

平成 24 年度
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

地域包括ケアシステムの構築に資する
第 6 期介護保険事業（支援）計画策定の
在り方に関する調査研究
報 告 書

平成 2 5 （ 2 0 1 3 ） 年 3 月

 株式
会社 **三菱総合研究所**

目次

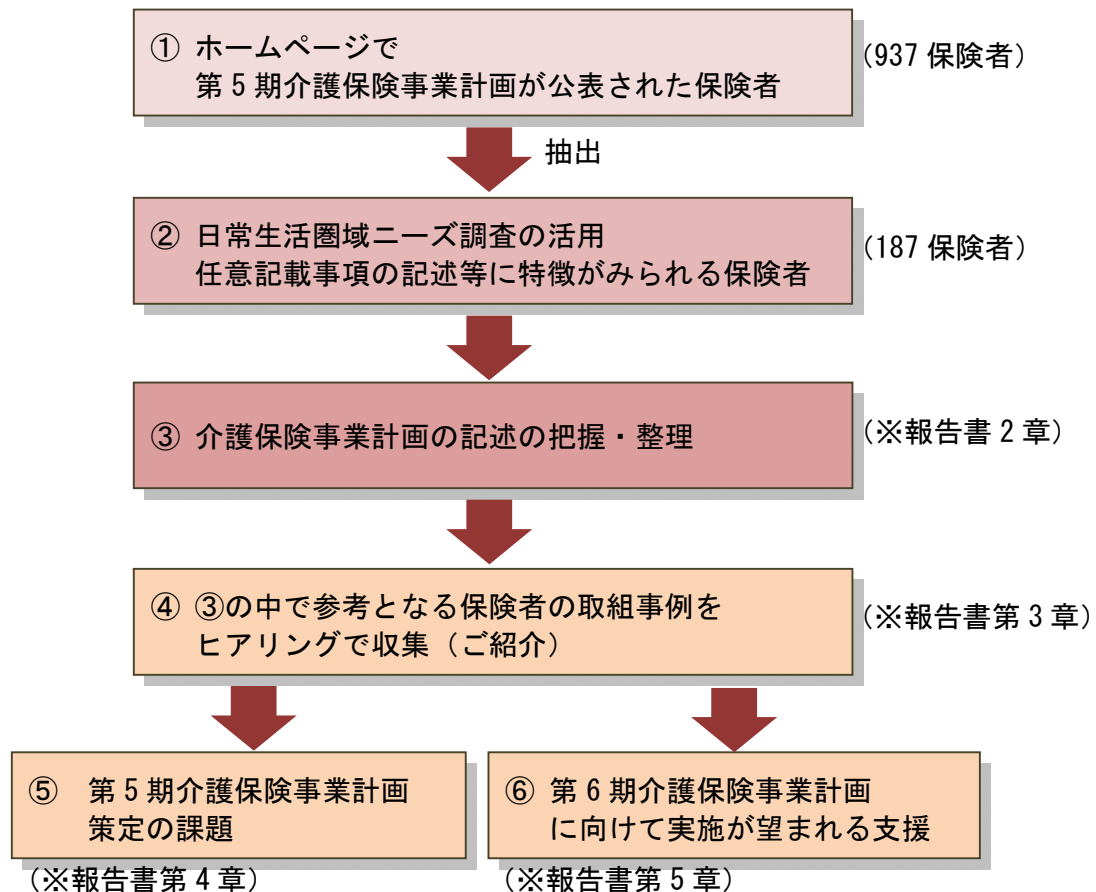
要 旨	i
1. 本調査の実施方法	1
2. 第5期介護保険事業計画書の記述整理	3
3. 保険者の取組み事例紹介	11
3.1. ヒアリングの目的	11
3.2. 給付分析に関する参考事例	16
3.3. 日常生活圏域ニーズ調査に関する参考事例	24
3.4. サービス量等の見込量推計に関する参考事例	31
3.5. 重点的に取り組むことが望ましい事項に関する参考事例	46
4. 第5期介護保険事業計画策定における課題	88
4.1. 介護保険事業の現状分析に関する課題	88
4.2. 介護給付費等対象サービスの推計に関する課題	91
4.3. 第5期計画における保険者支援に関する課題	92
5. 第6期介護保険事業計画に向けて実施が望まれる支援	99
5.1. 介護保険事業の現状分析の支援	99
5.2. 第5期計画サービス見込量ワークシートの課題への対応等（案）	99

【要 旨】

1. 本調査研究の目的と実施方法

本調査研究は第5期介護保険事業計画策定における、日常生活圏域ニーズ調査結果を活用した地域診断等に関する保険者の取り組み状況について、プロセス評価・分析等を行うことで、地域包括ケアシステムの構築に資する第6期介護保険事業（支援）計画策定の在り方や第6期に向けた市町村への支援方策を検討し、保険者における適切かつ円滑な第6期介護保険事業計画策定のサポートを行うことを目的として実施した。業務の流れは次の通りである。

本調査の進め方



2. 第5期介護保険事業計画書の記述整理

全国の保険者の中から、ホームページで第5期介護保険事業計画書が公表されていた937保険者について計画書を収集した。

937 保険者の中から、日常生活圏域ニーズ調査等による課題の整理・地域診断、サービス

見込み量の推計に際しての日常生活圏域ニーズ調査等の活用、任意記載事項の記述の状況の観点から 187 保険者を抽出し、第 5 期介護保険事業計画書の記述内容について整理・分析した。

3. 保険者の取組み事例紹介

上記の通り、187 の保険者の介護保険事業計画書の記述について整理を行ったが、介護保険事業計画書の書面だけでは実態が十分に把握できない状況であった。

このため、第 5 期から新たに導入した日常生活圏域ニーズ調査の活用、重点的に取り組むことが望ましい事項の取組みをはじめ、給付分析やサービス見込量推計の方法についても、ヒアリング調査で更なる状況を把握し、保険者の参考となる次の事例について整理した。

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
給付分析に関する参考事例	和歌山県田辺市	職員が認定データと給付データを突合した分析を実施 (参考：田辺市介護保険事業計画書) http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/files/tanabeshichoujyu2012_2s1.PDF (ファイルページ参照：P18-26)
給付分析に関する参考事例	京都府長岡京市	日本福祉大学の介護保険給付実績分析ソフトを活用した給付分析を実施 (参考：長岡京市介護保険事業計画書) http://www.city.nagaokakyo.lg.jp/cmsfiles/contents/000002/2800/honnpenn.pdf (ファイルページ参照：P 93-105)
日常生活圏域ニーズ調査に関する参考事例	東京都板橋区	日常生活圏域ニーズ調査の手がかりを元に、団地内コミュニティのコミュニケーションを深め、施策にも反映 (参考：板橋区介護保険事業計画書) http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/043/attached/attach_43623_4.pdf (ファイルページ参照：P 65-67)
サービス見込	埼玉県和光市	地域サービスの需要と供給状況を地域チェックリストで把握

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
量等の推計に関する参考事例		<p>(参考：和光市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0014/3512/201262213395.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P73-108)</p>
サービス見込量等の推計に関する参考事例	兵庫県神戸市	<p>保険者独自の考え方に基づく推計を実施</p> <p>(参考：神戸市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/zigyokeikaku/img/5-keikaku_07-4sho.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P59-68)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	東京都国分寺市	<p>金融機関を対象とした認知症サポーター養成講座を開催（役員を含む全職員が受講）</p> <hr/> <p>(参考：国分寺市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kokubunji.tokyo.jp/dbps_data/material/_localhost/300000/s301000/dai2bu.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P15-26)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	東京都板橋区	<p>認知症に対する施策や体制づくりが充実</p> <hr/> <p>(参考：板橋区介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/043/attached/attach_43623_4.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P68-70)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	京都府長岡京市	<p>医師会を中心に、認知症への取組み実績あり</p> <hr/> <p>(参考：長岡京市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.nagaokakyo.lg.jp/cmsfiles/contents/000002/2800/honnpenn.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P69-75)</p>
重点取組事項 医療との連携に関する参考事例	兵庫県神戸市	<p>医療・介護にかかる関係団体との協議を通じた連携のあり方検討を実施</p> <hr/> <p>(参考：神戸市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/zigyokeikaku/img/5-keikaku_06-3sho.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P9-16)</p>

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
重点取組事項 医療との連携 に関する参考 事例	千葉県習志野市	平成 24 年度に自発的グループ「習志野連携の会」を立ち 上げ (参考：習志野市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour
eisha/430420120411093324572.files/3.pdf">http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour eisha/430420120411093324572.files/3.pdf <a href="http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour
eisha/430420120411093324572.files/4.pdf">http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour eisha/430420120411093324572.files/4.pdf (ファイルページ参照：P49～50、51～52)
重点取組事項 医療との連携 に関する参考 事例	神奈川県横浜市	地域包括支援センターが中心となった関係機関の連携 強化 (参考：横浜市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu
/joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/06syoun.pdf">http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu /joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/06syoun.pdf (ファイルページ参照 P 98－119)
重点取組事項 居住施策との 連携に関する 参考事例	神奈川県横浜市	庁内部局が連携しながら、計画策定、今後の事業の進捗 管理を実施 (参考：横浜市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu
/joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/07syoun.pdf">http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu /joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/07syoun.pdf (ファイルページ参照 P 151－168)
重点取組事項 生活支援サー ビスに関する 参考事例	和歌山県田辺市	ニーズ調査結果を元に高齢者台帳システムを整備。生活 支援サービスや災害発生時の対応を今後検討 (参考：田辺市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/img/tanabeshi
cyoujyu2012_5s.pdf">http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/img/tanabeshi cyoujyu2012_5s.pdf (ファイルページ参照 P 63-78)

本報告書においては、参考事例と対比する介護保険事業計画書の該当ページ（一部抜粋）を記載した。全般的にいえることであるが、介護保険事業計画書からだけでは、根底にある担当部署の考え方や今後の進め方の経緯（プロセス）がわかりづらかった。また、計画策定部署（担当者）も、予算や施策の優先順位などを勘案して、介護保険事業計画への記述をあ

る一定のレベルとすることもあると考えられた。

また、ヒアリングからは他部署との調整が今後の課題であるような施策については、計画策定時にはあまり踏み込んだ記述がなされないことがあることも明らかになった。

4. 第5期介護保険事業計画策定における課題と第6期介護保険事業計画に向けて実施が望まれる支援

ヒアリングを通じて保険者から確認された課題について、保険者における介護保険事業の現状分析及び介護給付費等対象サービスの推計に使用されるサービス見込量ワークシートの観点から整理を行った。また、整理を行った課題について、第6期介護保険事業計画にむけて厚生労働省から支援が望まれる事項について以下の通りの整理を行った。

(1) 介護保険事業の現状分析の課題と第6期介護保険事業計画に向けた支援

介護保険事業の現状分析には、多くの保険者において介護保険事業状況報告が活用されているが、同様に現状分析の支援ツールとして提供されている介護政策評価支援システムの活用は進んでいない状況である。介護サービス給付状況について全国や他保険者との比較が可能な介護政策評価支援システムは現状分析を実施する上で有効なツールであり、保険者における活用が進むように支援していくことが必要であると考えられる。

また、ヒアリングを実施した保険者からは、全国や他保険者との比較を実施したい意向はあるが、職員がツールを利用して分析を実施することは困難であるとの意見も挙げられた。そこで、ツールを利用して分析することが困難な保険者であっても、介護保険総合データベース等によって、全国比較等の集計結果が得られる仕組みを検討すると共に、全国比較等の結果から分析可能な内容の例示等を行うことで、保険者における現状分析を支援することが必要ではないか。

(2) 第6期計画サービス見込量ワークシートにおける課題と対応（案）

（全体を通じた課題）シート数が多く、推計の考え方が追いにくい。

表の説明内容、構成や配置、グラフ表示の工夫、マニュアルなどによる丁寧な説明など、わかりやすい簡素化を行う必要がある。それにより、初めて推計に携わる保険者職員、保険者支援を行う都道府県により理解されやすいものとする必要があるのではないか。

また、第5期計画サービス見込量ワークシートの身体状況別推計の考え方は保険者にとつ

ては複雑であり、活用が難しい仕組みとなっていることから、サービス見込量ワークシートにおける身体状況別の推計は、希望する保険者がより細かい分析の視点で行う手法として切り分け、全体の推計方法は簡素な方法とすることも検討が必要ではないか。

(課題①) 認定支援ネットワークデータを準備できない保険者がある。また、準備できてもデータのフォーマットが保険者によって異なり、読み込めない場合がある。

認定支援ネットワークデータは第 5 期計画において導入された身体状況別の推計を行うために必要な情報であり、全体を通した課題で述べたように、希望する保険者がより細かい分析の視点で行う手法として切り分け、全体の推計方法は簡素な方法とする等の検討が必要である。

また、実態として、過去のデータを準備できない又は事務システムから出力されるフォーマットが異なる保険者があるため、認定支援ネットワークデータを活用する場合には、介護保険総合データベースのデータからあらかじめ集計して保険者に配布する方法など保険者の業務省力化の一手段として活用を検討してはどうか。

(課題②) 認定認定支援ネットワークデータによる認定者数及び介護給付費情報による給付状況の実績値の集計結果が介護保険事業状況報告と一致しない。

ワークシートによる認定者数の集計は認定ネットワークデータの情報を基礎とし、給付状況の実績値（利用者数、単位数等）は介護給付費情報をもとにした。

集計結果に差が生じた理由は、介護保険事業状況報告（月報）では、認定者数は転入出や死亡など日付を遡って変更があった場合は修正を要しないこと、認定者数は転入出や死亡、給付状況の実績値は返還金等の集計手法に相違点があったためと考えられる。

この点は、今後、介護保険総合データベースを活用して保険者に情報提供する場合にも留意する必要があり、ワークシートのマニュアル等において集計手法により差が生じる可能性があることを説明する等の対応を検討する必要がある。

そのため、サービス見込量ワークシートにおいて介護給付費情報（受給者台帳）から認定者数の集計を行うこと、あるいは、介護保険事業状況報告においてサービス見込量ワークシートへの入力に必要な以下の情報を提供することも検討が必要ではないか。

- 男女別、第 1 号被保険者（①65～69 歳、②70～74 歳、③75～79 歳、④80～84 歳、⑤85～89 歳、⑥90 歳以上の年齢階級別）・⑦第 2 号被保険者別、要介護度

別要介護認定者数

- 要介護度別の標準的居宅サービス等受給者数
- 各サービス（介護給付・予防給付、介護予防支援及び居宅介護支援別）、要介護度別の利用者数、利用回数・日数

また、認定支援ネットワークデータは第5期計画において導入された身体状況別の推計を行うために必要な情報であり、上述の全体的な課題への対応と併せて簡素な推計方法とすることも検討が必要ではないか。

（課題③）日常生活圏域ニーズ調査結果を反映できる保険者が少ない。

日常生活圏域ニーズ調査の結果は、あくまで計画策定を検討する際の基礎資料の一つとして、保険者において地域課題を把握や施策を検討するために活用するとともに、地域ケア会議（いわゆる地域ケア推進会議）での意見交換や計画策定委員会で施策を説明する際の参考資料として利用するものであり、サービス見込量の推計では、調査結果から浮かび上がった地域課題に対応した保険者の施策の結果として見込まれるサービスの増減を反映する必要があった。

サービス見込量ワークシートは、実績から想定される自然体推計を保険者の施策により可変するものであり、その増減量は保険者において検討する必要があることを保険者に理解してもらう必要がある。

また、保険者の施策により可変すべきサービスの増減量を推計過程のどこで調整・反映するか等、推計手法の意図を整理し、マニュアルで丁寧に説明することが必要と考えられる。

（課題④）1か月分の介護給付費の実績情報を使用して推計するため、小規模の保険者では推計値がトレンドから外れやすい。

小規模保険者の場合、1か月分のデータでは平均的なサービス利用状況を反映していない場合があり、妥当な推計とならない場合が見られたため、①介護保険総合データベースのデータからあらかじめ集計して保険者に配布することも一手段として活用を検討してはどうか。また、②一定容量であれば複数月のデータによる推計を可能とするなどの検討は必要と考えられる。

また、課題②における検討と併せて、介護保険事業状況報告によって必要な情報を提供することで、サービス見込量ワークシートにおける介護給付費情報の集計を不要とすることも

検討が必要ではないか。

(課題⑤) 目標値設定に全国平均を活用する意味が保険者に伝わっていない。また、提供している全国平均も限られた利用者数の平均値。

身体状況別サービス別利用者数の目標値設定を支援するために参考値として利用率(全国平均など)を示したが、過去のトレンド以外に全国平均などの参考値を目標設定に活用することで実績に反映されていない整備すべきサービスを明らかにするなどの意義が保険者に伝わっていないため、目標値設定の考え方をマニュアルで丁寧に説明することが必要はないか。

また、介護保険総合データベースの活用や介護保険事業状況報告によって、より多くの母数を確保してデータ提供できないか検討すべきではないか。

さらに、保険者が政策を考える上で有効な参考指標について検討し、政策評価支援システムにより提供していくことを検討すべきではないか。

(課題⑥) 利用回数、単位数ともに直近値の固定で推計しており、これらの増減傾向は反映されない。

第5期においては、利用者数は、要介護度別の標準的居宅サービス等受給率を22年と23年の対前年同月(例:10月)の差で伸ばしているが、利用回数と単位数の伸びは、23年10月(例)の実績をそのまま用いている。

仮に重度の方を在宅で受け入れることが進む場合、要介護度の高い利用者は重度化に応じて利用回数は増加するなど、同じ要介護度でも年々回数や単位数が変化することも想定されるため、推計上は伸びを反映できるようにする必要があると考えられる。

(3) 第6期計画サービス見込量ワークシートにおける長期的な視点での推計の支援

社会保障・税一体改革においては、高齢化が一段と進む2025年に地域包括ケアシステムの構築を目指しており、介護保険事業計画においても長期的な視点を持って、地域包括ケアシステムの構築に向けた計画の策定を行うことが重要である。

第5期介護保険事業計画は、第3期計画策定時に定めた平成26年度までの目標を達成する仕上げの計画であるとともに、高齢化が本格化する平成27(2015)年以降における地域

包括ケアの構築を見据えた視点での取り組みをスタートする計画にもなっている。

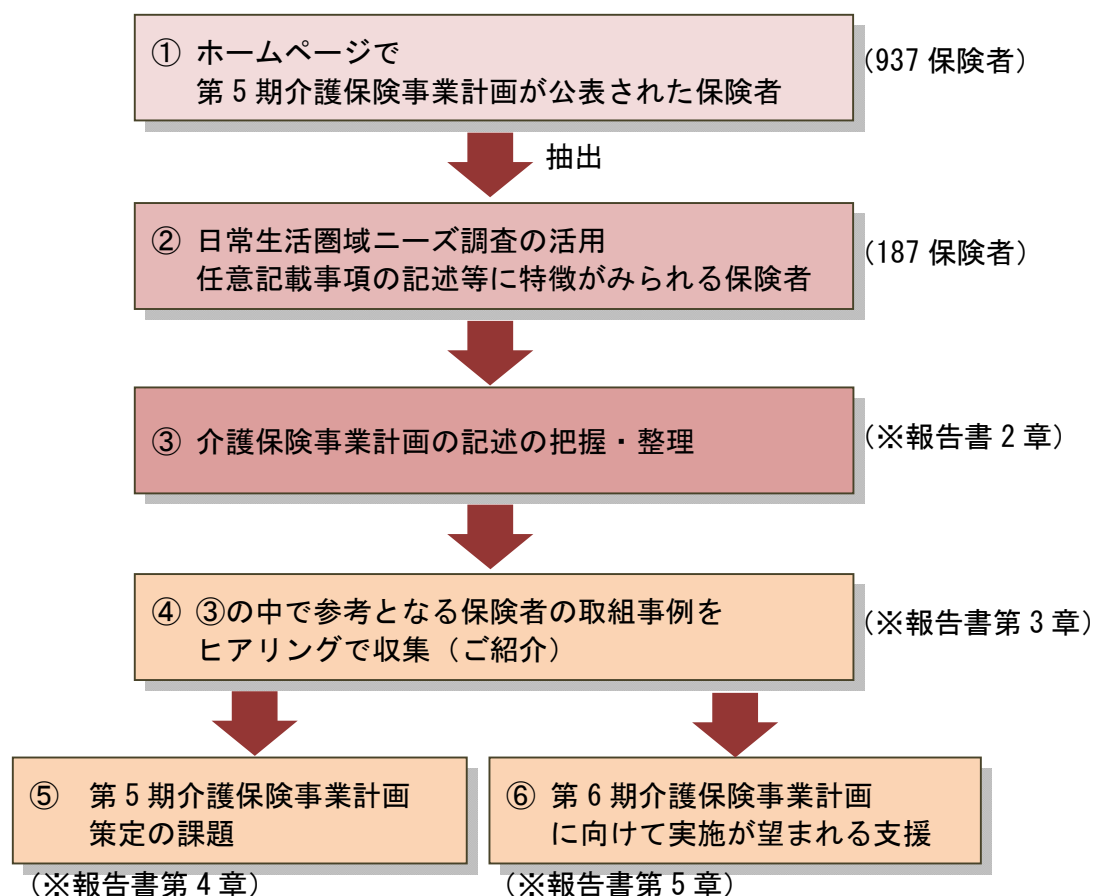
第5期計画については、地域包括ケアシステムの実現に向けて各保険者において着実な実施が行われているところであるが、第6期計画に向けては、第5期計画以前のサービス見込量ワークシートにおいて行ってきた当該計画期間におけるサービス見込量等の推計に加えて、2025年の推計についても保険者が行えるようにすることも検討が必要ではないか。

1. 本調査の実施方法

1.1. 調査の目的

第5期介護保険事業計画策定における、日常生活圏域ニーズ調査結果を活用した地域診断等に関する保険者の取り組み状況について、プロセス評価・分析等を行うことで、地域包括ケアシステムの構築に資する第6期介護保険事業（支援）計画策定の在り方や第6期に向けた市町村への支援方策を検討し、保険者における適切かつ円滑な第6期介護保険事業計画策定のサポートを行うことを目的として実施した。調査業務の流れは次の通りである。

図表 1 - 1 本調査の進め方



1.2. 計画書による日常生活圏域ニーズ調査の活用状況等に関する整理

- 全国の保険者のうち、ホームページで第 5 期介護保険事業計画が公表されていた 937 保険者について計画書を収集した。
- 937 保険者の中から、日常生活圏域ニーズ調査等による課題の整理・地域診断、サービス見込み量の推計に際しての日常生活圏域ニーズ調査等の活用、任意記載事項の記述の状況の観点から 187 保険者を抽出し、第 5 期計画書の記述内容について整理を行った。

1.3. ヒアリングによる日常生活圏域ニーズ調査等の活用状況に関する整理

- 介護保険事業計画書による整理だけでは、十分に把握できない推計や目標設定に対する考え方、日々の取組みについて、ヒアリングを通じて確認し、特徴的な事例についてとりまとめた。
- 介護保険事業計画書の整理を行った 187 の保険者のうち、給付分析やニーズ調査、推計、重点実施事項について独自性を伺える保険者に対してヒアリングの依頼を行った。ヒアリング対象保険者は 23 ヶ所。人口規模や高齢化率、立地特性等についても可能な限り、分散するように選定した。

1.4. 第 5 期介護保険事業計画策定に関する課題の整理

- ヒアリングを通じて保険者から確認された課題について整理を行った。
- また、介護保険事業計画の策定において重要な役割を担っているワークシートについて、その考え方を整理し、保険者の作業において課題と考えられる部分について分析・整理を行った。

1.5. 第 6 期介護保険事業計画策定に向けて望まれる支援の整理

- ヒアリングを通じて保険者から確認された課題について、国から支援が望まれる事項の整理を行った。
- ワークシートにおける課題への対応方法案の整理を行った。

2. 第5期介護保険事業計画書の記述整理

2.1. 調査対象の選定

- ・ 全国の保険者のうち、ホームページで第5期介護保険事業計画が公表されていた939保険者について計画書を収集した。
- ・ 939保険者の中から、日常生活圏域ニーズ調査等による課題の整理・地域診断、サービス見込み量の推計に際しての日常生活圏域ニーズ調査等の活用、任意記載事項の記述の状況の観点から187保険者を抽出し、第5期計画書の記述内容について整理を行った。

図表 2 - 1 都道府県別の抽出した保険者数

都道府県	保険者数	都道府県	保険者数	都道府県	保険者数
01 北海道	16	21 岐阜県	6	41 佐賀県	1
02 青森県	3	22 静岡県	5	42 長崎県	4
03 岩手県	0	23 愛知県	8	43 熊本県	2
04 宮城県	3	24 三重県	1	44 大分県	4
05 秋田県	1	25 滋賀県	2	45 宮崎県	2
06 山形県	6	26 京都府	4	46 鹿児島県	4
07 福島県	3	27 大阪府	3	47 沖縄県	2
08 茨城県	6	28 兵庫県	5	総数	187
09 栃木県	5	29 奈良県	5		
10 群馬県	2	30 和歌山県	2		
11 埼玉県	11	31 鳥取県	2		
12 千葉県	13	32 島根県	1		
13 東京都	9	33 岡山県	4		
14 神奈川県	4	34 広島県	4		
15 新潟県	4	35 山口県	4		
16 富山県	2	36 徳島県	0		
17 石川県	0	37 香川県	2		
18 福井県	4	38 愛媛県	2		
19 山梨県	4	39 高知県	2		
20 長野県	7	40 福岡県	3		

図表 2 - 2 任意記載事項の記述の状況の観点から抽出した 187 保険者

都道府県	市町村 コード	保険者名	都道府県	市町村 コード	保険者名	都道府県	市町村 コード	保険者名
北海道	01203	小樽市	千葉県	12329	栄町	京都府	26322	久御山町
北海道	01204	旭川市	千葉県	12347	多古町	大阪府	27362	田尻町
北海道	01214	稚内市	千葉県	12349	東庄町	大阪府	27216	河内長野市
北海道	01216	芦別市	千葉県	12410	横芝光町	大阪府	27222	羽曳野市
北海道	01223	根室市	千葉県	12443	御宿町	兵庫県	28100	神戸市
北海道	01224	千歳市	東京都	13114	中野区	兵庫県	28222	養父市
北海道	01429	栗山町	東京都	13103	港区	兵庫県	28225	朝来市
北海道	01455	比布町	東京都	13115	杉並区	兵庫県	28301	猪名川町
北海道	01486	遠別町	東京都	13118	荒川区	兵庫県	28464	太子町
北海道	01547	小清水町	東京都	13119	板橋区	奈良県	29203	大和郡山市
北海道	01601	日高町	東京都	13214	国分寺市	奈良県	29210	香芝市
北海道	01631	音更町	東京都	13219	狛江市	奈良県	29211	葛城市
北海道	01647	足寄町	東京都	13221	清瀬市	奈良県	29344	斑鳩町
北海道	01661	釧路町	東京都	13305	日の出町	奈良県	29442	大淀町
北海道	01692	中標津町	神奈川県	14100	横浜市	和歌山県	30206	田辺市
北海道	01815	後志広域連合	神奈川県	14203	平塚市	和歌山県	30304	紀美野町
青森県	02205	五所川原市	神奈川県	14208	逗子市	鳥取県	31203	倉吉市
青森県	02207	三沢市	神奈川県	14216	座間市	鳥取県	31372	北栄町
青森県	02361	藤崎町	新潟県	15202	長岡市	鳥根県	32893	雲南広域連合
宮城県	04206	白石市	新潟県	15205	柏崎市	岡山県	33207	井原市
宮城県	04215	大崎市	新潟県	15385	阿賀町	岡山県	33210	新見市
宮城県	04424	大衡村	新潟県	15504	刈羽村	岡山県	33461	矢掛町
秋田県	05854	本荘由利広域市町村圏組合	富山県	16202	高岡市	岡山県	33622	勝央町
山形県	06204	酒田市	富山県	16904	中新川広域行政事務組合	広島県	34202	呉市
山形県	06206	寒河江市	福井県	18201	福井市	広島県	34203	竹原市
山形県	06321	河北町	福井県	18202	敦賀市	広島県	34213	廿日市市
山形県	06381	高島町	福井県	18205	大野市	広島県	34545	神石高原町
山形県	06402	白鷹町	福井県	18853	坂井地区広域連合	山口県	35207	下松市
山形県	06428	庄内町	山梨県	19204	都留市	山口県	35208	岩国市
福島県	07202	会津若松市	山梨県	19211	笛吹市	山口県	35213	美祢市
福島県	07204	いわき市	山梨県	19212	上野原市	山口県	35305	周防大島町
福島県	07447	会津美里町	山梨県	19422	道志村	香川県	37201	高松市
茨城県	08207	結城市	長野県	20205	飯田市	香川県	37406	まんのう町
茨城県	08212	常陸太田市	長野県	20209	伊那市	愛媛県	38215	東温市
茨城県	08222	鹿嶋市	長野県	20211	中野市	愛媛県	38422	内子町
茨城県	08232	神栖市	長野県	20220	安曇野市	高知県	39201	高知市
茨城県	08341	東海村	長野県	20321	軽井沢町	高知県	39403	越知町
茨城県	08442	美浦村	長野県	20384	飯島町	福岡県	40213	行橋市
栃木県	09205	鹿沼市	長野県	20893	北アルプス広域連合	福岡県	40216	小都市
栃木県	09206	日光市	岐阜県	21210	恵那市	福岡県	40229	みやま市
栃木県	09210	大田原市	岐阜県	21217	飛騨市	佐賀県	41841	鳥栖地区広域市町村圏組合
栃木県	09213	那須塩原市	岐阜県	21221	海津市	長崎県	42201	長崎市
栃木県	09342	益子町	岐阜県	21303	笠松町	長崎県	42209	対馬市
群馬県	10212	みどり市	岐阜県	21361	垂井町	長崎県	42212	西海市
群馬県	10522	明和町	岐阜県	21521	御嵩町	長崎県	42307	長与町
埼玉県	11222	越谷市	静岡県	22207	富士宮市	熊本県	43212	上天草市
埼玉県	11228	志木市	静岡県	22208	伊東市	熊本県	43403	大津町
埼玉県	11229	和光市	静岡県	22219	下田市	大分県	44204	日田市
埼玉県	11235	富士見市	静岡県	22221	湖西市	大分県	44208	竹田市
埼玉県	11238	蓮田市	静岡県	22226	牧之原市	大分県	44209	豊後高田市
埼玉県	11327	越生町	愛知県	23207	豊川市	大分県	44210	杵築市
埼玉県	11341	滑川町	愛知県	23217	江南市	宮崎県	45205	小林市
埼玉県	11342	嵐山町	愛知県	23219	小牧市	宮崎県	45406	都農町
埼玉県	11349	ときがわ町	愛知県	23221	新城市	鹿児島県	46218	霧島市
埼玉県	11361	横瀬町	愛知県	23225	知立市	鹿児島県	46490	錦江町
埼玉県	11385	上里町	愛知県	23446	美浜町	鹿児島県	46505	屋久島町
千葉県	12234	南房総市	愛知県	23501	幸田町	鹿児島県	46533	和泊町
千葉県	12422	睦沢町	愛知県	23562	東栄町	沖縄県	47205	宜野湾市
千葉県	12205	館山市	三重県	24344	川越町	沖縄県	47211	沖縄市
千葉県	12207	松戸市	滋賀県	25209	甲賀市			
千葉県	12216	習志野市	滋賀県	25425	愛荘町			
千葉県	12218	勝浦市	京都府	26206	亀岡市			
千葉県	12227	浦安市	京都府	26209	長岡京市			
千葉県	12238	いすみ市	京都府	26210	八幡市			

