

平成 27 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

地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書

<地域包括ケア研究会>

地域包括ケアシステムと地域マネジメント



平成 28(2016)年 3月

【目 次】

はじめに	1
1. 地域包括ケアシステムを構築するための「地域マネジメント」	4
試行錯誤が続く自治体の地域包括ケアシステム構築	4
「地域マネジメント」とは何か	4
2. 2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望	6
利用者からみた「一体的」なケアが求められている	6
地域特性にあった地域包括ケアシステム	7
地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」.....	10
人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する	13
進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」	14
3. 自治体による地域マネジメント	18
地域マネジメントに必要な「現状把握」「目標設定」.....	18
自助・互助の促進には、新しい地域マネジメントの視点を	20
介護サービスの基盤整備に向けた地域マネジメント	23
医療・介護連携と多職種連携の促進	26
各種行政計画の調整	27
4. 地域マネジメントを強化するために	29
自治体の地域マネジメント力を向上させるための取組	29
都道府県の役割	33
国の役割	35
5. 「一体的」なケアを提供するためのケアマネジメント	36
介護保険法における基本的な視点の再確認	36
インフォーマル資源とケアマネジメント	37
ケアマネジメントの基本の再認識	37
ケアマネジメントのプロセスの協働化	38
居宅介護支援事業所の指定権限の市町村移譲に向けて取り組むべきこと	39
おわりに	40

はじめに

- 地域包括ケア研究会は2008年に、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、田中滋慶應義塾大学大学院教授（当時）を座長に、高齢者政策の専門家によって設立された。これまで4期にわたり研究会が開催され、地域包括ケアシステムの基礎的な考え方や政策の方向性について広く社会に提案してきた。
- 特に提案にあたっては、①中長期的な視点を踏まえて政策の大きな方向性を提案すること、②地域包括ケアシステムを介護保険制度の仕組みと考えるのではなく「自助・互助・共助・公助」のバランスの中で検討し提案すること、③単に、介護の仕組みとして考えるのではなく、医療や生活支援、住まいなども含めた複数の構成要素を包括的に結び付ける仕組みとして地域包括ケアシステムを整理してきた。
- 2008・2009年度（第一期～第二期）の研究会では、地域包括ケアシステムの定義として「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」とし、地域包括ケアを支える「システム」と「人材」の観点から具体的な論点に対して提案を行った。
- その後、2012年度（第三期）の研究会では、地域包括ケアシステムをより広く社会に説明するため、システムの基本的な要素として「自助・互助・共助・公助」や「地域包括ケアシステムの構成要素」を「植木鉢の絵」でわかりやすく提示するなど、システムの骨格となる概念整理を行ってきた。また2013年度（第四期）においては、医療と介護連携や医療系サービスの重要性も強調するなど、その議論を深めてきた。
- いよいよ2025年まで9年を切り、自治体ごとに地域包括ケアシステムの構築をさらに加速化させる必要がある。2015年度（第五期）は、地域包括ケアシステムの構築を進めるために求められる自治体の大きな役割を、「地域マネジメント」の実践として整理し、自治体がその力を十分に発揮し、地域包括ケアシステムの構築に向かうための具体的な提案について議論を行った。

地域包括ケア研究会

研究会開催の趣旨

平成25年度の地域包括ケア研究会では、「統合」をテーマとして、地域包括ケアシステムの構成要素について、具体的な姿を議論するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて求められる諸要素について検討した。

今年度は、2040年を見据えつつ、2025年までの地域包括ケアシステム構築を目指に、自治体に求められる役割である「地域マネジメント」の方向性について議論するため、有識者をメンバーとする研究会を開催した。

研究会メンバー

川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 部長
近藤 克則	千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門 社会予防医学分野 教授
篠田 浩	大垣市福祉部高齢介護課 課長
高橋 紘士	一般財団法人高齢者住宅財団 理事長
○ 田中 滋	慶應義塾大学大学院 名誉教授
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長
新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス 議長
堀田 聰子	国際医療福祉大学大学院 教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

(以上、五十音順・敬称略、○は座長)

事務局の運営

事務局は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(経済・社会政策部)が行った。

事務局：岩名礼介主任研究員（統括）／小川美帆主任研究員／鈴木俊之主任研究員／
窪田裕幸研究員／三浦美恵子／白土典子

会議の開催

会議は、全8回開催した。

開催日	主な議題
第1回 平成27年8月19日	<ul style="list-style-type: none">■ 本年度研究会における検討事項・論点 『話題提供者』<ul style="list-style-type: none">・厚生労働省「日本の将来推計人口と介護ニーズの見通しについて」「都道府県別将来推計人口」「都道府県別認定率等の将来見通し」・事務局「広島県における地域包括ケアシステム構築」
第2回 平成27年9月15日	<ul style="list-style-type: none">■ 人生の最終段階における医療 『話題提供者』<ul style="list-style-type: none">・新田委員「人生の最終段階における考え方」・厚生労働省「第6期計画期間及び平成37年度等における第1号保険料」
第3回 平成27年10月15日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域マネジメント■ 自治体への支援 『話題提供者』<ul style="list-style-type: none">・近藤委員「見える化」活用事例と課題、シミュレーター構想・川越委員「市町村の地域マネジメントの現状・課題と支援策に関する私見」・厚生労働省「地域包括ケアシステム「見える化」について」
第4回 平成27年11月04日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域づくりの方法論■ 高齢者介護以外の分野との地域包括ケアシステムの統合モデルの模索 『話題提供者』<ul style="list-style-type: none">・中澤委員「ケアマネジメントから始まる地域マネジメント」
第5回 平成27年12月18日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域包括ケアシステムにおける自治体としての役割■ 地域包括ケアシステムを推進するための制度論 『話題提供者』<ul style="list-style-type: none">・篠田委員「普通の自治体が地域包括ケアシステムを構築するための必要な方策」・厚生労働省「地域マネジメントに関する各種論点について」
第6回 平成28年1月20日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第7回 平成28年2月15日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域包括ケア研究会報告書素案について
第8回 平成28年3月22日	<ul style="list-style-type: none">■ 地域包括ケア研究会報告書素案について

1. 地域包括ケアシステムを構築するための「地域マネジメント」

試行錯誤が続く自治体の地域包括ケアシステム構築

- 2008 年度（第一期）の地域包括ケア研究会の立ち上げからすでに 8 年が経過しており、地域包括ケアシステムの構築をめぐる社会的な認識や検討すべき課題も大きく進展した。各自治体では、地域包括ケアシステムに関する委員会や講演会が数多く開催されるようになり、多くの自治体の介護保険事業計画が、地域包括ケアシステムに言及するようになっている¹。
- また、厚生労働省の「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」でも地域包括ケアシステムと共通の理念が明確に示され、日本の福祉サービスが「高齢者、児童、障害者など対象ごとに充実・発展してきた」歴史を踏まえながら、近年は「様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況がみられる」こと、その結果、地域全体で「分野を問わず包括的に相談・支援を行うこと」の必要性を指摘している。
- 一方、地域の実情にあわせた地域包括ケアシステムの構築については、従来の全国一律の制度運用とは異なるアプローチが不可欠だが、ほとんどの自治体が試行錯誤の段階にあり、必ずしも円滑に取組が進んでいるとはいえない。2015 年度から開始された介護予防・日常生活支援総合事業は、地域包括ケアシステム構築の入り口に位置づけられる事業であるが、2015 年度中に事業を開始した自治体は 283 自治体にとどまっている²。さらに、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業についても、それぞれの地域資源の状況やこれまでの取組の蓄積によってとるべきアプローチが異なることから、自治体主導の取組にはさらに時間がかかる。
- こうした地域包括ケアシステムの必要性の高まりの中で、自治体が多くの課題を抱えながら取組を進めている今日の状況を踏まえ、今年度の地域包括ケア研究会では、自治体が円滑に地域包括ケアシステムの構築を推進するための「地域マネジメント」の必要性について議論を行った。

「地域マネジメント」とは何か

- 本報告書における「地域マネジメント」は「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に

¹ 介護保険事業計画で地域包括ケアシステムの構築に関する基本理念を定めた保険者は 1,150 保険者(72.8%)、介護保険事業計画のタイトル、副題、本文において「地域包括ケア」に言及した保険者は 1,054 保険者(64.0%)であった(厚生労働省による「第6期介護保険事業(支援)計画に関するアンケート結果」、平成 28 年 3 月 7 日)。

² 厚生労働省、平成 28 年 1 月調査「介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業実施状況」による。介護予防・日常生活支援総合事業は、平成 27 年 4 月の実施を原則としているが、それぞれの自治体の実情にあわせ平成 29 年 4 月まで実施を延期できる。

向けた活動を継続的に改善する取組」と定義している。これを適切に繰り返す過程は、まさに地域包括ケアシステムの構築における工程管理といえるだろう³。

- 地域マネジメントにおける「地域」とは、具体的にどの単位を意味するのだろうか。一言で「地域」といっても、「向こう三軒両隣」や町内会などのイメージから、自らの住んでいる市区町村のイメージまで幅広い捉え方がある。決められた物理的な範囲を示すのではなく、「なじみのある関係性がある範囲」の意味で捉えることもできるだろう。
- 一方、中学校区をおよその基準としている日常生活圏域は、地域包括ケアシステムを検討する際の一つの単位として定着しているため、地域マネジメントの単位として日常生活圏域も想定されうるだろう。ただし、その構築主体は、「自治体＝保険者」であるため、「地域包括ケアシステム」構築過程における「地域マネジメント」は、「保険者機能」の延長線上にあると捉えるのが自然だ。したがって、地域マネジメントの単位としては、自治体が適当と考えられる。
- 自治体による「地域マネジメント」においては、地域の実態把握と課題分析を通じて設定された地域の目標を達成するために、「自助・互助・共助・公助」に基づく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい」の各資源をいかに発掘・整備し、組み合わせ、ニーズに対応していくのかの検討していくことになる。

³ これは、個人を対象とした「ケアマネジメント」が、「インテーク(本人の意向の確認)」「アセスメント」「目標達成に向けたケアプランの作成(ケアマネジャーによる原案の作成、サービス担当者会議を通じた修正・確定)」「ケアプランの実施」「モニタリング」「評価・ケアプランの見直し」と表されるプロセスで実施されることと、概ね同様と考えられる。また、「地域マネジメント」の中で、地域目標を達成するために必要とされた資源が、実際にその求められる機能を十分に発揮するためには、現場の「(個別援助計画を含めた)ケアマネジメント」を通じた実際のサービスに「地域マネジメント」の理念を如何に反映するかが重要となる。そのためには、データ等に基づく地域の実態把握・課題分析等を通じ、地域の共通目標を設定し、これを関係者間で共有するあり方が重要となる。

2. 2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望

- では、各自治体は、地域マネジメントを行うことによって、2040年に向けて、どのような機能をもった地域包括ケアシステムを構築していくのだろうか。
- 地域マネジメントの出発点は、地域の課題が何か、またどのような地域社会を作るのかに関しての、関係者間での目標や考え方の共有（規範的統合）である。企業であれ、スポーツチームであれ、組織内での「目標の共有」や「考え方の共有」が成果を上げる要因とされることも多い。地域には、多様な立場と考え方を持つ事業者や専門家、住民がいる。一人ひとりの意見を尊重しつつ、関係者に共通の理解を求めていくことは、それ自体が困難な過程であるが、人口減少社会において、地域の潜在力を高めるためには、可能な限り、各関係者が共通の目標に向かって力を合わせていくことが重要になる。
- ここでは、地域マネジメントに基づき形成される地域包括ケアシステムが目指すものが、①利用者からみた「一体的」なケアを提供する仕組みであること、②その具体的な姿や構築の過程は一定の共通点が認められるものの、地域ごとに異なるものであること、③地域資源は、「自助・互助・共助・公助」のバランスの上に作られ、とりわけ自助・互助のもつ潜在力が重要であること、④時代の進展に伴い人生の最終段階に関する考え方やケアのあり方が変化していくこと、⑤また地域包括ケアシステムの構成要素は、社会やそれに対応した政策の変更によって柔軟に進化していくものあることについて、これまでの研究会の提言も振りかえりつつ整理していく。

利用者からみた「一体的」なケアが求められている

- 地域包括ケアシステムは、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組みとして定義されている⁴。要介護者の地域生活は、介護だけでなく、生活の前提となる住まいと、自立的なくらしのための生活支援や社会参加の機会が確保され、必要に応じて専門職による医療、看護、介護、リハビリテーション、保健・福祉サービスなど多様なサービスや支援が必要になる。
- また、在宅生活に臨む本人や家族は、介護の負担や心身状態の急変など、様々な面で不安感を抱えている。こうした不安を払拭するためには、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の事業者や専門職から提供されていても、一つのチームから提供されると感じられる「利用者からみた一体感」が重要になる。
- しかしながら、実際のサービスや支援は多様な法人や団体、事業者によって提供されているのが一般的であり、ともすると利用者は複数の提供者と個別に付き合うことになってしまい、ケースも少なくない。民間の居宅介護サービスについては、一法人一事業者一事業所といった小規模の場合も多く、地域内で連携を取る場合も、事業者ごとの方針の違いが障壁になりやすい。地域包括ケアシステムは、こうした多様な資源が、

⁴ 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点」、平成20年度老人保健健康増進等事業、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社

利用者からみて一体的に提供される体制（あるいは、利用者がそのように感じられる状態）を実現する地域の仕組みづくりである。

- また、連携不足は、地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を果たす自治体の内部でも起こりやすい。例えば、介護保険課、高齢者福祉課、市民協働課、商工課などが、同じ市役所の中におかれた部署でありながら、縦割りによってそれぞれの施策の連携がとれていない状況も発生している。こうした行政内部のバラバラの状況も、一体的な提供体制を構築する上では改善されるべき点といえるだろう。
- サービスの現場や行政の施策において、利用者にとって一体的に見えるケアを実現するためには、地域を単位として、事業者・専門職間の様々な面での相違点の背景を明らかにし、互いの隙間を埋めていく努力が大切である。そのためには、提供者間の情報共有やそのための情報書式の標準化も必要であるし、基本的な手順やケアに対する考え方の統一も不可欠と言える。
- このような過程は、地域資源間の連携、協働、標準化、共有、統合といった様々な形で具体化され、地域資源全体のつながりを強化し、利用者からみた一体的なケアの提供につながっていくことが期待されている⁵。まさに、こうした一体的なケアを提供するための体制づくりを計画的に推進していく主要な手段が、地域マネジメントであると理解しなければならない。

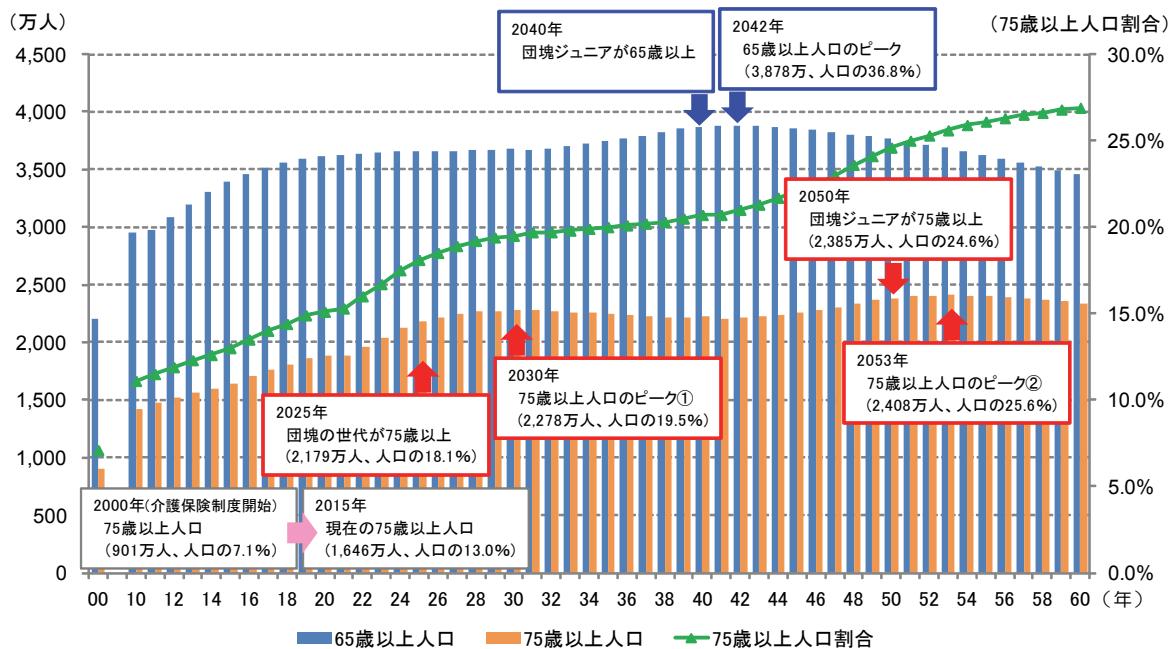
地域特性にあった地域包括ケアシステム

■ 全国的な「地域包括ケアシステム」の必要性

- 地域包括ケア研究会では、団塊の世代すべてが前年末までに後期高齢者に達している2025年を、地域包括ケアシステムの構築における目標年度として設定してきたが、全国的には2025年以降も介護需要は増加し続ける趨勢が明らかである。また、担い手となる生産年齢人口も減少し、2040年前後には、団塊ジュニア世代が現役を引退する65歳に到達する。つまり、2025年は、介護需要の急増に向けた入り口にすぎず、サービス提供体制の維持において様々なリスクが発生する状況は、2040年頃を越えて長期間にわたり継続する。
- また、2025年から2040年にかけては、団塊の世代が75歳から85歳以上に移行する過程で疾病リスクが高まり、また死亡者数も増加し続ける。2039年は、死亡者数のピークと予想されており、そうした意味でも、人生の最終段階における考え方の再整理や看取りの体制や方法について、具体的な検討を行い、実践できる体制を整備する必要性が高まっていく。

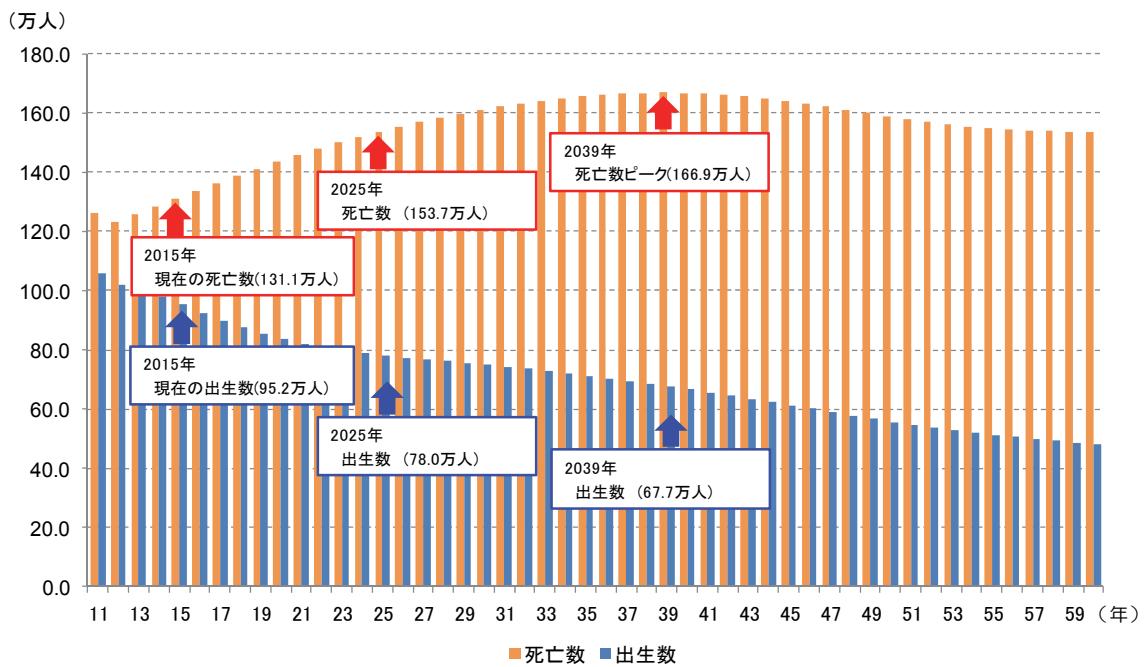
⁵ 地域包括ケアシステムに関する統合の考え方については、筒井孝子「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated care の理論とその応用」、中央法規、2014年3月、筒井孝子「地域包括ケアシステムのサイエンス-integrated care の理論と実証-」、社会保険研究所、2014年5月を参照。

<65歳以上人口と75歳以上人口の将来推計>



資料) 日本の将来人口(平成24年1月推計) 国立社会保障・人口問題研究所
ただし、2000年については、人口推計(総務省統計局)

<死亡数と出生数の将来推計>



資料) 日本の将来人口(平成24年1月推計) 国立社会保障・人口問題研究所

- 一方で、出生数は長期的に減少が続いている。したがって、この傾向に変化がない限り、担い手側の分母が大きくなることは期待できない。今後は、元気な高齢者が担い手側に加わるあり方や、働き方の転換などによって、限られた担い手でいかに生産性の高い支援体制を構築していくかを社会全体で考える必要があるだろう。

- 人口減少社会における介護需要の増加という困難な課題に適切に対応しなければ、家族介護者の負担を軽減できないばかりか、介護離職を引き起こし、企業経営や地域経済への悪影響等も懸念されるなど、マクロ経済や地域生活の様々な局面において社会全体がリスクを背負う事態になる。
- 人口構造の変化やそれに伴う疾病構造、健康水準の変化、死生観も含めた人生に対する価値観の変化の中で、こうした課題に対して適切に対応する必要がある。地域包括ケアシステムは、「あればより幸せ」といった楽観的な姿勢から求められているものではなく、極めて現実的に、地域生活の継続を維持するために不可欠な仕組みとして理解されるべきである。

■ それぞれの地域の実情に合った「地域包括ケアシステム」が必要になる時代

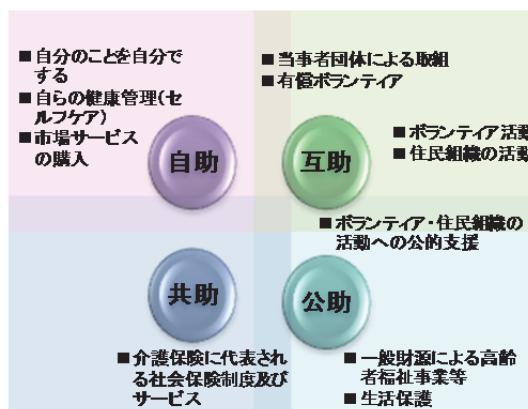
- 実際、すでに人口 10 万前後の地方都市においては、後期高齢者の増加と若年人口の減少を同時に経験しつつある。東京、大阪、名古屋などの大都市に近接する自治体では、そこに住む若年層の勤務先として大都市部が選ばれやすく、地元の介護人材の確保が大きな課題となるだろう。また、大都市においては、担い手となる生産年齢人口の減少は限定的または横ばいであるが、要介護リスクの高い後期高齢者の急速な増加が予想されており、やはり相対的に担い手が十分な状況にはない。
- 中山間地域や過疎地域では、後期高齢者数が横ばいないし減少傾向の地域も多く、介護需要の急増は想定されないが、担い手側の若年層も含めた人口全体が急速に減少し、地域生活のための基盤の維持が困難なために、市街地への住み替えなどを検討しなければならないコミュニティも珍しくない時代がやってくるだろう。こうした地域では、地域包括ケアシステムを高齢者への対応としてのみでなく、地域機能の維持・存続の観点からも議論する必要があるなど、地域包括ケアシステムがより大きなリスクへの対応手段として求められている。
- また、2040 年頃に都市部で想定される人口構造に近い状況にすでに直面している中山間地域や過疎地域もあらわれており、全国統一の標準的な地域包括ケアシステムの姿を規定することはできない。逆に、過疎地の現在の姿は将来の都市部と同様だとしても、財政的な環境は 2040 年の状況ほどは厳しくない現在の状況が前提となっており、過疎地の成功事例が、将来の都市部で有効ともいえない。
- このように、各地域が 2040 年に向けて抱える課題はそれぞれ異なるものになる。「高齢化」の進展は全国共通の特徴だが、その「高齢化の姿」は、地域によって様々であり、そのため高齢化によって生じる課題も地域によって異なると想定される。地域の実情にあわせて取組を行う地域包括ケアシステムにおいては、画一的な答えやモデルは存在しない。こうした意味で、これからは地域の数だけ「地域包括ケアシステム」が不可欠になる時代を迎えていくといえるのである。

地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」

■ 自助・互助の潜在力

- ただし、こうした状況は、まったく対処が不可能な「打つ手のない」課題というわけではない。地域の資源は有限だが、専門職によるサービス提供体制を見直し、非効率な運営を効率化すれば、同じ数の専門職でもより多くの利用者にサービスを提供することができる場合もある。人口減少という現実はあるが、またあればこそ、稀少な人材や地域の資源を、いかにして無駄なく効率的に活用し、地域を支えるのかに焦点を当てるべきである。
- さらに、地域における自助と互助の持つ潜在力も再評価すべきである。現在、高齢者は65歳を基準として定義されているが、65歳～69歳における要介護認定率はわずかに3%程度である。20年前の65歳と、現在の65歳、20年後の65歳の心身の状態は、同じではない。医療技術の革新や自分自身で健康管理や介護予防を行うセルフマネジメントの推進、社会環境の整備などによって、より元気な状態で高齢期を過ごすことができる可能性は十分に考えられる。こうした高齢者像の変化も踏まえると、今後の人口減少社会において、高齢者自身による積極的な社会参加（自助）や地域の高齢者による支え合いの活動（互助）の潜在力を過小評価すべきではないだろう。

＜地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」＞



資料) 地域包括ケア研究会

- それぞれの地域における「自助・互助・共助・公助」のバランスは、文化や経済状況、人口構造、疾病構造、健康水準など様々な要素によって変化する⁶。大都市でも、互助が強く残る地域もあれば、居住者の出入りが頻繁で近隣住民との交流が希薄な地域も

⁶ 2012年度(第三期)の地域包括ケア研究会では、地域を支える負担を誰が担うのかという視点から、「自助・互助・共助・公助」の区分を提案し、地域包括ケアシステムは、それぞれの地域資源のバランスの中で構築される予測を示した。自助は、いうまでもなく、自分で自らの生活を支えることであり、自らの暮らしを自分で行うあり方以外にも、市場サービスの購入によって、自らの生活を支える方法も含まれている。互助は、家族や地域の支え合いなど、市場とは異なる生活空間の中で支えあう地域の機能である。共助は、介護保険や医療保険など、社会保険制度を通じて連帯制度化された支えあいの仕組みを指す。公助は、公費を財源とした公的な福祉サービスなどが該当する。

ある。中山間地域などにおいても、地域振興協議会といった互助が仕組みとして確立されている地域や、自然な形で伝統的な農漁村等の中で互助が成立している地域もみられ、単純に自治体の人口規模でバランスが決まっているわけではない。都市部や都市郊外では、「地域の支え合いなどほとんどみられない」といった悲観的な声も聞かれるが、逆に、そうした声が上がる理由は、自助や互助の潜在力が十分に活用されていない地域だからともいえ、今後、その潜在力を活用できる余地が残っている地域と考えてもよいだろう。

- 生産年齢人口の減少による担い手の減少と需要の増加が進む 2025 年から 2040 年を念頭におけば、「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考えなくてはならない。全国的には、制度の持続可能性を鑑みながら、共助たる介護保険制度の給付範囲の再定義という制度上の課題として、また保険者単位では、適切なサービス量の管理や整備方法をめぐる課題として議論を深める必要があるだろう。医療・介護・福祉にかかわる専門職の機能の対象は、専門職にしかできない業務への重点化が基本的な方向となっていく。
- また、介護保険制度の導入以来、ともすると共助（介護保険）の活用に重点が置かれ、その重要性の認識が低下していた自助・互助の役割について、自治体の側面的な支援によってより強化する方向で議論を進めておかなければならぬ。人口減少社会の中でニーズの増加に対応するためには、これまで意識的には地域の支える側には参加していなかった住民や関係者も含め、より多様な人々が地域活動に参加するような仕掛けが必要になる。

■ 自助の促進から互助への広がりを意識する

- 地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自らで支える「自助」である。自助は単に家事などを自分ですることだけでなく、介護保険法第四条に示されている通り、心身の状態が悪化し、要介護状態にならないよう、自らの健康に対して、適切な知識や情報を得て、具体的に行動し、健康・介護予防に対して自らが責任を持って管理する努力（セルフマネジメント）も含まれている。
- セルフマネジメントが一定程度実現すると、放置していれば悪化したかもしれない健康・介護予防上の問題を回避できたり、問題発生時期を遅くできたりする可能性があり、その結果、要介護状態にならなかったり、重度化を予防できるケースも期待される。要介護状態の原因となる疾患の中には、長期間の生活習慣に起因するものが多く、若い頃からの食事や運動に関する知識をはじめ、正しい健康に関する知識を住民が確実に得て積極的に実践することや、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを希薄化させずに、地域の活動に参加していく姿勢が、結果的に健康寿命の延伸や生活の質の向上につながるだろう。
- 高知県高知市の「いきいき百歳体操」、大阪府大東市の「大東元気でまっせ体操」、静岡県静岡市の「しづ～かでん伝体操」等は、こうしたセルフマネジメントに関する行政の働きかけから住民の自発的な体操教室が市内全域に展開した成功例である。現在は、同様の取組を全国に展開すべく厚生労働省による支援も行われている。

- また、体操教室の中には、自助としてのセルフマネジメントの範囲を超えて、住民の通いの場、あるいは生活空間の一部として認識され、互助を生み出す土壤として成長している事例もみられる。住民主体で取り組まれている体操教室の参加者が、長期間の参加を通じて、なじみの関係を形成し、お互いの困りごとに対して「ちょっとした手助け」をする形で互助が生まれている。足が悪くなった参加者に対して他の参加者が送り迎えを手助けする、帰りがけに買い物に一緒に出かけるなどの互助がみられる地域もある。
- こうした互助は、体操教室を立ち上げる際に行政が具体的に目標として設定したわけではなく、通いの場を長年にわたって住民自身の意欲に基づいて継続してきた結果、副産物として生まれてきたインフォーマルな地域の助け合いである。互助は、社会の正式な制度ではなく、住民の自由な意思の集まりとして、地域の環境の中で築かれる関係性であり、行政による意図的な互助の構築は容易ではない。
- ただし、行政が、自助や互助を直接作ることはできなくとも、体操やサロンなどの社会参加活動が持つ予防効果を住民に伝えたり、住民の気づきの機会を提供するなどして側面的に支援する工夫は可能である。とりわけ、都市部や都市郊外において住民のつながりが希薄化している地域では、地域の中に潜在的に存在している自助・互助に対して意識的な働きかけを進める工夫が不可欠である。

■ 介護保険（共助）の本当の役割と意義を地道に伝える

- 介護保険制度は、その創設以来、介護職員等の専門職によるサービスを保険給付の対象として保障するという方法によって、本人および家族の介護負担を社会で広く受けとめる仕組みとして機能してきた。しかしながら、生活の困りごとのすべてが共助の仕組みである介護保険で対応できるのであろうか。人類はその誕生以来、それぞれの生活は自らの努力（自助）によって成り立ってきた。自助では不十分な事態にあっては、一族や地域の助け（互助）も得ながら、暮らしを継続する場合も多かったんだろう。
- 介護保険制度は、「自助」や「互助」だけでは介護負担を受け止められなくなった社会状況に対応して誕生した。ただし、その目的は、「自助」や「互助」を介護保険（共助）で置き換えるものではない。あくまで「自助」や「互助」では対応しきれない部分や、所得等の経済力によって逆選別となりがちだった公助では対応しにくかったニーズに対して、「共助」がこれに対応するとの認識のもとに、介護保険制度は設計され、発展してきた。
- 介護保険法は第4条で、介護保険給付の前提として、国民が自らの健康増進を行い、要介護状態になることを予防するよう努める義務を定めている。介護保険や行政の支援は、最終的に必要な全ての人に提供されるべきであるが、そのような状況の一部は、個々人の努力によって回避又は軽減できる場合がある。自助や互助の積極的な取組は、結果として共助としての介護保険制度の持続可能性を高めると考えられる。
- こうした意識共有のためには、時間かけて地域文化として定着させていく地道な取組が欠かせない。介護サービスの利用が必要になった段階ではじめて介護保険と向き合うのではなく、元気な時から介護保険について正確な理解を促進するための機会の

提供が重要である。埼玉県和光市では、長年にわたり、地域の自治会や住民グループの求めに応じて、介護保険に関する出前講座を通じて、その制度の解説だけでなく、基本的な考え方も含めて丁寧に説明してきた。こうした地道な努力の積み上げが、「考え方の共有（規範的統合）」という難しい課題への取組として役立つはずである。

人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する

■ 人生の最終段階における考え方は今後変化する

- 1960 年代頃までは自宅で最期の時を迎える人が多かったが、現代においては医療機関における死亡が約 8 割となる時代になった。人生の最終段階における考え方や医療介護の連携のあり方、死生観、倫理観、道徳、哲学は、時代によって変化していく。2040 年に向かってさらに高齢化が進展すると、病院ではなく、地域の中で人生の最終段階を迎えるあり方も一般的なものになっていくだろう。こうした変化が、改めて新しい死生観を生み出すといった、実態と倫理の変容が循環する進化もみられるだろう。
- 人生の最終段階における医療や介護は未だ標準化されておらず、現状ではたとえ同じような心身状態であっても、在宅、施設、病院等、人生の最終段階をどこで迎えるかによって対応する医療サービス、介護サービスが異なりうる。このことは、人生の最終段階における実際の医療や介護の対応が、本人の意思よりも社会環境に大きく影響を受けることを意味している。超高齢者社会においては、「治す医療」のみでは限界があり、人生の最終段階の医療や介護のあり方を含め、「治し・支える医療」が求められているという変化は、社会保障改革国民会議報告が 2013 年に的確に指摘した通りである。人生の最終段階に関する多様な考え方に対応した医療・介護サービスのあり方についての社会全体の議論が重要である。

■ 人生の最終段階における意思決定のあり方

- 今後、単身者、認知症の人が一層増加する中で、特に施設入所者や在宅単身者等の人生の最終段階における意思決定について、本人の意思の尊重は極めて重要である。さらに自己の意思決定は、時間の経過に伴い変化することを前提に、変化に対応する仕組みの構築も欠かせない。
- 自己決定に支援が必要になる個人が、必要な支援を受けられる体制を築くため、家族の代諾に係る基準についても、個人の意思を十分に尊重したものとして作成されるべきである。また、家族がいるとしても、家族関係の複雑さの中での意思の確認や、家族間の意思疎通不足等の理由により、本人の意思とは違う判断が行われる可能性があることも踏まえた慎重な検討が求められる。
- 現在も、急性期病院に本人の意思確認が不明確なままで看取り段階の患者が搬送されてくるケースがある。急性期医療は、医療技術の観点からみれば人生の最終段階に対応する可能性を持つとしても、患者との長い関係性の中での意思の確認を取れる環境ではない。こうした人生の最終段階における意思確認の問題は、将来の問題ではなく、現在進行形の課題といえる。さらに、サービス付き高齢者向け住宅などの新しい居住

形態が増加する中で、高齢者本人の意思を明確に確認しながら、人生の最終段階の意思決定に沿ったケアを提供する体制構築も、大きな課題となってくるだろう⁷。

■ 地域の中で形成する人生の最終段階のケアのあり方

- 地域の中での看取りを推進するためには、関係者間で看取りに関する共通認識を持ち、これを具体的なルールとして確立するとともに、対象者一人ずつについて関係者が特定のプランを共有しなくてはならない。また、どの職種がどのような役割を担うのかを、地域の専門職の中で相互に明確に認識する体制が重要である。そうした意味では、実際の意思決定支援は、個別の医師やケアマネジャー、後見人などが一人で担うのではなく、チームケアで取り組む姿勢を徹底すべきである。
- また、看取りのあり方は死生観にも関わる価値観のあらわれであり、押し付けるものではない。また短時間で共有できるものではなく、個別の事例と経験を地域の中で時間をかけて試行錯誤しながら積み重ねる過程が基本になるだろう。地域の中で、事例と経験を積み上げるとともに、人生の最終段階におけるケアの選択肢が豊かになっていく進化も、本人の意思を尊重した意思決定を行う上で、大切な前提条件になるだろう。

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

- 2012年度（第三期）の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして、植木鉢をかたどった模式図を提示した。「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「生活支援と福祉サービス」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示した⁸。
- 植木鉢の絵は、ある一人の住民の地域生活を支える地域包括ケアシステムの構成要素を示すものとして提示されている。したがって、地域住民の抱えている課題によって、「医療・看護」の葉が大きく表現され、「保健・福祉」が小さい葉として表現される場合もあれば、「介護・リハビリテーション」と「住まい」が大きく表現される場合もある。
- 地域の中に多数の植木鉢が存在し、それぞれの住民のニーズにあった資源を適切に組み合わせ、様々な支援やサービスが有機的な連携の下、一体的に提供される体制が担保されてはじめて、「住み慣れた地域での生活を継続する」未来が可能になる。した

⁷ たとえば、イギリスでは看取りにおける意思決定は、第一に本人、第二にかかりつけ医、第三に家族と位置付けられている。またアメリカでは、判断が困難な場合は（すべてのケースではないが）、医療機関の倫理委員会で決定する仕組みが存在する。日本においてどのような仕組みが最良かをめぐり、单一の職種に判断を委ねるか否かも含め、社会全体で議論を深めていくべきだろう。

⁸ その後、2013年には「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」（社会保障制度改革プログラム法）、翌2014年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、地域包括ケアシステムの定義が法定化され、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「自立した日常生活の支援」が明記された。

がって、地域包括ケアシステム構築とは、単に地域資源の量的拡大を議論するのではなく、地域資源をどのようなバランスで組み合わせ、相互に連携させるかにかかるマネジメントの仕組みとして議論すべきテーマと理解しなくてはならない。

- 今年度の地域包括ケア研究会では、近年の政策の動向や今後の社会構造の変化を踏まえて、地域包括ケアシステムの中で提供される「一体的なケア」の姿を整理するため、2012年度（第三期）で提示した植木鉢の絵について、改めてその構成要素を見直すこととした。

■ 介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 要支援者に対する介護予防が、2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行していくとされた⁹。こうした介護予防に係る具体的な方策の軌道修正にあわせ、従来の植木鉢に示されていた「予防」について考え方を整理しておく必要がある。

＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



- 「介護予防・生活支援」は、介護予防・日常生活支援総合事業における取扱にもみられるように、専門職の関わりを受けながらも¹⁰、その中心はセルフマネジメントや地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性や創意工夫によって支えられる以上、全国一律な支援・サービスではなく、それぞれの地域の特性を反映した要素から構成される。
- したがって、これまで「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日

⁹ なお、中重度者等に対する重度化予防の取組は専門職によるサービスの提供を主体として、介護の一部として引き続き提供される。

¹⁰ たとえば、これまでの要支援者に対する訪問介護等に相当するサービスがあるほか、地域リハビリテーション活動支援事業などを通じて、住民主体の活動が専門職の支援を受けることが想定されている。

常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、今回の図では、生活支援と介護予防を一体のものとして再整理した。

- 他方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は、生活リハビリテーションを中心に、専門職による多職種連携によって、これまで以上の取組強化が介護予防・日常生活支援総合事業においても示されており、引き続き専門職（葉）の重要な役割となる。

■ 「利用者」のための専門職に加え、「地域」のための専門職を

- 専門職は多くの場合、自らの持つ専門知識や技術を最大限に用いてサービス提供する業務を通じて、利用者や患者の抱えている問題や課題の解決を図っている。地域包括ケアシステムを表す植木鉢の絵においては、「医療・看護・介護・リハビリテーション・保健・福祉」は葉として表現されている。
- しかしながら、2040年までの後期高齢者や要介護者の増加と同じペースで専門職を増員しつづけていくことは、現実的には困難であろう。むしろ、地域包括ケアシステムの中では、専門職が個々の「利用者」に対してサービス提供を行う日常業務は当然として、さらに、「地域」に対する貢献が今後の役割として期待されている。
- たとえば2015年度の介護保険法改正で地域支援事業に新たに位置づけられた「地域リハビリテーション活動支援事業」は、介護保険施設や病院等に所属するリハビリテーション職種が、地域住民や他の法人などに対して技術的な支援を行う場合に、所属元の施設等に財政的な手当を行うことができる制度である。他法人の訪問介護事業所の訪問に同行し、リハビリテーション職種としての助言を行って訪問介護員の技術レベルの向上に貢献し、さらに地域ケア会議に参加して自立支援に向けた技術的な助言を行い、住民主体の体操教室の立ち上げ段階に体操指導で関わるなどの形で、地域の活動に貢献することが想定されている。
- 専門職の知識や経験をより地域の中に広く浸透させる工夫によって、それぞれの住民や他の専門職種が取り組める内容がレベルアップするような支援の方向性も、人口減少社会においては大切な取組である。

■ 保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 介護予防の役割が住民主体に移っていっても、健康管理の健康指導など、健康意識の向上やセルフマネジメントの知識を住民に広めていく上で、保健師の役割はこれまで以上に拡大する。住民主体の取組に対しては、専門職による側面的・間接的な支援が有効であり、たとえば、地域でのサロン等への出前講座や、健康教育、あるいは相談窓口での対応などでは、その専門性が最大限に活用されるべきだろう。
- さらに、今後2040年に向けては、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測さ

れており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は、これまで以上に大きくなると考えられる。

- 元来、地域包括ケアシステムは、その対象を高齢者に限定しない概念として展開されてきた。その観点からみても、保健・福祉の専門職は、高齢者のみならず地域の諸課題に対処するプロフェッショナルとして、今後の地域包括ケアシステムにおいてその必要性がさらに強調されるだろう。
- 高齢者介護の分野にあっては、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、実際には、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は身体面にとどまらない。心理的自立支援、社会的自立支援が欠かせない人々など、ニーズの幅はこれまで以上に広がっている。こうした 2040 年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職（葉）が関わる分野として「保健・福祉」を改めて強調する意味は大きいだろう。

■ 本人の選択が優先される仕組みに

- 2012 年度（第三期）の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵においては、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示された。しかしながら、今回の研究会では、これまでの考え方を踏襲しつつも、地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態となっても本人の生活の質を尊重することが重要である。

3. 自治体による地域マネジメント

地域マネジメントに必要な「現状把握」「目標設定」

■ 計画における具体的な目標の設定

- 地域包括ケアシステムの構築を推進する具体的な手法の一つである地域マネジメントを行うにあたり、最も重要な点は、「どのような地域社会を作りたいか」という理念と、その進捗を評価できる具体的な「目標と指標の設定」である。最終的な目標とその進捗の評価が可能になれば、地域包括ケアシステムの構築における各々の段階において優先的に取り組むべき課題や取組は、自ずと明確になってくる。一定期間の中で投入できる財源や人的資源、時間が限られている以上、目標に対して必要となる取組の優先順位の付与は地域マネジメントにおいて重要な要素といえるだろう。
- 介護保険事業計画は、地域が目指す理念を明示し、その達成に必要な具体的な方策と、その評価指標を設定する役割を担っており、住民参加の議論を通じて、計画が策定されている。しかしながら、介護サービス市場の需要や事業者の希望、事業者の参入意向を追認する形に止まっている自治体が多く、中長期的かつ戦略的なサービス基盤の整備方針を打ち出している自治体は少数とみられる¹¹。また、現在の第6期介護保険事業計画は「地域包括ケア計画」として位置付けるとされているが、多くの自治体の計画では、地域包括ケアシステムの構築に向けた目標やその達成までの道のりを具体的に定めず、植木鉢の5つの要素ごとに従来の事業を再整理したにすぎない計画もある。さらに、第6期計画の策定にあたり、第5期計画の達成状況の点検及び評価を行っていないことも明らかになっている¹²。
- 地域包括ケアシステムは、地域住民が「出来る限り住み慣れた地域での生活を継続」する姿の実現を目指すが、その達成を評価する検証可能な客観的なアウトカム指標が設定されている例は少ない。数量的に達成状況の把握が難しい指標、たとえば「安心して生活できる地域づくり」のように達成の有無の検証が困難な理念ではなく、例えば「認知症の周辺症状が生じても、在宅生活の継続に不安を感じない地域づくり」のように、数量的に評価しうる具体的な目標¹³を設定し、これを関係者間で共有する工夫が大切である。また、最終的な目標のための指標だけでなく、目標を達成するために必要となる個別のアウトプットに関する指標（アウトプット指標）の設定も重要なとなる。

¹¹ 介護保険事業計画策定の中で実施した実態調査の分析結果を元に施策・事業化を行い、第6期計画に反映させた保険者は、人口や世帯数などの基本情報に関する分析については 426 保険者（27.0%）、居住状況に関する分析（定住意向、在宅意向等）については 271 保険者（17.2%）、認知症に関する分析については 415 保険者（26.3%）、であった（厚生労働省による「第6期介護保険事業（支援）計画に関するアンケート結果」、平成 28 年 3 月 7 日）。

¹² 介護保険事業計画の中で実施した第5期計画の達成状況の点検及び評価を行った保険者は 785 保険者（49.7%）であった（同上）。

¹³ たとえば、「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者のうち 80% 以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」といった指標は、既存のデータやアンケート調査などで数字を把握することが可能であり、事後的に成果を検証できる。

- 地域マネジメントは、実態把握→課題の抽出→対応方法の検討→計画・実施→評価→見直しのサイクルを繰り返すものであり、目標に対する客観的なアウトカム指標の設定は、「地域マネジメント」において重要である。仮に、指標の設定が難しいとしても、目標としている地域の有り様（たとえば在宅の認知症の人やそのご家族の不安が軽減してきているか）に近づいているかの視点で取り組みを振り返ってみることが重要である。設定される目標は、自治体によっても異なるが、どういった目標が設定しうるのかについては、指標の設定の仕方、また指標のためのデータの把握方法なども含め、国や都道府県が具体的な例示を行うことも自治体への支援として必要であろう。

■ 整備が進むデータの「見える化」

- 目標設定や現状分析のためにも、地域マネジメントを行う際に、マネジメントする対象の「見える化」は重要な出発点である。地域が一体となって取り組むためには、直面している課題を具体的な数値等で「見える化」することが有効となる。多数の関係者間で合意形成を行うためには、数値化を進め、改善すべき対象が明示され、これらの目標達成のための責任主体が明らかになることで、事後的に改善を客観的に検証できるようになる。こうした基礎的なデータ分析を支える仕組みとして、すでに各地域において実施している「日常生活圏域ニーズ調査」を活用することが重要である¹⁴。
- また、厚生労働省では、介護保険に関する様々なデータの「見える化」を推進し、インターネット上に自治体単位や日常生活圏域単位の集計・分析結果を公開している。現段階でもすでにデータを閲覧できるが、どのデータをみてどのように判断して、具体的な行動につなげていけば良いかについては、専門的な知見や経験を必要とするため、さらなる活用に向けて改善が求められる。

■ データの「見せ方」「使い方」「集め方」にも工夫を

- 今後は、自治体職員がこうしたデータを読み取る能力を高める努力も必要だが、データの利用者が平易にデータの意味を理解できるようにする工夫はより重要である。例えば、見る側の納得感に訴える要素が大きいものに焦点を当てて、カギとなるチャートや分析結果をあらかじめ絞りこみ、「コア指標」「推奨指標」「オプション指標」など指標やデータ表示の層化を行うことや、GIS（地理情報システム）への落としこみなどによって、データの「見せ方」を工夫するなど、具体的なデータの提供方法の検討も不可欠である。
- また、地域ケア会議で検討対象となる個別事例のような質的なデータと地域全体の量的データの両方を見比べた結果、具体的な仮説が浮かび上がるケースも多い。データは分析だけでなく、専門職間のコミュニケーションツールとして活用される場合もある。たとえば、地域内でショートステイを長期利用する在宅生活者が多い日常生活圏域がデータで示された場合、どこに問題があるのか、解決の糸口は何かといった点について専門職間で議論をする素材になる場合もある。データを単純に眺めるのではなく

¹⁴ 計画の策定には十分に活用されていないとの指摘もあったが、従来の日常生活圏域ニーズ調査の見直しも進められおり、日常生活圏域単位での分析が可能になるよう改善が図られつつある。

く、データを提示する場面や、活用の仕方も含めた能力の向上及び分析支援が求められるだろう。

- さらに、地域マネジメントのために必要となるいくつかの重要なデータのうち、低コストで継続的かつ精度の高い調査として、全ての要介護認定者を対象に定期的に実施される「認定調査」の活用も効果的ではなかろうか。認定調査を活用すれば、追加的なコストを最小限に抑えたまま、未回収者が生じない調査を実施できるため、母集団が小さい日常生活圏域単位間の比較なども容易になるだろう。

■ データを活用した進捗の管理と見直し

- あわせて、計画立案にあたっては、計画策定年度は集中的に検討されるものの、その後は計画値と実績値の状況を分析する作業が十分に行われていないのではないか。計画立案にPDCAサイクルを導入する観点から、目指すべき基本的な目標を設定した上で、計画値とそれに対応する実績値を分析し、その結果を次期計画の内容に反映させる手順が重要である。
- なお、現行の介護保険事業（支援）計画は、各種サービスの利用量の見込みの推計を中心となっているが、現在別立てとされている介護給付費適正化計画も含め、自治体における地域包括ケアシステムの構築に向けた各種取組や、都道府県における保険者支援の取組についても記載し、これらの取組の達成目標も具体的に設定し進捗管理を行う内容に拡充すべきである。

自助・互助の促進には、新しい地域マネジメントの視点を

- 自治体は、これまで、地域福祉計画の枠組みの中や、平成18年度から導入された地域支援事業などの中で地域づくりを行ってきたが、平成27年度に生活支援体制整備事業及び介護予防・日常生活支援総合事業が開始されたことにより、地域の自助や互助を促進するための地域マネジメントが、これまで以上に自治体の役割として大きく注目されるようになった。
- 自助や互助の強化は、サービス事業所や専門職に対する地域マネジメントとは異なり、住民やボランティアが対象となるため、自治体の設定する基準や金銭的なインセンティブのみによる動機づけは困難である。したがって、自助や互助の促進に向けた地域マネジメントにおいて重視されるべきは、従来型の行政手法における慣習から脱却し、住民側に行政が溶け込みながら、ファシリテーション¹⁵を行っていく努力となる。
- 自助や互助を強化する際、その主体はあくまで住民側にあり、行政はその側面的な支援者である。地域の取組は、住民自身の意欲によるものでなければ継続することが難しく、したがって、地域の取組は「行政業務の住民への依頼」であってはならない。目指すべき方向は、客観的な地域の課題や困りごとを住民間で共有し、自発的なアイデアや取組の芽が生まれてくる展開である。

¹⁵ 会議やワークショップなどを含む多様なコミュニケーションの場で、参加者の発言や意見、アイデア等を引き出したり、議論を整理したり、合意の形成を確認するといった間接的な介入を行うことによって、コミュニケーションを活性化させ、意思決定や協働を促進する技術。

- その過程として、①地域の現状と将来像を客観的な数値等に基づき住民が正確に把握し、それを共有する、②近隣住民の具体的な困りごとなどを皆が理解し、その解決の方法を考える、③地域の実態を受けて住民の発意による取組の可能性を、住民自身が提案する、④行政が、可能な限りこれを側面的に支援するといった流れが想定される。したがって、最終的には、住民の自由な発想による様々な形の取組が想定され、最初から「落としどころ」が決まっているような形での行政から住民への働きかけでは、うまく機能しない。

■ 地域に入り込む行政のスタンスが重要

- 仮に、住民主体の活動を活発化させるのが困難だとすれば、それは住民側に「助け合う力」がないのではなく、地域の現状や課題が地域住民に共有されていないことが原因かもしれない。自助や互助など、本来ならば公的機関が支援しなくともよいものであっても、地域単位での考え方や課題の理解を共有化していく過程の支援は、自治体の役割として不可欠である。
- そのため、行政が地域に入り込むスタンスも重要である。すでに触れたように、行政が出向き、住民と膝詰の対話を継続すること、出前講座等の小規模の説明会等を根気よく継続することなどが重要となる。いずれも地域マネジメントにおいて基礎となる考え方の共有（規範的統合）を、時間かけて行う対応が成功へのカギとなる。
- 住民との膝詰の対話では、行政はファシリテーターとしての役割が期待されるが、ファシリテーションの技術は、専門的な技術であり、定期的な異動が前提の行政職員が短期間でその技術を身につけることは必ずしも現実的とはいえない。自治体職員に不慣れな役割を担わせずに取組を推進するという観点から、研究者や、市民活動等を支援するファシリテーターなど、外部の人材の有効活用も検討すべきである。

■ 地域づくりにおける地域包括支援センターの役割

- すでに触れたように、自治体は、地域づくりにおける主たる役割を果たすことが期待されているが、より現場に近い部分では、地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置されており、地域づくりの拠点として重要な役割を果たすことが期待される。2015年度の制度改正では、地域支援事業の包括的支援事業に、保険者が取り組むべき事業として、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備、地域ケア会議の強化など、地域づくりに関わる多方面の活動が位置付けられ、その結果、圏域単位における地域包括支援センターに期待される役割も増えている。
- 特に、日常生活圏域をいくつも有する比較的大きい自治体では、同一市町村内であっても特色の異なる地域があり、それぞれの特徴を活かした地域づくりをすすめることが必要な場合も多い。このような場合、圏域の単位においては、市町村よりも地域包括支援センターが中核となった取組が有効となる可能性が高い。増えていく役割の中で、期待に応えられる業務体制を整えていくべきである。

- また、地域包括支援センターは、指定介護予防支援事業者として介護予防ケアマネジメントを担う機関でもあり、ケアプランの中にインフォーマルサポートを組み込んでいく機会も珍しくないはずである。住民に近い場所に位置している地域包括支援センターは、今後の地域づくりにおいてますます大きな役割を果たすであろう。
- こうした地域包括支援センターの役割の強化を具体化するためには、財政的な裏付けを国が明確化することが重要であり、家族支援の充実等の視点から、消費税を財源とする新たな地域支援事業との効果的・効率的な連携を含め、財源のあり方について検討されるべきであろう。

<地域包括支援センターが推進する取組の例>

東京都 大田区	緊急連絡先や医療情報等を地域包括支援センターに登録した高齢者に対し、登録番号と地域包括支援センターの電話番号のみが記載された「高齢者見守りキーホルダー」を配布。「高齢者見守りキーホルダー」を身に付けることで、救急搬送や保護された際には、24 時間体制で医療機関や警察からの照会に対し、地域包括支援センターから情報提供をすることができる。
広島県 尾道市	地域包括支援センターが、地域資源マップとして高齢者にやさしいサービス等を提供する商店、医療機関等の情報を掲載した「ねこのて手帳」を作成。市のホームページに公開されており、高齢者の生活を支える多様な資源を紹介している。
東京都 墨田区	高齢者を地域で見守るための拠点として、区内全域を網羅する 8 か所に設置された「高齢者みまもり相談室」と高齢者支援総合センター（地域包括支援センター）がオンラインで緊急連絡先や高齢者の介護保険サービス利用等の情報を共有している。また、相談内容を定期的に分析することで、センターとしての対応方法の改善を図っている。

- また、委託型の地域包括支援センターについて、委託法人の運営方針にも左右され、十分に機能を発揮していないといった指摘もあるところだが、行政一体型、委託型いずれにおいても保険者が業務毎の責任の範囲や明確な方針を示し、その進捗を管理するなど、両者の密接な連携を図るべきである。さらに、地域包括支援センター及び保険者の業務に関する評価は、自己評価はもとより、第三者評価の導入が検討されるべきだろう。
- また、在宅医療・介護連携推進事業において設置される在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口が、どのように機能し、地域包括支援センターとどのように連携していくかについても各地域の関係者間で考え方を整理し、共有する努力が欠かせない。

■ 地域包括支援センターと生活支援体制整備事業

- こうした日常生活圏域レベルにおける地域づくりは、地域包括支援センターごとの圏域を中心として取り組まれることが望ましいが、人的な資源にも限度があり、すべてを地域包括支援センターだけで対応するのは現実的ではない。また、地域における多様な主体による多様な取組をつくるためには、市町村を核とした支援体制の充実・強化が必要である。このため、2015 年度から開始された生活支援体制整備事業では、協議体や生活支援コーディネーターといった、地域包括支援センターだけでは十分な実施が難しい「住民主体の取組」を支援するための仕組みが導入されている。

- 地域づくりが住民主体を基本としているとの理解を念頭におけば、協議体や生活支援コーディネーターは、住民自身により近い場所や人に置かれるべきであろう。地域の中には、行政では把握しきれないような住民の活動が数多く存在しており、こうした潜在的な自助や互助の活動は、アンケート調査や行政の会議では把握できないものも多数含まれている。生活支援コーディネーターは、行政職員の枠を超えて、地域の中に直接入り込み、地域の潜在的な資源を発掘するとともに、住民主体の活動の契機を仕掛けていく工夫が重要だろう。

介護サービスの基盤整備に向けた地域マネジメント

■ サービス供給に係る管理

- 介護保険制度においては、制度創設以来、民間事業者の積極的な市場参入の促進により地域のサービス基盤の整備を進めてきた。しかしながら、市場における参入と相互の競争に委ねているだけでは、最適なサービス基盤を構築するには十分ではなかった。
- 介護サービスは、地域格差が加味された全国統一の介護報酬単価やサービス基準（基準省令）等に基づき設定されており、いわば一定のルールで統制された“準市場”で整備が進められてきた。つまり、自由市場において提供体制が発達してきたわけではなく、報酬改定の時々に政策的意図が示されつつ、国全体で一定の政策的誘導が図られてきた。
- また、同時にそれぞれの地域において求められるサービスのあり方が地域毎に異なる以上、地域ごとの政策の意図を実現するためには、保険者による整備方針の提示が不可欠だった。しかしながら、介護保険事業計画を、サービスの必要量を定めた整備計画としても活用し、整備に向けた誘致や参入の要件の提示を行うような積極的な取組を行う保険者は一部に留まっており、過去のサービス利用傾向の延長として、今後の将来の利用見込みを推計する従来の手法による保険者も多い。

■ 資源管理における指定権限の行使とその課題

- 介護保険制度の施行当初、通所介護や訪問介護等の広域型サービスや介護保険施設の指定権限は、都道府県に限定されていたが、政令市・中核市については権限移譲が進められた。また、地域密着型サービスについては保険者が指定権限を持つようになり、また広域型サービスについても、地域密着型サービスの確保・普及を目的とした保険者と都道府県間の協議制が導入されるなど、制度上は、保険者が主体性を發揮しやすい環境が整いつつある。
- 本来であれば、質の担保を図りつつ、地域すでに充足している施設等については新規指定をしないなど、事業者数が過剰にならないような管理が保険者としては求められている。一方で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスを確保するための都道府県協議制や公募制といった仕組みも活用しつつ、地域に必要であるが整備されていないサービスの誘致を保険者として推進していかなくてはならない。しかしながら、実態としては、保険者による積極的な管理や計画的な整備が行われている例は限られている。

- 介護保険制度の創設を契機とした事業者の積極的な市場参入は、地域において介護サービスを提供する基盤を築いてきたといえるが、「地域マネジメント」の中で設定された具体的な地域目標の達成に向けた、必要な資源の検討・整備・活用など、サービス供給に係る質と量の管理が求められている。
- 従来のようにサービス量不足が大きな課題であり、量の拡大が最優先とされてきた時代から、今後は地域マネジメントに基づく「適切な連携および質と量の管理」が求められる時代へと、既にその潮目が変わりつつあることについて、介護サービス事業者、行政の職員、住民が共通の認識を持つべきである。
- たとえば、一部の地域では、今後、介護保険施設のベッドに空きが出る事態も想定される。空床のままでは経営的に成り立たないため、定員割れの介護保険施設は、他自治体の住民の入所を積極的にすすめる可能性も考えられる。そうした事態が起きると、職員確保のため、当該地域の在宅介護を支えている介護人材が施設に吸収され、在宅介護サービスの提供力を低下させ、さらなる施設需要を生み出す悪循環も懸念される。すでに多くの地域では若年人口が減少しているので、こうした将来的な見通しを行いながらの資源管理が重要な段階にきていると認識すべきだろう。
- 自治体がこうした資源管理の裁量権を十分に行使できるかどうかは、地域の中で具体的なサービス供給量が把握されているだけではなく、行政職員が、サービスの基盤整備が必要な背景や地域のニーズ、課題の構造や因果関係を十分に理解していることが前提になる。地域すでに充足しているサービスを指定しない仕組みの拡充を検討するなど、サービス供給量を管理するための仕組みづくりにあわせ、行政機関がこれを適切に行使できるようにするための技術的な支援も重要である。

■ 地域の実情に応じたサービス開発の可能性

- 介護保険制度においては、サービスの内容を法令上も明確に定義した上でその提供を全国一斉に開始し、その後に生じた様々な問題への対応は、報酬改定や制度変更により対応してきた。
- しかしながら、今後は高いレベルで地域マネジメントを行う自治体が、それぞれの地域の資源整備状況やニーズに対応して新サービスを開発するといった「社会実験」を行う試みなども期待される。すでに、介護予防・日常生活支援総合事業においては、要支援者に対する訪問・通所型のサービスについて、各自治体の創意工夫によるサービス・支援方法の開発が可能になっている。
- 今後は、保険給付で行われている要介護者向けのサービス等も含め、先進自治体が社会実験として行う新サービス開発の促進も必要ではないか。その場合、地域の自主性を尊重した形でサービス開発を支援するような制度的な枠組みを検討していく視点も忘れてはならない。

■ 事業者の自由な発想を活かす、介護イノベーションの創出に資する指定基準

- さらに今後、75歳以上高齢者の増加と生産年齢人口の減少が急速に進む中、我が国のケアの質を継続的に維持・向上させるためには、その担い手の確保とあわせ、多様な視点から生産性の向上に向けた取組が必須となる¹⁶。
- ICT¹⁷や IoT¹⁸の活用による事業者内、あるいは事業者間の情報連携については、すでに実践的な取組が事業者の中でみられる。特に定期巡回・隨時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護のような複数の機能を持つ包括的なサービスにおいては、こうした情報システムの導入が事業の効率的な運営には不可欠である。また、介護ロボットについては、その実践的な導入のあり方については、今後の検討課題とはいえ、生産性の向上に資するような活用方法を積極的に検討していく段階と思われる。介護人材の負担を軽減する可能性から、将来に向けて事業者によるイノベーションが期待される。
- また、介護サービス事業所の運営、人員、設備基準については、より柔軟な運用を認め、事業者の創意工夫を引き出すことも必要になってくるだろう。今後は、介護サービスの提供に係る事業所の生産性を高めるため、現状の施設の人員配置などのストラクチャーを重視した指定基準から、多様な手段を前提としたアウトカム重視の指定基準への移行を進め、介護領域におけるイノベーションの創出につなげる努力が欠かせない。

■ 地方都市における単一事業者が高いシェアを占める状況について

- 介護保険制度には、サービスの利用が特定の事業者に不適切に誘導される事態を防止する仕組み（集中減算など）が設定されているため、地域におけるサービス供給が特定の事業者に偏ることを避けようとする傾向がある。しかしながら、人口減少が進み、地域支援の確保が困難な地方の市町村で多様なサービスを提供する場合には、単一の法人等が複合的にサービス提供を担う方が、より効率的で合理的である場合も想定される。
- すでに大規模な社会福祉法人等が、地域の中で多様な介護サービス事業を展開し、包括的にサービス提供を行い、地域住民から強い信頼を得て利用者を確保している状況がみられる。特に、定期巡回・隨時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などは、単一事業所が一定の地域を担当する方が、運営が効率的であり、また地域に密着したサービス展開が可能になるため、望ましい結果につながるケースもあると考えられる。

¹⁶ 『「日本再興戦略」改訂2015・未来への投資・生産性革命』においては、「未来投資による生産性革命」として、自由な発想が生かされる競争環境の整備と効率的・効果的な投資を通じた「生産性革命」の重要性が掲げられている。

¹⁷ ICT: Information and Communication Technology の略。情報通信技術のこと。

¹⁸ IoT: Internet of Things の略。モノのインターネットとも訳され、様々なモノがインターネットに接続され、情報のやり取りをすることで、データの蓄積・分析などを通じて、付加価値を生み出すことをいう。

- 一方で、特定の事業者のシェアが高まる結果、悪質なサービス提供となるのではないかとの警戒感もある。自治体としては、特定事業者に「丸投げ」になるリスクもあり、事業者に「振り回される」懸念もでてくる。特定の事業者が提供する地域包括ケアシステムについて、それによって得られるメリットを享受しつつ、生じる懸念や問題点を緩和する努力を行うなど、適切な地域マネジメントが必要になるだろう¹⁹。
- 特定の事業者にサービス提供が集中する事態への懸念を緩和する方法として、例えば、定期巡回・隨時対応型訪問介護看護では介護・医療連携推進会議におけるモニタリングの実施が義務付けられているが、こうしたモニタリング機能を、サービス単位ではなく法人単位で設置する方法も考えられるだろう。あるいは、地域で包括的なサービスを提供する事業者の理事会等に住民代表を組み込み、地域ニーズにあった法人運営をモニタリングするような仕組みを検討すべきかもしれない。何より、医療の世界におけるDPCのように、標準化されたデータセットの開発と、それを利用したデータの報告と公表が有効と思われる。

医療・介護連携と多職種連携の促進

- 各自治体において、医療介護の連携に向けた協議会等が設置され、その初期段階の目標である「顔のみえる関係づくり」に向けた取組などが進められている。しかしながら、現状では多くの自治体において、「顔のみえる関係」を築いた後の具体的な活動内容を、十分にイメージできないという声も少なくない。厚生労働省から発出された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示された事業内容の「（ア）～（ク）」にこだわり、本来の目的がみえないまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくない。

■ 医師会との協働による仕組みづくり

- 住み慣れた地域に暮らし続ける観点からは、医療機関から在宅への退院支援やそのための地域連携パスなどが、目前の課題として対応が求められており、関係者間で問題が共有されつつある²⁰。まずは、関係者間で具体的にイメージしやすく、共有しやすい課題から議論を行うことが、取組を前進させる上で効果的である。
- ただし、退院支援にせよ、地域連携パスの作成にせよ、医療介護連携は、行政的な仕組みというよりは、臨床における専門職間の連携であり、仕組みそのものを行政が検討するのは難しい。行政の主な役割は、多職種が集まり仕組みづくりを検討する場を準備し、提供するところに求められる。仕組みを検討する際に必要となる、客観的データの収集と提示、他地域における事例の収集と整理なども行政の役割と言えよう。

¹⁹ また、岡山市では通所サービス提供者らが自らのサービスの基準を定めるといった取組をすすめる手法をもって、さらには、そのアウトカムについても事業者団体で検討する取組により、介護市場の適正化を行ってきたが、これらの成果が示されつつある。岡山市では、このアウトカム評価に基づき、高い質を示した事業者に対する表彰制度と共に報奨金制度を成立させ、適正化を図っている。

²⁰ 今後、市町村では、医療機関からの退院支援に加え、在宅から医療機関に入院してからも、継続的なフォローを行う循環型地域連携パスの実施が求められるだろう。このパスは、地域の資源の種類や多寡によって異なるが、作成にあたっては臨床における専門職間の連携を調整する仕組みが欠かせない。こうした支援の具体的役割として、行政がどのように担うかも、今後の大きな課題である。

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、都市医師会への事業委託も可能となっている。自治体で取組を抱え込むのではなく、医師会が有する地域のネットワークやこれまでのノウハウの活用によって、事業を推進することが重要であろう。

■ 仕組みができたら、日々の連携を進める

- 地域の仕組みができたら、これを活用した実践を積み上げていく過程を踏まなければならない。医療介護連携は仕組みを作っただけで実現するものではなく、日々の実践の積み上げよって、その地域の経験が蓄積され、それぞれの関係者の動きが円滑になり、よりよいケアにつながっていく。退院支援のための仕組みを作ったら、これを定期的に評価・検討する場を設け、実践を蓄積し、評価し、これを多職種間で共有するシステムが重要である。
- 地域ケア会議は、こうした多職種による実践の積み上げの場でもあり、また改善に向けた議論や取組の場にもなりえる。実績の積み上げの中で不足しているもの、改善が必要な部分が明らかになってくれば、そうしたアイデアは、地域の仕組みをさらに改善していく契機になるであろう。
- 地域包括ケアシステムの構築において、在宅生活を支える医療介護連携を強く推進していかなければならぬが、専門用語や考え方などの医療と介護の文化の違いが阻害要因になっているといったかねてから指摘され続けている実態も、地域の仕組みと日々の連携の積み上げの上に、改善を進めていくべきである。

各種行政計画の調整

- 現在、自治体は、老人福祉計画・介護保険事業計画に加え、障害・子ども子育て・生活困窮や住生活、健康増進、母子保健、食育推進など多くの行政計画を立案している。これらの計画で規定される施策は、いずれも地域包括ケアシステムの一部といえる。このため地域マネジメントの推進に当たっては、同一自治体において策定される各種行政計画の調整、整合性を図る工夫が求められる。
- たとえば川崎市のように「地域包括ケア推進ビジョン」を個別計画の上位計画として策定した上で、各計画は地域包括ケア推進ビジョンを軸として内容を反映させる方法もあれば、地域福祉計画によって全体を包含するといった方法もある。
- また、病床の機能分化と連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、都道府県が策定する医療計画および地域医療ビジョンと、介護保険事業計画（市町村）及び介護保険事業支援計画（都道府県）については、一体的かつ整合性を持って作成することが必要である。平成30年度以降、医療計画と介護保険事業（支援）計画のサイクルが一致する制度への見直しも踏まえ、都道府県の後方支援の下に、特に在宅医療と介護の連携を進めるための具体的な取組を盛り込んでいく必要がある。
- さらに、在宅医療・介護連携においては、県が医療計画を策定する一方で、市町村が介護保険事業計画を策定するなど、策定単位が異なっている。稲城市では、全国の市

町村としては初めて医療計画を市町村単位で策定したが、こうした取組は、単に自治体の意欲だけで出来るものではない。二次医療圏と市町村の範囲が異なる自治体も多く、計画策定過程における具体的な手法の開発と普及は喫緊の課題である。

4. 地域マネジメントを強化するためには

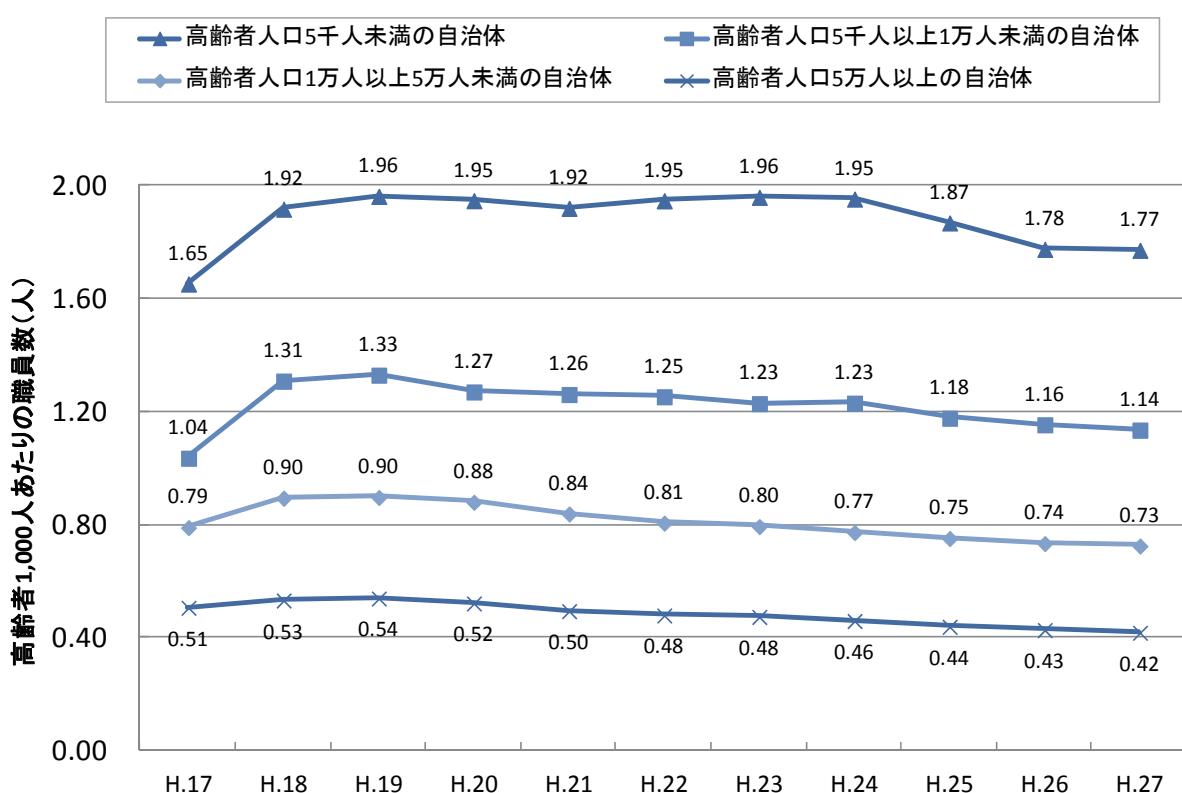
自治体の地域マネジメント力を向上させるための取組

- 自治体における地域マネジメントを阻む要素を除去していく取組も重要である。まずは、行政にある「必須でない」「余裕がない」「ノウハウがない」という3つ「ない」状態の解消が、地域マネジメントの改善に向けて、当面の課題となるだろう。
- 企画業務の「法定化」と専門職員の配置
- 介護保険行政においては、法令で規定されている「保険料徴収」「要介護認定」「給付管理」が介護保険事務の「三大業務」として位置づけられている。それに対し、地域の現状や課題の分析、必要な資源の明確化など、地域マネジメントに不可欠な取組は、法定業務ではないために後回しにされる場合が少なくない。また、介護保険行政においては、いわゆる「三大業務」以外の人員を追加的に配置する余裕がない状態となっているのが実情である。
- 現状では、地域包括ケアシステムの構築のために必要となる取組のうち、介護保険事業計画の策定などが必須業務として位置付けられてはいるものの、それらは地域包括ケアシステムを構築していく際に必要となる取組のごく一部にすぎない。一般的な市町村においては専任の部署・職員は配置されておらず、部署間の縦割りの問題が常に認識されているだろう。
- 地域包括ケアシステムは、三大業務を処理しているだけでは構築できないことを認識し、地域包括ケアシステムの構築にかかる諸業務を法令上の義務的業務として明確に位置付けていくべきである。また、政令指定都市や中核市を中心に、ある程度の規模を有する自治体では、組織の大規模化に伴う部門ごとの連携構築を目的に「地域包括ケア推進室」などの調整部門を設置する取組がみられる。今後は、こうした組織面での体制の整備も重要なになってくるだろう。
- また、現場レベルにおいては、企画機能を持つ部門や職員の配置が不可欠である。現在は、介護保険及び高齢者支援の各部署の職員が、それぞれの所掌事務の中で地域包括ケアシステムについて検討すべき事項を分担している。しかしながら、たとえば「地域包括ケア企画」を担当とする管理職など、キーパーソンとなる分野横断的な職種配置を求める制度改革も検討しなければ、自治体側での十分な余力は生まれないだろう。
- 地域包括ケアシステムは、まったく新しい地域資源を次々と作っていく作業ではなく、むしろ既存の地域資源間の調整や連携を進めていく仕組みである。三大業務を担当する職員も、地域包括支援センターの職員も、市民協働を担当する職員も皆、地域包括ケアシステムに重要な貢献をする。こうした豊富な地域資源を調整し、つなげていく分野横断的な職種や部門の設置は、取組を推進する上で有効となるだろう。

■ 事務の簡素化によるゆとりの「創出」

- 自治体においては、前述の三大業務などの必須業務に割かれる時間が多いため、地域包括ケアシステムの構築のための取組を行う時間や人員の確保が困難な状況となっているが、これらの負担は、今後も要介護者の増加にあわせ、さらに大幅に増大すると見込まれる。
- 一方で自治体において職員の増員は困難であり、実際、平成 17 年度以降の職員配置をみると、地域包括支援センターが導入された平成 18 年度に職員数が増加したものの、その後の高齢者人口あたりの職員数は漸減しており、ニーズの増加に対して職員配置は追いついていない状況が分かる。
- このような状況の中で、限られた人員を、地域包括ケアシステムの構築のために重点的に配置するには、業務の法定化だけでなく、三大業務等に係る事務負担の大幅な軽減を積極的に図っていかなくてはならない。また、そのためには個々の自治体による工夫だけでは限度があり、国が中心となって、制度改正を含めた対応の検討が必要である。

＜高齢者 1,000 人あたりの介護保険事業に係る職員数＞



資料) 地方公共団体定員管理調査（4月1日現在）（総務省）高齢者数については、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（3月31日現在）（総務省）※ただし、平成26年、平成27年については1月1日現在。

■ 要介護認定業務の簡素化

- 業務負担軽減策の一つとしては、たとえば、要介護認定に係る事務負担軽減が考えられるだろう²¹。現在、介護認定審査会の委員は全国で約5万人と見込まれており、これら地域の専門職が、年間約570万件の申請を膨大な資料の読み込み作業とともに審査している。しかしながら、要介護認定における二次判定での変更率は、かつては20%を越えていたが、現在では全国平均で10%を下回る状況が続いている。二次判定を行う必要性が高い申請に限定して審査を行うなどの負担軽減策を推進すべきではないか。
- また、介護認定審査会の二次判定件数を削減できれば、地域の専門職の審査会への参加時間や、行政職員の準備と事務局運営にかかる時間は大幅に短縮される。負担軽減によって生じる余裕を、職員の削減に向けるのではなく、むしろ地域ケア会議を開催することで、介護保険サービスの内容について自立支援に資するよう協議ができる。これにより、地域の専門職の投入時間を増やすことなく、地域包括ケアシステムに必要となる取組を推進することが可能になるのではないか。

■ 三大業務の積極的な外部委託

- さらに、三大業務についてより柔軟な外部委託の形態を模索していくべきではないか。すでに、要介護認定業務については、広域連合や一部事務組合など地方公共団体に対する委託が行われているが、今後は、委託先の範囲を拡大し、一部の業務については、民間団体等への委託等についても検討していくべきだろう。
- 特に、保険料徴収については、国保保険料徴収においてすでに民間委託が行われているなど先例もみられる。また、窓口業務、保険料滞納者への督促状の発送、高額介護サービス費の申請勧奨等について民間委託の活用等により、職員の事務負担を軽減する等、地域マネジメントに必要な取組に従事する職員を確保するための環境整備が必要ではないか。
- こうした業務の大幅な合理化は、単に自治体の業務量を減らすことが目的ではない。合理化によって生じる余力を地域包括ケアシステムの構築に向けた企画業務等に振り向ける改革が、その主たる目的である。

■ 地域包括ケアシステムに関する業務の「分散化と協働化」

- 自治体における「ゆとり」を創出するための取組として、業務の分散化と協働化も重要である。地域包括ケアシステムは、単に「高齢者」部門の取組ではなく、また「介護」に限定された取組でもない。対象者の観点からは子どもや障害者、子育て世代、元気な高齢者も含め、すべての市民を対象者と位置付け、また支援やサービスの内容も、医療、看護、介護、リハビリテーション、保健、福祉などの専門的なサービスを

²¹ すでに、要介護認定の有効期間については、平成16年以降、おおむね3年ごとに有効期間の延長が行われ、平成27年度からは、総合事業を開始した自治体において、要支援者についても24ヶ月の有効期間の適用が可能となっている。しかしながら、要介護認定の有効期間の延長では、増加しつづける申請件数によって、軽減分が相殺されてしまい、実質的に自治体側に「ゆとり」をもたらす結果は生じていない。

始め、住まいや住まい方、地域の空家の問題などにも関連があり、さらに民間市場サービスや地域の支え合いの取組、町内会、自治会などすべての資源が関係する取組に他ならない。

- しかしながら、実態としては、地域包括ケアシステムは、「高齢者部門の業務である」として、他部署の関わりは消極的になる現状が見受けられる。他方で、地域包括ケアシステムの構築を理由に、高齢者部門に対して職員の増員措置が取られるケースは少ない中で、業務量だけが増加する状況にある。
- こうした状況を改善するためには、首長を中心としてトップダウンによる各部門への業務の分散化・協働化を進める対応も必要ではないか。特に自治会や市民協働、ボランティア、商工事業者関連団体等を所掌する部署は、地域包括ケアの「関連部門」としての位置づけを越えて、「主要部門」ともいるべき部署である。
- ただし、こうした活動を推進するためには、自治体内部における考え方の共有（規範的統合）も極めて重要と言える。地域包括ケアシステムという言葉が高齢者介護を基点として発信されるケースが多いため、他部署から所掌外として、協力が得られない状況も想定される。部門を越えた協働体制を実現するためには、各自治体のトップが、自治体としての方針を明確に打ち出し、全部署で検討を進めるよう指示する方が求められる。
- 広島県東広島市のように、地域包括ケアに関する認識を全庁内で共有するため、外部講師による講演会を、幹部会議、高齢者介護部門、全庁全部署の係長以上の職員といった形で対象者ごとに一日に複数回開催し、理解の浸透を図った例もみられる。また、奈良県大和高田市は、副市長をトップとする「大和高田市地域包括ケアシステム構築会議」を開催し、庁内の各部門長が参加した組織横断的な会議体を立ち上げ、全市的な取組に向けた準備を進めている。

■ 名物職員が育つ人事マネジメントを

- いわゆる「先進事例」と呼ばれる取組は、意欲の高い特定の事業者や職員によって主導されてきた印象がもたれやすく、「あの法人があるから」、「あの名物職員がいるから」といった解釈がなされる例もしばしばみられる。しかしながら、こうした「名物職員」も、かつては一般の職員と同様に、高齢者介護の分野や地域包括ケアでの経験が乏しかった職員であったはずであり、こうした先進的な取組を主導するための人材を育て上げた自治体の人事マネジメントこそが、現在の地域包括ケアシステムの構築に求められていると考えるべきである。
- 地域包括ケアシステムの構築は、数年程度の短期間で実現するものではなく、多くの場合、取組が緒に就いてから一定の成果を上げるまで5年～10年を必要とする。現在、先進自治体といわれる地域も、こうした中長期的な取組の成果として広く知られている。だからこそ、自治体においては、中長期的な職員の育成も視野にいれた人事ローテーションを検討していく改革が求められている。介護保険業務の運用とは異なり、地域包括ケアシステムの構築は、自治体における企画部門の業務と位置付けられ

る以上、短期間の人事ローテーションでは対応できることを、首長が十分に理解する必要がある。

- いわゆる先進自治体の中核的な職員の人事ローテーションに着眼すれば、一か所の部署に長年にわたって従事しているよりは、障害者、介護、生活保護、地域包括支援センター、保健福祉センターなど関連性の高い部門を継続的に担当し、地域包括ケアシステムの構築に必要となる経験と知識を身につけていることが分かる。こうした経験から学び、自治体は専門家を養成する人事システムの採用を図らなければならない。

都道府県の役割

- 小規模自治体では、人員や財源の制約もあり、他の市町村からのノウハウの吸収や、他の市町村との客観的な比較に基づく評価分析など、地域マネジメントに必要な情報収集について不十分になるおそれがある。こうした小規模自治体に対して地域包括ケアシステム構築を支援するためには、都道府県の役割を強化する必要がある。
- 特に、近年では、介護保険事業所の指定監督権限の政令市・中核市への移譲が進められるなど、都道府県では事務負担が一部軽減されているのに対し、市町村においては地域密着型サービスの推進、介護予防・日常生活支援総合事業の実施など、事務負担が増大する傾向にある。そのような状況において、今後は、地域包括ケアシステムの構築に向けて都道府県が果たすべき役割を、再定義していく必要がある。

＜都道府県の支援策の例＞

広島県	地域包括ケアの推進に向け、地域包括ケア推進センターを設立し、市町村への技術的な支援を行っているほか、医療・介護のデータベースを統合した独自の「見える化システム」を提供し、地域包括ケアの進捗を評価するための指標づくりを実施。
埼玉県	厚生労働省の各施策について、公開資料だけでは、伝わらない政策意図も含めきめ細かく必要に応じて市町村に出向いて政策の解説を行うなど、積極的な市町村支援を実施。こうした取組の成果もあり、県内のすべての市町村が平成27年度中に生活支援体制整備事業を開始した。
大分県	各地域にリハビリテーション職を派遣する地域リハビリテーション広域支援センターを、県内に11か所設置し、各市町村に必要なコーディネーション機能を構築。この他、埼玉県和光市のコミュニティケア会議を参考に、県内の市町村に対して、地域ケア会議の立ち上げ・運営支援を行い、普及促進を図ることにより、認定率を低下する効果を実現している。
千葉県	全国の先行自治体や有識者を招いた介護予防・日常生活支援総合事業への早期移行を推進するための連続セミナーを開催し、県内29の市町村の早期移行を支援した。

■ 医療介護連携・多職種連携における都道府県への期待

- 医療介護連携の推進には専門職の知識や経験、各地域の職能団体等と自治体の協働が不可欠である。しかしながら、小規模の自治体の場合、その市町村圏域で完結する職能団体を持たない地域も多く、こうした地域では、自治体単独での医療介護連携の推進は、極めて困難な状況におかれている。また、退院支援を推進する際には、市町村

圏域を越えての医療機関との連携も不可欠であり、同様の小規模の自治体にとっては、ハードルが高い取組と言わざるをえない。

- また医療に関するノウハウの蓄積が少ない自治体では、医師会との協働関係を構築するまでに時間をする場合もあるだろう。小規模自治体における医療介護連携にあつては、都道府県や保健所の役割がより重視されるべきであり、複数の市町村の連携による体制づくりを基本としつつ、都道府県や保健所が技術的にもバックアップすることが不可欠である。二次医療圏を対象とする地域マネジメントを通じた、地域医療ビジョンと連動した在宅療養支援体制の構築、先進的な取組に係る情報共有化、市町村の分析等からの、地域包括ケアシステムの構築に向けた改善案の提案なども考えられるだろう。

■ 介護サービス事業所への情報支援

- 近年は、地域包括ケアシステムの構築を目指した制度の改正が進められており、サービスを一体的に提供する包括性の高いサービスの導入や普及（たとえば、看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護など）、事業者の経営規模の拡大に関する議論や、地域ケア会議や医療介護連携パスなどにみられるようなケアの方法に関する標準化の流れなど、その政策の方向性が比較的明確に示されている。
- しかしながら、事業者において、政策の方向感や新しいサービスに関する理解が十分でないために、自治体の期待するサービスへの参入が得られないケースも少なくない。本来、経営者は報酬改定の方向を先取りし、求められているサービスの指向性を理解した上で、経営方針を立案していくべきだが、改定への対応に追われ、長期的な経営方針を立てにくいとの声も事業者から聞かれる。
- 政策の指向性に関する情報を包括的に整理し、事業者が正確に理解するため、今後は、行政による的確な情報提供支援もこれまで以上に重要となってくるだろう。特に新たな事業に参入する場合、事業を開始するためのノウハウが欠かせないが、中小規模の事業所ではこうしたノウハウを持たない場合がほとんどである。
- たとえば埼玉県では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護への事業参入を支援するための調査事業や事業所に対するサポート事業を実施し、採算ラインや事業モデルを提示するなど、県下の事業所に対する具体的な経営支援を行っている。こうした取組は、市町村単位では財政的にも、具体的な実施の面でも困難なため、都道府県が中心となって実施していくべきであろう。

■ 都道府県立大学など外部資源の有効活用も

- さらに、都道府県のみでなく、同様の役割を果たせる外部のファシリテーター等の積極的な活用も図るべきである。各地域の大学には、地域社会をフィールドとして活動する研究者が多数在籍しており、こうした人材は、行政が把握できないような地域の細かな情報を持っている場合も多く、また、地域に根ざした活動をしている研究者は、時間をかけて地域関係者と独自のネットワークを構築していることが多い。たとえば、

各都道府県に設置されている都道府県立大学は、こうした人的資源を有していることから協働していくことも考えられるだろう。

国の役割

■ 都道府県を支援する国の役割

- 国の役割としては、都道府県による支援も含め、市町村による地域マネジメントがしっかりと機能するような制度的枠組みの整備が求められる。具体的には、①地域分析の基盤となる地域包括ケア「見える化」システムによる各種データの提供、②目標設定も含め、自治体の地域包括ケアシステム構築に向けた取組の法令上の位置付けの確立、③各種の政策の背景や意図について、適切なタイミングで市町村に伝達できるような情報支援体制の確立、④目標の達成状況を踏まえたインセンティブ付与のための支援、などが考えられる。
- すでに触れたように、「見える化」については、厚生労働省がその内容の充実も含め事業を進めているが、情報支援体制の構築についても、平成28年度より、全国の地方厚生局・支局で、新たに地域包括ケア推進課を設置し、専門の職員が配置されることとなった。国においては、このような組織等を通じて、個々の都道府県では把握できない全国の先進的な事例やノウハウ等について、都道府県の職員を対象とした研修などを実施し、より広範に展開させていく役割が期待される。

■ サービスの包括化にあわせたデータマネジメント

- また、今後、地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、サービスや報酬の包括化が進められた場合は、事業者が適切にサービスを提供しているかどうかのモニタリングや評価を可能な限り客観的な視点から行う仕組みの構築が重要となる。その場合、行政が定量的なデータを全国統一的な基準の下で把握し、分析するため、研究者を活用した専門的な取り組みが欠かせない。
- 現在、包括化された居宅サービスとして提供されている定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護については、事業所による自己評価としてストラクチャー評価、プロセス評価等の枠組みが提示されているが、サービスの提供内容を客観的に把握する定量的なアウトプット指標については、全国統一の基準は多くは設けられていない。
- サービス提供において、複数のサービスを一体的に提供する形態は、地域包括ケアシステムの今後の方向性として有力であるが、サービス内容のデータの把握については、各サービス提供事業者の採用するコンピュータシステムや書式等に委ねられており、全国で統一的なデータの収集を行えない状況にある。特に包括報酬の中で、事業者がどのような内容のケアを提供しているかの把握は、出来高払いのサービスに比べ、より困難となってくる。効果的なICTの導入は、通常業務におけるサービス提供の効率を高める点で有効であり、サービスの効果的なモニタリングの観点からも実施するために不可欠であり国による主導的な取組が期待される。

5. 「一体的」なケアを提供するためのケアマネジメント

- ここまで、自治体による地域マネジメントの課題について整理してきた。しかしながら、実際に地域において、取組を具体化するためには、ケアマネジメントが自治体と同じベクトルを有していることが不可欠である。地域マネジメントの効果を最大化するためのケアマネジメントの今後のあり方について、最後に整理をしておきたい。

介護保険法における基本的な視点の再確認

- ケアマネジメントのあり方を考えるにあたり、改めて介護保険法の記載に立ち戻ると、法第1条では、要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険給付を行うと定められている。また、同法第2条第2項では、保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するよう行われなければならないと定められている。保険給付は、被保険者の選択に基づき行われるものであるが（同法第2条第3項）、それは要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなくてはならない。

【介護保険法】（抜粋）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（介護支援専門員の義務）

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

- また、そのサービスは、特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることがないよう、公正かつ誠実に業務が行われなければならないとされているが、ケアマネジャーが偏りのあるケアプランを作成しているのではないかとの指摘もある²²。また、区分支給限度額の範囲内であれば、利用者の希望次第でいくらでもサービスが利用できるとの考え方も未だに一部にみられる。
- 介護保険法第4条では、国民自身の努力や義務（自助）について定めており、改めて法の理念や原点に立ち戻り、保険者、サービス提供事業者、利用者、被保険者すべての人が、「介護保険は自立支援のための仕組み」として創られた歴史を再確認する必要がある。このような考え方からすれば区分支給限度額ぎりぎりまでサービスを増やすことが目的化したようなケアマネジメントは適切ではなく、むしろ、自立支援のための給付を受ける権利さえ歪めているとさえ言える。

インフォーマル資源とケアマネジメント

- また、法第2条3項は保険給付が総合的かつ効率的に提供されるよう配慮されることを求めており、保険給付と地域の互助などのインフォーマル資源を組み合わせた利用も想定している。しかしながら、インフォーマル資源を把握した上でのケアマネジメントは、実際の現場において、十分に活用されているだろうか²³。こうした原則を実践レベルでどの程度実現できているか、またそれを阻害している要因は何かについて、十分に検討すべきであろう。
- またインフォーマルサポート資源については、利用者の生活している所与の環境として理解する見方も欠かせない。それぞれの利用者は、要介護認定の申請をする以前の段階で、近隣や友人などとの日常的な付き合いの中で生活をしてきたはずである。こうした生活環境は、ケアマネジメントが入ってきた段階で共助（介護保険サービス）に代替されるものではなく、また、サービスとして位置付けられるものでもない。「はじめからそこにあるもの」としてのインフォーマルサポートを強く意識することも、適切なケアマネジメントを考える上で重要な視点である。

ケアマネジメントの基本の再認識

- たとえば自立支援を基本として具体的なケアマネジメントを検討していく際に、ケアマネジメントに関しては、課題として「入浴ができない」状態を挙げ、「入浴できるようにする」ために、「通所サービスを利用する」といった判断がなされたとする。

²² 会計検査院法第30条の3の規定に基づく報告書「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果について」、平成28年3月においても特定の介護サービス事業所の利用が集中している点が指摘された。

²³ サービス担当者会議前に「地域における社会資源の特徴（ボランティアの活動、民生委員の関わり、近隣商店街の生活支援となる活動等）の最新情報を把握」を「あまりしなかった」「全くしなかった」と回答した介護支援専門員は、全体の47.9%であった。「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書」、平成25年度老人保健健康増進等事業、株式会社日本能率協会総合研究所。

しかしながら、これでは「既存のサービスで、できない事柄をどのように代替するか」といった判断に留まっている。

- 「入浴ができない」という生活上の課題を解決するためには、なぜ入浴ができないのかの原因を身体面だけに着目するのではなく、本人の身体状態、精神状態（意欲）、住環境、家族の状況、経済状況等、総合的なアセスメントを行って生活上の課題を発生させている要因（複数の因子の関連を含めて）を明らかにする。さらに各専門職に詳細なアセスメントおよび解決策の提示を求め、利用者の自立と QOL が保たれるよう、多職種が総合的に支援できるように調整する過程が自立支援を目指すケアマネジメントにおいて欠かせない。こうしたアセスメントと自立支援に向けた取組を実現していく上では、リハビリテーション職も含め、医学的な観点からの適切なアセスメントが行われ、これが、介護職に的確に伝達され、自立支援を実現するためのケアが提供される流れが重要である。
- さらにケアマネジメントを改善するためには、利用者が関わる問題の状況に応じて階層化されたケアマネジメントについても検討していく必要性を指摘できる。例えば、顕在化されていない生活能力を引き出すためのセルフマネジメント、慢性疾患に対しては医学管理とディジーズマネジメント（疾病管理）、また、貧困や虐待などが関連し、生活環境の調整に多くの福祉的な調整が必要な事態に対してはケースマネジメントといった手法が考えられる。

ケアマネジメントのプロセスの協働化

- ケアマネジメントは、介護保険の施行にあわせて導入され、新たな専門職としてケアマネジャーが中心となってこの業務を担ってきた。ケアマネジメントは、住み慣れた地域での生活を継続していく仕組みとしての地域包括ケアシステムにおいて、この先も欠かせないものである。
- しかしながら、介護保険サービス（共助）のみならず、民間市場サービス（自助）や近隣の支え合いやボランティア（互助）、あるいは福祉サービス等（公助）を含めた多様な資源を効果的に組み合わせて生活を支える地域包括ケアシステムにおいて、ケアマネジャーが一人で広範で多様な地域資源のマネジメントを担うあり方は、業務量の面でも負担が大きいと言わざるをえないだろう。
- そのような中、地域密着型サービスとして近年導入された定期巡回・隨時対応型訪問介護看護においては、計画作成責任者がケアマネジャーと共同ケアマネジメントを行う考え方が示されるなど、ケアマネジメントのあり方には変化もみられる。また、地域ケア会議において、個別ケースの検討を中心とした取組が進められているが、従来のサービス担当者会議とは異なり、サービスの提供を行っていない専門職が参加することで、ケアマネジャーだけでは気がつかなかった新しい視点がケアチームに持ち込まれるなど、ケアマネジメントの改善の観点からも、ケアマネジメントを多職種で取り組むメリットは大きい。生活支援体制整備事業で設置される生活支援コーディネーターが地域ケア会議に参加すれば、そうしたインフォーマルな地域資源について、より多くの情報獲得も可能になる。

- ケアマネジメントのプロセスの協働化・チーム化を進めるためには、医師や看護職、介護職、リハビリテーション職等の養成過程において、ケアマネジメントに関する教育課程を組み込むという見直しも必要である。また現場レベルでは、地域ケア会議が、まさに多職種の中でケアマネジメントの協働化を体現する場となっており、地域におけるケアに対する考え方を共有していく場としての機能が期待されている。
- 今後は、より高度なケアマネジメントを追求する過程で、チームケアをベースとした多職種によるケアマネジメントの推進が求められる。またこうしたチームケアにおいてケアマネジャーが果たす役割は、より高度な水準になると想定すれば、たとえば、現在ケアマネジャーが行っている給付管理にかかる事務部分については、一般の事務職員で対応し、ケアマネジャーは専門職として、自立支援、公正中立、各サービスの総合的かつ効率的な提供の観点から利用者本人に適切なサービスが行われるよう、チームをまとめあげることに集中することが考えられる。

居宅介護支援事業所の指定権限の市町村移譲に向けて取り組むべきこと

- すでに、平成30年度からは、居宅介護支援事業所の指定権限の保険者への移譲が決まっているが、これは、ケアマネジメントの質の担保について、保険者が責任を持つ体制を意味している。保険者は、地域包括ケアに資するケアマネジメントという視点から、どのようなケアマネジメントを行うのかという点について、より具体的な方向性を示す能力が求められる。
- すでに、ケアマネジメントの改善に資する取組として、ケアプラン点検や地域ケア会議などが各自治体において取り組まれているが、これらの実施は、法令上、自治体の必須業務とはなっていない。指定権限が保険者に移譲される改正を考慮すれば、保険者の能力の向上は必要不可欠であり、必須業務と考えるべきだろう。
- 他方、こうしたケアマネジメントのあり方について地域に徹底する役割を、保険者だけに委ねるのは難しい。地域ケア会議などを活用し、個別のケースを積み上げながら自立支援への方針転換を行える保険者は限られているだろう。ケアプラン点検を実施するためのマニュアルやガイドライン等を、専門職と保険者の協働によって作成する取組を通じて、自治体職員の能力向上を目指すことも有効と思われる²⁴。

²⁴ 川崎市では、市役所を事務局とした編集会議を立ち上げ、地域包括支援センター、川崎市介護支援専門員連絡会、在宅サービス事業者などの参加を得て、「ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～」を作成した。

おわりに

- これまでの地域包括ケア研究会では、その将来イメージやコンセプトなどを中心に全体的な概念について比較的幅広く提言を行ってきたが、すでに地域包括ケアシステムの議論が、具体的な構築プロセスに入っていることを踏まえ、今年度はより具体的な構築上の課題として「地域マネジメント」に焦点を当てた議論を行った。
- 元来、地域包括ケアシステムは、高齢者や介護の問題を越えた幅の広い概念であるが、過去数年の実際の状況をみると、自治体内における横断的な組織体制の構築や、住民主体の積極的な取組、地域の支え合いの仕組みづくりの流れが生まれてきたことは、すでに、「高齢者」や「介護保険」の範囲を飛び越えた取組として地域包括ケアシステムの構築が、ゆっくりと、しかし着実に進んでいることを示すものだろう。
- 今年度の報告書では、主に自治体の機能に着眼したため、議論し尽くせなかった重要なテーマも残されている。介護人材確保・育成の問題、介護サービス事業者の経営のあり方、医療介護連携の取組など、サービスの提供体制にかかる課題については、十分に触れられなかった。
- 地域包括ケアシステムの取組は、数年で完了するものではない。2025年、そしてさらにその先の2040年、2060年に向けて、長い道のりになる取組である。今年度のテーマとして設定した「地域マネジメント」が少しでも実効性のあるものとして、機能し、各地域の地域包括ケアシステムの構築が進むことを期待したい。

資 料 編

研究会において委員及びオブザーバー（厚生労働省）から提供された資料を掲載する。

目 次

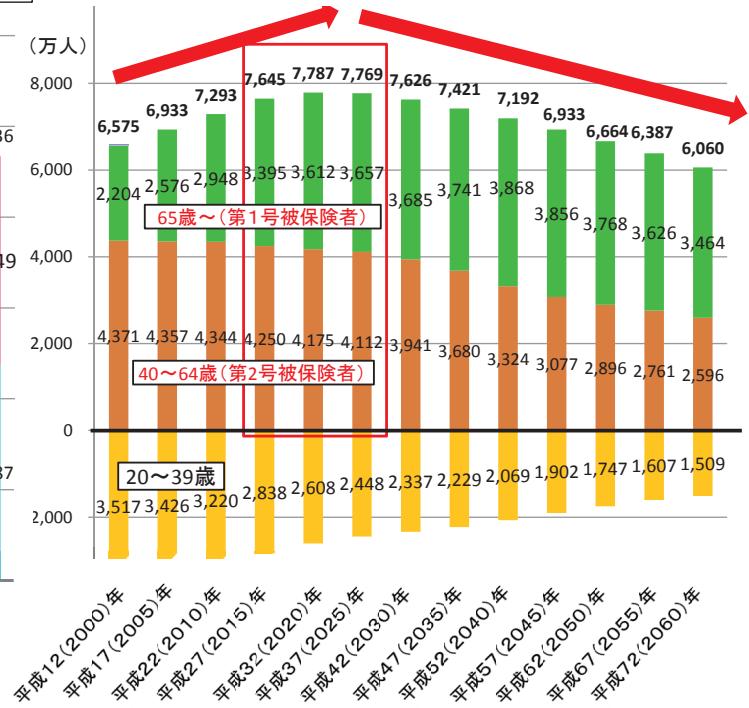
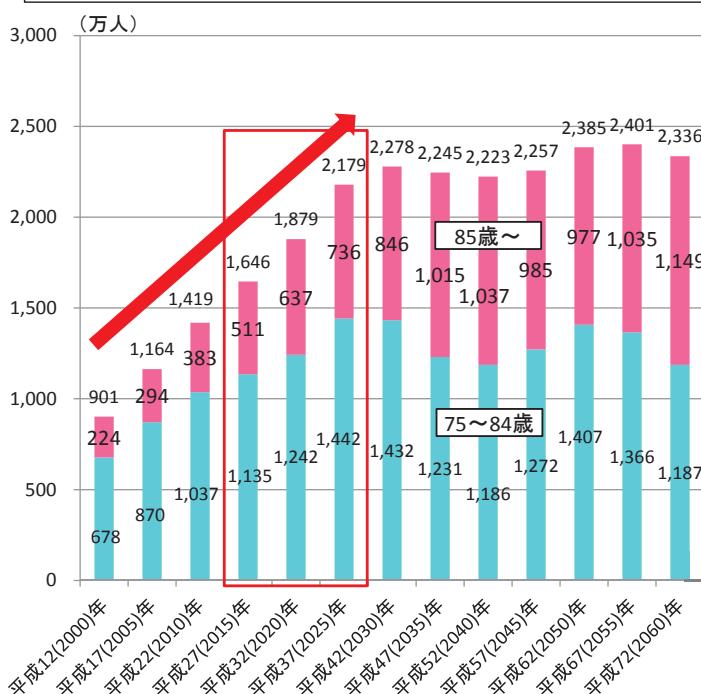
①厚生労働省	p. 41
『日本の将来推計人口と介護ニーズの見通しについて』	
『都道府県別将来推計人口』	
『都道府県別認定率等の将来見通し』	
『第6期計画期間及び平成37年度等における介護保険の第1号保険料について』	
『地域包括ケアシステム「見える化」について』	
『地域マネジメントに関する各種論点について』	
②新田委員	p. 176
『人生の最終段階における考え方』	
③近藤委員	p. 207
『地域包括ケア「見える化」システム 活用事例と課題+シミュレーター構想』	
④川越委員	p. 233
『市町村の地域マネジメントの現状・課題と支援策に関する私見』	
－直接支援を通じて感じたことをベースに－	
⑤中澤委員	p. 245
『ケアマネジメントから始まる地域マネジメント』	
⑥篠田委員	p. 254
『普通の自治体が地域包括ケアシステムを構築するための 必要な方策のご提案（岐阜県大垣市）』	
⑦事務局（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング）	p. 275
『広島県における地域包括ケアシステム構築』	

日本の将来推計人口と 介護ニーズの見通しについて

日本の将来推計人口の推移

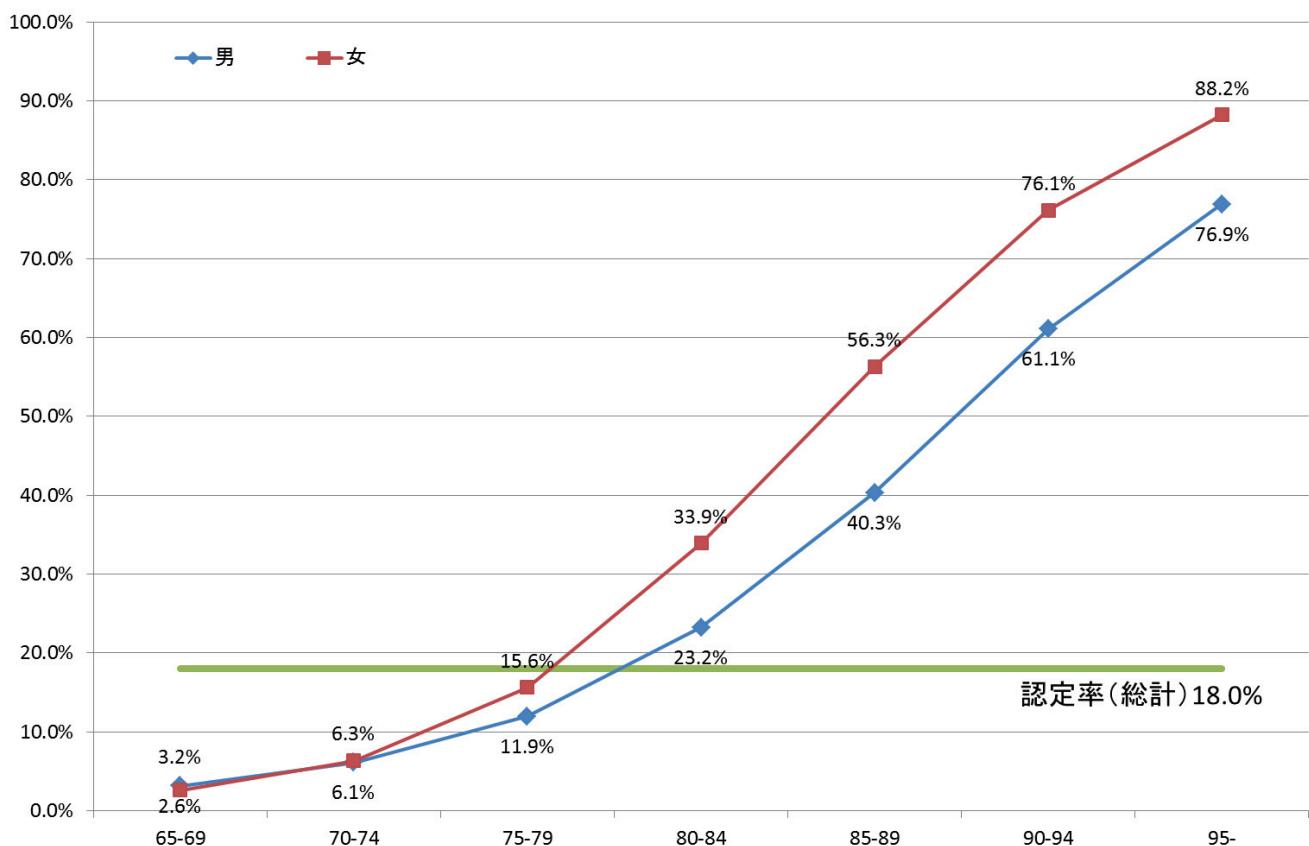
○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

年齢階級別認定率

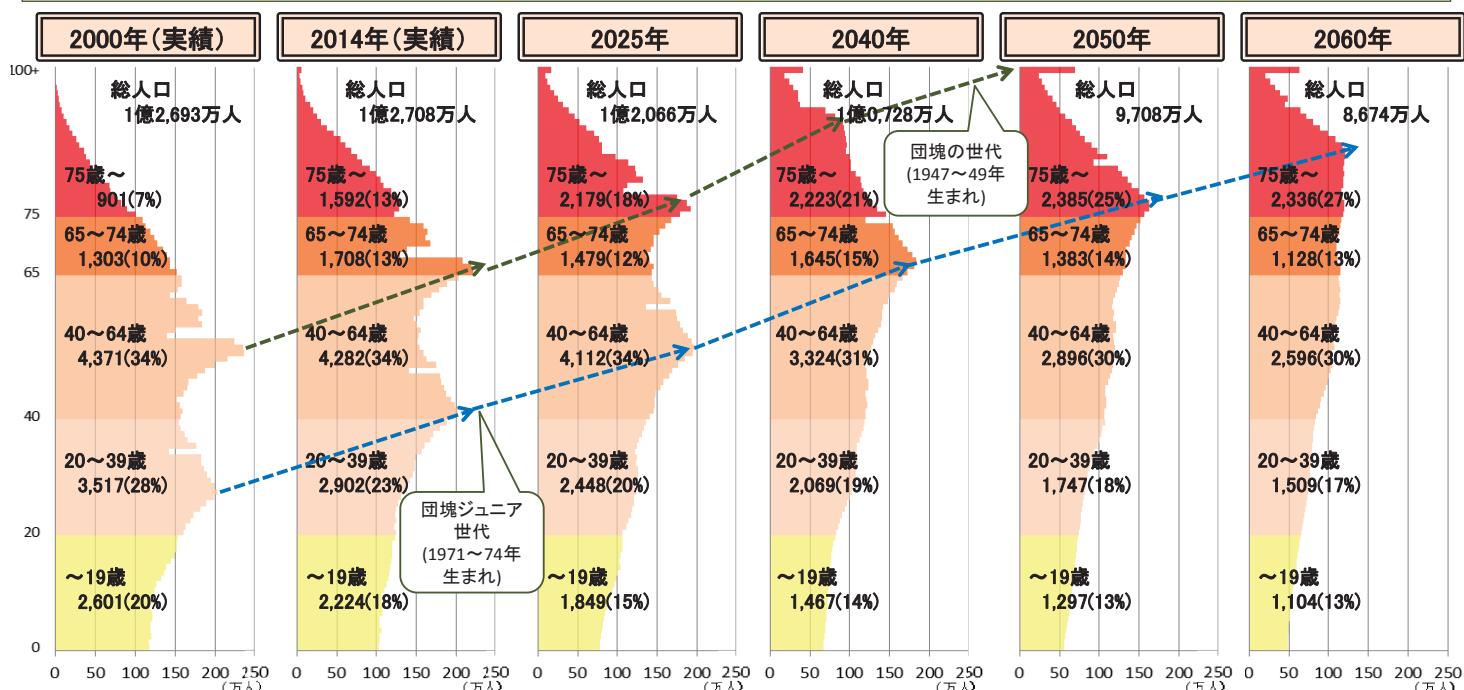


(資料)「人口推計」(総務省)及び「介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)」(厚生労働省)

2

日本の人口ピラミッドの変化

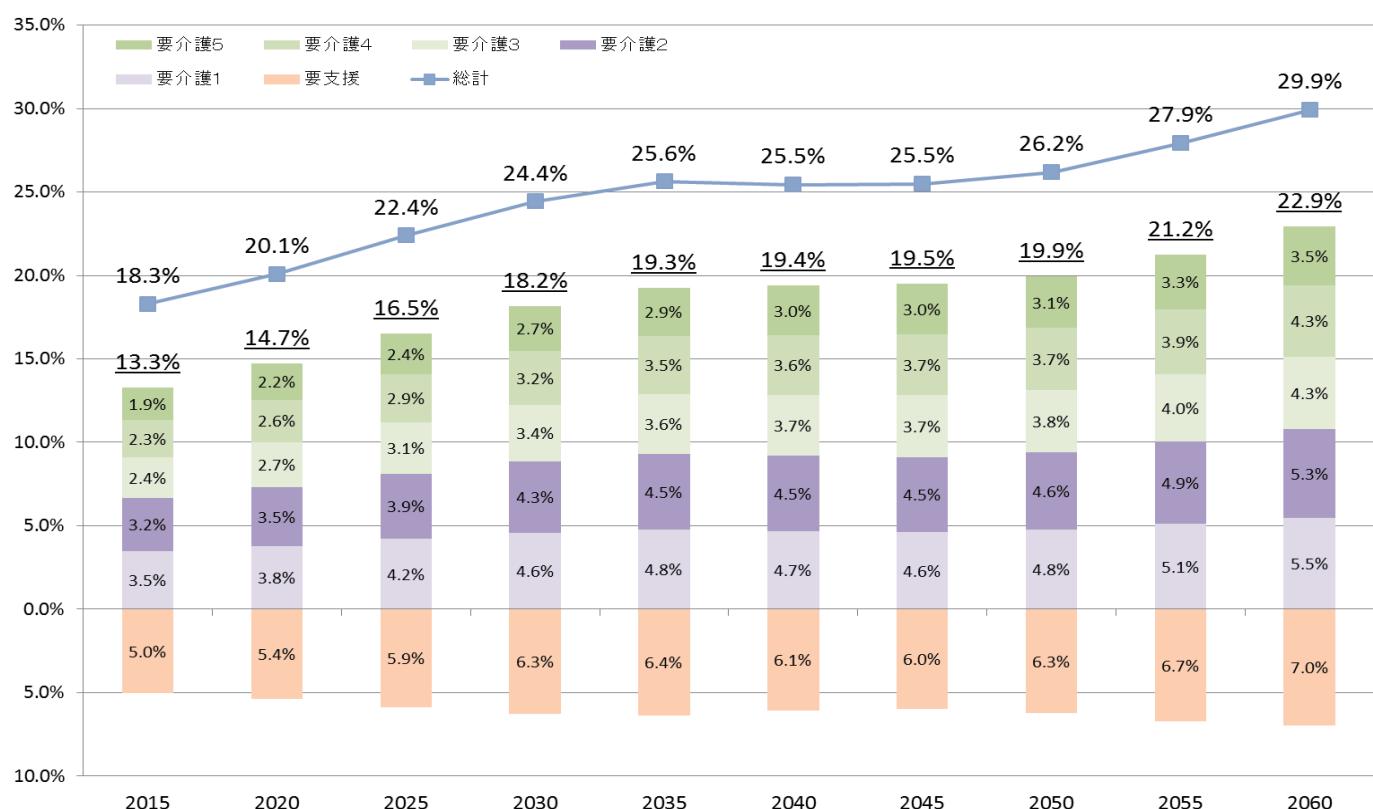
- 団塊の世代が全て75歳以上になる2025年には、75歳以上の者の割合が18%になる。
- 2040年の人口は2014年の約85%まで減少するが、65歳以上人口の割合は2014年の約1.4倍となる。
- 2040年から2060年にかけて75歳以上人口は2,300万人前後で推移するが、分布を見ると75歳以上人口の中での高齢化が進展していることが見て取れる。
- 2040年以降も念頭に急増するニーズと支え手となる世代の減少を踏まえ、介護保険制度が直面する課題への対応が必要。



(資料)「国勢調査」、「人口推計」(総務省)及び「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

3

認定率の見通し(性・年齢階級別の認定率が現状のまま変わらないとした場合)



(資料)「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)」(厚生労働省)、「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)(推計方法)性・年齢階級別認定率が現状(平成26年)のまま変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計。なお、制度改正(予防給付の地域支援事業への移行等)による影響等は織り込まれていない推計であるため、留意が必要。

4

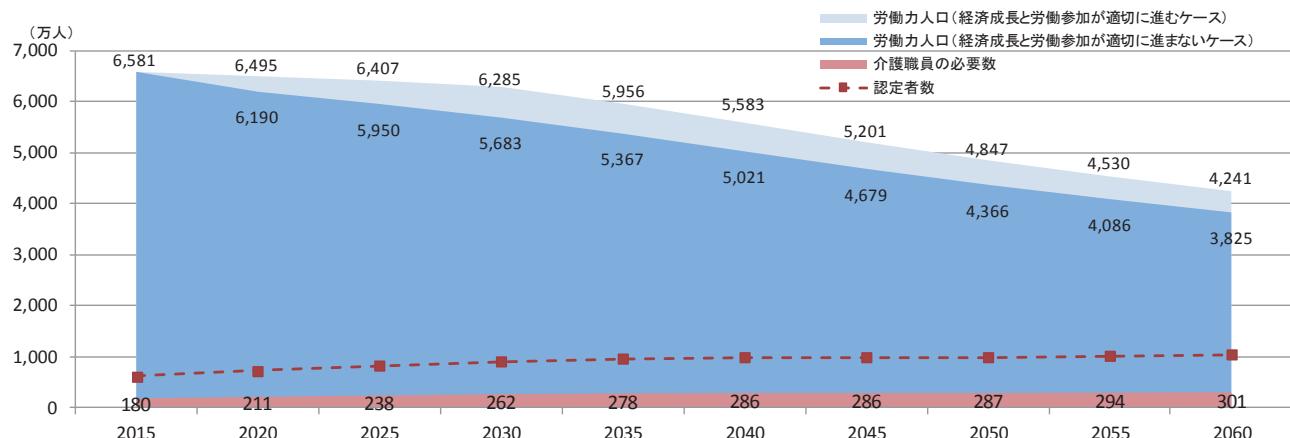
要介護認定者数等の見通し(性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないとした場合)



(資料)「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査(平成26年10月審査分)」(厚生労働省)、「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)(推計方法)性・年齢階級別認定率、年齢階級別施設利用率が現状(平成26年)のまま変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計。なお、制度改正(予防給付の地域支援事業への移行等)による影響等は織り込まれていない推計であるため、留意が必要。

5

介護職員の必要数の見通し(一定の仮定をおいた粗い推計)

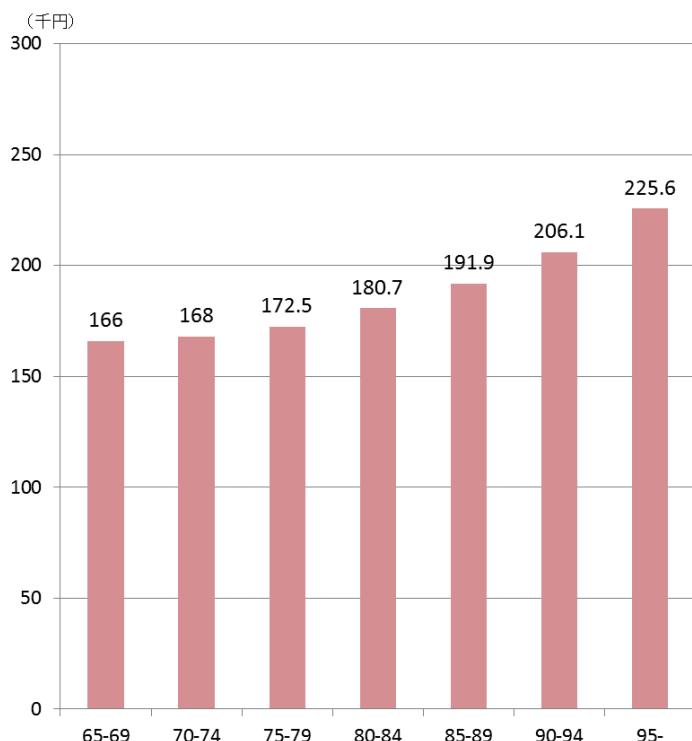


（資料）「雇用政策研究会報告書」（2014年（平成26年）2月6日）において示された「経済成長と労働参加が適切に進むケース、進まないケース」の労働力需給推計（厚生労働省）
 「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）「人口推計」「労働力調査」（総務省）、「介護給付費実態調査」（厚生労働省）
 （推計方法）

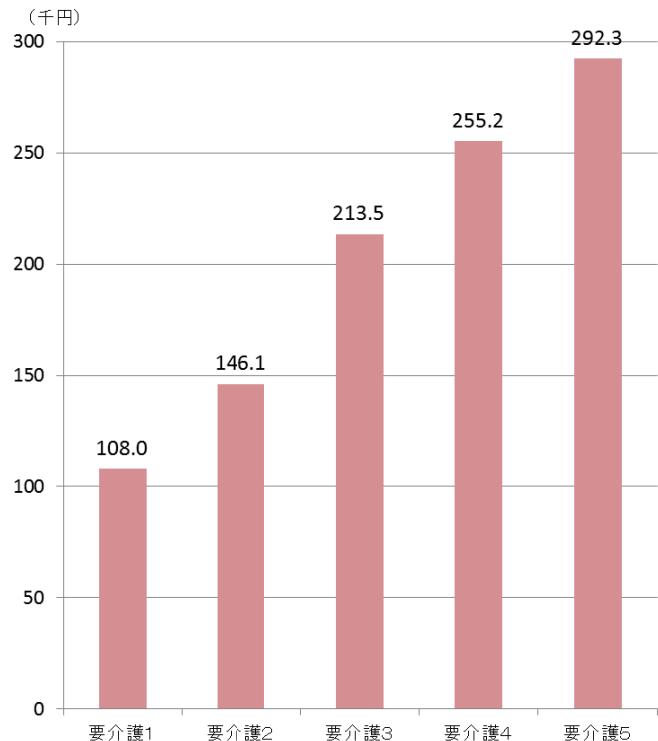
1. 労働力人口
 - 2015年は「労働力調査」における2015年1月～6月の労働力人口の平均。
 - 2030年までは「雇用政策研究会報告書」において示された労働力率に基づく推計値。（公表されていない年については、公表されている年の性・年齢階級別労働力率を線形補間することにより推計した労働力率を将来推計人口に乗じて推計。）
 - 2030年以降は、2030年の性・年齢階級別労働力率が変わらないものとして、これを将来推計人口に乗じて推計。
2. 認定者数
 - 性・年齢階級別認定率が現状（平成26年）のまま変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計。
3. 介護職員の必要数
 - 将来の必要数は認定者数に比例するものとし、将来の認定者数の推計値に平成25年度の認定者数589万人に対する介護職員数171万人の比率を乗じて推計。

受給者1人当たり費用について

要介護受給者1人当たり費用(年齢階級別)



受給者1人当たり費用(要介護度別)

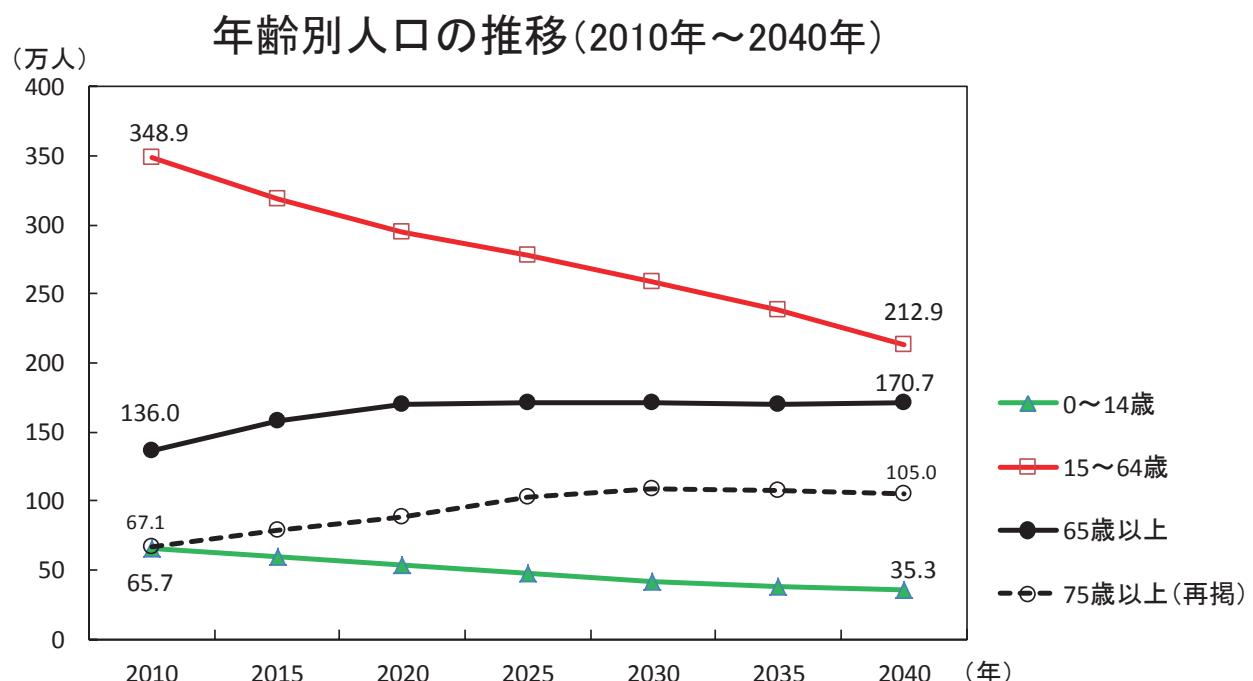
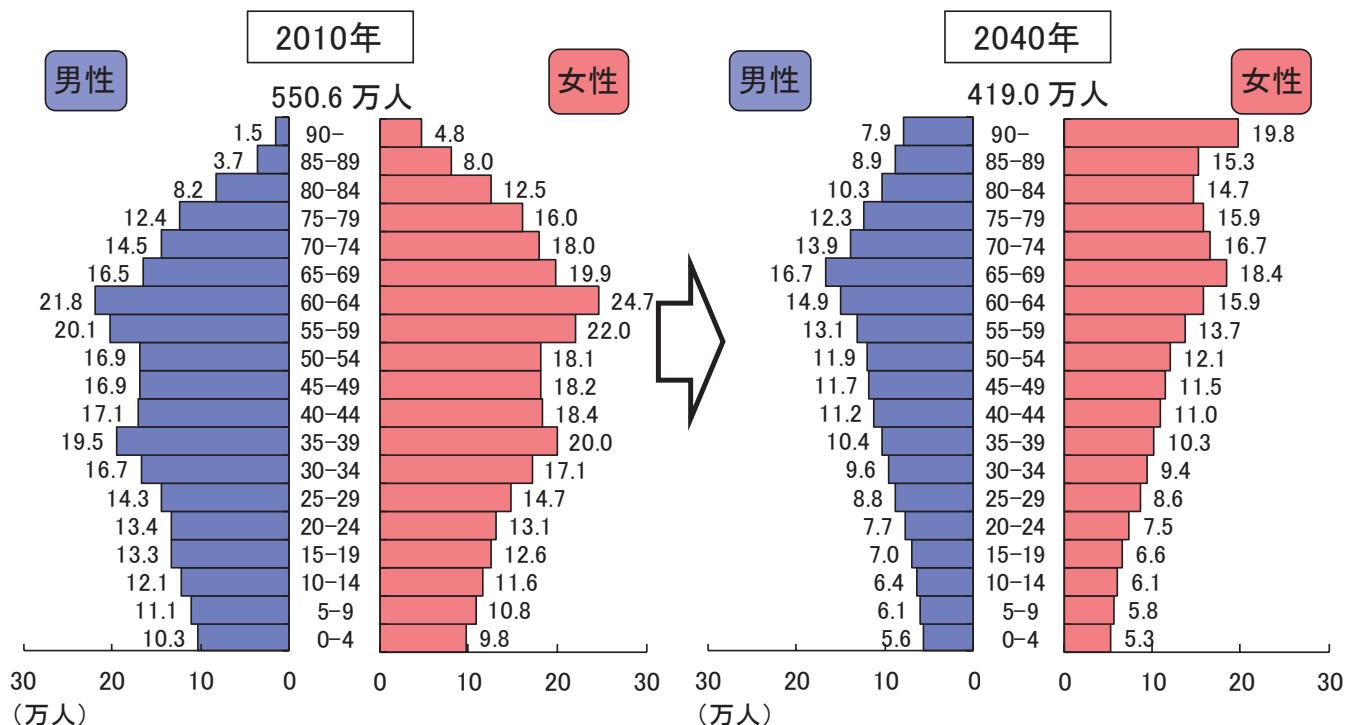


