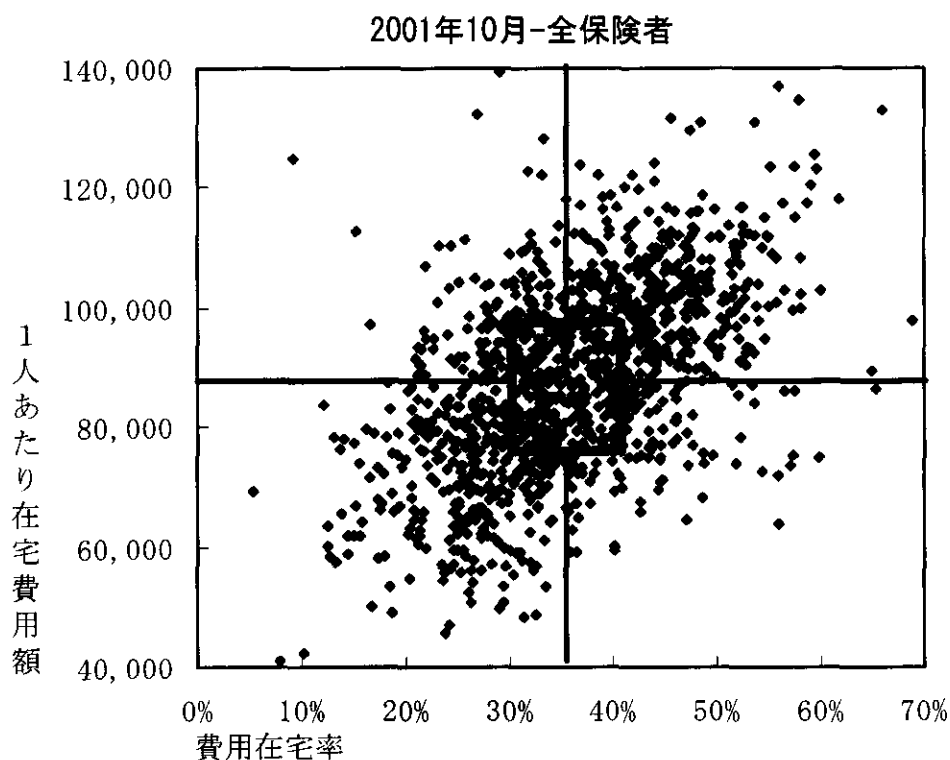


図4 「費用在宅率」と「1人あたり在宅費用額」との関係



2) 他の分析指標 (指標については末尾の補足資料を参照のこと)

以上の人数と費用の両面からみた基本的な指標に対して、介護サービス利用の具体的な内容に立ち入るための3分野の指標として、1つは支給限度額比率とその分布、2つはサービスの利用率と利用水準、3つはケアプラン(複数)である。これらの指標は施設サービスの利用率分以外はすべて在宅サービス利用者についての指標で構成されている。

「1人あたり在宅費用額」(平均値 89,891 円)を左右しているのは要介護度別の在宅費用額であり、それは支給限度額との比率で表現される。加重平均として算出されている支給限度額比率の平均は 41.6%で、最も高いのが要支援の 50.2%、最も低いのが要介護1の 36.4%である。分布では、3割未満の低利用水準にとどまっている者が 41.8%を占める状況になっている。

次に、サービス利用率(在宅)とその水準についてみておくと、サービス別の利用率の単純な平均値では代表的な4種類のサービス(通所介護、訪問介護、通所リハ、訪問看護)についての利用率は順に 52.8%、33.8%、18.8%、11.2%である。

ケアプランの指標に触れておく。今回の分析ソフトで大胆に導入したものがこの「複数ケアプラン率」という考え方である。個々のケアプランの集計を目指したこのソフトがたどり着いた1つの指標化といえる。この指標だけでは1つのサービスによる継続的なサービス提供=単数ケアプラン

を否定してしまう側面があり、課題を残していることは事実であるが、集計概念として活用する上では便宜性は高いといえる。

各要介護度別に「複数ケアプラン率」を取って並べることが指標となり、表2では便宜上要介護1=32.5%、要介護3=57.0%、要介護5=76.9%の数値をとっている。この上昇傾向が地域間でどう異なるのか、重度層において必ずしも複数化が進展しない地域があるとすれば、それを向上させる方法が検討されなければならないことになる。

(2) 市部・町村部・広域連合別の比較

市町村の類型化については、大きく市部と町村部と広域連合の3分類を試みて各種指標を整理している。

1人あたりの総費用額からみると、平均の171,973円、約17万円という水準に市部と広域は、ほぼ近似している(表5)。この費用額にもっとも影響を与える「人数施設率」に目を移すと、これについても全国平均32.4%に町村部と広域連合は近似する傾向をもっている。ただし、市部で34.8%と若干の低さを示してはいる。すでに全国ベースでみた「人数施設率」と1人あたりの総費用額の関係の深さ(図3)を確認できる結果となっている。

次に、基本指標の根幹をなす最も注目してきた「費用在宅率」と「1人あたり在宅費用額」との関係を見ておこう。最初に1人あたりの在宅費用額では、都市部93,180円、町村部89,225円、広域連合85,766円の順に低下しており、3者の間に一定の差が見られる。3つの地域タイプのなかでは広域連合がもっとも低い金額にとどまっている。「費用在宅率」では全国平均36.2%であるのに対し、1人あたりの在宅費用額と同様に広域連合が35.0%と低い数値となっている。

なぜ、人口規模が大きくなるにともなって、こうした傾向を示すことになるのであろうか。厳密な分析は今後委ねなければならないが、概ね次の2点が考えられる。1つは、データのくくり方に関わる問題で、人口規模が大きくなるにともなって利用者数が多くなり、規模の小さな保険者単位で生じている利用者の費用額等の分散が平均化される傾向をもつことによる理由からである。第2は、資源の整備状況に関わる理由が考えられる。「1人あたり在宅費用額」の面で、規模の小さな保険者に比較してサービス供給量の絶対的な不足は解消されており、例えば市部の場合に、平均80,000円以下への低下が見られない傾向があり、他方では逆に平均で100,000円を上回る程度にまで、サービス供給量の確保が進んでいないことで説明しうるのではなかろうか。

また、利用の構造についてみると、都市部における相対的な「1人あたり在宅費用額」の高さは、支給限度額比率の高さ(43.0%)に現れている。それを支えているのは訪問系サービスと「通所リハ」の利用率の高さとその水準(費用額)の高さ、そして「複数ケアプラン」の浸透である。

