

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応用編

「大転換した総合事業／生活支援体制整備事業  
～なぜうまくいかなかったのか？」

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

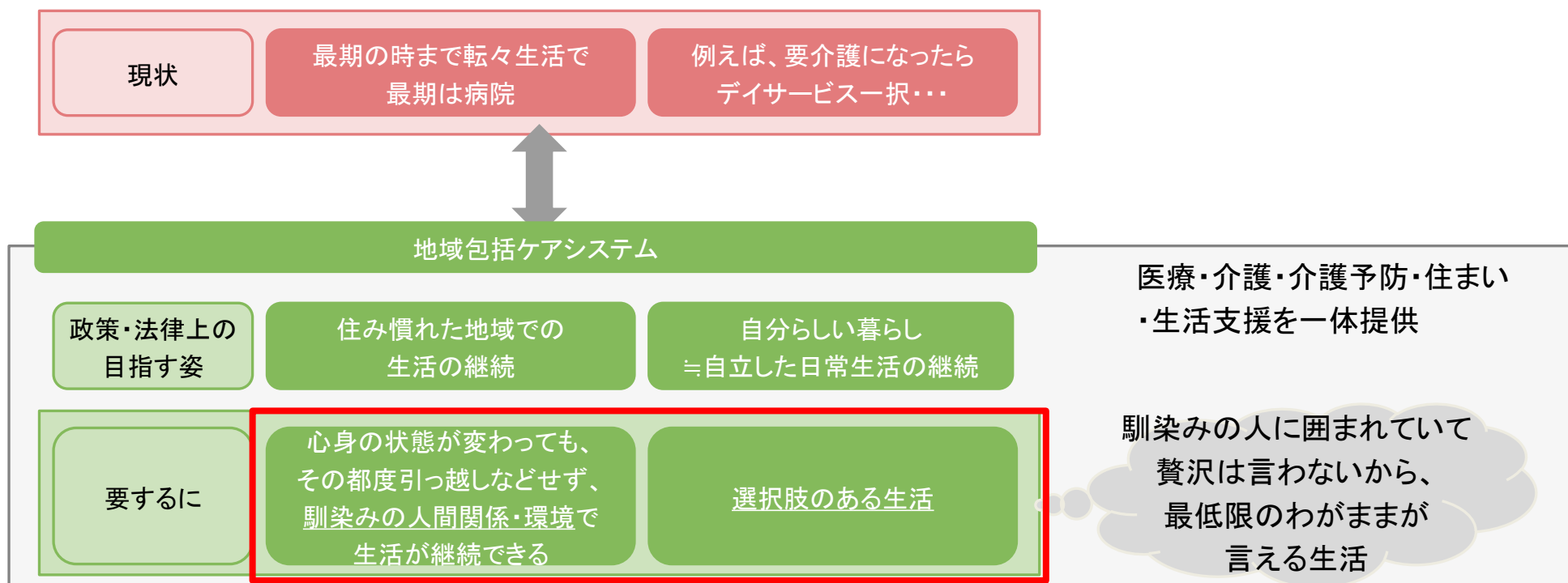
主席研究員 岩名 礼介

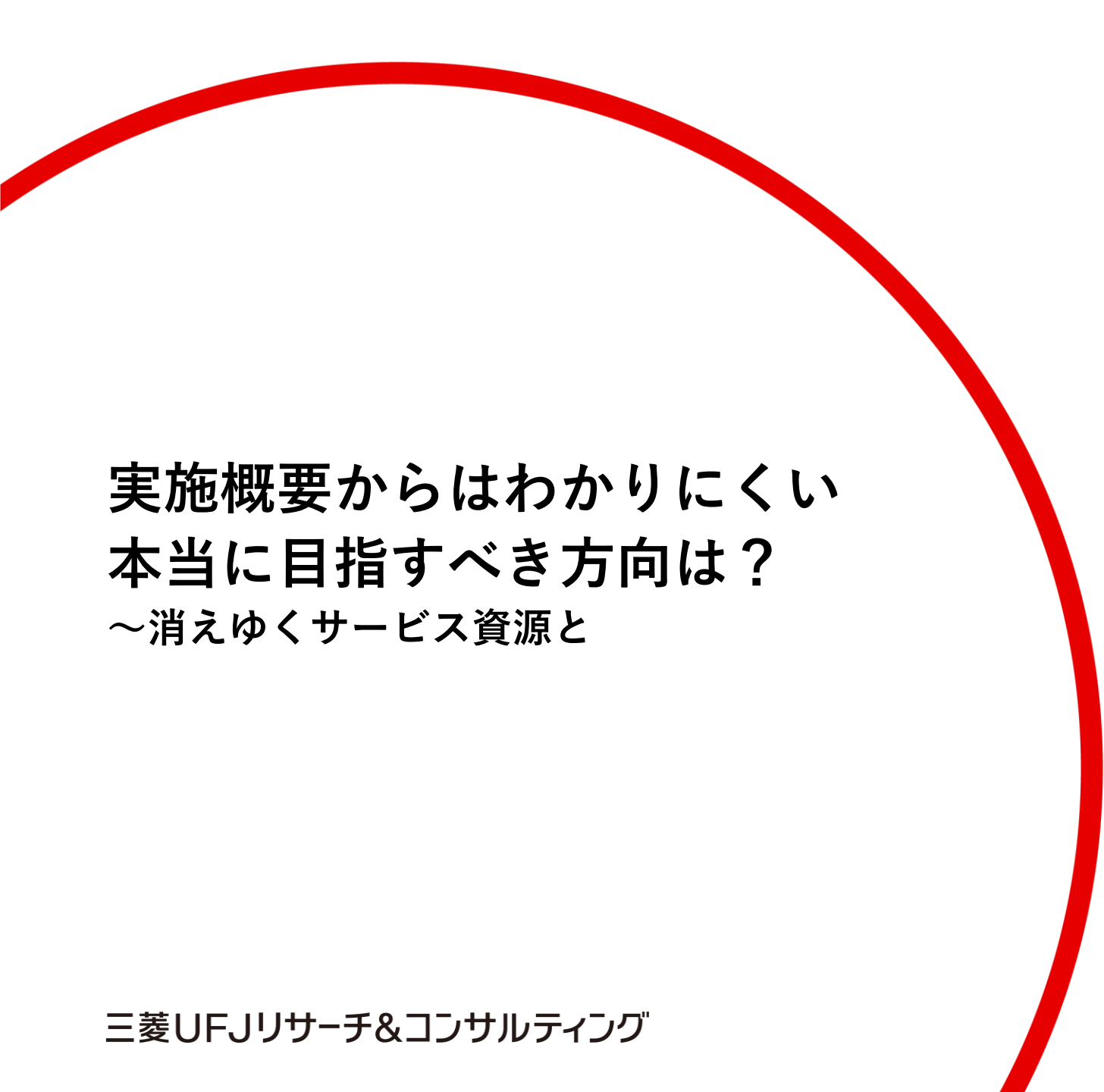
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

# 「地域包括ケアシステム」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）





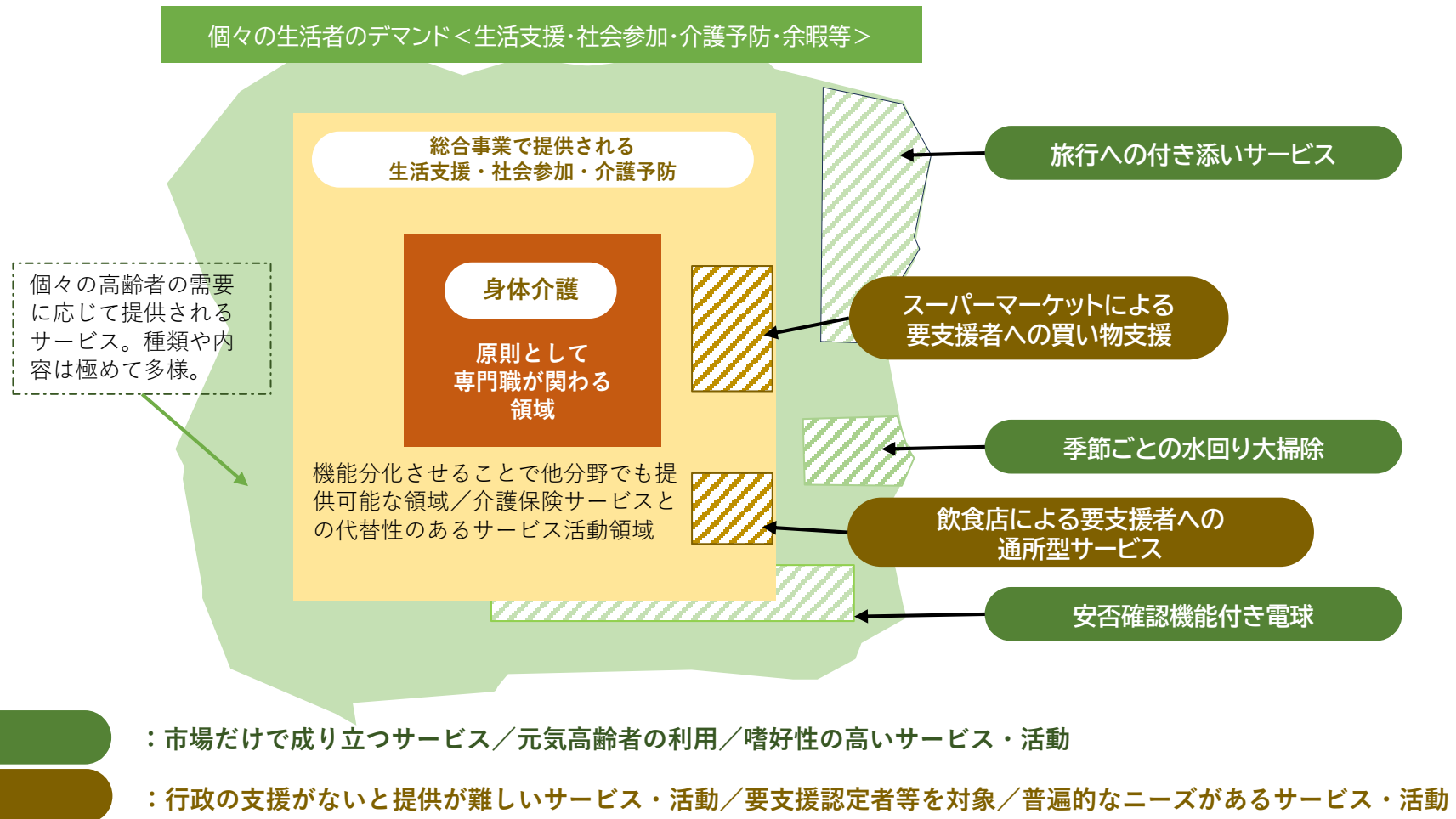
# 実施概要からはわかりにくい 本当に目指すべき方向は？ ～消えゆくサービス資源と

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。



# 私たちが考えるべき領域はどこか？：従前相当の代替か、それとも全く違うもの？



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

## 今回の改正でとても大切なポイント(私見)

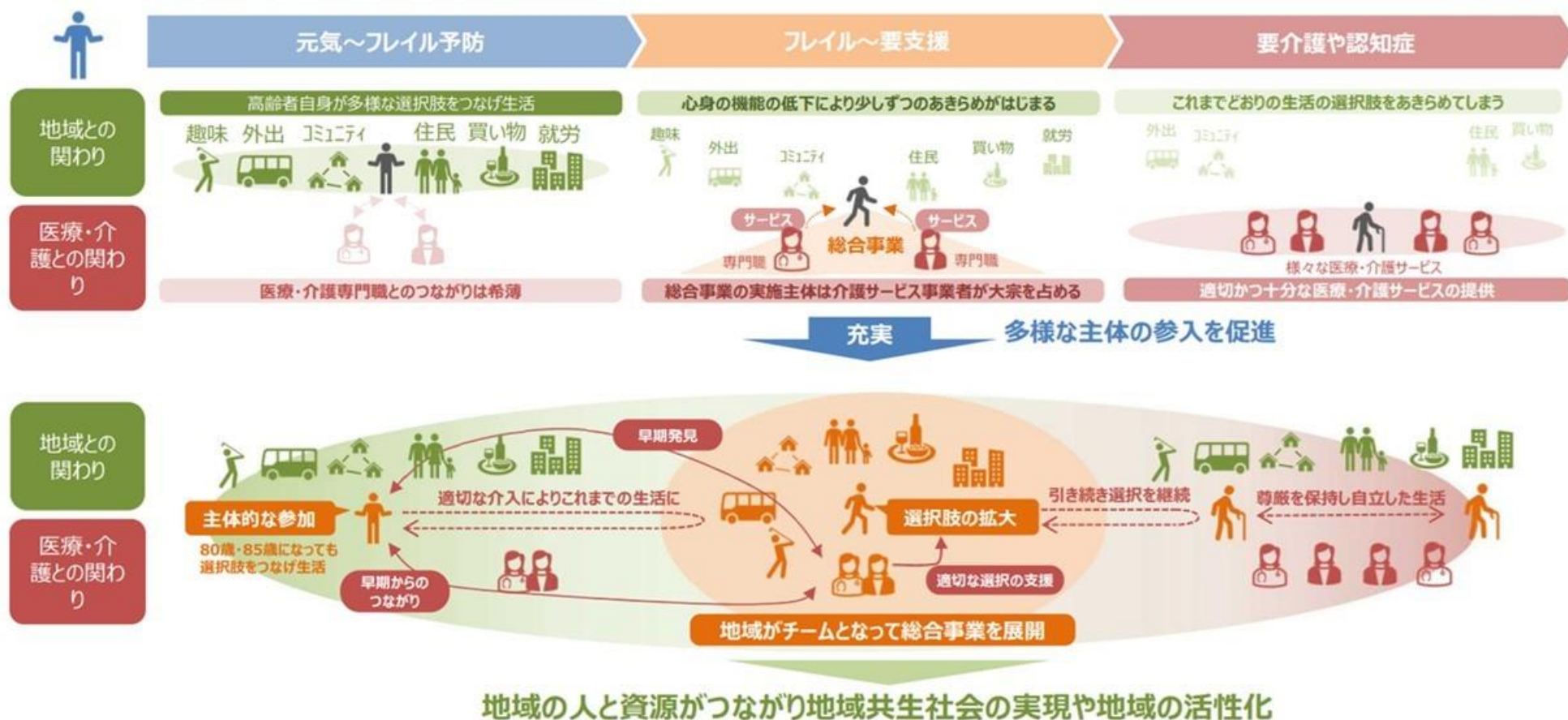
---

- ◆ 危険な考え方: 要支援者向けの総合事業のサービスをどのように作るか、どのように民間企業にやってもらうか。
- ◆ 「民間企業を介護サービス業界の土俵に上げる」という発想から脱却する。介護保険サービス(従前相当サービス)の簡素版を、民間企業に委託するという発想では、民間企業は動かない。
- ◆ 逆に、「介護行政側が、民間企業の土俵にお邪魔する」という発想で取り組む。つまり、介護保険の枠組にとらわれない民間企業の自由な取り組みを前提に、そのサービスを要支援者等が利用する場合に必要な追加的なサポート部分を行政が工夫して支援するという発想にたつ。
- ◆ 民間企業のサービスの「高齢者フレンドリー化」を進める視点が重要。

