

# 老人保健課關係



## 1. 介護予防について

### (1) 介護予防の推進について

社会保障審議会介護保険部会が、平成25年12月20日にとりまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」において、介護予防の推進の考え方が下記のとおり整理されているので、ご確認いただきたい。

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。
- 一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。
- このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すことが適当である。
- 具体的には、今後の介護予防事業（一般介護予防事業）については、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、介護予防の理念の徹底の観点から、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する等、機能強化を図る必要がある。
- さらに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」を推

進する必要がある。

○なお、上記のような地域づくりのためには、介護保険制度のみならず、高齢化に対応した地域づくりに向けた国・地方自治体の諸施策が有機的に連携することが不可欠である。

(2) 平成 26 年度の「二次予防事業対象者の把握事業」の見直しについて

社会保障審議会介護保険部会の議論を踏まえ、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から、平成26年度の「二次予防事業対象者の把握事業」の見直しを行う。

具体的には、二次予防事業対象者に関する情報の収集では、他部局からの情報提供等の取組を主体とし、把握事業の全対象者（当該市町村の要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者）への基本チェックリストの配布・回収については、市町村の判断で必要に応じて実施するものとする予定である。

(3) 平成 24-25 年度の市町村介護予防強化推進事業について

市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）では、自立支援に効果の高い支援手法を明らかにする観点から、平成 24 年度から 2 年間かけて、13 の自治体と協働して、二次予防事業対象者、要支援者等（要支援 1～要介護 2）を対象として、実施してきたところである。今年度末を目途に、それぞれの市町村の取組事例と、要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例等を整理し報告書を作成した上で、都道府県・市町村に対して情報提供する予定である。

また、平成 26 年 1 月 17 日の「第 101 回市町村職員を対象とするセミナー」において、「市町村介護予防強化推進事業（介護予防モデル事業）を通して見えてきた自立支援の姿～各自治体の取組みから～」と題して、市町村の取組事例等を紹介しているので、資料を参照していただきたい。

(※HP掲載場所 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/index.html>)

今後、各自治体においては、予防モデル事業の取組状況なども参考にしながら、介護予防を推進する取組を進めていただきたい。

(4) 平成 26 年度の高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業について

高齢者のリハビリテーションにおいては、急性期・回復期から生活期リハビリテーションへの円滑な移行と、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチが重要である。

このような観点を踏まえ、本事業では、二次医療圏単位の医療介護連携と、体操などを行う住民運営の通いの場を充実させるような地域づくりを推進するために、一部の都道府県及び市町村に対して実践を通じて技術的支援を行うものである。

(5) 介護予防等に係る表彰制度による自助努力の促進について

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」第5条を踏まえ、自助努力が喚起される仕組みにより個人の主体的な介護予防等を奨励するため、来年度より、健康局の表彰制度である「健康寿命をのばそう！アワード」の募集対象を拡充・発展させ、介護予防・高齢者生活支援に係る表彰を行うこととしている。

具体的な事務の取扱いについては、現在検討中であり、追ってお示しする予定なので、各自治体におかれては御承知おき願いたい。

(6) 介護・医療関連情報の「見える化」の推進について

地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように介護・医療関連情報の共有（「見える化」）のためのシステムの構築等を行うこととしている。

今年度は、試行的「見える化」事業を実施しており、各自治体は、2月末からプロトタイプシステムを利用することが可能になる。昨年末に、平成25年度試行的「見える化」事業の資料一式を提供しているところであり、各自治体は、資料を確認していただくとともに、介護予防の観点から日常生活圏域ニーズ調査結果の活用を含め当該システムの利活用を検討していただきたい。

# 介護予防の推進について

## これからの介護予防について

### 介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」…ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

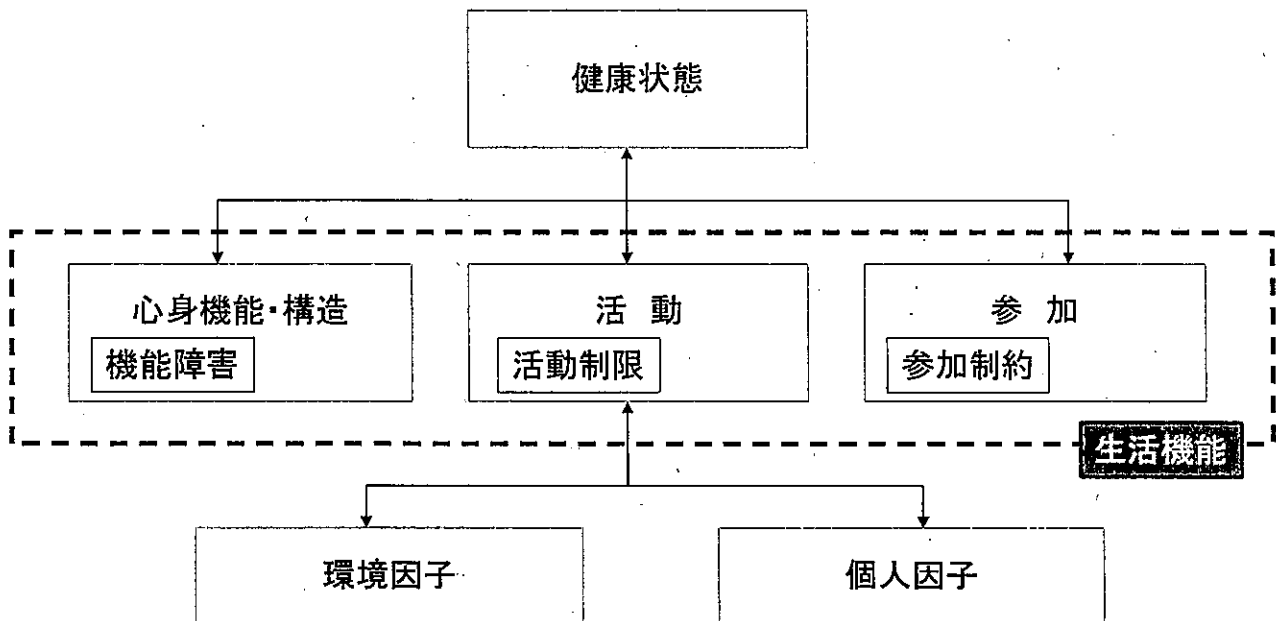
### これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者の多くも、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかった。

### これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

# 国際生活機能分類 (ICF)



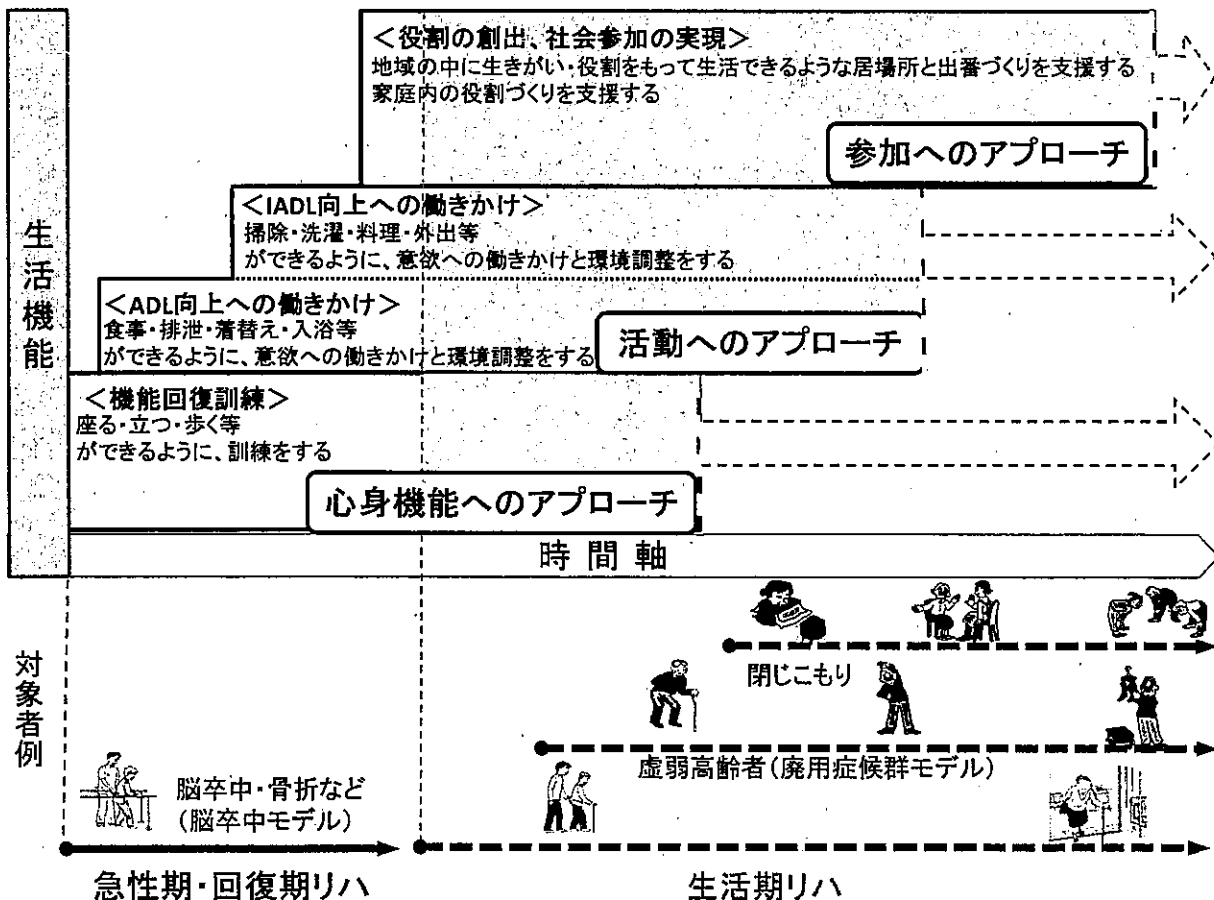
人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
- ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
- ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

## 高齢者リハビリテーションのイメージ



# これからの介護予防の具体的アプローチについて

## リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

## 住民運営の通いの場の充実

- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

## 高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

## 新しい介護予防事業（案）

- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

### 現行の介護予防事業

#### 一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

#### 二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せず、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

### 一般介護予防事業

#### 介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）

#### 介護予防普及啓発事業

- ・地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

- ・介護予防事業評価事業

#### (新)地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

### 介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業



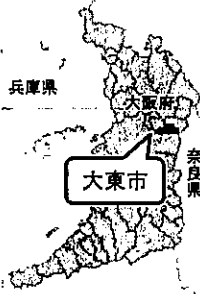
## ①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。  
○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

### 基本情報（平成25年4月1日現在）

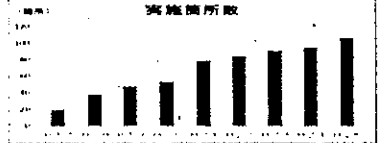
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営 0 力所 委託 3 力所
総人口	123,573 人
65歳以上高齢者人口	26,697 人 21.6 %
75歳以上高齢者人口	10,516 人 8.5 %
第5期1号保険料	4,980 円



### 介護予防の取組の変遷

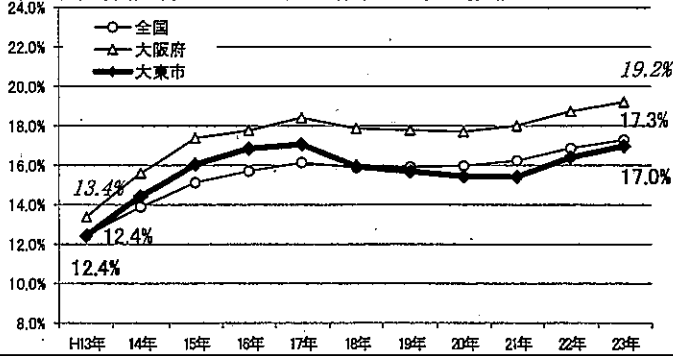
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65歳以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65歳以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

### 第1号被保険者における要介護認定率の推移



### 専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

## ②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

### 基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営 0 力所 委託 6 力所
総人口	66,861 人
65歳以上高齢者人口	16,017 人 24.0 %
75歳以上高齢者人口	8,226 人 12.3 %
第5期1号保険料	4,700 円



### 介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

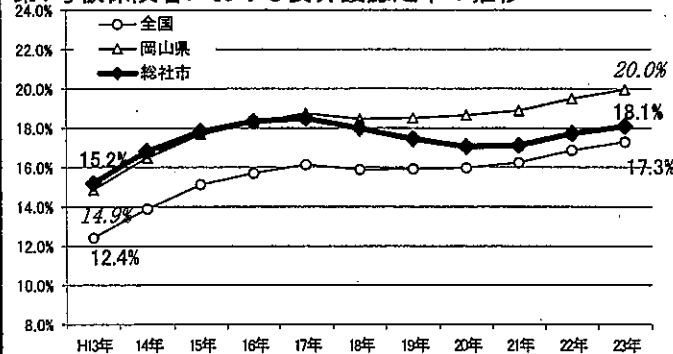
H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

### 第1号被保険者における要介護認定率の推移



### 専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

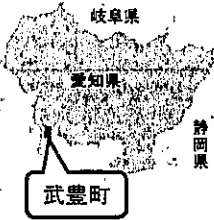
### ③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

#### 基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	1	カ所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3,519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円

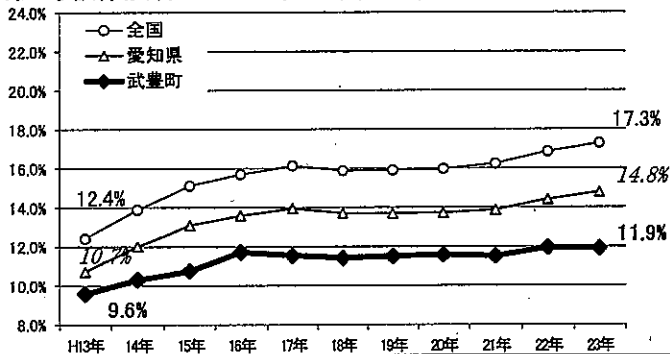


#### 介護予防の取組の変遷

- (平成17年)町・社会福祉協議会(社協)・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始(H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる)
- (平成18年)ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- (平成19年)3会場から始め、500m圏(徒歩15分で通える圏内)にサロンを設置することを目標に順次増設

65才以上高齢者に占める参加者の割合	9.8%
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0%

#### 第1号被保険者における要介護認定率の推移



#### 専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援  
1年経過後は2~3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催(隔月)しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課(保健師)は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