（資料）「介護給付費実態調査（平成26年10月審査分）」（厚生労働省）

都道府県別将来推計人口

北海道

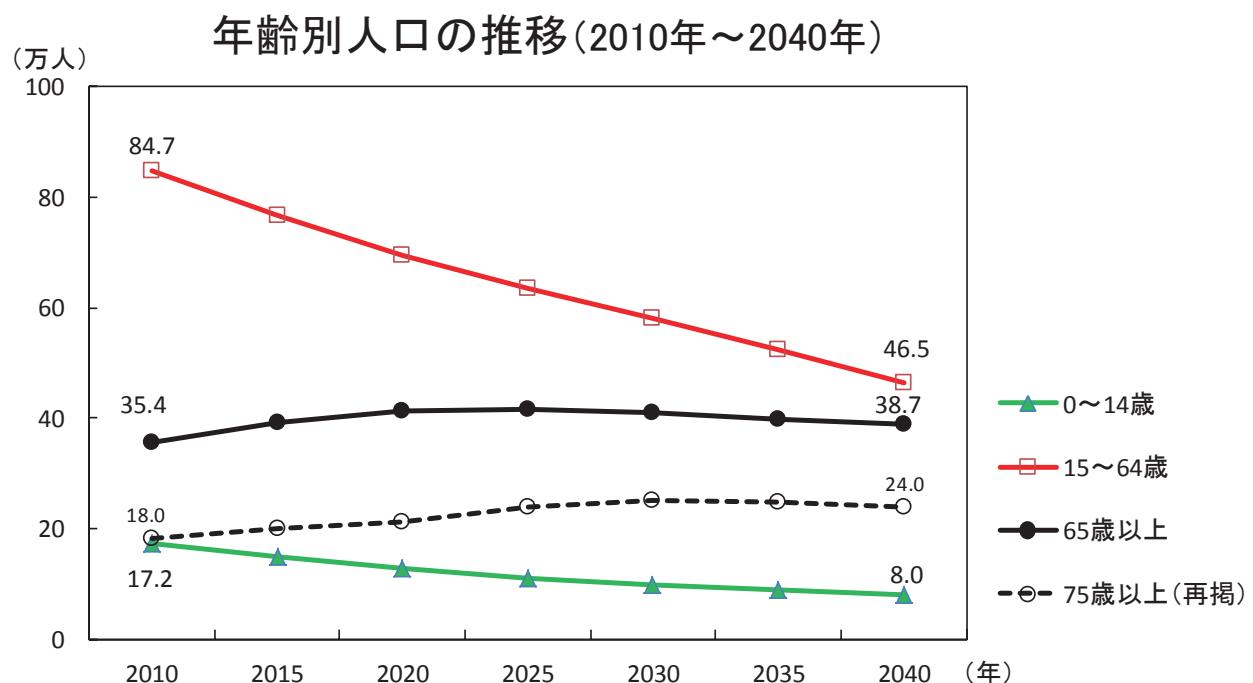
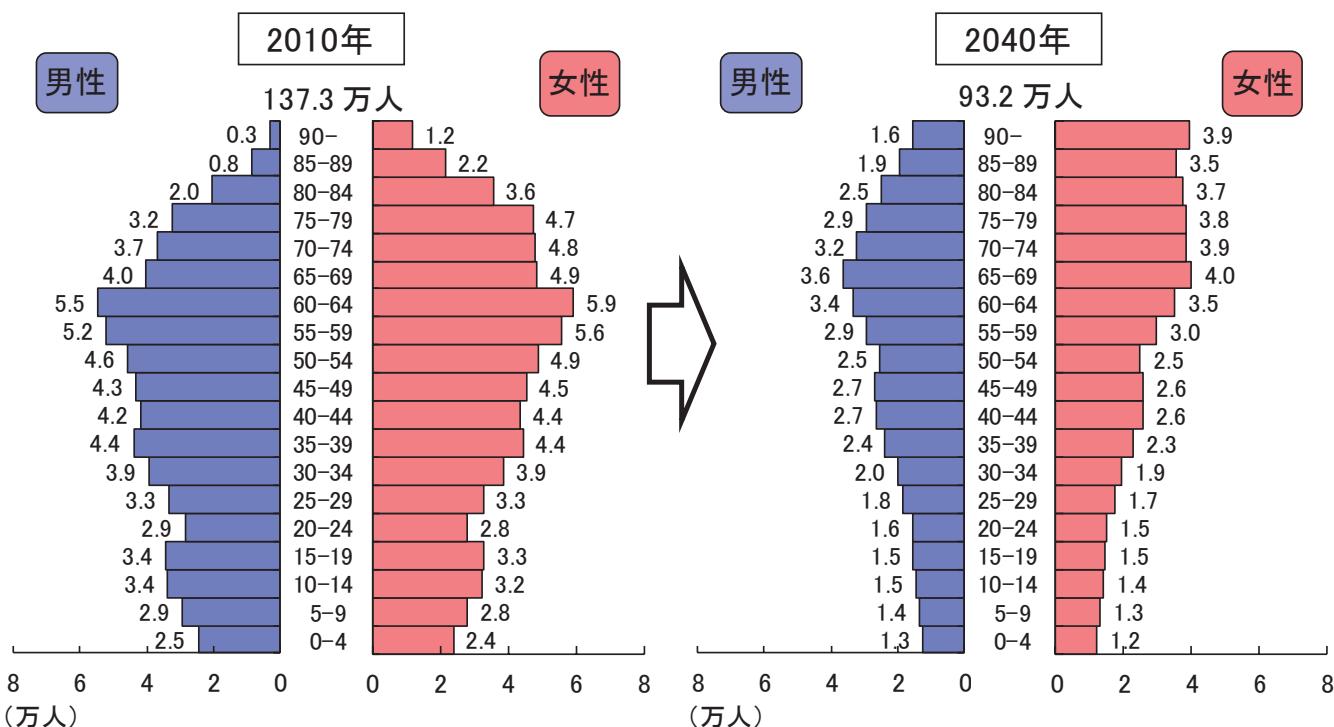
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

青森県

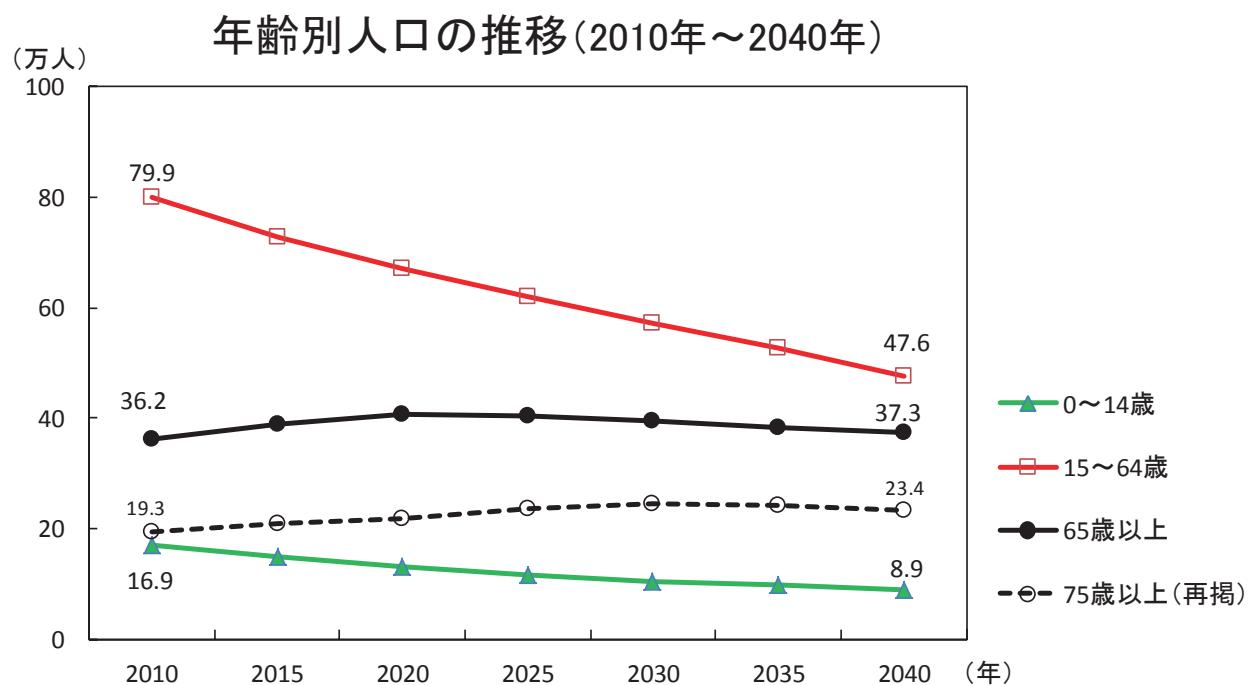
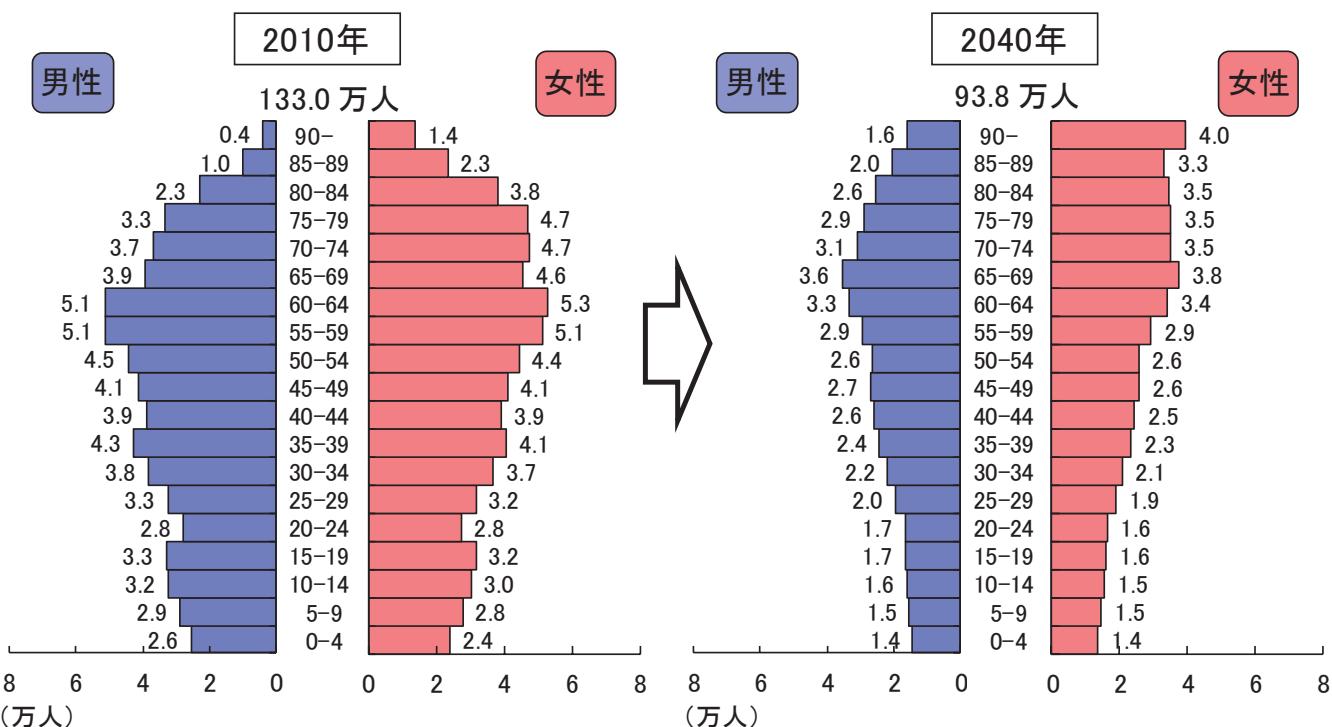
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

岩手県

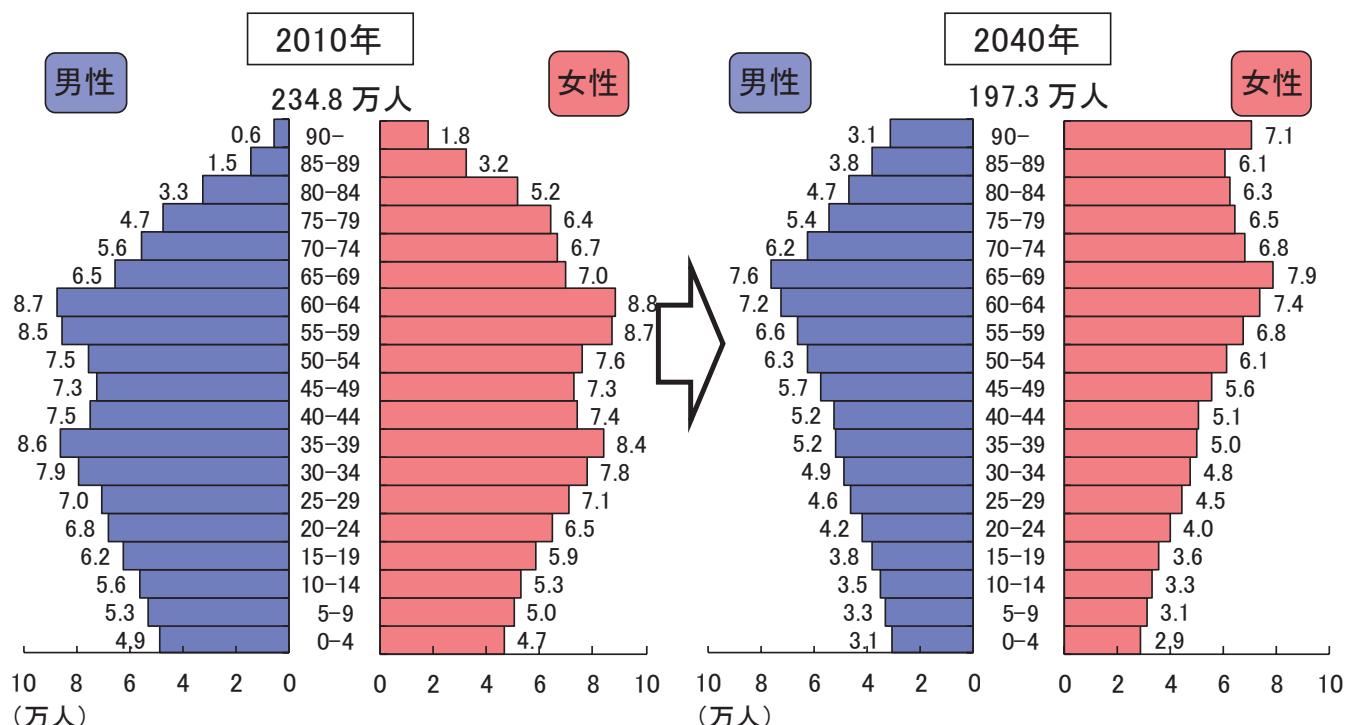
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



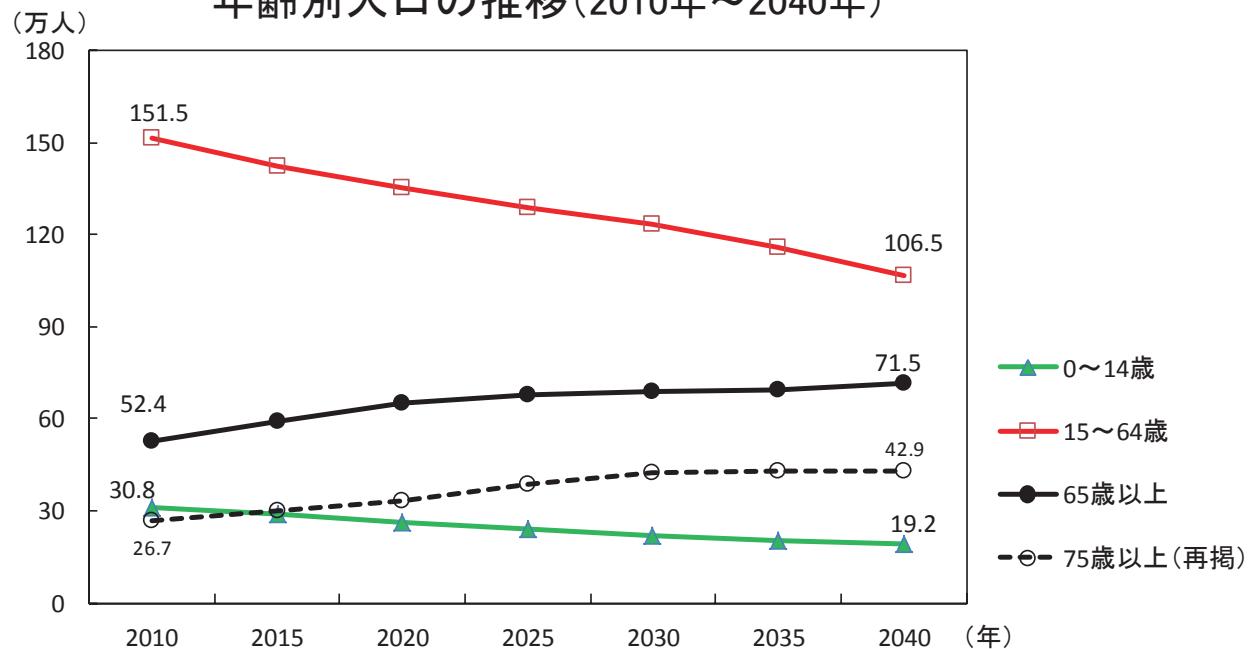
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

宮城県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



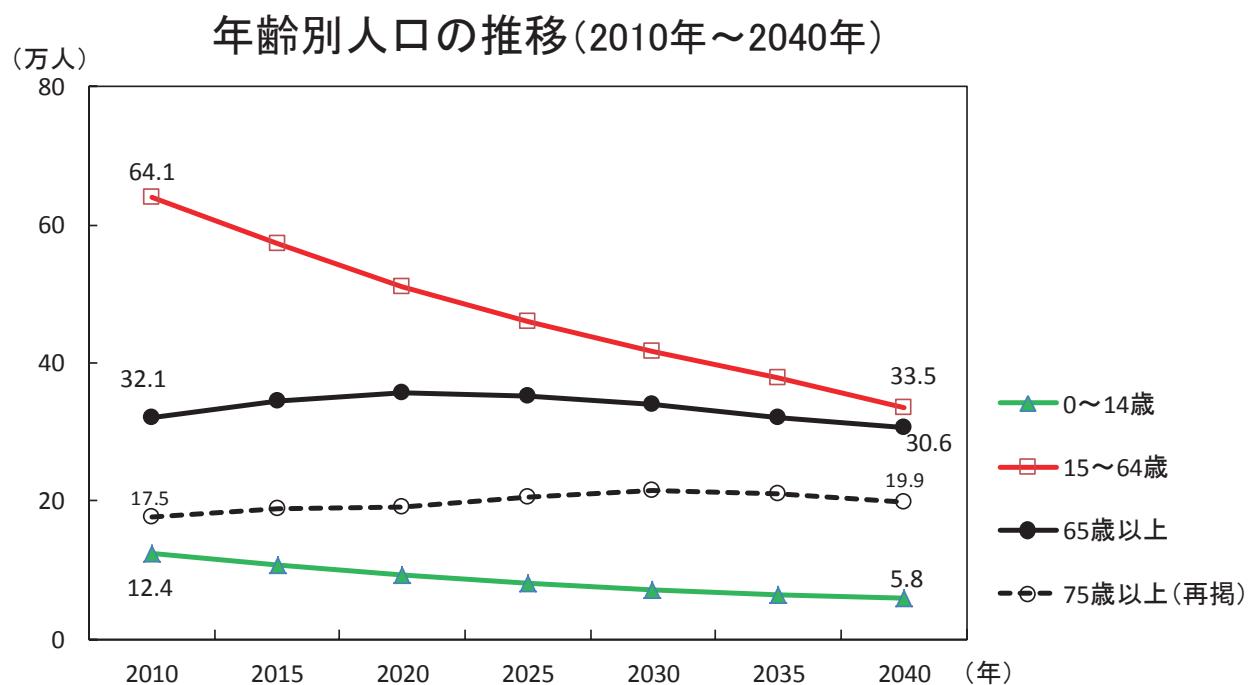
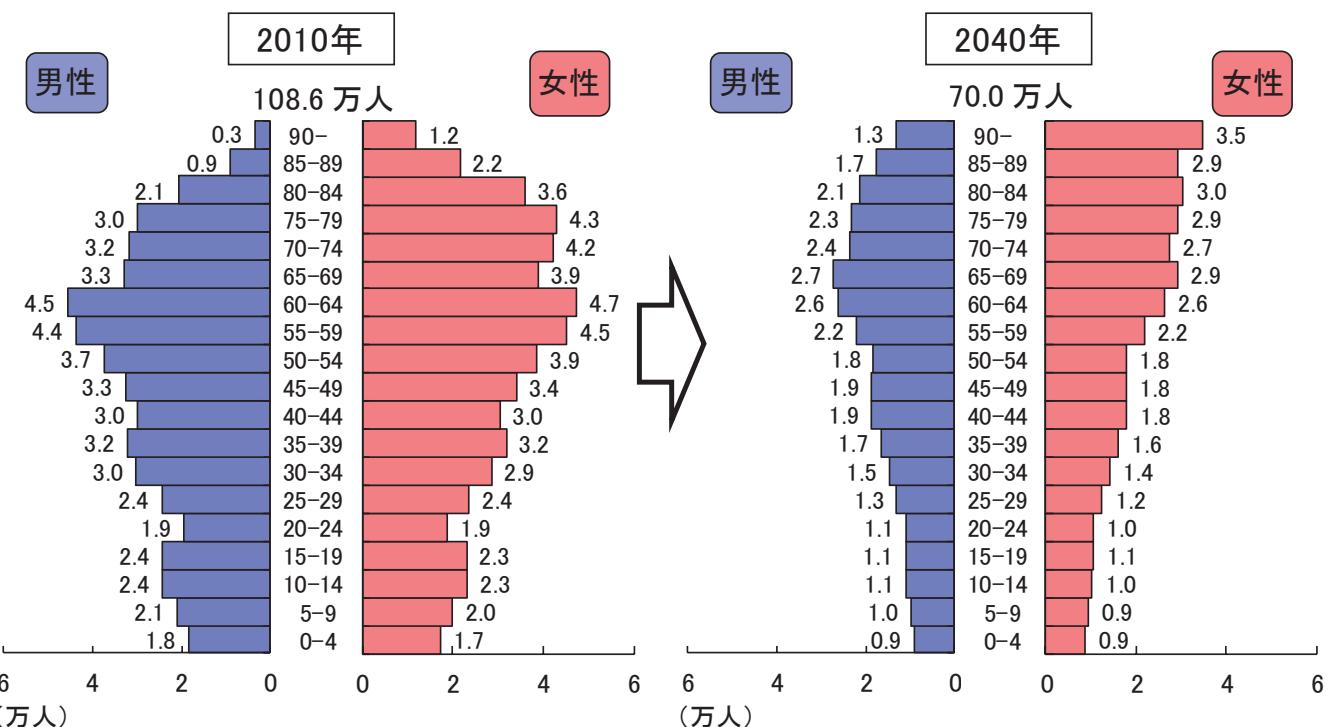
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

秋田県

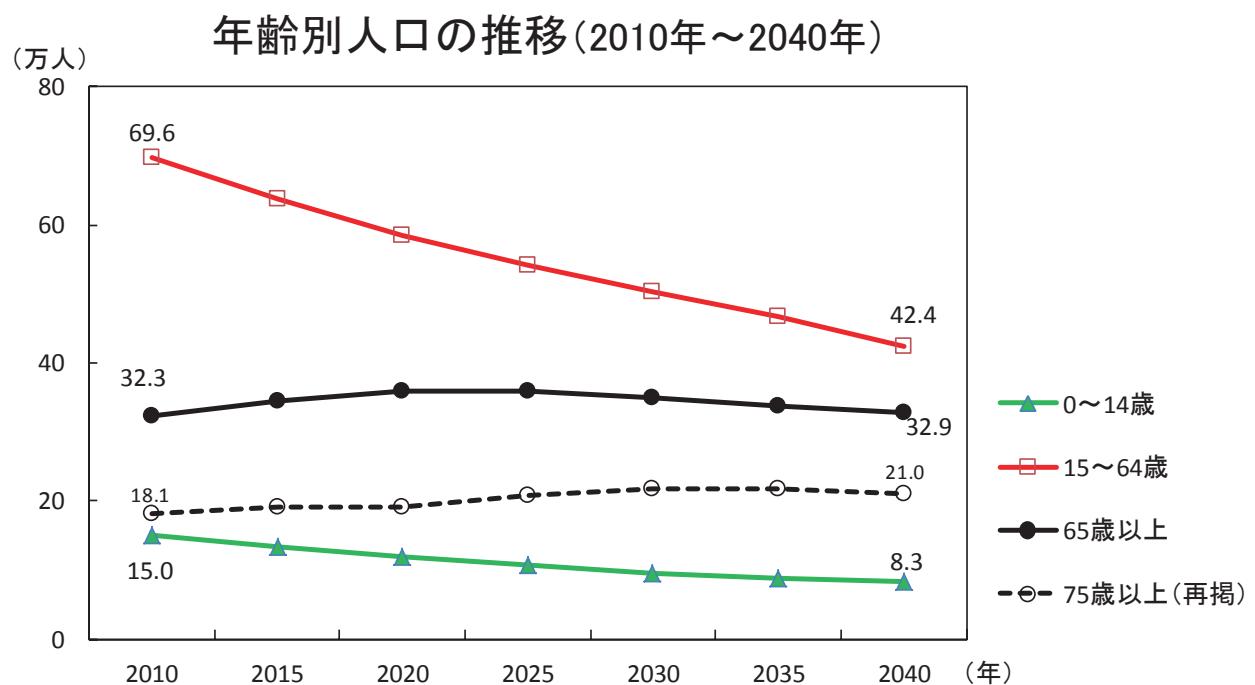
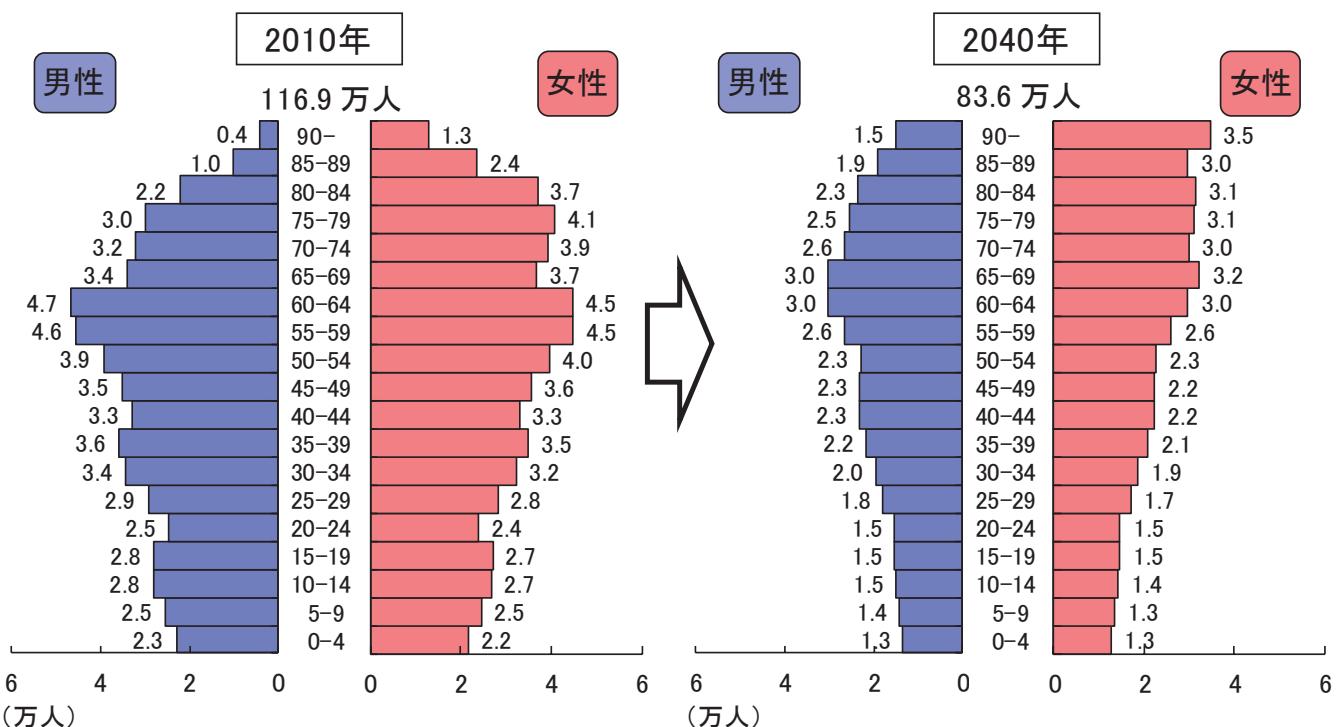
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

山形県

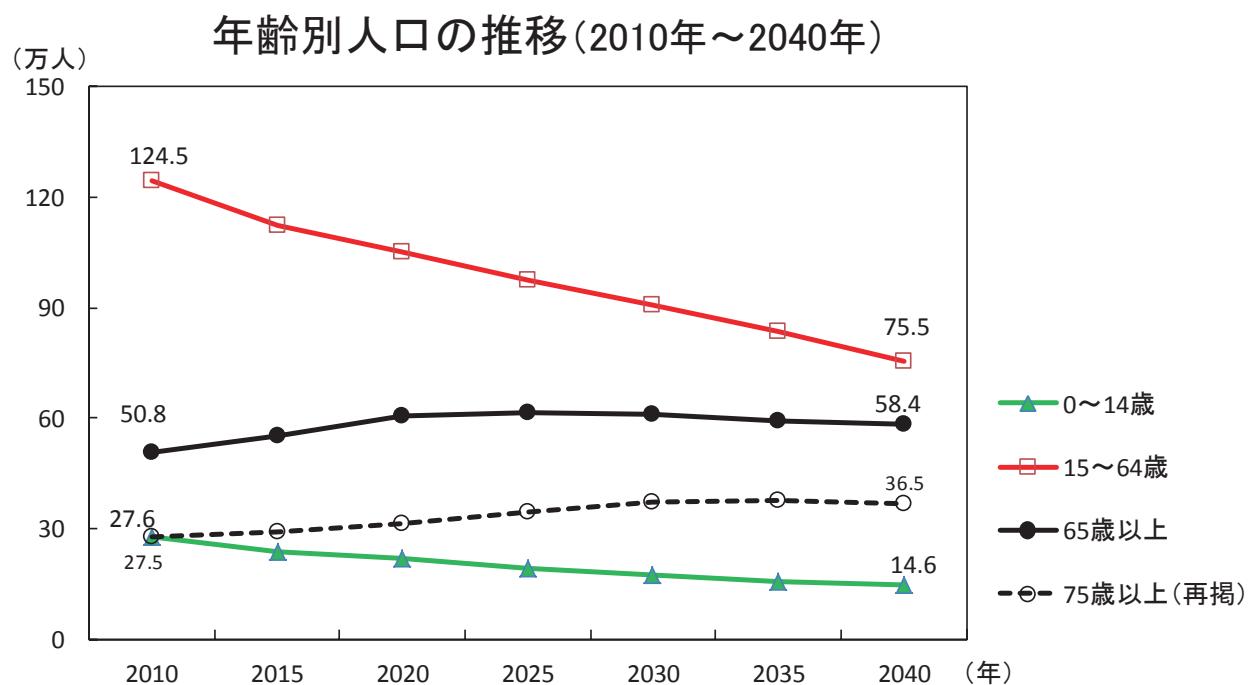
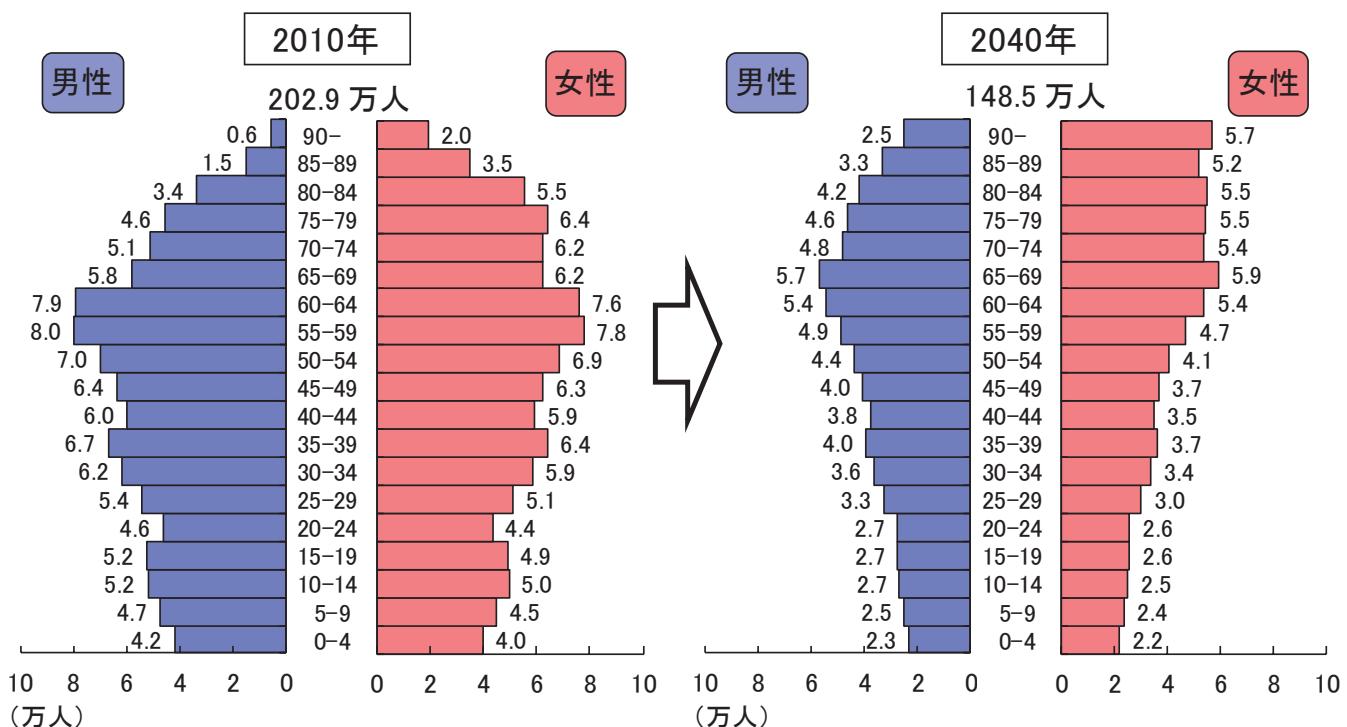
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

福島県

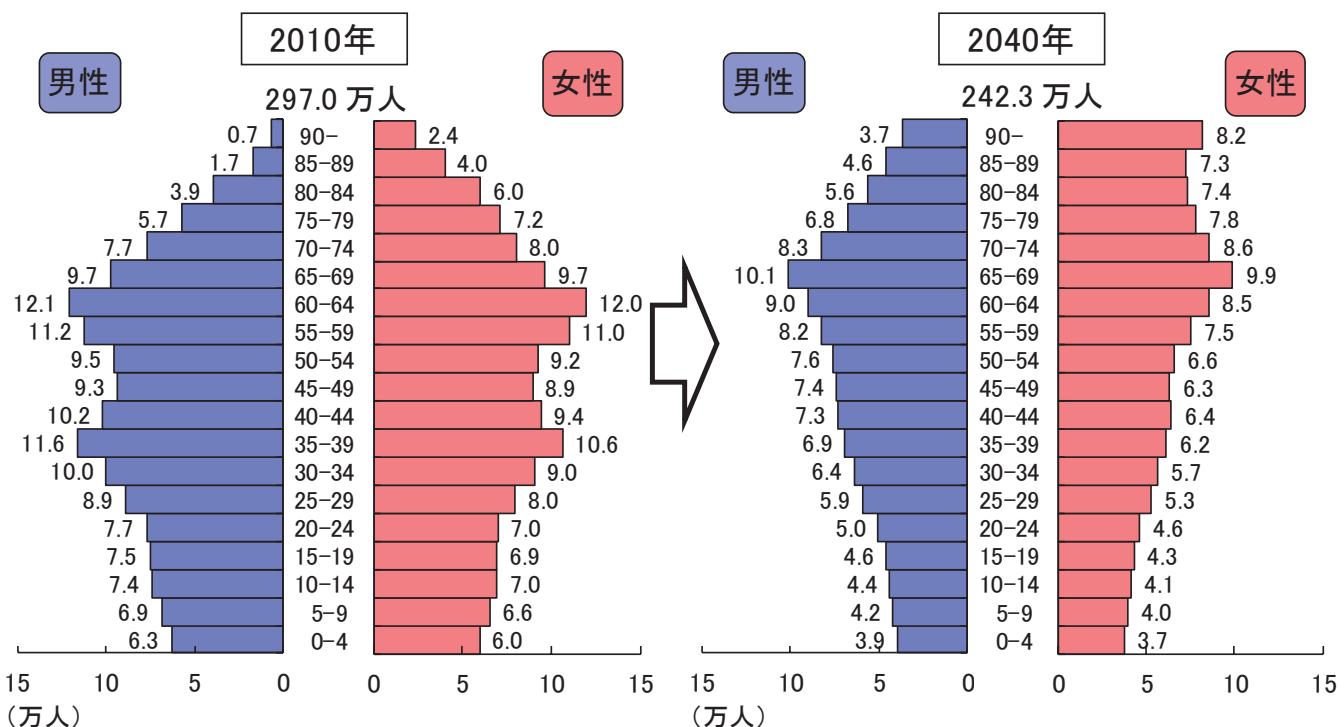
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



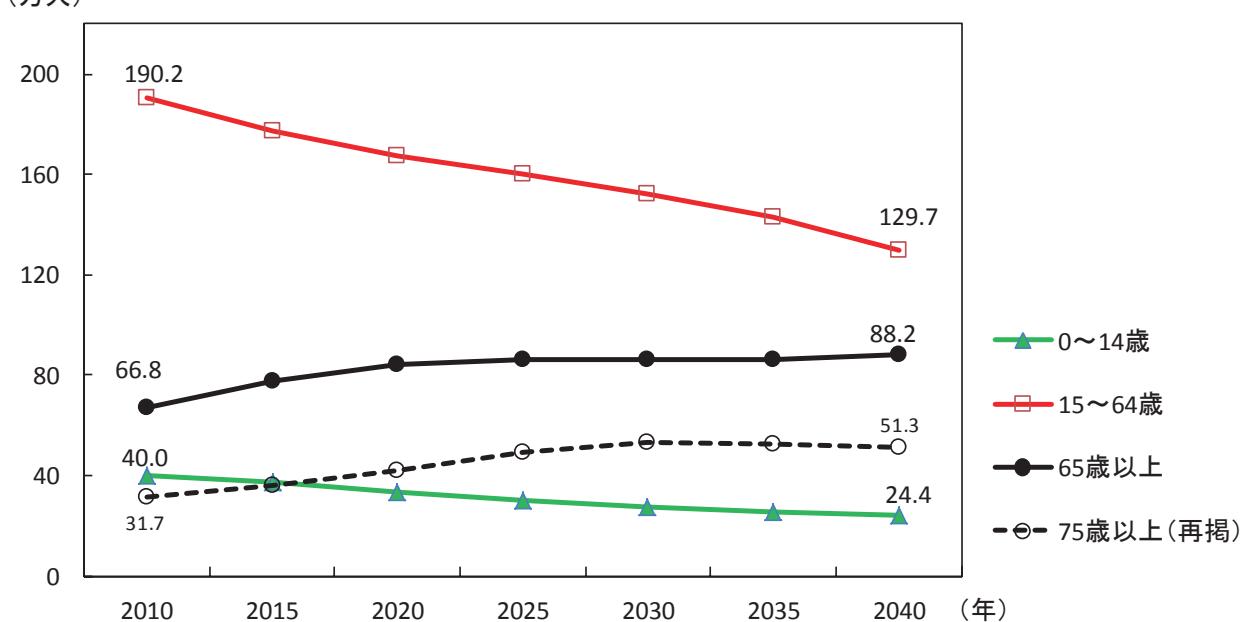
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

茨城県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



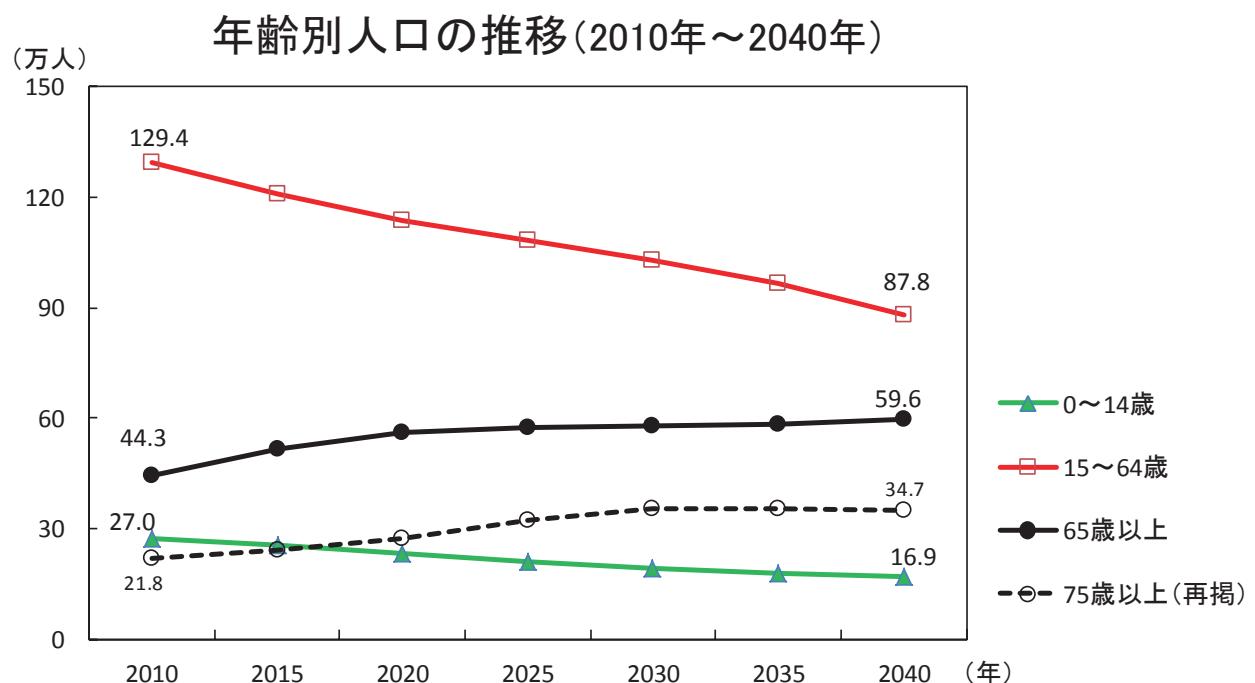
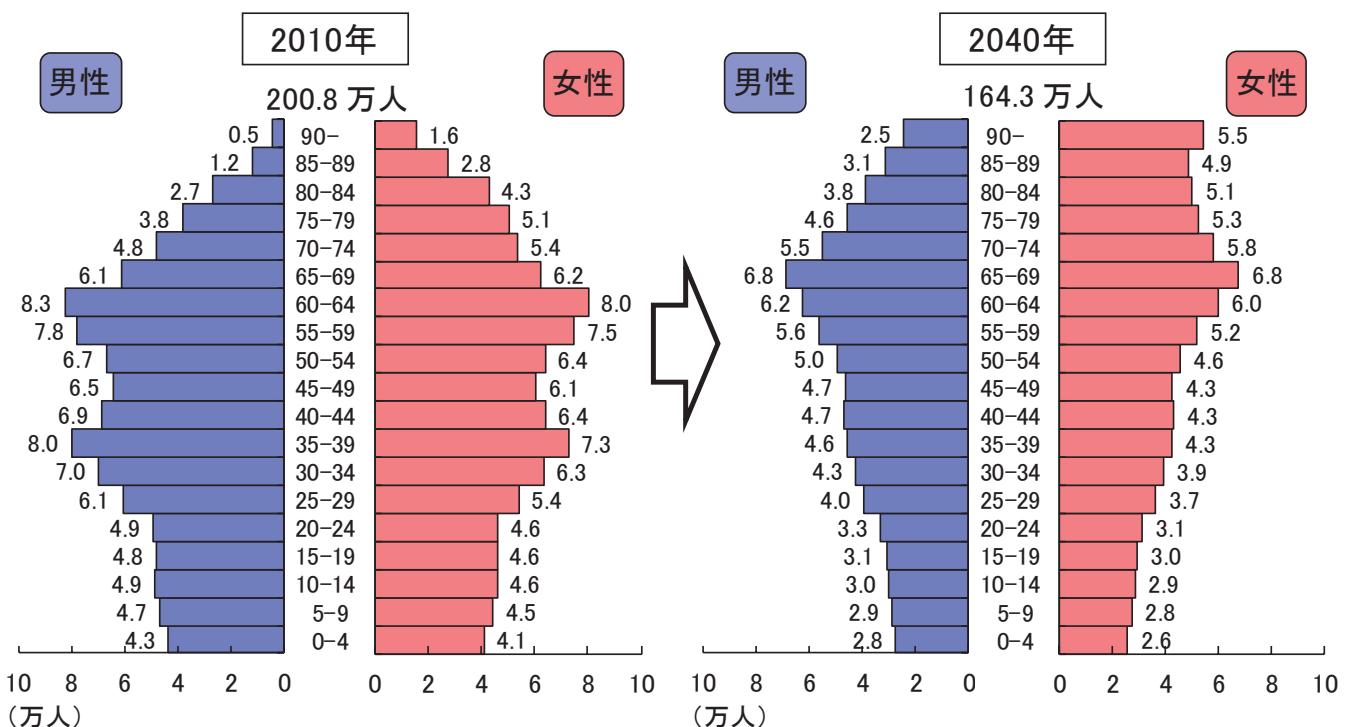
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

栃木県

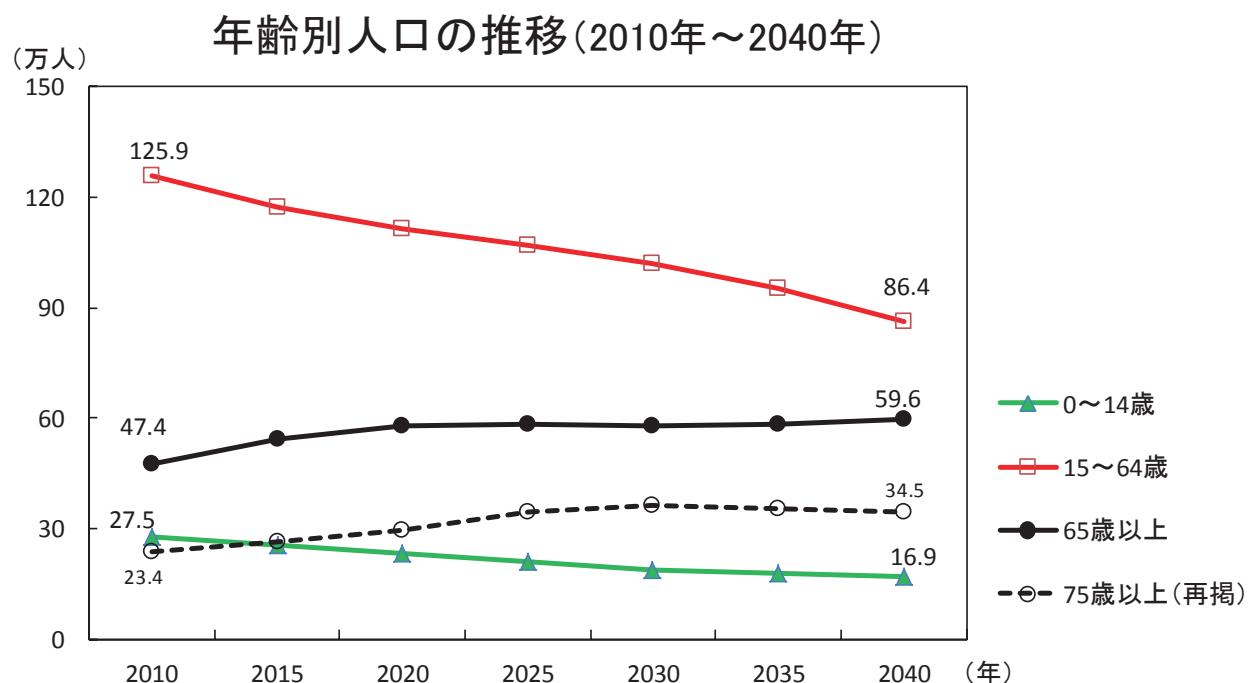
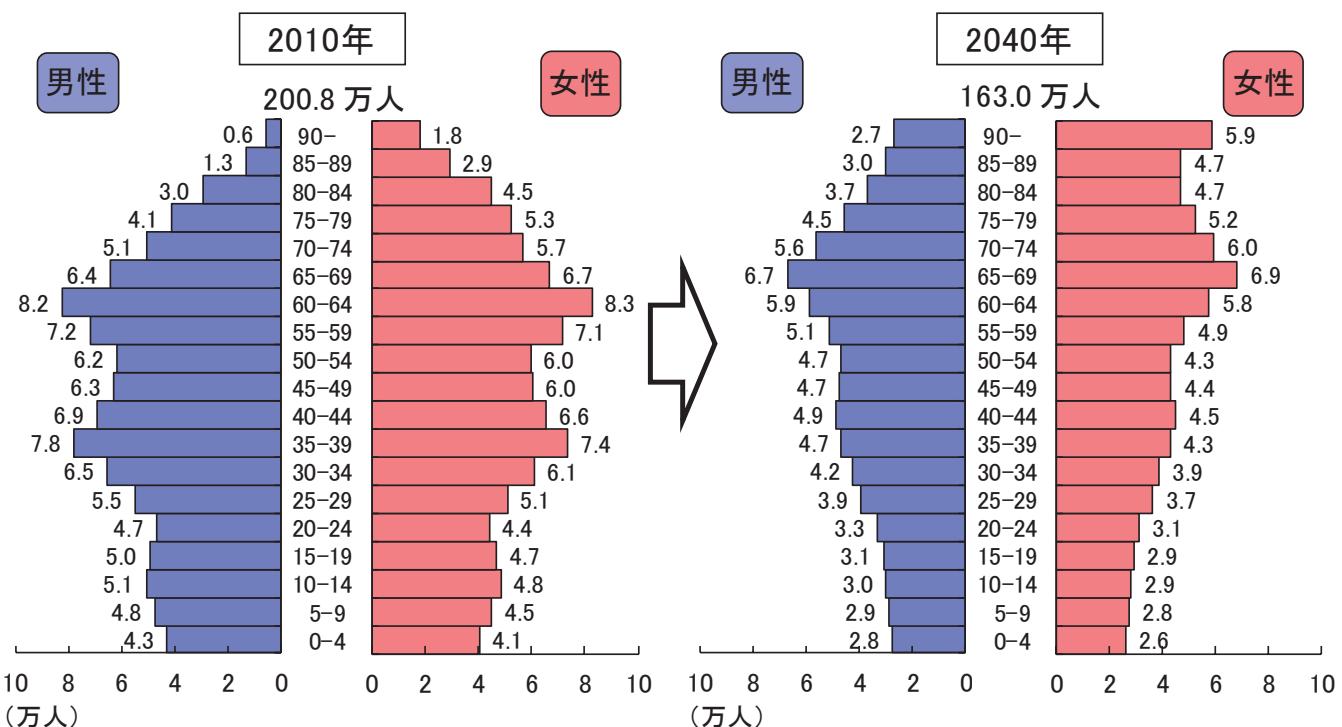
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

群馬県

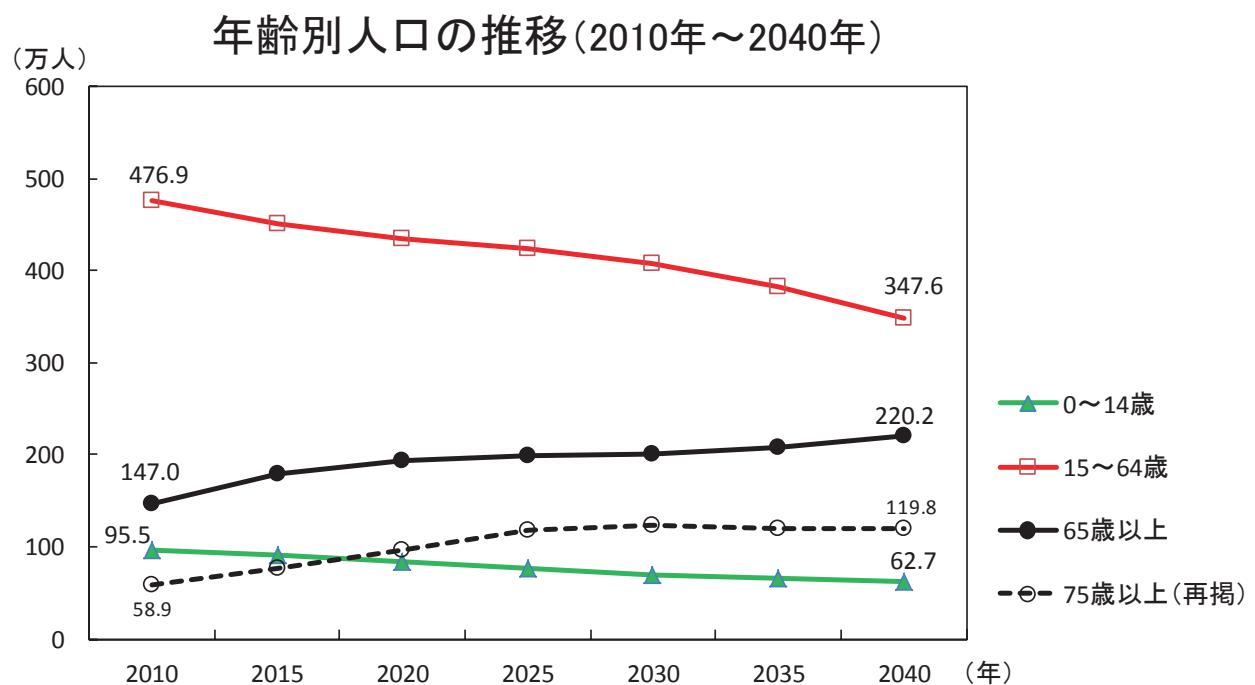
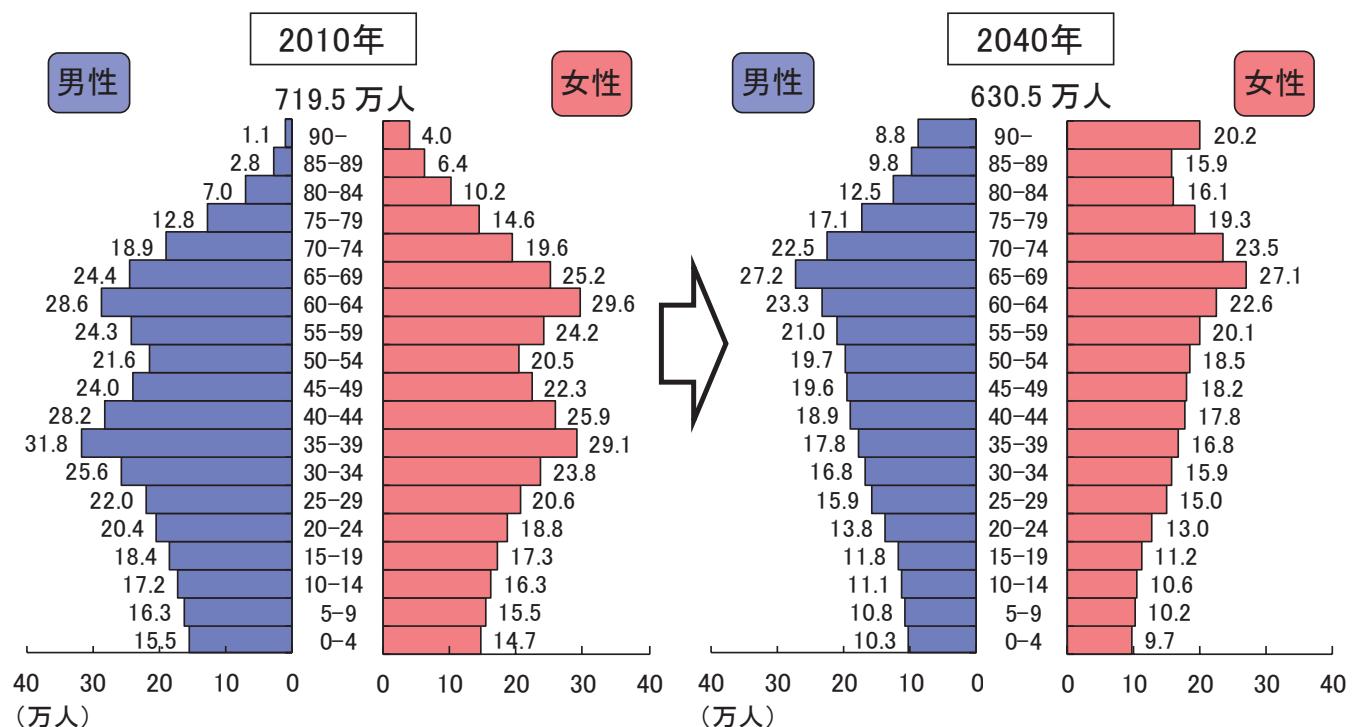
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

埼玉県

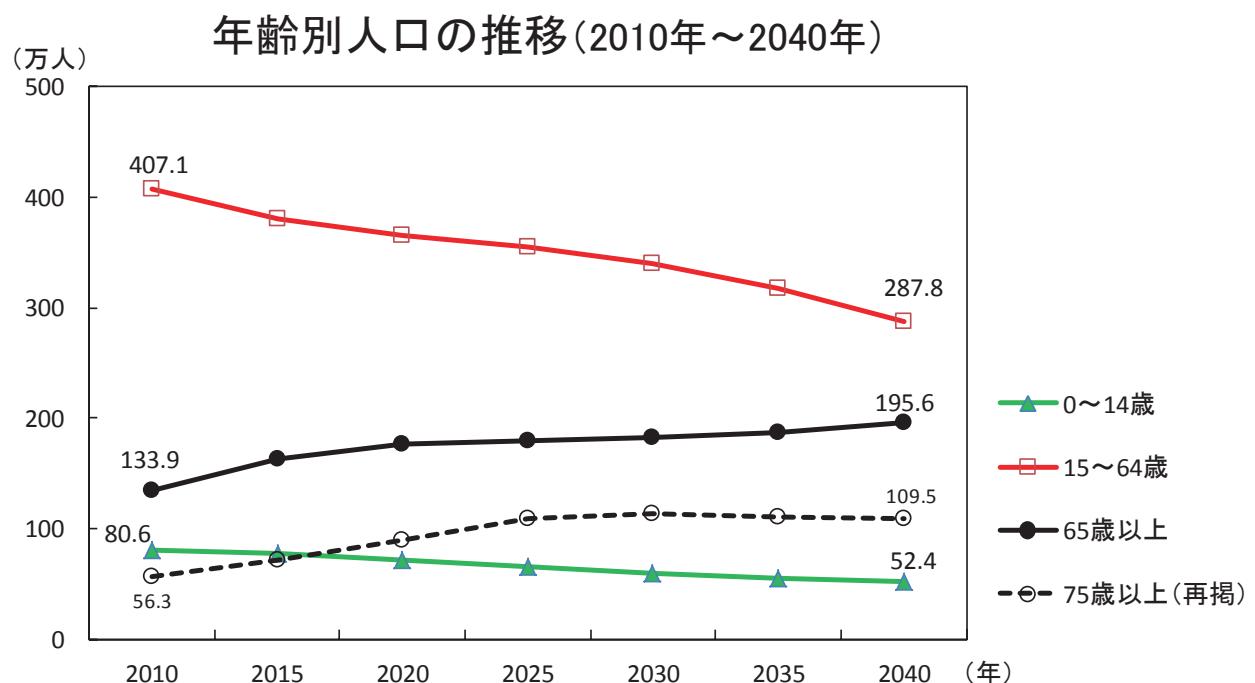
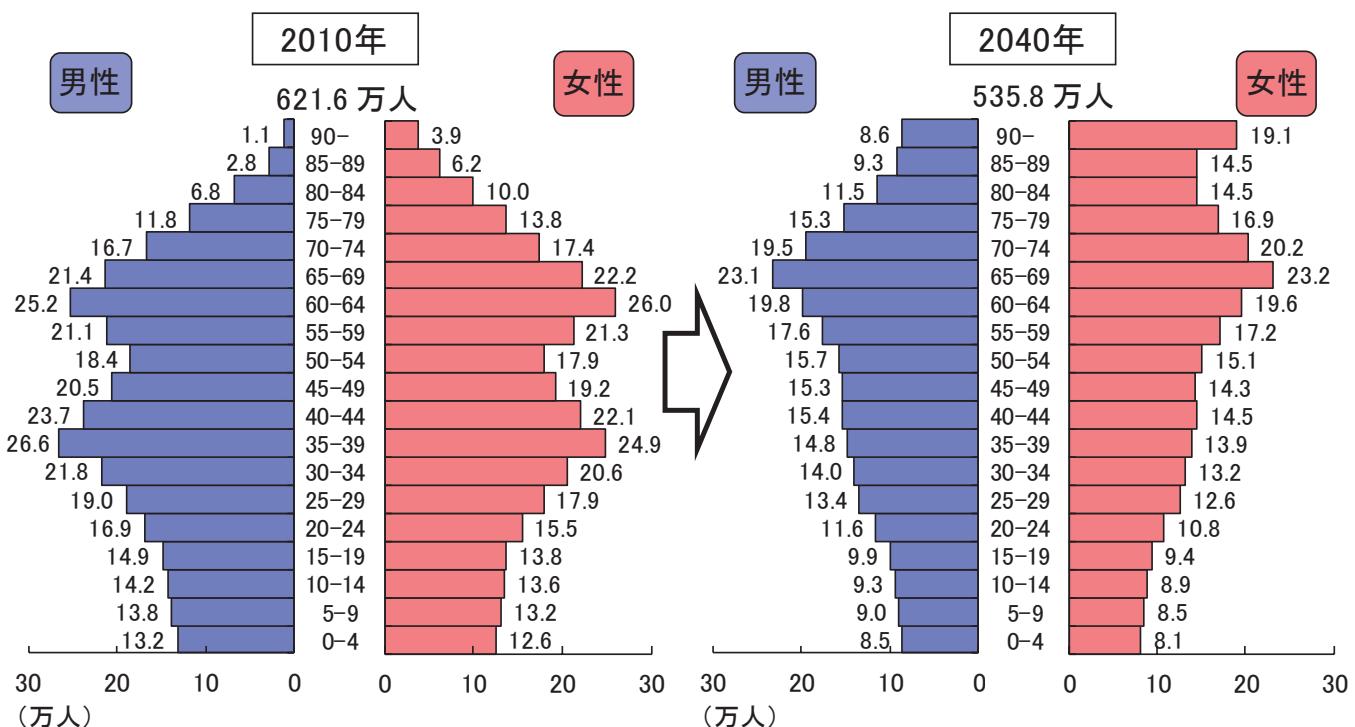
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

千葉県

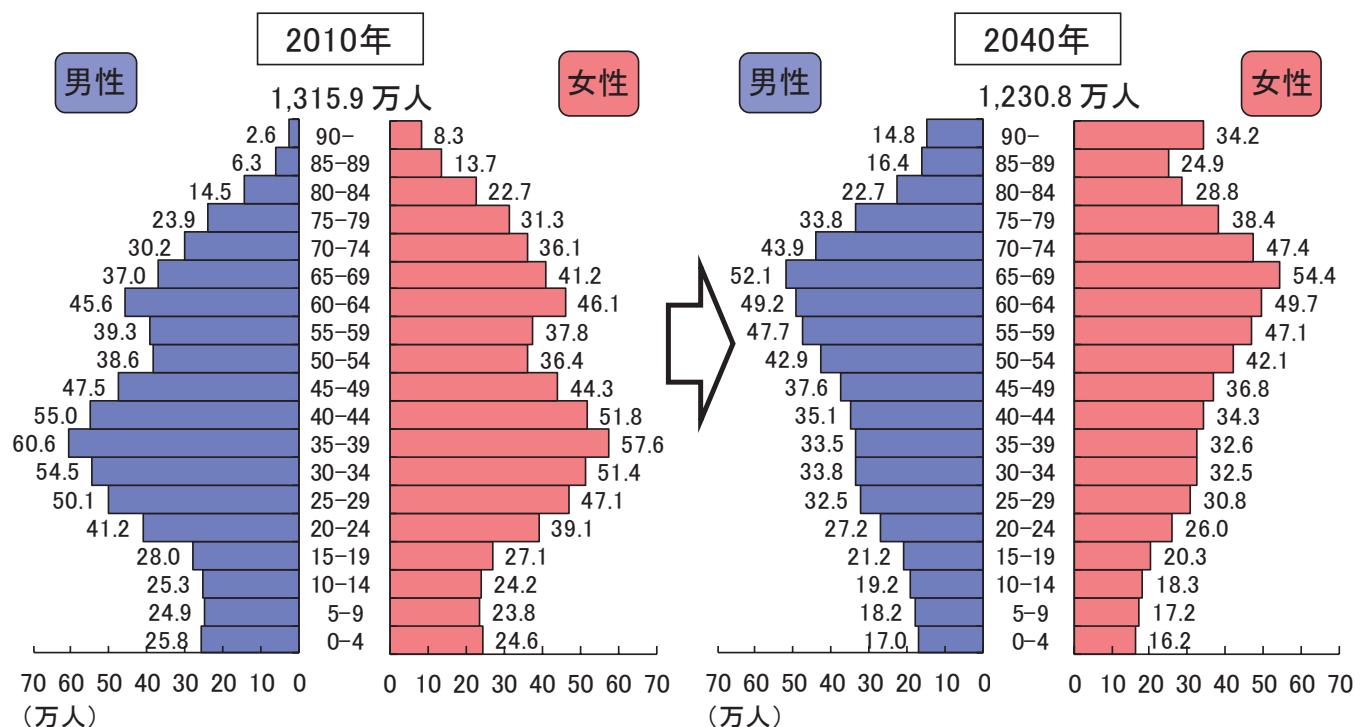
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



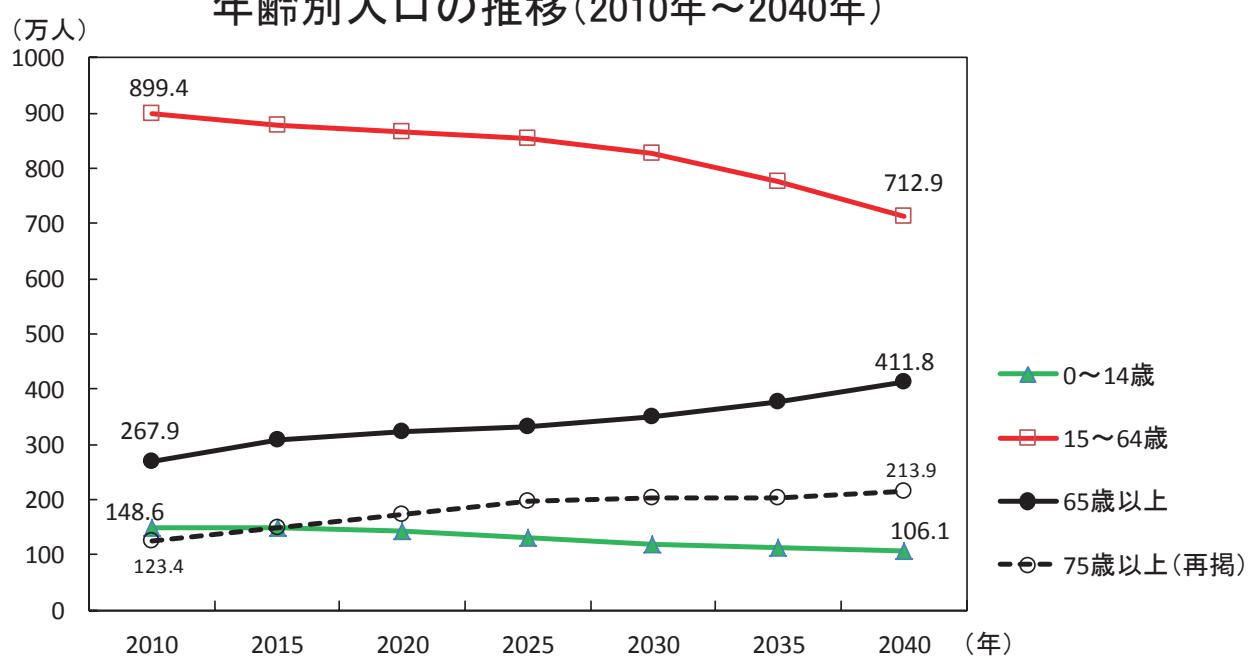
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

東京都

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



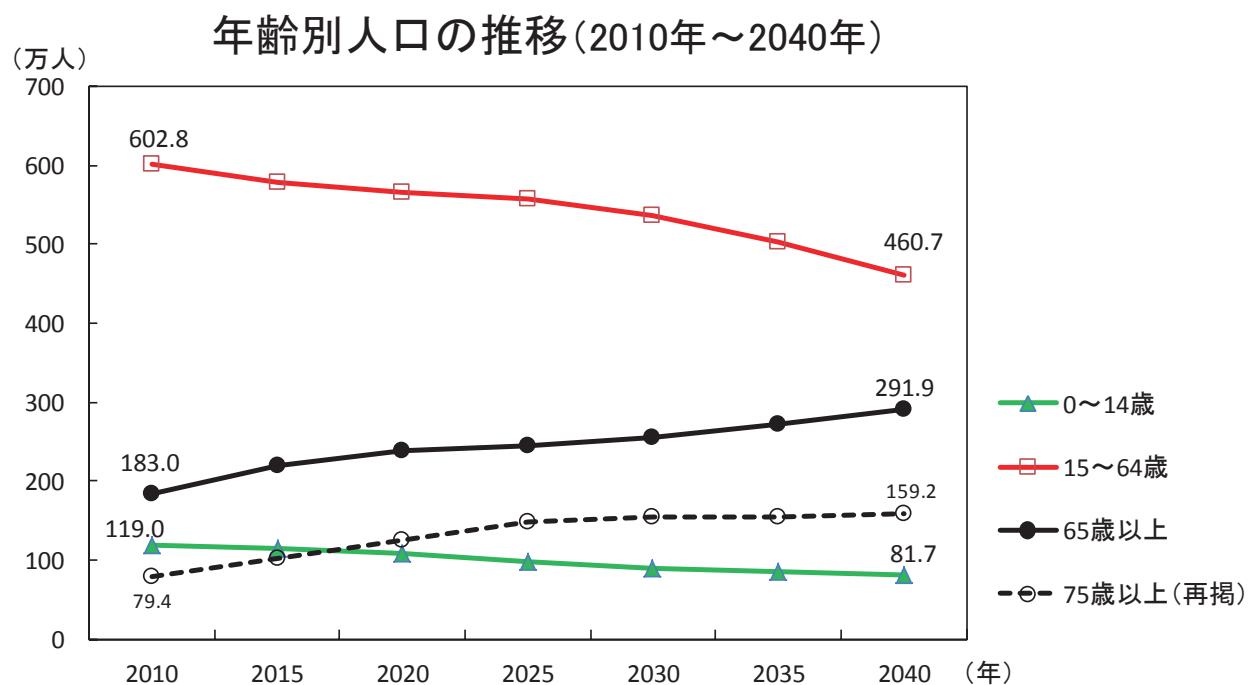
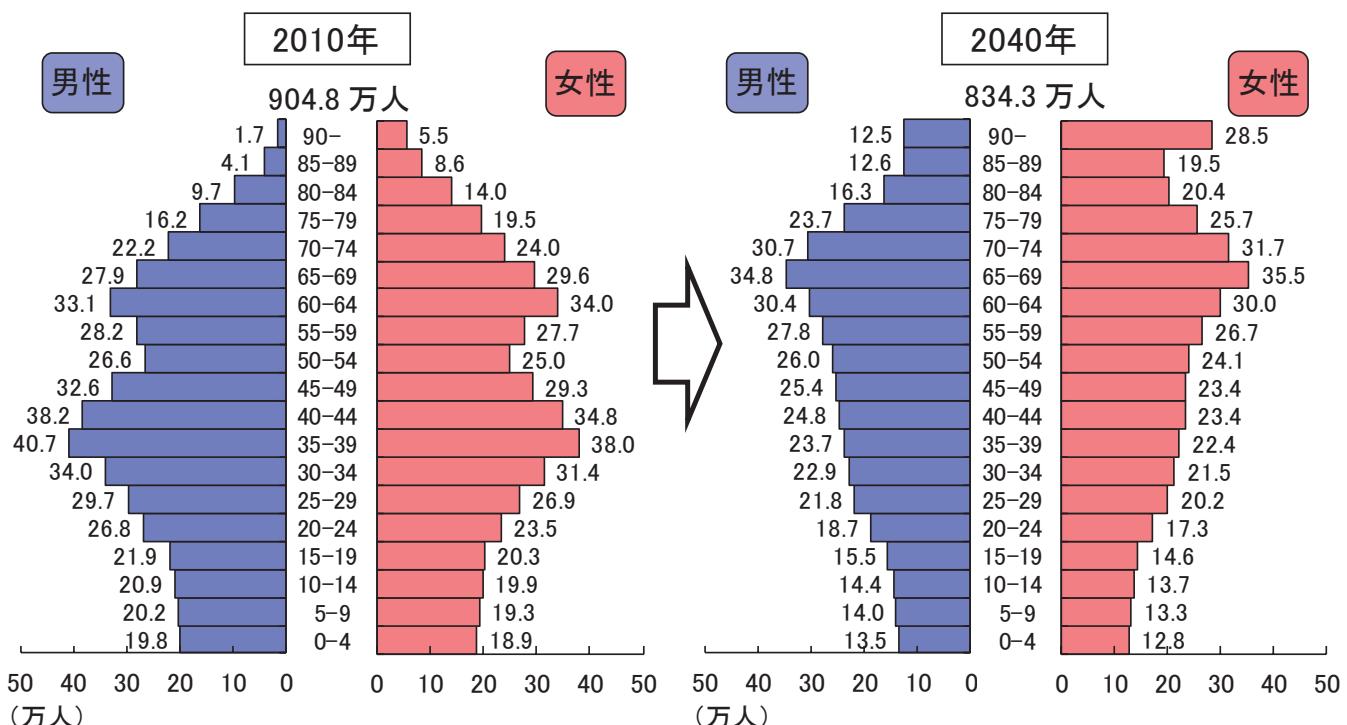
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

神奈川県

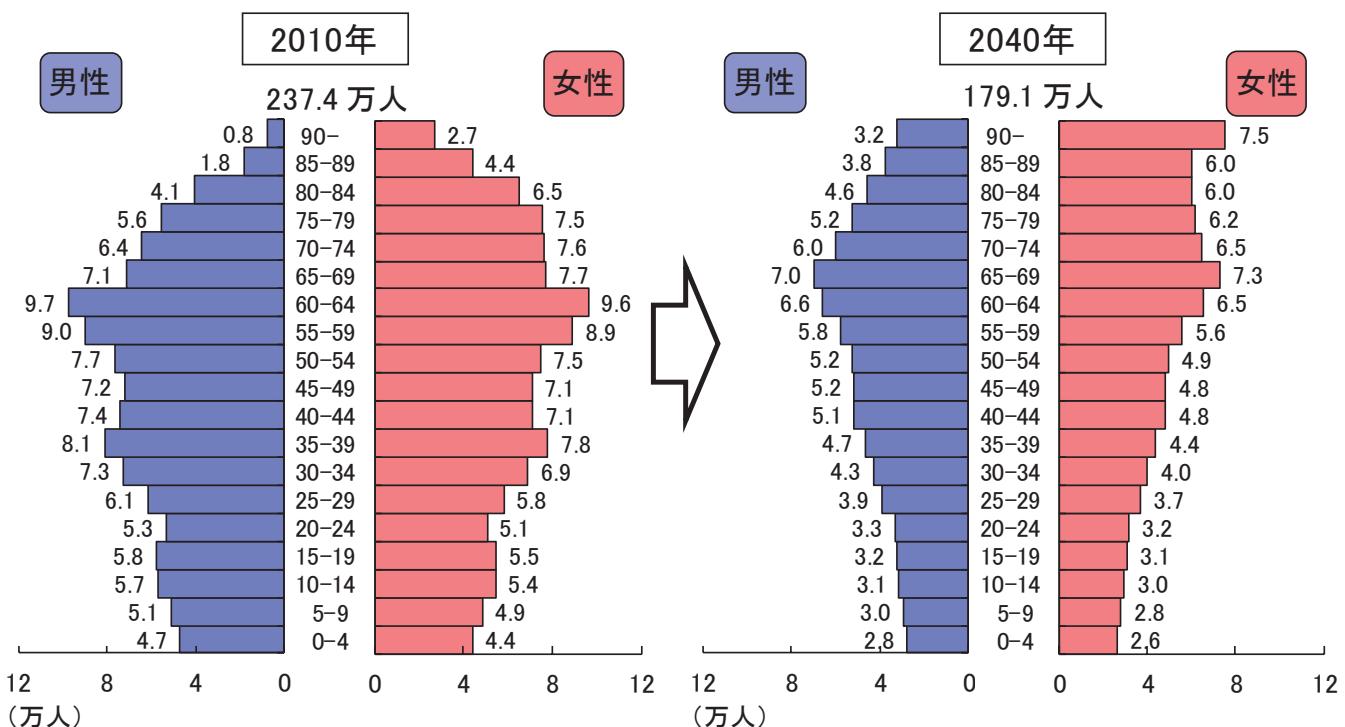
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



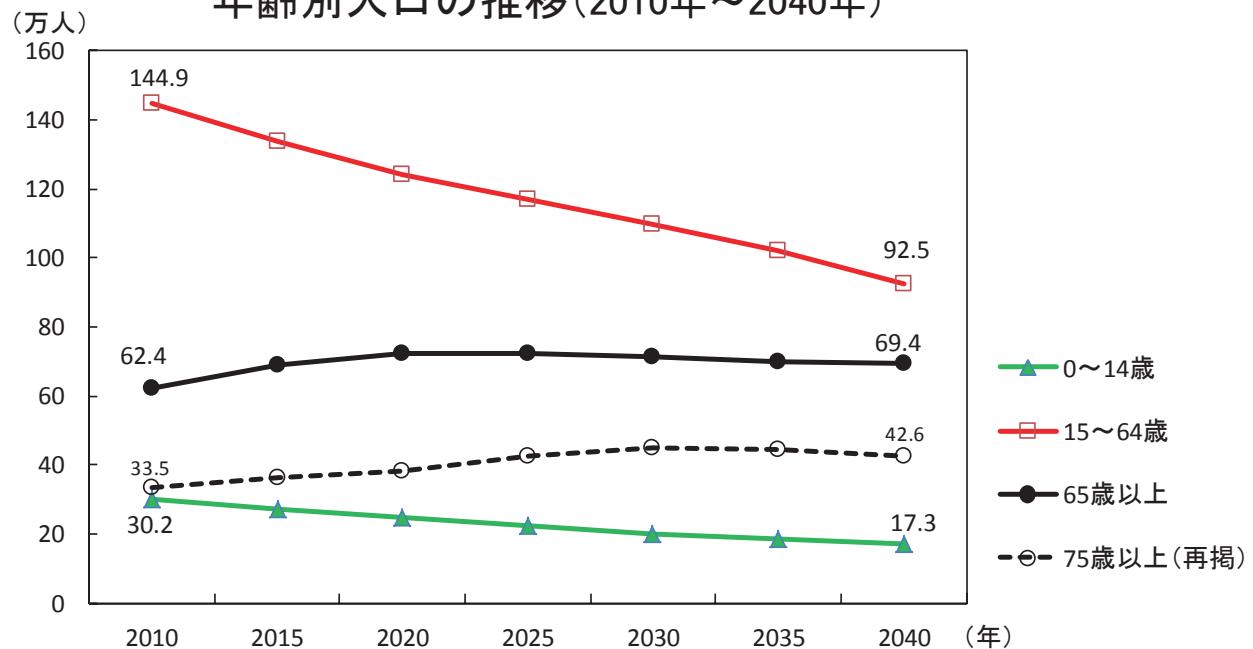
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

新潟県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



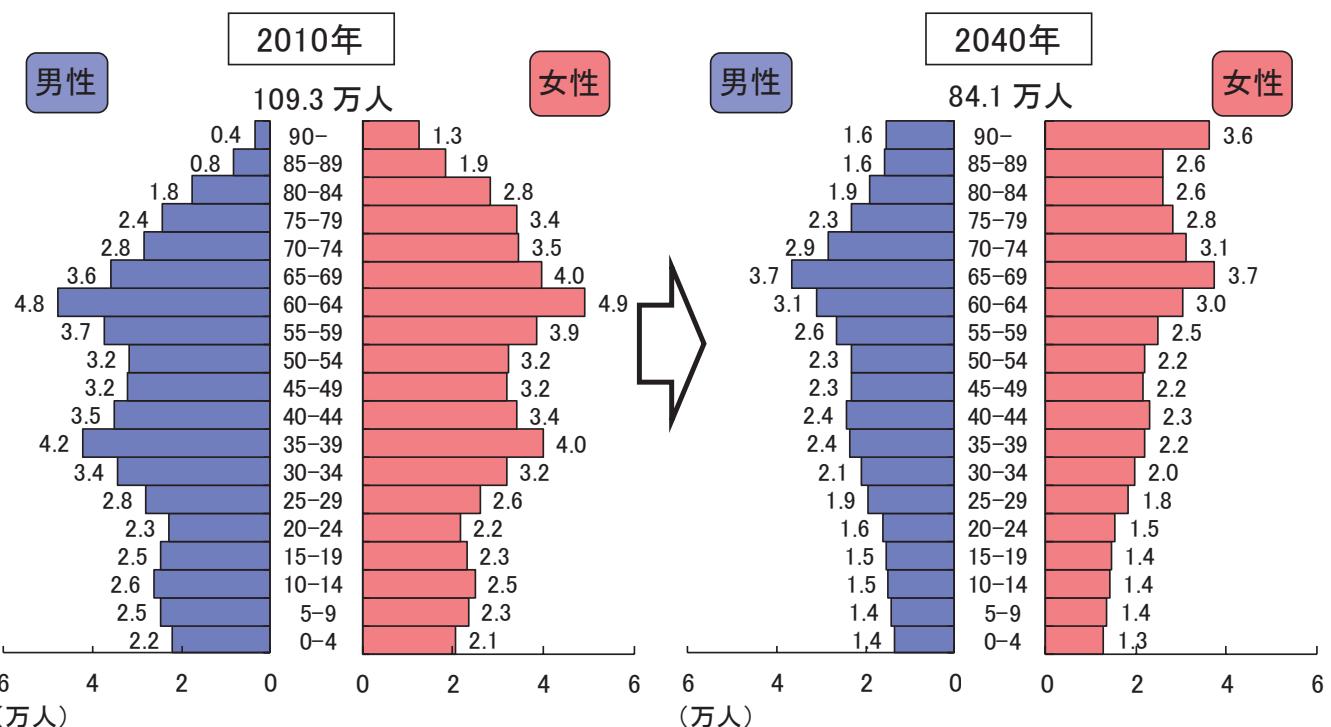
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



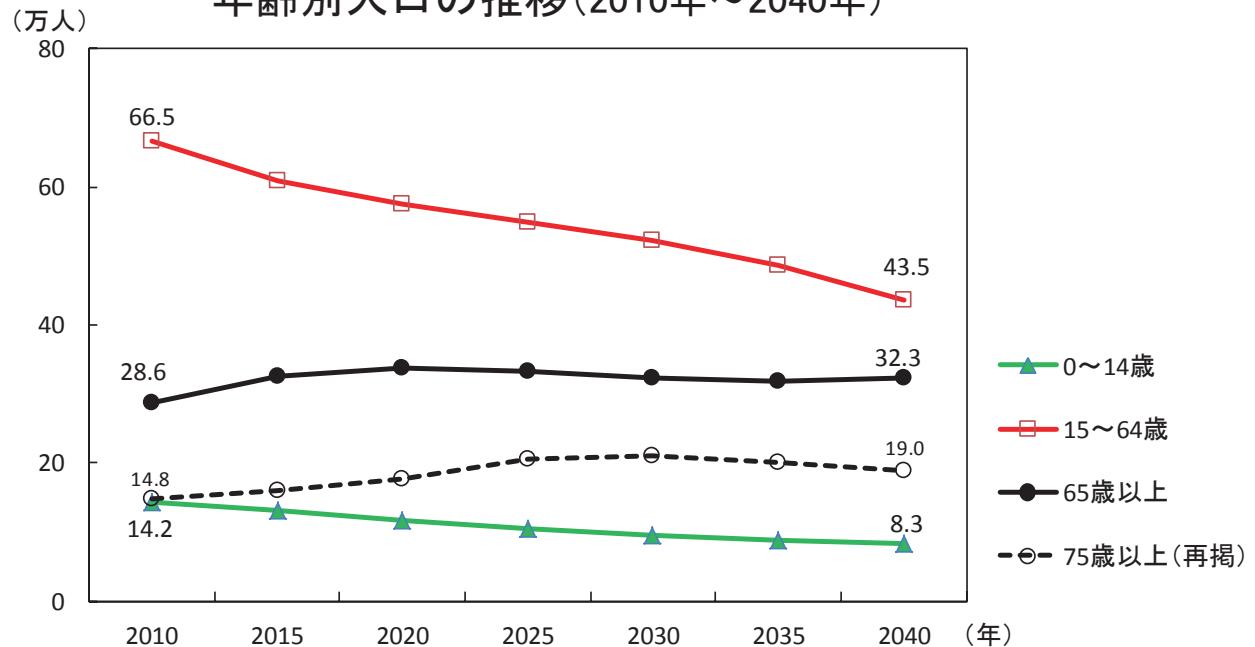
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

富山県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



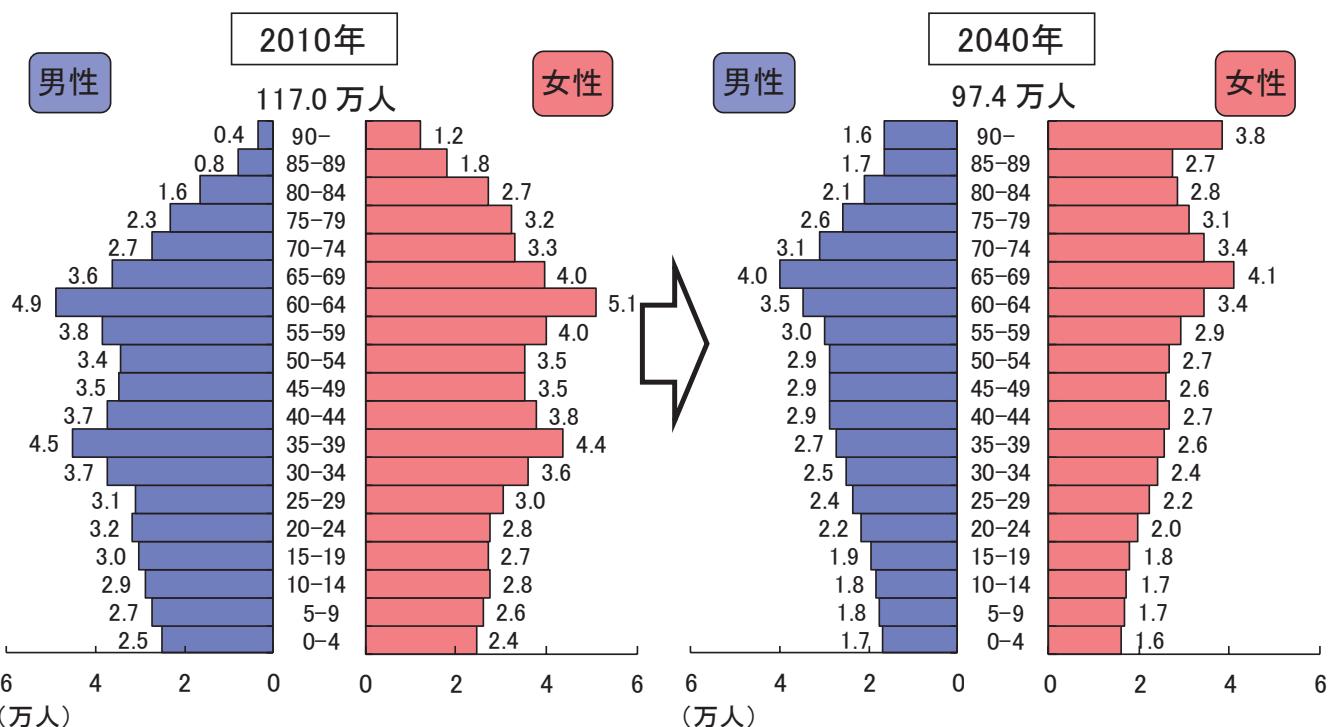
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



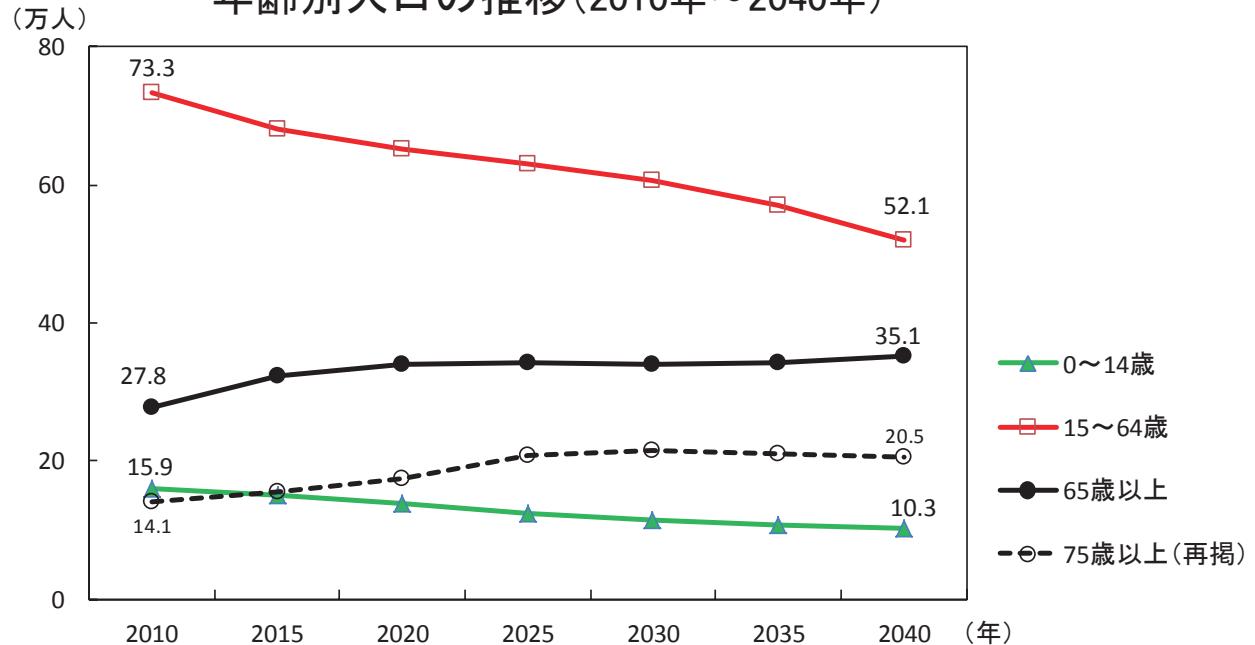
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

石川県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



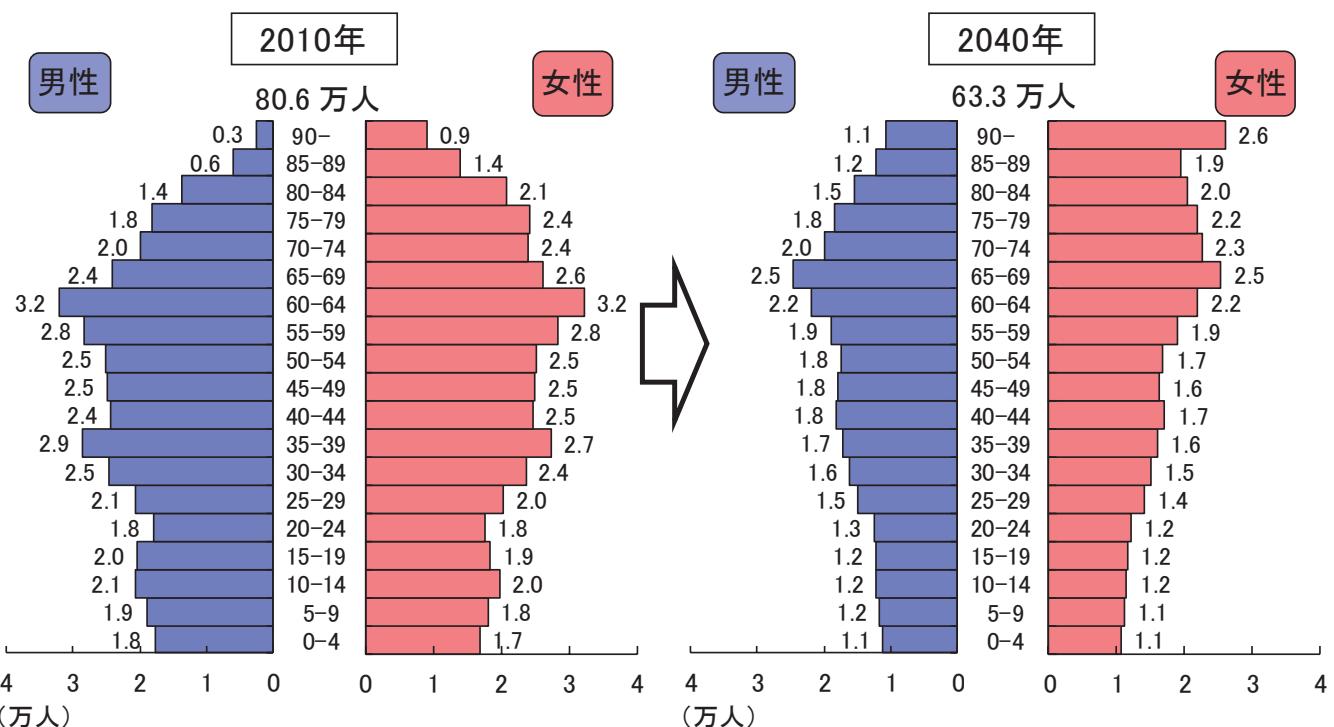
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



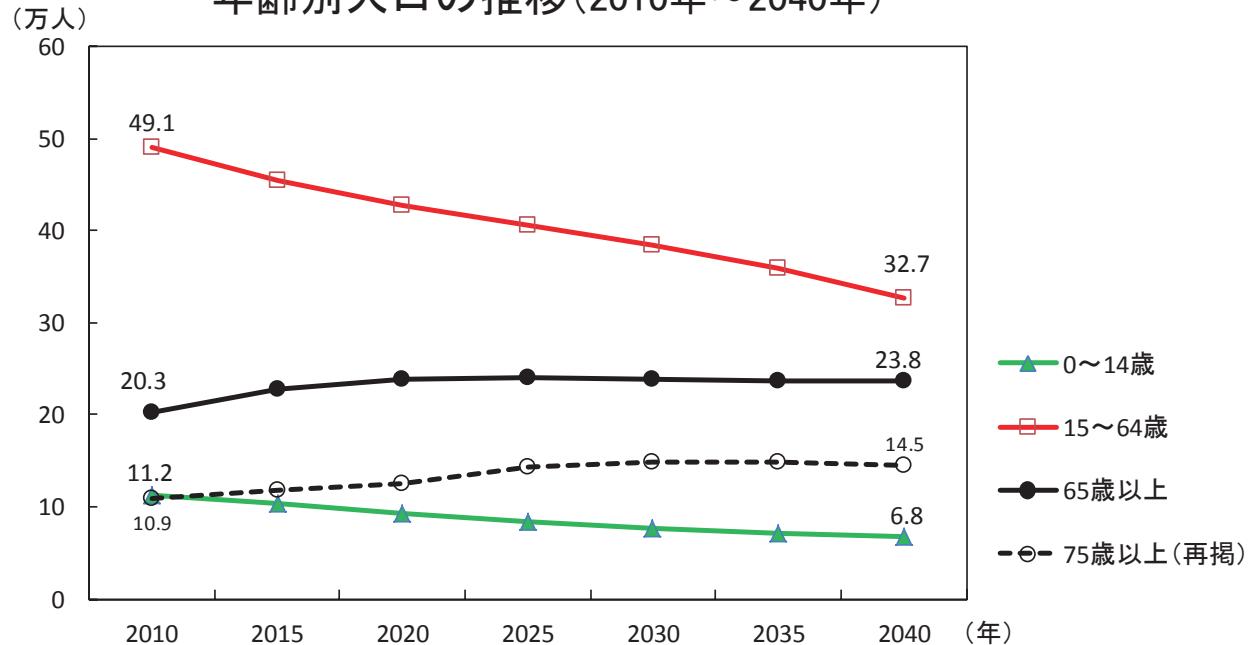
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

福井県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



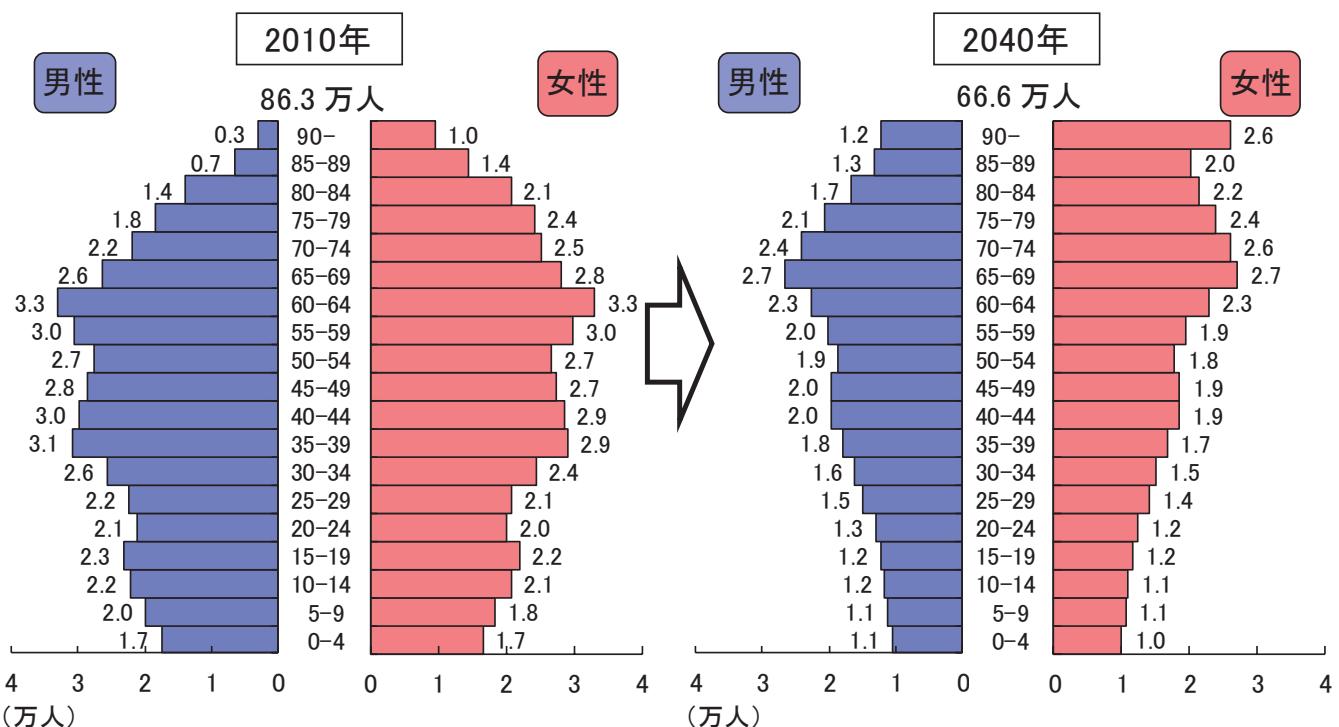
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



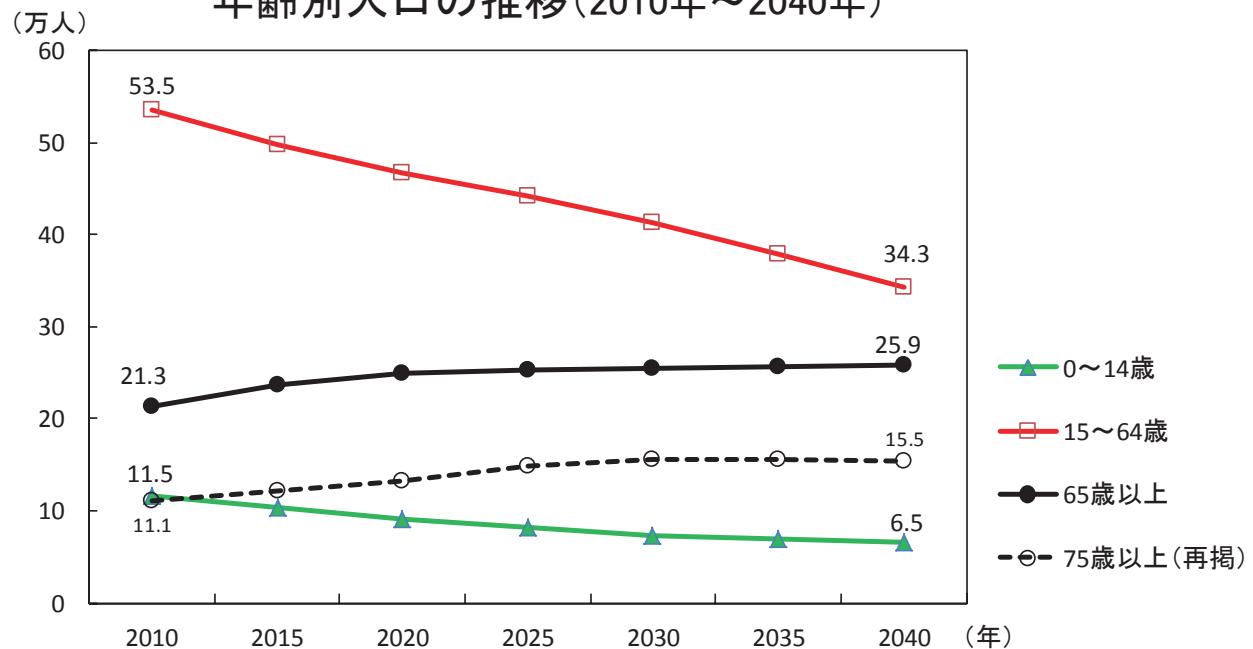
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

山梨県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



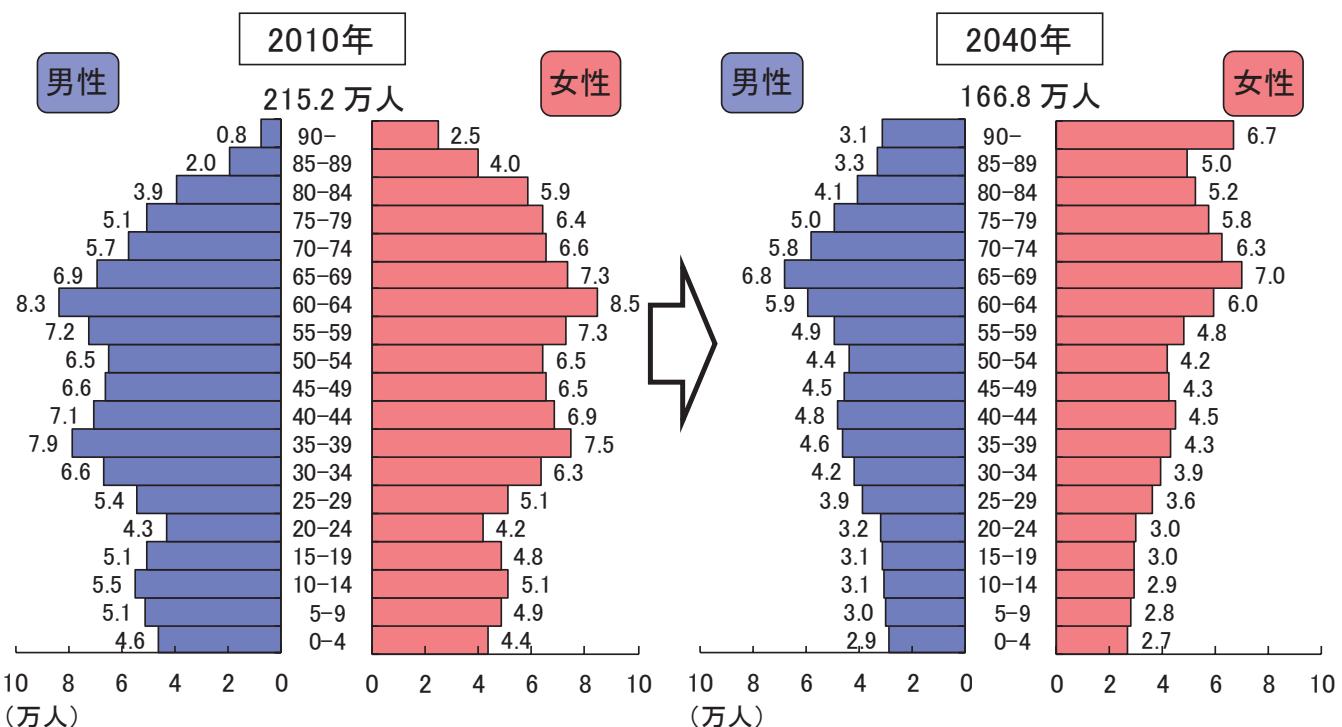
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



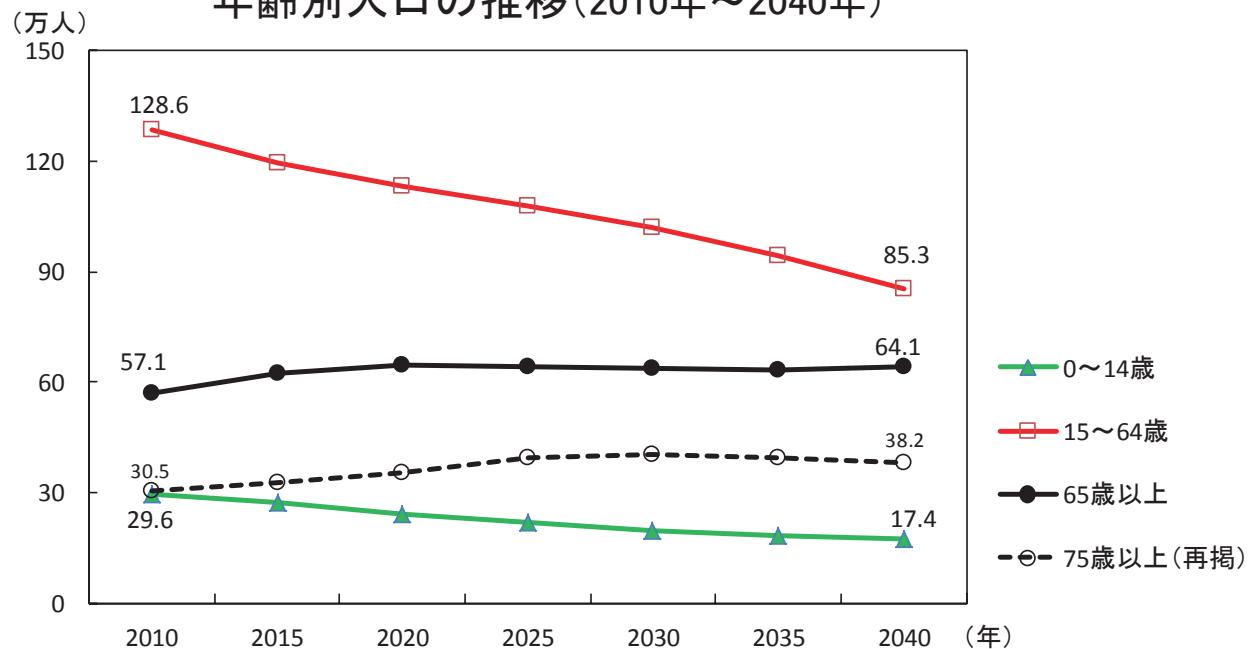
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

長野県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



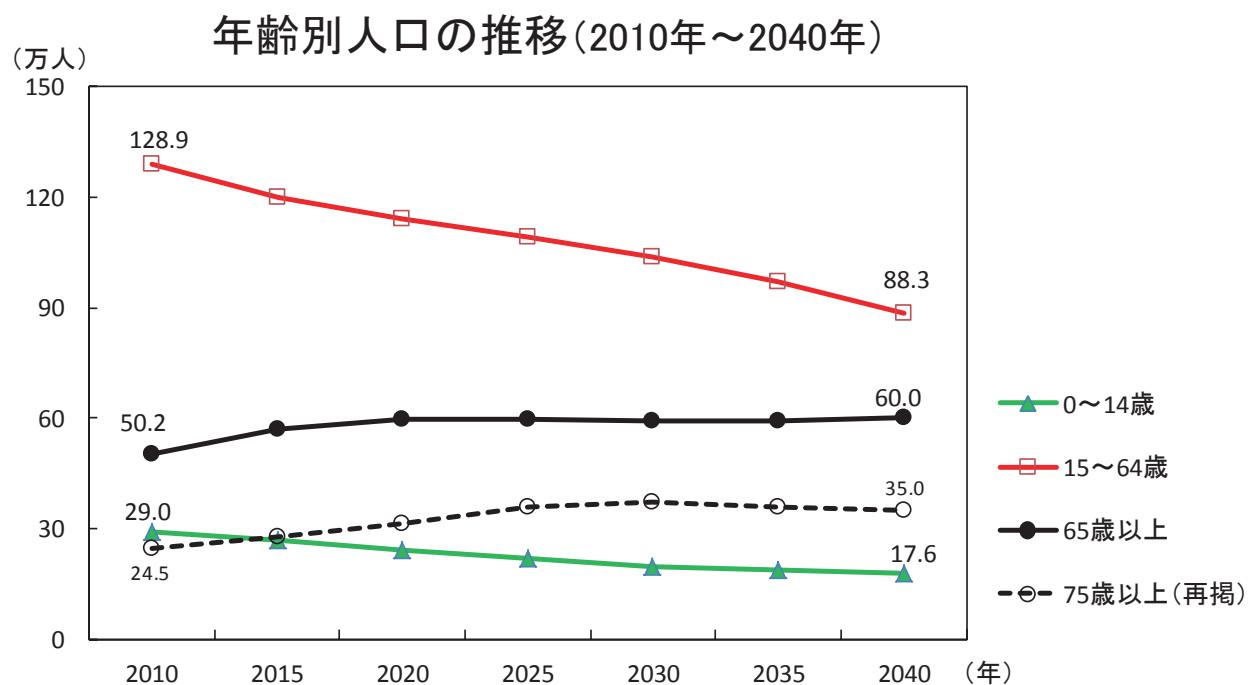
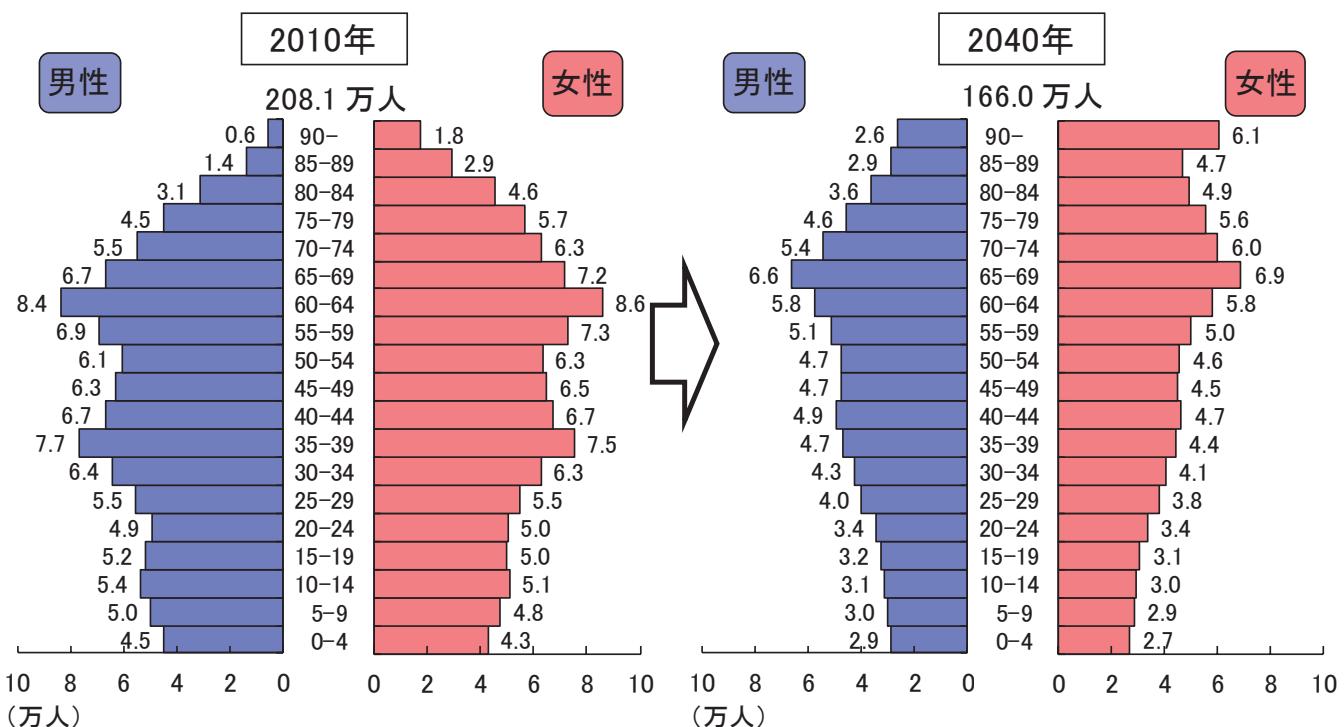
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

岐阜県

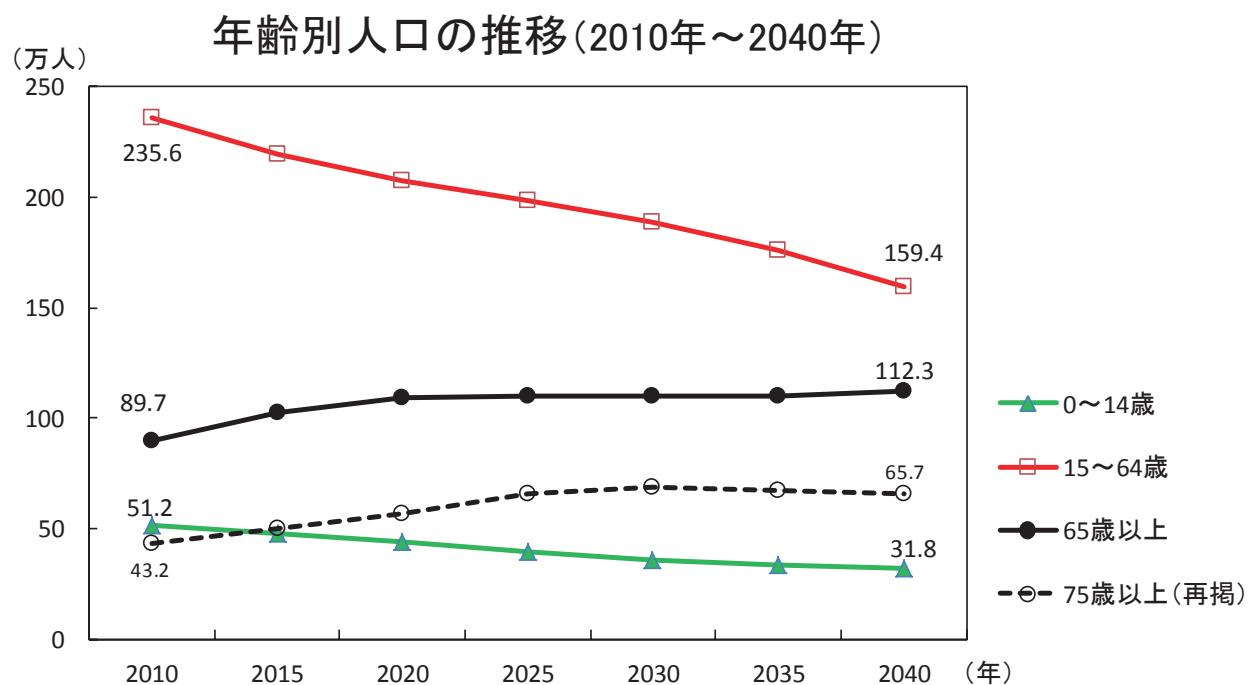
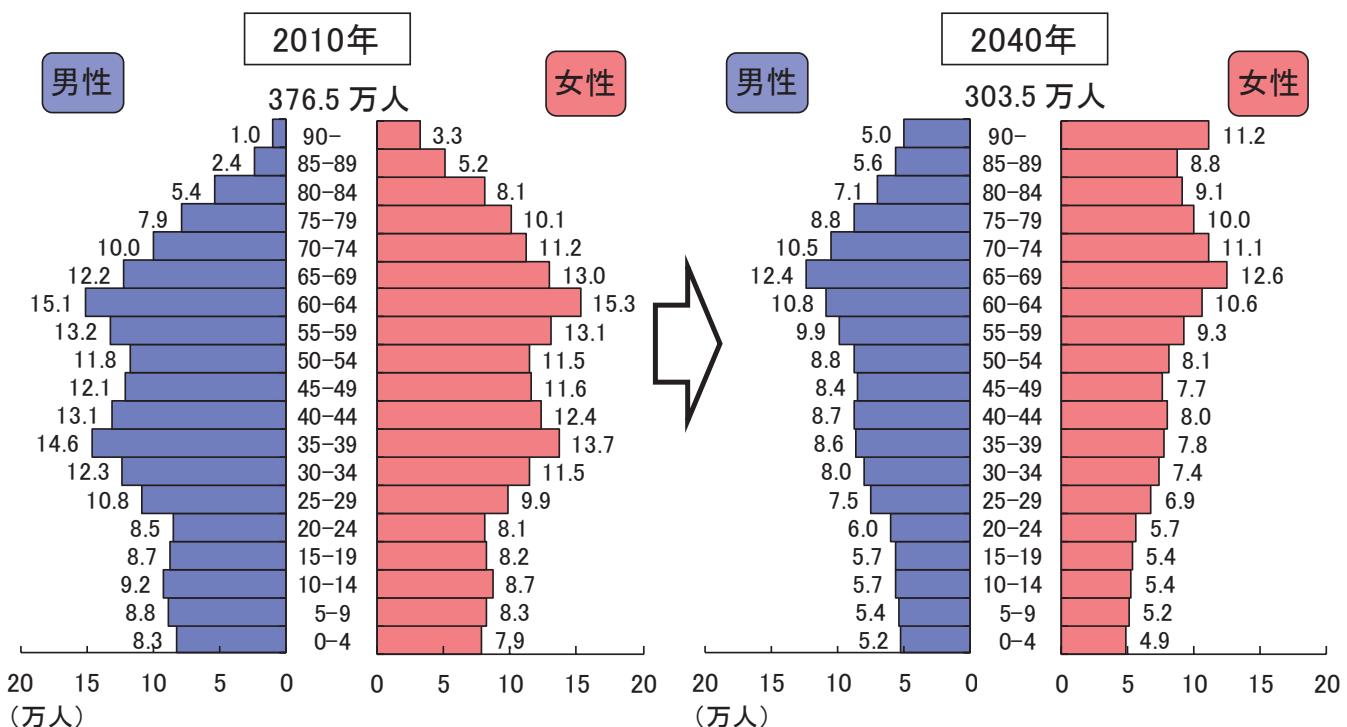
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

静岡県

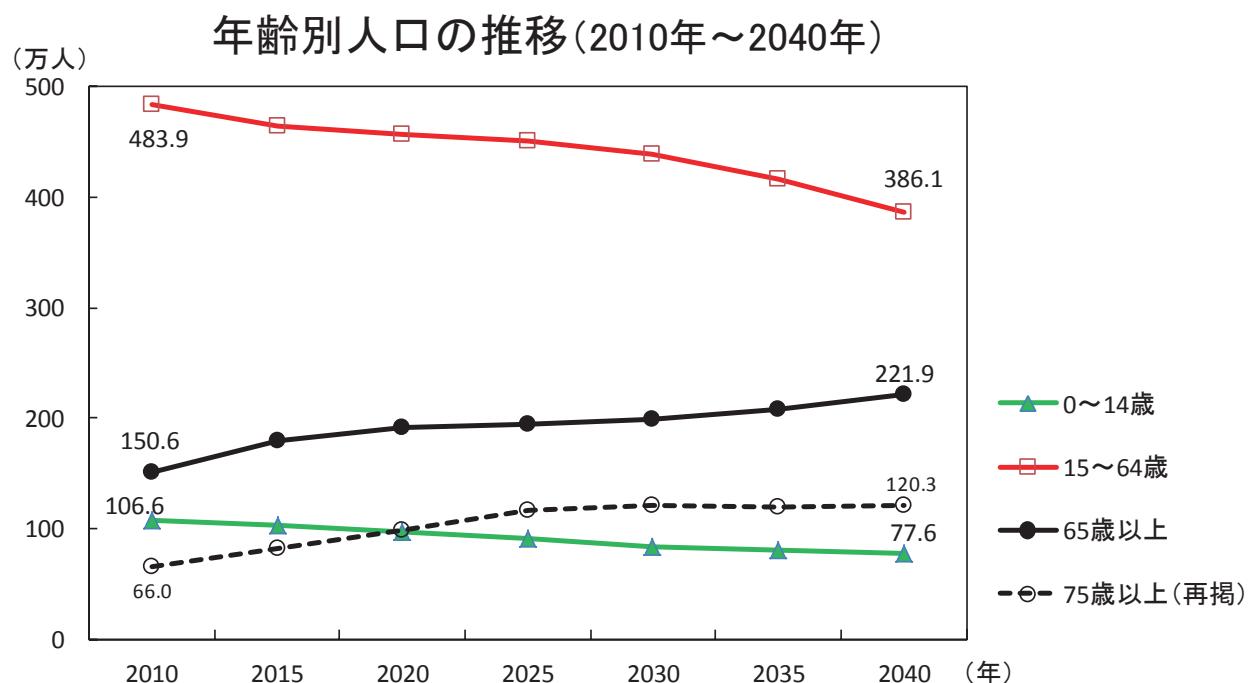
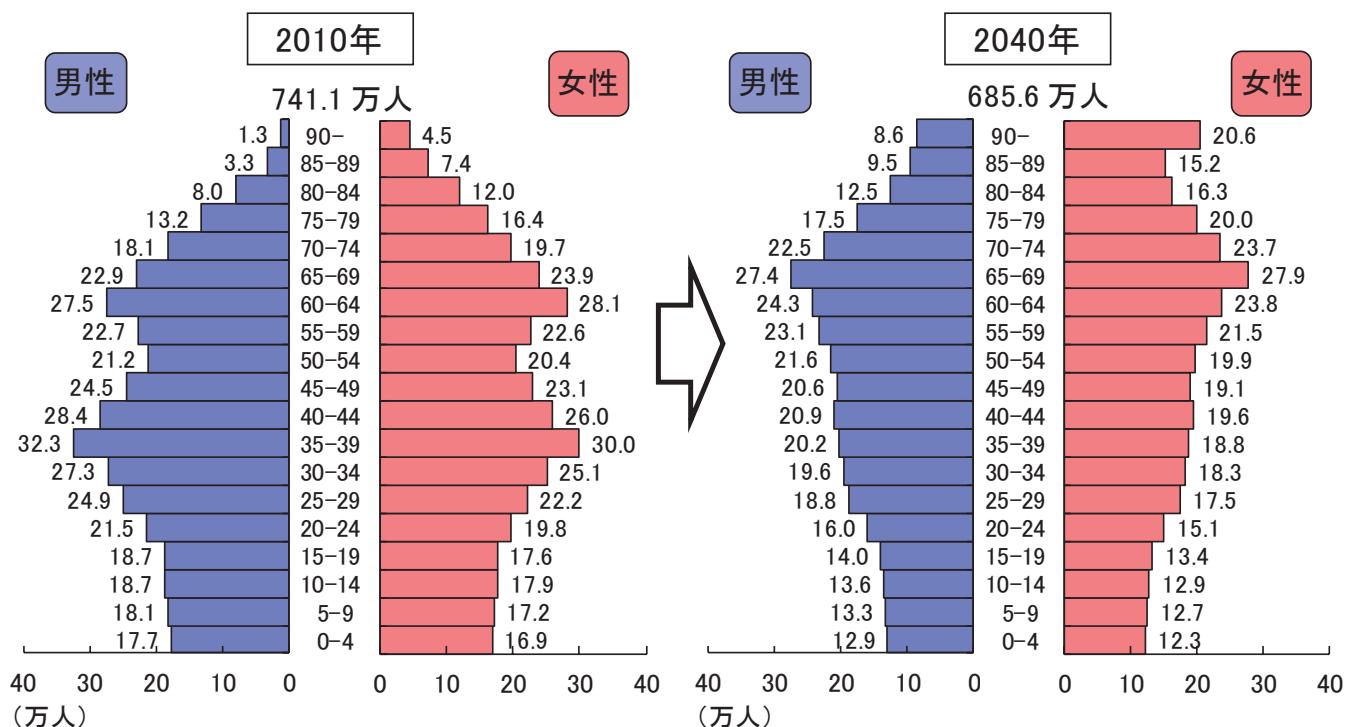
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

愛知県

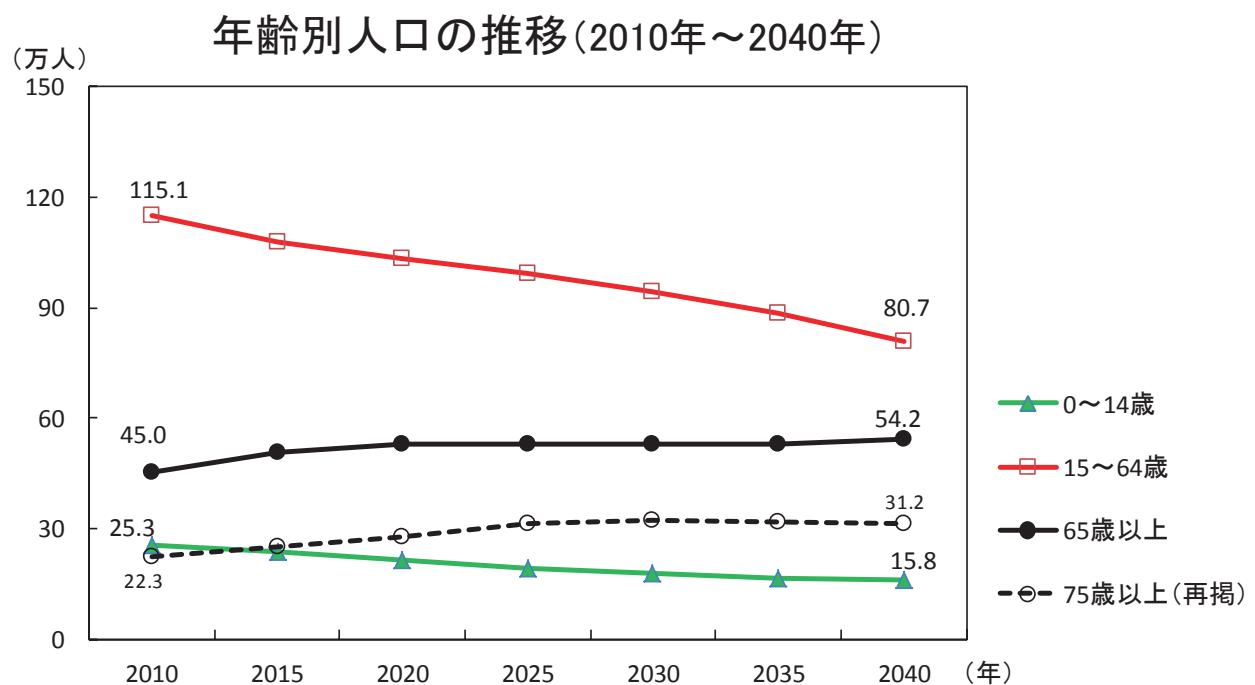
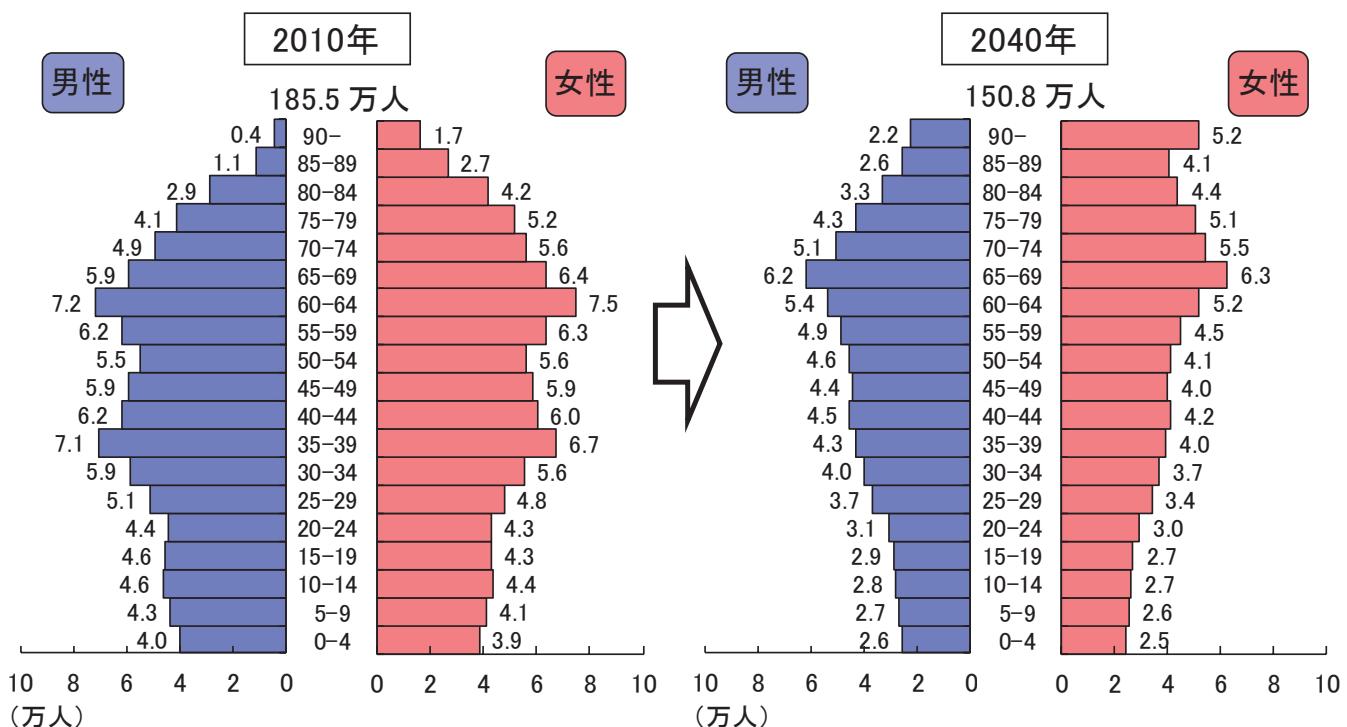
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

