

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
ケアマネジメントの実態調査をふまえた
保険者の機能強化に関する調査研究事業

保険者の機能強化に資する
「圏域別・状態像別の地域分析」の手引き

平成25年3月

株式会社 日本総合研究所

目次

手引きのねらい.....	2
基本編.....	4
1. 介護保険制度のいま.....	4
(1) 財源の制約に直面している.....	5
(2) ニーズの多様化への対応が急務.....	7
(3) ケアマネジメントの質が不十分.....	9
2. 介護保険制度が目指すべき方向性～地域包括ケアシステムの構築.....	10
3. 保険者として、いま取り組むべき課題.....	13
(1) 住民に対して、自立支援の考え方を周知・啓発する.....	13
(2) 地域の高齢者にとって必要なサービスを見極め、整備を推進する.....	14
(3) 介護支援専門員や介護職に対して、専門性の向上を支援する.....	15
4. なぜ保険者機能の強化なのか.....	16
5. 保険者に求められる取り組み.....	18
(1) どの取り組みを選ぶかは保険者次第.....	18
(2) 判断のよすがとなる「情報の収集・活用」.....	20
(3) 保険者機能を強めるための職員育成.....	21
(4) 「自立支援の考え方の周知・啓発」に資する取り組み.....	22
(5) 「必要なサービスの見極め・整備」に資する取り組み.....	23
(6) 「介護支援専門員、介護職の専門性向上の支援」に資する取り組みの選び方.....	24
実践編.....	26
1. これまでのデータ分析の特徴と課題.....	26
2. 「状態像に応じたニーズ・サービス利用分析」のねらいと方法.....	29
(1) 分析のねらい.....	29
(2) 分析方法.....	30
(3) モデル自治体について.....	40
3. 圏域別の分析例.....	42
(1) 圏域別分析について.....	42
(2) 圏域別分析のまとめ.....	43
(3) 圏域別の高齢者の状態像を知る.....	48

4. 要介護度別の分析例.....	53
(1) 要介護度別分析について.....	53
(2) 要介護度別分析のまとめ.....	55
(3) 要介護度別の高齢者の状態像を知る.....	62
(4) 要介護度別のサービス利用実態を知る.....	76
5. 要介護度×原因疾患別の分析例.....	78
(1) 要介護度×原因疾患別分析について.....	78
(2) 要介護度×原因疾患別分析のまとめ.....	81
(3) 要介護度×原因疾患別の状態像を知る.....	88
(4) 要介護度×原因疾患別のサービス利用実態を知る.....	99
6. 要介護度×認知症程度別の分析例.....	102
(1) 要介護度×認知症程度別分析について.....	102
(2) 要介護度×認知症程度別の状態像を知る.....	104
(3) 要介護度×認知症程度別のサービス利用実態を知る.....	113
7. 分析のまとめと活用方法.....	116

手引きのねらい

介護保険制度は、介護サービスを必要とする高齢者等を社会で支えるため、介護サービスを将来利用する可能性がある人の保険料と、国民全体での支援（税金）を基にして成り立っています。そのため利用料を払ってサービスを利用する高齢者等と、保険料や税金を払う住民が、サービス内容や財源の使途を納得し、必要な時に制度を使う、あるいはその時に備えて制度を支える関係がなければ制度は成り立ちません。

市町村は保険者として、高齢者等を含む住民から制度の持続的な運営を託されています。すなわち、高齢者の増加やニーズの多様化に対応しつつ、地域資源と限られた財源を上手にやり繰りすることで、高齢者等の暮らしを支える環境づくりを進める責務があります。

その際、高齢者等のニーズの傾向、地域資源、財政状況は地域によって違いがあります。したがって保険者は、高齢者個別のニーズを集約して地域課題を抽出し、財政状況とのバランスを勘案してサービス整備の方向性を決定した上で、それを住民や事業者と共有しながら整備を進める必要があります。

また整備して終わりではなく、高齢者個別のニーズに応じたケアマネジメントやサービス利用がなされているか（＝必要な人に必要なサービスが提供されているか）の支援・評価を通じて、サービスの過不足感・質に関する課題の把握や、個別事例のケアマネジメントの向上を進めることが期待されています。

そこで本手引きでは、保険者がこれらの取り組み、すなわち「地域包括ケアマネジメント」を進める上で土台となる情報を得られるよう、「地域の高齢者の状態像と、サービス利用状況を総合的に分析する方法」を提案しています。既存の分析と異なり、状態像とサービス利用状況を紐づけて分析することで、介護保険制度が目指す「状態像に応じたサービス提供」を実現する一助になることをねらいとしています。

保険者が自ら情報を集め、分析し、対応策を選び取るマネジメント力（＝保険者機能）を強化することで、各保険者の運営する介護保険制度が、地域が目指す方向に発展していくことが望まれます。

（手引きの特徴）

- 基本編と実践編の2部構成となっています。
- 基本編では、介護保険制度の現状を踏まえ、保険者が現在直面している課題と、その解決に向けてどのような保険者機能の強化が求められているかを解説しています。
- 実践編では、保険者機能の強化の第一歩として、圏域別の高齢者の状態像、及び状態像別のサービス利用状況を把握することで、地域の高齢者の特徴を捉えるためのデータ活用の方法を紹介しています。

基本編

1. 介護保険制度のいま

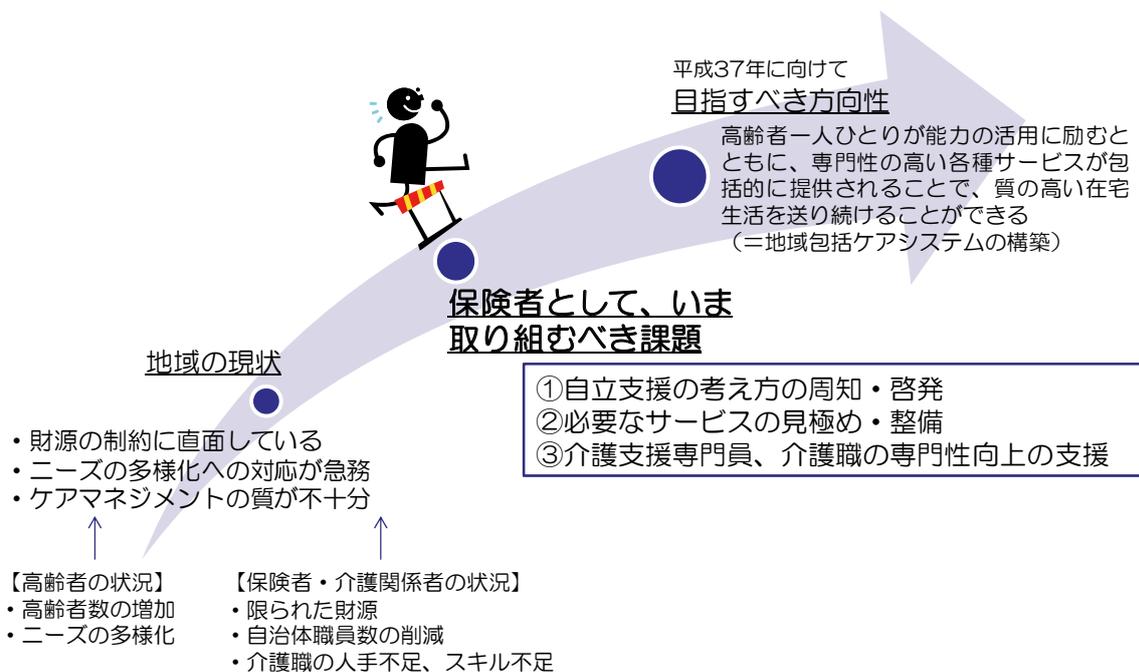
介護保険制度は、介護保険法の第一条（目的）にある通り、要介護状態となって介護や機能訓練等を必要とする人に対して、尊厳を保持し、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを支援するために給付を行う（介護サービスを提供する）ものです。

介護サービスの地域性を踏まえ、市町村が保険者として制度を運営する仕組みが採られています。平成12年4月の施行以降、サービスの整備が徐々に進み、今や介護保険制度は要介護者の暮らしを支える、なくてはならない存在となっています。

しかし、施行から10年以上が立ったいま、介護保険制度は大きな岐路に立たされています。地域では高齢化が進展する一方、財源や地域資源は無限ではない中で、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年（2025年）に向けて、高度なやりくりをしなければ制度運営がより困難になると考えられます。

介護保険制度、そして保険者が置かれている状況を理解するため、基本編の前半では、多くの地域が共通して直面している現状（第1章）、高齢化のピークに備えて目指すべき方向性（第2章）、現状と目標のギャップを埋めるために保険者がいま取り組むべき3つの課題（第3章）を説明します。後半では、それらの課題に対応するにあたって、どのような手段があり、それをどう選ぶのか（第4～5章）という基本的な考え方を紹介します。

図表1 保険者の置かれた現状と目指すべき方向性



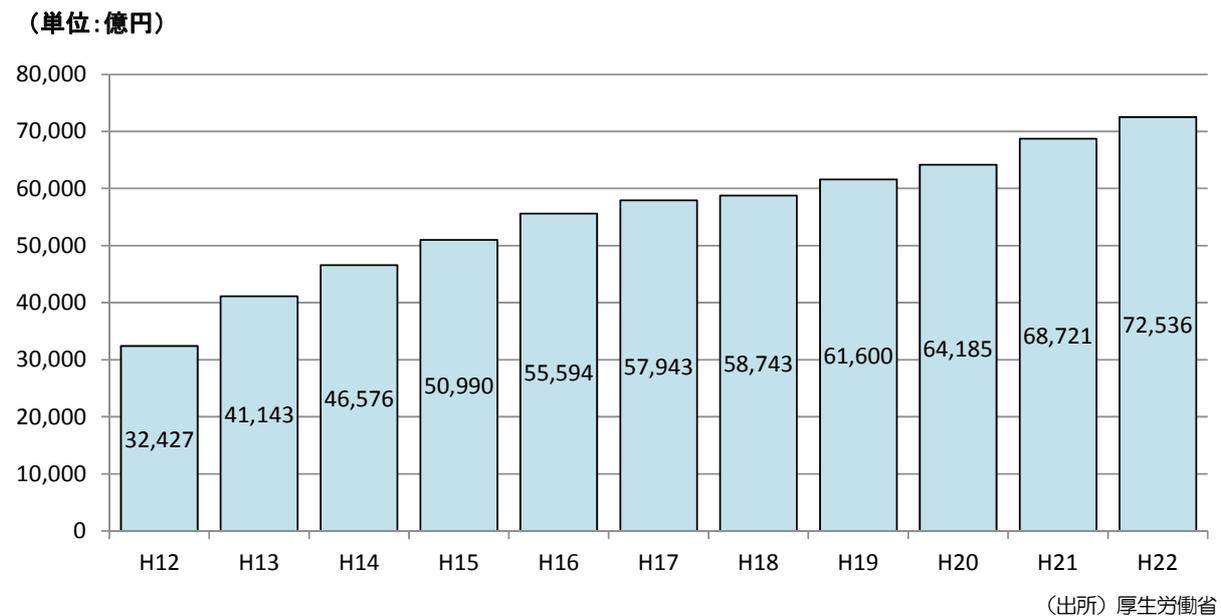
(1) 財源の制約に直面している

サービスはタダではなく、その整備にあたっては一定の費用がかかります。介護保険制度は国民の共同連帯という理念に基づいて、保険料と公費（国＋都道府県＋市町村）から財源が構成され、それを活用して各保険者はサービス整備を行ってきました。

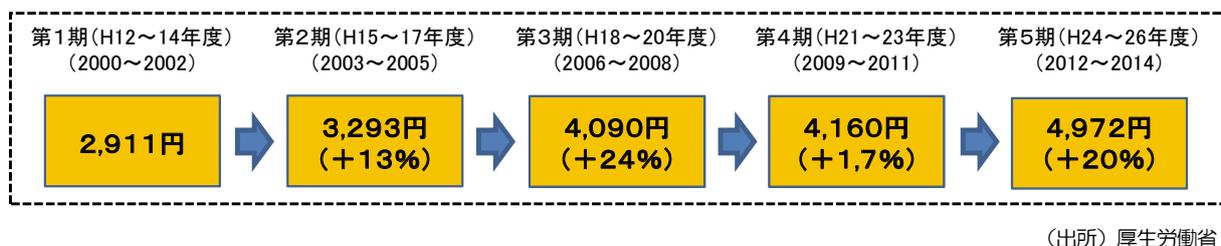
施行以来、サービスの利用増加に伴って必要な費用も膨らみ、結果として多くの市町村が3年毎の改定のタイミングで介護保険料を上げ続けてきました。特に第5期（平成24～26年度）では、第1号保険料の全国平均は4,972円となり、第4期（平成22～24年度）の4,160円から約20%も増加しました。これは第1期（平成12～14年度）の2,911円の約1.7倍で、平成22年実施の全国首長調査で限界とされた5,000円の水準に達しています。

被保険者の負担を考慮すると、今後の保険料の増額には限界があります。公費についても国・自治体とも財政状況が厳しい中で無い袖は振れず、大幅に増やすことは困難です。一方で後述する通り、多くの市町村においてはこれからの高齢者数のピークに向けてサービスの需要の増加が見込まれています。

図表2 介護保険給付費の動向



図表3 介護保険料の動向（65歳以上が支払う保険料（全国平均（月額・加重平均））



すなわち保険者は、財源がひっ迫する中でサービス整備を進めるという難題に直面しています。対応策としては、財源の拡大（税金・保険料の増加、被保険者の対象年齢の引き下げ等）、サービス提供の効率化（重度化防止、介護報酬の見直し）、介護保険サービス以外の地域資源・サービスの活用、対象者数の増加緩和（介護予防の強化等）、対象者の範囲の見直しなどが考えられますが、いずれも住民への影響が大きいことから安易な選択は出来ません。

まずは徹底的にやりくりを行い、今の財源で可能な限り、費用対効果を高める努力が求められます。負担増加や対象者の絞り込みが回避できない場合も、やりくりの実態を住民に対して示した上で、どの選択が最も望ましいか検討することが重要です。

今後の保険料の水準や公費負担の割合が問われている今、保険者は地域資源が限られている中で高い効果を得られるようにやりくりすること、言い換えると高度な「マネジメント」を早急に行うことが求められています。

(2) ニーズの多様化への対応が急務

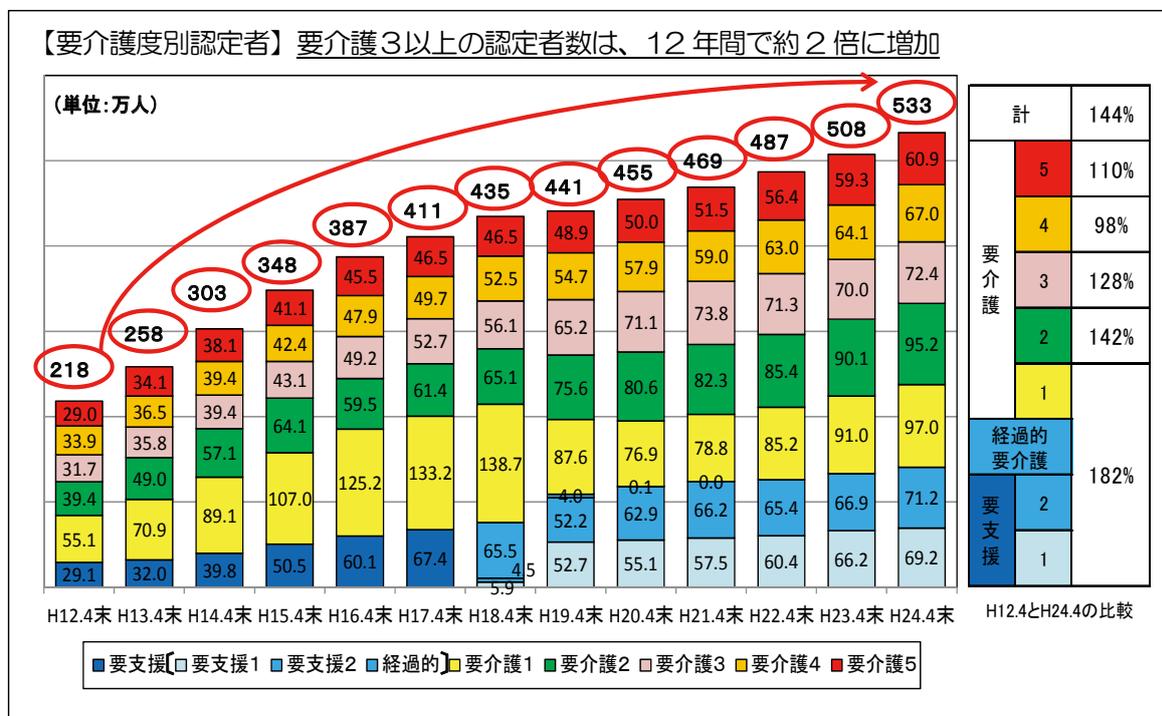
介護保険制度が 2000 年に始まって以来、全国の傾向を見ると認定者数は一貫して増加しています。2012 年 4 月末日現在の 65 歳以上被保険者数は 2,986 万人で、2000 年 4 月末日の 2,165 万人から 12 年間で約 820 万人（38%）増加しました。また要介護（要支援）認定者数は、同期間で 218 万人から 533 万人（144%）へと大幅に増加しました。今後も団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、人数の増加が見込まれています。

一方、保険者単位で見た場合は、総数の増加のスピードやピークを迎える時期にはばらつきがあります。また、これまでのサービス整備の状況にも差異があるため、一概にサービスが不足するとは限りません。

ただし、サービスの過不足は認定者の総数だけではなく、各サービスに対するニーズの変化によっても引き起こされます。多くの地域では、総数の増加に加えて、医療と介護の双方を要する人や重度の要介護者、認知症を有する高齢者、単身・高齢者のみ世帯といった、様々なニーズを持つ高齢者が増えています。

このような要介護高齢者の状態像の変化を背景として、需要が高まるものを増やし、需要が低くなるものを減らすという取舍選択が必要となっています。またサービス提供側に求められる対応もより高度化しています。

図表4 要介護度別認定者の推移



(出所) 厚生労働省社会保障審議会資料をもとに、日本総研にて加筆

図表5 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計（括弧内は65歳以上人口対比）

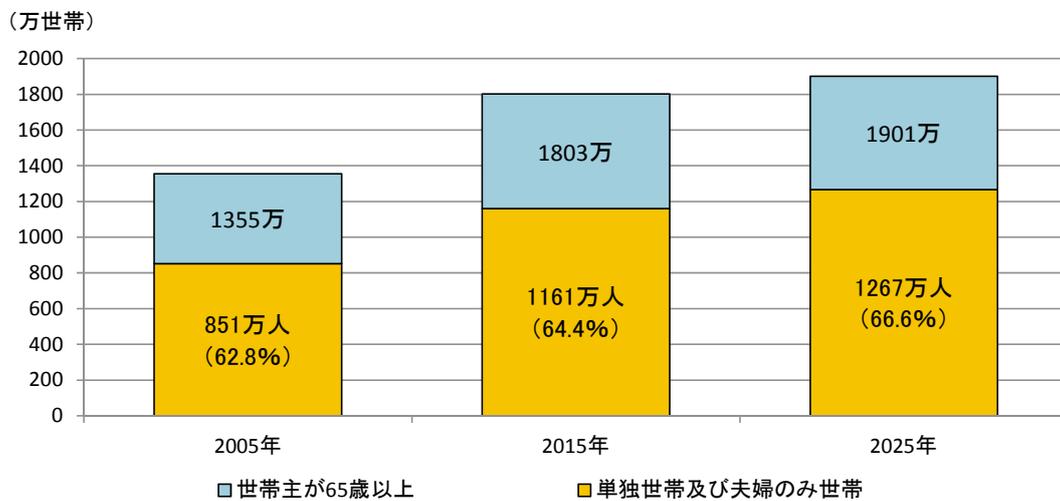
65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加



(出所) 厚生労働省社会保障審議会資料

図表6 高齢世帯の推計（括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合）

世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加



(出所) 厚生労働省社会保障審議会資料

(3) ケアマネジメントの質が不十分

介護保険制度は、利用者の選択に基づいて、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、「ケアマネジメント」という仕組みを柱としています。介護保険におけるケアマネジメントがきちんと機能するように支援を行うのが介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割であり、居宅・介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成し、市町村やサービス事業者等との連絡調整を行っています。

介護保険制度の要と言えるケアマネジメントですが、その質に関しては、近年の社会保障審議会介護給付費分科会や介護保険部会、介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会等において様々な課題が指摘されています。例えば、介護保険の理念である「自立支援」の考え方が十分共有されていない、利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が十分でない、中立・公平性の確保について取り組みが十分でない、といった内容が挙げられます。

中でも、「他サービスとの連携が十分でない」という点が大きな課題となっています。例えば、入退院時の在宅と病院での情報共有が不十分、認知症の症状が進むと施設や精神病院に依存せざるを得ない、自宅での最期を希望しても病院での看取りになるという状況が多く見られます。これらの状況を踏まえ、上述の会議では、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない、重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が十分でない、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネーター、地域のネットワーク化が十分でない、といった指摘がなされています。

これらの指摘は、第一に利用者の尊厳保持や自立支援にとって、そして介護保険制度の効率的な運営を行う上で、ケアマネジメントの担う役割が大きいことの裏返しでもあります。ケアマネジメントが機能するには、介護支援専門員だけに責任を負わせるのではなく、保険者や多職種がそれぞれの立場からより深く関わる必要性が高まっています。

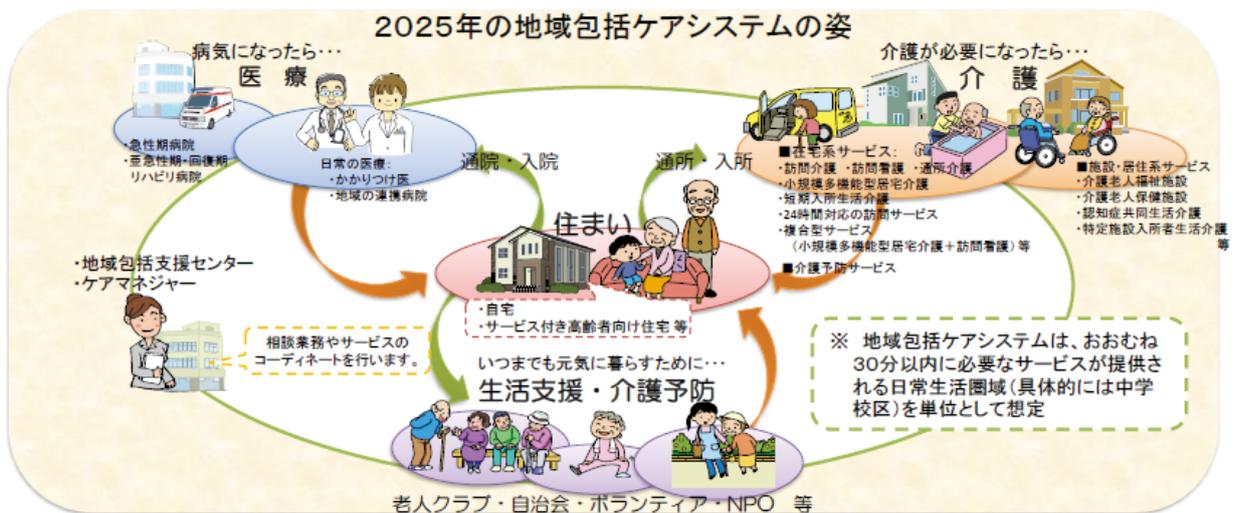
2. 介護保険制度が目指すべき方向性～地域包括ケアシステムの構築

第1章では、介護保険制度の現状として、財源の制約に直面していること、そしてニーズの多様化に対してサービスの量・質の見直しが不十分であることを、統計データを交えながら説明しました。それを踏まえた上で、各地域は高齢化のピークに備えてどのような準備を行い、制度を改善していくべきでしょうか。

それを考える上で、まずは介護保険制度を規定している介護保険法の動きを見てみましょう。2012年4月の法改正では、利用者数のさらなる増加やニーズの多様化が見込まれる中、介護保険制度、そしてケアマネジメントが今後目指すべき方向性が盛り込まれました。それは「地域包括ケアシステム」という概念です。

地域包括ケアシステムとは、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするために、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もの」です¹。この概念を提示した地域包括ケア研究会の報告書（平成22年3月）では、各種サービスが「日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義しています。

図表7 2025年の地域包括ケアシステムの姿



(出所) 厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会資料

地域包括ケアシステムの考え方には、以下の3つのポイントがあります。

（居宅での生活の重視）

1 つ目は、「住み慣れた地域で」という言葉にある通り「施設から居宅へ」の流れを改めて強調していることです。介護保険法は、第二条第4項（保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない）で示されている通り、居宅

¹ 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について」 老発第0622第1号 平成23年6月22日 都道府県知事宛 厚生労働省老健局長通知

での生活を重視しています。

制度開始後、先述の要介護高齢者数の増大などを背景として、居宅サービスの受給者数は非常に伸びました。また、施設入所の希望は依然として根強いものの、他方で高齢者の尊厳、個別性の尊重への意識の高まりも見られ、なるべく自宅で生活し続けたいという人が増えています。

しかし、要介護度が重度になったり、医療を要する状態になると、居宅サービスでは十分に支えられず、施設入所や病院への入院を余儀なくされている状況も見られます。そのため、地域包括ケア研究会の報告書では、「出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを旨とする」と明記しています。

