事業マネジメントの基本的考え方と進め方

−2040年への備えと地域共生社会の実現に向けて−

（内容）

1．介護保険制度見直しの方向性と求められる事業マネジメント力の向上
2．効果的な計画の策定および遂行を促進するための主な対策について
3．事業のあるべき展開方法と現状
4．現在の展開方法をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント
5．第9期計画の策定に向けて

令和5年6月27日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター　川越雅弘

１. 介護保険制度見直しの方向性と
求められる事業マネジメント力の向上

介護保険制度見直しの全体像
（介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見(R4.12.20)」より）

Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・促進

1．生活を支える介護サービス等の基盤整備

「ニーズに応じたサービス提供体制の確保」のためのマネジメント

- 地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備
- 医療・介護連携等
- 介護情報利活用の推進
- ケアマネジメントの質の向上
- 住まいと生活の一体的支援
- 科学的介護の推進

「効果的な事業展開」のためのマネジメント

2．様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

- 総合事業の多様なサービスの在り方
- 認知症施策の推進
- 通いの場、一般介護予防事業
- 地域包括支援センターの体制整備等

3．保険者機能の強化

- 保険者機能強化推進交付金等
- 要介護認定
- 給付適正化／地域差分析

Ⅱ　介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1．介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

1）総合的な介護人材確保対策
2）生産性向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現

2．給付と負担

1）高齢者の負担能力に応じた負担の見直し
2）制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し
3）被保険者範囲／受給者範囲

出所）厚生労働省：社会保障審議会介護保険部会：介護保険制度の見直しに関する意見（令和４年12月20日）より作成

２. 効果的な計画の策定および遂行を促進するための主な対策について

１）事業の展開手順(＝PDCAサイクル)の整理

厚生労働省が示すPDCAサイクルとは

〇マネジメントとは「様々な資源を活用して、現状をめざす姿に近づける行為」のこと。
〇PDCAサイクルとは、現状をめざす姿に近づけるための継続的な取組の「手順」のこと。

