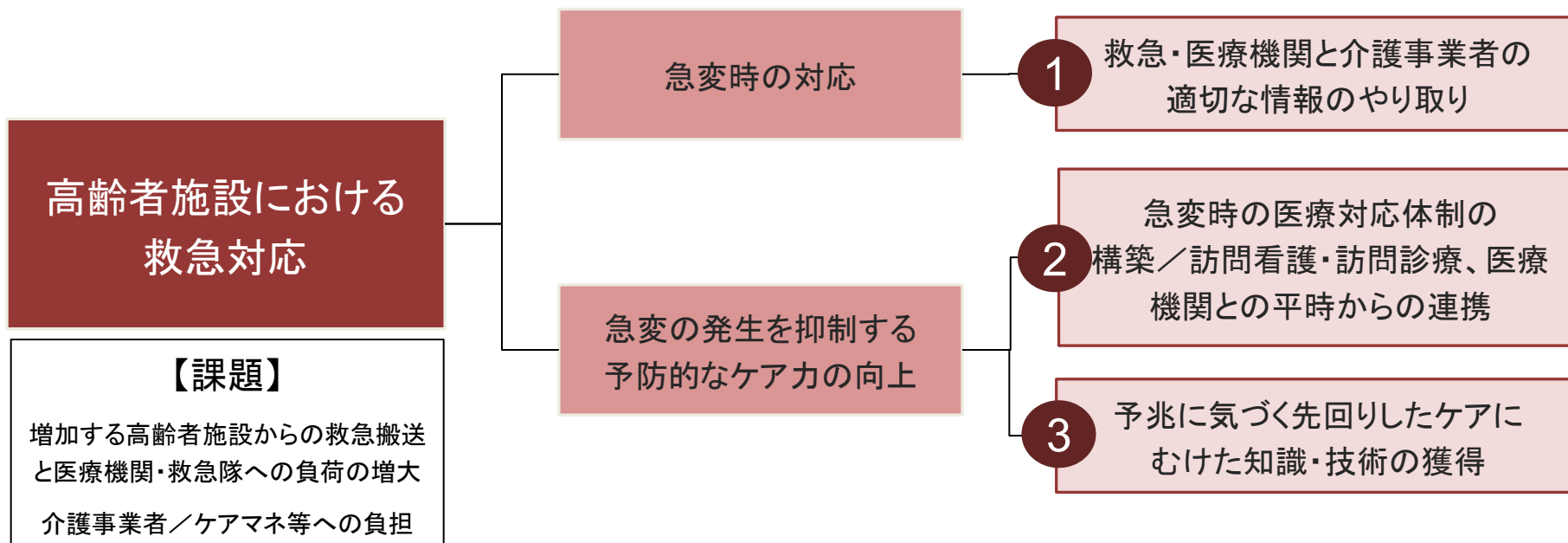
日常の療養支援／急変時の対応

- このほか、介護老人保健施設等の介護施設や在宅医療等での適切な管理、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有、ACPの取組の推進等により、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等の適切な管理を通じて患者の状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげていくことが取り組まれている。訪問看護においても、ICTの活用等により、効率的な提供の事例があり、こうした取組は今後ますます重要になる。 p.8

日常の療養支援／急変時の対応

「とりまとめ」には看取りへの言及はないが、これらの対応が充実することにより、自然と看取り対応力が向上する

「高齢者施設×救急」の抱える課題の整理



新しい地域医療構想で指摘されているテーマの「ミクロ・マクロ」の例

テーマ	ミクロ情報の例	マクロ情報の例
入院早期からのリハビリテーション等の離床のための介入	入院を経て在宅復帰時に身体能力が著しく低下しているケースの具体例 在宅を担当するケアマネ・リハ職の声 病院リハ職の声	退院3か月後の状態評価 在宅復帰時の家族・本人に対する不安度に関する調査等 退院後の復帰先分析
救急搬送の減少 医療機関と介護施設の日頃からの連携による対応力を強化し、状態悪化を防ぐ	介護施設における救急搬送ケースの具体例 軽症でも救急要請してしまう施設職員の声、不安感の聞き取り 状態悪化した場合の対応に関する施設経営者の声等	救急搬送データ(消防等が保有するデータ) 救急隊員・施設職員・ケアマネなどへのアンケート調査など 居所変更実態調査
医療機関と介護施設等との緊急時の連携体制の構築	救急隊員、病棟医師、看護師、施設等の介護職員・ケアマネ等の声、不満等	救急隊員、病棟医師、看護師、施設等の介護職員・ケアマネ等の関係者に対するアンケート調査等

総合事業／整備事業

—10年前にどんな話がされていたのか？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。





自立支援の考え方に立った時、
多様化する高齢者のニーズに
既存サービスは対応できるのか？



2006年からスタートした介護予防の失敗

あなたならどう支援しますか？

1

手芸が趣味のおばあちゃん。
数年前に夫を亡くし、現在は、単身で生活しています。
週に1回、自宅に手芸の講師をよび、近所のお友達と
手芸サークルをするのが楽しみでした。



2

おばあちゃんは、サークルでつくったものを孫にあげたり、
大きな作品をつくって展示会に出すことも。
そうしたことが、生活のはりあいになっていました。
ところが、ある日、転んで骨折してしまいます。



3

以来、外出がおっくうになってしまったおばあちゃん。
手芸サークルの講師とのやりとりやお茶菓子の準備なども難
しくなってきたので、サークルをやめようかと考えています。
心配した家族は、地域包括支援センターに相談にいきました。





多様化する高齢者のニーズに
既存サービスは対応できるのか？

このパターンだけですか？

通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成28年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業



