

介護現場をよくする21のテーマ！

ACGs2023



- 第16回：行政対応・地域分析
選ばれる法人・サービスをつくるために
「個別ケア」と「事業所運営」と「法人経営」を一体で考える

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社
代表取締役 榊原 宏昌

ご受講にあたって

■第1部 10:00～11:30

zoomセミナー（参加者の**お名前やお顔は出ません**）

ご意見/ご感想/ご質問（チャット）に対し**リアルタイム**に回答

※「**すべてのパネリスト**」宛にチャットをお願いします

■第2部 11:30～12:00

希望者による口頭でのご質問・ご相談

参加者の**お名前やお顔は出ます**（ビデオOFFは可能）

■セミナー後、「**資料**」と「**動画**」を送付します

※**法人内のみ**のご活用にとどめて下さい

■これまでのセミナー動画+資料は**一般販売**も行っています

講師プロフィール

昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、
有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の仕事に携わる
15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を
目的として独立



著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間300回を超える
4児の父、趣味はクラシック音楽
ブログ、facebookはほぼ毎日更新中、日刊・週刊のメルマガジンを配信
Zoomセミナー、動画講座、YouTubeでも配信中、13年目になる「介護の読書会」主催
天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索

- 全国有料老人ホーム協会 研修委員 ■日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師
- 稲沢市介護保険事業計画策定委員会、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会委員
- 出版実績：日総研出版、中央法規出版、ナツメ社、メディカ出版、その他多数
- 平成20年第21回GEヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

3

介護現場をよくする研究・活動



<https://www.appare-kaigo.com/> [天晴れ介護](#)

- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- 天晴れ介護サービス総合教育研究所YouTubeチャンネル 週1～2回動画配信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

4

介護現場をよくする研究・活動

■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人とお互いに学び合い
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5

天晴れ介護サービス「ACGs」！

APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス
介護現場をよくする21のテーマ



Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

6

5月より

| 月 | 内容 | 月 | 内容 |
|-----|------------------------------|-----|----------------------------|
| 5月 | 環境 接遇 | 11月 | 介護者支援 対人援助職の基本姿勢 |
| 6月 | 生活の安定・安全 喜び・楽しみ | 12月 | 行政対応・地域分析 事業・サービス |
| 7月 | 家族・地域 事業所の維持 | 1月 | 収支 人事・組織 |
| 8月 | チームワーク 健康管理 | 2月 | 法令遵守・リスクマネジメント 指導・育成・管理 |
| 9月 | ADLの自立・重度化予防 IADL支援 | 3月 | 事業計画・目標達成 まとめ |
| 10月 | 認知症症状の緩和・進行予防 社会交流・意欲・楽しみ | | |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

7

介護現場をよくするライブラリー



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

8

著書・雑誌連載



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

おかげさまで!

amazon ランキング

応援いただき
ありがとうございました!



利用者・職員から選ばれる!
**介護サービスの
経営の教科書**

97%が
結果を実感!

年間400回超の
コンサルティングから見た
人を大切にする経営10の極意

無料ダウンロード期間

10部門 1位

特典プレゼントを
期間内に
ぜひお受け取り下さい!

ご登録は
こちらから



- ◎介護
- ◎暮らし・健康
子育て
- ◎経営科学
- ◎実践経営
リーダーシップ
- ◎ビジネス・経済
- ◎都市
地域経済学
- ◎経済学
- ◎投資・金融
会社経営
- ◎介護の
最新リリース
- ◎経営科学の
最新リリース

※総合は惜しくも2位!

2023. 8.26(土)17時~ 8.31(木)15時

利用者・職員から選ばれる！

介護サービス 経営の教科書

～人を大切にする経営「10」の極意～



本日の内容

介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023

第16回：行政対応・地域分析
～外部環境の変化を知り、対応することの重要性～

- ・ 外部環境について
- ・ 地域包括ケア研究会報告書より
- ・ 地域ごとの分析
- ・ 総合事業のゆくえ

SWOT分析

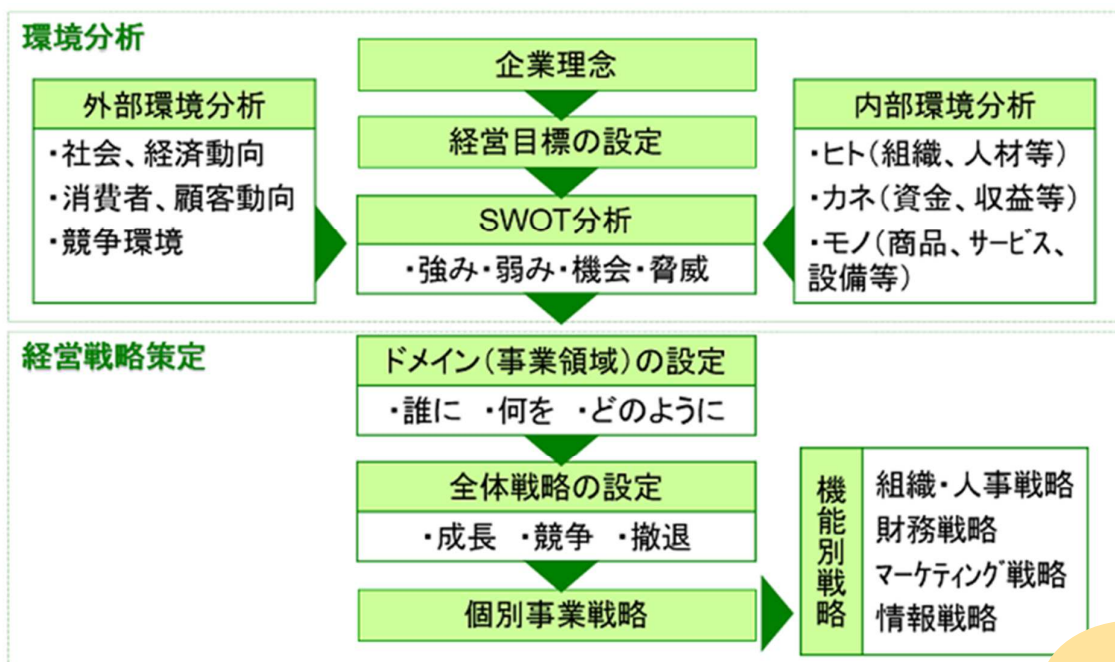
SWOT分析とは

外部環境・内部環境を同時に分析し、組織の現状を網羅的に分析する手法

| | | |
|------|--|---|
| | プラス要因 | マイナス要因 |
| 内部環境 | 強み(Strength) 長所→組織の良いところ、自慢できるところ、更に強化していきたいところ | 弱み(Weakness) 短所→組織の悪いところ、自慢できないところ、課題となっているところ |
| 外部環境 | 機会(Opportunity) 追い風→チャンス、好機、良い機会 | 脅威(Threat) 逆風→ダメージになると思われる、悪い機会 |

SWOT分析の位置づけ

最終的には、法人レベル、拠点レベル、事業所レベルでの計画に落とし込む



外部環境

外部環境（規模、成長性）：PEST分析（政治、経済、社会、技術）

外部環境分析（マクロ分析）

| PEST分析 | |
|---------------------------------|--|
| P (Politics) 政治、法律、制度 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護報酬減 <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能報酬増 <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能は全国で40万人分整備見込（現在約10万人分） <input checked="" type="checkbox"/> 2割負担導入 <input checked="" type="checkbox"/> 補足給付に制限 <input checked="" type="checkbox"/> 技能実習制度により外国人介護職が増える <input checked="" type="checkbox"/> 特養原則要介護3以上 <input checked="" type="checkbox"/> 病院は早期退院へ <input checked="" type="checkbox"/> 老健は在宅復帰へ <input checked="" type="checkbox"/> 定期巡回3か所公募 |
| E (Economy) 経済、景気 | <input checked="" type="checkbox"/> 不況 <input checked="" type="checkbox"/> 年金下がる <input checked="" type="checkbox"/> 中京圏はトヨタが好調だと求人難へ |
| S (Society) 社会、人口 ライフスタイル | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者増 <input checked="" type="checkbox"/> 人材不足 <input checked="" type="checkbox"/> 権利を主張する団塊の世代が高齢者になる |
| T (Technology) 技術 | <input checked="" type="checkbox"/> IT技術の進歩 <input checked="" type="checkbox"/> 介護機器の開発 <input checked="" type="checkbox"/> ロボットの開発 |

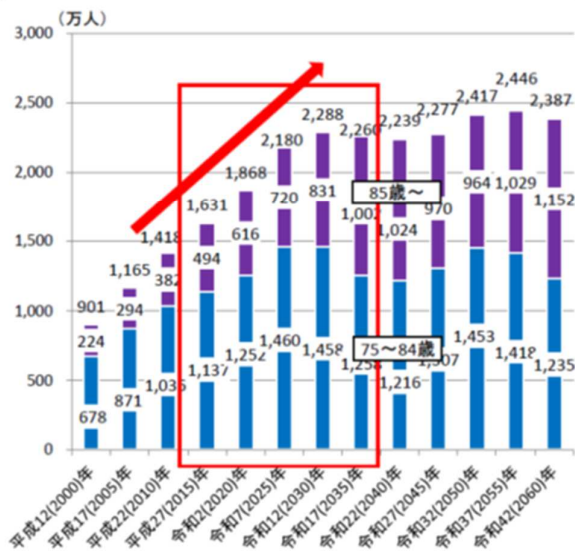
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

15

今後の介護保険をとりまく状況(2)

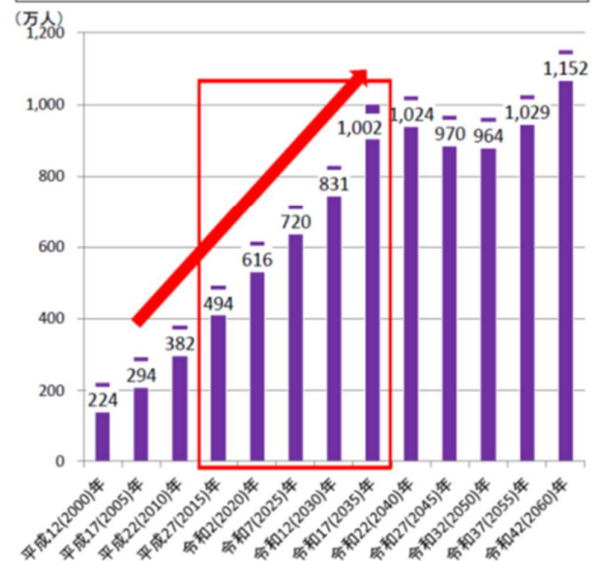
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

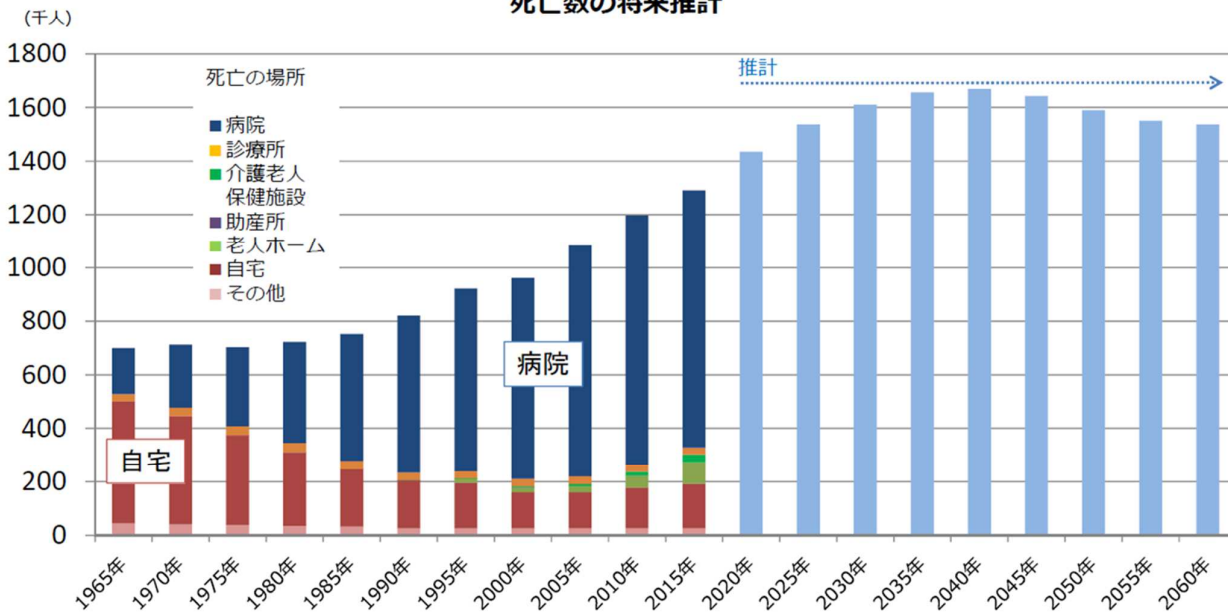
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

16

死亡数の将来推計

- 年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と現状（2015年）では約36万人/年増加すると推計されている。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増傾向にある。

死亡数の将来推計



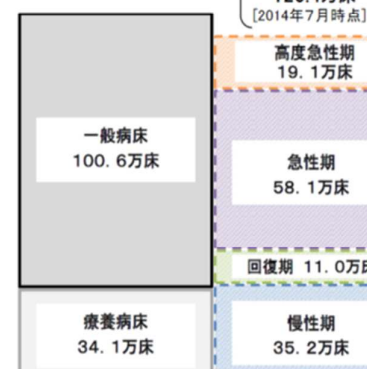
※注：1990年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。
 出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床（医療施設調査）