表5 市町村類型別の地域間比較

		総計	市部	町村部	広域		
保険者数		1,269	244	990	35		
基本指標	人数指標	認定者数	762	2,392	299	2,508	
		受給実人員	604	1,886	239	1,994	
		受給率	81.9%	78.8%	82.7%	79.3%	
		重度率	44.3%	44.2%	44.3%	42.3%	
		施設重度率	73.3%	73.6%	73.3%	73.5%	
		在宅重度率	30.2%	31.1%	30.0%	27.5%	
	(施設)	人数施設率	32.4%	30.6%	32.8%	32.4%	
		重度施設率	54.0%	51.4%	54.5%	56.4%	
		軽度施設率	15.7%	14.6%	16.0%	15.1%	
	(在宅)	人数在宅率	67.6%	69.4%	67.2%	67.6%	
		重度在宅率	46.0%	48.6%	45.5%	43.6%	
		軽度在宅率	84.3%	85.4%	84.0%	84.9%	
	費用指標	費用施設率	63.8%	61.2%	64.4%	65.0%	
		費用在宅率	36.2%	38.8%	35.6%	35.0%	
		1人あたり施設費用額	¥342,436	¥339,147	¥343,419	¥337,552	
1人あたり在宅費用額		¥89,891	¥93,180	¥89,225	¥85,776		
1人あたり合計費用額		¥171,973	¥168,733	¥172,934	¥167,385		
対支給限度額比	介護度別	要支援	50.2%	49.8%	50.3%	49.5%	
		要介護1	36.4%	37.2%	36.2%	35.4%	
		要介護2	42.5%	44.5%	42.1%	41.9%	
		要介護3	43.3%	45.6%	42.7%	42.9%	
		要介護4	42.7%	44.7%	42.2%	43.0%	
		要介護5	41.5%	44.6%	40.7%	43.4%	
		全体	41.6%	43.0%	41.3%	40.9%	
	分布	9割以上	9.1%	9.6%	9.0%	8.4%	
		6～9割	15.9%	17.2%	15.6%	15.5%	
		3～6割	33.2%	32.9%	33.2%	33.9%	
		3割未満	41.8%	40.4%	42.1%	42.1%	
		特別養護老人ホーム	51.7%	44.6%	53.4%	52.4%	
		老人保健施設	34.5%	39.9%	33.2%	34.4%	
サービス利用率・利用水準	利用率・施設	療養型病床群	13.8%	15.5%	13.4%	13.3%	
		在宅	訪問介護	33.8%	36.7%	33.1%	33.2%
			訪問看護	11.2%	12.3%	11.0%	10.3%
	通所介護		52.7%	41.7%	55.4%	53.7%	
	通所リハ		18.8%	25.7%	17.0%	19.5%	
	居宅療養		7.9%	8.3%	7.9%	6.5%	
	短期入所		10.7%	11.4%	10.6%	10.4%	
	利用水準(在宅)	訪問介護	¥47,487	¥51,394	¥46,598	¥45,390	
		訪問看護	¥41,254	¥45,381	¥40,160	¥43,410	
		通所介護	¥56,629	¥55,725	¥56,975	¥53,146	
		通所リハ	¥64,848	¥71,361	¥63,087	¥69,279	
		居宅療養	¥8,169	¥9,218	¥7,881	¥9,002	
		短期入所	¥79,474	¥76,209	¥80,096	¥84,651	
	複数サービスケアプラン	要介護1	32.5%	33.4%	32.3%	31.9%	
		要介護3	57.0%	58.8%	56.6%	55.6%	
要介護5		76.9%	81.9%	75.6%	77.6%		
全体		43.5%	45.3%	43.2%	41.3%		

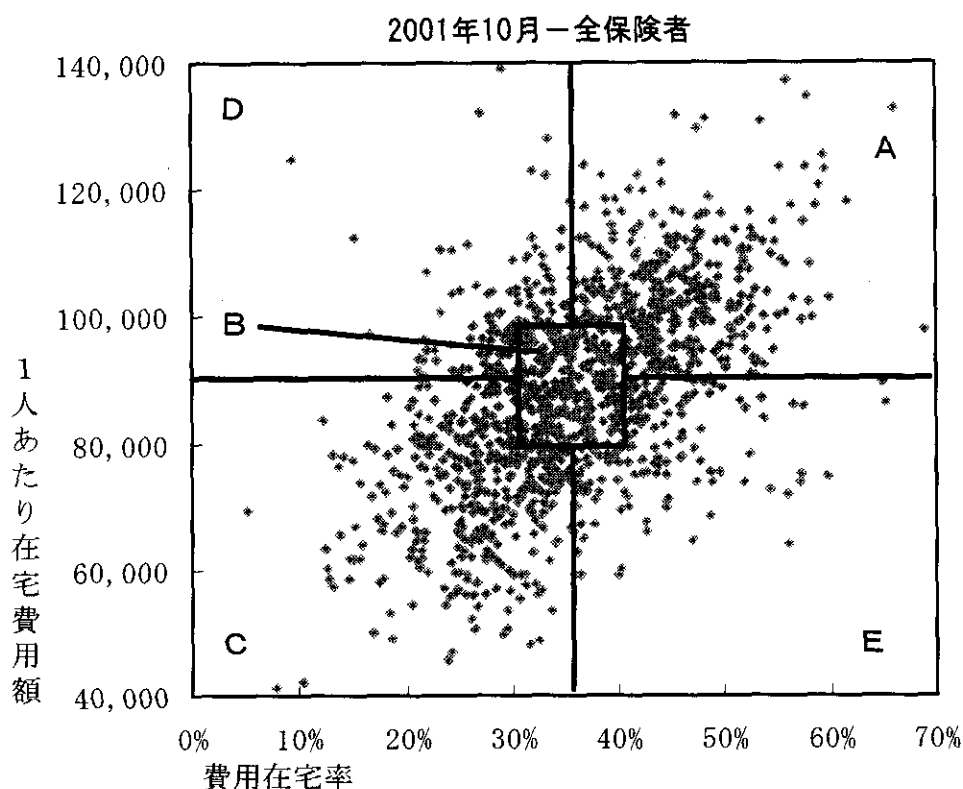
(3) 事業実績比較による5タイプ分け

保険者の介護保険事業の到達点を表すもつとも重要な図は、みてきたように図3の「1人あたり在宅費用額」と「費用在宅率」の分散図である。「1人あたり在宅費用額」と「費用在宅率」のいずれの指標もこれまでの地域類型の平均値では著しい差は生じていない。しかし保険者単位で見れば、先の分散図のように多様な拡がり、すなわち地域格差・地域特性をもっている。そこで、かかる平均値の周辺(B)を中心に、両指標の相関関係を踏まえ、標準的・典型的な分布(A・C)を設定するとともに、高い「1人あたり在宅費用額」と低い「費用在宅率」で構成されるD、低い「1人あたり在宅費用額」とにも関わらず高い「費用在宅率」で構成されるEという変則的なタイプを設定した(図6)。平均的といえるBのタイプの範囲を特定すれば、それぞれに属する保険者数を計測することは容易である。

そこで、Bのタイプの範囲を「1人あたり在宅費用額」の平均額89,429円を中心に上下1万円として79,000円以上99,000円未満、「費用在宅率」の平均36.3%を中心に左右5%として31%以上41%未満と仮に設定すると、図6のような分散図となる(タイプ化の記号が付されているが図3と同様の図である)。

