

近畿厚生局 令和5年度近畿ブロック 地域包括ケア推進セミナー

担当になったらまずは理解したい 地域包括ケアシステムの基本

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
共生・社会政策部長
主席研究員 岩名 礼介

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:

#0704

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、本研修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、研修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？

地域包括ケアシステムの定義と目指すもの

地域包括ケアシステム が目指すもの

高齢者の**尊厳**の保持と**自立生活の支援**の目的のもとで、可能な限り**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



それが成り立ちにくいからこそ、**地域包括ケアシステムの構築が必要**

地域包括ケアシステム の定義

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の**安全・安心・健康**を確保するため、**医療や介護、予防**のみならず、福祉サービスを含めた様々な**生活支援サービス**が**日常生活の場（日常生活圏域）**で**適切に提供できる**ような地域での**体制**

「住み慣れた地域」で「自分らしい暮らし」ってどういうこと

住み慣れた地域

誰もが同じ家に住み続けることが少なくなったこの時代に、「住み慣れた地域」とは何を意味するのでしょうか？ 住み慣れた地域には、知っている人がたくさんいます。「なじみの関係性」があります。本当に求めているのは自分の周りにある「**なじみの人間関係**」ではないでしょうか。

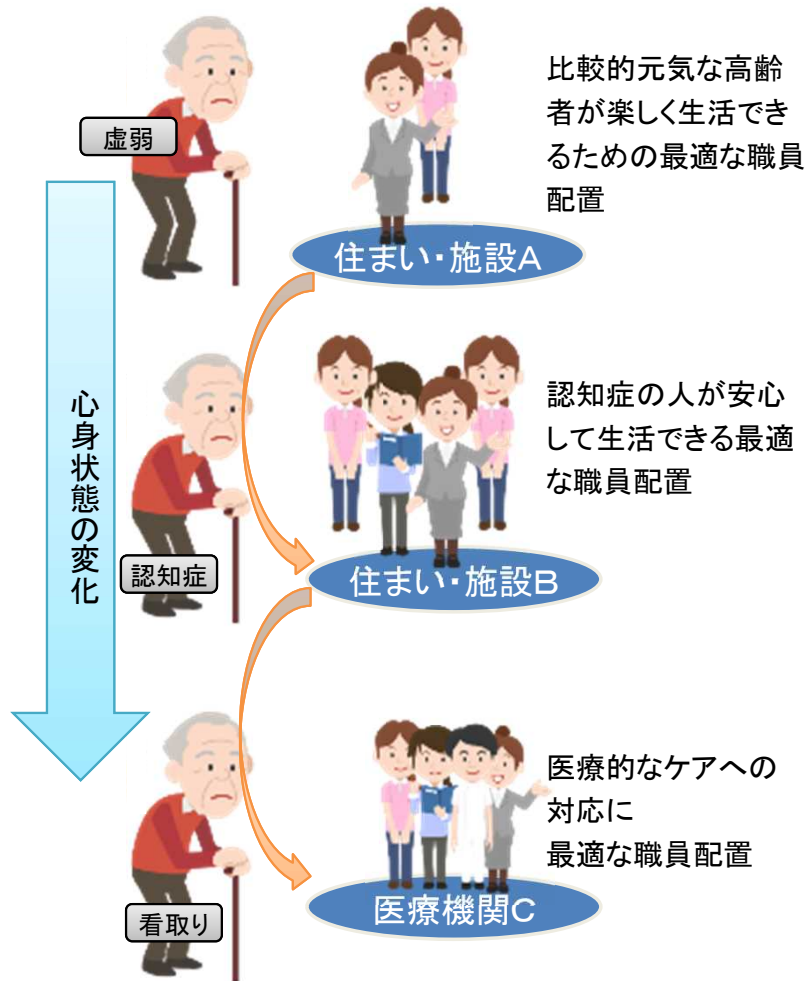
自分らしい暮らし

自分らしさとは、「**マイペースに生活できる気楽さ**」くらいでいいのでは？ 自分らしい暮らしとは「寝る前に一杯やれる気楽さ」。それは、自宅でやれば「マイペース」、施設でやれば「自分勝手」にも。ちょっとした自分勝手をマイペースといってくれる施設も大切かもしれません。自分らしい暮らしとは、**マイペースな暮らしであり、選択できる暮らし**。

なじみの関係を維持するためには「人にケアを合わせる」

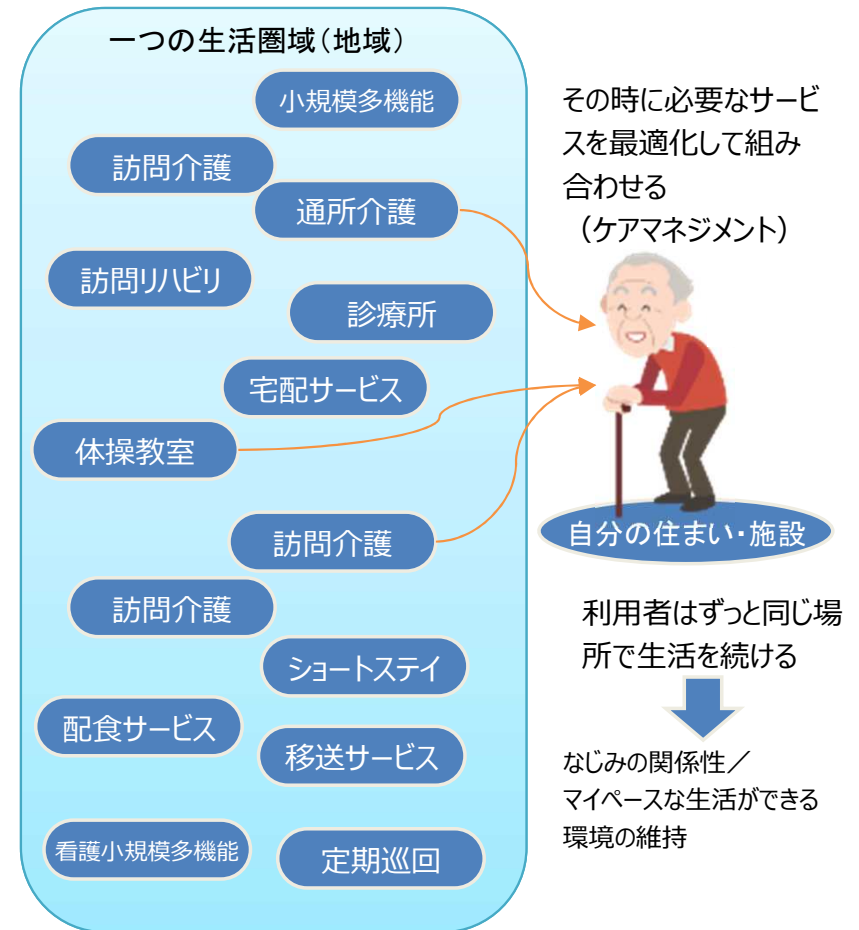
人がケアに合わせる仕組み

施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



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

「人にケアを合わせる」には「一体感」と「選択肢」が必要

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

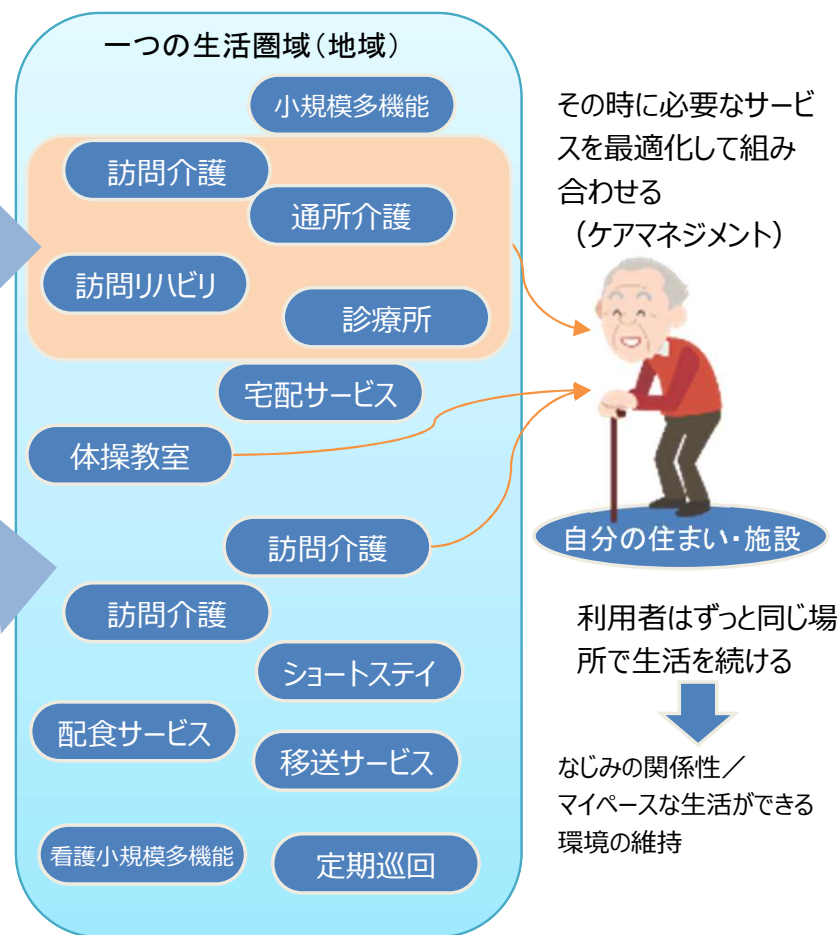
＜在宅医療・介護連携推進事業＞

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。

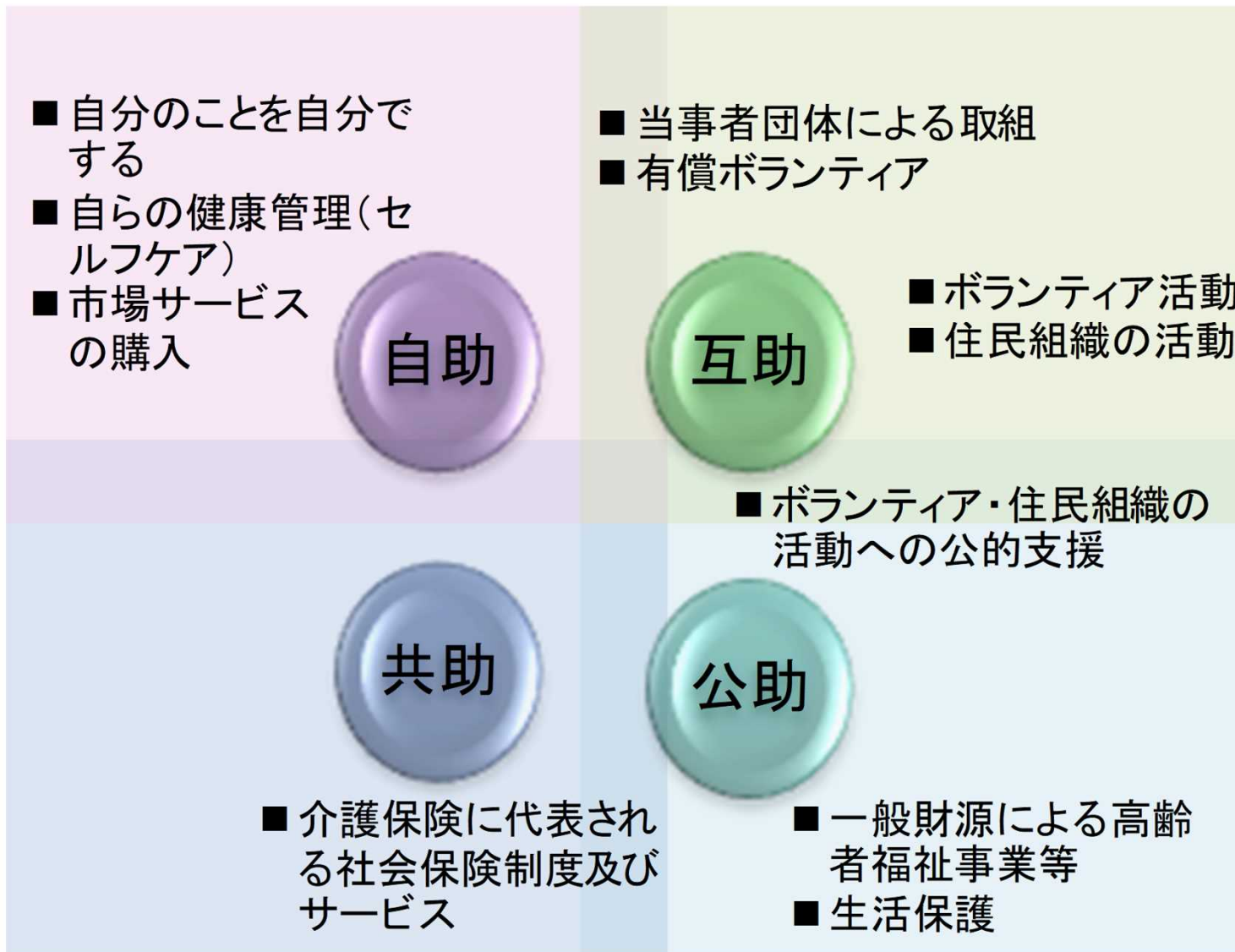


「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

どんな資源でゴールに向かうのか？

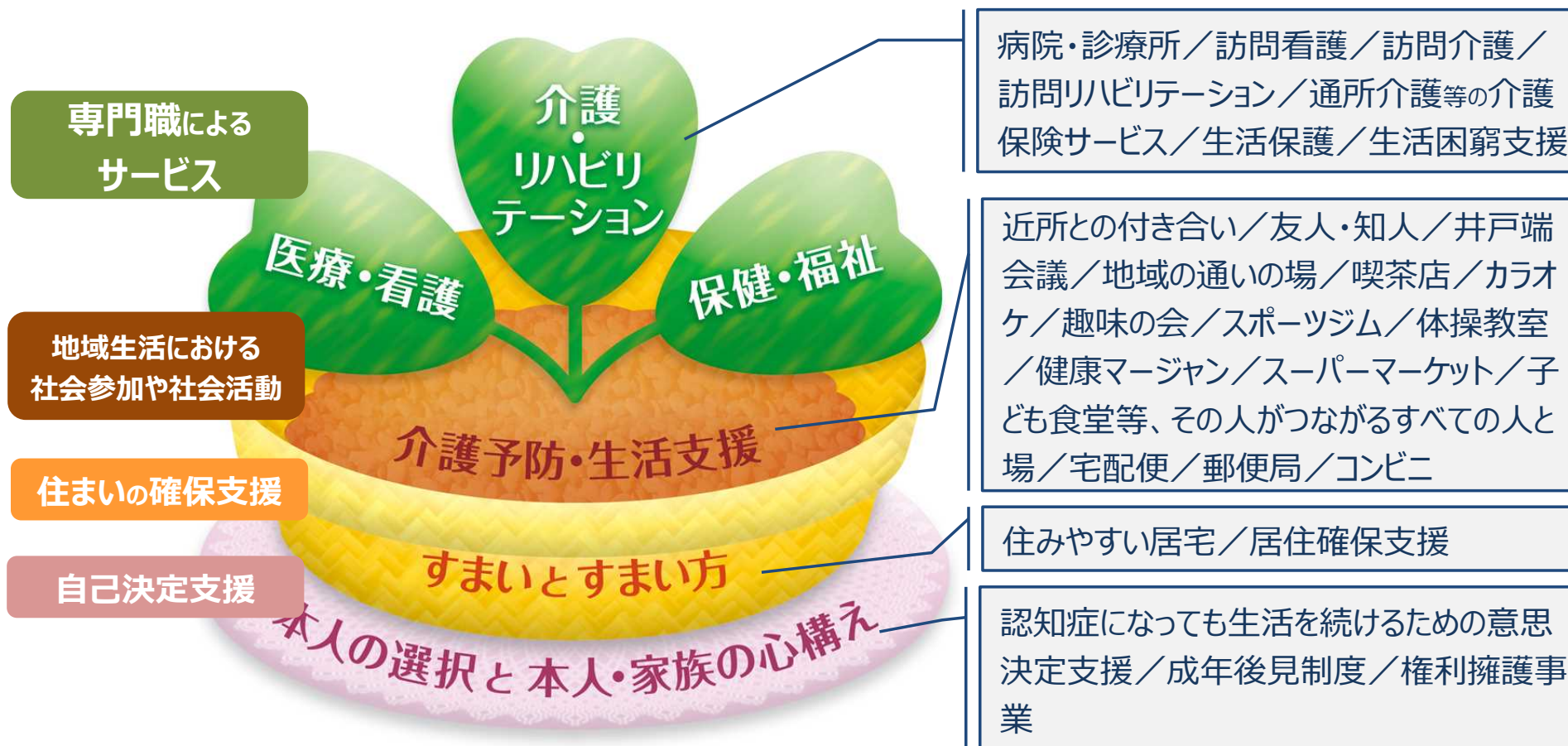
保険だけじゃない：自助・互助・共助・公助

地域包括ケアシステムを支える資源としては、「介護保険」は中核的な役割を果たすとはいえ、一部にすぎない。介護保険サービスだけで生活が成り立つわけではなく、その時々、多様な資源を組み合わせて生活を支えている。



