

世界が進むチカラになる。



【近畿厚生局】 令和7年度近畿ブロック地域包括ケア推進セミナー
＜講義1＞

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
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。

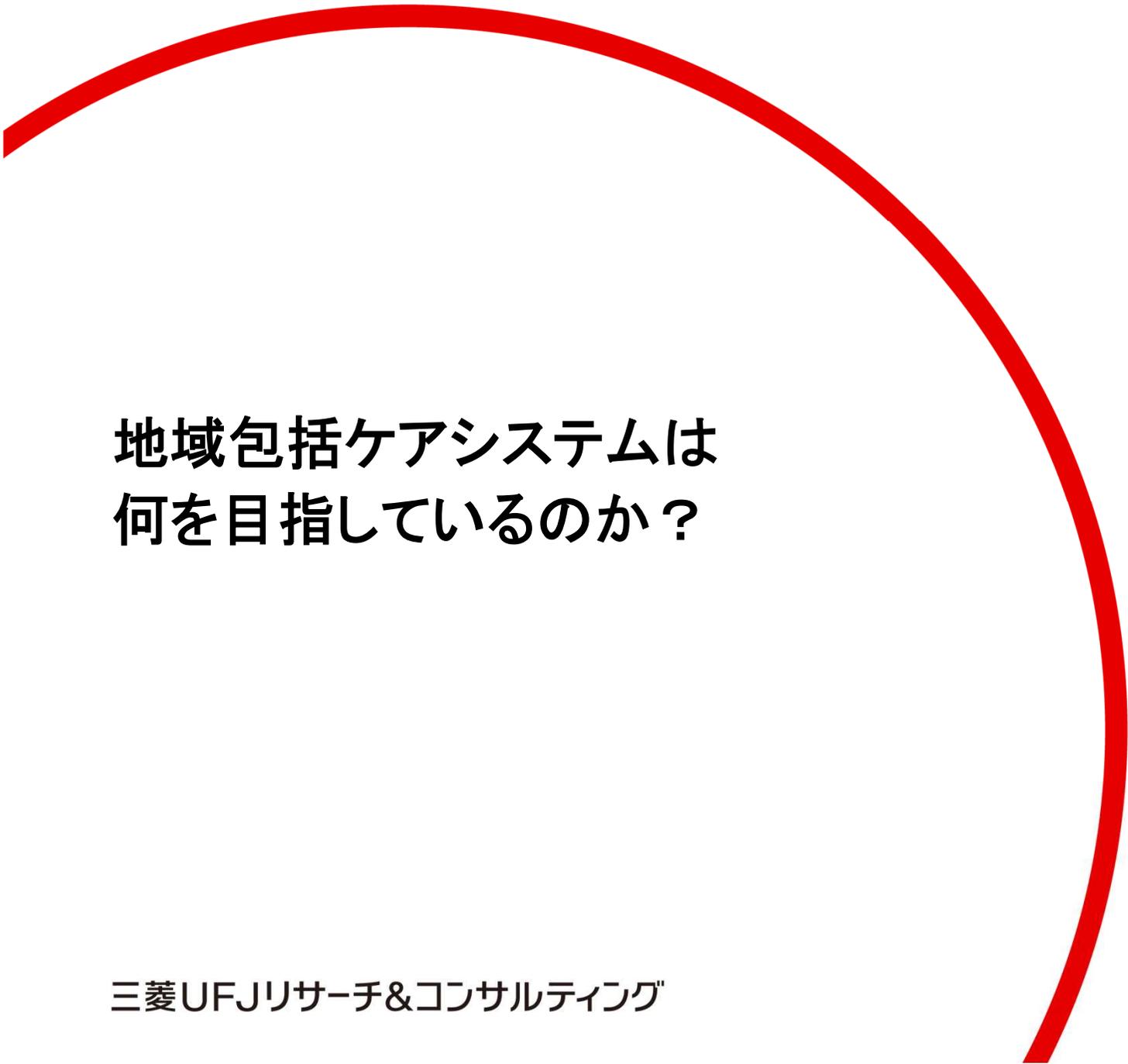
www.sli.do

Event Code:

#kousei



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、数日以内に削除しますが、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

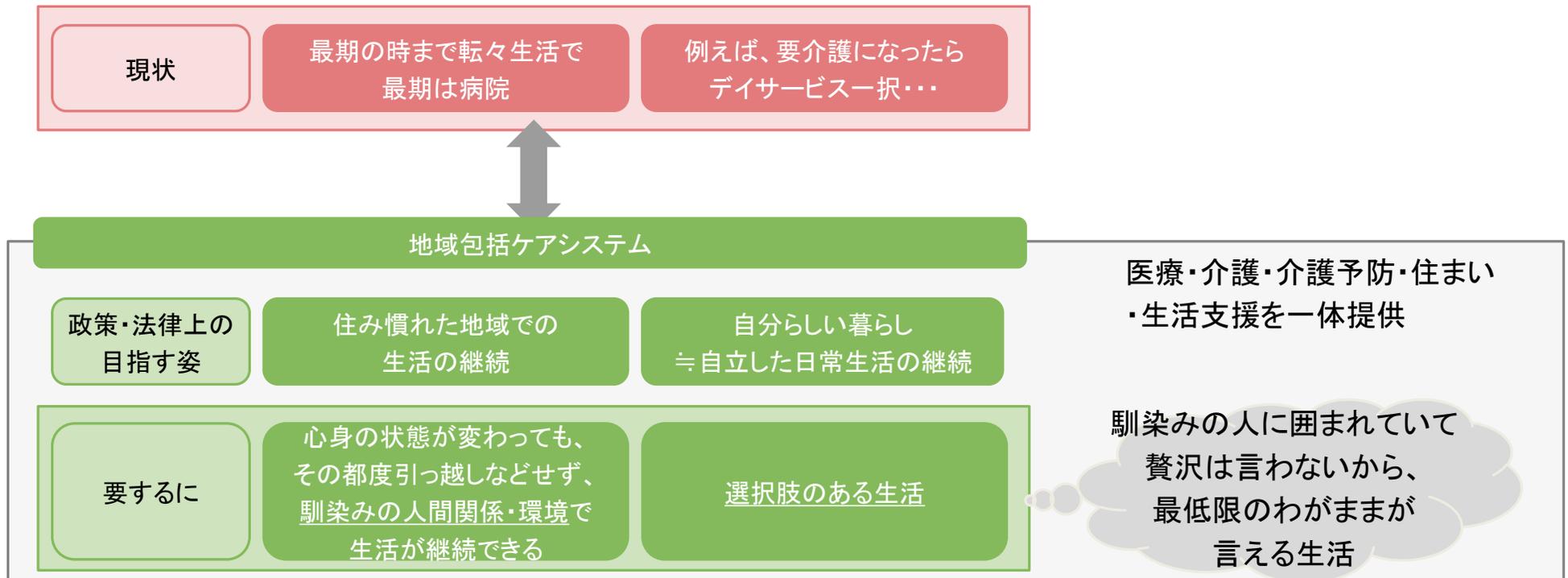
世界が進むチカラになる。



「地域包括ケアシステム」の定義

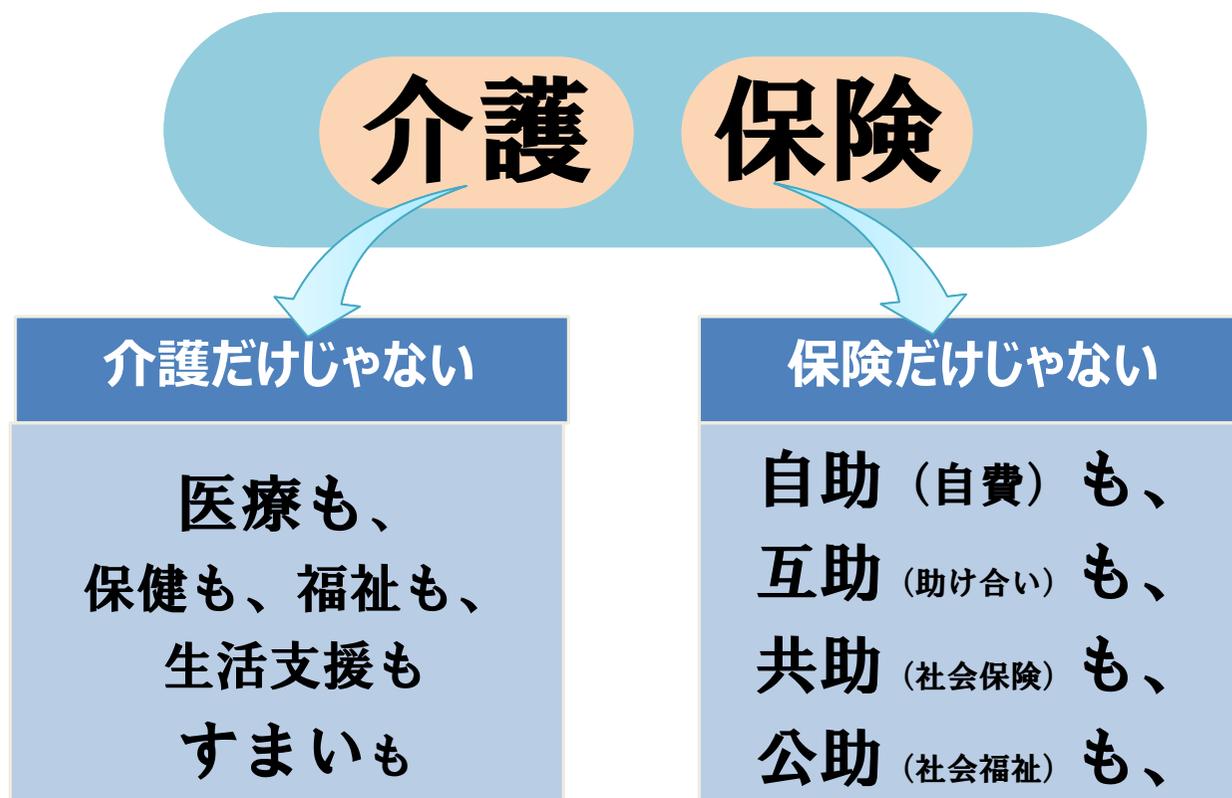
「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム（厚生労働省地域包括ケアシステムHP）

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）



地域包括ケアシステムは、介護保険とどう違う？

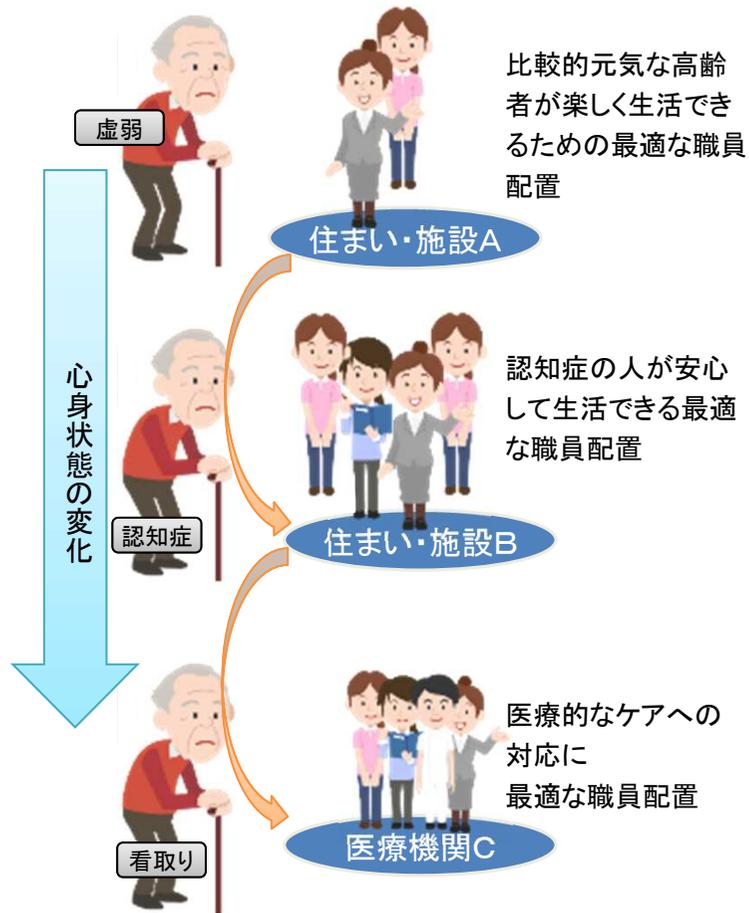
- 介護保険制度は、地域包括ケアシステムの1パーツに過ぎない。また対象は、介護だけではなく医療も生活支援も、適切な住まいも求められる。特に専門職領域については、社会保険制度を通じて提供されており、それ以外については、介護保険外の市場サービスにおいて提供されている。
- 多様な支援やサービスを一体的・包括的に提供するには、介護保険に限定せず、医療保険(共助)も、自費の民間サービス(自助)も、地域の助け合い(互助)も、税財源の福祉サービス(公助)もあらゆる社会資源を組み合わせる必要がある。
- というか、健康な時の生活はそうして営まれているので要介護状態になっても、当然といえば当然。



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

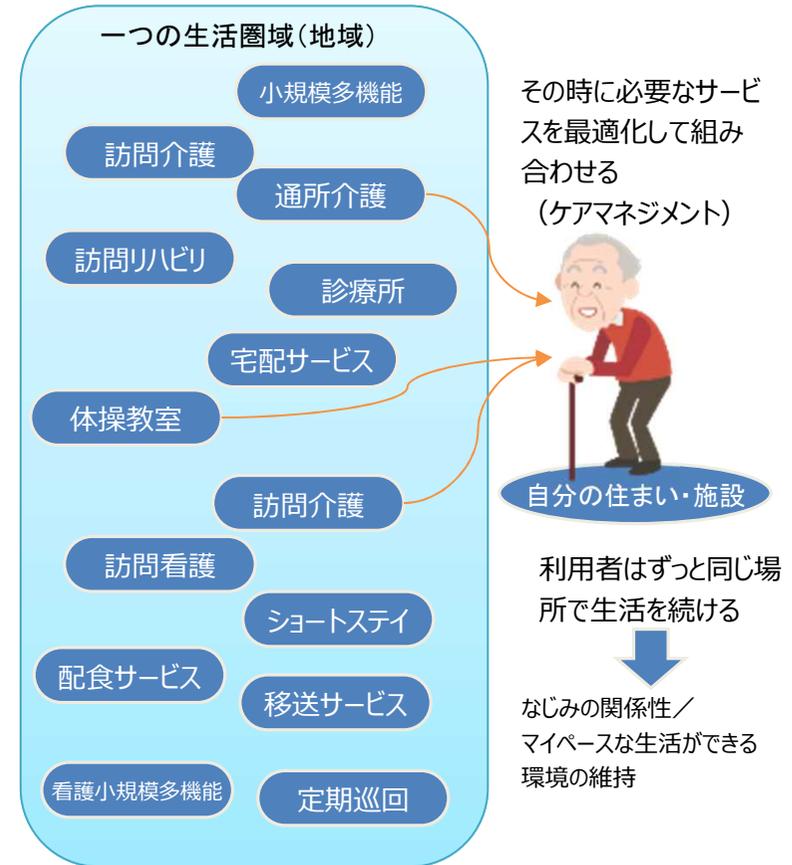
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



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

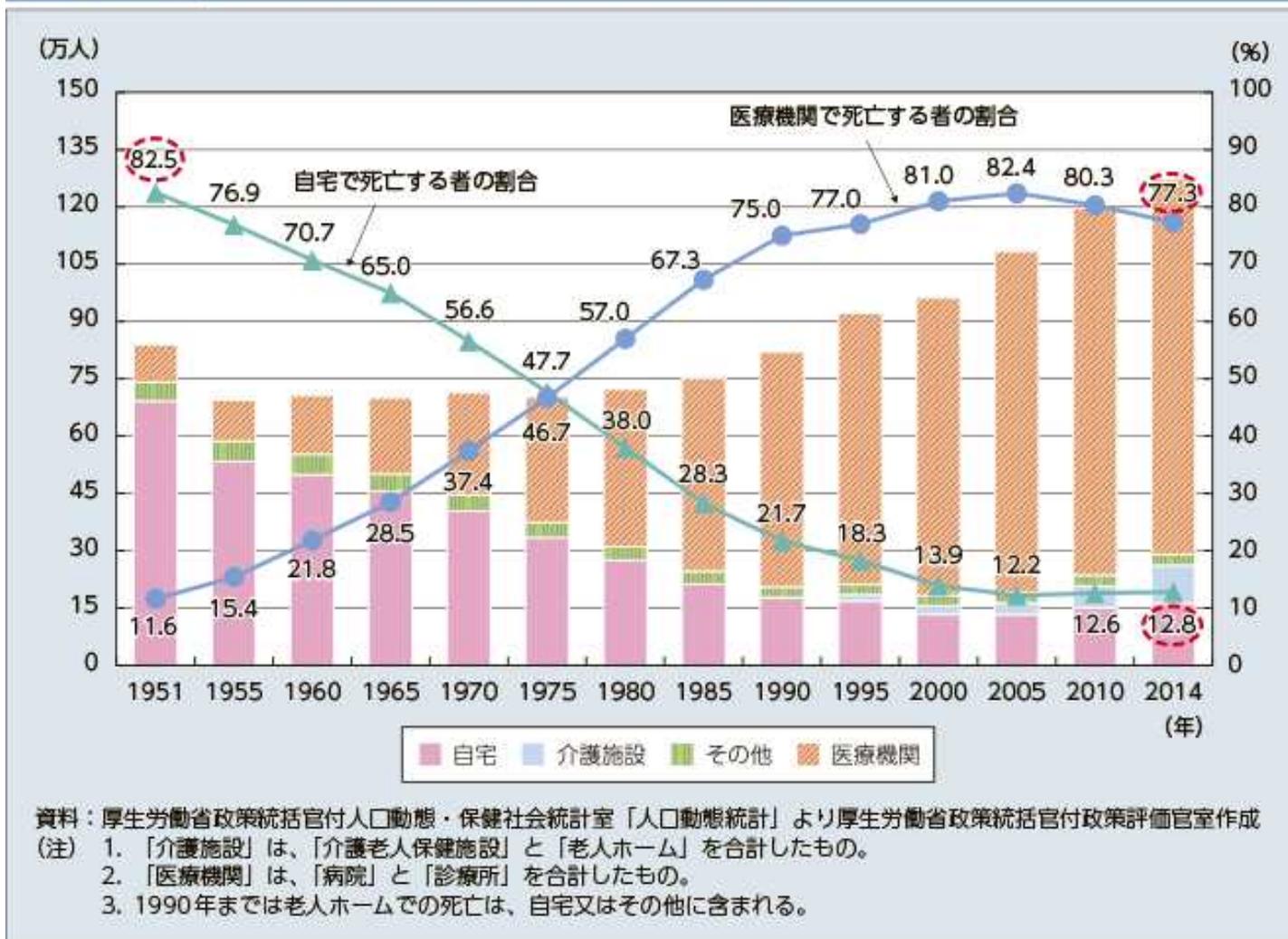
地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「最期は病院」が現代の日本のスタンダード