表7に基づいて、5つのタイプごとに特徴づけとその要因の分析を試みる。

図6 5タイプ分けによる在宅費用の分散図



なお、以下のタイプ別の分析では、2000年10月と2001年10月の両月が揃ったデータを使用し

ている。

1) Bタイプ

平均を示すBのタイプの特性は、基本的には全国平均として紹介した数値がそのまま当てはまる点が少ない。都市部がBのタイプに集中する傾向をもつ。なぜ都市部がBのタイプにとどまるのかについては、先の人口規模別の分析結果によって説明されることになる。

2) Aタイプ

次にAのタイプについてみると、1人あたりの総費用額としては平均やBタイプより低いのが特徴で、「費用在宅率」が高いこと(46.2%)がそれを生み出している条件となっていることがわかる。これに対して1人あたりの在宅費用額は106,346円と最も高く、それを規定している「支給限度額比率」についても平均47.1%となっている。

利用率等の関係では、通所介護等の4種類のサービスにおける「サービス利用率」では平均的といえるBのタイプとほぼ同水準にとどまっている。利用水準を示す当該サービスの「平均費用額」は、利用率とは異なって訪問看護以外において、より高い金額を示すことになっている。つまり、通所介護や訪問介護等の普及よりは利用回数等の上昇が大きな理由となって、1人あたりの在宅費用額を高めていることがわかる。

もう1つの理由がいわゆるケアプランの複数化の進展である。要介護度別では要介護5の重度段階で82.6%と他のタイプより高くなっている。サービス別にみても複数化の割合が高くなる傾向を示しており、利用率でみた普及度はほぼ同様であったが、重度層で複数利用しながら、その利用率が形成されていることが特徴といえる。

3) Dタイプ

1人あたりの在宅費用額は、先のAタイプと同様に高い(105,270円)が、「費用在宅率」が低くなっている(28.7%)のが、Dタイプである。数の上では少なく118保険者10.3%にとどまる。Aタイプとの比較でいえば、「人数施設率」において最も大きな違いをもっており、Aタイプが26.9%にとどまっているのに対して、Dタイプでは41.8%と著しく高くなっている。この数値を高くするのはもちろん「重度施設率」(65.5%)においてあるが、他タイプとの比較という点では「軽度施設率」21.9%の高さに注目する必要がある。Bタイプでは15.6%、Aタイプでは12.7%にとどまっているのである。軽度層での施設圧力にどう対応するかがDタイプの課題と考えてよいかもしれな

い。

1人あたりの在宅費用額を規定する要因については、基本的にはAタイプと同様といえる。しかし、利用されているサービスの種類という点では「通所リハ」にその特徴があらわれている。「通所リハ」の利用率ではAタイプの19.9%に対して25.8%、「平均費用額」ではAタイプの73,532円に対して77,463円と普及と水準の両面で高くなっている。「人数施設率」の高さがもたらす在宅サービスへの影響と理解される。

4) Cタイプ

1人あたりの在宅費用額も「費用在宅率」も低いというタイプで、介護保険運営上の多くの課題をもつのがCタイプである。Cタイプは、小規模な保険者が多い。「費用在宅率」が低いということは、1人あたりの在宅費用額が低い結果でもあるが、「人数施設率」の高さ(37.3%)にもよっている。とくに重度の施設率は64.1%と先のDタイプと近似したものとなっており、在宅サービスの基盤の弱さがこの割合を高めることになっていることが推測される。

在宅サービスの普及という点では、「通所介護」の利用率がAやBのタイプと比較して高い数値53.8%をあらわしているが、他方その「通所介護」の利用者におけるケアプランの複数化は37.9%と他のタイプと比較して最も低い水準となっており、単数利用で「通所介護」が普及している傾向を示している。また、その利用の水準においても43,492円と最も低く、おそらく整備されている資源の不足から利用水準が高まらないと推測される。「通所リハ」や「訪問看護」といった医療系資源の不足もそれぞれの利用率の相対的な低さとなって現れている。その結果、要介護度別の「複数ケアプラン率」は全体を通して低位にとどまっている。在宅サービス資源の整備の引き上げが必要なタイプといえる。

5) Eタイプ

最後のEタイプは120保険者のうち大半が小規模な保険者である。1人あたりの在宅費用額が低いものの「費用在宅率」が高いという一見矛盾するタイプで、分析を始めた当初は存在しないと想定していたタイプである。このタイプは先のCタイプと比較すると「人数施設率」がCタイプの37.3%に対して、23.3%と著しく低いタイプである。しかも相対的に1人あたりの在宅費用額が78,032円と低いわけであるから、施設資源の不足と在宅サービス資源の不足の両面から、こうした数値が生み出されていると考えられる。文字通り在宅と施設の両面での「介護の社会化」が課題となっており、山間部地域の保険者に生じやすいタイプといってもよい。

ただし1人あたりの在宅費用額の78,032円は、Cタイプの71,792円と比較して高く、それを推進しているのは「通所介護」(利用率=56.1%)ということなる。重度の施設率が低位であることも

手伝って、要介護5での「複数ケアプラン率」も76.3%とCタイプに比べ高く、資源不足の地域において、その基幹的なサービスの位置に「通所介護」があることが示されている。

6) 5タイプ分けのまとめ

人口規模や都道府県別といった地域類型のみならず、5つのタイプ分けを行った意義は、今後の介護保険事業計画の見直しにおける将来モデルの設定において、こうしたタイプ分けが有効と思われるからである。

人口規模別にみた地域類型においては、例えば「1人あたり在宅費用額」や「費用在宅率」といった指標は、それぞれの地域類型のなかで相当分散しているにも関わらず、その地域類型ごとの平均値では全国的な平均値に収斂する傾向がある。そのため地域格差や地域特性を把握する上では、十分に機能している分析とはいえない。今後の介護保険事業計画の見直しの論議に活用しうるものともなりえないのである。

そこで「一人あたり在宅費用額」と「費用在宅率」の組み合わせから、Bタイプを平均的タイプとしてA-Cという相関するタイプと、Aタイプに比較して施設圧力が強いタイプとしてDタイプを設定し、Cタイプに比較して施設圧力の弱いタイプとしてEタイプを設定したのである。

そこで今後の介護保険事業計画の見直しにおける将来モデルの設定において、CタイプはさしあたりBタイプを目指す計画になること、Dタイプにおいては、より在宅サービスの充実に努め、上位のAタイプを目指すことが介護保険の在宅重視という理念からも重要である。

平均像としてのBタイプは、Aタイプを目指すことになるが、都市部が多く占めるなかで施設の待機者も多く、その整備如何ではDタイプへの移行も生じてくる。その意味では重度層を支える条件をAタイプに学びながら、施設整備を進める必要があるといえる。

Eタイプにおいては、施設整備も必要となろう。施設整備はある意味では在宅サービス資源の整備の基盤ともなるものである。その意味では一時的にはBタイプへの移行を目指すことになるのかもしれない。すでに見たように通所介護の普及が高いこともあるため、全般的にはAタイプを目指すことを志向するためには、訪問系サービスの普及の強化も重要な資源整備といえる。

最後にAタイプであるが、施設が絶対的に不足している状況も考え得るので重度層での施設ニーズの的確な判断も考慮しながら、施設・在宅サービスの質量のより充実にむけた計画化が重要となるとともに、軽度層における重度化の予防がその1つとして登場してくるであろう。またケアマネジメントの充実といった課題への注目も進められることが期待される。

