

平成28年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析と
計画への反映方法に関する調査研究事業

報 告 書

平成29（2017）年3月
株式会社 三菱総合研究所

目次

I. 地域分析の視点	2
1. 地域包括ケアシステムと地域分析	2
2. 介護保険事業計画策定と地域分析	3
II. 地域分析事例	4
1. 地域包括ケア「見える化」システムを利用した介護給付費の分析	4
2. 要介護認定データ等を利用した日常生活圏域別の分析	5
(1) 分析の概要	6
(2) 分析方法	7
(3) 分析から得られる知見	12
(4) 給付実績情報(レセプトデータ)を併用した分析について(応用編)	13
3. その他の地域分析	20
(1) 分析の流れ	20
(2) STEP1: データの整備	21
(3) STEP2: データを用いた地域分析	26
(4) STEP3: 課題の整理	33
III. 代表的な課題および対応例	38
参考資料 ヒアリング議事概要	39
(1) A 市	39
(2) B 市	42
(3) C 市	44
(4) D 市	47
付録 1 地域包括ケア「見える化」システム等による地域分析の手引き	
付録 2 地域包括ケア「見える化」システム等による地域分析の手引き (フローチャート)	

I. 地域分析の視点

1. 地域包括ケアシステムと地域分析

地域包括ケアシステムをより深化させ、高齢者が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支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、必要なサービスを提供していくと同時に、制度の持続可能性を確保していくことは、介護保険施策上の重要な課題となっている。今後、75歳以上人口が、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加することが予想されるなかで、2025年および2040年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況およびそれに伴う介護需要も異なってくるのが想定され、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化させていくことが必要である。

また、各市町村が介護保険事業を担う中で、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合等について、地域差が存在している状況にある。こうした状況については、介護保険制度内の保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組み（全国一律の基準による要介護認定、居宅サービスにおける区分支給限度額等）や、差を必然的に生じさせる要素（例えば高齢化の状況、都市部・山間部といった地理的条件、独居等の家族構成等の地域の実情）がサービス提供に反映されていることを考慮し、多角的な地域分析が必要である。

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す（PDCAの実施をする）ことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組が、「地域マネジメント」である。今後自治体においては、この「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していくことが必要とされる。

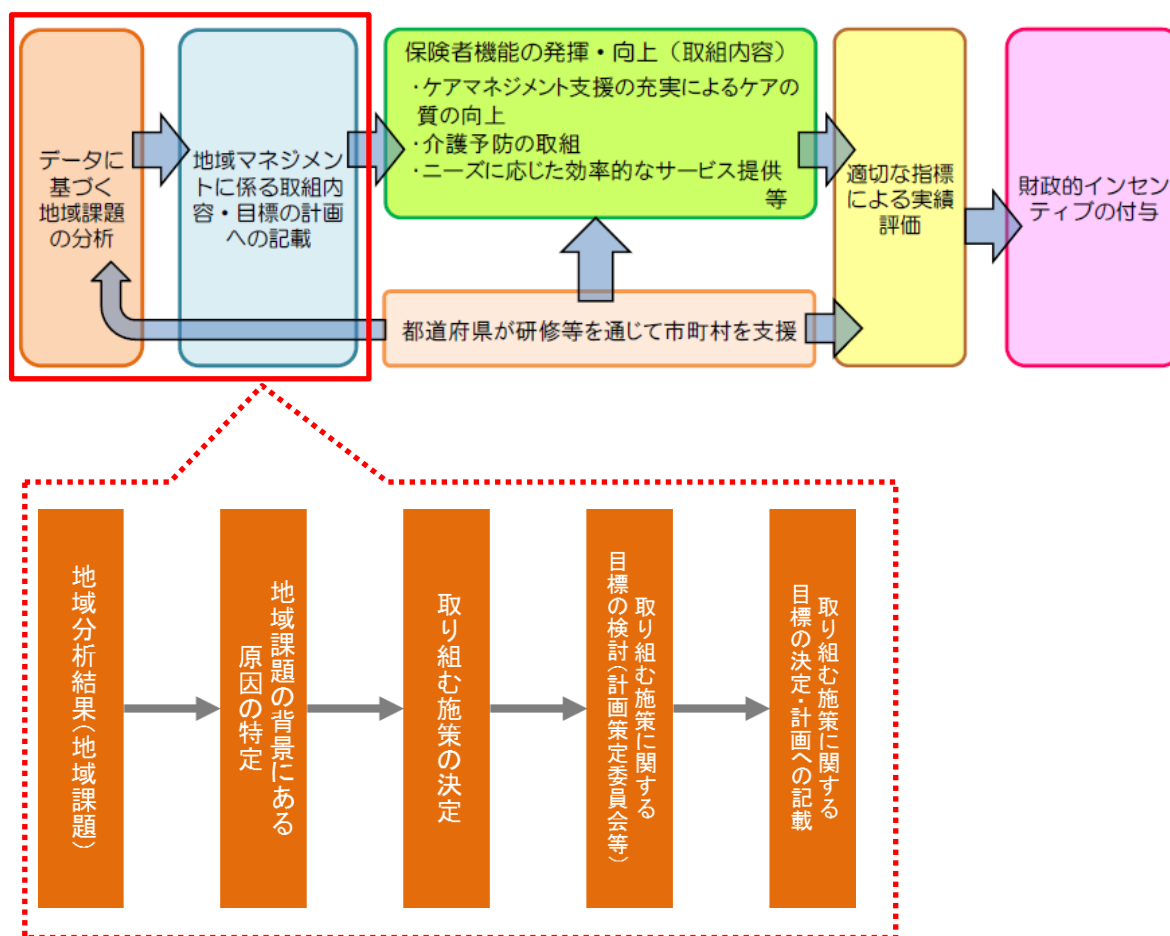
高齢者の自立支援と介護の重度化防止といった介護保険の理念の実現と、制度の持続可能性の確保を両立していくことができるよう、「自助・互助・共助・公助」に基づく地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の促進、効率的なサービスの提供等に取り組み、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築していくことが、「地域マネジメント」を推進することで可能になると考えられる。

本調査研究事業は、上記の「地域マネジメント」を実施するうえで必要な地域分析の手法や考え方を事例的に示すものであり、第7期介護保険事業計画に向けた各市町村の取組に役立てることを想定したものである。

2. 介護保険事業計画策定と地域分析

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（PDCAの実施をする）プロセスのなかで、「データに基づく地域課題の分析」から「地域マネジメントに係る取組内容・目標の計画への記載」への流れが、地域分析結果にもとづいた、一貫性のあるものであることが重要である。

図表 I-1：地域マネジメント推進のイメージ



具体的には、図表 I-1 に示すように、地域分析結果である地域課題（例えば「認定率が高い」等）から、その課題の背景にある原因の特定を行い、保険者として取り組む施策の決定がなされる。そして取り組む施策について、具体的な目標（値）を計画策定委員会等も含めた議論を経て、決定したのち、介護保険事業計画に記載していく流れとなる。

II. 地域分析事例

地域分析の具体的な手法として、本章では以下の3つを紹介する。

- ・地域包括ケア「見える化」システムを利用した介護給付費の分析
- ・要介護認定データ等を利用した日常生活圏域別の分析
- ・その他の地域分析

特に、地域包括ケア「見える化」システムを利用した介護給付費の分析については、介護保険事業計画の策定にあたり求められる地域分析の手段のひとつとして、保険者の能力を発揮すべく積極的に活用をしていくことが望ましいとされていることを念頭に、参照して頂きたい。

1. 地域包括ケア「見える化」システムを利用した介護給付費の分析

地域包括ケア「見える化」システム内の指標等、自治体が比較的容易に利用できる情報を用いた地域分析の手法を手引きとして取りまとめ、本書の付録1「地域包括ケア『見える化』システム等による地域分析の手引き」および付録2「地域包括ケア『見える化』システム等による地域分析の手引き（フローチャート）」として掲載した。

分析の対象は介護給付費で、「認定率」・「受給率」・「受給者1人あたり給付費（月額）」という3項目を軸に、それぞれの全国平均値との比較等を通した分析ポイントをチェックリストにし、さらに考えられ得る対応例を、フローチャート形式で記載したものである。対応例については網羅的なリストではないことを念頭としたうえで、施策検討に適宜活用して頂きたい。

また、この他にも「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」や「在宅介護実態調査」等、各自治体で実施された調査の結果も利用可能である。

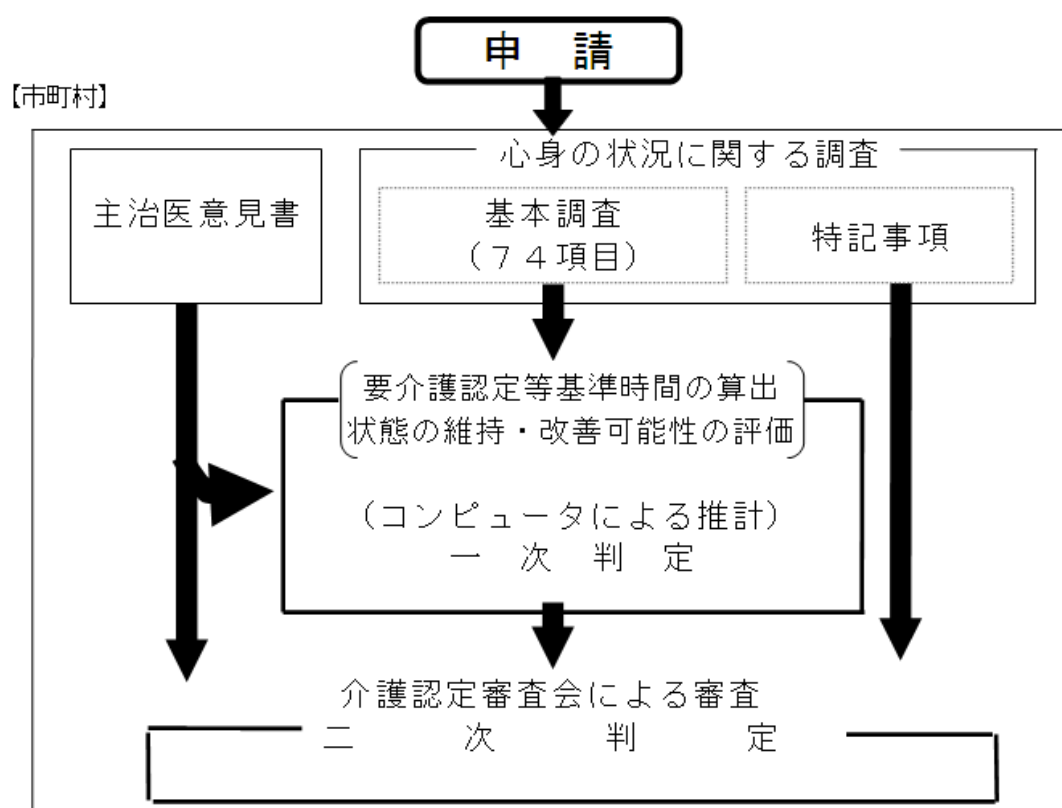
2. 要介護認定データ等を利用した日常生活圏域別の分析

介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができるとされている。この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、またその中でどの程度かの判定を行うのが要介護認定である。

要介護認定は介護サービスの給付に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定められており、最終的に保険者である市町村に設置される介護認定審査会において判定される。

要介護認定の流れについては以下のとおりである。

図表Ⅱ-1：要介護認定の流れ



<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html> より引用

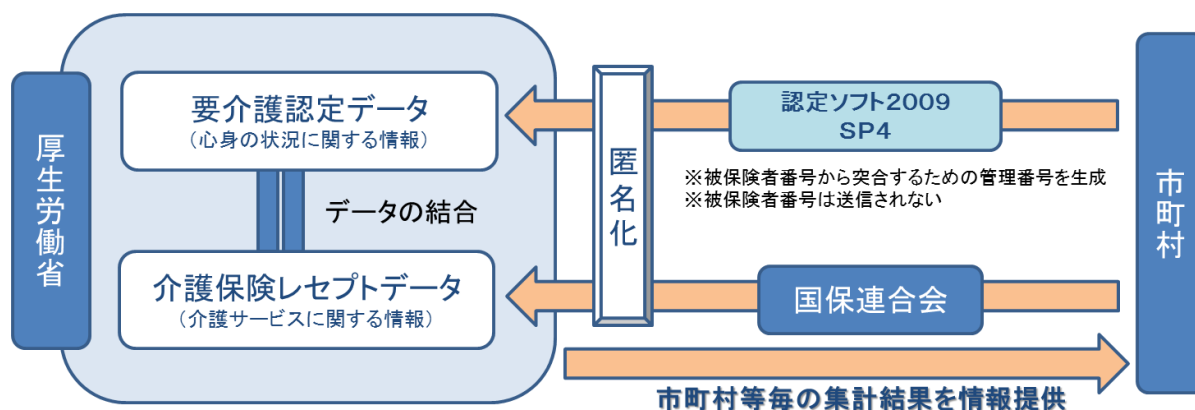
市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）および主治医意見書に基づくコンピュータ判定（一次判定）を行ったのち、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される認定審査会において、一次判定結果・主治医意見書等に基づいた審査判定（二次判定）が行われる。

これらの要介護認定にかかるデータ（以下、「要介護認定データ」とよぶ）が蓄積されているのが認定ソフト 2009 である。要介護認定データには、認定調査項目（74 項目）等の情報が含まれている。認定ソフト 2009 の詳細については、厚生労働省より配布されているマニュアル等を閲覧されたい。

(1)分析の概要

自治体内の要介護認定データを活用した分析を実施する利点は、高齢者の住所情報にもとづいた日常生活圏域別の集計・分析が可能になる点である。厚生労働省が運用する介護保険総合データベース内には、要介護認定データが市町村から送付されているが、個人情報の秘匿の観点から、現時点で高齢者の住所情報は含まれていないため、厚生労働省が日常生活圏域別の集計・分析を行い、その結果を自治体に提示することは難しい。

図表Ⅱ-2：介護保険総合データベースへの各種情報の送信について



※図表内の「厚生労働省」については、具体的には厚生労働省が運用する介護保険総合データベースをさす。

しかしながら、介護保険事業計画等の策定においては、日常生活圏域ごとの特性や、高齢者の属性をもとにした分析が必要となる場合があり、要介護認定データを活用した分析は有用といえる。

ただし、要介護認定データは各高齢者の認定（更新）時点の状態を示すものであり、データの時点が高齢者によって異なっていることは、各種調査の前提と違うため注意が必要である。要介護認定の有効期間については、下記のような定めがなされていることを前提に、各高齢者の最新の情報を利用した分析を行っていくことが望ましい。

- (1)新規申請 -6か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～12 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）
- (2)区分変更申請 -6か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～12 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）
- (3)更新申請
 - ①更新前:要支援 1～2⇒更新後:要支援 1～2 -12 か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～24 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）
 - ②更新前:要介護 1～5⇒更新後:要介護 1～5 -12 か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～24 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）
 - ③更新前:要支援 1～2⇒更新後:要介護 1～5 -6 か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～12 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）
 - ④更新前:要介護 1～5⇒更新後:要支援 1～2 -6 か月（市町村が必要と認める場合にあつては、3～12 か月の間で月を単位として市町村が定める期間）

要介護認定データを利用した集計の例としては以下があげられる。前述したとおり、属する日常生活圏域や、認知症高齢者の日常生活自立度等は要介護認定（更新）時の状態である。

- ・日常生活圏域別の要介護認定者数、要介護認定率
- ・日常生活圏域別×認知症高齢者の日常生活自立度別要介護認定者数、要介護認定率
- ・日常生活圏域別×障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）別要介護認定者数、要介護認定率

(2)分析方法

1. 要介護認定データを使用した集計（概要）

要介護認定データを利用した集計の流れについては、以下のとおりである。まず必要なデータを収集し、集計可能となるように加工した後、集計を行う。

データ収集

2.

データ加工

3.

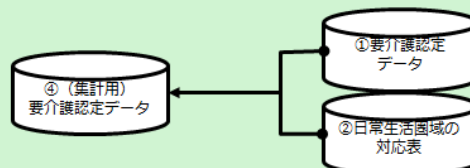
データ集計

以降、集計結果を用いてデータ分析へ。

認定データを使用して、基本的な集計を行う為に必要なデータを収集します。

必要なデータ	フォーマット名	入手システム、団体
① 要介護認定データ	NCI242,NCI252orNCI251	要介護認定ソフト2009or介護事務システム
② 郵便番号や住所と日常生活圏域の対応表	-	各自治体で作成
③ 第1号被保険者数	-	被保険者台帳等

①の要介護認定データから、最新の被保険者情報以外削除し、**認定者の重複を排除**します。また、要介護認定データの郵便番号をもとに、各データに日常生活圏域の情報を付与します。



④の（集計用）要介護認定データを用いて、EXCEL等で各種集計を行います。

④（集計用）要介護認定データ x					
被保険者番号	生年月日	郵便番号	日常生活圏域	二次判定結果	認知症自立度
0001	19450101	999-9999	第一地区	23	4
0002	19301231	999-9998	第一地区	12	1
0003	19310901	999-9997	第二地区	21	3
0004	19251201	999-9996	第三地区	24	6
0005	19220401	999-9999	第一地区	25	8
⋮					
xxxx	19190515	999-9990	第二地区	23	4

集計

認定者数・認定率等の集計						
総合支所	出張所名	要介護1	要介護2		認定者数	認定率
第一地区	〇街	10	5		200	
	△田	50	40	...	400	
		60	45		600	30.0%
				⋮		
合計		300	310	...	2,000	10.0%

2. データ収集について

データ収集については、まず認定ソフト 2009（※市町村によっては別途介護事務システムを有する場合がある）から NCI242、NCI252 もしくは NCI251 を抽出する。その後、郵便番号と日常生活圏域の対応表を自治体により作成し、要介護認定データの郵便番号と紐付けられるようにしておく。郵便番号の区分と日常生活圏域の区分が一致しない場合は、要介護認定データの住所情報から日常生活圏域を決定することになるため、住所と日常生活圏域の対応表を作成する必要がある。ただし住所の表記には揺れが発生している可能性があるため、最終的には目視による要介護認定データとの紐付けが必要になる。

第 1 号被保険者数については、要介護認定データには含まれていないため、被保険者台帳等から日常生活圏域別の情報を取得する。

	必要なデータ	フォーマット名	入手システム、団体
①	要介護認定データ	NCI242,NCI252orNCI251	要介護認定ソフト2009or介護事務システム
②	郵便番号や住所と日常生活圏域の対応表	-	各自治体で作成
③	第 1 号被保険者数	-	被保険者台帳等

① 要介護認定データについて

- ✓ 要介護認定ソフト2009から出力されるNCI242、NCI252及び介護事務システムから出力されるNCI251は、要介護認定ソフトにおける入出力フォーマットの形式であり、要介護認定結果後の入出力フォーマットであるため、要介護認定結果の情報を保持します。

② 郵便番号と日常生活圏域の対応表

- ✓ 日常生活圏域別の集計を行うためには、郵便番号や住所内の町丁字等要介護認定データ内の項目との日常生活圏域の対応表が必須です。日常生活圏域は、各自治体において、小学校区、中学校区、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの単位など、地域の特性などを踏まえて設定されているものであるため、自治体にて対応表を作成する必要があります。

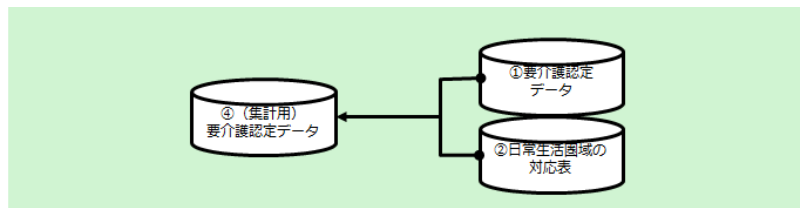
③ 第 1 号被保険者数

- ✓ 日常生活圏域別に認定率等、各種割合を計算するためには日常生活圏域毎の第 1 号被保険者数が必要になります。認定者以外の第 1 号被保険者のデータは要介護認定データにはないので、被保険者台帳等から数字を出力してください。

3. データ加工について

2. で収集したデータを用いて、データの加工を行う。要介護認定には更新の手続きがあるため、要介護認定データには、1人の被保険者について、複数件情報が含まれる可能性がある。そのままにしておくと集計時にダブルカウントしてしまうため、最新の情報1件のみを残して削除を行う。

最新の情報を特定するには、被保険者番号・認定申請日・枝番を利用する。特定後、最新の情報1件と郵便番号と日常生活圏域の対応表とを紐付ける作業を行い、日常生活圏域が要介護認定データに結びつくようにする。



