

桜川市 介護支援専門員研修会 2025 11月12日

～ 身寄りのない方へのケアマネジメント～ ロジックモデルのご紹介と活用を含む

茨城県介護支援専門員協会 副会長
一社) あっとほーむいなしき代表理事

浅野有子

月刊ケアマネジャー 2024年10月号 特集《身寄りのない人へのケア》
医療介護連携推進研修会議 東京会場 の内容を含みます

せっかく 集まったの課題解決への学び
地域課題の改善へ向けた チャンス
いろいろ 忌憚なくご意見をお願いします

情報提供 I

茨城県の介護保険の現状と次世代への課題

情報提供 II

身寄りのない人の支援の課題整理 と 情報

意見交換 III

身寄りのない人を支える現実 と 課題解決のアイデア

まとめと課題解決へIV

おひとりさまも自分らしく最期まで 自己責任もありますよね



医療・介護・暮らしを取り巻く現状と課題

私たちの仕事の存在意義が問われて

介護保険制度を支える経済的側面

介護保険制度の持続可能性

費用対効果の視点

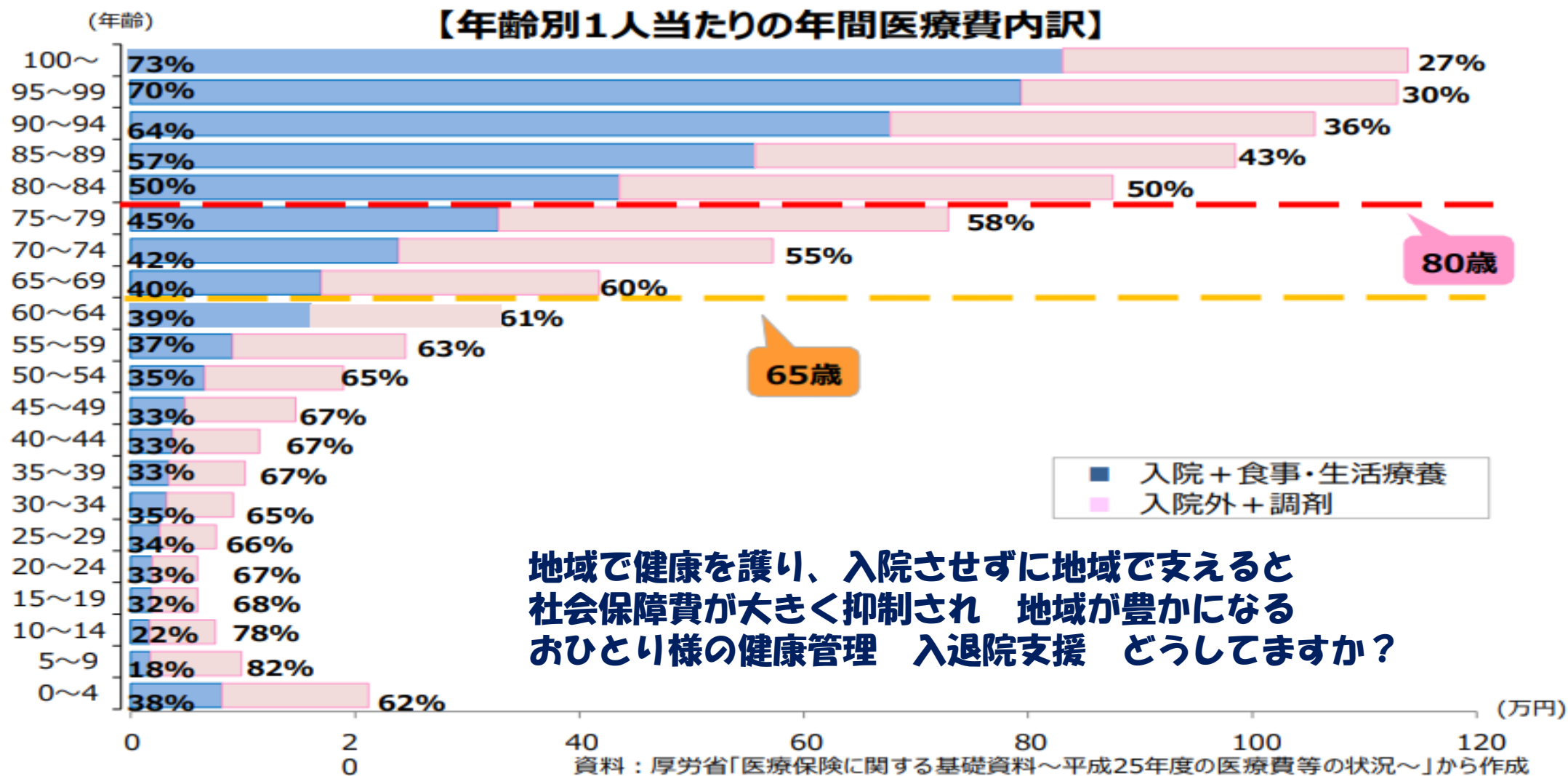
市民 国民からの信頼

市民側も意識を高めて

自分の老いと旅立ちの備えを

年齢別 1人当たりの年間医療費（平成25年度）

- 一人当たり医療費は、乳幼児期を除くと年齢とともに多くなるが、**6.5歳以降急速に増加し、8.0歳以降は入院に係る費用（入院+食事・生活療養）の割合が高くなる。**



ケアマネジメントの質の向上と利用者負担の財務省的議論

財務省

【論点】

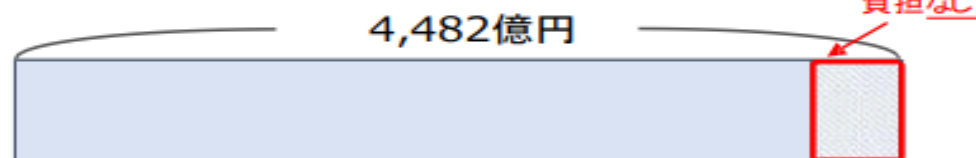
- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。
- ケアマネジメントの質の評価とあわせて、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資するのではないか。

(参考) 経済財政運営と改革の基本方針2018

「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

【ケアマネジメントに係る費用のイメージ】

- ケアマネジメント(居宅介護支援)に係る費用額(2017年度実績)



1割負担相当分(約450億円)の内訳に関する機械的試算

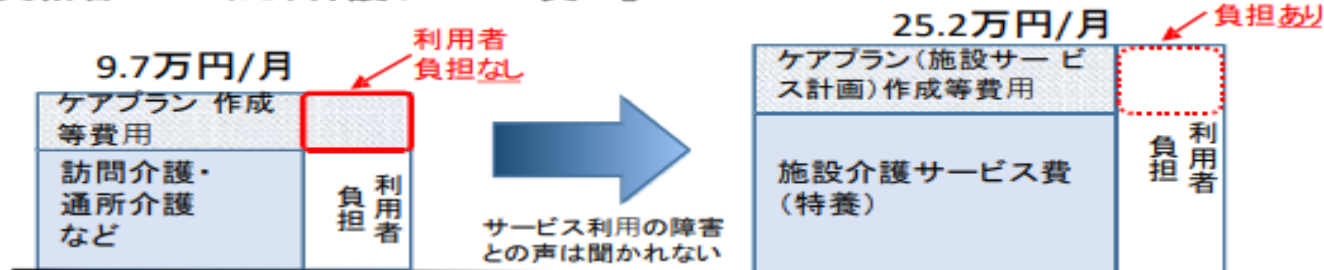
国費	都道府県市町村
112億円(25%)	112億円(25%)
高齢者の保険料 103億円(23%)	若年者の保険料 121億円(27%)

現役世代の負担(毎年)

450億円
の攻防中
どうなる???

(注) 自己負担は、所得の状況に応じて1~3割となることに留意。

【受給者一人当たり介護サービス費用】

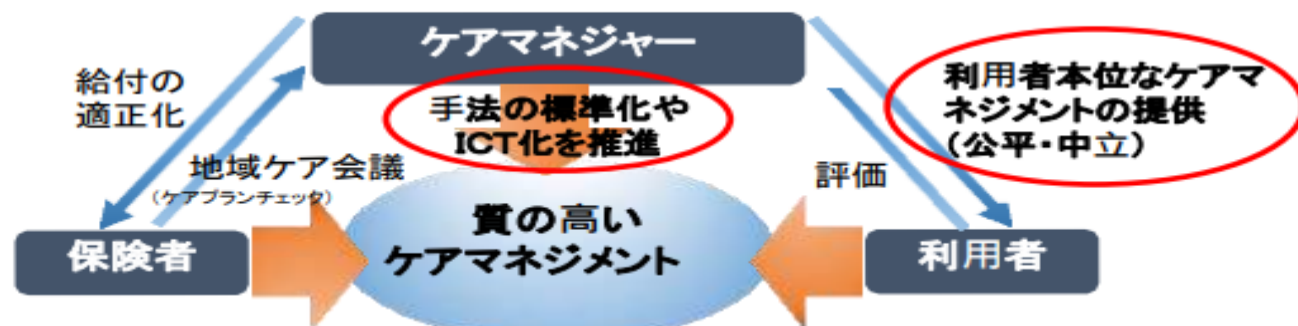


(要介護2・月ごと)

(要介護3・月ごと)

(注) 2017年度介護給付費等実態調査の受給者1人当たり費用額から粗く計算できる自己負担額は1,400円程度。

【ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ】



※低所得者は、高額介護サービス費の支給によって自己負担額に上限あり。

【改革の方向性】(案)

- 頻回サービス利用に関する保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、**居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設けるとともに、ケアマネジメントの質を評価する手法の確立や報酬への反映を通じて、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。**

利用者・家族のQOLを高められるよう
ケアの方向性と、必要な社会資源の組み合わせを
考え抜き、提案し、調整すること

投入できるリソースには限りがある

財政的
サービス資源的

この財源と資源活用には
住み慣れた地域で 健康に
自分らしく 1か月でも長く
暮らすことを支援

調整と工夫が必要＝ケアマネジメント機能

「生涯現役社会」の構築に向けた対応の方向性

予防ケアマネジメント

医療介護連携ケアマネジメント

看取り期を支えるケアマネジメント

元気～フレイル予備期

健康不安期

人生の最終段階

幸せの
かたち

仲間がいて、やることがあり、そのためのお金もあり、そのお金を得るために必要な就労等の機会に恵まれている状態。

多少の身体の不自由はあるものの、自分でできることはできるだけ自分でこなし、元気高齢者期に行ってきたことを可能な範囲で続けている状態。

安心して最期を迎える体制が保証されつつも、家族等の身近なコミュニティとのつながりも維持し、後世に何かを残せたと実感できる状態。

高齢者の事情に応じた多様な働き方の提供

学ぶ・遊ぶ・休むなど、生活を豊かにするための多様なサービスの提供

家族等の身近な人たちと
触れ合いながら過ごす機会の提供

しっかりした医療システムに支えて
もらえる、安心できる環境の提供

社会というコミュニティに参画し、
仲間をつくる機会の提供

支援一辺倒でなく、自立（自律）を促してくれる介護システムの提供

【社会参画促進チーム】

自治体

地域包括支援センター

社会福祉協議会

かかりつけ医

連携促進

【在宅チーム】

介護予防支援

ケアマネジャー

居宅介護支援

訪問看護師

介護職

健康・生活支援等のサービス（NPO・市民団体・民間等）

充実した第二の人生を設計するための学び直し・社会参画の機会提供の仕組み

健康に不安があっても、
豊かな生活を送り続けるための仕組み

最期まで住み慣れた環境を維持するための
生活面での多職種連携の仕組み

必要なコーディネート機能

担う支援プレイヤー

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

令和元年5月29日
2040年を展望した社会保障・
働き方改革本部 配付資料

- 2040年を展望すると、**高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。**
→「**総就業者数の増加**」とともに、「**より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現**」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
**①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保**
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、**農業、金融、住宅、健康な食事、創業にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。**