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

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

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



# 【全体のコンセプト】 高齢者の視点に立った地域での生活の「連続性」の重視

3つの断絶

## ① 元気からフレイルの断絶

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

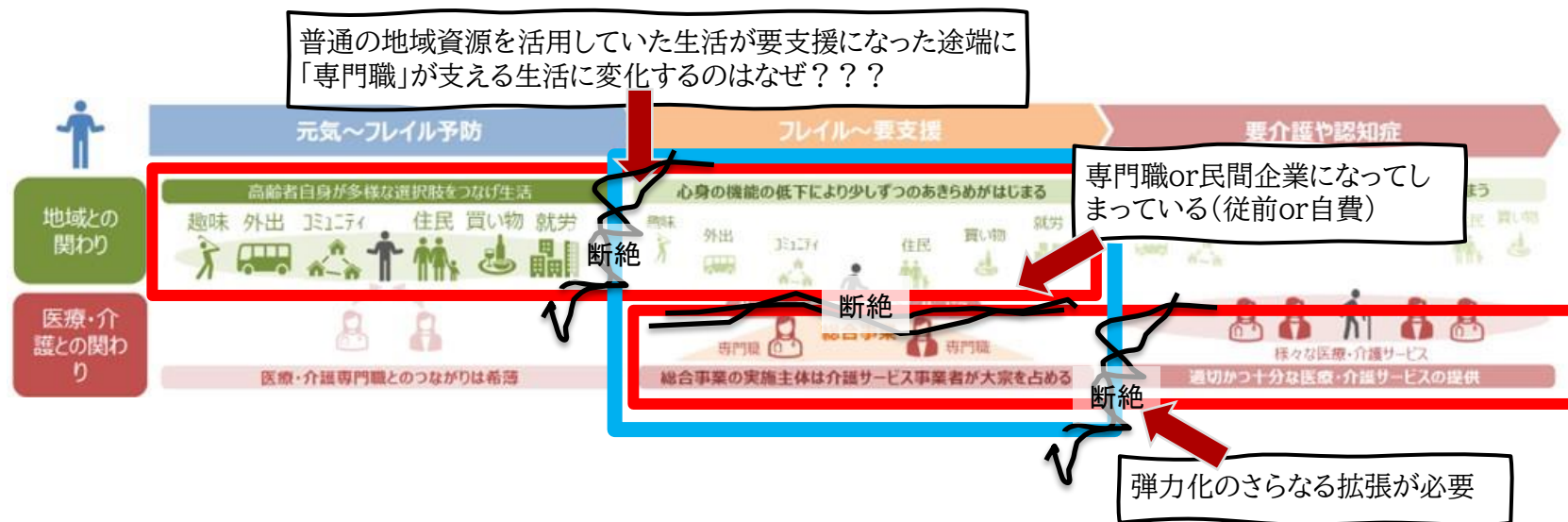
## ② 地域と制度の断絶

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

## ③ 要支援から要介護への断絶

要支援者が要介護になった途端に保険給付になる断絶も回避。

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



## ① 普通のサービスが続く

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

## ② 福祉業界で背負わない

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

## ③ 要介護でも使い続けられる

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

3つの連続性

# 総合事業の「フルモデルチェンジ」

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

## 選択肢を増やすための 機能分化による地域との融合

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

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

## 地域包括支援センターにおける 「包括的支援化」に向けた方向性

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

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

## 加速化する「従前相当」から 「多様なサービス・活動」へのシフト

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

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

## 超高齢社会における公共私連携が目指すべきゴール

### 増えつづける後期高齢者

- ✓ 全国的に2040年にはピークを迎える後期高齢者の増加
- ✓ 沖縄では2050年に2020年の1.8倍となるもピークはさらに先

### 減少する生産年齢人口

- ✓ 沖縄では2050年に2020年比で2割減となる見込み
- ✓ すでに介護業界は深刻な人材不足

### 乏しいサービスの選択肢

- ✓ 沖縄では在宅生活を支える訪問サービスが全国比で少ない
- ✓ 生活支援の担い手も専門職が中心で選択肢が少ない

### 沖縄における市場の高齢化

- ✓ 沖縄では今後急速かつ長期にわたり高齢化が進むことから、あらゆる産業分野で高齢化対応が必要

専門職だけで支えることの限界

生活を支援するサービスの  
選択肢が少ない

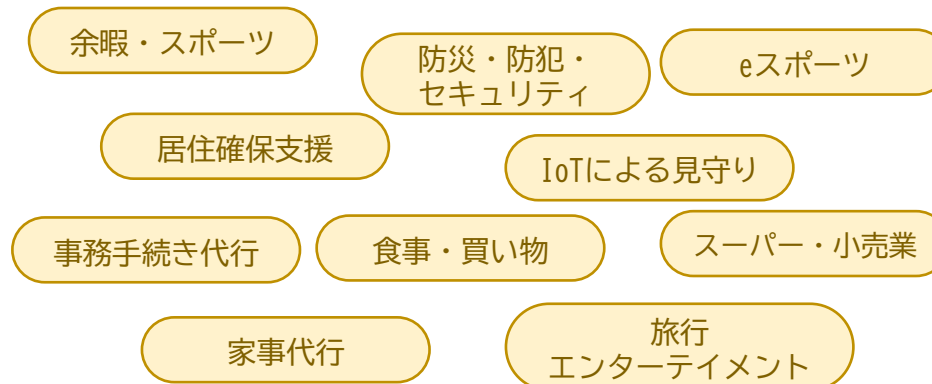
日常の経済生活から離れていく  
高齢消費者

沖縄県特有の長期にわたる高齢化に対応するには、従来の手法や枠組み、制度を超えた公共私連携が必要

公共私連携の目指すべきゴールは、すべての高齢者にとって、従来の「介護」や「生活支援」の枠を超えた、多様な選択があり、高齢者に寄り添ったサービスを提供し日常の生活をできる限り続けることができる「高齢者フレンドリーなまちづくり」であるべき

### 高齢者介護・生活支援のイメージに限定しない幅広いサービス

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



中長期的には  
すべての生活者に  
優しいまちづくりへ  
  
産業・地域経済の  
活性化にも貢献



## 従来の介護保険領域においても発想の転換が求められている

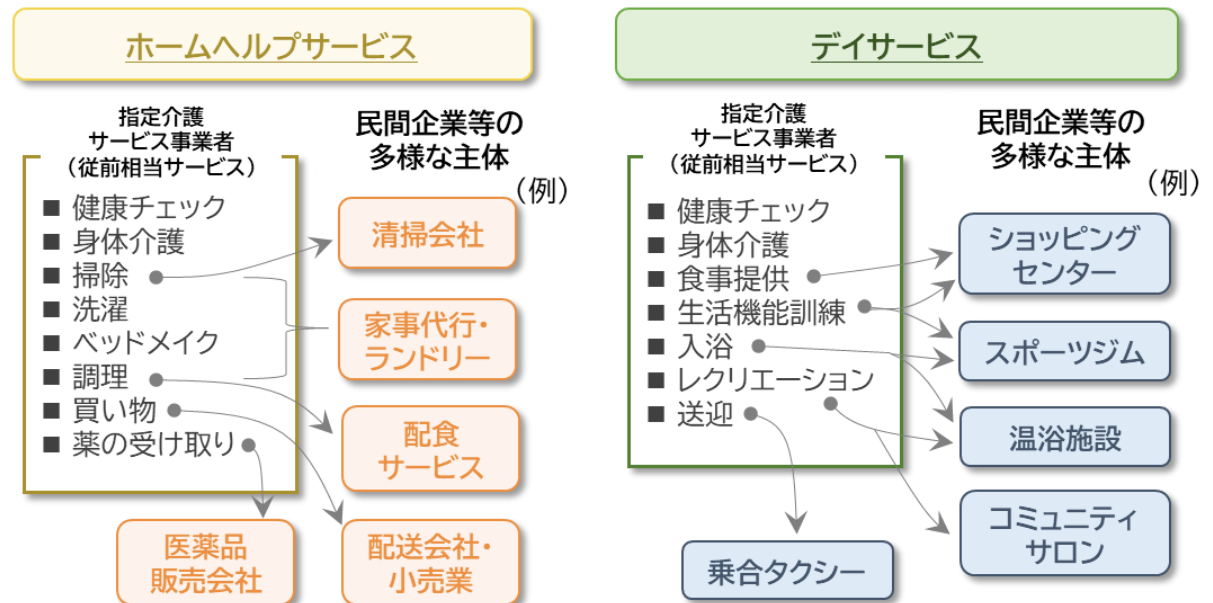
### 「支え・支えられる」「代わりにしあげる」という発想からの脱却

- ✓ 高齢者向けのサービスにおける「提供者-利用者」や「できないことがある本人に代わってしてあげる」といった発想からの脱却が必要。
- ✓ ケアが必要な高齢者でも、就労したり「誰かを支えたい」など役割を持つことを望む高齢者も少なくない。
- ✓ 国も、食品の加工や農作業を行う場などを、通所型のサービス事業所として委託するといった例を示している。
- ✓ 認知症のある人についても、働く場所を求める人はいる。年齢や心身状態によらないすべての高齢者に「社会参加」を意識した選択肢を検討すべき。

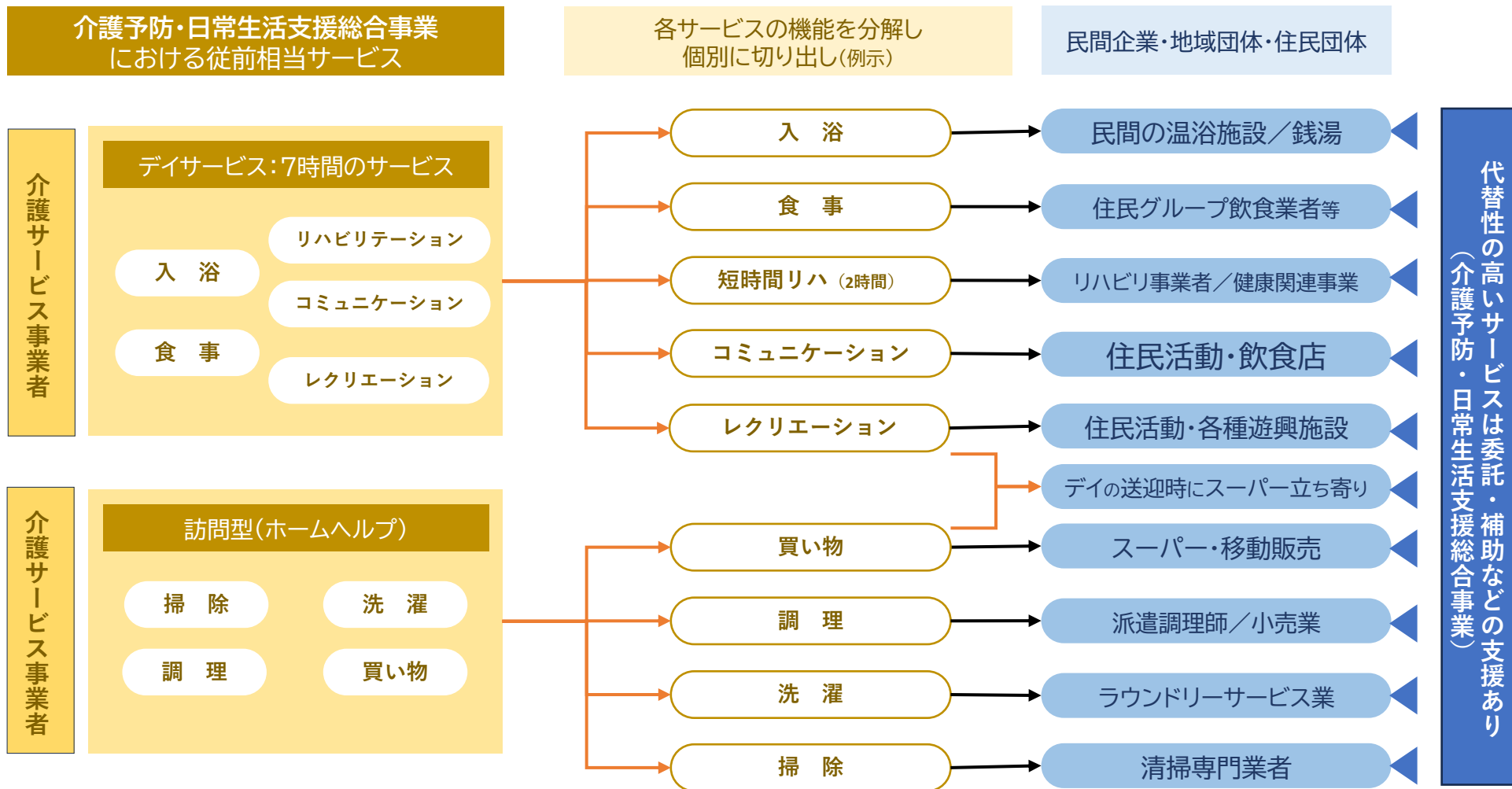
地域の住民や産業との関りの中で高齢者自身も多様な主体の一員となり地域社会は形作られている

### サービス機能の分業化による他業種参入

- ✓ 専門職が提供する全国统一基準の総合的なサービスについては、高齢者からみると、必ずしもすべてのサービス機能を同時に必要とするわけではなく、個別のサービスを利用しながらできる限りこれまで通りの日常生活を送りたい人もいる。
- ✓ 総合的なサービスの機能を分解し分業化することで、他業種の民間事業者の参画可能性が高まり、提供内容が多様化するなど、選択肢の広がりが期待される。



