

世界が進むチカラになる。



広島県

令和7年度地域包括ケアセミナー

地域包括ケアシステム基礎編

「地域包括ケアシステムの担当に なったら知っておいてほしいこと」

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

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

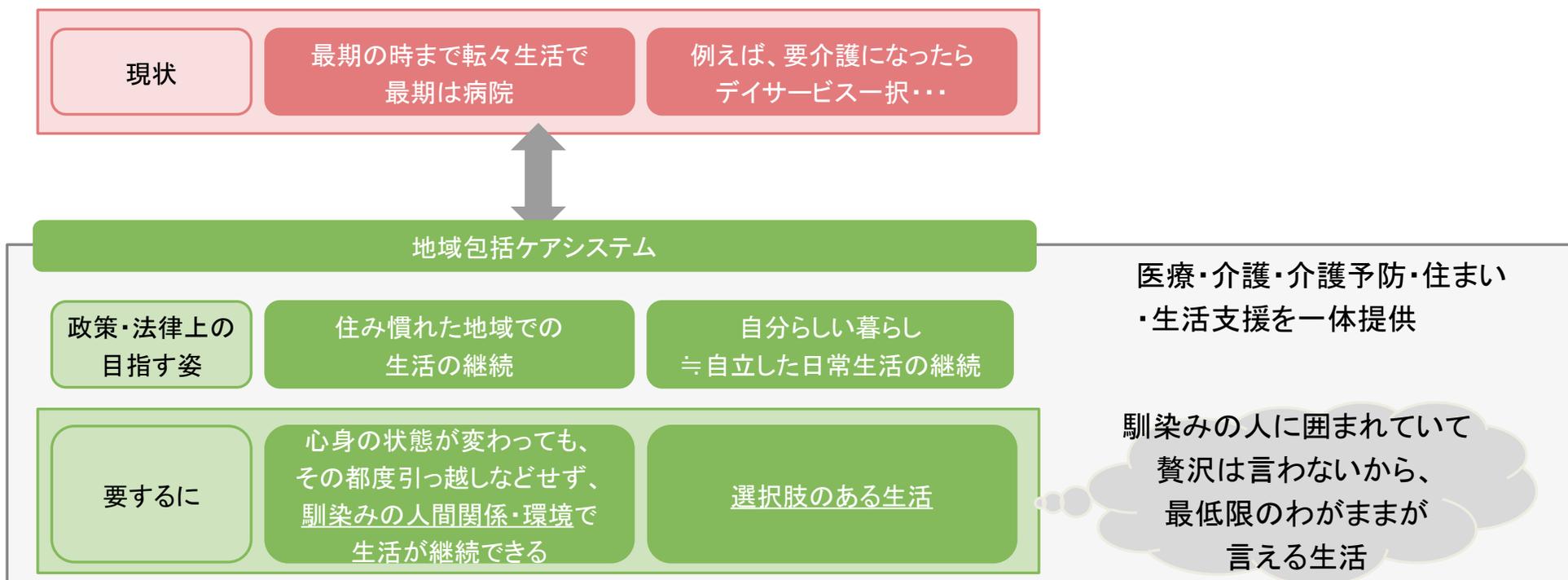
世界が進むチカラになる。



「地域包括ケアシステム」の定義

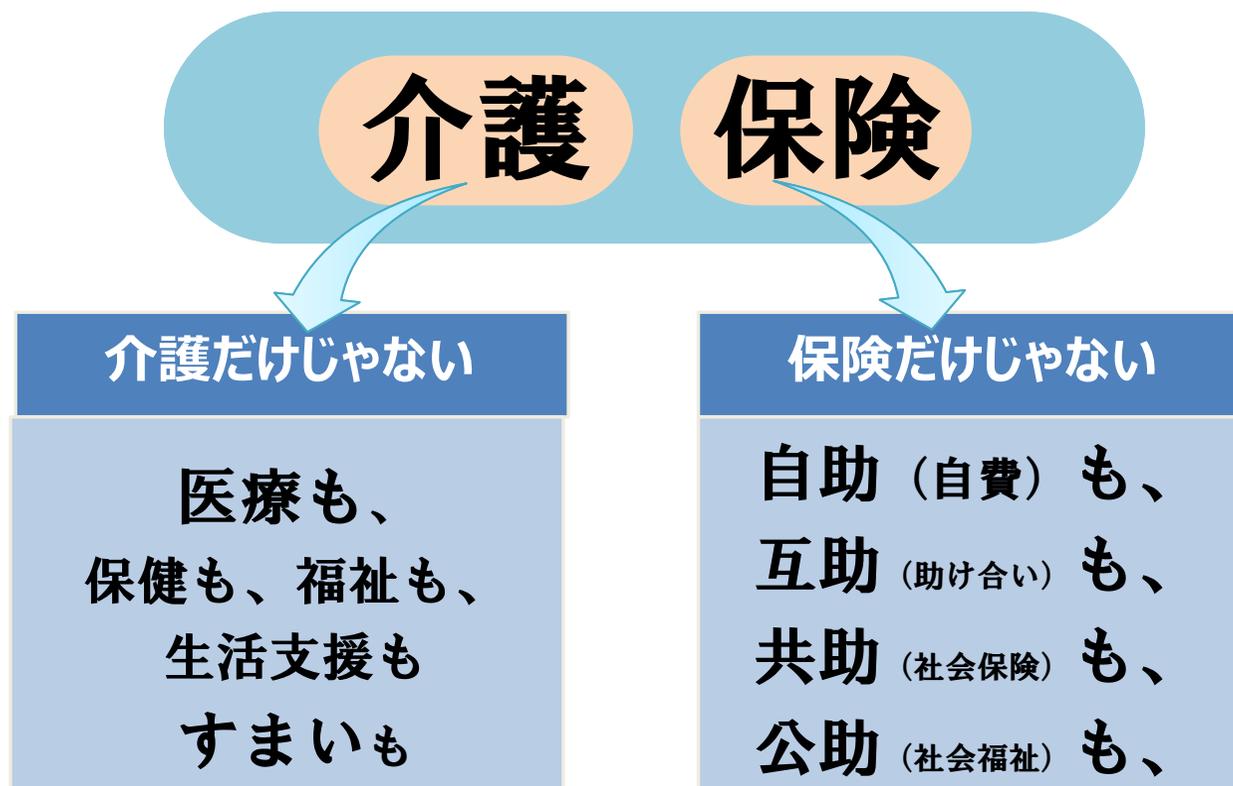
「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム(厚生労働省地域包括ケアシステムHP)

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？

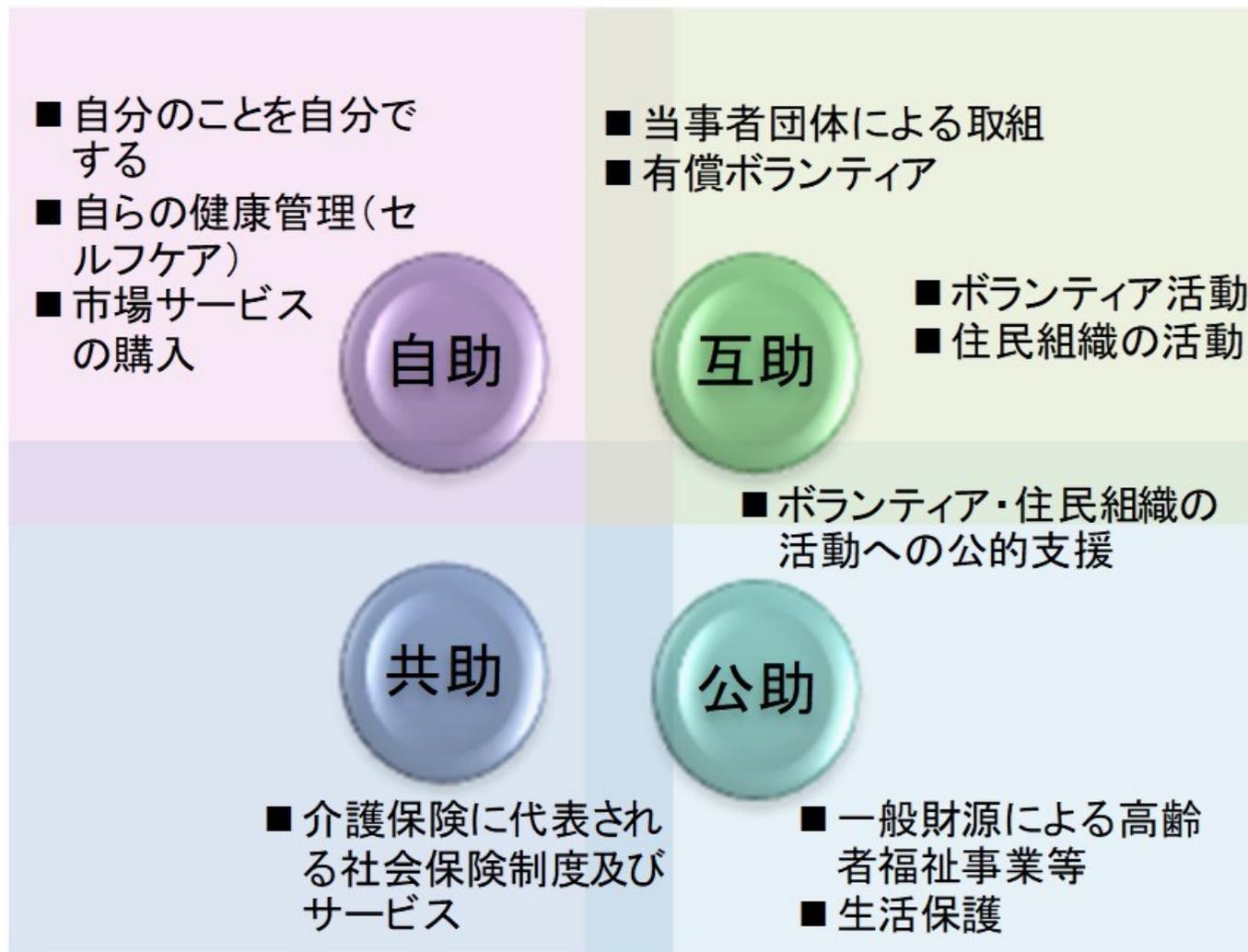
- 介護保険制度は、地域包括ケアシステムの1パーツに過ぎない。また対象は、介護だけではなく医療も生活支援も、適切な住まいも求められる。特に専門職領域については、社会保険制度を通じて提供されており、それ以外については、介護保険外の市場サービスにおいて提供されている。
- 多様な支援やサービスを一体的・包括的に提供するには、介護保険に限定せず、医療保険(共助)も、自費の民間サービス(自助)も、地域の助け合い(互助)も、税財源の福祉サービス(公助)もあらゆる社会資源を組み合わせる必要がある。
- とうか、健康な時の生活はそうして営まれているので要介護状態になっても、当然といえば当然。



保険だけじゃない：自助・互助・共助・公助

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

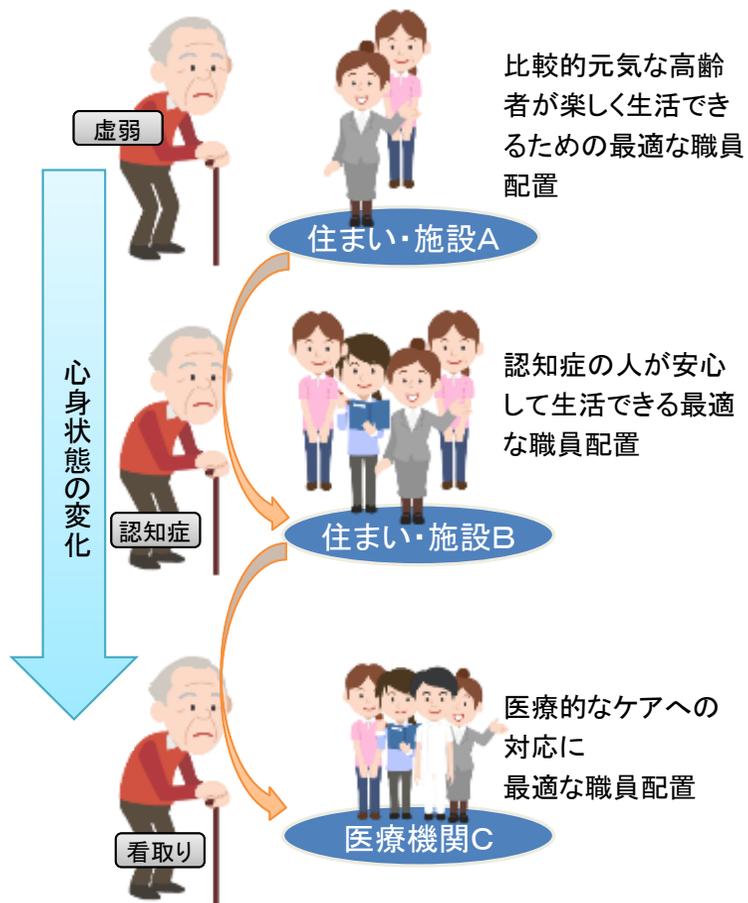
出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】」(地域包括ケア研究会)、平成24年度老人保健健康増進等事業