### ④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所で月2~4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

#### 基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



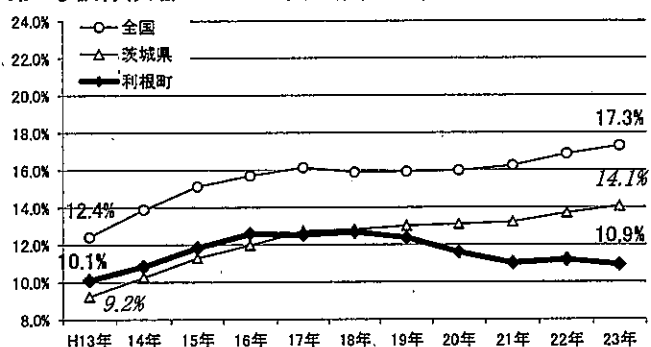
#### 介護予防の取組の変遷

- ・平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- ・平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士(以下、指導士)」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- ・平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- ・指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。

H24年度参加実人数	544人
高齢者人口に占める割合	10.3%



#### 第1号被保険者における要介護認定率の推移



#### 専門職の関与の仕方

- ・保健師  
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- ・地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士  
体操に来れなくなった人に訪問、状況把握
- ・国保診療所の医師  
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

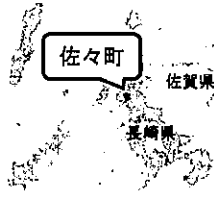
# ⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

## 基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援 直営	1	カ所
センター設置数 委託	0	カ所
総人口	13,786	人
65歳以上高齢者人口	3,034	人
	22.0	%
75歳以上高齢者人口	1,626	人
	11.8	%
第5期1号保険料	5,590	円

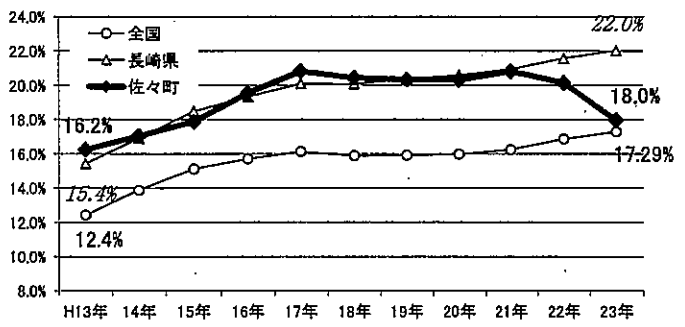


## 介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組みようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

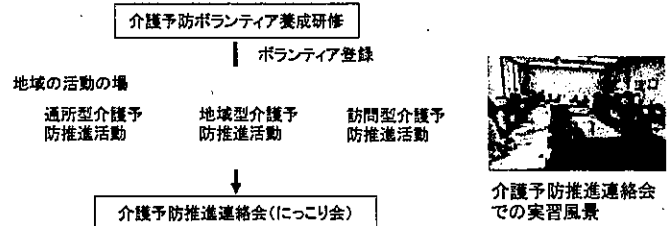
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

## 第1号被保険者における要介護認定率の推移



## 専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



# 社会参加と介護予防効果の関係について

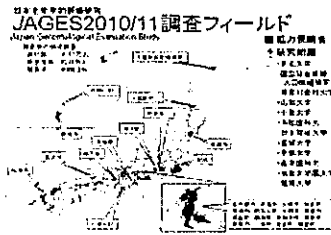
スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつリスクが低い傾向がみられる。

## 調査方法

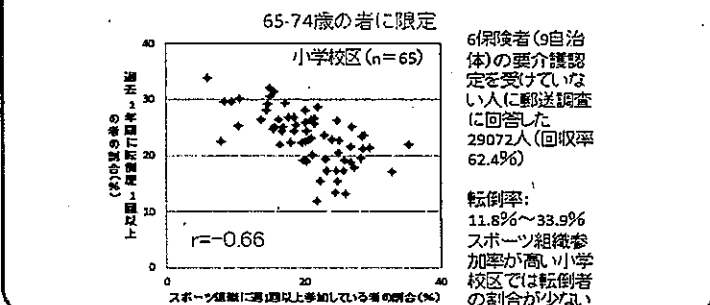
2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査（一部の自治体は訪問調査）を実施。  
112,123人から回答。  
(回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】  
研究デザイン：横断研究  
分析方法：地域相関分析

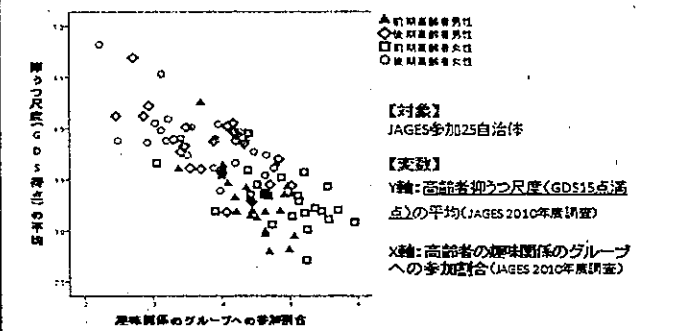
JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



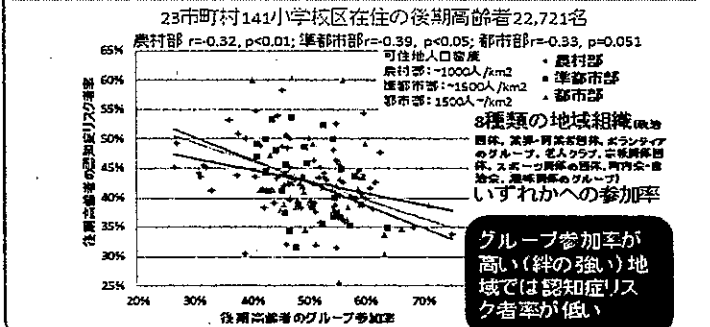
スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことがある前期高齢者が少ない相関が認められた。



趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



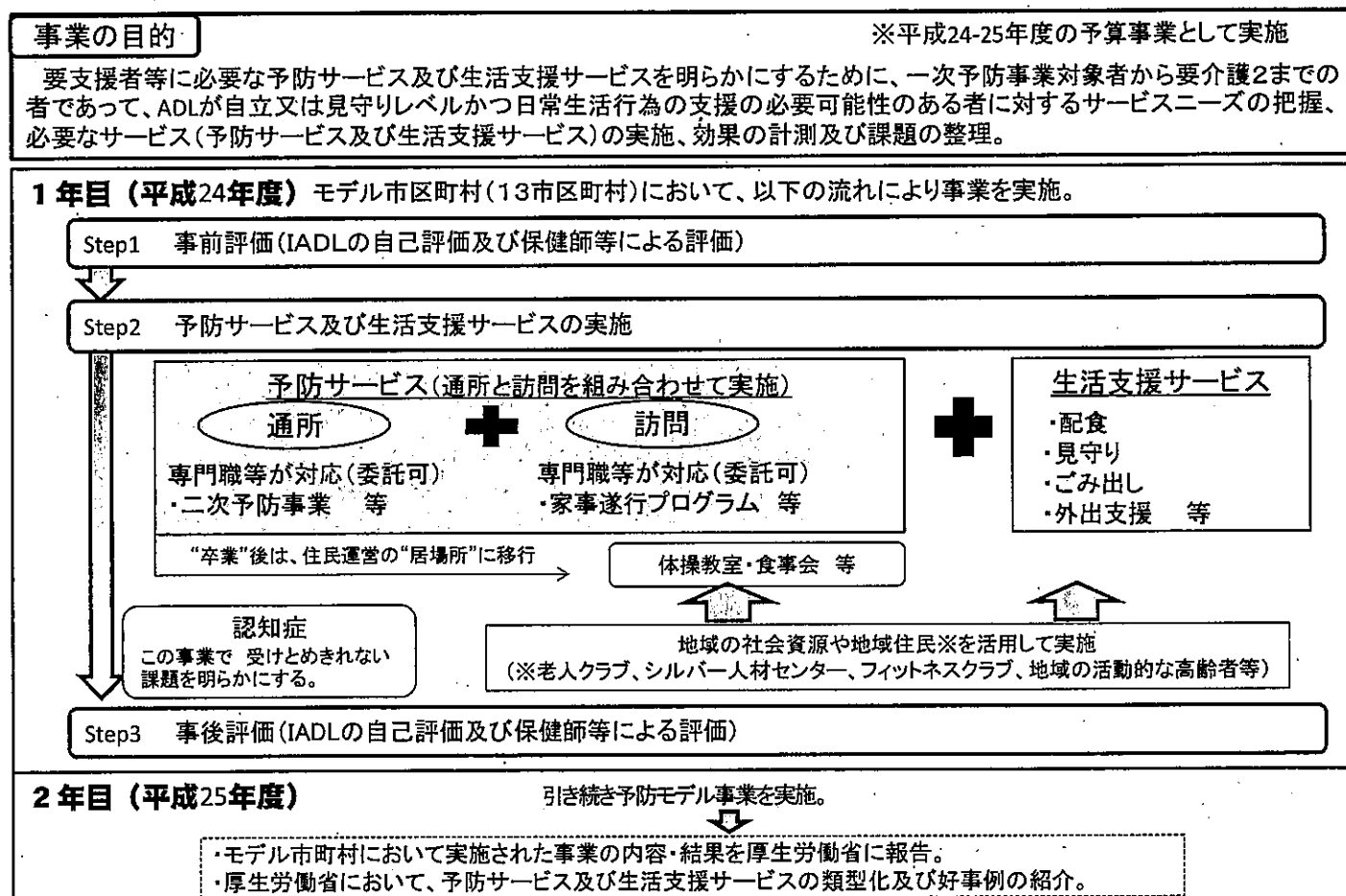
ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



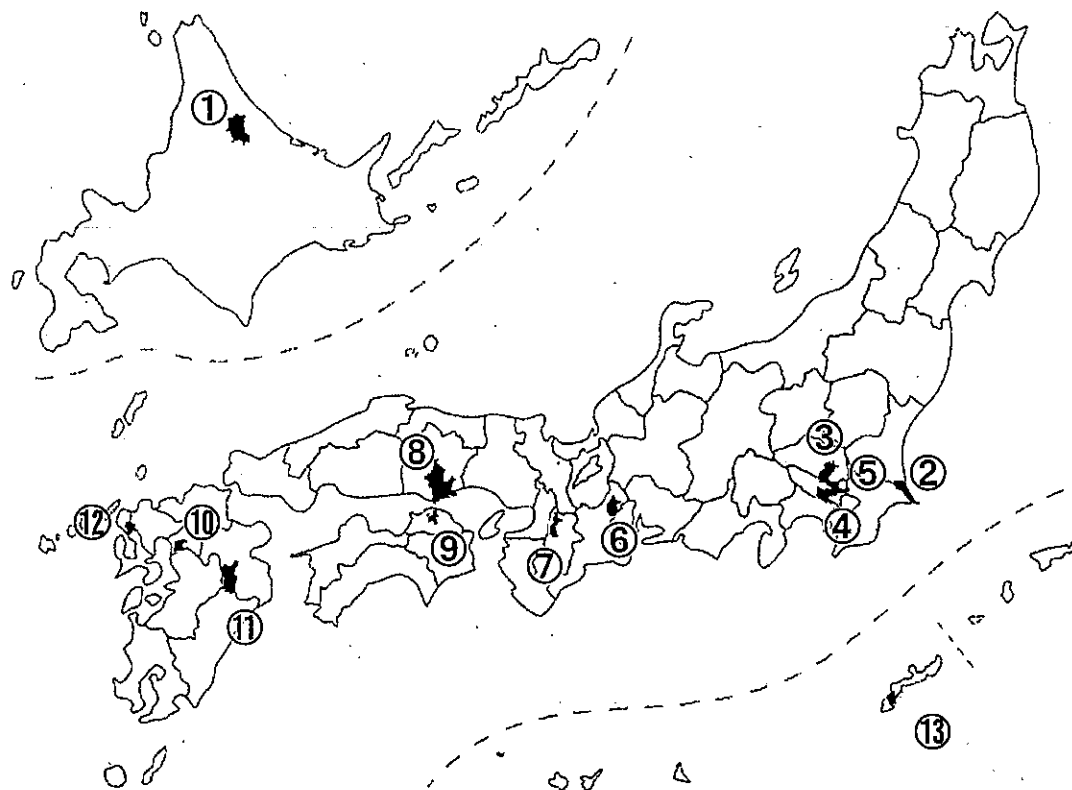
図表については、厚生労働科学研究班(研究代表者:近藤克則氏)からの提供

# 平成24-25年度の 市町村介護予防強化推進事業について

## 市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要



# 予防モデル事業実施市区町村



①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

## 地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

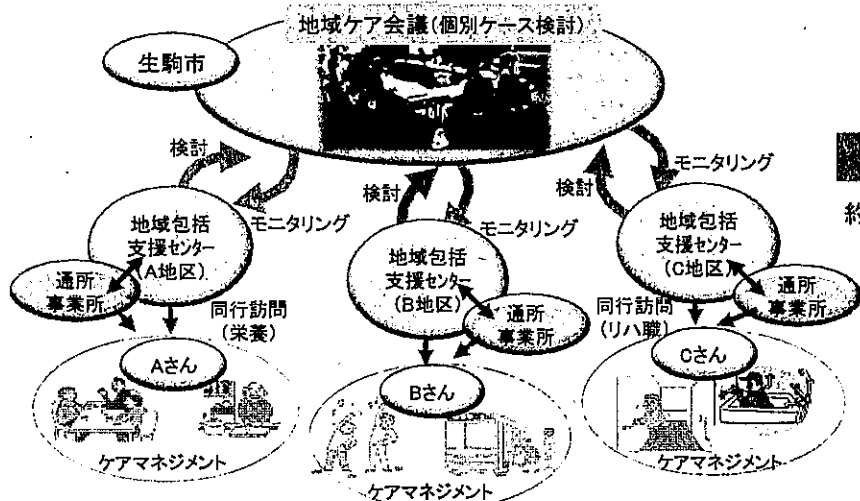
○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

### 【ここがポイント！】

- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③ 疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④ 継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一望できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)

生駒市	地域包括支援センター	委託 6カ所
	総人口	121,031人
	65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
	75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
	要介護認定率	15.6%
	第5期1号保険料	4,570円
		平成25年4月1日現在