多様化する高齢者のニーズに
既存サービスは対応できるのか？

こういうやり方はどうでしょうか？

友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物



多様化する高齢者のニーズに
既存サービスは対応できるのか？

これを実現するには多様な支援が必要

人生や生活で「**したいこと**」を
「**なじみの**」環境の中で続ける

「**手芸・家事**」を続ける

「**友達との関係**」も途切れない

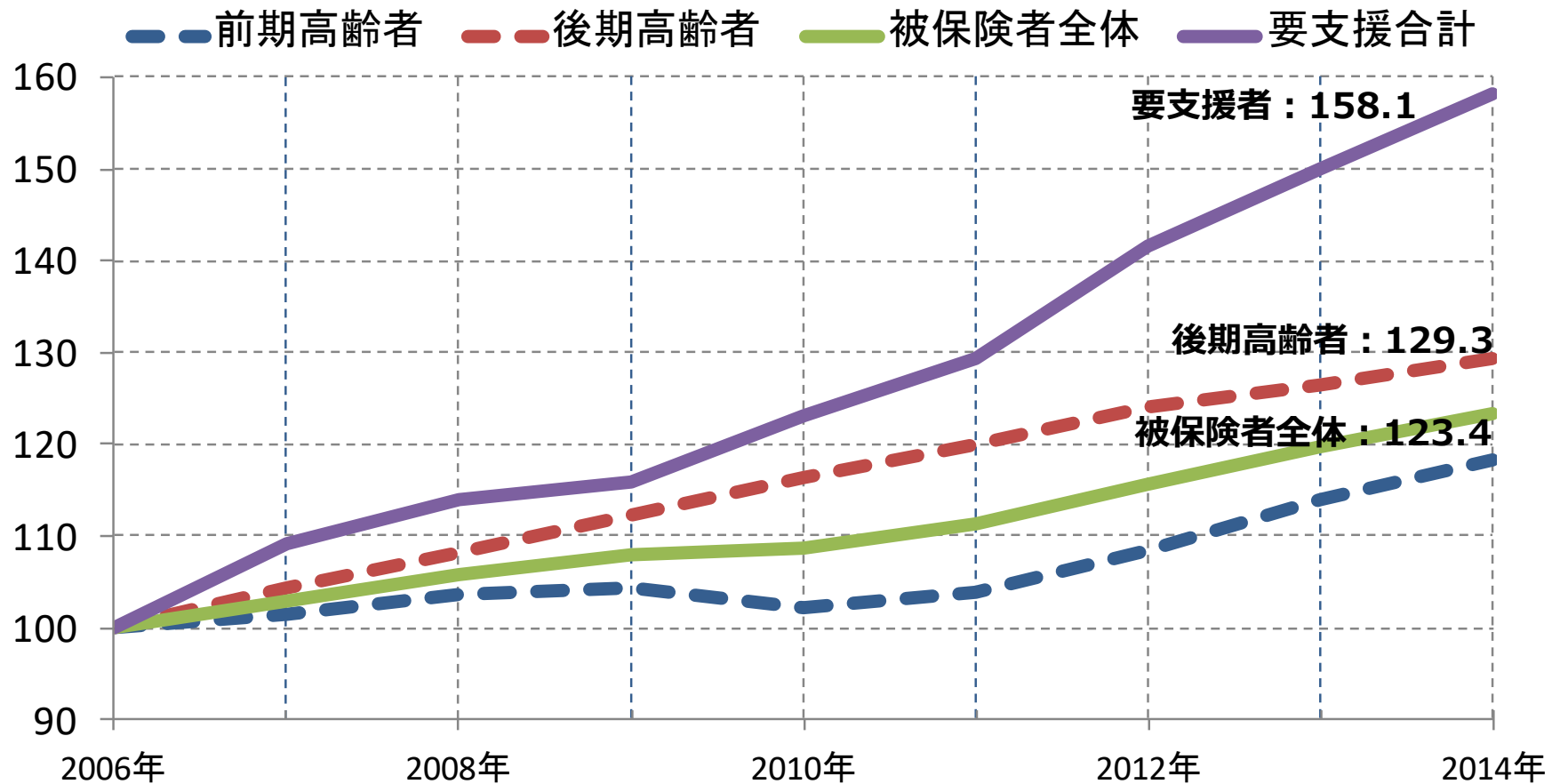


その人が主体的に
生活できるよう支援する

= **自立支援**

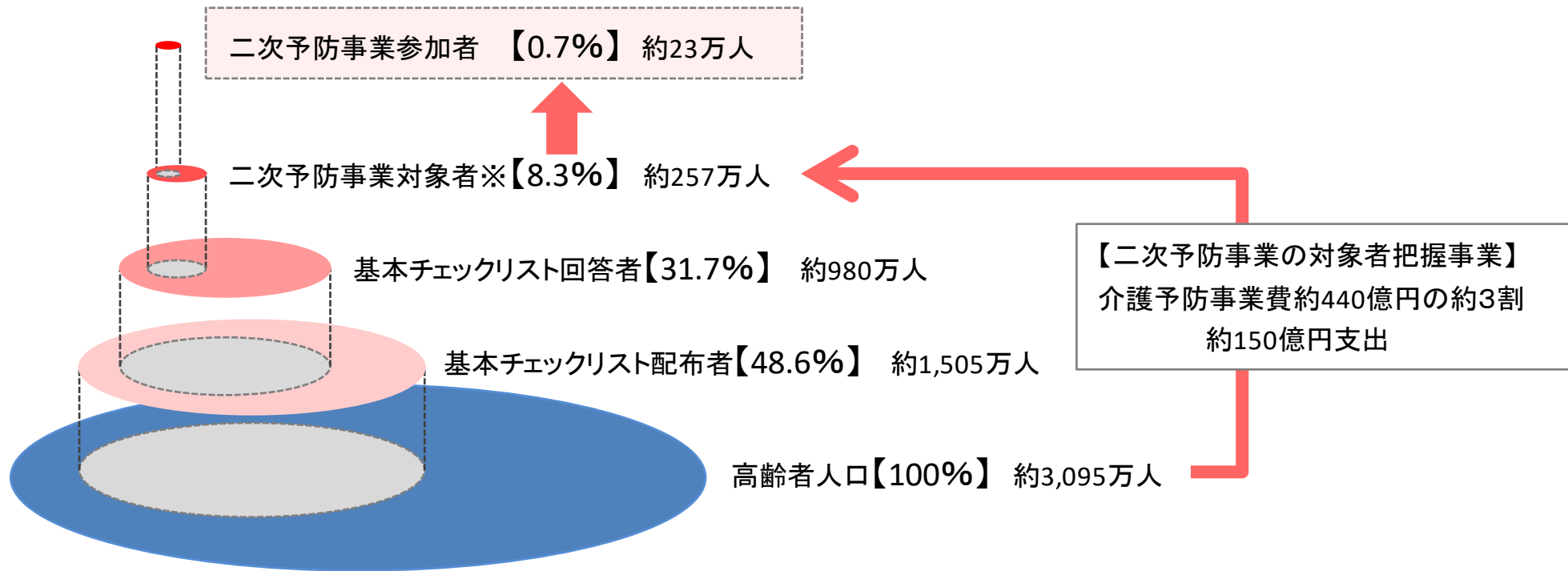
これまでの介護予防って成功といえるのか？

平成18年度(2006年度)の介護予防事業スタート以来、全体的には
