

世界が進むチカラになる。



主催：近畿厚生局
令和8年度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

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

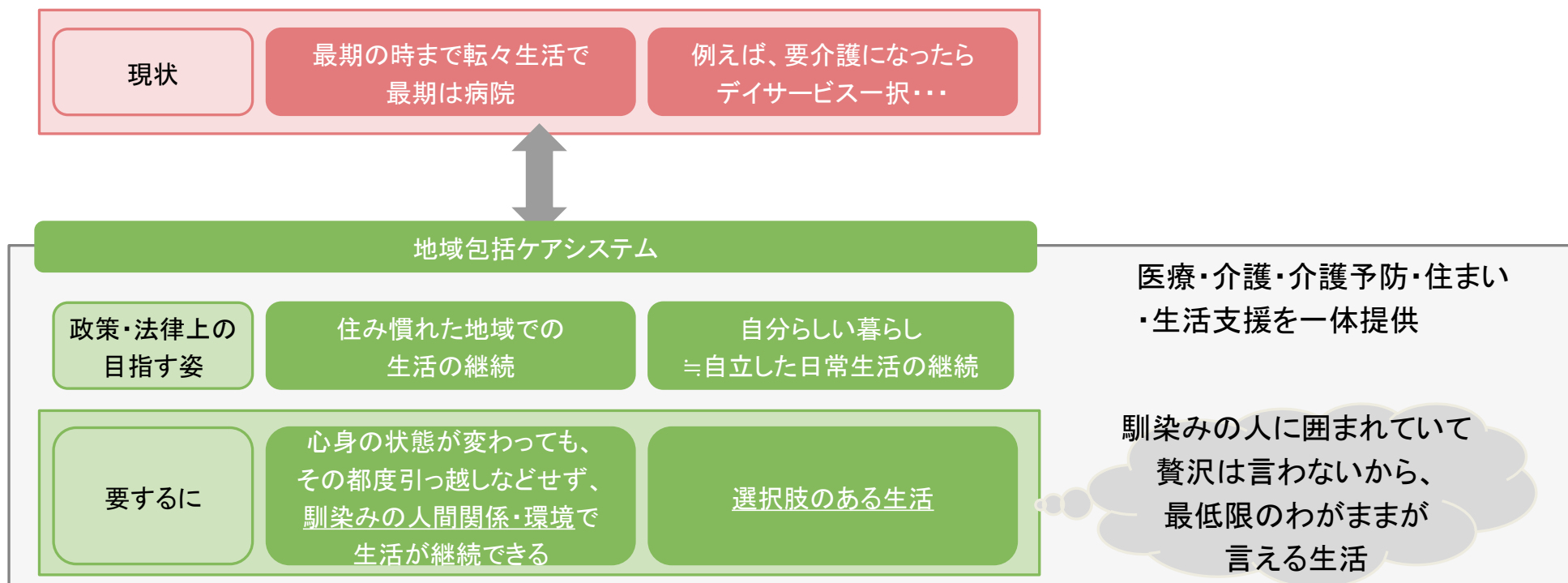
世界が進むチカラになる。



「地域包括ケアシステム」の定義

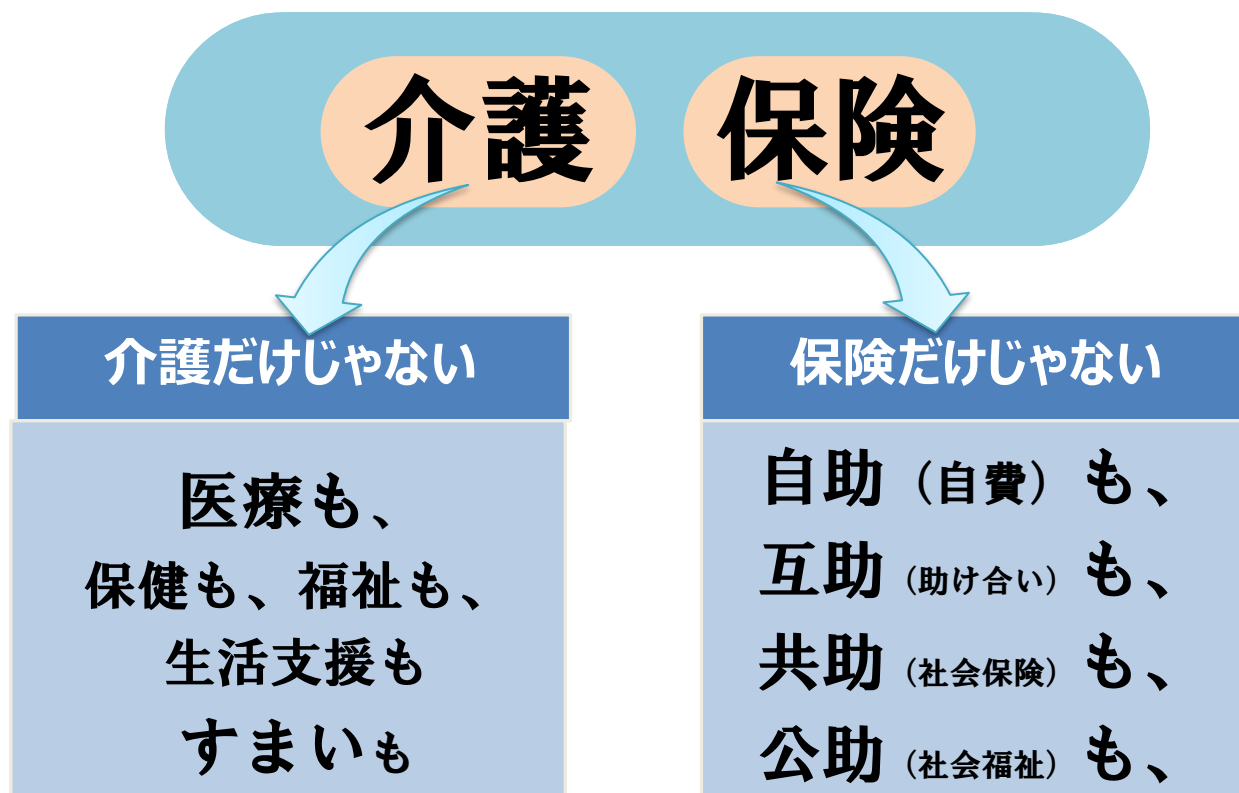
「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム（厚生労働省地域包括ケアシステムHP）

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？

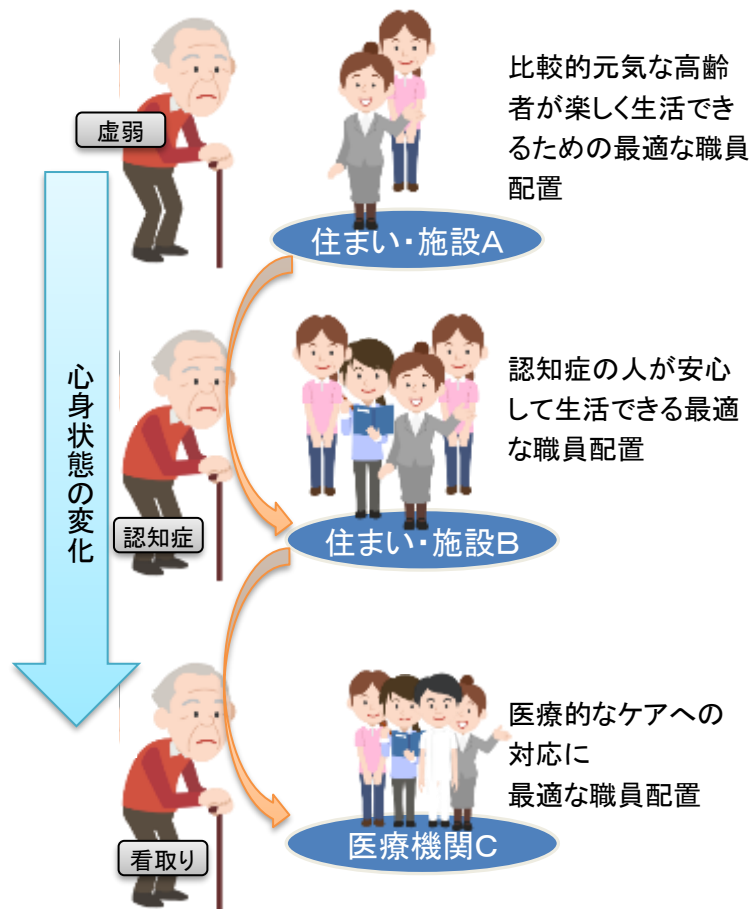
- 介護保険制度は、地域包括ケアシステムの1パーツに過ぎない。また支援対象分野は、介護だけではなく医療も生活支援も、適切な住まいも求められる。特に専門職領域については、多くが社会保険制度を通じて提供されており、それ以外については、介護保険外の市場サービスにおいて提供されている。
- 高齢者の生活を支えるには多様な支援やサービスを一体的・包括的に提供する必要がある。つまり、介護保険に限定せず、医療保険（共助）も、自費の民間サービス（自助）も、地域の助け合い（互助）も、税財源の福祉サービス（公助）もあらゆる社会資源を組み合わせる必要がある。……というか、健康な時の生活はそうして営まれているので要介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



地域包括ケアシステムは「人にケアを合わせる仕組み」

人がケアに合わせる仕組み

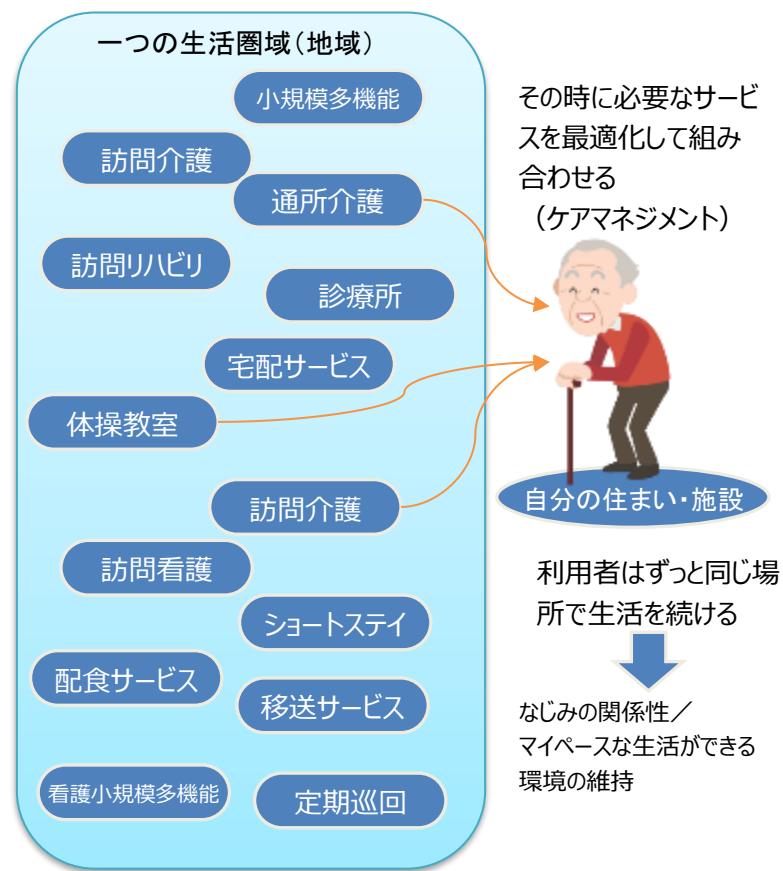
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

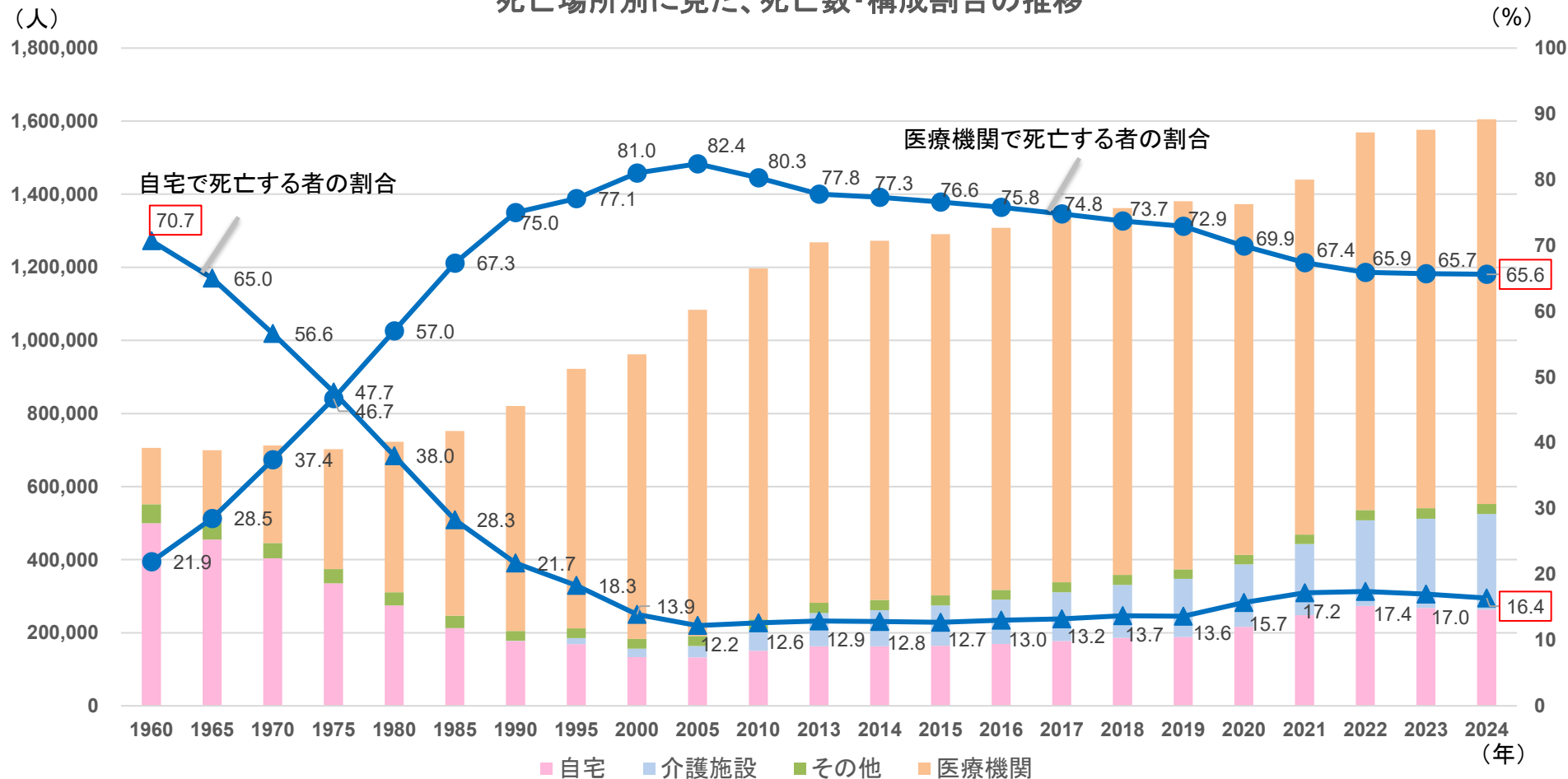
地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「最期は病院」が現代の日本のスタンダード

死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



資料: 人口動態統計 (2024年)

- (注) 1. 「介護施設」は、「介護医療院・介護老人保健施設」と「老人ホーム」を合計したもの。
 2. 「医療機関」は、「病院」と「診療所」を合計したもの。
 3. 1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