# 「基準緩和」から「機能分化」へ



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「岩名礼介講演資料」



「なんでもあり」にみえる  
総合事業の落とし穴  
～適切な上限管理に向けて

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。

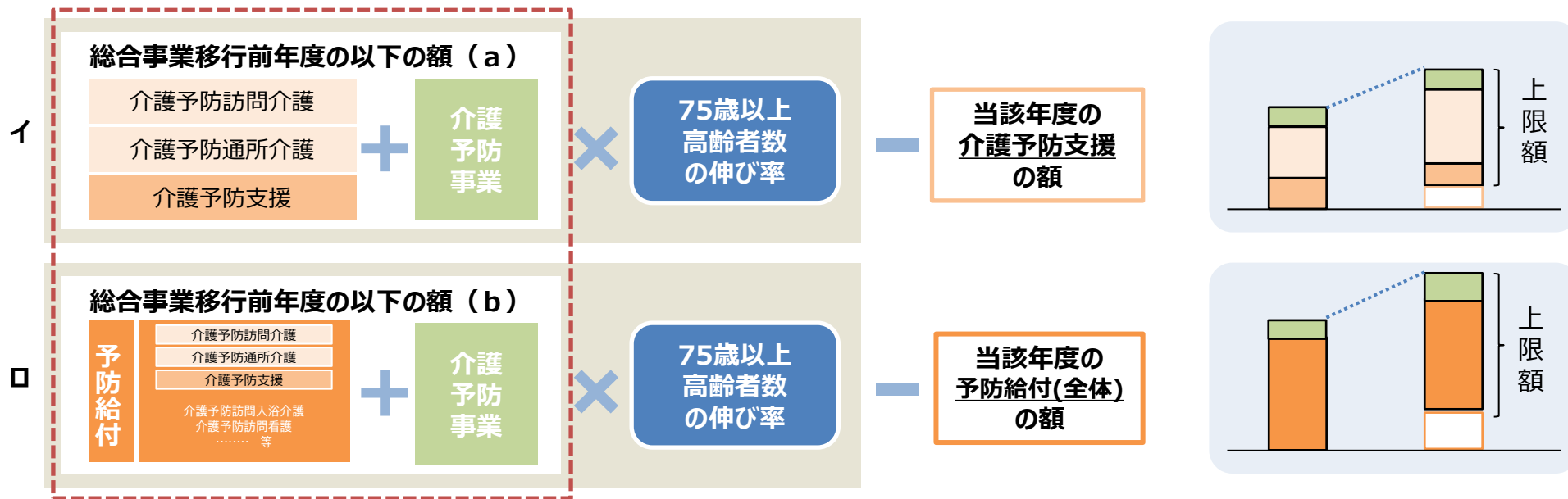


# 介護予防・日常生活支援総合事業に要する額の上限（基本的な考え方） （介護保険法施行令第37条の13）

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

## 原則の上限額について

- 総合事業の上限額は次のイ又はロのいずれか高い額とする。（第4項第1号）



**平成27～29年度に特定事情市町村と認められた市町村の特例（第4項第2号）**

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| 平成27～29年度 | a・bの額に調整率（最大10%）を乗じて得た額とする |
| 平成30年度以降  | a・bの額を平成29年度の総合事業の実績額とする   |

## 個別協議について（同条第5項）

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

# 介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用の見直し

## (介護保険法施行令の改正・厚生労働省告示の創設)

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

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

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

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

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

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

### 介護保険法施行令第37条の13第5項の改正（案）

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

### 厚生労働省告示の制定（案）※①～③は政令で定める事由

介護保険法施行令に基づき個別協議を行うことができる事由を定める

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

## 事由4：人口が1万人未満の小規模市町村

## 事由5：離島等において高齢者1人当たり事業費額が1万円未満の市町村

|                   |          |                                                              |
|-------------------|----------|--------------------------------------------------------------|
| 事由4               | 上限額告示第4号 | 当該年度の前年度の10月1日における人口が1万人未満の市町村による地域の人材や社会資源の活用を図るための必要な措置の実施 |
| 承認額               | 取扱通知4    | 上限超過額                                                        |
| 協議時点<br>(手引きとの対応) |          | 事前協議<br>( (4) 1 を参照 )                                        |

|                   |                       |                                                                               |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 事由5               | 上限額告示第5号<br>上限額通知1(1) | 離島等の市町村による総合事業に要する費用の低減に資すると見込まれる事業の実施<br>※当該年度の高齢者1人当たり総合事業費額が1万円未満である場合に限る。 |
| 承認額               | 取扱通知5                 | 上限超過額                                                                         |
| 協議時点<br>(手引きとの対応) |                       | 事前協議<br>( (4) 2 を参照 )                                                         |

### 事由4に適合する市町村

- 前年10月1日の人口が1万人未満

### 事由5に適合する市町村

- 次のいずれにも該当する市町村

- 以下の計算式が成り立つ

$$\left( \frac{\text{当該年度の介護予防・日常生活支援総合事業費額}}{\text{前年10月1日の65歳以上人口}} \right) < 1 \text{万円}$$

- 当該市町村の区域内に、次のいずれかの地域を含む

- ・ 厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準（平成11年厚生省告示第99号）に定める地域
- ・ 人口密度が希薄であること若しくは交通が不便であること等の理由により総合事業の実施が困難であると認められる地域



前年度の承認額によらず、  
毎年度、上限超過額を承認

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

## 上限額管理の意味と留意点

- ◆ 上限額を超えた際の取扱いについては、特別な事情がある場合について個別協議にもとづき交付金の措置が取られるとされてきた。
- ◆ 上限額については、これまでも設定されてきたルールであり、大幅な変更はない。
- ◆ 今回の運用の見直しは、これまでガイドラインに記載されてきた**個別協議の条件を、政令・告示により明確化**したものとされている。
- ◆ 法令上、上限額超過時の条件が明確化されたことにより、今後は、厳格な運用となる可能性もある。
  
- ◆【コンサルタントとしての経験から留意すべきと考えるポイント】
  - ✓ 上限額の推移や実績との関係について十分な注意が払われていない保険者がみられる。
  - ✓ 総合事業も約10年が経過して、ルーティン化しており、交付のための申請事務等も、前任者のやり方をなぞるような形で処理されていることが多い(細かなことは、着任したてでよくわからないが、前任者の方が理解しているはずだから、間違っているわけがないという思いこみ)。
  - ✓ 今一度、各保険者における上限額の状況について把握するとともに、実績額を精査し、費用面での課題を整理することを強くお勧めしたい。

# あなたのまちの上限額チェックリスト

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

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

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

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

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

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

## 3 総合事業開始翌年度の事業実績額が、原則の上限額よりも大幅に低い

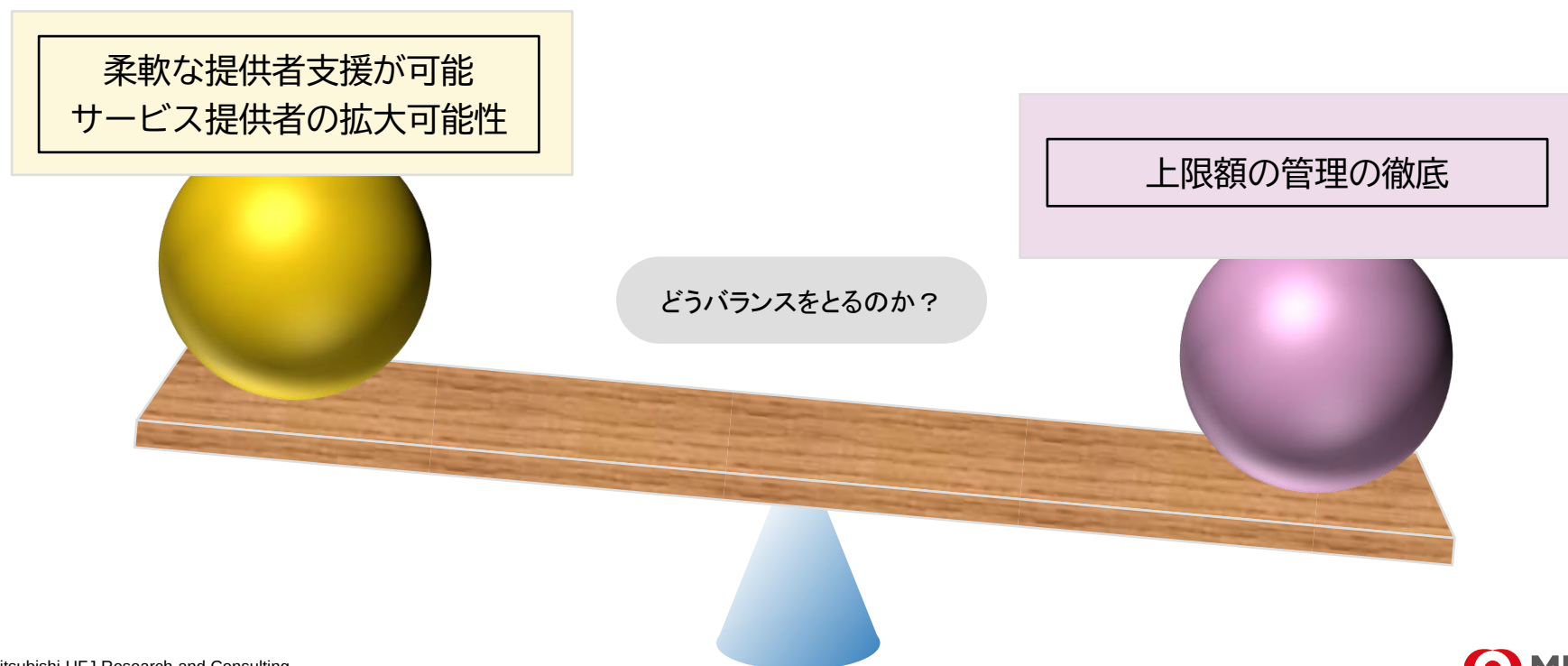
- 上限額は、総合事業開始年度の前年度実績をスタート地点として計算します。総合事業開始時に特例の上限額引き上げ措置などもあったものの、開始翌年度の上限額が前年度実績額より10%を超えて高い場合は、事業開始初年度の上限額を再確認。
- 最初の上限額に誤りがあると、その後、その誤りを継承している場合があります。

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

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

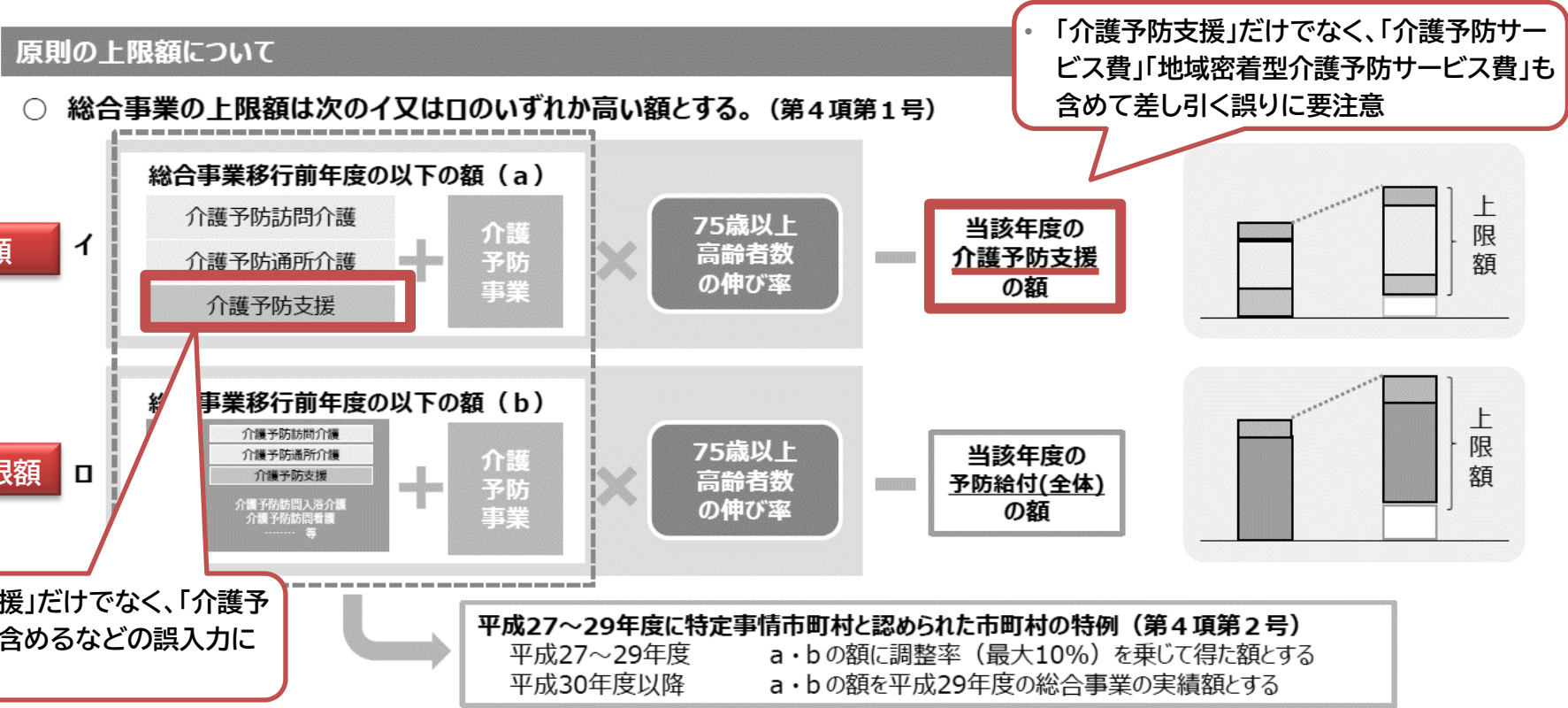
## 自由なだけに「マネジメント」能力が高度に求められる

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



# 要点検！：上限額の計算間違い

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



# 自分のまちの立ち位置を知る ～総合事業の充実に向けたワークシートの活用

本セクションは 令和6年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様  
なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業」の内容をもとに作成している。