マネジメントの基本構造

①目指す姿
（地域、体制など）

⑦「指標」は、対策によって，現状がめざす姿にどの程度近づいたかを確認するためのもの。

④複数考えられる対策の中から，より効果的な対策を選択するために現状を引き起こしている「要因分析」を行う。

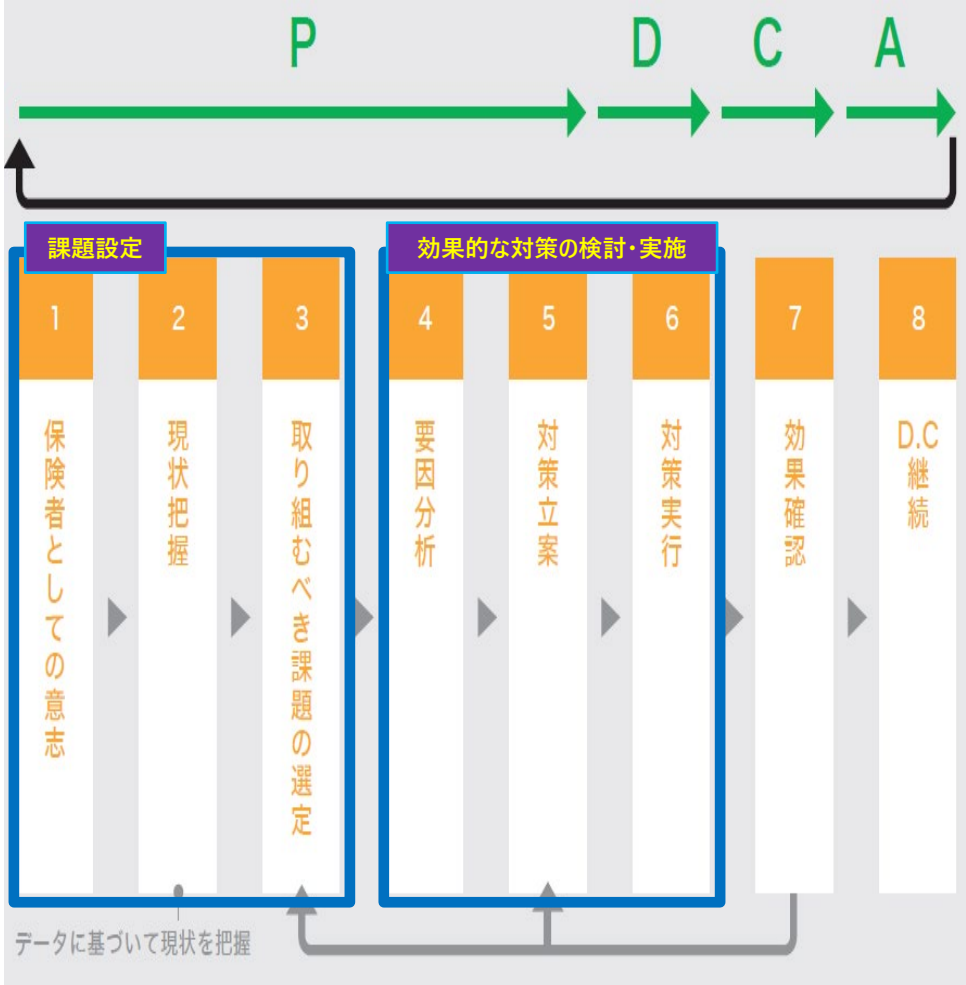
対策の実施

③両者のギャップが「課題」。多数挙がってきた課題の中から、取り組むべき課題を絞り込み、具体化する。

⑤⑥現状をめざす姿に近づけるために「対策」を検討し、実行する。

②現状

厚生労働省が示すPDCAサイクルとは



出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

２）計画策定の「目的」の明確化

ー実績踏襲型からビジョン達成型へー

介護保険事業計画における

施策反映のための手引き

～目指すビジョンを達成するためのサービス提供体制の構築～

平成３１（２０１９）年３月

MUFG

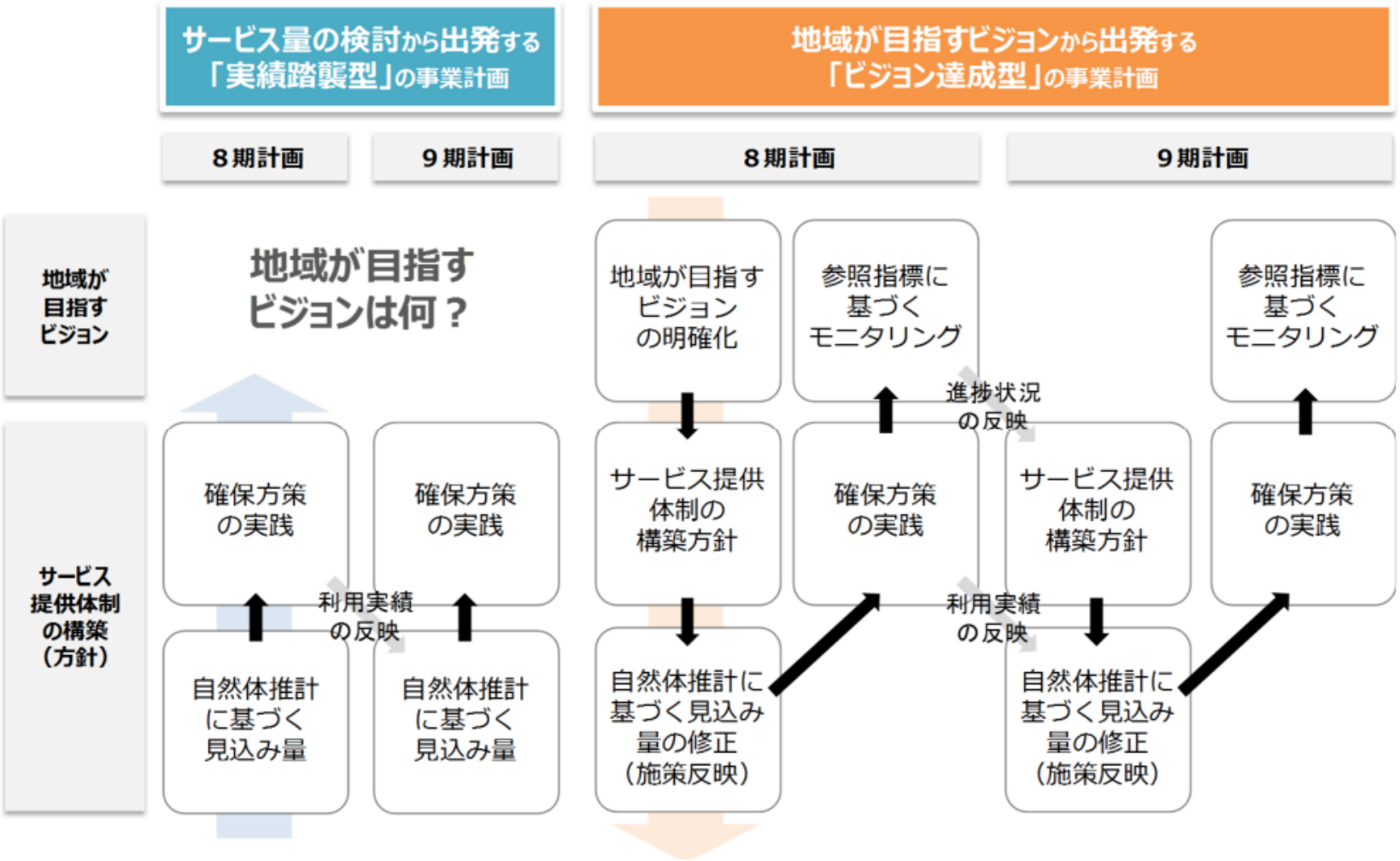
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

実績踏襲型からビジョン達成型の計画策定プロセスへ

○ 従来、介護保険事業計画を作成する際の将来の「見込み量の推計」は、現在のサービス利用が今後も続くと仮定する「自然体推計」を基本としており、これは過去の実績を踏襲する「実績踏襲型」の見込み量であるといえます。

○ しかしながら、過去の利用実績を踏襲した「サービス提供体制」を今後も同様に構築していくことは、必ずしも地域が目指すビジョンの達成につながるとは限りません。

○ 地域が目指すビジョンを達成するための見込み量の設定に向けては、まずは地域が目指すビジョンを明確化し、その達成を見据えたサービス提供体制の構築方針を検討したうえで、「自然体推計に基づく見込み量を修正すること（施策反映）」が必要です。



出所）厚生労働省：介護保険事業計画における施策反映の手引きについて、第8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(2019.7.23開催)、資料5-1より引用

ビジョンからはじまる計画策定プロセスの展開イメージ

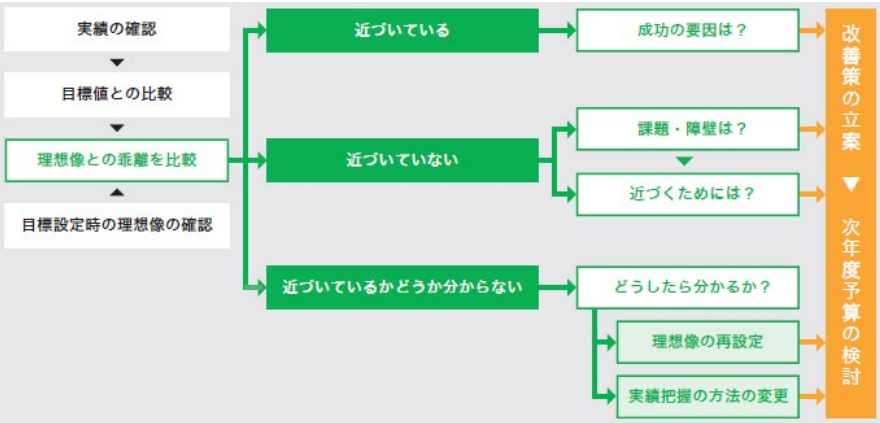
	計画作成プロセス	検討内容のイメージ（例）
事前検討	STEP 1 地域が目指すビジョンは？	【ビジョンの設定】 ◆ 中目標の1つを「要介護者が、住み慣れた地域・住まいで、暮らし続けることができている」と設定する。
事前検討	STEP 2 議論を通じて方針を明確化すべき検討事項は？	【検討事項の設定】 ◆ 検討事項の1つを「在宅生活の維持が難しくなっている人の生活改善のために、必要な機能を持つ支援・サービスは何か？」と設定する。
調査実施・計画作成	STEP 3 把握すべき地域の実態は？	【調査の実施】 ◆「在宅生活の維持が難しくなっている人」の実態とその要因、および改善のために必要な支援・サービスを調査・把握する。
調査実施・計画作成	STEP 4 サービス提供体制の構築方針は？	【サービス提供体制の構築方針の明確化】 ◆ 調査結果や関係者間での議論等を通じて、「在宅生活の維持が難しくなっている人の生活改善に必要なサービス」を検討し、サービス提供体制の構築方針を明確化する。 【自然体推計に基づく見込み量の修正（施策反映）】 ◆ サービス提供体制の構築方針に基づき、在宅生活の維持・改善に資するサービスの見込み量を新たに位置付ける（施策反映）。
計画実行	STEP 5 計画作成後に行う確保方策は？	【確保方策の実践】 ◆「在宅生活の維持・改善」のために必要なサービス提供体制を確保するための取組を実施する。 【モニタリング】 ◆ 再度、地域の実態把握を行い、「現在のサービス利用では、生活の維持が難しい人の割合」などの参照指標をみながら、サービス提供体制の構築方針を見直す。

出所）厚生労働省：介護保険事業計画における施策反映の手引きについて、第9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4年8月3日)、資料5より引用