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 70歳までの就業機会の確保
- 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
- 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- **地域共生・地域の支え合い**
- 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

- ⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
 - ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・疾病予防・重症化予防
 - ・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

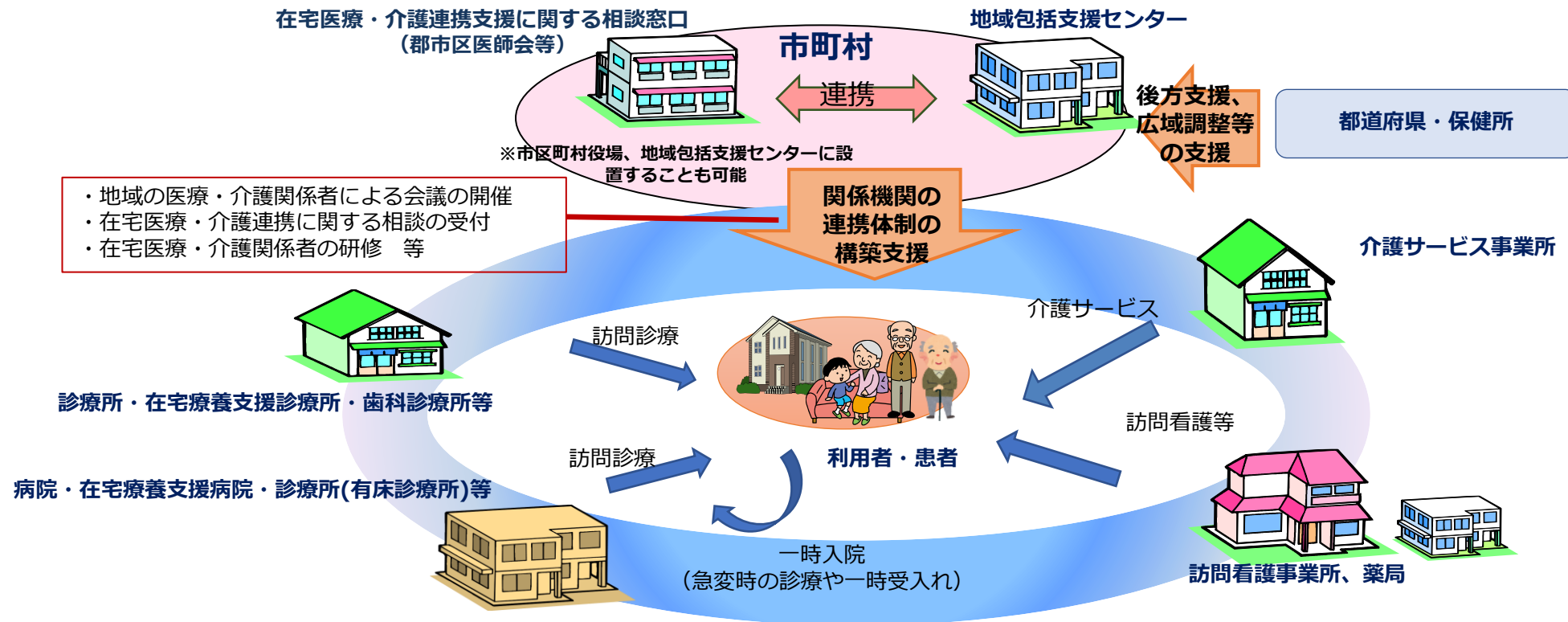
- ⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・組織マネジメント改革
 - ・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。 （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 （定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等 （急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局 （医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所 （入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



保健医療圏 基準病床 病床削減数と次世代へ向けた病床転換 医療の形が変化しています

第8次茨城県保健医療計画の概要

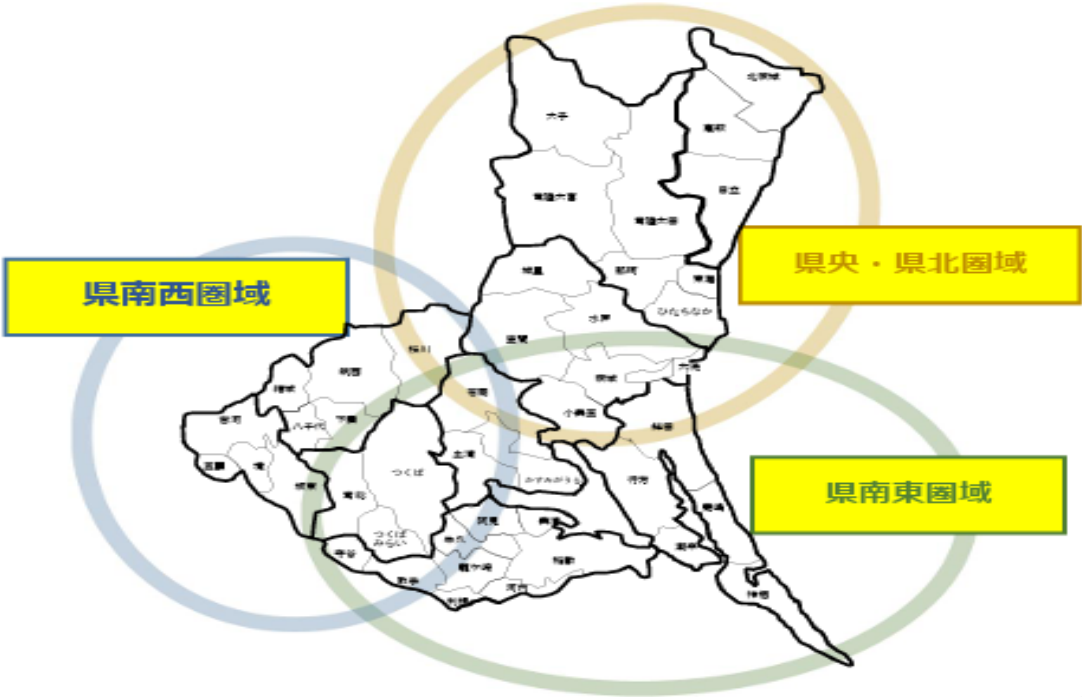
◆ 二次保健医療圏等

二次保健医療圏

- ✓ 地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図る区域
- ✓ 現行の二次保健医療圏（9圏域）の枠組みを維持

医療提供圏域

- ✓ 今後のさらなる人口減少・少子高齢化を見据えた医療確保体制について、現状の二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことが想定されることから、地域の実情を踏まえ、より適切に連携することを目的として、本県独自に設定
- ✓ 主に高度医療に係る機能の集約化・役割分担の明確化をより強力に推進するため、全県を大きく3つに区分（県央・県北、県南東、県南西）



◆ 基準病床数

療養病床及び一般病床

二次保健医療圏名	基準病床数（A）	既存病床数（B）	差引（B-A）
水戸	4,005	4,756	751
日立	1,823	2,452	629
常陸太田・ひたちなか	1,898	2,105	207
鹿行	1,219	1,598	379
土浦	1,796	1,999	203
つくば	3,113	3,368	255
取手・竜ヶ崎	3,604	3,719	115
筑西・下妻	1,358	1,974	616
古河・坂東	1,328	1,518	190
計	20,144	23,489	3,345

精神病床

区域	基準病床数（A）	既存病床数（B）	差引（B-A）
県全域	5,551	7,226	1,675

結核病床

区域	基準病床数（A）	既存病床数（B）	差引（B-A）
県全域	56	70	14

感染症病床

区域	基準病床数（A）	既存病床数（B）	差引（B-A）
県全域	48	48	0

※既存病床数はいずれも令和5（2023）年4月1日現在の数

第8次医療計画概要 疾患・領域

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 各論 第1章 県民の命を守る地域医療の充実

【医療体制（5疾病・6事業及び在宅医療）の確立】

疾病・事業	主な推進方策	疾病・事業	主な推進方策
がん	<ul style="list-style-type: none">「茨城県総合がん対策推進計画－第五次計画－」に基づき、予防から早期発見、高度専門的医療やがん患者の生活支援体制の整備など、総合的ながん対策を推進がん診療連携拠点病院等（地域がんセンターを含む）におけるがん診療の役割分担及び拠点形成に関する検討の促進	災害医療	<ul style="list-style-type: none">地域における役割に応じ、医療機関が被災しても診療機能を維持できるよう、業務継続計画（BCP）の策定等を推進研修や訓練等を通じ、各支援チームの連携体制の構築、災害医療に精通した医療従事者の一層の育成を推進
脳卒中	<ul style="list-style-type: none">「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、脳卒中对策を推進循環器病の予防や正しい知識の普及啓発急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	新興感染症	<ul style="list-style-type: none">「茨城県感染症予防計画」に基づき、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制を構築改正感染症法により、新興感染症の発生・まん延に備え、第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関の区分を創設し、締結した協定に基づき必要な医療を提供する体制を確保
心筋梗塞等の心血管疾患	<ul style="list-style-type: none">「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、心筋梗塞等の心血管疾患対策を推進循環器病の予防や正しい知識の普及啓発急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	へき地医療	<ul style="list-style-type: none">県民が等しく適切な保健医療を受けることができるよう、県・市町、へき地医療支援機構、へき地診療所及びへき地医療拠点病院等が連携した各種施策の展開へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実化及びへき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化へき地の医療提供体制について、ICTの活用や民間医療機関との具体的な連携方策の検討
糖尿病	<ul style="list-style-type: none">生活習慣病の発症予防に関する普及啓発を図り、県民一人一人の主體的な健康づくりの取り組みを推進糖尿病の重症化を予防するため、糖尿病の診断時から各医療機能の切れ目のない医療の提供を目指し、かかりつけ医と専門的な管理を行う医療機関の連携による合併症の早期発見・重症化予防を推進	周産期医療	<ul style="list-style-type: none">基幹施設を中心とした重点化・集約化を推進産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアの推進分娩取扱医療機関の減少によりアクセスが悪化した地域への対策や、分娩を取り扱わなくなった場合における妊婦健診等の分娩前後の診療、セミオープンシステム等の活用促進
精神疾患	<ul style="list-style-type: none">精神科救急医療体制整備、自殺対策等を含む、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に基づく総合的施策の推進	小児医療	<ul style="list-style-type: none">症状に応じた小児救急医療体制の構築や茨城県子ども救急電話相談の充実各地域で必要な小児医療体制を維持できるよう、医療資源の重点化・集約化を推進医療的ケア児等への支援体制の充実
救急医療	<ul style="list-style-type: none">適切な患者を適切な施設に適切な時間内に搬送する体制と、患者の状態に応じた再搬送等を実施する体制の構築の検討救急医療情報システムの更新等による医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等の検討救急電話相談（#7119、#8000）の充実化や、市町村や関係機関と協力した県民に対する救急医療機関の適切な利用及びアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）に関する普及啓発の実施	在宅医療	<ul style="list-style-type: none">4つの局面（退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅での見取り）に対応した切れ目のない体制づくりを推進限られた人材を有効に活用するための多職種の効果的・効率的な連携体制の構築在宅医療への理解を深めるための広報・啓発

