令和７年度　老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の計画的整備や効果検証手法に関する調査研究

【報告書】

令和８（２０２６）年３月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

＜目次＞

第 1 章 事業の概要 1

1 事業の背景・目的 1
2 事業の内容 2

第 2 章 モニター府県内市町村におけるワークシートの活用・意見聴取 . 4

1 ワークシートの作成・配布 4
2 ワークシートの活用方法等に関する説明会の実施 5
3 「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査の実施 6

第 3 章 アンケート調査結果 7

1 WS の活用状況等 7
2 アウトカム指標 9
3 WS の各項目の有用性 12
4 総合事業の取組を進める上での、これまでの意識の有無 14
5 地域支援事業の実績報告書等のファイルの読み込みについて 15
6 第 9 期介護保険事業計画における総合事業の従前相当サービスの見込量の考え方 16
7 2040 年に向けた「従前相当サービス」の提供量の見込み 17
8 継続した従前相当サービスの提供に向けた取組の状況 20
9 説明会への参加状況 21
10 各市町村に当てはまる課題の有無 22

第 4 章 「総合事業の充実に向けたワークシート」の改修 23

1 ワークシートにガイド文を追加 23
2 ワークシートの構成の変更 25
3 需要と供給状況イメージの自動表示機能の追加 26
4 バックデータの更新等 28

第 5 章 （改修版）ワークシート等に基づいた施策の方向性の検討（例） 29

1 甲県甲市 31
1.1 出力結果の分析 31
1.2 考えられる施策の方向性 39

2 乙県乙市 40
2.1 出力結果の分析 40
2.2 考えられる施策の方向性 48
3 丙県丙市 50
3.1 出力結果の分析 50
3.2 考えられる施策の方向性 60
4 丁県丁市 62
4.1 出力結果の分析 62
4.2 考えられる施策の方向性 72

第 6 章 まとめ 74

1 第 10 期介護保険事業計画への反映に向けたワークシートの周知の必要性 74
2 市町村におけるアウトカム指標把握の現状と今後の対応策 75
3 事業費・上限額の把握と管理効率化に向けた今後の方向性 75
4 ワークシートを活用した多様なサービス・活動の見込み量の推計と計画的な整備 76

資料編 77

第 1 章　事業の概要

1　事業の背景・目的

- 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年 12 月 22 日）[1]においては、「高齢者の地域における自立した日常生活の支援や社会参加を促進する観点から、総合事業の充実について、第10期介護保険事業計画期間以降を見据え、第9期介護保険事業計画期間（令和6～令和8年度）を通じた工程表を作成し、総合事業の活性化に向けた具体的な方策を講ずることにより、保険者が集中的に取り組むことのできる環境整備を進めることを検討する。」とされた。
- それを受け、「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」（令和5年 12 月7日）（介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会）においては、その充実に向けた具体的な方向性が示され、令和6年8月5日に地域支援事業実施要綱及び介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインの全面的な改正が行われた[2]。
- このような背景のもと、各市町村においては第 10 期介護保険事業計画期間以降を見据えて、総合事業の充実に向けた取組を推進していくことが求められている。
- また、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和7年 12 月 25 日）（社会保障審議会介護保険部会 ）では、各市町村が、総合事業のサービス・活動の実施状況について適切に評価を行い、当該評価を踏まえて実効的に改善を図ることができるよう、自治体の関係者が取り組みやすくなるような効果検証手法の具体化が求められている。
- 本事業においては、地域支援事業実施要綱および介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインの改正内容などを踏まえたうえで、昨年度事業[3]で開発した「総合事業の充実に向けたワークシート」について、アンケート調査やモニター市町村における試行の結果等を踏まえてそのブラッシュアップを行う。そして、全国の市町村に対してその計画策定・評価ツールを提供・発信することで、第 10 期介護保険事業計画における総合事業のより一層の充実につなげることを目的として実施した。

---

[1] 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年 12 月 22 日）P.17
（https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20231222_antore.pdf）

[2] 総合事業の関係規定等
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html）

[3] 令和 6 年度老人保健健康増進等事業【報告書】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
（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2025/04/houkatsu_02_2504_01.pdf）

2　事業の内容

（1）モニター府県内市町村におけるワークシートの活用・意見聴取

- 4府県（山梨県、大阪府、広島県、熊本県）にモニターとしてご協力をいただき、モニター4府県の管内市町村を対象に、令和6年度に作成した「総合事業の充実に向けたワークシート」の活用促進や意見等を収集することなどを目的として、①ワークシートの作成・配布（「地域支援事業交付金事業実績報告書_ファイル」や「総合事業上限算定の手引き_ファイル」の読み込みを含む）、②ワークシートの活用方法等に関する説明会の実施、③「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査を実施した。
- ②ワークシートの活用方法に関する説明会で使用した資料や③「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査の調査票は、本報告書の資料編に掲載する。

（2）「総合事業の充実に向けたワークシート」の改修

- 令和6年度に作成した「総合事業の充実に向けたワークシート」を、アンケート調査やモニター市町村による試行等を踏まえて、改修を行った。
- 主な改修事項は、下記の通り。
  - ワークシートの枠外に、データの見方やその背景として考えられる要因等を解説したガイド文を追加。
  - ワークシートの構成を大きく４つに分けて、「1 人材の視点」「2 財政の視点」「3 高齢者の視点」「4 第 11 期に向けたシミュレーション」に変更。
  - 市町村ごとに需要と供給状況のイメージを自動で表示できる機能を追加
  - 各種最新データを表示できるようバックデータを更新

  ※上記以外にも、最終アウトカム「調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）」を自動表示できるようにするなど、使いやすさを向上させ、使用する市町村の負担軽減にも考慮している。
- 出力結果の確認の視点や「地域支援事業交付金事業実績報告書_ファイル」等の読み込み方法等をまとめた、（改修版）「総合事業の充実に向けたワークシート」の説明書は、本報告書の資料編に掲載する。
- また、（改修版）「総合事業の充実に向けたワークシート」は、弊社のHPに掲載する。

（3）（改修版）ワークシート等に基づいた施策の方向性の検討

- 4市にモニター市町村としてご協力をいただき、試行いただいた（改修版）「総合事業の充実に向けたワークシート」から出力されるデータやそれに基づいたヒアリング・ディスカッションを行い、モニター市町村ごとに、ワークシートの出力結果に対する分析や考えられる施策の方向性について検討を行った。

（4）「総合事業の充実に向けたハンドブック」の作成

- （改修版）「総合事業の充実に向けたワークシート」に表示されるデータの見方やその背景として考えられる要因など、関係者間で議論する際の材料をまとめた「総合事業の充実に向けたハンドブック」を作成した。
- 作成したハンドブックは、印刷・製本して全国の都道府県・市区町村に配布するとともに、本報告書の資料編、弊社のHPに掲載する。

第 2 章　モニター府県内市町村におけるワークシートの活用・意見聴取

・　4府県（山梨県、大阪府、広島県、熊本県）にモニターとしてご協力をいただき、モニター4府県の管内市町村を対象に、令和6年度に作成した「総合事業の充実に向けたワークシート」の活用促進や意見等を収集することなどを目的として、以下の1～3について実施した。

1　ワークシートの作成・配布

・　3 県（山梨県、広島県、熊本県）内の市町村に対して、令和 6 年度に開発した「総合事業の充実に向けたワークシート」ファイルを各市町村用に作成し、配布を行った（大阪府については、すでに、府が管内市町村分のワークシートを作成し、配布していたため、当社での作成は行っていない）。

・　各市町村用のワークシート作成にあたっては、各市町村に「地域支援事業交付金事業実績報告書_ファイル」や「総合事業上限算定の手引き_ファイル」の当社への提供についてご承諾をいただき、当社にて読み込み作業を行った。

2　ワークシートの活用方法等に関する説明会の実施

・　各市町村用のワークシートを作成・配布した後、「総合事業の充実に向けたワークシート」の活用方法について解説を行うことを目的として、「総合事業の充実に向けたワークシートの活用方法等に係る説明会」を実施した。

・　開催概要は下記の通り。なお、説明会に出席できない市町村向けに、当日の様子の録画動画をYouTube にて限定公開して共有を行った。

■ 開催日時 ：令和7年11月14日（金） 10:30～12:00

■ 対　　象 ：介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、介護保険事業計画策定、地域包括ケアシステム、介護保険制度等に関わる職員の方

■ 参加方法 ：Zoom によるオンライン開催

■ プログラム：下記の通り

＜プログラム＞

内容	説明者
総合事業充実に向けたワークシートの活用方法について ※実際の市町村のデータを例に、データの見方やワークシートの活用方法等について解説	三菱UFJリサーチ＆コンサルティング（株） 政策研究事業本部　社会政策部 主席研究員　岩名礼介
アンケート調査について ※ワークシートをご確認・ご活用いただくことを前提としたアンケート調査の概要について説明	三菱UFJリサーチ＆コンサルティング（株） 政策研究事業本部　社会政策部 部長・上席主任研究員　鈴木俊之
質疑応答	

3　「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査の実施

・　モニターとしてご協力をいただいた4府県（山梨県、大阪府、広島県、熊本県）の管内市町村（138市町村）を対象に、アンケート調査を実施した。

・　主な調査項目は下記の通りである。なお、本アンケート調査の集計結果については、第 3 章にまとめて掲載している。

＜主な調査項目＞

✓	ワークシートの認知・活用状況等
✓	総合事業に対する考え方の変化や第 10 期計画に向けた課題等に関する気付き、具体的な内容
✓	ワークシートを活用した庁内関係課や関係機関等との議論の実施状況、具体的な内容
✓	ワークシートにおけるアウトカム指標の把握状況や把握の可否等、把握方法、把握が難しい理由、生活支援・介護予防・社会参加等の観点から有用と考えるアウトカム指標
✓	市町村の現状・課題の把握、今後の取組方針の検討などの観点でのワークシートの各項目の有用性、有用でないと考える理由、有用と考える理由
✓	総合事業の取組を進める中での「高齢者の視点」「人材の視点」「財政の視点」を意識した検討状況
✓	ワークシートにおける地域支援事業実績報告書等の読み込みの可否、読み込みが難しいと感じる理由
✓	ワークシートの改善すべきポイント（集計項目、操作性、デザイン、その他）
✓	第 9 期計画における従前相当サービスの見込み量の考え方、具体的な内容
✓	ワークシートの「人材の視点」「高齢者の視点」「財政の視点」を確認した上での 2040 年に向けて「従前相当サービスの提供量」の見込み
✓	今後も、専門職によるサービス提供の必要性が高い要支援者等に、継続して従前相当サービスを提供していくために必要と考えられる取組の実施状況
✓	ワークシートの活用方法等に係る説明会への参加状況　／等

第 3 章　アンケート調査結果

「総合事業の充実に向けたワークシート（以下、WS）」について、モニター府県内の市町村から意見等を収集することを目的としたアンケート調査を実施した。

調査の実施概要と回収率は、以下のとおりである。

実施方法 ： Excel の調査票を、モニター府県を通じてメールで送付。回収は、回答済みの Excel ファイルを当社宛てに直接メールで送付。
調査期間 ： 2025/11/25（火）～2026/1/5（月）回収分までを集計
調査対象 ： 山梨県、大阪府、広島県、熊本県の市町村
回 収 率 ： 70.3%（97 市町村/138 市町村）

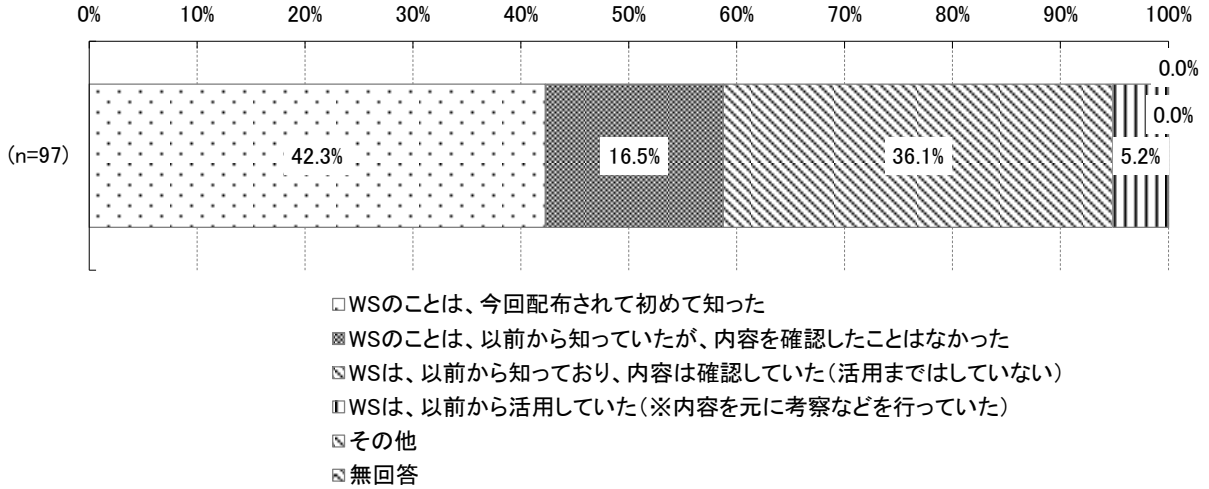
※　四捨五入のため、グラフ内の数字は内訳と合計が一致しない場合がある。

1　WS の活用状況等

（1）WS の認知・活用の状況

「WS のことは、今回配布されて初めて知った」の割合が最も高く 42.3%である。次いで、「WS は、以前から知っており、内容は確認していた（活用まではしていない）」（36.1%）、「WS のことは、以前から知っていたが、内容を確認したことはなかった」（16.5%）である。

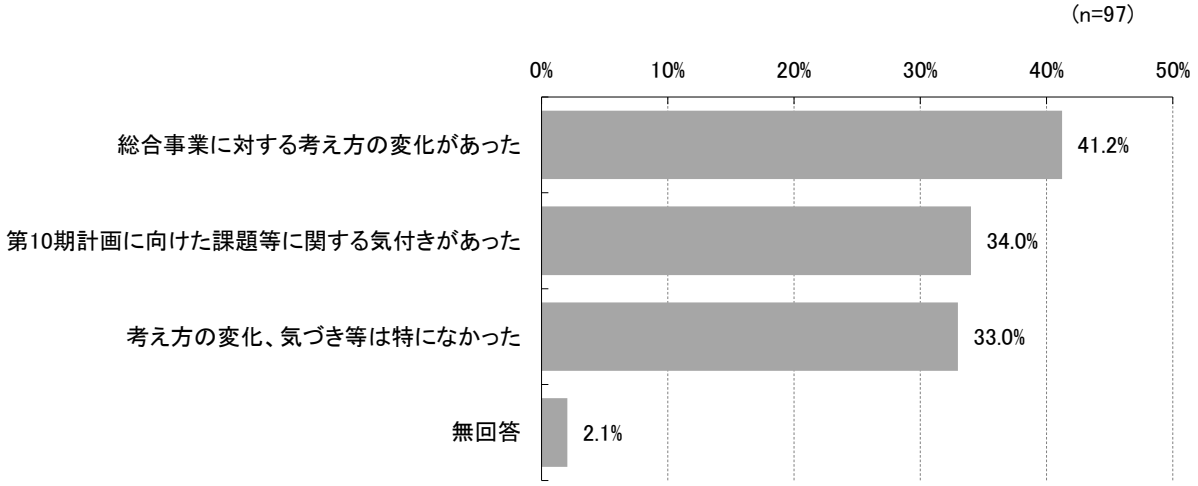
図表 3-1　WS の認知・活用の状況



（2）WS から得られた気付き・総合事業に対する考え方の変化

「総合事業に対する考え方の変化があった」の割合が最も高く 41.2%である。次いで、「第 10 期計画に向けた課題等に関する気付きがあった」(34.0%)、「考え方の変化、気づき等は特になかった」(33.0%)である。

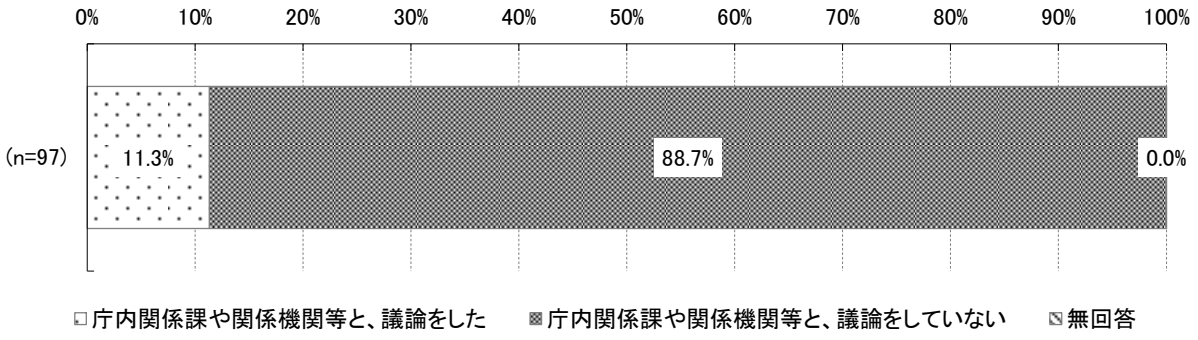
図表 3-2 WS から得られた気付き・総合事業に対する考え方の変化



（3）WS を活用した庁内関係課や関係機関との議論の有無

「庁内関係課や関係機関等と、議論をしていない」の割合が最も高く 88.7%である。次いで、「庁内関係課や関係機関等と、議論をした」(11.3%)である。

図表 3-3 WS を活用した庁内関係課や関係機関との議論の有無

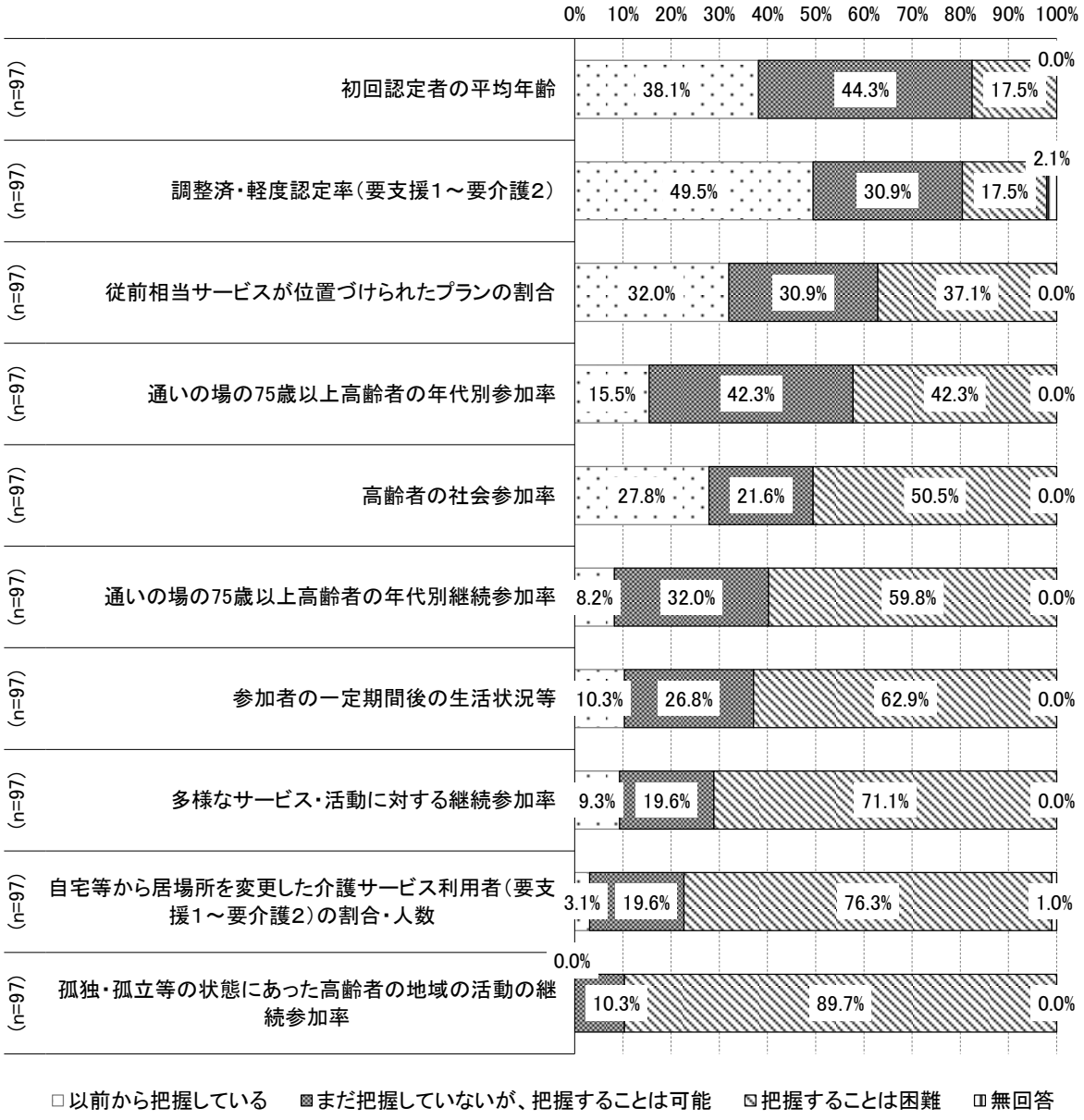


2　アウトカム指標

(1) 把握の状況、把握の可否

「以前から把握している」と「まだ把握していないが、把握することは可能」の割合の合計に着目すると、「初回認定者の平均年齢」における割合が最も高く 82.5%である。次いで、「調整済・軽度認定率(要支援1～要介護2)」(80.4%)、「従前相当サービスが位置づけられたプランの割合」(62.9%)である。

図表 3-4　アウトカム指標の把握の状況、把握の可否
(「以前から把握している」+「まだ把握していないが、把握することは可能」の降順)



（2）把握方法(例)

WS で使用しているアウトカム指標について、「以前から把握している」もしくは「まだ把握していないが、把握することは可能」と回答した市町村における、その具体的な把握方法は以下のとおり。

図表 3-5 アウトカム指標の把握方法(例)

アウトカム指標	把握方法(例)
①従前相当サービスが位置づけられたプランの割合	・ 地域包括支援センターの給付管理システムで、大まかな割合は把握可能 ・ 国保連合会に提出する給付管理表をもとに集計可能 ・ 独自作成している名簿から集計 ・ 従前相当サービスを利用する際には、会議を開催し、従前相当サービス利用の必要性を審議している ・ 少人数であるため、委託のケアマネジャーからの聞き取りやケアプランの提出で把握可能 など
②高齢者の社会参加率	・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から把握可能 ・ 地域包括ケア「見える化」システムから把握可能 など
③多様なサービス・活動に対する継続参加率	・ 利用申込書、利用者台帳、出席管理表から把握 ・ 地域包括支援センターが把握している ・ 導入している総合事業管理システムに蓄積しているデータを活用 ・ 対象となるプランを確認することで把握可能 ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
④通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別参加率	・ 年1回、通いの場の実施状況の調査を行い、参加者を把握している ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果を、年齢を階級別に分けて集計 ・ 通いの場の参加者名簿から算出することは可能 ・ 実績報告書に参加者の年齢区分の記入欄を設ければ把握可能 など
⑤通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別継続参加率	・ 通いの場の参加者名簿から算出することは可能 ・ 実績報告書に参加者の年齢区分の記入欄を設ければ把握可能 など
⑥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	・ 包括地区担当・社協 CSW に個別ケースで対象者がいるか確認して集計 ・ 対象集落を選定し、民生委員等の協力を得ながら把握できるかもしれない ・ 社協に介護予防把握事業を委託している。名簿を基に訪問しており、2～3年に 1 回は訪問している など
⑦参加者の一定期間後の生活状況等	・ 訪問型サービス・活動 C 利用者に対するフォロー等にて状況確認 ・ 包括地区担当・社協 CSW に個別ケースで対象者がいるか確認して集計 ・ 地域包括支援センターで多様なサービス参加後もアセスメントを行っているため、抽出可能 ・ 町が通いの場に年1回定期的に体力測定の支援をしているため、経年で体力測定の情報を所持している。

アウトカム指標	把握方法(例)
	・ 地域包括支援センター又は生活支援コーディネーターが支援した方については、依頼をすれば後追いが可能 ・ チェックリストを使用したり、半年ごとに面談して評価している など
⑧初回認定者の平均年齢	・ 地域包括ケア「見える化」システムから把握可能 ・ 要介護認定データから把握可能 ・ 新規認定者については、年齢、申請理由等の集計を行っている など
⑨調整済・軽度認定率(要支援1～要介護2)	・ 地域包括ケア「見える化」システムから把握可能 など
⑩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	・ 在宅生活改善調査を実施しているため把握可能 ・ 要支援者の場合は、地域包括支援センターに確認することで抽出可能 ・ 庁内のシステムにて把握可能 など

(3) 把握が困難な理由

WS で使用しているアウトカム指標について、「把握することは困難」と回答した市町村における、その具体的な理由は以下のとおり。

図表 3-6 アウトカム指標の把握が困難な理由

内容	回答数
把握できない／把握していない	33
把握や集計等の方法が分からない	19
負担が大きい	14
全数など把握自体が困難	12
指標の定義が不明瞭	4
継続的な把握、個人の特定は困難	4
必要性を感じない、施策に反映できるか不明	2

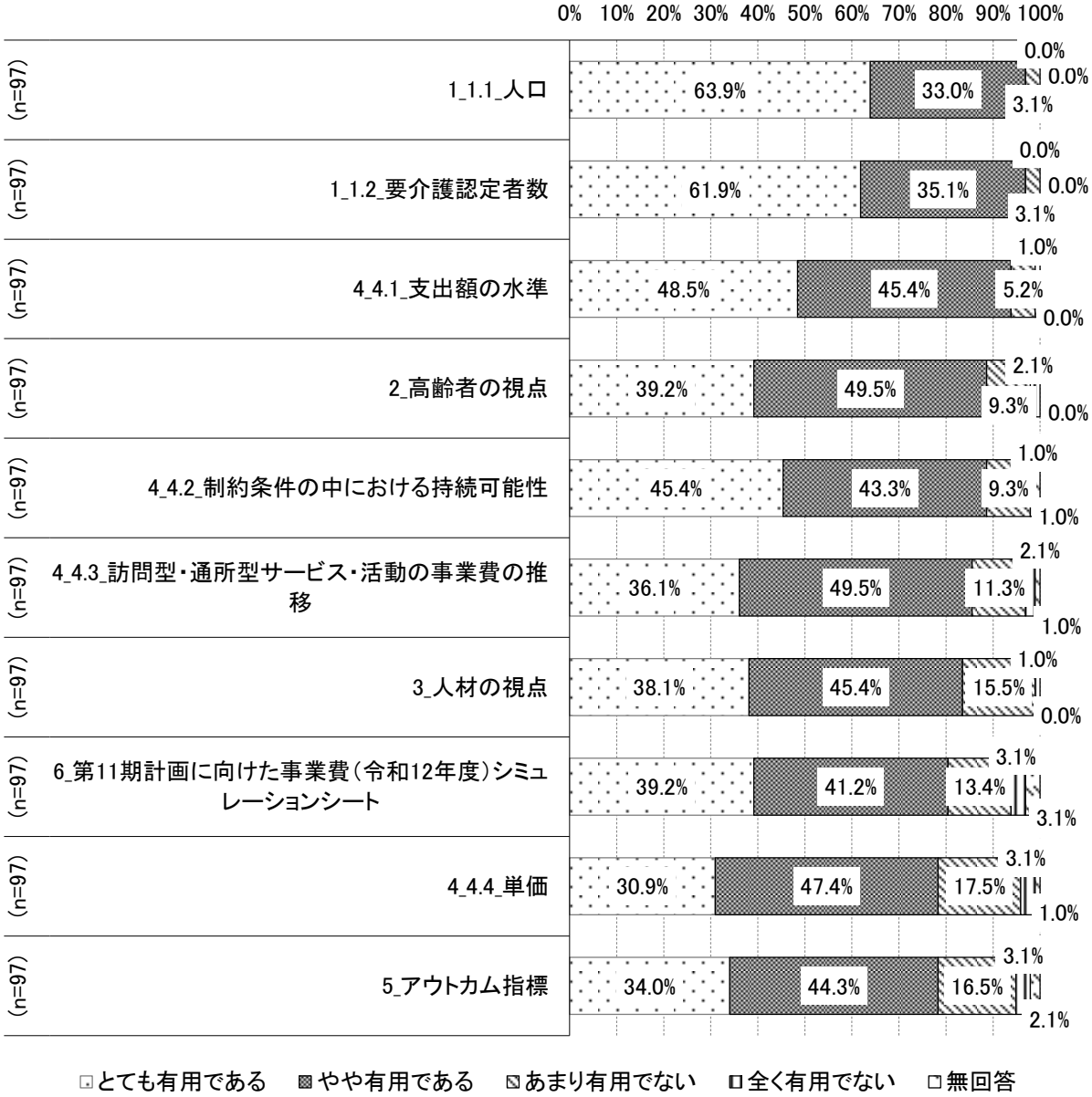
※1つの市町村が複数回答した場合は、複数カウントしている

3　WS の各項目の有用性

(1) 有用性について

「とても有用である」と「やや有用である」の割合の合計に着目すると、「1_1.1_人口」、「1_1.2_要介護認定者数」における割合が高く、それぞれ 96.9%である。次いで、「4_4.1_支出額の水準」(93.8%)、「2_高齢者の視点」(88.7%)、「4_4.2_制約条件の中における持続可能性」(88.7%)である。

図表 3-7　WS の各項目の有用性
(「とても有用である」+「やや有用である」の降順)



（2）有用でない理由

WS の各項目について、「あまり有用でない」もしくは「全く有用でない」と回答した市町村における、その具体的な理由は以下のとおり。

図表 3-8 WS について「あまり有用でない」もしくは「全く有用でない」理由

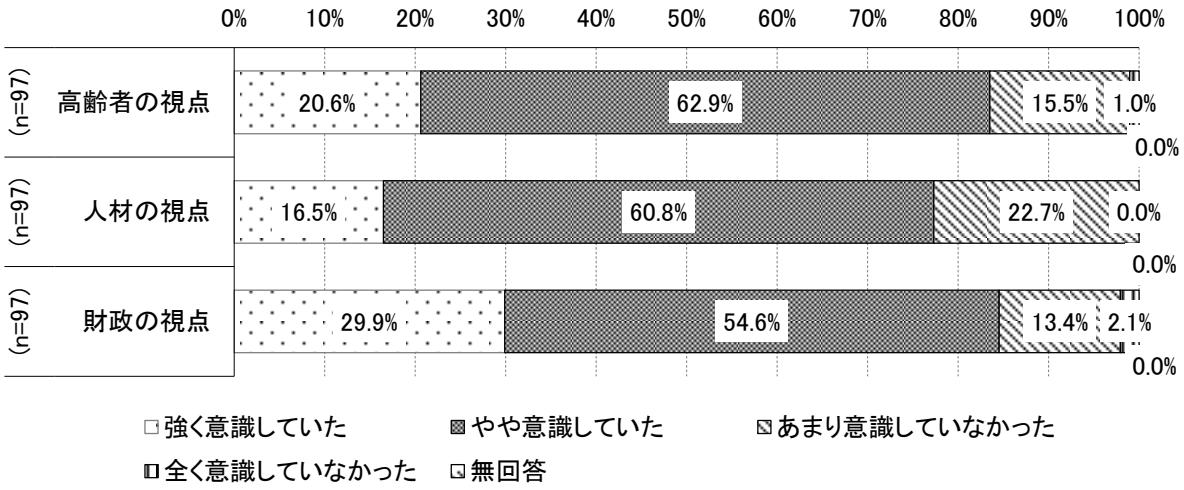
内容	回答数
データの把握方法が分からない	4
従前相当サービスがない／少ないため	3
活用方法がわからない	3
従前相当サービスしかないため	2
資源がなく多様なサービスを創出できない	2
把握している地域の実情と乖離している	2
活用するだけのマンパワーがない	1
その他	4

※1つの市町村が複数回答した場合は、複数カウントしている

4　総合事業の取組を進める上での、これまでの意識の有無

「強く意識していた」と「やや意識していた」の割合の合計に着目すると、「財政の視点」における割合が最も高く 84.5%である。次いで、「高齢者の視点」(83.5%)、「人材の視点」(77.3%)である。

図表 3-9　総合事業の取組を進める上での、これまでの意識の有無

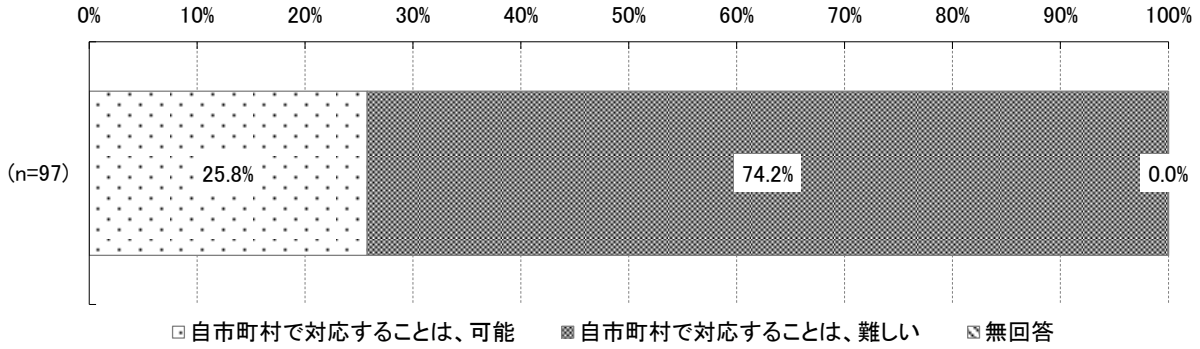


5　地域支援事業の実績報告書等のファイルの読み込みについて

（1）読み込みの可否

「自市町村で対応することは、難しい」の割合が最も高く 74.2%である。次いで、「自市町村で対応することは、可能」(25.8%)である。

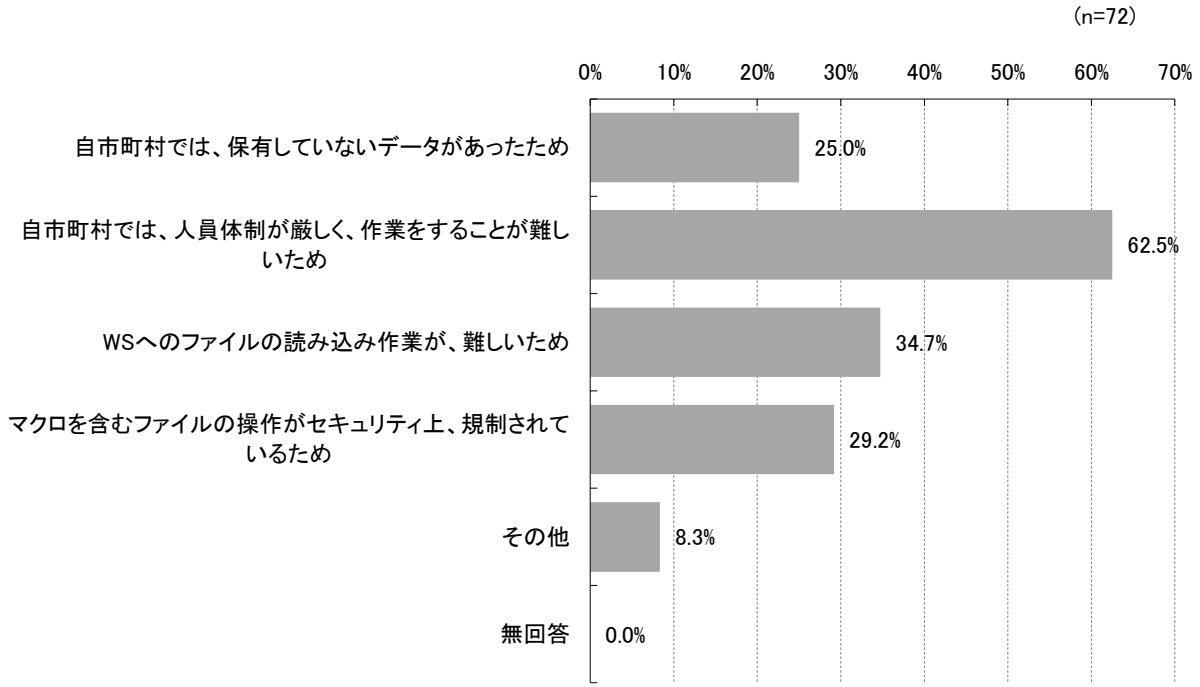
図表 3-10　地域支援事業の実績報告書等のファイルの読み込みについて



（2）難しいと感じる理由

「自市町村では、人員体制が厳しく、作業をすることが難しいため」の割合が最も高く 62.5%である。次いで、「WS へのファイルの読み込み作業が、難しいため」(34.7%)、「マクロを含むファイルの操作がセキュリティ上、規制されているため」(29.2%)である。

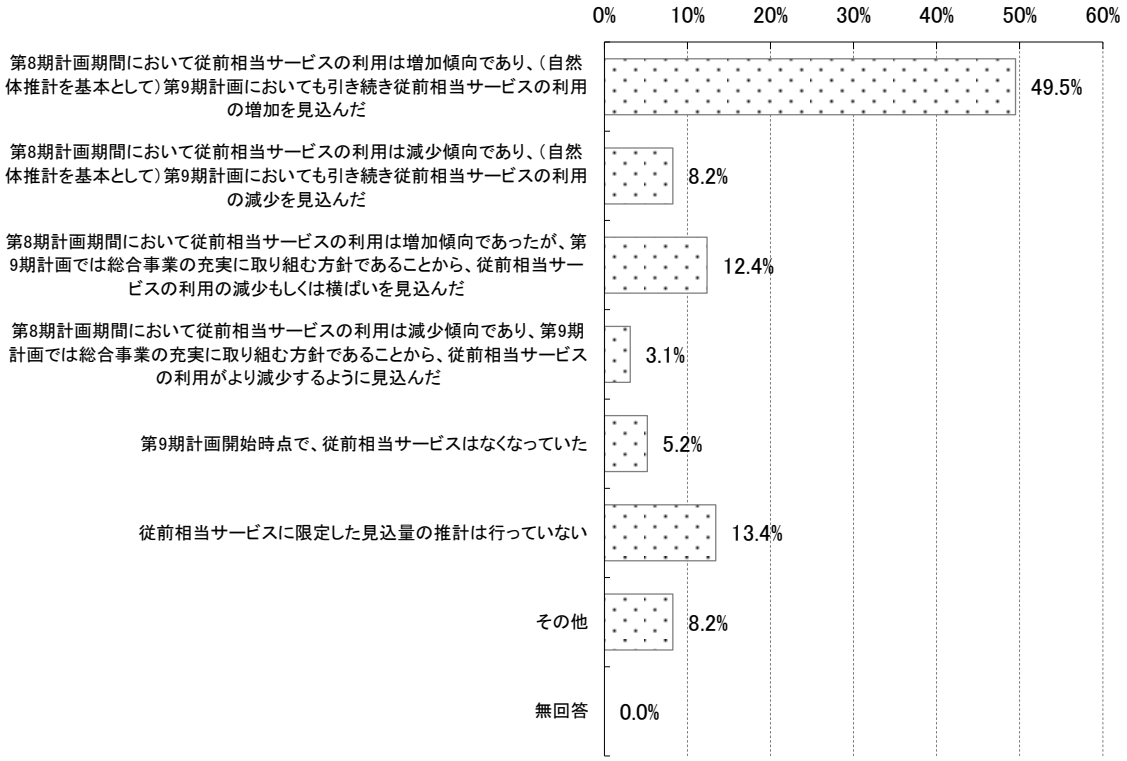
図表 3-11　難しいと感じる理由



6　第 9 期介護保険事業計画における総合事業の従前相当サービスの見込量の考え方

「第 8 期計画期間において従前相当サービスの利用は増加傾向であり、(自然体推計を基本として)第 9 期計画においても引き続き従前相当サービスの利用の増加を見込んだ」の割合が最も高く 49.5%である。次いで、「従前相当サービスに限定した見込量の推計は行っていない」(13.4%)、「第 8 期計画期間において従前相当サービスの利用は増加傾向であったが、第 9 期計画では総合事業の充実に取り組む方針であることから、従前相当サービスの利用の減少もしくは横ばいを見込んだ」(12.4%)である。

図表 3-12　第 9 期介護保険事業計画における総合事業の従前相当サービスの見込量の考え方

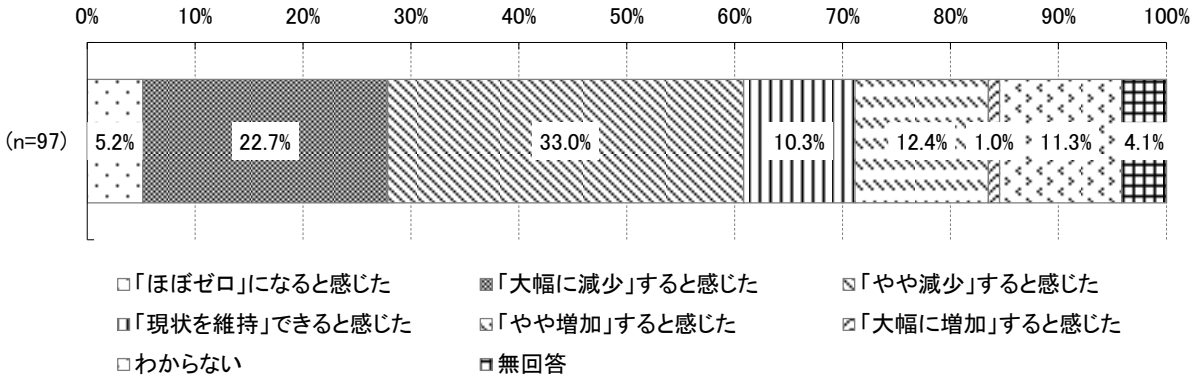


7　2040 年に向けた「従前相当サービス」の提供量の見込み

（1）訪問型サービス

「「やや減少」すると感じた」の割合が最も高く 33.0%である。次いで、「「大幅に減少」すると感じた」(22.7%)、「「やや増加」すると感じた」(12.4%)である。

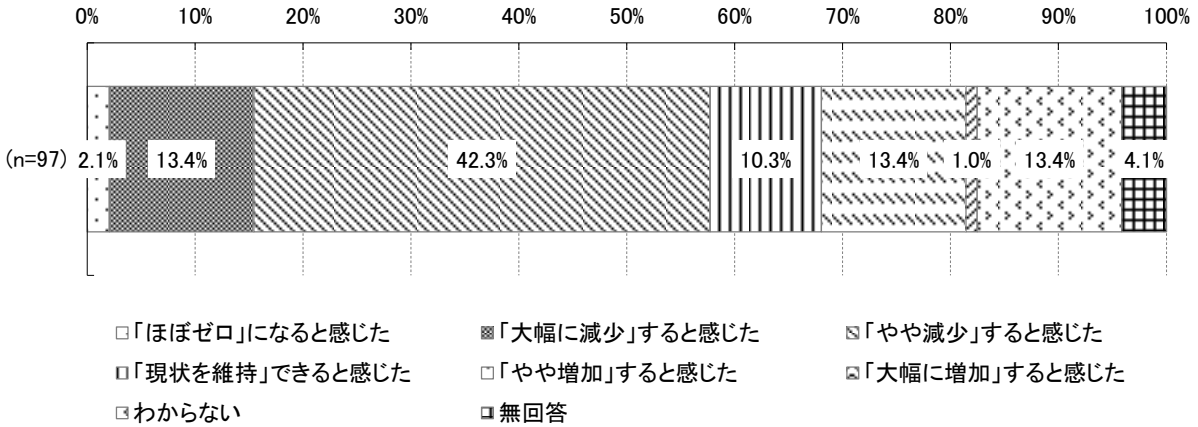
図表 3-13　2040 年に向けた「従前相当サービス」の提供量について（訪問型サービス）



（2）通所型サービス

「「やや減少」すると感じた」の割合が最も高く 42.3%である。次いで、「「大幅に減少」すると感じた」(13.4%)、「「やや増加」すると感じた」(13.4%)、「わからない」(13.4%)、「「現状を維持」できると感じた」(10.3%)である。

図表 3-14　2040 年に向けた「従前相当サービス」の提供量について（通所型サービス）



（3）課題

2040 年に向けた「従前相当サービス」の提供量の見込みを考えるに当たって感じた課題などについて、主な回答は以下のとおり。

図表 3-15 「従前相当サービス」の提供量の見込みを考えるに当たって感じた課題など

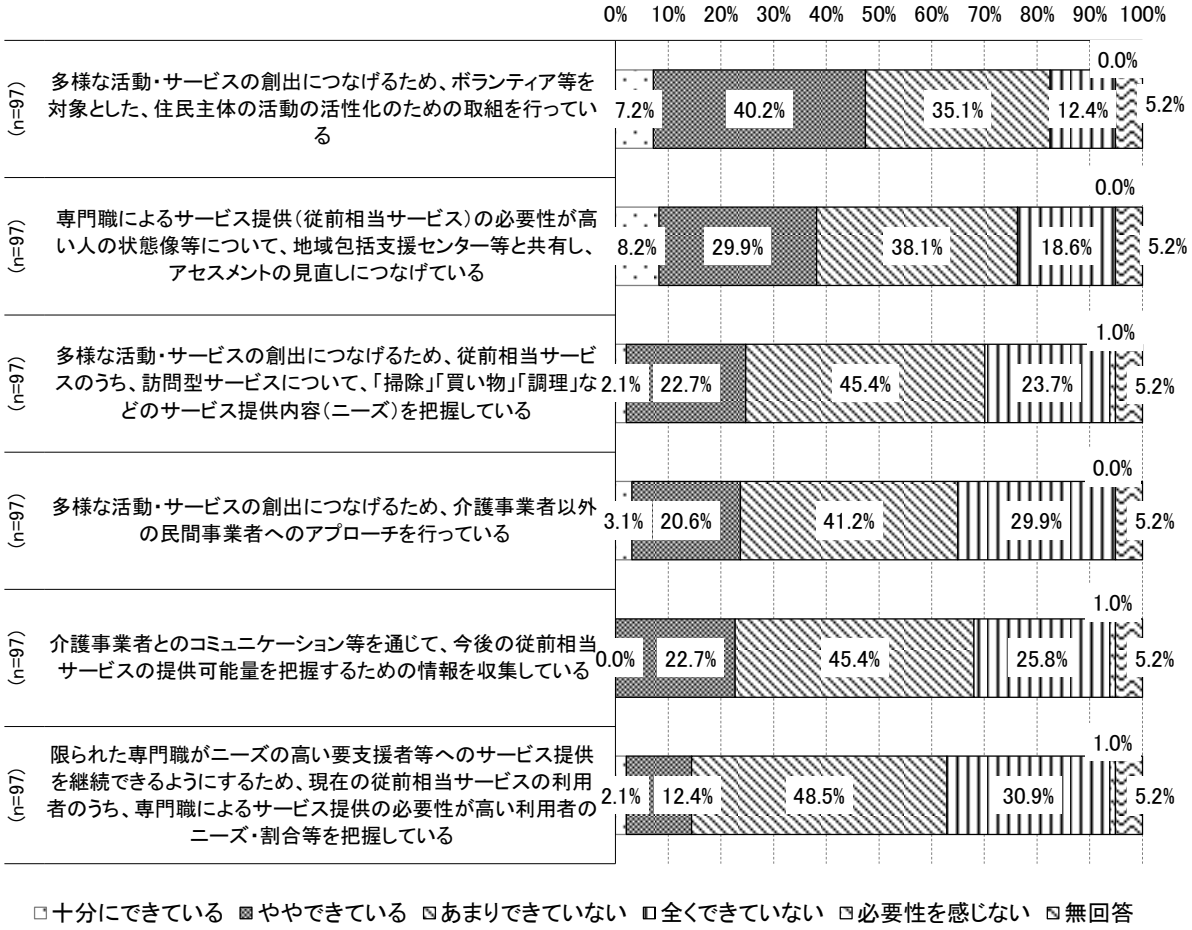
・ 訪問型サービス事業者の高齢化や、事業所がなかなか見つからないというケアマネの声を聞くことがある。通所型サービスは、事業所数が元々多いので、そこまで大きな減少にはならないと思う。
・ 訪問型サービスについては今後減少傾向になると感じており、その中でも、単価やサービスの必要性の低い総合事業対象者は更にサービスが受けられにくくなると感じており、2040年までには大幅に減少すると感じた。 ・ 通所型サービスに関しては現在では減少傾向にはないが、事業所の人員不足等により、サービス自体は減少傾向になってくると思うのでやや減少すると感じた。
・ 訪問介護事業所が無くなるのではないかという危機感。民間の生活支援サービスも担い手が不足している状況であるため、生活支援の実施主体や担い手を増やしていく取組が必要だと感じた。 ・ 本市では、通所型サービスAの単価が現行と比べて安価であるため、通所Aを実施する事業所が今後も減ってくると考えられます。
・ 人材確保に関しては、行政側の考え方と提供する事業者側の考え方について、お互い共通認識をもつことが必要だと思われる。事業者との意見交換を行う必要がある。
・ 職員・ケアマネ・事業所が同じ視点をもって相当サービスを減らしていくよう取り組まなければならない。 ・ 意識改革が課題。 ・ また、市民からの「保険料を納めているからサービスを使わせるべき」との声や、事業所を指定して「○○事業所を使いたい」との声に対し、多様なサービスへ移行させるための説明や理解を得ることが必要。市民への意識改革も課題。
・ 従前相当のサービスのほうが充実しているため、サービスの利用者が増えていく傾向がある。介護保険自体の在り方を保険者は真剣に考えていくが、その考えなどが、居宅や事業者等に伝わらないため、事業者や利用者へどのように伝えていくべきなのかを悩んでいる。
・ 従前相当サービスから総合事業への移行を進めるためには、現状分析とそれに応じた取組が必要だと認識はしているが、担当課が複数あり共有・検討する時間の確保と推進力を生むことが非常に難しい。
・ 需要はあるのに、供給がついて行けなくなる恐れがある。 ・ 専門職なしでの委託を増やしていくなど、今後対策が必要になっていくのではないかと思う。
・ 事業所等の人員不足に伴い、従前相当サービスの利用は減少していくと考えられるため、より適切なケアマネジメントの推進を図ることが重要になってくると考えます。 ・ 現時点では、本当にサービスが必要な人にだけサービス提供されているというわけではなく、本当はサービスが必要のない状態像の方にも、本人の希望が強すぎるあまりに、従前相当サービスの提供につながっているケースも一定数あると把握しているため、より適切なケアマネジメントにつながるような体制・仕組みをいかに整えていくかが、今後の人材不足や高齢者増加に伴う施策として求められているのではないかと感じます。 ・ また、従前相当サービス事業者も介護保険サービス事業所になりますが、高齢者の自立支援を図る意識が十分ではない事業所がある点も、今後人材不足が見込まれる一つのきっかけではないかと思います。

・　ただ、人材不足等を解消するには、事業所側の意識だけでなく、市民の意識の変容も求められていると感じるため、いかに意識変容につなげていけるかが課題であると感じます。
・　現状、特に訪問型サービスについては需要と供給のバランスが崩れつつある。しかし、提供量については単純にサービスを増やせば良いというわけではなく、個々の利用者と専門職の関係性を考慮する必要があるため、やはり実情に合わせたサービスを創出する必要があると感じる。
・　現在、従前相当サービスの利用者自体が少人数であるため、大きな変化はないと見込んでいる。住民主体のサービス等の充実が図れるかどうか課題がある。
・　ヘルパーの人材不足。特に、買い物や掃除などインフォーマルサービスを充実することでカバーできるサービスはあると感じている。また、本来ヘルパーなどの専門性が必要とされる方に必要なサービスが確保できる市でなければならないと思っている。
・　サービス提供事業者がより重度者のみの受け入れに限定してくると思われる。そのため、従前相当サービスは入浴および栄養管理の課題が殆どであり、特に入浴をどのように支援していくのか検討していく必要がある。
・　専門職のサービスが本当に必要な人に届くような事業所も含めた共通認識を持つこと
・　ここ数年従前相当サービス特に通所に関しては事業所も増えつつ、利用者も増え、総合事業費を圧迫している。しかも、介護人材不足により、介護事業所が閉鎖に追い込まれている。第10期計画では、従前相当サービスに利用制限をかけ、その代用となるサービスの体制づくりが急務となっている。 ・　訪問型サービスにおいては事業所数も限られているため、頭打ちの状況である。イメージ図により、従前相当（特に通所介護）サービスの対応をどうするかとても切迫感が増してきた。今回のWSで経年的にサービス利用者の推移や事業費の推移を見ることにより、具体的な分析ができ、落ち込むことあったが、今後の取り組みようによっては高評価が期待できるのではと感じた。
・　本町は他市町村と比べ自治体規模は大きくなく、サービス提供量も限られている。介護人材の担い手不足やそもそもの事業所縮小も十分に考えられる。現実的に今後、限られた方しかサービスを受けられないという現状は起こりうる可能性はある。
・　訪問介護・通所介護はいずれも実際の人手を必要とするサービスであり、その提供量は実際の労働量に大きく依存することから、介護ニーズが高まる一方で生産人口が減少している情勢を踏まえると、将来的な提供量は今後さらに減少するという印象がある。 ・　本市においても、従前相当サービスのニーズは年々増加していることから、今後の総合事業の在り方について、社会情勢を踏まえた新たな構造設計の検討が課題であると感じる。
・　団塊世代が75歳以上になり、2030年ごろまで、75歳以上人口が増加し、2035年ごろには団塊の世代が85歳以上となることから、要介護者が増加することが予想されるため、軽度者に対する専門職の介入が厳しくなっていくと感じた。 ・　また、本市は施設サービスの資源が多く、施設利用者に占める軽度者の割合が高い傾向にある。 ・　今後は、高齢者の選択肢を増やすため、従前相当サービスを総合事業における多様なサービスへ切り替えていくことが必要であると感じた。
・　専門職による介護を前提で予防を地域でと考えていたが、今回の説明における『専門職以外で対応する』という考え方は、人材不足の現状を考慮すると今後より採用し、活用すべき手立てであると感じた。 ・　しかし、今は実際に介護に携わる方、医療関係者、介護認定を行う本人・家族は、介護サービスや認定度のみを問題としているため、その周知や今後活用の検討を進めることが課題となる。そのため、従前相当サービスはやや減少となり、供給不足の状態に陥る可能性はある。

8　継続した従前相当サービスの提供に向けた取組の状況

「十分にできている」と「ややできている」の割合の合計に着目すると、「多様な活動・サービスの創出につなげるため、ボランティア等を対象とした、住民主体の活動の活性化のための取組を行っている」における割合が最も高く 47.4%である。次いで、「専門職によるサービス提供(従前相当サービス)の必要性が高い人の状態像等について、地域包括支援センター等と共有し、アセスメントの見直しにつなげている」(38.1%)、「多様な活動・サービスの創出につなげるため、従前相当サービスのうち、訪問型サービスについて、「掃除」「買い物」「調理」などのサービス提供内容(ニーズ)を把握している」(24.7%)である。

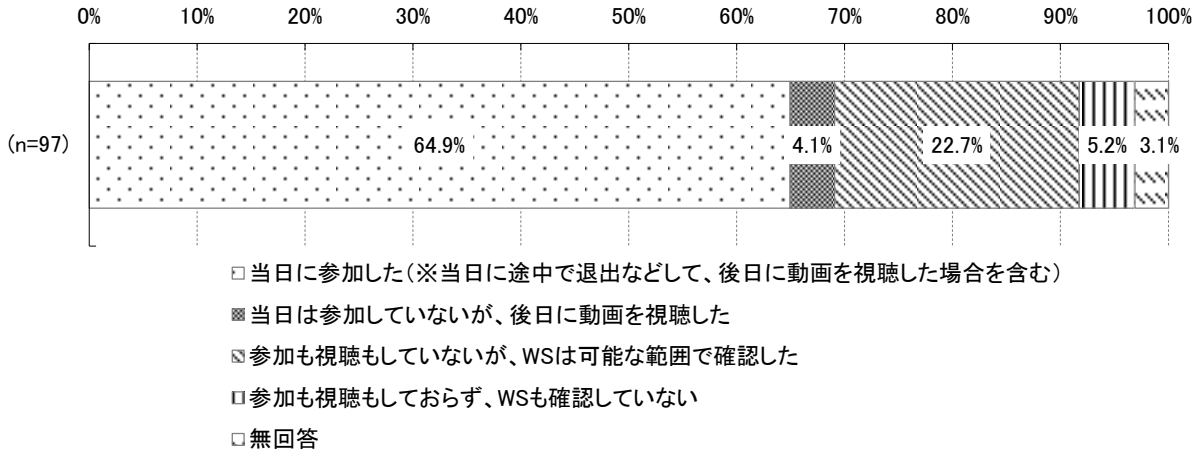
図表 3-16　継続した従前相当サービスの提供に向けた取組の状況
(「十分にできている」+「ややできている」の降順)



9　説明会への参加状況

「当日に参加した（※当日に途中で退出などして、後日に動画を視聴した場合を含む）」の割合が最も高く64.9%である。次いで、「参加も視聴もしていないが、WS は可能な範囲で確認した」（22.7%）、「参加も視聴もしておらず、WS も確認していない」（5.2%）である[4]。

図表 3-17　説明会への参加状況

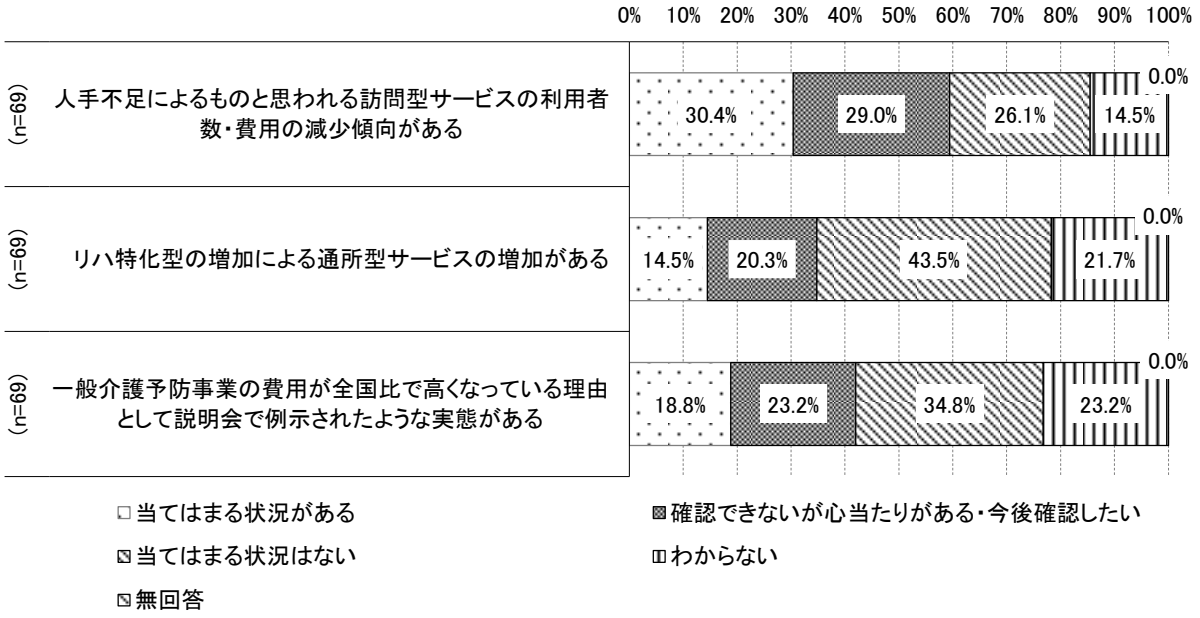


[4] 本事業において、モニター府県および管内の市町村を対象に実施した、ワークシートに掲載されているデータの見方・活用方法等について解説した「総合事業充実に向けたワークシートの活用方法等に係る説明会」（令和 7 年 11 月 14 日開催）のこと。