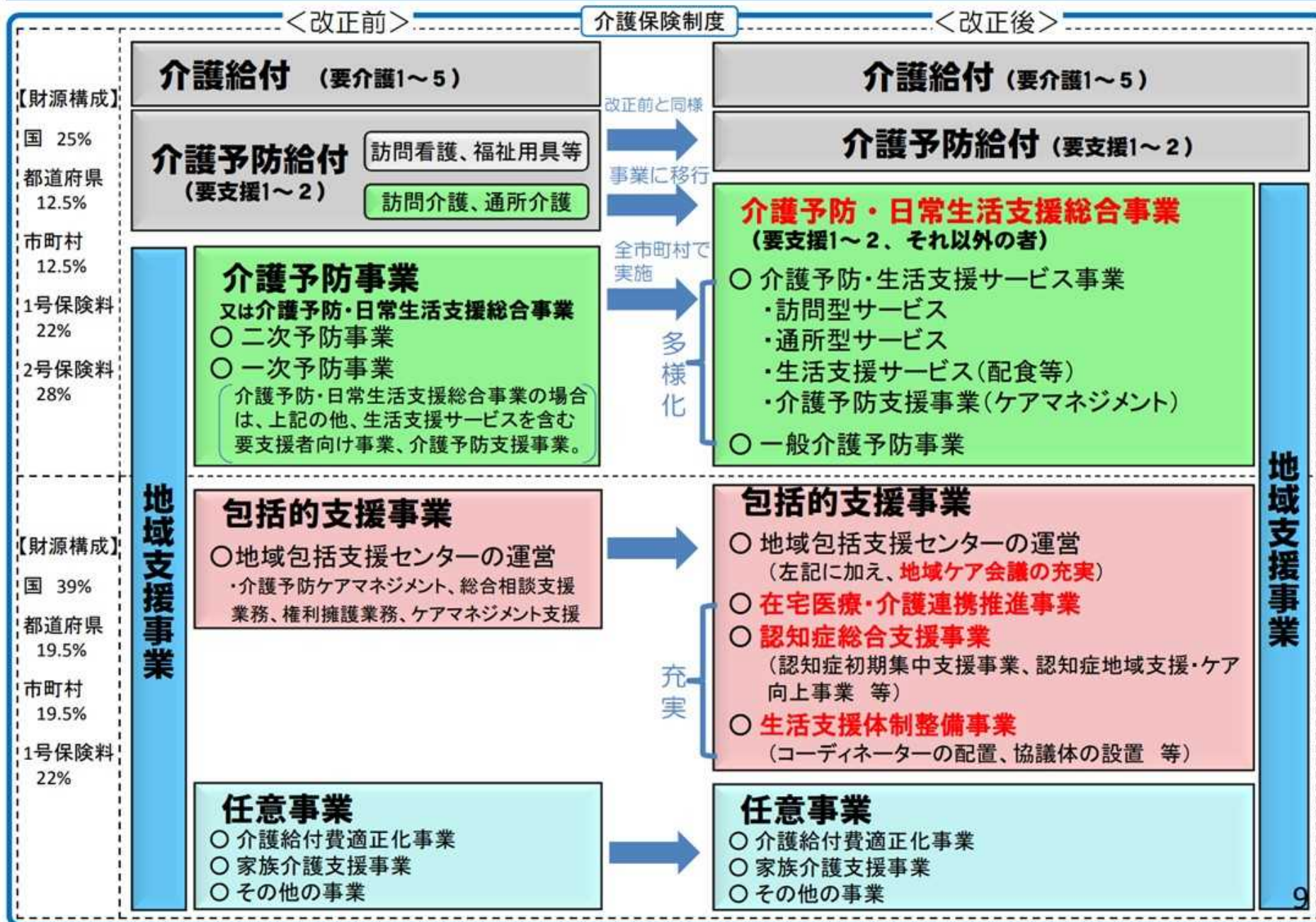
出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】」(地域包括ケア研究会)、平成24度老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムの構成要素：地域包括ケアの植木鉢



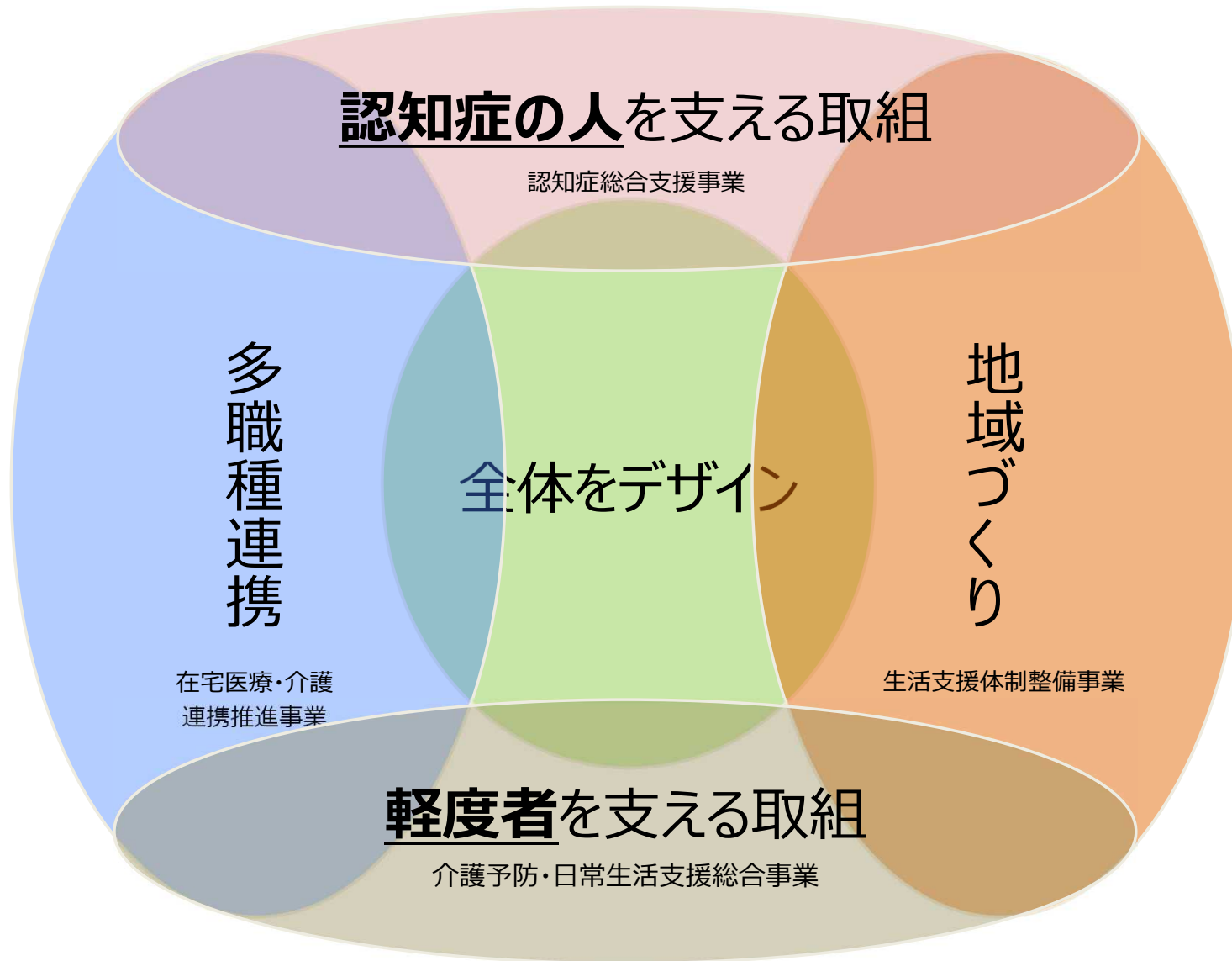
出所) 植木鉢の絵: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。

新しい地域支援事業の全体像



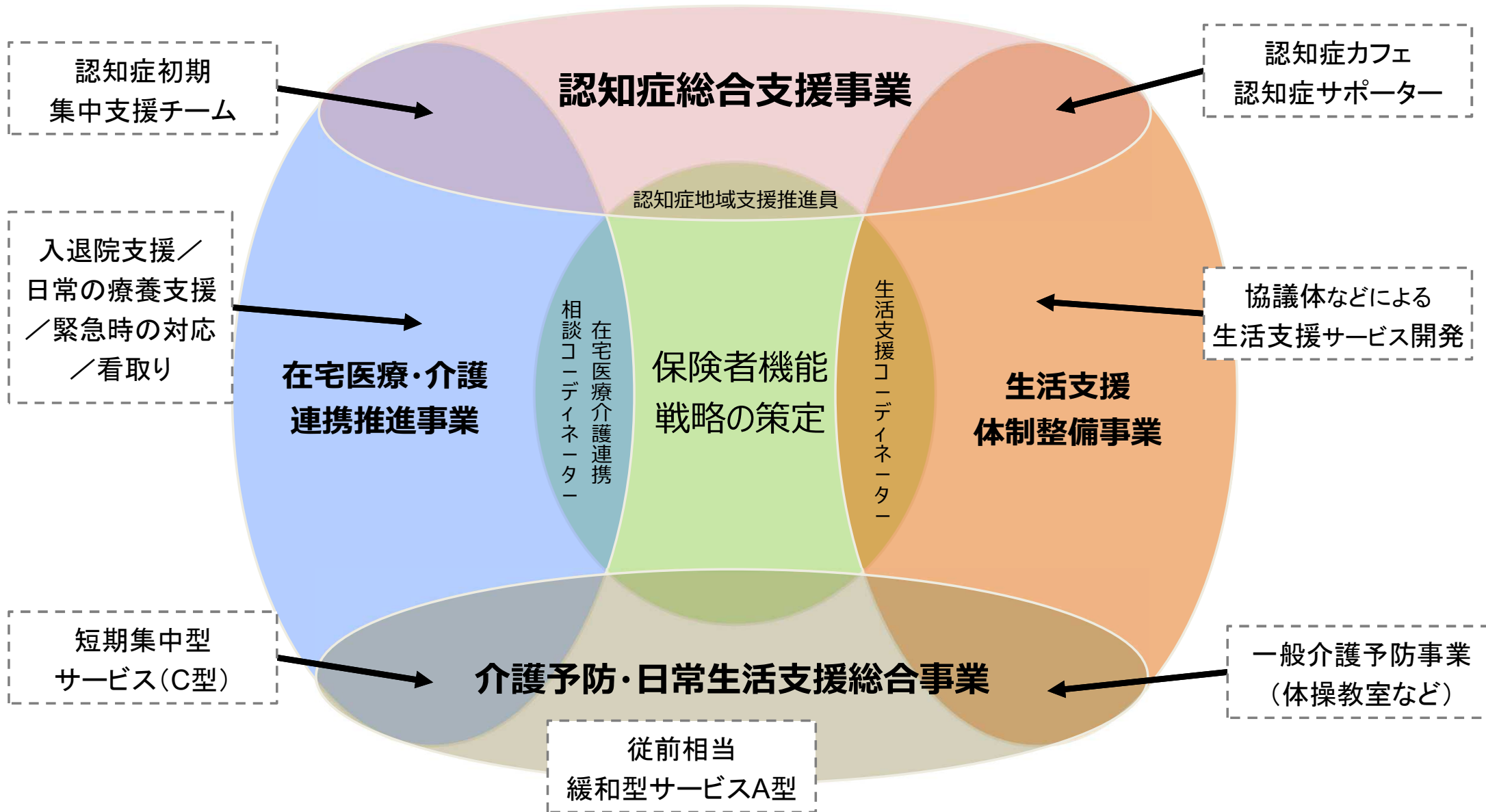
地域支援事業

【参考】 「誰を」 「何で」 支えるのか？



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域支援事業における運動性の確保に関する調査研究」報告書の図を、岩名礼介が文字部分を加筆修正 (岩名礼介講演資料より)

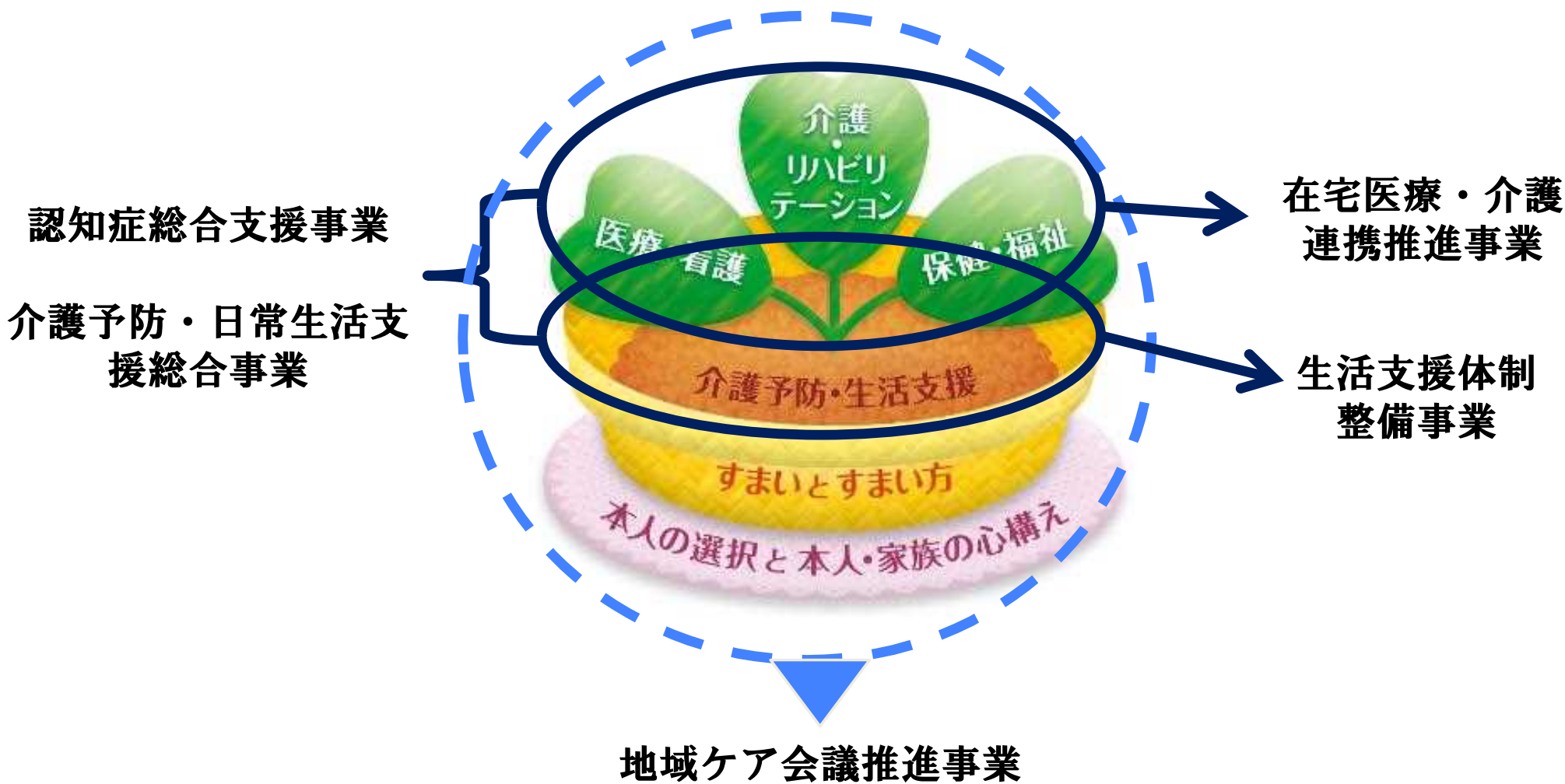
【参考】地域支援事業は「重なりあい」と連動がポイント



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域支援事業における連動性の確保に関する調査研究」報告書概要版を岩名が一部改変

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。(岩名礼介講演資料より)

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ること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。

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。

地域包括ケアシステムとは何？

葉っぱ事業

まとまる

- ◆ 地域の様々な資源をまとめていく仕組み。特に、専門職については、事業者間の連携コストを引き下げするための取組を推進していくことが重要。
- ◆ 自分達の取組が「どういう意味で」「何を」まとめているのかを意識していくと、個々の取組が地域包括的であるかどうかを考えることができる。

土事業

まじわる

- ◆ 地域包括ケアシステムは、専門職以外の関係者が参加してはじめて成立すると考えるべき。地域住民や、家族、ご近所とのつながりなど「自生的に土壌が構成」されることが重要。介護分野以外の関係者がどれだけ参加するかがポイント。医療・介護関係者だけで形成される地域包括ケアシステムは脆弱である。事業者も行政も、介護以外の世界の人と「まじわる」ことが大切。

地域包括ケアシステムの植木鉢



専門職サービスがまとまっており、利用者からみて、**一体的**であれば、心身状態にあわせてより柔軟にサービス提供が可能になり、心身状態が変化しても地域生活を継続できる。またこの一体性が、心身状態の変化の**予測性**を高めることで、重度化予防にもつながっていく。

地域の資源が多様であれば、利用者の選択肢が広がり、より従前の生活の**個別性**を尊重できる。また本人の周辺（家族・地域社会）がより疾患や心身状態（認知症を含む）に理解を深め、**寛容**であれば、より地域での生活の継続性が高まる。