2.2. 高齢者・要介護（要支援）認定者に関する記述整理

(1) 高齢者の現状についての記述整理

高齢者の現状の記述については、以下の通りの記述となっている。

高齢者の単身世帯数などのデータのみを記述している保険者は 84 件（44.9%）、それに加えて持ち家割合のデータも記述している保険者は 22 件（11.8%）となっている。持家の割合までのデータ分析をしている保険者はそれほど多くない。また、高齢者の居住に関する施策を記述している保険者は 114 件（61.0%）であった。

図表 2 - 3 高齢者の現状

記述レベル	単身世帯等のデータ のみの記述	単身世帯等と持ち家 割合の両方の記述あり	記述なし (不明)	合計
件数	84	22	81	187
割合 (%)	44.9	11.8	43.3	100.0

※上記データはアンケート調査結果からの記載は除く

記述レベル	高齢者の居住に関する 施策の記述あり	記述なし (不明)	合計
件数	114	73	187
割合 (%)	61.0	39.0	100.0

(2) 要介護（要支援）認定者の現状についての状況

要介護（要支援）認定者の現状については、以下の通りとなっている。

認定者出現率の構成では 15%以上 20%未満の保険者が 116 件（37.9%）であった。

図表 2 - 4 要介護（要支援）認定者の現状

認定者出現率	15%未満	15%以上 20%未満	20%以上	合計
件数	47	116	24	187
割合 (%)	25.1	37.9	12.8	100.0

(3) 日常生活圏域ニーズ調査等の実施方法についての記述整理

■ ニーズ調査等の実施についての記述

ニーズ調査等を実施と記述している保険者は 171 件 (91.5%)、うち、他調査と併用している保険者は 12 件(6.4%)であった。一方、詳細が不明な保険者は 16 件 (8.6%) となっている。

図表 2 - 5 ニーズ調査等の実施についての記述

記述レベル	ニーズ調査等を実施との記述あり	内、他調査と併用して実施	詳細が不明 (介護保険事業計画書からは、調査実施状況が不明)	合計
件数	171	(12)	16	187
割合 (%)	91.5	(6.4)	8.6	100.0

■ ニーズ調査等の対象者の全数調査、標本調査の実施状況

ニーズ調査の対象を全数で実施している保険者は 19 件 (10.2%)、標本抽出で実施している保険者は 61 件 (32.6%) と、標本抽出で実施している割合のほうが多かった。

図表 2 - 6 ニーズ調査等の対象者の全数調査、標本調査の実施状況

記述レベル	全数調査との記述あり	標本抽出調査	全数・標本の記述がなく、不明	合計
件数	19	61	107	187
割合 (%)	10.2	32.6	57.2	100.0

■ ニーズ調査の調査票の個人特定の有無

ニーズ調査の調査方法で、訪問回収や聞き取り等との記述があった保険者は 22 件(11.8%)であった。

図表 2 - 7 ニーズ調査等の調査票の個人特定の有無

記述レベル	訪問回収・聞き取り等との記載あり	それ以外の方法で回収を実施	回収方法の記述がなく、不明	合計
件数	22	42	123	187
割合 (%)	11.8	22.5	65.8	100.0

(4) 日常生活圏域ごとの課題についての記述整理

日常生活圏域ごとの分析や図表の記載のある保険者は99件(52.9%)、さらに評価や課題の記載まである保険者は15件(8.0%)となっている。何らかの記述がある保険者の割合は過半数である。

図表 2 - 8 日常生活圏域ごとの課題についての記述

記述レベル	圏域別の分析や図表の記載がある	うち、評価や課題の記述もあるもの	記述なし(詳細不明)	合計
件数	99	(15)	88	187
割合(%)	52.9	(8.0)	47.1	100.0

(5) 日常生活圏域ニーズ調査を要介護者数等の推計に活用したことがわかる記述の有無

ニーズ調査結果を要介護者の推計に考慮した(反映した)との記述があった保険者は5件(2.7%)で、ほとんど記述はなかった。

図表 2 - 9 日常生活圏域ニーズ調査を要介護者数等の推計に活用したことがわかる記述の有無

記述レベル	ニーズ調査結果を考慮したとの記述あり	記述なし(詳細不明)	合計
件数	5	182	187
割合(%)	2.7	97.3	100.0

2.3. 介護保険事業の現状についての記述整理

(1) 第4期介護保険事業の実績の記述の有無

4期の介護保険事業の実績の記述のある保険者は174件(93.0%)となっている。

図表 2 - 10 第4期介護保険事業実績の記述の有無

記述レベル	記述あり	記述なし(詳細不明)	合計
件数	174	13	187
割合(%)	93.0	7.0	100.0

(2) 実績の評価や課題に関する記述整理

4期の介護保険事業の検証や評価、課題といった記述のある保険者は44件(23.5%)となっている。

図表 2 - 11 実績の評価や課題に関する記述

記述レベル	検証、評価や課題の記述あり	記述なし(詳細不明)	合計
件数	44	143	187
割合(%)	23.5	76.5	100.0

2.4. 介護給付費等対象サービスの推計等についての記述整理

(1) 人口推計についての記述整理

人口推計の記述については、国のワークシートに準拠との保険者が9件(4.8%)、国立社会保障・人口問題研究所推計を引用した保険者が2件(1.1%)、都道府県から提供される推計人口を引用した保険者が5件(2.7%)、コーホート法など保険者独自で推計した保険者が111件(59.4%)となっており、保険者独自で推計しているケースが多かった。

図表 2 - 12 人口推計についての記述

記述レベル	国の考え方 (ワークシートに準拠)	国立社会保 障・人口問題 研究所推計を 引用	都道府県から 提供される推 計人口を引用	保険者独自で 推計	記述なし(詳 細不明)	合計
件数	9	2	5	111	60	187
割合(%)	4.8	1.1	2.7	59.4	32.1	100.0

(2) 要介護認定者数の推計についての記述整理

要介護認定数の推計については、国のワークシートに準拠との保険者が24件(12.8%)、保険者独自の推計を実施した保険者が68件(36.4%)となっており、人口推計に比べ、記述なし(不明)が多かった。

図表 2 - 13 要介護認定者数の推計についての記述

記述レベル	国の考え方 (ワークシートに準拠)	保険者独自の推計 を実施	記述なし (詳細不明)	合計
件数	24	68	95	187
割合 (%)	12.8	36.4	50.8	100.0

(3) サービス見込量の推計についての記述整理

サービス見込量の推計については、利用人数を記述している保険者が 45 件 (24.1%)、回数・日数まで記述している保険者が 131 件 (70.1%) であった。

図表 2 - 14 サービス見込み量の推計についての記述

記述レベル	サービス別の利用 人数の記述あり	サービス別の利用 人数に加え、回数・ 日数まで記述あり	記述なし (詳細不明)	合計
件数	45	131	11	187
割合 (%)	24.1	70.0	5.9	100.0

(4) サービス量の推計方法での調査結果の考慮についての記述整理

調査結果をサービス量の推計に考慮したとの記述のある保険者は 5 件 (2.7%) であった。

図表 2 - 15 サービス量の推計方法での調査結果の考慮についての記述

記述レベル	調査結果を考慮したと の記述あり	記述なし (詳細不明)	合計
件数	5	182	187
割合 (%)	2.7	97.3	100.0

2.5. 地域支援事業についての記述整理

(1) 地域支援事業の推計単位についての記述整理

地域支援事業の推計単位については、事業の見込量 (人、回等) までの記述のある保険者が 50 件 (26.7%) であった。

図表 2 - 16 地域支援事業の推計単位についての記述

記述レベル	事業費のみの 記述あり	見込量（人、回等） までの記述あり	記述なし （詳細不明）	合計
件数	91	50	46	187
割合（％）	48.7	26.7	24.6	100.0

(2) 任意事業の記述整理と特徴的な事例

任意事業の記述のある保険者は 132 件（70.6％）であった。

図表 2 - 17 任意事業の記述

記述レベル	任意事業の記述あり	記述なし（詳細不明）	合計
件数	132	55	187
割合（％）	70.6	29.4	100.0

3. 保険者の取組み事例紹介

3.1. ヒアリングの目的

今回 187 の保険者の介護保険事業計画書の記述について整理を行った。2 章の結果にある通り、計画書の書面だけでは実態が十分に把握できない状況であった。

このため、第 5 期から新たに導入した日常生活圏域ニーズ調査の活用、重点的に取り組むことが望ましい事項の取組みについて、ヒアリング調査で更なる状況を把握した。また、第 6 期のワークシートのあり方の参考にすべく、保険者の給付分析及びサービス見込量等の推計の考え方についても、実態を把握し、必要な国の支援のあり方を検討する。

(1) ヒアリング対象保険者の抽出

第 2 章で分析をした、187 の保険者のうち、給付分析やニーズ調査、推計、重点実施事項について独自性を伺える保険者に対してヒアリングの依頼を行った。ヒアリング対象保険者は 23 ヲ所であった。人口規模や高齢化率、立地特性等についても可能な限り、分散するようにした。

(2) ヒアリング対象保険者の基本属性

ヒアリング対象は次の 23 保険者とした。

図表 3 - 1 ヒアリング対象被保険者

都道府県	保険者名	都道府県	保険者名
茨城県	結城市	愛知県	美浜町
栃木県	大田原市	京都府	長岡京市
埼玉県	越谷市、和光市	兵庫県	神戸市、朝来市
千葉県	習志野市、浦安市	和歌山県	田辺市
東京都	港区、板橋区、国分寺市	岡山県	井原市
神奈川県	横浜市、平塚市	香川県	高松市
福井県	大野市	高知県	高知市
岐阜県	笠松市	佐賀県	鳥栖広域市町村圏
静岡県	富士宮市		

23 保険者の基本的な属性は次の通りである。ヒアリング先の選定に際しては、人口や高齢化率、認定率などについては偏りがないう、可能な限り考慮した。

図表 3-2 ヒアリング対象（23 保険者）の基本的な属性

ヒアリング対象の人口・高齢化率・認定率の状況

人口	保険者数	高齢化率	保険者数	認定率	保険者数
5万未満	5	10～20%未満	3	10～12.5%未満	3
5～10万未満	5	20～25%未満	4	12.5～15%未満	5
10～30万未満	7	25～30%未満	10	15～17.5%未満	5
30～100万未満	4	30%以上	6	17.5～20%以上	6
100万以上	2	合計	23	20%以上	4
合計	23			合計	23

プロフィール

NO	都道府県	保険者	基本情報			
			人口 (人)	高齢者数 (人)	高齢化率 (%)	認定率 (%)
1	茨城県	結城市	52,494	12,027	22.9	12.1
2	栃木県	大田原市	77,729	16,385	21.1	18.0
3	埼玉県	越谷市	326,313	64,514	19.8	10.8
4	埼玉県	和光市	80,745	11,353	14.1	10.1
5	千葉県	習志野市	164,530	31,488	19.1	13.0
6	千葉県	浦安市	164,877	19,290	11.7	13.0
7	東京都	港区	205,131	34,823	17.0	18.9
8	東京都	板橋区	535,824	111,800	20.9	17.4
9	東京都	国分寺市	120,650	22,661	25.8	15.9
10	神奈川県	横浜市	3,710,000	740,000	19.9	16.5
11	神奈川県	平塚市	260,780	55,159	21.2	14.1
12	福井県	大野市	35,291	10,689	30.3	17.0
13	岐阜県	笠松町	22,809	5,413	23.7	14.6
14	静岡県	富士宮市	132,001	29,673	22.5	14.8
15	愛知県	美浜町	10,563	5,539	29.2	18.5
16	京都府	長岡京市	79,844	16,950	21.2	17.0
17	兵庫県	神戸市	1,544,200	354,218	22.9	19.5
18	兵庫県	朝来市	32,814	9,948	30.3	20.5
19	和歌山県	田辺市	79,119	22,061	27.9	21.6
20	岡山県	井原市	43,927	13,719	31.2	19.1
21	香川県	高松市	419,429	83,667	22.3	20.6
22	高知県	高知市	343,393	79,935	23.3	20.0
23	佐賀県	鳥栖広域市町村圏	122,310	26,833	24.2	17.5

出典)「統計で見る市区町村のすがた」(2010)、厚生労働省介護保険事業状況報告(平成23年1月)

(3) ヒアリング調査によって把握された取組み事例

ヒアリングを実施した 23 保険者の中から、全国の保険者に参考になるとと思われる取組み事例を収集し、整理を行った。(介護保険事業計画書の URL と取組み事例に関連する計画書の該当ページを記載)

本報告書においては、参考事例と対比する介護保険事業計画書の該当ページ（一部抜粋）を記載している。

一般的にいえることであるが、介護保険事業計画書からだけでは、根底にある担当部署の考え方や今後の進め方の経緯（プロセス）がわかりづらい。

また、計画策定部署（担当者）も、予算や施策の優先順位などを勘案して、介護保険事業計画への記述をある一定のレベルとすることもあったと考えられる。

また、ヒアリングからも他部署との調整が今後の課題であるような施策については、計画策定時にはあまり踏み込んだ記述がなされないことがあることも明らかになった。

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
給付分析に関する参考事例	和歌山県田辺市	職員が認定データと給付データを突合した分析を実施 ----- (参考：田辺市介護保険事業計画書) http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/files/tanabeshi_choujyu2012_2s1_.PDF (ファイルページ参照：P18-26)
給付分析に関する参考事例	京都府長岡京市	日本福祉大学の介護保険給付実績分析ソフトを活用した給付分析を実施 ----- (参考：長岡京市介護保険事業計画書) http://www.city.nagaokakyo.lg.jp/cmsfiles/contents/000002/2800/honnpenn.pdf (ファイルページ参照：P 93-105)
日常生活圏域ニーズ調査に関する参考事例	東京都板橋区	日常生活圏域ニーズ調査の手がかりを元に、団地内コミュニティーのコミュニケーションを深め、施策にも反映 ----- (参考：板橋区介護保険事業計画書) http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/043/attached/attach_43623_4.pdf (ファイルページ参照：P 65-67)

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
サービス見込量等の推計に関する参考事例	埼玉県和光市	<p>地域サービスの需要と供給状況を地域チェックリストで把握</p> <p>(参考：和光市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0014/3512/201262213395.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P73-108)</p>
サービス見込量等の推計に関する参考事例	兵庫県神戸市	<p>保険者独自の考え方に基づく推計を実施</p> <p>(参考：神戸市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/zigyokeikaku/img/5-keikaku_07-4sho.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P59-68)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	東京都国分寺市	<p>金融機関を対象とした認知症サポーター養成講座を開催（役員を含む全職員が受講）</p> <p>(参考：国分寺市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kokubunji.tokyo.jp/dbps_data/material/_localhost/300000/s301000/dai2bu.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P15-26)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	東京都板橋区	<p>認知症に対する施策や体制づくりが充実</p> <p>(参考：板橋区介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/043/attached/attach_43623_4.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P68-70)</p>
重点取組事項 認知症に関する参考事例	京都府長岡京市	<p>医師会を中心に、認知症への取組み実績あり</p> <p>(参考：長岡京市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.nagaokakyo.lg.jp/cmsfiles/contents/000002/2800/honnpenn.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P69-75)</p>
重点取組事項 医療との連携に関する参考事例	兵庫県神戸市	<p>医療・介護にかかる関係団体との協議を通じた連携のあり方検討を実施</p> <p>(参考：神戸市介護保険事業計画書)</p> <p>http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/zigyokeikaku/img/5-keikaku_06-3sho.pdf</p> <p>(ファイルページ参照：P9-16)</p>

取組み事例	都道府県	紹介する事例の内容
重点取組事項 医療との連携 に関する参考 事例	千葉県習志野市	平成 24 年度に自発的グループ「習志野連携の会」を立ち 上げ (参考：習志野市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour
eisha/430420120411093324572.files/3.pdf">http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour eisha/430420120411093324572.files/3.pdf <a href="http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour
eisha/430420120411093324572.files/4.pdf">http://www.city.narashino.chiba.jp/joho/keikaku/kour eisha/430420120411093324572.files/4.pdf (ファイルページ参照：P49～50、51～52)
重点取組事項 医療との連携 に関する参考 事例	神奈川県横浜市	地域包括支援センターが中心となった関係機関の連携 強化 (参考：横浜市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu
/joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/06syoun.pdf">http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu /joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/06syoun.pdf (ファイルページ参照 P 98－119)
重点取組事項 居住施策との 連携に関する 参考事例	神奈川県横浜市	庁内部局が連携しながら、計画策定、今後の事業の進捗 管理を実施 (参考：横浜市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu
/joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/07syoun.pdf">http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu /joureijigyokeikaku/dai5ki-keikaku/07syoun.pdf (ファイルページ参照 P 151－168)
重点取組事項 生活支援サー ビスに関する 参考事例	和歌山県田辺市	ニーズ調査結果を元に高齢者台帳システムを整備。生活 支援サービスや災害発生時の対応を今後検討 (参考：田辺市介護保険事業計画書) <a href="http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/img/tanabeshi
cyoujyu2012_5s.pdf">http://www.city.tanabe.lg.jp/yasuragi/img/tanabeshi cyoujyu2012_5s.pdf (ファイルページ参照 P 63-78)

3.2. 給付分析に関する参考事例

(1) 和歌山県田辺市

～職員が認定データと給付データを突合させた分析を実施

田辺市でプログラムを組んで、国保連データと認定データを突合させた分析を不定期ながら実施している。それとは別に施設待機者情報を収集しながら時期施設系整備計画などを検討している。

1) 背景・目的

- ・ 田辺市は平成 17 年に 1 市 2 町 2 村が市町村合併を実施。人口 8 万弱、高齢化率は約 28%。
- ・ 田辺市では地域包括ケアシステムの基本となる日常生活圏域を住民同士の結びつきが強く、かつ、30 分以内での移動が可能な旧市町村地域（旧田辺地区・龍神地区・中辺路地区・大塔地区・本宮地区）としているが、地域毎に居宅サービス提供事業者数（供給）や需要も異なる状況にある。
- ・ 次期計画における基盤整備計画の基礎資料に資することを目的としてサービス別の利用率や給付費について、圏域別の傾向を把握。
- ・ サービス提供基盤整備方針へ反映するとともに、介護保険施設に対し、施設待機者について調査を行い、待機者の居宅サービス等の利用状況について把握し、計画年度における施設整備の必要性を検討。

2) 分析のツール

- ・ プログラムを組んで、給付分析を実施
- ・ 認定データと給付データをマッピングさせ、エクセルで集計を実施。
- ・ 両データを突合させた項目（例）は以下の通り。

申請日、申請種別、認定日、要介護度、認定開始日、認定終了日、認定有効期間、区分支給限度額、合計単位数、利用率、自立度、認知、事業者番号、サービスコード、単位小計事業者番号等

3) 分析の方法、進め方

- ・ 給付分析では、市全体の計画値に対する進捗管理を実施。
- ・ 国保連の給付実績データに、田辺市で有する要介護認定状況（要介護度、住所コード、生年月日）を突合し、必要な分析を実施

- 分析用のデータは必要時に作成。生活圏域ごとにデータを整理し、要介護度別に月の利用額、平均利用状況などを不定期に実施
- 一次判定の入力情報をデータとして保持。(必要な条件の抽出は可能)

4) 分析の視点

- 日常生活圏域別に、要支援・要介護認定者数、介護サービス利用状況、給付費などに大きな変動がないかどうか、居宅サービス利用者における介護度毎利用率等について圏域別の差異がないかなどをチェック。
- 1次判定データの情報を用いて、さらに細かな分析を行うことが可能。(例えば認知症の方の傾向を把握する等)
- 現在、検討を行っている定期巡回、複合型の潜在的なニーズ把握。
- 施設待機者の状況等について分析を実施。要介護4以上で入所もしていない待機患者の状況をみながら、施設系の整備についての参考資料とする。

(参考、フォーマット例)

被保険者番号	圏域	氏名漢字	生年月日	年齢	性別	住所	申請日	申請種別	認定日	要介護度	認定開始日	認定終了日	認定有効期間(日)	区分支給限度	合計単位数	利用率	自立度	認知
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	64	男	〇〇〇〇	H23.10.24	更新申請	H23.12.7	21	H23.12.1	H25.11.30	730	165800	4962	29.93%	A1	III a
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	88	女	〇〇〇〇	H23.6.16	更新申請	H23.7.14	21	H23.8.1	H25.7.31	730	165800	16186	97.62%	I-3	III a
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	86	女	〇〇〇〇	H23.11.29	更新申請	H24.1.4	21	H24.1.1	H25.12.31	730	165800	5706	34.41%	I-3	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	84	女	〇〇〇〇	H23.10.6	更新申請	H23.11.2	21	H23.12.1	H25.11.30	730	165800	11732	70.76%	A1	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	91	女	〇〇〇〇	H23.11.29	更新申請	H24.1.4	21	H24.1.1	H24.12.31	365	165800	13793	83.19%	A1	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	81	女	〇〇〇〇	H24.1.4	更新申請	H24.2.15	21	H24.3.1	H25.2.28	364	165800	11726	70.72%	A1	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	90	女	〇〇〇〇	H23.8.1	更新申請	H23.9.1	21	H23.9.1	H25.8.31	730	165800	13004	78.43%	A2	I
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	86	女	〇〇〇〇	H24.8.14	更新申請	H24.9.19	21	H24.10.1	H26.9.30	729	165800	12086	72.90%	A1	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	81	女	〇〇〇〇	H23.10.5	更新申請	H23.11.2	21	H23.12.1	H25.11.30	730	165800	14907	89.91%	I-3	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	83	女	〇〇〇〇	H23.9.14	更新申請	H23.10.19	21	H23.11.1	H24.10.31	365	165800	13465	81.21%	I-3	II a
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	80	男	〇〇〇〇	H24.6.22	新規申請	H24.7.25	21	H24.6.22	H25.6.30	373	165800	8262	49.83%	A2	II a
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	84	男	〇〇〇〇	H23.9.2	更新申請	H23.10.19	21	H23.11.1	H25.10.31	730	165800	9171	55.31%	I-3	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	78	女	〇〇〇〇	H23.10.13	更新申請	H23.11.2	21	H23.12.1	H24.11.30	365	165800	4778	28.82%	A1	III a
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	78	女	〇〇〇〇	H23.11.22	更新申請	H23.12.21	21	H24.1.1	H24.12.31	365	165800	4309	25.99%	I-3	II b
〇〇〇〇	2	〇〇〇〇	〇〇〇〇	90	女	〇〇〇〇	H23.12.26	更新申請	H24.1.25	21	H24.2.1	H25.1.31	365	165800	7319	44.14%	A1	II a

【参考事例】平成23年4月時点施設待機者であり要介護4以上で現在(H24/10/1)も入所していない認定者

被保番	圏域	J C	氏名カナ	生年月日	年齢	性別	郵便番号	住所	申請種別	要介護度	認定開始日	認定終了日	合計単位数	利用率	利用率80%以上	利用率90%以上	3月実績	自立度	認知
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	86	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.4.1	H26.3.31	27256	89.07%			31	B2	III b
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	104	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	変更申請	24	H24.6.7	H25.6.30	30950	101.14%	1		17	C2	IV
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	98	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.4.1	H26.3.31	19805	64.72%			53	C1	IV
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	86	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	25	H24.9.1	H26.8.31	25874	72.21%			31	C2	III a
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	91	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.10.1	H26.9.30	29469	96.30%	1		1	B1	III b
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	96	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H23.9.1	H25.8.31	27097	88.55%	1		73	B2	III a
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	89	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	25	H24.9.1	H26.8.31	33409	93.24%	1		17	C1	IV
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	82	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H23.11.1	H25.10.31	32134	105.01%	1		1	B1	I
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	99	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.1.1	H25.12.31	31421	102.68%	1		1	B1	IV
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	83	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H23.2.1	H25.1.31	30772	100.56%	1		15	B1	III a
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	80	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.6.1	H26.5.31	15078	49.27%			13	B2	II a
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	87	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.3.1	H26.2.28	30893	100.96%	1		1	B1	II b
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	77	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	24	H24.8.1	H26.7.31	31357	102.47%	1		21	B2	II b
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	82	女	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	25	H24.5.1	H26.4.30	0	0.00%				C2	IV
〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	86	男	〇〇〇〇	〇〇〇〇	更新申請	25	H23.3.1	H25.2.28	22801	63.64%			31	B2	III a

【参考事例】平成24年10月1日現在介護保険施設待機者状況

○調査対象 田辺・西牟婁圏域内介護保険施設（介護老人福祉施設15施設・介護老人保健施設6施設・介護量医療医療施設4施設）

○結果

介護保険施設申請数 1111 件

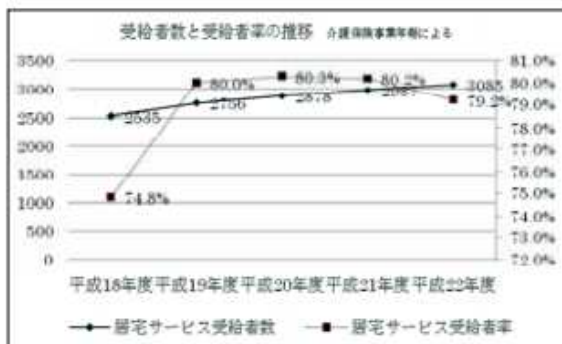
実申請者数	426 人			(資格喪失者・重複申請者除く)		
	内入所資格のない方	12 人		(要支援)		
	内他施設入所者	175 人		144		
	介護老人福祉施	52 人				
	介護老人保健施	73 人				
	介護療養医療施	19 人				
	認知症対応型共	30 人				
	同生活介護	1 人				
	特定施設	1 人				
	内医療機関入院	56 人				
	上記以外の方	183 人				
	内要介護1	23 人				
	内要介護2	48 人				
内中・重度待機	112 人					
	内要介護3	36 人				
	内要介護4	39 人				
	内要介護5	37 人				
	内平成23年4月申込みがあった方	47 人				
	内入所の打診があった	14 人				
	内打診がない・不明	33 人				
	内サービス付高齢者住宅入居等のため等緊急性が低い	20 人				
	現時点で希望していない	3 人				
	不明	11 人				

5) その他

- ・ 分析による介護保険事業への効果、施策への反映内容等。
- ・ 圏域毎に整備が必要なサービス種別を把握し、事業者選定にあたって、整備が必要な理由の説明（エビデンス）として活用。

(参考：介護保険事業計画の記述) P23

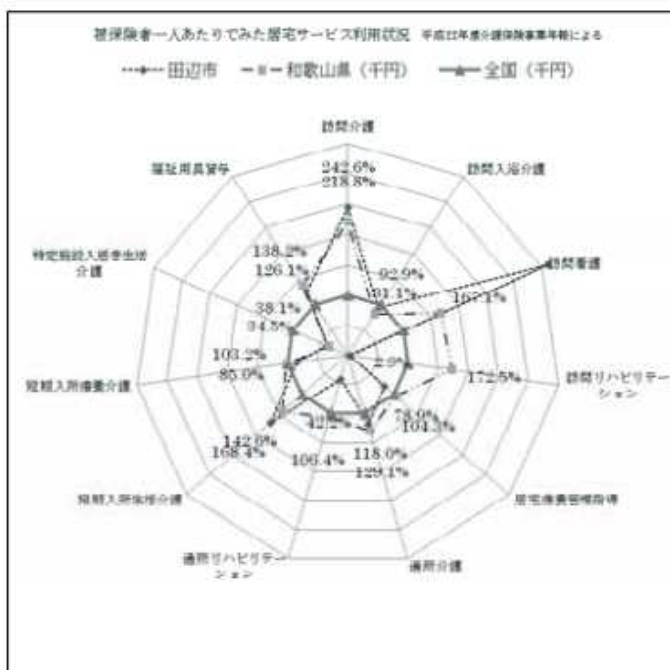
〈2〉標準的居宅サービスの利用状況



平成18年度から平成22年度における標準的居宅サービス受給者数の状況を見ると、標準的居宅サービス受給者数についても年々増加し、平成22年度の標準的居宅サービス受給者数は平成18年度と比較し、率で21.7%、人数で550人増の3,085人となっています。(各年度末比較)