# ワークシートの目的

- 本ワークシート(以下、WS)は、各市町村において総合事業の充実に向けた検討を目的に作成。WSは、令和6年8月5日の地域支援事業実施要綱で示された評価の視点や指標の例に準拠。
- 総合事業の取組が十分に進んでいない市町村においては、①今後直面するであろう課題について、十分に認識されていない、②その課題に対し、総合事業が意図する目的が十部に理解されていない、③総合事業の目的に沿った評価指標を明確化できていない、といった問題・課題を抱えていることが想定されます。
- WSは、その分析を通じて、①～③についての理解を深めながら、関係者間での議論を通じて各地域で必要な取組を検討していただくためにご活用いただくことを想定しています。

| 評価のための前提となる考え方   |                                                                              |                                                                         |                                                             | 総合事業の充実に向けた評価指標の例   |                                                       |                                                        |                                                               |                                       |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 高齢者の視点           | ● 高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか<br>● 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関与しているか         |                                                                         |                                                             | 3つのアプローチ            | プロセス                                                  | アウトプット                                                 | アウトカム                                                         | 最終アウトカム                               |
|                  | 保険者の視点                                                                       | 人材の視点                                                                   | 財政の視点                                                       | 1<br>高齢者の選択肢の拡大     | ▶生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績                             | ●多様なサービス・活動の種類・数                                       | ●従前相当サービスが位置づけられたプランの割合                                       | □調整済み軽度認定率<br>□初回認定者の平均年齢<br>□在宅継続数・率 |
|                  |                                                                              |                                                                         |                                                             | 2<br>ポピュレーション・アプローチ | ▶出前講座・説明会等の開催数<br>▶通いの場の箇所数<br>▶体力測定会の開催数<br>▶広報活動の回数 | ●多様なサービス・活動の参加者数等<br>●出前講座・説明会等に出席した住民の数<br>●通いの場の参加者数 | ●多様なサービス・活動に対する継続参加率<br>●社会参加率<br>●通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率 |                                       |
| 3<br>ハイリスク・アプローチ | ▶孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等<br>▶サービス・活動Cなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等 | ●孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数<br>●想定対象者に占める実際の参加者数<br>●参加者の参加前後の生活状況等の変化 | ●孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率<br>●社会参加率<br>●参加者の一定期間後の生活状況等 |                     |                                                       |                                                        |                                                               |                                       |

# ワークシートの構成

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

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

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

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

※都道府県、市町村名を選択してください。

広島県

広島市

## 1. 基礎情報

### 1-1. 人口

| 【推計値】人口  | (人)       |           |           |           |           |           |           |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|          | 2020年     | 2025年     | 2030年     | 2035年     | 2040年     | 2045年     | 2050年     |
| 総人口      | 1,200,754 | 1,183,031 | 1,163,450 | 1,139,671 | 1,111,468 | 1,080,147 | 1,047,223 |
| 生産年齢人口   | 733,066   | 718,223   | 702,156   | 670,149   | 619,010   | 583,924   | 559,442   |
| 65～74歳人口 | 153,591   | 129,609   | 127,570   | 141,969   | 165,269   | 163,030   | 137,938   |
| 75歳以上人口  | 154,995   | 190,111   | 201,210   | 200,732   | 201,481   | 209,989   | 231,938   |
| 85歳以上人口  | 48,592    | 58,543    | 72,189    | 91,186    | 92,394    | 87,753    | 88,813    |

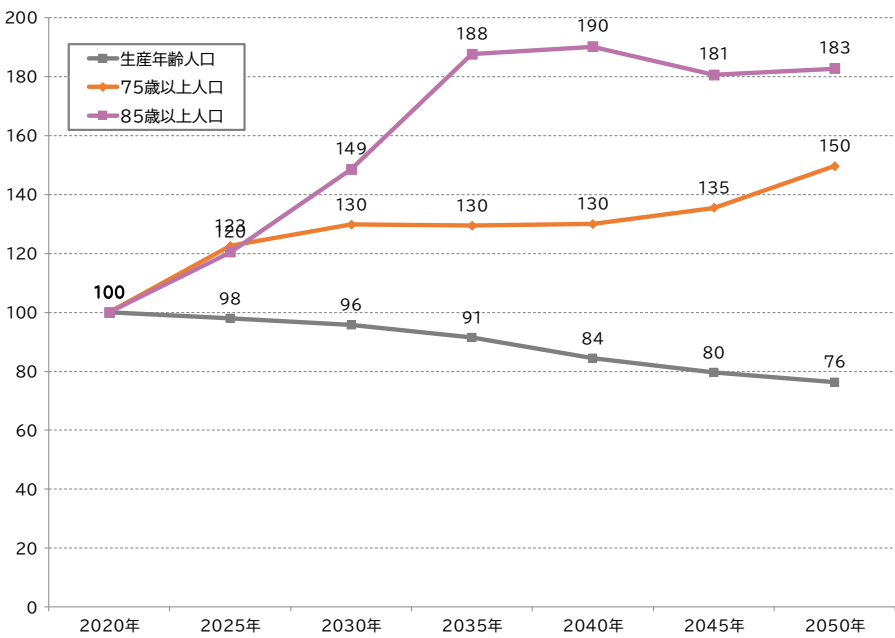
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(R5年推計)」

| 【推計値】人口(2020年を100とした場合) | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 | 2050年 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 総人口                     | 100   | 99    | 97    | 95    | 93    | 90    | 87    |
| 生産年齢人口                  | 100   | 98    | 96    | 91    | 84    | 80    | 76    |
| 65～74歳人口                | 100   | 84    | 83    | 92    | 108   | 106   | 90    |
| 75歳以上人口                 | 100   | 123   | 130   | 130   | 130   | 135   | 150   |
| 85歳以上人口                 | 100   | 120   | 149   | 188   | 190   | 181   | 183   |

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

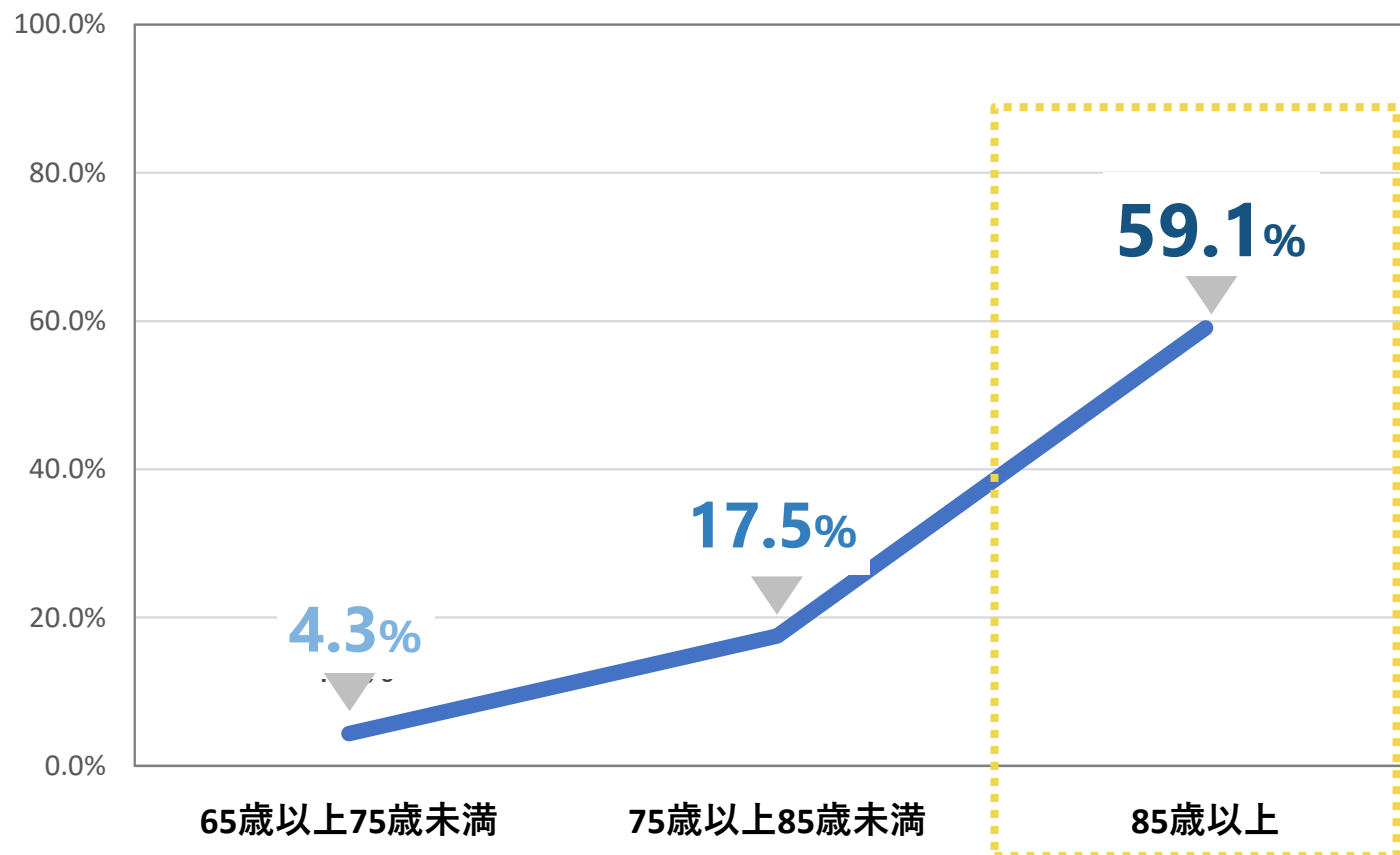
※網掛けは、2020年以降のピーク時

【推計値】人口(2020年を100とした場合)