後期高齢者の伸び以上に要支援者は増えている。



「二次予防事業は成功だった」といえるのか？

二次予防事業の参加実績は、目標の**1/7**
基本チェックリストの回収等費用は、介護予防事業予算の**1/3**



資料)「平成24年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が作成

※二次予防事業対象者:要介護認定更新非該当による対象者(0.1%)、前年度からの継続者(1.2%)を除く

過去の失敗からの学び

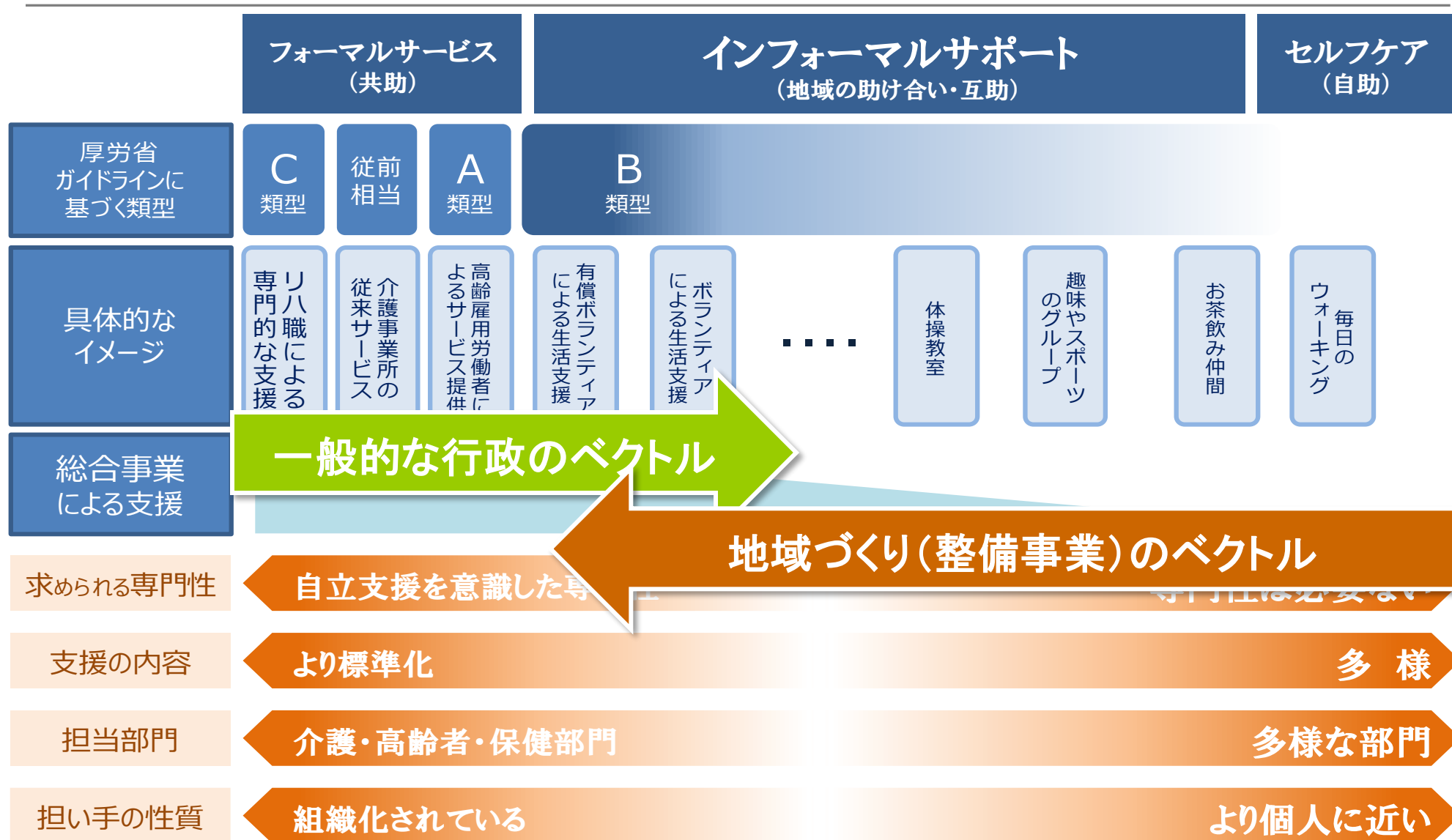


多様化する高齢者のニーズに応えるためには全国一律に標準化された保険給付だけでは対応できない。また人材確保の観点からも介護領域以外の支援も不可欠。民間も含む多様な可能性を模索しなければならない。