標準的居宅サービス対象者数に占める標準的居宅サービス受給者数、いわゆる標準的居宅サービス受給率は、平成19年度に大幅に増加し、平成21年度以降については前年度受給率より少し減少の傾向にありますが、80%近くの高い水準にあり介護保険制度が十分に浸透しているものと考えられます。

平成22年度介護保険事業年報から居宅介護サービス費について、サービス種類ごとに被保険者1人当たり全国平均給付額を100%として比較を行ってみると、訪問リハビリテーションが2.9%と低くなっています。これは、田辺市内においては訪問リハビリ



テーション事業所から訪問リハビリテーションが行われておらず、訪問看護の中で理学療法士等による訪問リハビリテーションが実施されているためです。このほか、有料老人ホーム等が指定を受け実施する特定施設入居者生活介護、通所リハビリテーションは、全国平均よりも低い傾向にありますが、それ以外の居宅サービスについてはほぼ全国平均かそれ以上であり、特に訪問看護については361%、訪問介護では242.6%と全国平均を大きく上回っています。

(2) 京都府長岡京市

～日本福祉大学の介護保険給付実績分析ソフトを活用した給付分析を実施

長岡京市では日本福祉大学のソフトを活用して、毎月レポートを出力している。「地域ケア率」という指標に着目しながら、今後の地域密着型サービスの整備の検討を行う。

1) 背景・目的

- ・ サービスの利用実績の月次推移をみながら、計画と実績の差異を把握し、事業運営の参考とする。

2) 分析のツール

- ・ 日本福祉大学の介護保険給付実績分析ソフトを活用。

3) 分析の方法、進め方

- ・ 国保連のデータを日本福祉大学のソフトに読み込ませて、毎月レポートを出力。(給付適正化システムなどは使用していない)
- ・ レポートには、要介護度別やサービス別の利用実績が出力。
- ・ 給付分析をすれば実績は把握可能。しかし、ニーズをどれだけ充足できているのかは不明。
- ・ 現状の利用量で、ニーズを充足できているのか、提供体制（供給の問題）で現状の利用実績になっているだけの話なのかは、実績分析からだけでは判断。
- ・ そのため、日常生活圏域ニーズ調査結果や地域包括支援センターが行う「居宅介護支援事業所連絡会議（年4回）」を積極的に活用。
- ・ 当初は長岡京市が開催していたが、事業所主導に移行し定着。市や地域包括支援センター職員も出席。
- ・ 困難ケースの検討までは至っていない。共通認識の形成等、市と包括と居宅事業者とのつながりには一定の効果があると思われる。
- ・ 第5期の計画策定に際しては、この会議を活用して利用者ニーズや現場の意見をヒアリングすることも有り。
- ・ 利用者や特定高齢者のニーズ把握にあたっては、事業所と介護支援専門員の連絡会など

を定期的を実施。

4) 分析の視点

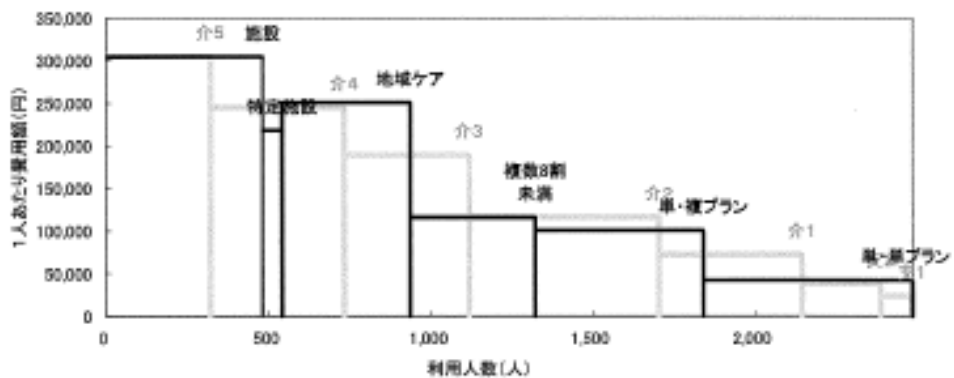
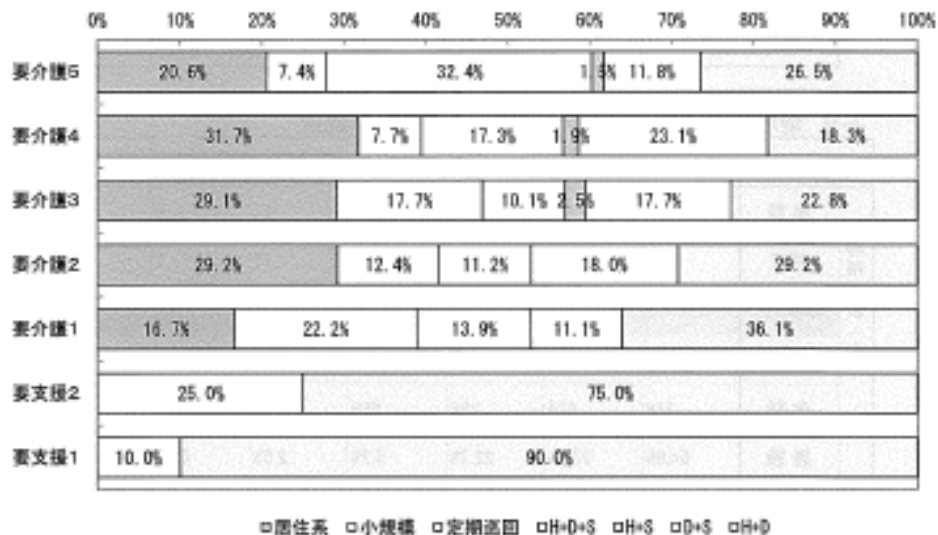
例 1：地域ケア率（「地域ケア」※で支えている割合。フォーマット参照）

例 2：要介護度別、サービス別利用者数及び費用額

※「地域ケア」とは、複数居宅サービス利用で支給限度額の 8 割以上利用者、グループホームまたは小規模多機能型居宅介護利用者の割合

7-3 地域ケア利用者の利用内容

パッケージ	全社	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	要支援2	要支援1
居住系	102 25.9%	14 20.6%	33 31.7%	23 29.1%	26 29.2%	6 16.7%	0 0.0%	0 0.0%
小規模	49 12.4%	5 7.4%	8 7.7%	14 17.7%	11 12.4%	8 22.2%	2 25.0%	1 10.0%
定期巡回	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
複数割以上	H+D+S	63 16.0%	22 32.4%	18 17.3%	8 10.1%	10 11.2%	5 13.9%	0 0.0%
	H+S	5 1.3%	1 1.5%	2 1.9%	2 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	D+S	66 16.5%	8 11.8%	24 23.1%	14 17.7%	16 18.0%	4 11.1%	0 0.0%
	H+D	109 27.7%	18 26.5%	19 18.3%	18 22.8%	26 29.2%	13 36.1%	6 75.0%
合計	394 100.0%	68 100.0%	104 100.0%	79 100.0%	89 100.0%	36 100.0%	8 100.0%	10 100.0%



5) その他

- 分析結果は今後の介護保険事業への反映や地域密着型サービスの整備量の検討の参考としている。

(参考：介護保険事業計画の記述) P94

3 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス・居宅サービス・地域密着型サービス（居住系サービス等を除く）の利用者数の推計

(1) 標準的居宅サービス等の受給対象数の見込み

平成24～26年度までの標準的居宅サービス等の利用対象数の見込みは、次の式により、サービス別要介護度別に算出しました。

$$\text{標準的居宅サービス等の利用対象数} = \text{要支援・要介護認定者数} - \text{施設・居住系サービス利用者}$$

(2) 標準的居宅サービス等の利用者数の見込み

上記の標準的居宅サービス等の要介護度別受給対象数の見込みから、サービス受給率（平成23年10月時点の実績値）を乗じることによって平成24～26年度まで標準的居宅サービス等の利用者数の見込み（要介護度別）を算出しました。

$$\text{標準的居宅サービス等の利用者数} = \text{標準的居宅サービス等の利用対象数} \times \text{サービス受給率（平成23年10月実績）}$$

なお、ワークシートによる推計では、要介護認定データに基づき、利用者の認知症の有無や医療ニーズの必要性、日常生活自立度などの身体状況を考慮し、利用者数を見込んでいます。

上記により算定した標準的居宅サービス等の利用者数の見込みは、下表のとおりです。

表3-4 標準的居宅サービス等の利用者見込み数等（月単位）

	実績			第5期計画（見込み）		
	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
要支援1	78人	100人	86人	91人	95人	100人
要支援2	231人	194人	215人	248人	279人	310人
要支援者 小計	309人	294人	301人	339人	374人	410人
要介護1	323人	344人	385人	420人	442人	457人
要介護2	371人	417人	491人	544人	579人	622人
要介護3	283人	251人	253人	289人	301人	311人
要介護4	169人	172人	182人	203人	220人	223人
要介護5	114人	133人	118人	128人	137人	135人
要介護者 小計	1,260人	1,317人	1,429人	1,584人	1,679人	1,748人
合計	1,569人	1,611人	1,730人	1,923人	2,053人	2,158人

*平成23年度は見込み値。第5期は国配布のワークシートに基づく推計値。

3.3. 日常生活圏域ニーズ調査に関する参考事例

(1) 東京都板橋区

～日常生活圏域ニーズ調査を元に、団地内コミュニティのコミュニケーションを深め、施策にも反映

板橋区では、日常生活圏域調査結果を活用し、団地内の高齢化問題に対して住民が中心となって、今後の基本目標（ビジョン）や施策、アクションプランを作成した。

1) 背景・目的

所在地：板橋区高島平二丁目および三丁目

入居開始年：昭和 47（1972）年 1 月

管理住宅戸数：賃貸住宅 8,287 戸、分譲住宅 1,883 戸

- ・ 団地内の高齢化が進んでおり、区全体の高齢化率よりも高く、区としても今後の施策を考える上で問題意識を有している。
- ・ 現在は、前期高齢者（65～74 歳）が多いことから、要介護認定率は低い状況にあるが、今後の要介護認定者の急増する可能性を見据えて、団地内でビジョン作成を実施。
- ・ 平成 23 年 5 月に「板橋区高島平団地高齢者地域包括ケア検討委員会設置要領」を制定、おとしより保健福祉センターが事務局となり、学識経験者、地域住民、介護事業者、UR,行政で構成される「高島平団地高齢者地域包括ケア検討委員会」を 7 月に設置。

（平成 23 年 4 月 1 日現在）

人、%	人口	高齢者数	高齢化率	認定者数	認定率
団地内	19,614	6,995	35.7	825	11.8
区全体	517,634	107,912	20.8	18,086	16.8

- ・ 高齢者が日常生活圏域内で 365 日 24 時間を通じ、自らのニーズに基づく介護・医療・予防・生活支援・住まい等のサービスを適切に組み合わせて利用できる基盤を構築。
- ・ 団地住民を中心として、団地内の今後のビジョンを自ら作成し、行政や地域包括支援センターの施策へ反映。
- ・ 団地内の住民が、日常生活圏域内で自立した生活が継続できる支援基盤を構築すべく、日常生活圏域ニーズ調査を元に追加調査、シンポジウムを実施。

2) 分析の方法、進め方（調査実施の流れ）

事業名	実施時期	内容	対象者
一次調査 (日常生活圏域ニーズ調査結果・高島平集計分)	平成 22 年 12 月	第 5 期介護保険事業計画作成のための定数調査（郵送方式によるアンケート調査）の高島平分抽出・分析	団地在住者 約 470 名
二次調査 (団地高齢者の生活実態調査)	平成 23 年 7 月 ～8 月	高島平団地に特化した定数調査（郵送方式によるアンケート）	団地在住者 1,500 名（うち回答 718 票）
三次調査 (高齢者訪問調査)	8 月	ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯への面談方式による聞き取り調査（訪問方式による生活実態把握調査）	団地在住者 12 名
三次調査 (関係機関聞き取り調査)	8 月～9 月	団地周辺の官公庁や商業施設、UR 高島平担当部署への聞き取り調査	警察・消防・郵便局・商業施設・UR
ワークショップ	9 月 29 日	地域住民参加型によるグループ討論形式による高齢者施策の意見交換会	団地在住者 18 名
タウンミーティング	12 月 22 日	検討委員会での検討状況や今後のビジョン策定に関して、委員と区民の懇談会	団地在住者等 16 名

- 調査結果やワークショップ等を元に、検討委員会の意見をもとに、課題を集約。課題からキーワードを洗い出した。キーワードを高島平団地の地域包括ケア施策ビジョンの方向性の基盤とした。（キーワードからの視点の整理と基本目標への反映は以下の通り）

～ 検討会の様子 ～



～ 基本目標（ビジョン）の整理 ～

主な視点・キーワード		基本目標
【1】日常生活の状況について		1 ひとり暮らしや高齢者のみ世帯となっても元気で安心して暮らせる高島平団地へ
○ 抜けのない適切な情報提供 ○ 安心して暮らせる地域へ	→	
【2】介護・医療について		2 住民が主体となった多様なネットワークを築き、皆で支え合う高島平団地へ
○ 介護予防の充実 ○ 地域に住み続けられるしよみの整備 ○ 認知症対策の充実	→	
【3】住まいについて		
○ 活気のあるまち ○ 今の住まいに住み続けられるしよみの整備 ○ バリアフリー化による、ノーマライゼーションの実現	→	3 愛着のある団地をさらに住みやすく、いつまでも住み続けられる高島平団地へ
【4】外出、生きがい、日中の活動、近隣との交流について		4 最期まで住んでよかったと思える高島平団地へ
○ 活動のつながりを ○ 多様なネットワークづくり	→	
【5】地域生活について		4 最期まで住んでよかったと思える高島平団地へ
○ 多様なネットワークづくり	→	
【6】日常生活における不安点について		4 最期まで住んでよかったと思える高島平団地へ
○ 安心して暮らせる地域 ○ きめ細かな情報提供	→	
【7】地域満足度、居住地の愛着度について		4 最期まで住んでよかったと思える高島平団地へ
○ 愛着ある地域に住み続けられるしよみ	→	

3) 分析の視点

- 基本目標を達成するため、委員の意見をもとに、対応策を掲げ、取り組むべき方策を整理した。それぞれの方策を実現するための「期待できる具体的なプラン」を提示。

【基本目標1】

ひとり暮らしや高齢者のみ世帯となっても元気で安心して暮らせる高島平団地へ

キーワード

- ・安心して暮らせる地域へ
- ・抜けのない適切な情報提供
- ・介護予防の充実
- ・認知症対策の充実

対応策

- ⇒ ① 包括ケア
- ⇒ ② 民生委員活動やボランティア活動
- ⇒ ③ 食の健康を支援するしくみ（会食サロンなど）
- ⇒ ④ 認知症予防

【取り組むべき方策】

- ・ 困った時に安心して相談できる場所を確保する。
- ・ 安心して暮らせるための見守り活動の充実を一層図る。
- ・ 高齢者の健康を維持するための活動を充実させる。

【期待できる具体的なプラン】

- ・ 団地に特化した地域包括支援センター設置
- ・ 民生委員増員
- ・ 団地内での会食サロン
- ・ 認知症予防事業を実施
- ・ 住民主体による「声かけ」といった日常コミュニケーション

【基本目標2】

住民が主体となった多様なネットワークを築き、皆で支え合う高島平団地へ

キーワード

- ・活動のつながりを
- ・多様なネットワークづくり

対応策

- ⇒ ① (仮称)シニア活動センターとの連携
- ⇒ ② 地域活動（福祉の森サロン活動など）
- ⇒ ③ 地域コーディネート人材の育成
- ⇒ ④ ICT (IT) の活用について

【取り組むべき方策】

- ・ 個人やグループが気軽に活動できる場所を確保。
- ・ 行政、住民、ボランティア等が連携した、ゆるやかでかつ息の長いネットワーク

を構築。

【期待できる具体的なプラン】

- ・ 新たに地域包括支援センターに地域コーディネーターを配置。団地住民、関係機関とのネットワークを構築。
- ・ ボランティアの育成。
- ・ ICT の活用により、支えあう関係者の情報の共有化。

【基本目標3】

愛着のある団地をさらに住みやすく、いつまでも住み続けられる高島平団地へ

キーワード

・ 住み続けられるしよみの整備

⇒

対応策

- ① 団地内環境の活用・改善
- ② 限りなく在宅介護ができる環境の充実

【取り組むべき方策】

- ・ UR を中心に住民、行政の協働による団地住空間の整備・改善を図る。
- ・ 限りなく在宅生活を送れるよう、高齢者にとって魅力のあるまちづくりを目指す。

【期待できる具体的なプラン】

- ・ 小規模多機能居宅介護、グループホーム等の設置。
- ・ 公園、歩行者通路などの改善、バリアフリー化。

【基本目標4】

最期まで住んでよかったと思える高島平団地へ

キーワード

・ 愛着のある地域に住み続けられるしよみ

対応策

・ 活気のあるまち

⇒ ②多世代間の交流

・ バリアフリー化推進による、ノーマライゼーションの実現

⇒ ③バリアフリーとノーマライゼーションが融合したまちづくり

【取り組むべき方策】

- ・ 24 時間 365 日を通じ適切なサービスを提供できるシステム。

- ・ 個人の自己決定に基づき、支えあい支えられるまちづくり。

【期待できる具体的なプラン】

- ・ 医師会等との連携により、医療・介護が適切に供給できるシステムづくり。
- ・ 団地内に世代を超えた集いの場を多く整備。
- ・ バリアフリーとノーマライゼーションが融合したまちづくり。

4) その他

- ・ 平成 24 年度以降の展開は次の通り。
- ・ 施策ビジョンで示した基本目標を達成するために、区と高島平団地住民、そして民間事業者が連携して、期待される具体的なプランの実現に向けて取り組む。

【主な具体的プラン】

●短期実現が期待できるプラン

- ・ 民生委員の増員
- ・ 高島平地域包括支援センターへの地域コーディネーターの配置
- ・ 高島平団地内での介護予防事業の実施 など

●中長期的な目標としてのプラン

- ・ 高島平団地に特化した地域包括支援センターの設置
- ・ 新規開設予定のシニア活動センターとの連携におけるボランティアの育成
- ・ 小規模多機能型居宅介護とグループホームの複合施設の建設誘致

～ 高島平団地における取組み ～

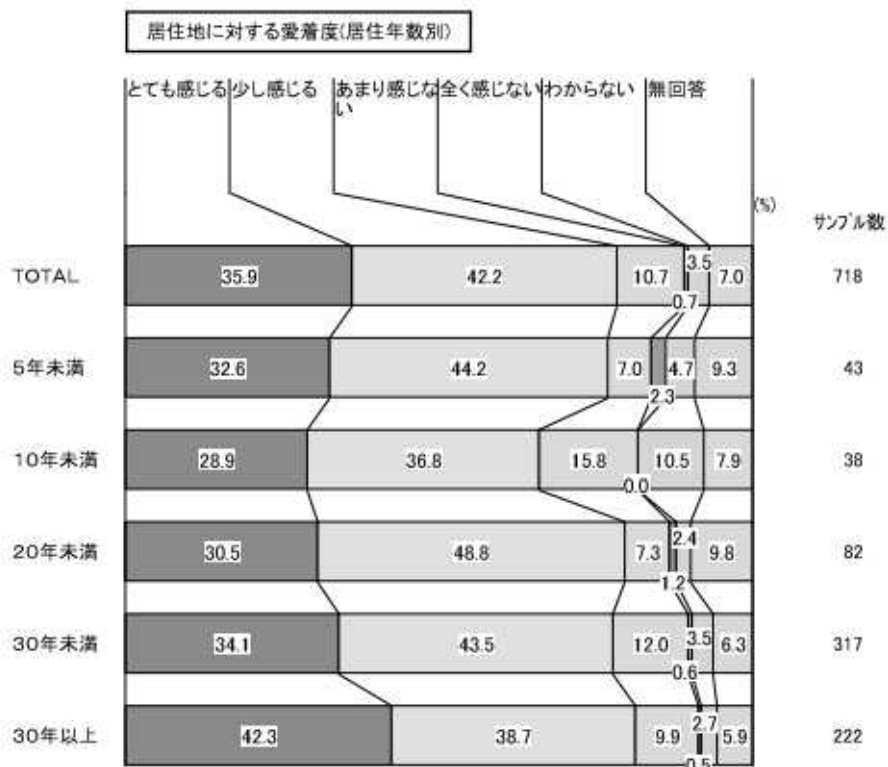
高島平団地においては、今後急速かつ大規模な高齢化の進展が予想されています。(平成 23 年 4 月現在、65 歳以上人口 6, 485 人、65 歳以上のみの世帯 3, 827 世帯、対総世帯数比 34. 9%)

介護・福祉ニーズの急増が予想される平成 27 年度を目途に、団地内に高齢者が自らのニーズに基づき、日常生活圏内で介護、医療、生活支援、住まい等のサービスを適切に組み合わせて、自立した生活が継続できるよう支援する基盤の構築を目的として、「地域包括ケア施策ビジョン」の検討を進めています。

<意識・ニーズ把握等>

要支援・要介護のサービス利用者については、すでに 22 年度に区内全域でニーズ調査を実施し、圏域別の特徴やニーズを把握しました。

平成 23 年度においては、団地居住者へのアンケート(郵送方式)・ヒアリング(訪問)を実施し、地域への愛着度、住み続けることへの課題などを把握しました。また同時に、商店、警察、消防、UR など、地域の関係機関による高齢者への配慮、支援への課題などをヒアリングにより把握しました。



3.4. サービス量等の見込量推計に関する参考事例

(1) 埼玉県和光市

～地域サービスの需要と供給状況を地域チェックリストで把握

和光市では、法定サービスと市独自サービスを書き込んで、サービス利用状況を地域チェックリスト（圏域別）で地域の需給状況を把握している。需給の過不足をみながら次期サービス量の推計にも反映している。また、認定データを元に、要介護認定者のリスクの分類を実施。個々の事例についてもコミュニティーケア会議（地域ケア会議）で検討している。

1) 背景・目的

和光市の推計の考え方は以下の通りである。

- ・ 給付分析からは出てこない政策方針が必要（～どうしたいのかというグランドデザインや保険者の“想い”が重要）
- ・ 法定サービスと市独自サービスを書き込んで、サービス利用状況を地域チェックリスト（圏域別）で地域の需給状況を把握（参考資料①）
⇒サービスの不足が見込まれば、次期介護保険事業計画の推計に織り込み、整備を検討。サービス利用量をトレンドで伸ばす考え方は取り入れない。
- ・ 毎月のトレンドについては、月報ではメッシュが粗くてみえない。要介護度別の利用状況、給付限度額に占める利用割合などをみて、理由を分析する（参考資料②）
⇒個々の要介護認定情報から状態像を知ることが重要
- ・ 計画の遂行については、行政の計画担当と地域包括支援センターとの密接な連携が重要
⇒和光市コミュニティーケア会議（地域ケア会議）で個別の議論（参考資料③）
- ・ 介護予防の効果は、保険者としての施策方針をおりこみ、保険者独自の見込を反映（認定者の介護予防による改善の式を入れる）

2) 分析のツール

- ・ 需給ギャップが明らかにするために地域チェックリストを作成し、活用。
- ・ 日常生活圏域ごとに必要とされるサービスの供給状況と認知症のレベルごろの対象者

数がどのくらいいるのかをメッシュ上で整理。

- 不足の場合には次期の介護保険事業計画で整備について検討を実施。

参考資料①

日常生活圏域
中央地区

H24年12月17日現在

対象
ニーズ調査データから入力
424名中、認知リスク回答のあった人 394名

サービス項目	定員	は必要とされるサービス												現在状況※1		今後の必要性※2			
		認知レベル0レベル		1レベル		2レベル		3レベル		4レベル		5レベル		6レベル		あり	なし	あり	なし
		(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性	(※1)現状	(※2)必要性				
近隣支えあい		50		15															
民生委員		70		10															
見守りネットワーク		30																	
配食サービス																			
認知症サポーター	54	50		20															
サロン・サークル	175	70		30															
高齢者センター		50																	
二次予防事業	155	2		11		2	7		3										
専門病院(外来・サポート医)	3						7		3					1					
訪問介護				2		2							1						
通所介護	16			3		5							1						
短期入所生活介護						1													
定期巡回随時対応訪問介護看護	25													1					
認知症対応型通所介護						1													
小規模多機能型居宅介護	25																		
介護老人保健施設	34							1											
認知症対応型共同生活介護	9																		
介護老人福祉施設	60																		
専門病院(認知症専門病棟)入院	285																		
特定施設	29					1													
精神病院等	270									1(療養型)									
未利用			300		52		7		3					1					

3) 分析の方法、考え方

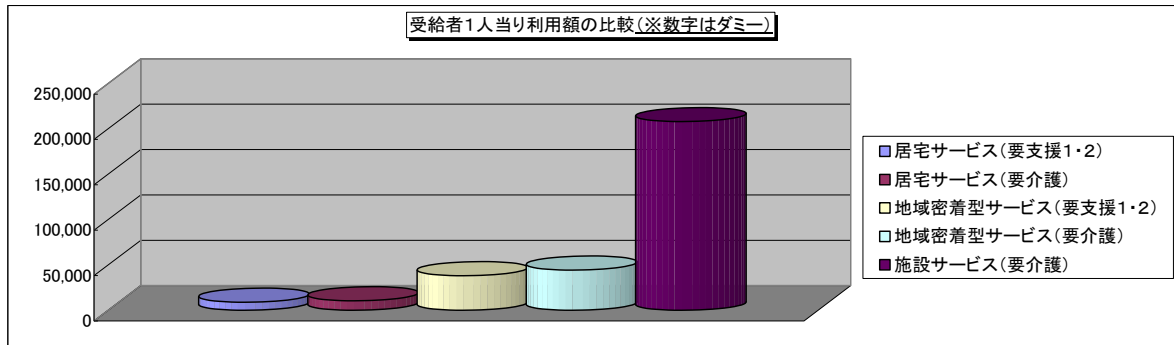
- 給付分析については月次でトレンドの推移を見ている。居宅系については、利用者一人当たりの利用額の割合を月次で注視。異常値があった場合には、認定データ等を参考に原因を

参考資料② (※サンプルフォーマット 数字はダミー)

居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービスの受給者1人当り利用額の比較(※数字はダミー)

要支援1・2(予防給付)		単位 円	
種別	居宅サービス(要支援1・2)	地域密着型サービス(要支援1・2)	施設サービス
費用額	35,520	457,823	
受給者数	4	12	
受給者1人当りの費用額	8,880	38,152	

要介護1～5(介護給付)		単位 円	
種別	居宅サービス(要介護)	地域密着型サービス(要介護)	施設サービス(要介護)
費用額	73,437	3,237,634	8,734,621
受給者数	7	73	42
受給者1人当りの費用額	10,491	44,351	207,967



居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービス 1人当たり利用額
2013年度

1. 介護予防サービス(要支援1・2)

	②地域密着型介護予防サービス					③施設介護サービス				
	地域密着型介護予防サービス受給者数	地域密着型介護予防サービス費用額	受給者1人当り利用額	認定者1人当り利用額	被保険者1人当り利用額	施設介護受給者数	施設介護費用額(特定診療・補足的給付除く)	受給者1人当り利用額	認定者1人当り利用額	被保険者1人当り利用額
2月		0	#DIV/0!	0	0		0	#DIV/0!	0	0
3月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
4月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
5月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
6月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
7月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
8月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
9月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
10月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
11月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
12月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
1月		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
合計	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

● 支給限度額に対するサービス利用状況

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均
支給限度額	49,700	104,000	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300	
サービス利用額	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
利用率(受給者ベース)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
サービス利用額(短期抜き)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
利用率(短期抜き)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
サービス利用額(認定者)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
利用率(認定者ベース)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

居宅サービス内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	平均
訪問サービス								0	#DIV/0!
通所サービス								0	#DIV/0!
短期入所サービス								0	#DIV/0!
福祉用具貸与								0	#DIV/0!
特定施設入居者生活介護								0	#DIV/0!
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計(短期抜き)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

地域密着型サービス内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	平均
定期巡回・随時対応型訪問介護看護								0	#DIV/0!
夜間対応訪問介護								0	#DIV/0!
認知症対応型通所介護								0	#DIV/0!
小規模多機能型居宅介護								0	#DIV/0!
認知症対応型共同生活介護								0	#DIV/0!
地域密着型特定施設入居者生活介護								0	#DIV/0!
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

施設サービス内訳	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	平均
介護老人福祉施設								0	#DIV/0!
受給者一人当たり			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
介護老人保健施設								0	#DIV/0!
受給者一人当たり			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
介護療養型医療								0	#DIV/0!
受給者一人当たり			#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		