3）進捗管理の強化／効果的な取組の推進

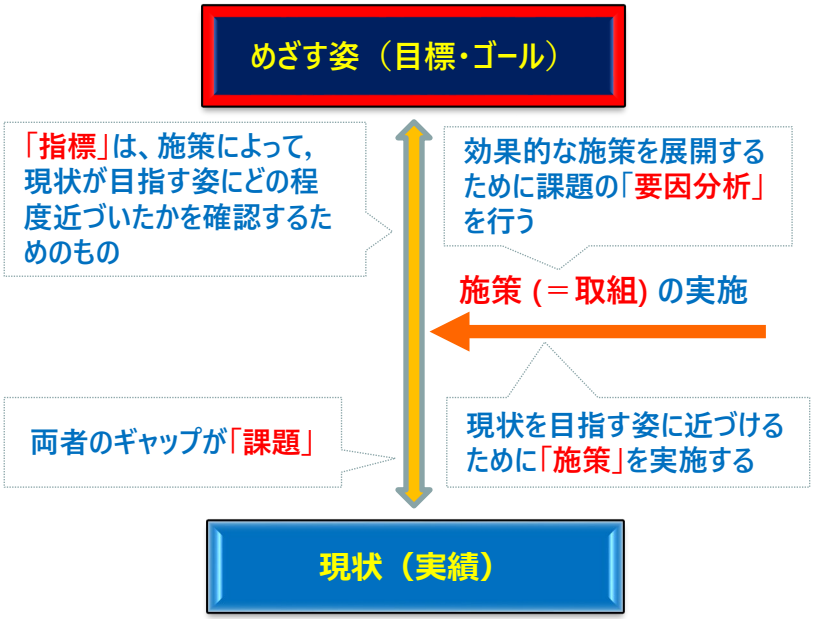
事業目標の達成状況に対する進捗管理の強化（国の手引きより）

取組と目標の進捗管理の手順



出所）厚生労働省：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）より引用

課題と施策と指標の関係性（再掲）



出所）川越作成

取組と目標に対する評価シート

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

タイトル：記入箇所

現状と課題

記入箇所

第７期における具体的な取組

記入箇所

目標（事業内容、指標等）

記入箇所

目標の評価方法

●時点

□中間見直しあり

□実績評価のみ

●評価の方法

記入箇所

出所）厚生労働省：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）より引用

前期の取組を振り返る作業シート案

前期の取組（施策）

振り返ってみましょう。当初から設定していなかった場合は、改めて設定してみましょう。	
①何を目指したか？（ビジョン、大目標）	
②目指す姿実現のための具体的な中目標は？	
③そのためにやるべきこと（施策）に期待したことは？（小目標）	

④事業の進捗状況を何で確認し、評価するか（調査）？	
i 施策の展開状況（整備状況、利用状況、運営状況）	
ii 参加者への影響	
iii 地域への影響	

確認・考察すべき視点や内容	
iv 取組の対象者、参加者は？	
v 取組の内容は？	
vi 参照すべき他の調査項目	
vii その他	

考察例

出所）厚生労働省：介護予防等の「取組と目標」設定の手引きについて、第9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4年8月3日)、資料3を一部改変

４）自己点検の強化

地域包括ケアシステム構築状況の振り返り視点の例（暫定版）

- 以下の枠組みと視点で、地域包括ケアシステムの機能性と効果を振り返る。その際、各項目に関連した参考指標を用いて、これまでの成果と今後の課題を具体化する。（地域のビジョンや政策目標の実現に向けて、個々の施策が十分な機能を果たしているか、今後、何を優先すべきかを考える。）

地域のビジョン（理想の姿）

ビジョンの実現に向けた政策目標の具体化と、その機能、効果についての点検
※他分野の政策との連動の視点を含む

個々の施策が連動しつつ、十分に機能しているかを点検
※それぞれの項目で関連した参考指標を用いて、振り返る

〈理想の姿〉
高齢者個人が尊厳を保持し、かつ個人の能力に応じた自立した日常生活の維持・継続できる社会の実現

政策レベルの視点
（大項目）

住民が希望する、住み慣れた地域・居宅での生活を継続できている

（中項目）

要介護状態等となることの予防等を図りつつ、住民や多様な主体が関わって地域の資源が整備・維持・活用されている

目指す姿の実現に向けて政策が展開されているか？

高齢者や家族が必要な医療・介護を利用しながら望む場所で生活を継続している

各施策・事業は政策目標の実現を意識しているか？政策目標が目指す姿を具体的に共有できているか？

施策レベルの視点

介護予防・生活支援・住まい

- 多くの住民が自分の強みや興味・関心に沿った社会参加の機会を得て、結果的に健康増進や介護予防につながっている
- 高齢者がリハビリテーション等を活用しながら出来る限り心身機能や生活行為の回復と維持を図っている
- 高齢者を含む地域住民が、認知症への理解を深め、認知症の人の発信や意思決定・権利擁護が尊重されていると感じている
- 高齢期の住まいや移動を支える資源の整備・活用に向けた取り組みが実施されている
- 高齢者や家族が、望む暮らしに合った介護サービスや生活支援を利用でき、生活を継続している

医療・介護

- 認知症になっても、その状況に応じた適時・適切な医療・介護サービスを利用でき、生活を継続できている
- 高齢者が、普段の生活のなかでの療養を継続でき、入退院があっても切れ目のないケアを利用でき、生活を継続している
- 本人の希望に応じた療養から看取りへと続く体制を整え、提供できている

規範的統合

庁内外の連携は十分に機能しているか？

自治体を中心に、地域包括支援センターや地域の関係機関が連携し、分野横断的なマネジメントが実施できている

組織の機能を高める各領域共通の視点

- 地域のビジョン及び各施策が目指す姿の実現のために多職種が連携して取り組んでいる
- 庁内外の関係部局・機関で地域のビジョン及び各施策が目指す姿や課題を具体的に共有して事業等を推進している
- 庁内外の関係者が課題や成果を客観的に共有できるよう情報を収集・活用できている

地域の持続性の観点からの点検
（地域のビジョンの持続性を高める観点での参考となる指標）

医療・介護をはじめとするサービスの提供が持続可能な状態である

目指す地域づくりに向け、全庁的に取り組めているか？

出所）厚生労働省：基本指針について、第106回社会保障審議会介護保険部会（2023年2月27日）、資料1-1より引用

５）交付金／評価指標の見直し

交付金の役割分担／評価指標／交付金配分基準の見直しについて

○　保険者機能強化推進交付金等については、令和４年度秋レビューや予算執行調査結果等も踏まえつつ、社会保障審議会介護保険部会による意見書の内容に沿って、保険者機能強化に一層資するものとなるよう、令和５年度（令和６年度評価）から、以下のような見直しを行う。

①　保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金の役割分担の明確化
②　プロセス評価指標の重点化（既存評価指標の廃止縮減、評価指標の体系見直し）
③　中間アウトカム・アウトプット指標の創設等のアウトカム指標の強化
④　アウトカム指標による交付金配分枠の創設
⑤　保険者機能強化に意欲的に取り組む自治体に対する配分枠の創設
⑥　評価結果の見える化のさらなる推進

【交付金の役割分担の見直し】

● 各交付金の目的を明確化し、評価指標についてもそれぞれを区分することで、PDCAサイクルを強化。【上記①】

介護保険保険者努力支援交付金評価指標

※ 介護予防・生活支援等、地域包括ケアの構築状況を評価し、その改善等に交付金を活用

保険者機能強化推進交付金評価指標

※ PDCAサイクルの構築状況等、地域包括ケアを支える基盤の状況を評価し、その改善等に交付金を活用

【評価指標の見直し】

● 各交付金に係る評価指標について、プロセス指標は極力縮減するとともに、プロセス、アウトプット、アウトカムの3群に体系化を図り、アウトカムとプロセスの関連付けを強化。【上記②・③】