１０　各市町村に当てはまる課題の有無

「当てはまる状況がある」と「確認できないが心当たりがある・今後確認したい」の割合の合計に着目すると、「人手不足によるものと思われる訪問型サービスの利用者数・費用の減少傾向がある」における割合が最も高く 59.4%である。次いで、「一般介護予防事業の費用が全国比で高くなっている理由として説明会で例示されたような実態[5]がある」(42.0%)、「リハ特化型の増加による通所型サービス[6]の増加がある」(34.8%)である。

図表 3-18　各市町村に当てはまる課題の有無



[5]「一般介護予防事業の費用が全国比で高くなっている理由として説明会で例示されたような実態」とは、「元気高齢者等が集まる通いの場において、講師の人件費などが過剰にかかっていないか」、「要支援者等へのサービス・活動事業における単価とのバランスも確認し、目的と期待される成果に見合った事業費になっているか」、「元気高齢者向けの通いの場を団体や企業に委託している場合や、健康ポイント付与などで、単に利用者にキャッシュバック等を行っている場合は、一人当たり単価や具体的な効果を確認し、支援額が他の元気高齢者向け施策と比べてバランスを欠いていないか」、「生活支援コーディネーターの費用など、本来は社会保障充実分の予算で対応すべき費用が、一般介護予防事業費に計上されていないか」など

[6] 一部の事業所において 3 時間程度のリハビリテーションに特化したサービス(いわゆるリハビリ特化型)を提供し、一日に午前・午後で 2 単位(2 回転)運用することで、事業費の増加につながっているケースが見られる。7 時間のサービスと同じ報酬(単位数)に設定されている場合もあり、単価の設定の面で不公平感が生じている。総合事業は上限額が定められている予算事業であるため、適切な運用といった観点からも課題といえる。

第 4 章　「総合事業の充実に向けたワークシート」の改修

・　令和6年度に開発した「総合事業の充実に向けたワークシート」について、アンケート調査やモニター市町村による試行等を踏まえて、改修を行った。

・　主な改修事項は、下記の通り。

- シートの枠外に、データの見方やその背景として考えられる要因等を解説したガイド文を追加。
- ワークシートの構成を大きく 4 つに分けて、「1 人材の視点」「2 財政の視点」「3 高齢者の視点」「4 第 11 期に向けたシミュレーション」に変更。
- 市町村ごとに需要と供給状況のイメージを自動で表示できる機能を追加
- 各種最新データを表示できるようバックデータを更新

※上記以外にも、最終アウトカム「調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）」を自動表示できるようにするなど、使いやすさを向上させ、使用する市町村の負担軽減にも考慮している。

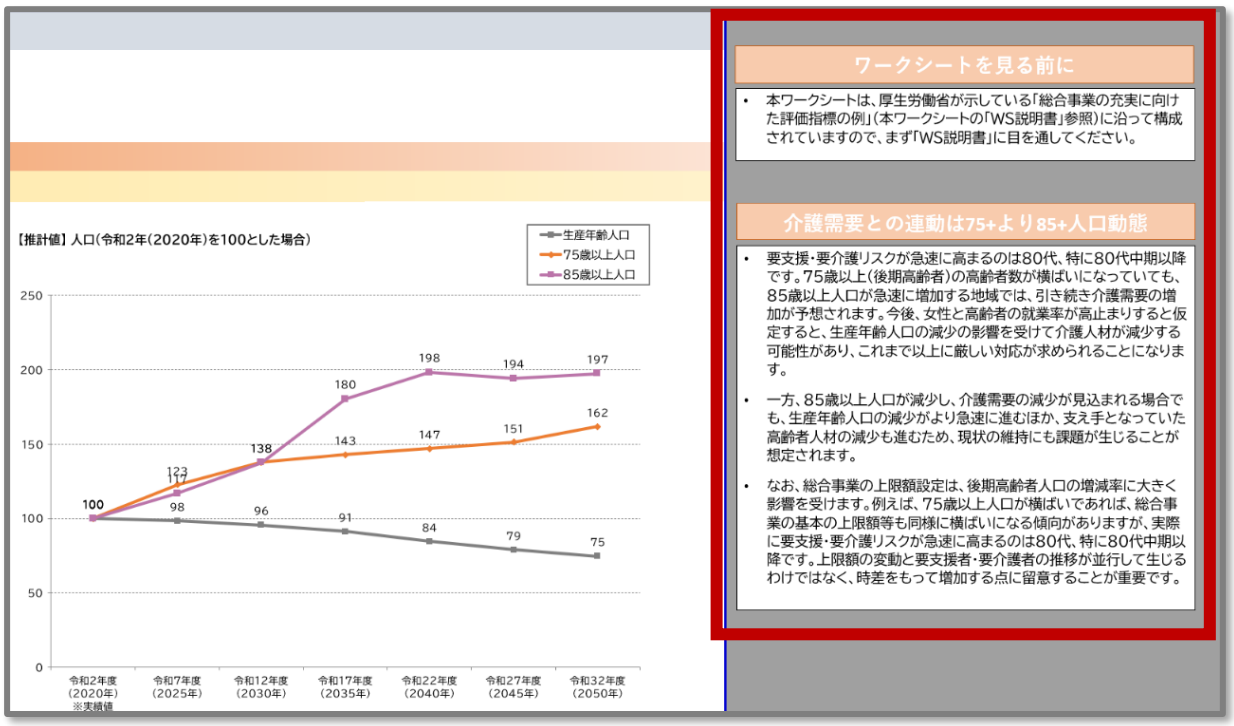
1　ワークシートにガイド文を追加

・　モニター府県の管内市町村を対象としたアンケート調査において、3 割強の自治体で「WS は、以前から知っており、内容は確認していた（活用まではしていない）」という状況であることや、約 9 割の自治体で「庁内関係課や関係機関等と、議論をしていない」であることなどから、ワークシートの枠外に、各データの見方やその背景として考えられる要因等を解説したガイド文の追加を行った。

・　ガイド文は、下記のようなイメージで、ワークシートに追加している。ガイド文の内容は、モニター市町村に対するヒアリング・ディスカッションの際の議論等を踏まえて、より自治体の実情に即した内容となるよう検討を行った。

＜ワークシートのガイド文表示イメージ＞

ガイド文の追加



2　ワークシートの構成の変更

- ワークシートは、令和6年8月5日に地域支援事業実施要綱及び介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインで示された「評価のための前提となる考え方」における「①高齢者の視点」、（保険者の視点である）「②人材の視点」、「③財政の視点」の3つに、「事業費のシミュレーション」を加え、大きく４つの構成とした。
- なお、ワークシートは、総合事業における施策を検討するにあたって、まず各市町村の人材面や財政面での制約状況を把握することが重要であると考え、保険者の視点である「人材の視点」、「財政の視点」を先に位置付け、その次に、「高齢者の視点」でアウトプットやアウトカム指標を確認し、最後に「事業費のシミュレーション」を行えるような順番とした。

＜(新・旧)ワークシートの構成＞

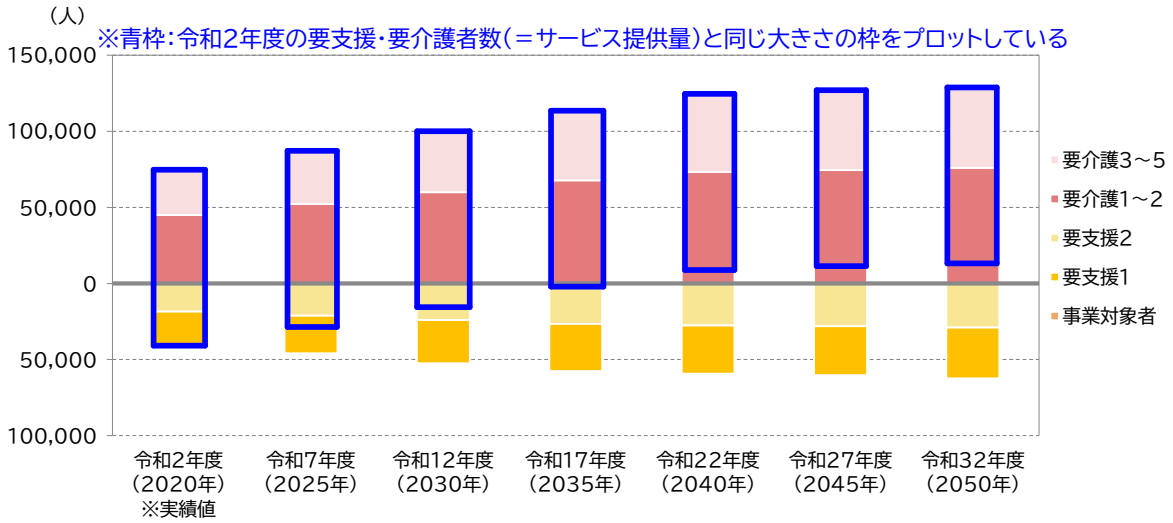
変更前 令和６年度　ワークシート	変更後 令和７年度　(改修版)ワークシート
1　人材の視点 1.1　人口 1.2　要介護認定者数 2　高齢者の視点(選択肢の拡大) 3　人材の視点 4　財政の視点 4.1　支出額の水準 4.2　制約条件の中における持続可能性 4.3　訪問型・通所型サービス・活動の事業費の推移 4.4　単価 5　アウトカム指標 5.1　従前相当サービスが位置付けられたプランの割合等 (高齢者の選択肢の拡大) 5.2　社会参加率(ポピュレーション・アプローチ) 5.3　多様なサービス・活動等への参加率・継続参加率 (ポピュレーション・アプローチ) 5.4　ハイリスク者の継続参加率・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・調整済軽度者認定率・ 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～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	1　人材の視点 1.1　人口 1.2　要介護認定者数 1.3　需要に対する供給　※自動表示機能追加 2　財政の視点 2.1　制約条件の中における持続可能性 2.2　支出額の水準 2.3　訪問型・通所型サービス・活動の事業費の推移 2.4　単価 3　高齢者の視点(アウトプット・アウトカム) 3.1　全サービス利用者に占める各種サービスの利用者数 (高齢者の選択肢の拡大) 3.2　従前相当サービスが位置付けられたプランの割合等 (高齢者の選択肢の拡大) 3.3　社会参加率(ポピュレーション・アプローチ) 3.4　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) 3.5　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) 3.6　初回認定者の平均年齢・調整済軽度者認定率・ 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～要介護2)の割合・人数 (最終アウトカム) 4　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

3　需要と供給状況イメージの自動表示機能の追加

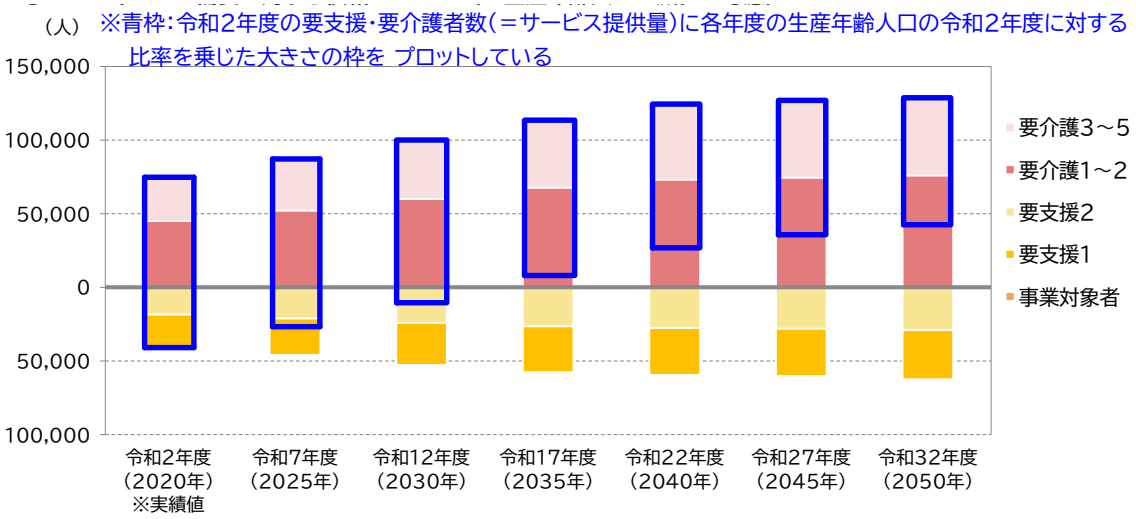
- 全国の多くの市町村では、将来的に需要量（事業対象者・要支援・要介護者数）に対して供給量（介護職）が不足し、事業対象者・要支援者に対応できる介護職の確保が困難になることが想定されるが、そうした供給量の制約を認識しないまま、介護保険事業計画において今後も従前相当サービスの利用量が増加する見込みと推計（自然体推計）している市町村は多く存在している。
- （改修版）ワークシートにおいては、このような需要と供給制約を「可視化」し、事業計画の見込量等を適切に設定していくための情報を提示するものとして、需要と供給状況イメージを自動表示する機能を追加した。
- 具体的には、「要介護認定者数の推計値」をもとに、2020 年段階の需要を支える人材規模を固定（青枠）し、2050 年までの人材規模のイメージを市町村ごとに表示できるようにしている。また、2020 年時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の 2020 年に対する比率を乗じた大きさの枠（青枠）を令和7年度以降のグラフに重ねたイメージ（※生産年齢人口の減少を考慮したもの）も表示できるようにしている。

＜ワークシート1－3　2050 年までの需要に対する供給のイメージ＞

- 例えば、今後の要介護認定者数が下図のように推計されている場合、仮に専門職の人数や要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の数が一定であるとすると、2035 年頃には要支援者等にサービスを提供できる専門職を十分に確保できない可能性が高いことが分かります。
- 将来的に施設の定員数が一定である場合、増加した要介護者は居宅サービスを利用することになります。しかし、限られた専門職は在宅で生活する要介護者にサービスを提供する必要があるため、要支援者等へのサービス提供を継続することが困難になる可能性が高いと考えられます。



＜ワークシート1－3　2050 年までの需要に対する供給のイメージ
（※生産年齢人口の減少を考慮）＞



4　バックデータの更新等

・　各種最新データを表示できるようバックデータの更新や機能の追加を行った。

✓	2-1. 制約条件の中における持続可能性	令和 6 年度実績報告書の読み込み機能を追加
✓	2-1. 制約条件の中における持続可能性	前バージョンのワークシートで読み込んだ令和 5 年度分までの数値を（改修版）ワークシートに転記する機能を追加
✓	2-3. 支出額の水準	令和 5 年度のデータを表示できるよう更新
✓	2-4. 単価	令和 5 年度のデータを表示できるよう更新
✓	3-3. アウトカム_社会参加率	第 10 期のデータを表示できるよう更新
✓	3-6. 最終アウトカム　調整済・軽度認定率	自動表示できるよう更新

第 5 章　（改修版）ワークシート等に基づいた施策の方向性の検討（例）

- ワークシートの出力結果に対する分析や考えられる施策の方向性についての検討例を示すことを目的として、モニター4 府県から推薦のあった4市町村にモニターとしてご協力いただき、（改修版）ワークシートの出力結果等に基づいたヒアリング・ディスカッションを実施した。その際の記録を「（改修版）ワークシート等に基づいた施策の方向性（例）」として整理した。
- なお、本章におけるディスカッションの内容は個別の自治体の実情などを踏まえ、当日の議論の中で提示された見解を整理したものであり、厚生労働省の方針を具体的に示したものではない。また、記録内容は、必ずしもすべての自治体に適用できる見解ではない点にご留意いただきたい。

■実施日程

＜モニター市町村の人口規模とヒアリング・ディスカッション実施日程＞

	人口	実施日程
甲県甲市	約 19 万人	2026 年 2 月 13 日（金）15:00～17:00
乙県乙市	約 14 万人	2026 年 2 月 17 日（火）10:00～12:00
丙県丙市	約 6.5 人	2026 年 2 月 17 日（火）13:30～15:30
丁県丁市	約 7 万人	2026 年 2 月 17 日（火）15:50～17:50

※自治体名を特定できないよう便宜的にすべての市町村において『●県●市』と表示している。

■実施方法

Zoom を用いたオンライン会議

■出席者

モニター市町村の総合事業担当部局職員、モニター府県職員、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課職員、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング研究員

■ヒアリング・ディスカッション時にモニター市町村から挙がった主な意見・感想等（抜粋）

（ワークシートについて）

- ワークシートにおいて、新たに追加された需要と供給のイメージが自動表示される機能は大変参考になる。
- 前バージョンのワークシートにおいて、すでに令和5年度までの実績報告書ファイルを読み込んでいるが、改修されたワークシートで再度読み込むことになるのは避けてほしい。
- アウトカム指標部分における各自治体で入力するデータについて、どのようなデータを取得しておく必要があるかイメージできない部分があったが理解できた。
- ワークシートのファイルサイズが大きく、ファイルの受け渡しの面で課題を感じる。

（サービスの報酬単価設定について）

- 通所型の従前相当サービスにおいて、市内に1日型と半日型が併存している。これまで両者の報酬単価は同一に設定しなければならないと認識していたが、半日型のサービスについては報酬単価をやや低く設定するなど、柔軟な対応が可能であることに新たに気付くことができた。

（その他）

- ヒアリング・ディスカッションの中で、データの見方などについて詳細な説明があったことで、現状を理解できた。
- ヒアリング・ディスカッションの中で出た協議内容等を課内で共有し、今後の総合事業充実に向けた方策を検討していきたい。

1　甲県甲市

総人口(令和7年1月1日時点)	約 19 万人
総合事業移行時期	平成 28 年 4 月 1 日
サービス・活動事業	【訪問型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 B、サービス・活動 C、その他 【通所型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C、その他
一般介護予防事業	ポイント制度(対象:健康づくり、介護予防、ボランティア等)、通いの場づくり

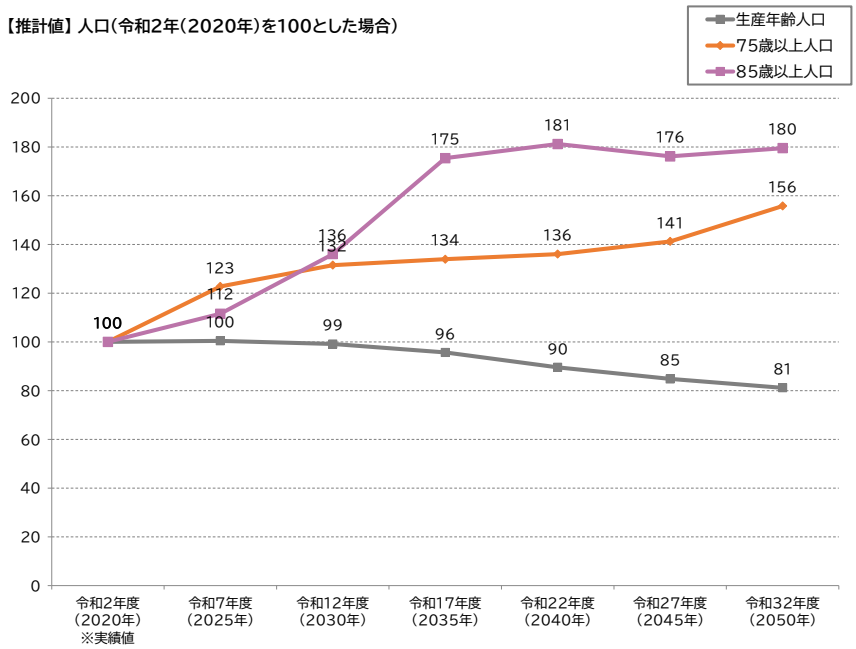
1．1　出力結果の分析

(1) 人材の視点

① 人口

- 75 歳以上の人口動態をみると、令和7年(2025 年)から令和22年(2040 年)にかけては、微増傾向である(約 1.1 倍)一方、85 歳以上人口については大幅に上昇(約 1.6 倍)することが見込まれている。
- 総合事業の基本の上限額は、総合事業移行前の予防給付・一次予防事業・二次予防事業の合計額を当初の基準額として、75歳以上人口の変化率等を反映して設定されている。そのため、総合事業の基本の上限額は微増で推移する中で、介護需要は令和22年(2040 年)頃まで大幅に増加することが想定される。

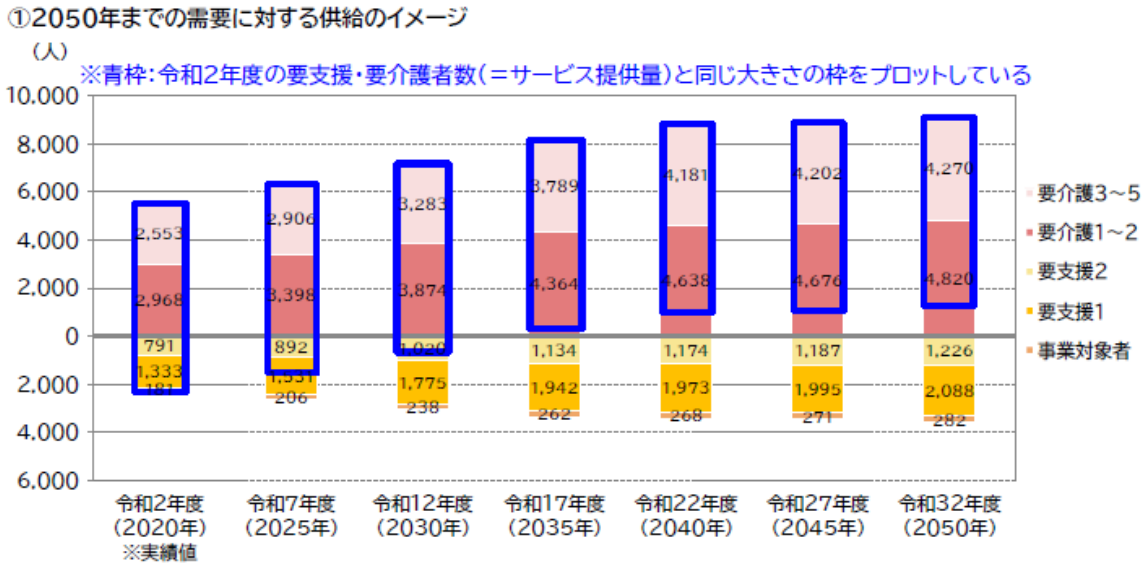
<ワークシート 1-1_人口>

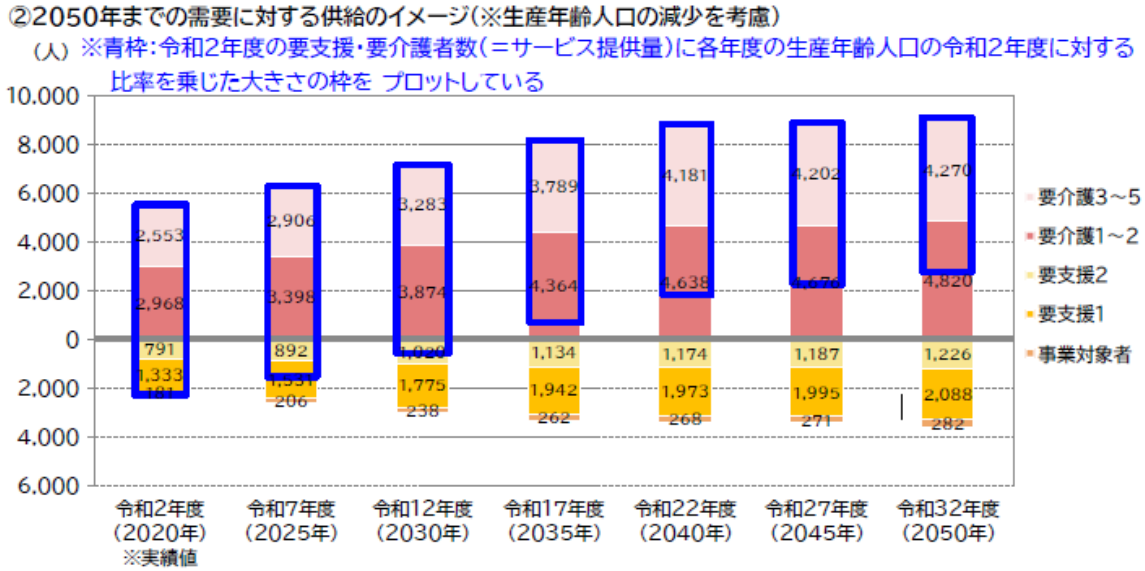


② 需要と供給の制約

- 上段の図では、令和2年度時点の要支援・要介護認定者数のグラフを青枠で囲い、同じ大きさの青線の四角形を令和7年度以降の推計値のグラフに重ねている。下段の図では、令和2年度時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の令和2年度に対する比率を乗じた大きさの枠を令和7年度以降のグラフに重ねている。
- 仮に専門職の人数と、要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の人数が一定であるとした場合、以下のいずれのグラフにおいても、令和 17 年度(2035 年度)頃には要支援者・事業対象者にサービスを提供できる専門職の確保が難しくなる可能性がある。

＜ワークシート 1-3_需要に対する供給＞





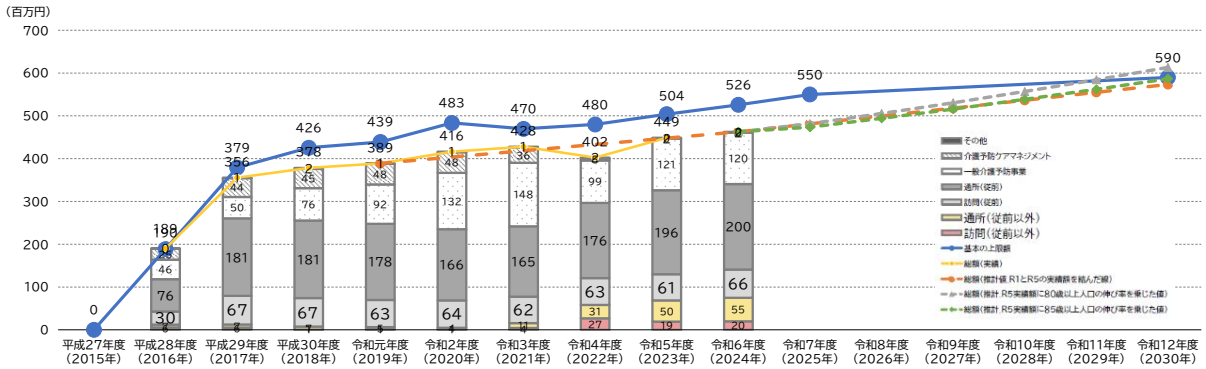
（2）財政の視点

① 制約条件の中における持続可能性

・ 平成 28 年度から令和6年度までの実績額の内訳と数値をみると、以下のことが読み取れる。

- ✓ 実績額は年々増加傾向であり、基本の上限額に対して約 9 割程度で推移している
- ✓ 事業費の内訳として、通所型従前相当サービスが最も高く、次いで一般介護予防事業が高くなっている
- ✓ 令和4年度以降、訪問型・通所型ともに従前相当サービス以外のサービスが増加している

＜ワークシート2-1_制約条件の中における持続可能性＞



※甲市は、平成 28 年4月1日に総合事業に移行したが、利用者の移行を順次進めたため、平成 28 年度においては、介護予防訪問介護・介護予防通所介護への予防給付も併存している状況であった。総合事業の実績額と上限額は予防給付分を除いて算出されるため、平成 28 年度の実績額・上限額は、全体の事業費の 6.5 割程度となっている。

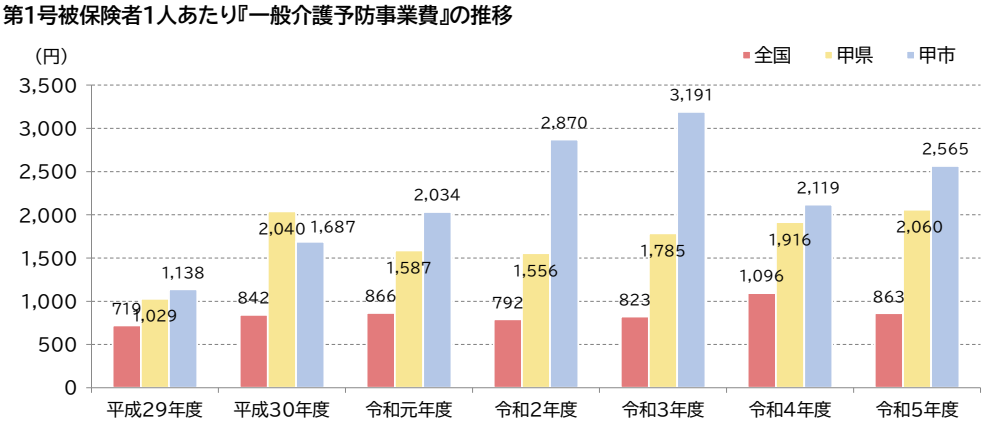
② 支出額の水準

・ 第 1 号被保険者 1 人あたりの一般介護予防事業費の水準は、令和 3 年度に 3,191 円をピークに令和 4 年度以降やや低下傾向に転じたものの、直近の令和 5 年度においては2,565円となり、全国（863 円）の約 3 倍となっている。

・ 令和 6 年度の一般介護予防事業費約 1 億 2 千万円のうち、おおむね半分にあたる約 7 千万円が、ポイント制度（対象：健康づくり、介護予防、ボランティア等）に投入され、残りの大半は通いの場に投入されているが、住民主体の通いの場に一般介護予防事業として財政的な支援が行われる場合については、特に対象者と財政支援のバランスを、要支援者・事業対象者への支援とのバランスで再確認することが望ましい。

・ 実績額の推計値を見ると、令和12年度（2030 年度）頃に上限額を突破する見込みとなっているが、直近の費用の増え方を見ると、5 年程度で上限額を突破する可能性も考えられる。上限額を突破すると、交付金の対象外となるため、費用の管理には注意が必要である。

＜ワークシート2-3_支出額の水準(一般介護予防事業)＞

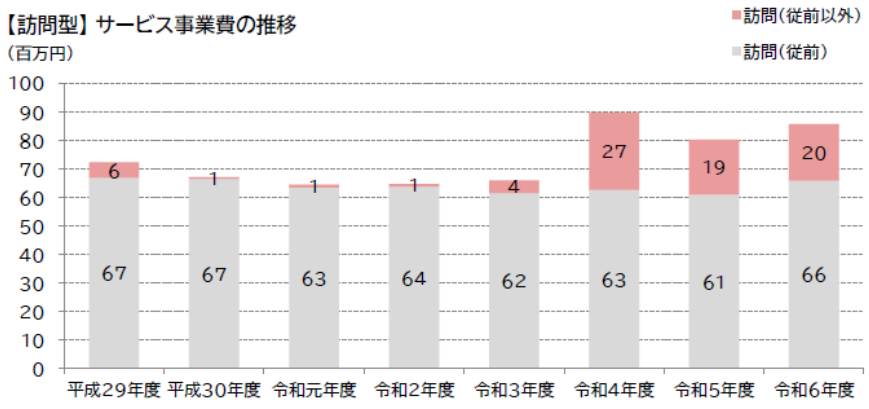


※介護保険事業状況報告の数値を用いて算出

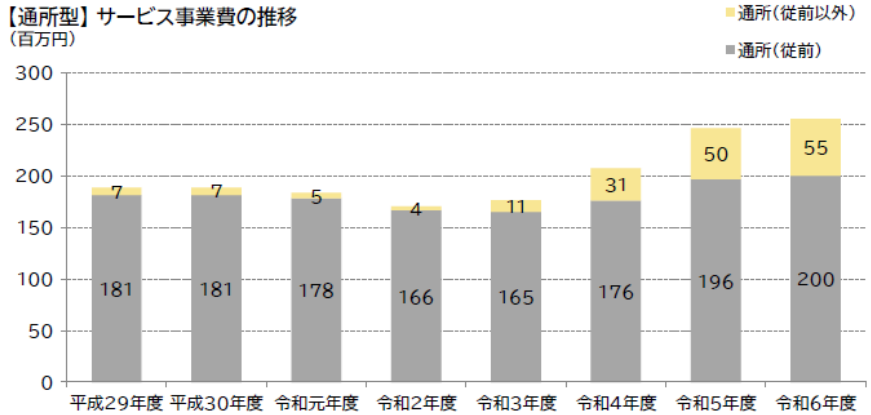
③ 訪問型･通所型サービス事業費の推移

- 訪問型の従前相当サービスは、撤退する事業所や、人材不足から要支援･事業対象者にサービス提供できないとする事業所が出てきているものの、事業費は横ばいとなっている。訪問型サービス･活動 C には約 2 百万円、「その他」に約 2 千万円投入されている。
- 通所型サービス事業費が令和 4 年度以降、増加している。通所型サービス･活動 C には約 1 千万円、「その他」に約 4 千 5 百万円投入されている。

＜ワークシート2-2_訪問型サービス事業費の推移＞



＜ワークシート2-2_通所型サービス事業費の推移＞



④ 単価

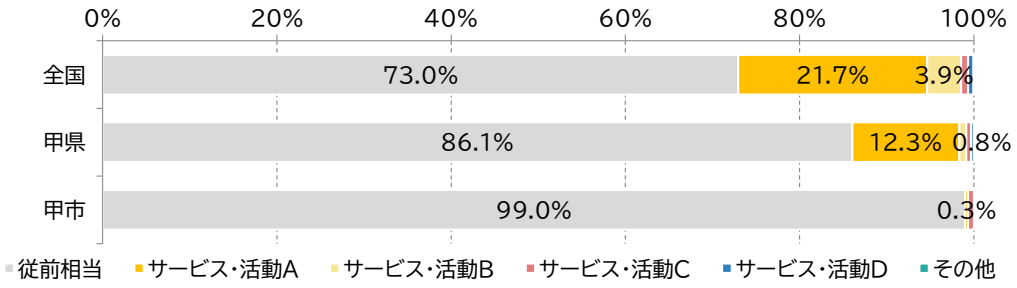
・ サービス・活動 C の単価を検討する際は、短期集中プログラムの効果によってサービスを利用しない生活に戻り、それを維持することで要支援者のサービス費用が減少する場合もあることから、そういったサービス・活動内容を踏まえ、従前相当サービスよりも多少高く設定することも有効。事業者の事業継続が見込める水準にすることも重要である。ただし、甲市においては、総合事業の上限額までの余裕に限りがあるため、他の事業費や実績総額を意識しながら適切に設定することが求められる。

（3）高齢者の視点

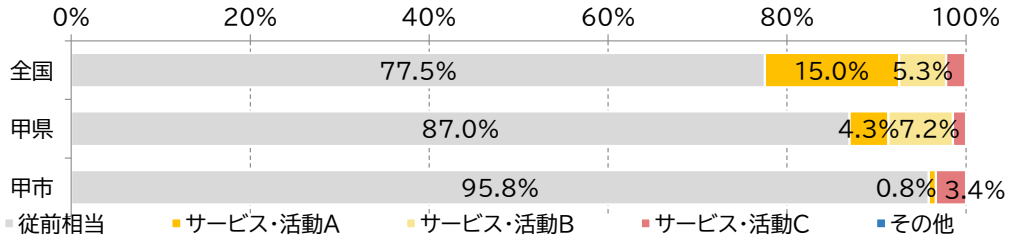
① アウトプット_全サービス利用者に占める各種サービスの利用者数（高齢者の選択肢の拡大）

- サービス・活動における各種サービスの利用者数の構成を見ると、訪問型、通所型ともに、大半を従前相当サービスが占めている。
- サービス・活動 C の利用者数は、令和 5 年度の実績で、訪問型6人、通所型58人であるが、調査（※）時点（3 月末時点）にプログラムを実施していないことから、ワークシートに示されるデータ上は訪問型、通所型ともに 0 人になっている。
  ※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」

＜ワークシート3-1_訪問型サービスにおける各種サービスの利用者数の構成（令和 5 年度）＞



＜ワークシート3-1_通所型サービスにおける各種サービスの利用者数の構成（令和 5 年度）＞

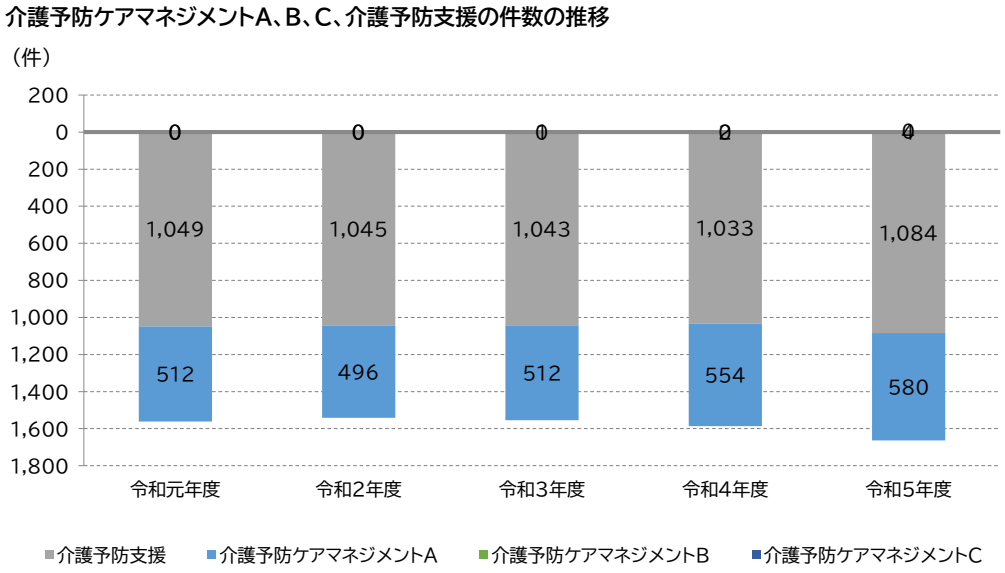


② アウトカム_従前相当サービスが位置づけられたプランの割合等（高齢者の選択肢の拡大）

- 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの件数を見ると、一般的には、介護予防支援と介護予防ケアマネジメント A の比は、おおむね1:1となる自治体が多いが、甲市においては、介護予防支援と介護予防ケアマネジメント A の比は、おおむね2:1となっている。介護予防支援の件数が多い理由としては、介護予防訪問リハビリテーションや介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護等の利用が多くなっている可能性が考えられ、限られた専門職人材の配置の観点からも介護予防サービスの利用状況の確認が必要である。
- 令和元年度から令和 5 年度まで、介護予防ケアマネジメント B／C の件数が 0 件という状況である。ケアマネジメントA・介護予防支援から介護予防ケアマネジメント B／C へのシフトは、ケアプラン作成やサービス担当者会議等の負担軽減やアウトリーチ機能の充実に向けた地域包括支援センターにおけ

る余力づくりの観点からも重要である。(※グラフ上には掲載されていないが、令和 6 年度から訪問型サービス・活動 B を開始しているが、大半の利用者が従前相当サービス等を利用しているため、介護予防ケアマネジメント B／C はほとんどない状況)。また、介護予防支援の件数の増加は、総合事業の上限額の引き下げにつながることにも留意が必要である。

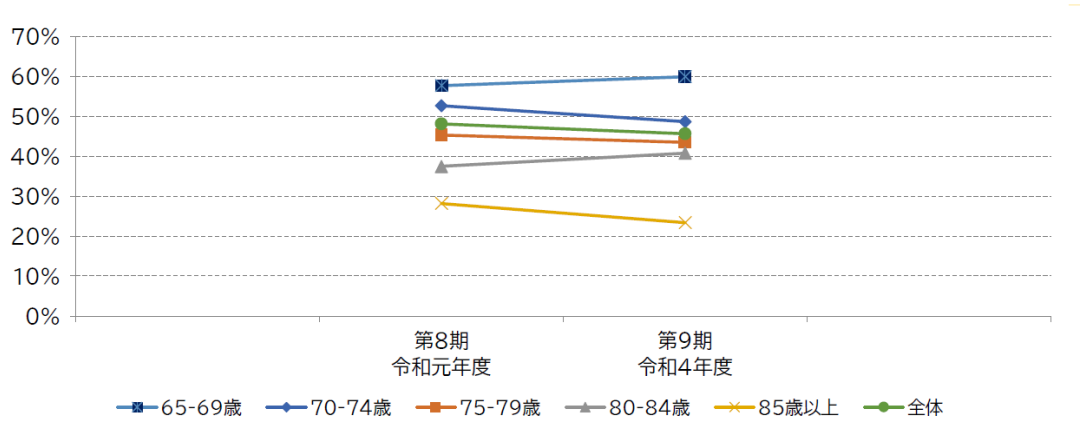
＜ワークシート3-2_介護予防ケアマネジメント A、B、C、介護予防支援の件数の推移＞



③ 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の結果を用いて算出した「社会参加率」(全体)は、第 8 期(令和元年度)から第 9 期(令和 4 年度)にかけてやや低下している。これは、新型コロナウイルスによる外出抑制等の影響が出ている可能性がある。第 10 期(令和 7 年度)のデータを確認して、元の水準に戻っているか着目する必要がある。

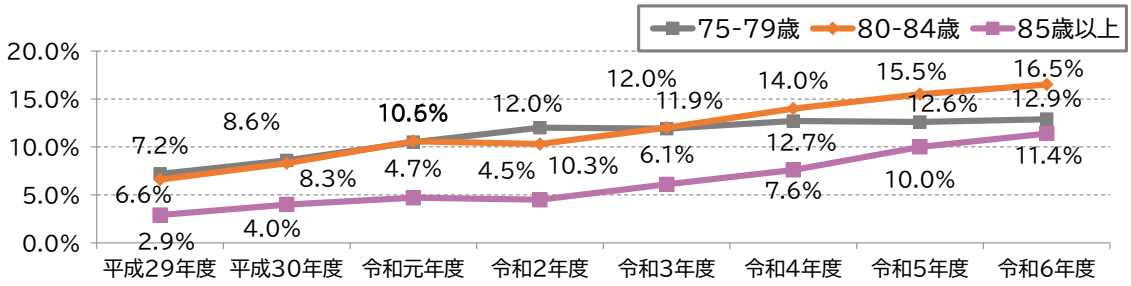
＜ワークシート3-3_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)＞



④ アウトカム_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)

・ ポピュレーション・アプローチにおいては、後期高齢者の多様な活動への参加率に着目することが重要となる。通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別の参加率を見ると、「75 -79 歳」「80 -84 歳」「85歳以上」それぞれにおいて、年々上昇していることが確認できる。これは、通いの場の取組による効果が出ているものと推測できる。ただし、行政が把握している通いの場以外の参加率(例えば収入のある仕事に従事する人の数や趣味のサークルなどへの参加)についても確認することが重要である。

＜ワークシート3-4_通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別参加率＞



⑤ アウトカム_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)

・ 令和 3 年度のサービス・活動 C の参加者 14 人のうち、2 年後の令和 5 年度において、9 人がサービス利用無しという状況(※ただし、一部の利用者についての評価)とのことで、比較的、改善率は高いと言える。ただし、加齢による衰えは避けられないため、評価するタイミングとしては、プログラム終了の半年後や 1 年後の状況を評価することが適切と考えられる。

１．２　考えられる施策の方向性

（1）基本の上限額を意識し、優先度の高い施策・事業等に事業費を投入する

- 事業費総額が基本の上限額に近づいている現状を踏まえ、事業費の管理や費用対効果を意識した運用が必要である。
- 高齢者の要望に合わせて事業費を投入し続けても、元気高齢者等ばかりが恩恵を享受する可能性もある。実績総額が上限額に近づいているため、上限額と事業費の数値を確認しながら、優先度が高い施策・事業等に事業費を投入することを意識する必要がある。
- 地域包括支援センターにおいては、サービスの利用希望（デマンド）の視点から、サービス利用の必要性の観点への移行も意識しながら、アセスメントを行う必要がある。また、心身の状態の改善が期待できるようであれば、元の生活に戻すといったことを主眼に進める必要がある。

（2）多様なサービス・活動の充実に向けた方策

- 限られた人材の中において、多様なサービス・活動を計画的に拡大するにあたっては、民間サービスとの連携を視野に入れることも重要である。
- 移動販売は、高齢者の生活を支える上で重要な資源であるが、経営が厳しく、突然、廃業とならないよう、サービスを保全する観点から必要な支援行うことは重要。例えば、移動距離が長く、アクセスの悪い中山間部等を対象とした場合に、訪問型サービス・活動 B としてガソリン代の一部を補助するといったことも可能。
- 甲市のように一定の人口規模と人口密度の高い地域であっても、人材を集めるのは簡単なことではない。しかし、ちょっとした困りごとへの対応を行う民間の生活支援サービス事業者においては、柔軟に利用者の困りごとに対応できる場合もある。例えば、雑談やちょっとした用事の手伝い、買い物の付き添いなど幅広いニーズにも対応することができる。仮に総合事業のサービス・活動事業に位置付けなくとも、今後、このような民間サービスとの連携は重要である。
- 訪問型サービス・活動 B の対象となっている事業者の経営状況が厳しい状況となっている。当該事業者は、甲市の多くの要支援者・事業対象者の生活支援を担っており、突然、撤退された場合には、多くの要支援者・事業対象者の在宅生活を支えられなくなるおそれがある。例えば、サービス利用マッチングシステム費用やマッチング管理者の人件費に対する補助等を検討することも有効である。

2　乙県乙市

総人口(令和7年1月1日時点)	約 14 万人
総合事業移行時期	平成 27 年度
サービス・活動事業	【訪問型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C 【通所型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C
一般介護予防事業	介護予防教室、健康相談、セミナーなど

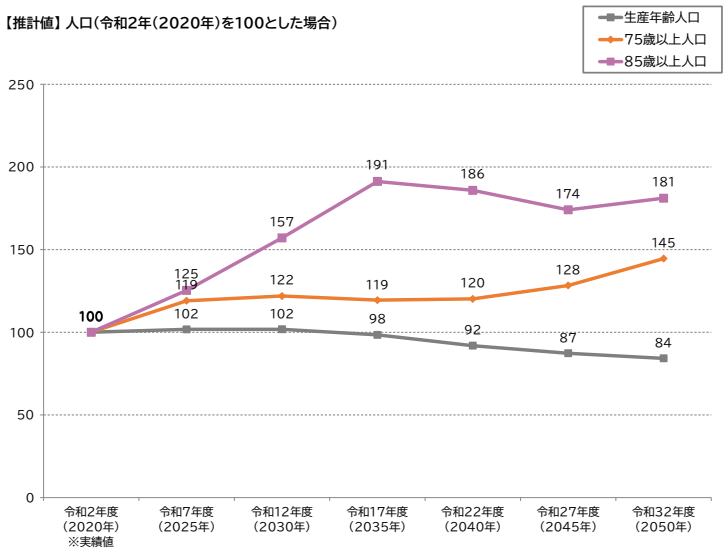
2.1　出力結果の分析

(1) 人材の視点

① 人口

- 75 歳以上の人口動態をみると、令和7年(2025 年)から令和22年(2040 年)にかけては概ね横ばいであることがわかる。また、85 歳以上人口は、令和 17 年(2035 年)に向けて大幅に増加することが見込まれている。初回の要介護認定を受ける年齢が平均的に 82 歳程度であることを考えると、令和 17 年(2035 年)に向けて要介護者数が大幅に増加することを意味する。
- 総合事業の基本の上限額は、総合事業移行前の予防給付・一次予防事業・二次予防事業の合計額を当初の基準額として、75歳以上人口の変化率を反映して設定されている。そのため、総合事業の基本の上限額は、令和22年(2040 年)まで横ばいで推移する中で、介護需要は令和 17 年(2035 年)頃まで大幅に増加することが想定される。
- 一方、生産年齢人口は、令和 12 年(2030 年)以降は減少傾向である。これまでは、女性や高齢者の就労率が高まったことから、生産年齢人口の減少ほどには就業者数は減少しなかったが、今後は女性や高齢者の就労率の高まりも頭打ちとなり、より一層担い手の確保が課題となる可能性がある。

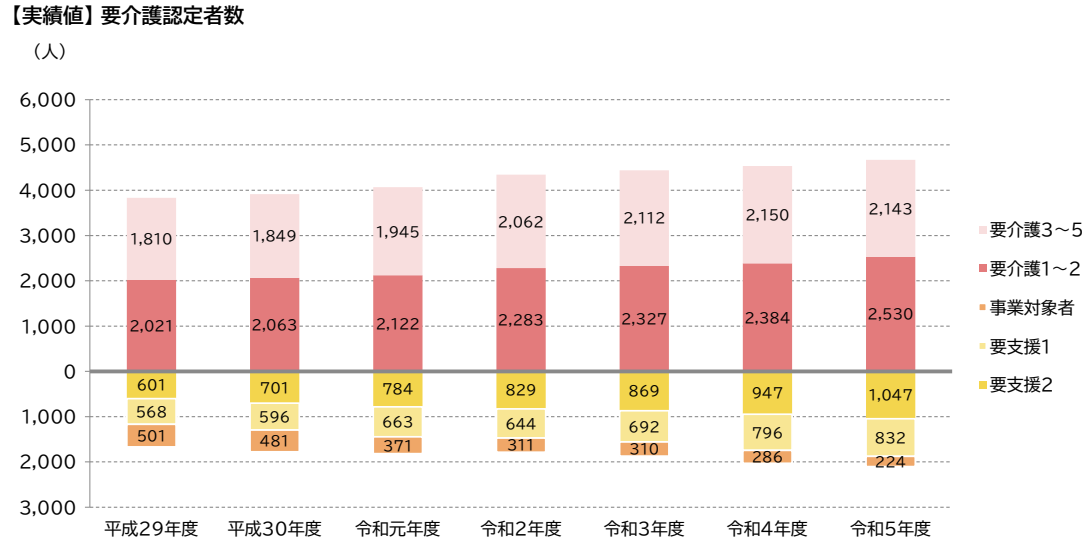
<ワークシート 1-1_人口>



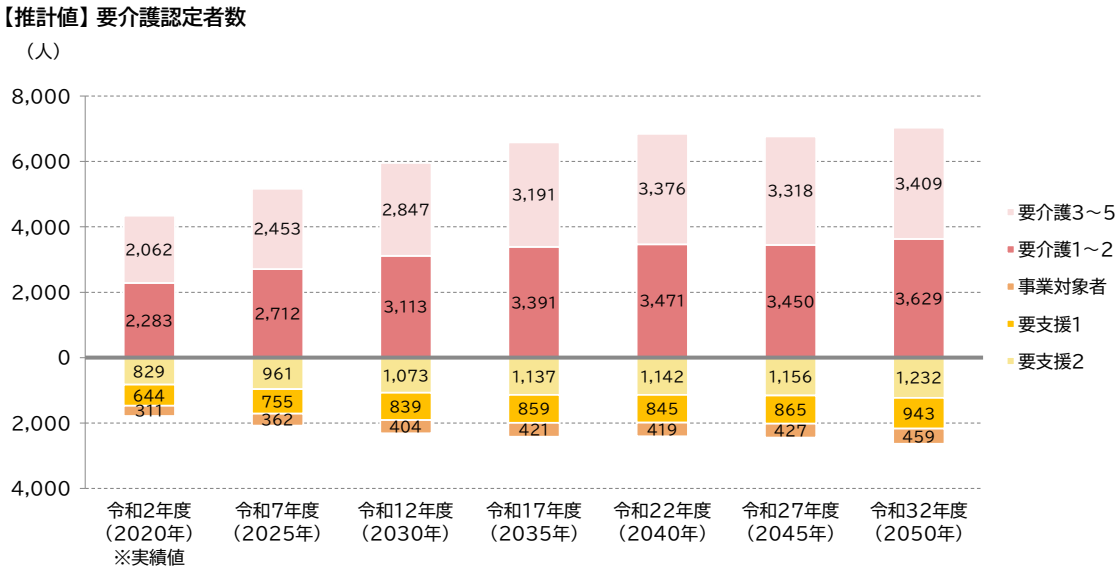
② 要介護認定者数

- 要介護認定者数の推移について、平成 29 年度から令和 5 年度のグラフをみると、全体的に増加はしているものの、例えば同期間の要介護3～5の中重度の要介護認定者数の増加数は 333 人に留まっている。一方で、令和 2 年度から令和 32 年度(2050年度)のグラフをみると、現在(令和 7 年度)から令和 32 年度(2050年度)に向けて、要介護 3～5 の中重度の要介護者数は、956 人の増加となっている。
- また、要支援者・事業対象者についても現在(令和 7 年度)から令和 32 年度(2050年度)に向けて、556 人の増加となっている。

＜ワークシート 1-2_要介護認定者数(実績値)＞



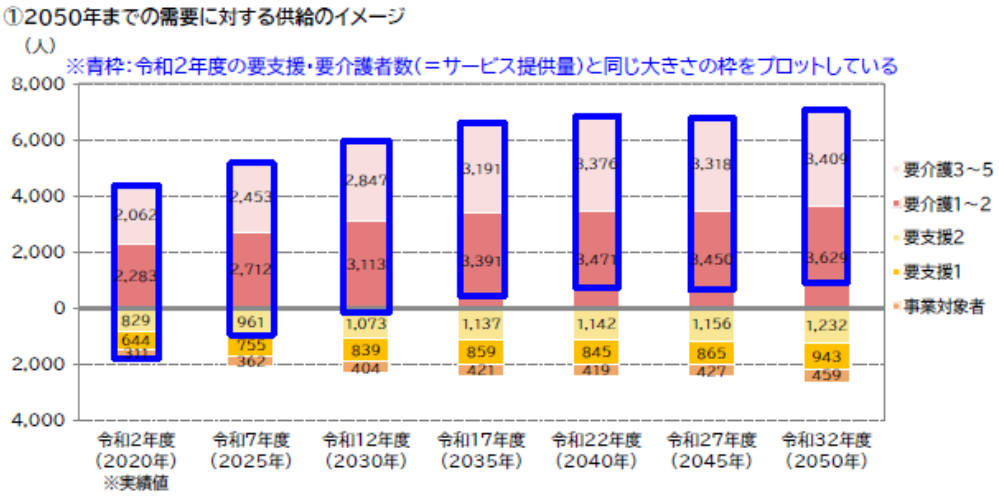
＜ワークシート 1-2_要介護認定者数(推計値)＞

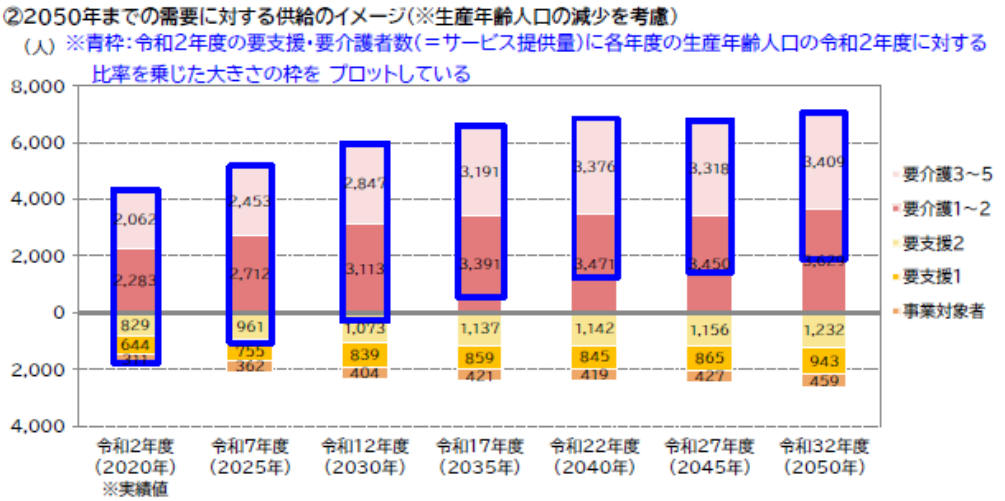


③ 需要と供給の制約

- 上段の図では、令和 2 年度時点の要支援・要介護認定者数のグラフを青枠で囲い、同じ大きさの青線の四角形を令和 7 年度以降の推計値のグラフに重ねている。下段の図では、令和 2 年度時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の令和 2 年度に対する比率を乗じた大きさの枠を令和 7 年度以降のグラフに重ねている。
- 仮に専門職の人数と、要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の人数が一定であるとした場合、令和17年度(2035 年)頃には要支援者・事業対象者にサービスを提供できる専門職の確保が難しくなる可能性が高い。
- したがって、今後 10 年くらいの間に要支援の方がサービスを利用したくても、専門職サービスを利用できないという状況が発生すると考えられる。従前相当のようなサービス提供が難しくなる。なお、この傾向は乙市のみでなく、全国の多くの自治体が同様の問題を抱えている。
- 令和17年度(2035 年度)頃には、要介護 3～5 の中重度者は令和2年度と比較して、1,129 人増加する見込みであるため、中重度の方に対して専門職によるサービス提供を増やしていくことを想定すると、少なくとも要支援者に関しては、今後、専門職以外が担うサービス・活動等へのシフトを進めていく必要がある。

＜ワークシート 1-3_需要に対する供給＞



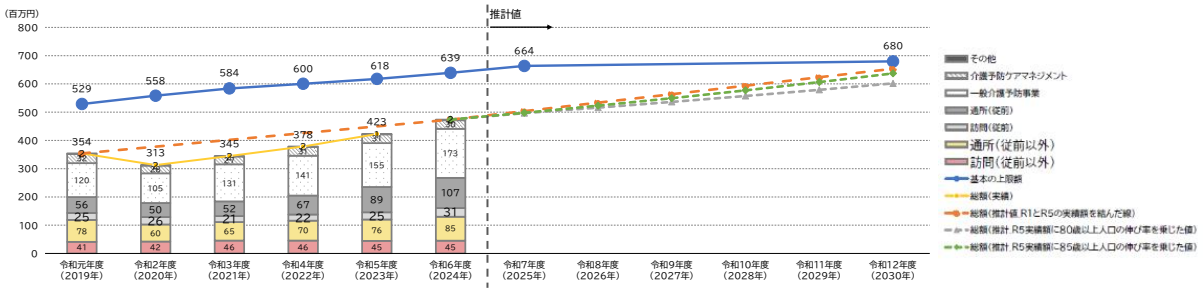


（2）財政の視点

① 制約条件の中における持続可能性

- 乙市では平成 27 年度に総合事業へ移行しているが、以下のグラフは令和元年度以降となっている。
- 乙市においては、基本の上限額と比較して総合事業の総額（実績）は低い水準にあり、比較的余裕のある期間が続いていた。しかしながら、ここ 5 年の間に徐々に間隔が狭くなっている。推計によれば、令和 12 年度（2030年度）には上限額を上回る可能性もある。令和 12 年度（2030年度）は、第 11 期介護保険事業計画の初年度に該当するが、第 10 期～第 11 期介護保険事業計画において取り組むべき課題を明確化していくことが求められる。
- なお、総合事業の総額（実績）が増えている要因としては、一般介護予防事業と通所型従前相当サービスの増加が影響している。

