

1-2-4 地域密着型サービスの普及に向けた給付分析

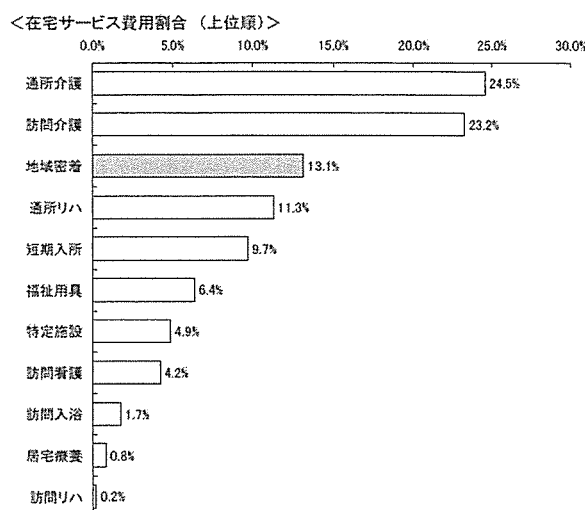
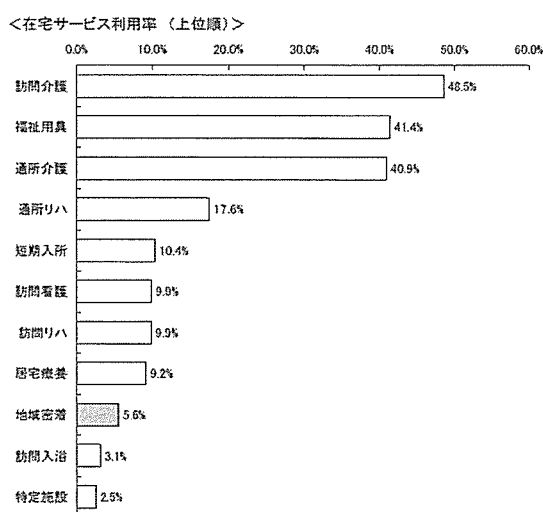
1) 地域密着型サービスの普及状況の把握

本分析ソフトを用いると、地域密着型サービスの普及状況を把握することができる。在宅サービスにおける地域密着型サービスの普及状況は、下図のようになる。

※地域密着型サービスに地域密着型介護老人福祉施設（小規模特養）は含まれていない。

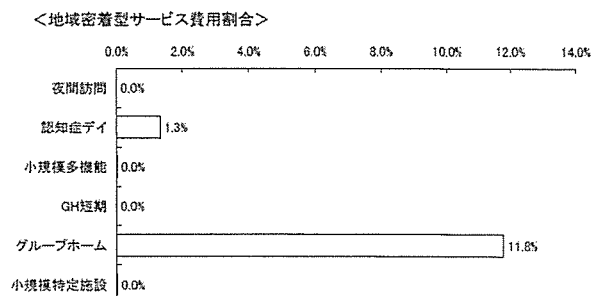
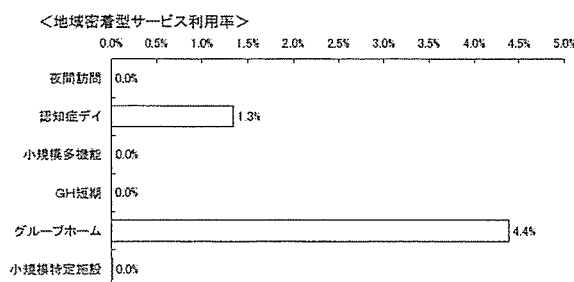
・ 地域密着型サービスの利用人数・費用総額

2006年4月時点であるため利用率や費用割合は参考にならないが、在宅利用者や費用総額に占める地域密着型サービスの状況の把握が可能である。



また、このときの地域密着型サービスの内訳は、認知症対応型通所介護と認知症対応型共同生活介護となっており、見なし指定の対象サービスである。施設・居住系サービスの利用割合に関する参酌標準や夜間訪問介護が大規模保険者対応であるとすれば、小規模多機能型居宅介護の利用の増加が期待される。

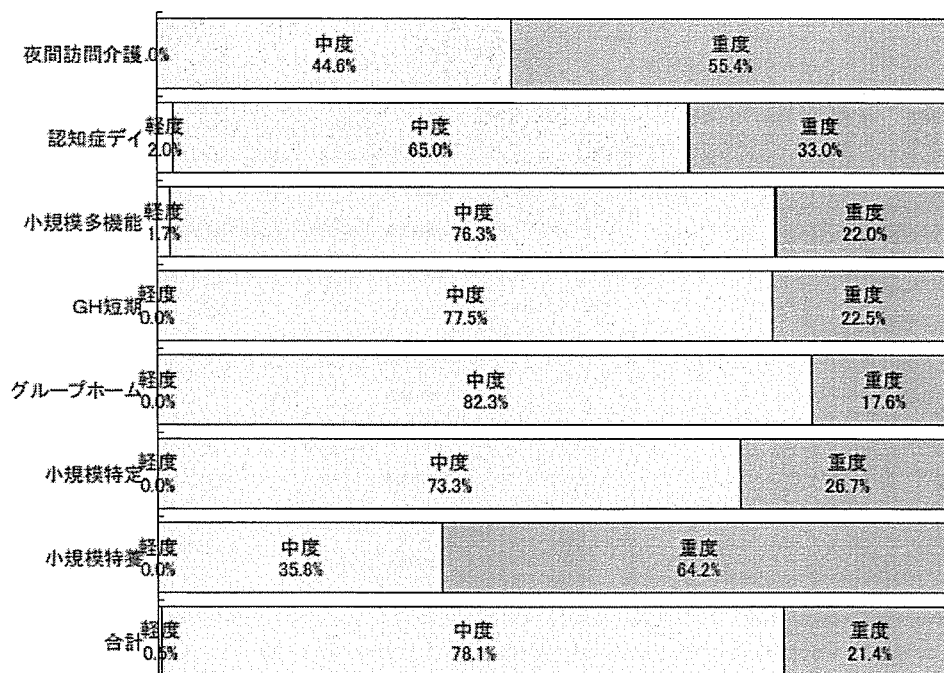
（注）夜間訪問、小規模多機能、GH短期、小規模特定は0.0%であるが、0人ではない。



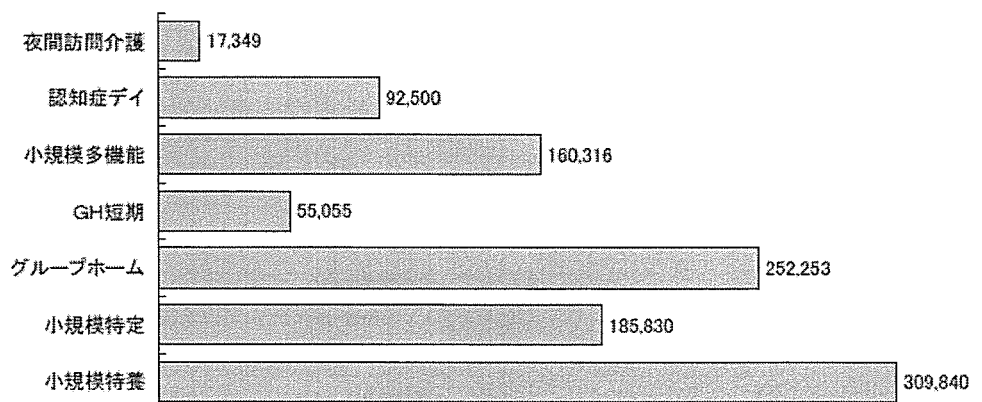
また、地域密着型サービス利用者の要介護度割合や1人あたり費用額を確認することもできる。

	地域密着型サービス	全体（利用実人数）	地域密着型サービス割合
利用人数	146,358	3,446,613	4.2%
1人あたり費用額（円）	214,924	147,191	
費用総額（百万円）	31,456	507,310	6.2%

<要介護度3区分割合>



<1人あたり費用額>



2) サービスパッケージによる地域密着型サービスニーズ

サービスパッケージとは、介護保険サービスの機能に応じた組み合わせに基づく指標である。

サービス機能	サービス種類
訪問系サービス (H)	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション
通所系サービス (D)	通所介護、通所リハビリテーション
短期滞在系サービス (S)	短期入所 (生活介護、療養介護)
その他	福祉用具貸与、訪問入浴、居宅療養管理指導
居住系サービス	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
施設	特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設

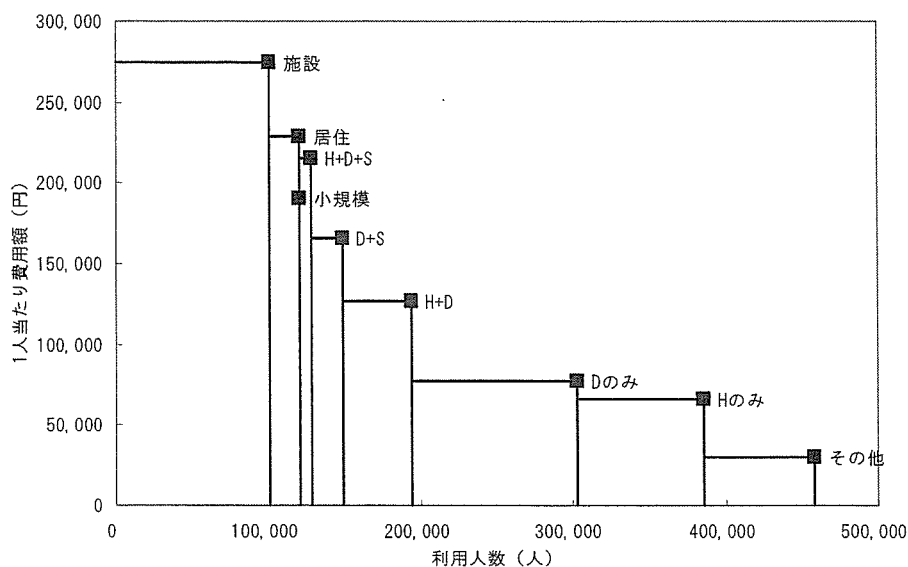
在宅サービスにおける訪問系 (H)、通所系 (D)、短期滞在系 (S) の組合せから、H+D+S、D+S、H+D、D のみ、H のみ、その他に区分し、施設と居住を合わせて 8 類型とした。