何をまとめる？

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

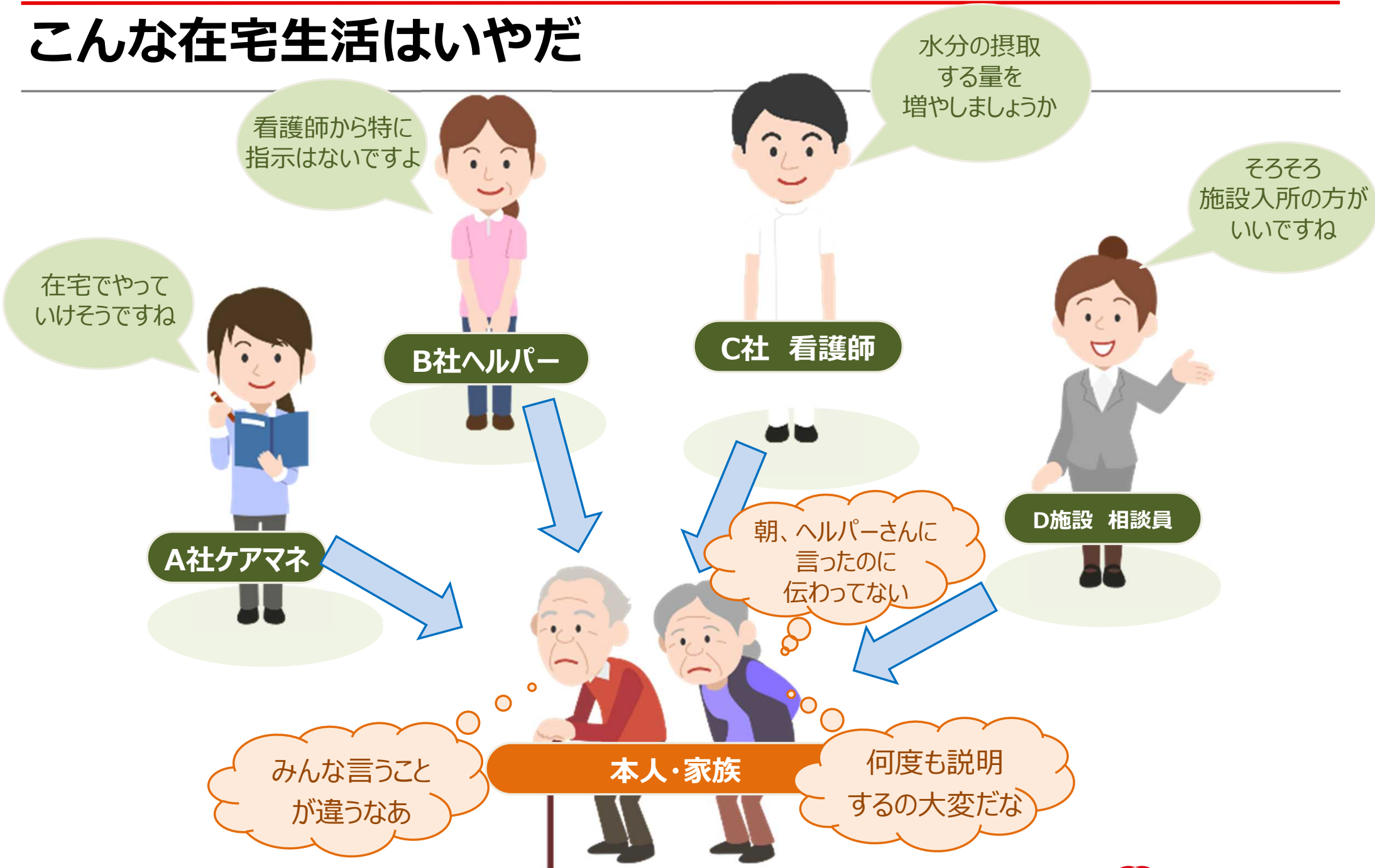
サービス事業者
の研修の共同開催

「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

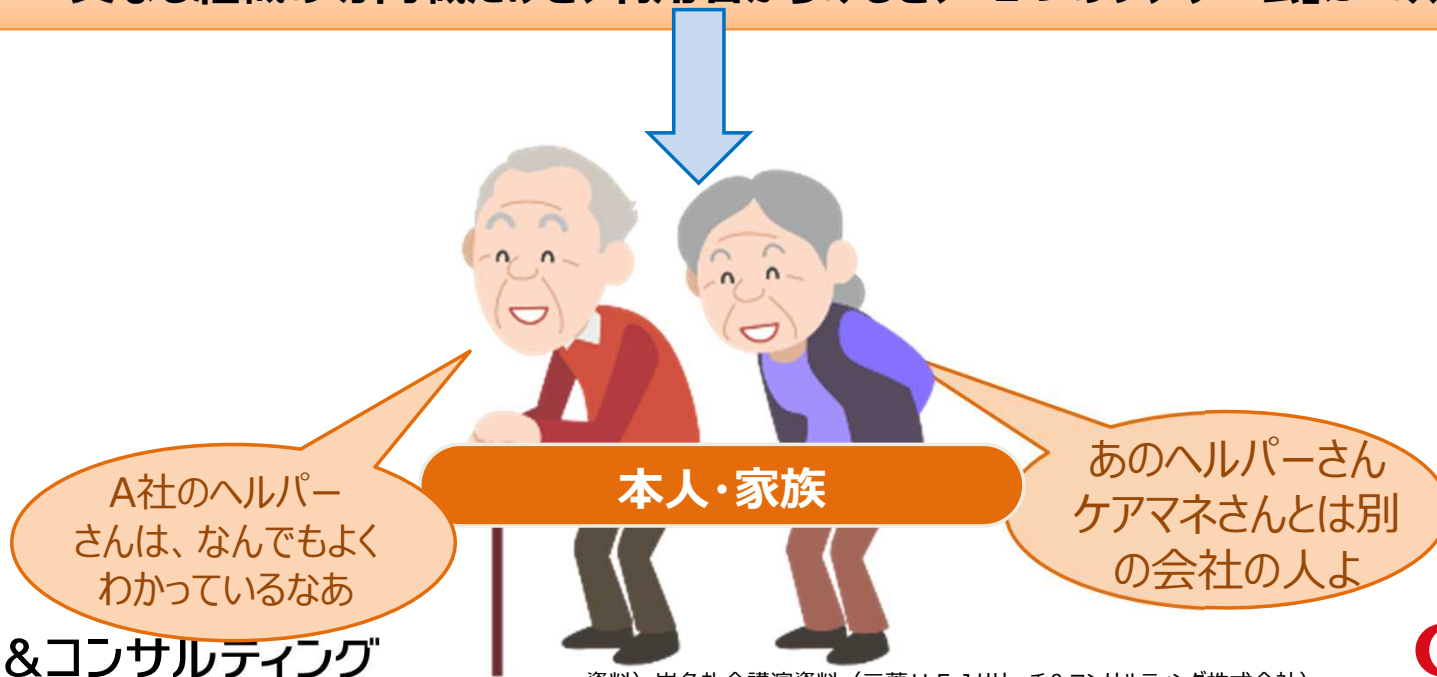
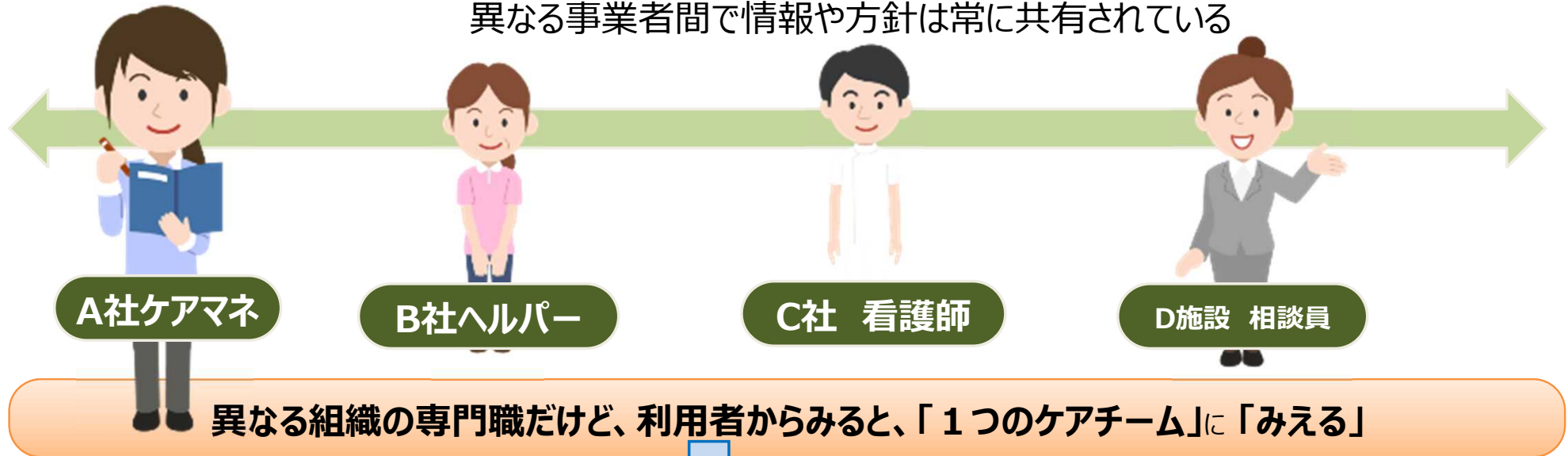


こんな在宅生活はいやだ

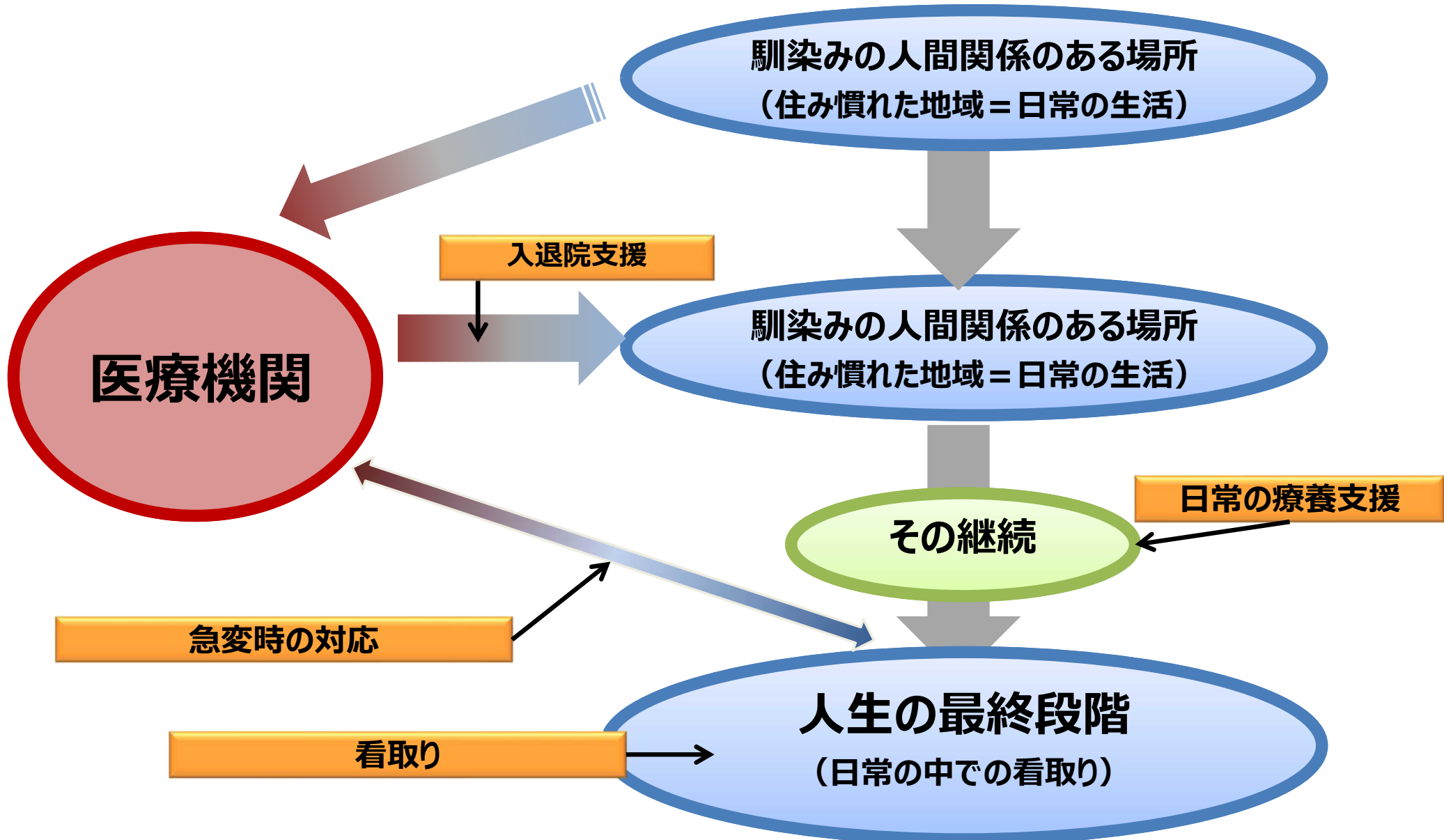


利用者からみて一体的なケア

異なる事業者間で情報や方針は常に共有されている



医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？

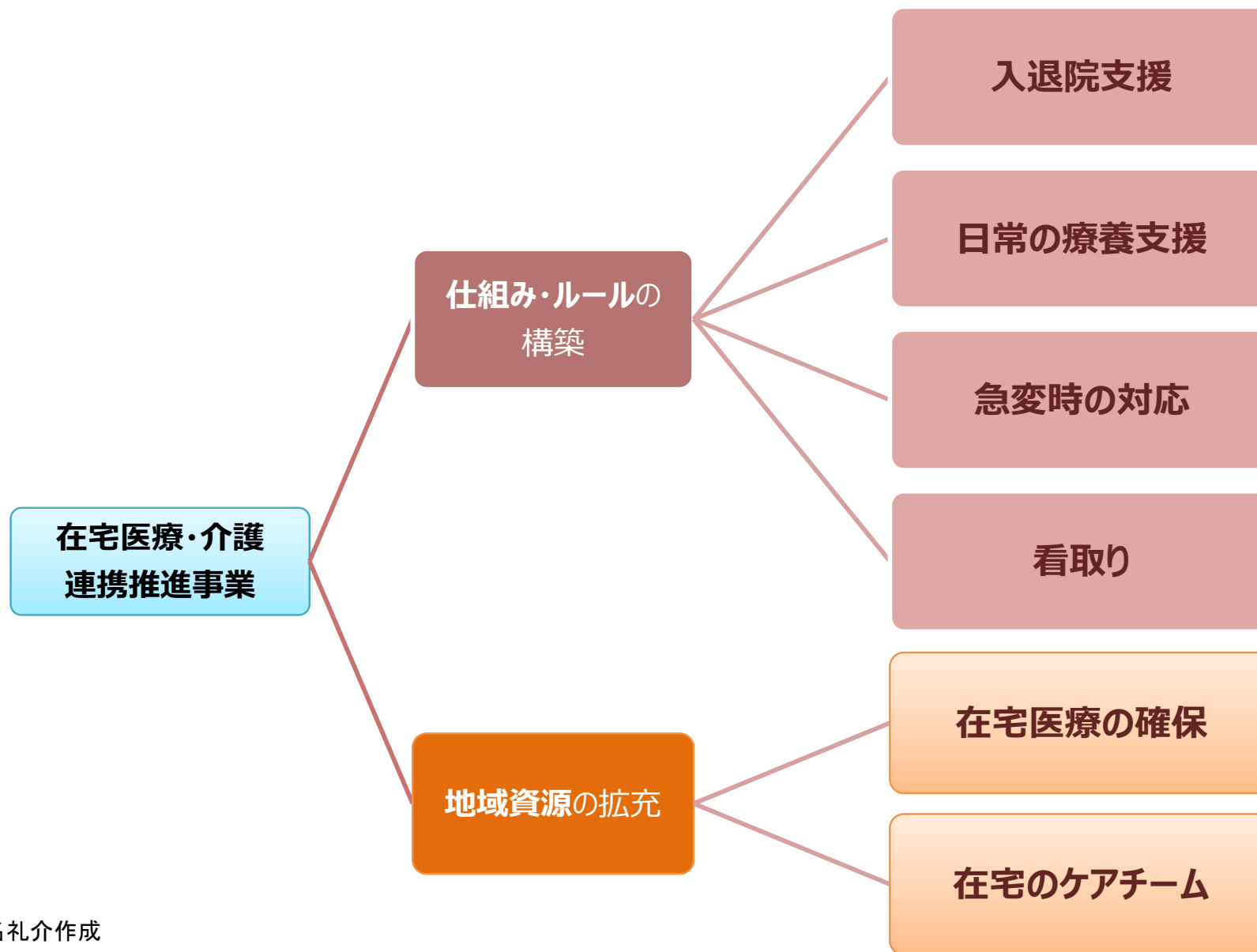


在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

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)	<ul style="list-style-type: none">◆ 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。状況によって、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)	<ul style="list-style-type: none">◆ 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)	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅における療養中に発生しうる急変時の対応。バックベッドの確保も含む。◆ 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)	<ul style="list-style-type: none">◆ 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？