病床機能報告
123.4万床
〔2014年7月時点〕*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



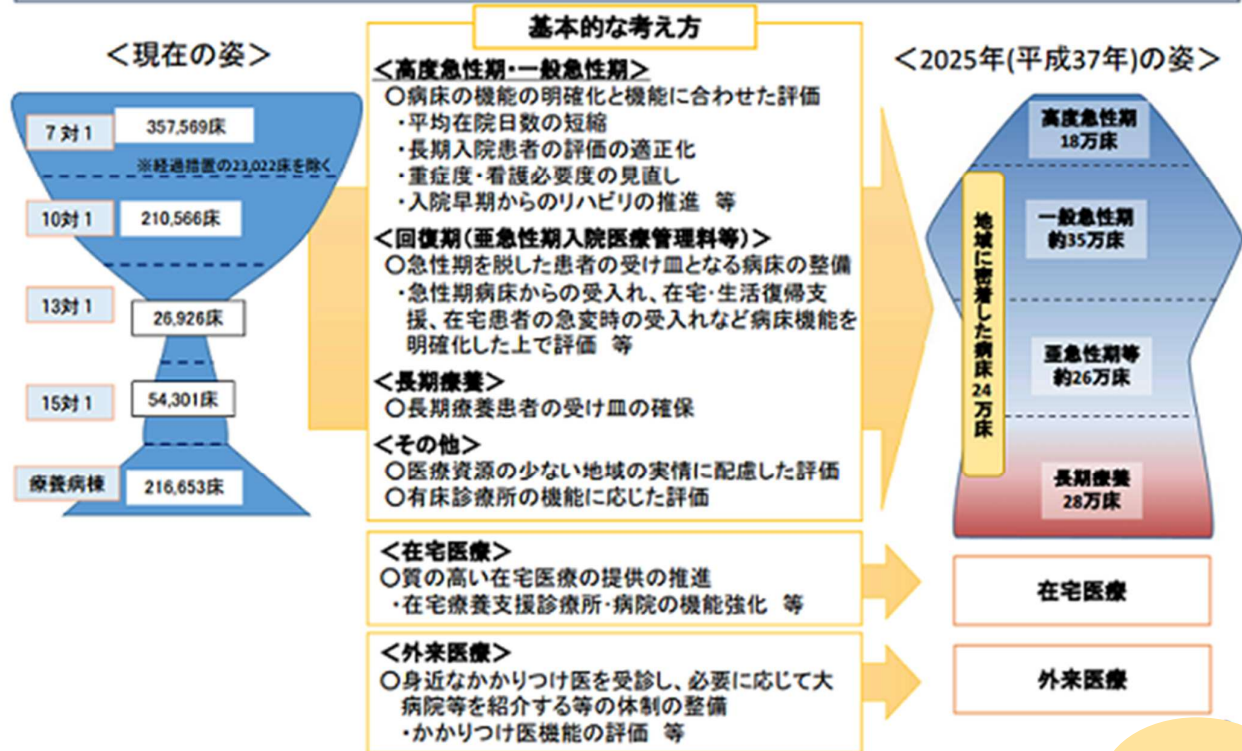
NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計
 入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数
 29.7~33.7万人程度※3
 医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

424病院は「再編検討を」 厚労省、全国のリスト公表

2019/9/26 15:10

保存 共有 印刷 共有 ツイート その他

厚生労働省は26日、市町村などが運営する公立病院と日本赤十字社などが運営する公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているためだ。ベッド数や診療機能の縮小なども含む再編を地域で検討し、2020年9月までに対応策を決めるよう求めた。

【関連記事】 [424病院の「再編」案 厚労省・地方、強まる対立](#)

全国1652の公立・公的病院（2017年度時点）のうち、人口100万人以上の区域に位置する病院などを除いた1455病院の診療実績をもとに分析した。

がんや救急など高度な医療の診療実績が少ない病院や近隣に機能を代替できる民間病院がある病院について「再編統合について特に議論が必要」と位置づけた。424病院の内訳は公立が257、公的が167だった。

日本経済新聞 2019年9月26日

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

要介護者の居場所

- ・ 要介護等認定者数 660万人
- ・ 自宅70%、GH・有料・サ高住15%、施設15%
(GH3%、有料8%、サ高住4%)

| 種類 | 事業所数 | 利用者数 |
|-----|-------|---------|
| 特養 | 10000 | 61万人 |
| 老健 | 4300 | 36万人 |
| 療養型 | 1000 | 4.4万人 |
| GH | 13500 | 20.5万人 |
| 有料 | 13500 | 51万人 |
| サ高住 | 7100 | 23.5万人 |
| 軽費 | 2300 | 9.5万人 |
| 養護 | 1000 | 6.5万人 |
| | | 合計200万人 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

21

認知症の基礎知識クイズ！

- Q 1. 認知症の方は何人？
462万人（2012年）
- Q 2. 認知症予備軍の方は何人？
400万人（2012年）
- Q 3. 要介護・要支援認定者は何人？
約660万人（2019年3月）
うち要支援者は約190万人
つまり要介護1 - 5は約470万人

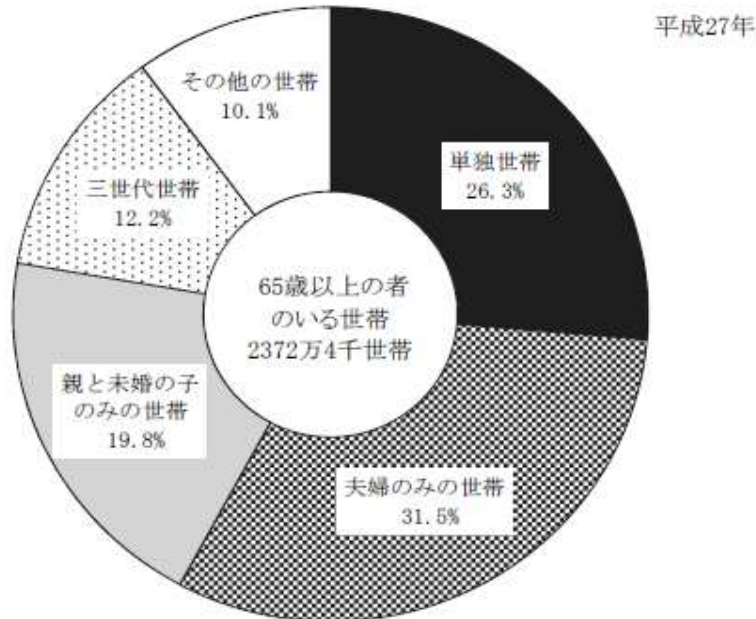
介護が必要になった主な原因の第1位は認知症

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

22

介護者（ご家族）の状況は？

図2 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造



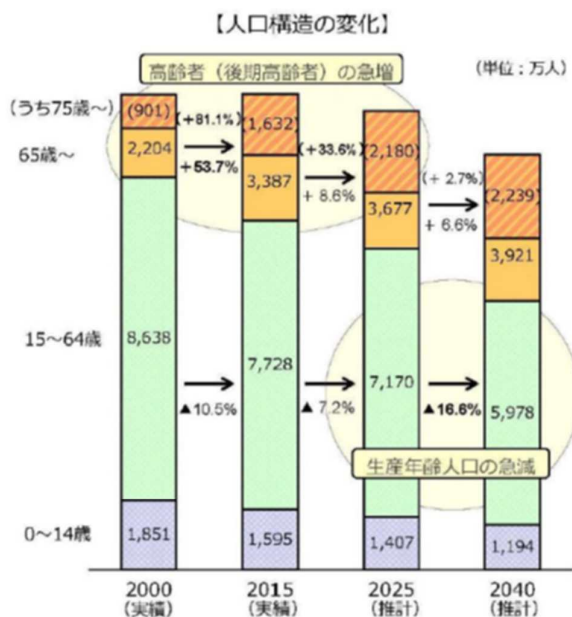
平成27年 国民生活基礎調査（厚生労働省）より

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

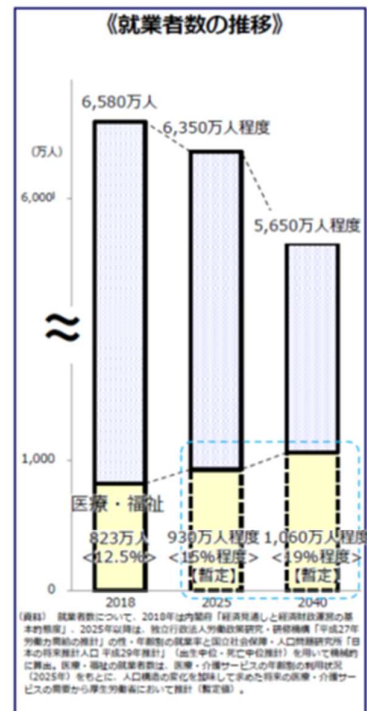
23

今後の介護保険をとりまく状況(4)

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



【出典】総務省「国勢調査人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」
 (出典)平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



【資料】就業者数については、2019年内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力開始の推計」の性・年齢別の就業者と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生率・死亡率推計)を用いて推計的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもちに、人口構造の変化を踏まえて求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

24

Ⅱ. 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保・介護現場の生産性向上の推進

| 論点 | 内容 | 補足 |
|---------------------------|---|------------------------------------|
| 総合的な介護人材確保 | R3年度の有効求人倍率 3.64倍 （1.03倍） 1年に 5.3万人 程度の伸びが必要 職場の人間関係が離職の大きな要因 ハラスメント対策も 介護福祉士をグループリーダーに 多様な年齢層・他業種に向けた介護の 魅力発信、労働環境の改善 外国人介護人材の受入・定着・介護福 祉士資格取得 | リーダーのメリット |
| 地域における生産性向上の 推進体制の整備 | 限られた資源の中1人でも多くの利用者 に質の高いケアを届けることを目的と した取り組み 地方公共団体の役割法令上明確化 ワンストップ型の総合的支援 | ICT活用の好事例とと もに、うまくいかない 事例の分析 |
| 施設や在宅における テクノロジーの活用 | 伴走型支援、プッシュ型支援 有料老人ホーム等での実証事業 在宅サービスでも | |
| 介護現場のタスクシェア・ タスクシフティング | 業務の明確化と役割分担、適切な業務 の切り分け、介護助手 | 役割、給料 名称 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

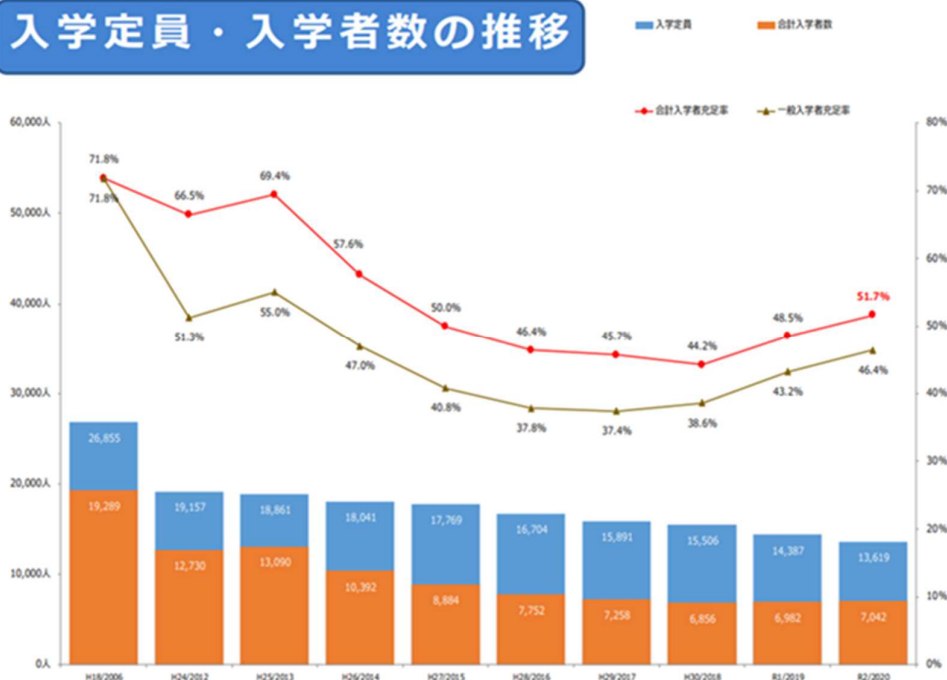
介護福祉士養成校、過去最少の入学者数

■日本介護福祉士養成施設協会（介養協）

- ・ 介護福祉士養成課程のある大学、専門学校への入学者数
6,802人（前年度より▲381人）
- ・ 養成校314校（前年度より▲13校）
- ・ 入学定員数12,467人（定員充足率54.6%）
- ・ 新卒者等4,296人、外国人留学生1,880人

介護福祉士養成校の定員・学生数

入学定員・入学者数の推移



公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会HPより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

27

本日の内容

介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023

第16回：行政対応・地域分析

～外部環境の変化を知り、対応することの重要性～

- ・ 外部環境について
- ・ 地域包括ケア研究会報告書より
- ・ 地域ごとの分析
- ・ 総合事業のゆくえ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

28

地域包括ケア研究会とは

■地域包括ケア研究会は2008年に、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、田中滋慶義塾大学大学院教授（当時）を座長に、高齢者政策の専門家によって設立。地域包括ケアシステムの基礎的な考え方や政策の方向性について広く社会に提案。

- ①中長期的な視点を踏まえて政策の大きな方向性を提案すること
- ②地域包括ケアシステムを介護保険制度の仕組みと考えるのではなく「自助・互助・共助・公助」のバランスの中で検討し提案すること、
- ③単に、介護の仕組みとして考えるのではなく、医療や生活支援、住まいなども含めた複数の構成要素を包括的に結び付ける仕組みとして地域包括ケアシステムを整理してきた。

| | |
|--------------------------|---|
| 2008・2009年度 (第一期～第二期) | 地域包括ケアシステムの定義として「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に、医療や介護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」 |
| 2012年度 (第三期) | システムの基本的な要素として「自助・互助・共助・公助」や「地域包括ケアシステムの構成要素」を「植木鉢の絵」でわかりやすく提示 |
| 2013年度 (第四期) | 医療と介護連携や医療系サービスの重要性も強調 「規範的統合」：地域包括ケアシステムの基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態 |
| 2015年度 (第五期) | 自治体の大きな役割を、「地域マネジメント」の実践として整理し、自治体がその力を十分に発揮し、地域包括ケアシステムの構築に向かうための具体的な提案。ゼロ次予防、事業者の4つの選択肢等 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

29

2016年版地域包括ケア研究会報告書

■田中滋氏

- ・地域力が強化されれば住民の健康度が高まるが、そのためにはリハ職が利用者本人や家族、さらには介護職に機能訓練を指導するなど、専門職が非専門職に技能を伝える体制が鍵
- ・ターゲットイヤーは2040年。ゼロ次予防で地域力を強化
- ・これから7～8年がいよいよ勝負の時期
- ・介護保険制度も地域包括ケアシステムをつくるための制度へと発展してきた
- ・2025年までに仕組みをつくりあげ、2040年までその仕組みを活用する
- ・したがって、報告書は2025年を乗り切れば、という発想には立っていない
- ・1. 尊厳と自立支援を守る予防、2. 中重度者を地域で支える仕組みの構築、3. サービス事業者の生産性向上、4. 市町村・保険者による地域マネジメント
- ・公衆衛生分野で使われる、個人レベルの一次予防（社会参加）、二次予防（虚弱を遅らせる）、三次予防（重度化を遅らせる）だけでなく、地域でつながる「もうひとつの予防」が加わった
- ・圏域に住民の出かける所がたくさんあれば介護予防につながる
- ・訪問、通所、ショートステイの在宅3本柱がそれぞれ別々の屋根を支えているは3本柱にはならないので、多機能拠点の充実が必要
- ・生産性向上は、法人レベル、事業所レベル、現場レベルの三層構造。
- ・法人レベルの生産性向上には、地域医療連携推進法人のような仕組みを介護・福祉側でも
- ・地域共生社会は、多世代やいろいろなニーズを持つ人たちがともに生きる社会というビジョン・目標概念。地域包括ケアシステムは、そこに至る工程管理を含めた段取り、ないし仕組みであり、プラットフォームたりうるシステム