「人にケアを合わせる」ことで「転々生活」から脱却できる

地域密着型3サービス（定期巡回・小多機・看多機）は、この専門職間の連携機能の一部が「プレインストール（あらかじめ組み込まれている）」されているサービス。

専門職間の**連携推進**

（在宅医療・介護連携推進事業）

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

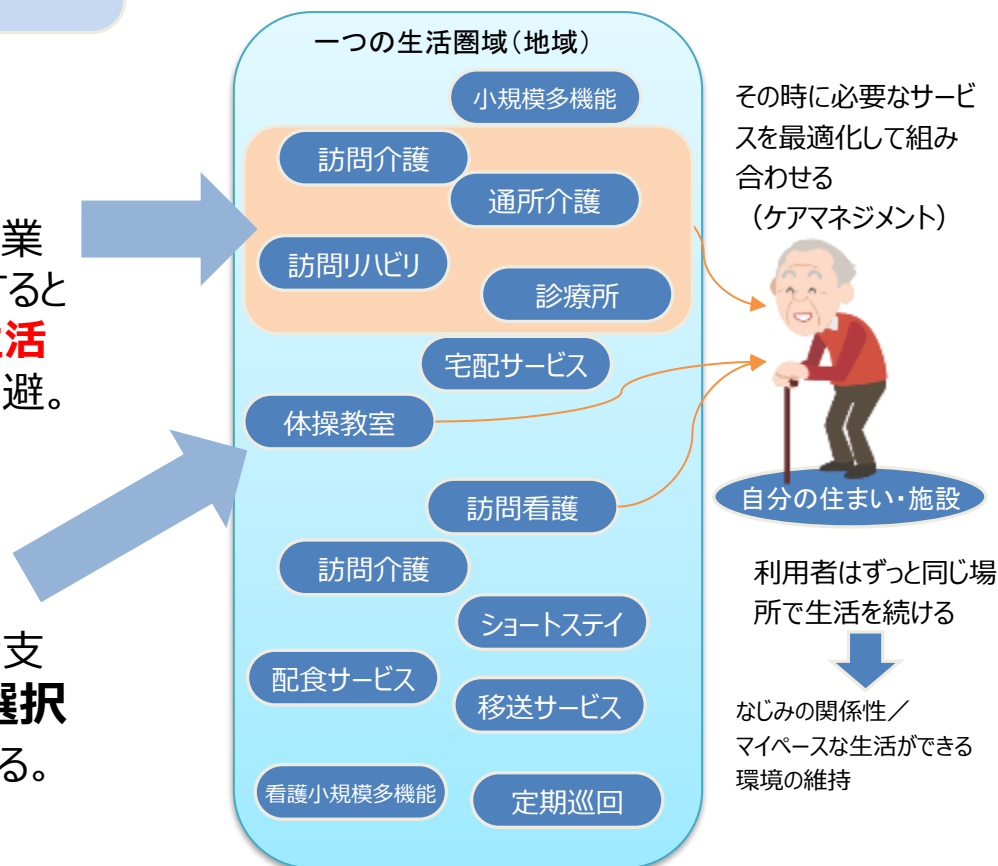
多様な**選択**を提供

（生活支援体制整備事業）

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

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

【参考】「地域包括ケアシステム」は「スマホ」にも似ている。

スマホ

アプリの提供事業者は、みんな違う

操作性や情報の形式は共通

アプリ間の情報連携が容易

アプリは、同じ設計思想に基づいて設計されている

利用者からみると提供者の違いがほとんど感じられない

UX（利用者の体験）が重視された設計

大手が開発する基幹アプリと、個人が開発する「かゆいところに手が届く」アプリがある。

有料アプリもあれば、
無料アプリもある



地域包括ケアシステム

サービス提供事業者は、みんな違う

使い勝手や情報の形式は共通

事業者間の情報連携が容易

ケアのあり方は、同じ考え方に
基づいている（地域ケア会議など）

利用者からみると
一体的なケアチームに見える

利用者の生活の継続という実感が
重視された設計

介護サービス事業者が提供する標準的なサービスと、民間が提供する「かゆいところに手が届く」サービスがある。

有料サービスもあれば
互助やボランティアもある

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「**まとまる**」取組

葉っぱ：多職種連携

土：地域づくり

関係者が「**まじわる**」取組



資格や専門的な知識をもった専門職

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

日常生活／地域生活

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

地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

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



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

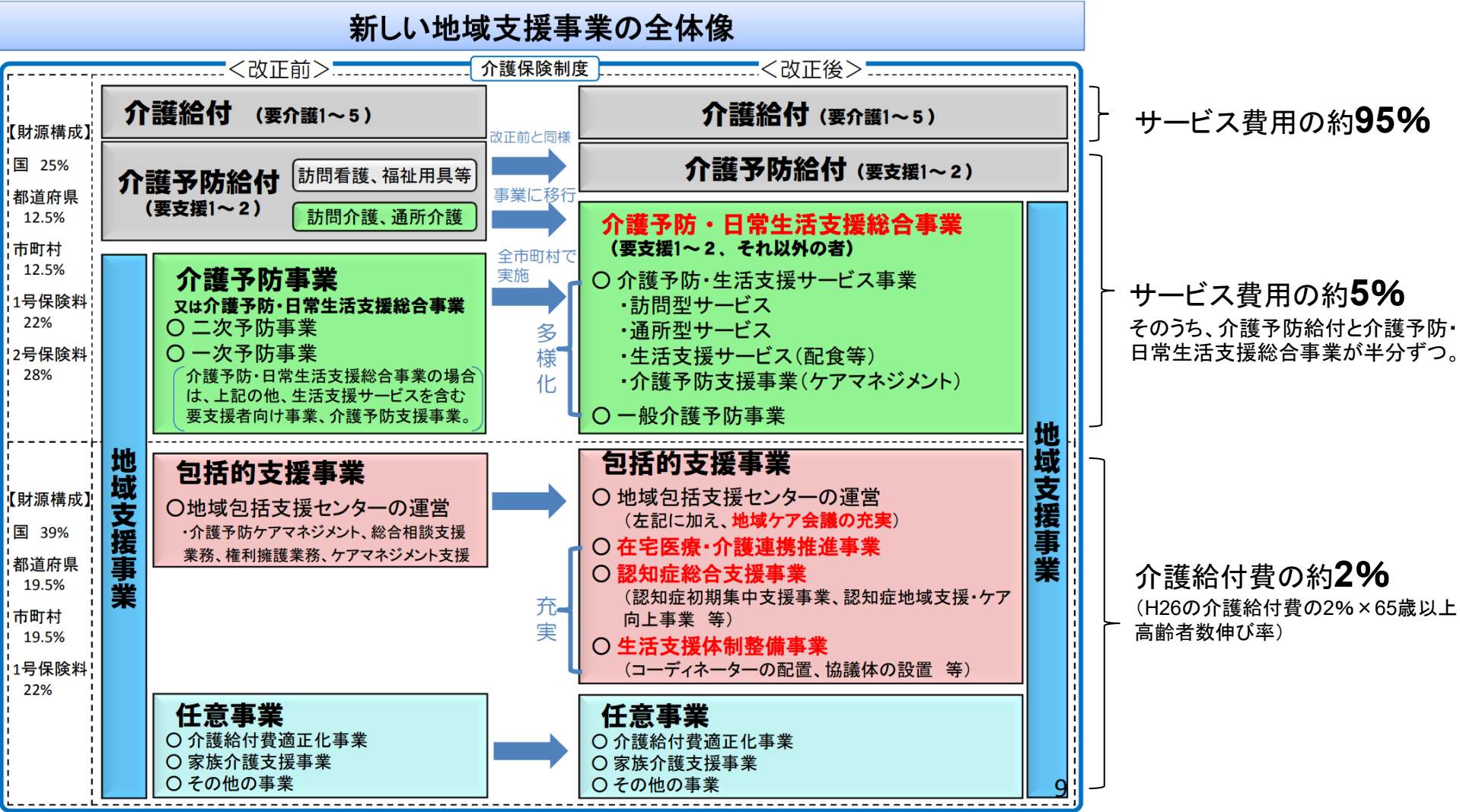
地域包括ケアシステムの構築を 進めるための地域支援事業

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

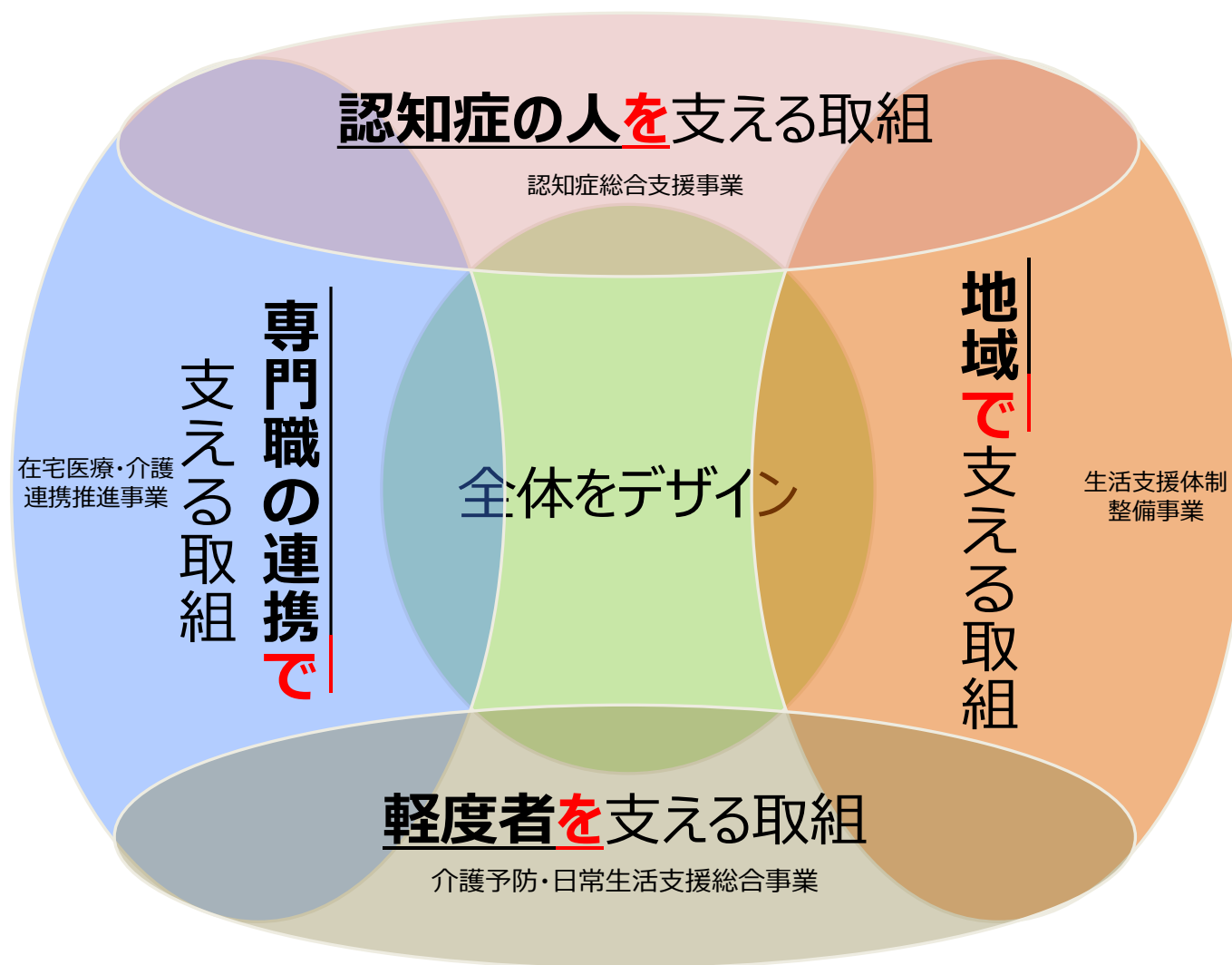
【量的】サービスの提供・確保

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。

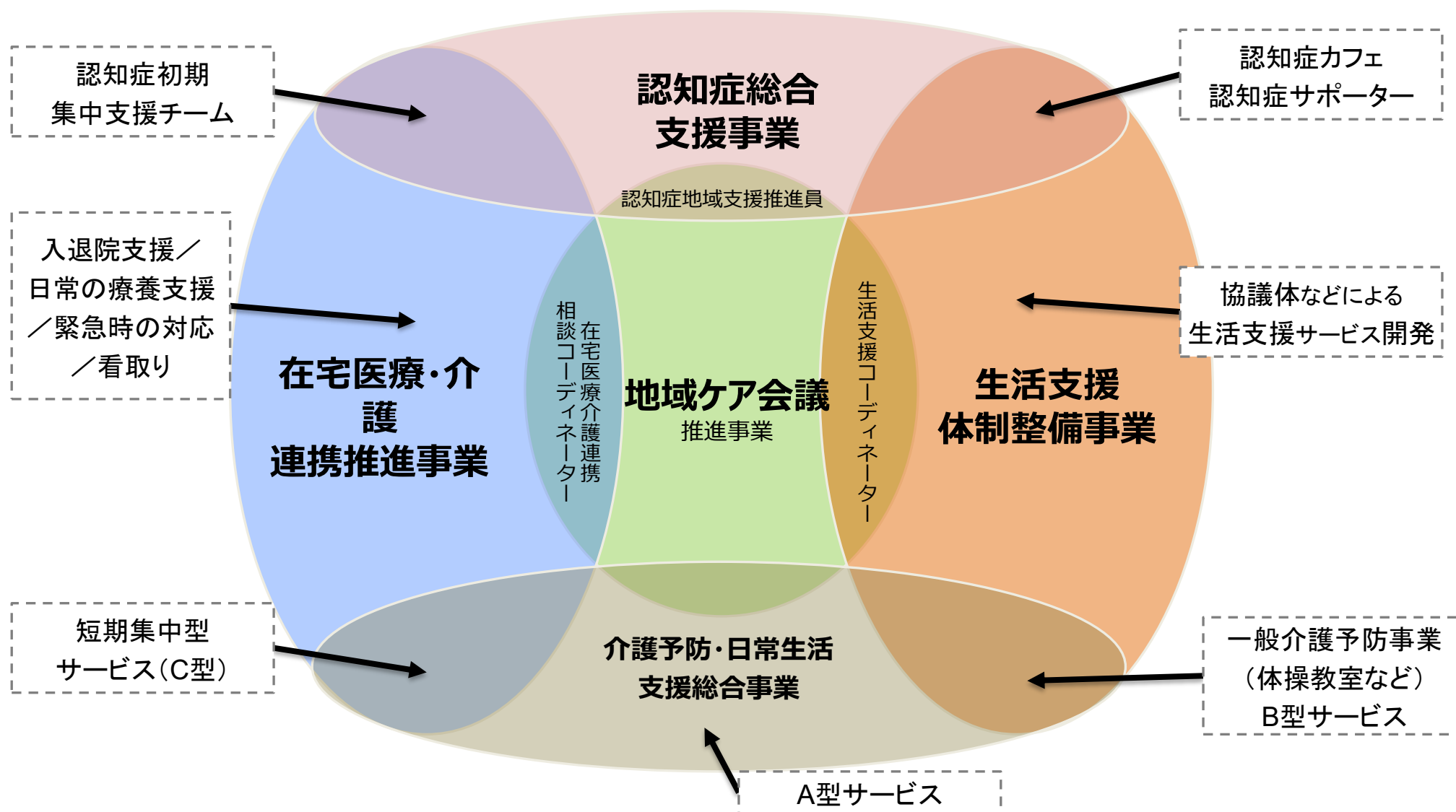
【質的】地域資源間の連携・協働

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＞

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。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、事業者数が伸び悩んでいる地域も。しかし、包括報酬型サービスの市場規模は過去10年で2.5倍近くに拡大しており、引き続き地域包括ケアシステムを支える中核的なサービスである。

広域型サービスは、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）

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

従量制

- 「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護多機能も。
- 訪問介護と看護を組み合わせ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。近年は、サービスの外付け化によって、その時々々の心身状態にあわせたサービスを外部から提供する形態に転換しつつある。こうした「住まい」と「ケア」の分離は、地域包括ケアシステムの本来の姿であるが、必ずしも看取りまでケアできていない実態もある。

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）

定食型

- 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。

高齢者住まい:外付け型

（介護保険後に創設）

ビュッフェ型

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。

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は、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。

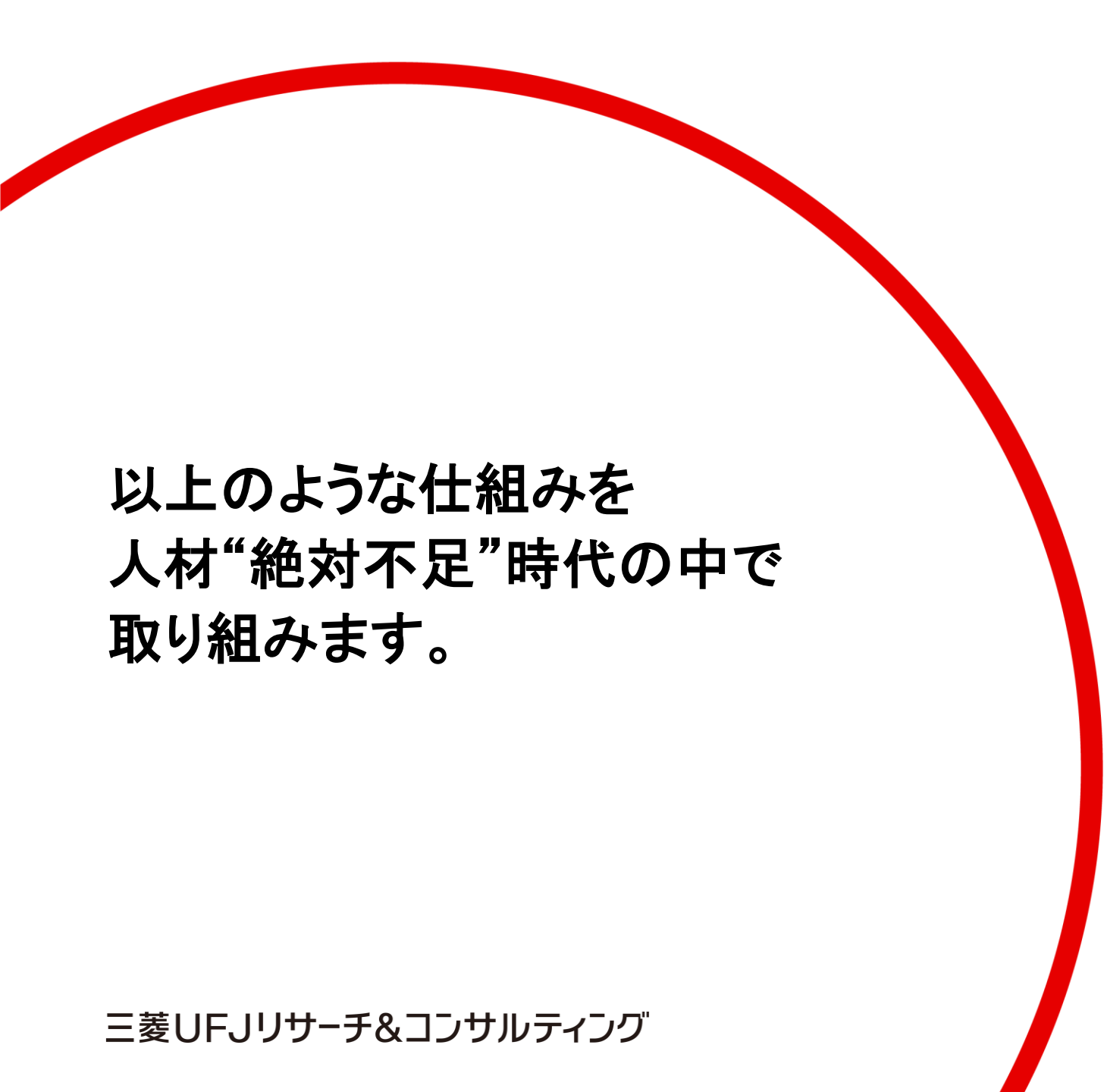
公募における条件付与の他、事業者選定における審査の配点によって事業所からの提案を引き出す。