県民の命を守る地域医療 主な推進方針

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 各論 第1章 県民の命を守る地域医療の充実

項目	主な推進方策
公的医療機関等の役割	<ul style="list-style-type: none">➢ 医療機能の分担と連携を進め、公的医療機関等と地域の医療機関との相互協力体制を強化➢ 各公立病院が策定する「公立病院経営強化プラン」の円滑な実施への助言等の支援
県立病院の役割	<ul style="list-style-type: none">➢ 採算性等の面から民間医療機関では提供することが難しい、がんなどの高度・専門医療や救急医療、精神科医療、小児医療などの政策医療の充実に積極的に取り組む➢ 地域医療機関との機能分化・連携強化の推進➢ 医療人材を確保・養成するため、筑波大学の協力を得ながら、教育・研修体制を充実させるとともに、働きやすい環境を整備
筑波大学の役割（筑波大学と県との連携）	<ul style="list-style-type: none">➢ 本県唯一の医育機関として、医師の養成・確保、最先端医療のための研究・治験等を実施➢ 本件唯一の特定機能病院として、高度医療の提供及び研修等を実施する機能を備え、県内全医療圏との医療連携を実践
遠隔医療の推進	<ul style="list-style-type: none">➢ 適切かつ効果的な遠隔医療の実施に向けた医療機関に対する事例集や手引き書などの情報提供➢ 心疾患や救急分野など脳疾患分野に限らない幅広い診療科への利用の拡大
薬局機能の充実	<ul style="list-style-type: none">➢ 県薬剤師会と連携した、かかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発➢ 在宅医療への薬局の参画や夜間・休日等の対応を可能とする体制の整備
移植医療対策の推進	<ul style="list-style-type: none">➢ （公財）いばらき腎臓財団など関係機関と連携した、臓器移植等に関する普及啓発➢ 骨髄ドナー助成制度の活用促進
保健医療従事者の確保	<p>〔医師〕</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 県立高等学校等への医学コースの設置や医師による県内中学校・高等学校への訪問等により、大学入学前の早い段階で医学への興味と本県の医療状況への理解を深め、医学部進学者の増加を促進➢ 地域枠等の修学資金貸与制度の活用により、将来本県で確実に勤務する医師を養成➢ 地域枠医師等に対するキャリア形成プログラムの適用や、医師配置調整スキームを活用した県内外の大学等への医師派遣協力要請により、地域医療構想に基づく各医療機関の役割分担や連携の方針等を踏まえながら、医師の派遣を実施➢ 医師の時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、医療機関における時間外・休日の労働状況を把握するとともに、宿日直許可の取得や勤務時間の短縮に向けた取り組み等を支援 <p>〔歯科医師〕</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 患者の状況にあった適切な歯科口腔保健サービスが提供できるよう、研修会の開催など歯科医師の資質向上の取り組みを推進 <p>〔薬剤師〕</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 薬学部を有する大学への本県の病院薬剤師地域枠の設置及び修学資金貸与制度の活用による県内病院で勤務する薬剤師の確保➢ 病院合同就職説明会の開催支援など、関係団体と連携した病院薬剤師の採用活動の活性化 <p>〔看護職員〕</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 修学資金貸与制度を活用し、看護職員不足地域への就業促進や県内就業率の増加を促進➢ 看護職員定着促進コーディネーターの派遣や研修の開催による、看護職員の定着促進 <p>〔その他の医療従事者〕</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 需要と供給の動向、求人の状況及びタスクシフト／シェアの推進について、関係団体と連携しながら適切な運営を指導
医療安全対策等の充実	<ul style="list-style-type: none">➢ 県内医療従事者に対する医療安全研修会の実施など、医療安全意識の維持・向上を促進➢ 医療安全に係る体制の整備状況等に対する助言指導の実施
医療情報の提供等	<ul style="list-style-type: none">➢ 病院、診療所、助産所、薬局から報告のあった医療機能、薬局機能に関する情報の公表

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

高齢者 介護保険受給者の推移

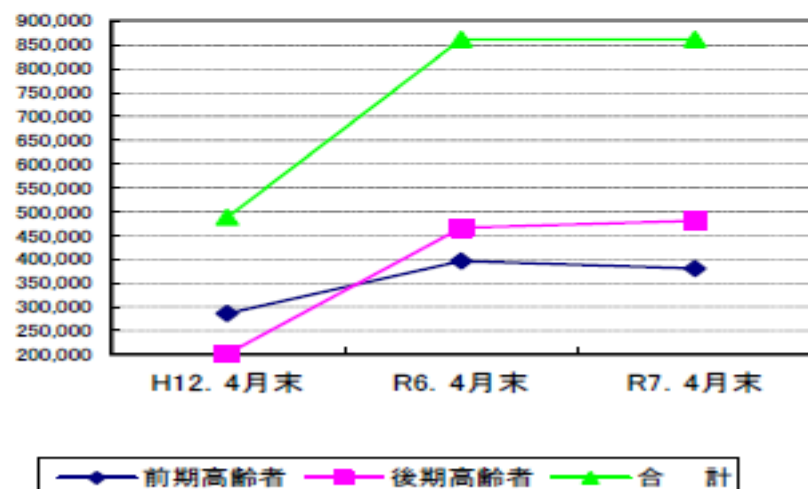
(1) 第1号被保険者数の推移

H12. 4月末とR7. 4月末を比較すると、第1号被保険者数は488,382人から861,617人に増加し、76.4%伸びています。また、前期高齢者の伸び32.8%に対し、後期高齢者の伸びは138.3%と大きくなっています。

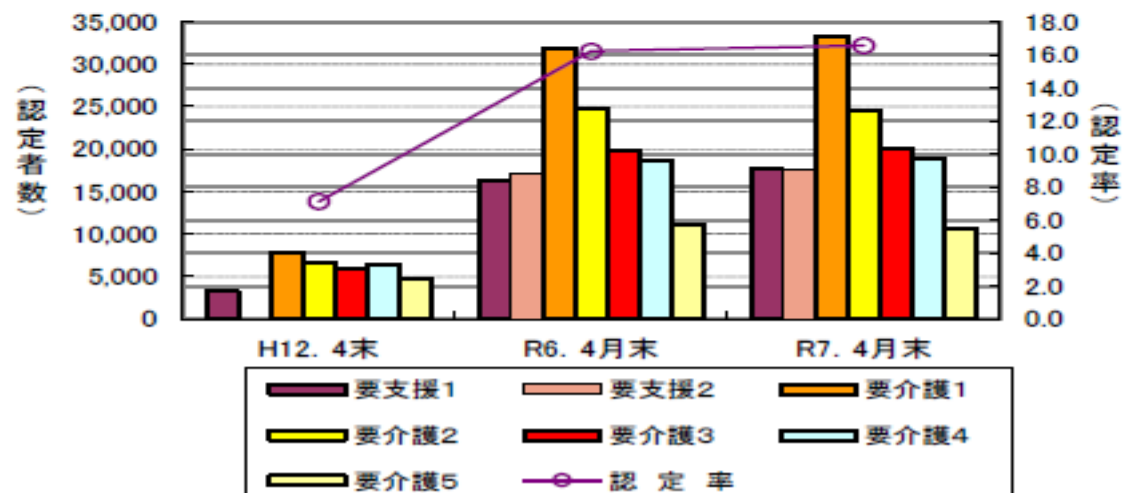
(単位: 人)

	H12. 4月末	R6. 4月末	R7. 4月末	(全国)(R7.4月末)
前期高齢者	286,476	395,984	380,510	15,053,480
後期高齢者	201,906	465,853	481,107	20,798,094
合 計	488,382	861,837	861,617	35,851,574

1(1) 第1号被保険者数の推移



1(2) 要介護等認定者数・認定率の推移



茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

要介護(要支援)認定率の推移

H12. 4月末とR7. 4月末を比較すると、この間、認定率が9.43ポイント上昇し、認定者全体に占める軽度(要支援1、要支援2、要介護1)の割合が、31.7% → 48.0%と大きく伸びています。また、全国(49.9%)と比較すると、本県は軽度の認定者の割合が低いという特徴があります。

(単位:人、%)

	H12. 4月末		R6. 4月末		R7. 4月末		(全国)(R7.4月末)	
	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
(第1号被保険者)	34,810	100.0	139,764	100.0	142,642	100.0	7,097,678	100.0
第1号被保険者内前期高齢者	6,624	19.0	14,665	10.5	14,237	10.0	647,733	9.1
第1号被保険者内後期高齢者	28,186	81.0	125,099	89.5	128,405	90.0	6,449,945	90.9
要支援1	3,285	9.4	16,335	11.7	17,618	12.4	1,053,588	14.8
要支援2	—	—	17,047	12.2	17,696	12.4	1,012,426	14.3
要介護1	7,749	22.3	31,900	22.8	33,224	23.3	1,472,188	20.7
小 計	11,034	31.7	65,282	46.7	68,538	48.0	3,538,202	49.9
要介護2	6,702	19.3	24,871	17.8	24,539	17.2	1,188,767	16.7
要介護3	5,967	17.1	19,913	14.2	20,088	14.1	919,772	13.0
要介護4	6,375	18.3	18,632	13.3	18,787	13.2	888,075	12.5
要介護5	4,732	13.6	11,066	7.9	10,690	7.5	562,862	7.9
認 定 率	7.13		16.22		16.56		19.80	
第1号被保険者内前期高齢者	2.31		3.70		3.74		4.30	
第1号被保険者内後期高齢者	13.96		26.85		26.69		31.01	
(第2号被保険者)	1,413	—	3,089	—	3,088	—	131,857	—
総 計	36,223	—	142,853	—	145,730	—	7,229,535	—

※認定率は、第1号被保険者のみ対象

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

介護サービス受給者の推移

認定者数の増加に伴って、受給者数も年々増加しています。特に、居宅サービス受給者の割合が大きく、認定者全体の56.0%となっています。

(単位:人、%)

	H12. 6月		R6. 2月		R7.2月		(全国)(R7.2月)	
	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
要介護(要支援)認定者数 A	39,158	100.0	142,058	100.0	144,853	100.0	7,197,845	100.0
居宅サービス受給者数 B	18,287	46.7	79,390	55.8	81,075	56.0	4,303,153	59.8
地域密着型サービス受給者数 C	—	—	16,567	11.8	16,716	11.5	916,047	12.7
施設サービス受給者数 D	11,080	28.3	26,012	18.4	26,385	18.2	959,270	13.3
未利用者 A-(B+C+D)	9,791	25.0	19,408	14.0	20,677	14.3	1,019,375	14.2