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

30

2016年版地域包括ケア研究会報告書

■田中滋氏（続き）

- ・意欲のある方は、支える側に廻るあり方も
- ・医療介護関係者の全員が地域づくりに関わる必要はありません。急性期の医師やICUの看護師は基本的には院内に留まっていなければならない。
- ・ただし、医療機関や介護事業所の経営者は自法人の事業所が地域の一員と自覚する
- ・日頃から地域の専門職と顔の見える関係をつくっておく。さらに在宅生活を支えている開業医が困らないように、急変時対応の仕組みを計画するような動きを主導する

■服部真治氏

- ・市町村による一方的な取組では地域マネジメントは難しい。地域・住民が意思決定に参加する「場」を市町村が良いことが、2040年に向かう手段である。
- ・2040年を強調した理由は、死亡者数がピークに達するのが2040年だから。2040年に向けた需要の増大という課題は「いかにして団塊の世代を看取るか」という点に集約される。
- ・自立支援について、心身機能の改善ではなく、高齢者の尊厳の保持のためにある、と主張。これは心身機能の改善に傾きすぎた一部の議論に釘を刺しているもの。
- ・地域単位で人員配置を考える時代に向かう
- ・地域包括ケアシステムとはむしろ、背水の陣での地域総力戦ということ。絶体絶命の崖っぷちに追い詰められていく日本社会の残された選択肢として示されたビジョン。
- ・「場」はすでにある。さらに、名物職員が育つ人事マネジメント、管理職レベル地域包括ケア推進マネジャーの配置など。

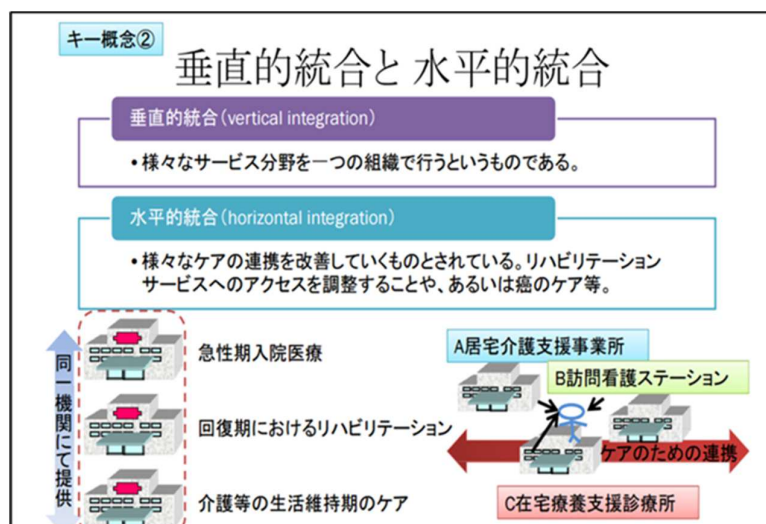
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

31

2025年以降の 規範的統合のイメージ

地域包括ケア研究会の報告書における「規範的統合」のイメージ。

川上から川下まで一つの法人で行う垂直的統合と、機関ごとの連携で統合を図る水平的統合



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

32

本日の内容

ii) 地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）

○ 2025年における、地域包括ケアを支える人材の役割分担のイメージは、例えば、以下の表の通りとなる。

【医療・リハビリ】

| | 現在 | 2025年 |
|----------|--|---|
| 医師 | <ul style="list-style-type: none"> 定期的な訪問診療 急変時対応 看取り | <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療開始時の指導 急変時の対応・指示 看取り |
| 看護職員 | <ul style="list-style-type: none"> 診療の補助（医行為） 療養上の世話 | <ul style="list-style-type: none"> 病状観察 夜間を含む急変時の対応 看取り |
| PT・OT・ST | <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション実施 | <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションのアセスメント・計画作成 困難ケースを中心にリハビリテーション実施 |

地域包括ケア研究会報告書 H22年3月

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

33

【介護職など】

| | | 現在 | 2025年 |
|---------------------|---------|---|--|
| 介護職員 | 介護福祉士 | <ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 | <ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施¹⁶ 日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等） 他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言 |
| | 介護福祉士以外 | <ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 | <ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 |
| 日常生活の支援（民間事業者・NPO等） | | <ul style="list-style-type: none"> 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション | <ul style="list-style-type: none"> 家事援助 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション |

（注1）上表は居宅サービスの場合のイメージ。

（注2）施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

（注3）地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

介護福祉士が行う「要介護者に対する基礎的な医療的ケア」の代表的な例としては、服薬管理、経管栄養、吸引などが考えられる。

地域包括ケア研究会報告書 H22年3月

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

34

外部環境

外部環境（収益性）

5 フォース分析（新規参入、代替品、供給業者、買い手、既存の同業他社）

外部環境分析（マイクロ分析）

| 5 Force分析 | |
|-----------|---|
| 供給企業の交渉力 | — 食材料費、建築費、人材？ |
| 買い手の交渉力 | <input checked="" type="checkbox"/> 選ぶことができる、比較するようになる <input checked="" type="checkbox"/> インターネットで情報がえやすくなる |
| 競合 | <input checked="" type="checkbox"/> 市内の病院の動向 <input checked="" type="checkbox"/> 会の予防技術 <input checked="" type="checkbox"/> の通所技術、労働環境整備 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人等の居宅の数 |
| 新規参入 | <input checked="" type="checkbox"/> 市内の病院が地域密着型事業へ <input checked="" type="checkbox"/> 他の地域からの参入 <input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能は公募のみ（総量規制） |
| 代替品 | <input checked="" type="checkbox"/> 保険外サービス <input checked="" type="checkbox"/> 総合事業 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

35

本日の内容

介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023

第16回：行政対応・地域分析

～外部環境の変化を知り、対応することの重要性～

- ・ 外部環境について
- ・ 地域包括ケア研究会報告書より
- ・ 地域ごとの分析
- ・ 総合事業のゆくえ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

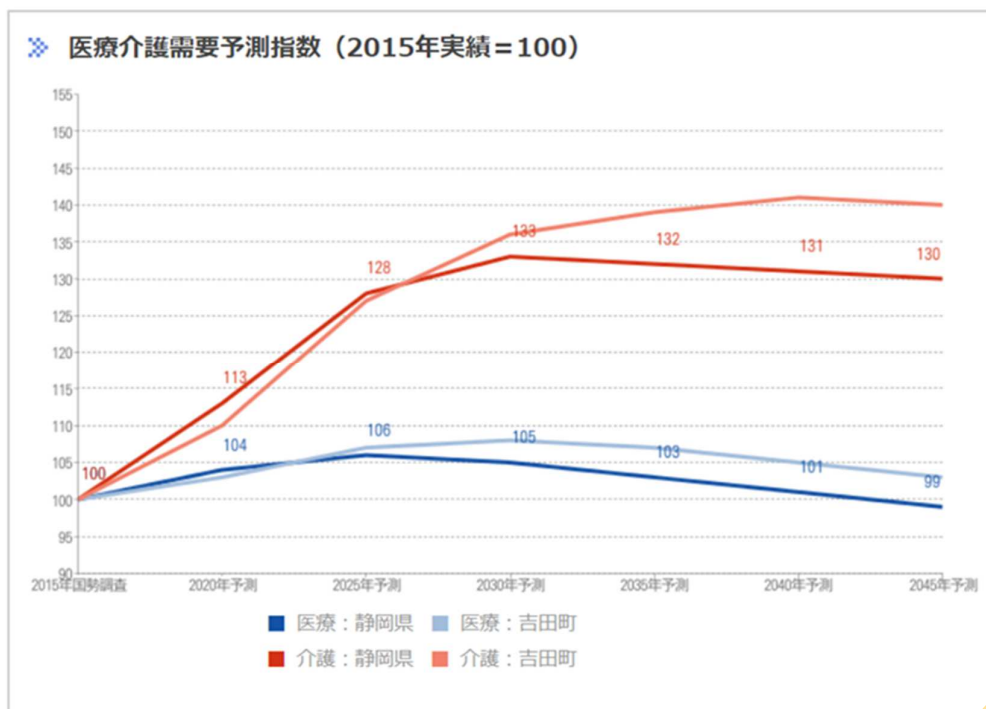
36

地域の状況について



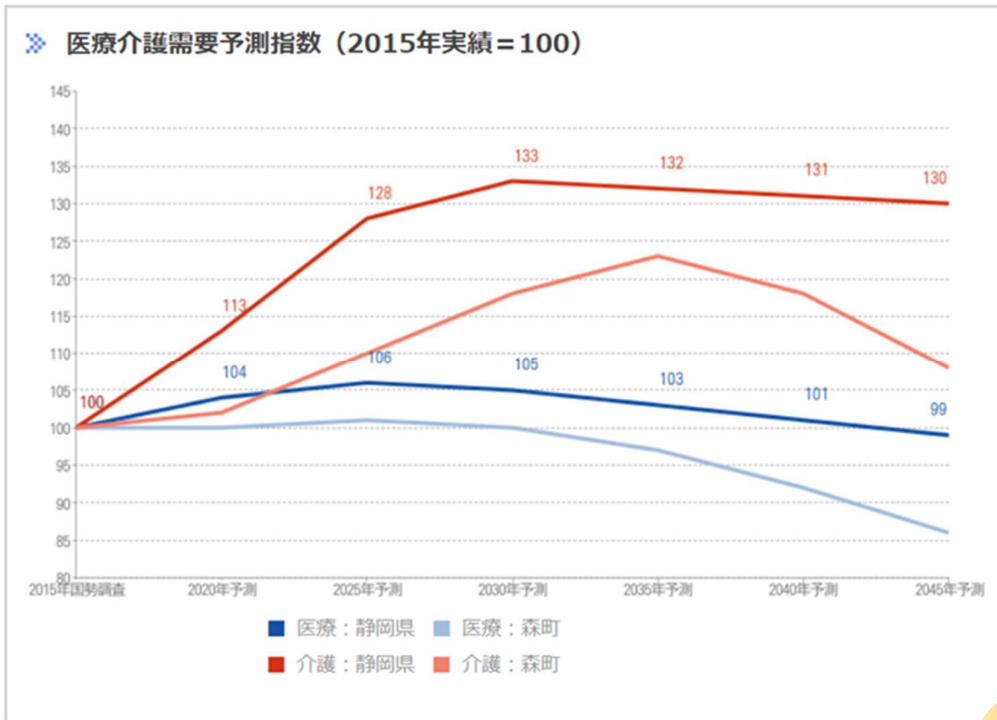
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

地域の状況について



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

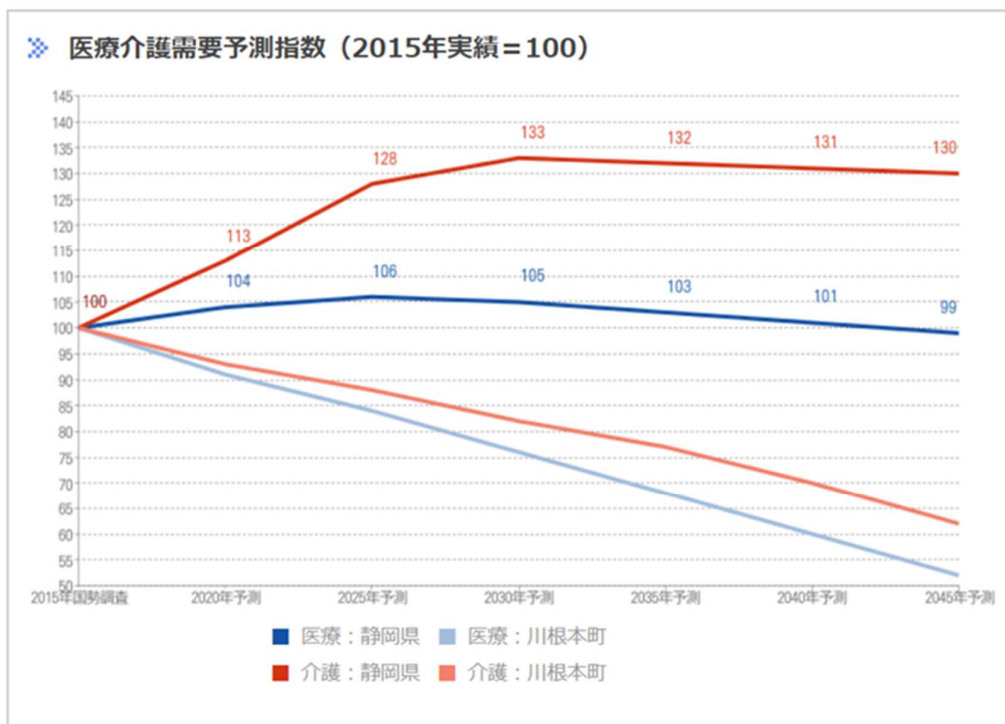
地域の状況について



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

39

地域の状況について



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

40

医療・介護の需要予測

トップページ

JMAPは、各都道府県医師会、郡市区医師会や会員が、自地域の将来の医療や介護の提供体制について検討を行う際の参考、ツールとして活用していただくことを目的としています。

地図から地域指定

地域別統計

施設別検索

地図から都道府県を指定

都道府県名から各都道府県の地域別統計画面にリンクしています。

都道府県画面の「関連地域」から、二次医療圏や市区町村の画面に移動することができます。



※ 事務局からのお知らせ

2020.03.19
医療機関情報を2019年11月時点で、介護施設情報を2020年2月時点でアップデートしました。

2020.03.19
スマートフォンからアクセスした場合に横幅が調整され、見やすく最適に表示されるようになりました。

2019.03.25
医療機関情報を2018年11月時点で、介護施設情報を2018年12月時点でアップデートしました。

2018.04.05
3月30日に国立社会保障・人口問題研究所から公表された将来推計人口に基づき各地域別統計値を更新しました。

保険者別の介護サービス利用者数の見込み

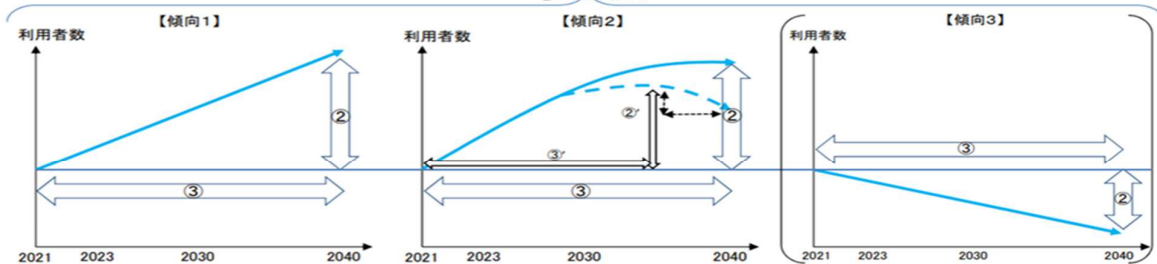
- 各保険者(福島県内の保険者を除く)における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比(増加率)をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