④ (集計用) 要介護認定データについて

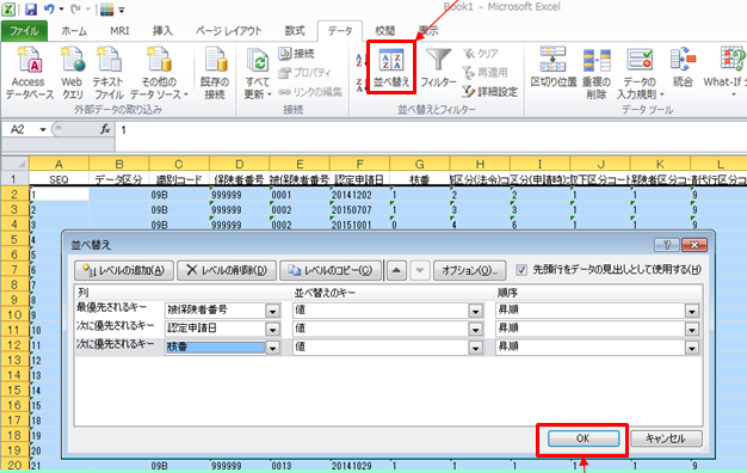
- ✓ ①の要介護認定データは、1人の被保険者につき複数の要介護認定データが存在する場合があるため、最新の有効期間を有する要介護認定データ1件のみを残して削除します。（方法は、P4の「Excelを使用したデータの加工方法」を参照）
- ✓ 最新の要介護認定データを特定するのは、被保険者番号・認定申請日（最も直近の日付）・枝番（最も直近の認定申請日の中で最大値）です。
- ✓ （日常生活圏域が郵便番号の区分と一致している場合）特定できた最新の要介護認定データ内にある郵便番号と、②日常生活圏域の対応表を突合し、日常生活圏域を取得します。
- ✓ （日常生活圏域が郵便番号の区分と一致していない場合）特定できた最新の要介護認定データ内にある住所の町丁字と、②日常生活圏域の対応表を突合し、日常生活圏域を取得します。

要介護認定データについて、最新の情報1件のみを残して削除を行う手順は以下のとおりである。

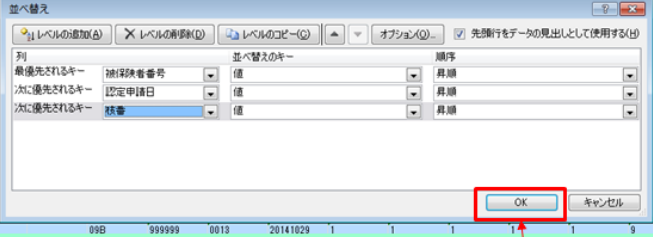
＜Excelを使用したデータの加工方法＞

- (1) ①の要介護認定データをExcelで開き、被保険者番号・認定申請日・枝番で並び替えを行います。
※並び替えは、[データ]タブの「並び替え」ボタンで順序を指定できます。

1. 「並び替え」をクリックします。

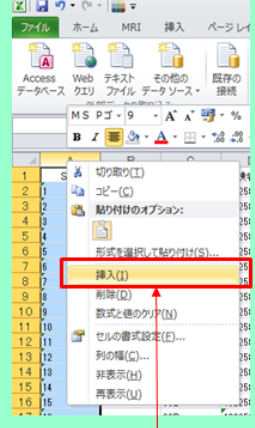


2. 項目を指定した後、「OK」をクリックします。

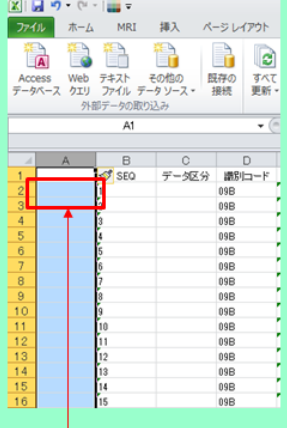


- (2) 一番左端（A列）に列を挿入し、抽出フラグを追加します。
列の挿入は、A列を選択して右クリックし、出てきたメニューの中から「挿入」を選びます。
列を追加後、セル（A列2行目）に下記の【式】を記述後、A列3行目～最終行にコピーします。
【式】=IF(F2<>F3,1,0)
（2行目の被保険者番号と次の行の被保険者番号を比較し、違う場合には1を、同じ場合は0を表示します。）

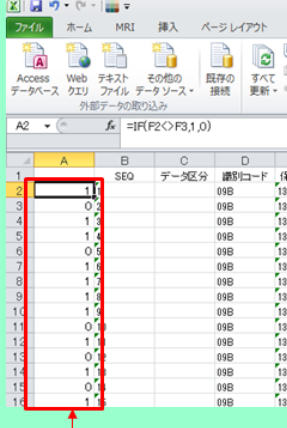
3. A列で右クリックした後、「挿入」をクリックします。



4. A列2行目に式を記述します。
【式】
=IF(F2<>F3,1,0)



5. A列2行目のセルを3行目～最終行にコピーします。



- (3) フィルターを追加して、A列が「1」の行を抽出します。
※フィルターは[データ]タブの「フィルター」ボタンで追加できます。

6. 「フィルター」をクリックします。

7. A列が「1」の行を抽出します。

- (4) (3) で抽出したデータを別のシートにコピーします。これで最新の情報以外削除した要介護認定データが完成します。
- (5) (4) の要介護認定データの郵便番号を元に、②日常生活圏域の対応表からExcel関数等（例：Vlookup）を使用して日常生活圏域を追加します。

(追加例)

(集計用)要介護認定データシート

生活圏域シート

8. 列を挿入し、Vlookup関数等を使用して生活圏域シートから生活圏域名を取得します。
【式】
=VLOOKUP(\$2,生活圏域!\$A\$1:\$C\$11,3)

生活圏域シートの圏域名

4. データ集計について

3. で加工したデータを用いて、データ集計を行う。認定者数については、認定有効期間が集計したい時点より後の情報の件数をカウントする。要介護度は「二次判定結果」を利用する。

④（集計用）要介護認定データx						（集計例）認定者数・認定率等の集計					
被保険者番号	生年月日	郵便番号	日常生活圏域	二次判定結果	認知症自立度	総合支所	出張所	要支援1	要支援2	認定者数	認定率
0001	19450101	999-9999	第一地区	23	4	第一地区	〇橋	10	5	200	
0002	19301231	999-9998	第一地区	12	1		×田	50	40	400	
0003	19310901	999-9997	第二地区	21	3			60	45	600	30.0%
0004	19251201	999-9996	第三地区	24	6						
0005	19220401	999-9999	第一地区	25	8						
...											
000X	19190515	999-9990	第二地区	23	4						
						合計		300	310	2,000	19.0%

(1)要介護認定者数・認定率(日常生活圏域別)

- ✓ 要介護度別、日常生活圏域別の人数集計は、④の（集計用）要介護認定データのうち、認定有効期間（終了）が集計したい時点（例：審査年月の1日）より後の被保険者を抽出します。
- ✓ 「二次判定結果」（要介護度）毎に分けて該当人数を集計します。
- ✓ 第1号被保険者に限定する必要がある場合は「生年月日」から集計したい時点の年齢を計算し、65歳以上の人に限定します。
- ✓ 認定率は、認定者数(第1号被保険者)/第1号被保険者で計算できます。

(2)認知症自立度別の状況(日常生活圏域別)

- ✓ (1)の要介護認定者を認知症高齢者の日常生活自立度別にグルーピングして人数を集計します。

(3)寝たきり度別の状況(日常生活圏域別)

- ✓ (1)の要介護認定者を障害高齢者自立度別にグルーピングして人数を集計します。

(3)分析から得られる知見

図表Ⅱ-3 を例とするレイアウトに、日常生活圏域別の要介護認定者数（①～⑦）を出力し、第1号被保険者数（⑧）で除することにより、日常生活圏域別の認定率が算出可能である。

図表Ⅱ-3：日常生活圏域別の要介護認定者数・認定率

日常生活圏域											(単位:人)		
	① 要支援 1	② 要支援 2	要支援者小計 (①＋②)	③ 要介護 1	④ 要介護 2	⑤ 要介護 3	⑥ 要介護 4	⑦ 要介護 5	要介護者小計 (③～⑦の合計)	第1号被保険者分合計 (①～⑦の合計)	第2号被保険者分 (※参考)	⑧ 第1号被保険者数	(①～⑦の合計/⑧) 認定率(%)
A地区													
B地区													
C地区													
D地区													
住所地特例													
合計													

各圏域の要介護認定率の差については、まずその地域の高齢化率の違い等を勘案したうえで、妥当かどうかの判断することが必要である。特に要介護認定率の差が大きい地域があった場合には、付録2の「①認定率の地域分析」の要因分析（チェックリスト）および対応例を確認されたい。

(4) 給付実績情報(レセプトデータ)を併用した分析について(応用編)

要介護認定データと自治体内の給付実績情報(レセプトデータ)を併用することにより、日常生活圏域別の給付費についての分析も可能となる。ただし要介護認定データに比べ、給付実績情報(レセプトデータ)の取扱には技術的に複雑な処理を要するため、下記の分析方法を参照し、委託業者への依頼等、実現可能な形式で実施をすることが考えられる。

以下で紹介する集計を行うために参照等が必要なドキュメントは、「国民健康保険中央会 インタフェース仕様書」(https://www.kokuho.or.jp/system/nursing_care.html)内の、インタフェース仕様書[共通編]、インタフェース仕様書[保険者編③]、インタフェース仕様書[保険者編④]である。

1. データ集計までの流れ

要介護認定データおよび介護保険のレセプトデータの2つを利用した集計の流れについては、以下のとおりである。まず必要なデータを収集し、集計可能となるように突合した後、集計を行う。

データ収集

2.

データ突合

3.

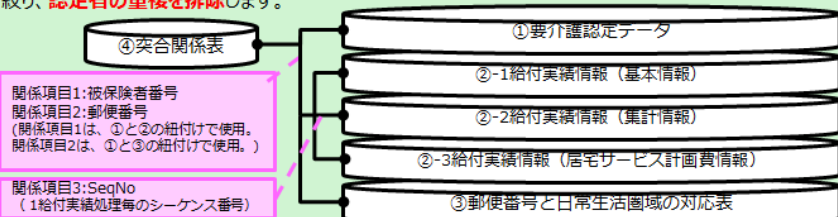
データ集計

以降、集計結果を用いて
データ分析へ。

データを集計するために、自治体様から必要なデータを収集していただく必要があります。入手先のシステム、団体によって管理部門が異なりますので、**すべて入手できるまで調整期間が必要です。**

必要なデータ	フォーマット名	入手システム、団体
① 要介護認定データ	NCI242, NCI252orNCI251	要介護認定ソフト2009or介護事務システム
② 給付実績情報	データ種別111	国民健康保険団体連合会
③ 郵便番号と日常生活圏域の対応表	自治体独自	各自治体
④ 第1号被保険者数	自治体独自	各自治体

①～③のCSVをRDBのテーブルにします。さらに、①の要介護認定データを最新の被保険者情報のみに絞り、**認定者の重複を排除**します。



①～④のデータテーブルを用いて、各種集計を行います。(主に集計に使われる項目は黄色背景。)

④突合関係表	①要介護認定データ	②-1給付実績情報 (基本情報)	②-2給付実績情報 (集計情報レコード)	②-3給付実績情報 (居宅サービス計画費情報)	③郵便番号と日常生活圏域の対応表
被保険者番号	被保険者番号	SeqNo	SeqNo	SeqNo	郵便番号
認定申請日	認定申請日	被保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	日常生活圏域
校番	認定有効期間(開始日)	サービス提供年月	サービス提供年月	サービス提供年月	
	認定有効期間(終了日)	給付実績情報作成区分コード	サービス種類コード	サービスコード	
	二次判定結果		決定後、保険請求分請求額 費、請求額	決定後、請求金額	

(主な項目のみ記載)

2. データ収集について

データ収集については、認定ソフト 2009（※市町村によっては別途介護事務システムからデータを収集する場合がある）から NCI242、NCI252 もしくは NCI251、また、給付実績情報のデータ種別 111 を抽出する。このうち、給付実績情報のデータ種別 111 の抽出については、基本情報レコードをトップにしたグルーピングで、給付実績データを区分する。グルーピングの並び順を保持するために、抽出時に 1 グルーピングごとにシーケンス番号の付番が必要になる。

さらに通常の CSV と異なり、1 ファイルに複数の異なるフォーマットのデータを含むため、同一フォーマット（レコード種別）毎にデータを分離する。処理にあたっては「国民健康保険中央会インタフェース仕様書」を参照されたい。

	必要なデータ	フォーマット名	入手システム、団体
①	要介護認定データ	NCI242,NCI252orNCI251	要介護認定ソフト2009or介護事務システム
②	給付実績情報	データ種別111	国民健康保険団体連合会
③	郵便番号と日常生活圏域の対応表	自治体独自	各自治体
④	第1号被保険者数	自治体独自	各自治体

①要介護認定データについて

- ✓ 要介護認定ソフト2009から出力されるNCI242、NCI252及び介護事務システムから出力されるNCI251は、要介護認定ソフトにおける入出力フォーマットの形式であり、要介護認定結果後の入出力フォーマットであるため、要介護認定結果の情報を保持します。

②給付実績情報について

- ✓ 給付実績情報のデータ種別111は、受給者の審査支払い済みの給付費情報を保持する、国民健康保険団体連合会のインタフェース仕様書に定められているCSVフォーマットです。
- ✓ 通常のCSVと異なり、1ファイルに列数の異なる複数フォーマット(「レコード種別」で管理されています)を持っている為、「レコード種別」毎にフォーマットを分離する際にシーケンス番号（SeqNo：1給付実績毎の連番）を追加します。
- ✓ 給付実績情報のデータ種別111には総合事業分や生活保護受給データが含まれています。

その後、郵便番号と日常生活圏域の対応表を自治体により作成し、要介護認定データの郵便番号と紐付けられるようにしておく。郵便番号の区分と日常生活圏域の区分が一致しない場合は、要介護認定データの住所情報から日常生活圏域を決定することになるため、住所と日常生活圏域の対応表を作成する必要がある。ただし要介護認定データの住所情報には、表記の揺れが発生している可能性があるため、最終的には目視による要介護認定データとの紐付けが必要になる。

第1号被保険者数については、要介護認定データや給付実績情報には含まれていないため、被保険者台帳等から日常生活圏域別の情報を取得する。

	必要なデータ	フォーマット名	入手システム、団体
①	要介護認定データ	NCI242,NCI252orNCI251	要介護認定ソフト2009or介護事務システム
②	給付実績情報	データ種別111	国民健康保険団体連合会
③	郵便番号と日常生活圏域の対応表	自治体独自	各自治体
④	第1号被保険者数	自治体独自	各自治体

③郵便番号と日常生活圏域の対応表

- ✓ 日常生活圏域別の集計を行うためには郵便番号と日常生活圏域をあらわすコードの対応表が必須です。日常生活圏域は、各自治体において、小学校区、中学校区、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの単位など、面積や人口だけでなく、地域の特性などを踏まえて設定するため、自治体にて対応表を作成していただく必要があります。

④第1号被保険者数

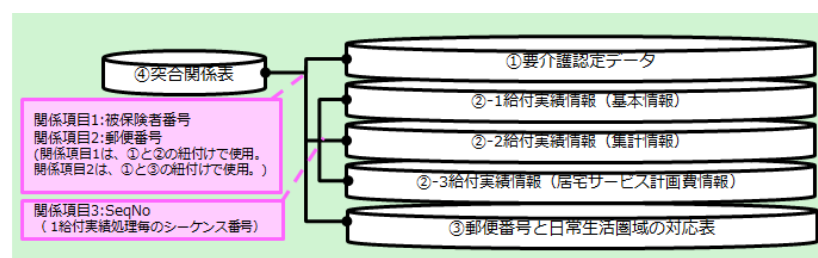
- ✓ 日常生活圏域別に認定率を計算するためには日常生活圏域毎の第1号被保険者数が必要になります。

3. データ突合について

2. で収集したデータの突合を行う。要介護認定データと給付実績情報は被保険者番号で突合を実施する。ただし要介護認定データは存在するが、給付実績情報がない利用者も想定し得るため、突合関係表を作成する必要がある。

要介護認定には更新の手続きがあるため、要介護認定データには、1人の被保険者について、複数件の情報が含まれる可能性がある。そのままにしておくと集計時にダブルカウントしてしまうため、集計対象期間内の最新の情報1件のみを残して削除を行う。

最新の情報を特定するには、被保険者番号、認定申請日、枝番を利用する。特定後、最新の情報1件と郵便番号と日常生活圏域の対応表とを紐付ける作業を行い、日常生活圏域が要介護認定データに結びつくようにする。



⑤ 突合関係表について

- ✓ ①の要介護認定データと②の給付実績情報を組み合わせて集計分析するためには、認定有効期間(終了月)並びに②のサービス提供年月で突合する必要があります。
- ✓ 同月に複数の要介護認定データが存在する場合があるため、被保険者番号・認定申請日（最も直近の日付）・枝番（直近の認定申請日の中で最大）のデータに絞ります。
- ✓ 突合関係表は①のみが存在し、②が存在しない被保険者についてもデータを生成します。

4. データ集計について

3. で突合したデータを用いて、(1) 要介護認定者数・認定率、(2) 受給者数、(3) 給付費、(4) 受給者1人あたり給付費を集計する。

(1) 要介護認定者数・認定率については、認定有効期間が集計したい時点より後になっている情報の件数をカウントする。要介護度の情報は「二次判定結果」を利用する。

(2) 受給者数については、下図内の②-1と②-2・②-3を2. で付番したシーケンス番号で給付実績情報を突合したうえで、サービス提供年月と給付実績情報作成区分で、集計対象となる情報を絞り込む。「決定後・保険請求分請求額」、「決定後・保険分出来高医療費請求額」の和を給付費として、それらが1円以上の被保険者をサービス別に集計する。

①突合関係表	①要介護認定データ	②-1給付実績情報 (基本情報)	②-2給付実績情報 (集計情報レコード)	②-3給付実績情報 (居宅サービス計画費 情報)	③郵便番号と日常生活圏域の対応表
被保険者番号	被保険者番号	SeqNo	SeqNo	SeqNo	郵便番号
認定申請日	認定申請日	被保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	日常生活圏域
枝番	認定有効期間(開始日)	サービス提供年月	サービス提供年月	サービス提供年月	
	認定有効期間(終了日)	給付実績情報作成区分 コード	サービス種類コード	サービスコード	
	二次判定結果		決定後・保険請求分請求額	決定後・請求金額	
			決定後・保険分出来高医療 費 請求額		

(主な項目のみ記載)

(1)要介護認定者数・認定率(日常生活圏域別)

- ✓ 要介護度別、日常生活圏域別の人数集計は、①と③を「郵便番号」で突合した上で、①と④の被保険者番号・認定申請日・枝番で突合後、①の認定有効期間(終了)が審査年月以降の認定者を抽出し、「二次判定結果」(要介護度)ごとにグルーピングして人数を集計します。
- ✓ 1号に限定する必要がある場合は①の「生年月日」から年齢を計算し、65歳以上の者に限定します。
- ✓ 認定率は、認定者数(1号)/1号被保険者数で計算します。

(2)介護保険サービス、地域密着型サービスの受給者数の状況(日常生活圏域別)

- ✓ ②-1と②-2・②-3をシーケンス番号(SeqNo)で突合した上で、②-1の「サービス提供年月」が集計対象年月でかつ「給付実績情報作成区分」が1(新規作成)の給付実績情報に絞ります。
- ✓ サービス種類・被保険者毎の給付費を集計します。(②-2の「決定後・保険請求分請求額」、「決定後・保険分出来高医療費請求額」の和が給付費となります。居宅介護支援の給付費も含める場合は②-3の「決定後・請求金額」が給付費となります。)
- ✓ ④と②-1を被保険者番号で突合し、給付費が1円以上の被保険者をサービス種類毎にグルーピングして人数を集計します。

(3) 給付費については、下図内の②-1と②-2・②-3を2. で付番したシーケンス番号で給付実績情報を突合したうえで、サービス提供年月と給付実績情報作成区分で、集計対象となる情報を絞り込む。「決定後・保険請求分請求額」、「決定後・保険分出来高医療費請求額」の和を給付費として、サービス別に集計する。ただし居宅介護支援の給付費を含める場合は、「決定後・請求金額」を給付費とするので留意されたい。

(4) 受給者1人あたり給付費については、(3)を(2)で除して算出可能である。

①突合関係表	①要介護認定データ	②-1給付実績情報 (基本情報)	②-2給付実績情報 (集計情報レコード)	②-3給付実績情報 (居宅サービス計画費 情報)	③郵便番号と日常生活圏域の対応表
被保険者番号	被保険者番号	SeqNo	SeqNo	SeqNo	郵便番号
認定申請日	認定申請日	被保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	日常生活圏域
校番	認定有効期間(開始日)	サービス提供年月	サービス提供年月	サービス提供年月	
	認定有効期間(終了日)	給付実績情報作成区分 コード	サービス種類コード	サービスコード	
	二次判定結果		決定後・保険請求分請求額 決定後・保険分出来高医療 費 請求額	決定後・請求金額	

(主な項目のみ記載)

(3)保険サービス、地域密着型サービスの給付費状況(日常生活圏域別)

- ✓ ②-1と②-2・②-3をシーケンス番号(SeqNo)で突合した上で、②-1の「サービス提供年月」が集計対象年月中かつ「給付実績情報作成区分」が1(新規作成)の給付実績情報に絞ります。
- ✓ ④と②-1を被保険者番号で突合し、サービス種類毎の給付費を集計します。

(4)介護保険サービス、地域密着型サービスの受給者1人あたり給付費の状況(日常生活圏域別)