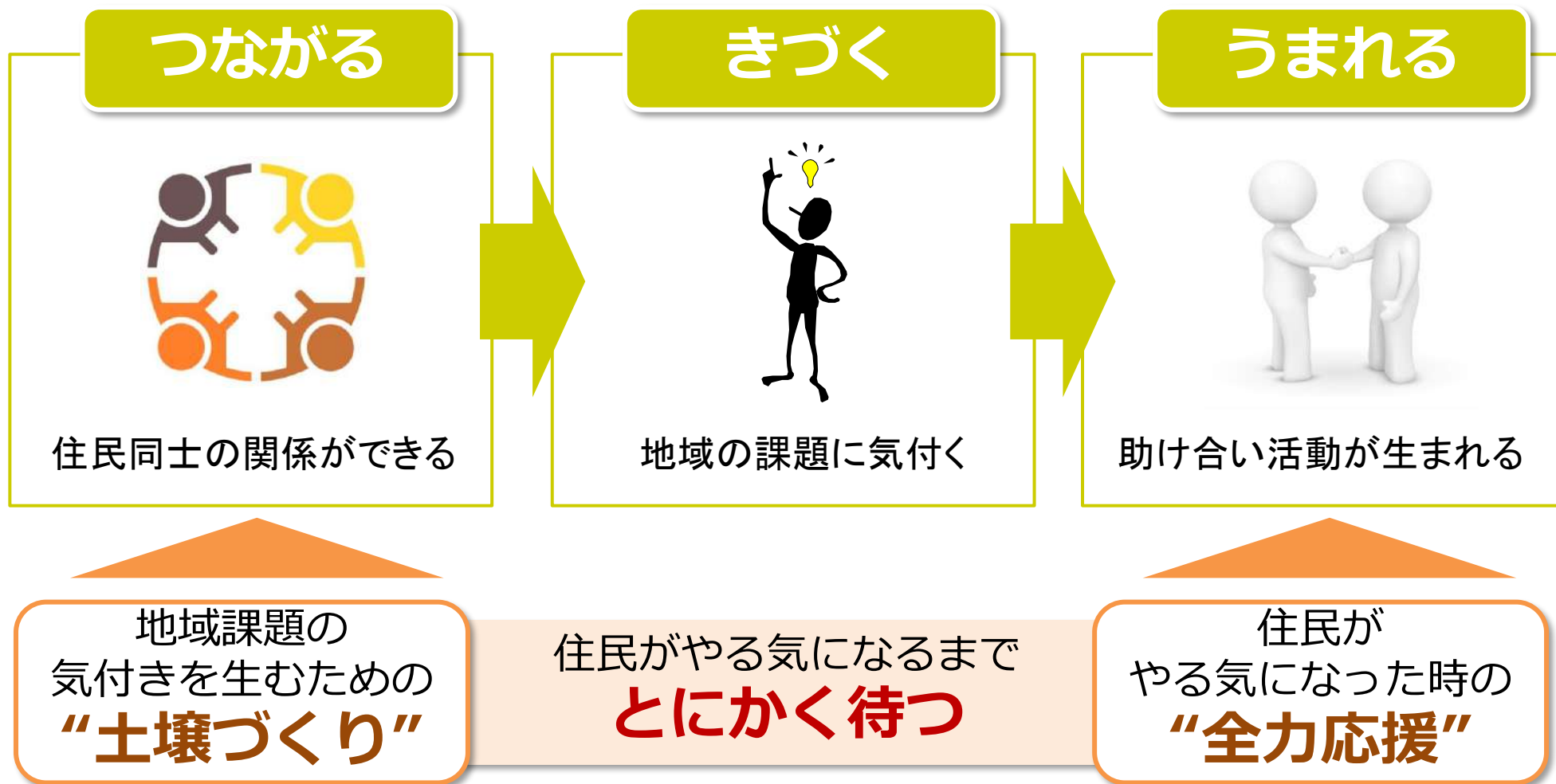


住民の主体的／積極的な社会参加を期待するなら、住民の主体性が重要。行政主導の住民主体になっていないかの点検が改めて必要。専門職がかかりっきりの取組は広がりが期待できない。また主体性がなければ続かない。地域は行政の下請けではない。住民を行政の枠にはめて取組を「依頼」していないか注意が必要。

行政の仕事の仕方が変わる



「行政主導型住民主体」にならないために



総合事業・整備事業の 行き詰まりにどう立ち向かうか？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

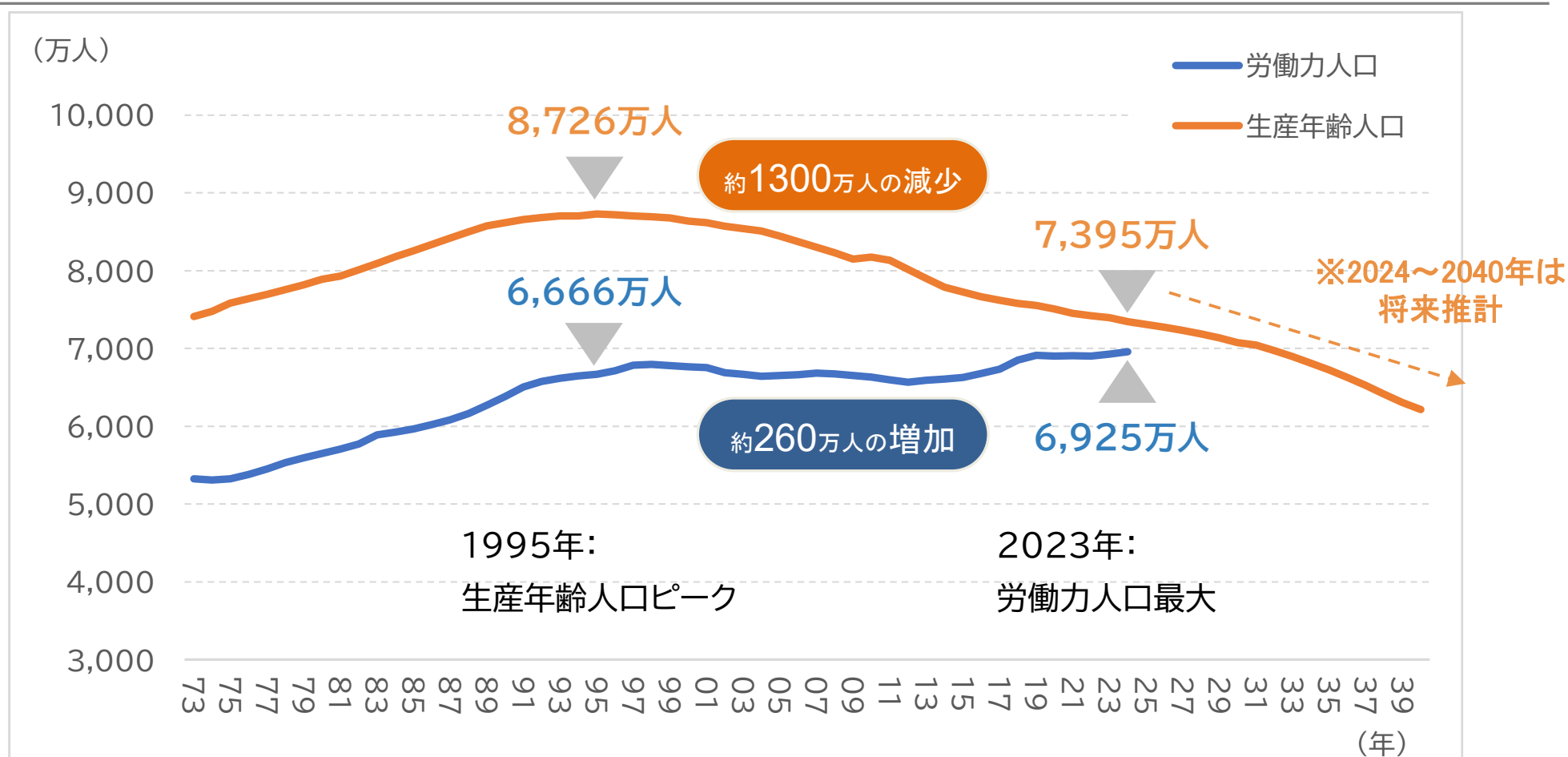
世界が進むチカラになる。



生活支援体制整備が抱える行き詰まり感

- 地域全体における人口減少と専門職の不足（中重度者を支える地域で支えるためには、軽度者支援における脱専門職化が不可欠）
- 人口減少が進むといっても、多くの自治体において要介護者は引き続き増加、または横ばいであり、持続可能性が大きな課題となる。
- 【過去10年の自治体での動き】 住民主体の活動（通いの場・体操教室の創出等）に対する支援の展開：全国10万か所以上の通いの場の創出＋住民主体による支援の限界←高齢者・女性の社会参加の進展によって「**活動住民の空洞化**」が進む。
- 【過去10年における民間資源へのアプローチ】 多様な主体によるサービス・活動の創出といいながら、緩和型では、民間企業によるサービス参入は進まず。「民間企業を介護サービス業界の土俵に上げる」という発想から脱却する。介護保険サービス（従前相当サービス）の簡素版を、民間企業に委託するという発想では、民間企業は動かない。
- 逆に、「介護行政側が、民間企業の土俵にお邪魔する」という発想で取り組む。つまり、介護保険の枠組にとられない民間企業の自由な取り組みを前提に、そのサービスを要支援者等が利用する場合に必要な追加的なサポート部分を行政が工夫して支援するという発想にたつ。民間企業のサービスの「高齢者フレンドリー化」を進める視点が重要。