2025年・2040年を見据えたサービス基盤の整備について

- 第8期計画においては、2025年、2040年のサービス需要の見込を踏まえ、施設サービス、居住系サービス、地域密着型サービスをバランス良く組み合わせることで整備することが重要。
- また、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備(約50万人分)、医療計画、地域医療構想との整合性を踏まえる必要がある。
- 令和2年度予算案において、次ページのとおり地域医療介護総合確保基金のメニューを拡充し、サービス基盤整備を支援することとしている。

<参考> 2025年、2040年に向けての地域におけるサービス需要のイメージ

① 大きな傾向



- (※1) 2025年・2040年を見据え、①サービス基盤の大きな傾向を把握し、その上で②サービス整備の絶対量、③期間(角度②/③)を勘案して第8期計画を策定することが重要。
- (※2) 傾向2、3のようにサービス需要が成熟化する保険者であっても、サービス需要の見込(②、②')に合わせて過不足ないサービス基盤の整備が必要。広域型施設である介護保険施設、地域密着型サービスを組み合わせ、周辺保険者のサービスニーズを踏まえ都道府県等とも連携して広域的な整備を進めることが必要。

令和元年度 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料より

介護サービス情報公表システム



介護事業所・生活関連情報検索

介護サービス情報公表システム

文字サイズの変更 中 大 最大

全国版トップ

お知らせ

(令和2年4月10日更新)

[介護サービス情報公表システムのシステムメンテナンスの実施及び新機能追加のお知らせ](#)

日頃は介護サービス情報公表システムをご利用いただき、誠にありがとうございます。

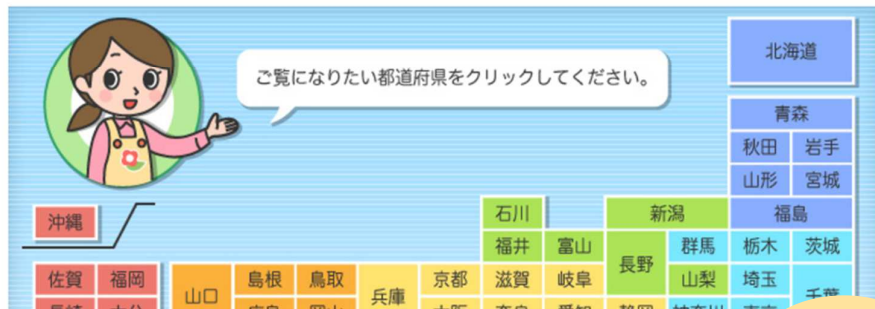
令和2年2月20日より追加いたしました新機能の詳細につきましては、以下のURLにて情報提供しておりますのでご確認ください。

▶ 最初にお読みください

▶ 公表されている介護サービスについて

▶ 公表されている生活関連情報について

▶ サービス付き高齢者向け住宅について



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

43

介護サービス情報公表システム



介護事業所・生活関連情報検索

介護サービス情報公表システム

文字サイズの変更 中 大 最大

全国版トップ > 愛知県

▶ 公表情報の読み解き方

▶ 介護保険について

▶ このホームページの使い方

▶ アンケート

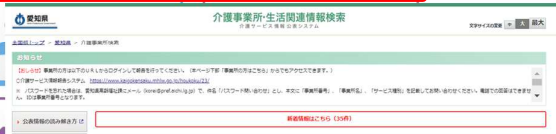
▶ 未掲載の事業所について

▶ 地域包括支援センター事業所一覧

▶ 全国トップへ戻る

介護サービス

🏠 介護事業所を検索する



介護事業所・生活関連情報検索

介護サービス情報公表システム

文字サイズの変更

前のページに戻る 全国版トップ > 愛知県 > 介護事業所検索 > 事業所検索 (条件検索)

事業所検索 (条件検索)

地図から探す サービスから探す お住まいの住所から探す 条件検索

サービスの種類 (サービスを選択して下さい。)
サービスを複数選択する

事業所の所在地 (市区町村を選択して下さい。)
市区町村を複数選択する 地図から選択する

事業所の名称
例:) 介護サービス事業所...
● いずれかのキーワードを含む ○ すべてのキーワードを含む

事業所番号

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

44

介護サービス情報公表システム

愛知県 介護事業所・生活関連情報検索 介護サービス情報公表システム

前のページに戻る 全国版トップ > 愛知県 > 介護事業所検索 > 事業所検索 (地図から探す)

現在の検索条件

地図から探す サービスから探す お住まいの住所から探す 条件検索

地図から探す **市区町村名から探す**

市区町村名を選択する

あ行

アンケート

全国トップへ戻る

介護サービス 概算料金の試算

介護の相談・ケアプラン作成

居宅介護支援(32) 解説

自宅に訪問

訪問介護(28) 解説

訪問看護(11) 予約 解説

夜間対応型訪問介護(0) 解説

訪問入浴(1) 予約 解説

訪問リハビリ(1) 予約 解説

定期巡回・随時対応型訪問介護看護(1) 解説

施設に通う

通所介護(32) 解説

地域密着型通所介護(14) 解説

通所リハビリ(5) 予約 解説

療養通所介護(0)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

45

■地域分析シート【鹿児島県霧島市】

| 1. 基本情報 | | 市 | 全国 | コメント |
|----------|----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 都道府県 | 鹿児島県 | — | — | ※人口密度は、営業の効率性を示す |
| 市区町村 | 霧島市 | — | — | ※世帯数は、地域営業の対象数を示す |
| 面積 | 603.18 | 113.82km ² | 378,000km ² | ※後期高齢化率は、実際の介護需要 |
| 人口 | 125,919 | 385,803 | 128,000,000 | ※要介護認定率は、市町村によって差が大きい |
| 人口密度 | 207人/km ² | 3,340人/km ² | 336 | |
| 世帯数 | 61,446 | 142,480 | 53,403,000 | |
| 高齢者数 | 32,791 | 101,210 | 34,590,000 | |
| 高齢化率 | 26.0% | 26.2% | 27.0% | |
| 後期高齢者数 | 17,280 | 44,655 | 16,910,000 | |
| 後期高齢化率 | 13.7% | 11.6% | 13.2% | |
| 認定者数 | 6,394 | 15,851 | 5,920,000 | |
| 要介護認定率 | 19.5% | 15.7% | 17.1% | |
| 介護保険料(月) | 5,980円 | 5,284円 | 5,869円 | |

| 2. 要介護別分布 | | | | 市 | 全国 | コメント |
|-----------|-------|------|-------|-------|-------|---------------------|
| 要介護度 | 人数 | 小計 | 割合 | 割合 | 割合 | |
| 要支援1 | 891 | 1730 | 27.1% | 23.7% | 27.9% | ※軽度者が多いと小規模の収支があわない |
| 要支援2 | 839 | | | | | |
| 要介護1 | 1,289 | 2309 | 36.1% | 41.3% | 37.3% | |
| 要介護2 | 1,020 | | | | | |
| 要介護3 | 785 | 2355 | 36.8% | 35.0% | 34.8% | |
| 要介護4 | 871 | | | | | |
| 要介護5 | 699 | | | | | |
| 合計 | 6394 | | | | | |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

46

| 3. 事業所数 | | 市 | | 全国 | | コメント |
|---------|-----|------|------|------|---------------------|------|
| 地域包括 | 10 | 2.3 | 0.0 | 4.5 | ※都道府県、全国の数値は人口比で示した | |
| 病院 | | 5.3 | 0.0 | 8.3 | | |
| 診療所 | 102 | 81.0 | 0.0 | 99.9 | | |
| 居宅 | 46 | 29.8 | 0.0 | 40.0 | | |
| 訪問介護 | 30 | 23.8 | 0.0 | 34.4 | | |
| 訪問看護 | 15 | 14.2 | 0.0 | 9.4 | | |
| 通所介護 | 22 | 25.5 | 0.0 | 22.7 | | |
| 地域密着通所 | 24 | 11.6 | 0.0 | 20.7 | | |
| 認知症通所 | 7 | 3.3 | 0.0 | 4.2 | | |
| 通所リハ | 18 | 5.0 | 0.0 | 7.5 | | |
| ショートステイ | 13 | 7.9 | 0.0 | 10.7 | | |
| 小規模多機能 | 18 | 5.6 | 0.0 | 5.0 | | |
| 看護小規模 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | | |
| 定期巡回 | 0 | 0.3 | 0.0 | 0.7 | | |
| 特養 | 9 | 4.6 | 0.0 | 7.6 | | |
| 地域密着特養 | 3 | 2.3 | 0.0 | 1.9 | | |
| 老健 | 5 | 2.6 | 0.0 | 4.2 | | |
| 療養型 | 4 | 0.0 | 0.0 | 1.3 | | |
| GH | 24 | 7.9 | 0.0 | 12.9 | | |
| 介護付有料 | 10 | 3.6 | 0.0 | 5.1 | | |
| 住宅型有料 | 22 | 15.5 | 0.0 | 5.3 | | |
| サ高住 | 10 | 0.0 | 0.0 | 6.9 | | |
| | | 71 | 45.3 | 0.0 | 55.1 | |
| | | 21 | 9.6 | 0.0 | 15.0 | |
| | | 66 | 27.1 | 0.0 | 30.2 | |

| 4. 小規模多機能の状況 | | 市 | | 全国 | | コメント |
|--------------|-------------|--------|--|--------|-------------------|------|
| 事業所数 | 19 | 17.0 | | 5000 | 鹿児島県の平均登録者数は19.7人 | |
| 平均定員 | 24.0 | 26.2 | | 25.5 | | |
| 平均登録者数 | 19.7 | 19.8 | | 19 | | |
| 平均要介護度 | 2.3 | 2.5 | | 2.5 | | |
| 要支援比率 | 18.2% | 9.2% | | | | |
| 第7期の公募 | | 1.0 | | — | | |
| 人口比 | 約6,500人に1カ所 | 22000人 | | 24000人 | | |

5. 小規模多機能詳細

| 事業所名 | おあしす福山 | よいどこい | みどりの風 | 神宮 | ひまわり | 協愛 | がんぼろ家 | ふれあい | 陽だまり | よいやんせ | 一休庵きりしま | うのき | おあしす国分 | おあしす重久 |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 開設年 | 2009 | 2012 | 2007 | 2013 | 2007 | 2008 | 2013 | 2014 | 2006 | 2007 | 2012 | 2012 | 2007 | 2007 |
| 法人 | 営利 | 営利 | 社福 | 営利 | 社福 | 社福 | 社福 | 医療 | 社福 | 社福 | 医療 | 社福 | 社福 | 社福 |
| 定員 | 29 | 24 | 25 | 13 | 20 | 6 | 19 | 29 | 25 | 25 | 25 | 25 | 29 | 29 |
| 登録者数 | 25 | 21 | 22 | 13 | 19 | 5 | 19 | 27 | 23 | 22 | 18 | 18 | 18 | 19 |
| 平均介護度 | 2.2 | 2.2 | 2.3 | 1.9 | 1.7 | 1.3 | 2.4 | 2.1 | 2.0 | 2.2 | 2.5 | 2.1 | 2.1 | 2.5 |
| 要支援比率 | 24.0% | 4.8% | 13.6% | 0.0% | 36.8% | 20.0% | 10.5% | 22.2% | 4.3% | 31.8% | 5.6% | 44.4% | 21.1% | 21.1% |
| 要支援1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 6 | 1 | 5 | 1 | 1 |
| 要支援2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| 要介護1 | 6 | 7 | 5 | 6 | 7 | 3 | 4 | 6 | 7 | 4 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| 要介護2 | 7 | 5 | 9 | 3 | 3 | 1 | 7 | 9 | 8 | 5 | 4 | 0 | 3 | 3 |
| 要介護3 | 4 | 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| 要介護4 | 0 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 要介護5 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| | 9 | 8 | 6 | 6 | 9 | 9 | 7 | 5 | 4 | 4 | 6 | 9 | 9 | 9 |
| 事業所名 | ふもとの家 | 敷根 | 神宮 | ひまわり | 協愛 | がんぼろ家 | | | | | | | | 合計 |
| 開設年 | 2009 | 2012 | 2014 | 2007 | 2007 | 2014 | | | | | | | | — |
| 法人 | 社福 | 社福☆ | 社福 | 営利 | 営利 | 営利 | | | | | | | | — |
| 定員 | 29 | 29 | 25 | 25 | 25 | 25 | | | | | | | | 456 |
| 登録者数 | 27 | 26 | 21 | 18 | 12 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 374 |
| 平均介護度 | 2.4 | 2.5 | 2.9 | 3.3 | 2.1 | 2.4 | ##### | #DIV/0! | ##### | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | 2.3 |
| 要支援比率 | 3.7% | 23.1% | 14.3% | 11.1% | 33.3% | 26.3% | ##### | #DIV/0! | ##### | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | 18.2% |
| 要支援1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | | | | | | | | 36 |
| 要支援2 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | 32 |
| 要介護1 | 9 | 3 | 3 | 4 | 3 | 6 | | | | | | | | 100 |
| 要介護2 | 5 | 8 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | 87 |
| 要介護3 | 6 | 6 | 5 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | | 63 |
| 要介護4 | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 要介護5 | 1 | 0 | 3 | 6 | 0 | 3 | | | | | | | | |
| | 5 | 9 | 8 | 5 | 3 | 6 | | | | | | | | |

介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等（令和5年介護保険法改正事項）

▶ 2040年を見据えた人口動態等の変化、生産年齢人口の減少と介護現場における人材不足の状況、新興感染症等による介護事業者への経営影響を踏まえた支援、制度の持続可能性などに的確に対応するとともに、物価上昇や災害、新興感染症等に当たり経営影響を踏まえた的確な支援策の検討を行う上で、3年に1度の介護事業経営実態調査を補完する必要がある。

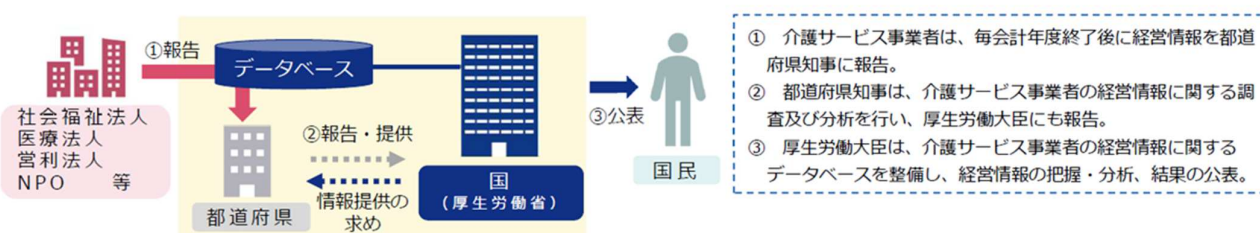
（参考）令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、より正確な経営実態等の把握に向けて、より適切な実態把握のための方策を引き続き検討していくべきとされている。