- ✓ (3)を(2)で割ります。

3. その他の地域分析

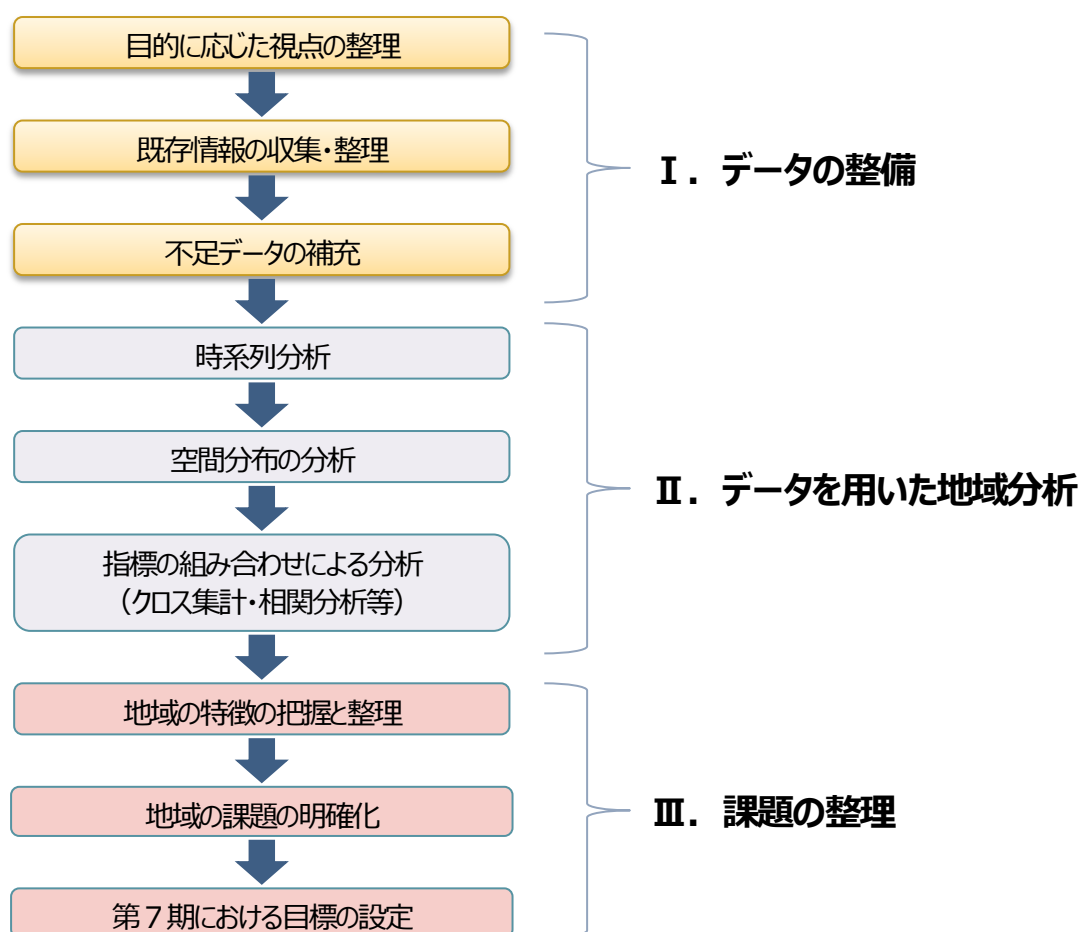
(1)分析の流れ

1. や2. で述べた地域分析手法以外にも、様々な視点から広くデータを分析・考察することで、地域の特性を客観的に把握できるだけでなく、地域住民のライフスタイルに合った介護保険サービス等の検討が可能になる。

ここでは介護保険分野の統計データ以外にも用いた地域分析の手法の大まかな流れを提示する。なお、ここで示す地域分析の手法は、第7期介護保険事業計画における方針・目標検討を目的としたものであることに注意されたい。

地域分析は、大きく、地域分析を行うのにどういった種類のデータが必要か整理する「Ⅰ.データの整備」、取得したデータを用いて分析を行う「Ⅱ.データを用いた地域分析」、最後に分析から得られた気づきや地域の課題を整理し第7介護保険事業計画での反映を検討する「Ⅲ.課題の整理」の要素で構成される。

図表Ⅱ-4：地域分析の流れ



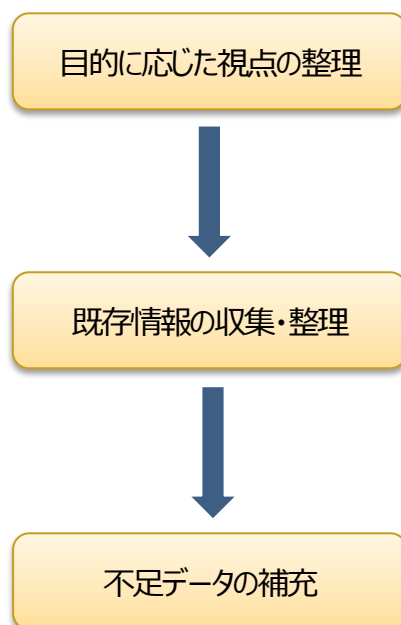
(2)STEP1: データの整備

地域分析にあたり、まず目的を明確にし、それに応じて、これから行おうとしている地域分析の視点を定める必要がある（「目的に応じた視点の整理」）。ここでは、第 7 期介護保険事業計画を策定するという目的のもと、地域包括ケアシステムの 6 つの要素に沿った視点の整理方法や関連する情報を紹介する。

次に、視点に沿って、情報やデータを収集する（「既存情報の収集・整理」）。まずは既存の情報を確認することとなるが、関連する他の計画を確認することで、首尾よく、自治体内ですでに保有・算出している情報やデータを把握できることがある。

最後に、定めた視点と既存情報とを照らしあわせて、必要だが不足している情報やデータを補充する（「不足データの補充」）。ここでは、地域包括ケア「見える化」システムや公開されている各種統計データを紹介する。なお、それでも得られない情報やデータについては、自治体の独自調査等から収集することとなる。

図表Ⅱ-5：データの整備



出所) 地域包括ケア「見える化」システム: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。

■ 目的に応じた視点の整理

第 7 期介護保険事業計画策定のために必要な地域分析のデータを整理するにあたり、高齢者の生活に関する幅広い分野を対象とした視点を持ち、それらに関連する情報を収集する必要がある。

ここでは、視点の整理方法として、地域包括ケアシステムを構築する 6 つの要素（医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防、生活支援・福祉サービス、すまいとすまい方、本人・家族の選択と心構え）に沿う方法を提案する。

その他に、日ごろから感じている「仮説」（例：A 地区では、比較的身体機能の高い高齢者が多いため、ボランティア等、介護保険サービス以外の多様な主体に因るサービスを展開できるのではな

いか等)に沿って、視点を整理する方法も考えられる。

図表Ⅱ-6：地域包括ケアシステムを構築する6つの要素



出所) 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社「＜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」
 (地域包括ケアシステム構築に向けた制度およびサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人
 保健健康増進等事業、2016年 (http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html)、
 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社「＜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」
 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度およびサービスのあり方に関する研究事業 報告書(平成28年3月)」
 (http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf)

■ 視点に関連する具体的な情報

データ整理の視点に沿って、具体的にどのような情報を入手する必要があるのか、検討する必要がある。視点に関連する具体的な情報としては、地域包括ケアに関わる人、それを支える人材・施設・サービス、とりまく生活環境等が考えられる。また、それぞれの情報の性質について、「需要側」・「供給側」に分けて考える必要がある。

図表Ⅱ-7：視点および関連する情報

データ整理の視点	視点に関連する具体的な情報
介護・リハビリテーション	要支援・要介護認定者、認知症高齢者、要支援・要介護認定の改善、非認定者、サービス利用状況、介護サービス事業所、介護サービス以外の事業所、定員、介護保険料、専門職のリソース等
医療・看護	サービス利用者、利用日数、病院・診療所・事業所等の施設数、専門職のリソース等
保険・予防	年齢・人数、健康維持活動への参加・受診、関連施設数、取り組み件数等
生活支援・福祉サービス	高齢者の就業、各種活動への参加、地域の体制、支援リソース、関連事業者数等
すまいと住まい方	高齢者、高齢者住宅、制度、方針等

データ整理の視点	視点に関連する具体的な情報
本人・家族の選択と心構え	後見人の必要数、専門職のリソース等

図表Ⅱ-8：需要側と供給側の例示

情報の性質	具体的な情報や指標の例
需要（利用者）側	人口構成・推計、高齢者の状態（要支援・要介護認定、施設入居、居宅サービス利用、認知症、訪問看護利用、在院日数・人数等）
供給（サービス提供）側	医療・介護サービス事業所・定員・利用率、専門職・サポーター数等

■ 関連計画の確認による既存情報の整理

他の計画との整合性を確保するために、医療・介護・高齢者の住まい・生涯学習・生きがいつくり等の各種計画における高齢者に関する認識を確認する必要がある。また、各種計画に記載されている現状分析データ、KPI 値（成果指標目標値）を用いることで、効率的に情報やデータが収集できることがある。

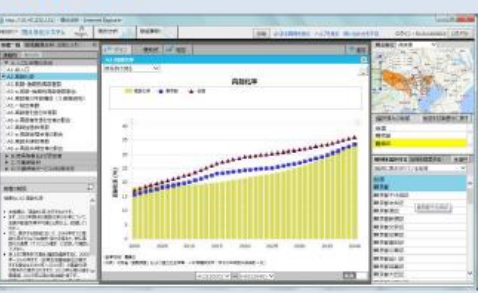
図表Ⅱ-9：関連計画に記載されている情報の例

関連する市町村計画	関連する国の計画等	記載されている情報やデータの例
総合計画	人口ビジョン、総合戦略	- 人口構造・分布、高齢化率 - 推計、将来に与える影響等
保健医療計画	地域保健医療計画	都道府県および二次医療圏別の保健医療に関するデータ
地域福祉計画・活動計画	健康づくり・シニアライフ関連計画	- 高齢者の各種生活課題の状況 - 高齢者の支援体制の状況 - 健康診査受診率、疾患状況、医療費、要介護認定等
都市マスタープラン	立地適性計画、中心市街地活性化基本計画	- 都市の課題（交通アクセス等は高齢者の課題と直結） - 土地利用・交通アクセス・人口分布等の空間情報 - 都市機能の状況（医療・商業・福祉施設等の利便性） - 災害拠点の状況
住宅マスタープラン	住生活基本計画、高齢者居住安定確保計画	- 市内の住宅事情 - 高齢者等のための設備設置 - 住生活に関する現況 - 高齢者の居住を取り巻く現況等
生涯学習振興計画・推進計画・基本計画・総合計画、生涯学習推進プラン等	生涯学習振興計画、教育振興計画	- 年代別の生涯学習実践率 - 生涯学習センター年間利用者数 - 高齢者大学修了者数 - 高齢者交通安全推進員登録者数

■ 不足データの補充：見える化システムのデータの活用

各種計画の内容から収集できなかったデータについて、地域包括ケア「見える化」システムから収集することを考える。地域包括ケアに関連するデータが各種統計調査等から集められており、ワンストップで入手可能である。今後、更にデータは拡充される予定である。

図表Ⅱ-10：地域包括ケア「見える化」システムにおける主な機能

ポータル画面 	本システムにログインすると最初に表示される画面です。利用者の所属する地域について重要な4つの指標グラフを確認することができます。
現状分析画面 	介護・医療等に関する指標をグラフ形式で表示したり、地図上で表示したりすることができます。時系列の推移や他の地域との比較を通し、地域の現状および問題の把握ができます。
取組事例画面 	各自治体で行われている、地域包括ケア構築に向けた先進的な取組事例を検索・閲覧できます。

出所) 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム 利用マニュアル(第2.2版)」より (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)

図表Ⅱ-11：地域包括ケア「見える化」システムにおける主な指標

指標 区分	区分名	主な指標
A	人口・世帯	総人口、前期・後期別高齢者数、高齢化率、一般世帯数、高齢者を含む世帯数 等
B	要介護認定	要支援・要介護認定者数（要介護度別）、認定率（要介護度別）
C	保険料	第1号被保険者1人当たり保険給付月額・第1号保険料月額・必要保険料月額
D	サービスの利用状況	第1号被保険者1人あたり給付月額（要介護度別）、受給者1人あたり給付月額（要介護度別）、受給率（要介護度別）、要支援・要介護者1人当たり定員（施設サービス別）、受給者1人当たり利用日数・回数 等
E	保険者内の高齢者の状況	※日常生活圏域ニーズ調査の結果
F	総合事業	週1回以上の通いの場の参加率
G	医療	後期高齢者1人あたり医療費と第1号被保険者数1人あたり給付月額、死亡数、受療率 等

出所）厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム 利用マニュアル(第2.2版)」より (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)

■ 不足データの補充：便利な各種統計データの活用

さらに必要なデータについては、各種統計データや自治体の独自調査等から収集する。

図表Ⅱ-12：公開されている各種統計データの例

各種統計データの名称	所管	掲載されている情報やデータの例
介護保険事業状況報告	厚生労働省	要介護認定者数・認定率、施設入居者の介護度4・5の方の割合、要介護認定率の全国順位(県内順位)、サービス種別(在宅・複合系等)の利用者数と割合 等
介護サービス施設・事業所調査	厚生労働省	在宅サービス事業所数、地域密着型サービスの事業所数、居宅サービス利用者数、訪問看護師数(常勤換算)、介護予防・日常生活支援総合事業認定事業者数、特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホームの定員数 等
介護給付費等実態調査	厚生労働省	介護予防に取り組んでいる人数・割合
人口動態統計	厚生労働省	在宅での看取の件数・割合、在宅(自宅・老人ホーム)死亡数・割合
認知症疾患医療センターの整備状況について	厚生労働省	認知症疾患医療センター数
医療施設調査・病院報告	厚生労働省	療養病床の平均在院人数、療養病床の平均在院日数

各種統計データの名称	所管	掲載されている情報やデータの例
在宅医療にかかる地域別データ集	厚生労働省	在宅療養支援病院・診療所の数、訪問診療を行っている診療所数、訪問看護事業所数
医師・歯科医師・薬剤師調査	厚生労働省	医師数
地域保健・健康増進事業報告	厚生労働省	がん検診の受診率
歯科疾患実態調査	厚生労働省	80歳で20本以上の自分の歯を有する人の人数・割合
保健師活動領域調査	厚生労働省	保健師数
福祉行政報告例	厚生労働省	老人クラブ会員数
サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム	一般社団法人 すまいづくりまち づくりセンター連 合会	サービス付き高齢者向け住宅の供給戸数
住宅・土地統計調査	総務省統計局	高齢者の住宅状況(戸建・集合住宅、持家・借家)、空き家数・割合
国勢調査	総務省統計局	65歳、75歳以上人口・割合、高齢者単身世帯の数・割合
労働力調査	総務省統計局	65歳以上の就業者数・就業率
健康寿命のページ	厚生労働科学 研究	健康寿命
介護労働実態調査	公益財団法人 介護労働安定 センター	介護職員数、主任介護支援専門員数、介護職員の離職数・割合

※市町村単位で値を取得できない場合もある。

(3) STEP2: データを用いた地域分析

入手・整理したデータを用いた地域分析の手法を以下に示す。

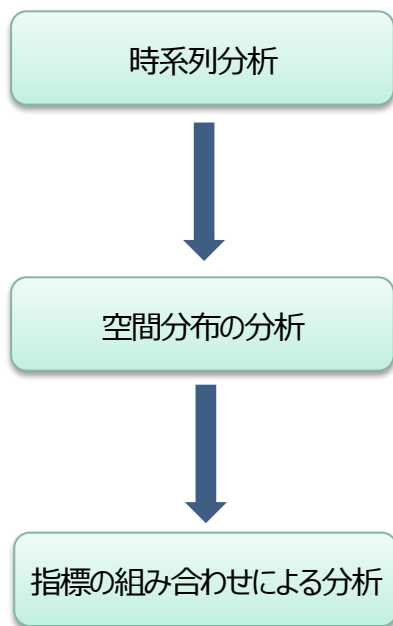
まず、定期的に更新されているデータを時系列に比較して、その変化を確認する(「時系列分析」)。計画策定のような将来予測に適しており、例えば、指標の経年変化を把握することで、今後の見込みの把握が可能である。季節性等の影響により誤った解釈をしないよう、データのサイクルを意識することが必要である。

次に、地理的な情報を含んだデータを地図上に重ねる(「空間分布の分析」)。地理的な条件とデータとの関係を視覚的に把握しやすくなる。関係が薄いと考えられるデータを地図上に重ねることで、新たな地域の特性等に気付く可能性も高まる。地域の特徴を感覚的に把握できるが、それだけでは例えば「山間部ほど高齢化が進んでいる」と断言することは難しいため、注意が必要である。

最後に、複数のデータを組み合わせて、単独のデータでは分解できない情報を把握する(「相関分析」、「クロス集計」)。相関分析とは、2つの変化するデータの関係を分析・把握するもので、グ

ラフにすることでより視覚的に把握しやすくなる。また、クロス集計とは、2つ（以上）のデータについて、1つを縦軸に、もう1つを横軸において表を作成するもので、要素に分解してデータを分析できる。ただし相関分析において相関関係が確認されたからといって、必ずしも直接的な因果関係があるわけではない。また、クロス集計において、クロスを重ねることで、データの件数が減ることに注意が必要である。

図表Ⅱ-13：データを用いた地域分析の手法



■ 時系列分析

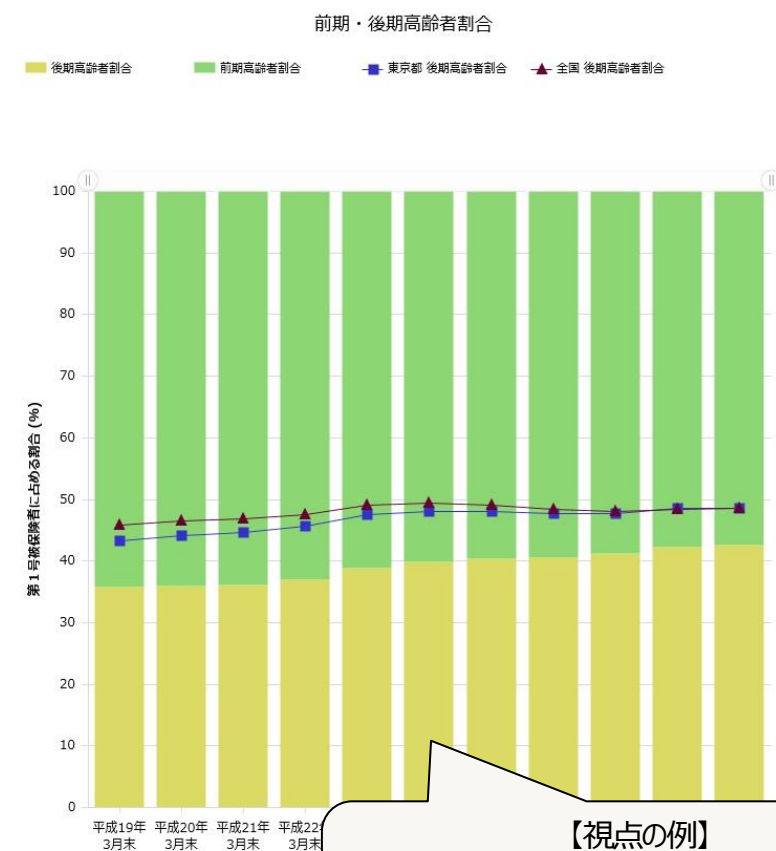
【概要】

定期的に更新されているデータを用いて、地域の介護サービスに関わる指標の経年変化を確認する。

【把握できる内容】

高齢化やサービスの増減といった、サービスの利用に関する指標の経年変化を把握することで、介護保険事業計画とサービス量の増減の整合性や、介護サービスの利用に関連する指標の増減・今後の見込みの把握が可能である。

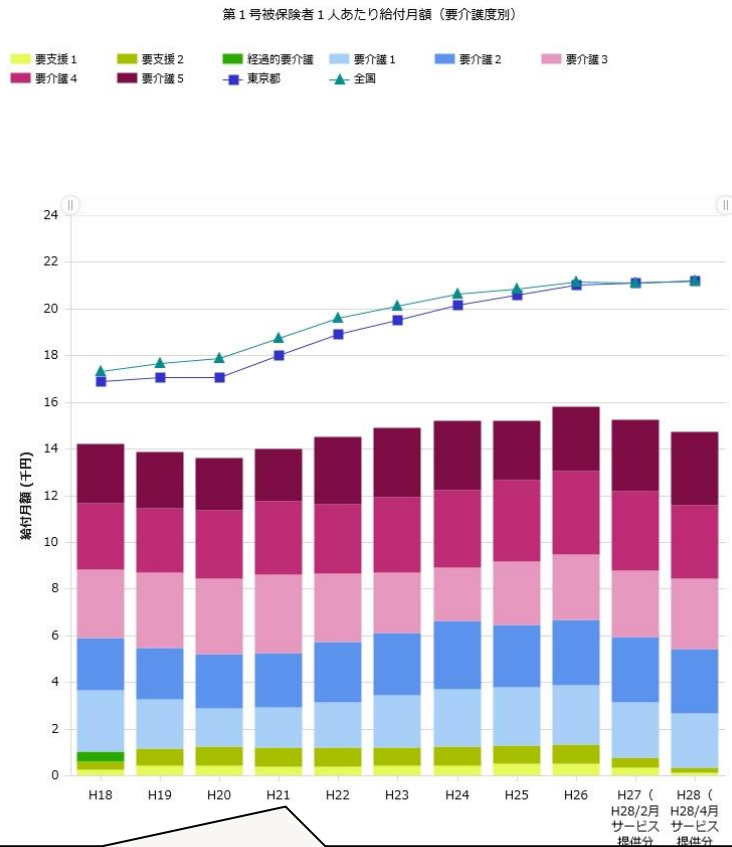
図表Ⅱ-14：前期・後期高齢者割合の推移



【視点の例】

- ・高齢化の進展スピードは鈍化？加速？
- ・将来的にも数値は伸びそう？
- ・過去数年で何人単位で増加/減少している？

図表Ⅱ-15：第1号被保険者1人あたり給付月額（要介護度別）の推移



【視点の例】

- ・需要側のデータ（例：高齢者割合）の増加/減少と比例しているか？
- ・介護事業計画の目標値と比較して、妥当な値か？

出所) 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」より (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)