在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

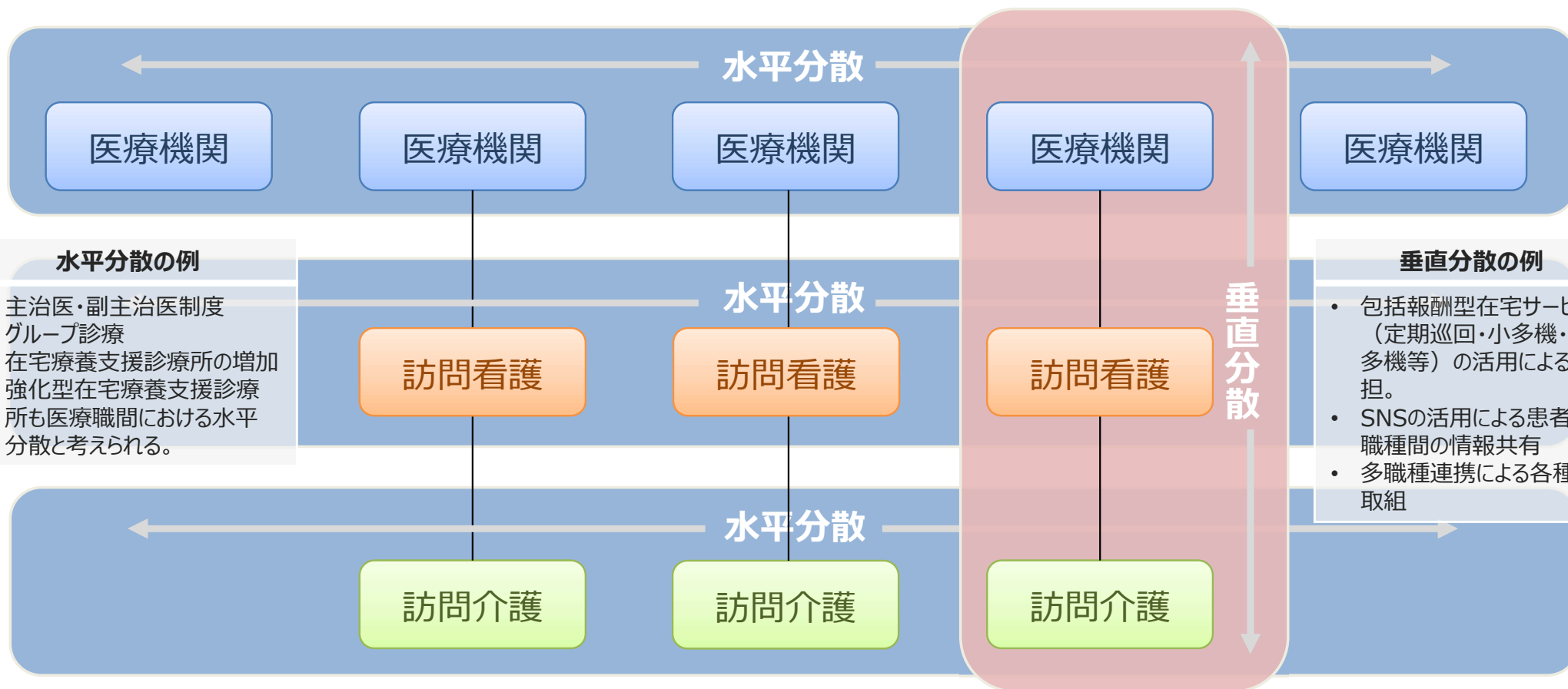


出所)岩名礼介作成

水平分散と垂直分散 <誰と負担を分け合うか>

【メインテーマ】

生活全体を支えようとする、在宅に従事する専門職の負担は、心身ともに大きい。
これを軽減できなければ、在宅医療は成りたない。では、どうやって負担を軽減するのか？



あなたの街の医療介護連携、「スコープ」定まっていますか？（一例）

目指す姿（スコープ）	背景	指標	活動
退院患者と家族の自宅に戻る際の不安が軽減される【入退院支援】	退院後の生活がイメージできないまま退院を迎える不安から、施設選択をする人が少なくない。医療機関と在宅のケアチームの連携不足は大きな課題。適切な情報提供や退院後の選択肢の提供は自立支援上、もっとも基本となるケア。	入退院連携加算などの件数。 病院からの施設入所者数（居所変更実態調査）	<ul style="list-style-type: none"> 入退院連携パスの作成と実効性のある活用 専門職向けの連携のための窓口ガイド 利用者向けの情報提供支援
脳血管疾患の再発が抑制される【日常療養支援】	脳血管疾患を経て要支援者となる人も少なくない。その後、在宅療養の中でセルフケアがないために再発し、重度の要介護となるケースもある。退院直後の短期間の集中的なケアによって再発を防止できれば、重度化防止にもなる。	脳血管疾患による患者の再発率（重度化状況等）	<ul style="list-style-type: none"> 退院時の在宅チームと病院チームの情報連携 栄養・食事、服薬、リハビリ等の統合的な支援体制の構築
施設・高齢者住まいにおける救急搬送が適切に行われる【急変時の対応】	夜間に専門職を配置しない高齢者住まいの増加などにより、安易な救急搬送が増加。救急隊、急性期病院の負荷が増大。	消防との連携による施設及び高齢者住まいにおける救急搬送件数	<ul style="list-style-type: none"> 救急車要請時のマニュアル、夜間対応の対応方針策定／研修等
看取りまでできる施設が増える【看取り】	地域の人口動態や地域医療構想を踏まえれば、これまで看取り機能をになってきた病院・特養の今後の増床は見込めない。その中で各施設が看取りまでの体制をとれることは、今後の地域包括ケアシステムに不可欠な要素。	居所変更実態調査の居所変更率など	<ul style="list-style-type: none"> 看取率の高い施設の実態把握（居所変更実態調査）と医療連携の状況把握 地域でのモデル化
在宅医などの専門職が燃え尽きない地域【地域資源の拡充】	在宅医療・24H対応の看護ST、定期巡回の資源は連携の大前提。それぞれの負荷を軽減なしに参入事業所は増加しない（また維持できない）という観点が必要。負担をいかに軽減するか、その仕組みを検討する。	在支診の数／24時間対応の訪問看護STの数等	<ul style="list-style-type: none"> 夜間休日等の当番制 多職種間の役割や技術用語の相互理解 コミュニケーションにおけるICTの導入

まじわるとどうなる？

こんなケース、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、
大きな作品をつか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。



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



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

これを実現するには多様な支援が必要 (サービスとは限らない)

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**

「行政主導型住民主体」にならないために

つながる



住民同士の関係ができる

きづく



地域の課題に気付く

うまれる



助け合い活動が生まれる

地域課題の
気付きを生むための
“**土壌づくり**”

住民がやる気になるまで
とにかく待つ

住民が
やる気になった時の
“**全力応援**”

行政としてどう評価するか？

地域包括ケアシステムの評価の視点

- いうまでもなく、最も重要なのは「**本人本位のケア**」の実現。それは「**住み慣れた地域（なじみの環境の中）で自分らしく（選択できる）生活を継続**できる」こと。
- ただし、その実現には必要な人材を確保し、適切で持続可能な費用で実現する必要がある。
- 一般的なビジネスと同様、「ヒト」「モノ（ケアサービス）」「カネ」の3つの視点が必要。

人材の確保

経営・事業者
の視点

ケアと本人の生活

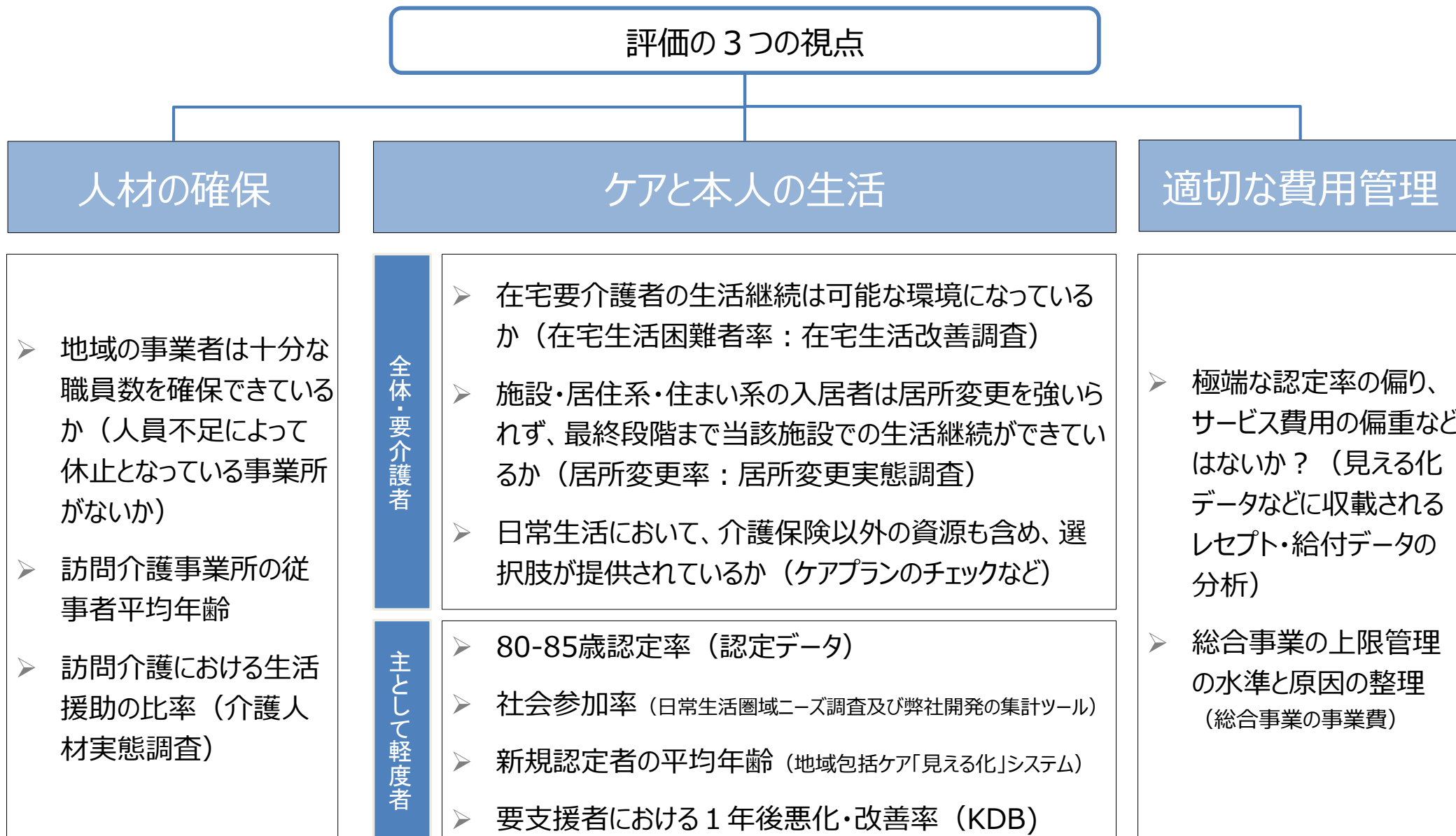
本人・専門職
の視点

適切な費用管理

財政・保険者
の視点

地域包括ケアシステムにおける評価指標

(私案)



検証可能なアウトカム指標は？（提案）

指標案	データの意味	データの入手方法
在宅生活困難者率 ：在宅で限界を迎えている人の数	一般居宅の要介護者のうち、在宅での生活が限界を迎えている人の数を、ケアマネに対する調査で把握する。または、要介護認定の訪問調査において施設検討中／施設申し込み中と回答した人の数を把握する。	在宅生活改善調査 ／在宅介護実態調査
施設系／居住系等入所者の 居所変更率	介護保険三施設、GH、特定施設、サ高住／住有における過去1年の退所者数と退所先（死亡・居所変更）をとらえることで、最後まで「なじみの施設」で住み続けられたかどうかを把握。	居所変更実態調査
認知症で長期入院を強いられている高齢者の数	認知症高齢者のうち、1年以上精神科病棟に入院している人の数。	Remhrad 地域精神保健医療福祉 社会資源分析データベース
地域を離れた高齢者の数	過去1年間に介護の不安などから地域を離れた高齢者の数。離島や中山間地、小規模自治体で有効な方法。単に数だけでなく、理由を分析することで施策の検討につながる。	独自調査が必要

軽度者の評価指標の例（提案）

	定義と考え方	制約条件
軽度認定率	要介護1までの認定率。必ず年齢補正值で時系列で評価を行う。要介護1には認知症が多く含まれるため、要支援2までの認定率で評価することもできるが、審査会の判断基準にずれがある場合は要注意。	要介護認定／基本チェックリストの運用基準が異なるため市町村間比較には意味がない。時系列での確認を行う。また運用ルールが変化すれば、数値が変化するため留意が必要。数値の改善だけを追い求めると人為的なバイアスがかかりやすいので要注意。
80歳～84歳認定率	80歳～84歳で要支援以上または要介護1以上と認定されている被保険者数を評価。年齢固定しているので年齢補正は不要。認定率が高くなる分岐年齢付近の認定率に焦点を当てて評価する。	
新規認定者の平均年齢	要介護認定の初回認定者の年齢の平均値。助けを必要とした被保険者の年齢が上昇してくるということは、予防（あるいは生活支援資源の普及や社会参加の場など）が成果を見せている可能性がある。	「初回は必ず要介護認定」という取り扱いを徹底している市町村もあるため市町村間比較は意味がない。同一市町村での時系列比較が重要。

■ 留意点

- 認定率にせよ、初回認定者の平均年齢にしても、要介護状態の原因は多様なため、介護予防以外の要因も含まれる可能性があることには注意が必要。
- 予防の効果には限度があるため、一定の水準になると、予防だけでは認定率は下がらなくなる。互助や民間の生活支援サービスの普及などにも影響を受けることに注意。
- 全体的に、軽度者に関する評価に認定関連の情報を活用する場合は、運用ルールに違いがあるため、市町村間の比較は厳禁。初回認定申請を義務付けている場合も、認定率については更新以降で差がでるため単純比較はできない。

日常生活圏域ニーズ調査「問5」で社会参加率

問5 地域での活動について

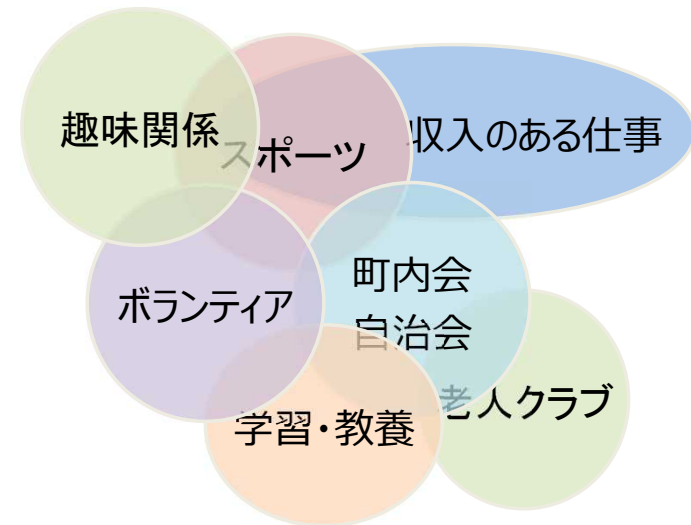
(1) 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか
※① - ⑦それぞれに回答してください

	週4回以上	週2~3回	週1回	月1~3回	年に数回	参加してない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6
⑥ 町内会・自治会	1	2	3	4	5	6
⑦ 収入のある仕事	1	2	3	4	5	6

週一回以上を積極的に社会参加している人と整理する。

月1~3回が2項目(または3項目)で選択されていれば、週一回以上とみなす

地域活動の参加者には重複があるのが普通

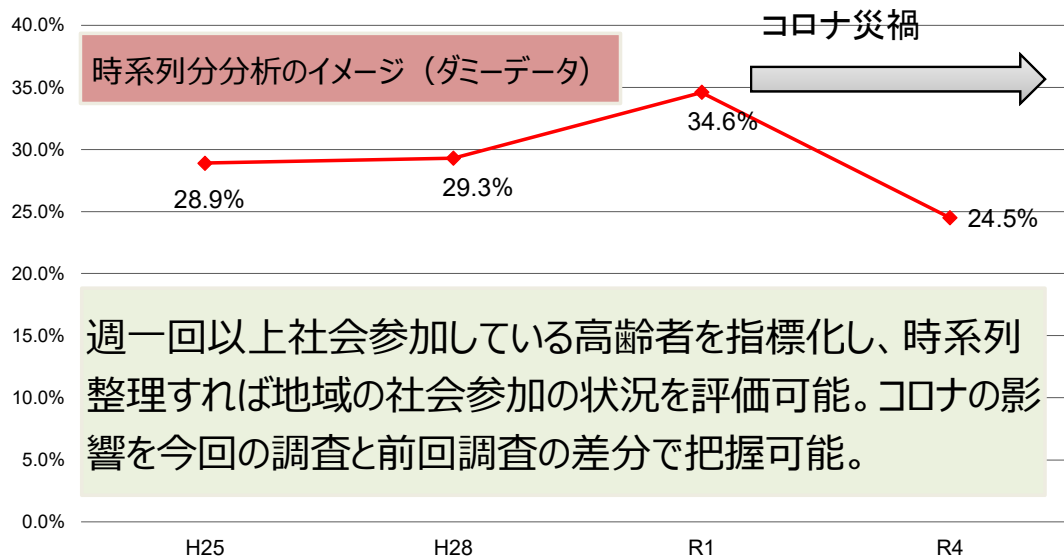


社会参加している人の実人数を把握したい

地域のトータルの
〈社会参加率〉
【アウトカム指標の一つに】

日常生活圏域ニーズ調査は「問5」の時系列整理を！

- 問5の「①～⑦」の選択肢は社会参加率を示す指標の一つ。
- それぞれの活動への参加率が過去10年でどの程度変化しているかは、過去のニーズ調査の結果を時系列で整理すれば、はっきりと捉えられる。
- 他方で、①～⑦のいずれかの項目に「週一回以上」が一つでも選択されている人及び「月1～2回」が複数（または3項目以上）選択されている回答者の割合を算出すると、週一回以上社会的な活動をしている人の割合を把握できることから、当該地域の「社会参加率」の代替指標として使える。（過去データも同様の方法で加工できるので時系列比較も可能）
- そもそも、どこに社会参加するのは住民の自由。個別の参加率だけに着眼するのではなく、結果としての社会参加の度合いを評価すべき。
- また前回調査は、コロナ災禍直前であり、コロナ災禍の地域活動へのインパクトを評価する指標としても活用可能。



- こうした統合データに、活動内容別の時系列集計を重ね合わせれば、全体の参加率に何が寄与しているか、また、こういった活動が減少傾向にあるのかを判断できる。
- このほか、男女別、地域別、前後期高齢者別などの集計を重ねることで、地域の社会参加の活動性を分析することが可能。

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
在宅生活困難者率	解説動画： https://youtu.be/oJuem62uvf8	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。
居所変更実態調査	解説動画： https://youtu.be/tY7CjBX2uac	
認知症で長期入院を強いられている高齢者の数	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
社会参加率	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) のページから「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査自動集計分析ソフト」をダウンロード	日常生活圏域ニーズ調査を「見える化」システムにアップロードするデータ形式のファイルを作成したら、これを左記のリンクのソフトに読み込むことで自動的に社会参加率を算出。
新規認定者の平均年齢	地域包括ケア「見える化」システム (mhlw.go.jp) 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き	地域包括ケア「見える化」システムの「認定」の項目で入手可能（ただし自治体職員のアカウントからのみ閲覧可能） 時系列でデータ入手可能。

近畿厚生局 令和5年度近畿ブロック 地域包括ケア推進セミナー

第九期介護保険事業計画策定セミナー

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
共生・社会政策部長
主席研究員 岩名 礼介

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:

#0704

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、本研修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、研修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。