表7 実績5タイプ別の比較

		全体	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ	Dタイプ	Eタイプ			
保険者数		1,149	342	223	346	118	120			
基本指標	人数指標	認定者数	779	1,126	992	476	592	456		
		受給実人員	617	901	784	367	466	361		
		受給率	82.0%	82.0%	81.2%	83.9%	80.2%	80.1%		
		重度率	43.7%	45.7%	43.4%	42.0%	46.2%	40.7%		
		施設重度率	73.2%	74.6%	72.6%	72.0%	72.0%	74.2%		
		在宅重度率	29.6%	35.1%	29.5%	24.3%	27.8%	30.6%		
	(施設)	人数施設率	32.2%	26.9%	32.1%	37.3%	41.8%	23.3%		
		重度施設率	54.3%	44.2%	54.5%	64.1%	65.5%	43.1%		
		軽度施設率	15.6%	12.7%	15.6%	18.3%	21.9%	10.2%		
	(在宅)	人数在宅率	67.8%	73.1%	67.9%	62.7%	58.2%	76.7%		
		重度在宅率	45.7%	55.8%	45.5%	35.9%	34.5%	56.9%		
		軽度在宅率	84.4%	87.3%	84.4%	81.7%	78.1%	89.8%		
	費用指標	費用施設率	63.7%	53.8%	64.2%	73.4%	71.3%	55.8%		
		費用在宅率	36.3%	46.2%	35.8%	26.6%	28.7%	44.2%		
		1人あたり施設費用額	¥342,336	¥340,995	¥337,293	¥340,828	¥372,157	¥330,550		
1人あたり在宅費用額		¥89,429	¥106,346	¥88,599	¥71,792	¥105,270	¥78,032			
1人あたり合計費用額		¥171,371	¥169,390	¥168,418	¥171,950	¥216,134	¥136,814			
対支給限度額比	介護度別	要支援	50.4%	54.1%	50.4%	45.4%	59.8%	45.5%		
		要介護1	36.4%	41.2%	36.3%	31.2%	44.4%	30.2%		
		要介護2	42.8%	47.9%	43.7%	36.7%	51.5%	35.6%		
		要介護3	43.4%	49.3%	43.9%	36.1%	53.0%	37.4%		
		要介護4	42.9%	48.9%	43.3%	36.1%	50.4%	37.4%		
		要介護5	41.7%	48.2%	42.2%	33.9%	48.2%	38.1%		
		全体	41.7%	47.1%	41.7%	35.3%	50.1%	35.9%		
	分布	9割以上	9.2%	12.0%	9.2%	6.0%	14.6%	5.6%		
		6～9割	16.0%	19.0%	16.2%	12.7%	20.7%	11.9%		
		3～6割	32.9%	33.7%	33.9%	31.8%	32.4%	32.6%		
		3割未満	41.8%	35.3%	40.6%	49.5%	32.4%	50.0%		
		サービス利用率・利用率	施設	特別養護老人ホーム	51.2%	50.2%	49.9%	52.7%	45.8%	57.6%
				老人保健施設	34.4%	37.7%	36.1%	30.3%	34.3%	33.8%
療養型病床群	14.3%			12.0%	14.0%	16.9%	19.9%	8.6%		
在宅	訪問介護		34.1%	34.4%	33.7%	33.6%	36.3%	33.3%		
	訪問看護		11.4%	13.5%	11.4%	9.3%	11.9%	10.8%		
	通所介護		51.7%	51.0%	49.5%	53.8%	46.9%	56.1%		
利用水準(在宅)	通所リハ	19.5%	19.9%	21.8%	17.2%	25.8%	14.1%			
	居宅療養	8.0%	9.6%	7.9%	6.3%	7.3%	9.0%			
	短期入所	10.0%	12.3%	10.1%	8.2%	9.5%	9.2%			
	訪問介護	¥47,956	¥54,885	¥47,703	¥40,168	¥52,925	¥46,245			
訪問看護	¥41,924	¥46,287	¥43,449	¥36,995	¥45,556	¥37,292				
通所介護	¥56,051	¥68,555	¥54,818	¥43,492	¥69,829	¥45,365				
通所リハ	¥65,812	¥73,532	¥68,316	¥55,389	¥77,463	¥57,755				
居宅療養	¥8,239	¥8,697	¥9,269	¥7,248	¥8,106	¥8,006				
短期入所	¥79,203	¥76,907	¥78,599	¥78,317	¥86,280	¥82,470				
複数サービスケアプラン	要介護1	32.6%	34.3%	32.4%	30.5%	35.9%	31.2%			
	要介護3	56.9%	60.8%	58.1%	52.6%	59.0%	55.0%			
	要介護5	76.9%	82.6%	78.5%	70.3%	77.4%	76.3%			
	全体	43.2%	48.4%	43.4%	37.9%	45.2%	41.8%			

2. 圏域・広域ベースでみた変化

(1) 圏域ベースでみた変化

近接する複数自治体（保険者）により構成される「圏域」を単位として、ここでは2000年10月から2001年6月にかけての変化を見ていく。

「圏域」を単位に分析をする場合、比較の視点は大きく2つに分けられる。「圏域“内”」と「圏域“間”」である。圏域を構成する各自治体の変化の方向について関心をもつ圏域“内”での比較検討は、次の節で行う広域連合の分析と重なるところがあるため、ここでは圏域“間”での比較検討を中心に行う。

どの都道府県にも幾つかの「圏域」が設定されているが、ここでは、特徴的な2つの圏域をとりあげて検討を試みる。考察に入る前に、既に繰り返し検討に用いてきた「費用在宅率」と「1人あたり在宅費用額」という基本指標により描いたグラフ、基本的な指標を一覧した（図8、表9）で示した2つの圏域は、同じ県に属すが、大都市近郊の中小規模の都市から構成される「U圏域」と山間地域の小規模自治体から構成される「M圏域」である。

U圏域は2001年6月時点では、構成自治体（保険者）すべてがAタイプに属す一方で、M圏域の構成自治体はほとんどがCまたはEタイプに属す。両圏域とも、2000年10月から2001年6月にかけて在宅サービス利用者の比率（「人数在宅率」）を重度層（「重度在宅率」）においても軽度層（「軽度在宅率」）においても増加させているものの、M圏域はU圏域に比べ伸びは小幅であり、2000年10月時点で既に各指標が低位にあった。また、サービス種類別の「利用率」を見ると、M圏域では特別養護老人ホーム・訪問介護・通所介護などのいわゆる福祉系サービスが高く、U圏域では老人保健施設・訪問看護・通所リハビリテーションなどのいわゆる医療系サービスが高い。このような利用構造は、2000年10月時点においても2001年6月時点においても容易に変わるものではなかった。このなかM圏域では、「利用率」が特に高い通所介護はさらに「利用率」が増加しているが、当該サービスの1人あたり利用金額（「利用水準」）が増加している一方で、その他のサービスの「利用水準」は低下傾向が見える。他方、U圏域の「利用水準」は通所リハビリテーション以外で高まっている。