体制・取組（プロセス）指標群

※ 体制・取組について、①現状分析、②取組実施、③取組状況把握、④見直しの必要性の検証等のプロセスができているかを評価

活動（中間アウトカム・アウトプット）指標群

※ 通いの場の実施状況等、既存データを活用しつつ、プロセスに応じた活動量を評価

成果（アウトカム）指標群

※ 要介護認定率や平均要介護度の変化率等を評価

【交付金配分基準の見直し】

● 現在、第一号被保険者数ごとに配分枠を設けているが、保険者の取組を促し、メリハリの利いた配分を行うため、配分基準を見直し。【上記④・⑤】

保険者機能強化に意欲的に取り組む自治体に配慮するための配分枠の創設

＋

アウトカム指標に応じた配分枠の創設

※　上記のほか、見える化のさらなる推進を図るため、市町村の評価結果について、評価項目毎の得点獲得状況についても公表。【上記⑥】

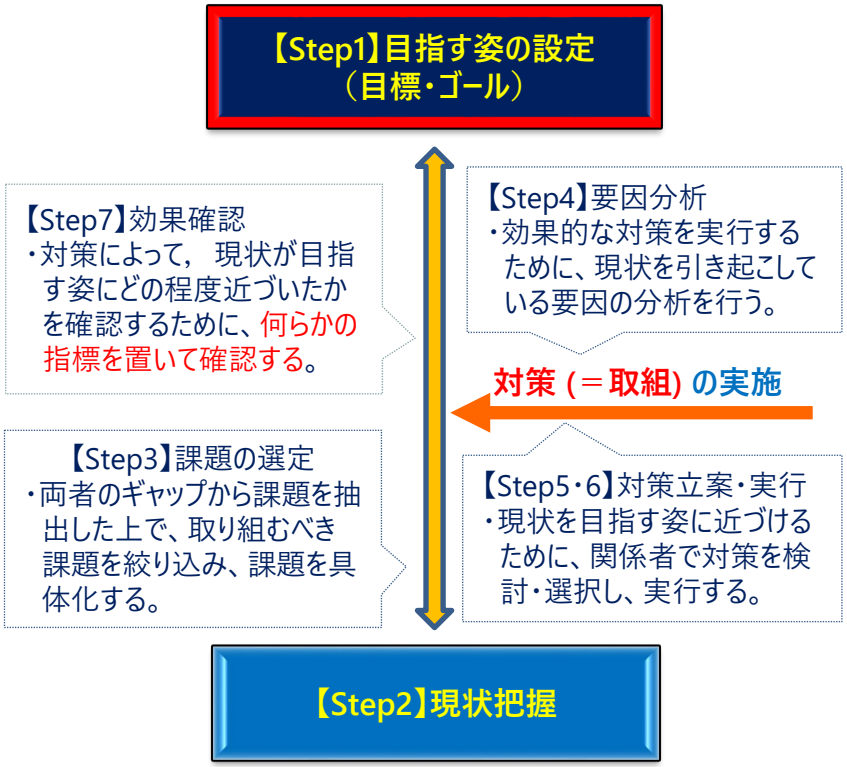
出所）厚生労働省資料

３. 事業のあるべき展開方法と現状

事業のあるべき展開方法とは
−厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」−

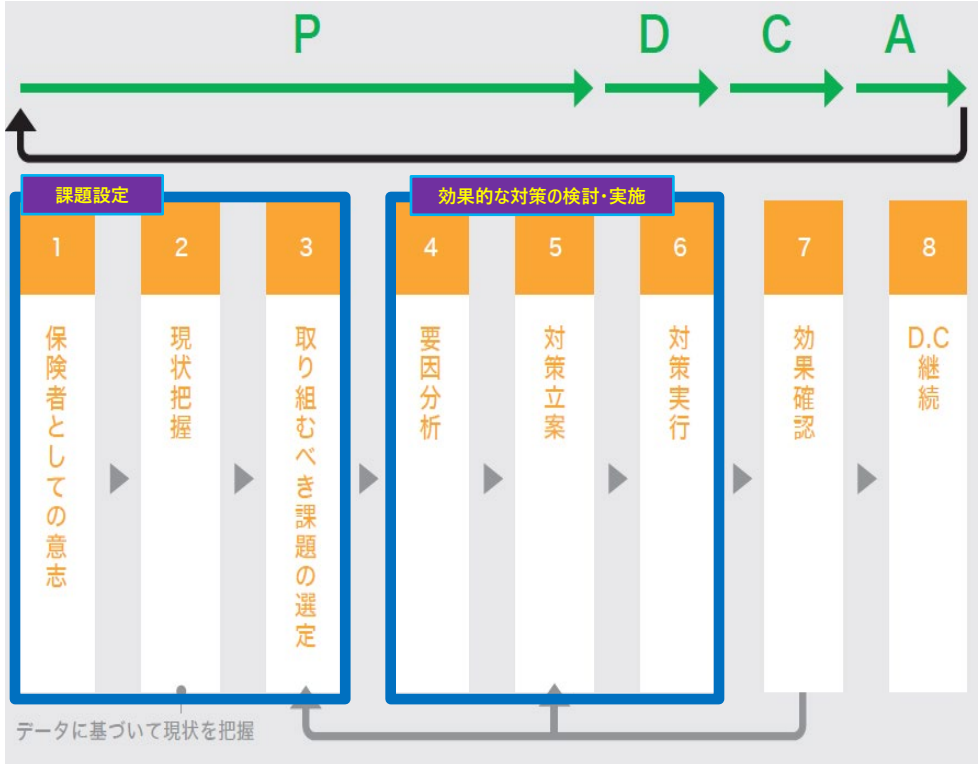
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所）川越作成

図. あるべき展開方法



出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

事業計画の策定例からみた事業マネジメントの現状・課題

【基本目標】

住み慣れた地域で
暮らし続けられるまち

施策3　地域包括ケアシステムの深化・推進

①地域包括ケアシステムの推進体制の充実
②地域包括支援センターの機能強化
③介護予防・日常生活支援総合事業の推進
④生活支援体制整備事業の推進
⑤認知症施策の推進
⑥在宅医療・介護連携の推進
⑦地域ケア会議の充実
⑧高齢者の住居安定に係る施策との連携

施策4　高齢者にやさしいまちづくり

①支え合いの仕組みづくり
②権利擁護
③相談体制の充実
④外出環境の整備
⑤災害等安全対策の推進

【在宅医療・介護連携推進事業】

① 医療・介護サービス資源の把握
② 連携課題の抽出と対応の協議
③ 切れ目ない在宅医療と介護提供体制の構築
④ 専門職間の情報共有支援
⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
⑥ 在宅医療・介護関係者への研修
⑦ 地域住民への普及啓発
⑧ 関係市町との連携