＜ワークシート2-1_制約条件の中における持続可能性＞



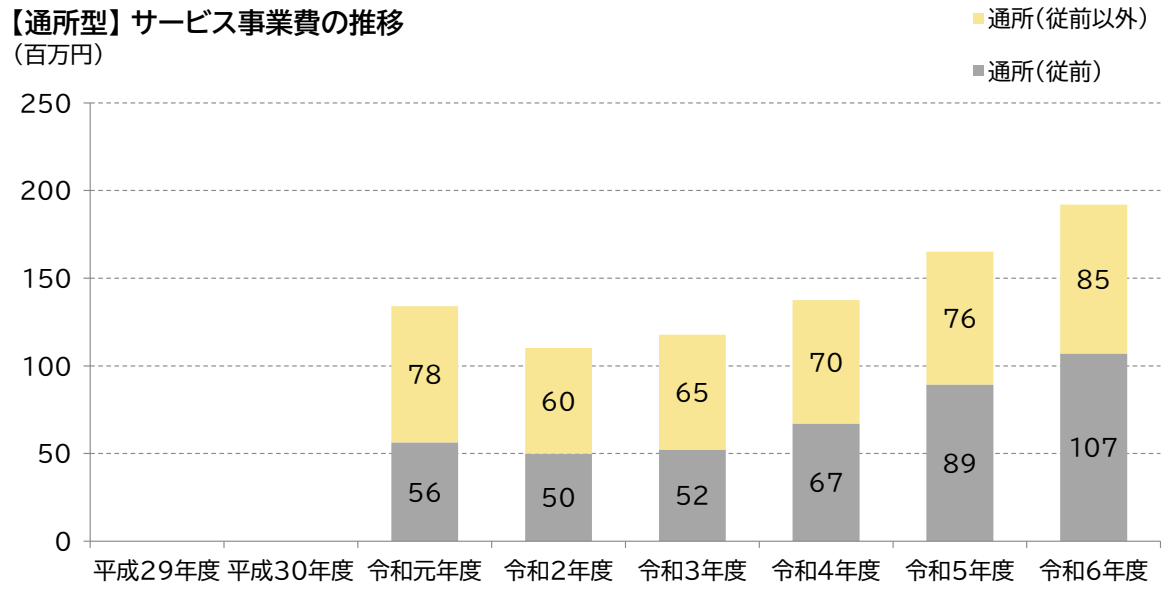
② 訪問型・通所型サービスの事業費の推移

- 訪問型・通所型サービスの事業費をみると、特に通所型従前相当サービスの伸びが大きいことがわかる。令和 2 年の時点で約 5,000 万円だった事業費が、令和 6 年度には約 1 億円になり、事業対象者・要支援者数の増加スピードを上回るペースで、通所型従前相当サービスの事業費が増加していることが読み取れる。
- また、通所型従前相当サービスの利用者数をみると、令和 2 年度が 141 人、令和 5 年度が 276 人となっており、概ね2倍になっている。したがって、通所型従前相当サービスの事業費が増加しているのは、一人あたりの事業費ではなく、利用者数が増加していることによるものである。
- 加えて、従前相当サービス以外の事業費・利用者数も増えている。乙市では、指定事業者制でサービス・活動 A を実施している。従前相当サービスとの違いは、身体介護の有無であるが、サービス・活動 A のみを実施する事業所は少なく、従前相当サービスとサービス・活動 A の両方を実施する事業者が多い。
- 乙市では、基本の上限額と比較して、総合事業の総額（実績）は低い水準にあるが、これは総合事業に移行した当初、サービス・活動 A の単価を訪問型では従前相当サービスの 75%、通所型では従前相当サービスの 85%で実施していたことから、支出額が削減されたものと思われる。
- 一方で、乙市では、サービス・活動 A（通所型）の単価が低く、経営が苦しいとの意見があったことから、近年では当初の 110～120%程度に引き上げる見直しが行われた。ただし、同じ事業者が実施してい

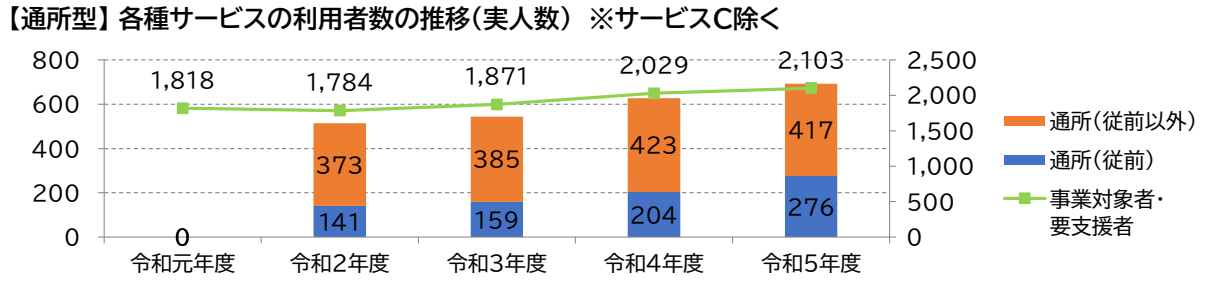
るため、単価の低いサービス・活動Aから従前相当サービスに利用者が流れやすい状態にもある。

- サービス・活動Aをつくることにより、総合事業における支出額の削減には効果があったが、従前相当サービスと同じ専門職がサービス提供を行っている実態があれば、専門職の中重度者の支援へのシフトは進まないことになる。
- そのためには、サービス・活動Aを他の団体に委託するような見直しも必要であると考えられる。
- また、利用者数の増加の背景には、半日のデイサービス(1日2単位)が増えることも1つの要因となる。半日型のデイサービスはコストが大きく変わらないものの利用者数が2倍となるため収益率が高い。そのため、半日型のデイサービスをサービス・活動Aとして70%の単価設定で実施するという工夫も考えられる。

＜ワークシート2-2_通所型サービス事業費の推移＞



＜ワークシート 3-1_各種サービスの利用者数の推移＞



③ 支出額の水準

- 一般介護予防事業費が高くなるパターンとしては、介護予防ポイントの取組を積極的に行っているケースや、通いの場などは専門職を派遣して人件費が発生している場合などである。
- 乙市では、市の職員として配置している理学療法士の人件費などが含まれていることもあり、一般介護予防事業費が高くなっている。
- また、一般介護予防事業については、外に出てくる意欲のある人に対して出前講座を行っている地域が多いが、そこにお金をかけるよりも、外に出てくる意欲のない、引きこもっている人に目を向けることができるソーシャルワーカーにお金をかけていくという選択肢もあるのではないか。

④ 単価

- 訪問型のサービス・活動 A について、通常の価格設定では民間の自費の家事代行サービスの価格設定よりも定額になってしまう。このような状況から、訪問型のサービス・活動 A を提供する人材の確保は困難となり、要支援者を対象とした介護事業者による従前相当サービスは徐々に減少してくことが見込まれる。
- 一方で、要支援者への専門職によるサービス提供は、コミュニケーション障害や家庭不和、ゴミ屋敷化が進んでいるなど難しいケースへの対応が重要になる。したがって、身体介護の有無のみでなく、福祉的なニーズの有無という観点でその必要性を考えることも一案となる。
- 従前相当サービスについては福祉的なニーズのある方、それ以外の方はサービス・活動 C につなげていくという考え方もある。その場合は、いずれの単価も高く設定するという選択肢もある。

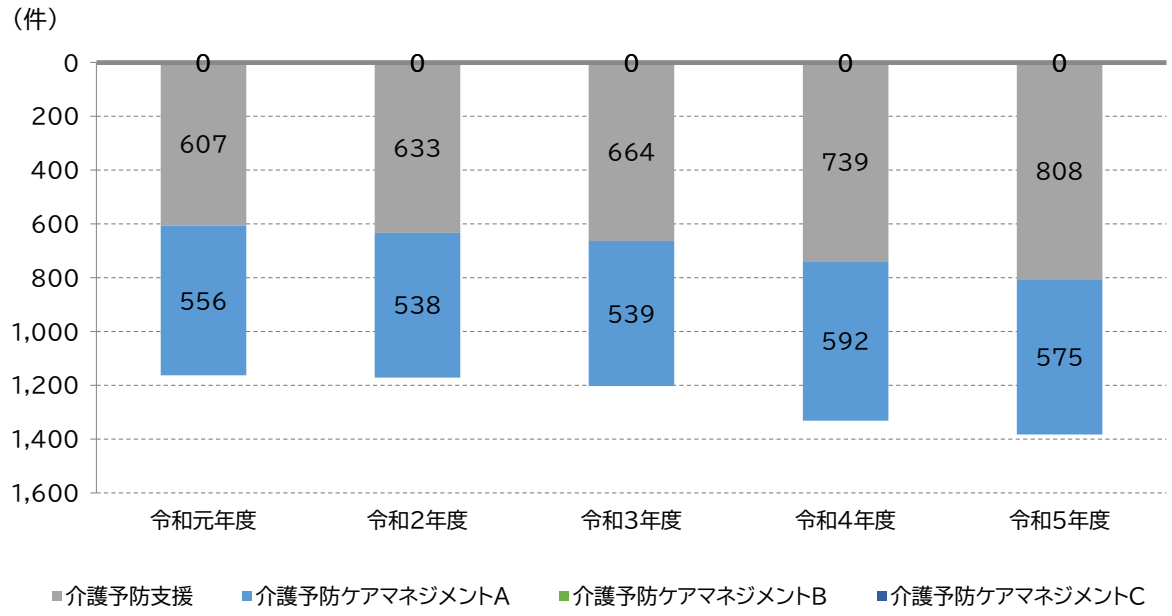
（3）高齢者の視点

① アウトカム_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）

- 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの件数の推移をみると、介護予防ケアマネジメントの件数は横ばいであり、介護予防支援の件数が増加している。介護予防支援の増加については、例えば、介護予防訪問リハビリテーションや介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護等の利用が想定される。
- 介護予防支援が増えることで、要支援のケアにより専門職が投入されることになるため、ニーズへの対応ではあるものの、専門職の中重度者の支援へのシフトを進める必要があるという観点からは課題とみる考え方もある。
- 今後、サービス・活動 C を推進していく場合は、価格設定が重要になる。サービス・活動 C は3か月等に期間が限られるがかけた費用に対する収益率が高い、保険給付のリハビリテーションは長く提供することができるが収益率は低いという環境をつくることで、サービス・活動 C を実施する事業者の確保にもつながる。

＜ワークシート3-2_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＞

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

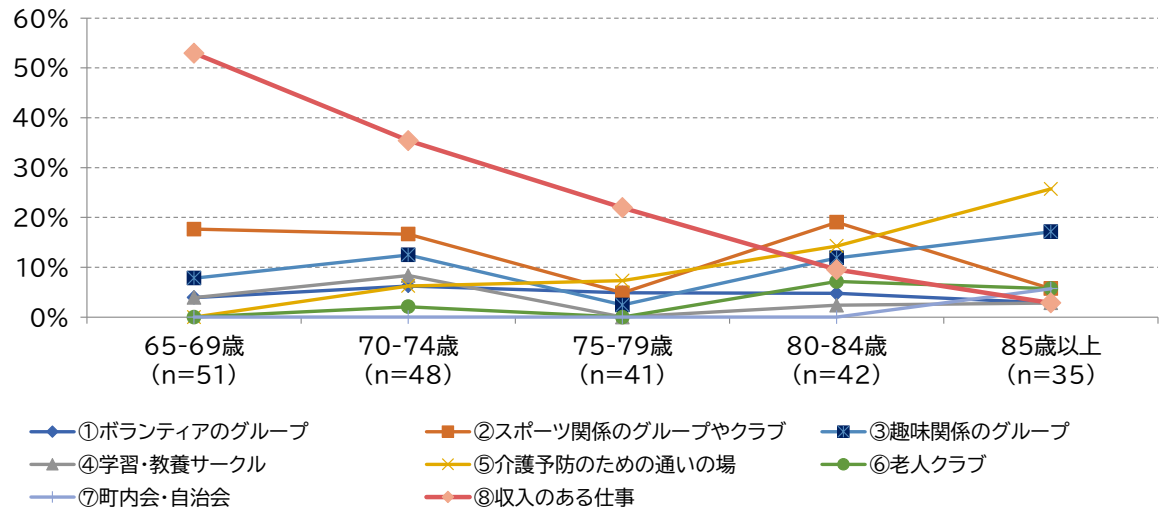


② アウトカム_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)

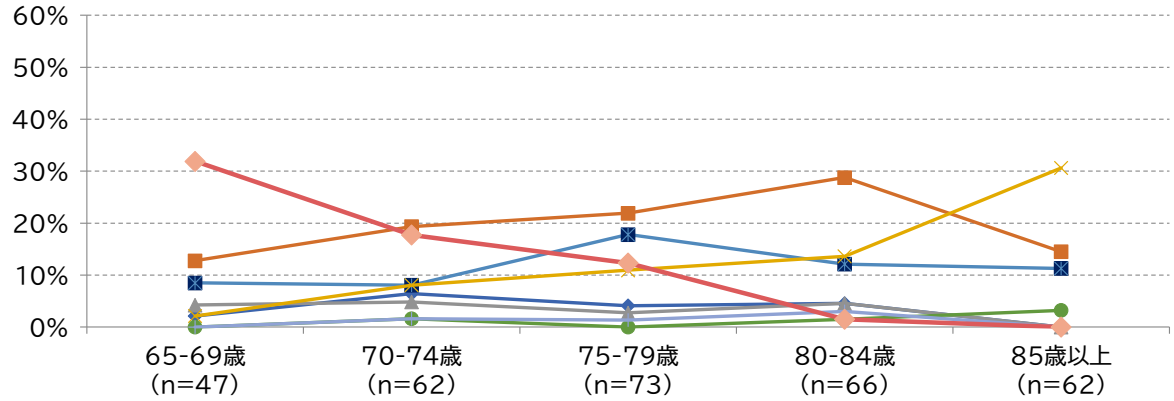
- 社会参加率について、男性のうち 65～69 歳の方は「収入のある仕事」が圧倒的に高い一方で、85 歳以上の方は「介護予防のための通いの場」が高くなっている。
- また、女性は男性と比較して「スポーツ関係のグループやクラブ」、「趣味関係のグループ」への参加率が高くなっており、男性の傾向とは大きくことなっている。
- いずれにも共通しているのは、85 歳以上の方は「介護予防のための通いの場」が高くなっている点であり、市町村が支援する通いの場はこの年齢層をターゲットにしたものであるが、費用対効果も含めて支援内容を検討することが重要である。

＜ワークシート3-3_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)＞

【第9期】(男性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



【第9期】(女性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



２．２　考えられる施策の方向性

（1）専門職の中重度者の支援へのシフト

- 乙市では、基本の上限額と比較して、総合事業の総額（実績）は低い水準にあるが、これは総合事業に移行した当初、サービス・活動 A の単価を訪問型では従前相当サービスの 75%、通所型では従前相当サービスの 85%で実施していたことから、支出額が削減されたものと思われる。
- 一方で、サービス・活動 A を実施する事業者の多くは従前相当サービスも実施していることから、サービス・活動 A と従前相当サービスの両方を同じ専門職が提供しており、専門職の中重度者の支援へのシフトを進めるための取組としては十分に機能していない可能性がある。
- そのためには、サービス・活動 A について従前相当サービスを実施する事業者以外の団体に委託するなど、他業界の資源を活用していくような工夫が効果的となる。

（2）通所型従前相当サービスの利用者が増加している理由の把握

- 通所型従前相当サービスの利用者数が増加している背景としては、①事業者が単価の低いサービス・活動 A よりも、比較的単価が高い従前相当サービスを優先して利用者を確保している、②1日2回転する半日型デイサービスが増えている可能性などが考えられる。
- ①については、(1)に記載したとおり、サービス・活動 A について従前相当サービスを実施する事業者以外の団体に委託することなどが考えられる。
- ②については、全日型のデイサービスよりも収益率の高い半日型のデイサービスについて単価を低くし、総事業費を抑えることなどの工夫が考えられる。
- まずは、通所型従前相当サービスの利用者数が増加している理由を把握し、理由に応じた適切な対応をしていくことが必要となる。

（3）費用対効果を意識した一般介護予防事業の実施

- 乙市では、一般介護予防事業の事業費が高い傾向にあるが、費用対効果について精査することが必要である。
- 一般介護予防事業については、外に出てくる意欲のある人に対して出前講座を行っている地域が多いが、自身で外出意欲のある人に対して多額の事業費を費やすことについては慎重になる必要がある。あくまで提案ベースではあるが、そこにお金をかけるよりも、地域の中で自ら外に出てくる意欲のない、引きこもっている人にアウトリーチすることができるソーシャルワーカーにお金をかけていくという選択肢もあると考えられる。

（4）適切な価格設定によるサービス・活動Cの推進

- 乙市では、介護予防支援の件数が増加しており、その背景としては介護予防訪問リハビリテーションや介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護等の利用が増えていることなどが想定される。
- 今後、サービス・活動 C を推進していく場合は、サービス・活動 C は3か月で終わってしまうが収益率

が高い、保険給付のリハビリテーションは長く提供することができるが収益率は低いという状況をつくることで、サービス・活動 C の利用者を確保することにもつながる。

（5）第 10 期～第 11 期介護保険事業計画期間の取組の明確化

・ 乙市においては、基本の上限額と比較して、総合事業の総額（実績）は低い水準にあるが、今後の推計では令和 12 年度（2030年度）には上限額を上回る可能性もある。令和 12 年度（2030年度）は、第 11 期介護保険事業計画の初年度に該当するが、第 10 期～第 11 期介護保険事業計画において取り組むべき課題を明確化していくことが求められる。

3　丙県丙市

総人口(令和7年1月1日時点)	約 6.5万人
総合事業移行時期	平成 28 年 4 月 1 日
サービス・活動事業	【訪問型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C 【通所型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C
一般介護予防事業	通いの場づくり、認知症予防教室

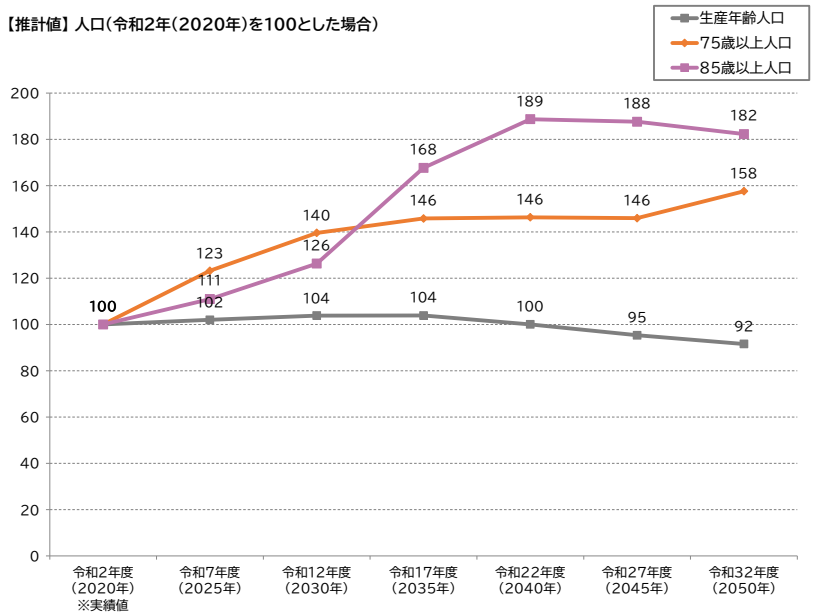
3.1　出力結果の分析

(1) 人材の視点

① 人口

- 75 歳以上の人口動態をみると、令和7年(2025 年)から令和 17 年(2035 年)までは増加するが、それ以降は概ね横ばいになる見込みである。一方、要支援・要介護認定を受ける確率が上昇する 85 歳以上人口は令和 22 年(2040 年)にかけて大幅に上昇(約 1.7 倍)することが見込まれている。
- 総合事業の基本の上限額は、総合事業移行前の予防給付・一次予防事業・二次予防事業の合計額を当初の基準額として、75歳以上人口の変化率を反映して設定されている。そのため、総合事業の基本の上限額は令和 12 年(2030年)頃には横ばいとなる中で、介護需要は令和 22 年(2040 年)頃まで大幅に増加することが想定される。
- また、生産年齢人口は今後横ばいが続き、令和 17 年(2035 年)以降は減少する見込みであるため、人材確保が厳しい状況の中で、増大する需要に対応する必要がある。

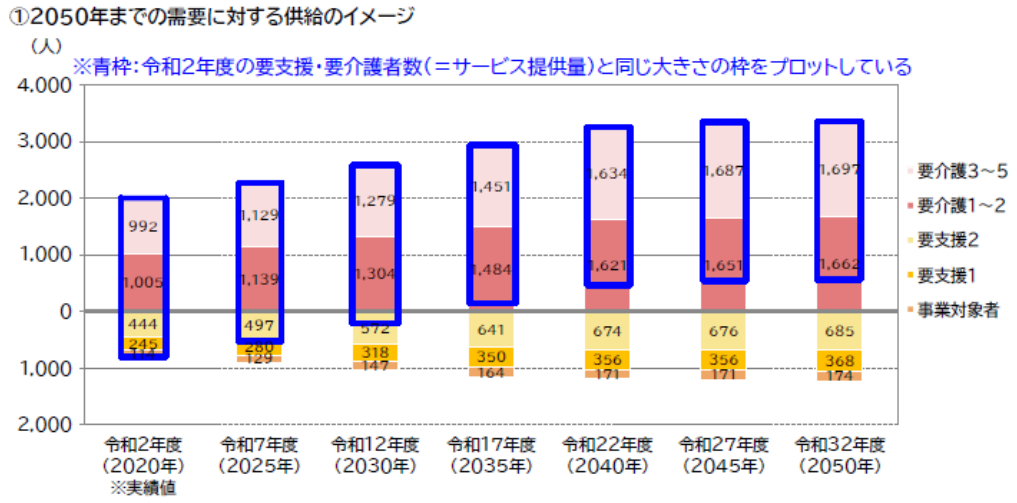
<ワークシート 1-1_人口>

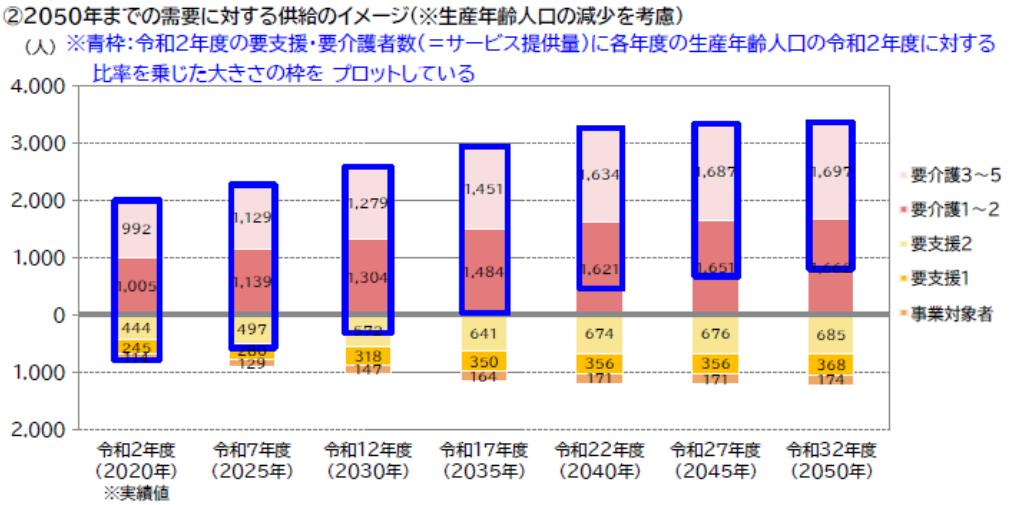


② 需要と供給の制約

- 要支援・要介護認定者数は今後増加する。要介護3以上は令和7年度時点では 1,100 人程度であるものが、令和22年度(2040 年度)には 1,600 人程度まで増加する見込みである。また、要介護1・2も同期間において 500 人ほど増加し、全体的なサービス・支援の需要は今後高まっていくことが想定される。
- 上段の図では、令和2年度時点の要支援・要介護認定者数のグラフを青枠で囲い、同じ大きさの青線の四角形を令和7年度以降の推計値のグラフに重ねている。下段の図では、令和2年度時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の令和2年度に対する比率を乗じた大きさの枠を令和7年度以降のグラフに重ねている。
- 仮に専門職の人数と、要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の人数が一定であるとした場合、以下のいずれのグラフにおいても、令和 17 年度(2035 年度)頃には要支援者・事業対象者にサービスを提供できる専門職の確保が難しくなる可能性がある。要介護認定者への専門職による支援体制を維持するためにも、要支援者・事業対象者については、より非専門職を含む多様な主体による関わりを増やしていく必要がある。

<ワークシート 1-3_需要に対する供給>





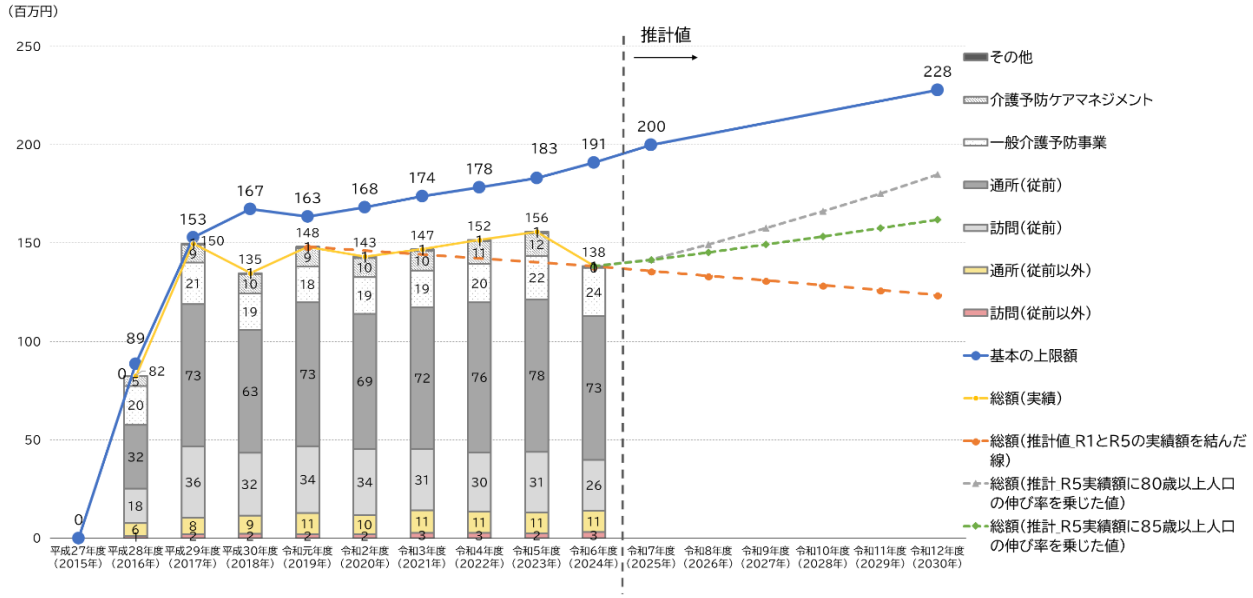
（2）財政の視点

① 制約条件の中における持続可能性

・　平成 28 年度から令和6年度までの実績額の内訳と数値をみると、以下のことが読み取れる。

- ✓ 実績額は近年横ばい～やや増加傾向であり、基本の上限額に対して約 8.5 割程度で推移している
- ✓ 訪問型の従前相当サービスの事業費は平成 29 年度から令和6年度にかけて約3割減少している。
- ✓ 事業費の内訳として、通所型の従前相当サービスが最も高く、次いで訪問型の従前相当サービスとなっており、サービス・活動事業の大半を従前相当サービスが占めている。
- ✓ 通所型の従前相当サービスは1割程度の範囲で増減を繰り返している。

＜ワークシート2-1_制約条件の中における持続可能性＞

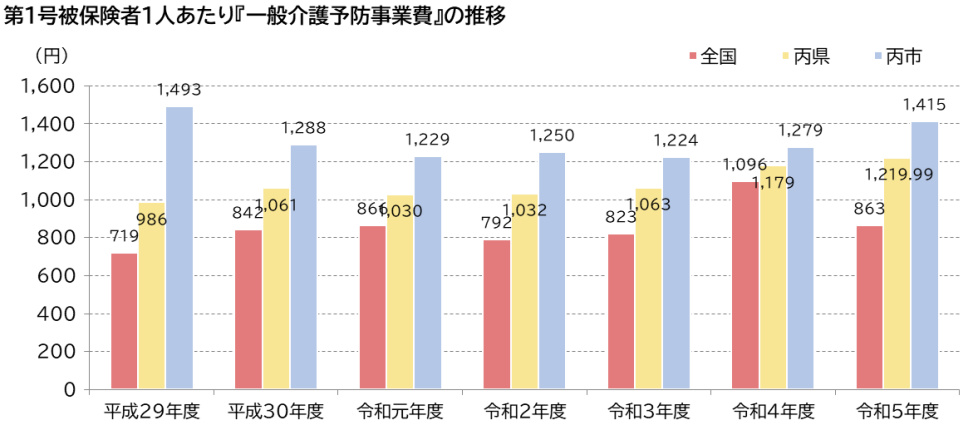


※　丙市は、平成 28 年4月1日に総合事業に移行したが、利用者の移行を順次進めたため、平成 28 年度においては、介護予防訪問介護・介護予防通所介護への予防給付も併存している状況であった。総合事業の実績額と上限額は予防給付分を除いて算出されるため、平成 28 年度の実績額・上限額は、全体の事業費の5割程度となっている。

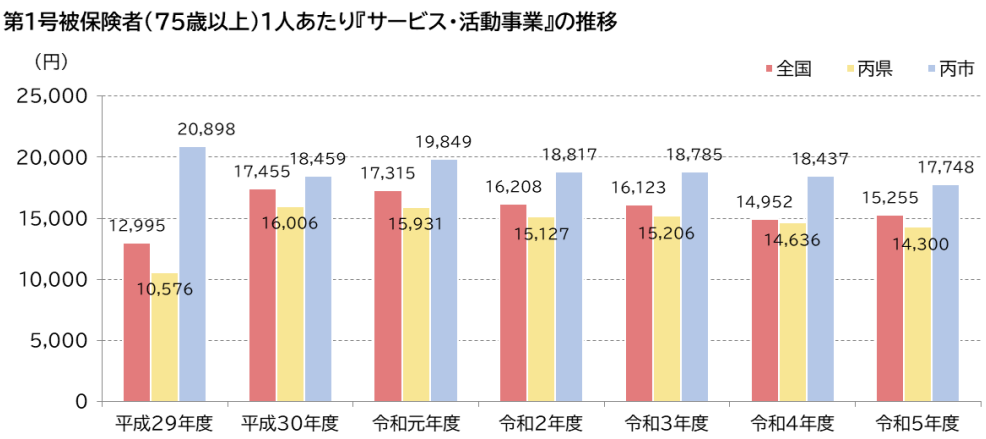
② 支出額の水準

- 第 1 号被保険者 1 人あたりの一般介護予防事業費は、令和5年度は 1,415 円であり、全国（863 円）の2倍近くとなっている。この傾向は平成 29 年度から現在まで続いている。
- 令和 6 年度の一般介護予防事業費の大部分は、通いの場の運営委託費や認知症予防教室の委託費に使用されており、これらの場の多くは月1回程度の実施ということだが、介護予防に期待される効果の観点から費用額の妥当性についての検証が必要である。
- 75歳以上1人あたりのサービス・活動事業費は、全国や丙県と比較してやや高い水準が続いている。「ワークシート2-1_制約条件の中における持続可能性」では、サービス・活動事業費のうち、通所型の従前相当サービスの費用が最も多くを占めていることが確認されている。
- 通所型サービスは1日型と短時間型で同じ報酬単価が採用されている。時間や内容の異なるサービス提供で受け取る報酬が同額に設定されていることについては公平性の観点から再点検が必要ではないか。また、短時間型を導入する事業者が増えることで、供給量と利用者数が増加する可能性があり、それに伴い事業費も増加するため、費用管理の観点からも留意が必要ではないか。

＜ワークシート2-3_支出額の水準（一般介護予防事業）＞



＜ワークシート2-3_支出額の水準（サービス・活動事業）＞

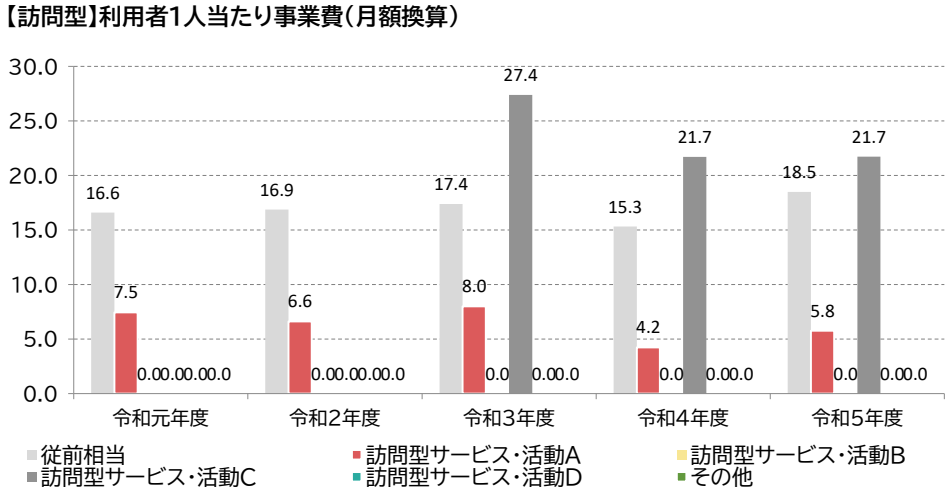


※介護保険事業状況報告の数値を用いて算出

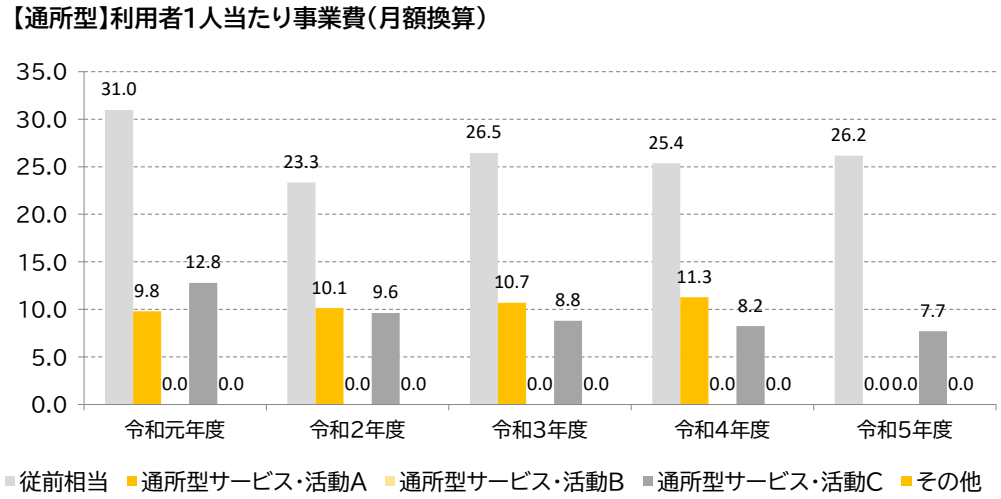
③ 単価

・ 通所型サービス・活動 C の単価が従前相当サービスよりも低い水準である。通所型サービス・活動 C は限られた期間で成果を出すことが重要なサービスであり、報酬単価が高くても終了後にサービスを利用しない場合は、事業費の削減にも寄与することになる。逆に、通所型サービス・活動 C の終了後にそのまま通所型サービス・活動 A に移行しているのであれば、通所型サービス・活動 C の役割を再検討する必要がある。まずはそれぞれの通所型サービス・活動に期待する役割やサービス・活動間の関係性を整理することが重要であり、そのうえで、各サービス・活動の役割に応じた提供内容や単価を検討することが必要である。

＜ワークシート2-4_【訪問型】利用者１人当たり事業費(月額換算)＞



＜ワークシート2-4_【通所型】利用者１人当たり事業費(月額換算)＞



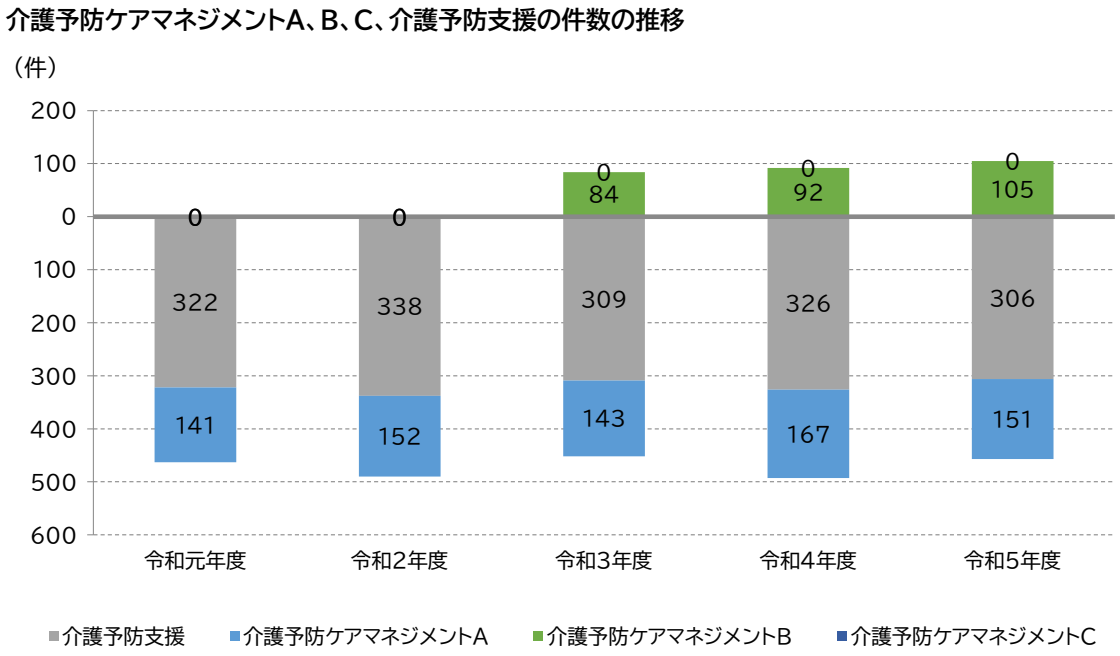
（3）高齢者の視点

① アウトカム_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）

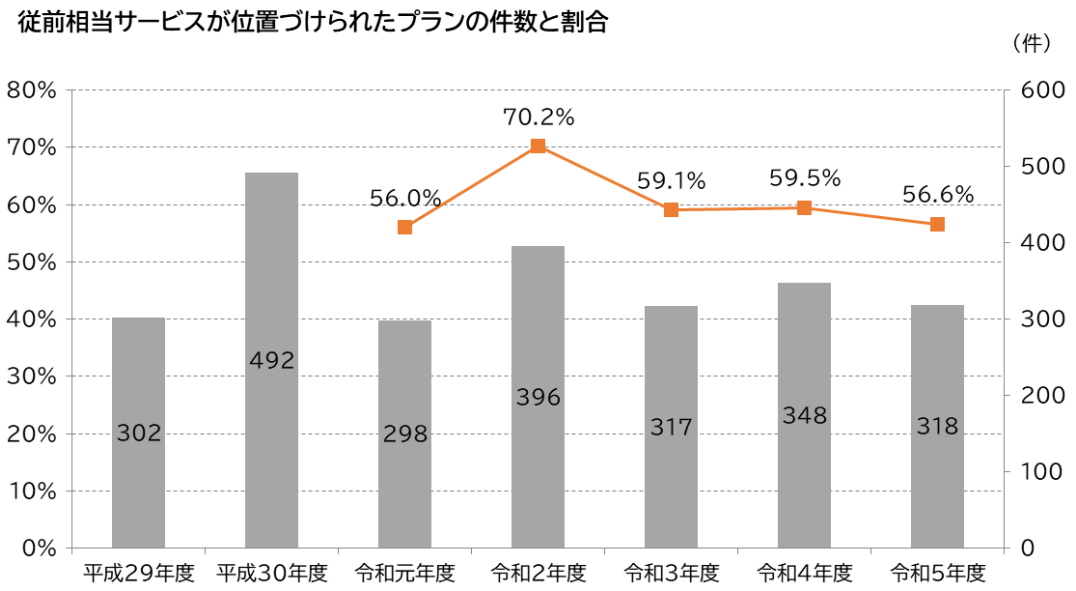
- 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの件数は、概ね横ばいで推移している。令和3年度からは介護予防ケアマネジメントＢが計上されているが、介護予防ケアマネジメントＡは減少していないため、介護予防ケアマネジメントBの件数が純増しているように見える。
- 一般的に介護予防支援と介護予防ケアマネジメントＡの比は、おおむね1：1となる傾向があるが、丙市においては介護予防支援の比率がやや高い。介護予防支援では、介護予防訪問リハビリテーションや介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護等の利用が想定される。丙市では現時点では介護予防支援の件数は横ばいだが、仮に今後増加傾向が見られた場合は、前述した予防給付が増えている可能性があり、要支援者等に対して非専門職の関わりを増やす方向に逆行していないか確認が必要である。また、この場合、介護予防ケアマネジメントが介護予防支援に置き換わることに加え、サービス・活動が予防給付に置き換わることによって、総合事業の費用額は下がっているように見えるが、介護保険で支出している費用は増えていることに注意が必要である。
- 丙市では介護予防ケアマネジメントBの件数が増加している。介護予防ケアマネジメントBやCを利用することで、サービス担当者会議やモニタリングに係る業務負担が軽減され、地域包括支援センター等に余力を生み出すことができる。そのようにして生じた余力を、今後増加することが見込まれる、身寄りのない人や複雑化・複合化した課題を抱える人など、社会的ハイリスク者等への支援に振り向ける戦略が重要である。
- 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合は、概ね横ばいとなっている。本指標の割合が減少することは、従前相当サービス以外の多様なサービス・活動等を組み合わせて生活を支えられる人が増えていることを意味する。ただし、自費の生活支援サービスを利用して生活する人は要介護認定を申請しない人も多く、当該指標には含まれない。そのため、割合だけではなく、実数も確認することが重要である。

.

＜ワークシート3-2_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＞



＜ワークシート3-2_従前相当サービスが位置づけられたプランの割合＞

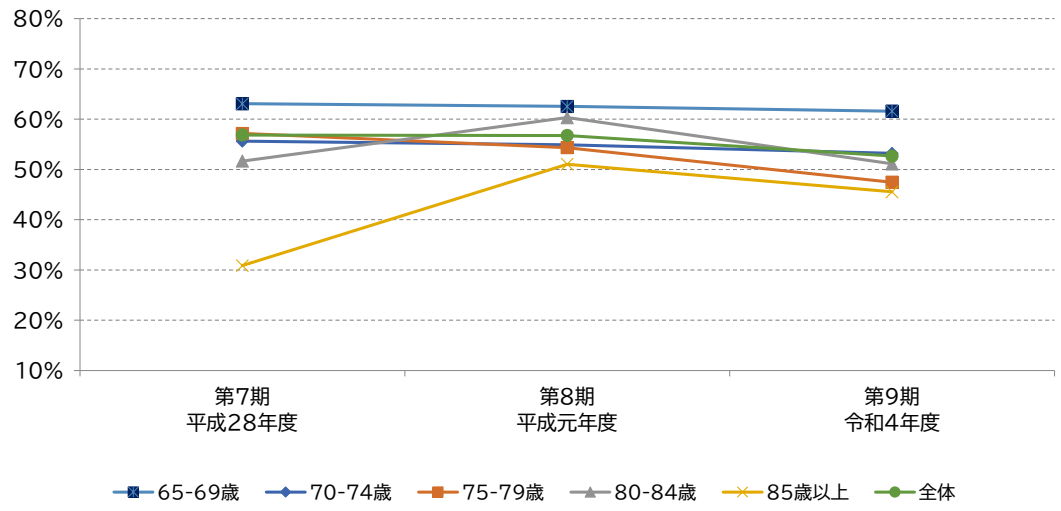


② アウトカム_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)

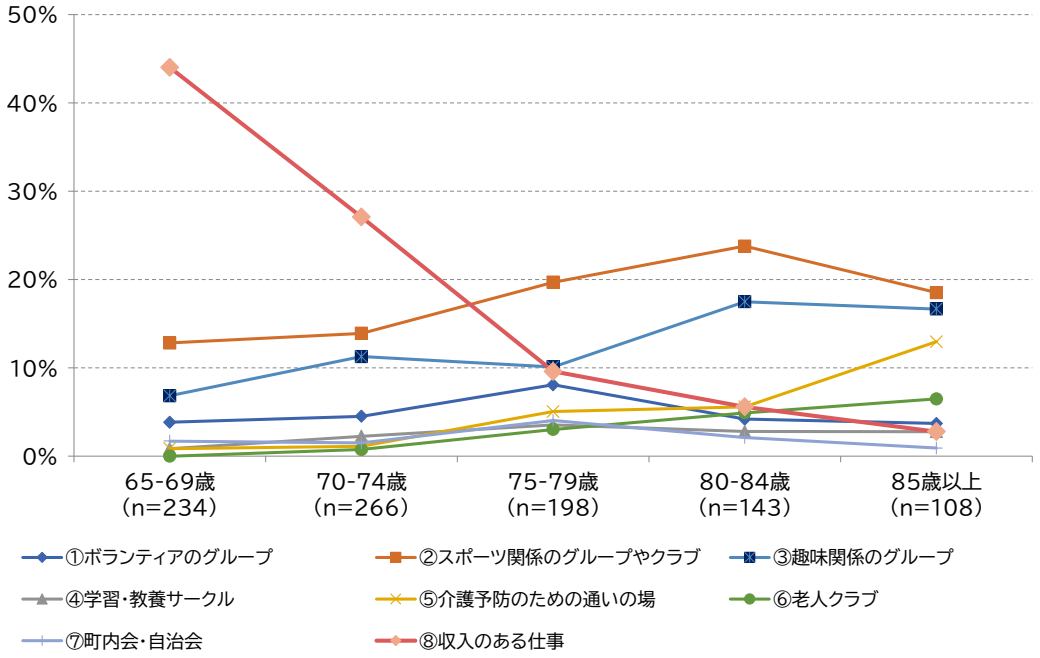
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5の結果を用いて算出した「社会参加率」(全体)は、第 8 期(元年度)から第 9 期(令和 4 年度)にかけて概ね横ばいだが、80～84 歳と 85 歳以上ではやや低下している。新型コロナウイルスによる外出抑制等の影響が出ている可能性がある。第 10 期(令和 7 年度)のデータを確認して、元の水準に戻っているか着目する必要がある。
- 年齢別に見ると、65～69 歳の社会参加率は高いが、「収入のある仕事」をしている人が多いことから、社会参加を促しても効果が薄い可能性が高い。男性の社会参加率は収入のある仕事が最大の因子であり、仕事を辞めてからの社会参加の選択肢が課題といえるだろう。
- 女性は年齢が上がるにつれて「介護予防のための通いの場」の割合が明らかに高くなっている。通いの場が 85 歳以上の女性の社会参加を支えていることがうかがわれる。

＜ワークシート3-3_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)＞

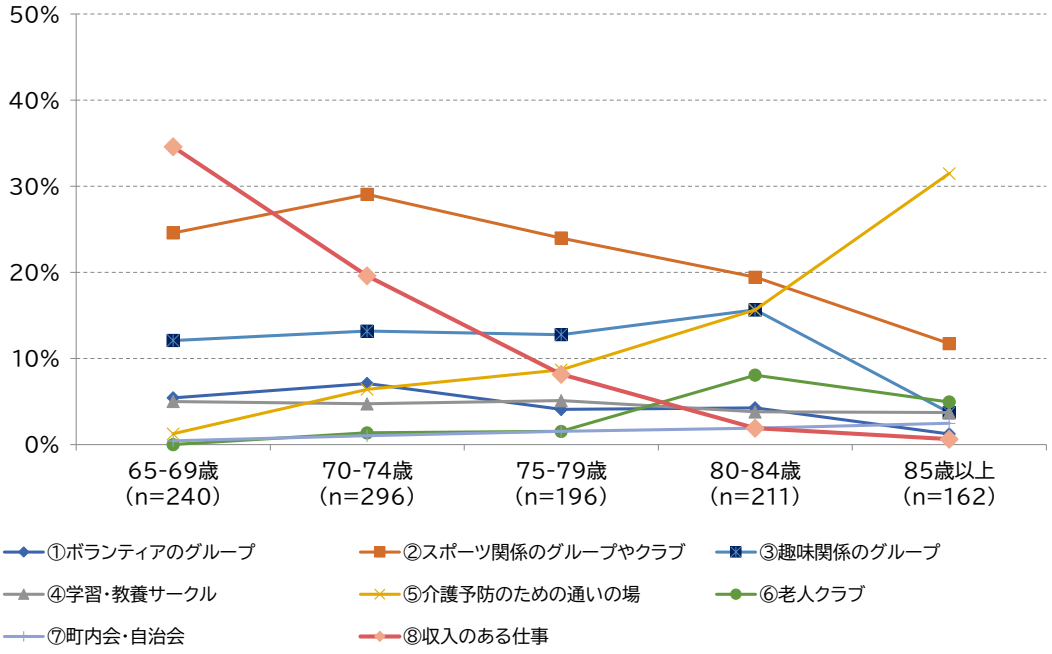
年齢階級別・社会参加率の経年比較



【第9期】（男性）年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



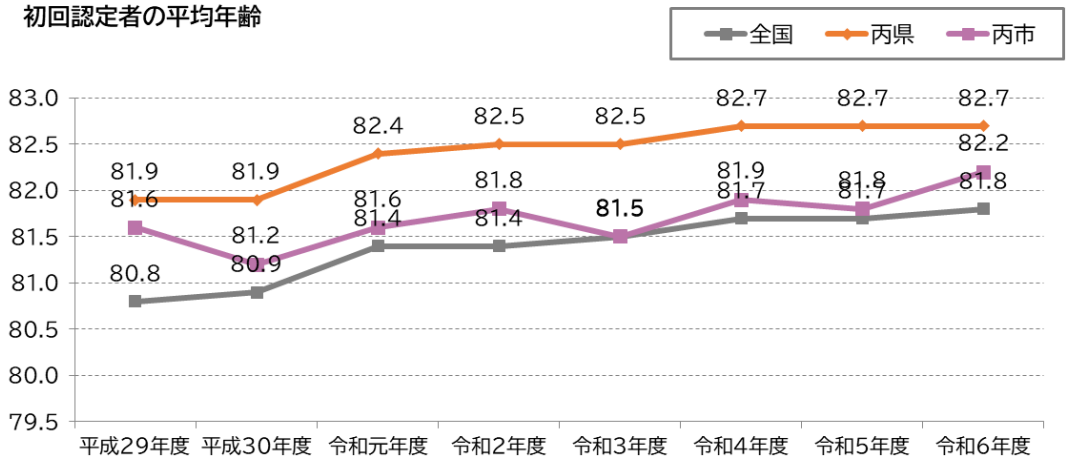
【第9期】（女性）年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



③ 最終アウトカム_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

・ 丙市の初回認定者の平均年齢は全国よりもやや高く、82 歳程度で推移している。こうしたデータを見ることで、80 代前半で介護リスクが高まることを正しく認識するとともに、初回認定者の平均年齢の延伸を念頭に各種の取り組みの PDCA を回していくことが重要である。

＜ワークシート3-6_初回認定者の平均年齢＞



３．２　考えられる施策の方向性

（1）急速に拡大する需給ギャップへの対応

- 丙市では今後、担い手となる人材（専門職）の増加は見込まれない中、要介護認定者は増加し続ける。専門職によるサービスは要介護認定者の在宅生活を維持するために優先的に投入される可能性が高く、軽度者に対する支援としては、非専門職も含めた多様な主体によるサービス・活動の選択肢を増やしていく必要がある。
- また、特に 2030 年以降は 75 歳以上人口が横ばいになるため、総合事業の上限額は増えない。こうした人材面、財政面の制約のなかで、要介護者の在宅生活を支えていくことを目標として認識したうえで、軽度者に対してはポピュレーション・アプローチ、ハイリスク・アプローチ、高齢者の生活を支える選択肢の拡大といった複数の視点から、施策を展開していくことが重要である。

（2）戦略をもった介護予防の展開（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社会参加率等を参考にしながら、性別・年代別の社会参加の特徴を把握し、特に支援すべき対象者を焦点化することが重要である。そのうえで、属性に応じた効果的な社会参加の機会づくりに取り組む必要がある。
- 丙市の 65 歳以上1人あたりの一般介護予防事業費は全国や丙県よりも高い水準である。一般介護予防事業で実施している場への参加者数等から、参加者1人あたりにいくら費用をかけているのか確認したうえで、必要に応じて事業のあり方を見直すことも考えられる。
- 行政の人的・財政的資源を投入するのであれば、フレイル等のリスクがより高まる年齢層の社会参加を支援するなど、加齢に伴い体の不調が生じ、これまでの居場所を失いかけている層に対して、行政が支援をしていくことが望まれる。

（3）成果を出す短期集中型予防サービスの実施（ハイリスク・アプローチ）

- 丙市の通所型サービス・活動Ｃはこれまで１日型で実施しており、終了者の多くが通所型サービス・活動Ａに移行している。
- 通所型サービス・活動Ｃにおいて集団運動や体操を実施すると、体操をすること自体が目的となり、終了後も「続けたい」という希望が出て、結果として他の通所型サービスに移行することになる。そうではなく、元の生活に戻るために期間限定で徹底的な伴走支援を行うことが重要である。
- そのような支援が実施できているか検証するためには、終了して一定期間後の生活状況を確認し、サービスを利用しないで生活を継続している人の割合を把握する必要がある。

（4）多様なサービス・活動の充実に向けた方策

- 軽度者に対するサービス・活動の主体を多様化させていくためには、民間事業者との連携も重要である。新たなサービスの創出も必要だが、地域内には、すでに既存の民間企業の取組が要支援者や要介護者を含む高齢者の地域生活を支えているという視点も重要である。介護保険の枠組みだけで考えるのではなく、民間事業者の柔軟な発想や取組を活用することで、地域の多様なニーズに対応し、より長く地域生活を支えることが可能になる。
- 例えば、移動販売が高齢者の買い物手段として重要な役割を果たしており、経営が厳しい状況なのであれば、こうした社会資源を保全するため総合事業等を活用して燃料費や保険料など、事業を継続するための財政支援を行うほか、高齢者の通いの場の開催時間や場所を事業者に情報提供するといった方法で、間接的に事業継続を支援することも考えられる。

4　丁県丁市

総人口(令和7年1月1日時点)	約７万人
総合事業移行時期	平成 27 年４月１日
サービス・活動事業	【訪問型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 C、サービス・活動 D 【通所型】 従前相当サービス、サービス・活動 A、サービス・活動 B
一般介護予防事業	運動教室、健康ウォーク、いきいき百歳体操、ボランティア・ポイント事業

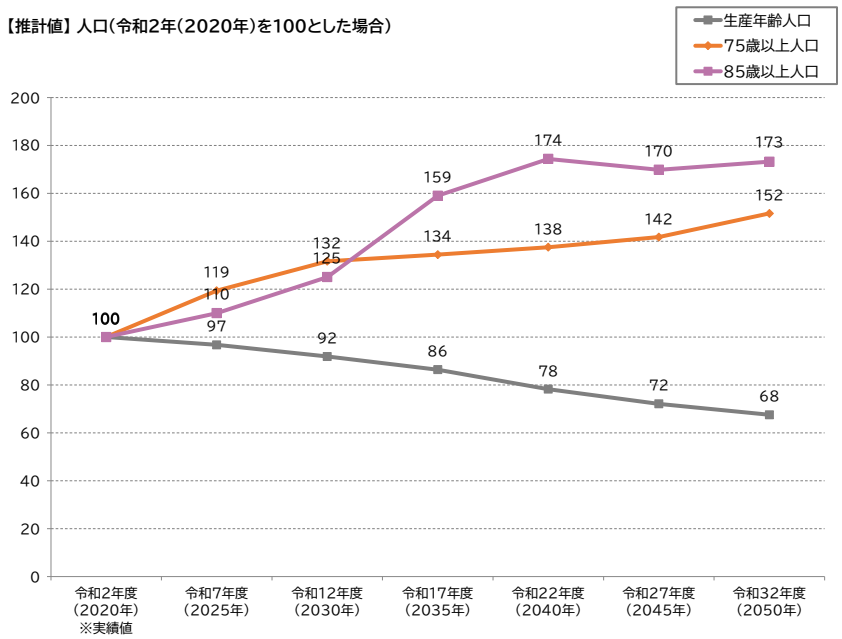
4.1　出力結果の分析

(1) 人材の視点

① 人口

- 75 歳以上の人口動態をみると、令和7年(2025 年)から令和12年(2030 年)にかけて増加するものの、その後は横ばいになることがわかる。一方、85 歳以上人口については令和7年(2025 年)から令和 22 年(2040 年)にかけて大幅に上昇(約 1.6 倍)することが見込まれている。
- 総合事業の基本の上限額は、総合事業開始の前年度の予防給付・一次予防事業・二次予防事業の総額に75歳以上人口の変化率を反映して設定されている。そのため、総合事業の原則の上限額は、令和 12 年(2030 年)以降は微増で推移する中で、介護需要は令和 22 年(2040 年)頃まで大幅に増加することが想定される。