サービス機能組合せ	サービス機能
施設	施設
居住	居住系サービス
H+D+S	訪問系+通所系+短期滞在系、訪問系+通所系+短期滞在系+その他
D+S	通所系+短期滞在系、通所系+短期滞在系+その他
H+D	訪問系+通所系、訪問系+通所系+その他
D のみ	通所系サービスののみ
H のみ	訪問系サービスののみ
その他	上記以外のサービス機能の組合せ

サービスパッケージごとの介護費用総額=利用人数×1人当たり費用額の関係について、2006年6月実績を収集した197保険者の合計である、介護サービス利用者総数45.8万人の集計結果を下表に示す。

	施設	居住	H+D+S	D+S	H+D	Dのみ	Hのみ	その他
人数 (人)	100,939	19,413	74	7,805	20,487	44,719	109,749	82,056
	22.1%	4.2%	0.0%	1.7%	4.5%	9.8%	24.0%	17.9%
1人当たり費用額 (円)	274,737	228,871	190,322	215,528	166,107	126,376	77,578	65,765
費用総額 (千円)	27,731,686	4,443,076	14,084	1,682,193	3,403,040	5,651,429	8,514,094	5,396,390
	47.0%	7.5%	0.0%	2.9%	5.8%	9.6%	14.4%	9.1%

下図は、横軸に利用人数、縦軸に1人当たり費用額を採用し、サービスパッケージごとに施設利用者から左から並べたものである。各サービスパッケージにおける四角形の面積は、サービスパッケージにかかる費用を示す。



これらの面積の合計は、介護総費用額を示す。したがって、この図は介護費用総額のサービスパッケージごとの費用配分状況を表している。ここで、サービスパッケージによる分析によって把握できる項目を整理する。

- ・ サービスの組合せを評価することができる

従来の給付実績分析ツールや全国の介護保険事業状況、さらには介護保険事業量等推計作業においても、サービスの組合せを考慮していなかった。しかし、在宅サービスを機能として類型化することで、サービスの組合せを評価することが可能となる。これは、サービス事業者（特に、居宅介護支援事業所）との協議においても、日常業務をイメージすることが容易であり、かつサービスの組合せごとに保険者平均を提示することができる。さらに、小規模多機能型居宅介護等は、利用状況において多機能なサービスを組み合わせ利用しているケース（例えば、H+D+SやD+S）をニーズと想定し推計することで、介護保険事業量等推計への応用も可能である。

- ・ 応用性を有する図化

サービスパッケージ別介護費用額の図化は多様な視点により変更可能である。横軸をサービス事業者とすることで事業者別分析の機能を有するほか、総面積をサービス量（日・回数）とすることで、サービスパッケージ別の利用頻度を評価することができる。

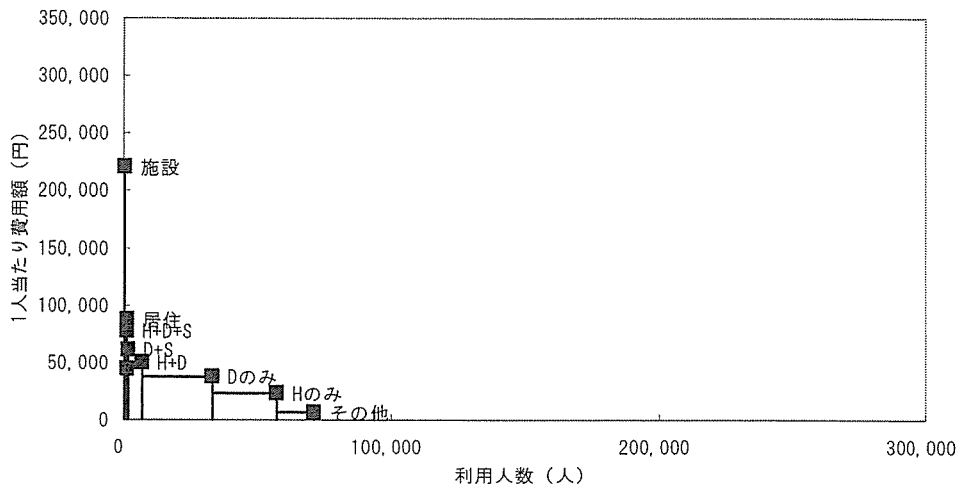
- ・ 図の形状による評価

従来の給付分析手法は、利用人数（利用率）、費用総額（費用割合）、1人当たりの費用額について、要介護度別や介護サービス別に指標化されていた。これらの指標群はそれぞれに影響を及ぼし（共線性）、2指標の選択によって行われるプロット図の作成等関係性が評価されてきたが、他の影響要因を含めて評価することができない限界を持っていた。

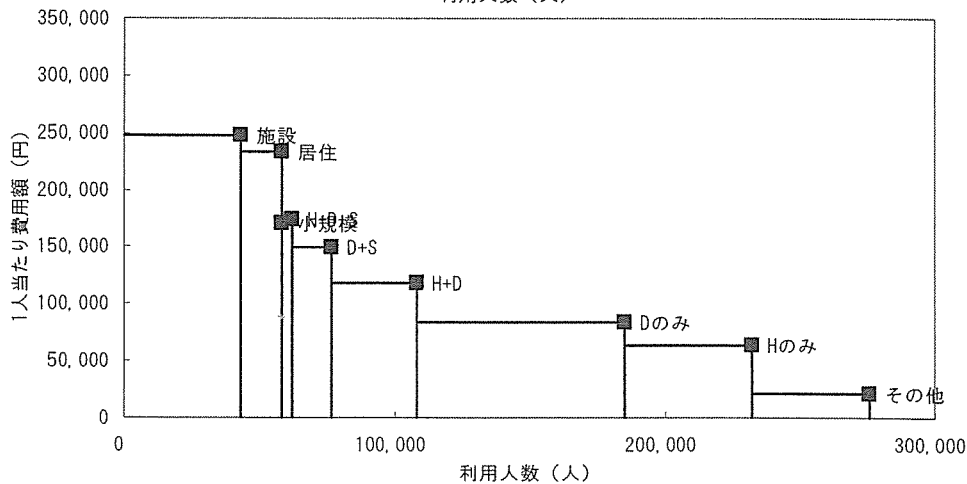
この図化による評価は、介護費用総額すべてを網羅しており、ベンチマークにおいては図の形状比較を行うことで、多指標間における評価を行うことができる。

以下に先の介護サービス利用者総数 45.8 万人のサービスパッケージ別集計を要介護度（軽度・中度・重度）別に集計し、図化したものを以下に示す。

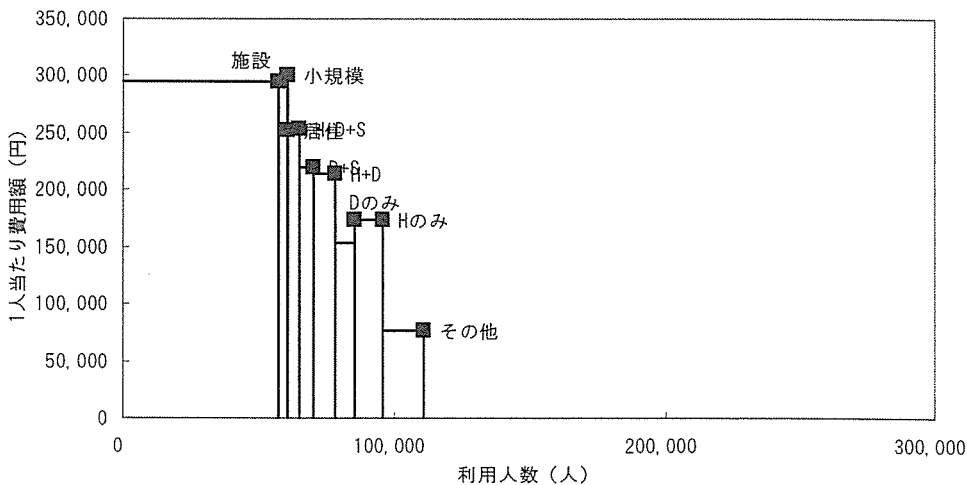
・軽度



・中度



・重度



このように、総面積である介護費用総額は、中度に 52.8% 配分されており、通所系サービス利用を中心として、サービスを組み合わせるケースが多い。また、重度は施設利用者の割合が多く、軽度者では「のみ」利用者が多い。