ところで、M圏域のような自治体（保険者）や圏域は珍しくはないが、それらの人口（当然「受給者数」も同様であるが）を足し上げたとしても、全国的には少数派である。一方、U圏域のような都市部の自治体（保険者）や圏域は人口（「受給者数」）を足し上げると相当数になる。そのうえ、U・M圏域の比較により提示された検討課題として、両圏域とも在宅サービス利用へ幾らか比重を移してはいるものの、U圏域では当初から在宅サービスの比重が高かっただけでなく、その方向への変化がより大きかった。U・M圏域の各指標の差異を仮に格差と呼ぶとすれば、みてきたことは、格差の拡大を意味することになる。

ここでの各指標は比率（%）や「1人あたり」金額で把握しているが、実総額・実人数などで捉

え返せば、ここで見てきた変化の差が、さらに大きく感じられることだろう。また、例示した両圏域は、既に述べたように同一の県であるため、県内での圏域間格差の拡大として把握されることになる

図8 U・M両圏域を構成する保険者の基本指標の分布

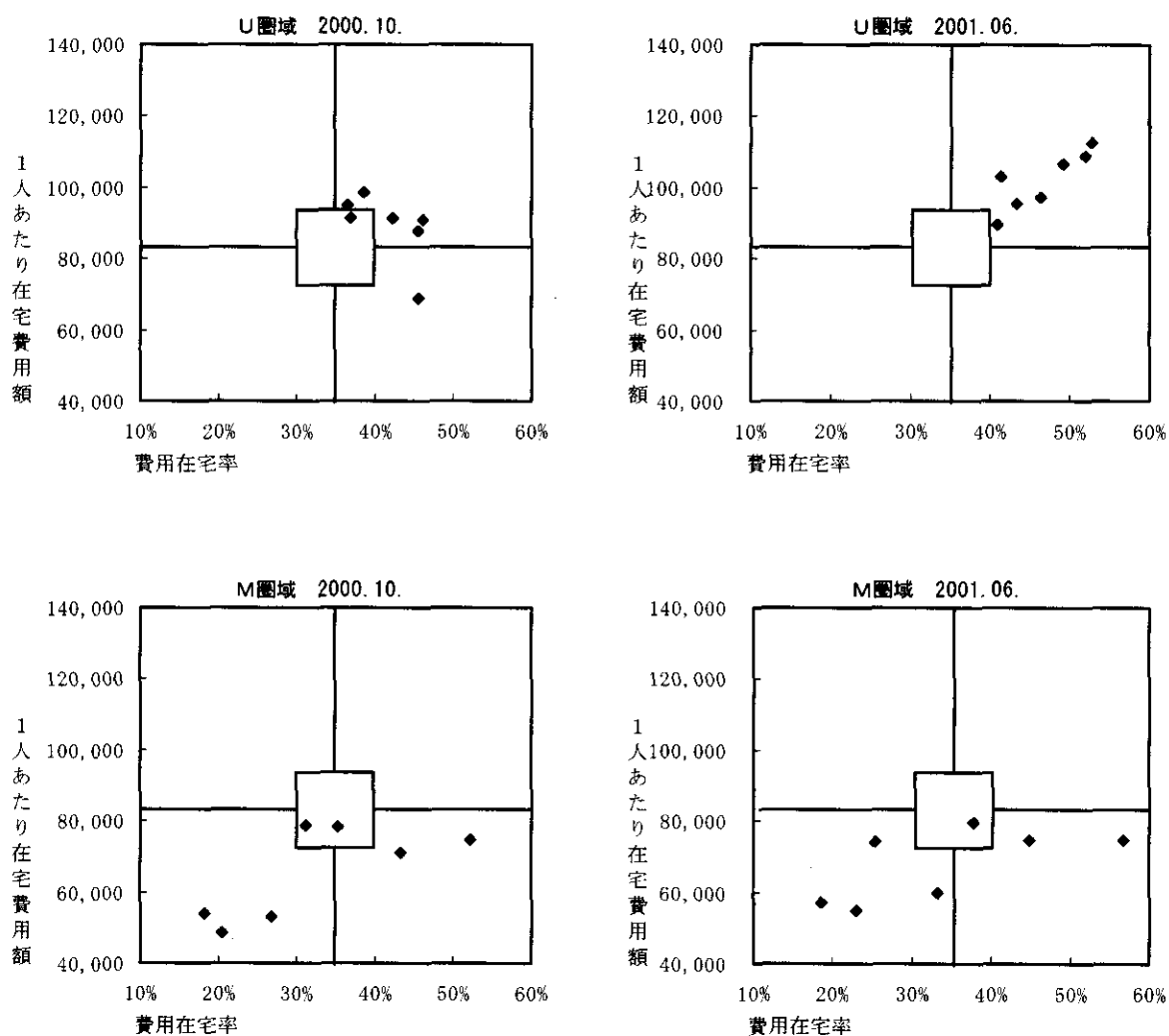


表9 U・M両圏域の基本指標

		U圏域		M圏域	
		7		7	
保険者数		7		7	
対象月		2000. 10.	2001. 06.	2000. 10.	2001. 06.
人数指標	受給実人員	947	1,065	202	218
	重度率	44.9%	44.2%	44.9%	45.5%
	施設重度率	68.7%	72.2%	78.1%	78.7%
	在宅重度率	35.0%	34.2%	29.9%	30.6%
	人数施設率	29.6%	26.6%	30.3%	30.2%
	重度施設率	45.4%	43.5%	52.8%	52.0%
	軽度施設率	16.8%	13.4%	11.8%	11.7%
	人数在宅率	70.4%	73.4%	69.7%	69.8%
	重度在宅率	54.6%	56.5%	47.2%	48.0%
軽度在宅率	83.2%	86.6%	88.2%	88.3%	
費用指標	費用施設率	58.4%	53.5%	67.5%	65.8%
	費用在宅率	41.6%	46.5%	32.5%	34.2%
	1人あたり施設費用額	¥330,256	¥324,159	¥334,284	¥329,225
	1人あたり在宅費用額	¥98,738	¥101,872	¥65,501	¥67,818
	1人あたり合計費用額	¥167,323	¥161,040	¥147,097	¥146,839
対支給限度額比	全体	44.6%	46.3%	29.8%	30.7%
	3割未満	34.4%	34.7%	59.3%	57.1%
施設利用率	特別養護老人ホーム	46.7%	46.7%	63.2%	60.5%
	老人保健施設	45.8%	46.3%	13.8%	13.4%
	療養型病床群	7.5%	7.1%	23.0%	26.1%
在宅利用率	訪問介護	30.5%	31.5%	40.6%	38.8%
	訪問看護	14.7%	14.0%	8.5%	9.2%
	通所介護	36.4%	36.1%	62.4%	62.6%
	通所リハ	34.7%	34.4%	3.3%	3.0%
利用水準	訪問介護	¥46,433	¥48,791	¥33,804	¥33,618
	訪問看護	¥43,091	¥43,426	¥28,771	¥21,284
	通所介護	¥60,239	¥65,177	¥40,053	¥41,335
	通所リハ	¥83,902	¥80,422	¥44,361	¥36,101
複数サービス ケアプラン	要介護1	38.8%	40.2%	26.8%	24.3%
	要介護3	63.5%	65.2%	40.3%	55.6%
	要介護5	85.1%	82.7%	88.4%	73.2%
	全体	50.0%	50.8%	35.4%	37.2%