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。

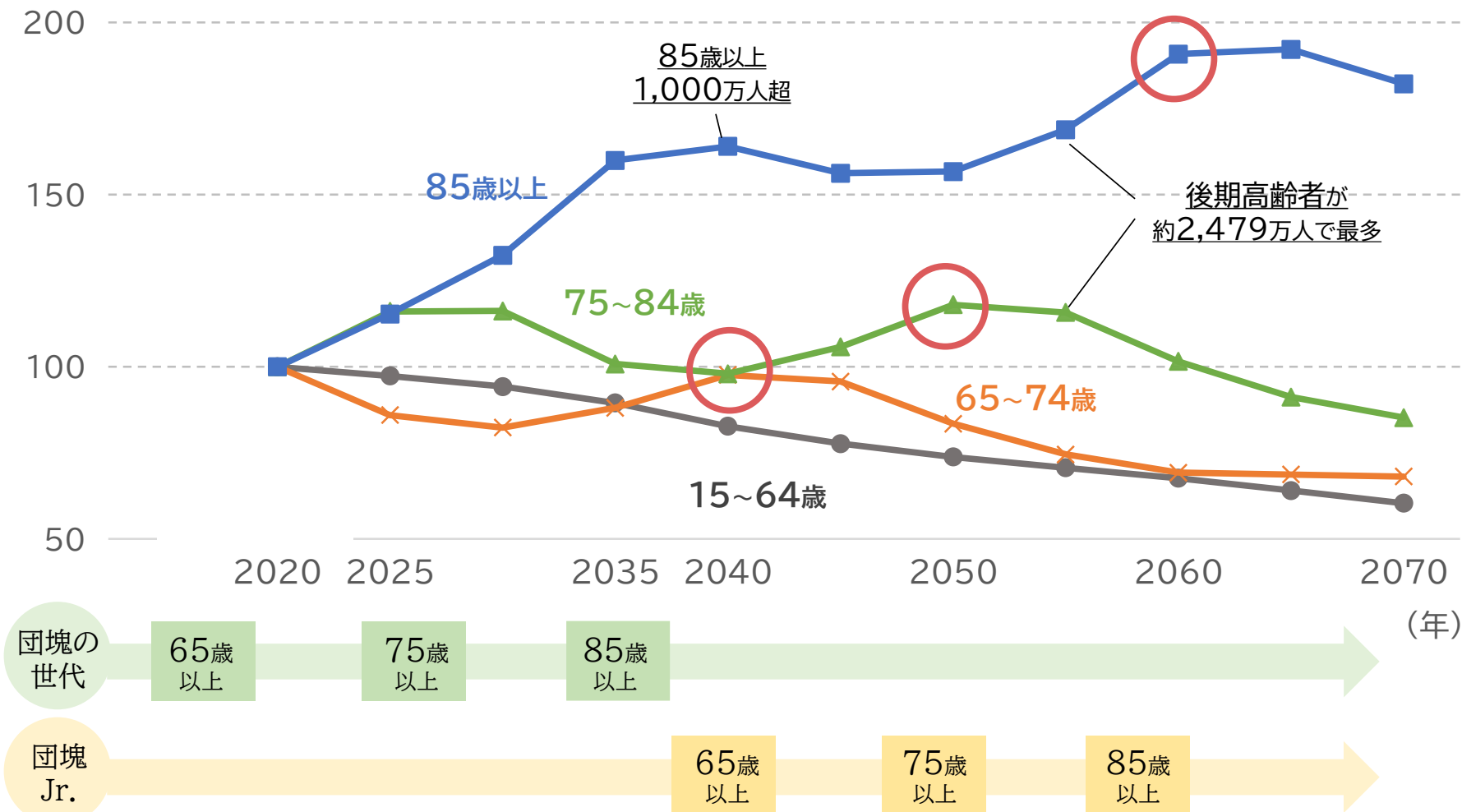
事業所として どのように地域づくりに関わるのか

- 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。



以上のような仕組みを
人材“絶対不足”時代の中で
取り組みます。

後期高齢者に着眼しても需要は見えてこない：ここからが本番



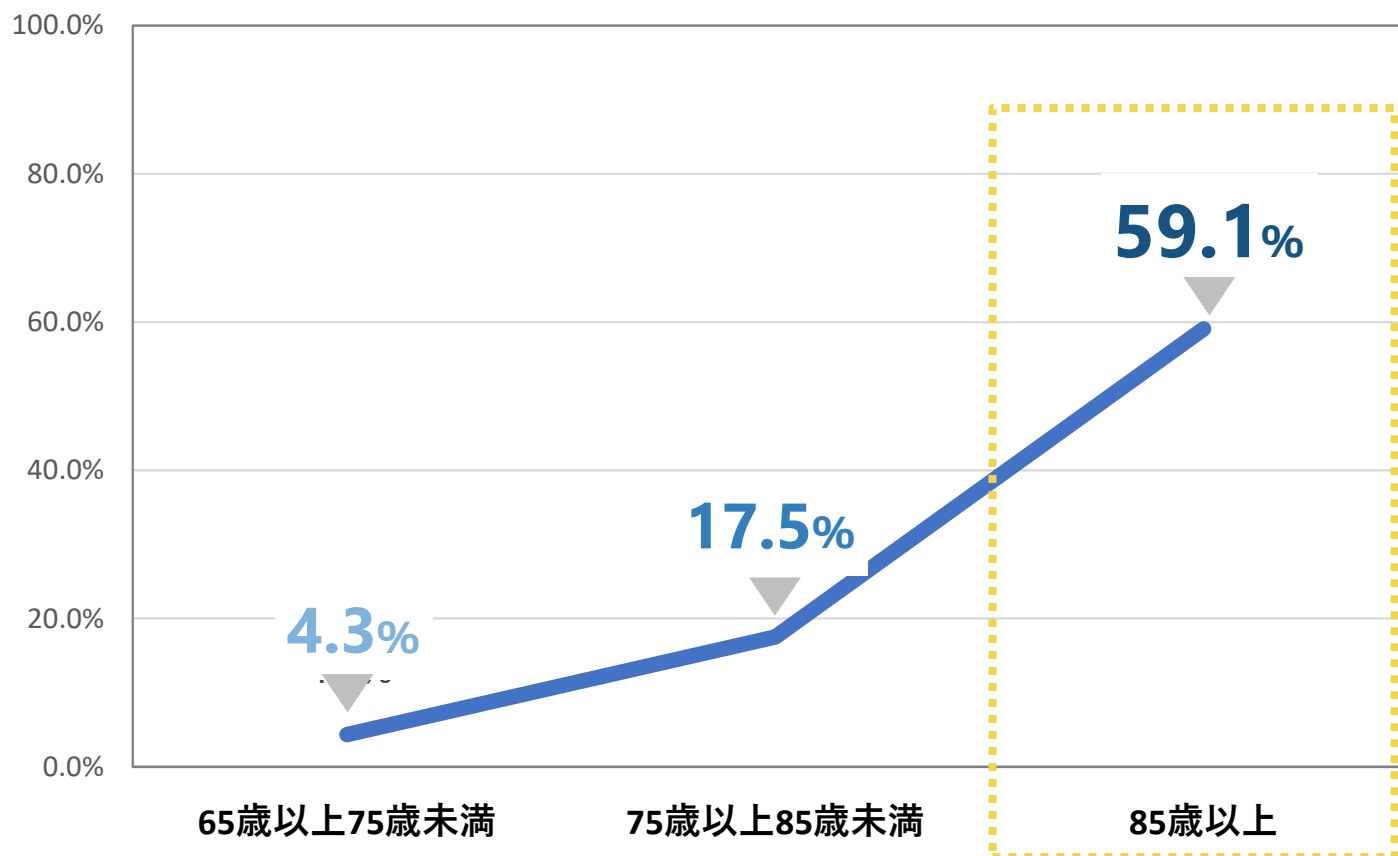
(出典)「日本の将来推計人口(令和5年推計)(出生中位(死亡中位)推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

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」15ページ

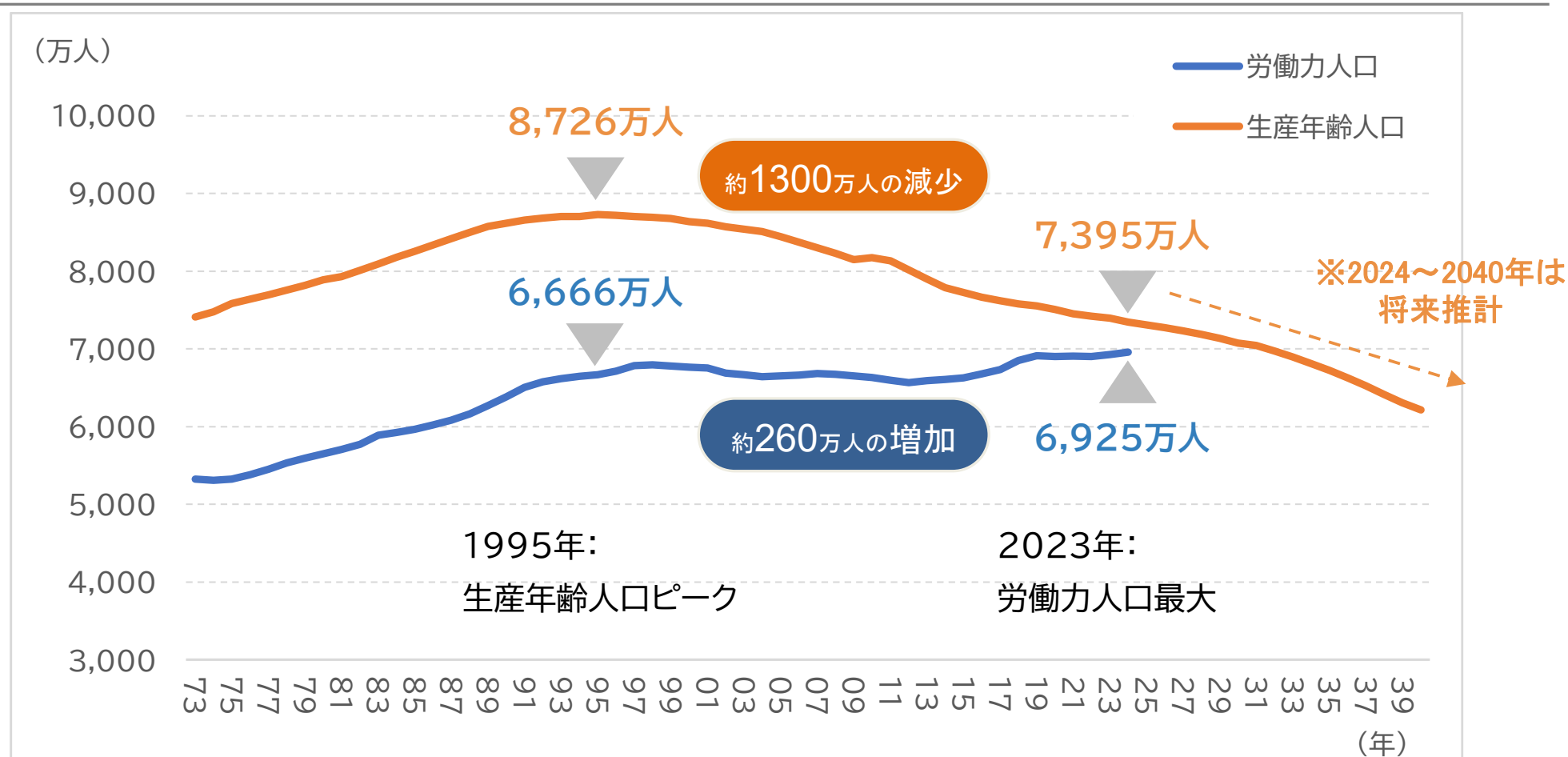
※参考 年齢別の要介護認定率

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

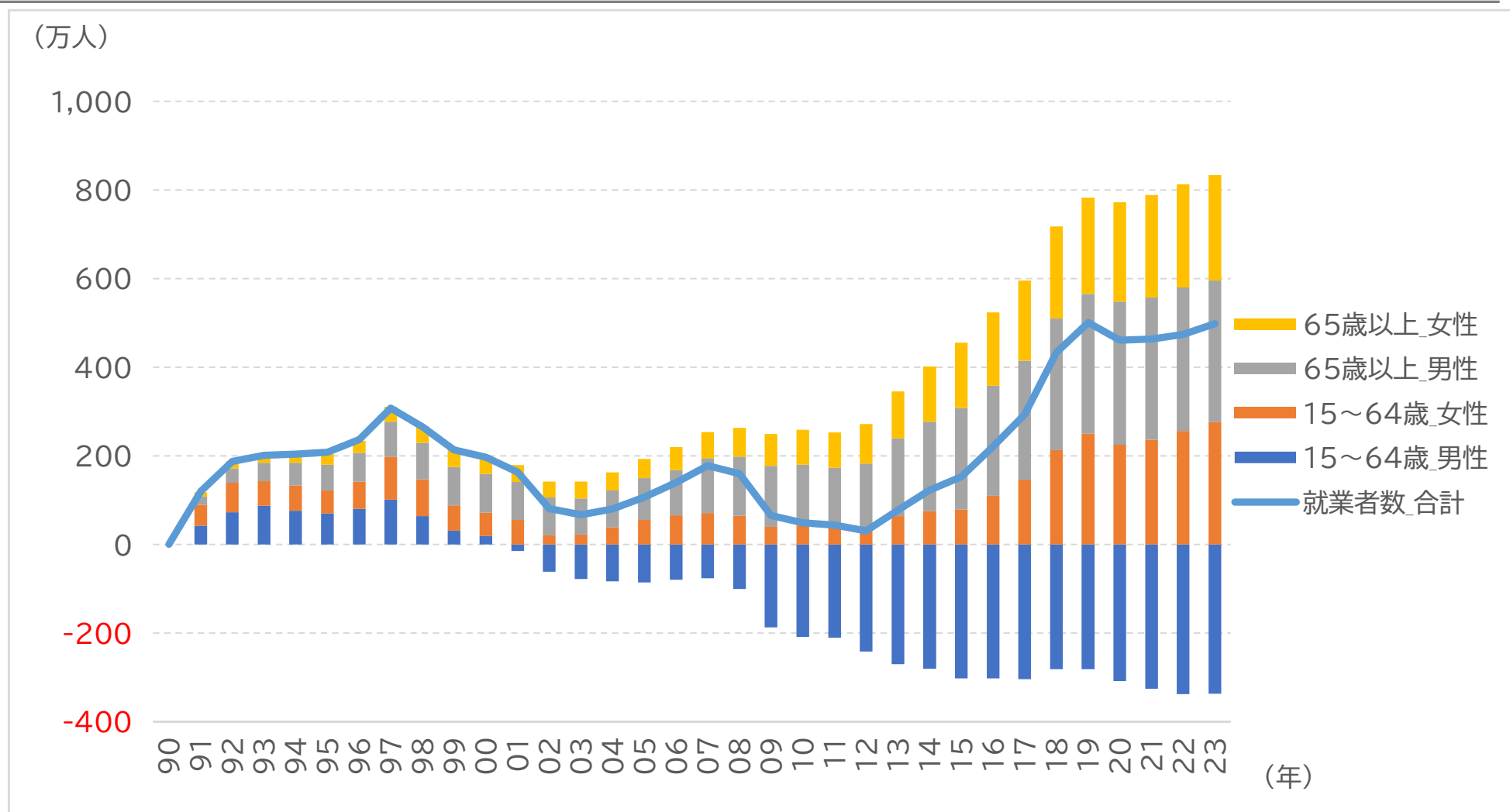
実は「生産年齢人口」は30年も前から減少し続けている



(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

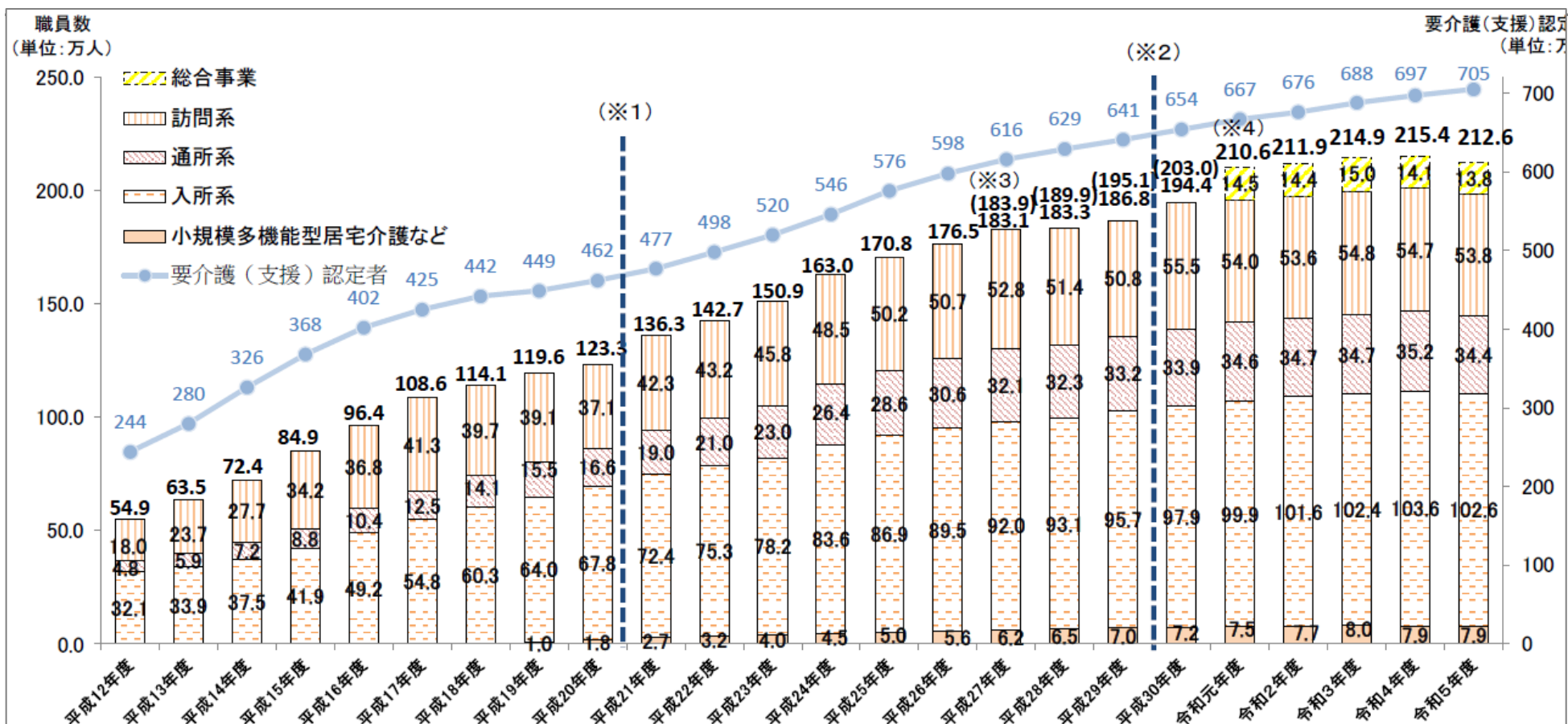
令和6年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」7ページ