▶ このため、①介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表する制度を創設する。【施行日：令和6年4月1日】

【データベースの概要】

- ・ 対象：原則、全ての介護サービス事業者
- ・ 収集する情報：介護施設・事業所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
※ 収集する内容は省令以下で規定
- ・ 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表
※ 上記のデータベースの整備のほか、利用者の介護サービス事業者の選択に資するよう、介護サービス情報公表制度についても併せて見直しを行い、介護サービス事業者に対し財務状況の公表を義務付ける等の対応を行う。

<データベースの運用イメージ>



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等（介護保険法施行規則改正事項案）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）による改正後の介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の44の2の規定に基づき、都道府県知事が行う介護サービス事業者経営情報の調査及び分析等について、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）における必要な規定を整備する。

報告対象となる介護サービス事業者

- 原則、全ての介護サービス事業者が報告対象。
- ただし、小規模事業者等に配慮する観点から、事業所・施設の全てが以下のいずれかに当てはまる介護サービス事業者は報告対象から除外する。
 - ① 過去1年間で提供を行った介護サービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下のもの
 - ② 災害その他都道府県知事に対し報告を行うことができないことにつき正当な理由があるもの

介護サービス事業者に報告を求める項目

- 1) 事業所・施設の名称、所在地その他の基本情報
- 2) 事業所・施設の収益及び費用の内容
- 3) 事業所・施設の職員の職種別人員数その他の人員に関する事項
- 4) その他必要な事項

※ 報告除外対象の事業所・施設(上記①・②)とそれ以外の事業所・施設を運営している場合、①・②を除く事業所・施設の報告を求める。

〔上記の他、任意項目として「職種別の給与（給料・賞与）及びその人数」を求める（通知事項）。〕

介護サービス事業者から都道府県知事への報告方法

- 報告期限
毎会計年度終了後3月以内
※ 初回に限り、令和6年度内に提出で可（附則により措置）
- 報告手段
 - ① 電磁的方法を利用して自ら及び当該報告を受けるべき都道府県知事が同一の情報を閲覧することができる状態に置く措置を講ずる方法
 - ② その他厚生労働省老健局長が定める方法

厚生労働大臣が都道府県知事に求めることができる情報

- 介護サービス事業者経営情報
（※ 事業者に報告をを求める項目の1）～4）の情報）
- その他必要な事項

都道府県知事から厚生労働大臣への情報提供方法

電磁的方法を利用して自ら及び厚生労働大臣が同一の情報を閲覧することができる状態に置く措置を講ずる方法
その他の適切な方法

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

50

介護サービス情報公表制度における公表事項の追加について

1. 介護サービス事業者における財務諸表の公表について

- 社会福祉法人においては、社会福祉法施行規則第10条第3項第1号の規定に基づき、計算書類を公表することとされている。また、障害福祉サービス事業所においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則別表第1号第2号へ及び児童福祉法施行規則別表第2号第2号への規定に基づき、「事業所等の財務状況」を公表することとされている。
 - 介護サービス情報公表制度においても、「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）において、「社会福祉法人や障害福祉サービス事業所が法令の規定により事業所等の財務状況を公表することとされていることを踏まえて、介護サービス事業者についても同様に財務状況を公表することが適当である。」と指摘されたことを踏まえ、介護保険法施行規則別表第2に「事業所等の財務状況」を公表することを規定する（省令改正案）。
- ※1 公表を求める財務諸表については、障害福祉サービス事業所等での報告事項を踏まえ、事業活動計算書（損益計算書）、資金収支計算書（キャッシュフロー計算書）、貸借対照表（バランスシート）とする。（通知事項）
- ※2 公表にあたっては、原則として、介護サービス事業所又は施設単位とする。ただし、拠点や法人単位で一体会計としており、事業所又は施設単位での区分けが困難な事業者においては、拠点単位や法人単位での公表を可能とすることとする。その際、公表対象が明確となるよう、当該会計に含まれている事業所又は施設を明記することを合わせて求めることとする。

2. 一人当たり賃金の公表について

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」において、「一人当たりの賃金等についても公表の対象への追加を検討することが適当である。その際、設置主体や給与体系等の違いに配慮することや、公表する情報に関係する個人が特定されないことがないよう配慮した仕組みを検討することが適当である。」と指摘されたことを踏まえ、一人当たり賃金の公表について、介護サービス情報公表制度において、任意での公表情報とすることとする（公表内容については通知で定める）。また、都道府県知事が、情報の提供を希望する介護サービス事業者から提供を受けた情報について「公表を行うよう配慮する」情報として明確化する（省令改正案）。
- ※1 公表にあたっては、事業所や施設の特性に応じ、設置主体や職種、勤続年数等がわかるような形での公表を可能とすることとする。（通知事項）
- ※2 原則として、介護サービス事業所又は施設単位とする。ただし、介護サービス事業者の希望に応じ、法人単位での公表を可能とする。その場合、含まれている介護サービス事業所又は施設を明記することを合わせて求めることとする。

【介護保険法施行規則の改正（案）】

（法第百五十五条の四十四の厚生労働省令で定める情報）

第百四十条の六十二の二 法第百五十五条の四十四の厚生労働省令で定める情報は、介護サービスの質及び労働時間、賃金その他の介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）として都道府県知事が定めるものとする。

<参考>介護保険法（抄）

（都道府県知事による情報の公表の推進）

第百五十五条の四十四 都道府県知事は、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保に資するため、介護サービスの質及び介護サービスに従事する従業者に関する情報（介護サービス情報に該当するものを除く。）であって厚生労働省令で定めるものの提供を希望する介護サービス事業者から提供を受けた当該情報について、公表を行うよう配慮するものとする。

51

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

入院需要の将来予測

医療機関の職員満足度調査・患者満足度調査、医療に関するオープンデータ活用事業

お問い合わせ・ご相談 | RSSを購読する | サイトマップ



患者満足度調査
Patient Satisfaction

職員満足度調査
Employee Satisfaction

オープンデータ活用
OpenData Projects

お知らせ
Information

会社概要
About us

Home > お知らせ > 入院患者数の将来予測値と既存病床数とのギャップを試算しました



Services

患者満足度調査事業
Patient Satisfaction

職員満足度調査事業
Employee Satisfaction

オープンデータ活用事業
OpenData Projects

Information

入院患者数の将来予測値と既存病床数とのギャップを試算しました

2014年6月18日に成立した「地域医療・介護総合確保推進法」を受けて、病院から各都道府県への「病床機能報告」や、都道府県による「地域医療構想（ビジョン）」の策定がよいよ本格化します。

当社では、「病床機能報告」や「地域医療ビジョン」を検討するための客観的な情報提供を目的として、全国の都道府県別・二次医療圏別の入院患者数の将来予測値と既存病床数とのギャップを試算しましたので、試算結果を報告いたします。

都道府県別の試算結果

病床が不足する都道府県（2025年の不足病床数および内訳）

| 不足順 | 都道府県 | 一般病床 | 療養病床 | 合計 |
|-----|------|---------|---------|---------|
| 1 | 神奈川県 | -14,700 | -16,700 | -31,400 |
| 2 | 東京都 | -10,000 | -10,000 | -20,000 |

52

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

入院需要の将来予測

二次医療圏別入院医療需要予測(ver.1.1)

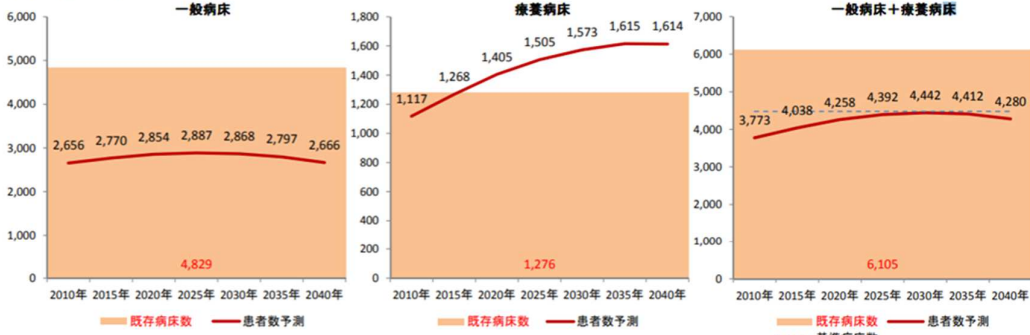
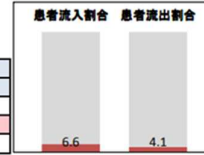
2014/08/29
株式会社ケアレビュー

北海道 南渡島医療圏

函館市、北斗市、松前町、福島町、知内町、木古内町、七飯町、鹿部町、森町

| | 既存病床数 | | 1日あたり入院患者数予測 (性・年齢階級別の全国平均受療率で試算した理論値) | | | | | | | | 病床過不足 | |
|------|---------|----------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | 2014/2月 | 2011/10月 | 2010年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2025年 | 2040年 | |
| 一般病床 | 4,829 | 3,300 | 2,656 | 2,770 | 2,854 | 2,887 | 2,868 | 2,797 | 2,666 | 1,942 | 2,163 | |
| 療養病床 | 1,276 | 1,300 | 1,117 | 1,268 | 1,405 | 1,505 | 1,573 | 1,615 | 1,614 | -229 | -338 | |
| 合計 | 6,105 | 4,600 | 3,773 | 4,038 | 4,258 | 4,392 | 4,442 | 4,412 | 4,280 | 1,713 | 1,825 | |

※基準病床数 4,475



このシートの情報は、全国各地域(都道府県・二次医療圏)の入院医療に関する需給見通しを客観的に可視化する目的で、株式会社ケアレビューが作成しました。入院患者数の将来予測値は以下の通り全国一律の方法で試算し、地域毎の地理的環境や疾病構造の違い等は考慮していません。

【情報の出典および計算方法】

- 入院患者数予測: 性・年齢階級(5歳毎)別人口推計(国立社会人口問題研究所)×入院患者受療率全国平均(2011年患者調査、病院および有床診療所の合計)
- 既存病床数: 地方厚生局届出情報(2014年2月現在)、病院および有床診療所の合計病床数
- 基準病床数: 各都道府県保健医療計画(2013年3月策定、一般病床+療養病床の合計)
- 入院患者数: 1日あたり入院患者数(2011年10月患者調査、患者住所別別、二次医療圏別は病院のみ)
- 患者流入割合: 圏内への流入患者割合/圏内への流出患者割合(2011年10月患者調査、入院患者全病床合計)
- 病床過不足: 既存病床数(2014年2月現在)-入院患者数予測

【地域医療ビジョンの検討に役立つ情報サイト】

- 病院情報局「急性期病院の診療実績比較サイト」 <http://hosopia.jp/>
- 医療介護情報局「医療機関と介護施設の総合DB」 <http://caremap.jp/>
- 地域医療情報サイト(地域医療提供体制多比較) <http://imain.jp/>

[10]

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

53

入院需要の将来予測

尾張西部医療圏の入院医療需要予測

◎基本的に病床は不足と考えるとよいだろう

◎ただし、慢性期の療養病床については、不足しているものの病床数を増やすとは考えにくい。介護に移行すると考えるべき。

◎愛知県内の近隣市町村はおおむね同様の傾向を示している。

二次医療圏別入院医療需要予測(ver.1.1)

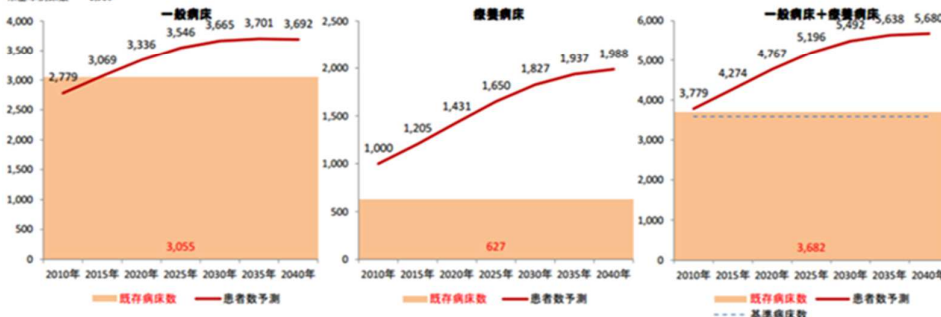
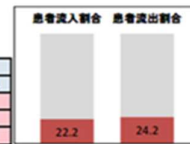
2014/08/29
株式会社ケアレビュー

愛知県 尾張西部医療圏

一宮市、稲沢市

| | 既存病床数 | | 1日あたり入院患者数予測 (性・年齢階級別の全国平均受療率で試算した理論値) | | | | | | | | 病床過不足 | |
|------|---------|----------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--|
| | 2014/2月 | 2011/10月 | 2010年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2025年 | 2040年 | |
| 一般病床 | 3,055 | 2,400 | 2,779 | 3,069 | 3,336 | 3,546 | 3,665 | 3,701 | 3,692 | -491 | -637 | |
| 療養病床 | 627 | 400 | 1,000 | 1,205 | 1,431 | 1,650 | 1,827 | 1,937 | 1,988 | -1,023 | -1,361 | |
| 合計 | 3,682 | 2,800 | 3,779 | 4,274 | 4,767 | 5,196 | 5,492 | 5,638 | 5,680 | -1,514 | -1,998 | |

※基準病床数 3,596



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

54

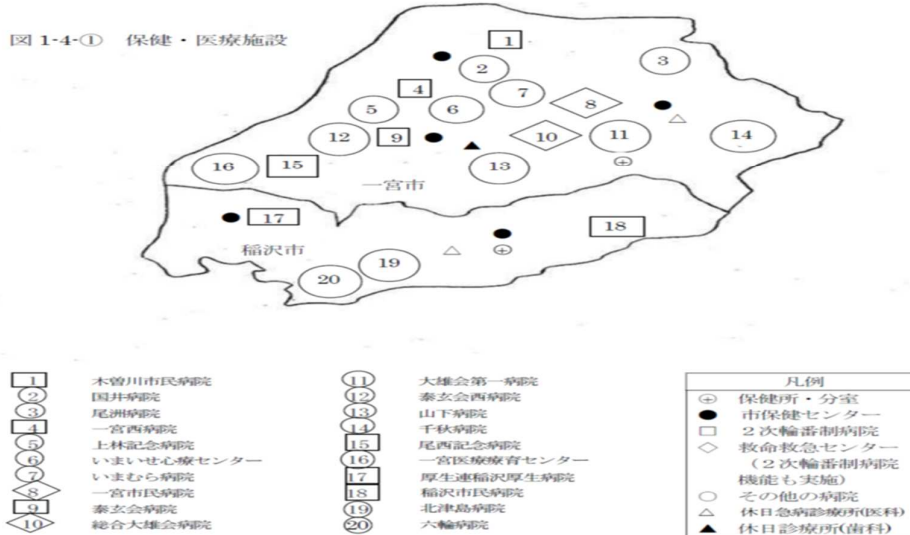
医療計画より

1 保健・医療施設の状況
尾張西部医療圏内の保健・医療施設の設置状況は、下表のとおりです。

| 市名 | 病院 | 診療所 | 歯科診療所 | 薬局 | 保健所 | | 市保健センター | | 休日診療所 | |
|-----|----|-----|-------|-----|-----|----|---------|----|-------|----|
| | | | | | 本所 | 分室 | 本所 | 支所 | 医科 | 歯科 |
| 一宮市 | 16 | 245 | 171 | 165 | 1 | - | 3 | - | 1 | 1 |
| 稲沢市 | 4 | 91 | 60 | 60 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - |
| 合計 | 20 | 336 | 231 | 225 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 |