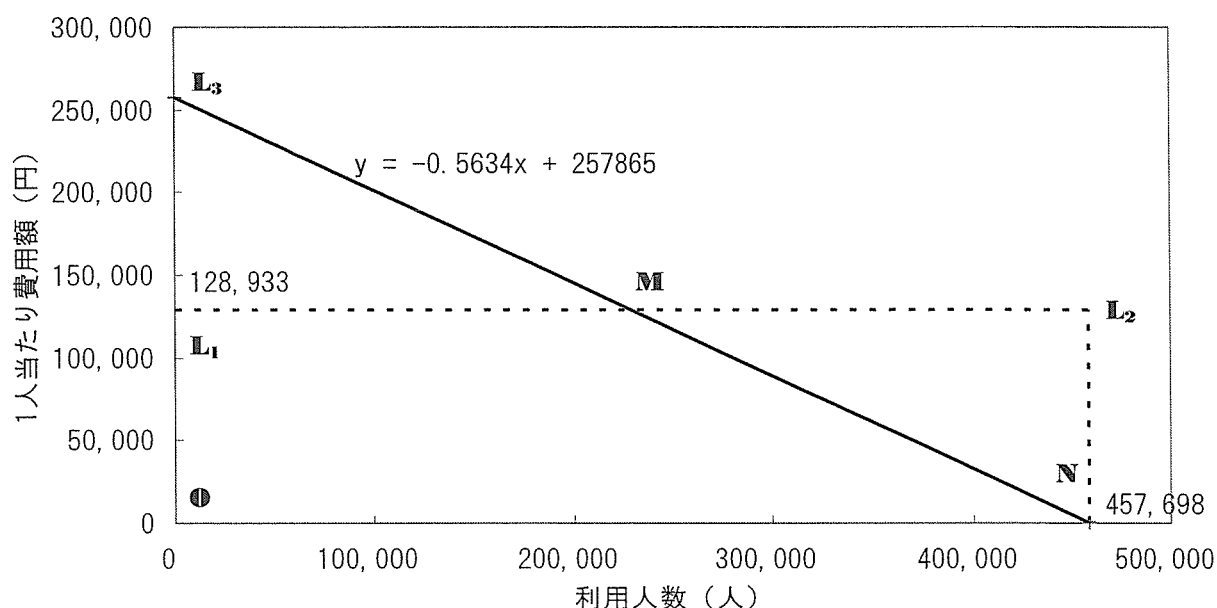
1-2-5 介護費用総額の配分評価モデル

本学が集約した2006年6月実績の197保険者の総計では、介護費用総額、利用人数、1人当たり費用額は下表のようであった。

2006年6月	利用人数（人）	費用総額（千円）	1人当たり費用額（円）
197保険者合計	457,698	128,933	59,012,182

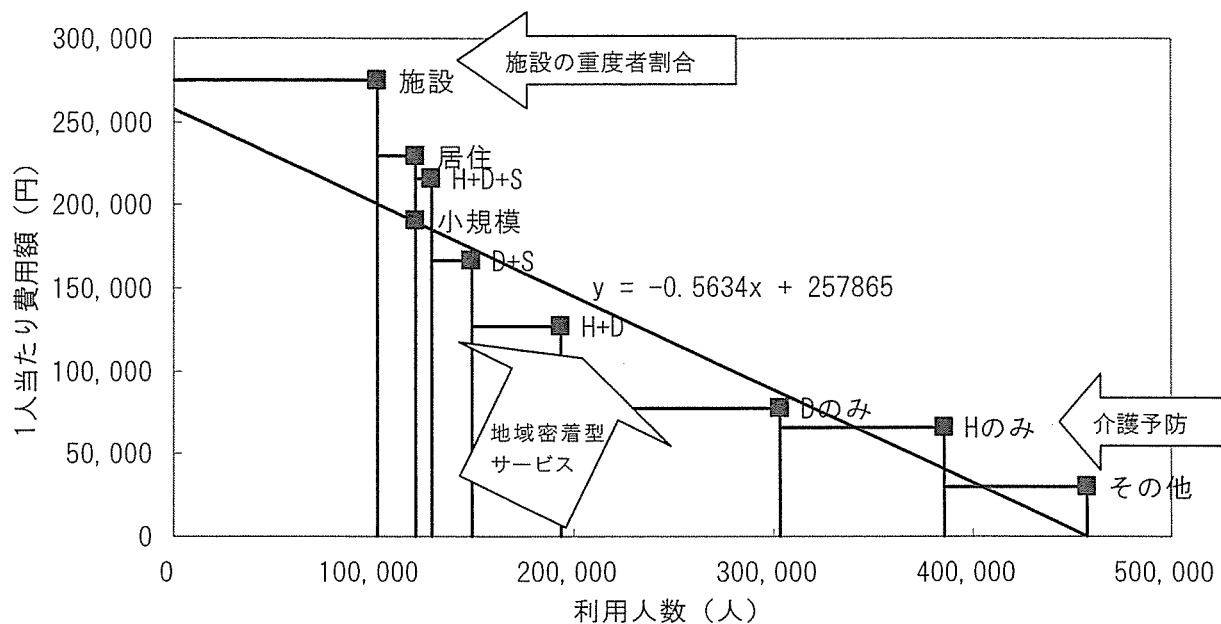
これを横軸に利用人数（人）をとり、縦軸に費用総額（千円）を利用人数で除することにより得られる1人当たり費用額（円）をとると、介護費用総額は下図の長方形（破線）で示すことができる。この長方形の図は、利用者全員が128,933円を利用していることを表す図であることから、利用状況を適切に示していない。

ここで、サービスの利用状況を考慮して、 L_1L_2 の中点 M と点 N (457698, 0) を通る直線を考えて、 y 軸との交点とによって三角形を作図することができる ($\triangle ONL_3$)。また、直線の方程式は $y = -0.5634x + 257865$ となる。



このときの長方形 ONL_2L_1 と、三角形 ONL_3 の面積は等しいことは明らかである。総費用額を保持し四角形モデルを三角形モデルへと変換すると、利用状況を考慮したモデルができる。このときの最高利用者は切片であり、257,865円≒施設利用者費用水準となる。一方、傾き $-0.5634 = -(\Delta 1人当たり費用額 / \Delta 利用人数)$ であり、1人当たり費用額の高い方からの順がわかれば、1人当たり費用額的水準がわかることとなる。

ここで、先のサービスパッケージと三角形モデルとの比較を試みると、下図のようになる。



要介護度別分析において、重度者の施設、中度者のDを中心とする在宅サービスの組合せ利用、軽度のDあるいはH「のみ」の利用の特徴を踏まえると、上図は左から要介護度重度者が並んでいると考えられる。

三角形モデルとの比較において介護費用総額の配分を考えると、重度の施設・居住系サービス、軽度のHのみ、その他サービスでより費用が配分されており、通所を中心とした在宅サービスの組合せ(Dのみ、H+D、D+S)では、三角形モデルの水準に達していない。

このモデルからこの度の制度改正内容を当てはめて見ると、参酌標準によって施設・居住系サービスの利用者が抑制されることから、上図での施設・居住系利用者数(X軸における横幅)は今後増加しない。また、一方で地域支援事業や新予防給付の創設による介護予防の推進によって、利用者の増加を抑制しながら、地域密着型サービスの創設(特に小規模多機能型居宅介護)によって、通所を軸としたサービス利用者を三角形モデルの水準に引き上げることが示されたと理解できる。

このように介護費用総額全体によるモデル化は、それぞれの施策を検討するうえでも有用である。また、この図を要介護度別、障害像別で出力することによって、地域のサービス事業者との協議に資する資料を提供することもできる。特に居宅介護支援事業所は、個別援助を日常業務としているものの地域(保険者)全体がどのような状況になっているかを理解していない場合が多い。従来の統計的な資料から脱却し、このようなモデル図を示すことで、各サービス利用状況に応じた保険者平均の1人当たり費用額を提示することができる。

サービスの質に関与することが求められた保険者は、これらの資料を携えて地域に出向き、サービス提供事業者等の地域住民と協議を行っていくことが求められる。

1-2-6 認知症高齢者給付実績分析

1) 研究背景

- ①自治体による認知症高齢者を中心とした地域ケア推進の必要性の高まり、介護保険制度の改正により認知症ケアの重点化と地域ケアへの方向転換が図られた。
- ②認知症に特化した分析の不足

先行研究：ミクロレベルの適正なケアプランの検証を目的としたものが多く、自治体へのフィードバックが目的とはされていない。対象とするデータ数が少なかったり、対象を軽度層に限定させていたりといった限界がある。

行政計画：1990年代「ニーズ類型化の手法」の確立へ向けた検討がなされるが、現実的な数値からの乖離等がみられた。現在は、要介護度による分析が中心であり、認知症高齢者に特定しての利用構造の分析はあまりなされていない。

- ③給付実績分析ソフトによる分析手法の導入(全国介護保険指導・監査担当課長会議で紹介 2006. 8)。
日本福祉大学福祉政策評価センターにおいて、介護サービスのパッケージ分析視点を持つ「介護給付分析ソフト 2006」を開発し、その発展として本研究は位置づく。

2) 目的

- ①認知症高齢者の利用特性と地域ケアの構造を把握する
ケアパッケージを用いることで地域ケアの構造を把握し、行政職員がリアリティをもって地域ケアシステムの設計を行うための方法の提案につながる
- ②実態に基づいたニーズ分析と介護保険費用の推計を可能にする分析手法を提示する。
認知症高齢者の状態像に対応したサービスの標準化はなされていない。予測が困難なニーズ把握に対して、実際の利用データを2時点間比較することで推計する。

3) 方法

- ①用いるデータ : 14 保険者データ (44, 356 人)、K市2時点 (2003・2005) のデータ
- ②分析対象の分類 : 日常生活自立度 (寝たきり度、認知症度) により4つの類型に切り分ける
- ③分析の視点 : 「ケアパッケージ」を導入した分析の試みと、二時点間比較による変化の把握と推計の手法。