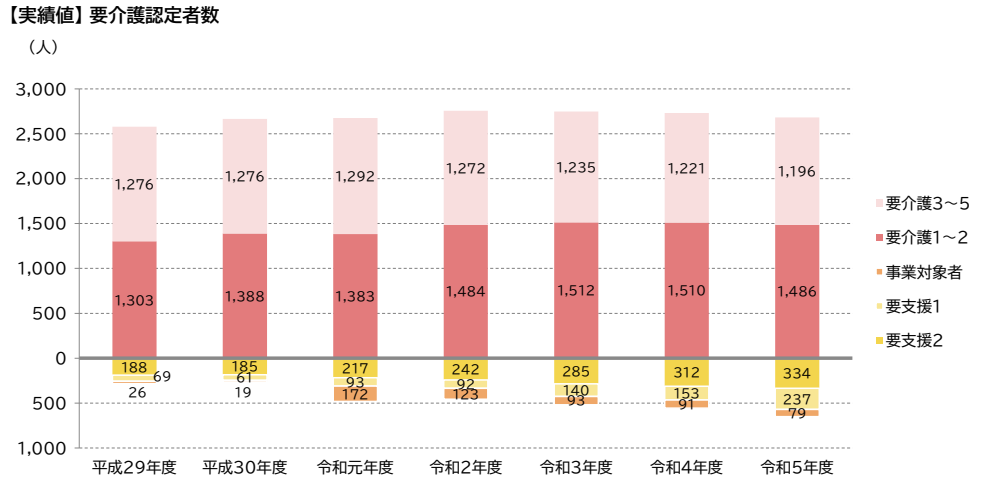
＜ワークシート 1-1_人口＞



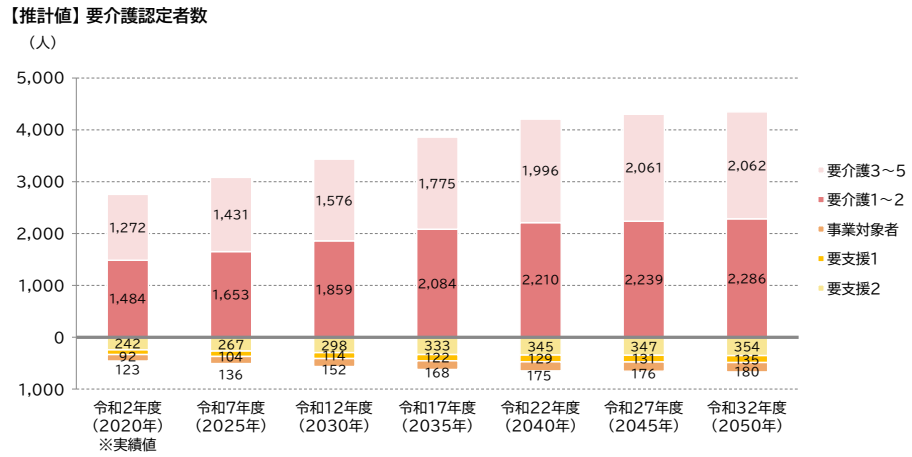
② 要介護認定者数

- 平成 29 年度から要支援･要介護認定者数が増加しているが、特に要支援者数の伸び率が大きくなっている。平成 30 年度まで事業対象者は 20 人前後であったが、令和元年度に急増し、100 人以上になっている。平成 30 年度から令和 5 年度にかけて、要支援者数は 2 倍以上に増加している。
- 下の段のグラフは、令和 2 年度の実績値をベースとした要介護認定者数の推計値を示している。令和 7 年度の事業対象者･要支援者数の推計値は 500 人程度であるが、実績では令和 5 年度の段階で 600 人を超えており、推計値を上回る増加が生じている。
- 丁県は、全県的に軽度認定率が低い傾向にある。丁市の場合、平成 30 年度までは要支援者数が少なく、丁県全体の傾向と同様であったが、令和元年度以降、全国的な水準に近づいていると言える。
- 丁市として対応を変更したことはなく、要因としては、コロナ禍により外出機会が減少し、要介護認定を受けてサービスを利用したいという高齢者が増加したということや、地域包括支援センターが広く知られるようになり、早めに相談につながるようになったということが考えられ、要介護認定率の上昇分の内訳に注目していく必要がある。
- サービスの未利用率が増加しており、特定のサービスの利用見込みがない段階で、要介護認定を申請する高齢者が増えている傾向にあることが読み取れる。

＜ワークシート 1-2_要介護認定者数(実績値)＞



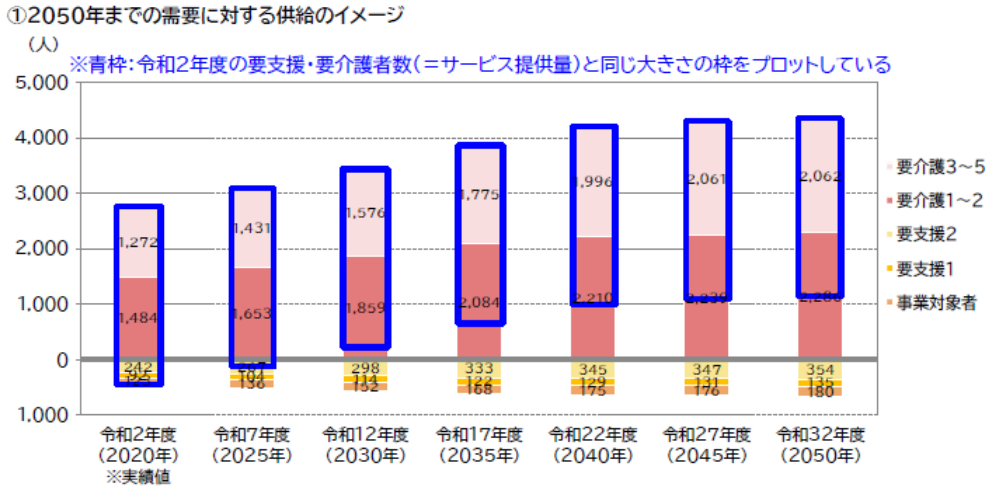
＜ワークシート 1-2_要介護認定者数(推計値)＞

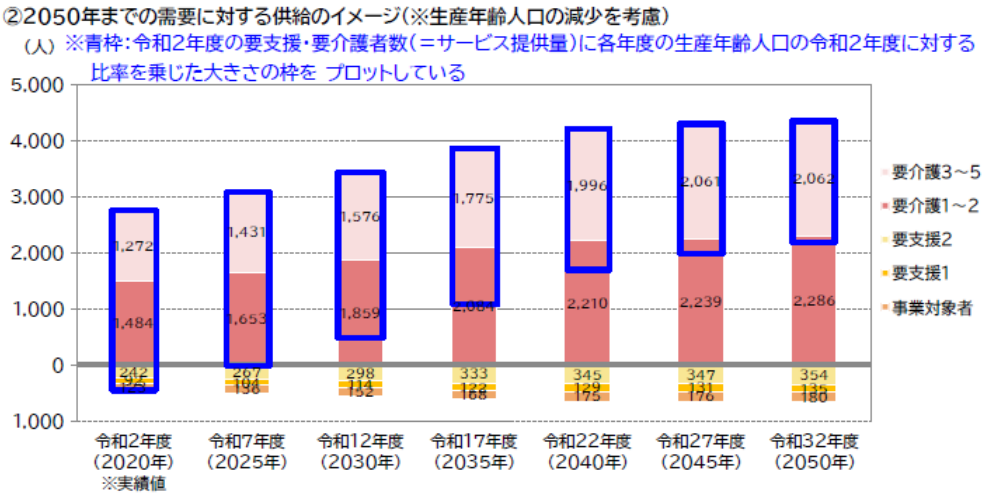


③ 需要と供給の制約

- 上段の図では、令和 2 年度時点の要支援・要介護認定者数のグラフを青枠で囲い、同じ大きさの青線の四角形を令和 7 年度以降の推計値のグラフに重ねている。下段の図では、令和 2 年度時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の令和 2 年度に対する比率を乗じた大きさの枠を令和 7 年度以降のグラフに重ねている。
- 仮に専門職の人数と、要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の人数が一定であるとした場合、令和12年度(2030 年度)頃には要支援者・事業対象者にサービスを提供できる専門職の確保が難しくなる可能性が高い。
- ただし、丁市では、要支援者数が既に推計値以上に増加しているため、以下のグラフの黄色・オレンジ色の部分(＝要支援者)はさらに増加しており、専門職が要支援者に対応するのは既に難しくなってきていると考えられる。
- 令和22年度(2040 年度)頃には、要介護 3～5 の中重度者は令和2年度と比較して、約 700 人増加する見込みであるため、今後、中重度者へのサービス提供を拡充させていく必要があることを踏まえると、誰が誰を支えるかということを大きく転換する必要がある。少なくとも要支援者に関しては、今後、脱専門職化を進めていく必要がある。

＜ワークシート 1-3_需要に対する供給＞





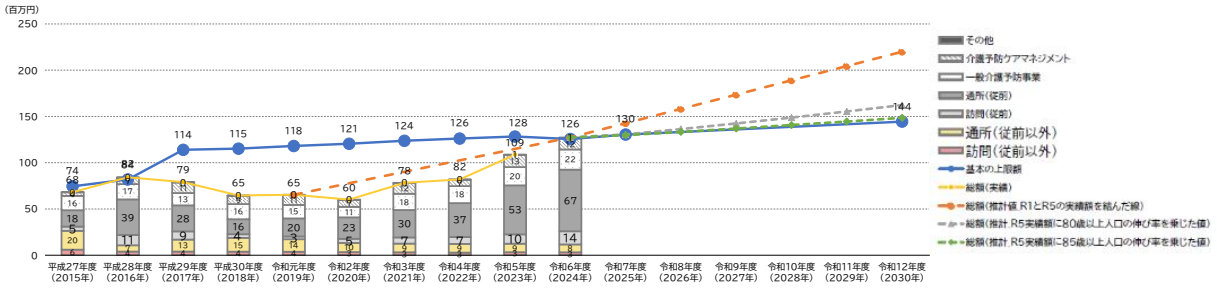
（2）財政の視点

① 制約条件の中における持続可能性

・ 平成 27 年度から令和 6 年度までの実績額の内訳と数値をみると、以下のことが読み取れる。

- ✓ 実績額は年々増加傾向であり、令和 6 年度には、実績額が基本の上限額を超過している
- ✓ 事業費の内訳として、通所型従前相当サービスが最も多く、令和 4 年度からの 3 年間で急増している

＜ワークシート2-1_制約条件の中における持続可能性＞



※丁市は、平成 27 年 4 月 1 日に総合事業に移行したが、利用者の移行を順次進めたため、平成 28 年度においては、介護予防訪問介護・介護予防通所介護への予防給付も併存している状況であった。総合事業の実績額と上限額は予防給付分を除いて算出されるため、平成 27～28 年度の実績額・上限額は、全体の事業費の 7 割程度となっている。

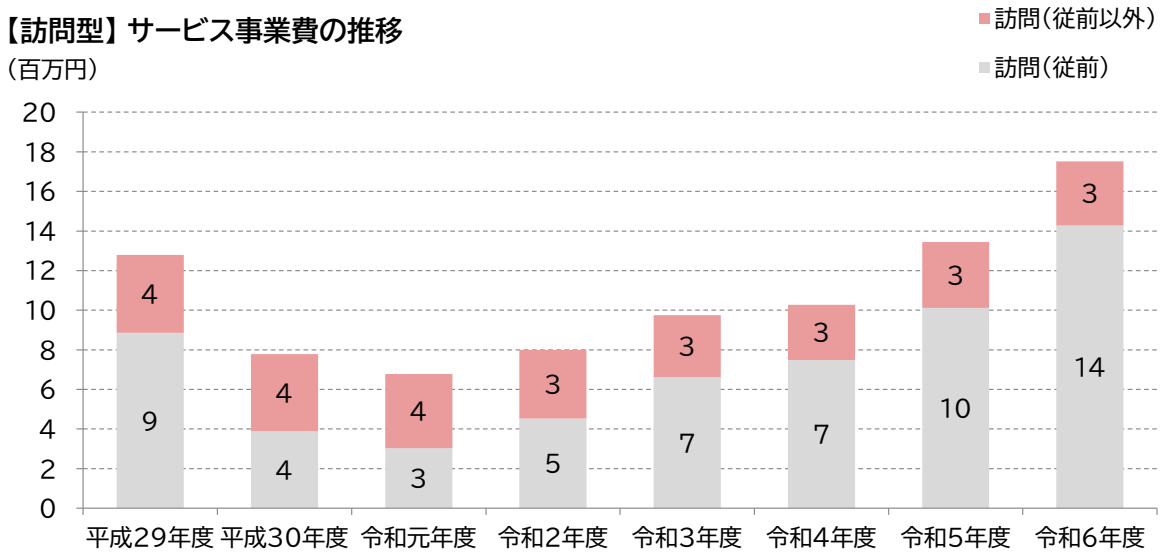
・ 令和 7 年度の事業費は、事前協議の時点で基本の上限額に収まらず、個別協議を行っている。

・ 今後、事業費を削減することが必要になるが、そのためには、まずこれまでの事業費の増加の要因の分析を行うことが重要であるため、以降のワークシートに示されているデータをもとに、詳細を確認する必要がある。

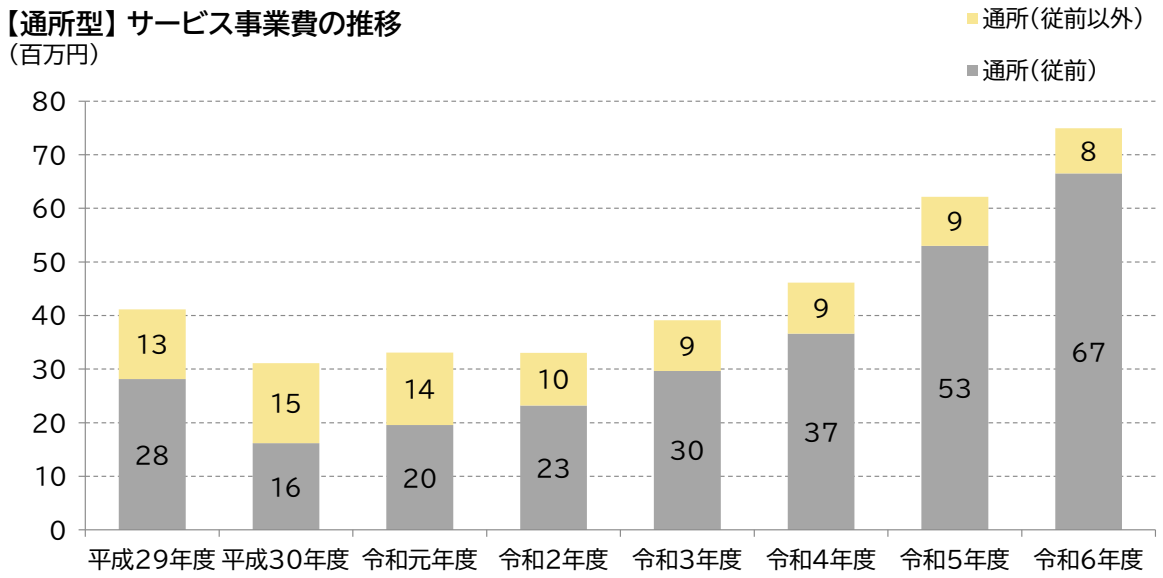
② 訪問型・通所型サービスの事業費の推移

・ 訪問型・通所型サービスの事業費をみると、特に通所型従前相当サービスの伸びが大きいことがわかる。令和 2 年度の時点で約 2,300 万円だった事業費が、令和 6 年度には約 6,700 万円になり、要支援者数の増加スピードを上回るペースで、通所型従前相当サービスの事業費が増加していることが読み取れる。

＜ワークシート2-2_訪問型サービス事業費の推移＞



＜ワークシート2-2_通所型サービス事業費の推移＞

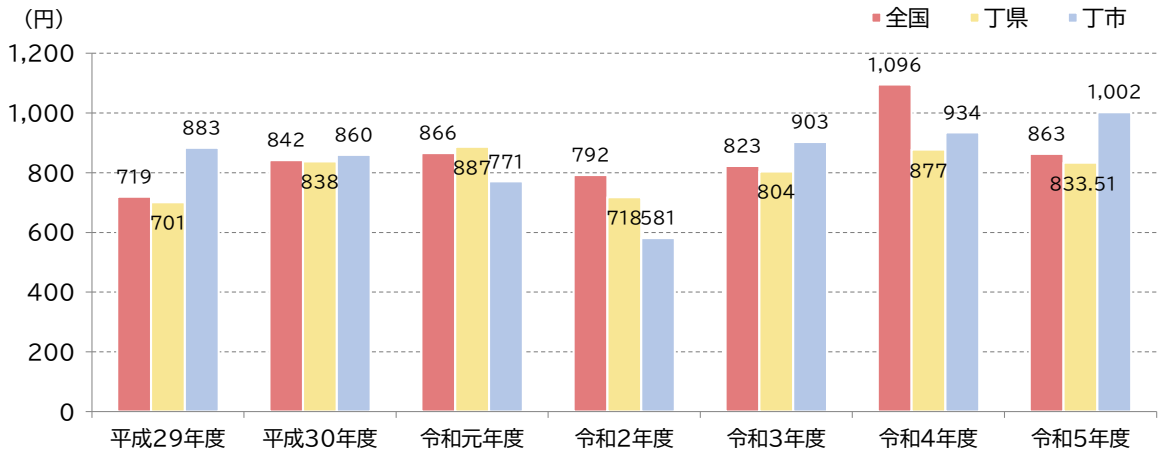


③ 支出額の水準

・ 第 1 号被保険者 1 人あたりの一般介護予防事業費は、令和 2 年度以降、増加傾向にあり、令和 5 年度に 1,002 円と、全国(863 円)や丁県(834 円)と比較して、やや高い水準となっている。

＜ワークシート2-3_支出額の水準(一般介護予防事業)＞

第1号被保険者1人あたり『一般介護予防事業費』の推移



※介護保険事業状況報告の数値を用いて算出

④ 単価

・ 丁市では、通所型サービス・活動 A は、1 回当たり 3 時間以上で 300 単位、3 時間未満で 150 単位としている。また、訪問型サービス・活動 A は、30 分で 100 単位、1 時間で 200 単位としている。通所型サービス・活動 A を 3 時間未満 150 単位の区分で提供する事業所はほとんどなく、3 時間半程度のサービス提供で 1 日に午前・午後で 2 単位(2 回転)運用している事業所もあれば、7 時間程度の 1 日型で提供している事業所もある。1 日 1 単位の事業所と 2 単位の事業所の間で価格の不平等感がないように設定した方がよいと考えられる。

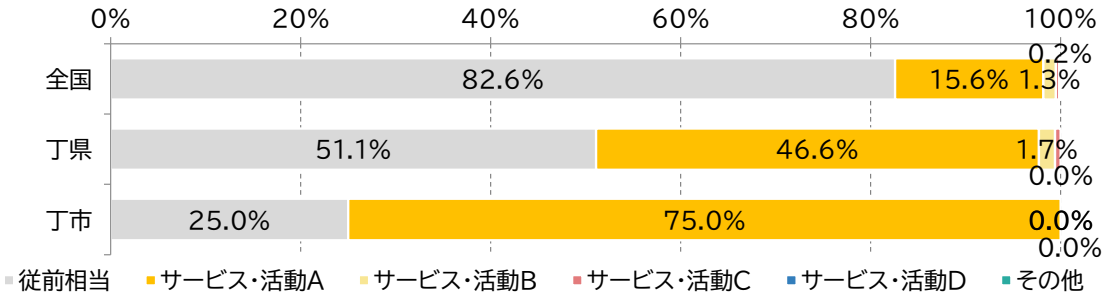
・ 通所型サービス・活動 A は、従前相当サービスと比較して、低い単価が設定されているが、丁市の場合、介護事業所の専門職が従前相当サービスと同じようにサービス提供しているため、望ましい価格設定の方法ではないと考えられる。

（3）高齢者の視点

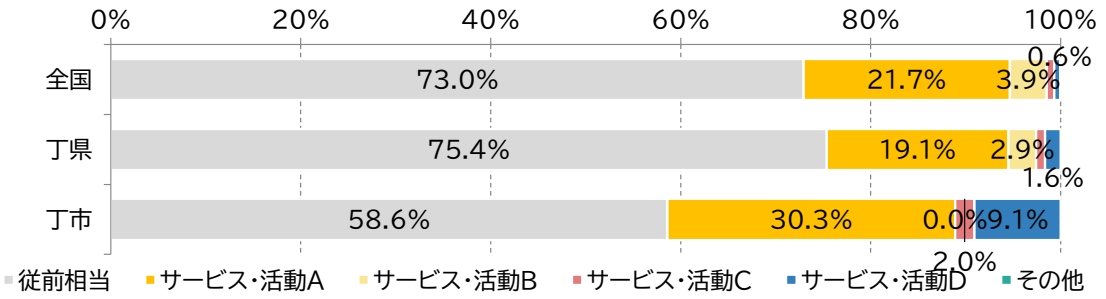
① アウトプット_全サービス利用者に占める各種サービスの利用者数(高齢者の選択肢の拡大)

- 訪問型サービスについて、令和元年度には全体の利用者のうち、従前相当サービスを利用している割合は、25.0%だったところ、令和 5 年度には、58.6%に増加している。
- 通所型サービスについても、令和元年度には従前相当サービスを利用している割合は 34.7%であったが、令和 5 年度には、69. 2%となっている。人数ベースでも、令和元年度に 50 人だった通所型従前相当サービスの利用者数は、令和 5 年度には、175 人まで増加している。
- 丁市には、通所介護事業所は 50 事業所程度あり、人口当たりの事業所数が全国平均と比較して多い状況になっている。
- 丁市では、ケアマネジャーがアセスメントを行い、従前相当サービス／サービス・活動 A に振り分けているが、アセスメントの基準が明確でないため、事業所に引き受けてもらうために、従前相当サービスでの提供が増加している可能性がある。
- 本来、要支援者向けの通所型サービスや訪問型サービスは、非専門職が担える体制を作り、介護事業所には、単価の高いサービスにシフトしてもらう必要があったと言えるのではないか。

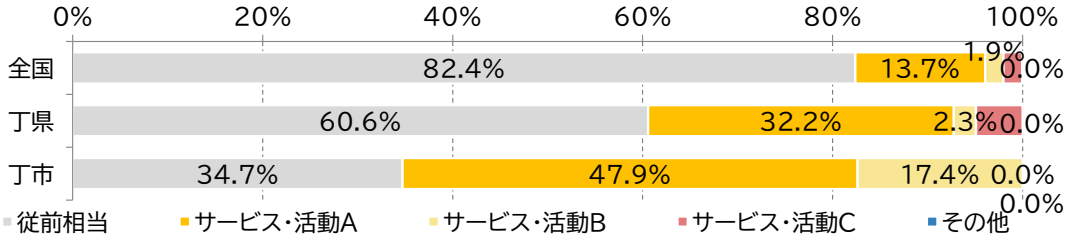
＜ワークシート3-1_訪問型サービスにおける各種サービスの利用者数の構成(令和元年度)＞



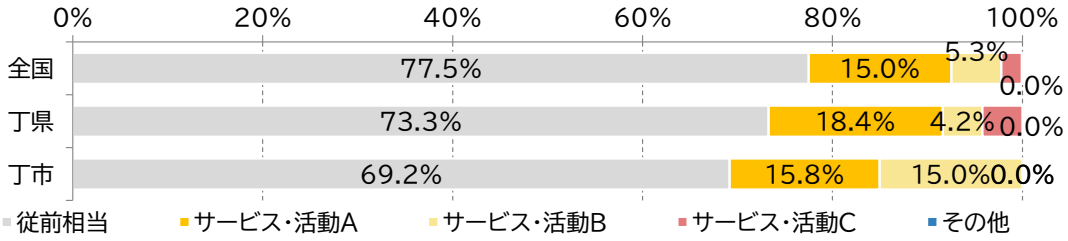
＜ワークシート3-1_訪問型サービスにおける各種サービスの利用者数の構成(令和 5 年度)＞



＜ワークシート3-1_通所型サービス・活動における各種サービスの利用者数の構成（令和元年度）＞



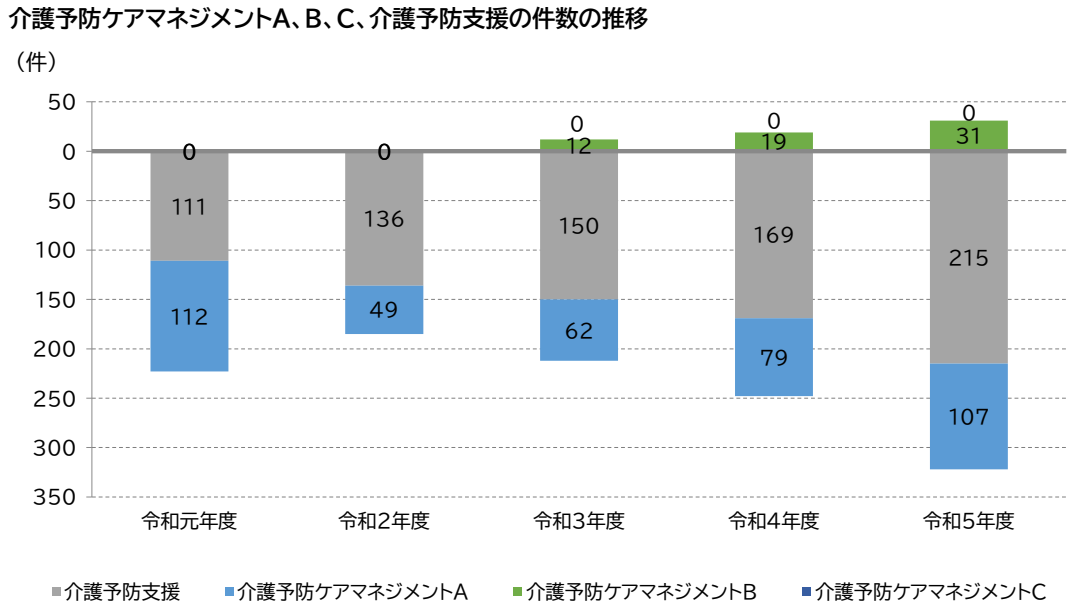
＜ワークシート3-1_通所型サービス・活動における各種サービスの利用者数の構成（令和５年度）＞



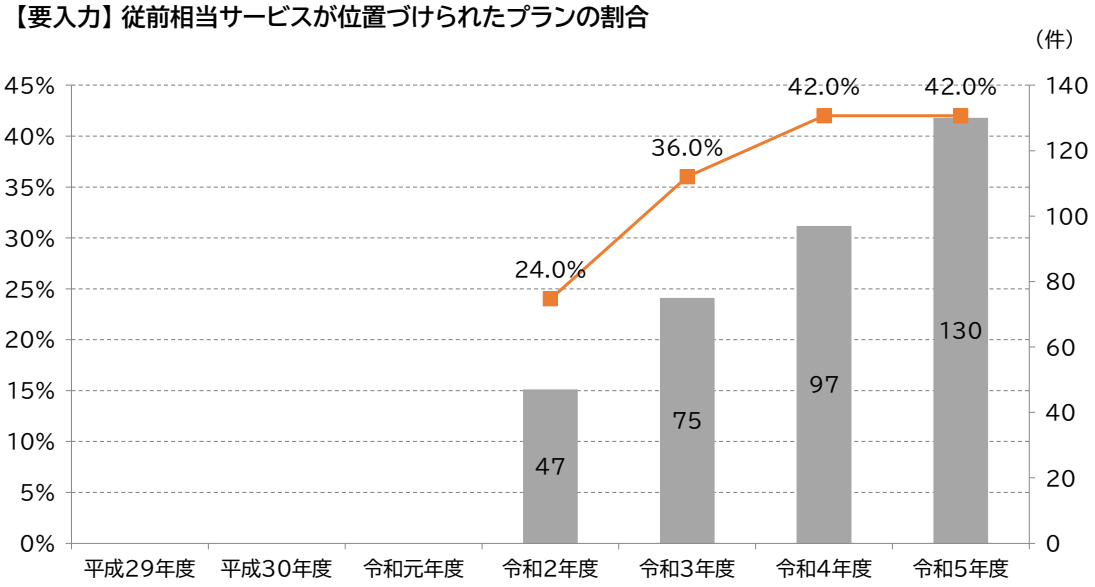
② アウトカム_従前相当サービスが位置づけられたプランの割合等(高齢者の選択肢の拡大)

- 令和２年度から令和５年度にかけて、介護予防ケアマネジメントＡの件数も増加傾向にあるが、それ以上のペースで介護予防支援が増加している。令和元年度に、111 件であった介護予防支援が、令和５年度には、215 件と２倍近くに増加している。
- 従前相当サービスが位置付けられたプランの割合は令和２年度には、24.0%であったが、令和５年度には、42.0%となっている。
- 今までは地域活動などにつながっていた人が、専門職サービスに頼る状況になっていると考えられ、丁市は、ここ５年間で専門職依存を強めていると言える。

＜ワークシート3-2_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＞



＜ワークシート3-2_従前相当サービスが位置づけられたプランの割合＞



・　丁市として認識している変化としては、デイサービスを利用したいという意向を持って地域包括支援センターに相談に訪れる高齢者が増加していることが挙げられる。地域包括支援センターの総合相談では、そういった相談があれば、要介護認定申請に進め、サービスの利用につなげる対応をしている。

・　また、令和元年度から、委託型の地域包括支援センターを設置しているため、その点も変化としては考えられる。

・　供給側の状況としては、通所型サービス・活動 A であっても、従前相当サービスと同じフロアで同じようにサービス提供をしているため、従前相当の金額でないと受けられないという事業所が多い。

③ アウトカム_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)

・　社会参加率は、85 歳以上の数値に着目することが重要である。82 歳～83 歳で初回要介護認定を受ける高齢者が多く、そのくらいの年代で、社会参加率が低下しやすい。元々通っていたスポーツジムを続けるのが難しくなったり、仕事を継続するのが難しくなったりするが、引き続き社会に参加できるようにする仕掛けを作っていくことが重要である。
・　助け合いはなじみの関係の中で行われているため、何らかの形で社会に参加している状態があるかどうかがポイントになる。
・　3-3. アウトカム　社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)については、丁市では、第 10 期の調査が完了していないため、調査結果が出てから、データの入力・分析を行う。

４．２　考えられる施策の方向性

（1）事業者とのコミュニケーションの充実・必要なデータの確認

- 事業費総額が基本の上限額を超過している現状を踏まえ、事業費の管理や費用対効果を意識した運用が必要である。しかしながら、急に単価を引き下げるといった方法は、事業者の理解を得られないため、事業者とコミュニケーションを取りながら、今後の対応を検討していく必要がある。
- 基本的なデータとして、レセプトデータで、事業所別の要支援者の比率を確認することが考えられる。事業所の方針により、利用者に占める要支援者数の割合は異なっていると考えられ、また、従前相当でないと受け入れないと決めている事業所もあれば、通所型サービス・活動 A を提供している事業所もあり、事業所間で不平等感が生じている可能性もある。様々な事業所等にヒアリングをすると、要支援者の比率が 3 割以上であると、経営的に苦しい場合が多いことが聞かれるため、そういった観点で要支援者の比率を確認するとよい。
- 多様なサービス・活動の充実に向けた検討の手順としては、まずは現在のサービス・活動利用者を可視化することが重要である。サービス・活動を利用している要支援者のうち、最近利用を開始した 100 人くらいをサンプリングし、どのような人か調べる調査を行うことが考えられる。
- 代替サービスを検討することも重要であるが、まずはサービス提供の必要性を検証することが重要である。訪問型の従前相当サービス利用者は、掃除のみの利用も多いが、本当に掃除が必要なのかということも検討する必要がある。訪問介護事業所にヒアリングを行うと、事業所としてはサービスの必要性が低いと考えている利用者もいる。
- 調査を行う際に、本人に改善意欲があるかどうかアセスメントすることも有効である。他自治体で行った調査では、地域包括支援センターの職員が「改善可能性がある」と判断するのは、サービス・活動利用者の 5 割程度であり、そのうち約半数は、本人にも改善意欲がある。そういった層がサービス・活動 C を利用することで、状態の改善につながりやすい。
- また、アウトカム指標を把握するために、在宅生活改善調査を実施し、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）の割合または人数が減少しているかどうか、確かめることも考えられる。

（2）多様なサービス・活動の充実に向けた方策

- 従前相当の利用を減らしていくためにも、現状では、事業のバリエーションがないため、利用者の行き場がない状況である。サービス・活動 C（短期集中予防サービス）や住民主体のサービス・活動を増やしていくことが考えられる。
- 短期集中予防サービスは、利用後、従前相当サービスや介護予防給付を利用しない人が半分以上になることが成果の目安である。
- 短期間のサービス提供となるため、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションよりも単価を高く設定しないと、事業者にとって参入のインセンティブがない。単価を高く設定し、効果を出せるように設

計する必要がある。短期集中予防サービスは、アセスメントの基準を明確にし、対象者を明確にすることが重要である。例えば、複雑な生活課題を抱えていてその支援が必要な方はその解決が優先と考えられ、短期集中予防サービスには向かないと言える。

- その上で、どういった成果を求めるのか明確にし、成果を評価することも併せて行う必要がある。成果が出ていない場合に、委託費の見直しを検討することにしている自治体もある。
- サービス・活動 B については、あくまでも住民主体の活動であるため、今の利用者が切り替えるのは難しく、充実させていくのに時間がかかる事業であるといえる。
- 従前相当サービス以外にも選べるサービスを増やしていくという観点では、民間サービスの活用も考えられる。例えば、高齢者のゴミ出しを支援するサービスや、配食サービスを提供する民間事業者もある。ケアマネジャーが、そういった民間サービスを知らなかったり、ケアプランに組み込む発想を持っていなかったりする場合もあるが、今後、ヘルパーが減少していくため、そういった民間サービスの活用を促進することも重要である。

第 6 章　まとめ

・　本事業で実施したモニター府県の管内市町村を対象としたアンケート調査やモニター市町村へのヒアリング・ディスカッション等の結果を踏まえ、今後必要と考えられる方策や方向性等について、以下の通り整理を行った。

1　第 10 期介護保険事業計画への反映に向けたワークシートの周知の必要性

・　市町村が多様なサービス・活動の見込み量の推計や計画的な整備を行い第 10 期介護保険事業計画に反映することができるよう、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」においては、総合事業の評価の視点を踏まえた総合事業の現状分析や評価、計画反映の検討に必要となる情報が整理された分析評価ツールとして、「総合事業の充実に向けたワークシート」を開発し、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティングの WEB ページ上で公開した。さらには、厚生労働省より全国の自治体宛に、介護保険最新情報 Vol.1403（令和7年7月 11 日）として、「総合事業の充実に向けたワークシート」について通知するなど、広く周知を行ってきたところである。

・　しかしながら、本事業において、令和 7 年 11 月に実施したモニター4 府県（山梨県、大阪府、広島県、熊本県）の管内市町村を対象としたアンケート調査では、「ワークシートのことは、今回配布されて初めて知った」と回答した市町村が 42.3%となっており、市町村における「総合事業の充実に向けたワークシートの認知度が十分でないことが明らかとなった。また、ワークシートを庁内や関係機関との議論に活用している自治体は 11.3%とわずか 1 割にとどまっており、総合事業の充実に向けて、組織内外での情報共有や合意形成が進んでいない現状が浮き彫りとなった。

・　また、第 128 回社会保障審議会介護保険部会の資料[7]によれば、令和6年8月の地域支援事業実施要綱の改正を踏まえた総合事業の見直しについて、令和6年度中に実施した市町村は約9%にとどまっている。今後、約4分の3の市町村が集中的取組期間である第9期計画期間中に検討を行う予定であるとしているが、現時点では何も対応する予定はない市町村も約4分の1存在する。

・　そのような状況を踏まえて、本事業においては、（改修版）「総合事業の充実に向けたワークシート」に表示されるデータの見方やその背景として考えられる要因など、関係者間で議論する際の材料をまとめた「総合事業の充実に向けたハンドブック」を作成し、全国のすべての都道府県や市町村に印刷物の配布を行った。令和 8 年度は、介護保険事業計画の作成年度にあたることから、より一層ワークシートの活用促進やワークシート等の活用方法の周知を図ることが求められる。例えば、ハンドブック等の内容も踏まえながら、「総合事業の充実に向けたワークシート」の周知や活用方法等について解説を行うことを目的として、自治体職員向けの研修会等の開催、活用事例の収集・共有等を行っていくことが必要

[7] 第 128 回社会保障審議会介護保険部会　資料2　P.7
（https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001592424.pdf）

であると考えられる。

2　市町村におけるアウトカム指標把握の現状と今後の対応策

- ワークシートに設定しているアウトカム指標は、地域支援事業実施要綱の「総合事業の充実に向けた評価指標の例」に示された項目に基づいて設定したものであるが、モニター4 府県の管内市町村を対象としたアンケート調査では、項目によって把握状況に大きなばらつきがあることが明らかになった。具体的には、約 8 割の自治体が把握することが可能と回答した項目がある一方で、約 7 割以上の自治体で把握することが困難と回答した項目もあった。
- 「初回認定者の平均年齢」や「調整済・軽度認定率」などは 8 割以上の自治体で把握可能とされており、これは地域包括ケア「見える化」システム等により既に集計された数値が活用できるためと考えられる。ただし、広域連合の構成市町村等では、これらの項目についてシステムで自動集計されず、市町村独自で算出する必要がある場合もあることは課題である。
- 一方で、「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」や「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」、「多様なサービス・活動に対する継続参加率」については、約 7 割以上の自治体が把握することが困難と回答している。また、把握が困難な理由としては、「把握できない／把握していない」、「把握や集計等の方法が分からない」、「負担が大きい」などが多く挙げられている。把握が困難とされる項目については指標定義の明確化や標準的な集計方法の提示、簡易な把握手法の開発、また、必要に応じて項目の見直し等も必要と考えられる。なお、本事業で実施したアンケート調査において、アウトカム指標の把握方法について聞いており、P10 に掲載している把握方法（例）の結果も参考にされたい。
- また、「社会参加率」については、約 5 割の自治体で把握可能とされているが、ワークシートには介護予防・日常生活圏域ニーズ調査問 5 の回答データを貼り付けることで自動算出できる機能が整備されている。介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は全国の 9 割以上の自治体で実施されていることから、本来であれば 9 割程度の自治体で把握可能という結果になることが自然である。厚生労働省では、令和7年8月の第 10 期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会[8]においてワークシートにおける社会参加率自動算出機能の周知を行っているところではあるが、更なる周知を行っていくことが求められる。

3　事業費・上限額の把握と管理効率化に向けた今後の方向性

- 総合事業は上限額が定められている予算事業であるため、各施策・事業に投入する事業費は上限額を考慮して決定し、施策や事業を推進することが求められる。

---

[8] 「第 10 期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会」（令和7年8月8日）資料2 P.19（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138653_00007.html）

・ ワークシートにおいては、国や都道府県に提出している実績報告書等を読み込み、事業費と上限額を可視化する機能が整備されているが、本事業で実施したアンケート調査では、「自市町村で対応することは難しい」と回答した自治体が 74.2%と多数を占めており、さらに、難しいと感じる理由としては、「人員体制が厳しく、作業をすることが難しい」(62.5%)、「ワークシートへのファイルの読み込み作業が難しい」(34.7%)、「マクロを含むファイルの操作がセキュリティ上規制されている」(29.2%)などが挙げられた。なお、「ワークシートへのファイルの読み込み作業が難しい」という回答の中には、ワークシートで読み込む「地域支援事業交付金事業実績報告書_ファイル」等の書式が毎年度変更されており、それによって、複数回読み込み作業が発生するという複雑さも影響していることが推測される。

・ また、モニター市町村へのヒアリング・ディスカッションにおいては、自治体職員によっては自らが実施している施策・事業に投入している事業費について十分に把握していないという実態も見受けられた。

・ こうした状況を踏まえ、今後は各自治体で個別に読み込み作業を行う形式ではなく、より容易に事業費や上限額の推移等を把握できる環境の整備が求められる。例えば、交付金の実績報告書を受領する地方厚生(支)局や都道府県において一括して読み込み作業を行って管内市町村等へ配布する方法や、オンラインシステム化による自動表示など、市町村の負担軽減と効率化を図る仕組みの導入などが考えられる。

4 ワークシートを活用した多様なサービス・活動の見込み量の推計と計画的な整備

・ 本事業で実施したアンケート調査では、第 9 期介護保険事業計画における総合事業の従前相当サービスの見込量については、「第８期計画期間において従前相当サービスの利用は増加傾向であり、(自然体推計を基本として)第 9 期計画においても引き続き従前相当サービスの利用の増加を見込んだ」と回答した自治体が 49.5%と約半数を占めている。一方で、ワークシートを確認し、2040 年に向けて従前相当サービスの提供量は「やや減少」または「大幅に減少」すると感じた自治体は、訪問型サービスで 55.7%、通所型サービスで 55.7%と、いずれも半数を超えている。

・ また、アンケート調査では「ワークシートから得られた気付きや総合事業に対する考え方の変化があった」と回答した自治体が 41.2%と最も多く、ワークシートの活用を通じて、今後のサービス提供量や事業運営に対する新たな視点や課題認識が生まれていることがうかがえた。

・ 一方で、本事業で改修した「総合事業の充実に向けたワークシート」や本事業で作成したハンドブック等によって、見るべきデータやそのデータの意味等を理解する環境は整ったものの、それに基づいて、「どのように多様なサービス・活動の見込み量の推計を行うべきか」、「どのように計画的な整備を行い、第 10 期介護保険事業計画に反映するべきか」といった技術的な支援方法の提示については、課題が残った。

・ また、こうした個別の課題を抱える市町村への支援にあたっては、市町村ごとの状況や課題を十分に踏まえた上で、きめ細やかな助言や支援を行うことが不可欠である。そのため、市町村支援においては、都道府県による個別性の高い対応やサポートの重要性がこれまで以上に高まるものと考えられる。

資料編

・総合事業の充実に向けたハンドブック
・「総合事業の充実に向けたワークシート」の活用方法に関する説明会資料
・「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査　調査票
・「（改修版）総合事業の充実に向けたワークシート」の説明書

総合事業の充実に向けたハンドブック

総合事業の充実 に向けたハンドブック

「総合事業の充実に向けたワークシート」の読み方

令和８年３月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

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

目 次

0 はじめに

1 人材の視点

生産年齢人口と労働力人口 …… 3
ワークシート1－1 各地域の人口動態 …… 5
ワークシート1－2、3 需要に対する供給 …… 7

2 財政の視点

ワークシート2－1 総合事業の上限額と総費用 …… 10
ワークシート2－2 支出額の水準 …… 12
ワークシート2－3 各サービス・活動事業費の内訳 …… 14
ワークシート2－4 各サービス・活動の単価 …… 16

3 高齢者の視点

総合事業の充実に向けた評価における3つのアプローチ …… 17
ワークシート3－1、2 ①高齢者の選択肢の拡大 …… 18
ワークシート3－3、4 ②ポピュレーション・アプローチ …… 21
ワークシート3－5 ③ハイリスク・アプローチ …… 25
ワークシート3－6 最終アウトカム …… 27

ワークシート4 ## 4 第 11 期計画に向けたシミュレーション

参考資料

0 はじめに

総合事業の充実に向けて

○ 令和6年8月5日に地域支援事業実施要綱及び介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインの全面的な改正が行われ、その中で、「市町村が高齢者の選択肢の拡大のため多様なサービス・活動の充実を通じ、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づくりを進めるに当たっての事業評価」において参考とする事項として、「評価のための前提となる考え方」と「総合事業の充実に向けた評価指標の例」が示されています。

○ 「評価のための前提となる考え方」としては、①高齢者の視点と、(保険者の視点である)②人材の視点、③財政の視点の3つが示されています。

○ 原則として、総合事業の取組が高齢者の生活にどのような影響を与えているかを、高齢者の視点から確認することが、評価全体の中心的な視点です。一方で、保険者は、地域における介護人材や財政上の制約の中で高齢者の生活を支えていく必要があるため、当社が作成した「総合事業の充実に向けたワークシート[1]」では、保険者の視点として②人材の視点と③財政の視点からも、それぞれの地域のデータを用いて実態を確認できるように構成しています。

＜総合事業の充実に向けた評価指標の例＞



(出典)令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について(令和6年8月5日),厚生労働省
(https://www.mhlw.go.jp/content/001284411.pdf)

[1] 総合事業の充実に向けた検討を行う際の基礎資料として活用できるワークシート。「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」の一環で作成

総合事業の充実に向けたワークシートと本ハンドブックについて

○ 各市町村においては総合事業の目的を理解したうえで、各地域の実情を把握し、第10期介護保険事業計画期間以降の取組に向けて、総合事業の充実のための検討を進めていくことが求められています。

○ 総合事業の充実に向けた検討にあたり、各市町村が地域の実情を把握し、簡易にデータ分析等を行えるよう、令和 6 年度に改正された地域支援事業実施要綱等で示された評価指標の例などを参考とした「総合事業の充実に向けたワークシート」（以下、「ワークシート」）を作成しています。

○ ワークシートでは、公開されている既存データは市町村名を選択するだけで自動表示されるほか、各市町村が保有する地域支援事業交付金の実績報告書や介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果等を容易に取り込んで分析しやすい形で表示できるようにしています。

○ 一方で、各地域において、具体的に何が課題か、課題に対して何をすれば良いかについては、ワークシートに表示されたデータを見るだけでなく、データが示すことの意味を理解し、関係者間で議論をすることが必要です。

○ 本ハンドブックでは、ワークシートに表示されたデータ（グラフ等）の見方やその背景として考えられる要因など、関係者間で議論する際の材料を提示しています。

○ 各地域において、関係者間で総合事業の充実に向けた検討を行う際の基礎資料として、ワークシート本体とあわせてご活用ください。
（本ハンドブックの図表タイトルにはワークシートの番号を記載しています。）

○ なお、ワークシートの各項目の詳細については、参考資料に掲載している「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報告書」（令和6年度厚生労働省人保健健康増進等事業）もあわせてご参照ください。

1 人材の視点

生産年齢人口と労働力人口

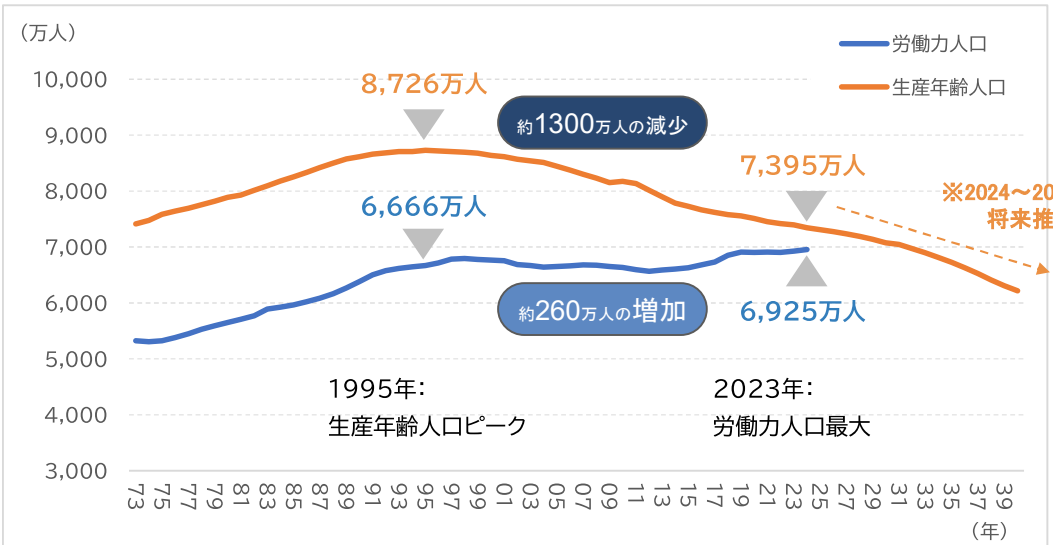
「生産年齢人口」は1995年以降、減少し続けたが労働力人口は増加し続けた

○ 生産年齢人口（労働力の中核となる 15 歳から 64 歳までの人口）は、1995 年（8,726 万人）をピークに減少傾向に転じ、2023 年には 7,395 万人となり、95 年比で約1,300万人の減少となりました。

○ 一方で、労働力人口は 2023 年が 6,925 万人と過去最大となっており、中長期的にみれば、増加傾向で推移してきました。

○ 生産年齢人口は大幅に減少しましたが、労働力人口の増加が各種サービス等の提供を支えてきました。

＜生産年齢人口と労働力人口の推移＞



（元データの出典）労働力調査（総務省）、国勢調査（総務省）、人口推計（総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）より、三菱UFJリサーチ＆コンサルティングが作成
（出典）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」

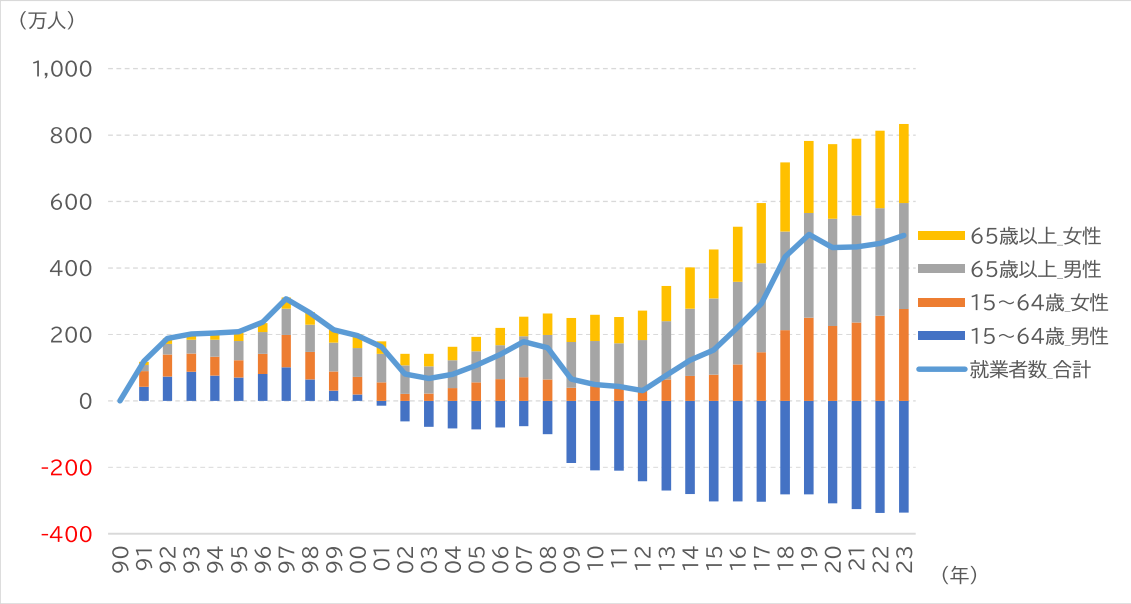
生産年齢人口の減少の中で労働力を支えてきたのは「高齢者」と「女性」

○ 1990 年を基準に就業者数の増減をみると、就業者数（合計）は 2023 年には約 498 万人増加しています。

○ その内訳をみると、15～64 歳の男性の就業者数は約 337 万人減少、15～64 歳の女性の就業者数は約 276 万人増加、高齢者の就業者数は約 558 万人増加となっています。

○ つまり、就業者数の増加は 15～64 歳の女性と高齢者の増加によって支えられてきたことがわかります。一方で、労働力人口を支えてきた女性と高齢者の就業者の伸びは過去数年間において鈍化しており、労働力人口・就業者の増加をこれまでの同じように期待することは難しくなっていきます。こうした傾向は、介護専門職の就業者数に影響を与えることが予想されます。

＜1990 年を基準とした、性別・年齢別の就業者数の増減＞



（元データの出典）労働力調査（総務省）より、三菱UFJリサーチ＆コンサルティングが作成
（出典）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」

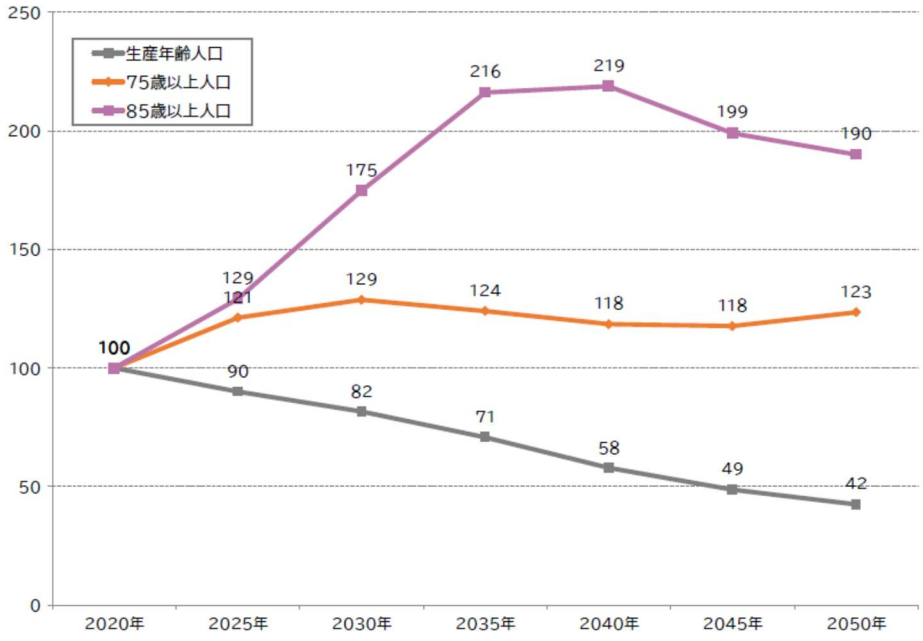
各地域の人口動態と人材

○ 要支援・要介護リスクが急速に高まるのは 80 代、特に 80 代中期以降です。75 歳以上（後期高齢者）の高齢者数が横ばいになっていても、85 歳以上人口が急速に増加する地域では、引き続き介護需要の増加が予想されます。今後、女性と高齢者の就業率が高止まりすると仮定すると、生産年齢人口の減少の影響を受けて介護人材が減少する可能性があり、これまで以上に厳しい対応が求められることになります。【ケース1】

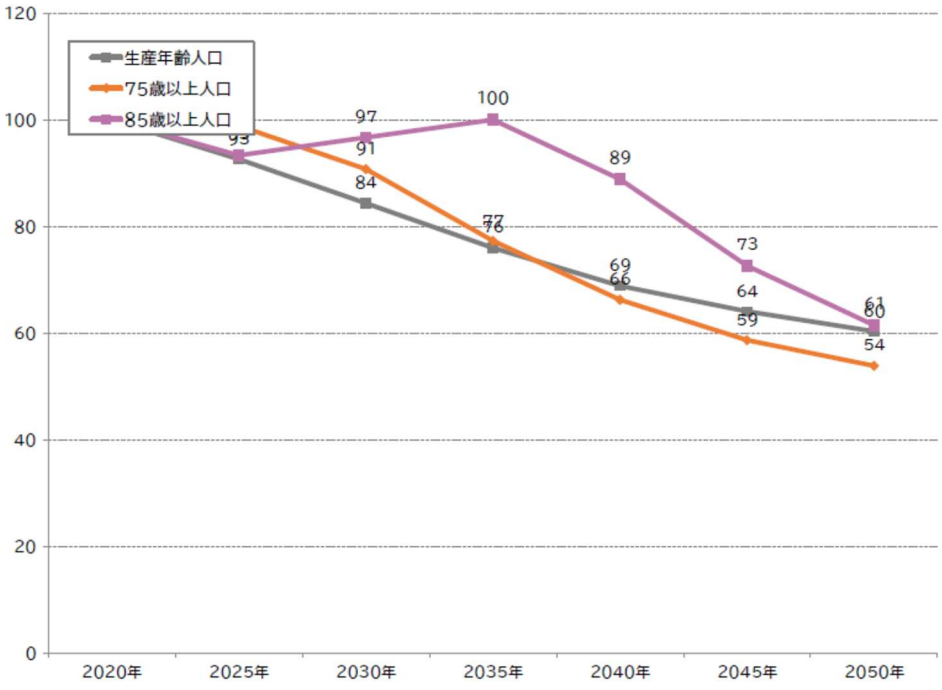
○ 一方、85歳以上人口が減少し、介護需要の減少が見込まれる場合でも、生産年齢人口の減少がより急速に進むほか、支え手となっていた高齢者人材の減少も進むため、現状の維持にも課題が生じることが想定されます。【ケース2】

○ なお、総合事業の上限額設定は、後期高齢者人口の増減率に大きく影響を受けます。例えば、75 歳以上人口が横ばいであれば、総合事業の基本の上限額等も同様に横ばいになる傾向がありますが、実際に要支援・要介護リスクが急速に高まるのは 80 代、特に 80 代中期以降です。上限額の変動と要支援者・要介護者の推移が並行して生じるわけではなく、時差をもって増加する点に留意することが重要です。

＜ワークシート1－1　人口（2020 年を 100 とした場合）
【ケース1】75歳以上人口：**横ばい**、85歳以上人口：**増加**＞



＜ワークシート1－1　人口（2020 年を 100 とした場合）
【ケース2】75歳以上人口：減少、85歳以上人口：減少＞



需要に対する供給

要支援者への専門職サービス提供の限界

○ ワークシート1－2では、要介護度別の認定者数および事業対象者数について、実績値と推計値を表示しています。

○ 下図は、ワークシート1－2で示した「要介護認定者数の推計値」をもとに、2020 年段階の需要を支える人材規模を固定し、2050 年までの人材規模のイメージを図示したものです。このグラフは、介護職員数や需給ギャップを表すことを目的としています。今後、要介護者の増加にあわせて介護人材がより重度の方の対応を優先すると仮定した場合、現在サービスを利用している比較的軽度な方にサービスを提供できる人材が不足することが、下図から示唆されます。

○ P3～4でも示したように、日本における生産年齢人口は 1995 年をピークに減少し続けていますが、女性と高齢者の就業率の高まりにより、介護職員数は 2022 年まで増加し続け、介護需要に対応してきました。

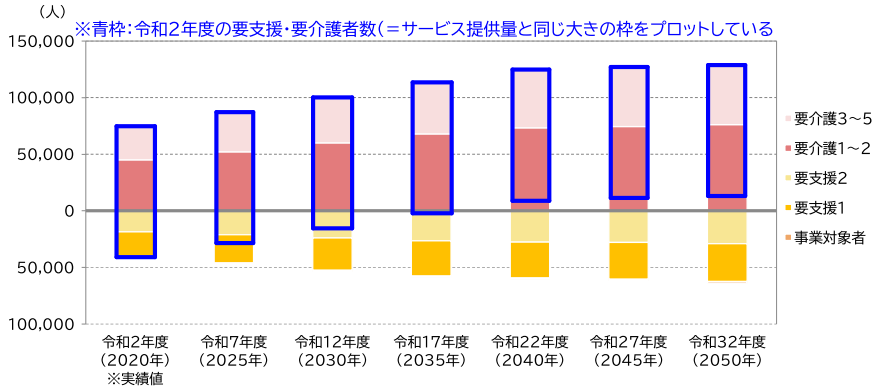
○ すでに、女性・高齢者の就業率が高止まりしつつある中で、今後はこれまでのような労働力供給の増加が見込みにくくなり、要支援者の大多数へのサービス提供を専門職が担うことは、難しくなっていきます。