（5つの視点での包括的・継続的な取り組みの促進）

2つ目は、介護保険サービスに留まらず、居宅生活においては「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービス」という5つの取り組みが必要だと示した上で、それらを「切れ目なく提供する」体制を目指していることです。

それを実現するため、新たに地域包括ケアに関する以下の規定が加わりました。

介護保険法第5条（国及び地方公共団体の責務）第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

この規定によって、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）に示されている、高齢者一人ひとりが「有する能力の維持向上に努める」ことを前提とした上で、それを支援するため、保険者は各種サービスを包括的に推進する責務を担うことが明示されました。

（「日常生活の場」の範囲の設定）

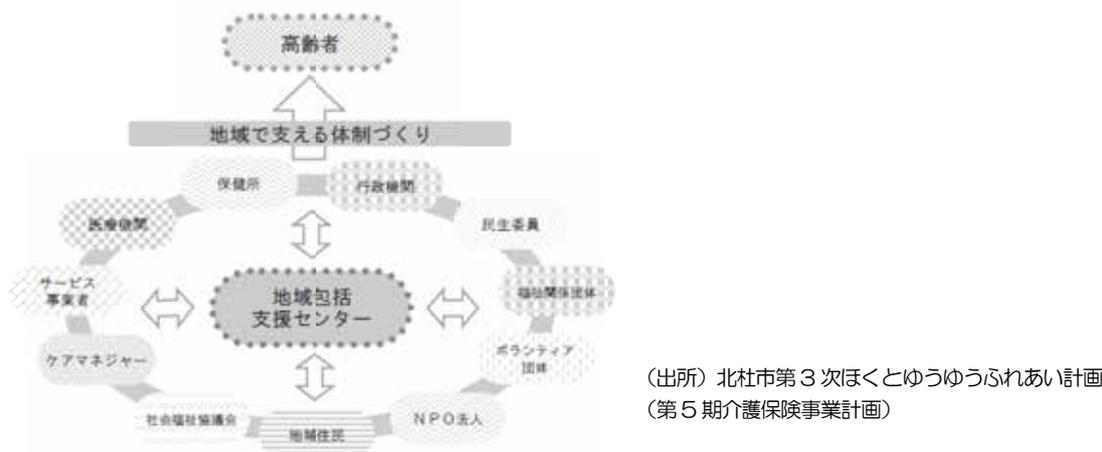
3つ目は、日常生活の場として「日常生活圏域」という考え方を盛り込み、「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする、という目安を明示したことです。圏域の設定については、保険者によって小学校区単位とする、あるいは市全体を1つの圏域とするなど違いが見られますが、いずれにせよ「住み慣れた地域」を漠然としたイメージに留めず、関係者が範囲に対して共通認識を持つことを促す意義があります。

介護保険法の動きを押さえた上で、各保険者は自分の地域に最適な「地域包括ケアシステム」の形を描き、その構築を目指さなければなりません。その際、介護保険事業計画の期間（3年間）に留まらず、中長期的な人口トレンドを意識するのがポイントです。言い換えると、地域の「高

「高齢化のピーク」を見据えて、地域包括ケアシステムの形と、そこに到達するための過程を設計するという事です。

例えば、本事業のモデル自治体である北杜市では、全国的に節目と捉えられている 2025 年（平成 37 年）よりも早い「平成 30～35 年」に後期高齢者が大幅に増加することを見込み、第 5 期計画を「10 年後を見据えた、高齢者が地域で自立して暮らせる体制づくり」と位置づけています。また、地域包括ケアシステムの形を以下のような図で示し、地域の多様な関係者による連携の輪を作り、高齢者を地域で支える体制づくりを目指しています。

図表8 北杜市における地域包括ケアシステム



また、全国に先駆けて地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる和光市では、平成 32 年に高齢化率のピークを迎えることを見込み、第 5 期計画の目標を、「地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指す」と設定しています。

図表9 和光市における地域包括ケアシステム



地域包括ケアシステムは多様な関係者が連携して初めて成立することから、自分の地域に当てはめると具体的にどのようなものなのかを、事業計画等を活用して住民や関係者間に知ってもらい、地域が目指す像を共有していくことが第一歩となります。

3. 保険者として、いま取り組むべき課題

今後、地域の現状と、目指す先（＝地域包括ケアシステムの構築）の間にあるギャップを埋め、高齢者や家族、地域にとってより良い介護保険制度を実現する上で、保険者として今まさに取り組むべき課題は主に3つあります。

(1) 住民に対して、自立支援の考え方を周知・啓発する

介護保険制度は、助け合いに基づいて成り立っている制度です。また介護保険の理念としては、「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する」こと、「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮」することが掲げられています。つまり、決して要望のままに利用できるものではなく、住民自身の努力を前提とし、自立を支援するという考え方のもとで成立しています。

しかし、「自立支援」の考え方が利用者や家族に十分に周知されていないことから、利用者や家族の要望のみに基づいてサービスが提供され、却って状態が悪化するようなケースもあります。

利用者の尊厳を守り、かつ住民が共に支えあって制度を持続させるために、自立支援の考え方の周知を徹底し、意識づけを図ることが重要です。

介護保険を利用する人、支える人にとっての鉄則 「介護保険法の基本4ヶ条」

【介護保険】

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

【国民の努力及び義務】

- ✓ 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。（第4条第1項）

(2) 地域の高齢者にとって必要なサービスを見極め、整備を推進する

①日常生活圏域単位での見極め

サービスの整備に関しては、介護保険事業計画においてサービス資源（基盤）の現状、サービス利用者数及び利用量の見込みの推計を記載し、それに基づいて整備を推進することが推奨されています。特に第5期からは、地域包括ケアシステムの考え方に基づき、日常生活圏域単位でのサービスの充実が求められており、基礎情報に基づいて判断するために「日常生活圏域ニーズ調査」が新たに導入されました。

しかし、状態像、圏域ごとの推計を提示している保険者は少なく、地域全体で丸めた分析結果の記載に留まっており、関係者にとっては圏域毎にどのようなサービス整備を行うべきかを共有しにくい状況です。

そのため「日常生活圏域ニーズ調査」のデータ等をより有効に活用し、圏域ごとの実態をつかんでサービス整備に反映させる必要があります。

②状態像に応じた、隠れたニーズの洗い出し

第5期の計画策定にあたって国から提示された「介護給付等対象サービスの見込量の推計手順（ワークシート）」では、まず過去の利用状況をベースに、自然体での数字を算出します。しかし、保険者の腕の見せ所となるのは、その数字を基に、在宅ケアの重視、地域の変化などを踏まえ、政策的な判断を加えるプロセスです。

その際の判断の根拠となるのは、日常生活圏域ニーズ調査や給付データ、住民や現場の専門職等の意見など、介護保険運営を通じて収集できる情報です。これらの情報からは、これまでの利用の傾向からは読み取りきれないニーズが隠れています。

例えば、ケアプラン作成にあたって、利用者に必要なサービスが地域内に存在しない場合に、そもそもニーズにも記載しない、あるいは別のサービスで代替してしまう実態があります。そうすると、訪問看護やリハビリテーション、あるいはインフォーマルサービスのように、潜在的には利用者が多いにも関わらず、現状では少ないサービスに対する「本当の需要」が過小評価されがちになります。逆に、需要が減っているにも関わらず、サービスがあるから使われる状況も見られます。

また、平成24年度改正で創設された、2つの地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス）や介護予防・日常生活支援総合事業は、これまでサービスが無かったことから、実績ベースでサービス利用を見込むことはできません。しかし、前者は重度で随時・頻繁な対応が必要な人を想定しており、後者は要支援と予防事業対象を行き来するような人を対象として想定しています。

このような状態像に基づいて隠れたニーズを見出すことは、利用者が必要とするサービスの導入や、サービスのミスマッチの解消を促し、効率的な給付につながります。

(3) 介護支援専門員や介護職に対して、専門性の向上を支援する

仮にきめ細やかにサービスを整備しても、利用者にサービスを提供するにあたっては、状態像に応じた適切な組み合わせが出来なければ自立支援にはつながりません。また自立支援型のケアプランを作れても、それに基づいて実際にサービス提供するところまで支援できなければ絵に描いた餅に終わってしまいます。

この部分の支援こそが介護支援専門員に期待されている専門性ですが、自立支援を意識したケアプランの作成、医療サービスの組み込み、介護保険外サービスのコーディネートなどが弱いと指摘されており、保険者としても専門性向上を支援することが期待されています。

同時に、訪問介護や訪問看護などのサービス提供の前提には「他サービスとの連携」がありますが、訪問介護員や訪問看護師にとって、通常のサービス提供や同職種による研修だけから連携に必要なスキルを得ることは困難です。多職種との情報共有や合同での研修に参加できる環境を作り、連携のスキルを磨くように促す必要があります。

現状では、職種間の壁はまだ高く、このような多職種の学び・実践の場は限られています。したがって、まずは保険者がそのような場の提供を通じて専門性の向上を支援し、各職種に効果を実感してもらうことで、徐々に自発的な取り組みを促すことが期待されます。

4. なぜ保険者機能の強化なのか

第1～3章を通じて保険者が取り組むべき課題が明らかになりましたが、具体的な取り組みの説明に入る前に、そもそも保険者の役割をおさらいしておきましょう。

保険者の役割は、介護保険法等で定められており、「保険者機能」と呼ばれています。これは見方を変えると、制度を円滑に運営するために保険者が使える「運営ツール」でもあります。

保険者機能の内容は、納付管理からサービス整備に至るまで幅広いものです。介護保険法の改正等に伴って追加され、全体像が見えにくくなっていますが、職員の皆さんの手元にある様々な業務はいずれも保険者機能の一部です。介護保険法等で定められている主な保険者機能を整理したのが以下の表です。

図表10 介護保険法等で定められている主な保険者機能

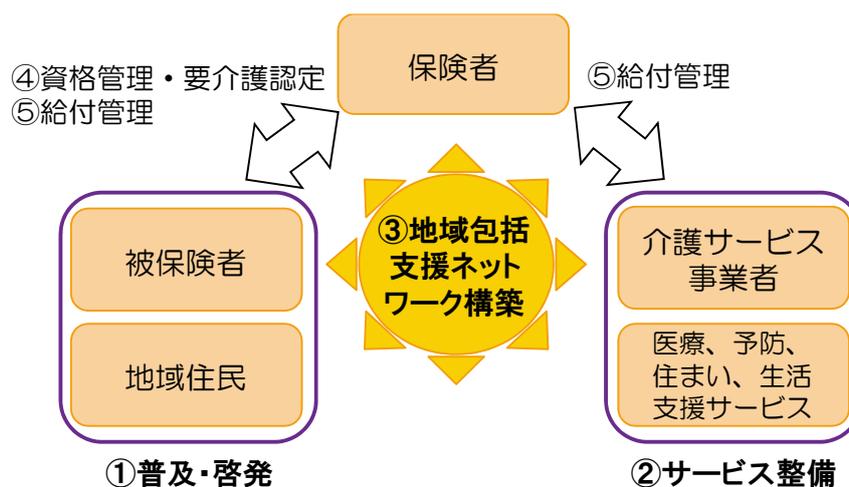
機能	概要
①普及・啓発	
介護保険事業の趣旨の普及啓発 (基本的な指針 ² 第三の一)	・被保険者としての地域住民に対し、介護保険事業に関する情報(介護保険制度の理念等を含む。)の提供等の介護保険事業の趣旨の普及啓発を図る。
②サービス整備	
サービスの有機的な連携の促進・包括的な推進 (介護保険法(以下、法)第5条第3項)	・医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの施策を、有機的な連携を図りつつ包括的に推進する。
市町村介護保険事業計画の策定、日常生活圏域二エース調査の実施 (法第117条の1～5)	・介護給付等対象サービスの種類ごと、地域支援事業の量の見込み、見込み量の確保のための方策を定める。 ・市町村は、日常生活圏域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努める。
認知症に関する調査研究の推進 (法第5条の2)	・認知症に関する調査研究の推進、成果の活用、支援に係る人材の確保等を行う。
地域密着型サービスの充実 (法第42条の2第4項、第54条の2第4項、第78条の2第9項～第11項、第115条の12第7項)	・地域密着型サービス等における市町村の独自報酬設定権の拡大 ・他市町村に所在する地域密着型(介護予防)サービス事業所の指定手続きの簡素化
地域支援事業の実施 (法第115条の45第1～2項)	・被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業を行う。 ・市町村は、予防給付と生活支援サービスを総合的・一体的に行うことができる(介護予防・日常生活支援総合事業)。
③地域包括支援ネットワーク構築	
サービスの有機的な連携の促進・包括的な推進 (法第5条第3項)【再掲】	・医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの施策を、有機的な連携を図りつつ包括的に推進する。
市町村介護保険事業計画の策定 (法第117条の3第3～5項)【再掲】	・介護事業者相互間の連携の確保のための事業に関する事項を定める。 ・認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項を定める。

² 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚労省告示314号・平成24年改正厚労省告示183号)

機能	概要
介護サービス計画の検証、地域ケア会議の開催 (法第115条の45第5項)	・保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を行う。
地域包括支援センターの設置・運営 (法第115条の46)	・市町村は、地域包括支援センターを設置することができる。 ・地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等との連携に努める。
④資格管理・要介護認定	
保険料納付管理（資格管理） (法第3条)	・被保険者に保険給付等を行うため、また、被保険者から納付された保険料の用途を明確にするため、市町村介護保険特別会計を設ける。
要介護認定 (法第27条)	・介護給付を受けようとする被保険者に対して、要介護者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について認定する。
⑤給付管理	
保険給付管理 (法第23条)	・必要に応じて被保険者や指定事業所・施設に対し、保険給付に関する調査を行う。

各保険者機能の関係性を整理すると、以下のような図になります。

図表11 保険者機能の関係性



ここで、前述の3つの「保険者が取り組むべき課題」を改めて見てみると、実は、すでに「保険者機能」に位置づけられていることが分かります。

保険者が取り組むべき課題	保険者機能の分類
住民に対して、自立支援の考え方を周知・啓発する	①普及・啓発
地域の高齢者にとって必要なサービスを見極め、整備を推進する	②サービス整備
介護支援専門員や介護職に対して、専門性の向上を支援する	③地域包括支援ネットワーク構築

つまり、3つの「保険者が取り組むべき課題」への対応は、すなわち、保険者機能の分類の「①普及・啓発」、「②サービス整備」、「③地域包括支援ネットワーク構築」を強化することと言い換えられます。だからこそ、いま、保険者機能の強化の必要性があらためて強調されているのです。

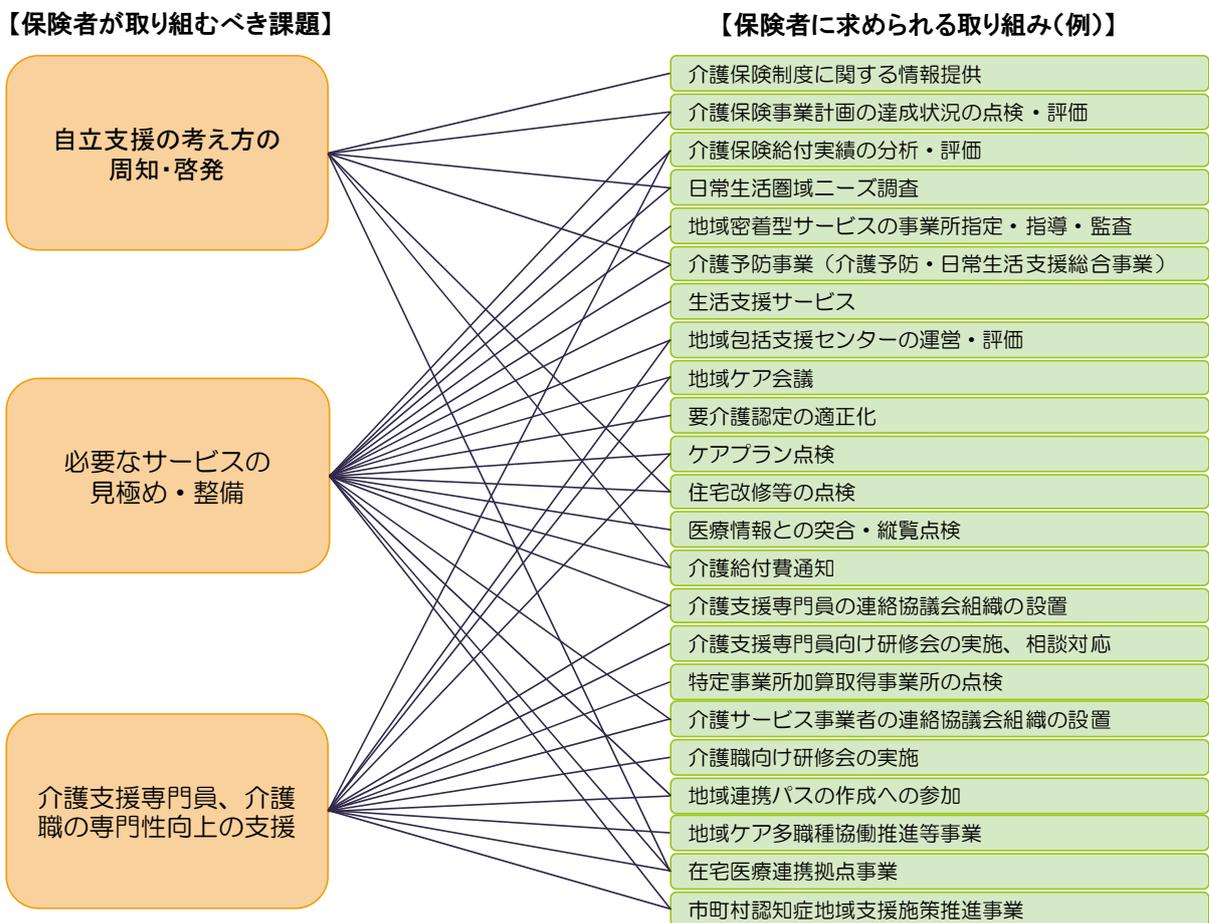
5. 保険者に求められる取り組み

(1) どの取り組みを選ぶかは保険者次第

第5章では、保険者が取り組むべき3つの課題について、どのように対応していけばよいか、基本的な考え方を示します。その前提として押さえておかなければならないのは、「どの取り組みを選ぶのかは保険者次第」ということです。

介護保険制度の基本的な要件は、介護保険法で定められており全国共通です。また課題に対応する取り組みは、モデル的な事業も含めて実に様々なものが示されています。しかし実際の運営にあたっては、地域の特性を勘案しつつ、保険者が自分で判断して選び取るしかありません。

図表12 保険者が取り組むべき3つの課題と、それに対応する取り組み（例）



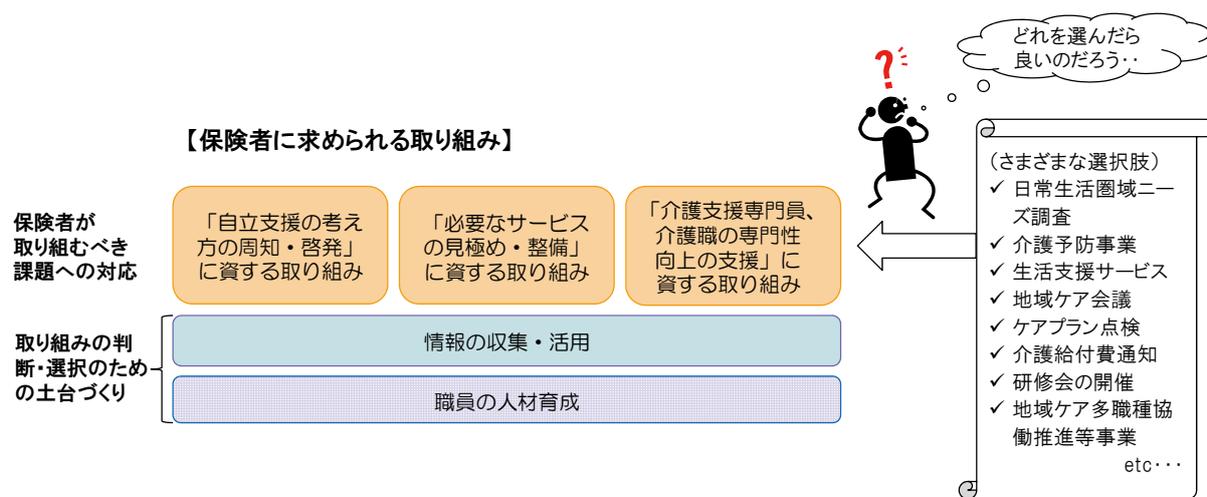
地域包括ケアシステムの構築に向けて、保険者はどのサービスを、どのような期間で、どのくらい整備するのかという方針を定める必要があります。この「マネジメント」によって、地域の姿、具体的にはサービスの質・量や保険料に違いが出てきます。

保険者に求められる取り組みの全てを、必ずしも均等に実施する必要はありません。むしろ、様々な選択肢の中から地域の現状に応じて優先順位をつけ、地域にとって効果的なものを組み合わせることで、メリハリをつけることが大切です。

その代わりに、取り組みを選ぶ際は期待する効果を高めるため、保険者として「なぜ、この取り組みを行うのか」、あるいは「なぜ行わないのか」を明確に説明し、関係者に納得してもらう必要があります。

「取り組みの必要性や優先度を判断し、実施するか否かを選択する」というプロセスは、どの課題対応でも共通です。このプロセスを上手く進められるように、本手引きの実践編では特に「保険者だからこそ出来る情報の収集・活用」に着目して、具体的なやり方を紹介します。

図表13 いま、保険者に求められる取り組みの全体像



(2) 判断のよすがとなる「情報の収集・活用」

①ニーズを「見える化」する

取り組みが必要なのか、そして今やるべきなのかを考える上で、起点となるのは「果たしてニーズはあるのか」です。ニーズを把握する方法として、現状では以下のようなことが多く行われています。

- ・ 地域の関係団体の代表者が参加する会議を開き、意見を言ってもらう
- ・ 要介護度やサービス種別ごとの、これまでの利用実績から推測する

上記の方法は決して間違いではありませんが、これだけで本当に高齢者のニーズを把握したと断言できるでしょうか。地域での偏りはないのか、今の高齢者と将来の高齢者のニーズの違いは見込んでいるのかなど、いくつもの疑問に耐えうるものでしょうか。

ニーズを定量的に捉えるため、第5期介護保険事業計画は「日常生活圏域ニーズ調査」に基づいた策定が試みられました。日常生活圏域ニーズ調査は、高齢者のアセスメントデータの一つであり、全国平均との比較、自治体内での年齢・性別・居住地域間の比較などを行うことで、高齢者全体の傾向や、ある層に見られるニーズなどを知ることができます。

調査結果から見えてくるニーズは、保険者や現場が既に気づいているものかもしれません。しかし、個別事例から見えてくる地域課題がごく限られたニーズなのか、それとも多くの人（潜在的に）持っているニーズなのかを根拠を持って示すには、やはりデータに基づく説明が最も説得力があります。保険者は、「保険者だからこそ持ちえるデータ（＝介護保険運営を通じて収集できる情報）」の強みを大いに生かし、ニーズを見える形にすることが望まれます。

【例. 地域課題の発見@北杜市】

北杜市では、全国平均との比較を行うことで、市としての特徴を導き出しました。例えば、家族構成、年齢、性別から「特に80歳以上の女性の一人暮らしの割合が高い」ことが明らかとなりました。

また、農作業などの影響によって膝・腰痛の人が多く、移動手段が限られており外出機会が少ないといった傾向も把握でき、そのような実態を踏まえて事業の評価、今後の方向性を見出すことができました。

②自分たちの今の位置を知る

ニーズを把握したら、対応の優先順位が高いかどうかを検討する必要があります。検討の視点としては、以下のようなものが挙げられます。

- ・ サービスの過不足はあるか → ニーズとサービス量の比較
- ・ 他の保険者と比べてどうか（先進、平均、後進） → 他保険者との比較、分布
- ・ 以前に比べて目標に近づいているか（取り組みの効果が出ているか） → 時系列

(3) 保険者機能を強めるための職員育成

①保険者としての自覚を促す

保険者は、介護保険法によって制度運営における権限を付与された、代わりがない存在です。利用者に個別にサービスを提供している専門職とは異なる視点を持って、地域全体を見渡し、運営方針を判断し、取り組みを推進しなければなりません。それには、保険者しか持ちえない情報やネットワークを大いに活用することが求められます。まずは「保険者だからこそ出来る役割」とは何かを考えながら、地域との関わりを築いていくことが第一歩となります。

また、介護保険制度に携わるにあたり、広い意味での「自立支援」を意識することも重要です。介護保険制度の目的は、介護保険法第2条第2項に示されているように「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行う」ことにあります。したがって、介護保険事業の運営、そして各事例のケアマネジメントにおいて、状態の改善または悪化防止・遅延化を目指すことが求められます。加えて、第2条第4項に示されているように、「その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮」して、必要なサービスの効果的・効率的な利用を支援することが基本となります。

職員育成においては、単に要介護度の改善のみを目指すといった狭い意味の自立支援ではなく、利用者一人ひとりが安心して在宅での尊厳ある日常生活を続けられることを目指す、広い意味での自立支援に資するケアマネジメントを地域全体で実現する視点を共有することが重要です。