図表 1-1-12 死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



「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

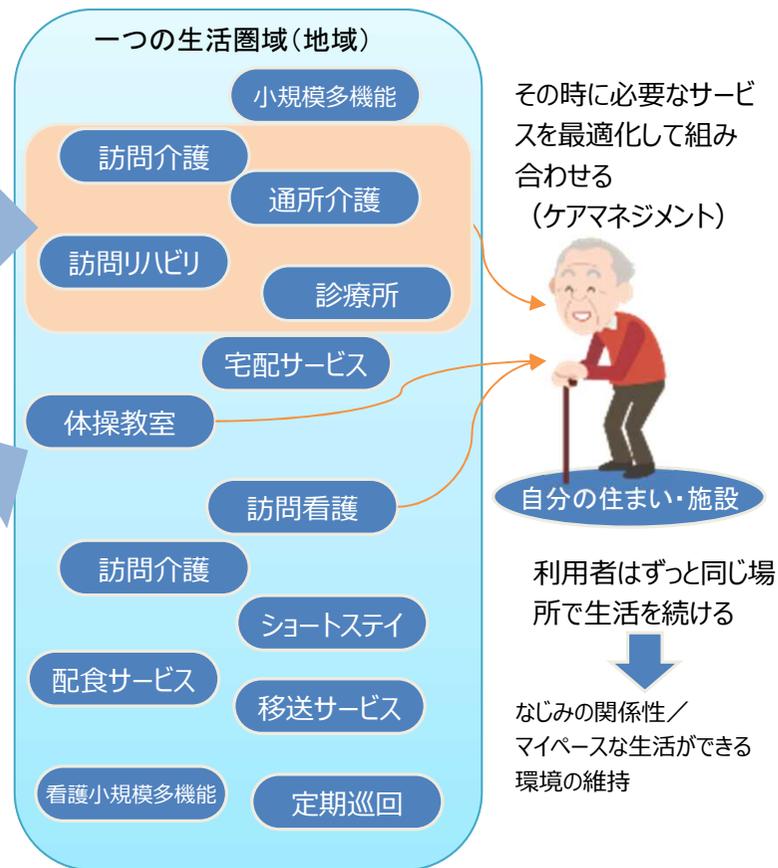
（在宅医療・介護連携推進事業）

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。



「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

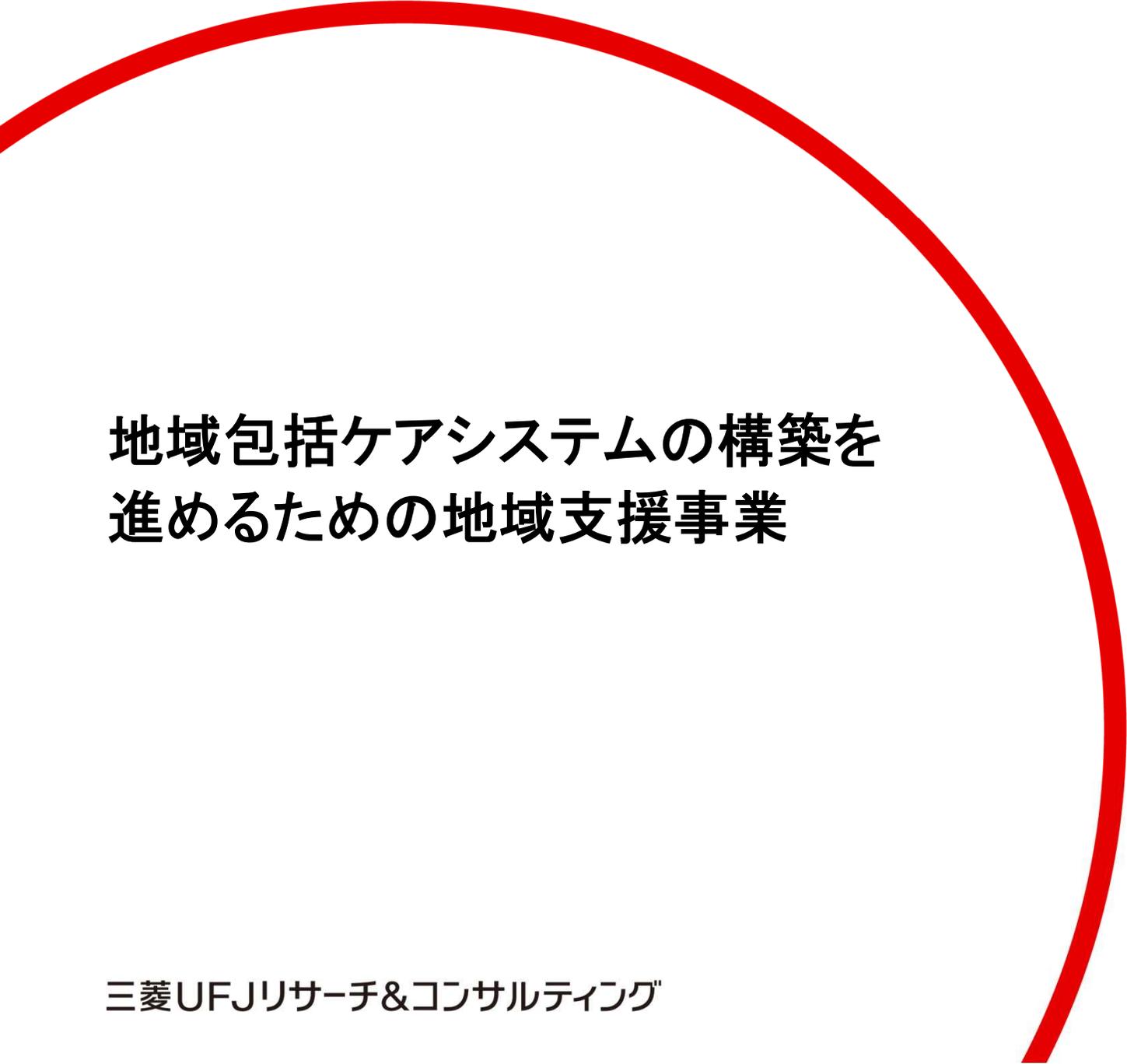


資格や専門的な知識をもった専門職

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。



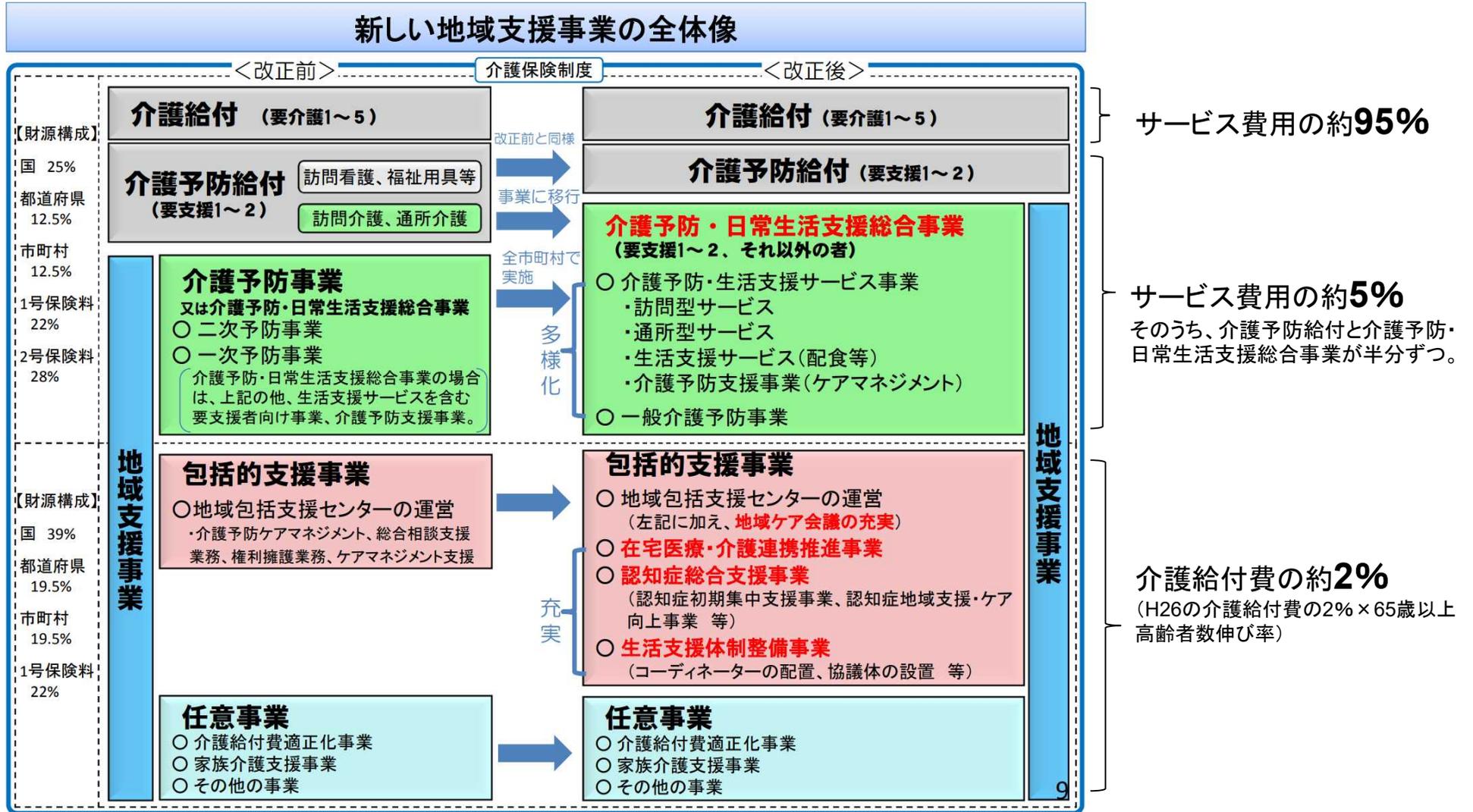
地域包括ケアシステムの構築を 進めるための地域支援事業

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

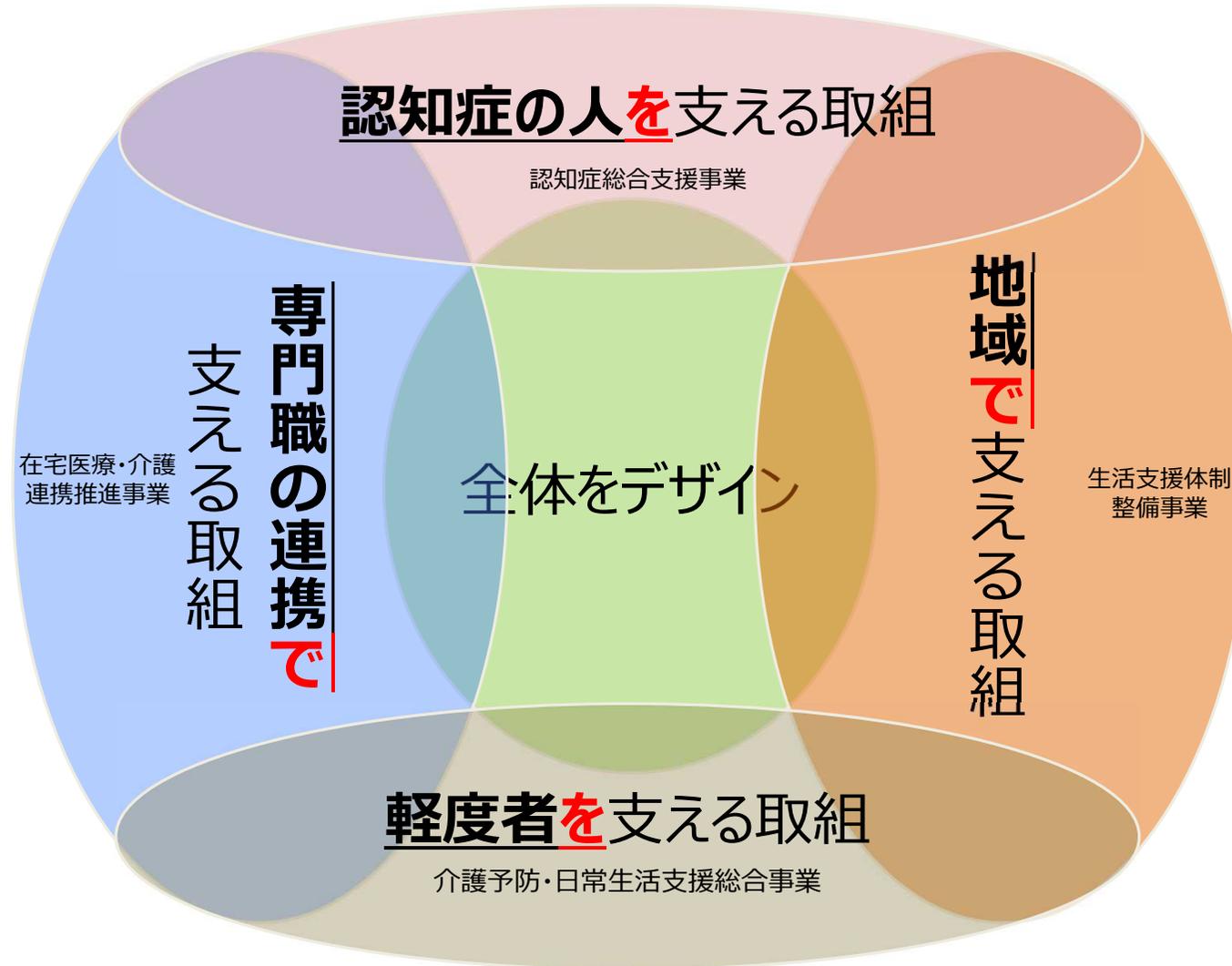
【量的】サービスの提供・確保

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。

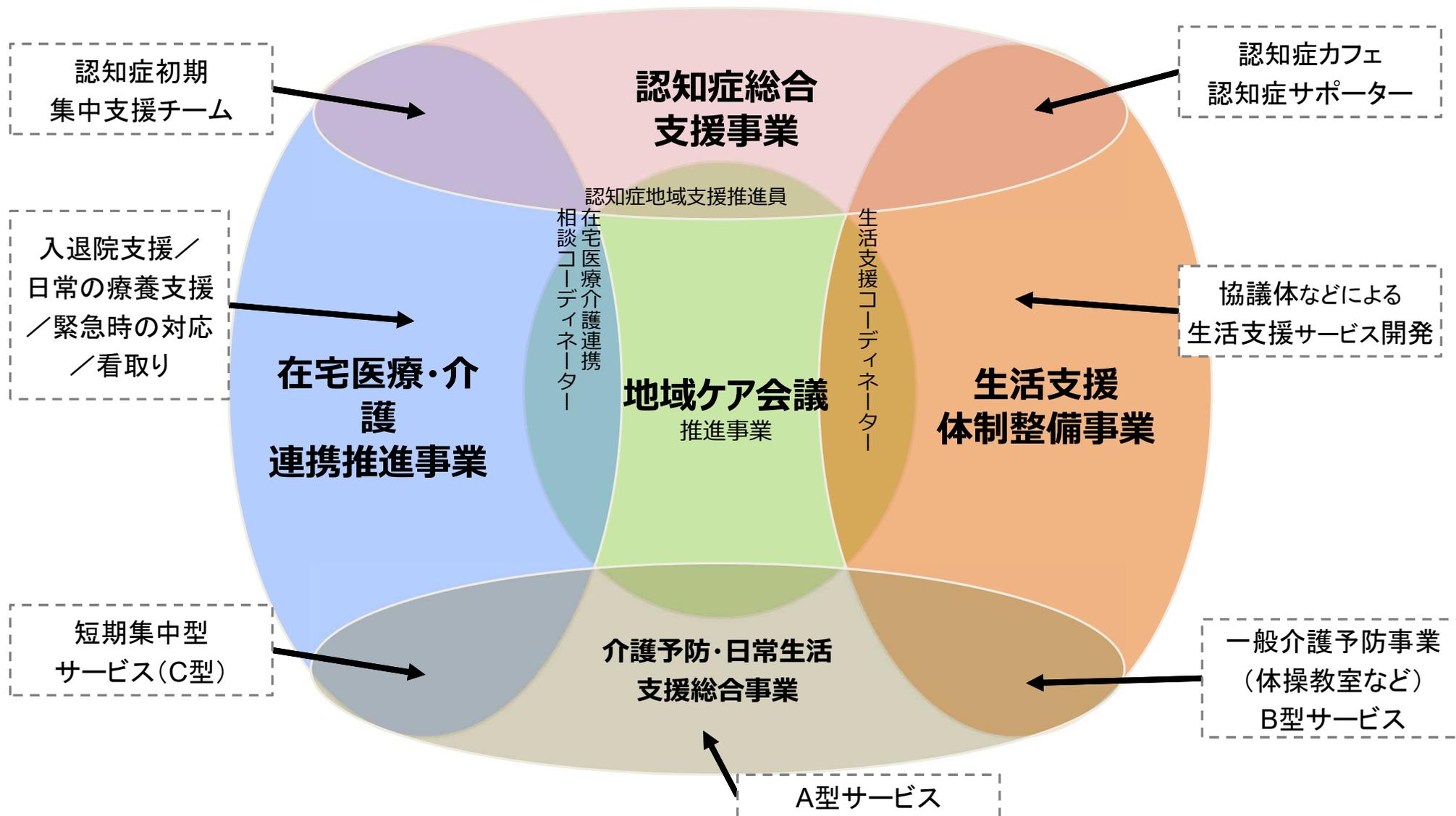
【質的】地域資源間の連携・協働

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？

本セクションにおける調査結果の出所は在宅生活改善調査については令和4年度の愛媛県による調査、居所変更実態調査については令和6年度の愛媛県調査の結果によるもの。

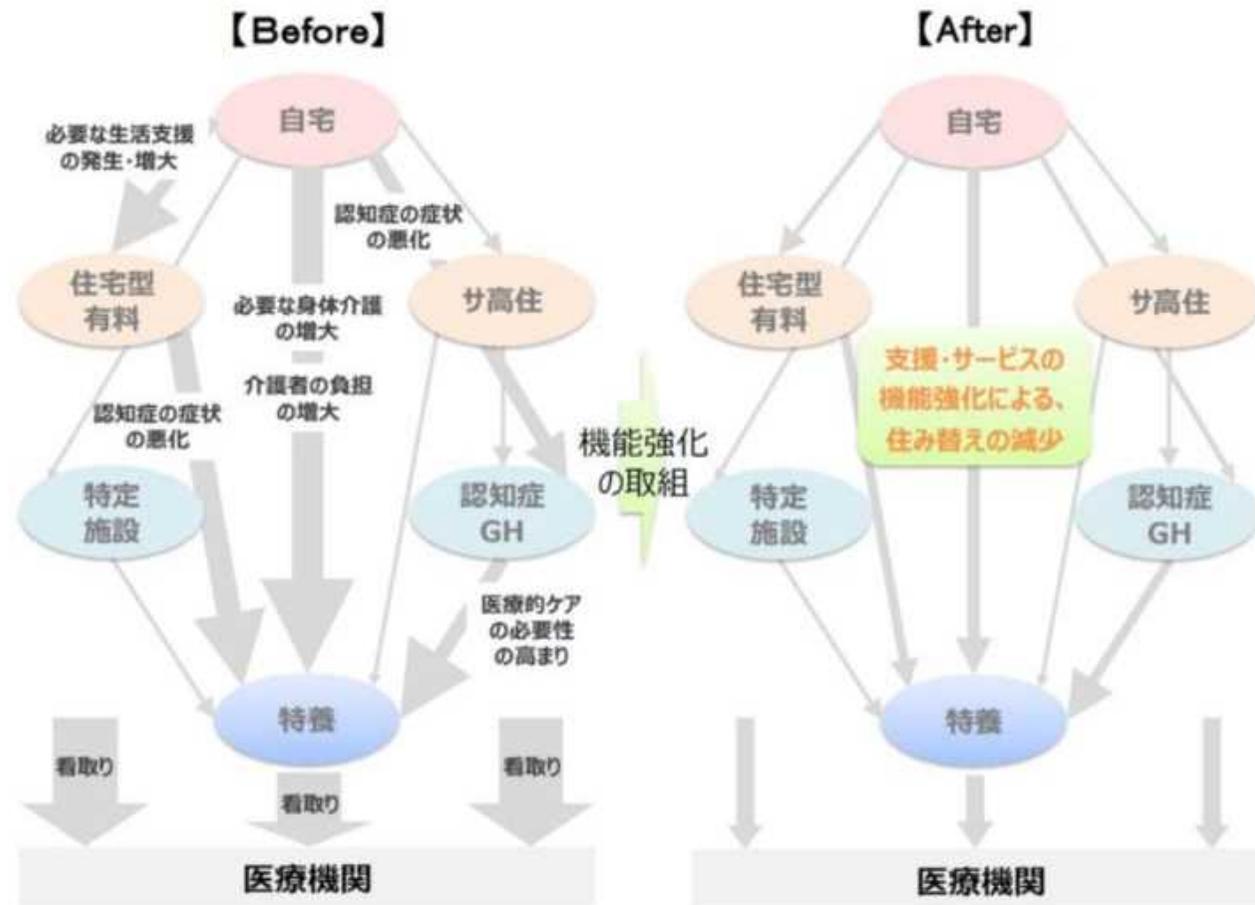
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



「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）

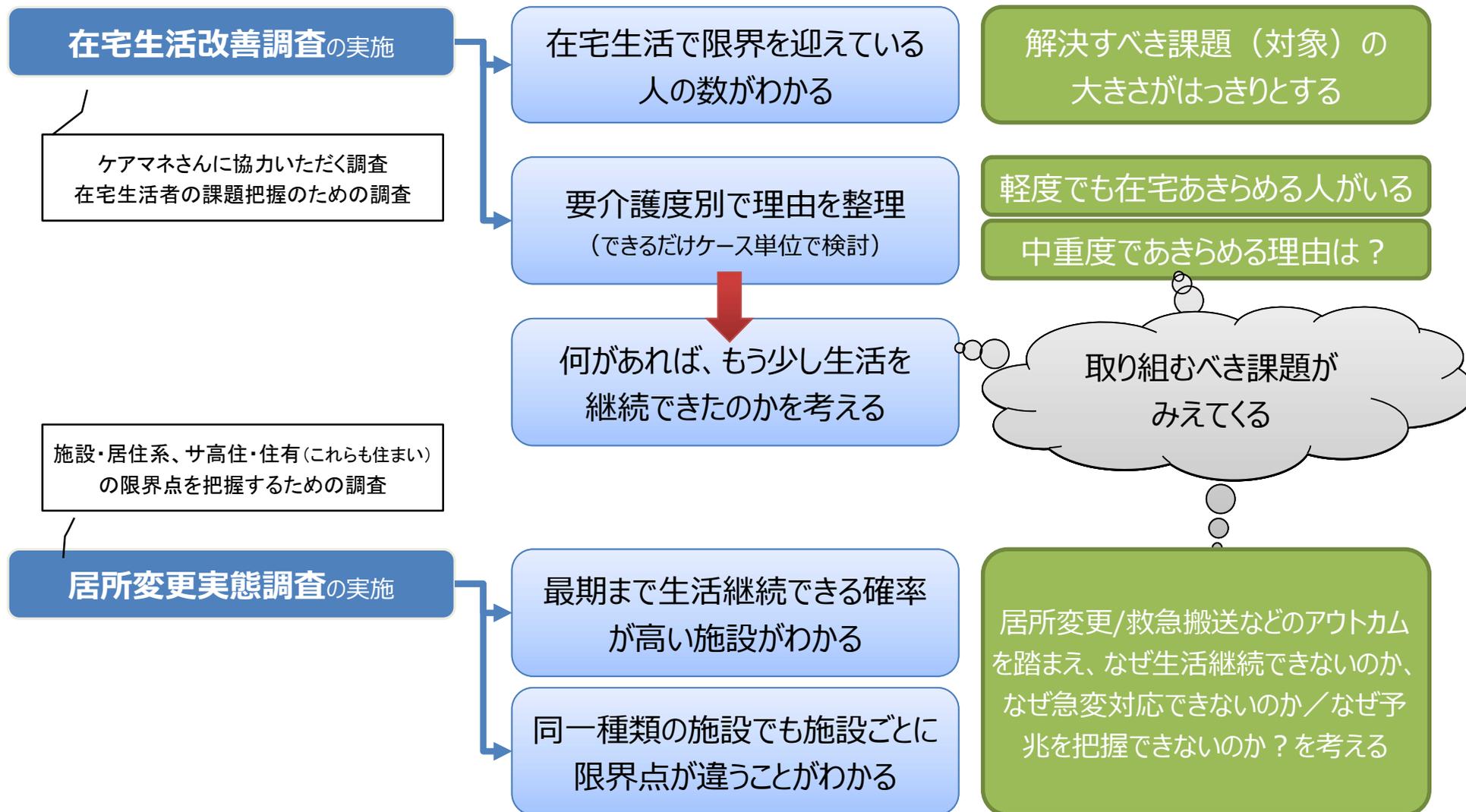


「転々生活」は測れる：「在宅生活改善調査」と「居所変更実態調査」

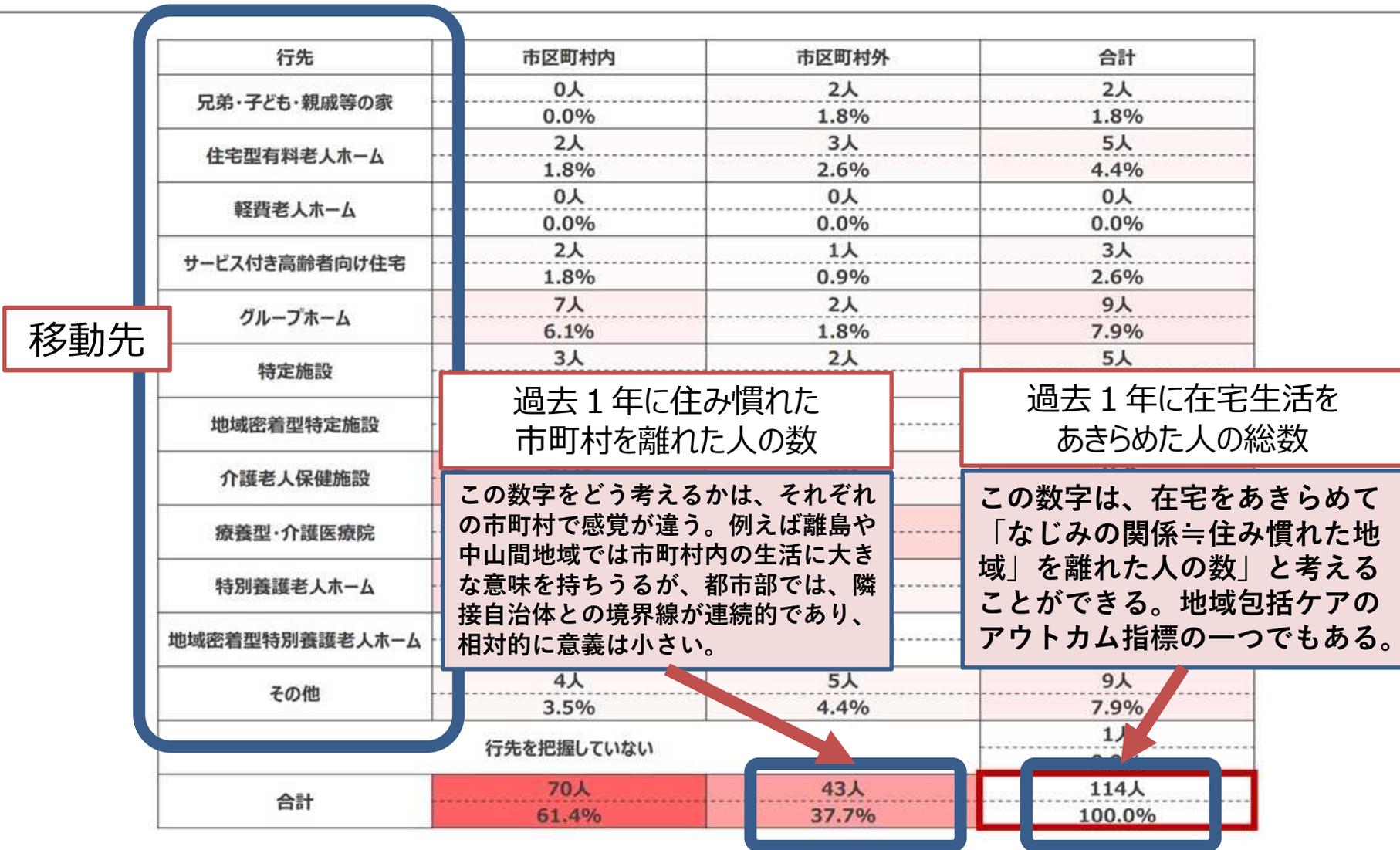
- ◆ 調査票は無償公開されており、調査実施用の文書ひな形（調査対象への協力依頼文書など）及び回答入力（集計）用のエクセルが提供されている他、入力されたデータを自動集計・自動報告書出力するツールも無償配布中。メール等を活用すれば費用ゼロで調査可能。
- ◆ また集計結果は、「在宅限界点」「施設限界点」に関連するアウトカム指標として活用可能。

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	<p>一般居宅</p> <p>在宅限界点 の定量化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護連携にかかるニーズだけでなく、生活支援の不足や在宅生活における不安感を感じている世帯の割合や、要介護度、世帯類型などの集計が可能のため、地域包括ケアの成果を待ち望む人たちの姿が浮かび上がる。 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	<p>施設等 介護保険施設 居住系 サ高住などの住まい</p> <p>施設限界点 の定量化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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（施設看取りのアウトカムも把握可能） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域内の施設の機能を整理することが可能。 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。 施設における医療介護連携の取組を推進するための基礎資料として活用可能。また、これらのデータをアウトカム指標として、地域の施設機能の改善を進めることも。

在宅生活改善調査を実施したら、、、



在宅生活改善調査の一例：過去1年間に自宅等から居場所を変更した利用者の行先別の人数



施設における居所変更の実態

サービス種別	自立	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	死亡	申請中	合計
住宅型有料 (n=389)	37人 0.9%	35人 0.8%	44人 1.1%	287人 6.9%	349人 8.3%	436人 10.4%	547人 13.1%	365人 8.7%	2066人 49.4%	19人 0.5%	4185人 100.0%
軽費 (n=92)	50人 7.1%	55人 7.8%	49人 6.9%	210人 29.7%	106人 15.0%	62人 8.8%	41人 5.8%	10人 1.4%	121人 17.1%	4人 0.6%	708人 100.0%
サ高住 (n=282)	54人 2.6%	44人 2.1%	69人 3.3%	261人 12.3%	221人 10.4%	201人 9.5%	206人 9.7%	110人 5.2%	949人 44.8%	2人 0.1%	2117人 100.0%
GH (n=660)	1人 0.0%	2人 0.1%	10人 0.4%	221人 7.9%	280人 10.1%	486人 17.5%	393人 14.1%	301人 10.8%	1086人 39.0%	3人 0.1%	2783人 100.0%
特定 (n=200)	20人 0.7%	41人 1.5%	56人 2.0%	235人 8.4%	194人 7.0%	264人 9.5%	286人 10.3%	193人 6.9%	1492人 53.6%	1人 0.0%	2782人 100.0%
地密特定 (n=22)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%	9人 6.0%	17人 11.3%	19人 12.6%	13人 8.6%	12人 7.9%	81人 53.6%	0人 0.0%	151人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=61)	7人 0.3%	4人 0.2%	3人 0.1%	58人 2.3%	96人 3.9%	207人 8.4%	476人 19.3%	410人 16.6%	1184人 47.9%	27人 1.1%	2472人 100.0%
特養 (n=319)	3人 0.0%	1人 0.0%	1人 0.0%	26人 0.3%	50人 0.7%	504人 6.7%	985人 13.2%	931人 12.4%	4986人 66.6%	2人 0.0%	7489人 100.0%
地密特養 (n=104)	0人 0.0%	0人 0.0%	1人 0.1%	2人 0.2%	5人 0.6%	70人 8.2%	159人 18.7%	121人 14.2%	493人 57.9%	0人 0.0%	851人 100.0%
合計（老健除外） (n=2129)	172人 0.7%	182人 0.8%	233人 1.0%	1309人 5.6%	1318人 5.6%	2249人 9.6%	3106人 13.2%	2453人 10.4%	12458人 52.9%	58人 0.2%	23538人 100.0%

★施設等における死亡率（向上を目指す）

➡ 52.9%

★要介護2以下の居所変更率（低下を目指す）

➡ 13.7%

【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



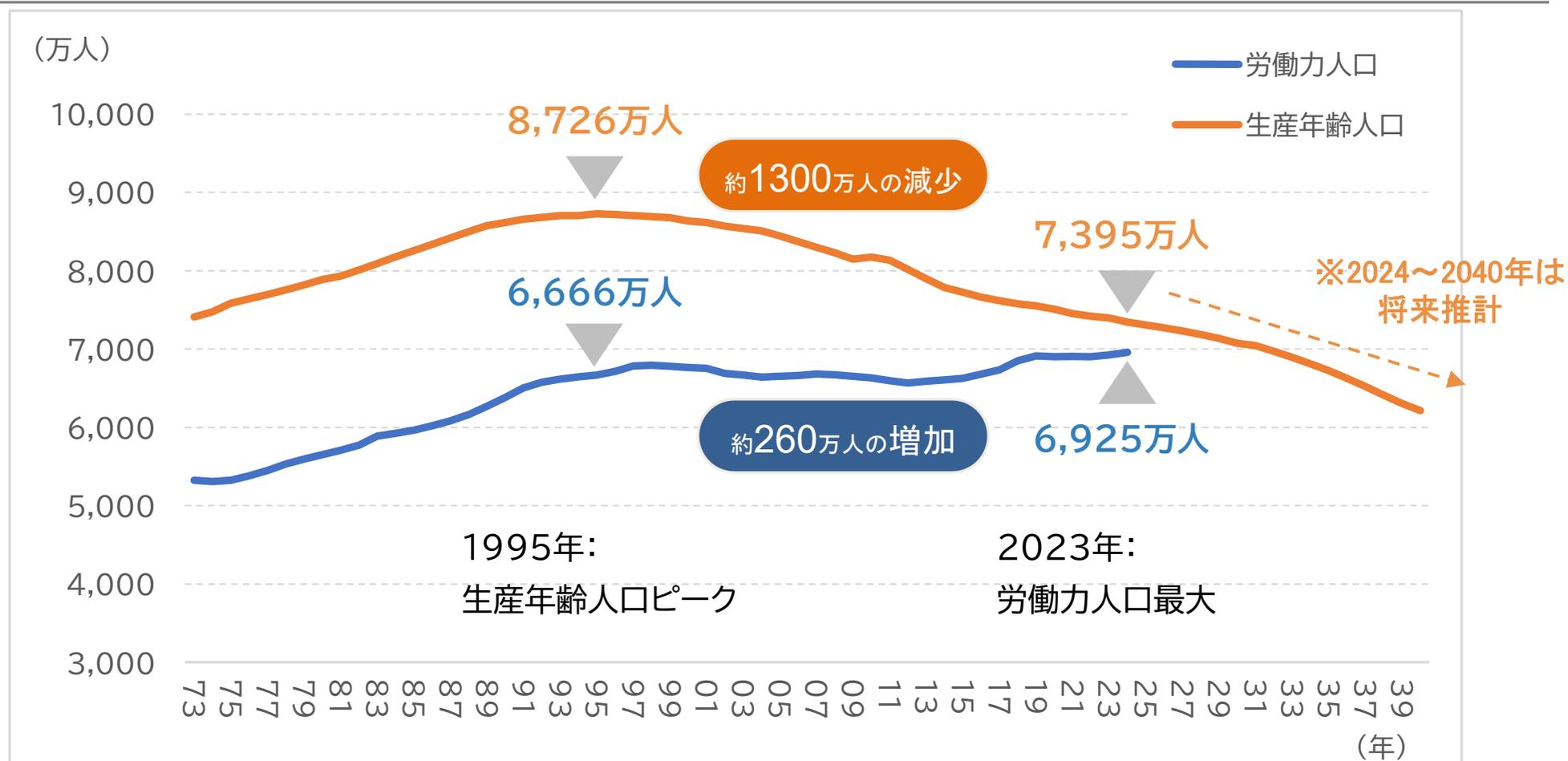
人材“絶対不足”時代の 地域包括ケアシステム

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



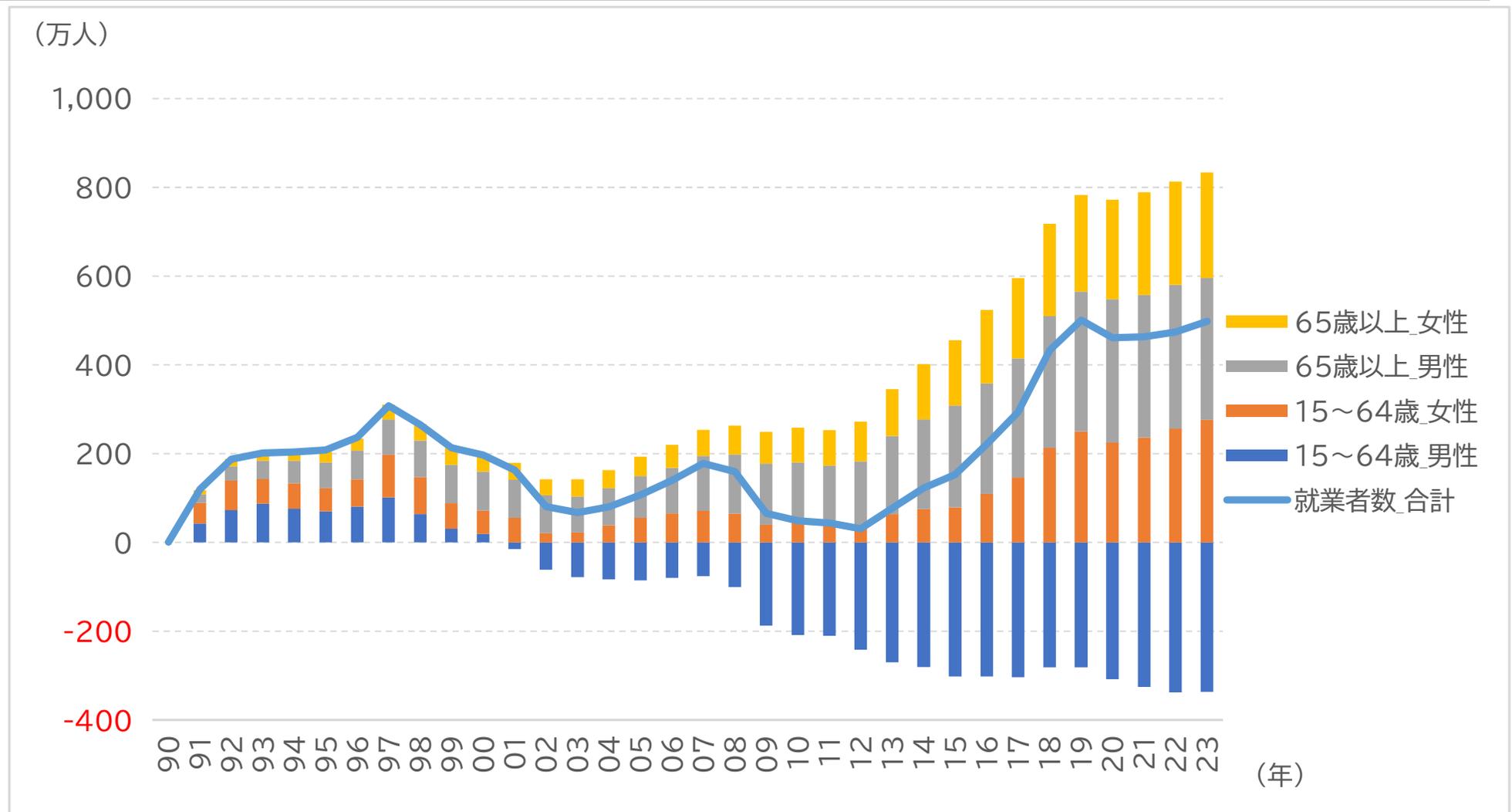
実は「生産年齢人口」は30年も前から減少し続けている



(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

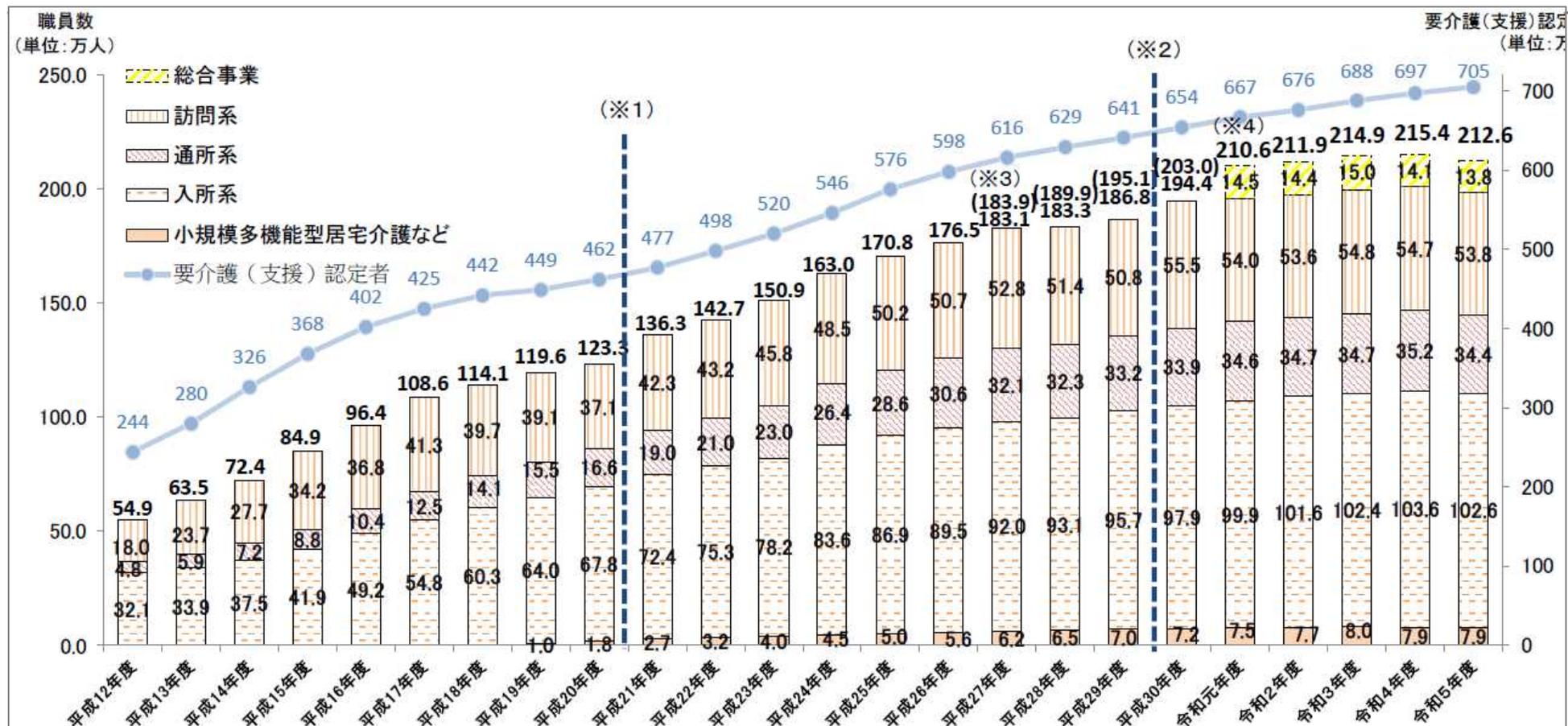
令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」7ページ