※データは、サービス月

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

介護給付費の支払い状況の推移

R1年度とR5年度を比較すると、給付費は、約173億円（約8.94％）増加しており、R5年度の介護保険計画に対する給付実績の割合は95.4％となっています。

（単位：百万円、％）

	H12年度		R1年度		R5年度		(全国)(R5年度)	
	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比
居宅サービス A	16,986	68.7	84,270	96.7	93,067	96.3	5,261,113	—
訪問介護	—	—	9,731	—	12,184	—	1,010,529	—
訪問看護	—	—	3,541	—	4,754	—	365,513	—
通所介護	—	—	23,936	—	24,770	—	1,166,147	—
短期入所生活介護	—	—	10,218	—	10,500	—	380,159	—
福祉用具貸与	—	—	5,598	—	7,254	—	381,553	—
その他	—	—	31,246	—	33,605	—	1,957,211	—
地域密着型サービスB	—	—	30,681	94.5	32,621	89.7	1,759,965	—
認知症対応型共同生活介護	—	—	13,795	—	14,295	—	676,880	—
その他	—	—	16,886	—	18,326	—	1,083,085	—
施設サービス C	37,842	85.6	78,701	100.8	85,277	96.8	3,254,714	—
合 計 A+B+C	54,828	79.6	193,652	98.0	210,965	95.4	10,275,792	—
対H12年度比			3.53		3.85			

※各居宅サービスはうち数
※特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、審査支払手数料を除く

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

居宅サービス 施設サービス 受給者・給付費割合

介護サービス受給者の居宅サービスと施設サービスの割合を比べると、R5年度では居宅サービス受給者が全体の78.6%を占めています。また、給付費の割合は、居宅の給付費が59.6%を占めています。

(単位: %)

	H12年度		R1年度		R5年度		全国(R5年度)	
	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費
居宅サービス	63.3	31.0	77.7	59.4	78.6	59.6	84.2	68.3
施設サービス	36.7	69.0	22.3	40.6	21.4	40.4	15.8	31.7

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

居宅サービス費 介護度別の利用限度額に対する利用率

居宅サービス費の利用限度額に対する利用率は、要支援1が最も高く、次いで要介護4と要介護5が高くなっています。

(単位:円、%)

	限度額	H12年度		R1年度		R5年度		R5年度(全国)	
		一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率
要支援1	50,320	29,088	47.3	26,605	52.9	28,205	56.1	28,040	55.7
要支援2	105,310	—	—	41,131	39.1	45,192	42.9	45,088	42.8
要介護1	167,650	52,684	31.8	57,538	34.3	60,137	35.9	59,100	35.3
要介護2	197,050	68,125	35.0	75,987	38.6	80,192	40.7	76,935	39.0
要介護3	270,480	94,366	35.3	114,408	42.3	123,737	45.7	117,809	43.6
要介護4	309,380	104,880	34.3	135,309	43.7	148,673	48.1	146,189	47.3
要介護5	362,170	116,765	32.6	151,597	41.9	172,265	47.6	179,454	49.5
加重平均	—	73,914	35.2	88,481	38.7	95,056	41.3	95,837	40.6

※一人当たり利用額は居宅サービスのうち、「訪問介護」「通所介護」「短期入所生活介護」の受給者数及び費用額で算定

※経過的要介護者を要介護1と仮定して試算

※H12年度の要支援の限度額は、61,500円

茨城県の介護保険の現状 2025年の姿

保険料 基準月額 ・ 保険料収納率

(1) 保険料(基準額(月額))

第8期に比べて第9期の保険料は、県平均で124円上がっています。全国では2番目に低い保険料です。

(単位:円)

	茨城県	最高額	最低額	全 国	最高額	最低額
第1期 (H12～H14) A	2,393	2,900	1,533	2,911	3,618	2,346
第2期 (H15～H17) B	2,613	2,971	1,926	3,293	4,957	2,613
第3期 (H18～H20) C	3,461	4,517	2,300	4,090	4,875	3,461
第4期 (H21～H23) D	3,717	4,375	2,900	4,160	4,999	3,696
第5期 (H24～H26) E	4,528	4,980	3,900	4,972	5,880	4,409
第6期 (H27～H29) F	5,204	5,980	4,500	5,514	6,267	4,835
第7期 (H30～R2) G	5,339	6,050	4,300	5,869	6,854	5,058
第8期(R3～R5) H	5,485	6,512	4,600	6,014	9,800	3,300
第9期(R6～R8) I	5,609	6,700	4,600	6,225	9,249	3,374
増 加 額 I-H	124	—	—	211	—	—

普通徴収の収納率は近年横ばいの傾向でしたが、H23年度と比較すると、R5年度は8.2ポイント上がっています。

(単位:%)

	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R5年度
全 体	98.3	98.2	98.3	98.3	98.4	98.4	98.5	98.8	99.2	99.2
普通徴収	83.5	85.5	84.9	85.1	84.8	85.0	85.7	87.2	91.6	91.7

	全国(R5年度)
全 体	99.4
普通徴収	93.8

※収納率は現年度分のみ

適切なケアマネジメント手法での 基本的ケアへの取り組みはお ひとりさまの健康と暮らしと終末期支援に有用

《基本ケア》

- I-1-2 現在の生活の全体像の把握
- I-1-3 目指す生活を踏まえたリスク予測
- I-1-4 緊急時の対応への備え
- I-2-1 本人の意思を捉える支援
- I-2-2 意思表示の支援と尊重
- I-2-3 意思決定支援体制の整備
- I-2-4 将来の見通しを立てることの支援
- III-1-1 支援を必要とする家族等への支援
- III-1-2 家族等の理解者を増やす支援
- III-1-2 本人を取り巻く支援体制の整備
- III-1-2 同意してケアに参画する人への支援

39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備

《疾患別ケア》

脳血管疾患Ⅰ期・Ⅱ期 大腿骨頸部骨折Ⅰ期・Ⅱ期
心疾患 Ⅰ期・Ⅱ期 認知症 誤嚥性肺炎の予防

具体的なケアプラン上の提案 例 (1表)

本人の望む暮らし：

今のアパートで妻の位牌を護り自由に暮らし続けたい。お酒を楽しみたい。
転ばないでトイレや入浴など身の回りのことは一人で安全に行っていきたい。
調理や洗濯も自分でできるようになっていきたい。気分良く暮らしたい。
車の運転はあきらめるが 時々買い物に出かけたい。
友人たちとの外食や買い物へ行くことは楽しみだ。これからも何か楽しみや変化のある暮らしをしたい。 気を遣うような交流の場はいきたくない。
体調が急に悪化した時に無理な医療を受けたくはない。妻と一緒に墓に入るつもりだ。

地域包括支援センターや支援チームの提案したい暮らし：

もともと自由気ままな暮らしでしたが、今後は支援者と話し合いながら入院せず健康に、無理なく、自分のペースで過ごしていただきたい。転ばずに自宅内では自由に過ごし トイレや入浴もひとりでできるようになってほしい。
外を安全に歩けるように練習して 体力や気力を保ち 支援者と一緒に買い物もできると良いですね。健康管理は大切です。今後のあらゆる事態を想定してご自分の意思 望みが叶う方法を考え準備すべき時と考え提案します

具体的なケアプラン上の提案 例 (2表)

ニーズ 解決すべき生活上の課題	長期目標 (参加の目標)	短期目標 (活動の目標)	支援内容 取り組みの内容
自宅内は自由に歩き トイレは一人になりたい	昼夜ともトイレは一人 でできる	昼間はトイレで排泄す る 自宅内を安全に歩く	歩行機能改善の取り組み 寝具・動線の工夫 トイレ周りの環境の検討整備 歩行 補助具の検討導入 ポータブルトイレの検討
自宅でゆっくり入浴できる ようになっていきたい	自宅で気分良く入浴 できる	支援下でひとりで入浴 できる 浴室周りの環境が整う	入浴行為自立の練習 体調管理 起居移動バランスの安定 浴室周りの環境の検討 入浴関連の便利な道具の検討
気軽に外出し 変化のある 暮らしをしていきたい	買い物や外食に気軽 に出かけ 外を1 k mほどは楽に歩く	3 0 0 mほどを杖で歩 くことができる 玄関周りの環境が整う	屋外歩行練習 外出関連動作の練習 家族支援 通いの場での交流拡大 屋外歩行補助具の検討 玄関周りの環境の検討・調整
家事も自分のペースで 安全に行えるようになりた い	調理・洗濯・掃除は 一人で行える	簡単な調理・洗濯もの の取り込みができる 家事の動線や道具が整 う	家事行為の練習・指導支援 健康に良い食事や水分を適切に摂る 家事周り動線や椅子等の工夫 便利で安全に使える道具の検討

具体的なケアプラン上の提案 例 (2表)

ニーズ 解決すべき生活上の課題	長期目標 (参加の目標)	短期目標 (活動の目標)	支援内容 取り組みの内容
無理な医療・延命処置は受 けたくないが、体調良く健 康に過ごしたい	本人の意向に応じた 医療を受けることが でき入院せずに過ご す 人生の終盤時期に向 けて意思表示ができ る	健康管理ができる 一時的治療の入院時退 院時も困らないような 準備が整う	
自宅で最期まで暮らし続け たい 妻と一緒に墓で眠り たい	様々な事態でも、支 援がスムーズに受け られる 大往生後の対応体制 が整う	身元保証や後見の制度 を知り、自分に一番良 い制度の活用へ向かう	
人生を気持ち良く全うし その後のこともひとに迷惑 をかけずにすっきりしたい	自分らしく 活動的 に暮らす 適切な支援者や支援 の制度とのつながり が深まる	金銭的な見通しがあり 困らない 財産や大切なものの行 く末についても自分の 考えを述べる	

具体的なケアプラン上の提案 例

(3表・支援経過)

