

令和3年度近畿ブロック地域包括ケア推進セミナー

地域包括ケアシステム

総論

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

地域包括ケアシステムはそうなったら成功なのか？

地域包括ケアシステムの定義と目指すもの

地域包括ケアシステム が目指すもの

高齢者の**尊厳**の保持と**自立生活の支援**の目的のもとで、可能な限り**住み慣れた地域**で、**自分らしい暮らし**を人生の最期まで続けることができる

それが成り立ちにくいからこそ、**地域包括ケアシステムの構築が必要**

地域包括ケアシステム の定義

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

「住み慣れた地域」で「自分らしい暮らし」ってどういうこと

住み慣れた地域

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

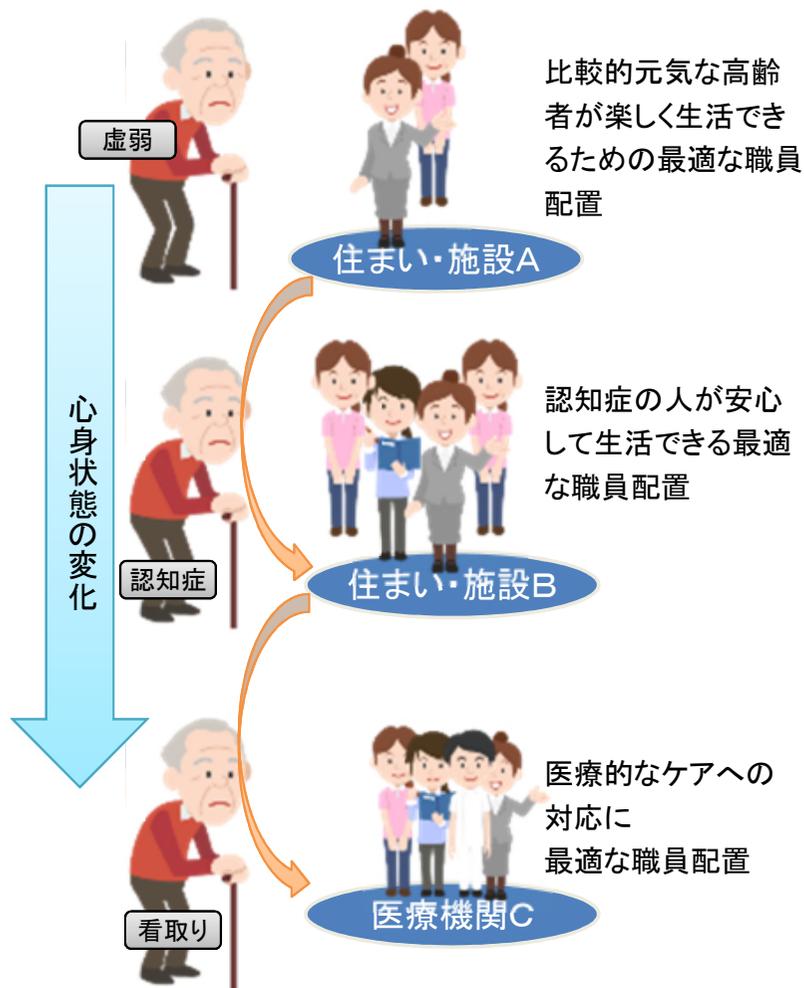
自分らしい暮らし

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

なじみの関係を維持するためには「人にケアを合わせる」

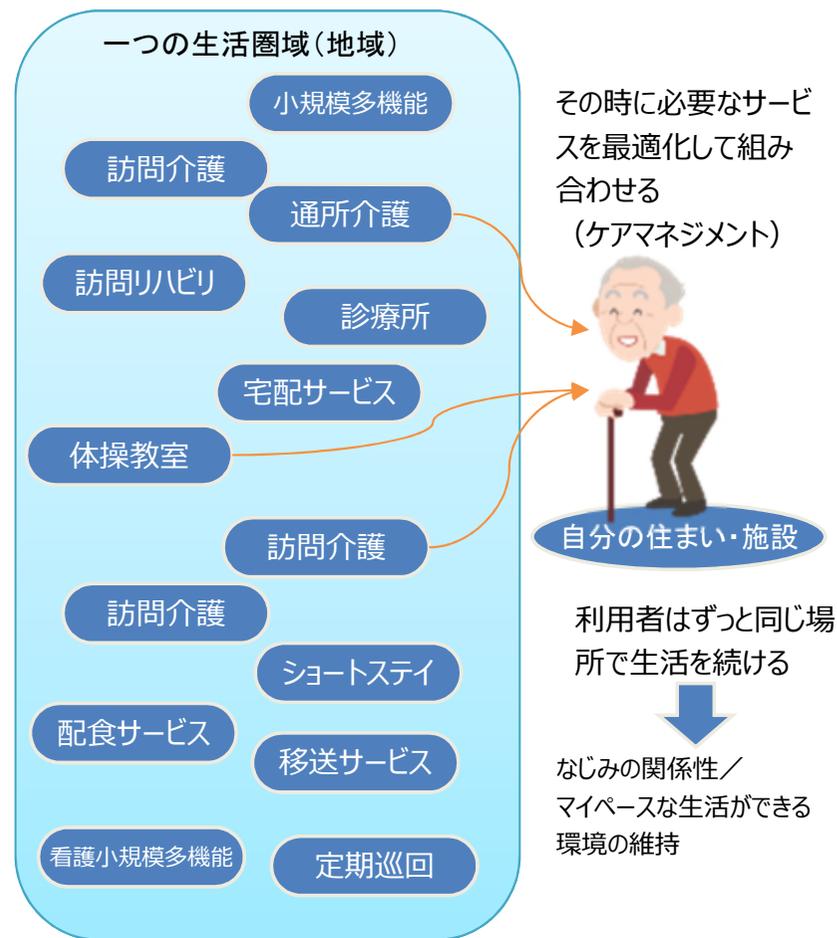
人がケアに合わせる仕組み

施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

検証可能なアウトカム指標は？（提案）

自分らしさなどを指標化するのは難しいものの、いまいる場所での生活が自分らしいと仮定した場合には、ある程度の指標化が可能。地域包括ケアシステムは、生活の「継続」がゴールなので、「達成」の指標よりも、「**どれだけ継続できているか**」「**最悪の状態を回避し続けているか**」がポイントに。

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

軽度の指標はモニタリング指標と考える

軽度者のアウトカムは、先に挙げたアウトカム指標よりは「手前の状態」に対する指標。生活も多様であり、数量化するのは容易ではない。むしろモニタリング指標としてとらえるべきか。

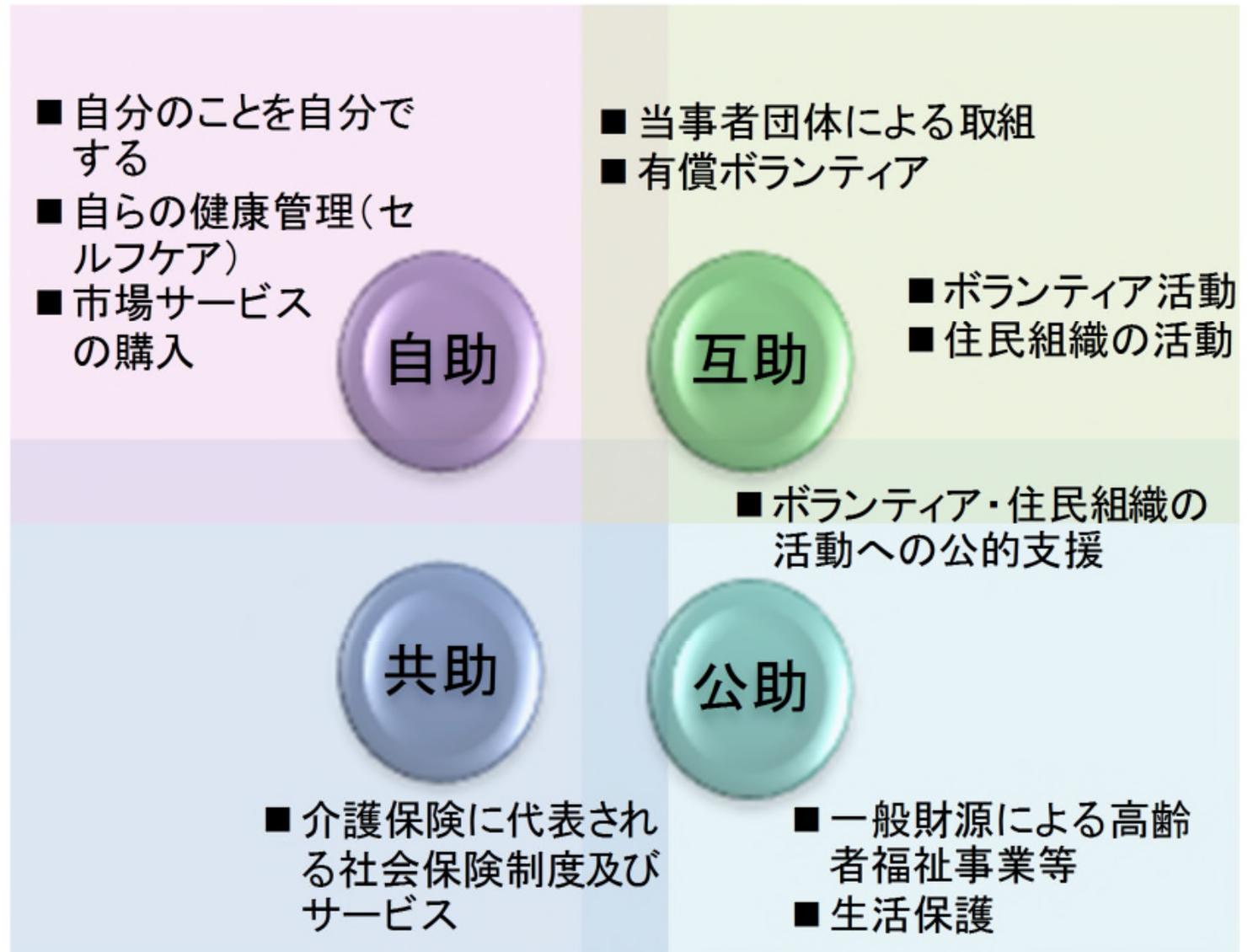
	定義と考え方	制約条件
軽度認定率	要介護1までの認定率。必ず年齢補正值で時系列で評価を行う。要介護1には認知症が多く含まれるため、要支援2までの認定率で評価することもできるが、審査会の判断基準にブレがある場合は要注意。	要介護認定／基本チェックリストの運用基準が異なるため市町村間比較には意味がない。時系列での確認を行う。また運用ルールが変化すれば、数値が変化するため留意が必要。数値の改善だけを追い求めると人為的なバイアスがかかりやすいので要注意。地域資源の増減でも数値が動くので要注意。
75歳～85歳認定率	75歳～84歳で要支援または要介護1と認定されている被保険者数を評価。年齢固定しているので補正は不要。認定率が高くなる分岐年齢付近の認定率に焦点を当てて評価する。（前期高齢者の認定者には、脳血管疾患などが多数含まれる。これを除外して評価する意味もある。	
新規認定者の平均年齢	要介護認定の初回認定者の年齢の平均値。助けを必要とした被保険者の年齢が上昇してくるということは、予防（あるいは生活支援資源の普及や社会参加の場など）が成果を見せている可能性がある。	「初回は要介護認定」を徹底している場合は、認定データ（見える化システム）で確認可能。チェックリストトリアージしている場合は、窓口問診票のような書式に年齢記載欄を設け、別途集計すれば評価可能。
社会参加率	日常生活圏域ニーズ調査（問5）の各項目のうち「週一回以上」の選択が一つ以上、または「月2～3回」の項目が複数選択される高齢者を集計することで社会参加率を経年で評価可能。	対象になっている活動がフォーマルなものに集中しており「毎朝の喫茶でのモーニング」やその土地特有の活動などが入ってこない可能性も。