## ※参考 年齢別の要介護認定率

年齢別の要介護認定率

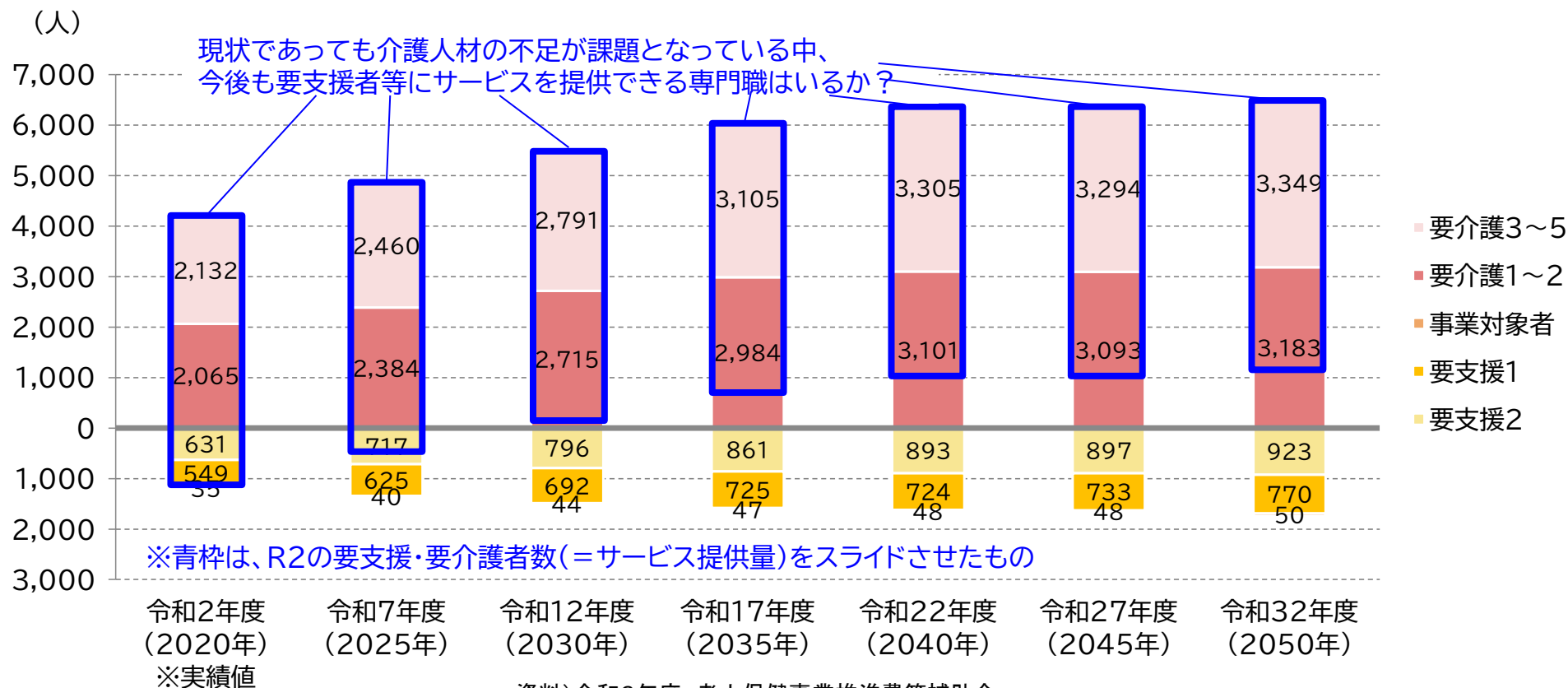


出典) 厚生労働省；介護保険事業状況報告 月報（暫定版），令和6年3月末時点  
※年齢別の要介護（要支援）認定者数÷当該年齢の第1号被保険者数にて算出

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

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

【推計値】要介護認定者数

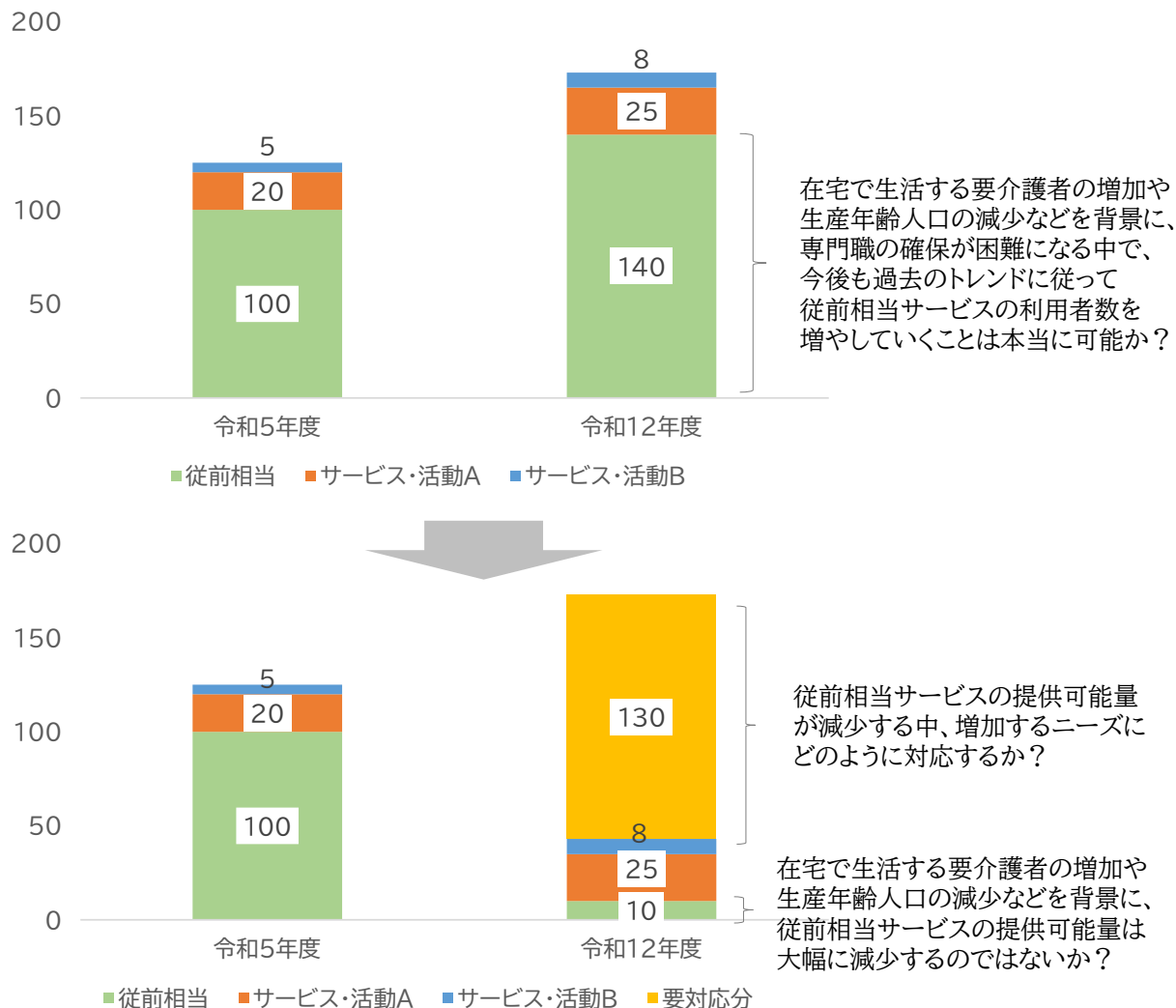


資料) 令和6年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実にに向けた調査研究事業」

### 3 人材の視点：従前相当を専門職でカバーできないことを前提に要対応分を検討

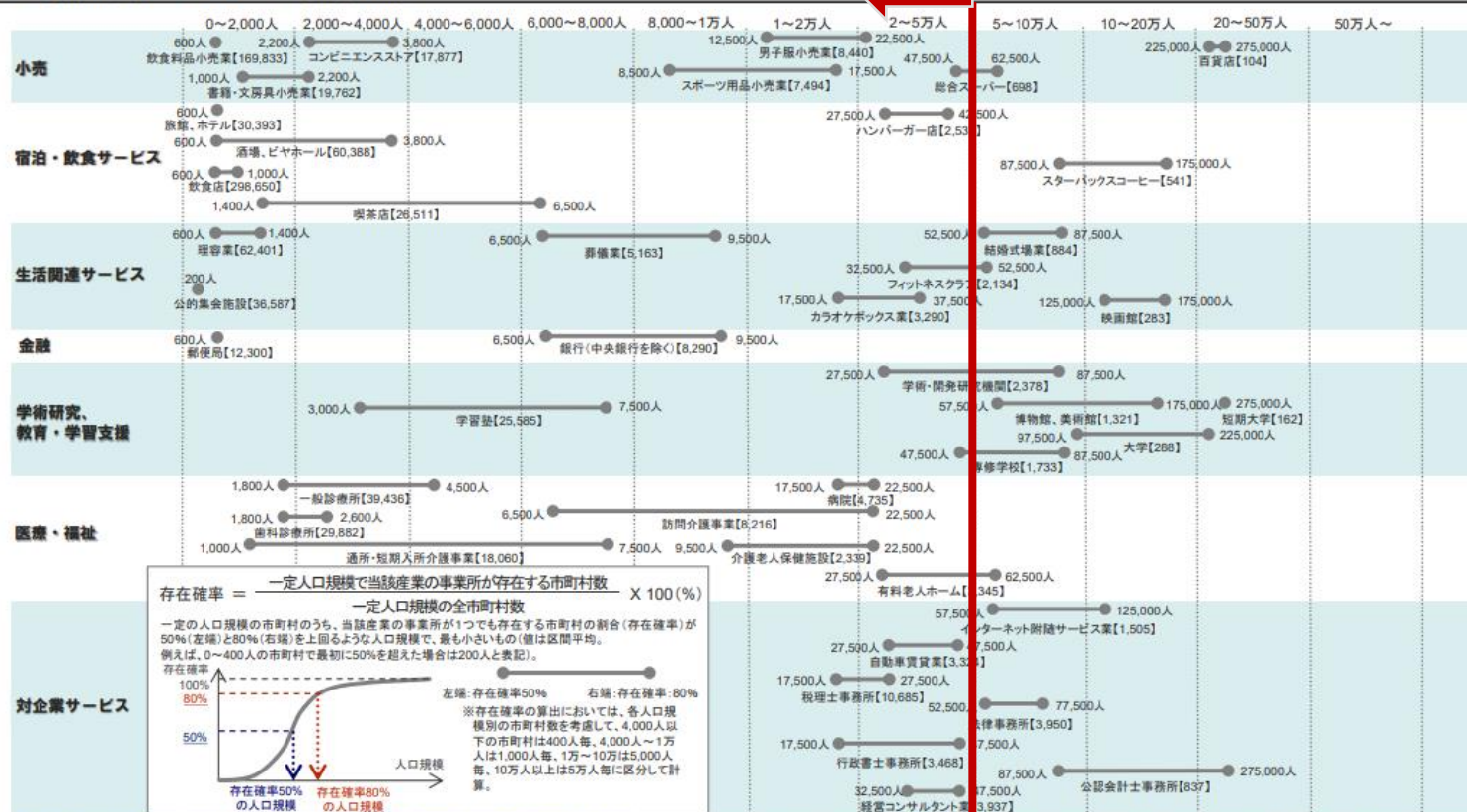
- 需要の増加にあわせて、従前相当サービスの利用者数が増加するような見込みは、現実には不可能と思われる。
- 仮に、専門職が軽度者のケアにこのまま従事した場合は、中度以上の要介護者のケアに大きな支障が生じることになる。
- したがって、人材の視点からは、全体の従前相当のほとんどが専門職だけでは維持できないことを前提に、既存の従前相当利用者分に加え、増加分を、介護専門職以外でカバーする方策の検討が不可欠。
- このセクションは、具体的な人材推計は行っていないが、増加する需要に、すでに頭打ちとされる既存人材でどう向き合うのかを検討することがポイント。



# 人口減少下で起こりうること

【図1-16】地域の人口減少により、医療・福祉等の生活サービス産業の維持が困難になる可能性

- 市町村別に人口規模と生活サービス産業等の立地状況にもとづき、産業の存在確率が一定以上になる市町村の人口規模を整理すると、下図のとおり。
- 多くの市町村が、人口減少に伴い現状では立地確率が低くなっている人口規模に移行していくことが想定され、そういった地域では産業の撤退等により、これまで通りの生活サービスの維持が困難になっていくことが懸念される。



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

| 市町村数 | 上: 2015年 | 下: 2050年 |
|------|----------|----------|
| 75   | 108      | 107      |
| 208  | 173      | 101      |
| 83   | 84       | 71       |
| 69   | 69       | 69       |

(注1) 2050年の市町村別人口は、国土交通省国土政策局推計値

(注2) 人口規模別の市町村数は、平成27(2015)年10月1日現在の三大都市圏を除く1,255市町村を基準に分類

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

| 市町村数 | 上: 2015年 | 下: 2050年 |
|------|----------|----------|
| 224  | 303      | 156      |
| 194  | 238      | 101      |
| 75   | 47       | 30       |
| 40   | 30       | 10       |

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

21

# 主な事業の存在可能性

| 事業の種類     | 事業名                | 存在確率50%の<br>市町村人口規模 | 存在確率80%の<br>市町村人口規模 |
|-----------|--------------------|---------------------|---------------------|
| 小売        | 総合スーパー             | 47,500人             | 62,500人             |
|           | コンビニエンスストア         | 2,200人              | 3,800人              |
|           | <b>飲食料品小売業</b>     | <b>600人</b>         | -                   |
| 宿泊・飲食サービス | 喫茶店                | 1,400人              | 6,500人              |
|           | <b>酒場、ビヤホール</b>    | <b>600人</b>         | <b>3,800人</b>       |
|           | <b>飲食店</b>         | <b>600人</b>         | <b>1,000人</b>       |
|           | <b>旅館、ホテル</b>      | <b>600人</b>         | -                   |
| 生活関連サービス  | フィットネスクラブ          | 32,500人             | 52,500人             |
|           | カラオケボックス業          | 17,500人             | 37,500人             |
|           | 葬儀業                | 6,500人              | 9,500人              |
|           | <b>理容業</b>         | <b>600人</b>         | <b>1,400人</b>       |
|           | <b>公的集会施設</b>      | <b>200人</b>         | -                   |
|           | <b>訪問介護事業</b>      | <b>6,500人</b>       | <b>22,500人</b>      |
| 医療・福祉     | 有料老人ホーム            | 27,500人             | 62,500人             |
|           | 一般診療所              | 1,800人              | 4,500人              |
|           | <b>通所・短期入所介護事業</b> | <b>1,000人</b>       | <b>7,500人</b>       |

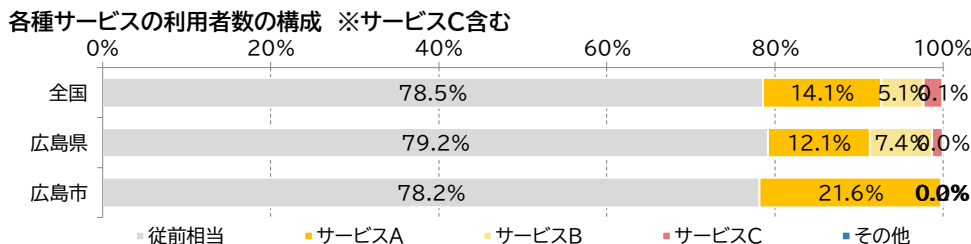
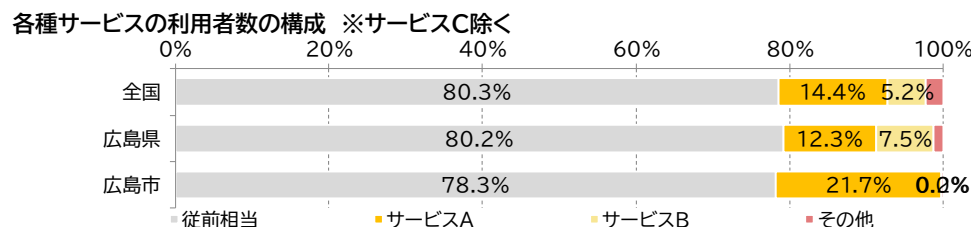
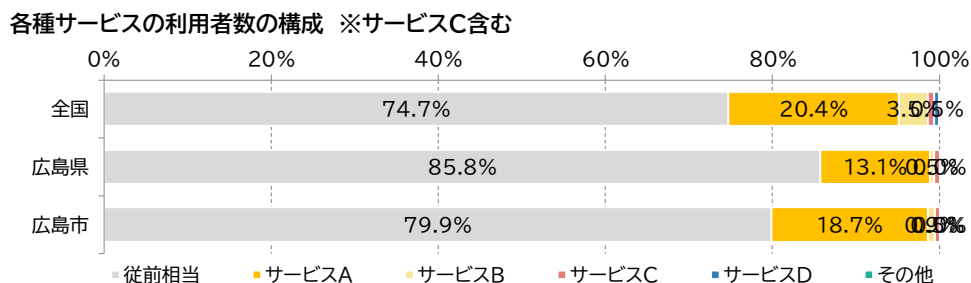
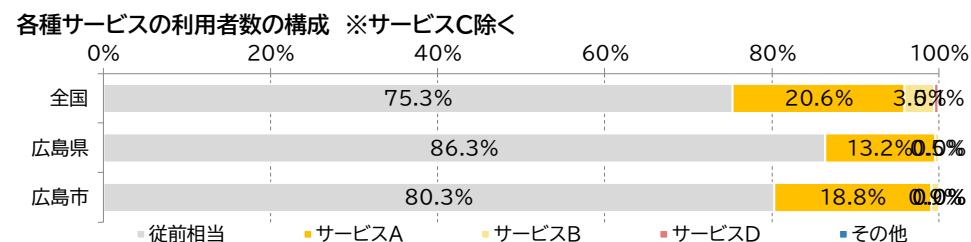
出典) 前ページの国土交通省資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