【人材：供給】実は「生産年齢人口」は30年も前から減少し続けている

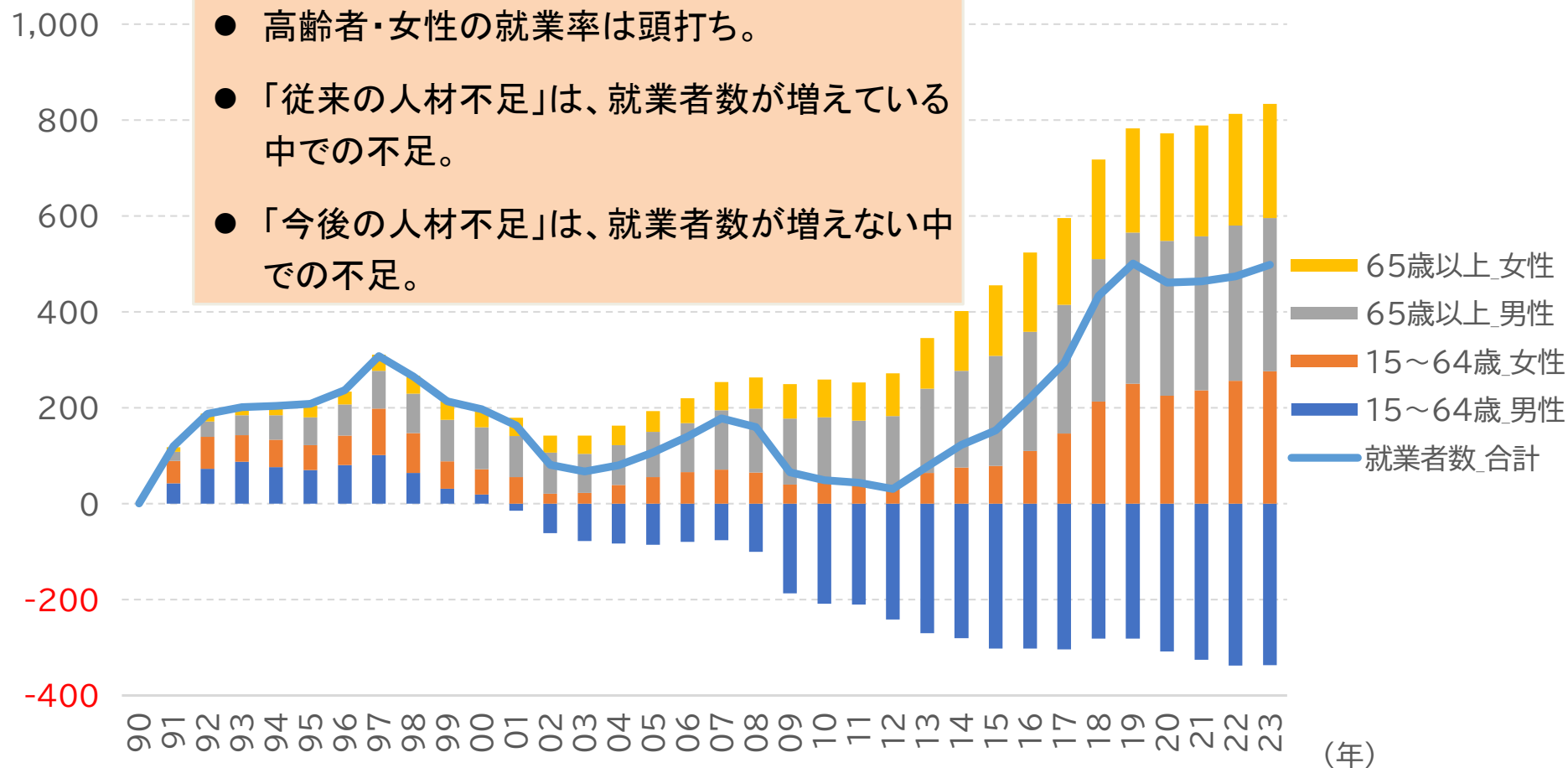


(元データの出典)労働力調査(総務省)、国勢調査(総務省)、人口推計(総務省)、日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)より、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」7ページ

【人材：供給】生産年齢人口減少を支えてきたのは「高齢者」と「女性」

(万人)



令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」

総合事業の実施要綱・ガイドラインの見直し（令和6年8月）

■ 重要な見直しのポイント

■ 従来のA型・B型のサービス・活動イメージに関する定義変更

- 「A型＝基準緩和型」「B型＝住民主体型」という区分の実質的な廃止により、両者区分の意味は「A型＝委託」「B型＝補助」と理解できるように。

■ 老計10号の縛りの解禁

- A型については、介護保険の給付サービスをベースとする考え方から「老計10号の縛り」があったが、これは解除された。企業・団体などが実施する柔軟性の高い活動に対して委託によって財政的な支援が可能に。