■ 空間分布の分析

【概要】

既存の計画や地域包括ケア「見える化」システムでのプロット機能、収集可能なデータの範囲が細かい（例：市町村、町字単位）指標を利用し、保険者が担当する地域内での介護サービス利用可能性の地域差を確認する。

【把握できる内容】

地域における介護保険サービス等を必要とする層のばらつき、地域の高齢化・経済状況等の差の可視化をすることで、今後重点的にサービスを配置すべき地域の特定が可能となる。

※介護関連のテーマだけでなく、様々な地域資源（食料品店や駅、公園等）もプロットし重ね合わせると、地域住民の生活環境について深掘りできる。

図表Ⅱ-16：65歳以上高齢者の分布

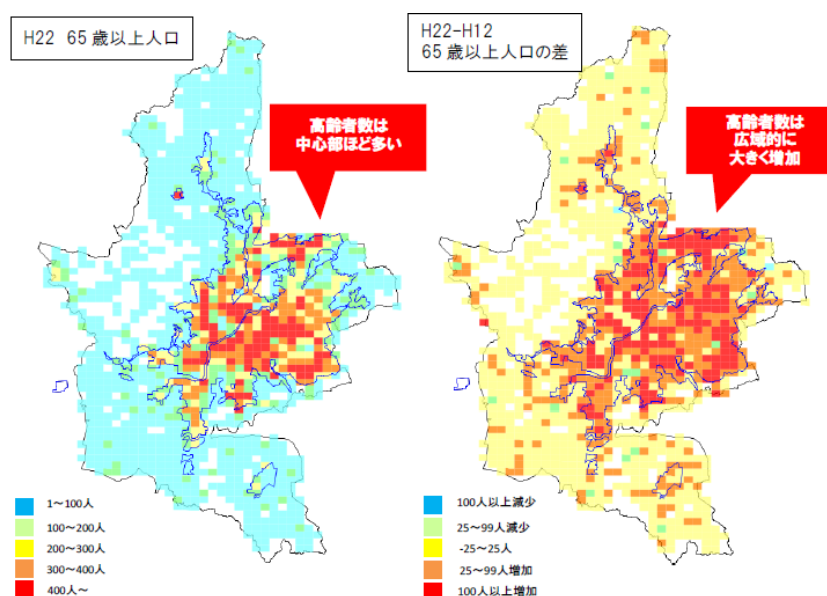


図 メッシュ別の65歳以上人口及び65歳以上人口の変化

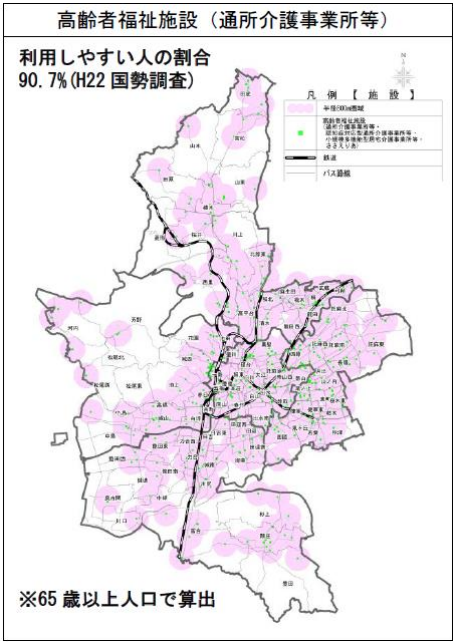
【視点の例】

- ・高齢者多いエリアはどこか？
- ・高齢者が増加しているエリアは？

出所 熊本市「熊本市立地適正化計画（平成28年4月）」

(https://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=9398&e_id=9)

図表Ⅱ-17：高齢者施設の立地状況



【視点の例】

・高齢者が多いエリアからアクセスしやすい箇所に、サービスが配置されているか？

出所) 熊本市「熊本市立地適正化計画(平成28年4月)

(https://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=9398&e_id=9)

■ 指標の組み合わせ：相関分析

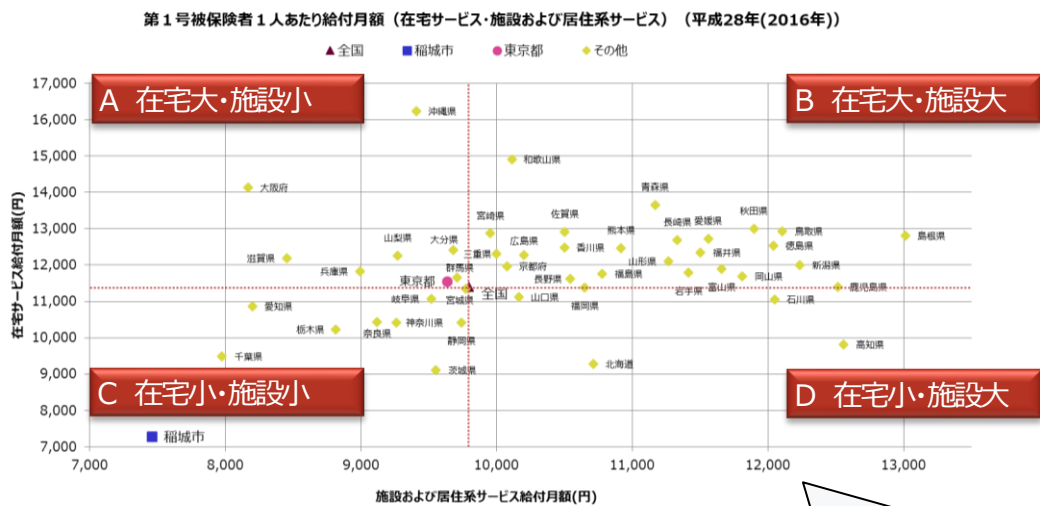
【概要】

介護保険サービスの利用と供給、または異なる介護保険サービス同士の関係性を把握する。指標の組み合わせ方は、利用と供給のデータ、または異なる介護保険サービス同士の情報を、それぞれ選択することを基本とする。

【把握できる内容】

ニーズと供給のバランス（介護ニーズの増加量に見合ったサービス提供体制になっているか）、または介護保険サービス間の供給バランスの確認が可能である。

図表Ⅱ-18：第1号被保険者1人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）（稲城市）



(時点) 平成28年(2016年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成27,28年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

【視点の例】

・施設および居住系サービスと在宅サービスの供給バランスは、保険者の事業計画と比較して適切か？

出所) 厚生労働省「地域包括ケア「見える化」システム」 (<https://mieruka.mhlw.go.jp/>) を加工

■ 指標の組み合わせ：クロス集計

【概要】

属性によるサービス利用状況の違い等を把握する。

【把握できる内容】

各介護サービスの利用者の概況把握や、本来想定していた利用者像との比較が可能である。

図表Ⅱ-19：要支援・要介護度別のサービス別給付費（稲城市）

(単位:千円)	訪問サービス					通所サービス		短期入所サービス			福祉用具・住宅改修サービス			特定施設入居者生活介護	介護予防支援居宅介護支援	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	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居者生活介護	複合型サービス	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	
	訪問介護	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	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	福祉用具貸与	福祉用具購入費	住宅改修費													
要支援1	20,261	-	3,256	277	2,115	47,558	1,664	22	-	-	1,974	733	3,458	5,704	15,132	-	-	-	201	-	-	-	-	-	-	
要支援2	23,040	420	6,174	495	2,445	94,628	3,512	524	78	-	6,102	1,127	4,110	10,706	15,199	-	-	-	607	-	-	-	-	-	-	
経過的要介護	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
要介護1	39,574	25	17,293	76	10,872	160,208	14,962	13,020	952	-	11,966	961	2,672	52,320	53,990	3,084	4,234	13,350	13,120	28,797	-	-	2,838	14,222	64,311	-
要介護2	52,466	583	17,056	1,254	11,770	153,065	23,452	16,734	1,666	-	26,313	1,427	2,240	65,062	40,310	4,326	2,606	11,235	6,796	31,424	-	-	1,994	33,027	73,061	9
要介護3	34,887	2,430	14,281	408	8,467	108,873	11,771	18,597	5,681	-	17,337	897	2,386	46,439	27,476	3,665	2,038	13,028	18,127	21,462	-	-	3,746	109,193	96,711	3,318
要介護4	42,816	1,811	9,476	1,183	9,380	60,406	12,793	20,407	3,105	-	20,764	816	915	56,876	18,569	791	1,427	11,686	7,013	27,942	-	-	303	294,419	111,055	20,011
要介護5	49,786	10,960	14,119	166	8,392	24,748	3,662	17,033	3,495	-	16,326	491	741	56,995	11,415	-	1,235	10,447	8,886	4,228	-	-	1,019	236,683	57,782	31,774
合 計	262,830	16,231	81,655	3,859	53,441	649,487	71,814	86,337	14,976	-	100,781	6,452	16,522	294,101	182,090	11,865	11,540	59,745	54,750	113,854	-	-	9,900	687,544	402,920	55,112

【視点の例】

- ・要介護度の違いで、介護サービスの利用状況が異なる箇所はあるか？
- ・本来の利用者像と実態が異なるサービスはないか？

出所 厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告（年報）」

(4)STEP3:課題の整理

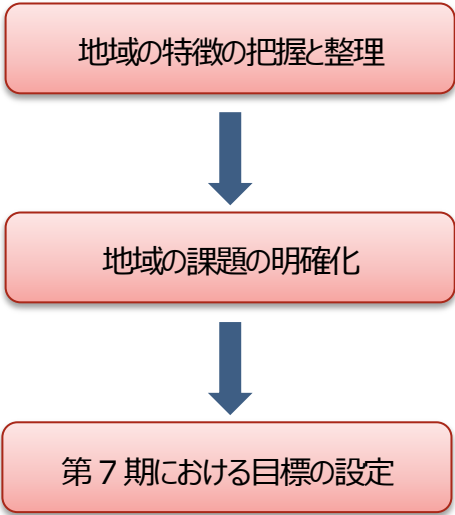
得られたデータ分析の結果から、地域にどのような特徴・課題があるのか、整理する。その際、「××市としては、地域密着型サービスへの転換を促進する。」「××町としては、在宅医療・介護連携を推進する。」といった、第7期計画で保険者として目指す方針を明確にしたうえで、データ分析の結果、特徴・課題を整理することが重要である。

まず、分析した結果や地域ケア推進会議等での議論をもとに得られる様々な気づきを蓄積し、地域の特徴を広く把握する（「地域の課題の把握と整理」）。このとき、初めから課題（弱み）ばかりに着目せず、地域が持っている魅力や可能性（強み）も把握することが重要である。

次に、把握した地域の特徴（強み、弱み）を、要素や性質等に目して分類・整理し、地域で取り組むべき課題を明確にする。このとき、SWOT分析、コミュニティ・アズ・パートナーモデルといった既存のフレームワークを利用すると整理が容易になる。

最後に、明確にされた課題を緊急性や重要度のマトリックスに基づいて整理し、第7期に取り組むべき当面の課題と目標を定める。

図表Ⅱ-20：課題の整理



■ 課題の整理方法の例：SWOTによる情報の整理

戦略を立案する際に使用される分析手法の一つであり、企業の戦略策定等の場面で用いられることが多い。第7期計画策定の際は、地域の強み (Strength)、弱み (Weakness)、機会 (Opportunity)、脅威 (Threat) の4つの軸から地域を評価し、具体的な戦略や施策を検討する材料となる。

図表Ⅱ-21：SWOTによる情報の整理

(1) SWOT分析による現状と課題

		外部環境	
		機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
内部環境	強み (Strength)	・高齢者福祉計画・介護保険事業計画 ・地域包括ケアシステムの体制の確立 ・要支援者の予防給付から新たな総合事業への移行	・後期高齢者人口の増加 ・認知症者の増加 ・介護サービス費用の増加 ・介護療養型施設の廃止と医療病床数の減少 ・生産年齢人口の減少による支え手不足 ・介護従事者の不足
	弱み (Weakness)	○地区ミニデイ活動事業の拡大 ○介護予防サポーター事業 (ボランティア育成等も含む) ○移送支援事業 ○緊急通報サービス事業 ○訪問指導事業 ○介護予防教室事業	○介護予防サポーター事業 (ボランティア育成等も含む) ○在宅介護支援事業 ○低所得者への支援 ○認知症総合支援事業 ○やすらぎ支援事業 ○家族介護者交流事業 ○介護予防教室事業 ○転倒骨折予防事業 ○生きがい活動支援事業 ○健康相談事業 ○老人クラブ活動事業
		強み×機会	強み×脅威
		弱み×機会	弱み×脅威
		・地域包括支援センターの設置 ・特別養護老人ホーム森木荘の設置 ・介護予防事業の充実 ・タクシー券による移送支援、村民バス・コミュニティバスによる移動支援 ・地区単位のミニデイサービス ・高齢者の社会参加のニーズが高い ・一人暮らし高齢者、高齢者二世帯への支援の充実	・地域の高齢化の進行 ・地域のつながりの希薄化 ・家族間の介護力の低下 ・介護保険事業所やNPO法人等の事業所が少ない ・独居・高齢者二世帯が全世帯の約2割→生活支援が必要な世帯の増加

地域の強み (Strength)、弱み (Weakness)、機会 (Opportunity)、脅威 (Threat) の4つの軸から地域を評価

・強み × 機会 強みを活かして機会を勝ち取るための方策は？
 ・強み × 脅威 強みを活かして脅威を機会に変える差別化とは？
 ・弱み × 機会 弱みを補強して機会をつかむための施策とは？
 ・弱み × 脅威 弱みから最悪のシナリオを避けるためには？

出所) 長野県喬木村(タカギムラ)「第5次喬木村総合計画 (平成28年3月)」より

■ 課題の整理方法の例：コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる情報の整理

コミュニティを構成するのは、人々と8つの要素（物理的環境、経済、政治と行政、教育、交通と安全、コミュニケーション・情報、レクリエーション、保健医療と社会福祉）であるとする「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」にのっとり、データ分析の結果や日ごろの観察から得られた気づきを整理することも有効である。得られた気づきから、地域で取り組むべき健康課題を抽出し、介入方針を決める。

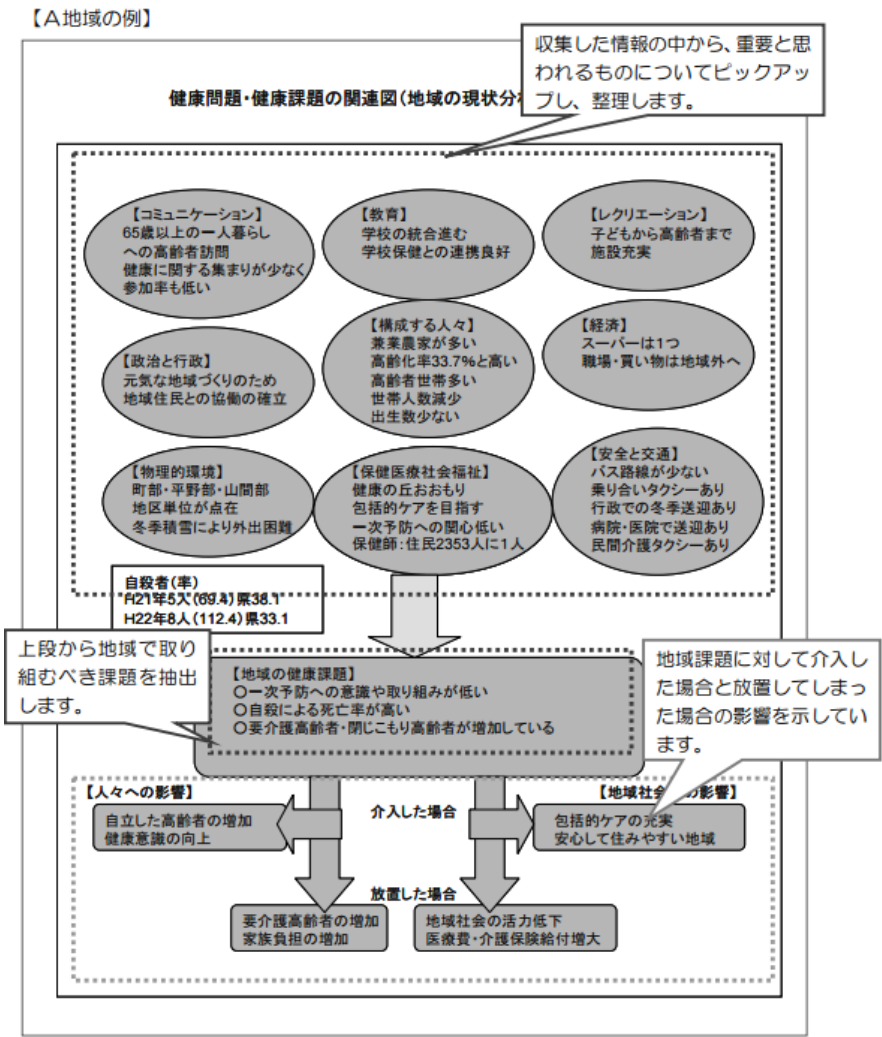
図表Ⅱ-22：コミュニティを構成する人々と8つの要素



出所) 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会「実践につながる住民参加型地域診断の手引きー地域包括ケアシステムの推進に向けてー（平成24年3月）」を加工

図表Ⅱ-23：健康問題・健康課題の関連図の例示

図表10 ワークシート③ 健康問題・健康課題の関連図の例示



出所) 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会「地域診断に基づく地域包括ケアの推進に向けた医療機関と保険者の連携促進に関する調査事業報告書(平成25年3月)」より

- 課題の整理方法の例：マトリックスによる、取り組むべき課題の優先順位整理
「緊急性」と「重要度」で課題を整理する。「最優先で取り組む」課題、「将来的に検討する」課題、「余裕があれば検討する」課題、「取り組む必要性は低い」課題に分類できる。

図表Ⅱ-24： マトリックスによる、取り組むべき課題の優先順位整理



Ⅲ. 代表的な課題および対応例

付録 2 の「②受給率の地域分析」にも記載されているとおり、地域内の中・重度者（要介護 3 以上）のニーズを満たし、医療的なケアを実施する上で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービスの提供体制の確保は、対応例のひとつである。

また、介護保険事業計画の「各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み」を検討するうえでも、必要なサービスの提供体制の整備は重要なポイントである。特に今後の病床の機能分化・連携の推進に伴う、医療・介護の提供体制の整備を行ううえで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護は、在宅の高齢者を支援するサービスとして、より重要性を増すことが想定される。

一方で、当該サービスの整備については、参入する事業者を得られない等、保険者からもサービスの整備や普及の困難さが多々聞かれることから、実際に当該サービスの整備に至った自治体を対象にヒアリングを実施し、整備に関する課題や対応例等を把握した。

ヒアリングから得られた課題および対応例の概要は以下のとおりである。

■ 地域特性の把握とサービスの整備

- ・ 保険者の担当者は、業務経験をもとに、日常生活圏域・エリアごとの違いや課題を明確に認識しているものの、データによる地域特性の分析までは行われていないケースが多かった。
- ・ 地域特性に合わせた介護サービスを配置すること自体は有効であると認識されており、実際のサービスの整備においても、データ分析をせずとも把握できる特性については、それらが考慮されている例もあった。例えば坂が多く、送迎のサービスが困難で通所系の事業者が参入しにくいエリアでも、頻回訪問で服薬の管理等も可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスであれば、対応できると考えたという事例があった。

■ 看護小規模多機能型居宅介護の整備・課題

- ・ 利用者像としては、医療依存度が高い高齢者で、かつ家族と同居しているケースがあげられる。
- ・ 退院後、在宅での生活へ戻る間に利用するケースが多いことも踏まえると、医療機関との密な連携が必要である。
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護を実施するにあたり、主体的な役割を果たす看護職員の育成、確保に課題がある。そのため、小規模多機能型居宅介護からのサービス転換について、ハードルが高いと事業者から見られている傾向にある。

■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備・課題

- ・ 独居の高齢者が退院から在宅復帰する際に利用することが多い。
- ・ 退院後の生活を 24 時間、包括的に観察し、適切にアセスメントを行うことのできるサービスとして利点がある。利用の導入には病院の MSW のサービスに対する理解が肝になってくる。
- ・ 訪問回数によらない包括的な利用料金体系となっているため、事業所のランニングコストを賄える安定した稼働（利用）があるかどうか、利用者を担当する介護支援専門員に本サービスに関する正しい理解があるかどうかことが重要である。

参考資料 ヒアリング議事概要

(1)A市

出席者	市の担当部局より 1 名様 市内の 1 事業者より 4 名様 (株)三菱総合研究所より 3 名
ヒアリング事項	1.定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の設置に際しての市としての狙い 2.当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り 3.当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた（挙げられている）課題 4.当該サービスの利用による、利用者・地域への影響 5.その他