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

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

訪問型

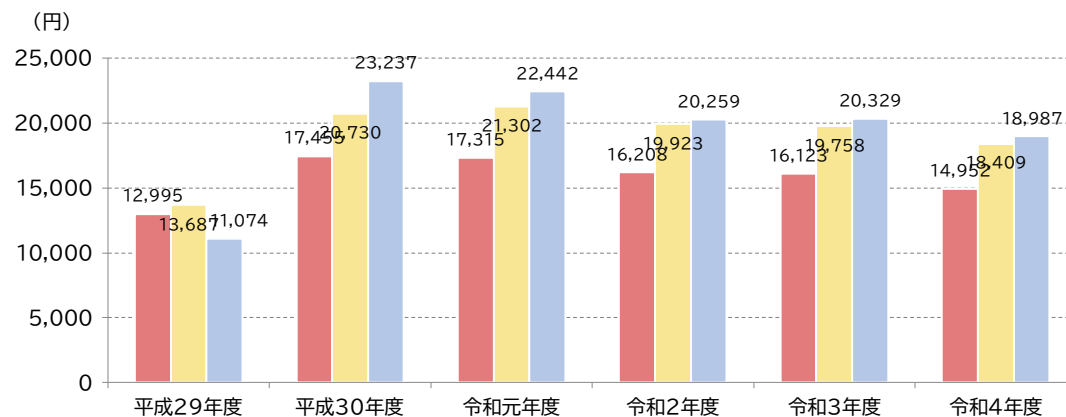
通所型



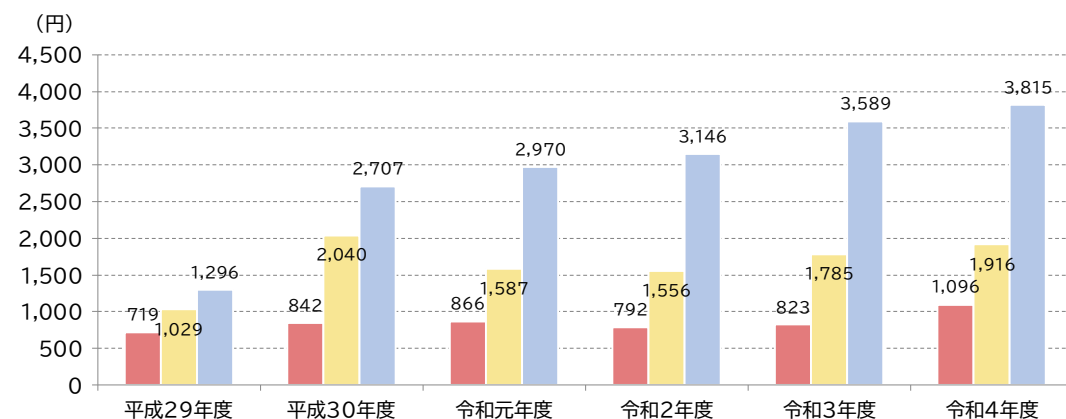
## 4-1 財政の視点：支出額の水準

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

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

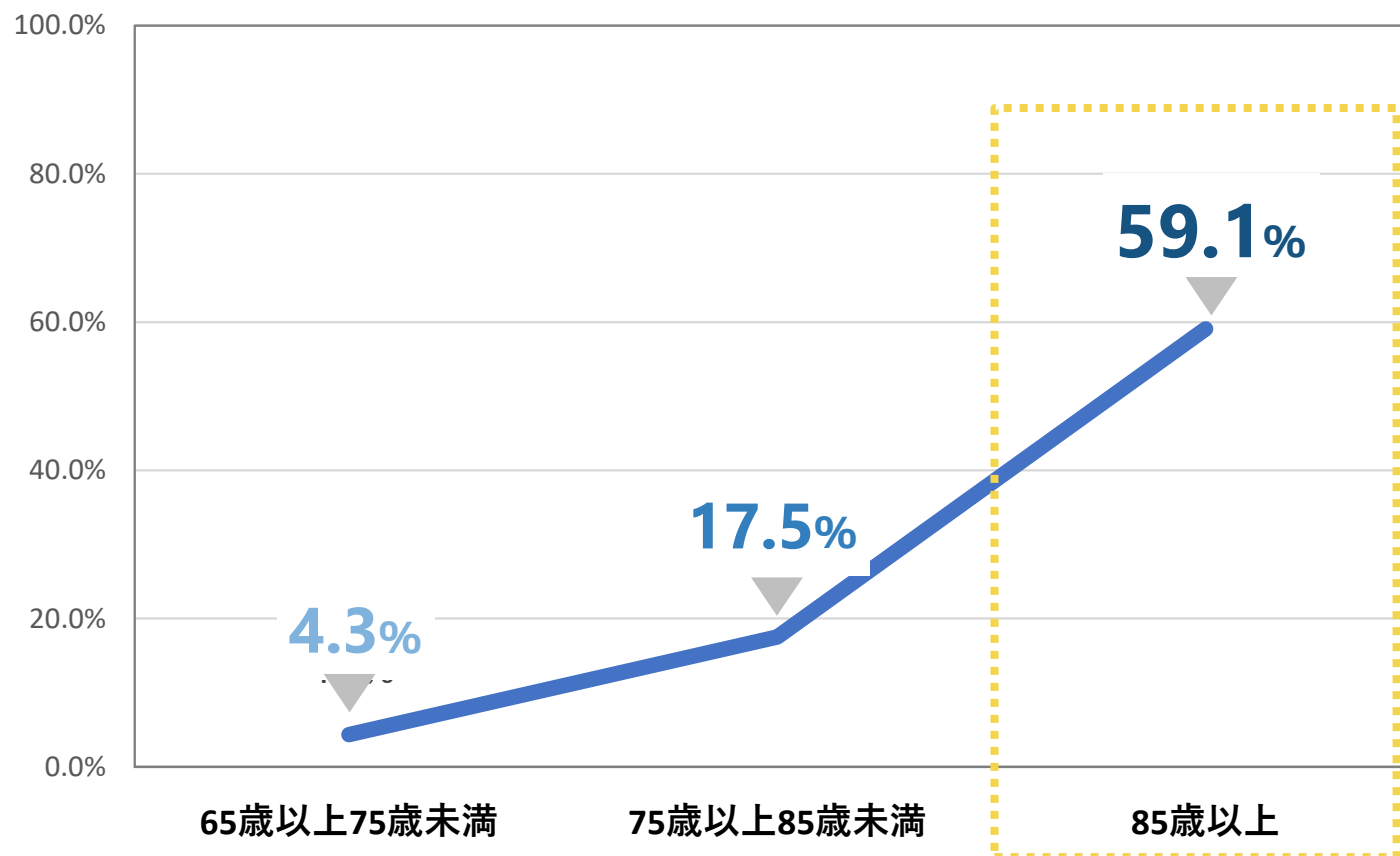


第1号被保険者1人あたり『一般介護予防事業費』の推移



## ※参考 年齢別の要介護認定率

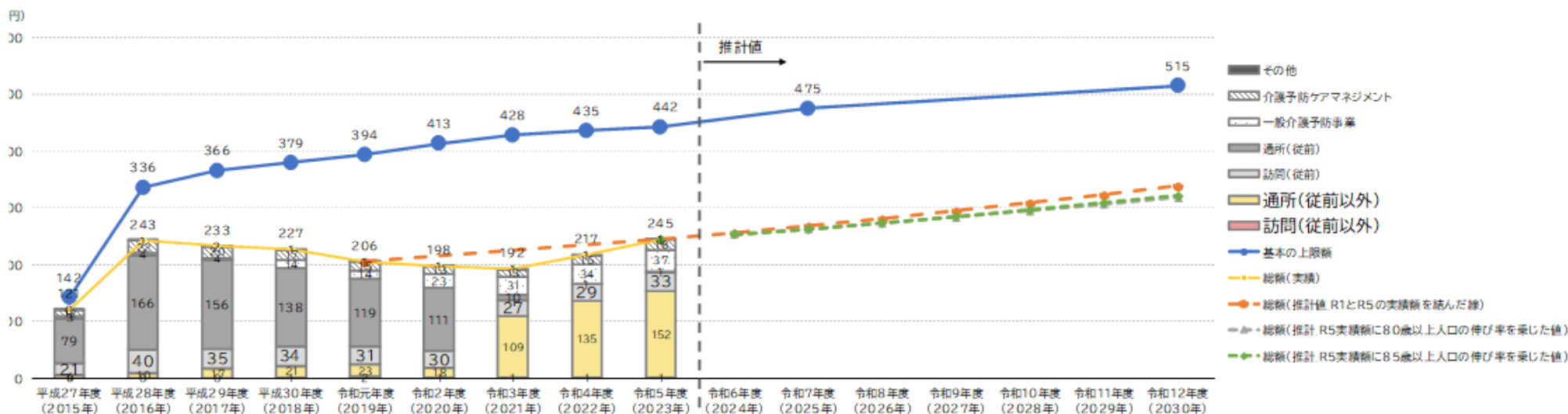
### 年齢別の要介護認定率



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

## 4-2 制約条件の中における持続可能性（詳細は報告書13ページ）

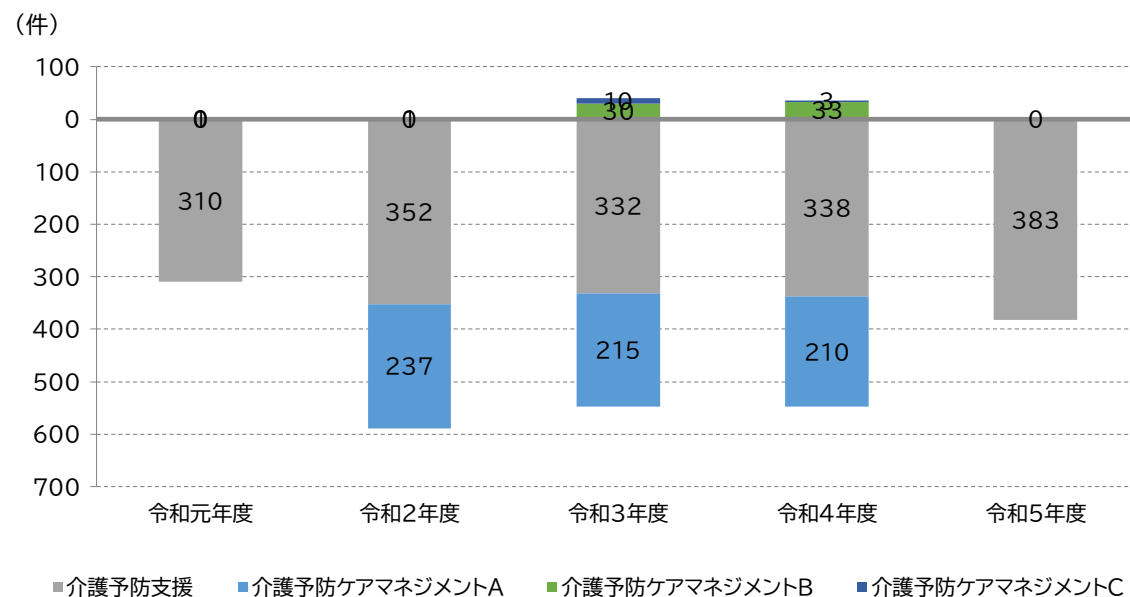
- 本グラフは、県を通じて国に毎年提出している「地域支援事業交付金事業実績報告書」等のエクセルファイルをツールに読み込むことでグラフを自動表示。基本の上限額を表示するとともに、各保険者の実績を費用区分毎に表示することで、上限額への影響を分析可能。
- 令和6年度以降の上限額及び事業費総額の推計を複数表示。1つは「令和元年と令和5年の実績値を結んだ線」をそのまま将来に延長した推計。令和2年度以降、新型コロナウイルスの影響で多くの市町村で事業費が減少した影響を推計に反映しないよう、令和元年度から令和5年度の変化に着目した推計を行ったもの。
- もう1つは「令和5年度実績に、80歳以上（もしくは85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



## 5-1 アウトカム：高齢者の選択の拡大

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

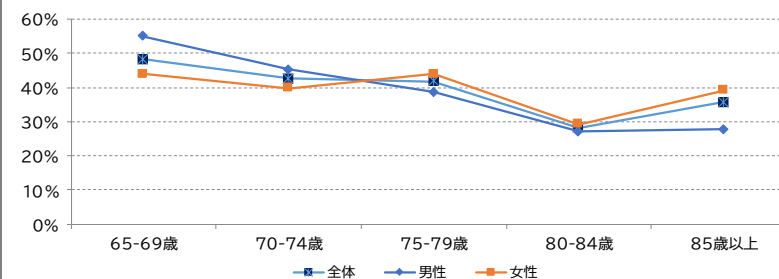
介護予防ケアマネジメントA、B、C、介護予防支援の件数の推移



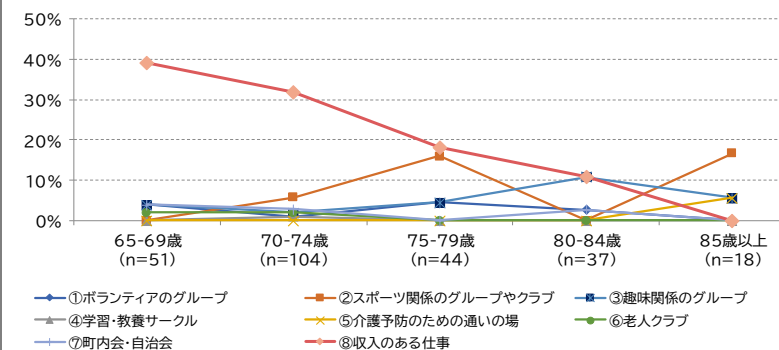
## 5-1 アウトカム：社会参加率（ポピュレーションアプローチ）

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

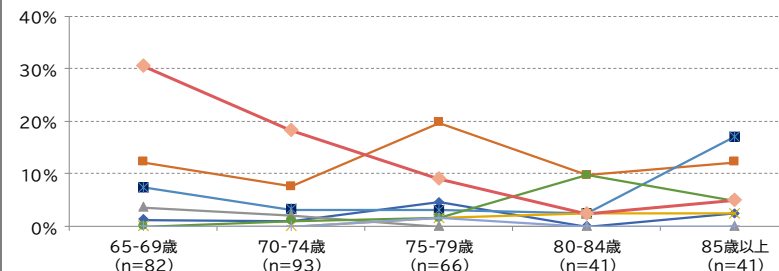
【第9期】年齢階級別・男女別・社会参加率



【第9期】(男性)年齢階級別・各種活動参加



【第9期】(女性)年齢階級別・各種活動参加率



# 日常生活圏域ニーズ調査「問5」で社会参加率

**問5** 地域での活動について

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

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

週一回以上を積極的に社会参加している人と整理する。

月1～3回が2項目(または3項目)で選択されていれば、週一回以上とみなす

地域活動の参加者には重複があるのが普通



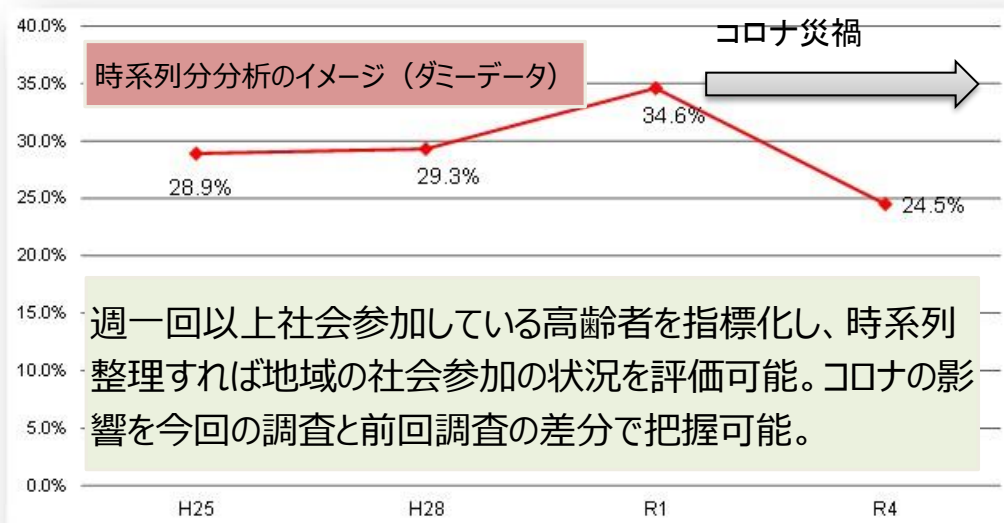
社会参加している人の実人数を把握したい

地域のトータルの  
＜社会参加率＞

【アウトカム指標の一つに】

# 日常生活圏域ニーズ調査は「問5」の時系列整理を！

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



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

## 【参考】ケアマネジメントは どう変わるのか？

# 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<br>実施<br>要綱 | 2<br>ガイド<br>ライン | 3<br>ケアマネ<br>ジメント | 4<br>包括<br>センタ |
|---------------|-----------------|-------------------|----------------|
| ○             |                 | ○                 |                |