莫大な「情報量」と闘う

全部は読まなくていいので、まずは、こちらを入手してください。

マニュアルに埋もれそうな方は、まずこちらを！

- 本手引きは、新しい考え方や調査、進捗管理手法をお示しするものではなく、主に既存の手引きや報告書の内容などについて、そのポイントを整理するものです。
- したがって、より詳細な内容を知りたい場合は、各所に出典となる手引きや報告書等のリンクをお示ししていますので、そちらをご覧ください（なお、本手引きでお示している各種リンクは、令和5年3月時点です）。
- 介護保険事業計画の作成を初めて担当する市町村職員であっても、介護保険事業計画に関する法制度の概要や検討すべきポイント、業務の進め方の大枠などを、本手引きを通じてご理解いただけるようにすることで、計画作成業務の負担軽減を図り、地域の課題解決に向けたより実践的な検討の充実を支援することを企図しています。



検索

MURC 地域包括ケア計画



介護保険事業計画データベース (医療経済研究機構)

- 医療経済研究機構が提供している介護保険事業計画の横断的検索サイト。
- 全国の自治体の介護保険事業計画を閲覧することができます。

<https://www.kaigo-hoken.jp/>



介護保険事業計画の「基本指針」

手引き：17ページ参照

スケジュール	概要	関連リンク
令和4年12月	・ 介護保険部会において、「介護保険制度の見直しに関する意見」が示されます。	介護保険部会
令和5年2月	・ 介護保険部会において第9期の基本指針について記載を充実する事項(案)など、基本指針の見直しに向けた考え方が示されます。 ・ また、「基本指針の構成」等についての見直し案が示されます。	介護保険部会
令和5年3月	・ 医療介護総合確保促進会議において、「総合確保方針」(6年毎に改定)が示されます。	医療介護総合確保促進会議
令和5年3月	➢ 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において、介護保険部会で示された方向性等に基づいた、「第9期計画に関する基本的な考え方」が示されます(介護保険計画課担当)。	担当課長会議
令和5年7月	➢ 介護保険部会において「基本指針(案)」が示されます。	介護保険部会
令和5年7月	➢ 「全国介護保険担当課長会議」において、「基本指針(案)」が示されます(介護保険計画課担当)。	全国介護保険担当課長会議
令和6年1月	➢ 改正「基本指針」の公表	第8期基本指針
令和6年4月	➢ 改正「基本指針」の適用 (第9期介護保険事業計画がスタート)	(R3.1.29)

現段階では、9期計画の指針は未公表ですが、慣例的には、8期の項目を踏まえて作成されることから、この段階は**8期指針**をしっかりと理解し、「**基本的な考え方**」と「**基本指針の構成**」などを参考に、9期を展望。

第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント（案）

資料）厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会資料（第106回）令和5年2月27日

基本的考え方

- 次期計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- また、高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- さらに、都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

見直しのポイント（案）

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

- ① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備
 - ・ 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
 - ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
 - ・ 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、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要
- ② 在宅サービスの充実
 - ・ 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することの重要性
 - ・ 居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

- ① 地域共生社会の実現
 - ・ 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、地域住民を地域づくりや日常生活の自立に向けた支援を担う主体として観念することが重要
 - ・ 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
 - ・ 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要
 - ・ 多様な主体による介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるよう、総合事業の充実化を推進
- ② 介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備
- ③ 保険者機能の強化
 - ・ 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・ 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- ・ 介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

膨大な基本指針、どこまで読むか、どこまで書くか

手引き：10ページ参照

前文

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

- 一 地域包括ケアシステムの基本的理念
- 二 二十五年及び二十四十年を見据えた目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待の防止等
- 九 介護サービス情報の公表
- 十 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十一 都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
- 十二 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進
- 十三 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 十四 災害・感染症対策に係る体制整備

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二十五年及び二十四十年の推計並びに第八期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 11 災害に対する備えの検討

第四 指針の見直し

別表

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情にの評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 二十五年及び二十四十年の推計並びに第八期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 認知症施策の推進
- 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 7 介護サービス情報の公表に関する事項
- 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 9 災害に対する備えの検討
- 10 感染症に対する備えの検討

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 11 災害に対する備えの検討

介護保険事業計画の「基本指針」

手引き：17ページ参照

資料の位置づけ

行政・保険者として注目したいポイント (私見)

見直しのポイント



- ◆ 第9期計画の改定の注目ポイント。
- ◆ 厚労省が、重点的に情報発信してくる内容は、このパワポに集約されている。改定のダイジェスト版のような位置づけ。今回の改定を一言でいえば、というペーパー。

- 【介護保険サービスの基盤整備】
- ◆ 人口動態を踏まえた基盤整備
- ◆ 新複合サービスの創設
- ◆ 地域密着3サービスのさらなる整備

- 【多様な主体による支援・サービス体制整備】
- ◆ 総合事業の充実化（見直し）

基本的記載事項 任意記載事項



- ◆ 3年毎に見直すが、おおむね前回計画を踏襲し、若干の項目を追加。
- ◆ 重点項目というよりは、計画に入れ込む**構成要素**。一般的な規模の市町村では任意項目と言われているものも多くは組み込みが必要。

- 【地域支援事業（包括支援Cは注目！）】
- ◆ [基本4] 自立支援・介護予防・重度化防止
- ◆ [任意1] 地域支援事業＋一体的実施

- 【住まい系の増加と居宅サービス量の見込み】
- ◆ [基本2] サービス種類ごとの見込み
- ◆ [任意7] 住宅型有料・サ高住

資料）厚生労働省、介護保険部会の資料をもとに岩名礼介が作成。
岩名礼介講演資料（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）

まとめると、、、 (私見)

1

人口動態に応じたサービス基盤の整備① (広域指定の特養のリスク)

2

人口動態に応じたサービス基盤の整備② (地域密着型による多機能拠点)

3

人口動態に応じたサービス基盤の整備③ (新複合サービス)

4

高齢者住まいの増加と見込み量への影響

膨大な基本指針、どこまで読むか、どこまで書くか

- 各自治体で差し迫った短期的な課題の優先順位が高くなるのは避けられないものの、より重要なのは、中長期的な人口動態を踏まえたときに、「どこにリスクがあるのか、何をこの段階でやっておくか」の視点が重要。
- それぞれの取組には数年単位の時間が必要であり、成果がでるまで3-5年は当たり前と考え、早めの取組を。
- また基本指針は、国の審議会や各種委員会など、多方面の意見が集約されていることもあり、全体としてのストーリーが見えにくくなっている場合も多い。すべてのを読み込み実践することを考えるよりも、地域包括ケアの目標を踏まえた、それぞれの地域の課題を明確化した上で、優先順位をつけることが重要。
- ただ、そうはいつでも、その課題の特定が難しいということなので、本日のセミナーの中で、私の視点からみた各地域に共通点の多い課題を、あくまでも講師個人の私見としてお話します。

どの程度まで書き込むか？～「取組」部分は方向性と原則を中心に

- 行政にとって事業計画は、どの分野においても重要なもの。担当者が仮に異動しても、計画に記載があれば、後任担当者も安定的に取組を進めることができます。一方で、あまりに詳細まで計画に記載すれば現場の柔軟性を失います。
- 「量的な見込み」は保険料の算定に不可欠なため、明確な数値が必要ですが、「質的な取組」（医療介護連携や生活支援体制整備事業）については、「取組のゴールイメージ」と「基本原則」や「基本方針」以外については、記載を「丸める」ことをお勧めします。
- 地域包括ケアシステムでは、地域関係者との協働が多いこともあり（つまり行政内部で完結しない）、行政の意図通りには進まないため「アジャイル型の政策形成」の視点から、柔軟性を維持し、計画期間中でも現場の判断で手法や事業内容を変更できることが重要。

■アジャイル型政策形成：元来は、コンピュータシステム開発における「ウォーターフォール開発」の対義語として用いられた用語。ウォーターフォール開発は、システム開発の手順の全体が事前に明確化され（そしてその計画はおおむね正しいことが前提）、その計画に沿って開発を進める。

一方、アジャイル開発では、目的は事前に明確化するものの、具体的手法は、その時々で短期的に再検討し、開発が途中段階でも市場にリリースし、ユーザーの使用感などを踏まえ改善を重ねていく開発手法。当初の計画に誤りがある可能性を認め、随時柔軟に計画変更していく。見直しを「俊敏に（アジャイル）」に進めることから、こう呼ばれる。

地域包括ケアシステムの分野では、医療経済研究機構・藤田医科大学がこの手法での自治体支援を展開。本セミナー講師も、メンターとして参画中。

人口動態に応じたサービス基盤の整備：①特養等

手引き：125ページ参照

議論の全体的な方向性

地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について

総論

<人口・世帯構成の変化>

- 団塊の世代が全員75歳以上となる2025年、更にはその先の2040年にかけて、85歳以上の人口が急増するとともに、高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。85歳以上の年代では、要介護度が中重度の高齢者や、医療・介護双方のニーズを有する高齢者、認知症が疑われる人や認知症の人が大幅に増加し、また、高齢者世帯の増加により、生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加することが見込まれる。
- また、2040年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地方ではますます介護人材の不足が深刻になる。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持しつつ、相対的に少ない職員により医療・介護を提供できるようなサービス・支援の提供体制の在り方に変えていくことが必要となる。

- さらに、こうした変化についての地域差も大きい。都市部では75歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していきなど、地域によって置かれている状況や課題は全く異なる。今まで以上に、地域の特性に応じた対応が必要となってくる。

<地域包括ケアの深化の必要性>

- 介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいということは、国民の共通の願いである。その願いを実現させるためには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加までもが包括的に確保される地域を、人口・世帯構成や地域社会の変化があっても、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を深化させていかなければならない。

- 一般的に都市部は、需要増加に対し地域密着型のさらなる整備で対応していく方向。（広域サービスから地域密着への転換）
- 需要減少地域は、事業所統合、多機能化、柔軟化など多様な方法で対処方法を検討すべき。既存施設の建て替え時は従来型の施設にならないよう要注意（私見）。
- そもそも需要が限られている地域や、ピークアウトに差し掛かる地域では、従来型のサービスでは成り立たない。総合事業の積極的活用、一般財源による取組、「脱介護保険」も含む柔軟性の高い取組を模索すべき。

資料）厚生労働省社会保障審議会第101回介護保険部会資料（令和4年11月14日）を一部改変

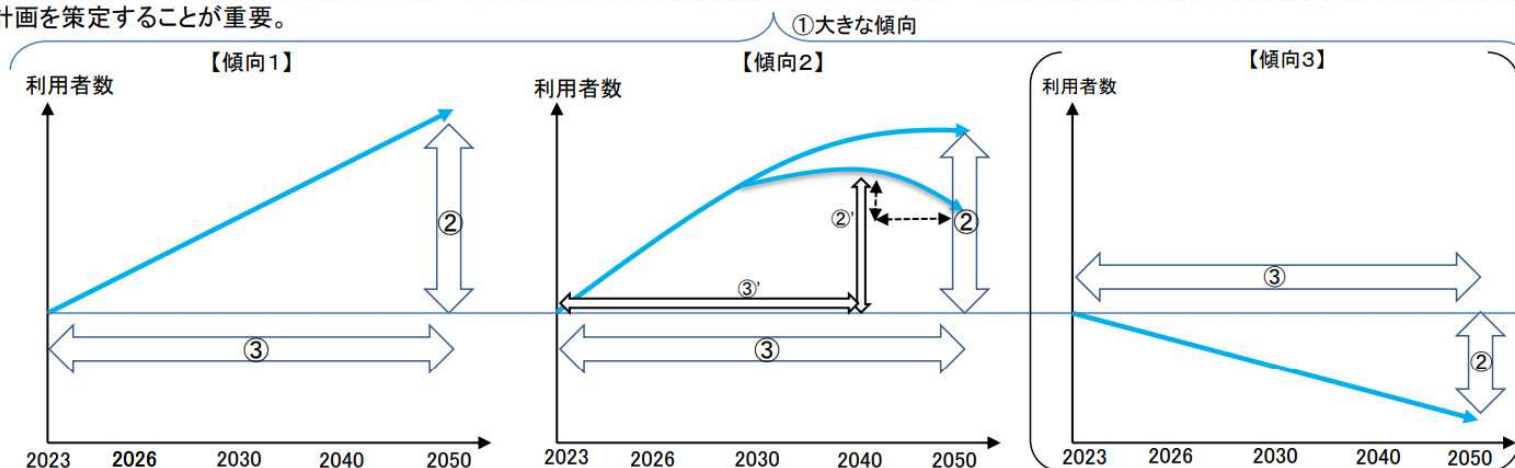
3つのシナリオに応じた整備検討

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、地域の実情に応じた対応の検討が重要。

【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、医療ニーズの高い居宅要介護者のニーズに柔軟に対応できる看護小規模多機能型居宅介護などの整備の検討や医療・介護連携の強化も重要。
- ・ 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、地域の実情に応じたサービス基盤の整備の在り方を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、周辺保険者のサービスニーズを踏まえ都道府県等とも連携して広域的な整備を進めることが必要。

11

広島県は第8期計画ですでに言及

図6 市町別人口構造等の推計
【2020年 から 2040年】



出所) 第八期ひろしま高齢者プラン(15ページ)

増加需要に旧来型サービスで対応する選択はない

(私見) 今後、地域包括ケアシステムの推進にあたっては、地域密着型サービスの整備での対応が基本路線。広域指定の居宅介護サービスでは、住民の近くでサービス提供ができず、また広域視点の特養では、心身状態の変化への柔軟な対応が困難。住まいとケアの分離がさらに進む方向ではないか。在宅においては、柔軟な対応のため、出来高払いから包括報酬型サービスへの転換がさらに進むのではないか。

なぜ今後の広域指定の大型特養整備には、高いリスクがあるのか？

需要の変化に弱い

特養は、よく似た状態像の大勢の高齢者に一か所の施設に入所してもらうことで、ケアの効率的な提供を可能にしている（提供者最適化モデル）。今後地域の需要が減少した場合には、空床発生も懸念される。空床に軽度者が入所するようになると（特例入所）経営状態も悪化。他地域から要介護3以上利用者を確保すると、当該地域の介護人材が他地域の高齢者の支援に従事するため当該地域の在宅ケアにダメージが生じ、さらなる施設ニーズが増大する悪循環に。

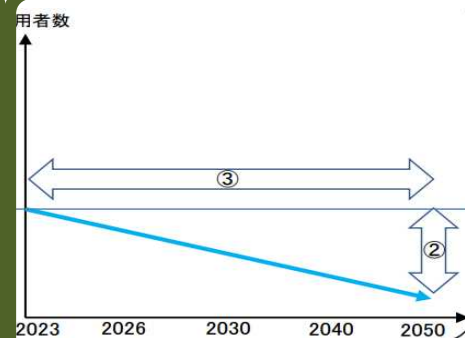
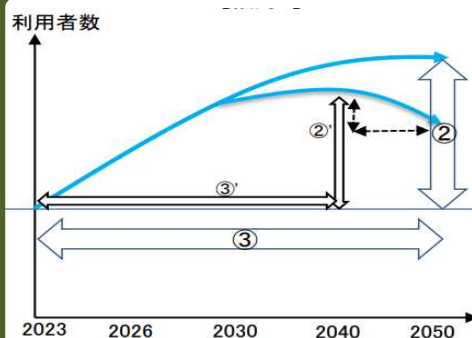
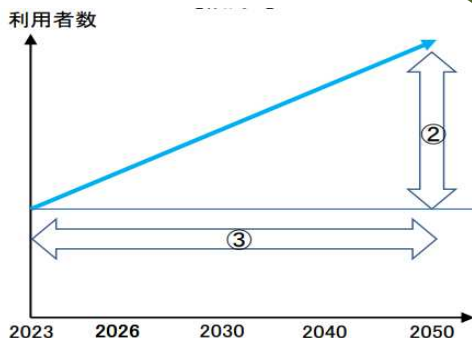
重度化までのブリッジ施設が必要になる

現状の要介護3以上の規定を前提にすれば、特養の増設は、結果的に要介護3に至るまでの軽度者のための施設の追加需要を生む可能性も。それならばそもそも自立から要介護5までをカバーできる住まいを整備し、ニーズの変化に応じて外部サービスを調整する方が合理的。

人材確保が難しい中では硬直的人員配置はリスク

特養の人員配置基準は、3：1であるが、実態としては加配した状態で運営されている。人材確保ができない場合は、一部のベッドを運用できなくなり、経営的にリスク。過疎地域においては、すでに特養の半分をサ高住に転換する特養も現れている。

パターン別の対応案 (私案)



- 増加分は基本的に地域密着型サービスでの多機能拠点整備を基本とする。
- 既存施設は看取りまで可能となるよう外部医療資源の組み合わせ（医療介護連携）を前提とする。
- 地域医療構想を前提にすれば「最後は病院で」は短期間のみであり、医療ニーズに対応できる「住まい」が不可欠であり、特養よりも住まいケア分離型を目指すべき。

- 事業所の持続性を高めるため、事業所間のM&Aや協働化、事業者間連携の強化を進める必要あり。
- 新規特養建設は想定できず。

- 需要変動（減少）に対応するため、建替えでは、定員型の大型施設ではなく「住まいとケアの分離」に基づき、在宅サービス×住まいを前提に、住まいについては、転用可能な一般的なバリアフリー住宅で整備。

- 「住まいとケアの分離」を前提に、地域に自費・有償ボランティアも含め柔軟な生活支援資源の拡充が不可欠。

施設等整備量の数値目標の検討材料は？

全体としての要介護者
(需要推計)