### ○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

### ○通所事業所

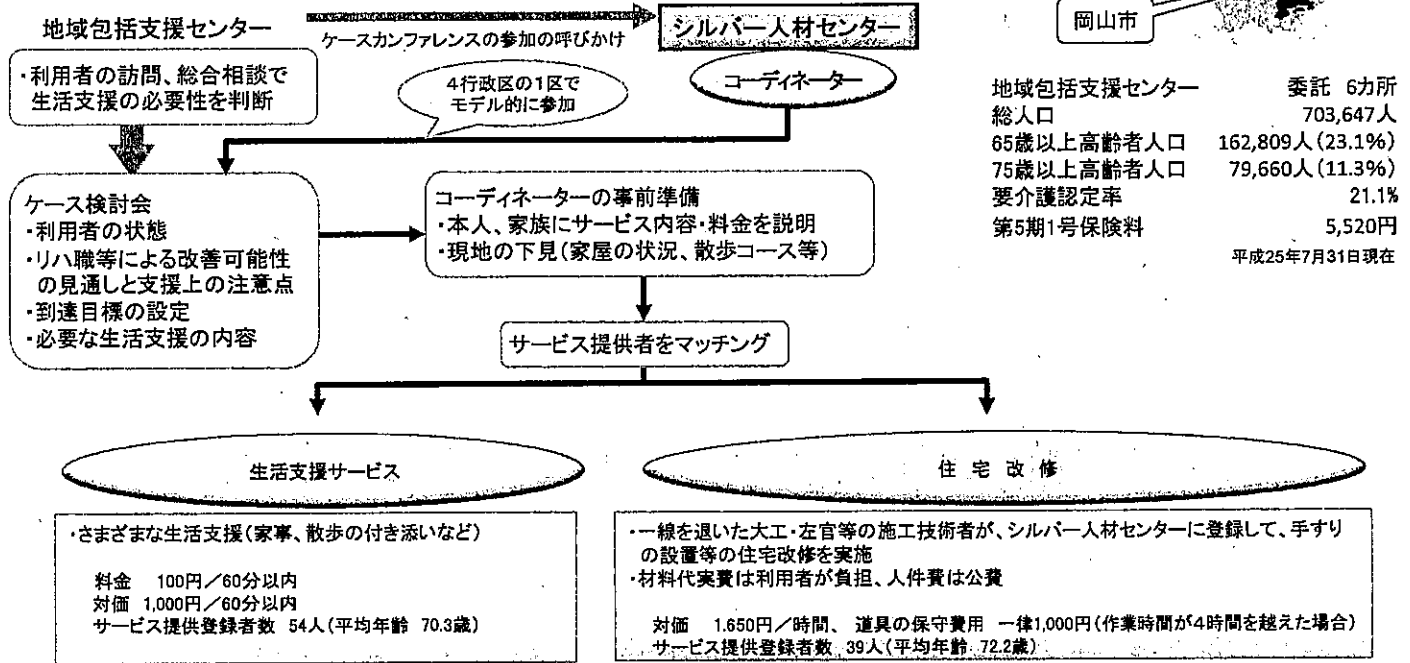
- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

# シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例 ～岡山県岡山市～

○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

## 【ここがポイント！】

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者と提供者の双方の安心感と満足度を高めている。

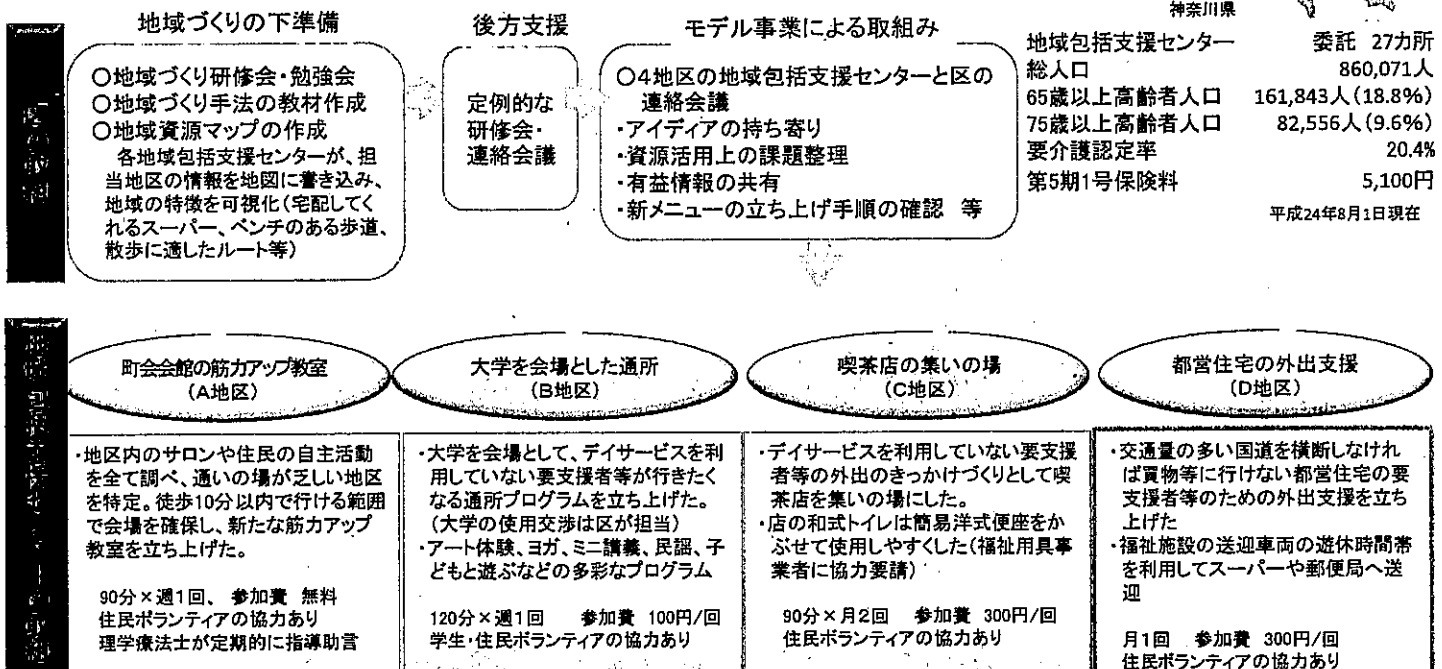


# 地域資源を活用した多様な通いの場の取組例 ～東京都世田谷区～

○世田谷区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会議で現場の問題を共有し、関係機関の調整など必要な行政対応を行いながら、地域包括支援センターの地域づくりをサポート。地域包括支援センター単位で都市部の豊富な地域資源を活用して多様な通いの場の創設や外出支援を実現している。

## 【ここがポイント！】

- ①区の保健師が、地域包括支援センターと地域で行動を共にして地域づくりのノウハウを伝授
- ②その後、各地域包括支援センターが担当地域の自治組織や住民と会合等を通じて関係づくり



# 住民主体の活動による生活支援・介護予防の取組み例 ～大分県竹田市～

○竹田市は、中高年齢層を対象に暮らしのサポーターの養成を行い、実践の場として「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、生活支援サービスや通いの場の運営を委託。人材養成と実践の場づくりを連動させることにより元気な高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを実践している。

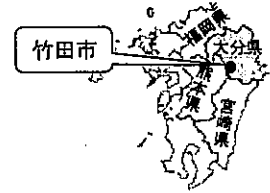
## 【ここがポイント！】

市長をトップに、関係機関と住民が自由に議論できる場を用意

竹田市経済活性化促進協議会  
竹田市雇用創造推進プロジェクト会議  
(会長：市長)  
商工団体、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター等

活動拠点  
「暮らしのサポートセンター」  
(空き店舗利用)

住民互助の活動体「りんどう」  
(会員157人、平均年齢74.2歳)



めざすべき姿を議論  
(自助互助の機運醸成へ) (毎月2回、約半年)

地域包括支援センター 委託1カ所  
総人口 24,547人  
65歳以上高齢者人口 9,890人 (40.2%)  
75歳以上高齢者人口 6,285人 (25.6%)  
要介護認定率 22.6%  
第5期保険料 5,500円  
平成25年1月末現在

立ち上げ準備(市) (約1年間)

活動開始(住民)

活動会員(27人)：生活支援の提供者  
協力会員(19人)：寄り合い場の運営  
賛助会員(69人)：賛同者  
利用会員(42人)：生活支援の利用者

- 1 暮らしのサポーター養成
- 2 活動拠点の整備・事業委託

(半年後)

介護予防教室	通いの場(寄り合い処)	生活支援サービス	季節行事・イベント開催
<ul style="list-style-type: none"> <li>市の健康運動インストラクター養成研修を修了した住民が「竹田ヘルスフィットネス」を結成</li> <li>市の委託を受けて介護予防教室を企画実施(暮らしのサポートセンターを会場に体力測定と運動指導)</li> <li>地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施</li> </ul> <p>指導料 4,000円/人回 インストラクター 50~70歳代</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>暮らしのサポートセンターで「寄り合い処」を運営</li> <li>年代を問わず気軽に立ち寄ることができる場(手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま)</li> <li>木工・陶芸などの手作り品の展示販売</li> </ul> <p>オープン 月～金、9:00～17:00 (コーヒー100円、定食300円)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>さまざまな生活支援(家事、草取り、植木の水やり、ペットの世話、外出支援、簡単な修理修繕など)</li> <li>利用者とサービス提供者のいずれも会員登録を行い、会費を支払う(年会費1,000円)</li> </ul> <p>料金(利用券) 30分400円、60分800円 対価 利用料金の75% (25%は「りんどう」の活動資金に充当)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施</li> <li>住民の交流促進、地域おこし</li> <li>地域への愛着を育む取組</li> </ul> <p>「奮っこカーニバル・歌声喫茶 ミニコンサート・カラオケ大会 チャリティーコンサート・料理教室 クリスマスイベント・しめ縄作り かるた大会・紅白歌合戦 ヨガ・グランドゴルフ大会 など」</p>

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1(2012/6/1～2013/5/31) ⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻) 要介護1(2012/6/1～2013/5/31) ⇒ 要介護1
要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。	



	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域ケア会議による検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続  夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10)
リハ職の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ち明るくなり、活動的になっている。

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

事例 (岡山市) 71歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/8/2~2013/8/31) ⇒ 更新せず  
 要介護認定を受けた経緯：変形性膝関節症で2012年7月に人工関節置換術を受け、一月後に自宅に戻る



介護予防教室(元気スマイル教室)



歩行ルートの確認

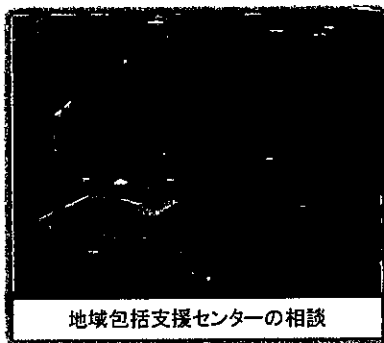


介護予防教室でお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.9)	【2か月後】(2012.10)	【6か月後】(2013.2)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>杖歩行。屋外を歩く自信がない。</li> <li>タクシーで通院(唯一の外出)</li> <li>家の中の家事はできる</li> <li>買物は別居の娘が同行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>杖歩行</li> <li>屋外歩行は依然として自信がなく、外出はタクシーを利用</li> <li>階段昇降は手すりを使用して2足1段</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加)</li> <li>バスで外出(デパートに行く)</li> <li>荷物を持って歩くことができる</li> </ul>
地域包括支援センターによるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>住居は、元々バリアフリー化されており問題ない</li> <li>県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い</li> <li>(この時点では、通所事業は準備中。当面、地域包括支援センターが訪問で相談援助を行った)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①リハ職の訪問アセスメント</li> <li>②介護予防教室(週1回×3か月)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>運動プログラム</li> <li>仲間づくり、役割づくり</li> </ul> </li> <li>※自宅と会場は300m程度。最初は送迎で対応</li> </ul>	<p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p> <p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p>
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)	<p>〈訪問アセスメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自宅周辺の歩行ルートを確認</li> <li>通所の帰りに、リハ職が自宅まで一緒に歩き、自信が持てるように後押し。</li> </ul>	<p>【現在】(2013.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防教室のボランティアとして活動</li> <li>市のボランティア養成講座の受講をはじめ</li> </ul>

事例は、本人の了解を得た上で、岡山市から提供

事例 (世田谷区) 77歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/7/26~2013/7/31) ⇒ 更新せず  
 要介護認定を受けた経緯：脊柱管狭窄症で2012年7月に手術を受け、一月後に自宅に戻る



地域包括支援センターの相談



大学の通所(体操プログラム等)



喫茶店の集いでお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.8)	【3か月後】(2012.11)	【9か月後】(2013.5)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>しやがむ動作、長く歩くことが困難</li> <li>買物の荷物を運ぶことが困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>近所の外出ができる</li> <li>軽い荷物を持って歩くことができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>床の正座ができる</li> <li>長く歩けるようになり、近隣の旅行ができる</li> </ul>
地域包括支援センターによるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>住居は、元々バリアフリー化されており問題ない</li> <li>家事は自分で可能(買物は、スーパーの宅配を利用)</li> <li>友人の支援あり。支援関係を絶たないよう配慮しながら様子を見守ることに。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①リハ職の訪問アセスメント</li> <li>②大学の通所(週1回)</li> </ul>	<p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p> <p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p>
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)	<p>〈自宅訪問〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家の内外の動線の評価</li> <li>安全な動作、体操をアドバイス</li> <li>〈ケースカンファレンス〉</li> <li>ADL、IADLの改善可能性の見直しを提示</li> </ul>	<p>【現在】(2013.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>喫茶店の集いで、お世話役のボランティア</li> <li>趣味の茶道が復活</li> <li>ボウリングサークルに入会</li> </ul>

事例は、本人の了解を得た上で、世田谷区から提供



事例 (竹田市)	76歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/4/16~2013/4/30) ⇒ 更新せず
	要介護認定を受けた経緯：変形性股関節症で2012年1月に人工関節置換術を受け、6月に自宅に戻る