生産年齢人口減少を支えてきたのは「高齢者」と「女性」



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」

2022年度まで介護職員は増え続けていた



【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)、「介護保険事業状況報告」(要介護(要支援)認定者数)／注1) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数。(各年度の10月1日現在) 注2) 調査方法の変更に伴い、推計値の算出方法に以下のとおり変動が生じている。

平成12～20年度「介護サービス施設・事業所調査」(介サ調査)は全数調査を実施しており、各年度は当該調査による数値を記載。

平成21～29年度：介サ調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となったことから、社会・援護局において全数を推計し、各年度は当該数値を記載。(※1)

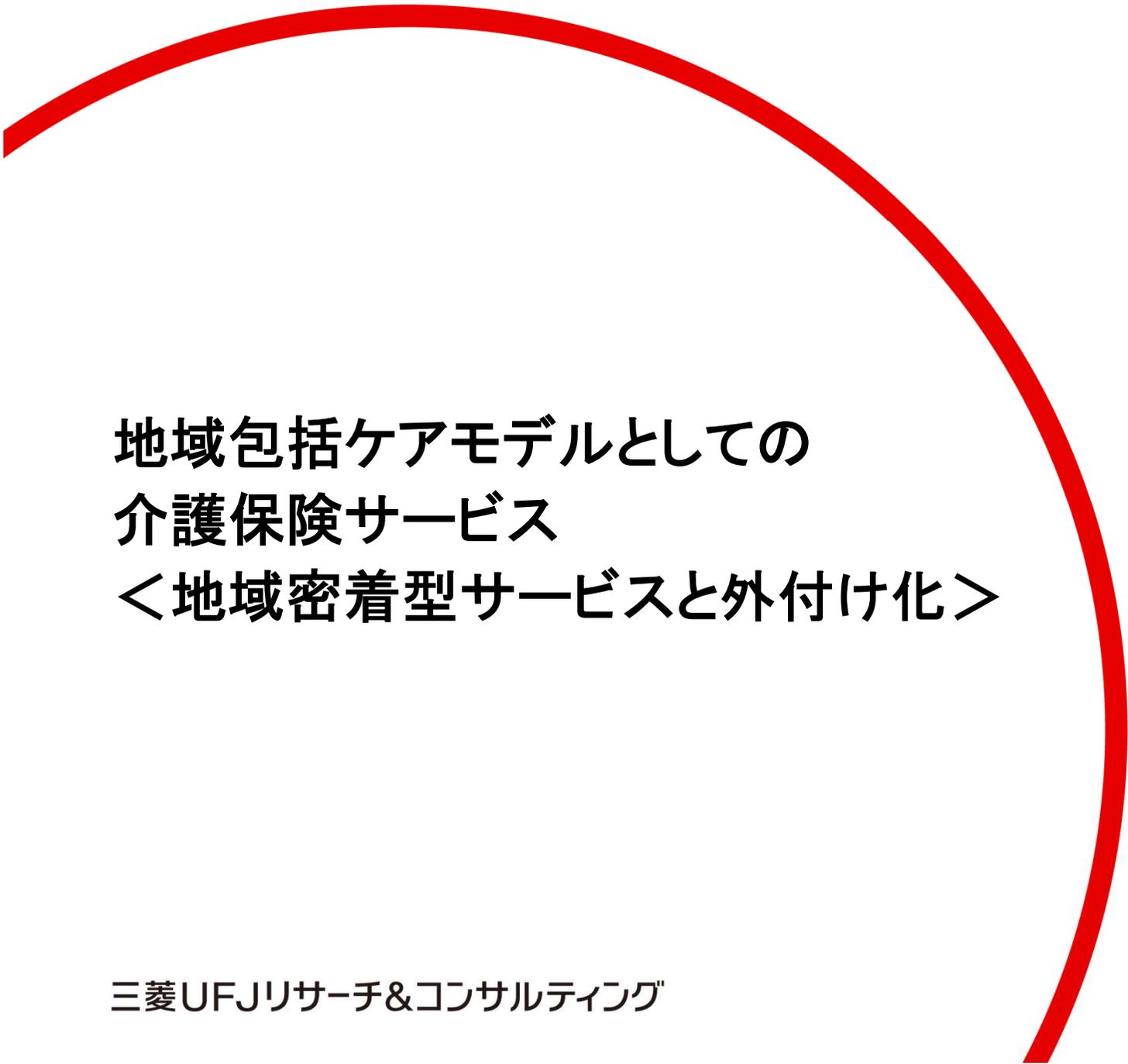
平成30年度～：介サ調査は、回収率に基づき全数を推計する方式に変更。(※2)

注3) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の取扱い 平成27～30年度：総合事業(従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービス)に従事する介護職員は、介サ調査の対象ではなかったため、社会・援護局で推計し、これらを加えた数値を各年度の()内に示している。(※3)／令和元年度～：総合事業も介サ調査の調査対象となったため、総合事業(従前の介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスを本体と一体的に実施している事業所に限る)に従事する介護職員が含まれている。(※4)

この10年間の変化～需要以上に伸びた供給

	2012年	変化	2022年
要介護(要支援)者数	546万人	 1.28倍	697万人
介護職員数	163万人	 1.32倍	215.4万人
訪問介護費用額 (予防除く)	740億円	 1.49倍 +361億円	1,101億円
小多機・看多機・定巡	158億円	 2.72倍 +272億円	429億円

データ出所:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数)
給付費については、厚生労働省「介護給付費等実態統計」(旧:介護給付費等実態調査)



地域包括ケアモデルとしての
介護保険サービス
＜地域密着型サービスと外付け化＞

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。



居宅サービスのトレンド <出来高払いから包括報酬型>

基本的に、居宅介護サービスの基本トレンドは、包括報酬型のサービスへのシフト。ただし実際には、事業者数は伸び悩んでいる。マネジメントの難しさや安定的運営には、法人規模も鍵となることから、地方都市などでは伸び悩んでいる地域も。

広域型サービス: 事業所の所在する市町村以外の被保険者も利用可能。地域密着型は「住み慣れた地域」での生活継続を目的とするため原則として立地する市町村の利用者のみ(隣接市町村が越境して指定できる場合もある)。

広域型サービス: 出来高払い型

(介護保険以前から存在)

従量制

ホームヘルプ(訪問介護)

デイサービス(通所介護)

訪問看護

ショートステイ

- 「1時間あたり」「1回あたり」「1泊あたり」などの出来高払い。
- 各サービスの提供法人がバラバラのため統合的・包括的にサービス提供するには、事業所間の情報共有の必要性もあり、連携コストが高くなる傾向あり。
- 週ごとの決まった時間の利用が原則のため、心身の状態の急変対応に弱く、生活を支えるには限界があるとされる。

地域密着型サービス: 包括報酬型

(介護保険後に創設)

サブスク
じゃないけど

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

- 小規模多機能: 「訪問」「通い」「泊まり」が統合的に1つの事業所で提供される小規模多機能型サービス。さらに看護を加えた看多機も。
- 訪問介護と看護を組み合わせで一体的に提供する定期巡回サービス。
- いずれも包括報酬で利用回数に関わらず定額提供。ただしサブスクのような使いたい放題ではなく、専門職側の適切なアセスメントに基づいて提供。
- 急変時や状態が変化した場合は手厚く対応するなど、在宅限界点の引き上げに有効とされるが、事業所のマネジメント力が問われる。

施設サービス（箱もの）のトレンド＜定食型からビュッフェ型＞

介護保険以前につくられた施設である介護保険3施設は、フルセット型であり、入所する利用者像が想定され、求められる機能にあわせた人員配置が定められている。特養は、要介護3以上で医療必要度が低い高齢者が多く看護機能は弱め。介護医療院は同じく重度者で医療必要度が高い高齢者が多く医師も配置され看護師も多い。グループホームも認知症の人に限定される。

広域型サービス:フルセット型 (前身類型も含め、介護保険以前から存在)

特別養護老人ホーム
(介護老人福祉施設)

グループホーム
(認知症対応型共同生活介護)

介護医療院 (「介護療養病床」の廃止に伴い創設)

- 各施設種別に設定された入所者像にあわせた職員配置が行われている。状態が安定している段階では最も効率的にサービス提供が可能であるが、心身状態が変化すると他施設に居所を変更する必要がある場合がある。
- また医療的ケアの提供体制を担保できていない場合は、終末期において病院に搬送となることがある。
- これらの施設は、低所得者に対する利用料減免もあるため引き続き社会的要請が高いが、多床室を持つ施設もあり、プライバシーの観点や集団的な生活感から近年は選ばれないことも。

定食型

高齢者住まい:外付け型 (介護保険後に創設)

住宅型有料老人ホーム／サービス付き高齢者向け住宅

通常の集合住宅にサービス事業所を併設するタイプも

- 居住場所(住まい)としての性格を原則として、プレインストールされているサービスを最小化し、随時必要になる機能(例えば医療)については、地域内(施設外)のサービスを利用。
- プレインストールされるサービスのレベルは施設種別でグラデーションがあるが、現在は「食事」「掃除」「生活相談」などに限定されることが多く、介護や看護、リハビリテーション、医療は、外部から提供されることが多い。
- 住まいの形態は、バリアフリーを前提とした一般住宅や一般集合住宅に類するものも多い。
- 心身状態の変化に柔軟に対応できる強みがあり、看護・医療機能が確保できれば最期まで生活が可能。

ビュッフェ型

基盤整備を進める際に必ず事業者を求めること

今後の介護サービス事業の基盤整備にあたっては、地域密着型サービスがベースになることは基本原則。ただし、事業所の整備を進めるうえで、サービス機能の複合化や、地域医療構想、生活支援体制整備、介護予防、地域づくりなどを念頭に、事業所に以下の機能を積極的に求めるべき。

公募における条件付与の他、事業者選定における審査の配点によって事業所からの提案を引き出す。

看護・医療機能を どのように担保するのか

- 今後は「最期は病院」を前提にした介護施設の運営は期待できない。一定の範囲で看護・医療対応力をもつ体制をどのように担保するか。最期の段階まで看取るという方針を明示しているかが非常に重要。
- 介護保険三施設にはすでに受診対応可能な医療機関の確保を義務付けているが、今後、GHや特定施設（現状は努力義務）、将来的にはサ高住などに広がる可能性もある。
- 自法人で完結する必要はなく、訪問看護STとの業務提携なども含め「実効性のある（軽微な医療対応で救急搬送を要請することがないように）」バックアップ体制を提案してもらうことが重要。

事業所として どのように地域づくりに関わるのか

- 地域づくりは、地域包括ケア文脈だけでなく、地域共生社会（包括的な支援体制／重層的支援体制整備）の文脈でも今後の重要テーマ。
- 地域密着型サービスについては、法令上も地域活動への参加が義務付けられている。小多機などは生活課題を抱える層へのアウトリーチ機能を発揮することも多い。
- 単に介護予防事業を受託するといった事業上の関わりではなく、包括ブランチ的な機能や孤立・孤独世帯へのアウトリーチなどの機能を持つような仕掛けを積極的に評価すべき。

【参考】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

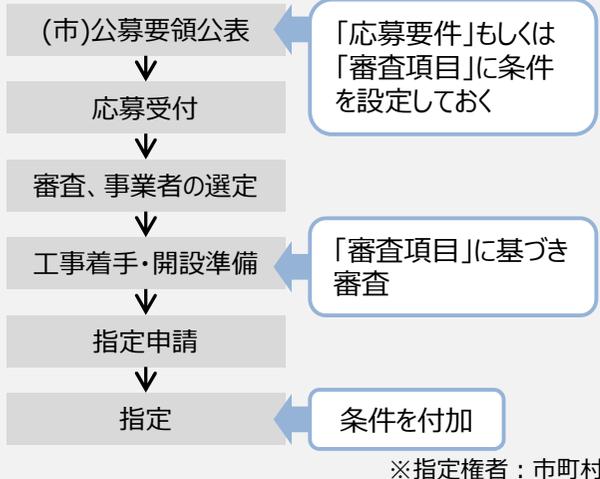
例:地域ケア会議への出席を条件とする

対象サービス

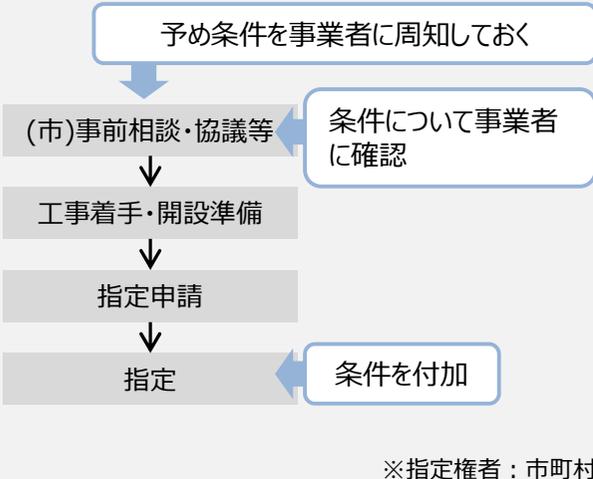
【市町村が直接、条件を付加できる】地域密着型サービス /
【都道府県に対し、条件付加を行うよう、意見提出ができる】居宅サービス・介護予防サービス

条件を付与する方法（一例）

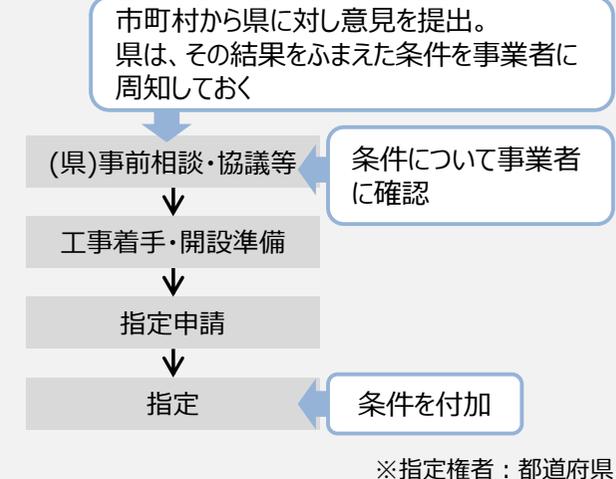
①公募制が実施できるサービスの場合 (定期巡回・小多機・看多機)



②公募制が実施できない地域密着型サービスの場合



③在宅サービスの場合（平成30年度～）





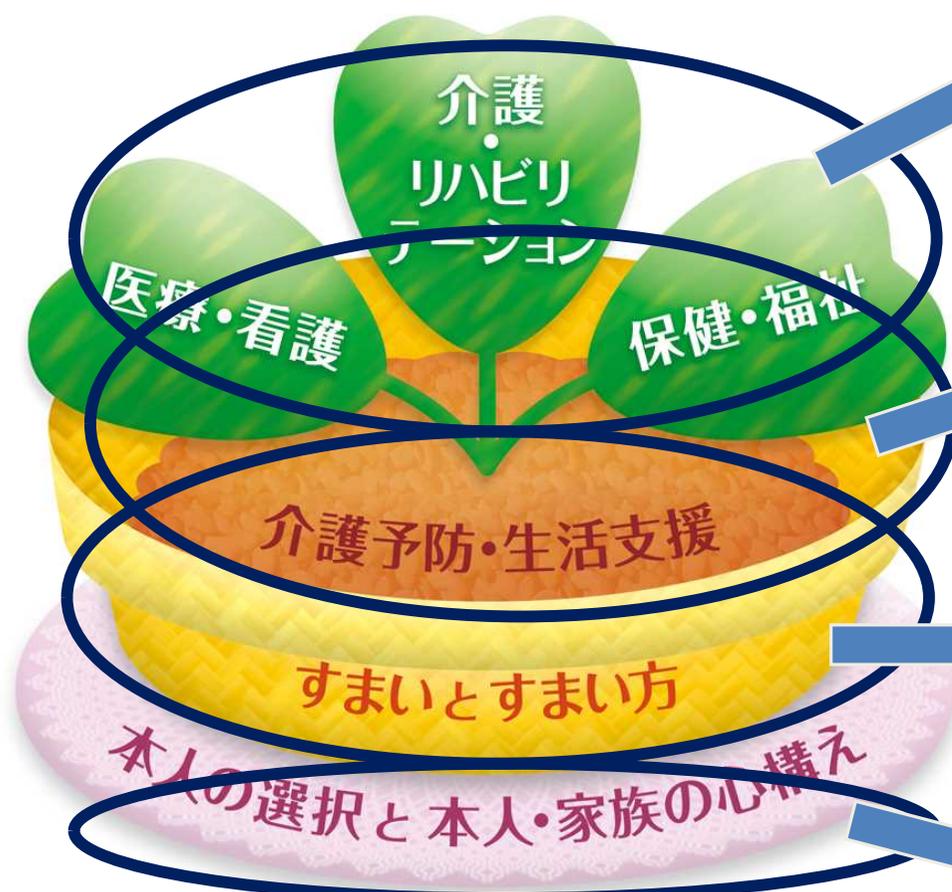
【参考】
今後の基盤整備の方向性

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。



今後のサービス基盤整備は「複合化」がカギ



【専門職サービス】

通い・訪問・泊り機能／訪問介護・看護／
24時間の体制の複合化が連携コストを低減させる

【地域づくり機能】

地域交流スペースの併設、介護予防事業の委託、地
域づくり機能、生活支援C機能の一部を委託など

【住まいの合築】

サービス付き高齢者向け住宅／
住宅型有料老人ホームの併設など

【総合相談機能】

地域包括支援センターのランチ、総合相談の対応／
さらに多分野相談対応も含むアウトリーチ機能の実装

地域密着型は地域に対してオープンでないと絶対ダメなんです。

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成十八年厚生労働省令第三十四号)

第四章 小規模多機能型居宅介護

第一節 基本方針

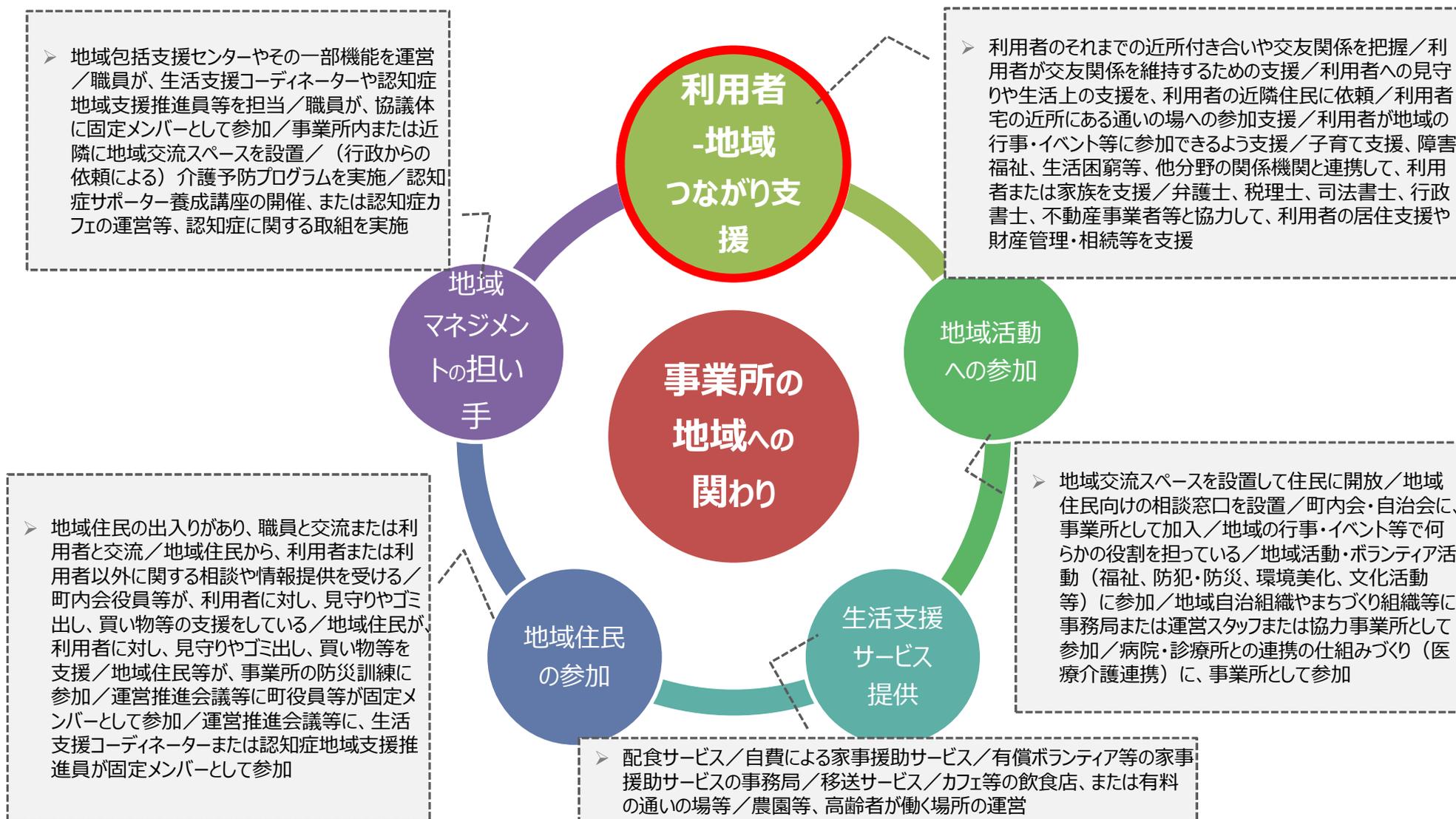
第六十二条 指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護（以下「指定小規模多機能型居宅介護」という。）の事業は、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と**地域住民との交流の下で**、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

（指定小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針）

第七十三条 指定小規模多機能型居宅介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、**地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ**、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行うものとする。

事業者の地域とのつながりと言っても多様



「地域における介護事業所の多機能拠点化」

- 人口減少社会では、ニーズが細分化されやすく、大規模単一サービス事業所では、地域生活を支えられない（従来型の広域指定の施設や事業所の限界）。したがって、**地域拠点は多機能化される**ことが重要。
- 住み慣れた地域を重視した「地域密着型サービス」を前提に基盤整備する以上、営業エリアは小規模化することから、**市街地においても多機能化は不可欠**。
- 中山間地では、保険給付に限定した多機能拠点ではなく、**民間企業や有償ボランティアを含む複合的な資源の組み合わせで地域を支える**必要がある。
- 多機能拠点化に不可欠な「地域密着型3サービス（定巡・小多機・看多機）」の整備促進は保険者の悩みの種。事業者に向けた事業計画での**保険者の整備方針の明確化と「市町村独自施策」**による促進策が必須。

資料) 広島県 令和3年度 介護サービス基盤安定化に向けた市町支援事業業務「人口減少社会における介護サービス基盤の安定化に関するセミナー」人口減少社会における介護サービス基盤の地域多機能拠点化 (資料作成者 <受託事業者> 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 研究員 窪田 裕幸/松井 望)

ハードの面から「結節点を考える」



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)

【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。



事業計画担当者は、まずはこちらを！ (32ページまででもいいので)

マニュアルに埋もれそうな方は、まずはこちらを！

- 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



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。

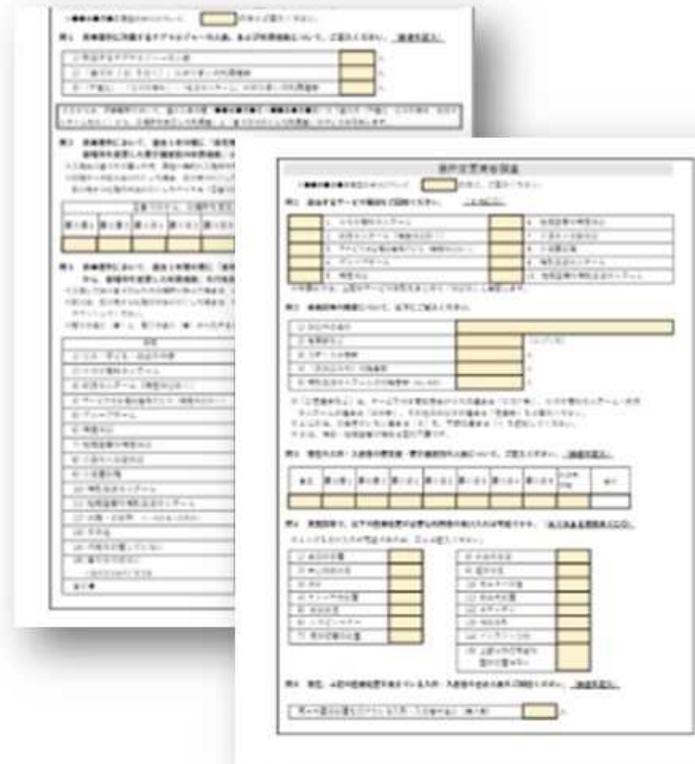
第10期介護保険事業計画の作成に向けた各種調査の見直し案

- 「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」



自動集計ツールの使い方

本ソフトは、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社と令和5年度老人保健健康増進費補助金を活用して作成した「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」において見直しされた「居所変更実態調査」「介護人材実態調査」「在宅生活改善調査」(3調査)をまとめた、同調査票で作成しているソフトです。