はずである。

ここで、圏域内・圏域間で比較することの意義は何であるかを整理しておく。

ひとつは枠組み的なものであるが、地域差はあるものの「圏域」は、都道府県が市町村に対し指導する際の中間的な単位である。例えば、私たちの介護保険事業実績分析支援研究会に対し、県保健所・事務所などが中心となって研修会の依頼をした「圏域」も少なくなかった。また、家族介護の特徴、高齢化率、地理的条件なども、他の圏域に比べれば圏域内での共通性は比較的高いと考えられる。例えば、U圏域は人口密度が高く、また、高齢者が子ども世代と同居している割合が高い。M圏域では過疎地域に共通の課題を抱えているが、例えば高齢化率が極めて高率で、子ども世代との別居率が高い。このような違いがあれば、自ずと、介護支援策の位置づけ・組み立て方は異なるであろう。

次に、サービスへのアクセスに関するものであり、遠方にあるサービスはあまり利用されず、相当数までが市区町村内、せいぜい隣接地域に所在する事業所のサービス利用にとどまると考えられる。中小規模の自治体（保険者）で構成されている圏域の場合には、当該地域で共通の総合的・専

門的医療機関をもつ圏域かもしれない。また、施設整備の際には、一定の波及効果が現れる範囲とも言える。

このことが影響しているものと考えられるが、各地域におけるサービスの利用構造を簡潔に要約するものとして本書で提案したA～Eタイプの地理的な分布は、例えば愛知県を例にとってみれば、県庁所在地である名古屋市を取り囲む郊外都市にAタイプが分布し、その周辺地域をBタイプが、さらに周辺地域を構成する山間地域にCタイプやEタイプが目立つといったものである。このタイプ分けが各圏域に一致する訳ではないが、3つめの意義として、近接し合う自治体（保険者）により構成される「圏域」は、サービスの利用について類似した構造をもちがちであることを指摘できる。

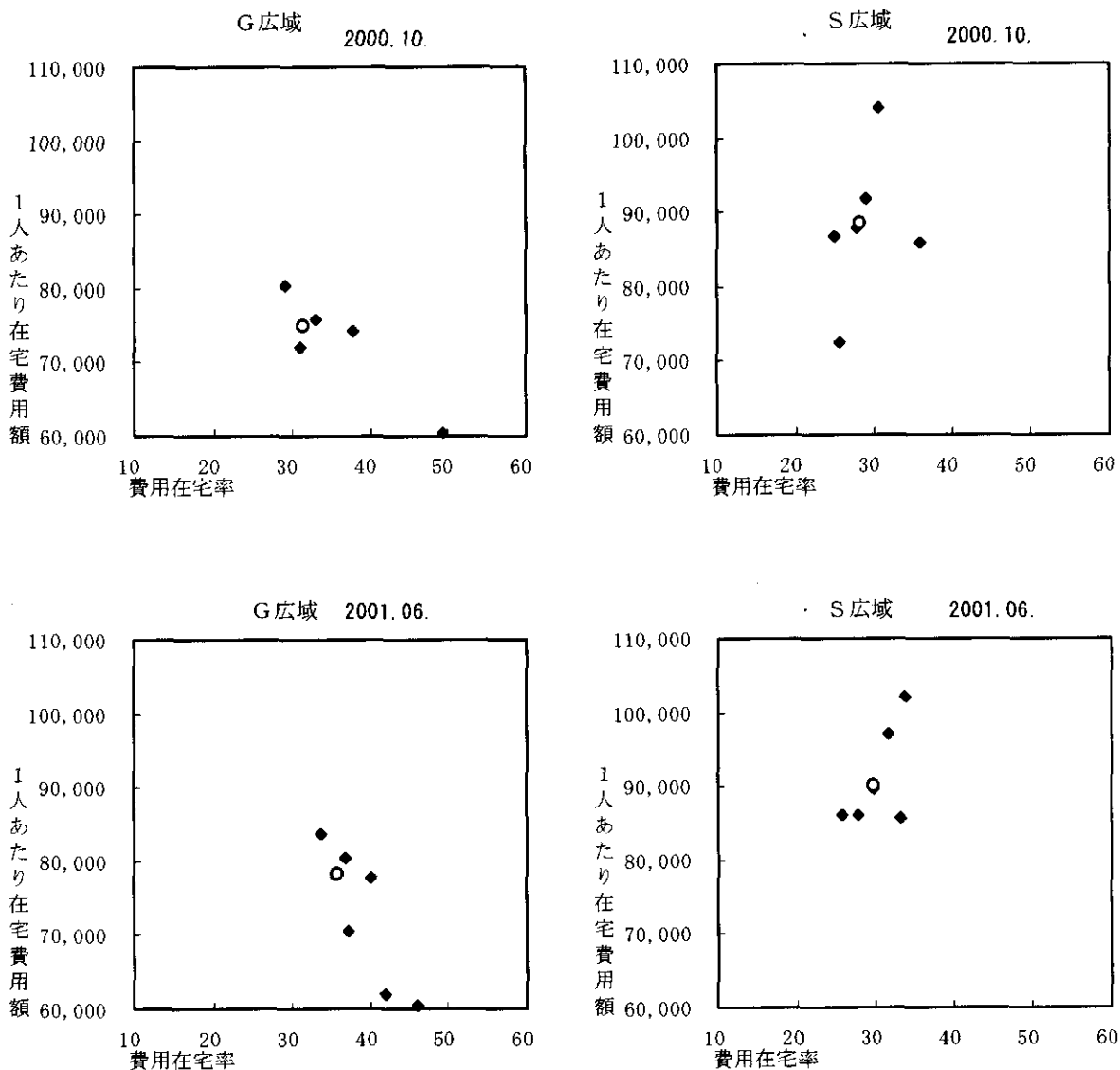
（2）広域連合という「圏域」ベースでみた変化

次に、近接する複数市町村により構成されるものの、1つの保険者としての枠組みをもった「広域連合」における変化を検討する。着眼点は、1保険者である広域連合としての変化と、それを構成する個々の市町村の変化とをあわせて見ていくことである。ここでは、広域連合を構成する市町村間での格差・多様性が、拡大したのか縮小したのかが、関心を引く検討課題となるだろう。構成市町村は、必ずしも1つの統一された方向に向かっているという訳ではなさそうである。

ここでは、特徴的な広域連合を2つ例示して考察を進める。図10では、当該広域連合（現実の保険者）の指標と構成市町村の指標を同時に示している。

G広域は、2000年10月時点においては、保険者としての状況に近い地域もある一方で「費用在宅率」では多様性が大きかったが、2001年6月には地域間で同指標の差が狭まった。また、各地域の「費用在宅率」に該当する指標が増加したために、保険者としての「費用在宅率」も若干高くなっている。それに対しS広域は、2000年10月時点では「1人あたり在宅費用額」が地域間で差が大きかったが、このとき同指標が70,000円強であった地域が他地域と同じ水準に達したからか、保険者としての「1人あたり在宅費用額」も若干の増加が見られた。