三重県

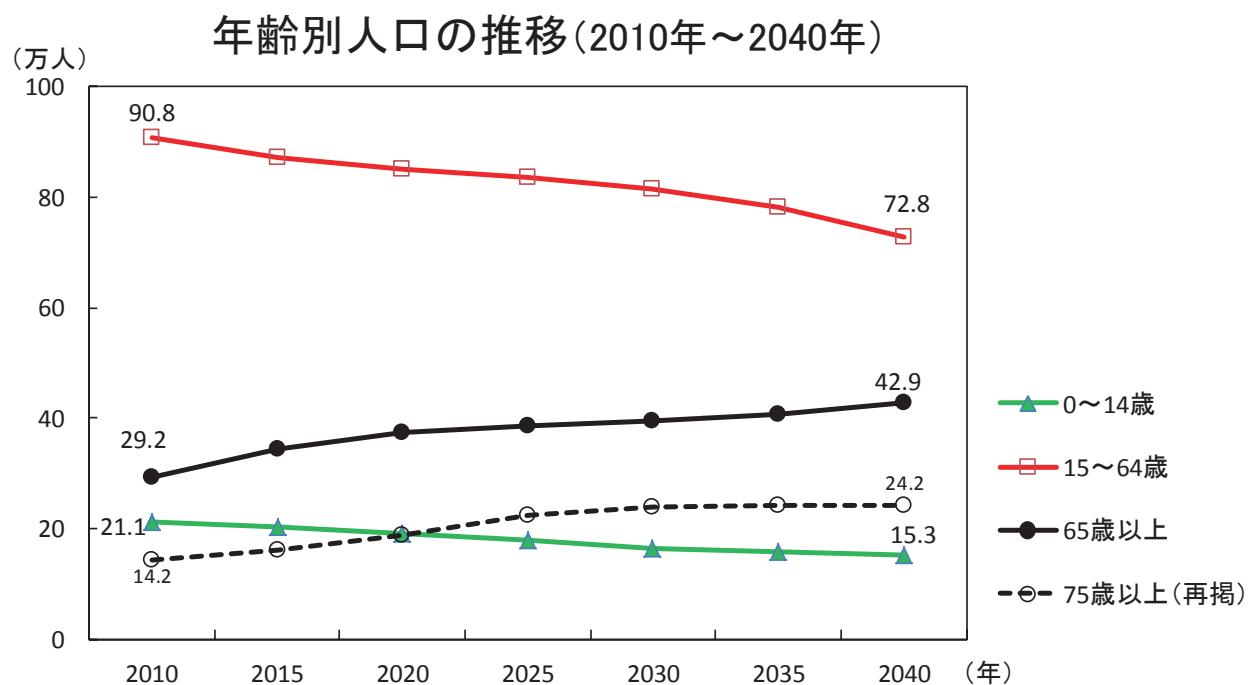
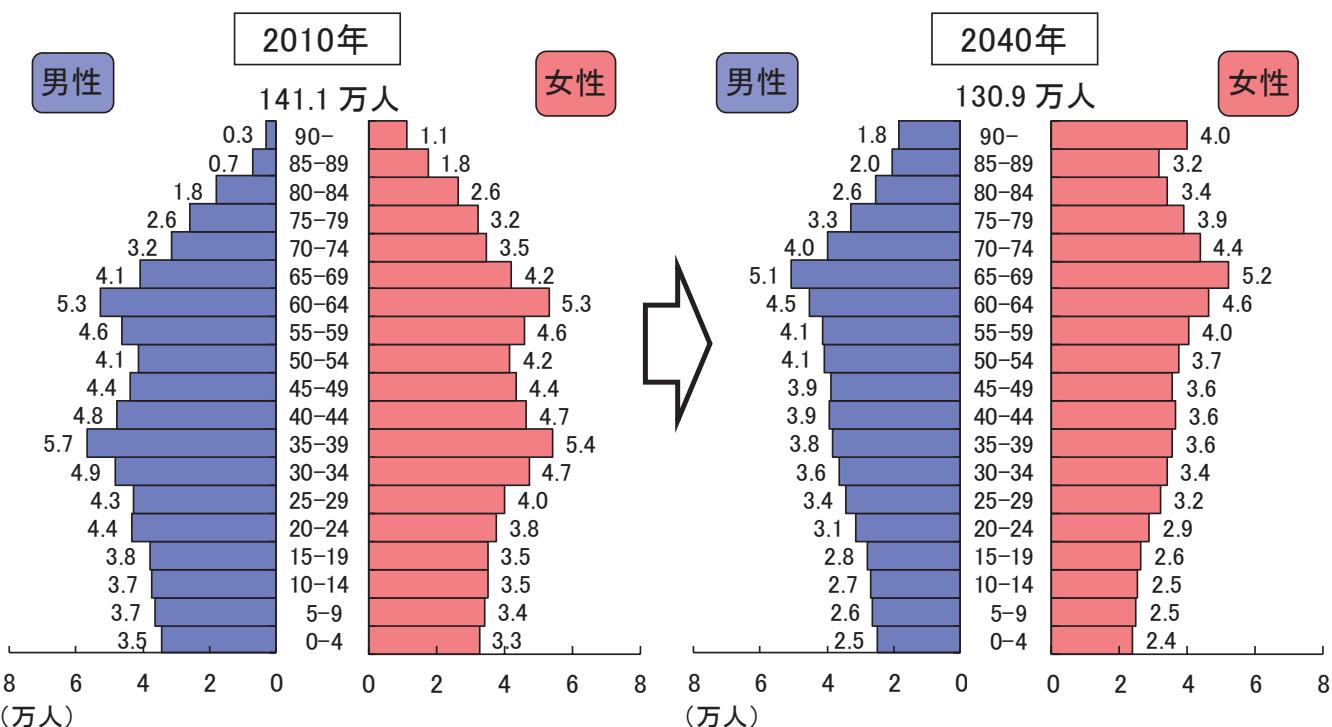
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

滋賀県

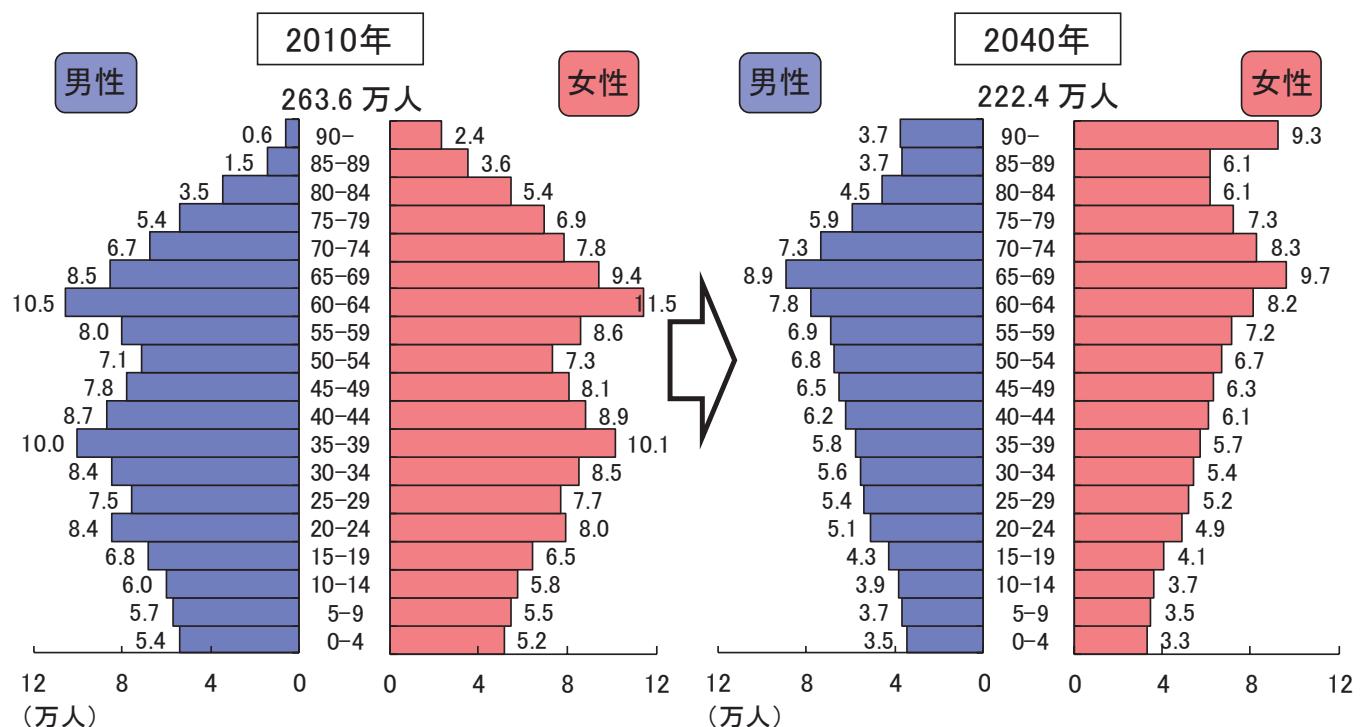
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



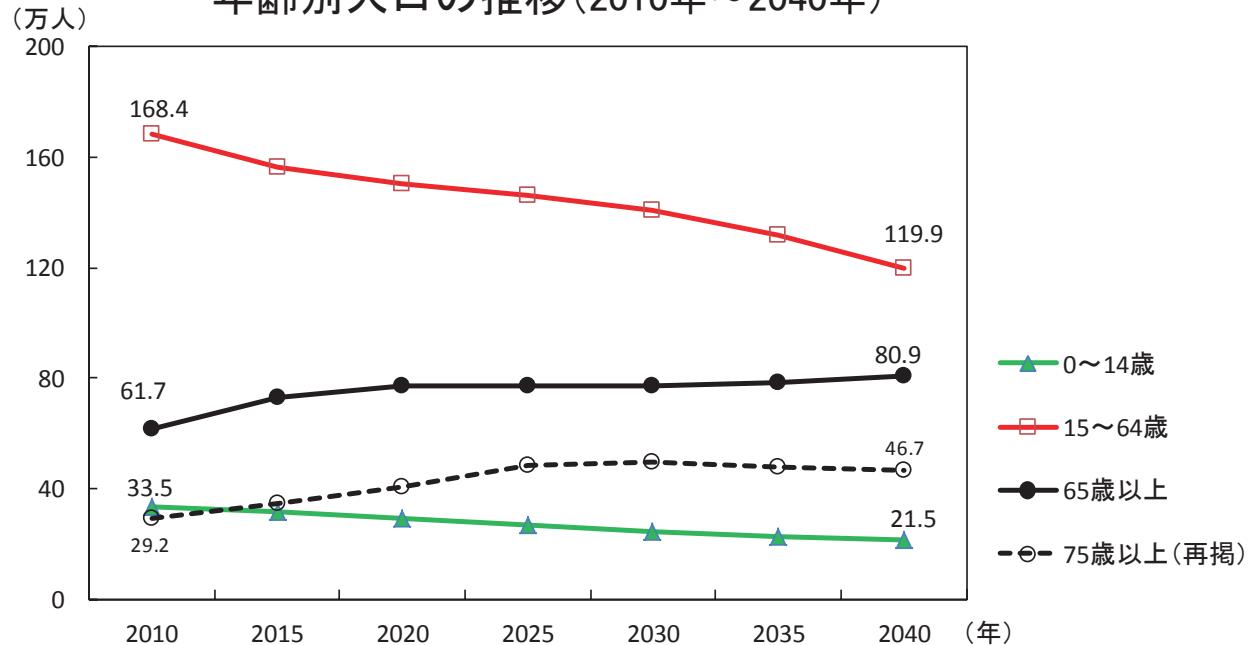
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

京都府

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



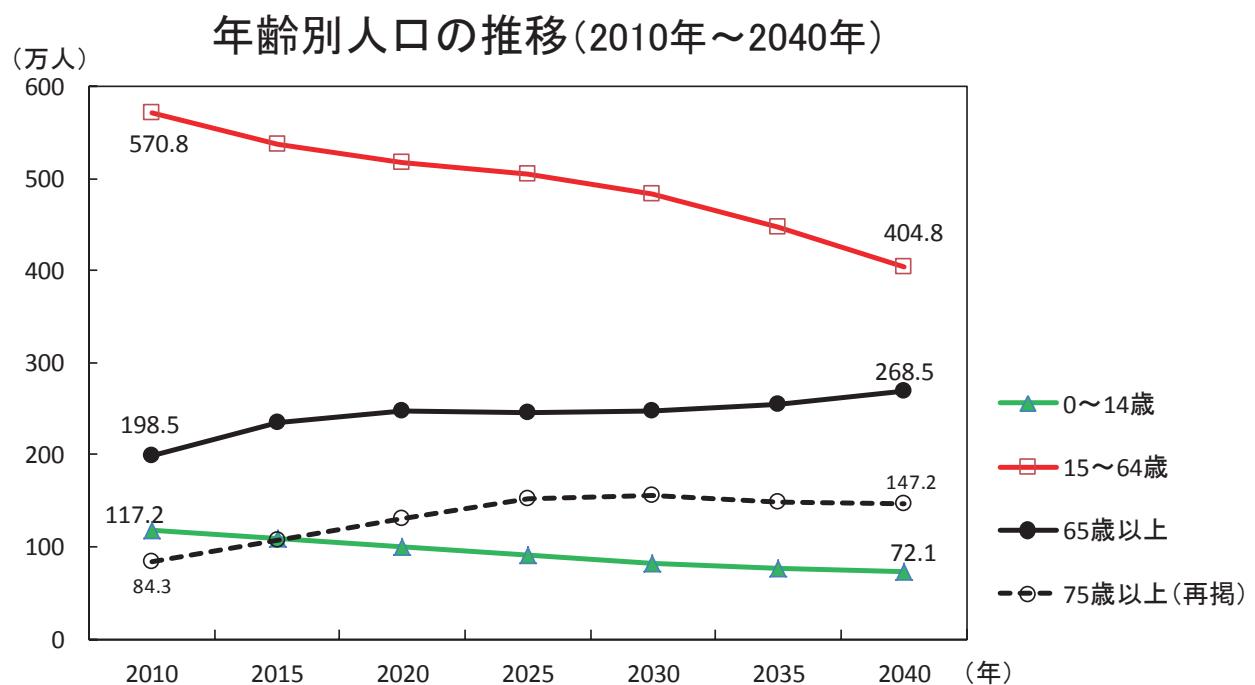
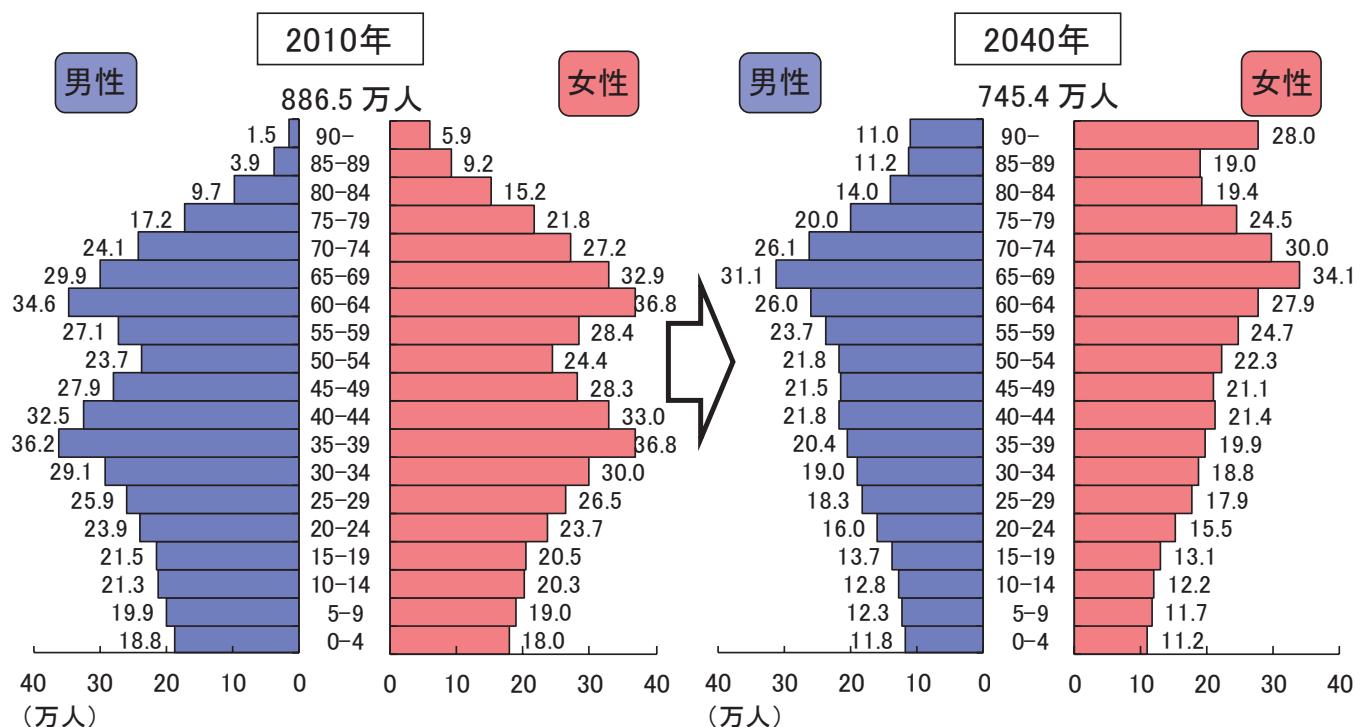
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

大阪府

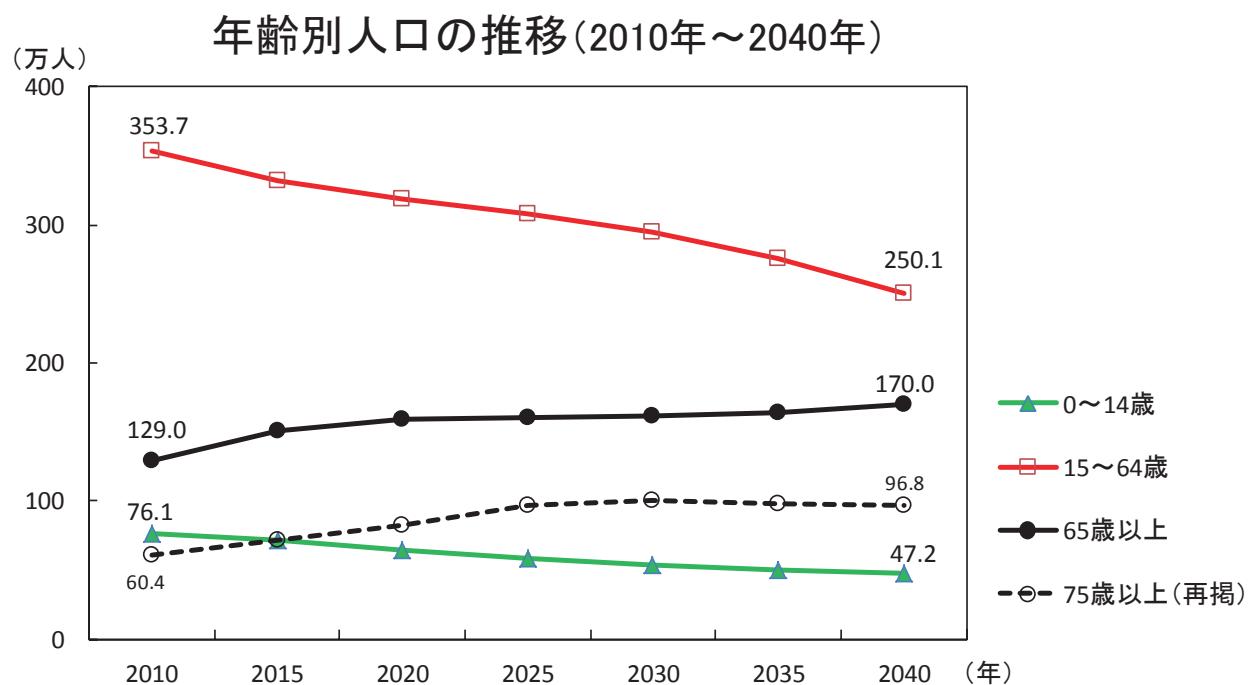
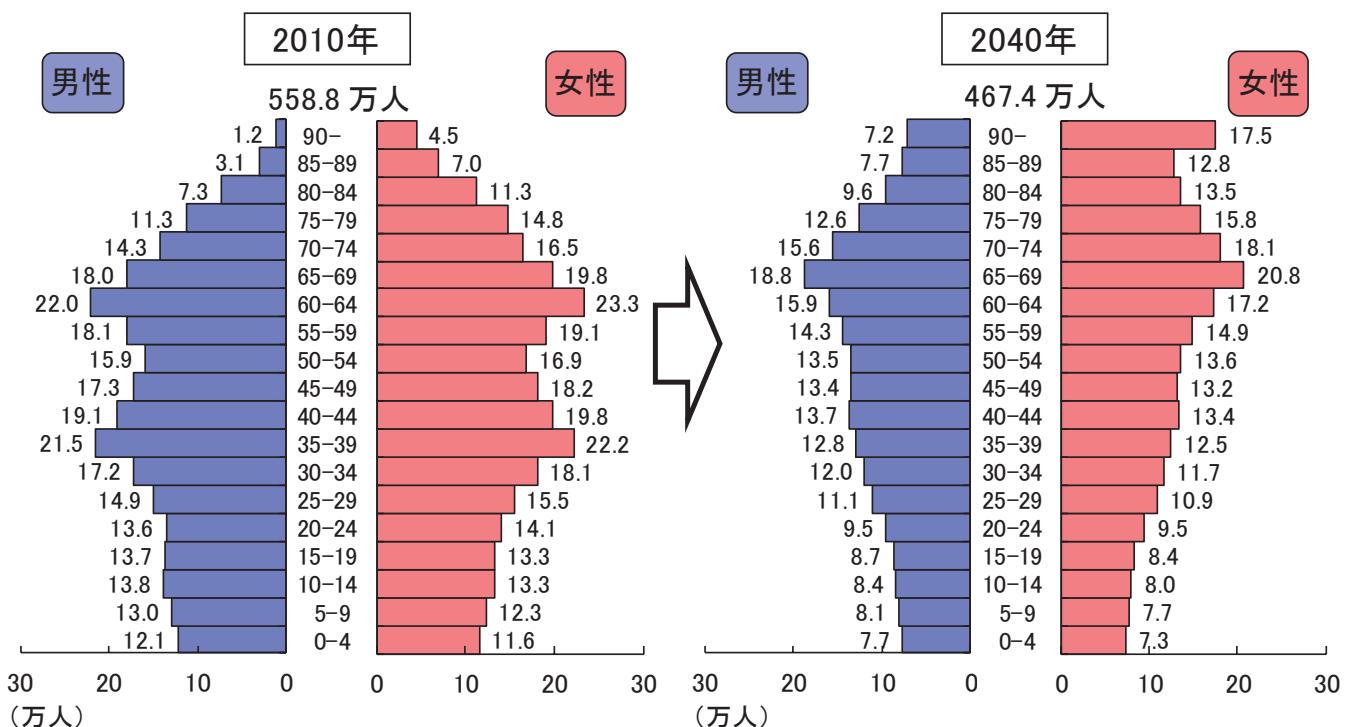
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

兵庫県

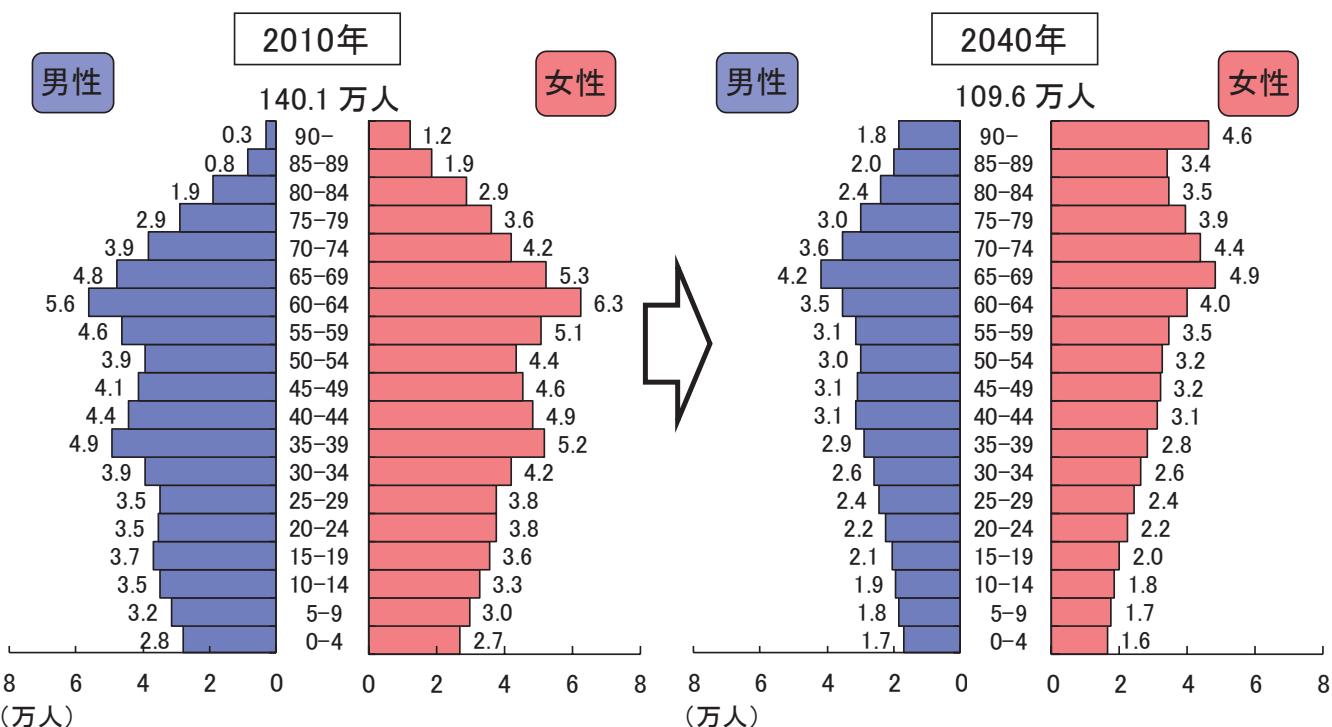
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



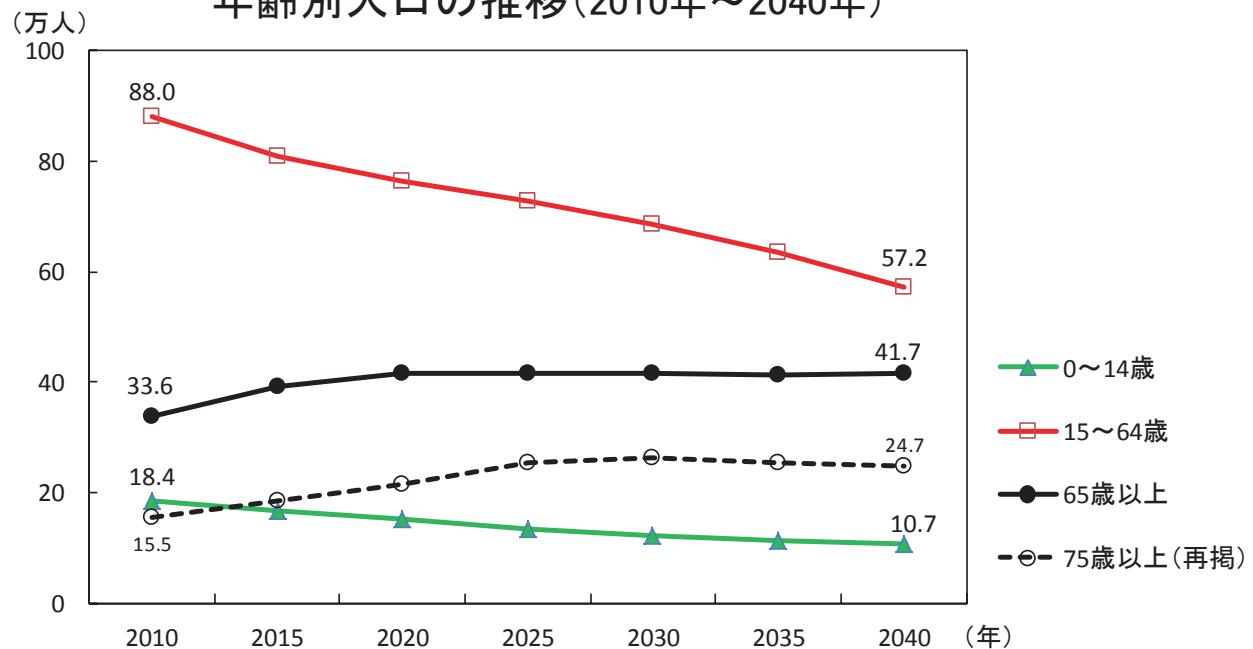
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

奈良県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



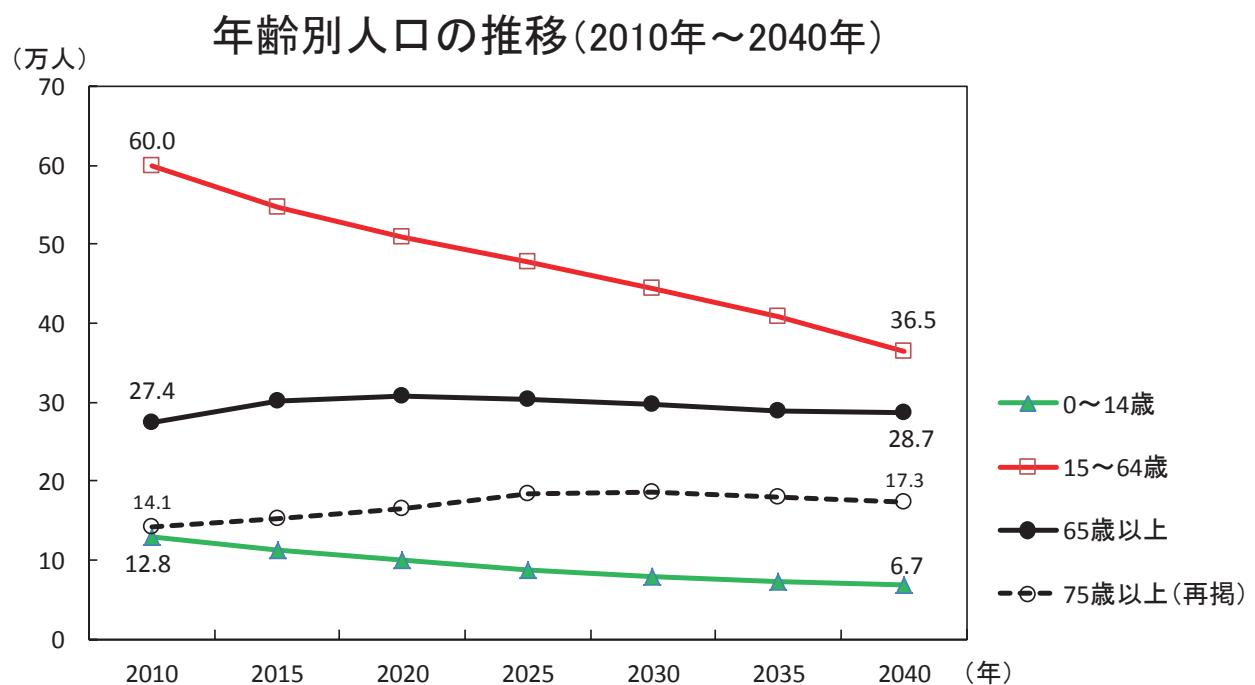
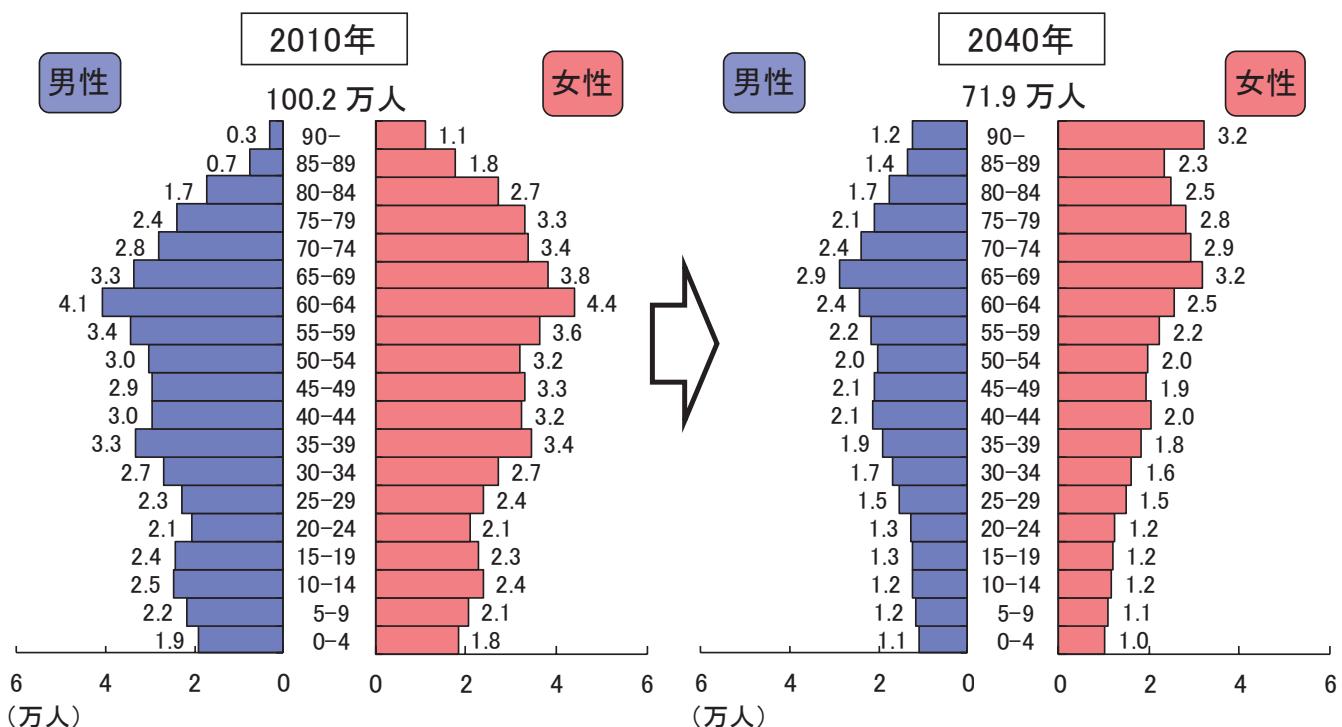
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

和歌山県

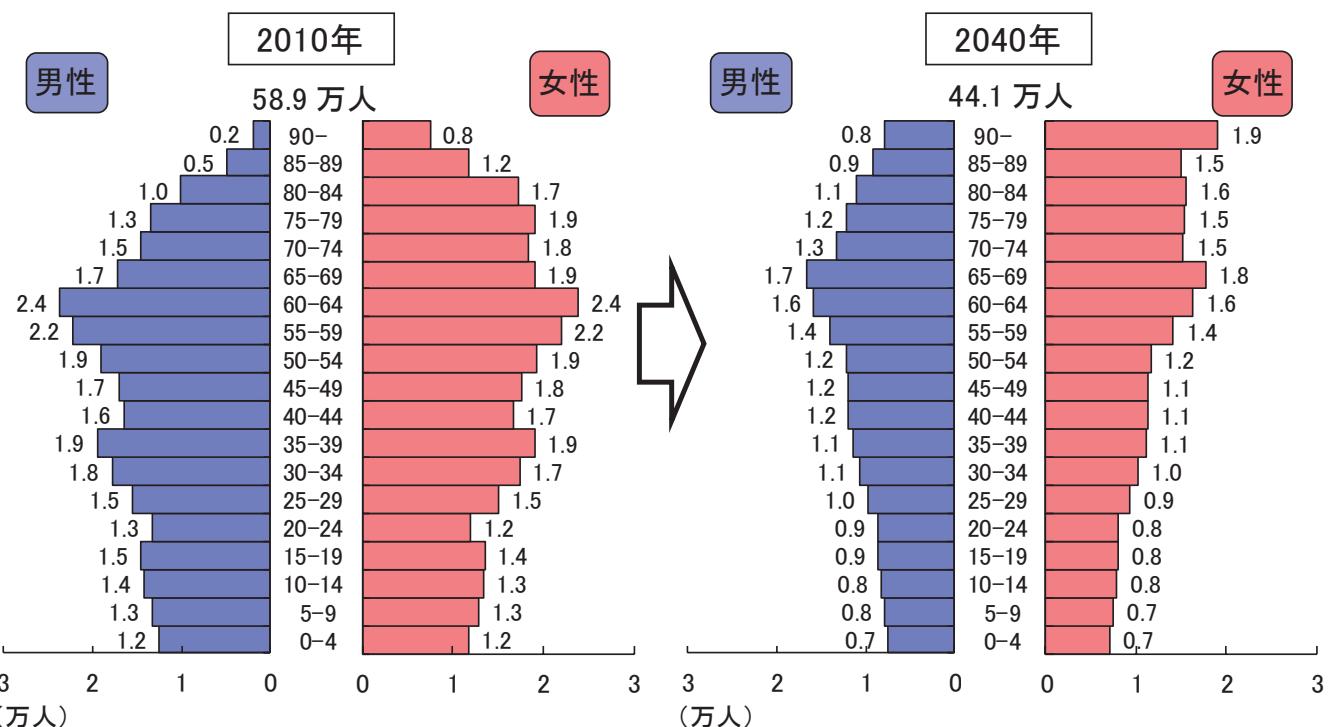
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



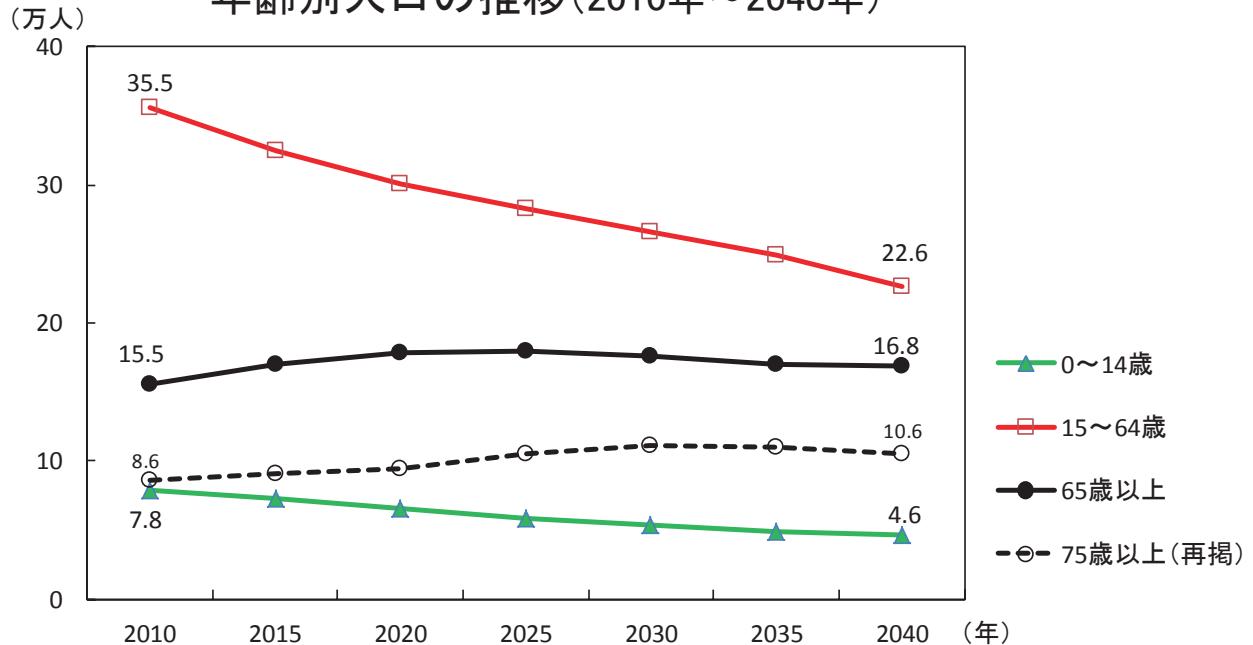
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

鳥取県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



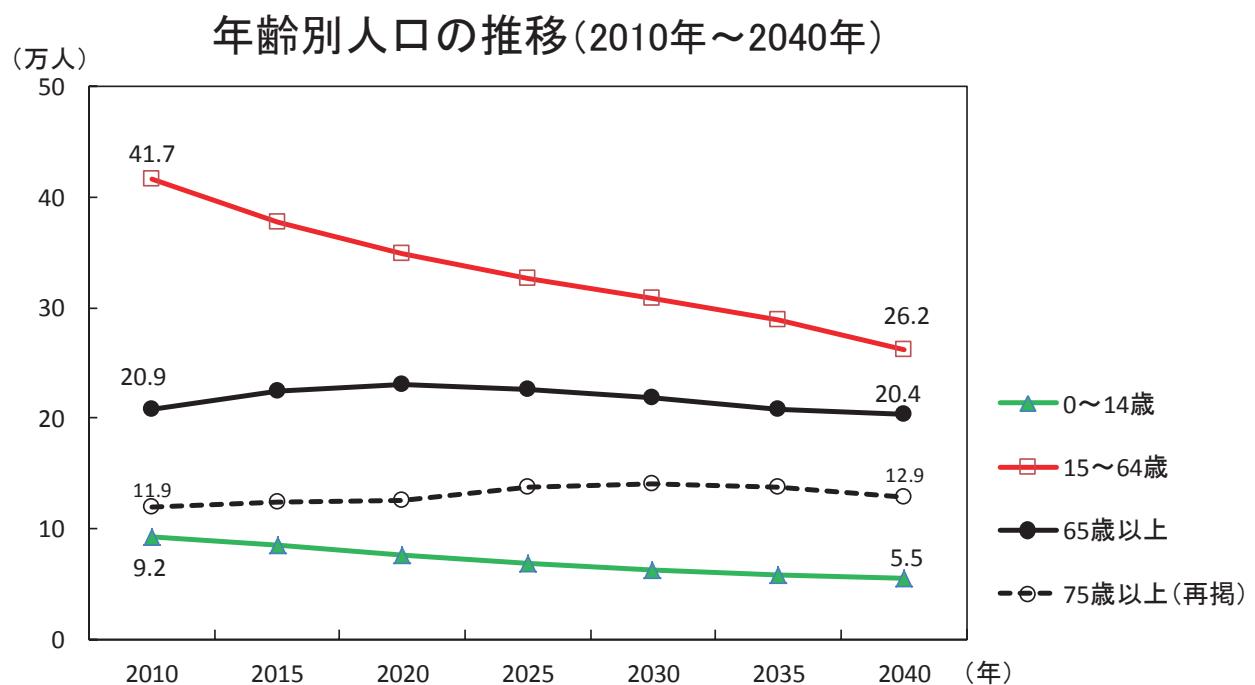
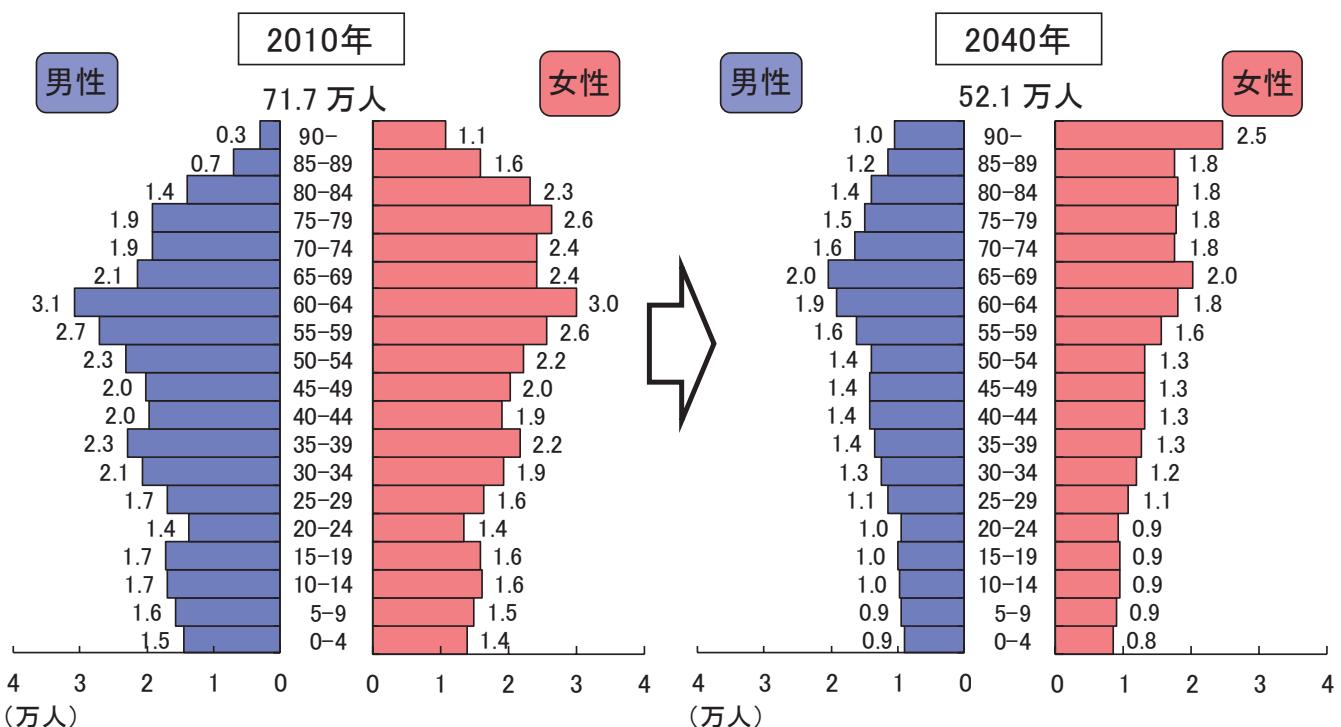
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

島根県

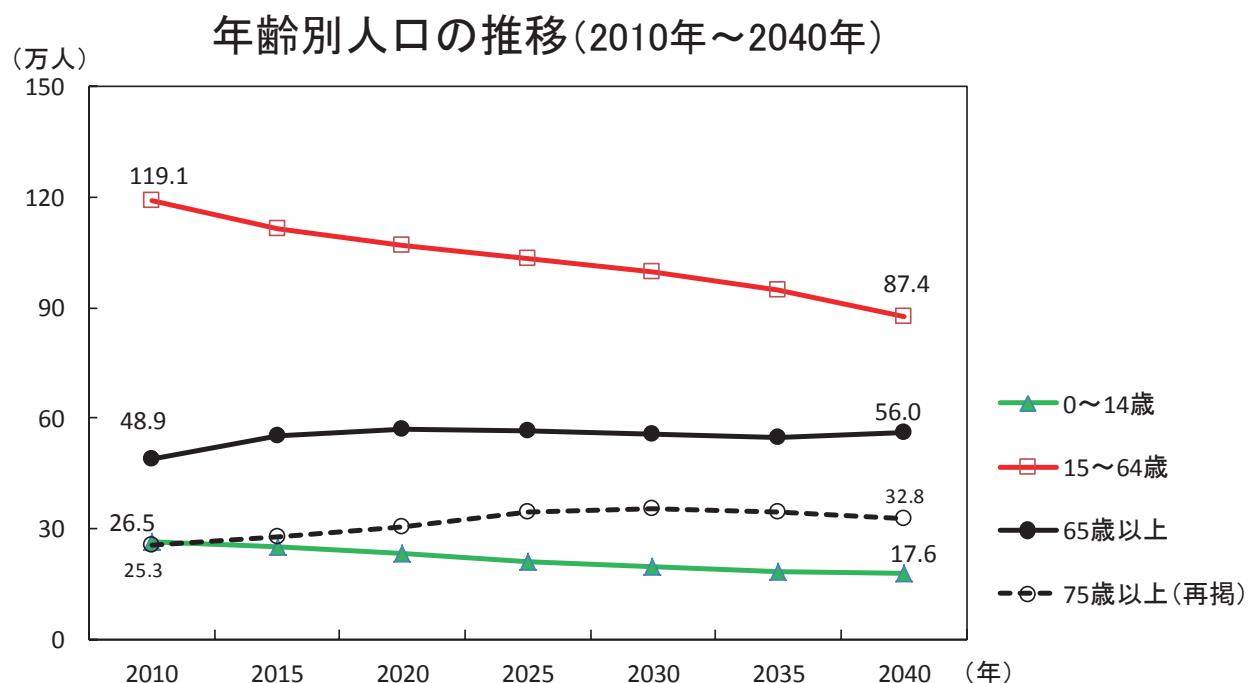
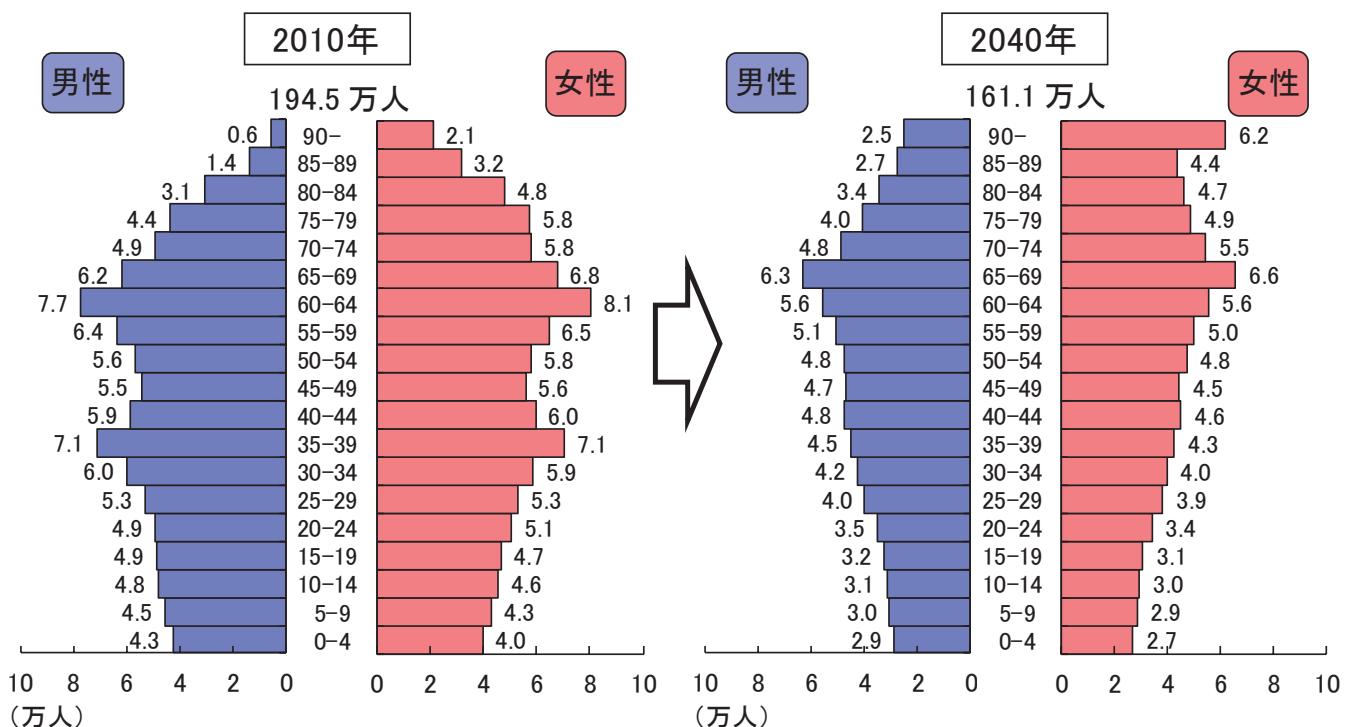
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

岡山県

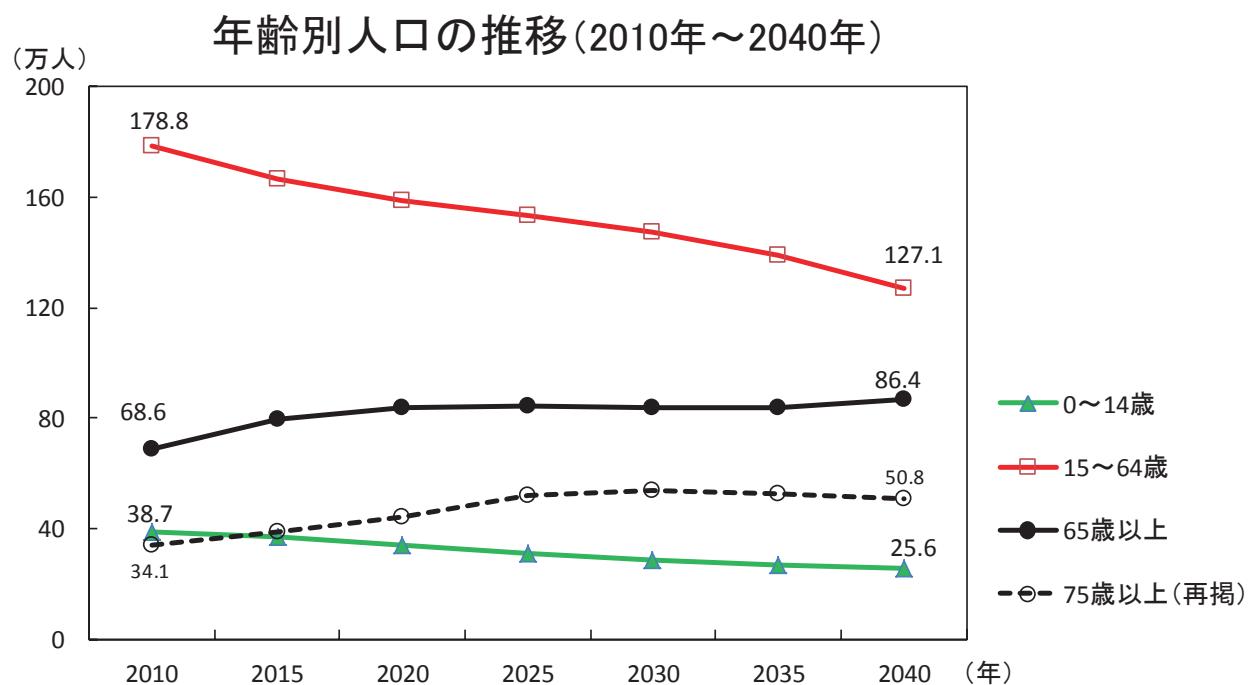
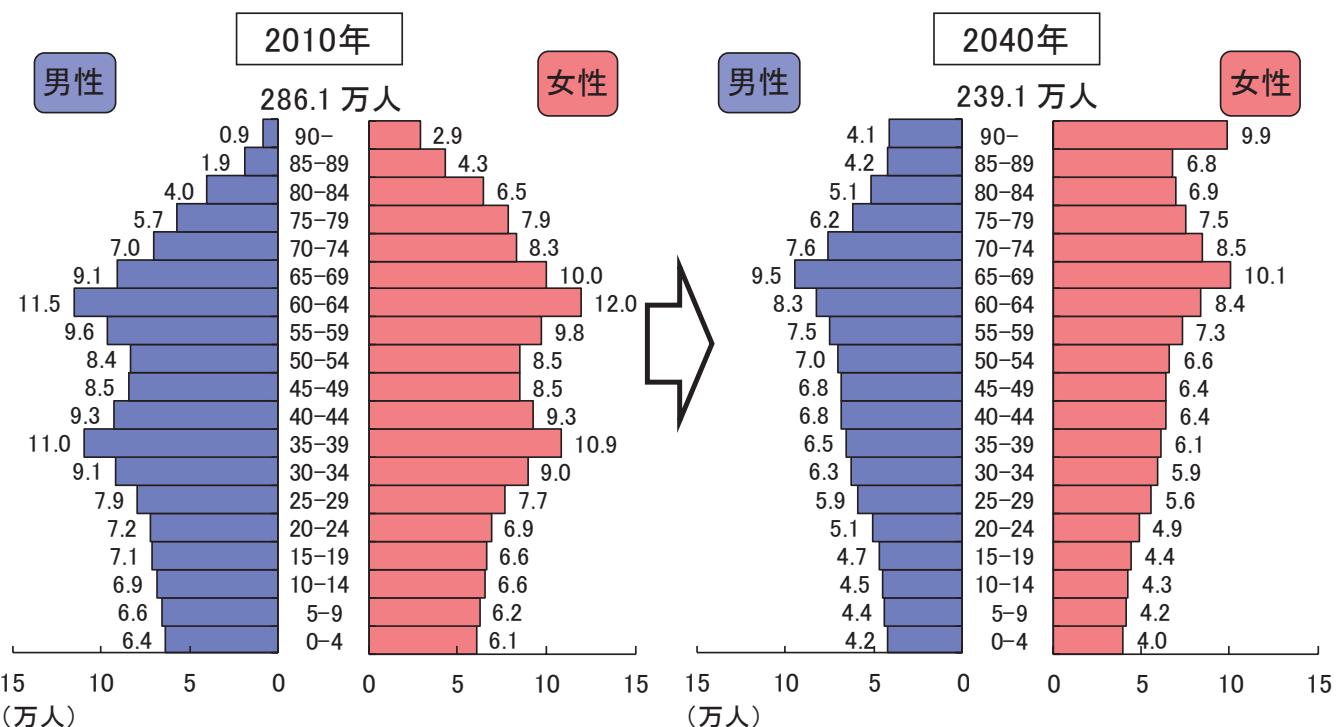
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

広島県

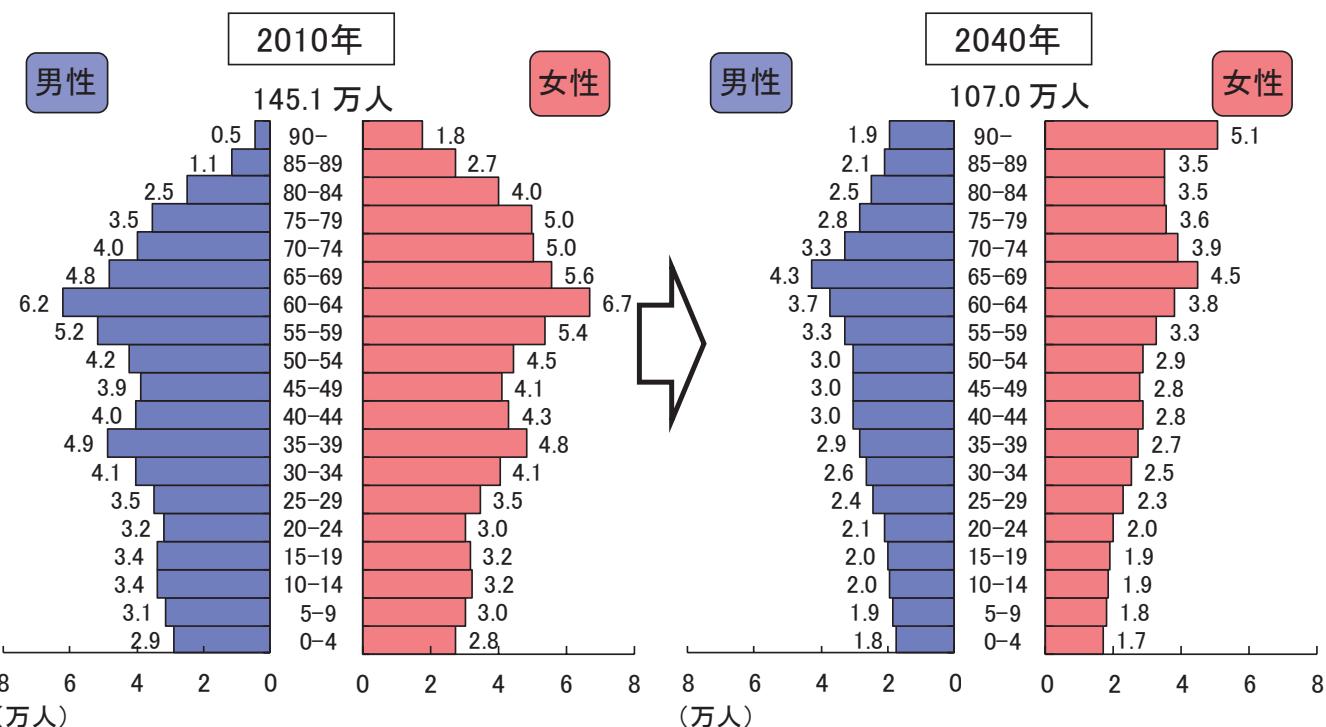
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



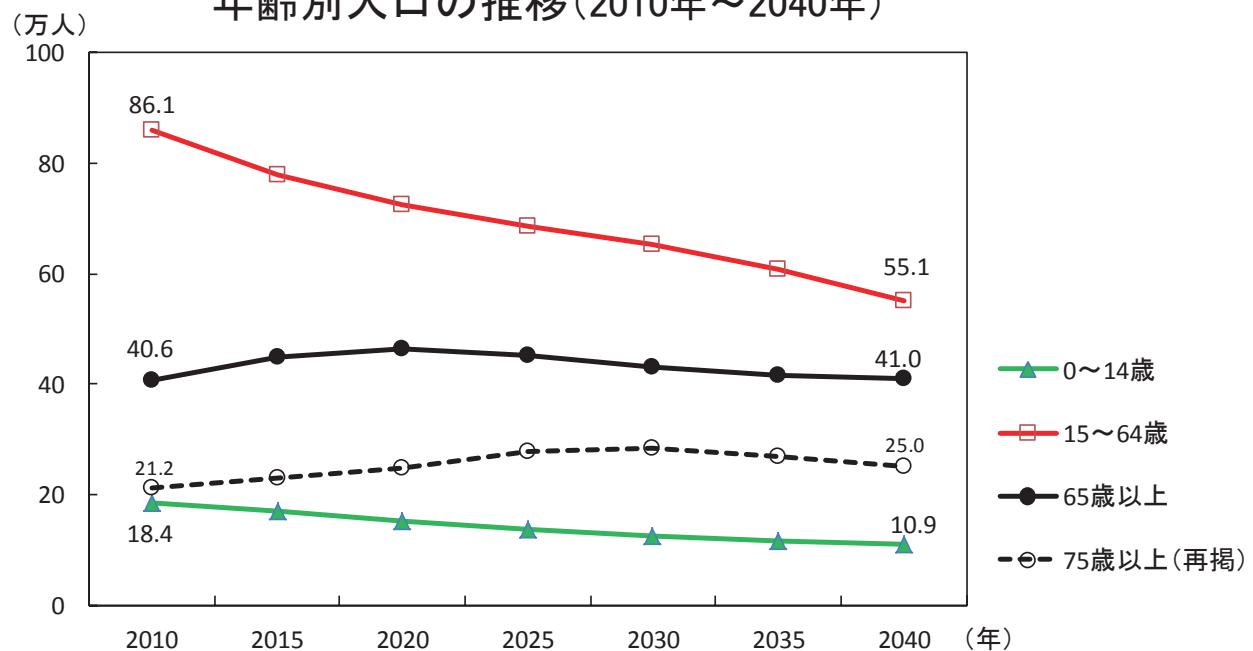
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

山口県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



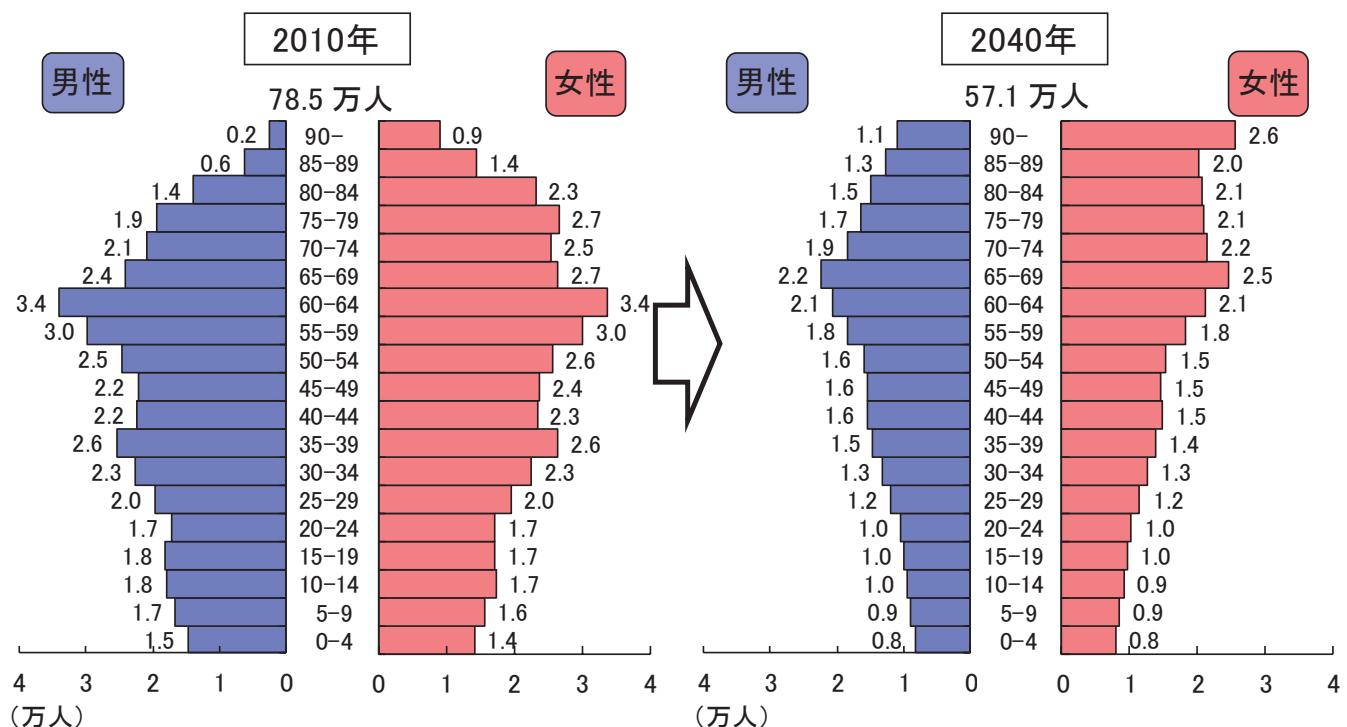
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



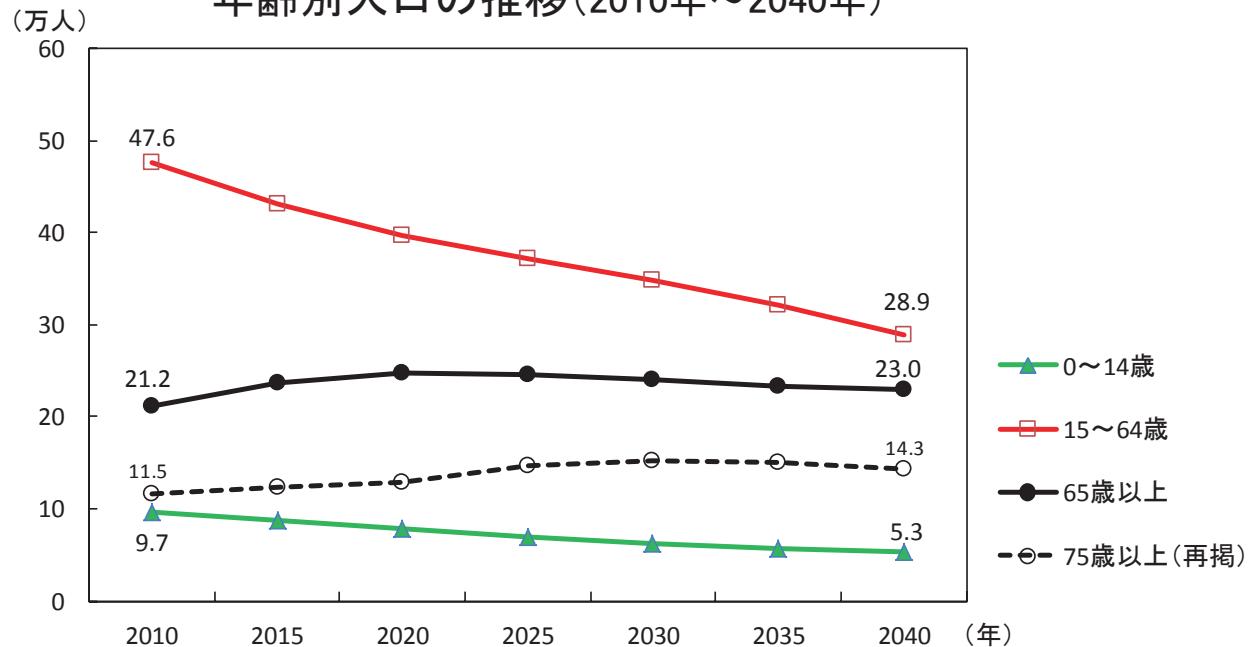
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

徳島県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



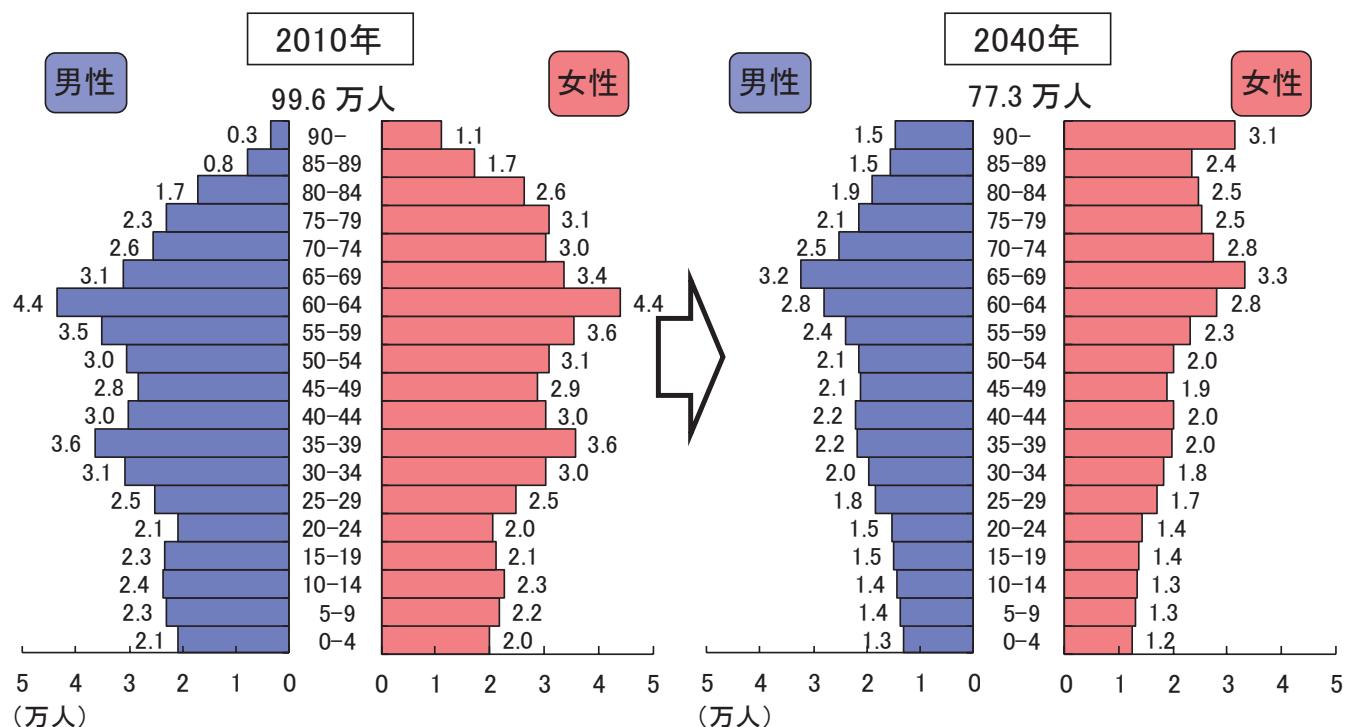
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



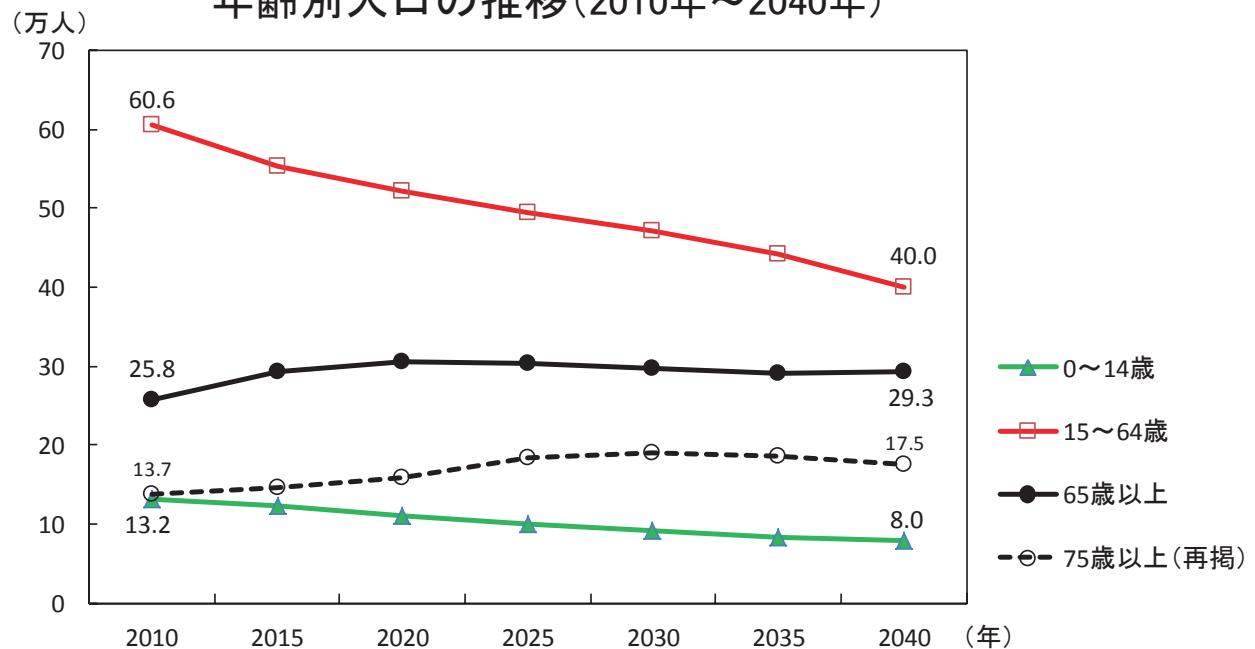
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

香川県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



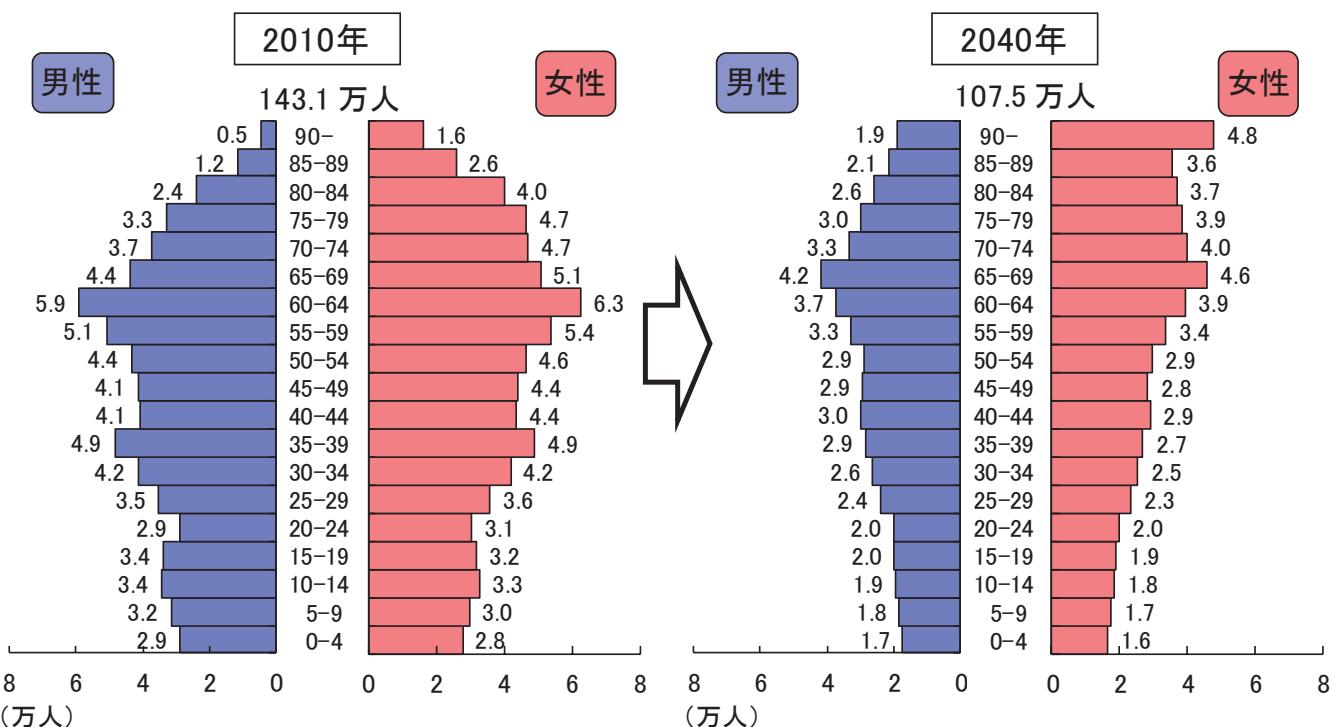
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



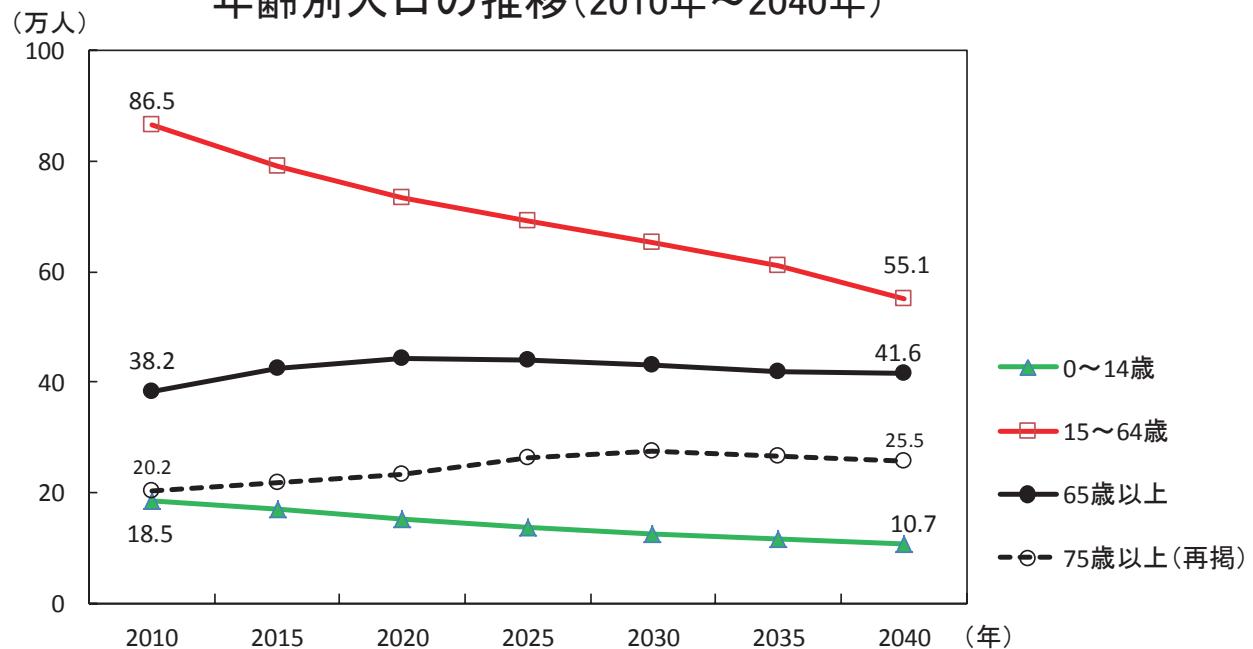
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

愛媛県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



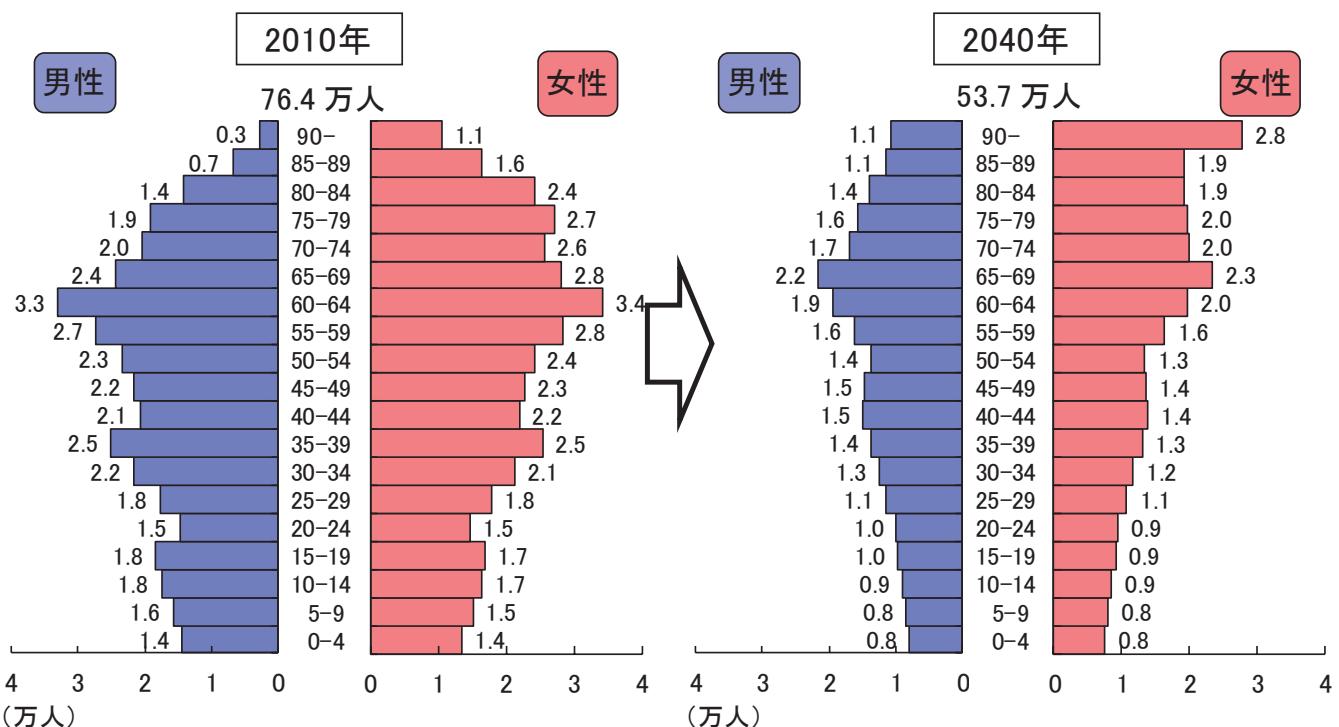
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



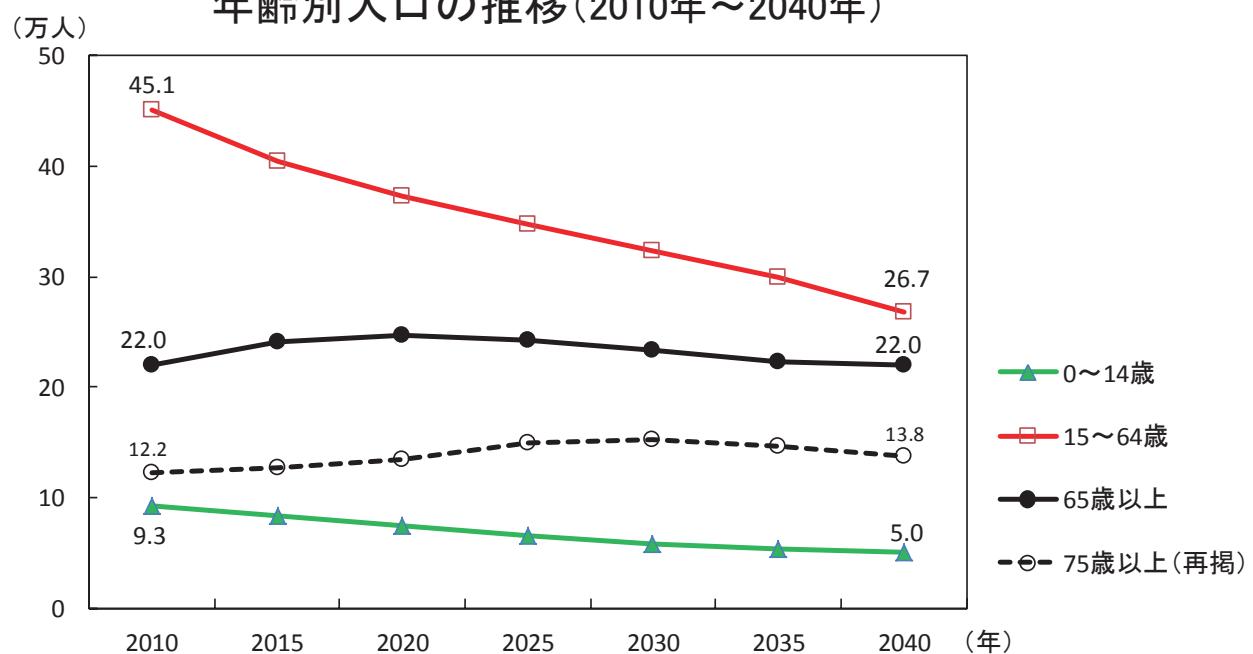
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

高知県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



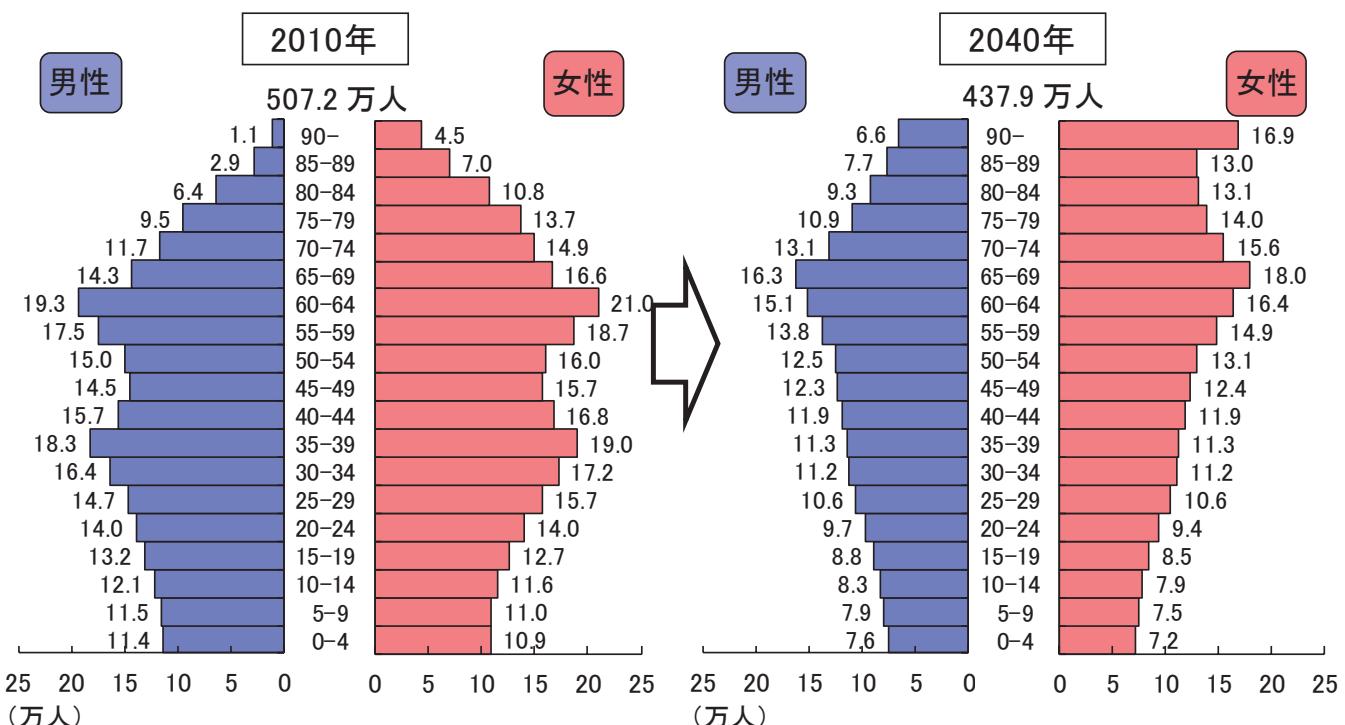
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



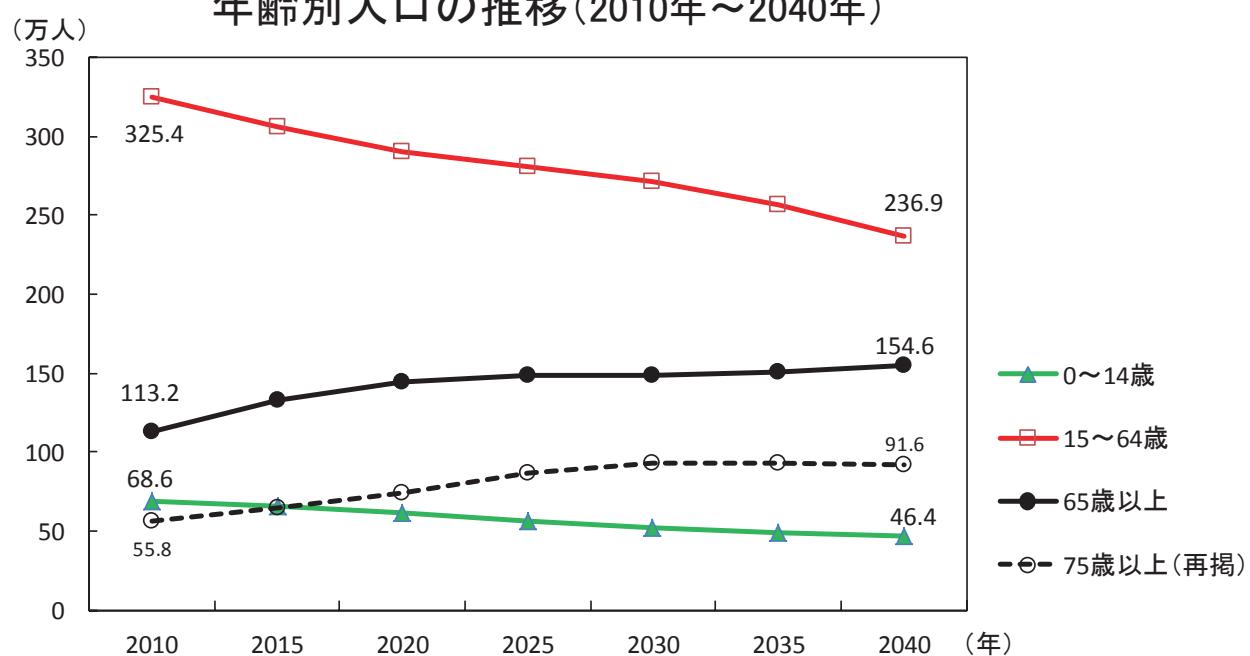
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

福岡県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



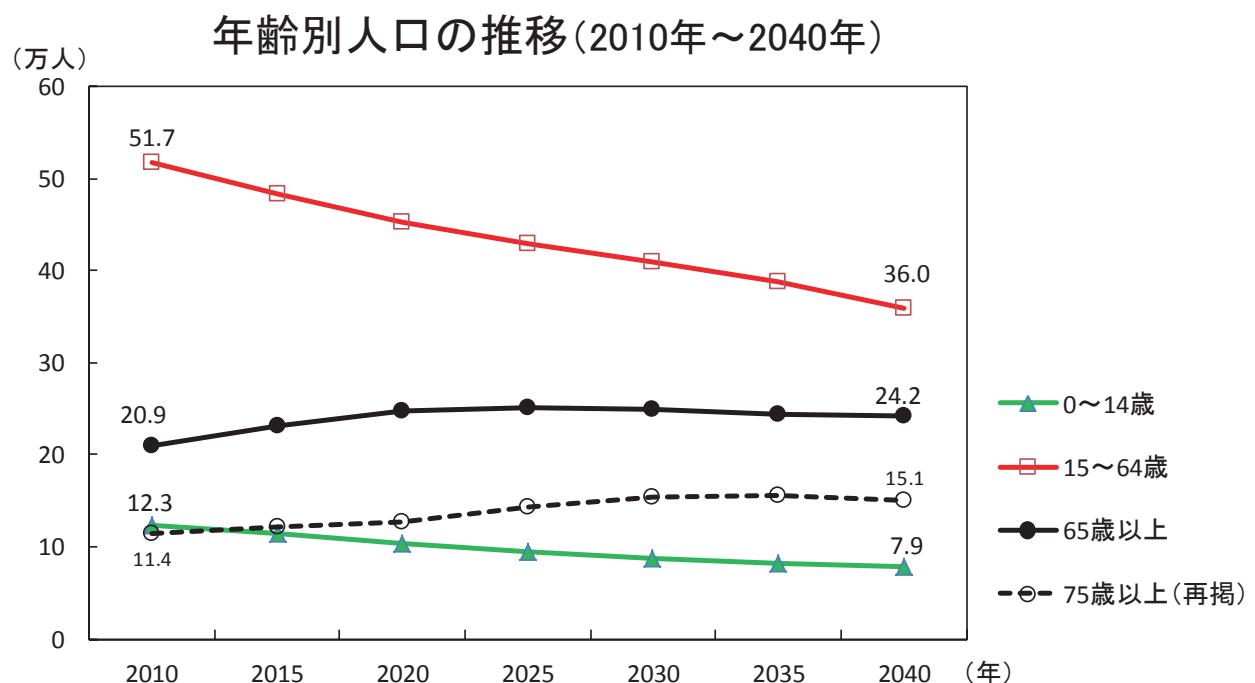
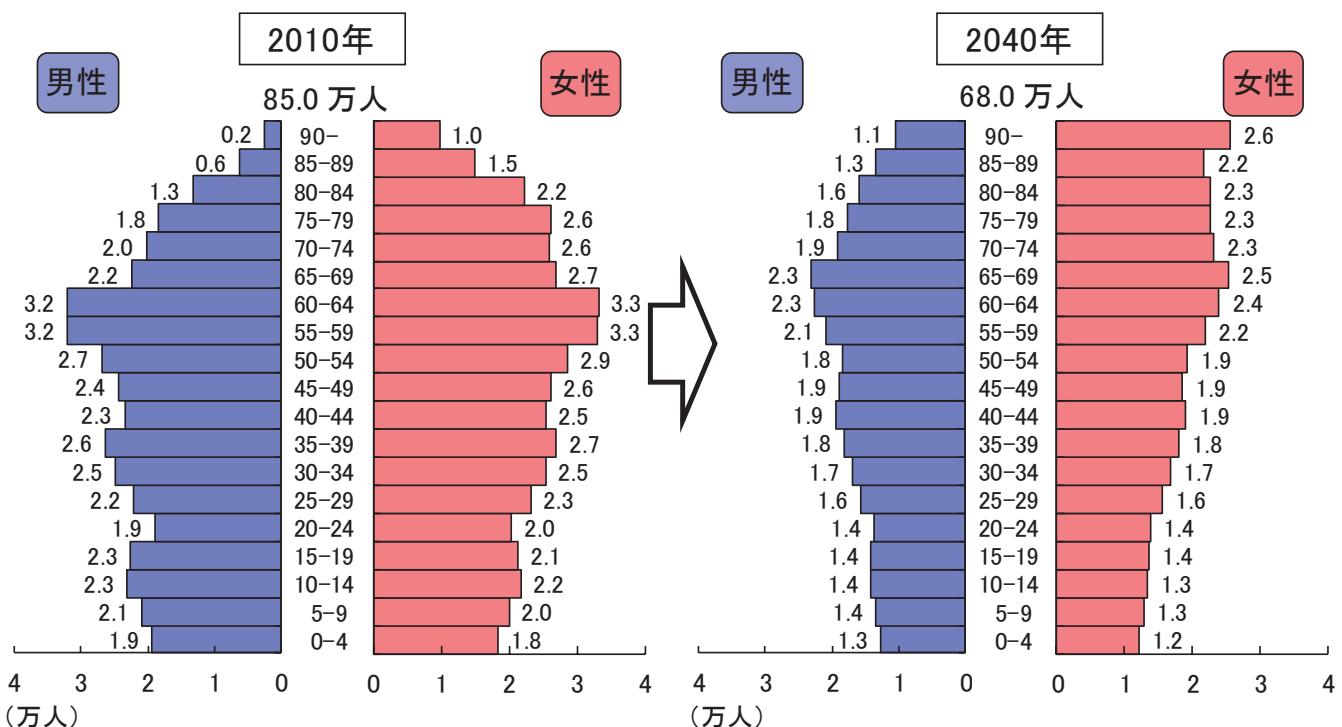
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

佐賀県

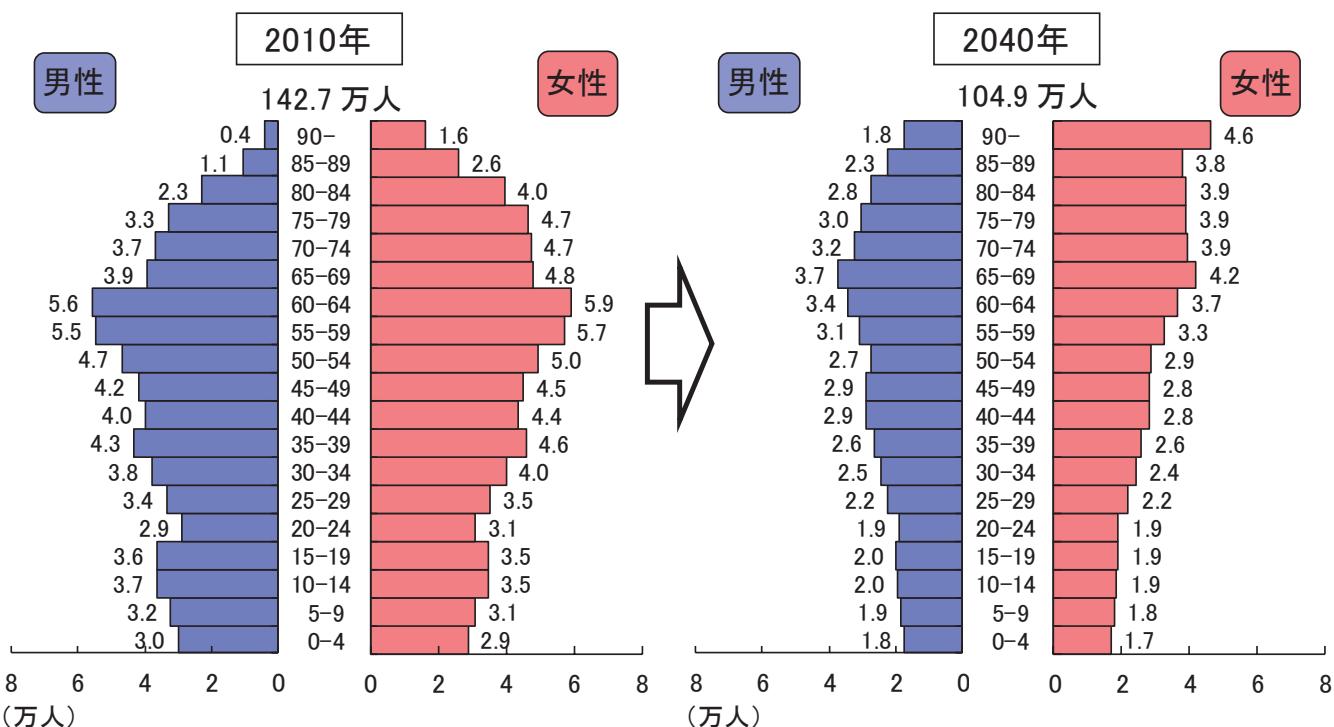
人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



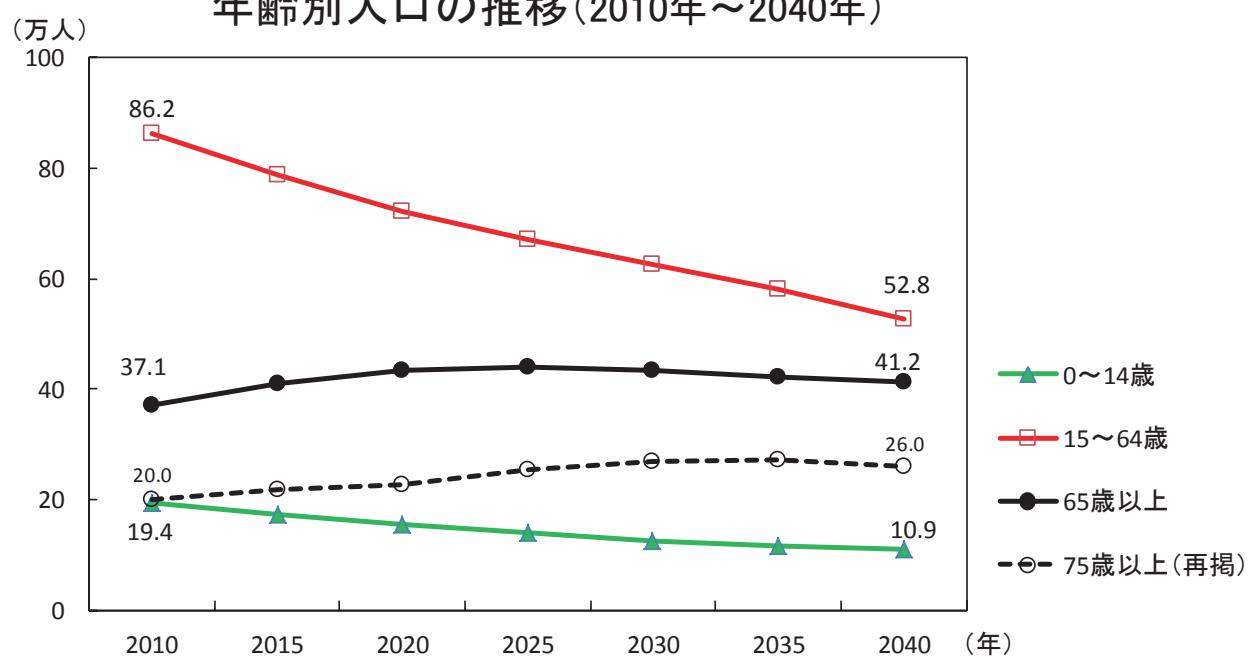
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

長崎県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



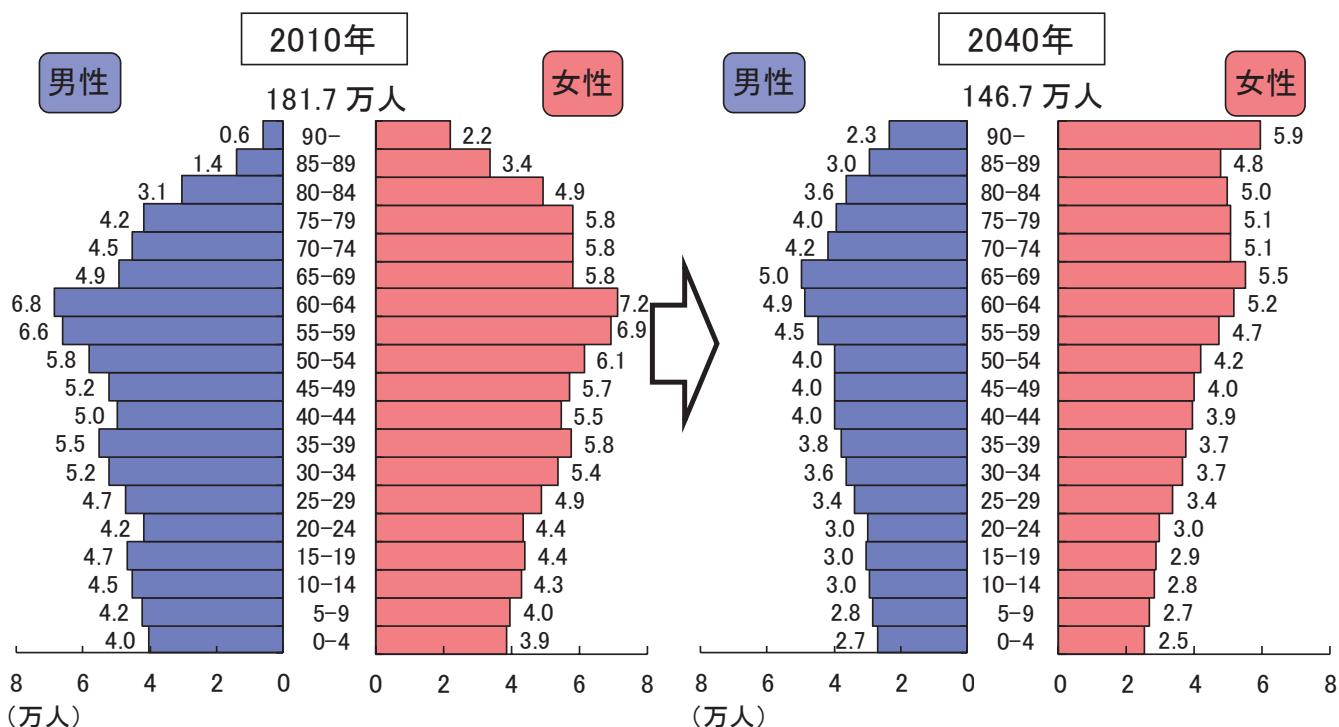
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



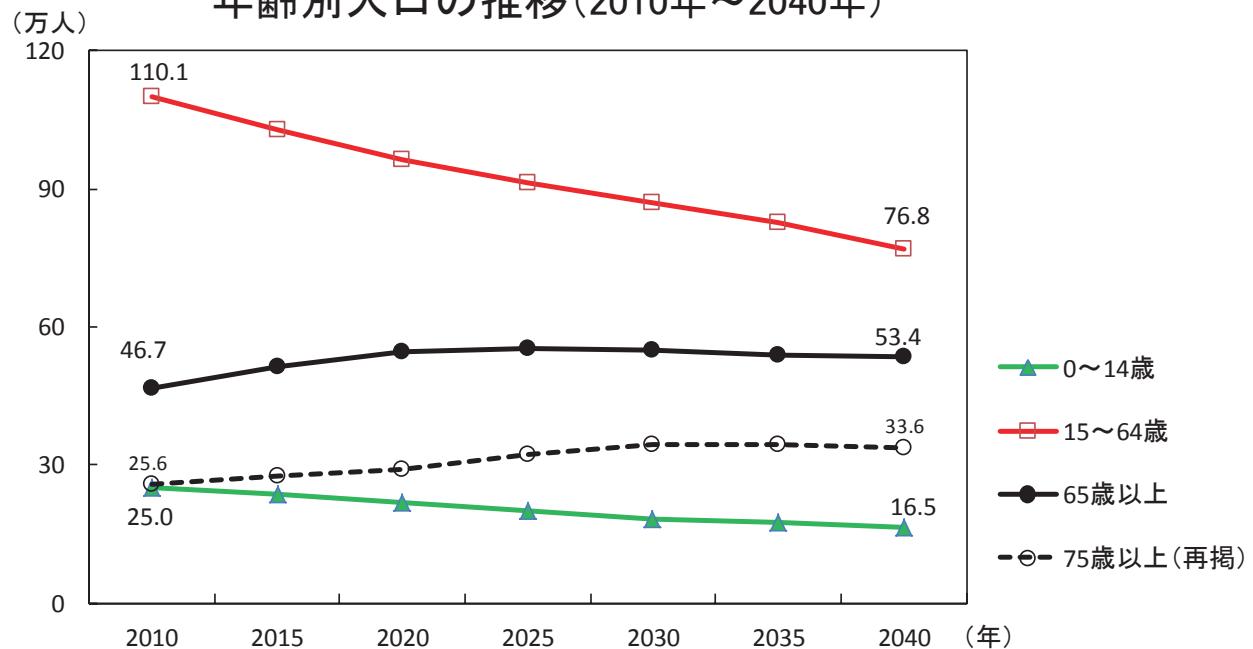
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

熊本県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



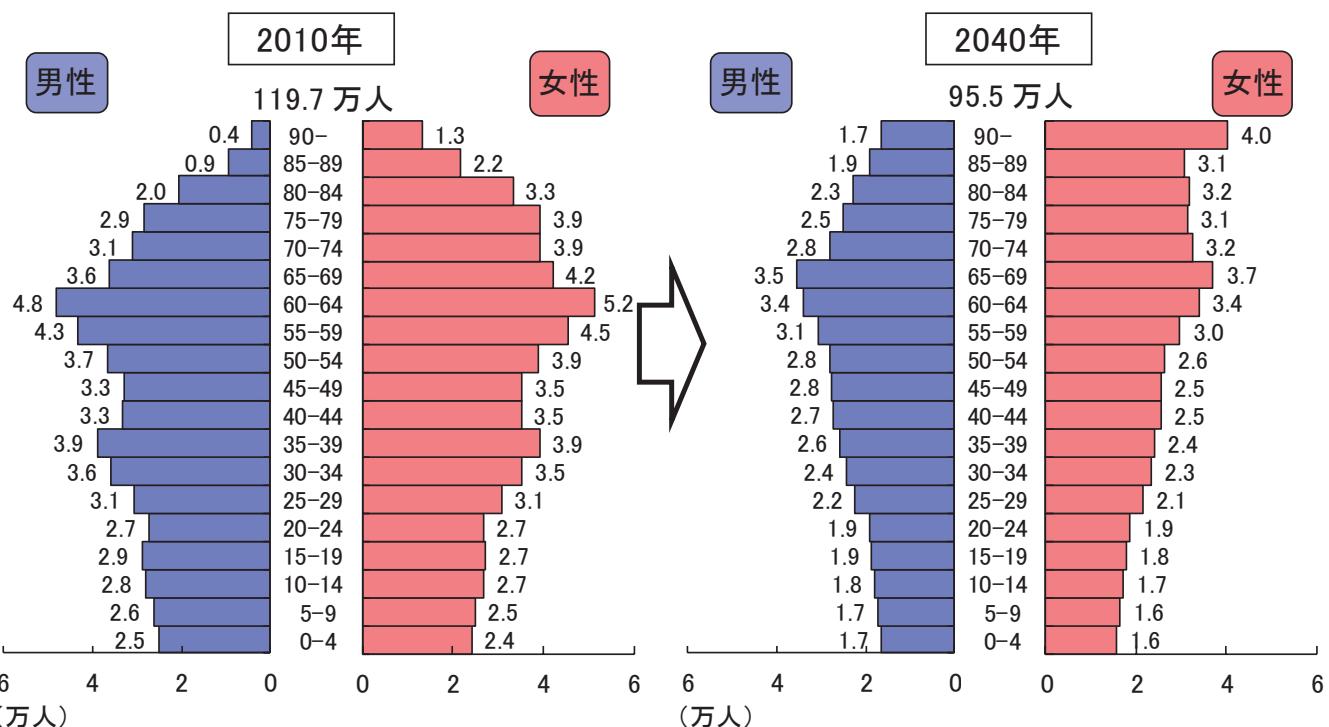
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



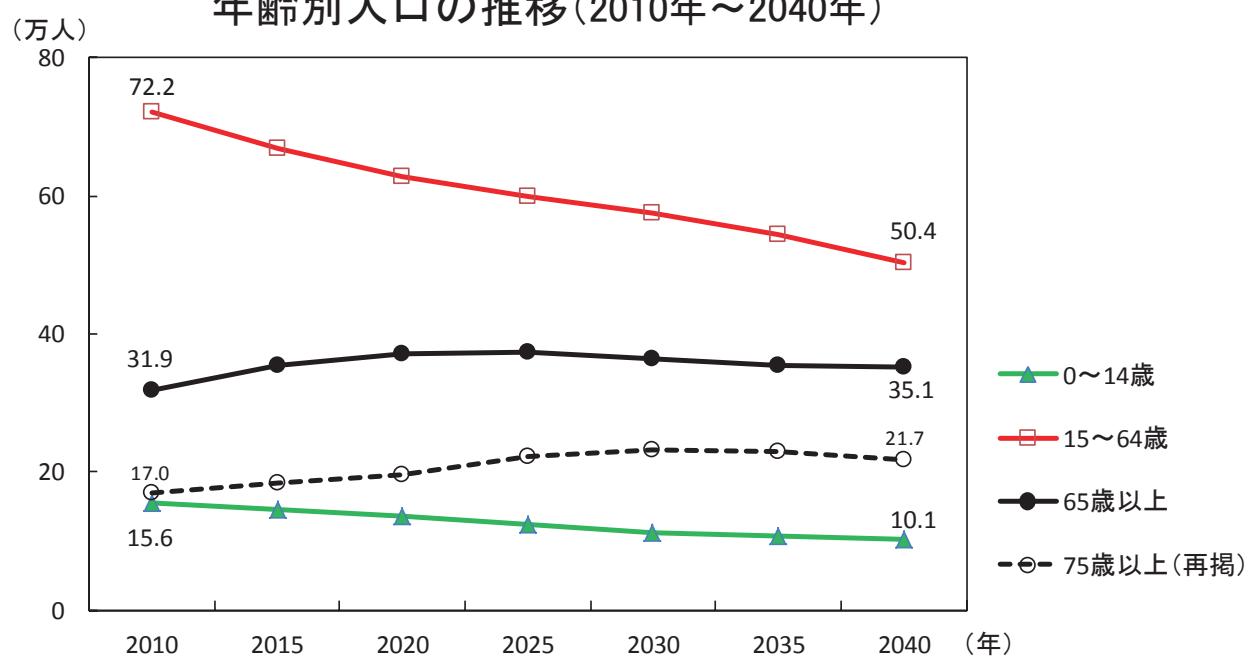
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

大分県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



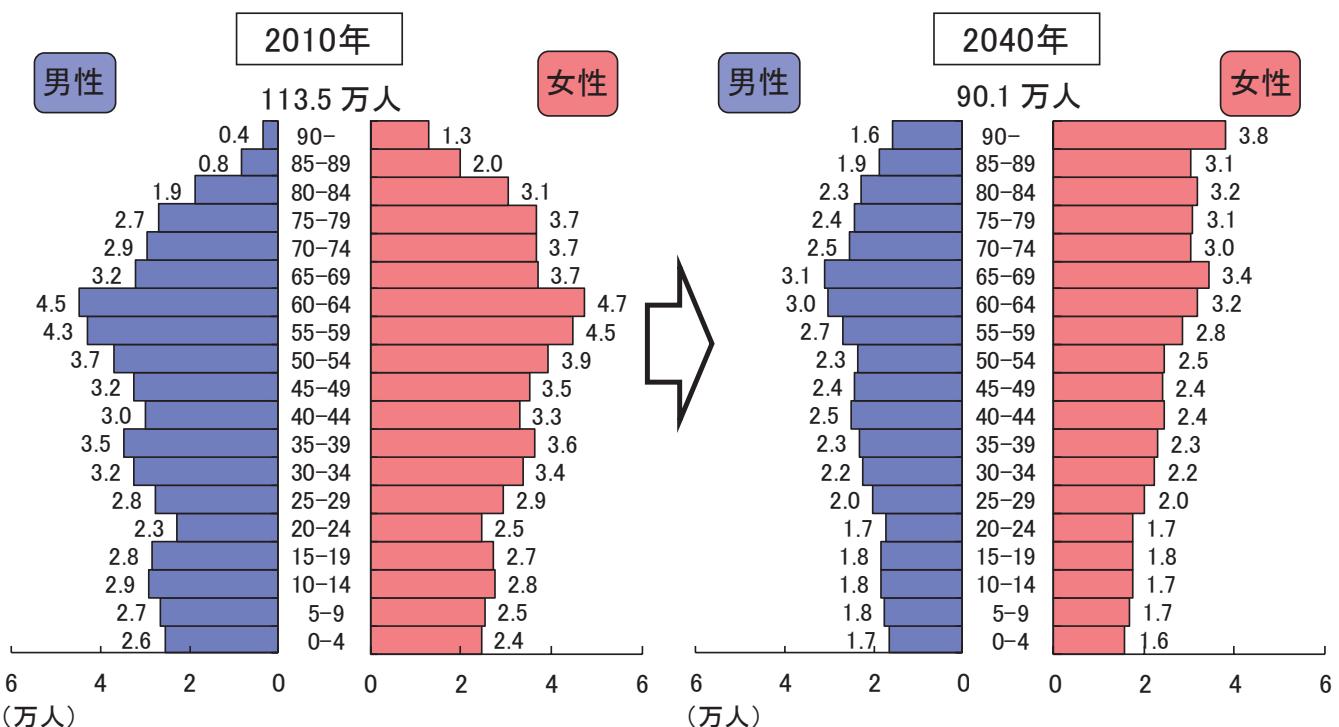
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



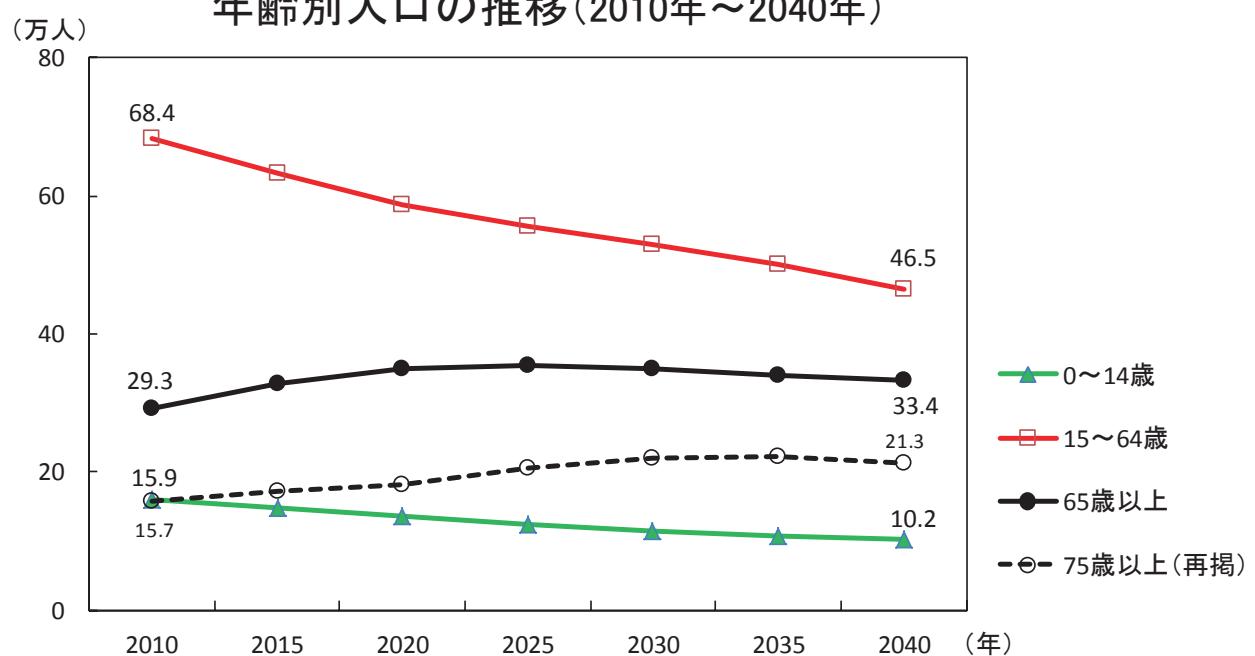
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

宮崎県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



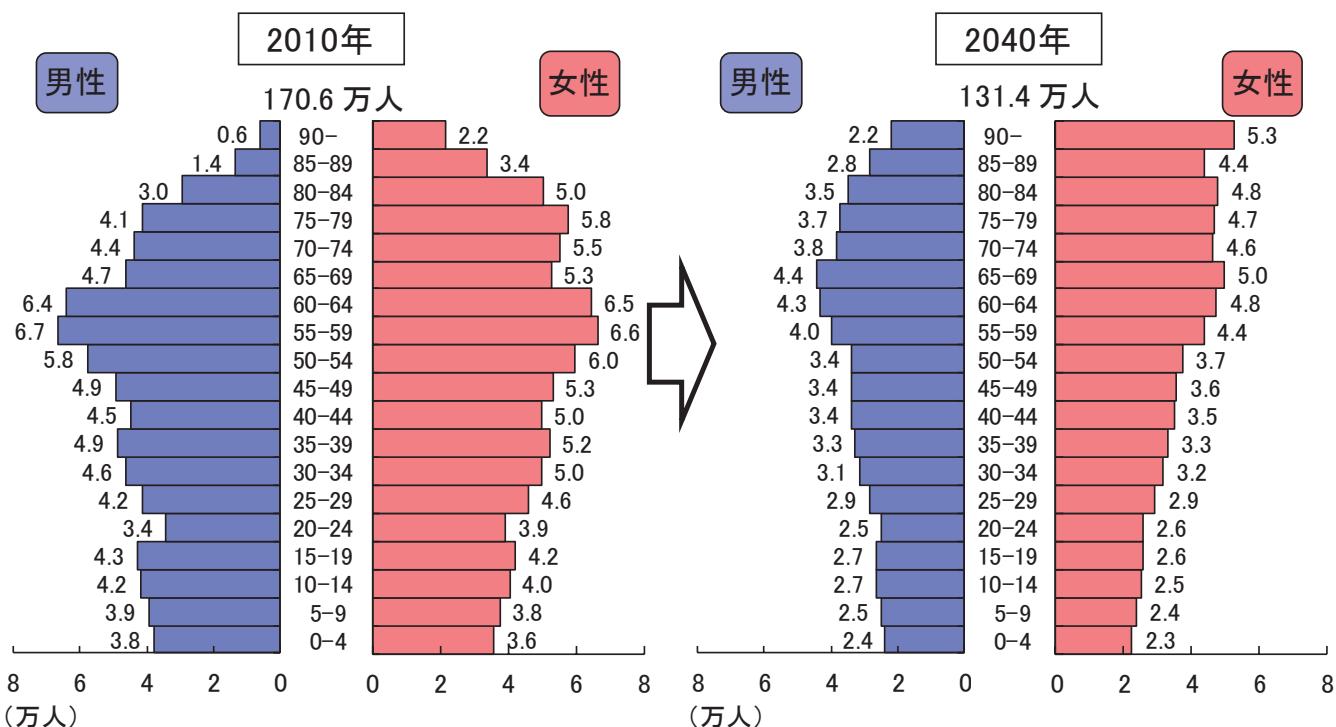
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



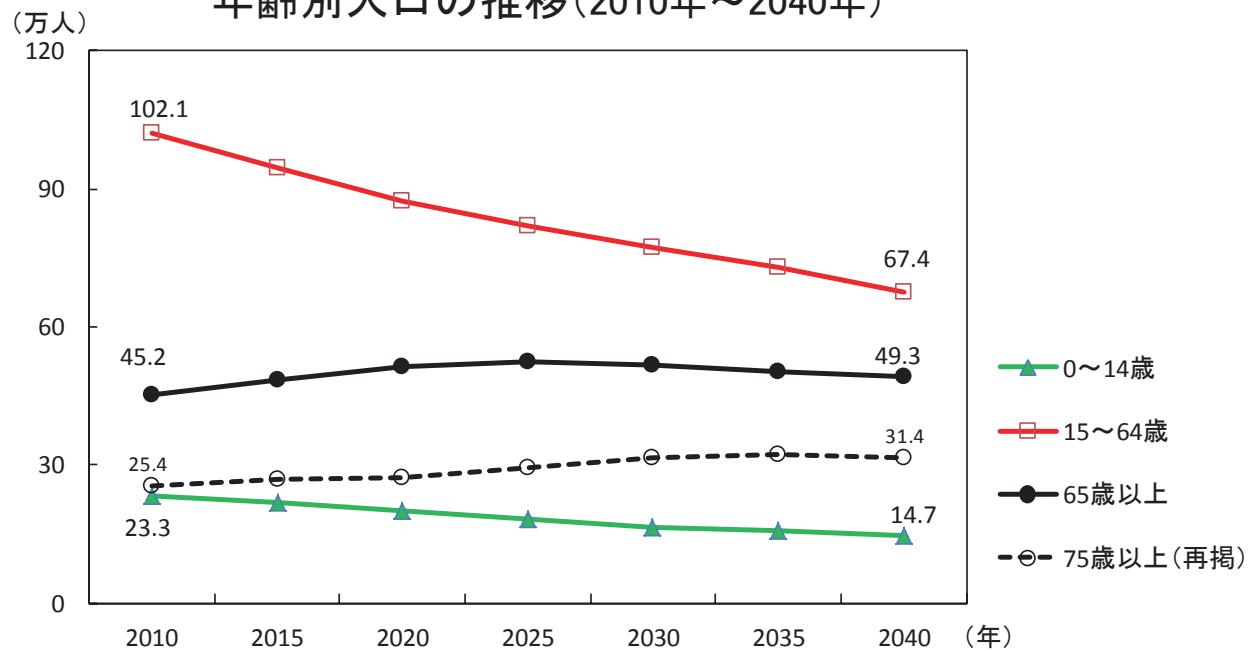
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

鹿児島県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



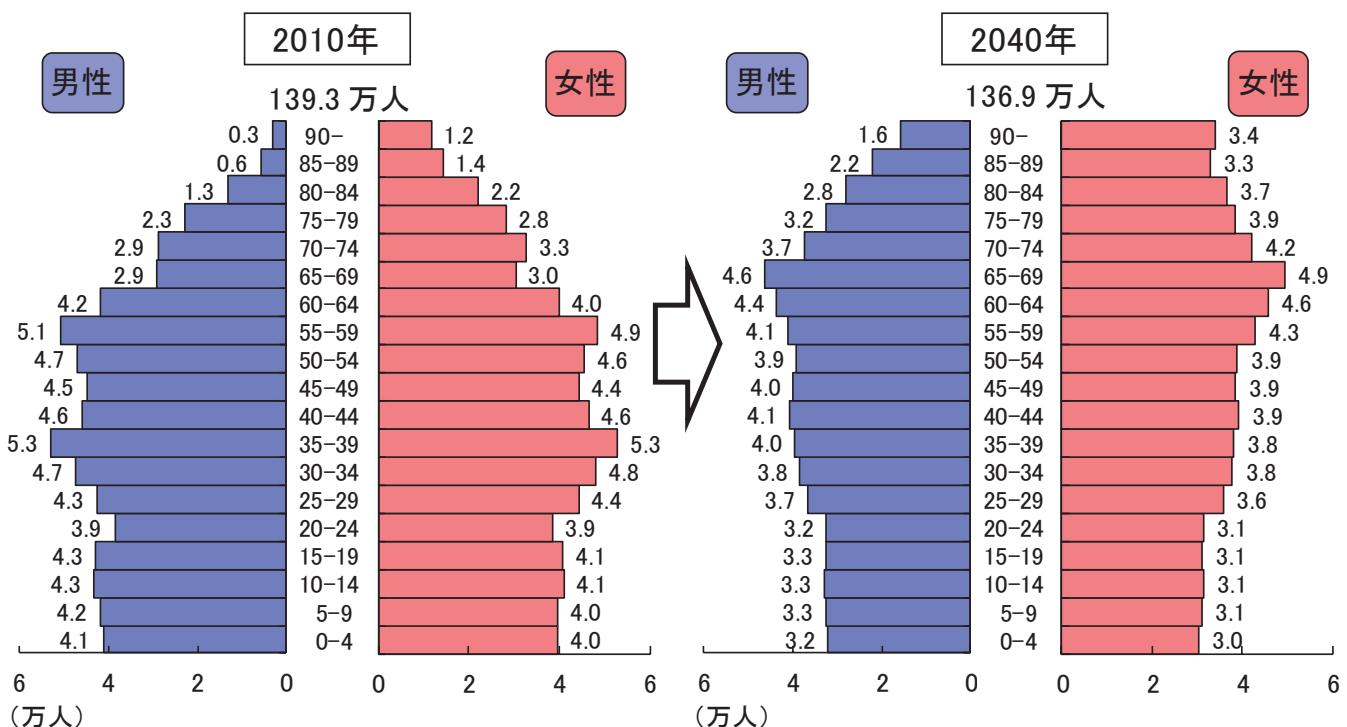
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



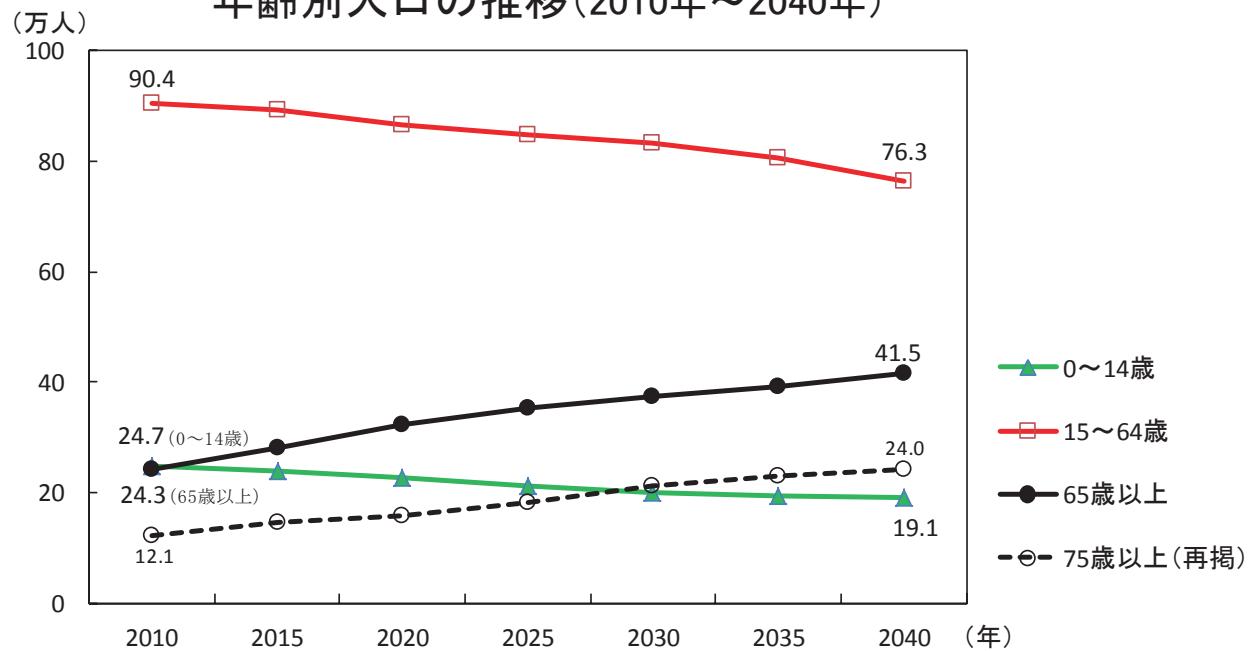
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

沖縄県

人口ピラミッドの推移(2010年および2040年)