本ソフトは、「操作シート」のボタンを押すことで起動します。本ソフトの処理は3段階に分けてあり、STEP0アンケート結果の読み込みと確認したExcel調査票ファイルを読み込み、「アンケート結果シート」に転送します。なお、読み込みの際にExcel調査票ファイルは、すべて同一のフォルダ内に格納する必要があります。

STEP1アンケート結果シートではSTEP0の読み込みデータ確認画面で実施した場合は、入力データの確認を行います。必ず入力がない場合は、該当セルが赤色表示されますので、必ずエラーメッセージもご確認ください。本STEPでチェックしている設問の内容は、「操作シート」の図表の中に表示されます。

STEP2では入力データの確認及びPowerPointファイル(「ベースファイル」)への出力を行います。必ず所定のベースファイル名と利用された出力先は必ず長所を併せて保存してください。集計対象シートにベースファイルの追加はできません。ご注意ください。

「操作シート」の図表



¹アンケート調査も、Excel調査票ファイルも利用して実施している場合は「図表調査で実施した場合」は、「アンケート結果シート」への入力の上、STEP0のシートにない。
²集計対象外の内容は集計は行いませんが、正確な集計結果が出力されません。また、集計対象が多いデータも、人数・性別・比率等の正確な集計が難しくなるので、十分な回答や集計能力に注意し、データクリーニングが調査実施前での確認を行ってください。
³また、ベースファイルの保存場所にもご注意ください。ベースファイルの出力は長所指定、フォルダ名・ファイル名・拡張子が自動的に生成される。ベースファイル名も必ず確認してください。特定の集計対象のデータウェアハウスに集計した上で本ソフトを利用されることもございます。

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

総合事業の充実に向けたワークシート

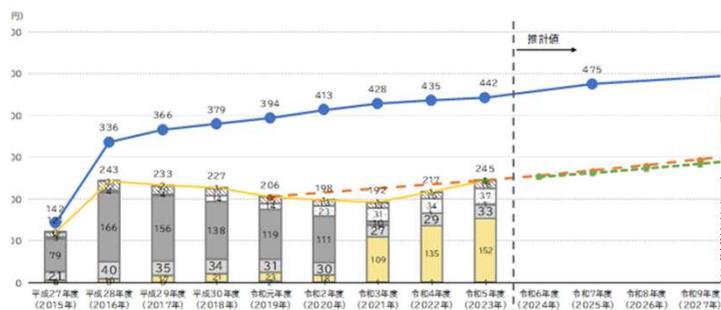
令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

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

【報告書】

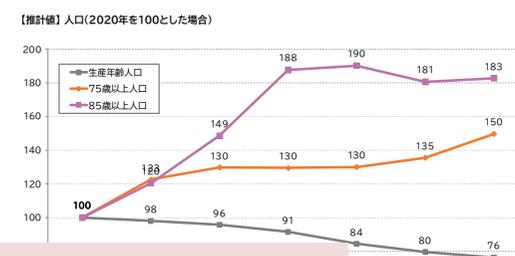
令和7(2025)年3月

MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

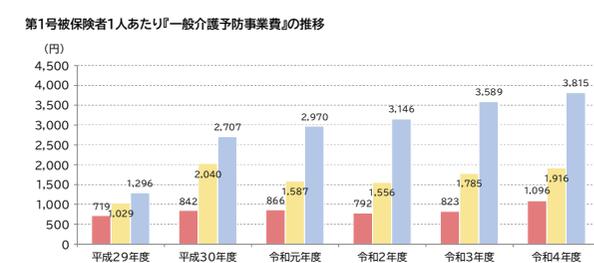
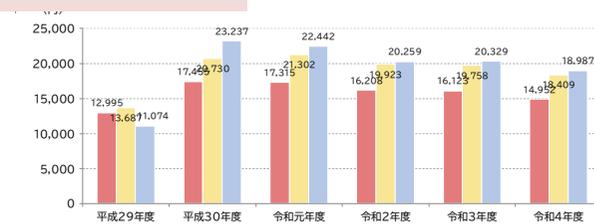
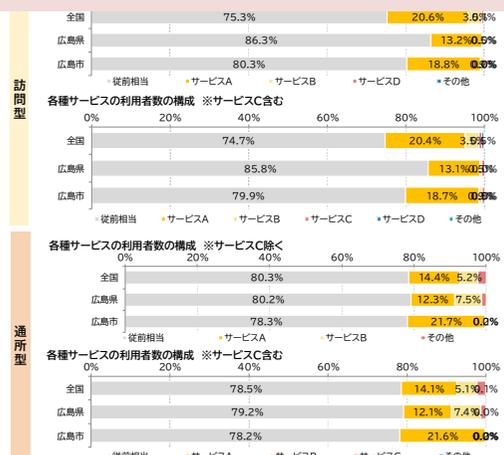


【推計値】人口(2020年を100とした場合)

年度	総人口	生産年齢人口	65~74歳人口
2020年	100	100	100
2025年	99	98	84
2030年	97	96	83
2035年	95	91	92
2040年	93	84	108
2045年	90	80	106
2050年	87	76	90



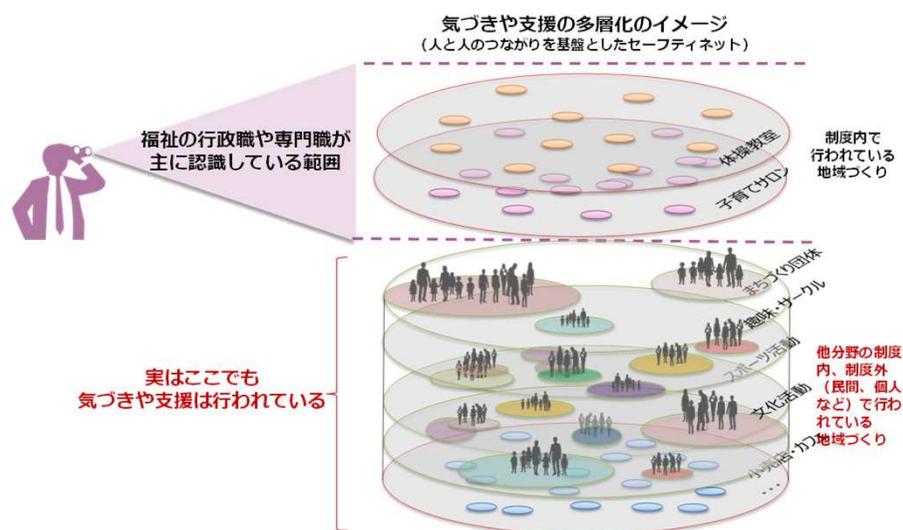
軽度者支援に向けた総合事業・整備事業を評価するためのデータを簡単にグラフ化するためのツール



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」

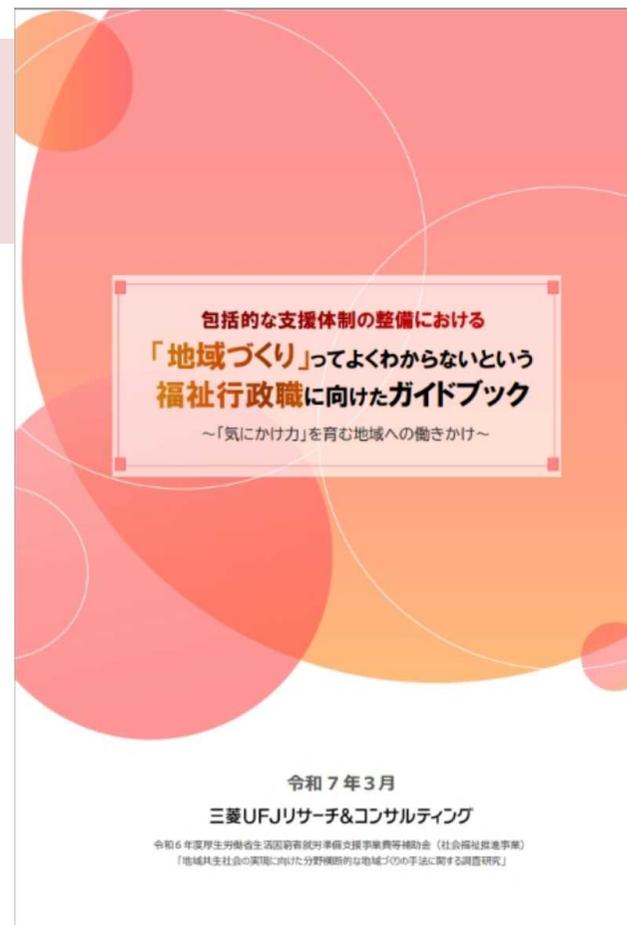
包括的な支援体制の整備における「地域づくり」ってよくわからないという 福祉行政職に向けたガイドブック ～「気にかげ力」を育む地域への働きかけ

多くの行政部署が「地域づくり」に取り組む中で、
福祉行政が地域づくりに取り組む意味があるとすれば、
どこに意味を見出せるのか？



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
「重層的支援体制整備事業、包括的な支援体制」をご覧ください。

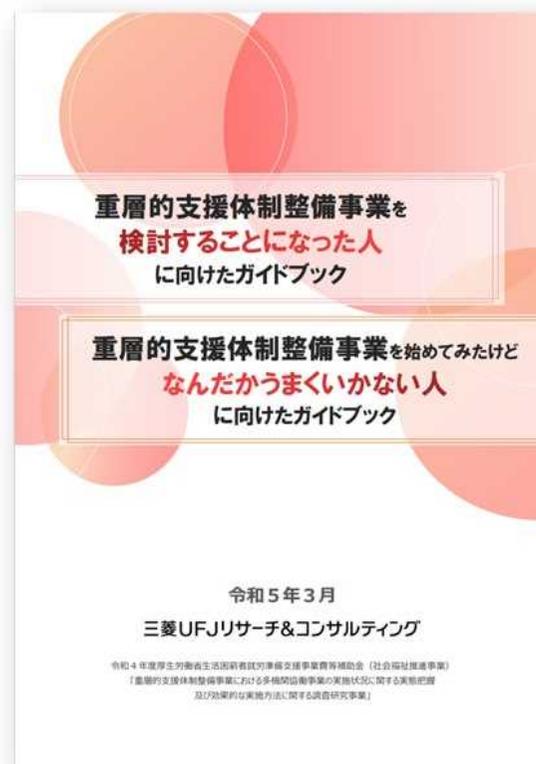
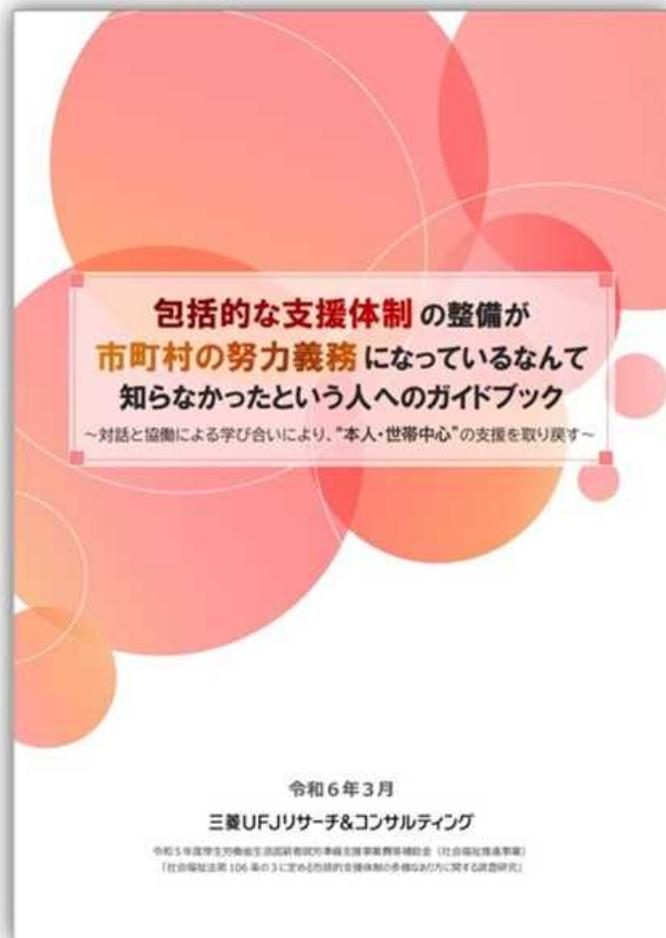
https://www.murc.jp/houkatsu_09/



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）を活用し実施した「地域共生社会の実現に向けた分野横断的な地域づくりの手法に関する調査研究」において作成した報告書を普及版として再編集したものになります。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。

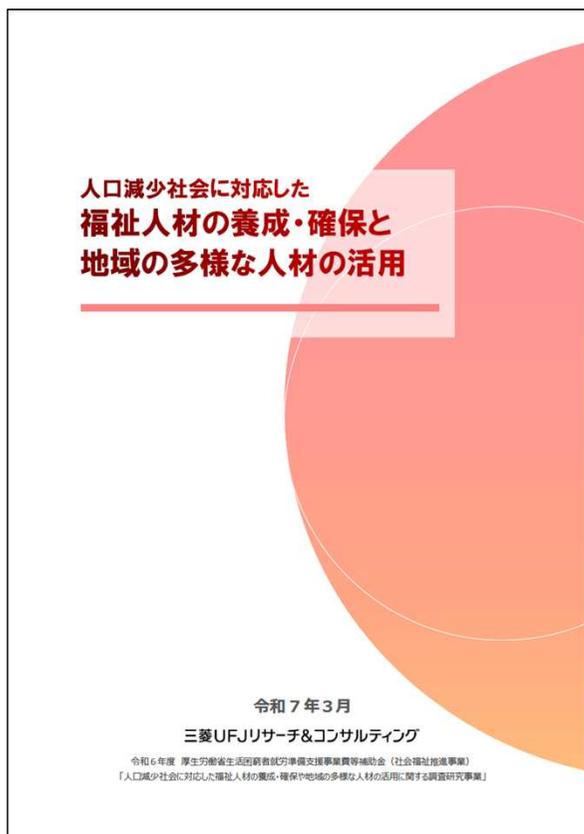
過去の重層的支援体制整備事業ガイドブックシリーズ

シリーズ第3弾：「包括的な支援体制の整備が市町村の努力義務になっているなんて知らなかったという人へのガイドブック」をリリースしました。



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

【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



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/

第3章 事例集

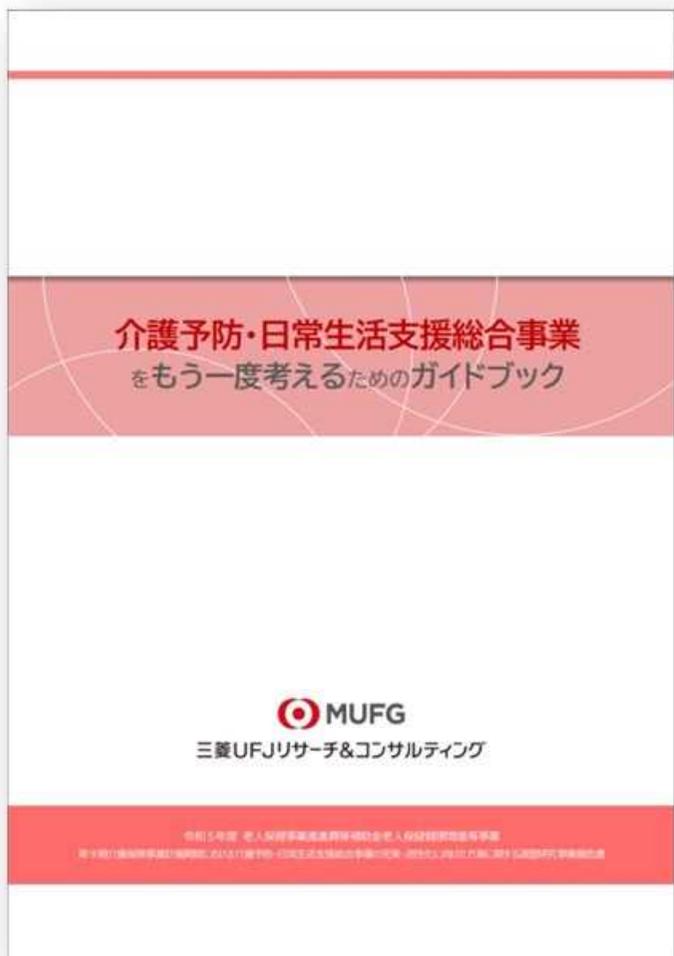
- 社会福祉法人ゆうゆう(北海道当別町) とくのしま伊仙まちづくり協同組合(鹿児島県伊仙町)
- 高知県梶原町／梶原町複合福祉施設
- 北海道東川町／北工学園旭川福祉専門学校／東川町立東川日本語学校
- 栗山町立北海道介護福祉学校(北海道栗山町)
- 阿蘇福祉ネットワーク(アソウエル) 事務局:社会福祉法人岳寿会(熊本県高森町)
- 株式会社あきた創生マネジメント(秋田県能代市)
- 社会福祉法人芦別慈恵園(北海道芦別市)
- 特定非営利活動法人ふくふくの会(愛媛県上島町)
- 鉦打ふるさとづくり協議会(石川県七尾市)

【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 地域活性化起業人
- 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

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ものになります。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。

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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会参加率 ■ 通いの場における75+等参加率 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ハイリスク・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 参加者の一定期間後の状態変化 	
3 利用者の選択肢の幅	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 従前相当サービス以外のサービス・活動の種類・数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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/>

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

ホーム > 地域包括ケア

地域包括ケア

調査・提言

本研究会・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 定期巡回・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）
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

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）



世界が進むチカラになる。



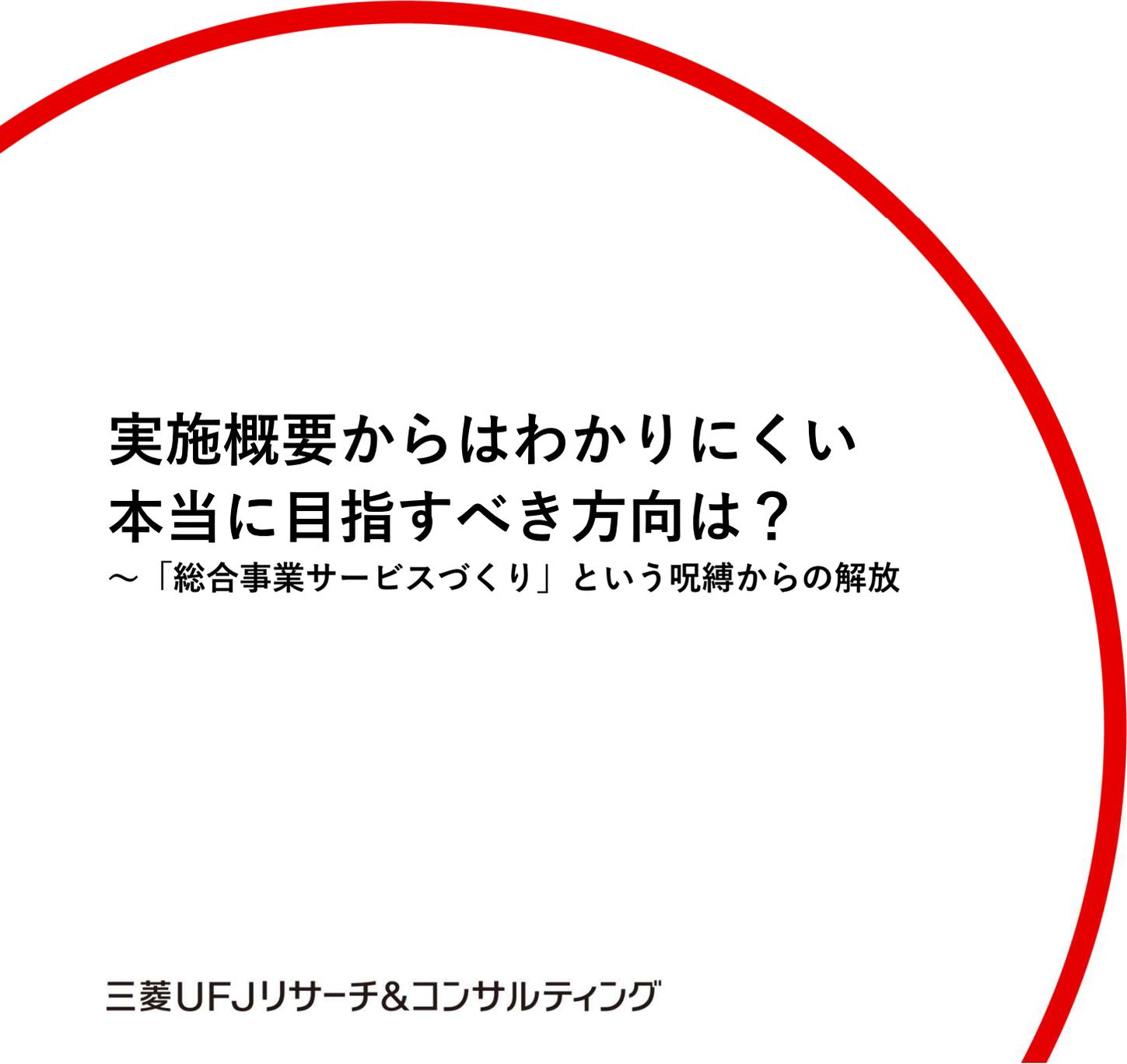
【近畿厚生局】 令和7年度近畿ブロック地域包括ケア推進セミナー
＜講義2＞

総合事業の改正は行政に何を求めているか？
～大きく土俵が変わった生活支援体制整備

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



実施概要からはわかりにくい 本当に目指すべき方向は？

～「総合事業サービスづくり」という呪縛からの解放

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。



総合事業の「フルモデルチェンジ」

(厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」令和6年12月7日における表現)

選択肢を増やすための 機能分化による地域との融合

高齢者の視点からみて「選択肢」が増えることが重要なゴール。そのために「総合化されたサービス」である従前相当サービスの機能を分解。その担い手を、一般的な地域市場に解放する方向性。

- 1 提供主体別の類型（A/B）の廃止と支援方式による主体を問わない類型（新A/B）
- 2 「従前相当サービス」＝「総合的なサービス」と定義 ⇔ 「多様なサービス・活動」＝「機能分化したサービス」
- 3 従来より民間企業の参画は志向されてきたが、より強化の方向。より参入しやすい方向に。

地域包括支援センターにおける 「包括的支援化」に向けた方向性

地域包括支援センターの本来の重要な役割は、ケアプランという紙を書くことではない。地域包括支援センターの多くの職員が本来取り組むべきと考える「人と向き合う時間」への評価は、大きな意味を持っている。

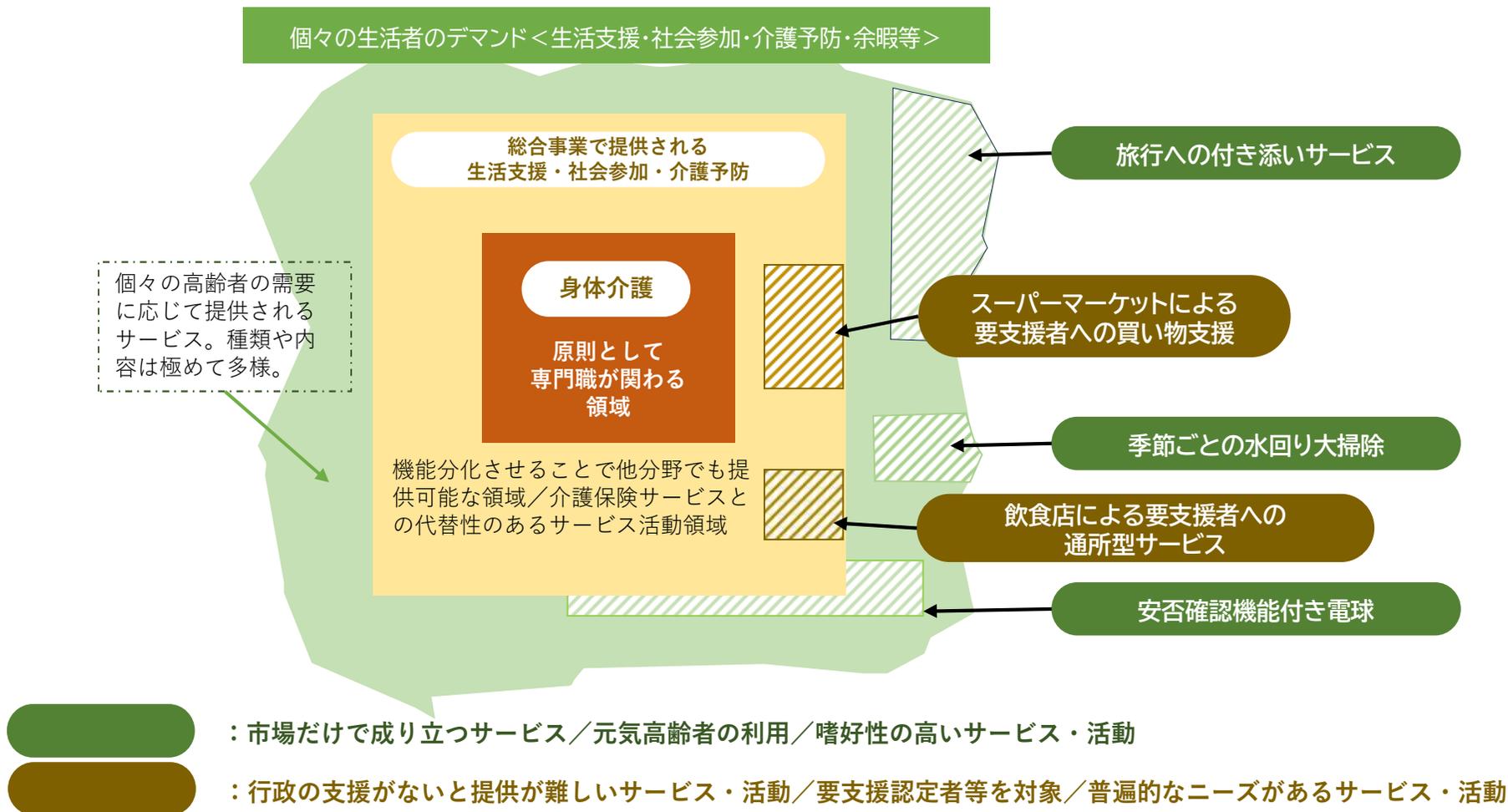
- 1 多様なサービス・活動に移行することによる「ケアマネジメントB/C」の活用
- 2 包括における「地域や人と向き合う」業務が評価される形に。
- 3 地域包括支援センターが既存の報酬で、これまで以上の力（≡包括的な支援体制）を発揮するための改革

加速化する「従前相当」から 「多様なサービス・活動」へのシフト

今回の総合事業の改正は、従前相当サービスを減らし、多様なサービスへのシフトを加速化させる意図がみられる。その具体的な特徴として、3つの具体的な施策を改正の中に見出すことができる。

- 1 従前相当サービスの想定対象者の（これまで以上の）限定的定義
- 2 要介護移行時の弾力化対象をA型サービスにも拡大
- 3 「多様なサービス・活動」が増えないとケアプランの任意化が進まない仕掛け

私たちが考えるべき領域はどこか？：従前相当の代替か、それとも全く違うもの？



出典：沖縄県 「令和6年度 万国津梁会議 超高齢社会に対応する公共私連携に関する提言書（概要版）」

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○	○	

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気づちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

【全体のコンセプト】 高齢者の視点に立った地域での生活の「連続性」の重視

3つの断絶

① 元気からフレイルの断絶

高齢者の元々の生活をベースに全体を考える。元気なうちは、普通のお店でサービスを買って生活していたものが、フレイルになった途端に、専門職領域での生活になってしまう違和感。

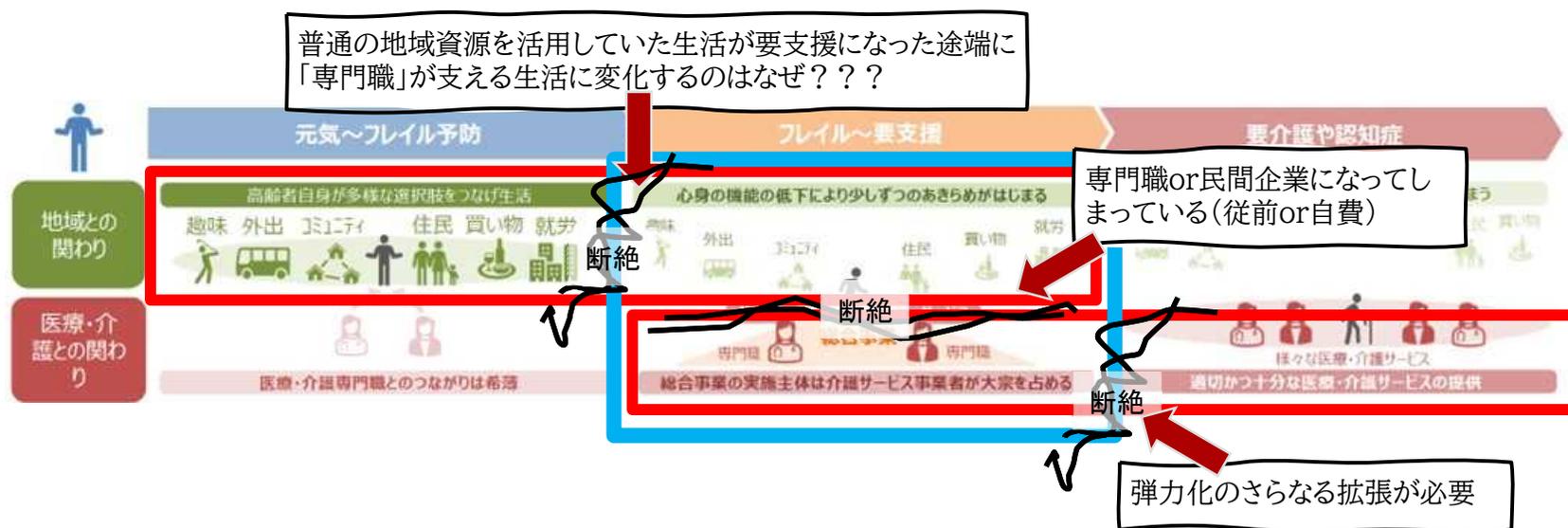
② 地域と制度の断絶

総合事業の世界では、従前相当(専門職)か民間企業(自費)の二者択一になっており総合事業と地域産業が断絶している。

③ 要支援から要介護への断絶

要支援者が要介護になった途端に保険給付になる断絶も回避。

できる限り生活との継続性を維持(もちろん専門職の技術と支援が必要!)。そのためにも弾力化の拡張は重要な意味を持つ。



3つの連続性

① 普通のサービスが続く

元気だった時に使っていたサービスの継続利用を目指す。①使い続ける、②使い続けやすいようにサービス側も工夫する(生活支援Coの知恵が活かされる)※総合事業に組み込むことは前提では「ない」