4) 分析の視点

- 個々の事例やリスクの分析、検討にあたっては、「和光市コミュニティケア会議」（地域ケア会議）の位置づけが重要であると考えている。市で設置及び運営要領を作成し、関係者の意識の統一を図る。（参考資料③）

和光市コミュニティケア会議設置及び運営要領

平成13年4月1日決裁

平成18年4月1日決裁

(目的)

第1条 この要領は、介護保険制度における要介護認定において「自立」（特定高齢者含む）と認定された高齢者、要支援及び要介護認定者で介護予防、権利擁護他、何らかの支援並びに調整が必要な者に対し、家族関係及び住宅環境等の社会的要因をかんがみ、地域支援事業や高齢者保健福祉サービス等による「生活支援」が必要か否かの判定を行うほか、個々のケースに最適なサービスの種類及び利用量の調整により高齢者の生活の視点に立った自立支援を図り、和光市の高齢者保健福祉サービス及び介護保険サービスの円滑な運営に資することを目的に設置する和光市コミュニティケア会議（以下「コミュニティケア会議」という。）について、必要な事

項を定めることにより、コミュニティケア会議の適切な運営を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 コミュニティケア会議において判定及び調整を受ける対象者は、次のとおりとする。

- ・介護保険制度の要介護認定において「自立」の認定を受けた者のうち「生活支援
- ・介護予防等」を必要とするケース（特定高齢者の決定を含む）
- ・65歳未満で特殊疾病に該当しない場合のように介護保険制度の要介護認定の申請の要件を満たしていない特殊かつ困難な場合において「生活支援」を必要とするケース
- ・介護保険制度の要介護認定者で介護予防の必要性や権利擁護を含む何らかのサービス調整等が必要なケース

(判定基準)

第3条 コミュニティケア会議は、生活支援調査票により放置しておくことと自立生活に支障をきたすおそれ大きいと判断される場合において、次に掲げる分類に従い、その支援を必要とするかどうか判定するものとする。

・ランクA

動作支援（日常生活活動の能力面で不安がある高齢者、特に老年症候群からの廃用傾向がみえる高齢者を対象に介護予防事業や高齢者福祉サービスを中心としたサービス計画を作成して行う支援をいう。）

・ランクB

健康支援（特に健康面で不安がある高齢者を対象に市町村特別給付、地域支援事業及び高齢者保健サービスを中心としたサービス計画を作成して行う支援をいう。）

・ランクC

認知症支援（特に軽度で時折認知症行動のある高齢者で日常生活に不安がある者を対象とした市町村特別給付、地域支援事業、高齢者保健サービス及び高齢者福祉サービスを中心とした支援をいう。）

・ランクD

第1号から第3号までのいずれにも該当しないが、一定な支援が必要な高齢者を対象とした支援

(サービス調整)

第4条 コミュニティケア会議は、介護支援専門員等からの報告により、処遇困難ケ

ース、適正に欠けるサービス提供ケース及び介護予防必要ケース等のサービス調整を行うものとする。

(組織)

第5条 コミュニティケア会議の構成員は、保健、福祉又は医療等の専門家を中心とし、次に掲げる部署等に属する者とする。

- ・保健センター
- ・社会福祉課
- ・和光南地域包括支援センター・和光北地域包括支援センター和光中央地域包括支援センター・和光市北第二地域包括支援センター
- ・長寿あんしん課
- ・その他、ケースに応じて必要とする部署に属する者

2 コミュニティケア会議は、構成員5人以上で開催するものとする。

(意見の聴取)

第6条 コミュニティケア会議は、必要があると認めるときは、構成員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聞くことができる。

(秘密の遵守)

第7条 第5条の規定によりコミュニティケア会議に出席した者は、その職務上知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。

(記録)

第8条 コミュニティケア会議は、その取り扱う案件を個別に記録しておかなくてはならない。

(庶務)

第9条 コミュニティ会議の庶務は、保健福祉部長寿あんしん課で処理する。

(その他)

第10条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

5) その他

ヒアリングにより明らかになった、和光市の介護保険事業のマネジメントの考え方をまとめる。

和光市の介護保険事業マネジメント

主な業務		考え方、視点	
日常業務	介護度別の認定情報、支給限度額に占める利用割合を月次でチェック。	月報をみているだけではわからない。毎月経営管理資料を作成し、管理、公表	参考資料②
	毎月の実績と計画のチェック	行政と地域包括支援センターとの密接な連携が必要。計画の達成のために支援センターが動く	
	地域ケア会議で計画の目標や方針の確認、調整	全員集まる会議が月2回、圏域ごとには毎週1回	参考資料③
介護保険事業計画策定業務	保険者としての政策方針や考え方が重要(どうしたいのかというグランドデザイン)	例) 特養 200人分の待機者がいる。市としてどうしたいか。 ⇒ 特養(施設系)で整備する ⇒ 特養は100人程度とし、後は24時間365日の在宅系で対応する。	
	法定サービス+市独自のサービスを書き込んで、対象者が何のサービスを使っているのかを地域チェックリストでチェック	需給のギャップ。多寡が判明。サービス別の過不足を判断	参考資料①
	サービス見込量の推計	推計結果に対する倍率の掛け方が政策方針にマッチしているかが重要。(既存のサービス量を伸ばす考え方は使わない)	
	認定者の介護予防に関する改善効果を独自に見込み	個別の利用者の要介護度に着目しながら、市独自の改善効果を見込む	
	不足サービスは次期計画で整備を検討。(政策プロセス、を踏む)	パブリックコメント、住民合意を踏む	
	介護保険事業計画のとりまとめ	—	

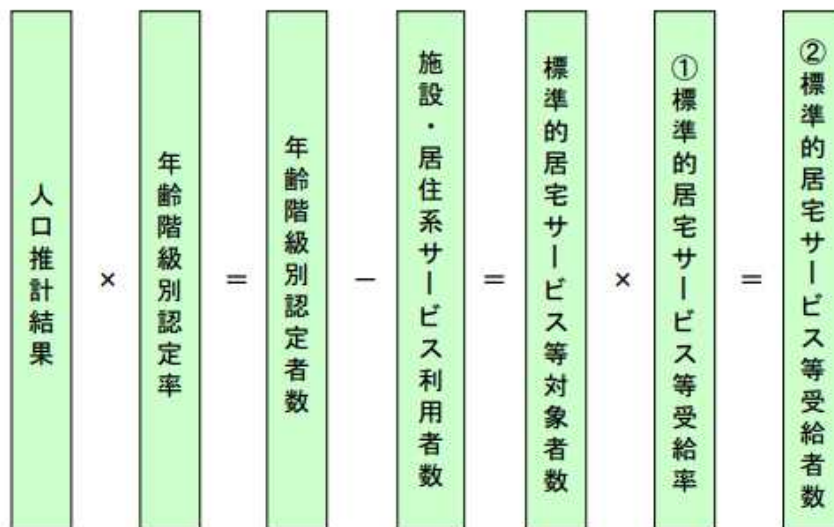
(参考：介護保険事業計画の記述) (P 83～84)

3 居宅サービス等のサービス必要量の推計

(1) 標準的居宅サービス等の利用者の推計

認定者数の推計値から施設・居住系サービスの利用者を除くことにより、標準的居宅サービス等対象者数を算出できますが、この標準的居宅サービス等対象者数に実績から算出した標準的居宅サービス等受給率(①)を乗じることにより標準的居宅サービス等受給者数(②)が求められます。

図表 居宅サービス等受給者数の推計手順



①標準的居宅サービス等受給率(平成22～23年度)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給率	71.3%	78.8%	91.8%	92.4%	91.5%	76.4%	56.1%

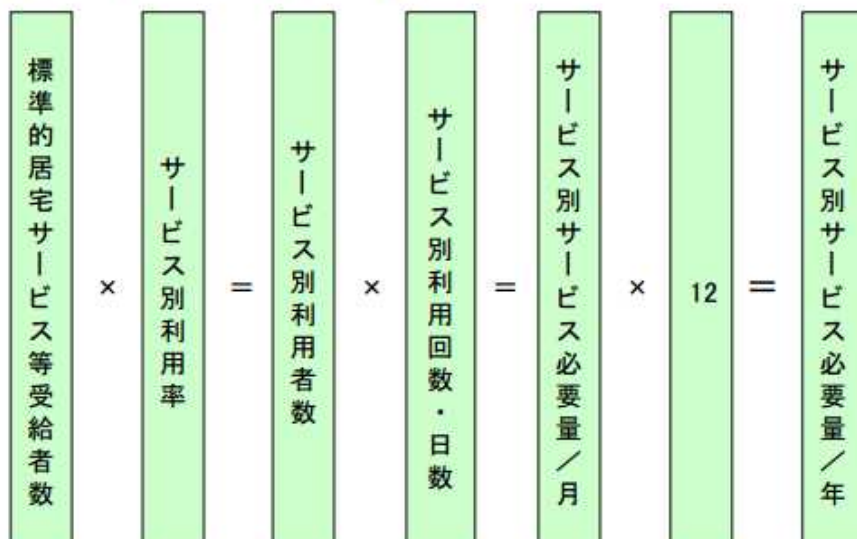
②標準的居宅サービス等受給者数

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
平成24年度	28	36	222	173	105	66	23	653
平成25年度	31	38	242	192	103	70	23	699
平成26年度	34	40	261	211	108	64	23	741

(2) サービスごとの居宅サービス等の必要量の推計

標準的居宅サービス利用者数に各サービス別の利用率を乗じることにより、サービスごとの利用者数を算出します。次に、利用者数に利用者1人あたりの利用回数・日数を乗じることによって、月あたりの利用回数・日数が算出できます。これを12倍したものがサービス見込み量となります。

図表 居宅サービス必要量の推計手順



(2) 兵庫県神戸市

～保険者独自の考え方に基づく推計を実施

神戸市は今後も高齢化率の増加が見込まれ、増加率を正確に推計することがあると考えている。過去の給付状況や認定者のデータ蓄積をもとに、経年変化を重要視しつつ、計画と実績との差をできるだけ縮小できるような方法で実施している。平成24年度については、ほぼ計画どおりとなる予定である。

1) 背景・目的

- 神戸市の高齢化率は平成23年10月時点で22.7%、平成26年度には第1号被保険者数は40万人、高齢化率25.8%と、超高齢社会を迎える。75歳以上人口の伸びが顕著。
- 高齢者人口に対する要介護等認定者の認定率は18%台で推移していたが、平成21年度前後から再び上昇。
- このような状況下では、給付費が増加し続け高齢者の保険料負担の増加が予測されるた

め、その増加率をより正確に推計する必要が有り。

- ・ このため、過去の給付状況や認定者のデータ蓄積をもとに、経年変化を重要視しつつ、計画と実績との差をできるだけ縮小できるような方法で、期中の見込・推計を実施。

2) 分析のツール

- ・ 独自のソフトを活用して、認定データと給付データを分析し、推計にも検討。

3) 分析の方法、考え方

以下の手順で、推計を実施。

- ・ 推計の仕方について、過去のサービス毎の給付実績額の伸びを足伸ばしし、次の3か年のサービス毎の給付見込み額を算出
- ・ 上記給付見込み額合計について、年齢区分別高齢者人口や要介護度別の要介護認定者数の伸びと合わせて考え、全体の給付見込み額の枠を調整・決定。
- ・ その後、給付見込み額と直近の一人当たり給付単価から、どの程度のサービス量になるのかを割り出していく。
- ・ 参考にする過去のデータは、3 か年以上のデータにより推計を実施。(過去のデータの数が多ければ、ある程度近似すると考えられる)
- ・ 各月の変化要因(誤差)をできるだけ緩和するやり方を検討。
- ・ 認定者の推計では、更新時の要介護度の変化に着目。理由としては、高齢化が進み平均の要介護度も、認定率も徐々に上がりつつあるため。
- ・ その原因と方向付けをどう判断するかというところで、要介護度の更新時の傾向を参考。

4) 分析の視点

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについては、平成 22 年度に神戸市が実施した高齢者実態調査の結果に基づき、「認定者数推計の考え方」「24 時間対応型サービスニーズと必要事業所数の推計について」の各資料を作成。
- ・ 上記資料とともに、国の「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」資料の事業モデルに基づき、サービス利用者数見込みや整備必要事業者数を算出。

- ・ 市の高齢者実態調査において、高齢期の住まいの希望や自宅のバリアフリー度等を聞いており、施設サービスと在宅サービスの傾向分析の参考とした。
- ・ 介護予防については、予防効果が汲めるほどのデータ（エビデンス）はあがっていないので、第5期では介護予防の効果は見込んでいない。

5) その他

- ・ 平成24年度については、ほぼ計画どおりとなる予定。（平成25年1月審査時点で算出した年間給付見込み額は計画値の約99%）
- ・ 第1号被保険者数の実績が計画値よりも減っているにもかかわらず、1人当たり給付費額が増加傾向である点、訪問看護など在宅での医療系サービスが計画よりも増加している点の原因と対策等が今後の課題。
- ・ 今後の対策をたてる上で、介護予防による効果は重要であるが、後期高齢者が増加する条件下では、給付費の増加を抑えるところまで見込めるかどうか疑問。
- ・ 予防や健康づくりというのは、地域ぐるみの取組みが主体にならざるを得ないので、もっと長期的な構想やそこに向かうための段階的な取り組みと結び付けて行くべきと考える。
- ・ 予防については、日本福祉大学の近藤先生の J-A G E S（Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究）の調査の協力依頼があり、現在、参加している。
- ・ 集計データを地図上で視覚化できるのが特徴。神戸市でも集計データを活用した分析に入ろうという段階。
- ・ 地域包括支援センターの圏域毎での集計を取っているので、小地域毎での傾向や特性などを分析できないかということで現在検討中。
- ・ これが全国的に実施できるのであれば、行政区や地域包括支援センターなどで小地域毎の予防対策を検討する際に有効となると期待される。

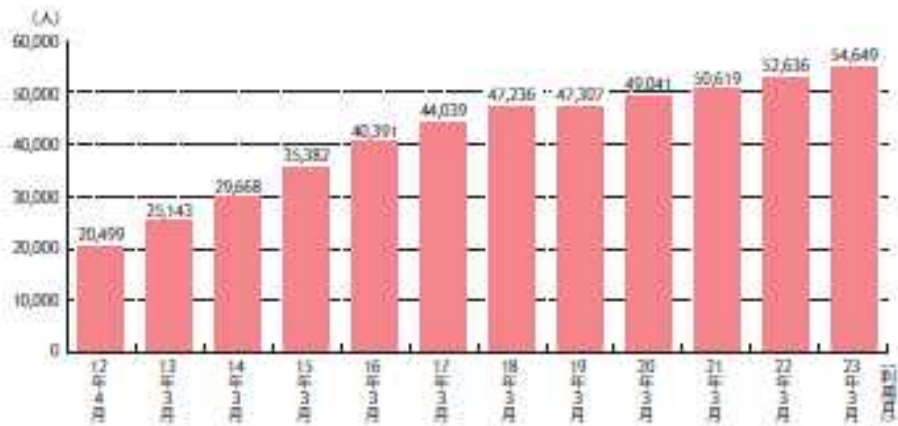
(参考：介護保険事業計画の記述 P59-68)

第4章 介護サービス量等の概況

(2) サービス利用の状況

要介護等認定者の増加に伴い、サービスを利用する方も増加しています。平成12年4月末から23年3月末の11年間で、在宅サービス利用者数は3.2倍、施設サービス利用者数も1.4倍になっており、サービス利用者全体でも2.6倍に増加しています。

サービス利用者数の推移



※ 兵庫県介護保険組合からの実績情報をもとに平成23年3月まで累計したデータに基づく。

		12年4月	18年3月	19年3月	20年3月	21年3月	22年3月	23年3月
サービス利用者数	a 在宅サービス	13,767人 (100)	38,065人 (276)	38,019人 (276)	39,415人 (286)	40,923人 (297)	43,073人 (313)	45,074人 (327)
	b 施設サービス	6,899人 (100)	9,313人 (135)	9,452人 (137)	9,775人 (142)	9,844人 (143)	9,696人 (141)	9,742人 (141)
	c 重複分	167人 (100)	142人 (85)	164人 (98)	149人 (89)	148人 (89)	133人 (80)	167人 (100)
	d 実数 (a+b-c)	20,499人 (100)	47,236人 (230)	47,307人 (231)	49,041人 (239)	50,619人 (247)	52,636人 (257)	54,649人 (267)

注1 兵庫県介護保険組合給付実績情報等を平成23年3月事業分まで累計したデータに基づき作成したもので、月遅れ請求の存在等により、今後変動する。

注2 「c 重複分」は同じ月内に在宅サービスと施設サービスの両方を利用した者の人数。

注3 () は平成12年4月分を100とした場合の指数。

(2) 認定者数の推計

男女別・年齢階層別・要介護度別の認定者出現率と、被保険者数の推計により認定者数の推計を行いました。

認定者数の推移(第2号被保険者を含む) ※各年10月1日時点



	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
要支援1	12,728	13,828	14,358	15,018	15,602	16,216
要支援2	10,323	11,158	13,046	14,345	15,423	16,407
要介護1	11,246	11,208	10,711	10,832	11,297	11,794
要介護2	9,226	9,646	10,511	11,122	11,672	12,137
要介護3	8,505	8,050	8,011	8,315	8,739	9,101
要介護4	6,570	6,928	7,313	7,832	8,525	8,973
要介護5	6,164	6,552	6,915	7,542	7,939	8,370
合計	64,762	67,370	70,865	75,006	79,197	82,998

(※21～23年度は各年度10月1日の実績、24年度以降は、各年度10月1日の推計値)

(2) 居宅サービスの利用見込み

居宅サービスの利用見込みにあたっては、過去3年間の実績を基に推計しました。

【介護給付・予防給付】

	単位	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
居宅サービス							
訪問介護	人数/月	22,951	23,550	23,950	24,604	25,034	25,414
訪問入浴介護	回数/月	4,898	5,106	5,150	5,323	5,518	5,733
	人数/月	997	1,019	1,000	1,100	1,140	1,184
訪問看護	回数/月	28,063	30,131	32,261	33,837	35,562	37,078
	人数/月	4,938	5,304	5,567	5,881	6,190	6,418
訪問リハビリテーション	回数/月	7,444	8,240	9,462	10,527	11,776	13,210
	人数/月	749	759	852	949	1,061	1,191
居宅療養管理指導	人数/月	4,312	5,044	5,515	6,357	7,479	8,796
通所介護	人数/月	14,567	15,735	16,646	17,635	19,410	21,388
通所リハビリテーション	人数/月	4,679	4,886	5,047	5,246	5,648	6,084
短期入所生活介護	日数/月	34,320	37,558	38,656	42,301	45,476	48,919
	人数/月	3,279	3,529	3,561	3,695	3,972	4,272
短期入所療養介護	日数/月	4,053	4,082	3,992	4,208	4,368	4,519
	人数/月	505	527	530	549	570	590
特定施設入居者生活介護	人数/月	2,418	2,723	2,916	3,341	3,701	4,099
福祉用具貸与	人数/月	15,101	16,611	17,612	19,080	20,292	21,593
特定福祉用具販売	件数/月	584	603	594	668	694	723
地域密着型サービス							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人数/月	—	—	—	16	94	283
複合型サービス	人数/月	—	—	—	26	158	350
夜間対応型訪問介護	人数/月	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	人数/月	441	453	474	481	515	552
小規模多機能型居宅介護	人数/月	358	479	549	635	653	604
住宅改修	件数/月	474	521	566	584	624	665
居宅介護支援・介護予防支援	人数/月	37,649	39,420	40,571	41,836	44,332	46,993

※21～22年度は年度平均の実績。23年度は6～9月平均の実績。24年度以降は年度平均の推計値。

※平成24年度から定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設されることから、夜間対応型訪問介護自体の見込みを充てていないが、夜間対応型訪問介護の創設を妨げるものではない。以下同様。

4 介護サービス利用量の推計

(1) 施設・居住系サービスの利用見込み

施設・居住系サービスについては市内施設の今後の整備状況や、市外施設の利用状況を勘案し、利用者数を見込んでいます。

(単位：人/月)

	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
介護老人福祉施設	4,422	4,438	4,520	4,660	4,692	4,743
小規模介護老人福祉施設	288	373	390	520	627	734
介護老人保健施設	4,353	4,374	4,451	4,479	4,527	4,579
介護療養型医療施設	989	945	923	908	898	888
小計	10,052	10,130	10,284	10,567	10,744	10,944
認知症高齢者グループホーム	1,313	1,394	1,497	1,529	1,613	1,703
特定施設入居者生活介護	2,418	2,723	2,916	3,341	3,701	4,099
小計	3,731	4,117	4,413	4,870	5,314	5,802
施設・居住系サービス合計	13,783	14,247	14,697	15,437	16,058	16,746

※21～22年度は年度平均の実績、23年度は4～9月平均の実績、24年度以降は年度平均の推計値。



3.5. 重点的に取り組むことが望ましい事項に関する参考事例

(1) 認知症

① 東京都国分寺市

～金融機関を対象とした認知症サポーター養成講座を開催（役員を含む全職員が受講）

国分寺市は高齢化率が高まっている中、金融機関をはじめさまざまな業種、法人と連携しながら認知症に対する施策を推進している。

1) 背景・目的

- ・ 国分寺市は高齢化率も 25.8%と高まってきており、今後地域で認知症高齢者の増加が見込まれると考えている。認知症サポーター養成講座にも注力。
 - ・ 平成 19 年度より、国の方針に沿い、認知症の正しい知識を持ち、認知症の人や家族が安心して暮らせる地域づくりを目指して始まった。
 - ・ 講師は地域包括支援センター・地域相談センター職員のキャラバンメイト、介護相談員等のキャラバンメイト。
 - ・ 講座はキャラバンメイト連絡協議会の指導する流れに準拠。
- ・ 現在、人口約 1,000 人がサポーターとして認定。
 - ・ これまでは、自治会、老人会、サークル向けに実施。今年度は民間企業を対象として実施。具体的には金融機関（信用金庫）を対象。

2) 実施理由

- ・ 金融機関から実施の要請が有り。
- ・ 金融機関の ATM 操作において、誤操作やトラブルの発生が見られることから、認知症に対する金融機関職員の理解を深める必要がある。
- ・ 対象者が増えており、金融機関としては看過できない課題がある。
 - －ATM での誤操作、トラブル
 - －窓口でお金を渡した、もらわない
 - －領収書を渡した、もらっていないなど（問題になりそうなケースも多い）

3) 実施概要

- ・ 支店ごとに認知症サポーター養成講座を実施。役員を含む全職員が受講。認知症への理解を深める。(支店は国分寺市外もあり)

- ・ 主催：地域包括支援センター・地域相談センター職員のキャラバンメイト。理解しやすいように寸劇なども実施
- ・ 日時：平成24年7月(4か所各1回 合計4回)
- ・ 講師は東京都健康長寿医療センター(精神科医)などが担当

4) 金融機関以外での国分寺市の認知症への具体的な取組み

- ・ タクシー会社で2回、認知症サポーター養成講座を実施(乗客が認知症で、目的地がどこかわからないケースがあり)
- ・ 周知を目的として、国分寺市の経済課と共に同行。商店街の商工会事務局に認知症への周知を実施。
- ・ 国分寺市内のコンビニ全店舗をまわり、認知症サポーター要請講座の案内と対応マニュアルを配布。

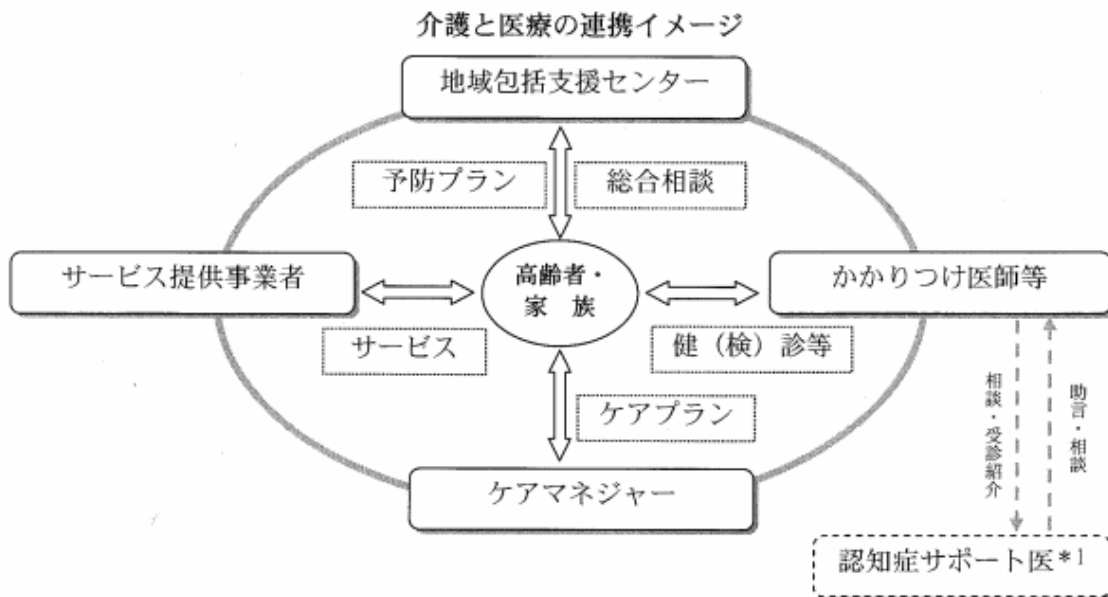
5) 平成24年度の取組み

- ・ 企業を含め受講対象者のすそ野を広げ、なるべく多くのサポーターを要請できるよう働きかける方針。
- ・ 郵便局：2013年2月6日(水)PM7:00~8:30 約50名
- ・ 保険会社：2012年11月16日(金) AM9:30~11:00 約15名
- ・ 受講後は、民生委員や各市ボランティアへの参加等、既存の枠組みをご紹介しその活性化につなげていく。

(参考：介護保険事業計画の記述) P207-208

<第1章 地域ケア体制の整備>

ひとり暮らしの高齢者や認知症状を呈する方が増える中、地域での在宅支援体制を考えると、高齢者やその家族と接する機関どうしのネットワーク化づくりを通じて、介護と医療の連携を図っていく必要があります。高齢者本人やその家族を中心に、地域包括支援センター、かかりつけ医師等、ケアマネジャー、介護保険のサービス提供事業者がそれぞれ連携・協力しつつ、地域で支えていけるしくみづくりを検討していきます。



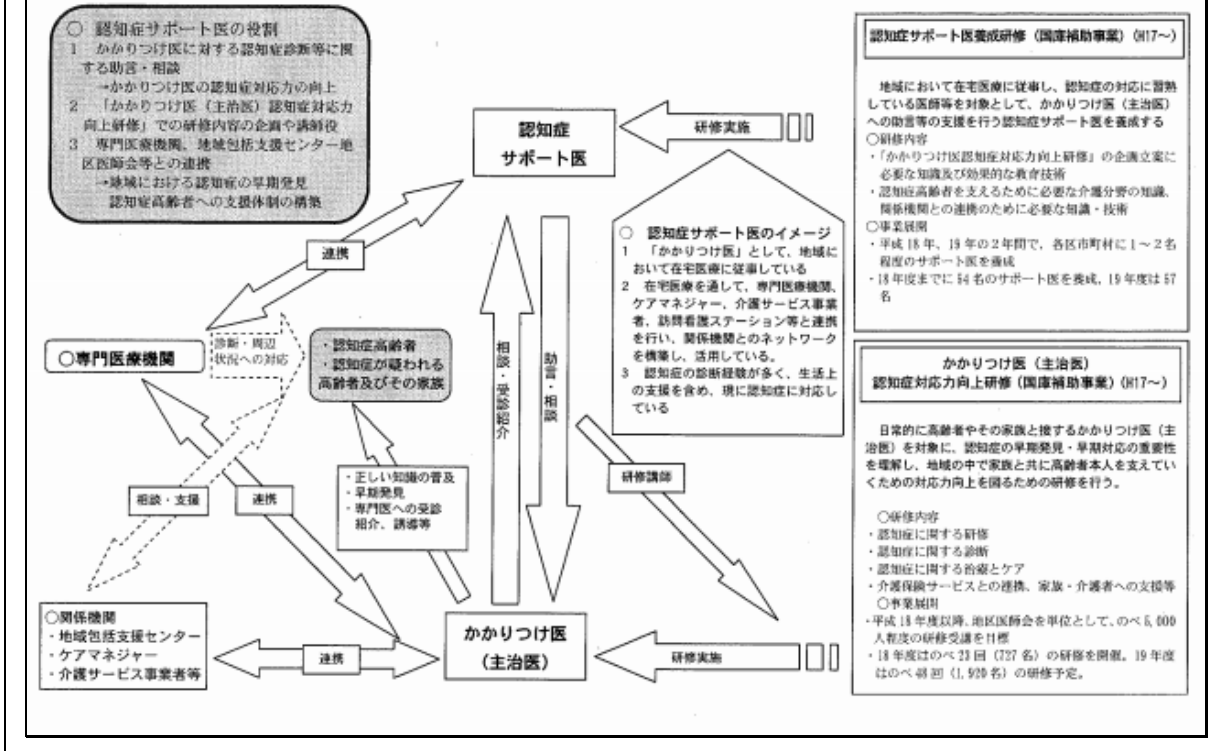
認知症高齢者の増加が見られる中、たとえ認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるようにするためには、地域での支援づくりが必要です。認知症は早期に発見し、早期に治療することが最も重要で、そのためには、身近なかかりつけ医師との連携・協力、かかりつけ医師と認知症サポート医との連携といったネットワークづくりが必要です。また、高齢者やその家族への支援については、認知症に対する正しい理解の促進、相談支援体制の整備、各種サービスの情報提供が必要となります。介護と医療との連携づくりを進めるとともに、家族の介護負担の軽減や権利擁護の推進、介護サービスの基盤整備など、高齢者と家族等介護者の両面からの支援を通じて、認知症ケアを推進していきます。