○ 今後は、専門職が中重度者の支援へシフトするよう促していくことが求められます。

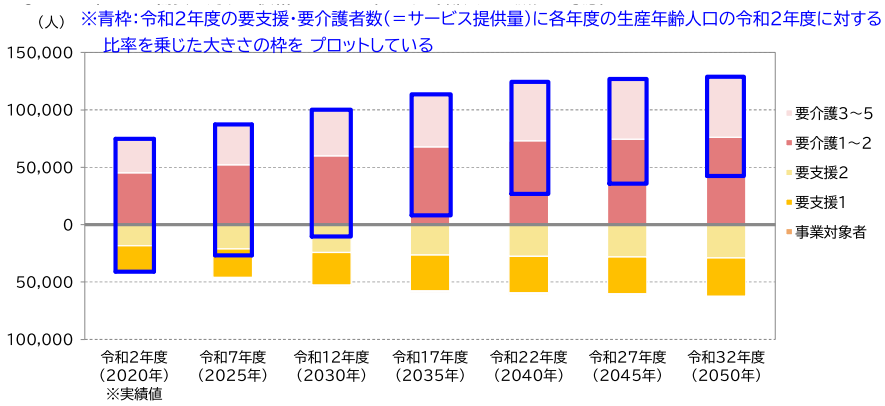
＜ワークシート1－3　2050 年までの需要に対する供給のイメージ＞

・ 例えば、今後の要介護認定者数が下図のように推計されている場合、仮に専門職の人数や要支援・要介護者一人あたりに必要となる専門職の数が一定であるとすると、2035 年頃には要支援者等にサービスを提供できる専門職を十分に確保できない可能性が高いことが分かります。

・ 将来的に施設の定員数が一定である場合、増加した要介護者は居宅サービスを利用することになります。しかし、限られた専門職は在宅で生活する要介護者にサービスを提供する必要があるため、要支援者等へのサービス提供を継続することが困難になる可能性が高いと考えられます。



＜ワークシート1－3　2050 年までの需要に対する供給のイメージ
（※生産年齢人口の減少を考慮）＞



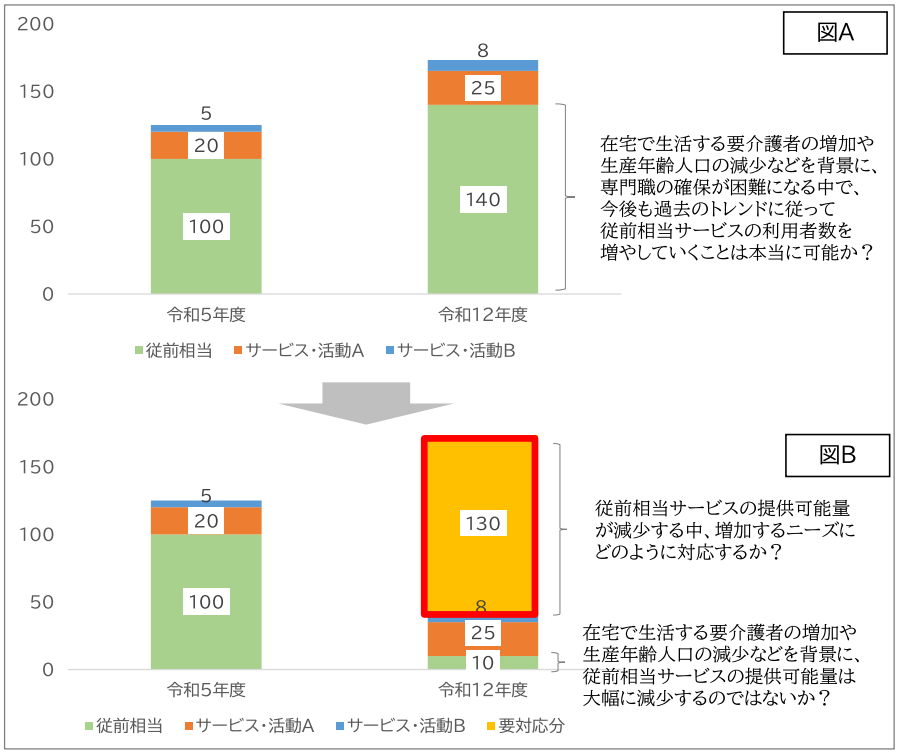
事業計画で総合事業をどのように推計するか

○ 従来の介護保険事業計画では、現状のサービス提供量を発射台として、需要の増加率に比例してサービス提供量の増加を見込む、いわゆる「自然体推計」が用いられてきました。しかし今後の人材制約から、図 A のような従来のような需要に比例して提供量が自然に増えていく「比例型」ではなく、図 B のように、専門職サービスの減少を前提としつつ、専門職以外の人材・サービス資源でいかにしてニーズに対応していくかという考え方を取り入れて推計を行うことが重要になっています。

○ また、要支援者向けサービスの需要についても、改めて対象者の適切なアセスメントを行い、示されている介護需要（デマンド）が、介護保険における自立支援の理念を踏まえた本当の意味での「ニーズ」なのかについての検討も必要です。

○ そのためには、地域包括支援センターで把握している情報をもとに、改めて要支援者等のニーズアセスメントを行ったうえで、ニーズとデマンドの違いを踏まえつつ、それぞれの地域に必要なサービス・活動量を見込むことが必要です。

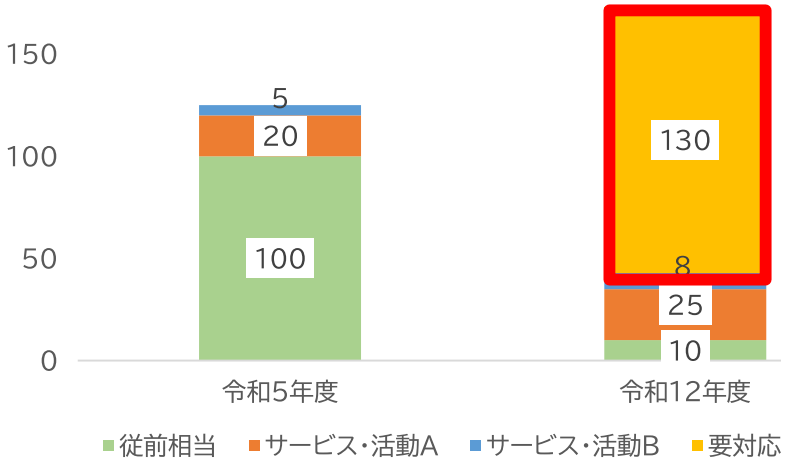
＜ワークシート1－3　従前相当サービスの提供可能量が減少する中、
増加するニーズにどのように対応するか？(イメージ)＞



出典)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」

増加するニーズの中身を知ることも重要　～要支援者等も多様であることを再確認～

- 自分でしっかり身の回りのことができる人は含まれていないのか？
- 対応できるサービス範囲が広い民間サービスなどを希望する人はいないのか？
- 通所型を利用している人の中にはレスパイトニーズは低く、短時間でもよいという人はいないのか？
- 一方で、複雑化・複合化した課題を抱えていて専門職でなければ対応できない人もいるのではないか？



2 財政の視点

総合事業の上限額と総費用

※データの表示には地域支援事業交付金実績報告書や総合事業上限額算定の手引きの読み込みが必要です[2]。

わが町の総合事業の費用構成を知る

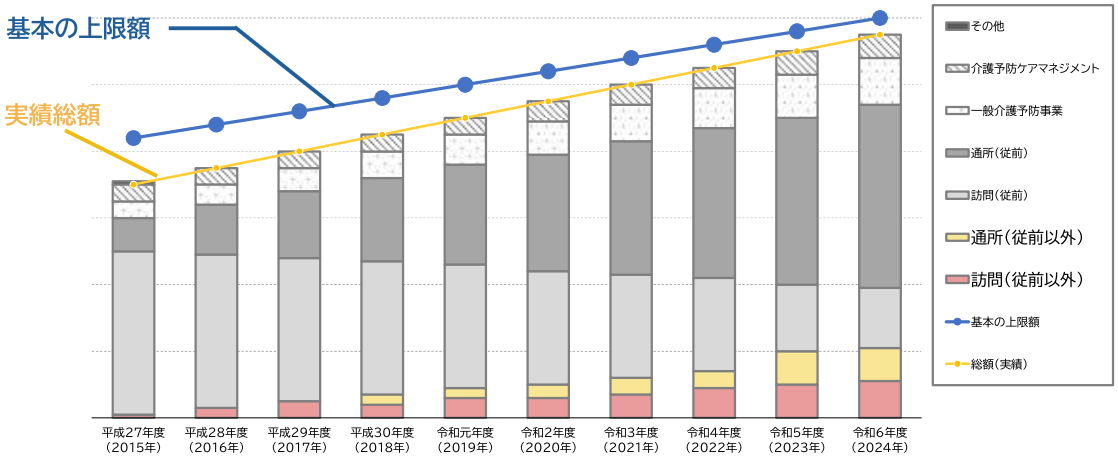
○ 総合事業の実績額を時系列で確認してみましょう。保険者は総合事業の費用実績額を上限額の範囲内で管理することが求められています。

○ 「1　人材の視点」で触れた通り、上限額が横ばいのまま、費用実績だけが遅れて増加する場合もありますので、現段階で上限額を下回っている場合でも継続的な注意が必要です。保険者は毎年・毎月の費用実績のモニタリングを行うことが大切です。

○ 時系列で費目別の増減を確認し、変化が生じている場合は、その原因を分析します。原因の特定においては、他地域との費用水準の比較や、時系列でみた場合の利用者数・費用の増減などの各種数値も、検討材料になります。ただし、変化の多くは事業者の動きやケアマネジメントの変更等によって生じるため、サービス提供事業者へのヒアリングや、総合事業の各事業担当者、地域包括支援センター等へのヒアリングもあわせて実施することが必要です。

○ また、総合事業の上限額は過去 3 年間の後期高齢者数の伸び率の平均値を用いて算定することから、本来は各年での急激な変化を示すことはありません。なお、上限額の経年グラフに極端な凸凹がある場合は、過去の報告数値に誤りがあるケースもありますので確認をお勧めします。

＜ワークシート2－1　基本の上限額と実績額の推移（イメージ）＞



[2] 「総合事業の充実に向けたワークシート」には、国・都道府県への毎年度の報告時に使用した「地域支援事業交付金事業実績報告書」および「総合事業上限額算定の手引き」（ともに Excel ファイル）から、地域支援事業の各種実績額や上限額等を読み込み、ワークシートに転記する機能が搭載されています。

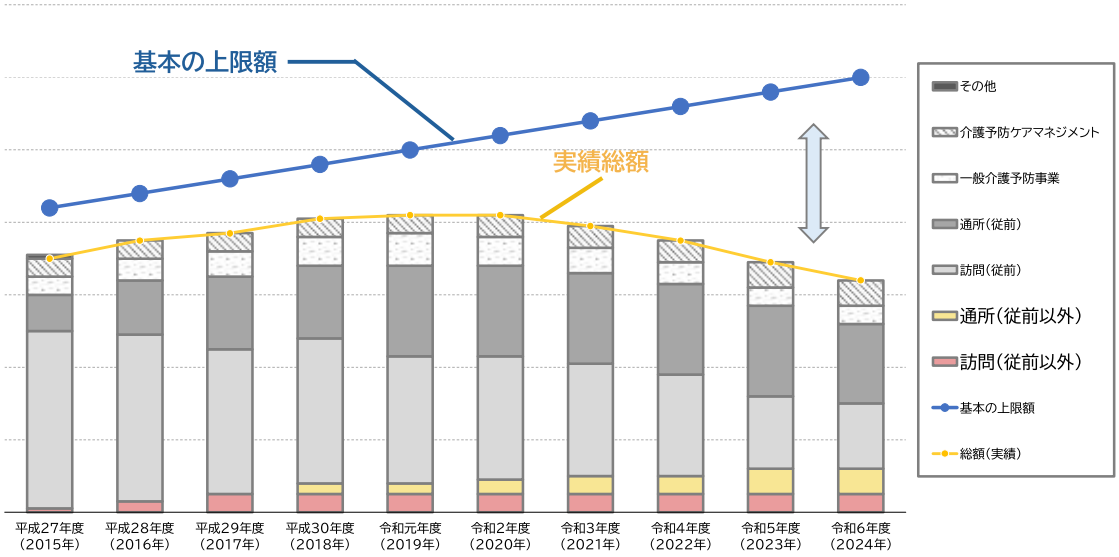
― 上限額と実績額が徐々に開いている場合 ―

○ 上限額と実績額が徐々に開いているケースには、いくつかの可能性が考えられます。総合事業における取組の成果が現れ、これまでよりも低コストで総合事業を実施できている場合は、実績額が低下していきます。実際の取組の実施開始年と統計上の費用低下のタイミングに整合性があるか確認してみてください。

○ 一方で、特段の取組がなくても、人口減少や過疎化などの影響により、事業者のサービス提供力が低下し、(ニーズがあるにも関わらず)サービス提供が追い付いていない状況も考えられます(次頁の各サービス・活動事業費の内訳も確認してください)。

○ こうしたケースは、地域の供給力に課題があるため、サービス提供を専門職だけに頼るのではなく、より多様な主体で支える体制に移行していくことが大切になります。

＜ワークシート2－1　基本の上限額と実績額の推移
(上限額と実績総額が徐々に開いている場合のイメージ)＞



支出額の水準

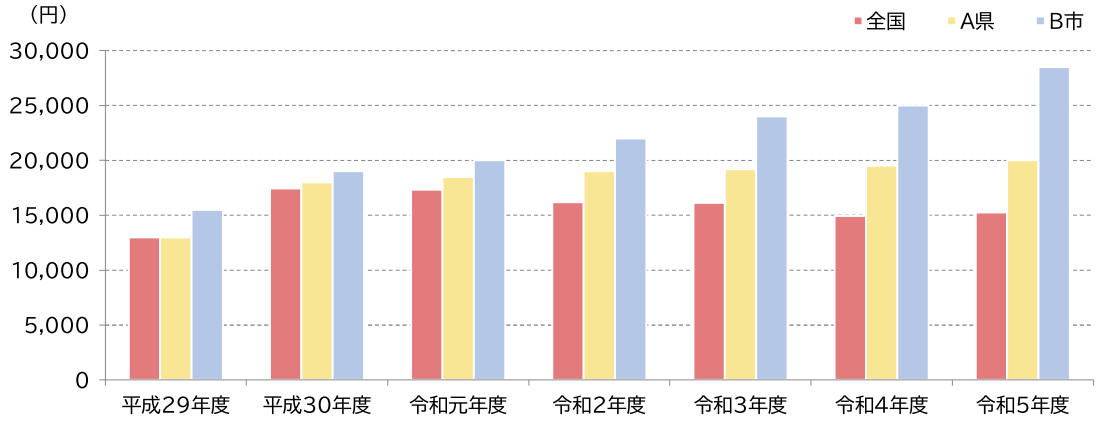
サービス・活動事業費の水準

○ 75 歳以上人口一人当たりのサービス・活動事業費を算出し、全国や都道府県と比較することで、支出額の水準を把握することが可能です。

○ サービス・活動事業費には、訪問型・通所型それぞれの従前相当サービス、サービス・活動Ａ～Ｄに加え、その他生活支援サービスにかかる事業費も含まれます。一方で、一般介護予防事業や介護予防ケアマネジメントに関する費用、社会保障充実分（生活支援体制整備事業や在宅医療・介護連携推進事業など）は含まれていません。なお、重層的支援体制整備事業として一般会計で実施されている事業費の一部は本表には含まれていないので注意してください。

○ 地域支援事業の費用の中でも、要支援者等への対人サービスに関連する費用が総合事業費用の主要な部分を占めています。そのため、サービス・活動事業費が高額な場合、総合事業全体の実績額も高い水準となる傾向があります。

＜ワークシート２－２　第1号被保険者（75歳以上）一人あたり『サービス・活動事業費』の推移（水準が高い場合のイメージ）＞



一般介護予防事業費の水準

○ 総合事業の上限額は、総合事業移行以前の介護予防給付及び介護予防事業の費用がベースであり、そのほとんどは、介護予防給付費（要支援者向け）であることから、元気高齢者等への支援となる一般介護予防事業に大規模な資源投入することは想定されていません（おおむね、サービス・活動事業費の約１割程度の予算規模です）。

○ しかし、実際には、サービス・活動事業費と比べて自治体間の差が大きい費目となっています。一部の自治体では一般介護予防事業費が高額となり、上限額の超過に大きく寄与している場合もあります。

○ 一般介護予防事業費が高額になっている自治体では、以下の点に留意し、取組内容を再度ご確認ください。

一般介護予防事業費が高額の場合には要確認

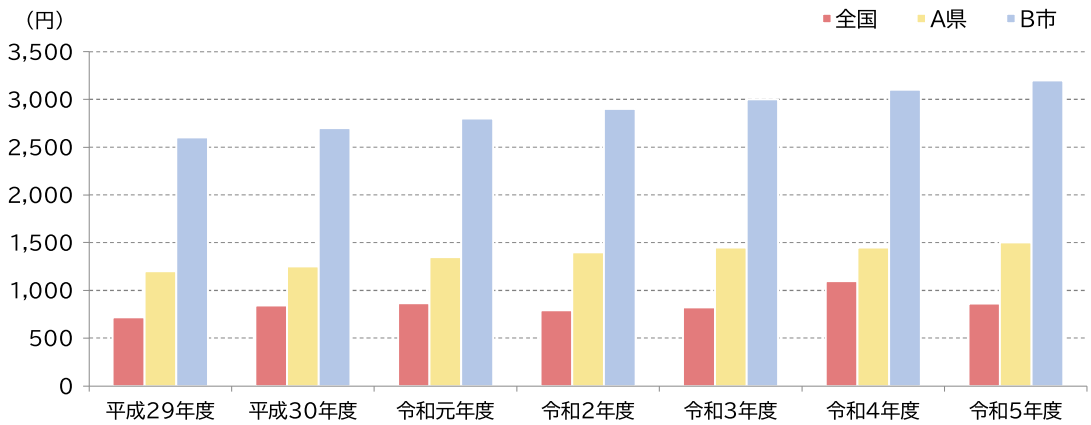
✓ 元気高齢者等が集まる通いの場において、講師の人件費などが過剰にかかっていないか、また要支援者等へのサービス・活動事業における単価とのバランスも確認し、目的と期待される成果に見合った事業費になっているか確認してください。

✓ 特に、一般介護予防事業は、広く地域住民全体の介護予防意識を高め、多様な場での積極的な社会参加を促すことが目的であることから、事業費と地域全体の社会参加への効果のバランスを考慮しながら取組を検討することが重要です。

✓ 元気高齢者向けの通いの場を団体や企業に委託している場合や、健康ポイント付与などで、単に利用者にキャッシュバック等を行っている場合は、一人当たり単価や具体的な効果を確認し、支援額が他の元気高齢者向け施策と比べてバランスを欠いていないか検討してください。

✓ 本来は生活支援コーディネーターの費用など、社会保障充実分の予算で対応すべき費用が、一般介護予防事業費に計上されていないかも確認してください。

＜ワークシート２－２　第1号被保険者一人あたり『一般介護予防事業費』の推移
（水準が高い場合のイメージ）＞



各サービス・活動事業費の内訳

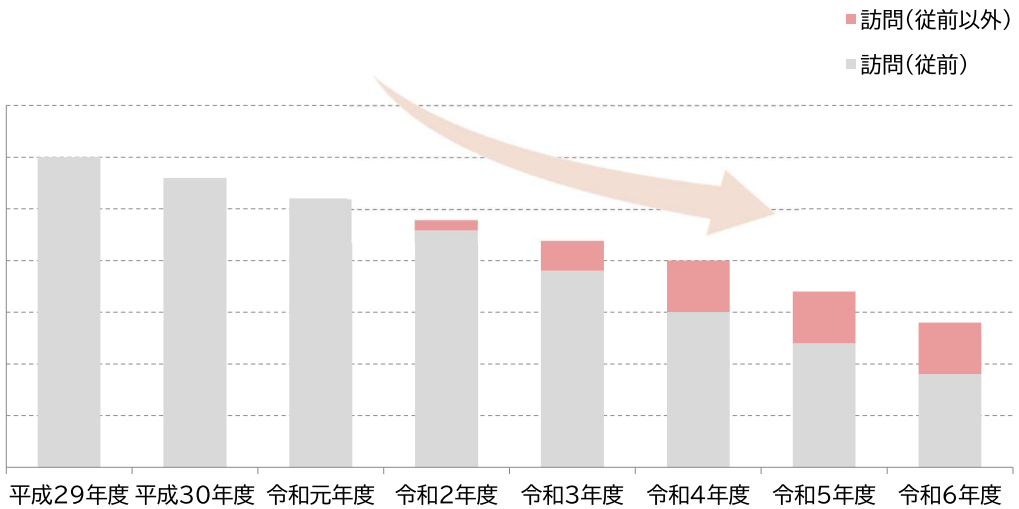
訪問型サービスの事業費

○ 過疎地域に限らず、大都市部も含めて多くの地域で訪問型サービス（従前相当サービス）の事業費が減少しています。総合事業の単価設定など運用上の変更がない場合でも、訪問型サービス事業所では職員の高齢化や生産年齢人口層の就業者数の減少による人材不足が影響し、サービス提供量が減少している地域があります。

○ 事業費の減少が見られる場合は、訪問型サービス事業所へのヒアリング等を実施し、従事者の状況や今後の見通しを把握してください。また、自費サービスなど、代替サービスの必要性についても検討を進めることが重要です。

○ 採算性の観点から、事業所によっては要介護者へのサービス提供を優先し、要支援者等へのサービス提供に十分対応できていない場合もあります。また、事業所ごとに全利用者に占める要支援者の割合にはばらつきが見られ、特定の事業所に要支援者等の受け入れが偏っているケースもあります。このように、要支援者等を支える体制が一部の事業所に偏在している実態がないかを把握し、必要に応じて適切な対応策を検討してください。

＜ワークシート2－3　訪問型サービス事業費の推移（経年で**減少**している場合のイメージ）＞



通所型サービスの事業費

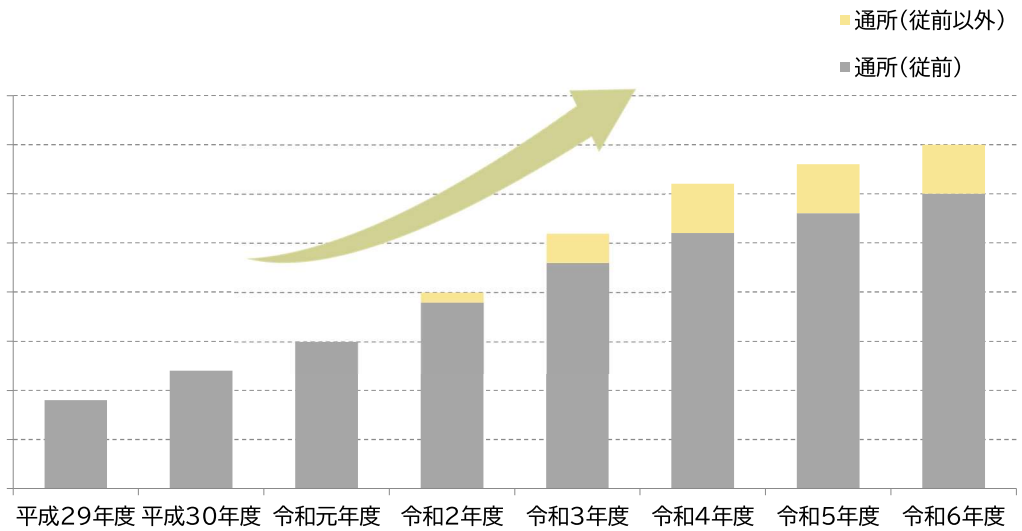
○ 通所型サービスは、訪問型サービスに比べて、比較的安定した提供が維持されている自治体が多く見受けられます。しかし、人材確保が厳しい地域では、今後の要介護者のニーズの状況により、通所型サービスにおいても要支援者等へのサービス提供に制約が生じる可能性があります。

○ 従前相当サービスが提供されている地域では、一部の事業所が３時間程度のリハビリテーションに特化したサービス（いわゆるリハビリ特化型）を提供し、一日に午前・午後で ２ 単位（2回転）運用することで、事業費の増加につながっているケースが見られます。また、同一地域内で、同じ報酬（単位数）のもとで ３ 時間と ７ 時間のサービスが併存している場合もあります。

○ こうした状況では、価格設定の妥当性を確認するとともに、自立支援の観点から利用の必要性についても再度見直しを行うことが必要と考えられます。

○ さらに、改善の可能性が高い要支援者等に対しては、短期集中予防サービス（３か月程度の集中的なプログラム）が効果的です。継続利用を前提としたリハビリ特化型から、短期集中予防サービスへの事業者のシフトも視野に入れた施策の検討が重要となります。

＜ワークシート２－３　通所型サービス事業費の推移（経年で**増加**している場合のイメージ）＞



各サービス・活動の単価

単価が適切に設定されているか確認する

○ 費用総額の検討に加え、利用者一人当たりの事業費が、サービス・活動事業の内容、介護人材の確保の状況、利用者数の見込み、採算性及び事業運営の継続性等を踏まえて適切な設定になっているかを確認する必要があります。確認の際には、従前相当サービスと多様なサービス・活動の一人当たり事業費の差が適切かどうか確認しましょう。

○ なお、サービス・活動 C については、継続的な利用を前提としておらず、プログラム終了後はセルフケアへの移行を目指しているため、プログラムの成果によってその後のサービス利用費が生じないことも考慮し、単価設定においては、従前相当サービスを上回る設定とすることもあります。

○ サービス・活動 A を実施している自治体の一部では、以下のように一人当たり単価が当初の設計よりも高額になってしまっているケースが見受けられます。限られた財源の中で、優先度の高い対象者にバランスよく支援を行うためにも、現在実施している取組について、費用と参加者数、またその効果の観点から単価を再検討してください。

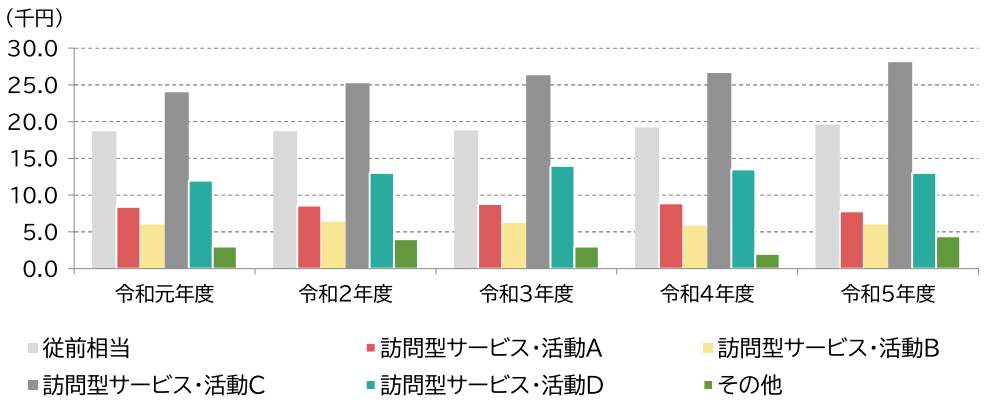
【一人当たり単価が高くなるケース①】

➢ 通所型サービス・活動 A で、要支援者等一人当たりの設定ではなく、開催回数 1 回あたりの定額で委託契約をしている場合、実際の参加者数が想定より少ないと、一人当たりの単価が高額になってしまいます。

【一人当たり単価が高くなるケース②】

➢ 委託による通所型サービス・活動 A で、要支援者等だけでなく元気高齢者も参加できる場を運営しているものの、実際には参加者のほとんどが元気高齢者である場合、要支援者等の人数で割ると一人当たり単価が高額になってしまいます。

＜ワークシート2－4 訪問型サービス_利用者一人当たり事業費（月額換算）＞

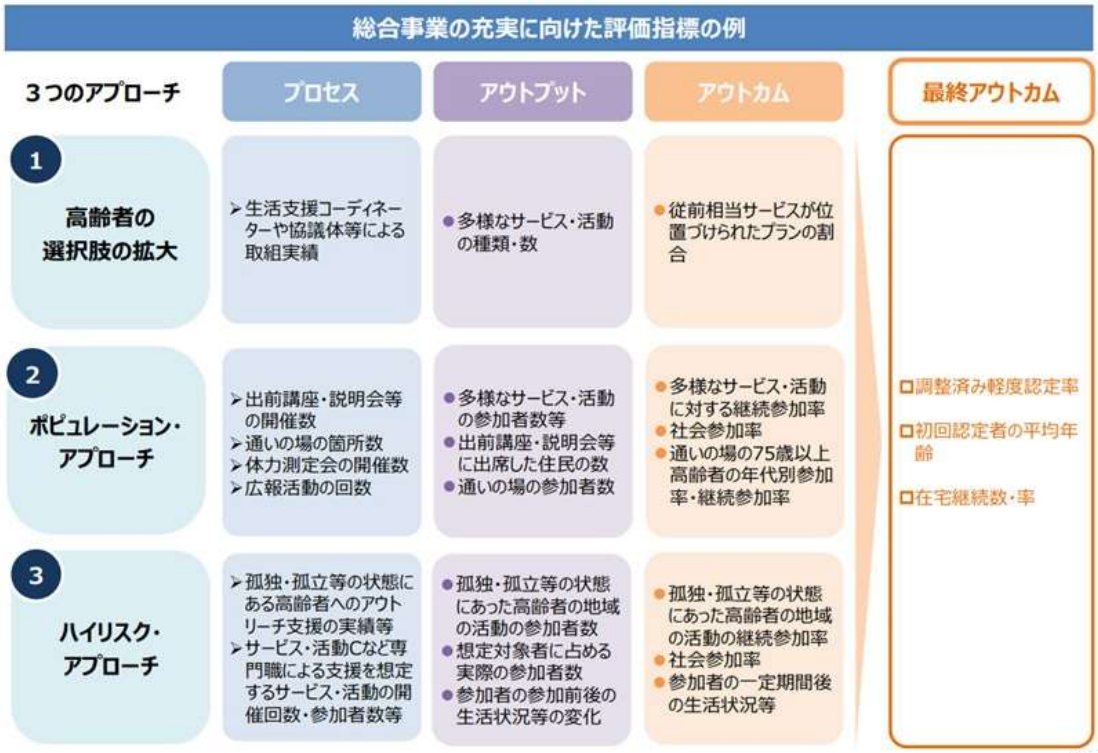


3 高齢者の視点

総合事業の充実に向けた評価における3つのアプローチ

○ アウトカムの視点は、総合事業の充実に向けた評価の枠組みに沿って、①高齢者の選択肢の拡大、②ポピュレーション・アプローチ、③ハイリスク・アプローチの観点から整理しています（厚生労働省「令和6年度地域支援事業実施要綱等改正の概要」12 ページ参照）

＜総合事業の充実に向けた評価指標の例＞



（出典）令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について（令和6年8月5日），厚生労働省
（https://www.mhlw.go.jp/content/001284411.pdf ）

① 高齢者の選択肢の拡大

高齢者の選択肢の拡大に関する指標（アウトプット指標）

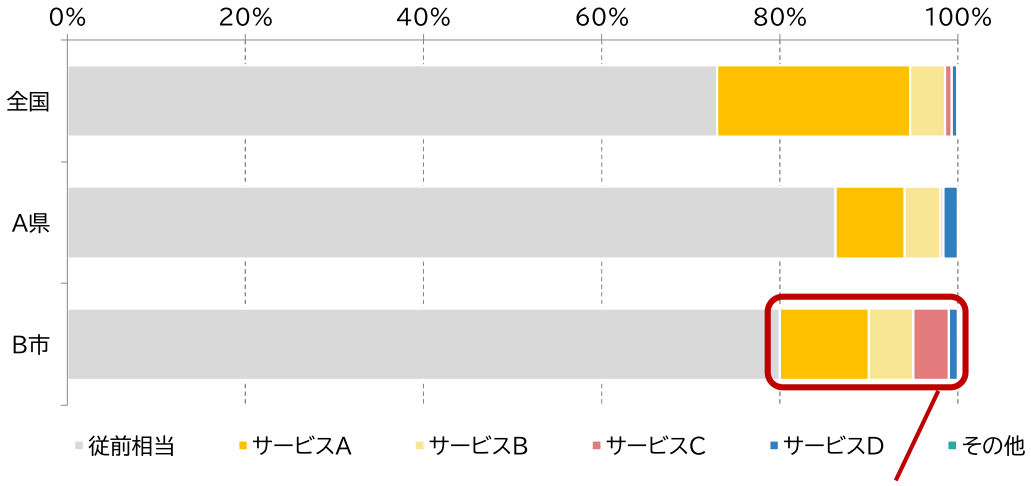
○ 高齢者の選択肢の拡大については、訪問型・通所型のそれぞれについて、各地域における軽度者向けのサービス・活動の選択肢が従前相当サービス以外に、どの程度広がっているかが、まずは重要になります（アウトプット指標）。

○ 「1 人材の視点」で確認したように、今後の人材制約の中で専門職によるサービス（従前相当サービスおよび指定によるサービス・活動Ａ）では軽度者の生活を支えることはより困難になることが予想されます。

○ 専門職の中重度者へのシフトを促す観点からは、従前相当サービスおよび指定によるサービス・活動Ａが減少する方向性で施策を進める必要があります（本ワークシート上では、介護事業所等が実施する「指定によるサービス・活動 A」と非専門職も含む多様な主体が実施する「委託によるサービス・活動 A」を区別することができませんので、データの解釈には留意してください）。

○ また、本グラフは、地域におけるサービス・活動の実施量全体の構成比を示しているため、専門職の不足等により従前相当サービスが減少することで、分母全体が縮小し、多様なサービス・活動の実施量が増えていない場合でも、構成比が相対的に増加しているように見えることもありますので、データの解釈には注意が必要です。

＜ワークシート３－１ 各種サービス・活動の利用者数の構成＞



従前相当サービス以外（サービス・活動 A／B／C／D）の増加に着目

※ただし、指定によるサービス・活動 A の場合は、これが増加しても専門職によるサービスが減少していない可能性があることに留意

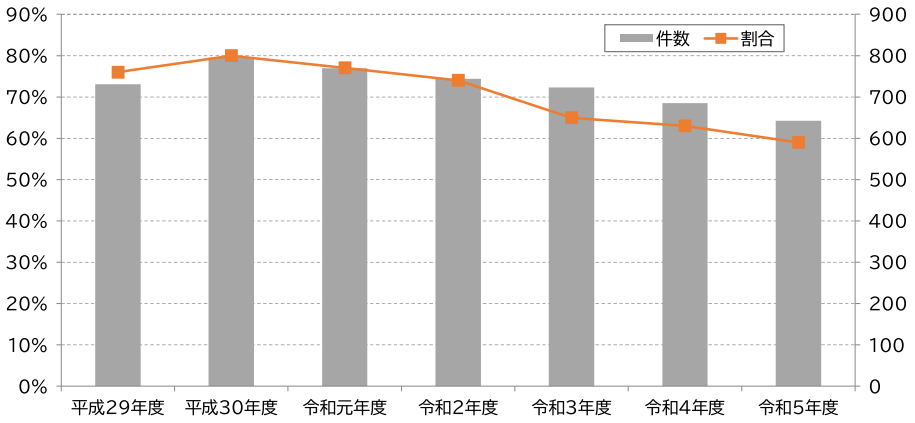
高齢者の選択肢の拡大に関する指標（アウトカム指標）

○ 高齢者の選択肢の拡大を評価するアウトカム指標としては、「従前相当サービスが位置付けられたケアプランの割合」が例示されています。この割合が低ければ多様なサービス・活動が普及しており、高齢者の選択肢が増えていると考えられます。

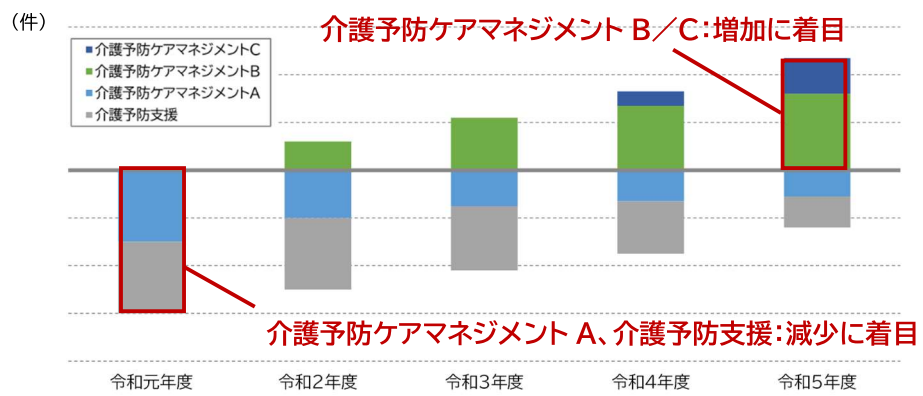
○ 算出にあたり、中規模以上の自治体では集計の手間が大きくなる場合もあります。その場合は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A/B/C の件数などで代用することができます。令和6年の地域支援事業実施要綱改正により、サービス・活動A/B/C/Dの利用時については、介護予防ケアマネジメント B/C を利用可能（指定 A や一部の C を除く）であることから、介護予防ケアマネジメント B/C の件数の増加を、多様なサービス・活動の利用増加≒選択肢の拡大と考えることができます。

○ なお、ケアマネジメントA・介護予防支援から介護予防ケアマネジメント B/C へのシフトは、ケアプラン作成やサービス担当者会議等の負担の軽減の観点、ひいてはアウトリーチ機能の充実に向けた地域包括支援センターにおける余力づくりの観点からも重要な方向性といえます。

＜ワークシート3－2　従前相当サービスが位置づけられたプランの割合・件数＞



＜ワークシート3－2　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＞

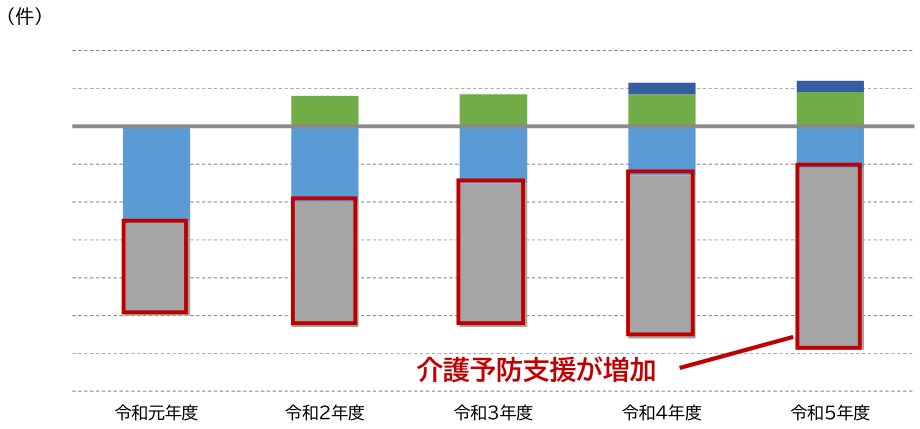


― 介護予防支援が多い場合は要注意 ―

○ 要支援者等全体のプランに占める介護予防支援の件数への着眼も重要です。介護予防支援は、介護予防訪問看護や介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与などを利用する場合のケアマネジメントです。

○ 一部の地域では、介護予防ケアマネジメントAから B/C にシフトしているのではなく、介護予防ケアマネジメントAの減少分が介護予防支援の増加につながっている場合があります。こうした地域では、要支援者の利用するサービスが、総合事業のサービス・活動から、予防給付にシフトしている可能性もありますので、適切なアセスメントの観点から介護予防ケアマネジメントが実施されているか点検が必要です。なお、介護予防支援の件数増加は、総合事業の上限額の引き下げにつながります。

＜ワークシート3－2　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（介護予防支援が増加）するイメージ＞



② ポピュレーション・アプローチ

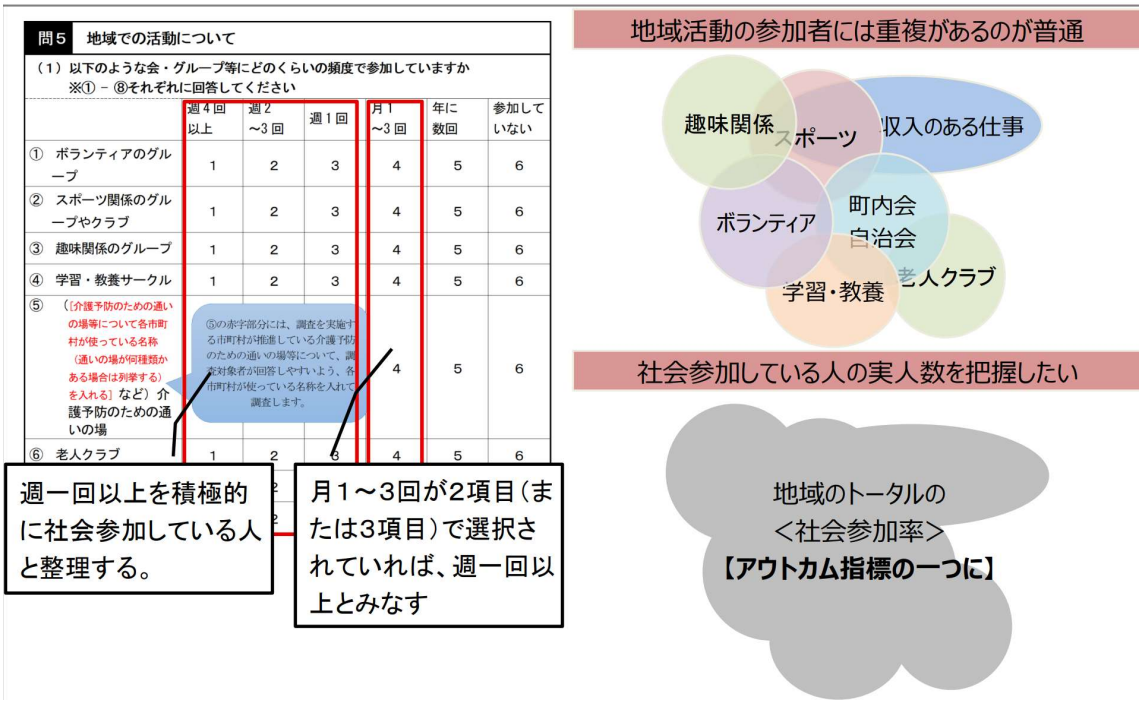
ポピュレーション・アプローチに関する指標（アウトカム指標）：社会参加率

※データの表示には介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5「地域での活動」の回答結果の入力が必要です。

○ ポピュレーション・アプローチでは、「介護予防のための通いの場」だけでなく、文化・教養サークル、スポーツ、自治会活動、収入のある仕事など、さまざまな場での社会参加を広く促進することを目指しています。

○ ここでは、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問５を活用し、いずれかの活動に週１回以上参加している、または複数の活動を合わせて週１回以上に相当する頻度で参加している高齢者の割合を「社会参加率」として集計し、ポピュレーション・アプローチのアウトカム指標としています。

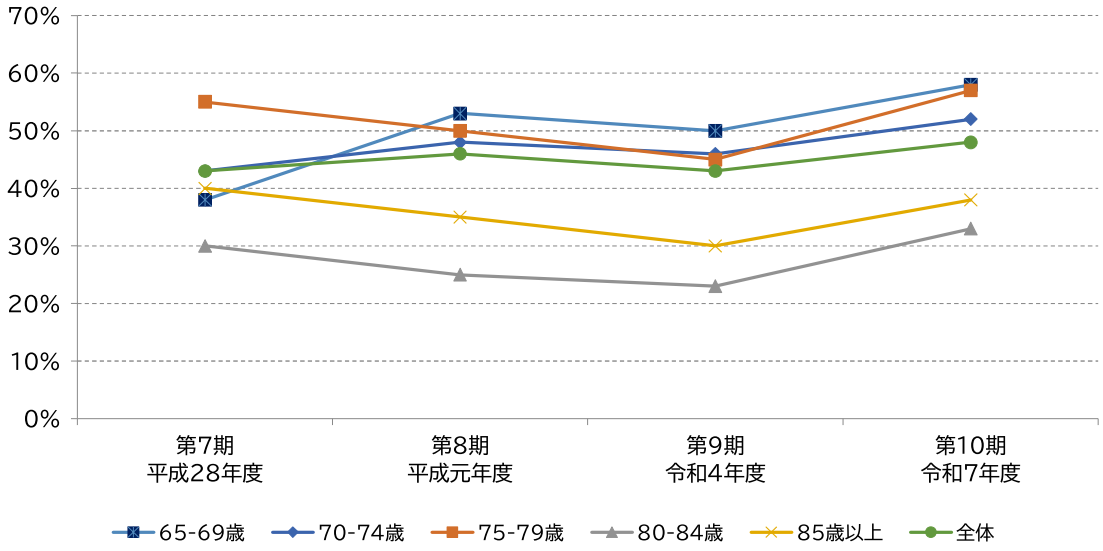
＜介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5を活用した社会参加率の考え方＞



出典）令和5年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「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」

○ 社会参加率の経年変化を把握することで、地域住民の社会参加の状況を成果として評価することができます。

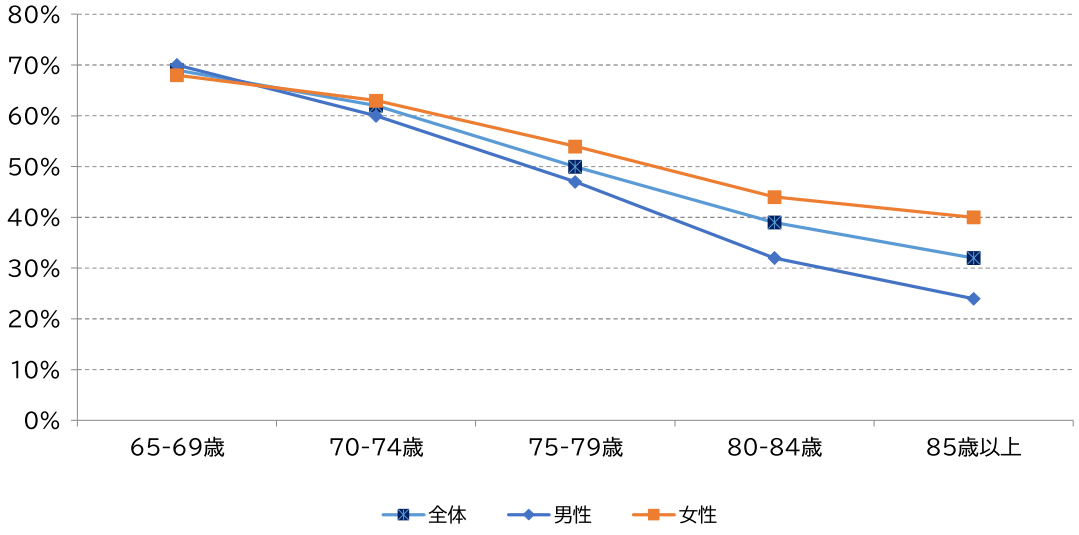
＜ワークシート3－3　年齢階級別・社会参加率の経年比較＞



○ また、性別・年齢別・活動別の参加状況を確認することで、どの活動が全体の社会参加率に影響しているのか、どの年齢層に社会参加の課題があるのかを把握することができます。

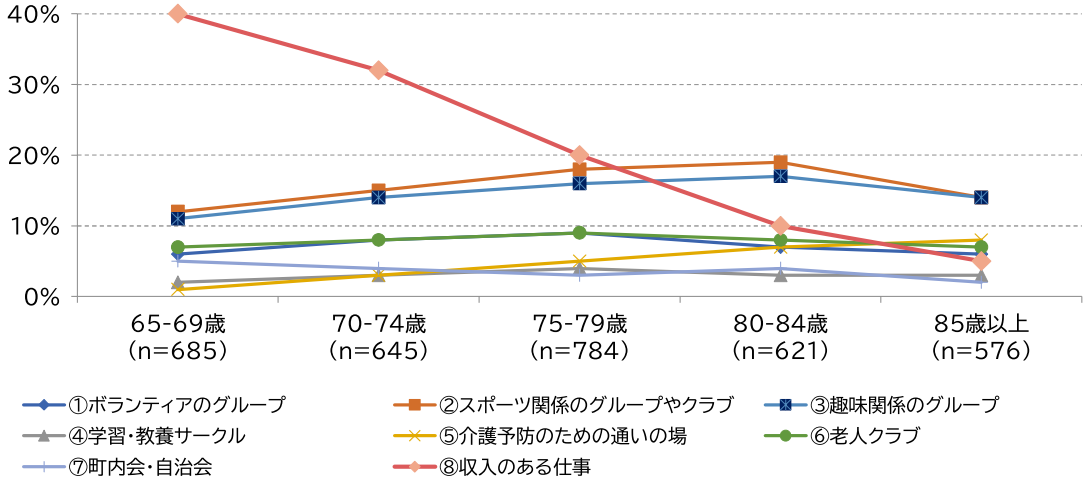
○ 特に、初回の要支援・要介護認定者の平均年齢が 82 歳前後であることから、80 代に入ってからも社会参加を継続することは、介護予防の観点から非常に重要です。

＜ワークシート3－3　年齢階級別・男女別・社会参加率＞

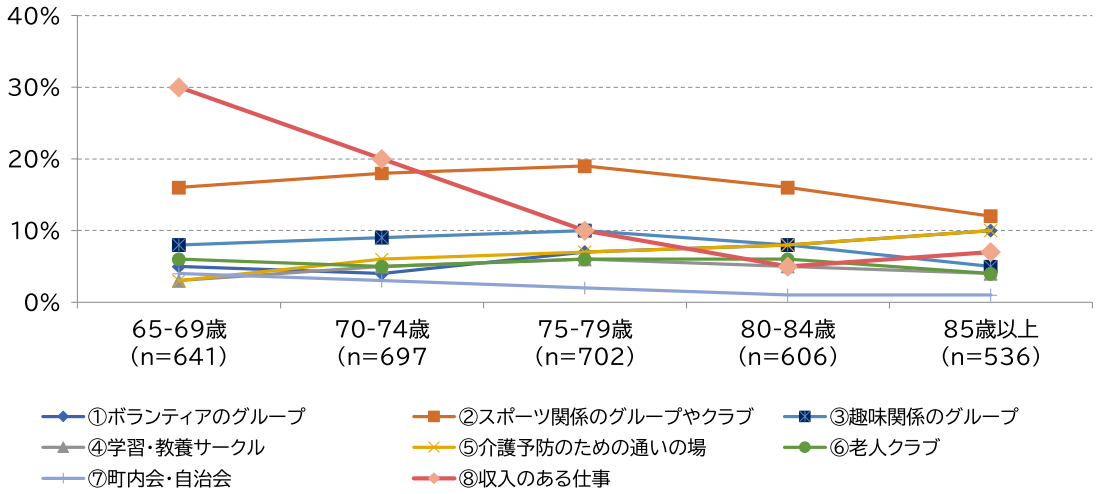


○ 活動別や性別ごとに参加率の変化を追うことで、どの年代の参加を支える支援が必要かを明らかにすることができます。

＜ワークシート3－3（男性）年齢階級別・各種活動週１回以上参加率＞



＜ワークシート3－3（女性）年齢階級別・各種活動週１回以上参加率＞



ポピュレーション・アプローチに関する指標（アウトカム指標）：通いの場の 75 歳以上の年代別継続参加率

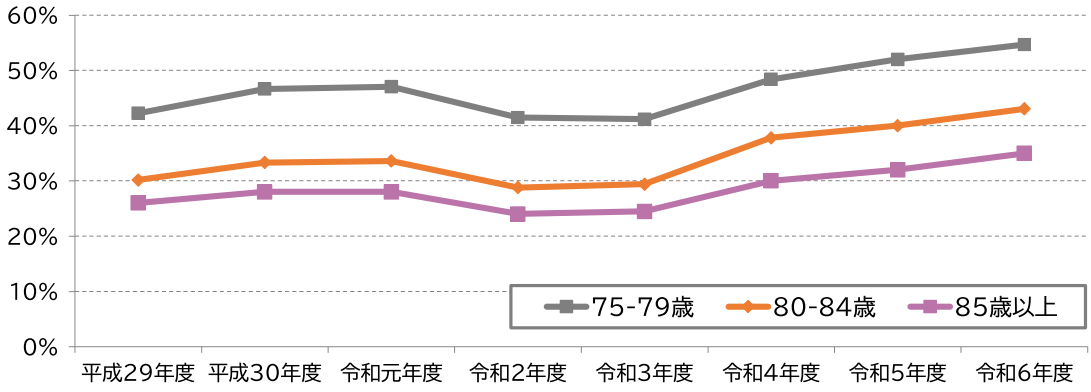
○ 介護予防のための通いの場（体操教室など）について、行政が参加者の状況を把握している場合には、これらの場への後期高齢者の参加状況を、ポピュレーション・アプローチのアウトカム指標の一つとして活用することができます。ただし、通いの場は社会参加の場の一つに過ぎず、行政が支援する場以外にも有効な社会参加の場が存在することは言うまでもありません。

○ 社会参加の傾向として、前期高齢者のうちはスポーツ活動や文化・教養活動への参加が活発ですが、80 代になると参加率が低下する傾向がよく見られます。一方で、行政が支援する通いの場では、80 歳以上の高齢者が積極的に継続して参加している場合もあります。

○ このように、行政が支援する通いの場を評価する際、特に予防効果の観点からは、参加者の人数だけでなく、参加者の年齢層にも注目することが重要です。

○ なお、ここでいう「継続参加率」には厳密な定義はありませんが、一度だけ参加した人ではなく、一定期間にわたって習慣的に通っている人の割合を指しています。実際の通いの場でも、必ずしも参加者を厳密に把握しているとは限らないため、あえて厳密な定義は設けていません。

＜ワークシート3－4　通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別継続参加率＞



③ハイリスク・アプローチ

ハイリスク・アプローチに関する指標（アウトカム指標）

○ ハイリスク・アプローチは、各地域でどのようなリスクを対象に事業を組み立てるかによって、評価方法も異なります。

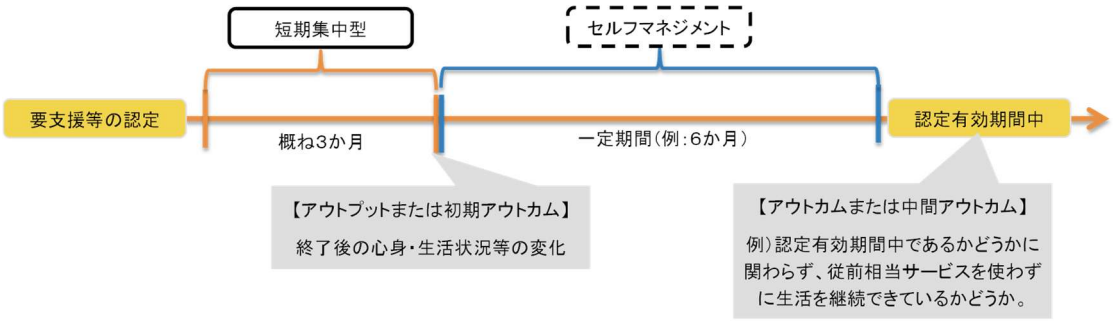
○ 例えば、フレイル予防を目的とした短期集中予防サービスの場合、プログラム終了直後ではなく、半年後など一定期間が経過した時点で、従前相当サービスなどを利用せずに生活できている人の割合をアウトカム指標として設定することができます。

○ ハイリスク・アプローチでは、専門職などが集中的に支援を行いますが、プログラム終了後も継続して専門職が関わり続けるのではなく、最終的にはセルフケアが可能な状態を目指すことが目標となります。

○ また、フレイル以外のリスク、例えば閉じこもりなどの場合も、ハイリスク・アプローチでは単にプログラムの参加者数を評価するのではなく、対象者の状況が改善し、一定期間経過後も専門職による継続的・直接的な支援がなくても、生活を続ける上でのリスクが軽減されているかどうかを評価します。

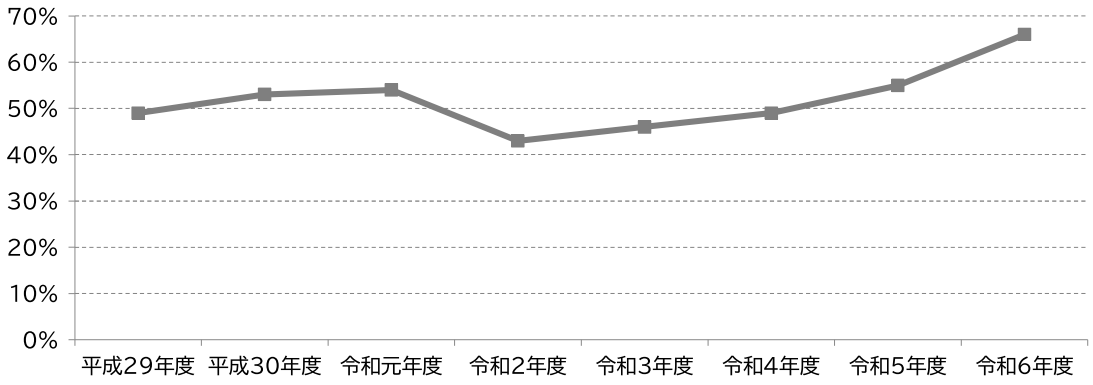
○ 一定期間経過後も専門職による継続的・直接的な支援がなくても、生活を続けられる方が増えているといった効果が確認できれば、それを踏まえて、介護保険事業計画における要支援者数や従前相当サービス等の利用見込み量を試算することが可能となります。

＜ハイリスク・アプローチの評価方法（イメージ）＞



出典）三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティングが作成

＜ワークシート3－5　短期集中予防サービス参加者の
一定期間後の生活状況等（心身状態改善率）＞



＜一定期間後の状態の変化の把握＞

評価の趣旨	・　行政がハイリスク・アプローチとして実施する各種の取組参加者の心身状態の改善を評価。
評価指標	・　各種プログラムの趣旨に則り、評価指標を設定。例えば短期集中型のプログラムでは、終了後６か月後/１年後の追跡調査結果などが考えられる。
評価の頻度	・　短期のプログラムであれば終了後あるいは終了半年後など。または事業年度ごとに評価することも可能。
データの入手方法	・　各種プログラムの参加者のフォローアップによってデータを確保。