留意点

- 認定に関連する指標について、要介護状態の原因は多様なため、認定につながる因子には、介護予防の効果以外が含まれる可能性がある。
- 予防の効果には限度があるため、一定の水準になると、予防だけでは認定率は下がらなくなる。
- 全体的に、軽度者に関する評価に認定関連の情報を活用する場合は、認定の運用ルールの違いがあるため特定の市町村との比較は意味がない。時系列の比較をベースとする。

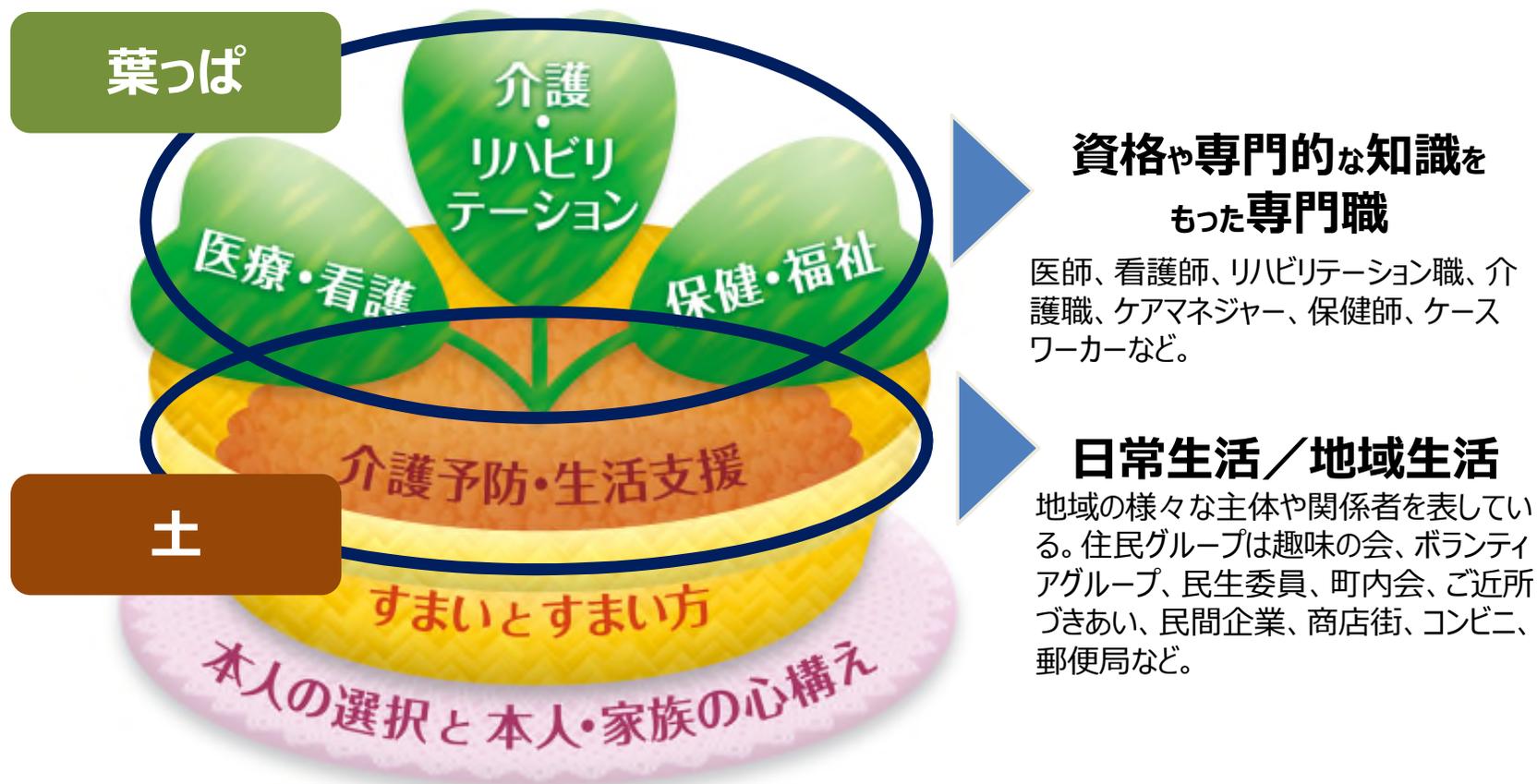
どんな資源でゴールに向かうのか？

自助・互助・共助・公助



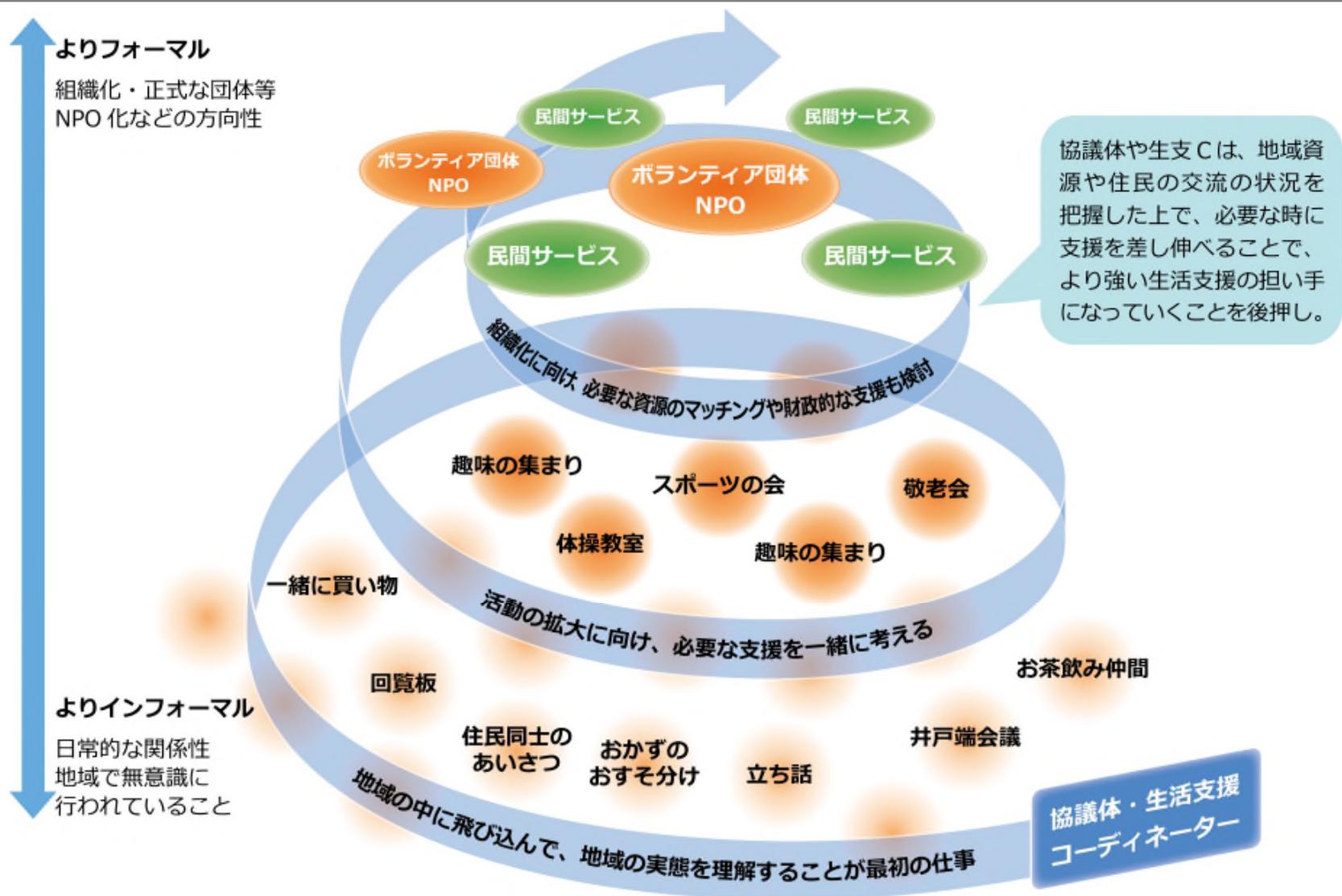
出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】」(地域包括ケア研究会)、平成24度老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムの植木鉢



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

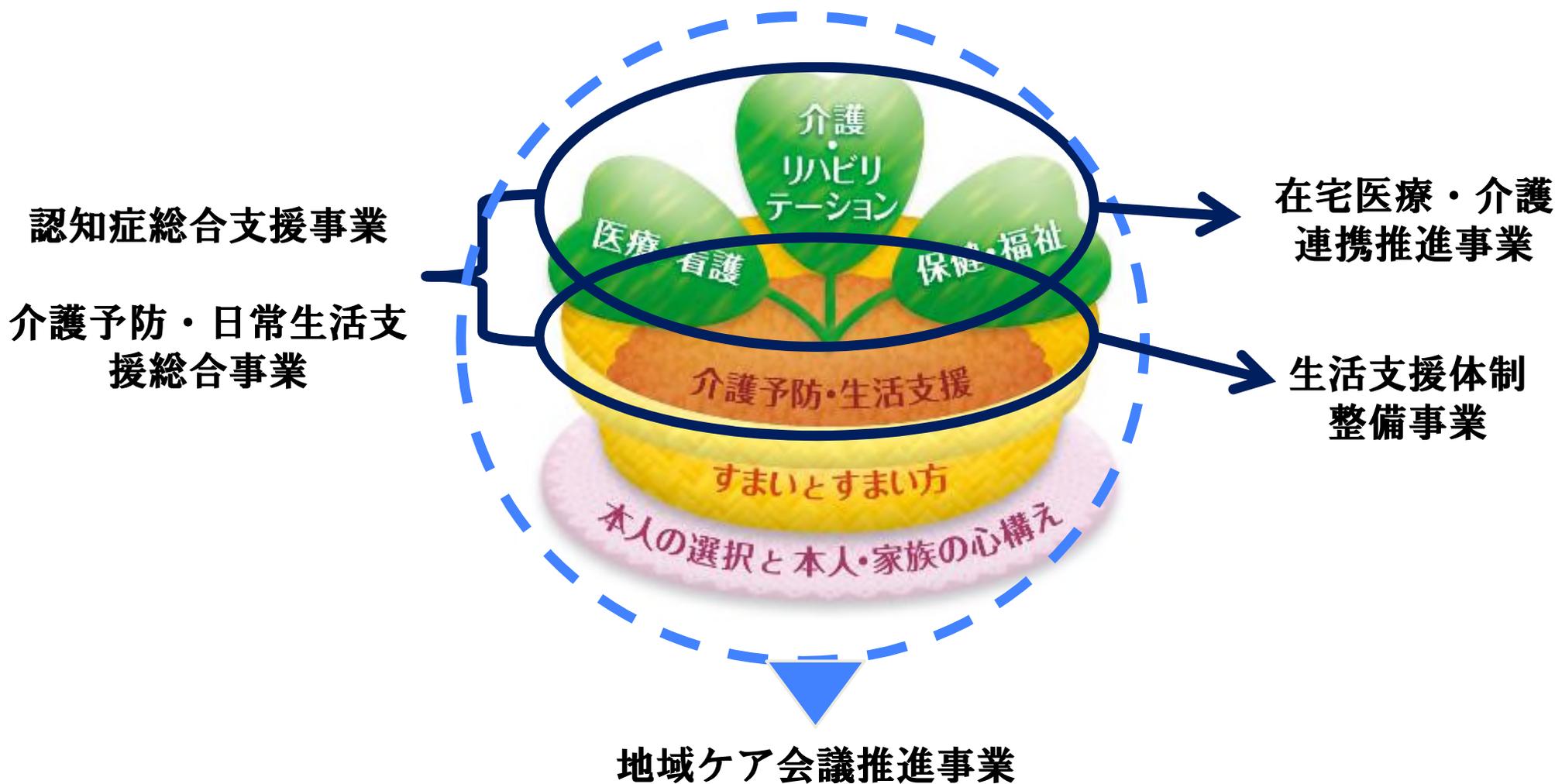
地域の資源も多様性がある



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説(概要版)」
(平成27年度老人保健事業推進費等補助金)