*1 地域で在宅医療に従事し、認知症の診断に習熟している医師などを対象として、かかりつけの医師への助言などの支援を行う医師のことをいいます。

<第1章 地域ケア体制の整備>

(参考) 認知症地域医療支援事業

東京都では、認知症地域医療支援事業として、認知症サポート医養成研修やかかりつけ医（主治医）認知症対応力向上研修を行い、地域における認知症高齢者に対する支援の充実を図っています。



② 東京都板橋区

～認知症に対する施策や体制づくりが充実

板橋区では、古くから認知症対策に取り組んでいた。平成24年度に、認知症高齢者と家族を取り巻く関係機関で構成する、「板橋区認知症高齢者支援体制構築連絡会」を設置。認知症高齢者の実態調査を実施し、課題を明確化。連携に必要な情報共有ツールの作成や研修会などに取り組んでいる。

1) 背景・目的

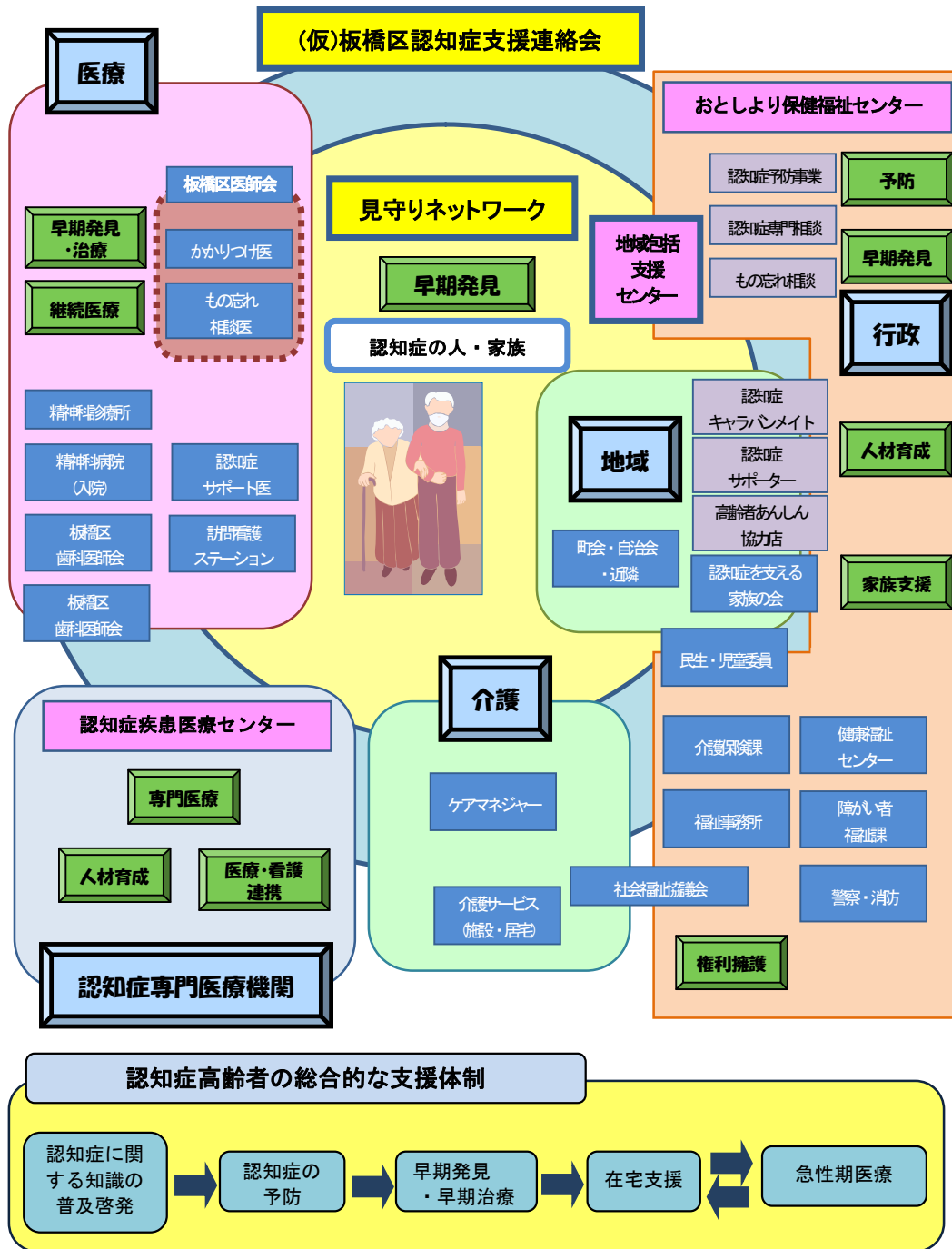
- ・ 認知症の早期発見・早期治療に早くから取り組む（もの忘れ相談、認知症専門相談等）
- ・ 予防から早期発見、適切な医療、地域支援体制までの総合的な構築を目指す。（次ページ体制図参照）

- 22 年度、国からの認知症に対する調査研究事業に東京都健康長寿医療センターのモデル事業に協力として取り組む（モデル事業の結果、脳力アップにウォーキング一定の効果があるとの結果）
※東京都健康長寿医療センターは認知症疾患医療センター
- 平成 23 年度から事業化。区の主要事業のひとつに格上げ。予算配分も容易に。
- 平成 23 年度 16 圏域にひとつずつ実施するという目標を立てている。（包括支援センターまたは民間に委託）
- 指標としては継続率、満足率で事業の実施状況を把握、評価。

2) 施策の推進

- 平成 24 年度に、認知症高齢者と家族を取り巻く関係機関で構成する、「板橋区認知症高齢者支援体制構築連絡会」を設置。年 4～5 回実施。
- その間にワーキングも複数回実施（区内認知症患者の状況把握、地域で生活するための課題を探る。
- メンバーはかかりつけ医、認知症専門医、訪問看護師、介護支援専門員、包括センター職員、民生委員、家族会、区職員等（お互いの顔の見える関係を構築）。
- 板橋区の認知症高齢者の実態を調査し、現状の課題を明確化。
- 地域生活継続の課題を明確にする他、関係機関の連携に必要な情報共有ツール（（仮）私の連絡帳）の作成、普及啓発のための研修会を企画。
- 平成 25 年度は「（仮称）板橋区認知症支援体制連絡会」を設置。医療、介護、行政、地域のネットワークの更なる強化を図る。
- 認知症サポーター養成講座や講師役のキャラバンメイトを養成しているが、民生委員の下に認知症サポーターをおくことはしていない。
- 今後もおとしより保健福祉センターと地域包括支援センター、民生委員との関係を強化し、認知症対策にも力を入れる。（平成 24 年度高島平では民生委員 3 名増加。団塊の世代などのなり手を増やしていく意向）

板橋区認知症高齢者支援体制



板橋区の認知症対策（平成24年度）

認知症を予防するために

早期発見、早期治療のために

的確な医療、サービスをうけるために

- <地域支え合いグループ>
- <介護予防講座>
- <脳力アップウォーキング
ゼミナール>
- <らくらく体操>
- <二次予防事業対象者向け
元気力向上教室>
- ・はつらつ教室
- ・運動コース
- ・食生活コース
- ・お口の健康コース
- ・会食サロン
- ・認知症予防コース
(いきいきコース)



- <もの忘れ相談事業>
- <認知症専門相談>
- <元気力（生活機能）
チェックシート>

- <医療>かかりつけ医、専門医
- <相談>おとしより相談センター（区内16か所）
おとしより保健福祉センター（高齢者相談係、相談支援係）
- <ケア>介護保険サービス（認知症対応型通所介護、訪問介護等、グループホームなど）
- <福祉事業>
 - 防火対策事業（火災警報器、電磁調理器・電子レンジ）
 - 認知症高齢者外出支援事業（ごいっしょサービス）
 - 配食サービス
 - 認知症徘徊高齢者探索サービス
- <権利擁護・虐待防止>
 - 権利擁護サポートセンター（成年後見制度・地域福祉権利擁護事業等）
 - 虐待防止専門相談室
 - シェルター事業
- <家族支援>
 - 家族支援プログラム
 - 認知症介護家族交流会
 - 認知症の方を介護する家族のための講演会
 - 介護者のこころの相談

認知症になっても安心して暮らせる地域をめざして

～ 区民の理解促進と地域づくり ～

<認知症サポーター養成講座><認知症キャラバンメイト養成研修><ひとり暮らし高齢者見守りネットワーク事業><認知症についての講演会>

第2節 認知症高齢者支援の充実【重点事項】

(1) 板橋区における認知症高齢者支援体制の構築

認知症になっても、住み慣れた地域で安心して生活を継続するために、従来から取り組んできているさまざまな認知症対策について、認知症疾患医療センターや板橋区医師会等の関係機関と連携を強化し、認知症の予防・普及啓発から早期発見、適切な医療、地域での支援体制まで、認知症の高齢者と家族をとりまく支援体制を総合的に構築していきます。

そのため、平成24年度に、認知症高齢者と家族を取り巻く関係機関で構成する「(仮称)板橋区認知症支援体制構築検討会」を設置し、板橋区の認知症高齢者の実態を調査し、現状の課題を明確にします。

平成25年度にはその課題を解決するために、「(仮称)板橋区認知症支援体制構築検討会」から引き継いで「(仮称)板橋区認知症支援連絡会」を設置し、医療、介護、行政、地域のネットワークを強化し、認知症患者への総合的な支援体制を構築していきます。

(2) 認知症に関する知識の普及啓発

① 認知症高齢者を介護している家族への普及啓発

認知症高齢者を介護している家族に対して、認知症の理解や対応方法等を習得するための講演会・講習会や、介護者自身の健康講座を開催しています。

② 認知症サポーター・キャラバンメイトの養成

認知症についての正しい理解と対応の普及啓発を目的とした「認知症サポーター養成講座」を実施するとともに、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイトを養成していきます。

(3) 認知症予防事業

① 認知症予防事業（一次予防事業）の充実

平成23年度よりウォーキングプログラムを実践し、認知症予防に効果的な習慣を身につけていく「脳力アップウォーキングゼミナール」を開催し、認知機能低下を予防するための事業を実施しています。

② 二次予防事業の拡充

生活機能評価（生活機能チェック）による二次予防対象者の把握方法を強化し、二次予防事業対象者を、適切な認知症予防のための講座等につなげていきます。

(4) 早期発見・早期治療及び在宅認知症患者の急性期医療の体制構築

- ①地域包括支援センター（おとしより相談センター）等による認知症の相談を強化するとともに、もの忘れ相談事業、認知症専門相談等を充実させ、認知症の早期発見、早期治療につなげていきます。
- ②認知症疾患医療センター、板橋区医師会、地域包括支援センター（おとしより相談センター）が連携、協働して取り組み、認知症の早期発見、早期治療及び在宅認知症患者の急性期医療に対する包括的支援体制を構築していきます。

(5) 認知症高齢者と家族を支える地域の仕組みづくり

①家族支援

認知症高齢者を介護している家族の心理的不安の解消を図るため「介護者のこころの相談（臨床心理士による個別相談）」の開設、家族介護者を対象にしたピアカウンセリングやリフレッシュを目的とした家族介護者交流会を地域で継続的に実施し、支援していきます。

②地域支えあい活動の支援

地域包括支援センター（おとしより相談センター）が中心となって、キャラバンメイトと協力し、認知症サポーターによる地域での認知症高齢者・家族に対する見守りや支援などの支えあい活動が推進できるよう、支援体制の整備を図っていきます。また、商店等の事業所が認知症高齢者を理解し、あたたかく対応する「高齢者あんしん協力店」の登録数の増加を図ります。

(6) 若年性認知症支援

若年期の認知症は、高齢で発症する認知症とは異なるさまざまな社会的、家庭的問題を引き起こします。その固有な課題の実態把握を含めた総合的な支援について検討していきます。

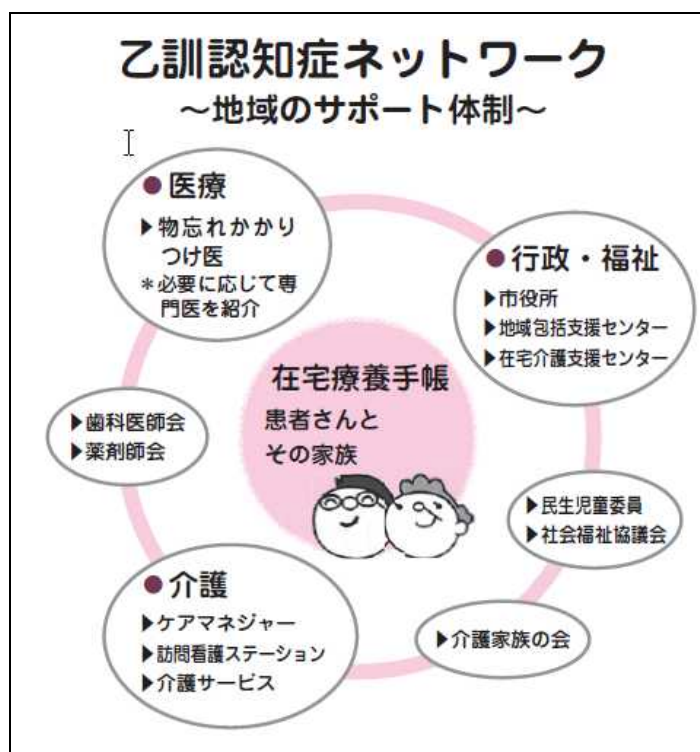
③ 京都府長岡京市

～医師会を中心に、認知症への取組み実績あり

長岡京市では、京都府の交付金を活用し医療機関や福祉施設を活用した認知症対策に取り組んでいる。今後も取組みを拡大していく予定である。

1) 背景・目的

- ・ 長岡京市を含む乙訓（おとくに）地域は、乙訓医師会を中心とした医療・介護・福祉・行政が連携する在宅ケアのネットワークが存在。



- ・ 乙訓医師会 3 年前から「物忘れかかりつけ医」の制度を導入。乙訓で 40、長岡京で 20 の診療所が登録。
- ・ かかりつけ医が診察し、必要に応じて専門医を紹介。
- ・ このしくみは平成 8 年から乙訓医師会で発行している「在宅療養手帳」がベースとなる。在宅で医療や介護に全ての人が共有。(全国でも先駆け)
- ・ 医師会では、平成 19 年度から数人の医師で認知症に関する勉強会を実施。「認知症懇話会」を発足。(医師だけでなく、介護・行政・福祉をはじめとした認知症関係者が発足) 講演会とグループワークで認識を深める。
- ・ そのような中、長岡京市は京都府の認知症総合対策のモデル地区に指定され、認知症対策に注力。認知症の発症予防や重症化を防ぐ。

2) 事業の内容

- ・ 外出しやすい場所を地域に設けて、認知症予防プログラムを提供。
- ・ 医療機関の喫茶室や福祉施設のサロンなどの気軽に集まれる場所で、脳を活性化させるクイズや体操などのプログラムを提供。

- ・ 京都府の「地域包括ケア総合交付金」(480 万円) を活用。同交付金は多様な事業への活用が可能で、カフェの他にも、サロン、医師会による啓発パンフ配布などの事例あり。
(参加費用は無料)

3) 施策の推進

- ・ 病院を経営する財団に運営委託。医療機関の喫茶室を使った「医療型カフェ (オレンジ・カフェ)」を運営。
- ・ 同財団の認知症地域支援推進員や医師、作業療法士らがチームを組んで活動。
- ・ 「オレンジ・カフェ」は登録制で、市や医師、地域包括支援センターが斡旋した市民を対象。
- ・ 週 1~2 回開き、写真や昔の道具を使って過去を思い出す「回想法」をはじめ、体操や健康講座、クイズやパズルなどの脳トレーニングを実施。
- ・ 医療型カフェのみならず、福祉施設を使った「サロン型カフェ (オレンジ・スペース)」、3人以上のグループで申し込んでいただく「出前型カフェ (オレンジ・バスケット)」を実施。(いずれも軽度認知症の方を対象に、脳を活性化させるクイズや体操などのプログラムを提供)
- ・ オレンジ・スペースは長岡京市の地域福祉センター「きりしま苑」(東神足) で開設。



京都新聞 2012 年 11 月 08 日より引用

- ・ 今後も拡大していく方向性にある。

4) その他

- ・ 「認知症予防講座」年 10 回開催。認知症予防プログラムなどを学ぶ機会を充実。地域での認知症支援のリーダーとなる人材育成を目的。

- 一般の方への認知症サポーター養成講座にも注力。(24年度で320人ほど新たに養成)
- 市内の精神系の医療機関が「認知症疾患医療センター」の指定(平成24年末)その医療機関をコアとした地域のネットワーク化を図る。
- 認知症ネットワークのコーディネーターとしての役割を果たす「地域支援推進員」を配置。
- 「地域支援推進員」は、地域住民とも医療関係者とも接する、要として機能。

(参考：介護保険事業計画の記述) P70-72

②認知症に関する知識の普及啓発の充実

認知症高齢者の尊厳を守り、介護を担う家族等の負担軽減を図るため、認知症に対する理解が地域全体に広まるよう、あらゆる機会を通じて知識の普及啓発に努めます。

■ 認知症サポーターの養成

国において推進されている「認知症サポーター100万人キャラバン」に則り、本市においても、認知症を理解し、認知症の人や家族を見守る認知症サポーターを一人でも増やすために認知症サポーター養成講座を引き続き開催していきます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
毎年度、養成講座を実施するとともに、自治会や学校、商店街等に養成講座の開催を働き掛け、開催を支援することで、認知症サポーターの養成に引き続き取り組みます。また、交流機会の確保など、認知症サポーター登録者の活用について検討します。	推進

■ キャラバンメイトの養成及びスキルアップ

認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイトの養成講座及びフォローアップ研修等を実施し、認知症サポーター養成講座について、さらに内容の充実した効果的な講座の実施に努めます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
今後も、キャラバンメイトの養成講座及びフォローアップ研修を継続的に実施していきます。	推進

■ 広報誌等による啓発・周知

広報「長岡京」における認知症に関する特集記事の掲載やホームページの活用により定期的な情報発信を行うほか、認知症に関するパンフレット・冊子の活用等により、認知症についての正しい理解の普及・啓発に努めます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
今後も、市広報誌に、認知症に関する特集記事を定期的に掲載することで、認知症についての理解の普及・啓発に努めます。	推進

③医療体制の充実

早期発見・早期対応体制の整備も含め、認知症高齢者が地域で安心して生活が継続できるようにするためには、医療体制の充実が不可欠です。

地区医師会が構築されている認知症かかりつけ医ネットワークの活用等により、かかりつけ医をもってもらうことで、必要に応じて又は定期的な受診機会を確保することが可能となり、地域の病院や専門医と連携して、専門医の指導のもとで、医療を受ける体制（病診連携）を作ることも可能となります。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
医療機関を含めた地域の関係機関のネットワークを強化することでかかりつけ医の確保及び定期的な受診機会の確保に努めます。	推進

④相談体制の充実

相談事業の実施等地域包括ケア推進の要となる地域包括支援センターの機能強化に努めます。また、認知症の人が住み慣れた地域の中で生活を継続するには、専門的な相談窓口や各関係機関の連携の核となる拠点が求められることから、必要なサービスを受けられるよう関係機関との連絡調整を行い、連絡会議の設置等によりネットワーク体制の構築を図ること等を業務とする、「認知症地域支援推進員」の配置について検討します。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
相談者と医療機関、サービス事業所等関係機関を繋ぐコーディネーターである「認知症地域支援推進員」の配置について検討します。	充実

⑤サービス基盤の整備

市が事業所指定を行う地域密着型サービス（認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護等）について、ニーズに応じて計画的に整備を図ります。また、地域包括支援センターが主催する各サービス事業の連絡協議会等において、認定症高齢者への対応について、研修機会を設けて、各事業所職員のレベルアップに努めます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）について、本計画期間中に1ヶ所の整備を予定しています。	充実

⑥地域の関係機関のネットワーク構築及び地域活動の支援

予防から早期発見・早期対応を可能とするには、地域の医療、介護、福祉等の各関係機関のネットワークの構築・強化が不可欠です。地区医師会の認知症ネットワークや地域の自主的な活動におけるネットワークとの連携を深めるとともに、地域活動におけるネットワークづくりに対して支援を行います。

また、警察を含めた広域徘徊対応ネットワークを活用して、広域徘徊対応模擬訓練を実施し、徘徊がある認知症高齢者の早期発見・保護や身元確認が円滑に行える体制づくりにも取り組めます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
地域の自主的な活動に対して、運営をサポートするとともに、研修会や講座等の開催に対して支援を行います。また、広域徘徊対応模擬訓練の実施により、徘徊対応のネットワークの構築に取り組めます。	推進

⑦地域の見守り体制の構築

認知症対応は、行政や各専門機関による対応だけではなく、地域における見守り体制が構築されることが、重要になります。早期発見のみならず、認知症高齢者が、住み慣れた地域の中で継続して、生活をしていくためには、地域の人々が認知症について、その原因や症状について正しい知識をもち、家族等介護者の気持ちを理解して、適切な対応を取ることが必要です。

配食サービス等の訪問型の生活支援サービスの充実とともに身近な地域の中で気軽に集えるサロン活動等地域コミュニティを再生・構築する取り組みを実施及び支援することで、高齢者の孤立化を防止することに努めます。

計画期間中の方向性または達成目標	方向性
配食サービス等生活支援サービスの充実とサロン活動等地域コミュニティ構築の取り組みを支援します。また、初期の認知症高齢者が気軽に集えるサロン事業の実施について検討します。	充実 (検討)

(2) 医療と介護の連携

① 兵庫県神戸市

～医療・介護にかかる関係団体との協議を通じた連携のあり方検討を実施

神戸市では、各種団体を巻き込んで、今後の地域包括支援システムのあり方を検討。個別の機能や位置づけについて整理を行った。また、必要なサービスについても整備を行う予定。

1) 背景・目的

- 平成 24 年度から、神戸市における地域包括ケアシステムのあり方を考え『地域包括ケアシステム』を推進していくことを目的に、市内介護・医療関係団体との意見交換を行

う「神戸市における地域包括ケアシステムについて考える会」を開催。

- ・ 現在介護と在宅医療の連携強化に係る課題の抽出と神戸市の実情に応じた対応策についてとりまとめを実施。

2) 参加団体

- ・ 神戸市医師会、神戸市歯科医師会、神戸市薬剤師会、兵庫県看護協会、兵庫県精神科病院協議会、兵庫県民間病院協議会神戸支部、神戸市ケアマネジャー連絡会、神戸市介護・医療関係部署・神戸市保健所

3) 実績

- ・ 平成 24 年 4 月～9 月（毎月 1 回 合計 6 回）

4) 神戸市による地域包括ケアの特徴

- ・ 市内 75 か所に地域包括支援センターを設置するとともに、3 職種に加え、見守り推進員を配置。
- ・ 介護・医療関係事業者団体、各種職能団体が全市及び各行政区毎に存立し、活発に活動している。また、それらの団体で構成する神戸市介護サービス協会があり、情報交換や各種研修等を実施。
- ・ 介護保険制度スタート当初から、各行政区に保健・医療・福祉連絡会議（地域ケアネットワーク）が開催され、ケア方策の調整・推進やネットワーク構築が図られている。
- ・ こうした基礎を踏まえ、今後の神戸市における地域包括ケアシステムのあり方を「考える会」において意見交換を実施。

5) 神戸市による地域包括ケアの課題

- ・ 考える会において以下の課題を抽出。
- ・ 地域包括支援センターのケアマネジャーを中心とした地域包括ケアシステムの構築
- ・ 在宅医療関係機関相互の連携における各関係機関の役割の明確化と周知
- ・ 区または地域毎の連携のレベル差の解消
- ・ 退院調整における病院と在宅医療・介護関係機関との連携促進 など

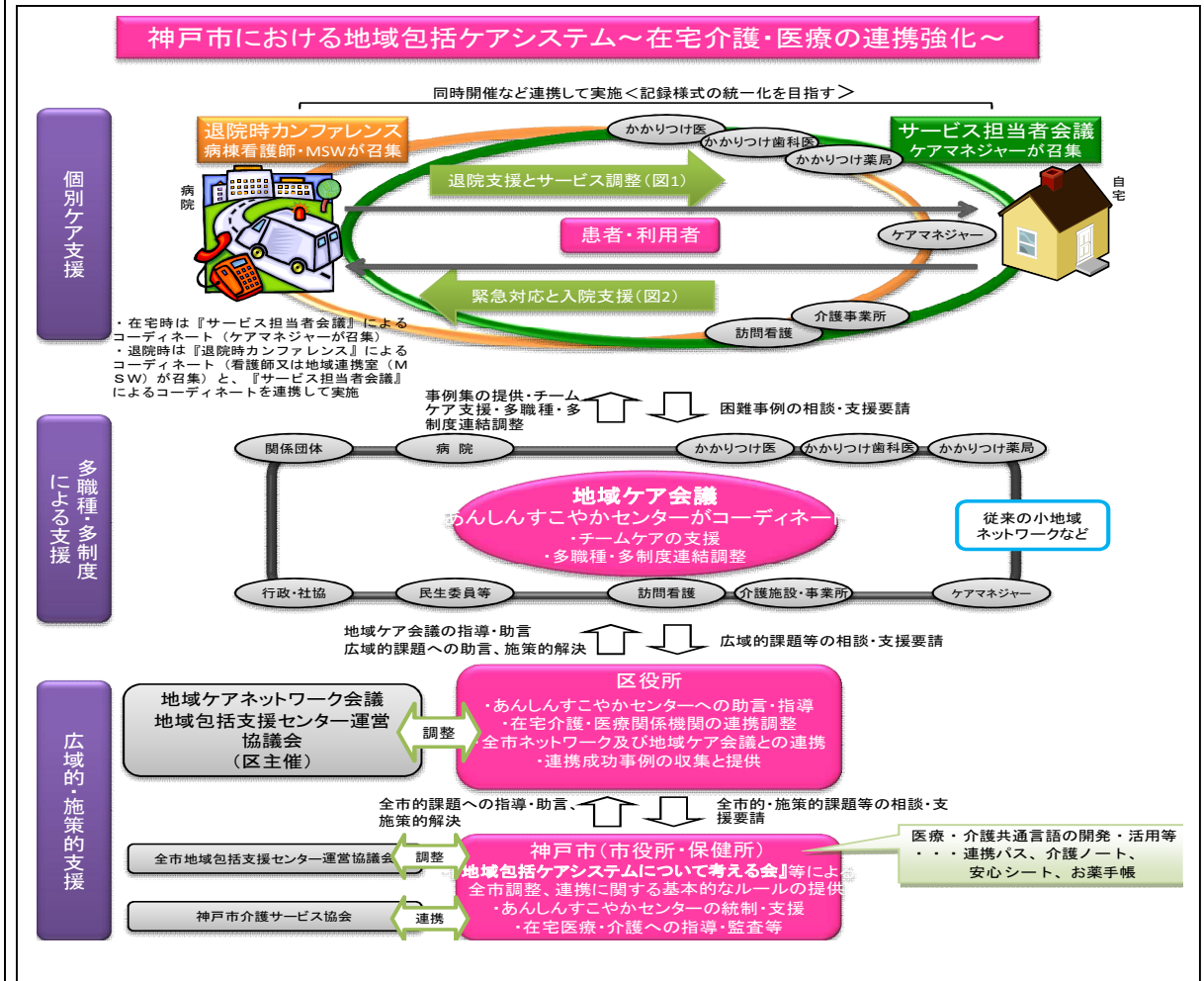
6) 会議のまとめ（神戸市地域包括ケアシステムのあり方）

- ・ 在宅時や入退院時の、医療・介護連携における各関係機関の役割（期待）の明確化と周知（概念図参照）
- ・ 連携段階を個別・日常生活圏域・市及び行政区の3段階に区分し、それぞれにおける連携のあり方を提示。
- ・ 個別ケアの段階においては、看護師・メディカルソーシャルワーカーやケアマネジャーが、患者・サービス利用者を取り巻く介護・医療関係者間が制度的な連携の仕組み（退院時カンファレンスなど）を活用し、円滑なサービス調整を実施。
- ・ 日常生活圏域においては、地域包括支援センターが従来の事業者等による小地域ネットワークなどをもとにした「地域ケア会議」を活用。
- ・ 個別ケア支援のための多職種・多制度連携をコーディネートし、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等に対しスーパーバイズ機能を発揮。
- ・ 市・区においては、地域ケアネットワーク会議や考える会等を活用し、地域包括支援センターに対する広域的・施策的支援の強化を図る。

7) とりまとめ後及び今後の予定

- ・ 今後の在宅介護・医療を支える社会資源として、平成24年度に、市内5か所で新たに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」事業所を公募指定。
- ・ 介護・医療連携が充実し広がるよう、様々な連携事例や地域ケア会議等の先行事例等を紹介した介護・医療連携事例集を作成。（平成24年度）。
- ・ 多職種連携の促進を図るため、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対し、自立支援型ケアマネジメントや地域資源・関係機関との連携、ネットワークづくり等に関する研修を新たに実施。（平成24年度）。
- ・ 考える会は、平成25年度も毎月1回程度開催（(仮称)地域包括ケア推進会議）。介護保険施設運営事業者団体等も加え、具体的な連携について審議予定。
- ・ 平成25年度は、地域包括支援センターによる「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」の充実を図る。
- ・ 新たな地域ケア会議促進モデル区（3行政区）を設定し、テーマを限定した上で、多職種協働による個別ケアの課題解決や社会資源づくりを目指した地域ケア会議のモデル実施を行う予定。