出典）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」

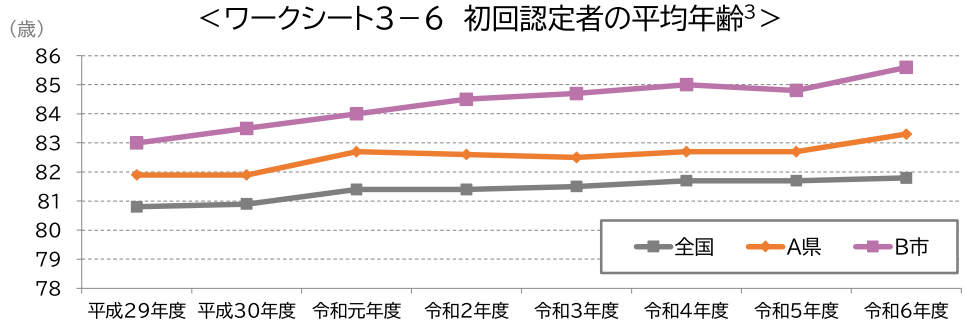
最終アウトカム

最終的なゴールの設定

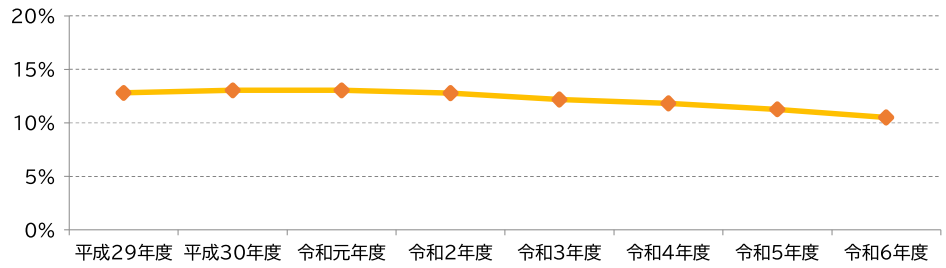
○ 最終アウトカムは、軽度者に対する取組の最終的な成果を評価するための指標ですが、最終アウトカムの達成は、総合事業以外の取組の成果も含め複合的な成果としてもたらされるものです。

○ したがって、最終アウトカムについては、その達成・未達に一喜一憂する性質のものではなく、取組全体の方向性を示す旗印の役割を担っていると考えます。それぞれの活動の実施方法や運営が、最終アウトカムに寄与するような方向で実施されているかを考えながら、取組の見直し・軌道修正を図ってください。

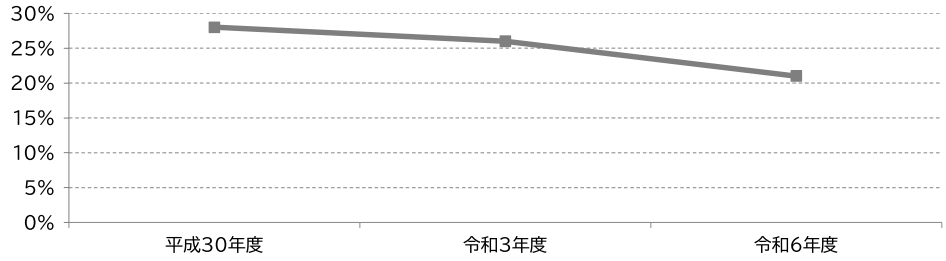
＜ワークシート3－6　初回認定者の平均年齢[3]＞



＜ワークシート3－6　調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）＞



＜ワークシート3－6　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）[4]＞



[3] 「地域包括ケア「見える化」システム」から数値を確認することが可能
[4] 「在宅生活改善調査」の調査結果の活用を想定

4 第 11 期計画に向けたシミュレーション

事業費のシミュレーション

○ ワークシートでは、今後 2030 年度に向けて総合事業の各サービス・活動等の「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」に変化があった場合に、総合事業の総事業費が上限の範囲内に収まるかについて、シミュレーションできる機能が搭載されています。

○ 「利用者数(粗推計)」の黄色セルには、現状の利用状況に基づいた粗い推計値が入力されており、デフォルトでは「利用者数」の青色セルにも同じ数値が表示されています。

○ もし、2030 年度の総額が、基本の上限額を上回るような推計になっている場合は、具体的な改善策を検討しながら「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」の青色セルの値を修正し、どのようにしたら基本の上限額内に収めることができるかをシミュレーションしてみることが重要です。

＜ワークシート4　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＞

		令和5年度(2023年度)※			令和12年度(2030年度)			
		利用者一人当たり単価(月額換算)	利用者数(1月あたり)	事業費(年額)	利用者一人当たり単価(月額換算)	利用者数(粗推計)(1月あたり)	利用者数(1月あたり)	事業費(年額)
【訪問型】	従前相当	20,660	118	29,255,145	20,660	137	137	34,059,386
	訪問型サービスA	-	0	0	-	0	0	-
	訪問型サービスB	5,110	4	245,280	5,110	5	5	285,560
	訪問型サービスC	-	0	733,000	-	0	0	-
	訪問型サービスD	0	2	0	0	2	2	0
	その他	-	0	0	-	0	0	-
【通所型】	従前相当	-	0	992,457	-	0	0	-
	通所型サービスA	23,801	402	114,814,991	23,801	468	468	133,669,758
	通所型サービスB	234	1,972	5,541,261	234	2,296	2,296	6,451,240
	通所型サービスC	-	0	14,651,442	-	0	0	-
	その他	-	0	0	-	0	0	-
その他の生活支援サービス		375	40	180,000	375	47	47	209,559
一般介護予防事業		78	36,524	34,193,543	78	39,652	39,652	37,122,156
介護予防ケアマネジメント		4,637	278	15,470,012	4,637	324	324	18,010,477
審査支払手数料		-		490,977	-			571,605
高額介護予防サービス費相当事業等		-		595,115	-			692,844
総額				217,163,223				231,072,585
基本の上限額				442,281,260				514,912,108
上限額－総額				225,118,037				283,839,523

「利用者数」(D列)や「事業費」(E列)には、ワークシートで示された数値等が表示されています。
「利用者一人当たり単価」(C列)は、「利用者数」(D列)や「事業費」(E列)の数値を用いて算出しています。

※「利用者数」(D列)のC型サービスは(のセル)は、デフォルトで公表データ(令和5年3月利用分)が表示されていますが、C型サービスを実施している自治体であっても、令和5年3月に実施していない場合には、「0」になっている場合もありますので、各自治体の状況に合わせて適切な数理を入力することが必要です。

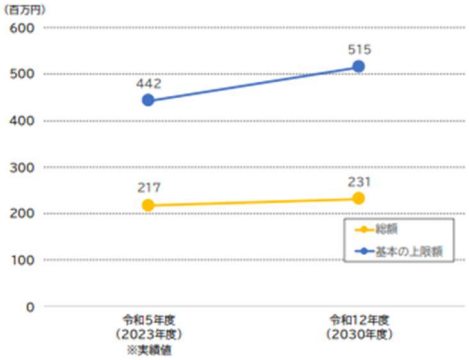
「利用者一人当たり単価」(F列)には、デフォルトで令和5年度で算出された単価(C列)の値が表示されています。

「利用者数(粗推計)」(G列)には、デフォルトで令和5年度の利用者数(D列)に75歳以上人口の伸び率を乗じた値が表示されています。

「利用者数」(H列)には、デフォルトで「利用者数(粗推計)」(G列)の値が入力されています。

「利用者一人当たり単価」(F列)や「利用者数」(H列)の数 のセル)を手入力にて変更を行うと、入力された数値に応じて「事業費」(I列)の数値も変わります。

デフォルトで示された数値等も参考にしながら、「利用者一人当たり単価」や「利用者数」の検討を行い、令和12年度の事業費をシミュレーションしてみましょう。



参考資料



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



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
令和５年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「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」

令和 7 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の
計画的整備や効果検証手法に関する調査研究

総合事業の充実に向けたハンドブック

「総合事業の充実に向けたワークシート」の読み方

令和8（2026）年 3 月

三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社
〒105-8501　東京都港区虎ノ門 5-11-2

「総合事業の充実に向けたワークシート」の活用方法に関する説明会資料

「総合事業の充実にむけたワークシート」の読み方

社会政策部　主席研究員　岩名　礼介

本資料における図版は、特に断りがない場合は、モニター都道府県（山梨県・大阪府・広島県・熊本県）による「総合事業の充実に向けたワークシート」の利用による提供データの表示を活用している（自治体名については、匿名化している）。

MUFG

まずは立ち位置の確認を

【ワークシートの目的】

- 各市町村においては総合事業の目的を理解したうえで、各地域の実情を把握し、第10期介護保険事業計画期間以降の取組に向けて、総合事業の充実のための検討をしていくことが求められているところです。
- 各市町村が地域の実情を把握し、総合事業の充実に向けた検討にあたって簡易にデータ分析等を行うことができるよう、令和6年度に改正された地域支援事業実施要綱等で示された評価指標の例などを参考とした「総合事業の充実に向けたワークシート」を作成しました。

【ワークシートの概要】

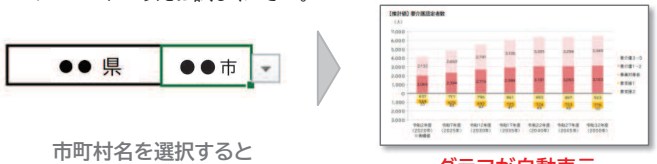
総合事業の評価の前提となる考え方などに沿った構成

- ワークシートは、基礎情報に加え、令和6年8月5日改正の「地域支援事業実施要綱」及び「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」で示された評価の視点や指標の例を参考とした構成となっています。

既存データは、市町村名を選択するだけで自動表示

- 公開されている既存データについては、多くが市町村名を選択するだけで自動表示されます。

※一部、関連ファイルを読み込む必要のあるデータや入力する必要のあるデータもありますが、ワークシート単独で使用できる項目もありますので、まずはダウンロードのうえお試しください。



Mitsubishi UFJ Research and Consulting

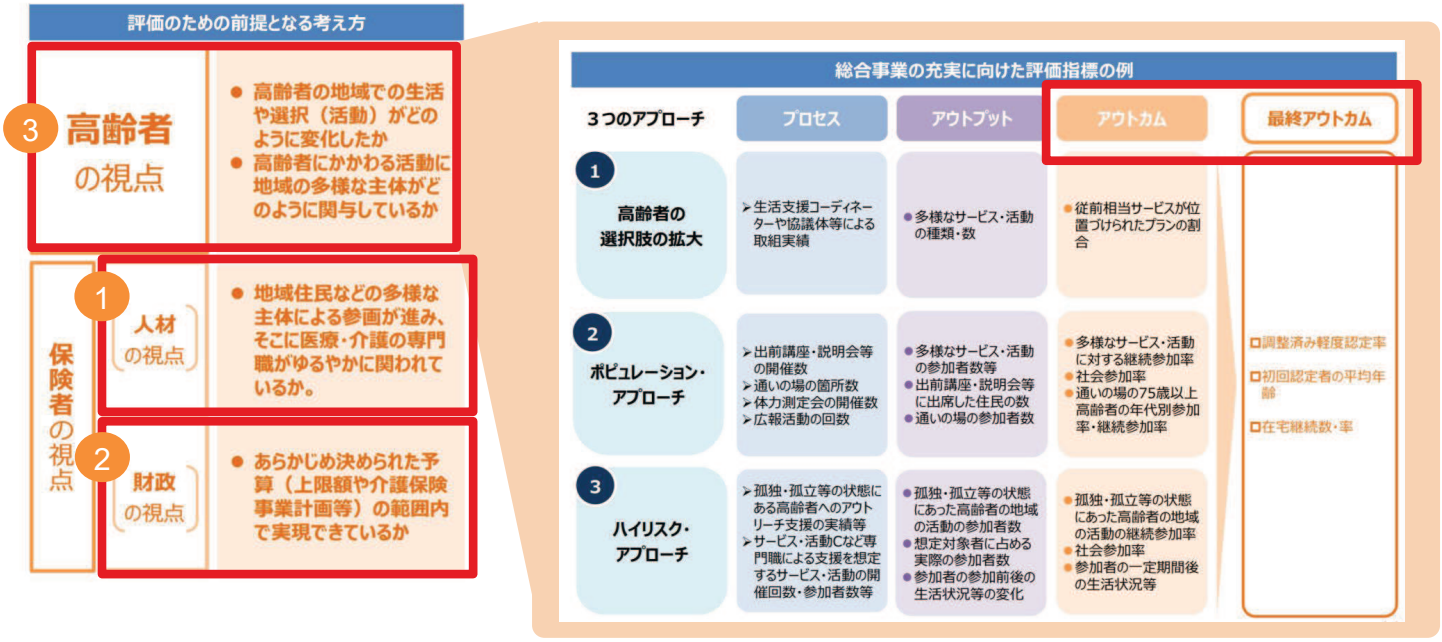
「確認の視点」に沿って、総合事業の充実に向けた検討

- 各地域において、具体的に何が課題か、課題に対して何をすれば良いかについては、ワークシートの出力結果を見るだけではなく、「確認の視点」などに沿って、関係者間で議論をすることが必要です。
- 各地域において、関係者間で総合事業の充実に向けた検討を行う際の基礎資料としてご活用ください。

事業報告書では、ワークシートの活用方法などを整理しています。
ワークシート（Excel）と事業報告書は、以下のリンクよりダウンロードできます。
ぜひご活用ください。

https://www.murc.jp/houkatsu_02/

総合事業の評価の全体構造に基づくワークシート

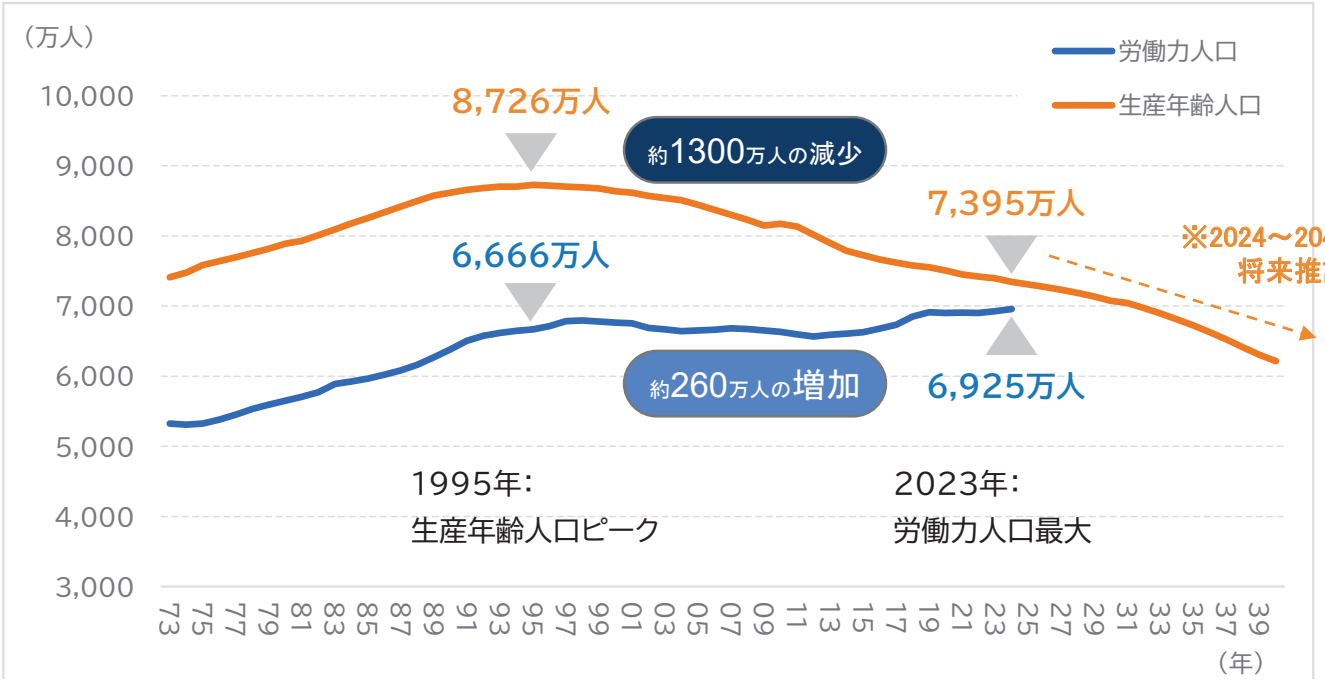


資料）厚生労働省　介護保険最新情報Vol.1299「令和6年度地域支援事業実施要綱等改正の概要」に説明のための枠線を加筆

1

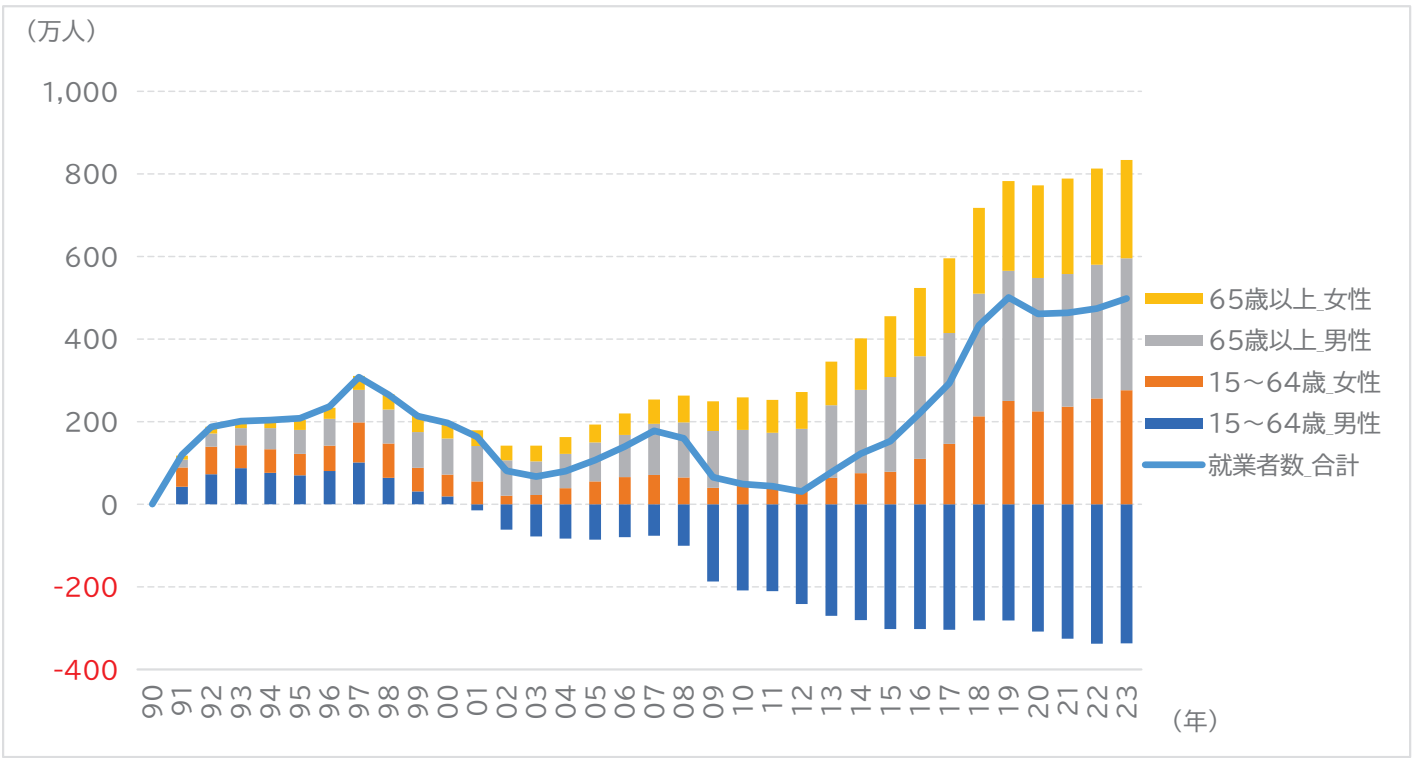
まず「人」の問題を認識する
～需要と供給のアンバランスを確認する

「生産年齢人口」は30年も前から減少し続けたが労働力人口は増加しつづけた



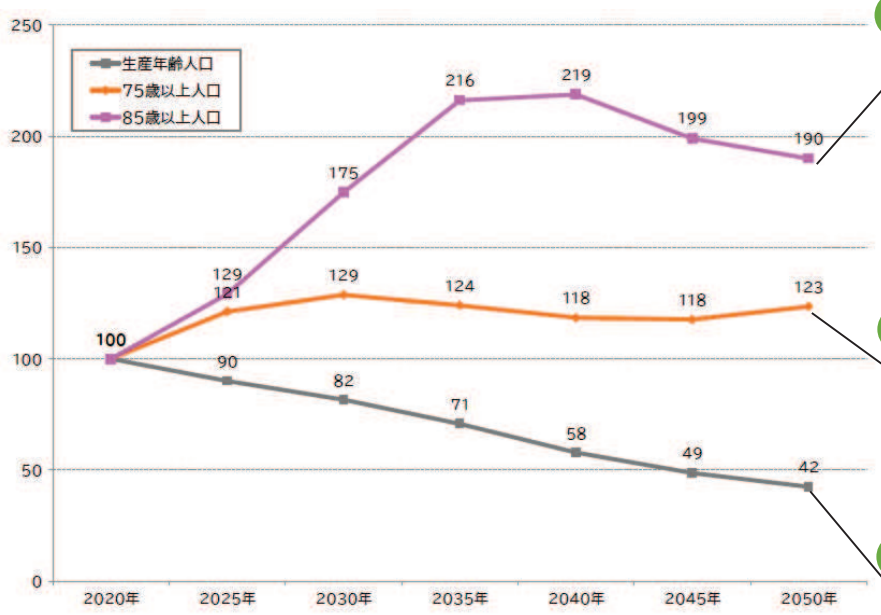
（元データの出典）労働力調査（総務省）、国勢調査（総務省）、人口推計（総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）より、三菱UFJリサーチ＆コンサルティングが作成
令和6年度　厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「人口減少社会に対応した福祉人材の養成・確保や地域の多様な人材の活用に関する調査研究事業報告書」7ページ

生産年齢人口減少を支えてきたのは「高齢者」と「女性」



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

人材制約の中で、需要の急増に対応



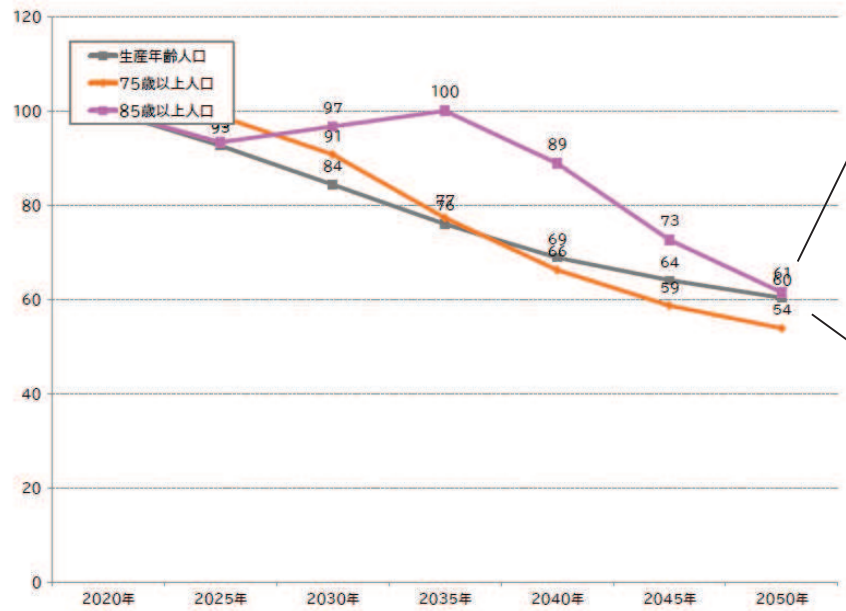
3 85歳以上人口の増加は、介護需要の増加に大きな影響を与える（初回要介護認定の平均年齢は概ね82歳）。多くの自治体で上限額が頭打ち、人材の伸び悩みの中で需要の増大に直面する。

2 すでに団塊の世代が75歳を超えたことから、後期高齢者人口は横ばいに。今後しばらく総合事業の上限額は、大きく引きあがらない。

1 生産年齢人口の減少の中でも女性・高齢者の就労によって労働力人口は増加してきたが（介護人材も2022年までは増加し続けてきたが）、今後は頭打ちも。

ワークシート：1-1

需要が増加しない過疎地域においてもたいへんなのは変わらない



1 75歳以上（後期高齢者）人口及び85歳以上人口も減少することで今後の需要は減少が見込まれる。

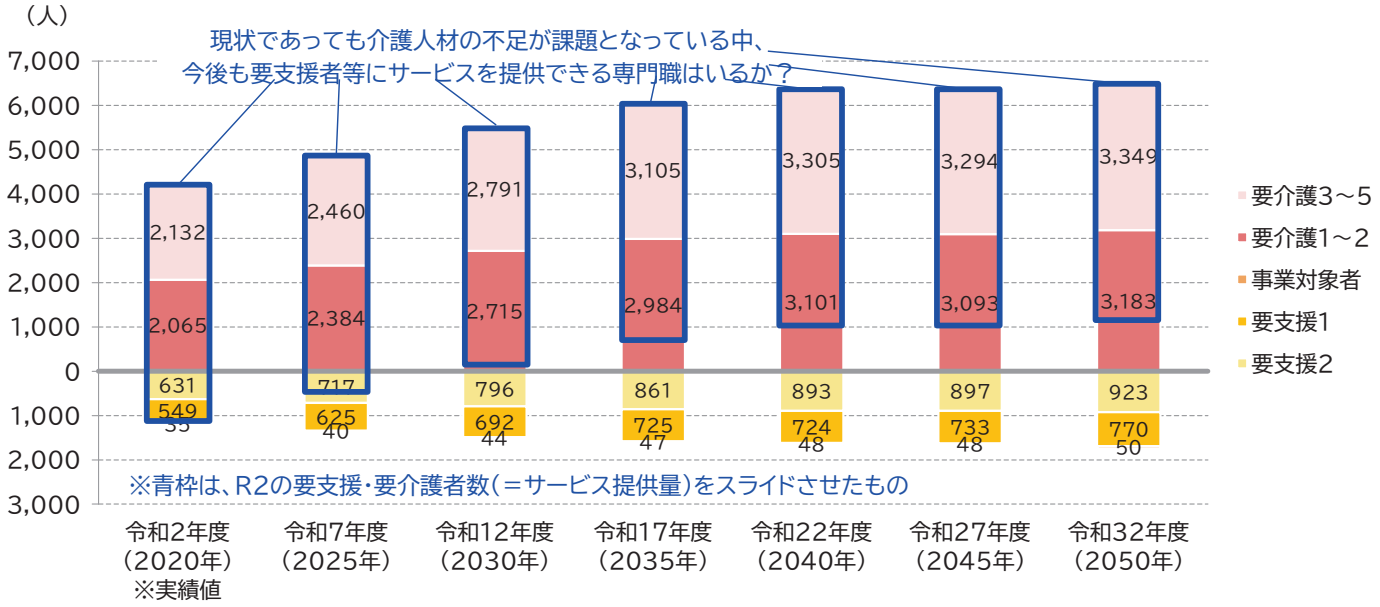
2 一方で、生産年齢人口の減少もより急速に進むほか、支え手であった高齢者人材の減少も進むため現状の維持にも大きな課題が。

ワークシート：1-2

専門職数が需要に追い付かない場合、要支援を専門職だけで支えるのは困難に

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

【推計値】要介護認定者数

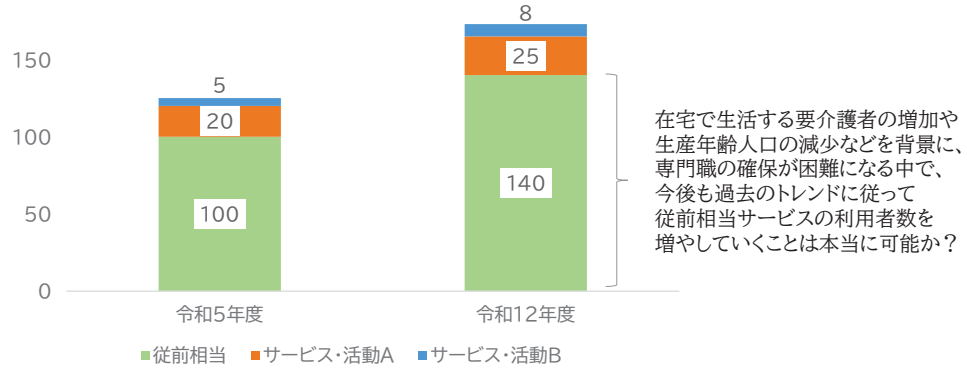


資料）令和6年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業」

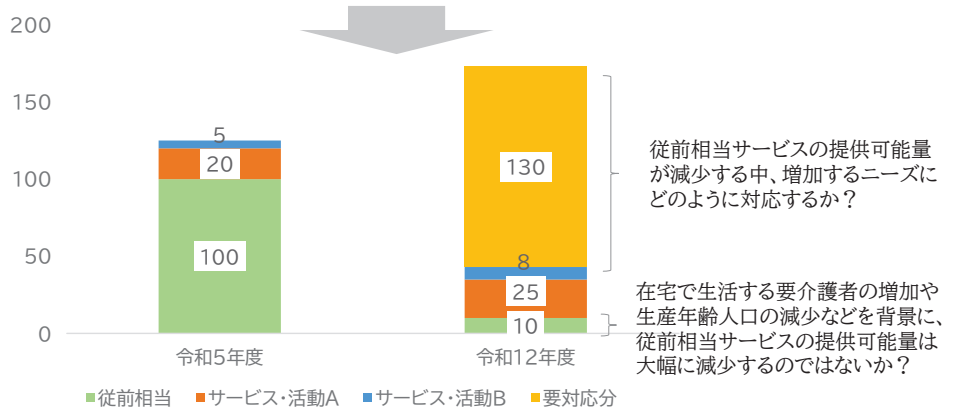
MUFG

ワークシート：3

人口動態の反映では計画できない



在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、専門職の確保が困難になる中で、今後も過去のトレンドに従って従前相当サービスの利用者数を増やしていくことは本当に可能か？



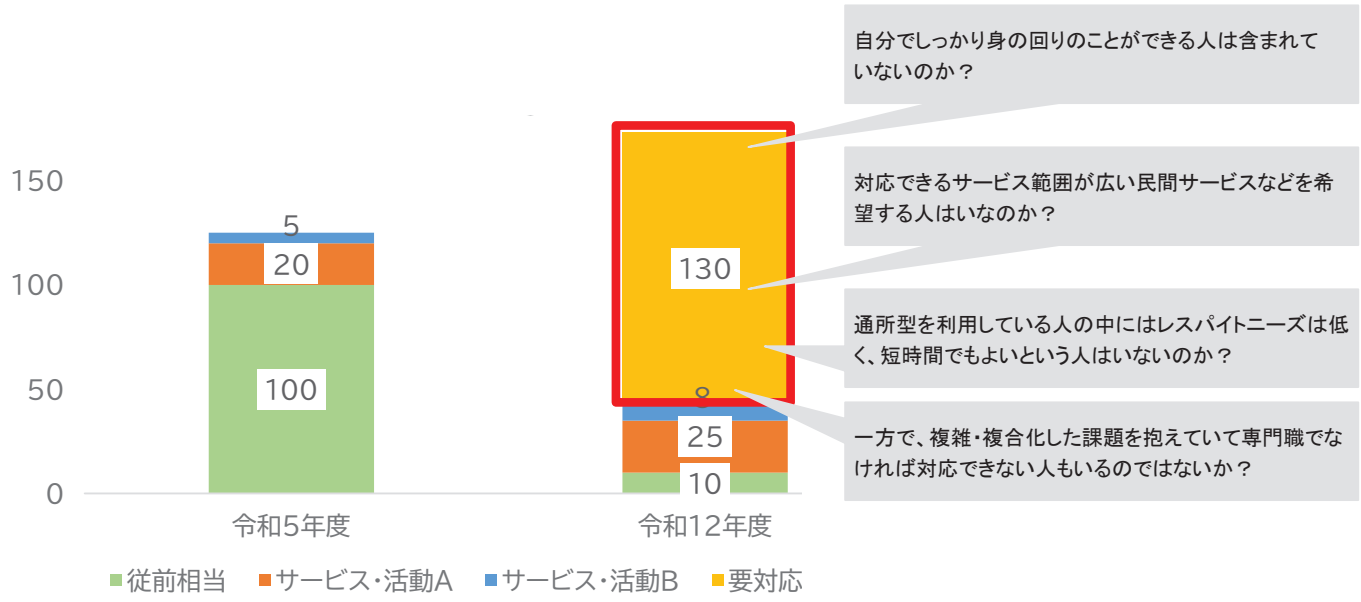
従前相当サービスの提供可能量が減少する中、増加するニーズにどのように対応するか？

在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、従前相当サービスの提供可能量は大幅に減少するのではないか？

資料）令和6年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社）

MUFG

増加するニーズの中身を知ることも重要～要支援者も多様であることを再確認



資料）令和6年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社）に岩名が加筆。

MUFG

2

費用面の「なぜ」を確認する

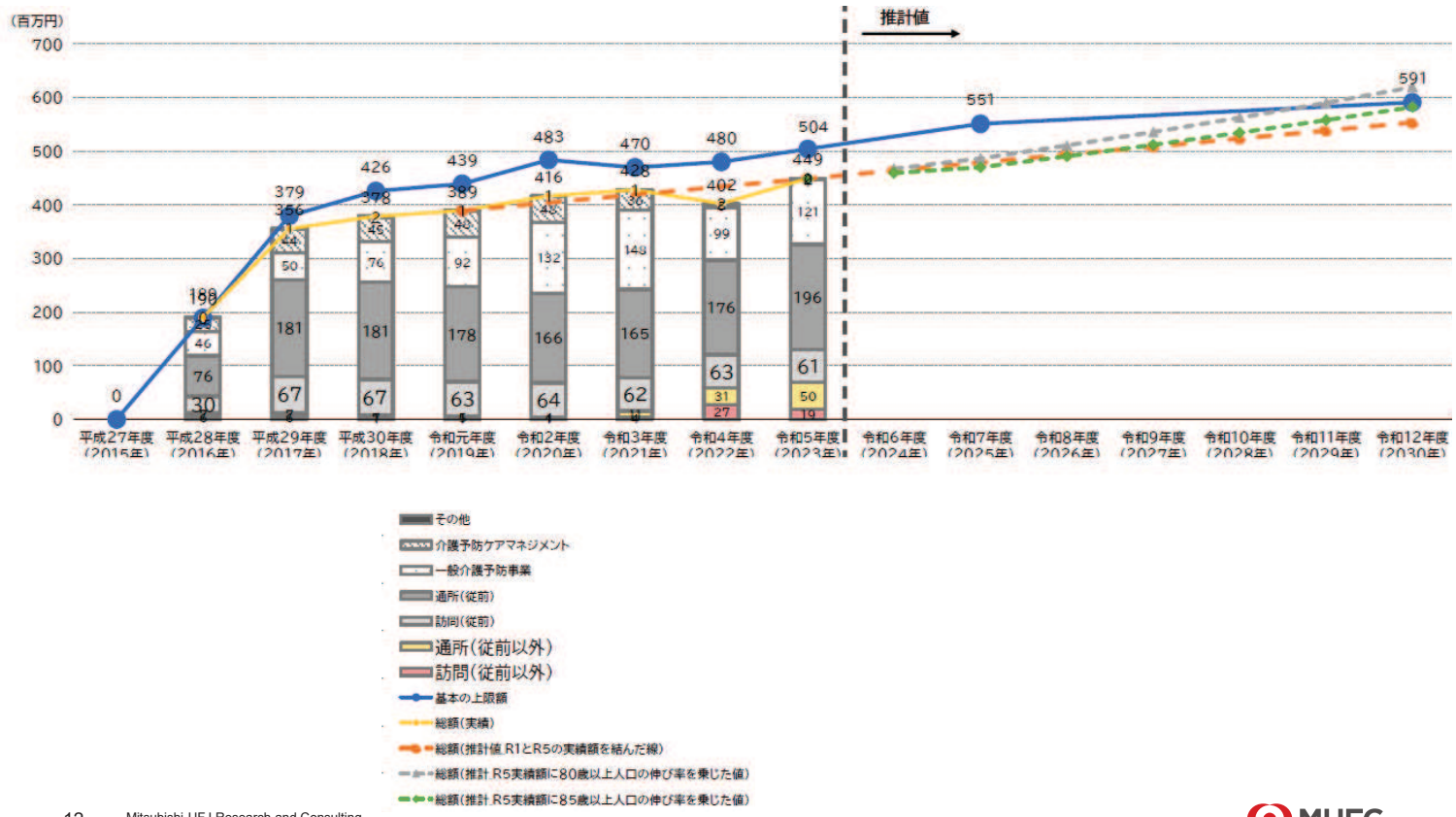
～時系列・自治体間比較で自分たちの特徴を知る

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。

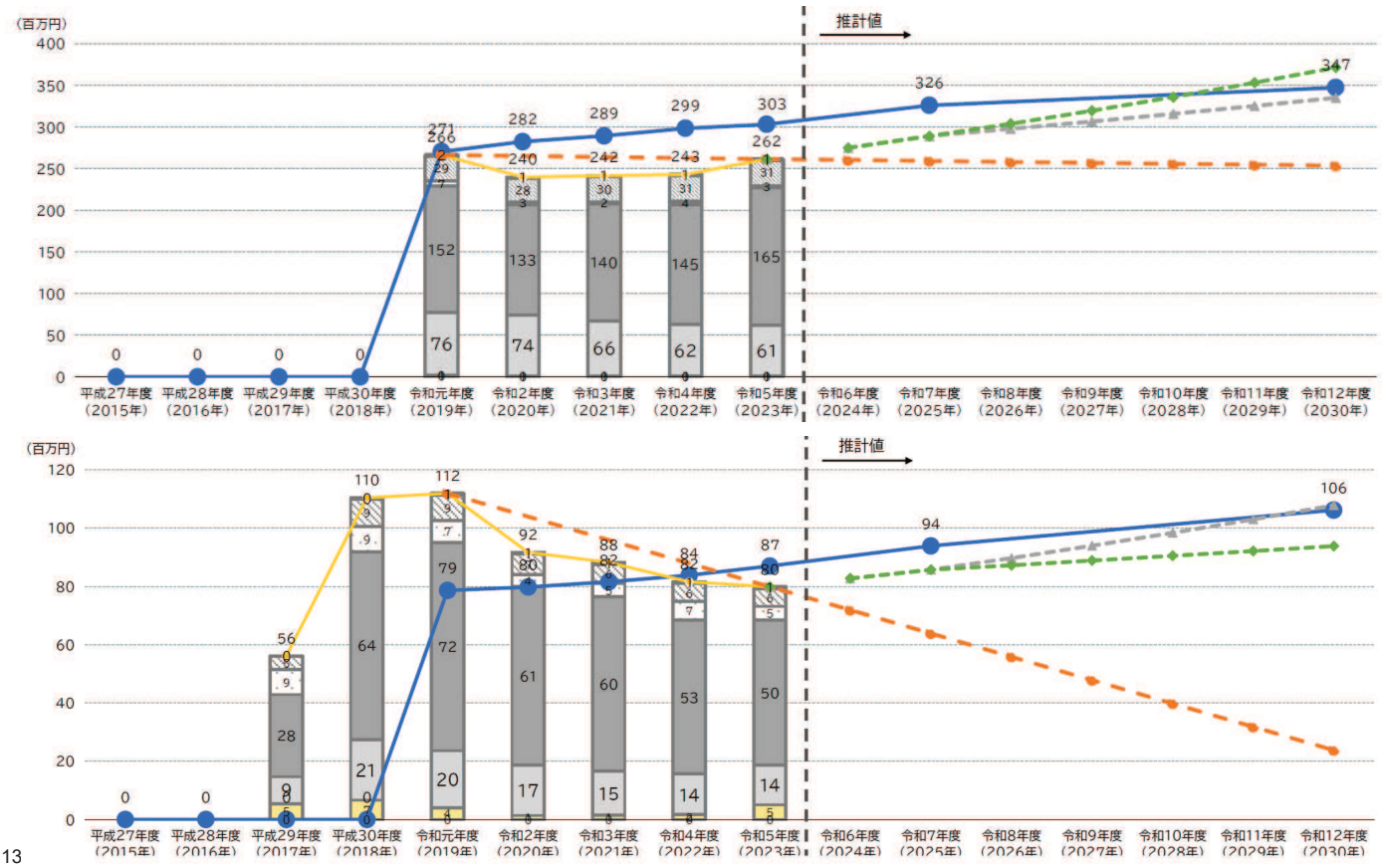
MUFG

まず費用全体をみる

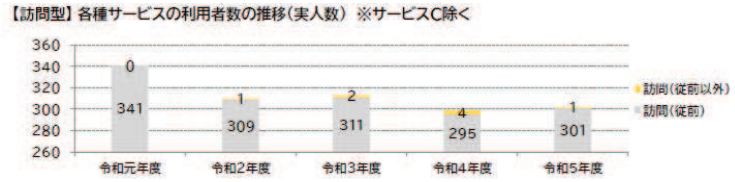


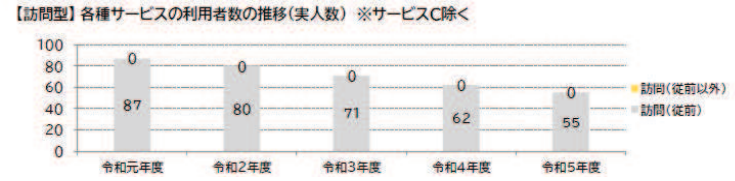
ワークシート:4-2

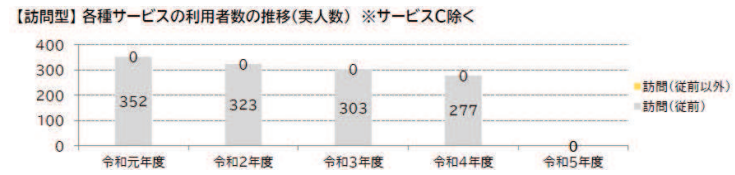
まず費用全体をみる



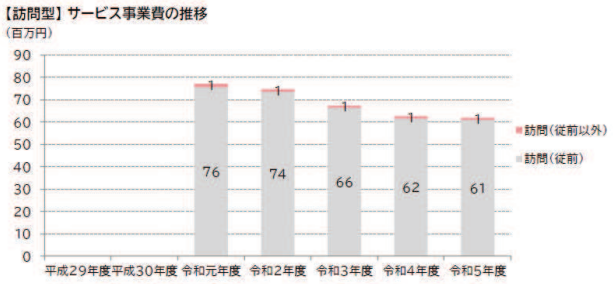
内訳をみる：目立つ訪問型サービス（従前）の減少







- 多くの自治体で専門職による訪問型サービス（従前相当サービス）の利用実績の低下が確認できる（地方部に限定されず大都市部でも同様）。
- 総合事業における多様なサービス・活動の展開による従前相当サービスの減少の場合もあるが、訪問介護事業所の提供体制が維持できなくなっている可能性が高い。
- ヘルパーの高齢化や、採算性の問題などから提供量が減少している可能性が高い。



従前相当サービス（訪問型）は実際に減少しつつある

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

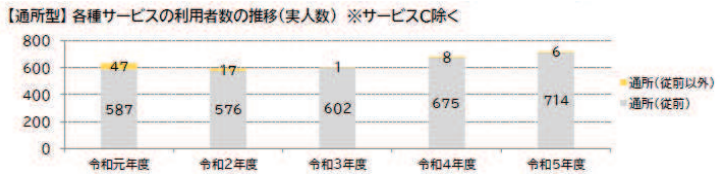
政令指定都市のうち、訪問型サービス（サービスCを除く）に占める従前相当サービスの比率が90%を超えている（≒訪問型サービス利用者に占める専門職サービス利用者の比率が高い）9の政令指定都市をその比率の高い準に並べた。73.5%を下回る政令指定都市は表示していない。

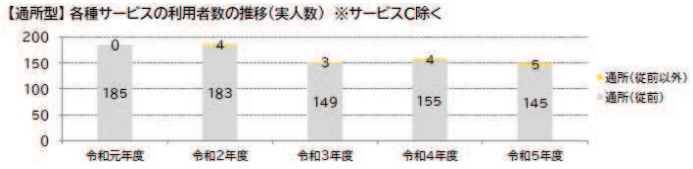
	利用者数の増減率	要支援者数の増減率	訪問型サービスに占める従前相当サービスの比率
札幌市	-0.39%	10.23%	100.0%
静岡市	-12.44%	10.12%	99.7%
堺市	-9.48%	3.85%	99.5%
さいたま市	-12.04%	6.18%	98.7%
仙台市	-36.35%	19.96%	98.1%
相模原市	-14.26%	7.81%	97.5%
横浜市	-3.74%	12.09%	96.5%
福岡市	-10.24%	2.42%	94.9%
新潟市	7.31%	9.22%	90.3%

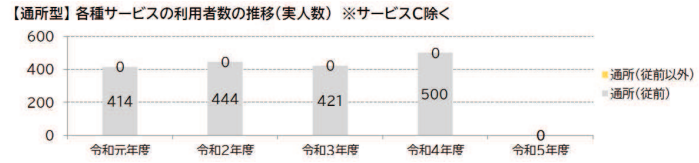
※政令指定都市のうち、令和元年と令和5年度の両方のデータを取得できた政令指定都市のうち、訪問型サービス（サービスCを除く）に占める従前相当サービスの比率が73.5%（全国平均）を超えている（≒訪問型サービスに占める専門職サービスの比率が比較的高い）政令指定都市のみを対象にグラフ化。元データ：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」（各年度結果より）なお、横浜市の令和元年度については、数値の桁数に疑義が生じたため表示対象から削除している。

出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「岩名礼介講演資料」

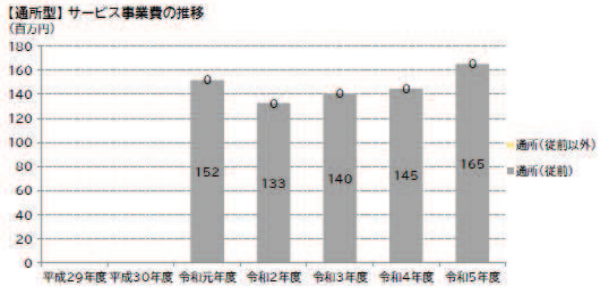
内訳をみる：横ばいor増加？　通所型サービス（従前）のこれから



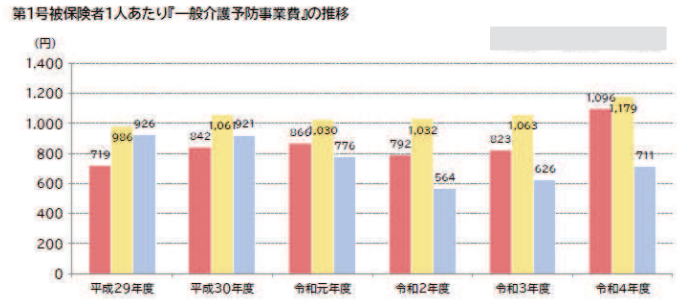


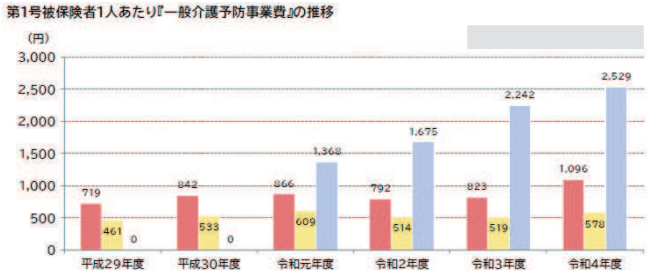


- 訪問型サービスとは異なり、提供量は比較的安定しているが、多様なサービス・活動への移行が進捗していない。
- 従前相当サービスで3時間程度のリハ特化型の1日2回転運用に移行する事業所も見られる。地域内に7時間のデイと短時間デイが同一の従前相当サービスとして併存している状況もある。
- 短期集中C型と短時間A型の双方の整備を進めつつ、従前相当からのシフトを検討していくことで、従前相当サービスの整理を進める方法もある。



一般介護予防事業の費用をどう考えるか？





※棒グラフは左から全国、当該自治体の都道府県、当該市町村

- 総合事業の上限額は、総合事業移行以前の介護予防給付及び介護予防事業の費用がベースであり、そのほとんどは、介護予防給付費用（要支援者向け）であることから、元気高齢者等への支援となる一般介護予防事業に大規模な資源投入することは想定されていない。
- 一般介護予防事業の費用が大きくなっている場合は、以下の点をチェック。
  - ✓ 元気高齢者等が集まる通いの場への講師人件費などがかかっていないか（月額単価に割り戻した場合にA型B型のようなコストが生じていないか）※本来、住民主体の通いの場は物品の支援以外にはほぼコストがかからない
  - ✓ 通いの場などポピュレーションアプローチは広く社会に活動・参加が広がることがゴール。コスト投入の高い通いの場は財源制約から広がりに限界が生じる。
  - ✓ 健康ポイント制度等によるキャッシュバックが負担となっているケース（政策効果の観点からも評価が必要）
  - ✓ 本来ならば生活支援コーディネーターの費用など社会保障充実分による費目で対応できる経費の計上がないか。

3

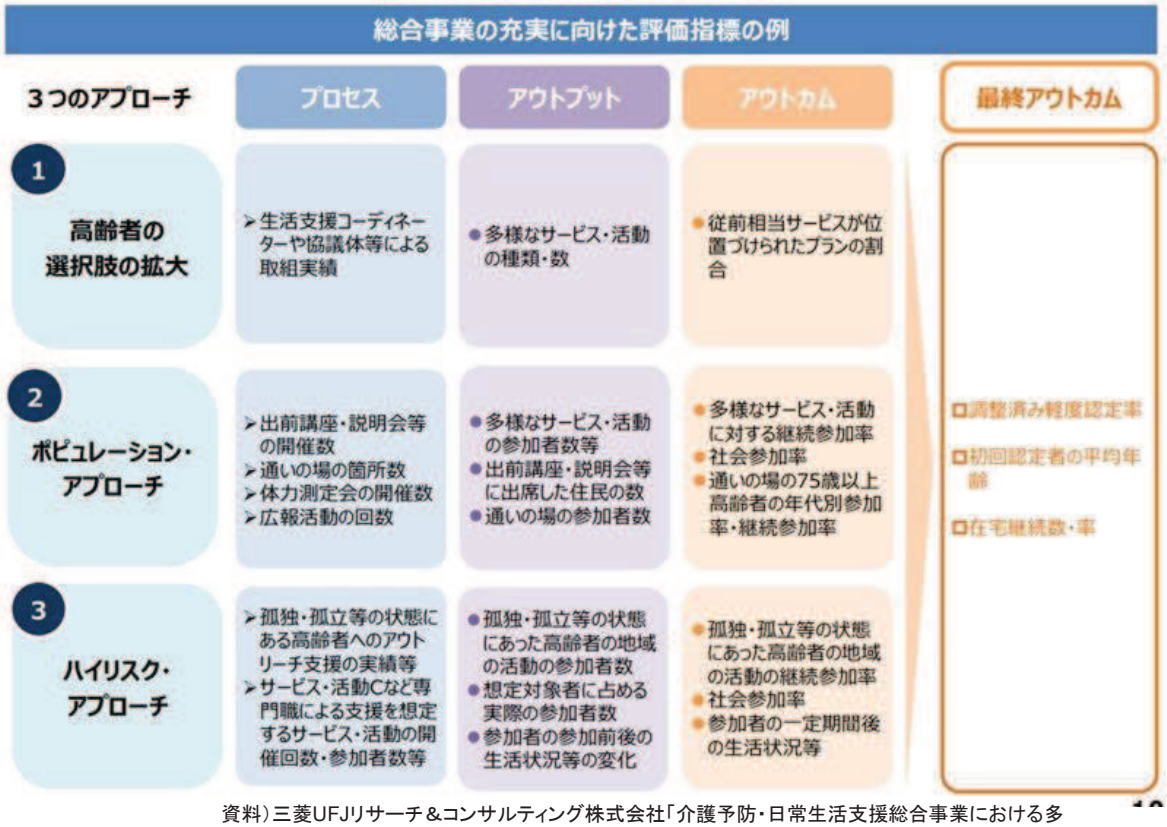
目指すべきアウトカム（成果）を達成するために

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。

MUFG

軽度者支援における評価指標の考え方



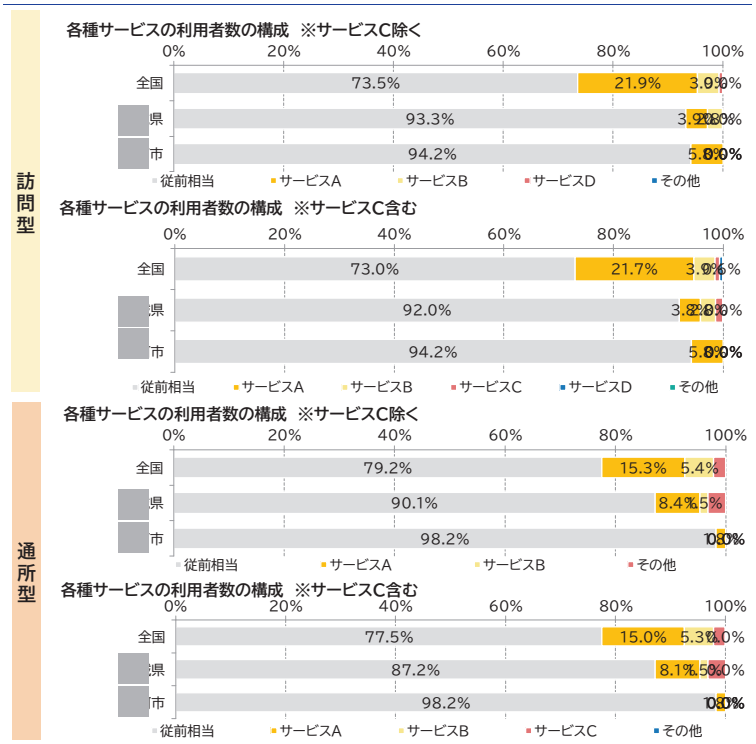
資料）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業【報告書】」（令和6年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

MUFG

ワークシート：2

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、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（軽度を同レベルで支えていけば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セクター（民間・住民主体）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）

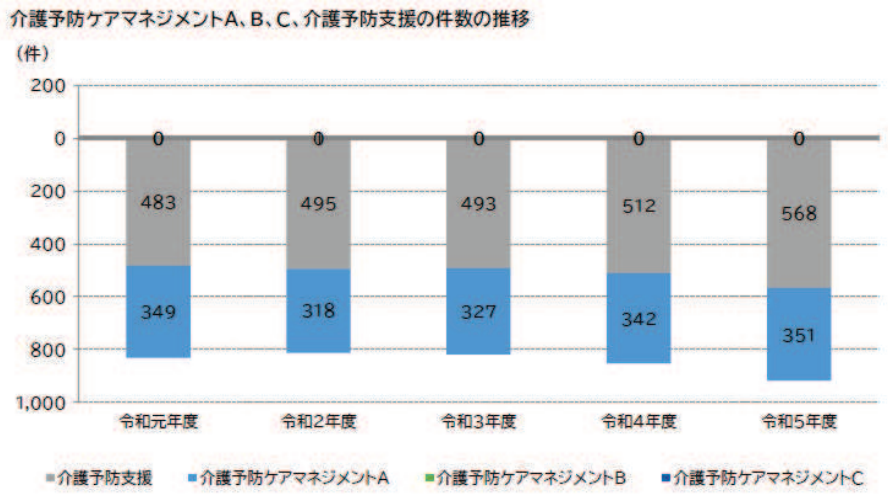


資料）令和6年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）

ワークシート：5-1

介護予防ケアマネジメントABCと介護予防支援

- 「従前相当サービスが位置付けられたケアプランの数」については小規模自治体では比較的把握しやすい指標といえる。一方で中規模以上の自治体においては、介護予防ケアマネジメントA/B/Cの件数などで代用することができる。
- 要支援者のサービス・活動についてより選択肢が増える状態になれば、結果として従前相当サービス以外を選択する利用者が増加することになる。実施要綱の改正により、サービス・活動ABCDを利用する場合については、原則としてケアマネジメントB・Cを利用することができるとなっていることから、ケアマネジメントBCの件数の増加を、多様なサービス・活動の利用増加≒選択肢の増加と認識する。



ポピュレーションアプローチの評価：社会参加率とは何か？

- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査「問5」を活用した社会参加状況を評価する指標。

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
※①－⑧それぞれに回答してください

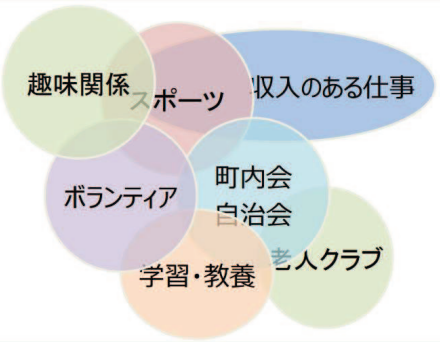
	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ （[介護予防のための通いの場等について各市町村が使っている名称（通いの場が何種類かある場合は列挙する）を入れる]など）介護予防のための通いの場	1	2	3	4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6

⑤の赤字部分には、調査を実施する市町村が推進している介護予防のための通いの場等について、調査対象者が回答しやすいよう、各市町村が使っている名称を入れて調査します。

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】

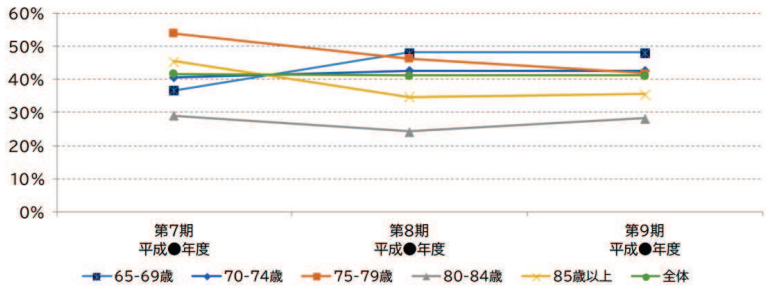
資料）令和6年度　老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の充実に向けた調査研究事業」

ワークシート：5-2

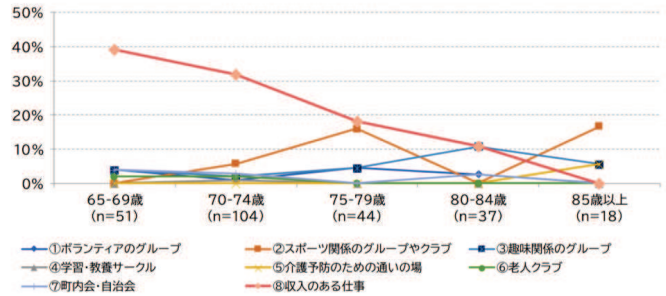
ポピュレーションアプローチの評価

- 社会参加率（左上図）の全体（黄緑線）の上昇をポピュレーションアプローチでは目指す。
- 介護予防のための通いの場への参加者を増やすことがポピュレーションアプローチのゴールではない。その他の活動も含めた幅広い場への参加を施策として検討。
- 高齢になるほど参加率が低下する傾向があるが、通いの場の広がりが、85歳以上の社会参加を下支えすることも。年齢別・性別の傾向の社会参加行動の違いを分析することで、地域の取り組みの「穴」を見つけることも可能。
- 地区別の分析も可能であり、日常生活圏域別での特徴の把握も可能。