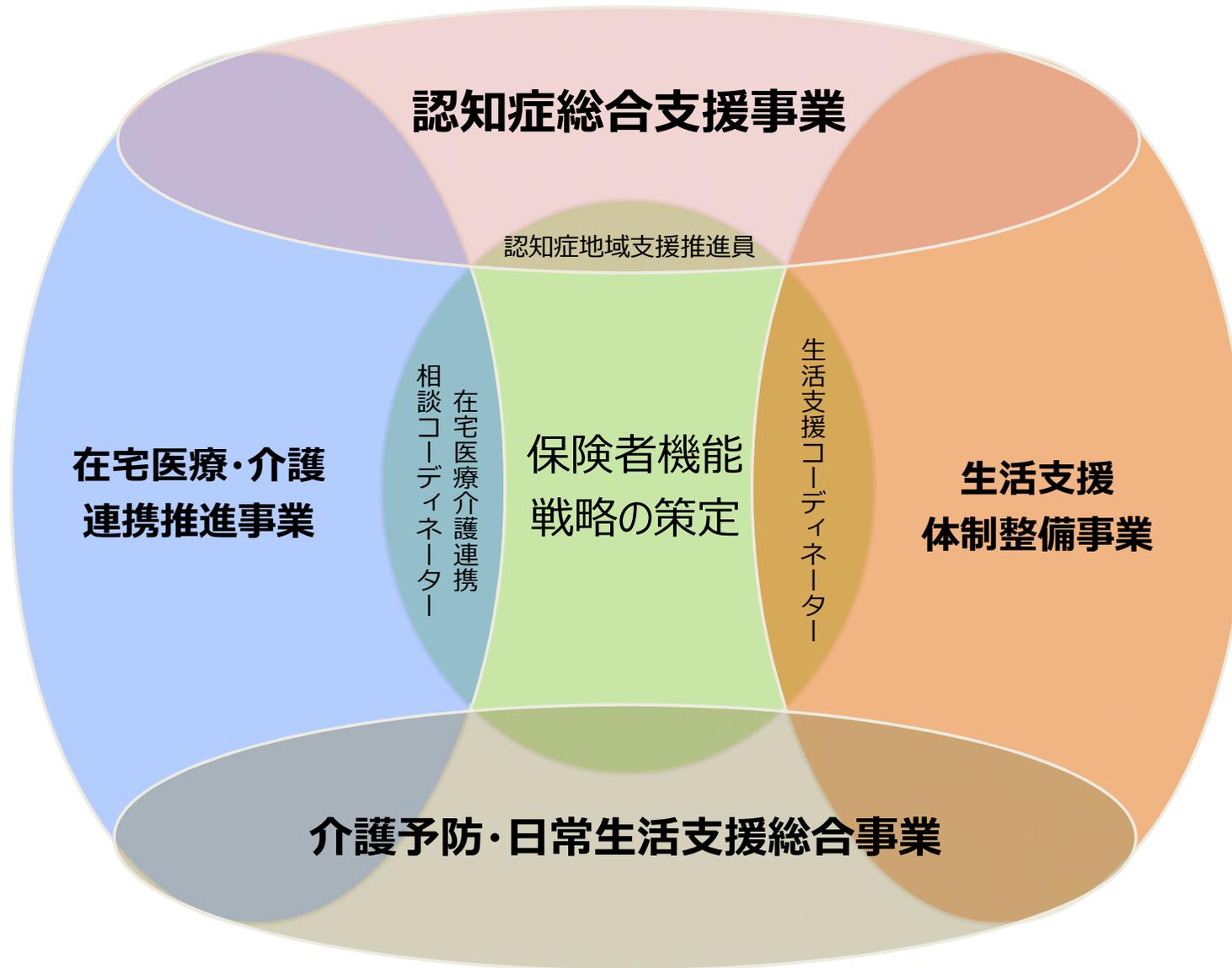
地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

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

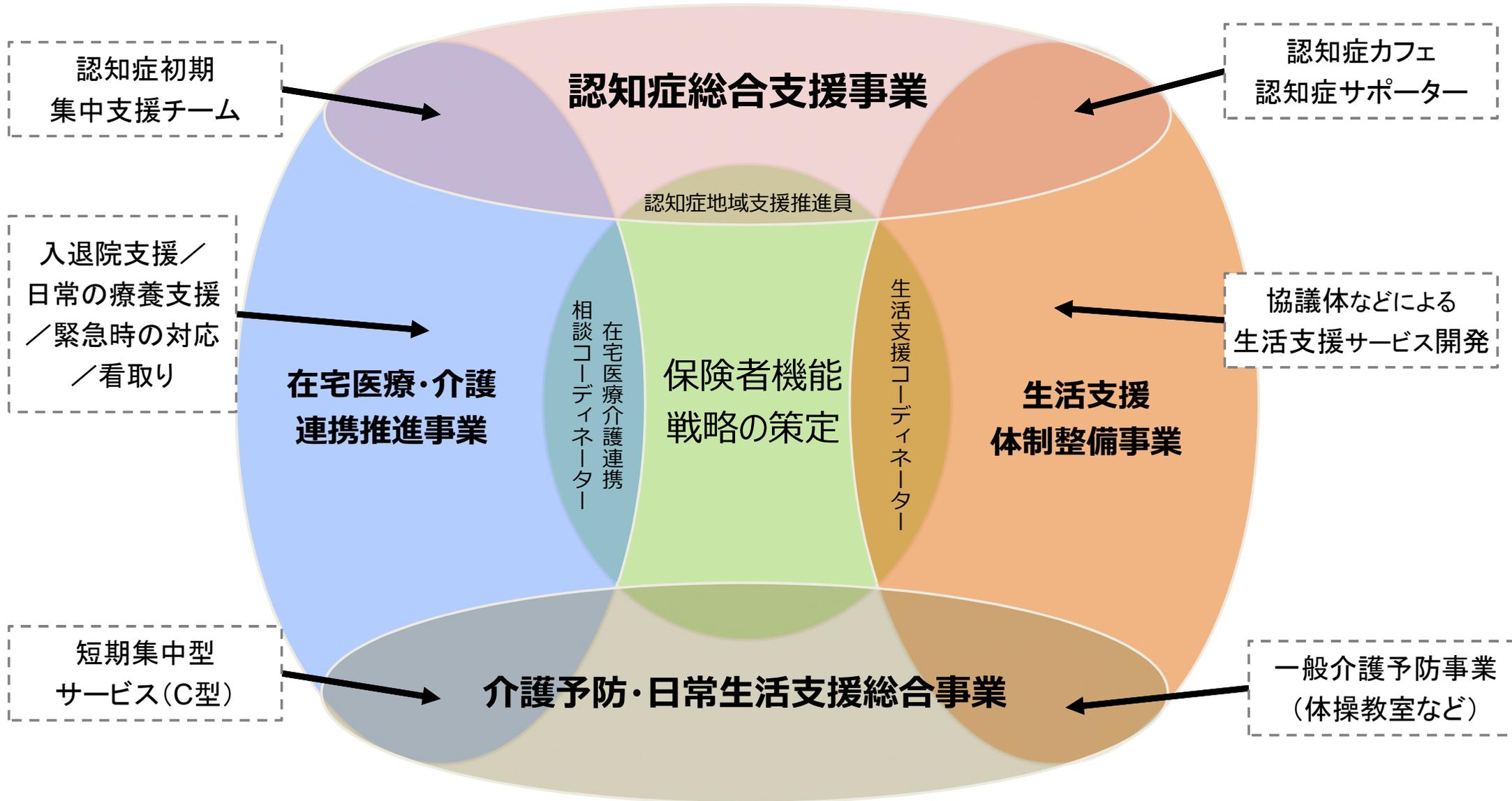


出所) 植木鉢の絵: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」(地域包括ケア研究会)、平成27年度老人保健健康増進等事業。楕円と周辺の文字については筆者が加筆。