【神戸市における地域包括ケアシステムについて考える会資料より】



在宅介護・医療関係者の役割・期待

【在宅ケア】

かかりつけ医
歯科医
薬剤師
ケアマネジャー

総合診療、救急への関与、ケアマネジャーへの助言
口腔機能の維持改善・在宅口腔ケアの普及・医科歯科連携推進
在宅服薬管理の普及・病薬連携推進
医師等の助言に基づきケアプランによるサービス調整、個別ケアレベルにおける多職種協働調整
在宅療養の支援、看取り・緩和ケアの調整、緊急時の対応
緊急時の空床確保
地域ケア会議による支援、ケアマネジャーへの助言
ケアプランに基づくサービス提供

【退院時】

病院医師
病棟看護師

かかりつけ医との調整、申し送り
早期退院カンファレンスの実施、退院調整、ケアマネジャーへの申し送り、サービス担当者会議への参加
困難ケースにおける退院調整支援、サービス担当者会議への参加
退院カンファレンスへの積極的参加・助言
お薬手帳の活用による情報共有

MSW

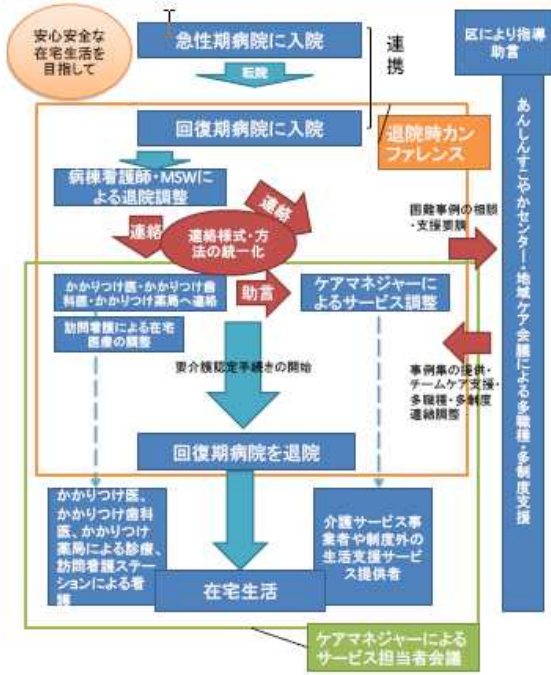
かかりつけ医・ケアマネジャー
薬剤師

【緊急時】

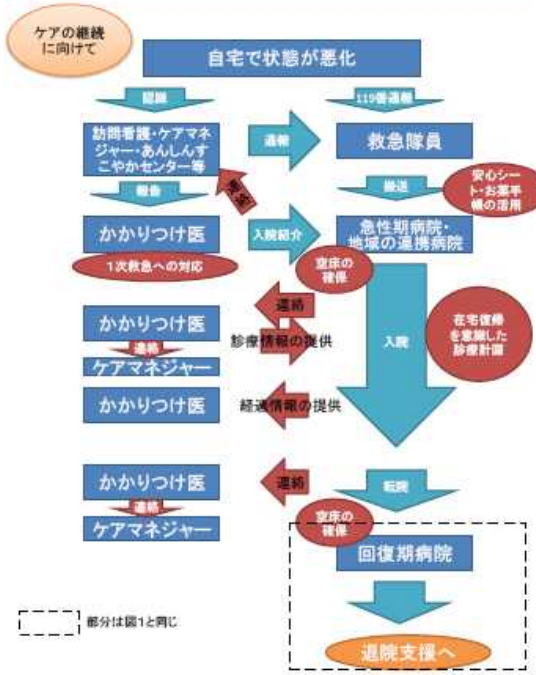
病院
かかりつけ医
訪問看護
救急隊員

緊急時の空床確保、在宅復帰を意識した診療計画、かかりつけ医・ケアマネジャーへの連絡
救急における情報協力
緊急時の対応
安心シート・お薬手帳等の活用

『退院支援とサービス調整』における医療と介護の連携(在宅復帰の場合) **図1**



『緊急対応と入院支援』における医療と介護の連携(救急の場合) **図2**



出典 : <http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/shiryo/bunkakai/>

イ 介護と医療の連携強化 **重点目標**



現状と課題

現在、ケアマネジャー、かかりつけ医、訪問看護（ステーション）や訪問介護などそれぞれの専門家が集まってサービス担当者会議（ケアカンファレンス）を行い、利用者にとって適切なプランを検討するようにしています。

住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者を支えるためには、介護従事者とかかりつけ医を中心とした在宅医療を担う医療者との顔の見える関係づくりが不

可欠です。両者の連携は進んできましたが、まだ十分とは言えない傾向も見受けられます。

また、在宅医療を推進していくためには訪問看護等の役割は重要ですが、介護従事者の間でも十分認知されていないとの意見があり、さらなる普及を目指す必要があります。

本市には、高齢者に係る医療・介護・福祉の地域連携の推進や、介護・福祉人材の育成を図るために、市内の保健・医療・福祉の7団体で構成する神戸市介護サービス協会があり、平成13年の設立以来、継続して介護人材の育成や質の向上に努めており、全国的にも先進的な民間ベースの取り組みとなっています。

同協会における先進的な取り組みとして、介護の場における医療ニーズの高まりから、ケアマネジャーや施設職員に対し、平成14年度から10年間継続して各種疾患や在宅における感染予防などの医学知識に関する研修会を開催し、知識習得の支援を行ってきています。

今後、地域包括ケアシステムの構築を図る中で、介護サービスの質のさらなる向上を図るための事業者間相互の情報連携や人材確保・育成面での連携がさらに重要になると考えられます。そのため、本市としても神戸市介護サービス協会の活動がさらに活性化するよう必要な支援を行うことが求められています。



●地域ケア会議を充実し、ケアマネジャーやかかりつけ医の顔の見える関係づくりを進めます。また在宅療養支援、地域リハビリテーションなどの課題について保健・医療・福祉の連携方策について関係機関と協議し、地域の実情に応じた連携の強化を図ります。

●神戸市介護サービス協会が実施する事業者間の連携や情報共有の仕組みづくり、介護・福祉人材育成のための独自研修など

の自主的な取り組みが一層推進されるよう必要な支援を行っていきます。

- 介護従事者が医療者と連携していくためには医学的知識も必要です。居宅での終末期医療を希望する人などの疾患の特性について介護従事者に対する研修を充実させます。
- また、在宅医療における訪問看護等の役割について、さらなる普及に向けた啓発を行います。
- 地域包括ケアシステムの基盤となる在宅医療のあり方については、本市としても、今後検討していく必要があると考えています。

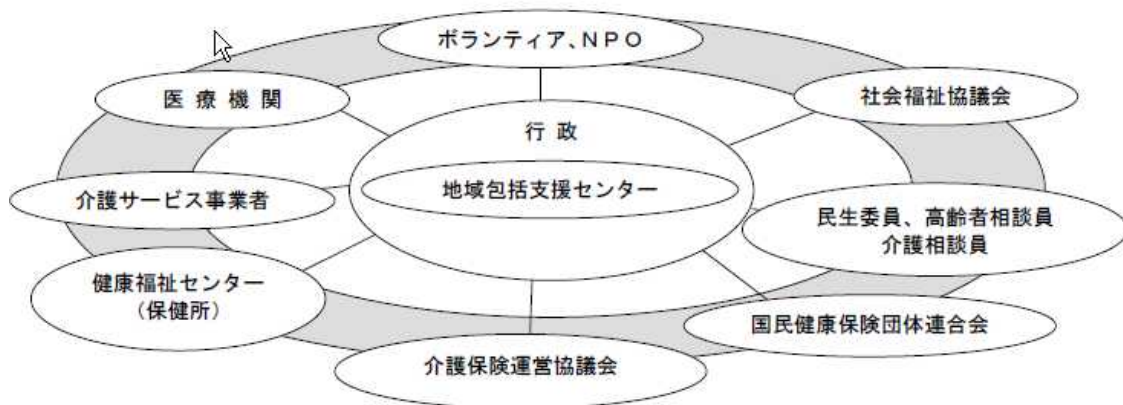
② 千葉県習志野市

～平成 24 年度に自発的グループ「習志野連携の会」を立ち上げ（行政と民間の連携事例）

習志野市では、介護施設と病院のケースワーカーが自発的に出来たグループ「習志野連携の会」を立ちあげ、勉強会を重ねてきている。行政もオブザーバーで出席する。インフォーマルな連携の会を通じて、「顔のみえる関係」づくりに取り組んでいる。

1) 背景・目的

- ・ 地域包括支援センター等の行政組織を中心として、介護サービス事業所、医療機関、ボランティア・NPO、社会福祉協議会、民生委員、高齢者相談員、介護保険運営協議会、国民健康保険団体連合会、健康福祉センター等の関係機関と、それぞれの役割分担を明確にしなが、連携の強化を目指す。



2) 概要

- ・ 習志野市内の介護施設と病院のケースワーカーや相談員で自発的に出来たグループ「習志野連携の会」というのを立ち上げた。
- ・ 上記活動は、介護保険事業計画の重点事項を見据えたものではなく、偶然に取組みと計画の時期が重複。
- ・ 「習志野連携の会」の活動は以下の通り。
 - ・ 質を向上させるためのネットワーク作り、医療・介護・福祉スタッフへの教育と研鑽、各関係機関が協力・連携して、地域を支える体制づくりを行うこと
 - ・ 参加者は、習志野市内の施設において、相談及び連携業務に携わる者で（2 病院の MSW が世話人）

- ・ 「習志野連携の会」の開催は月1回。第1火曜日 15時半から1時間半。
- ・ 昨年度までは、参加者が業務外でボランティア的な形をとったため、会議時間は夜で調整していたが、今年度は「業務」としての位置付けをとったため、日中に会議を開催することが可能。
- ・ 会議のテーマについては、事前アンケートに記入してもらった内容をもとに、会場の担当がテーマを設定し、進めている。
- ・ 議題を通じて、その対応の方法等を共通理解しており、連携体制が出来つつある。

《平成24年度の活動状況》

開催日	テーマ
第1回 5/11 (火)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動目的 ・ 組織名・世話人・開催頻度・時間・会場について
第2回 6/5 (火)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前回の振り返り（行政との出席交渉報告） ・ 今年度の日程、会場について確認 ・ 各施設より（近況報告） ・ 今後の会の運営、テーマについて ・ T総合病位にの地域連携活動について 報告
第3回 7/3 (火)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Y保健病院 紹介 2. 精神科との連携、精神疾患の方への対応 3. 各施設より（近況報告） 4. その他
第4回 8/7 (火)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアセンター習志野 施設紹介 2. 居宅療養管理指導（薬剤師）について 3. 千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート（薬剤シート）について 4. 居宅療養管理指導（薬剤師）の利用にあたり、参加病院の取組みについて 5. 参加者自己紹介及び状況報告
第5回 9/4 (火)	<ol style="list-style-type: none"> 1. N病院の施設説明 2. 各施設より近況報告 3. 身元保証人の無い方の入院入所時の対応について 4. アンケート結果（今後の会で取り上げたいテーマや意見等） 5. その他
第6回 10/2 (火)	<ol style="list-style-type: none"> 1. T病院 施設・相談室の活動について 2. 講演 障害福祉サービス事業所（花の実園 施設長）

	<p>1) 知的障害がある方への関わりについて（有効な関わり方、取組み）</p> <p>2) 知的障害者の子を持つ親のケースで行政との連携の方法について</p> <p>3) 施設側での知的障害者の子を持つ親との関わり方、取組みで工夫していること</p> <p>4) 就労支援の現状について</p> <p>5) 障害者自立支援法での利用できる施設について</p> <p>3. 障がい者虐待防止センターのご案内（習志野市障がい福祉課）</p>
<p>第7回 11/6（火）</p>	<p>1. 講演 高齢者の財産管理の基礎（弁護士）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・財産管理の基礎 ・（高齢者の）財産管理の法的な考え方 ・実務上の注意点 ・成年後見について <p>2. 各施設より（自己紹介、近況報告）</p>
<p>第8回 12/4（火）</p>	<p>1. 生活保護について（習志野市生活保護課）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活保護制度について ・成年後見人について ・施設入所の際のスムーズな他市への移管について ・認知症の方の金銭管理について ・住居探しの手伝い ・急迫保護について <p>2. 各施設より（近況報告）</p>
<p>第9回 2/5（火）</p>	<p>1. 高齢者虐待について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事例検討（津田沼・鷺沼地域包括支援センター） ・グループワーク <p>2. 各施設より（近況報告）</p>

現在のメンバー	<p>習志野市高齢支援課、障がい福祉課、保護課</p> <p>地域包括支援センター（谷津、津田沼・鷺沼、安芸津、屋敷、東習志野）</p> <p>習志野市保健福祉センター</p> <p>その他、医療機関、介護事業者多数</p>
---------	--

3) その他

- ・ 今年度（平成24年度）、習志野連携の会が行政・医療・福祉分野へ加入の声かけを行い、2回目以降で、習志野市（高齢支援課、障がい者福祉課、保護課）、地域包括支援セン

ター、保健福祉センターも随時参加。

- ・ 連携の会は、相談を業務とする者の研修研鑽として包括含めた行政と医療・福祉の相談員を中心として活動している。テーマに合わせ弁護士・調剤薬剤師などから情報提供を得ており、今後その範囲を拡大していくことを計画。
- ・ 介護する側には介護に支障をきたす介護力（認知症・身体障がい・精神障がいなど）・経済・法律・心理问题等がある場合も多く、より適切な支援を行うためには、相談員個々に知識とネットワークが不可欠。
- ・ 一人の相談員で対応できない場合などに連携協力ができる関係作りが必要である。それぞれの専門分野の情報を提供。
- ・ 今後、習志野連携の会は医師・介護保険のケアマネとの連携など、行政・医療・福祉・介護のより良い連携をしてための仕組みを作っていきたい。
- ・ 行政側では、会に参加することにより、医療・福祉分野の課題把握ができるというメリットあり。

(参考：介護保険事業計画の記述) P74-75

＜施策の方向＞④医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携

■現状評価

地域で健康づくりや高齢者支援事業を行っていく中で、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性を市民に啓発しています。

また、医師会、歯科医師会、薬剤師会とは、健康フェアで健康に関する正しい情報を市民へ提供する事や、健康づくり・介護予防事業への理解と市民への紹介、審議会での協議、日常の相談など、様々な場面で連携を図っています。

歯科医師会については、健康講座、健康診査、健康相談、在宅診療等で行政に協力するだけでなく、在宅診療可能な診療所、車椅子対応可能な診療所等の情報を市民にも提供し、地域支援の役割を担っています。

【課題】

住み慣れた地域で健康を保ち、生涯を心豊かに生活していくためには、健康づくり・介護予防の情報の入手・取り組みや、医療や薬に関する相談等が身近なところでできる支援体制が重要です。

■取り組みの方向

市民に対して市内医療機関、薬局等の情報提供ができるように医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携を強化していくと共に、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性を市民に啓発します。

市が行う生涯にわたる健康づくりを支援する様々な事業を中心に、引き続き医師会、歯科医師会、薬剤師会と十分な連携を図りながら、市民の健康づくりや介護予防、さらには在宅療養や在宅介護を支える環境づくりに努めていきます。

③ 神奈川県横浜市

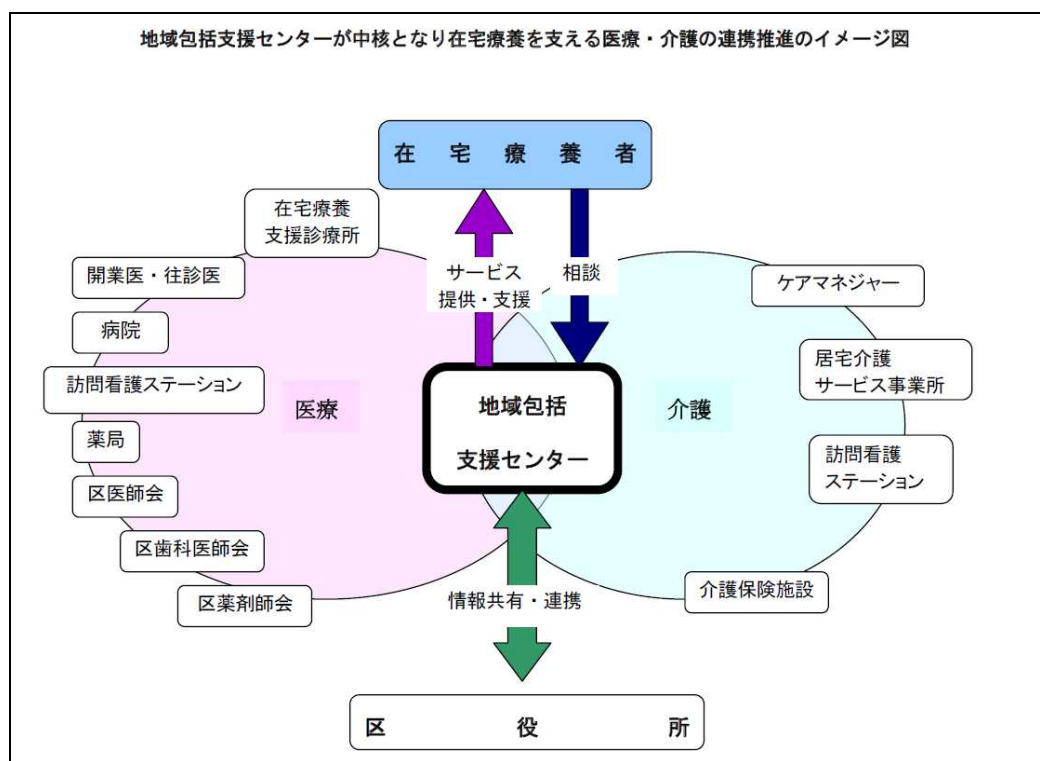
～地域包括支援センターが中心となった関係機関の連携強化

横浜市では、地域包括支援センターが中心となって、医療機関の医師やケアマネジャーが効率的に連携できるあり方の検討を行い、要領やツール等の整備を行った。医師会も在宅医療に積極的に取り組んでいる。

1) 背景・目的

- ・ 横浜市は、在宅で安心して生活が続けられるよう、在宅療養ができる環境を整備し、在宅で療養を続ける高齢者や介護者を支援。
- ・ 医療的ケアが必要な在宅の要介護高齢者や介護者を支える通所サービス（「療養通所介護」など）等の充実や、医療的ケアが必要な人が利用できるショートステイ用ベッドの利用促進を推進。
- ・ 住み慣れた地域において、在宅療養を望む高齢者と介護者を支えるため、ケアマネジャー等介護従事者とかかりつけ医を中心とした在宅医療を担う医療関係者間の「顔の見える関係づくり」を市レベル及び区レベルで推進。
- ・ 市レベルでは、診療所や病院の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、ケアプラザ(地域包括支援センター)専門職等関係機関の代表で構成する「横浜市在宅療養連携推進協議会」を開催。在宅療養支援や、連携強化、ネットワーク化を図る。

- 区レベルでは、地域包括支援センターが中心となって、地域の医療機関等と協力しながら、関係機関の連携推進の取組を行っている。



横浜市第5期高齢者保健福祉保険計画・介護保険事業計画：P117より引用

2) 横浜市の課題

- 横浜市は規模も大きいいため、地域（区）ごとの固有の取組みが拡大・発展。一律に市で何かを実施ということが難しい。個別のケースで見ると課題もあり。
 - (例) 病院からの退院を迎える地域の連携がまだスムーズに行っていない
 - (例) ケアマネジャーからすると医療機関側に連絡しづらい等

3) 概要

- ケアマネジャー業務ガイドラインの中で、主治医との連携 **Q&A** や主治医・ケアマネ連絡票の標準様式を作成。(次の標準フォーマット参照)

主治医・ケアマネジャー連絡票

医療機関名 連絡先	⇄	(送付日 平成 年 月 日)
主治医名		事業者名 連絡先 担当ケアマネジャー名

様 (M.T.S 年 月 日生) から、ケアプランの作成依頼を受けましたので、よろしくお願いたします。

<主旨>

- 担当ケアマネジャーで奉ることのご挨拶と状況報告をいたします。
- ケアプランを作成するにあたり、病状やご意見を伺いたいの、お忙しいところ恐縮ですが、都合の良い連絡方法・日時を返信用記入欄にご記入いただき、ご返信下さいませようお願いたします。

(平成 年 月 日現在の) 介護サービス利用状況 (要介護度・)

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	回/月 (曜日)
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (高齢・障害)	有・無 日/月
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	有・無 (品名)
<input type="checkbox"/> 通所介護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/>	

備考 (指談内容の概要等)

※使用しない箇所は斜線を引いてください。

----- 返信用 医師記入欄 -----

(記入日 平成 年 月 日)

- 直接会います (時間帯は 月 日 時頃)
- 電話をください (時間帯は 月 日 時頃)
- その他

(横浜市標準様式)

- ・ 地域包括支援センターや区単位で、ケアマネが主治医と連絡しやすいように配慮。
- ・ 「横浜市地域ケアプラザ協力医業務実施要領」を策定。
- ・ 地域ケアプラザ（地域包括支援センター）と医師会との連携強化を図り、ケアプラザ協力医を各プラザに1名ずつ配置。
- ・ ケアマネが医師に相談しやすいよう、ケアプラザの協力医の先生が来訪時（月に数回）に相談タイムの時間帯を設置している区も有り。
- ・ 包括や区単位で、ケアマネと主治医の連絡表（紙ツール）を作成している区もあり。
- ・ エリア内の医療福祉関係者（多職種）での勉強会、情報交換会の開催。
- ・ 医療情報シート・マップの作成。

- ・ 在宅医療に取り組む医師とケアマネの懇談会。
- ・ 病院 MSW とケアマネの懇談会。

横浜市地域ケアプラザ協力医業務実施要領

制 定 平成 7 年 9 月 1 日
最近改正 平成 18 年 5 月 23 日

1 趣旨

この要領は、地域ケアプラザにおける相談事業の一環としての横浜市地域ケアプラザ協力医（以下「ケアプラザ協力医」という。）の業務について必要な事項を定めるものとする。

2 目的

「ケアプラザ協力医」は、地域ケアプラザで実施される各事業への医療面の相談・助言等の充実を図るとともに、地域ケアプラザと医師会との連携を強化し、もって保健福祉活動の推進を図ることを目的とする。

3 業務の基本原則

「ケアプラザ協力医」は、相談・助言・会議への参加などを通じて地域ケアプラザの事業に積極的に協力し、福祉保健医療関係者等との連携を図りながら事業の円滑な推進に努めるものとする。

4 人数

「ケアプラザ協力医」は各地域ケアプラザに1名とする。

5 選任

「ケアプラザ協力医」は、医師会の推薦に基づき選任する。なお、医師会は、地域ケアプラザの近隣で、その事業に協力的な医師を推薦することとする。
推薦を受けたとき、健康福祉局長は書面により医師会長あて派遣依頼を行う。

6 業務内容

「ケアプラザ協力医」は週1回程度地域ケアプラザに来所し、別表の業務内容を行うものとする。
なお、業務にあたっては、地域ケアプラザ職員と十分に協議するものとする。

7 その他

「ケアプラザ協力医」が地域ケアプラザに赴き、業務により負傷または疾病を受けた場合、並びに「ケアプラザ協力医」の業務に関連して生じた事故については、健康福祉局・地域ケアプラザ・横浜市医師会の3者は共同し、誠意を持って問題の解決に努めるものとする。

横浜市地域ケアプラザ協力医の業務内容

- 1 地域活動交流・地域包括支援センター事業に関する協力
 - (1) 事業の企画への協力
 - (2) 運営協議会への参加
 - (3) 地域の方からの相談
 - (4) 地域の福祉保健関係者からの相談

- (5) 地域包括支援センターの抱えるケースに関する相談
- (6) 職員に対する医学情報の提供（研修）
- (7) 地域の方を対象にした講演会
- (8) 広報紙への医学情報の提供
- (9) その他地域活動交流・地域包括支援センター事業に関する協力

2 デイサービスに関する協力

- (1) 利用者の健康状態の観察
- (2) 利用者に関する職員とのミーティング
- (3) 職員への助言
- (4) 利用者の主治医への連絡に関する協力
- (5) 利用者の健康に関する緊急時の助言
- (6) その他デイサービス事業に関する協力

※「横浜市地域ケアプラザ協力医業務実施要領」より引用

4) 現在の医療連携（在宅医療）への取組み状況

- ・ 医師会も在宅医療ワーキングを実施。今後も在宅医療に注力。（平成 24 年度は 9 回）
- ・ ワーキングには横浜市の医療政策室と高齢在宅支援課が一緒になって、オブザーバー的に参加。医師会の動向を把握。今後の施策検討にも反映。
- ・ 在宅療養支援診療所が 307 存在。（平成 24 年 8 月時点）連絡会も立ち上げ。
- ・ 「横浜市在宅療養連携推進協議会」の協力を得て、多職種による横浜市在宅療養連携研修会を開催。
- ・ 横浜市医師会の動きとは別に「在宅医ネットよこはま」といって、行政区の枠を超えてより質の高い在宅医療を提供できるように在宅医同士のネットワークがあり、在宅医療に積極的に取り組んでいる。24 年 12 月に横浜市・南関東在宅医療推進フォーラムを開催。（<http://www.zaitaku.in.arena.ne.jp/index.html>）

5) その他

- ・ 今後の施策、展開は以下の通り。
- ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備
円滑な退院支援、日常の療養生活の支援、在宅患者の急変時の対応、在宅での看取り等に対し、効率的で質の高い在宅医療連携体制を構築していくため、各区において中心的な役割を担う拠点を整備。

- 横浜市在宅療養連携協議会の開催

医療、保健、福祉関連団体の代表者等で構成する横浜市在宅療養連携推進協議会において、市内の在宅療養に関する課題を抽出し、連携強化に向けた検討を実施。

- 地域包括支援センターの機能の充実

地域包括支援センターが中心となって、ケアマネジャー等介護従事者と、かかりつけ医を中心とした在宅医療を担う医療関係者間の連携を推進。

地域包括支援センターが、地域支援ネットワークの構築や関係機関や団体等との連携・調整機能、ケアマネジャー支援機能が発揮できるよう、職員の研修を充実。

- 地域で安心した 24 時間サービスの提供

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、定期巡回型訪問と随時の対応・訪問を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービスの推進とその周知・利用の促進を図る。

医療ニーズの高い要介護者が地域で生活が送れるよう小規模多機能型居宅介護と訪問看護事業所を組み合わせた複合型サービスの整備。

- 在宅医療に関する普及啓発

在宅医療の診療内容や、在宅医療に携わる職種の役割など、市民に正しい知識を普及するための講演会等を実施。

(参考：介護保険事業計画の記述) P116,118

(2) 目標

在宅で安心して生活が続けられるよう、在宅療養ができる環境を整備し、在宅で療養を続ける高齢者や介護者を支援します。

(3) 施策の展開

施策の
方向性

- ◆ 医療と介護が必要な、在宅で療養を続ける高齢者に対し、包括的・継続的なサービスを提供できるよう、医療と介護の連携を強化します。
- ◆ 医療的ケアが必要な在宅の要介護高齢者や介護者を支える通所サービス(「療養通所介護」など)等の充実や、医療的ケアが必要な人が利用できるショートステイ用ベッドの利用促進を図ります。