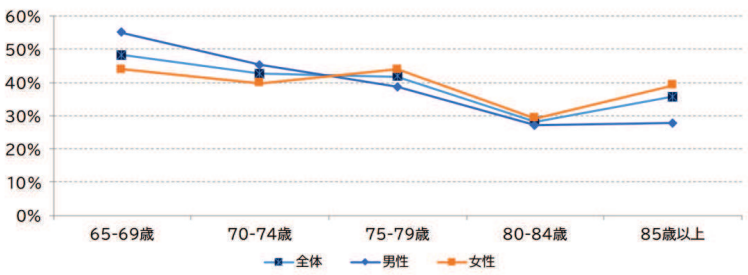
年齢階級別・社会参加率の経年比較



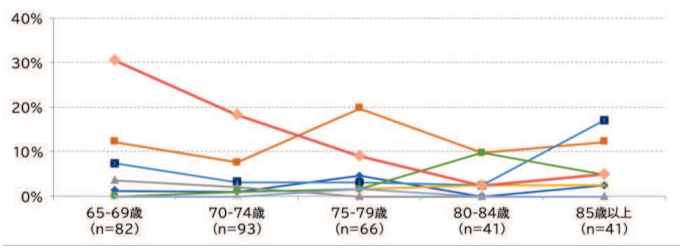
【第9期】（男性）年齢階級別・各種活動参加



【第9期】年齢階級別・男女別・社会参加率



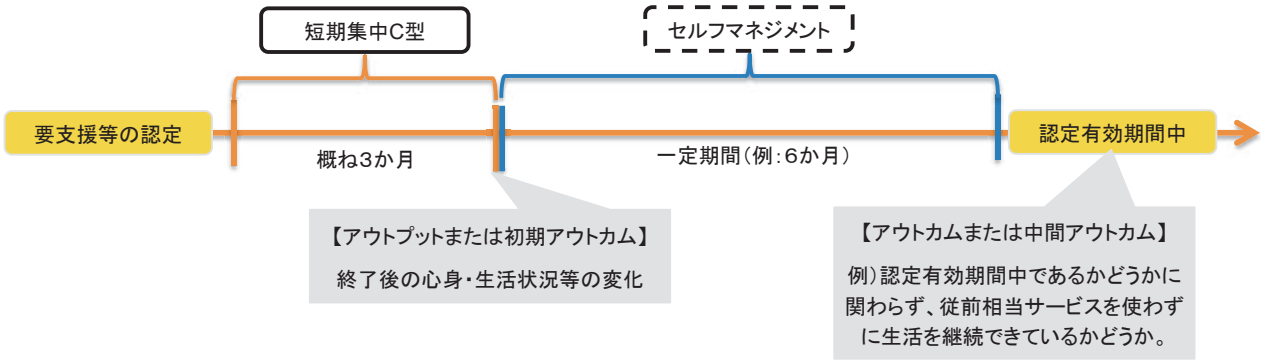
【第9期】（女性）年齢階級別・各種活動参加率



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

ワークシート：5-4

ハイリスクアプローチの評価



＜一定期間後の状態の変化の把握＞

評価の趣旨	・ 行政がハイリスク・アプローチとして実施する各種の取組参加者の心身状態の改善を評価。
評価指標	・ 各種プログラムの趣旨に則り、評価指標を設定。例えば短期集中型のプログラムでは、終了後６か月後/１年後の追跡調査結果などが考えられる。
評価の頻度	・ 短期のプログラムであれば終了後あるいは終了半年後など。または事業年度ごとに評価することも可能。
データの入手方法	・ 各種プログラムの参加者のフォローアップによってデータを確保。

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

MUFG

ワークシート：5-5

最終アウトカム

最終アウトカム指標は、「理念の指標化」ともいうべきものであり、中長期の成果を求める指標。一般的に最終アウトカムの達成には、総合事業がカバーしている政策領域以外の影響を受ける部分があるため、総合事業の直接の取組評価としては適していない場合もあります。しかし、総合事業もまた地域包括ケアシステムを支える基幹政策ですので、総合事業の成功が最終的に地域包括ケアシステムの目指すゴールに向かっているかどうかは評価の重要なポイントになります。

政策の改善や見直しを行う場合に、その方向性が間違っていないかを考える際の指針になります。逆に、最終アウトカムが達成できていない場合には、中間アウトカム、初期アウトカムと順番に手段を確認していくことで改善点が見えてくる場合もあります。

【要入力】初回認定者の平均年齢

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年
全国					
大阪府					
阪南市					

地域包括ケア「見える化」システム（自治体アカウントのみ閲覧可能）

※「見える化」システム上の数値を確認してください

被保険者が初回に要介護認定された平均年齢。予防の効果が発揮され、また多様は支援やサービスを活用する機会が増えることでより健康寿命が延伸すれば、初回の要介護認定年齢の延伸が想定される。

【要入力】調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年
全国					
大阪府					
阪南市					

地域包括ケア「見える化」システム

※「見える化」システム上の数値を確認してください

要介護認定は高齢者の年齢構成によって認定率が変化することがしられている。この年齢構成を補正した調整済の軽度認定率が、軽度者支援の取り組みの結果として低下しているかを評価。

【要入力】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

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年
在宅生活を断念した方の割合					
在宅生活を断念した方の人数					

在宅生活改善調査

軽度者支援の充実によって在宅生活の限界点が高まれば、居宅（自宅）を離れる軽度者が減少することが想定される。(住み慣れた自宅・地域での生活継続ができているかの評価指標）。ただし軽度者施策だけで達成できるアウトカムではない。

【参考】
三菱UFJリサーチ＆コンサルティング が提供する各種ツール・ガイドブック

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

世界が進むチカラになる。
MUFG

事業計画担当者は、まずはこちらを！（32ページまででもいいので）

マニュアルに埋もれそうな方は、まずこちらを！

- 本手引きは、新しい考え方や調査、進捗管理手法をお示しするものではなく、主に既存の手引きや報告書の内容などについて、そのポイントを整理するものです。
- したがって、より詳細な内容を知りたい場合は、各所に出典となる手引きや報告書等のリンクをお示ししていますので、そちらをご覧ください
  （なお、本手引きでお示ししている各種リンクは、令和５年３月時点です）。
- 介護保険事業計画の作成を初めて担当する市町村職員であっても、介護保険事業計画に関する法制度の概要や検討すべきポイント、業務の進め方の大枠などを、本手引きを通じてご理解いただけるようにすることで、計画作成業務の負担軽減を図り、地域の課題解決に向けたより実践的な検討の充実を支援することを企図しています。

検索　MURC　地域包括ケア計画



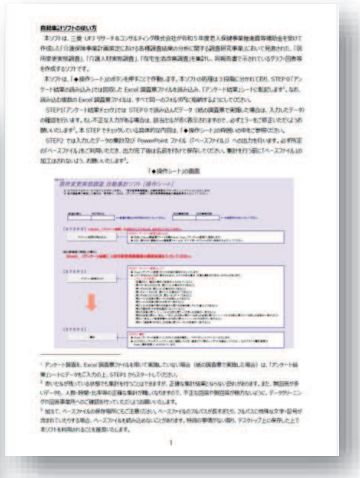
実態把握の定番調査：在宅生活改善調査／居所変更実態調査／介護人材実態調査

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





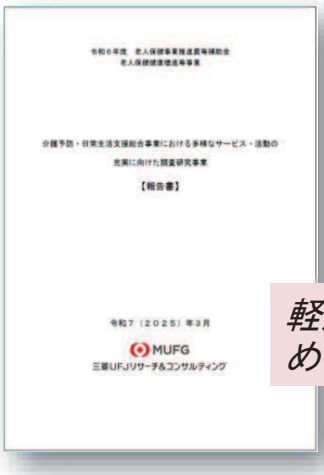
調査票の改善
設問の簡素化及び在宅介護実態調査との項目統合など

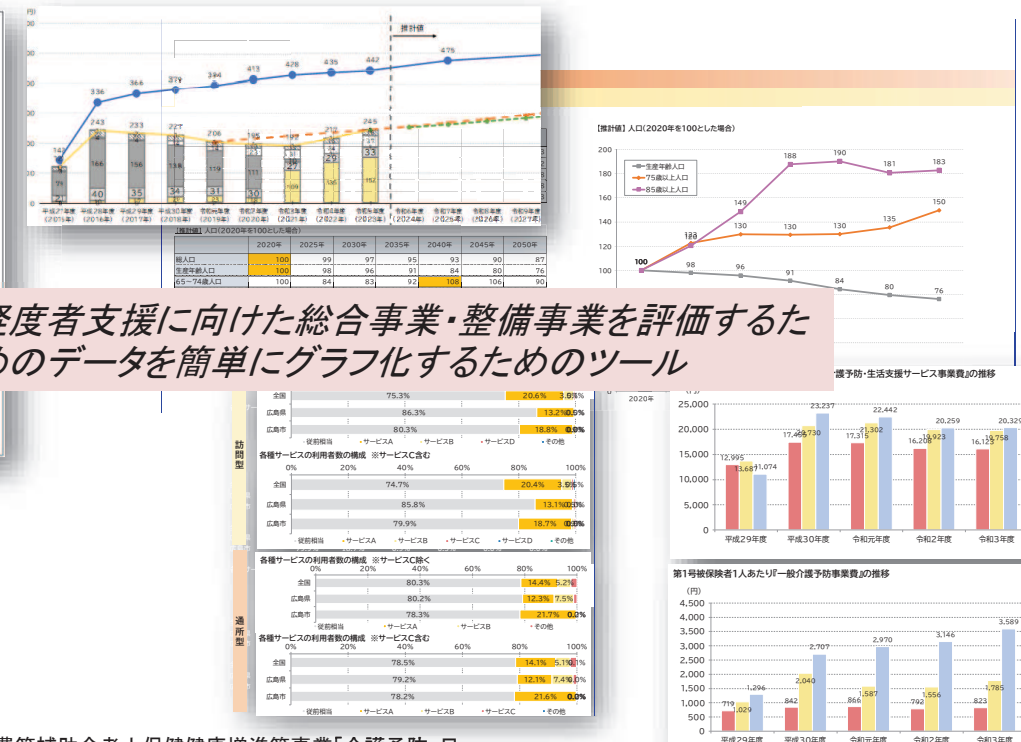


自動集計ツールの利用方法のガイド

三菱UFJリサーチ&コンサルティング　https://www.murc.jp/houkatsu_06_03/　MUFG　28

総合事業の充実に向けたワークシート



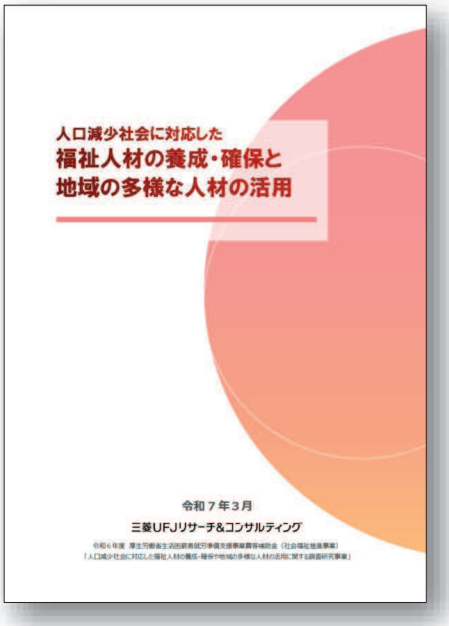


軽度者支援に向けた総合事業・整備事業を評価するためのデータを簡単にグラフ化するためのツール

令和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」

三菱UFJリサーチ&コンサルティング　MUFG　29

【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）



◆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

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）
■ 高知県椙原町／椙原町複合福祉施設
■ 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）
■ 鉋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

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/

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

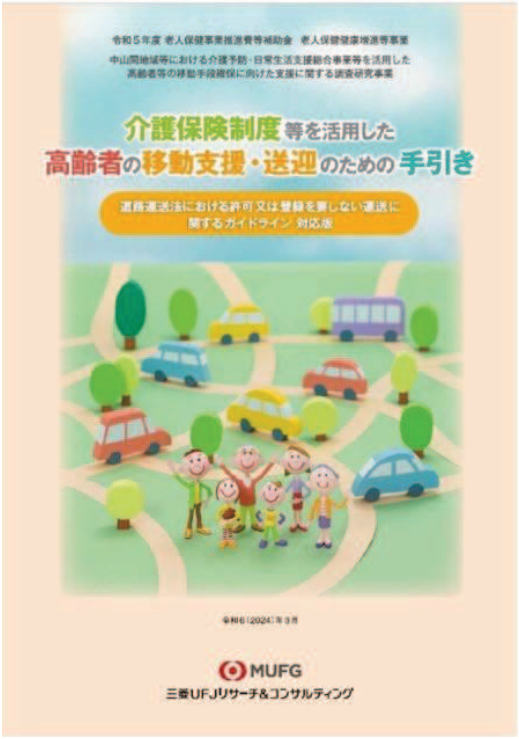
介護予防・日常生活支援総合事業をもう一度考えるためのガイドブック



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

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

介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き

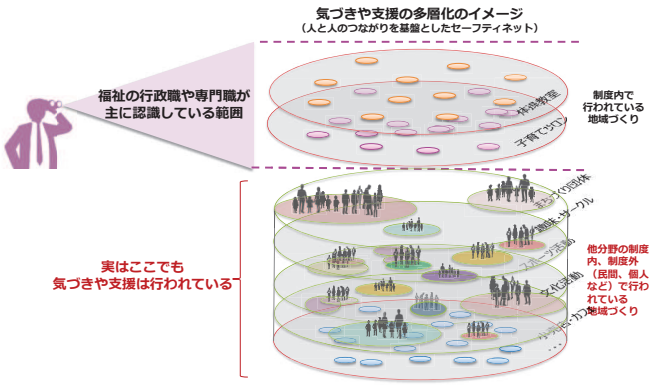


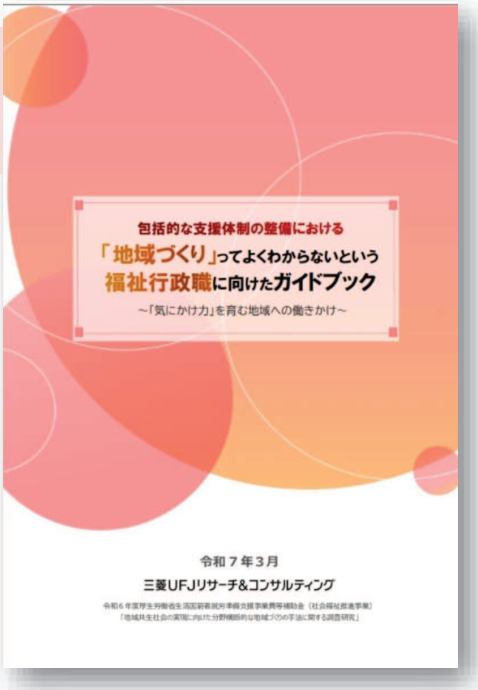
本手引きは、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）・道路運送法などの関連制度のポイントや、総合事業に基づく移動支援・送迎の推進に向けた考え方、各地域の事例などについて整理しています。令和元年度に作成した同手引きについて、令和２年度・４年度、５年度の調査研究事業の成果を踏まえた改訂を行いました。

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

包括的な支援体制の整備における「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　～「気にかけ力」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？



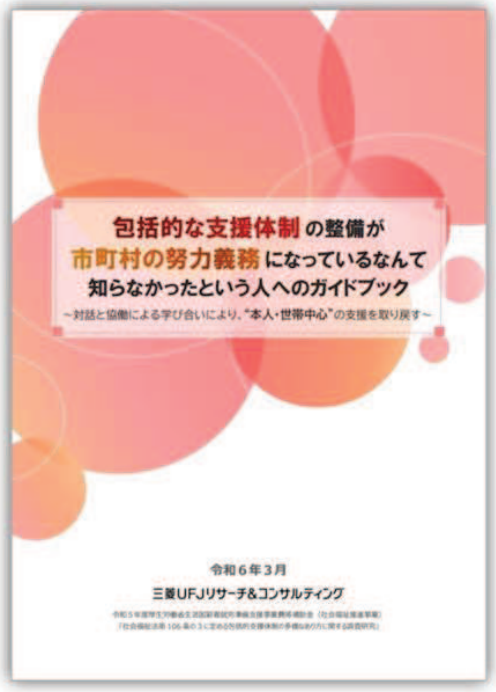


三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケア」ポータルサイト「重層的支援体制整備事業、包括的な支援体制」をご覧ください。

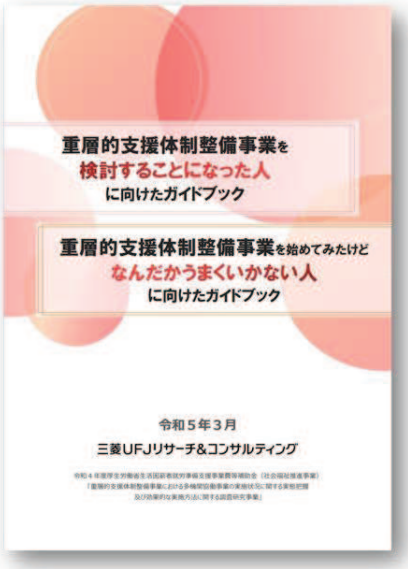
https://www.murc.jp/houkatsu_09/

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

過去の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

【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

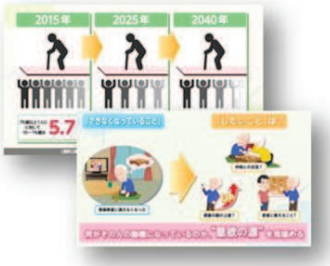
地域包括　三菱UFJ　検　索

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）

「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査　調査票

「総合事業の充実に向けたワークシート」に関するアンケート調査

※特に記載がない限り、選択する選択肢は1つです。

問1. ご回答者様のご所属等について、ご記入ください。

都道府県名		
市町村名		
	担当部・課・係	
	TEL	
	E-mail	

【ワークシートについて】

問2.「総合事業の充実に向けたワークシート（以下、WS）」は、2025年4月に公開されています。
今回配布される以前の、本ワークシートの認知・活用状況等について、ご回答ください。

	1. WSのことは、今回配布されて初めて知った
	2. WSのことは、以前から知っていたが、内容を確認したことはなかった
	3. WSは、以前から知っており、内容は確認していた（活用まではしていない）
	4. WSは、以前から活用していた（※内容を元に考察などを行っていた）
	5. その他

【WSから得られた気付きについて】

問3-1. WSをご覧になり、貴市町村にとって「1. 総合事業に対する考え方の変化」、「2. 第10期計画に向けた課題等に関する気付き」などはございましたか。

	1. 総合事業に対する考え方の変化があった
	2. 第10期計画に向けた課題等に関する気付きがあった
	3.「1.」や「2.」のような考え方の変化、気づき等は特になかった

問3-2. 問3-1で「1.」もしくは「2.」を選択した方にお伺いします。具体的な内容をご記載ください（自由回答）。

1. 総合事業に対する考え方の変化	
2. 第10期計画に向けた課題等に関する気付き	

問4-1. WSを活用して、庁内関係課や関係機関等と議論をしましたか。

	1. 庁内関係課や関係機関等と、議論をした
	2. 庁内関係課や関係機関等と、議論をしていない

問4-2. 問4-1で「1.」を選択した方は、議論の具体的な内容をご記載ください。（自由回答）

問5-1. WSの「5.アウトカム指標」には、分析者が独自に集計をする必要がある指標が多く含まれています。
貴市町村における各指標の把握の状況、把握の可否などについて、ご回答ください。

	1.以前から把握している	2.まだ把握していないが、把握することは可能	3.把握することは困難
① 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合			
② 高齢者の社会参加率			
③ 多様なサービス・活動に対する継続参加率			
④ 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率			
⑤ 通いの場の75歳以上高齢者の年代別継続参加率			
⑥ 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			
⑦ 参加者の一定期間後の生活状況等			
⑧ 初回認定者の平均年齢			
⑨ 調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）			
⑩ 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			

問5-2. 問5-1で「1.」もしくは「2.」を選択した項目がある場合は、その把握方法をご記載ください。（自由回答）

① 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合	
② 高齢者の社会参加率	
③ 多様なサービス・活動に対する継続参加率	
④ 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率	
⑤ 通いの場の75歳以上高齢者の年代別継続参加率	
⑥ 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	
⑦ 参加者の一定期間後の生活状況等	
⑧ 初回認定者の平均年齢	
⑨ 調整済・軽度認定率（要支援1～要介護2）	
⑩ 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	

問5-3. 問5-1で「3.把握することは困難」を選択した項目がある場合は、その理由をご記載ください。
（自由回答）

問5-4. 問5-1に挙げられているデータ以外で、生活支援・介護予防・社会参加等の観点から、有用と思うアウトカム指標があれば、ご記載ください。（自由回答）

問6-1. 貴市町村の現状・課題の把握、今後の取組方針の検討などの観点から、WSの各項目の有用性について、ご回答ください。

			1.とても有用である	2.やや有用である	3.あまり有用でない	4.全く有用でない
1 基礎情報	1.1 人口	将来に向けた、年齢階級別人口の推移は？				
	1.2 要介護認定者数	将来に向けた、要介護認定者数の推移は？				
2 高齢者の視点		多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？				
3 人材の視点		自然体推計の結果に従って、今後も従前相当サービスを増やすことは可能か？				
4 財政の視点	4.1 支出額の水準	支出している費用（1人あたり等）は、全国・都道府県と比較してどの程度か？				
	4.2 制約条件の中における持続可能性	総合事業の総事業費は、今後も上限の範囲内に収まるか？				
	4.3 訪問型・通所型サービス・活動の事業費の推移	多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？				
	4.4 単価	各サービス・活動の単価は？				
5 アウトカム指標						
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						

問6-2. 問6-1で、「3.あまり有用でない」「4.全く有用でない」を選択した項目がある場合は、その理由をご記載ください。(自由回答)

問6-3. 問6-1で、「1.とても有用である」「2.やや有用である」を選択した項目がある場合は、その理由をご記載ください。(自由回答)

問6-4. 総合事業の取組を進める中で、「高齢者の視点」、「人材の視点」、「財政の視点」について、これまでどの程度意識をして検討を進めてきましたか(意識して検討できていれば、実現できているか否かは問いません)。

		1.強く意識していた	2. やや意識していた	3. あまり意識していなかった	4. 全く意識していなかった
1 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				
2 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れているか				
3 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				

問7-1. WSの「4-2. 制約条件の中における持続可能性」については、過去の地域支援事業の実績報告書等のファイルを読み込んで作成する必要があります。今回は、各府県の協力をいただき、ファイルの読み込み等を行いましたが、貴市町村でもファイルの読み込み等をすることは可能でしょうか？

	1. 自市町村で対応することは、可能
	2. 自市町村で対応することは、難しい

問7-2. 問7-1で「2.自市町村で対応することは、難しい」を選択した方にお伺いします。
難しいと感じる理由について、ご回答ください（複数選択可）。

	1. 自市町村では、保有していないデータがあったため
	2. 自市町村では、人員体制が厳しく、作業をすることが難しいため
	3. WSへのファイルの読み込み作業が、難しいため
	4. マクロを含むファイルの操作がセキュリティ上、規制されているため
	5. その他

問7-3. 問7-2で、「3.その他」を選択した場合は、具体的な理由をご記載ください。（自由回答）

問8. WSについて、「集計項目」、「操作性」、「デザイン」、「その他」の観点から、改善すべきポイントがあれば、ご記載ください。（自由回答）

1.集計項目（追加すべき集計など）	
2.操作性	
3.デザイン	
4.その他	

【従前相当サービスについて】

問9-1. 貴市町村の第9期介護保険事業計画における、総合事業（サービス・活動事業）の従前相当サービスの見込量の考え方について、ご回答ください。

	1. 第8期計画期間において従前相当サービスの利用は増加傾向であり、（自然体推計を基本として）第9期計画においても引き続き従前相当サービスの利用の増加を見込んだ
	2. 第8期計画期間において従前相当サービスの利用は減少傾向であり、（自然体推計を基本として）第9期計画においても引き続き従前相当サービスの利用の減少を見込んだ
	3. 第8期計画期間において従前相当サービスの利用は増加傾向であったが、第9期計画では総合事業の充実に取り組む方針であることから、従前相当サービスの利用の減少もしくは横ばいを見込んだ
	4. 第8期計画期間において従前相当サービスの利用は減少傾向であり、第9期計画では総合事業の充実に取り組む方針であることから、従前相当サービスの利用がより減少するように見込んだ
	5. 第9期計画開始時点で、従前相当サービスはなくなっていた
	6. 従前相当サービスに限定した見込量の推計は行っていない
	7. その他

問9-2. 問9-1で、「7.その他」を選択した場合は、具体的な内容をご記載ください。（自由回答）

問10-1. WSの「3.人材の視点」では、今後多くの地域で要支援者を対象とした専門職によるサービス提供（従前相当サービスの提供）が困難になっていく可能性があることについて記載しています。
この内容と合わせて「2.高齢者の視点」や「4.財政の視点」をご覧になって、貴市町村では2040年に向けて「従前相当サービスの提供量」がどのようになると感じましたか？

【訪問型サービス】

	1.「ほぼゼロ」になると感じた
	2.「大幅に減少」すると感じた
	3.「やや減少」すると感じた
	4.「現状を維持」できると感じた
	5.「やや増加」すると感じた
	6.「大幅に増加」すると感じた
	7. わからない

【通所型サービス】

	1.「ほぼゼロ」になると感じた
	2.「大幅に減少」すると感じた
	3.「やや減少」すると感じた
	4.「現状を維持」できると感じた
	5.「やや増加」すると感じた
	6.「大幅に増加」すると感じた
	7. わからない

問10-2. 問10-1をご回答いただくにあたって感じた感想や、貴市町村の課題などについて、ご記載ください。（自由回答）

問11-1. 今後も、専門職によるサービス提供の必要性が高い要支援者等に、継続して従前相当サービスを提供していくために必要と考えられる、以下のような取組の実施状況をご回答ください。

	1.十分にできている	2.ややできている	3.あまりできていない	4.全くできていない	5.必要性を感じない
① 介護事業者とのコミュニケーション等を通じて、今後の従前相当サービスの提供可能量を把握するための情報を収集している					
② 限られた専門職がニーズの高い要支援者等へのサービス提供を継続できるようにするため、現在の従前相当サービスの利用者のうち、専門職によるサービス提供の必要性が高い利用者のニーズ・割合等を把握している					
③ 専門職によるサービス提供(従前相当サービス)の必要性が高い人の状態像等について、地域包括支援センター等と共有し、アセスメントの見直しにつなげている					
④ 多様な活動・サービスの創出につなげるため、従前相当サービスのうち、訪問型サービスについて、「掃除」「買い物」「調理」などのサービス提供内容(ニーズ)を把握している					
⑤ 多様な活動・サービスの創出につなげるため、介護事業者以外の民間事業者へのアプローチを行っている					
⑥ 多様な活動・サービスの創出につなげるため、ボランティア等を対象とした、住民主体の活動の活性化のための取組を行っている					

問11-2. 問11-1で、「1.十分にできている」「2.ややできている」を選択した場合は、具体的な取組内容をご記載ください。(自由回答)

問11-3. 問11-1で、「4.全くできていない」「3.あまりできていない」を選択した場合は、取組に係る課題などをご記載ください。(自由回答)

問11-4. 問11-1で、「5.必要性を感じない」を選択した場合は、その理由などをご記載ください。(自由回答)

問12-1. 11/14(金)に開催された「総合事業の充実に向けたワークシートの活用方法等に係る説明会」に参加はされましたか？

	1. 当日に参加した (※当日に途中で退出などして、後日に動画を視聴した場合を含む)
	2. 当日は参加していないが、後日に動画を視聴した
	3. 参加も視聴もしていないが、WSは可能な範囲で確認した
	4. 参加も視聴もしておらず、WSも確認していない

問12-2. 問12-1で、「1.」もしくは「2.」を選択した方にお伺いします。説明会で各自治体で留意すべき点などを解説しましたが、以下の項目のうち、貴市町村に当てはまると思うことはありましたか。

	1.当てはまる状況がある	2. 確認できていないが心あたりがある・今後確認したい	3. 当てはまる状況はない	4. わからない
1. 人手不足によるものと思われる訪問型サービスの利用者数・費用の減少傾向がある				
2. リハ特化型の増加による通所型サービスの増加がある				
3. 一般介護予防事業の費用が全国比で高くなっている理由として説明会で例示されたような実態がある (※説明会資料のP.17参照)				

※ 調査は以上です。ご協力をいただき、ありがとうございました。

「（改修版）総合事業の充実に向けたワークシート」の説明書

「(改修版)総合事業の充実に向けたワークシート」の説明書

1　人材の視点

1.1　人口

- 総人口、および年齢階級別(生産年齢人口、65-74 歳人口、75-84 歳、85 歳以上)人口の将来に向けた推計値です。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の中位推計の値を自動表示します。
- 主たる担い手となる生産年齢人口や、要介護認定率が高くなる 75-84 歳、85 歳以上の人口に着目するなど、基礎情報としてご覧ください。

<1-1_人口>

1. 人材の視点

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	1,973,395	1,970,144	1,949,619	1,916,129	1,868,252	1,809,025	1,745,608
生産年齢人口	1,208,858	1,189,896	1,154,685	1,102,021	1,021,282	954,755	902,487
65歳以上人口	549,151	579,533	610,262	639,268	677,045	689,741	687,024
65～74歳人口	280,401	250,142	240,458	255,521	282,426	283,562	252,194
75歳以上人口	268,750	329,391	369,804	383,747	394,619	406,179	434,830
85歳以上人口	91,993	107,296	126,554	165,727	182,218	178,456	181,395

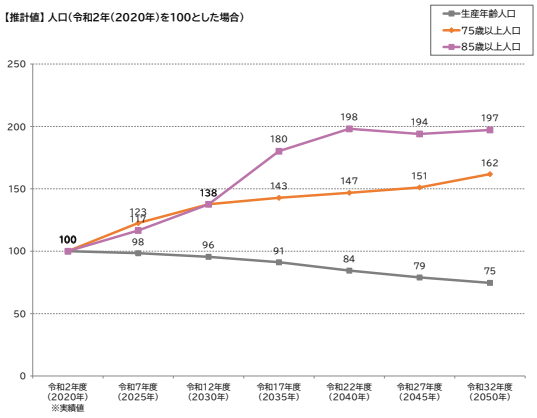
出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(R5年推計)」

【推計値】人口(令和2年(2020年)を100とした場合)

	令和2年度(2020年)※実績値	令和7年度(2025年)	令和12年度(2030年)	令和17年度(2035年)	令和22年度(2040年)	令和27年度(2045年)	令和32年度(2050年)
総人口	100	100	99	97	95	92	88
生産年齢人口	100	98	96	91	84	79	75
65歳以上人口	100	106	111	116	123	126	125
65～74歳人口	100	89	86	91	101	101	90
75歳以上人口	100	123	138	143	147	151	162
85歳以上人口	100	117	138	180	198	194	197

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



1．2　要介護認定者数

- 要介護度別の認定者数と事業対象者数の、実績値と推計値を表示します。
- 要介護認定者数の推計値については、「介護保険事業状況報告」の「性別・年齢階級別の要介護認定率」（令和2年度）に、性別・年齢階級別の将来推計人口を乗じることで算出しています。
- また、事業対象者数の推計値については、「要支援認定者数に対する事業対象者数の比率」（令和2年度）に、要支援者数の推計値を乗じることで算出しています。
- いずれも令和2年度の実績値で作成した原単位を元に、将来の推計値を算出しています。

<1-2_要介護認定者数>

1-2. 要介護認定者数

【実績値】要介護認定者数　（人）

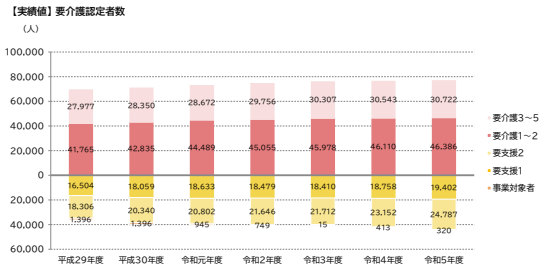
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
事業対象者	1,396	1,396	945	749	15	413	320
要支援1	18,306	20,340	20,802	21,646	21,712	23,152	24,787
要支援2	16,504	18,059	18,633	18,479	18,410	18,758	19,402
要介護1	25,200	25,728	27,090	27,760	28,571	28,530	28,705
要介護2	16,565	17,107	17,399	17,295	17,407	17,580	17,681
要介護3	10,018	10,292	10,288	10,675	11,122	11,128	11,160
要介護4	10,100	10,290	10,581	11,485	11,793	11,817	11,772
要介護5	7,859	7,768	7,803	7,596	7,392	7,598	7,790
事業対象者～要支援2（再掲）	36,206	39,795	40,380	40,874	40,137	42,323	44,509
要介護1～2（再掲）	41,765	42,835	44,489	45,055	45,978	46,110	46,386
要介護3～5（再掲）	27,977	28,350	28,672	29,756	30,307	30,543	30,722
合計	104,552	109,584	112,596	114,936	116,407	118,563	121,297

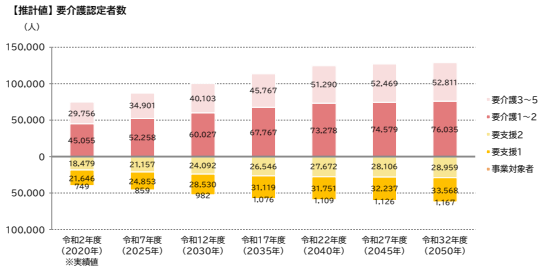
出典：（要介護認定者数）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和5年度のみ月報）
（事業対象者数）　厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」
※「合計」には事業対象者数は含まれていない
※介護保険事業状況報告のデータを用いているため、広域連合や事務組合の構成市町村の要介護認定者数は表示されません。
お手元にデータがある場合は、上表に手入力をしてください（その際は、入力されている関数は削除してください）。

【推計値】要介護認定者数　（人）

	令和2年度（2020年）※実績値	令和7年度（2025年）	令和12年度（2030年）	令和17年度（2035年）	令和22年度（2040年）	令和27年度（2045年）	令和32年度（2050年）
事業対象者	749	859	982	1,076	1,109	1,126	1,167
要支援1	21,646	24,853	28,530	31,119	31,751	32,237	33,568
要支援2	18,479	21,157	24,092	26,546	27,672	28,106	28,959
要介護1	27,760	32,175	37,042	41,772	44,877	45,623	46,642
要介護2	17,295	20,083	22,985	25,995	28,401	28,956	29,393
要介護3	10,675	12,504	14,394	16,421	18,329	18,735	18,892
要介護4	11,485	13,527	15,575	17,844	20,116	20,591	20,700
要介護5	7,596	8,870	10,134	11,501	12,845	13,142	13,219
事業対象者～要支援2（再掲）	40,874	46,869	53,604	58,742	60,532	61,469	63,695
要介護1～2（再掲）	45,055	52,258	60,027	67,767	73,278	74,579	76,035
要介護3～5（再掲）	29,756	34,901	40,103	45,767	51,290	52,469	52,811
合計	114,936	133,169	152,751	171,199	183,991	187,390	191,373

出典：（要介護認定者数）令和2年度における年齢別・男女別の要介護認定者の出現率を算出し、各年度の男女別・年代別の推計人口に乗じて算出している
（事業対象者数）要支援認定者数（推計値）に、令和2年度における要支援認定者数に対する事業対象者数の比率を乗じて算出している
※「合計」には事業対象者数は含まれていない





１．３　人材の視点

【確認の視点】

■ 自然体推計の結果に従って、今後も従前相当サービスを増やすことは可能か？

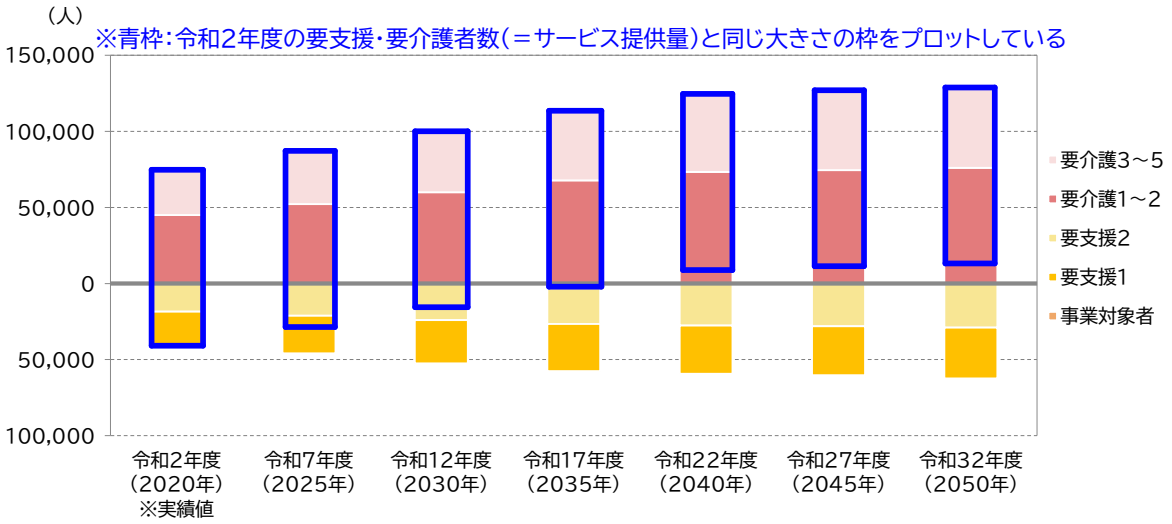
・ 在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、従前相当サービスを提供することができる専門職の確保が今後より一層困難になることを踏まえ、その他の多様なサービス・活動の必要性が高まることなどを確認

- 従前相当サービスの利用が増加傾向にある地域では、介護保険事業計画において、今後も従前相当サービスの利用が過去のトレンド（自然体推計）に従って増加すると見込むケースが多くみられます。
- しかしながら、在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、専門職の確保がより一層困難になると見込まれる地域においては、今後も従前相当サービスの利用者数を過去のトレンドに従って増やしていくことが本当に可能であるかという点について、慎重に確認することが必要です。
- ここでは、「1-2. 要介護認定者数」で示した「要介護認定者数の推計値」の再掲と、「従前相当サービスの提供可能量が減少する中、増加するニーズにどのように対応するか？」についてのイメージを掲載しています。
- （改修版）ワークシートにおいては、このような需要と供給制約を「可視化」し、事業計画の見込量等を適切に設定していくための情報を提示するものとして、需要と供給状況イメージを自動表示する機能を追加しています。
- 具体的には、「要介護認定者数の推計値」をもとに、2020 年段階の需要を支える人材規模を固定（青枠）し、2050 年までの人材規模のイメージを市町村ごとに表示できるようにしています。また、2020 年時点の要支援・要介護認定者数に各年度の生産年齢人口の 2020 年に対する比率を乗じた大きさの枠（青枠）を令和7年度以降のグラフに重ねたイメージ（※生産年齢人口の減少を考慮したもの）も表示できるようにしています。

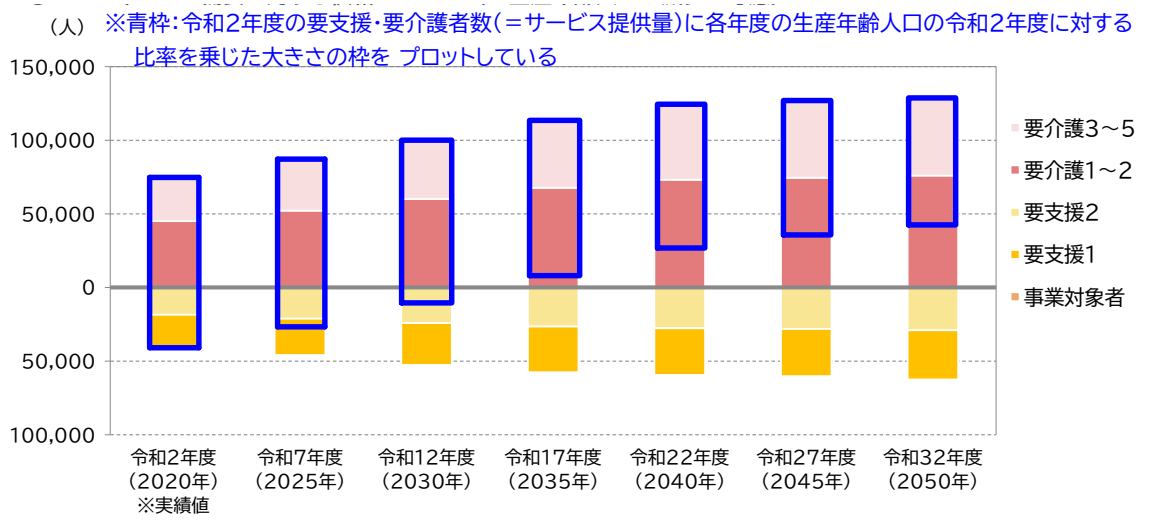
＜ワークシート1－3.　2050 年までの需要に対する供給のイメージ＞

・ 例えば、今後の要介護認定者数が下図のように推計されている場合、仮に専門職の人数や要支援･要介護者一人あたりに必要となる専門職の数が一定であるとすると、2035 年頃には要支援者等にサービスを提供できる専門職を十分に確保できない可能性が高いことが分かります。

・ 将来的に施設の定員数が一定である場合、増加した要介護者は居宅サービスを利用することになります。しかし、限られた専門職は在宅で生活する要介護者にサービスを提供する必要があるため、要支援者等へのサービス提供を継続することが困難になる可能性が高いと考えられます。



＜ワークシート1－3.　2050 年までの需要に対する供給のイメージ（※生産年齢人口の減少を考慮）＞



・ 将来に向けて施設の定員数が一定の場合は、増加した要介護者は居宅サービスを利用することになりますが、限られた専門職は在宅で生活する要介護者にサービスを提供する必要があるため、要支援者等にサービスの提供を続けていくことは困難になる可能性が高いとえます。

・ 多様なサービス･活動は、必ずしも現状の従前相当サービスを代替するものとして位置づけられるものではありませんが、このような要介護者を含めたニーズの増加や供給制約（人材確保の視点）から、多様なサービス･活動の必要性を確認し、必要な取組や見込量などを介護保険事業計画に反映していくことも求められます。

<3_人材の視点>

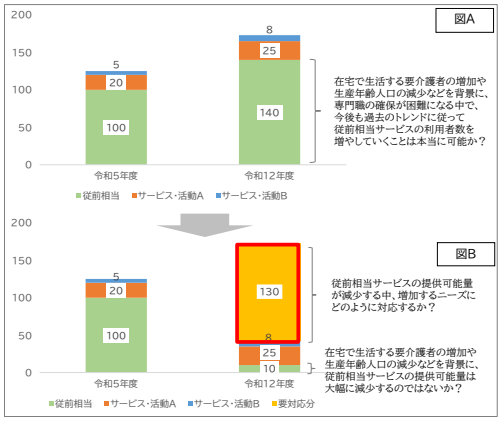
1-3. 需要に対する供給

★確認の視点

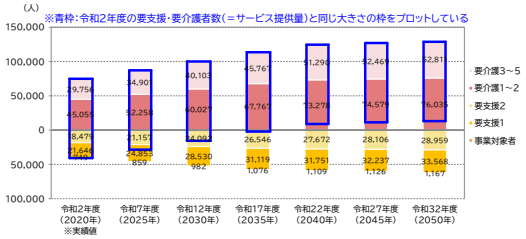
■ 自然体推計の結果に従って、今後も従前相当サービスを増やすことは可能か？
・在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、従前相当サービスを提供することができる専門職の確保が今後より一層困難になることを踏まえ、その他の多様なサービス・活動の必要性が高まることなどを確認

・従前相当サービスの利用が増加傾向にある地域では、介護保険事業計画において、今後も従前相当サービスの利用が過去のトレンド（自然体推計）に従って増加すると見込むケースが多くみられます。
・しかしながら、在宅で生活する要介護者の増加や生産年齢人口の減少などを背景に、専門職の確保がより一層困難になると見込まれる地域においては、今後も従前相当サービスの利用者数を過去のトレンドに従って増やしていくことが本当に可能であるかという点について、慎重に確認することが必要です。
・ここでは、「1-2_要介護認定者数」で示した「要介護認定者数の推計値」の再掲と、「従前相当サービスの提供可能量が減少する中、増加するニーズにどのように対応するか？」についてのイメージを掲載しています。
・仮に、今後要介護者数が増加する地域である場合、将来的に要支援者等にサービスを提供できる専門職が確保できない可能性があります。
・多様なサービス・活動は、必ずしも現状の従前相当サービスを代替するものとして位置づけられるものではありませんが、このような要介護者を含めたニーズの増加や供給制約（人材確保の視点）から、多様なサービス・活動の必要性を確認し、必要な取組や見込量などを介護保険事業計画に反映していくことも求められます。

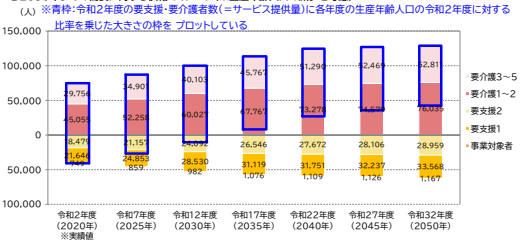
◆ 従前相当サービスの提供可能量が減少する中、増加するニーズにどのように対応するか？(イメージ)



①2050年までの需要に対する供給のイメージ



②2050年までの需要に対する供給のイメージ(※生産年齢人口の減少を考慮)



2　財政の視点

2.1　制約条件の中における持続可能性

【確認の視点】

■ 総合事業の総事業費は、今後も上限の範囲内に収まるか？

・ 基本の上限額に対する、これまでの総事業費の額は？
・ 内訳としてどの費目が増加･減少しているか？
・ 今後、過去の実績(もしくは 80 歳以上 or85 歳以上人口の伸び)に応じて総事業費が推移した場合、基本の上限額に収まる見込みか？

- 保険者から国･都道府県に報告する「地域支援事業交付金事業実績報告書_ファイル」や「総合事業上限算定の手引き_ファイル」を、Excel マクロで読み込み自動入力します。
- ただし、これらのファイルは年度によってファイルの様式が異なるため一度に読み込むことができません。次ページに記載する方法に従い、それぞれ該当するファイルを格納するフォルダを作成した上で、ツール内のボタンを押してファイルを読み込んでください。
- 令和7年度以降の事業費総額の推計が示されていますが、1つは「令和元年と令和6年の実績値を結んだ線」をそのまま将来に延長した推計です。これは、令和2年度以降、新型コロナウィルスの影響で多くの市町村で事業費が減少したため、その影響を避けるため、令和元年度から令和6年度の変化に着目した推計を行ったものです。
- また、もう1つは「令和6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」推計です。これは、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です。
- 実績値については、基本の上限額と総事業費を比較し、「超過している」･「概ね同額」･「ある程度余裕あり」といった視点で確認をし、各費目の内訳などを見ながら、その要因がどこにあるかを確認します。
- また、推計値については、既述のとおり複数パターンで総事業費の将来推計を行っています。将来に向けて総事業費が基本の上限額に収まる見込みであるかを確認し、収まらない場合は、各サービス･活動の「利用者数」や「単価」などを確認しながら、どのような対応が必要かを検討します。

<2-1. 制約条件の中における持続可能性>

2-1. 制約条件の中における持続可能性

★確認の視点

■ 総合事業の総事業費は、今後も上限の範囲内に収まるか？
- 基本の上限額に対する、これまでの総事業費の額は？
- 内訳としてどの費目が増加・減少しているか？
- 今後、過去の実績（もしくは80歳以上or85歳以上人口の伸び）に応じて総事業費が推移した場合、基本の上限額に収まる見込みか？

※ 以下のボタンを押してファイルを読み込みます。
詳細は、シート「ファイルの読み込み方（★2-1について）」をご確認ください。

◆ 各種実績額等の転記（平成27年度～令和5年度分）

①平成27年度～令和2年度分を読み込む　②令和3年度～5年度分を読み込む

◆ 各種上限額の転記（平成27年度～令和5年度分）

③平成27年度～令和3年度分を読み込む　④令和4年度～令和5年度分を読み込む

◆ 各種実績額等、各種上限額の転記（令和６年度分）

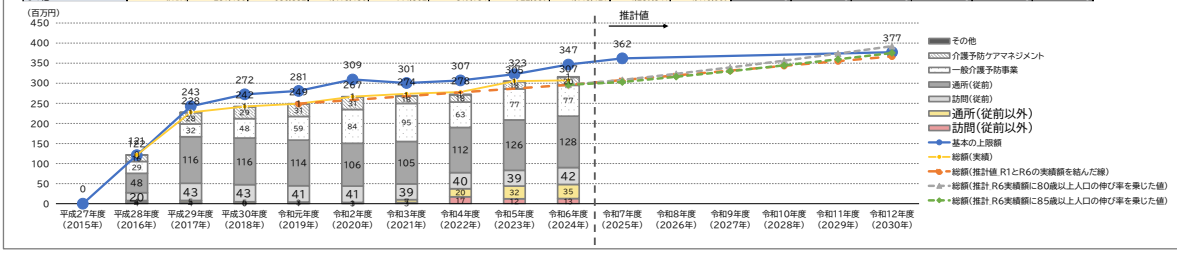
⑤令和6年度分を読み込む

【（前バージョン）ワークシートで取り込んだ市町村向け】各種実績額等、各種上限額の転記
（平成27年度～令和５年度分）

（前バージョン）ワークシートから転記

※基本の上限額：旧原則の上限額（令和6年8月以降、名称が変更されています）
※介護予防給付全体の伸びを考慮する上限額：旧選択可能な上限額（令和6年8月の改正以降、名称が変更されています）　は、各年度における各種上限額（143行～146行）の最大値を表す　（円）

	実績										推計					
	平成27年度（2015年）	平成28年度（2016年）	平成29年度（2017年）	平成30年度（2018年）	令和元年度（2019年）	令和2年度（2020年）	令和3年度（2021年）	令和4年度（2022年）	令和5年度（2023年）	令和6年度（2024年）	令和7年度（2025年）	令和8年度（2026年）	令和9年度（2027年）	令和10年度（2028年）	令和11年度（2029年）	令和12年度（2030年）
最終的な上限額（基準額）	#N/A	158,324,980	242,736,915	272,382,881	284,609,224	310,574,080	334,837,120	309,380,584	322,542,082	326,566,591	0	0	0	0	0	0
基本の上限額	0	120,840,829	242,736,915	272,382,881	280,956,239	309,434,240	300,588,280	307,130,004	322,542,082	346,566,591	361,880,371					377,397,444
介護予防給付全体の伸び率考慮する上限額	0	123,758,227	247,757,284	261,206,851	284,609,224	281,874,269	284,062,342	276,549,716	313,125,565	332,062,742	0	0	0	0	0	0
特例イ	0	140,412,736	265,853,341	0	0	0	-39,244,128	0	0	0	0	0	0	0	0	0
特例ロ	0	158,502,848	285,364,420	0	0	0	-268,796,640	0	0	0	0	0	0	0	0	0
上限額-総額（実績）	#N/A	-787,289	15,120,523	30,254,039	31,930,996	42,887,740	26,805,853	49,609,917	35,302,568	40,384,162	0	0	0	0	0	0
総額（推計値 R1とR6の実績額を結んだ線）										296,182,429	307,971,725	319,761,022	331,550,319	343,339,615	355,128,912	366,918,209
総額（推計 R6実績額に80歳以上人口の伸び率を乗じた値）										296,182,429	308,355,527	323,588,290	339,573,551	356,348,485	373,952,100	392,425,333
総額（推計 R6実績額に85歳以上人口の伸び率を乗じた値）										296,182,429	303,024,243	316,296,705	330,150,500	344,611,092	359,705,058	375,460,140
総額（実績）	#N/A	121,628,118	227,616,392	242,128,842	249,025,242	266,546,500	273,782,426	278,239,514	305,287,540	307,287,540	0	0	0	0	0	0
訪問（従前）	#N/A	19,503,462	42,781,370	42,589,706	40,625,528	40,858,396	39,425,727	40,140,165	38,997,279	42,164,288	0	0	0	0	0	0
通所（従前）	#N/A	48,436,037	115,891,573	115,962,382	113,824,718	106,443,635	105,390,244	112,441,008	125,609,789	127,893,043	0	0	0	0	0	0
訪問（従前以外）	#N/A	3,575,430	3,545,311	407,381	664,893	597,241	2,821,903	17,218,755	12,350,796	12,719,021	0	0	0	0	0	0
通所（従前以外）	#N/A	4,268,886	4,552,045	4,556,833	3,383,226	2,520,135	7,289,755	20,069,020	31,738,254	35,262,207	0	0	0	0	0	0
一般介護予防事業	#N/A	29,275,750	32,023,896	48,328,541	58,979,343	84,398,288	94,884,713	63,342,689	77,253,555	76,727,200	0	0	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	#N/A	16,311,146	28,135,345	28,808,513	30,776,232	30,919,072	18,048,026	18,048,026	18,048,026	20,048,026	0	0	0	0	0	0
その他	#N/A	257,406	686,852	1,475,486	771,302	819,734	922,059	1,145,427	1,289,841	1,416,669	0	0	0	0	0	0



◆ファイルの読み込み方

○　国・都道府県への毎年度の報告時に使用した「地域支援事業交付金事業実績報告書」および「総合事業上限額算定の手引き」（ともに Excel ファイル）から、地域支援事業の各種実績額や上限額等を読み込み、ワークシートに転記します。

○　読み込みは5回に分けて行います。そのため、まずは以下の表のとおり5つのフォルダを作成し、各フォルダに必要なファイルを格納します（不要なファイルは格納しないでください。また、ファイルの読み込みの際は、ファイルを閉じた状態にしてください）。その後、ワークシートにあるボタンを押して、指示に従って対象のフォルダを選択し、データを転記します。

○　なお、例えば平成 28 年度に総合事業に移行した場合は、平成 27 年度のファイルは必要ありません（また、過去のファイルが見つからない場合、途中の年度からのファイルをご用意いただければ、ファイルのある年度の数値のみを転記することが可能です）。

【使用にあたっての注意事項】

・　ボタンを押して読み込みを行うごとに、表に転記される数値は上書きされます。

・　フォルダとファイルの名称は自由に設定することが可能ですが、シートの名称が変更されていると、読み込むことができません（正しいシートの名称は、次ページ参照）。

・　また、データが入力されているセルの場所が変わっている場合も、正しく転記されません。

・　自動で読み込みができない場合は、表中にデータを手入力することも可能です（その際は、入力されている関数は削除してください）。

・　すでに、前バージョンのワークシートをご活用いただいており、平成 27 年度～令和 5 年度の「地域支援事業交付金事業実績報告書」および「総合事業上限額算定の手引き」（Excel ファイル）　の読み込みをされている市町村におかれては、前バージョンのワークシートファイル（xlsm ファイル）を読み込むことで、平成 27 年度～令和 5 年度の数値を転記することが可能です。（※前バージョンで表中に手入力をされた場合は、自動転記されません。）

＜フォルダごとに格納するファイルなど＞

目的	フォルダ	格納するファイル（Excelファイル） ※年度ごとに1つのファイル		格納するファイル数	各フォルダにファイルを格納した後、以下のボタンを押してファイルを読み込む
各種実績額等の転記	1	地域支援事業交付金事業実績報告書	平成27年度～令和2年度	6	①平成27年度～令和2年度分を読み込む
	2	地域支援事業交付金事業実績報告書	令和3年度～令和5年度	3	②令和3年度～令和5年度分を読み込む
各種上限額の転記	3	総合事業上限額算定の手引き	平成27年度～令和3年度	7	③平成27年度～令和3年度分を読み込む
	4	地域支援事業交付金事業実績報告書	令和4年度～令和5年度	2	④令和4年度～令和5年度分を読み込む
令和6年度の各種実績額等、各種上限額の転記	5	地域支援事業交付金事業実績報告書	令和6年度	1	⑤令和6年度分を読み込む

目的	格納するファイル（xlsmファイル）	格納するファイル数	フォルダにファイルを格納した後、以下のボタンを押してファイルを読み込む
総合事業の充実に向けたワークシートで読み込んだ各種実績額等、各種上限額（平成27年度～令和5年度）の転記	（前バージョン）総合事業の充実に向けたワークシート	1	（前バージョン）ワークシートから転記

◆「正しいシートの名称」と「使用するシート(例)」

○　国・都道府県への報告に使用してきたファイルのフォーマットが、これまで順次見直されてきたことから、年度ごとにファイルのフォーマットやシートの名称が異なっています。

○　各ファイルの年度ごとの「使用するシートの正しい名称」は、以下の表のとおりです。

＜使用するシートの正しい名称＞

ファイル	対象年度	使用するシートの正しい名称
地域支援事業 交付金事業実績 報告書	平成27年度・平成28年度	様式第4様式1の(1)
	平成29年度～令和2年度	"保険者名"　※例)札幌市の場合、シート名は「札幌市」
	令和3年度～令和5年度	様式1_地域支援事業交付金精算書
	令和4年度・令和5年度	総合事業上限額算定の手引き(事前の個別協議なし)
		総合事業上限額算定の手引き(事前の個別協議あり)
	令和6年度	総合事業上限額算定 事前・事後の個別協議の手引き
総合事業上限額 算定の手引き	平成27年度	【調査2】新しい総合事業
	平成28年度	【調査2－①】上限額算定・個別協議(総合事業)
		【調査2－②】上限額算定・個別協議(総合事業)
	平成29年度	【調査2－①】上限額算定・個別協議(H27開始)
		【調査2－②】上限額算定・個別協議(H28開始)
		【調査2－③】上限額算定・個別協議(H29開始)
	平成30年度	上限額算定(H27開始)
		上限額算定(H28開始)
		上限額算定(H29開始)
	令和元年度～令和3年度	(2)総合事業(H27開始)
		(3)総合事業(H28開始)
		(4)総合事業(H29開始)

＜地域支援事業交付金事業実績報告書ファイル　_[様式１_地域支援事業交付金精算書]＞

別紙様式第4様式1

令和5年度地域支援事業交付金精算書

区　　分	総事業費 A	寄付金その他の収入額 B	差引額 C(A－B)	対象経費実支出額 D	基準額 E	交付基本額 F	交付金所要額 G
	円	円	円	円	円	円	円
1　介護予防・日常生活支援総合事業	0	0	0	0			
(1)訪問型サービス(第1号訪問事業)			0	0			
ア　訪問介護相当サービス			0				
イ　訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)			0				
ウ　訪問型サービスB(住民主体による支援)			0				
エ　訪問型サービスC(短期集中予防サービス)			0				
オ　訪問型サービスD(移動支援)			0				
カ　その他			0				
(2)通所型サービス(第1号通所事業)			0				
ア　通所介護相当サービス			0				
イ　通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)			0				
ウ　通所型サービスB(住民主体による支援)			0				
エ　通所型サービスC(短期集中予防サービス)			0				
オ　その他			0				
(3)その他生活支援サービス(第1号生活支援事業)			0				
ア　栄養改善を目的とした配食			0				
イ　定期的な安否確認及び緊急時の対応			0				
ウ　訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等			0				
エ　その他			0				
(4)介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)			0				
(5)審査支払手数料			0				
(6)高額介護予防サービス費相当事業等			0				
(7)一般介護予防事業			0				
ア　介護予防把握事業			0				
イ　介護予防普及啓発事業			0				
ウ　地域介護予防活動支援事業			0				
エ　一般介護予防事業評価事業			0				
オ　地域リハビリテーション活動支援事業			0				