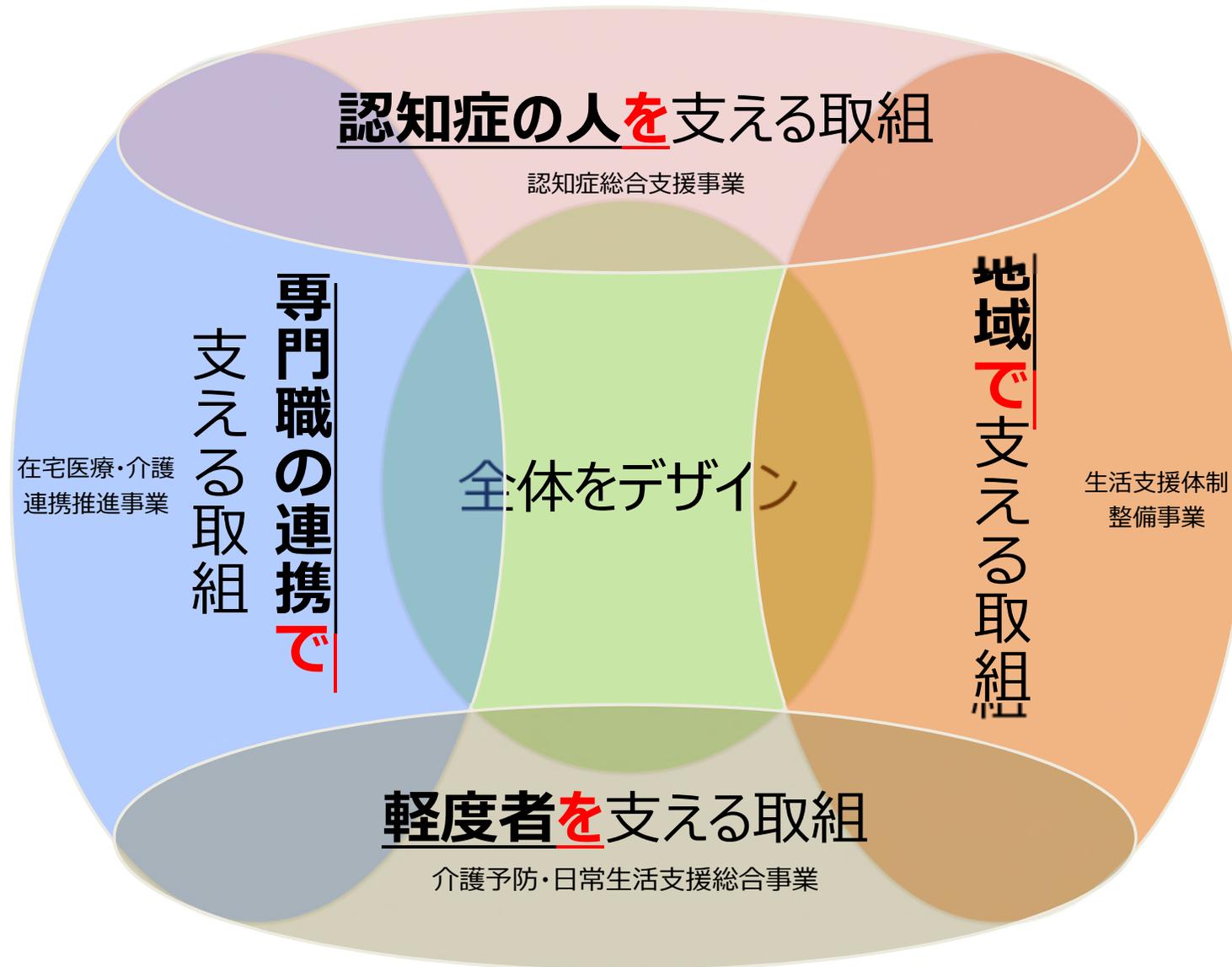
地域支援事業は「重なりあい」と連動がポイント



地域支援事業は「重なりあい」と連動がポイント



「誰を」「何で」支えるのか？



地域包括ケアシステムとは何？

葉っぱ事業

まとまる

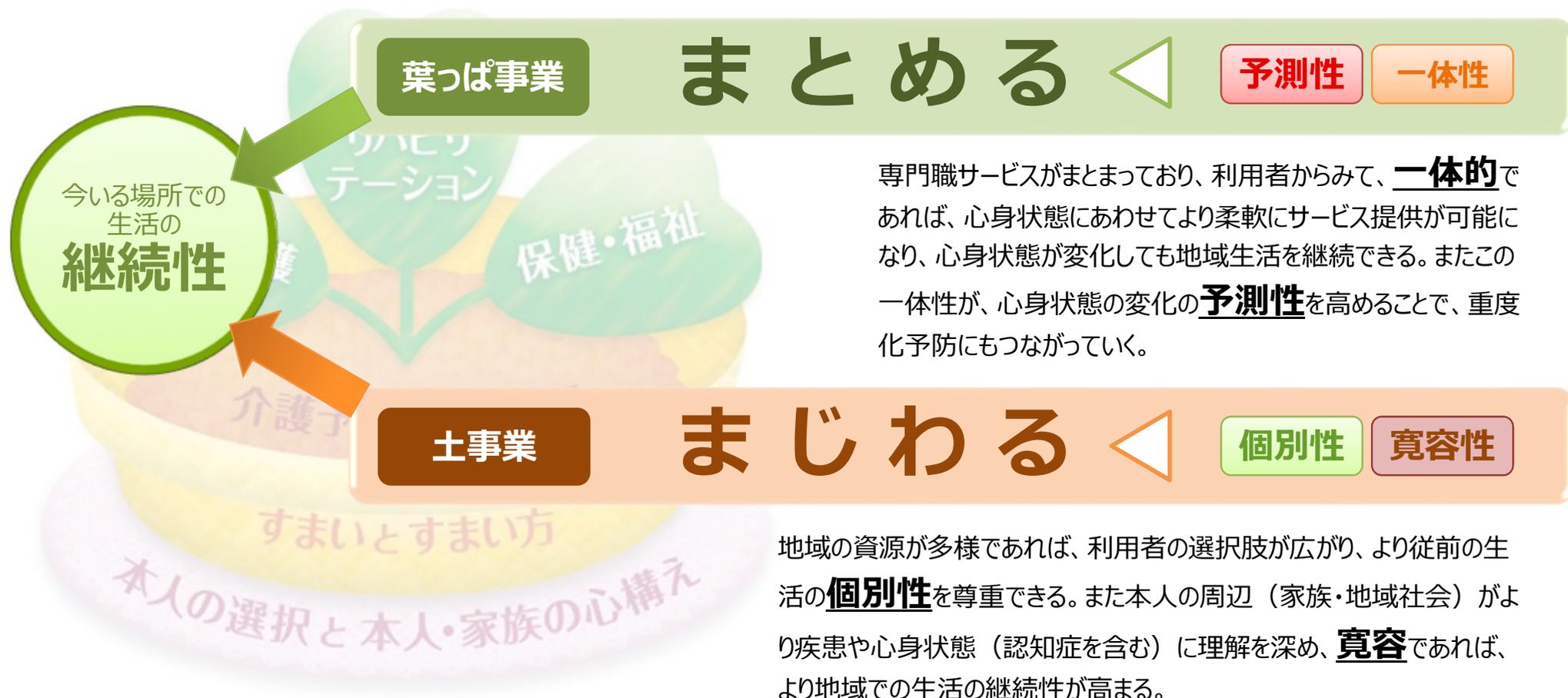
- ◆ 地域の様々な資源をまとめていく仕組み。特に、専門職については、事業者間の連携コストを引き下げするための取組を推進していくことが重要。
- ◆ 自分達の取組が「どういう意味で」「何を」まとめているのかを意識していくと、個々の取組が地域包括的であるかどうかを考えることができる。

土事業

まじわる

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

地域包括ケアシステムの植木鉢



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。図全体の構成は、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)

令和3年度近畿ブロック地域包括ケア推進セミナー
コロナ災禍における地域支援事業
～通いの場戦略の限界とその先～

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

コロナ災禍の中で地域支援事業に何ができるか？

コロナ災禍における医療介護連携

1

コロナ災禍の中で従来の医療介護連携の取組をどう進めるのか？

- 会議体の運営については、リモート導入を徹底する絶好の、そして最後の機会かも。
- リモート会議を使うことで、閉鎖的な会議体ではなく、広く関係者に参加してもらう「オープン」な場を作る上での絶好の機会。
- ポストコロナに取り組める内容を整理しておく（この後やれることを考える）
- 材料（課題）集めのタイミングでもある。

2

コロナ災禍に対応した医療介護連携をどう進めるのか？

- 現状の急速な感染拡大の中で、計画的な地域の仕組みづくりは当然ながら困難。
- 一方で、地域ケア体制の「負担」をどうやって多職種で「分担・分散」させるかという視点から医療介護連携を考えたとき、コロナ対応で疲弊する地域の専門職をどう支援し、負担軽減するのか検討することは可能。
- コロナ対応における「病院から自宅療養へ」の展開は、いわば「病院・施設から在宅介護へ」の移行が超短時間で相似形で発生したものと考えることもできる。今回の経験は、今後の医療介護連携につながるヒントがかなり埋まっているのではないか
- 有料老人ホームやサ高住におけるクラスタの発生・対応や、医療との連携／通所介護の運営の基準や感染防止対策についての共有など。

第八期介護保険事業計画基本指針の中にも記載がある

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

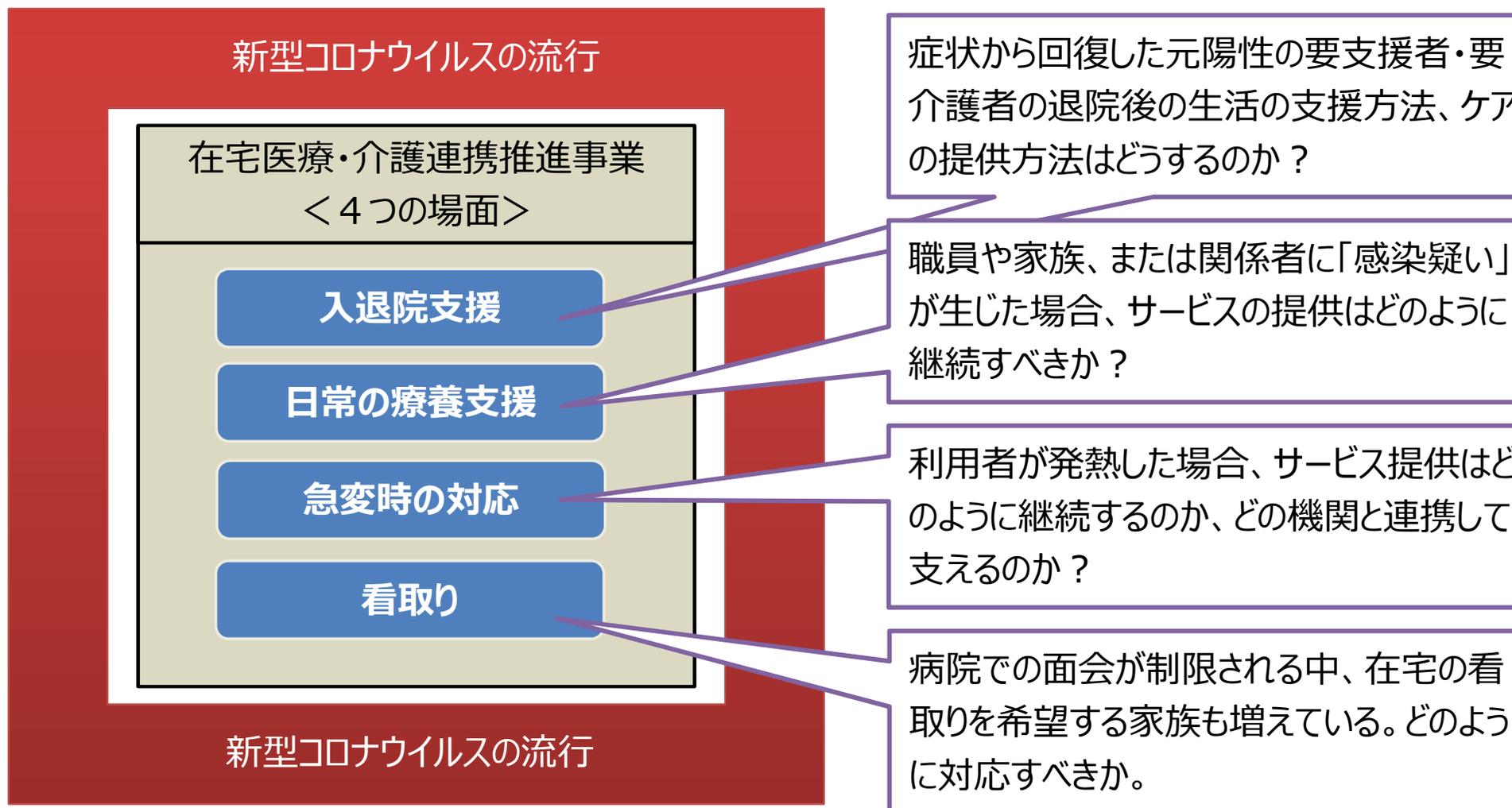
(略)

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

◆ (略)

◆ 今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、**入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り**、認知症の対応力強化、**感染症**や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の**関係者の連携**（以下「在宅医療・介護連携」という。）を**推進するための体制の整備**を図ることが重要である。（以下略）

コロナ災禍の中での「在宅医療・介護連携推進事業」



基本指針案に書かれている取組の方向性

十四 災害・感染症対策に係る体制整備

- 近年の災害の発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、都道府県及び市町村においては、次の取組を行うことが重要である。
- 1 介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練を実施すること
- 2 関係部局と連携して、介護事業所等における災害や感染症の発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制をあらかじめ整備すること
- 3 都道府県、市町村、関係団体が連携した災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築すること
- なお、平時からICT を活用した会議の実施等による業務のオンライン化を推進することは、災害・感染症対策としても重要である。

情報：最新情報提供、現場情報集約、研修・訓練実施

資材：防護具の確保や分配、調達、輸送など

体制：万が一の際の手順、支援スキームの事前設計と参加

「情報」「資材」に対する**不安の解消**は、「体制」づくりの**前提条件**

すなわち、**地域の事業所の「不安」解消のための在宅医療・介護連携推進事業**

事業所の不安感はどこから来ているか？

事業所間の協力の可能性を考える

- 休業や職員の自宅待機などの基準について、事業所間で協議し、一定のルールを共有
- ルールを共有できる事業所間で、休業や人手不足が生じた場合の、応援体制を検討する
- 応援を受ける場合の事業所間での手続きや、資材の調達、感染防止に向けた基準を明確化する
- 応援を実行する際の情報の共有方法を検討する