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

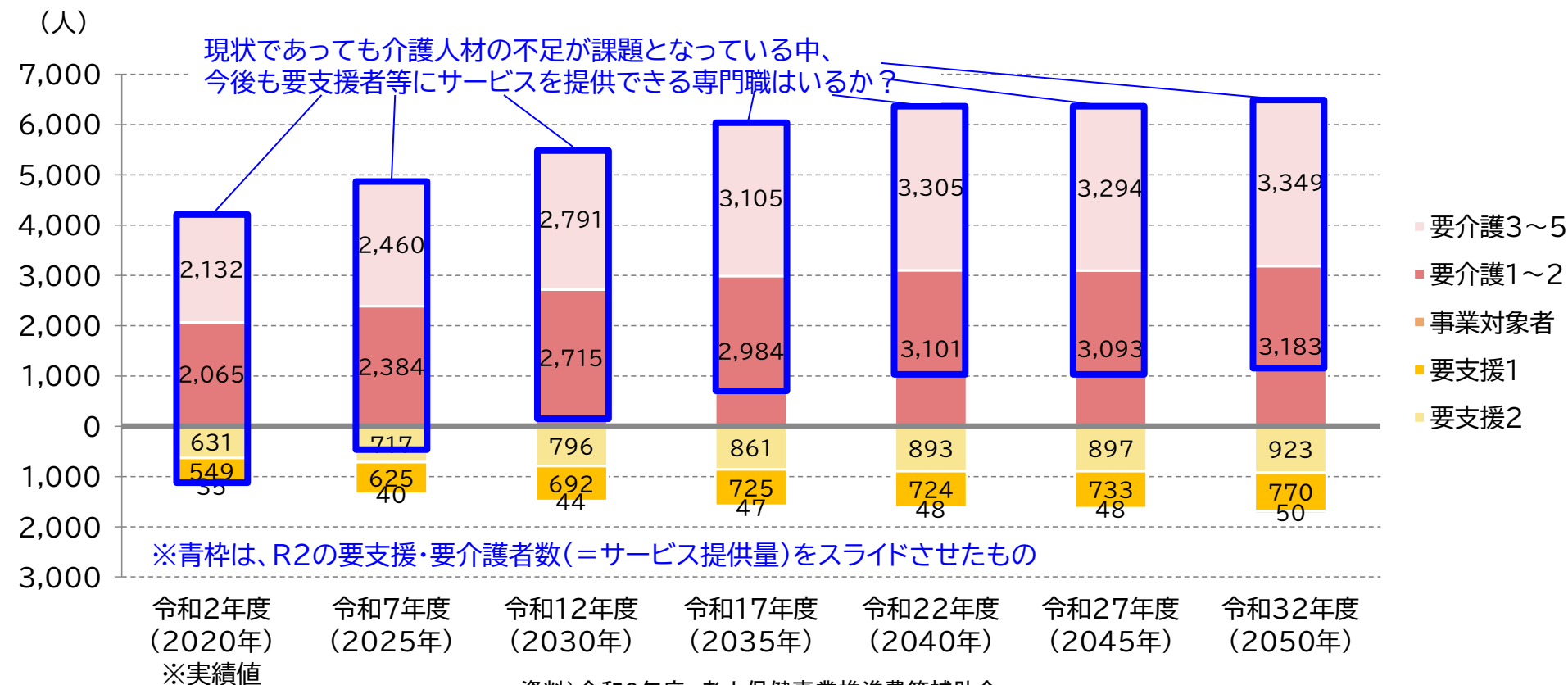
	2012年	変化	2022年
要介護(要支援)者数	546万人	 1.28倍	697万人
介護職員数	163万人	 1.32倍	215.4万人
訪問介護費用額 (予防除く)	740億円	 1.49倍 +361億円	1,101億円
小多機・看多機・定巡	158億円	 2.72倍 +272億円	429億円

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)

専門職による軽度者への生活支援はいよいよ限界を迎える

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」

すでに要支援者向けの専門職サービス(従前相当サービス)は減少しつつある

政令指定都市の訪問型サービス(従前相当サービス)における 令和5年/令和元年比のサービス利用者数の増減率

政令指定都市のうち、訪問型サービス(サービスCを除く)に占める従前相当サービスの比率が90%を超えている(=訪問型サービス利用者に占める専門職サービス利用者の比率が高い)9の政令指定都市をその比率の高い準にグラフ化。73.5%を下回る政令指定都市は表示していない。

	利用者数の 増減率	要支援者数の 増減率	訪問型サービスに占める 従前相当サービスの比率
札幌市	-0.39%	10.23%	100.0%
静岡市	-12.44%	10.12%	99.7%
堺市	-9.48%	3.85%	99.5%
さいたま市	-12.04%	6.18%	98.7%
仙台市	-36.35%	19.96%	98.1%
相模原市	-14.26%	7.81%	97.5%
横浜市	-3.74%	12.09%	96.5%
福岡市	-10.24%	2.42%	94.9%
新潟市	7.31%	9.22%	90.3%

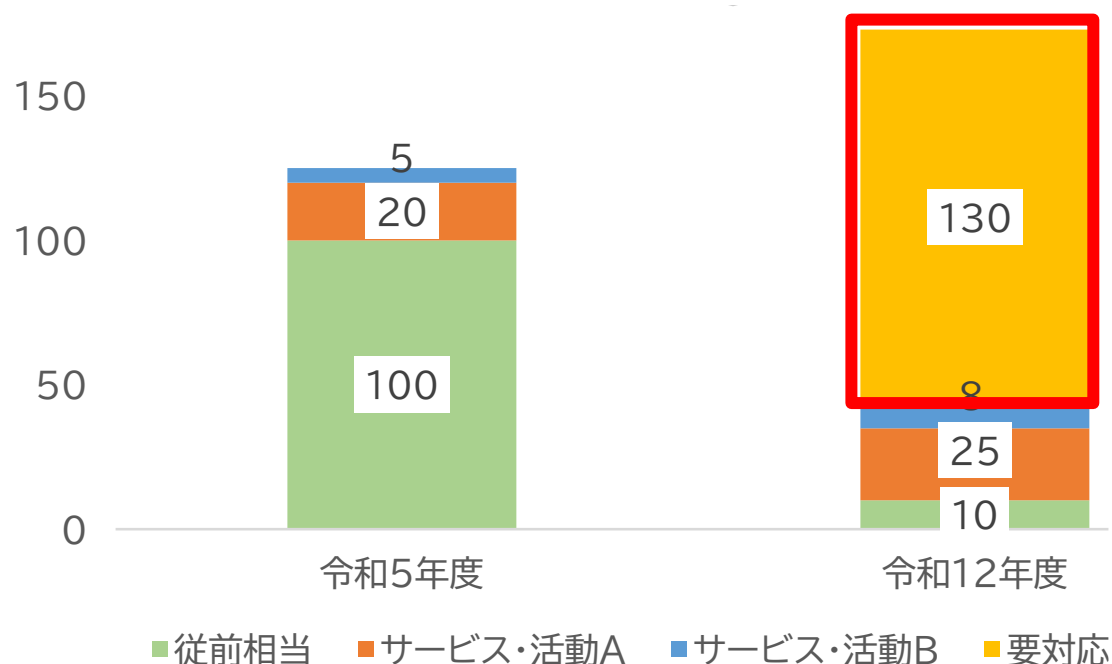
※政令指定都市のうち、令和元年と令和5年度の両方のデータを取得できた政令指定都市のうち、訪問型サービス(サービスCを除く)に占める従前相当サービスの比率が73.5%(全国平均)を超えている(=訪問型サービスに占める専門職サービスの比率が比較的高い)政令指定都市のみを対象にグラフ化。元データ:厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」(各年度結果より)なお、横浜市の令和元年度については、数値の桁数に疑義が生じたため表示対象から削除している。

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」

【まとめ】人材不足はここからが本番。「相対的」不足時代から「絶対的」不足時代へ

- ◆ 介護業界に限らず、人材不足が叫ばれるようになって久しいと思いますが、実は2022年度まで、介護人材は増加し続けており、その増加ペースは要介護者数の増加を上回っていました。これまでの「人材不足」は、**人材が増え続ける中での相対的な不足感**(事業者間・サービス間での人材の取り合い)でした。
- ◆ 特に、高齢者と女性の労働市場への積極的な参画が生産年齢人口の減少を相殺してきた点は見逃せません(介護領域においては特に顕著)。ただし、高齢者と女性の伸びも頭打ちになっており、いよいよ**絶対的な介護人材不足がスタート**します。
- ◆ 今後は、これまでにない急峻なニーズの増加(団塊の世代が80代➡初回要介護認定平均年齢約82歳に突入)に加え、絶対数としての介護人材が減少基調に入る見込みであり、本当の意味での人材不足時代を迎えます。
- ◆ したがって、要支援者向けサービスについては専門職投入が前提になっている**「従前相当サービス」**や**「A型サービス(指定)」**のようなサービス類型からの脱却が必要ということ。
- ◆ 今後は、**「自費サービス」「A型サービス(委託)」「B型サービス(補助・助成)」**による民間企業／住民主体／地域団体などの多様な主体による支援体制を本気で目指す必要がある。

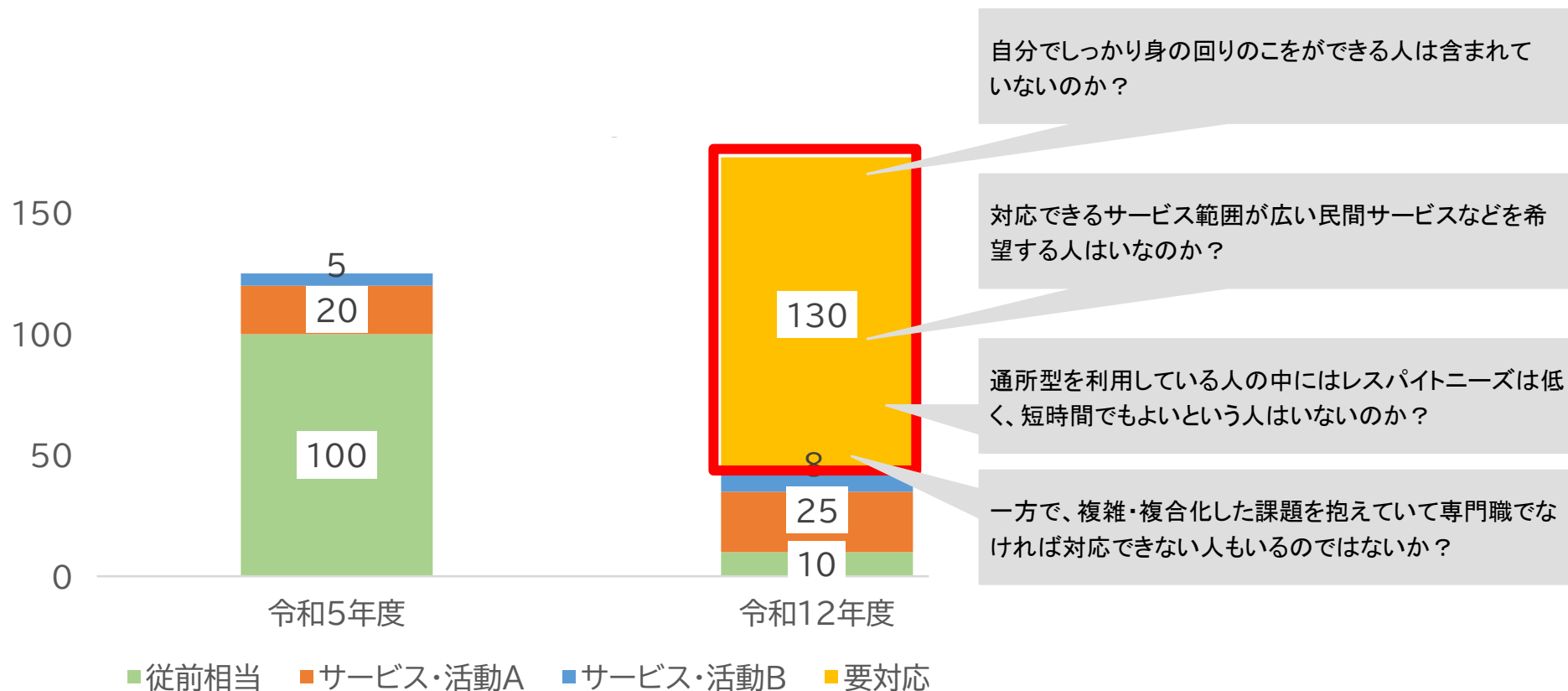
需要に比例した見込を前提とした事業計画は、もう作れない



- ◆ 従前相当サービスが需要に追い付かないとすれば、事業計画においては、不足分への対応(右図の赤枠)方針とそのためサービス整備・開発の方針を明確化する必要があります。
- ◆ ただし、その戦略は、「介護専門職による継続的なサービス提供」以外の方法で組み立てられる必要がある。
- ◆ そのためのカギは「アセスメント・ケアマネジメント」の見直し、「リエイブルメント型の短期集中サービス」などの組み合わせが考えられる。

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
に向けた調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)に岩名が加筆。

増加するニーズの中身を知ること重要～要支援者も多様であることを再確認



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
に向けた調査研究事業報告書」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)に岩名が加筆。

【ご参考】「新版 地域包括ケアサクセスガイド」

地域包括ケアの基本と最新事情がわかる！

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

監修：埼玉県立大学理事長・日本地域包括ケア学会理事長 田中 滋

編著：三菱UFJリサーチ&コンサルティング主席研究員 岩名 礼介

発行：メディカ出版

価格：2,000円（＋税）



講師紹介

岩名 礼介

政策研究事業本部（東京）
社会政策部
主席研究員



専門分野

地域包括ケアシステムの構築支援（自治体支援）
地域福祉・地域共生社会

委員会委員（過去を含む）

- ・「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）
- 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。また都道府県支援としては、現在も広島県、福岡県、沖縄県、愛媛県、高知県、山梨県などに継続的に関わっている。
- 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。



主催：近畿厚生局
令和8年度地域包括ケア推進セミナー【講義2】

第10期計画から読み解く 地域包括ケアシステムの次のステージ

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

本資料は、厚生労働省の令和7年度 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料などを基に整理していますが、政策上の解釈や実施方法等に関する提案については、講師の私的な見解を交えて作成しています。各制度の事業詳細／政策の解釈については、厚生労働省から発出される情報をもとに判断してください。