資料：病院名簿（愛知県健康福祉部保健医療局医務課）、愛知県衛生年報（愛知県健康福祉部）
注：診療所には保健所（本所）、市保健センター及び休日診療所（医科）を含む。
歯科診療所には休日診療所（歯科）を含む。

図 1-4-① 保健・医療施設



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

医療計画より

| 構想区域 | 区分 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 計 |
|------|--------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| 尾張西部 | 平成37年の必要病床数① | 407 | 1,394 | 1,508 | 613 | 3,922 |
| | 平成26年病床機能報告 | 94 | 2,333 | 449 | 674 | 3,550 |
| | 平成26年の病床数② | 102 | 2,528 | 486 | 730 | 3,846 |
| | 差引①-② | 305 | △ 1,134 | 1,022 | △ 117 | 76 |

| 構想区域 | 区分 | 医療需要 | |
|------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | | 平成25年度 | 平成37年 |
| 尾張西部 | 在宅医療等 | 3,750 (1.00) | 5,950 (1.59) |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 2,260 (1.00) | 3,591 (1.59) |

在宅医療等の医療需要については、療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者数の70%は在宅医療等での対応とされている。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

本日の内容

介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023

第16回：行政対応・地域分析

～外部環境の変化を知り、対応することの重要性～

- ・ 外部環境について
- ・ 地域包括ケア研究会報告書より
- ・ 地域ごとの分析
- ・ 総合事業のゆくえ

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最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の構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



<地域包括ケア研究会>

2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム

—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—

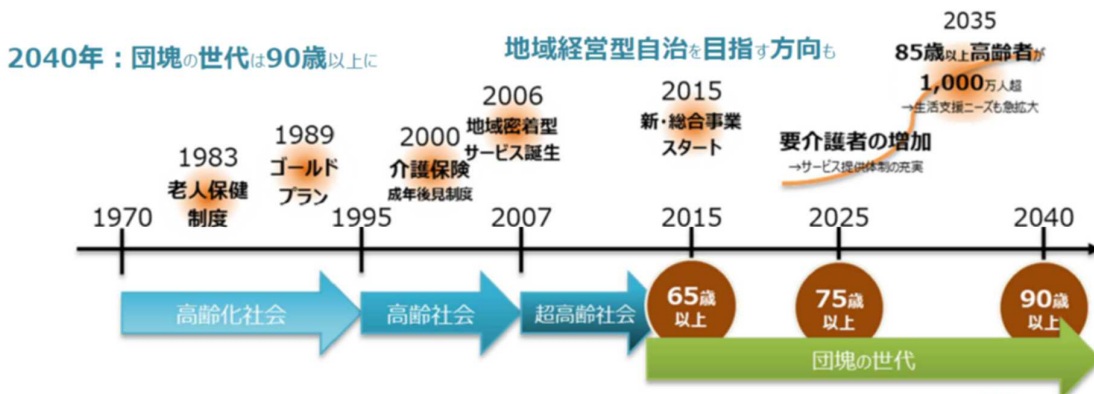
【概要版】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング



2040年の社会のイメージ

2035年：85歳以上の高齢者が**1000万人**
多様化する家族と住まい方
個人を単位とした仕組みへの再編
介護は必要なくとも、生活のちょっとした**困りごと**を抱える高齢者の増加
人生100年時代の到来を知り、準備できる世代
家族介護を期待しないできない時代
平均的な高齢者像では語れない**多様性と格差の時代**
平均的な地域自治のイメージも意味がなくなる



三菱UFJリサーチ&コンサルティング



生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン

「包括報酬型」
在宅サービス

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

=

柔軟な対応ができ、
多様な心身状態に対応できるサービス群

| | | |
|--|--|--|
| <p>「包括報酬型」 在宅サービスの拡充</p> | <p>「包括報酬型」在宅サービスのさらなる包括化</p> | <p>3つの「包括報酬型」在宅サービスの垣根を取り払い、事業者が多様なメニューを適宜使い分ける地域担当方式も検討してはどうか</p> |
| <p>「包括報酬型」在宅サービスと地域社会の融合</p> | <p>新たな複合型サービスの開発</p> | <p>看護小規模多機能型居宅介護以来、新しい類型が開発されていない複合型サービスを新規に開発してはどうか？</p> |
| <p>生活支援と人とのつながりを「包括報酬型」在宅サービスにどのように組み込むか</p> | <p>生活支援と人とのつながりを「包括報酬型」在宅サービスにどのように組み込むか</p> | <p>心身を支えるだけでなく、社会的・文化的な生活を支える支援を混合介護も含め組み込むことが一層重要に。</p> |
| <p>事業者の参入を促進するための方策</p> | <p>地域との親和性が高い小規模多機能型居宅介護</p> | <p>元気だった頃の生活を「在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」地域との継続性の高いサービス。</p> |
| <p>保険者による独自施策の可能性</p> | <p>小規模多機能型居宅介護を地域づくりの拠点と考える</p> | <p>地域包括支援センターよりも、より小地域との連続性を保ちつつ、地域づくりの拠点として機能する可能性も。</p> |
| <p>安定的な経営は、参入の重要要件</p> | <p>安定的な経営は、参入の重要要件</p> | <p>地域の一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（地域包括報酬）も検討できないか？</p> |
| <p>大都市部での参入促進策</p> | <p>大都市部での参入促進策</p> | <p>設備基準の緩和や多機能化による経営の安定策、または中心市街地での小多機を中心とした地域拠点のモデル事業の検討を推進すべき。</p> |
| <p>現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、「包括報酬型」在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。</p> | <p>現在の規制においても、「公募制」や「市町村協議制」、「市町村独自報酬」など、「包括報酬型」在宅サービスの普及を促進するための諸施策が用意されている。保険者はこれらを積極的に活用すべきではないか。</p> | |

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 3

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

地域包括ケア研究会報告書2019.3

平成 30 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健施設増進等事業

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究

＜地域包括ケア研究会＞

**2040年：多元的社会における
地域包括ケアシステム**

—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—

平成 31（2019）年 3 月

MUFG
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

地域包括ケア研究会報告書2019.3

(2) 参加・協働による地域デザイン

- 地域の実情を踏まえた一人ひとりに寄り添う地域デザイン
- 地域や家族、あるいは個人を平均像で語れない多様な社会になり、また地域資源についても、地域間格差が拡大していく以上、全国標準サービスで一斉に多様な住民のニーズに応えることが難しいのは明らかである。
- したがって、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを担うサービス提供体制を実現するには、行政・保険者やサービス提供事業者側が一方的に「利用者にとって、良いだろう」と思うサービスをデザインするのではなく、そのサービスの持つ価値やそのサービスを利用する意義を、住民・利用者と提供者が、支えられる側と支える側という関係性を越えて共に話し合い、改善を繰り返しながら、その地域の住民にあったサービスの使い方を考えていく過程が重要になる。つまり、出来合いのサービスを提供するだけではないということを意味しており、その点で、今後は、「参加と協働」の過程が求められる。
- その地域の住民・利用者にあったサービスをデザインしていくといっても、一人ひとりにあったサービスを一つひとつ設計・開発するわけではない。例えば、個人のレベルであれば、ケアマネジメントを通じて介護支援専門員や介護サービス提供者が利用者とケアの目標を共有し、地域にあるサービスを本人の目標にあわせて調整（チューニング）していくイメージといえる。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

63

地域包括ケア研究会報告書2019.3

- 実はすでに組み込まれている「参加・協働による地域デザイン」の仕組み
- 実はこのような「参加と協働」の取組は、決して新しいものではなく、すでに過去 10 年の間に、地域包括ケアシステムにも積極的に採用されてきた。例えば、地域密着型サービスでは、利用者の家族や地域住民が介護医療連携推進会議や運営推進会議に参加し、サービスに対する意見を表明し、事業者とともに、地域の課題やサービスの改善を進めていく過程に関わっている。まさに個性を尊重したそれぞれの地域における「参加と協働」の過程の実例といえるだろう。
- そもそも、包括報酬型のサービスは、出来高払い型のサービスとは異なり、サービス提供の量やタイミングの点で、柔軟性が高く、利用者の日々の状態変化に合わせやすい特徴をもっている。小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「泊り」の提供バランスが、事業者によって異なるのも、その裁量権の大きさを反映している。ただし、その裁量が、利用者も含む「参加と協働」で活用されていなければ、経営者側の効率の観点からだけの一方通行なサービスのデザインになってしまうことを意味している。その点からも、参加と協働が重要なのである。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

64

地域包括ケア研究会報告書2019.3

■ 「場」を動かすコーディネーション機能

- 「参加と協働」を進めるためには、こうした「場」に関わる鍵となる人物や組織が欠かせない。利用者と提供者、事業者と行政などが、対等な立場で地域をデザインするには、地域関係者間をつなぐ「コーディネーション機能」を誰がどのように実現するかという課題がある。コーディネーション機能を持つ人や組織は、「場」において、参加者の意見を引き出し、議論を前向きに積み上げていくファシリテーターの役割が期待されている。また、地域の中から必要に応じて参加者を見つけてきたり、数多くの場を積み上げることで、その地域の課題や、隠れた資源を見つけ出し、行政や事業者伝えるといった役割を担う場合もあるだろう。

3. 生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン

- 地域での生活を継続するためには、「生活全体を支える地域の仕組み」として介護や医療だけでなく、住まい、生活支援等が、社会保険制度に限定されず、様々な資源の組み合わせで一体的に提供される必要がある。これまで、介護保険制度では、そうした一体的なケアを実現するための中核的・基盤的サービスとして「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」を開発してきた（ここでは、これらを「包括報酬型」在宅サービスと呼ぶ）。
- 2040年に向けては、これら「包括報酬型」在宅サービスの機能と役割をさらに拡充するとともに、これらのサービスを活用しながら、どのように利用者が地域とのつながりを継続させていくかといった視点が重要になる。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

■ 「包括報酬型」在宅サービスの更なる包括化

- 「包括報酬型」在宅サービスとしては、2006年に小規模多機能型居宅介護が、2012年に複合型サービス28及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。実態としての利用者像は、事業者によっても異なるものの、おおむね小規模多機能型居宅介護では認知症の人、看護小規模多機能型居宅介護では医療ニーズの高い利用者、また定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、単身生活者の利用が多いといった特徴がみられる。
- しかしながら、サービス利用者の心身状態は、特に後期高齢者では変化を伴うものが一般的であり、事業者は常に一定の状態像の利用者だけを支えているわけではない。むしろ、心身状態の変化に柔軟に対応しながら可能な限り人生の最終段階まで支えるのが一般的である。包括報酬の採用により、小規模多機能型居宅介護では、利用者の状態にあわせて、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のような形態で訪問サービスを提供することも可能だ。つまり、既存の定期巡回・随時対応型訪問介護看護でも、小規模多機能型居宅介護でも、看護小規模多機能型居宅介護でも、「柔軟な対応ができ、多様な心身状態に対応できるサービス群」である点では、共通している。
- むしろ、心身状態が変化する利用者への包括的・一体的なケアの提供のため、同一地域でサービスを提供するのであれば、これらの「包括報酬型」在宅サービスのメニュー間の垣根を取り払い、特定の事業者が多様なメニューを適宜使い分けながら地域を担当するといった方式も検討していくべきであろう。こうした柔軟なサービス提供の切り替えが可能になれば、事業者も、職員配置の状況によってケア提供の方法を柔軟に変更することも可能になり、経営の安定に資するであろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

■ 新たな複合型サービスの開発

- また、2011年度の制度改正では、複数のサービスの組み合わせ提供を想定して、「複合型サービス」が創設された。「複合型サービス」は、看護小規模多機能型居宅介護の旧名称のように理解されていることも少なくないが、本来は、訪問介護や通所介護など既存のサービスを複合的に提供する場合のサービスの総称として規定されている。現状は、複合型サービスとして、「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせただけのサービスのみが「看護小規模多機能型居宅介護」として報酬上設定されているにすぎない。
- 2012年以降、新たな複合型サービスは報酬設定上、規定されていないが、今後、こうした組み合わせ提供が在宅生活を支える主力サービスになる以上、事業者の実践事例から学び、検討を重ね、報酬化を進めて、さらなる複合型サービスを開発していく必要があるだろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

(2) 「包括報酬型」在宅サービスと地域社会の融合

- 生活支援と社会的な人のつながりをどのように組み込むか
- 在宅生活を支える中核的介護サービスとはいえ、「包括報酬型」在宅サービスだけで生活全体を支えるわけではない。要介護度が重くなっても、毎日の調理、買い物、掃除などの生活支援は不可欠であるし、なじみの関係性のある友人とのコミュニケーションや、地域とのつながりが不要になるわけではない。むしろ、そうしたつながりこそが、社会的孤立を防ぎ、尊厳ある生活を支える上で重要になってくると考えるべきであろう。
- 特に在宅生活では、生活支援が不可欠である。今後2040年において、家族が傍らにいない状態で後期高齢者が在宅生活を送るとき、生活支援が在宅限界点の低下を防ぐ重要な要素のひとつとなるだろう。一人ひとりが社会のつながりから排除されない包摂的な社会を志向していくならば、「包括報酬型」在宅サービスも単に心身を支えるサービスだけでなく、社会的・文化的な生活を支えるための支援を組み合わせることこそ、生活全体を支えるという意味で重要になる。
- その場合、これらの支援は、必ずしも介護保険の給付の中からは行われる必要はない。地域の多様な資源をうまく組み合わせることで対応は可能である。この点で、「包括報酬型」サービスと、保険外サービスと組み合わせる混合介護によって在宅を支えるあり方も、今後広がっていくだろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