自宅周辺のウォーキングで体づくり



暮らしのサポートセンターで食事づくり



収穫した野菜を地域の仲間と販売

	【退院後の状況】(2012.6)	【6か月後】(2012.12)	【9か月後】(2013.4)
ADL IADL	・しゃがむ、床から立ち上がる動作が困難(畑仕事、ふとんの寝起き等) ・重い物の運搬が困難(ゴミ出し、買物の荷物や畑の資材を運ぶ等)	・畑に腰をおろして草取りができるようになる ・ゴミや荷物等は小分けして台車で運ぶことができるようになる	・日常生活全般が自分ができる ・野菜づくりが再開 (窓拭きや力の必要な農作業は、「りんどう」の生活支援を利用)
医療	外来リハ(20分×週3回)	外来リハ(20分×週3回)	年内で終了予定
地域包括支援センターによるケアマネジメント	①住宅改修(手すり)・福祉用具購入(シャワーチェア) ②社協の貸し出しベッド(給付外) (この時点では、暮らしのサポートセンターの生活支援は準備中)	①温泉水中運動(週1回) ②ノルディックウォーク(自宅周辺を毎日30分) ③暮らしのサポートセンターで役割づくり(食事づくりのメンバーとして)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結  日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の多職種によるケースカンファレンス等は準備中)	(ケースカンファレンス) ・外来リハの病院リハ職が、達成可能な目標設定をアドバイス	【現在】(2013.10) ・収穫した野菜を地域の直売所で販売 ・暮らしのサポートセンターで食事づくりのボランティア活動 ・地域の高齢者サロンで元気になった自分の体験を話したり、体操指導等の世話役を担っている

事例は、本人の了解を得た上で、竹田市から提供

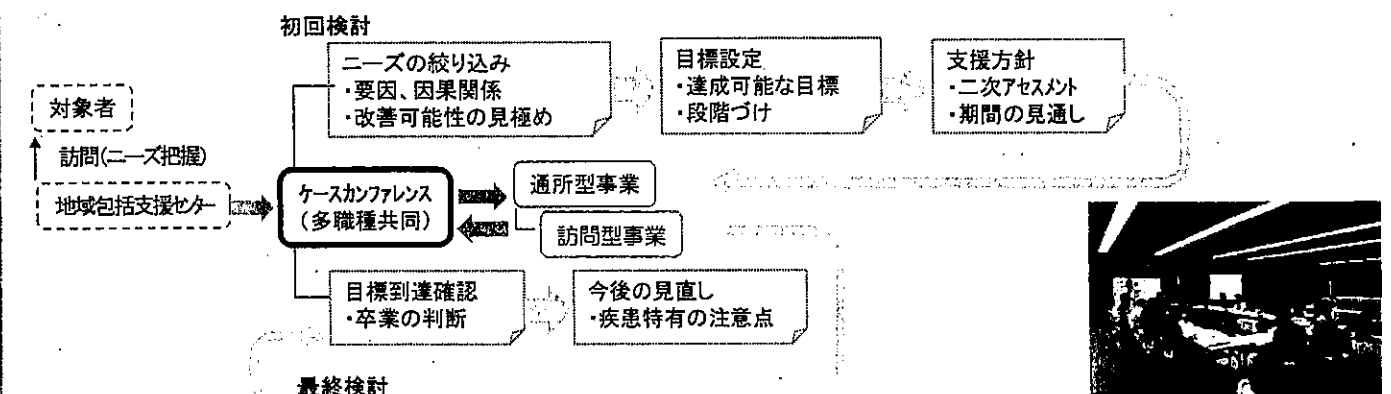
## 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割① ~ケースカンファレンス~

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

### ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割：難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成：保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数：3時間程度(1件10~15分程度 × 15~16件)

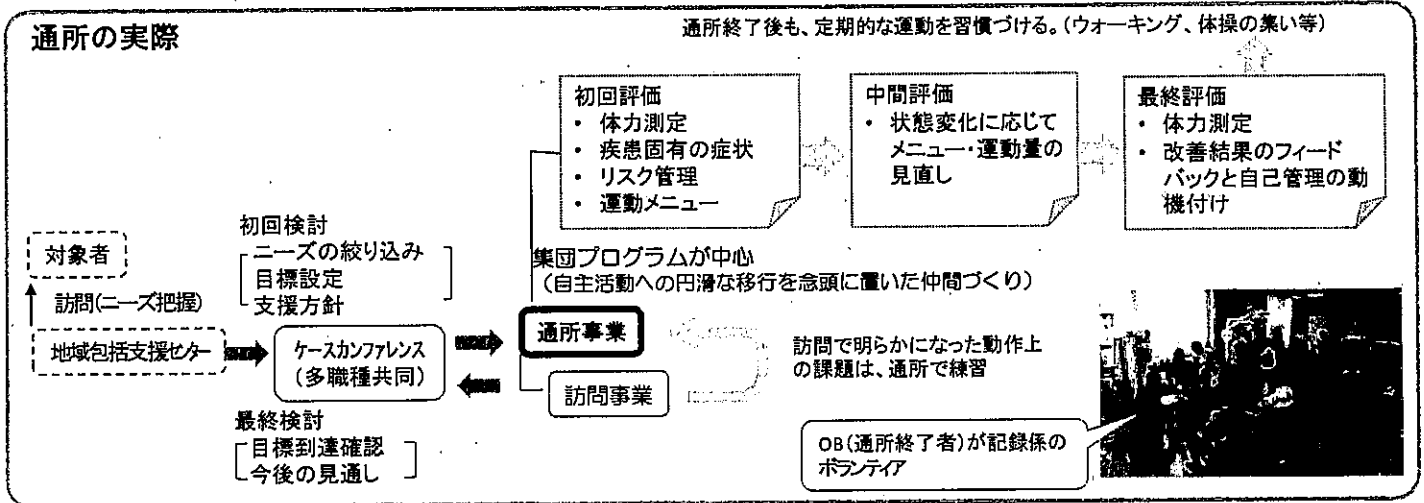
### ケースカンファレンスの実際



## 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割：機能評価、疾患固有の症状(疼痛・変形等)に配慮した運動プログラムの提示(PT)、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入(OT)、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成：通所スタッフ(介護職員・運動指導員等) & 理学療法士(作業療法士)
- 対応の頻度：1クール3か月(週2回×12週)の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価(初回・中間・最終)  
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

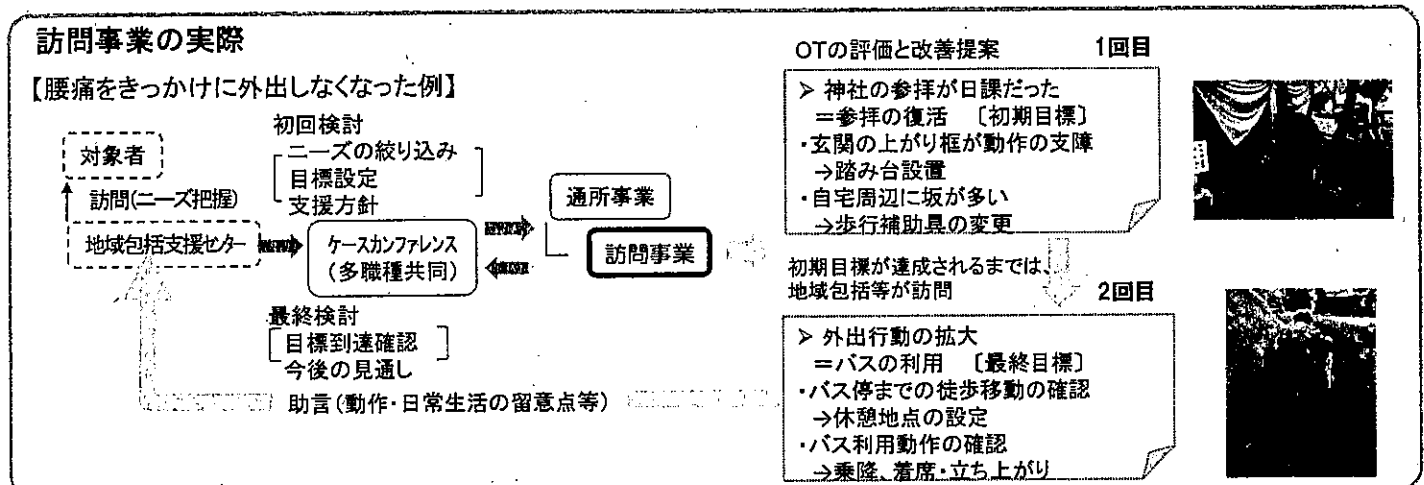


## 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

### 訪問事業の概要

- リハ職の役割：生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
- 職種構成：市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or 理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
- 対応の頻度：1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結  
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)



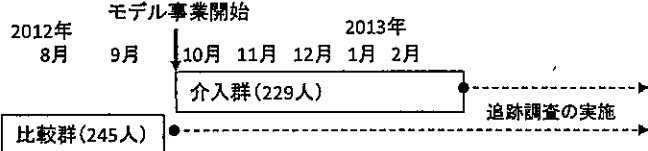
※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

# 予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

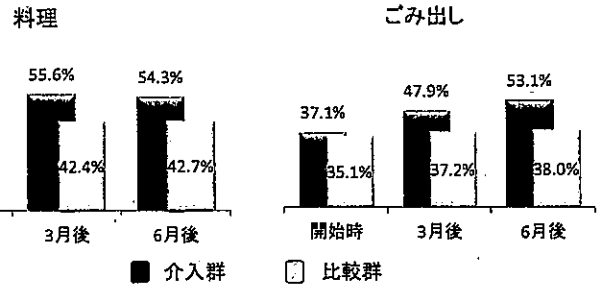
## 調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

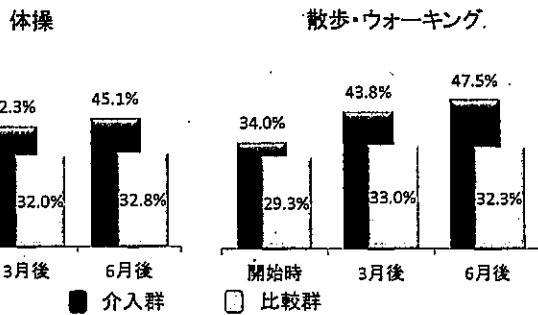


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施  
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。  
6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

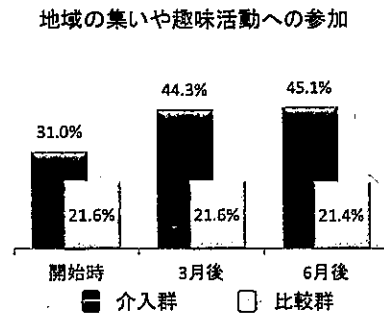
家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。



活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



## 平成26年度の高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業について

# 高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業

○国は、都道府県による市町村支援の強化を図ることにより、体操などを行う住民運営の通いの場の充実と、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

## 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業

### ●目的

生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチするために、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、体操などを行う住民運営の通いの場を充実する。

### ●事業内容

国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

＜住民運営の通いの場を充実するための具体的な流れ＞

1. 地域診断、戦略策定
2. モデルとなる住民運営の通いの場の立ち上げ
3. 住民運営の通いの場の育成・拡大
4. リハビリ専門職等の活用

#### ＜コンセプト＞

- ・市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ・前期高齢者のみならず、後期高齢者や同じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ・住民自身の積極的な参加と運営による自体的な拡大を目指す
- ・後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ・体操などは週1回以上の実施を原則

住民運営の通いの場

バックアップ

モデル市町村

バックアップ

モデル都道府県

バックアップ

国（アドバイザー組織）

- ◆ 住民に対する動機付け
- ◆ 住民運営の通いの場の立ち上げ支援

- ◆ 相談・支援（地域診断、戦略策定等）

- ◆ 研修の実施
- ◆ 相談・支援（電話、メール）
- ◆ 現地での技術的助言

## 都道府県医療介護連携調整実証事業

### ●目的

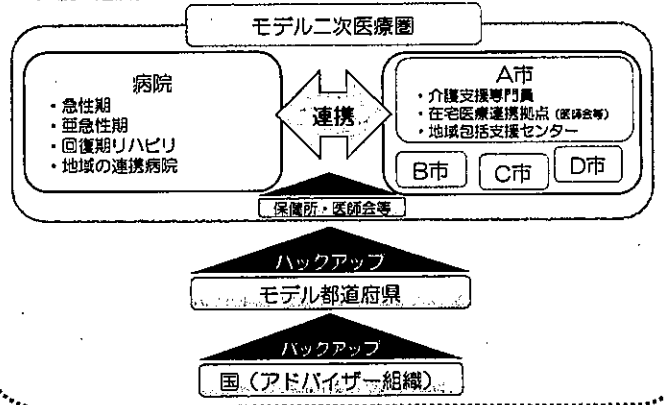
急性期・回復期から生活期リハビリテーションへの円滑な移行をするために、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

### ●事業内容

国（アドバイザー組織）の支援を受けた都道府県（保健所等）の調整のもと、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現する退院調整ルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積する。

＜退院調整ルール作成・運用するための具体的な流れ＞

1. 病院のネットワーク化
2. 介護（介護支援専門員）のネットワーク化
3. 病院と介護（介護支援専門員）合同の連携協議会の形成
4. 当該圏域統一の退院調整ルール作成・運用
5. 統一退院調整ルールのレビュー