②データに強い人を戦略的に育てる

介護保険運営に関するデータは、個別ケースに関するものから地域全体の統計データに至るまで膨大であり、情報の収集・活用を進めるには、データを読み解き、判断・選択ができる職員を育てていく必要があります。

自治体によっては、給付費データ、日常生活圏域ニーズ調査の担当を経て、介護保険事業計画を担当するようなローテーションを組んでいる場合もあります。そういったプロセスを通じて、現場の視点（ミクロ）と、データに基づく視点（マクロ）を介護保険事業計画に融合させる工夫を行っています。

③ベテランの育成と引き継ぎを丁寧に行う

介護保険運営において、地域住民や事業者等と連携しながら地域包括ケアシステムを構築するには、長期的な視点で戦略を練り、実行していく高度なマネジメント力が必要となります。

そのため、職員の配属期間は長めに設定し、ベテランを育成することが期待されます。また地域との連携が核となり、人的ネットワークが重要なことから、異動等で担当が変わる場合は丁寧な引き継ぎを行うといった配慮が必要です。

(4) 「自立支援の考え方の周知・啓発」に資する取り組み

「自立支援の考え方の周知・啓発」にあたっては、まず「誰に対して」、「どのような切り口から理解を促すか」を検討し、それに適した取り組みを選ぶ必要があります。

利用者・家族に対しては、実際のサービスやその結果に基づいて理解を促す一方、一般住民に対しては、自分や家族の健康・介護について考えてもらう機会を活用することが有効です。

なお、いずれの場合も、自立支援によって身体・生活がどう変わるか具体的に伝えることがポイントと言えます。

図表14 「自立支援の考え方の周知・啓発」に資する取り組み（例）

<p>【介護予防事業（介護予防・日常生活支援総合事業）】 サービス利用を通じて、予防の重要性やその効果を実感してもらう。</p>	<p>【介護給付費通知】 利用したサービスの内容、金額の確認を通じて、サービス利用状況と生活の維持・改善への効果を振り返ってもらう。</p>
<p>【日常生活圏域ニーズ調査】 調査への回答や、結果のフィードバックを通じて、健康維持や自立支援に対する意識を高めてもらう。</p>	<p>【在宅医療連携拠点事業】 在宅医療への関心を高める普及・啓発活動を通じて、医療と介護の連携による自立支援のあり方を考えてもらう。</p>

図表15 「介護給付費通知」の事例（稲城市）



要介護認定の結果通知とともに「介護保険サービス利用確認シート」を添付

上記以外にも、以下のような取り組みを通じて、周知・啓発を行うことができます。

- ・ 生活支援サービスの担い手としての参加促進
- ・ 「住宅改修・福祉用具の点検」結果の通知
- ・ 介護支援専門員等に対する、利用者・家族向け説明ツールの提供

(5) 「必要なサービスの見極め・整備」に資する取り組み

「必要なサービスの見極め・整備」にあたっては、情報の収集・活用を通じてケアマネジメントの実態や、サービス利用実績を評価し、サービスの質・量の過不足を把握する必要があります。

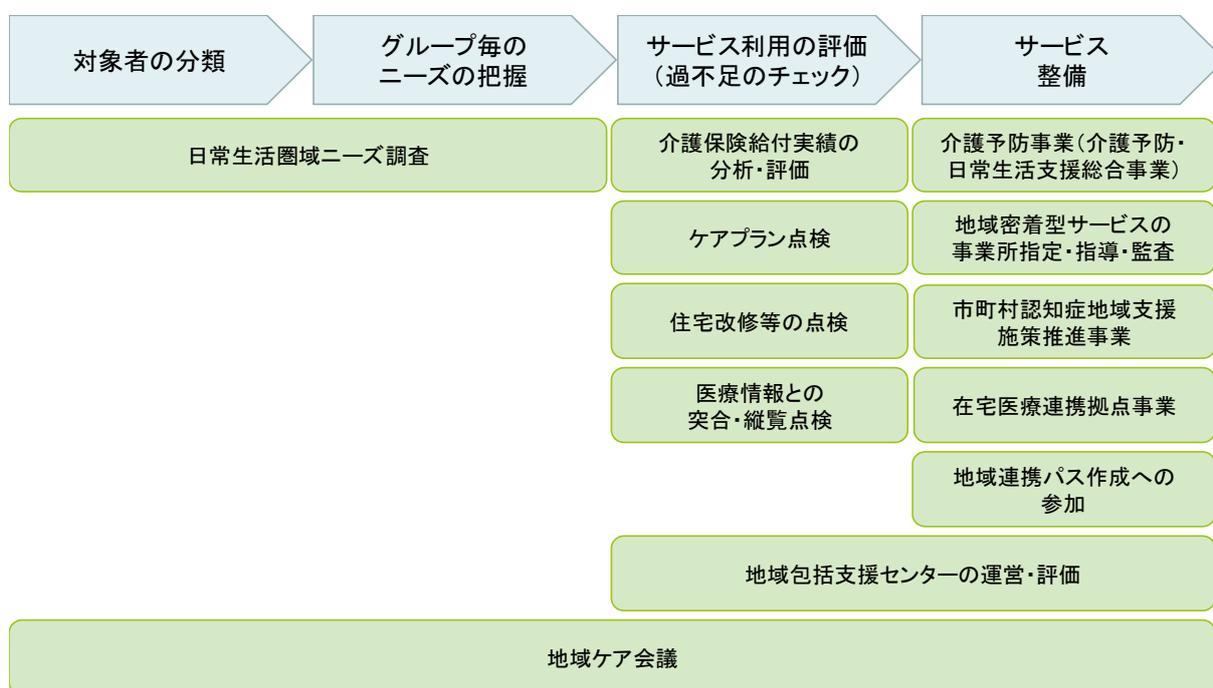
そのプロセスは、定性データと定量データに基づいて、対象者のグループ毎にニーズを見出し、ニーズに応じたサービス利用がなされているかを確認し、圏域単位に集約した上でサービス整備を図るというものです。

ここでの定性データとは「これまでに把握している感触」や、事例検討等から把握できる事柄です。一方、定量データは数字として示され、定性データを裏付ける、あるいは新たな事実を示唆するものです。「データに基づいて、ニーズを見出し、サービス利用が適正か確認する」方法は、実践編で説明します。

なお、サービス整備には、過剰もしくは不足している介護・予防・生活支援サービスの増減を促すという量的な視点と、不適切なケアマネジメントやサービス提供を改善する、あるいは医療介護の連携のネットワークをつくるといった質的な視点の両方が含まれます。

サービス整備の担い手が多様な中で、整備の効果を高めるには、関係者に対して「保険者としての方針」を明確に示し、ベクトルを合わせることがポイントとなります。

図表16 「必要なサービスの見極め・整備」に資する取り組みのプロセス



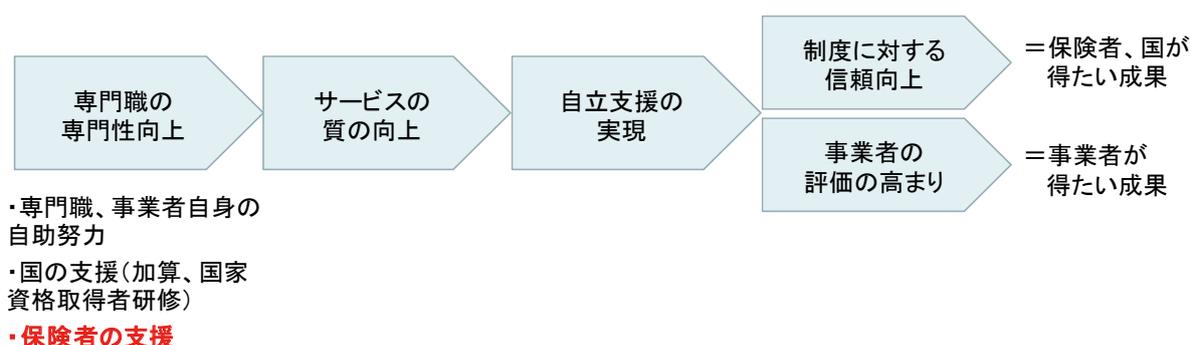
(6) 「介護支援専門員、介護職の専門性向上の支援」に資する取り組みの選び方

「介護支援専門員、介護職の専門性向上の支援」にあたっては、まず自地域の専門職が専門性の向上においてどのような取り組みを行っているか、取り組みにあたってどういった課題を抱えているかを把握することが必要となります。

地域によっては、事業者を越えて研修を行っているところもあれば、職員の定着率が悪くて専門性の向上がうまくいっていないところもあります。専門性の向上そのものは専門職としての責務であり、保険者はどのような支援ニーズがあるかを踏まえた上で、関わり方を検討することが求められます。

その上で、保険者が支援するということは、1つのサービスの質の向上に留まらず、介護保険制度に対する信頼向上という成果が求められることを意味します。そのためには、「多職種との連携の促進」という視点を重視し、多職種合同での研修会の実施、あるいは多職種からの助言を受けられる地域ケア会議の開催といった取り組みにつなげることも有効と言えます。

図表17 介護支援専門員、介護職の専門性向上によって期待される成果



図表18 介護支援専門員、介護職の専門性向上の支援方法(例)

切磋琢磨の推進	学習機会の提供	ケアマネジメントの評価・改善	実践の場の提供
介護支援専門員の連絡協議会組織の設置	介護支援専門員、介護職向け研修会の実施		地域ケア多職種協働推進等事業
介護サービス事業者の連絡協議会組織の設置	介護支援専門員向け相談対応		在宅医療連携拠点事業
	市町村認知症地域支援施策推進事業	介護保険給付実績の分析・評価	
		ケアプラン点検	
		地域ケア会議	
		特定事業所加算取得事業所の点検	

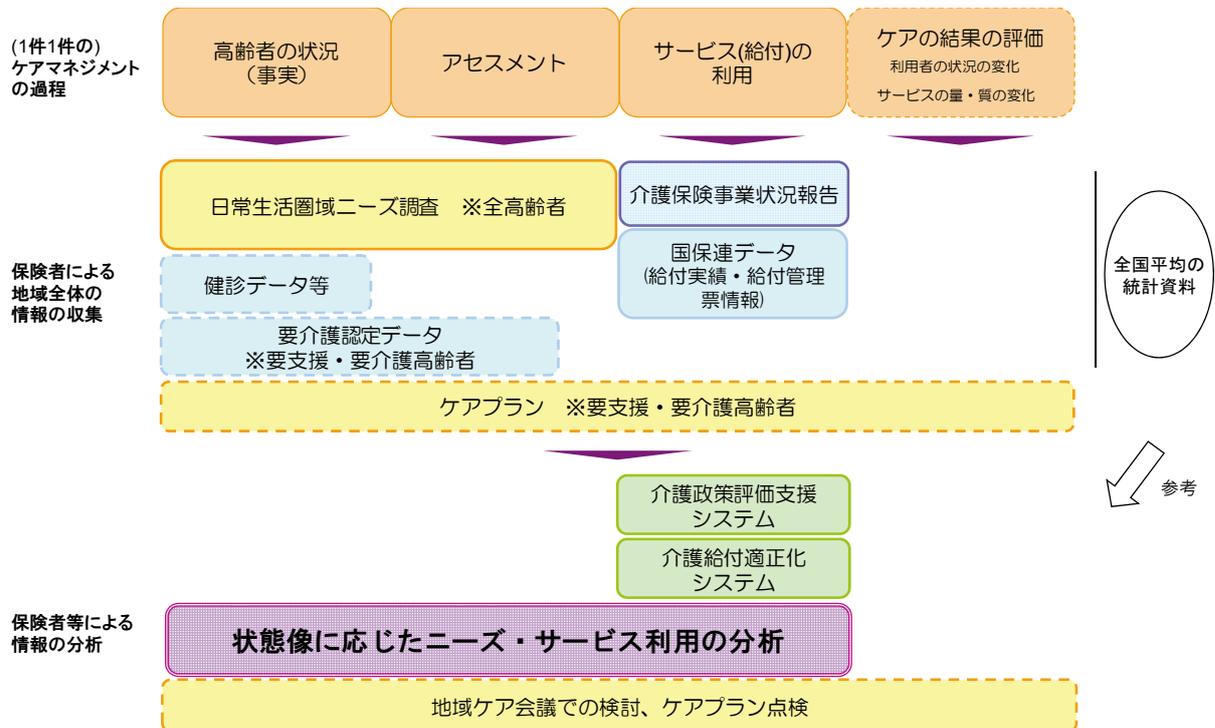
実 践 編

1. これまでのデータ分析の特徴と課題

基本編では、保険者がいま取り組むべき3つの課題と、対応にあたっての基本的な考え方、取り組みの選択肢を紹介しました。実践編では、これらの取り組みのベースとなる「情報の収集・活用」を取り上げます。

保険者は、介護保険事業運営を通じて様々な情報を収集し、分析できる立場にあります。ケアマネジメントの過程に沿って、収集できる情報と、現在提示されている分析のためのツールを整理したのが以下の図です。

図表19 保険者が収集できる情報と活用方法の全体像



①高齢者の状況及びアセスメントに関する情報

高齢者の状況及びアセスメントに関する情報としては、日常生活圏域ニーズ調査のほか、健診データや要介護認定データ、ケアプランの記載内容の一部が該当します。

健診データは、主に身体状況を把握するデータとして有用ですが、受診率などの影響を受けて対象が限定されます。また要介護認定データは、認定時点の状態像を示すデータとして重要ですが、環境状況の情報が含まれず、また現状では国保連データとの紐付けが行われていません。ケアプランについては、現行では紙ベースで運用されていてデータ化されていません。

一方、日常生活圏域ニーズ調査は、各保険者での調査対象や設問の設定によって違いはあるものの、要支援・要介護高齢者の状態像について、身体状況、心理状況に加え、家族や住居などの環境状況も一定把握することが可能です。回答が主観的である前提に立った上で、地域全体の傾向をつかむには有用なデータと言えます。

②サービス（給付）の利用に関する情報

サービス（給付）の利用に関するデータとしては、まず納付・給付管理業務を通じて把握する被保険者・認定者・受給者数や給付額が該当します。これらのデータは、厚生労働省に報告され、「介護保険事業状況報告」の形で公表されます。

各保険者が毎月報告を行う項目は表の通りです。

図表20 介護保険事業状況報告の調査事項

主な項目	統計表で記載されている項目
第1号被保険者数（第1表）	前月末現在、当月中増、月中減、当月末現在（65歳以上75歳未満、75歳以上）
要介護（要支援）認定者数（第2表）	要介護度別の総数、第1号被保険者数、65歳以上75歳未満の人数、75歳以上の人数、第2号被保険者数
居宅（介護予防）サービス受給者数（第3表）	要介護度別の総数、第1号被保険者数、第2号被保険者数
地域密着型（介護予防）サービス受給者数（第4表）	要介護度別の総数、第1号被保険者数、第2号被保険者数
施設サービス受給者数（第5表）	要介護度別・施設別（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）の総数、第1号被保険者数、第2号被保険者数
保険給付 介護給付・予防給付総数（給付費）（第6-1表）	要介護度別の給付費の合計、居宅（介護予防）サービス分、地域密着型（介護予防）サービス分、施設サービス分
保険給付 介護給付・予防給付 居宅（介護予防）サービス（給付費）（第6-2表）	要介護度別の居宅（介護予防）サービス給付費の合計、各サービス分
保険給付 介護給付・予防給付 地域密着型（介護予防）サービス（給付費）（第6-3表）	要介護度別の地域密着型（介護予防）サービス給付費の合計、各サービス分
保険給付 介護給付・予防給付 施設サービス（給付費）（第6-4表）	要介護度別の施設サービス給付費の合計、各サービス分
保険給付 高額介護（介護予防）サービス費総数（給付費）（第7表）	高額介護（介護予防）サービス費の合計、世帯合算分、その他の分
保険給付 特定入所者介護（介護予防）サービス費 総数（給付費）（第8表）	要介護度別・サービス毎の食費・居住費（合計、食費分、居住・滞在費分）

また、個別の受給者の利用実績は、「国保連データ」という形で国保連から保険者に提供されます。これは、介護サービス事業所に支払われた給付実績に関するデータと、居宅介護支援事業所等から国保連に提出される給付管理票のデータから成ります。

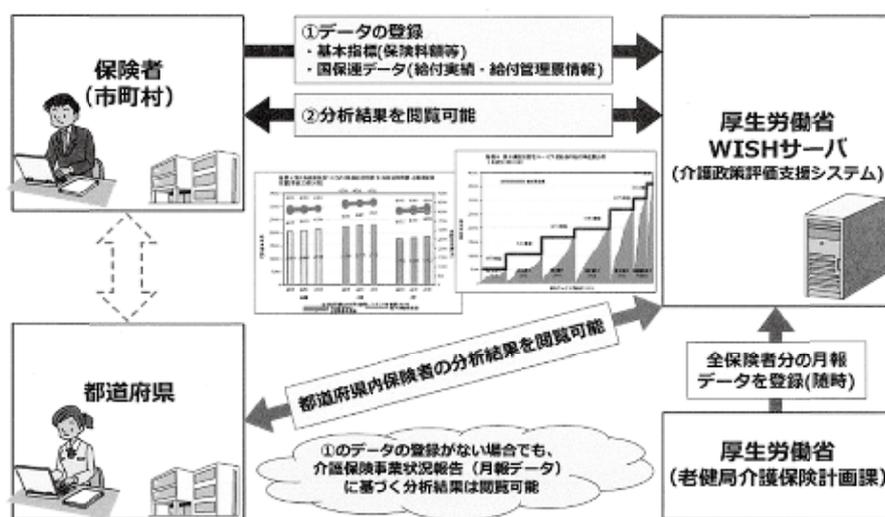
「国保連データ」には、利用したサービス種別や回数など詳しい情報が含まれています。このデータを分析することで、地域におけるサービス利用の状況を様々な角度から分析することができます。

③収集した情報の分析

保険者が収集した情報を分析する手法として、今までに提示されているものを見ると、まず「介護政策評価支援システム」があります。このシステムは、各市町村の介護保険制度に関する政策評価指標、具体的には第1号被保険者の要介護度別認定率指数や、サービス系列別高齢者1人当たり給付指数を算出するものです。それを基に、「全国や都道府県の平均と比べた」自地域の状況の確認、すなわちバランス分析を行うことができます。

突出して多いサービス、少ないサービスがあり、地域特性や政策などの合理的理由がない場合には、このデータを根拠として計画にサービス基盤の整備の方向性を決める等といった形で利用します³。介護政策評価支援システムは、サービス（給付）の利用に関して「他保険者と比較して大きく間違っていない」判断を行うためのツールと言えます。

図表21 介護政策評価支援システムの概要図



(出所) 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 介護保険計画課資料 介護政策評価支援システムの利用について

また「介護給付適正化システム」は、主に介護給付実績を詳細に分析するための手法です。介護給付実績や、国保連合会が有している医療給付実績を用いて、給付実績を活用した情報（受給者別の給付状況、介護報酬支払額上位事業者リストなど）、介護給付費通知、医療情報との突合、縦覧点検を行うことができます。介護給付適正化システムは、「事業者や介護支援専門員のサービス提供の手続きに間違いがないか」を確認するためのツールと言えます。

これらの分析は、主にサービス（給付）の利用の傾向を見るものです。しかし今後、状態像に応じた自立支援が問われる中で、個々の高齢者の状態像データと、サービスの利用実態を一緒に分析できる手法が必要と考えられます。

³ 介護政策評価支援システムの周知依頼等について（平成23年老発第1号）

2. 「状態像に応じたニーズ・サービス利用分析」のねらいと方法

(1) 分析のねらい

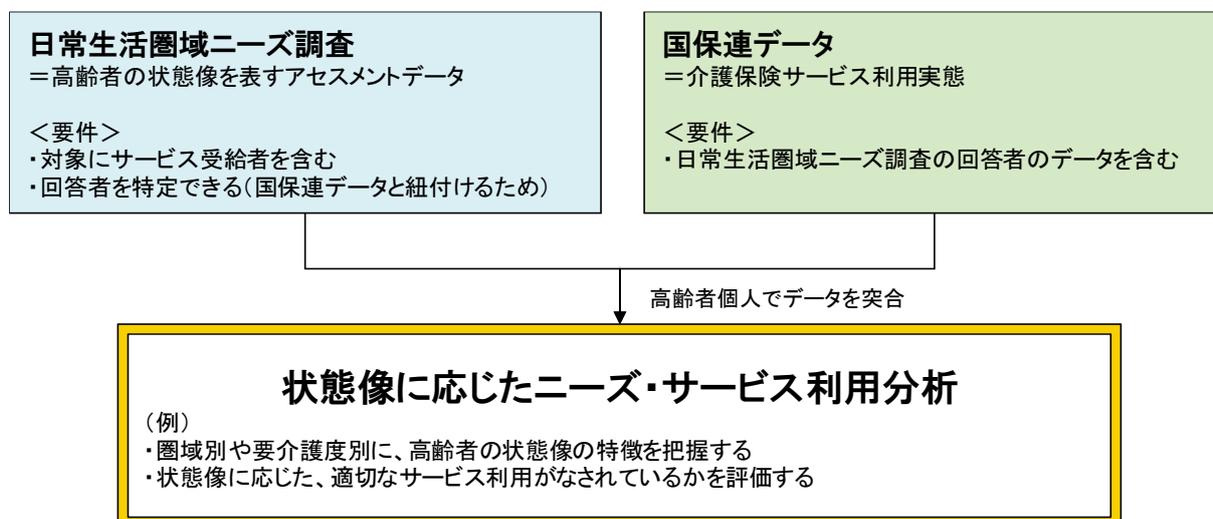
保険者は地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者の状態像に応じた自立支援、日常生活圏域単位でのサービス整備の推進が求められています。その前提となるニーズを把握する手法としては、第5期介護保険事業計画の策定時に提示された「日常生活圏域ニーズ調査」がありますが、活用方法が普及・定着していないのが現状です。

また、前述の通り、既存の分析手法は、状態像と給付実績に関する分析を別々に行う、あるいは地域平均で算出するものであり、「個々の高齢者の状態像に応じて、適切なサービス提供が行われているか」を評価しにくいという課題があります。

そこで本手引きでは、「状態像に応じた自立支援」を進める上で、実態を定量的に把握することをねらいとして、心身や環境の状況を表す「日常生活圏域ニーズ調査」と、サービス利用実態を表す「国保連データ」を高齢者個人で紐付ける、「状態像に応じたニーズ・サービス利用分析」を提案します。

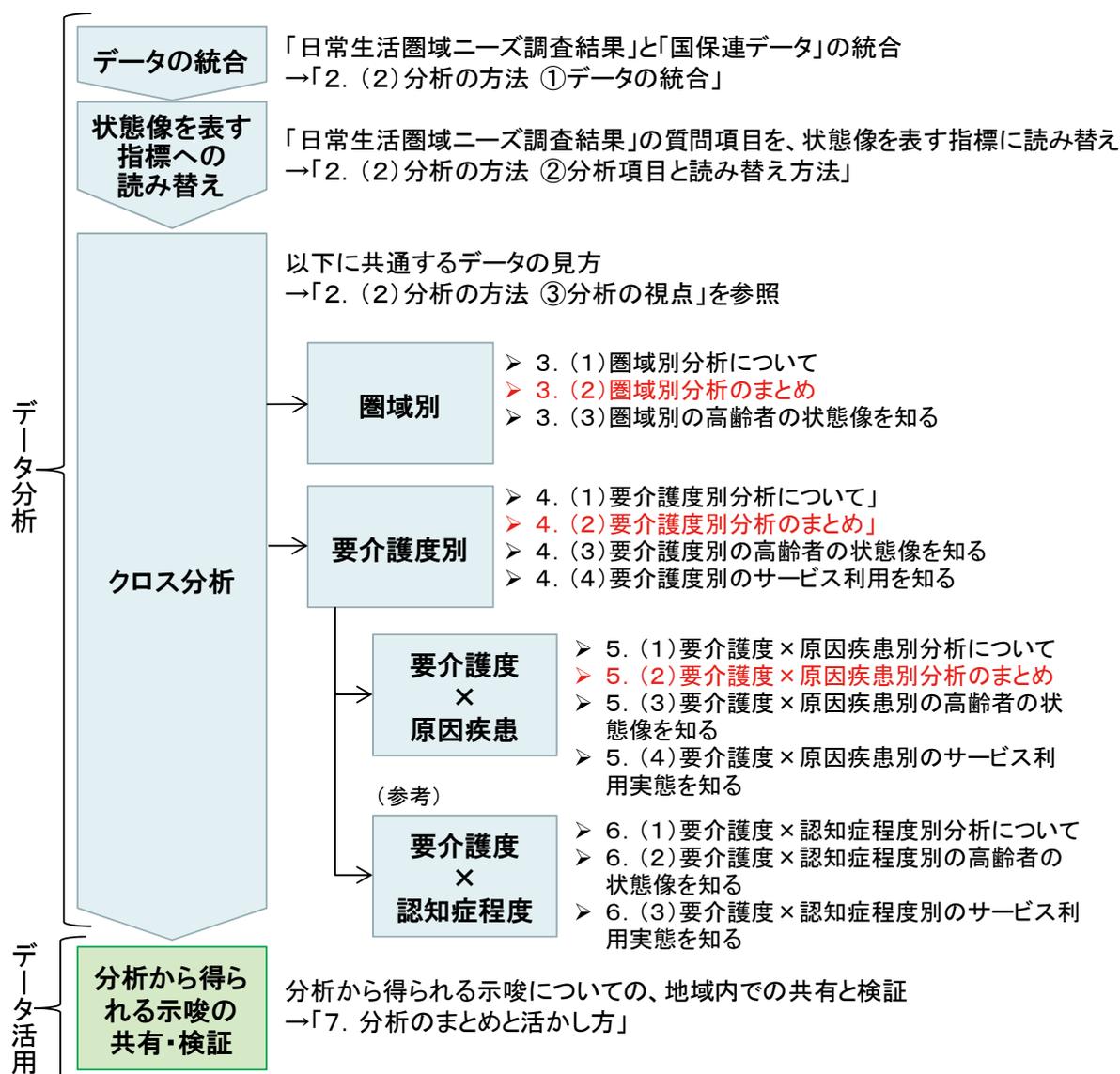
分析結果は、地域のニーズの実態とサービス利用の実態を照合して地域の高齢者の実態を表したデータであり、まさに「地域特性に応じた」保険運営を行う上で活用できます。