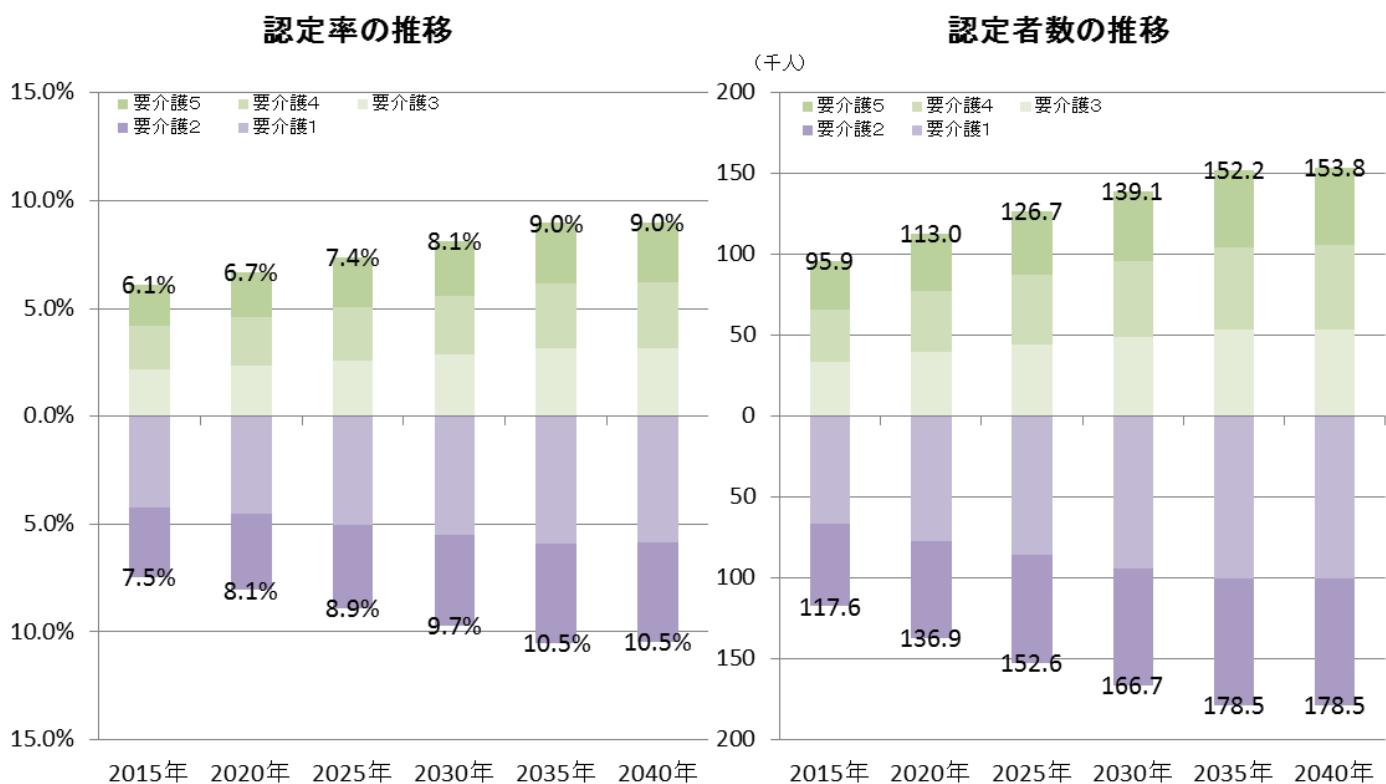
年齢別人口の推移(2010年～2040年)



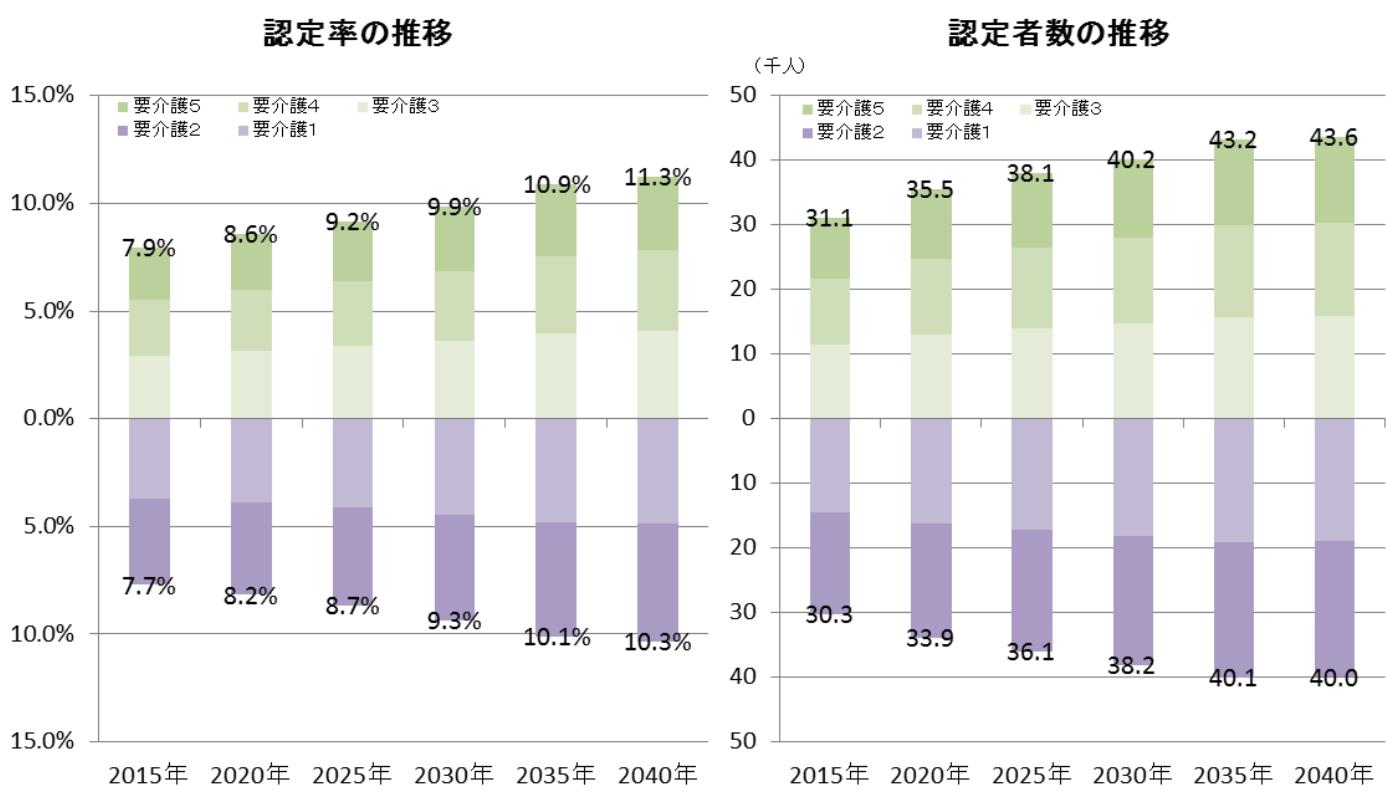
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)

都道府県別 認定率等の将来見通し

北海道

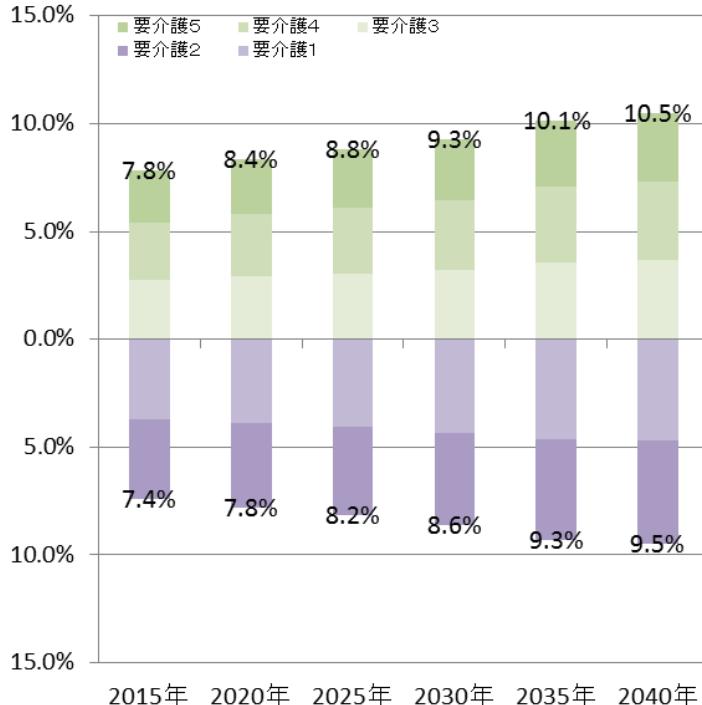


青森県

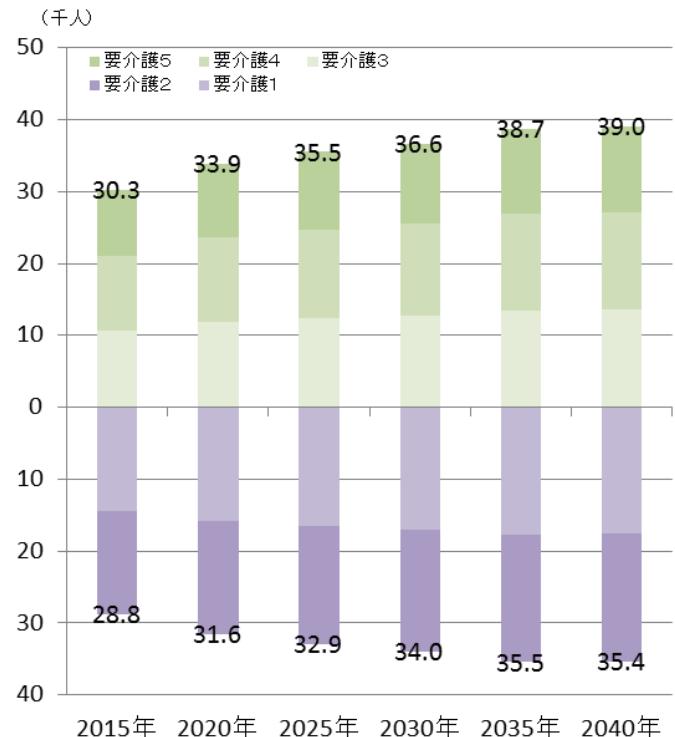


岩手県

認定率の推移



認定者数の推移



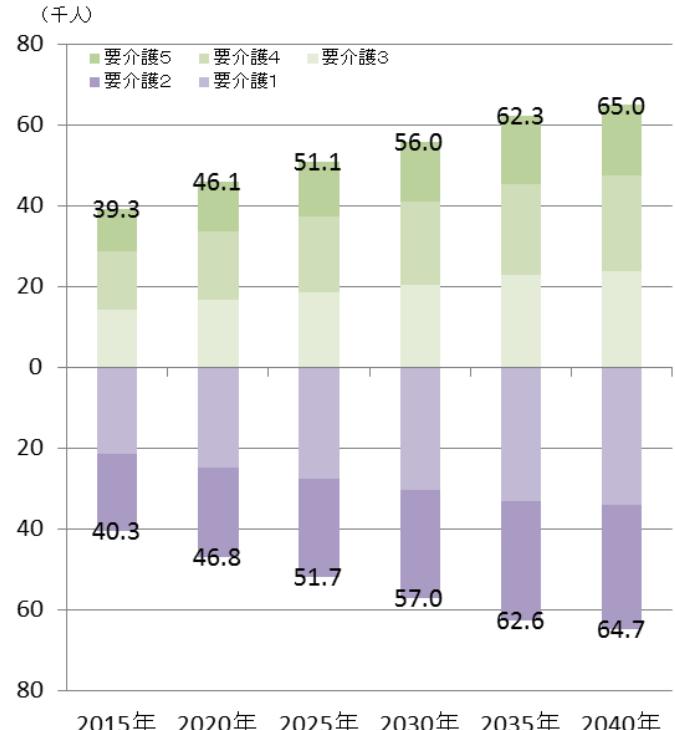
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

宮城県

認定率の推移



認定者数の推移



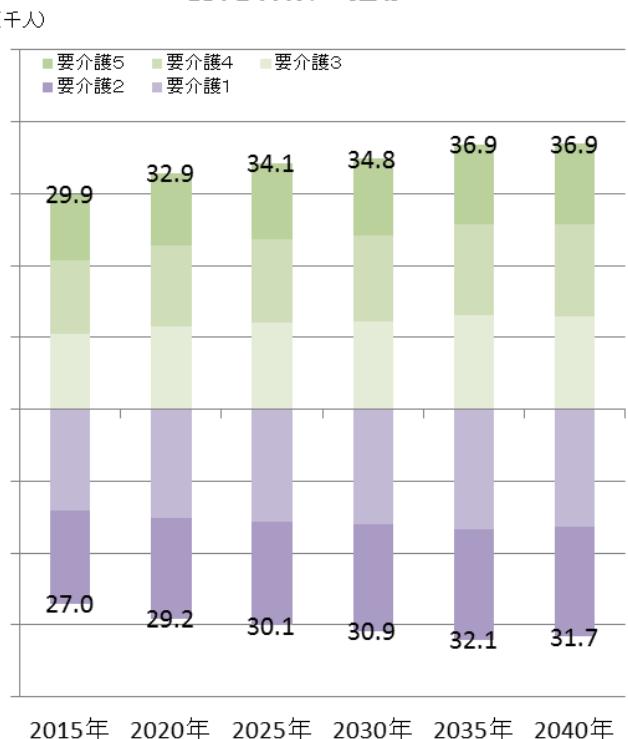
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

秋田県

認定率の推移



認定者数の推移



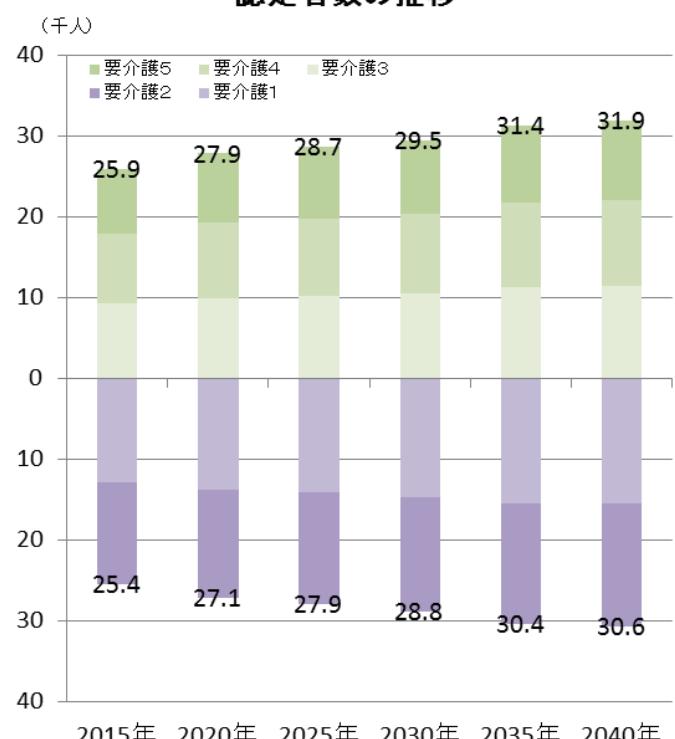
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

山形県

認定率の推移



認定者数の推移



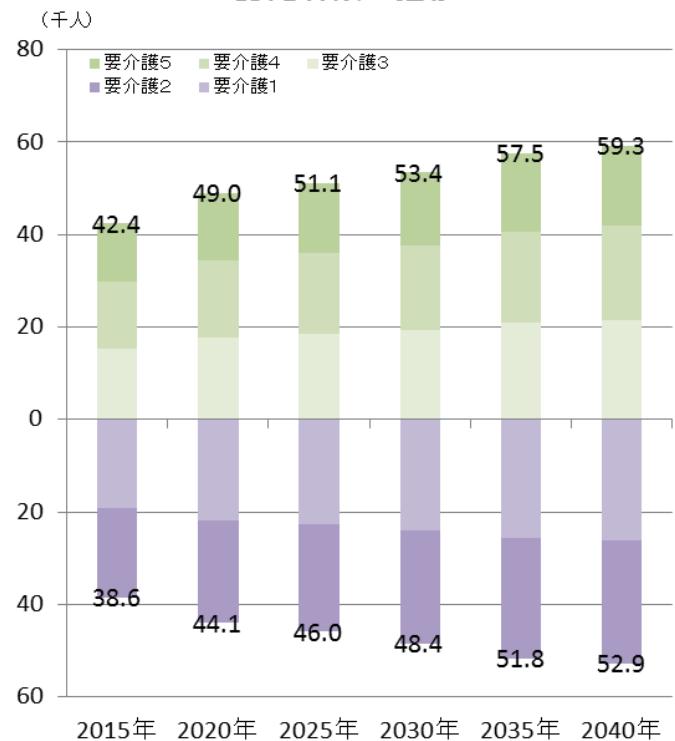
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

福島県

認定率の推移



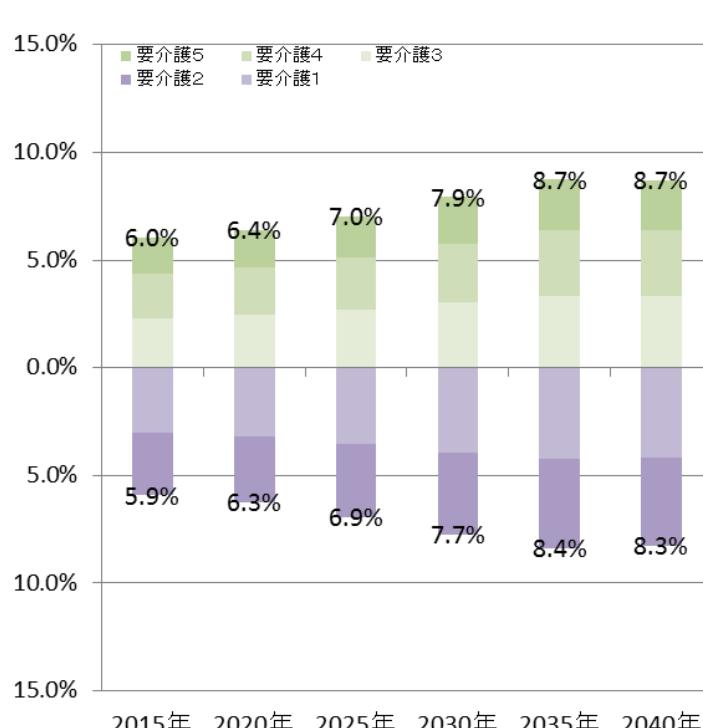
認定者数の推移



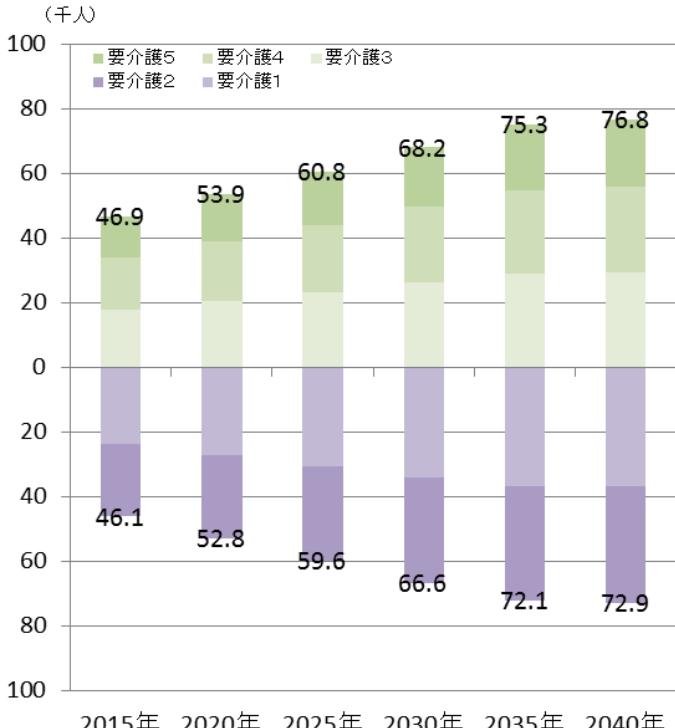
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

茨城県

認定率の推移



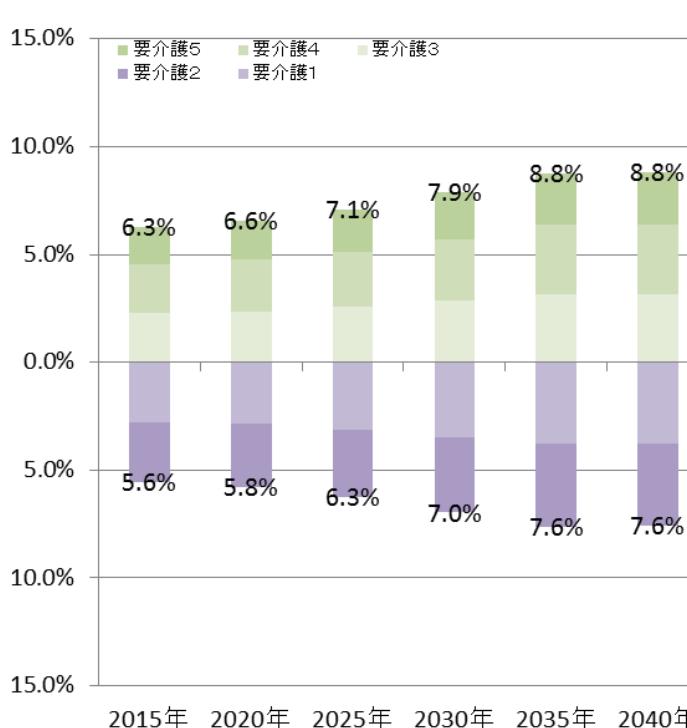
認定者数の推移



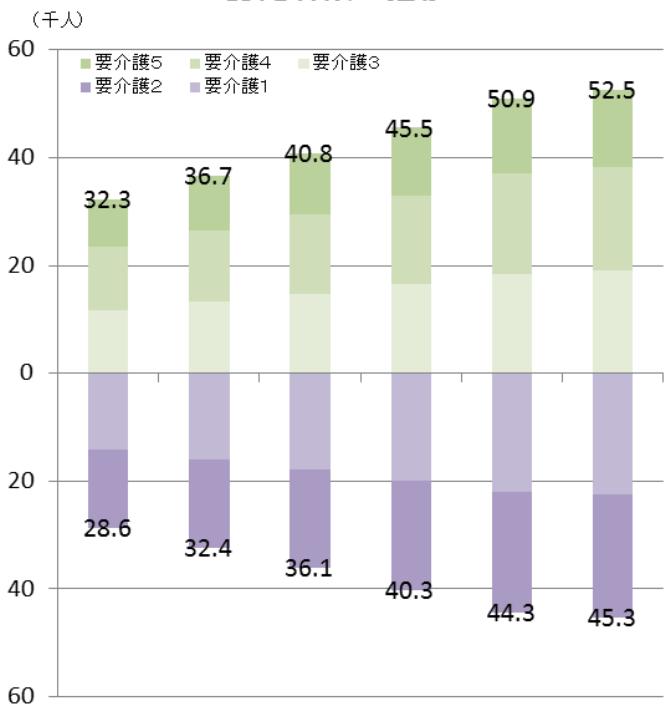
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

栃木県

認定率の推移



認定者数の推移



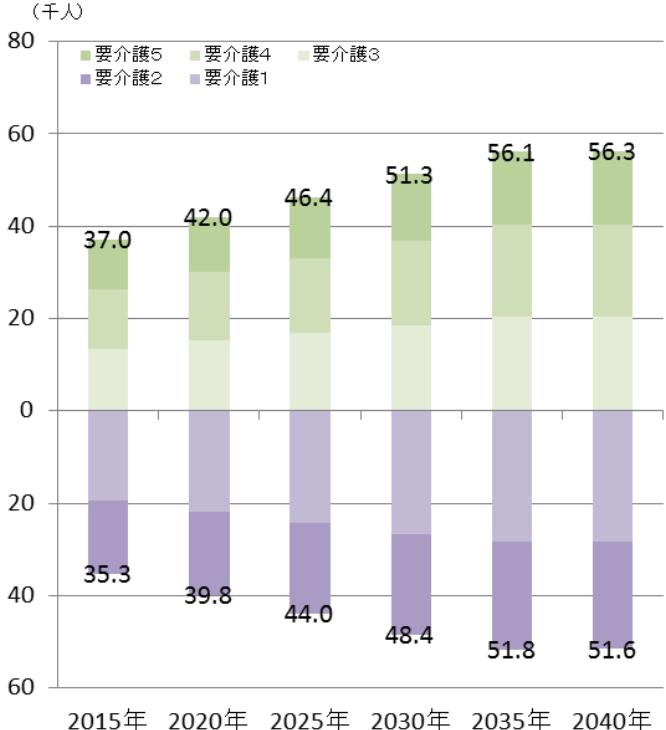
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
 (注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

群馬県

認定率の推移



認定者数の推移



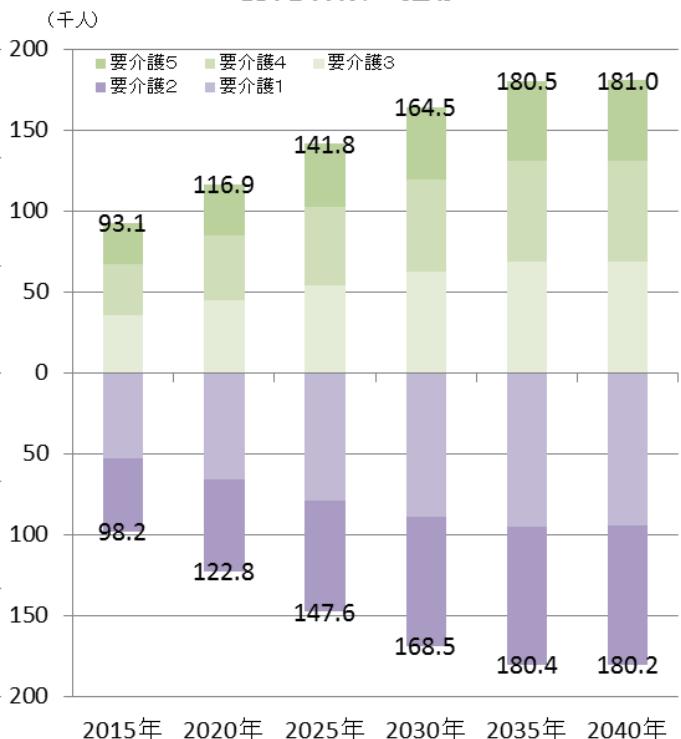
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
 (注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

埼玉県

認定率の推移



認定者数の推移



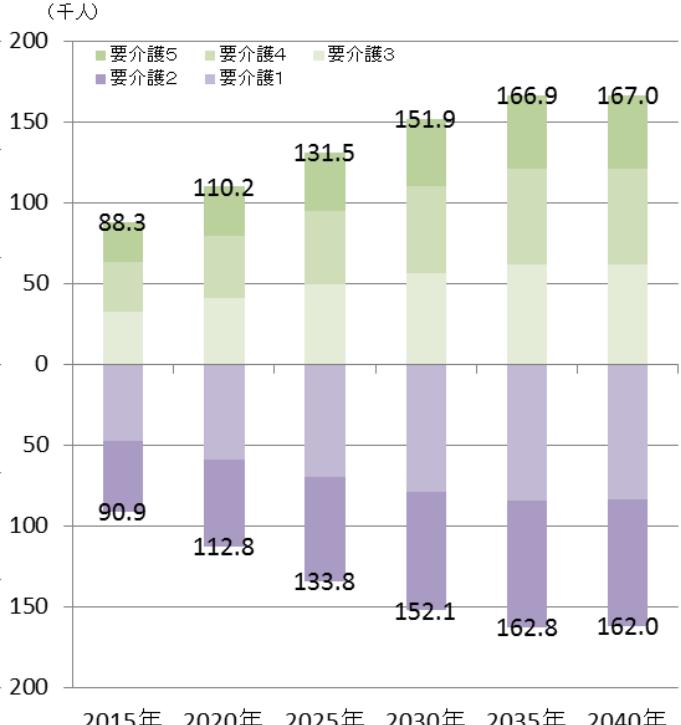
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

千葉県

認定率の推移

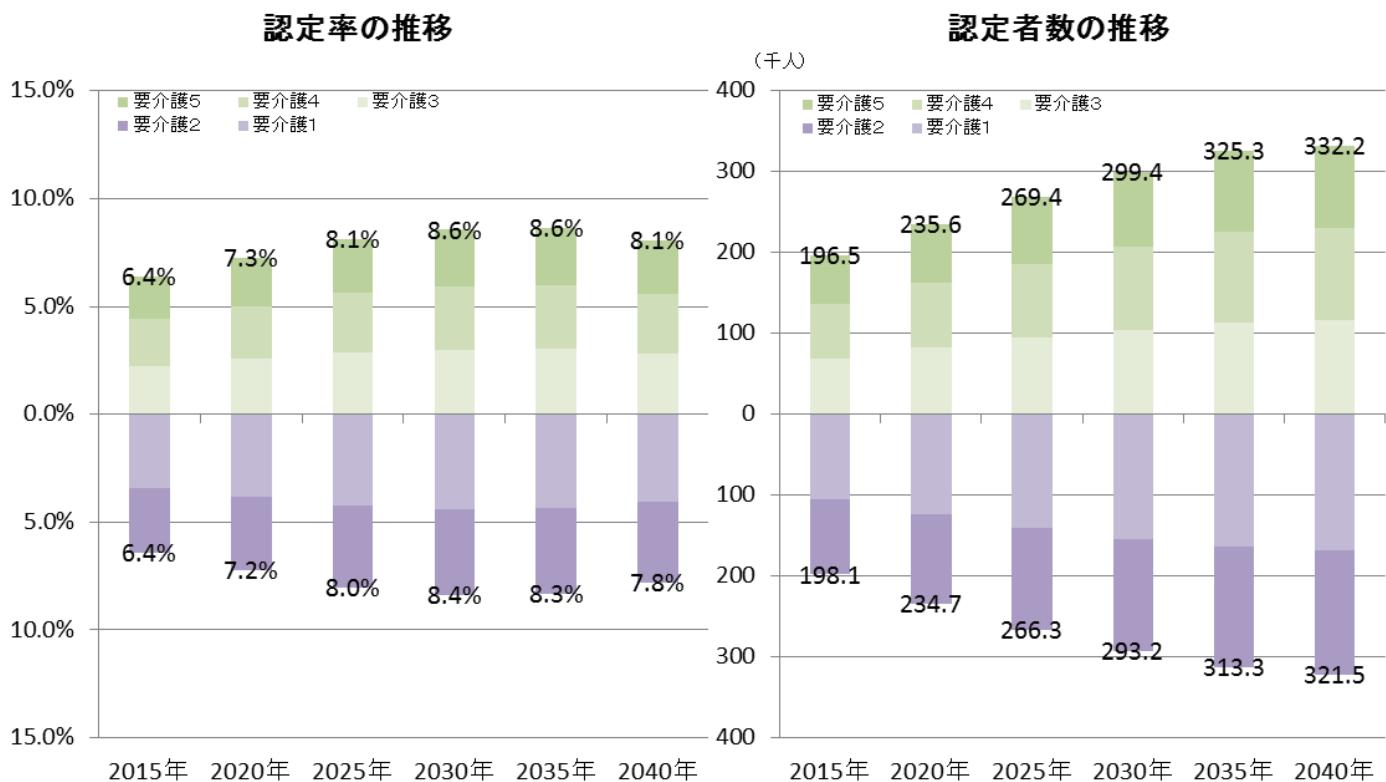


認定者数の推移

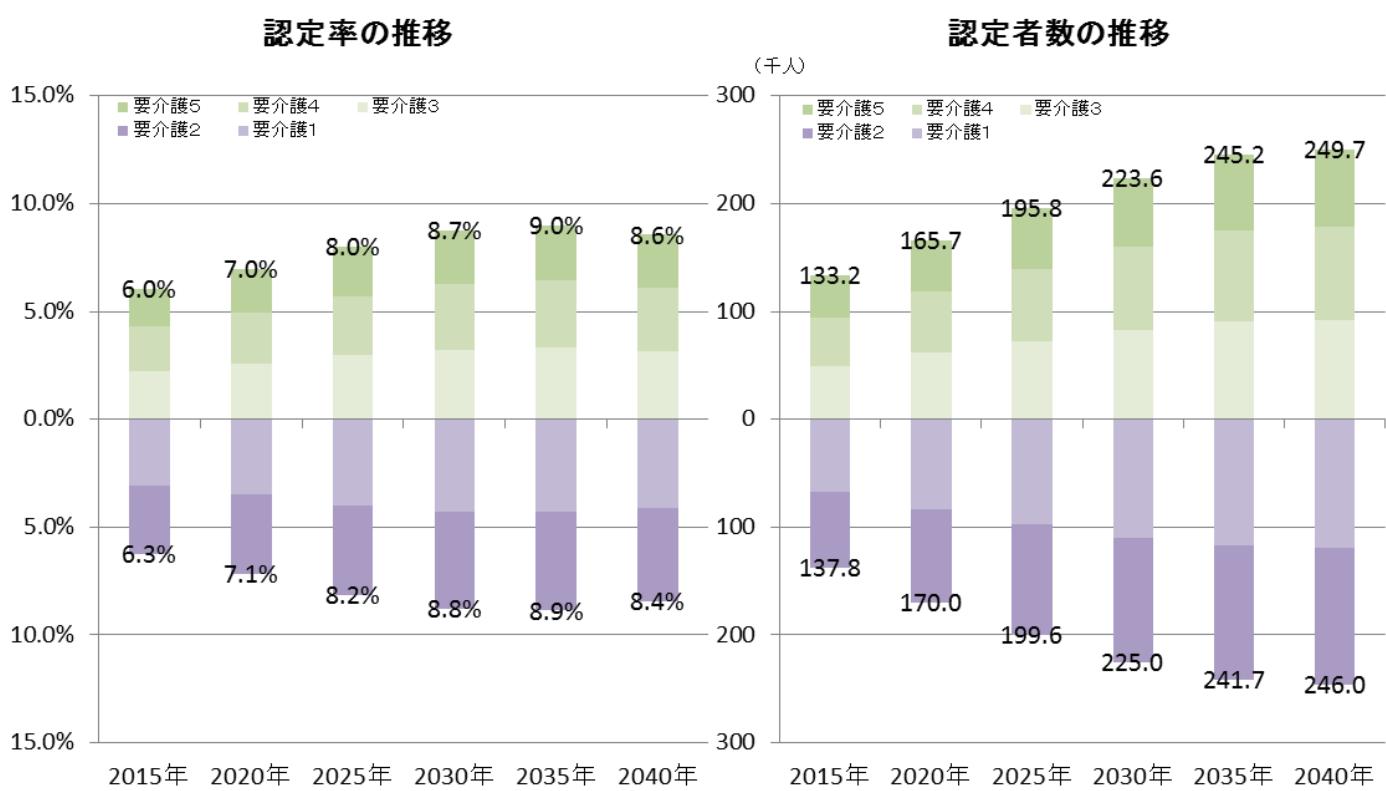


(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

東京都

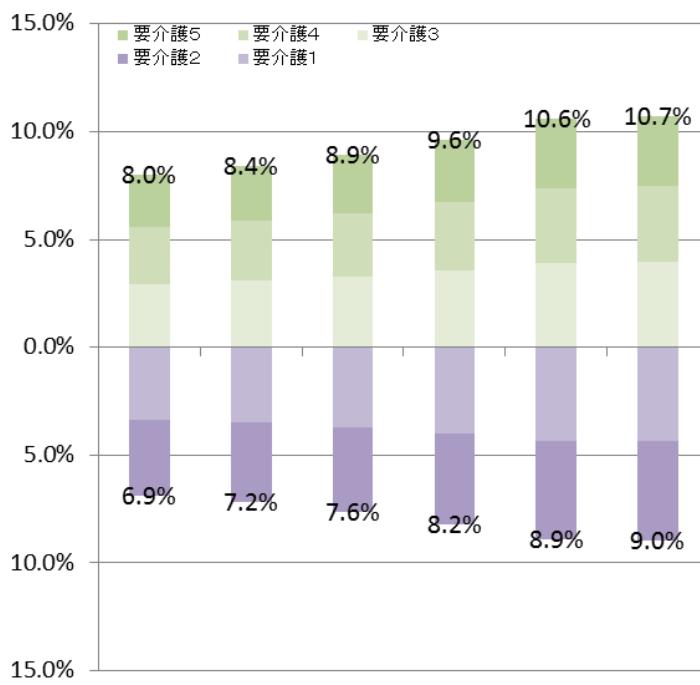


神奈川県

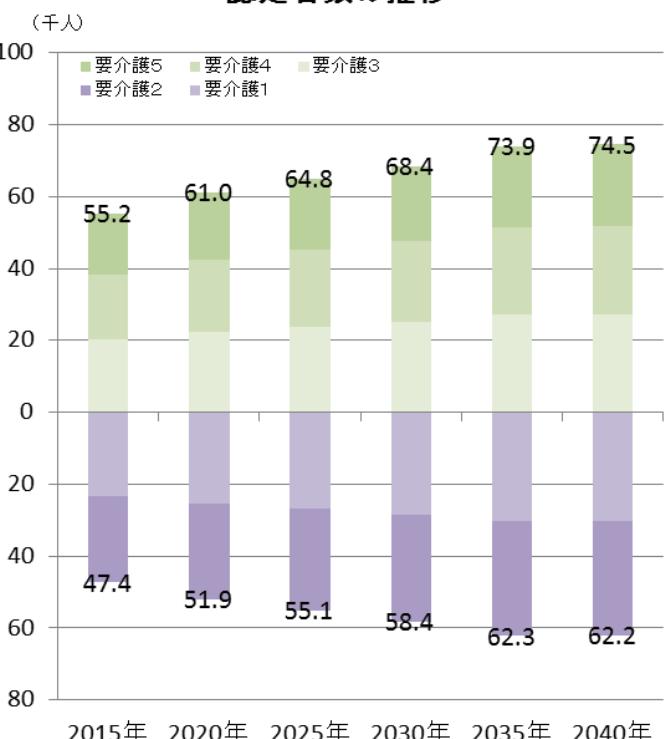


新潟県

認定率の推移



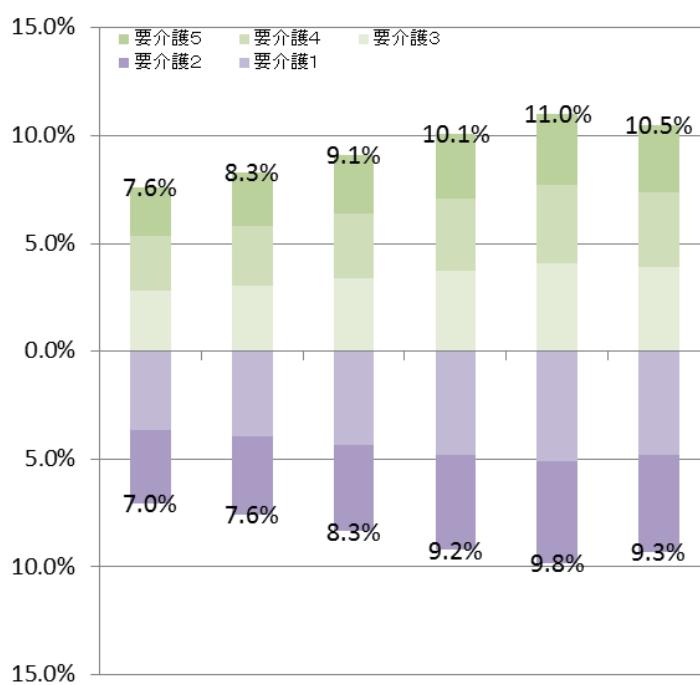
認定者数の推移



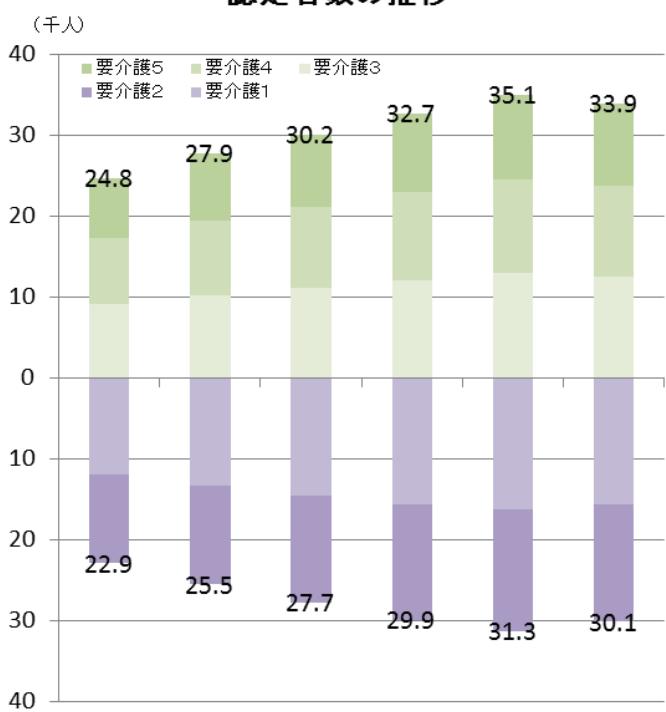
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

富山県

認定率の推移



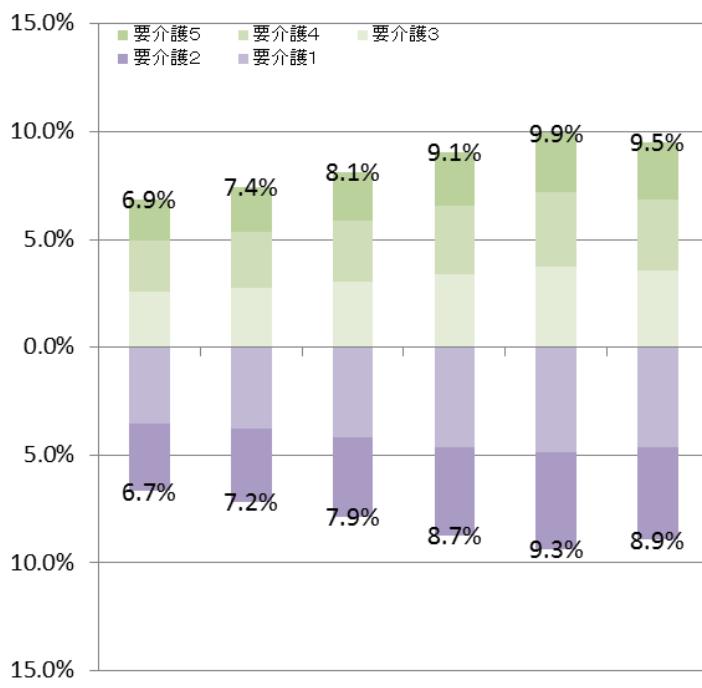
認定者数の推移



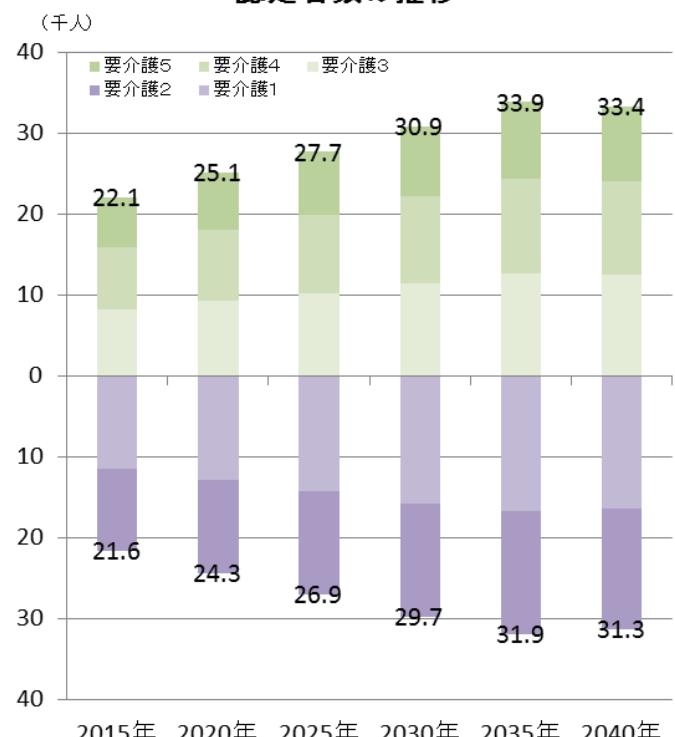
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

石川県

認定率の推移



認定者数の推移



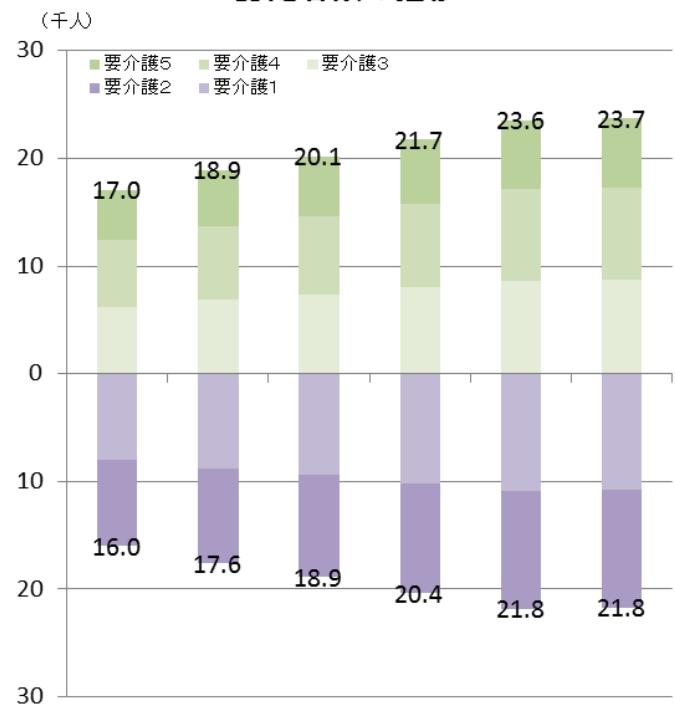
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

福井県

認定率の推移



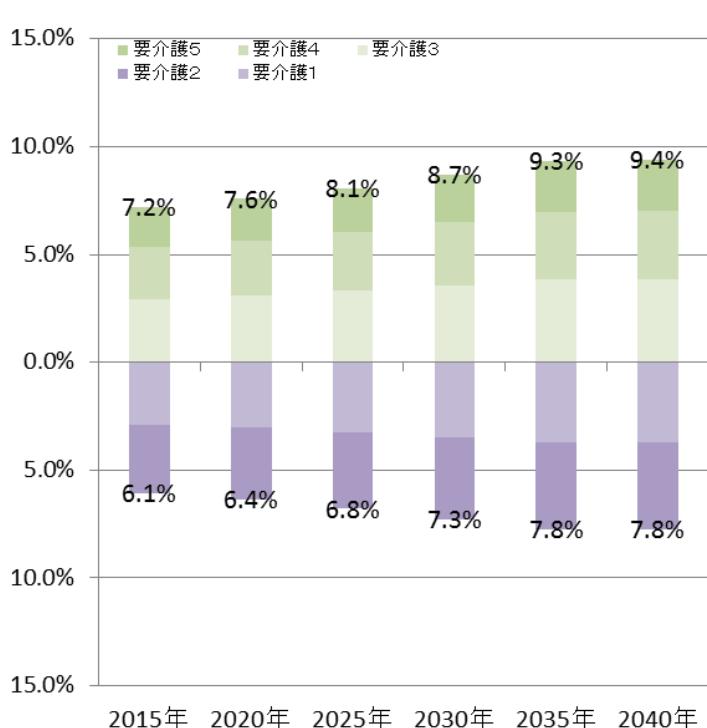
認定者数の推移



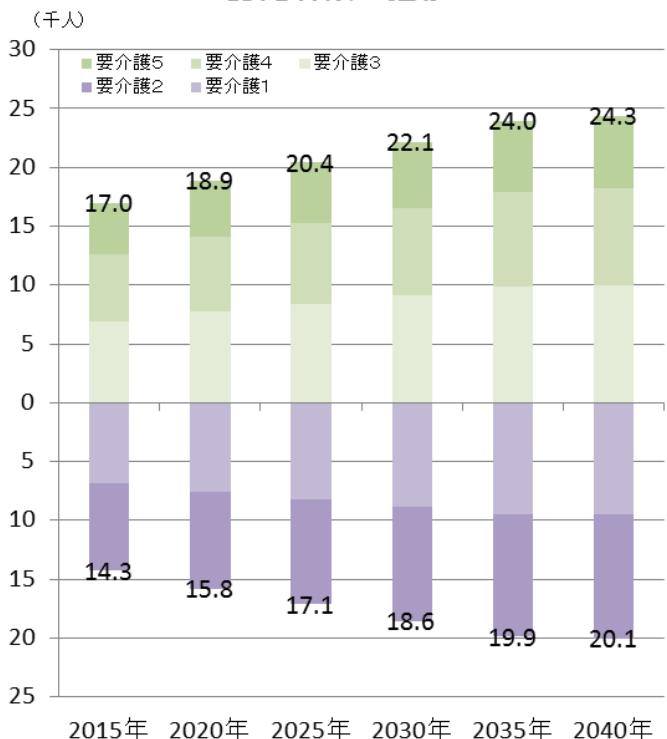
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

山梨県

認定率の推移



認定者数の推移



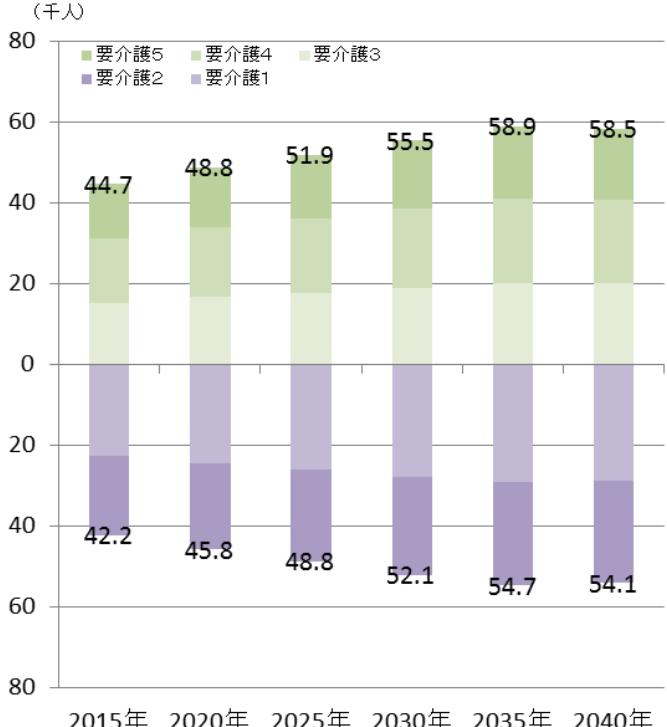
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

長野県

認定率の推移



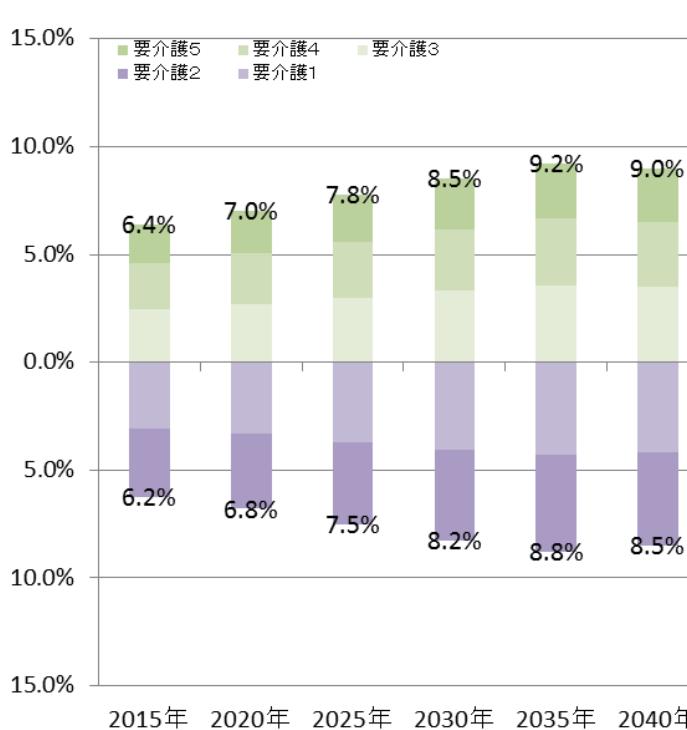
認定者数の推移



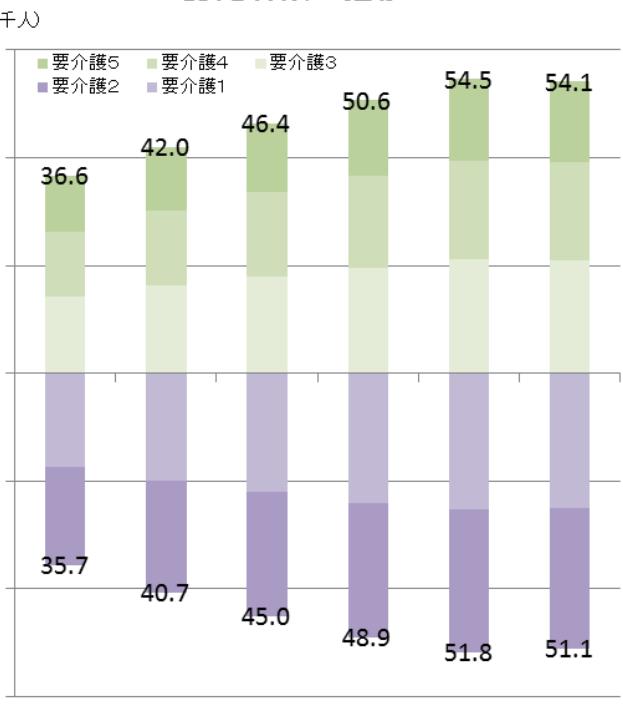
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

岐阜県

認定率の推移



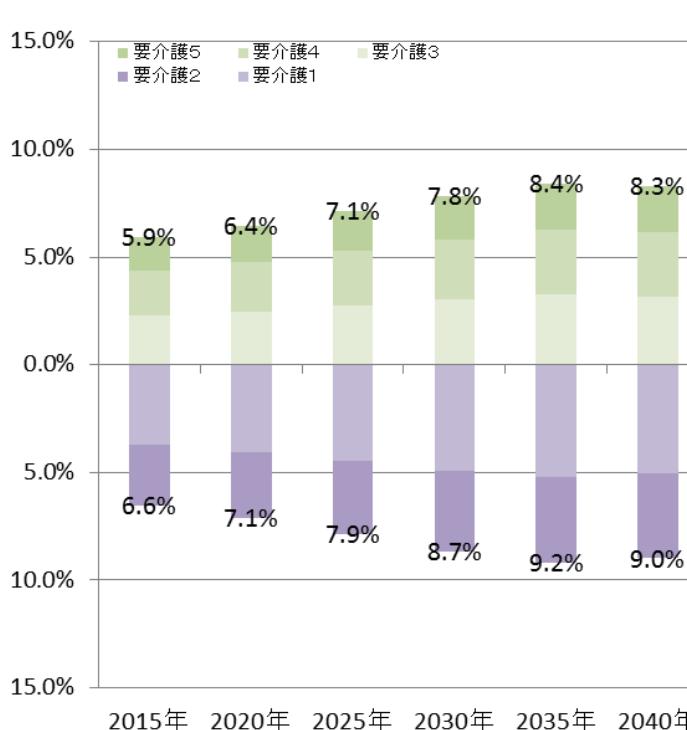
認定者数の推移



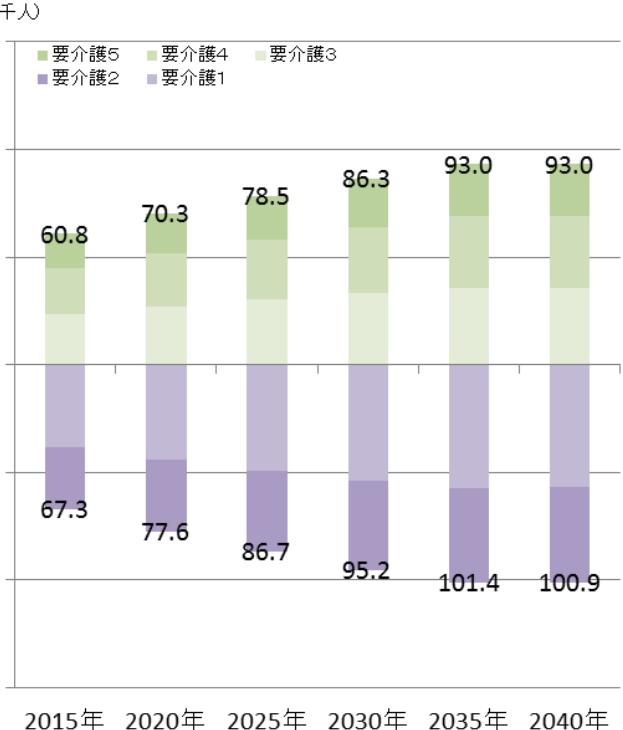
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

静岡県

認定率の推移



認定者数の推移



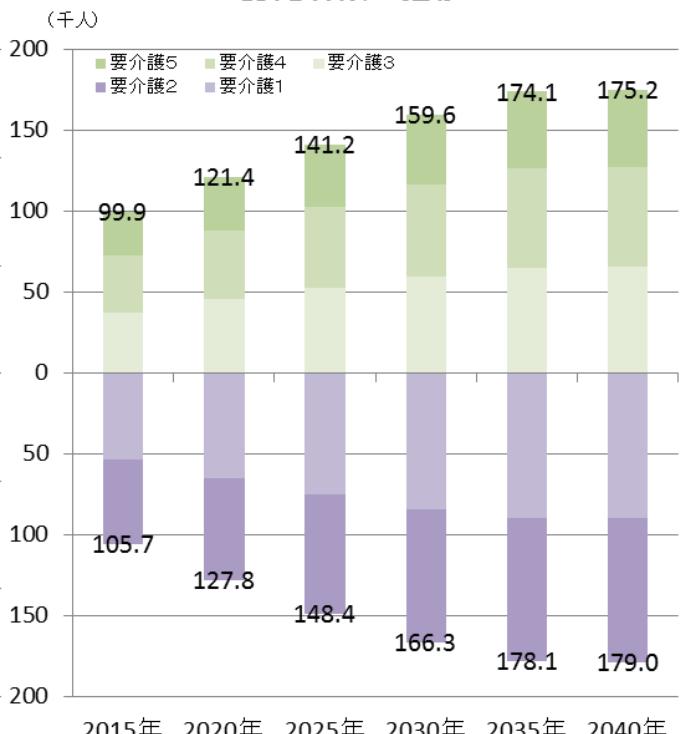
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

愛知県

認定率の推移



認定者数の推移



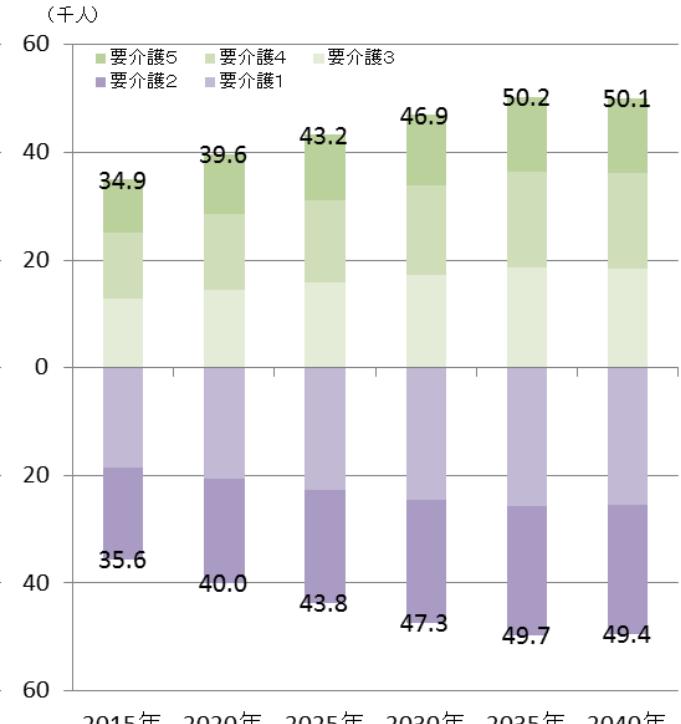
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

三重県

認定率の推移



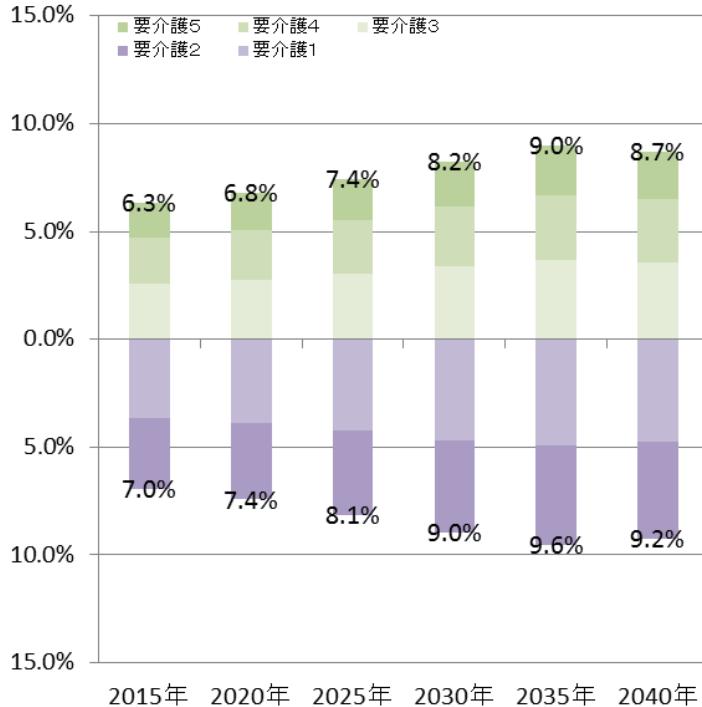
認定者数の推移



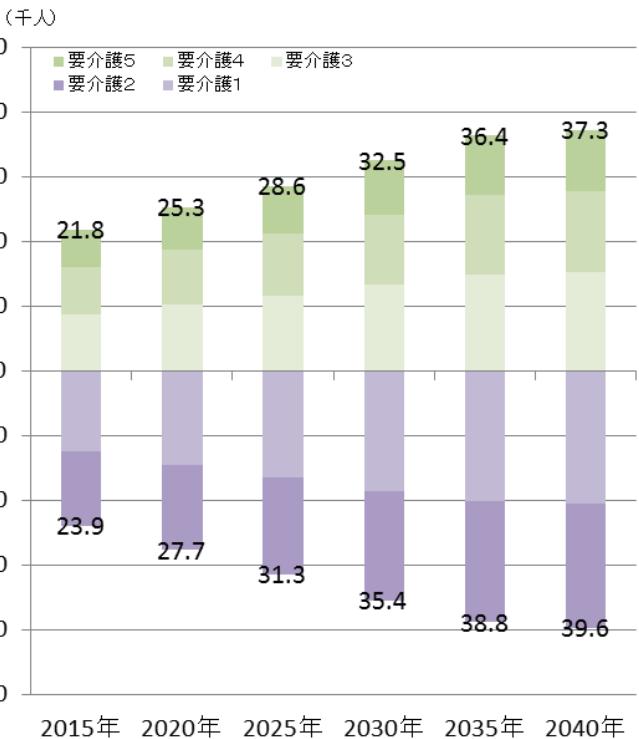
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

滋賀県

認定率の推移



認定者数の推移



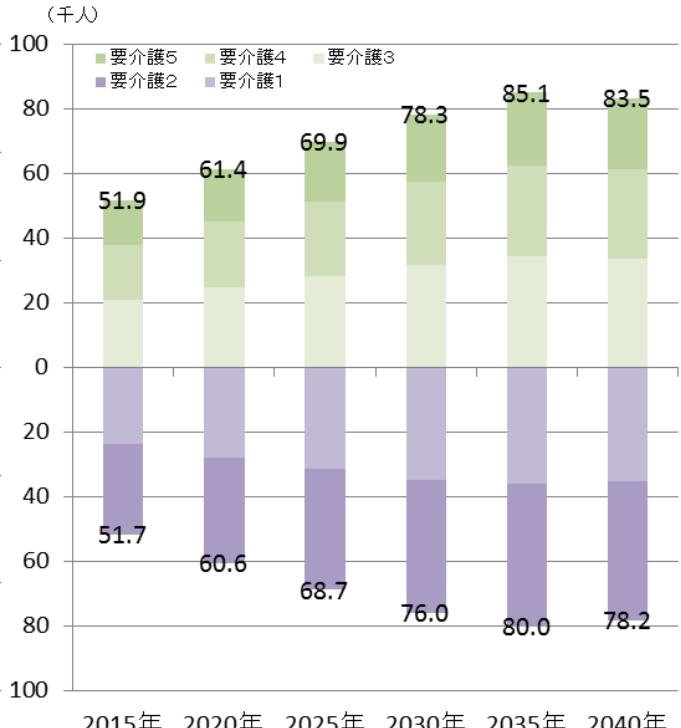
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

京都府

認定率の推移

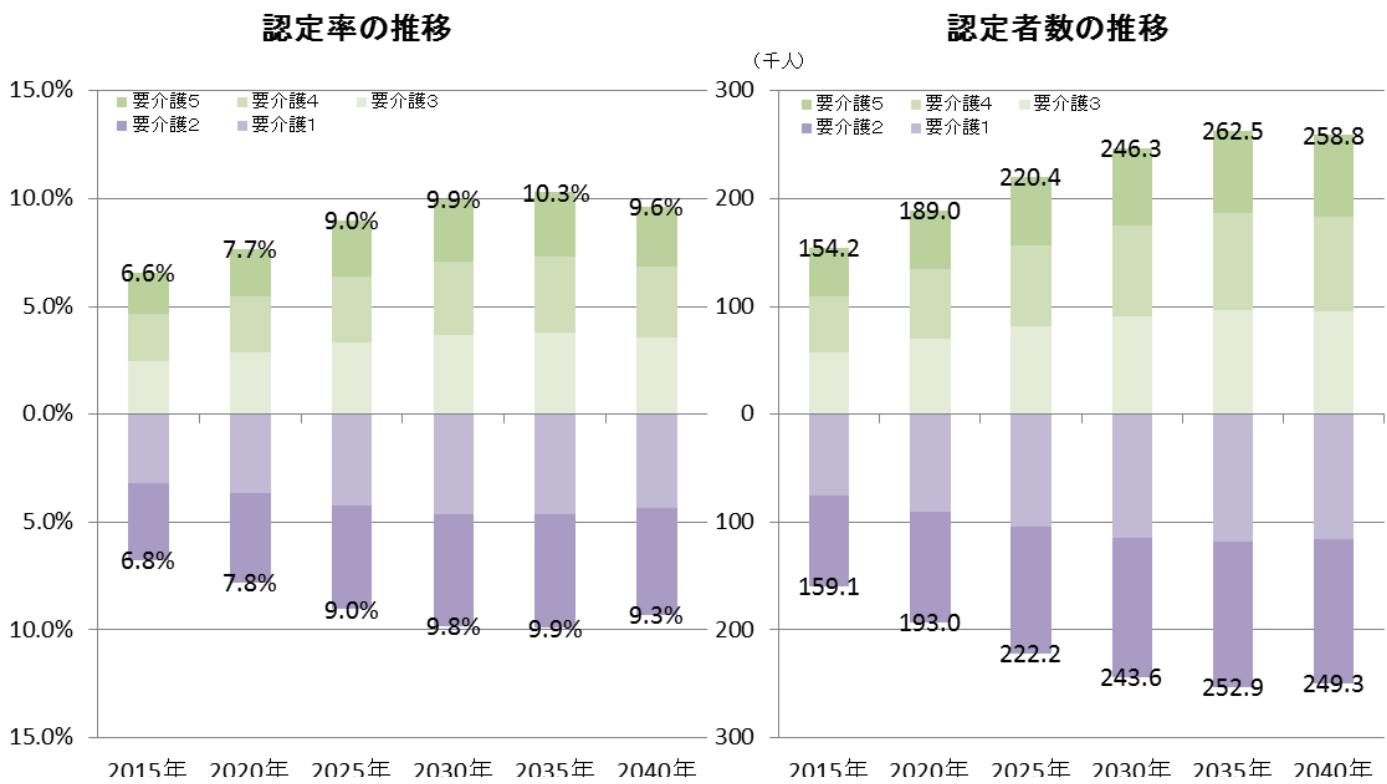


認定者数の推移



(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

大阪府



(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

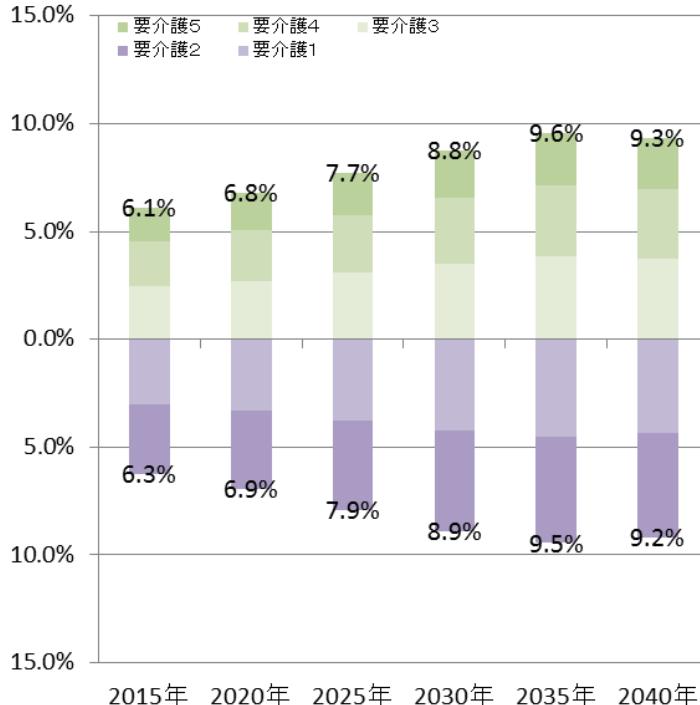
兵庫県



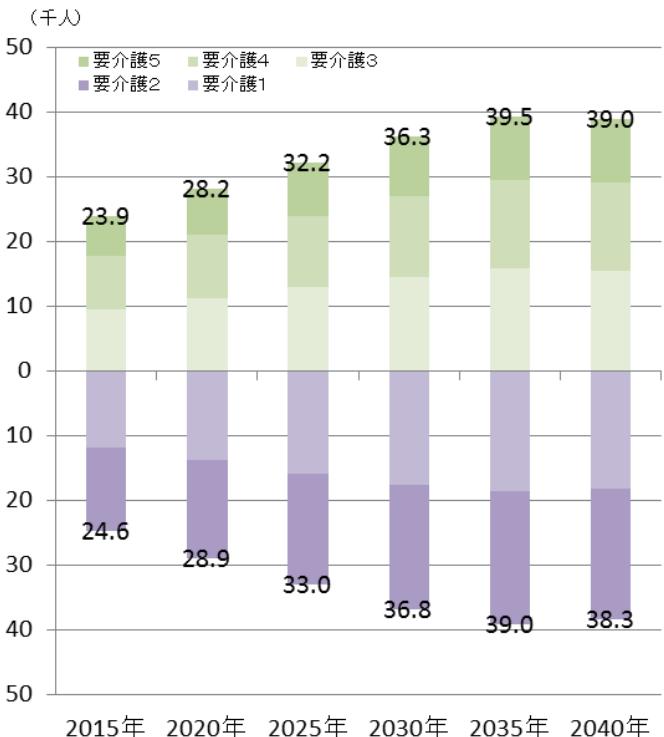
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

奈良県

認定率の推移



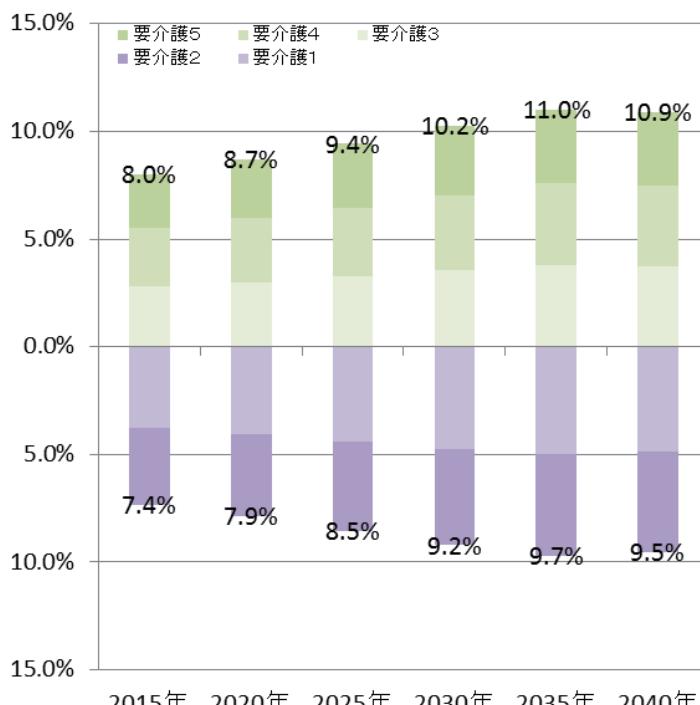
認定者数の推移



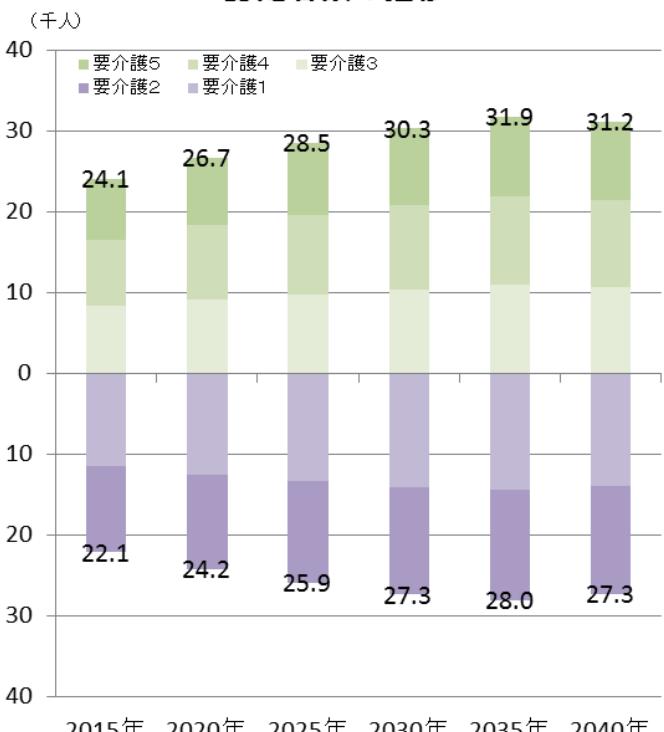
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

和歌山県

認定率の推移



認定者数の推移



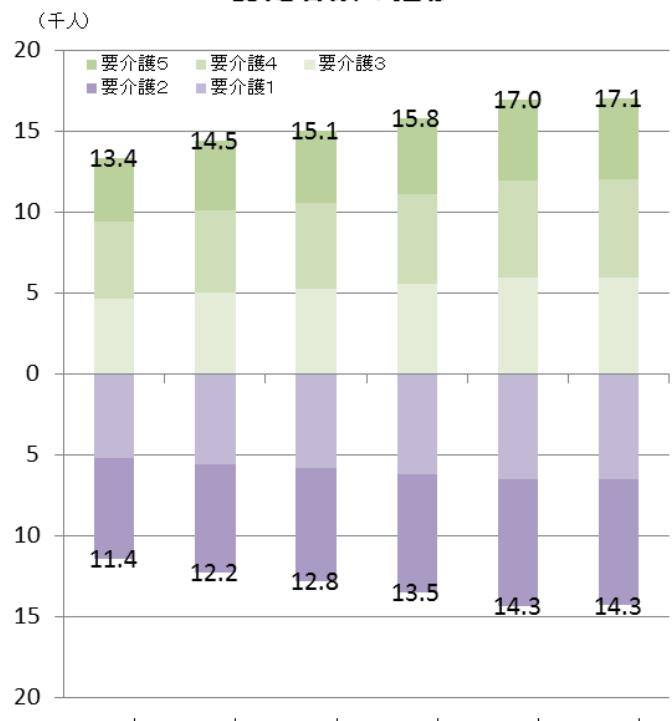
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

鳥取県

認定率の推移



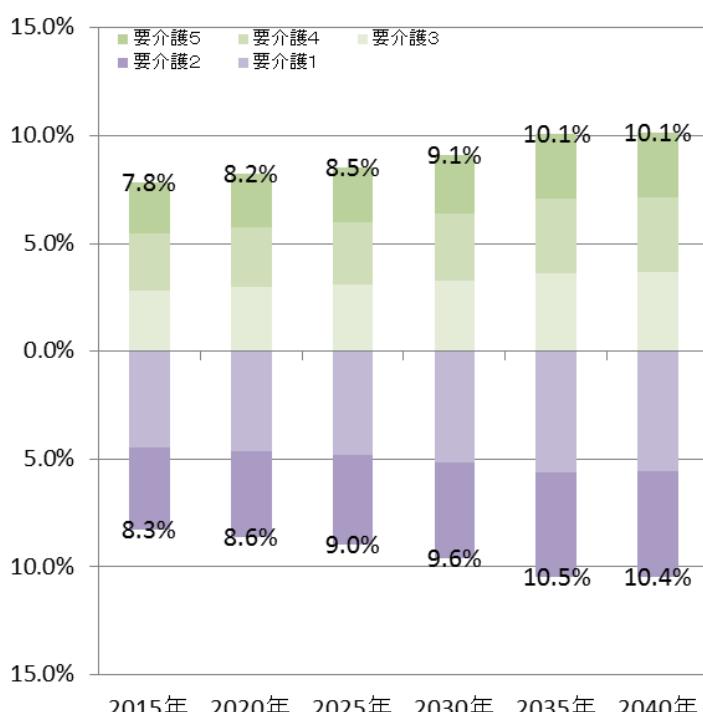
認定者数の推移



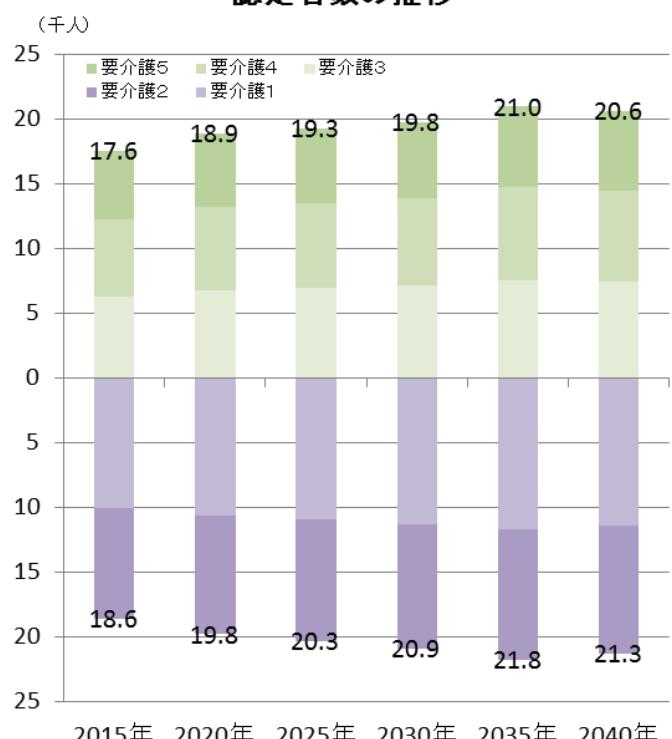
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

島根県

認定率の推移



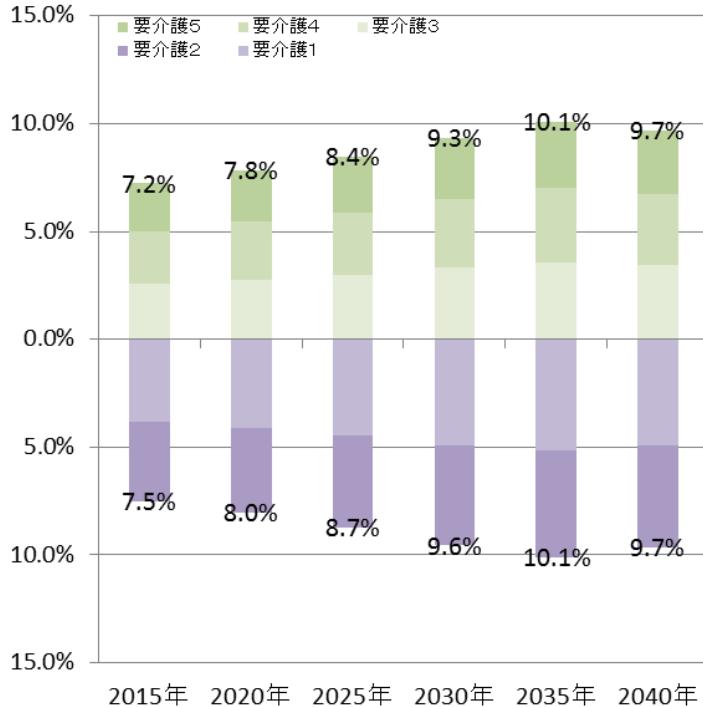
認定者数の推移



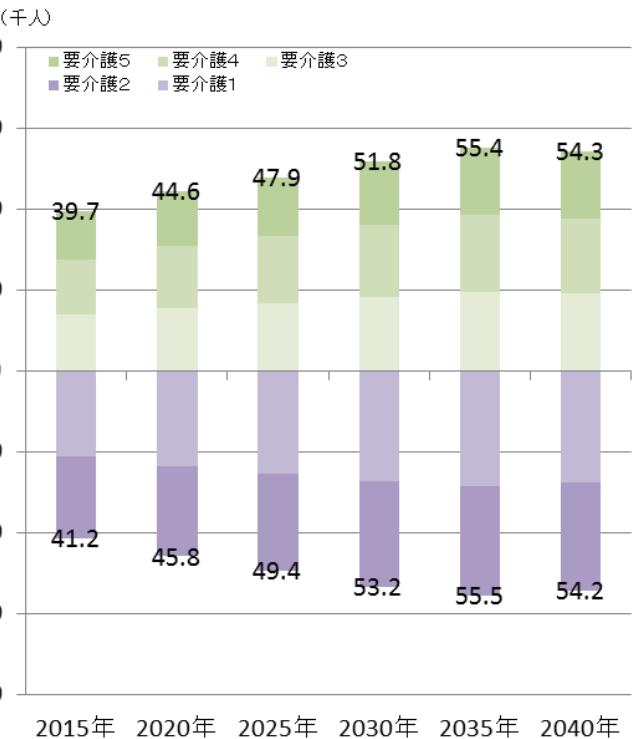
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

岡山県

認定率の推移



認定者数の推移



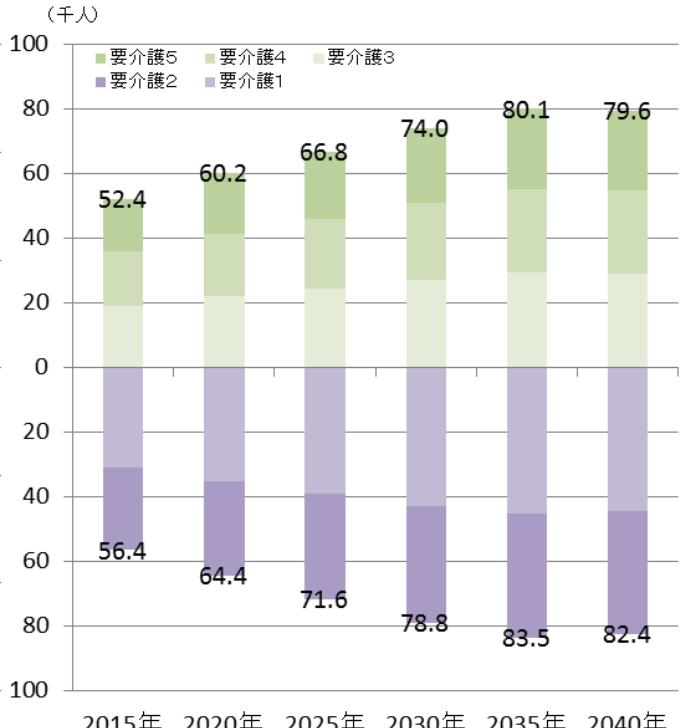
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

広島県

認定率の推移



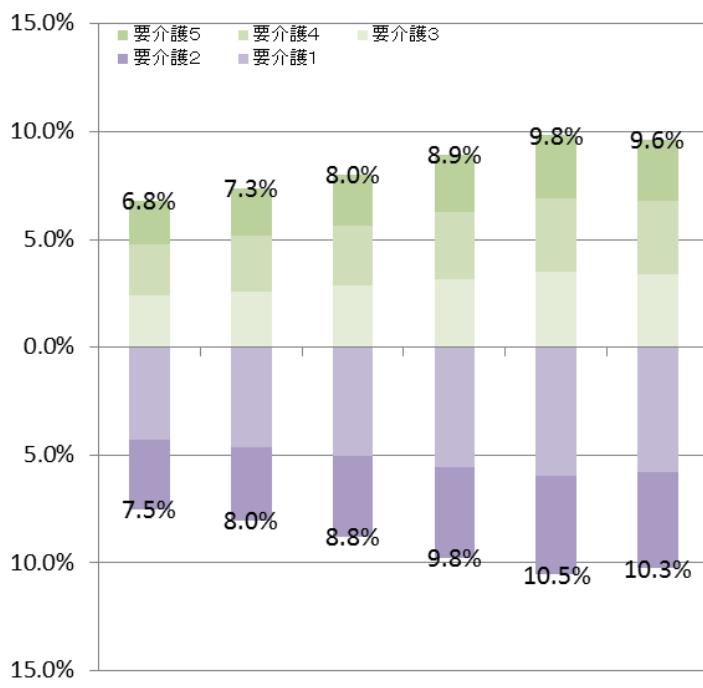
認定者数の推移



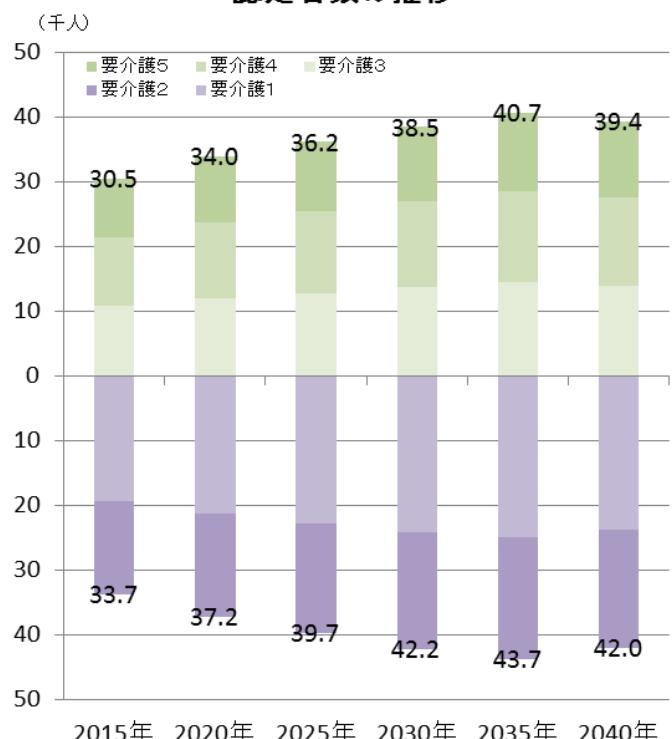
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

山口県

認定率の推移



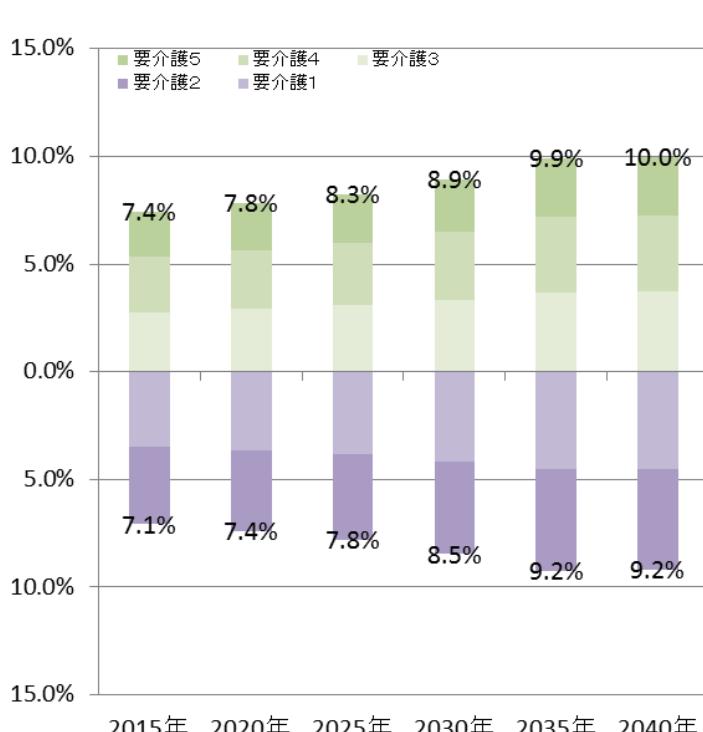
認定者数の推移



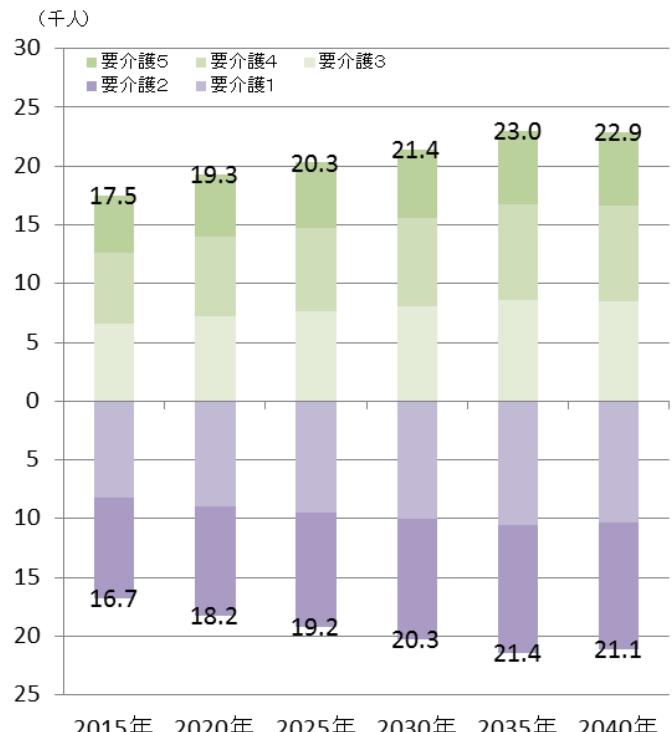
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

徳島県

認定率の推移



認定者数の推移



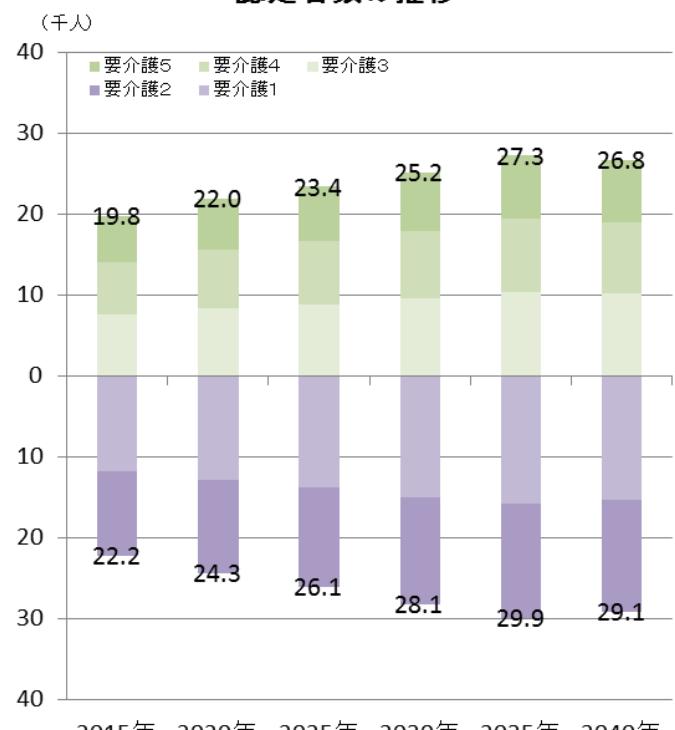
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

香川県

認定率の推移



認定者数の推移



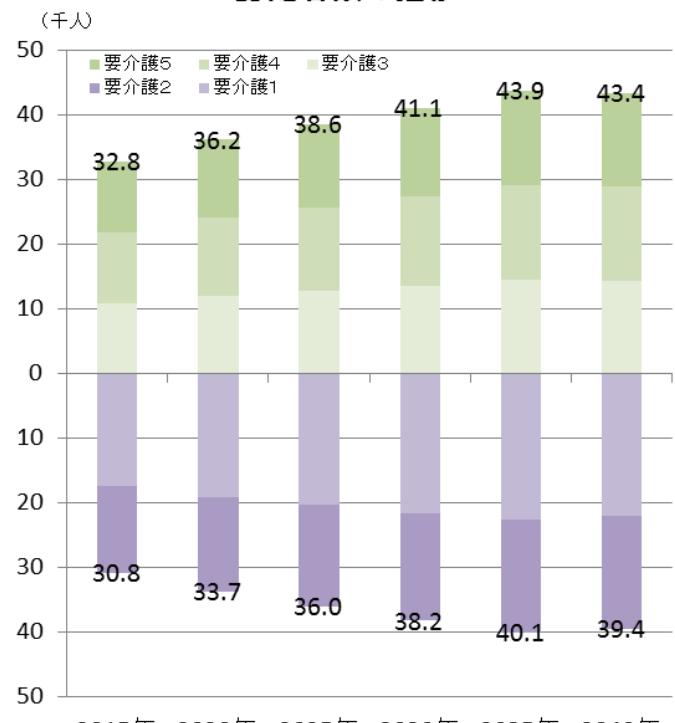
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

愛媛県

認定率の推移



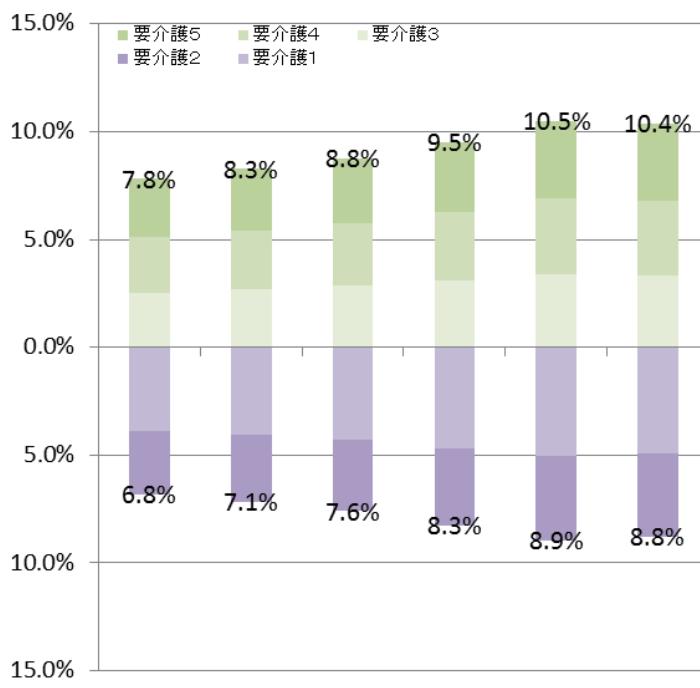
認定者数の推移



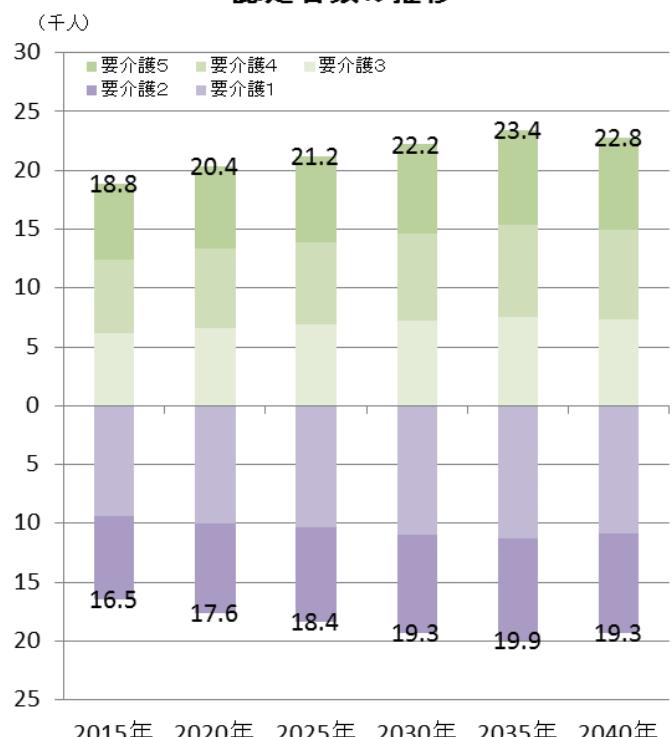
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

高知県

認定率の推移



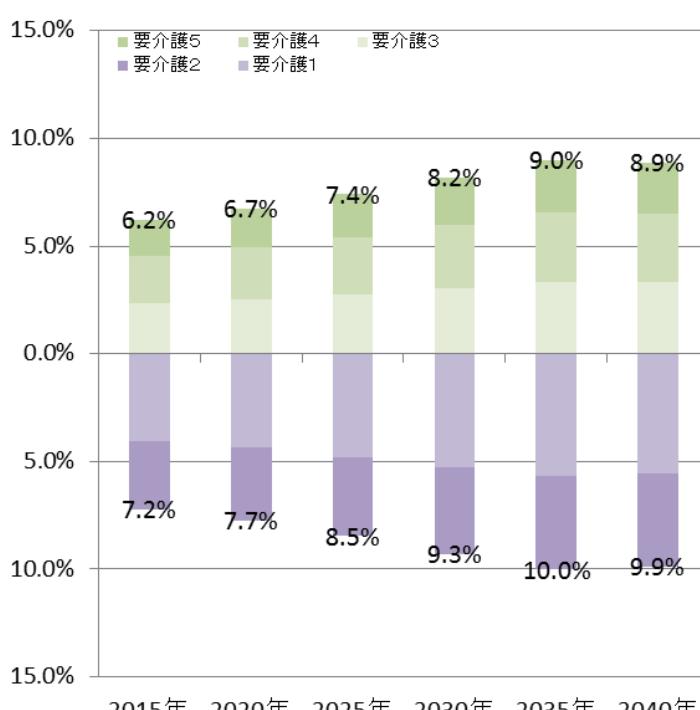
認定者数の推移



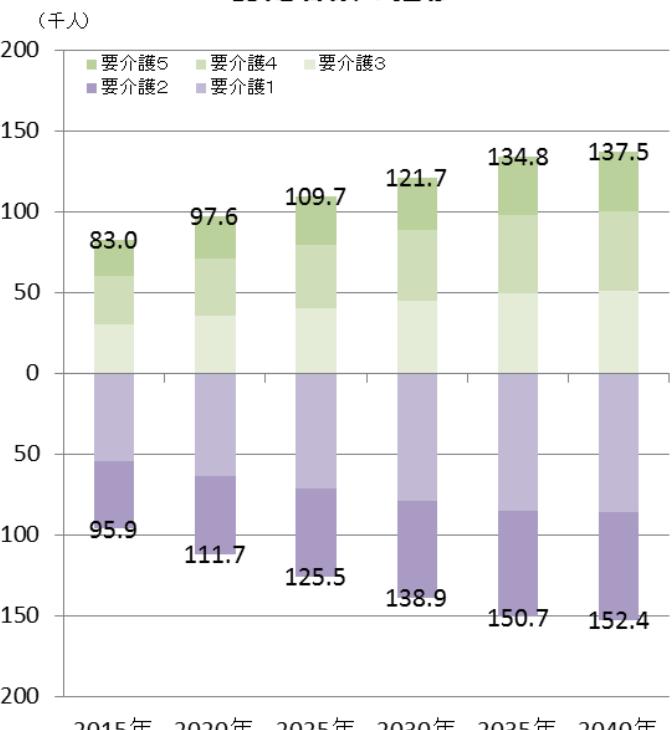
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

福岡県

認定率の推移



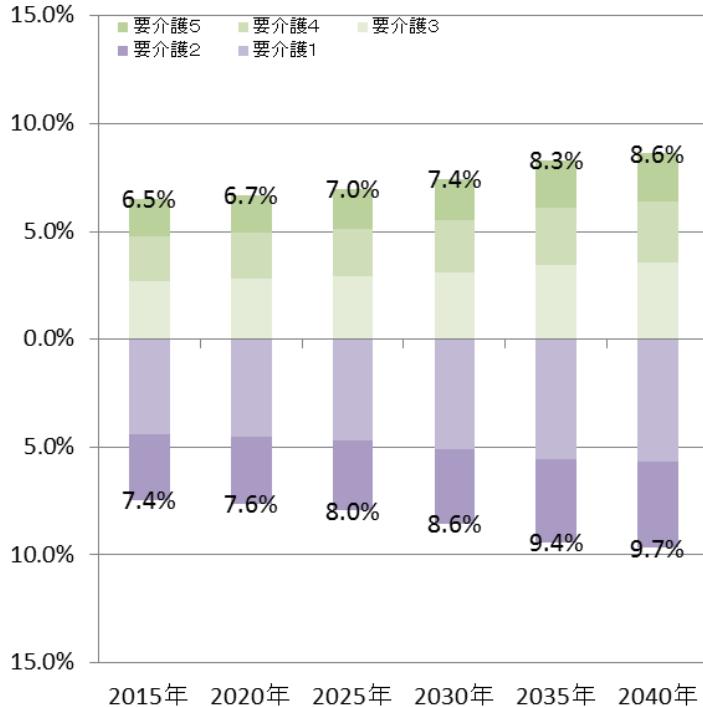
認定者数の推移



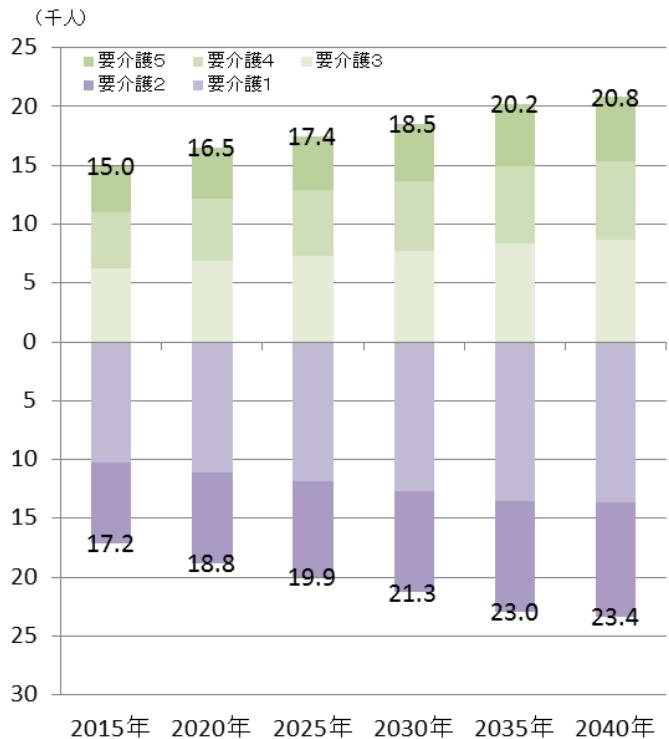
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

佐賀県

認定率の推移



認定者数の推移



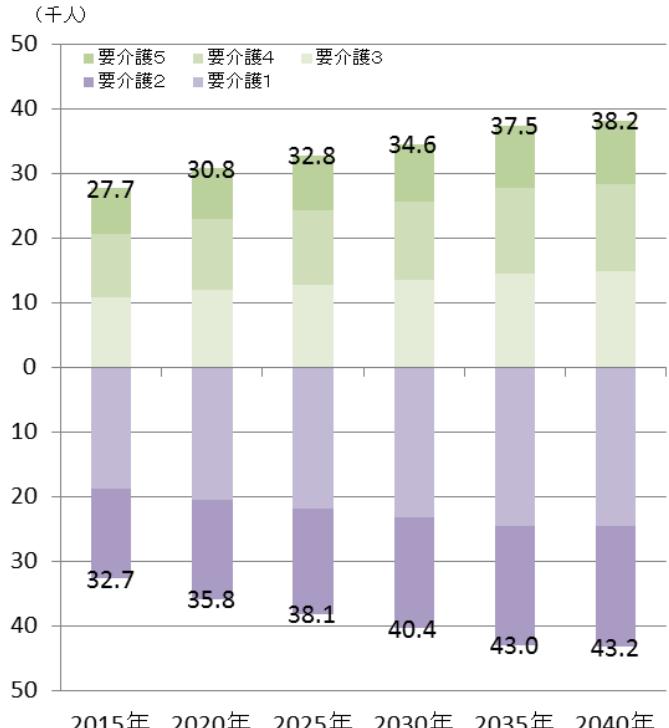
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

長崎県

認定率の推移



認定者数の推移

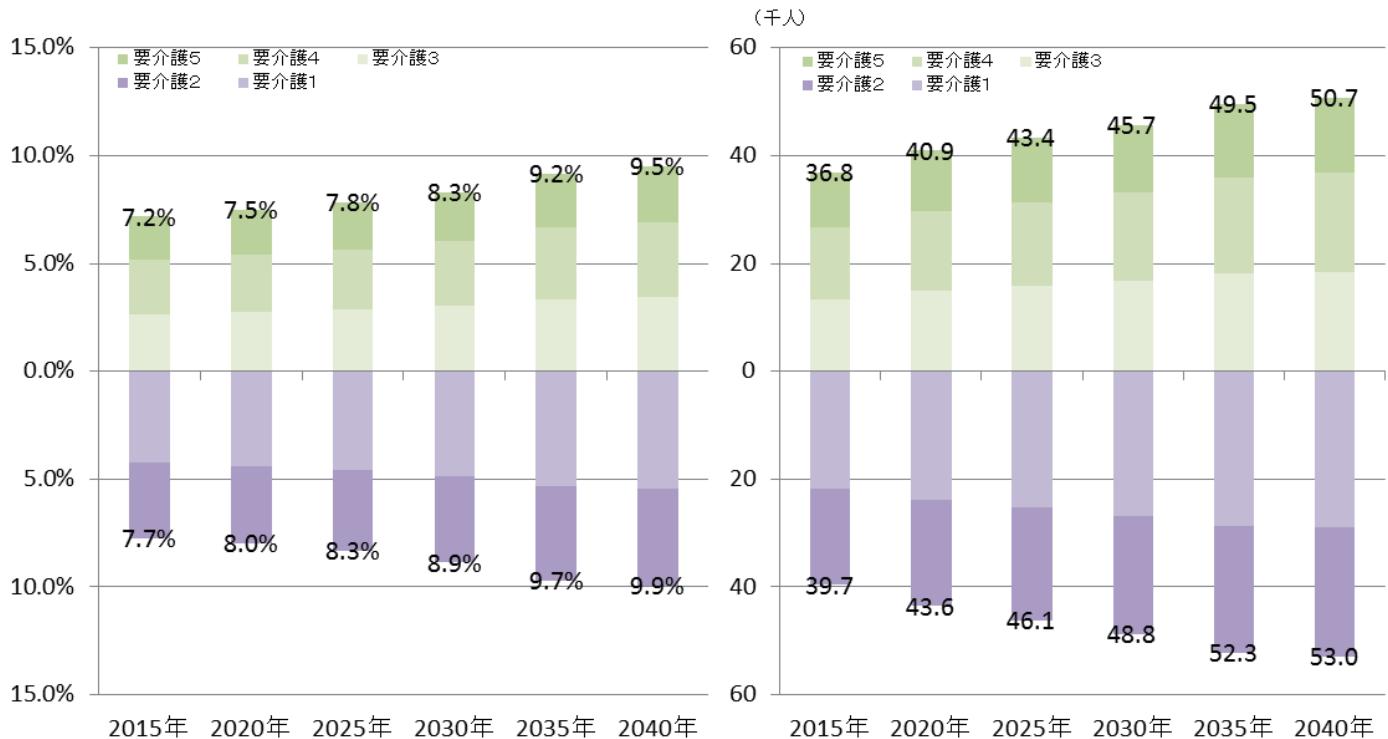


(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

熊本県

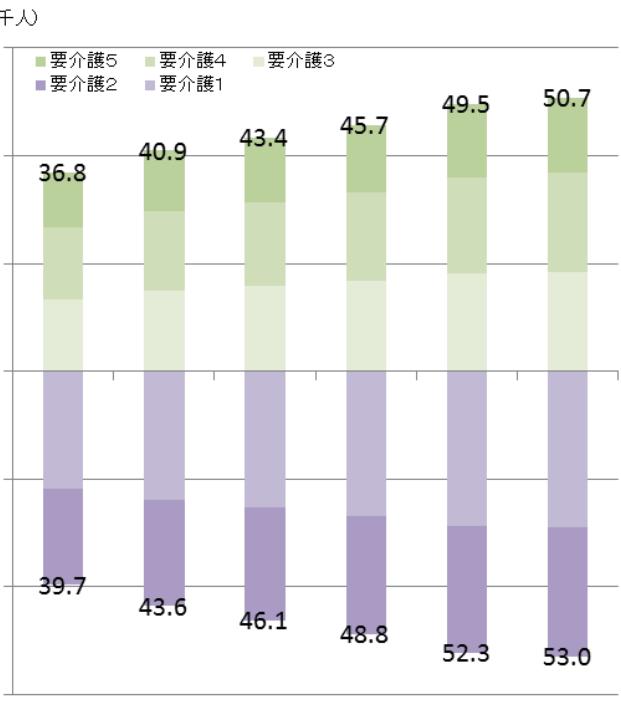
認定率の推移

■要介護5 ■要介護4 ■要介護3
■要介護2 ■要介護1



認定者数の推移

■要介護5 ■要介護4 ■要介護3
■要介護2 ■要介護1



(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

大分県

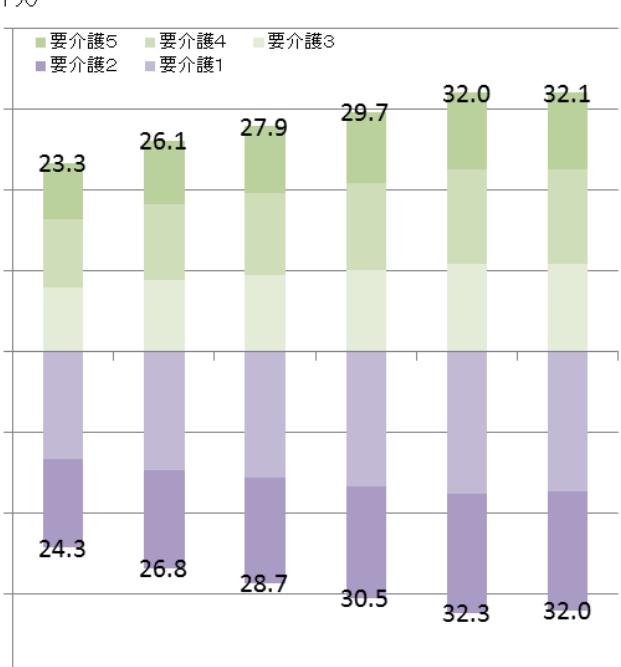
認定率の推移

■要介護5 ■要介護4 ■要介護3
■要介護2 ■要介護1



認定者数の推移

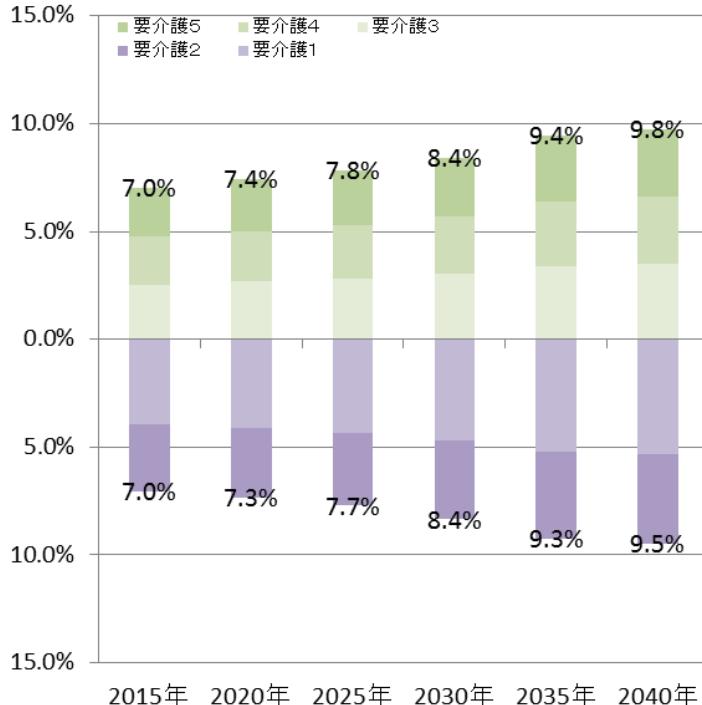
■要介護5 ■要介護4 ■要介護3
■要介護2 ■要介護1



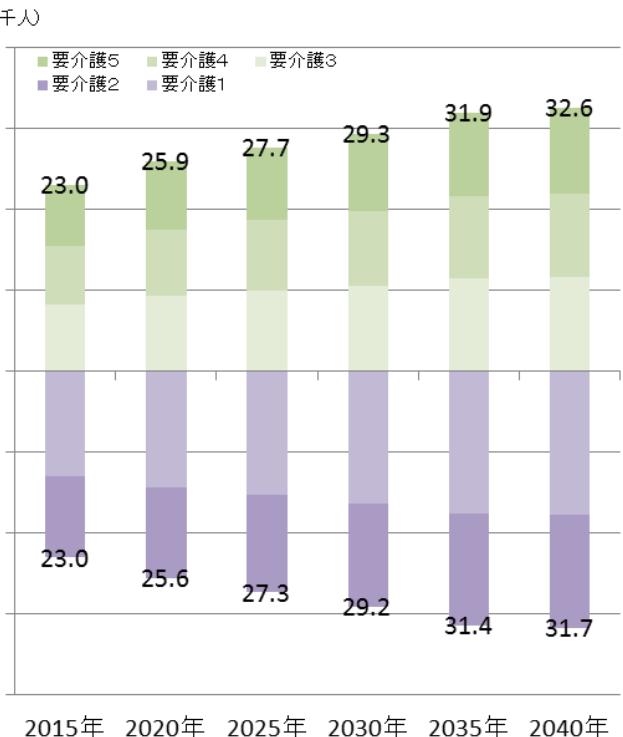
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

宮崎県

認定率の推移



認定者数の推移



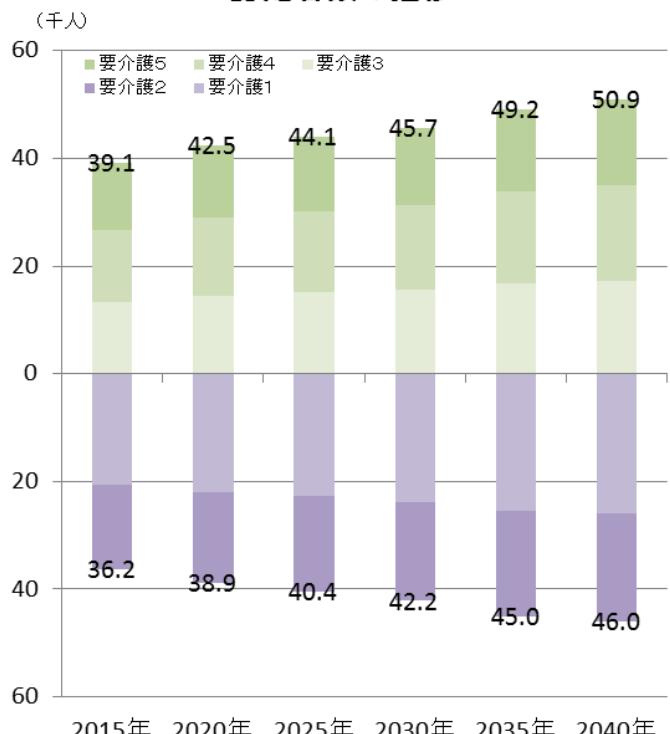
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乘じて機械的に推計したものである。

鹿児島県

認定率の推移



認定者数の推移



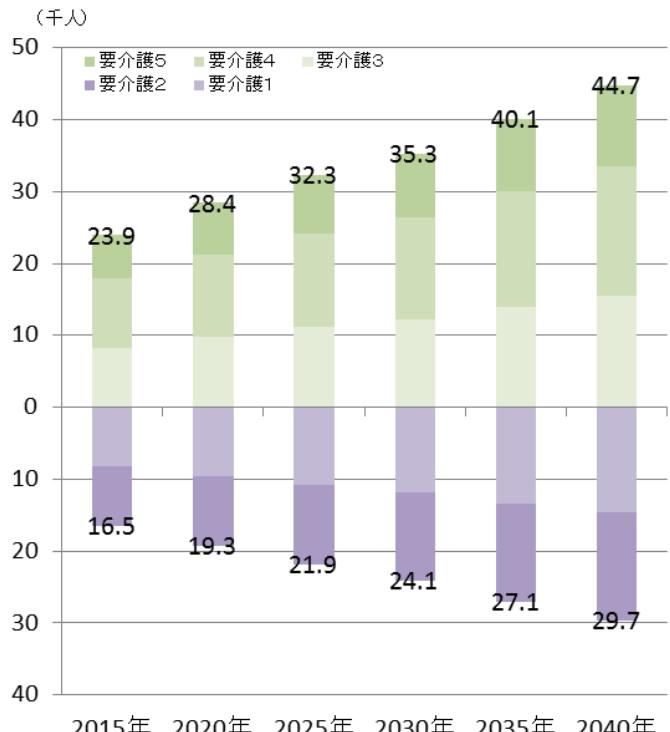
(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乘じて機械的に推計したものである。

沖縄県

認定率の推移



認定者数の推移



(資料)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計、国立社会保障・人口問題研究所)、「人口推計」(総務省)、「介護給付費実態調査」(厚生労働省)
(注)将来の性・年齢階級別認定率が平成26年と変わらないとして、これを将来推計人口に乗じて機械的に推計したものである。

第6期計画期間及び平成37年度等における 介護保険の第1号保険料について

第5期	第6期	平成32年度 (見込み)	平成37年度 (見込み)
4,972円 → 5,514円	→ 6,771円	→ 8,165円	
(+10.9%)	(+36.2%)	(+64.2%)	

- ※1 第1期は2,911円、第2期は3,293円、第3期は4,090円、第4期は4,160円。
- ※2 本資料における保険料額は、保険者ごとの保険料基準額を平均したものである（月額・加重平均）。
- ※3 保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として計上している。
- ※4 () は、5期の保険料を基準とした伸び率
- ※5 5期保険料は、東日本大震災の影響により、暫定的に第4期と同額の保険料基準額に据え置いた13保険者（宮城県4保険者・福島県9保険者）及び平成24年3月末時点で第5期保険料基準額が決定していない1保険者を除く1,566保険者を対象として算出している。
- ※6 平成32年度及び平成37年度の数値は、全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値について、平成27年4月24日現在で集計したもの。

第6期計画期間における各都道府県平均保険料基準額

	第5期保険料基準額(月額) (前回公表数値)	第6期保険料基準額(月額)	保険料基準額の伸び率 (%)
	(円)	(円)	
全国1,579保険者	4,972	5,514	10.9%
北海道	4,631	5,134	10.9%
青森県	5,491	6,175	12.5%
岩手県	4,851	5,574	14.9%
宮城県	4,846	5,451	12.5%
秋田県	5,338	6,078	13.9%
山形県	4,784	5,644	18.0%
福島県	4,748	5,592	17.8%
茨城県	4,528	5,204	14.9%
栃木県	4,409	4,988	13.1%
群馬県	4,893	5,749	17.5%
埼玉県	4,506	4,835	7.3%
千葉県	4,423	4,958	12.1%
東京都	4,992	5,538	10.9%
神奈川県	4,787	5,465	14.2%
新潟県	5,634	5,956	5.7%
富山県	5,513	5,975	8.4%
石川県	5,546	6,063	9.3%
福井県	5,266	5,903	12.1%
山梨県	4,910	5,371	9.4%
長野県	4,920	5,399	9.7%
岐阜県	4,749	5,406	13.8%
静岡県	4,714	5,124	8.7%
愛知県	4,768	5,191	8.9%
三重県	5,314	5,808	9.3%
滋賀県	4,796	5,563	16.0%
京都府	5,280	5,812	10.1%
大阪府	5,303	6,025	13.6%
兵庫県	4,982	5,440	9.2%
奈良県	4,592	5,231	13.9%
和歌山県	5,501	6,243	13.5%
鳥取県	5,420	6,144	13.4%
島根県	5,343	5,912	10.6%
岡山県	5,224	5,914	13.2%
広島県	5,411	5,796	7.1%
山口県	4,978	5,331	7.1%
徳島県	5,282	5,681	7.6%
香川県	5,195	5,636	8.5%
愛媛県	5,379	5,999	11.5%
高知県	5,021	5,406	7.7%
福岡県	5,165	5,632	9.0%
佐賀県	5,129	5,570	8.6%
長崎県	5,421	5,770	6.4%
熊本県	5,138	5,684	10.6%
大分県	5,351	5,599	4.6%
宮崎県	5,142	5,481	6.6%
鹿児島県	4,946	5,719	15.6%
沖縄県	5,880	6,267	6.6%

※ 5期の宮城県・福島県については、前回公表(平成24年3月)後に設定した被災保険者の保険料で再計算をしているため、前回公表額と一致しない。

※ 端数処理等の関係で、各自治体の公表している額と一致しない場合がある。

○ 保険料基準額の低額保険者

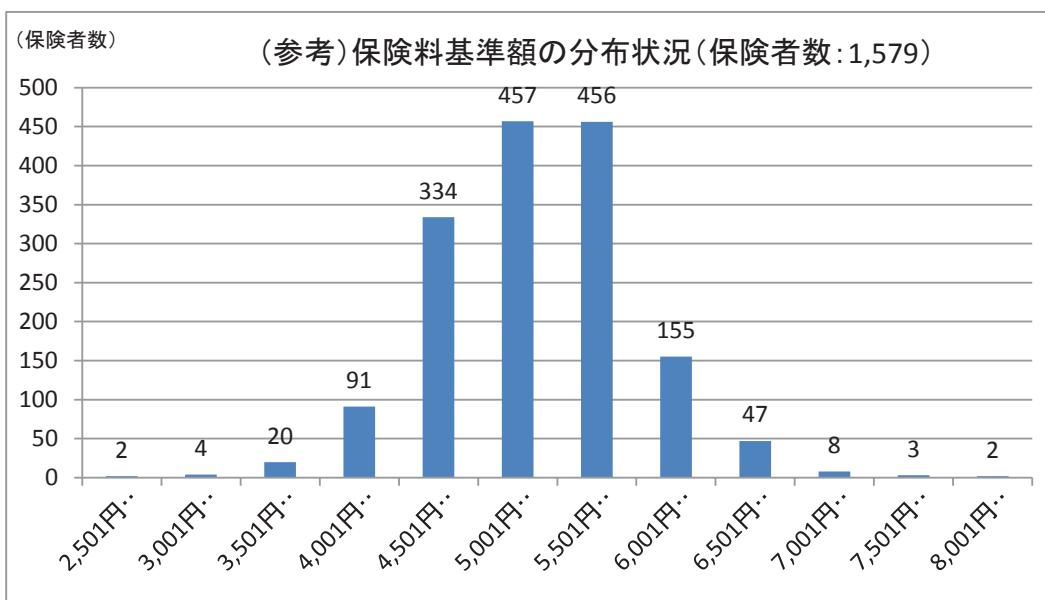
○ 保険料基準額の高額保険者

保険者名		(単位:円)	保険者名		(単位:円)
		第6期基準額(月額)			第6期基準額(月額)
鹿児島県	三島村	2,800	奈良県	天川村	8,686
北海道	音威子府村	3,000	福島県	飯館村	8,003
北海道	中札内村	3,100	奈良県	黒滝村	7,800
福島県	檜枝岐村	3,340	岡山県	美咲町	
北海道	興部町	3,500	福島県	双葉町	7,528
北海道	平取町		福島県	三島町	7,500
北海道	登別市	3,700	福島県	大熊町	
北海道	奥尻町		福島県	葛尾村	
北海道	遠軽町	3,750	青森県	三戸町	7,450
千葉県	四街道市		鹿児島県	瀬戸内町	7,300
高知県	大豊町	3,800	青森県	田子町	7,250
愛知県	大口町		高知県	東洋町	7,212
北海道	礼文町	3,894	岡山県	吉備中央町	7,200
北海道	津別町		青森県	南部町	7,000
群馬県	草津町	3,900	福島県	楢葉町	
福井県	池田町		福島県	浪江町	
神奈川県	綾瀬市	3,894	群馬県	上野村	
北海道	様似町	6,997	山形県	真室川町	6,997
千葉県	酒々井町		青森県	六戸町	6,980
奈良県	御杖村	6,977	埼玉県	東秩父村	6,977

○ 保険料基準額階層別分布

保険料基準額	保険者数	割合
2,501円以上～3,000円以下	2	0.1%
3,001円以上～3,500円以下	4	0.3%
3,501円以上～4,000円以下	20	1.3%
4,001円以上～4,500円以下	91	5.8%
4,501円以上～5,000円以下	334	21.2%
5,001円以上～5,500円以下	457	28.9%
5,501円以上～6,000円以下	456	28.9%
6,001円以上～6,500円以下	155	9.8%
6,501円以上～7,000円以下	47	3.0%
7,001円以上～7,500円以下	8	0.5%
7,501円以上～8,000円以下	3	0.2%
8,001円以上～	2	0.1%
合計	1,579	100.0%

	全国合計	
	保険者数	割合
第5期から保険料基準額を引き上げた保険者	1,488	94.2%
第5期から保険料基準額を据え置いた保険者	64	4.1%
第5期から保険料基準額を引き下げた保険者	27	1.7%
合 計	1,579	100.0%