		認知症度					
		なし	I	II	III	IV	M
寝たきり度	自立	虚弱		動ける認知症			
	J						
	A						
	B	寝たきり		寝たきり認知症			
	C						

—ケアパッケージとは—

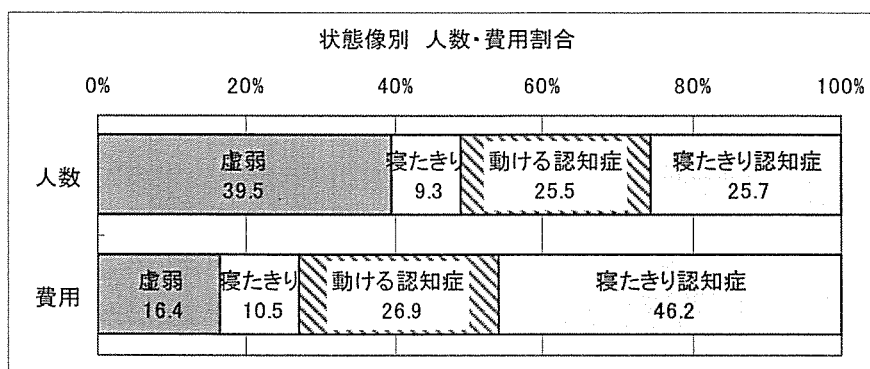
介護保険サービスの機能に応じた組み合わせに基づく指標。在宅サービスにおける訪問型【H】（訪問入浴除く）、通所型【D】、短期滞在型【S】の組み合わせから①Hのみ、②Dのみ、③H+D、④D+S、⑤H+D+S、⑥Sのみ、⑦H+S、⑧その他（福祉用具・居宅療養など）の8類型を設定し、さらに⑨居住系（グループホーム・特定施設）と⑩施設（特養・老健・療養）を加え10類型とした。なお、⑥Sのみ⑦H+Sは数が少ないため、その他に含めて分析しているものもある。

1. 認知症高齢者の実態と在宅・施設のケアバランス

1) 認知症高齢者の人数と費用

介護保険利用者のうち、認知症高齢者は全体の5割を占める。（図表1-1）そのうち、「動ける認知症」が半数、「寝たきり認知症」が半数となっている。

一方、費用をみると、認知症高齢者で全体の7割を占める。そのうち、「寝たきり認知症」高齢者だけで全体の5割を占めている。



図表 1-1

2) 認知症と施設入所割合

「動ける認知症」の施設利用割合は、18.8%であり、8割以上が在宅で生活をしている。（図表1-2）これは「寝たきり」とほぼ同じ値になる。それに対し、「寝たきり認知症」は55%が施設利用者である。

総費用に占める施設の割合をみると、「寝たきり認知症」が70.4%にまで上昇する。（図表1-3）施設依存率が高いことが一人あたり費用総額の増加を招いていることがわかる。

3) 要介護度と在宅費用

平均要介護度は、「虚弱」→「動ける認知症」→「寝たきり」→「寝たきり認知症」の順に約1ずつ増えている。在宅利用者だけの平均要介護度をみると、認知症高齢者で差が大きい。

「動ける認知症」と「寝たきり」を比較すると、平均要介護度に1の開きがあるが、在宅サービス利用者一人あたり費用額は4,000円しか差がない。これは、「動ける認知症」の支給限度額比率は、どの要介護度においても最も高い割合となっており、在宅利用の水準が高いことによるものと考えられる。

「動ける認知症」高齢者は、人数割合において4分の1を占めているとともに、在宅で生活する率が高い。一方で、在宅サービスの利用額が高く、より在宅サービスを必要としている層でもある。

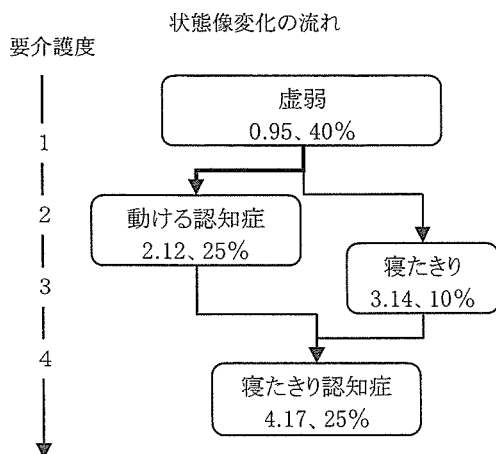
図表 1-2

	全体		施設		人数 施設割合	平均要介護度	
	人数	割合	人数	割合		全体	在宅
虚弱	17,499人	39.5%	587人	6.0%	3.3%	0.95	0.93
動ける認知症	11,307人	25.5%	2,143人	21.9%	18.8%	2.12	1.97
寝たきり	4,146人	9.3%	865人	8.9%	20.9%	3.14	3.14
寝たきり認知症	11,404人	25.7%	6,172人	63.2%	55.0%	4.17	4.04
全体	44,356人	100.0%	9,767人	100.0%	22.2%	2.28	1.88

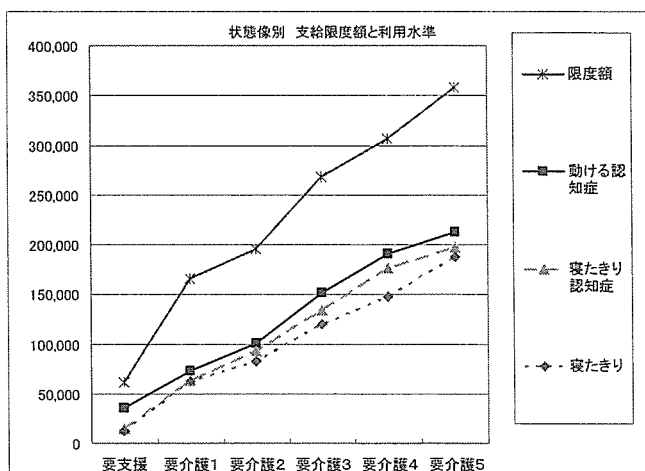
図表 1-3

	総費用		総費用に占める割合		一人あたり費用額		
	金額	割合	在宅	施設	全体	在宅	施設
虚弱	1,064,388	16.4%	84.7	15.3	61,275	53,717	276,899
動ける認知症	1,744,337	26.9%	62.6	37.4	155,696	120,271	304,116
寝たきり	679,535	10.5%	59.6	40.4	165,286	124,475	317,080
寝たきり認知症	2,989,492	46.2%	29.6	70.4	267,128	174,352	340,938
全体	6,477,752	100.0%	50.7	49.3	147,992	96,076	326,897

図表 1-4



図表 1-5



2. 「ケアパッケージ」にみる利用の特徴

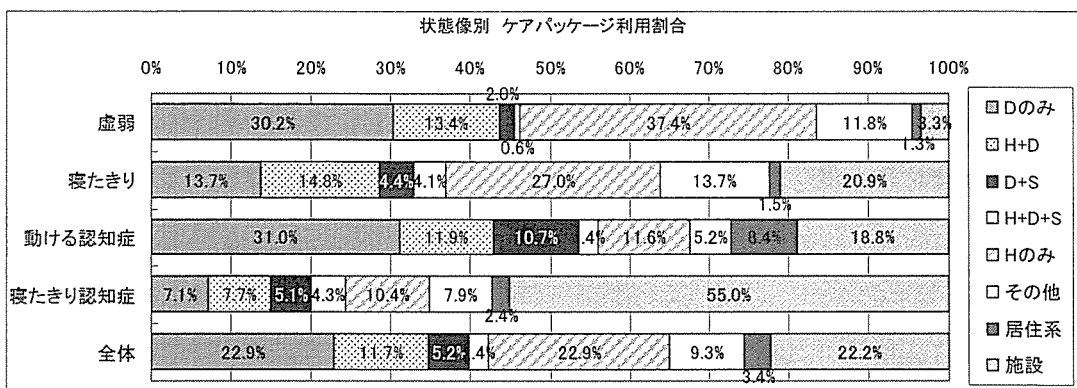
1) 認知症高齢者の在宅サービス利用特性

認知症がない場合で「Hのみ」の利用割合が高く、認知症がある場合で低い。(図表 2-1) この傾向は、「H+D」の利用割合にも現れている。一方、「虚弱」、「動ける認知症」では、「Dのみ」の利用割合が高く、寝たきりの場合で低くなっている。

「動ける認知症」特有の利用構造として、1) D利用型の割合が高く(56%)、中でも「D+S」の利用割合が他の状態像と比べて高いこと、2) GHの普及により、「居住」利用の割合が高い(8.4%)ことが挙げられる。

図表 2-1

	D利用型				小計	その他			24時間型			総計
	Dのみ	H+D	D+S	H+D+S		Hのみ	その他	小計	居住系	施設	小計	
虚弱	30.2%	13.4%	2.0%	0.6%	46.2%	37.4%	11.8%	49.2%	1.3%	3.3%	4.6%	100.0%
寝たきり	13.7%	14.8%	4.4%	4.1%	37.0%	27.0%	13.7%	40.7%	1.5%	20.9%	22.4%	100.0%
動ける認知症	31.0%	11.9%	10.7%	2.4%	56.0%	11.6%	5.2%	16.8%	8.4%	18.8%	27.2%	100.0%
寝たきり認知症	7.1%	7.7%	5.1%	4.3%	24.3%	10.4%	7.9%	18.4%	2.4%	55.0%	57.4%	100.0%
全体	22.9%	11.7%	5.2%	2.4%	42.2%	22.9%	9.3%	32.2%	3.4%	22.2%	25.6%	100.0%