■ 補助の考え方における按分ルールの変容

- 間接費用に対する補助に関して利用者対象者の参加がある場合も、柔軟に補助・委託可能に。
- 包括的な支援体制の構築にも資する大きな改正。

■ 地域におけるサービス・活動の開発予算の確保

- 実験的な取組に対する予算の確保「生活支援コーディネーター・協議体が行う住民参画・官民協働連携推進事業」の創設

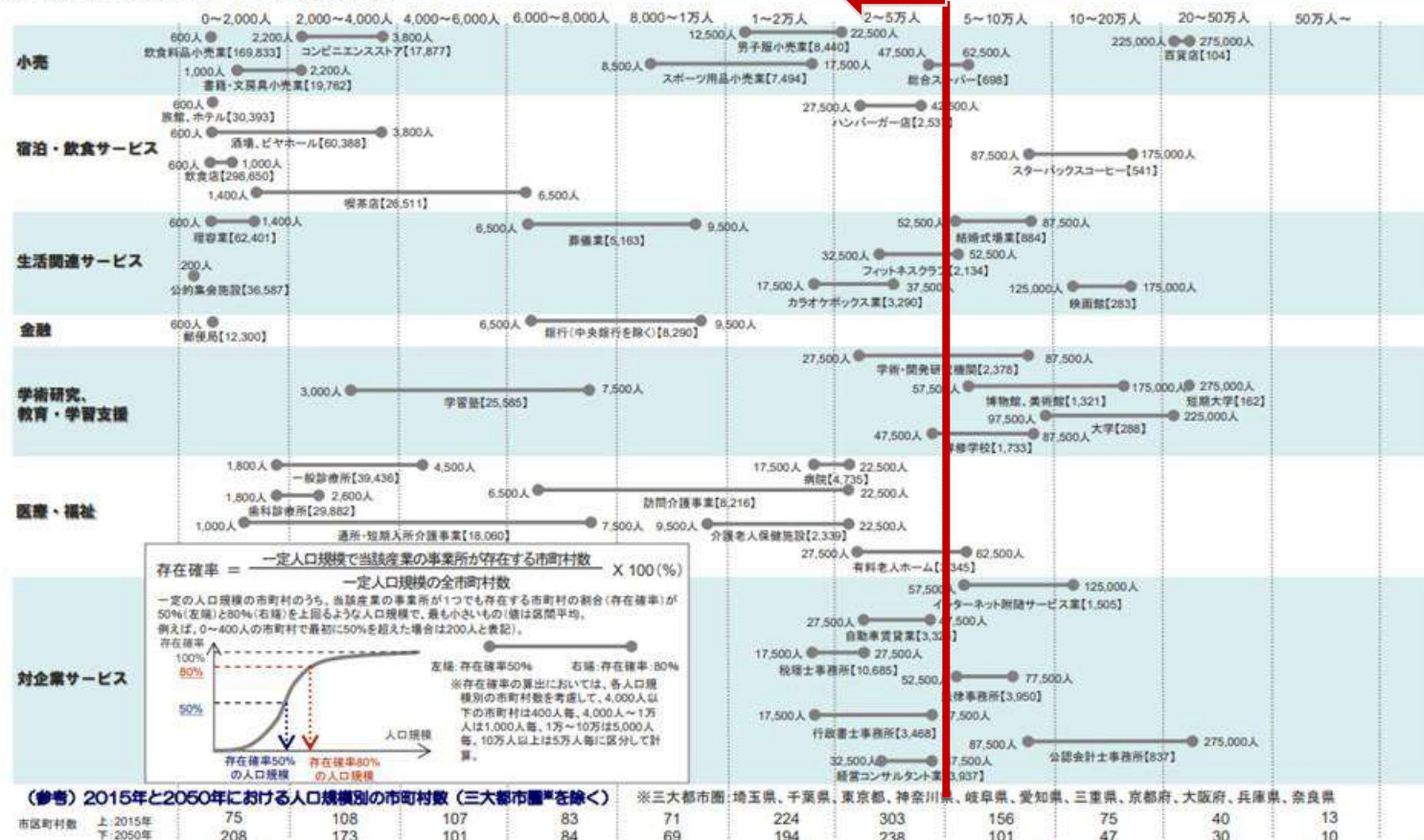
■ 多様なサービスの利用がしやすいケアマネジメント体制へ

- ケアプラン単位の支払だけでなく、独自加算や体制に対する費用支払も可能に。プランなしの支援でも包括の委託額に変更が生じないような配慮がなされる。

人口減少しても残る地域資源とは何か？

【図1-16】地域の人口減少により、医療・福祉等の生活サービス産業の維持が困難になる可能性

- 市町村別に人口規模と生活サービス産業等の立地状況にもとづき、産業の存在確率が一定以上になる市町村の人口規模を整理すると、下図のとおり。
- 多くの市町村が、人口減少に伴い現状では立地確率が低くなっている人口規模に移行していくことが想定され、そういった地域では産業の撤退等により、これまで通りの生活サービスの維持が困難になっていくことが懸念される。



主な事業の存在可能性～3万人未満では訪問介護事業の撤退も

事業の種類	事業名	存在確率50%の 市町村人口規模	存在確率80%の 市町村人口規模
小売	総合スーパー	47,500人	62,500人
	コンビニエンスストア	2,200人	3,800人
	飲食料品小売業	600人	-
宿泊・飲食サービス	喫茶店	1,400人	6,500人
	酒場、ビヤホール	600人	3,800人
	飲食店	600人	1,000人
	旅館、ホテル	600人	-
生活関連サービス	フィットネスクラブ	32,500人	52,500人
	カラオケボックス業	17,500人	37,500人
	葬儀業	6,500人	9,500人
	理容業	600人	1,400人
	公的集会施設	200人	-
医療・福祉	有料老人ホーム	27,500人	62,500人
	訪問介護事業	6,500人	22,500人
	一般診療所	1,800人	4,500人
	通所・短期入所介護事業	1,000人	7,500人

出典) 前ページの国土交通省資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

例えば、「移動販売」をどう保全するか？

- 中山間地域における訪問型サービスは全国的に減少。一方で、介護保険サービスが提供できないエリアでは、民間の「移動販売」が要支援・要介護の高齢者の生活を支えている実態がある（把握できていますか？）
- これらの事業者の多くは「行政支援なし」で営業を継続しているものの、持続可能性に課題あり。採算が取れなくなれば突然地域から消滅してしまうリスクも ➡ 地域の要支援者の生活孤立
 - 薄利（10円～20円程度／品目）のため個人宅や遠隔地域への移動は非効率だが要望に応える事業者も。
 - 月額5万円を超える燃料費（冷蔵のための常時アイドリングも一因）。中山間地域では登坂も多く、さらに高額に。
 - 5年～8年程度での車両の更新（諸経費・リース代等）
 - 毎年の自動車保険料負担／メンテナンスコスト
- 行政による支援の可能性
 - 補助：総合事業（サービス・活動B）による補助：燃料費、保険料、要支援者宅に訪問する場合の移動費など
 - 情報支援：集客支援（通いの場やG Hなどとのマッチング）・移動販売マップの作成等
 - 補助金交付の条件として、年数回の情報交換会への参加や、「心配な高齢者」に気づいたときの地域包括支援センターとの連携
- 新しい「多様なサービス」を作る前に、まず「灯台下暗し」になっている民間サービスの支援を検討することも重要。

今回の改正でとても大切なポイント(私見)

- ◆ 今後の需要の増加と人材の制約から、要支援者への専門職による生活支援サービス提供はほとんど持続可能性がない。専門職以外からのサービス提供体制の構築は急務。
- ◆ その際に、「要支援者向けの総合事業のサービスをどのように作るか、どのように民間企業にやってもらうか」という発想は危険な考え方。
- ◆ 「民間企業を介護サービス業界の土俵に上げる」という発想から脱却する必要がある。介護保険サービス(従前相当サービス)の簡素版を、民間企業に委託するという発想では、民間企業は動かない。
- ◆ 逆に、「介護行政側が、民間企業の土俵にお邪魔する」という発想で取り組む。つまり、介護保険の枠組にとらわれない民間企業の自由な取り組みを前提に、そのサービスを要支援者等が利用する場合に必要な追加的なサポート部分を行政が工夫して支援するという発想にたつ。
- ◆ 民間企業のサービスの「高齢者フレンドリー化」を進める視点が重要。