- 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 従前相当サービス</li> <li>● 指定事業者によるサービスA</li> <li>● サービスC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 多様な主体による緩和型サービスA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービスB・D</li> <li>● その他生活支援サービス</li> </ul> |
| 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

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

|                  |                                                                                                                                                                |                                                                                                      |                                                                                                         |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 考え方              | ケアプランの策定が制度上必須となるもの<br>(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          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 従前相当サービス</li> <li>● サービス・活動A</li> <li>● サービス・活動C</li> </ul> <small>※ケアプランと第1号事業費が連動する場合<br/>※ケアプランで利用期間を定める場合</small> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービス・活動A</li> <li>● サービス・活動C</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● サービス・活動B・D (サービス・活動A)</li> <li>● その他生活支援サービス</li> </ul>        |
| 業務の性質に応じた費用等の考え方 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアプラン作成 1 件当たり ※1</li> </ul> <small>※額の変更のみ可能</small>                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアプラン作成 1 件あたり ※2</li> </ul> <small>※独自の評価(加算)設定が可能</small> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2</li> </ul> <small>※独自の評価(加算)設定が可能</small> |

ケアマネジメントB・Cについては、

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

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

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

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

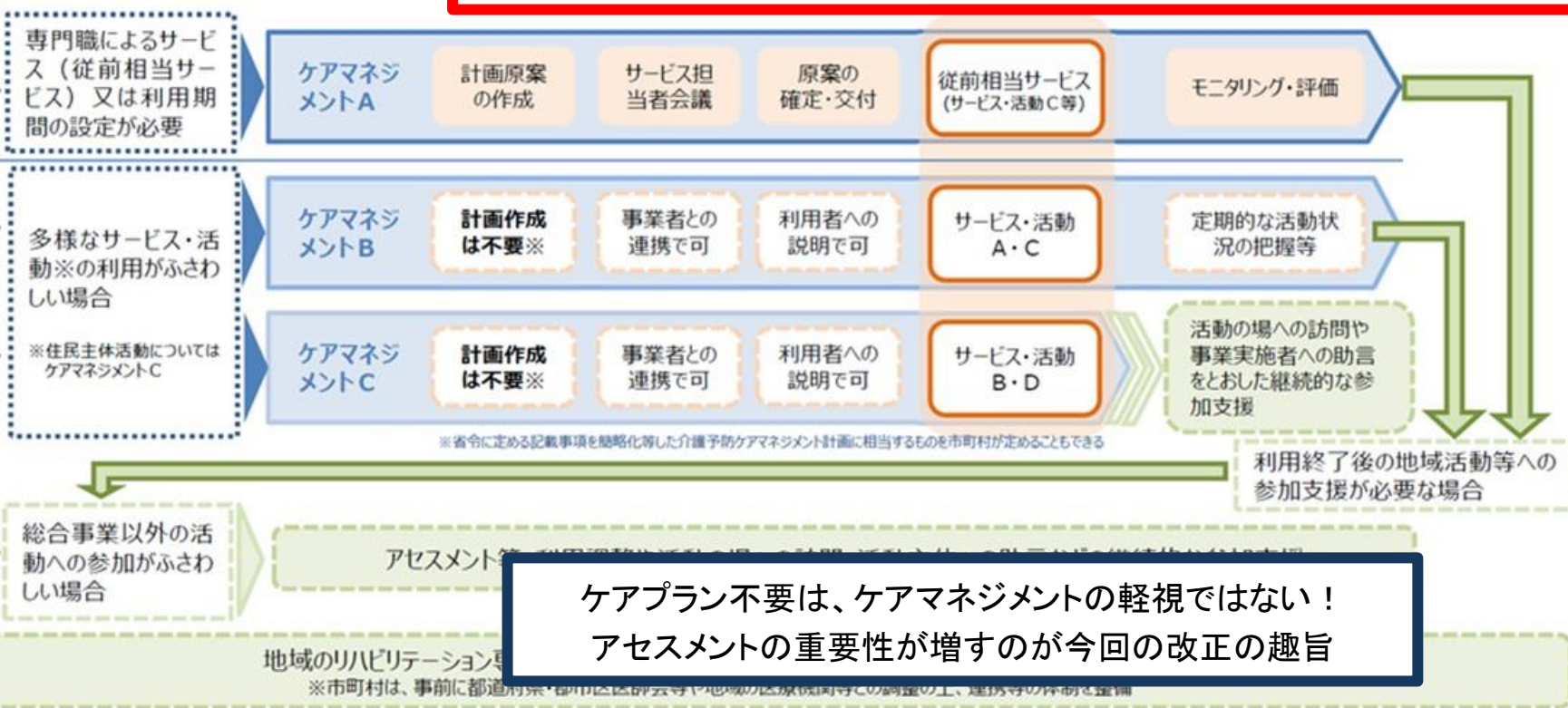
| 1<br>実施<br>要綱 | 2<br>ガイド<br>ライン | 3<br>ケアマネ<br>ジメント | 4<br>包括<br>センター |
|---------------|-----------------|-------------------|-----------------|
|               |                 | ○                 |                 |

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

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

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

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

## 地域包括支援センターに求められること

ケアマネジメントB・Cについては、

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

など、①～⑥のような、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。

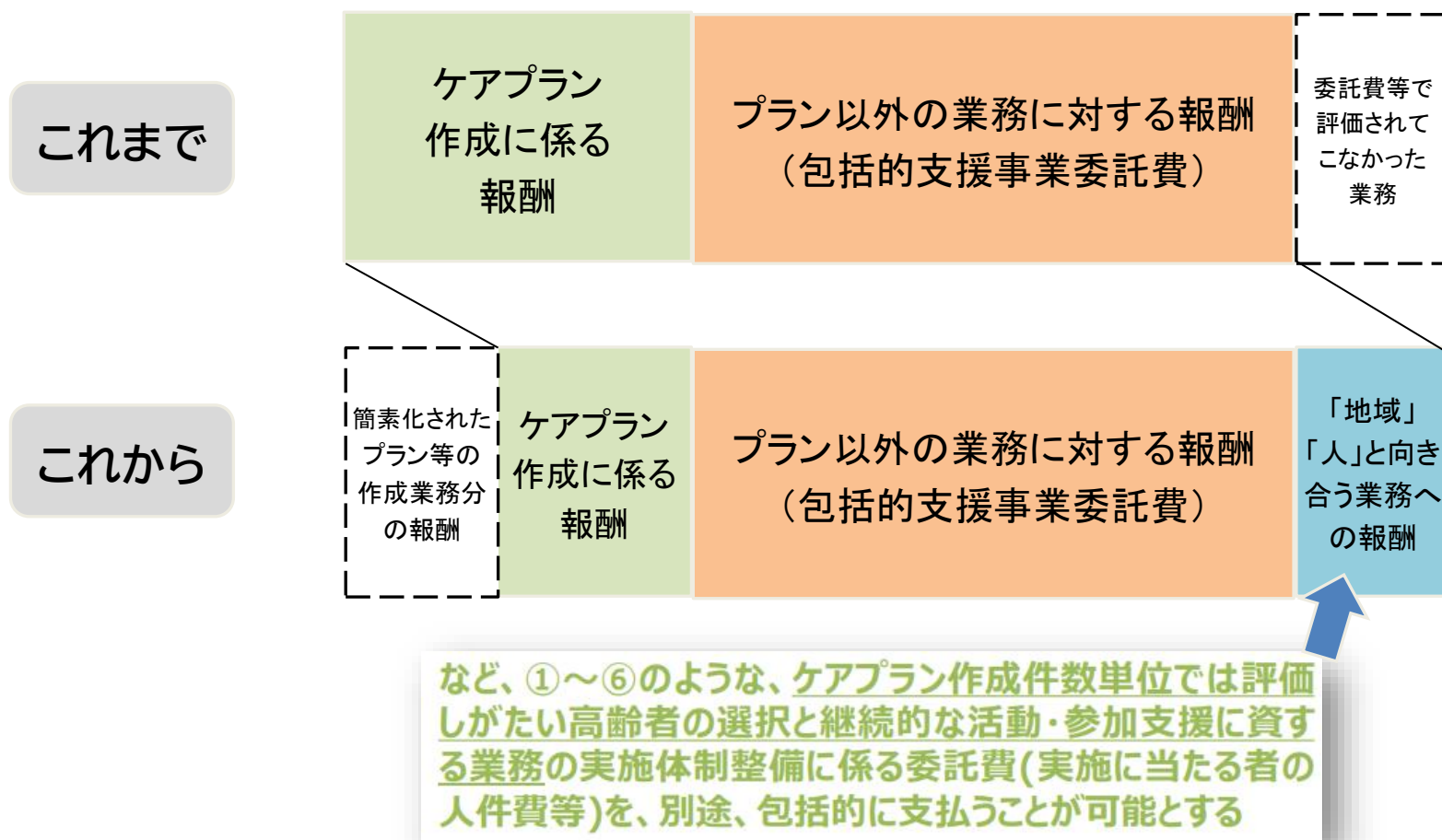
「孤独・孤立」「参加支援」「アウトリーチ」。あれ？これって「重層的支援体制整備事業」のキーワード？

- 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

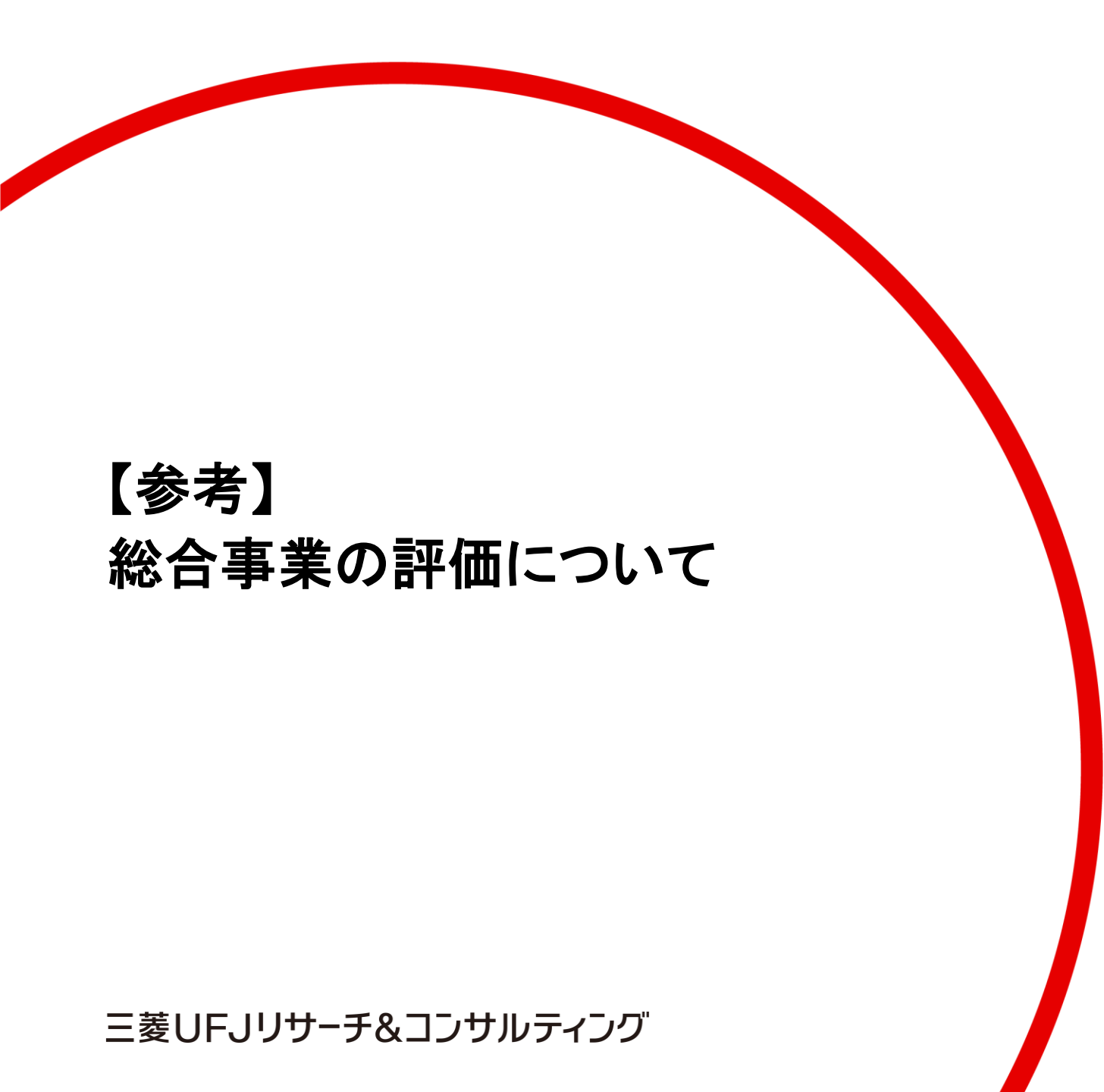
## ケアプラン単位で報酬を出さないと包括は赤字？

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



## 「従前相当の世界」と「多様なサービス・活動の世界」における違い

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



## 【参考】 総合事業の評価について

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。



# 高齢者の選択肢の拡大に向けた総合事業の事業評価の推進

| 1<br>実施<br>要綱 | 2<br>ガイド<br>ライン | 3<br>ケアマネ<br>ジメット | 4<br>包括<br>センター |
|---------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| ○             |                 |                   |                 |