協力体制は、同一の業種間（例えば、訪問看護ステーション間）の水平的な協力関係もあれば、多業種間（訪問介護と訪問看護の間）といった垂直的な協力関係も考えられる。

すででの事業所間の合意が得られなくても、**できる範囲から小さくスタート**。

「信頼関係」を基盤に構築することを前提に検討することが大切。

地域づくり戦略の限界とその先を考える

コロナ災禍だから「地域づくりが止まる」は本当か？

- コロナで、地域住民から困りごとがなくなったのなら、生活支援Cの仕事はなくなったということになるけど、生活に困っている人はいるのではないか。
 - ✓ デリバリーやテイクアウトなどの情報を整理して各戸に投函した生活支援Cも。
 - ✓ 顔を合わせることができなくても電話などで連絡をとって声掛けする地域も。
- 生活支援Cは、地域住民の**生活**を**支援**する**コーディネーター**であって、地域の通いの場をつくる人ではありません。
- いまは正解のないタイミングです。失敗しても誰も咎めないタイミング。いろいろテスト的にやってみましょう。
- もう一つ、日常生活圏域ニーズ調査の「問5」だけを今実施すれば、社会参加率の低下を評価することができます。どの年齢層でどの程度変化したを把握しておくことは、今後の戦略を考える上で有効です。（社会参加率の算出方法：項目のいずれかで「週1回以上」を選択した人と、複数項目で「月2～3回以上」を選択した人を社会参加がある人として計算すると時系列での比較に役立つ）

この1年でよく聞かれるようになった相談

通いの場がどうしてもできない地区がある。どうしたらよいか？

通いの場の数は、かなり増えた。これは成功ってことでいい？

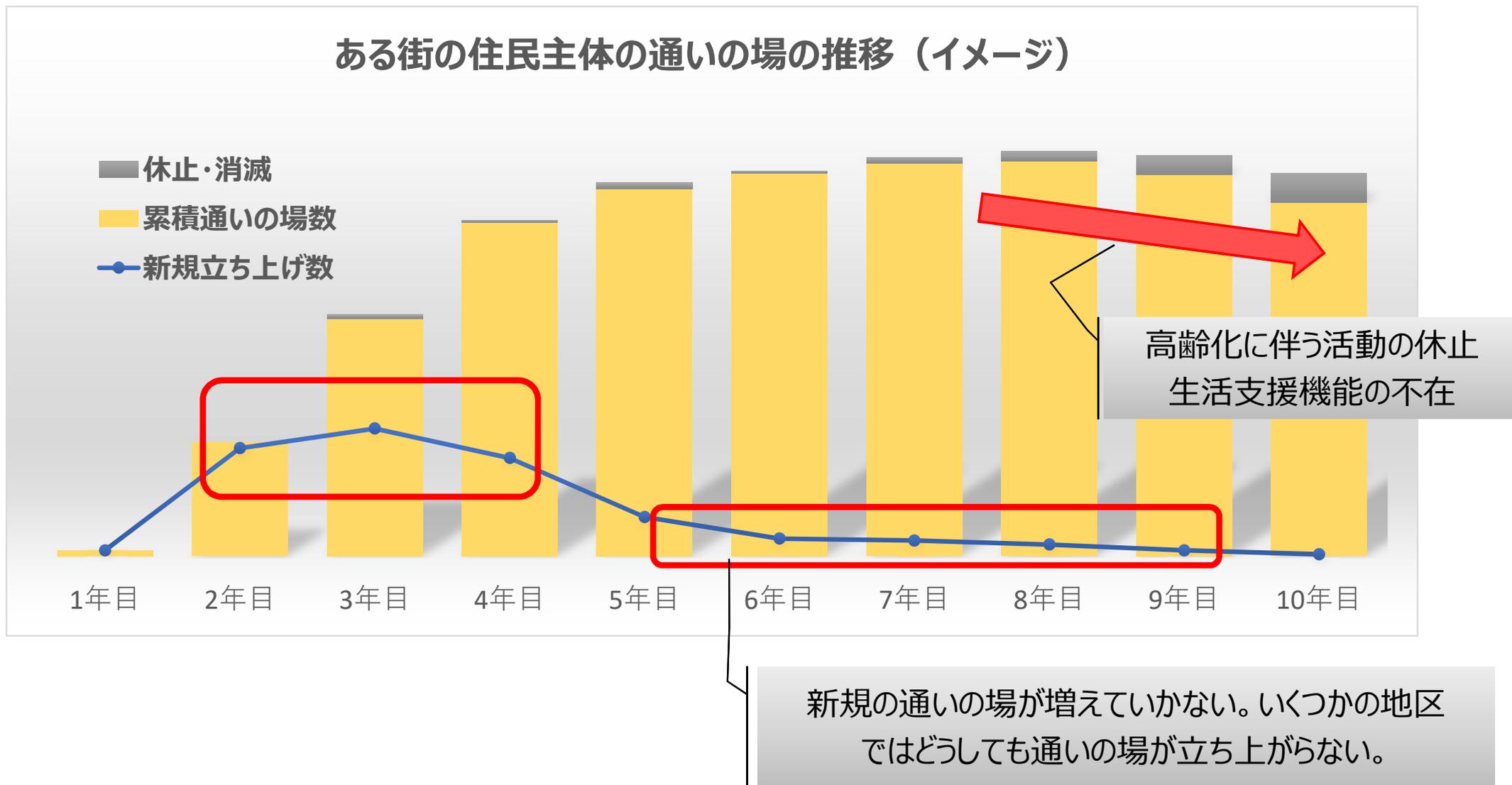
通いの場の参加者の高齢化が気になる。どうすれば数を維持できるか？

個所数で
評価する
発想から
直ちに脱却を

そもそも、各地域の通いの場は一様ではないはず。
100か所の通いの場があるといっても、それぞれ特徴が違う。
まとめて今後の戦術を考えても効果がない。

通いの場も時間が経てば変化していく

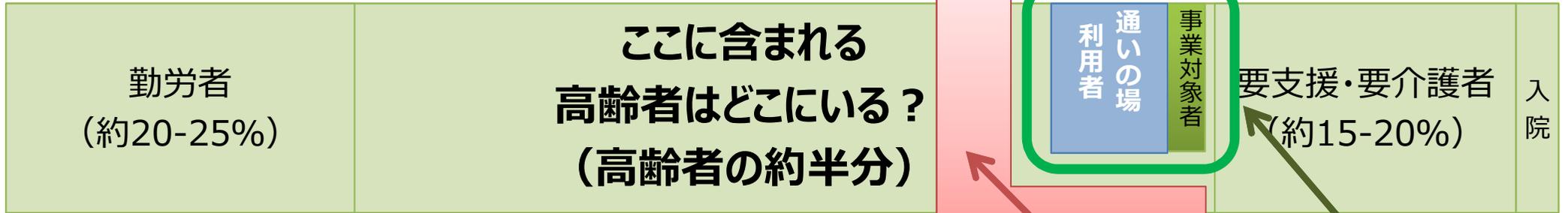
ある街の住民主体の通いの場の推移（イメージ）



通いの場に通っている高齢者がすべてではない

地域の高齢者全体（100%）

※イメージであり、具体的な数値は地域によって大きく異なる点に注意



地域の「隠れニーズ」をどうとらえるのか？

- 一つのやり方で地域全体が元気になるはずがない。
- 「積極的になれる人」もいれば、「なれない人」もいる、「そっとしておいてほしい人」もいるし、「声を掛けられるのを待っている人」もいる。体操嫌い、おしゃべり嫌いは、どこに行けばよいのか？
- 行政が何をやりたいか、ではなく、住民が何をやりたいか、それをどう支援するかが大切。
- 行政系の通いの場を好まない人はむしろ大多数？
- 生活支援Cがすべての地域資源を開発できると考えない。生活支援Cが見ているのは、地域資源のごく一部に過ぎないという認識が重要

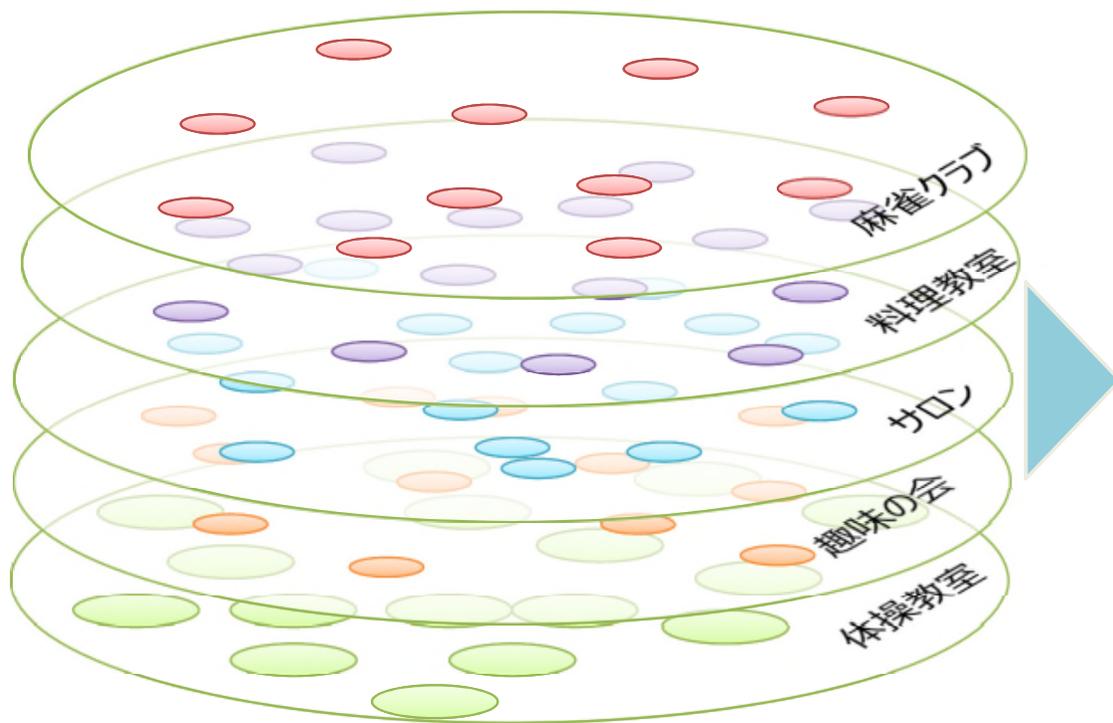
ここにいる人は、
何%だろうか？

このあたりの人のことは
どうしますか？

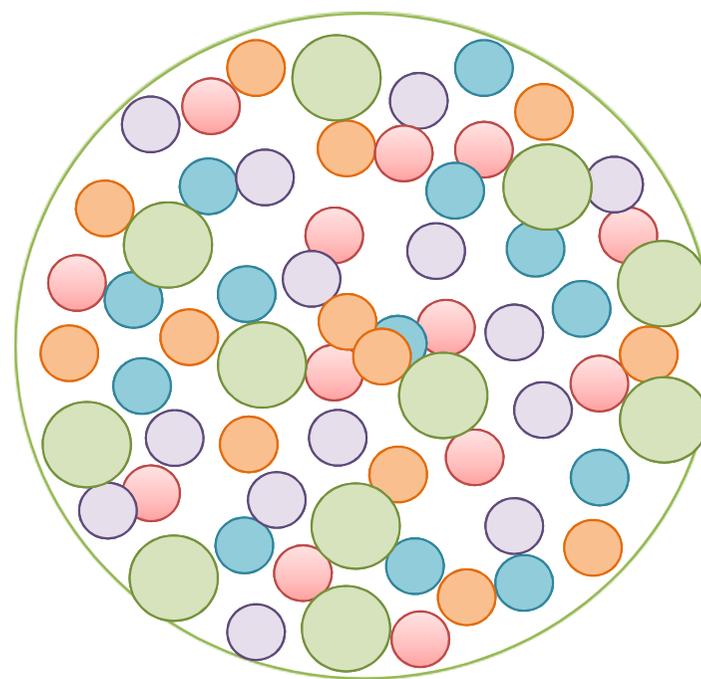
マルチレイヤーを考える

- ◆ 地域住民の趣味や嗜好は、一人ひとり違っている。一種類の「介護予防プログラム」を徹底的に地域に広げることよりも、介護予防効果が低いものも含めて、「多様な場」があることの方が適している地域もある。特に、都市部や市街地の場合には、一様な「場」の展開では、多様なニーズに応えられないことが多い。