第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率 平成26年12月末時点※5
		(円)	(円)	平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5	
北海道	札幌市	4,657	5,177	11.2%	25.8%	47.8%	20.2%
北海道	函館市	5,020	5,300	5.6%	32.0%	49.4%	22.0%
北海道	小樽市	5,460	5,800	6.2%	36.7%	50.4%	22.7%
北海道	旭川市	5,679	5,835	2.7%	32.0%	48.9%	19.9%
北海道	室蘭市	3,836	4,253	10.9%	33.3%	49.2%	16.1%
北海道	釧路市	4,437	5,050	13.8%	30.1%	48.4%	19.4%
北海道	帶広市	4,890	5,470	11.9%	26.9%	48.9%	19.6%
北海道	北見市	5,234	5,825	11.3%	30.6%	50.9%	19.4%
北海道	夕張市	4,542	4,950	9.0%	49.0%	60.3%	24.3%
北海道	岩見沢市	4,500	4,900	8.9%	32.6%	51.7%	19.2%
北海道	網走市	4,710	4,842	2.8%	26.9%	48.5%	16.8%
北海道	留萌市	4,317	4,513	4.5%	33.6%	49.6%	17.2%
北海道	苦小牧市	4,859	5,367	10.5%	25.6%	45.6%	17.3%
北海道	稚内市	4,400	4,867	10.6%	29.0%	49.1%	14.6%
北海道	美唄市	4,600	5,300	15.2%	38.1%	53.6%	18.7%
北海道	芦別市	4,600	4,800	4.3%	43.7%	55.4%	20.8%
北海道	江別市	4,520	5,060	11.9%	26.9%	47.7%	18.7%
北海道	赤平市	4,600	4,975	8.2%	45.2%	55.1%	19.5%
北海道	紋別市	3,700	4,320	16.8%	33.4%	50.5%	18.0%
北海道	士別市	4,617	5,025	8.8%	37.2%	55.1%	17.3%
北海道	名寄市	4,036	4,725	17.1%	30.1%	52.9%	17.9%
北海道	三笠市	4,959	5,050	1.8%	47.3%	57.0%	21.1%
北海道	根室市	3,700	4,100	10.8%	30.3%	49.8%	16.7%
北海道	千歳市	3,750	4,700	25.3%	21.0%	46.1%	16.3%
北海道	滝川市	4,460	4,900	9.9%	32.6%	50.8%	17.3%
北海道	砂川市	4,400	4,600	4.5%	35.4%	52.6%	17.0%
北海道	深川市	3,759	4,600	22.4%	40.2%	55.2%	18.7%
北海道	富良野市	3,900	4,650	19.2%	30.3%	53.5%	19.0%
北海道	登別市	3,500	3,700	5.7%	33.2%	48.5%	16.2%
北海道	恵庭市	3,800	4,800	26.3%	25.2%	48.3%	16.4%
北海道	伊達市	4,059	4,392	8.2%	35.0%	53.2%	17.6%
北海道	北広島市	3,800	5,200	36.8%	28.8%	44.4%	18.7%
北海道	石狩市	4,450	5,050	13.5%	29.6%	43.3%	16.9%
北海道	北斗市	5,280	5,400	2.3%	25.9%	48.9%	18.8%
北海道	当別町	4,210	5,030	19.5%	30.2%	49.7%	18.0%
北海道	新篠津村	4,100	5,000	22.0%	33.7%	58.4%	19.1%
北海道	松前町	3,800	4,800	26.3%	44.2%	52.5%	20.0%
北海道	福島町	4,000	5,300	32.5%	42.5%	53.5%	15.8%
北海道	知内町	4,400	5,300	20.5%	34.1%	52.3%	18.7%
北海道	木古内町	4,300	5,300	23.3%	43.8%	56.5%	19.3%
北海道	七飯町	4,300	5,250	22.1%	32.6%	52.2%	19.0%
北海道	鹿部町	4,700	4,800	2.1%	33.6%	42.8%	15.6%
北海道	森町	4,967	5,475	10.2%	33.8%	51.3%	19.3%
北海道	八雲町	4,000	5,000	25.0%	30.8%	51.7%	17.7%
北海道	長万部町	4,000	5,000	25.0%	37.3%	60.9%	19.9%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率 <small>平成27年10月1日時点(推計値)※3</small>	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合 <small>平成27年10月1日時点(推計値)※4</small>	要介護認定率 <small>平成26年12月末時点※5</small>
		(円)	(円)	(%)			
北海道	江差町	5,517	6,100	10.6%	35.1%	54.7%	21.0%
北海道	上ノ国町	5,042	6,150	22.0%	40.2%	53.8%	18.1%
北海道	厚沢部町	4,900	5,300	8.2%	38.2%	58.1%	20.7%
北海道	乙部町	4,759	4,992	4.9%	39.3%	53.6%	17.8%
北海道	奥尻町	2,800	3,700	32.1%	38.6%	55.4%	19.2%
北海道	今金町	4,700	4,700	0.0%	37.0%	57.6%	18.2%
北海道	せたな町	3,720	4,180	12.4%	42.0%	58.0%	18.5%
北海道	寿都町	5,300	5,775	9.0%	38.2%	54.8%	21.5%
北海道	岩内町	4,850	5,500	13.4%	34.1%	52.3%	19.5%
北海道	余市町	5,559	5,784	4.0%	36.0%	53.0%	24.1%
北海道	南幌町	3,917	4,984	27.2%	29.1%	53.8%	18.1%
北海道	由仁町	3,900	4,950	26.9%	38.3%	57.8%	17.9%
北海道	長沼町	4,859	5,238	7.8%	34.0%	54.5%	19.0%
北海道	栗山町	4,875	4,900	0.5%	37.7%	53.3%	16.3%
北海道	月形町	4,634	5,034	8.6%	29.7%	55.5%	19.9%
北海道	妹背牛町	4,100	4,600	12.2%	43.0%	55.4%	15.5%
北海道	秩父別町	4,600	4,800	4.3%	41.6%	58.3%	17.0%
北海道	北竜町	3,500	4,000	14.3%	43.5%	57.3%	14.9%
北海道	沼田町	3,560	4,500	26.4%	40.2%	57.0%	18.2%
北海道	幌加内町	4,300	4,500	4.7%	40.7%	54.7%	14.9%
北海道	鷹栖町	4,800	5,700	18.8%	30.5%	52.2%	18.8%
北海道	当麻町	4,900	5,700	16.3%	40.1%	57.0%	19.9%
北海道	比布町	4,900	5,700	16.3%	40.9%	57.0%	19.4%
北海道	愛別町	4,980	5,567	11.8%	42.4%	56.2%	16.3%
北海道	上川町	4,900	5,600	14.3%	38.6%	57.9%	16.8%
北海道	上富良野町	3,950	4,500	13.9%	29.8%	53.8%	12.8%
北海道	中富良野町	4,000	4,500	12.5%	32.2%	58.1%	18.2%
北海道	南富良野町	4,192	4,600	9.7%	32.7%	60.6%	17.8%
北海道	占冠村	4,100	4,500	9.8%	25.8%	52.0%	17.6%
北海道	和寒町	4,500	5,100	13.3%	44.3%	58.4%	19.0%
北海道	剣淵町	5,000	5,100	2.0%	37.1%	57.7%	18.2%
北海道	下川町	3,700	4,500	21.6%	39.6%	57.4%	17.5%
北海道	美深町	3,600	4,500	25.0%	37.1%	59.9%	18.1%
北海道	音威子府村	3,000	3,000	0.0%	26.6%	56.9%	6.6%
北海道	中川町	3,700	4,800	29.7%	39.1%	56.5%	17.3%
北海道	増毛町	4,025	5,300	31.7%	41.8%	57.1%	20.9%
北海道	小平町	3,880	4,981	28.4%	38.6%	58.6%	21.0%
北海道	苦前町	4,445	5,102	14.8%	39.7%	60.4%	20.3%
北海道	羽幌町	3,950	4,925	24.7%	41.1%	56.3%	21.2%
北海道	初山別村	4,000	4,800	20.0%	36.5%	59.0%	22.7%
北海道	遠別町	3,684	5,100	38.4%	37.9%	60.0%	20.3%
北海道	天塩町	4,817	5,100	5.9%	32.8%	56.2%	16.9%
北海道	猿払村	5,000	6,000	20.0%	24.3%	53.1%	20.6%
北海道	浜頓別町	4,900	5,100	4.1%	32.7%	52.8%	18.2%
北海道	中頓別町	4,000	4,500	12.5%	40.4%	55.4%	21.9%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
北海道	枝幸町	4,600	4,600	0.0%	32.0%	51.5%	17.2%
北海道	豊富町	6,100	6,100	0.0%	30.9%	54.7%	18.7%
北海道	礼文町	3,800	3,800	0.0%	33.7%	55.0%	19.1%
北海道	利尻町	4,100	4,300	4.9%	37.7%	57.4%	17.2%
北海道	利尻富士町	4,100	4,100	0.0%	37.1%	61.6%	21.5%
北海道	幌延町	5,900	5,417	-8.2%	26.2%	50.7%	18.0%
北海道	美幌町	3,700	4,000	8.1%	32.7%	53.3%	16.8%
北海道	津別町	2,800	3,800	35.7%	42.2%	56.5%	18.7%
北海道	斜里町	4,542	4,734	4.2%	30.4%	51.4%	16.6%
北海道	清里町	4,450	4,950	11.2%	37.2%	57.8%	19.2%
北海道	小清水町	3,500	4,300	22.9%	36.3%	56.6%	19.3%
北海道	訓子府町	3,700	4,200	13.5%	36.5%	53.5%	14.8%
北海道	置戸町	3,400	4,200	23.5%	42.7%	60.6%	19.4%
北海道	佐呂間町	3,900	4,300	10.3%	37.5%	56.8%	19.1%
北海道	遠軽町	3,100	3,700	19.4%	35.3%	55.1%	15.0%
北海道	湧別町	3,400	4,400	29.4%	35.6%	56.2%	16.8%
北海道	滝上町	4,000	4,600	15.0%	42.3%	59.7%	23.2%
北海道	興部町	3,300	3,500	6.1%	31.1%	54.2%	16.7%
北海道	西興部村	5,100	4,400	-13.7%	33.7%	66.1%	19.9%
北海道	雄武町	4,800	4,800	0.0%	32.0%	54.9%	15.9%
北海道	大空町	4,000	4,900	22.5%	33.4%	55.1%	18.7%
北海道	豊浦町	5,000	5,800	16.0%	37.6%	60.1%	19.2%
北海道	壯瞥町	5,300	5,700	7.5%	43.1%	60.7%	16.7%
北海道	白老町	4,778	5,450	14.1%	40.7%	48.6%	19.0%
北海道	厚真町	4,500	4,600	2.2%	35.9%	54.9%	16.5%
北海道	洞爺湖町	3,800	4,500	18.4%	41.0%	55.8%	19.5%
北海道	安平町	4,700	5,000	6.4%	34.2%	51.7%	18.3%
北海道	むかわ町	4,400	4,600	4.5%	36.5%	53.8%	16.4%
北海道	日高町	4,267	4,867	14.1%	32.4%	52.6%	19.7%
北海道	平取町	3,000	3,500	16.7%	33.4%	52.6%	17.4%
北海道	浦河町	4,167	4,567	9.6%	28.7%	52.1%	18.3%
北海道	様似町	3,500	3,900	11.4%	34.6%	54.1%	18.0%
北海道	えりも町	3,984	4,317	8.4%	27.3%	52.1%	19.3%
北海道	音更町	4,725	4,850	2.6%	26.4%	51.4%	17.6%
北海道	士幌町	4,800	5,100	6.3%	31.0%	57.4%	18.6%
北海道	上士幌町	3,925	4,859	23.8%	34.7%	57.8%	15.8%
北海道	鹿追町	4,300	4,600	7.0%	29.2%	57.3%	16.1%
北海道	新得町	4,200	5,100	21.4%	35.7%	54.8%	23.7%
北海道	清水町	4,500	5,100	13.3%	35.3%	54.1%	19.3%
北海道	芽室町	5,100	5,609	10.0%	26.2%	52.6%	19.0%
北海道	中札内村	2,900	3,100	6.9%	27.9%	53.7%	17.3%
北海道	更別村	4,300	4,500	4.7%	29.4%	61.2%	16.7%
北海道	大樹町	4,800	5,800	20.8%	35.1%	55.2%	19.6%
北海道	広尾町	4,400	4,400	0.0%	33.6%	53.6%	16.1%
北海道	幕別町	4,950	5,150	4.0%	30.5%	50.4%	19.5%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
北海道	池田町	4,075	4,800	17.8%	40.0%	55.3%	18.0%
北海道	豊頃町	4,659	4,934	5.9%	38.1%	56.4%	17.8%
北海道	本別町	4,370	5,770	32.0%	37.9%	55.1%	17.1%
北海道	足寄町	4,950	5,750	16.2%	38.1%	55.8%	18.3%
北海道	陸別町	3,300	4,900	48.5%	40.7%	56.2%	18.3%
北海道	浦幌町	4,500	5,550	23.3%	38.4%	55.9%	20.5%
北海道	釧路町	4,684	5,134	9.6%	25.0%	45.3%	17.8%
北海道	厚岸町	5,100	5,100	0.0%	32.3%	55.2%	18.4%
北海道	浜中町	2,900	3,959	36.5%	29.1%	52.5%	14.4%
北海道	標茶町	5,725	5,725	0.0%	31.8%	55.9%	22.1%
北海道	弟子屈町	5,134	5,809	13.1%	36.8%	50.5%	17.3%
北海道	鶴居村	5,625	5,200	-7.6%	33.8%	56.8%	17.0%
北海道	白糠町	4,212	5,131	21.8%	35.8%	50.8%	16.6%
北海道	別海町	4,100	4,900	19.5%	24.7%	49.1%	16.7%
北海道	中標津町	4,700	4,400	-6.4%	23.0%	48.5%	13.5%
北海道	標津町	4,800	5,600	16.7%	29.6%	49.4%	16.3%
北海道	羅臼町	4,800	5,300	10.4%	26.8%	53.3%	15.6%
北海道	日高中部広域連合	3,650	4,200	15.1%	31.3%	53.0%	18.3%
北海道	空知中部広域連合	4,590	4,980	8.5%	41.2%	57.7%	18.3%
北海道	後志広域連合	4,150	5,342	28.7%	32.1%	54.8%	20.3%
北海道	大雪地区広域連合	5,100	5,776	13.3%	32.2%	53.6%	20.9%
青森県	青森市	5,546	6,394	15.3%	28.2%	48.4%	19.4%
青森県	弘前市	6,170	6,170	0.0%	29.5%	51.0%	21.0%
青森県	八戸市	4,800	5,900	22.9%	28.0%	47.8%	16.9%
青森県	黒石市	4,979	5,850	17.5%	29.4%	50.6%	18.9%
青森県	五所川原市	5,450	6,200	13.8%	31.1%	54.5%	18.7%
青森県	十和田市	5,770	6,100	5.7%	29.9%	50.2%	17.3%
青森県	三沢市	5,598	5,969	6.6%	23.4%	51.8%	18.6%
青森県	むつ市	5,800	6,000	3.4%	30.1%	49.2%	20.0%
青森県	つがる市	5,900	6,000	1.7%	33.8%	57.4%	19.0%
青森県	平川市	5,920	6,480	9.5%	31.3%	53.5%	20.8%
青森県	平内町	4,370	5,230	19.7%	35.6%	51.8%	17.3%
青森県	今別町	4,300	5,500	27.9%	49.3%	59.3%	25.1%
青森県	蓬田村	5,936	6,300	6.1%	36.4%	56.1%	23.8%
青森県	外ヶ浜町	5,890	6,470	9.8%	45.3%	58.1%	21.5%
青森県	鰺ヶ沢町	5,700	5,900	3.5%	38.5%	57.0%	21.3%
青森県	深浦町	5,200	5,800	11.5%	44.0%	57.0%	17.8%
青森県	西目屋村	5,800	6,000	3.4%	37.2%	58.7%	21.2%
青森県	藤崎町	5,850	6,500	11.1%	30.4%	55.1%	20.8%
青森県	大鰐町	5,800	6,300	8.6%	37.8%	53.7%	20.1%
青森県	田舎館村	5,180	5,860	13.1%	31.5%	52.8%	17.8%
青森県	板柳町	4,899	5,400	10.2%	33.2%	54.1%	19.7%
青森県	鶴田町	5,800	5,900	1.7%	33.7%	56.2%	19.3%
青森県	中泊町	5,266	5,960	13.2%	38.2%	54.1%	16.9%
青森県	野辺地町	5,120	5,500	7.4%	34.4%	53.4%	18.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
青森県	七戸町	5,896	6,690	13.5%	36.3%	53.0%	20.9%
青森県	六戸町	5,880	6,980	18.7%	32.7%	53.3%	18.2%
青森県	横浜町	5,100	5,900	15.7%	35.1%	55.2%	19.9%
青森県	東北町	5,870	6,650	13.3%	34.4%	56.1%	21.6%
青森県	六ヶ所村	5,450	6,100	11.9%	23.3%	50.3%	19.3%
青森県	おいらせ町	5,610	6,970	24.2%	24.8%	48.3%	17.7%
青森県	大間町	4,200	5,500	31.0%	27.5%	52.7%	17.3%
青森県	東通村	4,200	5,750	36.9%	31.1%	59.8%	22.2%
青森県	風間浦村	5,950	5,950	0.0%	35.7%	53.4%	20.4%
青森県	佐井村	4,300	5,000	16.3%	40.2%	55.4%	17.9%
青森県	三戸町	5,700	7,450	30.7%	37.5%	55.8%	22.1%
青森県	五戸町	5,200	6,000	15.4%	35.4%	54.5%	18.4%
青森県	田子町	5,840	7,250	24.1%	39.4%	58.9%	20.0%
青森県	南部町	5,400	7,000	29.6%	35.5%	55.0%	19.0%
青森県	階上町	4,800	6,900	43.8%	26.7%	50.3%	15.1%
青森県	新郷村	4,200	5,000	19.0%	45.5%	61.0%	17.0%
岩手県	盛岡市	5,245	6,174	17.7%	25.6%	50.8%	19.3%
岩手県	宮古市	5,104	5,900	15.6%	34.8%	53.5%	19.4%
岩手県	大船渡市	4,650	5,010	7.7%	34.3%	53.5%	18.2%
岩手県	花巻市	4,859	5,506	13.3%	31.8%	53.8%	19.4%
岩手県	北上市	4,510	5,170	14.6%	25.7%	52.2%	18.0%
岩手県	遠野市	4,360	4,995	14.6%	37.9%	60.5%	17.8%
岩手県	陸前高田市	4,850	6,000	23.7%	37.8%	55.4%	18.8%
岩手県	釜石市	4,680	5,030	7.5%	37.4%	55.4%	19.5%
岩手県	奥州市	4,333	5,000	15.4%	32.2%	55.8%	18.2%
岩手県	滝沢市	4,760	5,765	21.1%	21.9%	42.4%	17.0%
岩手県	零石町	4,740	5,694	20.1%	34.0%	54.7%	19.2%
岩手県	紫波町	4,542	5,942	30.8%	28.0%	49.7%	17.3%
岩手県	矢巾町	4,800	5,700	18.8%	24.2%	48.5%	17.4%
岩手県	西和賀町	5,300	6,100	15.1%	46.7%	64.2%	21.7%
岩手県	金ヶ崎町	5,294	5,400	2.0%	28.1%	56.9%	16.9%
岩手県	住田町	4,300	6,000	39.5%	41.1%	61.8%	19.3%
岩手県	大槌町	4,890	5,492	12.3%	33.5%	48.7%	18.4%
岩手県	山田町	4,050	5,000	23.5%	34.7%	49.1%	16.2%
岩手県	岩泉町	5,200	5,900	13.5%	41.8%	60.9%	20.7%
岩手県	田野畠村	4,585	5,992	30.7%	38.4%	56.4%	19.3%
岩手県	二戸地区広域行政事務組合	5,095	6,070	19.1%	35.6%	56.9%	19.6%
岩手県	盛岡北部行政事務組合	5,420	5,747	6.0%	36.3%	59.0%	20.5%
岩手県	久慈広域連合	4,770	5,420	13.6%	31.9%	55.4%	19.6%
岩手県	一関地区広域行政組合	4,797	5,191	8.2%	33.8%	57.8%	21.5%
宮城県	仙台市	5,142	5,493	6.8%	22.4%	47.7%	17.9%
宮城県	石巻市	4,400	5,200	18.2%	30.1%	51.2%	19.4%
宮城県	塩竈市	4,860	5,196	6.9%	32.1%	51.0%	16.5%
宮城県	気仙沼市	4,500	4,900	8.9%	35.0%	51.9%	17.0%
宮城県	白石市	4,400	5,100	15.9%	31.9%	54.6%	20.0%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
宮城県	名取市	5,080	5,486	8.0%	21.1%	48.0%	17.7%
宮城県	角田市	4,950	5,400	9.1%	31.6%	54.6%	18.1%
宮城県	多賀城市	4,960	5,500	10.9%	22.2%	45.5%	16.1%
宮城県	岩沼市	4,922	5,716	16.1%	23.4%	47.2%	17.5%
宮城県	登米市	4,911	5,988	21.9%	31.2%	58.7%	20.8%
宮城県	栗原市	5,160	5,960	15.5%	35.7%	59.4%	21.4%
宮城県	東松島市	4,500	5,000	11.1%	25.6%	47.3%	18.0%
宮城県	大崎市	4,750	5,865	23.5%	27.6%	54.7%	19.4%
宮城県	蔵王町	3,950	4,050	2.5%	32.9%	56.1%	15.8%
宮城県	七ヶ宿町	3,685	4,050	9.9%	46.1%	71.0%	22.8%
宮城県	大河原町	3,980	4,100	3.0%	25.5%	50.5%	13.0%
宮城県	村田町	4,800	5,600	16.7%	31.3%	54.9%	17.2%
宮城県	柴田町	4,400	4,900	11.4%	27.0%	47.1%	14.5%
宮城県	川崎町	5,450	5,950	9.2%	33.7%	56.4%	17.8%
宮城県	丸森町	4,400	5,060	15.0%	36.7%	60.4%	20.4%
宮城県	亘理町	4,610	5,730	24.3%	27.7%	47.1%	20.4%
宮城県	山元町	4,250	4,800	12.9%	35.7%	50.6%	18.3%
宮城県	松島町	4,300	5,080	18.1%	36.4%	55.5%	15.4%
宮城県	七ヶ浜町	5,021	5,860	16.7%	25.7%	45.6%	15.8%
宮城県	利府町	4,536	5,150	13.5%	20.0%	45.2%	14.0%
宮城県	大和町	4,900	5,840	19.2%	23.0%	54.6%	19.2%
宮城県	大郷町	5,200	6,500	25.0%	32.5%	56.8%	20.2%
宮城県	富谷町	4,826	5,590	15.8%	17.4%	38.0%	13.8%
宮城県	大衡村	4,300	5,800	34.9%	27.8%	52.6%	18.2%
宮城県	色麻町	4,600	5,300	15.2%	29.4%	57.4%	19.5%
宮城県	加美町	4,600	5,300	15.2%	32.8%	57.2%	18.5%
宮城県	涌谷町	4,000	5,200	30.0%	31.5%	54.3%	17.3%
宮城県	美里町	3,600	5,600	55.6%	33.2%	54.3%	17.4%
宮城県	女川町	4,500	4,800	6.7%	32.3%	49.8%	19.6%
宮城県	南三陸町	4,500	6,000	33.3%	31.6%	55.3%	18.9%
秋田県	秋田市	5,314	6,232	17.3%	28.8%	50.3%	21.0%
秋田県	能代市	5,525	5,775	4.5%	37.1%	54.7%	20.5%
秋田県	横手市	5,139	5,716	11.2%	34.8%	57.3%	20.5%
秋田県	大館市	5,239	6,256	19.4%	35.4%	55.6%	21.4%
秋田県	男鹿市	5,208	6,645	27.6%	39.7%	54.0%	23.4%
秋田県	湯沢市	4,500	5,420	20.4%	35.8%	57.8%	19.1%
秋田県	鹿角市	5,553	5,900	6.2%	36.3%	56.3%	18.0%
秋田県	潟上市	5,400	6,500	20.4%	31.0%	49.9%	18.8%
秋田県	北秋田市	5,577	5,800	4.0%	40.9%	57.9%	20.7%
秋田県	小坂町	4,600	5,300	15.2%	40.2%	55.8%	15.0%
秋田県	上小阿仁村	4,400	5,500	25.0%	47.8%	62.1%	17.7%
秋田県	藤里町	5,980	6,600	10.4%	43.8%	59.4%	25.4%
秋田県	三種町	5,883	6,600	12.2%	39.6%	57.3%	23.0%
秋田県	八峰町	4,400	5,900	34.1%	40.5%	54.7%	21.1%
秋田県	五城目町	5,900	6,600	11.9%	42.0%	56.5%	26.1%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ^{※2}	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)	平成27年10月1日時点(推計値) ^{※3}	平成27年10月1日時点(推計値) ^{※4}	平成26年12月末時点 ^{※5}	
秋田県	八郎潟町	4,950	5,800	17.2%	36.2%	56.0%	21.7%
秋田県	井川町	5,900	6,400	8.5%	36.8%	55.4%	23.7%
秋田県	大潟村	4,600	4,600	0.0%	30.0%	49.6%	12.3%
秋田県	羽後町	4,980	5,390	8.2%	34.5%	60.0%	20.5%
秋田県	東成瀬村	3,970	4,800	20.9%	35.6%	61.1%	16.2%
秋田県	本荘由利広域市町村圏組合	5,160	6,280	21.7%	33.2%	54.9%	19.9%
秋田県	大曲仙北広域市町村圏組合	5,880	6,100	3.7%	35.7%	57.4%	20.8%
山形県	山形市	4,575	5,400	18.0%	27.6%	52.3%	18.0%
山形県	米沢市	5,225	5,750	10.0%	28.5%	54.4%	19.1%
山形県	鶴岡市	5,383	6,242	16.0%	32.0%	55.3%	20.9%
山形県	酒田市	5,200	6,100	17.3%	32.6%	53.8%	20.0%
山形県	新庄市	5,144	5,900	14.7%	29.9%	54.3%	18.1%
山形県	寒河江市	4,370	5,620	28.6%	29.6%	55.1%	19.4%
山形県	上山市	4,670	5,420	16.1%	35.4%	55.7%	20.6%
山形県	村山市	3,600	4,600	27.8%	34.6%	59.2%	20.3%
山形県	長井市	4,617	5,640	22.2%	32.6%	57.1%	17.9%
山形県	天童市	4,300	5,400	25.6%	28.5%	51.6%	16.7%
山形県	東根市	3,680	4,900	33.2%	26.6%	56.0%	16.7%
山形県	尾花沢市	4,076	4,622	13.4%	36.3%	60.6%	19.5%
山形県	南陽市	4,700	5,400	14.9%	31.3%	55.2%	17.9%
山形県	山辺町	4,950	5,500	11.1%	30.5%	55.1%	19.4%
山形県	中山町	4,900	5,400	10.2%	31.2%	54.9%	18.8%
山形県	河北町	4,920	5,620	14.2%	33.6%	56.3%	19.4%
山形県	西川町	3,900	4,800	23.1%	39.9%	61.1%	18.1%
山形県	朝日町	4,980	5,880	18.1%	39.0%	59.9%	20.4%
山形県	大江町	4,850	6,050	24.7%	35.9%	59.9%	19.6%
山形県	大石田町	4,494	6,290	40.0%	34.8%	57.3%	20.0%
山形県	金山町	4,408	5,200	18.0%	33.6%	58.4%	20.6%
山形県	最上町	4,900	6,500	32.7%	34.2%	60.0%	17.6%
山形県	舟形町	5,000	6,000	20.0%	36.4%	62.1%	20.0%
山形県	真室川町	4,993	6,997	40.1%	35.3%	58.1%	20.0%
山形県	大蔵村	3,700	5,100	37.8%	35.5%	60.1%	20.8%
山形県	鮭川村	4,970	5,900	18.7%	35.7%	58.8%	19.1%
山形県	戸沢村	4,960	5,900	19.0%	35.4%	59.9%	19.9%
山形県	高畠町	4,700	5,300	12.8%	29.9%	55.5%	19.4%
山形県	川西町	4,200	5,400	28.6%	34.0%	59.6%	18.1%
山形県	小国町	4,625	5,311	14.8%	36.5%	59.7%	20.4%
山形県	白鷹町	4,381	5,148	17.5%	34.2%	57.2%	18.8%
山形県	飯豊町	5,290	6,895	30.3%	33.6%	60.7%	20.9%
山形県	三川町	5,200	5,600	7.7%	33.8%	60.0%	19.4%
山形県	庄内町	5,450	5,900	8.3%	34.1%	57.1%	19.1%
山形県	遊佐町	5,240	5,700	8.8%	37.1%	56.8%	19.9%
福島県	福島市	5,100	5,900	15.7%	—	—	19.3%
福島県	会津若松市	4,950	5,850	18.2%	—	—	20.4%
福島県	郡山市	4,664	5,027	7.8%	—	—	17.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
福島県	いわき市	4,672	5,789	23.9%	—	—	20.1%
福島県	白河市	5,100	5,800	13.7%	—	—	17.5%
福島県	須賀川市	4,938	5,490	11.2%	—	—	18.6%
福島県	喜多方市	4,450	4,980	11.9%	—	—	18.8%
福島県	相馬市	4,490	5,550	23.6%	—	—	17.0%
福島県	二本松市	4,600	5,300	15.2%	—	—	18.0%
福島県	田村市	4,700	5,400	14.9%	—	—	18.8%
福島県	南相馬市	4,722	5,662	19.9%	—	—	16.6%
福島県	伊達市	4,870	5,751	18.1%	—	—	19.2%
福島県	本宮市	4,350	5,200	19.5%	—	—	15.9%
福島県	桑折町	4,895	6,040	23.4%	—	—	17.3%
福島県	国見町	4,838	5,544	14.6%	—	—	17.5%
福島県	川俣町	5,214	6,052	16.1%	—	—	19.6%
福島県	大玉村	4,000	4,800	20.0%	—	—	14.9%
福島県	鏡石町	4,000	4,800	20.0%	—	—	16.3%
福島県	天栄村	4,100	5,000	22.0%	—	—	18.8%
福島県	下郷町	3,900	4,900	25.6%	—	—	20.3%
福島県	檜枝岐村	2,880	3,340	16.0%	—	—	14.0%
福島県	只見町	3,578	4,810	34.4%	—	—	20.3%
福島県	南会津町	4,000	5,000	25.0%	—	—	18.4%
福島県	北塙原村	4,500	5,200	15.6%	—	—	20.8%
福島県	西会津町	4,350	5,486	26.1%	—	—	19.3%
福島県	磐梯町	5,093	6,100	19.8%	—	—	21.3%
福島県	猪苗代町	3,700	5,500	48.6%	—	—	19.1%
福島県	会津坂下町	4,700	6,100	29.8%	—	—	20.4%
福島県	湯川村	3,940	5,960	51.3%	—	—	19.0%
福島県	柳津町	3,900	5,400	38.5%	—	—	17.3%
福島県	三島町	4,960	7,500	51.2%	—	—	26.3%
福島県	金山町	4,850	6,000	23.7%	—	—	21.9%
福島県	昭和村	4,400	5,900	34.1%	—	—	21.7%
福島県	会津美里町	4,910	5,600	14.1%	—	—	20.6%
福島県	西郷村	5,500	5,700	3.6%	—	—	15.1%
福島県	泉崎村	3,850	5,383	39.8%	—	—	14.9%
福島県	中島村	3,373	5,425	60.8%	—	—	14.9%
福島県	矢吹町	3,931	5,495	39.8%	—	—	14.5%
福島県	棚倉町	4,500	5,000	11.1%	—	—	17.4%
福島県	矢祭町	3,500	4,300	22.9%	—	—	14.6%
福島県	塙町	4,000	5,000	25.0%	—	—	18.6%
福島県	鮫川村	4,100	4,700	14.6%	—	—	16.5%
福島県	石川町	4,330	5,600	29.3%	—	—	18.0%
福島県	玉川村	3,450	4,500	30.4%	—	—	16.4%
福島県	平田村	3,968	4,800	21.0%	—	—	19.4%
福島県	浅川町	3,900	4,900	25.6%	—	—	13.8%
福島県	古殿町	4,200	4,900	16.7%	—	—	16.7%
福島県	三春町	4,405	5,092	15.6%	—	—	17.1%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
福島県	小野町	4,400	5,560	26.4%	—	—	20.6%
福島県	広野町	4,848	5,900	21.7%	—	—	20.1%
福島県	楢葉町	5,300	7,000	32.1%	—	—	19.4%
福島県	富岡町	6,000	6,500	8.3%	—	—	22.0%
福島県	川内村	4,500	6,500	44.4%	—	—	22.4%
福島県	大熊町	6,500	7,500	15.4%	—	—	23.6%
福島県	双葉町	6,340	7,528	18.7%	—	—	28.0%
福島県	浪江町	6,500	7,000	7.7%	—	—	25.0%
福島県	葛尾村	6,000	7,500	25.0%	—	—	29.9%
福島県	新地町	4,500	5,400	20.0%	—	—	17.8%
福島県	飯館村	5,703	8,003	40.3%	—	—	25.7%
茨城県	水戸市	4,930	5,900	19.7%	25.3%	49.3%	18.3%
茨城県	日立市	4,300	4,950	15.1%	29.2%	48.2%	14.1%
茨城県	土浦市	4,750	5,000	5.3%	26.9%	45.8%	14.3%
茨城県	古河市	4,500	5,300	17.8%	25.7%	43.9%	13.4%
茨城県	石岡市	4,980	5,650	13.5%	29.7%	50.4%	16.1%
茨城県	結城市	3,900	4,900	25.6%	27.0%	46.2%	13.2%
茨城県	龍ヶ崎市	4,433	5,033	13.5%	23.8%	40.2%	12.3%
茨城県	下妻市	4,700	5,300	12.8%	25.4%	48.7%	15.3%
茨城県	常総市	4,800	5,100	6.3%	26.9%	48.3%	14.9%
茨城県	常陸太田市	4,242	4,810	13.4%	33.7%	54.4%	16.8%
茨城県	高萩市	4,975	5,322	7.0%	30.7%	47.8%	16.5%
茨城県	北茨城市	4,482	4,770	6.4%	29.7%	50.4%	15.8%
茨城県	笠間市	4,400	5,200	18.2%	28.3%	48.3%	14.8%
茨城県	取手市	4,000	4,600	15.0%	30.9%	39.8%	12.1%
茨城県	牛久市	4,400	4,800	9.1%	25.7%	37.0%	11.3%
茨城県	つくば市	4,850	5,892	21.5%	19.2%	45.2%	16.5%
茨城県	ひたちなか市	4,550	4,934	8.4%	24.0%	45.1%	14.6%
茨城県	鹿嶋市	4,200	4,800	14.3%	28.0%	40.0%	11.9%
茨城県	潮来市	4,100	4,950	20.7%	28.0%	46.7%	13.3%
茨城県	守谷市	4,433	4,508	1.7%	19.3%	34.9%	11.4%
茨城県	常陸大宮市	4,550	5,810	27.7%	33.0%	57.3%	17.8%
茨城県	那珂市	4,940	5,280	6.9%	29.1%	47.9%	14.7%
茨城県	筑西市	4,500	5,250	16.7%	27.9%	47.5%	14.9%
茨城県	坂東市	4,160	5,350	28.6%	26.3%	45.8%	14.3%
茨城県	稻敷市	4,200	4,800	14.3%	31.0%	49.9%	14.6%
茨城県	かすみがうら市	4,900	5,400	10.2%	27.6%	46.0%	13.9%
茨城県	桜川市	4,700	5,000	6.4%	29.5%	52.7%	15.4%
茨城県	神栖市	4,350	5,400	24.1%	20.2%	41.7%	14.0%
茨城県	行方市	4,380	5,400	23.3%	31.2%	55.4%	18.1%
茨城県	鉾田市	4,280	5,460	27.6%	29.7%	49.5%	15.5%
茨城県	つくばみらい市	4,890	5,323	8.9%	26.6%	41.4%	13.6%
茨城県	小美玉市	4,650	5,250	12.9%	25.8%	47.2%	14.4%
茨城県	茨城町	4,743	5,532	16.6%	30.4%	51.4%	16.6%
茨城県	大洗町	4,750	5,980	25.9%	29.7%	52.1%	17.8%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
茨城県	城里町	3,900	4,500	15.4%	31.9%	54.9%	16.9%
茨城県	東海村	4,960	5,000	0.8%	23.4%	44.3%	13.3%
茨城県	大子町	4,450	4,800	7.9%	40.1%	60.3%	17.9%
茨城県	美浦村	4,000	4,500	12.5%	26.1%	46.8%	12.2%
茨城県	阿見町	4,400	5,200	18.2%	25.5%	43.5%	12.6%
茨城県	河内町	4,950	5,580	12.7%	34.3%	52.9%	15.2%
茨城県	八千代町	4,400	5,100	15.9%	25.8%	49.6%	13.8%
茨城県	五霞町	4,500	5,150	14.4%	26.6%	44.6%	14.7%
茨城県	境町	4,100	5,200	26.8%	26.3%	47.5%	15.0%
茨城県	利根町	4,070	4,652	14.3%	37.7%	37.4%	10.5%
栃木県	宇都宮市	4,058	4,531	11.7%	23.8%	45.2%	15.2%
栃木県	足利市	4,608	5,058	9.8%	30.1%	46.4%	15.1%
栃木県	栃木市 ※6	4,400	5,100	15.9%	28.8%	47.6%	16.3%
栃木県	佐野市	5,000	5,763	15.3%	28.1%	48.3%	17.8%
栃木県	鹿沼市	4,200	4,900	16.7%	27.1%	49.3%	16.2%
栃木県	日光市	4,100	4,400	7.3%	31.8%	51.4%	14.5%
栃木県	小山市	4,600	5,518	20.0%	22.8%	44.7%	15.4%
栃木県	真岡市	4,558	4,968	9.0%	23.7%	46.9%	14.2%
栃木県	大田原市	4,990	5,800	16.2%	25.3%	50.6%	19.2%
栃木県	矢板市	4,500	5,200	15.6%	27.4%	47.9%	15.3%
栃木県	那須塩原市	4,500	5,100	13.3%	23.8%	44.9%	15.1%
栃木県	さくら市	4,075	4,626	13.5%	23.9%	47.8%	14.1%
栃木県	那須烏山市	4,917	5,059	2.9%	32.7%	53.4%	16.9%
栃木県	下野市	4,500	5,200	15.6%	22.6%	46.1%	14.2%
栃木県	上三川町	4,533	5,395	19.0%	20.4%	46.8%	16.2%
栃木県	益子町	4,467	4,561	2.1%	27.1%	48.0%	13.3%
栃木県	茂木町	4,233	4,550	7.5%	36.1%	57.8%	17.3%
栃木県	市貝町	4,275	5,075	18.7%	24.6%	51.7%	16.6%
栃木県	芳賀町	4,558	4,733	3.8%	28.4%	50.3%	16.8%
栃木県	壬生町	4,600	4,800	4.3%	26.6%	43.9%	15.0%
栃木県	野木町	4,590	5,300	15.5%	26.7%	40.2%	14.0%
栃木県	塩谷町	4,600	5,531	20.2%	32.4%	52.5%	16.3%
栃木県	高根沢町	4,533	5,199	14.7%	22.9%	50.5%	16.0%
栃木県	那須町	4,050	5,021	24.0%	33.5%	49.1%	15.0%
栃木県	那珂川町	4,050	5,100	25.9%	33.8%	55.9%	18.6%
群馬県	前橋市	4,825	5,783	19.9%	27.5%	49.3%	17.6%
群馬県	高崎市	5,000	6,200	24.0%	26.7%	47.6%	16.8%
群馬県	桐生市	5,650	6,475	14.6%	33.0%	49.1%	19.7%
群馬県	伊勢崎市	4,792	5,908	23.3%	23.6%	47.0%	18.2%
群馬県	太田市	4,650	5,250	12.9%	24.4%	42.7%	15.2%
群馬県	沼田市	4,383	5,425	23.8%	30.6%	53.3%	18.8%
群馬県	館林市	5,475	5,500	0.5%	26.7%	45.1%	16.2%
群馬県	渋川市	5,267	6,033	14.5%	31.2%	50.6%	18.2%
群馬県	藤岡市	5,192	5,367	3.4%	28.5%	48.0%	16.3%
群馬県	富岡市	4,208	4,792	13.9%	30.8%	51.4%	14.9%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
群馬県	安中市	4,700	5,300	12.8%	32.4%	50.6%	16.3%
群馬県	みどり市	5,225	5,475	4.8%	26.6%	46.2%	17.7%
群馬県	榛東村	5,440	6,100	12.1%	23.5%	46.8%	18.2%
群馬県	吉岡町	5,100	6,000	17.6%	22.4%	46.6%	17.2%
群馬県	上野村	6,500	7,000	7.7%	44.3%	64.7%	26.0%
群馬県	神流町	4,017	6,625	64.9%	56.8%	64.9%	22.1%
群馬県	下仁田町	5,000	5,900	18.0%	45.2%	60.0%	19.2%
群馬県	南牧村	5,000	5,000	0.0%	60.9%	69.7%	23.2%
群馬県	甘楽町	3,933	4,400	11.9%	30.9%	50.4%	12.5%
群馬県	中之条町	3,725	4,800	28.9%	37.2%	57.6%	18.1%
群馬県	長野原町	3,000	4,300	43.3%	32.9%	52.4%	17.2%
群馬県	嬬恋村	4,400	5,700	29.5%	32.7%	54.1%	17.2%
群馬県	草津町	3,900	3,800	-2.6%	37.2%	50.1%	16.1%
群馬県	高山村	4,000	4,800	20.0%	33.8%	60.9%	19.2%
群馬県	東吾妻町	3,725	4,892	31.3%	35.3%	55.4%	19.2%
群馬県	片品村	4,308	5,750	33.5%	34.4%	56.3%	16.7%
群馬県	川場村	5,833	6,600	13.1%	41.9%	67.4%	21.5%
群馬県	昭和村	4,725	5,800	22.8%	27.5%	53.5%	19.4%
群馬県	みなかみ町	4,133	5,892	42.6%	36.2%	54.5%	21.5%
群馬県	玉村町	4,700	6,308	34.2%	21.5%	42.1%	17.2%
群馬県	板倉町	4,500	4,700	4.4%	27.4%	45.1%	14.6%
群馬県	明和町	5,300	5,700	7.5%	26.8%	44.6%	14.9%
群馬県	千代田町	5,400	5,925	9.7%	26.8%	44.2%	15.0%
群馬県	大泉町	5,300	5,900	11.3%	21.3%	39.5%	15.2%
群馬県	邑楽町	4,900	5,400	10.2%	27.9%	39.7%	13.9%
埼玉県	さいたま市	4,880	5,263	7.8%	22.9%	44.5%	15.7%
埼玉県	川越市	4,980	4,980	0.0%	25.4%	42.1%	13.9%
埼玉県	川口市	4,760	4,950	4.0%	22.4%	43.5%	14.2%
埼玉県	行田市	4,630	4,970	7.3%	27.6%	44.0%	14.5%
埼玉県	秩父市	4,680	5,400	15.4%	30.6%	52.4%	17.0%
埼玉県	所沢市	4,363	4,573	4.8%	25.1%	43.9%	15.3%
埼玉県	飯能市	5,102	5,390	5.6%	28.6%	45.2%	15.4%
埼玉県	加須市	4,280	4,943	15.5%	25.6%	43.8%	13.8%
埼玉県	本庄市	4,900	5,000	2.0%	27.0%	47.1%	14.9%
埼玉県	東松山市	4,000	4,500	12.5%	25.3%	41.5%	15.4%
埼玉県	春日部市	4,390	4,550	3.6%	27.7%	40.2%	13.2%
埼玉県	狭山市	4,012	4,493	12.0%	28.5%	41.7%	13.2%
埼玉県	羽生市	4,508	4,717	4.6%	26.8%	45.6%	15.1%
埼玉県	鴻巣市	4,268	4,696	10.0%	26.2%	41.8%	13.0%
埼玉県	上尾市	4,594	4,594	0.0%	25.2%	42.1%	13.0%
埼玉県	草加市	4,300	4,971	15.6%	23.5%	41.3%	12.6%
埼玉県	越谷市	4,100	4,490	9.5%	24.2%	41.1%	12.2%
埼玉県	蕨市	4,500	5,218	16.0%	23.5%	46.8%	14.9%
埼玉県	戸田市	4,438	5,600	26.2%	17.0%	42.5%	15.2%
埼玉県	入間市	4,224	4,848	14.8%	25.3%	41.3%	14.5%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
埼玉県	朝霞市	4,125	4,650	12.7%	19.9%	44.1%	14.4%
埼玉県	志木市	3,299	4,339	31.5%	23.7%	42.6%	12.7%
埼玉県	和光市	4,150	4,228	1.9%	17.1%	43.5%	9.3%
埼玉県	新座市	4,043	4,464	10.4%	24.5%	42.6%	14.6%
埼玉県	桶川市	4,360	4,400	0.9%	26.8%	43.3%	13.7%
埼玉県	久喜市	4,396	4,673	6.3%	26.5%	40.1%	13.1%
埼玉県	北本市	4,042	4,048	0.1%	27.7%	41.2%	12.5%
埼玉県	八潮市	4,521	4,775	5.6%	24.4%	39.6%	11.6%
埼玉県	富士見市	4,197	4,932	17.5%	24.4%	42.9%	14.3%
埼玉県	三郷市	4,000	4,300	7.5%	26.3%	36.1%	12.5%
埼玉県	蓮田市	4,561	4,699	3.0%	29.2%	42.4%	13.2%
埼玉県	坂戸市	4,250	4,600	8.2%	26.1%	38.4%	12.2%
埼玉県	幸手市	4,200	4,700	11.9%	30.3%	39.0%	12.0%
埼玉県	鶴ヶ島市	3,800	4,300	13.2%	24.3%	35.5%	10.9%
埼玉県	日高市	4,300	4,600	7.0%	28.9%	39.4%	12.3%
埼玉県	吉川市	4,583	4,731	3.2%	21.9%	36.5%	11.5%
埼玉県	ふじみ野市	4,450	4,650	4.5%	25.5%	45.7%	12.6%
埼玉県	白岡市	3,988	4,498	12.8%	25.4%	42.5%	12.9%
埼玉県	伊奈町	4,317	4,356	0.9%	21.1%	37.2%	12.8%
埼玉県	三芳町	3,300	4,000	21.2%	27.5%	42.7%	11.4%
埼玉県	毛呂山町	3,618	4,140	14.4%	27.8%	41.4%	11.6%
埼玉県	越生町	4,457	5,004	12.3%	30.1%	44.1%	13.6%
埼玉県	滑川町	4,600	4,900	6.5%	21.9%	43.7%	14.0%
埼玉県	嵐山町	4,000	4,250	6.3%	29.1%	41.6%	14.0%
埼玉県	小川町	4,360	4,700	7.8%	31.3%	45.6%	16.8%
埼玉県	川島町	4,900	5,200	6.1%	29.1%	43.7%	15.0%
埼玉県	吉見町	4,500	5,000	11.1%	27.7%	44.2%	14.4%
埼玉県	鳩山町	3,950	4,100	3.8%	37.9%	39.4%	10.9%
埼玉県	ときがわ町	4,608	5,100	10.7%	31.9%	47.4%	16.5%
埼玉県	横瀬町	4,400	5,200	18.2%	30.1%	51.8%	15.2%
埼玉県	皆野町	4,200	5,100	21.4%	33.1%	51.5%	18.4%
埼玉県	長瀬町	4,500	5,100	13.3%	34.8%	50.9%	18.6%
埼玉県	小鹿野町	4,650	5,580	20.0%	32.4%	55.5%	21.9%
埼玉県	東秩父村	5,467	6,977	27.6%	36.5%	53.6%	18.8%
埼玉県	美里町	4,000	5,000	25.0%	28.8%	49.8%	17.4%
埼玉県	神川町	4,550	5,100	12.1%	25.8%	47.5%	14.8%
埼玉県	上里町	4,430	4,650	5.0%	23.2%	42.6%	13.5%
埼玉県	宮代町	4,818	4,881	1.3%	30.5%	41.9%	13.4%
埼玉県	杉戸町	4,450	4,770	7.2%	27.6%	39.4%	12.4%
埼玉県	松伏町	4,880	4,760	-2.5%	25.3%	40.4%	11.1%
埼玉県	大里広域市町村圏組合	5,100	5,200	2.0%	26.3%	44.9%	16.8%
千葉県	千葉市	4,887	5,150	5.4%	26.6%	44.6%	15.0%
千葉県	銚子市	4,025	4,475	11.2%	32.4%	51.2%	16.0%
千葉県	市川市	4,660	5,310	13.9%	24.1%	43.3%	15.5%
千葉県	船橋市	4,190	4,960	18.4%	23.5%	44.0%	15.3%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
千葉県	館山市	4,740	5,680	19.8%	36.2%	50.5%	18.3%
千葉県	木更津市	4,738	4,950	4.5%	27.4%	44.0%	14.8%
千葉県	松戸市	4,660	5,400	15.9%	26.5%	43.7%	15.4%
千葉県	野田市	4,092	5,000	22.2%	27.3%	40.5%	14.8%
千葉県	茂原市	4,250	4,600	8.2%	29.6%	45.1%	14.4%
千葉県	成田市	3,980	4,600	15.6%	21.1%	44.8%	13.3%
千葉県	佐倉市	4,700	4,700	0.0%	28.3%	39.8%	13.0%
千葉県	東金市	4,400	5,400	22.7%	26.2%	45.2%	14.8%
千葉県	旭市	4,300	4,500	4.7%	27.5%	49.3%	14.6%
千葉県	習志野市	4,432	4,707	6.2%	22.8%	44.4%	14.2%
千葉県	柏市	4,200	4,900	16.7%	23.6%	42.7%	13.9%
千葉県	勝浦市	4,829	4,900	1.5%	36.9%	52.7%	17.7%
千葉県	市原市	4,590	4,900	6.8%	26.1%	41.6%	14.6%
千葉県	流山市	4,590	4,980	8.5%	25.6%	42.5%	15.4%
千葉県	八千代市	3,530	4,580	29.7%	24.0%	43.5%	13.2%
千葉県	我孫子市	3,642	4,434	21.7%	30.5%	43.9%	13.8%
千葉県	鴨川市	4,998	5,895	17.9%	35.9%	53.0%	18.5%
千葉県	鎌ヶ谷市	4,370	4,890	11.9%	26.8%	42.2%	13.5%
千葉県	君津市	4,650	4,950	6.5%	28.2%	46.4%	14.9%
千葉県	富津市	4,600	5,300	15.2%	34.0%	48.5%	16.5%
千葉県	浦安市	4,100	4,600	12.2%	14.6%	36.9%	13.2%
千葉県	四街道市	3,200	3,700	15.6%	28.3%	39.8%	11.7%
千葉県	袖ヶ浦市	4,600	4,775	3.8%	25.2%	41.0%	12.8%
千葉県	八街市	4,400	5,270	19.8%	26.0%	40.0%	12.8%
千葉県	印西市	4,200	4,700	11.9%	20.7%	40.9%	13.9%
千葉県	南房総市	4,893	5,300	8.3%	42.9%	53.2%	17.4%
千葉県	匝瑳市	4,100	4,600	12.2%	31.9%	52.5%	15.0%
千葉県	香取市	4,100	5,100	24.4%	32.8%	51.0%	14.4%
千葉県	山武市	4,844	5,230	8.0%	30.3%	47.1%	15.6%
千葉県	いすみ市	4,077	4,717	15.7%	38.1%	52.1%	16.7%
千葉県	大網白里市	4,800	5,100	6.3%	28.2%	44.8%	14.1%
千葉県	酒々井町	3,900	3,900	0.0%	28.4%	36.4%	11.2%
千葉県	富里市	4,200	4,400	4.8%	24.2%	36.5%	10.1%
千葉県	白井市	3,800	4,600	21.1%	23.3%	37.1%	13.1%
千葉県	栄町	4,200	4,691	11.7%	30.5%	40.6%	10.6%
千葉県	神崎町	4,000	4,300	7.5%	31.6%	51.3%	16.1%
千葉県	多古町	4,075	4,305	5.6%	33.2%	54.5%	14.0%
千葉県	東庄町	4,050	4,760	17.5%	34.0%	48.4%	13.5%
千葉県	九十九里町	5,000	5,000	0.0%	33.2%	47.8%	14.5%
千葉県	芝山町	3,500	4,600	31.4%	32.2%	53.5%	12.6%
千葉県	横芝光町	4,500	4,700	4.4%	33.4%	49.9%	14.2%
千葉県	一宮町	4,250	5,200	22.4%	31.5%	49.3%	15.8%
千葉県	陸沢町	4,400	5,100	15.9%	37.8%	50.0%	14.3%
千葉県	長生村	4,050	4,400	8.6%	31.2%	48.1%	12.4%
千葉県	白子町	4,200	5,500	31.0%	35.5%	47.9%	15.8%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
千葉県	長柄町	4,300	5,100	18.6%	36.8%	52.2%	13.4%
千葉県	長南町	4,800	5,200	8.3%	36.9%	56.5%	16.1%
千葉県	大多喜町	4,300	4,500	4.7%	37.9%	56.8%	16.2%
千葉県	御宿町	4,000	4,400	10.0%	47.4%	51.9%	15.9%
千葉県	鋸南町	4,709	5,609	19.1%	43.1%	52.4%	18.9%
東京都	千代田区	5,200	5,700	9.6%	19.7%	48.1%	20.4%
東京都	中央区	5,260	5,920	12.5%	16.9%	46.4%	18.4%
東京都	港区	5,250	6,245	19.0%	18.3%	47.8%	19.8%
東京都	新宿区	5,400	5,900	9.3%	21.0%	49.0%	18.7%
東京都	文京区	5,392	5,642	4.6%	20.9%	49.9%	18.3%
東京都	台東区	5,150	5,650	9.7%	25.1%	47.2%	19.3%
東京都	墨田区	5,400	5,400	0.0%	21.9%	46.3%	17.8%
東京都	江東区	4,800	5,200	8.3%	20.5%	43.1%	15.8%
東京都	品川区	4,700	5,300	12.8%	21.5%	46.8%	17.4%
東京都	目黒区	4,960	5,780	16.5%	22.2%	49.4%	19.6%
東京都	大田区	4,900	5,600	14.3%	23.0%	46.8%	18.4%
東京都	世田谷区	5,100	5,850	14.7%	20.3%	50.1%	20.5%
東京都	渋谷区	5,150	5,630	9.3%	21.9%	50.6%	19.4%
東京都	中野区	5,266	5,664	7.6%	22.5%	49.9%	19.3%
東京都	杉並区	5,200	5,700	9.6%	26.3%	51.2%	20.2%
東京都	豊島区	5,190	5,790	11.6%	19.8%	48.2%	19.5%
東京都	北区	4,725	5,442	15.2%	26.7%	49.2%	18.8%
東京都	荒川区	5,792	5,662	-2.2%	23.4%	47.9%	17.3%
東京都	板橋区	4,450	5,375	20.8%	24.3%	48.0%	18.0%
東京都	練馬区	5,240	5,825	11.2%	23.1%	49.5%	19.2%
東京都	足立区	5,570	6,180	11.0%	25.4%	47.8%	18.1%
東京都	葛飾区	5,180	5,980	15.4%	24.8%	48.6%	17.4%
東京都	江戸川区	4,800	4,900	2.1%	20.6%	45.3%	15.0%
東京都	八王子市	4,898	5,408	10.4%	24.6%	44.9%	17.4%
東京都	立川市	4,967	5,880	18.4%	25.4%	44.9%	17.7%
東京都	武蔵野市	5,160	5,960	15.5%	22.7%	50.6%	19.8%
東京都	三鷹市	5,000	5,500	10.0%	21.6%	49.1%	18.0%
東京都	青梅市	4,300	4,800	11.6%	27.7%	45.8%	14.2%
東京都	府中市	4,850	5,225	7.7%	20.8%	47.5%	17.7%
東京都	昭島市	5,350	5,700	6.5%	24.1%	45.0%	16.7%
東京都	調布市	4,800	5,200	8.3%	21.8%	48.7%	19.0%
東京都	町田市	4,920	5,383	9.4%	25.0%	46.5%	16.7%
東京都	小金井市	4,800	5,200	8.3%	21.5%	50.8%	19.5%
東京都	小平市	4,700	5,100	8.5%	23.2%	49.9%	17.6%
東京都	日野市	4,740	5,040	6.3%	24.3%	47.0%	17.8%
東京都	東村山市	5,284	5,750	8.8%	24.8%	50.3%	19.5%
東京都	国分寺市	4,425	5,733	29.6%	21.9%	49.3%	17.7%
東京都	国立市	5,100	5,650	10.8%	22.0%	48.8%	18.4%
東京都	福生市	5,209	5,792	11.2%	24.2%	46.6%	13.7%
東京都	狛江市	4,500	5,250	16.7%	25.3%	50.8%	18.7%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
東京都	東大和市	4,300	4,800	11.6%	25.3%	46.0%	15.2%
東京都	清瀬市	4,862	5,683	16.9%	28.2%	52.2%	18.2%
東京都	東久留米市	4,200	4,900	16.7%	27.1%	48.2%	15.2%
東京都	武蔵村山市	4,544	4,725	4.0%	24.6%	43.5%	13.8%
東京都	多摩市	4,283	4,550	6.2%	26.5%	42.5%	12.9%
東京都	稲城市	4,400	4,800	9.1%	20.5%	43.4%	14.0%
東京都	羽村市	4,000	4,500	12.5%	23.7%	43.9%	13.8%
東京都	あきる野市	4,300	5,000	16.3%	27.7%	45.5%	13.2%
東京都	西東京市	5,115	5,683	11.1%	22.7%	49.5%	19.4%
東京都	瑞穂町	4,850	5,350	10.3%	25.9%	42.8%	14.1%
東京都	日の出町	4,600	5,200	13.0%	34.4%	46.0%	12.9%
東京都	檜原村	6,000	6,000	0.0%	47.5%	62.4%	18.9%
東京都	奥多摩町	5,470	6,200	13.3%	45.4%	55.0%	17.4%
東京都	大島町	5,360	5,400	0.7%	35.6%	49.7%	18.6%
東京都	利島村	4,500	4,800	6.7%	22.2%	52.6%	11.9%
東京都	新島村	4,200	5,700	35.7%	37.8%	55.3%	19.8%
東京都	神津島村	5,100	5,800	13.7%	30.4%	52.0%	26.7%
東京都	三宅村	3,641	4,793	31.6%	36.1%	55.1%	20.0%
東京都	御蔵島村	4,069	4,800	18.0%	17.6%	25.4%	3.6%
東京都	八丈町	4,600	5,692	23.7%	37.5%	51.9%	20.8%
東京都	青ヶ島村	5,500	6,200	12.7%	15.2%	24.1%	13.8%
東京都	小笠原村	4,640	4,640	0.0%	12.4%	33.4%	12.0%
神奈川県	横浜市	5,000	5,990	19.8%	24.0%	47.5%	16.9%
神奈川県	川崎市	5,014	5,540	10.5%	19.7%	46.8%	17.1%
神奈川県	相模原市	4,950	5,375	8.6%	23.9%	42.9%	15.4%
神奈川県	横須賀市	4,900	5,200	6.1%	29.5%	46.8%	16.4%
神奈川県	平塚市	4,390	4,820	9.8%	25.5%	44.2%	15.1%
神奈川県	鎌倉市	4,502	5,170	14.8%	30.9%	51.8%	18.5%
神奈川県	藤沢市	4,500	4,700	4.4%	23.4%	45.4%	16.9%
神奈川県	小田原市	4,090	5,060	23.7%	27.4%	47.3%	15.5%
神奈川県	茅ヶ崎市	4,160	4,420	6.3%	24.8%	46.3%	14.0%
神奈川県	逗子市	4,580	5,710	24.7%	30.6%	49.9%	19.4%
神奈川県	三浦市	4,860	5,716	17.6%	35.3%	49.1%	16.4%
神奈川県	秦野市	4,790	5,200	8.6%	26.1%	40.9%	13.9%
神奈川県	厚木市	4,000	4,950	23.8%	22.8%	39.6%	12.2%
神奈川県	大和市	4,890	4,960	1.4%	23.2%	42.4%	15.1%
神奈川県	伊勢原市	4,978	5,450	9.5%	24.3%	43.6%	15.7%
神奈川県	海老名市	3,900	4,390	12.6%	23.6%	41.5%	12.5%
神奈川県	座間市	4,439	4,930	11.1%	23.6%	42.0%	13.9%
神奈川県	南足柄市	3,948	4,559	15.5%	28.7%	45.6%	13.4%
神奈川県	綾瀬市	3,768	3,894	3.3%	25.5%	39.7%	12.1%
神奈川県	葉山町	4,660	4,800	3.0%	30.8%	48.8%	15.3%
神奈川県	寒川町	4,090	4,150	1.5%	25.0%	40.7%	12.0%
神奈川県	大磯町	4,360	5,500	26.1%	31.5%	46.0%	16.4%
神奈川県	二宮町	4,060	4,450	9.6%	32.1%	47.2%	14.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
神奈川県	中井町	4,340	4,950	14.1%	30.8%	43.8%	12.6%
神奈川県	大井町	3,800	4,300	13.2%	25.1%	42.3%	12.5%
神奈川県	松田町	3,700	4,600	24.3%	31.5%	49.0%	14.0%
神奈川県	山北町	4,200	4,950	17.9%	33.8%	49.3%	16.1%
神奈川県	開成町	4,300	5,150	19.8%	25.2%	47.9%	13.3%
神奈川県	箱根町	4,150	5,100	22.9%	33.9%	46.5%	14.5%
神奈川県	真鶴町	4,320	5,300	22.7%	38.5%	48.1%	14.4%
神奈川県	湯河原町	4,386	4,500	2.6%	37.6%	49.6%	14.5%
神奈川県	愛川町	4,660	5,165	10.8%	25.4%	38.8%	13.0%
神奈川県	清川村	4,958	5,232	5.5%	32.5%	43.0%	12.9%
新潟県	新潟市	5,950	6,175	3.8%	27.2%	49.9%	18.4%
新潟県	長岡市	5,792	6,108	5.5%	29.1%	52.4%	17.9%
新潟県	三条市	5,167	5,308	2.7%	30.0%	51.9%	15.6%
新潟県	柏崎市	4,750	5,350	12.6%	30.6%	53.0%	20.0%
新潟県	新発田市	4,950	5,400	9.1%	30.0%	53.2%	18.2%
新潟県	小千谷市	5,150	5,400	4.9%	32.2%	54.3%	17.4%
新潟県	加茂市	4,940	5,290	7.1%	32.8%	52.0%	17.9%
新潟県	十日町市	5,000	5,700	14.0%	35.9%	56.5%	18.6%
新潟県	見附市	4,875	5,300	8.7%	29.9%	51.6%	16.8%
新潟県	村上市	5,300	5,300	0.0%	35.5%	55.0%	16.8%
新潟県	燕市	5,800	6,300	8.6%	28.7%	50.5%	17.7%
新潟県	糸魚川市	5,860	5,835	-0.4%	36.1%	55.7%	19.0%
新潟県	妙高市	5,400	5,950	10.2%	33.9%	56.0%	20.5%
新潟県	五泉市	5,396	6,171	14.4%	32.6%	53.7%	18.4%
新潟県	上越市	6,525	6,358	-2.6%	30.0%	52.5%	22.5%
新潟県	阿賀野市	5,586	6,286	12.5%	29.7%	54.5%	20.1%
新潟県	佐渡市	5,200	5,800	11.5%	40.1%	60.2%	22.1%
新潟県	魚沼市	5,100	6,000	17.6%	33.3%	57.5%	18.8%
新潟県	南魚沼市	5,192	5,813	12.0%	29.3%	55.6%	19.5%
新潟県	胎内市	5,317	5,923	11.4%	32.9%	52.8%	18.4%
新潟県	聖籠町	5,680	6,400	12.7%	24.3%	51.4%	16.7%
新潟県	弥彦村	5,950	6,400	7.6%	27.8%	50.8%	16.8%
新潟県	田上町	4,800	5,800	20.8%	31.9%	49.7%	16.7%
新潟県	阿賀町	5,500	6,000	9.1%	44.5%	63.6%	22.5%
新潟県	出雲崎町	5,758	5,885	2.2%	40.4%	59.9%	21.2%
新潟県	湯沢町	4,800	5,000	4.2%	35.3%	54.0%	14.4%
新潟県	津南町	5,000	6,000	20.0%	39.7%	66.1%	21.6%
新潟県	刈羽村	5,700	5,800	1.8%	28.9%	51.5%	17.0%
新潟県	関川村	6,680	6,300	-5.7%	39.0%	61.9%	19.2%
新潟県	粟島浦村	6,000	6,300	5.0%	45.2%	63.9%	17.0%
富山県	富山市	5,900	6,300	6.8%	28.6%	48.6%	18.5%
富山県	高岡市	5,310	5,727	7.9%	32.2%	48.4%	17.9%
富山県	魚津市	5,980	6,057	1.3%	32.3%	50.4%	17.7%
富山県	氷見市	5,358	5,490	2.5%	35.9%	51.8%	18.0%
富山県	滑川市	5,358	5,706	6.5%	28.0%	48.4%	16.9%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
富山県	射水市	5,656	6,163	9.0%	28.6%	46.0%	18.3%
富山県	中新川広域行政事務組合	5,399	5,836	8.1%	30.6%	48.9%	16.9%
富山県	砺波地方介護保険組合	5,080	5,780	13.8%	32.9%	53.1%	18.2%
富山県	新川地域介護保険組合	4,800	5,600	16.7%	32.8%	51.9%	17.3%
石川県	金沢市	5,680	6,280	10.6%	25.3%	46.9%	19.6%
石川県	七尾市	5,790	6,100	5.4%	34.9%	51.1%	18.4%
石川県	小松市	5,750	6,100	6.1%	27.8%	46.7%	17.7%
石川県	輪島市	4,980	5,640	13.3%	43.2%	57.2%	18.4%
石川県	珠洲市	4,900	6,000	22.4%	46.4%	56.9%	18.2%
石川県	加賀市	5,550	5,900	6.3%	32.9%	49.4%	17.6%
石川県	羽咋市	5,200	5,700	9.6%	36.9%	49.9%	19.0%
石川県	かほく市	5,200	5,800	11.5%	29.2%	46.7%	16.3%
石川県	白山市	5,740	6,220	8.4%	25.3%	43.5%	16.6%
石川県	能美市	5,750	6,000	4.3%	24.4%	45.9%	16.3%
石川県	野々市市	5,600	6,100	8.9%	19.5%	45.0%	14.9%
石川県	川北町	4,000	5,000	25.0%	19.6%	48.9%	17.3%
石川県	津幡町	5,550	5,700	2.7%	21.6%	45.6%	15.8%
石川県	内灘町	4,900	5,800	18.4%	25.1%	42.3%	14.1%
石川県	志賀町	5,640	5,640	0.0%	39.9%	52.8%	17.8%
石川県	宝達志水町	5,700	6,400	12.3%	35.0%	49.5%	18.3%
石川県	中能登町	5,400	6,400	18.5%	33.9%	50.7%	18.3%
石川県	穴水町	4,900	5,700	16.3%	44.7%	56.9%	18.8%
石川県	能登町	4,600	5,000	8.7%	45.8%	55.9%	14.6%
福井県	福井市	5,560	6,100	9.7%	28.9%	50.8%	17.8%
福井県	敦賀市	5,350	6,050	13.1%	26.7%	50.2%	18.4%
福井県	小浜市	5,200	5,970	14.8%	30.6%	53.9%	19.2%
福井県	大野市	5,100	5,500	7.8%	34.2%	54.6%	19.2%
福井県	勝山市	5,300	5,900	11.3%	34.4%	56.1%	18.6%
福井県	鯖江市	4,800	5,650	17.7%	26.4%	48.9%	16.5%
福井県	越前市	5,190	5,890	13.5%	28.1%	51.6%	18.0%
福井県	永平寺町	5,350	5,700	6.5%	27.3%	52.7%	17.2%
福井県	池田町	3,500	3,800	8.6%	43.2%	66.3%	18.8%
福井県	南越前町	4,800	5,400	12.5%	33.8%	58.3%	18.4%
福井県	越前町	5,300	5,990	13.0%	30.8%	54.6%	17.5%
福井県	美浜町	4,800	5,600	16.7%	32.5%	52.0%	18.6%
福井県	高浜町	3,840	6,100	58.9%	30.6%	51.9%	18.0%
福井県	おおい町	4,600	5,600	21.7%	30.7%	55.2%	18.9%
福井県	若狭町	4,600	6,160	33.9%	33.4%	55.6%	19.2%
福井県	坂井地区広域連合	5,400	5,800	7.4%	27.3%	49.9%	17.6%
山梨県	甲府市	5,521	5,873	6.4%	27.9%	52.8%	19.2%
山梨県	富士吉田市	4,787	5,290	10.5%	27.1%	50.2%	12.9%
山梨県	都留市	4,561	5,183	13.6%	25.6%	52.8%	14.9%
山梨県	山梨市	4,500	5,050	12.2%	31.1%	52.4%	16.5%
山梨県	大月市	3,917	4,992	27.4%	34.2%	53.2%	14.6%
山梨県	韮崎市	5,067	5,128	1.2%	27.3%	49.6%	15.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
山梨県	南アルプス市	5,096	5,600	9.9%	24.8%	48.3%	15.8%
山梨県	北杜市	3,833	4,000	4.4%	36.3%	50.3%	10.8%
山梨県	甲斐市	4,900	5,100	4.1%	23.7%	43.3%	13.4%
山梨県	笛吹市	5,095	5,618	10.3%	28.3%	50.1%	15.8%
山梨県	上野原市	4,400	5,000	13.6%	30.3%	50.9%	15.3%
山梨県	甲州市	4,809	5,466	13.7%	33.1%	54.6%	16.4%
山梨県	中央市	4,891	5,400	10.4%	22.3%	46.3%	12.1%
山梨県	市川三郷町	4,850	5,630	16.1%	35.5%	56.9%	17.4%
山梨県	早川町	5,750	5,750	0.0%	47.1%	65.9%	17.5%
山梨県	身延町	5,685	5,875	3.3%	42.8%	60.5%	19.3%
山梨県	南部町	4,980	5,800	16.5%	38.4%	58.1%	18.5%
山梨県	富士川町	5,540	5,900	6.5%	32.3%	56.5%	16.6%
山梨県	昭和町	4,315	5,500	27.5%	20.1%	47.4%	12.4%
山梨県	道志村	5,100	6,000	17.6%	31.1%	52.6%	15.1%
山梨県	西桂町	5,042	5,085	0.9%	25.7%	49.4%	12.0%
山梨県	忍野村	4,155	4,260	2.5%	18.6%	43.9%	11.3%
山梨県	山中湖村	3,600	4,400	22.2%	29.7%	49.6%	10.2%
山梨県	鳴沢村	4,390	4,800	9.3%	29.3%	47.7%	10.4%
山梨県	富士河口湖町	4,666	5,564	19.2%	24.1%	50.4%	14.1%
山梨県	小菅村	3,840	4,800	25.0%	46.4%	59.8%	18.6%
山梨県	丹波山村	4,270	4,700	10.1%	47.5%	69.0%	15.6%
長野県	長野市	4,880	5,490	12.5%	28.4%	51.6%	19.3%
長野県	松本市	5,439	5,694	4.7%	26.6%	51.8%	19.5%
長野県	上田市	5,010	5,580	11.4%	29.9%	51.7%	19.2%
長野県	飯田市	4,997	5,635	12.8%	31.1%	54.8%	18.9%
長野県	須坂市	4,541	4,768	5.0%	30.6%	49.1%	13.8%
長野県	小諸市	4,898	5,090	3.9%	30.2%	51.0%	15.4%
長野県	伊那市	4,560	4,980	9.2%	29.5%	53.9%	15.4%
長野県	駒ヶ根市	5,190	5,490	5.8%	29.2%	52.6%	14.2%
長野県	中野市	4,790	5,520	15.2%	29.2%	51.9%	17.3%
長野県	飯山市	5,350	5,700	6.5%	33.9%	56.7%	18.5%
長野県	塩尻市	5,100	5,100	0.0%	27.1%	51.1%	16.8%
長野県	佐久市	4,990	5,650	13.2%	28.4%	53.9%	17.4%
長野県	千曲市	4,850	4,950	2.1%	31.3%	51.3%	16.1%
長野県	東御市	4,922	5,547	12.7%	29.2%	49.9%	17.7%
長野県	安曇野市	5,170	5,400	4.4%	29.5%	49.6%	17.3%
長野県	小海町	4,542	4,988	9.8%	38.6%	60.6%	15.2%
長野県	川上村	4,450	4,333	-2.6%	23.0%	56.3%	16.3%
長野県	南牧村	4,700	5,300	12.8%	28.2%	61.0%	17.9%
長野県	南相木村	4,780	5,400	13.0%	39.0%	67.7%	19.5%
長野県	北相木村	4,880	5,600	14.8%	41.1%	66.5%	24.2%
長野県	佐久穂町	5,000	5,300	6.0%	34.9%	57.5%	16.5%
長野県	軽井沢町	4,300	4,800	11.6%	30.0%	47.0%	12.5%
長野県	御代田町	4,640	5,160	11.2%	25.7%	50.9%	12.5%
長野県	立科町	5,058	5,450	7.8%	34.1%	53.2%	17.7%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
長野県	青木村	5,000	5,700	14.0%	37.0%	54.1%	19.7%
長野県	長和町	5,000	5,700	14.0%	38.0%	58.0%	22.6%
長野県	辰野町	4,390	5,180	18.0%	34.1%	52.0%	15.5%
長野県	箕輪町	4,300	5,000	16.3%	27.2%	50.1%	13.2%
長野県	飯島町	4,980	5,200	4.4%	34.5%	53.3%	16.3%
長野県	南箕輪村	4,570	5,020	9.8%	22.3%	48.1%	14.3%
長野県	中川村	4,940	5,750	16.4%	33.7%	54.8%	16.9%
長野県	宮田村	4,270	4,500	5.4%	27.8%	51.5%	12.0%
長野県	松川町	4,300	4,900	14.0%	31.7%	54.9%	17.0%
長野県	高森町	5,200	5,750	10.6%	30.4%	53.7%	13.8%
長野県	阿南町	4,700	6,300	34.0%	41.6%	63.6%	21.8%
長野県	阿智村	5,425	5,425	0.0%	33.5%	59.7%	17.5%
長野県	平谷村	4,100	4,600	12.2%	36.9%	70.6%	16.9%
長野県	根羽村	4,500	4,800	6.7%	47.1%	67.4%	19.5%
長野県	下條村	4,488	5,160	15.0%	29.5%	59.5%	18.1%
長野県	壳木村	4,700	5,200	10.6%	46.2%	63.3%	14.9%
長野県	天龍村	5,000	5,000	0.0%	58.3%	67.1%	16.0%
長野県	泰阜村	4,100	4,600	12.2%	38.3%	65.8%	16.5%
長野県	喬木村	4,800	5,900	22.9%	32.5%	53.6%	17.5%
長野県	豊丘村	5,200	5,950	14.4%	32.2%	57.7%	17.2%
長野県	大鹿村	3,700	4,500	21.6%	54.4%	67.4%	15.6%
長野県	麻績村	4,500	5,800	28.9%	43.4%	63.9%	22.5%
長野県	生坂村	3,680	4,700	27.7%	42.1%	60.0%	17.5%
長野県	山形村	4,780	5,660	18.4%	26.4%	46.2%	15.6%
長野県	朝日村	4,500	4,900	8.9%	30.8%	56.6%	15.2%
長野県	筑北村	4,700	5,900	25.5%	41.8%	55.2%	19.0%
長野県	坂城町	4,400	5,000	13.6%	33.1%	49.5%	13.9%
長野県	小布施町	4,210	4,780	13.5%	33.3%	49.4%	13.7%
長野県	高山村	4,850	5,230	7.8%	30.6%	51.3%	15.3%
長野県	山ノ内町	5,260	5,300	0.8%	38.1%	55.1%	17.0%
長野県	木島平村	4,980	5,500	10.4%	34.8%	57.2%	16.8%
長野県	野沢温泉村	5,400	5,800	7.4%	36.1%	58.3%	18.3%
長野県	信濃町	3,540	4,300	21.5%	38.2%	52.5%	16.5%
長野県	小川村	4,650	5,700	22.6%	44.7%	63.4%	21.4%
長野県	飯綱町	4,800	4,850	1.0%	35.7%	52.6%	16.7%
長野県	栄村	4,170	5,200	24.7%	50.1%	65.0%	18.5%
長野県	北アルプス広域連合	5,000	5,500	10.0%	34.0%	52.6%	17.2%
長野県	木曽広域連合	5,070	5,480	8.1%	39.3%	58.5%	17.3%
長野県	諏訪広域連合	4,750	5,350	12.6%	30.6%	50.8%	16.5%
岐阜県	岐阜市	4,840	5,780	19.4%	27.4%	48.4%	18.2%
岐阜県	大垣市	4,910	5,560	13.2%	26.2%	48.5%	16.8%
岐阜県	高山市	5,350	5,450	1.9%	31.3%	51.9%	18.0%
岐阜県	多治見市	4,826	5,200	7.7%	28.0%	44.3%	14.7%
岐阜県	関市	4,400	5,550	26.1%	26.9%	48.1%	16.5%
岐阜県	中津川市	4,700	5,100	8.5%	31.6%	53.9%	17.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
岐阜県	美濃市	4,000	4,900	22.5%	31.7%	52.4%	14.6%
岐阜県	瑞浪市	4,520	4,908	8.6%	29.8%	53.5%	14.8%
岐阜県	羽島市	4,300	5,300	23.3%	24.9%	44.0%	13.9%
岐阜県	恵那市	5,109	5,679	11.2%	32.8%	55.5%	17.2%
岐阜県	美濃加茂市	4,800	5,200	8.3%	22.5%	49.4%	14.6%
岐阜県	土岐市	4,373	5,600	28.1%	30.6%	51.1%	15.9%
岐阜県	各務原市	4,900	4,900	0.0%	26.4%	43.4%	14.5%
岐阜県	可児市	4,900	5,200	6.1%	26.0%	40.8%	13.8%
岐阜県	山県市	4,890	4,700	-3.9%	30.3%	48.5%	13.8%
岐阜県	飛騨市	4,980	5,440	9.2%	37.6%	56.2%	16.9%
岐阜県	郡上市	3,940	4,700	19.3%	35.7%	59.6%	16.8%
岐阜県	下呂市	4,140	4,850	17.1%	37.6%	57.6%	16.1%
岐阜県	海津市	5,380	5,680	5.6%	28.4%	46.1%	15.4%
岐阜県	岐南町	4,800	5,500	14.6%	21.8%	41.8%	15.4%
岐阜県	笠松町	4,750	5,650	18.9%	26.7%	48.0%	16.0%
岐阜県	養老町	4,460	5,270	18.2%	28.7%	46.1%	16.2%
岐阜県	垂井町	4,150	5,200	25.3%	28.0%	47.0%	13.8%
岐阜県	関ヶ原町	3,700	5,600	51.4%	35.7%	51.7%	16.0%
岐阜県	坂祝町	4,850	5,100	5.2%	24.1%	43.1%	15.4%
岐阜県	富加町	4,700	4,300	-8.5%	29.5%	49.5%	13.8%
岐阜県	川辺町	4,000	5,500	37.5%	30.3%	52.8%	14.6%
岐阜県	七宗町	3,800	5,200	36.8%	41.5%	57.4%	19.8%
岐阜県	八百津町	3,800	5,000	31.6%	36.2%	55.8%	17.8%
岐阜県	白川町	3,500	5,300	51.4%	42.3%	63.1%	20.2%
岐阜県	東白川村	3,000	4,700	56.7%	43.3%	64.1%	18.4%
岐阜県	御嵩町	4,800	5,300	10.4%	28.5%	48.4%	17.0%
岐阜県	白川村	5,100	5,900	15.7%	31.8%	54.4%	17.6%
岐阜県	安八郡広域連合	4,800	5,400	12.5%	26.4%	44.9%	12.7%
岐阜県	揖斐広域連合	5,400	6,000	11.1%	28.6%	48.5%	15.3%
岐阜県	もとす広域連合	4,794	5,650	17.9%	22.3%	44.4%	14.2%
静岡県	静岡市	5,000	5,267	5.3%	28.6%	48.6%	16.7%
静岡県	浜松市	5,050	5,200	3.0%	26.7%	49.5%	16.3%
静岡県	沼津市	4,400	5,000	13.6%	28.8%	47.4%	14.3%
静岡県	熱海市	4,300	4,800	11.6%	44.6%	51.4%	15.1%
静岡県	三島市	4,142	4,261	2.9%	26.8%	46.4%	13.0%
静岡県	富士宮市	4,500	5,366	19.2%	26.5%	46.0%	15.3%
静岡県	伊東市	4,600	5,400	17.4%	38.9%	47.1%	15.8%
静岡県	島田市	4,000	4,550	13.8%	29.3%	50.9%	14.2%
静岡県	富士市	4,900	5,350	9.2%	25.6%	46.6%	15.0%
静岡県	磐田市	4,200	5,100	21.4%	27.1%	47.2%	14.7%
静岡県	焼津市	4,505	4,970	10.3%	27.6%	46.9%	15.1%
静岡県	掛川市	5,050	5,850	15.8%	26.1%	50.2%	15.6%
静岡県	藤枝市	4,690	4,980	6.2%	28.5%	46.9%	15.0%
静岡県	御殿場市	4,500	4,900	8.9%	22.2%	48.9%	13.0%
静岡県	袋井市	4,600	5,200	13.0%	22.7%	47.7%	15.4%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
静岡県	下田市	4,445	4,900	10.2%	38.3%	49.5%	15.0%
静岡県	裾野市	4,440	4,900	10.4%	22.8%	43.4%	13.0%
静岡県	湖西市	4,100	4,600	12.2%	25.9%	46.4%	12.8%
静岡県	伊豆市	4,100	4,600	12.2%	36.8%	51.2%	13.7%
静岡県	御前崎市	5,050	5,300	5.0%	26.6%	49.8%	12.7%
静岡県	菊川市	4,500	5,100	13.3%	26.0%	50.0%	14.3%
静岡県	伊豆の国市	4,700	5,100	8.5%	31.0%	46.5%	14.3%
静岡県	牧之原市	4,400	5,500	25.0%	28.3%	52.7%	16.5%
静岡県	東伊豆町	4,370	4,840	10.8%	41.0%	49.1%	12.8%
静岡県	河津町	4,000	4,900	22.5%	38.2%	50.6%	16.8%
静岡県	南伊豆町	4,000	5,000	25.0%	43.0%	50.7%	16.6%
静岡県	松崎町	4,400	4,400	0.0%	42.0%	53.0%	17.3%
静岡県	西伊豆町	4,500	4,800	6.7%	46.0%	54.8%	17.9%
静岡県	函南町	4,765	4,915	3.1%	29.8%	44.6%	14.2%
静岡県	清水町	4,200	4,700	11.9%	24.0%	47.0%	13.4%
静岡県	長泉町	4,900	4,900	0.0%	21.1%	46.6%	13.6%
静岡県	小山町	5,300	5,500	3.8%	25.3%	51.5%	16.3%
静岡県	吉田町	4,450	4,800	7.9%	23.9%	48.6%	13.1%
静岡県	川根本町	4,360	5,600	28.4%	45.9%	62.9%	16.9%
静岡県	森町	4,550	5,200	14.3%	30.9%	56.7%	18.1%
愛知県	名古屋市	5,440	5,894	8.3%	24.9%	48.4%	17.9%
愛知県	豊橋市	4,300	4,800	11.6%	24.1%	45.5%	14.5%
愛知県	岡崎市	4,300	4,770	10.9%	21.8%	44.0%	15.9%
愛知県	一宮市	5,125	5,200	1.5%	25.7%	45.6%	14.6%
愛知県	瀬戸市	4,430	4,945	11.6%	27.7%	44.4%	15.5%
愛知県	半田市	4,980	4,930	-1.0%	22.4%	45.3%	15.1%
愛知県	春日井市	4,649	5,047	8.6%	24.3%	42.4%	14.5%
愛知県	豊川市	4,590	5,180	12.9%	25.1%	45.1%	14.5%
愛知県	津島市	5,181	5,300	2.3%	27.4%	46.2%	15.6%
愛知県	碧南市	4,500	4,600	2.2%	22.7%	49.1%	14.7%
愛知県	刈谷市	4,440	4,940	11.3%	19.3%	43.1%	14.9%
愛知県	豊田市	4,280	4,800	12.1%	20.7%	40.6%	14.3%
愛知県	安城市	4,150	4,800	15.7%	19.7%	43.6%	13.9%
愛知県	西尾市	4,200	4,800	14.3%	24.3%	46.8%	14.0%
愛知県	蒲郡市	4,472	4,900	9.6%	28.0%	49.0%	14.4%
愛知県	犬山市	3,992	4,558	14.2%	27.6%	45.0%	14.0%
愛知県	常滑市	4,800	4,950	3.1%	26.2%	49.6%	16.4%
愛知県	江南市	4,177	4,945	18.4%	26.1%	44.4%	13.1%
愛知県	小牧市	3,647	4,163	14.1%	23.0%	41.1%	11.2%
愛知県	稻沢市	4,400	4,600	4.5%	25.4%	44.1%	14.2%
愛知県	新城市	4,450	4,950	11.2%	32.4%	52.5%	18.5%
愛知県	知立市	3,680	4,250	15.5%	19.6%	45.3%	13.1%
愛知県	尾張旭市	4,155	4,820	16.0%	24.5%	43.7%	13.3%
愛知県	高浜市	5,260	5,480	4.2%	19.5%	48.6%	16.8%
愛知県	岩倉市	4,100	4,814	17.4%	24.3%	43.0%	13.6%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
愛知県	豊明市	4,529	5,475	20.9%	24.6%	43.6%	13.2%
愛知県	日進市	4,370	5,190	18.8%	19.7%	44.9%	14.4%
愛知県	田原市	4,216	4,750	12.7%	25.6%	50.1%	14.0%
愛知県	愛西市	4,350	4,800	10.3%	28.5%	43.9%	13.8%
愛知県	清須市	4,898	4,984	1.8%	23.1%	45.5%	15.3%
愛知県	北名古屋市	4,316	4,650	7.7%	23.7%	41.1%	11.9%
愛知県	弥富市	4,550	4,760	4.6%	25.0%	45.3%	15.0%
愛知県	みよし市	3,680	4,040	9.8%	16.9%	40.0%	11.3%
愛知県	あま市	4,300	4,700	9.3%	25.6%	41.1%	13.3%
愛知県	長久手市	4,283	5,045	17.8%	16.1%	41.6%	13.7%
愛知県	東郷町	3,846	4,664	21.3%	21.4%	39.7%	13.3%
愛知県	豊山町	4,382	5,300	20.9%	22.9%	41.6%	11.5%
愛知県	大口町	3,750	3,750	0.0%	23.5%	46.3%	10.6%
愛知県	扶桑町	3,969	4,381	10.4%	25.6%	44.8%	13.2%
愛知県	大治町	4,500	4,900	8.9%	20.6%	39.3%	14.3%
愛知県	蟹江町	4,750	5,100	7.4%	24.2%	43.4%	14.4%
愛知県	飛島村	4,650	6,520	40.2%	31.3%	52.6%	16.9%
愛知県	阿久比町	4,400	4,780	8.6%	27.0%	45.9%	11.7%
愛知県	南知多町	4,400	5,100	15.9%	33.7%	52.6%	15.9%
愛知県	美浜町	4,500	5,100	13.3%	26.4%	46.7%	15.0%
愛知県	武豊町	4,780	4,850	1.5%	23.7%	41.0%	13.0%
愛知県	幸田町	3,800	4,100	7.9%	20.4%	43.0%	10.9%
愛知県	設楽町	4,400	5,700	29.5%	47.0%	62.3%	19.7%
愛知県	東栄町	4,300	5,900	37.2%	52.5%	64.2%	21.6%
愛知県	豊根村	4,500	5,300	17.8%	49.3%	65.9%	22.7%
愛知県	知多北部広域連合	4,934	5,073	2.8%	22.6%	43.1%	14.9%
三重県	津市	5,690	6,167	8.4%	28.3%	50.7%	20.5%
三重県	四日市市	4,936	5,560	12.6%	24.5%	45.8%	16.2%
三重県	伊勢市	5,694	5,835	2.5%	29.7%	51.1%	19.8%
三重県	松阪市	5,790	6,440	11.2%	28.1%	51.2%	22.1%
三重県	桑名市	4,761	5,239	10.0%	25.3%	46.6%	15.3%
三重県	名張市	5,300	5,800	9.4%	28.4%	42.8%	16.2%
三重県	鳥羽市	5,820	6,400	10.0%	34.3%	53.8%	19.2%
三重県	いなべ市	3,819	5,426	42.1%	25.3%	48.4%	15.5%
三重県	志摩市	5,370	5,570	3.7%	36.8%	54.3%	17.8%
三重県	伊賀市	5,654	6,253	10.6%	31.1%	52.9%	21.7%
三重県	木曽岬町	3,900	4,700	20.5%	28.7%	44.0%	11.8%
三重県	東員町	4,687	4,694	0.1%	27.5%	39.8%	11.7%
三重県	菰野町	5,270	5,450	3.4%	25.9%	48.9%	14.2%
三重県	朝日町	4,200	5,200	23.8%	18.2%	47.7%	16.4%
三重県	川越町	5,275	5,350	1.4%	20.0%	49.4%	14.6%
三重県	多気町	5,150	5,660	9.9%	31.5%	57.6%	19.7%
三重県	明和町	5,392	6,085	12.9%	28.2%	50.5%	17.1%
三重県	大台町	4,720	6,485	37.4%	38.9%	58.1%	20.5%
三重県	玉城町	5,280	6,260	18.6%	25.7%	51.3%	15.7%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
三重県	度会町	5,000	5,300	6.0%	31.2%	52.8%	16.8%
三重県	大紀町	4,500	5,000	11.1%	44.8%	59.3%	18.1%
三重県	南伊勢町	4,420	5,000	13.1%	47.6%	57.4%	17.0%
三重県	紀北広域連合	5,406	5,459	1.0%	40.4%	54.2%	20.8%
三重県	紀南介護保険広域連合	5,455	6,192	13.5%	37.8%	54.8%	22.7%
三重県	鈴鹿龜山地区広域連合	5,377	5,691	5.8%	23.6%	45.1%	16.7%
滋賀県	大津市	5,150	6,150	19.4%	24.7%	45.8%	18.4%
滋賀県	彦根市	4,738	5,365	13.2%	23.6%	48.7%	17.1%
滋賀県	長浜市	5,080	5,820	14.6%	26.6%	51.3%	18.2%
滋賀県	近江八幡市	4,100	4,900	19.5%	25.3%	46.1%	15.3%
滋賀県	草津市	4,964	5,299	6.7%	20.1%	41.8%	15.2%
滋賀県	守山市	4,750	5,500	15.8%	21.1%	43.6%	16.5%
滋賀県	甲賀市	4,200	5,070	20.7%	25.5%	49.4%	16.9%
滋賀県	野洲市	4,950	5,520	11.5%	24.3%	42.9%	16.5%
滋賀県	湖南市	4,994	5,088	1.9%	21.8%	40.2%	14.5%
滋賀県	高島市	4,800	5,400	12.5%	31.8%	52.2%	17.7%
滋賀県	東近江市	4,150	5,200	25.3%	25.0%	49.3%	16.1%
滋賀県	米原市	5,108	5,900	15.5%	28.0%	53.6%	18.8%
滋賀県	栗東市	4,900	5,590	14.1%	17.7%	41.2%	14.3%
滋賀県	日野町	4,500	5,350	18.9%	27.3%	51.2%	17.4%
滋賀県	竜王町	3,920	5,600	42.9%	23.4%	47.8%	16.5%
滋賀県	愛荘町	4,700	5,100	8.5%	22.1%	50.1%	17.6%
滋賀県	豊郷町	4,680	5,200	11.1%	28.5%	52.2%	19.3%
滋賀県	甲良町	5,540	6,000	8.3%	29.6%	49.1%	20.1%
滋賀県	多賀町	4,700	5,500	17.0%	33.5%	54.7%	16.4%
京都府	京都市	5,440	6,080	11.8%	27.6%	48.7%	20.6%
京都府	福知山市	5,039	5,983	18.7%	29.6%	52.2%	20.9%
京都府	舞鶴市	5,293	5,293	0.0%	29.8%	50.2%	18.5%
京都府	綾部市	5,247	6,202	18.2%	36.9%	55.4%	21.4%
京都府	宇治市	5,175	5,192	0.3%	26.8%	42.8%	16.8%
京都府	宮津市	5,397	6,217	15.2%	38.8%	55.3%	24.5%
京都府	亀岡市	5,134	5,196	1.2%	26.0%	41.9%	16.0%
京都府	城陽市	4,881	5,098	4.4%	31.2%	39.9%	14.7%
京都府	向日市	5,177	5,177	0.0%	26.8%	42.6%	16.9%
京都府	長岡京市	5,180	5,996	15.8%	26.1%	43.5%	17.5%
京都府	八幡市	4,880	5,279	8.2%	27.4%	39.4%	16.5%
京都府	京田辺市	4,898	5,394	10.1%	23.2%	41.3%	15.9%
京都府	京丹後市	4,650	5,289	13.7%	35.0%	54.6%	18.2%
京都府	南丹市	5,415	6,645	22.7%	33.0%	56.5%	20.7%
京都府	木津川市	4,990	5,300	6.2%	22.8%	41.3%	16.0%
京都府	大山崎町	4,998	5,500	10.0%	28.2%	46.5%	17.9%
京都府	久御山町	4,917	5,591	13.7%	28.8%	40.1%	17.2%
京都府	井手町	4,714	5,052	7.2%	30.5%	49.2%	18.3%
京都府	宇治田原町	4,950	5,417	9.4%	26.8%	45.9%	18.6%
京都府	笠置町	4,900	5,750	17.3%	43.1%	54.7%	21.5%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
京都府	和束町	5,667	5,950	5.0%	39.6%	50.0%	18.3%
京都府	精華町	5,850	5,850	0.0%	21.4%	41.0%	15.5%
京都府	南山城村	3,330	4,400	32.1%	42.2%	51.4%	19.6%
京都府	京丹波町	5,350	6,275	17.3%	39.1%	55.1%	19.5%
京都府	伊根町	5,430	5,584	2.8%	46.9%	62.1%	23.4%
京都府	与謝野町	4,975	5,850	17.6%	34.1%	53.4%	21.8%
大阪府	大阪市	5,897	6,758	14.6%	26.3%	48.4%	23.6%
大阪府	堺市	5,349	6,128	14.6%	26.7%	44.4%	21.4%
大阪府	岸和田市	5,483	5,750	4.9%	25.5%	45.8%	21.2%
大阪府	豊中市	5,056	5,661	12.0%	25.9%	47.1%	20.3%
大阪府	池田市	4,950	5,650	14.1%	26.4%	48.1%	19.0%
大阪府	吹田市	5,191	5,390	3.8%	23.8%	46.0%	18.5%
大阪府	泉大津市	4,380	5,180	18.3%	23.9%	45.6%	16.1%
大阪府	高槻市	4,442	4,833	8.8%	27.5%	45.1%	15.8%
大阪府	貝塚市	5,308	5,592	5.4%	24.7%	46.6%	20.1%
大阪府	枚方市	4,933	5,590	13.3%	27.6%	42.2%	18.0%
大阪府	茨木市	4,550	4,940	8.6%	24.0%	43.6%	16.9%
大阪府	八尾市	4,998	5,997	20.0%	27.9%	45.1%	20.0%
大阪府	泉佐野市	5,322	6,675	25.4%	24.7%	47.1%	23.1%
大阪府	富田林市	5,296	5,995	13.2%	27.3%	45.2%	19.7%
大阪府	寝屋川市	4,740	5,790	22.2%	29.2%	41.7%	16.8%
大阪府	河内長野市	5,300	5,720	7.9%	31.3%	44.8%	20.6%
大阪府	松原市	5,200	5,700	9.6%	28.4%	44.2%	18.0%
大阪府	大東市	4,980	5,820	16.9%	25.5%	42.3%	17.5%
大阪府	和泉市	5,092	5,296	4.0%	23.5%	42.5%	15.7%
大阪府	箕面市	4,853	5,388	11.0%	26.5%	44.0%	17.0%
大阪府	柏原市	5,291	6,407	21.1%	26.2%	42.4%	20.5%
大阪府	羽曳野市	5,095	6,160	20.9%	28.0%	46.5%	19.7%
大阪府	摂津市	4,990	5,460	9.4%	25.1%	40.2%	15.7%
大阪府	高石市	5,245	5,917	12.8%	26.8%	47.1%	20.1%
大阪府	藤井寺市	4,800	6,100	27.1%	26.4%	45.0%	20.4%
大阪府	東大阪市	5,385	5,829	8.2%	28.5%	44.3%	20.1%
大阪府	泉南市	4,998	5,490	9.8%	26.7%	45.2%	18.8%
大阪府	交野市	4,625	5,090	10.1%	25.9%	42.3%	15.6%
大阪府	大阪狭山市	5,050	5,995	18.7%	27.5%	45.2%	18.6%
大阪府	阪南市	4,600	5,300	15.2%	27.9%	41.0%	18.2%
大阪府	島本町	4,500	4,900	8.9%	26.0%	43.1%	16.2%
大阪府	豊能町	4,159	5,005	20.3%	37.8%	39.1%	15.5%
大阪府	能勢町	5,473	5,938	8.5%	34.9%	46.9%	19.9%
大阪府	忠岡町	5,098	5,283	3.6%	26.9%	48.1%	20.6%
大阪府	熊取町	4,864	5,832	19.9%	25.7%	39.9%	17.5%
大阪府	田尻町	4,870	5,880	20.7%	23.2%	47.5%	20.9%
大阪府	岬町	4,778	5,530	15.7%	35.4%	48.1%	23.4%
大阪府	太子町	5,200	6,150	18.3%	26.0%	43.9%	15.3%
大阪府	河南町	4,935	5,522	11.9%	29.4%	48.6%	17.7%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
大阪府	千早赤阪村	4,760	6,232	30.9%	40.4%	42.8%	13.8%
大阪府	くすのき広域連合	4,998	6,376	27.6%	27.6%	43.8%	19.7%
兵庫県	神戸市	5,200	5,729	10.2%	27.6%	48.5%	19.7%
兵庫県	姫路市	5,240	5,300	1.1%	25.1%	45.0%	20.7%
兵庫県	尼崎市	5,341	5,922	10.9%	27.4%	45.6%	20.7%
兵庫県	明石市	4,980	5,380	8.0%	25.8%	43.6%	18.1%
兵庫県	西宮市	4,947	5,200	5.1%	22.8%	45.9%	16.6%
兵庫県	洲本市	4,750	5,500	15.8%	33.3%	51.8%	19.6%
兵庫県	芦屋市	5,090	5,490	7.9%	27.2%	48.9%	18.2%
兵庫県	伊丹市	4,400	4,490	2.0%	23.8%	44.7%	16.2%
兵庫県	相生市	4,300	5,000	16.3%	34.7%	48.1%	17.5%
兵庫県	豊岡市	4,830	5,634	16.6%	31.8%	53.8%	17.2%
兵庫県	加古川市	4,400	4,900	11.4%	25.0%	42.2%	16.8%
兵庫県	赤穂市	4,350	5,100	17.2%	29.7%	49.7%	18.0%
兵庫県	西脇市	5,300	5,500	3.8%	31.0%	51.4%	19.2%
兵庫県	宝塚市	4,867	5,792	19.0%	26.7%	46.0%	18.4%
兵庫県	三木市	5,050	5,200	3.0%	31.8%	45.4%	15.0%
兵庫県	高砂市	5,200	5,700	9.6%	26.0%	42.0%	18.9%
兵庫県	川西市	4,210	4,550	8.1%	30.2%	47.3%	16.8%
兵庫県	小野市	5,100	5,300	3.9%	26.3%	47.3%	16.3%
兵庫県	三田市	4,656	5,127	10.1%	21.5%	45.4%	17.5%
兵庫県	加西市	4,970	5,400	8.7%	29.9%	50.3%	19.0%
兵庫県	篠山市	4,280	5,020	17.3%	32.2%	53.5%	18.5%
兵庫県	養父市	5,450	6,610	21.3%	36.4%	57.7%	20.5%
兵庫県	丹波市	4,830	5,030	4.1%	32.5%	53.6%	19.1%
兵庫県	南あわじ市	4,980	5,050	1.4%	33.7%	53.9%	20.3%
兵庫県	朝来市	4,920	5,700	15.9%	34.0%	55.8%	22.2%
兵庫県	淡路市	4,600	5,200	13.0%	36.6%	55.8%	20.7%
兵庫県	宍粟市	4,950	5,900	19.2%	31.3%	52.6%	21.4%
兵庫県	加東市	5,600	5,500	-1.8%	25.0%	50.0%	16.5%
兵庫県	たつの市	4,400	5,400	22.7%	27.8%	45.7%	18.4%
兵庫県	猪名川町	5,000	5,400	8.0%	25.9%	45.4%	17.1%
兵庫県	多可町	5,300	5,500	3.8%	33.6%	54.0%	18.0%
兵庫県	稻美町	4,300	4,700	9.3%	29.6%	39.9%	13.2%
兵庫県	播磨町	4,400	4,800	9.1%	25.9%	40.1%	14.7%
兵庫県	市川町	5,000	6,200	24.0%	32.4%	50.4%	17.5%
兵庫県	福崎町	4,800	5,280	10.0%	27.6%	47.6%	17.5%
兵庫県	神河町	4,560	5,700	25.0%	34.3%	55.6%	18.6%
兵庫県	太子町	4,570	5,350	17.1%	23.8%	40.2%	15.6%
兵庫県	上郡町	5,300	6,000	13.2%	33.8%	47.5%	20.4%
兵庫県	佐用町	5,100	5,600	9.8%	37.8%	57.2%	22.4%
兵庫県	香美町	4,351	5,008	15.1%	36.4%	56.9%	18.6%
兵庫県	新温泉町	4,618	5,193	12.5%	37.8%	58.0%	19.2%
奈良県	奈良市	4,705	4,924	4.7%	28.7%	46.8%	17.3%
奈良県	大和高田市	4,960	5,860	18.1%	27.7%	44.8%	16.9%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
奈良県	大和郡山市	4,700	5,400	14.9%	30.1%	46.1%	17.0%
奈良県	天理市	4,720	5,560	17.8%	24.5%	49.4%	19.7%
奈良県	橿原市	3,803	4,778	25.6%	26.4%	44.5%	14.5%
奈良県	桜井市	4,298	5,300	23.3%	28.3%	48.9%	18.3%
奈良県	五條市	5,100	5,950	16.7%	33.2%	54.1%	21.1%
奈良県	御所市	5,100	5,900	15.7%	36.7%	52.5%	20.9%
奈良県	生駒市	4,570	4,759	4.1%	25.6%	41.0%	15.5%
奈良県	香芝市	4,600	4,820	4.8%	21.8%	44.0%	13.9%
奈良県	葛城市	4,100	5,000	22.0%	26.5%	43.4%	15.9%
奈良県	宇陀市	4,700	6,600	40.4%	36.1%	50.2%	20.8%
奈良県	山添村	3,100	5,300	71.0%	42.7%	54.5%	17.0%
奈良県	平群町	4,452	5,228	17.4%	35.2%	43.2%	16.5%
奈良県	三郷町	4,320	5,250	21.5%	30.8%	47.9%	19.6%
奈良県	斑鳩町	4,892	5,359	9.5%	28.9%	44.1%	17.3%
奈良県	安堵町	5,150	5,700	10.7%	30.9%	46.8%	16.8%
奈良県	川西町	4,662	4,865	4.4%	32.1%	46.0%	14.8%
奈良県	三宅町	4,650	5,400	16.1%	31.3%	46.7%	16.2%
奈良県	田原本町	4,455	5,450	22.3%	29.2%	46.0%	15.6%
奈良県	曾爾村	3,500	5,800	65.7%	42.3%	57.8%	23.2%
奈良県	御杖村	3,200	3,900	21.9%	49.0%	63.8%	22.4%
奈良県	高取町	4,460	5,400	21.1%	35.1%	50.8%	21.2%
奈良県	明日香村	5,000	5,000	0.0%	36.8%	51.4%	17.1%
奈良県	上牧町	4,900	5,200	6.1%	30.3%	44.0%	15.7%
奈良県	王寺町	4,170	5,460	30.9%	28.0%	43.9%	17.6%
奈良県	広陵町	4,800	5,200	8.3%	23.9%	43.3%	15.8%
奈良県	河合町	4,175	4,900	17.4%	34.6%	44.4%	16.2%
奈良県	吉野町	4,860	5,700	17.3%	45.0%	57.2%	22.6%
奈良県	大淀町	5,656	6,370	12.6%	28.7%	49.9%	18.8%
奈良県	下市町	5,510	6,437	16.8%	40.5%	57.3%	24.7%
奈良県	黒滝村	4,858	7,800	60.6%	45.7%	60.2%	21.9%
奈良県	天川村	4,849	8,686	79.1%	46.7%	64.9%	26.9%
奈良県	野迫川村	3,500	5,000	42.9%	45.9%	66.8%	30.7%
奈良県	十津川村	4,171	6,750	61.8%	39.7%	64.5%	30.5%
奈良県	下北山村	4,300	4,725	9.9%	47.4%	64.0%	21.3%
奈良県	上北山村	3,400	6,000	76.5%	45.8%	57.0%	23.0%
奈良県	川上村	3,800	4,500	18.4%	55.4%	61.0%	16.5%
奈良県	東吉野村	3,845	5,748	49.5%	54.4%	62.3%	23.1%
和歌山県	和歌山市	5,813	6,600	13.5%	29.9%	48.3%	23.0%
和歌山県	海南市	5,667	6,667	17.6%	34.3%	52.4%	23.4%
和歌山県	橋本市	5,750	6,368	10.7%	28.9%	47.5%	23.6%
和歌山県	有田市	4,742	5,800	22.3%	31.4%	50.3%	19.2%
和歌山県	御坊市	5,440	5,790	6.4%	29.3%	52.4%	20.9%
和歌山県	田辺市	5,790	6,030	4.1%	31.5%	53.2%	22.9%
和歌山県	新宮市	5,310	6,440	21.3%	35.1%	53.3%	21.6%
和歌山県	紀の川市	4,997	5,917	18.4%	29.8%	50.4%	23.3%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
和歌山県	岩出市	5,786	5,233	-9.6%	22.1%	42.6%	17.2%
和歌山県	紀美野町	5,900	6,860	16.3%	44.4%	57.5%	24.9%
和歌山県	かつらぎ町	5,750	6,700	16.5%	36.9%	53.3%	24.1%
和歌山県	九度山町	5,996	6,103	1.8%	40.5%	54.9%	22.1%
和歌山県	高野町	4,970	5,630	13.3%	40.3%	59.6%	23.8%
和歌山県	湯浅町	4,740	6,000	26.6%	33.3%	50.8%	18.9%
和歌山県	広川町	4,400	6,500	47.7%	31.3%	50.6%	20.4%
和歌山県	有田川町	4,700	5,700	21.3%	33.0%	58.4%	20.9%
和歌山県	美浜町	5,720	5,820	1.7%	33.3%	54.7%	19.4%
和歌山県	日高町	5,420	5,420	0.0%	30.9%	54.4%	20.8%
和歌山県	由良町	5,690	5,940	4.4%	34.4%	53.0%	20.2%
和歌山県	印南町	5,283	5,816	10.1%	35.4%	54.2%	19.2%
和歌山県	みなべ町	5,500	6,400	16.4%	29.9%	53.2%	20.9%
和歌山県	日高川町	5,710	5,710	0.0%	34.1%	59.2%	19.8%
和歌山県	白浜町	5,375	5,975	11.2%	37.7%	53.9%	18.7%
和歌山県	上富田町	5,656	6,375	12.7%	25.6%	49.0%	21.7%
和歌山県	すさみ町	4,960	5,942	19.8%	45.4%	60.7%	21.3%
和歌山県	那智勝浦町	4,200	5,786	37.8%	40.4%	52.8%	19.0%
和歌山県	太地町	3,700	5,800	56.8%	43.1%	58.8%	18.8%
和歌山県	古座川町	4,100	5,000	22.0%	52.6%	62.5%	20.5%
和歌山県	北山村	4,000	4,400	10.0%	50.8%	64.3%	19.0%
和歌山県	串本町	4,410	5,460	23.8%	43.9%	53.3%	21.0%
鳥取県	鳥取市	5,347	6,225	16.4%	26.7%	52.2%	20.5%
鳥取県	米子市	5,436	6,212	14.3%	28.5%	50.6%	19.5%
鳥取県	倉吉市	5,533	5,533	0.0%	31.8%	54.1%	18.8%
鳥取県	境港市	5,980	6,226	4.1%	30.2%	50.3%	19.7%
鳥取県	岩美町	5,617	6,637	18.2%	33.6%	56.3%	21.3%
鳥取県	若桜町	5,380	5,700	5.9%	44.7%	62.4%	17.2%
鳥取県	智頭町	5,480	6,100	11.3%	39.1%	60.4%	18.5%
鳥取県	八頭町	5,027	6,900	37.3%	31.4%	56.8%	20.3%
鳥取県	三朝町	5,600	6,700	19.6%	36.2%	59.0%	21.7%
鳥取県	湯梨浜町	5,210	5,989	15.0%	30.4%	54.3%	17.0%
鳥取県	琴浦町	5,658	6,666	17.8%	34.3%	55.4%	17.8%
鳥取県	北栄町	5,760	5,760	0.0%	31.1%	52.6%	17.4%
鳥取県	大山町	5,490	6,417	16.9%	37.7%	55.0%	19.8%
鳥取県	日南町	5,700	5,700	0.0%	49.4%	68.3%	27.0%
鳥取県	日野町	5,000	5,591	11.8%	46.5%	60.9%	19.6%
鳥取県	江府町	4,725	6,800	43.9%	42.4%	65.4%	21.8%
鳥取県	南部箕敷屋広域連合	4,850	5,417	11.7%	34.3%	53.6%	19.1%
島根県	松江市	5,085	5,848	15.0%	28.4%	51.7%	19.5%
島根県	出雲市	5,420	5,820	7.4%	29.4%	53.7%	20.1%
島根県	益田市	5,150	5,750	11.7%	35.2%	53.6%	20.4%
島根県	大田市	5,600	5,800	3.6%	38.2%	57.6%	23.1%
島根県	安来市	4,900	5,600	14.3%	34.9%	54.9%	20.8%
島根県	津和野町	5,280	5,680	7.6%	46.1%	60.4%	24.6%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
島根県	吉賀町	4,800	5,300	10.4%	44.2%	61.4%	22.0%
島根県	邑智郡総合事務組合	5,550	6,760	21.8%	44.7%	61.5%	23.4%
島根県	浜田地区広域行政組合	5,880	6,560	11.6%	34.4%	55.0%	24.4%
島根県	雲南広域連合	4,950	5,400	9.1%	38.2%	60.2%	19.1%
島根県	隱岐広域連合	6,550	6,550	0.0%	41.0%	56.2%	22.8%
岡山県	岡山市	5,520	6,160	11.6%	24.9%	47.9%	20.8%
岡山県	倉敷市	5,430	5,850	7.7%	26.7%	46.4%	20.1%
岡山県	津山市	4,910	5,800	18.1%	29.2%	52.7%	21.4%
岡山県	玉野市	5,100	6,000	17.6%	35.0%	48.3%	22.0%
岡山県	笠岡市	5,200	5,800	11.5%	34.9%	55.0%	19.6%
岡山県	井原市	4,800	5,400	12.5%	34.2%	55.5%	20.5%
岡山県	総社市	4,700	5,200	10.6%	27.7%	47.3%	18.6%
岡山県	高梁市	4,875	5,600	14.9%	38.8%	60.9%	23.9%
岡山県	新見市	4,700	5,800	23.4%	38.0%	60.3%	24.4%
岡山県	備前市	4,700	5,300	12.8%	36.1%	51.9%	18.0%
岡山県	瀬戸内市	5,400	6,100	13.0%	32.7%	50.1%	20.4%
岡山県	赤磐市	4,850	5,800	19.6%	31.3%	46.3%	16.6%
岡山県	真庭市	4,540	5,160	13.7%	36.9%	59.0%	19.1%
岡山県	美作市	5,200	6,450	24.0%	38.3%	58.5%	23.4%
岡山県	浅口市	4,800	5,300	10.4%	35.0%	49.7%	16.6%
岡山県	和気町	4,465	5,000	12.0%	37.9%	52.7%	16.5%
岡山県	早島町	5,900	6,000	1.7%	27.0%	44.5%	20.0%
岡山県	里庄町	4,800	4,800	0.0%	30.5%	50.3%	16.3%
岡山県	矢掛町	5,300	5,800	9.4%	37.2%	55.1%	20.3%
岡山県	新庄村	4,998	5,664	13.3%	42.2%	62.4%	20.6%
岡山県	鏡野町	4,200	6,400	52.4%	37.1%	58.0%	18.3%
岡山県	勝央町	5,100	6,700	31.4%	30.2%	56.5%	20.7%
岡山県	奈義町	4,700	6,700	42.6%	33.9%	54.9%	19.3%
岡山県	西粟倉村	4,200	5,500	31.0%	34.7%	62.1%	21.4%
岡山県	久米南町	4,900	6,280	28.2%	42.1%	57.1%	22.6%
岡山県	美咲町	5,390	7,800	44.7%	38.4%	57.3%	24.7%
岡山県	吉備中央町	5,350	7,200	34.6%	39.8%	60.8%	25.4%
広島県	広島市	5,537	5,868	6.0%	24.7%	45.9%	19.3%
広島県	呉市	5,000	5,500	10.0%	33.2%	49.8%	17.2%
広島県	竹原市	5,340	5,680	6.4%	38.0%	52.1%	20.3%
広島県	三原市	4,960	5,680	14.5%	32.9%	52.2%	20.6%
広島県	尾道市	5,392	5,998	11.2%	34.0%	51.7%	21.1%
広島県	福山市	5,500	5,867	6.7%	27.7%	47.3%	20.2%
広島県	府中市	6,025	6,025	0.0%	35.5%	53.4%	21.7%
広島県	三次市	5,751	5,966	3.7%	35.0%	58.1%	26.3%
広島県	庄原市	5,686	6,158	8.3%	40.9%	61.8%	25.2%
広島県	大竹市	4,827	5,023	4.1%	33.9%	51.6%	16.9%
広島県	東広島市	5,250	5,700	8.6%	22.3%	45.4%	17.5%
広島県	廿日市市	4,710	5,033	6.9%	28.9%	47.1%	17.1%
広島県	安芸高田市	6,000	6,100	1.7%	39.2%	58.2%	24.6%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
広島県	江田島市	5,400	6,200	14.8%	40.8%	53.3%	19.6%
広島県	府中町	5,533	5,741	3.8%	23.7%	45.6%	18.9%
広島県	海田町	5,598	5,723	2.2%	23.4%	43.0%	16.6%
広島県	熊野町	5,580	5,696	2.1%	33.1%	41.4%	13.3%
広島県	坂町	5,440	5,730	5.3%	28.1%	50.1%	19.1%
広島県	安芸太田町	5,300	5,900	11.3%	49.4%	61.8%	25.0%
広島県	北広島町	5,580	6,342	13.7%	38.1%	60.0%	23.4%
広島県	大崎上島町	6,064	6,496	7.1%	47.0%	57.0%	23.0%
広島県	世羅町	5,700	5,900	3.5%	39.4%	58.6%	22.1%
広島県	神石高原町	5,500	5,900	7.3%	48.1%	66.6%	26.7%
山口県	下関市	5,300	5,300	0.0%	33.1%	51.3%	20.8%
山口県	宇部市	5,240	5,820	11.1%	30.8%	49.1%	19.2%
山口県	山口市	5,050	5,580	10.5%	27.5%	50.7%	19.6%
山口県	萩市	5,266	5,059	-3.9%	40.1%	54.9%	19.3%
山口県	防府市	4,768	5,468	14.7%	29.4%	49.0%	20.0%
山口県	下松市	4,900	5,600	14.3%	28.6%	46.1%	17.8%
山口県	岩国市	5,000	5,000	0.0%	33.3%	52.8%	18.9%
山口県	光市	4,670	4,930	5.6%	33.2%	45.2%	14.8%
山口県	長門市	4,100	4,650	13.4%	39.5%	54.2%	18.0%
山口県	柳井市	4,650	5,050	8.6%	36.3%	52.7%	18.5%
山口県	美祢市	4,420	5,840	32.1%	36.6%	55.8%	21.2%
山口県	周南市	4,680	5,050	7.9%	30.7%	48.4%	15.6%
山口県	山陽小野田市	4,900	5,400	10.2%	31.4%	49.7%	18.3%
山口県	周防大島町	5,250	5,500	4.8%	51.8%	59.7%	23.8%
山口県	和木町	5,200	6,100	17.3%	25.0%	51.5%	20.4%
山口県	上関町	4,800	6,525	35.9%	52.2%	61.2%	22.9%
山口県	田布施町	4,200	4,733	12.7%	33.2%	47.6%	17.0%
山口県	平生町	4,759	5,348	12.4%	40.3%	56.2%	17.8%
山口県	阿武町	5,050	5,400	6.9%	48.3%	61.2%	21.3%
徳島県	徳島市	5,680	5,860	3.2%	28.3%	49.8%	22.4%
徳島県	鳴門市	4,800	5,760	20.0%	31.4%	49.7%	19.6%
徳島県	小松島市	5,095	5,280	3.6%	30.9%	50.0%	18.4%
徳島県	阿南市	4,900	5,250	7.1%	30.9%	51.5%	19.7%
徳島県	吉野川市	5,285	5,885	11.4%	34.7%	55.0%	19.7%
徳島県	阿波市	5,310	5,800	9.2%	33.4%	51.9%	20.7%
徳島県	美馬市	5,100	5,700	11.8%	35.9%	58.4%	20.5%
徳島県	勝浦町	5,100	5,800	13.7%	39.9%	56.1%	21.7%
徳島県	上勝町	5,100	5,800	13.7%	55.5%	66.1%	25.1%
徳島県	佐那河内村	5,200	5,333	2.6%	43.3%	57.1%	18.1%
徳島県	石井町	5,200	5,500	5.8%	29.9%	49.2%	20.9%
徳島県	神山町	4,000	4,700	17.5%	51.2%	66.2%	22.5%
徳島県	那賀町	4,800	5,760	20.0%	48.0%	62.9%	20.2%
徳島県	牟岐町	5,800	5,800	0.0%	47.5%	56.0%	17.0%
徳島県	美波町	5,800	5,800	0.0%	45.8%	57.8%	20.0%
徳島県	海陽町	5,500	5,600	1.8%	42.9%	56.9%	17.2%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
徳島県	松茂町	5,200	5,400	3.8%	23.9%	47.8%	17.5%
徳島県	北島町	5,180	5,500	6.2%	25.2%	47.4%	17.1%
徳島県	藍住町	5,480	5,800	5.8%	22.0%	41.2%	18.5%
徳島県	板野町	5,200	5,400	3.8%	29.4%	51.1%	20.3%
徳島県	上板町	5,300	5,500	3.8%	31.2%	49.0%	21.2%
徳島県	つるぎ町	5,200	5,800	11.5%	42.6%	62.5%	23.1%
徳島県	みよし広域連合	5,140	5,800	12.8%	38.6%	61.0%	21.5%
香川県	高松市	5,767	6,125	6.2%	27.6%	48.1%	21.0%
香川県	丸亀市	4,750	5,000	5.3%	27.6%	47.7%	16.2%
香川県	坂出市	5,278	5,278	0.0%	33.8%	50.8%	17.9%
香川県	善通寺市	3,883	4,625	19.1%	29.7%	51.4%	16.3%
香川県	観音寺市	4,700	5,000	6.4%	31.6%	52.7%	16.2%
香川県	さぬき市	5,070	5,700	12.4%	34.0%	52.5%	20.6%
香川県	東かがわ市	4,780	5,500	15.1%	39.6%	52.6%	18.8%
香川県	三豊市	4,850	5,400	11.3%	34.2%	53.2%	18.4%
香川県	土庄町	4,700	5,300	12.8%	38.4%	52.9%	19.8%
香川県	小豆島町	4,560	4,800	5.3%	41.2%	56.6%	18.2%
香川県	三木町	5,600	6,100	8.9%	28.4%	48.5%	20.2%
香川県	直島町	4,700	5,500	17.0%	34.6%	48.9%	19.5%
香川県	宇多津町	5,075	5,300	4.4%	19.6%	47.6%	16.5%
香川県	綾川町	4,800	6,300	31.3%	33.8%	52.2%	21.1%
香川県	琴平町	5,279	5,764	9.2%	38.8%	56.3%	17.7%
香川県	多度津町	4,500	5,400	20.0%	30.9%	49.7%	17.7%
香川県	まんのう町	5,067	5,600	10.5%	35.3%	56.3%	18.7%
愛媛県	松山市	5,770	6,220	7.8%	26.1%	48.6%	20.7%
愛媛県	今治市	5,178	5,718	10.4%	33.4%	49.7%	20.4%
愛媛県	宇和島市	5,275	6,325	19.9%	36.1%	53.1%	24.3%
愛媛県	八幡浜市	4,992	5,187	3.9%	37.3%	54.4%	18.6%
愛媛県	新居浜市	6,250	6,250	0.0%	31.1%	50.3%	21.5%
愛媛県	西条市	4,842	5,575	15.1%	30.4%	52.9%	19.3%
愛媛県	大洲市	4,524	5,316	17.5%	34.1%	56.0%	18.7%
愛媛県	伊予市	5,100	5,700	11.8%	31.6%	52.0%	19.2%
愛媛県	四国中央市	5,093	6,840	34.3%	30.2%	51.3%	22.9%
愛媛県	西予市	4,700	5,600	19.1%	41.1%	58.7%	20.3%
愛媛県	東温市	6,195	6,957	12.3%	28.1%	51.2%	24.2%
愛媛県	上島町	3,198	4,155	29.9%	43.5%	52.6%	19.6%
愛媛県	久万高原町	5,200	5,900	13.5%	47.7%	67.8%	24.5%
愛媛県	松前町	4,800	5,300	10.4%	28.9%	49.0%	17.7%
愛媛県	砥部町	5,583	5,583	0.0%	30.1%	49.5%	18.4%
愛媛県	内子町	5,235	5,995	14.5%	37.8%	58.2%	20.5%
愛媛県	伊方町	3,400	4,000	17.6%	42.2%	59.9%	20.8%
愛媛県	松野町	5,259	6,467	23.0%	42.1%	57.1%	24.2%
愛媛県	鬼北町	5,592	6,350	13.6%	42.6%	59.4%	20.5%
愛媛県	愛南町	5,550	6,100	9.9%	40.1%	53.4%	21.6%
高知県	高知市	5,248	5,491	4.6%	28.1%	49.1%	20.3%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ^{※2}	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)	平成27年10月1日時点(推計値) ^{※3}	平成27年10月1日時点(推計値) ^{※4}	平成26年12月末時点 ^{※5}	
高知県	室戸市	5,500	5,800	5.5%	45.0%	51.0%	19.5%
高知県	安芸市	4,790	5,860	22.3%	36.2%	53.5%	19.6%
高知県	南国市	4,740	4,920	3.8%	29.4%	51.0%	16.2%
高知県	土佐市	4,300	5,000	16.3%	33.9%	49.1%	18.4%
高知県	須崎市	5,180	5,580	7.7%	36.5%	54.3%	18.1%
高知県	宿毛市	4,990	5,255	5.3%	35.0%	54.0%	17.1%
高知県	土佐清水市	5,480	4,850	-11.5%	45.0%	54.5%	17.0%
高知県	四万十市	4,717	5,483	16.2%	34.9%	54.8%	18.5%
高知県	香南市	4,820	5,200	7.9%	30.6%	50.8%	17.3%
高知県	香美市	4,700	5,358	14.0%	37.3%	56.3%	18.7%
高知県	東洋町	4,980	7,212	44.8%	45.3%	55.3%	23.6%
高知県	芸西村	5,300	5,600	5.7%	39.1%	53.0%	18.1%
高知県	本山町	4,600	5,500	19.6%	43.6%	62.7%	20.1%
高知県	大豊町	3,600	3,700	2.8%	57.4%	67.7%	19.1%
高知県	土佐町	4,600	4,800	4.3%	47.0%	65.8%	22.4%
高知県	大川村	4,958	5,443	9.8%	47.1%	68.8%	25.3%
高知県	いの町	5,175	5,492	6.1%	35.8%	53.6%	17.6%
高知県	仁淀川町	4,600	5,500	19.6%	53.9%	65.9%	23.6%
高知県	中土佐町	4,800	6,340	32.1%	43.2%	58.8%	20.5%
高知県	佐川町	5,083	5,942	16.9%	37.6%	57.4%	20.4%
高知県	越知町	6,235	6,235	0.0%	46.2%	61.1%	20.0%
高知県	檮原町	3,824	4,380	14.5%	43.2%	63.4%	18.1%
高知県	日高村	5,000	5,850	17.0%	38.4%	53.4%	19.5%
高知県	津野町	4,450	4,580	2.9%	40.7%	60.6%	16.9%
高知県	四万十町	4,900	5,400	10.2%	43.2%	60.1%	20.7%
高知県	大月町	4,600	5,000	8.7%	44.6%	57.7%	19.7%
高知県	三原村	4,300	4,600	7.0%	45.1%	60.2%	19.2%
高知県	黒潮町	5,908	5,900	-0.1%	40.8%	53.6%	19.7%
高知県	中芸広域連合	4,400	4,900	11.4%	41.0%	58.7%	18.4%
福岡県	北九州市	5,270	5,700	8.2%	29.7%	49.9%	21.4%
福岡県	福岡市	5,362	5,771	7.6%	21.7%	46.8%	19.9%
福岡県	大牟田市	5,480	5,823	6.3%	35.0%	53.5%	19.2%
福岡県	久留米市	5,448	5,651	3.7%	26.3%	48.8%	19.3%
福岡県	直方市	5,244	5,998	14.4%	31.8%	51.3%	21.5%
福岡県	飯塚市	5,890	6,380	8.3%	29.0%	49.9%	22.2%
福岡県	八女市	4,700	5,200	10.6%	33.4%	56.8%	18.9%
福岡県	筑後市	4,860	5,265	8.3%	26.4%	49.6%	16.4%
福岡県	大川市	4,500	4,900	8.9%	32.8%	52.3%	16.9%
福岡県	行橋市	4,000	5,200	30.0%	28.2%	46.7%	16.1%
福岡県	中間市	4,798	5,779	20.4%	34.7%	48.8%	20.9%
福岡県	小郡市	4,100	4,760	16.1%	26.4%	49.7%	15.5%
福岡県	筑紫野市	4,837	5,000	3.4%	23.0%	44.9%	15.0%
福岡県	春日市	4,800	5,600	16.7%	20.2%	43.1%	15.8%
福岡県	大野城市	4,985	5,140	3.1%	21.0%	45.3%	15.9%
福岡県	宗像市	4,400	5,200	18.2%	26.9%	46.7%	16.8%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
福岡県	太宰府市	4,830	5,070	5.0%	26.0%	45.3%	15.4%
福岡県	古賀市	4,700	4,900	4.3%	23.9%	43.5%	14.4%
福岡県	福津市	4,550	5,250	15.4%	31.0%	47.9%	15.1%
福岡県	嘉麻市	6,500	6,500	0.0%	34.8%	53.7%	23.5%
福岡県	朝倉市	4,990	5,370	7.6%	31.8%	52.8%	18.3%
福岡県	みやま市	5,281	5,850	10.8%	34.7%	55.1%	20.1%
福岡県	糸島市	4,800	5,320	10.8%	26.8%	45.6%	15.1%
福岡県	那珂川町	5,296	5,450	2.9%	19.9%	42.2%	15.3%
福岡県	粕屋町	4,400	4,850	10.2%	17.4%	43.7%	14.7%
福岡県	苅田町	4,150	5,200	25.3%	23.9%	48.1%	15.2%
福岡県	みやこ町	4,300	5,800	34.9%	37.4%	52.3%	18.0%
福岡県	福岡県介護保険広域連合	5,103	5,674	11.2%	29.1%	49.8%	19.3%
佐賀県	唐津市	5,100	5,981	17.3%	29.3%	53.3%	18.3%
佐賀県	伊万里市	5,795	6,450	11.3%	28.6%	54.1%	22.1%
佐賀県	玄海町	4,100	4,600	12.2%	27.6%	59.5%	13.6%
佐賀県	有田町	5,792	6,121	5.7%	31.0%	52.9%	18.4%
佐賀県	杵藤地区広域市町村圏組合	4,902	5,986	22.1%	30.4%	56.0%	21.0%
佐賀県	鳥栖地区広域市町村圏組合	4,666	4,864	4.2%	25.7%	48.6%	17.4%
佐賀県	佐賀中部広域連合	5,270	5,270	0.0%	26.7%	51.9%	19.4%
長崎県	長崎市	5,492	6,083	10.8%	29.2%	51.6%	24.0%
長崎県	佐世保市	5,822	5,722	-1.7%	29.6%	51.6%	22.6%
長崎県	諫早市	4,940	5,170	4.7%	27.7%	51.5%	18.9%
長崎県	大村市	4,960	5,600	12.9%	23.1%	48.9%	16.5%
長崎県	平戸市	4,683	5,580	19.2%	37.1%	56.8%	22.2%
長崎県	松浦市	5,360	5,520	3.0%	33.2%	56.1%	20.3%
長崎県	対馬市	5,520	5,700	3.3%	33.7%	54.4%	24.7%
長崎県	壱岐市	4,970	5,262	5.9%	35.2%	57.0%	22.8%
長崎県	五島市	5,920	6,233	5.3%	37.5%	58.9%	23.3%
長崎県	西海市	4,900	5,500	12.2%	35.7%	57.9%	22.5%
長崎県	長与町	5,400	5,661	4.8%	23.2%	47.4%	18.5%
長崎県	時津町	5,700	5,600	-1.8%	22.3%	44.6%	18.7%
長崎県	東彼杵町	5,700	5,700	0.0%	34.9%	57.1%	16.4%
長崎県	川棚町	5,100	5,300	3.9%	29.0%	50.6%	15.6%
長崎県	波佐見町	4,900	5,100	4.1%	29.3%	53.3%	18.7%
長崎県	小値賀町	3,860	5,070	31.3%	47.8%	62.1%	16.6%
長崎県	佐々町	5,990	6,070	1.3%	25.8%	48.3%	14.6%
長崎県	新上五島町	5,900	6,150	4.2%	37.6%	58.2%	21.6%
長崎県	島原地域広域市町村圏組合	5,375	5,791	7.7%	33.7%	57.2%	23.6%
熊本県	熊本市	5,280	5,700	8.0%	24.4%	50.5%	21.4%
熊本県	八代市	5,400	5,800	7.4%	32.1%	54.3%	19.7%
熊本県	人吉市	5,895	6,112	3.7%	34.2%	56.9%	18.4%
熊本県	荒尾市	4,900	5,800	18.4%	31.8%	51.8%	19.9%
熊本県	水俣市	5,350	5,980	11.8%	36.8%	56.3%	21.9%
熊本県	玉名市	4,900	5,800	18.4%	31.1%	55.2%	21.6%
熊本県	山鹿市	5,300	5,610	5.8%	34.5%	57.6%	19.6%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
熊本県	菊池市	5,300	5,900	11.3%	30.7%	56.0%	20.4%
熊本県	宇土市	5,060	5,660	11.9%	27.9%	53.7%	19.2%
熊本県	上天草市	5,000	5,600	12.0%	36.9%	57.2%	22.1%
熊本県	宇城市	5,300	6,000	13.2%	31.1%	54.6%	20.1%
熊本県	阿蘇市	4,000	5,200	30.0%	35.4%	58.2%	21.2%
熊本県	天草市	4,900	5,400	10.2%	37.1%	58.3%	21.8%
熊本県	合志市	5,200	5,400	3.8%	23.2%	48.1%	18.2%
熊本県	美里町	5,300	5,700	7.5%	41.8%	63.1%	20.6%
熊本県	玉東町	5,160	6,560	27.1%	33.1%	55.4%	17.7%
熊本県	南関町	4,990	5,750	15.2%	35.2%	58.8%	21.1%
熊本県	長洲町	5,400	5,800	7.4%	31.3%	51.2%	17.8%
熊本県	和水町	5,400	5,800	7.4%	38.9%	62.6%	21.1%
熊本県	大津町	5,100	5,600	9.8%	20.6%	52.2%	17.9%
熊本県	菊陽町	5,300	5,700	7.5%	19.8%	47.4%	16.2%
熊本県	南小国町	4,350	5,500	26.4%	36.6%	58.5%	23.3%
熊本県	小国町	4,525	5,200	14.9%	38.4%	57.1%	21.3%
熊本県	産山村	5,500	6,000	9.1%	39.2%	61.8%	20.8%
熊本県	高森町	4,400	5,400	22.7%	38.3%	60.2%	20.5%
熊本県	西原村	4,300	5,400	25.6%	28.0%	55.3%	15.8%
熊本県	南阿蘇村	5,000	5,800	16.0%	34.9%	55.1%	18.8%
熊本県	御船町	4,920	5,540	12.6%	31.6%	52.3%	17.7%
熊本県	嘉島町	3,900	4,700	20.5%	26.6%	55.4%	19.0%
熊本県	益城町	4,900	5,500	12.2%	27.6%	51.4%	18.4%
熊本県	甲佐町	5,047	5,550	10.0%	36.7%	57.9%	21.1%
熊本県	山都町	5,500	6,000	9.1%	44.2%	62.8%	22.8%
熊本県	氷川町	5,000	5,500	10.0%	34.8%	55.5%	18.3%
熊本県	芦北町	4,410	4,991	13.2%	39.3%	59.1%	21.3%
熊本県	津奈木町	4,838	5,738	18.6%	37.3%	61.1%	21.3%
熊本県	錦町	4,500	5,000	11.1%	28.7%	53.0%	13.6%
熊本県	多良木町	4,900	6,200	26.5%	37.6%	58.3%	18.7%
熊本県	湯前町	3,800	5,000	31.6%	41.1%	59.7%	18.0%
熊本県	水上村	3,100	5,600	80.6%	41.1%	65.9%	16.8%
熊本県	相良村	5,800	6,000	3.4%	37.1%	56.5%	16.5%
熊本県	五木村	4,800	5,400	12.5%	46.4%	61.9%	13.4%
熊本県	山江村	4,900	5,900	20.4%	31.5%	58.4%	16.7%
熊本県	球磨村	4,600	5,700	23.9%	41.2%	61.2%	22.2%
熊本県	あさぎり町	4,700	6,100	29.8%	33.4%	57.3%	17.2%
熊本県	苓北町	4,400	4,900	11.4%	36.8%	60.3%	17.2%
大分県	大分市	5,452	5,994	9.9%	24.6%	46.5%	19.1%
大分県	別府市	5,567	5,739	3.1%	31.3%	50.9%	18.2%
大分県	中津市	4,900	5,000	2.0%	28.2%	51.2%	18.5%
大分県	日田市	4,885	5,018	2.7%	32.6%	54.9%	19.4%
大分県	佐伯市	5,300	5,300	0.0%	36.9%	54.6%	17.6%
大分県	臼杵市	4,780	4,780	0.0%	37.3%	53.0%	18.6%
大分県	津久見市	5,407	5,998	10.9%	38.8%	53.0%	19.1%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)		平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5
大分県	竹田市	5,500	5,500	0.0%	45.3%	62.1%	21.6%
大分県	豊後高田市	5,240	5,100	-2.7%	37.6%	58.2%	16.6%
大分県	杵築市	5,500	5,500	0.0%	34.2%	57.9%	19.0%
大分県	宇佐市	4,990	5,190	4.0%	33.5%	55.0%	20.5%
大分県	豊後大野市	6,250	6,250	0.0%	41.1%	60.6%	22.6%
大分県	由布市	6,067	5,990	-1.3%	32.7%	56.1%	21.4%
大分県	国東市	4,750	4,750	0.0%	39.8%	59.5%	18.0%
大分県	姫島村	3,500	4,300	22.9%	42.7%	52.8%	13.7%
大分県	日出町	5,774	5,699	-1.3%	27.9%	49.6%	18.2%
大分県	九重町	5,200	5,930	14.0%	41.3%	58.8%	19.8%
大分県	玖珠町	5,450	5,950	9.2%	34.4%	55.6%	21.2%
宮崎県	宮崎市	5,450	5,480	0.6%	25.7%	48.9%	16.7%
宮崎県	都城市	5,333	5,990	12.3%	28.9%	53.8%	20.4%
宮崎県	延岡市	5,250	5,590	6.5%	31.0%	53.7%	19.7%
宮崎県	日南市	5,140	5,305	3.2%	34.8%	55.4%	20.1%
宮崎県	小林市	4,920	5,400	9.8%	34.2%	56.8%	19.4%
宮崎県	日向市	4,800	5,000	4.2%	28.9%	51.1%	16.0%
宮崎県	串間市	4,830	4,950	2.5%	38.6%	61.3%	21.3%
宮崎県	西都市	4,940	5,550	12.3%	33.3%	55.0%	16.9%
宮崎県	えびの市	5,115	6,502	27.1%	37.5%	59.3%	20.8%
宮崎県	三股町	5,200	5,900	13.5%	26.2%	51.5%	18.1%
宮崎県	高原町	4,740	5,055	6.6%	36.9%	60.5%	15.4%
宮崎県	国富町	5,717	5,475	-4.2%	32.3%	54.3%	17.7%
宮崎県	綾町	5,200	5,800	11.5%	33.4%	53.5%	15.1%
宮崎県	高鍋町	3,925	4,983	27.0%	29.5%	49.9%	14.0%
宮崎県	新富町	4,850	5,100	5.2%	26.9%	49.0%	14.4%
宮崎県	西米良村	4,718	4,997	5.9%	44.1%	63.3%	14.5%
宮崎県	木城町	4,800	4,900	2.1%	34.7%	55.3%	18.4%
宮崎県	川南町	4,300	5,300	23.3%	30.5%	51.2%	16.2%
宮崎県	都農町	4,200	5,100	21.4%	34.9%	52.8%	15.7%
宮崎県	門川町	4,725	4,800	1.6%	30.1%	50.3%	16.1%
宮崎県	諸塙村	4,775	5,071	6.2%	41.8%	63.7%	17.4%
宮崎県	椎葉村	3,883	4,142	6.7%	41.3%	65.4%	16.9%
宮崎県	美郷町	4,800	4,800	0.0%	47.5%	63.4%	20.3%
宮崎県	高千穂町	3,800	4,300	13.2%	38.4%	60.3%	16.7%
宮崎県	日之影町	4,900	5,600	14.3%	43.9%	63.3%	19.3%
宮崎県	五ヶ瀬町	3,650	4,900	34.2%	37.1%	64.1%	18.7%
鹿児島県	鹿児島市	4,863	5,766	18.6%	25.0%	49.9%	20.5%
鹿児島県	鹿屋市	5,990	6,040	0.8%	27.4%	55.4%	21.3%
鹿児島県	枕崎市	3,900	4,725	21.2%	35.4%	54.6%	18.5%
鹿児島県	阿久根市	4,300	5,600	30.2%	37.9%	59.2%	19.5%
鹿児島県	出水市	5,200	6,100	17.3%	30.6%	55.4%	20.6%
鹿児島県	指宿市	4,381	5,070	15.7%	35.5%	56.7%	19.8%
鹿児島県	西之表市	5,340	5,800	8.6%	34.2%	56.7%	21.9%
鹿児島県	垂水市	4,180	5,100	22.0%	38.1%	59.7%	19.1%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額)※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率 平成26年12月末時点※5
		(円)	(円)	平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5	
鹿児島県	薩摩川内市	5,800	6,100	5.2%	29.6%	56.2%	21.7%
鹿児島県	日置市	4,980	5,860	17.7%	32.0%	56.0%	21.4%
鹿児島県	曾於市	4,950	5,657	14.3%	37.6%	60.9%	20.9%
鹿児島県	霧島市	4,600	5,500	19.6%	25.0%	53.7%	18.6%
鹿児島県	いちき串木野市	6,025	5,992	-0.5%	32.8%	53.6%	20.1%
鹿児島県	南さつま市	5,200	5,600	7.7%	37.0%	59.7%	22.7%
鹿児島県	志布志市	5,760	6,163	7.0%	32.7%	58.9%	19.0%
鹿児島県	奄美市	5,100	6,400	25.5%	29.2%	56.1%	22.6%
鹿児島県	南九州市	4,600	5,500	19.6%	36.5%	61.0%	23.5%
鹿児島県	伊佐市	3,960	4,750	19.9%	38.5%	59.9%	17.2%
鹿児島県	姶良市	4,340	5,150	18.7%	29.6%	52.0%	17.3%
鹿児島県	三島村	2,800	2,800	0.0%	33.1%	59.2%	19.4%
鹿児島県	十島村	4,800	5,300	10.4%	35.7%	60.8%	20.4%
鹿児島県	さつま町	5,400	5,900	9.3%	37.3%	61.5%	22.0%
鹿児島県	長島町	4,000	5,000	25.0%	33.8%	60.1%	19.9%
鹿児島県	湧水町	4,900	5,800	18.4%	38.6%	61.2%	20.6%
鹿児島県	大崎町	4,500	5,700	26.7%	36.4%	56.4%	19.4%
鹿児島県	東串良町	5,000	5,900	18.0%	36.1%	60.1%	19.7%
鹿児島県	錦江町	4,800	5,800	20.8%	42.0%	66.3%	21.8%
鹿児島県	南大隅町	4,250	5,500	29.4%	45.5%	66.9%	21.0%
鹿児島県	肝付町	5,500	6,300	14.5%	39.3%	62.0%	23.4%
鹿児島県	中種子町	3,800	5,200	36.8%	36.0%	61.8%	20.0%
鹿児島県	南種子町	4,900	4,900	0.0%	33.4%	60.3%	17.1%
鹿児島県	屋久島町	4,100	5,900	43.9%	30.5%	53.3%	17.3%
鹿児島県	大和村	4,800	4,980	3.8%	39.1%	63.3%	20.1%
鹿児島県	宇検村	4,800	5,100	6.3%	38.7%	63.5%	20.8%
鹿児島県	瀬戸内町	5,700	7,300	28.1%	36.6%	63.8%	25.3%
鹿児島県	龍郷町	4,500	5,200	15.6%	30.6%	57.1%	16.4%
鹿児島県	喜界町	4,300	5,100	18.6%	35.1%	59.1%	19.3%
鹿児島県	徳之島町	4,800	5,600	16.7%	29.2%	61.0%	17.7%
鹿児島県	天城町	5,000	6,000	20.0%	33.3%	63.6%	20.5%
鹿児島県	伊仙町	5,800	6,200	6.9%	36.1%	66.5%	21.1%
鹿児島県	和泊町	5,580	6,120	9.7%	30.9%	59.9%	22.1%
鹿児島県	知名町	4,500	6,000	33.3%	32.1%	60.0%	22.0%
鹿児島県	与論町	5,000	6,200	24.0%	33.6%	63.0%	20.9%
沖縄県	那霸市	5,647	6,150	8.9%	20.3%	51.3%	19.1%
沖縄県	宜野湾市	5,750	6,050	5.2%	17.3%	49.1%	17.2%
沖縄県	石垣市	6,352	6,651	4.7%	19.1%	52.2%	20.7%
沖縄県	浦添市	5,875	6,050	3.0%	17.3%	48.6%	16.0%
沖縄県	名護市	5,820	6,500	11.7%	20.5%	52.0%	20.3%
沖縄県	糸満市	6,270	6,540	4.3%	18.9%	51.0%	20.6%
沖縄県	沖縄市	5,939	5,990	0.9%	17.7%	50.2%	19.6%
沖縄県	うるま市	5,990	6,370	6.3%	20.0%	52.0%	19.9%
沖縄県	宮古島市	6,400	6,940	8.4%	24.8%	57.7%	24.2%
沖縄県	西原町	5,850	6,385	9.1%	17.3%	46.2%	16.2%