## 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ①

○都道府県による市町村支援を強化することにより、地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する

○国は、都道府県と連携しながら、モデル市町村を支援する取組を段階的に拡大していく

住民運営の通いの場

バックアップ

モデル市町村

バックアップ

モデル都道府県

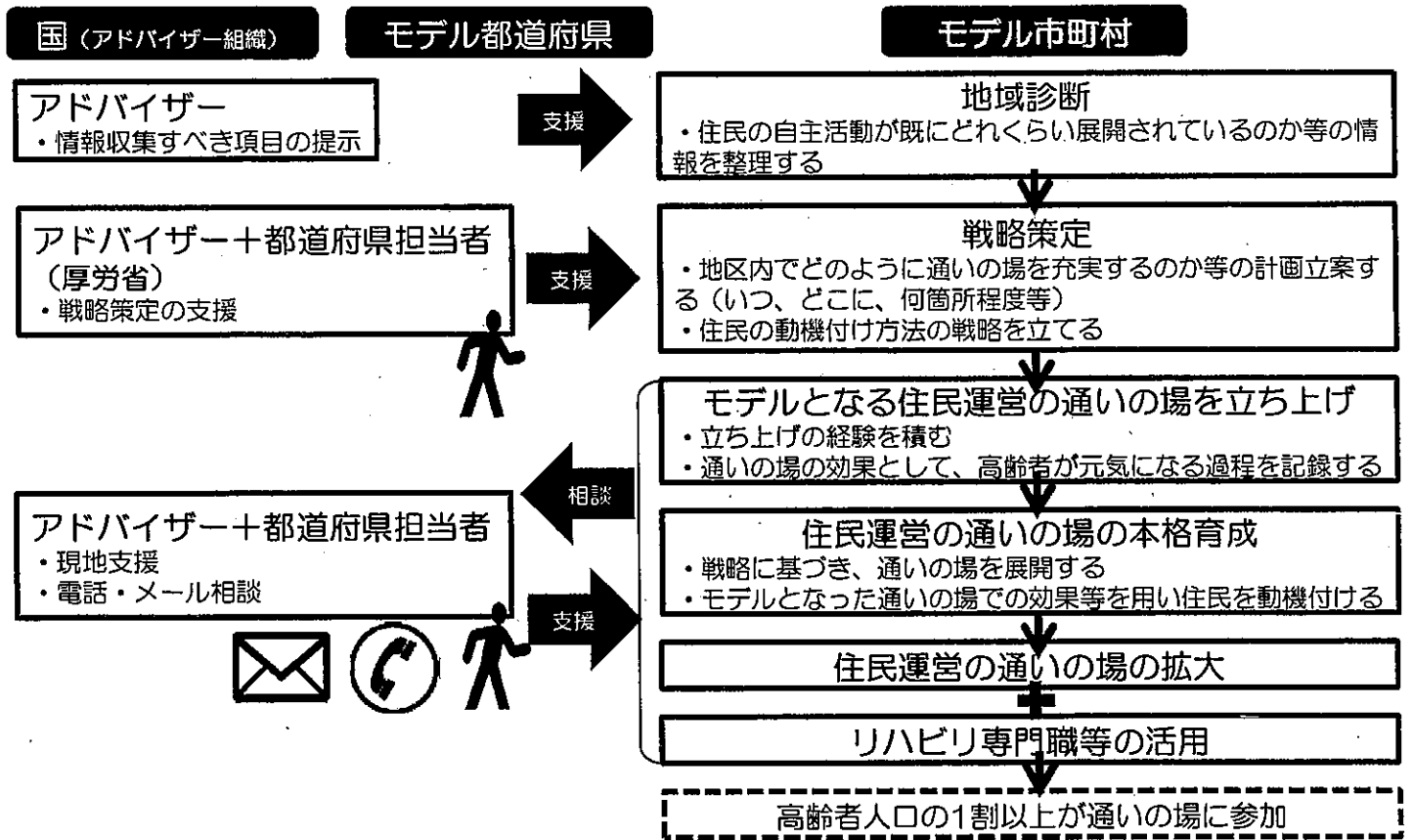
バックアップ

国（アドバイザー組織）

- ◆ 住民に対する動機付け
- ◆ 住民運営の通いの場の立ち上げ支援
- ◆ 相談・支援（地域診断、戦略策定等）
- ◆ 研修の実施
- ◆ 相談・支援（電話、メール）
- ◆ 現地での技術的助言

## 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ②

### アドバイザーによる支援のイメージ



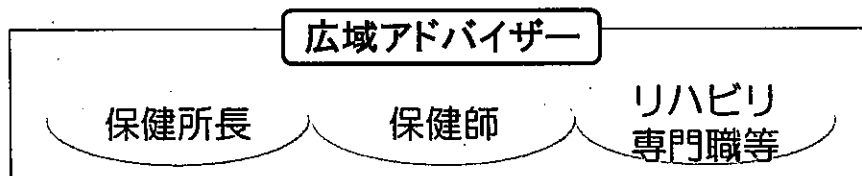
## 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ③

### アドバイザーの役割 (現時点でのイメージ)

地域づくりによる介護予防が、地域の実情に応じて展開出来るように、都道府県の担当者(介護予防担当、保健所の保健師など)と共に市町村を支援する

#### ①広域アドバイザー

- 2~3県を広域的に担当
- 地域づくりの経験を活かし、住民の動機付けや、住民運営の通いの場の展開方法などを具体的にアドバイス

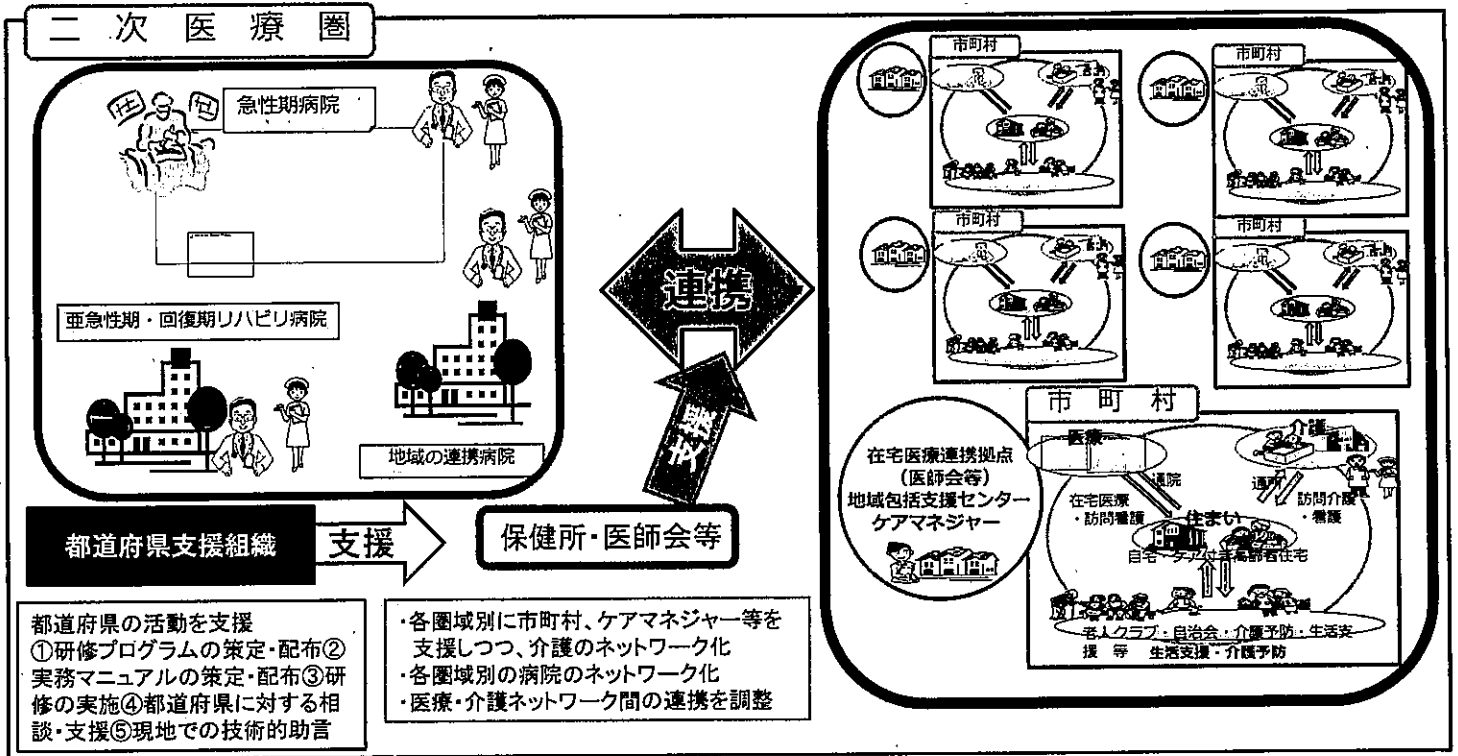


#### ②都道府県密着アドバイザー

- 所在の1県を担当
- 県内のモデル市町村 (5市町村程度を予定) からの相談・支援 (電話、メール)

# 都道府県医療介護連携調整実証事業

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



## 介護予防等に係る表彰制度による自助努力の促進について

## 「健康寿命をのばそう！アワード」の拡充

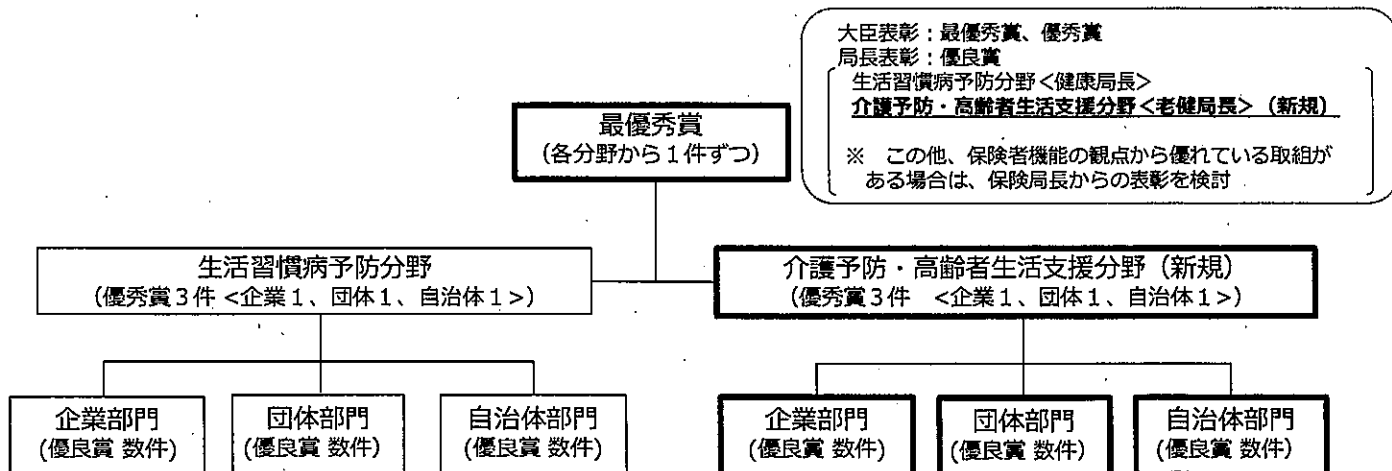
- 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」第4条及び第5条における、健康管理や疾病予防、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討の趣旨を踏まえ、来年度より、「健康寿命をのばそう！アワード」を拡充・発展させ実施する。

### 【目的】

企業、団体、自治体等において、生活習慣病予防及び介護予防・高齢者生活支援への貢献に資する優れた自助努力活動等の奨励・普及を図る。

### 【応募対象】

生活習慣病予防及び介護予防・高齢者生活支援への貢献に資する優れた自助努力活動等を行っている企業・団体・自治体（保険者を含む）



## 2. 介護・医療関連情報の「見える化」の推進について

### (1) 目的

高齢化が一段と進む2025年に向け地域包括ケアシステムの構築を目指しており、都道府県・保険者が長期的な視点を持って、地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが必要である。

今後、地域包括ケアシステムの実現に向けて、都道府県・保険者が着実に計画を実行するためには、介護保険事業の現状分析に基づいて実行状況を随時検証し、必要な施策を検討する必要がある。

これまで、現状分析を支援するためのツールとしては介護政策評価支援システムがあった。この機能を統合した上で、保険者に対して全国比較等の結果を「見える化」し、直感的に分析可能とすること、分析で把握される同様の課題を抱える保険者等において取り組まれている施策等についての情報提供をすることにより、従来以上に保険者の介護保険事業運営を総合的に支援することが可能になる。

このようなことから、各地方自治体が行う、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステム構築に向けて、有益な情報を国民も含めて広く共有（＝「見える化」）することによって総合的な支援を推進する。

### (2) 平成25年度の試行的「見える化」事業について

今年度は、試行的「見える化」事業を実施しており、各自治体は、2月末から、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるプロトタイプシステムを利用することが可能になる。昨年末に、平成25年度試行的「見える化」事業の資料一式を提供しているところであり、各自治体は、資料を確認していただくとともに、第6期の介護保険事業（支援）計画の策定を含め当該システムの利活用を検討していただきたい。

### (3) 平成26年度以降の介護・医療関連情報の「見える化」の推進について

試行的「見える化」事業において構築したプロトタイプシステムは、平成26年度についても引き続き運用を行う予定である。日常生活圏域ニーズ調査結果情報を送信する保険者については、平成26年6月頃までを目途に送信をお願いする。

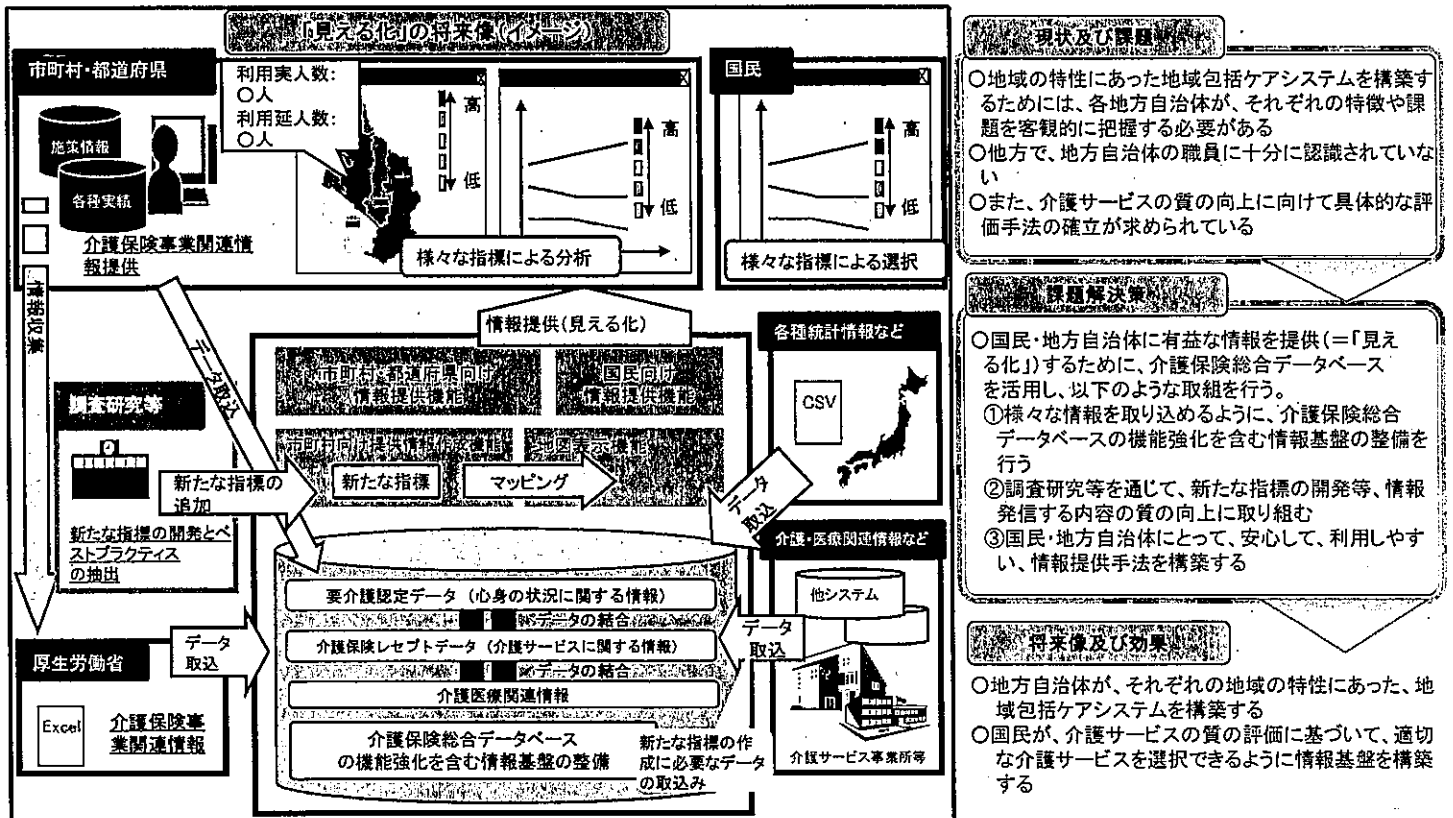
また、来年度以降、国民も含めて広く共有できるように、システムの構築等を推進することとしており、事業内容をさらに具体化した上で、適宜情報提供してまいりたい。