② 福祉業界で背負わない

要支援・事業対象者への支援を福祉業界で背負い込まない。住民主体だけでなく、民間企業も含めた多様な主体による。福祉の世界の外にも資源はある。

③ 要介護でも使い続けられる

弾力化の拡張によって、C型以外のすべてのサービスは要介護状態になっても継続的に利用ができる状態になる。(弾力化の拡張)

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	減少する生産年齢人口	乏しいサービスの選択肢	沖縄における市場の高齢化
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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

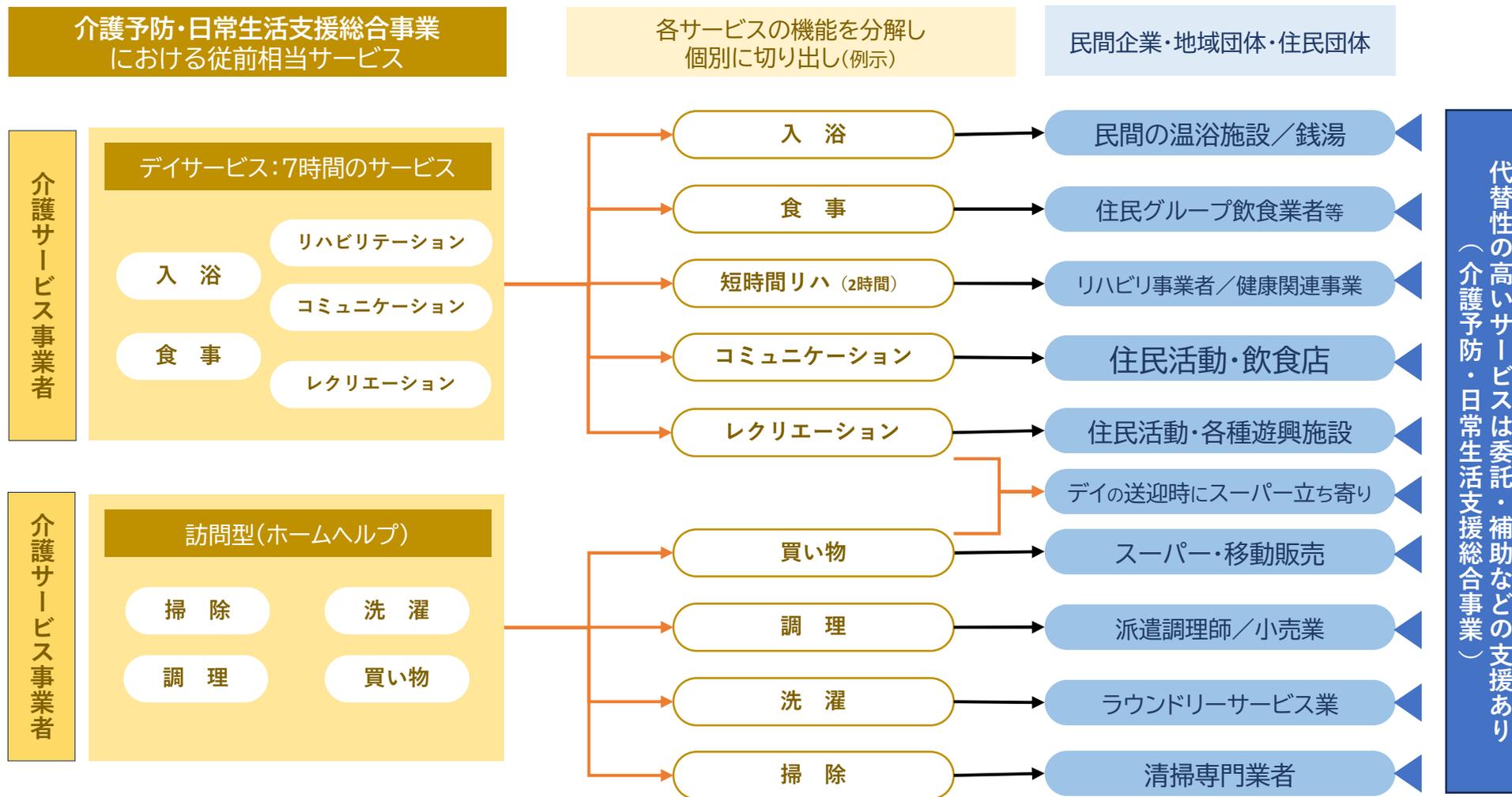
いま使っているサービスを
高齢になっても
継続利用できる
ための工夫
= 「高齢者フレンドリー」



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」

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(例えば総合事業での補助など)という発想にたつ。
- ◆ 例えばスポーツジムの月額会費は通常通り利用者に支払ってもらうが、要支援者に特有のケアニーズへの対応部分の人件費のみ総合事業の対象にするといった工夫も可能。
- ◆ 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。



「なんでもあり」にみえる
総合事業の落とし穴
～適切な上限管理に向けて

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。

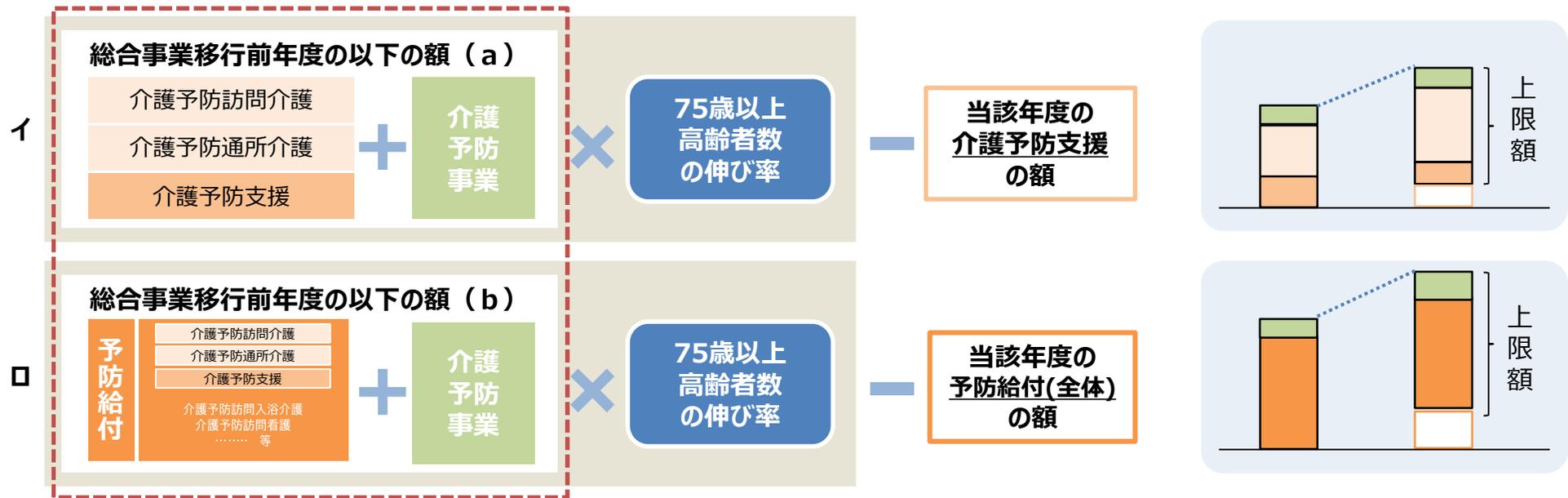


介護予防・日常生活支援総合事業に要する額の上限（基本的な考え方） （介護保険法施行令第37条の13）

- 総合事業については、75歳以上高齢者人口の伸び率等を勘案し、介護保険法施行令第37条の13第4項に定める額（**原則の上限額**）の範囲内で実施することとされている。
- ただし、厚生労働大臣が定める事由により原則の上限額を超える場合は、個別協議を行うことにより例外的に上限額を引き上げることが認められている。

原則の上限額について

- 総合事業の上限額は次のイ又はロのいずれか高い額とする。（第4項第1号）



平成27～29年度に特定事情市町村と認められた市町村の特例（第4項第2号）

平成27～29年度 a・bの額に調整率（最大10%）を乗じて得た額とする

平成30年度以降 a・bの額を平成29年度の総合事業の実績額とする

個別協議について（同条第5項）

- 厚生労働大臣が定める事由に該当する場合、一定の範囲内で認める事由ごとの額を原則の上限額に加算する。

介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の見直し

(介護保険法施行令の改正・厚生労働省告示の創設)

- 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の上限額は、事業移行前年度の実績額に市町村の75歳以上高齢者の伸び率を乗じた額とされ、特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により上限額を超えた交付金の措置が認められている。
- 総合事業の上限制度については、改革工程表2020に基づき、令和3年度以降その運用について必要な見直しを行ってきており、また、介護保険部会の意見書においても「引き続き検討を行うことが適当」とされたところ。

「新経済・財政再生計画改革工程表2020」（令和2年12月18日経済財政諮問会議決定）

64. b. 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の在り方について、速やかに必要な対応を検討。

「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- 総合事業費の上限額については、自治体の状況等を踏まえ、見直しを進めるとともに、小規模な自治体であっても持続可能な介護予防の活動ができるよう、やむを得ない事情により上限額を超過する際のきめ細かな対応について、引き続き検討を行うことが適当である。

- 市町村の状況を踏まえ、総合事業の上限制度が適切に運用できるよう、以下について**政令・告示により明確化**
 - ・ 介護予防効果の高い新たなプログラムについて、将来の費用低減が見込まれるものであること
 - ・ 75歳以上高齢者が減少局面にある市町村や人口1万人未満の小規模市町村へのきめ細やかな対応

介護保険法施行令第37条の13第5項の改正（案）

- ・ 現行の「介護予防の効果が高い新たな事業」について、将来の総合事業費の低減に資すると見込まれるものであることを**明確化**
- ・ 75歳以上人口が減少局面にある市町村による将来における総合事業の費用の低減に資すると見込まれる事業の実施を**追加**
- ・ 「その他の特別な事情」を「その他の厚生労働大臣が定める事由」とし、個別協議を行うことのできる事由を**具体化**

厚生労働省告示の制定（案） ※①～③は政令で定める事由

介護保険法施行令に基づき個別協議を行うことができる事由を定める

- ① 災害による居宅要支援被保険者等の数の増加
- ② 介護予防の効果が高く、かつ、将来における総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる新たな事業の実施
- ③ 75歳以上人口が減少局面にある市町村による将来における総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる事業の実施
- ④ 人口1万人未満の市町村による地域の人材や社会資源の活用を図るための必要な措置の実施
- ⑤ その他厚生労働省老健局長が定める事由

事由4：人口が1万人未満の小規模市町村 事由5：離島等にあり高齢者1人当たり事業費額が1万円未満の市町村

事由4	上限額告示第4号	当該年度の前年度の10月1日における人口が1万人未満の市町村による地域の人材や社会資源の活用を図るための必要な措置の実施	事由5	上限額告示第5号 上限額通知1(1)	離島等の市町村による総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる事業の実施 ※当該年度の高齢者1人当たり総合事業費額が1万円未満である場合に限る。
承認額	取扱通知4	上限超過額	承認額	取扱通知5	上限超過額
協議時点 (手引きとの対応)		事前協議 ((4) 1を参照)	協議時点 (手引きとの対応)		事前協議 ((4) 2を参照)

事由4に適合する市町村

- 前年10月1日の人口が1万人未満

事由5に適合する市町村

- 次のいずれにも該当する市町村
 - 以下の計算式が成り立つ

$$\left[\frac{\text{当該年度の介護予防・日常生活支援総合事業費額}}{\text{前年10月1日の65歳以上人口}} \right] < 1 \text{万円}$$
 - 当該市町村の区域内に、次のいずれかの地域を含む
 - ・厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準（平成11年厚生省告示第99号）に定める地域
 - ・人口密度が希薄であること若しくは交通が不便であること等の理由により総合事業の実施が困難であると認められる地域



前年度の承認額によらず、毎年度、上限超過超過額を承認

承認額については事由4のケースと同様の考え方と同様（前年度の承認額によらず毎年度上限超過額を承認）

上限額管理の意味と留意点

本資料における、上限額の今後の運用のあり方についての見解は、あくまでも演者自身の解釈によるものであり、厚生労働省や都道府県行政の見解ではない点にご留意ください。

- ◆ 上限額を超えた際の取扱いについては、特別な事情がある場合について個別協議にもとづき交付金の措置が取られるとされてきた。
- ◆ 上限額については、これまでも設定されてきたルールであり、大幅な変更はない。
- ◆ 今回の運用の見直しは、これまでガイドラインに記載されてきた**個別協議の条件を、政令・告示により明確化したもの**とされている。
- ◆ 法令上、上限額超過時の条件が明確化されたことにより、今後は、厳格な運用となる可能性もある。

- ◆【コンサルタントとしての経験から留意すべきと考えるポイント】
 - ✓ 上限額の推移や実績との関係について十分な注意が払われていない保険者がみられる。
 - ✓ 総合事業も約10年が経過して、ルーティン化しており、交付のための申請事務等も、前任者のやり方をなぞるような形で処理されていることが多い(細かなことは、着任したてでよくわからないが、前任者の方が理解しているはずだから、間違っているわけがないという思いこみ)。
 - ✓ 今一度、各保険者における上限額の状況について把握するとともに、実績額を精査し、費用面での課題を整理することを強くお勧めしたい。

あなたのまちの上限額チェックリスト

あくまで、上限額を再確認するための気づきを促すものであり、以下に該当しても問題がない場合もあれば、該当しなくても問題がある場合がある点にご留意ください。

- ◆ 総合事業の生活支援・介護予防サービスの提供にあたっては、総合事業開始前年度の総合事業該当部分の費用総額に、75歳以上人口の伸び率を乗じた額を「原則の上限」(その他、選択可能な上限額などがある)としているところ。
- ◆ 上限額を超過した場合は、厚生労働省との個別協議となるが、協議が成立しない場合は、その超過額を、各保険者で「全額」負担することになる。この場合、国からの交付額が措置されないため、市町村の実質負担額は、交付金が措置された場合の8倍相当となることに留意。
- ◆ 各保険者は、毎年度、都道府県-地方厚生局を通じて国に交付申請のための事前協議資料等を提出している。このワークシートに誤った数値を入力すると、正確な上限額が算定されないため十分に注意が必要。なお、個別協議については、災害要件など以外については、事前申請時に事由を明確化する必要があるため、事前協議段階での精査が重要。

1 毎年度、上限額が大きく上下している。または後期高齢者が減少していないのに上限額が漸減

- 上限額は、75歳以上人口の変動率に比例して設定されます。
- ただし、計算は、過去3年の平均を用いますので、急激に上限額が変動する場合は、要注意です。どこかに計算間違いがあるかもしれません。

2 最終確定時の上限額が「原則の上限額」ではなく「選択可能な上限額」になっている

- 「選択可能な上限額」は、予防給付(介護予防訪問看護など)に大きな変更が生じている場合に、ワークシート上、自動的に選択されることがあります。
- 一般的には原則の上限額の方が高い場合が多く、選択可能な上限額が選ばれている場合は、原則の上限額の計算に誤りがある場合もありますので、確認してみてください。

3 総合事業開始翌年度の事業実績額が、原則の上限額よりも大幅に低い

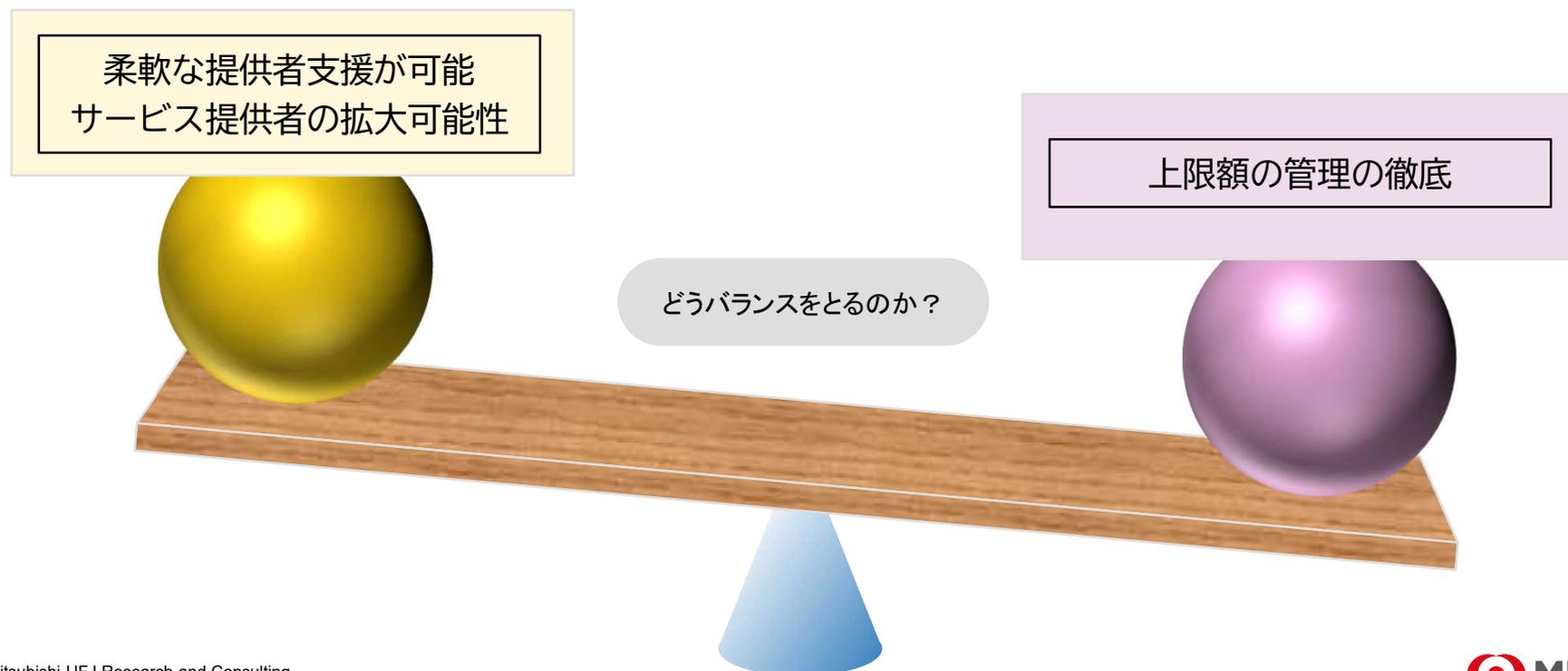
- 上限額は、総合事業開始年度の前年度実績をスタート地点として計算します。総合事業開始時に特例の上限額引き上げ措置などもあったものの、開始翌年度の上限額が前年度実績額より10%を超えて高い場合は、事業開始初年度の上限額を再確認。
- 最初の上限額に誤りがあると、その後、その誤りを継承している場合があります。

4 ほとんどのサービスが従前相当サービスのままであるにも関わらず、実績額が上限額を大幅に下回っている

- あくまで一般論ですが、総合事業開始以来、従前相当サービスのみで運営してきた地域の場合、実績費用額は、おおむね上限額の変化に沿った形で推移します。多様なサービスの展開が行われていない状態で、実績費用額が上限額を大幅に下回っている場合は、計算の、ミスなどがいないか、確認しましょう。
- ただし、過疎地域などでサービス事業所が人材不足などによって減少している地域はこの限りではありませんが、これは逆にいえば、ニーズへの対応が不十分ということになりますので、いずれにせよ確認が必要です。

自由なだけに「マネジメント」能力が高度に求められる

- ◆今般の改正により、総合事業のサービスデザインには、大きな自由度が与えられたといえる。地域資源が限られている地方・中山間地域にとっては、様々な主体と柔軟に協働できる条件が整備されたといえるだろう。
- ◆一方で、民間のサービスに対して「割引券」を発行するようなデザインも理論的には可能になるため、自立支援の理念とはかけ離れた利用が生じる懸念も。したがって、入口段階でのアセスメントが非常に重要となる。
- ◆いうまでもなく、最終的には、上限額の中で適切なサービス提供を行っていくという意味で、サービス提供量のマネジメントも極めて重要になる。
- ◆どの主体(誰)に対して、どの程度の補助・委託を行ってサービス・活動を開発し、誰にサービス・活動をつなぐか(ケアマネジメント/アセスメント)という点が、これまで以上に重要になる。

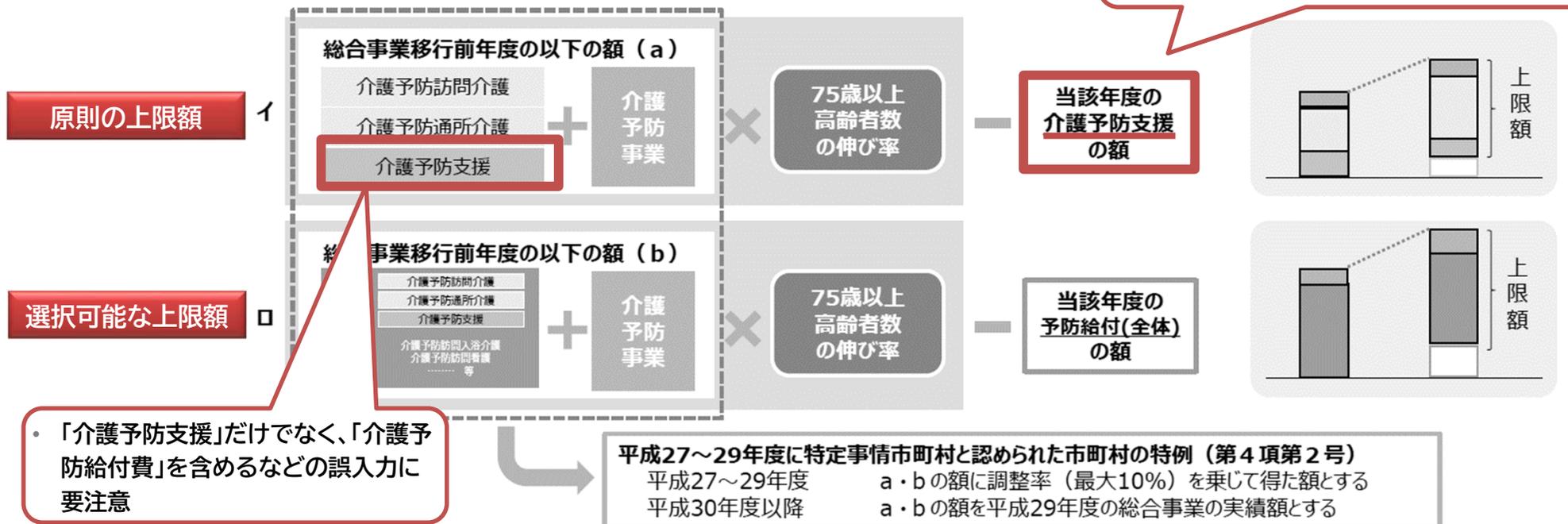


要点検！：上限額の計算間違い

- 「原則の上限額」の計算における「介護予防支援」の定義を誤認すると、上限額の計算を誤る
- 過剰に上限額を入力すると、上限額は実際以上に低く計算される。また、「総合事業移行前年度」の「介護予防支援」の額を同じように誤入力すると上限額が実際以上に高く設定されてしまう。

原則の上限額について

- 総合事業の上限額は次のイ又はロのいずれか高い額とする。(第4項第1号)



自分のまちの立ち位置を知る ～総合事業の充実に向けたワークシートの活用

本セクションは 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」の内容をもとに作成している。

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

【報告書】

令和7（2025）年3月

 MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング



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。



ワークシートの目的

- 本ワークシート(以下、WS)は、各市町村において総合事業の充実に向けた検討を目的に作成。WSは、令和6年8月5日の地域支援事業実施要綱で示された評価の視点や指標の例に準拠。
- 総合事業の取組が十分に進んでいない市町村においては、①今後直面するであろう課題について、十分に認識されていない、②その課題に対し、総合事業が意図する目的が十分に理解されていない、③総合事業の目的に沿った評価指標を明確化できていない、といった問題・課題を抱えていることが想定されます。
- WSは、その分析を通じて、①～③についての理解を深めながら、関係者間での議論を通じて各地域で必要な取組を検討していただくためにご活用いただくことを想定しています。

評価のための前提となる考え方		
高齢者の視点	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者の地域での生活や選択(活動)がどのように変化したか ● 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関わっているか 	
保険者の視点	(人材)の視点	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関わっているか。
	(財政)の視点	<ul style="list-style-type: none"> ● あらかじめ決められた予算(上限額や介護保険事業計画等)の範囲内で実現できているか

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 選択肢の拡大	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績 	<ul style="list-style-type: none"> ● 多様なサービス・活動の種類・数 	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合 	<ul style="list-style-type: none"> □ 調整済み軽度認定率 □ 初回認定者の平均年齢 □ 在宅継続数・率
2 ポピュレーション・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 出前講座・説明会等の開催数 ▶ 通いの場の箇所数 ▶ 体力測定会の開催数 ▶ 広報活動の回数 	<ul style="list-style-type: none"> ● 多様なサービス・活動の参加者数等 ● 出前講座・説明会等に出席した住民の数 ● 通いの場の参加者数 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	
3 ハイリスク・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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Cなど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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数 ● 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生活状況等の変化 	<ul style="list-style-type: none"> ● 孤独・孤立等の状態にあった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 	

ワークシートの構成

大項目		中項目
1 基礎情報		1.1 人口
		1.2 要介護認定者数
評価のための 前提となる考 え方	2 高齢者の視点(選択肢の拡大)	
	3 人材の視点	
	4 財政の視点	4.1 支出額の水準
		4.2 制約条件の中における持続可能性
		4.3 訪問型・通所型サービス・活動の事業費の推移
4.4 単価		
5 アウトカム指標	5.1 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合等(高齢者の選択肢の拡大)	
	5.2 社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)	
	5.3 多様なサービス・活動等への参加率・継続参加率(ポピュレーション・アプローチ)	
	5.4 ハイリスク者の継続参加率・一定期間後の生活状況等(ハイリスク・アプローチ)	
	5.5 初回認定者の平均年齢・調整済軽度認定率・自宅等から居場所を変更した介護サービス利用者(要支援1～要介護2)の割合・人数(最終アウトカム)	
6 第11期計画に向けた事業費(令和12年度)シミュレーションシート		

- 前半のデータ項目の多くは、市町村名を選択することで自動表示。
- 4.2については、県・国に毎年提出している「地域支援事業交付金事業実績報告書」等のエクセルファイルを読み込むことで自動表示。
- 5.2については、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のローデータをエクセルに貼り付けることで自動集計し結果をグラフ表示。

1-1 人口：人口推計は高齢化率でも、後期高齢化率でもなく、85歳以上に着眼

今後の地域包括ケアを考える上で、高齢化率そのものは大きな意味を持たない。需要の変化に大きな影響を与えるのは、85歳以上人口の動向(初回の要介護認定者の平均年齢はおおむね80歳台前半)。後期高齢者以上に85歳以上人口に着眼する。

※都道府県、市町村名を選択してください。

大阪府	高槻市
-----	-----

1. 基礎情報

1-1. 人口

【推計値】人口 (人)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総人口	352,698	347,255	338,827	329,282	319,294	309,672	300,685
生産年齢人口	205,154	204,544	199,208	188,275	172,834	163,423	157,533
65～74歳人口	47,797	37,329	36,634	43,103	50,695	48,467	39,869
75歳以上人口	56,646	66,496	66,811	62,969	61,078	63,959	71,182
85歳以上人口	15,787	20,967	26,660	31,244	29,418	26,237	26,478