第6期第一号保険料（保険者別）

都道府県名	保険者名	第5期保険料 基準額(月額) ※2	第6期保険料 基準額(月額)	保険料基準額 の伸び率 (%)	高齢化率	高齢者(65歳以上)に占 める後期高齢者(75歳 以上)の割合	要介護認定率
		(円)	(円)	平成27年10月1日時点(推計値)※3	平成27年10月1日時点(推計値)※4	平成26年12月末時点※5	
沖縄県	多良間村	5,600	6,040	7.9%	28.1%	56.5%	17.6%
沖縄県	竹富町	4,969	5,755	15.8%	23.3%	61.5%	21.0%
沖縄県	与那国町	5,600	5,300	-5.4%	22.9%	52.9%	20.5%
沖縄県	沖縄県介護保険広域連合	5,878	6,292	7.0%	21.1%	53.7%	19.2%

※1 保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として掲載している。

※2 5期保険料については、前回公表(平成24年3月)後に保険料を設定した被災保険者等は、前回公表額と一致しない。

※3 高齢化率(65歳以上人口／総人口)については国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より算出。

なお、福島県については、推計値が掲載されていないことから高齢化率については掲載していない。

※4 高齢者(65歳以上)に占める後期高齢者(75歳以上)の割合(75歳以上人口／65歳以上人口)については、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(平成25(2013)年3月推計)」より算出。

※5 要介護認定率(第1号被保険者の認定者数／第1号被保険者数)については、介護保険事業状況報告(平成26年12月月報)の数値より算出。

※6 5期の栃木市の保険料は、岩舟町との合併(平成26年4月5日)前に設定されたもの

地域包括ケアシステム 「見える化」について

第3回地域包括ケア研究会

厚生労働省老健局老人保健課

2015年10月15日(木)

1

各種閣議決定の抜粋（「見える化」の推進関連）

世界最先端IT 国家創造宣言
(平成27年6月30日閣議決定)

III. 目指すべき社会・姿を実現するための取組
3. ITを活用した安全・安心・豊かさが実感できる社会

- (1) 適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現
 - ② 現役世代からの健康増進等、医療・健康情報等の各種データの活用推進
 - さらに、レセプト審査における更なるITの利活用により、レセプト審査の効率化や実効性の向上を図るとともに、レセプト情報等の保険者や地方自治体等での利活用拡大により、適切な医療の提供のための取組等を推進する。
これらの取組に寄与する医療・健康情報などの各種データを収集、蓄積し、分析及び活用する仕組みの構築を行う。

健康・医療戦略
(平成26年7月22日閣議決定)

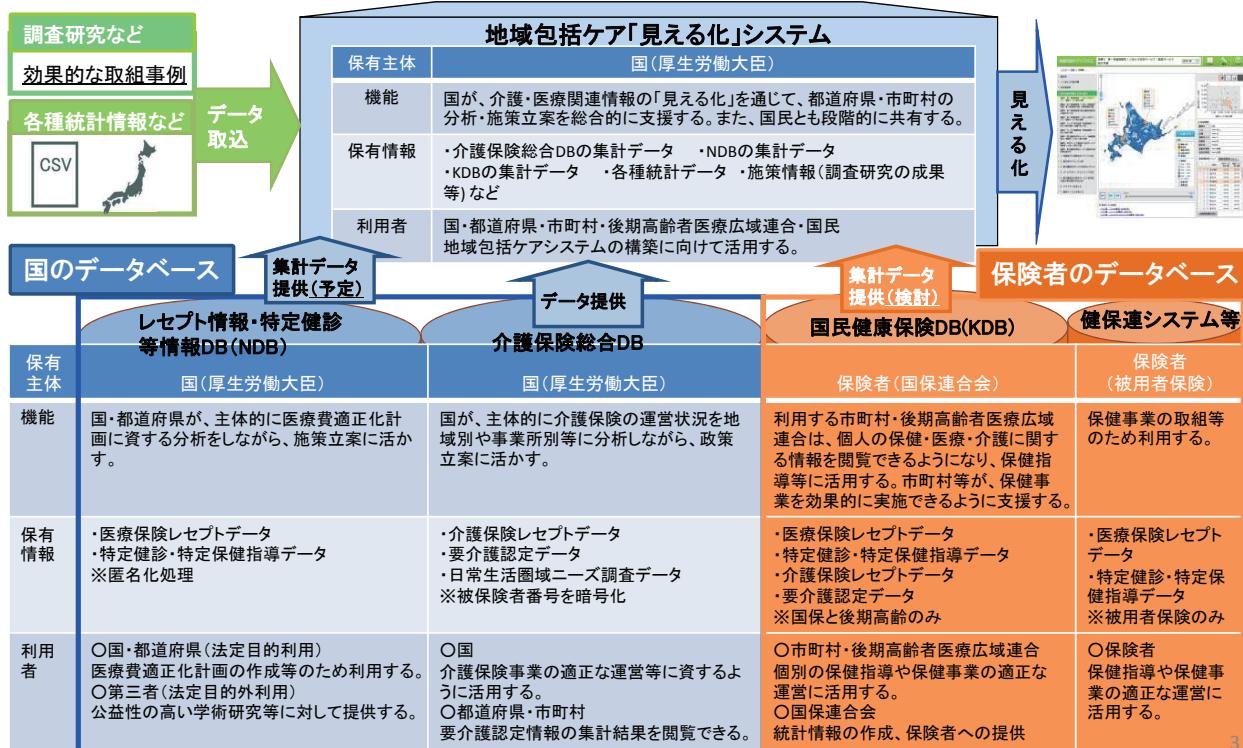
2. 各論
(2) 健康・医療に関する新産業創出及び国際展開の促進等に関する施策

- 1) 健康・医療に関する新産業創出
 - ア) 新事業創出のための環境整備
 - ICT システムの整備
 - ・ 介護・医療の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構築等を推進するとともに、地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携を推進する。

2

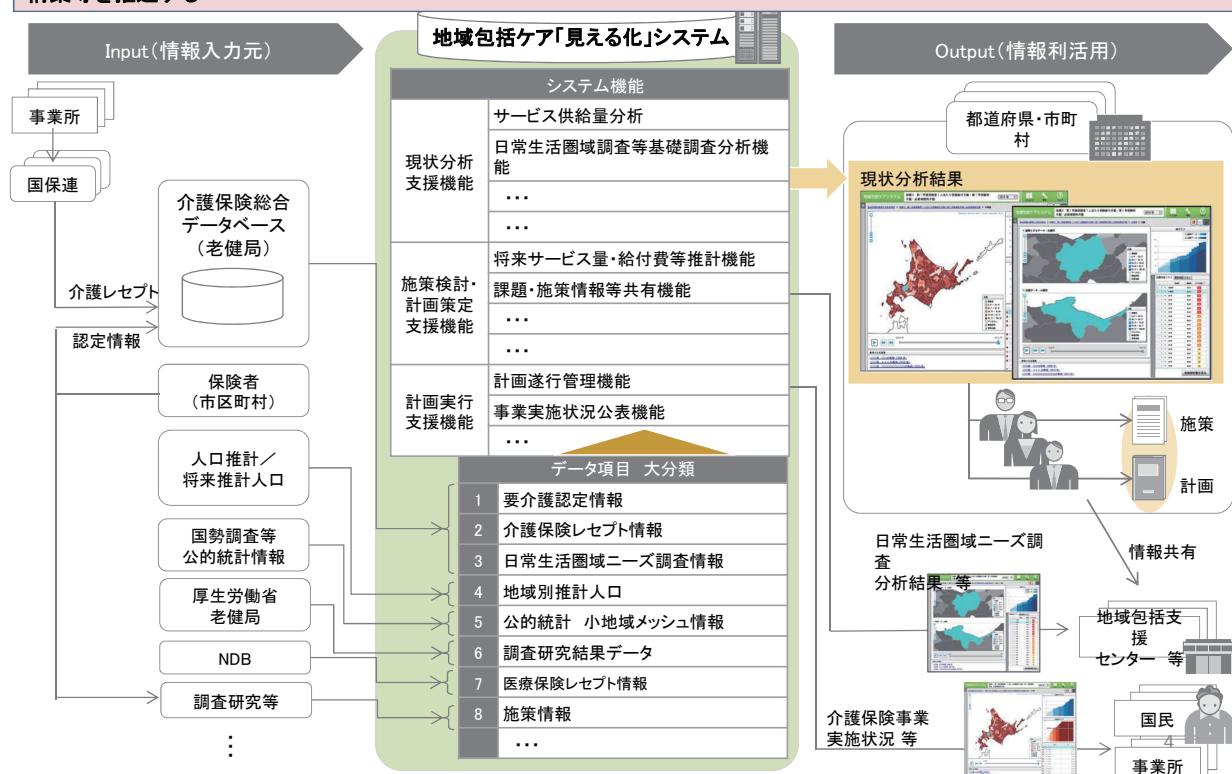
健康長寿社会の実現に向けた保健・医療・介護関連システムの役割分担・連携強化

○健康長寿社会の実現に向けて、それぞれの保健・医療・介護関連システムの特徴を活かしつつ、役割分担・連携を強化する。
○また、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、DBから提供されるデータ、各種統計データ、施策情報等を統合して、介護・医療関連情報の「見える化」を推進する。



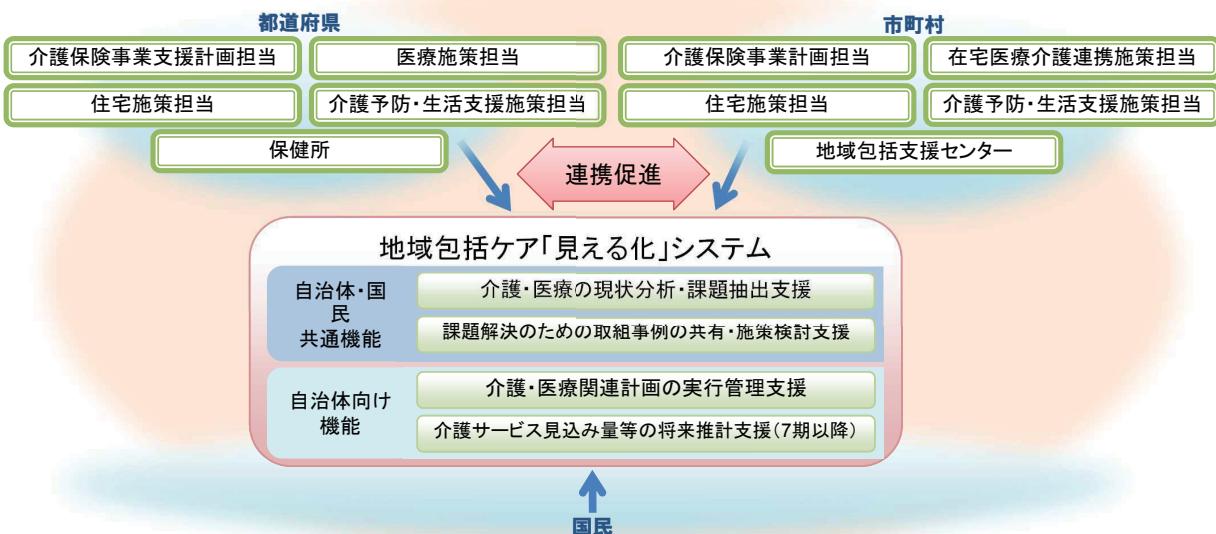
平成26年度以降の介護・医療関連情報の「見える化」の推進（イメージ）

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



地域包括ケア「見える化」システムの目的

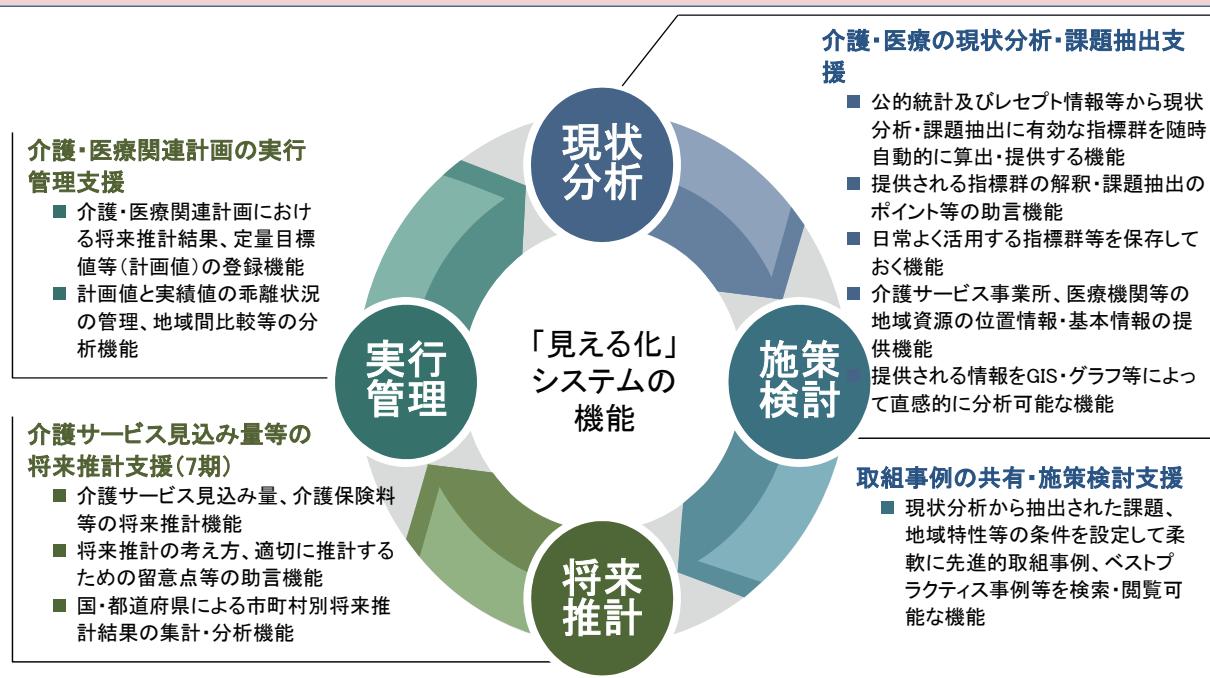
- 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムである。
- これにより、都道府県・市町村は地域間比較等による現状分析から課題抽出が容易になり、同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参考にすることで、自らに適した施策を検討しやすくなる。
- また、都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を共有することで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携をしやすくなる。
- 加えて、担当者の人事異動による影響を効果的かつ効率的に補完することができ、スピード感をもって継続性のある施策を実行しやすくなる。
- さらに、一部の機能を除き、誰でも利用することができるようになり、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなる。



5

地域包括ケア「見える化」システムの機能

- 地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「介護サービス見込み量等の将来推計支援」「介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する。



6

地域包括ケア「見える化」システムの開発スケジュール

- 平成27年夏に1次リリースした後も、継続的に情報の充実・機能強化を行う。
- 1次リリースは、3段階に分けてリリースする予定であり、「現状分析」と「施策検討」の機能を優先する。

	平成26年度		平成27年度				平成28年度				平成29年度	
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	
地域包括ケア「見える化」システムの開発	1次 設計・開発				リリース時期: ★1次 ★1.3 ★1.5 次 1次 運用				2次 設計・開発			
	2次				3次 設計・開発				2次 運用			
	機能				1次リリース		2次リリース		3次リリース		3次運用	
介護・医療の現状分析・課題抽出支援機能	1次		1.3次		1.5次							
現状分析・課題抽出に有效的な指標群の閲覧・データ取得機能	○		●		●		●		●		●	
提供される指標群の解説・課題抽出のポイント等の助言閲覧機能	○		●		●		●		●		●	
日常よく活用する指標群等を保存しておく機能	○		●		●		●		●		●	
介護サービス事業所・医療機関等の地域資源の位置情報・基本情報の閲覧機能	○		●		●		●		●		●	
提供される情報をGIS・グラフ等による直感的な分析機能	○		●		●		●		●		●	
取組事例の共有・施策検討支援												
先進都道府県・市町村の取組事例、ベストプラクティス事例等の検索・閲覧	○		●		●		●		●		●	
介護・医療関連計画の実行管理支援												
介護・医療関連計画における将来推計結果、定量目標値等(計画値)の登録機能					○		●		●		●	
計画値と実績値の乖離状況の管理、地域間比較等の分析機能			○		●		●		●		●	
介護サービス見込み量等の将来推計支援(7期)												
介護サービス見込み量、介護保険料等の将来推計機能の利用											○	
将来推計の考え方、適切に推計するための留意点等の助言閲覧											○	
市町村別将来推計結果の集計・分析機能											○	

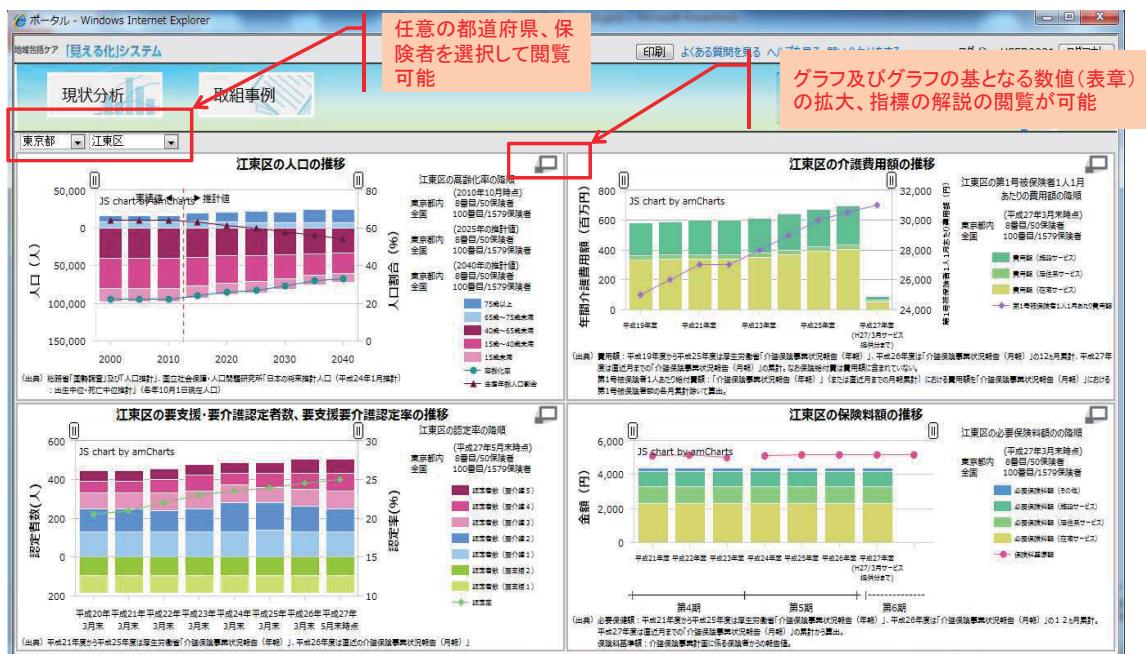
○:初回リリース ●:機能の拡充及び情報量の充実

7

ポータル画面のランキング表示・指標の解説について（現在のイメージ）①

○地域包括ケア「見える化」システムを利用する際に最初に表示される画面

- 地域包括ケア「見える化」システムの利用者に最初に着目してもらいたい指標として「人口の推移」「要支援・要介護認定者数、要支援・要介護認定率」、「介護費用額の推移」、「必要保険料額の推移」を表示する。
- 各指標について、都道府県、保険者の相対的な水準が分かりやすいように順位が併せて表示される。
- グラフ及びグラフの基となる数値(表章)は拡大して閲覧できるだけでなく、指標の解説の閲覧が可能。



8

ポータル画面のランキング表示・指標の解説について（現在のイメージ）②

○各指標について「指標内容説明」「指標を見るポイント」「詳細出典」の閲覧が可能



江東区の人口の推移
江東区の高齢化率の推移
実績値 (2010年1月現在) 江東区内 8万9千595世帯
100歳以上/1579世帯
2015年の推計値 (2015年1月現在) 江東区内 8万9千595世帯
100歳以上/1579世帯
東京都内 8万9千595世帯
100歳以上/1579世帯
全国 8万9千595世帯
100歳以上/1579世帯

(出典) 総務省「国勢調査(及び人口推計)、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(平成24年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」(各年1月1日現在人口)

Excel保存 指標の解説 表示式 閉じる

【指標内容説明】
本グラフ左側のy軸において、0より下は65歳未満の人口、0より上は65歳以上の人口を示しています。2010年以前の値は実績値、2015年以降の値は推計値です。また、青色の折れ線グラフは「総人口に占める生産年齢人口(15歳以上65歳未満の人口)割合」、赤色の折れ線グラフは「総人口に占める高齢者人口(65歳以上の人口)割合」を示しています。

【指標を見るポイント】
国勢調査によれば、2005年から2010年にかけて、1,265自治体(全自治体の75.2%)で総人口が減少しています。一方で「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位推計)によれば、全国の65歳以上人口が総人口に占める割合は、2010年の23.0%から2040年の36.1%へ上昇する見込みです。また、そのなかでも後期高齢者(75歳以上人口)が総人口に占める割合は、2010年の11.1%から2040年の20.7%と、ほぼ倍増することが見込まれます。こうした状況から、地域の支え手である生産年齢人口割合は、低下する見込みです。また、後期高齢者は前期高齢者と比較して認定率が高いことから、後期高齢者人口が増加により要支援・要介護者の急激な増加が見込まれます。

全国の人口推移は下図のとおりです。

<図：全国の人口推計>
全国の人口推移と比較して、表示している地域にはどのような特徴があるでしょうか。以下を中心に確認してください。

- ・総人口に占める高齢者人口(65歳以上の人)
- ・65歳未満人口(青色系統の棒グラフ)と65歳以上人口(赤色系統の棒グラフ)のバランス

【詳細出典】
①2010年以前
・総務省「国勢調査人口等基本集計」
②2015年以降
・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(平成25(2013)年3月推計)」

9

先進的取組事例の検索機能について（現在のイメージ）

○先進的な取組事例を検索・閲覧するための画面

- ・プロトタイプと同様に先進的な取組事例を検索・閲覧することができる。

住民主体の介護予防事業及び認知症対策の推進 茨城県 利根町

家域県立健康プラザが、地域支援事業開始前より介護予防を推進するために実施してきたリーフリーブル体操指導士会議講習会を収めたボランティア「利根町リーフリーブル体操指導士会」による生産性を認定する研究会議の一環で推進していく…

住民参加の介護予防、シルバーリーフ体操指導会、シルバーリーフ体操、シルバーリーフ体操、フィジカル体操、住民主体、ボランティア、認知症予防

ダウンロード回数: 96回

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防と生活支援の総合... 山梨県 北杜市

通所型デイサービスによる施設での配食、見守を中心とした生活支援の提供を組み合わせて、総合的に多様なサービスを提供している。

介護予防と生活支援の総合的なサービス提供、介護予防・日常生活支援総合事業、コムニティカ파、配食サービス、安否確認、地域活動拠点…

ダウンロード回数: 56回

地域ケア会議を活用した生活・介護支援、介護予防、認知症のサポート... 栃木県 湯沢市

主任介護支援専門員が中心となってースの個別地域課題発見を行う「地域包括ケア会議」、市内4カ所の在宅介護支援センターで実施する「地域ケア会議」、市内4カ所の地域包括支援センターで実施する「地域ケア推進…

3層構造の地域ケア会議、地域のアスレム、生産・介護支援センター、地域力、日常生活面域、調査、認知症、ささえ...

ダウンロード回数: 40回

佐々町介護予防ボランティアによる地域デビューを促進する介護予防事... 長崎県 佐々町

介護予防ボランティアを養成し、登録、希望者が佐々町介護予防ボランティアとして登録している。介護予防ボランティアは、福祉センター、元気地元会議所、訪問型などの活動に参加している。また情報交換や知識獲得のための佐々町介護…

介護予防に関するボランティアの養成、介護予防推進連絡会、通所型・地域型・訪問型介護予防、地域づくり

ダウンロード回数: 40回

高齢者サロン「あったかセンター」による介護予防と生きがいづくり 福島県 白河市

高齢者の生きがいづくり介護予防、高齢者の防止を目的とした、市営ボランティア「高齢者サポート」との協働により、高齢者サロン「あったかセンター」事業を実施している。市営ボランティアは、高齢者サロン「あったかセンター」事業を実施している。市営ボランティアは、高齢者サポート…

高齢者サロンの運営によるサロン運営、高齢者サポート、高齢者防止、生きがいづくり、地域住民主体の活動、介護予防

ダウンロード回数: 25回

学生が起点となり高齢者の力を引き出した共生と就労支援のいくみづくり 北海道 当別町

地域の大学生ボランティア活動を起きていて、障害、児童、高齢者と関わる人びとを巻き込んだまちづくり進めている。社会福祉法人やNPO法人が中心となり、一人ひとりに一つづき向き合ってになり、地域の高齢者に必要な生産…

就労の場の確保、共生、学生、ボランティア、認知症、コムニティ農園、介護予防、面倒支援、NPO法人、在宅

ダウンロード回数: 23回

地域住民のやりがいを引き出す、自主的な介護予防グループの支援 宮崎県 仙台市

地域住民が自主的に運営を行う介護予防、健康増進グループの育成、介護支援を行っており、グループ数は145組(60歳以上)、望むもの介助、コミュニケーションの場の提供、参加者の意識向上だけでなく、運動サポート・自身の介護予防…

自主グループの形成、運動サポート、大学との共同研究、地域住民、介護予防、支え合い、健康増進、地域活性化、ボランティア

ダウンロード回数: 16回

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 高知県 中村広域連合

住民自らが、自分たちで創るコミュニティ活動で、地区的集会所活動費等を活用したつながりを重視している。地区住民のサロン活動や飲食サービスに充実している地区もある。認知症への理解、介護する高齢者等の見守り体制の整った…

コムニティ活動、いきいき百歳体操、介護予防、パワリーリテーション事業、サポート、住民主体、保健課

ダウンロード回数: 4回

10

地域マネジメントに関する 各種論点について

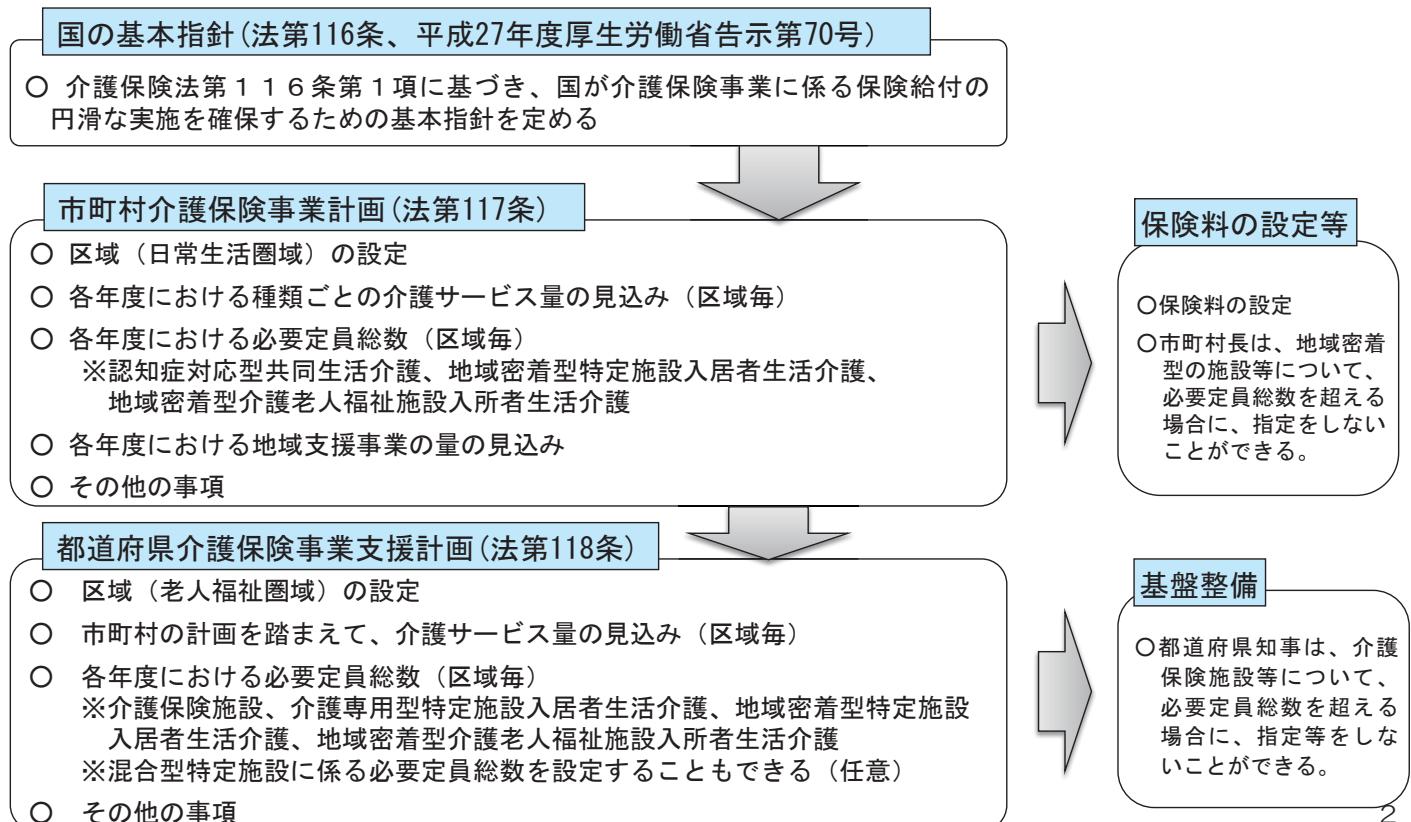
平成27年12月18日
厚生労働省老健局

適切なサービス基盤整備を
実現するための地域マネジメント

～事業者の指定権限等～

介護保険事業(支援)計画について

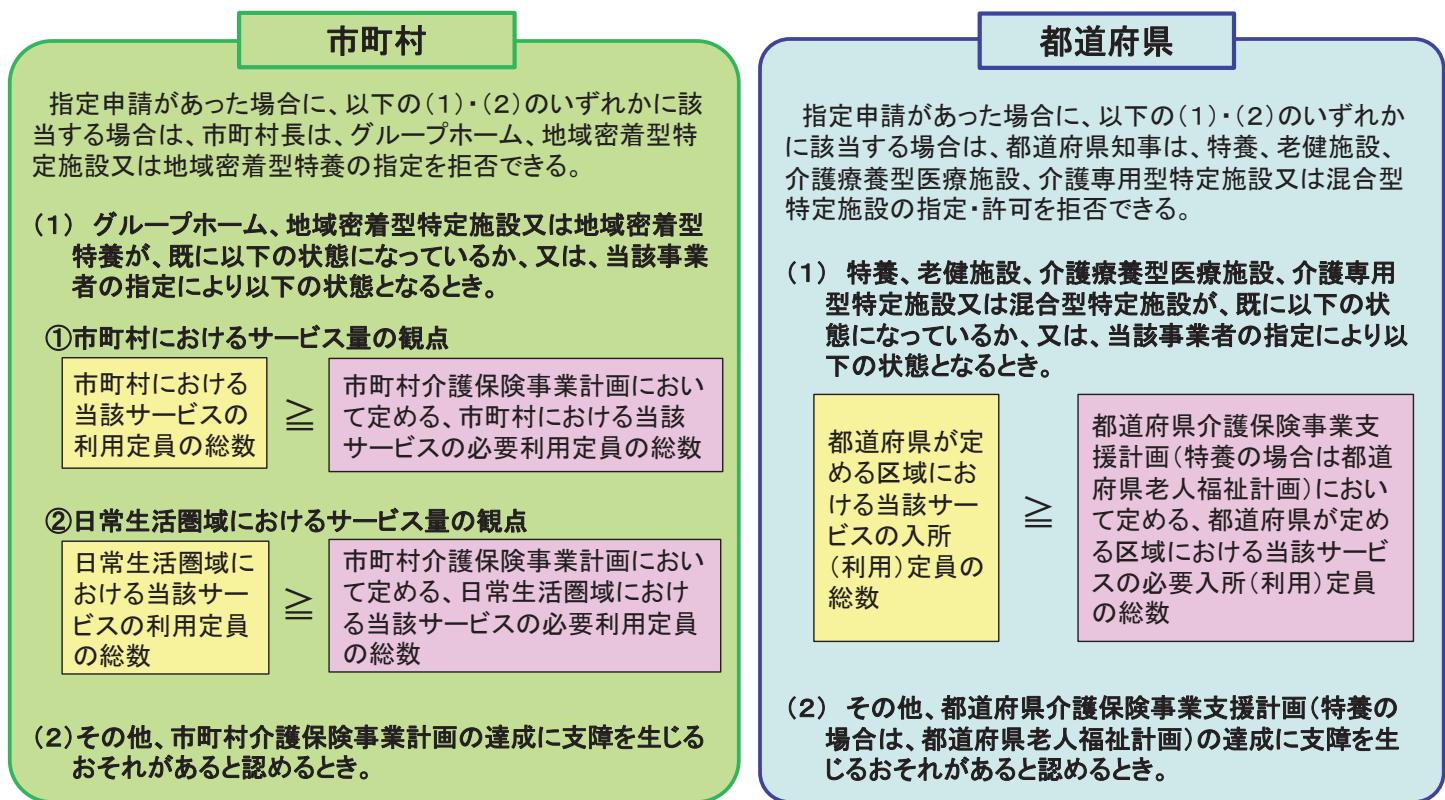
保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。



2

市町村・都道府県の指定拒否権限(施設・居住系サービス関係)

市町村及び都道府県は、市町村介護保険事業計画、都道府県介護保険事業支援計画の達成の観点から、指定権限を有する施設・居住系サービスについて、指定等の拒否を行う権限を有している。



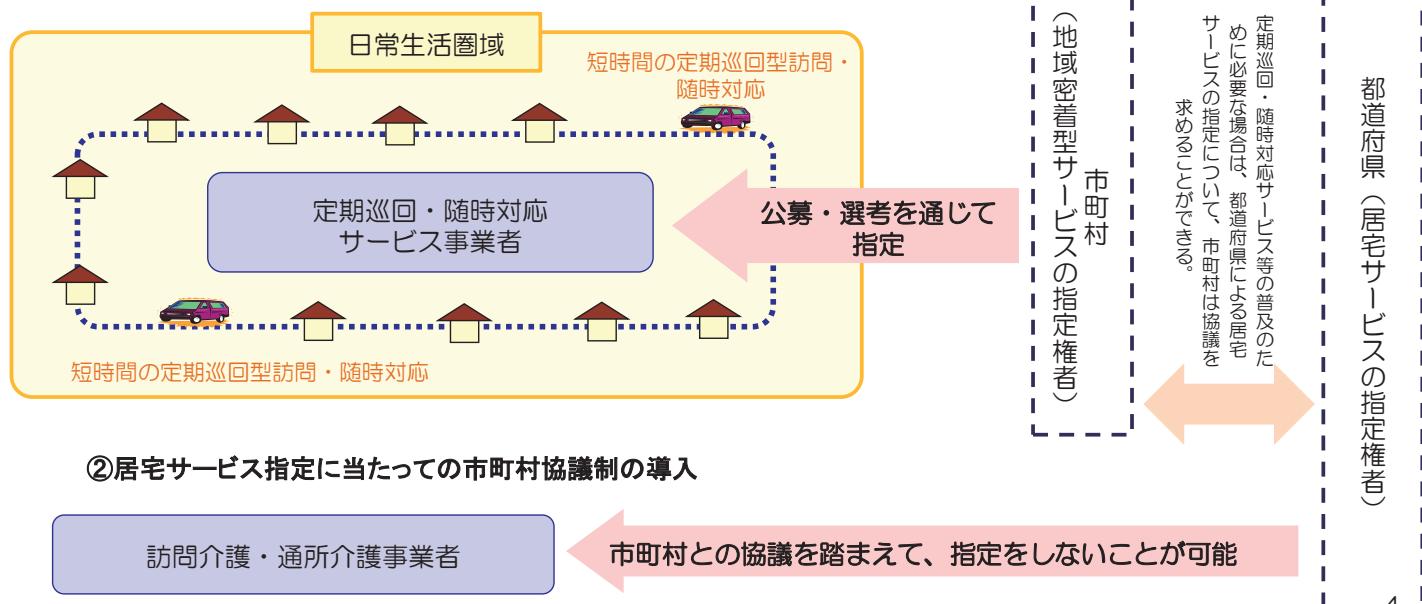
(注)地域主権戦略大綱(平成22年6月22日閣議決定)においては、指定居宅サービス事業者等の指定等の権限が、都道府県から政令指定都市・中核市に移譲されることとされている。3

地域密着型サービスにおける公募制、市町村協議制

定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能等の普及のためには、事業者が日常生活圏域内で一体的にサービスを提供し、移動コストの縮減や圏域内での利用者の確実な確保を図ることが必要。

- ① 市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等(在宅の地域密着型サービス)についての事業者指定を行えるようにする。【公募制の導入】
- ② 定期巡回・随時対応サービス等の普及のために必要がある場合は、市町村が都道府県に協議をした上で、都道府県は居宅サービスの指定をしないことを可能とする。【居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入】

①公募制の導入(定期巡回・随時対応サービスの場合)



②居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入

訪問介護・通所介護事業者

市町村との協議を踏まえて、指定をしないことが可能

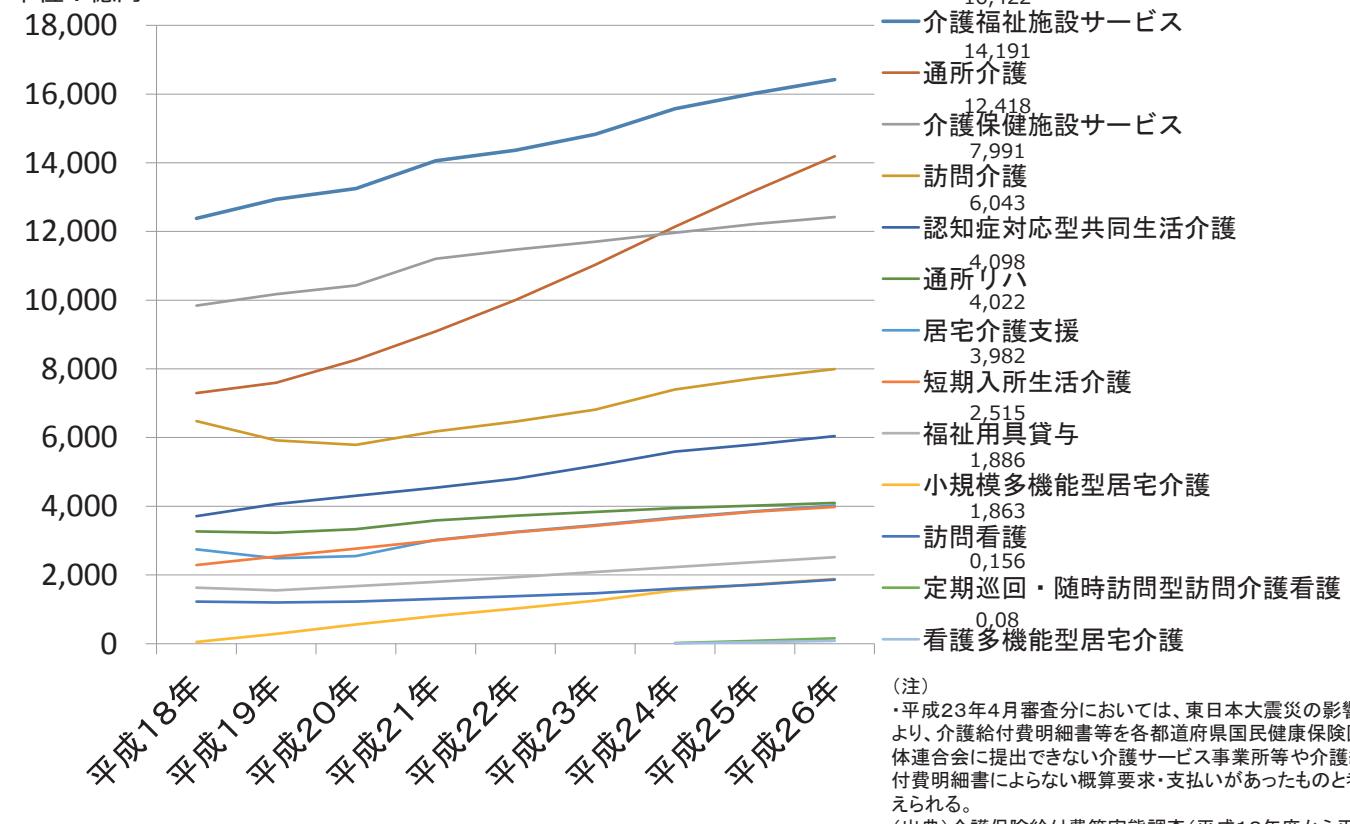
介護サービスの種類ごとの供給コントロールの仕組みの有無

青字:公募制の対象
赤字:総量規制の対象
緑字:市町村協議制

◎地域密着型サービス		◎居宅サービス		◎施設サービス		サービスを行なう
○地域密着型通所介護(平成28年度～)	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護	【訪問サービス】 ○訪問介護(ホームヘルプサービス)	【通所サービス】 ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション	○介護老人福祉施設	○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設	
○夜間対応型訪問介護	○認知症対応型通所介護	○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導	【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 ○福祉用具貸与			
○小規模多機能型居宅介護	○認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売				
○地域密着型特定施設入居者生活介護	○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					
○複合型サービス						
◎地域密着型介護予防サービス		◎介護予防サービス		◎通所サービス		サービスを行なう
○介護予防認知症対応型通所介護	○介護予防小規模多機能型居宅介護	【訪問サービス】 ○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導	【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防福祉用具貸与	○介護予防通所介護(デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション	○介護予防通所介護(デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション	
◎介護予防支援		○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売				
市町村が指定・監督を行うサービス						
都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス						

サービス種類別介護費用額の推移

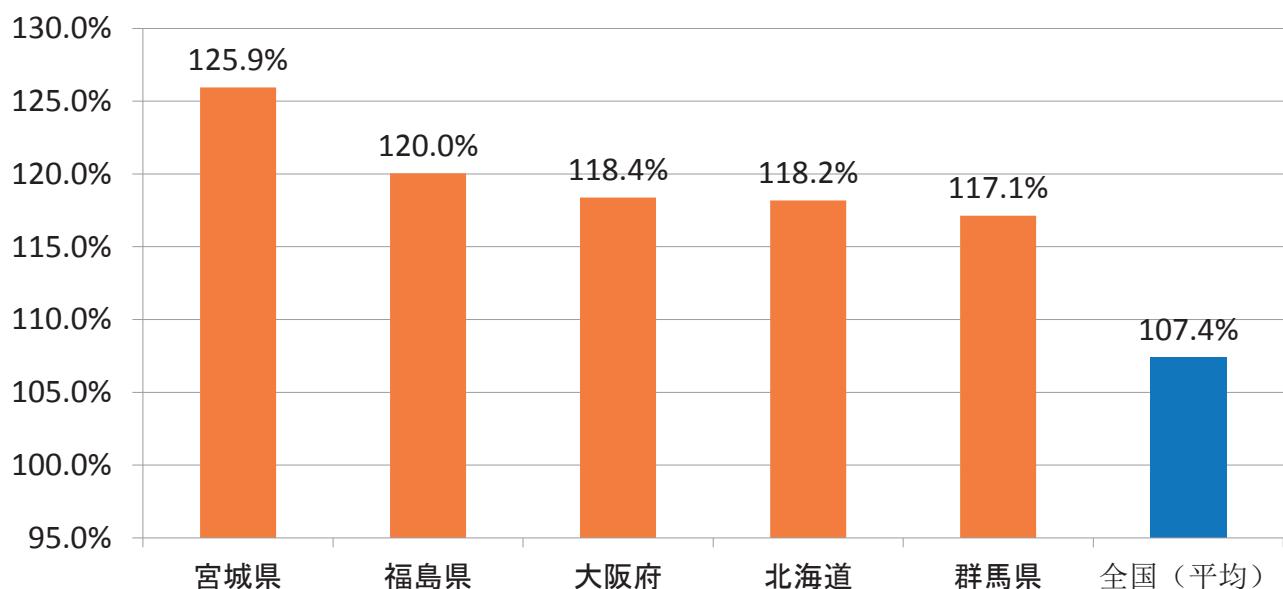
単位：億円



6

第5期介護保険事業計画における通所介護の実績値(計画値との比率上位5県)

実績値/計画値(通所介護)



計画値は第5期介護保険事業計画の推計値、実績値は介護保険事業状況報告(平成27年3月サービス分)から算出

7

論点

- 通所介護等、特定の居宅サービスが介護保険事業(支援)計画において定める見込み量を超えることにより、当該見込み量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額を上回ることが懸念される場合に、サービス量をコントロールする手段を設けるべきか。その際、下記の点についてどのように考えるか。
 - ・訪問サービスには「定員」がなく、通所サービスは一日に複数回のサービス提供が可能であり、施設サービスと比べて、指定事業所数とサービス量の関連性が低いこと。
 - ・計画の見込み量を超えた場合でも、必ずしも過剰なサービス提供には当たらず、高齢者のニーズに応じたサービス提供がなされている場合もあると考えられること。
 - ・総量規制は新規参入の抑制であることから、例えば自立支援につながらないようなサービスであっても、先に指定を受けている事業者が引き続きサービスを提供することとなること。
- 現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスの普及のため、市町村における居宅サービス(訪問介護・通所介護)の量が介護保険事業計画の見込み量に達している場合、当該居宅サービスの指定に当たって、市町村が都道府県に対して協議を求めることが可能となっているが、この仕組みに新たな条件を追加することが考えられるか。
- 市町村が指定権者となっている地域密着型サービスについて、多くのサービスが総量規制や公募制等の対象となっているが、地域密着型通所介護(平成28年度創設)など、その対象となっていないサービスについてどう考えるか。

8

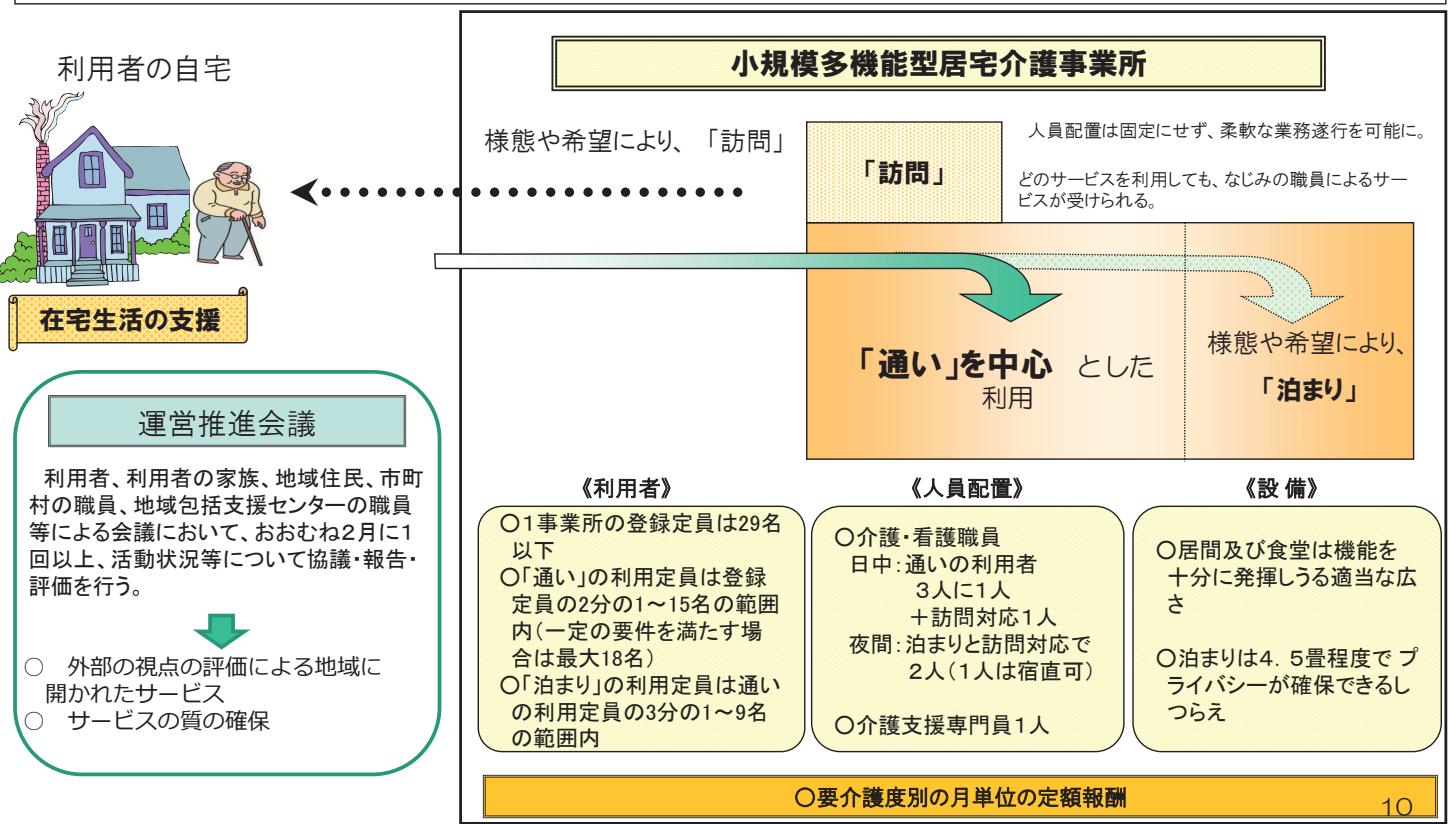
適切なサービス基盤整備を 実現するための地域マネジメント

～事業者の規模拡大等～

9

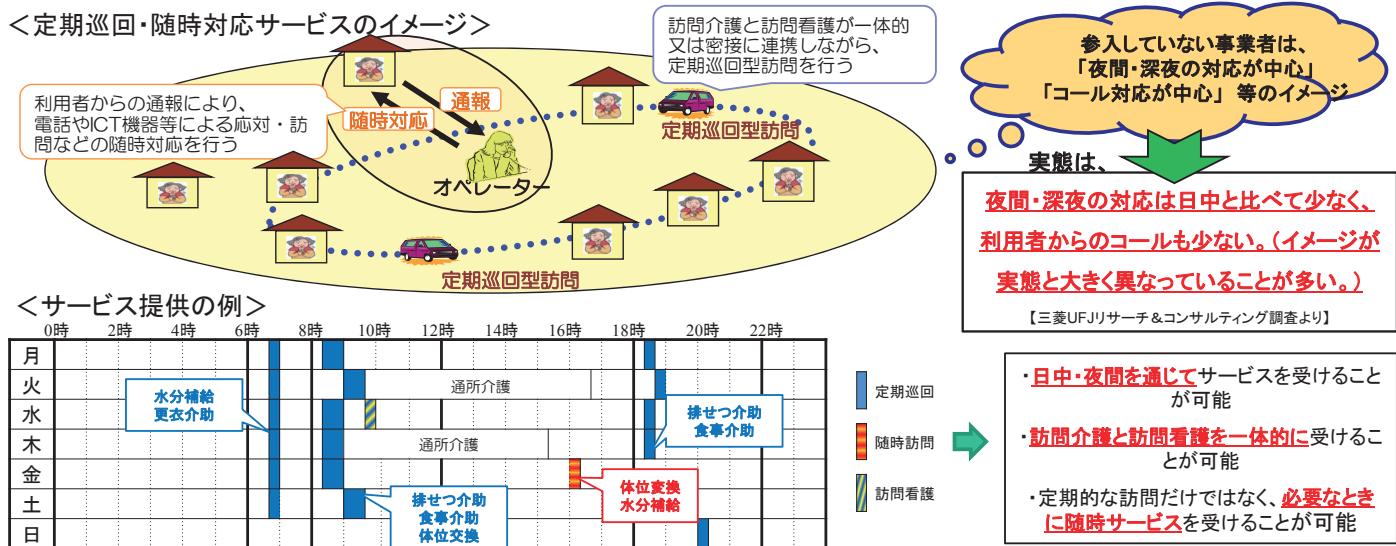
小規模多機能型居宅介護の概要

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、隨時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



24時間対応の定期巡回・随時対応サービスについて

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う**「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」**を創設（2012年4月）。



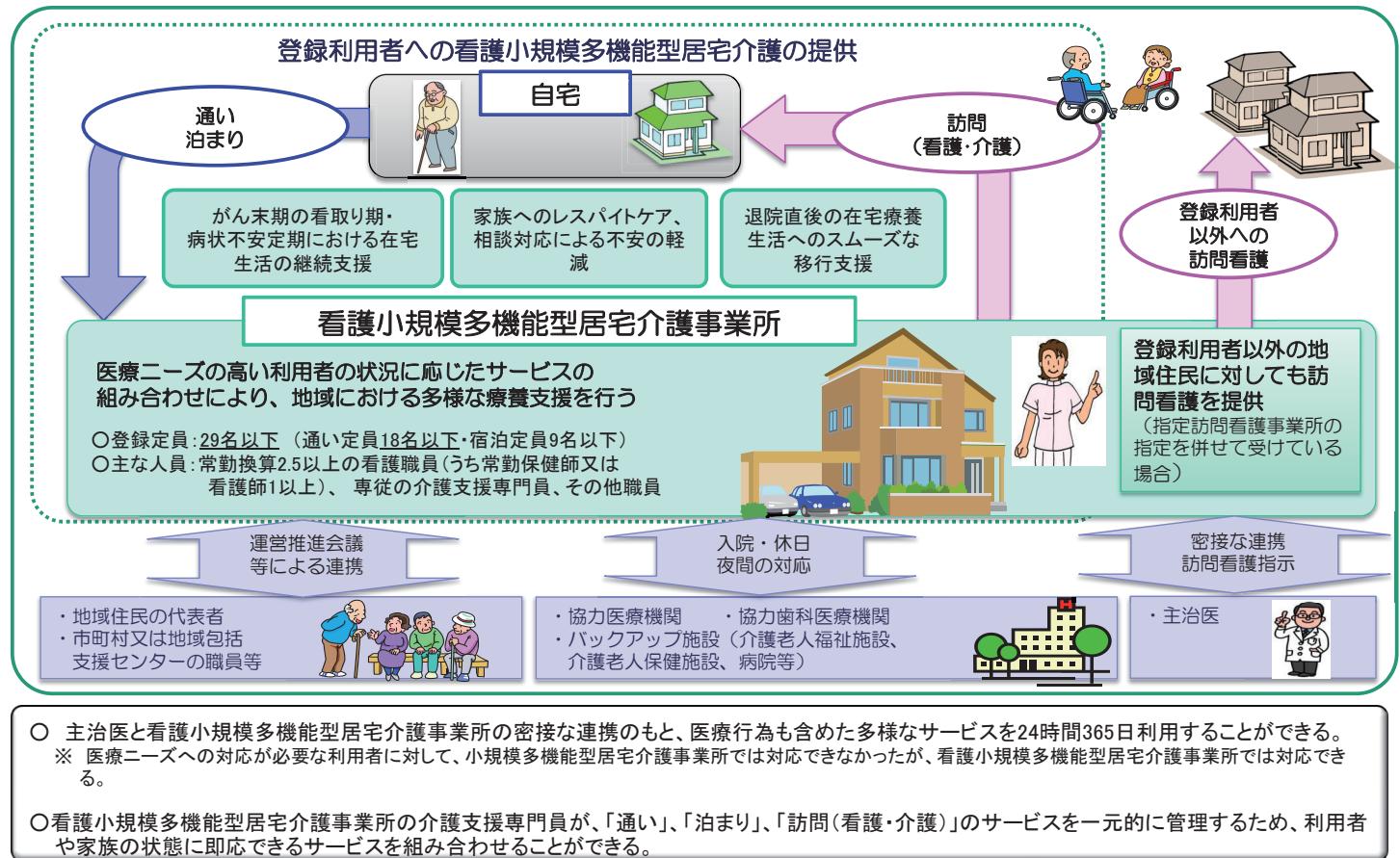
1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人／日)	283保険者 (1.2万人／日)	329保険者 (1.7万人／日)

2. 社会保障と税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人／日	15万人／日

看護小規模多機能型居宅介護の概要



- 主治医と看護小規模多機能型居宅介護事業所の密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要な利用者に対して、小規模多機能型居宅介護事業所では対応できなかったが、看護小規模多機能型居宅介護事業所では対応できる。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、「通い」、「泊まり」、「訪問(看護・介護)」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。

12

平成27年度介護報酬改定における人員配置基準の緩和等（例）

（小規模多機能型居宅介護における登録定員の緩和）

- 在宅生活の継続を促進する観点から、登録定員を29人以下とする。あわせて、登録定員が26人以上29人以下の指定小規模多機能型居宅介護事業所について、当該事業所の居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さが確保されている場合」には、通いサービスに係る利用定員を18人以下とすることを可能とする。

（訪問介護におけるサービス提供責任者の配置基準の緩和）

- 訪問介護における常勤のサービス提供責任者が3人以上あって、サービス提供責任者の業務に主として従事する者が1人以上配置されている事業所について、複数のサービス提供責任者が共同して利用者に関わる体制が構築されている場合や、利用者情報の共有などサービス提供責任者が行う業務の効率化が図られている場合には、サービス提供責任者の配置基準を「利用者50人に対して1人以上」に緩和。

（小規模多機能型居宅介護と広域型特別養護老人ホームとの併設）

- 小規模多機能型居宅介護の普及を図る観点から、小規模多機能型居宅介護事業所と同一建物に併設できる施設・事業所として広域型の特別養護老人ホームなどの社会福祉施設や介護老人保健施設との併設を認めていない取扱いを見直し、施設類型に関わらず、小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえた上で、市町村が個別に判断できるように見直す。

13

特定事業所集中減算の概要

概要

- ケアマネジメントの質を確保する観点から、居宅介護支援事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が80%を超える場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等、80%を超えることについて正当な理由がある場合を除く。(※平成28年4月から90%→80%に減算率を見直し)

特定事業所集中減算における正当な理由の範囲

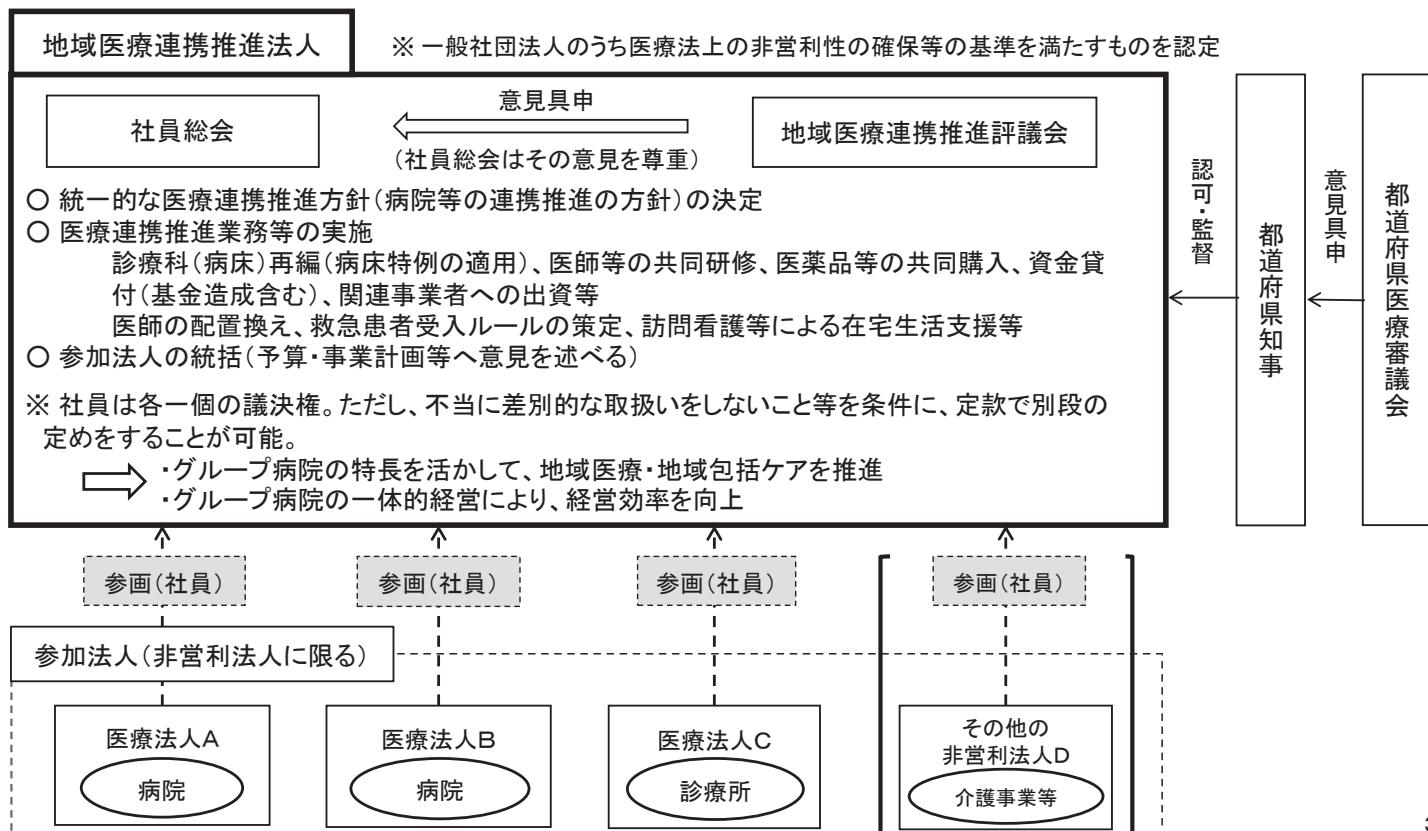
- 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
- 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- 判定期間の一月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- 判定期間の一月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が一月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
- サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合
- その他正当な理由と都道府県知事(指定都市及び中核市においては、指定都市又は中核市の市長)が認めた場合

14

地域医療連携推進法人制度について(概要)

参考

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。



論点

- 事業者の規模の拡大については、事業所やサービス提供単位での規模拡大と、法人単位又は法人の事業部門での規模拡大の2つの視点があるのではないか。
- 前者については、これまでの介護報酬改定や人員配置基準等の見直しでも対応を行ってきたところであるが、例えば、小規模多機能型居宅介護の登録定員の更なる拡大や特別養護老人ホームにおけるユニットの単位の拡大、従業員の専従要件の更なる緩和等について検討することが考えられるのではないか。
後者については、直接法人の規模などを拡大する方策は考えられるか。法人間の連携による事業(例えば共同採用・研修等)の取組に対してであれば、医療介護総合確保基金等も活用しながら支援することも考えられるのではないか。
- 居宅介護支援事業所に対する特定事業所集中減算については、介護サービス事業所が分散されるよう過度に誘導されているとの指摘もあることについてどのように考えるか。
- 上記の他、地域における介護サービスを総合的・一体的に提供する観点から、新たな複合型サービスを創設することも考えられるか。

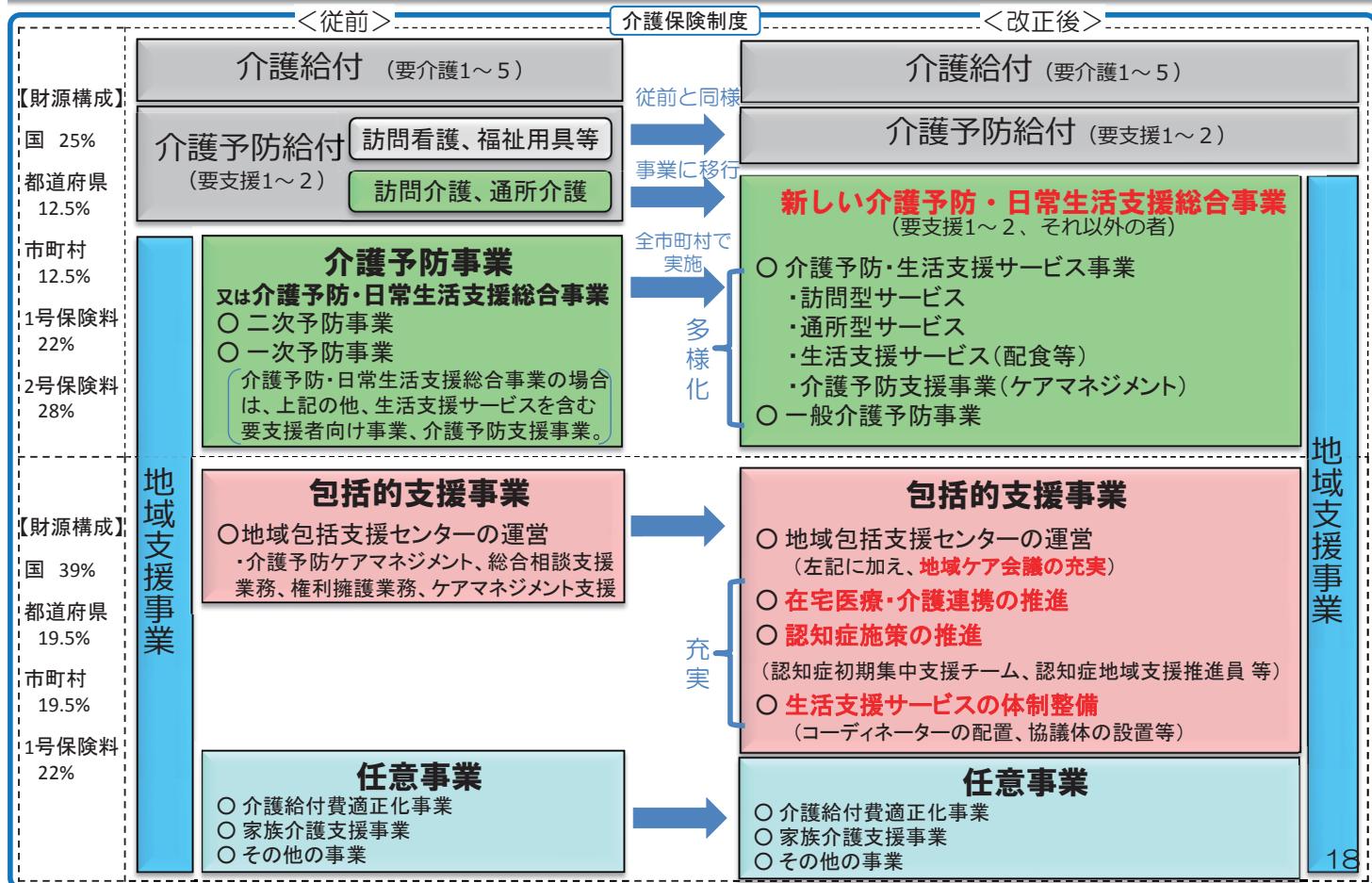
16

多様な主体による地域作りのための 地域マネジメント

～保険給付と地域支援事業の在り方～

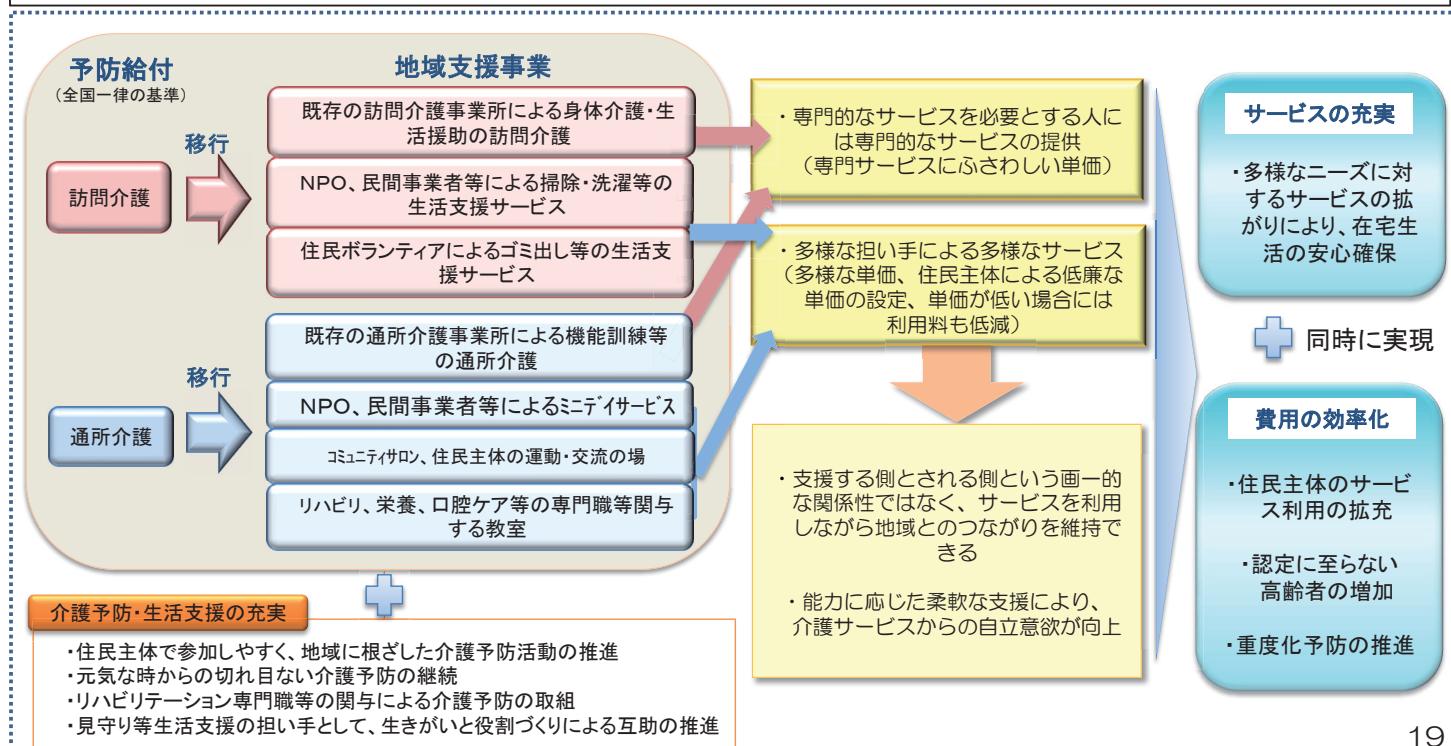
17

新しい地域支援事業の全体像



総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



多様なサービスの例 一ミニデイサービス「くるみ」

既存の通所介護で提供しているサービス全てを必要としない方を対象に、時間や内容をある程度限定し、基準等を緩和したミニデイサービスを平成27年4月から開始した。町が事業主体となり、管理運営を町社会福祉協議会へ委託している。

福祉保健総合センター内に設置し、設備等で通所介護と共有できる部分は共有している。

利用者からの評判は良く、今後さらに内容の充実を図りながら安定した運営を行っていく。

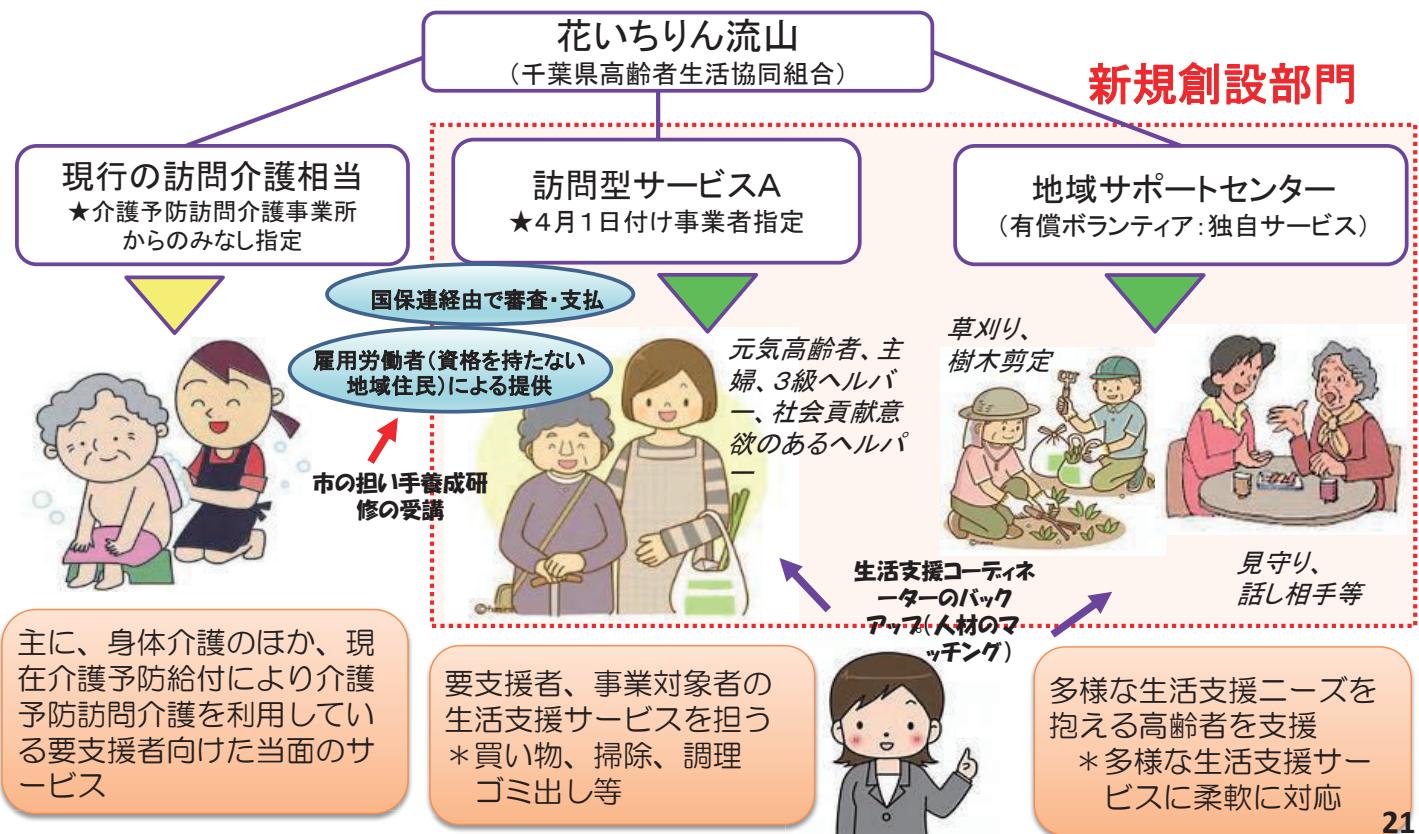
～「くるみ」の利用者の様子①～



利用者の方が塗り絵をしている様子です

20

訪問型サービスAとして参画した生協の事業実施展開イメージ



	総合事業		生活支援体制整備事業	
	平成27年1月調査	平成27年10月調査	平成27年1月調査	平成27年10月調査
平成27年度中	114	202	634	711
平成28年度中	277	319	153	243
うち平成28年4月	201	219	87	162
平成29年4月 (総合事業) 平成29年度以降 (総合事業以外)	1,069	966	482	478
実施時期未定	119	92	310	147
合計	1,579	1,579	1,579	1,579

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分) 実施時期調査 集計(2015年10月1日現在)

予防給付のサービスと利用者数

予防給付	利用者数(人)	
	平成26年3月	平成27年3月
介護予防訪問看護	39,200	45,200
介護予防訪問リハビリテーション	11,100	12,100
介護予防通所リハビリテーション	129,100	136,500
介護予防短期入所療養介護	1,000	1,100
介護予防居宅療養管理指導	30,800	35,000
介護予防短期入所生活介護	9,800	10,200
介護予防小規模多機能型居宅介護	7,600	8,800
介護予防特定施設入居者生活介護	24,900	26,000
介護予防認知症対応型共同生活介護	900	900
介護予防認知症対応型通所介護	900	1,000
介護予防訪問入浴介護	500	500
介護予防福祉用具貸与	295,800	342,600
介護予防支援	1,008,100	1,070,200

医療系のサービス

宿泊を伴うサービス

その他のサービス

介護給付費実態調査月報(平成26年4月審査分及び平成27年4月審査分)より作成

平成28年度予算の編成等に関する建議(抄) (平成27年11月24日財政制度等審議会)

(前略)

II.財政健全化に向けた取組と28年度予算編成

1.(略)

2.社会保障

(1)改革工程表の策定

イ)(略)

ロ)給付の適正化

介護保険における軽度者に対する給付のうち、生活援助サービスについては、日常生活で通常負担する費用であり、介護保険給付を中重度者に重点化する観点、民間サービス事業者の価格・サービス競争を促す観点から、原則自己負担(一部補助)化すべきである。

(中略)

さらに、要介護1・2の高齢者への通所介護サービス等については地方公共団体の裁量と予算の範囲内で実施する地域支援事業に移行すべきである。

(後略)

24

論点

- 団塊ジュニア・第2次ベビーブーム世代が65歳以上となる2040年を見据え、高齢者に対する介護・生活援助サービスを提供する上で、全国一律の基準に基づく保険給付と、地域の支え合いの力も活用しながら市町村が行う地域支援事業(総合事業)はどのような役割分担を行っていくべきか。
- 特に、高齢者に対する生活援助サービス(調理、買い物、掃除等)については、高齢者の生活を支える上で必要不可欠な要素である一方で、日常生活で通常負担する費用であるとの指摘があることも踏まえ、どのようにサービスを確保していくことが適當か。

25

人生の最終段階における考え方

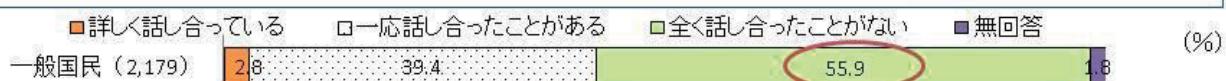
日本在宅ケアアライアンス
議長 新田 國夫

2015.09.15 地域包括ケア研究会

終末期医療に関する意識調査等検討会（平成24年12月～平成26年3月）

～人生の最終段階における医療に関する意識調査結果＜一般国民の意識＞～

■ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合



■ 意思表示の書面をあらかじめ作成しておいくことへの賛否



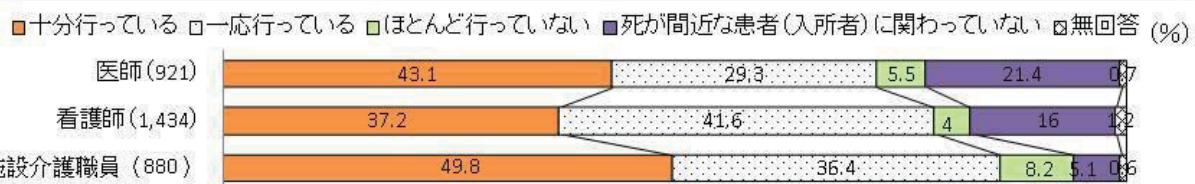
■ さまざまな人生の最終段階の状況において希望する治療方針



終末期医療に関する意識調査等検討会（平成24年12月～平成26年3月）

～人生の最終段階における医療に関する意識調査結果＜医療福祉従事者の意識＞～

■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月『人生の最終段階における医療体制整備事業』より

終末期医療に関する意識調査等検討会報告書（平成26年3月）（抄）

- 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保

人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望はさまざまであり、こうした思いを支えることができる相談体制やそれぞれのライフステージに適した情報提供等により、国民が主体的に考えることができる機会を提供することが重要である。

- 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制の整備

厚労省ガイドラインに準拠した意思決定支援の研修プログラムの開発等、施設が研修に取り組みやすい環境を整えることが必要である。

医療機関のみならず、地域包括ケアシステムを支えるすべての人々が看取りを含めた人生の最終段階における医療・ケアの質を向上させるための教育・研修が必要である。

※ 呼称の変更「終末期医療」→「人生の最終段階における医療」

〈参考〉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（平成25年12月5日成立）
第4条

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

医療は何のためにあるのか？

医療の目的

医療は、患者にとって最善の健康利益のために行われる。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成26年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会』資料より

「医学的最善」と「患者にとっての最善」

- 「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らない。
- 「医学的に無益」なことが必ずしも「患者にとって無益」とは限らない。
- 「患者の選好」＝「患者にとって最善の選択肢」では必ずしもない。

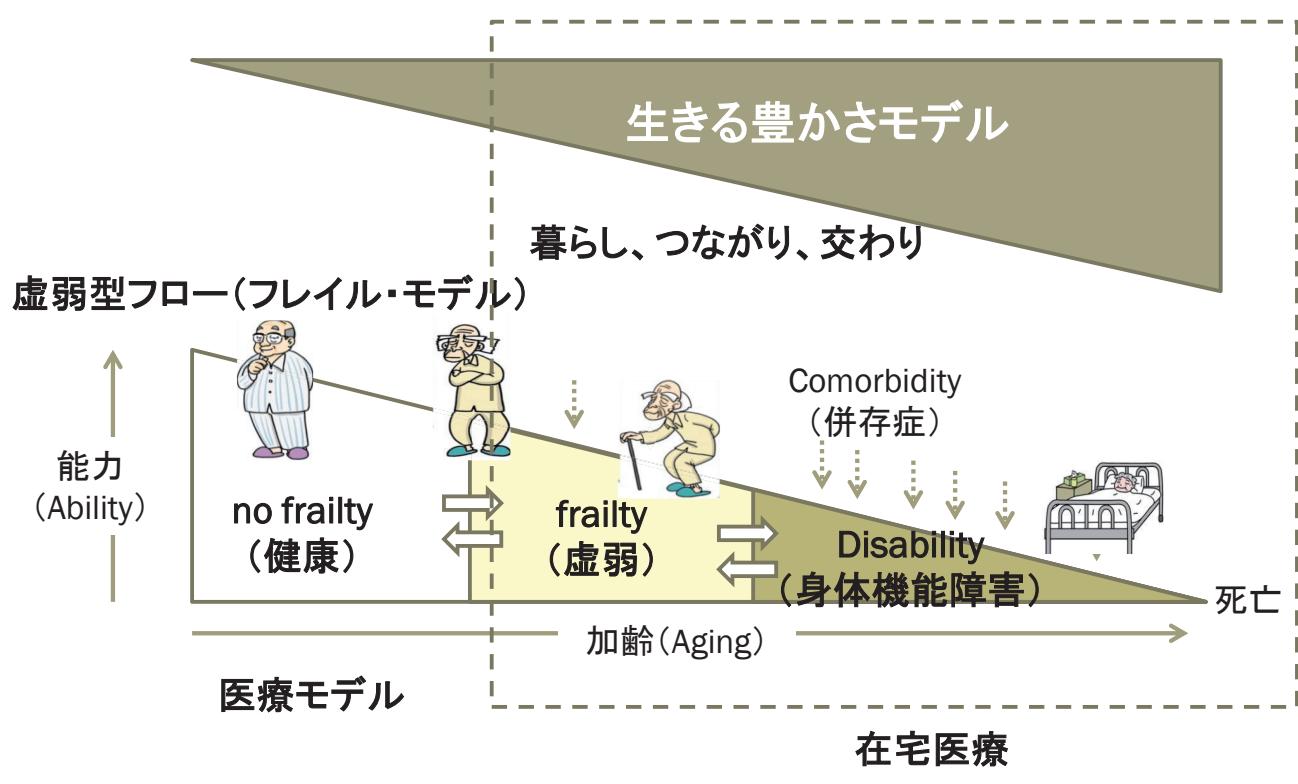
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成26年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会』資料より

倫理的判断を行う上で原則

事実 ≠ 価値

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成26年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会』資料より

これからの個人史



完全居場所の地域づくり

『健康相談』 新田國夫資料

患者の最善利益査定について 考慮されるべき要素 (BMA's handbook of ethics and law より抜粋)

- (事前意思を含む) 患者自身の希望と価値観
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的事項等に関する患者の見解
- 患者が何を利益とみなすかに関する、患者に近い人々、親族、介護者、または代行意思決定者の見解
- 提案されている治療法と他の選択肢を考慮したうえでの相対的效果に関する臨床的評価
- 治療が行われた場合の改善の可能性と程度の大きさ
- 治療の侵襲性の正当化
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性

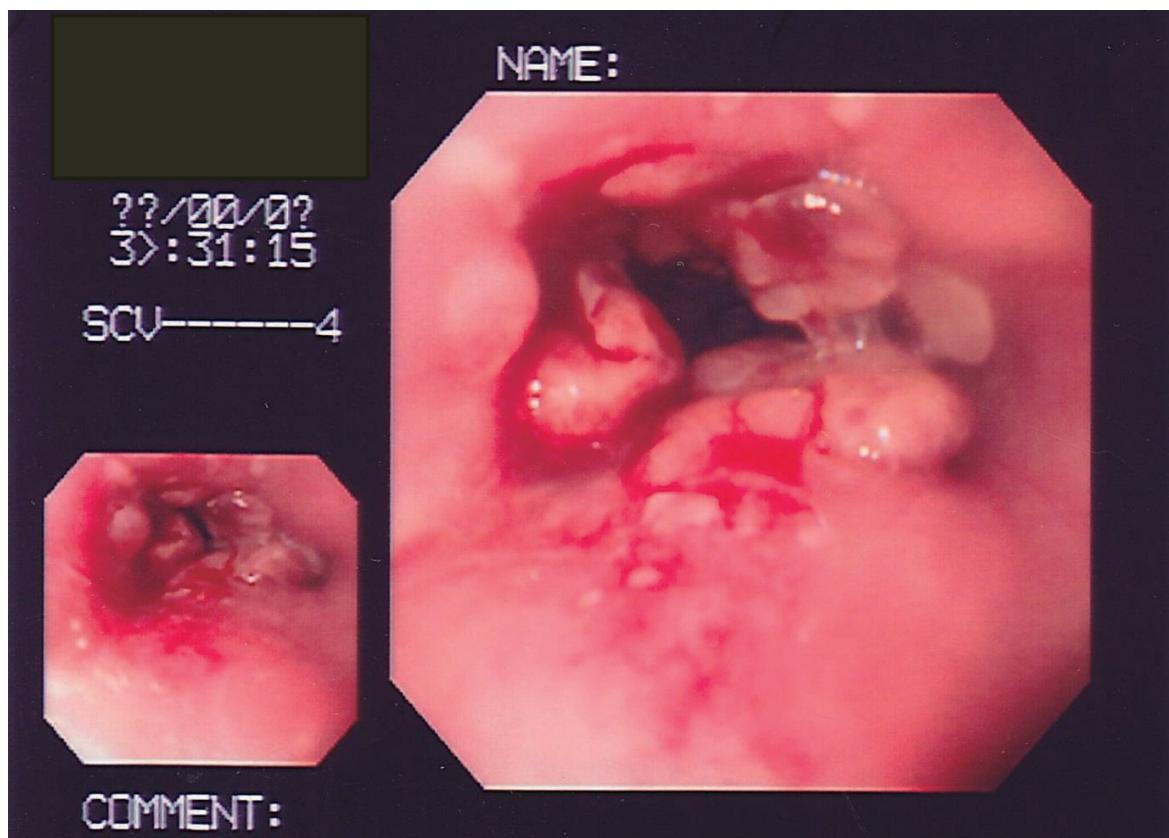
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成26年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会』資料より

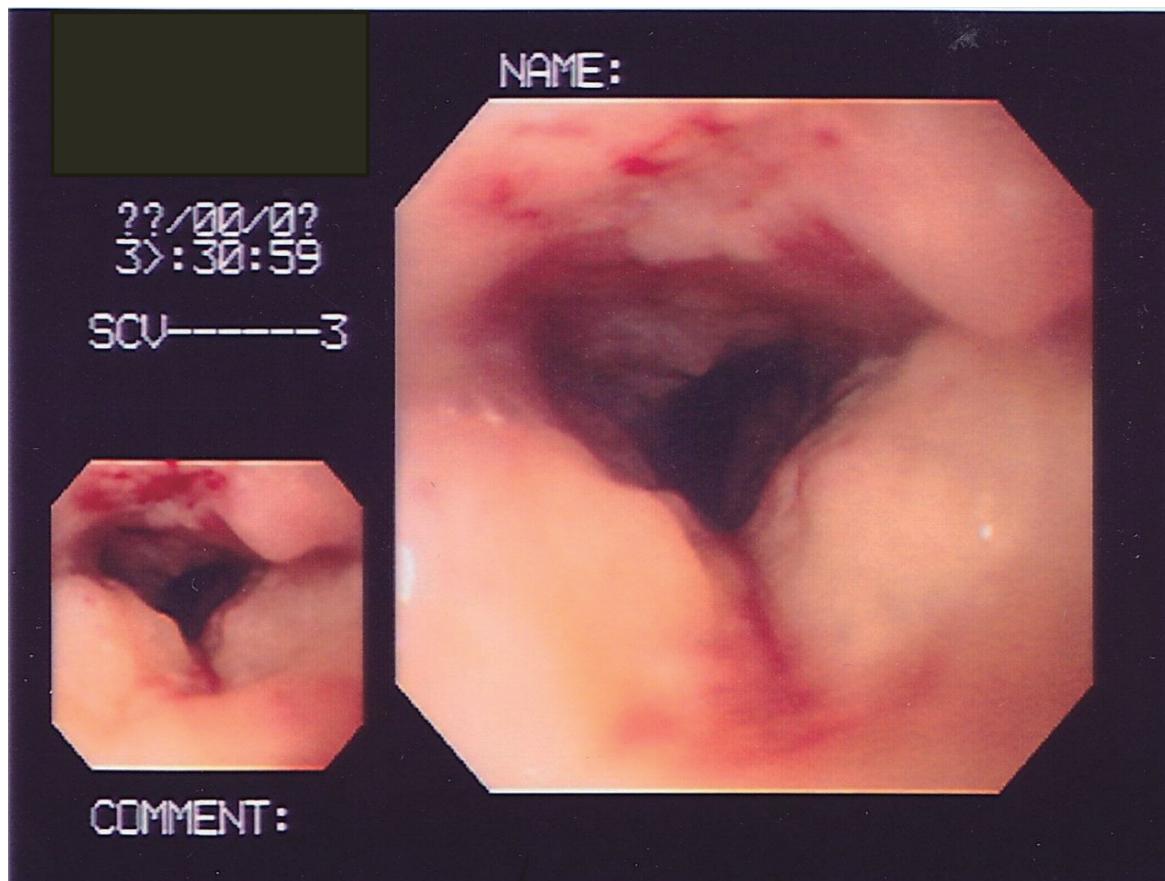
CASE

- 75歳男性、 認知症、 食道がん 一人暮らし
- 平成23年夏、 食道がんであることが近医からの紹介先の総合病院でわかり、 入院。 入院中に本人点滴を自ら抜いて自宅に帰る。 治療の拒否を確認（家族、 市役所）
- 平成24年8月～9月、 入退院を繰り返す（外出先での脱水） 9月 介護サービス・当院訪問診療開始。 認知症の状況（F A S T 5 C）。
- 平成25年1月、 体重の減少が顕著（2か月で6キロ）
- 地域ケア会議に症例提出を検討
- 2月末 自宅にて死亡

本人、ご家族の希望

- ・本人の思いを言葉で正確に聞くことは困難であり（発語機能の低下）、これまでの生活の歴史や、本人が現在表現している表情、行動の中から、何が心地よく、何が心地よくないのかということを感じとり、病院に入院することは嫌、自由に過ごしたいという思いであることを、家族からの聞き取りや、本人の様子から判断している。
- ・家族としても積極的な病気の治療は本人も望まない。なるべく本人がこれまでと同じような生活を続けていかれることを望まれている。





川崎協同病院事件 (2005・2007・2009)

<事例>

- ・被告人医師は呼吸器内科部長43歳。
- ・58歳患者は気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳症で意識が回復しないまま入院中。
- ・患者の妻より気管内チューブを抜いてほしいと依頼がある
- ・医師は、家族へ「抜管することは看取ることになる」と説明。
- ・家族らは無言でうなづいた。
- ・医師は「自然な形で看取ろう」と決心し、気管内チューブを抜き死を待ったが、被害者は苦悶を呈したため鎮静剤投与。
- ・しかし効果不十分で、苦しそうであり、医師は家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、事情を知らない准看護士に、筋弛緩剤を静脈注射させ、被害者を呼吸筋麻痺による窒息にて死亡させた。

川崎協同病院事件 (2005・2007・2009)

＜判決概要＞

第1審判決(2005)は懲役3年・執行猶予5年、東京高裁(2007)で懲役1年6ヶ月、執行猶予3年の有罪判決、2009年12月7日、最高裁判所において上告が棄却され、懲役1年6ヶ月、執行猶予3年の判決が確定した。

2005年第1審の地裁判決において、治療停止について、「末期医療において患者の死に直結し得る治療中止の許容性について検討してみると、患者の自己決定の尊重と医学的判断に基づく治療義務の限界として認められるものと考えられる」とした。

治療停止の要件として、

- ①死期が迫っていること
- ②患者が任意かつ真意に基づく意思を表明すること
- ③リビング・ウィル、家族など患者の生き方・考え方をよく知る者による患者の意思の推測があることの3つをあげた。

その自己決定には、

回復の見込みがなく死が目前に迫っていることを、患者が正確に理解し判断能力を保持していることが、不可欠の前提となる。

（熊本大学生命倫理論集1）日本の生命倫理－回顧と展望－浅井篤氏著 「第2章 日本の臨床倫理に関する回顧と展望」より

川崎協同病院事件 (2005・2007・2009)

＜判決概要＞

その後の2007年の高裁判決において、家族の意見をそのまま採用することに慎重な姿勢をみせている判決部分がある。要約すると『「家族は患者の自己決定の代行ができるか」については、家族の同意は、本人の同意権の代行にすぎず、家族に同意権を付与しているものではないため、不可ということ。それでは、「家族は患者の意思推定ができるか」これもフィクションになる可能性があるということ。したがって、家族の意思を重視することは必要だが、家族の経済的・精神的負担の回避という思惑が入る危険がある。自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定となるので否定せざるを得ない』と述べている。

川崎協同病院事件とCASEの比較

	川崎協同病院事件	CASE
終末期の診断	－	+
治療の無益性	+ -	+ -
意思能力の有無	－	+ -
事前指示	－	+ -
適切な代理判断者	－?	+ -
適切な代理判断者の手順	－	+
中立性	－	+ -
透明性	－	+
社会のコンセンサス	－	+ ?

胃ろう以外の医療行為における 現在の先端技術の与える影響

医師にとって予後推定が複雑で、患者家族との対話の道筋が難しい。

患者、家族はこの中で
たじろぐ、ひるむ

古典的解釈

医学→科学→真実

医療→技術→善の追及

技術の応用→良い結果を必要とする→目的の善悪を決める基準が必要

基準とは

医学を患者に応用する医療

何が役に立つ良いことなのか？悪いことなのか？を決める

そのためには、倫理が必要

しかしながら、技術の価値は相対的であり、変化する

倫理とは

相対的評価なのか？

真の評価なのか？

医療の倫理は

- ① 最初から治療を差し控える
- ② 行っている治療を中止する

この2つの行為を比較してきた。

この問題は基本的に同じとしていいが、現在は栄養チューブを最初から挿入しないことの方が、試みで挿入した後で取り外すことよりもはるかにやさしいと医師は感じているのか。

治療が有効かどうかの必要いくらかの可能性があるにもかかわらず、その治療に最初からNOと判断を下すのは、受け入れがたい医療実践である。

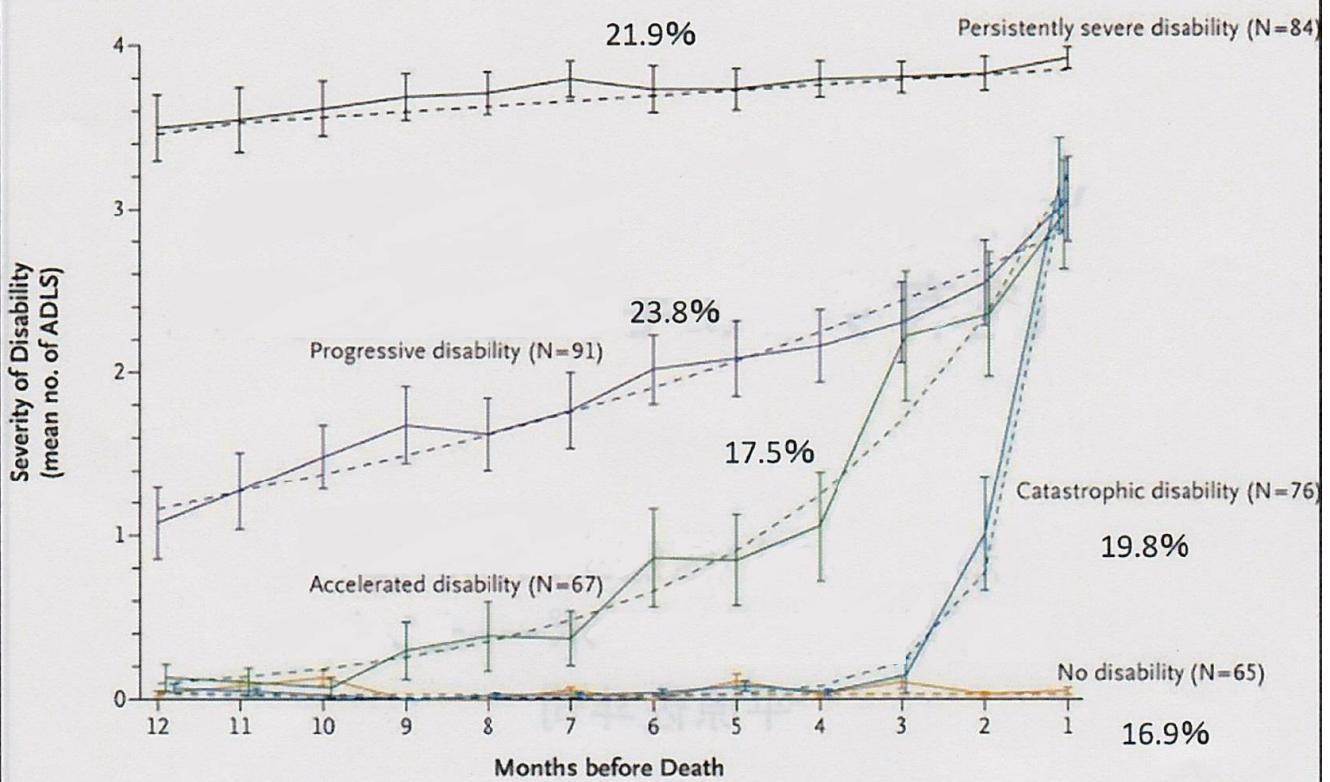
医療者はその治療がほとんど利益をもたらさない、あるいはかえって患者に負担をかけることがわかった場合でも、一旦開始した治療を中止することは難しいと考えているが、そのために、もしかしたら命を救ったり、健康状態を改善するかもしれない治療を行わないのが問題である。

**差し控えは臨床医学であり、
中止は法と倫理である**

意思決定の倫理的議論とは

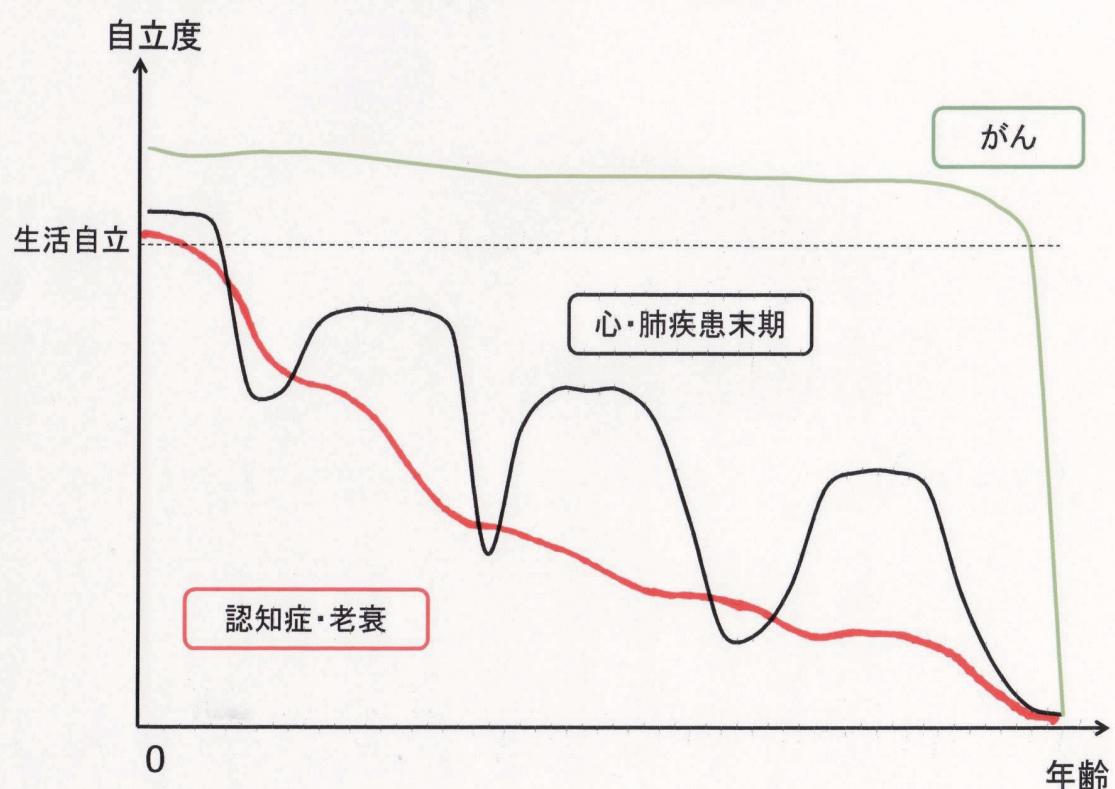
- ・患者は自分の治療を選択する権利を持っている。
- ・不可欠なものとして扱われるが、実際は不確かな予後と複雑な議論が行われている。
- ・普通の医療現場ではこの自律性の原則は微妙である。
- ・多くは十分に時間をかけることが出来ない。
- ・高齢者の多くは一般的に最後の病気が急に発症し 終末を迎える。
- ・たとえ慢性の経過をたどっても、突然にくる。

高齢者の最期の一年間の軌道

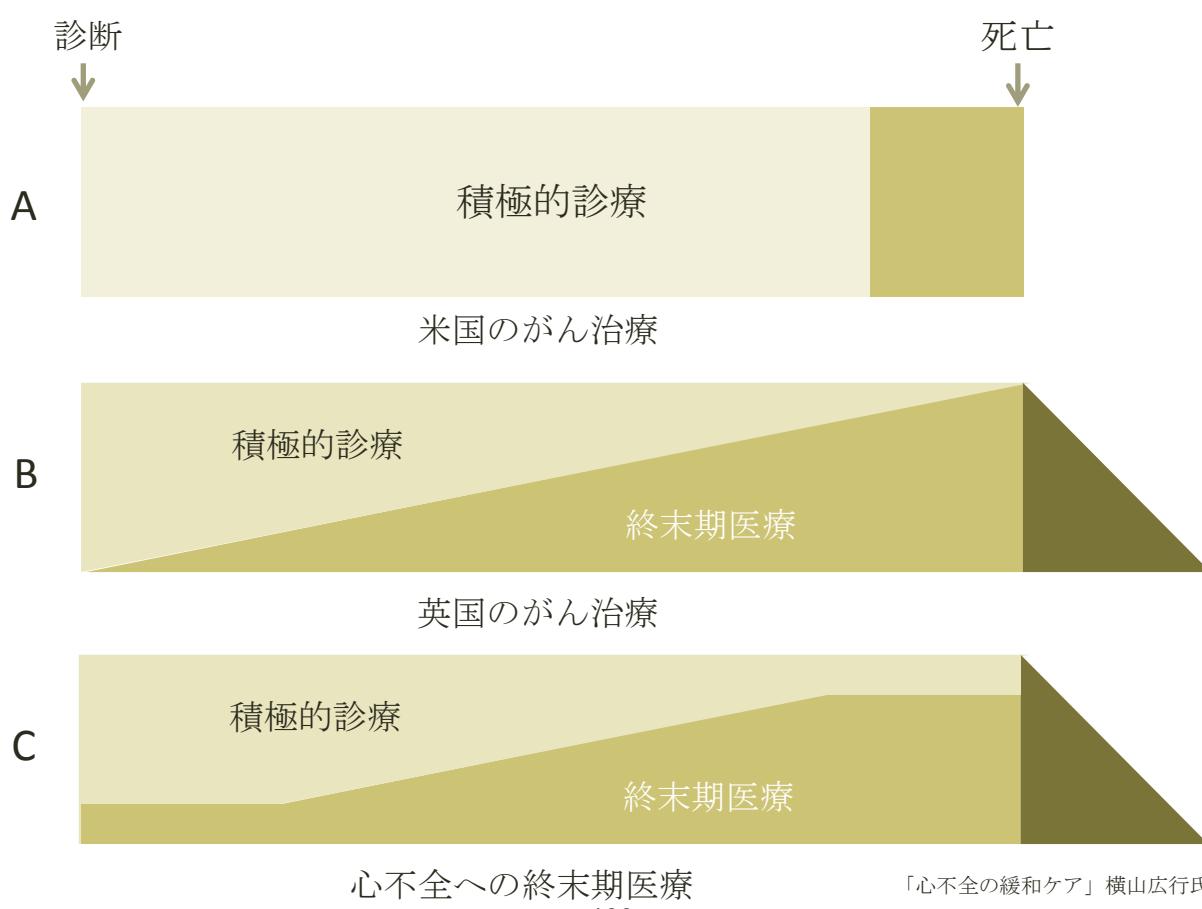


Thomas M. G., N Engl J Med 362:1173-1180 April 1, 2010

死に至る疾患別自立度の低下の経緯



心不全治療の推移と緩和療法の役割



「急変」とは？

- 生命反応（バイタルサイン）の極端な低下
 - 血圧の低下 → 昇圧剤の投与
 - 呼吸状態の悪化 → 人工呼吸、人工呼吸器の装着
 - 脈拍数の低下 → 緊急心臓ペーシング
 - 不整脈 → カウンターショック
- 急変が起きる原因
 - 病態の悪化（例：肺炎の悪化による呼吸状態悪化）
 - 合併症の発症（例：入院後の肺塞栓や心筋梗塞）
 - 不慮のアクシデント（例：誤嚥、転落による脳出血）

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 講義5-B急変時の心肺蘇生の差し控え 尾藤 誠司様より

**EBELL, M. H., BECKER, L. A., BARRY H. C., HAGEN, M.,
1998, Survival After In-Hospital Cardiopulmonary
Resuscitation A Meta-Analysis, Journal of General Internal
Medicine, 13, 805-816.**

- 蘇生術により一時的に心拍や呼吸が再開する可能性は、あらゆる状況の症例を含めて約40%、退院するまで生存する可能性は約13%である
- 敗血症が存在する場合は退院するまで生存する可能性が0.4%、転移性癌では3%、認知症4%
- 患者の年齢は蘇生後の退院率とは統計的関連性はなかった

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 講義5-B急変時の心肺蘇生の差し控え 尾藤 誠司様より

心・肺疾患終末期の医学知識

- 急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下する臓器不全
- 急性増悪に対する治療で軽快するが、その後も増悪を繰り返す
- 繰り返すたび患者は段階的に機能低下する
- 現在の悪化が、急性増悪なのか、改善の難しい最期の悪化なのか、判断が難しい
- 医療者の視点からは、「人工呼吸器を開始すると、離脱できないかもしれない」という危惧から人工呼吸の開始を躊躇する傾向にある

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 講義5-C 人口呼吸器1の開始/差し控え 尾藤 誠司様より

人工栄養の差し控えもしくは終了

- 差し控え、もしくは終了が患者の健康に医学的に与える影響
 - すぐに健康状態に影響が出るわけではない。
 - 苦痛は通常伴わない。
 - 徐々に低栄養状態となり、数週間—数か月のうちに死に至る。
- 終了と差し控えに関する現場の意識
 - 一般的に医療者の中でも乖離がある。
 - 差し控え、終了共に大きな抵抗感がある。
 - 理由は「医療行為以前のベーシックケア」

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 講義5-D 人工栄養の開始/差し控え 尾藤 誠司様より
190

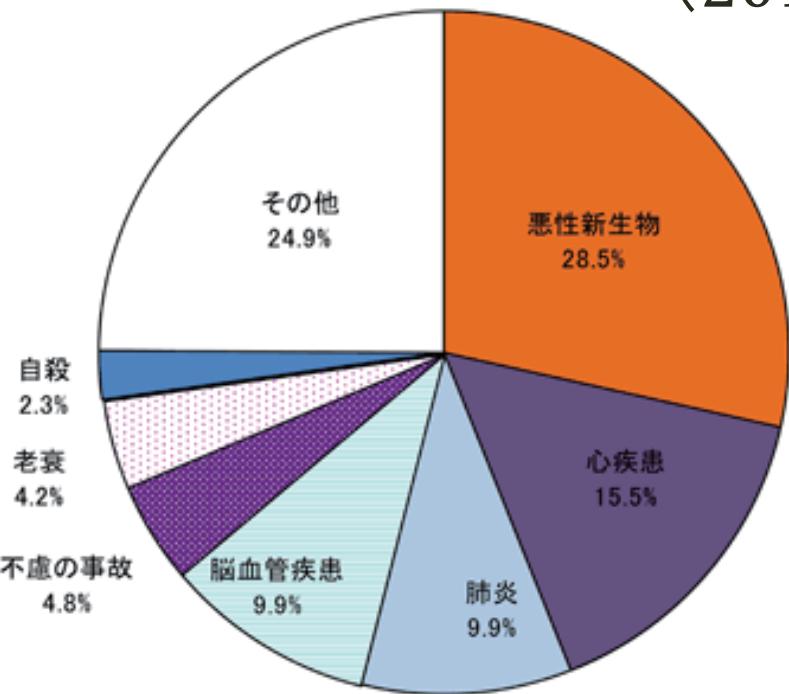
人工的水分・栄養補給をめぐる 検討の順序

- 1 経口摂取の可能性のチェック → 可能性あり → 工夫
↓ 経口では不十分
- 2 AHNの効果の見込み ⇒ 目的の選択
 - ・生命保持の可能性 & QOL保持の見込みの判断
 - ・目的： ①人生の延長 ②QOL保持
 - ・目的の選択： ①+② / ②のみ
- 3 選択した目的の下での最適な方法の選択
 - ・①+② ⇒ 十分な栄養補給を含む AHN
 - ・②のみ ⇒ 水分補給 または AHNなし
- 4 定期的および必要に応じた見直し
⇒ 場合に応じて、手段、目的の変更、AHNの終了
もあり得る

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 講義5-D人工栄養の開始/差し控え 尾藤 誠司様より

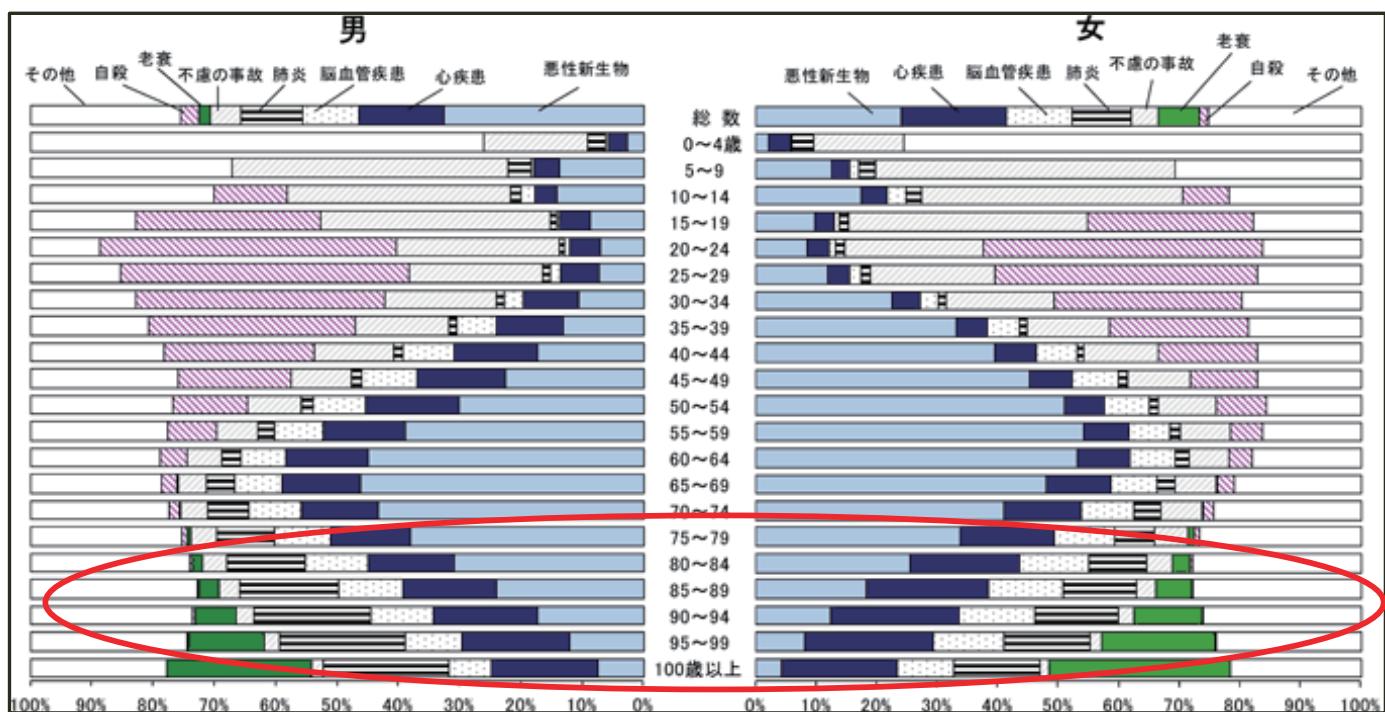
今後増大する超高齢者の 人生の最終段階を考える

主な死因別死亡数の割合 (2011年)



厚生労働省：H23年度人口動態統計月報年計(概数)の概況

性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合 (2011年)



厚生労働省：H23年度人口動態統計月報年計(概数)の概況

日常臨床では

- ・家族は十分時間をかけて死について考えることができない。

病院か在宅か？

- ・高齢者の終末期は回復したり、悪くなったり、機能も低下する。

今の状況が、最後かは不明

突然の変化になると

家族、患者は

話し合い・考え・選択を自分たちでしたくないのが一般的。

その結果

病院の標準的な実践と文化がその場を取り仕切る。積極的治療の標準があり、そこで安心する。

- ・現在、医学には科学として確立され標準化された部分と、まだ、標準治療法も確立されていない研究段階とも呼べる部分の両者がある。
- ・現実的には、ほぼ全ての医療行為は不確実性を伴う。
- ・不確実で確信が持てない医療行為を、医療者としては決断して行う必要に迫られる。

医療としての不確実性の中でさらに環境因子、社会的因子、家族、患者医師の人と人との関係性があり、したがって倫理とは現状の相対的評価の中でそれを乗り越えなければいけない役割を担う。

終末期医療と法

- 終末期医療と法について、今、何が、問われているか？
- わが国における法のあり方そのものが、問われている。
 - 1 法は、**介入のしそう**ではないか？
 - 2 **本当の役に立つ部分での法の役割**は、ないのだろうか？

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1 意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

点と線

- 点の議論
 - 医師は患者又は家族に末期がんを告げるべきか。
 - 告知は点。重要なのは、告知後の体制。それがなければ、告げるも告げないも同じ。ところが法律家は、点にだけ注目する。
- 線の議論
 - 末期を迎えた患者にどのような時間の過ごし方を提供できるか。
 - 医師が告知したか否かではなく、当該医療機関に末期患者を支える体制があったか否かが問題。
 - 問題は個人の過失ではなく組織、制度の問題。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1 意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

アメリカのcasebook

- ある金曜の午後4時半、300床の病院の顧問弁護士であるあなたのもとに電話が入った。電話をかけてきたのはスミス医師で、あなたの助言を求めてきたのだ。医師はジョーンズさんという37歳の患者を診てきた。患者は、**肺癌の末期**にあり、すでに骨に転移が生じていた。**余命はせいぜいで1ヶ月**というのが現在の状況であり、治療はもっぱら進行を遅らせるための化学療法と疼痛緩和に向けられていた。また、ジョーンズさんには心臓ペースメーカーも装着されている。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

アメリカのcasebook

- ジョーンズ氏がもう化学療法もやめ、ペースメーカーも止めてくれと言ってきた。この要請は繰り返しなされしており、医師は患者が明確な意識のもと一貫した意思を表明していると判断している。そこで医師はどうすべきかを相談してきたというのである。
—ロースクールの教材の事例：Furrow他, Bioethics 1-5 (5th ed. West 2004)
- 「倫理委員会で相談しなさい」という助言をすることが、法律家として最善で、囑託殺人という類の記述につながっていない。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より
196

アメリカでも

- 法と倫理の役割は別で後者こそ重要
- リビング・ウィル法の適用がなくとも、患者本人の意思を尊重
 - 実態は、リビング・ウィルを作る人は少数で作っている人でも適用除外も多い
 - 本人の意思の尊重といつても、うつ病や自殺願望の場合は別
- 問題があれば倫理委員会でも相談し、医療の方針が定まる。何でも法に頼る態度はとられていないのである。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1 意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

終末期と法の役割（日本の場合） 1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ② 1998年、川崎協同病院。気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに**筋弛緩剤**を点滴投与して死亡させる。2002年になって医師が殺人罪で逮捕、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持。家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。**筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪**としている。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1 意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より
197

終末期と法の役割（日本の場合）

1995年横浜地裁判決以降：主要事件

- ④ 2006年、富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となった。筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでない。その後、2008年7月24日、県警は「厳重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。

—朝日新聞2008年7月24日

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

批判→相変わらず法は不明確

- プロセス中心で、法的効果のない指針であるガイドラインのため、異なる立場からの疑問が出ている。
 - 実体的に、何をすれば法的責任（特に刑事責任）を問われ、何をしても法的責任を問われないかがわからない限り、現場は混乱するだけで意味がないとする議論
 - プロセスを尽くせば何でもできる（患者を死に追い込むことができる）という不安・危惧

不明確な法 ＝実は明確なメッセージ

- 生き方・死に方は個人の自由の問題
 - 「こうなつたら死になさい・これでも生きなさい」の拒否
- これまでの検察・警察・裁判所の態度
 - 「法を過剰に恐れる必要はありません。これは法律の問題ではありません」

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

不明確な法 ＝実は明確なメッセージ

- 終末期医療の倫理：何がよいかはわからない。そのときは、せめて手だてを尽くすのが人間の知恵
 - What がダメなら How で。これがプロセス重視の考え方
 - 「何が本当にこの患者のためになるか」で悩むプロセス、手だてを尽くすプロセスを定めることが重要

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より
199

補足資料：現代刑事法研究会第1回終末期医療と刑法(ジュリスト1377号2009年4月15日号)

- **井田良教授**：「少なくとも刑法上の評価にあたっては、「治療行為を最初から差し控えること」と、「開始した治療を中止すること」とは同列におくべきだ。
- **佐伯仁志教授**：（人工呼吸器を付けると外せないというので付けないという例があるというのは）「非常に不当なことだと思います」。・・・「プロセス・ガイドラインに従って判断がなされれば、そこに警察が介入することは考えられないのではないかと私は考えていました」。
- **山口厚教授**：「私も全く同感です」。
- **原田國男裁判官**：「本来ですと刑事事件になるべきでない分野のように思います」。

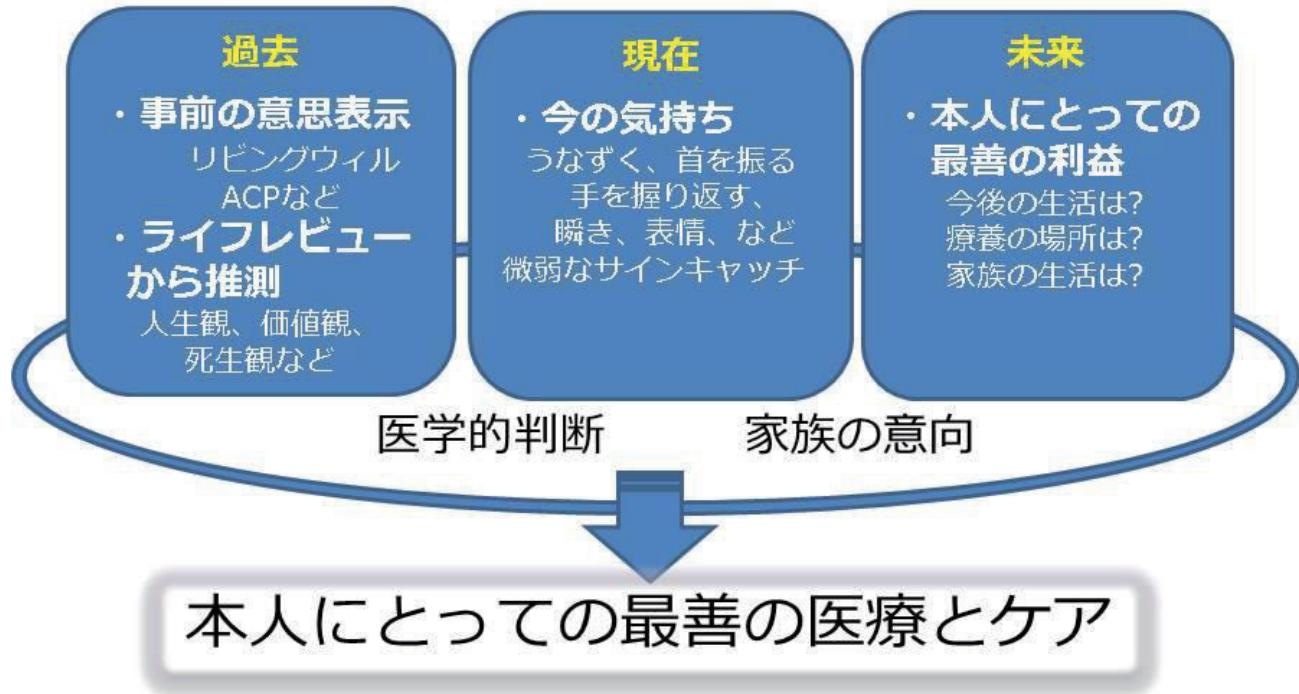
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』講義1意思決定に関連する法的な知識 桶口 節雄 様より

法の役割

- 終末期医療のあり方を法によって定めるのは不適切である。
- とりわけ、点の議論や刑事法の介入は無益である。
- 終末期医療の支援、その充実のためには、合意形成のための適正なプロセスを踏めるようにすること、そこに法的な役割もある。

意思決定支援の概念図

< 本人の意思の3本柱 >



独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月

『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議3-b合意形成を行うまでの手順 現場での実践 横江 由理子様より

患者の意思が確認できるとは

- 患者が以下のことをできる
 - 自分で医療情報を理解
 - 自分の問題として把握
 - ・自分の価値観、信条、人生の目標に照らして
 - 自分で選択
 - 自分の選択内容を伝達
 - 自分の選択内容に責任
- 患者の選択内容が下記条件を満たす
 - 本人の価値観に一致
 - 本人にとって合理的である
 - 本人は、抑うつ・幻覚・妄想等の影響を受けていない

バーナード・ロウの基準を参考に記載

『独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月

『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議3-b合意形成を行うまでの手順 現場での実践 横江 由理子様より

本人の意思と医学的判断

- 「本人が治療を希望しない時」
 - 本人の受けたくない意向は尊重されます。
 - 例え、医療者は受けたほうがよいと思う場合でさえ、本人の受けたくない意向は尊重されます。
- 「本人が治療を希望する時」
 - 医学的に無益でなければ、本人の治療を受けたい意向は尊重されます。
 - 医学的に無益な場合は、本人の治療を受けたい意向は必ずしも尊重されません。

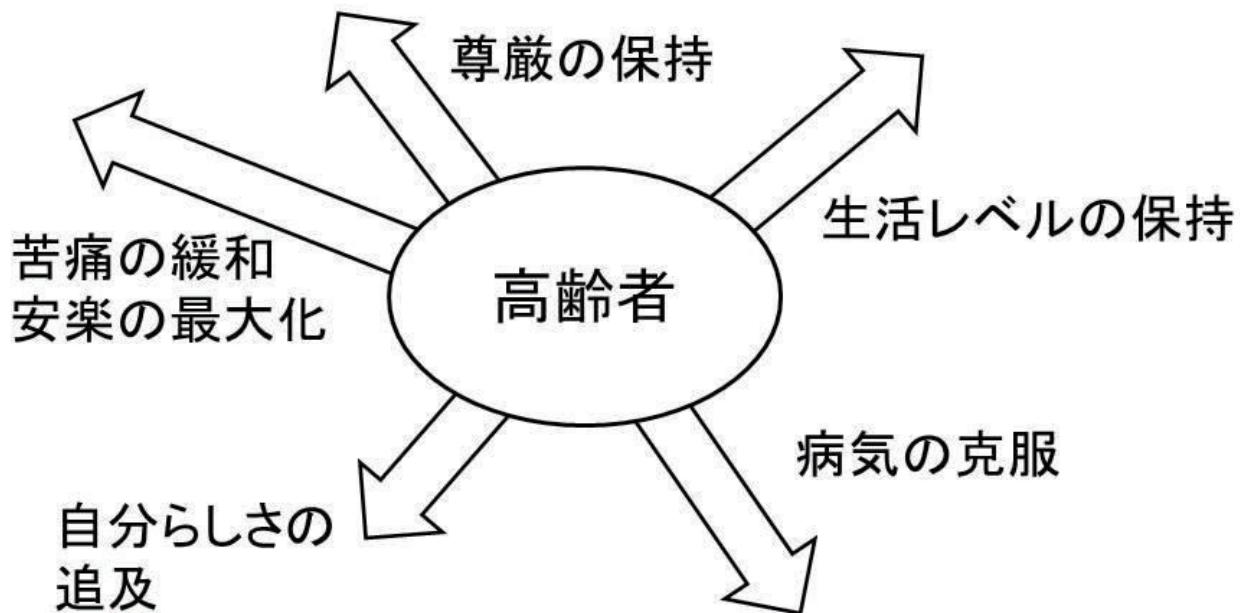
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議3-b合意形成を行う上での手順 現場での実践 横江 由理子様より

医療における目的・価値

The Goals of Medicine Setting New Priorities Hasting Center Report 1996, Nov-Dec. suppl. S1-S27.