一つひとつの取組は少なくとも

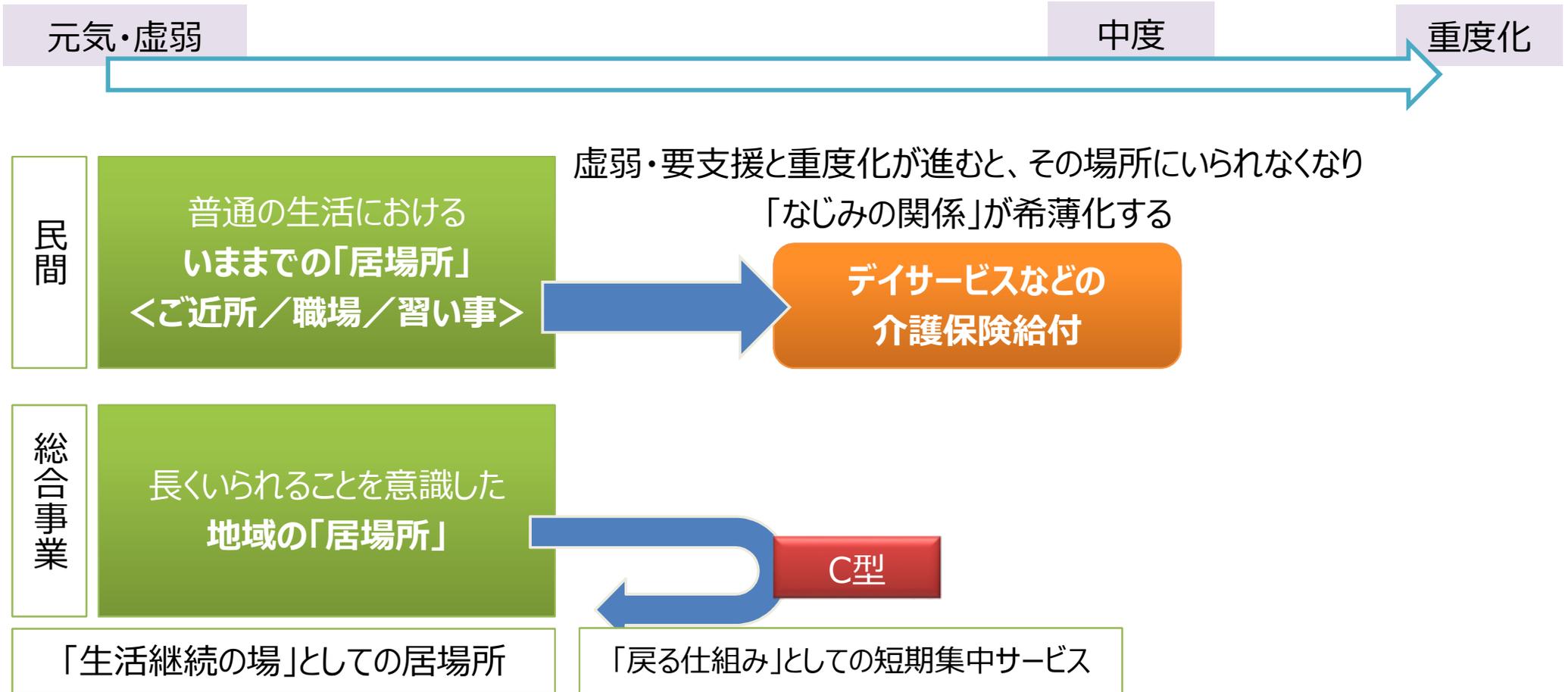


上から見れば…



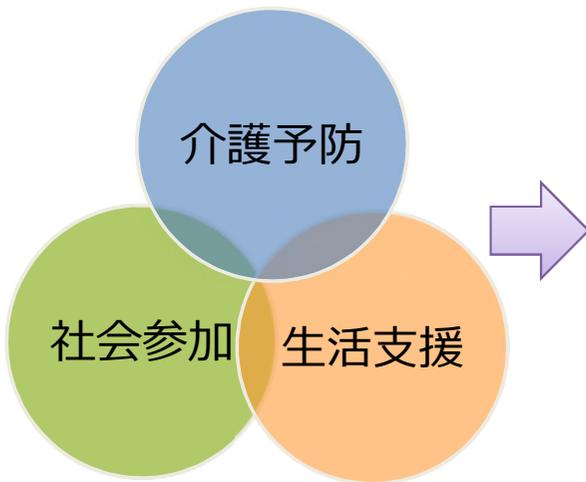
資料:岩名作成

「留める仕組み」だけでなく「戻る仕組み」があるか



B型や通いの場の数を数えるからわからなくなる

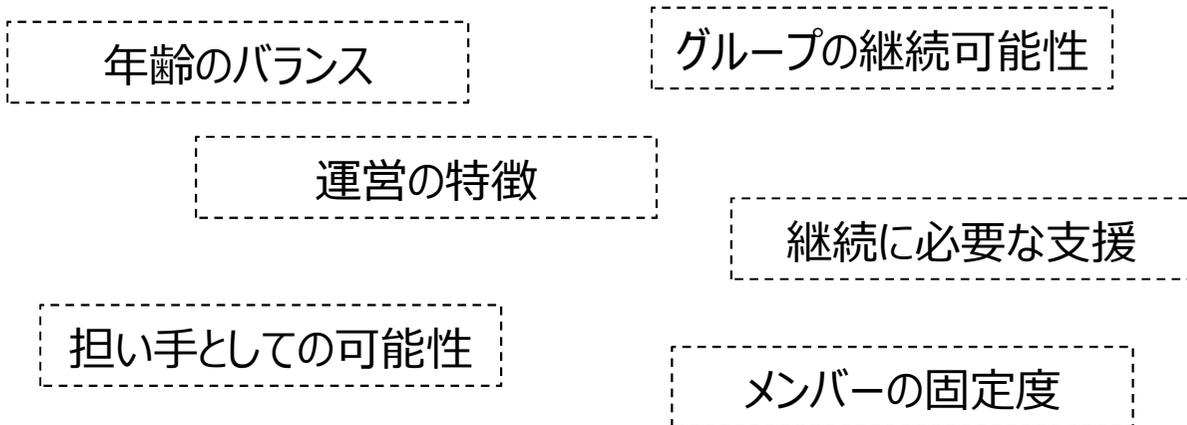
もともと、三位一体。



それぞれの通いの場や拠点のもつ「**バランス**」は、異なる。住民主体の場合は外部からの管理がないため、なおさらその傾向が強い。

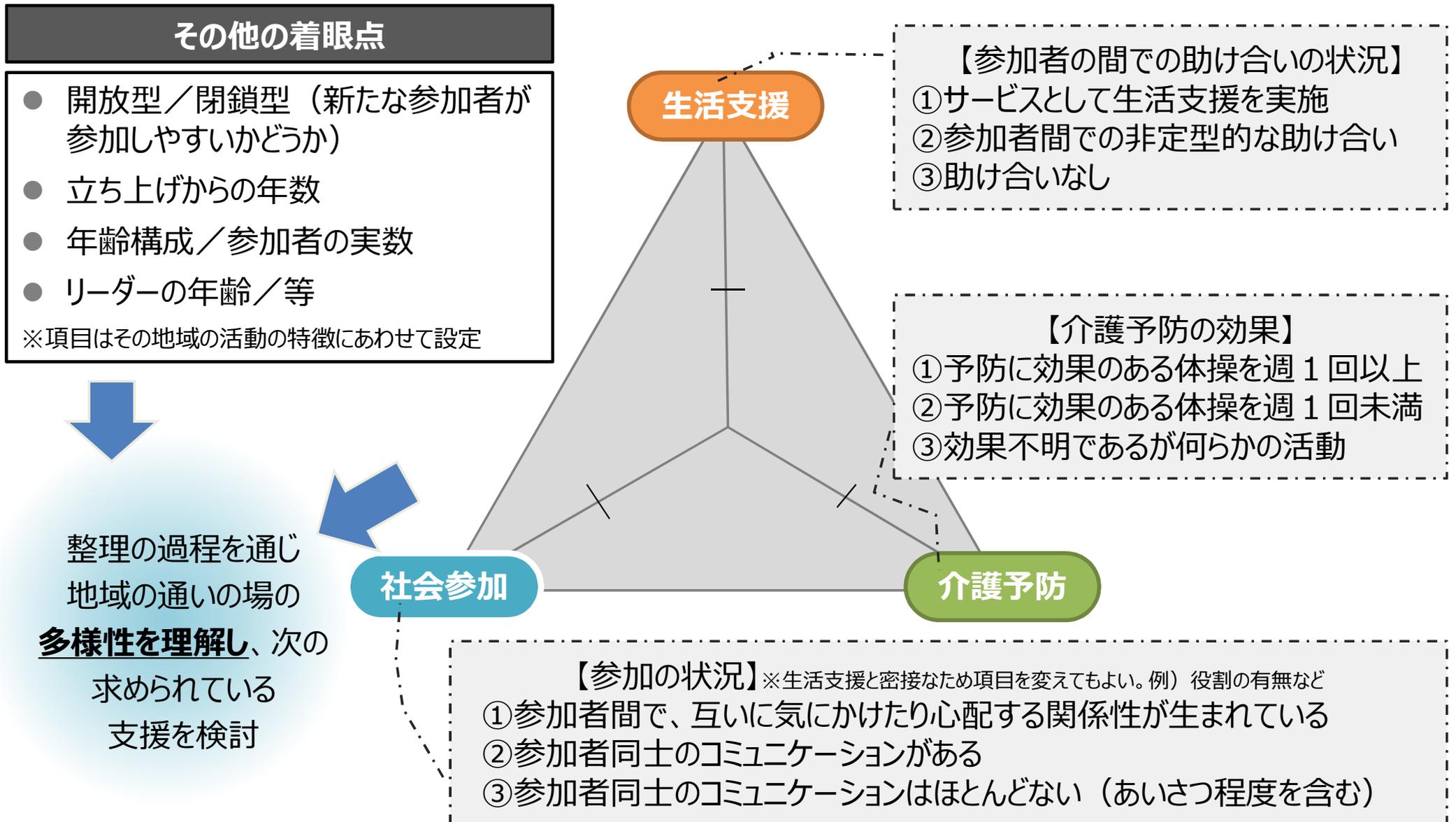


それぞれの資源の特徴を知らなければ、ケアマネジメントに生かされないし、活動も支援もできない



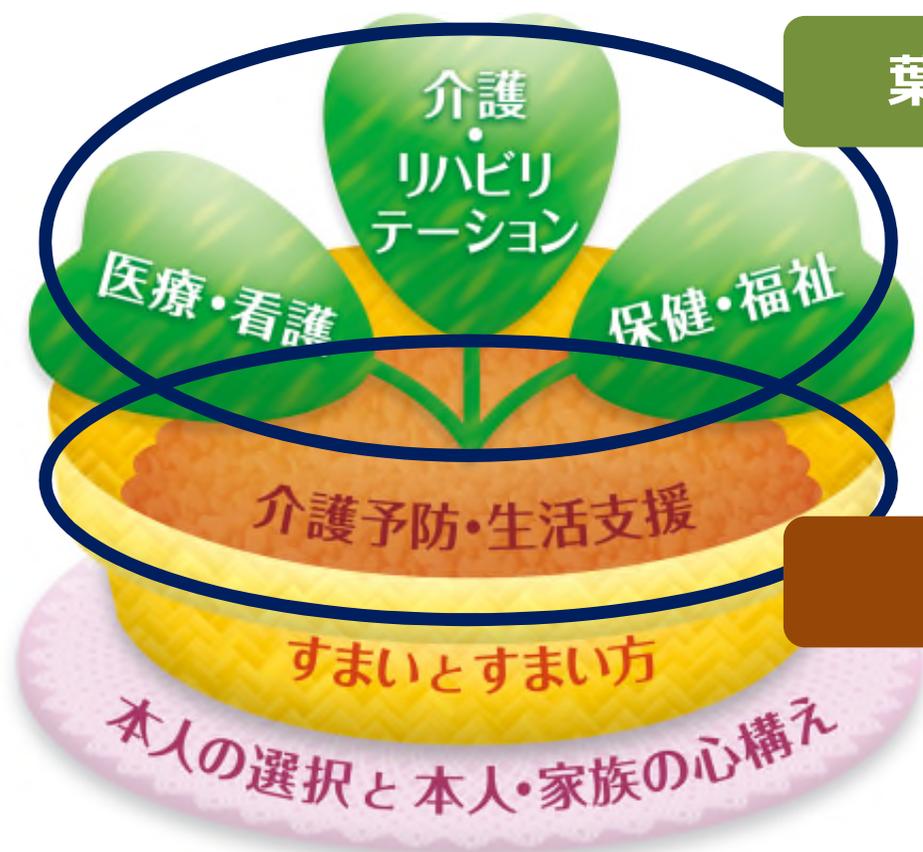
基本になるのは、地域資源の **個別アセスメント**。
全体での個所数だけでは
支援は、行き詰る

たとえば3つの視点から地域の通いの場を観察してみてもいい？