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

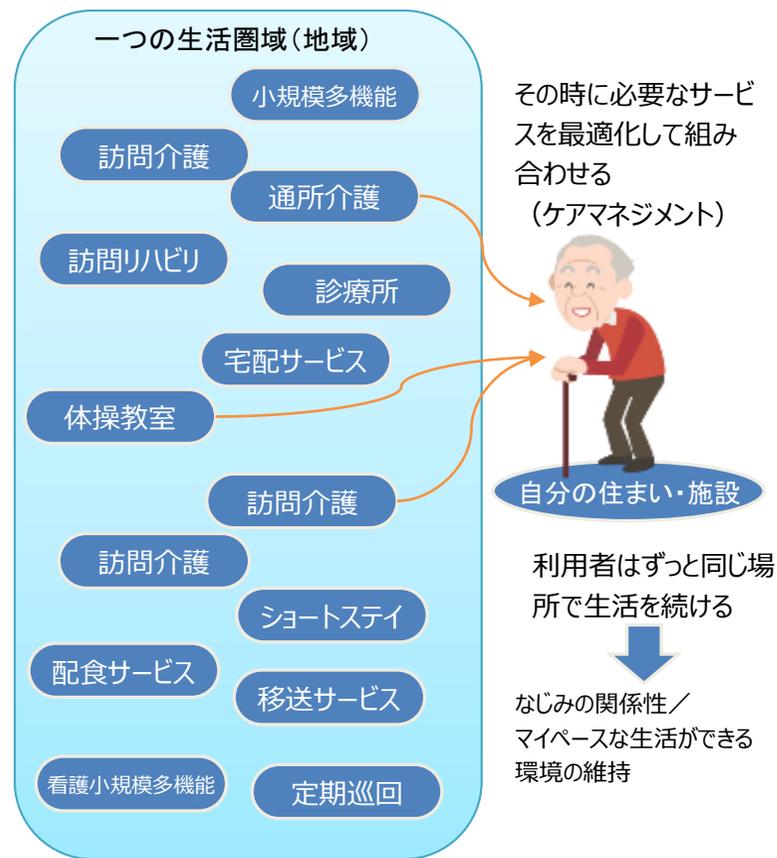
施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



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

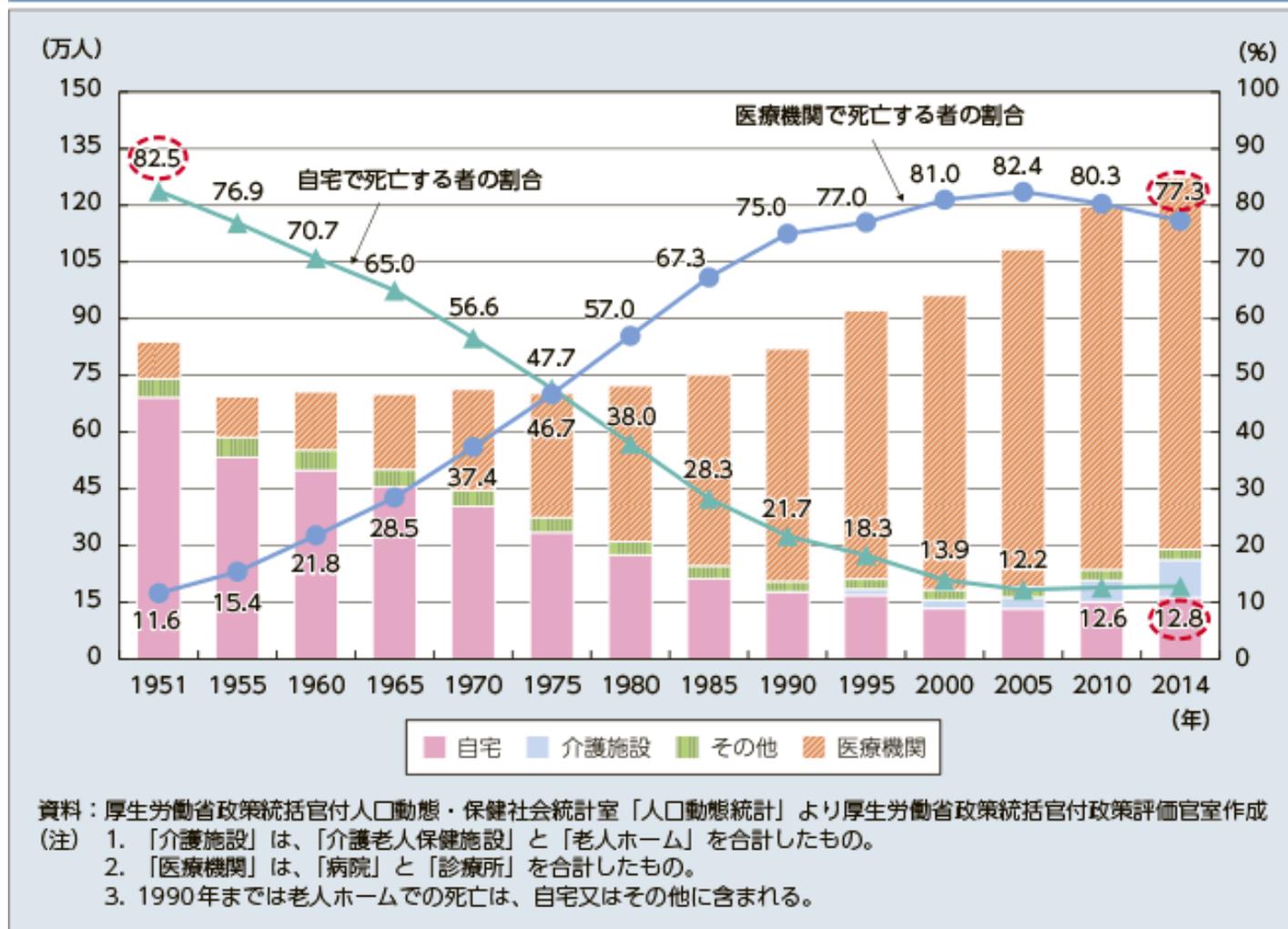
地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



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

専門職間の連携推進

(在宅医療・介護連携推進事業)

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

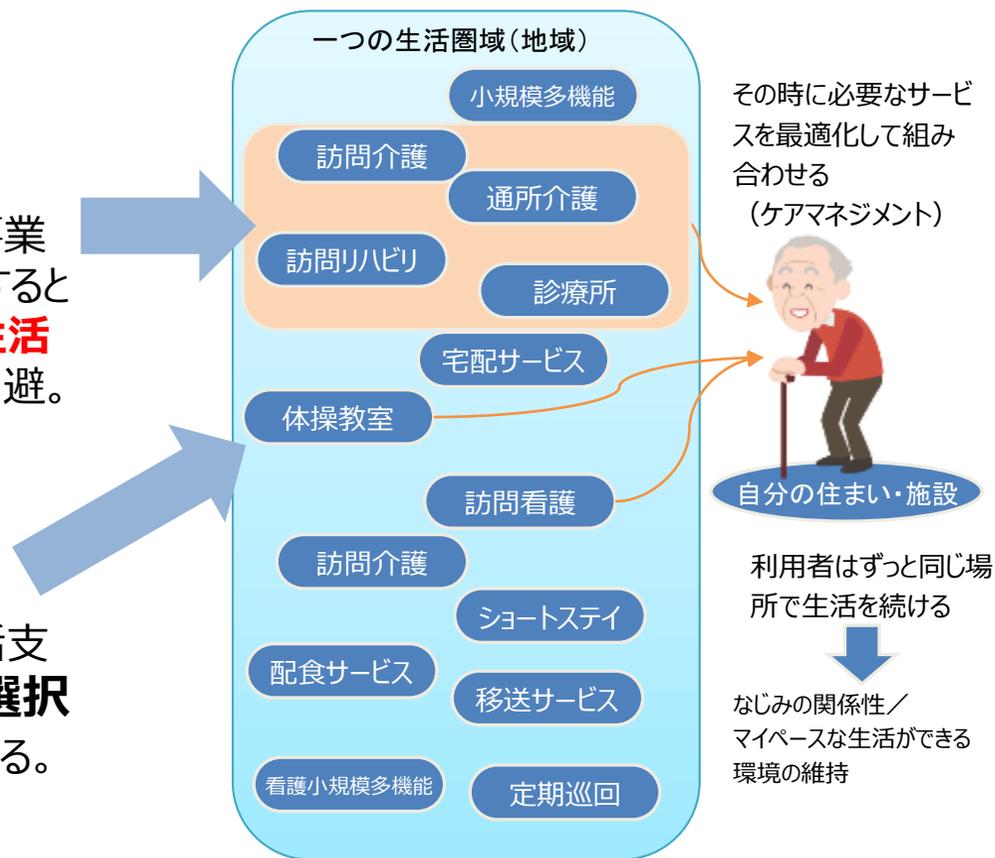
多様な選択を提供

(生活支援体制整備事業)

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

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み



「地域」の中に「包括」的に「ケア」があり、これを組み合わせる

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

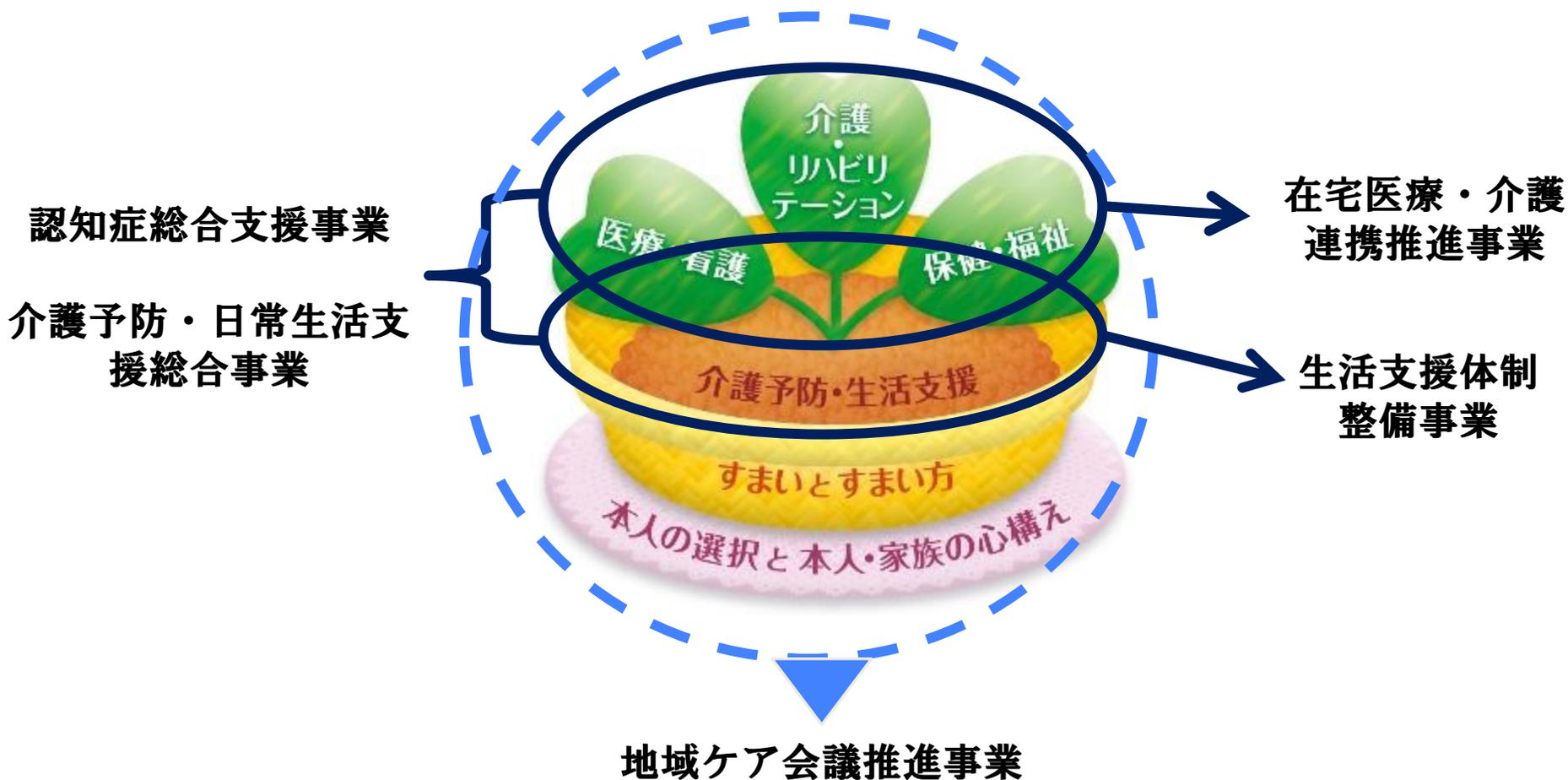
医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