図 10



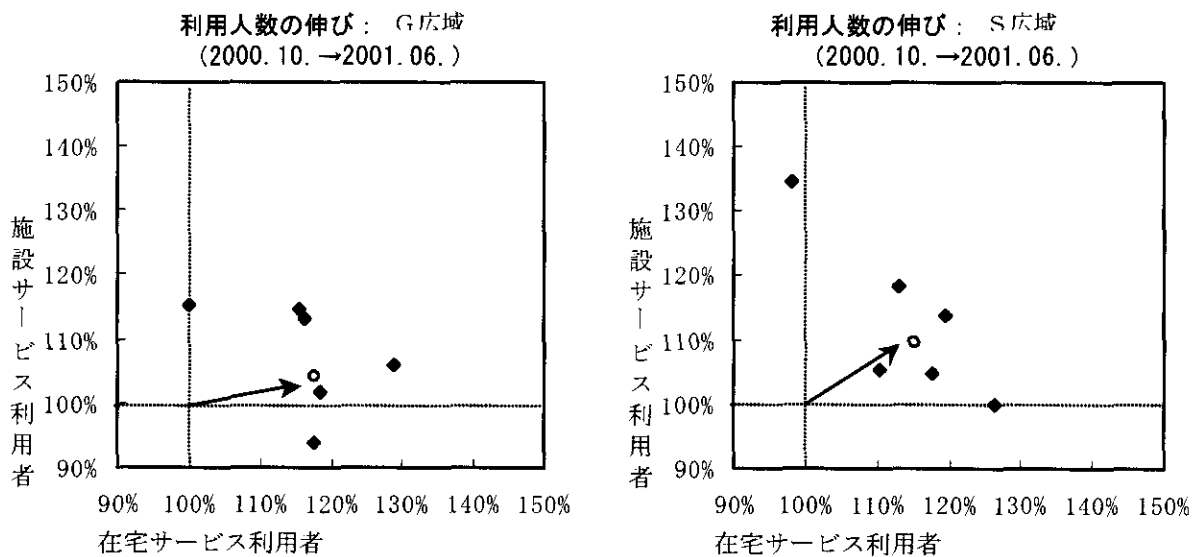
1自治体＝1保険者であるときには特に意識されにくいですが、広域連合においては、総費用を構成市町村間で配分し合うという独特な側面がある。ところで、各保険者・地域は、既に見てきたように総費用を増加させる方向で変化してきている。その増加傾向自体に差異があるのだろうか。構成市町村ごとの利用の伸びに着目する必要がある。具体的には、ここで繰り返してきた視点である人数と費用の両面から施設・在宅サービスの利用動向（伸び）を把握することを試みた。

2000年10月を100%として、在宅・施設サービス別に見た利用人数の伸びを、地域別に表示した(図11)。いずれの地域も受給者数を増加させているが、保険者である広域連合の伸びと必ずしも一致している訳ではない。それ以上の伸びが見られたり、施設サービス利用者・在宅サービス利用者のどちらかだけの伸びが特に目立っていたりするなど、地域によって利用者数の増加傾向の内実は多様である。G広域は、どちらかといえば在宅サービス利用者数がより大きく増加していることを示しているが、在宅サービスの利用者増がないまま施設サービス利用者数の伸びがある地域や、在宅

サービス利用者の伸びは広域連合としての伸びと同程度であるにもかかわらず、施設サービス利用者が減少傾向にある地域もある。S圏域も同様のことが言えるが、広域連合としての利用者数の伸びよりも小さい地域があることを指摘できる。

費用面でも同様に、在宅総費用と施設総費用とに分けて地域ごとの伸びを見た。人数において、在宅サービスで特に利用者数が伸びていたG広域では、費用においても在宅サービス費用が特に伸びている。ほとんどの地域が、在宅サービス費用の伸びが広域連合としてのそれと近似した水準であるが、施設サービス費用の伸びは多様である。広域連合の伸びと比較して施設総費用の伸びが大きい地域では、在宅・施設を合計した総費用の伸びが広域連合としてのそれを上まわっているものと考えられる。S広域は、G広域と比較して施設総費用の伸びが大きい、そこでも同様に地域間で伸びの差異が小さくないことを示している。

図 1 1



補足資料：各種指標について

(1)基本指標
人数指標と費用指標

①受給率
(「未利用率」)
実利用者数／認定者

認定者数に占めるサービスを利用している者の割合が『受給率』として把握され、 $1 - \text{『受給率』} = \text{『未利用率』}$ が算出されることになる。
『未利用率』が低いほど、介護保険制度が活用されていることになる。

②重度率
要介護3以上／実利用者数

要介護認定における要介護3以上の重度層の比率を『重度率』として表現しておく。認定者数を分母とする方法もあるが、ここでは実利用者数を分母として算出している。『重度率』が平均と比較してあまりに高い場合には、軽度層の掘り起こしが進んでいないと判断することも可能である。

③人数在宅率
在宅利用者／実利用者数

「在宅：施設」を表現する方法としては、人数の比と費用額の比の2通りがある。介護保険制度の目的の1つとして在宅サービスの利用率を高めることにあることから、それぞれの比率をここでは、『人数在宅率』『費用在宅率』として把握することを提案する。

④費用在宅率
在宅費用合計／費用合計

反対に、『人数施設率』『費用施設率』を用いることも可能である。一般的には、『費用施設率』が高くなることで、介護保険料を押し上げることに結びつく。

⑤1人当たり在宅費用額
在宅費用合計／実利用者数

「1人当たり施設費用額」では、3種類の施設サービス利用に限定されているため、ほぼ同様の水準になる。しかしながら、『1人当たり在宅費用額』は、その利用水準が多様に組み合わせられるために、地域(保険者)間において大きな差を生み出す。

他の関連の指標化も可能である。

軽度比率
要介護2以下／実利用者数

人数施設率
施設利用者／実利用者数

1人当たり総費用額
総費用合計／実利用者数

重度在宅率
在宅重度／重度利用者数

重度層における「人数在宅率」を示す。この比率が高くないと在宅重視とはいえない。

⑨サービス・クロス率
サービス別「サービス利用
率」

ある利用サービスにおいて、他のサービスの利用とどの程度の重なりがあるかを把握するものとして『サービス・クロス率』の指標化を提案する。利用サービス間のクロス分析で容易に把握できる。このクロス率が高いほど、「サービスがサービスを呼ぶ」という利用構造ができあがっていることになる。

⑩身体介護率
身体介護／合計訪問介護
利用者

訪問介護の利用形態（身体介護、家事援助、複合）において、身体介護の利用形態の割合を『身体介護比率』として指標化し比較することによって、『身体介護比率』の高い地域においては、重介護対応のホームヘルパーが育成されていることが判明する。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