よくみられる課題設定と対策

（課題）
・病院とケアマネの連携が弱い

（対策）
・退院支援ルールを作る
・研修会を開催する　など

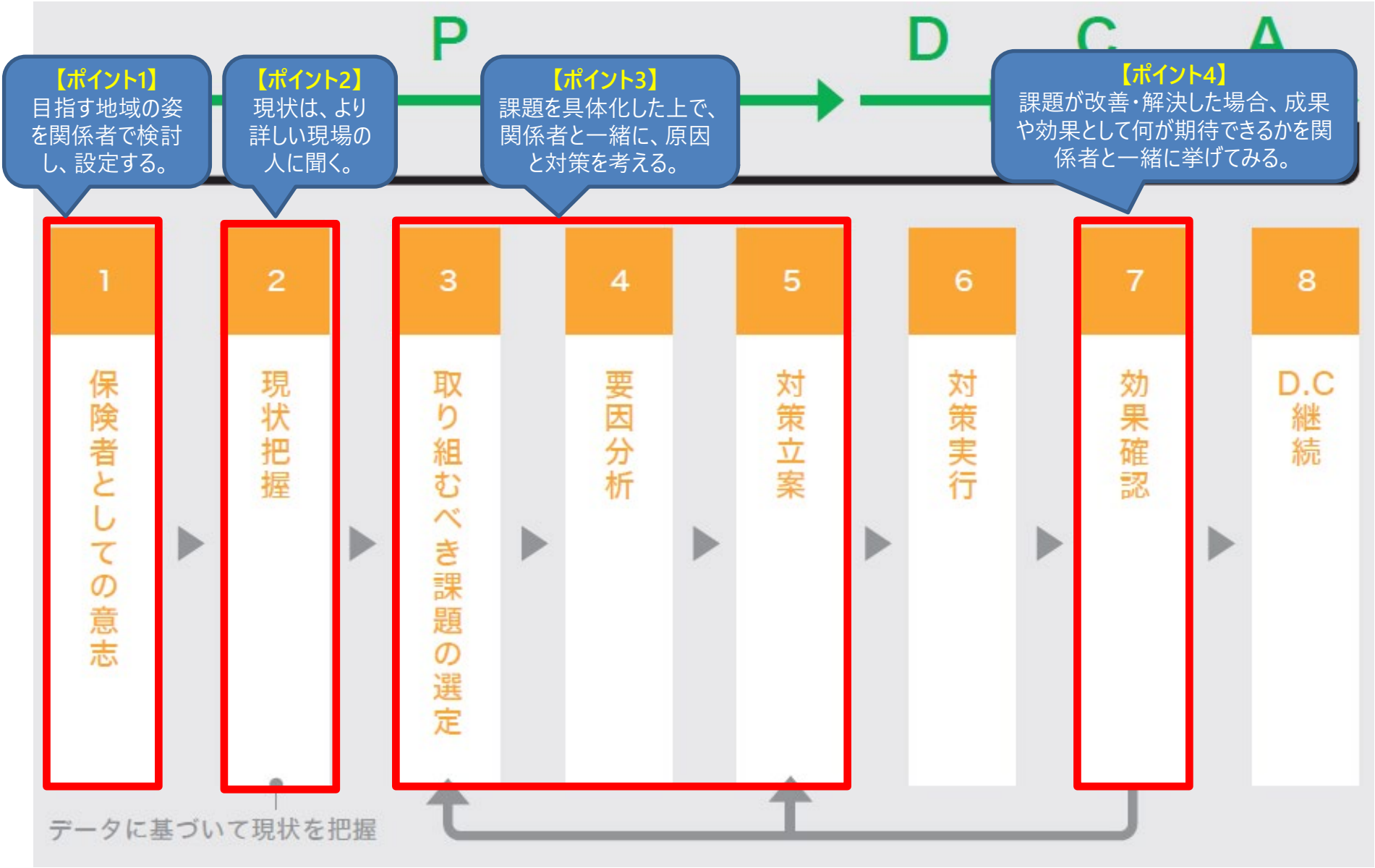
国の手順とどこが違うのか？

・目指す姿を置いているが、抽象的なままで、目標達成に何が必要かが検討されていない（**目的意識が弱い**）。
・目指す姿の達成よりも、事業や施策をどう展開するかに意識が向いている（**手段から考えるくせが付いている**）。
・効果的対策を講じるためには、病院とケアマネの連携が弱い部分の絞り込みや要因分析（どこが弱い？ なぜ弱い？）を把握する必要があるが、こうした分析は行われていない（**要因分析がないまま対策が検討されている**）。
・対策により「何がどうなることを期待したか」が設定されていない。そのため、①何で効果を確認するのか、②どうやって確認するのか、③確認するためのデータをどうやって入手するのかなども検討できていない（**評価が出来ない**）。

４．現在の展開方法をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

－在宅医療・介護連携を例に－

現在の展開方法をあるべき展開方法に近づけるための強化ポイントとは



出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

【ポイント１】

事業・施策の目的を
あなたが意識する／関係者に意識させる

その結果

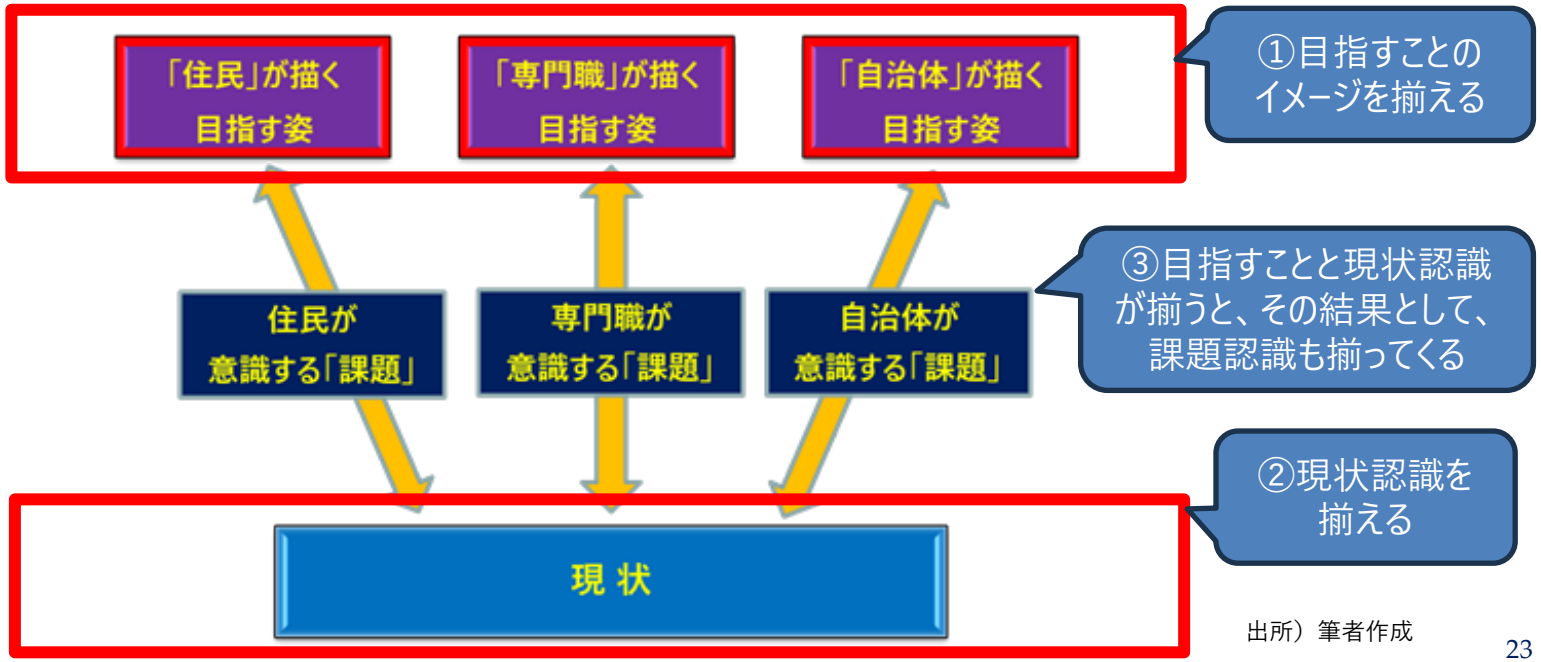
- 関係者のゴールのイメージが揃ってくる。
- 何のために、何を期待して対策を講じてきたのかが意識されるようになる。
- 評価指標を考えやすくなる。