- 事業計画で実施する簡易的推計でok。地域内の需要の方向性と規模感を把握。増加基調なら地域密着型を中心にサービス構成検討。

特養待機者数

- この数値は基本の数字として頻繁に使われるが、名寄せで重複排除しても、「念のため申し込み」多くあてにならない。要注意な数値。

在宅生活改善調査
居所変更実態調査

- 在宅生活改善調査から施設需要を自動算出。また居所変更実態調査からは、施設間の利用者の流動性を可視化することが可能。

ショートステイの利用状況

- SSのロング利用の状況（ロングショートは在宅限界点の低さと施設不足の交差点で発生する）

地域内の介護保険施設
の築年数と空き状況

- 施設によっては、建て替えタイミングの場合がある。建て替え時に広域指定の施設を予定しないよう提案と協議が必要。

事業所の経営方針

- 上記の建て替えだけでなく、経営方針として施設整備などを検討する事業所も。動向把握には、継続的に行政と事業者が協議・協働する場を時間をかけて形成。

サ高住・住宅型有料の
機能評価

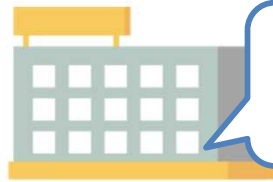
- 高齢者住まい系は、機能が施設によって異なるうえに、経営状況も異なることから、要介護度分布や空き状況などの評価は不可欠。

- 施設やサービス基盤整備は単体のデータで判断できるものではない。
- 複数の客観的状況把握を元に、地域関係者との協議などを重ねて方向づけを決めていく。
- 情報量を多層化しておくことで、より方向がみえてくる。

人口減少の中で「箱もの整備」を進めるには？

従来の介護保険施設での整備

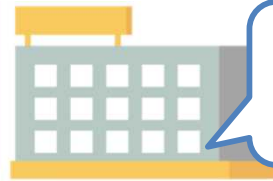
サービス機能がパッケージ化された介護保険施設



介護、生活支援
リハビリ、相談機能
全部入り！

人口減少

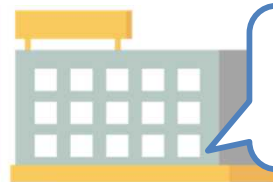
パッケージにフィットする利用者の減少



定員割れ
非効率な経営

さらなる減少

介護保険施設の設備基準に準拠するため他目的への転用は困難



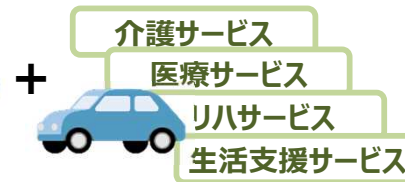
行き場を失う施設

「住まい」と「ケア」分離モデルでの整備

住まいとケアが分離。ケアは外部から



集合住宅



介護サービス
医療サービス
リハサービス
生活支援サービス

人口減少

利用者の変化にあわせて外部サービス量を調整



集合住宅



その時々
の入居者
特性にあわせた
外部サービスの
組合せ

介護サービス
生活支援サービス

さらなる減少

もともと住宅なので、転用可能



集合住宅

一般の賃貸住宅、社員寮など他目的への転用なども想定

人口動態に応じたサービス基盤の整備：②地域密着型

手引き：地域密着型サービスの整備促進については、131ページ参照

住民のなじみの関係性の中で柔軟なケアが提供できるのが地域密着型サービスの特徴。しかし一方で、営業エリアが小さく、小多機などは人数の制限もあるため単体サービスでの経営効率が悪いのが難点。日常生活圏域に限定した営業は、過当競争も生みやすい。

持続可能な経営を目指すためには、複数の地域密着型サービス等を組み合わせることで、個々のサービス規模は小地域で展開しながら、法人としての経営規模を大きくすることで安定的な経営が可能な環境をつくる必要がある。また公募や条件付与によって、営業エリアを限定し、参入事業所数を制限することで市場競争を限定するなど、事業所の持続性確保に支援を行うことも重要。

保険者としては、複数事業所の公募を同時に公示することで事業者のアイデアを募るなどの工夫で多機能型の地域拠点を構成することができる。

地域密着型 3 サービスがこれからの担う

「包括報酬型」
在宅サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護

=

柔軟な対応ができ、
多様な心身状態に対応できるサービス群

「包括報酬型」
在宅サービスの拡充

「包括報酬型」在宅サービスの
さらなる包括化

3つの「包括報酬型」在宅サービスの垣根を取り払い、事業者が多様なメニューを適宜使い分ける地域担当方式も検討してはどうか

新たな複合型サービスの開発

看護小規模多機能型居宅介護以来、新しい類型が開発されていない複合型サービスを新規に開発してはどうか？

「包括報酬型」
在宅サービスと
地域社会の融合

生活支援と人とのつながりを
「包括報酬型」在宅サービスに
どのように組み込むか

心身を支えるだけでなく、社会的・文化的な生活を支える支援を混合介護も含め組み込むことが一層重要に。

地域との親和性が高い
小規模多機能型居宅介護

元気だった頃の生活を「在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」地域との継続性の高いサービス。

小規模多機能型居宅介護を
地域づくりの拠点と考える

地域包括支援センターよりも、より小地域との連続性を保ちつつ、地域づくりの拠点として機能する可能性も。

事業者の参入を
促進するための方策

安定的な経営は、参入の重要要件

地域の一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（地域包括報酬）も検討できないか？

大都市部での参入促進策

設備基準の緩和や多機能化による経営の安定策、または中心市街地での小多機を中心とした地域拠点のモデル事業の検討を推進すべき。

保険者による
独自施策の可能性

現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、「包括報酬型」在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。

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) に一部枠がこみを加筆。

地域密着型 3 サービスは何がよいのか？

住民の近くでサービス提供できる

その名の通り、地域に密着しているため、利用者の住み慣れた地域に近いところでの生活を支援できる。利用者の日常生活の継続の中に支援を組み込むということが可能（逆にいえば地域に対して閉じた地域密着型サービスには存在意義があるのか？ということになる）。地域密着型とは逆の位置づけになる「広域指定のサービス（特養など）」は大規模施設であり、一定の類似の状態像の入所者を想定するため、立地の市町村外からも利用者を募ることになり、結果的に「住み慣れた地域」を離れることになる。

包括報酬で柔軟な対応が可能

出来高払いではなく、包括払いであり、ケアプラン上の位置づけも柔軟性が高いため、利用者の日々の生活にあった支援が可能。特に心身状態の変化があった場合にもケアプランの変更を行うことなく現場レベルの判断で必要なケア提供が可能。可能な点もメリットが大きい。

地域密着型 3 サービスは何が弱点なのか？

規模が小さく、経営効率が悪い

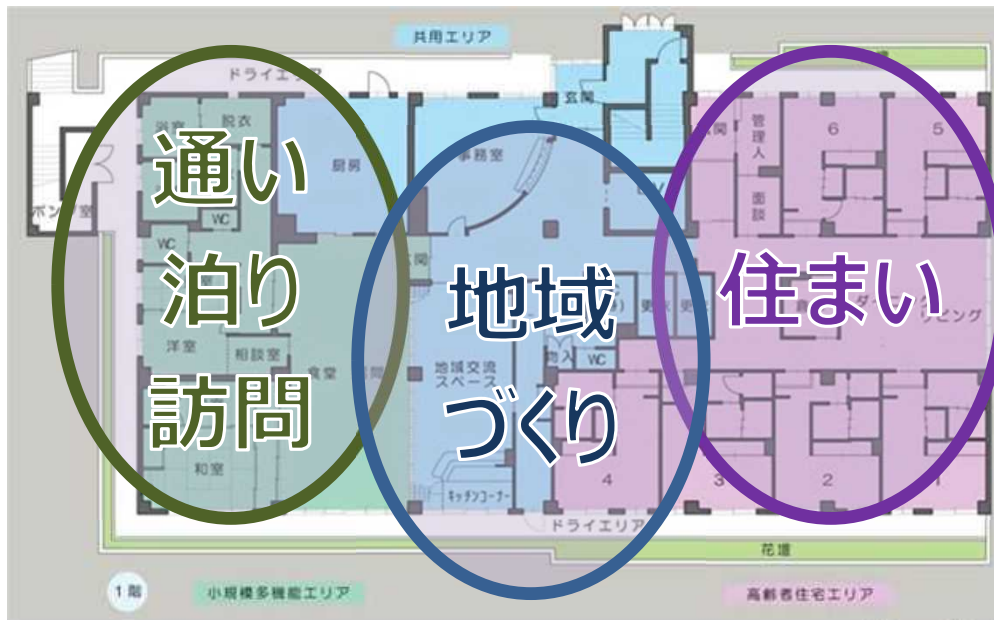
地域密着は営業エリアが小さいため、小地域での利用者確保に苦心する場合があります。サービスは小さく、経営は大きくが、地域密着型サービスを運営する法人に求められている方向性。サービスを大きくすれば「遠くから」利用者を集める形になり、利用者を「住み慣れた地域」から引きはがすことに。またサービスを小さくしすぎれば多様な機能をカバーできず、利用者の心身状態の変化に対応できない。

営業エリアが小さく、競争が生じやすい

地域内に同業者が多数生じると、移動距離も含め経営効率が低下する。小学校区に1か所程度であれば問題は起こりにくいですが、それ以上になると顧客が分散し、「遠くから」利用者を集めることに。過当競争も起きやすい。3サービスにのみ「公募制」が認められている点に注目。公募制の意味は「市場競争の一時的な停止（6年間）」であり、だからこそ、事業者には公共性も透明性も求められる。地域づくりへの参画は義務であり、運営推進会議や介護医療連携推進会議があるのはそのためである（保険者の方針明示が欠かせない）。

具体的には、市町村の独自施策によって、「公募制」「条件付与」「独自報酬」によって営業エリアの指定・困難ケース対応時などの報酬設定も検討する。

これからの時代、目指しているのは、こういう事業所



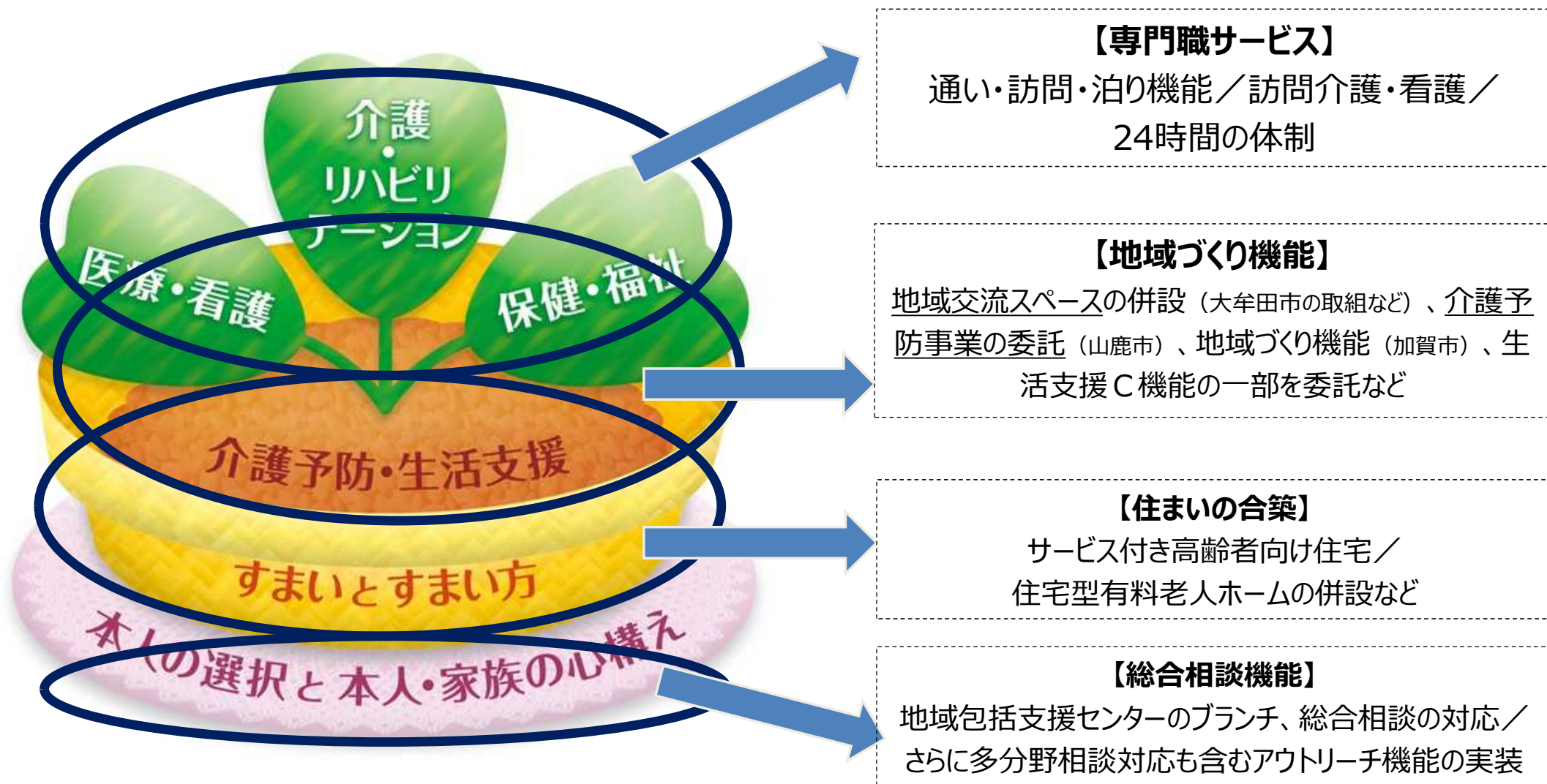
ひとつひとつの機能は小さめだけど、
全体としてのそれなりに
大きいから、経営が成り立つ。

ひとつひとつの機能は小さめだけど、
多機能だから心身状態が変わっても、
「きたおおじ」となじみのままでいられる。



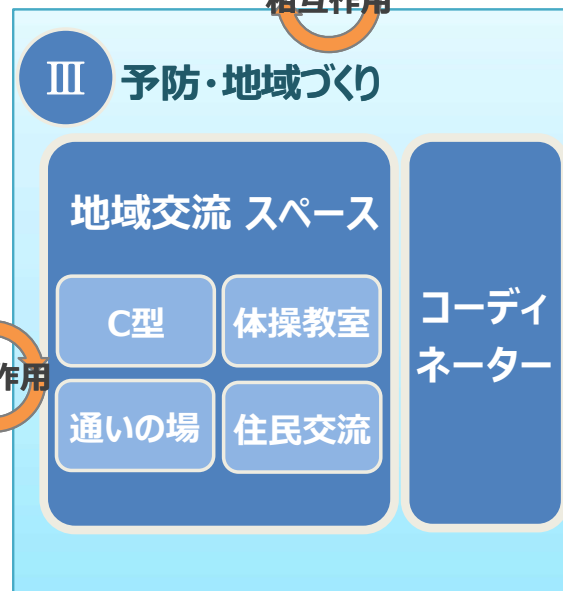
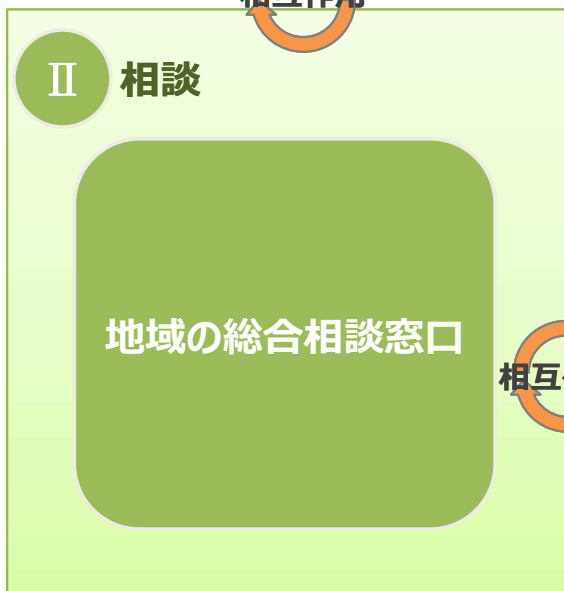
図面) 地域密着型総合ケアセンターきたおおじHPより
資料) 岩名礼介講演資料 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)

包括報酬型在宅サービスが植木鉢として機能する可能性



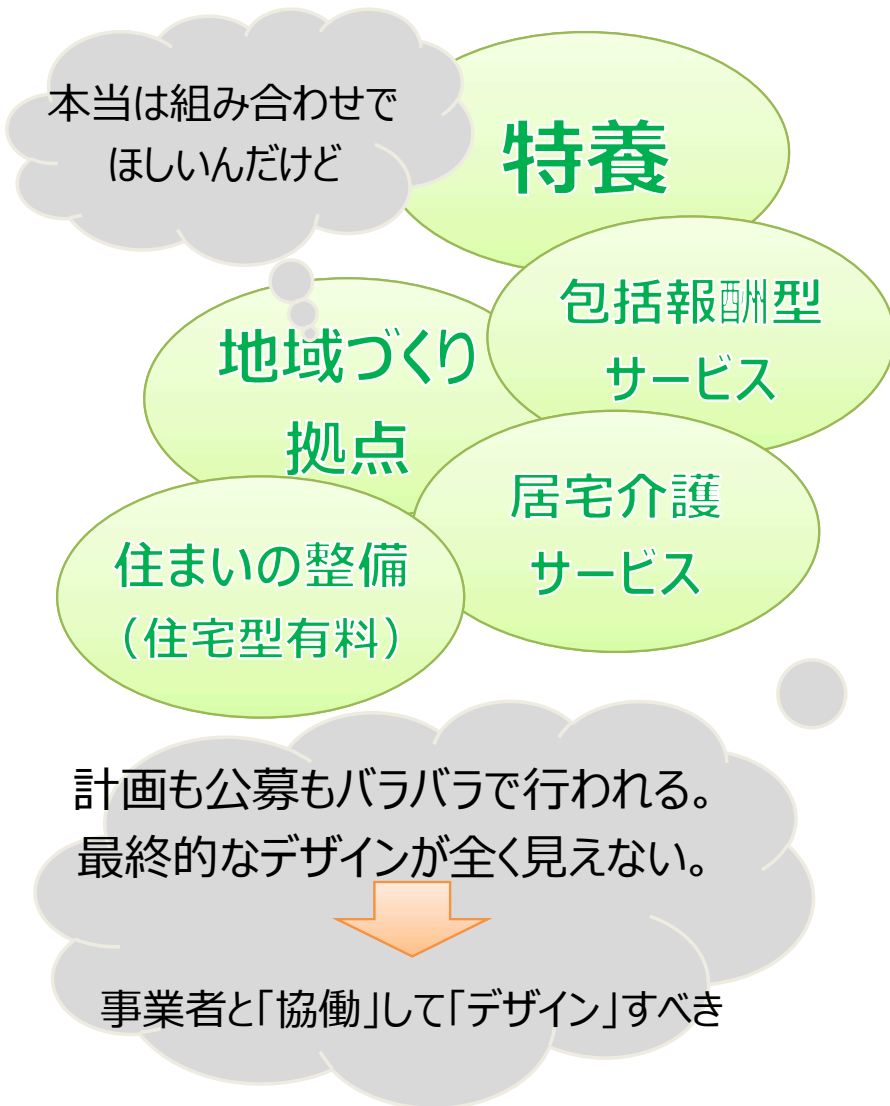
出所) 植木鉢の絵: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業に、岩名が楢円および矢印、テキストボックスを加筆。