朝起きたら 適切な水分を摂る 朝食後。夕食後の服薬を明記する

1 0 時・2 時には教えられた効果的な運動を3 0 分取り組む

安全に行えるためにピックアップウォーカーを活用して取り組む 等

家事の取り組み時間帯も検討・・・まずは支援下で徐々に自立という視点も大切

トイレ排泄の時間帯 特に夜間の排泄状況は重要

緊急事態の予測と対応 連絡方法 入退院 手術等の予測される事態への対応

通いの曜日 時間の他の日の過ごし方 友人等インフォーマルな支援の

タイミングや内容・大切さ を表出できるか

週単位外の支援内容に 身元保証の検討・緊急時の避難先・避難支援者・福祉機器活用・生活支援体制の検討や決定 等を明記し

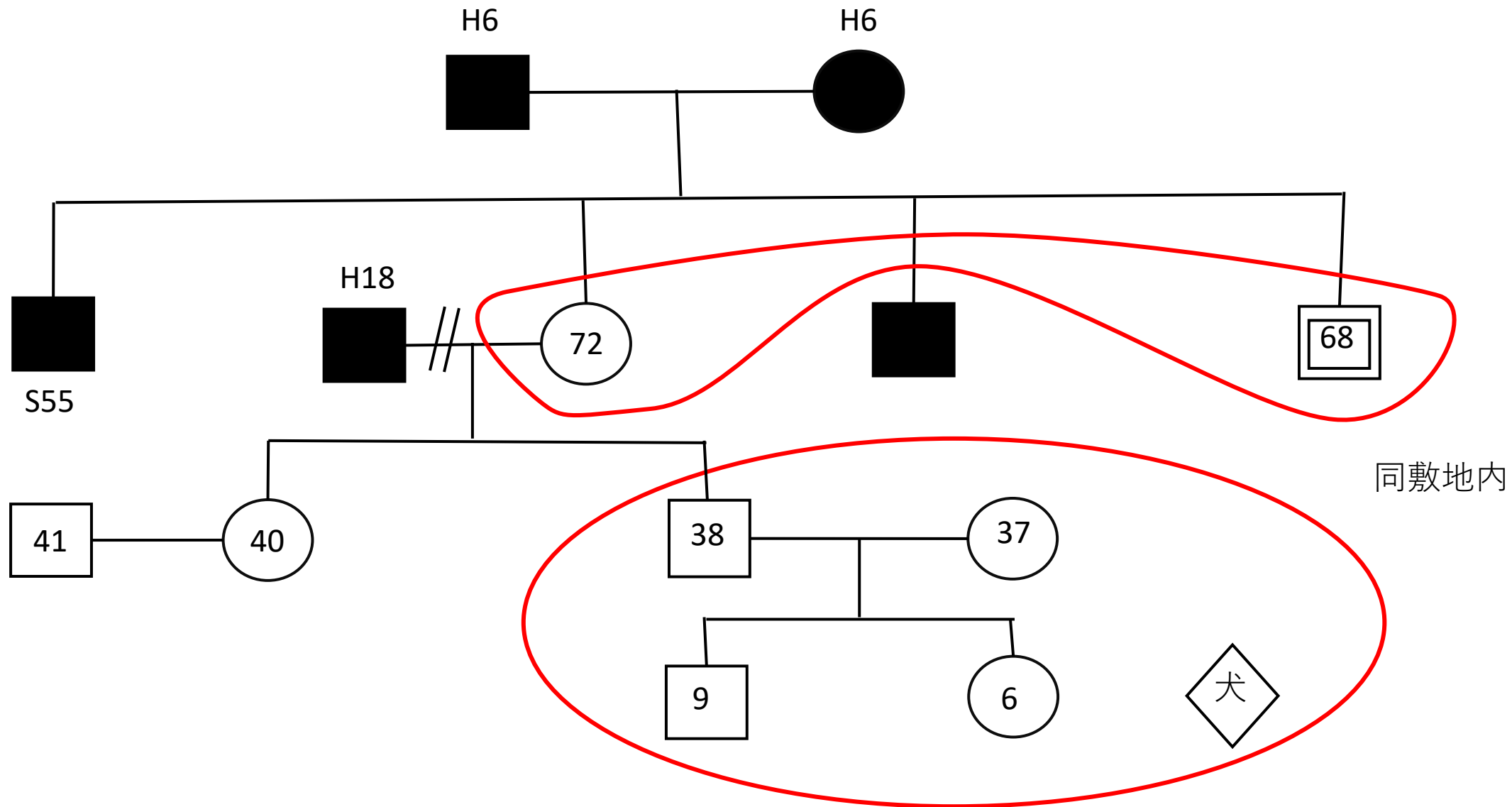
モニタリングにて進捗を確認する 柔軟な変更が状況に応じてできる 等の視点をもつ

おひとりさまの老年期生活 終末期支援の 予測と準備の視点を！

ジェノグラムを活用して家族等の支援や これまでの人生を把握する過程は重要

- ・ 男女：男性が左、女性が右 少なくとも3世代にわたって記載
- ・ 年齢：年の差カップル、年上女房、出産した年齢などが分かる 親の世代の没年
親の世代をどうみおкуったのか 介護体験は重要なので把握する
- ・ 故人：亡くなった時の年齢や没年（平成○年）も記入する
- ・ 夫婦（結婚、別居、離婚など）
離婚は二重線で表記、原則として子どもを引き取らなかった親の近くに加える
別居は斜線1本を加える
- ・ その他：一卵性双生児、養子、妊娠中、人工授精、単身赴任、ペットなど
出身地・教育歴・仕事歴・宗教・趣味・友人・なじみの場や店等 支援のヒントとなる

ジェノグラム (例)



家族システムの理解は重要で基本

- ・システムとは

- 「互いに影響を与え合う要素で構成された集合体」

- 例) ・人間の細胞や体

- ・家族、学校、職場

- ・地域社会、国

※ 私たちは何らかのシステムに属し、その中で役割をもち、他の要素とコミュニケーションをとりながら、互いに影響を与えあっている。
おひとり様も生まれた時からおひとりではなかったし
おひとり様具合 価値観は様々で 人生の旅路にいろいろな
いきさつがある

家族システムの3つの視点(P256)

①構造の視点（サブシステム、境界、階層性）

②発達の視点

③機能の視点

①構造の視点（サブシステム）

サブシステムとは？

- ・家族システムは、いくつかの意味を持つ関係で結びついたサブシステム（親子、夫婦、兄弟など）から構成される。それぞれが独立して機能しますが、全体が連動して機能することもある。

広い意味での家族構成員のまとまり

いとこ会・祖父母の法事に出る人たち・地域の親戚
親族・一族

①構造の視点（サブシステム）

- 日本の場合、親子サブシステム（特に母子）が強く、
相対的に夫婦サブシステムが弱いと考えられている
- 少子化の影響で重要な機能をもつ同胞サブシステムが形成できない
家族も少なくない
- それぞれのサブシステムが機能しているか、発達の経過の中で機能
してきたかを確認すること

①構造の視点（境界）

境界（バウンダリー）

- ・ 外的境界：家族システムとそれを取り巻く社会に区別
- ・ 世代間境界：夫婦サブシステムと同胞サブシステムの間に介在する
価値観の違い 優先することが違う 対立となってしまうことも
- ・ これらの境界が明確でなく、システム外の人間に境界が侵された場合にサブシステムが機能不全となり問題が生じることがある

①構造の視点（階層性）

階層性（パワー）

- ・それぞれの家族成員におけるパワー配分、父親、母親を上位とするパワーの階層関係から、家族システム内の階層性が形成されている
- ・時に親の役割をする子は、年齢以上の責任・能力・自律性を発展させることにつながる
- ・ケアラー支援においては家族構造の察知が重要

②発達の視点 (変化してきた経緯)

- 家族は長期にわたって発達しながら存続し、家族を構成する同士は緊密な強い家族関係にあり、人数の増加や状況に合わせ、新たな変化もあり、進退はこの時期に家族の変化が起る。良い変化が多い
家族関係の変化は支援にあたることが多い

- 発達段階のどの時期にあたるのか
- 一般的にどのような課題やストレスを抱えているのか
- どの段階から どんないきさつで おひとり様なのか
その各段階でどんな気持ちやトラウマを抱えてきたのか
- 誰の提案には耳を傾けるのか
権威か？ 筋道か？ 親密か？ 利益か？

家族の発達段階

- 婚前期・・・婚前の二者間の確立の時期
- 新婚期・・・結婚による双方の出生家族からの自立と関わりの維持
- 養育期・・・育児という新たな役割の獲得（二者から三者への変化と生活の再構築）
- **教育期**・・・前期学童期の子を持つ時期：子の社会性の発達と地域社会とのつながりが強化
後期学童期の子を持つ時期：子の独立（自由と責任）を認め、親子関係の変化
- 分離期・排出期・・・子の自立と移行（巣立ち）への配慮：心理的な移行過程
- **充実期・老年期**・・・夫婦二人暮らしの時期
- **完結期・孤老期**・・・配偶者を失った後の時期

役割構造

- **役割構造**

家族の相互関係において、誰がどのような役割を分担しているかをいう

- **役割期待**

認知される暗黙の期待（夫や妻としての役割、親子関係など）

お互いに期待している役割を遂行していると認知している状況を役割期待が成立している状態と考え、関係性が安定している状態と捉える

充実期・老年期

- ・ 夫婦二人暮らしの時期
- ・ 夫婦が新たに出会い直し、**夫婦の関係性を強化する**
- ・ 世代的な役割の変化の受容
- ・ **加齢に伴う様々な変化を受け入れ、無理のない新たな生活スタイル、家族的、社会的役割の構築**
- ・ 地域活動に参加し、これまでの豊かな生活経験を社会的に生かす
- ・ **子どもの配偶者やその親族などの新たな関係を構築する**
- ・ **老親の介護問題（老化や死）への対応に夫婦で取り組む**
- ・ お互いに年老いた配偶者・友人等のつながりで暮らしていくという現実から
改
めて夫婦の親密性の課題に向き合うことになる

完結期・孤老期

- 配偶者等を失った後の時期
- 配偶者等を失った喪失との折り合いをつけつつ生きる
- 一人暮らし、若しくは新たに同居しはじめる子らとの生活への適応、生活設計　ひとりで老いて生活が縮小していく方々も多い
- 配偶者、兄弟友人の死の受容と自らの死の準備
- 他者からの支援を受ける良い体験を通じ、
自身の社会とのつながりの維持拡大をすることができる
- 人生の終盤・終末を意識して終活を開始する人たちもいる
- 適切な支援を受けて　自分の終末期に起こり得る様々な事態・
状態を認識し　意思の醸成・意思の表明ができる人々も増えている

さて 身寄りのない人の支援ですが・・・

そもそも身寄りがないひととは？

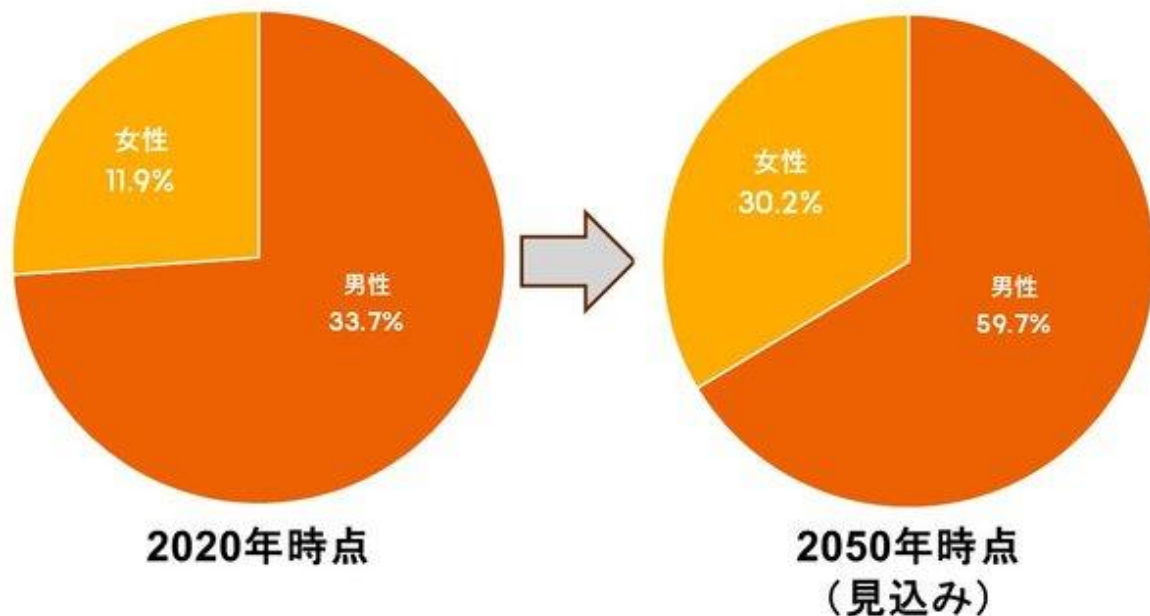
「子どもや兄弟姉妹など、いざというときに頼れる親族がいない」状態を指します。民法において“親族”と定義される関係の身内が存在したとしても、その人と連絡が取れなかったり、助け合う関係になかったりする場合は、「身寄りがない」と表現されるのが一般的です。