■ 地域との親和性が高い小規模多機能型居宅介護

- 小規模多機能型居宅介護の最大の特徴の一つは、地域とのつながりの中で在宅生活を継続できることであろう。広域型の介護保険施設の場合でも、職員は利用者の入所前の生活を知ることができるが、それはいわば「かつての在宅生活時の情報」であり、入所後はそれまでの地域とのつながりから切り離されるのが一般的である。
- 小規模多機能型居宅介護では、利用者が元気だったころの近所との付き合いや生活のリズム、あるいは居住空間も含め、利用者はありのままの情報を、いわば「地域や在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」と表現してもよい。つまり小規模多機能型居宅介護は、地域との継続性を保ちやすい特徴があるといえるだろう。
- また、小規模多機能型居宅介護は、訪問単体のサービスとは異なり、「通い」という物理的な拠点施設を持つため、地域住民との交流に適したデザインともいえる。例えば、福岡県大牟田市内の小規模多機能型居宅介護事業所は、そのほとんどに併設された住民交流施設で、町内の会合などが開催され、自然に地域交流の拠点となっている。人口約11万5千人の市内に26か所の小規模多機能型居宅介護事業所が整備されており、中学校区よりも小さい圏域をそれぞれの事業所がカバーしている。こうした体制が発展していくことで、地域の社会的・文化的資源を生活の中に組み込んでいく可能性も広がっていく。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

■ 小規模多機能型居宅介護を地域づくりの拠点と考える

- 小規模多機能型居宅介護が、専門職サービスと地域住民をつなぐ役割を果たせるのであれば、事業所がその地域の支援拠点として機能しているといえる。特に小規模多機能型居宅介護は、地域包括支援センターよりも小地域に計画的に整備されている場合もあり、地域づくりの拠点として機能するのであれば、現在の地域包括支援センターには難しいより小地域の地域社会と連続性を持つこともできるだろう。
- とりわけ人口減少が進む中で、行政の職員確保も困難になっており、直接的なケアを提供する事業所が地域づくり機能を兼ね備えることも今後は想定していくべきだろう。また、地域包括支援センターのランチとして小規模多機能居宅介護の事業所が機能すれば、事業所職員は、介護サービスだけでなく、地域づくりや高齢者以外の地域課題に向き合う機会を得ることになり、人材育成の観点からも効果的なOJTが期待される。特に、これからは生活全体を支えるケアが求められる時代となる中で、地域の様々な資源とのコミュニケーションを活かせる人材は、地域共生社会を支える人材として期待されるだろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

(3) 事業者の参入を促進するための方策

■ 安定的な経営を実現するために

- 「包括報酬型」在宅サービスの経営上の特徴は、一定の顧客数を恒常的に確保しなければ経営が安定しない点である。利用者の状態は、身体機能だけでなく、経済的な問題や家族関係など様々な要素が絡みあい、その生活も支援ニーズも時間と共に変化する。特に利用者が中重度者の場合は、報酬単価は高いものの、死亡等によりサービス利用が短期間で終了となることも多く、また日常生活圏域においては、利用者の発生頻度も必ずしも高いとはいえないなど、需要の安定性に課題がある。現在の「包括報酬型」在宅サービス事業者は、こうした収入面での不安定性を法人の規模や他事業の収益で補っている場合も多く、このことは、事業への参入の障壁、あるいは事業継続上の課題となっている。
- したがって、報酬の考え方についても、より安定的な経営を実現し、安定的なサービスの提供体制を維持するために、より柔軟な発想でこれらの仕組みを支えることを検討すべきであろう。一般的に報酬の支払い方法は、①個人へのサービス提供内容ごとに報酬を支払ういわゆる出来高払い（訪問介護や通所介護）、②個人への一定範囲のサービス提供に対する包括払い（「包括報酬型」在宅サービスで採用）、③地域の取組や体制の保持に対する包括報酬または事業費（総合事業における一部の補助制度もこれに該当）などが考えられる。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

- 今後は、「包括報酬型」在宅サービスが地域のインフラとしてサービス提供体制を維持しているコストをカバーするといった発想から、一定のサービス基盤を維持していることに対する包括報酬の支払い（ここでは仮に「地域包括報酬」と呼ぶ）を検討していくことも必要だろう。サービス提供事業者の経営の安定性を確保することは、人材の確保や事業者の健全な経営を守るためにも重要な観点である。
- 「地域包括報酬」の考え方は、離島や中山間地の集落などにも適用できる。これらの地域においては在宅介護サービス事業所を複数整備することが現実的でない場合も多い。単に需要が少ないだけでなく、利用者像も刻々と変化するため、固定的な機能しか持たない介護サービスでは、ニーズに応じることは困難である。こうした地域では、行政が担ってきた地域の仕組みづくりや地域包括支援センターの一部の機能を持たせたような複合的で多機能な拠点を、現行の基準よりも、より地域の実情にあった形で緩和して整備することができるようモデルを検討していくべきであろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

- 「生活全体を支えるマネジメント」へ
- 2040年に向けて、家族のニーズではなく、本人のニーズに合った生活の実現に向けて地域資源を結び付け、その活用を通じて、可能な限り本人の望む生活を支援していく個別性の高いケアマネジメントを実現していくことが求められる。
- 介護支援専門員は、医師や看護師、介護福祉士等の資格とは異なり、歴史的に介護保険制度の中でその役割が規定されてきた経緯もあり、ケアマネジメントが介護保険制度内のサービス給付管理の範囲にとどまる傾向も見られる。今後、ケアマネジメントは、介護保険以外の公的制度と連携していくことは当然として、地域の民間サービスや住民主体の活動など、地域で生活を継続していく中で必要とされる資源を適切に組み合わせる能力がこれまで以上に求められるであろう。すでに、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメントや、自立支援型地域ケア会議において、ケアマネジメントの視点は、介護保険制度の枠をこえて、民間サービスや地域の住民活動までその範囲を広げている。
- 今後、地域包括ケアシステムが「生活全体を支える仕組み」に向かっていく中で、介護支援専門員の機能が変化しないのであれば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の計画作成責任者やサービス担当責任者、あるいは小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が現在のケアマネジメント機能の大半を担うことも考えられるだろう。

地域包括ケア研究会報告書2019.3

- ・生活全体を支援するサービス
- ・介護保険のみでなく、地域も含めた活用
- ・出来合いのサービスを提供するのではなく、利用者に合わせてチューニング（→包括報酬型サービスが向いている）
- ・運営推進会議の活用も含め、参加と協働を促す仕組み（コーディネーター機能）
- ・地域づくりの拠点、包括のブラン奇的存在
- ・重要なインフラとしての機能を評価した報酬体系も

総合相談支援事業の一部委託（介護保険法施行規則の改正）

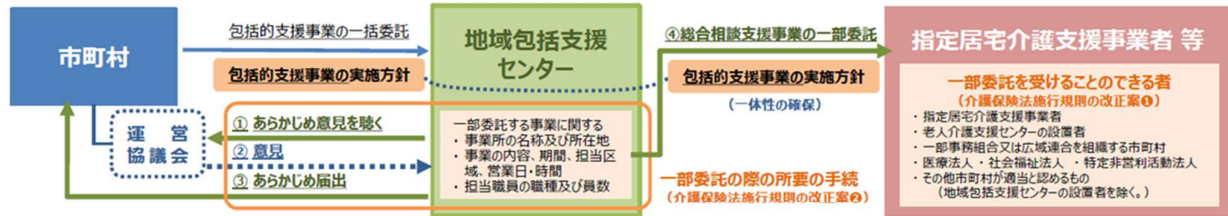
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

○ また、総合相談支援業務について、センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、居宅介護支援事業所などの地域の拠点のブランチやサブセンターとしての活用を推進することが適当である。総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である。

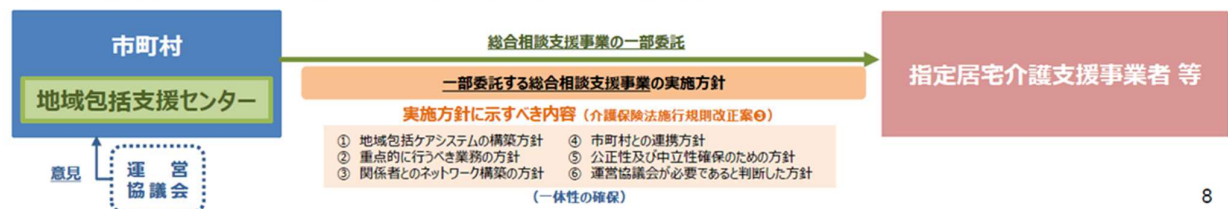
介護保険法
施行規則の改正
(案)

- 一部委託を受けることのできる者について、指定居宅介護支援事業者のほか老人介護支援センターの設置者などを定める。
- 委託型センターが一部委託を行う際は、あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で所定の事項を届け出ることとする。
- 一部委託を受けた者は市町村が定める包括的支援事業の実施方針に従い事業を実施することとなるが、市町村直営型センターが一部委託を行う際の実施方針として示すべき内容を定める。

パターン1. 地域包括支援センター（委託型）の設置者が一部委託をする場合



パターン2. 地域包括支援センター（市町村直営型）が一部委託をする場合



8

75

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

（参考）介護サービス施設・事業所が総合相談支援事業の一部を受託する場合の取扱い

○ 介護サービス施設・事業所が総合相談支援事業の一部の委託を受ける場合、当該施設・事業所の介護サービス従事者が総合相談支援事業の業務を兼務する場合は、人員配置基準の範囲内で兼務可能とし、具体的な取扱いは以下のとおり整理される。



○ 介護サービス施設・事業所の人員配置基準の範囲内で兼務可能

- 専従が求められている職種に従事する者は原則として兼務はできないが、利用者の処遇に支障がない場合等に同一敷地内にある他の事業所の職務に従事することが可能とされている場合は、支障がない範囲で兼務可能
- 専従が求められている職種に従事していない勤務時間帯は当該従事者が総合相談支援事業に従事可能
- 通所介護等の生活相談員については「利用者の地域生活を支える取組のために必要な時間」として本来業務の一環として行うことが可能

（例）（※通知事項）

| | |
|------------------------|--|
| 居宅介護支援事業所等の管理者 | 管理上支障がない場合は同一事業所の他の職務として兼務可 |
| 居宅介護支援事業所等の介護支援専門員 | 専従規定はないため兼務可（兼務時間を含めて介護支援専門員の勤務時間としてカウント可） |
| 小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員 | 当該業務に従事する時間帯以外は総合相談支援事業に従事可 |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

76

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理及び総合事業の充実に向けた工程表について（報告）

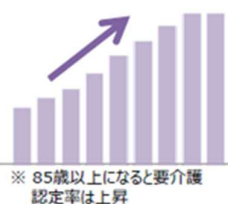
厚生労働省老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

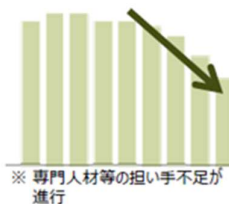
総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加

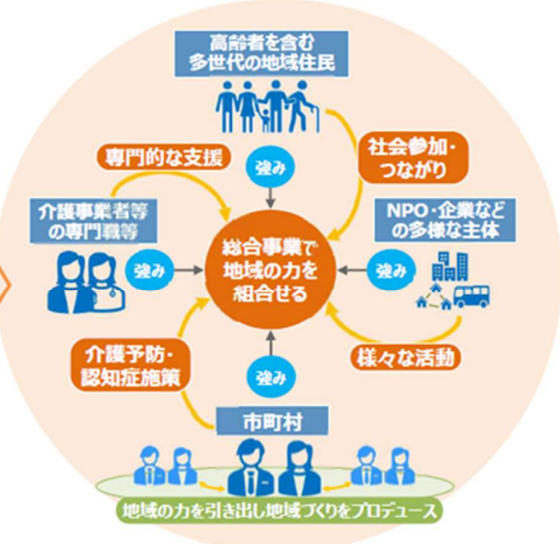


現役世代の減少



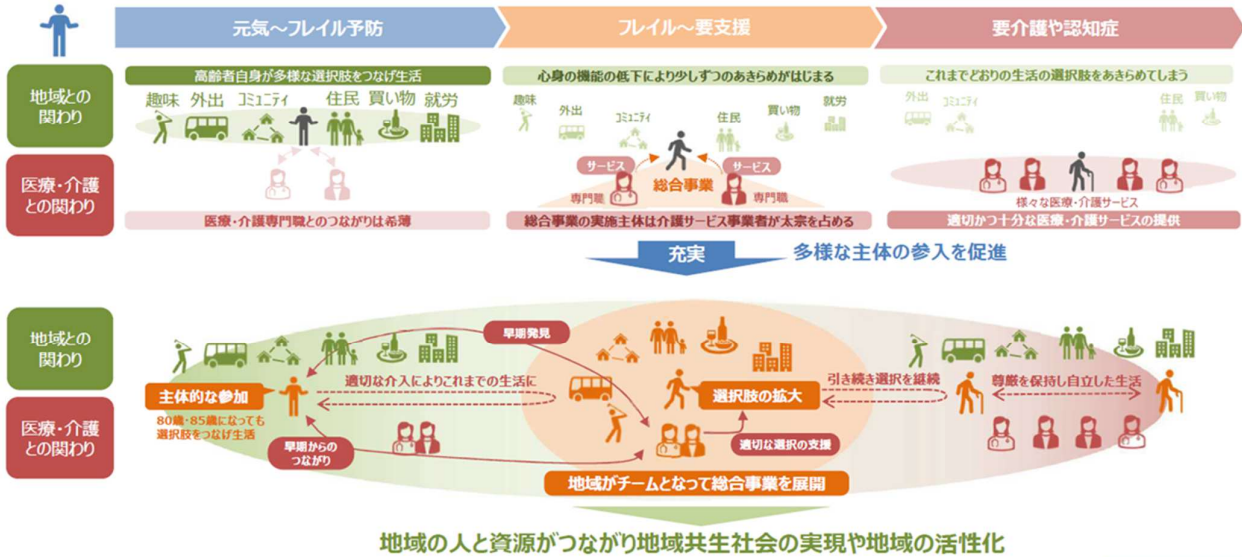
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々

地域共生
社会の実現



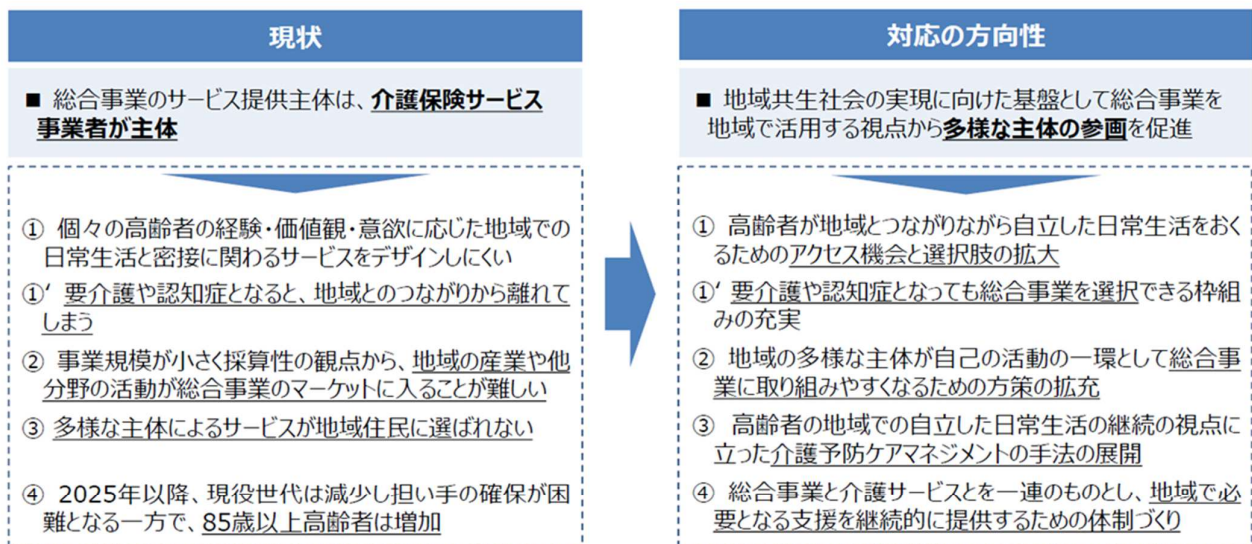
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 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寄り合いながら、**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、高齢者が元気なう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。