図表22 「状態像に応じたニーズ・サービス利用分析」の考え方



(2) 分析方法

本分析のプロセスは以下の通りです。分析のイメージをつかむには、赤字の各分析のまとめをご覧ください。



①データの統合

本分析を行うにあたり、データに求められる条件は以下の通りです。

データ名	条件
日常生活圏域ニーズ調査結果	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 要介護(要支援)認定者が対象に含まれていること ✓ 記名式など個人が特定できる方法で実施していること ✓ 後述のクラスター分析で用いる質問項目が含まれていること ✓ 対象者の居住圏域が把握できていること
国保連データ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 日常生活圏域ニーズ調査を実施した月に発生した、被保険者、サービス種類ごとの費用額あるいは給付額 ✓ 被保険者ごとに介護給付費サービスコードの上2桁別(1~30)でまとめてデータを抽出

- ・ 両データを CSV 形式で出力し、個人を特定して紐付ける ID（被保険者番号等）によって連結を行います。
- ・ 分析を委託する際は、自治体の個人情報保護条例に従い、適切な取扱いを行います。

②分析項目と読み替え方法

まず、要介護度に加え、要介護状態となった原因疾患、認知症程度、障害高齢者の日常生活自立度、居住状態、ADL、IADL に着目して、地域の高齢者を分類する方法を示します。

基本的に「日常生活圏域ニーズ調査結果」の設問を活用します。要介護度については、国保連データを用います。

以下に示す各項目の問番号は、特段の表記がない場合、「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」（平成 23 年 3 月 財団法人 長寿社会開発センター）内、平成 22 年度ニーズ調査モデル調査で用いた調査票の問番号に基づいて示しています。自治体によって問番号が異なる可能性がありますので、その場合は該当する設問番号に読み替えて下さい。

1. 要介護度

国保連データの基本情報を用います。

2. 要介護状態となった原因疾患（4分類）

「日常生活圏域ニーズ調査」における、対象者の疾病状況に関する設問を用います。

普段の生活で介護・介助が必要であると答えた人のうち、「介護・介助が必要になった主な原因」の選択肢をまとめて、4 つの原因疾患に読み替えを行います。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問 8-2

	問番号	項目	選択肢
①認知症	問8-2	現在治療中の病気	11.精神・行動障害(1.認知症)
②脳卒中	問8-2	現在治療中の病気	1.循環器系(2.脳卒中)
③廃用症候群	問8-2	現在治療中の病気	3.呼吸器系 6.筋骨格系(骨粗しょう症、関節症等)
④その他	問8-2	現在治療中の病気	上記以外

※青森市・北杜市の調査票では、下記の設問を用います。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問 2-1

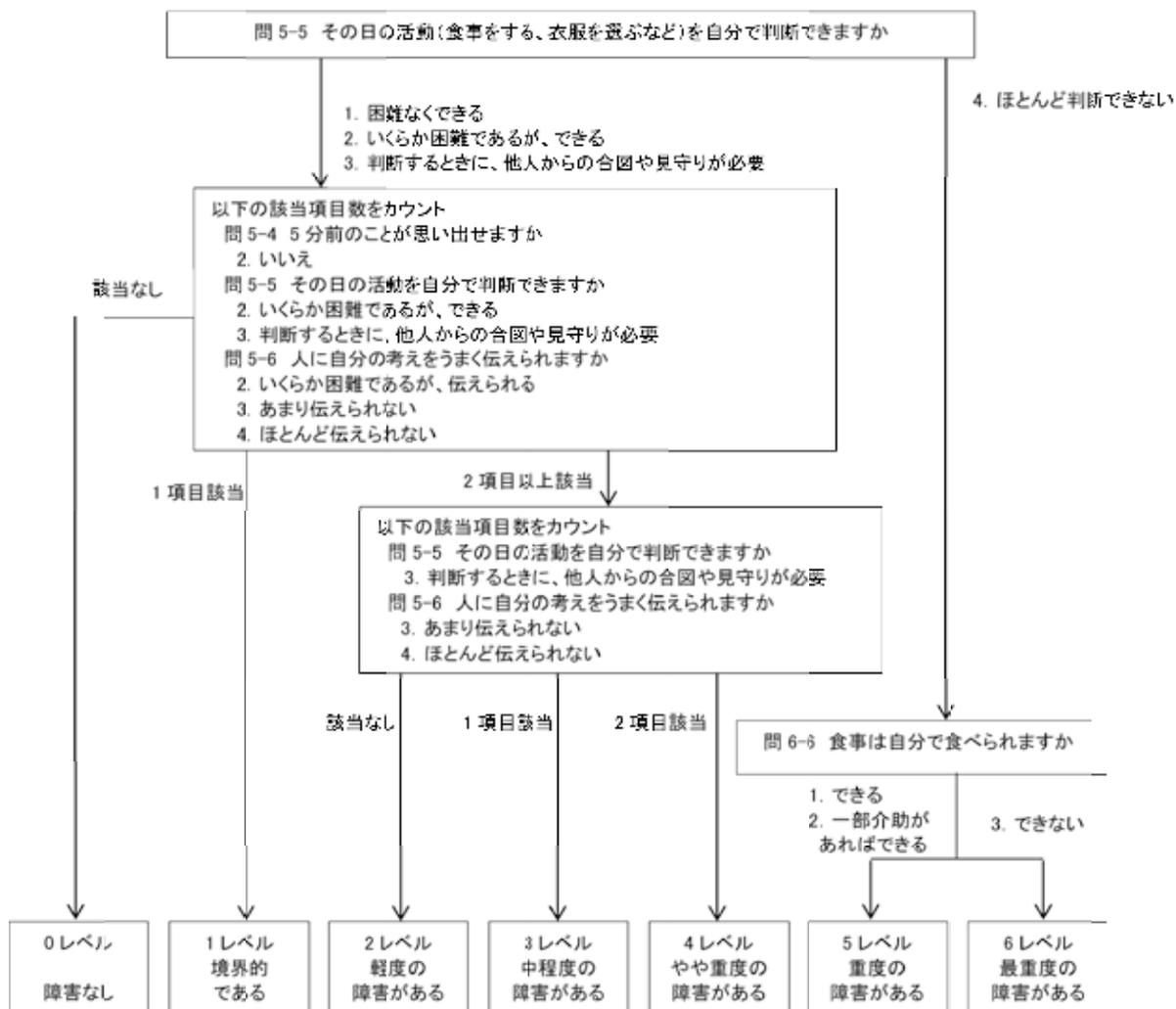
	問番号	項目	選択肢
①認知症	問2-1	介護・介助が必要になった主な原因	6.認知症
②脳卒中	問2-1	介護・介助が必要になった主な原因	1.脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
③廃用症候群	問2-1	介護・介助が必要になった主な原因	4.呼吸器系の病気 5.関節の病気(リウマチ等)
④その他	問2-1	介護・介助が必要になった主な原因	上記以外

3. 認知症程度（7分類）

「日常生活圏域ニーズ調査」における、認知機能の障害程度の指標であるCPS（Cognitive Performance Scale）に準じた設問（問5-1～6及び問8-2）を用います。それにより、比較的簡単に認知機能の障害程度の評価が可能です。

回答結果に応じて、0レベル（障害なし）から6レベル（最重度の障害がある）まで7段階に読み替えを行います。具体的な手順は、「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」に準じます。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問5-4～6、問6-6



4. 障害高齢者の日常生活自立度（6分類）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」作成検討会報告書に準じて、「日常生活圏域ニーズ調査」の設問のうち各基準に類似する選択肢を組み合わせ読み替えを行います。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問2-5、問6-12、問6-8

	問番号	項目	選択肢
①ランクJ (生活自立)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「1.はい」かつ問6-12(50m以上歩く)が「1.できる」
	問6-12	50m以上歩く	
②ランクA1 (準寝たきり)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「1. はい」かつ問6-12(50m以上歩く)が「2.一部介助があればできる」
	問6-12	50m以上歩く	
③ランクA2 (準寝たきり)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「2.いいえ」かつ問6-12(50m以上歩く)が「2.一部介助があればできる」
	問6-12	50m以上歩く	
④ランクB1 (寝たきりだが座位を保つ)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「2.いいえ」かつ問6-8(座位)が「1.できる」
	問6-8	座位	
⑤ランクB2 (寝たきりだが座位を保つ)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「2.いいえ」で、かつ問6-8(座位)が「2.支えが必要」
	問6-8	座位	
⑥ランクC (一日中寝たきり)	問2-5	週1外出	問2-5(週1外出)が「2.いいえ」で、かつ問6-8(座位)が「3.できない」
	問6-8	座位	

参考：「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」作成検討会報告書

平成3年10月7日「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」作成検討会

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1交通機関等を利用して外出する 2隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1自力で寝返りをうつ 2自力では寝返りもうたない

5. 居住状態（3分類）

「日常生活圏域ニーズ調査」における、家族構成に関する設問を用い、3つの居住状態に分類します。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問 1-1

	問番号	項目	選択肢
①独居	問1-1	家族構成	1.一人暮らし
②同居	問1-1	家族構成	2.家族などと同居
③その他	問1-1	家族構成	3.その他

6. 日常生活動作（ADL）（3分類・6項目）

「日常生活圏域ニーズ調査」における、日常生活動作（ADL）に設問を用います。8個の設問に対する回答とその組み合わせによってADLを評価します。

①室内移動から⑥排泄の6項目をそれぞれ、自立（3点）、一部介助（2点）、全介助（1点）の3段階に点数化します。

「日常生活圏域ニーズ調査結果」で該当する設問：問 2-2、問 2-4、問 6-6、問 6-10～14

	問番号	項目	配点	選択肢
①室内移動	問2-2	立ち上がり	2問とも「はい」の場合は3点、1問が「はい」の場合は2点、2問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問2-4	5m以上の歩行		
②屋外移動	問6-12	50m以上の歩行	2問とも「はい」の場合は3点、1問が「はい」の場合は2点、2問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問6-13	階段昇降		
③食事	問6-6	食事は自分で食べられるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
④入浴	問6-11	自分で入浴ができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
⑤着脱衣	問6-14	自分で着替えができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
⑥排泄	問6-10	自分でトイレができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない

7. 手段的自立度（IADL）（3分類・6項目）

「日常生活圏域ニーズ調査」における、手段的自立度（IADL）に関する設問を用います。10個の設問に対する回答とその組み合わせによってIADLを評価します。

①買い物から⑥社会参加の6項目をそれぞれ、自立（3点）、一部介助（2点）、全介助（1点）の3段階に点数化します。

「日常生活圏域ニーズ調査結果」で該当する設問：問5-2、問6-2～5、問7-2、問7-3、問7-6、問7-7、問8-5

	問番号	項目	配点	選択肢
①買い物	問6-2	日用品の買い物	3点 2点 1点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
②調理	問6-3	食事の用意	3点 2点 1点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
③通院	問8-5	通院に介助が必要か	3点 1点	2.いいえ 1.はい
④金銭管理	問6-4	請求書の支払い	2問とも「1.できるし、している」は3点、2問とも「3.できない」は1点、それ以外は2点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
	問6-5	預貯金の出し入れ		
⑤電話・PC	問5-2	電話	3点	1.はい 2.いいえ
			1点	
⑥社会参加	問7-2	新聞	4問中、3～4問が「はい」の場合は4点、1～2問が「はい」の場合は2点、4問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問7-3	本や雑誌		
	問7-6	相談にのる		
	問7-7	相談する		

8. 日常生活動作（ADL）の総合評価

「日常生活圏域ニーズ調査」における、日常生活動作（ADL）に関する設問を用います。「6. 日常生活動作（ADL）」では、ADL の各項目を 1 点～3 点に点数化する方法を示しました。ここでは、ADL 10 項目の総合点の出し方を示します。

ADL の内容としては、食事、ベッド（寝床）への移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便、排尿の 10 項目で（問 6-6～16）、ADL 評価指標として広く用いられるバーセルインデックスに準じた設問となっています。

各設問の配点は、バーセルインデックスの評価方法に従って、各設問で自立を 5～15 点とし 10 項目の合計が 100 点満点となるよう評価しています。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問 6-6～16

○100 点：自立

○99 点～61 点：準自立

○60 点～41 点：起居移動に介助が必要

○40 点以下：ほぼすべてに介助が必要

問番号	項目	配点	選択肢
問6-6	食事は自分で食べられますか	10点 5点 0点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
問6-7	寝床に入るとき、何らかの介助を受けますか	15点 10点 5点 0点	1.受けない 2.一部介助があればできる 3.全面的な介助が必要 (問6-8の回答が「1.できる」「2.支えが必要」の場合) 3.全面的な介助が必要 (問6-8の回答が「3.できない」の場合)
問6-9	自分で洗面や歯磨きができますか	5点 0点	1.できる 2.支えが必要 3.できない
問6-10	自分でトイレができますか	10点 5点 0点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
問6-11	自分で入浴ができますか	5点 0点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
問6-12	50m以上歩けますか	15点 5点 0点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
問6-13	階段を昇り降りできますか	10点 5点 0点	1.できる 2.介助があればできる 3.できない
問6-14	自分で着替えができますか	10点 5点 0点	1.できる 2.介助があればできる 3.できない
問6-15	大便の失敗がありますか	10点 5点 0点	1.ない 2.ときどきある 3.よくある
問6-16	尿もれや尿失禁がありますか	10点 5点 0点	1.ない 2.ときどきある 3.よくある

9. 老研指標

「日常生活圏域ニーズ調査」では、高齢者の日常生活における比較的高次の生活機能を評価することができる老研式活動能力指標に準じた設問が含まれています。

評価尺度としては、日常の家事などを見る「手段的自立度（IADL）」、文章の読み書きなどを見る「知的能動性」、人とのつきあいなどを見る「社会的役割」に分けられます。判定は、「手段的自立度（IADL）」については5個、「知的能動性」及び「社会的役割」については4個の設問で行います。

9-1. IADLの総合評価

「日常生活圏域ニーズ調査」では、IADLに関する設問が含まれており、5個の設問に対する回答によって知的能動性を評価します。5点中3点以下で「低い」、4点で「やや低い」と評価されます。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問6-1～5

○5点：問題なし

○4点：やや低い

○0～3点：低い

問番号	項目	配点
問6-1	バスや電車で1人で外出していますか	1:「1.できるし、している」または「2.できるけどしていない」 0:「3.できない」
問6-2	日用品の買物をしていますか	1:「1.できるし、している」または「2.できるけどしていない」 0:「3.できない」
問6-3	自分で食事の用意をしていますか	1:「1.できるし、している」または「2.できるけどしていない」 0:「3.できない」
問6-4	請求書の支払いをしていますか	1:「1.できるし、している」または「2.できるけどしていない」 0:「3.できない」
問6-5	預貯金の出し入れをしていますか	1:「1.できるし、している」または「2.できるけどしていない」 0:「3.できない」

9-2. 社会参加（知的能動性）

「日常生活圏域ニーズ調査」では、社会参加（知的能動性）に関する設問が含まれており、4個の設問に対する回答によって知的能動性を評価します。4点中3点以下で「低い」と評価されます。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問7-1～4

○4点：問題ない

○0～3点：低い

問番号	項目	配点
問7-1	年金などの書類が書けますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-2	新聞を読んでいますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-3	本や雑誌を読んでいますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-4	健康についての記事や番組に関心がありますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」

9-3. 社会参加（社会的役割）

「日常生活圏域ニーズ調査」では、調査項目に社会参加（社会的役割）に関する設問が含まれており、4問の質問に対する回答によって社会的役割を評価します。4点中3点以下で「低い」と評価されます。

「日常生活圏域ニーズ調査」で該当する設問：問7-5・6、9・10

○4点：問題ない

○○～3点：低い

問番号	項目	選択肢
問7-5	友人の家を訪ねていますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-6	家族や友人の相談にのっていますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-9	病人を見舞うことができますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問7-10	若い人に自分から話しかけることがありますか	1:「1.はい」 0:「2.いいえ」

10. 転倒リスク

「日常生活圏域ニーズ調査」では、調査項目に転倒リスクに関する設問（問3-1～5及び問8-3）が含まれており、これら5個の設問に対する回答によって転倒リスクを評価します。13点中6点以上で「リスクあり」と評価されます。

「日常生活圏域ニーズ調査結果」で該当する設問：問3-1～5、問8-3

○6点以上：リスクあり

問番号	項目	配点
問3-1	この1年間に転んだことがありますか	5:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問3-3	背中が丸くなってきましたか	2:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問3-4	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	2:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問3-5	杖を使っていますか	2:「1.はい」 0:「2.いいえ」
問8-3	現在、医師の処方した薬を何種類飲んでいますか	2:「5.5種類以上」 0:「1～4または6」

11. サービス利用実態

国保連データの中から、主要なサービスとして、要介護者・要支援者それぞれ以下の6種類の利用の有無を抽出します。

サービス種類コード	要介護認定者	サービス種類コード	要支援認定者
11	訪問介護	61	介護予防訪問介護
13	訪問看護	63	介護予防訪問看護
14	訪問リハビリテーション	64	介護予防訪問リハビリテーション
15	通所介護	65	介護予防通所介護
16	通所リハビリテーション	66	介護予防通所リハビリテーション
17	福祉用具貸与	67	介護予防福祉用具貸与

③分析の視点

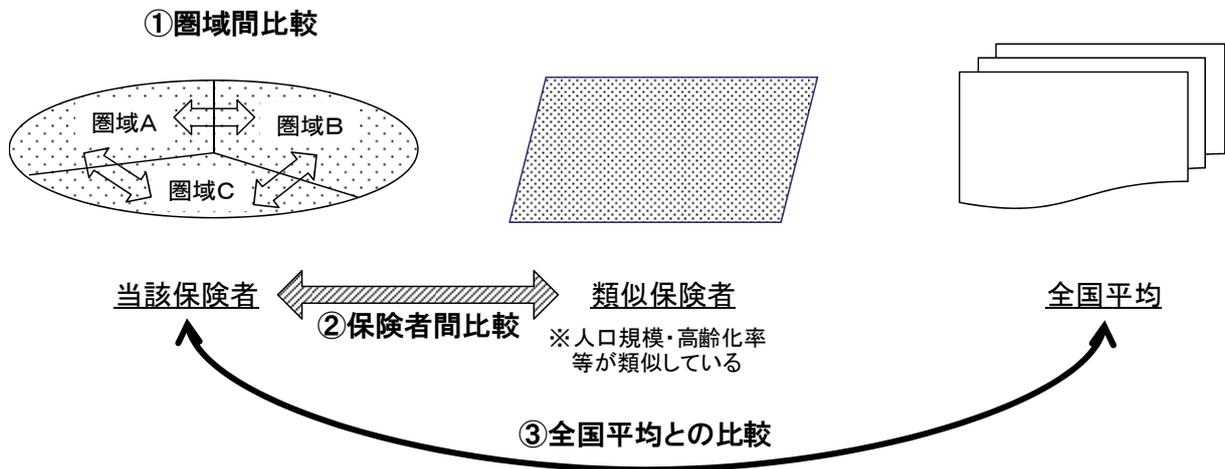
「①データの統合」、「②分析項目と読み替え方法」によって、以下のデータベースが作成されます。

データ	ID	日常生活圏域 ニーズ調査			国保連 データ	日常生活圏域 ニーズ調査		国保連 データ
		年齢	性別	圏域	要介護度	認知症程度	...	サービス利用実態
1		**	**	**	**	**	**	**
2								
..								

これを基に、属性ごとに集計を行うクロス分析を行います。本手引きでは、属性として「圏域」、「要介護度」、「原因疾患」、「認知症程度」を取り上げて分析を行っています。

また分析結果を見る際は、「何と比較するか」という視点を持つ必要があります。クロス分析でのカテゴリ間（例えば、要支援1と要介護1での比較など）に加え、他の保険者のデータや全国平均データが入手できる場合は、地理的な切り口である「圏域間比較」、「保険者間比較」、「全国平均との比較」も行うことで、高齢者個人や地域にとってのサービスの過不足や組み合わせの問題を見つけることができます。

図表23 データ比較の考え方



①圏域間比較：日常生活圏域毎の特徴を知ることができる。

②保険者間比較：保険者と比較することで、地域全体の特徴を知ることができる。

③全国平均との比較：全国における当該保険者の位置を知ることができる。

(3) モデル自治体について

①青森県青森市

- 青森市の総人口は、国勢調査によると平成 12 年の 318,732 人をピークに減少に転じ、これまで減少傾向で推移している。平成 17 年の国勢調査では 311,508 人、平成 22 年では 299,520 人に減少している。
- 青森市の 65 歳以上の高齢者（第 1 号被保険者）人口は、平成 17 年に 63,457 人（高齢化率 20.37%）であったものが、平成 22 年には 70,690 人（高齢化率 23.60%）と増加しており、さらに将来推計人口によれば、平成 27 年には、79,189 人（高齢化率 27.67%）に達する見込みである。
- 青森市の要介護等認定者数は、高齢者人口の増加率を超える割合で増加しており、平成 21 年度における要介護等認定者の合計人数は 12,649 人（要介護認定率 17.91%）となっており、平成 22 年度では要介護等認定者数は 13,164 人（要介護認定率 18.53%）に増加している。今後についても、要介護等認定者の数は増加していくことが予想されており、平成 26 年度の要介護等認定者数は 14,813 人（要介護認定率 18.99%）に増加する見込みである（青森県全体では認定率がほぼ横ばいで推移しているのに比べ、青森市は年々認定率が上昇傾向）。
- 介護サービスの利用者数は、平成 18 年 10 月から平成 22 年 10 月までの 4 年間で、9,093 人から 10,936 人へ増加し、約 20%増加している。内訳としては、居宅サービス利用者が 7,117 人から 7,799 人に（9.6%）、施設サービス（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）の利用者は、1,976 人から 2,026 人に（2.5%）、地域密着型サービスは平成 20 年から 22 年にかけて 1,016 人から 1,111 人に（9.4%）、それぞれ増加している（サービス受給率は 80%を超える割合で推移）。
- 第一号被保険者の介護保険料年額は、第 5 期計画期間（平成 24～26 年度）においては、所得に応じた 11 段階の設定となっており、第 1 段階（生活保護受給者、老齢福祉年金受給で世帯全員が市民税非課税者）の 33,200 円から第 11 段階（市民税課税で、前年の合計所得金額が 500 万円以上の者）の 116,400 円までとなっている。
- 日常生活圏域の設定にあたっては、第 3 期計画策定の際に、中学校学区単位をベースにした検証をもとに、国の指針である地域包括支援センター 1 カ所当たりの圏域人口規模を 15,000 人から 30,000 人とし、高齢化率を 20%とした時の高齢者人口を 3,000 人から 6,000 人とするほか、青森市の地理的条件、交通事情、その他社会的要件、都市の整備方向などとの整合性を考慮し、11 圏域と設定している。
- 青森市では、これまで、在宅支援サービスの提供や介護予防の推進、地域ケア体制の充実、生きがいづくりへの支援等の高齢者施策を進めてきたほか、「介護・予防・医療・生活支援・住まい」のサービスを一体化して提供する地域包括ケアシステムの実現に向けた取組みを進めてきた経緯がある。

※以上、「青森市高齢者福祉・介護保険事業計画（第 5 期計画 平成 24～26 年度）」より抜粋。

②山梨県北杜市

- 北杜市の人口は平成23年時点で49,553人であり、平成21年の49,920人から減少傾向にある（平成26年には48,797人まで減少する見込み）。
- 65歳以上の高齢者人口は平成21年度の14,589人から平成23年度の14,820人に増加している（平成26年には16,054人に増加の見込み）。また、平成23年4月1日現在の高齢化率（65歳以上の全人口に占める割合）は29.9%となっており（平成26年には32.9%まで増加の見込み）、山梨県内で7番目の高さとなっている。このほか、全高齢者人口に対する在宅ひとり暮らし高齢者の割合は20.4%となっている。
- 要介護等認定者数は平成22年度では実績値で1,799人（認定率12.0%）、平成23年度は見込みで1,826人（認定率12.4%）、平成26年度は推計値で2,082人（認定率13.0%）に増加する見込みである。
- 介護保険料年額は、月額基準額3,833円をベースに所得に応じた段階制となっており、現時点では7段階に設定している。第一段階では基準額×0.5倍の年額23,000円、第7段階は基準額×1.75倍の年額80,500円となっている。
- 北杜市の日常生活圏域については、高根町、長坂町、大泉町、小淵沢町を圏域とするハヶ岳南麓地区（総人口30,475人、高齢化率28.62%）、明野町、須玉町、白州町、武川町を圏域とする塩川・釜無川地区（総人口19,078人、高齢化率31.96%）の2圏域が設定されている。この圏域は、国の定める指針に基づいて、地理的、歴史的経緯並びに人口要件等を踏まえて設定している。
- 北杜市は、高齢者ができるだけ長期にわたって自立した生活を送ることが重要であると考えており、65歳以上の高齢者を含む各ライフステージ全期に対する介護予防の取り組みを最重要視して取り組みを行っている（北杜市の中長期介護予防プログラム）。