＜「総合事業上限額算定の手引き」ファイル（平成 27 年度～令和3年度）＞

（2）令和3年度総合事業上限額算定の手引き
（平成27年度に総合事業に移行した保険者用シート）

都道府県名	
保険者名	

以下の青色セルに入力してください。

1－1．予防給付（訪問・通所・介護予防支援の合計額）＋介護予防等事業（26年度のみ）

平成26年度		①

1－2．予防給付（介護予防支援）

令和3年度		②

2．予防給付全体＋介護予防等事業（26年度のみ）

平成26年度		③
令和3年度		④

3．75歳以上人口（1）

平成23年10月1日		
平成26年10月1日		
直近3ヵ年の75歳以上高齢者伸び		⑤

4．75歳以上人口（2）

平成24年10月1日		
平成27年10月1日		
直近3ヵ年の75歳以上高齢者伸び		⑥

5．75歳以上人口（3）

平成25年10月1日		
平成28年10月1日		
直近3ヵ年の75歳以上高齢者伸び		⑦

＜地域支援事業交付金事業実績報告書ファイル_［総合事業上限額算定の手引き］（令和４～令和５年度）＞

令和５年度総合事業上限額算定の手引き

都道府県名	
保険者名	
移行年度	平成27年度
移行前年度	平成26年度

以下の 青色のセルに数字を入力し、 オレンジ色のセルは選択してください。

1－1．予防給付（訪問・通所・介護予防支援の合計額）＋介護予防等事業

平成26年度		A

1－2．予防給付（介護予防支援）

令和５年度		B

2．予防給付全体（平成26年度分については介護予防等事業分を合算すること）

平成26年度		C
令和５年度		D

3．75歳以上高齢者伸び率

平成23年10月１日における75歳以上の人口		
平成24年10月１日における75歳以上の人口		
平成25年10月１日における75歳以上の人口		
平成26年10月１日における75歳以上の人口		
平成27年10月１日における75歳以上の人口		
平成28年10月１日における75歳以上の人口		
平成29年10月１日における75歳以上の人口		
平成30年10月１日における75歳以上の人口		
令和元年10月１日における75歳以上の人口		
令和２年10月１日における75歳以上の人口		
令和３年10月１日における75歳以上の人口		
令和４年10月１日における75歳以上の人口		
75歳以上高齢者伸び率使用値（原則の上限額）	0.0000000	E
75歳以上高齢者伸び率使用値（特例）	0.0000000	F

＜「総合事業上限額算定の手引き」ファイル(令和６年度)＞

令和６年度介護予防･日常生活支援総合事業　政令で定める上限額算定／事前･事後の個別協議の手引き

都道府県名	
保険者名	
移行年度	
移行前年度	

（１）原則の上限額の算定

		算定される額	計算式（記号は(2)と対応）
① 基本の上限額	（介護保険法施行令第37条の13第４項第１号イ）		A×E－B
② 介護予防給付全体の伸びを考慮する上限額	（介護保険法施行令第37条の13第４項第１号ロ）		C×E－D
③ 特例イ	（介護保険法施行令第37条の13第４項第２号イ）		（G+H）×F－B
④ 特例ロ	（介護保険法施行令第37条の13第４項第２号ロ）		（G+I）×F－D

原則の上限額	未入力	

（２）原則の上限額を算定するあたって必要な情報

１．予防給付（介護予防訪問介護･介護予防通所介護･介護予防支援の合計額）＋介護予防等事業の額

明治33年度　　（移行前年度）		A

２．予防給付（介護予防支援）の額

令和６年度		B

３．予防給付全体（明治33年度分については介護予防等事業分を含算すること）の額

明治33年度　　（移行前年度）		C
令和６年度		D

４．75歳以上人口伸び率　（人口：住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき住民基本台帳に記録されている住民の数をいう。以下同じ。）

平成23年10月１日における75歳以上の人口	
平成24年10月１日における75歳以上の人口	
平成25年10月１日における75歳以上の人口	
平成26年10月１日における75歳以上の人口	
平成27年10月１日における75歳以上の人口	
平成28年10月１日における75歳以上の人口	
平成29年10月１日における75歳以上の人口	
平成30年10月１日における75歳以上の人口	
令和元年10月１日における75歳以上の人口	
令和２年10月１日における75歳以上の人口	
令和３年10月１日における75歳以上の人口	

2．2　支出額の水準

【確認の視点】

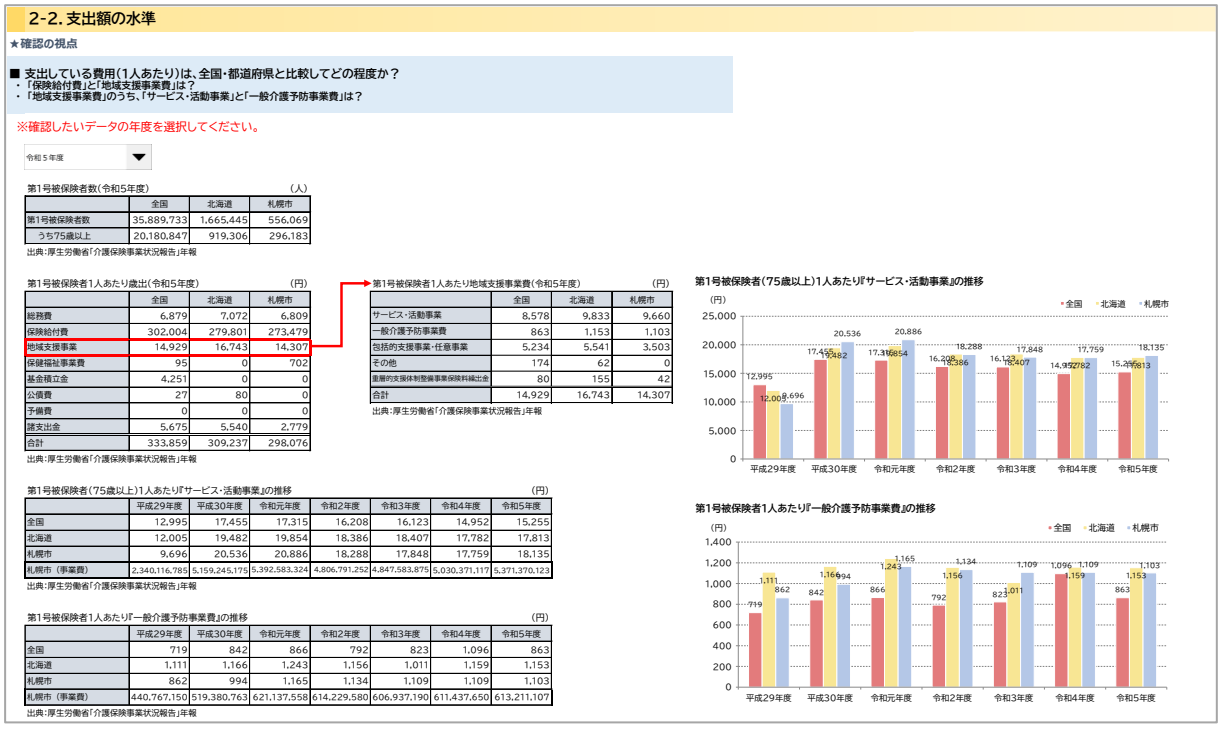
■ 支出している費用(1 人あたり)は、全国・都道府県と比較してどの程度か？

・「保険給付費」と「地域支援事業費」は？

・「地域支援事業費」のうち、「介護予防・生活支援サービス事業費」と「一般介護予防事業費」は？

- 1 人当たりの費用が、全国や都道府県と比較してどの程度であるかを把握します。
- グラフは時系列で表示されますが、表については「確認したデータの年度」を選択することで表示する年度を変えることができます。
- 「介護予防・生活支援サービス」の推移は 75 歳以上1人当たり、「一般介護予防事業」の推移は 65 歳以上1人当たりで計算しています。

＜2-2. 支出額の水準＞



2-2. 支出額の水準

★確認の視点

■ 支出している費用(1人あたり)は、全国・都道府県と比較してどの程度か？
・「保険給付費」と「地域支援事業費」は？
・「地域支援事業費」のうち、「サービス・活動事業」と「一般介護予防事業費」は？

※確認したいデータの年度を選択してください。

令和５年度

第1号被保険者数(令和5年度)　(人)

	全国	北海道	札幌市
第1号被保険者数	35,889,733	1,665,445	556,069
うち75歳以上	20,180,847	919,306	296,183

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

第1号被保険者1人あたり歳出(令和5年度)　(円)

	全国	北海道	札幌市
総務費	6,879	7,072	6,809
保険給付費	302,004	279,801	273,479
地域支援事業	14,929	16,743	14,307
保健福祉事業費	95	0	702
基金積立金	4,251	0	0
公債費	27	80	0
予備費	0	0	0
諸支出金	5,675	5,540	2,779
合計	333,859	309,237	298,076

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

第1号被保険者1人あたり地域支援事業費(令和5年度)　(円)

	全国	北海道	札幌市
サービス・活動事業	8,578	9,833	9,660
一般介護予防事業費	863	1,153	1,103
包括的支援事業・任意事業	5,234	5,541	3,503
その他	174	62	0
重層的支援体制整備事業保険料繰出金	80	155	42
合計	14,929	16,743	14,307

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

第1号被保険者(75歳以上)1人あたり『サービス・活動事業』の推移　(円)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全国	12,995	17,455	17,315	16,208	16,123	14,952	15,255
北海道	12,005	19,482	19,854	18,386	18,407	17,782	17,813
札幌市	9,696	20,536	20,886	18,288	17,848	17,759	18,135
札幌市（事業費）	2,340,116,785	5,159,245,175	5,392,583,324	4,806,791,252	4,847,583,875	5,030,371,117	5,371,370,123

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

第1号被保険者1人あたり『一般介護予防事業費』の推移　(円)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全国	719	842	866	792	823	1,096	863
北海道	1,111	1,166	1,243	1,156	1,011	1,159	1,153
札幌市	862	994	1,165	1,134	1,109	1,109	1,103
札幌市（事業費）	440,767,150	519,380,763	621,137,558	614,229,580	606,937,190	611,437,650	613,211,107

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

第1号被保険者(75歳以上)1人あたり『サービス・活動事業』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

2.3　訪問型・通所型サービス・活動の事業費の推移

【確認の視点】

■ 多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？（事業費の観点から）

・ 訪問型・通所型の従前相当サービスとその他のサービス・活動の事業費の経年変化は？

- 選択肢の多様化、人材・財政の視点から、従前相当サービスを減らし、多様なサービス・活動を増やしていくことが求められる中、従前相当サービスとその他の多様なサービス・活動の事業費の推移を確認します。
- 「2-1. 制約条件の中における持続可能性」のグラフから、訪問型・通所型の該当する数字を抜き出してきたものと一致します。
- 2-3. では、将来に向けた総事業費が基本の上限額に収まらない可能性がある場合は、各サービス・活動の「利用者数」や「単価」などを確認しながら、どのような対応が必要かを検討しますが、特に訪問型・通所型サービス・活動について個別に検討する場合などに活用します。

＜2-3. 訪問型・通所型サービス事業費の推移＞

2-3. 訪問型・通所型サービスの事業費の推移

★確認の視点

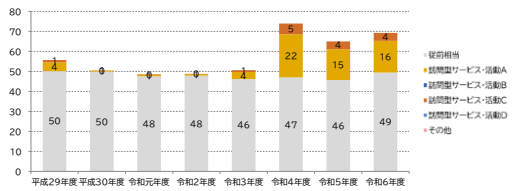
■ 多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？（事業費の観点から）
・訪問型・通所型の従前相当サービスとその他のサービス・活動の事業費の経年変化は？

【訪問型】サービス事業費の推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
従前相当	50,134,418	49,909,812	47,608,041	47,880,932	46,202,024	47,039,256	45,699,937	49,411,275
訪問型サービス・活動A	4,431,638	509,226	831,117	734,051	3,527,379	21,523,443	15,438,495	15,898,777
訪問型サービス・活動B	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問型サービス・活動C	1,107,910	127,307	207,779	183,513	881,845	5,380,861	3,859,624	3,974,694
訪問型サービス・活動D	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0

出典：地域支援事業交付金事業実績報告書「様式1 地域支援事業交付金精算書」

【訪問型】サービス事業費の推移
（百万円）

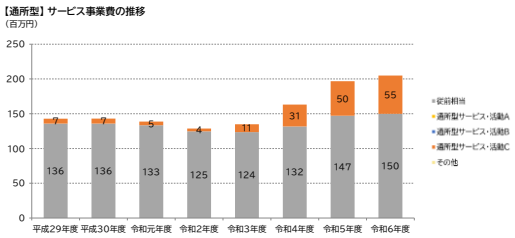


【通所型】サービス事業費の推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
従前相当	135,810,437	135,893,417	133,388,342	124,738,635	123,504,192	131,766,806	147,198,971	149,874,659
通所型サービス・活動A	0	0	0	0	0	0	0	0
通所型サービス・活動B	0	0	0	0	0	0	0	0
通所型サービス・活動C	7,112,571	7,120,051	5,286,291	3,937,711	11,390,242	31,357,844	49,591,022	55,097,199
その他	0	0	0	0	0	0	0	0

出典：地域支援事業交付金事業実績報告書「様式1 地域支援事業交付金精算書」

【通所型】サービス事業費の推移
（百万円）



2.4　単価

【確認の視点】

■ 各サービス・活動の単価は？

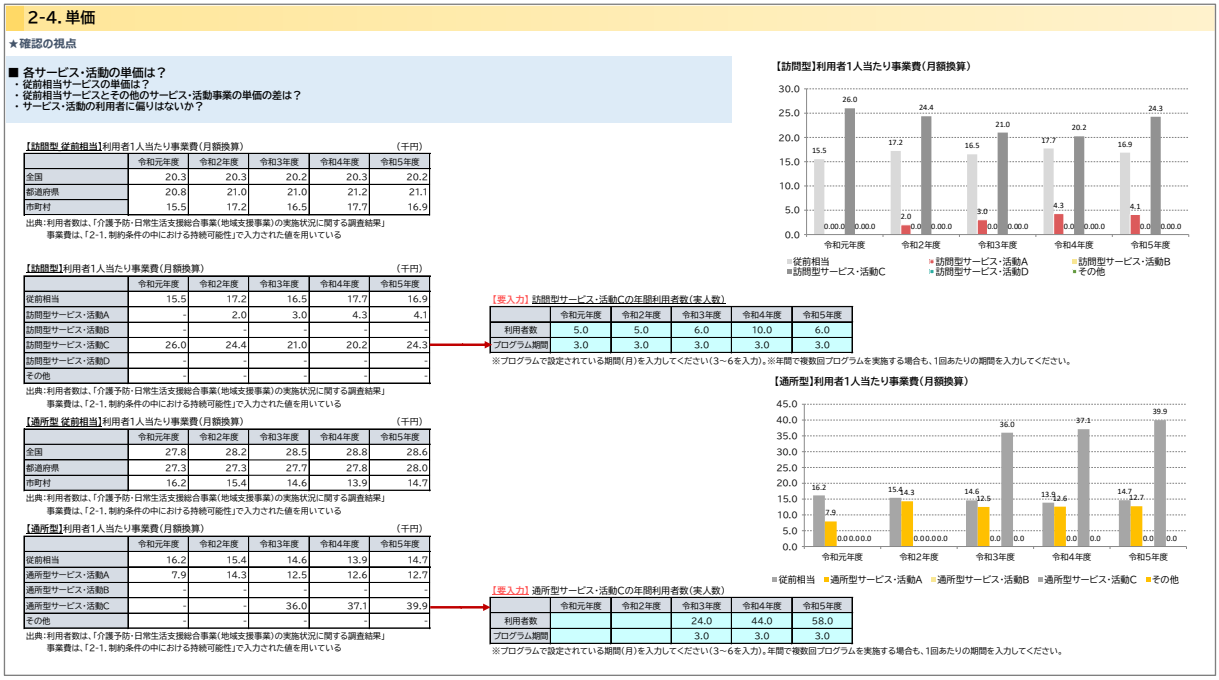
- 従前相当サービスの単価は？
- 従前相当サービスとその他のサービス・活動事業の単価の差は？
- サービス・活動の利用者に偏りはないか？

・　従前相当サービスと、その他の多様なサービス・活動の実利用者1人あたりの事業費（単価）を比較することができます。特に、延べ人数でなく実人数あたりの単価をみることで、「特定の利用者が多くサービス・活動を利用していないか」という観点から確認をすることができます。

・　サービス・活動 A・B であっても、利用・参加している人数が少ない場合、実人数当たりの単価が高くなることも考えられます。「財政の視点」のみでなく、「選択肢の拡大」の視点からも、サービス・活動 A・B が特定の人達のみでなく、多くの利用者・参加者を対象に機能していることを確認してください。

・　事業費は年間事業費を 12 で除したもの（月額換算）、利用者数は月当たりの実利用者数を使用しています。したがって、例えばサービス・活動 C については、該当月の利用者数の多少で単価が大きく異なることがあるため、手入力で1年間の利用者数を入力できるようにしています。

<2-4. 単価>



3　高齢者の視点（アウトプット・アウトカム）

3.1　アウトプット_全サービス利用者に占める各種サービスの利用者数(高齢者の選択肢の拡大)

【確認の視点】

■ 多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？（利用者数の観点から）

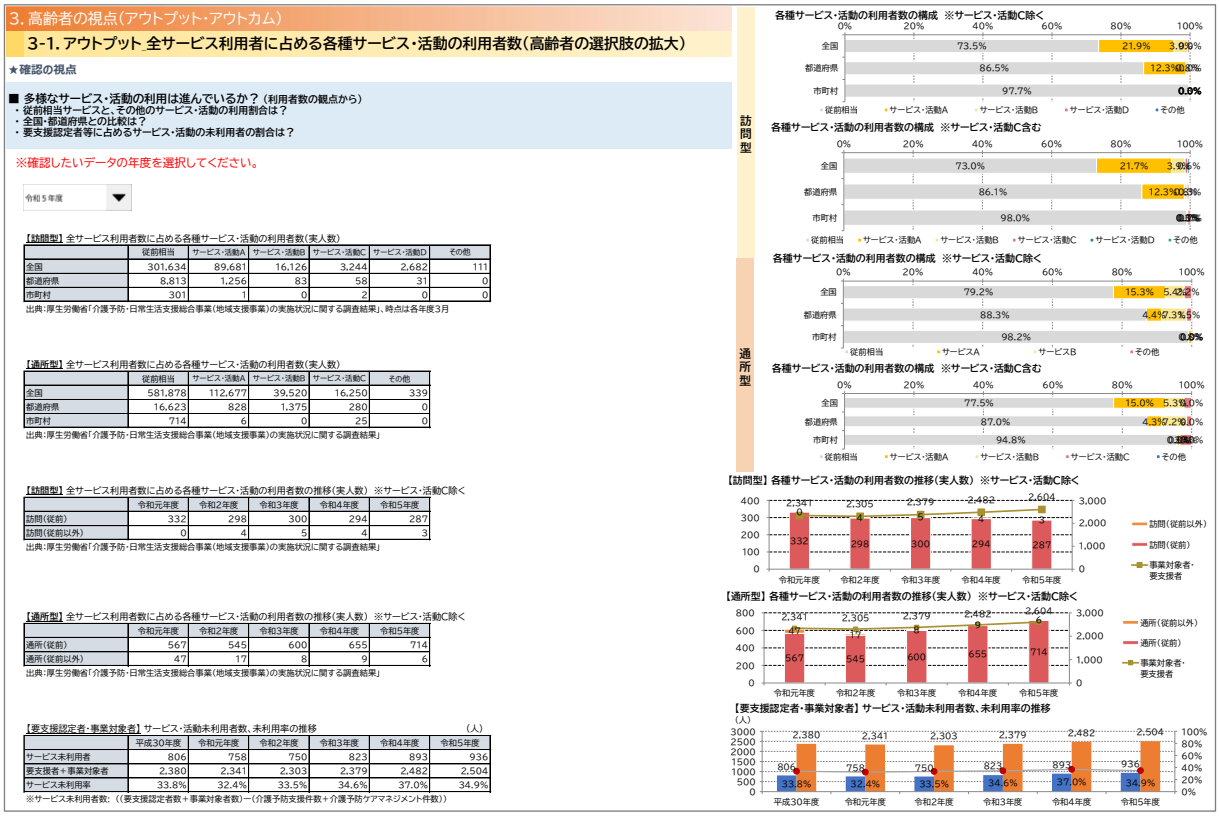
- 従前相当サービスと、その他のサービス・活動の利用割合は？
- 全国・都道府県との比較は？
- 要支援認定者等に占めるサービス・活動の未利用者の割合は？

・　従前相当サービスのみでなく、多様なサービス・活動がどの程度地域にあり、実際に選択されているかを確認します。高齢者の視点から、地域における多様な選択肢の有無とその利用状況をみるものです（利用者数は延べ利用者数ではなく、実人数を集計しています）。

・　訪問型・通所型サービス・活動ごとに「サービス・活動 C を除外」したグラフと、「サービス・活動 C を含む」グラフの2つがあります。これは、サービス・活動 C は「短期集中予防」であり、サービス・活動 A・B・D とは、目的が異なるケースが多いことによるものです。

・　なお、「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」からグラフを作成しているため、調査に回答していない場合は出力されません。

＜3-1. アウトプット_全サービス利用者に占める各種サービスの利用者数(高齢者の選択肢の拡大)＞



3．2　アウトカム_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）

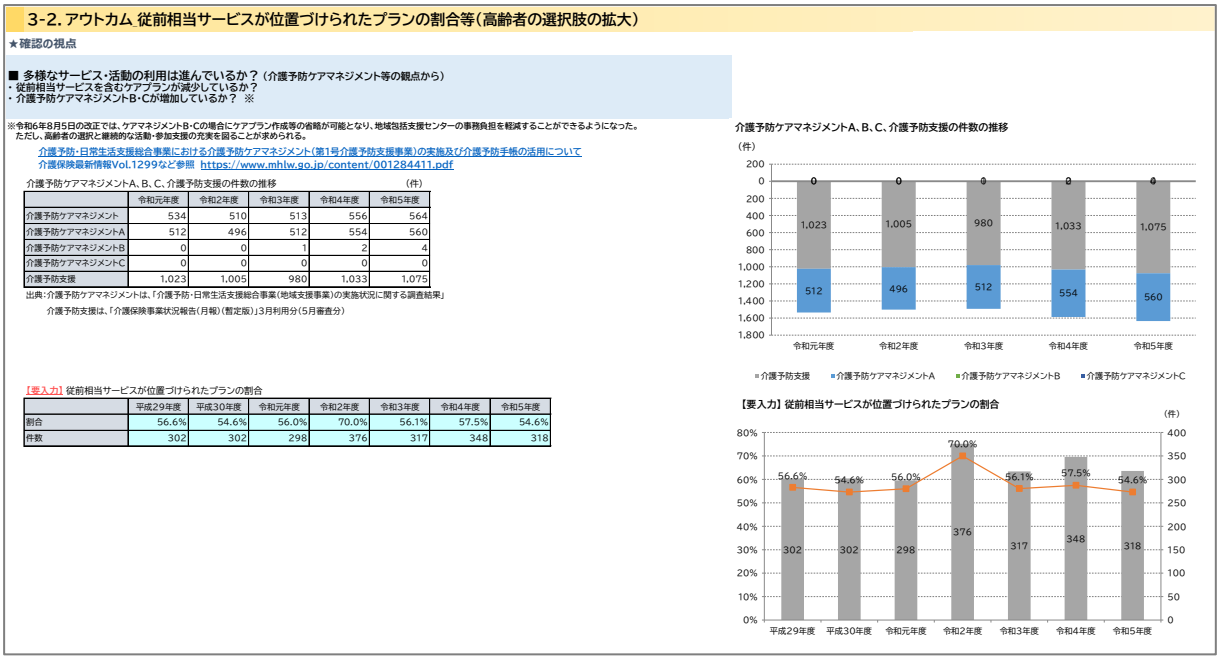
【確認の視点】

■ 多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？（介護予防ケアマネジメント等の観点から）

・ 従前相当サービスを含むケアプランが減少しているか？
・ 介護予防ケアマネジメント B･C が増加しているか？

- 高齢者の選択肢を多様化する観点から、より多様なサービス・活動が選択された結果として、ケアマネジメント B･C の割合が高まっていることを確認します。
- さらに、地域支援事業実施要綱等の一部改正（令和6年8月5日）では、ケアマネジメント B･C について、介護予防ケアマネジメントのプロセスや計画の作成等の一部を省略または簡略化することが可能であるとともに、高齢者の選択を適切に支援するためのインテークや孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチといった援助のために必要となる人材確保などの体制整備に要した費用を、介護予防ケアマネジメントに要した費用として取り扱うことができることについて示されています（次ページ参照）。
- このように、ケアマネジメント B･C については、その割合を高めるだけでなく、同時に高齢者の選択を適切に支援するためのインテークや継続的な活動・参加のための支援、ハイリスク者へのアプローチなどの取組の充実を進めていくことが求められます。
- なお、「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」は自動表示されますが、「従前相当サービスが位置づけられたプランの件数」については、既存の統計データからは入力できないことから、必要に応じて独自の集計を行い入力する必要があります（P.18 参照）。

＜3-2. アウトカム_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）＞



3-2. アウトカム_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）

★確認の視点

■ 多様なサービス・活動の利用は進んでいるか？（介護予防ケアマネジメント等の観点から）
・従前相当サービスを含むケアプランが減少しているか？
・介護予防ケアマネジメントB･Cが増加しているか？ ※

※令和6年8月5日の改正では、ケアマネジメントB･Cの場合にケアプラン作成等の省略が可能となり、地域包括支援センターの事務負担を軽減することができるようになった。
ただし、高齢者の選択と継続的な活動・参加支援の充実を図ることが求められる。

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について
介護保険最新情報Vol.1299など参照 https://www.mhlw.go.jp/content/001284411.pdf

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　（件）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防ケアマネジメント	534	510	513	556	564
介護予防ケアマネジメントA	512	496	512	554	560
介護予防ケアマネジメントB	0	0	1	2	4
介護予防ケアマネジメントC	0	0	0	0	0
介護予防支援	1,023	1,005	980	1,033	1,075

出典：介護予防ケアマネジメントは、「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」
介護予防支援は、「介護保険事業状況報告（月報）（暫定版）」3月利用分（5月審査分）

【要入力】従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
割合	56.6%	54.6%	56.0%	70.0%	56.1%	57.5%	54.6%
件数	302	302	298	376	317	348	318

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

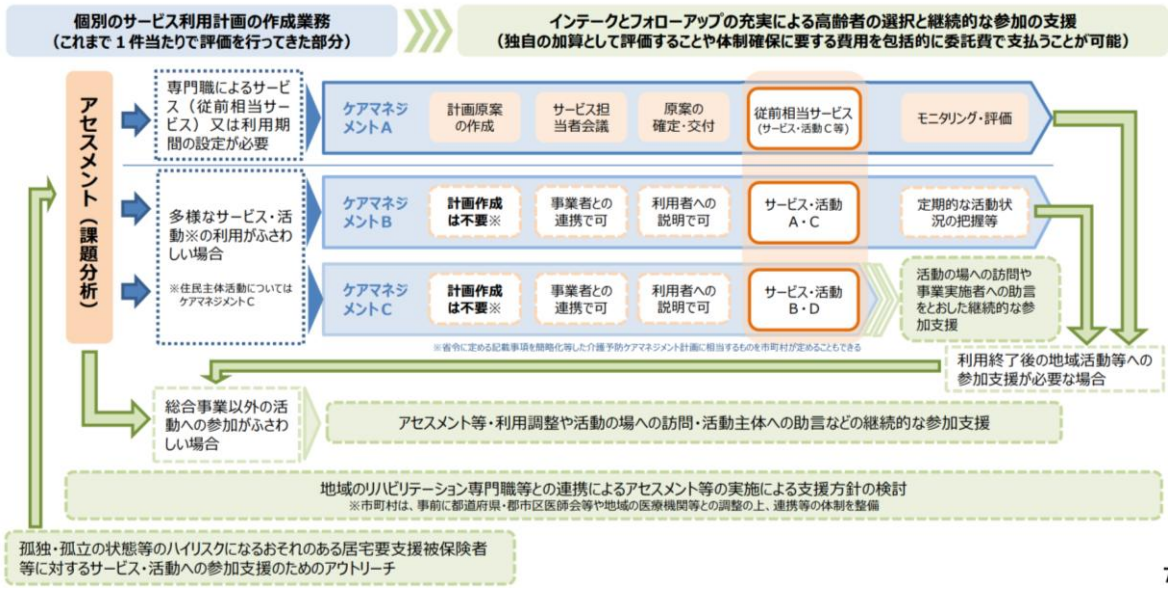
【要入力】従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

＜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＞



（出典）令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について（令和6年8月5日），厚生労働省
（https://www.mhlw.go.jp/content/001284411.pdf）

＜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＞



（出典）令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について（令和6年8月5日），厚生労働省
（https://www.mhlw.go.jp/content/001284411.pdf）

＜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＞[1]

評価の趣旨	・ 介護予防ケアマネジメントにおいて、より多様な地域資源が選択され、従前相当サービス以外が選択されるようになっているかを評価。
評価指標	・ 現在のケアプランのうち、従前相当サービスを含むケアプランの数、又は割合の減少を評価する。比率で評価する場合は、評価同月の要支援者・事業対象者数を分母とする。 ・ （より直近の利用者の選択行動の変化を把握する観点から）過去1年間の新規要支援者等のケアプランのうち、従前相当サービスを含むケアプランの数、または割合の減少を評価する。比率で評価する場合の分母は、当該年の延べ要支援者・事業対象者数を12で除した数を用いる。なお、保険外サービス等の利用が進むと、認定に至らない高齢者が増加し分母が減少する可能性もあることから実数・比率の両面での評価が望ましい。
評価の頻度	・ 年1回
データの入手方法	・ 地域包括支援センター内の記録から作成。 ・ 地域ケア会議などで新規要支援者を全件検討している場合は地域ケア会議の記録などから作成も可能。

[1] 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（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）P.31
（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/05/houkatsu_02_240522.pdf）

3.3　アウトカム_社会参加率（ポピュレーション・アプローチ）

【確認の視点】

■ 高齢者の社会参加率(何らかの地域活動に週1回以上)は上昇しているか？

- 高齢者の社会参加率は上昇しているか？
- 特に、75 歳以上の社会参加率は上昇しているか？
- 社会参加率について、年齢階級・性別による違いはあるか？

・　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、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）」に入力することで、自動的に集計結果が表示されます。

・　「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」として集計しています（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できます。

＜3-3.　アウトカム_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)＞

3-3. アウトカム_社会参加率(ポピュレーション・アプローチ)

※「入力シート(ニーズ調査)」に、第7期～第10期の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(問5)のローデータを貼り付けてください。

★確認の視点

■ 高齢者の社会参加率(何らかの地域活動に週1回以上)は上昇しているか？
・高齢者の社会参加率は上昇しているか？
・特に、75歳以上の社会参加率は上昇しているか？
・社会参加率について、年齢階級・性別による違いはあるか？

年齢階級別・社会参加率の経年比較

	第7期 平成●年度	第8期 平成●年度	第9期 令和●年度	第10期 令和●年度
65-69歳	63.1%	62.6%	61.6%	64.7%
70-74歳	55.7%	54.9%	54.8%	57.5%
75-79歳	57.2%	54.3%	48.8%	51.2%
80-84歳	51.7%	53.5%	51.1%	53.7%
85歳以上	48.0%	47.5%	44.3%	46.5%
全体	56.9%	56.8%	52.7%	54.0%

※第7期は、第8期、第9期、第10期と異なり、国から提示された調査票において、項目「介護予防のための通いの場」が設定されていないため、ここで算出する社会参加率が低く出る可能性がある
ことに留意が必要

【第10期】年齢階級別・男女別・社会参加率

	男性	女性	全体
65-69歳	59.8%	62.1%	61.6%
70-74歳	49.6%	56.4%	53.2%
75-79歳	45.5%	49.5%	48.6%
80-84歳	49.7%	52.1%	50.2%
85歳以上	43.5%	44.6%	46.7%

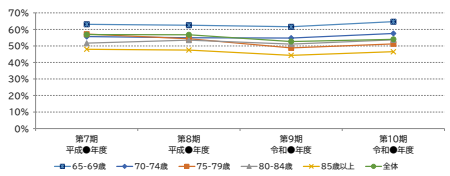
【第10期】(男性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率

	①ボランティアのグループ	②スポーツ関係のグループやクラブ	③趣味関係のグループ	④学習・教養サークル	⑤介護予防のための通いの場	⑥老人クラブ	⑦町内会・自治会	⑧収入のある仕事
65-69歳(n=0)	3.8%	12.8%	6.8%	0.9%	0.9%	0.0%	1.7%	43.0%
70-74歳(n=0)	4.5%	13.9%	11.3%	2.3%	1.1%	0.8%	1.5%	25.3%
75-79歳(n=0)	8.1%	19.7%	10.1%	3.0%	5.1%	5.9%	4.0%	8.9%
80-84歳(n=0)	4.2%	23.8%	17.5%	2.7%	5.6%	4.9%	2.1%	5.5%
85歳以上(n=0)	3.7%	18.5%	16.7%	2.8%	13.0%	6.5%	0.9%	2.9%

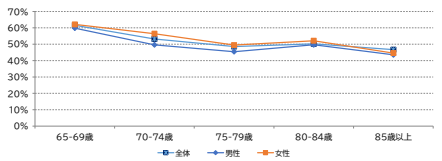
【第10期】(女性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率

	①ボランティアのグループ	②スポーツ関係のグループやクラブ	③趣味関係のグループ	④学習・教養サークル	⑤介護予防のための通いの場	⑥老人クラブ	⑦町内会・自治会	⑧収入のある仕事
65-69歳(n=0)	5.4%	24.6%	12.1%	5.0%	1.3%	0.0%	0.4%	32.0%
70-74歳(n=0)	7.1%	28.5%	12.2%	4.7%	6.0%	1.4%	1.0%	18.0%
75-79歳(n=0)	4.1%	24.0%	12.8%	5.1%	8.6%	1.5%	1.5%	8.2%
80-84歳(n=0)	4.3%	19.4%	15.6%	3.8%	14.0%	8.1%	1.9%	1.9%
85歳以上(n=0)	1.2%	11.7%	3.7%	3.7%	27.0%	4.9%	2.5%	0.6%

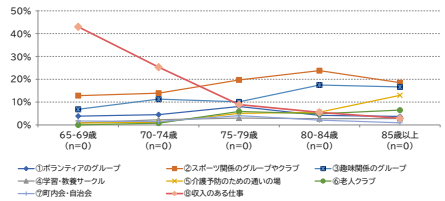
年齢階級別・社会参加率の経年比較



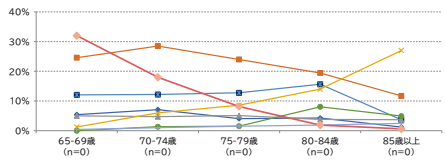
【第10期】年齢階級別・男女別・社会参加率



【第10期】(男性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



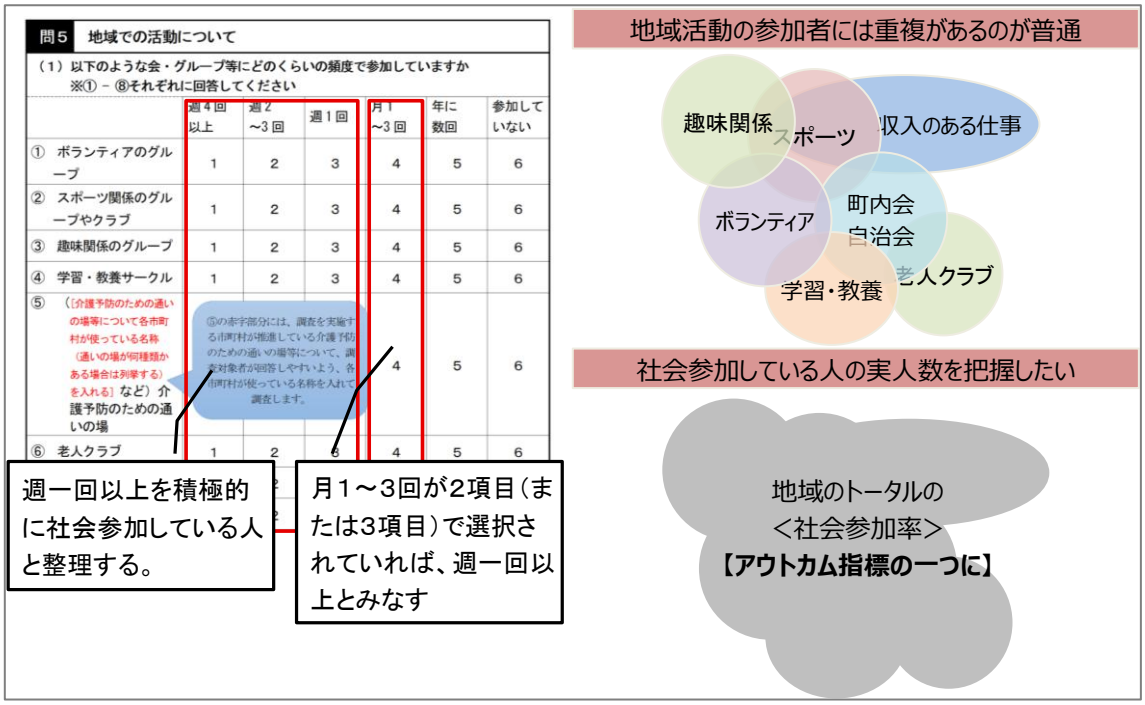
【第10期】(女性)年齢階級別・各種活動週1回以上参加率



・　ニーズ調査の実施の際に、年齢階級を変更して調査を実施している市町村の場合は、「入力シート（ニーズ調査）」に合わせた年齢階級に修正した後に入力する必要があります。

・　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ます。

＜介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5を活用した社会参加率の考え方＞[2]



＜社会参加率＞

評価の趣旨	・　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社会参加に積極的な高齢者の割合の増加を評価する。
評価指標	・　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5の「①～⑧のいずれかの項目で『週1回以上』の選択がある回答者、及び『月1～3回』が複数選択されている回答者の合計が全回答者に占める割合」。
評価の頻度	・　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施単位。 ・　該当部分の設問のみ抽出した簡略版で毎年評価する方法もある。

[2] 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（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）P.27
（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/05/houkatsu_02_240522.pdf）

3．4　アウトカム_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）

【確認の視点】

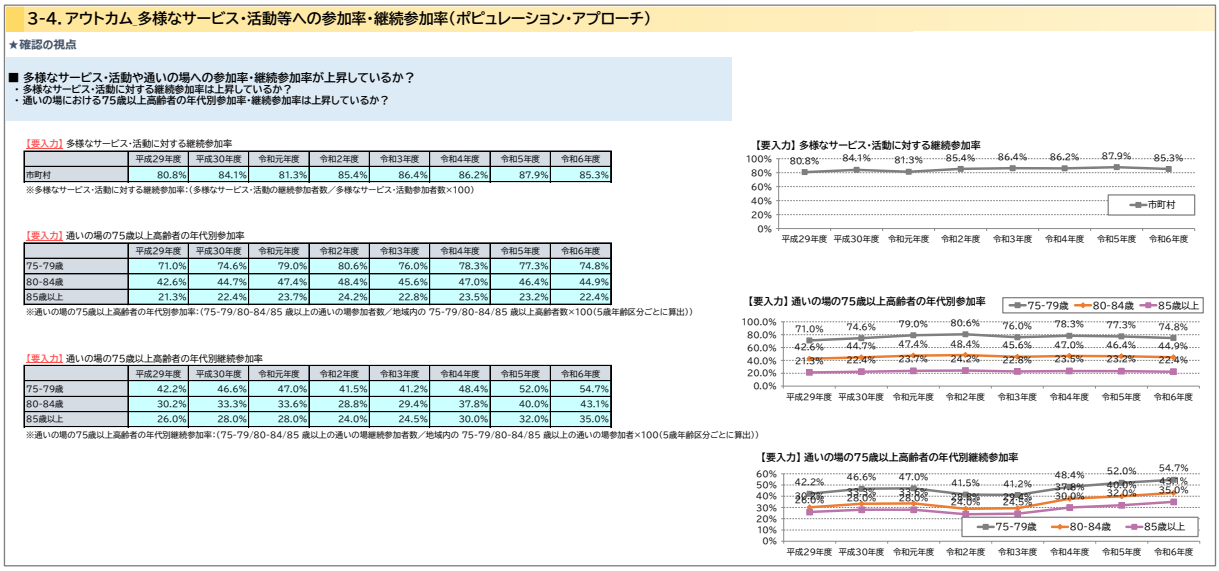
■ 多様なサービス・活動や通いの場への参加率・継続参加率が上昇しているか？

・ 多様なサービス・活動に対する継続参加率は上昇しているか？

・ 通いの場における 75 歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率は上昇しているか？

- 行政が支援する多様なサービス・活動や住民主体の通いの場などが広く普及しているのであれば、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査とは別に、それらの参加状況を評価する方法もあります。ここでは「3-3」で集計した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を元にした社会参加率とは別に、多様なサービス・活動や通いの場への参加率・継続参加率を評価します。
- 評価の対象を後期高齢者（75 歳以上）に絞り込む理由の一つは、前期高齢者（65-74 歳）は、基本的に心身の能力が高く、行政が支援する場以外にも多様な参加の機会を得ていること、また一方で、後期高齢者は、社会参加への機会が全体的に減少し、行政支援の通いの場等の持つ支援効果がより顕著になることが背景にあります。体操教室などの通いの場等は継続的参加に意味があり、75 歳以降に参加をやめてしまえばフレイルリスクが高まります。
- こうした成果につなげるための、例えば「継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ」等の取組は、介護予防ケアマネジメントにおいて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として支払うことで実施することが可能です（P.17 参照）。
- 評価指標については、既存の統計データからは入手できないことから、必要に応じて独自の集計を行い入力する必要があります。データの入手方法としては、生活支援コーディネーターなどの行政の支援者による把握、通いの場の世話人等からの情報提供などが考えられます。

＜3-4_アウトカム_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）＞



3-4. アウトカム_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）

★確認の視点

■ 多様なサービス・活動や通いの場への参加率・継続参加率が上昇しているか？
・多様なサービス・活動に対する継続参加率は上昇しているか？
・通いの場における75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率は上昇しているか？

【要入力】多様なサービス・活動に対する継続参加率

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
市町村	80.8%	84.1%	81.3%	85.4%	86.4%	86.2%	87.9%	85.3%

※多様なサービス・活動に対する継続参加率：（多様なサービス・活動の継続参加者数／多様なサービス・活動参加者数×100）

【要入力】通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
75-79歳	71.0%	74.6%	79.0%	80.6%	76.0%	78.3%	77.3%	74.8%
80-84歳	42.6%	44.7%	47.4%	48.4%	45.6%	47.0%	46.4%	44.9%
85歳以上	21.3%	22.4%	23.7%	24.2%	22.8%	23.5%	23.2%	22.4%

※通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率：（75-79/80-84/85 歳以上の通いの場参加者数／地域内の 75-79/80-84/85 歳以上高齢者数×100（5歳年齢区分ごとに算出））

【要入力】通いの場の75歳以上高齢者の年代別継続参加率

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
75-79歳	42.2%	46.6%	47.0%	41.5%	41.2%	48.4%	52.0%	54.7%
80-84歳	30.2%	33.3%	33.6%	28.8%	29.4%	37.8%	40.0%	43.1%
85歳以上	26.0%	28.0%	28.0%	24.0%	24.5%	30.0%	32.0%	35.0%

※通いの場の75歳以上高齢者の年代別継続参加率：（75-79/80-84/85 歳以上の通いの場継続参加者数／地域内の 75-79/80-84/85 歳以上の通いの場参加者×100（5歳年齢区分ごとに算出））

＜通いの場の 75 歳以上高齢者の年代別参加率＞[3]

評価の趣旨	・ 行政が支援している（≒データの把握等が比較的容易な）通いの場の参加者数を評価することで、要介護リスクの高い層の参加が得られているかを評価。
評価指標	・ 75-79/80-84/85 歳以上の通いの場参加者数／地域内の 75-79/80-84/85 歳以上高齢者数×100（5歳年齢区分ごとに算出）。
評価の頻度	・ 年1回程度。
データの入手方法	・ 生活支援コーディネーターなどの行政の支援者による把握または通いの場の世話人等からの情報提供。

[3] 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（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）P.28～29
（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/05/houkatsu_02_240522.pdf）

３．５　アウトカム_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）

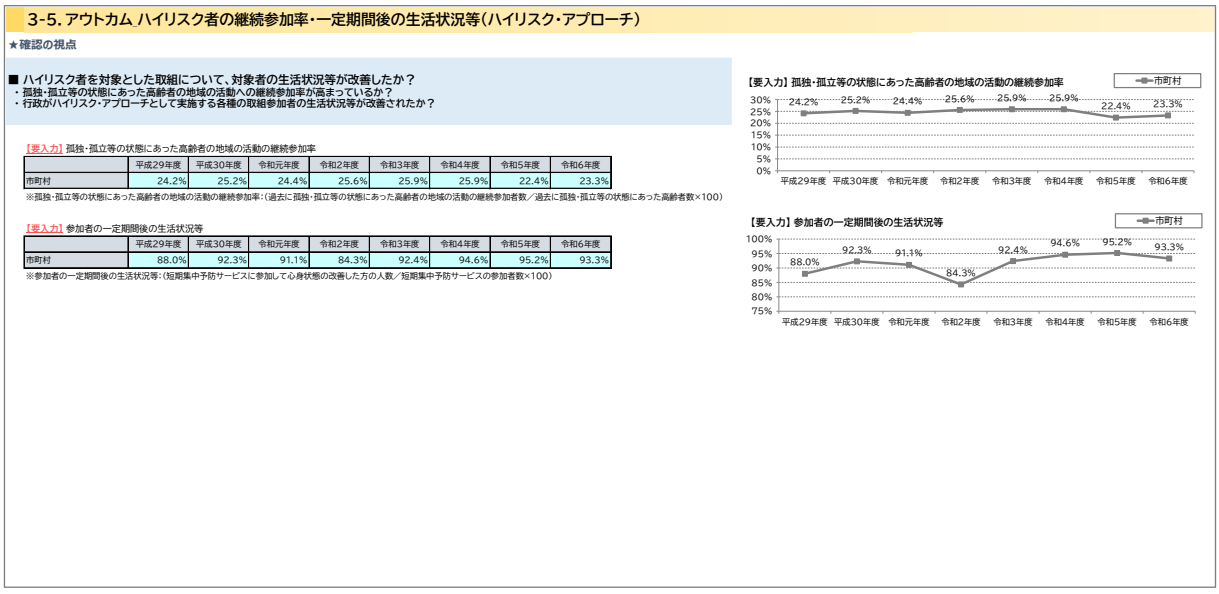
【確認の視点】

■ ハイリスク者を対象とした取組について、対象者の生活状況等が改善したか？

- 孤独･孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動への継続参加率が高まっているか？
- 行政がハイリスク･アプローチとして実施する各種の取組参加者の生活状況等が改善されたか？

- ハイリスク･アプローチに関する評価として、「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」と「行政がハイリスク･アプローチとして実施する各種の取組の参加者の一定期間後の生活状況等の変化」を確認します。
- こうした成果につなげるための、例えば「孤独･孤立の状態等のハイリスク者を対象とした参加支援のためのアウトリーチ」や「サービス･活動事業の利用を終了した者を、地域の多様な活動につなげるための援助」等の取組は、介護予防ケアマネジメントにおいて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として支払うことで実施することが可能です（P.17 参照）。
- 評価指標については、いずれも既存の統計データからは入力できないことから、必要に応じて独自の集計を行い入力する必要があります。データの入手方法としては、各種プログラムの参加者のフォローアップによってデータを確保することなどが考えられます。

＜3-5_ハイリスク者の継続参加率･一定期間後の生活状況等＞



3-5. アウトカム_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）

★確認の視点

■ ハイリスク者を対象とした取組について、対象者の生活状況等が改善したか？
・孤独･孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動への継続参加率が高まっているか？
・行政がハイリスク･アプローチとして実施する各種の取組参加者の生活状況等が改善されたか？

【要入力】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

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
市町村	24.2%	25.2%	24.4%	25.6%	25.9%	25.9%	22.4%	23.3%

※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：(過去に孤独･孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加者数／過去に孤独･孤立等の状態にあった高齢者数×100)

【要入力】参加者の一定期間後の生活状況等

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
市町村	88.0%	92.3%	91.1%	84.3%	92.4%	94.6%	95.2%	93.3%

※参加者の一定期間後の生活状況等：(短期集中予防サービスに参加して心身状態の改善した方の人数／短期集中予防サービスの参加者数×100)

＜一定期間後の生活状況等の変化の把握＞

評価の趣旨	・ 行政がハイリスク・アプローチとして実施する各種の取組参加者の生活状況等の変化を評価。
評価指標	・ 各種プログラムの趣旨に則り、評価指標を設定。例えば短期集中型のプログラムでは、終了後6か月後/1年後の追跡調査結果などが考えられる。
評価の頻度	・ 短期のプログラムであれば終了後あるいは終了半年後など。または事業年度ごとに評価することも可能。
データの入手方法	・ 各種プログラムの参加者のフォローアップによってデータを確保。

３．６　最終アウトカム_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）

【確認の視点】

■ 総合事業が、要介護認定率の低下や在宅生活の継続の実現につながったか？

- 初回認定者の平均年齢は上昇しているか？
- 年齢補正後の軽度認定率(要支援1～要介護2)は低下しているか？
- 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)の割合または人数が減少しているか？

・　ここでは、最終アウトカムとして、「初回認定者の平均年齢」と「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」を確認します。

・　「初回認定者の平均年齢」と「調整済軽度認定率」は、「地域包括ケア「見える化」システム」より数値を確認することができます。また、「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」については「在宅生活改善調査」の調査結果から得ることができます。

＜3-6_最終アウトカム_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(要支援1～要介護2)＞

3-6. 最終アウトカム 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

★確認の視点

■ 総合事業等が、要介護認定率の低下や在宅生活の継続の実現につながったか？
・初回認定者の平均年齢は上昇しているか？
・年齢補正後の軽度認定率(要支援1～要介護2)は低下しているか？
・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)の割合または人数が減少しているか？

【要入力】初回認定者の平均年齢　（歳）

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
全国	80.8	80.9	81.4	81.4	81.5	81.7	81.6	81.7
都道府県	81.9	81.9	82.4	82.5	82.5	82.7	82.5	82.6
市町村	81.6	81.2	81.6	81.8	81.3	82.2	81.2	81.5

※「見える化」システム上の数値を確認してください

調整済・軽度認定率(要支援1～要介護2)

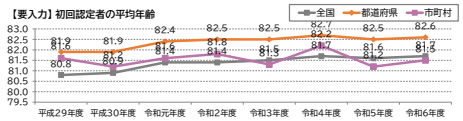
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
市町村	11.0%	10.6%	10.5%	10.2%	9.9%	9.8%	10.0%	10.0%

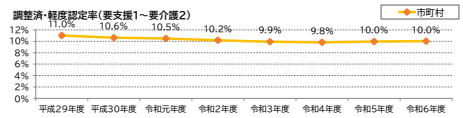
※「見える化」システム上の「注目する地域を時系列で見る」機能で表示した数値、時点は各年度3月末

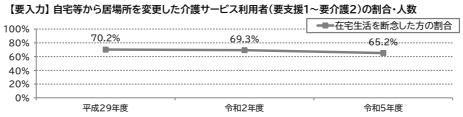
【要入力】自宅等から居場所を変更した介護サービス利用者(要支援1～要介護2)の割合・人数

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
在宅生活を断念した方の割合	70.2%	-	-	69.3%	-	-	65.2%	-
在宅生活を断念した方の人数	135	-	-	126	-	-	104	-

※過去１年間に自宅等から居場所を変更した利用者の割合(要支援1～要介護2):在宅生活改善調査の「過去１年間に自宅等から居場所を変更した(要支援1～要介護2の)利用者」の人数／過去1年間の(要支援1～要介護2の)利用者数
※過去１年間に自宅等から居場所を変更した利用者の人数(要支援1～要介護2):在宅生活改善調査の「過去１年間に自宅等から居場所を変更した(要支援1～要介護2の)利用者」の人数
在宅生活改善調査の調査票等はコチラからダウンロード







4　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

【確認の視点】

■ 今後、2030 年度に向けて総合事業の各サービス・活動等の「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」に変化があった場合、総合事業の総事業費は、上限の範囲内に収まるか？

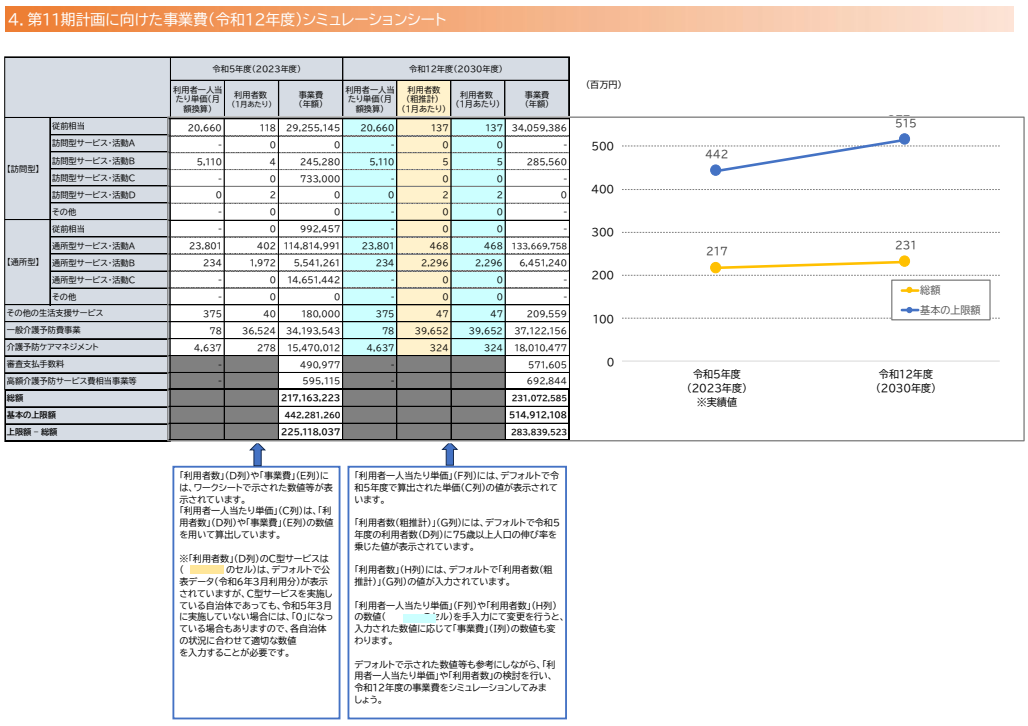
・ 2030 年時点の「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」を入力し、総合事業の総事業費が上限の範囲内に収まるかを確認

・　ここでは、今後 2030 年度に向けて総合事業の各サービス・活動等の「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」に変化があった場合に、総合事業の総事業費が上限の範囲内に収まるかについて、シミュレーションをすることができます。

・　「利用者数（粗推計）」の黄色セルには、現状の利用状況に基づいた粗い推計値が入力されており、デフォルトでは「利用者数」の青色セルにも同じ数値が表示されています。

・　もし、2030 年度の総額が、基本の上限額を上回るような推計になっている場合は、具体的な改善策を検討しながら「利用者一人あたりの単価」や「利用者数」の青色セルの値を修正し、どのようにしたら基本の上限額内に収めることができるかをシミュレーションしてみてください。

＜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＞



4. 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

		令和5年度（2023年度）			令和12年度（2030年度）			
		利用者一人当たり単価（月額換算）	利用者数（1月あたり）	事業費（年額）	利用者一人当たり単価（月額換算）	利用者数（粗推計）（1月あたり）	利用者数（1月あたり）	事業費（年額）
【訪問型】	従前相当	20,660	118	29,255,145	20,660	137	137	34,059,386
	訪問型サービス・活動A	-	0	0	-	0	0	-
	訪問型サービス・活動B	5,110	4	245,280	5,110	5	5	285,560
	訪問型サービス・活動C	-	0	733,000	-	0	0	-
	訪問型サービス・活動D	0	2	0	0	2	2	0
	その他	-	0	0	-	0	0	-
【通所型】	従前相当	-	0	992,457	-	0	0	-
	通所型サービス・活動A	23,801	402	114,814,991	23,801	468	468	133,669,758
	通所型サービス・活動B	234	1,972	5,541,261	234	2,296	2,296	6,451,240
	通所型サービス・活動C	-	0	14,651,442	-	0	0	-
	その他	-	0	0	-	0	0	-
その他の生活支援サービス		375	40	180,000	375	47	47	209,559
一般介護予防費事業		78	36,524	34,193,543	78	39,652	39,652	37,122,156
介護予防ケアマネジメント		4,637	278	15,470,012	4,637	324	324	18,010,477
審査支払手数料		-		490,977	-			571,605
高額介護予防サービス費相当事業等		-		595,115	-			692,844
総額				217,163,223				231,072,585
基本の上限額				442,281,260				514,912,108
上限額 － 総額				225,118,037				283,839,523

（百万円）

「利用者数」(D列)や「事業費」(E列)には、ワークシートで示された数値等が表示されています。
「利用者一人当たり単価」(C列)は、「利用者数」(D列)や「事業費」(E列)の数値を用いて算出しています。

※「利用者数」(D列)のC型サービスは（　　のセル)は、デフォルトで公表データ（令和6年3月利用分）が表示されていますが、C型サービスを実施している自治体であっても、令和5年3月に実施していない場合には、「0」になっている場合もありますので、各自治体の状況に合わせて適切な数値を入力することが必要です。

「利用者一人当たり単価」(F列)には、デフォルトで令和5年度で算出された単価(C列)の値が表示されています。

「利用者数(粗推計)」(G列)には、デフォルトで令和5年度の利用者数(D列)に75歳以上人口の伸び率を乗じた値が表示されています。

「利用者数」(H列)には、デフォルトで「利用者数(粗推計)」(G列)の値が入力されています。

「利用者一人当たり単価」(F列)や「利用者数」(H列)の数値(　　ミル)を手入力にて変更を行うと、入力された数値に応じて「事業費」(I列)の数値も変わります。

デフォルトで示された数値等も参考にしながら、「利用者一人当たり単価」や「利用者数」の検討を行い、令和12年度の事業費をシミュレーションしてみましょう。

令和７年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス・活動の計画的整備や効果検証手法に関する調査研究

報　告　書

令和８（2026）年３月

三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社
〒105-8501　東京都港区虎ノ門5-11-2