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

地域包括ケアシステムは「葉っぱ事業」「土事業」である

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



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

介護保険と地域支援事業

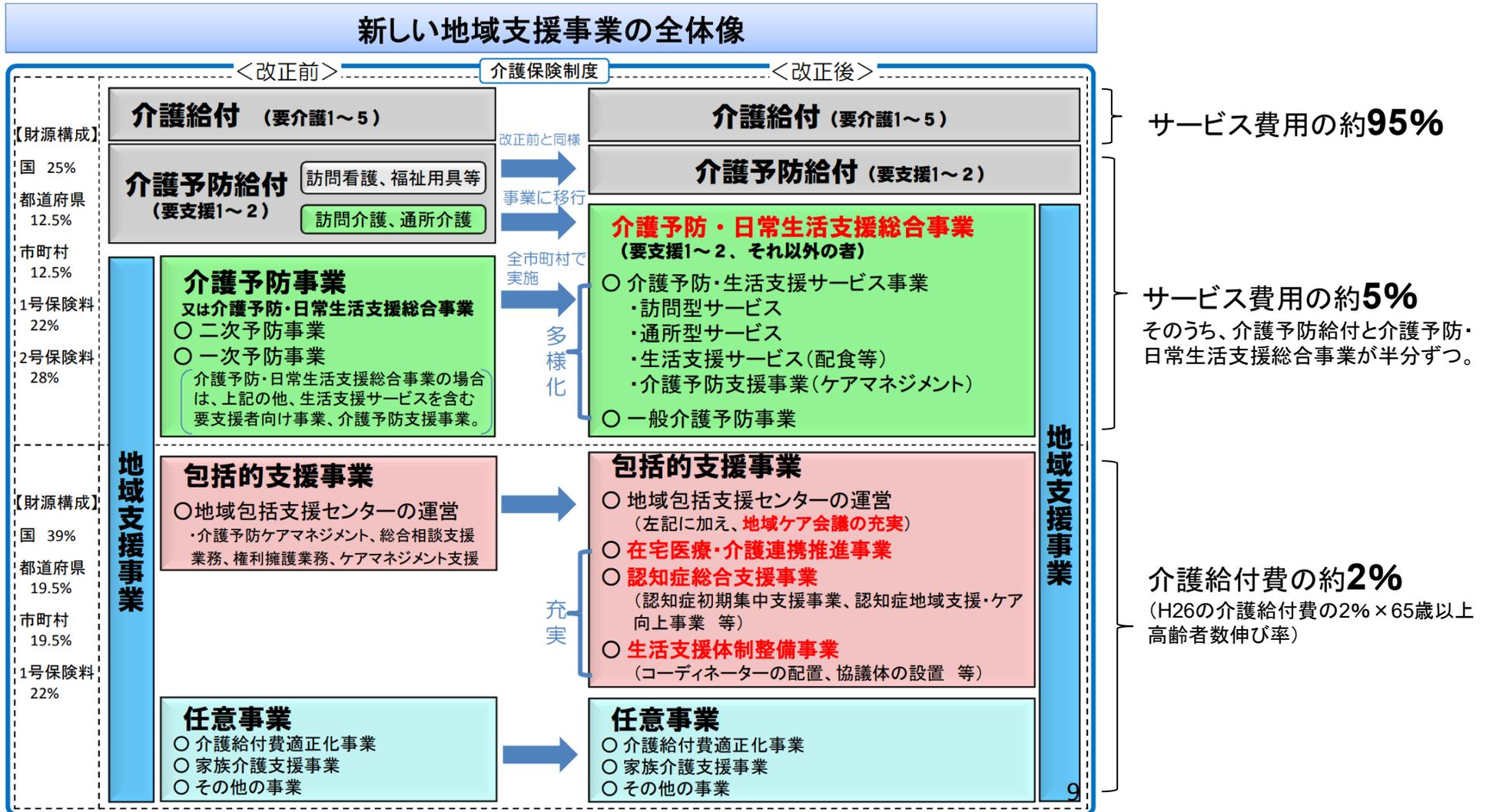
制度から地域包括ケアシステムを理解する

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域支援事業の全体像



「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

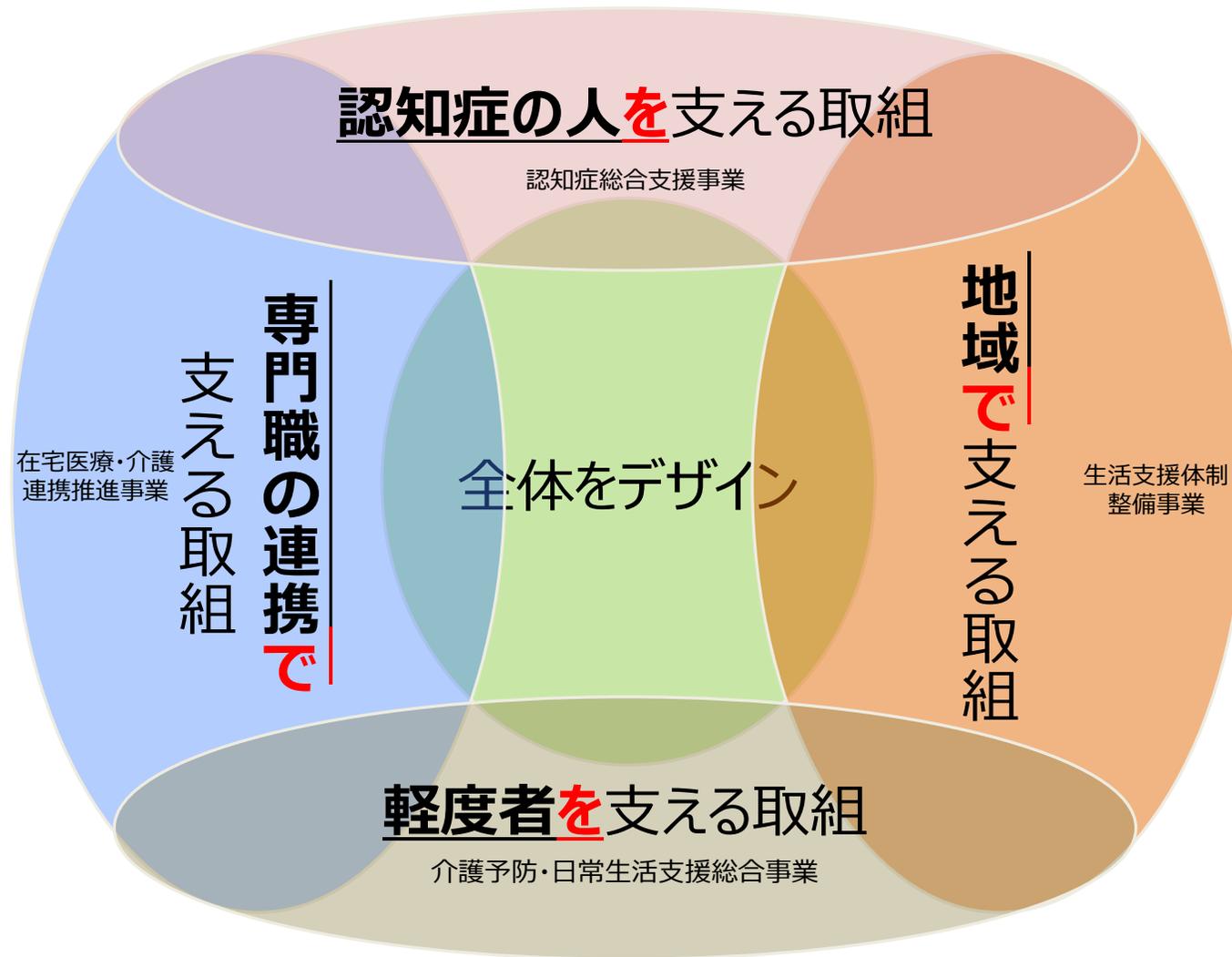
【量的】サービスの提供・確保

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。

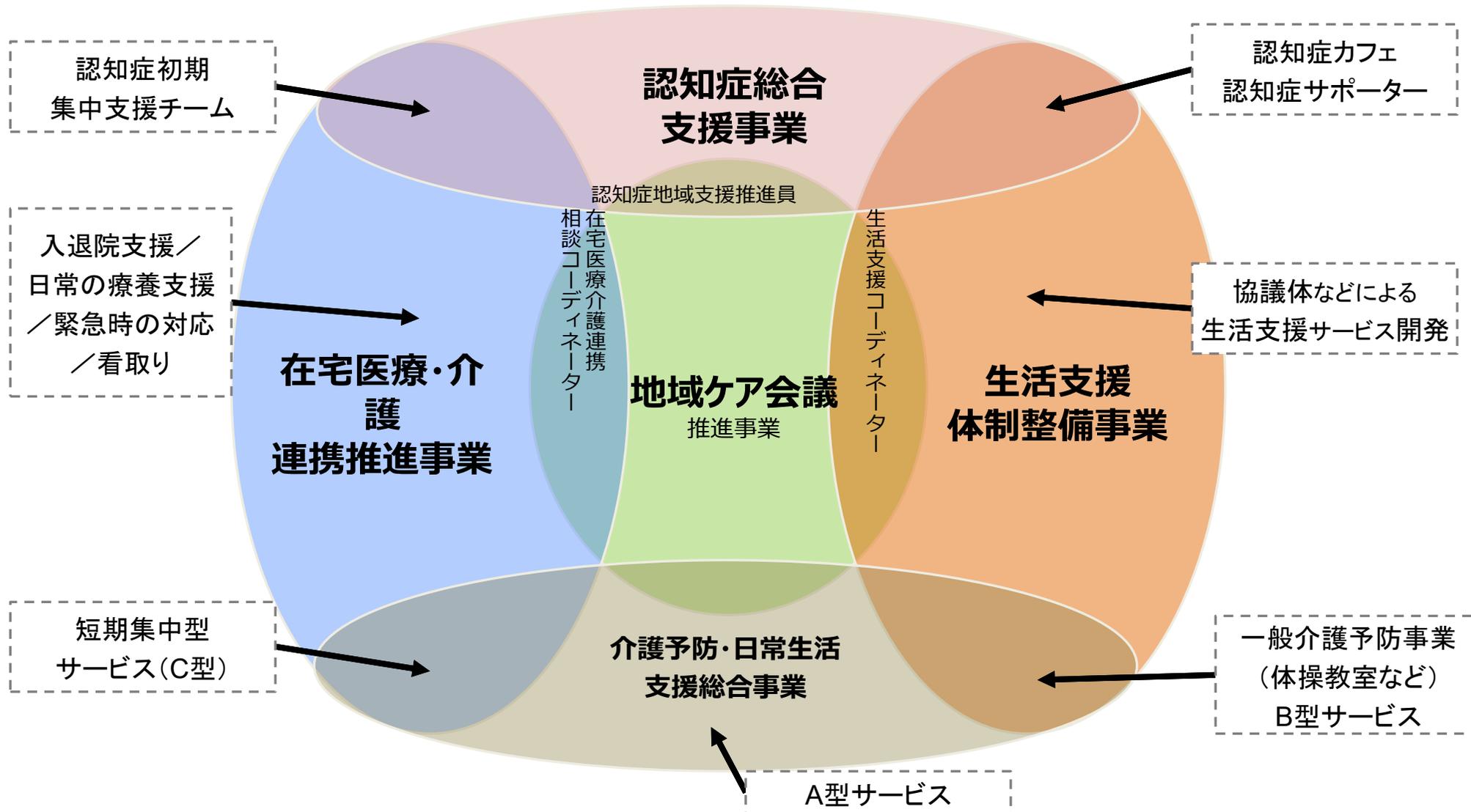
【質的】地域資源間の連携・協働

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



医療介護連携は何をまとめる？

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



地域包括ケアシステムの葉っぱ事業 = まとめる

利用者からみて
「一体的にみえるケア」「まとめる」仕組みのこと！
地域の中にある「バラバラ」なものを

「考え方」をまとめる

サービス担当者会議や
地域ケア会議を通じて

「ケアの方法」をまとめる

医療介護連携パスなどの
ケアの手順を統一化

「書式」をまとめる

アセスメントの方法や
書式を統一化

「事業所」をまとめる

業務・事業提携、経営統合

「研修」をまとめる

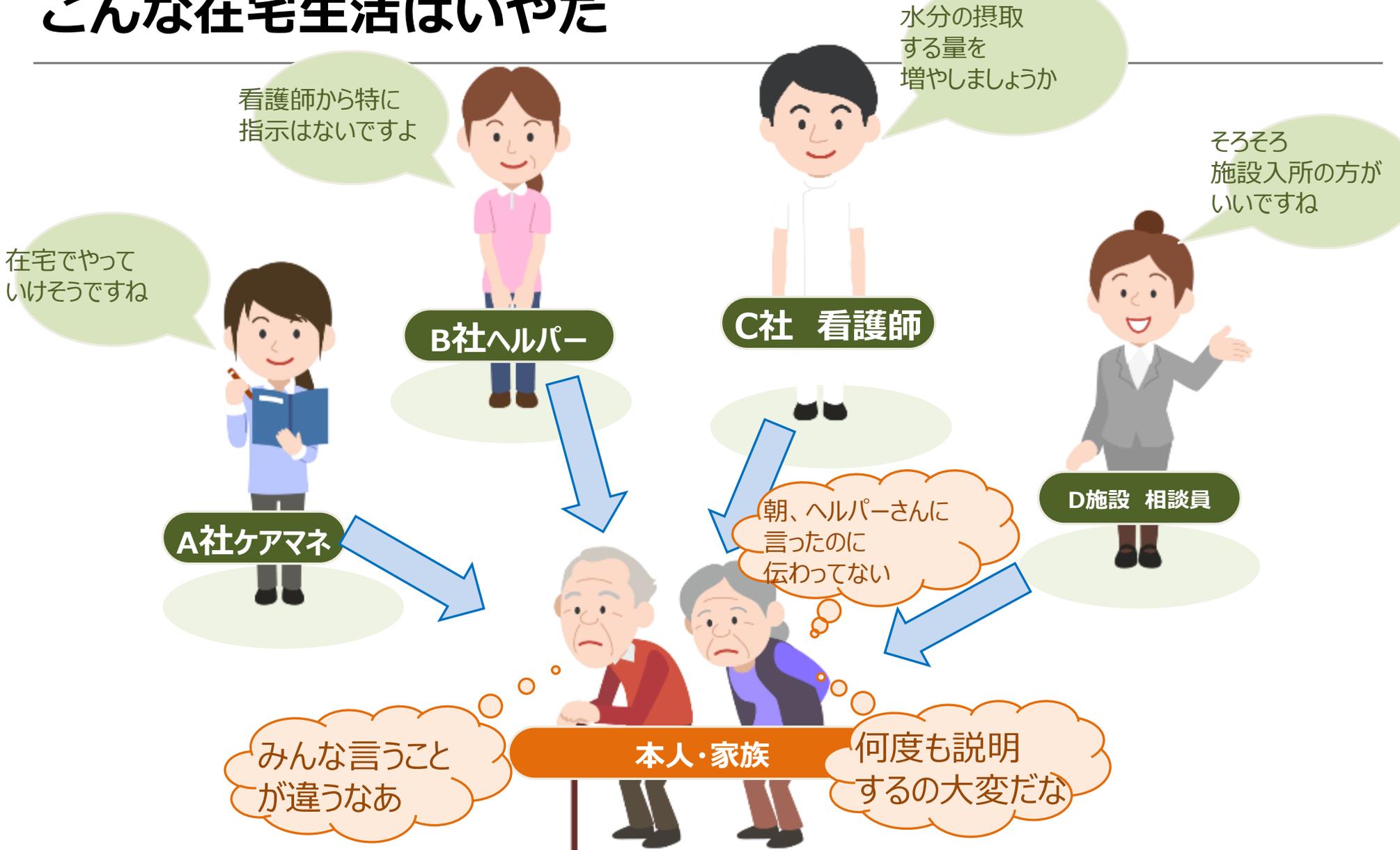
サービス事業者
の研修の共同開催

「サービス」をまとめる