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

総合事業の充実のための対応の方向性



高齢者一人一人の
介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



総合事業により創出される
価値の再確認

- ・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）
- ・地域で必要となる支援の提供体制の確保

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

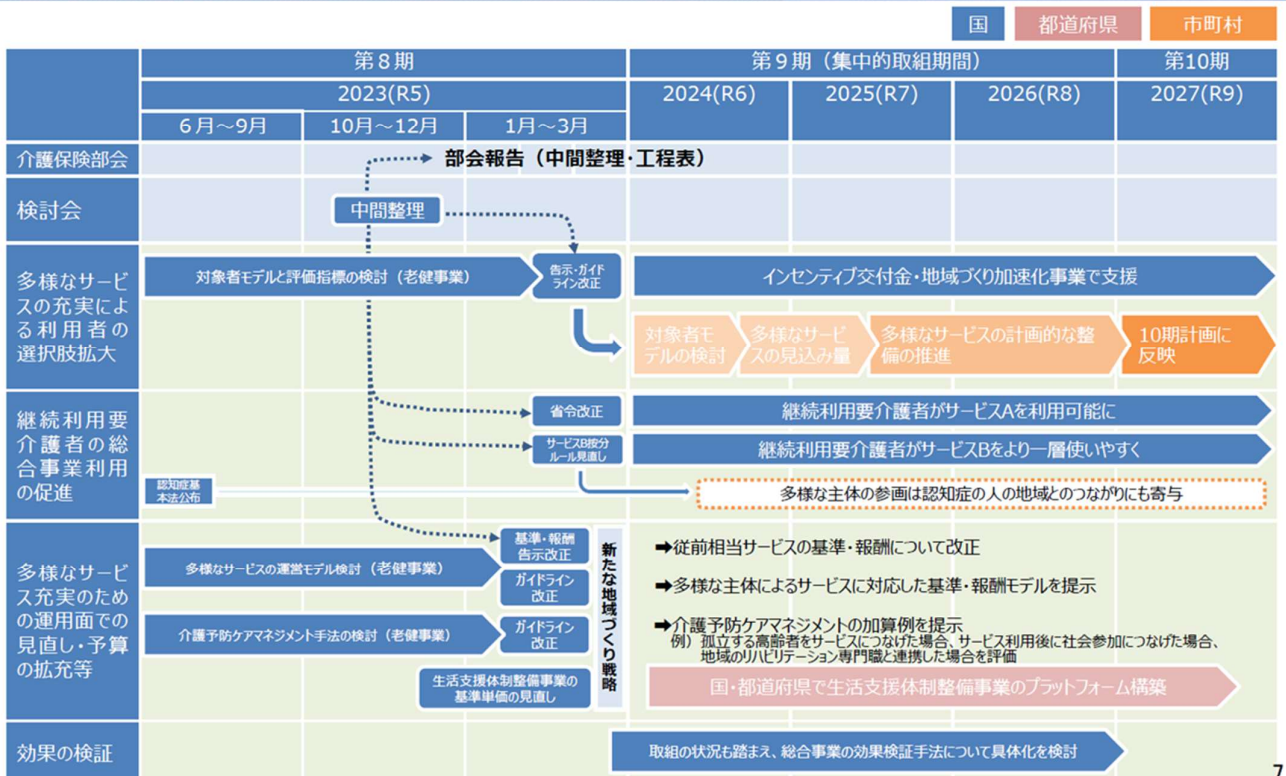
総合事業の充実のための具体的な方策

インセンティブ交付金や伴走的支援等を通じて、市町村を支援

- 1 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大
- 2 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充
- 3 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開
- 4 地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

- 高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方
 - 現行のガイドラインで例示するサービスAとサービスBは“誰が実施主体か”で分類（交付金との関係あり）
 - 予防給付時代のサービス類型を踏襲、一般介護予防事業や他の施策による活動と類似する活動もある
 - “サービスのコンセプト”を軸とする分類も検討
 - 例）高齢者が担い手となって活動（就労的活動含む）できるサービス ・ 高齢者の生活支援を行うサービス
 - 訪問と通所、一般介護予防事業、保険外サービスなどを組み合わせたサービス・活動モデルを例示
 - 高齢者の生活と深く関わる移動・外出支援のための住民活動の普及
- 継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充（認知症施策や就労促進にも寄与）
 - 要介護や認知症となっても地域とのつながりを持ちながら自立した日常生活をおくることのできるよう対象を拡大
 - 現行の利用対象サービスをサービスAに拡大するとともに、サービスBの補助金ルールを見直し
- 市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示
 - 支援パッケージを活用し、総合事業の基本的な考え方やポイントを提示
 - 新たな地域づくりの戦略を公表し、具体的なイメージを提示
 - ガイドライン等で総合事業の運営・報酬モデルを提示
- 地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築
 - 国や都道府県に生活支援体制整備事業プラットフォームを構築し、民間や産業との接続を促進
 - 生活支援体制整備事業の活性化を図るため、民間や産業と地域住民をつなげる活動を評価
 - 商業施設等も参画しやすくなるための取組み（事業が行われる居室の採光のあり方）を検討
- 高齢者や家族に多様なサービスを選んでもらうための介護予防ケアマネジメント
 - 多様なサービスの利用対象者モデルを提示
 - 多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデルを提示
 - 高齢者を社会参加につなげた場合や、孤立する高齢者を地域の生活支援につなげた場合の加算の例示（推奨）
 - 地域のリハ職と連携して介護予防ケアマネジメントを行った場合の加算の例示（推奨）
 - 介護予防ケアマネジメントの様式例に従前相当サービスを選択した場合の理由を記載する欄を追加
- 総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくり
 - 評価指標に、専門人材がより専門性を発揮し、必要な支援を提供するための体制を確保する視点を導入

総合事業の充実に向けた工程表



I. 総合事業の充実に向けた基本的な考え方

(2025年以降の我が国の人口動態)

- 2025年以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、85歳以上人口は2035年頃まで一貫して増加し、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していく。
- また、こうした人口動態は地域によって異なり、地域で暮らす人々や高齢者を支える地域資源の状況も地域によって様々である。

(市町村が中心となり総合事業で地域の力を組み合わせる)

- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、地域に暮らす高齢者の立場に立ち、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより一層その専門性を発揮しつつ、高齢者を含む多世代の地域住民、地域運営組織、NPOや民間企業などの多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるといった視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要である。
- 総合事業をこうした地域共生社会の実現のための基盤となるものと位置づけ、その充実を推進することが適当である。

2023-09-13

【直言】“地域包括ケアシステム”はもはやファンタジー！ このバスに乗り続けて大丈夫なのか＝結城康博

ニュース 介護のニュースサイト Joint 介護コラム 介護報酬改定



《 淑徳大学総合福祉学部 結城康博教授 》

第5回大会

日本地域包括 ケア学会

Japan Society of Community Based Integrated Care

2023/12/17 (Sun)
13:30-17:30
START END

ハイブリッド開催

<参加方法>

- ・オンライン参加 (ZOOM ウェビナー)
- ・会場参加 (日本医師会館 小講堂) ※定員 100 名

2024年度同時改定とその後の地域包括ケアシステム構築

学会スケジュール

開会式
(13:30)

開会挨拶 田中 滋氏(日本地域包括ケア学会 理事長)
来賓挨拶 松本 吉郎氏(日本医師会 会長)

基調講演
(13:40)

「地域包括ケアシステムの具体化について」
座長 鈴木 邦彦氏(日本地域包括ケア学会事務局長)
講演 松田 晋哉氏(日本地域包括ケア学会副理事長)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

85

医療計画・介護保険事業計画

第7期 稲沢市

介護保険事業計画・高齢者福祉計画

2018 (平成 30) 年度～2020 (平成 32) 年度

～高齢者と共に生きる地域環境づくり～



稲沢市

2018 (平成 30) 年 3 月

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

86

本日の内容

介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023

第16回：行政対応・地域分析

～外部環境の変化を知り、対応することの重要性～

- ・ 外部環境について
- ・ 地域包括ケア研究会報告書より
- ・ 地域ごとの分析
- ・ 総合事業のゆくえ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

87

天晴れ介護サービス「ACGs」！

APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス
介護現場をよくする21のテーマ



Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

88

5月より

| 月 | 内容 | 月 | 内容 |
|-----|------------------------------|-----|----------------------------|
| 5月 | 環境 接遇 | 11月 | 介護者支援 対人援助職の基本姿勢 |
| 6月 | 生活の安定・安全 喜び・楽しみ | 12月 | 行政対応・地域分析 事業・サービス |
| 7月 | 家族・地域 事業所の維持 | 1月 | 収支 人事・組織 |
| 8月 | チームワーク 健康管理 | 2月 | 法令遵守・リスクマネジメント 指導・育成・管理 |
| 9月 | ADLの自立・重度化予防 IADL支援 | 3月 | 事業計画・目標達成 まとめ |
| 10月 | 認知症症状の緩和・進行予防 社会交流・意欲・楽しみ | | |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

89

継続的な学習の重要性！

■成長のために

- ・ **ギャップ**を埋める & **強み**を活かす
- ・ **時間とエネルギー**をかけた分だけ成長する
- ・ **よい情報を浴び続ける**、そういう**環境**に身を置く
- ・ **成長は螺旋階段**、その時々で**受け取るものも違う**
- ・ **ミラーニューロン効果**（思考・行動に影響、**時間差で効果!**）、**感度**が高まる
- ・ **知れば知るほど分からないこと**が増える、**知りたいこと**が増える
- ・ **学びが理想**をつくり、**理想が学び**を生む

■メンテナンスのために

- ・ いつも良い状態を保てるとは限らない……。
- ・ **定期的に軌道修正**させてくれる、**人・環境の存在**が必要

■自分自身、そしてチームワーク

- ・ **シャンパンタワー**：自分が満ち足りて、人を満たすことができる
- ・ **研修はチームで参加**、普段は話さないことも話す、施設を越えた連携

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

90

継続的な学習の機会を持つために



影響力・インパクト



回数・頻度

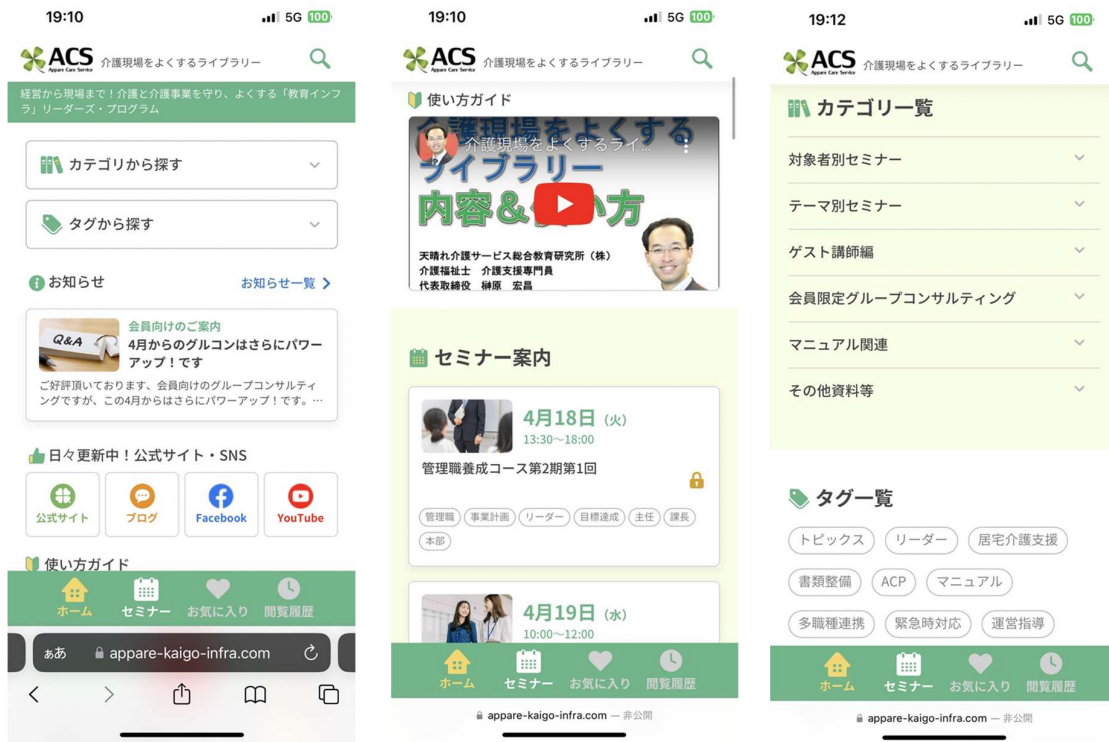


$$\text{習慣化} = \text{インパクト} \times \text{回数}$$

研修・動画の内容 経営から現場まで400本以上！

- 経営者・経営幹部向けセミナー（20時間相当 + α ）
- 管理職向けセミナー（20時間相当 + α ）
- ケアマネジャー向けセミナー（10時間相当 + α ）
- 全職員向け法定研修シリーズ（10時間相当 + α ）
- 新人職員向けセミナー（10時間相当）
- 赤本・青本・緑本通読セミナー（20時間相当 + α ）
- 1日集中講座シリーズ！（30時間相当）
（稼働率、人材確保、管理職養成、実地指導、ケアマネジメント等）
- 令和3年度介護報酬改定セミナー（10時間相当）
- リーダー、相談援助職のための説明力向上講座（5時間相当）
- 最新情報&トピックス「マンスリー・ジャーナル」（20時間相当）
- 工藤ゆみさんのコミュニケーション力向上講座（20時間相当）
- 進絵美さんの面談スキル向上講座（5時間相当）
- 吉村NSの看護セミナー（5時間相当）
- ケアマネジャー受験対策セミナー（15時間相当）

介護現場をよくするライブラリー



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

93

Facebookライブ！／YouTube動画



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

94

報酬改定の特設サイト作っています！



まずは、↓↓↓の動画をご覧くださいませ！

「報酬改定対応のガイダンス動画」です



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

95

介護現場をよくする21のテーマ「ACGs」

ご清聴ありがとうございました！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

96