- 疾病、傷害の予防と健康の維持促進
- 疾病や障害によって引き起こされる苦痛の緩和
- 疾病や障害を持つ人々の治療とケア、治癒させることができない疾病や障害を持つ人々に対するケア
- 寿命のまつとうと穏やかな死

同時に複数存在するケアの目的



独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議4ケアの目的と合意形成を行う上での根拠 尾藤 誠司様より

意思決定に影響を与える因子のまとめ

因子	意思決定への寄与度	積極的/消極的材料	意思決定パターン
医師が持つ、「延命治療」に対する元々の見解	高い	消極的	常に積極的治療への判断
中止・差し控えに対する法的危惧、職務執行怠慢としての危惧	非常に高い	積極的	前例に基づいた判断
慣例	非常に高い	両方	「あうんの呼吸」できる判断
家族の意向	高い	やや消極的	
患者のQOLや尊厳	中等度	消極的	
医学的な回復の可能性	低い	両方	
患者自身の意向の推測	低い	両方	

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議4ケアの目的と合意形成を行う上での根拠 尾藤 誠司様より

「患者にとっての最善」から見た根拠

- 医学的利益
- 医学的無益
- 患者の持つ選好
- 関係者（主に家族）の持つ選好と感情
- 苦痛の度合い、尊厳の保持
- 患者の背景とナラティヴ
- 利用可能な資源とその限界

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議4ケアの目的と合意形成を行う上での根拠 尾藤 誠司様より

家族の感情と医療者の認識

- ・ 自分の決断で、命の長さが決まってしまう。
- ・ 何もしないのは、見殺しにすることではないのか？
- ・ 何とかしてあげたいと思う気持ち

家族

- ・ 多くは「最終的に家族の意向には従わざるを得ない」と認識している。
- ・ 特に、家族の意向がアグレッシブであれば、侵襲が高い医療行為の差し控えを推奨することも躊躇される。

医療者

「何もしないのは忍びないです。」「何かできることがあればしてあげたい。」

「家族の意向が強い」という理由に基づき、濃厚治療が開始・持続

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』 抗議4ケアの目的と合意形成を行う上での根拠 尾藤 誠司様より

アドバンス・ディレクティブ 利点

- 医師—代理決定者間のコミュニケーションが改善
 - しかしながら、代理決定者は苦悩を感じる

Teno J. JAGS 2007

- 遺族調査の結果、アドバンス・ディレクティブの表明がある患者の方が“積極的な延命治療”を受けていない

Silveira MJ, NEJM 2010

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』ロールプレイ1もしも、のときについて話し合いを始めるイントロダクション 木藤 義之様より

アドバンス・ディレクティブ 問題点

- 予想することの困難さ
- 仮想症例に回答することの難しさ
 - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- 健康な時は障害を受け入れられないがいざとなると受け入れる
 - 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 適応することの難しさ
 - 選択肢に具体性がない (例: 尊厳を保つ)
 - 手術、化学療法、転院などへの対応

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』ロールプレイ1もしも、のときについて話し合いを始めるイントロダクション 木藤 義之様より

…一般的なルール

- Hope for the best, Prepare for the worst.
 - まず患者・家族の希望や大切にしていることを尋ね、探索し、共感し、理解する
 - そのうえで、今後の病状の変化に備えて、もしもの時についての話を切り出す
- まず経験を尋ねる
 - その内容を探索する

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 平成27年8月
『人生の最終段階における医療体制整備事業』ロールプレイ1もしも、のときについて話し合いを始めるイントロダクション 木藤 義之様より

地域包括ケア「見える化」システム 活用事例と課題+シミュレーター構想

千葉大学 予防医学センター
社会予防医学研究部門
近藤克則



Contents

- ・個人から地域への着目へ
- ・地域診断に基づく健康なまちづくりのための「見える化」システム
- ・地域診断を住民と共有した取り組み事例
- ・見えてきた課題
- ・シミュレーターの必要性と構想

介護予防教室 閑古鳥

The collage includes:

- A top-left box showing a table of data from 2005 regarding the number of elderly people in various prefectures.
- A large central box with the title "介護予防出走は低調" (Elderly prevention participation is low) and a subtitle "予備軍把握 5%目標 指定市0.2%" (Target 5% of the预备軍 (reserves) in designated cities is 0.2%). It features a photograph of a prevention class in progress.
- A bottom-left box with the headline "時時刻刻 地域に出かけよう" (Every day, go out into the community) and a date "2006.10.29 朝日新聞" (Asahi Shimbun, October 29, 2006).
- A small box at the bottom left with the heading "介護予防を推進する地域づくり" (Creating a region that promotes elderly prevention).
- A bottom-right box with the heading "介護予防マニュアル改定版 p4" (Elderly prevention manual revised edition p4).

介護予防事業の対象となる特定高齢者が、把握できない。参加希望者がいない。
-目標の高齢者人口5% vs 現状は0.2%

介護予防事業を活用した地域づくり

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

介護予防マニュアル改定版 p4

<介護予防を推進する地域づくり>

これまで、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に多大な努力が費やされ、介護予防プログラムへの参加を働きかけることが十分にできない、参加者が集まらない、ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題を抱えていた。また、二次予防事業の対象者と見なされ、カテゴリーの中に入れられてしまうことへの抵抗感が高齢者の側に生まれてしまつた要因であった。介護予防は、高齢者自分らしい生活を維持できるように軽に参加できる活動の場が身近にあり、コミュニティを、一次予防事業や介護予防と、すなわち、地域づくりが重要なこと。

どんな地域を
どう作る?
=戦略が必要

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のリスクが低い傾向がみられる。

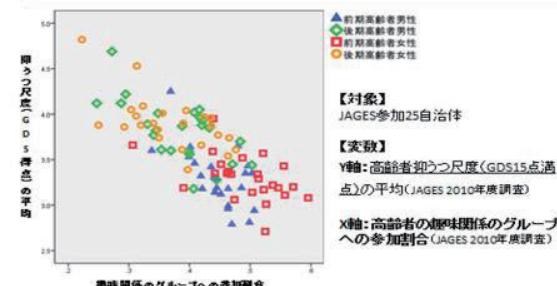
調査方法

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

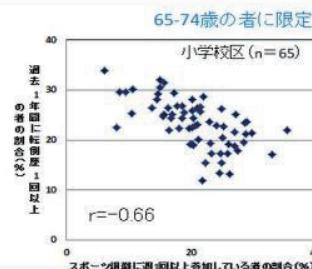
JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト

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。

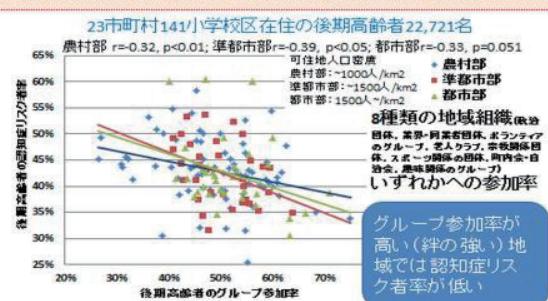


図表については、厚生労働科学研究所(研究代表者：近藤克則氏)からの提供

スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年に転倒したことのある前期高齢者が少な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。

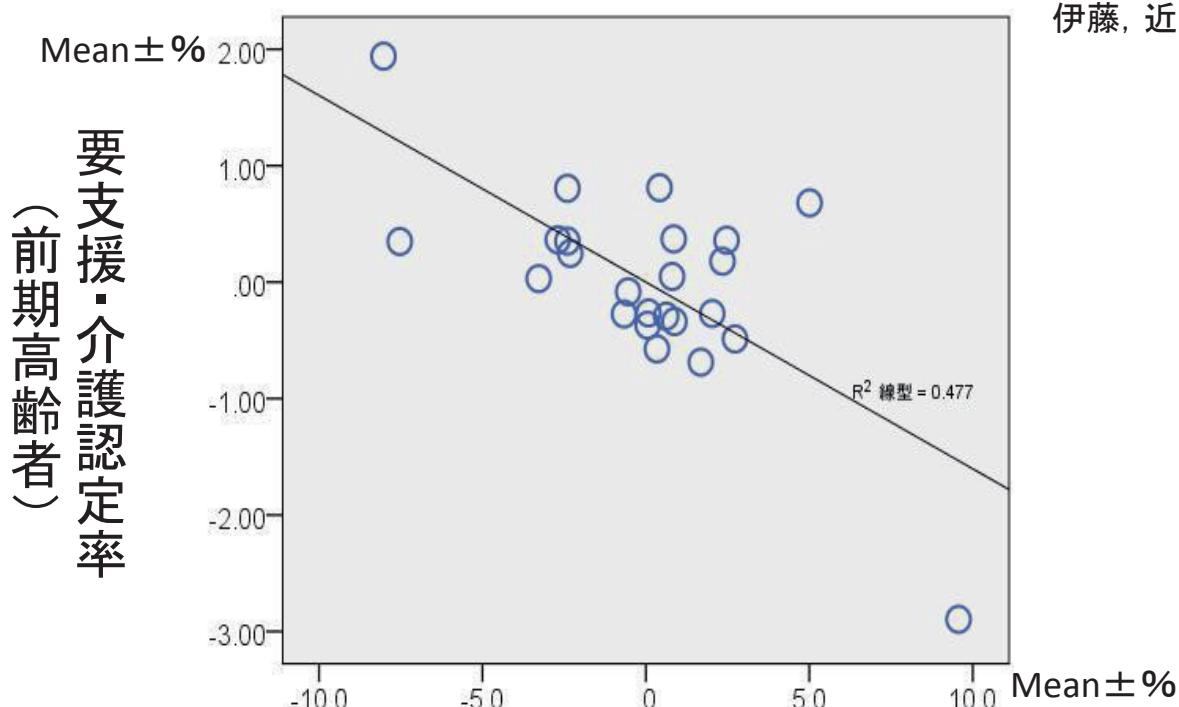


27

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021717.pdf

認定率と趣味の会への参加(24介護保険者)

伊藤、近藤2013



注：本図は①単身高齢者割合、②高齢者有業率、③最終学歴「小・中学校以下」の高齢者割合、④課税対象所得で調整した偏残差プロット図である。①～③については当該保険者の前期高齢者における割合、④については当該保険者全体の割合である。

地域づくりによる介護予防

人々のつながり:social capital
地域づくり指標

- ・社会組織参加
- ・社会的ネットワーク
- ・社会的サポート

要介護リスク

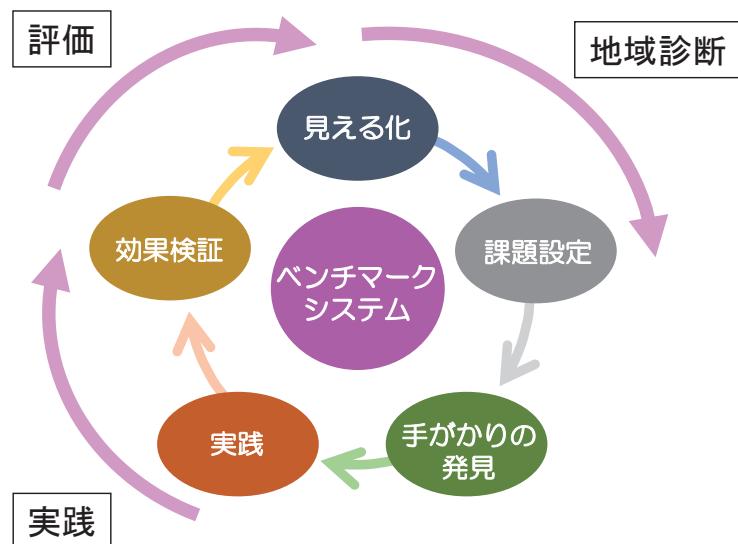
運動機能低下
認知症 低栄養
うつ 閉じこもり
口腔機能低下

要介護認定／自殺

Contents

- ・個人から地域への着目へ
- ・地域診断に基づく健康なまちづくりのための「見える化」システム
- ・地域診断を住民と共有した取り組み事例
- ・見えてきた課題
- ・シミュレーターの必要性と構想

政策マネジメントサイクルと「見える化」システムの位置づけ

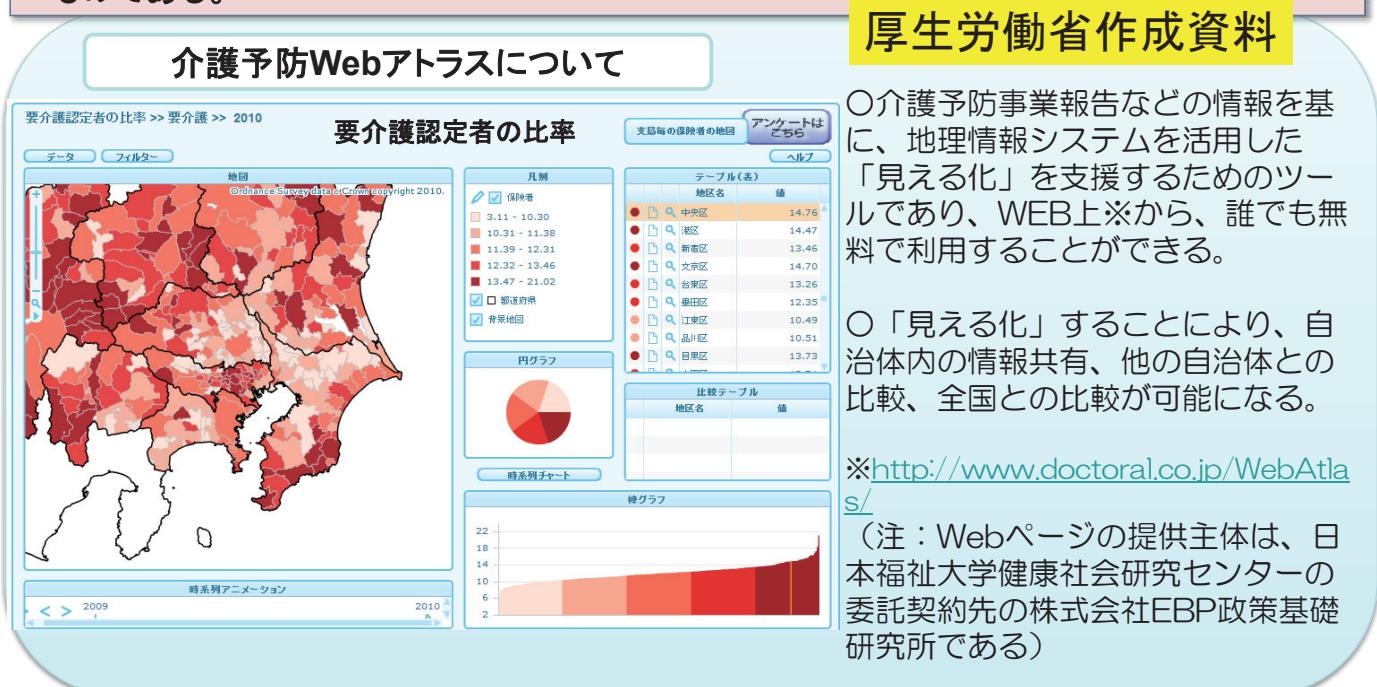


※ベンチマークシステム：指標を用いた市町村間／市町村内比較

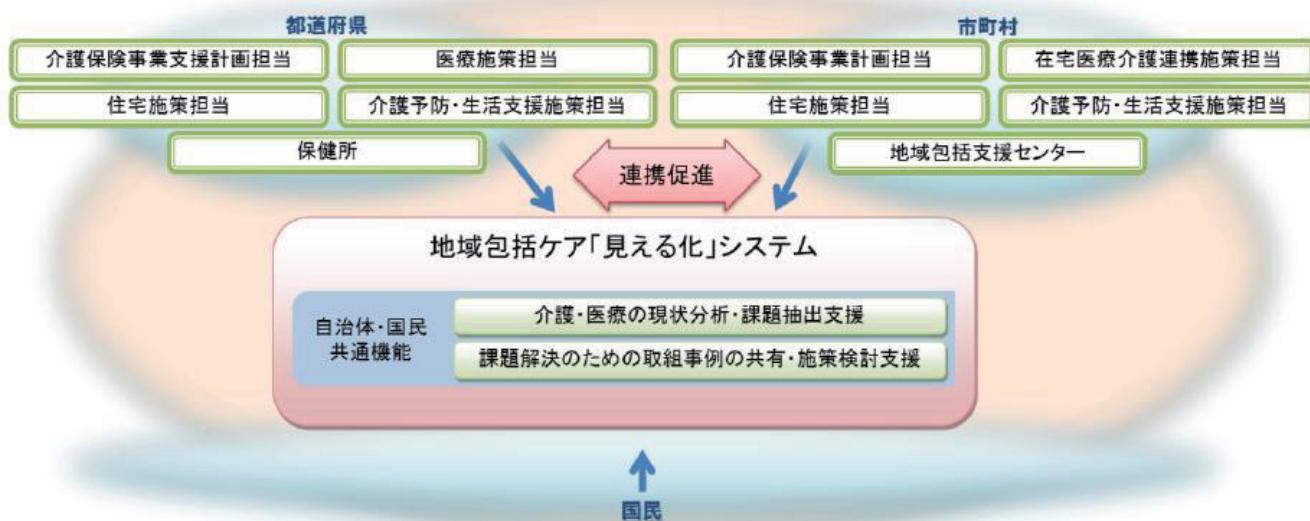
研究者の開発したシステム（介護予防Webアトラス）

○日本福祉大学健康社会研究センターが、平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 「WEB-GISを活用した客観的指標によるベンチマーク・システムの構築」において、「介護予防Web アトラス」を開発した。介護予防事業報告などの情報を基に、地理情報システムを活用して「見える化」し、各自治体の介護予防事業などの現状把握等を支援するものである。

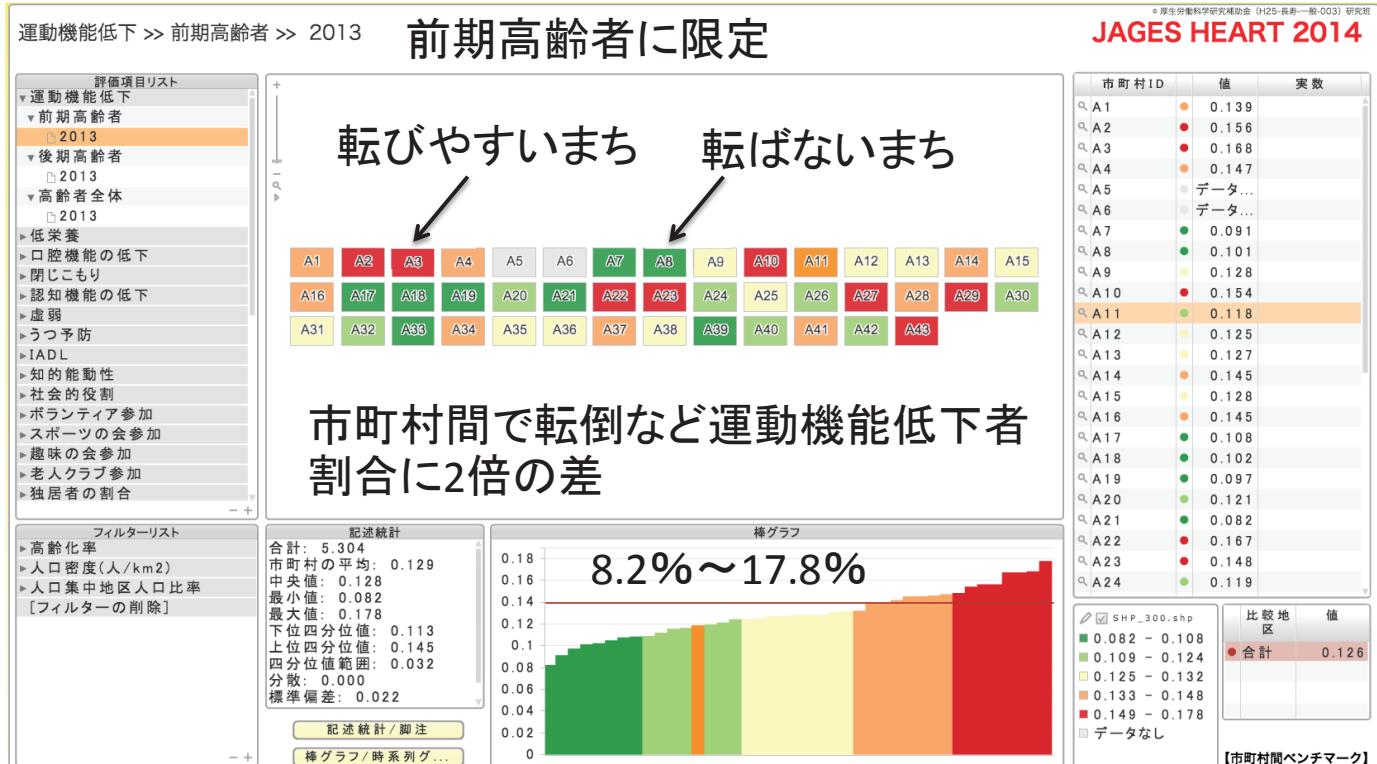
厚生労働省作成資料



- ・ 地域包括ケア「見える化」システムとは、介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム

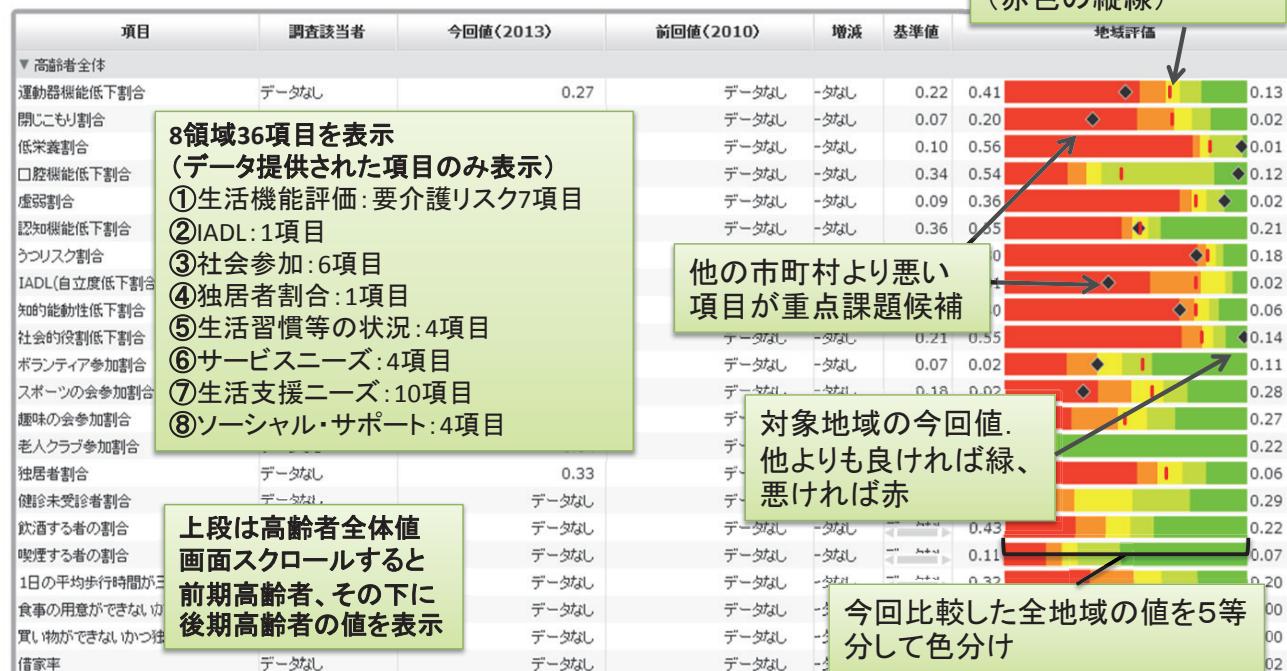


課題の「見える化」



- ✓ 指標は「前期高齢者」「後期高齢者」「高齢者全体」の中から、いずれかを選択します。
- ✓ 評価したい指標が、他の参加市町村や小地域と比較して、どれ位多い(少ない)のか、**相対的位置**もわかります。

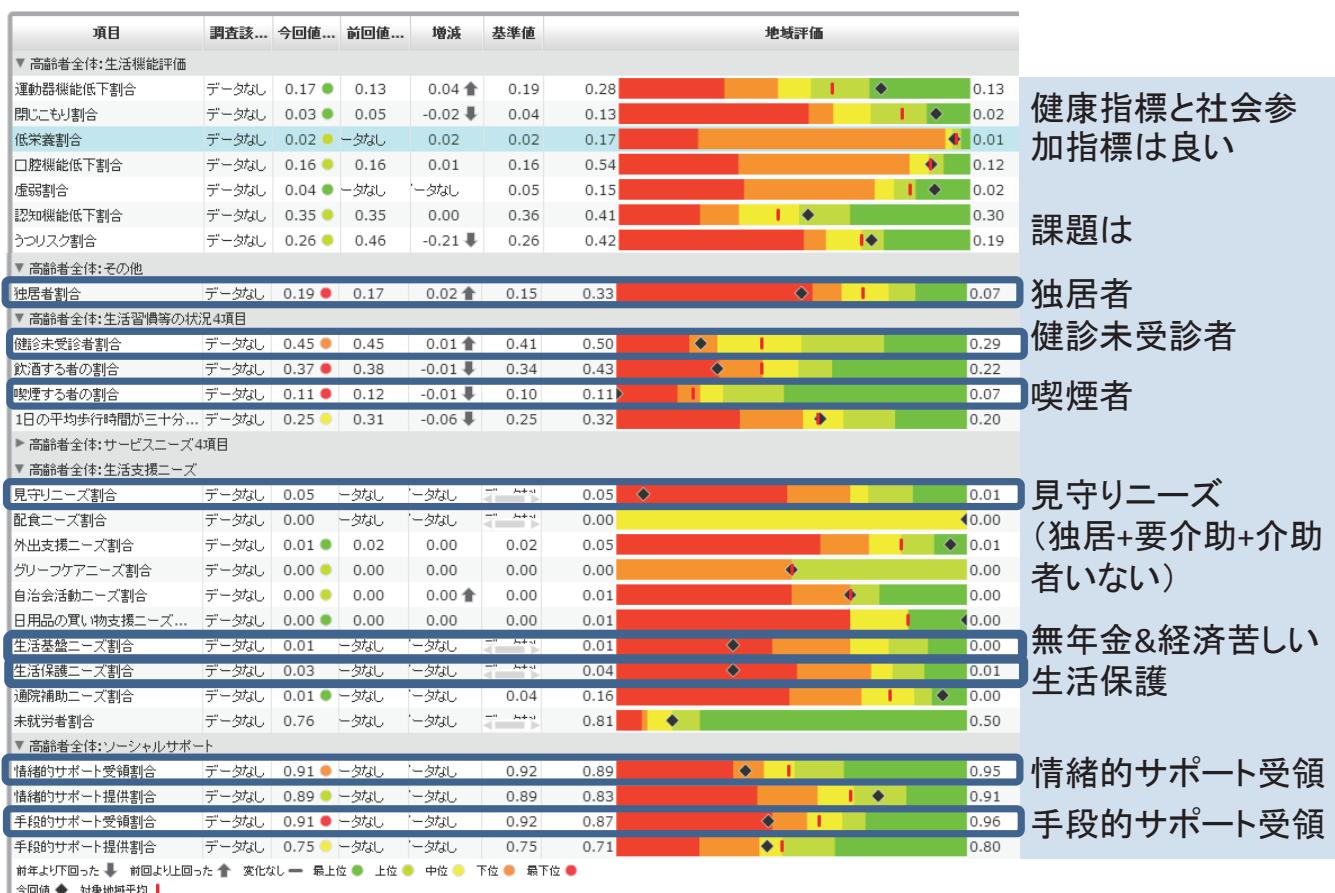
地域診断書の見方



- 評価したい対象地域の要介護リスクや社会参加状況を表示しています。
- 今回値や前回値、また他の対象地域と比べた良悪の相対的位置がわかります。
- この地域診断書によって、事業評価やどの項目を優先するかなど、戦略的な地域政策を立案することに活用できます。

地域診断書

○○市 2013



Contents

- ・個人から地域への着目へ
- ・地域診断に基づく健康なまちづくりのための「見える化」システム
- ・地域診断を住民と共有した取り組み事例
- ・見えてきた課題
- ・シミュレーターの必要性と構想

東浦町のサロン運営者が地域診断をみたら・・・

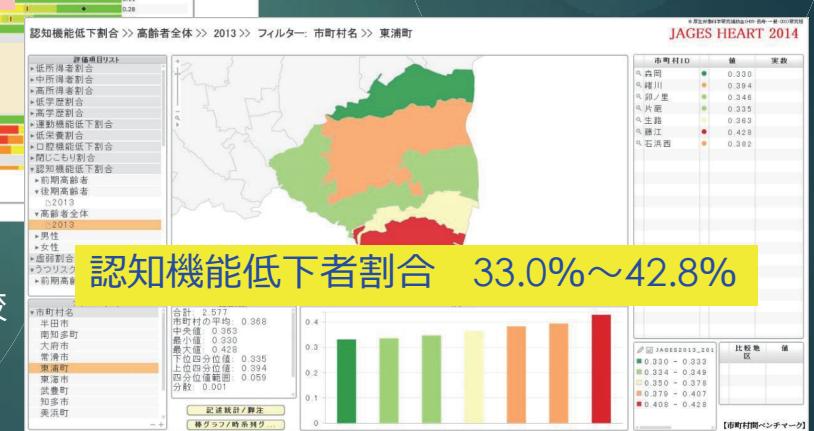
1. 30自治体中の東浦町の特徴



・認知症予防の講演会 [構成]

- ・認知症と関連要因 (30分)
- ・地域づくりで認知症を予防する意義 (20分)
- ・地域診断結果の解説 (20分)
- ・地区別ディスカッション (20分)

2. 東浦町内の比較



このスライドは、国立長寿医療研究センター 斎藤民先生から提供を受けた

地域診断をみた住民の感想 (自由回答から)

- ▶ 予想通りだった
- ▶ 町内に地域差があるとは思ってもみなかった
- ▶ 地域ごとの特徴を活かして取り組むことが大事だと感じた
- ▶ 「閉じこもり」が多いとは思わなかった。若い高齢者が地域に出てこないと感じる。今後若い高齢者向けの企画が重要だと思った。
- ▶ もっと時間をかけて議論したかった

このスライドは、国立長寿医療研究センター 斎藤民先生から提供を受けた

「介護予防政策サポートサイト」を活用した半田市の事例

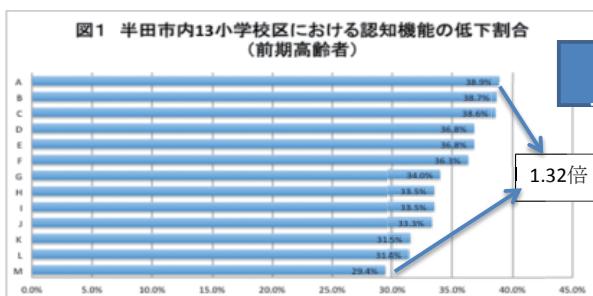
地域診断でわかった介護予防の課題(第6期事業計画にも反映)

①他の30市町村に比べ、認知機能低下者が多い

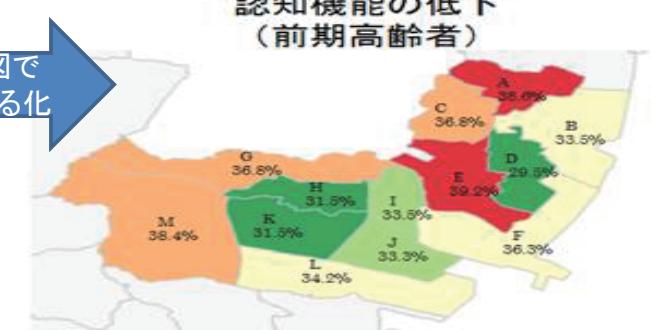


②小学校区間で比べると認知機能の低下者が少ない校区に比べ

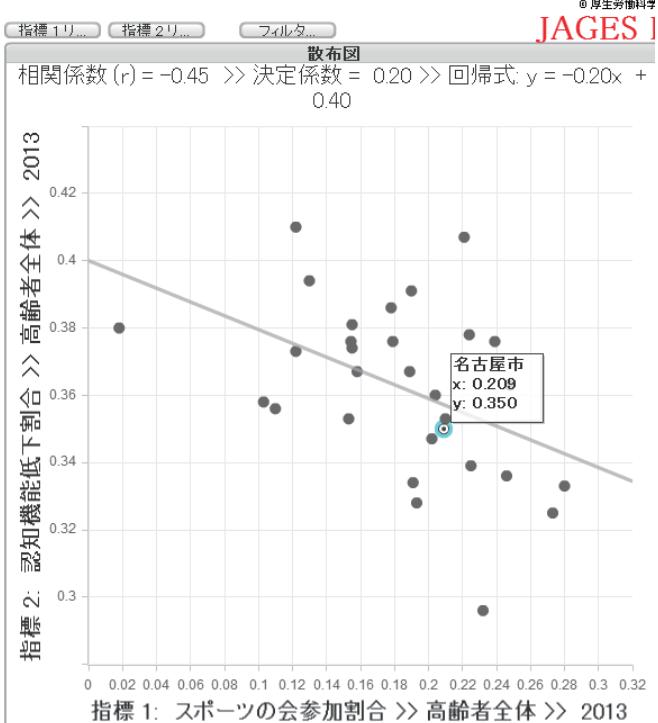
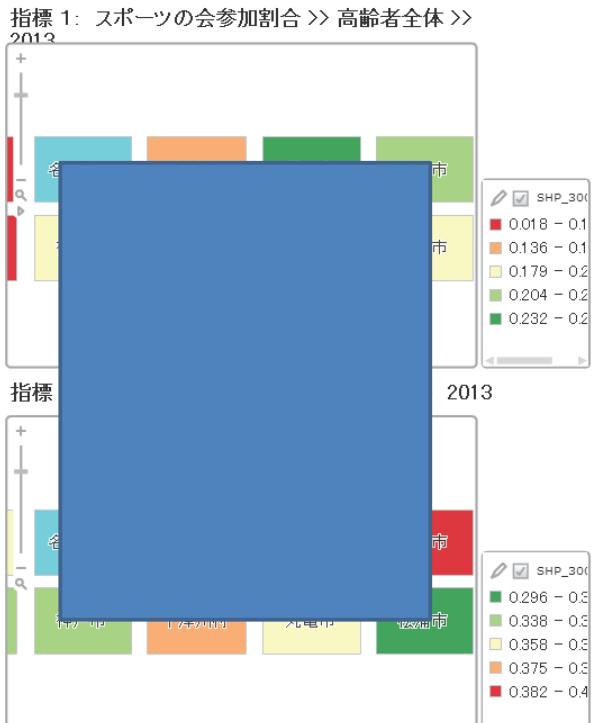
1. 32倍多い小学校区がある



地図で
見える化



スポーツ参加者5%(2万5千人)増で認知機能低下者1%(5000人)減少?



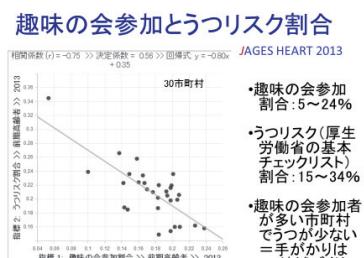
「介護予防政策サポートサイト」を活用した半田市の事例

③地域診断を活用して地域住民とワークショップを開催

同じ地域で活動する異なる種類のボランティアが参加するワークショップで地域診断結果や介護予防の課題を共有

サポートサイトから相関関係のある項目を抽出

該当者の少ない地域の特徴	
①	ボランティア活動に参加している
②	スポーツ組織に参加している
③	趣味の会に参加している
④	老人クラブに参加している
⑤	情緒的サポートの授受
⑥	手段的サポートの授受



認知機能低下者が少ない地域の特徴として
趣味の会などへの社会参加が多いことを紹介

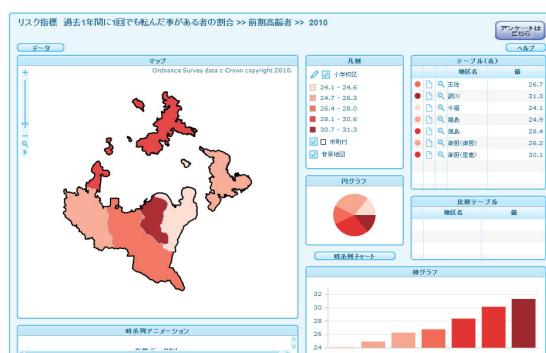
住民にできる活動内容を検討してもらった

取り組み
の成果

各圏域のボランティア同士のネットワーク形成で共同企画⇒合同開催の立案が進んだ
例) 地域住民でサロンと学習療法を毎週内容を入れ替えながら開催

A地区 介護予防事業「お寄りまっせ」に至る経過

「見える化」による地域診断



地域診断による現状把握・課題抽出

↓
介護リスクも買い物に困っている人
多いのはA地区

地域診断結果の共有・意見交換

- 住民(各種団体)参加の報告討論会
- 地域ケア会議
- 介護予防サポートー養成講座 等

重点地区の住民が集まり取組内容の決定

重点地区の公民館に「お寄りまっせ」オープン

移動販売車を誘致して買い物ニーズも満たす

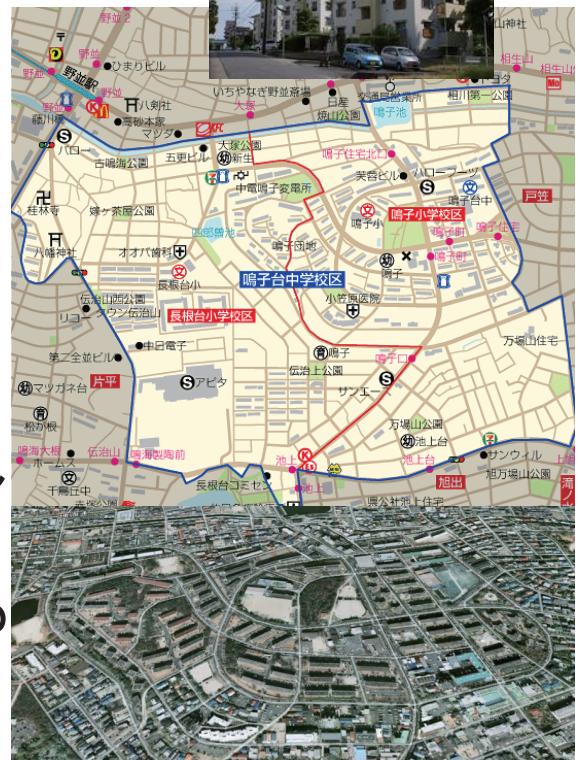


サポーター手作りの昼食をみんなで食べます

CHIBA
UNIVERSITY

鳴子団地(名古屋市緑区)

- 人口約4200人の大規模団地
- 1964年に竣工した公団住宅
- 全部で75棟、2196戸
- 鳴子学区(高齢化率24.9%)
長根台学区(21.9%)の二つの小学校区からなる
- 両学区の独居高齢者はそれぞれ403人、271人で、このうち団地内には約4割にあたる272人が居住する。





大規模団地等における孤立防止推進事業

2013年10月08日

2012年6月からの準備を経て
土曜サロン鳴子がオープンしました！！

鳴子団地住民の孤立防止を目的に、協力機関の方々にご協力いただき、ボランティアの方々と協議を重ね、「土曜サロン鳴子」が平成25年10月5日(土)にオープンしました。



9時になりオープンすると参加される方々で会場がいっぱいになりました。当日は、スタッフ以外にも約100名の参加がありました。

第1回目のオープニングイベントとして宅配弁当の試食会を行いました。

介護予防事業を活用した地域づくりの例

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

－愛知県武豊町－

介護予防マニュアル改定版 p4

例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。



■ 武豊プロジェクト(介護予防のための地域介入研究)

<http://square.umin.ac.jp/ages/taketoyo.html>

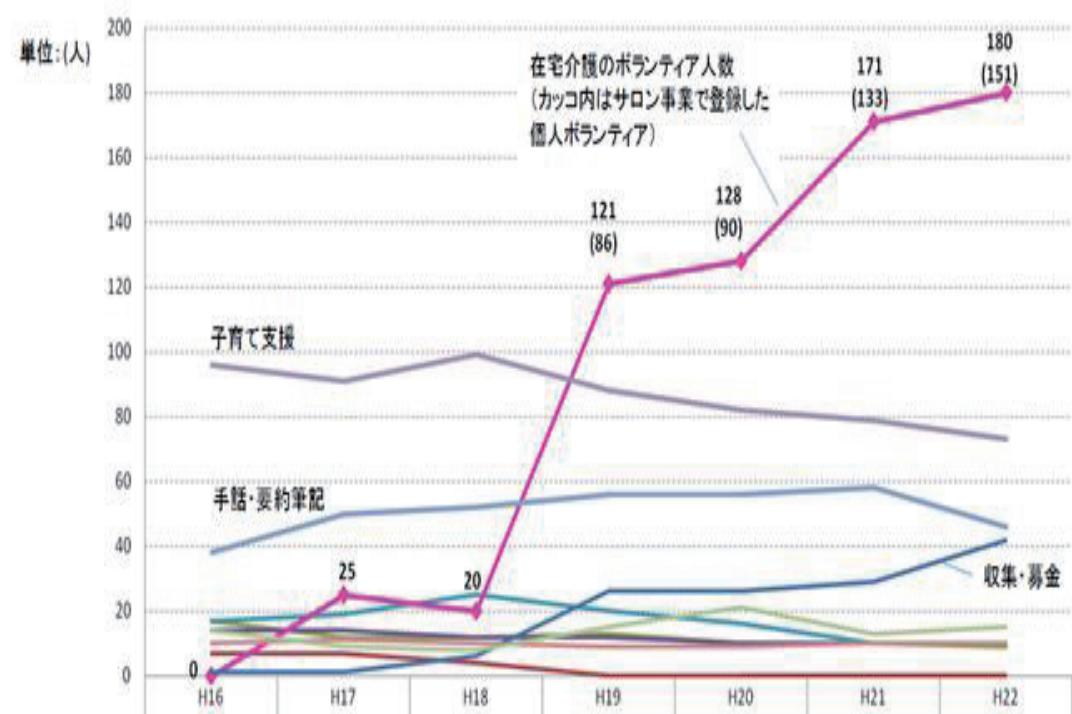
多彩なメニュー

頭を使う
川柳作り→
(出前ボラ)



←健康体操で
身体も使う
(出前ボラ)

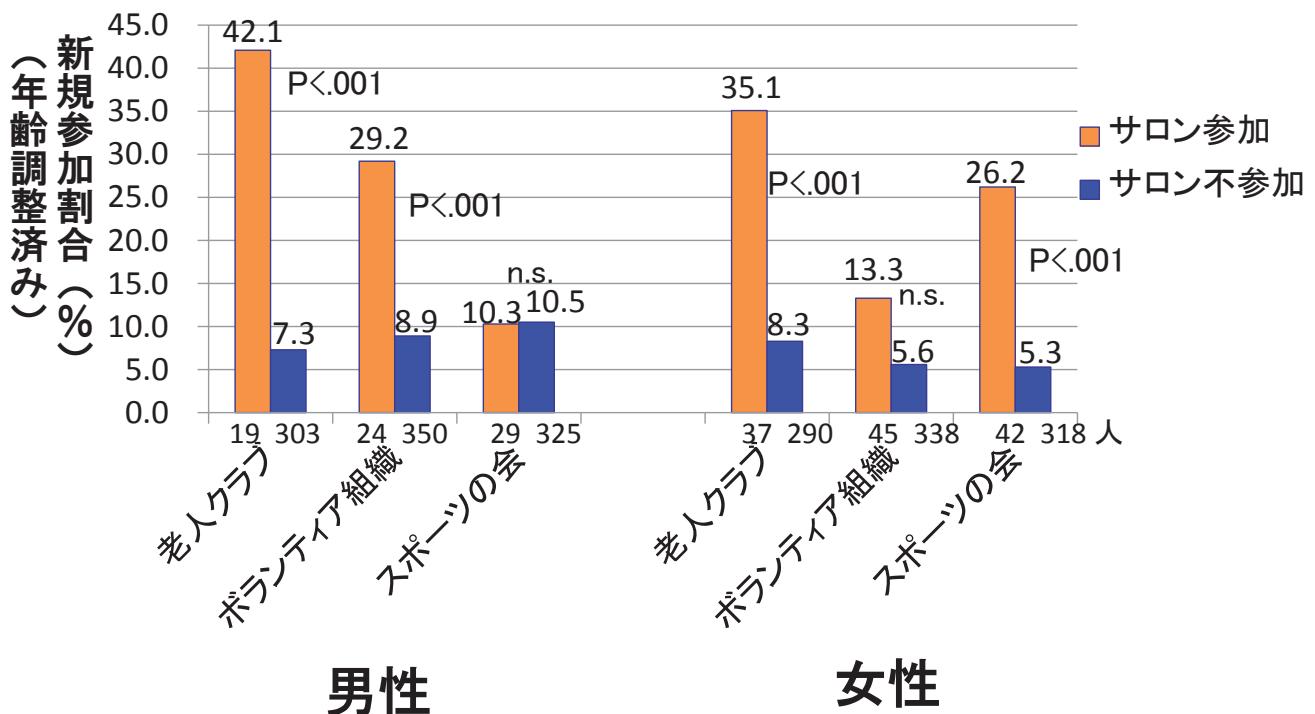
ボランティア数9倍に



サロン参加者と非参加者間比較 地域の会への新規参加割合

(平井 2010)

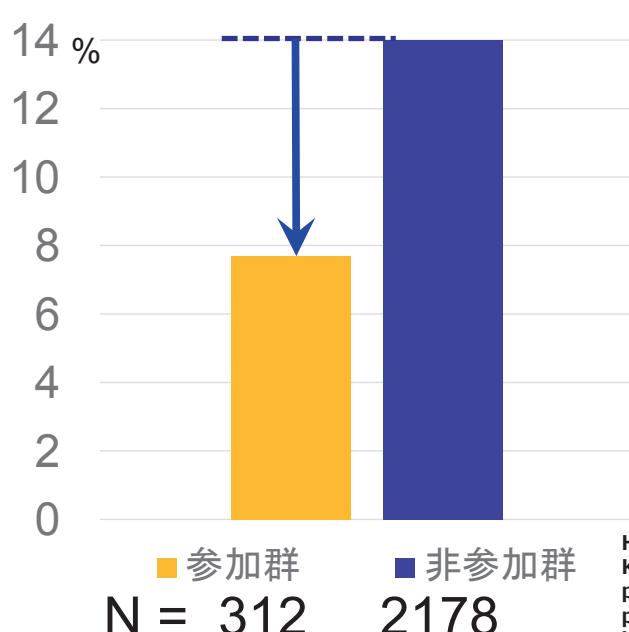
「老研式活動能力指標」の「手段的自立」5項目全て自立の者に限定



サロン参加群で要介護認定率は低い

武豊プロジェクト

要介護認定率



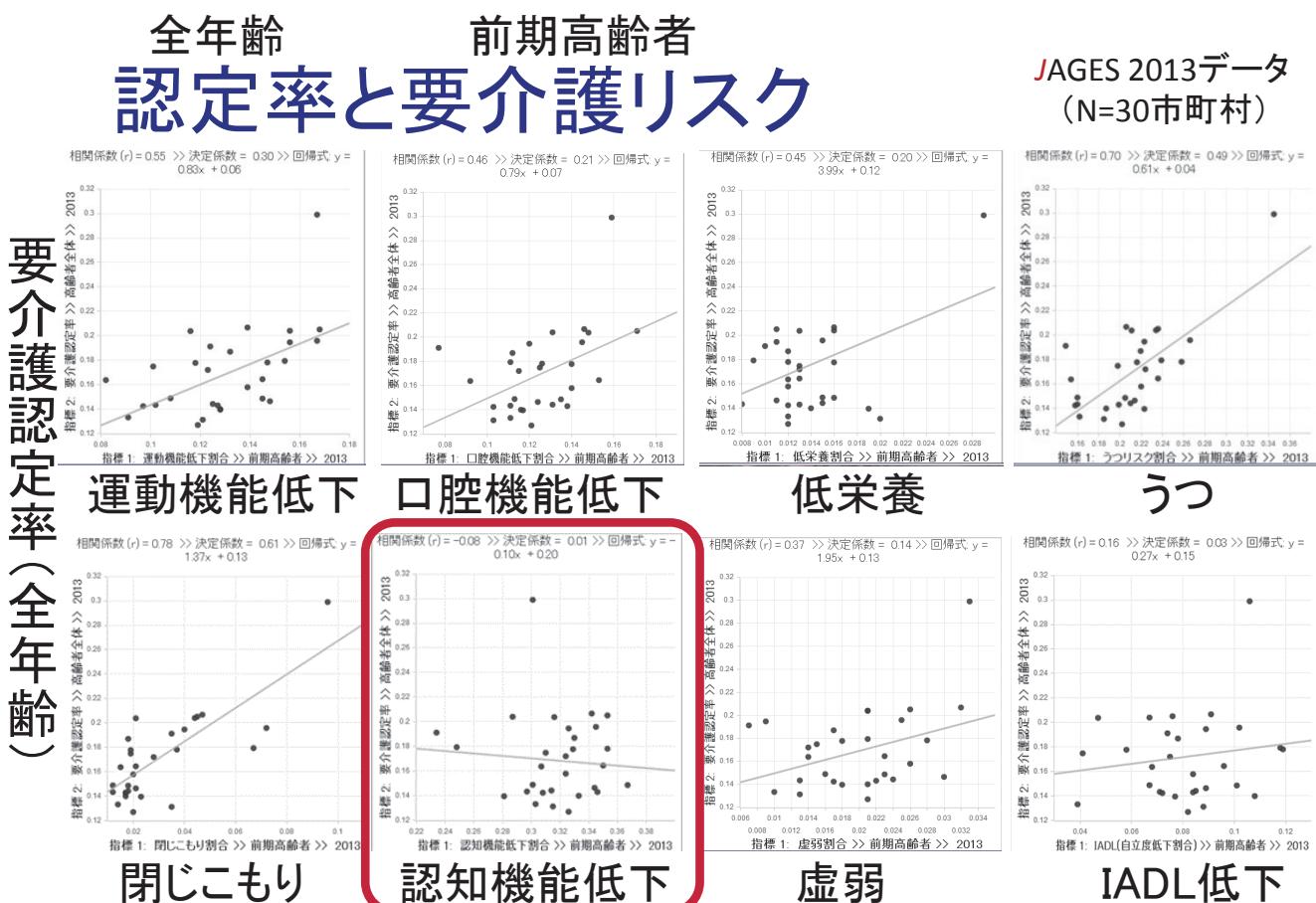
2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した

5年間で要介護認定率は約半分(6.3%ポイント)抑制されていた

Hikichi, H., Kondo, N., Kondo, K., Aida, J., Takeda, T., & Kawachi, I. Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

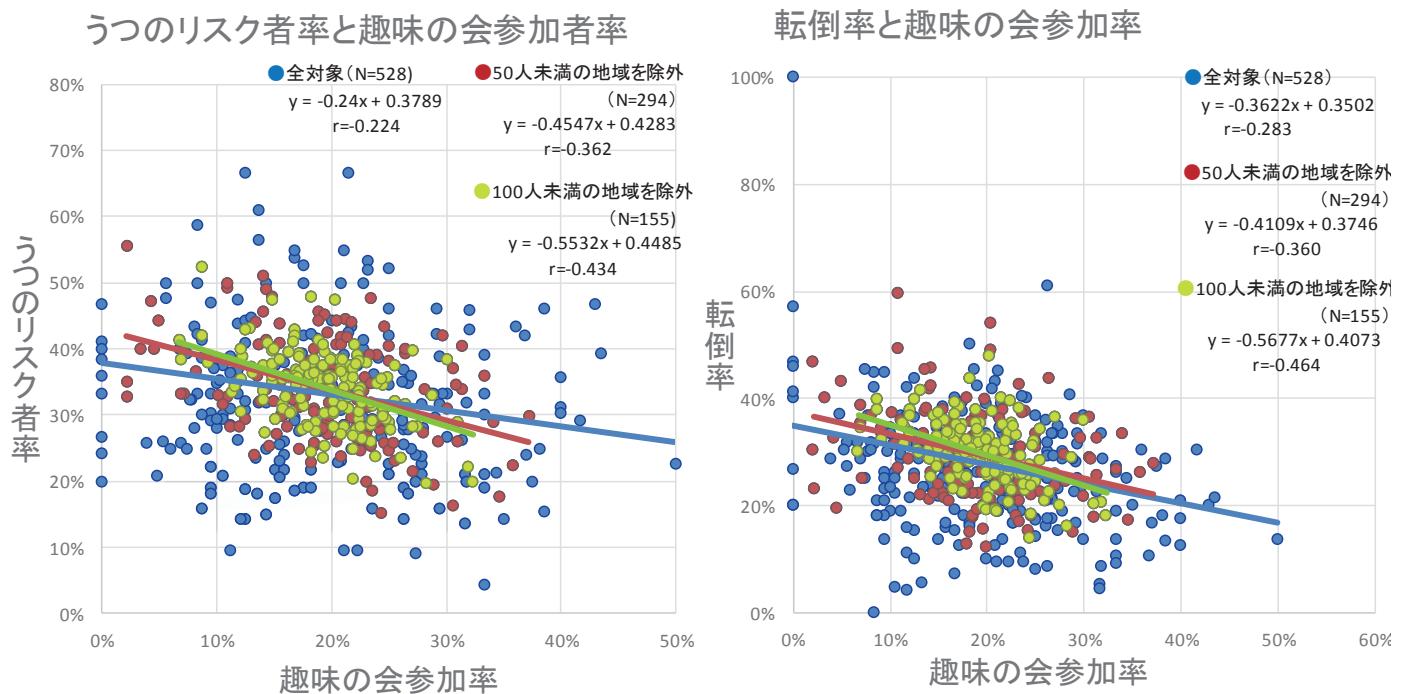
Contents

- ・個人から地域への着目へ
- ・地域診断に基づく健康なまちづくりのための「見える化」システム
- ・地域診断を住民と共有した取り組み事例
- ・見えてきた課題
- ・シミュレーターの必要性と構想

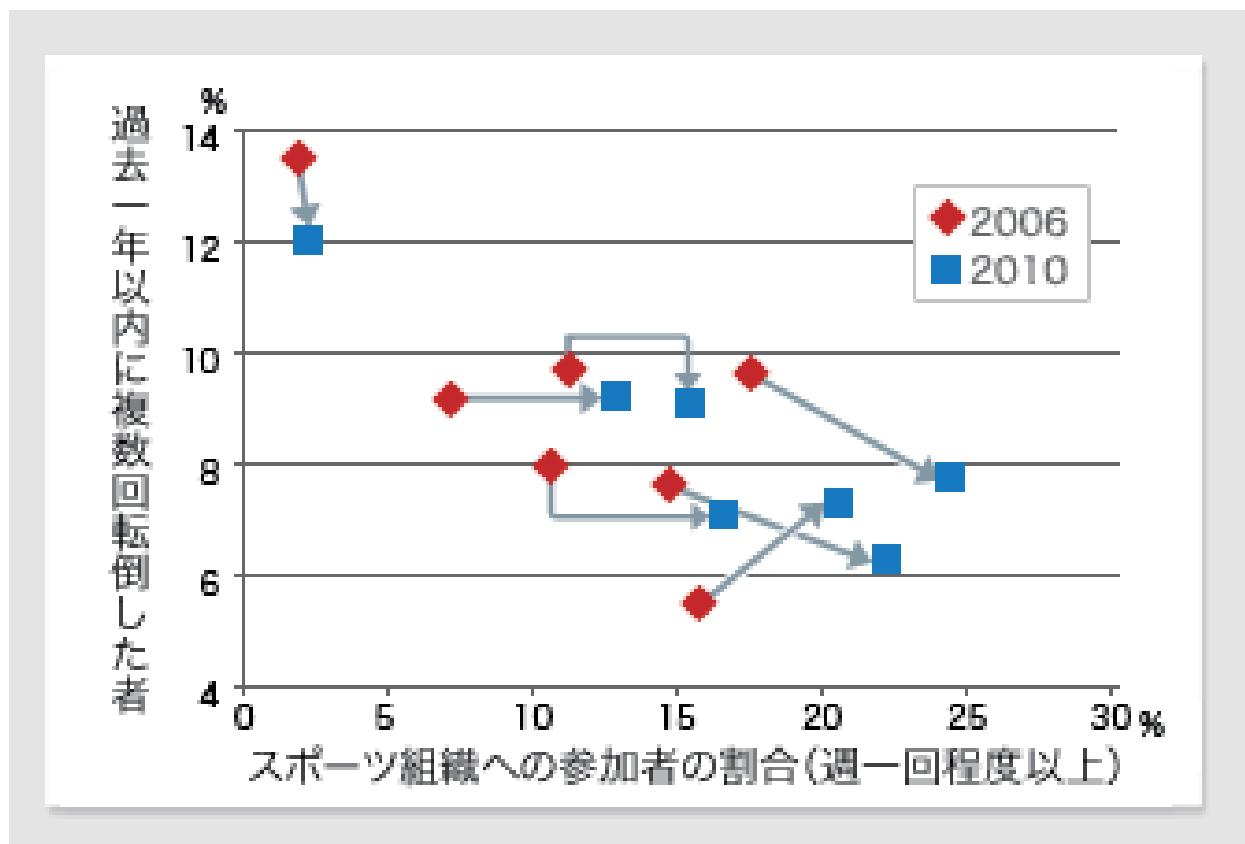


今回用いた認知機能低下(厚生労働省の基準)と要介護認定率の相関はない → 認知機能低下者割合という指標の妥当性は低い?

n数が多い地域に限定で相関は大きくなる 後期高齢者



経時的変化で効果検証



- ## 「見える化」システムの課題
- 指標なら何でも良いわけではない
=吟味が必要
 - コア/推奨/オプション指標など層別化が必要
 - 地域当たりのサンプル数の確保が必要
 - 比較可能になるように、サンプリング方法を統一する必要がある
 - 経年変化を追えるようにすると付加価値が増す



Contents

- 個人から地域への着目へ
- 地域診断に基づく健康なまちづくりのための「見える化」システム
- 地域診断を住民と共有した取り組み事例
- 見えてきた課題
- シミュレーターの必要性と構想

「これからの中年」

～ 地域医療「構想」が「現実」になるとき ～

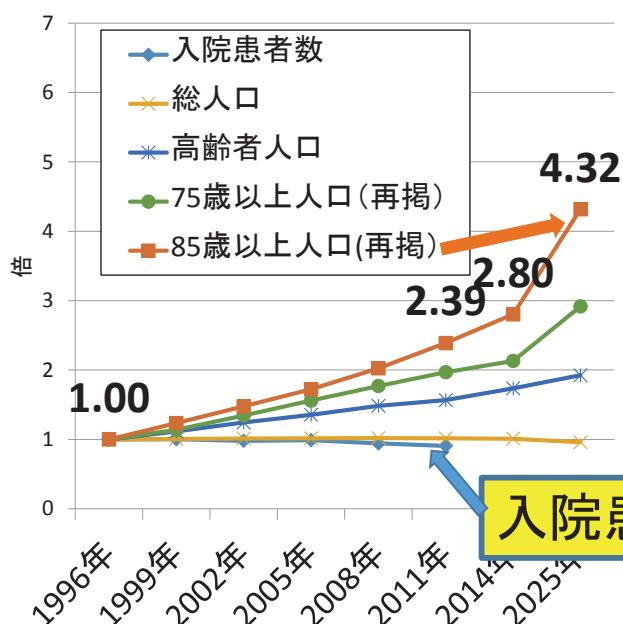
千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部
提供スライド(一部加工)

Copyright by Chiba University Hospital.

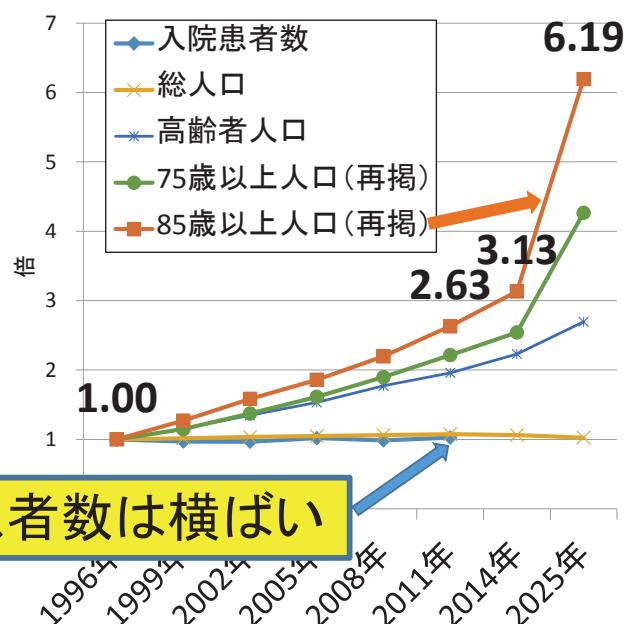
人口と患者数の推移－比率

1996年を1とした場合の倍率

全国



千葉県



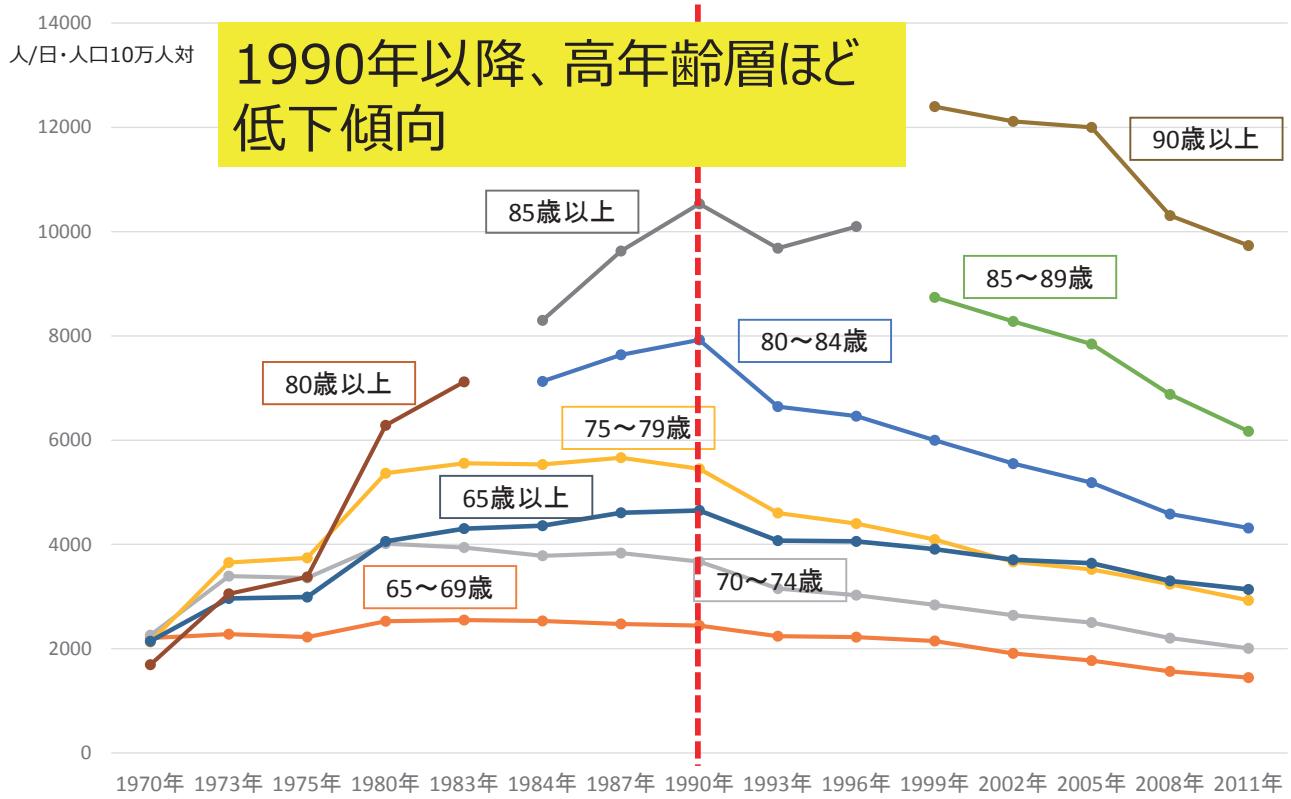
入院患者数は横ばい

意外な事実：患者数は横ばい

- 医療需要が大きい高齢者人口は、この10年間に大幅に増加してきた。
- しかし患者数の増加はなかった。
 - ✓ 1990年代以降、入院患者数は漸減、外来患者数はほぼ同水準
- 2025年に向けて高齢者人口は増加するが、その増加幅は？

Copyright by Chiba University Hospital.

年齢別の入院受療率の推移



※厚生労働省「患者調査」より作成

高齢者の健康水準は向上中

- 高齢者の体力水準向上
- 予防施策の進展
 - 禁煙
 - 生活習慣病の管理
 - ワクチン接種の普及
 - ピロリ菌の除菌

文部科学省「平成25年度体力・運動能力調査」より

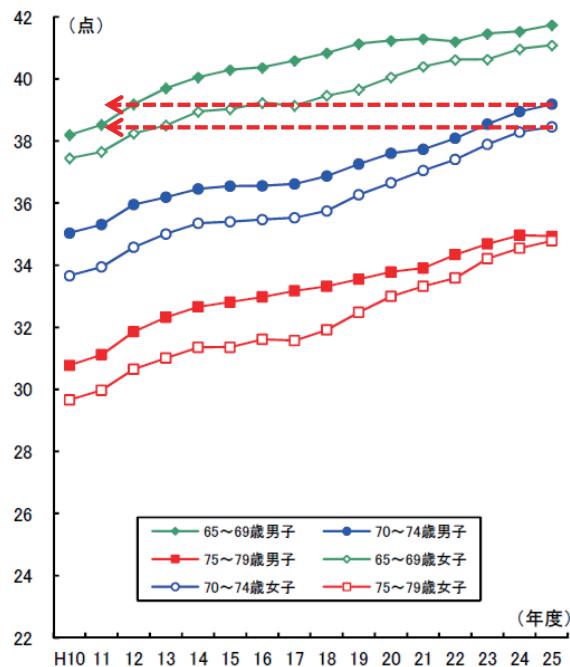


図4-7 新体力テストの合計点の年次推移

(注) 1. 図は、3点移動平均法を用いて平滑化してある。

2. 合計点は、新体力テスト実施要項の「項目別得点表」による。

3. 得点基準は、男女により異なる。

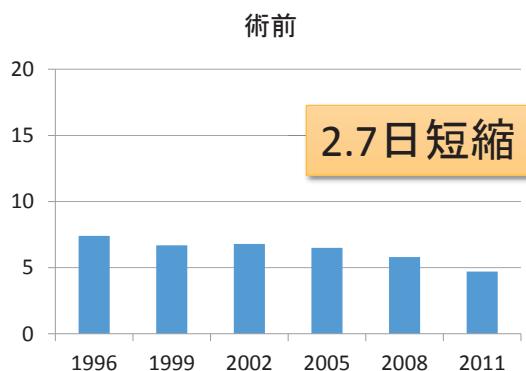
39

Copyright by Chiba University Hospital.

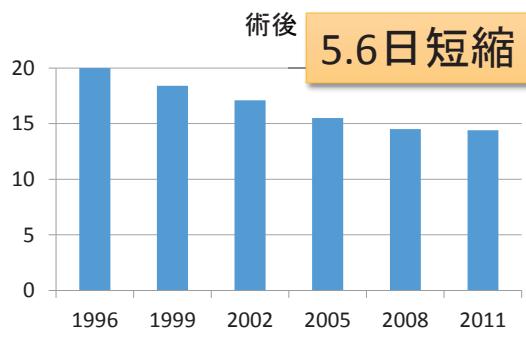
医療技術の進歩

- 手術手技の改善
- 術後管理の改善
- 低侵襲手術の普及
- 化学療法の外来化
- 薬物療法の進化
- 入院前検査の普及
- クリニカルパスの普及
- 早期退院の普及
- 医療技術の外来化 など

術前術後の平均在院日数の推移



2.7日短縮



5.6日短縮

厚生労働省「患者調査」より作成

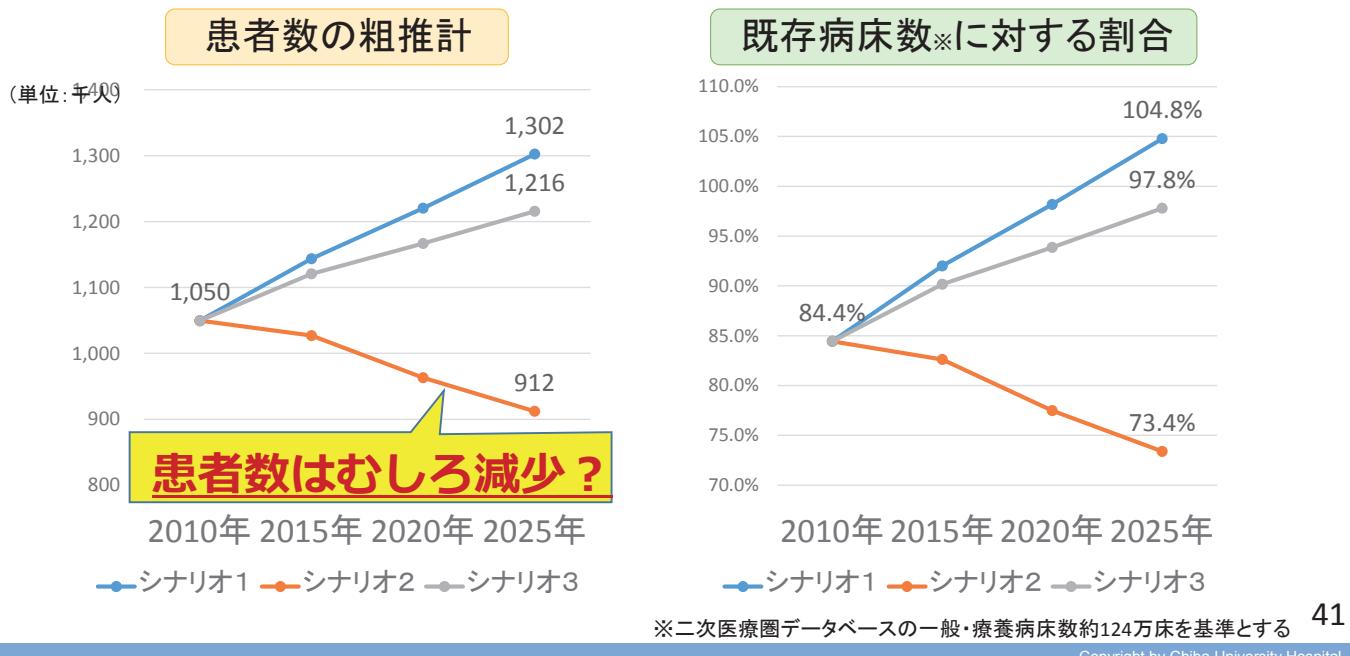
40

入院患者数の推計の3つのシナリオ

シナリオ1：2011年時点の入院受療率が維持されると仮定した場合

シナリオ2：入院受療率の低下傾向が今後も続くと仮定した場合

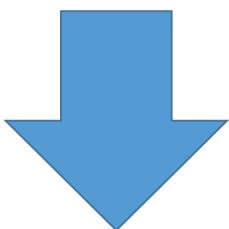
シナリオ3：シナリオ2で年齢別の傾向を考慮しない場合



41

シミュレーション結果は仮定で変動

入院受療率は1990年を境に劇的に改善している！



- 高齢者の健康水準の向上
- 医療技術の進歩
- 平均在院日数の短縮

受療率の変動を反映させなくて良いか？

シミュレーターの開発を

42

研究構想案

アクティヴ・エイジング社会のための 保健医療福祉シミュレーター開発

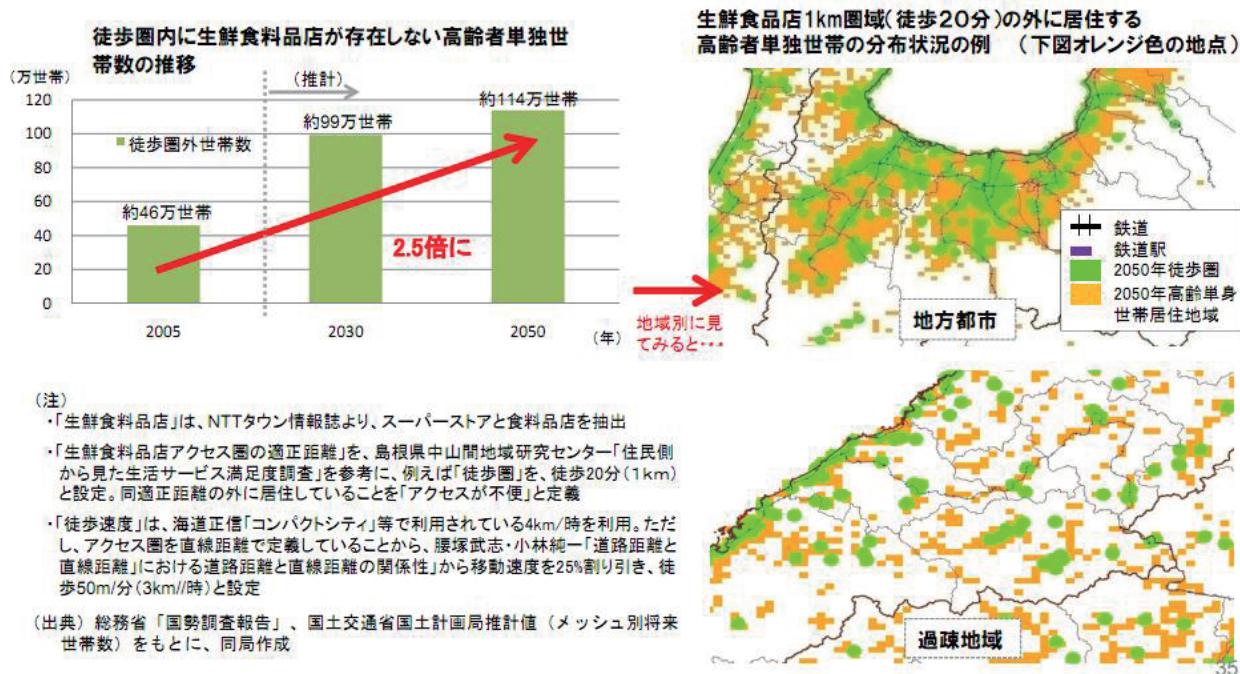
Japanese Simulator for Active Aging Society

JSAAS

千葉大学 予防医学センター
近藤克則

【図III-7】生活利便施設へのアクセスが困難な高齢者単独世帯が急増

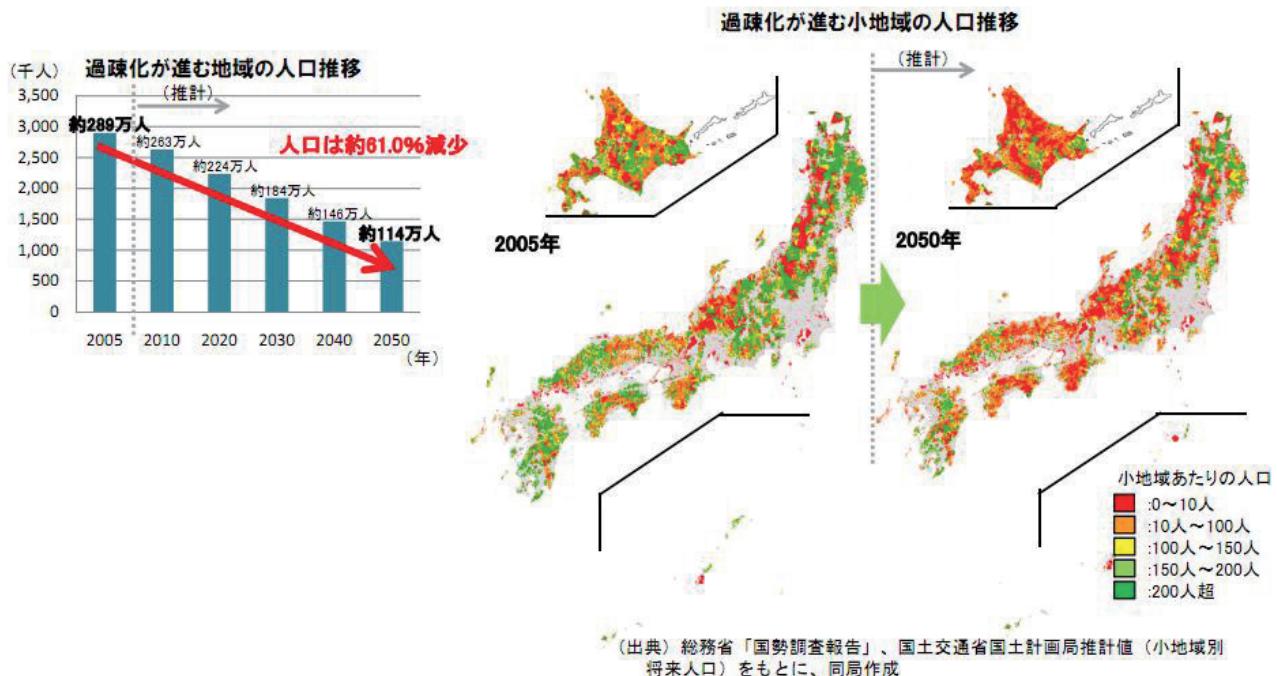
- 地域人口が減少し、人口密度が低下していく過程では、生鮮食料品店などの身近な生活利便施設が、徐々に撤退していく。その影響が大きい高齢者単独世帯でみると、《徒歩圏内に生鮮食料品店が存在しない世帯数》は、現在の46万世帯から約2.5倍の114万世帯に増加する。
- 徒歩圏内に生鮮食料品店が存在しない世帯の分布状況は、例えば地方都市と過疎地域で異なる。



【図 II-6】過疎化が進む地域では、人口が現在の半分以下に

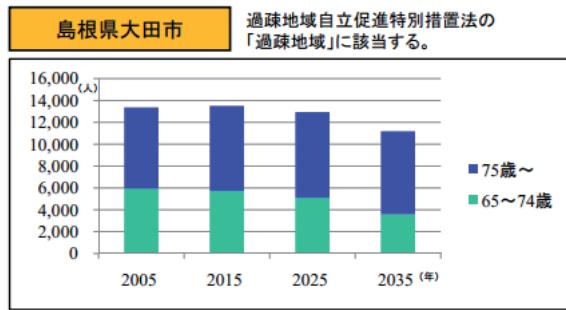
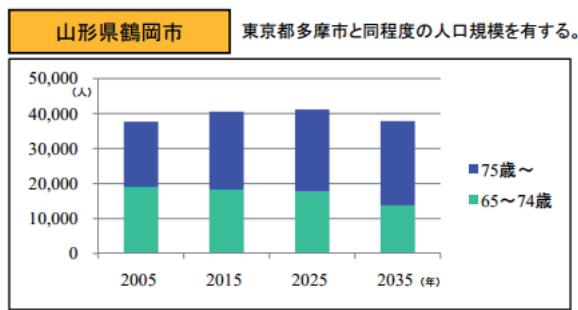
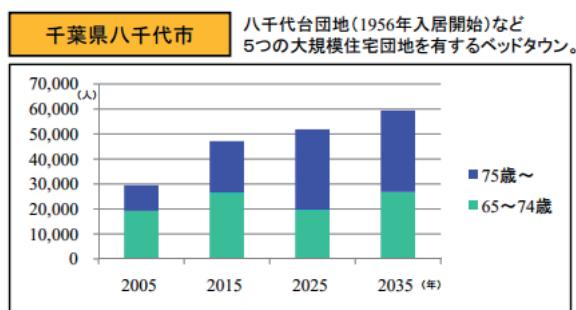
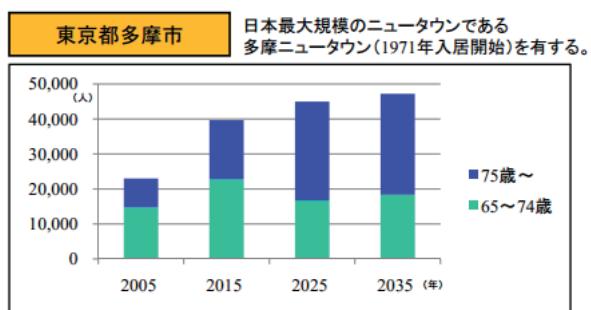
○過疎化が進む地域をみると、人口減少率は約61.0%で、全国平均の人口減少率(約25.5%)を大幅に上回る。

(注)「過疎化が進む地域」は、現時点の人口密度が、過疎地域の平均的な人口密度(約51人/km²)を下回っている国勢調査上の小地域(町丁・字等の地域)。約3万地域、国土面積の約6割。なお、「過疎地域の平均的な人口密度」は、過疎地域自立促進特別措置法上の「過疎地域」(平成22年4月1日時点で776市町村)における人口の合計と面積の合計から算出



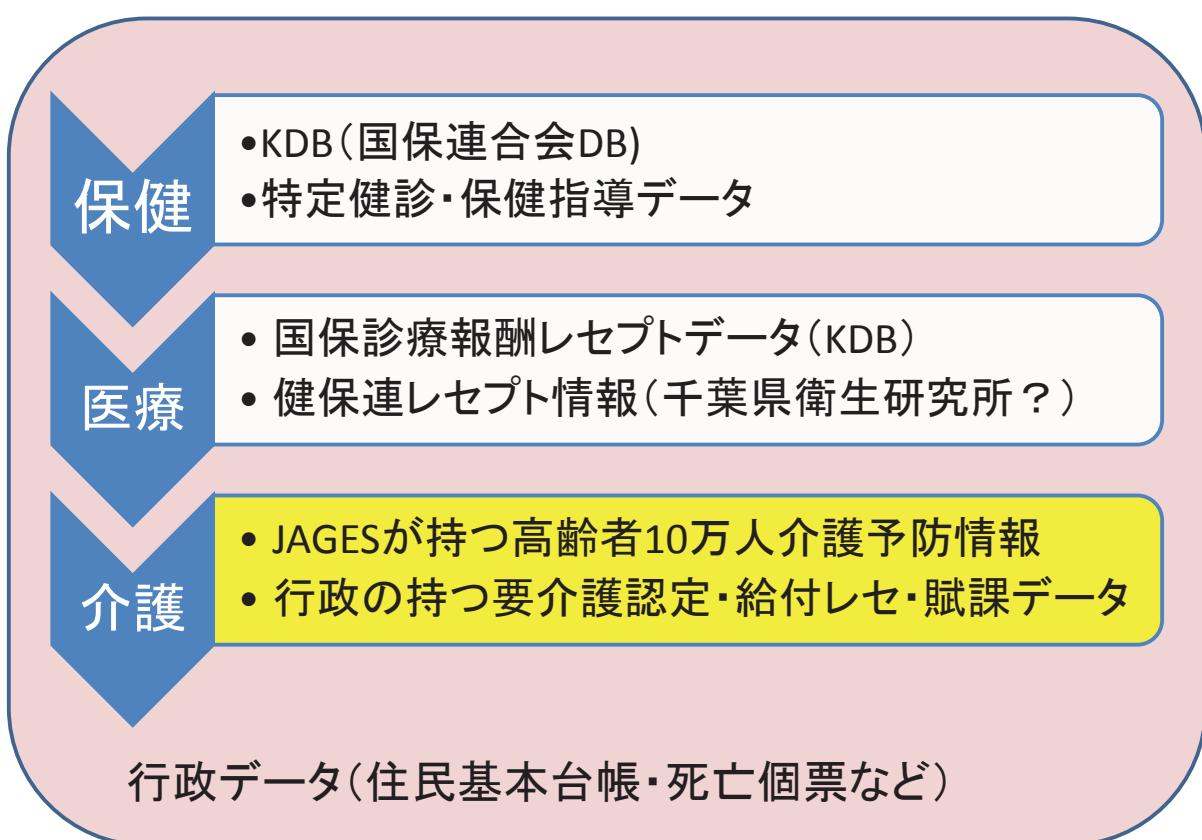
大都市部の市町村における高齢者人口の急増

○ 大都市部における高齢者人口の伸び率は、その他の地域における高齢者人口の伸びを大きく上回る。特に、75歳以上人口において顕著である。



※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」より作成

構築を目指すデータベース



JSAAS 活用による可能性

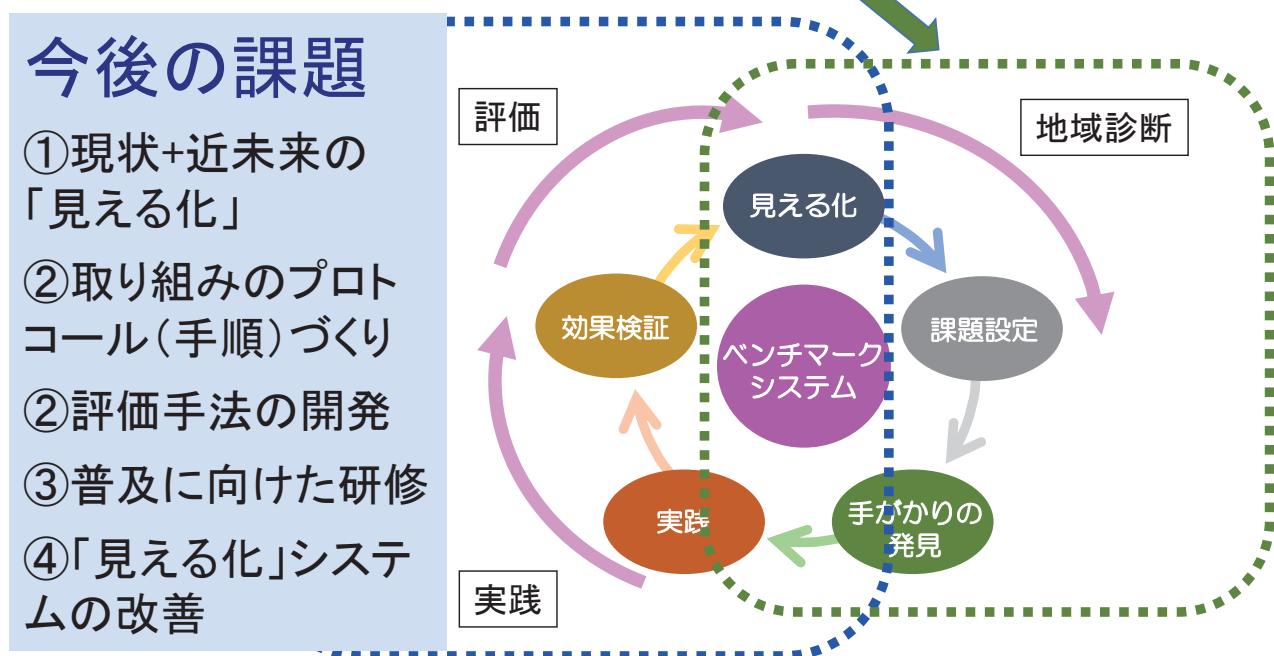
- 将来推計データから or 条件を変えてみる
 - 10年後の人口減の結果…, 医師退職で…
 - スポーツグループ参加者や歩く人が1割増えたら…
 - 健診受診率やデータが5%改善したら…
 - がんの早期発見率が5%改善したら…
 - リハビリテーションや訪問看護を受ける患者が5%増えたら…
 - 病院医療から在宅医療に5%シフトしたら…
- ビッグデータの(縦断)分析に基づく近未来のシミュレート
 - 10年後には, どこの診療所・病院・コンビニが縮小・撤退?
 - 要介護認定・入院・(病院での)死亡率はどれ位減るのか?
 - 医療費や介護サービスの費用はどの程度変動するか?
- シミュレーションした結果を, 住民など関係者で共有

情報共有と支援で地域は動く？

- ・ 小地域毎に課題は異なる
- ・ シミュレーターで、近未来(10年後)の課題やイメージを共有
- ・ 「明日は我が身」「できることなら手伝いたい」人達の出会いと協議の場をつくる
- ・ 「できることは何か？」を出し合う
- ・ 先駆例に学びながら、できることから
- ・ 自治体、専門職、NPO、企業などの支援が重要
- ・ 効果検証して有効なものを全国展開
- ・ 『1億総活躍社会』↔「安心につながる社会保障」



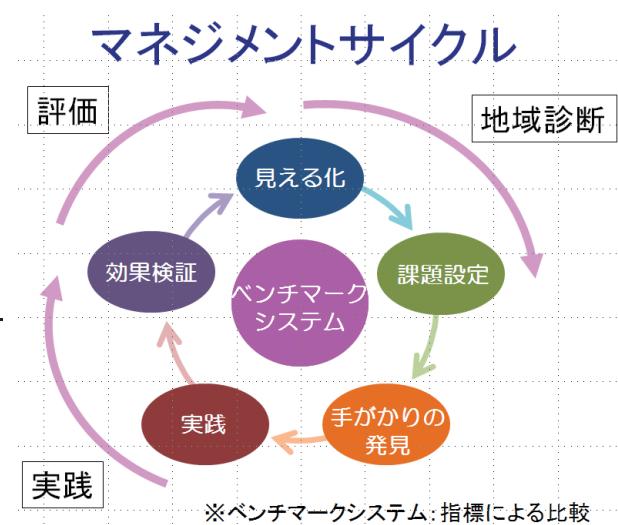
政策マネジメントサイクルと 「見える化」システムの位置づけ



※ベンチマークシステム：指標を用いた市町村間／市町村内比較

まとめ

- ・高齢者数増加～減少まで地域毎に課題は異なる
- ・その地域の関係者が「見える化」で課題共有
- ・近未来「見える化」シミュレーターの開発を
- ・効果的な対策を考えるためのエビデンスとGood Practiceの提示が必要
- ・手順や特に効果検証方法と検証結果の提示が重要
- ・「見える化」システムの改善も必要



市町村の地域マネジメントの現状・課題と 支援策に関する私見 －直接支援を通じて感じたことをベースに－

(内容)

1. 地域マネジメントの流れとは
2. 自治体支援活動状況と同活動を通じて見えてきた課題
3. 支援例
 - 1) 在宅医療・介護連携
 - 2) 認知症支援策
 - 3) 生活支援
4. 支援策について（私見）

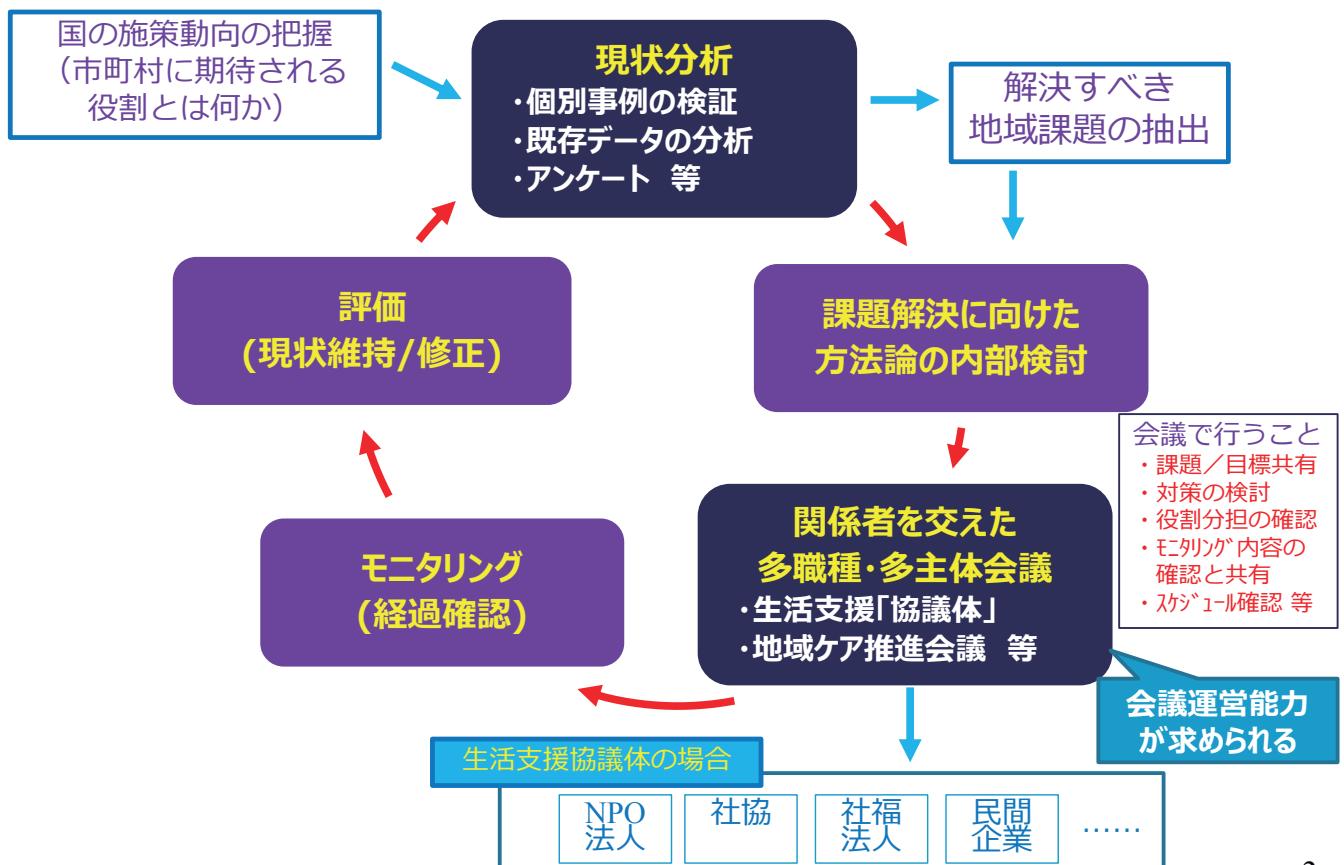
国立社会保障・人口問題研究所

川越雅弘

1

1. 地域マネジメントの流れとは

地域包括ケア推進に向けた地域マネジメントの流れ（概念図）



3

2. 自治体支援活動状況と 同活動を通じて感じた課題

自治体支援活動状況とそこから見えてきた課題

自治体支援活動状況

- (研究名) AMEDの「地域包括ケアシステム構築に向けた地域マネジメント力の強化手法ならびに
地域リーダー養成プログラムの開発」の研究代表者として、複数の自治体の支援を行っている。
(内容) ①データ分析支援、②地域ケア会議の運営支援、③第6期計画策定支援、
④事業の進め方に関する指導・助言（総合事業、医療・介護連携事業など）

複数自治体への支援から見えてきた課題（私見）

- 保有する様々なデータの使い方（計画への反映方法）がイメージできていない。また、明らかにしたいことも明確ではない（そのため、データ分析外注時、分析内容を指示しているケースは少ない）
- 計画策定の手順が十分には理解できていない（計画のワークシートを埋めている感じ）
- 会議の運営がシナリオ展開方式（参加者の意見をまとめていく方法に慣れていない）
- 行政職と専門職間、部署間に「壁」がある（協働の形で動いていない。自分の守備範囲を限定。）
- 複数ある事業を網羅的に対応しようとする（例：在宅医療・介護連携の8事業）
- 事業を縦割りでとらえているため、各事業間の関連性がみえていない（メリットが理解できていない）（例：地域ケア個別会議と認知症支援策）。
- 事業というくくりで考え、それにユーザーを当てはめようとする（事業の継続に無理が生じる）。

支援のポイント

- 「したいこと」、「困っていること」をインタークした上で、課題解決策を側面支援する。
- ツールを与えるだけでは駄目。したいことを踏まえた、ツールの使い方に関する支援が必要。
- 会議運営を「真似る」ための仕掛けが必要（例：ファシリテーターの活用）
- 職種、部署、職場を超えた、「皆で課題を考える会議」の場の設定と会議運営に関する継続支援が必要→協働することの楽しさを体感させること（成功体験）が必要。

5

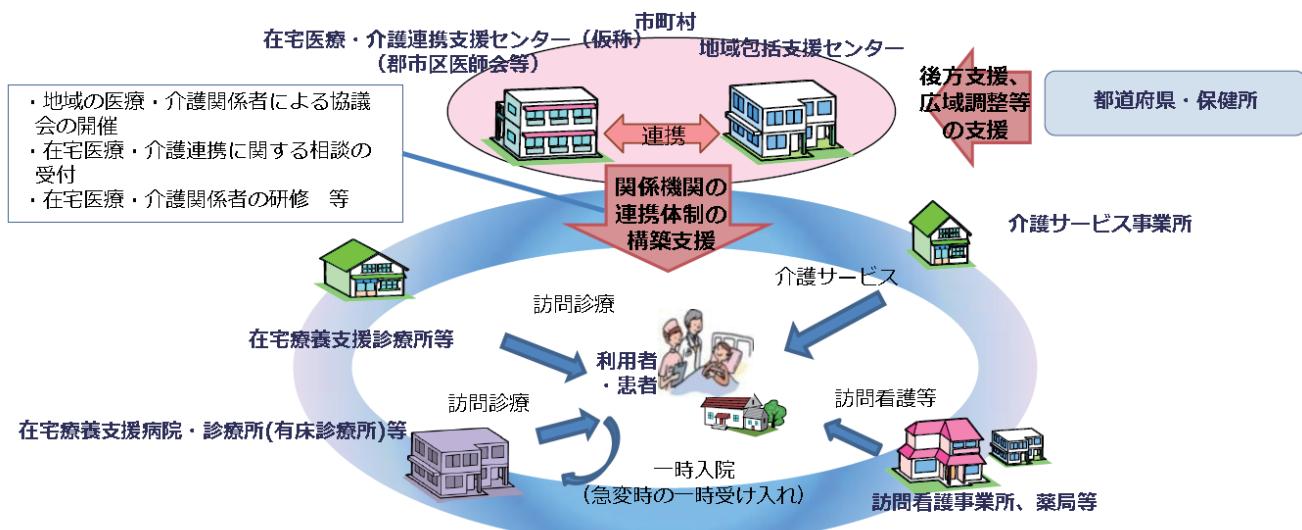
3. 支援例

①在宅医療・介護連携推進事業

6

在宅医療・介護連携推進事業（平成27年度～）

- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、群市区医師会と連携しつつ取り組む。
 - 可能な市町村は平成27年4月から開始、平成30年4月には全市町村で実施。
 - 原則として、以下の8事業を実施する（一部を郡市区医師会等に委託可能）。
- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ①地域の医療・介護サービス資源の把握 | ②在宅医療・介護連携の課題の抽出や対応の協議 |
| ③在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営 | ④在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援 |
| ⑤在宅医療・介護関係者の研修 | ⑥24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築 |
| ⑦地域住民への普及啓発 | ⑧二次医療圏内・関係市町村の連携 |



出所) 厚生労働省：在宅医療・介護連携について、第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議、資料1-1を改変
(2014/10/9)

7

自治体が抱えている課題と支援策の一例(大分県の2市)

自治体が抱えている課題

- 医師会にどのように話しをもっていったらよいかわからない（依頼内容を含めて）
- 訪問診療の現状も把握できていなければ、将来的な必要量もわからない
(第7期計画策定上の課題である)
- 医師会から、「地域ケア個別会議に参加させて欲しい」という前向きな要望がきているが、どのように対応すればよいか困っている
(現在の会議は、平日の午前中に実施しているので、同じ枠組みでは対応できない)

助言／提案内容

(訪問診療の必要量の把握に関して)

- 訪問診療は、通院困難者が主対象となるので、重度の要介護者への対策という位置づけになる。
- 2025年における重度要介護の在宅療養者の将来推計は、第6期計画で作成しているはず。
- 2025年の訪問診療必要者数を知るために、「在宅療養者のうち、何%が訪問診療を現在受けているかを要介護度別に把握し、これに、2025年の要介護度別在宅療養者数を掛けて合計すれば算出できる（粗い推計ではあるが）」
- 問題は、「要介護度別訪問診療受給率をどのように算出するか」。これは既存のデータでは難しいので、アンケート調査を行う必要がある。
→他の地域（滋賀県）で先行して行った調査があるので、その調査票と分析結果を紹介。

(地域ケア個別会議への対応に関して)

- 医師が参加可能な時間帯での開催が必要。また、医師が参加しやすい事例の選定が大事。
- 事例検討の結果は、「在宅医療・介護連携事業の②課題抽出」に活用できるのでは。
- 事例としては、①退院事例、②医療ニーズが高い事例などが考えられるのでは。
- 退院事例の検討には、病院側の関係者（退院調整部門、病棟看護師、リハ職、MSWなど）にも参加要請してはどうか→病院関係者と在宅関係者間の相互理解と連携の促進のために

8

「訪問診療に関する実態調査」票の紹介

調査票Ⅱ. 訪問診療受給者調査（※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい）

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護度別人数を回答下さい。

要介護度別利用者数	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい（複数回答）。

<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 訪問介護員	<input type="checkbox"/> 看護職	<input type="checkbox"/> リハ職	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> その他（ ）
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------------------

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？ _____人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

（記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、○○医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です）

利用者番号	団塊番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病（複数回答）	処置（複数回答）	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関
例	3	1.65歳未満 2.65-74歳 3.75-84歳 4.85-94歳 5.95歳以上 6.不明	1男 2女	1.配偶者 2.子 3.子の配偶者 4.孫 5.兄弟・姉妹 6.その他家族 7.なし	1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患	8.骨折・関節症 9.神経癆病 10.腎不全 11.肝不全 12.肺下陰害 13.その他 その他の場合は 具休名を記入 8.如直なし	1.筋骨・筋肉 2.褥瘡 3.感染症 4.ホルモン療法 5.透析 6.吸引 7.その他 8.如直なし	1.支援1-2 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5	11月中の回数を数字で記入。 なかった場合は“0”を記入。	1.一戸建て 2.集合住宅(UR・民間) 3.集合住宅(市営・市営) 4.ナース付き高齢者住宅 5.看護老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	*複数の医療機関の医師(歯科医師は除く)が訪問した場合は、それぞれの医療機関名を記入。(病院名または診療所の名称)
1								回	回		
2								回	回		
3								回	回		
4								回	回		
5								回	回		
6								回	回		
7								回	回		

9

【分析結果①】訪問診療受給者の性・年齢階級別人数

- 訪問診療受給者2,388人の性別をみると、「男性」38%、「女性」62%であった。
- 年齢階級をみると、「85～94歳」43%、「75～84歳」31%の順であった。

図1. 性別

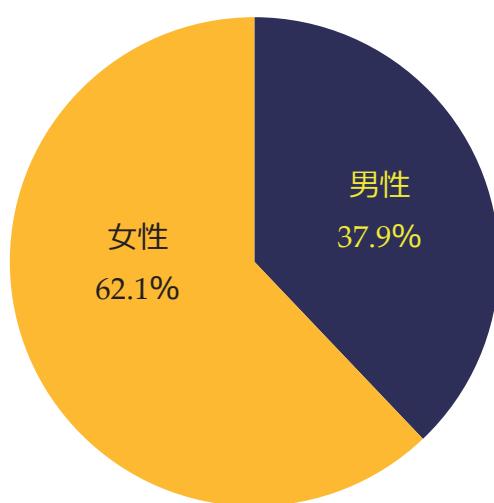
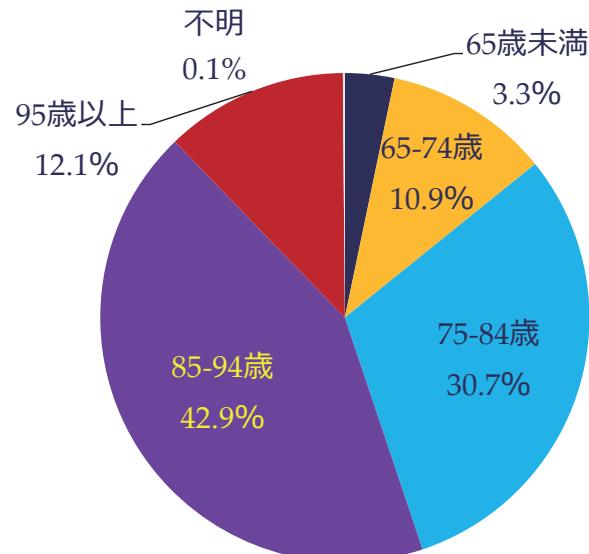


図2. 年齢階級

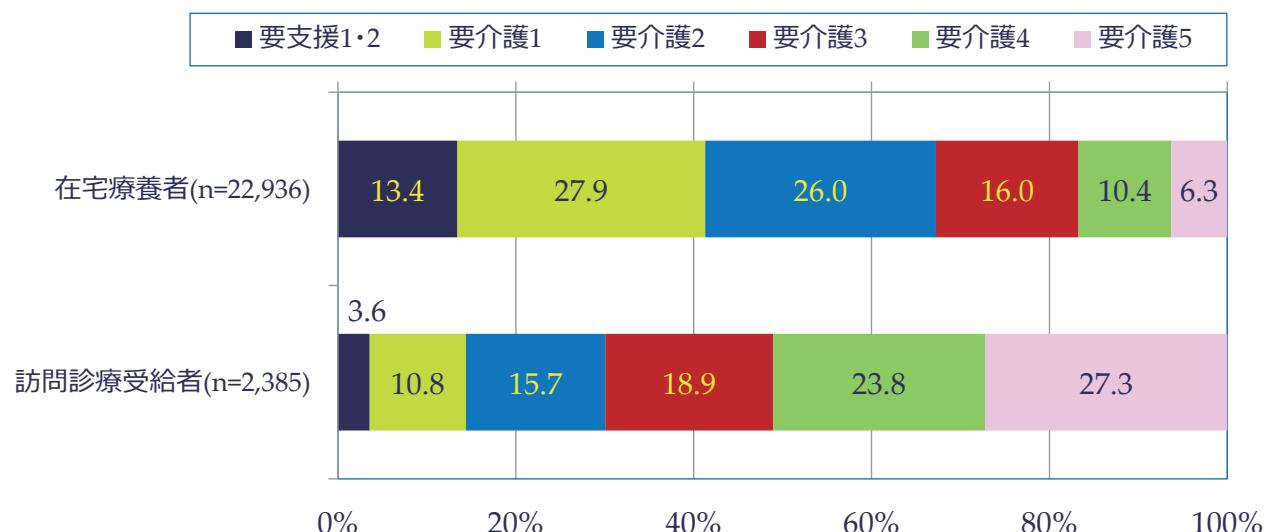


【分析結果②】訪問診療受給者の要介護度分布

○在宅療養者の要介護度分布をみると、「要介護1」27.9%, 「要介護2」26.0%, 「要介護3」16.0%の順であった。

○一方、訪問診療受給者をみると、「要介護5」27.3%, 「要介護4」23.8%, 「要介護3」18.9%と、要介護4～5が約5割を占めていた。

図3. 在宅療養者と訪問診療受給者の要介護度分布の比較



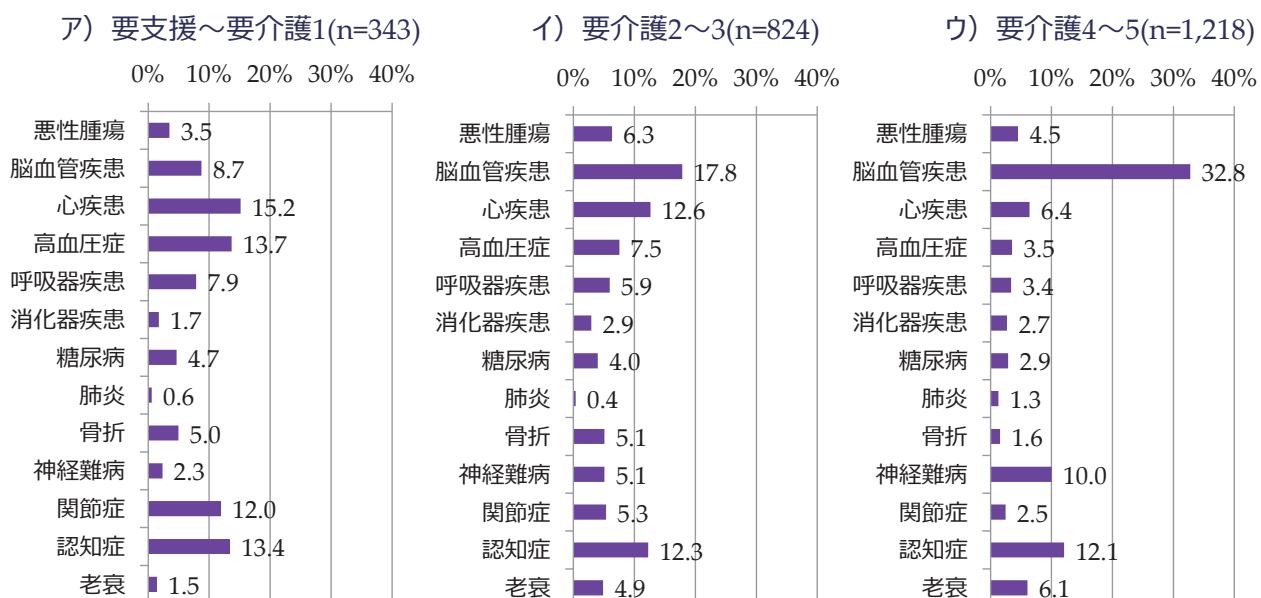
注：訪問診療受給者のうち、要介護度未回答者が3人いたため、訪問診療受給者総数は2,385人となっている。

11

【分析結果③】訪問診療受給者の主傷病

○主傷病を要介護度別にみると、要支援-要介護1では「心疾患」15%, 「高血圧症」14%, 「認知症」13%の順、要介護2-3では「脳血管疾患」18%, 「心疾患」13%, 「認知症」12%の順、要介護4-5では「脳血管疾患」33%, 「認知症」12%, 「神経難病」10%の順であった。

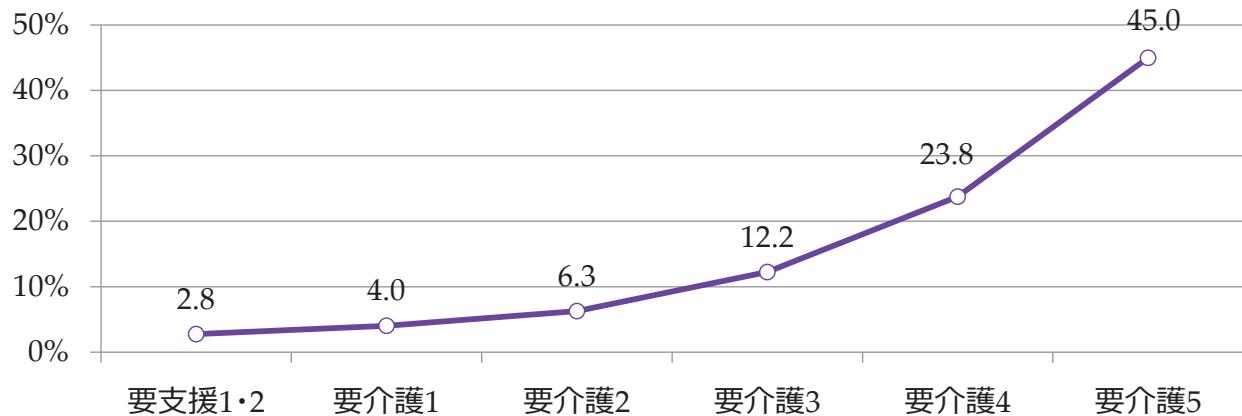
図4. 要介護度別にみた主傷病別訪問診療受給者割合



【分析結果④】要介護度別にみた訪問診療受給率

○在宅サービス利用者の訪問診療受給率を要介護度別にみると「要介護3」12%, 「要介護4」24%, 「要介護5」45%と,要介護4以降で急増していた。

図5. 要介護度別にみた訪問診療受給率



	総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者数(人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率(%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0

13

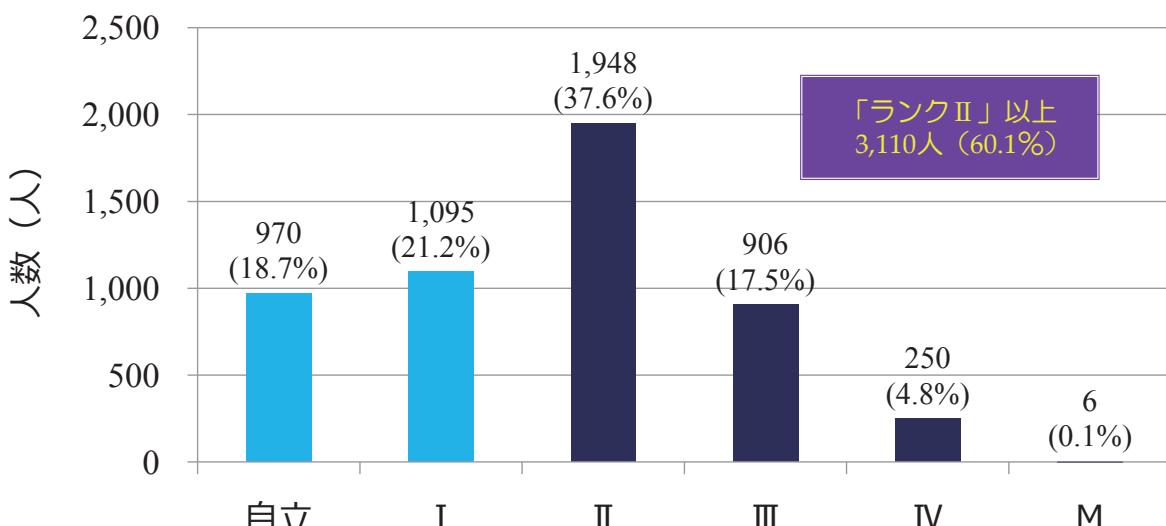
②認知症支援策 －特性、提供体制関連－

【分析結果①】認定者に占める認知症の人数と割合（A市）

○平成26年2月28日時点の認定者5,175人の認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）をみると、「ランクⅡ」1,948人(37.6%),「ランクⅠ」1,095人(21.2%),「自立」970人(18.7%)の順であった。

○認知症自立度ランクⅡ以上は3,110人で、認定者総数の60.1%を占めていた。

図1. 認知症自立度別にみた認定者数



15

【分析結果②】認知症の人の特性（性別、年齢階級別）

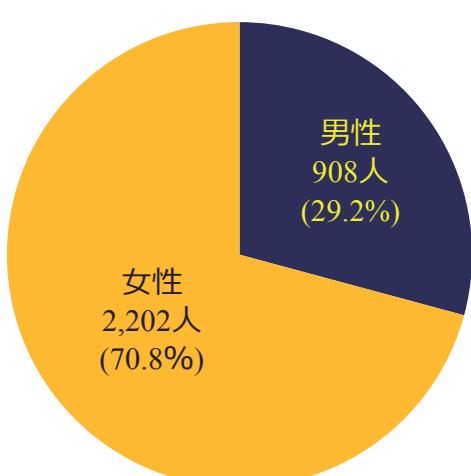
○認知症自立度Ⅱ以上（以下、認知症）を性別にみると、「女性」が70.8%を占めていた。

○年齢階級をみると、「85歳以上」が56.0%と最も多く、次いで「75～84歳」34.1%の順であった。

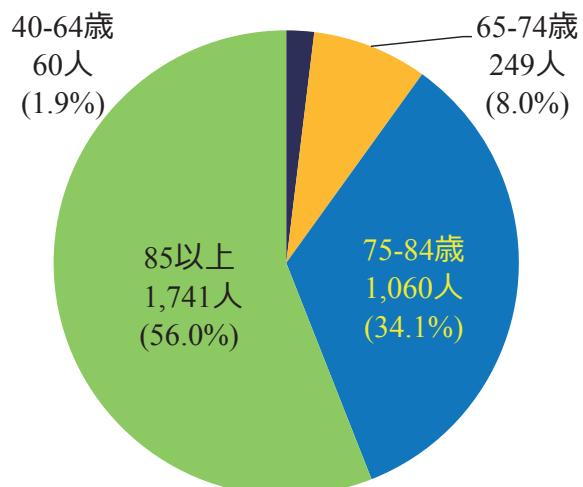
○40～64歳の認知症の人は60人であった。

図2. 性別年齢階級別にみた認知症の人数（n=3,110）

ア) 性別



イ) 年齢階級



16

【分析結果③】認知症の人の特性（要介護度）

○認知症の人数を要介護度別にみると、「要介護1」25.5%、「要介護4」19.8%の順で、要支援者（支援1・2）は58人(1.8%)であった。

○認定者に占める認知症の割合を要介護度別にみると、「要介護5」89.7%、「要介護1」79.4%の順で、要支援の認知症割合は1割未満であった。

表3. 要介護度別にみた認知症の人数及び認定者に占める割合 (n=3,110)

要介護度	認定者		認知症の人		認定者に占める認知症の割合 (%)
	人	%	人	%	
総数	5,175	100.0	3,110	100.0	60.1
要支援1	595	11.5	45	1.4	7.6
要支援2	617	11.9	13	0.4	2.1
要介護1	999	19.3	793	25.5	79.4
要介護2	863	16.7	555	17.8	64.3
要介護3	710	13.7	538	17.3	75.8
要介護4	778	15.0	616	19.8	79.2
要介護5	613	11.8	550	17.7	89.7

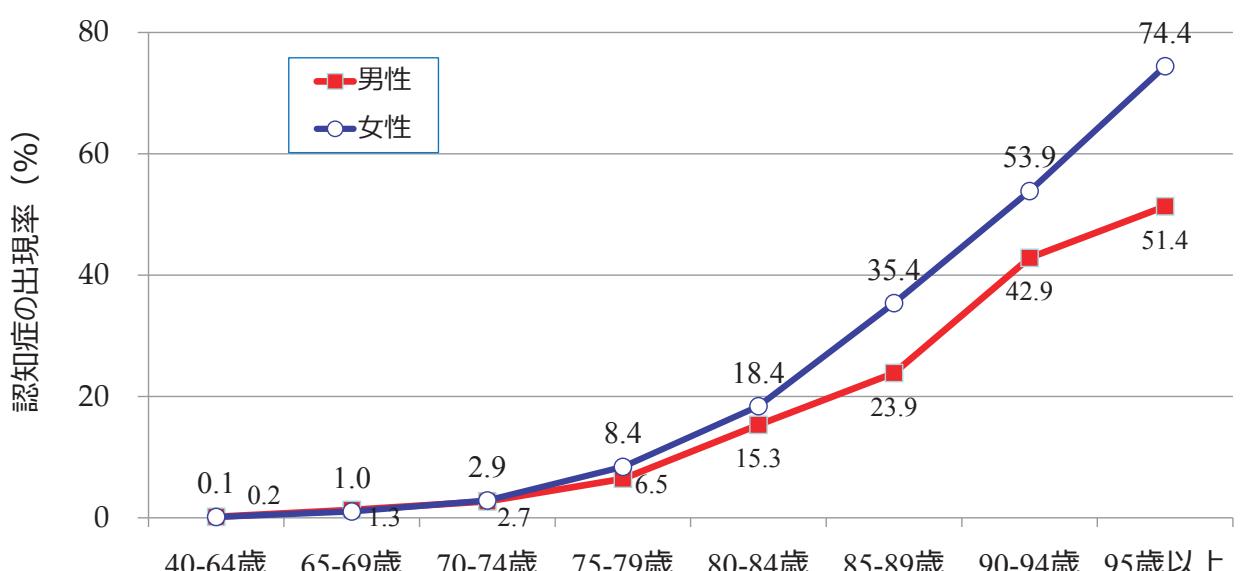
17

【分析結果④】認知症の出現率（対人口）

○男女の出現率は、70歳から女性の方が男性を上回り、かつ、85歳以上でその差が大きくなっていた。

○女性の認知症の出現率をみると、「75～79歳」8.4%、「80～84歳」18.4%、「85～89歳」35.4%、「90～94歳」53.9%と、80歳から出現率が急増していた。

図4. 性別年齢階級別にみた認知症の出現率



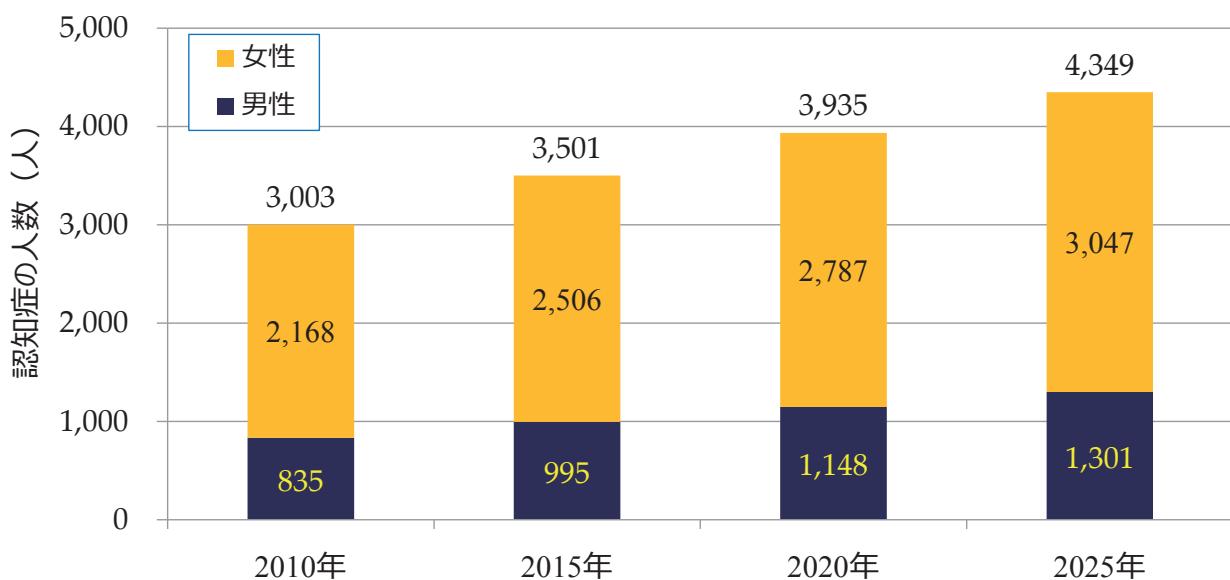
18

【分析結果⑤】2025年の認知症者数の推計

(性別年齢階級別認知症出現率が現在と同じと仮定した場合)

○性別年齢階級別にみた認知症の出現率が今後も同じと仮定した場合、
2025年の認知症者数は4,349人（男性1,301人、女性3,047人）と推計された。

図5. 認知症の人数の将来推計



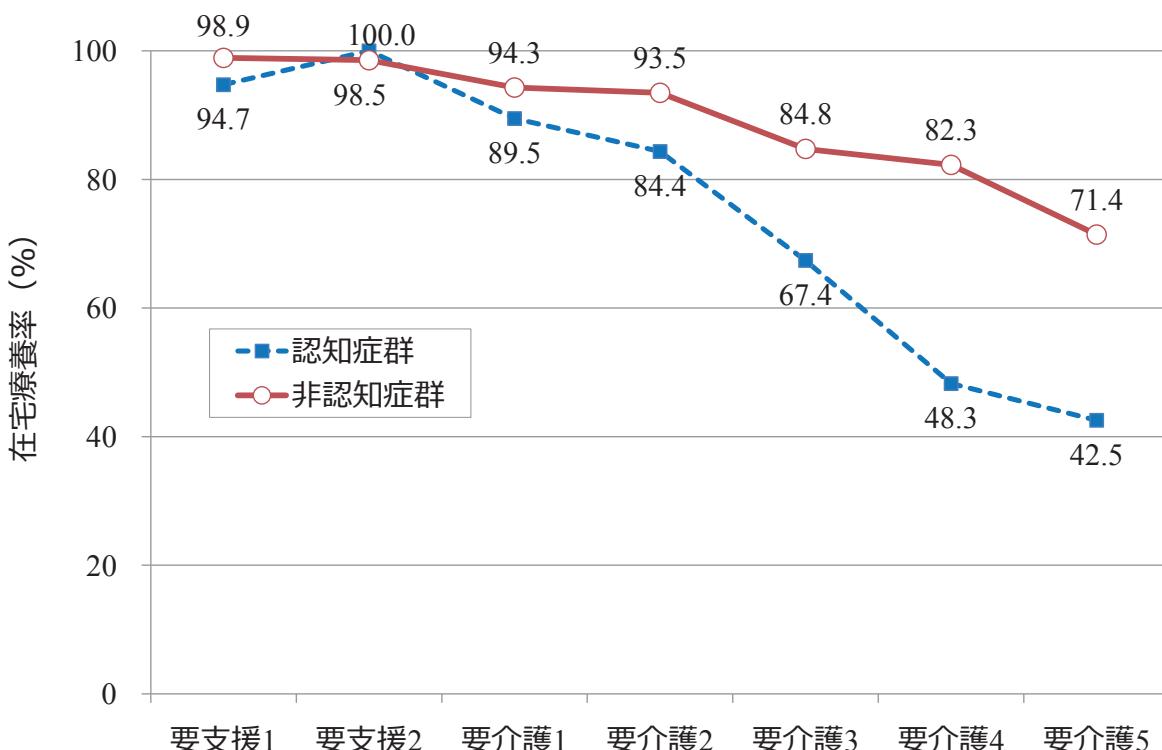
注. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」の性別年齢階級別将来推計人口に、現時点の性別年齢階級別認知症出現率をかけて推計したもの。

19

【分析結果⑥】要介護度別にみた在宅療養率

(認知症の人と認知症以外の人との比較、B市)