複数のサービスを一つの
事業者が統合して提供

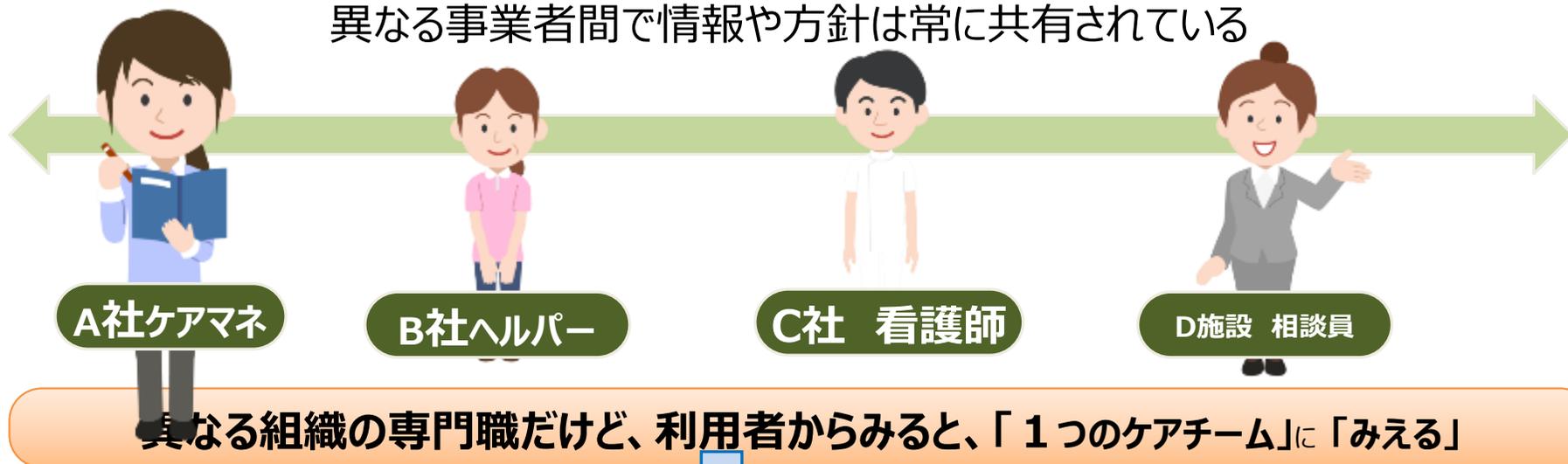


こんな在宅生活はいやだ

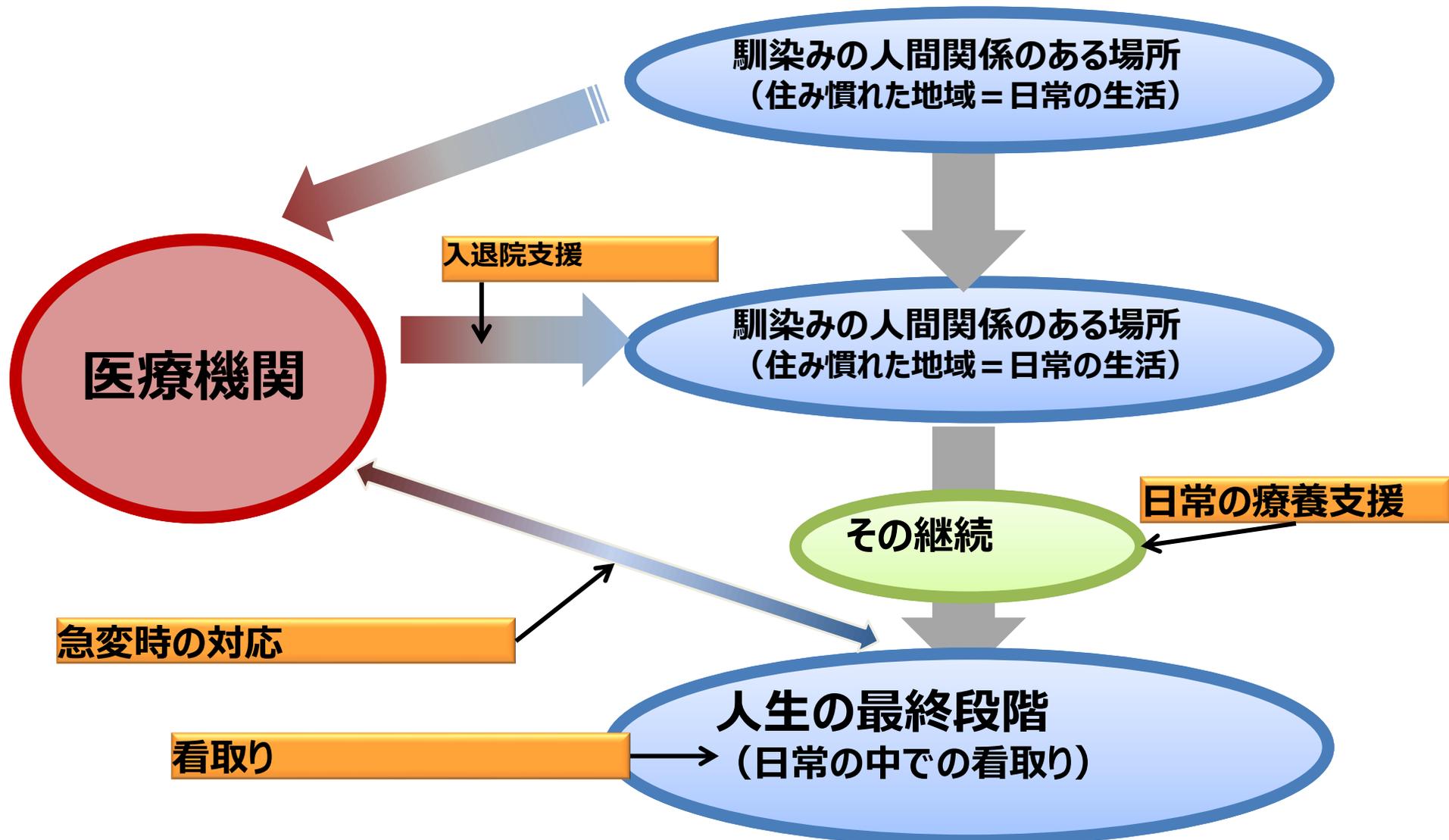


利用者からみて一体的なケア

異なる事業者間で情報や方針は常に共有されている



医療・介護連携：まず、どこの話をしていきますか？



在宅医療・介護連携をちゃんと分解する

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

多職種連携のテーマ	時間的特徴	特徴
入退院支援	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 病院から地域へのソフトランディング。入退院支援連携パスが典型。◆ 局所的取組ではなく、地域全体の取組が必要。◆ 被保険者がどの市町村の医療機関に入院しているか定量把握しているかが最初のステップ。状況によって、近接市町村の仕組みに相乗りや、保健所の関与も有効。
日常の療養支援	長い (年単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 予防的な先回りのケアが求められ、介護・看護・リハ職の役割は大きい。重度化予防や脳卒中に再発防止の取組も。地域密着型サービスの整備なども前提として必要。◆ 医師の役割は4つのカテゴリの中では相対的に小さい。
急変時の対応	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅における療養中に発生しうる急変時の対応。バックベッドの確保も含む。◆ そのまま看取りにつながる場合もあり。また日常の療養支援の一部であることも。
看取り	短い (週単位)	<ul style="list-style-type: none">◆ 在宅看取りは、ケアチームが形成できることが主眼。大病院の参加が前提ではない。生活の場における多職種連携の先にある。◆ このステージでは在宅医療の占める割合が短期的に増大。局所的なベストプラクティスからスタートも可能。◆ ACPも注目されているがACPは「日常の療養支援」に組み込まれるべきでは？