超高齢社会における公共私連携が目指すべきゴール

増えつづける後期高齢者

- ✓ 全国的に2040年にはピークを迎える後期高齢者の増加
- ✓ 沖縄では2050年に2020年の1.8倍となるもピークはさらに先

減少する生産年齢人口

- ✓ 沖縄では2050年に2020年比で2割減となる見込み
- ✓ すでに介護業界は深刻な人材不足

乏しいサービスの選択肢

- ✓ 沖縄では在宅生活を支える訪問サービスが全国比で少ない
- ✓ 生活支援の担い手も専門職が中心で選択肢が少ない

沖縄における市場の高齢化

- ✓ 沖縄では今後急速かつ長期にわたり高齢化が進むことから、あらゆる産業分野で高齢化対応が必要

専門職だけで支えることの限界

生活を支援するサービスの
選択肢が少ない

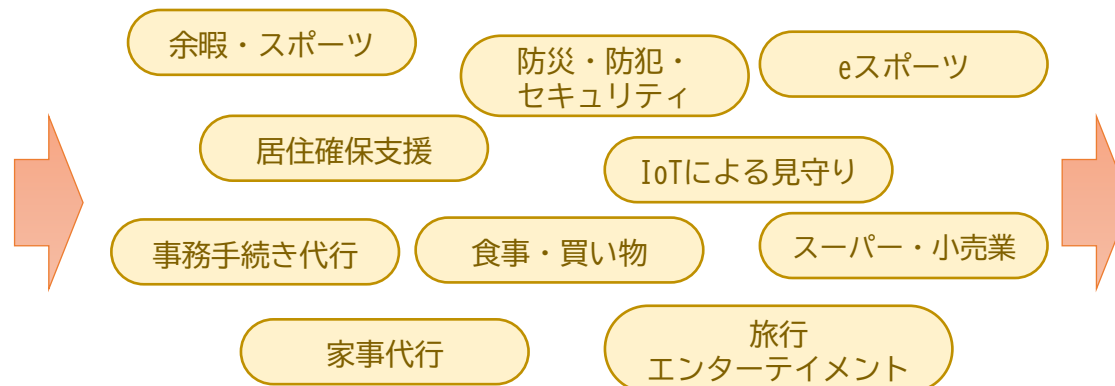
日常の経済生活から離れていく
高齢消費者

沖縄県特有の長期にわたる高齢化に対応するには、従来の手法や枠組み、制度を超えた公共私連携が必要

公共私連携の目指すべきゴールは、すべての高齢者にとって、従来の「介護」や「生活支援」の枠を超えた、多様な選択があり、高齢者に寄り添ったサービスを提供し日常の生活をできる限り続けることができる「高齢者フレンドリーなまちづくり」であるべき

高齢者介護・生活支援のイメージに限定しない幅広いサービス

いま使っているサービスを
高齢になっても
継続利用できる
ための工夫
＝「高齢者フレンドリー」

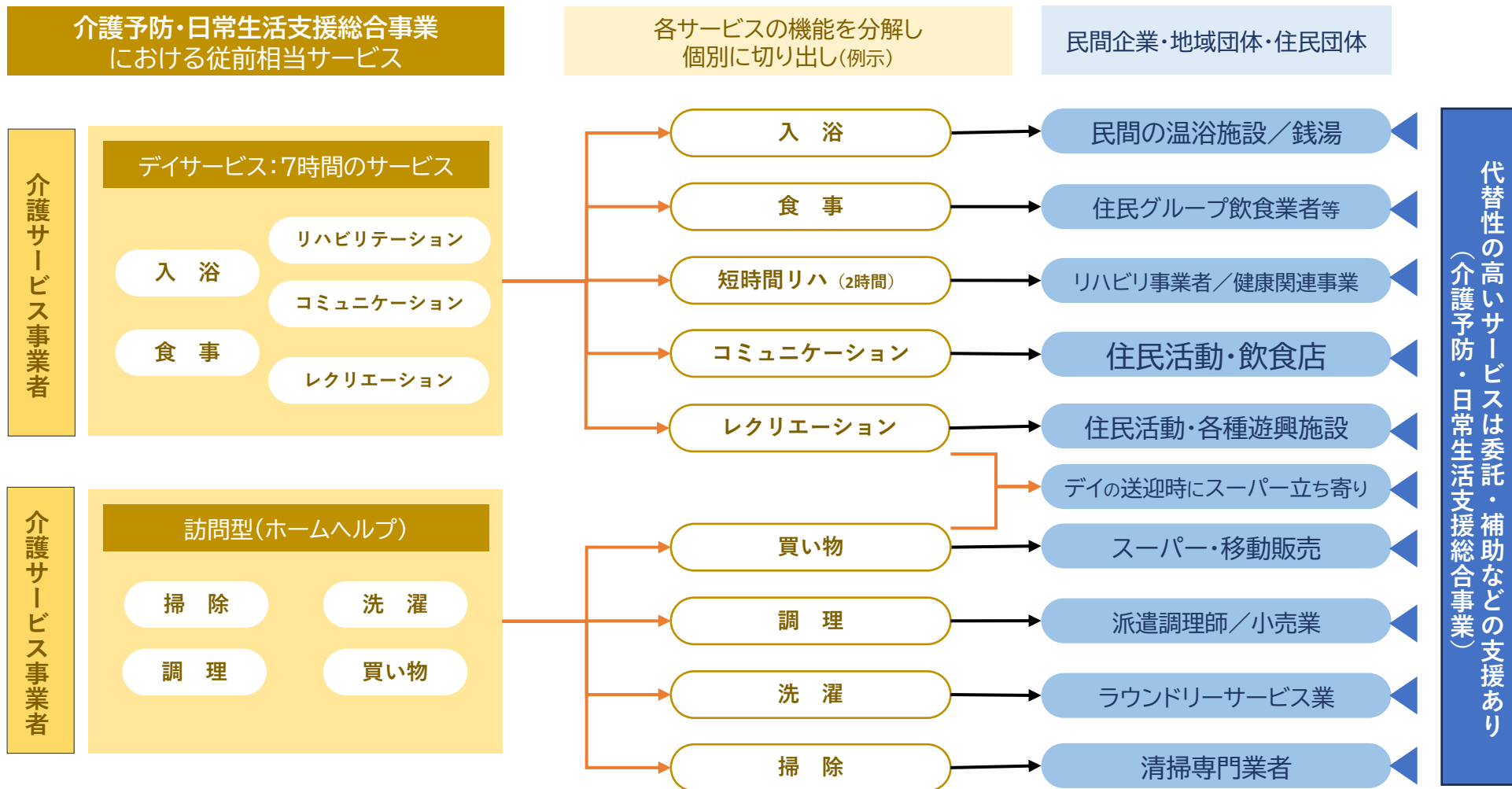


中長期的には
すべての生活者に
優しいまちづくりへ

産業・地域経済の
活性化にも貢献



「基準緩和」から「機能分化」へ



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「岩名礼介講演資料」

中山間地域で考えるべきこと

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



中山間は資源が少ない以上「土事業」が生命線

＜都市部：住民力弱くともサービス資源はもともと豊富＞

介護保険サービス事業所

大企業によるサービス提供
(全国チェーンなど)