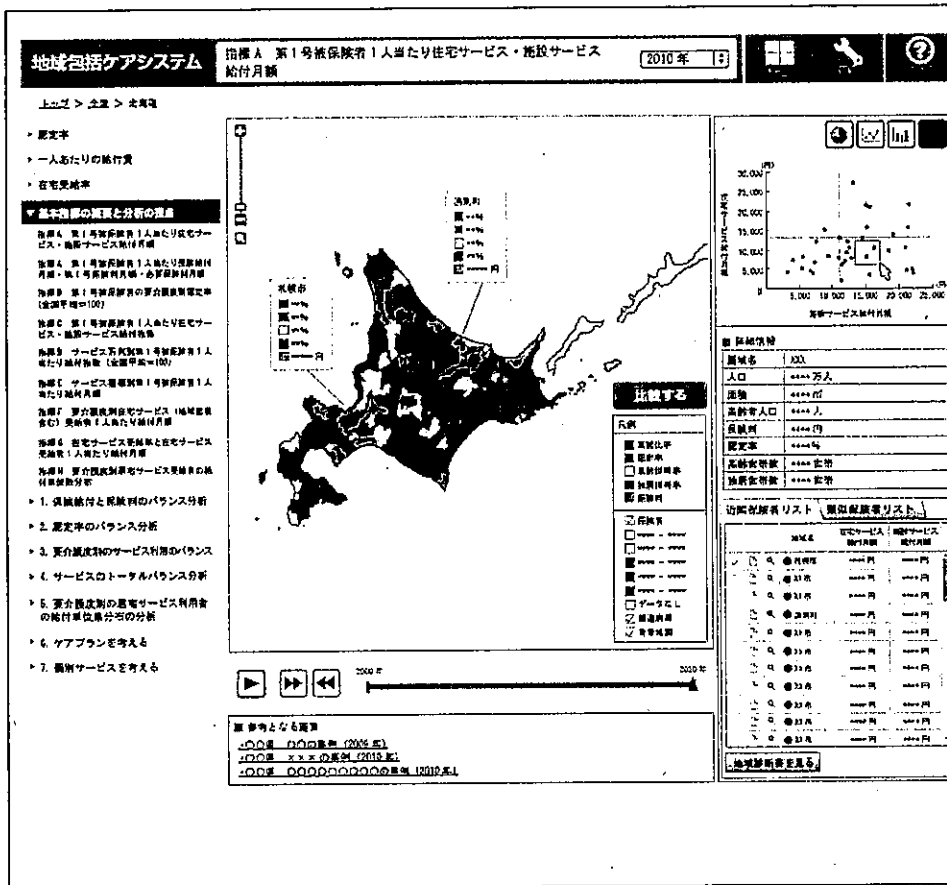
# 介護・医療関連情報の「見える化」の推進について

## 介護・医療関連情報の「見える化」の推進

地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進



# 平成25年度の試行的「見える化」事業について (イメージ①)

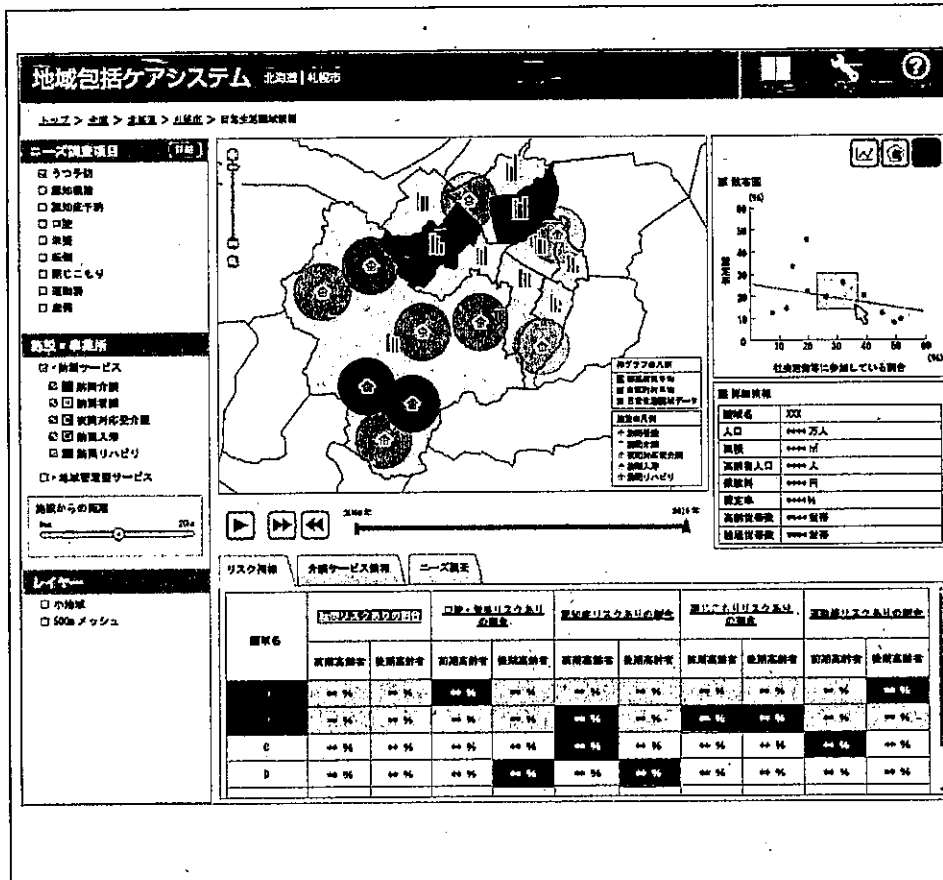


○地理情報システムを活用して介護保険事業の現状等を「見える化」することで、全国及び自治体間の比較を容易にし、自治体における現状分析を支援する。

○介護保険総合データベースの情報を基に、介護保険政策評価支援システム等で提供している各種指標を統合し、「見える化」して提供する。

○介護保険総合データベース以外に、国勢調査等の公的統計調査の情報を活用して提供することで、介護保険給付以外の自治体特性を考慮した現状分析を支援する。

# 平成25年度の試行的「見える化」事業について (イメージ②)



○日常生活圏域ニーズ調査の結果を提供いただく自治体については、介護保険総合データベース及び各種公的統計情報を活用し、「見える化」を行う。

○これにより、自治体内の圏域間比較だけでなく、全国等と圏域間比較を可能とし、より詳細な分析を可能とする。

○介護保険総合データベース及び各種公的統計情報を活用することで、日常生活圏域内の高齢者のリスク特性とサービス基盤との関係性等、従来困難であった分析を容易に可能とする。

# 平成25年度の試行的「見える化」事業について（イメージ③）

**18歳人口グラフ**

年次	18歳人口
2011	12,000
2015	11,500
2020	11,000

**統計情報**

都道府県	A地区
人口	100,000人
高齢者	20,000人
高齢者人口	20,000人
性別	10,000男
性別	10,000女
年齢	100歳未満
年齢	100歳以上
年齢	100歳以上
年齢	100歳以上

**リスク評価**

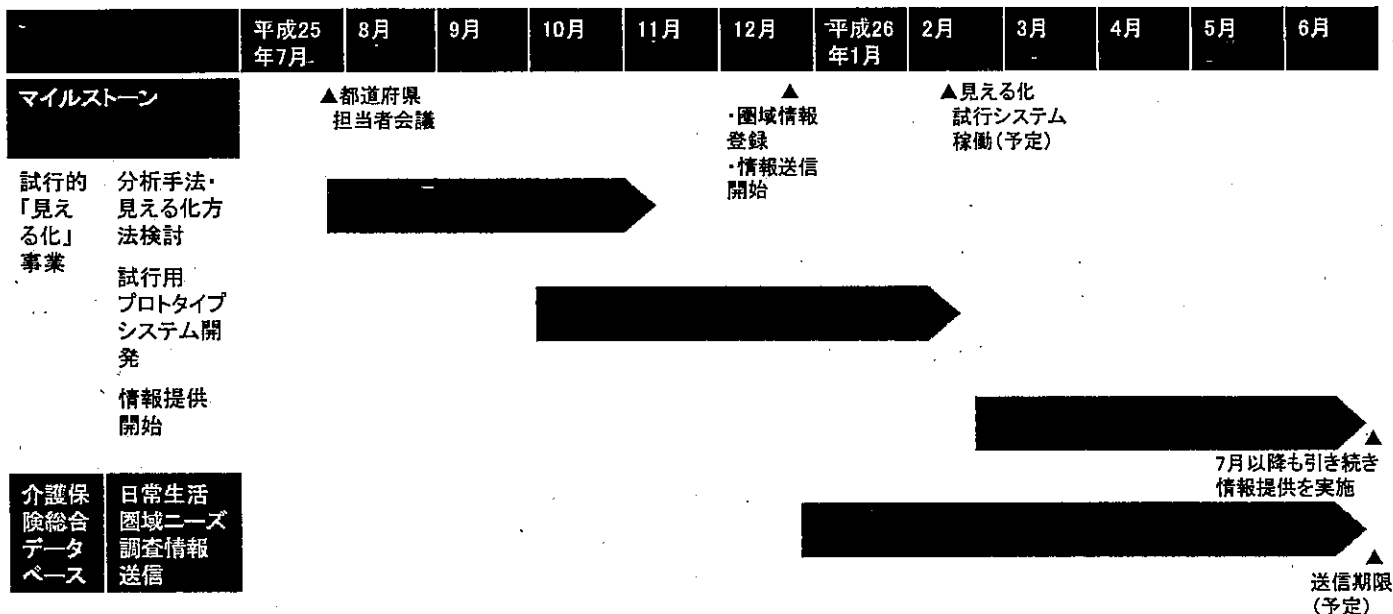
地域名	認知症リスクの割合		高齢者人口の割合		高齢者人口の割合		高齢者人口の割合		高齢者人口の割合	
	前期高割合	後期高割合	前期高割合	後期高割合	前期高割合	後期高割合	前期高割合	後期高割合	前期高割合	後期高割合
A	10%	12%	15%	18%	20%	22%	25%	28%	30%	32%
B	12%	15%	18%	20%	22%	25%	28%	30%	32%	35%
C	15%	18%	20%	22%	25%	28%	30%	32%	35%	38%
D	18%	20%	22%	25%	28%	30%	32%	35%	38%	40%

○月次で更新される介護保険総合データベースの情報を利用した集計については、時系列の変化も「見える化」することで、自治体が実施する分析に「過去のトレンド」の視点を加えることが容易になる。

○時系列変化の「見える化」は都道府県、市区町村単位だけでなく、日常生活圏域単位での集計も行う予定であり、従来困難であった日常生活圏域単位での時系列を考慮した給付分析も容易に可能とする。

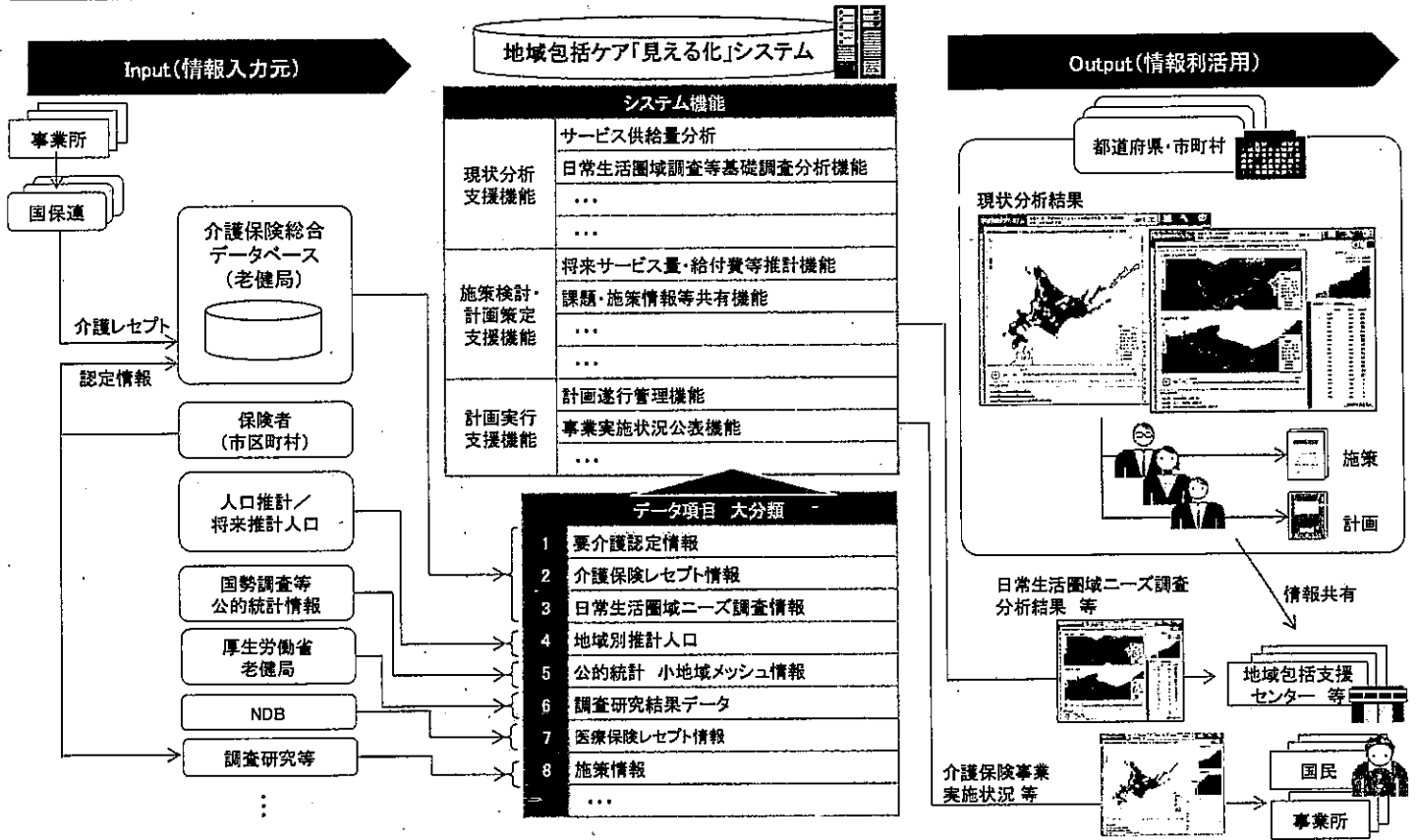
## 試行的「見える化」事業のスケジュール

- ✓ 平成25年度「見える化」事業は、試行用のプロトタイプシステムを開発・運用し、年度内を目途に試行的に保険者向けの情報提供を開始する。
- ✓ プロトタイプシステムは平成26年度についても引き続き運用を行う予定である。日常生活圏域ニーズ調査結果情報を送信する保険者については、平成26年6月頃までを目途に送信をお願いする。