2) パッケージと費用の構造

「動ける認知症」の費用割合は、「寝たきり」に比べて「Dのみ」や「D+S」で高くなっている。また、「D+S」、「H+D+S」の水準は、定額払いの小規模多機能型居宅介護の介護報酬に近い数字となっている。

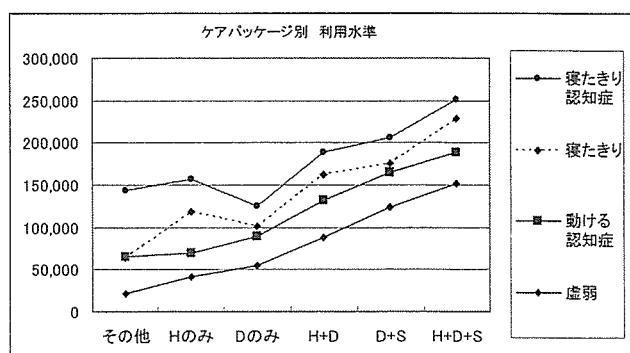
図表 2-2

	虚弱		動ける認知症		寝たきり		寝たきり認知症		全体	
	水準	費用割合	水準	費用割合	水準	費用割合	水準	費用割合	水準	費用割合
Dのみ	54,813	27.0%	89,268	17.8%	100,620	8.4%	125,176	3.3%	74,856	11.6%
H+D	87,675	19.1%	131,325	10.0%	161,875	14.5%	189,014	5.5%	125,011	9.8%
D+S	123,714	4.0%	164,767	11.3%	174,563	4.6%	206,237	4.0%	169,824	6.0%
H+D+S	151,072	1.5%	188,923	2.9%	228,610	5.7%	251,124	4.1%	220,803	3.5%
Hのみ	41,397	25.3%	69,045	5.1%	118,462	19.3%	157,053	6.1%	66,981	10.4%
その他	21,105	4.1%	65,672	2.2%	63,083	5.2%	143,784	4.3%	60,076	3.8%
居住系	179,068	3.7%	247,388	13.3%	214,896	1.9%	243,543	2.1%	235,177	5.4%
施設	282,540	15.2%	308,411	37.3%	319,859	40.4%	342,988	70.6%	329,930	49.5%
総計	61,275	100.0%	155,696	100.0%	165,286	100.0%	267,128	100.0%	147,992	100.0%

(参考) 小規模多機能型居宅介護の介護報酬

要介護度	小規模多機能型 (一律)
要支援1	約 4万 5,000 円
要支援2	約 8万円
要介護1	約 11万 4,000 円
要介護2	約 16万 3,000 円
要介護3	約 23万 3,000 円
要介護4	約 25万 6,000 円
要介護5	約 28万 1,000 円

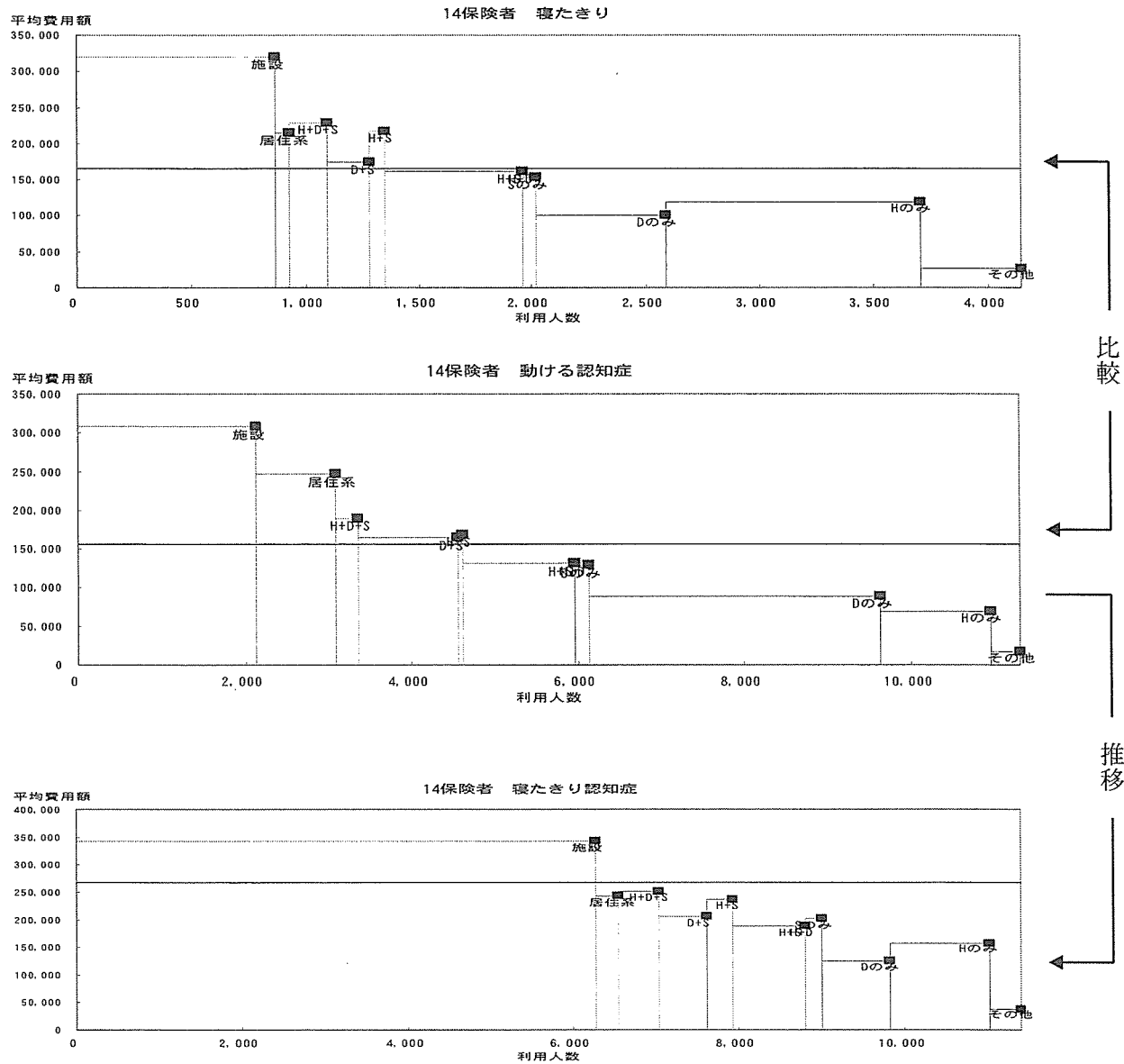
図表 2-3 ケアパッケージ別 費用水準



3) ケアパッケージ構造と地域ケア

人数と費用を合わせて図化することで、実際の利用構造を踏まえた費用配分状況を把握できる。「動ける認知症」は、「寝たきり認知症」予備軍と考えることができるが、「D+S」や「H+D+S」といったパッケージにより施設入所をどこまで食い止めることができるかが、地域ケア推進上において重要となる。実際に、どのような経過を経て施設に入所するのかについては、二時点間比較分析において検証している。

図表 2-4



「動ける認知症」は、「D+S」と「H+D+S」、「居住」(GH)の利用が、施設入所を相対的に低い水準にとどめており、今後、制度改正により新規の施設整備に歯止めがかかる中で、地域ケアの整備による支援を必要とする層であるといえる。

「動ける認知症」は、将来「寝たきり認知症」へと推移する中で、要介護の状態像をいかに保てるか、また、施設依存率をいかに低くできるかが自治体における1つの政策課題となる。

3. 要介護度別比較

「動ける認知症」は、要介護1～3が全体の87%を占めている。ここでは、要介護度1～3を中心に分析を行う。

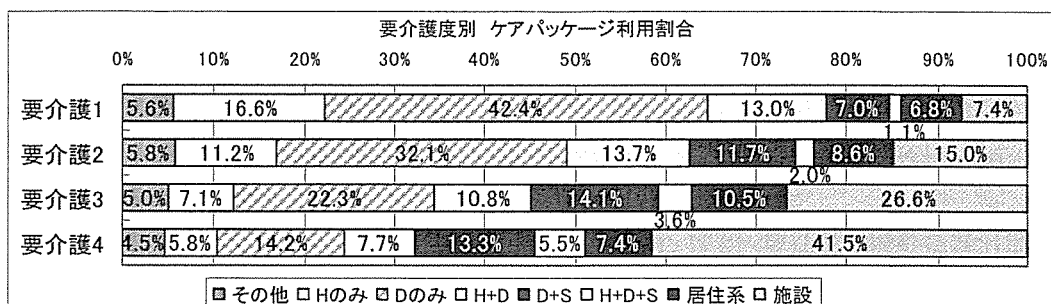
図表 3-1

	人数	割合
要支援	298	2.7%
要介護1	3316	29.7%
要介護2	3645	32.6%
要介護3	2788	25.0%
要介護4	982	8.8%
要介護5	143	1.3%
合計	11172	100.0%

1) 要介護度とパッケージ

「動ける認知症」の要介護度別パッケージ利用割合については、要介護度が高くなるほど、単機能パッケージ（「Dのみ」、「Hのみ」）が大幅に減り、施設利用が増加する。「D+S」、「居住」利用割合は要介護3まで増加するが、要介護4になると施設割合が一気に4割まで増加するため、相対的に割合が低くなる。