※以上、「第3次ほくとゆうゆうふれあい計画（第3次北杜市老人福祉計画・介護保険事業計画平成24～26年度）」より抜粋。

③使用データ

- 上記2自治体の以下のデータ。
 - 平成23年度に実施した日常生活圏域ニーズ調査結果
 - 介護診療報酬データ（国保連データ、日常生活圏域ニーズ調査を実施した月（または翌月）に発生した、被保険者、サービス種類ごとの費用額あるいは給付額を含む）

	青森県青森市	山梨県北杜市
日常生活圏域ニーズ調査結果	40歳以上65歳未満と65歳以上のデータに2分割されている。前者は486人、後者は4,288人（分析には後者のみ使用）	一般高齢者716人 要介護認定者844人 計1,558人
介護診療報酬データ	11,306人	1,537人

3. 圏域別の分析例

(1) 圏域別分析について

①ねらい

圏域単位のサービス整備の第一歩として、各圏域における高齢者の状態像の傾向と、その要因を把握することが有用です。

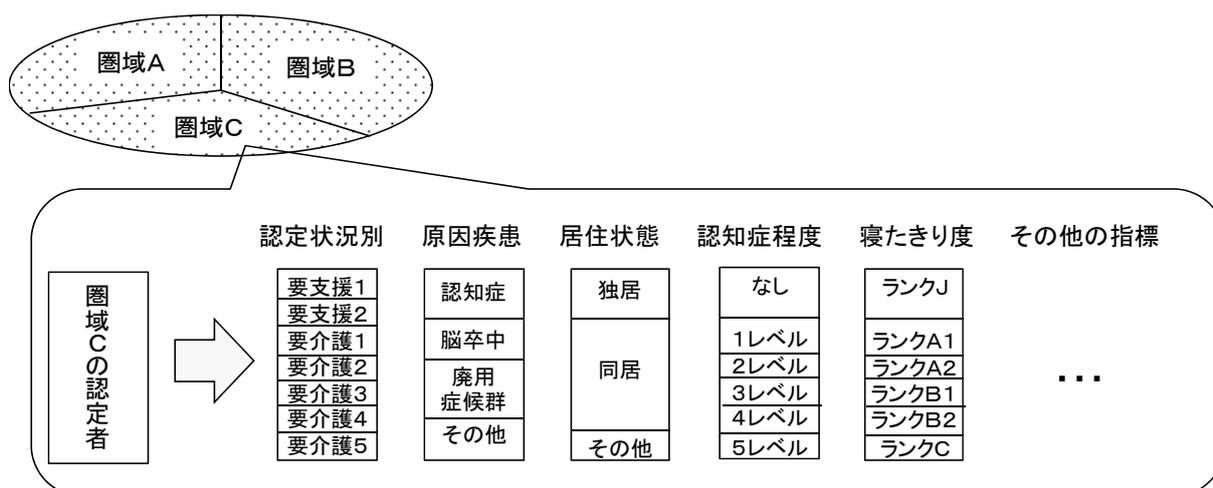
「これまでに把握している感触」と「データが示すこと」が一致しているか、ずれがあるのかを知ることで、関係者間で地域に対する認識を共有できます。

状態像やサービス利用実態が異なる要因は、各圏域の地域包括支援センターや事業者等とデータを共有しながら確認していきましょう。

②分析方法

圏域別分析では、縦軸に圏域、横軸に状態像とサービスをとって、クロス分析を行います。

図表24 圏域別のデータ分析（イメージ）



母数は、ニーズ調査結果の状態像を示す各項目とサービス利用実績データの突合せが可能な数とします。

青森市は最大で492件、北杜市は最大で844件となります。

③分析結果の読み取り方

次頁に示す、「圏域別分析のまとめ」は、保険者内での圏域間比較に有用です。

- ・ 圏域毎の認定状況の傾向と、その要因を読み取りましょう。
- ・ 圏域毎のサービス利用実態を比較し、要因（状態像、サービスの過不足）を類推しましょう。
- ・ 圏域毎の高齢者状態像やサービス利用実態の差異の要因は、各圏域の地域包括支援センターや事業者等とデータを共有しながら検証しましょう。
- ・ 自治体内の圏域の比較だけでなく、似た地域特性を持つ自治体のデータと比較することも可能です。

(2) 圏域別分析のまとめ ①青森市

圏域別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能な、最大で492件。

圏域		現在の状況							サービス利用実態
		年齢(n=492)	居住状態(n=449)	要介護度(n=492)	原因疾患(n=351)	認知症程度(n=429)	日常生活自立度(n=367)	ADL, IADL(※1)	
おきだて	N=57 (11.6%)	(n=57) 65-69歳: 7.0, 70-74歳: 17.5, 75-79歳: 17.5, 80-84歳: 31.6, 85-89歳: 17.5, 90-94歳: 8.8	(n=53) 同居: 58.5, 独居: 32.1, その他: 9.4	(n=57) 要支援1: 10.5, 要介護1: 24.6, 要介護2: 26.3, 要介護3: 7.0, 要介護4: 37.5, 要介護5: 3.5	(n=45) 認知症: 26.7, 脳卒中: 37.8, 廃用症候群: 11.1, その他: 24.4	(n=47) なし: 21.3, 1レベル: 12.8, 2レベル: 29.8, 3レベル: 23.4, 4レベル: 8.5, 5レベル: 4.3	(n=37) J: 27.0, A1: 24.3, A2: 10.8, B1: 24.3, B2: 8.1, C: 5.4	訪問介護: 43.9, 訪問看護: 8.8, 訪問リハ: 1.8, 通所介護: 45.6, 通所リハ: 21.1, 福祉用具貸与: 45.6	
すずかけ	N=61 (12.4%)	(n=61) 65-69歳: 8.2, 70-74歳: 11.5, 75-79歳: 23.0, 80-84歳: 23.0, 85-89歳: 27.9, 90-94歳: 6.6	(n=55) 同居: 50.9, 独居: 27.3, その他: 21.8	(n=61) 要支援1: 14.8, 要介護1: 18.0, 要介護2: 15.7, 要介護3: 9.8, 要介護4: 11.5, 要介護5: 9.8	(n=44) 認知症: 29.5, 脳卒中: 27.3, 廃用症候群: 4.5, その他: 38.6	(n=55) なし: 27.3, 1レベル: 5.5, 2レベル: 40.0, 3レベル: 14.5, 4レベル: 5.5, 5レベル: 7.3	(n=46) J: 39.1, A1: 19.6, A2: 4.3, B1: 19.6, B2: 17.4, C: 4.3	訪問介護: 41.0, 訪問看護: 13.1, 訪問リハ: 1.6, 通所介護: 34.4, 通所リハ: 19.7, 福祉用具貸与: 32.8	
中央	N=48 (9.8%)	(n=48) 65-69歳: 4.2, 70-74歳: 22.5, 75-79歳: 20.8, 80-84歳: 18.8, 85-89歳: 35.4, 90-94歳: 8.3	(n=42) 同居: 61.9, 独居: 19.0, その他: 19.0	(n=48) 要支援1: 10.4, 要介護1: 16.7, 要介護2: 16.7, 要介護3: 8.3, 要介護4: 4.2, 要介護5: 4.2	(n=37) 認知症: 24.3, 脳卒中: 18.9, 廃用症候群: 5.4, その他: 51.4	(n=41) なし: 29.3, 1レベル: 7.3, 2レベル: 31.7, 3レベル: 24.4, 4レベル: 7.3, 5レベル: 1.4	(n=37) J: 43.2, A1: 16.2, A2: 10.8, B1: 21.6, B2: 2.7, C: 5.4	訪問介護: 54.2, 訪問看護: 8.3, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 31.3, 通所リハ: 16.7, 福祉用具貸与: 35.4	
東青森	N=43 (8.7%)	(n=43) 65-69歳: 2.3, 70-74歳: 7.9, 75-79歳: 23.3, 80-84歳: 25.6, 85-89歳: 23.3, 90-94歳: 18.6	(n=38) 同居: 55.3, 独居: 23.7, その他: 21.1	(n=43) 要支援1: 20.3, 要介護1: 20.9, 要介護2: 7.9, 要介護3: 9.3, 要介護4: 11.6, 要介護5: 16.3	(n=31) 認知症: 22.6, 脳卒中: 25.8, 廃用症候群: 16.1, その他: 35.5	(n=39) なし: 25.6, 1レベル: 7.7, 2レベル: 33.3, 3レベル: 12.8, 4レベル: 5.1, 5レベル: 15.4	(n=33) J: 48.5, A1: 9.1, A2: 3.0, B1: 18.2, B2: 12.1, C: 19.1	訪問介護: 37.2, 訪問看護: 7.0, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 32.6, 通所リハ: 25.6, 福祉用具貸与: 39.5	
南	N=63 (12.8%)	(n=63) 65-69歳: 6.3, 70-74歳: 7.9, 75-79歳: 30.2, 80-84歳: 22.2, 85-89歳: 20.6, 90-94歳: 12.7	(n=59) 同居: 49.2, 独居: 15.3, その他: 35.6	(n=63) 要支援1: 9.5, 要介護1: 19.0, 要介護2: 27.0, 要介護3: 14.0, 要介護4: 14.3, 要介護5: 14.3	(n=49) 認知症: 28.6, 脳卒中: 30.6, 廃用症候群: 2.0, その他: 38.8	(n=57) なし: 15.8, 1レベル: 10.5, 2レベル: 31.6, 3レベル: 19.3, 4レベル: 8.8, 5レベル: 14.0	(n=48) J: 29.2, A1: 12.5, A2: 8.3, B1: 22.9, B2: 12.5, C: 14.6	訪問介護: 34.9, 訪問看護: 6.3, 訪問リハ: 1.6, 通所介護: 20.6, 通所リハ: 23.8, 福祉用具貸与: 30.2	
東部	N=48 (9.8%)	(n=48) 65-69歳: 4.2, 70-74歳: 10.4, 75-79歳: 12.5, 80-84歳: 27.1, 85-89歳: 31.3, 90-94歳: 14.6	(n=45) 同居: 44.4, 独居: 22.2, その他: 33.3	(n=48) 要支援1: 8.3, 要介護1: 27.1, 要介護2: 22.9, 要介護3: 18.8, 要介護4: 6.3, 要介護5: 2.1	(n=33) 認知症: 24.2, 脳卒中: 24.2, 廃用症候群: 6.1, その他: 45.5	(n=46) なし: 29.1, 1レベル: 13.0, 2レベル: 32.6, 3レベル: 17.4, 4レベル: 6.5, 5レベル: 4.3	(n=38) J: 44.7, A1: 10.5, A2: 10.5, B1: 21.1, B2: 5.3, C: 7.9	訪問介護: 43.8, 訪問看護: 4.2, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 43.8, 通所リハ: 27.1, 福祉用具貸与: 37.5	
おおの	N=41 (8.3%)	(n=41) 65-69歳: 6.9, 70-74歳: 12.2, 75-79歳: 31.7, 80-84歳: 22.0, 85-89歳: 22.0, 90-94歳: 7.3	(n=37) 同居: 67.6, 独居: 18.9, その他: 13.5	(n=41) 要支援1: 12.2, 要介護1: 24.4, 要介護2: 24.4, 要介護3: 7.3, 要介護4: 7.3, 要介護5: 12.2	(n=24) 認知症: 20.8, 脳卒中: 41.7, 廃用症候群: 12.5, その他: 25.0	(n=36) なし: 19.4, 1レベル: 5.6, 2レベル: 41.7, 3レベル: 19.4, 4レベル: 6.5, 5レベル: 11.1	(n=31) J: 45.2, A1: 9.7, A2: 12.9, B1: 16.1, B2: 6.5, C: 6.5	訪問介護: 43.9, 訪問看護: 14.6, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 29.3, 通所リハ: 29.3, 福祉用具貸与: 41.5	
寿永	N=41 (8.3%)	(n=41) 65-69歳: 12.2, 70-74歳: 22.0, 75-79歳: 12.2, 80-84歳: 19.5, 85-89歳: 19.5, 90-94歳: 14.6	(n=38) 同居: 44.7, 独居: 31.6, その他: 23.7	(n=41) 要支援1: 17.1, 要介護1: 22.0, 要介護2: 14.6, 要介護3: 17.1, 要介護4: 17.1, 要介護5: 4.9	(n=23) 認知症: 43.5, 脳卒中: 34.8, 廃用症候群: 13.0, その他: 8.7	(n=38) なし: 21.1, 1レベル: 21.1, 2レベル: 28.9, 3レベル: 13.2, 4レベル: 7.9, 5レベル: 7.9	(n=32) J: 40.6, A1: 6.3, A2: 12.5, B1: 25.0, B2: 6.3, C: 9.4	訪問介護: 34.1, 訪問看護: 7.3, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 41.5, 通所リハ: 22.0, 福祉用具貸与: 22.0	
のぎわ	N=33 (6.7%)	(n=33) 65-69歳: 9.0, 70-74歳: 15.2, 75-79歳: 27.3, 80-84歳: 24.2, 85-89歳: 18.2, 90-94歳: 12.1	(n=29) 同居: 51.7, 独居: 24.1, その他: 24.1	(n=33) 要支援1: 9.1, 要介護1: 18.2, 要介護2: 33.3, 要介護3: 18.2, 要介護4: 6.1, 要介護5: 18.2	(n=23) 認知症: 21.7, 脳卒中: 26.1, 廃用症候群: 13.0, その他: 39.1	(n=24) なし: 33.3, 1レベル: 8.3, 2レベル: 25.0, 3レベル: 12.5, 4レベル: 12.5, 5レベル: 8.3	(n=22) J: 36.4, A1: 18.2, A2: 22.7, B1: 22.7, C: 22.7	訪問介護: 36.4, 訪問看護: 6.1, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 36.4, 通所リハ: 27.3, 福祉用具貸与: 30.3	
みちのく	N=33 (6.7%)	(n=33) 65-69歳: 9.1, 70-74歳: 3.0, 75-79歳: 27.3, 80-84歳: 27.3, 85-89歳: 21.2, 90-94歳: 15.2	(n=32) 同居: 46.9, 独居: 37.5, その他: 15.6	(n=33) 要支援1: 15.2, 要介護1: 24.2, 要介護2: 15.2, 要介護3: 9.1, 要介護4: 18.2, 要介護5: 9.1	(n=26) 認知症: 30.8, 脳卒中: 19.2, 廃用症候群: 15.4, その他: 34.6	(n=27) なし: 29.6, 1レベル: 14.8, 2レベル: 22.2, 3レベル: 22.2, 4レベル: 3.7, 5レベル: 7.8	(n=26) J: 38.5, A1: 7.7, A2: 7.7, B1: 26.9, B2: 3.8, C: 15.4	訪問介護: 42.4, 訪問看護: 9.1, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 24.2, 通所リハ: 24.2, 福祉用具貸与: 33.3	
浪岡	N=24 (4.9%)	(n=24) 75-79歳: 12.5, 80-84歳: 33.3, 85-89歳: 37.5, 90-94歳: 16.7	(n=21) 同居: 81.0, 独居: 4.8, その他: 14.3	(n=24) 要支援1: 12.5, 要介護1: 25.0, 要介護2: 25.0, 要介護3: 20.8, 要介護4: 8.3, 要介護5: 8.3	(n=16) 認知症: 43.8, 脳卒中: 6.3, その他: 50.0	(n=19) なし: 21.1, 1レベル: 26.3, 2レベル: 21.1, 3レベル: 21.1, 4レベル: 5.3, 5レベル: 6.3	(n=17) J: 17.6, A1: 29.4, A2: 17.6, B1: 23.5, B2: 5.9, C: 5.9	訪問介護: 16.7, 訪問看護: 0.0, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 41.7, 通所リハ: 20.8, 福祉用具貸与: 41.7	

※1 ADL, IADLのレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(できる)、中心部分が1点(できない)

(2) 圏域別分析のまとめ ②北杜市

圏域別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能な、最大で 844 件。

圏域		現在の状況							サービス利用実態
		年齢(n=844)	居住状態(n=835)	要介護度(n=844)	原因疾患(n=730)	認知症程度(n=779)	日常生活自立度(n=583)	ADL, IADL(※1)	
明野町	N=71 (8.4%)	(n=71) 65-69歳: 12.7, 70-74歳: 4.2, 75-79歳: 11.6, 80-84歳: 19.7, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 11.3	(n=70) 同居: 77.1, 独居: 18.6, その他: 4.3	(n=71) 要支援1: 15.5, 要支援2: 15.5, 要介護1: 15.5, 要介護2: 25.4, 要介護3: 12.7, 要介護4: 5.4, 要介護5: 9.9	(n=62) 認知症: 32.3, 脳卒中: 11.3, 廃用症候群: 12.9, その他: 43.5	(n=66) なし: 9.1, 1レベル: 6.1, 2レベル: 31.8, 3レベル: 25.8, 4レベル: 6.1, 5レベル: 12.1	(n=49) J: 24.5, A1: 22.4, A2: 16.3, B1: 18.4, B2: 6.1, C: 12.2	訪問介護: 18.3, 訪問看護: 4.2, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 53.5, 通所リハ: 8.5, 福祉用具貸与: 36.6	
須玉町	N=129 (15.3%)	(n=129) 65-69歳: 9.3, 70-74歳: 16.0, 75-79歳: 11.6, 80-84歳: 20.2, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 0.8	(n=128) 同居: 81.3, 独居: 14.8, その他: 3.9	(n=129) 要支援1: 19.4, 要支援2: 14.7, 要介護1: 21.7, 要介護2: 20.2, 要介護3: 7.0, 要介護4: 8.5, 要介護5: 8.5	(n=110) 認知症: 26.4, 脳卒中: 19.1, 廃用症候群: 18.2, その他: 36.4	(n=120) なし: 15.0, 1レベル: 2.5, 2レベル: 25.8, 3レベル: 19.2, 4レベル: 10.8, 5レベル: 12.5, 6レベル: 9.2	(n=80) J: 21.3, A1: 18.8, A2: 12.5, B1: 23.8, B2: 18.8, C: 5.0	訪問介護: 20.9, 訪問看護: 12.4, 訪問リハ: 0.0, 通所介護: 42.6, 通所リハ: 6.2, 福祉用具貸与: 30.2	
高根町	N=162 (19.2%)	(n=162) 65-69歳: 9.9, 70-74歳: 12.2, 75-79歳: 15.2, 80-84歳: 21.0, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 4.9	(n=161) 同居: 76.4, 独居: 18.0, その他: 5.6	(n=162) 要支援1: 12.3, 要支援2: 21.6, 要介護1: 16.7, 要介護2: 22.2, 要介護3: 9.9, 要介護4: 11.1, 要介護5: 6.2	(n=136) 認知症: 25.0, 脳卒中: 16.2, 廃用症候群: 16.9, その他: 41.9	(n=146) なし: 15.4, 1レベル: 4.1, 2レベル: 32.9, 3レベル: 19.9, 4レベル: 10.8, 5レベル: 12.3, 6レベル: 4.8	(n=115) J: 37.4, A1: 18.3, A2: 8.7, B1: 11.3, B2: 13.0, C: 13.0	訪問介護: 17.3, 訪問看護: 6.8, 訪問リハ: 2.5, 通所介護: 50.6, 通所リハ: 4.3, 福祉用具貸与: 32.1	
長坂町	N=158 (18.7%)	(n=158) 65-69歳: 5.7, 70-74歳: 15.2, 75-79歳: 17.1, 80-84歳: 21.0, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 100-105歳: 0.6	(n=156) 同居: 75.0, 独居: 16.7, その他: 8.3	(n=158) 要支援1: 6.3, 要支援2: 31.6, 要介護1: 12.0, 要介護2: 14.6, 要介護3: 16.5, 要介護4: 12.7, 要介護5: 6.3	(n=141) 認知症: 26.2, 脳卒中: 18.4, 廃用症候群: 18.4, その他: 36.9	(n=140) なし: 21.4, 1レベル: 5.0, 2レベル: 27.1, 3レベル: 15.7, 4レベル: 8.6, 5レベル: 15.0, 6レベル: 7.1	(n=92) J: 28.3, A1: 9.8, A2: 10.9, B1: 20.7, B2: 23.9, C: 6.5	訪問介護: 15.2, 訪問看護: 7.6, 訪問リハ: 0.6, 通所介護: 39.2, 通所リハ: 9.5, 福祉用具貸与: 36.7	
大泉町	N=85 (10.1%)	(n=85) 65-69歳: 4.7, 70-74歳: 5.9, 75-79歳: 14.1, 80-84歳: 25.9, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 11.8	(n=83) 同居: 74.7, 独居: 20.5, その他: 4.8	(n=85) 要支援1: 12.9, 要支援2: 21.2, 要介護1: 16.5, 要介護2: 18.8, 要介護3: 16.5, 要介護4: 7.1, 要介護5: 7.1	(n=74) 認知症: 31.1, 脳卒中: 18.9, 廃用症候群: 17.6, その他: 32.4	(n=78) なし: 23.1, 1レベル: 3.8, 2レベル: 23.1, 3レベル: 29.5, 4レベル: 6.4, 5レベル: 11.5, 6レベル: 2.6	(n=64) J: 31.3, A1: 15.6, A2: 10.9, B1: 23.4, B2: 9.4, C: 9.4	訪問介護: 12.9, 訪問看護: 9.4, 訪問リハ: 1.2, 通所介護: 56.5, 通所リハ: 1.2, 福祉用具貸与: 25.9	
小淵沢町	N=84 (10.0%)	(n=84) 65-69歳: 10.0, 70-74歳: 7.1, 75-79歳: 9.5, 80-84歳: 19.0, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 4.4	(n=84) 同居: 75.0, 独居: 13.1, その他: 11.9	(n=84) 要支援1: 15.5, 要支援2: 23.8, 要介護1: 19.0, 要介護2: 17.9, 要介護3: 11.9, 要介護4: 8.3, 要介護5: 3.6	(n=75) 認知症: 38.7, 脳卒中: 12.0, 廃用症候群: 8.0, その他: 41.3	(n=80) なし: 22.5, 1レベル: 5.0, 2レベル: 31.3, 3レベル: 17.5, 4レベル: 11.6, 5レベル: 12.5, 6レベル: 2.5	(n=62) J: 40.3, A1: 8.1, A2: 16.1, B1: 22.6, B2: 9.7, C: 3.2	訪問介護: 15.5, 訪問看護: 6.0, 訪問リハ: 1.2, 通所介護: 50.0, 通所リハ: 2.4, 福祉用具貸与: 35.7	
白州町	N=91 (10.8%)	(n=91) 65-69歳: 12.2, 70-74歳: 6.6, 75-79歳: 13.2, 80-84歳: 18.7, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 7.7	(n=89) 同居: 76.4, 独居: 14.6, その他: 9.0	(n=91) 要支援1: 22.0, 要支援2: 19.8, 要介護1: 22.0, 要介護2: 13.2, 要介護3: 12.1, 要介護4: 7.7, 要介護5: 3.3	(n=74) 認知症: 17.6, 脳卒中: 18.9, 廃用症候群: 13.5, その他: 50.0	(n=86) なし: 22.1, 1レベル: 4.7, 2レベル: 29.1, 3レベル: 22.1, 4レベル: 11.6, 5レベル: 8.1, 6レベル: 2.3	(n=71) J: 25.4, A1: 19.7, A2: 11.3, B1: 28.2, B2: 11.3, C: 4.2	訪問介護: 16.5, 訪問看護: 3.3, 訪問リハ: 1.1, 通所介護: 34.1, 通所リハ: 17.6, 福祉用具貸与: 23.1	
武川町	N=64 (7.6%)	(n=64) 65-69歳: 16.6, 70-74歳: 7.8, 75-79歳: 10.9, 80-84歳: 26.6, 85-89歳: 25.4, 90-94歳: 25.4, 95-99歳: 4.7	(n=64) 同居: 81.3, 独居: 12.5, その他: 6.3	(n=64) 要支援1: 9.4, 要支援2: 21.9, 要介護1: 7.8, 要介護2: 31.3, 要介護3: 20.3, 要介護4: 6.3, 要介護5: 3.1	(n=58) 認知症: 27.6, 脳卒中: 24.1, 廃用症候群: 13.8, その他: 34.5	(n=63) なし: 14.3, 1レベル: 4.8, 2レベル: 33.3, 3レベル: 19.0, 4レベル: 7.7, 5レベル: 17.5, 6レベル: 3.2	(n=50) J: 34.0, A1: 22.0, A2: 10.0, B1: 16.0, B2: 8.0, C: 10.0	訪問介護: 9.4, 訪問看護: 21.9, 訪問リハ: 1.6, 通所介護: 37.5, 通所リハ: 14.1, 福祉用具貸与: 34.4	

※1 ADL, IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が 3 点(できる)、中心部分が 1 点(できない)

③「圏域別分析のまとめ」から得られる示唆

「圏域別分析のまとめ」から示唆を得る際の視点としては、以下のようなものが挙げられます。

(状態像の傾向が似ている圏域間では、サービス利用実態も似ているのか?)