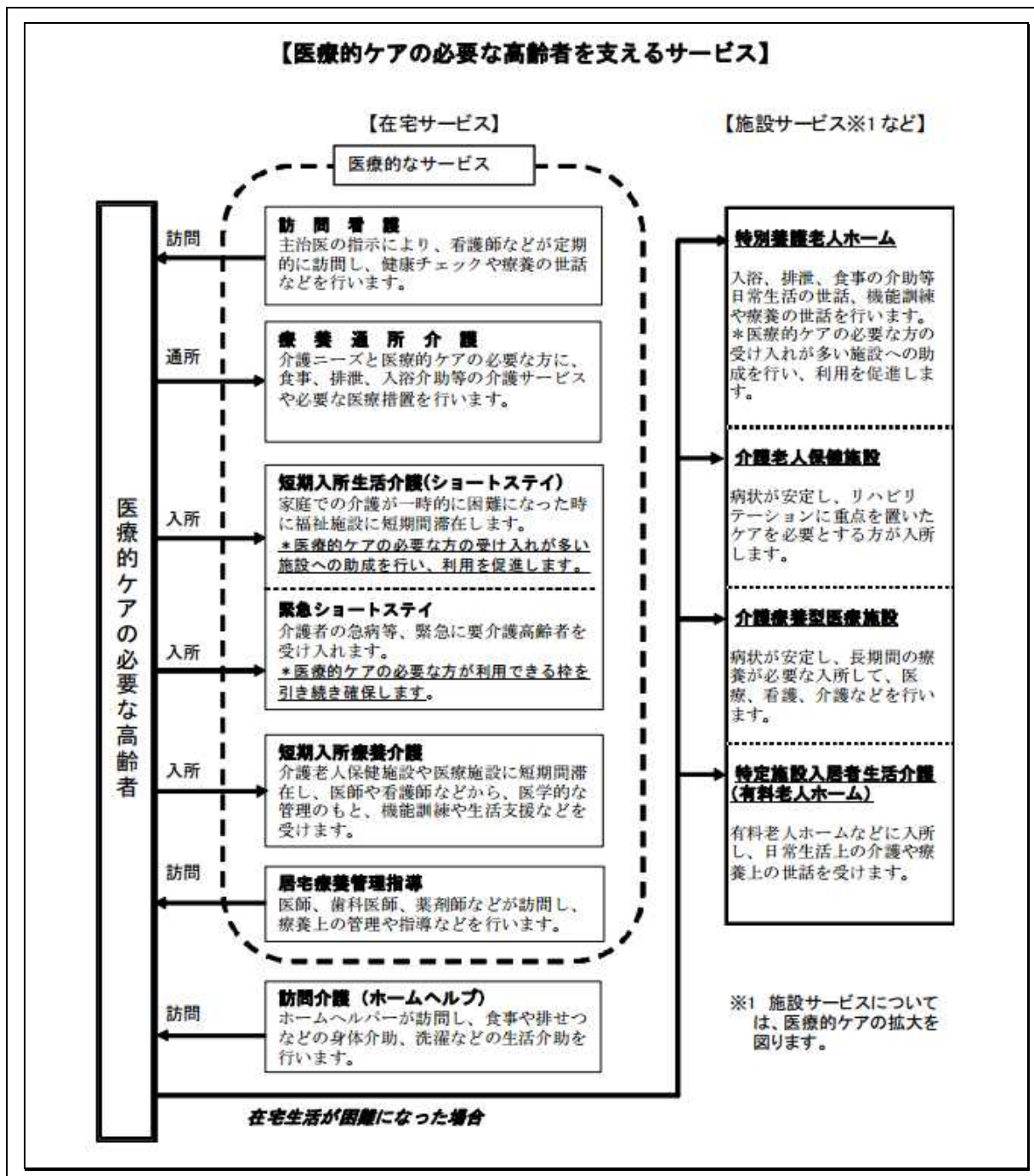
① 在宅療養連携の推進

ア 地域包括支援センターが中心となった関係機関の連携の推進

- 地域包括支援センターが中心となって、地域の医療機関等と協力しながら、高齢者の地域での生活を支え、生活の質を高めるための連携や協働に向けて、関係者への働きかけを行います。

イ 在宅療養連携の推進

- 住み慣れた地域において、在宅療養を望む高齢者と介護者を支えるため、ケアマネジャー等介護従事者と、かかりつけ医を中心とした在宅医療を担う医療関係者間の「顔の見える関係づくり」を全市レベル及び区レベルで推進します。
- 区は地域包括支援センター運営協議会などを活用し、在宅療養に関する区域の課題の解決に努めます。
- 診療所や病院の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター専門職等関係機関の代表で構成する「横浜市在宅療養連携推進協議会」を開催し、在宅療養支援や、相互の連携強化、ネットワーク化を図ります。
- 在宅療養の実際についての知識・理解を深めるため、研修会の開催や地域ケア会議を活用するなどにより、在宅療養に携わる関係者間の有機的な連携が図られるよう、環境整備を進めます。
- 在宅療養におけるサービスの質を確保するため、ホームヘルパーや訪問看護師を対象として、介護・看護技術の向上のための研修を実施するほか、多職種間の連携協働を支援します。



(3) 居住施策との連携

① 神奈川県横浜市

～庁内部局が連携しながら、高齢者居住安定確保計画策定、事業の進捗管理を実施

横浜市では高齢者の居住に関して、関連する部局が連携しながら「横浜市高齢者居住安定確保計画（平成24年3月）」を策定した。今後も整備状況などの進捗管理を図っていく。

1) 背景・目的

- ・ 高齢者の居住の安定確保に関する法律が改正。
- ・ 2012年10月より、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅の登録が開始。

2) 計画策定の経緯

- ・ 「横浜市高齢者居住安定確保計画（平成24年3月）」を策定し、高齢者の居住の安定確保に向けた取組方針を整理。
- ・ 横浜市住生活基本計画と横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画との調和を図りながら進捗管理を実施。（計画の位置づけ図参照）
- ・ 計画期間は3年度（平成24年～26年度）と第5期介護保険事業計画の期間と整合性
- ・ 計画の策定にあたっては、国の調査結果のみならず、横浜市で過去に実施した「市民意識調査」、「高齢者実態調査」結果を参照。

3) 高齢者の居住の安定確保に向けた取組

現状と課題、取組方針は以下の通り。（詳細は横浜市高齢者居住安定確保計画を参照）

現状と課題	取組方針
<ul style="list-style-type: none">・ 高齢単身・夫婦のみ世帯の増加への対応・ 要介護・要支援認定者等の増加への対応・ 低所得な高齢者世帯への対策・ 高齢者が居住する住宅のバリアフリー化の推進・ 高齢者の多様なニーズに応じた住まいへの住替え支援・ 地域による支援体制の充実	<ul style="list-style-type: none">・ 高齢者向けの賃貸住宅及び老人ホーム等の供給の促進・ 高齢者の賃貸住宅への入居支援等・ 高齢者に適した良好な居住環境を有する住宅の整備の促進・ 地域で高齢者を支える仕組みの構築・ 高齢者の居住の安定の確保に向けた情報提供・相談等の充実

【計画の位置づけ】

横浜市住生活基本計画

(根拠法令：住生活基本法)

横浜市基本構想（長期ビジョン）の分野別計画として、住生活の質の向上に取り組む住宅・住環境に関する長期計画

【基本理念】

ひと・すまい・くらしがつながり、活力と魅力あふれる持続可能なまち よこはま

【基本的な施策の展開】

- ①横浜らしい魅力ある住まい・まちづくり
- ②良質な住宅ストックの形成
- ③暮らしを支える住宅セーフティネットの構築
- ④災害に強く、安全・安心な住宅と住環境の形成
- ⑤低炭素社会の実現に向けた環境にやさしい住まいづくり
- ⑥市民力と地域力の発揮による、安心して暮らせる持続可能な地域づくり

第5期 横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

(根拠法令：老人福祉法、介護保険法)

介護保険制度や高齢者に関する保健福祉事業の円滑な実施に関する総合的な計画

【基本目標】

高齢者が地域で引き続き自立した生活が送れるよう、その人の状態に応じて、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の実現を目指します。

【施策の基本的な方向】

- ①いきいきと活動的に暮らせるために
- ②地域包括ケアの実現のために
- ③自分に合った施設・住まいが選べるために

↓
高齢者が「様々なサービスを切れ目なく利用できる街の実現」を目指します

横浜市高齢者居住安定確保計画

(根拠法令：高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）)

住宅政策と高齢者福祉政策が連携して、高齢者の居住の安定の確保に関する施策を推進

【取組方針】

- ①高齢者向けの賃貸住宅及び老人ホーム等の供給の促進
- ②高齢者の賃貸住宅への入居支援等
- ③高齢者に適した良好な居住環境を有する住宅の整備の促進
- ④地域で高齢者を支える仕組みの構築
- ⑤高齢者の居住の安定の確保に向けた情報提供・相談等の充実

「横浜市高齢者居住安定確保計画（平成24年3月）」

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenchiku/housing/seisaku/housdata/koreisha-zentai.pdf>

(参考：介護保険事業計画の記述 P164-165)

(3) 施策の展開

施策の 方向性

- ◆ 身体の状態や多様化する価値観、ニーズに対応した住まいの選択や改修などができるよう、高齢者に配慮した住まい・施設の普及を図るとともに、住宅のバリアフリー化や住み替えなどの支援を行います。
- ◆ 介護が必要になっても子育て世帯などとともに地域の中で安心して住み続けられる「住まい」が民間事業者により供給されるよう、住宅部局と福祉部局が連携し、モデル事業に取り組みます。

① 住み替え等に関する情報提供、相談等の充実

- 高齢者の住み替えに関する相談窓口「住まいるイン」(横浜市住宅供給公社)において、適切な住み替えができるよう、ニーズに合った高齢者向けの住宅や施設の情報提供を行います。また、高齢者が住み替える際に、持ち家を子育て世帯へ賃貸するなど、高齢者の資産活用を含めたさまざまな住み替えに関する相談を行います。
- 住宅相談窓口・情報拠点である「住まいの相談カウンター(ハウスクエア横浜)」(NPO横浜市住宅リフォーム促進協議会)と「住まいるイン」(横浜市住宅供給公社)を中心として様々な機関や民間住宅事業者が連携する仕組みづくりを進め、情報提供のネットワーク化を図るとともに、地域の市民利用施設を活用するなど、総合的な住宅相談や情報提供を高齢者等の身近な場所で行えるような仕組みづくりを行います。

② 高齢者向け住宅の整備

ア 高齢者向け優良賃貸住宅等の供給

- バリアフリー(室内の段差解消や手すり設置)仕様で整備された民間の賃貸住宅を横浜市が認定し、緊急時対応サービス(緊急通報装置の設置、緊急連絡体制の整備)、安否確認サービス(定期的な入居者の安否確認)等の提供や、家賃の補助が受けられる高齢者向けの公的賃貸住宅として供給します。

イ 高齢者向け市営住宅の供給等

- 段差の解消や手すりの設置など、住居内を高齢者向けに配慮するとともに、緊急通報システムの設置と生活援助員の派遣により、生活相談や安否の確認など在宅生活の支援を行う市営住宅(シルバーハウジング、シニア・りぶいん※)を提供します。

このほか、市営住宅の一部について、床段差の解消、手すりの設置など、高齢者等に配慮した仕様の住戸についても高齢者向け住宅として提供します。

※本市が建設し、所有している住宅を「シルバーハウジング」、本市が市営住宅として借り上げた住宅を「シニア・りぶいん」と呼んでいます。

- また、既設市営住宅の一部において、高齢化に対応するため、エレベーターの設置を行うほか、手すりの設置など、高齢者等に配慮した仕様への改修を進めます。

ウ サービス付き高齢者向け住宅の供給支援

ケアの専門家が常駐し、生活相談や安否確認サービスが提供されるサービス付き高齢者向け住宅について、住宅の登録や事業者に対する指導・監督を行い、国の補助制度等を活用して供給を支援します。

(4) 生活支援サービス

① 和歌山県田辺市

～ニーズ調査結果を元に高齢者台帳システムを整備。

田辺市では、ニーズ調査結果を元に高齢者台帳システムを整備した。今後は高齢者台帳システムを基にしながら、生活支援サービスの対象者の抽出や災害発生時の要援護者対応を検討する予定である。

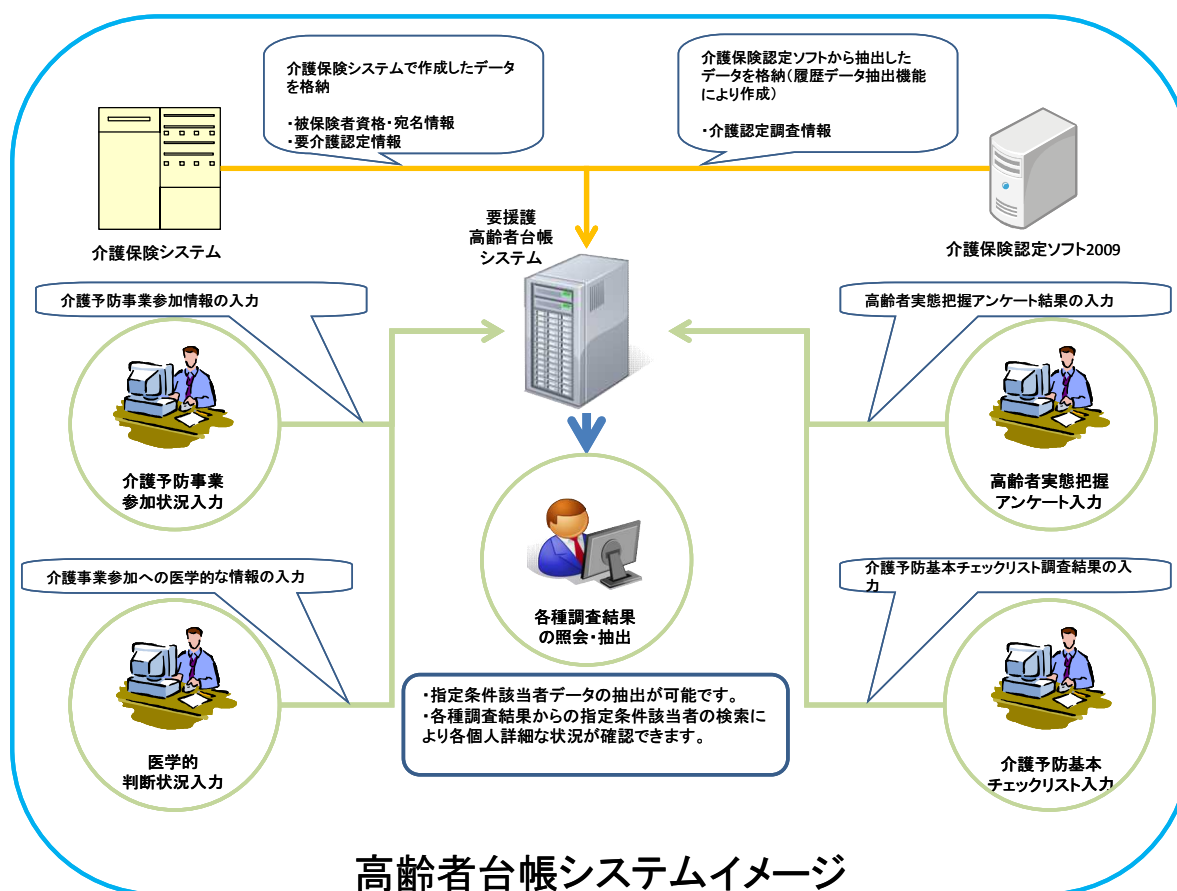
1) 背景・目的

- ・ 田辺市は海沿いに面しており、高齢化率も 28% と高い。高齢者の世帯構成や住まいのエリア、同居の有無等で、今後の援助の必要性などが多岐にわたる。
- ・ そのため、高齢者やその家族の実態を把握し、援助が必要な高齢者について、だれが、どこで、どのような援助を必要としているか、把握を実施する必要が有り。
- ・ 調査は、国のモデル調査（ニーズ調査）に予防事業の意向などを追加して実施
- ・ 基本的データとして活用するためにニーズ調査を全数調査（郵送法、記名式）とした。

2) 分析結果の活用（想定）

- ・ 今後の高齢福祉施策を検討するための基礎資料。
- ・ 生活支援サービスメニューや介護予防対象者選定のための基礎資料。
- ・ 地域包括支援センターから訪問すべき対象者の選定となる基礎資料。
- ・ なお、別課が所管している災害時要援護者台帳へ記載する要援護高齢者リストの抽出を行い、内容を充実させることも想定。

3) システムの概要



(対象者把握と管理)

①要介護認定者

- ・ 介護オンライン情報、認定調査情報から要介護度、ADL、認知症の有無、障害老人自立度、担当ケアマネ等のデータを取得。
- ・ ケアマネにアンケートを実施し、実世帯状況、介護者の有無、施設入所の必要性等を

把握し、管理。

②要介護認定の無い高齢者

- ・ 「高齢者実態把握調査」(別途実施)により、把握・管理。
- ・ 一人暮らし高齢者等在宅介護支援センター訪問者は世帯図等を追加管理。
- ・ 地域支援・介護予防事業等利用状況管理。

(対象者情報の更新の考え方)

①要介護認定者

- ・ 介護オンライン情報、認定調査情報により更新。
- ・ 定期的なケアマネアンケート、調査訪問時情報により更新。

②要介護認定の無い高齢者

- ・ 介護オンライン情報により、異動情報等は更新
- ・ 在宅介護支援センター定期訪問により更新
- ・ 二次予防対象者把握アンケートにより更新
- ・ 地域支援・介護予防事業等利用決定時に更新

(保有機能)

①任意項目集計機能

- ・ 市全域から字単位まで任意条件(複数指定可)による名簿(一覧リスト)作成。
- ・ 市全域から小字単位まで任意条件による分析データの作成

②送付用シール作成機能

- ・ 任意条件により抽出した対象者の送付用シール作成機能。

4) システムを活用した分析の着目点

- ・ 日常生活圏域毎に高齢者の住まい、健康、既往症、社会参加、地域活動への参加状況、外出、移動手段等。
- ・ 潜在的な要支援・要介護者の把握。
- ・ 個人の生活全般のニーズを一元管理するために、個人の総合的な情報を把握。

5) 今後の課題や展開方法

- ・ 地域包括支援センター（市直営）、高齢福祉係、介護保険係の情報の共有化及び相談業務への活用を想定
- ・ 日常生活支援総合事業の検討のための基礎資料の作成
- ・ 将来的には個人毎の ADL 等の変動状況を分析
- ・ 災害発生時における保健師等における地域毎訪問対象者リストの作成及び福祉避難所対象者リストの作成（2011年9月台風12号災害発生時には介護・包括・障害等で保有しているデータを集計、地域毎リストを作成し、保健師が訪問を実施。）

(参考：介護保険事業計画の記述) P76-77)

第3節 地域生活支援体制の充実

1. 総合相談機能の充実

地域で生活する高齢者はさまざまな課題を抱えていることから、身近で気軽に相談を受け付けし、必要な機関へのコーディネートを行う総合相談機能が必要です。その機能は地域包括ケアの中心的な役割を果たす地域包括支援センターが担っていますが、今後も相談体制の強化やセンターの認知度の向上のための広報活動を図るとともに、関係機関とのネットワークの強化をより一層図ります。

また、より身近な相談窓口として位置づけている「在宅介護支援センター」との連携を図り、高齢者の生活実態を把握する実態把握事業を通し生活の変化を早期に発見し、対応できる体制の整備を図ります。

(1) 地域包括支援センターの体制の充実

高齢者本人、家族、近隣住民、関係機関等からのさまざまな相談に対して適切な状況把握を行い、相談内容に即したサービス又は情報提供や関係機関の紹介等を行っていくためにさらに職員体制を充実させるとともに、より一層地域における身近な総合相談窓口であることの周知を図ります。また、スムーズに支援を進めていくために、医療機関や介護関係機関、警察や法律関係機関とのネットワークの強化をより一層図ります。

(2) 在宅介護支援センターとの連携

在宅介護支援センターでは、それぞれの担当地区において初期相談・実態把握・介護予防事業等を中心に今後も細やかな地域活動を展開します。特に在宅の高齢者宅を訪問し、相談に応じ、高齢者の生活実態の把握と二次予防事業対象者の選定のための基本チェックリストの記入、福祉サービスが総合的に受けられるよう各関係機関との連絡調整等を行っていきます。現在、12か所の在宅介護支援センターがありますが、高齢者人口や地域の実情等を踏まえ、担当地域や適正なセンター数について検討を進めます。

2. 地域ネットワーク体制の構築

高齢者が介護が必要な状態になっても住み慣れた家庭や地域で安心して暮らすためには、地域においてお互いが支え合い、助け合えるような仕組みづくりが必要です。特に田辺市は都市部と山間地域という特性の違う地域があり、その実情に合わせたネットワークを形成していくことは重要です。独居高齢者や認知症

高齢者、社会から孤立した高齢者に対する見守りや支援を行うために、また災害時や緊急時など地域住民や民生委員、社会福祉協議会や在宅介護支援センター、各種団体などが連携し、地域の中でお互いが支え合い、助け合えるような支援体制の構築を図ります。

(1) 「たなべあんしんネットワーク」の組織化の推進と活用

「たなべあんしんネットワーク」活動とは、「ふれあい声かけ訪問」活動や「ふれあいきいきサロン」活動など、地域における住民の主体的な活動を通じて、地域住民が相互に支え合い、助け合う活動です。これは、高齢者福祉計画の関連計画である「地域福祉計画」に位置付けられている事業であり、本計画においてもその組織化の推進を進めます。また、さまざまな状況で生活している高齢者の相談や見守り・支援にそのネットワークの積極的な活用を進めます。

(2) 地域ケア会議の開催

定期的に地域の関係機関が集まり、情報交換や指導・支援、処遇困難ケース等の具体的な処遇方策の検討を行うとともに、高齢者に関する保健、医療、福祉等の各種サービスの総合的な推進の支援を図ります。

(3) 要援護高齢者台帳の整備と活用

高齢者実態把握調査により把握された高齢者の基礎情報や介護保険・高齢福祉サービス等の利用状況などを踏まえた要援護高齢者台帳の整備を行うとともに、日常の相談・支援や緊急対応時、また災害時の状況把握のために積極的に活用します。

4. 第5期介護保険事業計画策定における課題

4.1. 介護保険事業の現状分析に関する課題

(1) 介護保険事業の現状分析の実態

厚生労働省が実施したアンケート調査の結果では、定期的に給付分析を実施している保険者のうち78%が介護保険事業状況報告の活用を挙げており、他の方法と比較して非常に高い割合となっている。また、実施している分析内容は、「第4期計画における保険料の水準、認定者数やサービス見込量の推計が妥当であったか」「給付費の増加要因」が高い割合となっている。

図表 4-1 (参考) 保険者における給付分析の実施状況

問6. 給付状況の分析等についてお伺いします。

6-1) 毎年度、介護保険給付状況の分析を行っていますか。
 1. 定期的に行っている。(年 回程度実施)
 2. 毎年度ではないが、2~3年ごとに行っている
 3. 全く行っていない
 ・1~3から1つ選び下記の枠内に記入ください。また、1を選んだ場合には回数(半角数字)を次欄に記入ください。

1	2	3
823	522	221
53%	33%	14%
平均値		
3.0	回程度実施(年)	

(以下の6-2)、6-3)は「1. 定期的に行っている。」と回答された場合にお答えください。]

6-2) 分析方法についてお答えください。
 1. 介護政策評価支援システム
 2. 都道府県が開発した分析システム
 3. 市区町村独自の分析システム
 4. 国保中央会の適正化システム
 5. 介護保険事業実績分析ソフト(日本福祉大学)
 6. 介護保険事業状況報告(月報・年報)のデータ(実績)を活用した分析
 7. その他()
 ・該当する欄に「○」を記入ください(複数回答可)。また、7を選んだ場合には内容を次欄に記入ください。

1	2	3	4	5	6	7
120	16	76	120	145	640	53
15%	2%	9%	15%	18%	78%	

6-3) 介護保険給付状況の分析はどのような観点で行っていますか。
 1. 第4期計画における保険料の水準、認定者数やサービス見込量の推計が妥当であったか
 2. 給付費の増加要因
 3. 全国平均や周辺地域等との比較による管内特性の把握
 4. 不正請求防止のためのレセプトチェック
 5. 個々の利用者に着目し、不足(又は過剰)と思われるサービス提供がないか等(ケアプランのチェック)
 6. 今後の施設整備に係る行政施策の検討
 7. 要介護度や高齢者の状態像に応じた適切なサービス利用の在り方の検討(軽度者の自立支援促進・施設から在宅への移行など)
 8. その他()
 ・該当する欄に「○」を記入ください(複数回答可)。また、8を選んだ場合には内容を次欄に記入ください。

1	2	3	4	5	6	7	8
568	683	253	130	127	362	117	12
69%	83%	31%	16%	15%	44%	14%	1%

出典) 厚生労働省 第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート集計

したがって、保険者において実施されている介護保険事業の現状分析は、介護保険事業状況報告を閲覧することで、要介護（支援）認定者数、各サービスの利用者数、給付費等の状況の把握を行っている場合が多いと推察される。

ヒアリングの結果からは、介護保険事業状況報告は、単に毎月の情報を閲覧しているだけの保険者もあれば、特に着目すべき指標を設定して時系列に視覚化することで介護保険事業計画において設定した目標の達成状況をモニタリングしている保険者もあるなど、活用方法はさまざまであった。また、保険者全体の集約情報である介護保険事業状況報告以上の詳細な分析を実施するために、介護給付費情報や要介護認定情報を活用して個人単位に着目した定量的な分析まで実施している例は少ないのが現状であった。そのため、第5期介護保険事業計画において導入された日常生活圏域ニーズ調査についても、個人別の働きかけにまで十分に活用できている例は少なく、厚生労働省の生活支援ソフトの活用は進まなかったものと推察される。

図表 4 - 2 (参考)保険者における生活支援ソフトの活用状況

5-1) 第5期介護保険事業計画策定にあたり、国から策定支援として配布した次のソフトやワークシートの利用状況をお答えください。

① 生活支援ソフト

1. 利用した
2. 利用しなかった
・1又は2を選び下記の枠内に記入ください。

1	2
342	1224
22%	78%

出典) 厚生労働省 第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート集計

また、厚生労働省がこれまでに配布している給付適正化システムや介護政策評価支援システム等も活用している保険者は少なく、介護保険事業計画の現状については保険者全体の数値による評価にとどまる保険者が大半であり、個人単位に着目した要因の把握・分析まで至る保険者は少ないのが現状と思われる。

図表 4 - 3 (参考)今回のヒアリング調査から明らかになった保険者による給付分析の実施状況

- ①介護保険事業状況報告（月報）のみ活用している保険者（給付費の推移、対計画比等を見ている保険者）・・・・・・14 保険者
- ・ 結城市、大田原市、越谷市、和光市、習志野市、浦安市、港区、板橋区、国分寺市、平塚市、大野市、富士宮市、朝来市、鳥栖広域市町村圏
- ②介護保険事業状況報告（月報）と他のソフトを併用している保険者（月報で全体傾向を見ながら、詳細分析に他のソフトを活用している）

・ 横浜市、笠松町、美浜町、長岡京市、高松市、高知市・・・・・・・・・・6 保険者

③独自のプログラムで給付実績を分析している保険者・・・・・・・・・・3 保険者

・ 神戸市（財務会計ソフト、給付と認定データを突合して分析）

・ 田辺市（給付と認定データを突合して分析）、

・ 井原市（給付データを独自のプログラムで集計）

⑤給付適正化システムで事業者別分析を実施している保険者（再掲）

・ 越谷市、習志野市、浦安市、国分寺市、横浜市・・・・・・・・・・5 保険者

（2）介護保険事業の現状分析の課題

保険者は、介護保険事業の運用者として、利用者側の需要、事業所側の供給に任せるだけでなく、各保険者の施策の方向性に基づいた目標とする「適正な給付のあり方」を想定する必要がある。「適正な給付のあり方」は本来、介護保険事業計画において位置づけられ、その実現の状況は随時評価されるべきものである。目標とする「適正な給付のあり方」を実現するためには、現状の給付の状況との乖離を定量的に分析し、乖離の要因の把握、乖離を是正するために必要な対応の検討を実施していくことが必要である。

そのためには、分析は、保険者全体の給付費等の数値だけでなく、必要なサービス種類が不足しているために代替サービスが利用されている、ケアプランが適切でないために保険外のサービスを利用すべき利用者が介護保険サービスの利用で代替しているなどの課題があるのか、等について個人単位での利用の状況に着目して定量的に分析し、課題の抽出及び課題を解決するための施策の検討を行う必要がある。

計画期間内において定期的実施された定量的な分析に基づく課題の抽出、施策の検討の積み重ねは、次期介護保険事業計画における目標とする「適正な給付のあり方」を再検討する際の基礎となり、それによって介護給付費等対象サービスの推計の方向性も定まるものと考えられる。

4.2. 介護給付費等対象サービスの推計に関する課題

(1) 介護給付費等対象サービスの推計の実態

介護給付費等対象サービスの推計は、本来、計画期間内において定期的に実施された定量的な現状分析に基づく課題の抽出、課題を解決するための施策検討の積み重ねに基づいて目標とする「適正な給付のあり方」を再検討し、根拠となる具体的な施策の基で推計がなされるべきものである。

実態としては、推計の手順として保険料の目標水準が前提にあり、その保険料を実現するために給付可能なサービス量を見込んでいる場合がある。保険料に目標水準を設定することは、保険者としてはごく自然なことであると考えられるが、現状分析に基づいて、保険料水準に合わせたサービス量を達成するための具体的な施策を考慮して見込んでいるケースは少ない。

(2) 介護給付費等対象サービスの推計の課題

目標とする保険料水準を前提として設定することは保険者としてはごく自然なことであると考えられるが、定量的な現状分析に基づいて、「実現のためにどのような課題があるか」「課題を解決するためにとる施策は何か」「実施する施策によって、どの程度の効果が見込まれるか」等、保険料水準を実現するための裏付けとなる具体的な施策の検討がなされないまま、保険料水準に合わせて介護給付費等対象サービスの推計を実施することは、単なる「数字合わせ」になってしまう。

目標とする保険料水準を設定するとしても、それを達成するために必要な条件（例えば、要介護（要支援）認定率を下げる等）を実現するために、必要となる施策（例えば、現状で要支援認定を受けている利用者の一部は身体状況から考えて介護保険サービスではなく保険外サービスの利用によって生活を支えることが可能であることが明らかであるため、保険外サービスの利用を積極的に誘導することによって認定率を下げる等）の検討に基づいて介護給付費等対象サービス量を推計すべきである。

4.3. 第5期計画における保険者支援に関する課題

(1) 第5期計画における保険者支援

第5期計画の際には、厚生労働省による保険者支援の一環として次の3つの計算シートが配布された。

図表 4 - 4 保険者支援のための3つの計算シート

第5期サービス見込量 及び保険料ワークシート	第4期の実績等に基づいて、第5期計画期間中のサービス量、給付費及び保険料等を推計するための計算シート
介護予防ワークシート	第4期の実績等に基づいて介護予防事業の効果を推計するための計算シート
生活支援ソフト	日常生活圏域ニーズ調査の結果を分析・活用を支援するための計算シート