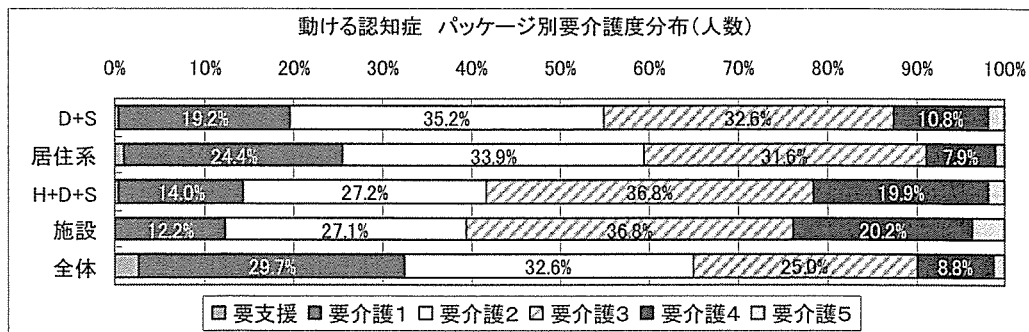
図表 3-2



2) パッケージと状態像

「動ける認知症」に限定して、パッケージ別に要介護度の分布をみると、「D+S」と「居住」の要介護度分布が同程度となっている。また、「H+D+S」と「施設」もほぼ同じ要介護度分布をとっている。このことから、「H+D+S」（多機能型）の利用が施設を代替して、利用者を支えている可能性がうかがえる。

図表 3-3



3) パッケージと支給限度額比率

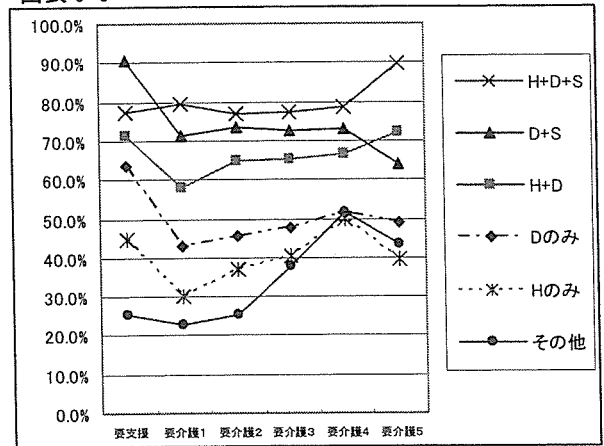
パッケージ別の支給限度額比率はどの要介護度においても、「H+D」で6割、「D+S」で7割、「H+D+S」では約8割となっており、支給限度額ぎりぎりのところで、在宅生活を続けている現状がみてとれる。支給限度額比率は平均値であり、実際には同じパッケージ利用者の中にも利用金額に差がある。

「Dのみ」、「Hのみ」、「その他」の支給限度額比率は、要支援を除いて、要介護度1から4まで上昇し、要介護度5で下がっている。なお、要支援は支給限度額が低いため、支給限度額比率が高くなると考えられる。

図表 3-4 パッケージ別 支給限度額比率

要介護度	D利用型				その他		全体
	Dのみ	H+D	D+S	H+D+S	Hのみ	その他	
要支援	63.4%	71.1%	90.6%	77.4%	44.5%	25.4%	56.8%
要介護1	42.8%	57.8%	71.1%	79.3%	29.9%	22.8%	44.1%
要介護2	45.6%	64.7%	73.5%	76.6%	37.1%	25.2%	51.4%
要介護3	47.6%	65.4%	72.7%	77.2%	40.5%	37.9%	56.5%
要介護4	51.5%	66.7%	72.9%	78.5%	49.7%	51.4%	62.2%
要介護5	49.0%	71.9%	64.0%	89.8%	39.5%	43.2%	59.2%
平均	45.8%	63.4%	72.5%	77.9%	36.2%	31.5%	51.9%

図表 3-5

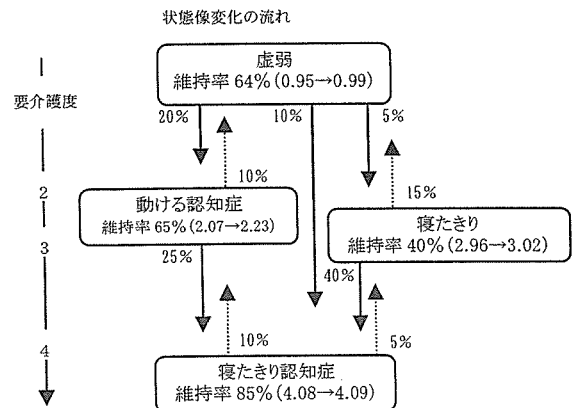


4. 二時点間比較による変化分析 (K市 2003~2005年の2年間の変化)

二時点間比較分析は、2003年10月と2005年7月の二時点ともに介護保険サービスを利用している人を対象としている。「動ける認知症」では998人が二時点の継続利用をしており、そのうちの252人(25%)は2005年7月時点で「寝たきり認知症」となっていた。

(参考) K市における2年間の状態像変化

年	障害像	2005年7月					2003 構成比	平均要 介護度
		虚弱	動	寝たきり	寝	認		
2003年	虚弱	699	210	86	101	1096	35.0%	0.95
	動ける認知症	96	639	11	252	998	31.9%	
2005年	寝たきり	44	12	116	109	281	9.0%	2.96
	寝たきり認知症	13	54	38	648	753	24.1%	
10月	合計	852	915	251	1110	3128	100.0%	2.24
	平均要介護度	0.99	2.23	3.02	4.09	2.62		

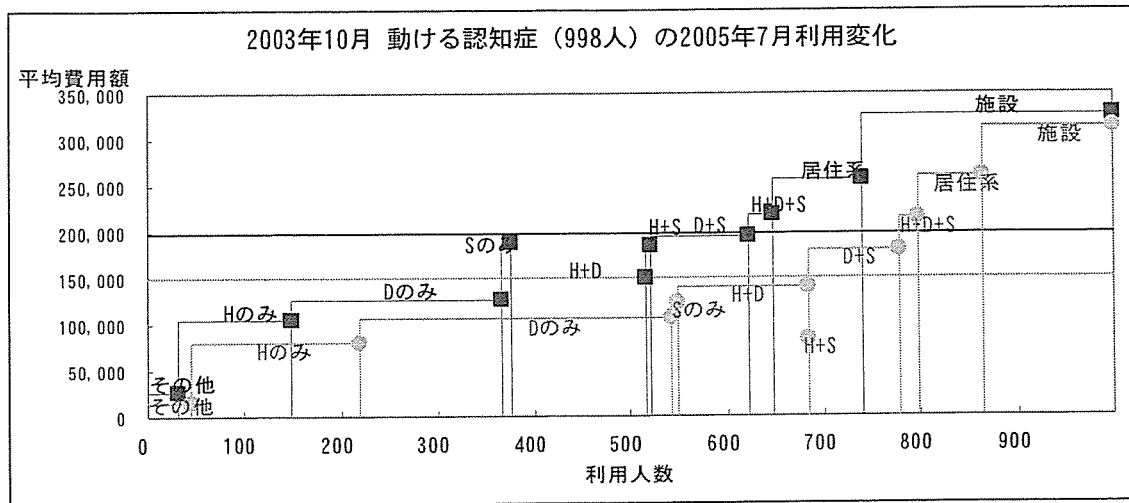


1) ケアパッケージの利用構造変化

2003年10月に「動ける認知症」であった998人の利用の変化を図表4-1、4-2に示した。「Hのみ」、「Dのみ」の単機能パッケージ以外で、その面積(費用総額)が大きくなっており、全体の費用総額では48,810千円増加した。また、一人当たり費用水準では48,908円の増加となっている。

ケアパッケージの構成では、「Hのみ」、「Dのみ」といった単機能でのケアパッケージ利用率が減少し、施設への入所が増加している。この変化は要介護度別にみたケアパッケージと同じ傾向といえる。「Sのみ」、「H+S」、「D+S」といった短期入所を利用するパッケージは、実人数の増減はあまりみられないが、一人当たり費用水準が伸びていることが分かる。総費用額の上昇要因をみると、増加費用総額の48,810千円のうち、増加施設費用は86.5%(42,231千円)を占めており、施設に入ることによるインパクトが大きい。