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(R5年推計)」

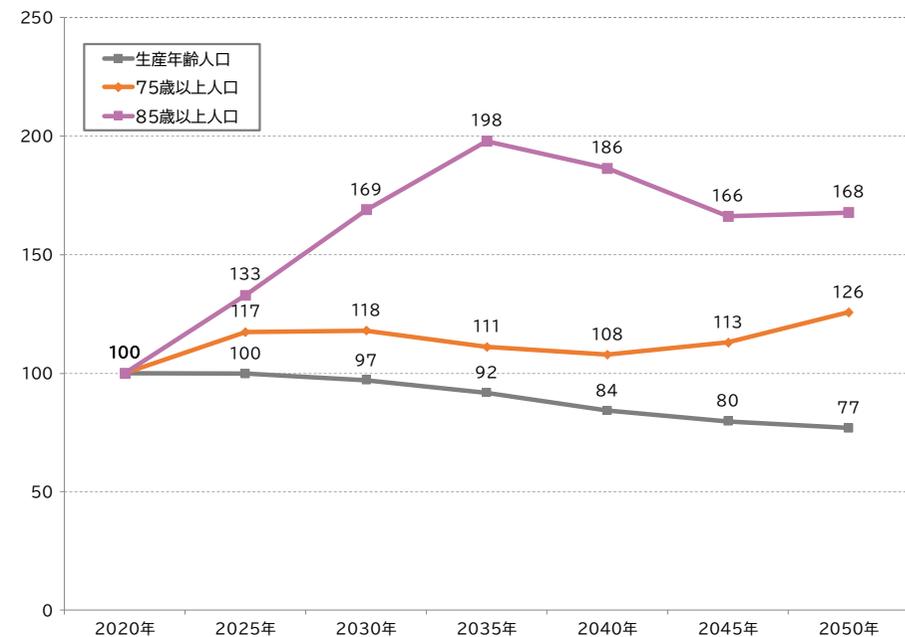
【推計値】人口(2020年を100とした場合)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総人口	100	98	96	93	91	88	85
生産年齢人口	100	100	97	92	84	80	77
65～74歳人口	100	78	77	90	106	101	83
75歳以上人口	100	117	118	111	108	113	126
85歳以上人口	100	133	169	198	186	166	168

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(R5年推計)」

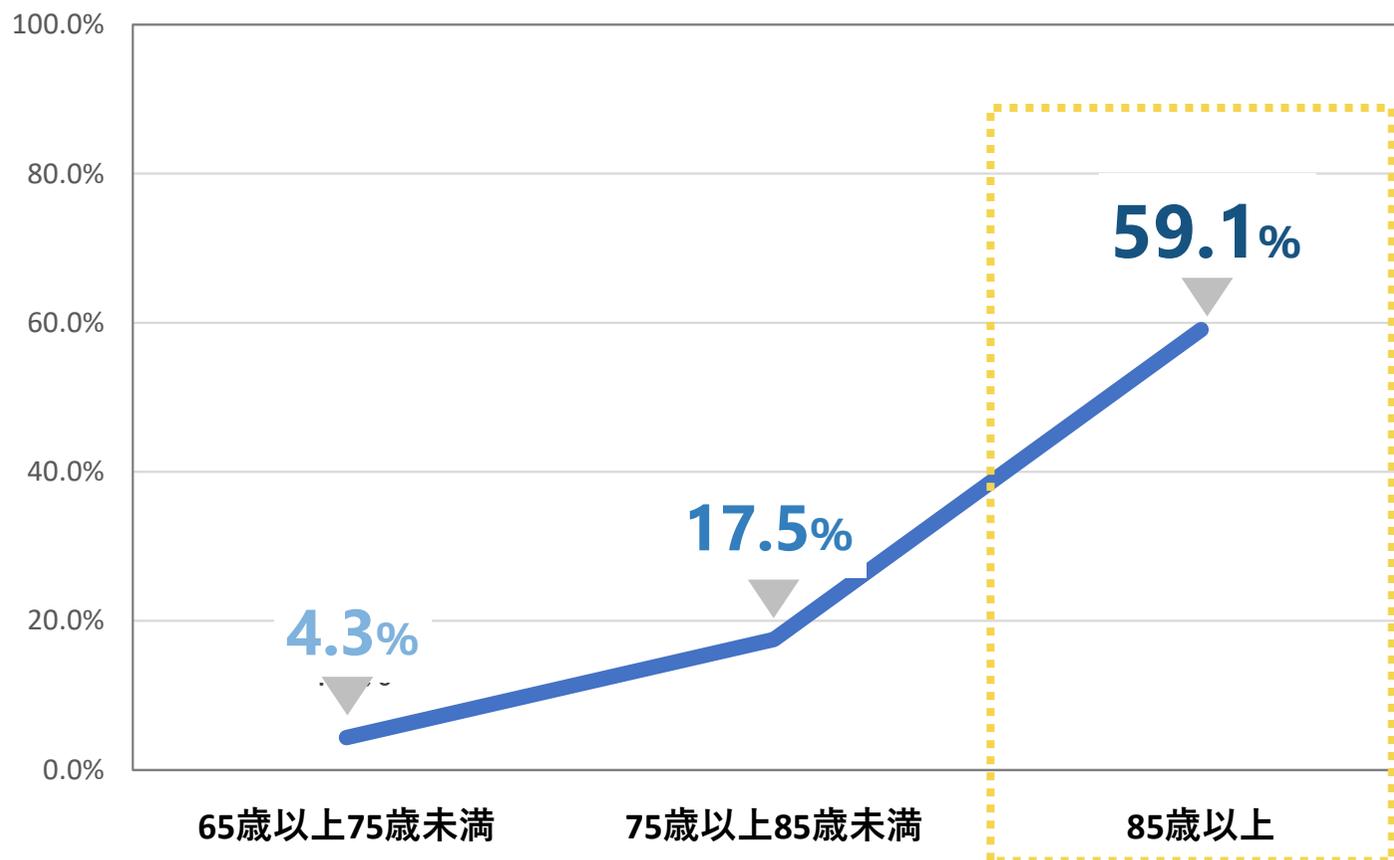
※網掛けは、2020年以降のピーク時

【推計値】人口(2020年を100とした場合)



※参考 年齢別の要介護認定率

年齢別の要介護認定率

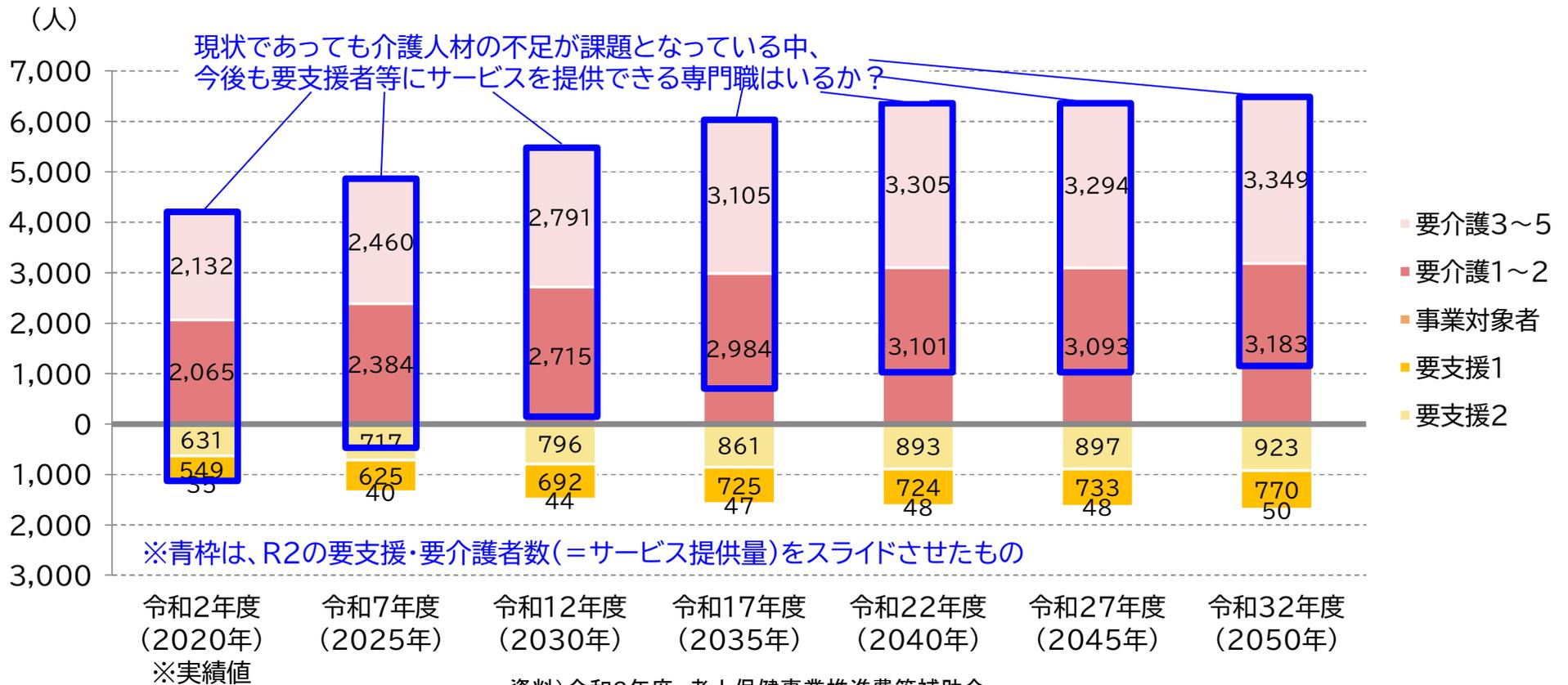


出典) 厚生労働省; 介護保険事業状況報告 月報 (暫定版), 令和6年3月末時点
※年齢別の要介護 (要支援) 認定者数 ÷ 当該年齢の第1号被保険者数にて算出

1-2 要介護認定者数：需要（要介護者）と供給（人材の制約）からみた将来の姿

軽度者へのサービス提供を人材の面から検討する場合、単に要支援を視野に議論するのではなく、要介護者全体をとらえて議論する必要がある。今後、要支援者の大多数へのサービス提供を、専門職で対応するのは、人材の点でもほとんどの市町村において不可能と思われる。

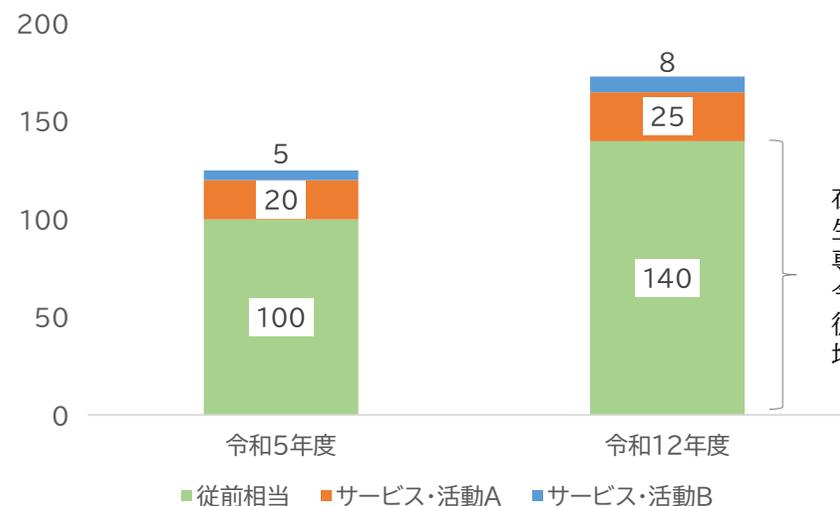
【推計値】要介護認定者数



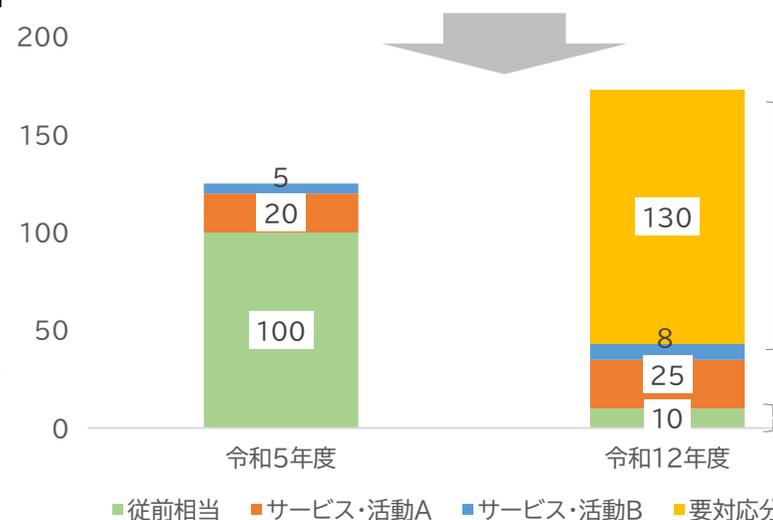
資料)令和6年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業」

3 人材の視点：従前相当を専門職でカバーできないことを前提に要対応分を検討

- 需要の増加にあわせて、従前相当サービスの利用者数が増加するような見込みは、現実には不可能と思われる。
- 仮に、専門職が軽度者のケアにこのまま従事した場合は、中度以上の要介護者のケアに大きな支障が生じることになる。
- したがって、人材の視点からは、全体の従前相当のほとんどが専門職だけでは維持できないことを前提に、既存の従前相当利用者分に加え、増加分を、介護専門職以外でカバーする方策の検討が不可欠。
- このセクションは、具体的な人材推計は行っていないが、増加する需要に、すでに頭打ちとされる既存人材でどう向き合うのかを検討することがポイント。



在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、専門職の確保が困難になる中で、今後も過去のトレンドに従って従前相当サービスの利用者数を増やしていくことは本当に可能か？



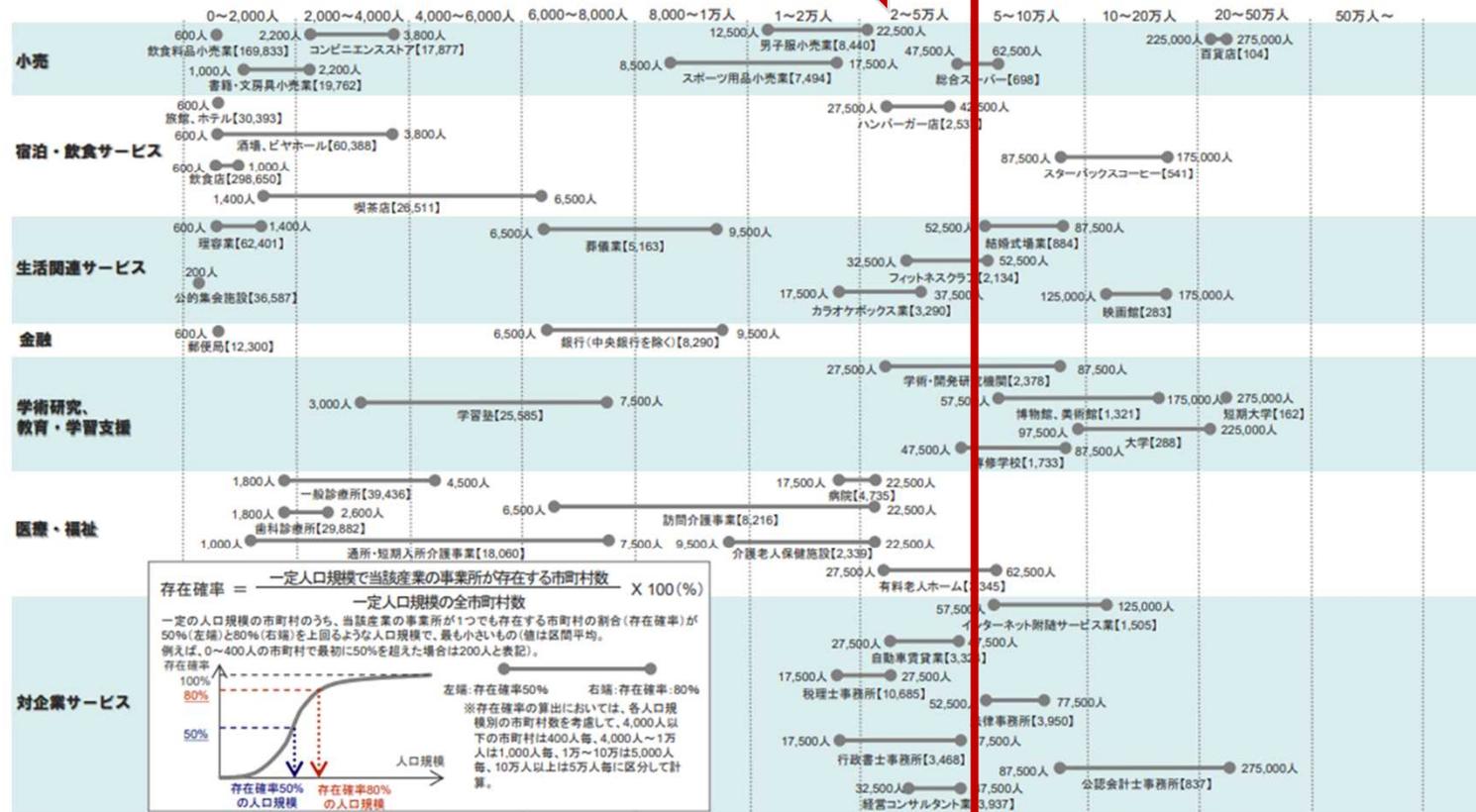
従前相当サービスの提供可能性が減少する中、増加するニーズにどのように対応するか？

在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、従前相当サービスの提供可能性は大幅に減少するのではないか？

人口減少下で起こりうること

【図 I - 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。



(参考) 2015年と2050年における人口規模別の市町村数 (三大都市圏を除く)

市区町村数	上: 2015年	108	107	83	71	224	303	156	75	40	13	
	下: 2050年	208	173	101	84	69	194	238	101	47	30	10

(注1) 2050年の市町村別人口は、国土交通省国土政策局推計値
 (注2) 人口規模別の市町村数は、平成27(2015)年10月1日現在の三大都市圏を除く1,255市町村を基準に分類

※三大都市圏: 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県

(出典) 総務省「平成26年経済センサス-基礎調査」、経済産業省「平成26年商業統計」、「全国学校総覧2016」、「国土数値情報」、「スターバックスホームページ」もとに数値を算出のうえ、国土交通省国土政策局作成。

主な事業の存在可能性

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	訪問介護事業	6,500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

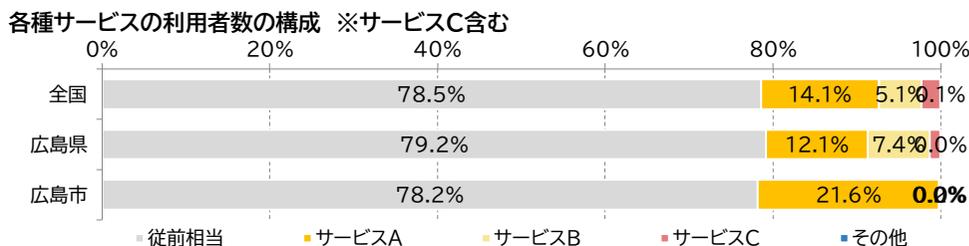
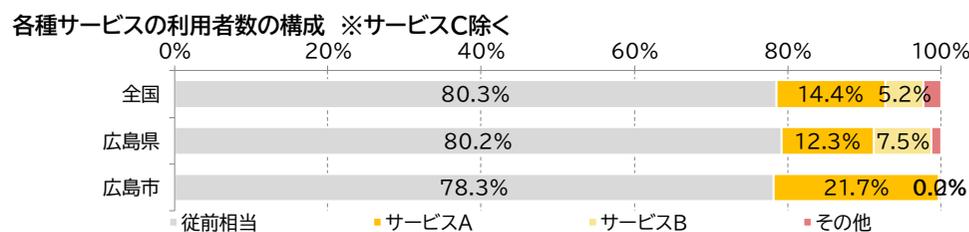
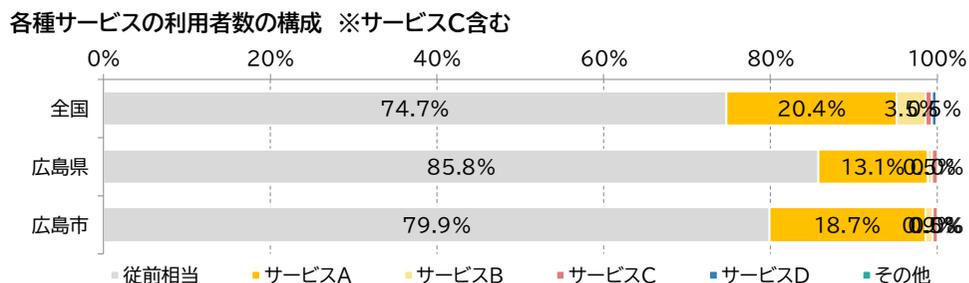
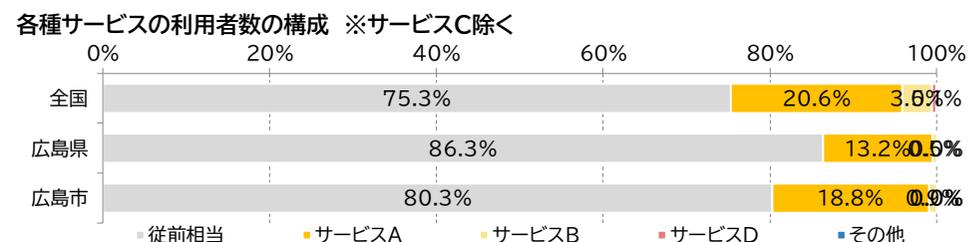
出典) 前ページの国土交通省資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

2 高齢者の視点（選択肢の拡大）：従前相当の最小化、多様なサービスへの切り替え必須

- 需要の拡大と供給の制約が高まることを踏まえると(前頁参照)、従前相当サービスについては、訪問型・通所型の双方において、専門職では持続可能性がほとんどない(中度以上を支えることができなくなる)
- このため、今後は従前相当サービスを総合事業における多様なサービスに転換するか、民間自費サービス等に転換していく必要もある。
- 右グラフの色付きの部分を増やしていくことを目指す。
- なお、A型やB型に転換する場合も、介護サービス事業所が担い手となっていれば人材制約の問題の解消にはつながらないことから、いかに介護業界以外のビジネスセクターを組み合わせるかがポイント。(したがって色付き部分が増えても、問われるのは、その担い手が誰であるか)

訪問型

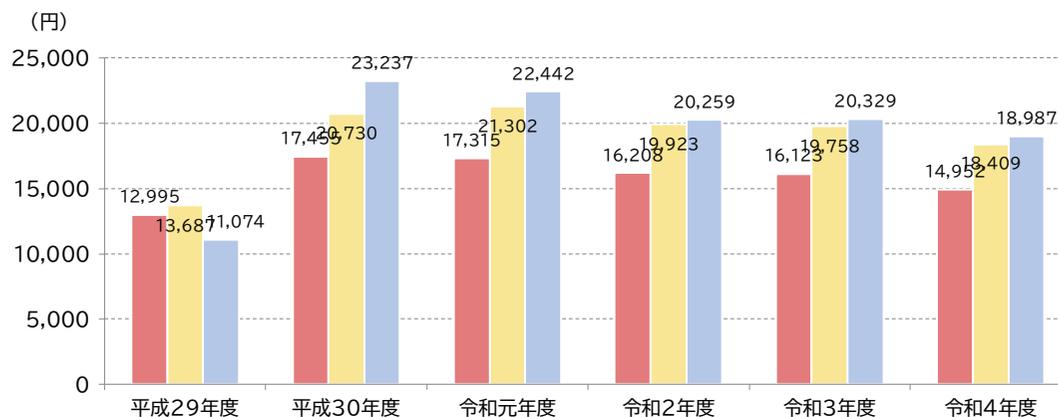
通所型



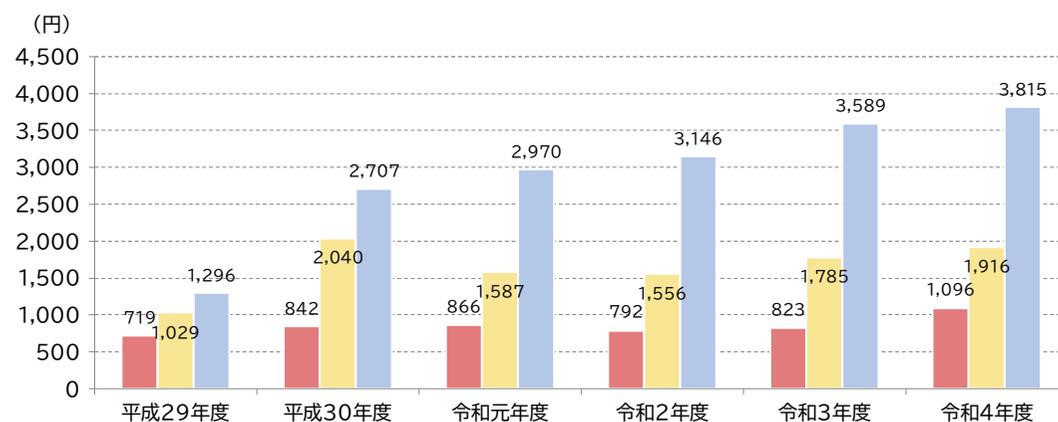
4-1 財政の視点：支出額の水準

- ここでは「介護予防・生活支援サービス事業費」及び「一般介護予防事業費」の支出水準を、県・全国との比較している。
- 自らの地域の支出の特性の外観をとらえることができる。
- 一般介護予防事業の費用が大幅に伸びている場合は、その対象者に留意が必要。通常の高齢者の多くは、自費・自発的な活動で社会参加しており、必ずしも行政が大きな金額をかけて社会参加を促す必要はない。
- 80歳以上の高齢者など、社会参加が難しくなる年齢層に焦点を当てた取り組みがポイント。

第1号被保険者(75歳以上)1人あたり『介護予防・生活支援サービス事業費』の推移

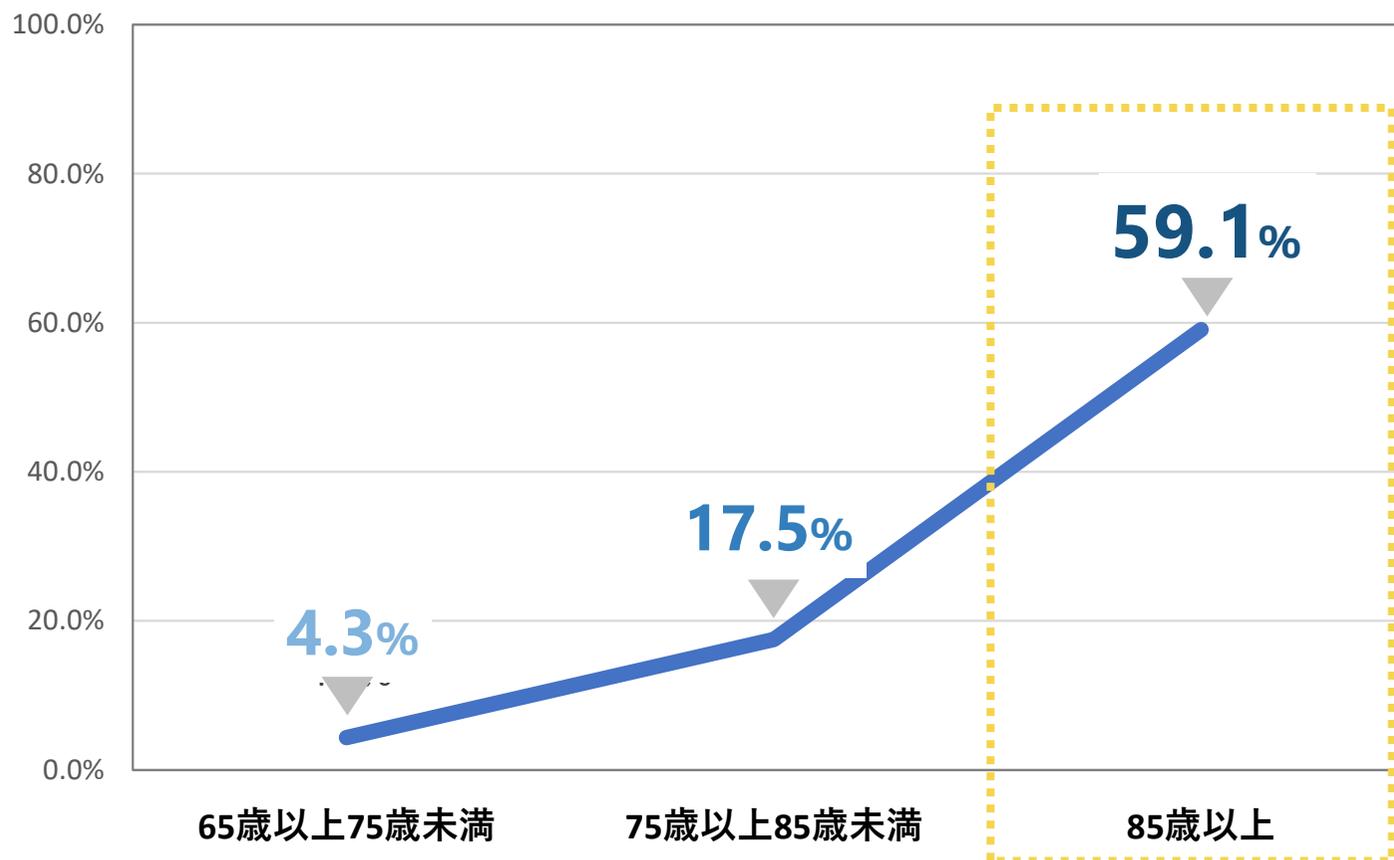


第1号被保険者1人あたり『一般介護予防事業費』の推移



※参考 年齢別の要介護認定率

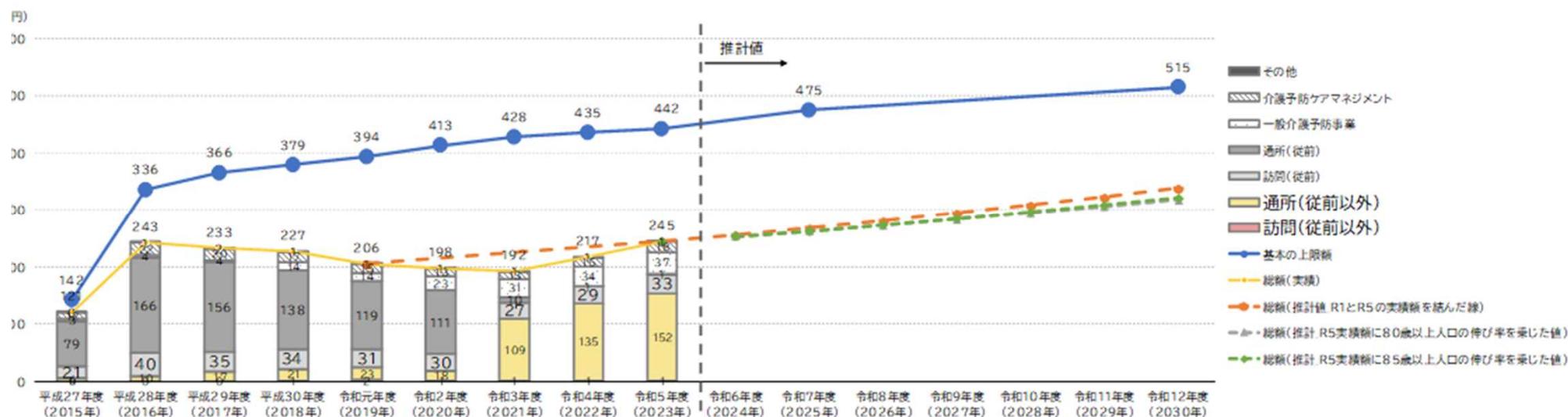
年齢別の要介護認定率



出典) 厚生労働省; 介護保険事業状況報告 月報 (暫定版), 令和6年3月末時点
※年齢別の要介護 (要支援) 認定者数 ÷ 当該年齢の第1号被保険者数にて算出