上記のうち、第5期サービス見込量ワークシートは、第1期計画時より継続的に厚生労働省が保険者支援の一環として配布している計算シートであり、第5期においても93%の保険者が利用している重要な保険者支援となっている。

しかし、第5期においては、第4期までと推計方法が大幅に見直されたことで保険者における推計方法の理解が難しかった、提供時期が遅れた等の課題が指摘されている。

図表 4 - 5 (参考)保険者におけるサービス見込量ワークシートの活用状況

5-1) 第5期介護保険事業計画策定にあたり、国から策定支援として配布した次のソフトやワークシートの利用状況をお答えください。

② サービス見込量ワークシート

1. 利用した
2. 利用しなかった

・1又は2を選び下記の枠内に記入ください。

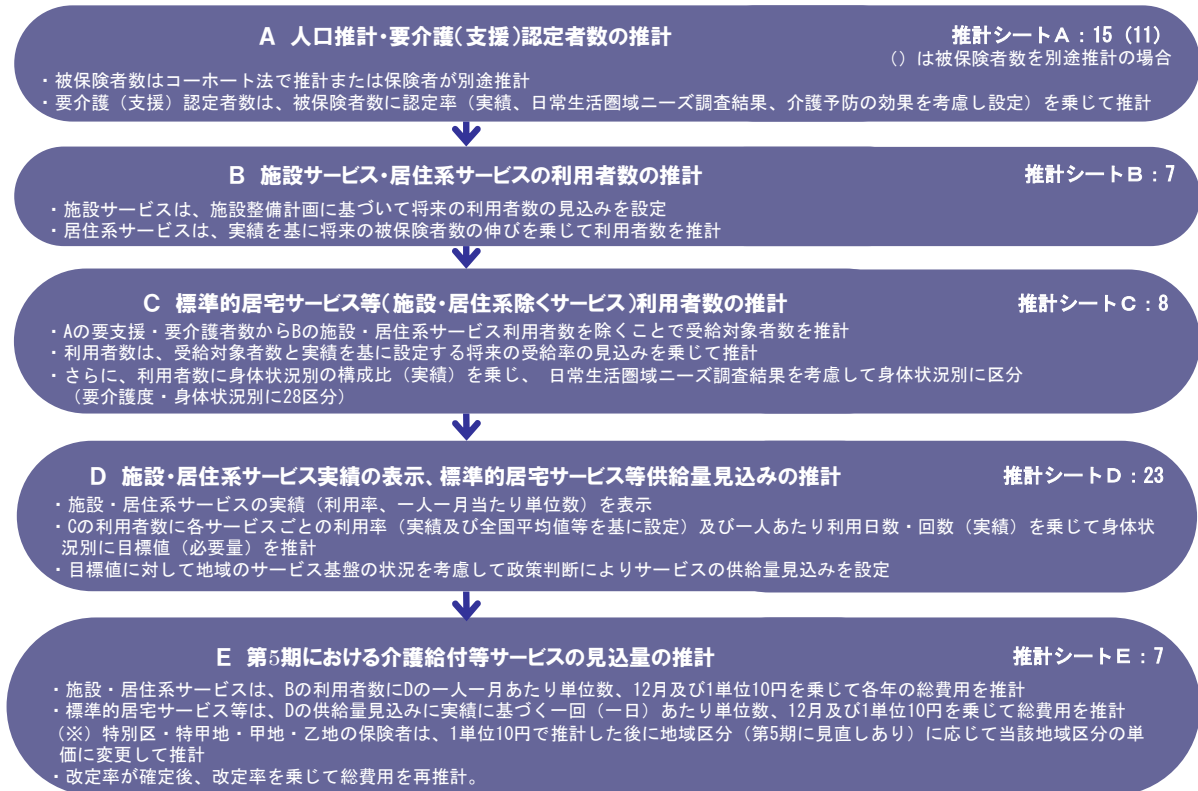
1	2
1463	103
93%	7%

出典) 厚生労働省 第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等に係るアンケート集計

(2) 第5期計画サービス見込量ワークシートにおける推計の流れ

第5期計画サービス見込量ワークシートの推計の流れは以下の通りであり、A～Eの5つの段階、総シート数60枚で構成されるMicrosoft Excelのファイルであった。

図表 4 - 6 第5期計画サービス見込量ワークシートにおける推計の流れ



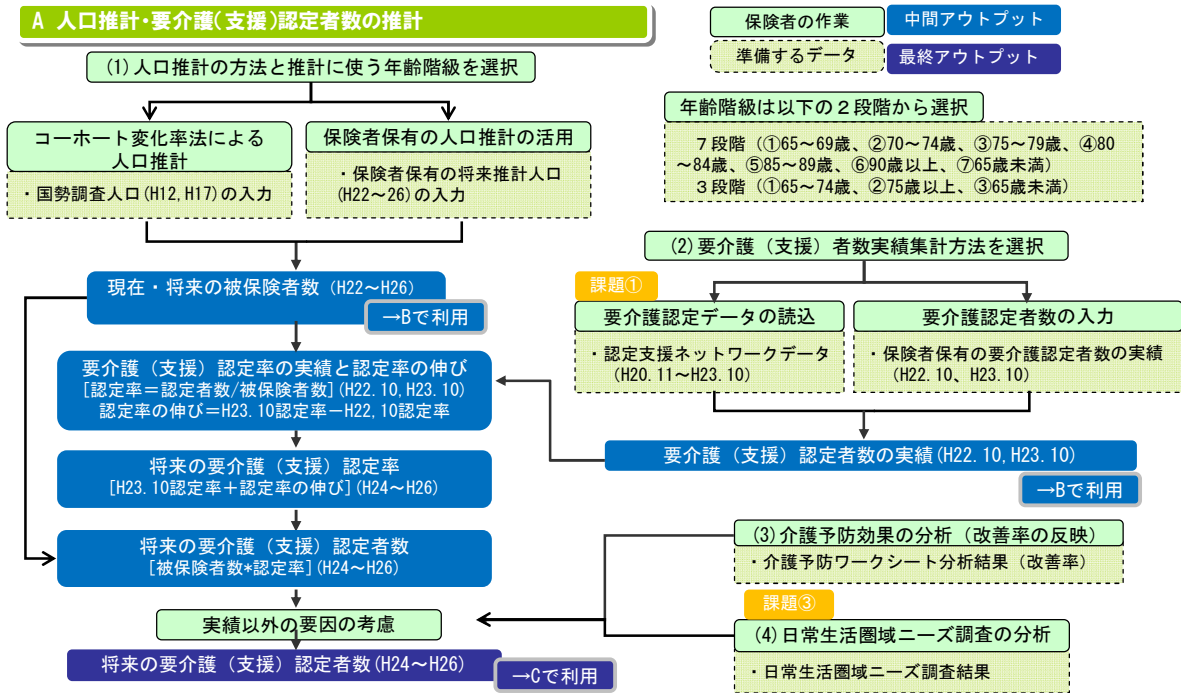
上記 A～E の各段階の具体的な推計方法は次の (3) ①に示すとおりである。

(3) 第5期計画サービス見込量ワークシートの推計方法の概要と課題

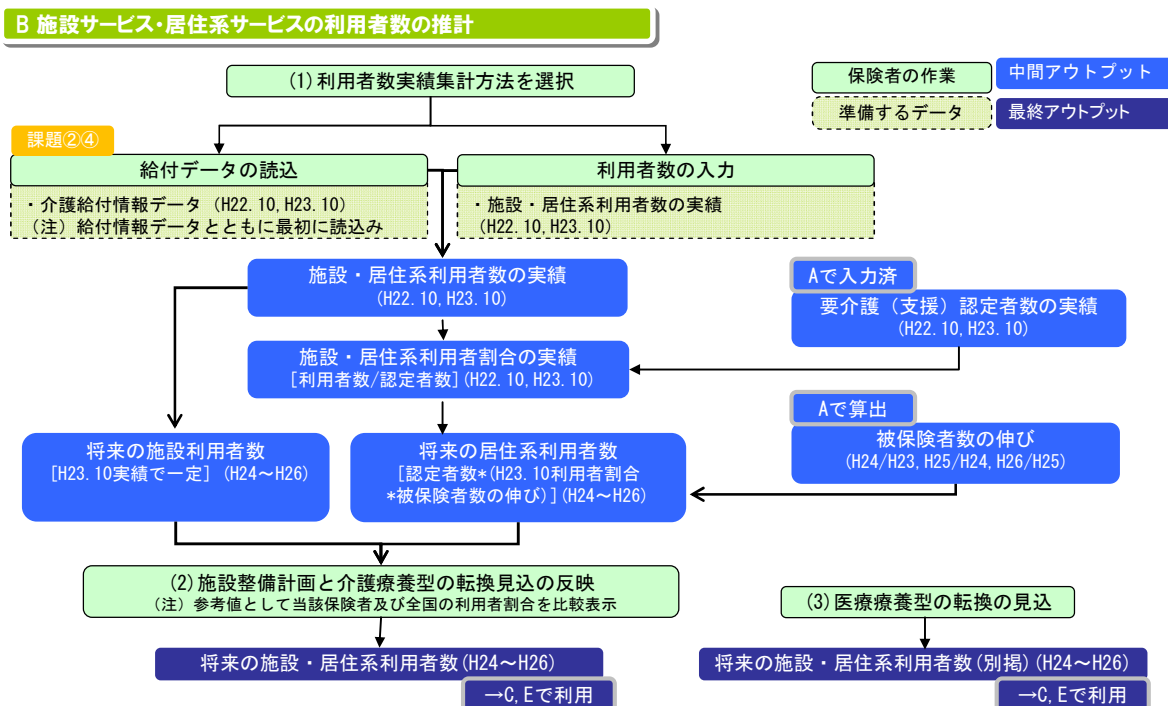
① 第5期計画サービス見込量ワークシートの推計方法の概要

A～Eの5段階における推計方法は次の通りである。

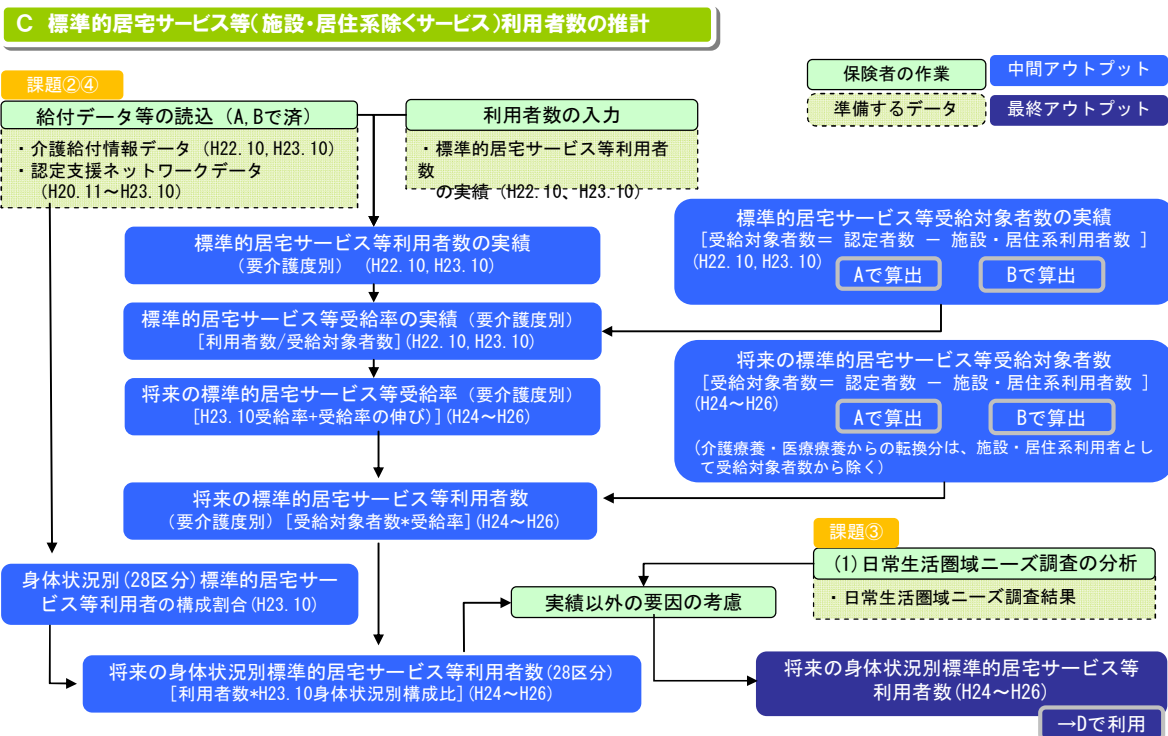
図表 4-7 A 人口推計・要介護（支援）認定者数の推計



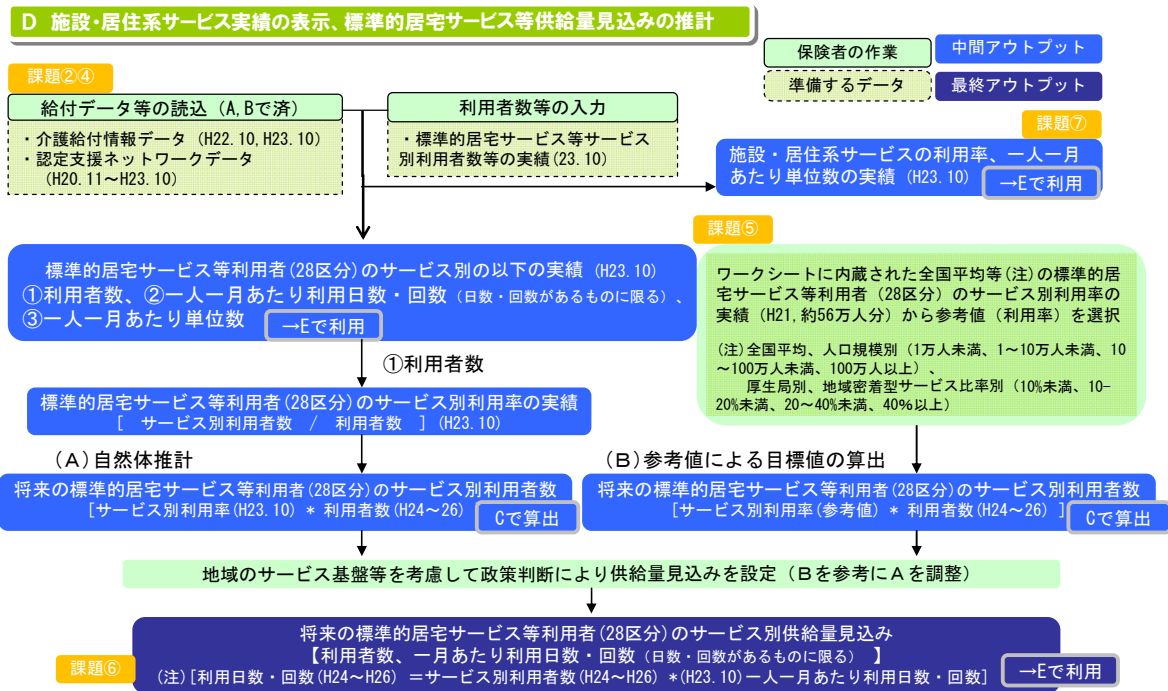
図表 4 - 8 B 施設サービス・居宅系サービスの利用者数の推計



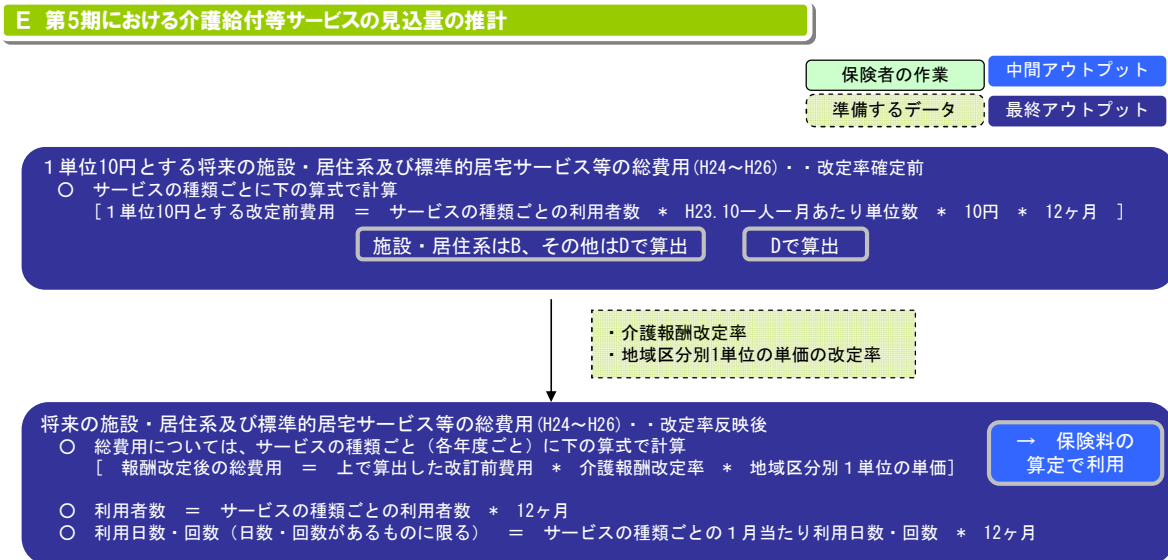
図表 4 - 9 C 標準的居宅サービス等(施設・居宅系除くサービス)利用者数の推計



図表 4 - 10 D 施設・居住系サービス実績の表示、標準的居宅サービス等供給量見込みの推計



図表 4 - 11 E 第5期における介護給付等サービスの見込み量の推計



② 第5期計画サービス見込量ワークシートの課題

(全体を通した課題) シート数が多く、推計の考え方が追いにくい。

全体で60シートにも渡る構造となっており、また、各シートにおける表の形式も複雑であり、保険者の担当者が推計方法を全体的に理解することが困難になっている。

(課題①) 認定支援ネットワークデータを準備できない保険者がある。また、準備できてもデータのフォーマットが保険者によって異なり、読み込めない場合がある。

要介護(支援)認定の有効期間が最長2年間であるため、対前年同月で比較するためのある2時点(例:H22.10,H23.10)の要介護(支援)者数実績を集計するには36か月分の認定支援ネットワークデータを準備する必要がある。実態として、過去のデータを準備できない又は事務システムから出力されるフォーマットが異なる保険者がある。

(課題②) 認定支援ネットワークデータによる認定者数及び介護給付費情報による給付状況の実績値の集計結果が介護保険事業状況報告と一致しない。

サービス見込量ワークシートでインポートした認定支援ネットワークデータ及び介護給付費情報の集計結果と保険者が毎月把握している介護保険事業状況報告の結果にわずかな差が生じる場合があり、保険者において混乱が生じた。

ワークシートによる認定者数の集計は認定ネットワークデータの情報を基礎とし、給付状況の実績値(利用者数、単位数等)は、給付費情報をもとにした。

集計結果に差が生じた理由は、介護保険事業状況報告(月報)では、認定者数は転入出や死亡など日付を遡って変更があった場合は修正を要しないこと、給付状況の実績値(利用者数、単位数等)は返還金等の集計手法に相違点があったためと考えられる。

(課題③) 日常生活圏域ニーズ調査結果を反映できる保険者が少ない。

日常生活圏域ニーズ調査は、保険者における課題を把握し、把握された課題に対する施策検討のためのツールであるのに対し、ワークシートは施策の結果として見込まれるサービスの増減を反映することで、将来のサービス量を見込むツールである。

日常生活圏域ニーズ調査の集計結果をワークシートに機械的に反映できるという性質のものではないことから、反映方法を含めて保険者が検討する必要があったが、これができるのは限られた保険者であった。

(課題④) 1 か月分の介護給付費の実績情報を使用して推計するため、小規模の保険者では推計値がトレンドから外れやすい。

給付情報データは、特に大規模保険者において膨大なデータ量であることから、データ量及び処理速度の制約を考慮して1 か月分のデータのみを取り込んで推計を行っている。しかし、小規模保険者の場合、1 か月分のデータでは平均的なサービス利用状況を反映していない場合があり、妥当な推計とならない場合が見られた。

(課題⑤) 目標値設定に全国平均を活用する意味が保険者に伝わっていない。また、提供している全国平均も古い実績に基づいた限られた利用者数の平均値。

身体状況別サービス別利用者数等の目標値設定を支援するために参考値として利用率(全国平均など)を示したが、過去のトレンド以外に全国平均などの参考値を目標設定に活用することで、実績に反映されていない整備すべきサービスを明らかにするなどの意義が保険者に伝わっていない。また、提供している全国平均値は平成 21 年度実績に基づく約 56 万人分の限られた利用者の平均値である。

(課題⑥) 利用回数、単位数ともに直近値の固定で推計しており、これらの増減傾向は反映されない。

第 5 期においては、利用者数は、要介護度別の標準的居宅サービス等受給率を 22 年と 23 年の 10 月(ある一月)の差で伸ばしているが、利用回数と単位数の伸びは、23 年の 10 月(ある一月)の実績をそのまま用いている。仮に重度の方を在宅で受け入れる場合、高い要介護度の利用者が増えれば、増に応じて全体の平均単位数は増加するなど、現実には、同じ要介護度でも年々回数や単位数が増えることが想定されるが、推計上は反映することができない。

5. 第6期介護保険事業計画に向けて実施が望まれる支援

5.1. 介護保険事業の現状分析の支援

介護保険事業の現状分析には、多くの保険者において介護保険事業状況報告が活用されているが、同様に現状分析の支援ツールとして提供されている介護政策評価支援システムの活用は進んでいない状況である。介護サービス給付状況について全国や他保険者との比較が可能な介護政策評価支援システムは現状分析を実施する上で有効なツールであり、保険者における活用が進むように支援していくことが必要であると考えられる。

また、ヒアリングを実施した保険者からは、全国や他保険者との比較を実施したい意向はあるが、職員がツールを利用して分析を実施することは困難であるとの意見も挙げられた。そこで、ツールを利用して分析することが困難な保険者であっても、介護保険総合データベース等によって、全国比較等の集計結果が得られる仕組みを検討すると共に、全国比較等の結果から分析可能な内容の例示等を行うことで、保険者における現状分析を支援することが必要ではないか。

5.2. 第5期計画サービス見込量ワークシートの課題への対応等(案)

(1) 第6期計画サービス見込量ワークシートにおける課題への対応(案)

(全体を通した課題) シート数が多く、推計の考え方が追いにくい。

表の説明内容、構成や配置、グラフ表示の工夫、マニュアルなどによる丁寧な説明など、わかりやすい簡素化を行う必要がある。それにより、初めて推計に携わる保険者職員、保険者支援を行う都道府県により理解されやすいものとする必要がある。

また、第5期計画サービス見込量ワークシートの身体状況別推計の考え方は保険者にとっては複雑であり、活用が難しい仕組みとなっていることから、サービス見込量ワークシートにおける身体状況別の推計は、希望する保険者がより細かい分析の視点で行う手法として切り分け、全体の推計方法は簡素な方法とすることも検討が必要ではないか。

(課題①) 認定支援ネットワークデータを準備できない保険者がある。また、準備できてもデータのフォーマットが保険者によって異なり、読み込めない場合がある。

認定支援ネットワークデータは第5期計画において導入された身体状況別の推計を行うために必要な情報であり、全体を通した課題で述べたように、希望する保険者がより細かい

分析の視点で行う手法として切り分け、全体の推計方法は簡素な方法とする等の検討が必要である。

また、実態として、過去のデータを準備できない又は事務システムから出力されるフォーマットが異なる保険者があるため、認定支援ネットワークデータを活用する場合には、介護保険総合データベースのデータからあらかじめ集計して保険者に配布する方法など保険者の業務省力化の一手段として活用を検討してはどうか。

(課題②) 認定認定支援ネットワークデータによる認定者数及び介護給付費情報による給付状況の実績値の集計結果が介護保険事業状況報告と一致しない。

ワークシートによる認定者数の集計は認定ネットワークデータの情報を基礎とし、給付状況の実績値（利用者数、単位数等）は介護給付費情報をもとにした。

集計結果に差が生じた理由は、介護保険事業状況報告（月報）では、認定者数は転入出や死亡など日付を遡って変更があった場合は修正を要しないこと、認定者数は転入出や死亡、給付状況の実績値は返還金等の集計手法に相違点があったためと考えられる。

この点は、今後、介護保険総合データベースを活用して保険者に情報提供する場合にも留意する必要がある、ワークシートのマニュアル等において集計手法により差が生じる可能性があることを説明する等の対応を検討する必要がある。

そのため、サービス見込量ワークシートにおいて介護給付費情報（受給者台帳）から認定者数の集計を行うこと、あるいは、介護保険事業状況報告においてサービス見込量ワークシートへの入力に必要な以下の情報を提供することも検討が必要ではないか。

- 男女別、第1号被保険者（①65～69歳、②70～74歳、③75～79歳、④80～84歳、⑤85～89歳、⑥90歳以上の年齢階級別）・⑦第2号被保険者別、要介護度別要介護認定者数
- 要介護度別の標準的居宅サービス等受給者数
- 各サービス（介護給付・予防給付、介護予防支援及び居宅介護支援別）、要介護度別の利用者数、利用回数・日数

また、認定支援ネットワークデータは第5期計画において導入された身体状況別の推計を行うために必要な情報であり、上述の全体的な課題への対応と併せて簡素な推計方法とすることも検討が必要ではないか。

(課題③) 日常生活圏域ニーズ調査結果を反映できる保険者が少ない。

日常生活圏域ニーズ調査の結果は、あくまで計画策定を検討する際の基礎資料の一つとして、保険者において地域課題を把握や施策を検討するために活用するとともに、地域ケア会議（いわゆる地域ケア推進会議）での意見交換や計画策定委員会で施策を説明する際の参考資料として利用するものであり、サービス見込量の推計では、調査結果から浮かび上がった地域課題に対応した保険者の施策の結果として見込まれるサービスの増減を反映する必要があった。

サービス見込量ワークシートは、実績から想定される自然体推計を保険者の施策により可変するものであり、その増減量は保険者において検討する必要があることを保険者に理解してもらう必要がある。

また、保険者の施策により可変すべきサービスの増減量を推計過程のどこで調整・反映するか等、推計手法の意図を整理し、マニュアルで丁寧に説明することが必要と考えられる。

(課題④) 1 か月分の介護給付費の実績情報を使用して推計するため、小規模の保険者では推計値がトレンドから外れやすい。

小規模保険者の場合、1 か月分のデータでは平均的なサービス利用状況を反映していない場合があり、妥当な推計とならない場合が見られたため、①介護保険総合データベースのデータからあらかじめ集計して保険者に配布することも一手段として活用を検討してはどうか。また、②一定容量であれば複数月のデータによる推計を可能とするなどの検討は必要と考えられる。

また、課題②における検討と併せて、介護保険事業状況報告によって必要な情報を提供することで、サービス見込量ワークシートにおける介護給付費情報の集計を不要とする 것도検討が必要ではないか。

(課題⑤) 目標値設定に全国平均を活用する意味が保険者に伝わっていない。また、提供している全国平均も限られた利用者数の平均値。

身体状況別サービス別利用者数の目標値設定を支援するために参考値として利用率（全国平均など）を示したが、過去のトレンド以外に全国平均などの参考値を目標設定に活用することで実績に反映されていない整備すべきサービスを明らかにするなどの意義が保険者に伝わっていないため、目標値設定の考え方をマニュアルで丁寧に説明することが必要はないか。

また、介護保険総合データベースの活用や介護保険事業状況報告によって、より多くの母数を確保してデータ提供できないか検討すべきではないか。

さらに、保険者が政策を考える上で有効な参考指標について検討し、政策評価支援システムにより提供していくことを検討すべきではないか。

(課題⑥) 利用回数、単位数ともに直近値の固定で推計しており、これらの増減傾向は反映されない。

第5期においては、利用者数は、要介護度別の標準的居宅サービス等受給率を22年と23年の対前年同月(例:10月)の差で伸ばしているが、利用回数と単位数の伸びは、23年10月(例)の実績をそのまま用いている。

仮に重度の方を在宅で受け入れることが進む場合、要介護度の高い利用者は重度化に応じて利用回数は増加するなど、同じ要介護度でも年々回数や単位数が変化することも想定されるため、推計上は伸びを反映できるようにする必要があると考えられる。

(2) 第6期計画サービス見込量ワークシートにおける長期的な視点での推計の支援

社会保障・税一体改革においては、高齢化が一段と進む2025年に地域包括ケアシステムの構築を目指しており、介護保険事業計画においても長期的な視点を持って、地域包括ケアシステムの構築に向けた計画の策定を行うことが重要である。

第5期介護保険事業計画は、第3期計画策定時に定めた平成26年度までの目標を達成する仕上げの計画であるとともに、高齢化が本格化する平成27(2015)年以降における地域包括ケアの構築を見据えた視点での取り組みをスタートする計画にもなっている。

第5期計画については、地域包括ケアシステムの実現に向けて各保険者において着実な実施が行われているところであるが、第6期計画に向けては、第5期計画以前のサービス見込量ワークシートにおいて行ってきた当該計画期間におけるサービス見込量等の推計に加えて、2025年の推計についても保険者が行えるようにすることも検討が必要ではないか。

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

地域包括ケアシステムの構築に資する第 6 期介護保険事業（支援）

計画策定の在り方に関する調査研究

報 告 書

平成 25（2013）年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03 (6705) 6024 FAX 03 (5157) 2143

不許複製