- ・ 圏域別の高齢者の状態像を比べて、状態像の傾向が似ている圏域ではサービス利用実態も似ているのか、それとも大きく異なるのかを確認しましょう。
- ・ もし圏域別にサービス利用実態が大きく異なる場合、圏域によって、状態像にあったサービスが不足している、あるいは過剰に使われている可能性があります。
 - 青森市の場合、東部圏域、寿永圏域、みちのく圏域において、状態像（認知症程度、日常生活自立度、ADL/IADL など）の傾向が似ているものの、みちのく圏域に比べて、東部、寿永では通所介護の利用が多くなっています。
 - 北杜市の場合、状態像が似ている圏域（須玉町、長坂町）では、サービス利用実態も似ています。

(状態像の傾向が異なっている圏域間では、サービス利用実態も異なっているのか?)

- ・ 圏域別の高齢者の状態像を比べて、状態像の傾向が異なっているのに、サービス利用実態が似ている場合、状態像に合わせたサービス給付になっていない可能性があります。
 - 青森市の場合、他圏域に比べて、東青森圏域、南圏域、のぎわ圏域において、比較的重度者が多い傾向（認知症程度、日常生活自立度、ADL/IADL など）が見られるものの、サービス利用実態については大きな違いがみられません。

(状態像やサービス利用実態について、他と比べて特徴的な圏域はあるか?)

- ・ 特定の圏域のみ、高齢者の状態像が大きく異なる場合、その要因を考えるとともに、サービス利用実態に表れているかを確認しましょう。また、サービス利用実態が大きく異なる場合も、それが状態像に起因するものなのか、別の要因なのかを考えてみましょう。
 - 青森市の場合、寿永圏域は独居や認知症の割合が高いものの、サービス利用実態は他圏域と似ています。その要因として、独居や認知症によるニーズ（見守りなど）が介護保険外のサービスとして提供されている、あるいはサービス給付においてニーズに対応しきれていない、といったことが考えられます。
 - 北杜市の場合、大泉町圏域において通所介護の利用が高い傾向が見られます。その要因として、独居の割合が高い、原因疾患が認知症の割合が比較的高いなどが考えられます。

(3) 圏域別の高齢者の状態像を知る

本節では、状態像の中でも基本となる、圏域別の①要介護度、②原因疾患、③居住状態、④認知症程度、⑤寝たきり度の分析の見方を示します。

①圏域別の要介護度の分布を知るには？

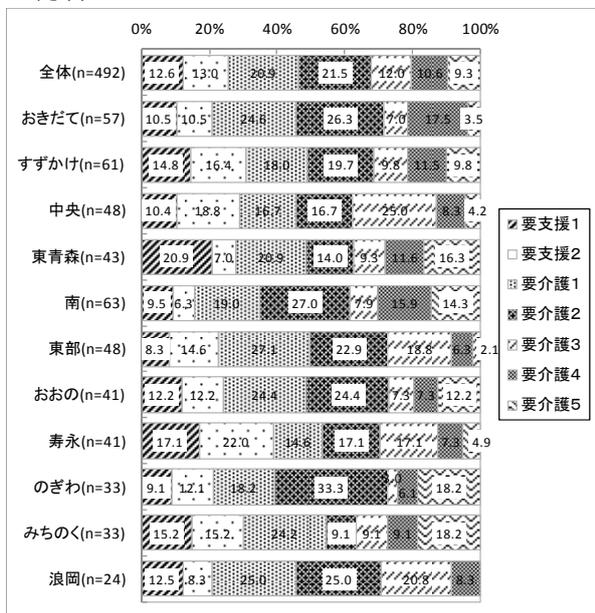
「要介護度」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

・「圏域名」と「要介護度」の2項目（日常生活圏域ニーズ調査の実施方法に応じて、自治体側が対象者選定の際に予め把握している情報が、もしくは調査内の設問を用います。）

(分析結果)

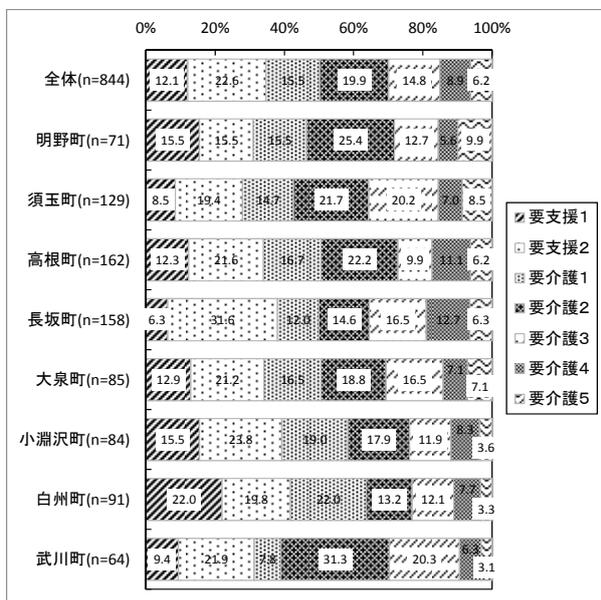
<青森>



(圏域毎の特徴は?)

- ・寿永圏域では要支援者が多い。
- ・南圏域では、要支援2以上の高齢者が多い。

<北杜>



(圏域毎の特徴は?)

- ・白洲町圏域、小淵沢町圏域は要支援者が多い。
- ・高根町圏域、長坂町圏域は、要介護4以上の高齢者が多い。
- ・須玉町圏域、武川町圏域は要介護2～3の高齢者が多い。

②圏域別の疾患の分布を知るには？

「疾患」によるグルーピングを行います。

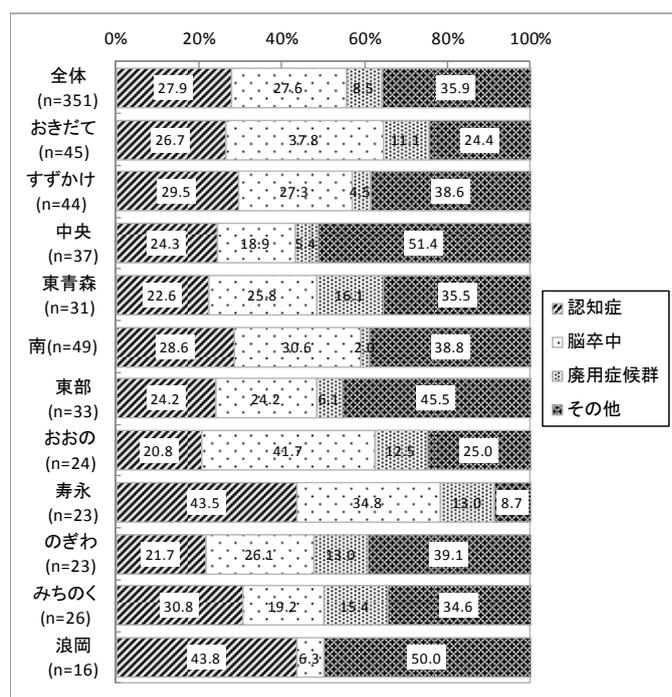
(分析方法)

・「圏域名」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「介護・介助が必要になった主な原因」の2項目

・「介護・介助が必要になった主な原因」は、「実践編2. (2) 分析方法」を参照。

(分析結果)

<青森>

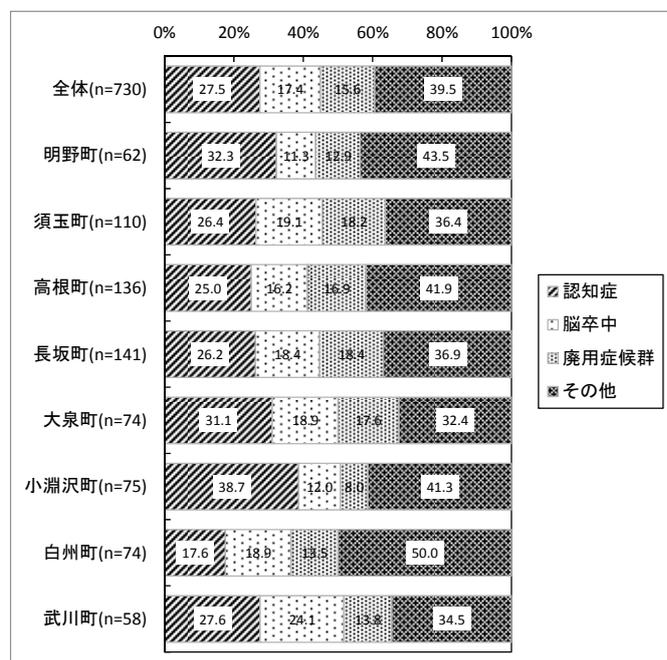


(圏域毎の特徴は？)

・おきだて圏域、おおの圏域は、原因疾患が脳卒中である高齢者が 35%以上と、高い割合となっている。

・寿永圏域、浪岡圏域は、原因疾患が認知症である高齢者が 40%以上と、高い割合となっている。

<北杜>



(圏域毎の特徴は？)

・小淵沢町圏域は、原因疾患が認知症である高齢者が多い。

・武川町圏域は、原因疾患が脳卒中である高齢者が多い。

③圏域別の居住状態の分布を知るには？

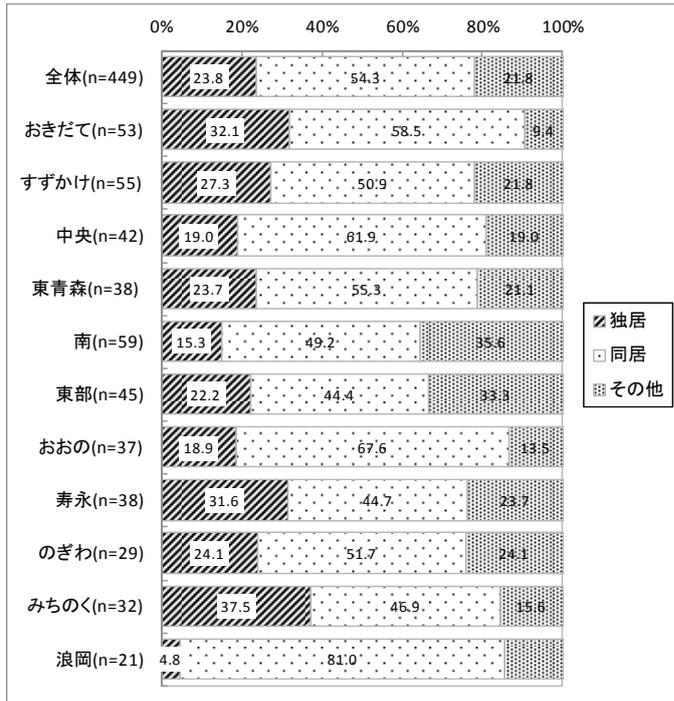
「居住状態」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- 「圏域名」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「居住状態」の2項目
- 「居住状態」は、「実践編2. (2) 分析方法」を参照。

(分析結果)

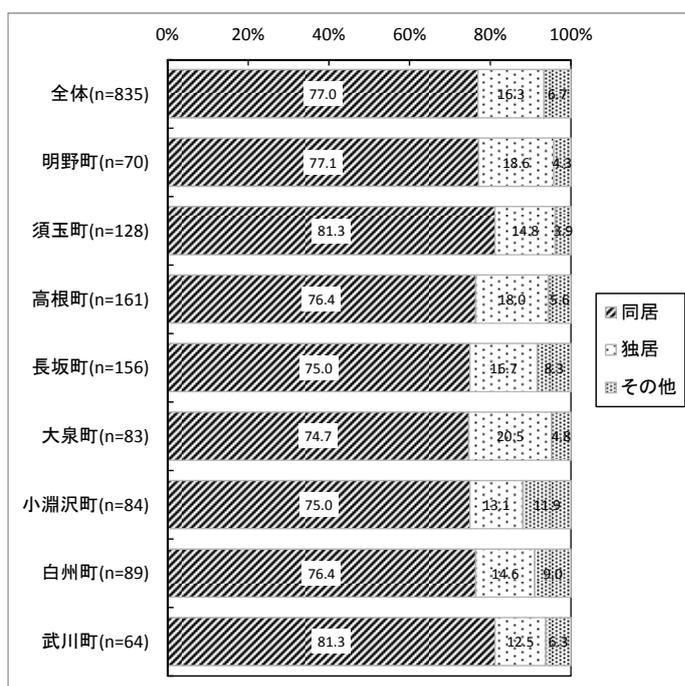
<青森>



(圏域毎の特徴は?)

- おぎだて圏域、寿永圏域、みちのく圏域は、独居が30%以上を占める。
- 南圏域、東部圏域は、そのほか30%以上を占める。

<北杜>



(圏域毎の特徴は?)

- いずれの圏域でも、同居している割合が70%を超えている。
- 大泉町圏域は独居している割合が20.5%と高い。
- 小淵沢町圏域はそのほか10%を超える。

④圏域別の認知症程度の分布を知るには？

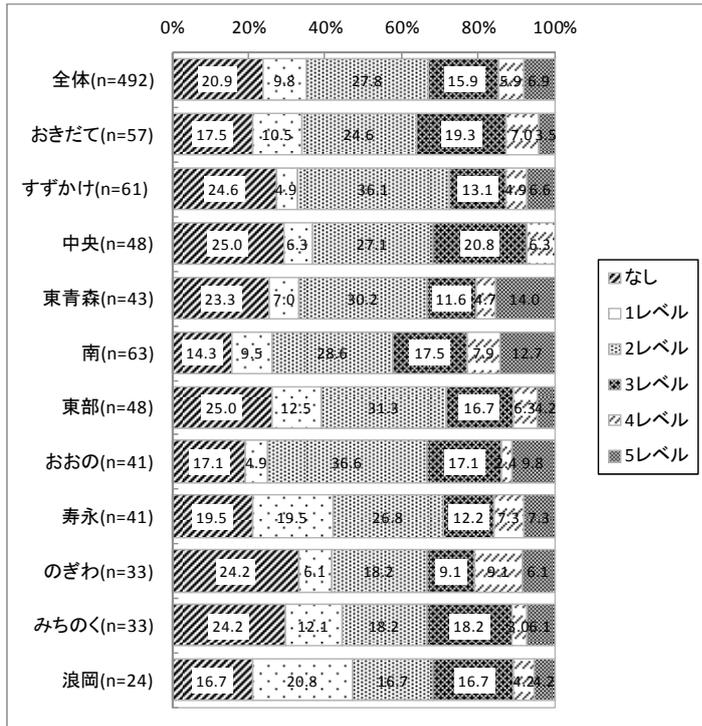
「認知症程度」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- 「圏域名」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「認知症程度」の2項目
- 「認知症程度」は、「実践編2. (2) 分析方法」を参照。

(分析結果)

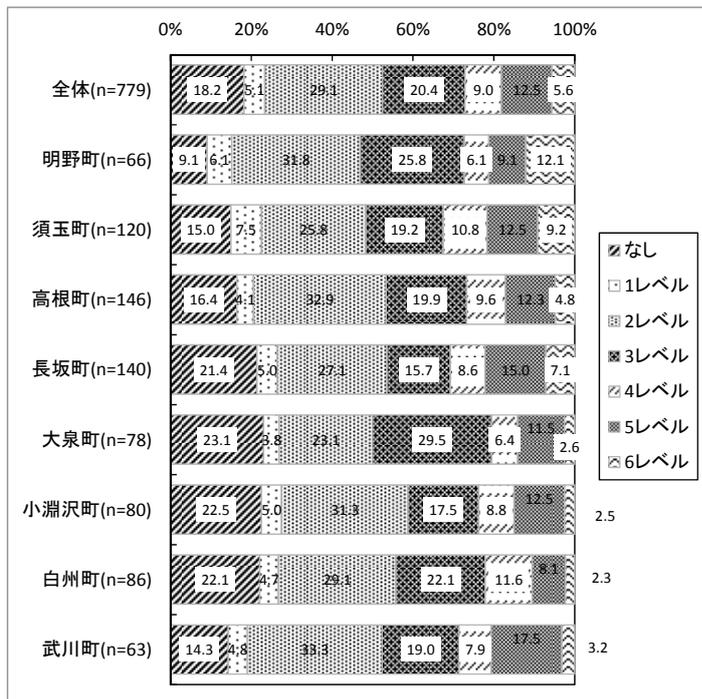
<青森>



(圏域毎の特徴は？)

- 南圏域は認知症程度の高い人が多い。
- すずかけ圏域、中央圏域、のぎわ圏域は認知症のない人が多い。

<北杜>



(圏域毎の特徴は？)

- 明野町圏域は認知症程度の高い人が多い。
- 小淵沢町圏域は認知症程度の低い人が多い。

⑤圏域別の寝たきり度の分布を知るには？

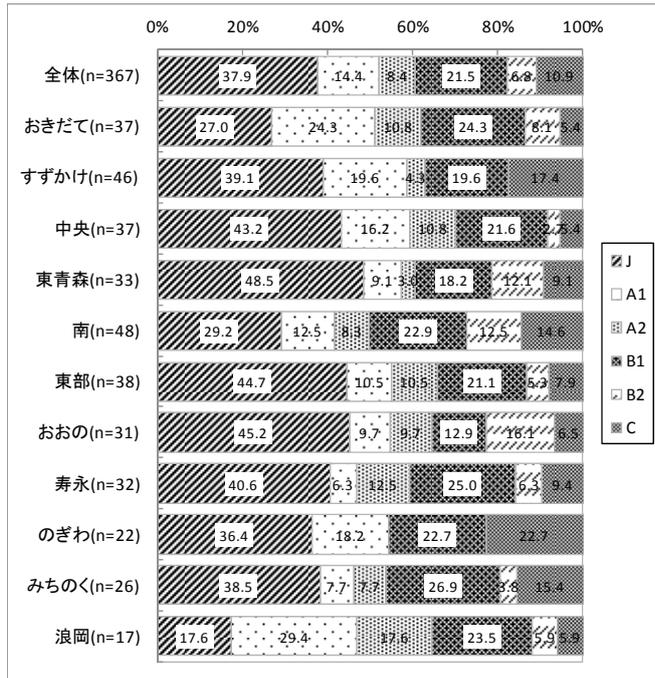
「寝たきり度」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- 「圏域名」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「寝たきり度」の2項目
- 「寝たきり度」は、「実践編2. (2) 分析方法」を参照。

(分析結果)

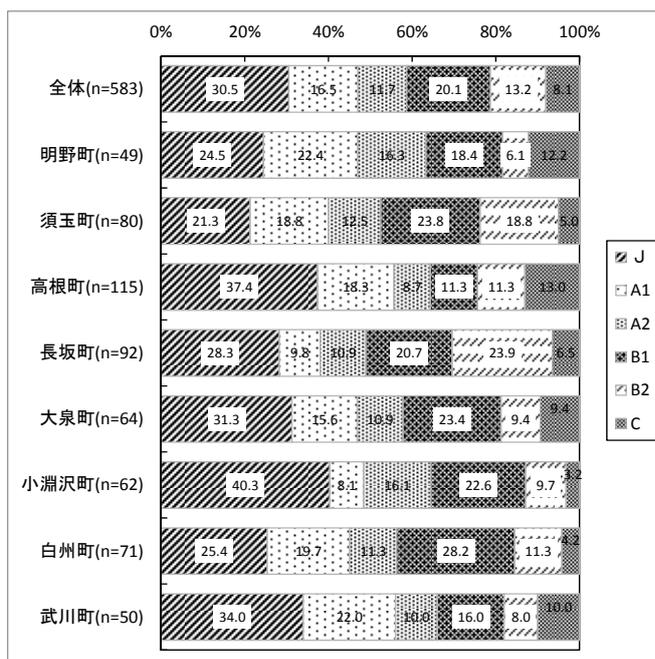
<青森>



(圏域毎の特徴は?)

- 東青森圏域、おおの圏域、東部圏域はランクJの人が45%を超える。
- 浪岡圏域はランクJの人は17.6%にとどまり、ランクA1の人が多い。
- すずかけ圏域、のぎわ圏域、みちのく圏域はランクCの人が15%を超える。

<北杜>



(圏域毎の特徴は?)

- 小淵沢町圏域は自立が40.3%と高い割合を占める。
- 高根町圏域、長坂町圏域は寝たきり度の高い高齢者の割合が多い。

4. 要介護度別の分析例

(1) 要介護度別分析について

①ねらい

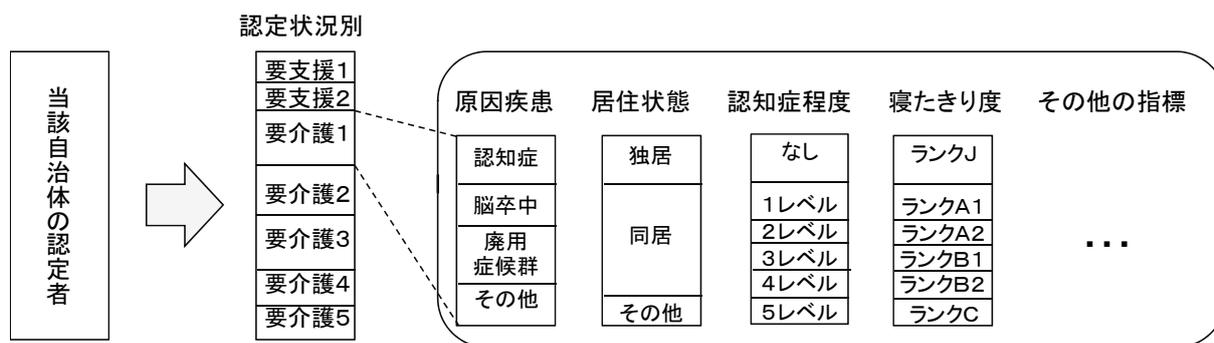
本章では、保険者がサービス給付・整備の基本指標としている「要介護度」別に、高齢者の状態像の傾向やサービス利用実態を把握する方法を示します。

要介護度別に見ることで、人口規模等が類似した他保険者や、全国平均との比較が可能になり、地域の立ち位置（地域特性、適正化の進捗等）を知ることができます。なお、「全国平均＝適正水準」とは限らない点に留意が必要です。

②分析方法

要介護度別分析では、縦軸に要介護度、横軸に状態像とサービスをとり、クロス分析を行います。

図表25 要介護度別のデータ分析（イメージ）



要介護度別の状態像を知る上で、母数を、「実践編2. (2) 分析方法」で示した下記のすべての設問項目に回答している人に絞り込みます。

項目
1. 要介護度
2. 原因疾患
3. 認知症程度
4. 障害高齢者の日常生活自立度
5. 居住形態
6. ADL
7. IADL

絞り込みを行うと、青森市と北杜市の母数は、それぞれ下表のとおりとなります。

要介護度別分析の母数(人)

	青森市	北杜市
要支援1	13	29
要支援2	26	79
要介護1	28	66
要介護2	40	71
要介護3	15	47
要介護4	10	21
要介護5	6	11
合計	138	324

③分析結果の読み取り方

次頁に示す、「要介護度別分析のまとめ」は、下記のような活用が可能です。

(要介護度ごとに、状態像とサービス利用実態の相関を見る)

- ・ 要介護度ごとに、状態像とサービス利用実態を見比べ、状態像に応じたサービス提供がなされているかを確認できます。
- ・ 個別事例の検討においても、同じ要介護度のデータを見ることで、状態像の大きなずれがないか、あるいはサービス利用に過不足がないか、といった確認ができます。

(全国平均との比較を行う)

- ・ 要介護度別に、自地域と全国平均を比較することで、状態像やサービス利用実態の差異を把握することができます。

(2) 要介護度別分析のまとめ ①全国平均

要介護度(7段階)別に、昨年度基礎調査のデータを用いて状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した 7,686 件。

要介護度	現在の状況					サービス利用実態
	原因疾患	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(※1)	
要支援1 N=432 (5.6%)						
要支援2 N=570 (7.4%)						
要介護1 N=1987 (25.9%)						
要介護2 N=1874 (24.4%)						
要介護3 N=1259 (16.4%)						
要介護4 N=867 (11.3%)						
要介護5 N=697 (9.1%)						

※1 ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(自立かつ楽)、中心部分が1点(全介助)

(2) 要介護度別分析のまとめ ②青森市

要介護度(7段階)別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能、かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した 138 件。