4-2 制約条件の中における持続可能性（詳細は報告書13ページ）

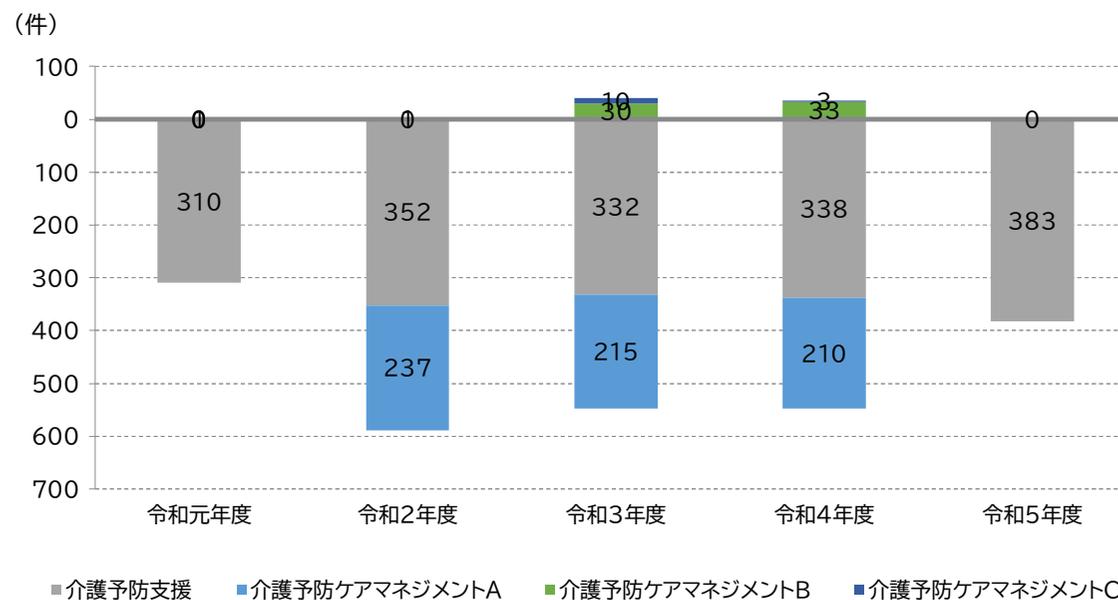
- 本グラフは、県を通じて国に毎年提出している「地域支援事業交付金事業実績報告書」等のエクセルファイルをツールに読み込むことでグラフを自動表示。基本の上限額を表示するとともに、各保険者の実績を費用区分毎に表示することで、上限額への影響を分析可能。
- 令和6年度以降の上限額及び事業費総額の推計を複数表示。1つは「令和元年と令和5年の実績値を結んだ線」をそのまま将来に延長した推計。令和2年度以降、新型コロナウイルスの影響で多くの市町村で事業費が減少した影響を推計に反映しないよう、令和元年度から令和5年度の変化に着目した推計を行ったもの。
- もう1つは「令和5年度実績に、80歳以上（もしくは85歳以上）人口の伸び率を乗じた」推計。基本の上限額が75歳以上人口の伸びに準じて設定される一方で、団塊の世代全員が75歳以上となる令和7年度以降は、実際の事業費が80歳以上（もしくは85歳以上）人口の伸びに影響を受ける可能性があるため。



5-1 アウトカム：高齢者の選択の拡大

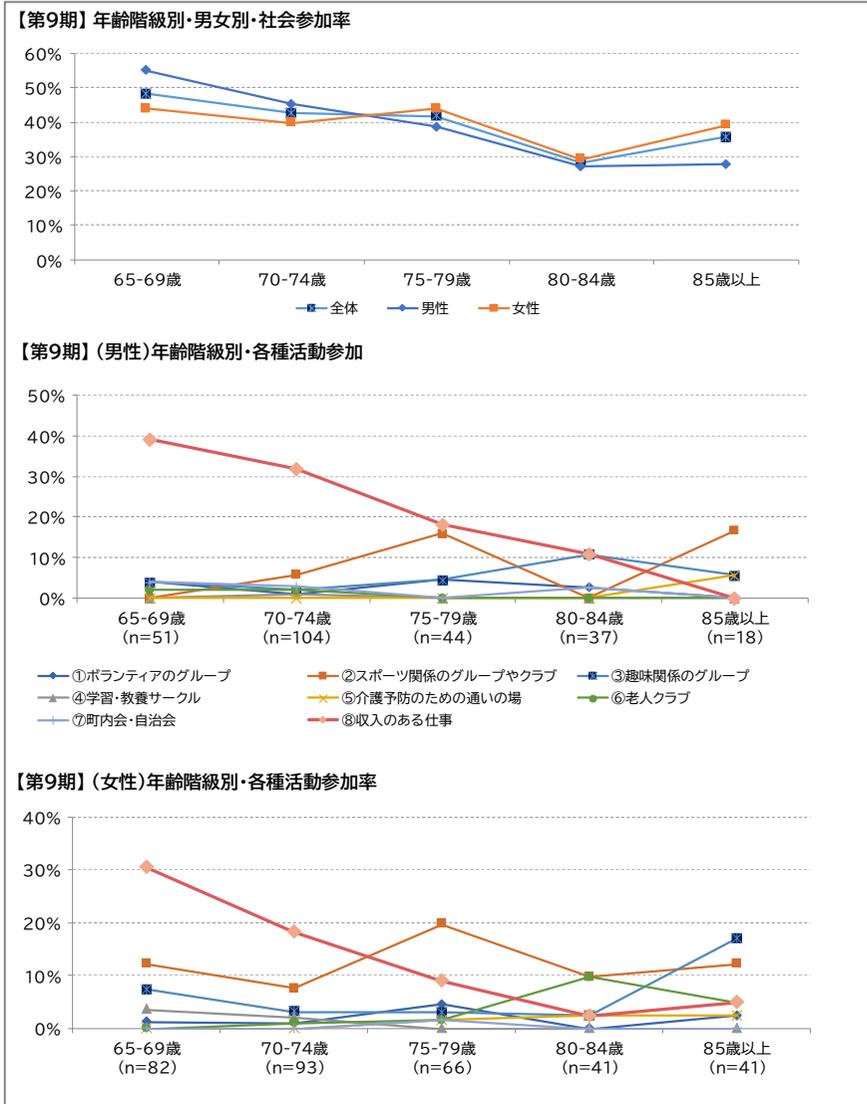
- 高齢者の選択が拡大を評価する指標として、従前相当サービスが位置付けられているケアプランの割合を設定。
- この数値の把握が困難な場合は、介護予防ケアマネジメントB/Cの件数を選択の拡大を評価する指標として代替可能。
- 介護予防ケアマネジメントB/Cは従前相当サービスでは活用することができないことから、この指標を用いる。
- グラフでは、増やすべきB/Cのグラフがプラス側(上向き)に伸び、減らすべき介護予防支援と介護予防ケアマネジメントAはマイナス側(下向き)に伸びるように設定されている。

介護予防ケアマネジメントA、B、C、介護予防支援の件数の推移



5-1 アウトカム：社会参加率（ポピュレーションアプローチ）

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5「地域での活動」の回答結果を、「入力シート(ニーズ調査)」に貼り付けることで、自動的に集計結果とグラフを表示。
- 「①ボランティアのグループ」や「②スポーツ関係のグループやクラブ」のような、各種会・グループごとの参加頻度ではなく、「何らかの地域活動に週1回以上のペースで参加している高齢者の割合」を「社会参加率」として集計(なお、「月1～3回」参加している地域活動が複数選択されている場合は、「週1回以上」の参加があるものと見なしている)。
- 「入力シート(ニーズ調査)」にはニーズ調査の問5の他、基本情報である「性別・年齢階級」を入力することで、性別・年齢階級別の社会参加率を出力。
- 特に社会参加への機会が減少しがちな75歳以上や、性別による参加率の傾向などに着目し、社会参加率を向上させるために必要な取組などを検討することが求められる。



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回～3回	週1回	月1回～3回	年に数回	参加していない
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

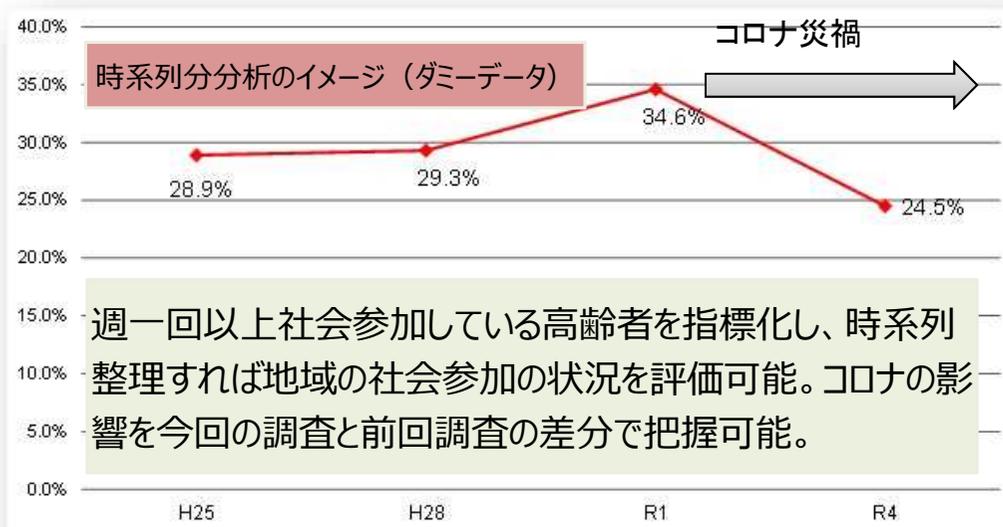


社会参加している人の実人数を把握したい

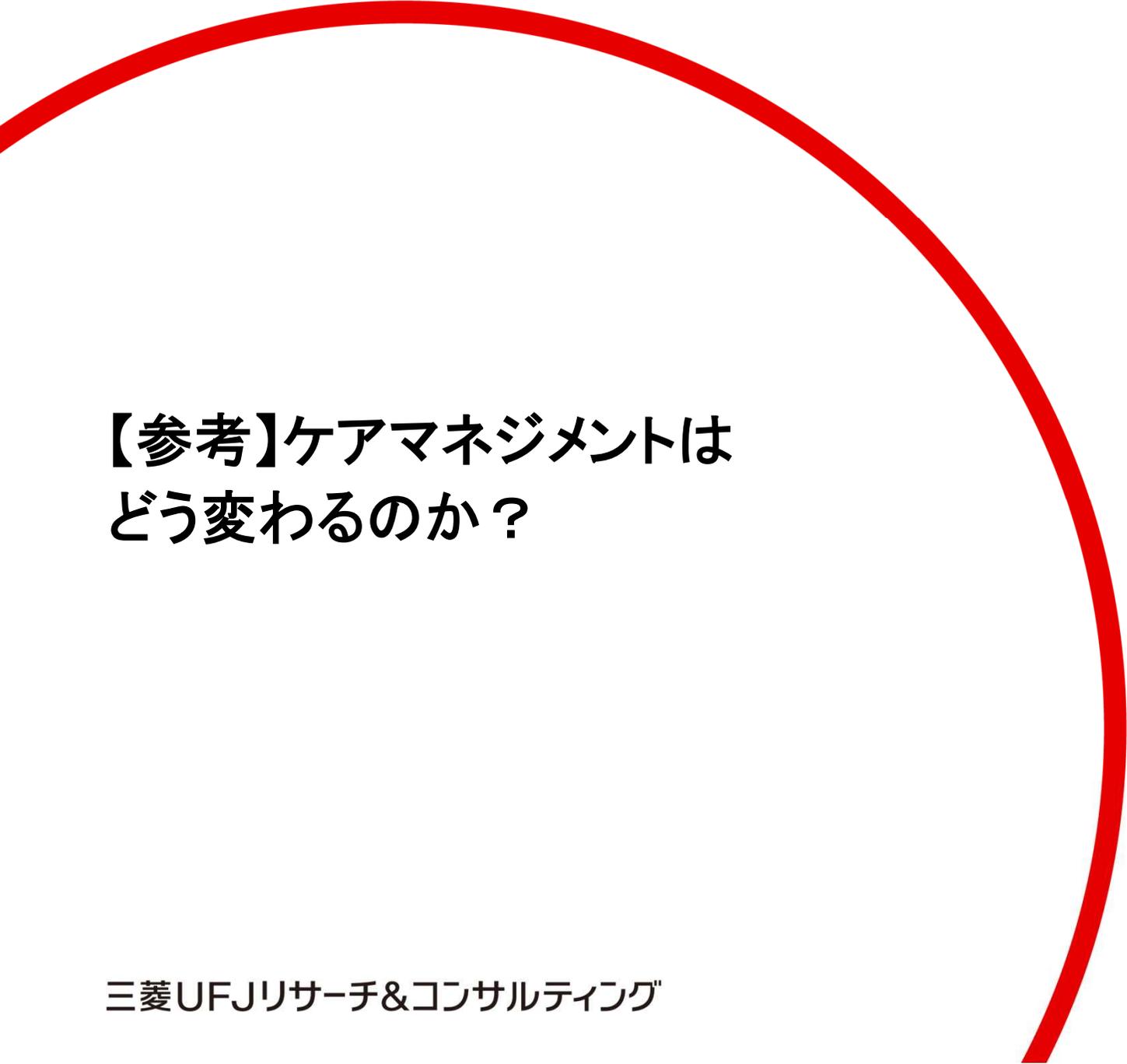
地域のトータルの
＜社会参加率＞
【アウトカム指標の一つに】

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、ど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。



【参考】ケアマネジメントは どう変わるのか？

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。



高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの業務範囲等の明確化

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、個別のケアプラン作成から地域における包括的なケアマネジメントの実施への重点化を図るため、
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
 - ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化する。

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC	
改正前	考え方	指定介護予防支援と同様に行われるもの	サービス担当者会議の省略や必要に応じてモニタリング時期を設定するなど簡略化が可能	初回のみ実施し、住民主体の支援等につなげ、その後はモニタリング等を行わない。
	対象のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前相当サービス ● 指定事業者によるサービスA ● サービスC 	<ul style="list-style-type: none"> ● 多様な主体による緩和型サービスA 	<ul style="list-style-type: none"> ● サービスB・D ● その他生活支援サービス
	費用	ケアプラン作成 1 件当たり	ケアプラン作成 1 件当たり	初回のケアプラン作成 1 件当たり
	件数等	499,232件 (1,455市町村)		

従前相当サービスを残していると、ケアプランB/Cは使えないので包括負担は減らない。一方で、サービス・活動ABCDなら、ケアマネジメントB/Cが使えて現場のペーパーワークと会議は減少。

個別の計画の策定 → 高齢者の選択

実施要綱改正後	考え方	ケアプランの策定が制度上必須となるもの (介護予防支援と同様に行う必要があるもの)	ケアプランの策定の要否やケアマネジメントプロセスの簡略化などについて、市町村の判断のもと柔軟に行うもの	専門職のゆるやかな関わり合いのもとで、地域の多様な主体との連携を図りながら実施するもの
	対象のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前相当サービス ● サービス・活動A ● サービス・活動C <small>※ケアプランと第1号事業費が連動する場合 ※ケアプランで利用期間を定める場合</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス・活動A ● サービス・活動C 	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス・活動B・D (サービス・活動A) ● その他生活支援サービス
	業務の性質に応じた費用等の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン作成 1 件当たり ※1 <small>※額の変更のみ可能</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン作成 1 件あたり ※2 <small>※独自の評価(加算)設定が可能</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2 <small>※独自の評価(加算)設定が可能</small>

ケアマネジメントB・Cについては、
 ・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク
 ・ 孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ
 ・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ
 ・ リハ職などとの連携による支援
 など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする

- ① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携
- ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等
- ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等
- ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること(利用者や事業実施者への助言等を含む)
- ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助
- ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働(支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等)

※1: ケアプランの作成は必須(内容は省令の規定による)

※2: ケアプランの作成要否・内容等を含め市町村の判断による

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進 (介護予防ケアマネジメント通知の改正)

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメン ト	4 包括 センター
		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、多様なサービス・活動の充実が進む場合、必ずしも指定介護予防支援と同様あるいはそのプロセスを基礎として取扱うことよりも、より一層、インテークとフォローアップを効果的に行うことが必要となる。
- このため、多様なサービス・活動利用時の介護予防ケアマネジメントについて、個別のサービス利用計画の作成業務から、これまで地域包括支援センターが担ってきた機能である地域づくりに密接に関わる業務への移行を図り、高齢者が、その選択に基づき、医療・介護の専門職とのかかわりのもとで継続的に地域とつながりながら多様な活動に参加することを支援する。

個別のサービス利用計画の作成業務
(これまで1件当たりで評価を行ってきた部分)

インテークとフォローアップの充実による高齢者の選択と継続的な参加の支援
(独自の加算として評価することや体制確保に要する費用を包括的に委託費で支払うことが可能)



**ケアプラン不要は、ケアマネジメントの軽視ではない！
アセスメントの重要性が増すのが今回の改正の趣旨**

地域包括支援センターに求められること

ケアマネジメントB・Cについては、

- ・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク
- ・ 孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ
- ・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ
- ・ リハ職などとの連携による支援

など、①～⑥のよつな、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする

これまで地域包括支援センターが大切だと考えて取り組んできたけど、評価されていなかった業務

「プランを作らないと損する仕組み」からの脱却。当事者本人を中心に据えたケアへの取組へ。

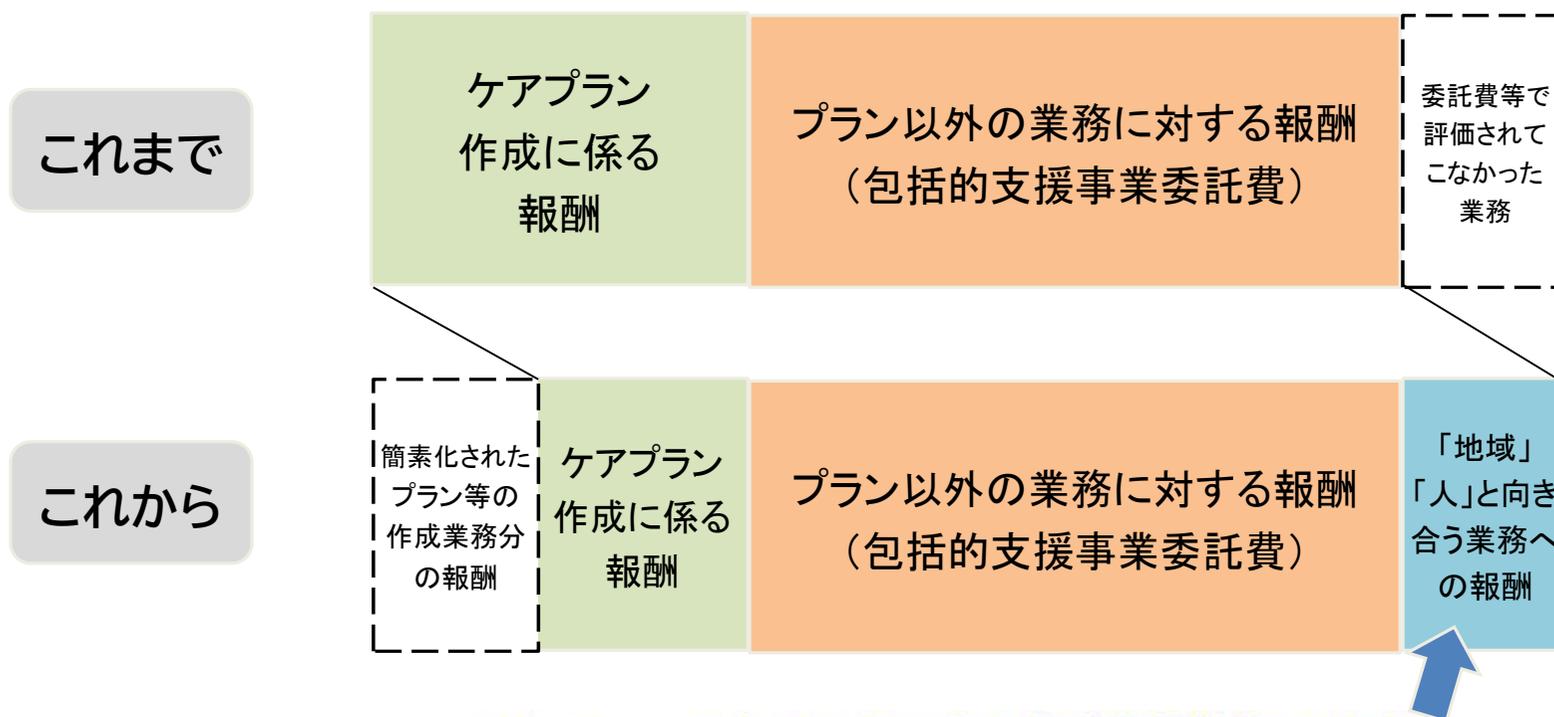
「孤独・孤立」「参加支援」「アウトリーチ」。あれ？これって「重層的支援体制整備事業」のキーワード？

- ① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携
- ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等
- ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等
- ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること（利用者や事業実施者への助言等を含む）
- ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じた、地域の多様な活動につなげるための援助
- ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等）

※市町村は、事前に都道府県・郡市区医師会等や地域の医療機関等との調整の上、連携等の体制を整備

ケアプラン単位で報酬を出さないと包括は赤字？

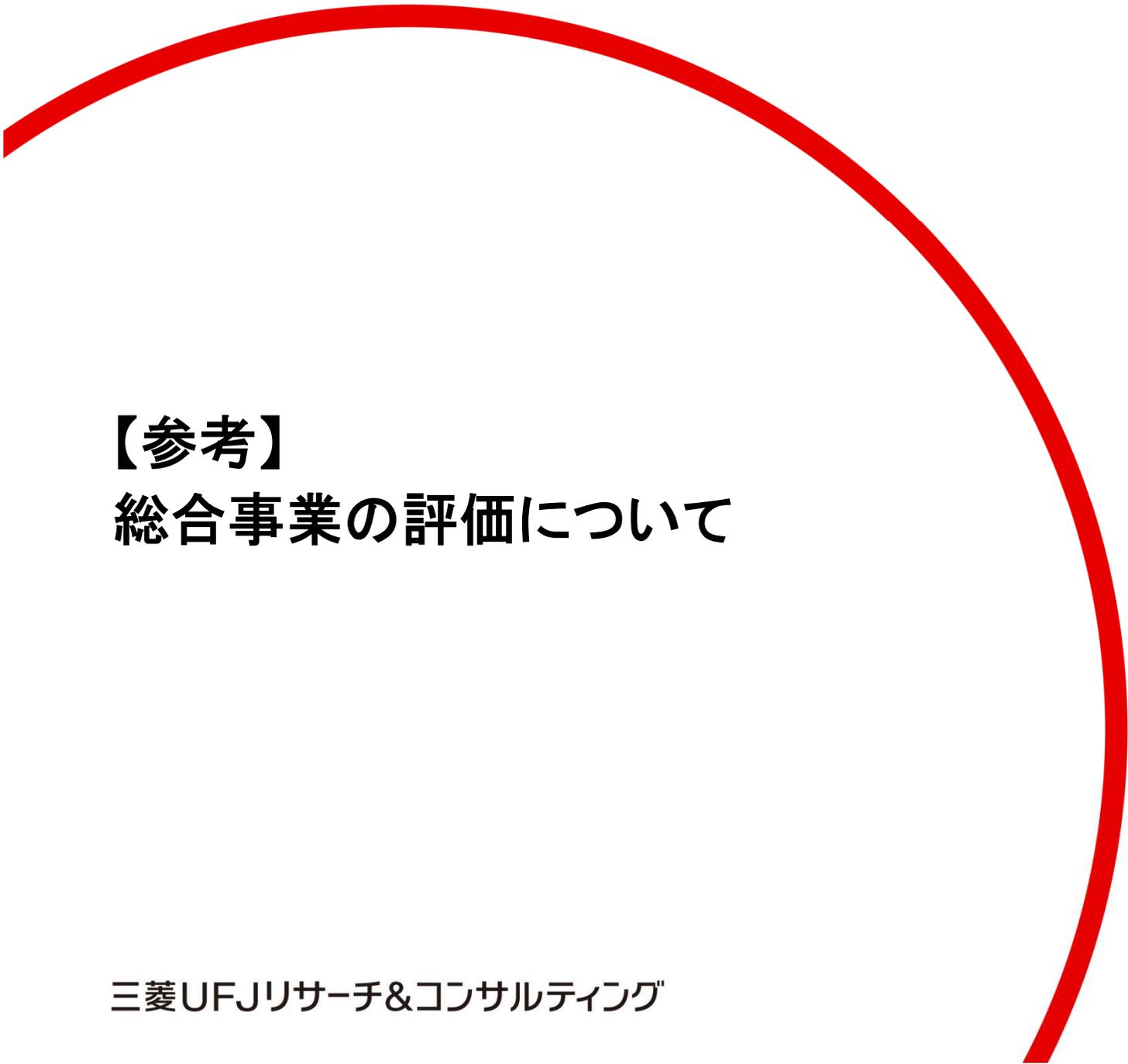
ケアプランの作成数が減少すると、包括の収入が減少する。今回の改正では、「ケアプランの作成件数単位では評価しがたい」業務について包括的に委託費を支払うことが可能とされている(下図右下の青色部分)。これまで十分に評価されてこなかった業務への評価を新たに行うことで、従来通りの委託費用を確保しつつ、ケアプラン部分の業務負担を削減することが可能。



など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする

「従前相当の世界」と「多様なサービス・活動の世界」における違い

	従前相当サービス中心(これまで)	多様なサービス・活動(これから)
高齢者の選択	「従前相当サービス」一択 本当はデイでレクリエーションをしたくない高齢者もいる。 本当は短時間でリハだけをやりたいという高齢者もいる。	高齢者の生活ニーズに対応した多様なサービス・活動
地域包括支援センターの業務	ケアプラン作成やペーパーワーク、担当者会議などに忙殺され地域や個別ケースに時間をさけない。	ケアマネジメントB/Cにより、プラン作成・担当者会議などを簡素化
業務の中心	「紙」と向き合う時間が長い = <u>ケアプラン</u> に多くの時間をとられる	「人」と向き合う時間 = <u>ケアプラン</u> よりも <u>ケアマネジメント</u>



【参考】
総合事業の評価について

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。



高齢者の選択肢の拡大に向けた総合事業の事業評価の推進

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			

- 法第115条の45の2において、市町村は、定期的に総合事業の実施状況について、調査・分析・評価を行うとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとされており、当該調査・分析・評価事務については、一般介護予防事業評価事業として実施することが可能。
- 具体的な評価のあり方については、今後、検討を深めることとしているが、国において実施要綱に示す評価の留意点について、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理で示された4つの視点を踏まえ、見直しを行う。

総合事業の評価指標の見直しに当たっては、・高齢者一人一人の介護予防・社会参加・自立した日常生活の継続の推進の状況 ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大 ・地域の産業の活性化（地域づくり） ・総合事業と介護サービスを一連のものとして地域の介護サービスを含む必要な支援を継続的かつ計画的に提供するための体制づくりの4つの観点を盛り込むことが必要であると考えられる。