無理な体制で取り組もうとしていないか？

人口減少・高齢者減少地域では脱介護保険の視点で考える



葉っぱ

専門職資源の確保はますます困難に
(介護人材調査の実施)
専門職だけに依存した戦略には無理がある

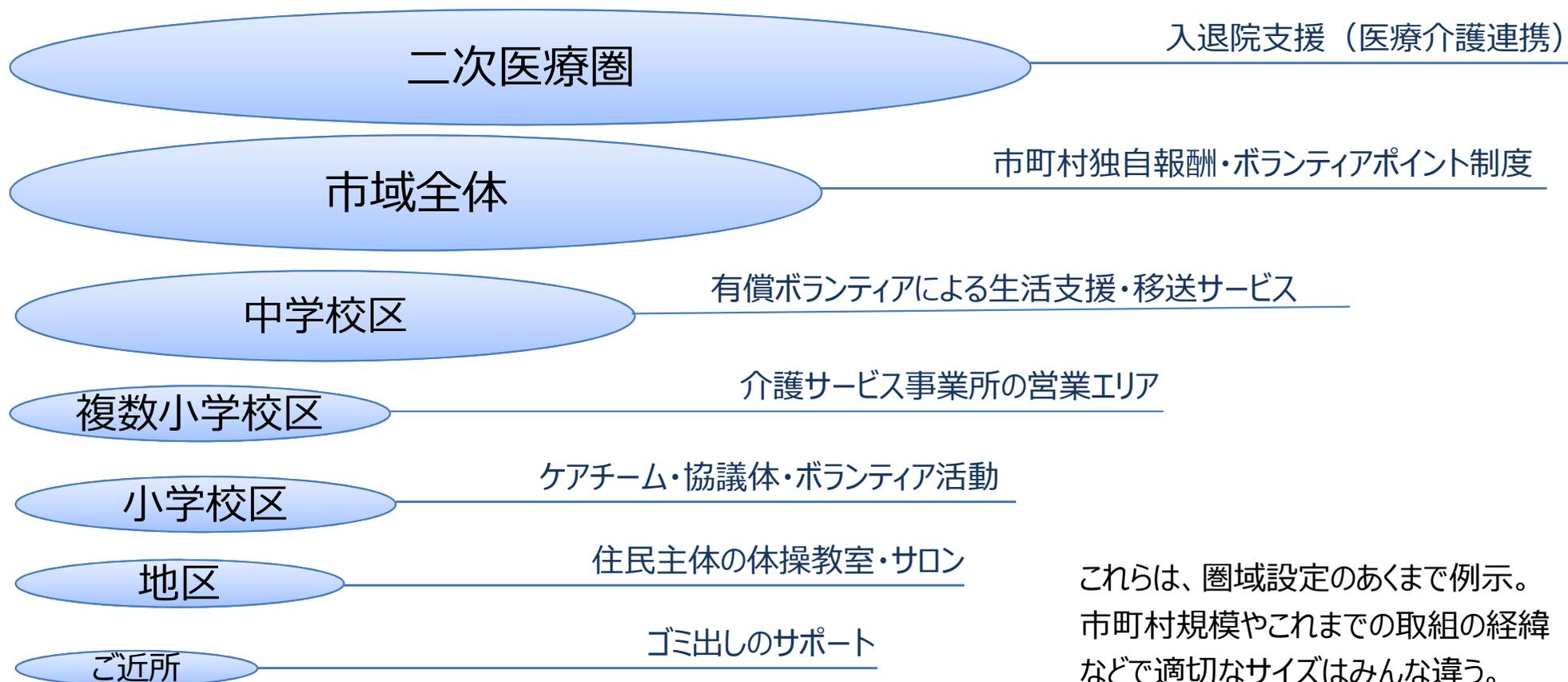
土

多様化するニーズ
粒度の小さなニーズに対応するには
多様な地域資源が不可欠

生活支援コーディネーターの負荷が大きい

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。

日常生活圏域単位の生活支援Cの配置は本当に正解か？



これらは、圏域設定のあくまで例示。
市町村規模やこれまでの取組の経緯
などで適切なサイズはみんな違う。

充実分で充実していない自治体 <充実分の使い方の例>

充実分で充実

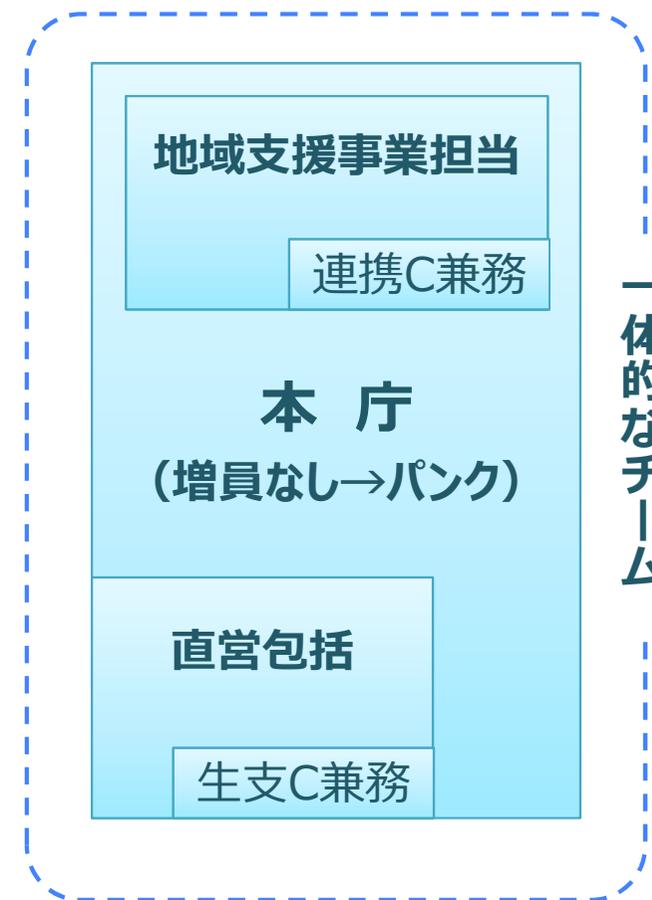
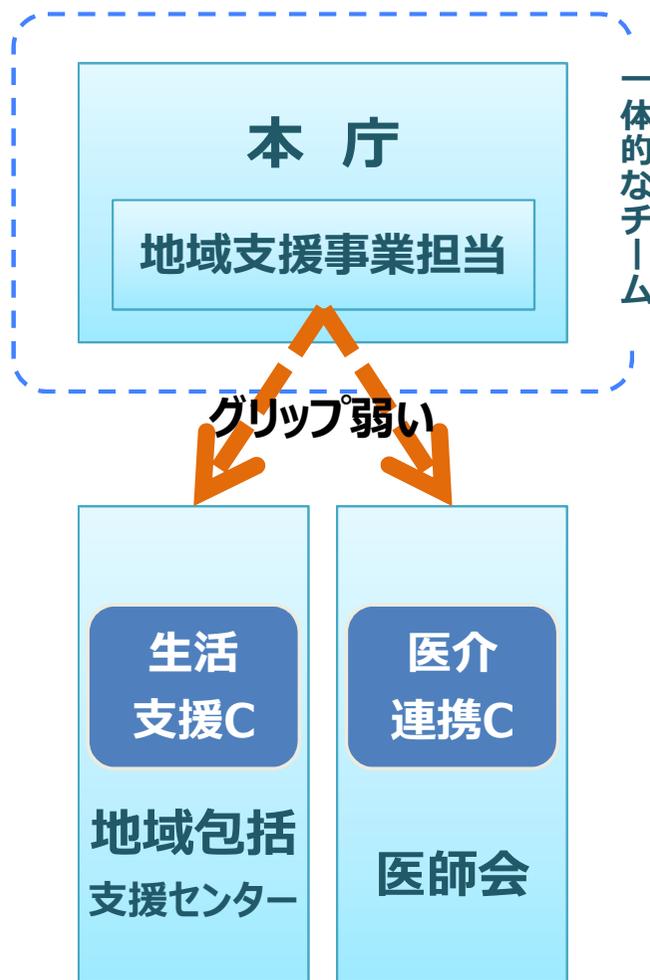
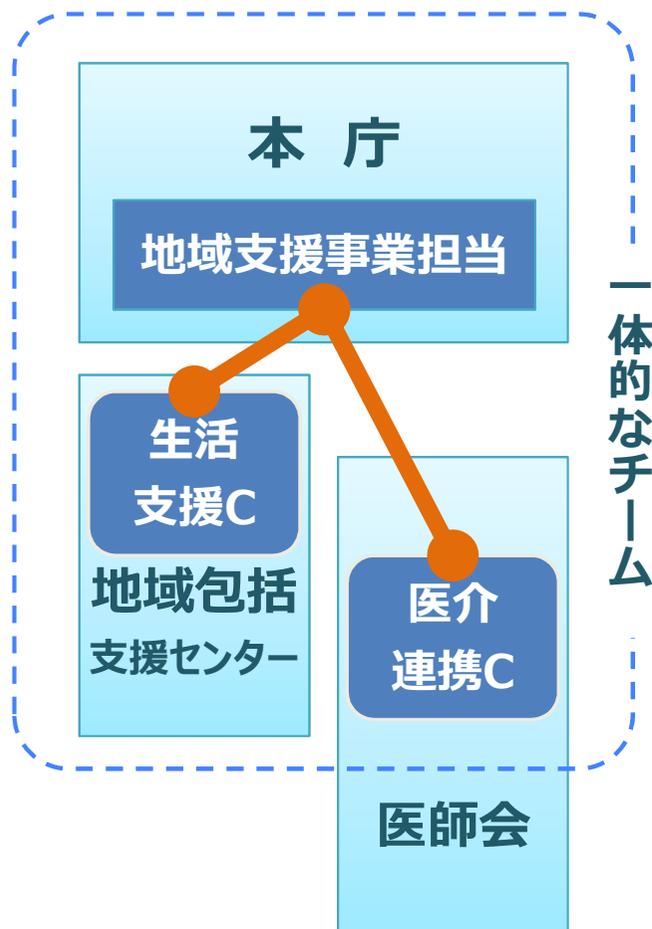
充実分を使って2人分充実！