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。

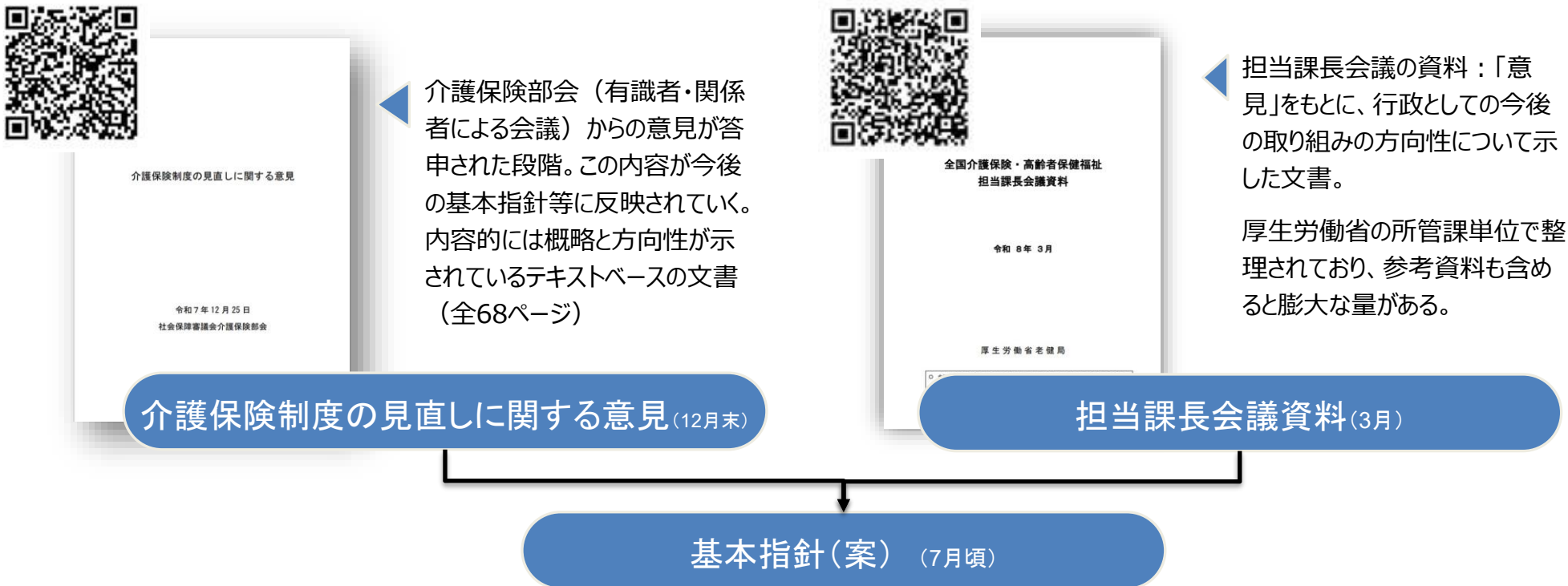


検索

MURC 地域包括ケア計画



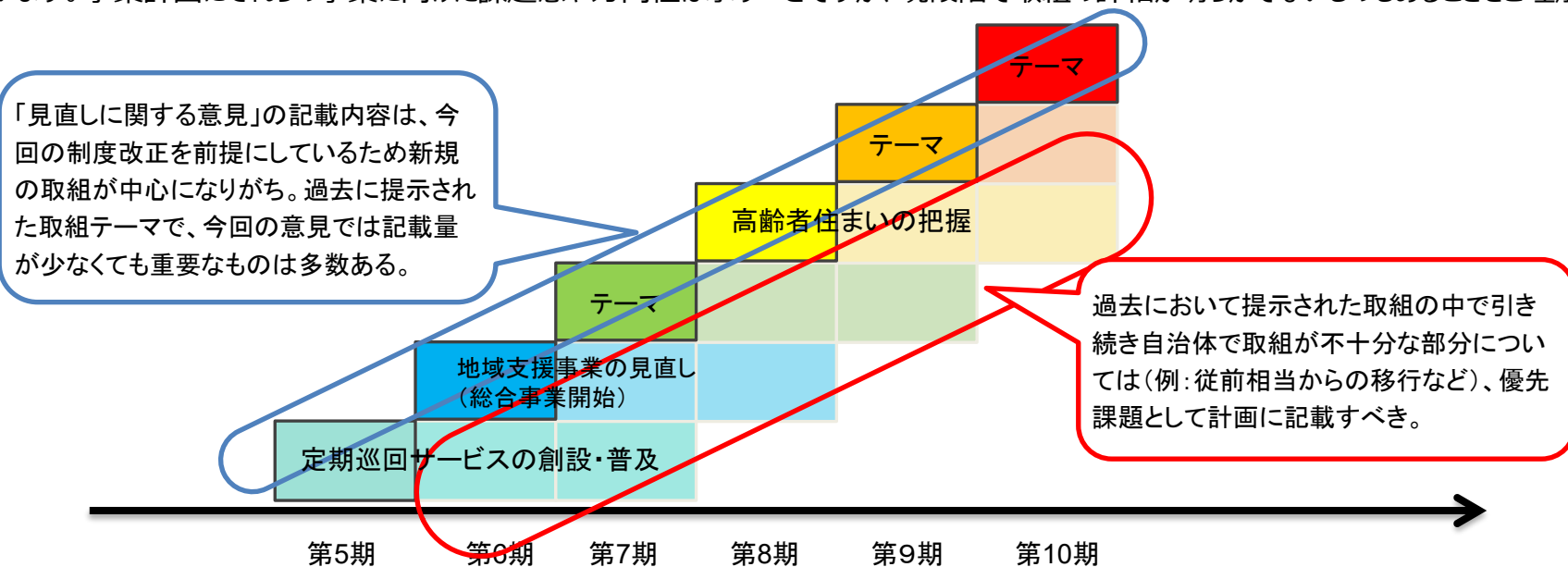
第10期介護保険事業計画



- 「人口減少地域における新類型サービスの詳細」「住宅型有料の事前規制の詳細」「介護報酬」等については、今後の審議会での議論を経ることから、年末・年度末を待つことになる。
- 各保険者は詳報を待たずに、基本指針(案)をもとに事業計画を策定するのが原則。
- 新類型サービスについては、第10期事業計画期間に入って速やかに取り組めるよう、事前の準備を進めておくことが重要。また、住宅型有料の規制について、保険者は「実態把握」からスタートし、医療介護連携や施設等の基盤整備の必要性の見極めを行うべき。(後述)

「見直し」の意見は新規制度改正に関するものが中心であり、既存の取組も同様に重要。

- 今回の意見（あるいはその後の課長会議資料）は、介護保険制度の「見直しに関する意見とそれに基づく方向性」です。多くの項目については、年末にかけて厚生労働省で詳細が検討されますので、今後の経過を待つべき項目も多く含まれています。まずは基本的な方向性だけ抑えます。
- 一方で、これらの方向性は、過去に示された既存の取組が適切に実施されている（される）ことを前提に提案されていますので、過去に提示され、現在各自治体で実施中の取組は記載が省略されている場合もあります（例えば総合事業や医療介護連携）。過去に提案された事項であって取り組みの進捗が芳しくない自治体では、今回の「意見」で言及されていない項目であっても、それぞれの自治体の「残された課題」、あるいは「優先課題」として位置付ける必要があります。
- 特に、今回の「見直しに意見」の項目の中には、令和8年度中に国が制度設計を行い、第10期計画期間内に保険者が取り組むべき事項も多数含まれています。事業計画にそれらの事業に向けた課題感や方向性は示すべきですが、現段階で取組の詳細が明らかでないものもあることをご理解ください。



第10期介護保険事業(支援)計画の基本指針に盛り込むことが考えられる主な事項のイメージ

資料) 社会保障審議会 介護保険部会 (第134回) 令和8年3月9日

今回のセミナーでは、特に重要と考える①～③について、その政策的文脈や通底する考え方を可能な限りお話します。

○介護サービス基盤の計画的な整備

① 介護保険事業(支援)計画の策定

- ・ 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、都道府県と市町村が2040年度を見据えた中長期的な推計を実施し、共通の課題認識を持った上で、地域の関係者を含めてサービス提供体制の在り方を検討。
- ・ 計画策定における都道府県の関与や医療・介護連携の強化等のため、計画の策定過程における議論のプロセスを整理。
- ・ 計画策定に当たって都道府県・市町村や関係者が確認すべき指標や状況の提示等により、地域の現状把握・分析や計画策定を支援。

② 地域の実情に応じたサービス提供体制の構築

- ・ 地域の類型(中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等)を念頭に置いた計画策定。中山間・人口減少地域においては、関係者の意見を聞きながら、必要な対応(人材確保や生産性向上等の施策、特例介護サービスの新たな類型の活用等)について議論。

2

医療との連携状況や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居の状況等を踏まえたサービス提供体制の構築。

○地域包括ケアシステムの深化

- ① 総合事業の多様なサービス・活動の充実に向け、多様な主体とのつながりづくり等の更なる支援や質の向上を図るための分析・評価等を推進。
- ② 頼れる身寄りがいない高齢者等の生活ニーズを地域課題として解決するため、関係者を含めて地域全体で対応を協議し、切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進。
- ③ 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進。

3

○介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等

- ① 都道府県が主体となって介護人材確保に関するプラットフォームを構築し、地域の関係者が協働して課題解決に向けた実践的な取組を推進。
- ② テクノロジーの更なる活用等による生産性向上や、協働化・大規模化の推進等による経営基盤の強化等を推進。



人口減少下の 介護サービス基盤の整備

中山間・人口減少地域対応として
特例介護サービスの新たな類型や新たな事業の仕組み等の導入

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

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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。

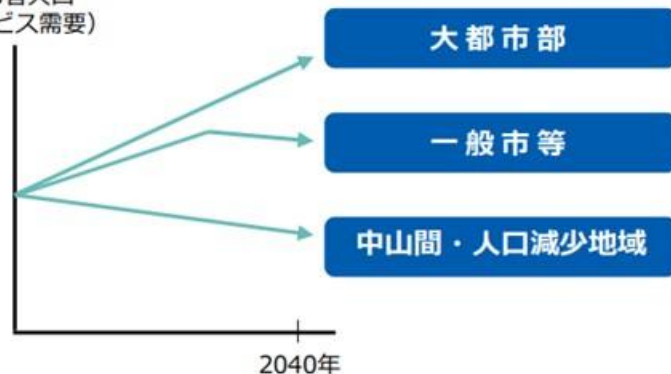


論点① 地域の類型の考え方

現状・課題

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

高齢者人口
(サービス需要)



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

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

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

従来の「基準該当サービス・離島等相当サービス」に加え「新類型」



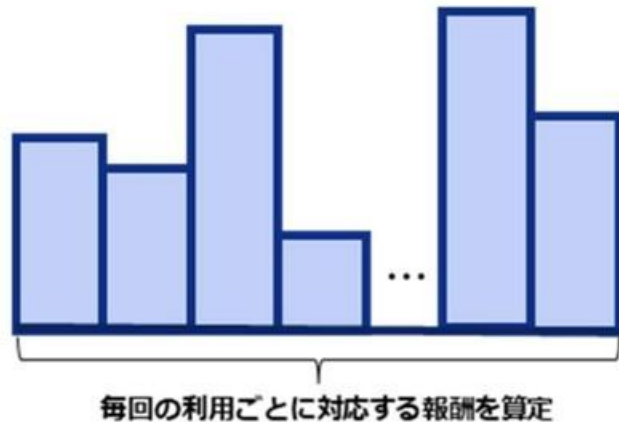
資料)厚生労働省 第133回社会保障審議会介護保険部会 参考資料「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」

包括的な評価の仕組みのイメージ (案)

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

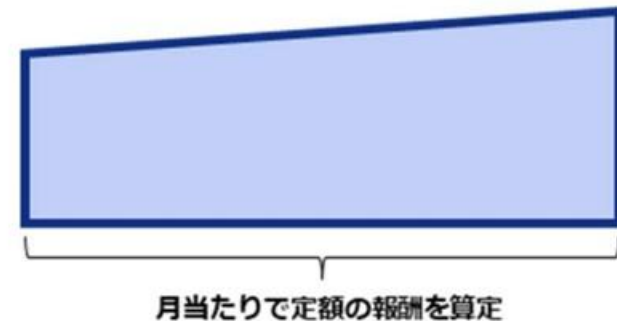
(現行：出来高報酬)

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



(包括報酬)

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

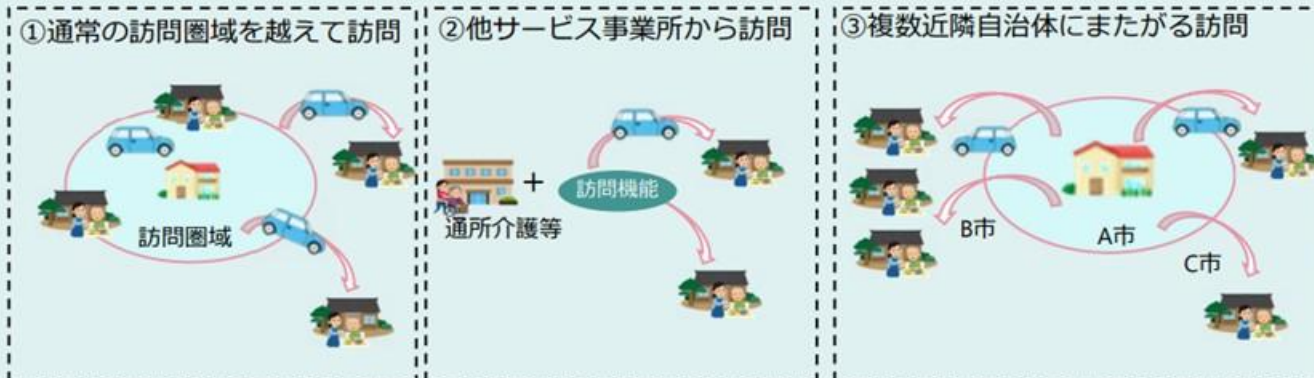


介護サービスを事業として実施する仕組み

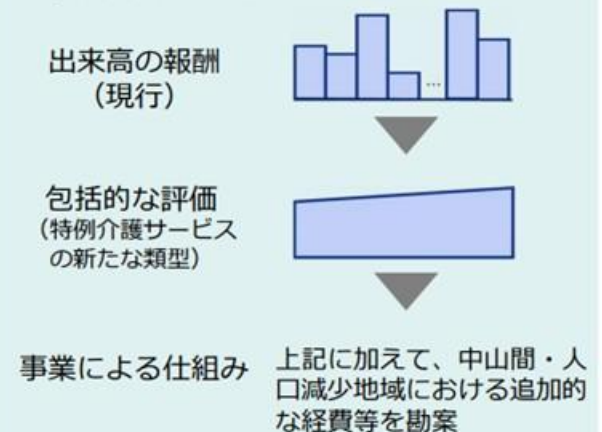
新たな事業のポイント

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

<事業による仕組みを活用することが想定されるケース>



<収入のイメージ>



人口減少社会におけるサービス基盤整備・確保（私見）

サービスを新たに作るのではなく「保全」を。そのためには、まず現状の徹底した把握を。

- 制度の詳細が発表されていなくても、サービス基盤の「保全」に向けて、今期中に準備できることはある

介護保険サービス

- 地域内の介護サービス事業所の運営・経営状況の把握
- 人材確保の困難によるサービス提供量の制限が生じる懸念はないか。
- 施設においては、休止の懸念がないか。
- 老朽化した施設等の建て替えによる供給量変化はないか。
- 人材の高齢化・不足によって満たせなくなる指定基準などはないか。
- 特例介護サービス（基準該当／離島等相当サービス）適用の可能性はないか。

実態把握の上で、サービス基盤の「保全」に向けた方向性を第10期事業計画に記載することはできるだろう。

来年度以降

- 包括報酬による新類型サービスの可能性はないか。
- 新類型での対応も難しい場合、または更なる「かかりまし」費用がある場合は「事業としての実施」を模索

生活支援サービス

- 2022年をピークに介護人材の伸びが止まっている中、要支援・事業対象者向けサービスへの専門職の従事（従前相当サービス）は限界。
- 各地域で多様な主体によるサービスの創設に向けた努力がなされているところ。
- 一方で民間の移動販売車や配食サービスなど、中には公費支援がない中で営業努力を続ける事業者が、「介護保険サービス空白地域」の高齢者の生活を支えている実態もある。
- こうした民間企業者の活動の持続可能性を高める財政・情報支援を行うことも有効ではないか？

過疎地域／人口減少地域における生活支援体制整備事業のこれから(私案)

生活支援体制整備事業では、しばしば①において「資源把握」を実施し、②を飛び越えて③の資源開発に急ぐケースがみられるが、本来は①でニーズへの対応の実態を把握しつつ、②においてそれらの資源の保全を行うことがあるべき手順。

① 既存の支援資源の確認

不十分



- 地域の「配食サービス」「家事援助」「助け合い活動」資源マップを作成だけでは不十分。
- 現段階で生活支援資源が存在していても、今後、高齢者の生活を支えられるかは別問題。またそのサービスの持続可能性も不明。

大切！



- 介護保険の空白地域等で、要支援者／事業対象者がどのように生活を継続しているのか、保険外やインフォーマル資源の利活用の状況を丁寧に把握(アンケートなどの定量よりも、個別のヒアリング・観察などで確認)。移動販売や配食、ご近所の助けあいなど既存資源の活躍を確認する。

② 既存資源の保全

- 既存資源の持続可能性(営業継続に課題はないか? など)について提供者にしっかり話を聞く。
- 総合事業のA・Bを用いた委託や補助による支援方法に加え、広報・情報支援など金銭面以外の支援も有効。(総合事業による民間企業への委託・補助はR6年度のフルモデルチェンジ以降、より柔軟に可能となっている)
- まずは足元で頑張っている地域資源を守ることから始める。

③ 不足資源の開発

- それでも不足資源は残る。この部分については、関係者による話し合いなども含め資源開発に向けた取組を生活支援体制整備事業を活用して推進。住民参画・官民連携推進事業も活用。
- その際も、いきなり総合事業として設計する必要はない。自費サービスとしての提供も含めた多様な可能性を模索。(行政サービスの受託が民間企業にとってやりやすい方法とは限らない。むしろ制約が多く、民間企業にとっては参入障壁になっていることも)

【再掲】例えば、「移動販売」をどう保全するか？

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

サービス類型以外にも、サービス基盤整備の手法は多岐にわたる

人口減少・中山間地域等

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

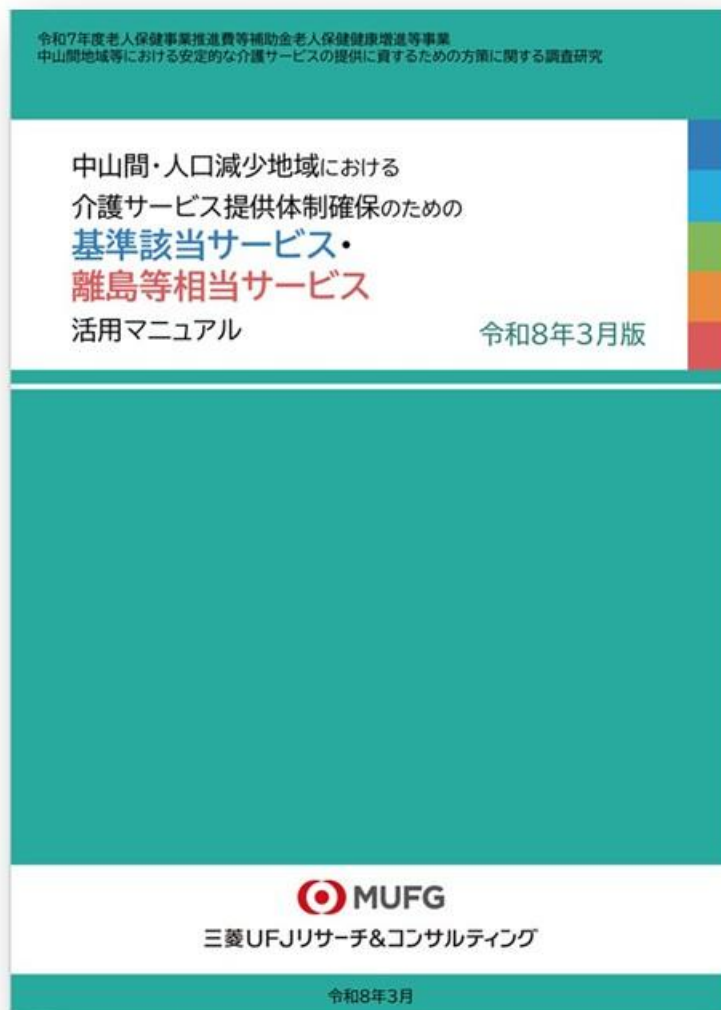
【私見】

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

大都市部

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

【参考】 基準該当サービス／離島等相当サービス活用マニュアル



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

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



2

在宅医療・介護連携推進事業 高齢者の住まい と介護保険事業計画

～これからの介護保険を考える上で欠かせない
「トライアングル」を理解する

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

意見で提示された意見

方向性としては質の向上に向けた規制強化の方向

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

保険者で取り組むべき残された課題_(私見)