なぜ、目指す姿(=目的)を関係者で検討・共有する必要があるのか？

ポイント

- 例えば、在宅医療・介護連携推進事業では、住民・家族・専門職・行政等の関係者が、同じゴールを目指して協働することが求められていますが、各関係者の「目指す姿」のイメージも「現状認識」も違います。したがって、両者のギャップである課題認識も、当然異なることになります。
- 課題を共有するため、まず、関係者と一緒に「どのような地域を目指すのか」を検討・共有しましょう。同事業の目的は、「**重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる**」でしたので、この文言を参考に検討するとよいでしょう。
- また、同事業では、4つの場面(日常の療養支援／入退院支援／急変時の対応／看取り)ごとに提供体制等を検討することになっています。入退院支援であれば、「何のために入退院時に連携するのか？」の視点から、目指す姿を検討してみましょう。

図. まずは、関係者間で、「目指す姿」のイメージを揃えましょう！



出所）筆者作成

4 場面別に目指す姿(=目的)を考える

「退院後の再発予防」を目指した場合の情報共有・連携方法とは

病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

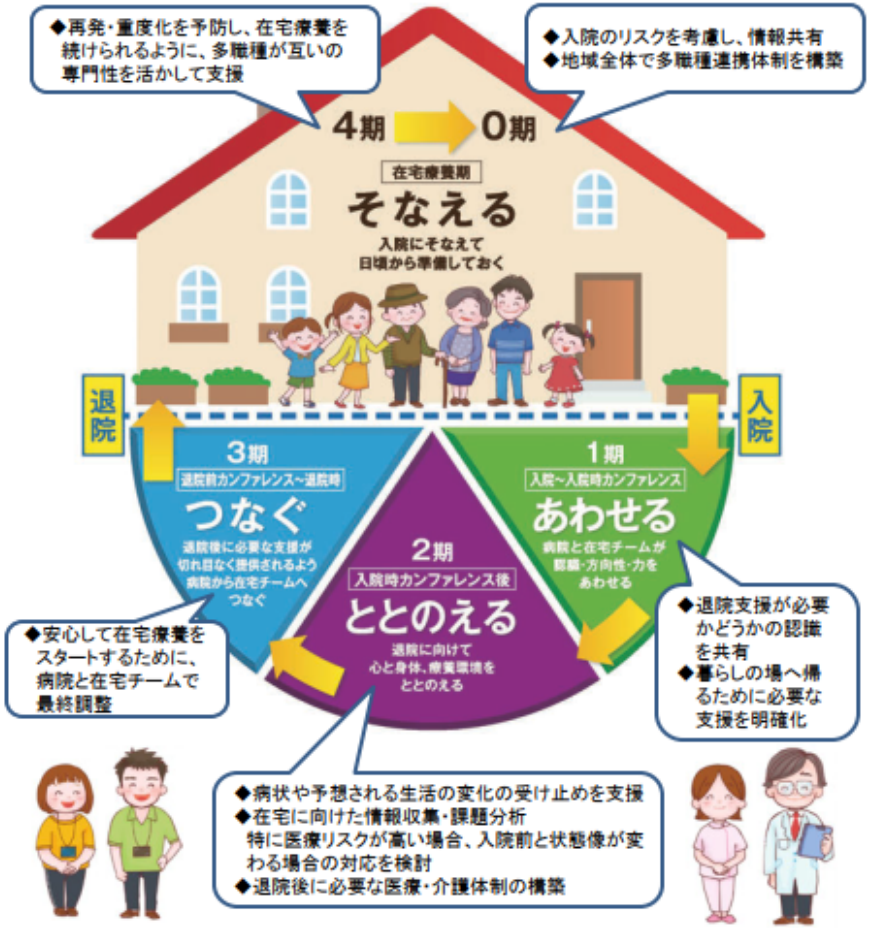
【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、**その人らしい暮らしの場に帰れるように**するためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。

また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ（0～4期）に応じて適切に協働していく必要があります。



出所）大阪府入退院支援の手引き：病院から住み慣れた暮しの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～（2018年3月）を一部改変

目指す地域の姿

退院後に再発することなく、在宅での生活を送ることができる

目指す姿達成の要件

退院後の再発防止策をケアマネジャーを含む多職種チームが実践できる

必要な連携の中身

そのためには、在宅多職種チームが

①入院時および現在の状態
②発症した原因・要因は何か
③再発するリスクはどの程度か
④再発しないための留意点は何か
⑤再発しないためにとるべき対策は何か
⑥経過観察の項目とそのポイントは何か
⑦どんな場合に医療職に連絡するのか

などを把握・共有しておく必要がある。

対策(手段)

そのために、病院側から、現在の状態、再発の原因や今後の可能性、予防の視点・留意点、具体的方法論をケアマネジャーに伝える必要がある（ケアプランに入れるサービスを病院側が指示する／サマリーを渡すではなく）