保健・福祉データベースの構築

分担研究者 後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授

研究要旨

保健・福祉関連データの統合的利用の道を開くことで、福祉政策の評価などが可能となり、政策代替案の選択が根拠をもって行うことができる。そのことが将来のサービスの質的向上と国民負担に対し、より良い結果を提供することが可能となる。現在、自治体内においてばらばらに活用されている、保険・福祉に関わるデータを統合するデータベースの開発を行った。すべてのデータはリレーショナルデータベースに蓄積され、専門的なノウハウがなくてもデータのアクセスが可能となっているが、十分な活用にはデータ構造の理解や統計解析的な能力は要求される。データベースはMicrosoft社のAccess2000で開発し、高浜市分で221MBの容量である。

A. 研究目的

介護保険制度に関わる福祉領域のデータを中心としながら、保健・福祉データベースの構築技法の提案を行うものである。介護保険政策に直接関わる介護報酬データとは別に、自治体内には住民基本台帳、国民健康保険データなど膨大な行政データが存在する。政策環境や政策対象に関する評価のために、これらのデータを統合するデータベースの開発を行うことを目的とする。

B. 研究方法

収集するデータは役所、社会福祉協議会などで活用されている、①要介護度認定結果、②国民年金、③国民健康保険、④国保レセプト情報、⑤介護保険給付実績、⑥住民基本台帳（含：外国人登録）、⑦その他（福祉カルテ・介護保険レセプトデータなど）である。また、行政の協力を得て、研究グループが独自に収集した、⑧高齢者一般・要援護者調査、⑨介護負担感調査の結果もデータベースに含めた。

C. 研究結果

上記で集めた①～⑨の情報をデータベースに構築した。すべてのデータはリレーショナルデータベースに蓄積され、専門的なノウハウがなくてもデータのアクセスが可能となっているが、十分な活用にはデータ構造の理解や統計解析的な能力は要求される。データベースはMicrosoft社のAccess2000で開発し、高浜市分で221MBの容量である。

役所内での情報システムの目的は主に業務の効率化にとどまっていたが、ここではデータの再利用と分析により、政策評価に関与していくことが可能となった。

D. 考察

本研究の到達点は、政策評価に必要なデ

データベースを構築したことである。これを利用して、研究グループによる、より実用的な政策評価（別の項で述べるように、評価尺度の開発、介護保険制度の介護負担感、家計への影響などを検討）を行うことができた。

E. 結論

今後、政策評価を実施する上でいくつかの課題が明らかとなった。第一に、データ再利用時におけるデータの信頼性とデータの欠落の問題である。そもそもデータを再利用することを福祉現場における情報システムの目的としていないため、現場では最低限度の運用のための入力にとどまる、あるいは欠落につながる。現場でのシステム運用開始時からデータの精度を上げることや、欠落を防ぐ手立てが望まれる。第二に、政策評価を行うために収集するデータの形式や種類が、政策評価の目的のために作成されたものでないため、収集や加工に膨大な時間を必要とすることである。自治体内でその目的のデータベースの重要性に対する認識を高める必要がある。第三に、自治体間の横断的な比較ができるような枠組みづくりが必要である。国や県が政策評価において収集すべきデータにおける最低限度の指針を作成することである。第四に、構築した福祉・保健総合データベースを利用して、介護予防などに関わりの大きい指標の同定を行い、サービス（部門）へ反映できる評価結果を得る必要がある。分析結果は高浜市だけでなく、全国の自治体の実証的な根拠を示すことが可能となる。第五に、介護保険法では3年ごとに市町村介護保険事業計画を定める

ことを義務づけている。これは市町村にサービス毎の給付必要量の予測と供給量確保の方策を計画することを意味し、各種の意志決定を行う必要がある。評価の前提情報、評価結果はサービス選択の情報とともに順次開示される仕組みが必要となろう。

第3章 単独自治体の多面的評価（1）－政策評価の方法－

第1節 保健・福祉データベースの構築

分担研究者 後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授

1. 保健・福祉領域における情報化の到達点

ここでは、自治体における福祉領域の情報化の現状から、政策評価を行うための保健・福祉データベースの構築方法の提示を行うものである。保健・福祉関連データの統合的利用の道を開くことで、福祉政策の評価などが可能となり、政策代替案の選択が根拠をもって行うことができる。そのことが将来のサービスの質的向上と国民負担に対し、より良い結果を提供することが可能となる。現状の介護保険関連データそのものは、政策・サービスの評価の入力データとして大きく貢献できる。これとは別に、自治体内には住民基本台帳、国民健康保険データなど膨大な行政データが存在する。これらも政策環境や政策対象に関する評価に不可欠なものである。現在、自治体内においてばらばらに活用されている、これらのデータを統合するデータベースの開発を行った。

保健・福祉分野の情報システムは自治体・保健センター・社会福祉法人などを中心として構築されてきた。最近では、介護保険対応で、規模の大きな自治体は総合型の情報システムの構築を進めつつある。

保健・福祉分野の情報化の目的を見ると、まず行政の福祉部門における事務効率化のためのOA化を基本として、ケアマネジメントを支援するための情報化や需給調整を支援するため、福祉関連組織の情報化が進んでいる。次に、地域における福祉活動に関わる民間組織の情報化や情報機器を使用した福祉サービスの展開が行われている。情報提供システムや緊急通報システムなどがこれに相当する。さらに、ITはバリアーを克服するための機能も備えており、コミュニケーションを保証し、社会参加を促すための道具としての利用である。

これに対して、一般的に企業情報システムには、経営管理情報システム（経営者・管理者の意志決定支援）と業務情報システム（日常業務の自動化）に大きく分けられる。前者の経営管理情報システムは、「情報の収集・加工→代替案の企画→代替案の選択→代替案の実施→実績の評価」という一連のフィードバック・ループにおける中核システムとして機能し、会社全体の意志決定に貢献するものである。住民の多様化する保健・福祉ニーズに確実に応えるために、こうしたフィードバック・ループを支援し、政策立案に貢献する情報システムが保健・福祉分野でも重要となってくるであろう。

データベース構築の対象は福祉先進自治体ユニットの幹事自治体で、他自治体に比べて対象データの整備されている愛知県高浜市である。

2. 保健・福祉関連データベースの構築

福祉政策・サービスの評価を行うために、保健・福祉領域に関わるデータを収集し、分析が可能なデータベースを構築する必要がある。これらのデータベースは役所内の異なる部署に所在するデータや独自アンケート調査の結果を本研究の目的に合うように変換しながら構築したものである。役所内での情報システムの目的は主に業務の効率化にとどまっていたが、ここでの目的はデータの再利用と分析により、政策評価に関与していくことである。今後、役所内のデータベースでもデータの再利用により、この方面の成果が要求されるようになる。

構築したデータベースの主要な中身は表 1 の通りである。すべてのデータはリレーショナルデータベースに蓄積され、専門的なノウハウがなくてもデータのアクセスが可能となっているが、十分な活用にはデータ構造の理解や統計解析的な能力は要求される。データベースは MicrosoftTM 社の Access2000TM で開発し、高浜市分で 221MB の容量である。