図表 4-1



図表 4-2

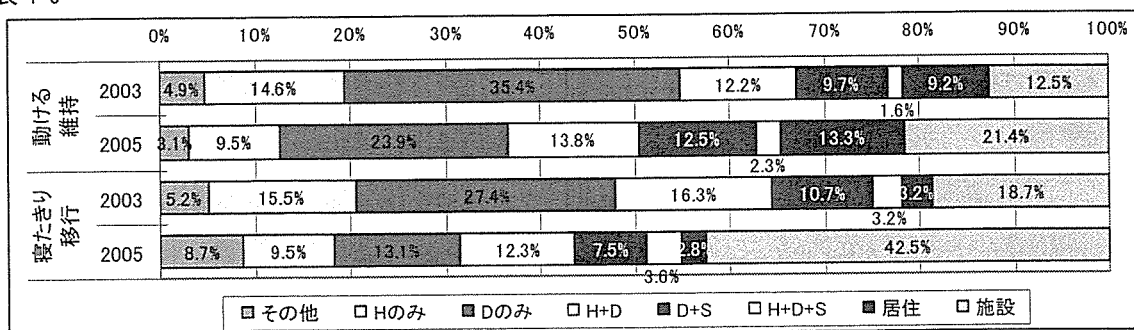
費用：水準（円）、費用総額（千円）

	2003年10月					2005年7月					2005-2003(差)				
	人数	割合	水準	総額	割合	人数	割合	水準	総額	割合	人数	割合	水準	総額	割合
その他	45	4.5%	14,530	654	0.4%	32	3.2%	26,063	834	0.4%	-13	-1.3%	11,533	180	0.0%
Hのみ	173	17.3%	79,861	13,816	9.3%	117	11.7%	104,887	12,272	6.2%	-56	-5.6%	25,026	-1,544	-3.1%
Dのみ	325	32.6%	106,044	34,464	23.1%	216	21.6%	127,428	27,524	13.9%	-109	-10.9%	21,383	-6,940	-9.2%
Sのみ	6	0.6%	124,148	745	0.5%	11	1.1%	187,966	2,068	1.0%	5	0.5%	63,818	1,323	0.5%
H+D	134	13.4%	140,693	18,853	12.6%	141	14.1%	149,884	21,134	10.7%	7	0.7%	9,190	2,281	-2.0%
H+S	1	0.1%	83,710	84	0.1%	4	0.4%	185,015	740	0.4%	3	0.3%	101,305	656	0.3%
D+S	94	9.4%	180,230	16,942	11.4%	101	10.1%	194,787	19,674	9.9%	7	0.7%	14,557	2,732	-1.4%
H+D+S	19	1.9%	214,388	4,073	2.7%	25	2.5%	218,286	5,457	2.8%	6	0.6%	3,898	1,384	0.0%
居住系	67	6.7%	260,026	17,422	11.7%	93	9.3%	257,303	23,929	12.1%	26	2.6%	-2,722	6,508	0.4%
施設	134	13.4%	313,916	42,065	28.2%	258	25.9%	326,730	84,296	42.6%	124	12.4%	12,813	42,231	14.4%
総計	998	100.0%	149,416	149,117	100.0%	998	100.0%	198,324	197,928	100.0%	-	-	48,908	48,810	-

2) 状態像変化とケアパッケージ利用の変化

2003年10月において「動ける認知症」であった利用者について、状態像を維持した群と変化した群で、ケアパッケージの利用率の変化を示した。「動ける認知症」を維持した群では、「Hのみ」、「Dのみ」の利用割合が減少している。また、「寝たきり認知症」に変化した群では、施設の利用割合が2割から4割へと増加している。

図表 4-3



さらに二時点間でのパッケージの変化についてクロス表で示した。二年後も同じパッケージに留まる率について、「動ける認知症」維持群と「寝たきり認知症」になった群で比較すると、「Dのみ」と「H+D」

等では、「寝たきり認知症」になることで利用パッケージ維持率が低くなっている。一方、「H+D+S」では利用パッケージ維持率が高い。

在宅サービス間での移動をみると、「Hのみ」は「H+D」へ、「Dのみ」は「D+S」へ移行する。「D+S」から「H+D+S」への移動は少なく、訪問系のサービスの利用に至らない傾向が伺える。

「居住」の継続率は非常に高く、寝たきりにならない場合の「居住」継続率は100%となっている。寝たきりになった場合でも75%が継続している。一方で、「居住」から在宅に戻るといった動きはなく、施設に移行している様子が見られる。

図表 4-4 2003年 2005年とも動ける認知症（639人）の変化

年	年		2005年7月								合計
	パッケージ	人数	Hのみ	Dのみ	H+D	D+S	H+D+S	その他	居住	施設	
2003年 10月	Hのみ	93	54.8%	1.1%	28.0%	1.1%	4.3%	3.2%	3.2%	4.3%	100.0%
	Dのみ	226	1.3%	56.2%	6.2%	18.6%	0.9%	2.2%	5.3%	9.3%	100.0%
	H+D	78	3.8%	11.5%	55.1%		7.7%		9.0%	12.8%	100.0%
	D+S	62		11.3%		51.6%		1.6%	4.8%	30.6%	100.0%
	H+D+S	10		10.0%	10.0%	10.0%	30.0%			40.0%	100.0%
	その他	31	9.7%	22.6%	9.7%	12.9%		32.3%		12.9%	100.0%
	居住	59							100.0%		100.0%
	施設	80	1.3%	1.3%	1.3%			1.3%	1.3%	93.8%	100.0%
合計	639	9.5%	23.9%	13.8%	12.5%	2.3%	3.1%	13.3%	21.4%	100.0%	

図表 4-5 2003年動ける認知症 2005年寝たきり認知症（252人）の変化

年	年		2005年7月								合計
	パッケージ	人数	Hのみ	Dのみ	H+D	D+S	H+D+S	その他	居住	施設	
2003年 10月	Hのみ	39	43.6%		23.1%		2.6%	12.8%		17.9%	100.0%
	Dのみ	69	1.4%	34.8%	7.2%	11.6%	4.3%	10.1%		30.4%	100.0%
	H+D	41	7.3%	7.3%	34.1%		4.9%	2.4%	2.4%	41.5%	100.0%
	D+S	27	3.7%	14.8%	7.4%	40.7%		3.7%		29.6%	100.0%
	H+D+S	8			12.5%		37.5%	12.5%		37.5%	100.0%
	その他	13	15.4%	15.4%				53.8%		15.4%	100.0%
	居住	8							75.0%	25.0%	100.0%
	施設	47								100.0%	100.0%
合計	252	9.5%	13.1%	12.3%	7.5%	3.6%	8.7%	2.8%	42.5%	100.0%	

結論と今後の研究課題

- ①「動ける認知症」高齢者は、約四分の一の利用者層をなし、在宅におけるサービスをより多く必要としている。寝たきりになることで施設ニーズが大幅に増加するため、今後、施設に代替した地域ケアを推進する必要性が高まっている。小規模多機能型のサービスは、それらのニーズに対応する可能性を含んでおり、サービスの整備と適切な利用者によるサービス利用、さらにサービス間の連携と質の向上が必要となる。
- ②今後の研究課題としては、認定データに基づいた状態像の詳細な分析と、ケアパッケージの細分化により、分析手法の検討。さらに、サービス資源や「動ける認知症」出現率等の格差の把握と格差の関係を明らかにするための自治体間での比較を想定している。

2. 日常生活圏域の設定をめぐる地域包括支援センターの円滑な運営

平野隆之（日本福祉大学社会福祉学部 教授）

高室成幸（ケアタウン総合研究所 所長）

研究要旨

介護予防マネジメントにより地域包括支援センターに求められる機能は十分発揮されていない状況にある。地域マネジメント主体としての役割や課題を整理することを目的とする。第1が地域包括支援センターの設置状況の把握であり、第2に地域包括支援センターの役割の整理、第3には事例研究として公民協働型運営を提示し、地域包括支援センターの円滑な運営に向けた課題を整理する。

A. 研究目的

地域ケアシステムの構築に向けたマネジメント主体として地域包括支援センターへの期待が大きい中で、介護予防マネジメントに忙殺される状況が全国的にも課題となっている。

日常生活圏域の設定による政策効果を上げるためにも地域包括支援センターの役割は大きい。本研究では、第3期介護保険事業計画における地域包括支援センター配置の評価と運営課題について整理することを目的とする。

B. 研究方法

本研究の推進方法として4領域設定した。第1は、地域密着型サービスの整備エリアとしての日常生活圏域の設定と地域包括支援センター配置に関する国のガイドラインによって圏域設定要件を整理し、第2には自治体アンケート調査によって、日常生活圏域の設定と地域密着型サービスエリア、地域包括配置エリアの関係等の現状を把握する。第3は地域マネジメント主体としての地域包括支援センターの役割を整理し、第4に地域包括支援センターの公平性という視点から公民協働設置型地域包括支援センターの事例について検討し、地域包括支援センターの円滑な運営課題を明らかにする。

C. 研究結果・考察

ガイドラインから日常生活圏域設定に関する要件が4点読み取れる。①圏域の人口規模や高齢者人口、②既存サービス資源の状況、③地域の住民活動、④圏域面積への配慮である。

この様な条件の下、実際の日常生活圏域の設定は、調査結果から、概ね厚生労働省が示したガイドラインに沿った圏域あたり人口2万～3万人程度を目指した設定が行われたが、保険者によりまた、圏域ごとの特徴は様々であった。

日常生活圏域を設定した基準は、1位：学校

区・行政区（79.4%）、2位：既存資源の配置・調整（71.4%）、3位：人口・面積の均等性（46.0%）であり、小学校区・中学校区を中心とする圏域設定が行われ、地域福祉計画のエリアの整合性に配慮したのは5保険者（7.9%）に留まった。

日常生活圏域の期待する施策効果は、1位：各圏域に均等な資源配置（58.7%）、2位：介護行政の拠点づくり（54.0%）であった。

また、地域包括支援センターによる日常生活圏域マネジメントのポイントを自治体規模別に整理し、地域ケアコーディネーターの育成の重要性を指摘した。また、事例研究として松本市のケースでは、公民協働の地域包括支援センター運営を行っており、公の考え方を民に伝え、民の効率的業務遂行方法を公が学ぶという点においても、注目すべき取組みであった。

D. 結論

日常生活圏域の設定や地域包括支援センターの配置の計画時においては、国によるガイドラインに沿った設定や給付費用制限からの配置計画が立てられ、保険者は、地域密着型サービスの整備等による資源配置の「公平性」を重視していることが明らかになった。特に小エリアでの認知症ケア推進の意識は低い。

地域特性を活かした施策の推進は、地域包括支援センターに期待され、地域ケアコーディネーター育成の必要性と方法について提示した。

圏域設定効果を生み出すには、公平性重視と地域特性を活かす施策の整理が重要であり、松本市の事例は、日常業務の中で公民が協働し地域包括支援センターの業務枠組みを構築しつつある注目すべき取組みである。