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

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

## 評価のための前提となる考え方

### 高齢者の視点

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

### 保険者の視点

#### 人材の視点

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

#### 財政の視点

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

## 総合事業の充実に向けた評価指標の例

### 3つのアプローチ

1

#### 高齢者の選択肢の拡大

- 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績

- 多様なサービス・活動の種類・数

- 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

2

#### ポピュレーション・アプローチ

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

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

- 多様なサービス・活動に対する継続参加率
- 社会参加率
- 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率

3

#### ハイリスク・アプローチ

- 孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等
- サービス・活動Cなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等

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

- 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率
- 社会参加率
- 参加者の一定期間後の生活状況等

### 最終アウトカム

- 調整済み軽度認定率
- 初回認定者の平均年齢
- 在宅継続数・率

# 自由なだけに「マネジメント」能力が高度に求められる

元気高齢者  
または積極的な参加  
生活意欲の向上

2

ポピュレーション・アプローチ

要支援・要介護認定に  
至らない高齢者の増加

3

ハイリスク・アプローチ

本人の能力を最大限  
活用した自立の促進

1

生活支援の選択肢を増やす

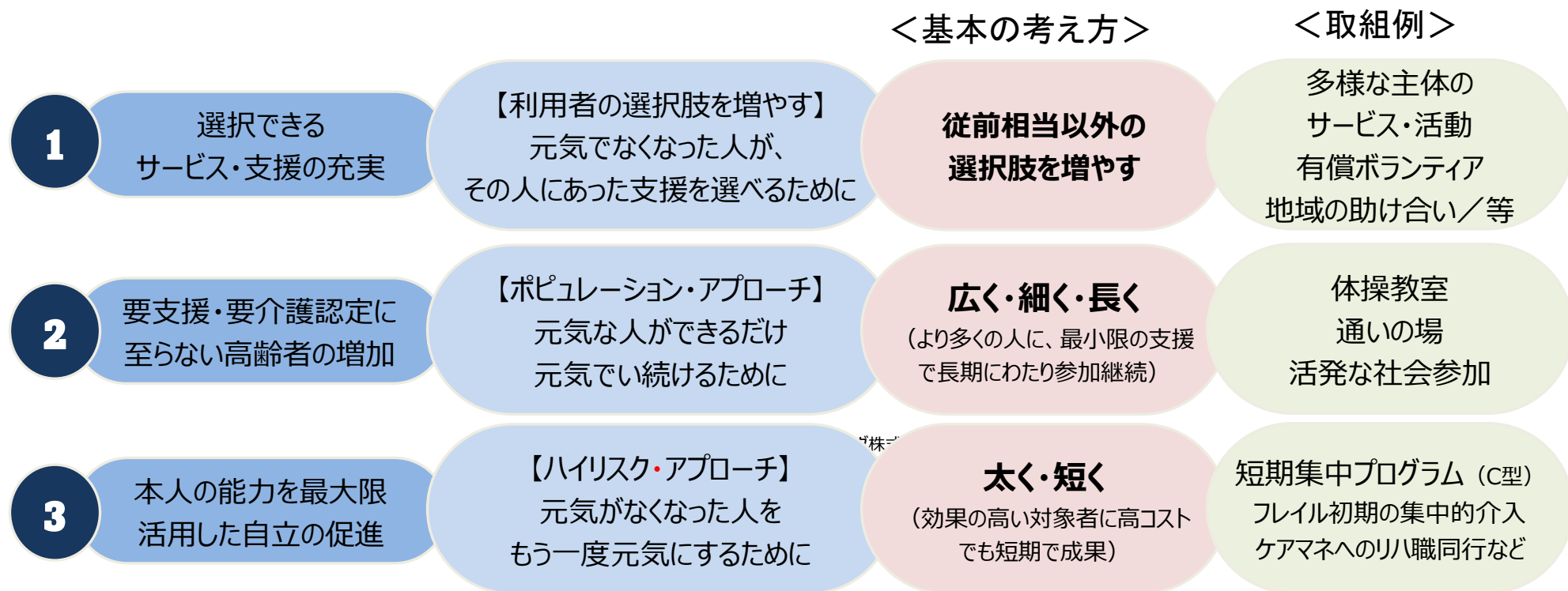
選択できる  
サービス・支援の充実

予防・ヘルスの観点からは①②に集約されがちだが、③を見落とさないことが大切。

虚弱高齢者  
生活意欲の低下  
IADL等の低下

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

# 総合事業の3つのアプローチと考え方



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

# 生活支援の選択肢を増やす

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

3

選択できる  
サービス・支援の充実

【利用者の選択肢を増やす】  
元気でなくなった人が、  
その人にあった支援を選べるために

従前相当以外の  
選択肢を増やす

多様な主体の  
サービス・活動  
有償ボランティア  
地域の助け合い／等

## チェックポイント

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

## 評価の視点

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

資料) 岩名礼介講演資料（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）

# ポピュレーションアプローチ

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

1

要支援・要介護認定に至らない高齢者の増加

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

**広く・細く・長く**  
(より多くの人に、最小限の支援  
で長期にわたり参加継続)

体操教室  
通いの場  
活発な社会参加

## チェックポイント

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

## 評価の視点

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

# ハイリスクアプローチ

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

2

本人の能力を最大限  
活用した自立の促進

【ハイリスク・アプローチ】  
元気がなくなった人を  
もう一度元気にするために

**太く・短く**

(効果の高い対象者に高コスト  
でも短期で成果)

短期集中プログラム (C型)

フレイル初期の集中的介入  
ケアマネへのリハ職同行など

## チェックポイント

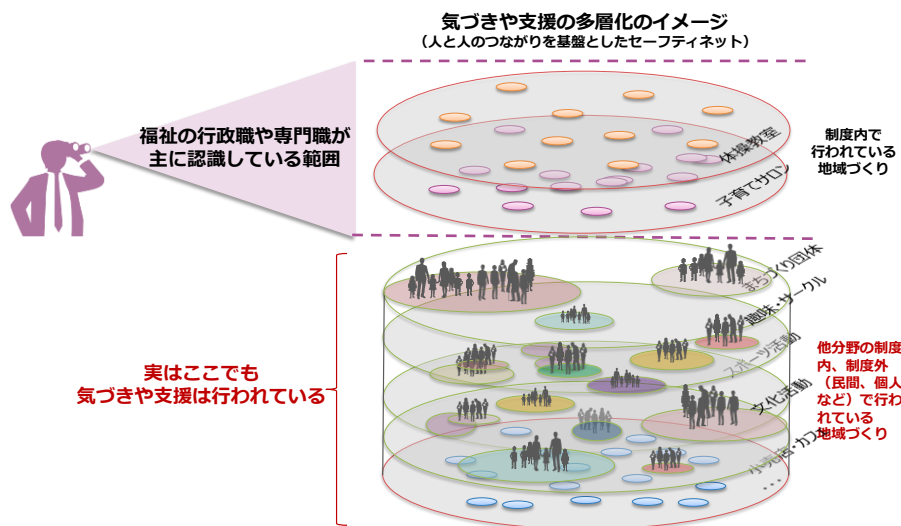
- 「太く短く」が原則。プログラムには従前以上のコストがかかっている場合もあるが、成果がでているか（普通の生活に戻れているか？）
- 長期の利用になったり、「通い続けたい場」になってしまっていないか？
- 単なる筋トレの場になっていないか？（本人の自立意識や動機付けを主体としたカウンセリングプログラムとなっているか）

## 評価の視点

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

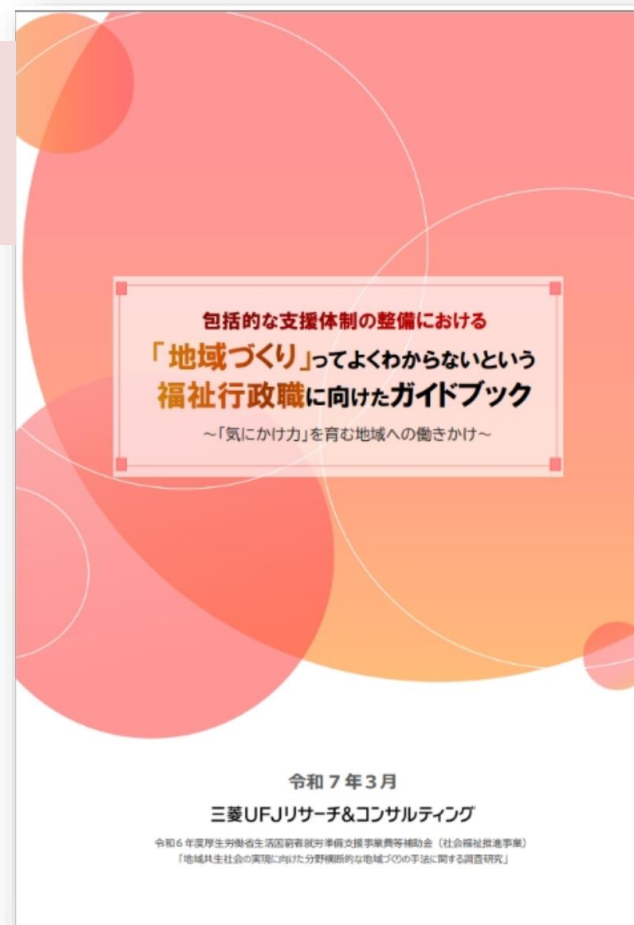
# 包括的な支援体制の整備における「地域づくり」ってよくわからないという 福祉行政職に向けたガイドブック ～「気にかげ力」を育む地域への働きかけ

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。

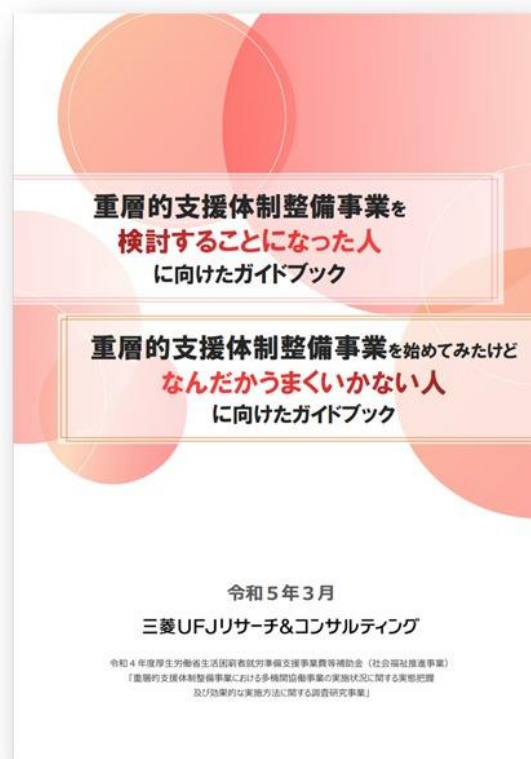
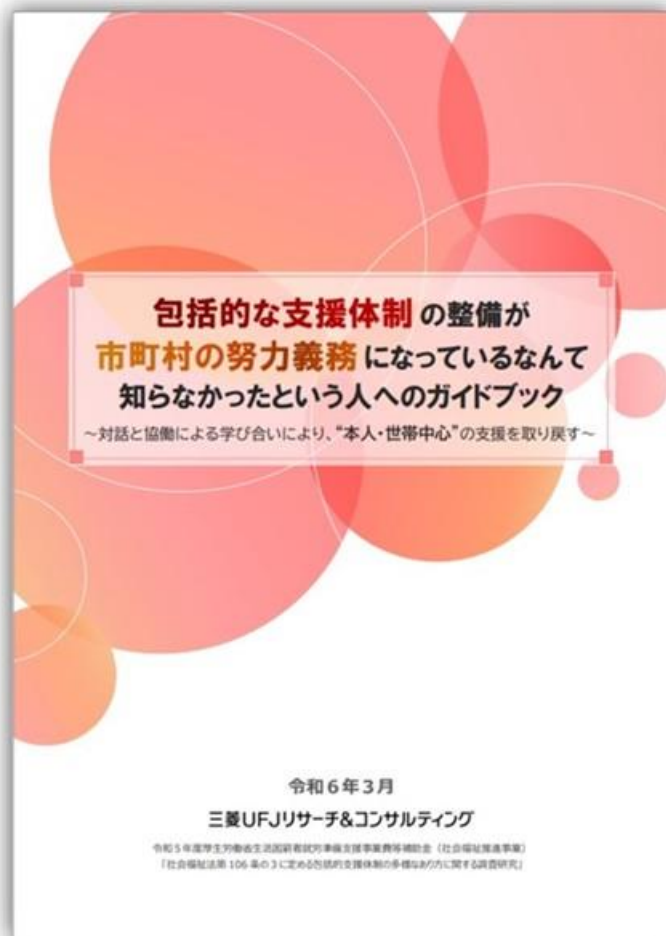
[https://www.murc.jp/houkatsu\\_09/](https://www.murc.jp/houkatsu_09/)



本ガイドブックは、令和6年度厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金（社会福祉推進事業）を活用し実施した「地域共生社会の実現に向けた分野横断的な地域づくりの手法に関する調査研究」において作成した報告書を普及版として再編集したのになります。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/](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](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/](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/](https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_250428_02/) をご確認ください。

# 介護予防・日常生活支援総合事業をもう一度考えるためのガイドブック

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



| 3つのアプローチ |                | アウトプット                                                     | 初期アウトカム                               | 中間アウトカム                         | 最終アウトカム                                                  |
|----------|----------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1        | ポピュレーション・アプローチ | ■ 出前講座・説明会の開催数<br>■ 通いの場の数<br>■ 体力測定会の開催数<br>■ 広報活動の回数 / 等 | ■ 出前講座等に出席した住民の数<br>■ 通いの場や参加者の数 / 等  | ■ 社会参加率<br>■ 通いの場における75+等参加率    | ■ 調整済み軽度認定率<br>■ 初回認定者の平均年齢<br>■ 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<br>■ 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)<br>■ 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/

## 【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）