潮目が変わりつつある

医療・介護連携

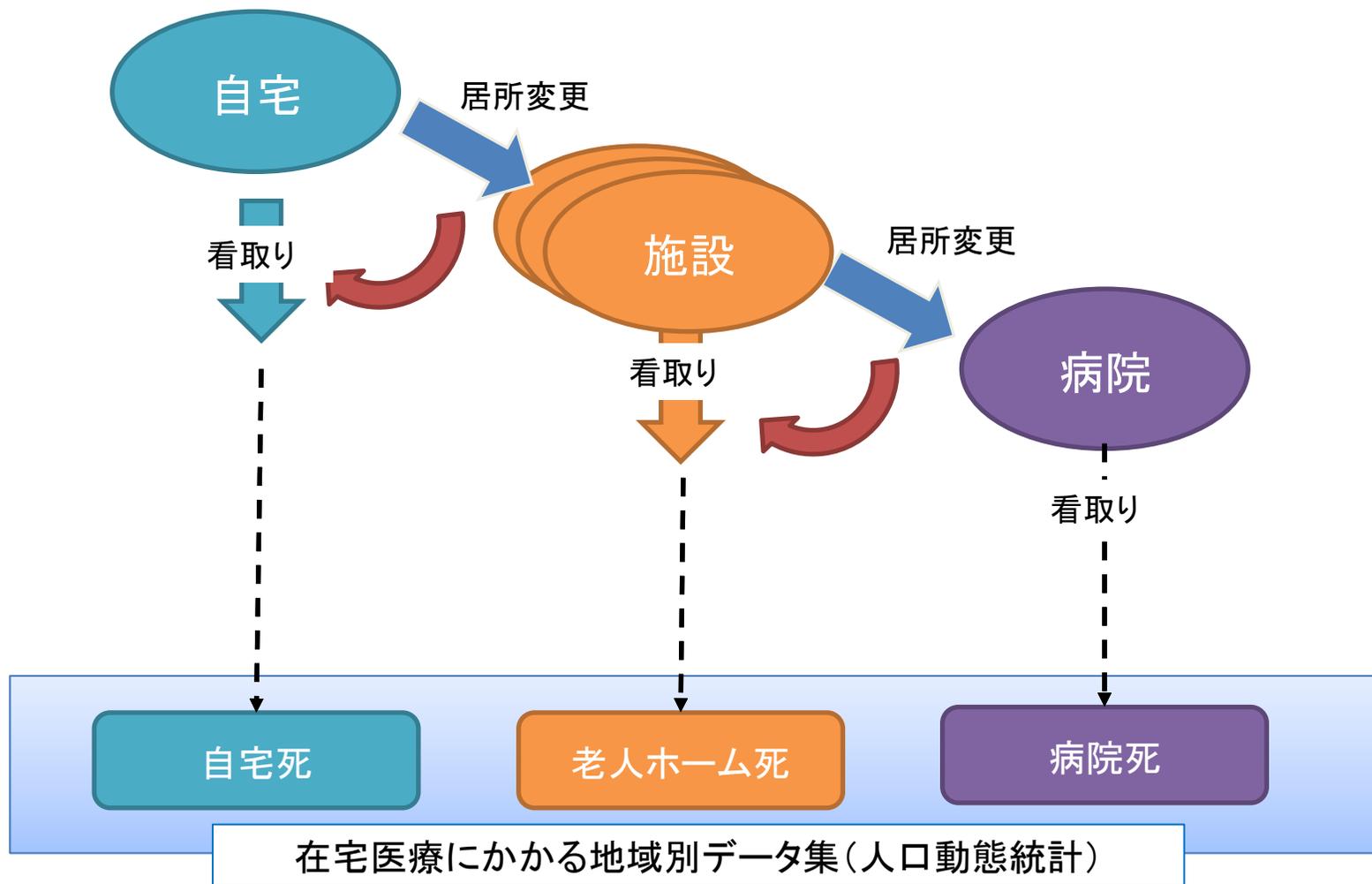
脱・病院依存のケアシステムにむけて

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

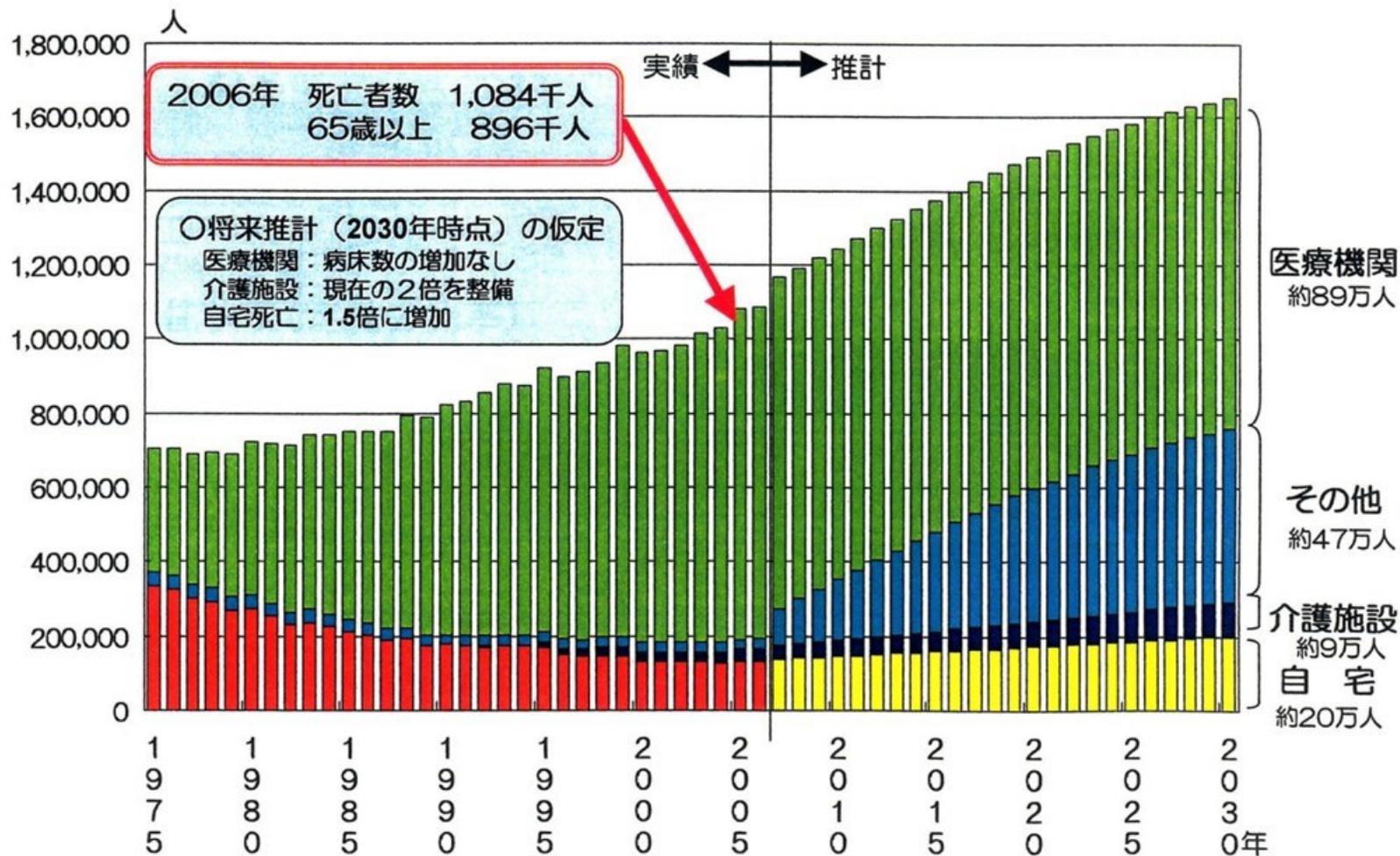
世界が進むチカラになる。



「自宅から施設へ、施設から病院へ」の流れを止める



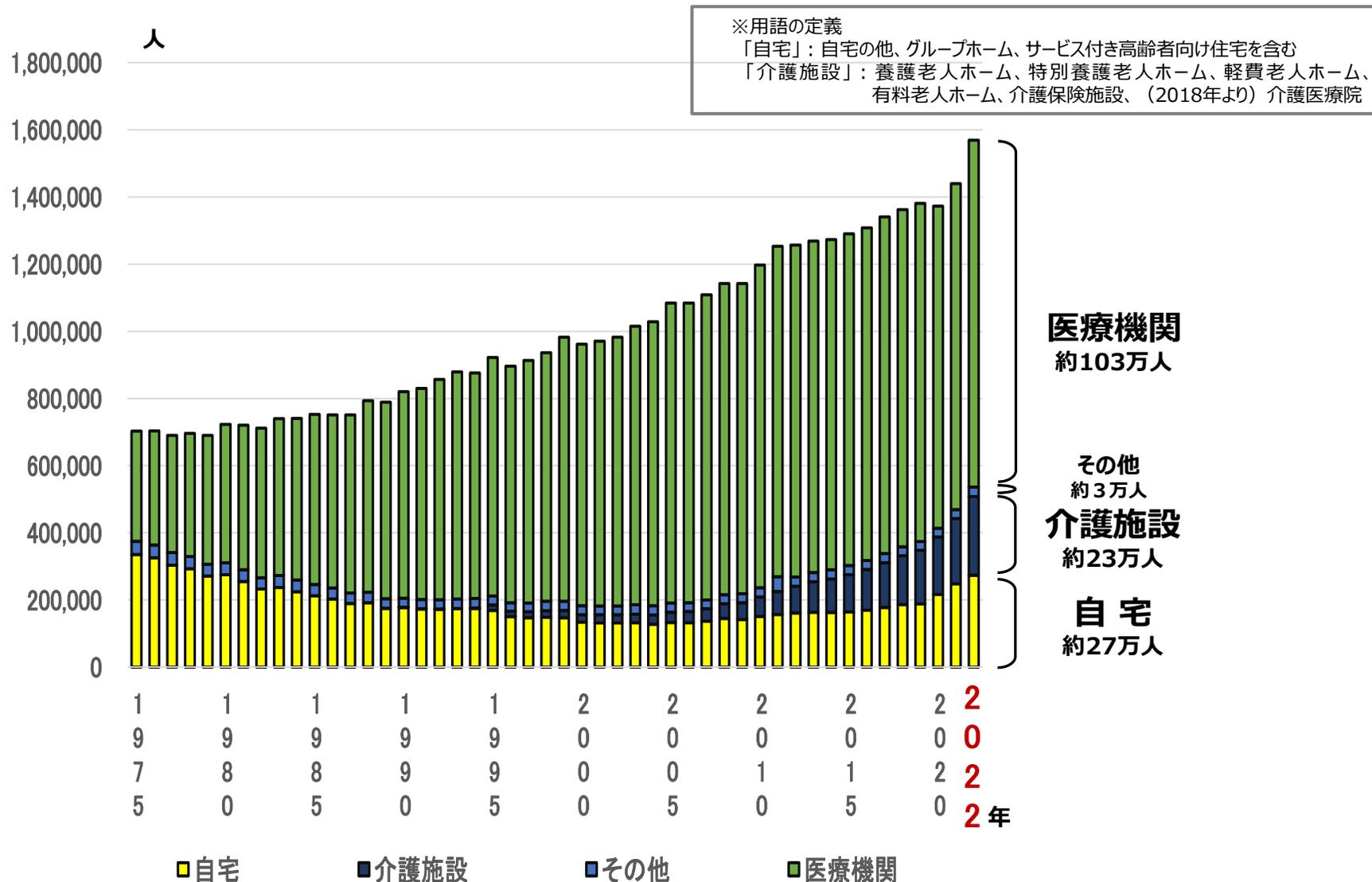
看取りの場所「その他」とは？



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

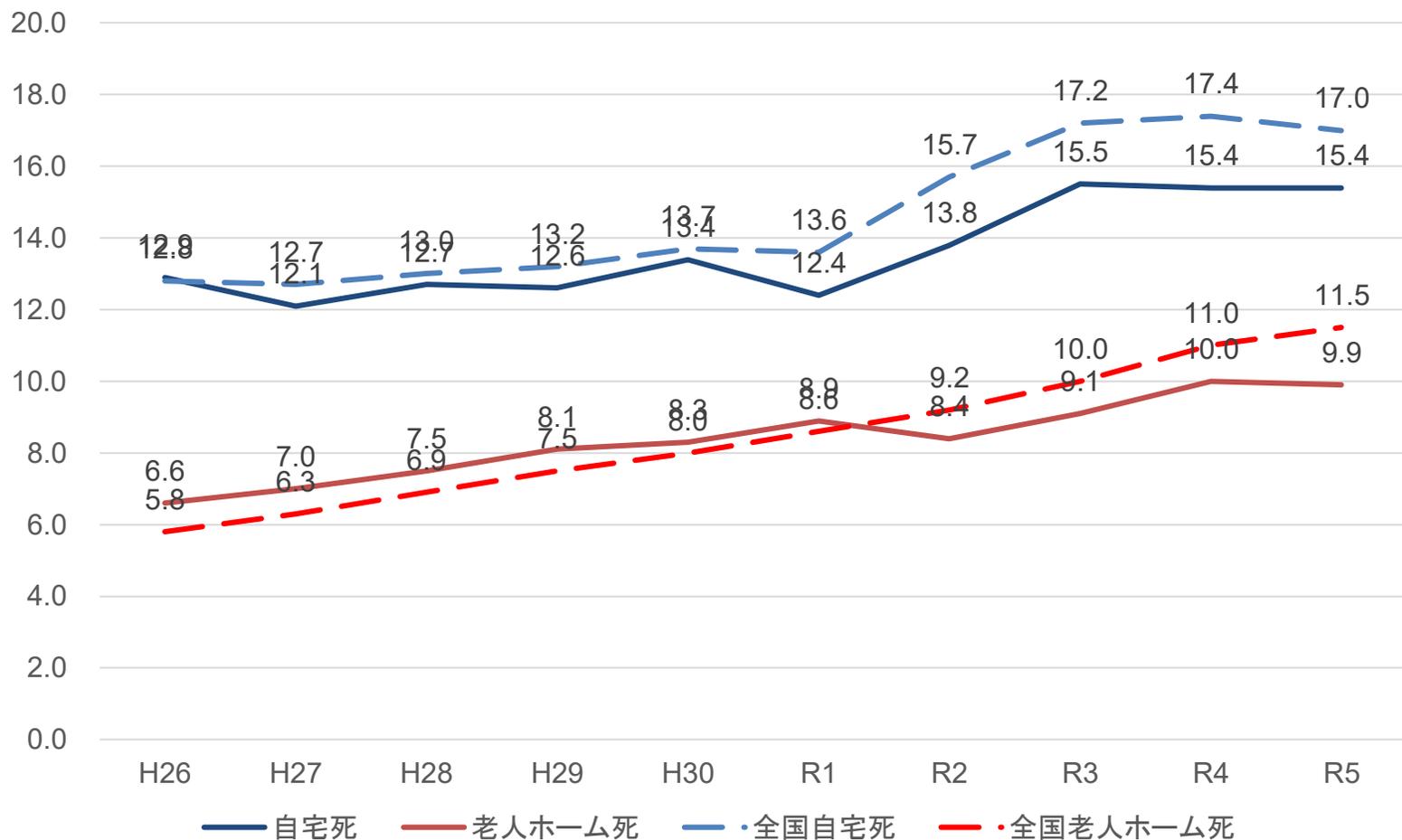
※介護施設は老健、老人ホーム

(参考) 死亡場所別の死亡者数の推移

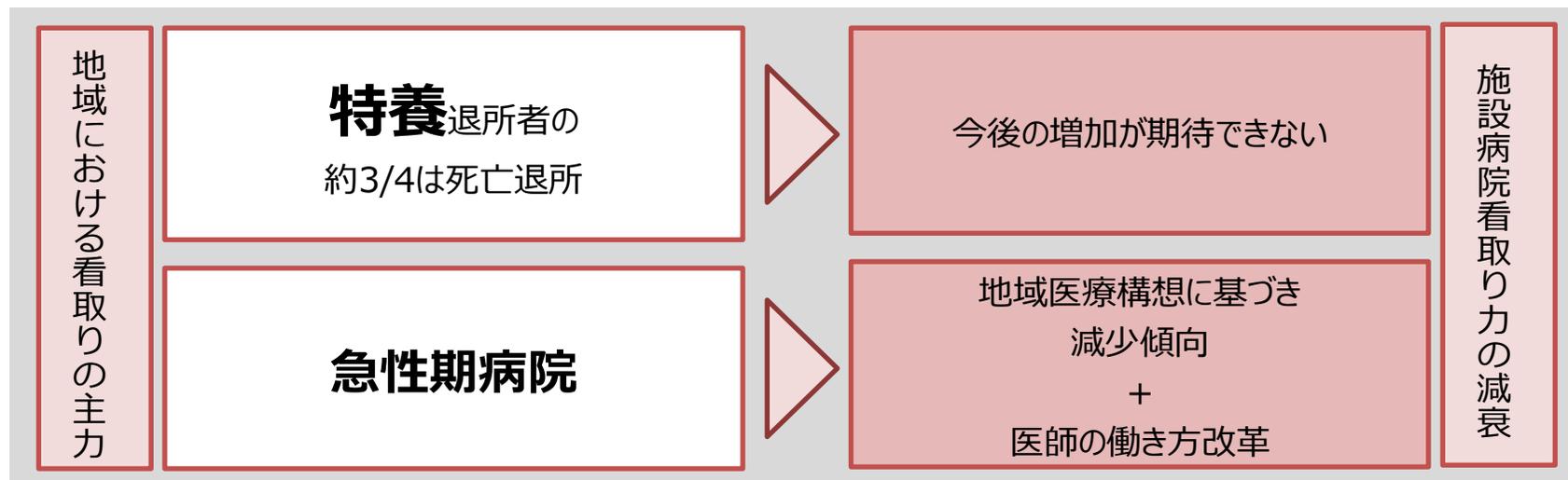


病院死は減少し続けている

広島県の自宅死・老人ホームの推移



【参考】新しい看取りの場所が必要になっている



いまの住まいで医療・看護の対応力を高める必要性

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

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

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%

急性期病院が増えていくわけではない

◆ 病床機能報告による病床数と平成 37 (2025) 年における必要病床数 (暫定推計値) ◆

構想区域	医療機能	平成 26 年度 病床機能報告 (床)	平成 37 年 必要病床数 (床)	構想区域	医療機能	平成 26 年度 病床機能報告 (床)	平成 37 年 必要病床数 (床)
広島	高度急性期	2,858	1,585	尾三	高度急性期	394	242
	急性期	5,591	4,242		急性期	1,986	905
	回復期	1,400	4,506		回復期	265	991
	慢性期	4,213	2,730 以上		慢性期	1,173	726 以上
	病床計	14,062	13,063 以上		病床計	3,818	2,864 以上
広島西	高度急性期	561	156	福山・府中	高度急性期	806	524
	急性期	299	410		急性期	2,438	1,691
	回復期	180	515		回復期	695	1,840
	慢性期	1,129	478 以上		慢性期	1,166	976 以上
	病床計	2,169	1,559 以上		病床計	5,105	5,031 以上
呉	高度急性期	55	287	備北	高度急性期	30	73
	急性期	1,849	858		急性期	811	340
	回復期	405	894		回復期	88	323
	慢性期	952	751 以上		慢性期	805	430 以上
	病床計	3,261	2,790 以上		病床計	1,734	1,166 以上
広島中央	高度急性期	83	122	県計	高度急性期	4,787	2,989
	急性期	1,235	672		急性期	14,209	9,118
	回復期	251	678		回復期	3,284	9,747
	慢性期	930	669 以上		慢性期	10,368	6,760 以上
	病床計	2,499	2,141 以上		病床計	32,648	28,614 以上

急性期病院は今迄みたいには働けない

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、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

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

↓

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置の推進**
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理の推進**

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

→ **一部、法改正で対応**

<行政による支援>

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

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) **法改正で対応**

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
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	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	
	B (救急医療等)				
	C-1 (臨床・専門研修)				
	C-2 (高度技能の修得研修)	1,860時間			

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

※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

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)

国の政策の方向性

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