E. 研究発表

特になし

第2章 日常生活圏域の設定をめぐる地域包括支援センターの計画的運営

目次

- 2-1 日常生活圏域の設定に関する制度と動向
- 2-2 日常生活圏域の設定状況に関するアンケート調査
- 2-3 地域包括支援センターの円滑運用に向けた公民一体型のセンター運営
- 2-4 地域包括支援センターによる生活圏域マネジメントの課題

2-1 日常生活圏域の設定に関する制度と動向

2-1-1 日常生活圏域設定をめぐるガイドライン

厚生労働省は平成16年11月10日に、保険者が日常生活圏域の設定を求めるにあたって、日常生活圏域設定に関する8つの設定事例を示している。これらの事例は、5万人未満保険者1事例と5以上10万人未満保険者3事例、10万人規模保険者2事例（内、合併保険者1事例）、25万人規模保険者、60万人規模保険者各1事例である。この事例の中では、小学校区単位による設定が4事例（公民館単位を含む）、中学校区単位が1事例、3から4中学校区編成単位が1事例、総合計画における圏域単位が1事例であり、合併保険者では、合併以前の町村部は住民自治協議会の単位と市部は人口集積等を考慮して設定の事例である。これらの中では、きめ細やかな小学校区等の小エリア設定が事例として強調して提示されており、介護サービス基盤整備の進め方についても、地域密着型サービスによる介護サービスの地域偏在の解消を目的に挙げている。

これらの日常生活圏域設定に関する8つの事例のうち、特に興味深い事例は制度改正前から保険者域内において「保健福祉圏域」を設定し、機能分担や施設の適正配置を行ってきた人口規模60万人の保険者の事例であり、大圏域、中圏域、小圏域の3層構造の中で機能を整理している点である。

保険者域全体の大圏域では、企画や統括、調整といった行政機能と高度専門的サービスの提供等の機能を整備し、それを担う拠点施設を総合福祉センター、総合保健医療センターとしている。保険者域を3圏域に区分した中圏域では、福祉事務所や保健センター等の行政機能と小圏域で対応できないサービス提供を整備し、拠点施設を保健福祉センター、特別養護老人ホーム、メディカルセンター等としている。出張所と公民館区域による18圏域の小圏域では、身近な地域での相談、在宅を中心としたサービスの提供、地域活動を機能させ、拠点施設として在宅介護支援センター、デイサービスセンターを位置づけている。当該保険者の日常生活圏域は小圏域の18圏域での設定が事例として提示されている。

一方で、地域包括支援センターの配置に関しても認知症ケアを推進するためのエリアとは異なるエリア性が存在するが、今回示された設定事例では、それを考慮している保険者は1事例にとどまっており、日常生活圏域は認知症ケアを推進するための基本空間として、小エリアで設定する指針が提示された。しかし、単なる小学校区等のエリアということだけではなく、地域密着型サービスの基盤整備に対して理念ある日常生活圏域を意識することが重要である。平野（2005：39）によれば、「その（地域密着型サービスの）目的は認知症高齢者や要介護度の高い高齢者を主たる対象とすることから、（保険者には、）サービスの質の確保を維持する役割が期待されている（中略）も

とも、地域密着型サービスの登場の背景には、認知症高齢者に対する大規模・集団ケアにおける施設ケアの限界から新たな小規模ケアの必要性が確認され、その普及方法として地域密着型サービスが採用されているといえる。こうした導入目的に対する十分な理解がないと、圏域設定という手段そのものが目的化してしまう。」ことを危惧している。¹⁾

一方、地域包括支援センターの配置に関してのガイドラインの中で、日常生活圏域との関係について厚生労働省は、保険者の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における日常生活圏域との整合性に配慮し、最も効果的・効率的にセンター機能が発揮できるよう、保険者において弾力的に考え、全国レベルで、市町村数や人口規模を基に極めて粗く推計すると、5,000から6,000箇所程度となると考えているとしている。また、身近なところで相談を受け付け、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」（以下、「ブランチ」）を設けることは可能であるとされている。ここで、平成17年度の学校基本調査によると、中学校数は11,000校であり単純に算出すると2中学校区に1箇所の地域包括支援センターを設置する割合で提示されたことになる。

このように、日常生活圏域と地域包括支援センター配置エリアのガイドラインの内容を比較すると、日常生活圏域の設定が、小学校区等より小圏域での設定が求められていることがわかる。しかし、地域包括支援センター配置エリアは、介護予防マネジメント対象圏域とされており、2中学校区に1箇所程度とすると、地域包括支援センターが有する相談機能の拠点配置という面から評価すると大きくなってしまふ。これは、従来の在宅介護支援センターが、1中学校区に1箇所を目指して設置してきた経緯からも明らかである。したがって、保険者では、在宅介護支援センターという既存資源の活用と地域包括支援センターが有する機能の多様性からも、地域包括支援センター配置エリア自体の整合性が困難な状況であった。

これらの事例から、保険者が日常生活圏域を設定するに当たって、推進すべき施策、あるいは、日常生活圏域設定に配慮すべき項目が四点読み取れる。一つは、人口規模や高齢者人口、高齢化率、介護サービス利用者数等の事項である。圏域ごとに介護サービス資源を配置する際には、圏域ごとに人口規模等が均等であれば、小規模でない介護サービス基盤の整備について、圏域間を公平に整備推進することが可能である。次に、既存サービス基盤の配置である。介護老人福祉施設やデイサービスセンター、在宅介護支援センター、医療機関等の介護サービス基盤の配置の現状を考慮することである。住み慣れた日常生活圏域におけるサービス利用を可能とする視点からも、各介護サービスがどのようなエリアに必要なものを評価する必要がある。特に、介護サービス事業者から見た商圈等のエリア性が存在することは明らかである。三つ目は、地域の住民活動である。現在の地域的な活動がどのようなエリア性をもって存在しているかを加味することが重要である。地域内分権や住み慣れた地域での福祉的な問題解決の仕組みづくりには、既存の地域的な活動を阻害する日常生活圏域の設定は不適切である。最後に、新サービスを考慮した圏域面積の検討である。認知症ケアを推進するための地域密着型サービスの基盤整備エリアと総合相談や介護予防等を担う地域包括支援センターの配置エリア、さらには、地域密着型サービスの基盤整備エリアと地域包括支援センターの配置エリアの整合性を評価することである。

2-1-2 日常生活圏域別のサービス基盤整備

介護保険事業量等の推計や介護保険料の設定作業については、従来の5か年計画から平成26年度を目標とした10年後の目標値の設定が求められ、特に、新サービス体系に応じた介護保険事業量の推計が必要となった。もちろん、この度の日常生活圏域の設定に伴う介護サービス基盤の地域的な偏在の是正に注目すると、圏域ごとの給付実績分析を基に、参酌標準値の検討を含めた介護サービス基盤整備の進め方について日常生活圏域ごとの目標値の設定等の計画化が必要である。

特に、今後の介護サービスの基盤整備においては、従来のような市町村全域を単位としてこの施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域に様々なサービス拠点が連携する「面の整備」が求められることとなり、第3期事業計画においては、参酌標準により、施設・居住系サービスの新たな整備が抑制され、日常生活圏域を基本としたサービス基盤の整備計画の中心は、地域密着型サービスとなる。地域密着型サービスにおいては、指定申請があった場合において、当該申請に係る事業所又は施設の所在地を含む市町村又は生活圏域における当該サービスの定員総数が、当該市町村の介護保険事業計画において定める当該市町村又は当該生活圏域における当該サービスの必要定員総数に既に達しているか、又は当該申請に係る事業所又は施設の指定によってこれを超えることになると認めるときは、指定しないことができることから、日常生活圏域ごとの地域密着型サービスの利用見込み量を定める必要がある。

ここで、第3期事業計画策定における介護サービス基盤の整備に関する参酌標準による地域密着型サービスの重要性について検討してみたい。平成26年度に向けた参酌標準は、既存のサービス資源の配分の割合と要介護度変化における悪化者を抑制する割合の2項目である。地域密着型サービスに関する主な事項は、既存のサービス資源の配分に関する事項であり、①要介護認定者数（要介護2～5）に対する施設・居住系サービス利用者の割合を37%以下とすることと、②入所施設利用者全体に対する要介護度4、5の割合は70%以上とすることである。

この参酌標準は、第1期事業計画以降、保険者間の計画水準の均衡を目的として国による誘導ツールとして提示されてきたが、第3期事業計画におけるこれらの参酌標準の特性は、これまでの参酌標準と異質なものとなっている。第2期事業計画における参酌標準は、高齢者人口に対する施設・居住系サービスの利用割合を3.2%以下（平成19年度）にすることであり、これに対して、多くの保険者では、施設・居住系利用割合が3.2%に達していない状況であった。第2期事業計画では、今後の需要の伸びとともに、施設・居住系サービス利用水準を3.2%へと増加させる目標値設定とした。これは、第1号被保険者の介護保険料の上昇に伴い、施設・居住系サービスを増加させるという保険制度下の計画として説明を容易にする参酌標準の誘導であった。

しかし、第3期事業計画における参酌標準の既存サービスの資源配分について、平成16年度において、要介護認定者数（要介護2～5）に対する施設・居住系サービス利用者の割合は41%であり、入所施設利用者全体に対する要介護度4、5の割合は59%であり、これらの標準値を達成するためには、保険者の介入の下で利用構造を誘導しなければならない。それは、依然として第1号被保険者の介護保険料が上昇している状況の中で、施設・居住系サービスの整備を抑制し、さらに、介護保険施設利用者を重度者に重点化するという利用の制限を与えることである。

このように新たな施設・居住系サービスの基盤整備は困難であるが、この37%標準値に含まれる