○ヒアリング概要

1. **定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の設置に際しての市としての狙い**
 - 地域包括ケアで有名な地区もあることから、地域包括ケア・医療介護連携への意識は高い。当該地区を中心とする山間部では、公立の総合病院を中心に病院機能の総合化・複合化を図り「医療や福祉の出前」として訪問看護（介護）やリハビリを軸に地域で支える仕組みづくりが進められている。また、人口集中地域では、医師会を中心として、中核病院の支援のもと在宅主治医機能を核とした在宅医療の地域連携、他職種協働をシステム化した地域の一体的なマネジメントシステムが構築されている。さらに島しょ部では、早くから往診を中心とした在宅医療提供が行われ、その中で医療以外のニーズも感じとり安心して生活できる介護にも取り組んでいる。特に、ある島においては、介護保険制度開始時に看護師にケアマネの資格を取らせる取組等を実施している。
 - 本市は、医師とケアマネの関係構築ができていて保険者だと感じている。医療側も連携に積極的で、「ケアカンファレンス」に参加し、ケアマネ・医療間で情報交換を密にしよう、という声もある。
 - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、5 期計画では 1 事業所、6 期計画でも 1 事業所ずつ設置予定と位置づけていたが、平成 27 年度に 3 事業所開設し、現在に至る。看護小規模多機能型居宅介護については、5 期計画では 1 事業所設置予定としており、平成 26,27 年度にそれぞれ 1 事業所ずつ開設した。
 - 市のなかでも、山手の地域は坂も多く、送迎のサービスすらも困難で、通所系の事業者が参入しにくい地域特性をもっていた。定期巡回・随時対応型訪問介護看護であれば、服薬の管理等もできることに加え、本地域に適していると考えた。事業者のほうでも、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業を検討しているという情報も得ていたことから、事業の実施を声がけた。
 - 当該事業者は、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防訪問看護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を中心とした事業を行っている。定期巡回・随時対応型訪問介護看護の立ち上げに際しては、まず訪問看護事業を立ち上げるところからはじめた。
 - 施設の設定員数は介護保険料と関連するので、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の設置は給付を抑えるという意味でも本市に適していたと考えている。
 - 看護小規模多機能型居宅介護については、本土と島しょ部に、まずはそれぞれ 1 事業所ずつ設置できればということで、看護師の豊富な法人に声かけを行い、現時点で計 2 事業所が整備されている。
 - 事前の地域分析としては、エリアごとに人口等のデータ分析と事業者ヒアリングをあわせて行って

いる。特養待機者データの傾向を見ても、既に特定施設等に入所されている場合もあり、本当にこれから特養が必要な高齢者なのか（待機中なのか）疑問がある。特養のベッドの回転率も高まっていることから、7期では特養およびその他施設の整備は、検証が必要だが、そう必要とされないのではないかと感じている。

- 市の7つの日常生活圏域のうち、中央部は自営業だった人が多く国民年金しか受け取っていない場合が多い。漁業が生業だった高齢者が多い西部も同じ状況である。そういった地域に施設サービスをつくっても、費用的に入所可能な高齢者は少ない。東部は子育て世代が多く、日中子供世代が働いている間をサポートするサービスが必要だ。島しょ部等、エリアによっては地縁が強い場所もあり、介護保険サービスを使わずに家族が看なければいけない、という意識もある。同居の家族の協力や高齢者の経済状況（居住系のサービスは低所得者層の利用は厳しい、等）にあわせて、サービス提供のあり方を考える必要がある。

2. 当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り

- 事業者にとって、十分利益が出る利用者数が確保できるかが重要になってくる。保険者が増やす予定の無いサービスの開設を検討している事業者には、地域の現状と将来のサービス利用の見込みに基づき、十分に利用者が確保できない可能性や、銀行からの融資見込みの乏しさ等厳しい現実も保険者から伝えて伝える等、工夫している。
- 総量規制が公式に出来るわけではないが、日頃から事業者とのコミュニケーションを図ることで、不必要な新規事業者の参入を防ぐことができ、結果として優良な事業者の保護が出来るのではないか。事業者とのコミュニケーションには、地域の行事での連携をする等、日頃から行政側からの努力も必要である。

3. 当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた(挙げられている)課題

- 7期で定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の事業所を増加するといっても、担い手となる看護師不足が課題になる。医療法人が中心になって動かないと難しい印象がある。総合病院で働いていた看護師が、その後、地域の訪問看護ステーション等で働くケースはあまりないようだ。現状、地域で活動する医療職の育成やリハビリテーション職、薬剤師が豊富にはいない。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は訪問サービスなので、大きなハード整備は不要だが、ランニングコストを賄えるかが課題にあがってくる。
- 看護小規模多機能型居宅介護には医療必要度が高い人が入るケースがある。その場合、看取りをする方も多く、サービスが入っている期間も短い。訪問看護事業所と連携するにしても、夜間の訪問に対応してくれる訪問看護事業所があるとも限らず、委託費が運営コスト上、問題となる。
- ショートステイに入所する日、およびデイの利用日の早朝・夜間分についても対応が実際は必要になるので、報酬をつけてほしい。

4. 当該サービスの利用による、利用者・地域への影響

- 小規模多機能型居宅介護は使い勝手が良いサービスだと感じている。事業者には適度な利益が出て、利用者も通いを中心に必要に応じて訪問・宿泊サービスが利用できる。市としては、バランス良く、各圏域に小規模多機能型居宅介護を配置させたいと考えている。地域密着型サービスをエリアごとにうまく配置して、高い介護度の利用者も在宅でサポートする、という方針がよいのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護は、ポータル的な存在になりうるのではないかと。例えば退院してきた利用

者を、まずは小規模多機能型居宅介護で対応して、その後在宅で生活できる利用者、特養等施設サービスが必要な利用者に割り振る、という使い方も可能ではないか。

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護が既存の通所・訪問介護サービスを代替するにはいたっていない。現状、通所介護については「サービス供給量過多」の状況が続いているが、申請があれば現行制度としては認定せざるを得ない。サービスの供給過多によって、優良な事業者までつぶれてしまうのではないかと、という懸念がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、ケアマネも利用者もサービスの内容をイメージしにくいようだ。知名度も低い。本市ではケアマネ協議会や勉強会も開催しているが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護についての理解度はまだ不十分かと思う。

5. その他

- 医療度が高い利用者も多いため、地域密着の施設、施設サービス等にも医師が訪問できるような形にしていければ望ましいのではないかと。
- 今後の施設整備は、大都市と地方では実情が異なる。大都市では高齢者が急激に増えるかと思うが、地方は既に高齢者増加のピークが見えている。地方で施設整備を行っても余りが出てしまうのではないかと。
- 今後、ヘルパーが一人で訪問する形態のサービスは、利用者の個人意識が高くなっている現状を踏まえると、苦労や心理的負担が発生する場面も多く、運営が厳しいのではないかと。
- 高齢者の認知症増加対策については、認知症の方も普通に在宅で暮らせるようなサービスや薬の整備が主要課題である。
- コミュニティというと、現在では地域コミュニティにイメージが限定されているように感じる。これだけ個の時代が進むと地域コミュニティの再生は、そう簡単ではない。難しいけれどもそれはそれで続けていけば良いが、一方で時代にあった新たなコミュニティ（ネオ・コミュニティ）[共通の理解と認識のもと（規範的統合）・仲間を増やし（アソシエイト）・つないでいく（有機的な連携）]の形成も必要だと感じており、市オリジナルとして実施していきたい。高齢者の独居や高齢者のみの夫婦も増える中、サークル活動やお互い様の活動、オレンジカフェ、企業のCSR等、これらが、必要に応じて有機的に連携して課題や目的を達成していくイメージである。
- 市の大規模イベントでも、企業や商店街、各種市民団体等が多数参画することで、相乗効果を発揮し予想以上の効果を生み出した。介護の分野でも、医療や介護に限定せず、様々な人、企業、団体が、お互い多様性を認める中でそれぞれの強みを活かして柔軟に連携することで、より大きな効果が生み出せるのではないかと考えている。
- 住まいに関して、高齢者福祉の課だけでは高齢者居住安定確保計画は対応できない。部署間で相談はしているが、建築部門は高齢者が専門というわけではないので、コミットメントの度合いが異なる。

以上

(2)B 市

出席者	市の担当部局より 3 名様 市内の 1 事業者より 2 名様 ㈱三菱総合研究所より 2 名
ヒアリング 事項	1.定期巡回・随時対応型訪問介護看護の設置に際しての市としての狙い 2.当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り 3.当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた（挙げられている）課題 4.当該サービスの利用による、利用者・地域への影響

○ヒアリング概要

1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の設置に際しての市としての狙い

- 平成の大合併により 1 市 3 町が本市として編成された。地域の特色や地域差は依然として存在し、産業や歴史的な風土も違う。旧市町で圏域を越えてサービスを行うにはまだハードルがある。要介護者の地理的分布についても地域差があり、軽度・重度の割合が両方高い北部エリアの特徴が目立つ。
- 市として今最も力を入れているのは在宅医療・介護連携の推進である。その柱になるのが、市内大手の社会福祉法人の経営する定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスと考えている。実際地域包括ケア推進協議会には本サービスの代表者に必ず参加してもらっている。また、介護医療連携については、協議会のなかで情報共有を図っている。医師会、歯科医師会、薬剤師会、福祉関係者、保健医療関係者、公的団体関係者、介護サービス事業者代表等を構成員としている。三師会の地域包括ケア担当窓口も決定した。
- 第 6 期計画では、地域包括ケアの推進および日常生活圏域（計 7 圏域）における同水準のサービス提供を達成することを主な目的としている。日常生活圏域（計 7 圏域）で同水準のサービス提供することは第 5 期より重点施策であった。また、施設サービスを増やさない等の適正化の推進により、第 5 期は県内第 2 位の高さだった保険料額も第 6 期では改善された。認定率も殆ど伸びていない。
- 第 1 号被保険者 1 人当たりの給付でみると、グループホームの事業所数が比較的充実している。これは平成 18 年の改正介護保険法施行によって、地域密着型サービスの位置づけでグループホームが整備された際、日常生活圏域（7 圏域）の設定とともに、サービス不足の地域でグループホームの整備を新たに行ったためである。
- 事業者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスのほか、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス等も展開している市内大手の社会福祉法人。サ高住併設ではなく地域・在宅でのサービスを基本としている定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は県内でも珍しい。
- 現在、過疎の進む市内北部を中心にサービスを展開しており、利用者は現在 80 名程度とかなり大規模であるが、ほとんどが地域の在宅の高齢者である。カバーできていない市内の反対側の地域に、もう 1 事業所を平成 28 年 4 月に設置し、2 事業所が稼働中、合計 80 名程度が利用している。北部と西部、東部と南部の 2 エリアに分けて実施している。

2. 当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り

- 平成 23 年度のモデル事業で、市で本サービスが経営できるかの検証を実施した。モデル事業に参加すること自体についても混乱があった。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは新規のサービスということで、行政・事業者双方と

も具体的なサービスイメージを持てなかった。導入に際して、人材確保や夜間対応の課題もあり、事業者側も参加に乗り気ではなかった。しかし行政サイドからのバックアップや国の介護保険制度の方針もあったことで開設を決定した。

3. 当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた(挙げられている)課題

- サービス事業者としては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を退院後の生活を支えるサービスとして扱えると良いと考えている。つまり、退院後にその人の生活を 24 時間包括的に観察し、アセスメントした上で、必要なサービスへ流すための通過点という考え方である。本サービスを長期で利用する必要はなく、アセスメントを適切に行うという目的で活用できるのではないか。そのためには病院の MSW の理解が肝になってくる。
- MSW は定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて理解が乏しい。一方で、MSW も、在宅・施設でどちらのサービスを充てるべきか判断の難しいグレーゾーンの患者の扱いに困っているようだ。
- ケアマネジャーの定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスへの理解の浅さも課題になっているが、ケアマネジャーも自らが所属する事業所のサービスを含めつつ利用サービスを考えるという事情もあり、当該サービスを同法人で実施していなければ、サービス内容を知る機会も無いだろう。全国的に展開するということであれば、病院と連携し、前述したように退院後のアセスメント機能として当該サービスを位置づけるという方策も考えられる。
- 医師会側の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスへの理解度は低い。ドクター自身が、地域で在宅の暮らしを継続する可能性や医療専門職以外でも在宅での暮らしを支援できる可能性を否定しがちである。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの内容を理解してもらうことで、社会的入院は減らせるのではないかと。
- 現在のサービス利用では、1 事業所としてカバーする地域が広すぎる。スタッフが移動する距離が 1 日 300km に及ぶ等、かなり長く、事故等のリスクも懸念される。遠方にあるエリアの事業所と連携を図ろうとしたが、報酬の問題解決法や連携の仕組み、メリット等を提示できなかった。市全域をカバーする仕組みを模索中である。
- 連携先の訪問看護事業所とも、ターミナルの事例を通し、お互いの役割分担の重要性を認識することができ、それ以来うまく連携体制を組めるようになった。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが利用者からのコールをいったん受け、内容を判断の上、訪問看護につなぐ、という体制をとることや、介護職員ができる範囲のことは進んで行う等、看護職員の負担を極力減らしていった。多職種連携の意味でも評価できる体制だと感じている。
- 「見える化」システム上では勿論、なかなか個人の利用者の生活を評価することは出来ない。しかしながら介護の現場においては、利用者本人の意向や生活を尊重する仕組みが必要である。生活の評価は属人的な部分が大きく指標設定が難しいが、今議論が進んでいるようなアウトカム評価では、自立支援を進めることは難しいだろう。

4. 当該サービスの利用による、利用者・地域への影響

- 短時間で必要な要件のみ行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、通常型のホームヘルパーやその利用者からすると、1 回あたりのサービス提供量の少なさに違和感があるようだ。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスで、職員に求められるスキルは、利用者への観察力や、ケアマネに様子を伝える力である。ケアマネにも毎日報告を行っており、日々の生活を観察する中で得られた情報を伝えられることが重要である。

- 介護職員の「気付き」の能力を高めてくれるサービスである。そういう意味で、モチベーションを高めていっている職員も多い実感がある。中には扱いの難しい利用者もいるが、個人のライフスタイルに合わせたサービス提供を学ぶという意味で、よい勉強になっているのではないかな。
- 介護サービス事業における人材不足・高齢化は課題である。高卒や外国人等、多様な人材を候補として検討する必要がある。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは短時間のサービスゆえ、それ自体にまず特別な技術を求めるものではない。初任者が最初に経験するサービスとして適切だと感じている。

以上

(3)C 市

ヒアリング議事概要	
出席者	市の担当部局より 7 名様 (株)三菱総合研究所より 2 名
ヒアリング事項	1.定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の設置に際しての市としての狙い 2.当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り 3.当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた（挙げられている）課題 4.当該サービスの利用による、利用者・地域への影響 5.その他

○ヒアリング概要

- 1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護の設置に際しての市としての狙い**
 - 当初は定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、市内各区一箇所整備を目標としていた。大手事業者へ当該サービスの説明に行く等工夫した結果、順調に各区 2 事業所の整備を進めた。第 6 期においては市全体で年間 3 事業所を目標に整備を進めている。医療ニーズが高い人や独居世帯が多い地域においては、随時訪問可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護は適したサービスだと考えている。
 - 看護小規模多機能型居宅介護についても、現在各区 1 箇所整備を目標としている。しかし、実際は全 18 区のうち 8 区（12 箇所）の整備にとどまっている。特に看護小規模多機能型居宅介護への新規参入の場合、看護師自体が少ないこともあり、人材確保のハードルは高いようである。
 - 市では今後、利用者の医療ニーズがより一層高まると想定される。看護小規模多機能型居宅介護では、事業所内のケアマネジャーが「通い」「泊まり」「訪問介護」「訪問看護」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可能である。市としては看護小規模多機能型居宅介護の整備を積極的に進めていきたい。
 - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業者団体として、連絡協議会を平成 24 年より立ち上げた。設立当初は地域のケアマネジャーの定期巡回・随時対応型訪問介護看護への理解を深めることを目的としていたが、現在ではオペレーターや管理者の研修・交流会も行う等、ノウハウの共有の場になっている。連絡協議会は、事業者で困っていることを保険者が知ることのできる機会でもあり、保険者としても開催のメリットを感じている。
 - 市内各区の地域差については、高齢化割合や所得階層の違いもあるが、事業所の建設地確保の難しさ（都心に近い地域は空き地が乏しい）や人材確保の可能性にも差がある。こうした差を事業者の

ほうもかなり実感していて、事業所の開設に影響を与えている。

- 現状の市としては、データによる地域分析を踏まえて、サービスを配置するというレベルには至っていない。むしろ必要なサービス総量を把握し、目標を定めていくのに時間がかかっている段階である。また、サービス量を確保するための介護人材をどう確保していくかが喫緊の課題という認識である。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、各区に複数整備するとしたのは、事業所間でよい取り組みを行って競争を喚起することで、事業所同士が刺激しあうような環境構築をすることを狙いとしている。
- 核家族化の影響を受け、独居高齢者が増えたことで、家族の介護ニーズの対応と看取りを見据えて、サ高住に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を併設する形で整備するケースも増えてきた。
- 訪問看護から看護小規模多機能型居宅介護へ参入したケースもある。

2. 当該サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの整備については、まず未整備の区には優先的に事業者選定の募集をかける等工夫していた。各区1事業所以上開設させるまでは、比較的事業者からスムーズに手が挙がった、という印象である。
- 第6期中に、医療法人も定期巡回・随時対応型訪問介護看護に参入した（平成27年度に3箇所整備したうち、1箇所は医療法人、1箇所はグループ内に医療法人のある営利法人）。在宅医療・介護連携を進めていた中の医療法人の参入であり、大きな前進と捉えている。医療法人も、退院後の在宅でのケアを充実させたいという方針から、参入を決めたのだろう。

3. 当該サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた(挙げられている)課題

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の1事業所あたり平均利用人数は17人程度。市の想定より利用者数が伸びておらず、事業所の採算を考えると経営は難しい。利用者の入れ替わりも頻繁で、安定的に利用者を確保するのが困難。24時間対応では頻繁に利用者からコールがあり採算がとれないのではないかと、という懸念も事業者から聞くが、実際には1日3回以下のコールのケースが多いということがデータから分かる。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者像として、厚生労働省では在宅の中～重度要介護者の利用を想定しているが、市では軽度から重度要介護者まで、まんべんなく当該サービスを利用している実態である。世帯構成については、独居や日中独居、高齢者世帯が多い。一方、(看護)小規模多機能型居宅介護はレスパイトケアとしての利用も多く、家族同居の利用者の割合も高いので、少し利用者像が異なるのではないかと。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始するケースとして、退院直後のタイミングが多い。病院のMSWや地域連携室と連携し、当該サービスのメリットを理解してもらう必要がある。病院での医療ニーズと在宅での医療ニーズは若干変わるということを理解できる看護人材が仲介することで、そのギャップをうまくすり合わせる必要があるが、そういった人材は非常に乏しい。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、一日複数回利用できることから、利用者の生活リズムを把握し、家族の構成や状況に合わせて柔軟な使い方ができることが利点だと思う。
- 連携型と一体型で事業所数は市内で半々程度。やはり地域の訪問看護事業所との連携は難しい側面はあるようだ。訪問看護事業所が十分な収入を得られない点がネックになっている。連携先は定期巡回・随時対応型訪問介護看護側の事業者が自ら開拓している。
- 過去に定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用経験があれば、ケアマネジャーも継続的に当該サ

ービスを利用してくれるが、利用経験が一度もないと使い慣れている通常の訪問介護等のサービスに流れる傾向にある。通常の訪問介護だと区分支給限度基準額を超えてしまう等の理由で定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用する、という安易な発想でケアプランが作成される場合もある。

- 看護小規模多機能型居宅介護については、例えば小規模多機能型居宅介護からサービスを変更する場合、看護職員の人数が増え、併せて指定を受ける訪問看護事業所の管理者になるので、事業所内で介護職員とのパワーバランスが変化するため、法人側がそれに気後れしてなかなか開設に至らないケースもあるようだ。
- 介護・看護人材不足がボトルネックとなって、サービス供給ができない、というケースも多い。特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護は24時間対応ということもあり、人材確保に苦労している。地方からの人材確保・育成をやっている事業所もあるが、短期で辞職する割合も高い。人材の質の確保のためには、職場環境を向上し、定着率のアップをはかることが重要だ。人材の問題は県の所管だが、必要なサービス量の確保を考えると、職場環境改善のため、市として可能な施策を検討中である。
- 看護職員は医療機関とのネットワーク構築には欠かせないが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護も、看護職員をうまく活用できるかどうかは鍵である。例えば退院時に主治医に対して当該サービスのメリットを説明する際、事業所の看護師を同行させて、在宅でのケアについて積極的に話をする等、病院側に安心感を持たせるようなアクションが重要だ。

4. 当該サービスの利用による、利用者・地域への影響

5. その他

- 建築局・医療局・健康福祉局の3関係局があつまって、高齢者の施設・住まいのありかたについての検討会を平成28年度から開始している。高齢化社会を考えるうえで一つの区切りである2025年を目指して、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅といった住まいがどの程度必要か、数値を算出しているところである。建築局としても、地域包括ケアのことはある程度把握していて、2025年というキーワードは意識しているようだ。
- 制度への要望になるが、看護小規模多機能型居宅介護については事業所内のケアマネジャーがケアプラン作成、アセスメント等を行うが、1人の利用者を継続的に看るという観点から、それまでのケアマネジャーが継続して担当するという取り組みも考えられるのではないかと。ケアマネジャー側も、自分が担当できなくなる点がネックになり当該サービスの利用をためらうケースも多い。
- 事業所からの要望として、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のオペレーターの資格要件が厳しいので、所属している事業所での実務経験等も考慮して欲しいという声がある。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、デイサービス利用日も送迎等サービスを行っているので、その点も踏まえ減算等は再検討してほしい。

以上

(4)D 市

出席者	市の担当部局より 3 名様 (株)三菱総合研究所より 2 名
ヒアリング 事項	1.地域密着型サービスの設置に際しての市としての狙い 2.地域密着型サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り 3.地域密着型サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた（挙げられている）課題 4.地域密着型サービスの利用による、利用者・地域への影響 5.その他