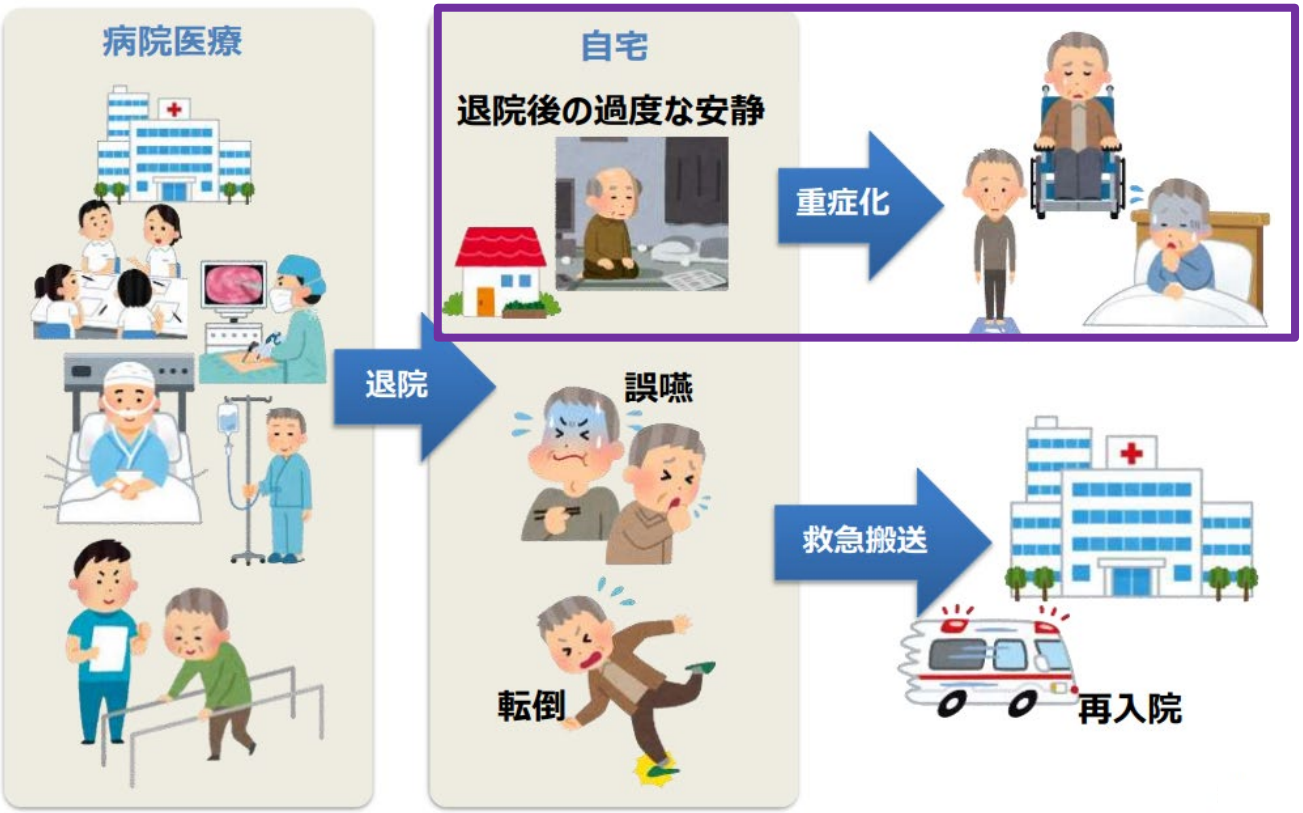
【ポイント２】

解決したいテーマを具体化する

その結果

- 検討しやすくなる。
- 検討内容、検討結果が具体的になる。
- 一連のPDCAサイクルを展開しやすくなる。

「（ウ）切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築」に関して あなたが解決が必要だと思っている具体的テーマは何ですか？



出所）豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)より引用

今までのテーマ	・病院と在宅関係者の連携を強化するためにはどうしたらよいか？

新たな設定テーマ	・骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活（運動・栄養・睡眠・活動など）を送れるようにするためにはどうしたらよいか？

【ポイント３】

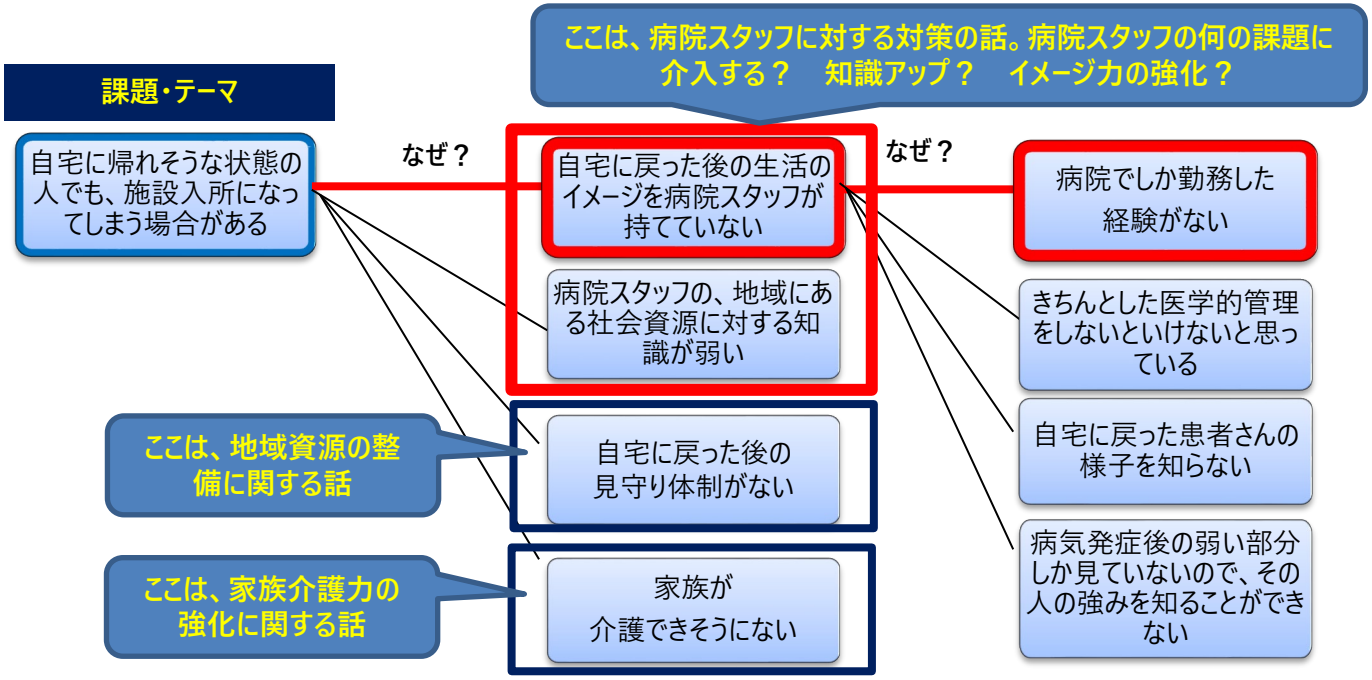
根本原因を関係者を交えて検討した上で、対策を検討する

（誰に対してどんな対策を打つのか？）

その結果

- 誰・何に対して対策を打つのか、その対象が明確になる。
- 対策の内容が具体的になる。
- 効果的な対策をうつことができる。

ロジックツリーを使って、真の原因を推察し、対策の内容を考える



出所）筆者作成

（原因）病院でしか勤務した経験がない

ここを改善したい場合は、①病院看護師に訪問看護を体験してもらう、②訪問看護に同行するなどの対策が考えられる。

・自宅に戻った後の生活のイメージを持てない
・地域にある社会資源に対する知識が弱い

ここを改善したい場合は、①病院・訪問看護師・看多機・外来看護師で定期的な情報交換会を開催する、②訪問看護ステーションや看多機事業所の見学会を開催する、③退院先を決める院内会議に、訪問看護師などを入れるなどの対策が考えられる。