評価のための前提となる考え方

高齢者の視点

- 高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか
- 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関わっているか

保険者の視点

人材の視点

- 地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関わっているか。

財政の視点

- あらかじめ決められた予算（上限額や介護保険事業計画等）の範囲内で実現できているか

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

1
高齢者の
選択肢の拡大

プロセス

- ▶ 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績

アウトプット

- 多様なサービス・活動の種類・数

アウトカム

- 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

2
ポピュレーション・
アプローチ

- ▶ 出前講座・説明会等の開催数
- ▶ 通いの場の箇所数
- ▶ 体力測定会の開催数
- ▶ 広報活動の回数

- 多様なサービス・活動の参加者数等
- 出前講座・説明会等に出席した住民の数
- 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

3
ハイリスク・
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Cなど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

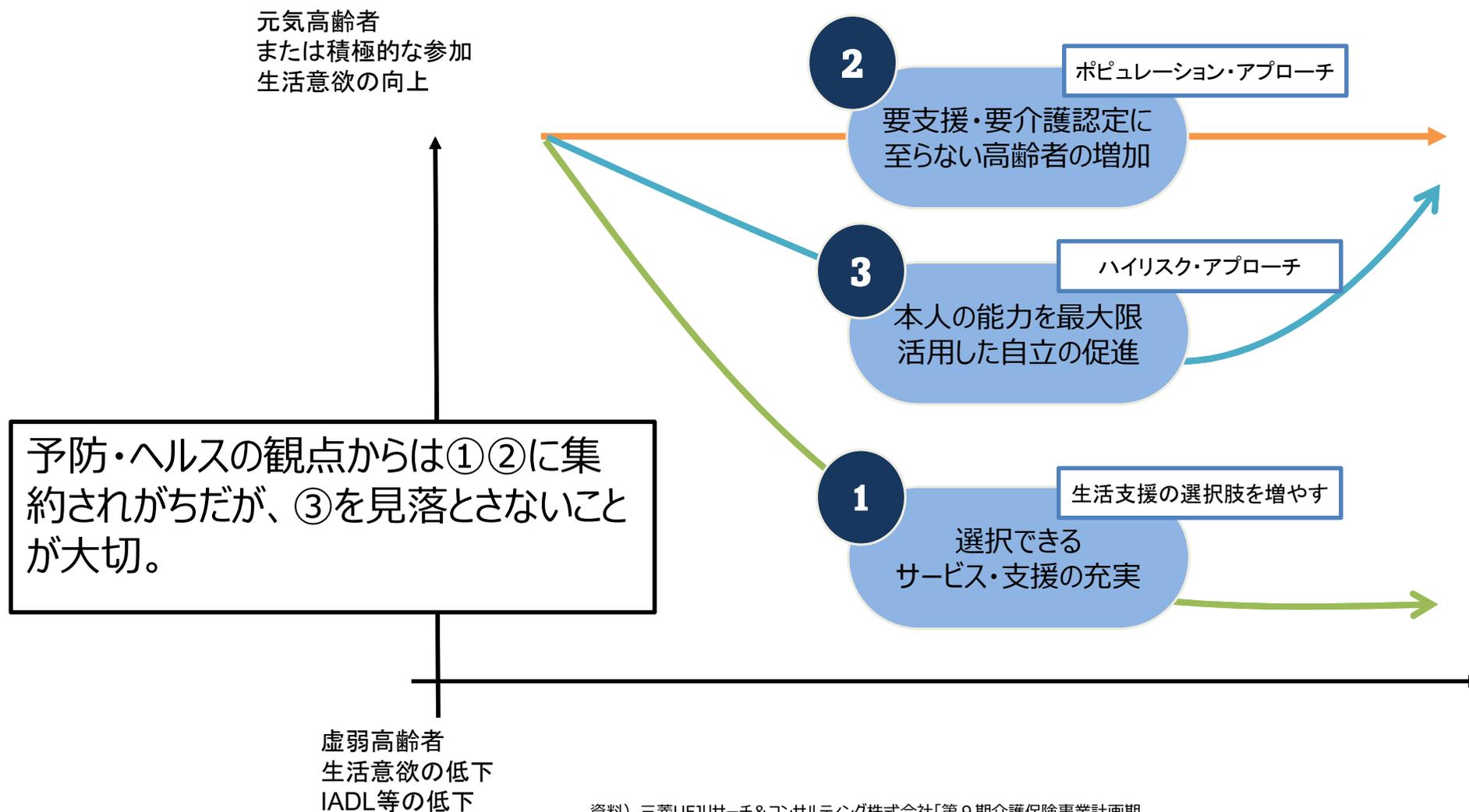
- 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数
- 想定対象者に占める実際の参加者数
- 参加者の参加前後の生活状況等の変化

- 孤独・孤立等の状態にあった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

最終アウトカム

- 調整済み軽度認定率
- 初回認定者の平均年齢
- 在宅継続数・率

自由なだけに「マネジメント」能力が高度に求められる

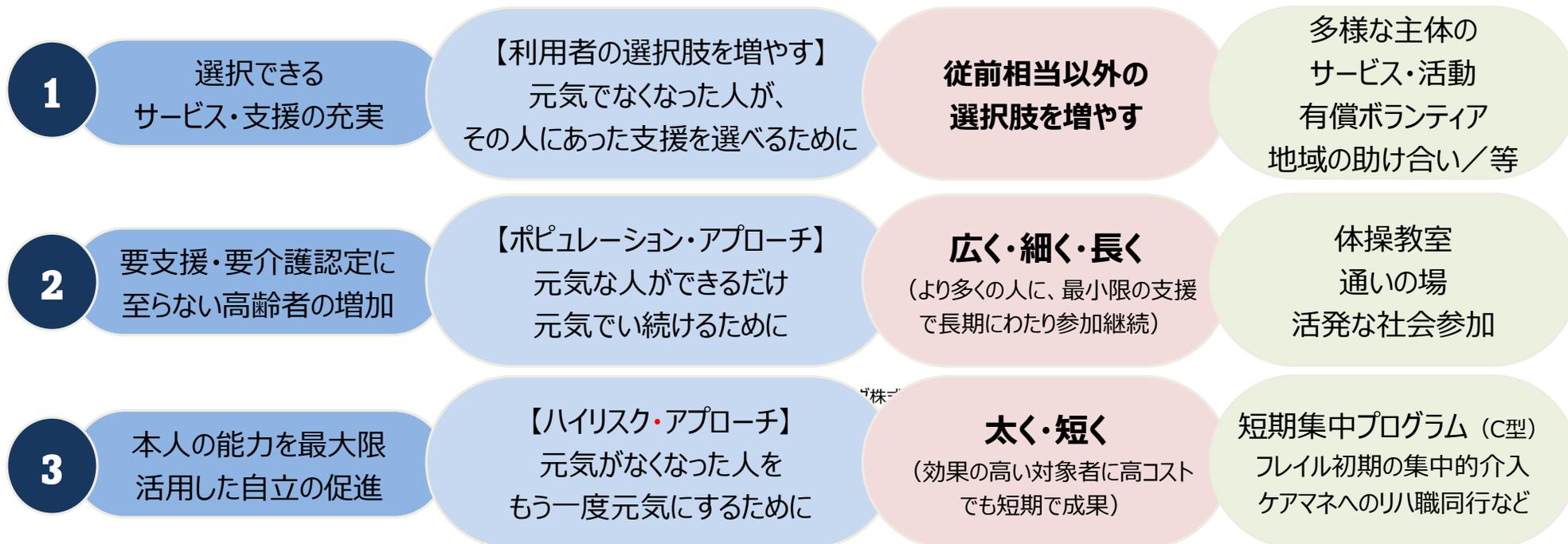


資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「第9期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」(令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

総合事業の3つのアプローチと考え方

＜基本の考え方＞

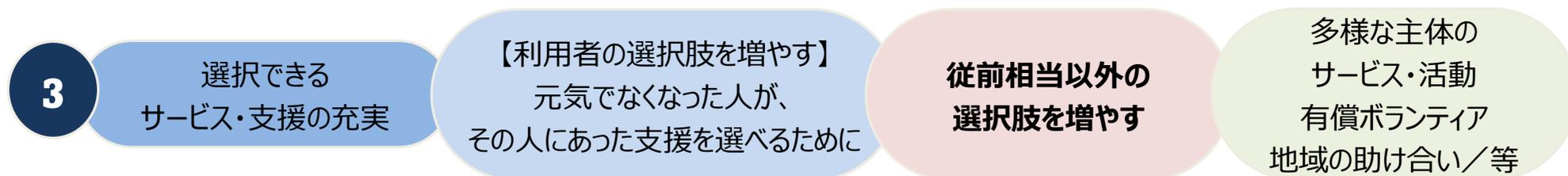
＜取組例＞



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「第9期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」(令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)を一部改変

生活支援の選択肢を増やす

資料) 上部チャート: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「第9期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」(令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) 下段記載: 岩名礼介講演資料より



チェックポイント

- 従前以外のサービスを検討する前に、現状の従前の利用ニーズを把握できているか？（何人くらいが利用していてどういう支援を受けているのか？、そもそも利用ニーズはなんだったのか？）
- デイサービスや生活支援の従前相当は、「総合的なサービス」であることを意識。総合的な支援を必要としている要支援者は少数派では？
- この実態に応じて、従前相当以外のサービスの可能性を模索。
- 従前以外の選択肢は一つではない。多様な選択を考える。

評価の視点

- 要支援者・事業対象者における従前相当サービスを含むケアプランの数（が減少してくことを目指す）
- 「多様化⇨従前相当以外の選択が増える」と考え、従前相当サービスのみ依存するモデルからの脱却が評価の視点としては重要。

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)

ポピュレーションアプローチ

資料) 上部チャート: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「第9期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」(令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) 下段記載: 岩名礼介講演資料より

1

要支援・要介護認定に
至らない高齢者の増加

【ポピュレーション・アプローチ】
元気な人ができるだけ
元気でい続けるために

広く・細く・長く
(より多くの人に、最小限の支援
で長期にわたり参加継続)

体操教室
通いの場
活発な社会参加

チェックポイント

- 行政・専門職の関わりが大きくなりすぎていないか？また、住民の主体性が尊重された取組になっているか（気が付いたら「行政主導型住民主体」「講師派遣型スクール」になっていないか）
- 通いの場については、継続参加者一人当たりの月額コストの算出を確認しているか？（コストに見合った成果が得られているのか）社会参加率の向上が目的であり、これらの場を通して個別にフレイルリスクのある参加者の状態改善を目指すものではない。
- 体操教室を増やすことがポピュレーションアプローチのすべてになっていないか？
- 「広く・細く・長く」になっているか？（広範囲・低コスト・低負担で支援できているか？／継続参加が実現しているか）

評価の視点

- 参加する場所はどこでもよいが、積極的な社会参加につながっているか（社会参加率のモニタリングができているか）※日常生活圏域ニーズ調査「問5」の活用
- 75歳以上における5歳年齢区分ごとの参加率（予防効果の観点からは後期高齢者の参加率への注目がポイント）

ハイリスクアプローチ

資料) 上部チャート：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「第9期介護保険事業計画期間における介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する調査研究事業報告書」(令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) 下段記載：岩名礼介講演資料より

2

本人の能力を最大限
活用した自立の促進

【ハイリスク・アプローチ】
元気がなくなった人を
もう一度元気にするために

太く・短く
(効果の高い対象者に高コスト
でも短期で成果)

短期集中プログラム (C型)
フレイル初期の集中的介入
ケアマネへのリハ職同行など

チェックポイント

- 「太く短く」が原則。プログラムには従前以上のコストがかかっている場合もあるが、成果がでているか（普通の生活に戻れているか？）
- 長期の利用になったり、「通い続けたい場」になってしまっていないか？
- 単なる筋トレの場になっていないか？（本人の自立意識や動機付けを主体としたカウンセリングプログラムとなっているか）

評価の視点

- プログラム参加者を把握しやすいことから、終了前後の状態の変化を把握しやすい。
- プログラム終了から半年／1年後の状態の評価（ただし、ここでいう状態は、単なる身体機能の評価ではなく、生活意欲や普通の生活の継続の観点から評価されるべき）

世界が進むチカラになる。



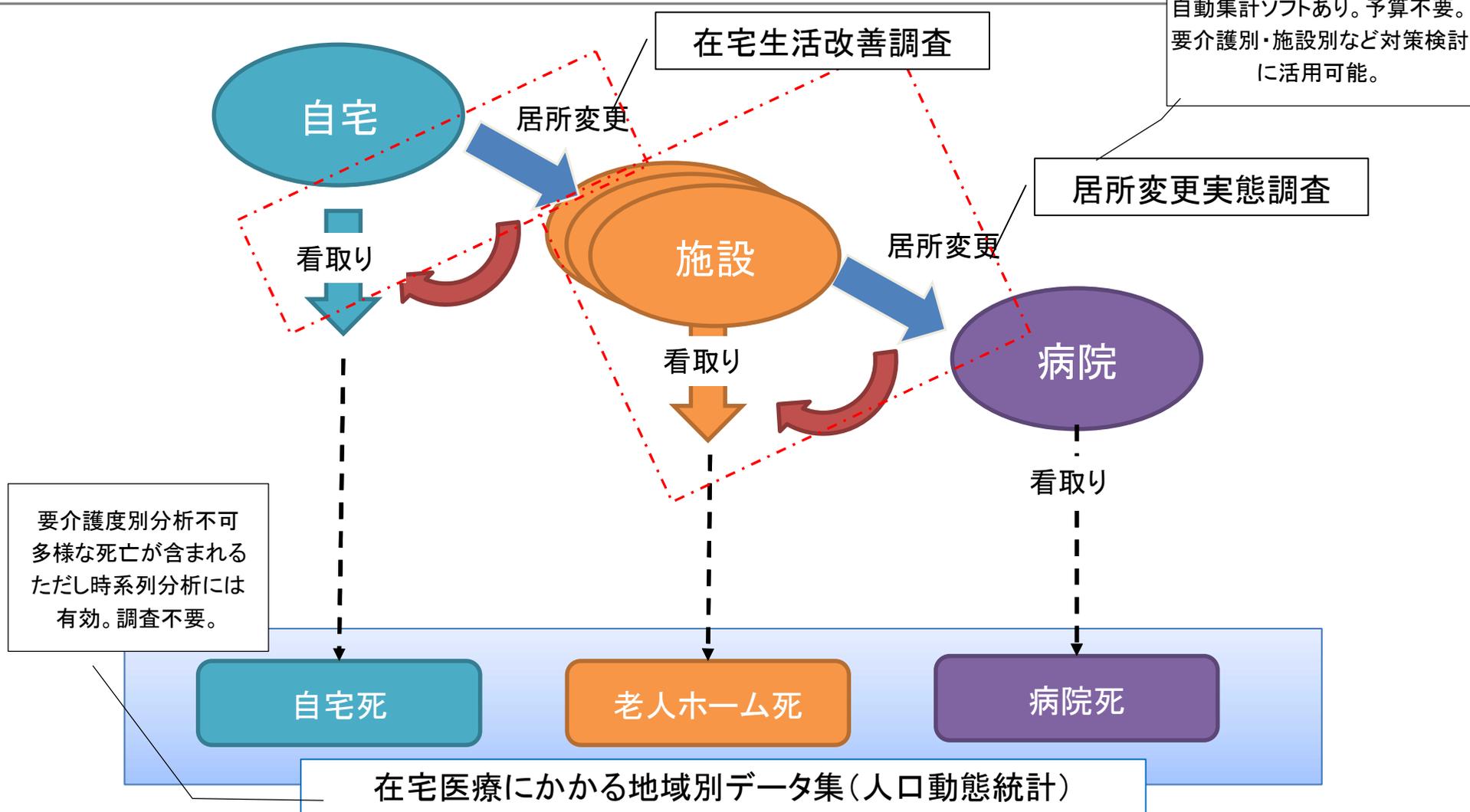
【近畿厚生局】 令和7年度近畿ブロック地域包括ケア推進セミナー
＜講義3＞

新しい地域医療構想から見えてきた 在宅医療介護連携のテーマ

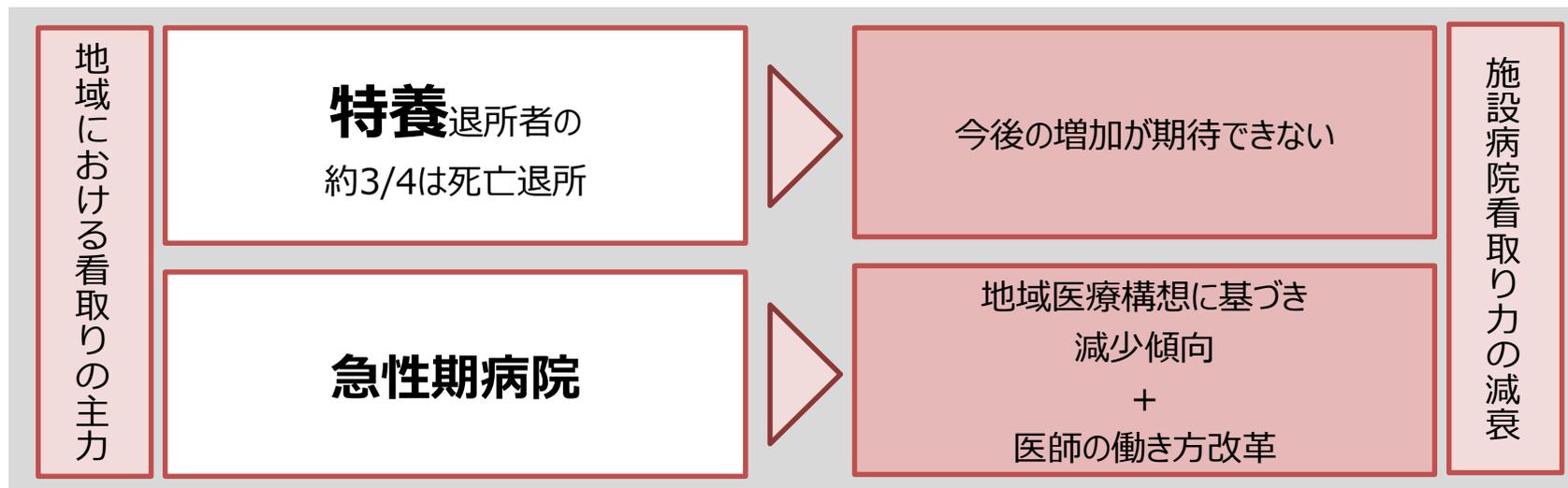
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
主席研究員 岩名 礼介

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

「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



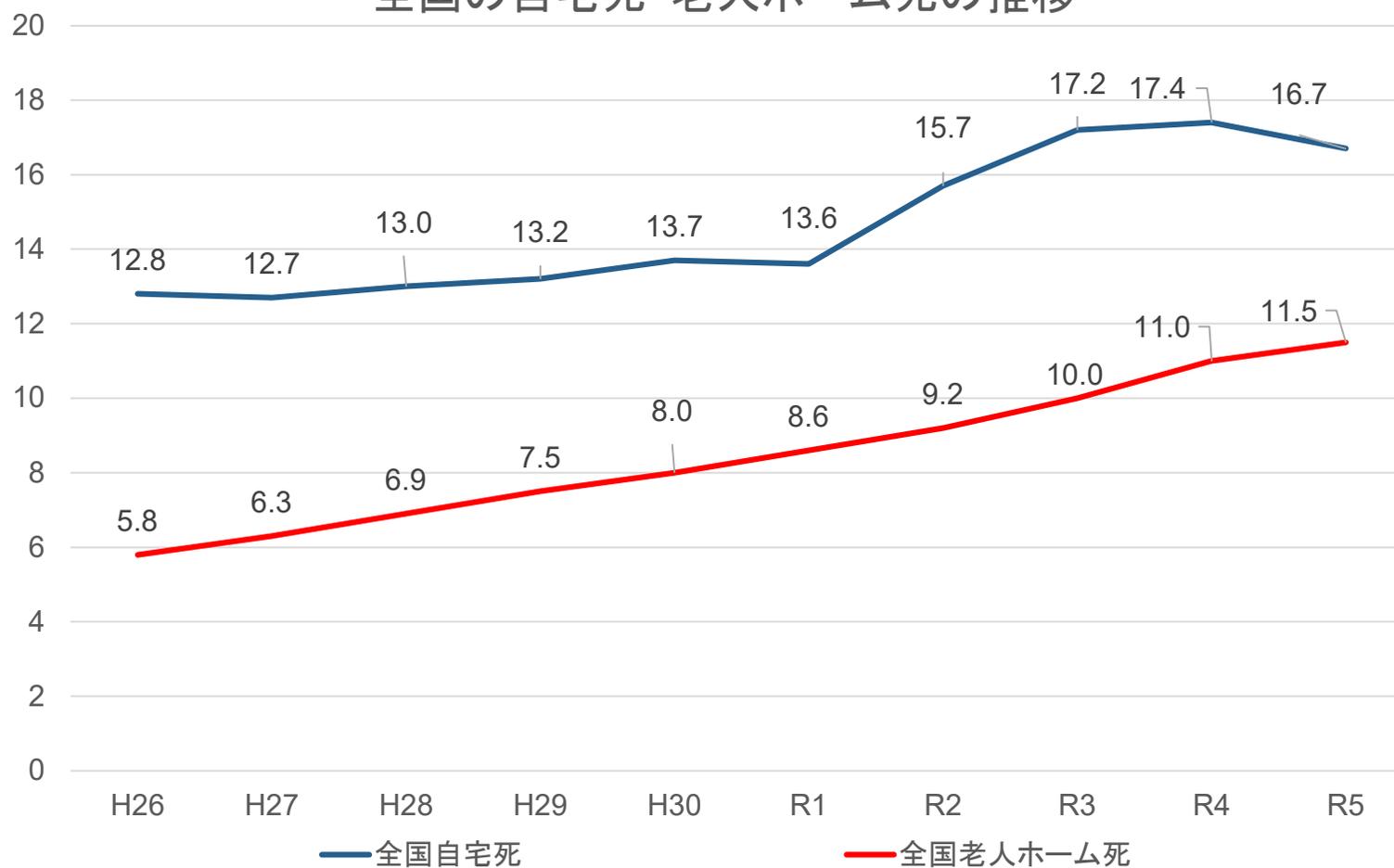
いまの住まいで医療・看護の対応力を高める必要性

GH・特定・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「医療が必要になったら病院へ」という仕組みは限界に。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

全国の自宅死・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

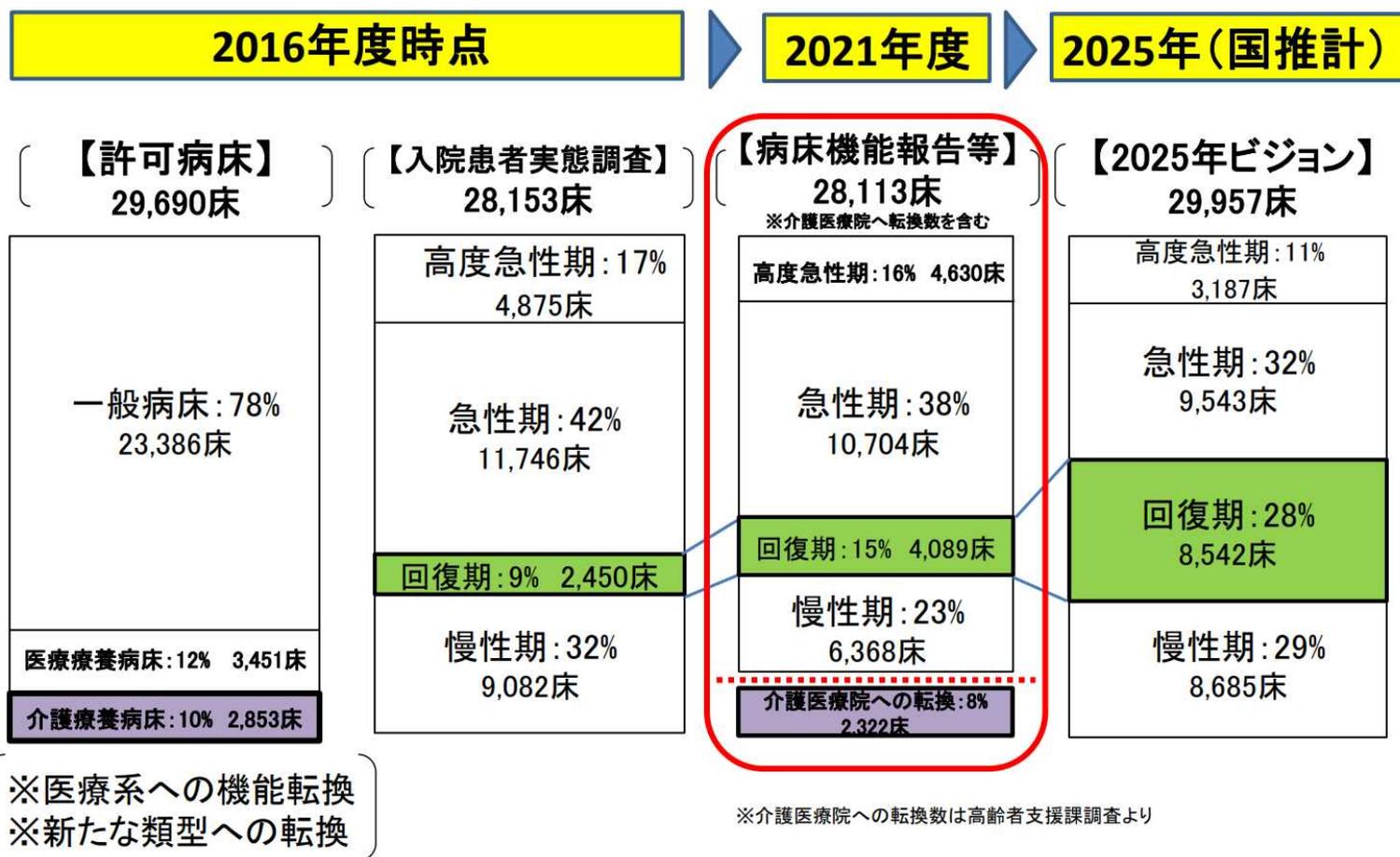
「老人ホーム」：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム

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

例示：京都府地域包括ケア構想（地域医療構想）

京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）について②

【京都府地域包括ケア構想（必要病床数の国推計）】



15

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	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
【医師の長時間労働】	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・外來機能の明確化)
	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)				

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道カテーテル留置、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

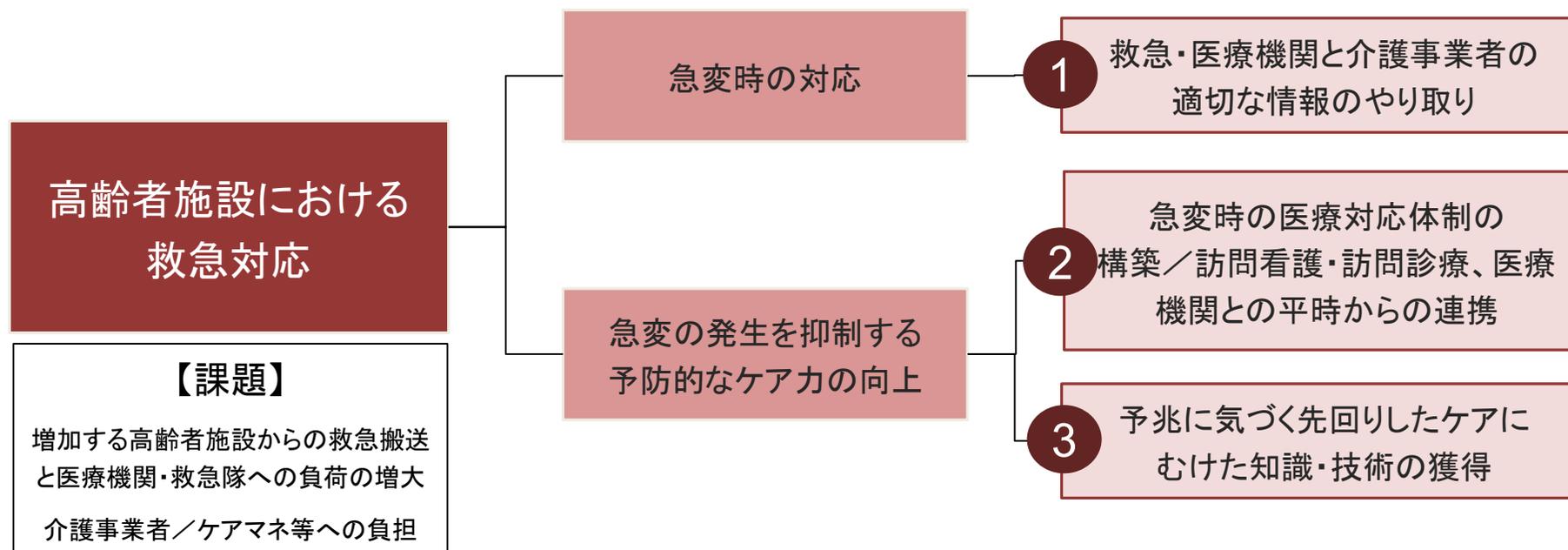
日常の療養支援／急変時の対応

○ 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における「マイクロ・マクロ」の例

テーマ	マイクロ情報の例	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