3つの機能を持つ理想的な地域拠点 ～「事業者」「住民（利用者）」「地域・行政」の三方よし～



- 【事業者】**
- 包括報酬型による**安定した経営基盤**
 - 固定費の負担分散で**事業運営費を圧縮**
 - ジョブローテーションで**人材育成（OJT）機能**を強化
 - 多数のポスト設置でキャリアパスの提示・キャリアの複線化が可能であり、**若い人材の確保**が期待できる
- 【住民・利用者】**
- 地域づくり機能（地域－利用者つながり支援）と同一拠点とすることで、**支援ニーズのある人が「相談」につながりやすくなる**
 - 地域づくり参加者は、要介護状態になっても、同じ拠点の介護サービス事業所を利用することで、**なじみの関係を維持**
 - 心身状態の変化に柔軟に対応できる複数サービスの集約で、**なじみの環境（同じ拠点・職員）を維持**
 - 地域交流スペース併設で、職員以外の地域住民と関わりができ**地域とつながる機会（地域－利用者つながり支援）**が可能に
- 【地域・行政・保険者】**
- 事業所がコーディネーター機能を担うことで、複数の職員が本業と兼務する形式となり、**地域づくりに関わる「地域センサー」を強化**
 - 営業エリアが小地域に限定される地域密着型事業所が担うことで、**より住民に近い情報が入りやすくなる** ⇒ **地域づくりにも有利**
 - **転々とした生活を抑制**することで、最終地としての特養・病院ニーズを抑制

でも、こういう事業計画では事業所も動きにくい。



地域包括ケア計画（介護保険事業計画）及び公募

第1章：介護保険施設の整備

①介護老人福祉施設：令和〇年度：80床

②介護老人保健施設：令和〇年度：60床

③ ……

第2章：地域密着型サービスの整備

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護：〇事業所

②小規模多機能型居宅介護：〇事業所

③ ……

第3章：住まいの整備

①高齢者の住まいの整備を図ります…

第4章：生活支援体制整備事業／介護予防・日常生活支援総合事業

① 通いの場づくりの推進

② 協議体の設置…

次期介護保険事業計画ですべきこと

地域密着型サービスの整備方針・整備量を記載する際には、個別サービスの方針を記載する前に、

最終型としてのサービスイメージを明示



地域交流スペースの併設による
地域づくり拠点の確保



複数の地域密着型サービス
または住まいの組み合わせ



元気な時から、人生の最終段階まで
一か所に対応できる地域拠点の確保



法人としての経営の安定

生活と地域を支える社会的価値

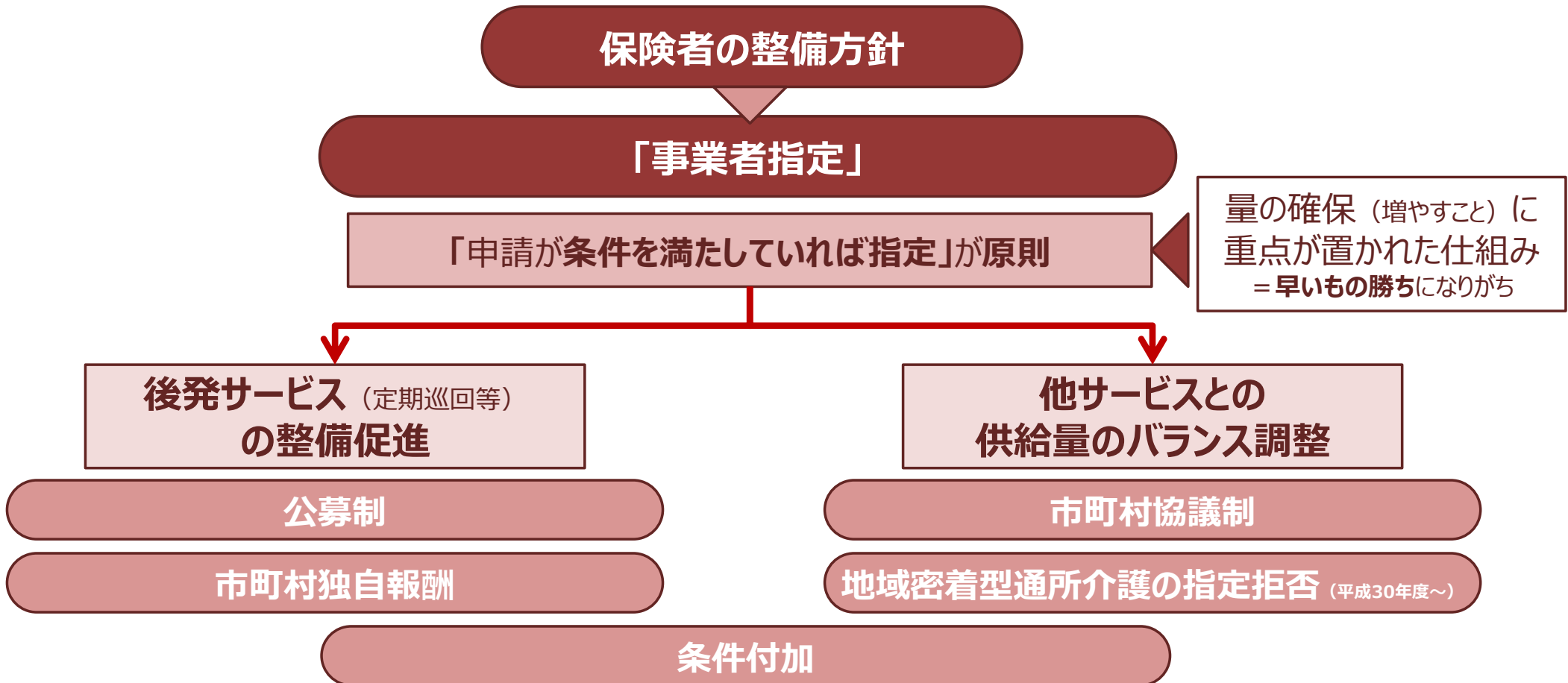
多機能型による人材育成機能の向上
(OJTの機能の拡張)

いきなり公募しても事業者は応募にハードルを感じます。まず日常的な地域密着型の勉強会を設置すべき。

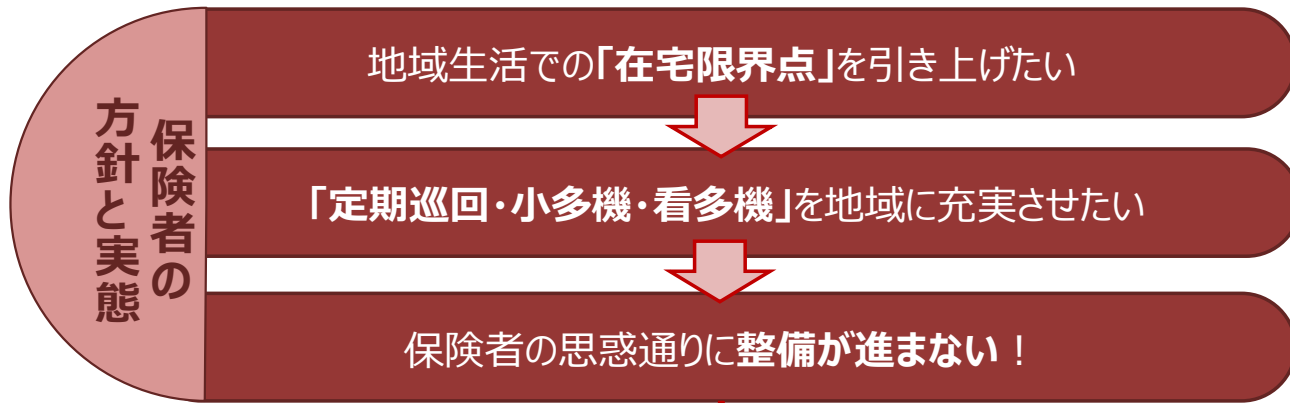
事業者と保険者が話し合う場の設置

地域密着型サービスにおける「事業者指定」の原則

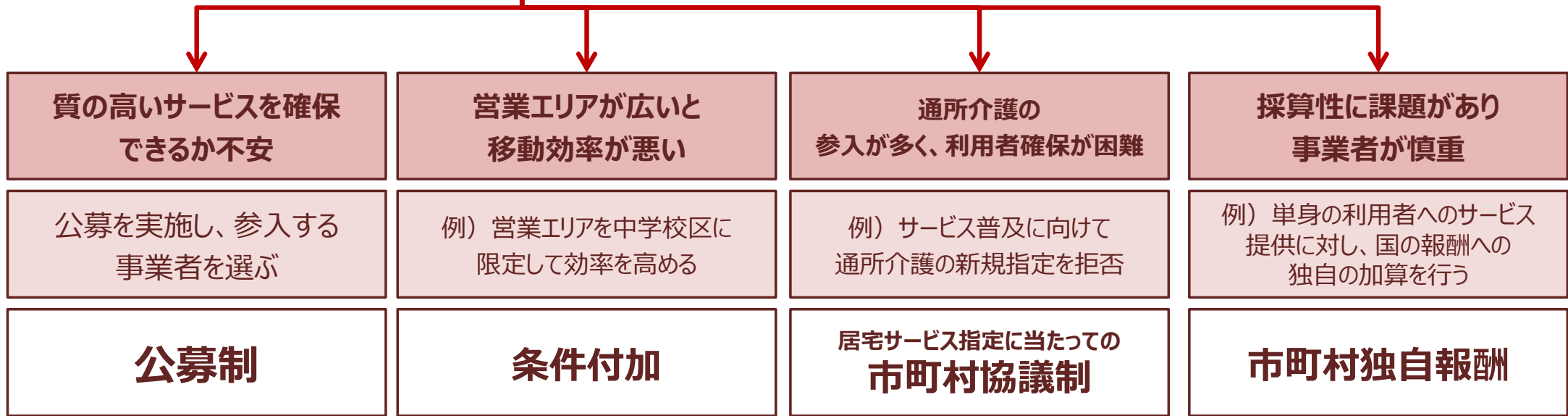
- 介護保険の「事業者指定」は、基準を満たしていれば「指定」するのが原則であり、サービス量の確保に重点が置かれている。この仕組みは、「早いもの勝ち」になる可能性があり、地域によっては定期巡回等の後発サービスの整備が進まない状況が起こりうる。
- 公募制、独自報酬、総量規制、市町村協議制は、保険者によるマネジメントを可能にするツールとして設けられており、それぞれの地域における実情にあわせて活用することが期待されている。



地域密着型サービスの独自施策の活用による課題解決のイメージ



- 保険者が明確な方針をもってサービス整備を進めていても、思惑通り利用者が増加しない場合も少なくない。
- 地域密着型サービスは、保険者に与えられているツールを活用することで、積極的にサービスの整備に対して独自の施策を展開できる。
- 特に包括報酬が設定された居宅サービスは、整備促進のための様々な施策ツールが用意されているので、これを十分に活用することが望ましい。



市区町村が活用できる介護保険サービスに関する独自施策メニュー一覧

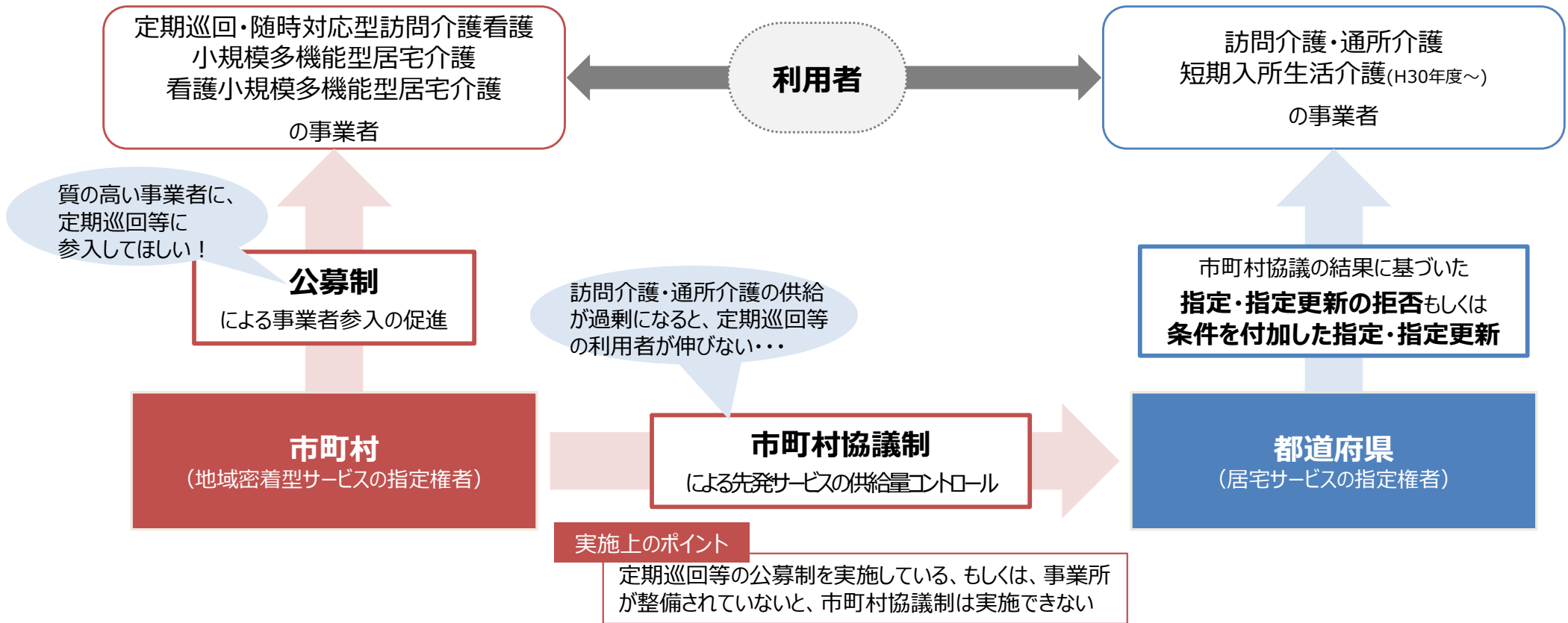
		事業者募集	事業者指定			報酬設定	
		公募制	基準緩和	条件付加	指定拒否	独自報酬(加算)	単価の引き下げ
在宅	訪問介護・通所介護 ・短期入所		△ 基準該当サービス	△ 市町村協議制、県への意見提出による条件付加	△ 市町村協議制		
	その他の 在宅サービス		△ 基準該当サービス (在宅サービスの一部)	△ 県への意見提出による 条件付加			
地域密着型	定期巡回・ 小多機・看多機	○	○	○		○	○
	夜間対応型訪問介護		○	○		○	○
	地域密着型通所介護		○	○	○ 総量規制		○
	認知症GH、地域密着型特 定施設、地域密着型特養		○	○	○ 総量規制		○
	その他の 地域密着型サービス		○	○			○
施設・居住系	特養、老健、特定施設				△ 県への意見提出による 総量規制		
	上記以外の 施設・居住系サービス						

○：市町村が直接実施できる
 △：都道府県の施策を活用できる

「公募制」と「市町村協議制」

趣旨

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の普及を進めるため、市町村が公募を通じた選考によって事業者指定を行う（公募制）とともに、これらのサービスと競合する訪問介護・通所介護が供給過剰とならないよう、市町村が都道府県に対し、訪問介護・通所介護の指定をしないよう、あるいは指定条件を付加するよう、必要に応じて協議できる（市町村協議制）



市町村協議ができる条件 次の①と②いずれにも該当している場合

- ①「定期巡回・小多機・看多機の事業所が、市町村の区域にある場合」もしくは「定期巡回・小多機・看多機の公募指定を行っている」
- ②「市町村または日常生活圏域における訪問介護・通所介護の量が、市町村事業計画で定める見込み量にすでに達している場合」もしくは「申請に係る指定によって見込み量を超えることになるとき」もしくは「計画の達成に支障を生じるおそれがある時」

「市町村独自報酬」(加算方式) と「単価引き下げ」

「独自報酬」とは？

趣旨

要支援・介護者の在宅生活を支援するサービスの整備を促進するため、市町村が国の加算に加えて、市町村独自の加算を設定することができる

対象サービスと算定できる単位数
 (利用者1人あたりの月の単位数)

- ・定期巡回 50～500単位
- ・夜間対応型訪問介護 50～300単位
- ・小多機・看多機 50～1,000単位
- ※すべて50単位きざみ

市町村がしなくてはいけないこと

- ・加算の要件と単位数の決定
- ・上記にあたって、被保険者その他関係者の意見の反映、学識経験者の知見の活用
- ・対象サービス事業者への周知
- ・国民健康保険団体連合会への報告

要件と単位数は、自由に設定できるの？

質の高いサービスの整備、国の加算との整合性の観点から、以下の条件を満たす必要がある

- ・加算方式とする
- ・指定基準の内容を下回る要件にしてはならない
- ・全国一律の介護報酬の加算要件を下回る要件を定める場合は、全国一律の加算の単位数を超えた単位数は設定できない

市町村の加算＝「独自報酬」
 (市町村判断)

国の加算
 (全国統一)