充実分をブン投げて充実しない

外部委託で「お任せ」してしまう
充実分2人分で0人分の増強

充実分使わず

抱え込みで充実しない
増員せず、既存職員の兼務で乗り切る



<標準額を超える協議の例>

資料) 厚生労働省

生活支援体制整備事業

- 日常生活圏域の中にサブセンターやランチなどを設置した小圏域を設定しており、生活支援コーディネーターや協議体を当該小圏域単位に配置
- 第2層における生活支援コーディネーターに、専門職などを配置
- 1つの日常生活圏域に生活支援コーディネーターや協議体を複数配置

認知症施策推進事業

- 認知症初期集中支援チームについて、市町村の規模が大きく、かつ、施策の対象となる者が多く見込まれることが明らかな場合
- 認知症地域支援推進員について、市町村の規模が大きく、かつ、地域での相談件数やサービス事業所等の数も多い場合

在宅医療・介護連携推進事業

- 医療機関数・介護事業者数が多いため、資源把握にかかる調査を重点的に実施
- 医療ニーズの高い要介護者が多く、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を複数設置する必要がある
- 多職種研修や普及啓発事業などについて、山間部や離島等、会場へのアクセスが難しいために、通常以上に開催しなければならない

地域ケア会議推進事業

- 通常の地域ケア会議に加え、地域包括支援センターの後方支援等を行う基幹的機能を有するセンター等が、自らの担当地区以外の支援困難事例を検討する会議や多数の専門職が必要な会議を開催する場合

地域包括ケアシステムの構築に向けた
各種ツールのご紹介

【ご参考】 地域包括ケアシステムに関する各種資料はこちらからご覧いただけます

地域包括 三菱UFJ

検索

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



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)



介護保険事業計画の策定に向けた手続き

介護保険事業計画における
施策反映のための手続き

～目指すビジョンを達成するためのサービス提供体制の構築～

平成31（2019）年3月

 MUFG

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

第2章 「ビジョン達成型」の事業計画の
作成プロセス

図表 4-26 過去1年間の施設等の入居・入所及び退居・退所の流れ

新規入居	【住宅型有料】	退居
50人	4施設 106室	42人
		居所変更 (64.3%) 死亡 (35.7%)
		療養型 5人 (18.5%) 老健 4人 (14.8%) その他 18人 (66.7%)

新規入居	【サ高住】	退居
53人	3施設 120戸	22人
		居所変更 (72.7%) 死亡 (27.3%)
		療養型 7人 (43.8%) 自宅 5人 (31.3%) その他 4人 (25.0%)

新規入所	【特養】	退所
56人	4施設 188戸	53人
44人 (78.6%) 自宅 12人 (21.4%) その他		居所変更 (20.8%) 死亡 (79.2%)
		住宅型 1人 (9.1%) 有料 1人 (9.1%) 老健 9人 (81.8%)

地域包括ケアシステムのアウトカムは？
どんな指標を念頭において計画を立てるべきか？

住み慣れた地域における生活の継続を念頭に置いたときに、サービス利用量の分析だけでは不十分。在宅でなぜ生活を継続できないのか、居住系に住む要介護者は、住み続けられているのか？

事業計画立案の担当者には
ぜひ一読いただきたい報告書です。



https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_27.pdf

◆本手引きは、弊社が平成30年度老人保健事業推進費等補助金を受けて実施した「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」、「利用者ニーズを踏まえた特別養護老人ホーム等のサービス見込量の推計方法に関する調査研究事業」、「地域密着型サービス等の見込み量とそれを確保するための方策に関する調査研究事業」の3つの事業の成果として取りまとめたものです。

要介護認定データの自動集計ツール

要介護認定データ自動集計分析ソフト(市区町村用)[操作シート]

※ 以下のSTEP 1～STEP 3のボタンを順番に押すと、要介護認定データの集計結果をシートに出力します。
 ※ 使用前に、「認定ソフト2009」から出力した要介護認定データ (csvファイル) をご確認ください。

読み込んだデータの対象期間における
 直近時点の要支援1以上の被保険者数

人

[STEP 1]

要介護認定データの読み込み

STEP1: 要介護認定
 ◆ 「認定ソフト2009」
 読み込まれた要

[STEP 2]

地域設定

STEP2: 地域設定
 ◆ 集計対象とする地域の設定を行ってください。設定した地域ごとにSTEP3で集計を行います。
 ◆ また、地域ごとの要支援1以上の被保険者数を入力すると、STEP3で数値の集計結果も出力されます。 ※省略可

[STEP 3]

集計

STEP3: 集計
 ◆ STEP2で設定した地域ごとに、Sheet [単純集計]、Sheet [単純実数]、Sheet [クロス集計]、Sheet [クロス実数]に集計結果を出力します。

「認定ソフト2018」から出力されたCSVファイル
 を手元に用意すれば、
 わずか3ステップ(数秒)で
 地域内の認定者の集計・分析が可能！！

任意の地区別の集計が可能 (郵便番号による任意地区区割設定可能)

アンケートでは把握できない認知症自立度別の分析が可能

レセプトを使わずにサービス利用の概要分析が可能！

サービス整備に向けたマーケティング情報としても活用できます！

市町村版・都道府県版を準備しました！

各保険者が所有する要介護認定データをも
 のすごく簡単に集計するツールを開発！

全体	状態像別の居	住宅	特養	老健	介護療	GH	特定施	医療療	医療機	その他	合計
認知症自立度Ⅰ以下	要支援1～2	18.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.1%	0.9%	0.6%	20.9%
	要介護1～2	5.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.5%	0.0%	6.7%
	要介護3～5	3.3%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	1.3%	0.2%	5.6%
認知症自立度Ⅱ	要支援1～2	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.1%	1.4%
	要介護1～2	17.7%	0.1%	0.8%	0.1%	0.3%	0.8%	0.1%	0.5%	0.6%	21.1%
	要介護3～5	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	7.4%
認知症自立度Ⅲ以上	要支援1～2	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	要介護1～2	4.8%	0.0%	0.2%	0.0%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.1%	5.9%
	要介護3～5	11.8%	6.8%	2.7%	1.6%	1.5%	0.7%	1.2%	3.5%	1.1%	30.9%
合計		66.7%	8.0%	5.0%	1.8%	2.4%	3.4%	2.0%	7.8%	2.8%	100.0%

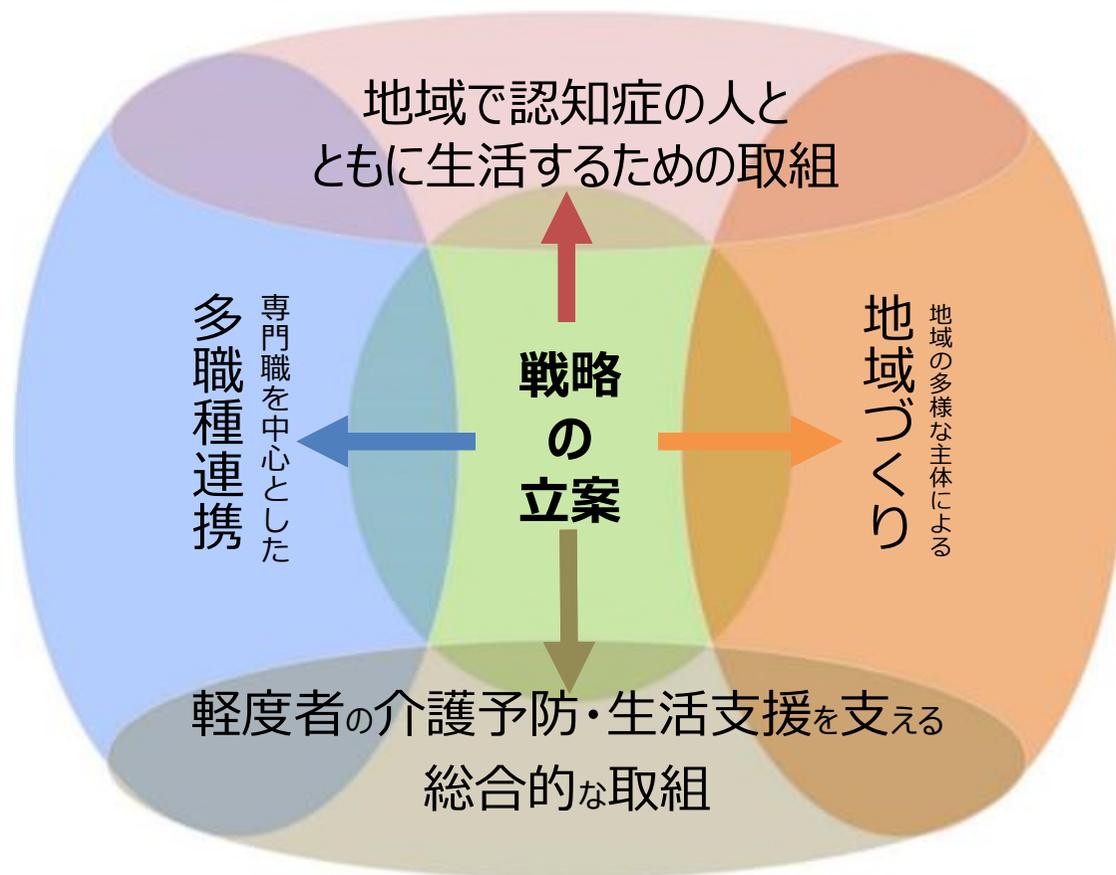
出カイメージの一例



https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_190410/

◆本ツールは、弊社が平成30年度老人保健事業推進費等補助金を受けて実施した「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」で作成した集計ツールです。詳細は、上記URL内の事業報告書をご覧ください。

地域マネジメント・地域支援事業の連動性について



地域支援事業はなぜうまくいかないのか？

総合事業、整備事業、医療介護連携、、、どの事業も進めているのに、なぜか成果がでない。

どこの自治体も抱える悩みの解決策を「地域支援事業」の連動性の観点から整理している提言書。

地域支援事業を所管する部門のリーダー、現場の職員に是非お読みいただきたい提言です。



https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_15.pdf

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

重層的支援体制整備事業に関わることになった人に向けたガイドブック



重層的支援体制整備事業に関して、自治体職員向けの説明資料（ガイドブック）を作成いたしました。

本ガイドブックは、重層的支援体制整備事業に関心を持つ人を広くその対象として作成していますが、執筆にあたっては、特に以下のような人をイメージしています。

- 福祉部局の部課長など複数部門を統括するポストにいる行政職員
- 福祉部局の事務職員（特に、福祉部門への経験が短い職員）
- 市町村の取組を支援する立場にある都道府県の職員
- 複雑化・複合化課題を抱える人を支援する立場の専門職・団体の方



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

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「重層的支援体制整備事業に係る自治体等における円滑な実施を支援するためのツール等についての調査研究」（令和2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））

「利用者-地域つながり支援」における介護サービス事業所の関わりと行政・保険者の役割



質疑応答の中でご紹介した加賀市の事例は、
こちらの報告書で詳細をご覧ください。



https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/09/koukai_200422_1.pdf

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「2040年を見据えた地域包括ケアシステムの姿に関する調査研究事業」（令和元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））

【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）