（意見に具体的な記載なし）

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

3つの政策テーマのつながり

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

「高齢者の住まい」の広がり、既存の介護保険制度では想定外の問題を提起

- 介護施設・高齢者住まい等における医療的な対応や急変時の対応の改善
- 「在宅／施設」の区分で整理しきれないサ高住・住宅型有料の増加→実態把握の難しさ

高齢者住まいは、事業計画の中では、施設でも在宅でもないうまく可視化できない存在。そのため、適切なサービス基盤整備に向けた必要量が見込めない。

高齢者住まい
の実態把握

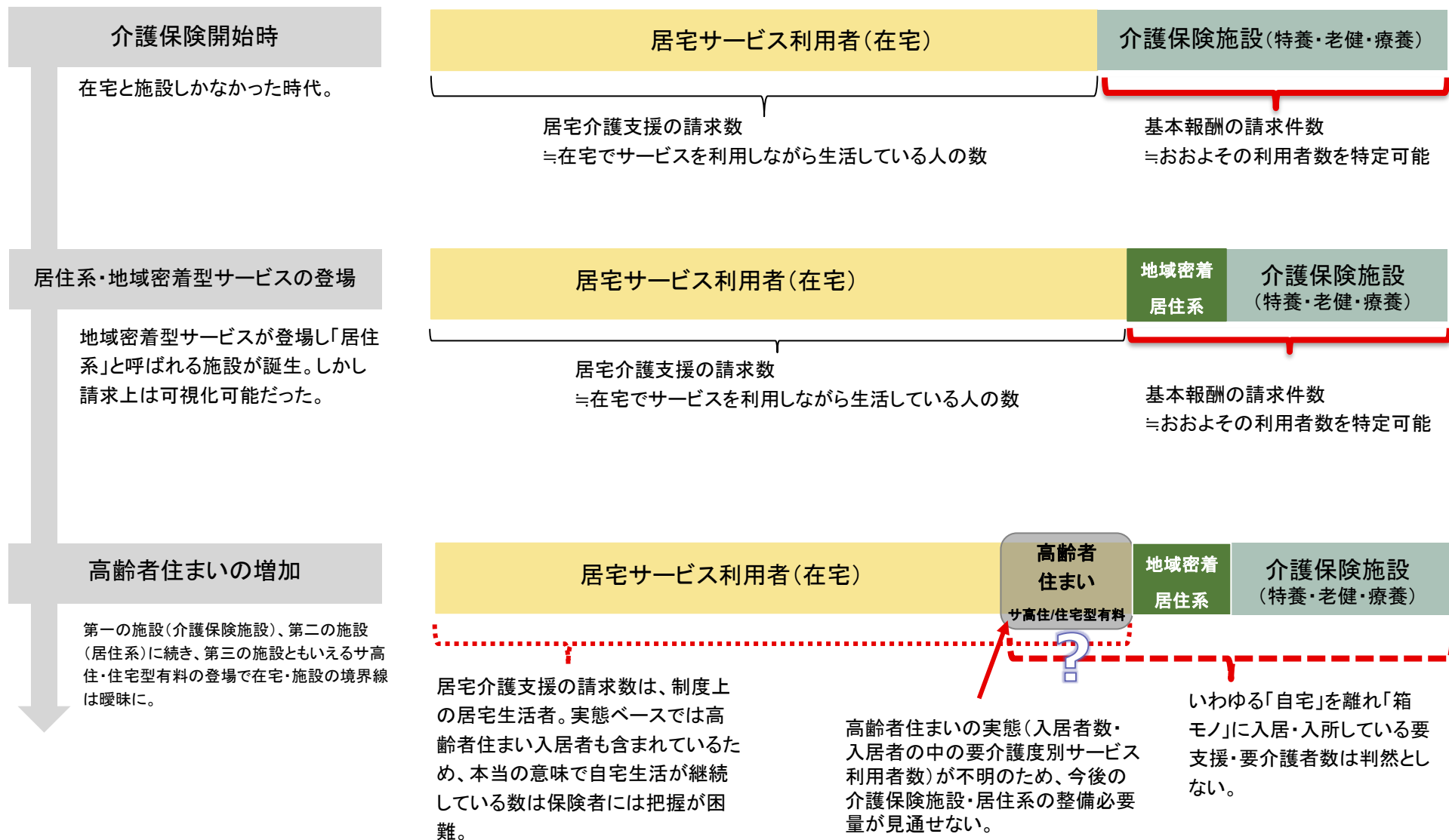
施設での「医療対応力の向上」が大きな課題にもかかわらず、サ高住・住宅型有料も含む地域内の施設の入居者情報（要介護者数や医療対応の実態）が把握できていない（居所変更実態調査で簡易把握可能）

事業計画の策定
（必要利用定員数の検討）

在宅医療介護
連携推進事業

「高齢者住まい」が見えないから「整備方針」が定まらない

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



「高齢者住まい」が見えないから「医療介護連携の課題」が定まらない

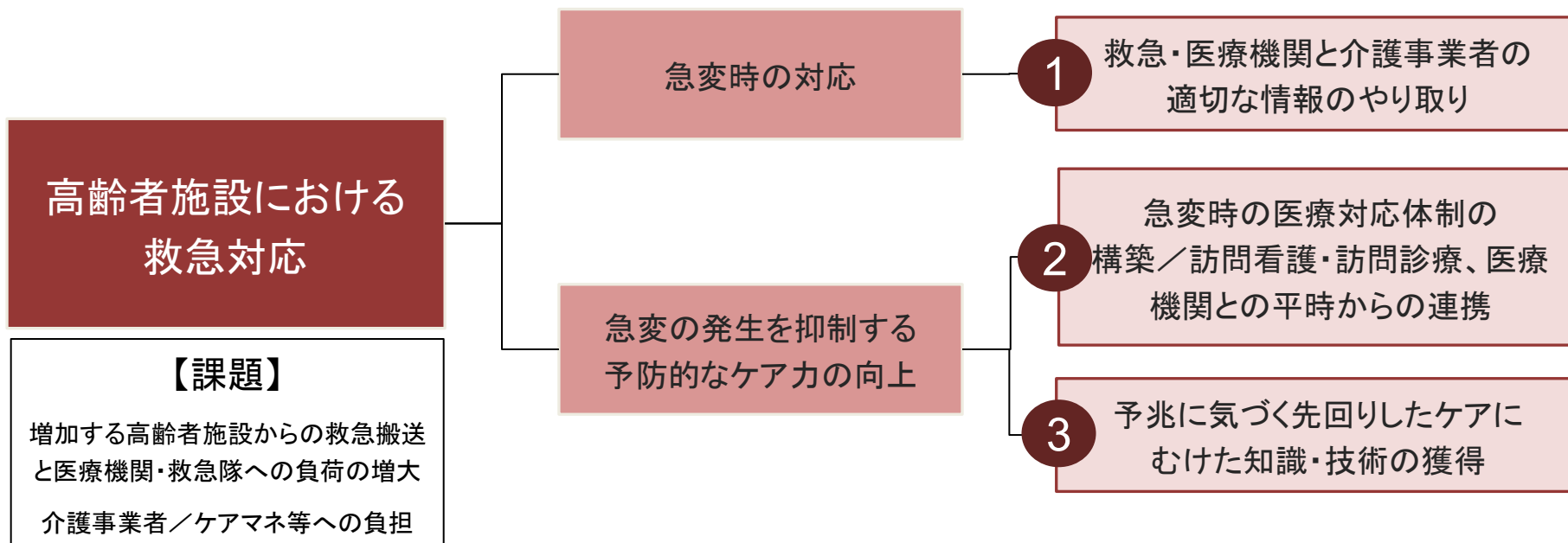
ブラインドになっている高齢者住まいやGH/特定施設等における医療対応・看取りの実態を把握しなければ話が先に進まない。

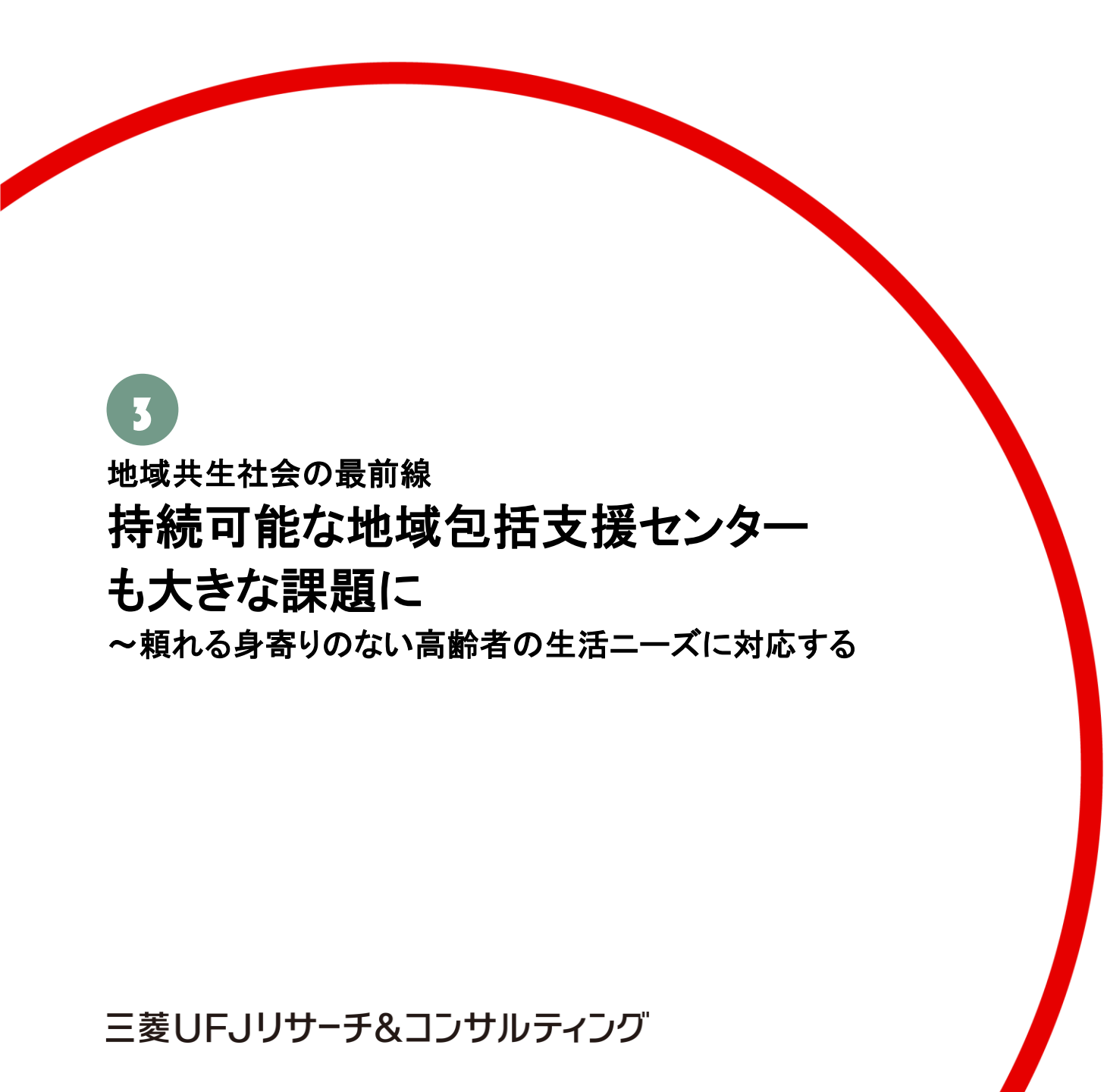
- 地域医療構想においても指摘されているように、急増する「**高齢者の住まい**」における**医療対応力の向上**は優先度の高い取組であり、**在宅医療・介護連携推進事業**で積極的に取り組むべきテーマ。
- 施設においては、医療対応力・看取り力に施設種別間、または事業所間の格差が生じている。まず、地域内事業所の実態把握と課題の抽出が必要（**居所変更実態調査で可視化が可能**）。
- 実態把握には大量のアンケートなどは不要。居所変更実態調査でアウトカム（どれだけ施設で看取っているのか）を把握したら、「なぜできているのか？」「どこに課題があるのか？」「どういう取組なら可能なのか」を個別に把握し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