○ヒアリング概要

1. 地域密着型サービスの設置に際しての市としての狙い

- 日常生活圏域は全部で 6 つで、地域密着型サービスは 1 圏域に 1 箇所整備を目標とし、地域住民が各種サービスを利用できる環境を整えている。日常生活圏域ごとにみると、地代が高いエリア、大学が立地しており学生の居住者が多いエリア、農村で家族同居の世帯が多いエリア等といった違いがあるが、地域の特性に応じた介護サービスの立地誘導は実施していない。
- 看護小規模多機能型居宅介護および併設の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、社会福祉法人によって平成 28 年 9 月に 1 箇所ずつ整備された。当該社会福祉法人が市で運営していた療養通所介護事業所および訪問看護事業所からの移転という形で運営されている。退院後、在宅への復帰に伴う経過措置として利用されるケースが多い。定員数 29 名より少ない利用者数で推移していることで、事業所側も時間をかけて受け入れ体制を整えることが出来ている。
- 第 5 期計画で定期巡回・随時対応型訪問介護看護および看護小規模多機能型居宅介護の整備を計画していた。定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、平成 23 年度モデル事業を社会福祉法人で行っていたが、実際の事業移行はスムーズに出来なかった。モデル事業では、近隣市で提供していた社会福祉法人の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を、本市の被保険者が利用していた。モデル事業での参入の際障壁となったのは、関係各者・住民へのサービス内容の周知だった。制度開始直後ということもあり、通常の訪問介護との違いを利用者に十分説明できなかった。

2. 地域密着型サービスの設置検討段階における事業者とのやり取り

- 第 5 期計画では、小規模多機能型居宅介護から看護小規模多機能型居宅介護へのサービス転換を市でも期待していたが、看護師の配置にハードルがあり、事業者もサービス転換には難色を示している。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所が立地しているエリアは、企業による大規模な跡地開発が行われた土地である。開発に係る事業者選定の際、開発事業者から、地域貢献事業として高齢者福祉事業の新規施設整備の提案があった経緯で、社会福祉法人による事業所設立が決定した。

3. 地域密着型サービスの設置・運営に際して、事業者から挙げられた（挙げられている）課題

- 看護小規模多機能型居宅介護のメリットは、医療依存度が高く特別養護老人ホームで対応できない高齢者（例えば、夜間に常時喀痰吸引の処置が必要な場合や、胃ろうをつくっている場合等）に対して、在宅でケアを提供出来る点である。また、退院後、在宅への復帰に伴う経過措置として利用されるケースが多いことも踏まえると、医療機関との密な連携が必要である。
- 小規模多機能型居宅介護事業所のなかには、利用者確保のため、毎日の訪問が可能なサービスとして利用者に説明を行っている事業所もあると聞く。しかし、利用者数増加で、毎日の訪問対応がで

きなくなり、利用者とトラブルになる事業所もあるようで、市としても注意喚起を行っている。また、小規模多機能型居宅介護は回数に依存しない利用料金体系となっているが、訪問回数が少ない等の理由により、値下げを希望される利用者もいる。

- 小規模多機能型居宅介護事業では、要支援の利用者が3人以上だと収支バランスが維持できないと聞いている。「地域とのつながり」という側面を考えると、要支援の時点からサービスが介入できたほうがのぞましい。しかし、採算性を考えると、多くの要支援者にサービス提供を行うのは厳しい。また、対応が難しい高齢者の利用も多く、高いスキルを持ったスタッフの配置が必要である。

4. 地域密着型サービスの利用による、利用者・地域への影響

- 市では現在計8事業所が小規模多機能型居宅介護サービスを提供している。市には、運営者が生まれ育った地域で運営されたことにより、地域と良好な関係を築いた小規模多機能型居宅介護事業の好事例である事業所がある。他事業所もこの好事例の運営を参考に、小規模多機能型居宅介護事業のあり方について理解を深めることができている。好事例の存在が、市全体の小規模多機能型居宅介護の運営状況に良い影響を与えている。

5. その他

- 市内事業所や庁内関係各課との情報共有方法について、グループホーム事業所と小規模多機能型居宅介護事業所で、課題共有等を目的とした会議が、それぞれ2-3ヶ月に1度開催（市もオブザーバーとして参加）されている。数ヶ月に1回開催されるケアマネジャー会議でも、新規に開設する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所等が自らサービス紹介を行っている。また、庁内で介護保険事業の実績報告を行う際は、サービス付き高齢者住宅の所管課含め関係する庁内各課（15課程度）が集まる体制になっている。
- グループホームについて、第7期計画での整備は不要であるという意見が管理者から出ている。第6期計画で広域型の特別養護老人ホームを120床整備しているところであり、グループホーム利用者数の減少が懸念されていることが背景にある。
- 特別養護老人ホームについては、今後低所得層の高齢者の利用が問題となると考えている。県は条例改正で多床室を認めており、市としてもユニット型個室だけでなく多床室の整備を検討する予定だ。
- データ分析による圏域ごとの特色は把握できていないが、本市出身の行政職員がある程度いることから、一定の地域の特性は理解できている状況にある。
- 「見える化」システムで、各地域のサービスの利用の特色を確認できる機能があると良い。

以上

付録 1

地域包括ケア「見える化」システム等による地域分析の手引き

目 次

1. 地域分析の意義	1
2. 手引きの意義	3
3. 手引きの構成	4
(1) 分析の観点について	4
(2) 各観点の要因分析の範囲について	7
4. 認定率	9
(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析	9
(2) 要因分析（チェックリスト）	10
① 要介護認定のプロセス	10
A) 認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて差が大きいか	10
B) 重度（軽度）変更率について、全国平均と比べて差が大きいか	11
② 地域の高齢者の状況	11
A) 高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか	11
B) 身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか	12
C) 要介護認定率に比べ、介護保険サービスの利用率が低くないか	13
③ 地域住民に対する保険者としての介護保険の理念、多様なサービスの充実等の十分な周知	14
5. 受給率	15
(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析	15
(2) 要因分析（チェックリスト）	16
① 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が高い	16
② 在宅サービスの受給率が高いが、施設・居住系サービスの受給率は低い	16
③ 在宅サービスの受給率は低いが、施設・居住系サービスの受給率が高い	17
A) 地域内の軽度者（要介護2以下）のニーズを満たしているのか	17
B) 在宅サービスのなかで特定の施設・事業所の設置に偏りがいないか	17
C) 施設・居住系サービスが在宅サービスを代替していないか	18
④ 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が低い	18
A) 地域内の要介護者のニーズを満たしているのか	18
B) 長期入院等、医療機関が介護サービスを代替している可能性はないか	19
C) 高齢者を支える家族等に、過度な負担がかかっていないか	19
6. 受給者1人あたり給付費	20
(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析	20
(2) 要因分析（チェックリスト）	20
① ケアプランの内容	20

A)	自立支援型のケアプランが作成されているか	21
B)	特定の事業所において、区分支給限度基準額に占める給付費の割合が高くないか	21
②	サービスごとの給付費	21
③	受給者の状況	22
A)	高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか	22
B)	医療依存度が高く、身体機能や認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか	23

地域包括ケア「見える化」システム等による地域分析の手引き

1. 地域分析の意義

- 今後、いわゆる団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるが見込まれるため、地域実情に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められています。
- また、現在、要介護認定率や一人当たり介護費用、施設サービスと居宅サービスの割合などについては、地域差が存在している状況がうかがえます。
介護保険制度には、全国一律の基準による要介護認定など保険者間の差を抑制し適正化を図る仕組みがある一方で、高齢化の状況、地理的条件、独居等の家族構成など地域差を必然的に生じさせる要素もあり、地域差があること自体は問題ではないが、地域実情を踏まえ保険者として目指す方向性に沿った状況となっているか、不断の検証が求められています。
- 平成 29 年通常国会に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が提出されているが、以上のような状況を踏まえ、下記のような保険者機能の強化に関する法的枠組みが盛り込まれています。
 - ①介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
 - ②介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
 - ③都道府県による市町村支援の規定の整備
 - ④介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
 - ⑤財政的インセンティブの付与の規定の整備

図表 1 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の見直し内容

見直し内容
○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。 ○ 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、 ① データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載） ② 適切な指標による実績評価 ③ インセンティブの付与 を法律により制度化。 ※主な法律事項 ・介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施 ・介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載 ・都道府県による市町村支援の規定の整備 ・介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告 ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

出典) 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（平成 29 年 2 月 7 日提出）概要資料を MRI 加工

2. 手引きの意義

- これまで、介護保険事業計画の作成に当たっては、現状の実績値や将来の年齢別人口の変化を基にした推計ツールによる自動計算結果（自然体推計）に大きな比重を置く市町村が一般的と考えられています。

しかしながら、今後は、市町村は、保険者として、地域の実情・課題をしっかりと分析した上で、計画作成委員会に材料を提供し、議論を通じて地域の関係者の共通理解を形成しながら、計画づくりを進めることが求められています。

- こうした新たな計画作成プロセスのための基礎調査として、国では、既に、①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、②在宅介護実態調査、調査票や実施の手引きを作成し、自治体に配布しているが、地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析は、これらの調査とともに、各市町村における計画作成委員会での議論の材料として、有効なプロセスの一つになるものと考えられます。

- このため、地域包括ケア「見える化」システムの操作方法に関するマニュアルを作成し、28年夏に都道府県に対する操作講習を行い、市町村に対する伝達講習をお願いしているところであるが、更に、同システムを活用した地域分析の結果を、計画作成にどのように活かしたらよいかのヒントとなるよう、本手引きを作成したところです。

- 同じ数値のデータであっても、それがどのような地域課題を示したものと解すべきかは足下の地域の実情（高齢化の状況、地理的条件、家族構成、サービスの提供状況など）等により、多種多様と考えられます。

したがって、最終的には、各市町村の計画作成委員会で、地域の関係者を交えて十分な議論を行っていただくことが必要となります。

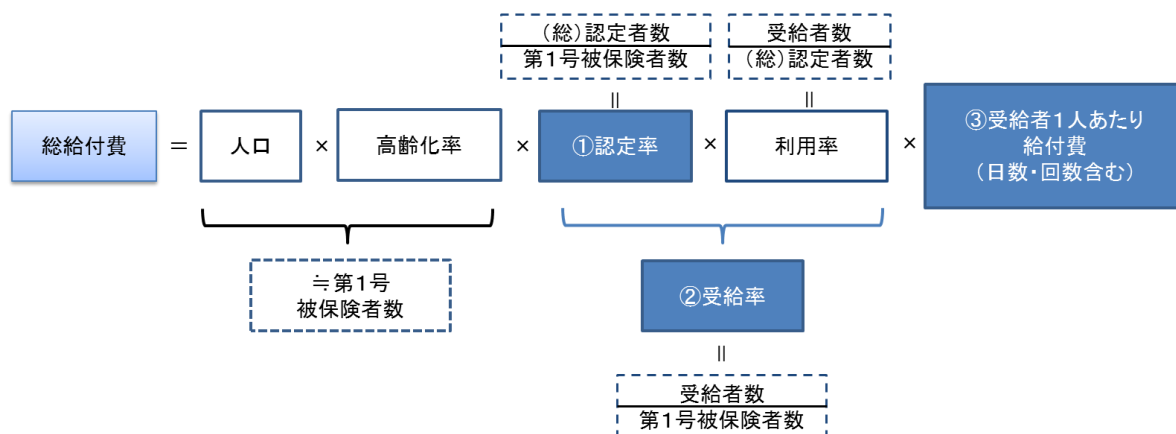
本手引きは、各市町村の計画づくりにそのまま活用できるものではないが、計画作成委員会での議論のヒントになるよう、一般的に想定される分析結果と対応策について、チェックポイント的に整理したものであるので、考え方の参考としてご活用ください。

3. 手引きの構成

(1) 分析の観点について

- 地域包括ケア「見える化」システムには、現時点においては、主に保険者が給付費の分析を行う際に必要と思われる指標が多く実装されています。
- 給付費は図表 2 に示すように、幾つかの要素に分解することが可能です。

図表 2 給付費の要素分解



<地域包括ケア「見える化」システム上の調整済み指標について>

地域包括ケア「見える化」システム上で「調整済み」と指標名に記載された指標は、主に以下の2種類に分かれます。

- 認定率に関する調整済み指標
- 給付費（給付月額）に関する調査済み指標

認定率に関する調整済み指標は、認定率の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」の影響を除外した認定率を意味します。一般的に、後期高齢者の認定率は前期高齢者のそれよりも高くなることわかっています。また、認定率はそれ以外にも様々な要因によって変動しますが、その増加に対する施策を検討するうえで、自治体がコントロールできない「第1号被保険者の性・年齢構成」は、分析時に除外すべきひとつの要素と言えます。そのため、第1号被保険者の性・年齢構成が、どの地域も全国平均やある地域の1時点と同様になるよう調整することにより、第1号被保険者の性・年齢構成以外の要素の認定率への影響を、地域間・時系列で比較がしやすくなります。

給付費（給付月額）に関する調査済み指標は、給付費の多寡に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢構成」と「地域区分別単価」の2つの影響を除外した

給付費（給付月額）を意味します。一般的に、後期高齢者 1 人あたりの給付費は前期高齢者のそれよりも高くなることがわかっています。また、給付費はそれ以外にも様々な要因によって変動しますが、その増加に対する施策を検討するうえで、自治体がコントロールできない「第 1 号被保険者の性・年齢構成」と「地域区分別単価」は、分析時に除外すべき要素と言えます。そのため第 1 号被保険者の性・年齢構成が、どの地域も全国平均やある地域の 1 時点と同様になるよう調整し、さらに単位数に一律 10 円を乗じることにより、第 1 号被保険者の性・年齢構成や地域区分別単価以外の要素の給付費への影響を、地域間で比較がしやすくなります。

具体的な計算過程について、調整済み認定率を例に説明します。

本指標の「認定率」は、要支援・要介護認定者の人数を第 1 号被保険者の人数で除した値を意味します。

- 性・年齢調整は、直接法と呼ばれる方法で、下記の計算により行います。
（※「地域で見る」機能を選択し、「どの地域も全国平均と全く同じ第 1 号被保険者の性・年齢構成だった」として計算をした場合）

調整手法の概要

A市の調整済要介護認定率（※平成26年度以降の場合）＝

$$\frac{\begin{aligned} & \left(\text{(A市) 男性・65～70歳の要介護認定率} \times \text{(全国) 男性・65～70歳の第1号被保険者数} \right) + \dots + \left(\text{(A市) 女性・90歳以上の要介護認定率} \times \text{(全国) 女性・90歳以上の第1号被保険者数} \right) \\ & \left(\text{(全国) 男性・65～70歳の第1号被保険者数} \right) + \dots + \left(\text{(全国) 女性・90歳以上の第1号被保険者数} \right) \end{aligned}}$$

※性・年齢5歳階級別の第 1 号被保険者数については、住民基本台帳の性・年齢5歳階級別人口データから、各層が65歳以上人口に占める割合を算出し、その割合で第 1 号被保険者数を按分して算出する。

※下記の年齢区分で計算を行う。

【H24, 25年度】前期・後期の2区分

【H26年度以降】

男性の65歳以上70歳未満・70歳以上75歳未満・75歳以上80歳未満・80歳以上85歳未満・85歳以上90歳未満・90歳以上と、女性の65歳以上70歳未満・70歳以上75歳未満・75歳以上80歳未満・80歳以上85歳未満・85歳以上90歳未満・90歳以上の計12区分

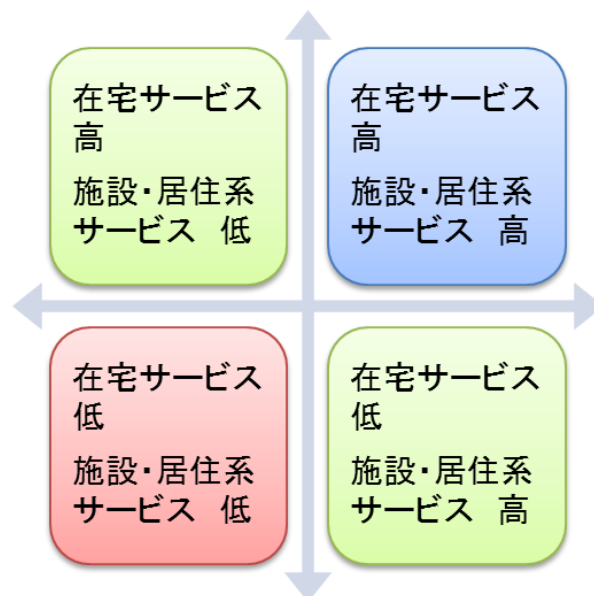
- この場合、たとえば第 1 号被保険者に占める後期高齢者の割合が全国平均よりも高い地域は、調整を行っていない認定率より調整済み認定率が低くなる傾向があります。

- 総給付費は「第1号被保険者数」×「認定率」×「利用率」×「受給者1人あたりの給付費」で積算されます。このうち第1号被保険者数については、「人口」×「高齢化率」の値と概ね同等と見なすことができます。認定率は「認定者数」／「第1号被保険者数」、利用率は「受給者数」／「認定者数」、受給者1人あたりの給付費は「給付費」／「受給者数」と定義しています。受給率は「受給者数」／「第1号被保険者数」であるため、ちょうど認定率と利用率を乗じたものと一致します。
- 人口、高齢化率については、その状況を把握しておくことは重要でありつつも、介護保険施策だけでは、それらに対して包括的な対応を実施していくことには限りがあります。このため、本手引きでは、特に「①認定率」、「②受給率」、「③受給者1人あたりの給付費」の3つの観点に絞りがちなのが効果的・効率的と考えました。各観点について閲覧すべき、地域包括ケア「見える化」システムの指標と、それらの現状分析から派生させる形で、要因分析（現状を引き起こしている背景）のチェックリスト、および考えられる対応の例を紹介する構成となっていますので、参考としながら検討を進めてください。

(2) 各観点の要因分析の範囲について

- 図表 2 にも示されるとおり、「①認定率」、「②受給率」、「③受給者 1 人あたりの給付費」の 3 つの観点のうち、「①認定率」と「②受給率」については、一般的に「①認定率」が上昇すれば「②受給率」も上昇するという相関関係が見られます。このため、要因分析においても、「②受給率」が高い要因のひとつとして、「①認定率」が高いことが挙げられることとなりますので、ご注意ください。
- また「③受給者 1 人あたりの給付費」については、地域包括ケア「見える化」システム上の指標と単位を合わせる観点から、以降「受給者 1 人あたりの給付月額」（1 月あたりの給付費）に読み替えます。
- 「①認定率」については、特に全国平均等の値と比較して高い傾向がある場合に、自分の地域の要介護者が多い理由を探るという観点で、要因分析のチェックリストを作成しています。具体的には「要介護認定のプロセス」、「地域の高齢者の状況」、「住民への周知」等のテーマが要素として考えられますが、地域の特性等を踏まえた上で関係者による議論や検討が重要となります。
- 「②受給率」については、「①認定率」が高いという要素を除いて、施設・居住系サービス及び在宅サービスの偏りの有無を分析するという観点で、要因分析のチェックリストを作成しています。各種サービスの充実に向けて、自分の地域の施設・居住系サービス及び在宅サービスのバランスを確認して、効果的なサービスの提供体制のあり方について、地域の関係者による議論が重要となります。

図表 3 施設・居住系サービス及び在宅サービスの偏り



- 「③受給者 1 人あたりの給付費（月額）」については、利用するサービスの種類や日数・回数が反映されたものであるため、ケアプランや受給者の特徴を分析するという観点

で、要因分析のチェックリストを作成しています。チェックリストをもとに、地域ケア会議等の場において市町村職員、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー等と様々な形で議論を深めることが重要となります。

4. 認定率

(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析

- 認定率については、地域包括ケア「見える化」システムにおいて以下の指標が閲覧可能です。

ID	指標名	概要
B3-a	要支援・要介護認定者数（要介護度別）	第1号被保険者内の要支援・要介護認定者数を示す。
B3-b	要支援・要介護認定者数（要介護度別） ※第2号被保険者を含む	第1号および第2号被保険者内の要支援・要介護認定者数を示す。
B4-a	認定率（要介護度別）	B3-aを第1号被保険者数で除した値を百分率で示す。
B4-b	認定率（要介護度別）※第2号被保険者を含む	B3-bを第1号被保険者数で除した値を百分率で示す。
B5-a	調整済み認定率（要介護度別）	B4-aについて、保険者内の第一号被保険者の年齢構成の違いを調整したものを示す。
B5-b	調整済み認定率（要介護度別）※第2号被保険者を含む	B4-bについて、保険者内の第一号被保険者の年齢構成の違いを調整したものを示す。
B6	調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率の分布	B5-aと同様の方法で調整した、要介護3以上の重度認定率と、要介護2以下の軽度認定率を散布図で示す。
B6-a	調整済み重度認定率	B5-aと同様の方法で調整した、要介護3以上の認定率を示す。
B6-b	調整済み軽度認定率	B5-aと同様の方法で調整した、要介護2以下の認定率を示す。

- 現在の地域包括ケア「見える化」システムに搭載されている、B5-a 調整済み認定率（要介護度別）を見る場合、まずはどの要介護度の区分において、他地域と比較して認定率が高いのかを確認しましょう。全体的に高いのか、軽度者（要介護2以下）が高いのか、中重度者（要介護3以上）が高いのかによって、対応する検討内容の視点も変化することが考えられるためです。

(2) 要因分析（チェックリスト）

① 要介護認定のプロセス

- 要因分析として要介護認定のプロセスを見ていくうえでは、具体的に「認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて差が大きいのか」、「重度（軽度）変更率について、全国平均と比べて差が大きいのか」という確認の視点が考えられます。

A) 認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて差が大きいのか

- 要介護認定適正化事業の業務分析データ内にある「Ⅱ 調査項目データ」を用いることで、認定調査項目の選択率について、全国平均と比べて、どの程度差があるのかを確認することが可能です。「Ⅱ 調査項目データ」の概要については以下のとおりです。