# 平成26年度以降の介護・医療関連情報の「見える化」の推進（イメージ）

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する



**平成 25 年度試行的「見える化」事業  
参加手引書(概要版)**

平成 26 年 2 月 3 日版  
平成 25 年 12 月 24 日 初版

**厚生労働省 老健局 老人保健課**

## 1. 試行的「見える化」事業の目的

社会保障・税一体改革においては高齢化が一段と進む2025年に向け地域包括ケアシステムの構築を目指しており、都道府県・保険者が長期的な視点を持って、地域包括ケアシステムの構築に取り組む必要があります。

今後、地域包括ケアシステムの実現に向けて、都道府県・保険者が着実に計画を実行するために、介護保険事業の現状分析に基づいて実行状況を随時検証し、必要な施策を検討する必要があります。

これまでのところ、現状分析を支援するためのツールとしては介護政策評価支援システムがあります。この機能を統合した上で、保険者に対して全国比較等の結果を「見える化」し、直感的に分析可能とすること、分析で把握される同様の課題を抱える保険者等において取り組まれている施策等についての情報提供をすることにより、従来以上に保険者の介護保険事業運営を総合的に支援することが可能になります。

このようなことから、厚生労働省としては、各地方自治体が行う、それぞれの地域の特性にあった地域包括ケアシステム構築に向けて、有益な情報を国民も含めて広く共有（＝「見える化」）することによって総合的な支援を推進することとしています。

平成25年度においては、地域包括ケア「見える化」システム（仮称）（以下、「本システム」という。）のプロトタイプを構築し、「見える化」を試行的に開始します。

## 2. 地域包括ケア「見える化」システムの概要

### (1) 地域包括ケア「見える化」システムの機能概要

平成25年度に試行する地域包括ケア「見える化」システム（以下、本システム）では、介護保険事業の現状分析に資する情報について都道府県、保険者及び日常生活圏域単位に情報提供を行います（提供される具体的な情報は参考資料1を参照）。

なお、本システムで提供される情報の集計に含まれる高齢者数が10人に満たない情報については、個人情報の秘匿に配慮して提供を行いません（公的統計等で公表されている情報については、そのまま提供します）。

以下では、本システムの主な機能である保険者間の情報の比較及び日常生活圏域間の情報の比較機能の概要を紹介します。なお、本システムは現在開発中であり、最終的な画面とは異なる場合があることに留意してください。

1) 保険者間比較の画面・機能概要

本システムで提供する情報は地図及びグラフによって「見える化」し、保険者間の比較を直感的に分析できるように提供されます。また、表示している指標や比較対象として選択した保険者に関連する地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例等を閲覧することができます。

図表：一つの指標について保険者間比較を行う場合

The screenshot displays the '地域包括ケア「見える化」システム' (Regional Comprehensive Care 'Visualization' System) interface. It features a map of Hokkaido with various municipalities highlighted in different colors. A callout box points to the map, stating: '保険者を選択すると主要指標が表示される。' (When an insurer is selected, the main indicators are displayed). Another callout points to a bar chart showing '保険料月額' (Monthly Insurance Premium) from 2003 to 2011, with a note: '選択した指標の時系列変化をグラフで確認できる。また、全国平均等を重ね併せて比較可能。' (The time series change of the selected indicator can be confirmed on the graph. Also, national averages, etc., can be overlaid for comparison). A third callout points to a table of municipalities, stating: '近隣や同一規模の保険者を比較対象として一覧から選択可能。' (Nearby or same-scale insurers can be selected as comparison targets from a list). A fourth callout points to a list of cases, stating: '選択した指標や保険者と関連する、他の保険者の取り組み事例を閲覧することができる。' (Cases of other insurers' initiatives related to the selected indicator or insurer can be browsed). A fifth callout points to a specific data point on the chart, stating: '選択した指標（例では第1号被保険者の保険料月額）の分布が地図上に表示される。' (The distribution of the selected indicator (e.g., the monthly premium of the 1st insured person) is displayed on the map).

地域包括ケア「見える化」システム

全国単位で見える 都道府県単位で見える 保

指標の表示単位: 保険者

指標: 保険料月額を見る

指標: 保険料月額(円)

6,000  
4,000  
2,000

高齢化率  
医療費  
認定率  
高齢化率  
介護付帯率

2003年

2003-2005 2004-2008 2009-2011 2012

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例

詳細情報

地域名	札幌市
人口	***人
面積	***㎡
高齢化率	***%
医療費	***円
認定率	***%
高齢化率	***%
介護付帯率	***%

近隣や同一規模の保険者を比較対象として一覧から選択可能。

近隣保険者リスト 同一規模保険者リスト

地域名	項目1	項目2
石狩市	****	****
小樽市	****	****
湧別町	****	****
XX市	****	****
XX市	****	****
XX市	****	****

参考となる症例

指標 該当保険者 近隣保険者 同一規模保険者 よく見られている症例 新着

○○○の事例 (2009年)

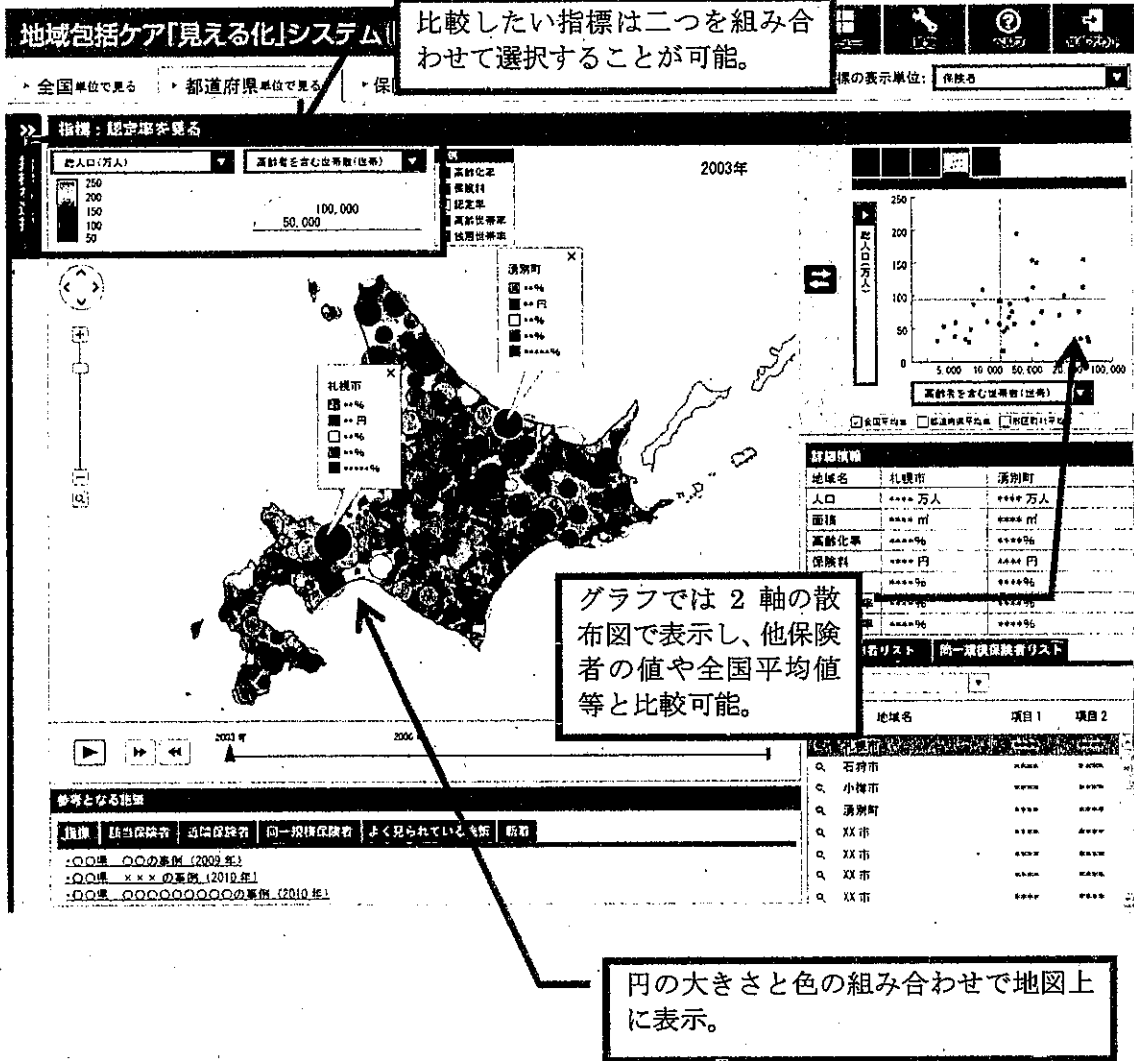
○○○の事例 (2010年)

○○○の事例 (2010年)

選択した指標や保険者と関連する、他の保険者の取り組み事例を閲覧することができる。

選択した指標（例では第1号被保険者の保険料月額）の分布が地図上に表示される。

図表：二つの指標の組み合わせで保険者間比較を行う場合

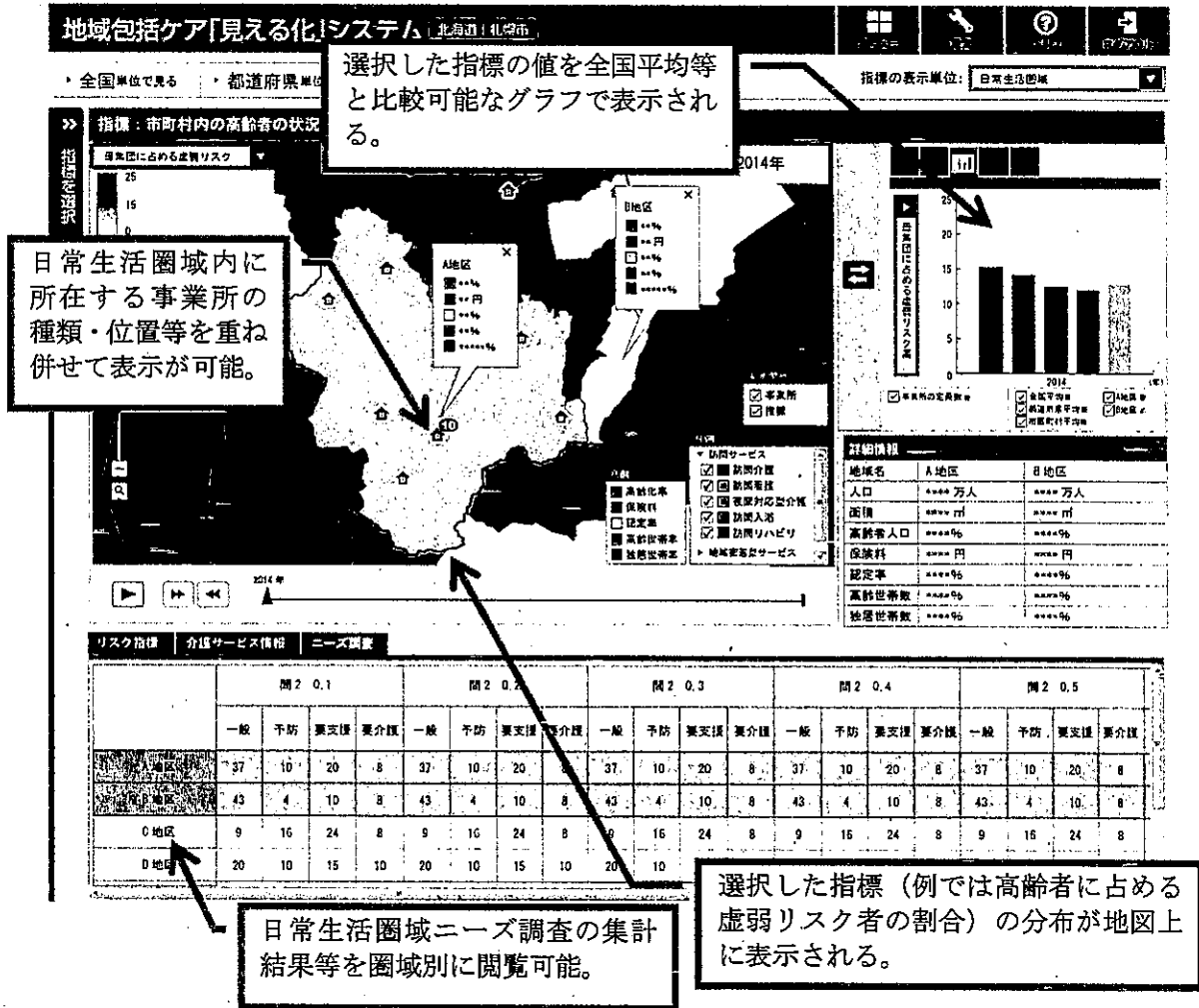




2)日常生活圏域間比較の画面・機能概要

本システムで提供する情報は地図及びグラフによって「見える化」し、日常生活圏域間の比較を直感的に分析できるように提供されます。また、日常生活圏域内に所在する事業所の位置等を重ね併せて分析することも可能です。