2015年 地域医療構想により必要病床数を設定

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

2024年6月21日 経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）

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

2024年12月18日 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

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

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

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

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

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

主に医療側の機能分化・量的調整・連携の在り方にとどまる。

「在宅医療・介護連携」も含め介護側施策との連携の必要性を指摘

介護保険側「在宅医療・介護連携」との高い連動性

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

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

「とりまとめ」における記載

「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ（令和6年12月18日）

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

入退院支援

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

入退院支援

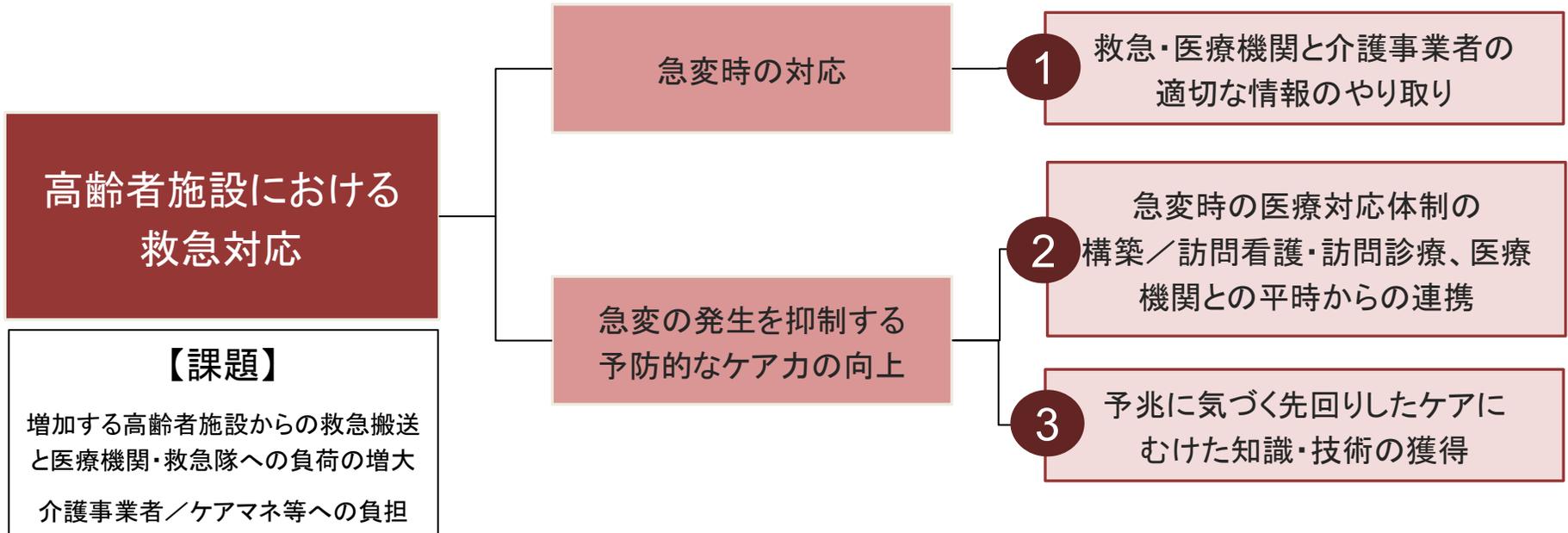
日常の療養支援／急変時の対応

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

日常の療養支援／急変時の対応

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

「高齢者施設×救急」の抱える課題の整理



取組を考えるときのポイント：とにかく事業者の話を聞く

1

まず施設の看取り実態を把握しましょう（居所変更実態調査）

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

2

救急・医療機関の話を聞きましょう

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

3

介護施設と膝詰めで話をしましょう

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

4

課題を探すだけでなく、うまくいっている施設の話も聞きましょう

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

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?

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る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)

老人保健施設
(介護老人保健施設)

介護医療院 (「介護療養病床」の廃止に伴い創設)

定食型

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

- 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。

- 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・医療対応ができる体制をどのように担保するか、ひいては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、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。

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

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

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

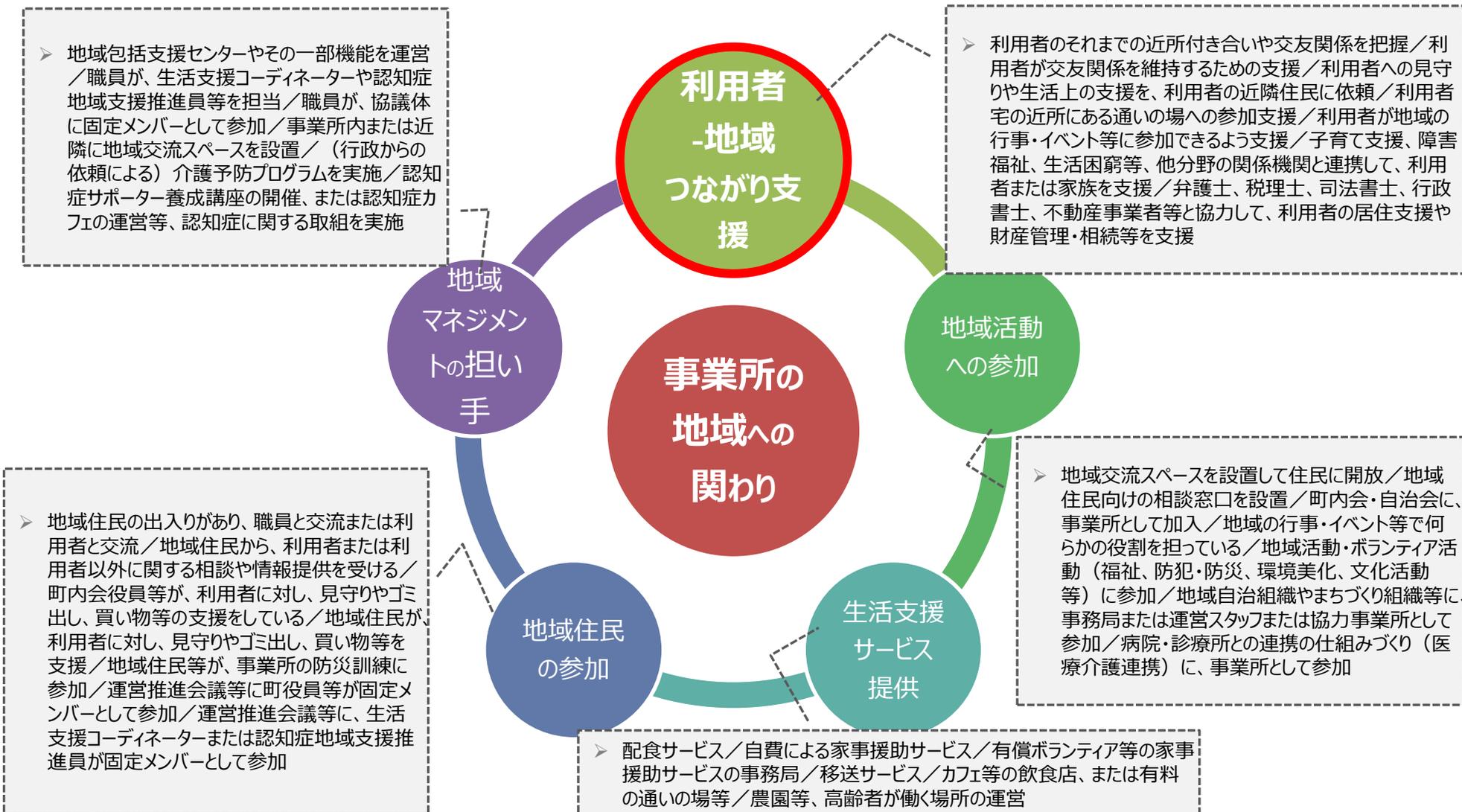
第六十二条 指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護（以下「指定小規模多機能型居宅介護」という。）の事業は、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と**地域住民との交流の下で**、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(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