図表 4 業務分析データ内 Ⅱ.調査項目データ

Ⅱ. 調査項目データ

(1) 中間評価項目得点(第1群～第5群)

◆地域特性からみた中間評価項目得点(参考)

・グループ別にみた中間評価項目得点の傾向

(2) 調査項目別選択率(第1群～第5群、特別な医療)

- 上記で差が大きいことが確認できた評価項目については、さらに委託事業所、認定調査員ごとに認定調査項目の選択にばらつきが見られないかを、市町村内の認定データ等をもとに確認しながら、検証を行うことが必要となります。
- 対応例としては、認定業務の委託事業所、認定調査員への研修実施を行うことで、客観性のある、統一的な評価項目の選択がなされるよう取り組んで行くことが重要です。

B) 重度（軽度）変更率について、全国平均と比べて差が大きいのか

- 要介護認定適正化事業の業務分析データ内にある「Ⅲ審査判定データ（変更率）」を用いることで、重度（軽度）変更率について、全国平均と比べて、どの程度差があるのかを確認することが可能です。「Ⅲ審査判定データ（変更率）」の概要については以下のとおりです。

図表 5 業務分析データ内 Ⅲ.審査判定データ

Ⅲ. 審査判定データ

- (1) 一次判定結果
- (2) 二次判定結果
- (3) 重度変更／軽度変更（一次判定から二次判定への変更）
 - (3)-1 一次判定別にみた重度／軽度変更（要介護度区分の内訳）
 - (3)-2 一次判定別にみた重度／軽度変更（各要介護度区分に占める割合）
 - (3)-3 申請区分別にみた重度／軽度変更
 - (3)-4 更新申請者における前回二次判定→今回一次判定の変化
 - (3)-5 前回二次判定→今回一次判定の変化別にみた重度／軽度変更

- 上記で差が大きいことが確認できた場合は、認定審査会ごとにデータを確認し、認定審査会の運営が適切に行われているか確認しましょう。さらに、認定調査による特記事項、主治医意見書等の記載内容にばらつきが見られないかどうかという視点について、確認を行っていくことも重要と考えられます。
- 対応例としては、都道府県と連携して、認定審査会への専門家（アドバイザー）の派遣や、地域の医師会等との連携を通じた認定調査員や主治医等への研修の実施を行うことで、市町村内で統一的な認定審査のプロセスが踏まれるよう取組の検討につなげていくことが重要と考えられます。

② 地域の高齢者の状況

- 要因分析として地域の高齢者の状況を見ていくうえでは、具体的に「高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか」「身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか」「要介護認定率に比べ、介護サービスの利用率が低くないか」という視点が考えられます。

A) 高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか

- 地域包括ケア「見える化」システム内の「A7-a 高齢独居世帯の割合」「A8-a 高齢夫婦世帯の割合」を確認することで、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合について、全国平均と比べて差がどの程度あるのかを確認することが可能です。

ID	指標名	概要
A7-a	高齢独居世帯の割合	高齢独居世帯を一般世帯数で割った割合を示す。
A8-a	高齢夫婦世帯の割合	高齢夫婦世帯を一般世帯数で割った割合を示す。

- ただし、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の状況を行政として変えていくことは基本的に困難と思われるため、個々の状況を踏まえた上で支援できる内容を検討していくことが必要となります。具体的には、一般介護予防事業強化や、多様な主体による生活支援サービスの充実、生活支援コーディネーターの活用等による自治会等、住民互助による地域コミュニティの再構築等の様々な対応が考えられますので、地域の実情に応じた対応を検討することが重要と考えられます。

B) 身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか

- 地域の高齢者の身体機能、認知機能を網羅的に把握するデータは全国的な規模ではありません。標本調査の結果ではありますが、地域包括ケア「見える化」システム内の「E5 認知症リスク高齢者の割合」「E7 IADL が低い高齢者の割合」（いずれも介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果をもとに作成）を確認することで、身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合について、把握することが可能です。

ID	指標名	概要
E5	認知症リスク高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、認知症リスクがあると判断された高齢者数（推計値）を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。
E7	IADL が低い高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、IADL が低いと判断された高齢者数（推計値）を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。

- また、自分の地域のみ状況把握になりますが、要介護認定データ（在宅介護実態調査）の「認知症高齢者の日常生活自立度別の要介護認定者の状況」等も活用可能です。

- 身体機能、認知機能の向上のための対応策および、機能低下者への支援として、具体的に考えられるのは、一般介護予防事業強化や、認知症への早期対応、特定健康診査、特定保健指導の推進、社会参加の場の整備等が考えられます。
- なお、経済状況等の生活上の問題が生活機能障害（フレイル）等を引き起こし、さらに身体機能、認知機能の低下させている可能性も考えられるため、地域包括ケア「見える化」システム内の「E21 現在の暮らしが苦しい高齢者の割合」等も確認し、必要に応じて、複合的な課題を抱えている者に対して、包括的な支援体制の構築による早期支援を行うことも重要な対応の一つとして考えられます。

ID	指標名	概要
E21	現在の暮らしが苦しい高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、現在の暮らしが苦しいと回答した高齢者数（推計値）を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。

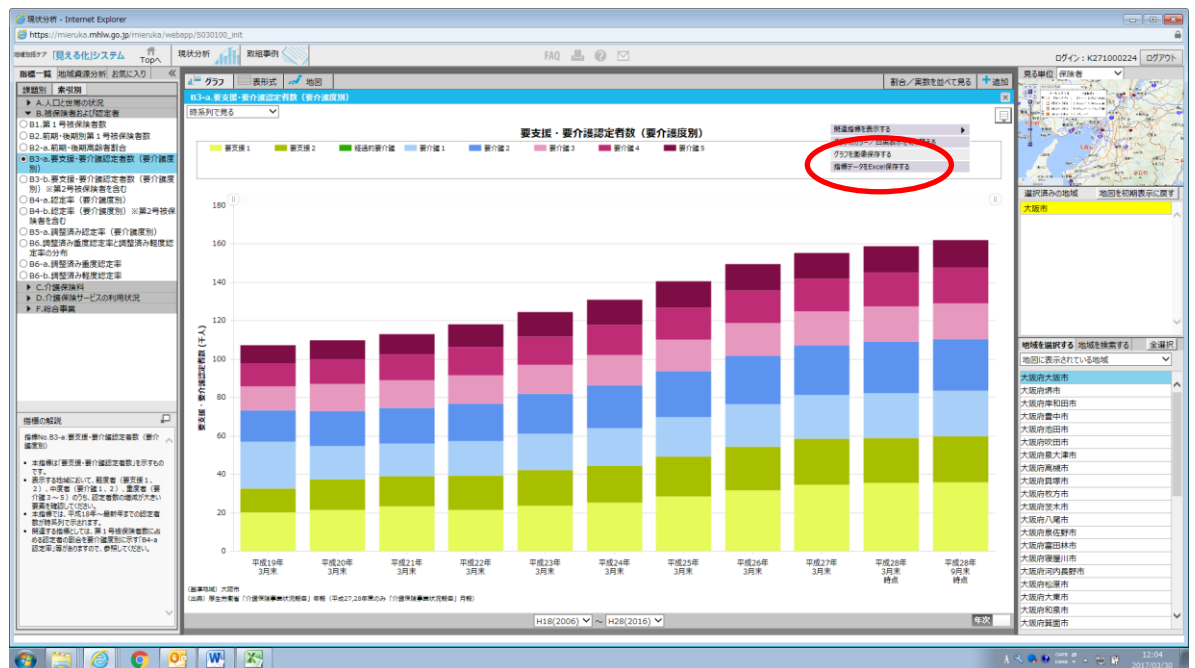
C) 要介護認定率に比べ、介護保険サービスの利用率が低いのか

- 要介護認定者のうち、実際にサービスを利用している人が少ない場合は、要介護認定にかかる事務費等が必要以上に費やされている可能性も考えられるため、認定後、長期間給付費が発生していない軽度の利用者（いわゆるお守り認定者）が多い可能性はないか、あるいは病院への入退院時に認定を受け、その後適切なサービス利用に繋がっていない利用者が多い可能性はないかといった視点から確認する必要があると考えられます。
- 要介護認定者のうち、実際にサービスを利用している人の割合は、地域包括ケア「見える化」システム内の「B3-a 要支援・要介護認定者数（要介護度別）」を「D1 施設・居住系・在宅受給者数」で除すことで計算できます。

ID	指標名	概要
B3-a	要支援・要介護認定者数（要介護度別）	第1号被保険者内の要支援・要介護認定者数を示す。
D1	施設・居住系・在宅受給者数	施設・居住系・在宅サービスの受給者数を示す。

- ※各指標のデータは、地域包括ケア「見える化」システムの現状分析のグラフ表示時に、右上に表示される、メニューの「指標データを Excel 保存する」からダウンロード可能です。

図表 6 現状分析のグラフ表示画面



③ 地域住民に対する保険者としての介護保険の理念、多様なサービスの充実等の十分な周知

- 地域住民に対する介護保険の理念、多様なサービスの充実等の周知をはかることは、介護保険の保険者として重要な要素と考えます。
- 周知実績に関するデータはないため、他地域との比較は困難であるが、たとえば日常生活圏域ごとに見て、地域住民への周知活動等に差異がないかどうかを、近年の実績を振り返って確認することも一つの方法として考えられます。
- 地域住民への周知活動が不足していると感じた場合は、普及啓発活動の更なる推進や、自治会や町内会を通じ住民との対話の充実をはかることが考えられます。

5. 受給率

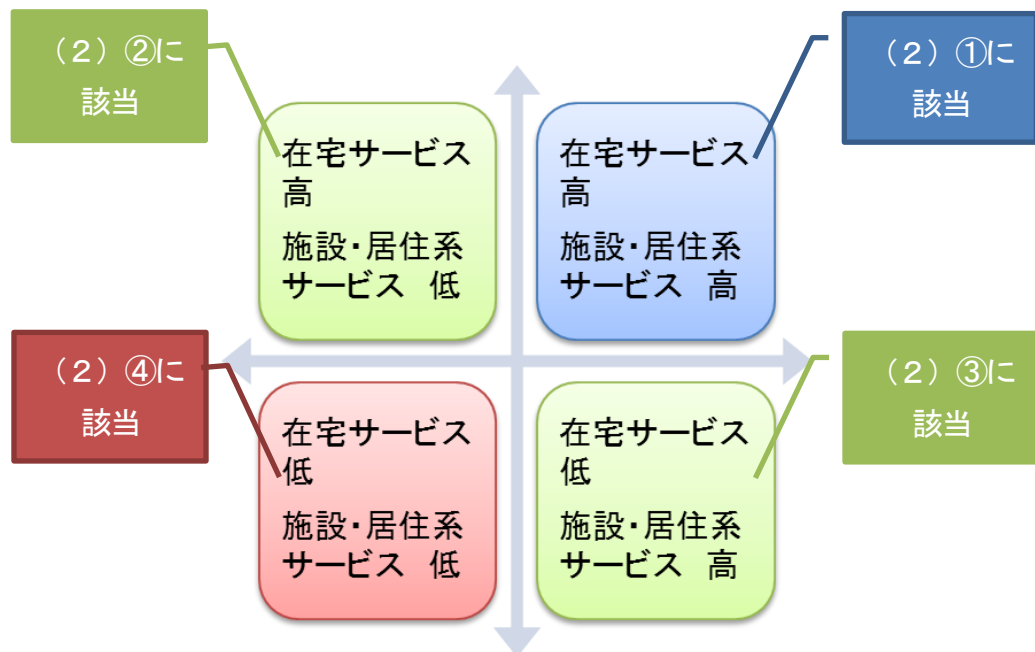
(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析

- 受給率については、地域包括ケア「見える化」システムにおいて以下の指標が閲覧可能です。

ID	指標名	概要
D2	受給率（施設サービス）（要介護度別）	施設サービスの受給者数を第1号被保険者で除した値を百分率で示す。（※積上棒グラフ）
D3	受給率（居住系サービス）（要介護度別）	居住系サービスの受給者数を第1号被保険者で除した値を百分率で示す。（※積上棒グラフ）
D4	受給率（在宅サービス）（要介護度別）	在宅サービスの受給者数を第1号被保険者で除した値を百分率で示す。（※積上棒グラフ）
D32a-s	受給率（サービス別）（要介護度別）	各在宅サービスとサービス系列（在宅・居住系・施設サービス）の受給者数を第1号被保険者で除した値を百分率で示す。（※折れ線グラフ）

- まずは上記の指標から、どのサービスの区分において、他地域と比較して受給率が高いのかを確認しましょう。在宅サービスが高いのか、施設・居住系サービスが高いのかによって、対応する検討内容の視点も変化することが考えられるためです。
- 確認した内容から、次の4象限のうち、自分の地域がどこに該当するかを検討してみましょう。
- なお、サービス別の受給率を分析する場合は、単一のサービスの値を確認するだけでは十分ではなく、関連する他のサービスについても、併せて確認していくことが重要な観点と考えられます。提供する機能が比較的近いサービスや、同系列のサービスの状況も踏まえたうえで、サービスの充実の検討を行いましょう。上述のとおり、地域包括ケア「見える化」システムでは在宅サービスに限り、サービス別の受給率を確認できますが、例えば「D32-f 受給率（通所介護）（要介護度別）」の値について、他保険者と比較して差が見られる場合は、提供する機能が比較的近いサービスと言える通所リハビリテーションや認知症対応型通所介護、また在宅サービス全体についても同様に受給率を確認しましょう。

図表 7 施設・居住系サービス及び在宅サービスの偏りと該当項番



(2) 要因分析（チェックリスト）

① 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が高い

- 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が高い場合は、そもそも認定率が高い可能性があるため、「4. 認定率」のチェックリストを確認してください。

② 在宅サービスの受給率が高いが、施設・居住系サービスの受給率は低い

- 在宅サービスの受給率が高いが、施設・居住系サービスの受給率は低い場合は、地域内の中・重度者（要介護3以上）のニーズを満たしているのかという視点から確認する必要があると考えられます。
- 地域包括ケア「見える化」システム内の「D28 要支援・要介護者1人あたり定員（施設サービス別）」「D29 要支援・要介護者1人あたり定員（居住系サービス別）」および地域資源分析による施設・事業所の配置状況を確認することで、地域の要介護者に対する施設・居住系サービスの提供可能な量について、全国平均と比べて差がどの程度あるのかを確認することが可能です。

ID	指標名	概要
D28	要支援・要介護者 1 人あたり定員（施設サービス別）	施設サービスの定員を要支援・要介護者数で除した値を示す。
D29	要支援・要介護者 1 人あたり定員（居住系サービス別）	居住系サービスの定員を要支援・要介護者数で除した値を示す。

- 中・重度の高齢者は、一般的に軽度の高齢者に比べ、施設・居住系サービスのニーズが高いことが想定されます。対応例としては、現状の施設サービスの基盤で十分といえるのかを確認し、不足が見込まれる場合は、適切なサービスの量を見込んだうえで、施設サービスの提供体制のあり方について地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。
- その他の対応例として、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の、中・重度者の在宅生活を包括的に支えるサービスの充実も考えられます。それと同時に、地域の介護・看護人材の実情等に応じたサービスの充実を検討することも必要と考えられます。

③ 在宅サービスの受給率は低い、施設・居住系サービスの受給率が高い

- 在宅サービスの受給率は低い、施設・居住系サービスの受給率が高い場合は、地域内の軽度者（要介護2以下）のニーズを満たしているのか、在宅サービスのなかで特定の施設・事業所の設置に偏りがいないか、施設・居住系サービスが在宅サービスを代替していないかという3つの視点から確認する必要があると考えられます。

A) 地域内の軽度者（要介護2以下）のニーズを満たしているのか

- 地域包括ケア「見える化」システム内の「D30 要支援・要介護者1人あたり定員（通所系サービス別）」を確認することで、地域の要介護者に対する通所系サービスの提供可能な量について、全国平均と比べて差がどの程度あるのかを確認することが可能です。また、地域資源分析を利用することで、通所系サービス以外の在宅サービスについても、地図上で事業所の数や配置を確認できます。

ID	指標名	概要
D30	要支援・要介護者 1 人あたり定員（通所系サービス別）	通所系サービスの定員を要支援・要介護者数で除した値を示す。

- 対応例としては、不足していると思われる在宅サービスの充実をより促進していくためにはどうすればよいのか、地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。

B) 在宅サービスのなかで特定の施設・事業所の設置に偏りがいないか

- 偏りの有無を正確に判断することは困難ですが、地域包括ケア「見える化」システム内の地域資源分析を利用することで、全ての在宅サービスについて、地図上で事業所の数や配置を確認できます。また、「介護サービス情報公表システム」でも、地域ごとの施設・事業所数や、その基本情報等を確認可能です。
- 対応例としては、不足していると思われる在宅サービスの充実を進めていくこと

が考えられます。特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の充実が進んでいない状況である場合、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の現在の施設・居住系サービスの利用者を在宅で包括的に支えるためのサービスの充実を、より促進していくためにはどうすればよいのか、地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。

C) 施設・居住系サービスが在宅サービスを代替していないか

- 高齢者の在宅生活を支えるための介護保険サービスが十分ではないために、施設・居住系サービスが在宅サービスを代替しているような状況が生じてないかを振り返ることも重要と考えられます。
- 施設・居住系サービスが在宅サービスを代替しているか否かを判断することは困難ですが、地域包括ケア「見える化」システム内の地域資源分析では、各施設・事業所の要介護度別の利用者数を確認することも可能です。また、「介護サービス情報公表システム」でも、地域ごとの施設・事業所数や、利用者の属性等の情報を確認可能です。
- 対応例としては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の現在の施設・居住系サービスの利用者を在宅で包括的に支えるためのサービスの充実をより促進していくためにはどうすればよいのか、地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。

④ 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が低い

- 在宅サービス、施設・居住系サービスともに受給率が低い場合は、地域内の中の要介護者のニーズを満たしているのか、長期入院等、医療機関が介護サービスを代替している可能性はないか、高齢者を支える家族等に、過度な負担がかかっていないかという3つの視点から確認する必要があると考えられます。

A) 地域内の要介護者のニーズを満たしているのか

- 地域包括ケア「見える化」システム内の「D28 要支援・要介護者1人あたり定員（施設サービス別）」「D29 要支援・要介護者1人あたり定員（居住系サービス別）」「D30 要支援・要介護者1人あたり定員（通所系サービス別）」を確認することで、地域の要介護者に対する施設・居住系・通所系サービスの提供可能な量について、全国平均と比べて差がどの程度あるのかを確認することが可能です。また、地域資源分析を利用することで、通所系サービス以外の在宅サービスについても、地図上で事業所の数や配置を確認できます。

ID	指標名	概要
D28	要支援・要介護者 1 人あたり定員（施	施設サービスの定員を要支援・要

ID	指標名	概要
	設サービス別)	介護者数で除した値を示す。
D29	要支援・要介護者 1 人あたり定員 (居住系サービス別)	居住系サービスの定員を要支援・要介護者数で除した値を示す。
D30	要支援・要介護者 1 人あたり定員 (通所系サービス別)	通所系サービスの定員を要支援・要介護者数で除した値を示す。

- 対応例としては、不足していると思われる在宅サービスの充実をより促進していくためにはどうすればよいのか、地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。

B) 長期入院等、医療機関が介護サービスを代替している可能性はないか

- 医療機関が介護サービスを代替しているか否かを判断することは困難ですが、長期入院患者の数や属性を把握することで、その可能性を探ることが可能と考えられます。
- 対応例としては、不足していると思われる在宅サービスの充実を進めていくことが考えられます。特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護等の、医療ニーズの高い高齢者を在宅で包括的に支えるためのサービスの充実をより促進していくためにはどうすればよいのか、地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。

C) 高齢者を支える家族等に、過度な負担がかかっていないか

- 介護保険サービスの基盤が乏しいために、在宅で高齢者を支えている家族等に、過度な負担がかかっていないかも検証すべき視点と考えられます。
- 標本調査ではありますが、在宅介護実態調査の B 票の調査結果等から、介護者の負担について把握可能です。
- 対応例としては、高齢者を介護する者（家族等）への相談支援体制等を強化していくことが考えられます。

6. 受給者1人あたり給付費

(1) 地域包括ケア「見える化」システムの指標を用いた基礎分析

- 受給者1人あたり給付費（月額）については、地域包括ケア「見える化」システムにおいて以下の指標が閲覧可能です。

ID	指標名	概要
D15-a	受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅および居住系サービス）	施設・居住系サービスの給付費を施設・居住系サービスの受給者数で除した値を示す。
D15-b	受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅サービス）	在宅サービスの給付費を在宅サービスの受給者数で除した値を示す。
D16	受給者1人あたり給付月額（サービス系列別）	各サービス系列の給付費を当該サービス系列の受給者数で除した値を示す。
D17a-t	受給者1人あたり給付月額（サービス別）	各サービスの給付費を当該サービスの受給者数で除した値を示す。

- また、利用する日数・回数により給付費が増える在宅サービスについては、受給者1人あたり利用日数・回数も確認可能です。

ID	指標名	概要
D31a-j	受給者1人あたり利用日数・回数（サービス別）	各サービスの日数・回数を当該サービスの受給者数で除した値を示す。

- まずは上記の指標から、どの要介護度の区分において、他地域と比較して受給者1人あたり給付費（月額）が高いのかを確認しましょう。全体的に高いのか、軽度者（要介護2以下）が高いのか、中重度者（要介護3以上）が高いのかによって、対応する検討内容の視点も変化することが考えられるためです。