図6. 在宅療養率の比較（認知症の人と認知症以外の人）

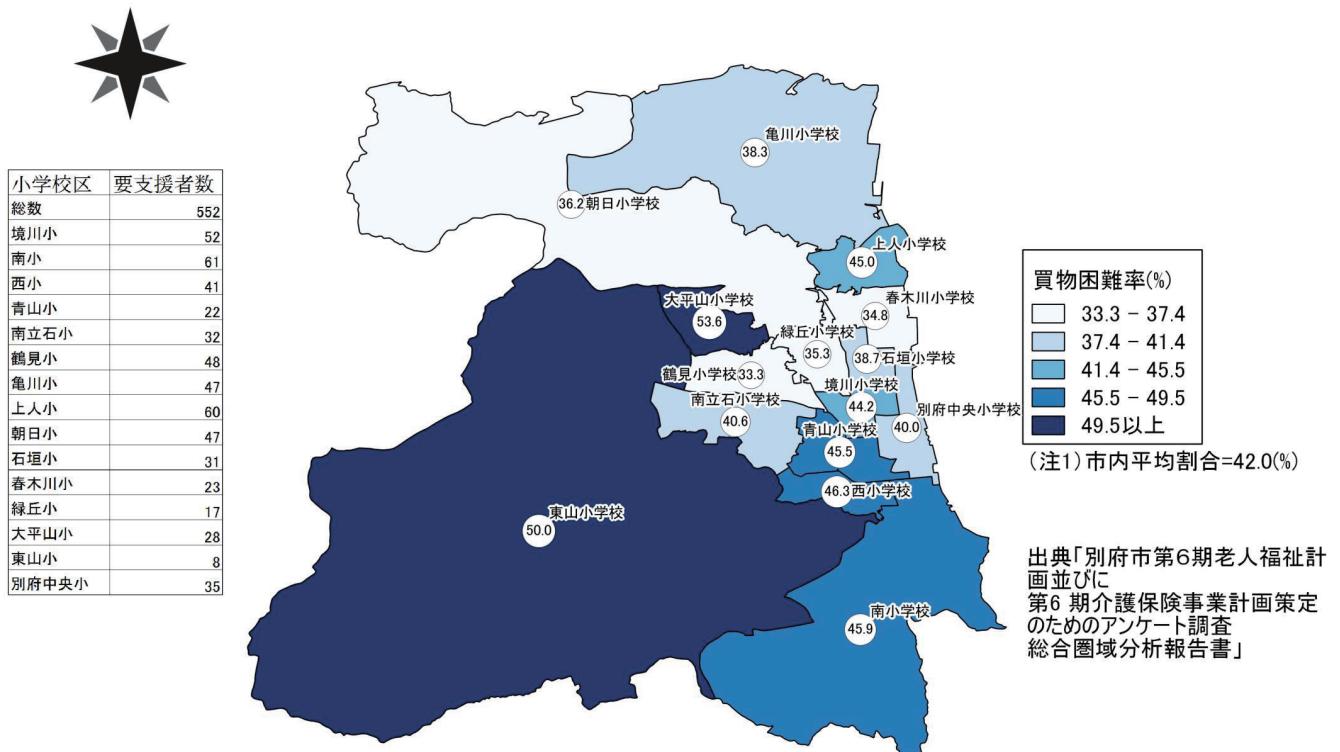


③生活支援策

－買い物困難者の分布状況－

21

要支援者における買物が困難と答えた人の割合（%）
(小学校区別)



3. 自治体支援策について

23

自治体支援策について(私見)

最終的に目指すもの

- 自治体職員の地域マネジメント力の強化と、その継続性が担保できる仕組みを構築すること。
(人事異動で人が変わったとしても、地域マネジメント力が継続できる姿を目指す)

強化のポイント

(思考力(課題認識力、解決策を検討する力)の強化)

- データ分析に対する支援体制の確保及びツール開発
(※社人研では、小地域の将来人口推計＆地図表示ツールを開発中)
- 自治体職員が「したいこと」「困っていること」を聞いた上で、その解決策を助言、提案するような支援方法と継続的支援体制の確保
- (多職種・多主体会議のハンドリング能力の強化)**
- 会議のファシリテーション能力の強化

具体策案

○民間のファシリテーターの活用(会議ハンドリング、解決策提案の両方が可能)

- ・職員自身のファシリテーション能力を高める方法としては、
①職員対象の力量を高めるための研修を行う(中央、都道府県、市町村単位)
②民間のファシリテーターを活用し、その方法論を、会議や研修会に一緒に参加しながら学んでいく
が考えられるが、②の方が、職員の精神的負担は少ないし、仕事の進め方のモデルにもなる。

○都道府県の役割の明確化

- ・各市町村の取り組み状況を可視化とともに、県内他地域の取り組みを、各市町村の困りごとに応じて紹介する。
- ・市町村との定期的な会議の開催(県が来れば、市町村の課長が参加、結果、部下も参加)
- ・データ分析に関しては都道府県自身が行うことのハードルがある。都道府県立大学などを巻き込み、都道府県、大学研究者でデータ分析を支援する方法が考えられる。

24

地域包括ケア研究会

ケアマネジメントから始まる 地域マネジメント

～ 地域を基盤とした「統合ケア」の推進 ～

■日程：2015年11月4日（水）16:00～

■場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター9階 ホール9A

中 澤 伸

社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長 社会福祉士 介護支援専門員

1

contents

1 地域包括ケア推進のために大切にしている視点

2 ケアマネジメントの質と地域マネジメント

3 地域包括ケアシステム構築プロセスと地域マネジメント

4 川崎市で中澤が取り組んでいる地域マネジメント

5 まとめ

1. 地域包括ケアの推進のために大切にしている視点

～点（個別支援）と面（地域・環境整備）の支援を推進する～

- (1) 人口減少、少子高齢化が市民の生活に与える影響を想定し、共有する。
～地域包括ケア、地域包括ケアシステムを正しく理解し、規範的統合に取り組む
- (2) 地域の様々な人たちの主体的な総合力をマネジメント
～自助・互助・共助・公助を総動員したマネジメント
- (3) サービスの利用者ではなく「地域の生活者」としてとらえる
- (4) 必要な社会資源はつくる（既存の取組みをつなぐ、統合する）
- (5) 地域特性にあったシステムを作る（その一員となる）
- (6) 権利擁護を最優先する。（権利侵害予防、自己決定支援）
- (7) 高齢者介護に特化した問題にしない。全世代対象と心得える。
- (8) 『自立支援』と『共生支援』（孤立・貧困、排除の深刻化）
- (9) 職能団体、地域ケア会議を活用し、水平的統合により質と効率を確保する。
- (10) 稼働率にこだわる（サービスを地域のニーズに速やかに届ける）

2. ケアマネジメントの質と地域マネジメント

(1) 良い主任ケアマネジャー、良いケアマネジャーとは？

→★目標と指標がない。極めて主観的な「良し」「悪し」。

★良いケアマネジャーの基準が見えてくれば、良い主任ケアマネも決まる。

(2) ケアマネジメントを評価する指標作成に向けた5つの視点

→★ケアマネジャーの評価ではなく、ケアマネジメントを評価したらどうか

★全体的なプロセス評価ではなくポイントを絞った評価をしたらどうか。

★WHOが定める「統合ケア」のアウトカムを採用したらどうか。

①適切なアセスメントにより「自立支援」に取り組んでいるか

②適切なアセスメントにより「尊厳の保持」に取り組んでいるか

③「自助・互助・共助・公助」全てを考慮したマネジメントになっているか

④「地域を基盤」としているか・・・環境を含めた支援計画

⑤「臨床的統合」されているか・・・家庭支援、サービス提供まで統合

(3) ケアプランチェックではなく、統合ケアの提供までをチェックしたらどうか。

→★ケアマネ自己点検、サービス担当者会議、利用者本人・家族による点検、事業所内点検、職能団体による研修。行政の関与は限定的であるべき。

★地域ケア会議をケアプランチェックの場に特化しない

★上記(2)①～⑤を点検する。

(4) 川崎市版「ケアマネジメントツール ケアプラン確認マニュアル」

→★自己点検、事業所内点検、研修に活用できるよう構成

★保険者（市役所）、ケアマネジャー、地域包括支援センターで共同作成

★「ケアマネジメントツール 生活援助の考え方」につづく2つ目のツール

地域包括ケアの2つのコンセプト※

地域を基盤とするケア (community - based care)

住み慣れた「地域社会」という枠組みの中で行われるケア。医療機関間や医療・介護間の機能分担を明確化し、住民主体（自助・互助）を保証しながら効率的にサービスを提供する。

統合ケア

(integrated care)

統合ケアとは、「診断、治療、ケア、リハビリテーション、健康増進にかかるサービスの構造化とマネジメント、提供および情報交換を一つにまとめる概念」。

統合は「サービスへのアクセス、サービスの質、利用者の満足度、サービスの効率を改善する方法」

※世界保健機関（WHO）による定義



【統合の例】

- ◆「規範的統合」→ 組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機を共有すること。
- ◆「臨床的統合」→ 個々の利用者のケア、サービスがバラバラにならないよう統合すること
- ◆「組織的統合」→ 組織(事業者団体、専門機関種別等)間でのネットワークを統合すること

※ ① 筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス -integrated care 理論と実証-. 社会保険研究所 2014年5月
 ② 筒井孝子 日本経済新聞「経済教室 医療・介護改革の論点⑦ 一地域包括ケア、住民主体でー 2014年10月28日朝刊
 ①と②を参考に作成。

地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性

地域包括ケアシステムの基本理念 ー「尊厳の保持」「自立生活の支援」と「規範的統合」ー

高齢者の「尊厳の保持」

- 高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方。
- 高齢者の「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要。

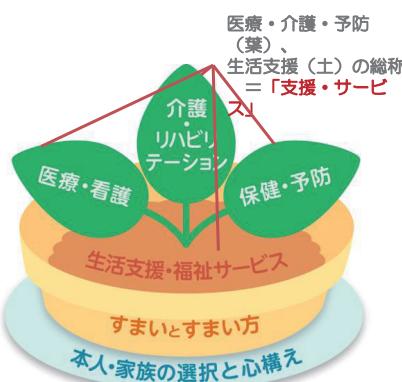
高齢者の「自立生活の支援」

- 高齢者ケアにおいては、心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣・友人との関係性)の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせて提供する必要がある。
- 急激な変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられることが望ましい。

地域における共通認識の醸成 ー「規範的統合」ー

- 「尊厳の保持」「自立生活の支援」のための仕組みを、「住み慣れた地域」で実現する上で、自治体は中心的な役割を果たす。
- どのように地域包括ケアシステムを構築するかは、地域住民の参画のもと決定するべきであり、自治体にはその選択肢を地域住民に提示する責任がある。
- 実際の構築に向けては、自治体には、地域住民に加え、支援・サービスに携わる事業者や団体等にも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる。
- 「規範的統合」は、自治体の首長による強いメッセージの発信が重要。また、自治体・保険者には、まちづくりや医療・介護サービスの基盤整備に関する、明確な目的と方針を各種の計画の中で示すことが求められる。

地域包括ケアシステムの構成要素の関係性



地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」(住居の形態)を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化の応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する。

「住まいと住まい方」(植木鉢)と「支援・サービス」(葉・土)の関係

- 従来の施設では、「住まいと住まい方」と「支援・サービス」は予めセットになっており、内部で提供されるサービスで完結していたが、地域包括ケアシステムでは、柔軟に組み合わされる。(例:サービス付き高齢者向け住宅の入居者の心身の状態が変化すれば、必要に応じて外部からのケアを利用。)

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と「生活支援・福祉サービス」(土)の関係

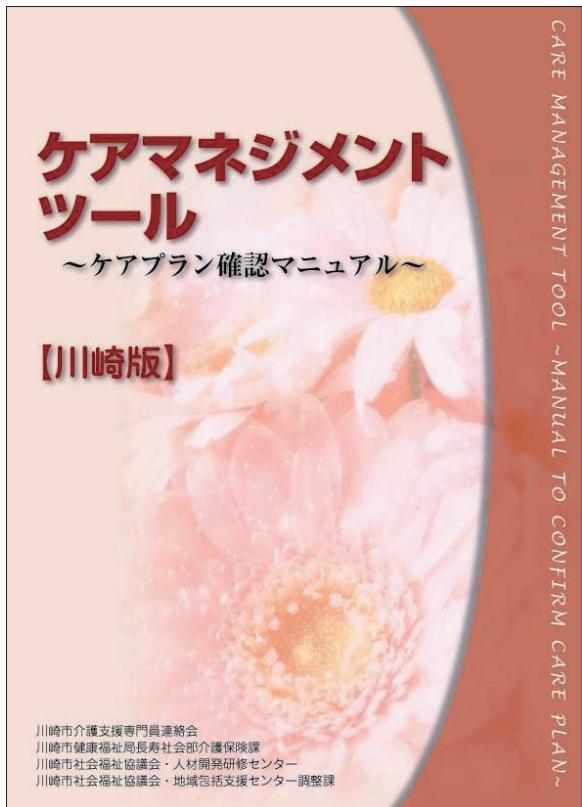
- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力することができ、在宅限界点の向上につながる。

「本人・家族の選択と心構え」の位置づけ

- 「住まいと住まい方」(植木鉢)、「医療・介護・予防」(葉)、「生活支援」(土)の柔軟な組み合わせは、「本人と家族の選択と心構え」の上でこそ成立する。つまり、本人が選択した上で、その生活を送っていることが重要である。

「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」(平成26年3月)

2009年3月発行 → 2014年10月第2版発行



【特徴】

- ・全150ページ → 214ページ
- ・活用事例を掲載
- ・自己点検が可能(作成プランを客観視)
- ・構成はケアマネジメントプロセス
- ・国の支援マニュアルをベースに
- ・川崎独自項目を追加
- ・部分的な点検も可能
- ・一緒に確認することで市区職員にも気づきを促す
- ・「生活援助ツール」とシリーズ
- ・市内で活動するケアマネジャー・地域包括全員へ無料配布

ほか

※川崎市介護支援専門員連絡会のホームページよりダウンロード可



※川崎市介護支援専門員連絡会のホームページ(ダウンロードの部屋)

http://www.kawasaki-caremane.jp/kaigocgi/contents/kg_download/ks_caremanetool.pdf

3. 地域包括ケアシステム構築プロセスと地域マネジメント

(1)「地域包括ケア研究会 報告書」(平成26年3月)

「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」(平成26年3月)

→★効果をあげている市町村に共通しているプロセス。

★個別支援におけるケアマネジメントと同じプロセス（だと気づく）

①「実態把握・課題分析」 = アセスメント（情報収集・課題分析）

②「基本方針の明示と関係者との共有」 = 説明と合意（規範的統合）

③「施策立案、実行、評価」 = プランニング、支援提供、モニタリング

(2)鹿児島県大島郡 龍郷町の取組み紹介

→★支え合い、住み続けられる町づくり

★本気の住民、本気の従事者を生んだ

★副産物としての給付費抑制、認定率の低下

(3)取組み事例紹介

→★鹿児島県大島郡龍郷町

★鹿児島県いちき串木野市



- ①地域の成功事例から学ぶ地域づくり（既にある強みをシステム化）
- ②「問題」と「課題」の間にある「分析」と「優先順位づけ」のプロセスで規範的統合と施策を立案する。
- ③外部の人が地域の強みを発見する（秘密のケンミンショー現象の活用）
- ④実は「公助」が直接的に関与できることは少ないと気づく

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

【参考】

1. 実態把握、課題分析

人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、支援サービスの提供状況の把握・分析を行う

- 日常生活圏域ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏域単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。



2. 基本方針の明示と関係者との共有(規範的統合)

基本方針を定め、地域住民・社会福祉法人・医療機関・介護サービス事業者・NPO等のあらゆる関係者に働きかけて、基本方針を共有する

- 基本方針は、地域における具体的な取組の方向性と目標を示すもので、目標は可能な限り事後検証できる成果目標とともに設定されることが望ましい。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、対外的には特にサービス提供者である事業者への働きかけが重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。

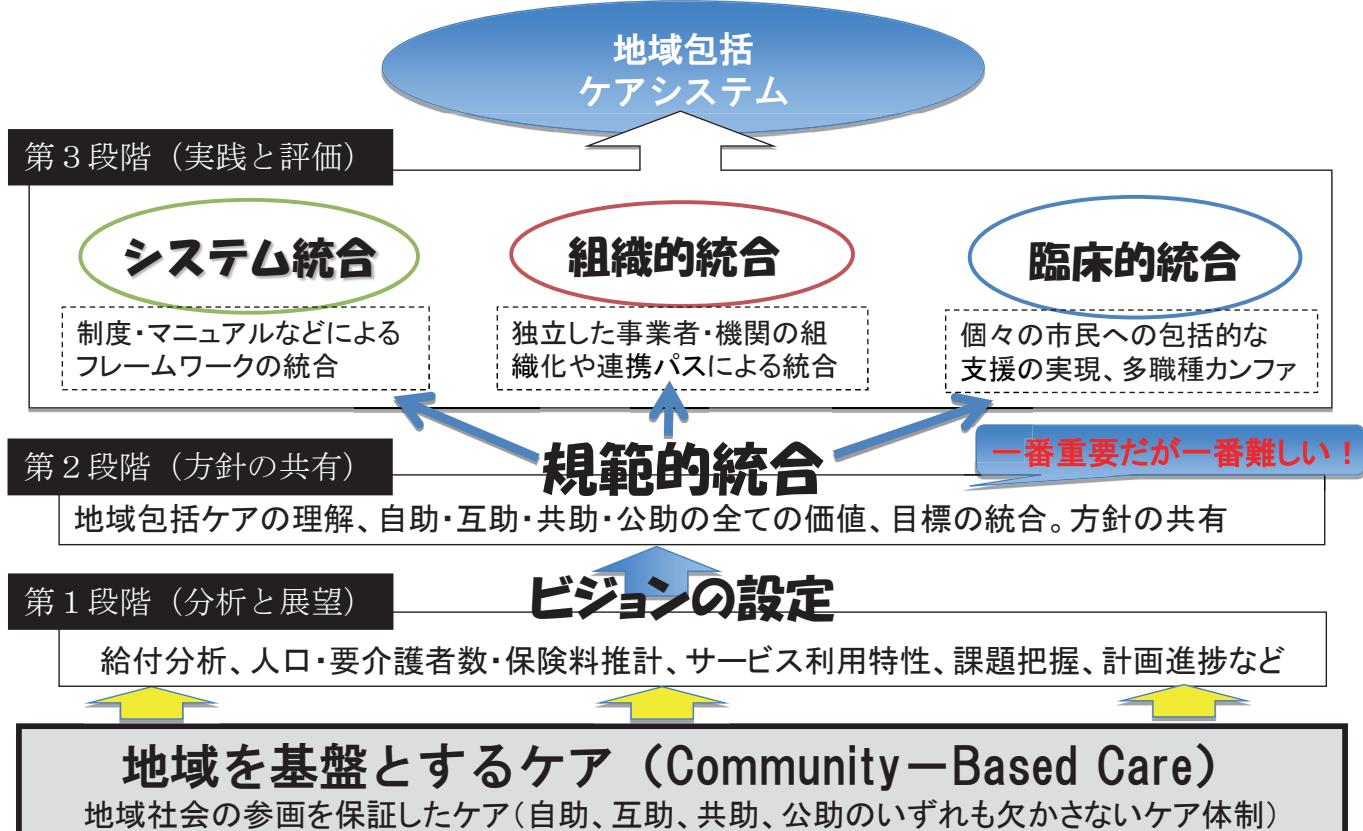


3. 施策立案・実行、評価

施策・事業を実行し、その成果・課題を評価する

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

地域包括ケアシステム構築のための統合の類型



参考資料：筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用-. 中央法規2014年3月

鹿児島県 龍郷町（奄美大島）

人口6,066人 65歳以上 30% 75歳以上 17.9%

詳細は厚労省ホームページ参照

第5期介護保険料 4,500円

第1段階（分析と展望）

◎平成23年度 「地域支え合いマップづくり」

（規範的統合の土台）

3つの集落ごとに、住民とともに、地域をまわり、グループワークを通して現状（強み、資源、住民福祉、生活課題等）をまとめる。そのうえで地域支え合いに必要な取り組みを検討、新たな支え合いの仕組みを協議

◎平成23年度 「地域ケア会議（プレ）」（臨床的統合分析・規範的統合準備）

住民支援に関わる関係機関（保健・医療・介護・障害等機関）が集まり、地域資源を理解・共有、今後の地域包括ケア体制づくりのためのチームケア体制づくりについて検討、事例検証等を加え、体制図の作成から具体的な実施計画策定。

第2段階（方針の共有）

◎平成23・24年度 「町内外の機関、町住民向けの周知」

（規範的統合）

地域への周知にも取り組み、地域住民の理解を深めると同時に自助・互助・共助に関わる人の連携を図った。

第3段階（実践と評価）

（組織的統合、システム統合、規範的統合、臨床的統合）

◎平成24年度～ 「取組み開始」 導きだされた取組み開始。地域ケア会議等

◎平成25年度～ 「評価と見直し」 マインドツールにより取組みの評価へ

- 住民が自主的にいきいきしてきた ●介護給付費がここ2年800万、1400万円減少
- 認定率が過去最高27.0%が平成25年度末に16.9%へ減少

社会資源・支援体制 整理・開発表

- (1)包括的・継続的な地域包括ケアの実現のためにあつたらよいと思う社会資源を考えてみる。
 - (2)実際に存在する社会資源だが使われていない(気づかない、使いにくい)資源を見つける
 - (3)比較的すぐに取り組めることと、必要だが時間がかかることを分類する。
 - (4)実際の事例を使って検討することで、リアルな発想が広がる
 - (5)事例提出の抵抗感のない事例から取り組み始める。(事例から学びシステムを考える)
例)多くのかかわりで支援ができた事例、要介護4・5でも在宅生活を継続している事例、認知症で一人暮らしをしている事例など
- (6)個別事例から地域課題を抽出し、取組みの優先順位を決めることにつながる
- (7)市民や事業者と一緒にワークすることで、分析の段階で規範的統合が始まる。

	自助	互助	共助	公助
すでにある (発見)				
すぐできる				
時間がかかる				

優先順位をつけて
取組む

龍郷町のプレ地域ケア会議

2 G	すでにあるもの	すぐ出来そうなもの	時間がかかるもの
自 助	<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしさ(生き方、役割、意欲、覚悟) 趣味、友人、近所付合 ・希望、健康 ・役割(地域) ・宗教 ・経済、住まい力、仕事 ●島口方言が使える、特にターン ●認知があることを発信する力 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意欲、覚悟 ・ターンの受入(地域事業参加) ・情報提供 <p>・自分自身の生き方を周囲へ周知</p> <p>周囲に助けを求めることが出来るようになる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・次世代へ方言を伝承 ・家族の認知力、支援 ・本人や家族がしっかりと思いを伝えられる ・情報提供
互 助	<ul style="list-style-type: none"> ・経済的支え ●家族の力 ●移動販売、買物、手助 ・健康管理支援(サロン教室) ・地域力 ・隣人、友人、知人、集落 一部 区長、民生委員、推進員(情報、相談)、 <p>日常の援助 サポーター</p>	<p>安否確認</p> <p>仕事・経済力</p> <p>移動販売の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各集落での教室の開催 ・ゴミ出し、大掃除 ・情報提供の場 ・介護経験者のつながり ・家族の意欲、理解 ・情報提供 ・近隣の手伝い、支援、見守り、声かけ (日常生活の中で) ●ターン者の情報発信 <p>社協ボランティアコーディネーター、包括</p> <p>・専門職との連携</p> <p>・調整する力(ケアマネの支え)</p> <p>・灾害システム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・企業の協力(元、商店、会社)子供 110 番 ・行政、地域リーダー的存在的の確立 ・集落内での関わりを持てる人材の育成 ・介護力 ●認知症の理解と対応 近隣の理解、集落に商店がある 集落の高齢者の声が届く <p>ボランティアコーディネーターの ガンバル応援団手帳(地域人材資源)</p>
共 助	<ul style="list-style-type: none"> ・公民館活動 ・いきデイ ・全集落(マップ作り) ・健診 ・福祉避難所 ・地域個別支援、災害時 ・在宅医(消防、警察、役場、総務課、包括) ・サポート要請 (75 歳以上町内無料バス、浴場) ・ケアマネ研修 ・CM協議会、包括、保健所 ・訪問看護 ・介護保険サービス ・有償ヘルパー ・(入院、受診援助、泊り) <p>シルバー人材センター</p> <p>事業所 研修会</p>	<p>24H 相談窓口</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職の育成 ●駐在、店 ・チームケア ・成功例の一発信、把握、事業所間の連携 ・成功例からの情報共有理解 看取り事例の提供 ●地域ケア会議(その他の会議) ・社協との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しめる場所(健康ランド、サウナ、映画館) ・独居の受信や認知対応など病院での困りごとの話し合い、連携 <p>・シルバー人材センターの活用</p> <p>●認知症専門医との連携</p> <p>かかりつけ医</p>
公 助	<ul style="list-style-type: none"> ・公的年金 ●ターン相談窓口 ・障害手当 ・介護人手当 ・生活保護者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワーカーとの連携 ・小さい頃から介護について協力する 	<ul style="list-style-type: none"> ・推進員のバックアップ (社協、包括、ケアマネ、グループホーム) ・住まい、集落単位、空家 企画財政課

鹿児島県

いちき串木野市地域ケア会議活用推進事業(会議立ち上げ準備)H26年12月



4. 川崎市で中澤が取り組んでいる地域マネジメント

(1)市民(自助・互助)、事業者(共助)、行政(公助)協働による規範的統合

→★平成26年11月26日より、上記3者主催のセミナーを開催。参加者との規範的統合が進むとともに、準備段階における意識共有が進んだ。

(2)川崎区・高津区での機関連携会議(毎月1回)

→★ひとつの家庭の中で、児童・障害・高齢・外国人が同時に支援を必要する事例が多発

★地域包括支援センター、障害者相談支援センター、児童養護施設、病院、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、行政、在日外国人支援者、特別養護老人ホーム、障害者生活介護事業者、地域療育センターなどが集まり、事例を真ん中に、「地域で家庭を支援する」ための連携シミュレーションなどを行う会議を主催。市民・関係者向けセミナーも企画。

(3)一次相談機関の連携強化と縦割りを打破する

→★川崎市の障害者相談支援センター（28カ所：基幹7+地域21）の機能強化と業務の標準化を目的とした「川崎市障害者相談支援センター運営マニュアル（仮）」の作成に参画。「地域を基盤としたソーシャルワーク」機関化に取り組む。

●障害者の高齢化(高齢障害者)の増加

障害者が認知症など、加齢に伴う新たな生活課題、制度の相違、支援者の変更など

●複合的な課題を抱える家庭の増加

認知症の親、貧困の息子、日本語が不自由な外国人の妻と行方不明リストに載るそ

の子供の家庭への支援、小中学生が認知症祖父を介護、高齢者虐待と障害者虐待が同時発生



など

★川崎区・高津区で、年齢や制度、障害種別で縦割らない、「地域を基盤に家庭を支援」する事例検討連携会議を開催中

※参加者：児童養護施設、障害者相談支援センター、地域包括支援センター、病院SW、ケアマネジャー、区役所、市役所、特別養護老人ホーム、障害者生活介護事業者、在日外国人支援機関 など

5. まとめ

(1) 地域包括ケアシステムに対する“2つの誤解”を解くこと

→★以下の2つが大きな誤解

- ①地域包括ケアシステムは、介護保険・高齢者介護に特化したシステム
- ②人材難、予算難の時代に厚労省が生み出した非現実的な理想システム

(2) 成功事例からシステムづくりを進めてみる

→★地域のストレングスモデル

- ★「課題」・「点検」=ネガティブな印象。
- ★目標が見えると規範的統合が進めやすい。

(3) 社会福祉法人のポジションを利用した地域づくり

→★「主役は住民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛け人」

- ★社会福祉法人は、事例を真ん中に置いて縦（垂直）・横（水平）をつなぐにはベストポジション。自身の「縦割り性」を点検・修正し、水平的統合のマネジメントを担うべし。それが「社会貢献・地域貢献」への近道。

★業務提携、人材交流などで、法人同士の得意技を持ち寄れ。

(4) 「ワンストップ」は地域特性に応じた形で

→★川崎市など大規模な政令市では、1種類の総合相談窓口では対応しきれない。地域包括支援センター、障害者相談支援センター、児童家庭支援センターの3支援センターによるプラットホームを行政がマネジメントすることが有効

(5) 「縦割り」を「横割り」につなぐキーワード

→★「貧困」「精神」「事例」は、水平的統合への接着剤になる。

【地域包括ケア研究会】

普通の自治体が地域包括ケアシステムを構築するための 必要な方策のご提案（岐阜県大垣市）

平成27年12月18日(土)

岐阜県大垣市福祉部
高齢介護課長 篠 田 浩



1

【本日の内容】

①はじめに（大垣市のご紹介）

②問題意識（なぜ自治体は、地域包括ケアシステムの構築が進まないのか）

③地域包括ケアシステム構築の現状と課題（自治体版）

④地域包括ケアシステム構築の具体的な対応方法のご提案（自治体版）

（1）仮：地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）の設置

（2）介護保険事務の簡素化

（3）都道府県の役割の再定義（小規模町村への強力な支援）

⑤全世代対応型の地域包括ケアの推進

2

①はじめに(大垣市のご紹介)

3



岐阜県大垣市の概要

大垣市は、岐阜県の濃尾平野の西北部に位置する、人口約16万人の市です。

平成18年3月、近隣の上石津町、墨俣町との1市2町の合併(ダブル飛び地の合併)を行いました。

社会保障分野では、平成7年度に24時間ホームヘルプサービス事業に全国で初めて取り組むなど積極的に事業展開しております

※ Manionより転載

日常生活圏域の設定（平成27年4月～）

圏域名	行政区等
① 中央	興文、東、西、南
② 北	北、中川
③ 東・墨俣	和合、三城、墨俣
④ 北西	宇留生、赤坂、青墓
⑤ 西	南杭瀬、日新、静里、綾里、荒崎
⑥ 上石津	上石津
⑦ 東南	安井、洲本、浅草、川並
7圏域	



5

大垣市の基礎的データ

- ①人口 162,762人
- ②65歳以上の高齢者人口 41,031人
- ③高齢化率 25.2%
- ④75歳以上の高齢者人口 19,738人(12.1%)
- ⑤要介護認定者 7,026人
- ⑥日常生活圏域 6圏域 ⇒ 7圏域
- ⑦介護保険料(月額) 4,910円 ⇒ 5,560円
- ⑧地域包括支援センター 直営1箇所(基幹型)
委託3チーム(社会福祉協議会)
委託1チーム(社会福祉事業団)

6

大垣市の高齢者人口・要介護認定者の推計（各年度10月1日の推計）

区分	平成27年 (2015年)	平成28年	平成29年	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)
総人口	162,729人	162,503人	162,226人	154,852人	150,168人
65歳以上人口	41,655人	42,301人	42,879人	43,431人	43,496人
高齢化率	25.6%	26.0%	26.4%	28.0%	29.0%
要支援・要介護認定者	7,277人	7,539人	7,814人	8,833人	9,887人

7

第6期（平成27～29年度）の本市の介護保険運営の目標

◎高齢者が、できるかぎり住み慣れた地域で（あるいは住みたい場所において）尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるようにすること。

《具体的には》

○中重度者の要介護者や認知症高齢者への支援の更なる強化

- ・在宅の場合は、訪問診療、訪問看護（医療）と訪問介護（定期巡回・短時間訪問介護）をはじめとした介護保険サービスで、支援強化を図る。
- ・在宅介護の限界点を高める。
- ・そのためには、多職種連携が必要。（主治医とケアマネジャーの更なる連携が必要）

○いわゆる軽度者（要支援1・2、現在の二次予防対象者等）施策の充実

- ・総合事業の段階的充実
- ・住民参加型事業の推進+費用の効率化+個々のニーズへの対応

8

②問題意識(なぜ自治体は、地域包括ケアシステムの構築が進まないのか)

9

※なぜ自治体は、地域包括ケアシステムの構築が進まないのか

(いろいろなご指摘があります。)

- 介護保険事務の三大業務（介護認定、介護保険料徴収、介護給付の支払い）をこなすので精一杯。
- 窓口業務、電話業務がとても困難になって時間も、かかるようになった。
- 行政改革の一環で、職員が減ってしまった。
- 職員が2～3年で異動してしまう。
- 職員が介護現場を知らない。市役所（町役場・村役場）の中だけで仕事をしている。
- 本当は、外に出て、いろいろな地域の方に会う時間があればいいのに。（地域にでる時間がない。）
- 地域包括ケアシステム構築は、本当は、たいへん「おもしろいプロジェクト」なのに、それが理解されていない。
- 高齢福祉課（介護保険課）は、介護保険法と老人福祉法が担当事務である。
 - ⇒医療行政、住宅行政は、担当ではない。というか、庁内に担当する部署はない。（大都市を除く。）
 - ⇒介護予防は保健センターだ、生活支援は社会福祉協議会である等。
- 新しいことに取り組むことが苦手。あるいは行なったことがない。
- 意思決定が遅い、できるなら、したくない。
 - ⇒例えば、総合事業。課長は担当係長ができるのなら了解。担当係長は課長の指示なら動きます等。

※現段階で、できない理由は、いろいろあるかもしれません、本当に、そのまでいいのでしょうか。

本来、自治体は「地域住民の生活に責任をもつ存在です。」

あれこれ、できない理由を並べるのではなく、「現場に行って現状を理解し現実の内容を良くしていく」という考え方のもと、住民の期待に応える「地域包括ケアシステム」の構築を、地域のみなさんと一緒に往っていく方法を考え、実行していきませんか。

10

③地域包括ケアシステム構築の現状と課題(自治体版)

11

①地方自治体の規模、現状が、さまざま

- 現在、市町村数は、1,741自治体。介護保険者数は、1,579保険者。
- 総人口が、200人の青ヶ島村から、370万人の横浜市まで。

キーワード	都市部	地方
①高齢化率	今は高くない	高い
②高齢者数	多い(これからもっと多くなる)	少ない(高齢化率は高い)
③社会資源	多い	少ない(さらに仕掛けが必要)
④住まい	必ずしも持ち家に、こだわらない	持ち家にこだわる方が多い
⑤地域包括ケアに関する自治体の組織	とても多い。(パワーがあると同時に、調整、意思決定が難しい。)	少ない。(パワーは小さいが、比較的、調整、意思決定が早い。)



先進都市を視察に行っても、なかなか真似ができないという、ご指摘がある。
それは、当然、真似ができない。それぞれの自治体の現状（上記のキーワード）が
全く、違うから。
それぞれの、自治体の最新状態にあった、地域包括ケアシステムの構築を、オリジナルで
創っていくことが肝要。

12

②自治体職員は、地域包括ケアシステムの構築を、どのように思っているか。

- 業務が、とても多忙。（介護保険料の徴収、介護認定、介護給付の支払）
- 地域密着型サービス事務など、市町村事務が増えた。
- 窓口、電話業務が複雑、長時間化した。
- 職員数が減少している。病気の職員もいる。臨時職員が増えた。
- 業務に詳しい職員が、いなくなった。（異動で）
- （意識の問題）高齢福祉課や介護保険課の仕事は、老人福祉事務や介護保険事務である。
- 医療行政や住宅行政は、市町村の仕事ではなく、都道府県の仕事である。
(市町村は、市民病院や市営住宅の運営が仕事である。)
- 「ハツモノ」に弱い。手順書があるものは対応できるが、新しいシステムを構築していくのは苦手。
- 介護サービス等の現場が「見えない」
- すぎた人は、打たれる。（あまりにも高く、すぎた人は打たれない。多くの人と協働で、でれば打たれない。）



◎重要なポイント（地域包括ケアシステムの構築のために）

- ・法令で書いてあることしか、行なわないか。
- ・自治事務であることを、強く意識して、自分たちで考え行動できるか。

13

※参考：大垣市の現状（総人口、16万人、65歳以上の高齢者人口、41,000人）

- | | |
|----------------|--|
| 福祉部長
高齢介護課長 | <ul style="list-style-type: none">・庶務係（7名）
予算、法令、事業計画、運営協議会、指定管理、老人クラブ、シルバー人材、敬老祝金・給付係（7名）
介護保険料、保険給付費等の支払い・在宅福祉係（4名）
高齢者の在宅福祉サービス全般・介護支援係（14名）
地域包括ケアシステムの構築（総合事業、医療介護連携、認知症施策、生活支援）
介護認定、政策提案、地域包括支援センターの支援・地域包括支援センター（8名）
地域包括支援センターの運営（通常型＋基幹型）、政策提案 |
|----------------|--|

14

**※参考：地域包括ケアシステム構築のため、自治体職員は、どのように行動しているのか
(行動の「見えるか」)～24時間巡回型訪問介護モデル事業を実施したときの準備段階の例**

(1) 情報収集、目標設定

- ①このサービスは、本市の住民にとって有益なサービスかを分析
(高齢者ニーズ調査分析、特別養護老人ホームの待機者分析等)
- ②サービス利用者、訪問介護事業所、特別養護老人ホーム、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーとディスカッション
- ③モデル事業を実施していく財源の見通し

(2) 行政内における意思決定

- ①高齢福祉担当課内における意思決定
 - a. 担当者が係長にモデル事業の内容を説明し理解を得る。
 - b. 課長補佐説明(同じく理解を得る。)
 - c. 課長説明(同じく理解を得る。)
 - d. 職場の同僚に説明をし、理解を得る。
- ②福祉部としての意思決定
 - a. 福祉部長にモデル事業の内容を説明し理解を得る。(次長がいる場合は、先に次長説明をし、理解を得る。)
- ③関連部署の調整業務
 - a. 財政課に説明し理解を得る。(財政課福祉部担当、財政係長、財政課課長補佐、財政課長)
 - b. 総務部長に説明し理解を得る。(総務部長は財政課を所管する部長)
 - c. 政策調整担当課に説明し理解を得る。(政策調整担当課福祉部担当、係長、課長補佐、課長)
 - d. 企画部長に説明し理解を得る。(企画部長は政策調整担当課を所管する部長)
- ④自治体としての意思決定<／本モデル事業を実施するという意思決定>
 - a. 副市長に説明し理解を得る。(大規模都市では、福祉部担当の副市長と、財政担当課の副市長が2名いる場合があるので両方に説明が必要。)
 - b. 市長に説明し理解を得る。
 - c. 稟議書を担当課が作成し、合議の上、決裁を受ける。

15

(3) 行政内における事前準備

- ①モデル事業実施のための補正予算の編成(高齢福祉担当課と財政課)
- ②モデル事業実施のための実施要綱の作成(高齢福祉担当課と行政管理担当課)

(4) 議会の同意

- ①議会の担当委員会(例:文教厚生委員会)の委員長、副委員長に説明し理解を得る。
- ②議会の各派の幹事長に説明し理解を得る。
- ③議長、副議長に説明し理解を得る。
- ④担当委員会(例:文教厚生委員会)において、正式に説明し同意を得る。
- ⑤本会議で正式に説明し予算案を可決していただく。(案件によっては、条例の可決)

(5) 関係者への説明

- ①急性期病院(基幹病院)への説明
 - a.病院関係者(モデル事業関係者)への説明(医師、退院調整看護師、退院調整社会福祉士、MSW、病棟看護師、医療福祉相談室長、看護師長、事務局庶務課長、医師)
b.(必要に応じて)管理者へ説明(事務局長、看護部長、副院長、院長)
- ②ケアマネジャー協会への説明
 - a.ケアマネジャー協会への説明(事務局長、会長、副会長)
 - b.ケアマネジャー協会として、本モデル事業に参加することの意思決定
※自治体によっては、ケアマネジャー協会がなく、個々のケアマネジャーに、本モデル事業の参加を要請する場合もある。
- ③都市医師会への説明(会長、副会長、担当理事、事務局長)
- ④地域包括支援センターへの説明
- ⑤関係団体への説明:介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会

16

④地域包括ケアシステム構築の具体的な対応方法のご提案(自治体版)

18

そもそも、地域包括ケアシステムが構築されている自治体とは、どういうところでしょうか



パターン① 自治体が中心となり、地域包括ケアシステムを構築している地域
(例) 東京都武蔵野市、埼玉県和光市など

パターン② 大規模な医療法人や社会福祉法人が中心となり、地域包括ケアシステムを構築している地域
(例) 新潟県長岡市、長野県上田市など

パターン③ 地域の関係諸団体と自治体が協働で、地域包括ケアシステムを構築している地域
☆多くの自治体が目指すべきところ

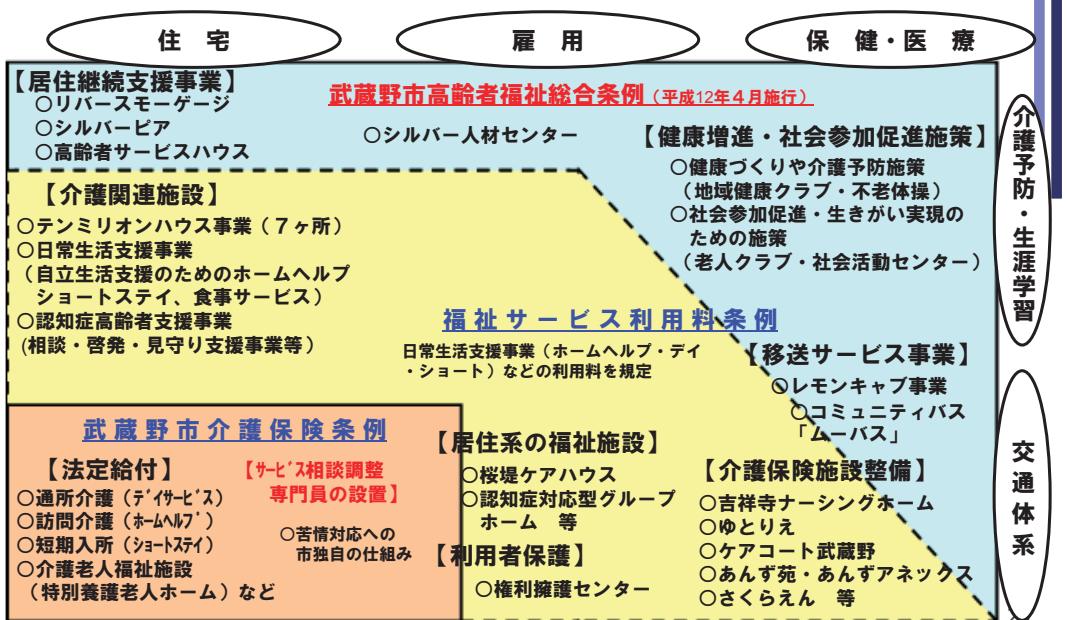
19

地域包括ケアシステムが構築されている具体的な自治体
(東京都武蔵野市、埼玉県和光市の事例)

20

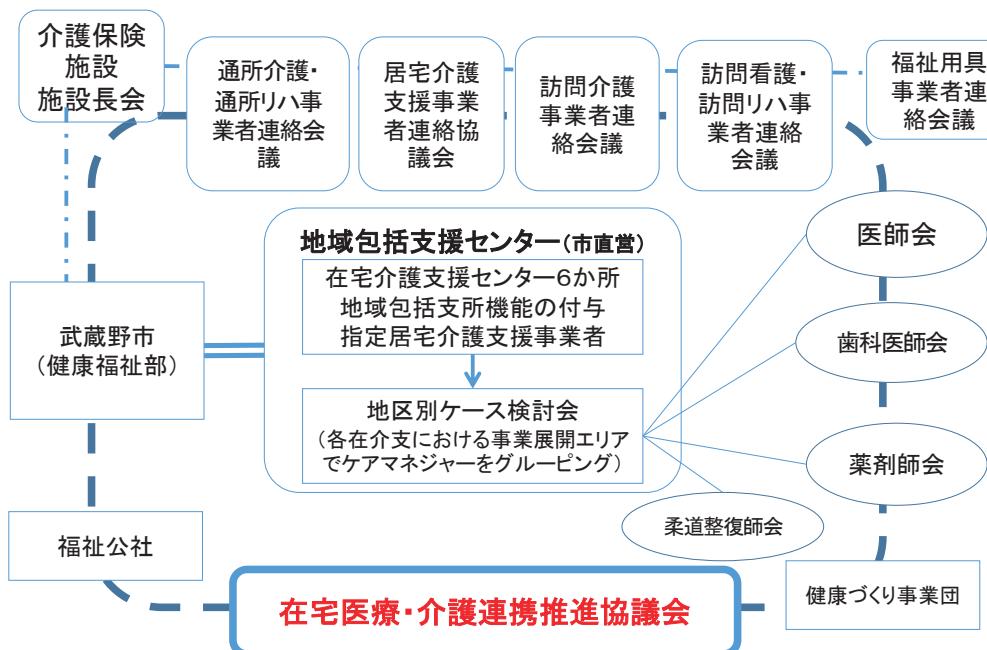
武蔵野市
笹井部長資料

武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている



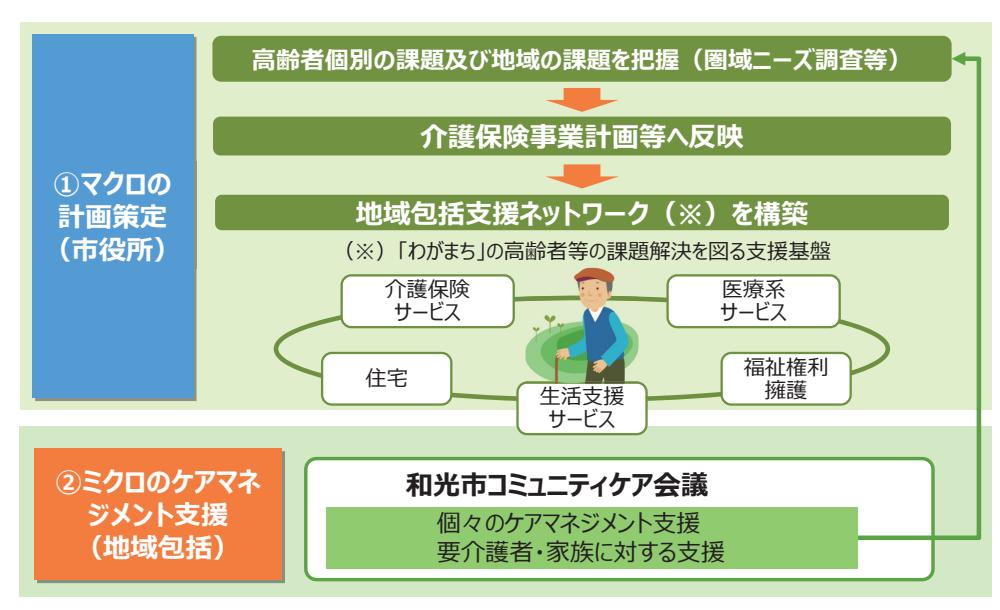
21

武藏野市介護保険事業者支援・連携団



22

和光市の地域包括ケアシステムの構築



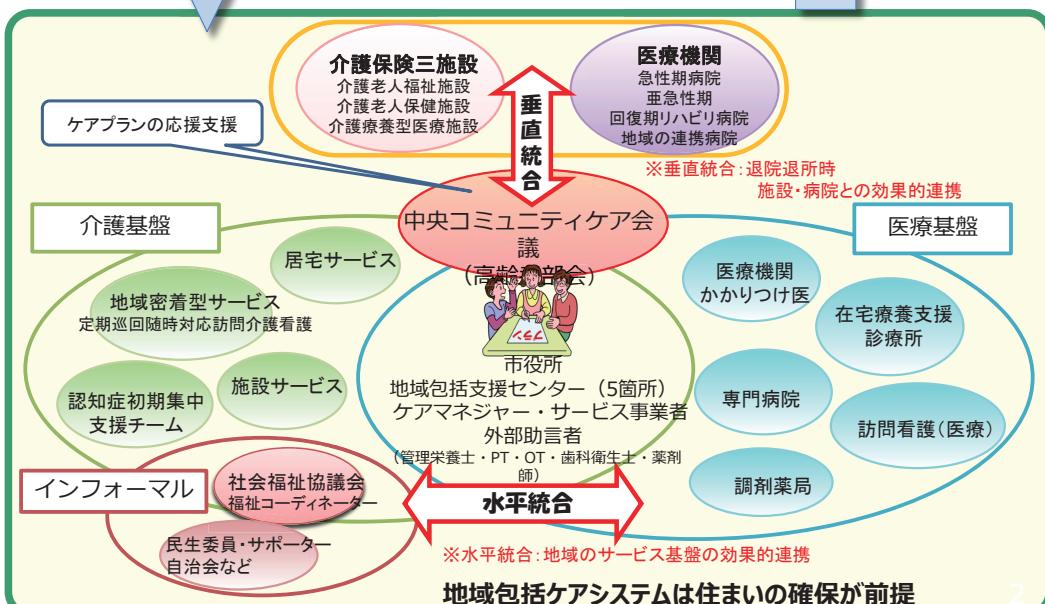
23

他制度・多職種の連携（高齢者）

すべての部署がアセスメントを行い、複合的な課題が発見された場合は、他制度・他職種のチームケアにより一體的な支援を提供し、解決を図る。



複合的・潜在的な課題の発見が迅速になり、必要サービスを適切に受けられる。

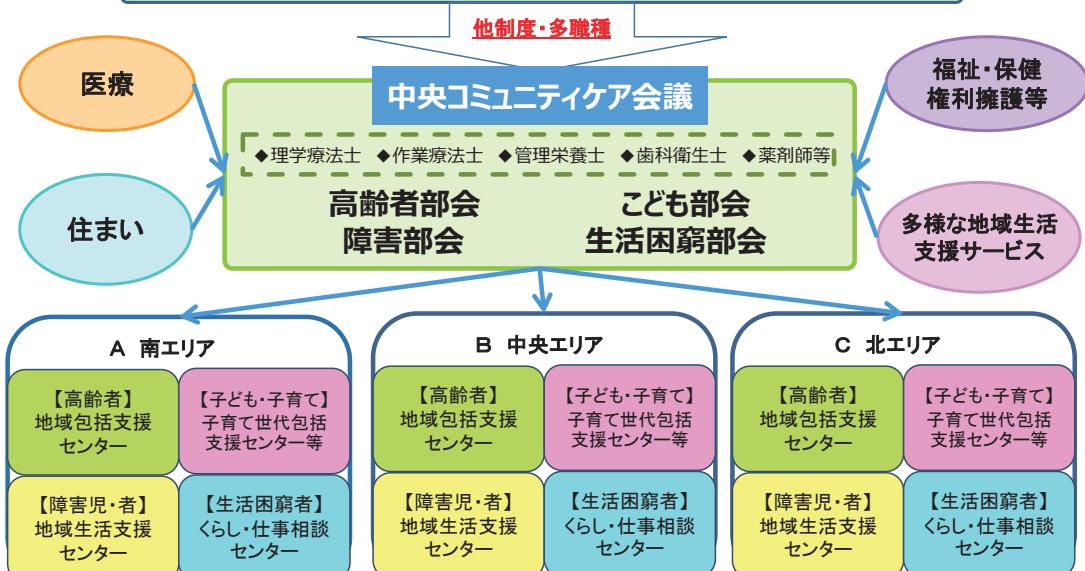


2

24

和光市各種ケアマネジメントの一元化（平成30年）イメージ

和光市 保健福祉部 福祉政策課 総合相談支援調整担当

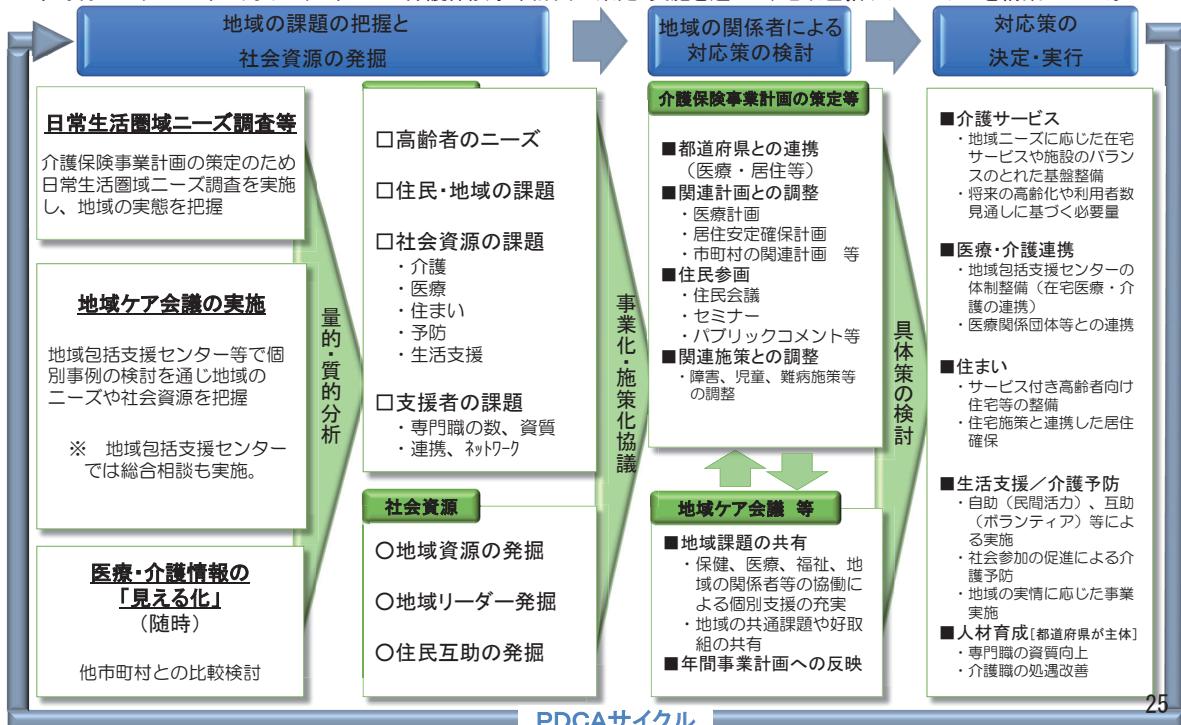


各事業計画にケアマネジメント実施機関の機能を明確に位置づけ

25

地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

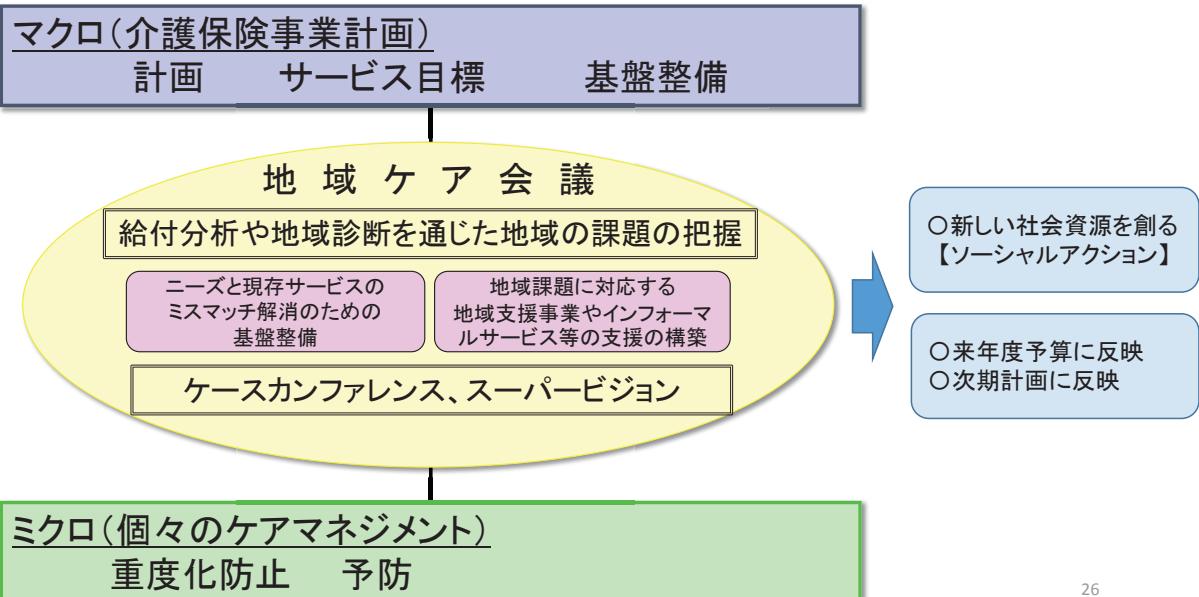
市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域包括ケアシステムを構築していく。



25

地域の課題に対応する地域の実践と計画策定

より地域の課題に応える介護サービスの展開(地域包括ケアの実現)を進めていくためには、個別ケースのカンファレンスやスーパービジョンを通じた経験の蓄積を基に、日常生活圏域レベルでの給付分析や地域診断を通じた地域の課題の把握を日常的に行い、その実践を介護保険事業計画に組み込んでいくことが求められる。



26

保険者機能の具体的な内容



[第1段階] 地域を把握する

[第2段階] 考え方を共有する

[第3段階] 実際に取り組む

- 1. 将来像の把握
- 2. 現在の給付状況の把握
- 3. 事業計画の進捗状況の把握
- 4. 地域密着型サービス事業所
- 5. 地域包括支援センター
- 6. 介護支援専門員及びその他の専門職
- 7. 医療・介護の連携
- 8. 認知症対策
- 9. 介護予防・日常生活支援

総合的な保険者機能

[第1段階]地域を把握する

	中分類	小分類
1	2025年における地域（保険者・日常生活圏域）の姿を推計する。	1-1 地域の課題の規模を把握するため、2025年までの認知症高齢者数や単身世帯数を日常生活圏域単位で推計する。
		1-2 人口動態の自然増減による推計に加え、地域支援事業や、重度化予防など、保険者としての取組の効果を勘案した要介護者数を日常生活圏域単位で推計する。
		1-3 2025年に向けた保険料の推計を行う。
2	介護保険給付の分析を行う。	2-1 介護保険給付の状況の月次モニタリングを実施する。 2-2 給付状況について、他市町村との比較等を通じて、日常生活圏域単位のサービス利用特性を把握する。 2-3 給付状況の分析を通じて、サービス利用の特性を把握し、サービス利用の妥当性を評価する。
3	介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検する。	3-1 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検し、運営協議会等に報告する。 3-2 目標に対して未達成であった場合に、具体的な対策を講ずる。

28

[第2段階]考え方を共有する

	中分類	小分類
4	自治体（保険者）として、地域密着型サービス事業所に保険者の基本方針を伝え、共有する。	4-1 地域内のすべての地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して実地指導を行う。 4-2 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して保険者の方針を伝え、共有する機会を設ける。 4-3 地域内の地域密着型（介護予防）サービス事業所が実施するサービスに対する評価を行う。
5	自治体（保険者）として、地域包括支援センターに保険者の基本方針を伝え、共有する。	5-1 地域包括支援センターの運営方針を定め、地域包括支援センターに提示する。 5-2 地域包括支援センターの業務内容を点検し、その結果をもとに、改善に向けた取り組みを行う。
6	自治体（保険者）として、介護支援専門員等の専門職に保険者の基本方針を伝え、共有する。	6-1 管轄内の事業所に所属する介護支援専門員に対する評価を実施し、現状と課題（ケアプランの状況、介護支援専門員が抱えている課題）を把握する。 6-2 医療と介護の連携、多職種連携など、地域包括ケアシステムの構築に資する研修会を主催または企画実施し、その内容の評価を行う。 6-3 介護支援専門員から相談のあった「支援困難ケース」について、関連機関を集めたカンファレンスまたは地域ケア会議を開催し、問題解決を図る。

[第3段階]実際に取り組む

	中分類	小分類
7	自治体（保険者）として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たす。	7-1 医療と介護の連携を推進するために、地域連携（クリティカル）パスを作成し、地域内で活用する。 7-2 在宅医療を推進するため、医療機関と協働した独自の施策、事業を実施する（在宅医療相談窓口など）。
8	自治体（保険者）として、認知症対策について主体的な役割を果たす。	8-1 認知症に関する市民の理解を促進するための取組を行なう。（認知症サポーター養成、小中学校での認知症の学習など） 8-2 認知症対策に関して、独自の取組みを行なう。（認知症高齢者の見守り事業、ネットワーク構成など）
9	自治体（保険者）として、地域におけるボランティアやNPO、住民による活動に対する支援に関して主体的な役割を果たす。	9-1 介護予防に関して、保険者独自の取組みを行なう。（住民主体の介護予防教室の企画立案、実施など） 9-2 生活支援に関して、介護保険サービス以外の地域資源を発見あるいは創出し、地域の中で活用する独自の取組を行なう。

29

※詳しくは

老人保健健康増進等事業(平成25年度)
「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究」

http://www.murc.ip/uploads/2014/05/koukai_140513_c1.pdf

29

(1) 仮：地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）の設置

(1) 現在の課題

（人口10万人程度の一般的な市役所の担当組織）

高齢福祉課（介護保険課）―― 執務係

高齢者福祉係

保険給付（保険料）係

介護認定係

※総合事業、生活支援、認知症施策、在宅医療介護
連携など、平成26年の地域医療介護総合確保法
に対応する係（部署）が少ないので現状。
医療や住まいとの連携する部署も少ない。

(2) 仮：地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）設置の趣旨

意欲のある自治体は、自らの判断で、「現状を分析し将来を予測し、わがまちにとって必要な地域包括ケアシステム構築」のため、PDCAを行なう部署や人を配置している。

しかし、それはあくまで少数であり、大部分の自治体は苦戦して進まないのが現状である。

そこで、（仮）地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）を全市区町村に設置し、自治体にとって危機がくる前に、強力に地域包括ケアを推進することが趣旨です。

31

(3) 仮：地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）の概要案

- （仮）地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）は、全市区町村に配置するものとする。
- おおむね、人口10万人程度に1人配置する。
そのため、小規模自治体の共同設置、政令市の各区ごとの設置も考えられる。
- （仮）地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）設置事業は、地域支援事業の必須事業とする。
- （仮）地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）は、職務権限のある担当部長、担当課長、担当課長補佐などが望ましい。

(4) 仮：地域包括ケア推進マネジャー（自治体版）の役割

- ①わがまちの地域包括ケア推進のためのビジョンの策定
- ②わがまちの現状分析（高齢者ニーズ調査、介護サービスの分析、介護サービス以外の社会資源の分析、介護人材の分析等）
- ③わがまちの将来予測
- ④地域包括ケア計画の策定（現在の介護保険事業計画と、かなりの部分が同じ）
- ⑤地域包括ケア計画のPDCA
- ⑥市役所（町役場、村役場）内の調整
- ⑦医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護サービス事業者協議会、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、介護者の会、社会福祉法人、医療法人、NPO法人等の地域の関係諸団体との調整
- ⑧地域包括ケア推進のためのアクション（介護人材確保策、新たな社会資源の創出等）
- ⑨地域の関係団体への広報活動
- ⑩市長（町長・村長）、議会への定期的な説明・報告

32

(2) 介護保険事務の簡素化

①要介護認定について

- 30日以内に認定がでない場合の処分延期通知の簡素化
- （運用面の問題）介護認定調査票のチェックに、あまりにも膨大な時間をかけている。⇒改善の必要あり
- （運用面の問題）自治体によって、認定調査票の特記事項を多く書いてください。とか短く書いてくださいとか対応がバラバラ。⇒改善の必要あり
- （運用面の問題）何度も変更申請をしてくる利用者に対して。500円程度の一部負担を求めては。
- 認定有効期間の延長
→一律24ヶ月とか、最大36ヶ月とかの提案はあるが、介護保険の本来の趣旨は、できるだけ短い時間で、自立支援を図ること。それを考えると有効期間の延長は趣旨にあっているか。

②保険料の徴収

- 特別徴収は徴収率が高くて当然。
- 問題は、普通徴収への対応。
- 現在は、65歳に到達すると、介護保険料の納入を納入切符でお願いする。
その後、特別徴収に切り替えるまでに、最短6ヶ月かかる。その6ヶ月の間の介護保険料徴収が困難を極める場合がある。そのため、できるだけ短い時間で特別徴収に切り替えることができないか。

33

③介護報酬

- 平成12年度に比べて、介護報酬の仕組みが、たいへん複雑になった。
- 加算、減算が増えているのが要因であるが、簡易な仕組みにならないか。
⇒事務負担の軽減にはなると思われるが、質の高い介護サービスの提供という理念に反するのではないか。

④事業所指定

- 地域密着型サービスの指定、指導事務が、たいへん煩雑。
(例) 運営規定や役員が変更になると、法人ごとではなく、単位の事業所ごとに膨大な書類が提出される。
⇒簡素化が必要
- 小規模な自治体（町・村）では、地域密着型サービス指定、指導事務に十分な人員を配置できないし、ノウハウが蓄積されていかない。
⇒都道府県により広域対応が必要。



☆簡素化できるところは、積極的に行ない、人員を地域包括ケアの推進に重点配置すべき。

34

老人保健健康増進等事業（平成25年度） 「介護保険事業における事務負担の軽減に関する調査研究」

[http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c7.pdf#search=%E4%B8%89%E8%8F%B1ufj%E3%83%AA%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%83%81%E3%82%B3%E3%83%B3%E3%82%B5%E3%83%AB%E3%83%86%E3%82%A3%E3%83%B3%E3%82%80+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA+%E4%BA%8B%E5%8B%99%E3%81%AE%E7%B0%A1%E7%B4%A0%E5%8C%96'](http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c7.pdf#search=%E4%B8%89%E8%8F%B1ufj%E3%83%AA%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%83%81%E3%82%B3%E3%83%B3%E3%82%B5%E3%83%AB%E3%83%86%E3%82%A3%E3%83%B3%E3%82%80+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA+%E4%BA%8B%E5%8B%99%E3%81%AE%E7%B0%A1%E7%B4%A0%E5%8C%96)

35

(3) 都道府県の役割の再定義(小規模町村への強力な支援)

① 介護保険分野における、都道府県事務の縮小

- ・ 介護保険事業所の指定、指導 ⇒ 政令市、中核市に移譲
- ・ 地域密着型サービスの指定、指導 ⇒ 最初から、市町村の事務となった
- ・ 地域包括支援センターの指定、指導 ⇒ 最初から、市町村の事務となった
- ・ (今後、予定される市町村事務) 小規模デイサービス、居宅介護支援事業所の指定、指導事務

② 小規模自治体（町・村）に対しての都道府県による積極的支援

- (例) 介護認定業務、地域密着型サービスの指定・指導事務は、専門職員確保の観点からも、都道府県対応が必要ではないか。
⇒ 小規模自治体では、現実問題、対応が難しい。
- 在宅医療介護連携、認知症初期集中支援チームなど専門的技術を要することは、都道府県の積極的な関与が必要。（小規模自治体では対応が難しい。）

36

⑤ 全世代対応型の地域包括ケアの推進

37

①相談対応の現場から

高齢者は地域包括支援センター、障がい者は障がい者支援センターと、それぞれの対応しているのではなく、認知症高齢者を介護している家族が、精神障がいで、その子どもが知的障がいなど、複数ニーズへの対応が求められるケースが増加している。

②サービス提供の現場から

介護保険法と障害者総合支援法のサービスの内容は、一緒ではないが、重なる部分も多い。本来の介護サービスは年齢に関係なく、介護ニーズのある方に提供するのが肝要であり、0歳から介護サービスへの対応は全世代型にするのが望ましい。まず、はじめの一歩としては、介護保険と障害者総合支援の共通した介護サービスから、共通の介護サービスとして提供する仕組みを研究できないでしょうか。

③制度の運営者としては安定した財源が必要

自治体にとっては、安定した財源が、制度運営にとって必要不可欠。

38

地域包括ケアシステム構築は、本来、とても楽しいプロジェクト！

※地域のみなさんと協働で、新しい社会資源を創るのは、とても、おもしろい仕事

事例：「ライフサポート事業」について



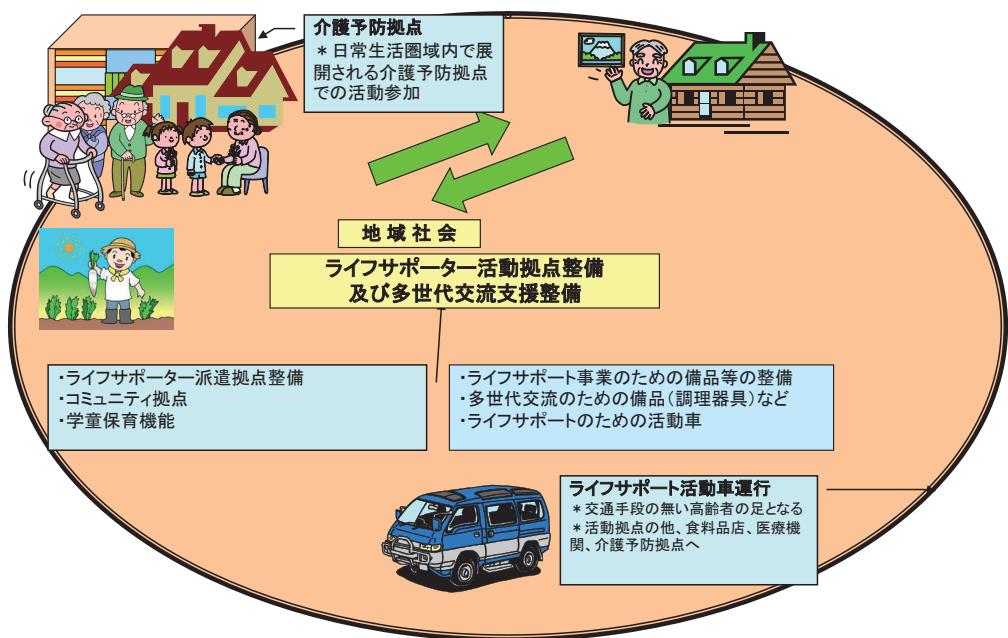
ライフサポート事業とは

介護保険では対応できない、様々なニーズに対して、インフォーマルサービスとしてそのニーズを満たす地域住民の相互扶助活動。



38

ライフサポーターの活動について (活動拠点の整備)



39

どんなものを創りましょうか?



☆こんな感じになりました



40

ライフサポート事業って、何のこと？

介護保険制度では対応出来なかった事柄（※）について、サポーターさん（有償ボランティア）が対応するサービスです。

※例えば、訪問介護（ヘルパー）では、下記の要望は対応出来ません。

*普段、利用していない部屋の掃除

*電球の交換

*話し相手 など

ライフサポート事業では、具体的に何をしてくれるの？

現在、下記のようなサービスを行っています。

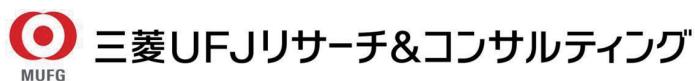
- ①家事（掃除、洗濯、調理など）
- ②庭の手入れ（草むしり、庭木の剪定）
- ③話し相手
- ④安否確認
- ⑤簡易な修理、修繕
- ⑥ペットのお世話
- ⑦車椅子での散歩や病院の付き添い等、外出同行 など

<地域包括ケア研究会報告>

広島県地域包括ケアロードマップ策定支援事業

広島県における地域包括ケアシステム構築

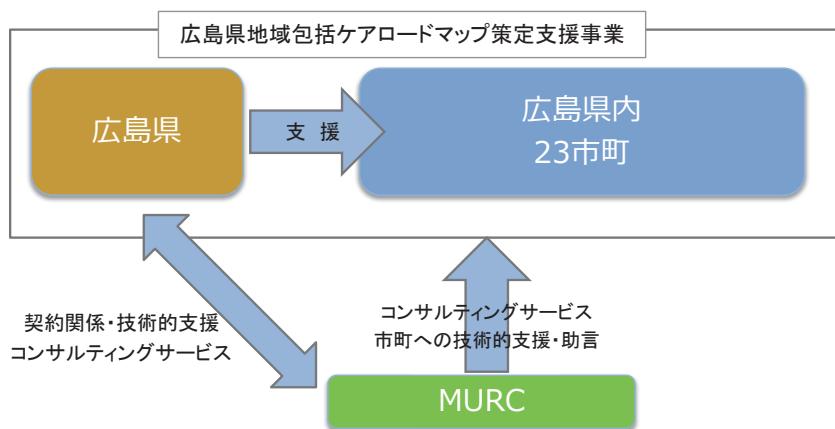
平成27年8月19日



三菱UFJの広島県への関わり

■ 広島県における地域包括ケアシステム構築における市町支援

- 広島県地域包括ケア推進センター（センター長：山口昇先生）
 - ◆ 地域包括ケアシステムの構築に資する専門職の市町村への派遣等を実施。
- 広島県医療・介護・保健情報総合分析システム（通称：エミタス）
 - 医療レセプト・介護レセプトデータの統合。広島県版見える化システム
- 地域包括ケアロードマップ策定支援事業（MURC受託：平成24-26年度）
 - 「見える化」「日常生活圏域単位のデータ解析」「継続的な勉強会の開催」「廉価なニーズ調査の開発・提供」「課題分析→地域包括ケアロードマップ策定」
 - 介護人材調査、生活支援調査実施中（MURC自主事業として広島県内の市町が任意に参加中）



広島県における3年間の取組

平成24年度事業

平成25年度事業

平成26年度事業

地域の把握

考え方の共有化＜規範的統合＞

＜取組の具体的プロセス＞

地域包括ケア資源調査

- **生活実態調査（現・地域生活ニーズ調査）**：要介護認定を活用した地域データベース作成のための調査。
- **ケアバランス指標**：地域包括ケアシステムの構築に向けた評価指標の一つとして開発。
- **地域診断カルテ**：日常生活圏域単位のサービス利用状況、地域資源の状況を整理した資料の作成。

地域包括ケア市町会議

- **市町会議**：地域包括ケアシステムの構築に向けた共通認識を持つためゲストスピーカー講演も含めた7回の会議を開催。「在宅限界点」「生活支援」「介護予防」「多職種連携」「保険者機能」などがキーワードに。
- **地域生活ニーズ調査**：旧生活実態調査を強化する形で再度実施。在宅が限界が迎える要因として「排泄介助」「BPSD」が解決すべき課題として明らかに。

地域包括ケアロードマップ

- **地域包括ケアロードマップ策定**：各市町単位でのロードマップを策定。プロジェクトの明確化と到達までのプロセスを構造化。



平成27～29年度

各地域における取組の本格化

2/36

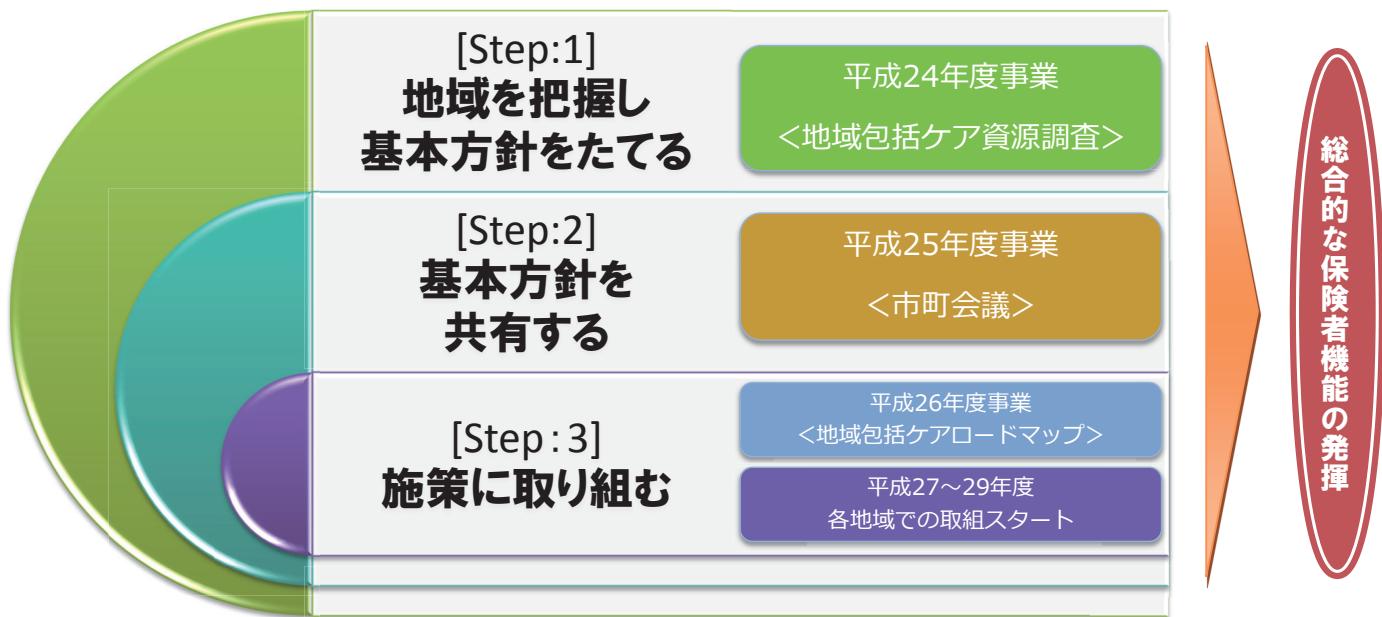
保険者の役割



資料)三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」(平成25年厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)を広島県版に加筆修正。

3/36

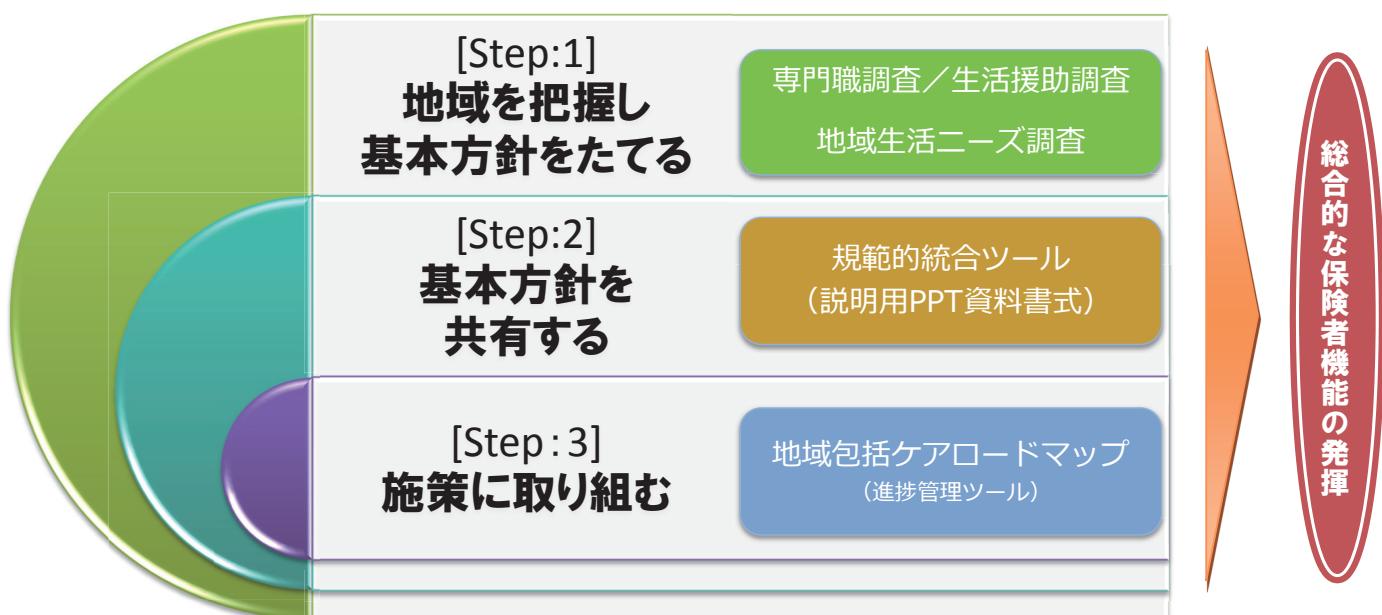
保険者の役割と3年間の事業



資料)三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社

4/36

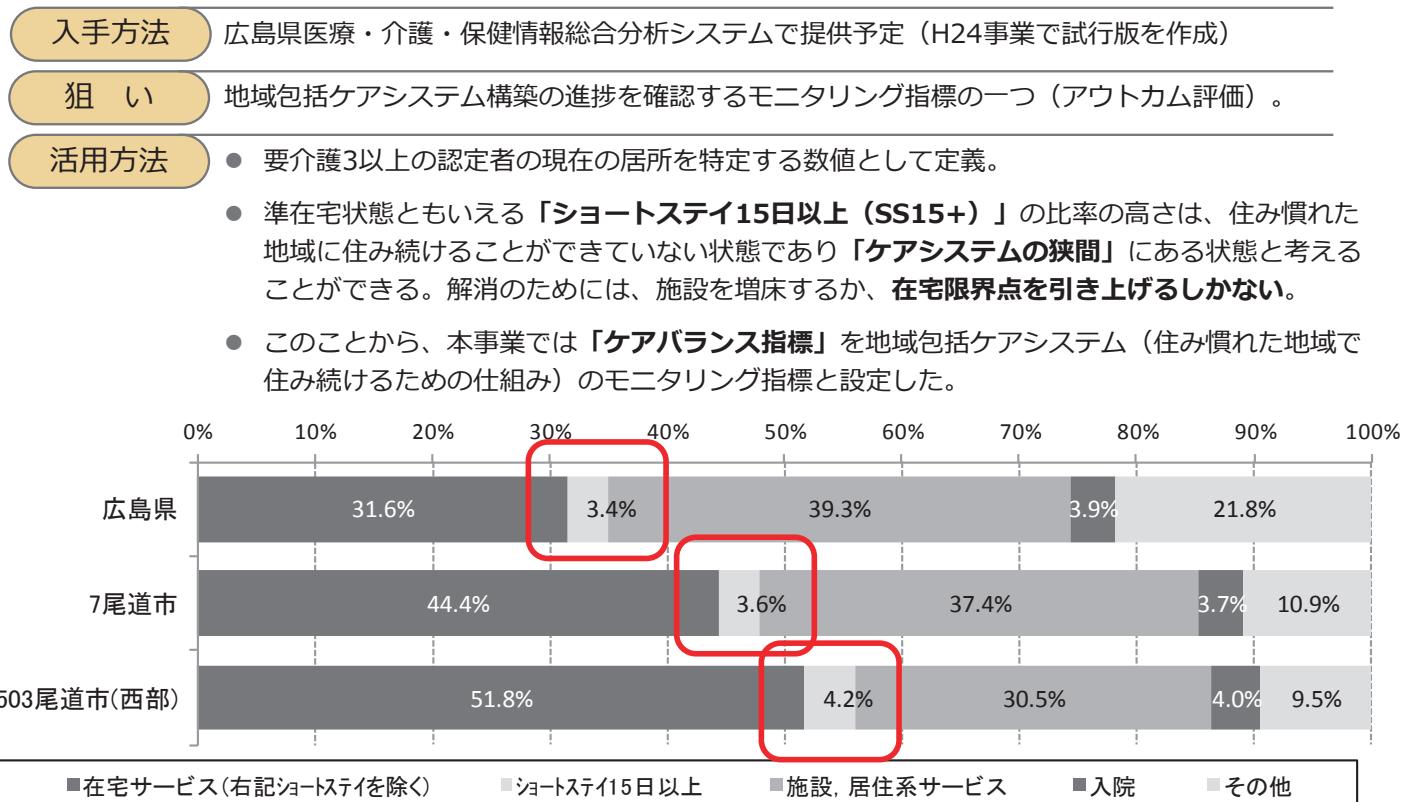
保険者の役割と「ツール」との関係性



資料)三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社

5/36

ケアバランス指標：地域包括ケアシステムの進捗モニタリング指標の1つとして

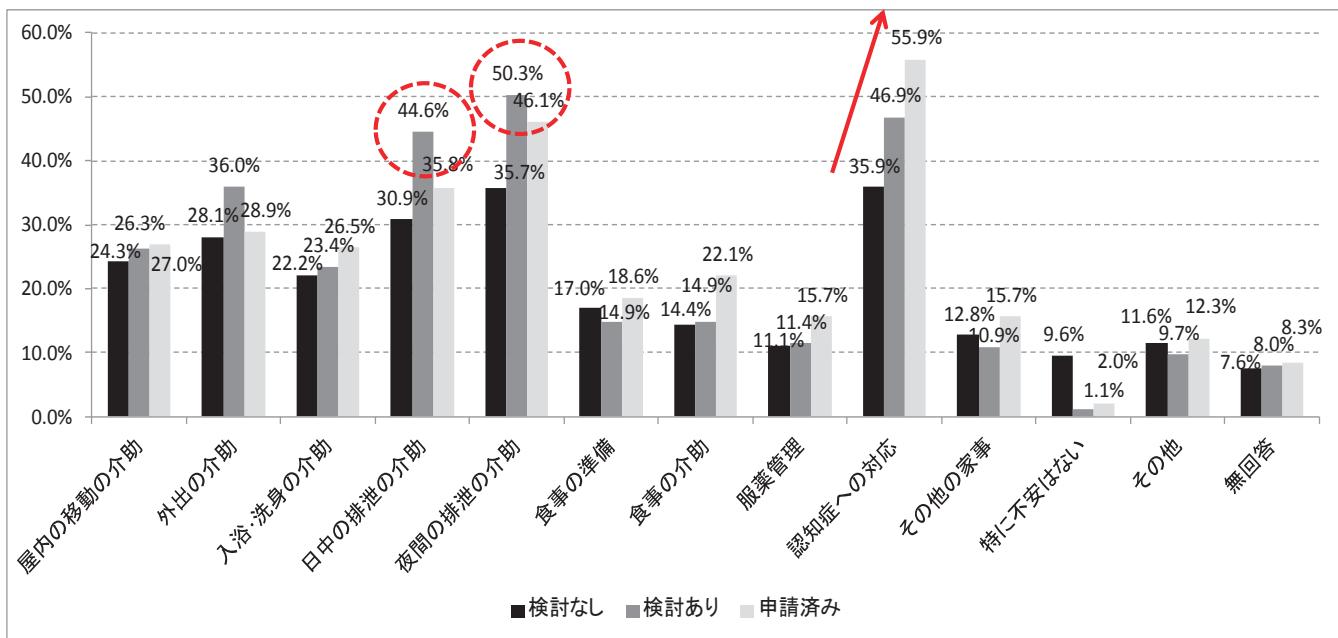


ケアバランス指標（凡例）

- 在宅サービス（ショートステイ15日以上利用を除く。）**
 - 居宅サービスを利用しながら、在宅で生活継続している層（住宅改修及び特定福祉用具販売のみの利用者は除外）
 - 在宅介護の質や居宅サービス利用の過不足は評価できない。
- ショートステイ15日以上（SS15+）**
 - 一ヶ月当たりのショートステイの利用日数が15日以上になる利用者数を特定しており、現実的に在宅継続が困難な層と考えることができる。
 - この層をどのように解消するかは、地域の優先課題。「施設増床」または「在宅限界点向上」で解消するが、施設増床が望めない中では「在宅限界点向上」が唯一の方策である。
 - したがって地域包括ケアシステムの構築においては、「SS15+」を上昇させないことが、当面の現実的な目標の一つとなりうるのではないか。
- 施設、居住系サービス**
 - 特養、老健、療養、特定施設、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特養（サ高住等は除く）。
- 入院**
 - 医療保険適用の病床に入院（一般病床への入院も含む。）
- その他**
 - 家族介護又は自費によるサービス利用によって在宅生活を継続している可能性が高い。

提示したデータの例：介護負担と在宅限界点：排泄とBPSDへの対応がカギ

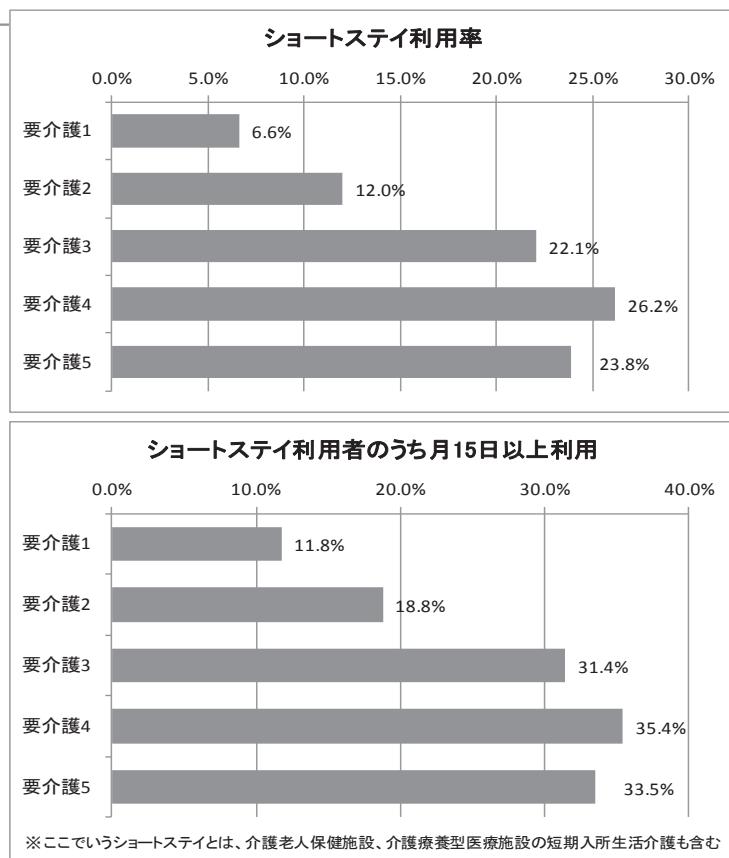
図表 将来的に不安のある介護と施設等検討状況(夫婦のみ世帯+その他世帯 介3以上)



資料)平成25年度「地域生活ニーズ調査」(広島県)

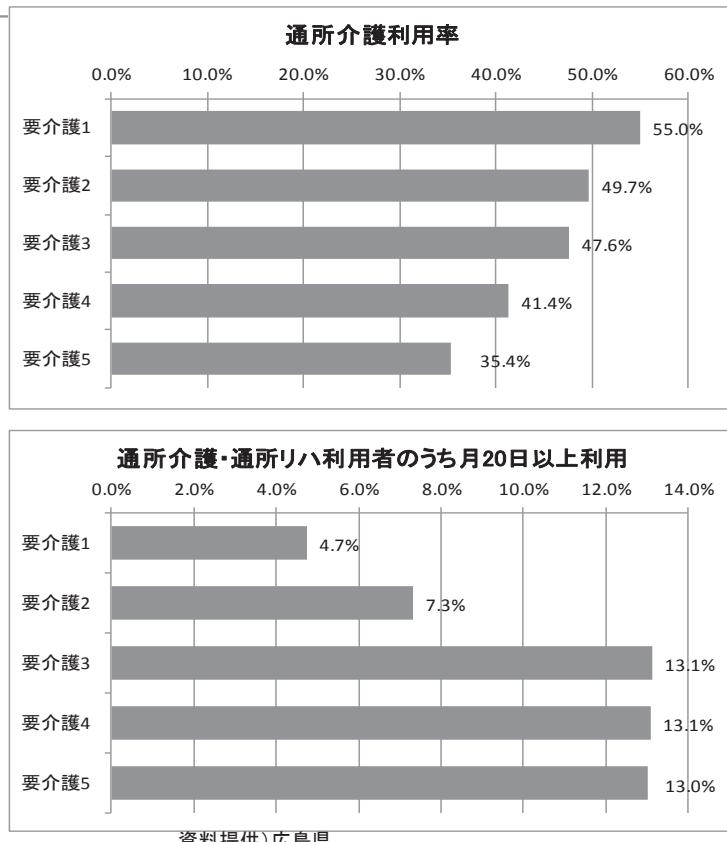
8/36

提示したデータの例：居宅サービスの利用状況（ショート）



資料提供)広島県 9/36

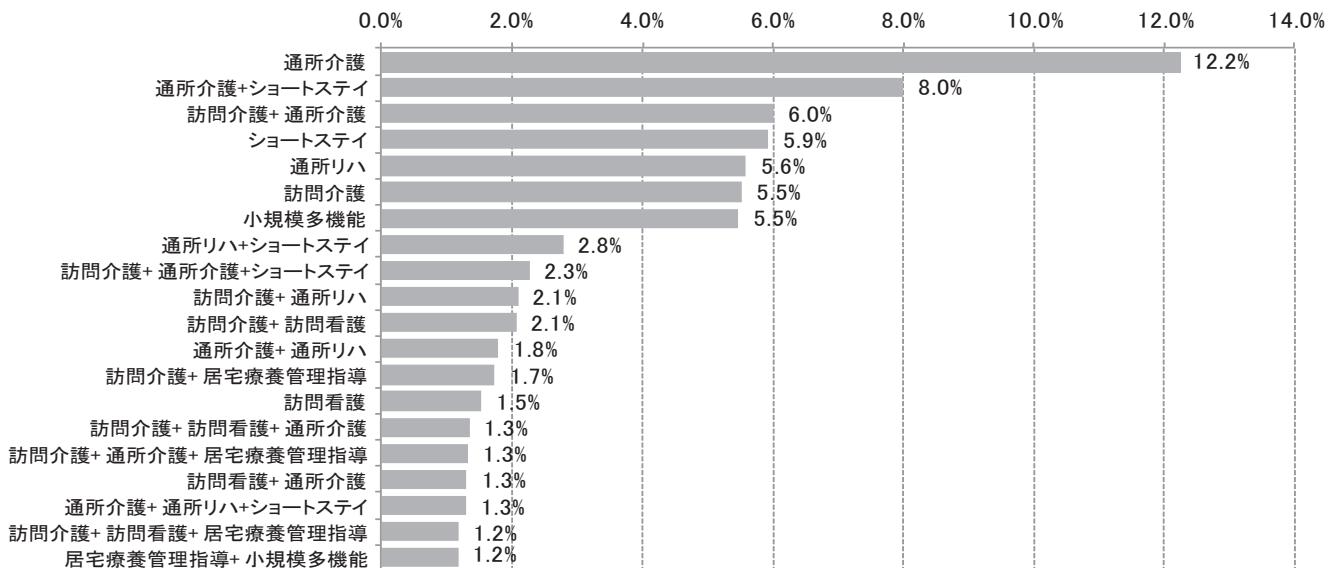
提示したデータの例：居宅サービスの利用状況（通所系）



10/36

提示したデータの例：居宅サービスの利用状況（居宅要介護3以上の組み合わせ）

<要介護3以上>



資料提供)広島県

11/36

地域包括ケアロードマップ（PDM）の狙い

■ 「なぜ取り組むのか？」を明確にする

- 多くの事業は「事業目的」で「この事業は何を目的にしているのか？」を明示しているが、「なぜその取組が必要なのか？」については、不明瞭なことが多い。
- 地域包括ケアの取り組む課題の多くは複合的であり、単一の取組では解消できないことが多い。ロードマップは「問題解決に向けた全体構造のどの部分を担っているのか？」を認識するためのツールといえる。

■ 関係者間で取組の進捗と方向性を共有するためのツール

- ロードマップは、行政、専門職など、地域の関係者間（特に事業の直接の参加者や管理運営者）で、認識を共有化することを主たる目的としている。
- 特に対行政では人事異動によって、担当者が定期的に交代するため、単に取組を外形的に引き継ぐのではなく、目的意識や背景要因を理解するために用いられるツールといえる。

■ 定期的な見直しが必要

- 進捗管理ツールとして活用することから、最低でも半年毎の進捗確認と見直しが必要。

■ 他テーマについても作成を強く推奨

- 本来、地域包括ケアロードマップは在宅生活を妨げる、ありとあらゆる課題に対して策定する必要があるが、本事業では各地域で1分野を特定して作成した。今後、取組を確実に進捗させ、地域包括ケアシステムを実効性のあるものにするため、他の課題についても同様の策定を強く推奨。

市町名	○○市	プロジェクト名	た生活支援・身体介護の充実による在宅支援機能の強化
対象地域	全城	ターゲットグループ	要支援・要介護高齢者
		期間	3年
プロジェクトの要約	指標	指標データ入手手段	外部条件
■上位目標 【県及び市町共通の目標】 可能な限り、住み慣れた地域での有能な能力に応じた日常生活を営むことができる!	✓ ケアバランス指標 施設入所の申込・検討者の割合 ✓	✓ 広島県医療・介護・保健情報総合分析システム 地域生活ニーズ調査	
■プロジェクトの目標 効率的な支援・サービスの提供体制の構築により、生活支援・身体介護の両面で在宅サービスが充実する	✓ 訪問介護における身 体介護の提供比率 ✓ 介護給付・予防給付 (総合事業の「現行 相当」以外の生活支 援サービスを利用す る高齢者の割合	✓ 介護給付データ ✓ 地域生活ニーズ調査	✓ その他の居宅サービ スの整備、医療・介 護の連携が進む ✓ 在宅生活が難しい高 齢者を受け入れる機 点が形成される ✓ アセスメントに基づ き、自立支援に資す るケアマネジメント が行われる
■アウトプット 1. 効率的な支援・サービ スの提供体制の必 要性を、住民・事業者 が認識している 2. 既存の介護職以外に 生活支援の扱い手が 確保される 3. 既存の介護職が身体 介護の面でスキルア ップが図られる	✓ 介護給付・予防給付 以外の資源の活用が 必要と考える高齢 者・事業者の割合 ✓ 生活支援サービスの 提供に関わる扱い手 の数 ✓ 身体介護のスキルア ップを図る研修を受 けたヘルパー数	* 町独自調査 ✓ 高齢者実態調査* ✓ 生活支援サービスに 関する実態調査* ✓ 訪問介護事業所を対 象としたアンケート 調査*	✓ ケアマネジャーが効 率的な提供体制の必 要性を理解している ✓ ケアマネジャーが介 護給付・予防給付以 外の生活支援サービ スを把握しており、 ケアマネジメントに 反映している

地域包括ケアロードマップのサンプル

PDM:Project Design Matrixの略。プロジェクトの目標と問題構造、取組内容、成果を客観的に確認しつつ、プロジェクトの進捗を管理するためのツール。

日本では国際協力機構の運用が有名。ロードマップは、広島県版PDMとして、より簡素化した様式で作成した。

12/36

ロードマップのプロジェクト目標は、国の政策に整合している

2025年に向けた 地域包括ケアシステムの構築

認知症施策
の推進

在宅医療・介護
連携の推進

介護予防・日常生活支援総合事業

生活支援体制整備事業

13/36

地域包括ケアロードマップ 報告会

地域包括ケアシステム構築に向けた各種ツールの紹介

以下は、広島県における「地域包括ケアロードマップ支援事業」において作成したツールおよび資料を整理したもの。



地域包括ケアロードマップ 調査ツール等

- 1. 地域生活ニーズ調査**
- 2. 介護人材調査**
- 3. 規範的統合ツール（PPT資料）**

1. 地域生活ニーズ調査

16/36

【1. 地域生活ニーズ調査】

1. 地域生活ニーズ調査が必要となる背景

- 地域包括ケアロードマップの上位目標である「可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた日常生活を営むことができる」の達成に向けては、**在宅生活の継続を阻害する要因を客観的に把握**し、目標の達成に向けて必要となるサービス・サポート体制を地域に整備していくことが重要
- さらに、各市町村のロードマップについて、その進捗状況を P D C A サイクルにより適切に評価していくためには、市町として「どのような取組を行ったか（活動）」ではなく**「どのような成果があったか（アウトプット・目標）」**を、継続して把握していくことが重要
- しかしながら、**従来のアンケート調査では、「心身の状態・生活状況についての客観的な情報を得ることが困難」、「調査票の回収率が低い」、「調査費用が膨大」などの問題から、上述のような「客観的な情報の把握」や「P D C A サイクルによる適切な評価」が困難な状況が多くみられた**
- そこで、**「地域生活ニーズ調査」** →次ページへ

17/36

2. 地域生活ニーズ調査とは？

調査・分析の概要		想定される効果
調査の方法	要介護認定の調査時に実施 (地域生活ニーズ調査のための質問を、認定調査時に追加で行う)	<ul style="list-style-type: none"> 更新のための調査が一定期間ごとに訪れるため、継続したモニタリングが可能 既存の認定調査時に実施することで、追加で行う調査の負担を最小限に抑えられる 要介護認定者については、ほぼ100%の回収が期待される
調査者	認定調査員	<ul style="list-style-type: none"> 心身の状態、生活状況について、認定調査員による客観的な情報収集が可能
調査対象者	本人・家族等	<ul style="list-style-type: none"> 別居の家族等や担当のケアマネジャーも同席するケースが多いことから、本人以外からの情報収集も可能
分析方法	被保険者番号にて、「要介護認定調査結果」と「地域生活ニーズ調査」を結合させて分析を行う	<ul style="list-style-type: none"> 「要介護度」や「認知症日常生活自立度」、「サービスの利用状況」など、客観的に把握された対象者の心身状態などと、地域生活ニーズ調査で把握された「日常の生活状況」や「施設等への入所・入居希望」などを併せた分析が可能

18/36

3. 想定される調査内容

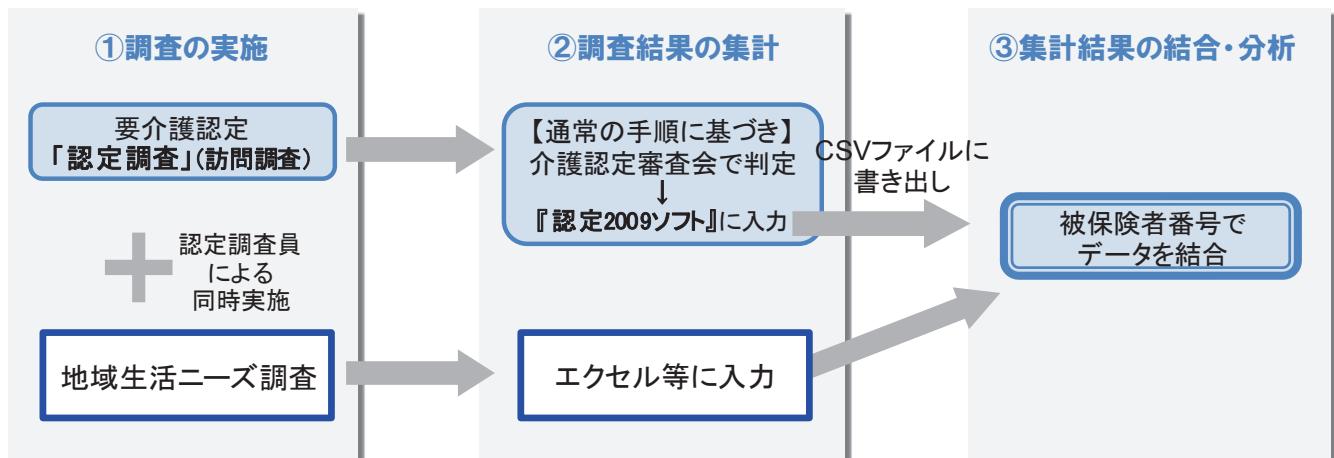
調査項目	選択肢	調査の狙い
◎ 世帯類型 (概況調査)	<ul style="list-style-type: none"> ・単身世帯（家族等近居） ・単身世帯（近居以外） ・夫婦のみ世帯、・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯類型ごとに抱えている課題やサービスの利用状況が異なるなど、在宅生活を支えるために必要なサービス、サポートには違いがみられる
◎ 日中独居の有無 (概況調査)	<ul style="list-style-type: none"> ・ある ・ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯類型のみでなく、重要なのは日中に介護を頼める人がいるかどうかという視点 ・例えば、「介護を頼める人（ヘルパー等も含む）が、そばに4時間以上いない日が、週に一日もありますか」など
日中・夜間の 排泄の方法・場所 (基本調査_排尿、排便)	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレで ・ポータブルトイレ又は尿器に ・オムツ等に、・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の介助は、家族等介護者にとって不安が大きい ・「トイレで」排泄できる割合を高めることは、在宅限界点の向上に大きく影響する
保険外の生活支援サービス の利用 (基本調査_食事摂取、 買い物)	<ul style="list-style-type: none"> ・配食サービス（食／週） ・洗濯代行サービス ・通信販売など、・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・限られた地域資源を効果的、効率的に活用していくため、保険外の生活支援サービスの利用が重要となる ・地域資源の有無と実際の利用状況を比較することで、地域に足りない資源を特定するための基礎情報として利用可能
歯磨き等の頻度 (基本調査_口腔清潔)	<ul style="list-style-type: none"> ・1日に1回以上 ・2～3日に1回程度 ・3日に1回未満 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域において重度化予防を推進していく場合に、ターゲットを絞り込むためのデータとして活用が可能であるとともに、取組の成果を測るための指標ともなる
薬の飲み忘れ (基本調査_内服の管理)	<ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどない ・時々ある（週に2～3回程度） ・頻繁にある、・処方されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・同上
◎ 施設入所・入居の 検討状況 (概況調査)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所・入居は検討していない ・入所・入居を検討している ・すでに入所・入居申し込みをしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所・入居の検討段階についても把握可能であるとともに、世帯類型やサービス利用との関係から、軽度の状態で在宅生活の継続が困難になるケースの特徴を分析することが可能 ・在宅生活の継続に向けた地域の目標指標の1つにもなる

◎は優先順位高

19/36

5. 分析手法

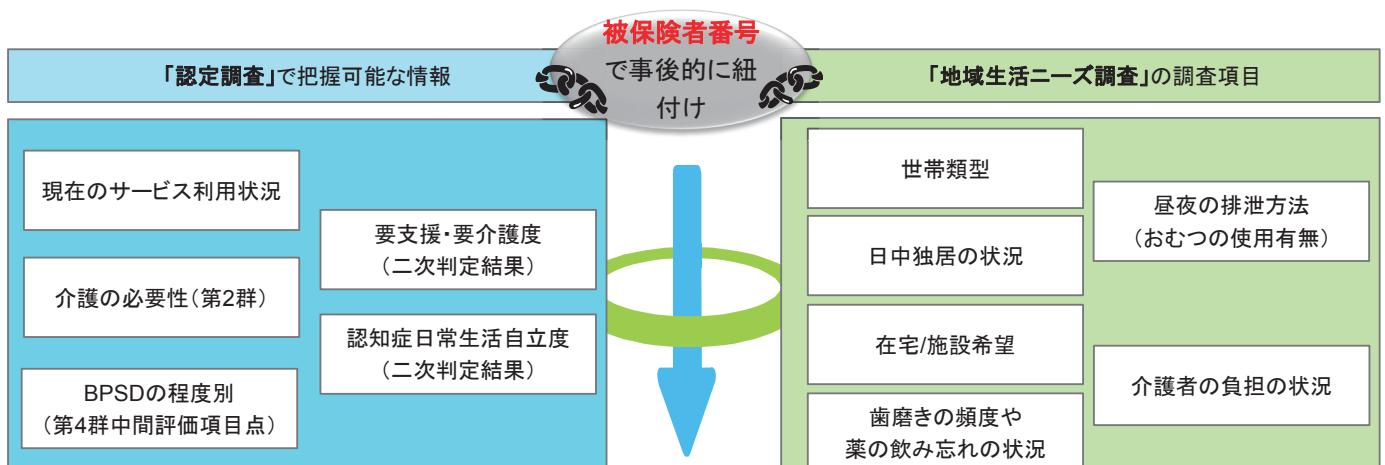
- 調査は「要介護認定調査」の際に、調査員により同時に実施。その際に、追加の調査項目と合わせて「被保険者番号」を聴取する。
- 追加で調査した結果を、別途エクセル等に入力
- 介護認定審査会での審査結果を、認定ソフト2009からCSVファイルで書き出す
- 「認定調査の結果」と「地域生活ニーズ調査の結果」を被保険者番号で紐付けする



20/36

6. 紐付けされたデータベースのイメージ

- エクセル等で紐付けされたデータベースは、「ピボットテーブル」などの機能を用いてクロス集計を行うことが可能。



分析例

- 排泄に介助が必要な方や、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の方等で、日中に介護者がいらない人はどの程度いるのか？
- 施設を希望している方について、現状で居宅サービスが十分に活用されているか？
- 施設を希望している方の世帯類型やサービスの利用状況の特徴は何か？

21/36

6. 分析の例① 世帯類型別・要介護度別のサービス利用の状況

- 「夫婦のみ世帯」では、軽中度においてサービス未利用の割合が高い
- 「訪問系」は「夫婦のみ世帯」と、特に「その他世帯」の利用割合が低い
- 「その他世帯」と「夫婦のみ世帯」では、軽中度では「通所系」と「短期系」などの利用割合が高く、重度になるととくに「短期系」の利用割合が高くなる

図表 世帯類型別・要介護度別・サービス利用の組合せ

サービスの組合せ	支1～介1			介2～介3			介4～介5		
	単身 (n=2,253)	夫婦のみ (n=1,376)	その他 (n=2,505)	単身 (n=457)	夫婦のみ (n=568)	その他 (n=1,151)	単身 (n=83)	夫婦のみ (n=162)	その他 (n=371)
未利用	16.6%	30.7%	22.5%	6.8%	15.5%	9.1%	1.2%	5.6%	5.7%
訪問系のみ	27.7%	19.5%	8.7%	20.8%	16.5%	8.6%	28.9%	22.2%	16.4%
通所系のみ	31.1%	39.2%	58.0%	19.3%	37.5%	46.7%	14.5%	21.0%	19.4%
短期系のみ	0.3%	0.0%	0.3%	1.1%	0.7%	2.3%	8.4%	1.2%	6.2%
小規模含む	0.7%	1.2%	1.2%	3.3%	2.6%	2.8%	3.6%	3.7%	3.8%
訪問+通所	22.4%	8.5%	6.5%	38.1%	20.4%	13.8%	19.3%	27.2%	16.7%
訪問+短期	0.2%	0.1%	0.0%	0.9%	0.5%	0.7%	1.2%	2.5%	3.2%
通所+短期	0.6%	0.6%	2.6%	5.9%	3.9%	13.6%	13.3%	8.0%	18.6%
訪+通+短	0.4%	0.0%	0.2%	3.7%	2.3%	2.3%	9.6%	8.6%	10.0%
その他	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

22/36

6. 分析の例② 世帯類型別・要介護度別・施設等検討状況

- 「単身世帯」では、要介護1で最初の申請がはじまり、要介護3で施設等を検討する割合が大幅に増加し、要介護4で申請済み割合が大幅に増加する。要介護度1の軽度の段階で施設を申請するケースと、中度で検討を開始し、重度で申請に到るケースの2パターンに分かれる
- 「夫婦のみ世帯」では、要介護度4で突然申請割合が増加し、検討中の段階が少ない。サービス未利用の「夫婦のみ世帯」で、介護者の健康状態の悪化等により、外部のサービスが必要となっても、対応しきれず施設の申請に至ってしまうケースなどが懸念される

図表 要介護度別の施設等検討状況(単身世帯)

	割合			増減		
	検討なし	検討あり	申請済み	検討なし	検討あり	申請済み
要支援1 (n=854)	80.3%	16.0%	3.6%			
要支援2 (n=808)	76.5%	18.4%	5.1%	-3.8%	2.4%	1.4%
要介護1 (n=521)	67.9%	17.7%	14.4%	-8.5%	-0.8%	9.3%
要介護2 (n=318)	60.7%	21.4%	17.9%	-7.3%	3.7%	3.5%
要介護3 (n=121)	44.6%	29.8%	25.6%	-16.1%	8.4%	7.7%
要介護4 (n=52)	46.2%	15.4%	38.5%	1.5%	-14.4%	12.8%
要介護5 (n=29)	58.6%	20.7%	20.7%	12.5%	5.3%	-17.8%
総計 (n=2,703)	72.0%	18.3%	9.7%			

←介1で最初に申請が始まる
←介3で「検討なし」が大幅に減少する
←介4で「検討」から「申請」に到る
←介5ではむしろ「検討なし」の割合が増える

図表 要介護度別の施設等検討状況(夫婦のみ世帯)

	割合			増減		
	検討なし	検討あり	申請済み	検討なし	検討あり	申請済み
要支援1 (n=494)	89.9%	8.5%	1.6%			
要支援2 (n=426)	86.6%	11.7%	1.6%	-3.3%	3.2%	0.0%
要介護1 (n=414)	82.6%	12.8%	4.6%	-4.0%	1.1%	2.9%
要介護2 (n=357)	76.2%	15.4%	8.4%	-6.4%	2.6%	3.8%
要介護3 (n=187)	70.1%	17.1%	12.8%	-6.1%	1.7%	4.4%
要介護4 (n=75)	58.7%	16.0%	25.3%	-11.4%	-1.1%	12.5%
要介護5 (n=81)	66.7%	13.6%	19.8%	8.0%	-2.4%	-5.6%
総計 (n=2,034)	81.4%	12.5%	6.0%			

←介4で申請が急増する
検討段階がなく、突然申請に到る

23/36

6. 分析の例② 世帯類型別・要介護度別・施設等検討状況

○「その他世帯」は、「単身世帯」と傾向が似ており、要介護1で最初の申請が始まり、要介護3で検討・申請が多くなり、要介護4でさらに施設申請が進む

図表 要介護度別の施設等検討状況(その他世帯)

	割合			増減		
	検討なし	検討あり	申請済み	検討なし	検討あり	申請済み
要支援1 (n=710)	92.1%	6.5%	1.4%			
要支援2 (n=830)	90.1%	8.7%	1.2%	-2.0%	2.2%	-0.2%
要介護1 (n=899)	80.5%	11.2%	8.2%	-9.6%	2.6%	7.0%
要介護2 (n=723)	75.2%	13.6%	11.2%	-5.3%	2.3%	3.0%
要介護3 (n=397)	63.5%	18.1%	18.4%	-11.8%	4.6%	7.2%
要介護4 (n=206)	54.9%	19.4%	25.7%	-8.6%	1.3%	7.3%
要介護5 (n=153)	68.6%	9.8%	21.6%	13.8%	-9.6%	-4.2%
総計 (n=3,918)	81.4%	12.5%	6.0%			

←介1で最初に申請が始まる

←介3～4にかけて、「検討なし」から「検討」「申請」に移る

24/36

2. 介護人材調査

25/36

【介護人材調査の目的】

- 本調査は、地域包括ケアシステムの構築に向けた将来のサービス提供のあり方を「介護人材」の観点から検討するために、各市町内の訪問介護員、介護職員の属性やサービス提供状況を明らかにすることを目的として実施する。

【調査の構成と調査目的】

- 本調査は、「A票：訪問介護員・介護職員調査」、「B票：生活援助調査」の2つの調査票で構成。それぞれの調査の具体的な目的は以下の通り。

A票：訪問介護員・介護職員調査	B票：生活援助調査
<ul style="list-style-type: none"> ● 「訪問介護員・介護職員調査」は、地域の中の介護職員の属性を具体的に把握するための調査。 ● 介護人材不足はどの市町にとっても共通の課題。今後、さらに生産年齢人口（担い手）が減少していく局面において、具体的な人材確保対策を検討していくために、現在の介護人材の状況を正確に把握することが必須（見える化）。 ● 具体的には、現在の介護人材の年齢や資格、経験年数、勤務形態等を把握し、将来の介護ニーズに対して、どの程度の担い手が必要なのか（不足するのか）、生活援助サービスの提供をどこまで専門職が担うことができるのか（どの程度、生活援助サービスを担う非専門職を育成する必要があるか）、といった将来推計を行うことを目的とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 「生活援助調査」は、地域内の訪問系サービスにおける訪問介護員の生活援助サービスの提供状況を把握するための調査。 ● 具体的には、訪問介護員に対して、訪問回数、身体／生活援助提供時間を把握し、外出しすることができる生活援助のボリュームはどの程度あるのか、「訪問介護員・介護職員調査」と紐付けることで、どの年齢層がどの程度の生活援助を提供しているのか、といったデータを収集し、総合事業のサービス・支援（A類型、B類型）の整備目標を検討する際の客観的なデータ収集を目的とする。

26/36

【調査対象】

- それぞれの調査の対象となる介護事業所、対象者は以下の通り。

	A票：訪問介護員・介護職員調査	B票：生活援助調査
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護員 ● 介護職員 	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護員
対象となる介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護 ● 訪問入浴 ● 通所介護 ● 通所リハビリテーション ● 短期入所療養・生活介護 ● 特定施設入居者生活介護 ● 福祉用具貸与・特定福祉用具販売 ● 定期巡回・随时対応型訪問介護看護 ● 夜間対応型訪問介護 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症対応型通所介護 ● 小規模多機能型居宅介護 ● 認知症対応型共同生活介護 ● 地域密着型特定施設入所者生活介護 ● 看護小規模多機能型居宅介護 ● 地域密着型介護老人福祉施設 ● 介護老人福祉施設 ● 介護老人保健施設 ● 介護療養医療施設

※市町内の介護人材の状況を具体的な数値として把握することを目的としていることから、上記した介護事業所、対象者に対して原則、**悉皆調査**とします。悉皆調査が困難な場合は抽出調査とし、母数から全体の状況を推計することとなります。

※訪問介護員：指定介護事業所に勤務し、高齢者等の住まいを訪問して身体介護や生活援助を提供する者

※介護職員：訪問介護員以外の指定介護事業所に勤務し、身体介護や生活援助を提供する者

27/36

【調査票】

- 別添資料を参照

【実施方法】

- 対象となる介護事業所に対して、A、B調査票を配布し、該当する職員記入の上、回収を行う。配布、回収の方法については、対象となる介護事業所への郵送法を想定しているが、具体的な方法については各市町によるものとする。

【実施する調査の選択】

- 本調査はA、Bの調査票で構成されていますが、実施する調査は、各市町の目的等に応じて以下の選択が可能。
 - ① 「A票：訪問介護員・介護職員調査」、「B票：生活援助調査」を実施
 - ② 「B票：訪問介護員・介護援助調査」のみ実施
- A、B票の両方を実施し紐付けることで、例えば、正規若年層／非正規高年齢層で生活援助を提供している人材がどの程度いるのか、といった分析が可能となる。

【回収調査票の入力・集計】

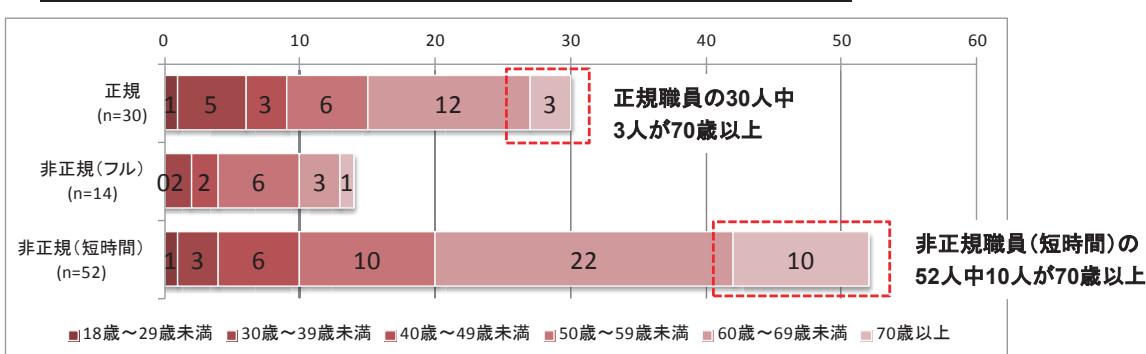
- 調査票は、選択肢のチェックおよび数値記入のみで構成させ、OCR（光学文字認識）による自動入力が可能な仕様としている。

28/36

【分析の例】 -訪問介護員・介護職員調査-】

- ① 地域内の訪問介護事業の訪問介護員の雇用形態別年齢構成

⇒ 将来のニーズに対してどの程度の人材確保が必要なのかの検討が可能



【給付データより（訪問介護）】

要支援者：100人	→月 400回訪問
要介護1,2：120人	→月1,800回訪問
要介護3↑：50人	→月1,500回訪問
合計	→月3,700回訪問

2015年現在：訪問介護員70人で月3,700回
⇒ 一人1日当たり約2.7回訪問

※2025年の認定者（推計）
の増減より、必要となる
訪問回数を推計

要支援者：130人	→月 520回訪問
要介護1,2：150人	→月2,250回訪問
要介護3↑：75人	→月2,250回訪問
合計	→月5,020回訪問

2025年推計：訪問介護員61人で月5,020回
⇒ 一人1日当たり約4.1回訪問

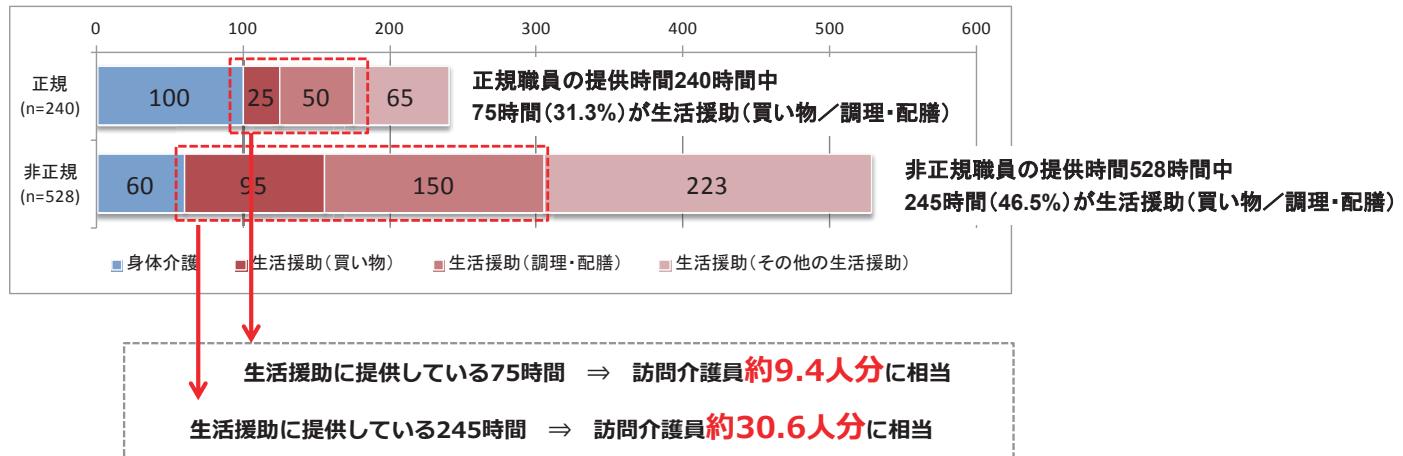
2015年水準にするには**約93人(+32人)**必要

短時間身体にシフト・・・、生活援助の介護保険外、総合事業等への外出し・・・、若年層の人材確保・・・／などの具体的な検討へ 29/36

【分析の例 - 生活援助調査 -】

② 地域内の訪問介護員が提供する生活援助時間

⇒ 介護保険外又は総合事業等でどの程度のサービス・支援量が必要なのかの検討が可能



■ 上記した生活援助時間のうち、どの程度を介護保険外、総合事業等に切り出すことが出来るか

例えば) 40歳までの介護職員が提供している部分は切り出し、その分の人材を身体に振り分ける

例えば) 介護福祉士が提供している部分を切り出し、その人材を身体に振り分ける
(※いずれもA票とB票を紐付けることで分析が可能)

→ このうち15人分の切り出しが可能（介護保険外又は総合事業等で必要なサービス・支援量）と推計すると、
残りの17人分について、他の方法で人材確保が必要ということも具体的に推計できる

30/36

3. 規範的統合ツール（PPT資料）

- 資料の構成 -

1. 2025年の姿

- ①支える側の減少、支えられる側の増加
- ②行き場を失う認定者数
- ③介護人材の不足と高齢化

- ねらい -

【危機感の共有】

※地域生活ニーズ調査、介護人材調査等の活用

2. 他市町と比べた特徴

- ケアバランス指標の比較
- 訪問介護の生活援助提供比率
- サービス利用状況の特徴／等

他市町と比較した
資源（強み）・課題（弱み）の把握
※地域生活ニーズ調査、介護人材調査等の活用

3. 今後の取組の方向性

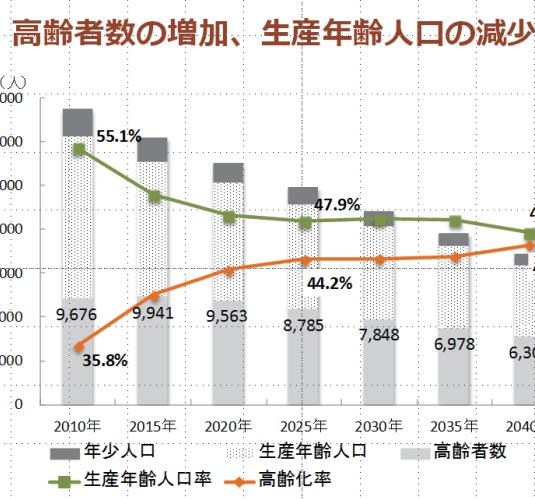
- ①在宅限界点の向上
- ②支援・サービス提供体制の効率化
- ③規範的統合

【今後の方向性の共有】

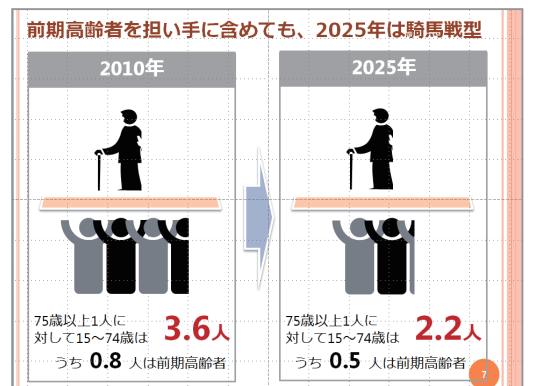
32/36

【危機感の共有①】 支える側の減少、支えられる側の増加

※統計データを活用



連動しているエクセルファイルに
将来推計人口を入力すると、自動
でグラフが作成される



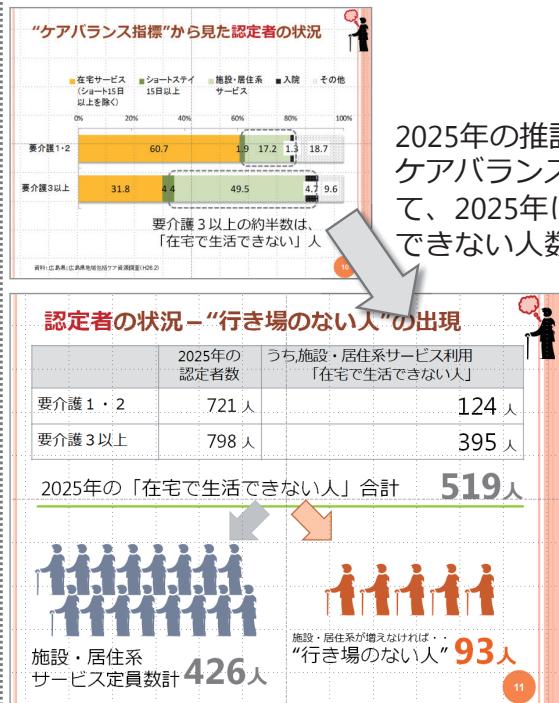
生産年齢人口と高齢者数の
人口比率をビジュアル化

33/36

【危機感の共有②】行き場を失う認定者数

※ケアバランス指標を活用

「ケアバランス指標」を用いた 2025年に“行き場を失う認定者数”の推計

地域生活ニーズ調査等の
調査項目の活用例

調査項目	分析の視点
施設検討率	在宅限界を迎えて いる人の割合
日中におけるトイレ 排泄率	排泄自立の状況
配食サービス利用率	生活支援サービスの ニーズ、資源の状況
各サービスの定員・ 職員数等	医療・介護資源の充 実度
在宅看取り患者数	在宅医療の資源の充 実度

34/36

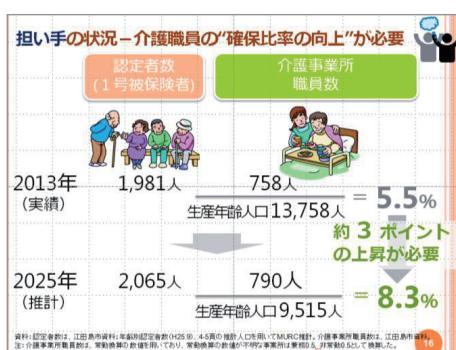
【3. 規範的統合ツール】

【危機感の共有③】介護人材の不足と高齢化

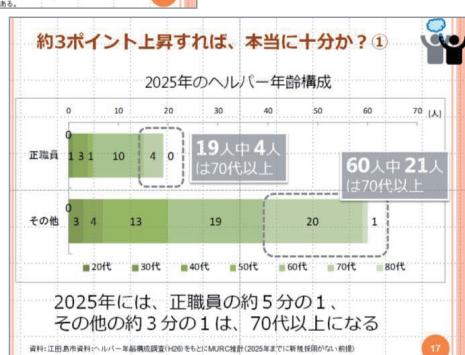
※介護人材調査を活用

「介護人材調査」を活用した

2025年の人材の必要数・高齢化の推計

介護人材調査の
調査項目の活用例

調査項目	分析の視点
年齢	介護人材の高齢化
生活援助の提供時間	総合事業や自費サービス等に切りだし可能な生活支援ニーズ
雇用形態	サービスの提供可能量
専門資格	身体介護への重点化が可能な介護人材の数

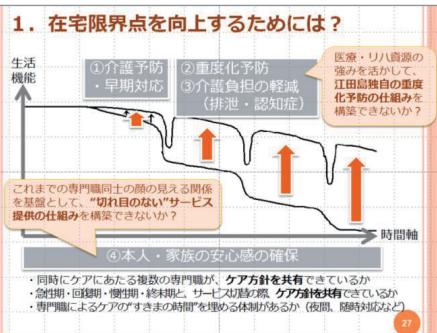
現時点の職員の年
齢構成から、
2025年の年齢構
成を推計

35/36

【今後の方向性の共有】在宅限界点の向上、支援・サービス提供体制の効率化

行き場を失う人を生み出さないために・・・

在宅限界点の向上



人材不足が避けられないなら・・・

支援・サービス提供体制の効率化

3. 提供するケアの高度化 - 多職種連携の前に

各専門職の「本来の機能」は十分に発揮されていますか?

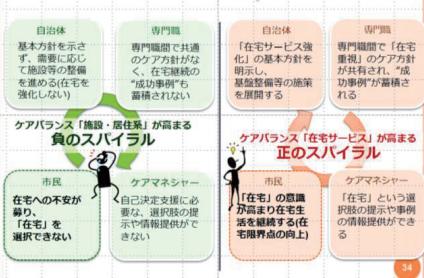


本人・家族・専門職・自治体の全員が同じ方向を向くためには・・・

規範的統合

3. “規範的統合” - 負のスパイアルからの脱却

放っておくと・・・ → “規範的統合”



平成 27 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
地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業
報 告 書

平成 28 (2016) 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2 オランダヒルズ森タワー
電話：03-6733-1021
FAX：03-6733-1028