状態像から自宅退院可能かどうかを判断してしまう

（最終結果）自宅に戻れそうな状態の人が施設入所になってしまう場合がある

【ポイント４】

目的を意識した上で、対策に期待したことを整理し、現状と比べる

その結果

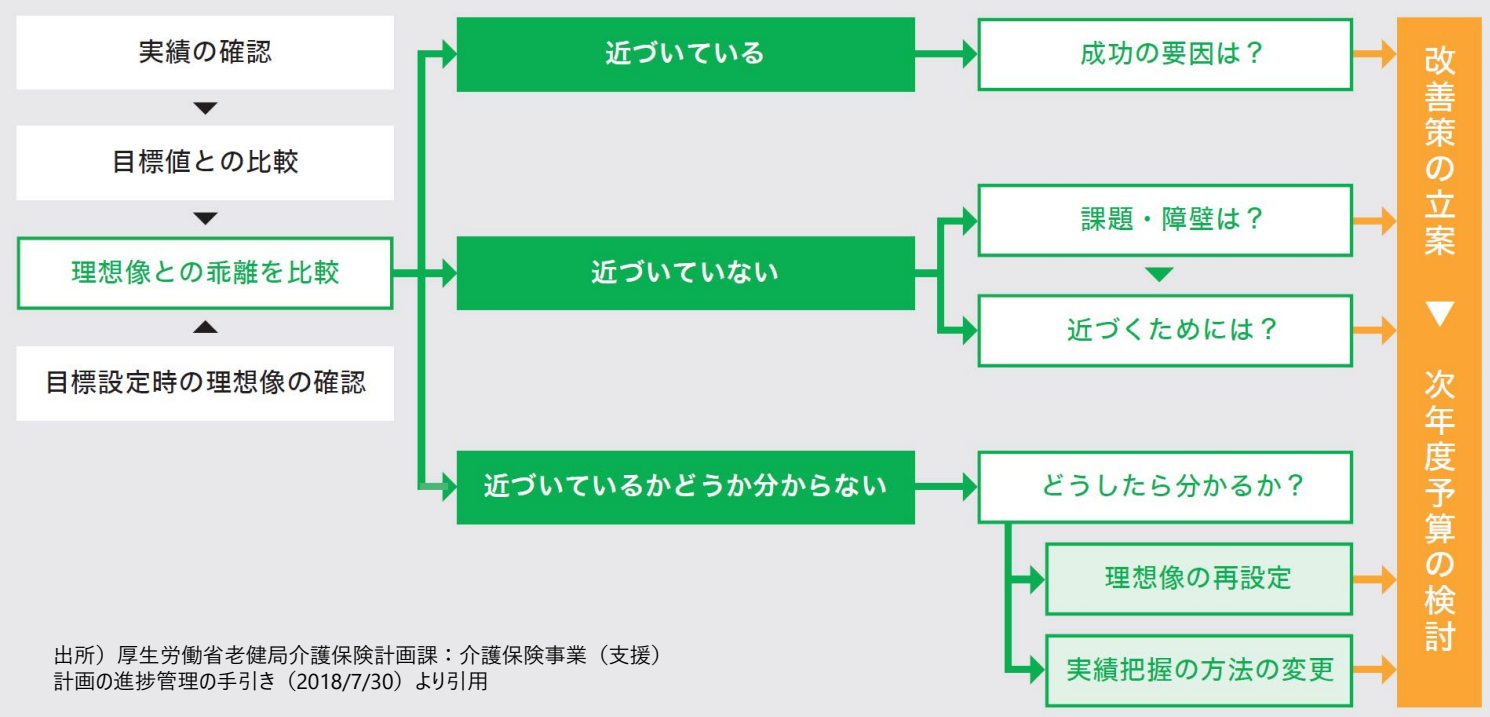
- 対策に期待したことを再認識できる。
- 何の現状を見に行けばよいかのイメージを持つことができる。
- 何が達成できたのか、できなかったのかを整理することができる。

「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

ポイント

- 評価とは、「期待したこと」と「現状」を比較し、**何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）**を確認する作業のこと。
- したがって、まずは、施策や事業に対して**「何を期待したか」「目標をどう設定したか」**を確認・整理しましょう！
- 効果確認は，「**現在の施策や事業のどの部分をどのように改善するか」のヒントを得る**ために行うもの。効果確認自体が目的ではありません！

図.評価の手順



出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

課題解決に向けたシナリオの検討例
（東京都稲城市）

東京都稲城市の課題解決シナリオの検討例（看取り）

【問1】解決したい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

テーマ	終末期に**本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある**

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・本人の意向を具体的に確認できていない	原因2	・衰弱すると家族が不安になる
原因3	・看取り経験少ないケアマネも不安になる	原因4	・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

最も大きな原因	・**専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ**

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

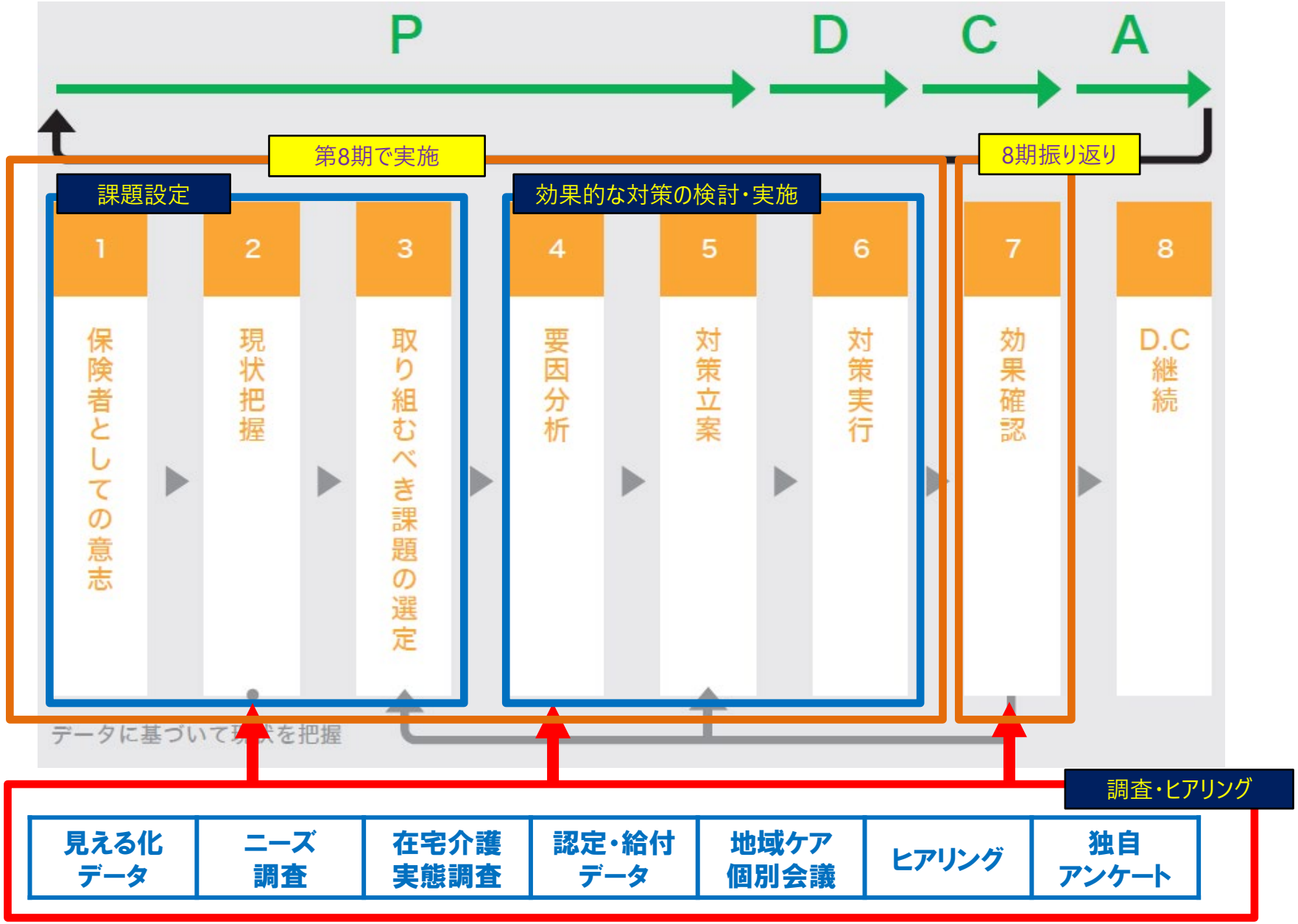
	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2	・ケアマネ、訪看	・痩せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3	・ケアマネ、訪看、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルがあがる	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2	・ケアマネ等が家族に実際に説明するようになる	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3	・説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

５. 第9期計画の策定に向けて

第9期計画は第8期計画の振り返りからスタート



出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用