国の介護報酬
 (全国一律)

供給量の確保
 サービスの質の向上

「単価引き下げ」とは？

趣旨

地域密着型サービスについては、市町村が報酬単価の引き下げをすることができる。単価の引き下げのみを行う場合は供給量のコントロールにつながるが、事業者の参入が難しい地域では、指定基準の緩和と組み合わせることで、供給量を確保することも考えられる

対象サービス

- ・すべての地域密着型サービス

市町村がしなくてははいけないこと

- ・単価の決定
- ・地域密着型サービスの従事者に関する基準、設備基準、運営基準の設定
- ・上記にあたって、被保険者その他関係者の意見の反映、学識経験者の知見の活用

単価と指定基準は、自由に設定できるの？

(単価)

厚生労働省令で定める額を超えない範囲

※指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (H18年告示126号)

(指定基準)

「従うべき基準」「標準」「参酌すべき基準」があり、このうち、「標準」「参酌すべき基準」については、一定の条件の下で、地域の実情に応じた内容を定めることが可能。なお、「従うべき基準」は、以下の通り。

- ・従業者に係る基準及び当該従業者の員数
- ・居室の床面積
- ・小多機・認知症デイの利用定員
- ・運営に関する事項で、利用者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全確保並びに秘密保持に密接に関連するものとして省令で定めるもの



サービスの質の向上に活用できる「条件付加」

趣旨

市町村は、地域密着型サービスの指定を行うにあたって、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる。また、都道府県が行う居宅サービス・介護予防サービスの指定について、市町村は事業計画との調整を図る見地から意見を提出することができ、都道府県はそれを勘案して、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができる（平成30年度～）。

条件付加の多様な活用方法

圏域毎の基盤整備を進めるため

例: 整備予定地域と事業所数を定める

他サービスとのバランスのとれた整備を進めるため

例: 他サービスとの併設を条件とする

ケアの質を向上するため

例: 特定の研修を修了した職員の配置を条件とする

地域づくりを推進するため

例: 総合事業への協力を条件とする

ケアに対する地域全体の方針共有のため

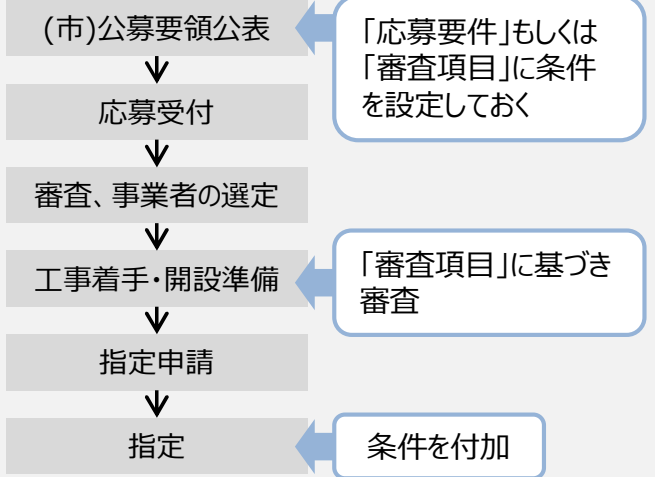
例: 地域ケア会議への出席を条件とする

対象サービス

【市町村が直接、条件を付加できる】地域密着型サービス /
 【都道府県に対し、条件付加を行うよう、意見提出ができる】居宅サービス・介護予防サービス

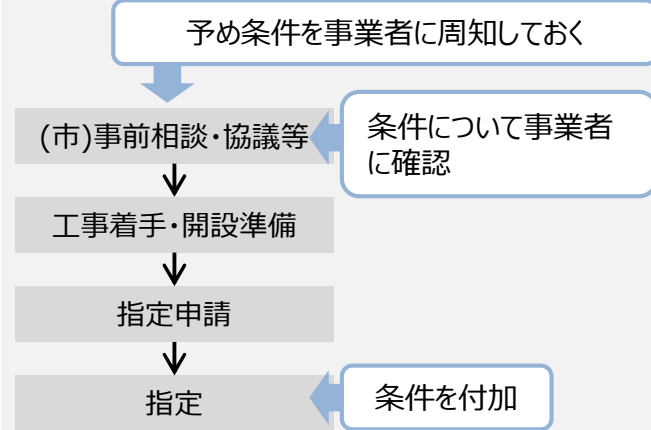
条件を付与する方法(一例)

①公募制が実施できるサービスの場合 (定期巡回・小多機・看多機)



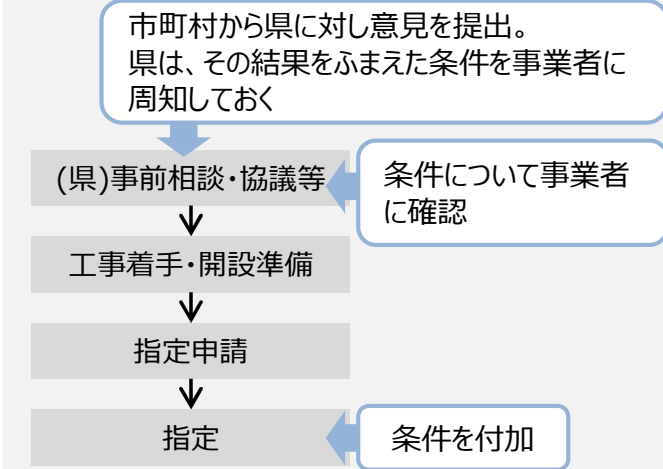
※指定権者：市町村

②公募制が実施できない地域密着型サービスの場合



※指定権者：市町村

③在宅サービスの場合（平成30年度～）



※指定権者：都道府県

人口動態に応じたサービス基盤の整備：③新複合サービス

手引き：125ページ参照

久しぶりの「新サービス創設」か？

- 11月14日の介護保険部会において第9期における「訪問・通所介護」を複合化した新しいサービスの創設が厚生労働省から提示されたところ。詳細については、続報が待たれる。

＜在宅サービスの基盤整備＞（第101回介護保険部会資料から抜粋）

- 単身・独居や高齢者のみの世帯の増加、介護ニーズが急増する大都市部の状況等を踏まえ、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要ではないか。
- その際、例えば、特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所）を組み合わせて提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討してはどうか。また、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など、機能が類似・重複しているサービスについては、将来的な統合・整理に向けて検討してはどうか。
- 中重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護サービス基盤の整備をより進めていくための方策を検討してはどうか。

新複合サービスの背景と留意点 (私見)

<背景>

- コロナ災禍時の通所介護事業所における「訪問」が一つの契機か。
- 全国的に訪問介護の減少・職員の高齢化が進行。事業所再編は不可避の中、通所介護との複合化は経営面でも合理性がある。
- 元来、地域包括ケアシステムでは、「バラバラ」サービスを「まとめる」流れが10年以上前からあり、小多機・看多機・定期巡回（いわゆる3サービス）といった包括報酬型の地域密着型サービスの整備が進められてきた。したがって、通所×訪問介護以外の組み合わせも含めサービスの複合化は、今後のトレンドの可能性も。
- こうした複合化の取組は、離島や中山間地域でも一定の条件下で合理性がある。小規模地域では、市場が小さいため個々のサービスニーズが少ロットであり、効率的なサービス化が元来難しい。そうした地域では、複合化・包括報酬化の方が経営上も合理的な場合がある。

<留意点>

- いずれの地域でも整備可能性があるが、すべては詳細決定後。
- サービスのモデルによっては「泊りなしの小規模多機能」となる可能性もある。先行参入した事業所は、公募制の場合は、過当競争を回避する条件（指定から6年間）で整備されており、新サービスの投入が小規模多機能の経営に悪影響を与えないよう配慮が必要な可能性もある。
- 新サービスは、小規模多機能への参入懸念がある事業者にとっては、有利な選択肢だが、小規模多機能の参入が縮小しないよう配慮が必要か？

サ高住・住宅型有料と居宅サービスの利用見込み

手引き：135ページ参照

サ高住・住宅型有料

【手引き：136ページ】

<5.1 有料／サ高住の設置状況等を踏まえた介護サービス整備量の見込>

- サ高住・住有で外部サービスとして利用される訪問介護・通所介護と、一般居宅で利用されるサービスには介護報酬上の取り扱いは原則として同じのため、レセプトデータ上での区別は簡単ではありません（ただし、「同一建物減算」の適用等で推定が可能な場合もあります）。したがって、地域包括ケア「見える化」システムを用いたデータ分析においても、サ高住・住有への提供分を把握することはできません。
- サ高住・住有の中には、同一の法人の運営するサービス事業所が、もっぱら当該サ高住・住有のために提供を行うような、いわば囲い込みの手法で運営している事業者もみられます。こうした集中的なサービス提供が行われている場合、当該地域の給付額が大きく変動（増加）する場合があります。
- 例えば、小規模な自治体で複数の囲い込み型のサ高住・住有が短期間に参入すると、当該地域の訪問介護の供給量が急増し、全体供給量の半分程度を特定のサ高住・住有だけで利用しているといったことも生じます。その場合、データ上は、訪問介護の供給・利用が増加したように見えますが、実態は特定のサ高住・住有だけで利用されているので、一般の居宅での利用が増加しているわけではないこととなります。

特定施設の指定を持たないサ高住・住宅型有料の留意点

【費用管理の観点からの批判的アプローチには要注意】

- 急速に増加するサ高住・住有の中には、家賃を不当に下げて入居者を集め、その収入の不足分を賄うため、入居者のニーズを超えた過剰な介護保険サービスを提供しているとの指摘があります。
- 大阪府では、区分支給限度基準額に対して、住宅型有料老人ホームで 90.7%、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設の指定なし）で 86.0%のサービスが利用されており、要介護 3 以上では特別養護老人ホーム以上に費用がかかっているといった実態も指摘されています。
- ただしこうした指摘はすべてのサ高住・住有に当てはまるわけではありませんし、サ高住・住有という形態に問題であるわけではありません。「住まいとケアの分離」は、住み慣れた地域で柔軟なサービスの提供を行う上では意義がありますし、適切なケアマネジメントが行われれば、利用者にとって大きなメリットがあります。また区分支給限度基準額に対する利用率が高いことも、法的に保障された権利でもあり、単に金額の多寡だけで判断することは適当とはいえません。

特定施設の指定を持たないサ高住・住宅型有料の留意点

【ポイントは「入居者の選択」と「個別性のあるケアマネジメント」】

- サ高住・住有に関して、保険者が留意すべき点は、入居者の選択が保障されているかという点と、本人本位の個別性のあるケアマネジメントが行われているのかという点でしょう。明示的でないとしても、特定の事業所（多くの場合は、関連法人など）の介護サービスの利用を利用者に強く推奨したり、「お願い」したりするケースもあることがわかっています。
- サ高住・住有の入居者が介護サービスを利用する場合はケアプランが作成されますので、入居者一人ひとりの状態を適切にアセスメントした上で、必要なサービスを、本人の希望に基づいて利用できる状況があるのかがポイントになります。
- 地域ケア個別会議やケアプランチェックを通じて、個別性のあるケアが提供できているのかを確認していくこと、また地域密着型サービスの事業所が併設の場合は、運営推進会議などへの保険者の参加を通じてモニタリングしていくことも一つの方法です。

【参考】関連資料等のご紹介

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。

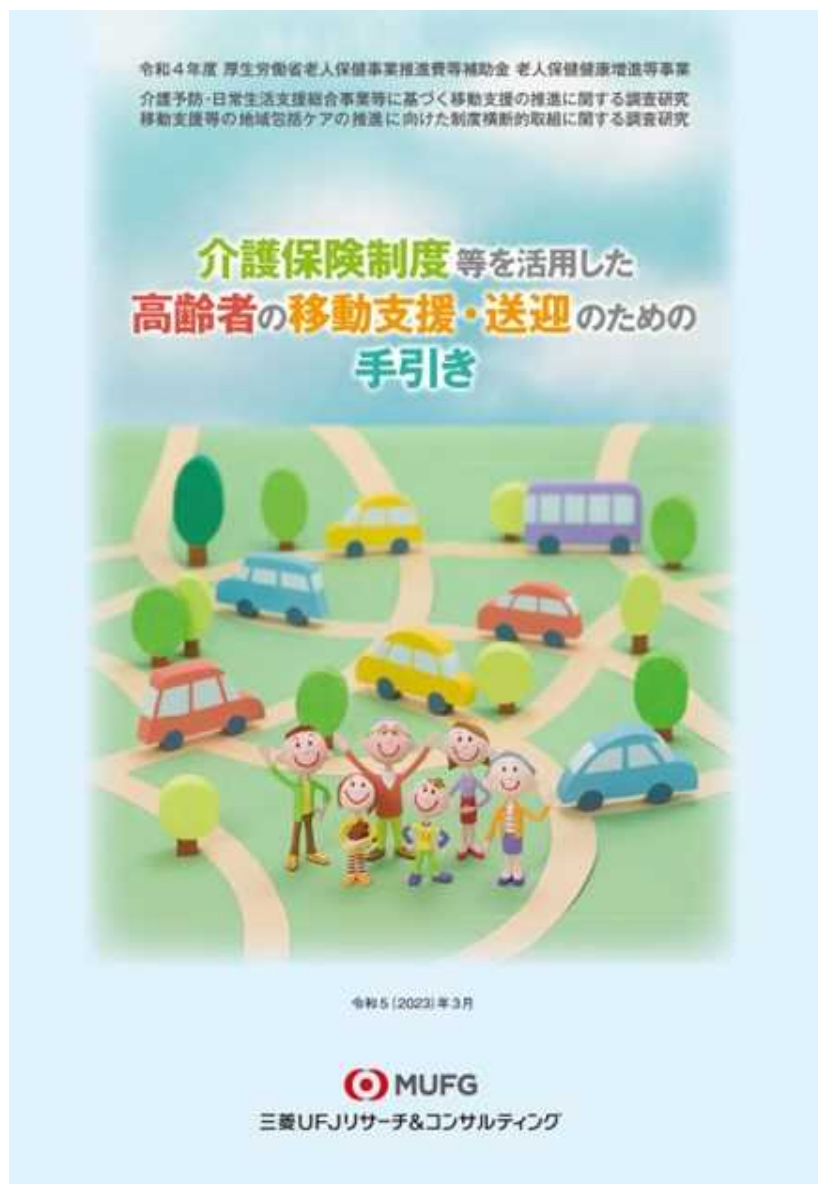
「在宅生活改善調査」「居所変更実態調査」は、地域包括ケアシステムのアウトカム指標としても活用いただくことができます。

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/

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。

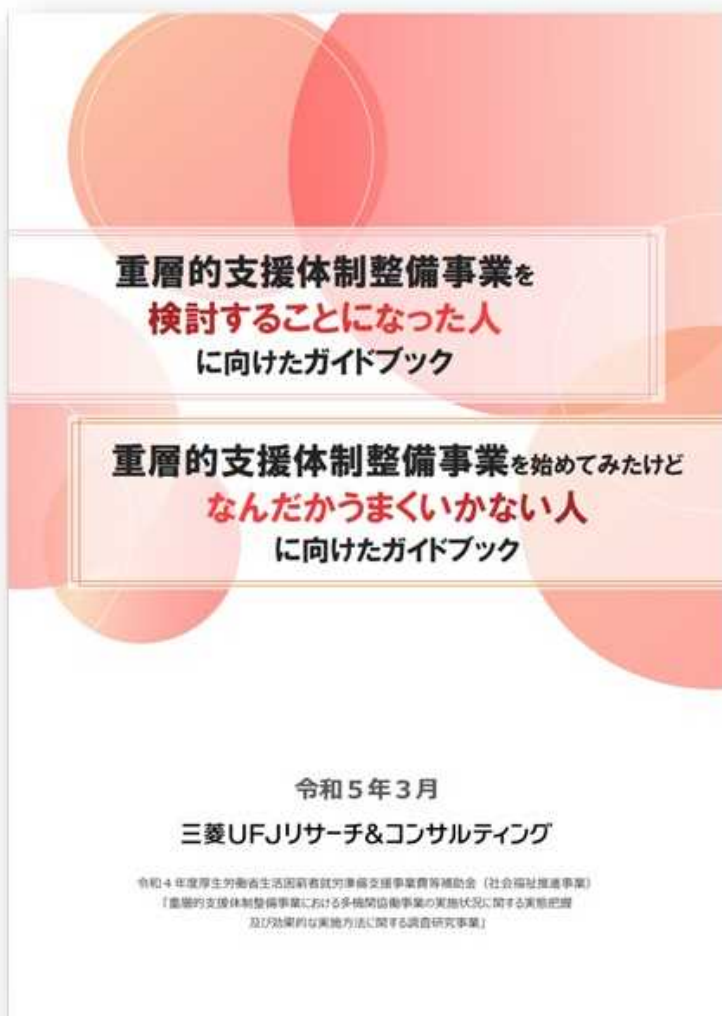
令和元年度に作成した同手引きについて、令和2年度・4年度の調査研究事業の成果を踏まえた改訂を行いました。



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

重層的支援体制整備事業ガイドブックシリーズ

重層的支援体制整備事業に関して、自治体職員向けのガイドブックを作成しました。



「関わることになった人向けガイドブック」（令和3年）から2年。

「検討することになった人」と「なんだかうまくいかない人」向けガイドブックをさらにリリースしました。



https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_09.html

【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

<http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/index.html>

MUFG Quality for You
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

ソリューション シンクタンクレポート セミナー・イベント 採用情報 企業情報

地域包括ケア

調査・提言

各研究会・事業における地域包括ケア関連の調査研究レポートがご覧いただけます。

- 地域包括ケア研究会
- 介護予防・日常生活支援総合事業
- 定額返還・随時対応サービス
- 看護小規模多機能型居宅介護および看護サービス
- 地域マネジメント
- 在宅介護実態調査
- その他

地域包括ケアのイラストについて

介護リハビリテーション
医療・看護 保健・福祉



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&コンサルティング首席研究員 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）経済社会ユニット

共生・社会政策部長
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

兼務

中央大学大学院戦略経営研究科 客員教授

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）