サービスの質の向上に活用できる「条件付加」

趣旨

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

条件付加の多様な活用方法

圏域毎の基盤整備を進めるため

例: 整備予定地域と事業所数を定める

他サービスとのバランスのとれた整備を進めるため

例: 他サービスとの併設を条件とする

ケアの質を向上するため

例: 特定の研修を修了した職員の配置を条件とする

地域づくりを推進するため

例: 総合事業への協力を条件とする

ケアに対する地域全体の方針共有のため

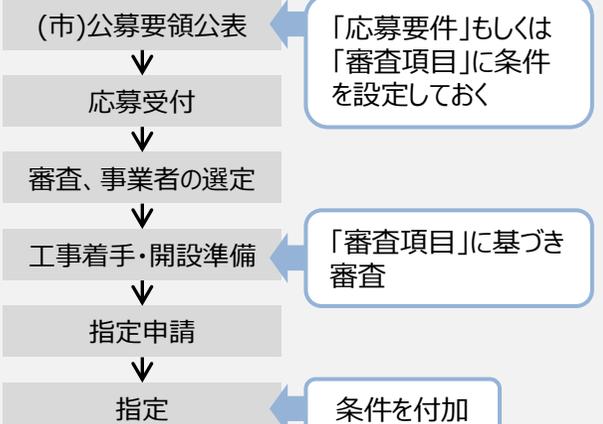
例: 地域ケア会議への出席を条件とする

対象サービス

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

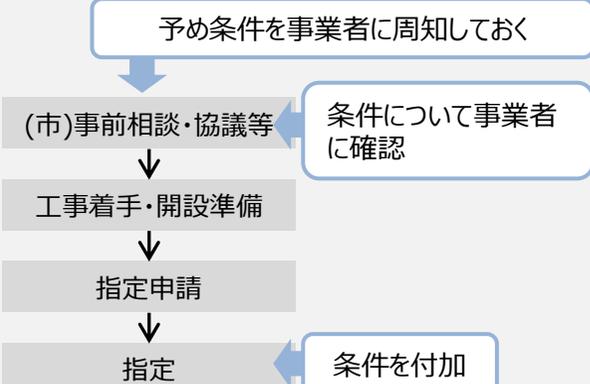
条件を付与する方法（一例）

①公募制が実施できるサービスの場合 (定期巡回・小多機・看多機)



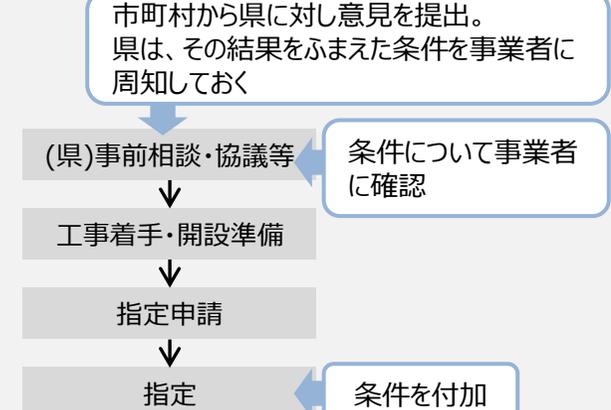
※指定権者：市町村

②公募制が実施できない地域密着型サービスの場合



※指定権者：市町村

③在宅サービスの場合（平成30年度～）



※指定権者：都道府県

「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)

専門職領域における複合化に向けた二つの方向性

方向性	メリット	デメリット
事業者による サービス複合化	規模の経営が進む 人材確保につながる	保険者の介入に限界あり 保険者が阻害因子に？ 困り込み/寡占の懸念 (選択なき包括ケア)
在宅医療・介護連携 による複合化	既存資源を前提として取組を 設計できる 保険者が関与（サポート）し やすい	連携コストが高い 関係性の構築に時間がかかる 保険者のコーディネート力が問 われる。

地域包括ケアシステムの成果は 計測できるのか？

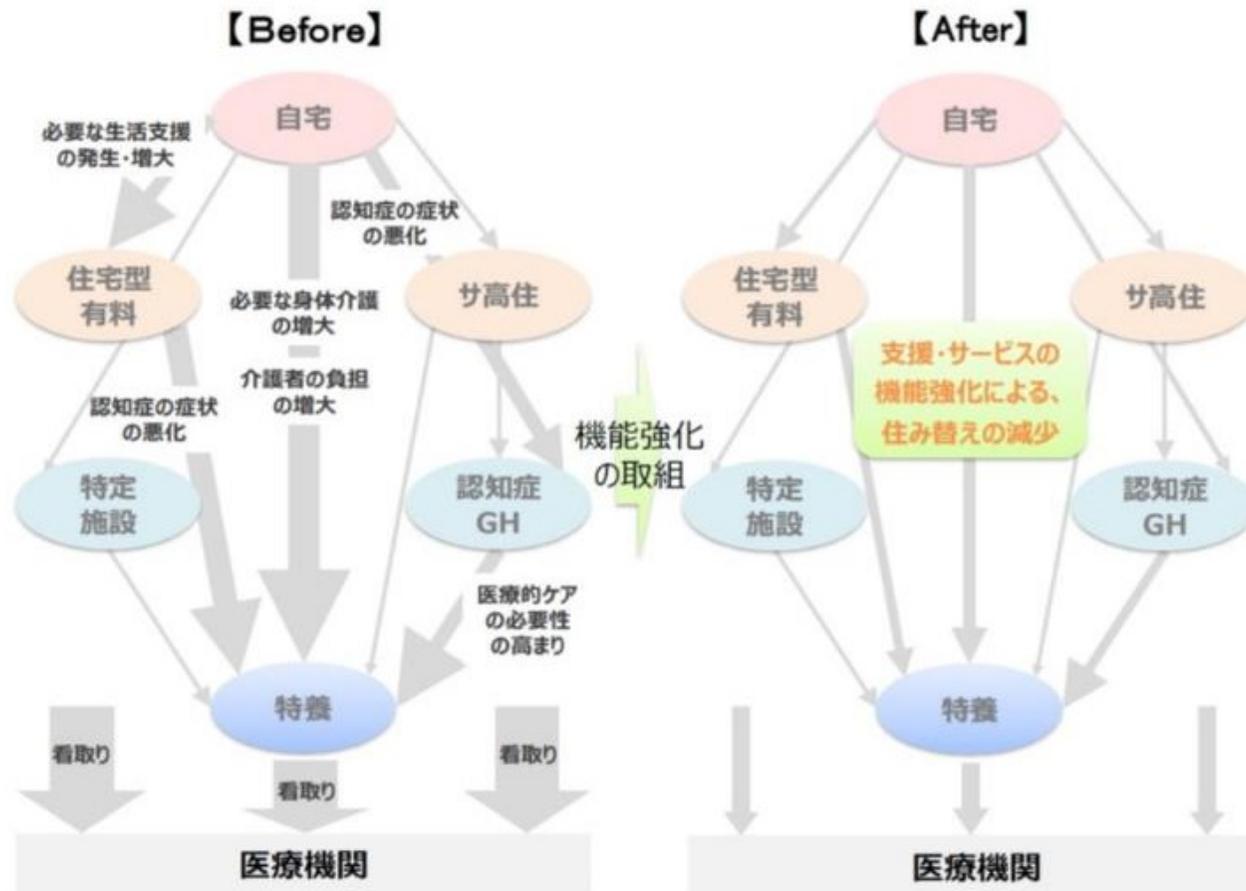
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



「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）

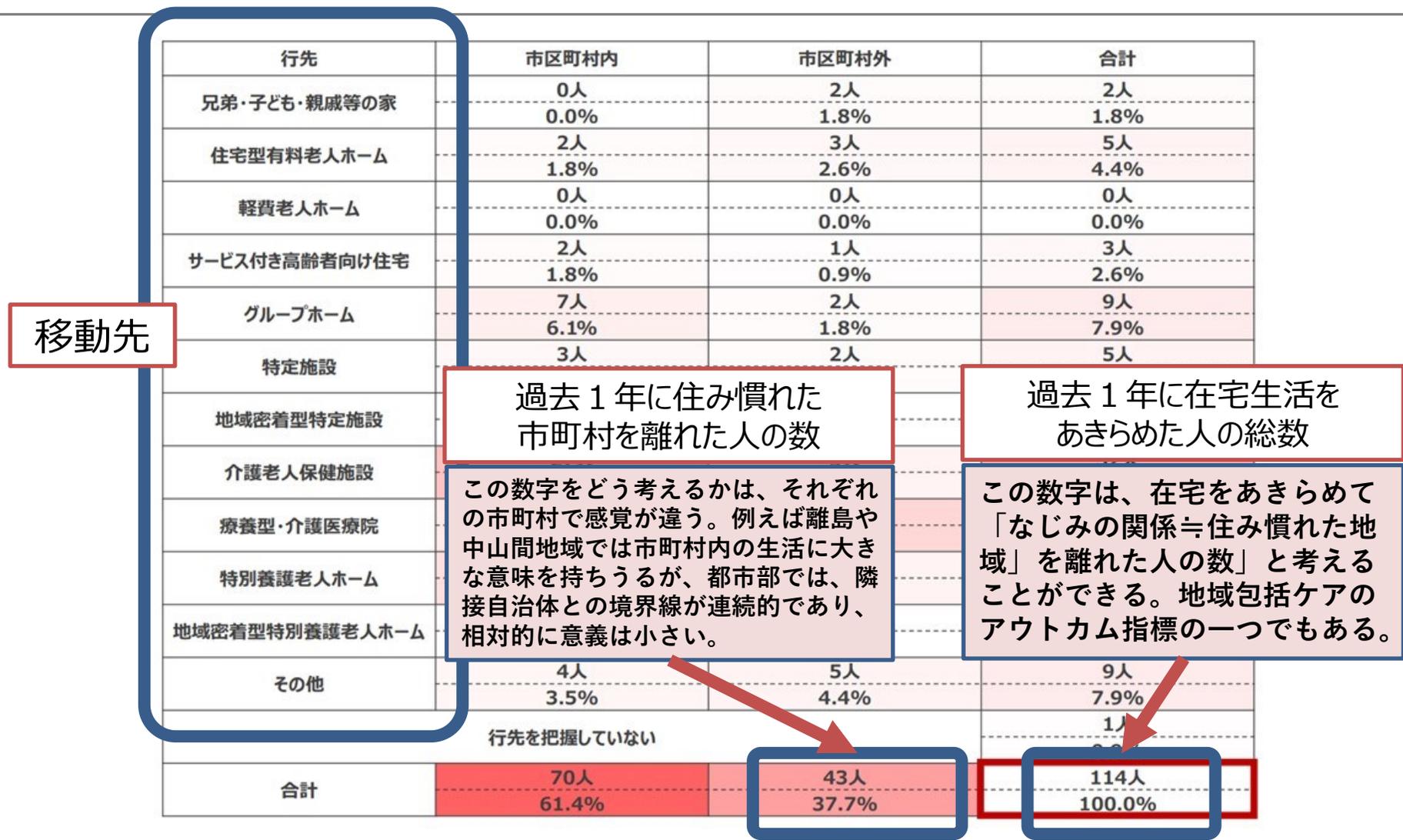


「転々生活」は測れる：「在宅生活改善調査」と「居所変更実態調査」

- ◆ 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

【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

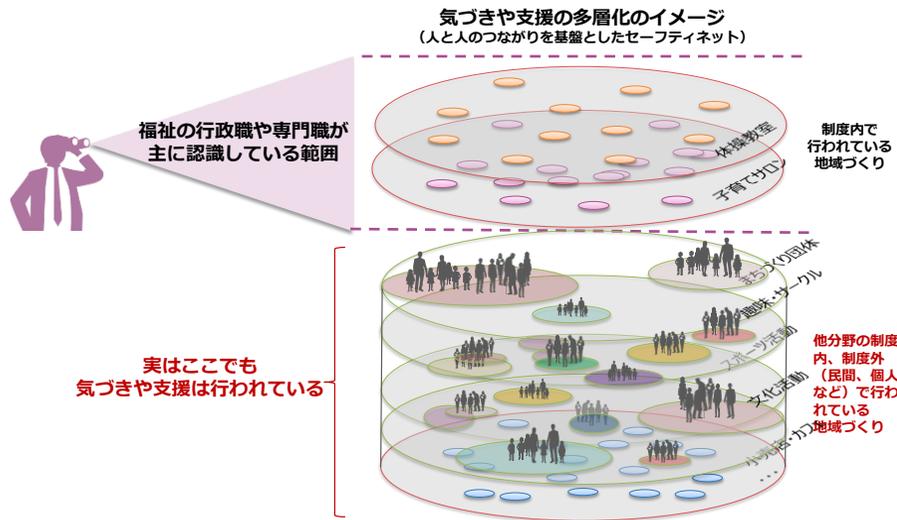
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