要介護度	現在の状況					サービス利用実態
	原因疾患	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(※1)	
要支援1 N=13 (9.4%)	脳卒中 7.7 廃用症候群 30.8 その他 61.5	同居 46.2 独居 53.8	なし 46.7 CPS1 7.7 CPS2 30.8 CPS3 15.4	J 61.5 A1 23.1 B1 7.7 C 7.7	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 46.2 訪問看護 7.7 訪問リハ 0.0 通所介護 23.1 通所リハ 30.8 福祉用具貸与 23.1
要支援2 N=26 (18.8%)	認知症 3.8 脳卒中 23.1 廃用症候群 19.2 その他 53.8	同居 57.7 独居 42.3	なし 38.5 CPS1 15.4 CPS2 38.5 CPS3 7.7	J 69.2 A1 3.8 A2 11.5 B1 15.4	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 46.2 訪問看護 0.0 訪問リハ 0.0 通所介護 38.5 通所リハ 23.1 福祉用具貸与 7.7
要介護1 N=28 (20.3%)	認知症 25.0 脳卒中 25.0 廃用症候群 14.3 その他 35.7	同居 57.1 独居 32.1 その他 10.7	なし 35.7 CPS1 3.6 CPS2 32.1 CPS3 25.0 CPS4 3.6	J 39.3 A1 32.1 A2 10.7 B1 17.9	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 53.6 訪問看護 7.1 訪問リハ 0.0 通所介護 28.6 通所リハ 28.6 福祉用具貸与 28.6
要介護2 N=40 (29.0%)	認知症 35.0 脳卒中 27.5 廃用症候群 7.5 その他 30.0	同居 62.5 独居 7.5 その他 30.0	なし 22.5 CPS1 5.0 CPS2 35.0 CPS3 30.0 CPS4 7.5	J 22.5 A1 27.5 A2 7.5 B1 35.0 B2 5.0 C 2.5	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 32.5 訪問看護 12.5 訪問リハ 0.0 通所介護 30.0 通所リハ 27.5 福祉用具貸与 45.0
要介護3 N=15 (10.9%)	認知症 66.7 脳卒中 6.7 廃用症候群 13.3 その他 13.3	同居 53.3 独居 6.7 その他 40.0	なし 13.3 CPS2 26.7 CPS3 33.3 CPS4 20.0 CPS5 6.7	J 20.0 A1 20.0 A2 13.3 B1 26.7 C 20.0	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 20.0 訪問看護 0.0 訪問リハ 0.0 通所介護 33.3 通所リハ 20.0 福祉用具貸与 40.0
要介護4 N=10 (7.2%)	認知症 30.0 脳卒中 40.0 その他 30.0	同居 60.0 その他 40.0	なし 10.0 CPS1 10.0 CPS2 10.0 CPS3 30.0 CPS4 30.0 CPS5 10.0	J 10.0 A1 10.0 A2 10.0 B1 20.0 B2 20.0 C 30.0	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 40.0 訪問看護 20.0 訪問リハ 0.0 通所介護 20.0 通所リハ 0.0 福祉用具貸与 70.0
要介護5 N=6 (4.3%)	認知症 50.0 脳卒中 16.7 その他 33.3	同居 33.3 その他 66.7	CPS2 16.7 CPS4 16.7 CPS5 66.7	A1 16.7 B1 16.7 B2 16.7 C 50.0	①室内移動 ②屋外移動 ③食事 ④入浴 ⑤着脱衣 ⑥排泄 ③買物 ④調理 ⑦通院 ⑨金銭管理 ⑩電話・PC ⑪社会参加	訪問介護 33.3 訪問看護 16.7 訪問リハ 0.0 通所介護 16.7 通所リハ 16.7 福祉用具貸与 33.3

※1 ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(できる)、中心部分が1点(できない)

(2) 要介護度別分析のまとめ ③北杜市

要介護度(7段階)別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能、かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した 324 件。

要介護度	現在の状況					サービス利用実態
	原因疾患	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(※1)	
要支援1 N=29 (9.0%)						
要支援2 N=79 (24.4%)						
要介護1 N=66 (20.4%)						
要介護2 N=71 (21.9%)						
要介護3 N=47 (14.5%)						
要介護4 N=21 (6.5%)						
要介護5 N=11 (3.4%)						

※1 ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(できる)、中心部分が1点(できない)

④「要介護度別分析のまとめ」から得られる示唆

全国的な高齢者の状態として、原因疾患は軽度（要支援1・2）で廃用症候群の割合が高く、居住状態は重度になるほど同居の割合が高く、認知症の程度や日常生活自立度、ADL・IADLも重度になるほど重症者割合が高まり、自立度等は下がります。こうした傾向から大きく外れる場合は、当該地域での介護認定の厳しさ・緩さが疑われるほか、当該地域での特別な取り組み等が影響している可能性もあります。

- ・ 青森市の場合、重度になるほど、居住状態について「その他」の割合が増えています。今回、介護施設入居者はあらかじめ除外しているため、地域におけるグループホーム等の整備・拡充が進んでいることが要因として考えられます。
- ・ 北杜市の場合、要支援1・2のADL・IADLが全国や青森市と比べて低くなっています。これは北杜市における認定基準が厳しいか、あるいは介護予防に注力した結果として、要支援に認定されるのは、状態が悪化し、（保険外の）介護予防の取り組みから外れる段階になってからになるということも考えられます（実際の北杜市の介護予防の取り組みを勘案すると後者の可能性が高いと思われます）。

全国的なサービス利用実態の傾向として、訪問介護は軽度（要支援1・2）と重度（要介護4・5）で高く、訪問看護・訪問リハ・福祉用具貸与は重度になるほど利用率が高く、通所介護・通所リハでは中度（要介護1～4）で高くなっています。こうした全体傾向から大きく外れる場合は、高齢者の状態像に合わせたサービス給付になっていない、あるいはサービス給付が過剰・過少になっている可能性があるほか、当該地域での特別な取り組み等が影響している可能性もあります。

- ・ 青森市の場合、訪問看護・訪問リハのように重度化に伴って利用率が高まるサービスの給付量（供給量）が不足している可能性があります。
- ・ 北杜市の場合、全国および青森市と比べて訪問介護の利用率が要介護度に関わらず、全体的に低くなっており、サービスの給付量（供給量）が不足している可能性があります。

要介護度別に高齢者の状態像が異なっているのに、サービス利用実態が変わらない場合、高齢者の状態像に合わせたサービス給付になっていない可能性があります。

- ・ 青森市の場合、要介護2から要介護3に重度化しているにもかかわらず、サービス利用率はすべてのサービスにおいて低下しています。また重症度が異なる要介護2と要介護5においてもサービス利用率の傾向は大きく変わらず、一部サービスを除いて利用率が低下しています。
- ・ 北杜市の場合、要介護2から要介護3に重度化しているにもかかわらず、サービス利用率の傾向は大きく変わらず、訪問看護・訪問リハを除くすべてのサービスにおいて低下しています。一方、要介護2と要介護3の比較を除けば、高齢者の状態別にサービスの利用内容には一定の違いがみられます。

(3) 要介護度別の高齢者の状態像を知る

「要介護度別分析のまとめ」に示した状態像の各項目の見方を示します。本節では、圏域別分析で示した①要介護度、②居住状態、③認知症程度、④寝たきり度に加え、ADL、IADLの分布の見方を示します。

①要介護度別の疾患の分布を知るには？

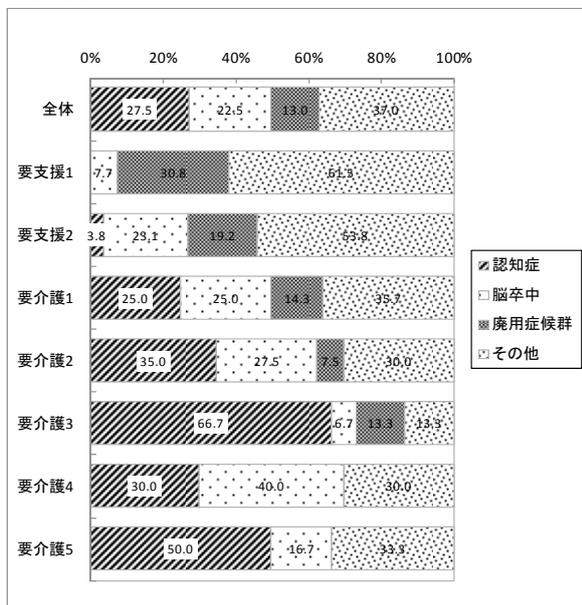
要介護度別に高齢者の状態像を把握する上で、まず基本となる「原因疾患」によるグループングを行います。

(分析方法)

- ・「要介護度」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「原因疾患」の2項目

(分析結果)

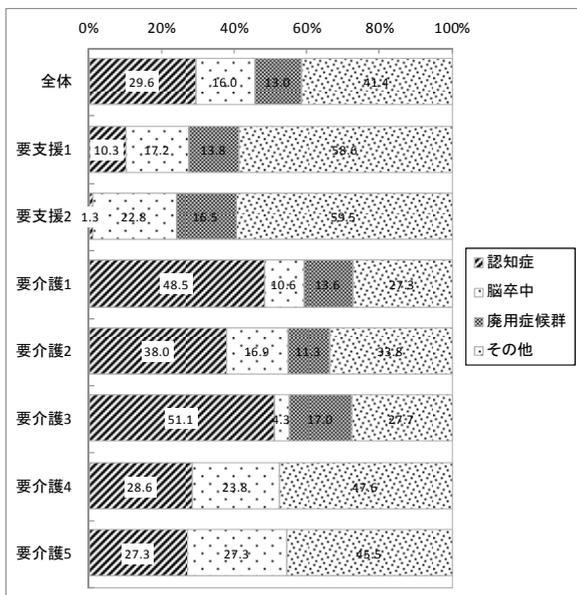
<青森>



(要介護度別の特徴は？)

- ・要介護3と要介護5で認知症が原因疾患の高齢者の割合が半数以上を占める。
- ・要介護4では脳卒中が原因疾患の高齢者の割合が40.0%を占める。

<北杜>



(要介護度別の特徴は？)

- ・要介護1から要介護3の高齢者は認知症が原因疾患の割合が高い

②要介護度別の認知症程度の分布を知るには？

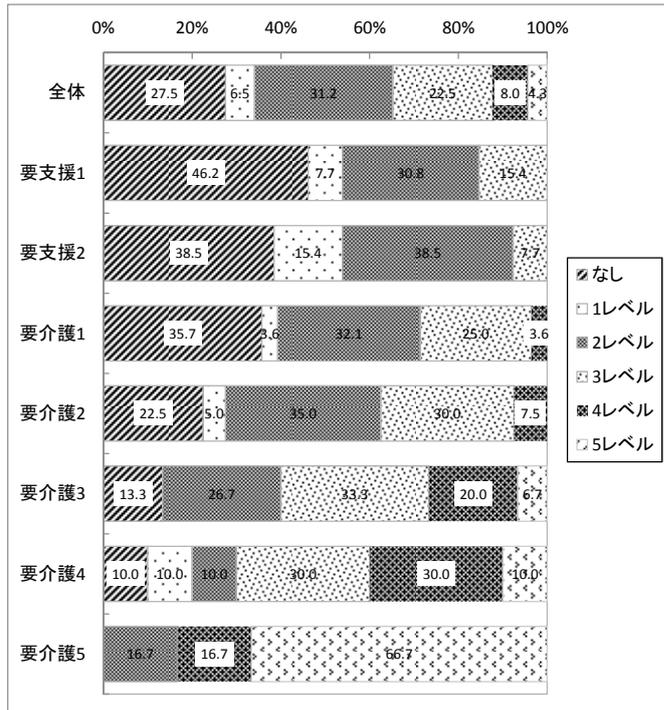
要介護度別に高齢者の状態像を把握する上で、「認知症程度」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- ・「要介護度」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「認知症程度」の2項目

(分析結果)

<青森>

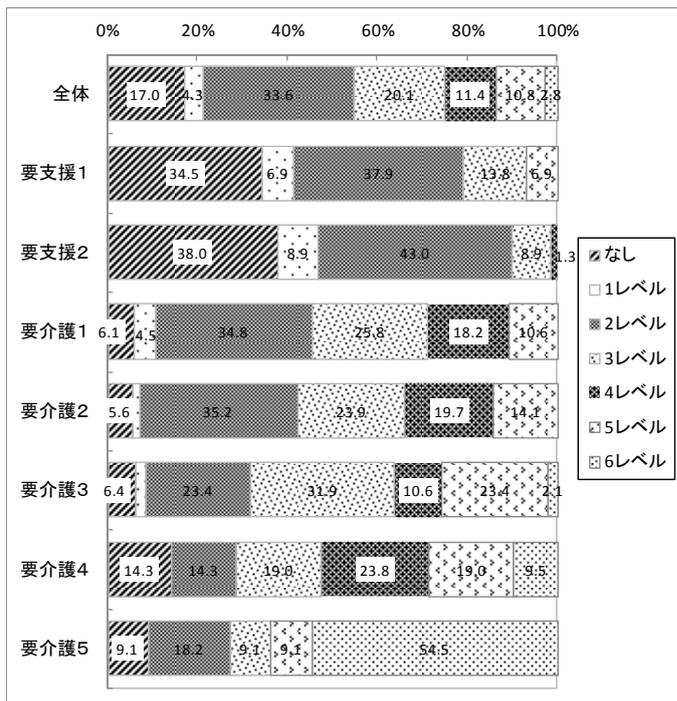


(要介護度別の特徴は？)

・認知症のない人の割合は、要支援1から要介護度が上がるにつれて減少している。

・要介護4と要介護5のあいだで、認知症程度が一気に上昇している。

<北杜>



(要介護度別の特徴は？)

・要介護度が上がるほど、認知症の程度も高くなる傾向がある

③要介護度別の寝たきり度の分布を知るには？

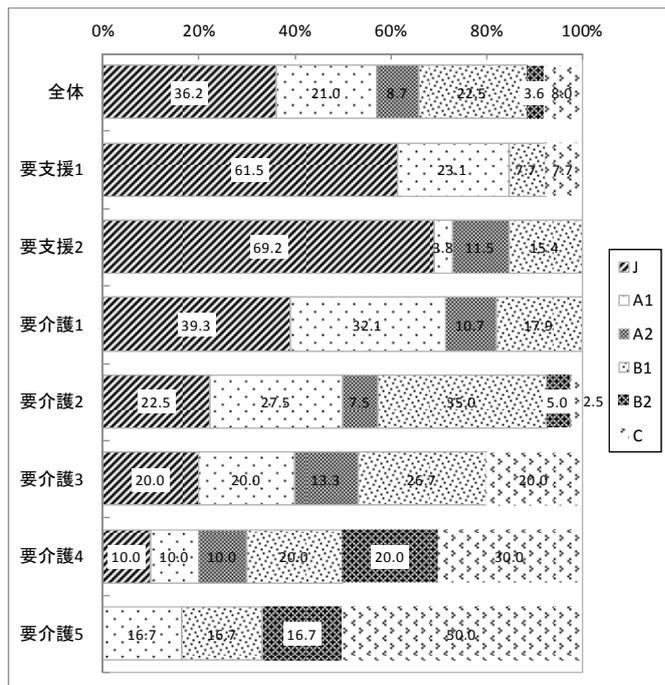
要介護度別に高齢者の状態像を把握する上で、「寝たきり度」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- 「要介護度」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「寝たきり度」の2項目

(分析結果)

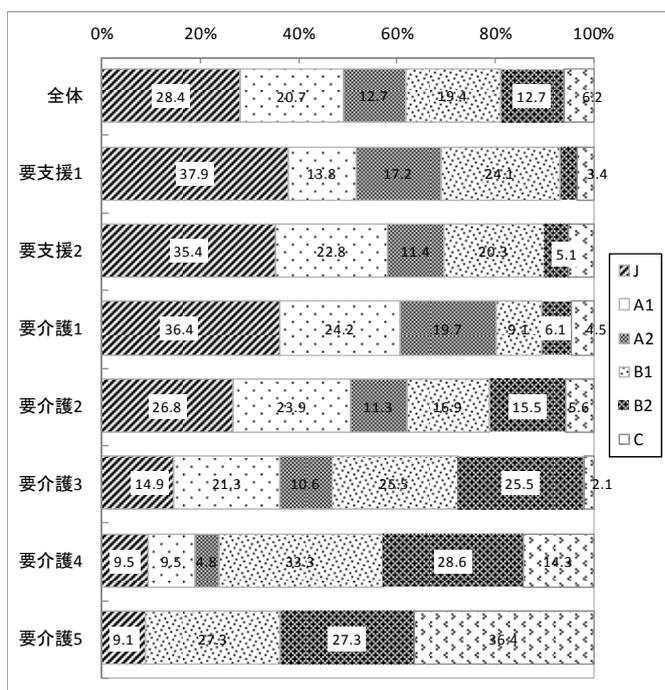
<青森>



(要介護度別の特徴は？)

- 要支援ではランクJが60%以上を占める。

<北杜>



(要介護度別の特徴は？)

- 要支援においてもランクJは40%以下である。
- 要介護4以上になると、ランクCの割合が高い。

④要介護度別の居住形態の分布を知るには？

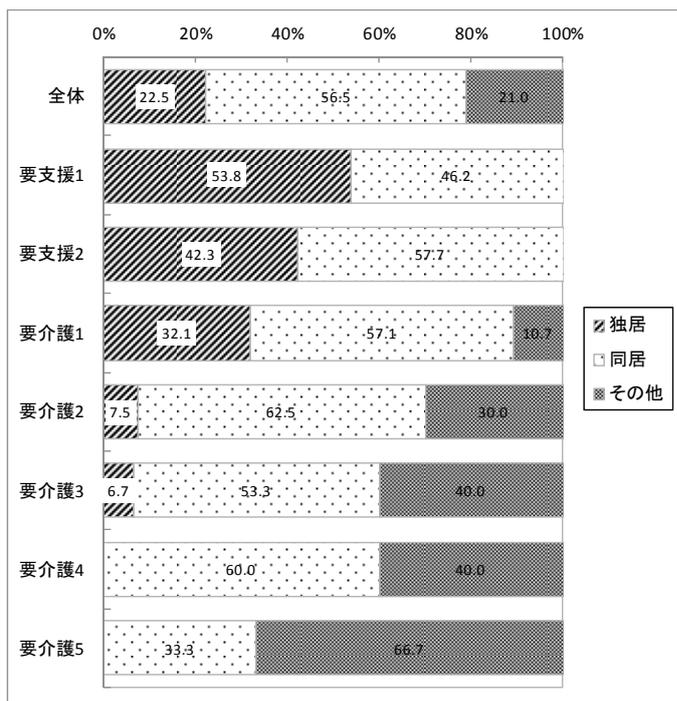
要介護度別に高齢者の状態像を把握する上で、「居住形態」によるグルーピングを行います。

(分析方法)

- ・「要介護度」と、日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「居住形態」の2項目

(分析結果)

<青森>



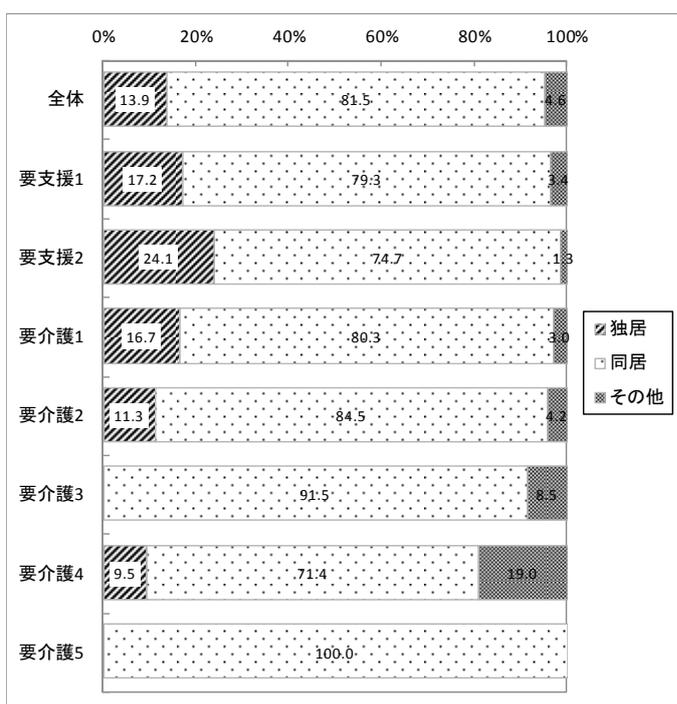
(要介護度別の特徴は？)

・要支援では、独居が40%を超えている。

要介護1でも、独居が30%を超えている。

・要介護2以上では、その他が30%を超えている。

<北杜>



(要介護度別の特徴は？)

・要介護度3と要介護度5の高齢者は全体と比べて同居の割合が高い

⑤要介護度別のADL、IADLの分布を知るには？

(分析方法)

・「日常生活圏域ニーズ調査」では、調査項目にADL、IADLに関する質問が含まれています。8問の質問に対する回答とその組み合わせによってADLを評価します。

・「実践編2. (2) 分析方法」に記載の、下記の読み替え表の通り、調査票の設問をADL (6項目) とIADL (6項目) の計12項目に読み替えます。

・ADL (6項目) とIADL (6項目) の計12項目を、それぞれ自立、一部介助、全介助の3段階に分類し3点から1点の3段階に点数化します。

自立	3点
一部介助	2点
全介助	1点

【ADL】

「日常生活圏域ニーズ調査結果」で該当する設問：問2-2、問2-4、問6-6、問6-10~14

	問番号	項目	配点	選択肢
①室内移動	問2-2	立ち上がり	2問とも「はい」の場合は3点、1問が「はい」の場合は2点、2問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問2-4	5m以上の歩行		
②屋外移動	問6-12	50m以上の歩行	2問とも「はい」の場合は3点、1問が「はい」の場合は2点、2問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問6-13	階段昇降		
③食事	問6-6	食事は自分で食べられるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
④入浴	問6-11	自分で入浴ができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
⑤着脱衣	問6-14	自分で着替えができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない
⑥排泄	問6-10	自分でトイレができるか	3点 2点 1点	1.できる 2.一部介助があればできる 3.できない

【IADL】

「日常生活圏域ニーズ調査結果」で該当する設問：問5-2、問6-2～5、問7-2、問7-3、問7-6、問7-7、問8-5

	問番号	項目	配点	選択肢
①買物	問6-2	日用品の買い物	3点 2点 1点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
②調理	問6-3	食事の用意	3点 2点 1点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
③通院	問8-5	通院に介助が必要か	3点 1点	2.いいえ 1.はい
④金銭管理	問6-4	請求書の支払い	2問とも「1.できるし、している」は3点、2問とも「3.できない」は1点、それ以外は2点	1.できるし、している 2.できるけどしていない 3.できない
	問6-5	預貯金のおし入れ		
⑤電話・PC	問5-2	電話	3点	1.はい
			1点	2.いいえ
⑥社会参加	問7-2	新聞	4問中、3～4問が「はい」の場合は4点、1～2問が「はい」の場合は2点、4問とも「いいえ」の場合は1点	1.はい 2.いいえ
	問7-3	本や雑誌		
	問7-6	相談にのる		
	問7-7	相談する		

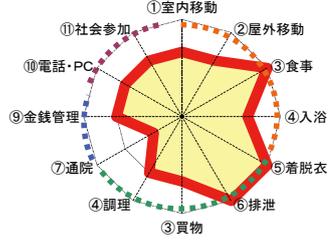
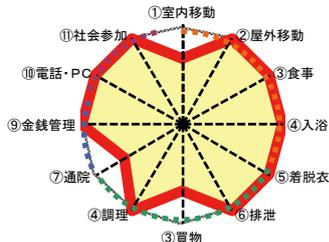
- ・軸には、ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している「要介護度」を使用します。
- ・母数は、「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。

(分析結果)

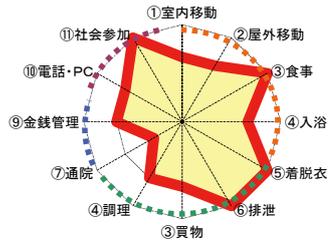
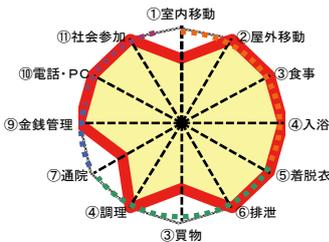
<青森>

<北社>

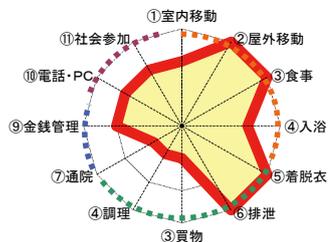
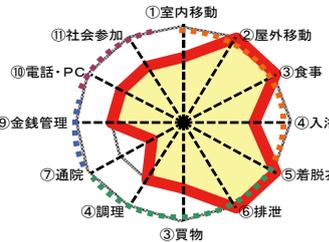
要支援1



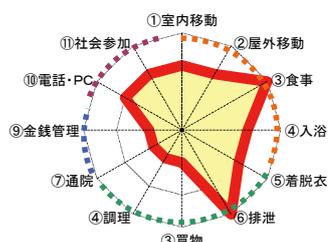
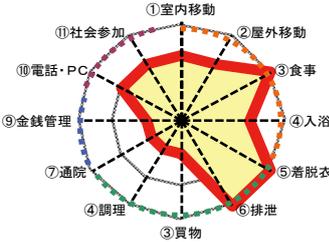
要支援2



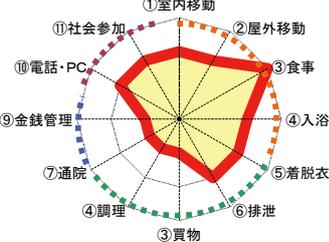
要介護1



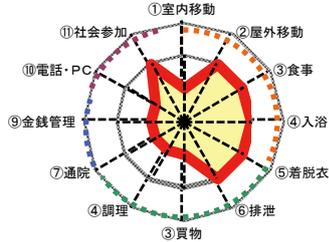
要介護2



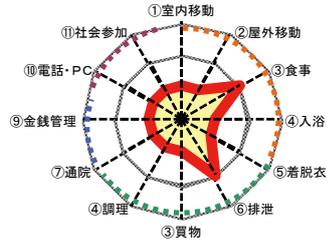
要介護3



要介護4



要介護5



<青森市>

青森市は、要支援 1、要支援 2 の高齢者の場合は、ADL、IADL とともに自立度が高くなっており、要介護度が上がると自立度は低くなる。

<北杜市>

北杜市も要介護度が上がるほど自立度は低くなる傾向があるが、「社会参加」については要介護度によらず自立度が高い。

<比較>

青森市と北杜市を比較すると、要介護度によらず、青森市の方が北杜市に比べて自立度が高い。

～応用編～

「要介護度別分析のまとめ」に掲載した分析以外にも、状態像をより総合的に把握するために、以下のような分析が可能です。

- ・ ADL の総合評価
- ・ IADL の総合評価
- ・ 社会参加（知的能動性）
- ・ 社会参加（社会的役割）
- ・ 転倒リスク

いずれの項目も、「実践編2.（2）分析方法」に読み替え方法を示しています。

これらの状態像を知るうえで、母数を、「実践編2.（2）分析方法」で示した下記のすべての設問項目に回答している人に絞り込みます。

項目
1. 要介護度
8. ADL の総合評価
9-1. IADL の総合評価
9-2. 社会参加(知的能動性)
9-3. 社会参加(社会的役割)
9-4. 転倒リスク