「親族の有無に関わらず、現時点で頼れる身内がいない」状態を「身寄りがない」と定義し、その問題点や対処法を考えておくことが重要ですが、親族の有無は保証関係・葬儀埋葬関係・相続関係 の事態では重要になるので状況把握しておきたいですね

身寄りのないひとってどのくらいいるのでしょうか？

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）－令和6（2024）年推計－」

身寄りのない高齢者の割合
（65歳以上かつ未婚の独居世帯の割合）

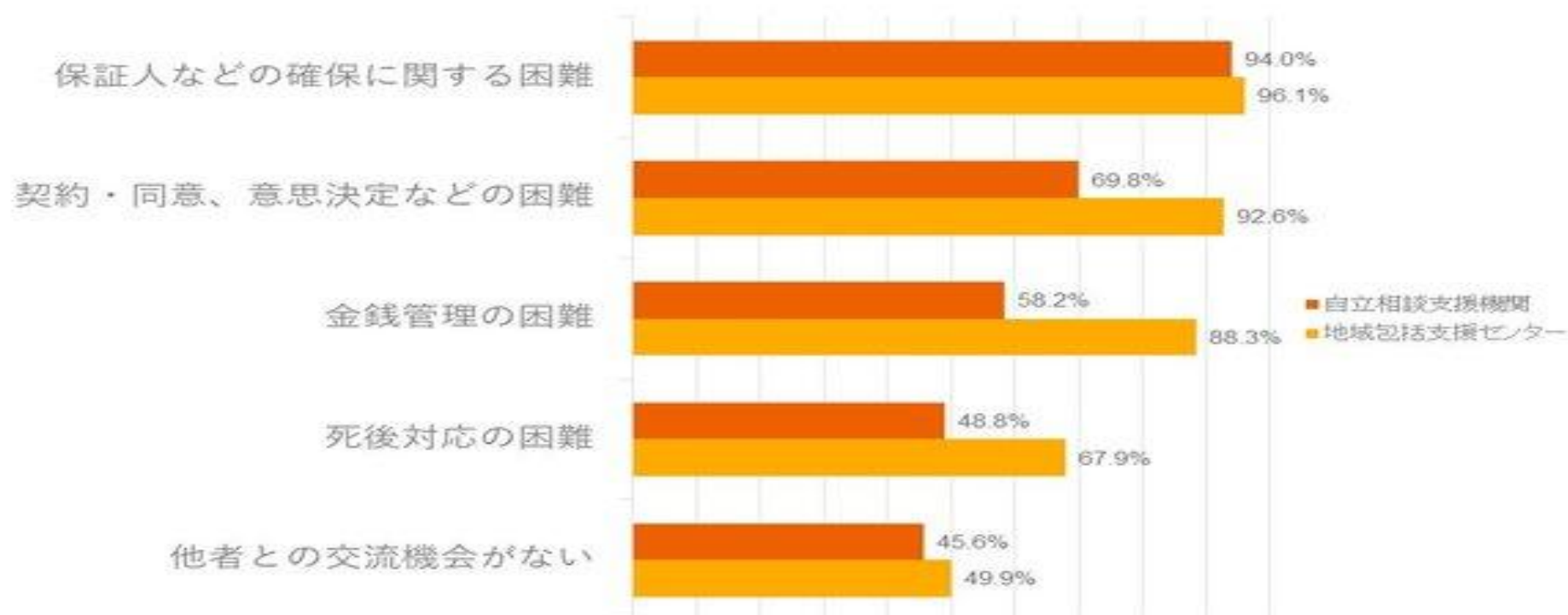


2020年現在、65歳以上の独居世帯のうち、未婚の割合は、男性が33.7%、女性が11.9%。
65歳以上の一人暮らし世帯の約1～3割が、離れて暮らす子や孫もいない「身寄りのない高齢者」。
推計では、2050年には65歳以上の独居世帯の未婚率が男性で59.7%、女性は30.2%にまで上昇見込み。身寄りのない高齢者が増え続ける。
老々介護 認知症の配偶者 障害のある子ども引きこもりの子供 との世帯は身寄りとしての頼りにはなりにくく 課題が・・・

身寄りのない高齢者の課題



身寄りのない高齢者の問題点



自立相談支援機関 (N=533) 、地域包括支援センター (N=700) 複数回答

身寄りのない人の支援課題

保証人がいない

保証人とは、緊急時の連絡先として、いざというとき本人に代わり金銭的な保証や意思決定、身柄の引き受けなどの対応を行う人のことを指します。賃貸借契約や施設・病院等への入居・入院といった場面でこの保証人になれる身寄りがいないために、**手続きが進められないケース**は少なくありません。

契約の同意などが困難になる

認知症等で意思疎通が困難になってしまった際、賃貸借契約や施設入居、病院への入退院等に関わる契約そのものが、自分だけでは難しくなりがち
民法3条の2において、「法律行為の当事者が意思表示をした時に意思能力を有しなかったときは、その法律行為は、無効とする」と定められている。
代わりに契約などを任せられる親族がいない場合、必要な契約を自身で行っても、**意思能力を有しないと判断されれば、その契約が無効となる恐れが**

出典：民法第二章第二 **金銭管理ができない**

判断能力が落ちたり、認知症を発症したりと、自身の金銭管理がうまく行えなくなる点も、身寄りのない高齢者が抱える問題。
「計画性が低下して年金を支給と同時にすべて使ってしまう」「預貯金のおし入れや請求書の支払いが行えない」などのトラブルもあり得る。
また、身近に相談先がないことで、**高齢者を狙った悪徳商法や特殊詐欺などの被害に遭うリスク**も高まります。

没後の対応を行ってくれる人がいない

自身の没後、死後事務や遺品整理、葬儀などを担う人がいないという点、身寄りのない多くの高齢者が不安に感じる問題です。
遠い親戚などに迷惑をかけたくない、という想いを抱えている方もいらっしゃるでしょう。
信頼できる身寄りがいないと、**自身の財産が意図しない形で承継される恐れ**もあります。
死後事務について望む形がある場合、それを実現するための対策をあらかじめとっておかなければなりません。

他者との交流機会がない

身寄りがいない高齢者は、**人や地域との関係性が希薄になりやすい**という問題もあります。
他者との交流機会が減ることによって具体的には健康状況悪化時の対応ができない 異常の発見が遅れる 心理的に不安となるといったデメリットが生じがちです。
これらの問題を避けるためには、元気なうちから、できる限り人との関わりを保つ生活環境を準備しておく必要があるでしょう。

地域課題としての 身寄りのないひと支援の検討

身寄りのない高齢者等の抱える生活課題への対応に向けた 論点① 地域ネットワーク・相談体制の充実に向けた取組の推進

現状・課題

- 世帯数の推移を見ると、高齢者単身世帯はさらに増加し、2050年頃には全世帯のうち5世帯に1世帯が高齢者単身世帯になることが想定されている。こうした世帯構成の変化に伴って、身寄りのない高齢者等の増加が見込まれる。
- 特に、身寄りのない高齢者等への生活課題については、地域の適切なつなぎ先が明確化されていないことなどにより、現在でも、ケアマネジャー等が法定外業務（いわゆるシャドウワーク）として実施せざるを得ないケースも増加。ケアマネジャーがその専門性を発揮し、個々の利用者に対するケアマネジメント業務に注力できるようにすることが重要である中で、地域課題として地域全体で対応を協議することが必要。
※ 上記については、ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理（令和6年12月）でも指摘されている。
- 各市町村においてこのような議論を進める場の一つとして地域ケア会議があり、この枠組みを更に活用することが考えられる。地域ケア会議では、現状でも、個別会議と推進会議を適切に連携させ、身寄りのない高齢者等に係る議論が行われるケースも出始めているが、その機能を一層高め、具体的な対応策や必要に応じた資源開発など、実効的な課題解決につながる取組の推進が考えられる。
- 具体的には、身寄りのない高齢者等が抱える課題としては、生活支援、財産管理、身元保証、死後事務などが挙げられるが、こうした課題に対応するにあたっては、地域ケア会議などを活用してケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となって地域課題として必要な資源を整理すること（朝来市の例）に加え、地域の多様な主体による取組（出雲市の例）、民間サービス（岡崎市の例）、身寄りのない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（新設について福祉部会において検討中）、生活困窮者居住支援事業、成年後見制度などの公的な仕組みといった、必要な関係者・関連事業につなげていくことが考えられる。
- こうした地域ケア会議の活用や相談体制の整備等に当たっては、生活圏域の高齢者のニーズをきめ細かく把握している地域包括支援センターの役割が非常に重要であるが、こうした取組を主導するに際して、業務量過多、地域での連携機関の不足といった課題が指摘されている。地域包括支援センターが地域での役割を発揮できるようにする観点から、地域包括支援センターの業務の多くを占める介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの業務の在り方についても、併せて整理することが考えられるか。