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/

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～

令和7年3月

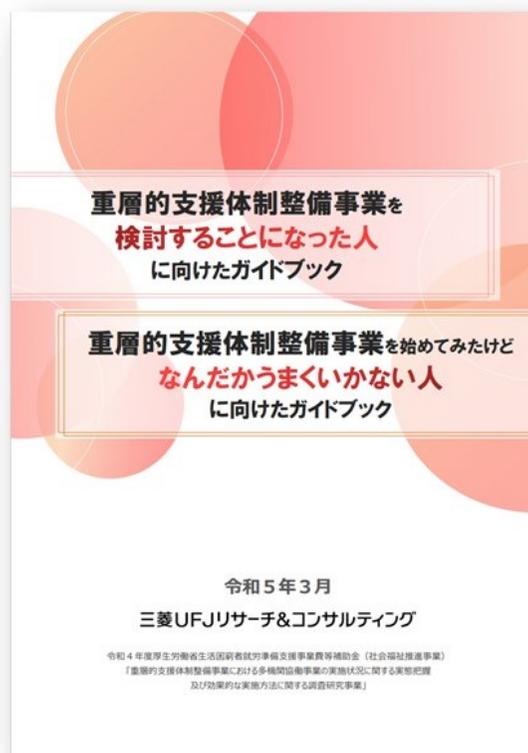
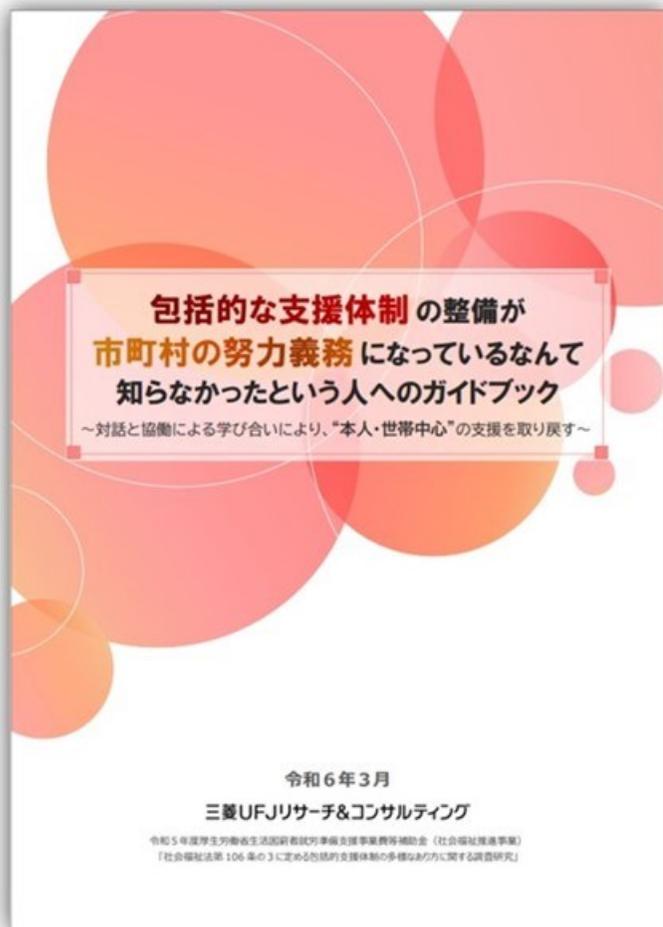
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

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)
「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」

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。

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)

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)
- 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のになります。元の報告書については、報告書タイトルで検索いただくか、https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_250428_02/ をご確認ください。

実態把握の定番調査：在宅生活改善調査／居所変更実態調査／介護人材実態調査

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

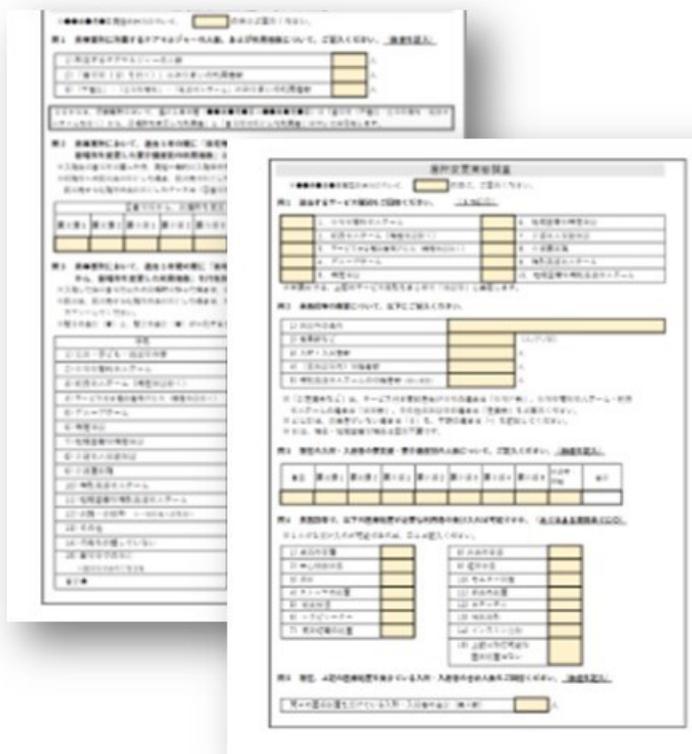
第10期介護保険事業計画の作成に向けた各種調査の見直し案

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

令和6年3月

MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「介護保険事業計画策定における各種調査結果の分析に関する調査研究事業」



自動集計ソフトの扱い方

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」において実施された、「居所変更実態調査」、「介護人材実態調査」、「在宅生活改善調査」を集約し、回答履歴で示されているグラフの連携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動作します。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」では印刷した 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、読み込みの際 Excel 調査票ファイルは、すべて同一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で読み込んだデータ（読み込み済みの調査票）に基づいて処理を行い、入力ミスなどの確認を行います。もし不正な入力がある場合は、該当箇所が赤色で表示されますので、必ずエラーを確認して修正をお願いします。本STEPでチェックしている設問の内訳は、「操作シート」の併読のAの中でお見いただけます。
STEP2 では入力したデータに対して Excel 集計ソフト（ベースファイル）へ出力を行います。必ず所定のベースファイル名で出力いただき、出力完了後は名前付きで保存してください。集計を行う際にベースファイルの追加は不要です。お読みいただけます。



- アンケート調査も、Excel 調査票ファイルも同じフォルダに格納してください（他の調査票でも同じ場合）は、「アンケート結果シート」にて入力してください。STEP1 の2からしてください。
- 赤い箇所が多い状態でも集計は行われますが、正確な集計結果が得られない恐れがあります。また、無回答が多いケースでも、人数・性別・世帯等の正確な集計結果が得られないため、不正な回答や無回答が原因とならずに、データクレンジングや回答集計ソフトでの確認を行っていただく必要があります。
- また、ベースファイルの保存場所にも注意ください。ベースファイルの出力が完了したら、フォルダ内のファイル名・拡張子が変更されていますので、ベースファイル名を確認してください。特定の集計ソフトで、アンケート結果を読み込んで本ソフトを利用される場合も、お読みいただけます。

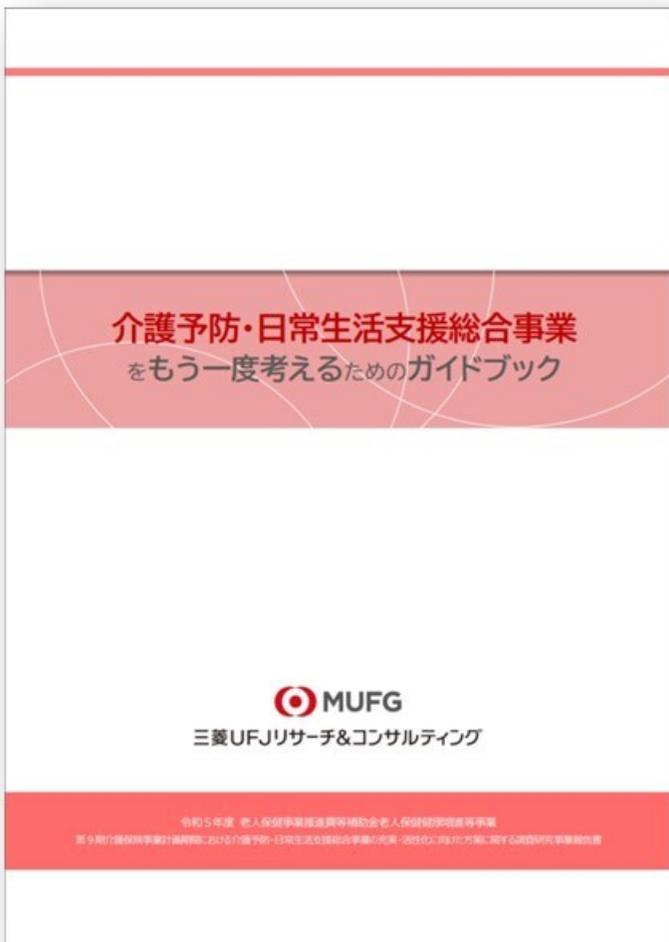
自動集計ツールの利用方法のガイド

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

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

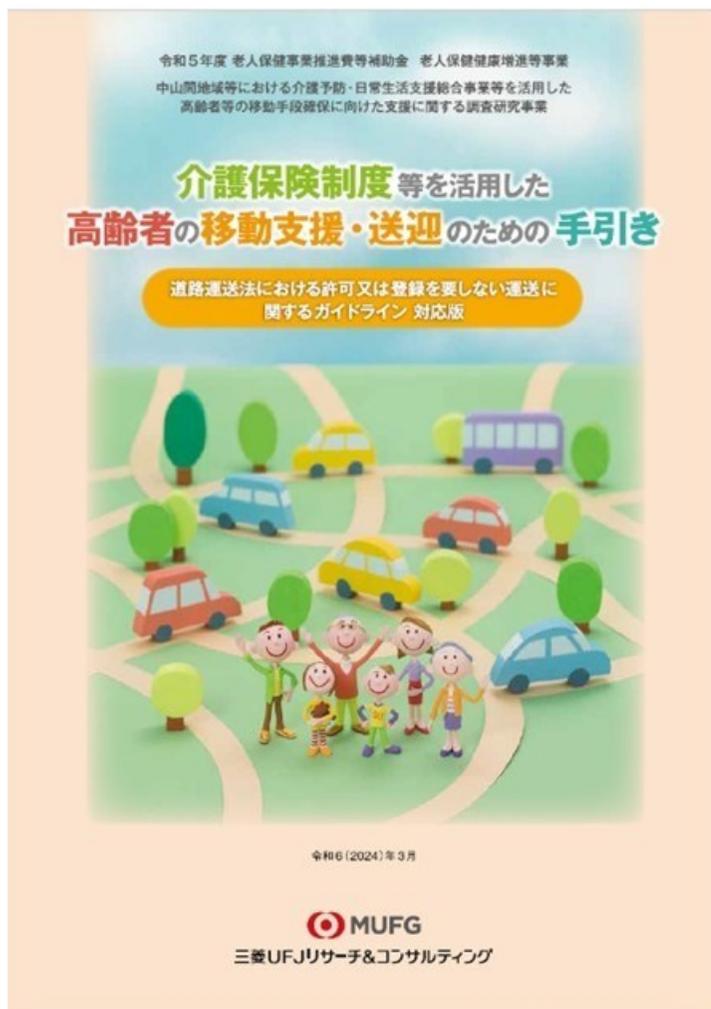
総合事業を改めて見直すためのガイドブックです。総合事業の評価のあり方についても試案を提示しています。



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。



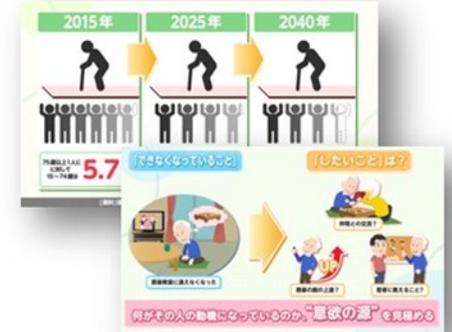
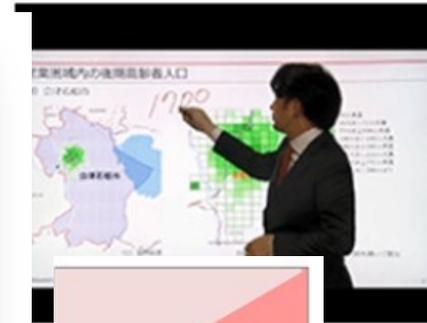
https://www.murc.jp/houkatsu_08/

【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/>



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）