(2) 要因分析（チェックリスト）

① ケアプランの内容

- 要因分析としてケアプランの内容を見ていくうえでは、具体的に「自立支援型のケアプランが作成されているか」、「特定の事業所において、区分支給限度基準額に占める給付費の割合が高くないか」という確認の視点が考えられます。

A) 自立支援型のケアプランが作成されているか

- 国保連合会介護給付適正化システム内にある指標やデータを用いることで、ケアプランの内容について、事業所ごとに、どの程度差があるのかを確認することが可能です。具体的な指標やデータは以下のとおりです。
 - ・1種類サービスによるサービス計画一覧表
 - ・支給限度額一定割合超一覧表
 - ・提供サービス1回あたりの単位数に偏りがある事業所一覧表
 - ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- 上記の指標やデータについて、大きな差がある場合の対応例としては、地域住民、事業者への自立支援型のケアプランに関する説明および理解の促進や、他職種連携による地域ケア会議での議論、専門家の派遣、研修の実施、ケアマネジメント強化・ケアマネジャー研修を通して、自立支援型のケアプランの普及を促進していくことが重要と考えられます。

B) 特定の事業所において、区分支給限度基準額に占める給付費の割合が高くないか

- 地域包括ケア「見える化」システム内の「D18 在宅サービス給付単位数分布（要介護度別）」を確認することで、在宅サービスについて、区分支給限度基準額に占める給付費の状況がどのような分布となっているかを確認可能です。

ID	指標名	概要
D18	在宅サービス給付単位数分布（要介護度別）	区分支給限度基準額に占める、各利用者の給付費の度合いの分布を示す。

- 近隣の自治体等と比較し、分布に大きな差がある場合の対応例としては、ケアプラン点検、レセプト点検等の介護給付費等費用適正化事業を推進していくことが考えられます。

② サービスごとの給付費

- 要因分析としてサービスごとの給付費を見ていくうえでは、具体的には「特定のサービスの給付費が他の地域と比べて高くないか」という確認の視点が考えられます。
- 地域包括ケア「見える化」システム内の「D17-a~t 受給者1人あたり給付月額（サービス種類別）」を用いることで、サービスごとの受給者1人あたり給付月額について、全国平均と比べて、どの程度差があるのかを確認することが可能です。
- また、在宅サービスはその一部を除き、利用する日数・回数に相関して給付費が増える制度になっているため、地域包括ケア「見える化」システム内の「D31a-j 受給者1人あたり利用日数・回数（サービス別）」を用いることで、サービスごと

の受給者 1 人あたり利用日数・回数について、全国平均と比べて、どの程度差があるのかを確認することが可能です。

ID	指標名	概要
D17-a~t	受給者 1 人あたり給付月額（サービス種類別）	サービスごとの給付費の総額を、受給者数で除した値を示す。
D31a-j	受給者 1 人あたり利用日数・回数（サービス別）	サービスごとの利用日数・回数の合計を、受給者数で除した値を示す。

- 特定のサービスの給付費について、全国平均と比較して大きな差がある場合は、（2）①の A) および B) の観点でチェックを行い、地域住民、事業者への自立支援型のケアプランに関する説明および理解の促進や、他職種連携による地域ケア会議での議論、専門家の派遣、研修の実施、ケアマネジメント強化・ケアマネジャー研修およびケアプラン点検、レセプト点検等の介護給付費等費用適正化事業を推進していくことが考えられます。

③ 受給者の状況

- 要因分析として受給者の状況を見ていくうえでは、具体的には「高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか」、「医療依存度が高く、身体機能や認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか」という確認の視点が考えられます。
- このうち、受給者 1 人あたり給付費を要介護度別に確認していく場合は、「医療依存度が高く、身体機能や認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか」という観点について考慮の必要はありません。

A) 高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合が他の地域と比べて高くないか

- 地域包括ケア「見える化」システム内の「A7-a 高齢独居世帯の割合」「A8-a 高齢夫婦世帯の割合」を確認することで、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の割合について、全国平均と比べて差がどの程度あるのかを確認することが可能です。

ID	指標名	概要
A7-a	高齢独居世帯の割合	高齢独居世帯を一般世帯数で割った割合を示す。
A8-a	高齢夫婦世帯の割合	高齢夫婦世帯を一般世帯数で割った割合を示す。

- ただし、高齢独居世帯、高齢夫婦世帯の状況を行政として変えていくことは基本

的に困難と思われるため、個々の状況を踏まえた上で支援できる内容を検討していくことが必要となります。具体的には、一般介護予防事業強化や、多様な主体による生活支援サービスの充実等の様々な対応が考えられますので、地域の実情に応じた対応を検討することが重要と考えられます。

B) 医療依存度が高く、身体機能や認知機能が低下している高齢者の割合が他の地域と比べて高くないか

- 要介護認定適正化事業の業務分析データ内にある「Ⅱ調査項目データ 特別な医療」を用いることで、認定者のみに限られますが、認定時の医療ニーズについて、全国平均と比べて、どの程度差があるのかを一定程度確認することが可能です。「Ⅱ調査項目データ」の概要については以下のとおりです。

図表 8 Ⅱ.調査項目データ

Ⅱ. 調査項目データ

- (1) 中間評価項目得点(第1群～第5群)
 - ◆ 地域特性からみた中間評価項目得点(参考)
 - ・グループ別にみた中間評価項目得点の傾向
- (2) 調査項目別選択率(第1群～第5群、特別な医療)

- また、標本調査ではありますが、在宅介護実態調査内の「認知症生活自立度別の割合」や、地域包括ケア「見える化」システム内の「E5 認知症リスク高齢者の割合」「E7 IADL が低い高齢者の割合」(いずれも介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果をもとに作成)を確認することで、身体機能、認知機能が低下している高齢者の割合について、把握することが可能です。

ID	指標名	概要
E5	認知症リスク高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、認知症リスクがあると判断された高齢者数(推計値)を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。
E7	IADL が低い高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、IADL が低いと判断された高齢者数(推計値)を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。

- 身体機能、認知機能の向上のための対応策および、機能低下者への支援として、

具体的に考えられるのは、一般介護予防事業強化や、認知症への早期対応・認知症ケアパス推進、特定健康診査、特定保健指導の推進、社会参加の場の整備、在宅医療・介護連携事業推進等が考えられます。

- なお、経済状況等の生活上の問題が生活機能障害（フレイル）等を引き起こし、さらに身体機能、認知機能の低下させている可能性も考えられるため、地域包括ケア「見える化」システム内の「E21 現在の暮らしが苦しい高齢者の割合」等も確認し、必要に応じて、複合的な課題を抱えている者に対して、包括的な支援体制の構築による早期支援を行うことも重要な対応の一つとして考えられます。

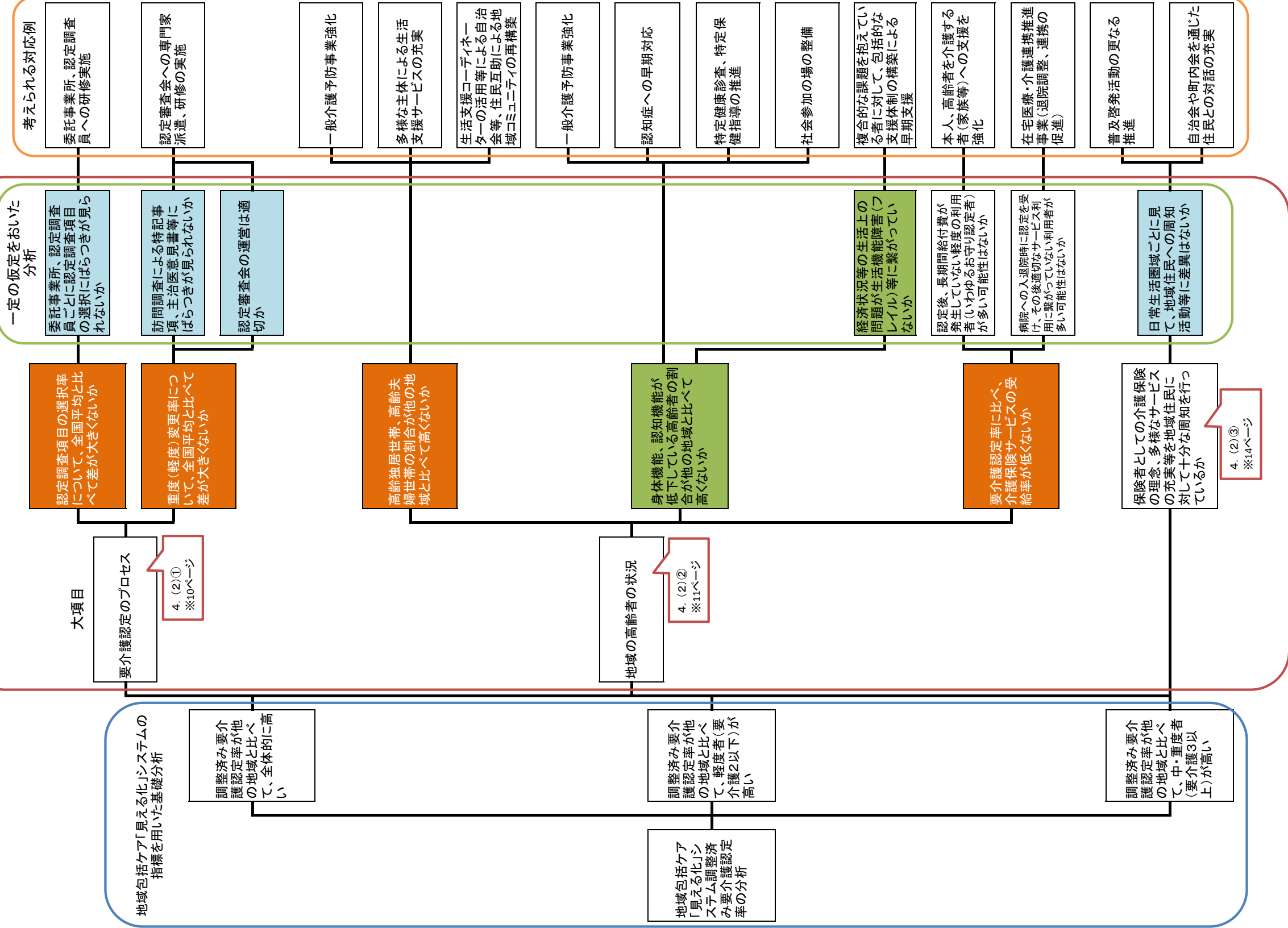
ID	指標名	概要
E21	現在の暮らしが苦しい高齢者の割合	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて、現在の暮らしが苦しいと回答した高齢者数（推計値）を、当該地域の高齢者数で割った割合を示す。

付録 2

地域包括ケア「見える化」システム等による地域分析の手引き (フローチャート)

①認定率の地域分析

要因分析（チェックリスト）



<凡例>

- 統計データ等が容易に取得可能
- 統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
- 統計データ等はなく独自調査等が必要

用いることのできる
データソースの例

要介護認定適正化事業 業務分析データ内 II 調査項目データ

要介護認定適正化事業 業務分析データ内 III 審査判定データ (3) 重度変更／軽度変更

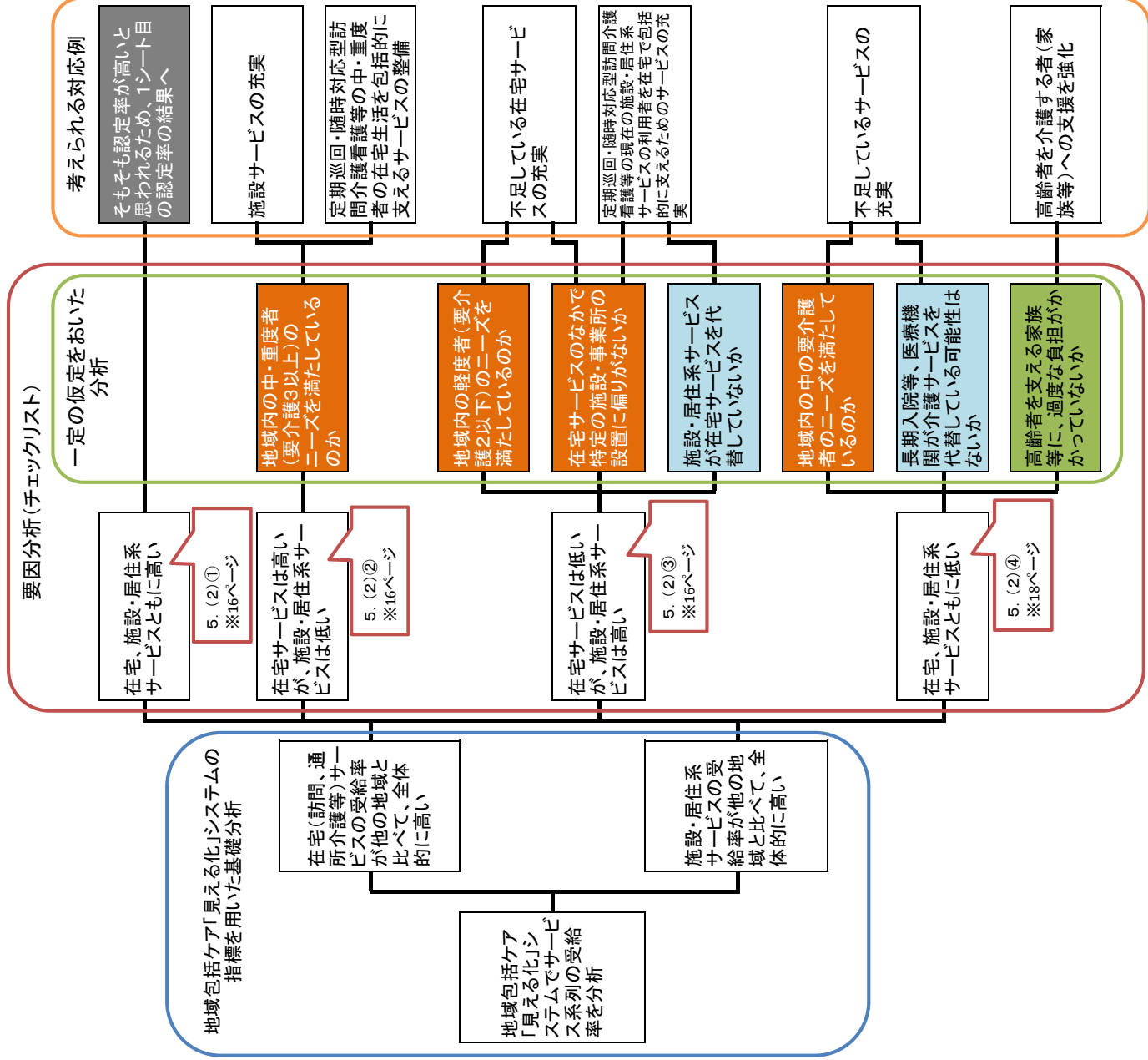
「地域包括ケア見える化システム」内
・A7-a 高齡独居世帯の割合
・A8-a 高齡夫婦世帯の割合

「地域包括ケア見える化システム」内
・E5 認知症リスク高齢者の割合
・E7 IADLが低い高齢者の割合
要介護認定データ（在宅介護実態調査）内
・認知症高齢者の日常生活自立度別の要介護認定者の状況

「地域包括ケア見える化システム」内
・E21 現在の暮らしが苦しい高齢者の割合

「地域包括ケア見える化システム」内
・E3-a 要支援・要介護認定者数（要介護度別）
・D1 受給者数

② 受給率の地域分析



<凡例>

- 統計データ等が容易に取得可能
- 統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
- 統計データ等はなく独自調査等が必要

用いることのできる
データソースの例

「地域包括ケア見える化システム」内
・D28 要支援・要介護者1人あたり
定員（施設サービス別）
・D29 要支援・要介護者1人あたり
定員（居住系サービス別）
・地域資源分析

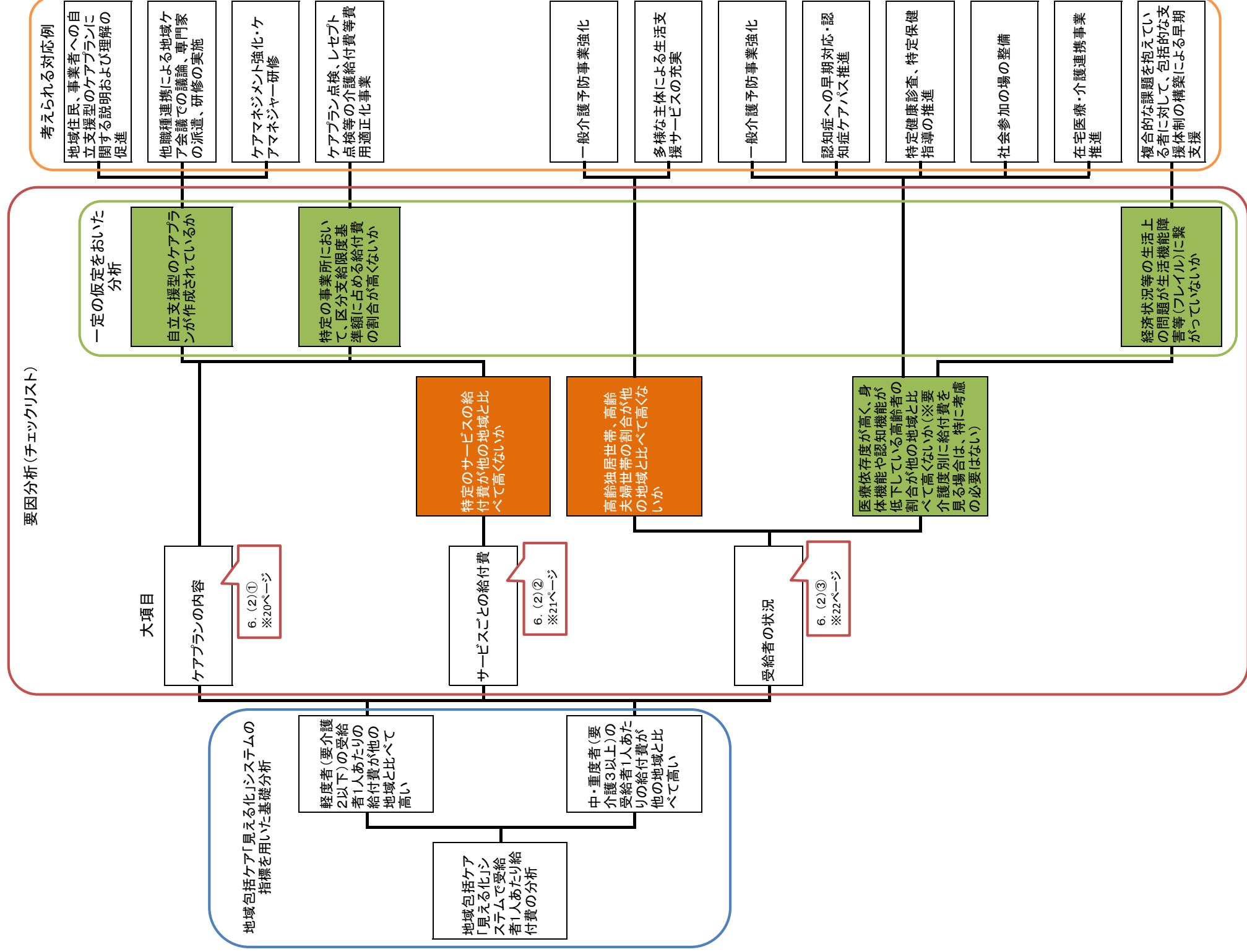
「地域包括ケア見える化システム」内
・D30 要支援・要介護者1人あたり
定員（通所系サービス別）
・地域資源分析

「地域包括ケア見える化システム」内
・地域資源分析
介護サービス情報公表システム

「地域包括ケア見える化システム」内
・D28 要支援・要介護者1人あたり
定員（施設サービス別）
・D29 要支援・要介護者1人あたり
定員（居住系サービス別）
・D30 要支援・要介護者1人あたり
定員（通所系サービス別）
・地域資源分析

在宅介護実態調査 内
・B票の結果

③受給者1人あたり給付費(月額)の
地域分析



<凡例>

- 統計データ等が容易に取得可能
- 統計データ等はあるが処理が必要or留意点あり
- 統計データ等はなく独自調査等が必要

用いることのできる
データソースの例

国保連合会介護給付適正化システム内

- ・1種類サービスによるサービス計画一覧表
- ・支給限度額一定割合超一覧表
- ・提供サービス一回あたりの単位数に幅がある事業所一覧表
- ・認定調査状況と利用サービスノード一覧表

「地域包括ケア見える化システム」内

- ・D18在宅サービス給付単位数分布(要介護度別)

「地域包括ケア見える化システム」内

- ・D17-a「受給者1人あたり給付月額(サービス種類別)」

「地域包括ケア見える化システム」内

- ・A7-a 高齢独居世帯の割合
- ・A8-a 高齢夫婦世帯の割合
- 在宅介護実態調査
- ・世帯類型別の割合

要介護認定適正化事業 業務分析データ内

- ・Ⅱ調査項目データ 特別な医療在宅介護実態調査
- ・認知症生活自立度別の割合

「地域包括ケア見える化システム」内

- ・E5 認知症リスク高齢者の割合
- ・E7 IADLが低い高齢者の割合

「地域包括ケア見える化システム」内

- ・E21 現在の暮らしが苦しい高齢者の割合

平成28年度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分）

地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析と
計画への反映方法に関する調査研究事業
報 告 書

平成29（2017）年3月発行

発行 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

TEL 03（6705）6022 ・ FAX 03（5157）2143

不許複製