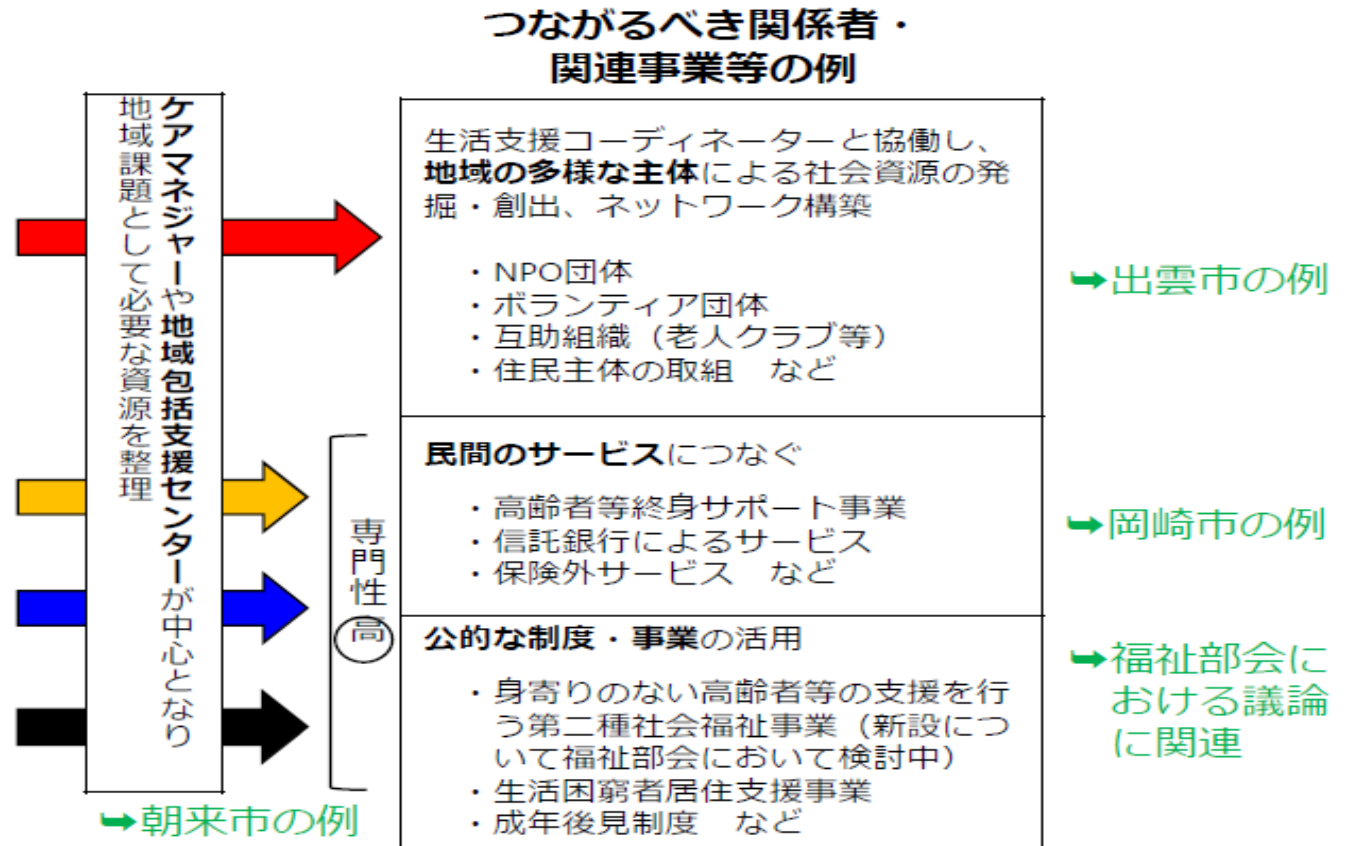
地域課題としての 身寄りのないひとと支援の検討

身寄りのない高齢者等が抱える課題の解決に際してつなげるべき関係者・関連事業等の例

- 身寄りのない高齢者等が抱える課題として、生活支援、財産管理、身元保証、死後事務などが挙げられる。
- こうした課題の解決方法としては、地域ケア会議などを活用してケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となって地域課題として必要な資源を整理することに加え、地域の多様な主体による取組、民間サービス、公的な制度・事業（身寄りのない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（新設について福祉部会において検討中）、生活困窮者居住支援事業、成年後見制度）など、必要なニーズに対応した関係者・関連事業等につなげていくことが考えられる。

身寄りのない高齢者等が抱える課題の例

生活支援	・ 通院の送迎・付き添い
	・ 買い物の同行、物品購入
	・ 日用品や家具の処分
	・ 介護保険サービス等に係る手続きの代行
財産管理	・ 定期的な収入（年金等）・支出（公共料金等）に係る手続き代行
	・ 生活費の管理
	・ 財産の保存、管理、売却等に係る手続き代行
身元保証	・ 入退院・入退所時の手続き支援
	・ 緊急連絡先の指定の受託、緊急時の対応
死後事務	・ 死亡や火葬に係る手続き代行
	・ ライフラインの停止に関する手続き代行
	・ 残置物などの処理に係る手続き代行
	・ 墓地の管理・撤去に係る手続き代行



※ 「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理」（令和6年12月）
及び 総務省行政評価局「身元保証等高齢者サポート事業における消費者保護の推進
に関する調査結果報告書」（令和5年8月）もとに整理

地域課題としての 身寄りのないひと支援の検討

身寄りのない高齢者等を支える地域での取組例

- 身寄りのない高齢者等を支えるための方策として、地域包括支援センターやケアマネジャーにより抽出された地域課題を地域ケア会議で検討し資源を見える化・活用、生活支援コーディネーターが中心となり住民団体のネットワーク構築を促進、民間事業者等との官民連携を通して身元保証・生活支援・死後事務などのサービスを提供する事業を創出、といった取組が行われている。

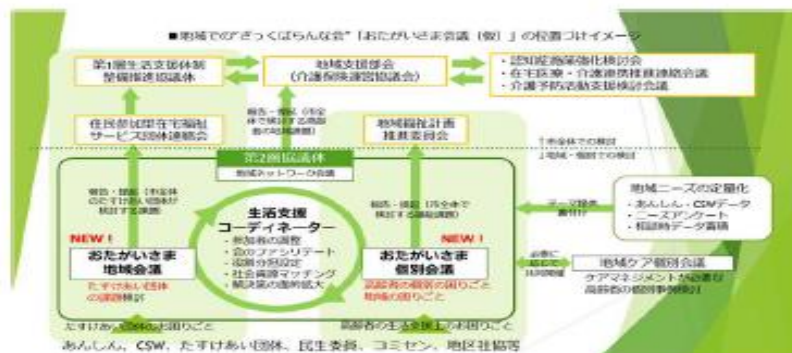
地域包括支援センター・ケアマネジャー主導型の取組（兵庫県朝来市）

- ケアマネジャーの困りごとの中から身寄りのない高齢者への支援が地域課題として挙がり、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が中核となって、身寄りのない高齢者に関する課題を検討するワーキングを地域ケア会議の中に設置。
- 主任ケアマネジャー、司法書士、医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等の多分野の関係者による議論を経て、「身寄りのない人を支える資源マップ」を作成。困りごとに応じた制度・資源の例や活用ポイントが整理されており、相談支援時に活用。



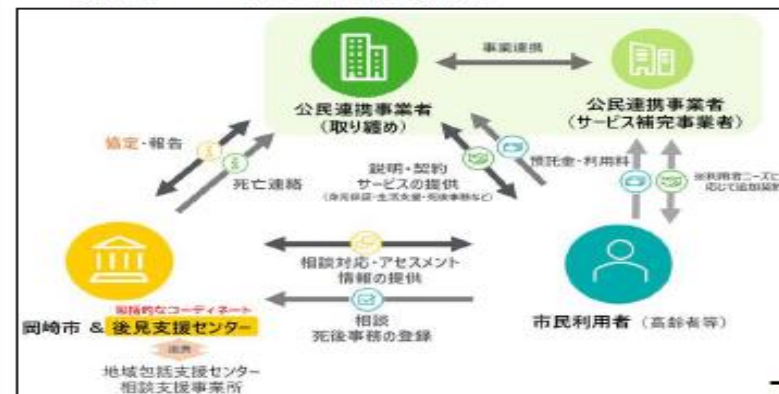
住民主体型の取組（島根県出雲市）

- 独居高齢者や身寄りのない高齢者の増加に伴い、生活支援ニーズに応えていくためのボランティアの役割の重要性や、たすけあい活動を通じた社会参加・介護予防としての効果にも着目。
- 地域の住民間で高齢者等を支え合う互助団体が市内に17団体存在し、家事支援や通院付添い等の活動を実施（利用料500～1400円/時）。
- こうした団体の強みを活かしつつ、今後の担い手確保などの課題に対応できるよう、市が団体の連絡会や地域ケア会議を連動させる体系を整備し、住民主体団体の取組を支援するとともに、生活支援コーディネーターを中心とした高齢者等にかかる個別課題解決の場づくりを推進。



官民連携型の取組（愛知県岡崎市）

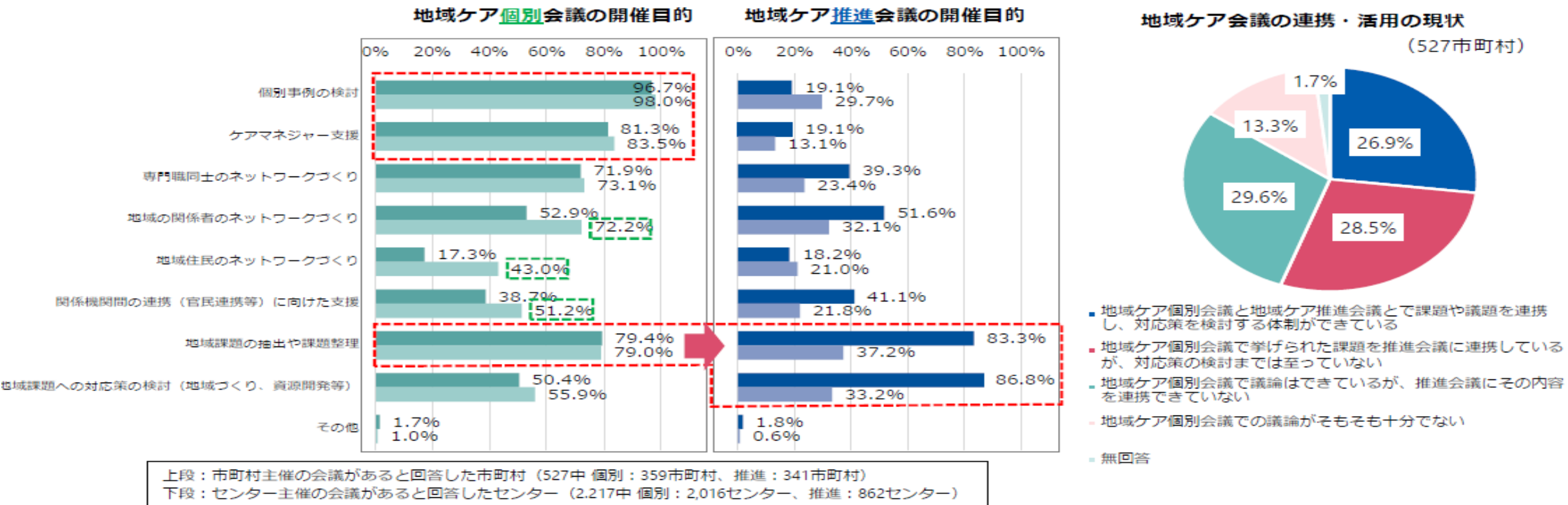
- 多様化する社会課題や市民ニーズに対応するため、公共サービスを行政のみでなく、民間事業者等を含めた多様な担い手との連携による良質かつ効率的なサービスの提供を目指し、金融機関をコアメンバーとする「岡崎市SDGs 公民連携プラットフォーム」を設置。
- 終末期の支援をパッケージで提供するため、本プラットフォームのスキームを活用し、「終活応援事業」を創設。
- 居住支援法人や法律事務所、司法書士事務所母体の法人、葬儀社などの民間事業者と岡崎市とで協定を締結し、市民の求めに応じて必要なサービスの情報を提供。