■施設種別の医療対応における課題の整理（講演者の取材・私見に基づく）

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

「高齢者施設×救急」の抱える課題の整理





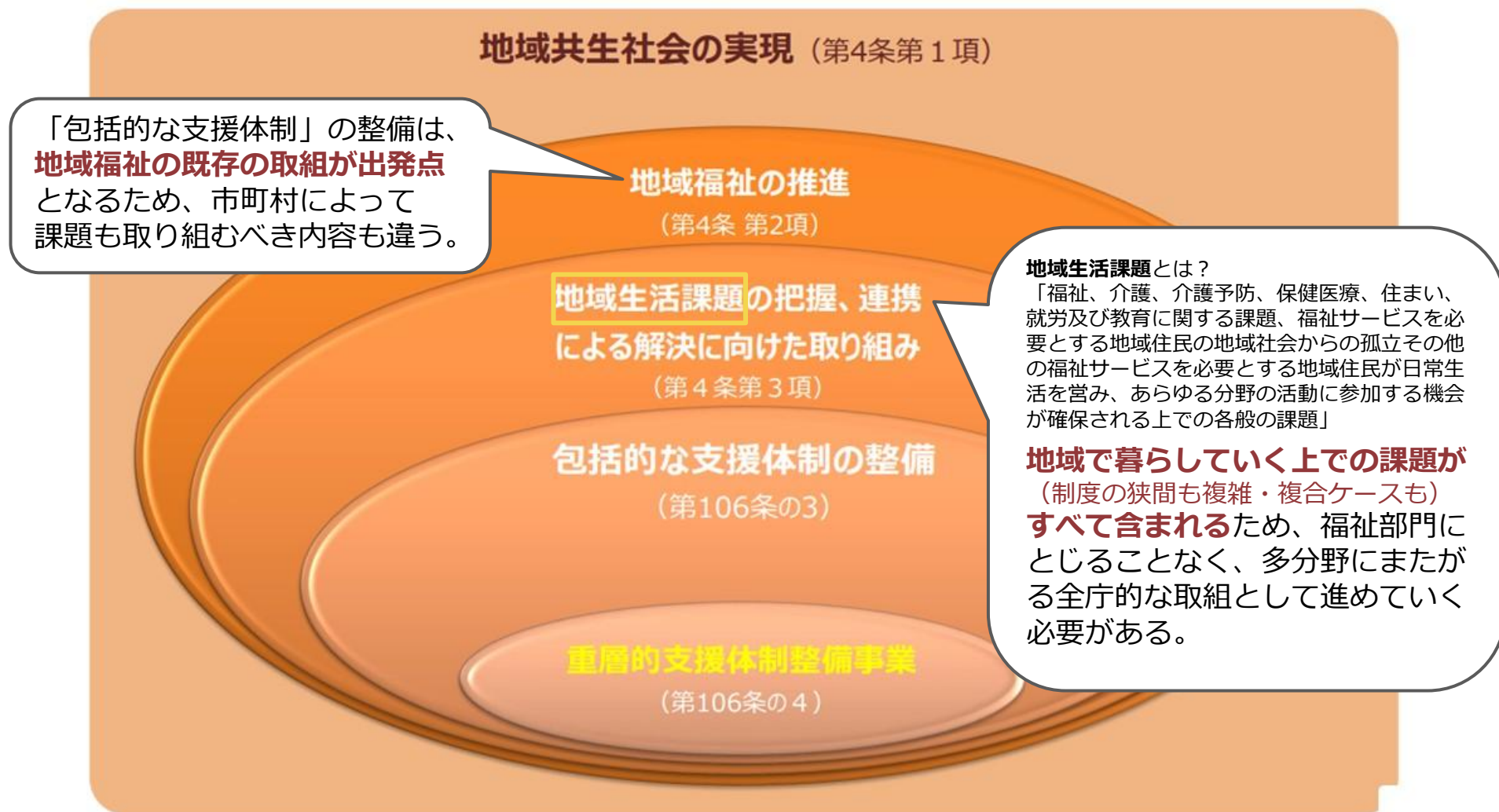
3

地域共生社会の最前線

持続可能な地域包括支援センター も大きな課題に

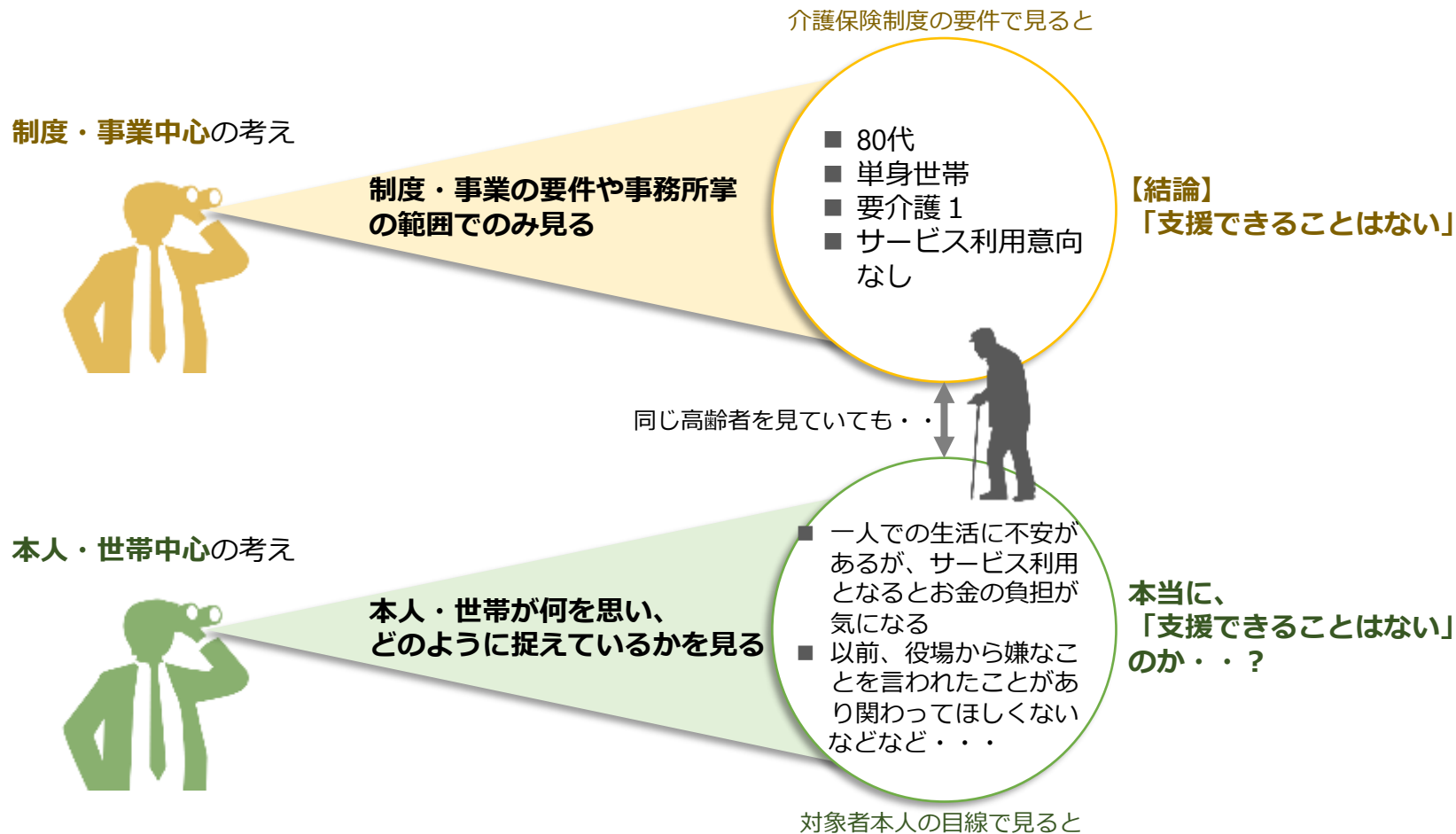
～頼れる身寄りのない高齢者の生活ニーズに対応する

地域福祉全体としては「包括的な支援体制の整備」へ



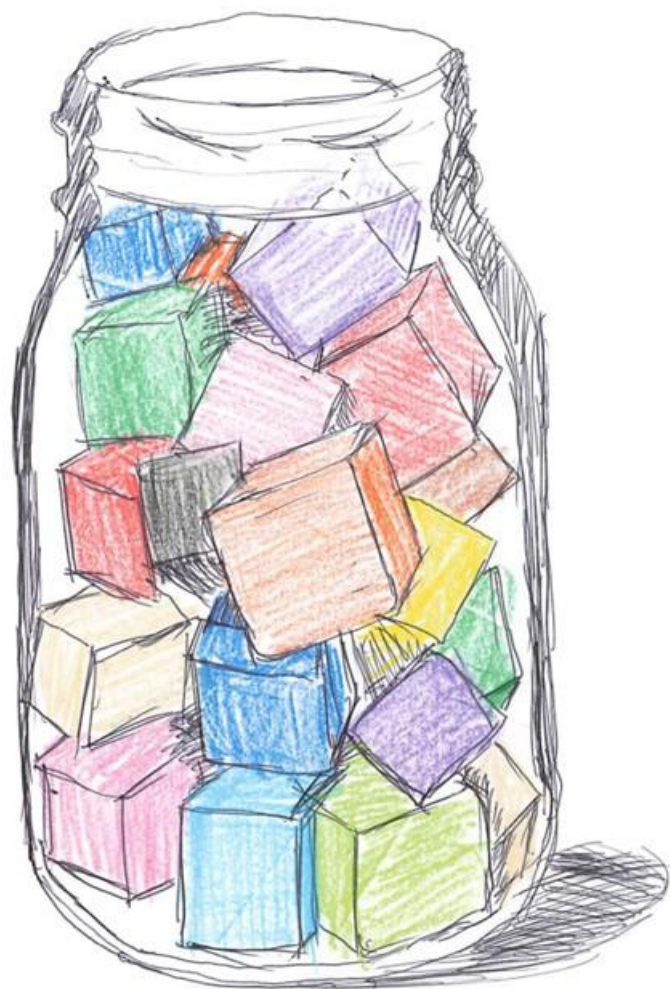
出典) 厚生労働省 社会・援護局 地域共生社会推進室「地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業について(全般)」P15の図を三菱UFJリサーチ&コンサルティングが一部改変

市町村の努力義務：包括的な支援体制：「制度・事業中心」から「本人・世帯中心」へ



公的な制度やサービスだけではひとの生活は支えられない

積み木だけでは 瓶の隙間はうまらない



介護保険、生活保護、医療保険などの制度は、その利用の範囲と条件が定められています。行政は制度の規定に従うほかありません。柔軟性がないという点では「積み木」のようなもの。これでは、個々の住民の生活のニーズ（瓶）の隙間は埋まりません。

生活課題はこうした「隙間」が絡み合って生じることがあります。

社会保障制度だけで、住民の生活継続は支えられません。包括的な支援体制の取組は、この隙間と向き合うことでもあります。

相談支援／ケアマネジャー／地域包括支援センター／生活支援Cに関する記述

【介護保険制度の見直しに関する意見(概要)】

ケアマネジャーの法定外業務(いわゆるシャドウワーク)として実施せざるを得ないケースも多い、頼れる身寄りがいない高齢者等の抱える生活課題について、地域課題として議論できるよう地域ケア会議の活用を推進する包括的支援事業(総合相談支援事業等)において頼れる身寄りがいない高齢者等への相談対応等を行うことを明確化する

【介護保険制度の見直しに関する意見(p.26)】

こうしたニーズも踏まえて、地域として必要な相談支援が提供されるよう、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所は、適切な連携・役割分担を図ることが必要であり、**地域包括支援センター**は、医療・介護連携を始めとする**地域のネットワークづくりや、地域における社会資源の創出など、地域全体の支援に重点**を置き、**居宅介護支援事業所**は、医療機関や地域の関係者との連携の下、**個々の利用者に対するケアマネジメントに重点を置き**、地域の様々な社会資源をケアプランに位置付けることによる個別的な支援を推進することが適当である。

相談支援／ケアマネジャー／地域包括支援センターに関する記述

【介護保険制度の見直しに関する意見(p.28)】

地域において、頼れる身寄りがない高齢者等に対する相談体制の充実を図るため、地域包括支援センターが実施する包括的支援事業(総合相談支援事業)において、頼れる身寄りがない高齢者等への相談対応を行うことを明確化し、住民を含めた地域の関係者との協働や多機関連携の役割を更に発揮できるようにすることが適当である。あわせて、地域包括支援センター等で相談支援を行う際、地域ケア会議での成果も活用しながら、適切なつなぎ先や活用できる制度が明確となるような取組を推進することが必要である。

【介護保険制度の見直しに関する意見(p.31)】

福祉部会において取りまとめられた、過疎地域等における包括的な支援体制整備のための新たな仕組みにおいては、

- ・介護、障害、こども、生活困窮の相談支援・地域づくり事業について、分野横断的に実施する仕組みとし、これに伴い配置基準も分野横断的なものとするとともに、担い手が不足している市町村において配置可能な基準とすることや、
- ・重層的支援体制整備事業交付金の仕組みを参考に各制度における既存の関係補助金について一体的な執行を行える仕組みとすること

が提案されている。他制度との一体的な取組を効果的・効率的に進めるため、この仕組みにおいて、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、地域介護予防活動支援事業及び生活支援体制整備事業も実施できるようにすることが適当である。

地域包括支援センターに求められること(R6総合事業見直しの際の記述)

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

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)

※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

増大し続ける期待役割と負担を前に、包括がその機能を発揮するには？



徹底的な負担軽減。

- そのためにはケアプラン作成・サービス担当者会議等の負担軽減を。
- そのためには、従前相当サービスの縮小を。
- そのためには適切なアセスメントを改めて考える必要がある。



ほ う か つ

自分たちだけで抱え込まない。

- そのためには地域に仲間を作る。（生活支援体制整備事業の活用）
- そのためには地域の仲間を支える発想を。（総合事業の活用）
- 生活支援コーディネーターのよる個別相談対応（例：包括や小規模多機能などに配置された生活支援コーディネーター）
- 移動販売などを展開する民間企業に対する財政・情報支援と仲間化

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なか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
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は行わない。
対象のサービス	● 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	● 多様な主体による緩和型サービスA	● 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）		

個別の計画の策定 → 高齢者の選択

従前相当サービスでは、ケアマネジメント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。

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、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	● 従前相当サービス ● サービス・活動A ● サービス・活動C ※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	● サービス・活動A ● サービス・活動C	● 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	● ケアプラン作成 1 件当たり ※1 ※額の変更のみ可能	● ケアプラン作成 1 件あたり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能	● 初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能

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・都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

※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・内容等含め市町村の判断による

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
		○	

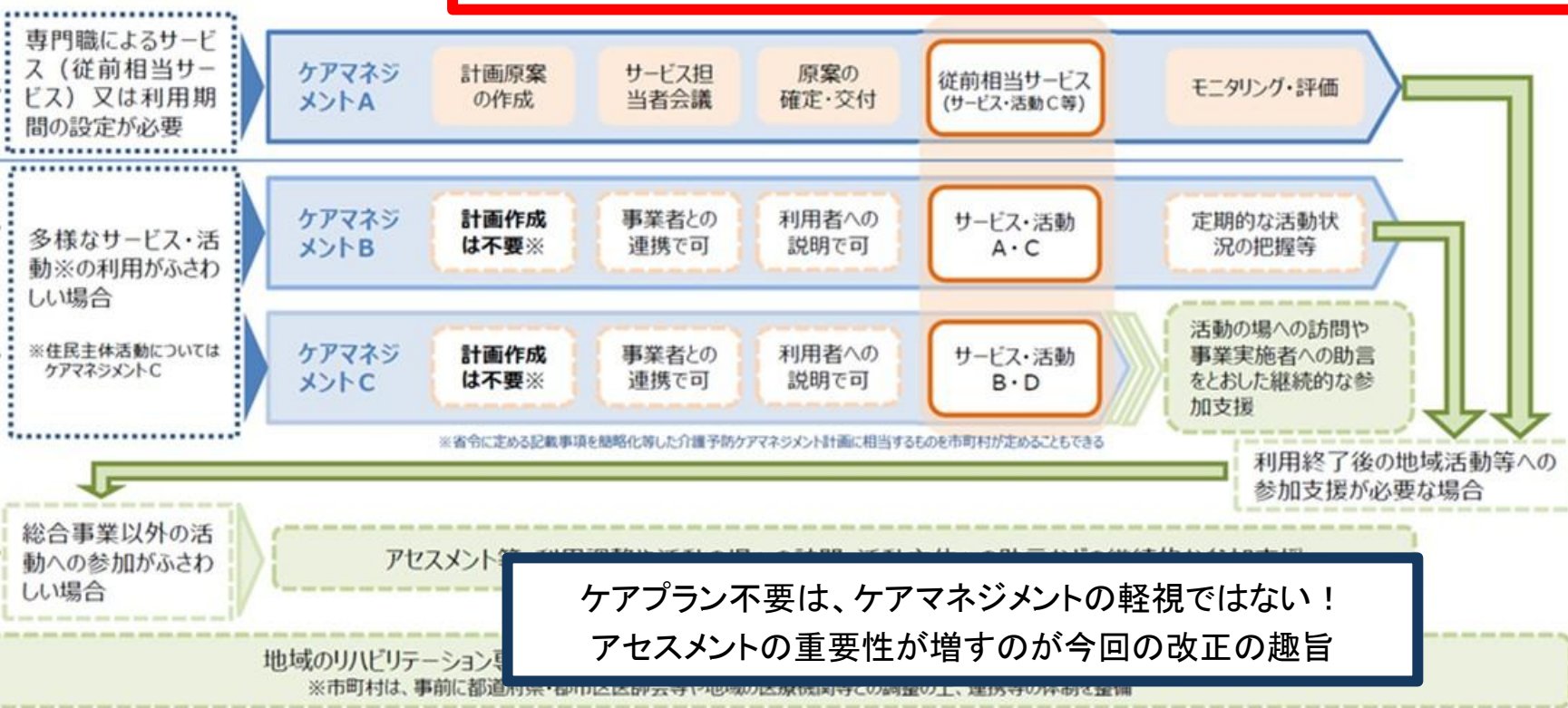
高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進 (介護予防ケアマネジメント通知の改正)

- 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)

アセスメント
(課題分析)

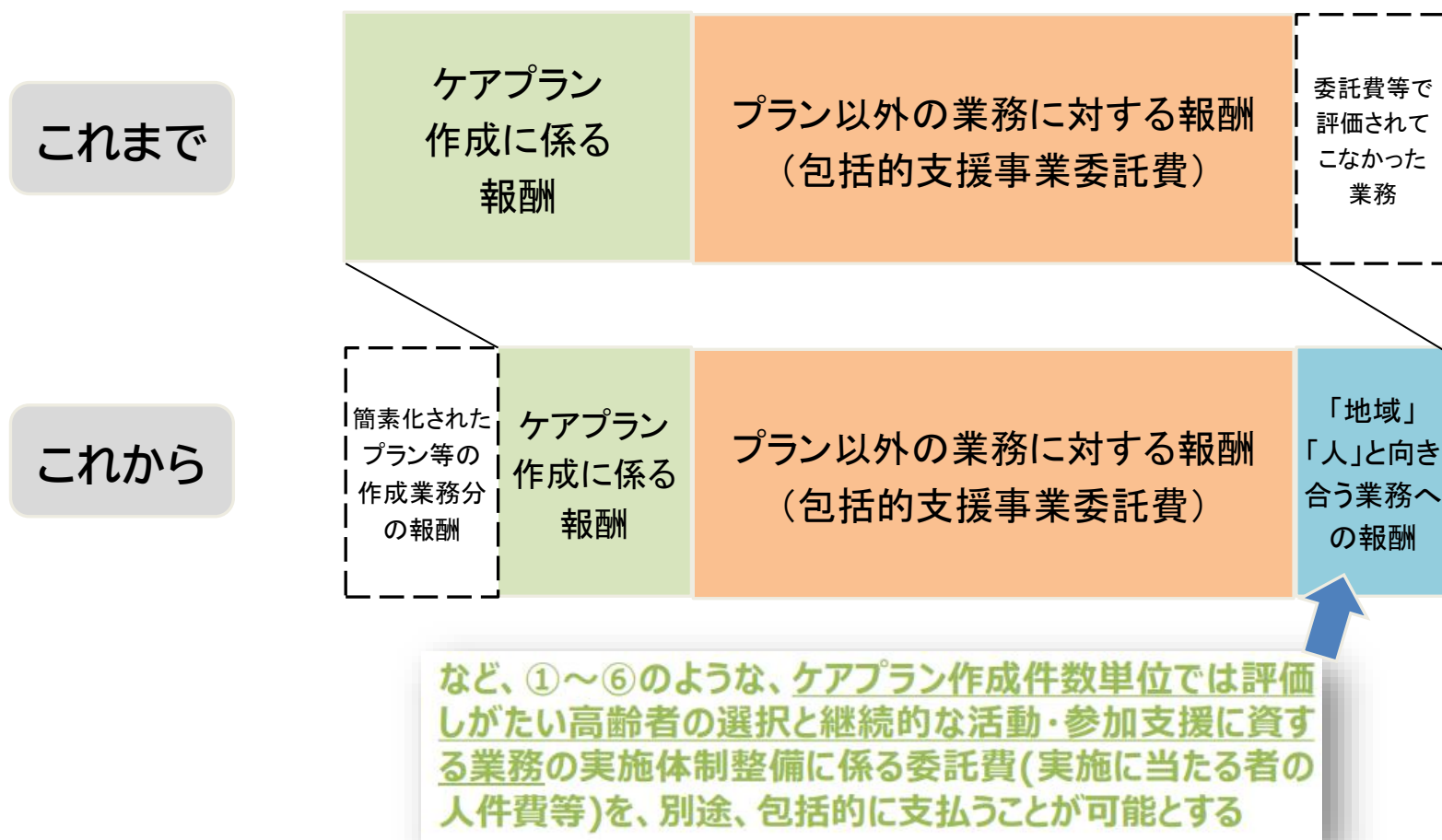


ケアプラン不要は、ケアマネジメントの軽視ではない！
アセスメントの重要性が増すのが今回の改正の趣旨

孤独・孤立の状態等のハイレスクになるおそれのある居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動への参加支援のためのアウトリーチ

ケアプラン作成しないと報酬が出ないので包括は赤字？～それはない。

これまでの委託方式では、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ケースが生じる場合がある。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。