住民ボランティアや助け合い
地元の企業による生活支援サービス
【生活支援コーディネーター】

＜中山間：地域づくりの中に光を見出すべき＞

介護保険サービス事業所

大企業によるサービス提供
(全国チェーンなど)

住民ボランティアや助け合い
地元の企業による生活支援サービス
【生活支援コーディネーター機能が重要】

人口密集地のサービスデザインは分業、中山間とは？

ラーメン屋

介護

基本戦略

人口密集地域

魚介しょうゆ
専門店 塩専門店 みそ
専門店 とんこつ
専門店

市場が大きく顧客も密集しているので専門店化する



特養 通所介護 訪問介護 診療所

分業化されたサービスでも一定数の顧客確保可能。
経営が成り立つ

- 多様な地域ニーズに応じた事業所が併存。
- ただし一体的なケアの提供には「多法人間・多職種間の連携」が必要であり、連携コストが高い。

中山間地域

【多様なメニューのあるラーメン店】
しょうゆ・みそ・塩・とんこつ・焼肉・カレー

ニーズは多様だが市場が小さいため多様なメニューを持つ



【包括的な地域拠点】
通い・訪問・泊り・住民交流・住まい

各ニーズ量が限定的なため分業では経営が
成り立たない。一か所に包括化する工夫が必要。

- 各機能は少量提供で包括的な地域拠点で提供することで、安定しないニーズ量に柔軟に対応。連携コストは小さい。
- 包括的な支払方式が最適化に適している。
- ただし小地域単位で形成することが重要

■ あったかふれあいセンター（高知県）

あったかふれあいセンターは制度サービスのすき間を埋め、子どもから高齢者まで、年齢や障害の有無にかかわらず、小規模でありながら必要なサービスが提供でき、ふれ合うことのできる小規模多機能支援拠点として平成21年度から整備を進めています。

これまで、整備箇所数の増加、介護予防などの拠点機能の拡充やサテライトによる地域での展開など、地域福祉の拠点としての広がりを見せています。

◆拡充機能

①移動手段の確保

- ・買物や通院のための移動支援

②配食

- ・高齢者等の食の確保や栄養改善を目的とした配食

③泊まり

- ・緊急時に支援が必要な高齢者等を一時的に泊める

④介護予防

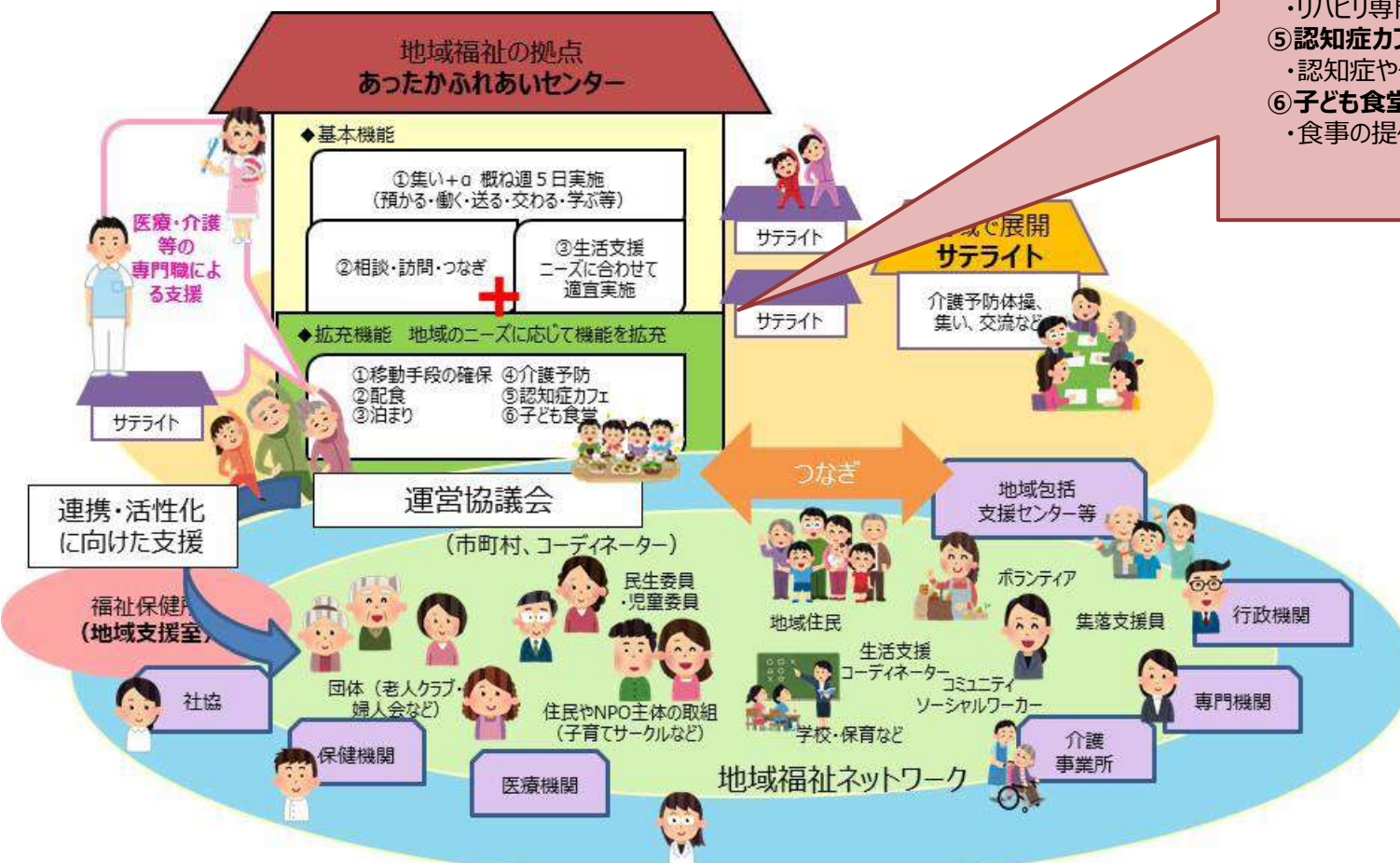
- ・リハビリ専門職等と連携した介護予防プログラムの実施

⑤認知症カフェ

- ・認知症やその家族が参加できる集いの場の提供

⑥子ども食堂

- ・食事の提供を通じて子どもや保護者の居場所を提供



資料) 高知県庁

110
110