地域課題としての 身寄りのないひと支援の検討

地域ケア会議の現状と課題 ～会議の開催目的、個別会議・推進会議の連携～

- 地域ケア個別会議では個別事例の検討やケアマネジャー支援を目的とした会議が多く開催されており、**地域課題の抽出・整理**も広く実施されている。そこから抽出された課題が地域ケア推進会議につながり、**対応策の検討**へつながっていることがうかがえる。
- センター主催の地域ケア個別会議では、**住民を含めた地域のネットワークづくり**や**関係機関間の連携に向けた支援**を目的とするものも多く、より地域に根ざした会議が実施されていると考えられる。
- 地域ケア**個別会議と推進会議を連携**させることができている市町村は**半数程度**となっており、**さらに対応策を検討する体制ができていると回答したのはそのうちの半数**。

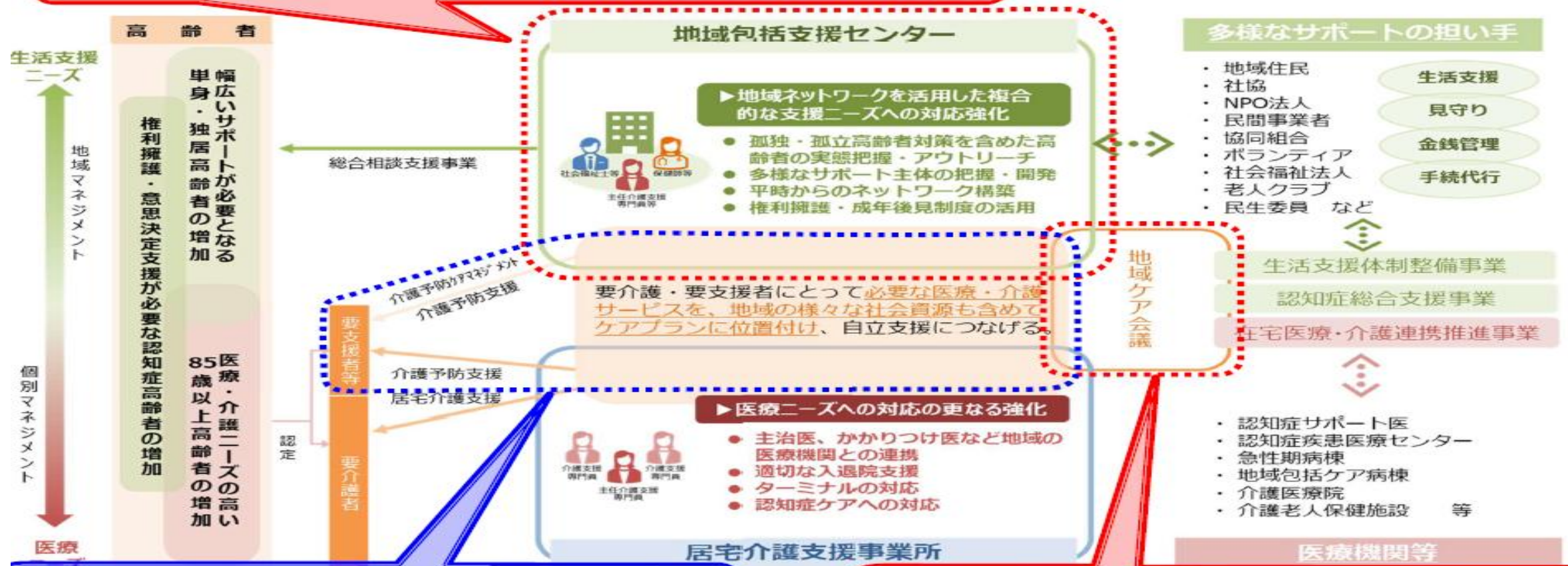


出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業及び地域ケア会議のあり方とそれを担う地域包括支援センター及び地域の関係者・関係機関の役割等に関する調査研究事業」（PwCコンサルティング合同会社）※中間結果をもとに厚労省にてグラフ作成 ※市町村票：1,741中527市町村が回答（回収率30.3%）、地域包括支援センター票：2,217センターが回答

地域課題としての 身寄りのないひとと支援の検討

複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための
相談体制・ケアマネジメント体制の整備

論点①-i 身寄りのない高齢者等に対する相談窓口の明確化等



論点①-ii 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの在り方の見直し

論点①-i 身寄りのない高齢者等への支援に資する地域ケア会議の活用推進

後見人の課題 身元保証の課題

・日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が 不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う

- ・ 判断能力が不十分な方（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等であって、日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための情報の入手、理解、判断、意思表示を本人のみでは適切に行うことが困難な方）
- ・ 本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる方

援助の内容 本事業に基づく援助の内容は、次に掲げるものを基準とします。

- ・ 福祉サービスの利用援助 ・苦情解決制度の利用援助 ・住宅改造、居住家屋の貸借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出等行政手続に関する援助等
上記に伴う援助の内容は、次に掲げるものを基準とします。
- ・ 預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理（日常的金銭管理）
- ・ 定期的な訪問による生活変化の察知

手続きの流れ

- ・ 利用希望者は、実施主体に対して申請（相談）を行います。
- ・ 実施主体は、利用希望者の生活状況や希望する援助内容を確認するとともに、本事業の契約の内容について判断し得る能力の判定を行います。
実施主体は、利用希望者が本事業の対象者の要件に該当すると判断した場合には、利用希望者の意向を確認しつつ、援助内容や実施頻度等の具体的な支援を決める「支援計画」を策定し、契約が締結されます。なお、支援計画は、利用者の必要とする援助内容や判断能力の変化等利用者の状況を踏まえ、定期的に見直されます。

※契約内容や本人の判断能力等の確認を行う「契約締結審査会」及び適性を確保するための監督を行う第三者的機関である「運営適正化委員会」を設置することにより、契約による事業の信頼性や的確性を高め、利用者が安心して利用できる仕組みとなっています。

利用料

- ・ 実施主体が定める利用料を利用者が負担します。（参考）実施主体が設定している訪問 1 回あたり利用料 平均 1, 2 0 0 円
- ・ ただし、契約締結前の初期相談等に係る経費や生活保護受給世帯の利用料については、無料となっています

後見人の課題 身元保証の課題

法に基づく 後見制度の活用

民間組織による後見制度の活用

社会福祉士等による後見制度の活用

任意の市民後見制度の活用

没後の課題

寄りのない人が亡くなった場合、自治体が葬儀や遺体の引き取りを行い、
遺品整理や相続手続きも進められます。

- **1. 遺体の発見と通報**

身寄りのない人が亡くなった場合、遺体はしばしば放置され、近隣住民の通報 ときには介護支援専門員等によって発見され

ます。自宅で亡くなった場合、警察が自治体に連絡し、病院で亡くなった場合は病院が直接連絡します。

- **2. 自治体の対応**

- 自治体は、遺体を一定期間保管し、相続人や親族を探します。見つからない場合、自治体が火葬および埋葬を行います。これは「墓地、埋葬等に関する法律」に基づいています。

- **3. 葬儀の手配**

- 身寄りがない場合でも、葬儀は行われます。血縁関係のある人がいない場合、自治体が葬儀を手配することが一般的です。また、近隣住民や友人が葬儀に関与することもあります。

- **4. 遺品整理**

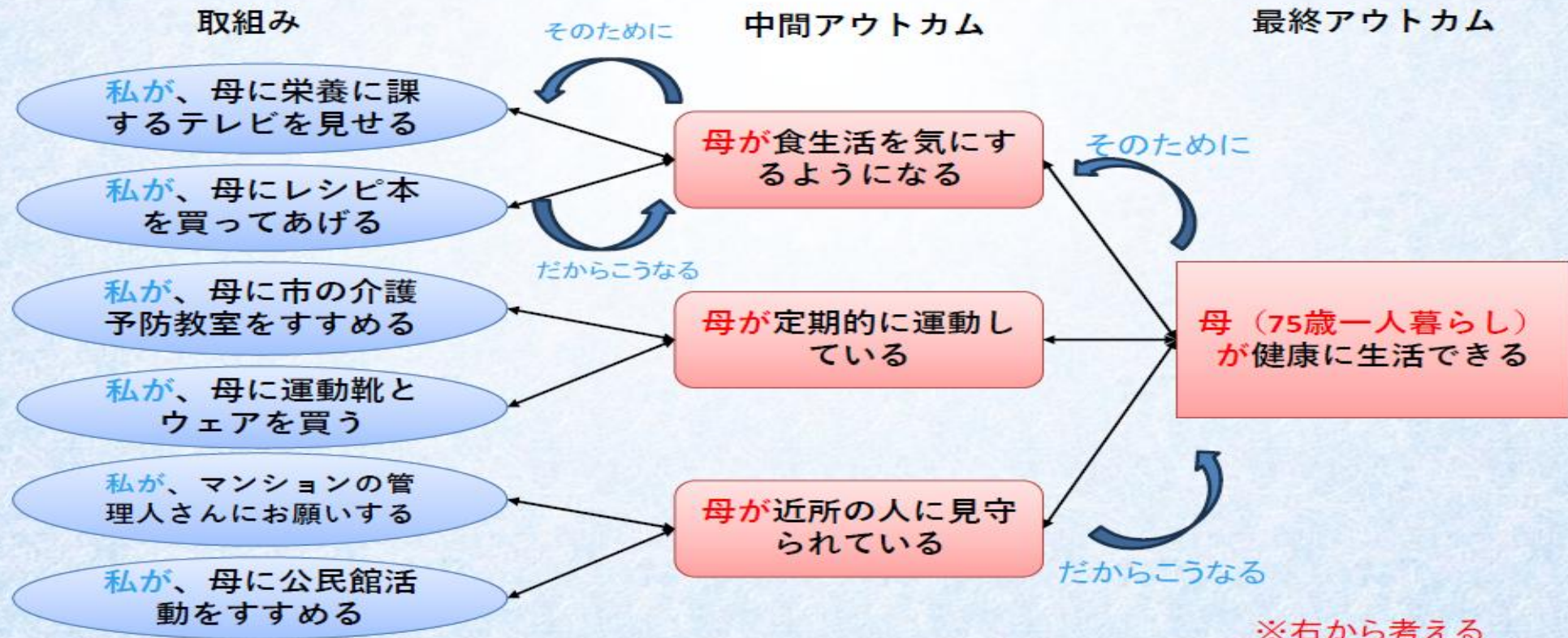
- 遺品整理は、身寄りのない人が亡くなった場合、誰かに頼む必要があります。死後事務委任契約を結ぶことで、遺品整理を依頼することができます。

- **5. 合葬墓への納骨**

- 身寄りのない人は、引き取り手がいない場合、合葬墓に納骨されることが一般的です。合葬墓は、複数の遺骨をまとめて納骨する形式であり、親族が後から引き取ることはできません。

さて
皆さんの地域圏域 この課題どうなっているのでしょうか
どうして行ったらよいでしょうか 一緒に考えてみたい

ロジックモデルはアウトカムから考える



ロジックモデルを参考に・・・

例えば

ひとりでも健康管理ができる

お金のことで生涯困らない使い
方ができる

体調を崩しても自宅で療養がで
きる

お金のことで生涯困らない使い
方ができる

入退院で困りごとなくスムーズ
に在宅療養に戻れる

おひとり様
身寄りのないひと
桜川市で 自分らしく
最期まで健康に
過ごし続けることが出来て
自宅で旅立てる