生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業（R7新規）

資料)厚生労働省「生活支援体制整備事業における新規事業等について」

2 交付要綱（案）

（交付額の算定方法）

4 この交付金の交付額は、次により算出するものとする。

ア～ウ（略）

1 区分	2 基準額	3 対象経費	4 交付率
包括的支援事業（社会保障充実分）	8,000 千円 ※ ただし、地域包括支援センター以外に配置された生活支援コーディネーターが本事業の実施を担う場合や、重層的支援体制整備事業として実施する場合には4,000千円とする。 また、指定都市の場合並びに一部事務組合及び広域連合の場合は、以下の額により算定することとする。 a 指定都市（重層的支援体制整備事業を実施していない場合） 以下(a)から(b)の合計額 (a)8,000千円 × 本事業を実施する行政区の数（地域包括支援センターに配置された生活支援コーディネーターが本事業の実施を担う場合（以下「センターでの実施」という）に限る） (b)4,000千円 × 本事業を実施する行政区の数（センターでの実施を除く） b 指定都市（重層的支援体制整備事業を実施している場合） 4,000千円 × 本事業を実施する行政区の数 c 一部事務組合及び広域連合 以下の(a)から(b)の合計額 (a)8,000千円 × 本事業を実施する構成市町村の数（重層的支援体制整備事業として実施する場合を除き、センターでの実施に限る） (b)4,000千円 × 本事業を実施する構成市町村の数（(a)の算定対象となる構成市町村を除く）	(略)	(略)

（補足1） 本事業を実施した場合には、既存の生活支援体制整備事業の標準額に加えて、1市町村あたり8,000千円（本事業を担う生活支援コーディネーターを地域包括支援センター以外に配置する場合は4,000千円）を標準額に上乗せすることを可能とする予定。

（補足2） 重層的支援体制整備事業実施自治体においては、重層的支援体制整備事業の実施にあたって属性を問わない相談支援と地域づくり支援を含めた5事業を一体的に行うこととされていることから、既存の取組みで同様の機能を担うことが想定されるが、各市町村が別途本事業を実施する必要があると判断する場合には実施を可能とする予定であり、その場合の上乗せされる標準額は4,000千円とする予定。

川崎市における生活支援コーディネーターは、個別相談にも関わるように

小規模多機能型居宅介護に配置された生活支援コーディネーターが利用者未達の住民に伴走し、相談対応。制度の隙間を埋める役割を果たす。

生活支援コーディネーターはこのように
**地域の方々が
抱える悩み・相談に関わっています。**

本人の持つ力を生かし、
役割や生きがいへつなげるような支援をしています。



本人となにができるかを考えます。



なじみの関係を作りながら、「思いや望み」を共有します。



- 小規模多機能型居宅介護に配置された生活支援コーディネーターは、初期的なアウトリーチ機能を発揮しており、ある意味、包括の応援団としての重要な存在になっている。
- あんしん暮らしサポートは地域での孤独や孤立を予防するための短期集中型の取組だが、いきなりサービスに接続するのではなく、生活支援コーディネーターの相談機能は、橋渡しの役割を果たすことも。

いつまでも、自分らしい暮らしを続けられるように **あんしん暮らし サポート**

ライフサポートワーカーによる地域参加の支援

POINT 1

自分らしい暮らしを送るためにできることを一緒に考え、安心した暮らしを実現する応援をします



POINT 2

ライフサポートワーカーが、知人・友人、ご近所のお付き合い、地域の行事やサロン（通いの場）をご紹介します、つながりが切れないよう、お手伝いします

できることやしたいことを一緒に考える

できることを続けたり、やりたいことがまたできるような伴走的な支援

できないことがあっても、安心して暮らせるお手伝い

対象者 65歳以上で日常生活に支障が出ている方（要支援認定を受けている方・総合事業対象の方）
※詳細は、地域包括支援センター職員にお尋ねください
期間 おおむね6か月間（予定よりも早く終了する場合があります）

場所 ご自宅や外出先など

備考 原則無料ですが、一部実費負担等がございます
詳細はお問い合わせください

※ライフサポートワーカー（LSW）
安心して地域で生活するために閉じこもりや孤独・孤立を予防し、ご自身ができることを一緒に考え、やってみたい・行ってみたいを実現する、川崎市独自の仕組みです

【参考】 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。



リエイブルメントの普及に向けた教育動画(日本能率協会総合研究所)

リエイブルメント型短期集中予防サービス(サービス・活動C)実践ドキュメンタリー

ふたたび

何歳になっても、自分らしく生きることが出来る。そこに信じて見守る人がいる限り。

82歳、3か月の密着記録。
リエイブルメントが変えた、ある小さな人生の物語。

JMAR

出典)日本能率協会総合研究所「高齢者の自立支援を高めるためのリエイブルメントの視点を取り入れた総合事業の普及展開に関する調査研究事業」、厚生労働省令和7年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

① 大阪府寝屋川市・ハーモニーワンセルフ
リエイブルメント型短期集中予防サービス(通所型)密着ドキュメンタリー

自立とは何か? 支援とは何か?

北欧で実践され、日本でも注目されつつある「リエイブルメント」という支援の考え方。それは、「できなくなったこと」をお話しするのではなく、「もう一度できるを取り戻す」ための支援。専門職が伴走し、短期間で暮らしを再設計する。その実践の現場をドキュメンタリーで記録しました。この映像は、リエイブルメントの核心に迫ります。

「生きているのがつらい」そう語っていた82歳の前田さん。電動カートに頼る未来を考えていた3か月前。けれど、対話を重ねる中で見えてきた本当の願いは、「成田山へ、自分の足で参拝したい」という思いでした。週1回、3か月・全12回。運動、栄養指導、生活の振り返り。専門職が伴走しながら、「できる力」を取り戻す短期集中プログラム。順調に見えた途中での転倒。それでも前田さんは、歩みを止めませんでした。見守る人がいるからこそ、人はもう一度歩き出せる。この映像は、寝屋川市・ハーモニーワンセルフの現場で行われたリエイブルメント型短期集中予防サービスに完全密着した記録です。

② リエイブルメント型短期集中予防サービス(訪問型)
専門職密着ドキュメンタリー

③ 愛知県豊明市 リエイブルメント型短期集中予防サービスにつなぐリハ職同行訪問アセスメント

自立支援に先進的に取り組む愛知県豊明市。専門職と地域包括支援センターが連携し、短期集中予防サービスへとつなぐ土壌が築かれています。本作では、作業療法士が地域包括支援センター職員と共に81歳の高齢者宅を訪問訪問。「働仕事をもう一度やりたい」という思いを丁寧に掘り下げ、リエイブルメント型短期集中予防サービスへと導いていくプロセスを記録しました。

※本動画は、令和7年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)の交付を受けて実施した「高齢者の自立を高めるためのリエイブルメント視点を取り入れた総合事業の普及展開に関する調査研究」において作成したものです。

JMAR

■アクセス

こちらの「実績一覧」>「令和7年度」から、動画、報告書、リーフレット等を閲覧することができます。



■リーフレット



【参考】地域の要介護者の情報を短時間で集計する方法

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

要介護認定データを用いた地域分析ツール（2023年2月16日更新）

「認定ソフト2021」に対応した、地域分析ツールです。

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

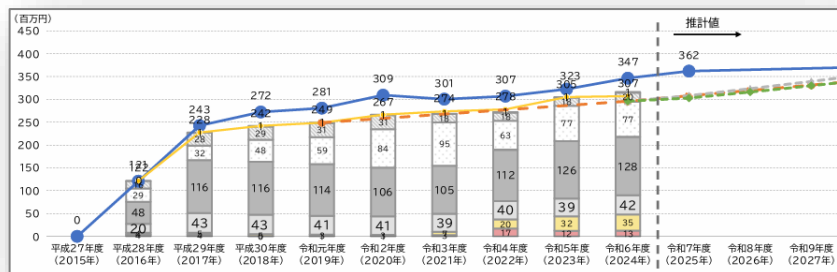
地域分析ツールの目的や考え方等については、[PDF](#)「介護保険事業計画における施策反映のための手引き（資料編）」もしくは[PDF](#)「要介護認定データを活用した地域分析手法に関する調査研究事業 報告書（P30）」を御覧ください。



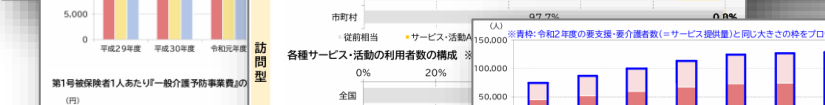
DLはこちら→ https://www.murc.jp/houkatsu_06/

(令和7年度改修版)総合事業の充実に向けたワークシート&ハンドブック

<ワークシート>



【推計】人口	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総人口	1,979,390	1,970,144	1,949,619	1,916,129	1,866,252	1,809,025	1,745,608
生産年齢人口	1,268,851	1,189,899	1,114,686	1,020,271	921,262	824,791	720,487
65歳以上人口	549,131	578,133	610,262	639,248	677,041	708,741	747,024
65～74歳人口	280,401	250,142	240,458	235,521	232,424	233,562	232,184
75歳以上人口	268,730	328,391	369,804	383,747	394,619	406,179	434,830
65歳以上人口	91,893	107,294	126,554	145,727	163,218	178,458	191,335



<ハンドブック>

総合事業の充実 に向けたハンドブック 「総合事業の充実に向けたワークシート」の読み方

令和 8 年 3 月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和 7 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の計画的整備や効果検証手法に関する調査研究」

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

<報告書>

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

令和 7 (2025) 年 3 月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和7年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の計画的整備や効果検証手法に関する調査研究」

令和 8 (2026) 年 3 月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング



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

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

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

令和7年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

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(アソウェル)
事務局:社会福祉法人岳寿会(熊本県高森町)
- 株式会社あきた創生マネジメント(秋田県能代市)
- 社会福祉法人芦別慈恵園(北海道芦別市)
- 特定非営利活動法人ふくふくの会(愛媛県上島町)
- 鉾打ふるさとづくり協議会(石川県七尾市)

【参考資料】福祉人材の確保に関する総務省施策

- ① 事業承継等人材マッチング支援事業(※令和7年度より)
- ② 地域活性化起業人
- 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。

がん等の方への速やかな介護サービス提供に向けた手続き

がん等の方への速やかな 介護サービスの提供 に向けた手続き



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和7年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「速やかな要介護認定の実施のための調査研究」

令和8年3月

要介護認定制度の実務に関わる行政職員に向けた手続き。

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

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



三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「速やかな要介護認定の実施のための調査研究」、令和7年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

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
(※特例：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」「居宅介護実態調査」「介護人材実態調査」(3調査)の設問の一部を見直し
- Excelの調査表を作成し、電子ファイルでの回答を収集(※3調査について)
- Excelファイルで収集した調査票を、そのまとめた集計ソフトに取り込むことも可能に

令和6年3月



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」

[illegible]

自動集計ソフトの使い方

本ソフトは、三隻 UFP リサーチ&コンサルティング株式会社が令和5年度老人保健事業推進費等補助金を受け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出された、「原所定実地調査」、「介護人材実地調査」、「在宅生活実地調査」を基とし、同報告書で示されているグラフ・図表等を作成するソフトです。

本ソフトは、「**◆操作シート**」のボタンを押すことで作動します。本ソフトの処理は3段階に分かれており、STEP0「アンケート結果の読み込み」では回収した Excel 調査票ファイルを読み込み、「アンケート結果」シートに転記します[※]。なお、読み込む複数の Excel 調査票ファイルは、すべて同一のフォーマットに相違するようにしていただく。

STEP17アンケート結果チェックでは STEP0で読み込んだデータ（調査票で実施）の場合は、入力したデータの確認を行います。もし不正な入力がある場合は、該当セルが赤く表示されますので、必ずラバーで修正いただくようお願いいたします。本STEPでチェックしている具体的な内容は「◆操作シート」の欄のなかで参照ください。

STEP2 では入力したデータの集計及び 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に活用いただき、出力完了後は名前を付けて保存してください。集計を行う前にベースファイルの加工はされないよう、お気をつけください。

● 操作法と上りの練習



¹ アンケート調査を、Excel 調査票ファイルを用いて実施していない場合（紙の調査票で実施した場合）は、「アンケートシート」にデータを入力の上、STEP3 からスタートしてください。

2) 悪い結果が続いている状態で悪い結果が続くことは当然ですが、正確な集計結果とらならない恐れがあります。また、無回答率が高い。人数・時間・コスト等の正確な集計が難しいのは事実です。不正な回答や無回答が極力ないように、データ管理事業所へのサポートを行っています。

3. 加えて、ベースファイルの保存場所にもご注意ください。ベースファイルのフォルダパスが長すぎたり、フォルダに特殊な文字が含まれていたりする場合、ベースファイルを読み込めないことがあります。特定の事情がない限り、デスクトップ上に保存し、本ソフトを利用されることを推奨いたします。

1

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

介護予防・日常生活支援総合事業をもう一度考えるためのガイドブック

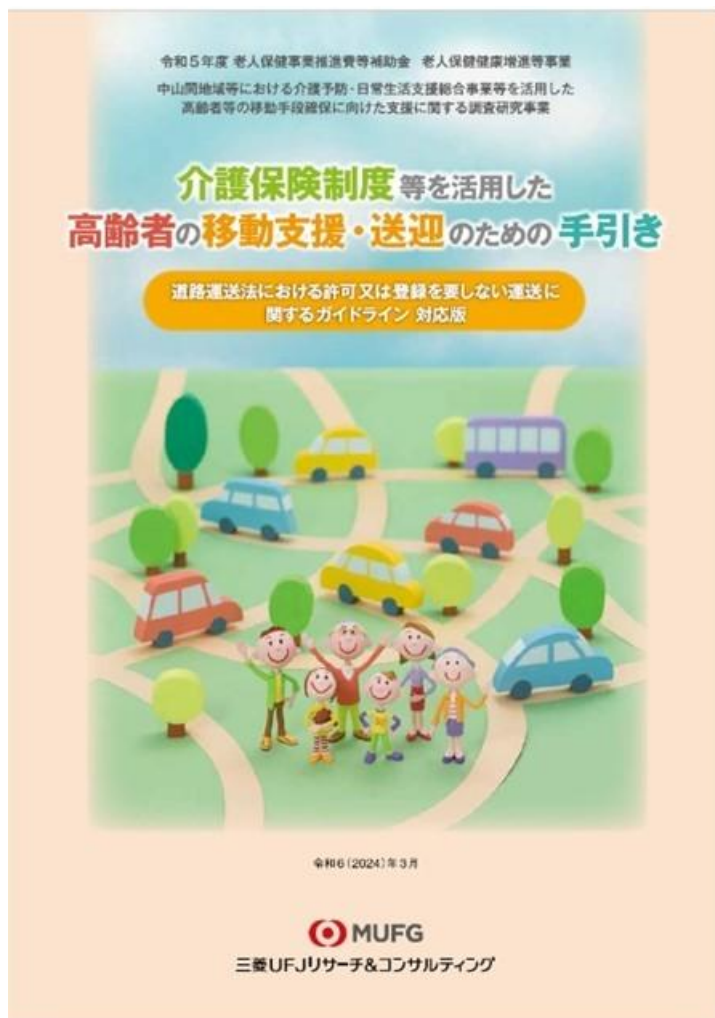
総合事業を改めて見直すためのガイドブックです。総合事業の評価のあり方についても試案を提示しています。



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



介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き



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

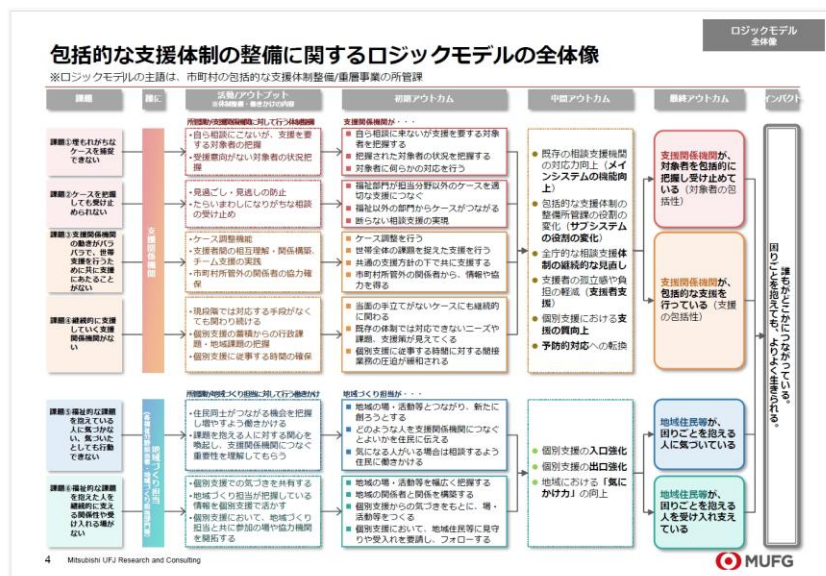


https://www.murc.jp/houkatsu_08/

包括的な支援体制の整備に関するロジックモデル

包括的な支援体制の整備／重層的支援体制整備事業シリーズ：第4弾

- 令和7年度事業では、包括的な支援体制の整備に関するロジックモデルの構築に取り組みました。
- 各自治体での取り組みにいまひとつ自信が持てないという担当者の方には是非目を通していただきたい内容です。



■ 過去のガイドブック



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

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



各種報告書や研究報告書の
動画解説など様々な素材を
提供しています。

出典明記で研修資料、行政資料等に自由にご活用いただけます。

出所表示例)

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

【ご参考】「新版 地域包括ケアサクセスガイド」

地域包括ケアの基本と最新事情がわかる！

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

監修：埼玉県立大学理事長・日本地域包括ケア学会理事長 田中 滋

編著：三菱UFJリサーチ&コンサルティング主席研究員 岩名 礼介

発行：メディカ出版

価格：2,000円（＋税）



講師紹介

岩名 礼介

政策研究事業本部（東京）
社会政策部
主席研究員



専門分野

地域包括ケアシステムの構築支援（自治体支援）
地域福祉・地域共生社会

委員会委員（過去を含む）

- ・「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）
- 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。また都道府県支援としては、現在も広島県、福岡県、沖縄県、愛媛県、高知県、山梨県などに継続的に関わっている。
- 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）