図表：日常生活圏域間の比較を行う場合



## (2)稼働環境及び運用要件に関する留意事項

### 1)稼働環境

本システムの利用に際しては、Windows 7以降のOS及びInternet Explorer 9以降又はGoogle Chrome ver 30以上のブラウザがインストールされたPCをご用意ください。Windows 7以前のOS又はInternet Explorer 9以前の古いブラウザを利用する場合は一部の機能が利用できない場合があります。

なお、試行的運用では、Internet Explorerと比較してGoogle Chromeは動作が速く、快適にご利用いただくことが可能です。Google Chromeのインストールにつきましては、Google社のホームページ(<http://www.google.co.jp/intl/ja/chrome/browser/>)をご参照ください。

### 2)運用要件

本システムのサービス提供時間は、毎日24時間です。システム保守等のメンテナンスやバックアップ取得等を行うためにシステムを停止する場合は事前にシステム停止時間のアナウンスを行います。

また、障害によって、システムが使用不可能となる事態が発生した場合には、復旧までに12時間程度の時間を要する可能性があります。

データのバックアップは、毎日1回実施しますので、万一、障害等によってデータが失われた場合には前日のデータに復旧することになります。また、バックアップの保持は1世代分ですので、2日以上以前のデータを復旧することはできません。

### 3)アカウント情報の管理等

本システムのアカウント情報は保険者毎に、提供される情報の閲覧と日常生活圏域境界等の設定権限を持つ管理者アカウントと提供される情報の閲覧権限のみを持つ一般アカウントの2つが発行されます。一般アカウントは、地域包括ケアシステムの構築に向けて本システムの情報を有効に活用していただける関係者に共有をしてください。共有することが想定される関係者は以下のような例が考えられます。ただし、本システムは試行的に運用されるものであり、大量のアクセス数には耐えられるようになっていないため、都道府県・保険者職員以外へのアカウント情報の共有は限定された関係者に留めてください。

- 都道府県・保険者内の介護保険担当以外の部局（医療・高齢者福祉・住宅関連の部局等）
- 地域包括支援センター
- 保健所
- 介護保険事業（支援）計画策定委員・・・等

本システムは試行的運用であるため、アカウント数を限定しています。そのため、共有された一般アカウントから大量のアクセスが確認された場合には当該アカウントを廃止し、アカウント情報を再発行させていただく場合があります。

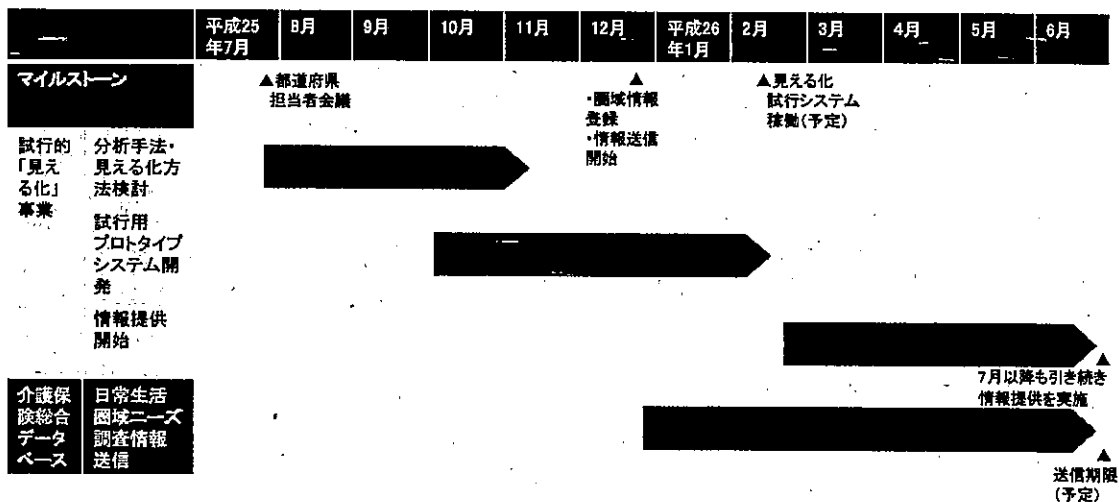
### (3) 地域包括ケア「見える化」システムの利活用の範囲について

本システムで提供を行う情報は、地域包括ケアシステムの構築に向けて本システムの情報を有効に活用していただける関係者に共有していただくことを想定しています。そのため、不特定多数の方が本システムで提供する情報を閲覧する可能性に配慮し、本システムで提供される情報の集計に含まれる高齢者数が10人に満たない情報については、個人情報の秘匿に配慮して提供を行いません（公的統計等で公表されている情報については、そのまま提供します）。

共有の方法としては、(2)に記述したように、限定された関係者に本システムの一般アカウントを共有し、本システムの機能を利用していただく方法や住民への説明資料に本システムの画面や情報を引用するなどによって共有する方法が考えられます。

### (4) 今後のスケジュールについて

本システムは、平成25年12月末に日常生活圏域境界の登録を行っていただく機能を稼働し、年度内を目途に試行的に保険者向けの情報提供を開始する予定です。本システムは平成26年度についても引き続き運用を行う予定です。また、日常生活圏域ニーズ調査結果情報を送信いただく保険者については、平成26年6月頃までを目途に送信をお願いします。



【修正履歴】

日付	修正内容
2013.12.24	初版
2014.02.03	P.5「稼働環境」に Google Chrome について追記

### 3. 平成26年度介護報酬改定の概要について

#### (1) これまでの経緯と改定の概要

平成26年4月に予定されている消費税率8%への引上げに伴う介護保険サービスに関する消費税の取扱い等については、社会保障審議会介護給付費分科会等において検討が行われてきたところ。

審議の結果、平成26年度の介護報酬改定は、消費税率8%への引上げに伴って介護サービス施設・事業所に実質的な負担が生じないように、消費税対応分を補填するため、以下のとおり対応を行うこととされた(改定率0.63%)。

各自治体におかれては、今後の介護報酬に係る告示改正等に御留意の上、適切に対応頂きたい。

#### ①介護報酬における対応

- ・ 消費税引上げに伴う影響分に対応するため、各サービスの課税割合に応じた介護報酬への上乗せを行う。
- ・ 上乗せの方法としては、基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算についても、上乗せを行う。

#### ②基準費用額、特定入所者介護サービス費(居住費・食費関係)、区分支給限度基準額

- ・ 基準費用額については、平均的な費用の額等を勘案して定められるものであり、食費、居住費の実態を調査した結果を踏まえて据え置く。
- ・ 利用者の負担限度額については、入所者の所得状況等を勘案して決めていることから見直さない。
- ・ 区分支給限度基準額については、消費税引上げに伴う介護報酬への上乗せ対応を行うことにより、従前と同量のサービスを利用しているにもかかわらず、区分支給限度基準額を超える利用者が新たに生じること等から、引き上げる。
- ・ なお、特定福祉用具販売と住宅改修に係る支給限度基準額については、当該サービス費は介護保険制度創設時から公定価格ではないこと等から、引き上げない。

#### (2) その他

区分支給限度基準額の引上げに伴うシステム改修については、平成25年度補正予算(案)に当該経費を計上(国負担割合1/2)し、今国会において成立したところである。

また、本事業の実施要綱及び国庫補助予定額(基準額)の内示等は既にお知らせしているところであるが、引き続き本事業の円滑な執行業務にご協力いただけるようお願いする。

平成26年度介護報酬改定の概要  
(介護保険サービスに関する消費税率8%への引上げ時の対応)

I. 改定率について

- 平成26年度の介護報酬改定は、本年4月1日に予定されている消費税率8%引上げに伴い、介護サービス施設・事業所に実質的な負担が生じないように、消費税対応分を補填する必要がある。

このため、0.63%の介護報酬改定を行うものである。

II. 介護報酬における対応

- 上乘せの方法としては、基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算があれば、それらにも上乘せを行う。
- 具体的な算出に当たっては、「平成25年度介護事業経営概況調査」の結果等により施設・事業所の課税割合を適切に把握した上で、消費税率引上げに伴う影響分について必要な手当を行う。
- 基本単位数への上乗せ率は、各サービスの課税割合に税率引上げ分を乗じて算出する。
- 加算の取扱いについては、基本単位数に対する割合で設定されている加算、福祉用具貸与に係る加算の上乗せ対応は行わない。
- その他の加算のうち、課税費用の割合が大きいものについては、基本単位数への上乗せ率と同様に課税費用に係る上乘せ対応を行う。  
また、課税費用の割合が小さいものなど、個別に上乘せ分を算出して対応することが困難なものについては、基本単位数への上乗せに際し、これらの加算に係る消費税負担分も含めて上乘せ対応を行う。

III. 基準費用額、特定入所者介護サービス費（居住費・食費関係）、区分支給限度基準額

- 基準費用額については、平均的な費用の額等を勘案して定められるものであり、食費、居住費の実態を調査した結果を踏まえて据え置く。
- 利用者の負担限度額については、入所者の所得状況等を勘案して決めていることから見直さない。
- 区分支給限度基準額については、消費税引上げに伴う介護報酬への上乗せ対応を行うことにより、従前と同量のサービスを利用しているにもかかわらず、区分支給限度基準額を超える利用者が新たに生じること等から、引き上げる。
- なお、特定福祉用具販売と住宅改修に係る支給限度基準額については、当該サービス費は介護保険制度創設時から公定価格ではないこと等から、引き上げない。

介護保険サービスにおける費用構造推計の結果について

(%)

	①給与費等 非課税費用 (収支差額 を含む)	②委託費等 課税費用	③減価 償却費	②、③の 合計
1 介護老人福祉施設※	80.3	12.9	6.8	19.7
2 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護※	83.7	12.8	3.5	16.3
3 介護老人保健施設※	74.8	19.9	5.2	25.2
4 介護療養型医療施設※	71.5	25.0	3.5	28.5
5 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)※	86.5	12.6	0.9	13.5
6 訪問介護(介護予防を含む)	82.5	16.4	1.1	17.5
7 訪問入浴介護(介護予防を含む)	76.0	21.9	2.1	24.0
8 訪問看護(介護予防を含む)	83.6	15.3	1.1	16.4
9 訪問リハビリテーション(介護予防を含む)	72.9	23.6	3.5	27.1
10 通所介護(介護予防を含む)※	75.5	20.3	4.2	24.5
11 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)※	79.0	16.8	4.1	21.0
12 通所リハビリテーション(介護予防を含む)※	71.3	23.1	5.5	28.7
13 短期入所生活介護(介護予防を含む)※	82.6	11.9	5.5	17.4
14 居宅介護支援	85.4	13.2	1.5	14.6
15 福祉用具貸与(介護予防を含む)	50.6	41.7	7.7	49.4
16 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)※	78.1	16.7	5.1	21.9
17 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)※	77.4	21.3	1.3	22.6
18 地域密着型特定施設入居者生活介護※	84.6	13.9	1.5	15.4
全体	77.9	18.0	4.1	22.1

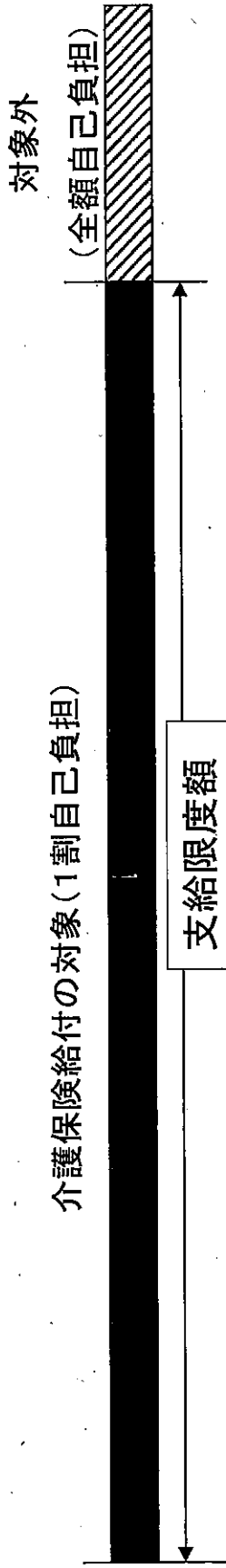
(注1) 平成25年度介護事業経営概況調査(以下「調査」という。)の結果数値等を用いて推計。

(注2) 表に記載のないサービスについて、有効回答数が少ないこと等から類似のサービスの結果数値を用いて全体の費用割合を推計。

(注3) ※を付したサービスについては、保険給付対象外の費用(建物及び建物付属設備減価償却費、給食材料費等)を除いて算出しているため、調査結果の数値と異なる。

## 区分支給限度基準額について

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
- 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担。



## ○ 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額 (円)	受給者1人当たり 平均費用額(円)	支給限度額に 占める割合(%)	支給限度額を 超えている者(人)	利用者に占める支給限度額 を超えている者の割合(%)
要支援1	49,700	22,750	45.8	2,861	0.7
要支援2	104,000	41,530	39.9	1,141	0.2
要介護1	165,800	73,280	44.2	12,008	1.6
要介護2	194,800	100,850	51.8	23,865	3.3
要介護3	267,500	150,480	56.3	13,314	3.1
要介護4	306,000	183,050	59.8	11,629	3.9
要介護5	358,300	225,050	62.8	8,793	4.4
合計				73,611	2.2

※平成25年介護給付費実態調査(5月審査分)を基に作成

(注)額は介護報酬の1単位を10円として計算。



## 消費税率8%への引上げに合わせた 区分支給限度基準額の見直しについて

### 1. 基本的な考え方

- 区分支給限度基準額については、消費税引上げに伴う介護報酬への上乗せ対応を行うことにより、従前と同量のサービスを利用しているにもかかわらず、区分支給限度基準額を超える利用者が新たに生じること等から、引き上げる。
- なお、特定福祉用具販売と住宅改修に係る支給限度基準額については、当該サービス費は介護保険制度創設時から公定価格ではないこと等から、引き上げない。

### 2. 区分支給限度基準額の水準案

- (1) 居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額

要支援1	4,970単位	⇒	5,003単位
要支援2	10,400単位	⇒	10,473単位
要介護1	16,580単位	⇒	16,692単位
要介護2	19,480単位	⇒	19,616単位
要介護3	26,750単位	⇒	26,931単位
要介護4	30,600単位	⇒	30,806単位
要介護5	35,830単位	⇒	36,065単位

- (2) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係る限度単位数

要支援1	4,970単位	⇒	5,003単位
要支援2	10,400単位	⇒	10,473単位
要介護1	17,024単位	⇒	17,146単位
要介護2	19,091単位	⇒	19,213単位
要介護3	21,280単位	⇒	21,432単位
要介護4	23,347単位	⇒	23,499単位
要介護5	25,475単位	⇒	25,658単位