青森市と北杜市の母数は、それぞれ下表のとおりとなります。

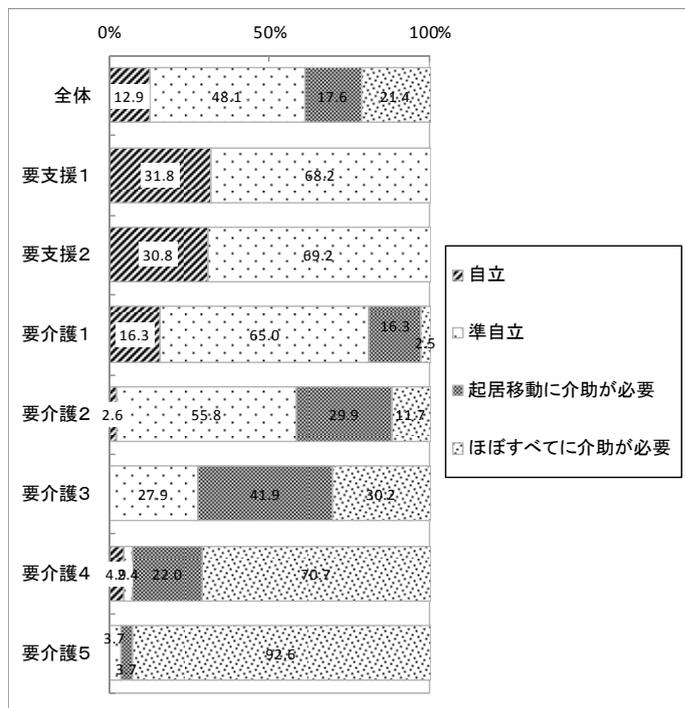
要介護度別分析の母数

	青森市	北杜市
要支援1	44	65
要支援2	52	119
要介護1	80	94
要介護2	77	115
要介護3	43	80
要介護4	41	40
要介護5	27	17
合計	364	530

⑥日常生活動作（ADL）の総合評価をするには？

（分析結果）

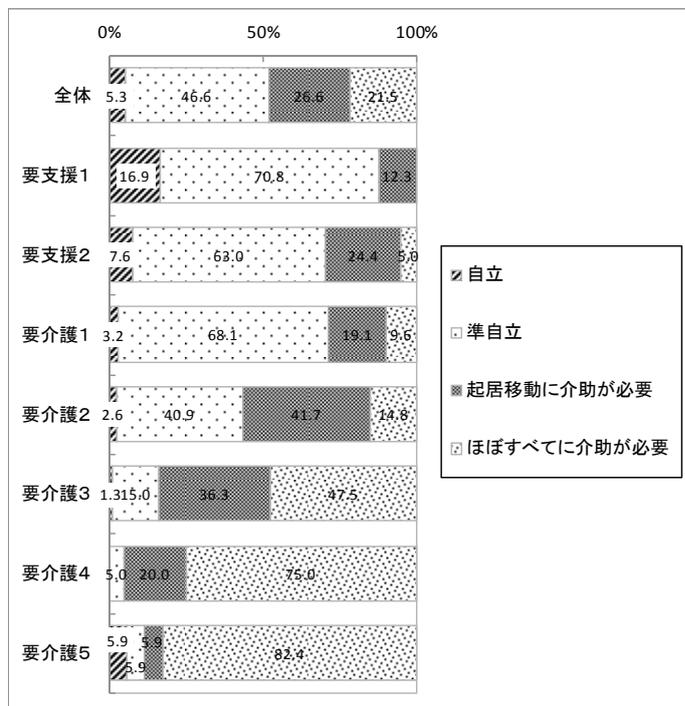
<青森>



・要介護度が高くなるほど、ADLが低いと判定される高齢者の割合が高くなる傾向がある。

・要介護5の高齢者の9割以上が、「ほぼすべてに介助が必要」と判定されている。

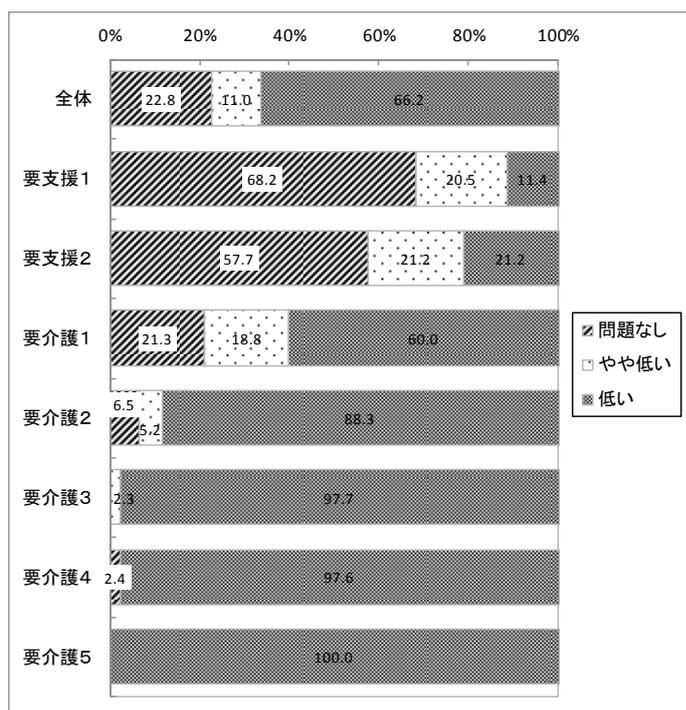
<北杜>



・要支援1から要介護1の高齢者の場合、全体と比べて「準自立」と判定される高齢者の割合が高くなっているが、要介護3から要介護5の高齢者の場合、全体と比べて「ほぼすべてに介助が必要」と判定される高齢者の割合が際立って高くなっている。

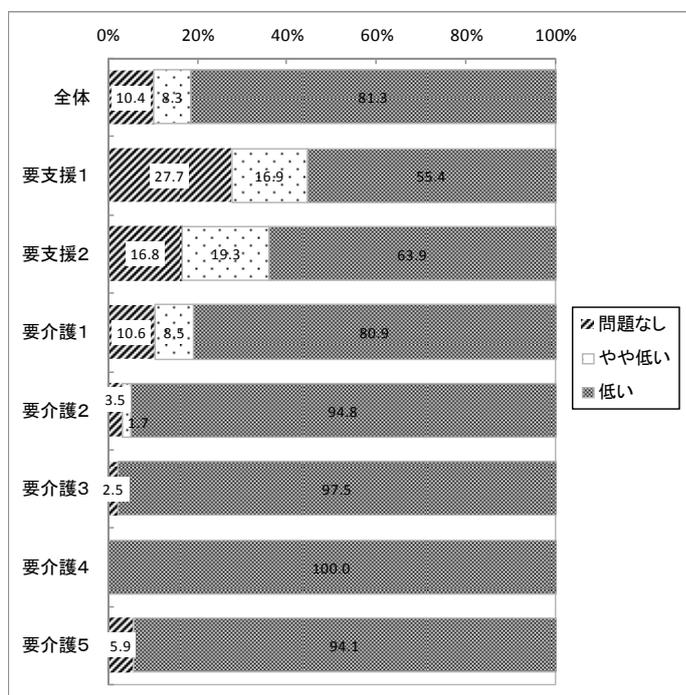
⑦IADLの総合評価をするには？

<青森>



・要介護度が高くなるほど IADL は低くなる傾向があり、要介護3から要介護5の高齢者のほとんどが IADL が低いと判定されている。

<北杜>

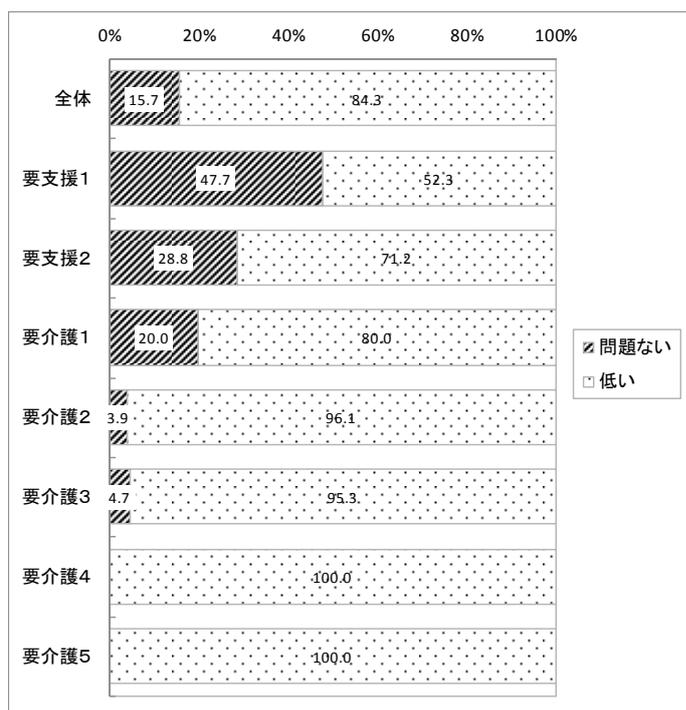


・要介護度が高くなるほど、IADL が低いと判定された高齢者の割合が高くなる傾向がある。

・要介護2から要介護5の9割以上の高齢者が、IADL が低いと判定されている。

⑧知的能動性の分布を知るには？

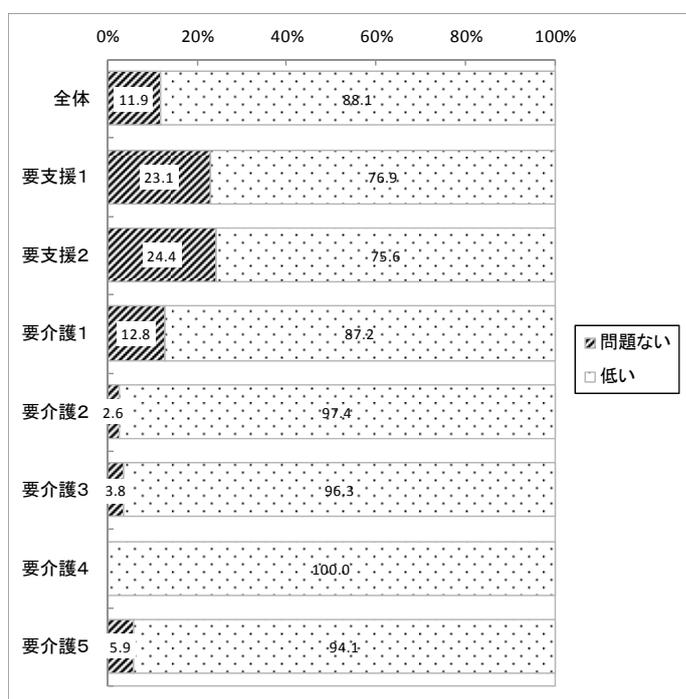
<青森>



• 要介護度が高くなるほど、知的能動性が低くなる傾向がある。

• 要支援1の高齢者の場合、全体と比べて知的能動性が問題ないと判定された高齢者の割合が5割程度と高くなっている。

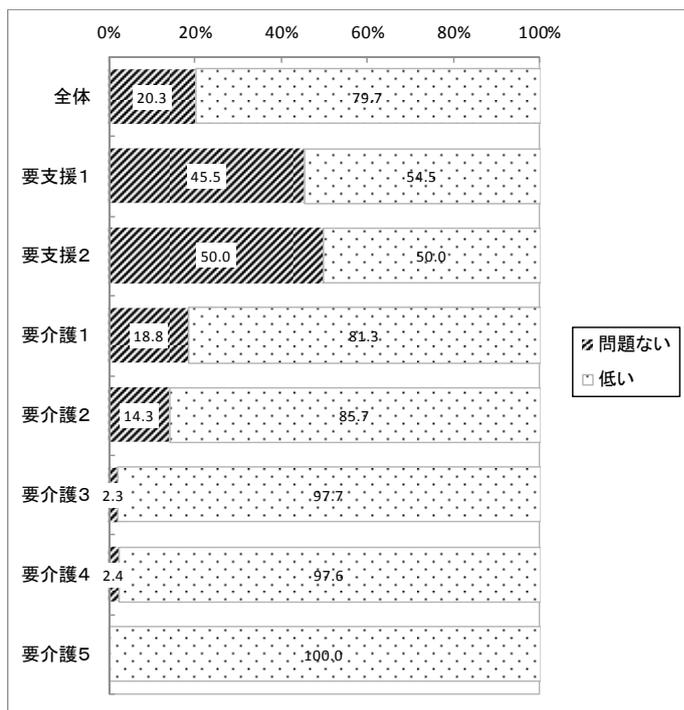
<北杜>



• 要支援1、要支援2の高齢者の場合、全体と比べて知的能動性が低いと判定された高齢者の割合は低くなっているが、要介護2から要介護5の9割以上の高齢者が知的能動性が低いと判定されている。

⑨社会的役割評価の分布を知るには？

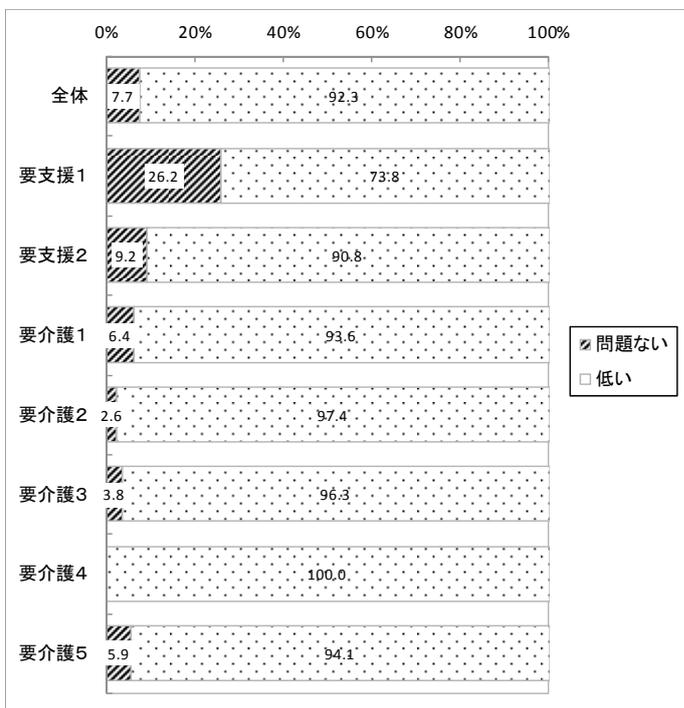
<青森>



• 要介護度が高くなるほど、社会的役割が低くなる傾向がある。

• 要支援1、要支援2の高齢者の場合、全体と比べて社会的役割が問題ないと判定された高齢者の割合が5割程度と高くなっている。

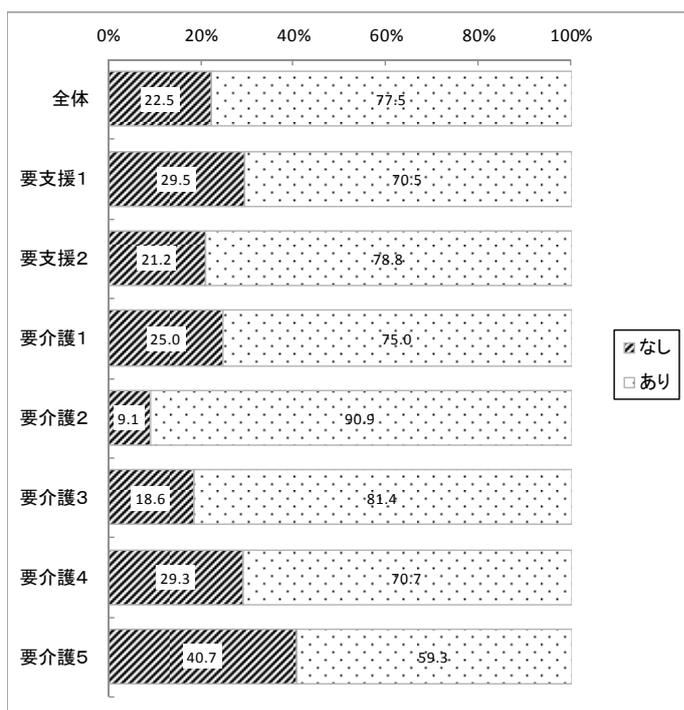
<北杜>



• 要支援1の高齢者の場合、全体と比べて社会的役割が低いと判定された高齢者の割合が7割程度と低くなっている。

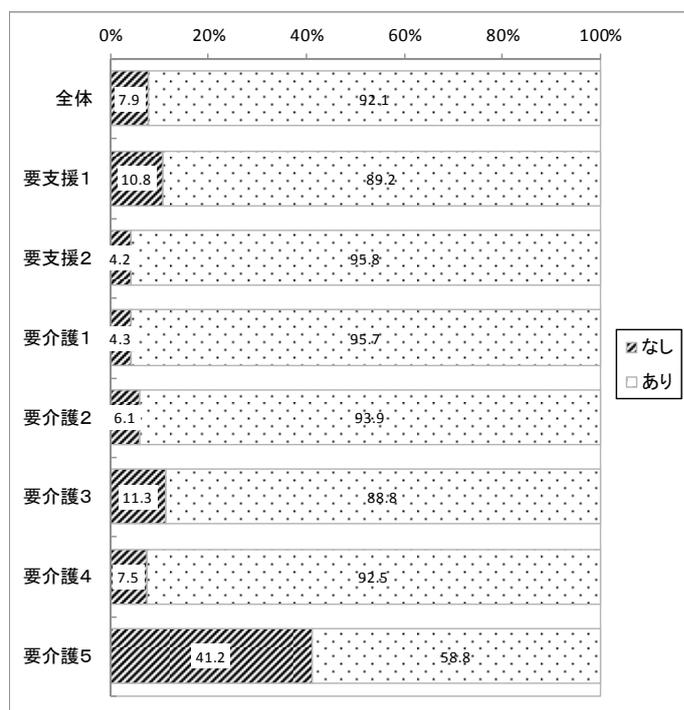
⑩転倒リスクの分布を知るには？

<青森>



- 要介護2の高齢者の場合、全体と比べて転倒リスクありの割合が高くなっており、9割を超えている。
- 要介護5の高齢者の場合、全体と比べて転倒リスクなしの割合が高くなっている。

<北杜>



- 要支援1から要介護4の高齢者の約9割が転倒リスクありとなっているが、要介護5の高齢者の場合、全体と比べて転倒リスクありの割合が6割弱と低くなっている。

(4) 要介護度別のサービス利用実態を知る

本節では、「要介護度別分析のまとめ」のサービス利用実態の見方を示します。

要介護度別のサービス利用実態を知ること、要介護度に照らし合わせてサービスの過不足を把握することができます。

(分析方法)

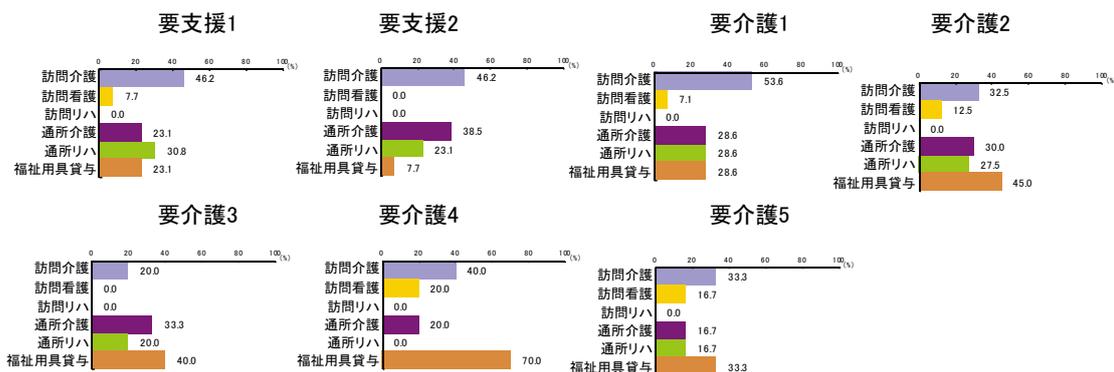
- ・ ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している「要介護度」と、国保連データのサービス利用データ
- ・ 母数は、「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。母数を絞り込むことで、サービス利用状況と状態像を並べて比較することができます。

(母数再掲)

	青森市	北杜市
要支援1	13	29
要支援2	26	79
要介護1	28	66
要介護2	40	71
要介護3	15	47
要介護4	10	21
要介護5	6	11
合計	138	324

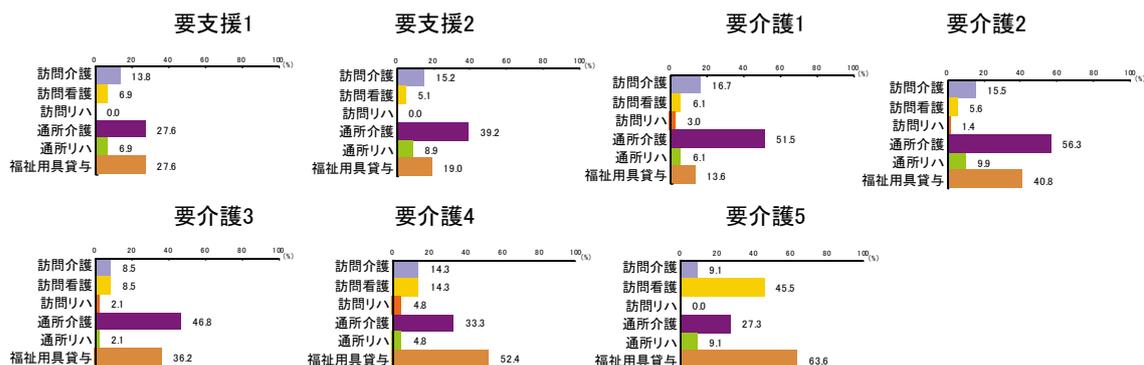
(分析結果)

<青森>



- ・ 訪問看護は要介護 4、要介護 5 で利用度合いが高い。
- ・ 訪問介護は要介護 1 で最も利用度合いが高い。

<北杜>



- ・ 通所介護の利用度合いは、要支援 1 から要介護度が上がるにつれ高くなり、要介護 2 で 56.3%と最も高く、要介護 3 以上では減少する。
- ・ 訪問看護は要介護 4 で 10%を上回り、要介護 5 で 45.5%と高くなっている。
- ・ 福祉用具貸与は要介護 4、要介護 5 で 50%を上回る。

<青森市と北杜市のサービス利用比較>

- ・ 青森市は訪問介護の利用度合いが全般的に高い。
- ・ 北杜市では、要介護度が上がるにつれて訪問介護の利用が減り、訪問看護の利用が増加している。
- ・ 北杜市では通所介護の利用度合いが高い。

5. 要介護度×原因疾患別の分析例

(1) 要介護度×原因疾患別分析について

①ねらい

第4章では要介護別の状態像、サービス利用の分析方法を示しました。本章では、より高齢者の実態を知るために、要介護度と原因疾患を組み合わせるクロス分析を行う方法を示します。

平成23年度に実施したケアマネジメントの実態調査では、要介護度が同じでも、原因疾患によって状態像やサービス利用実態の違いが大きいことが示唆されました。そこで、要介護度と原因疾患によるグルーピングを行うことで、状態像とサービス利用実態がどう異なるかを把握します。

②分析方法

- ・ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している、もしくは日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「要介護度」、「介護・介助が必要になった主な原因」の2項目
- ・「要介護度」は、分析上、軽度・中度・重度の3段階に集約します。

要介護度の集約

軽度	←	要支援1
		要支援2
中度	←	要介護1
		要介護2
重度	←	要介護3
		要介護4
		要介護5

- ・「介護・介助が必要になった主な原因」は「実践編2. (2) 分析方法 2. 要介護状態となった原因疾患 (4分類)」を用います。
- ・「要介護度」、「介護・介助が必要になった主な原因」の2項目を組み合わせたものを軸とします。

・母数は「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。母数を「(3) 要介護度別の状態像を知る」と一致させることで、要介護度別と、要介護度×原因疾患別のデータを照合することができます。

要介護度	原因疾患	青森(人)	北杜(人)
軽度	認知症	1	4
	脳卒中	7	23
	廃用症候群	9	17
	その他	22	64
中度	認知症	21	59
	脳卒中	18	19
	廃用症候群	7	17
	その他	22	42
重度	認知症	16	33
	脳卒中	6	10
	廃用症候群	2	8
	その他	7	28
全体		138	324

③分析結果の読み取り方

次頁に示す、「要介護度×原因疾患別分析のまとめ」は、下記のような活用が可能です。

（要介護度と原因疾患のグループ別に、高齢者の状態像とサービス利用実態の相関をみる）

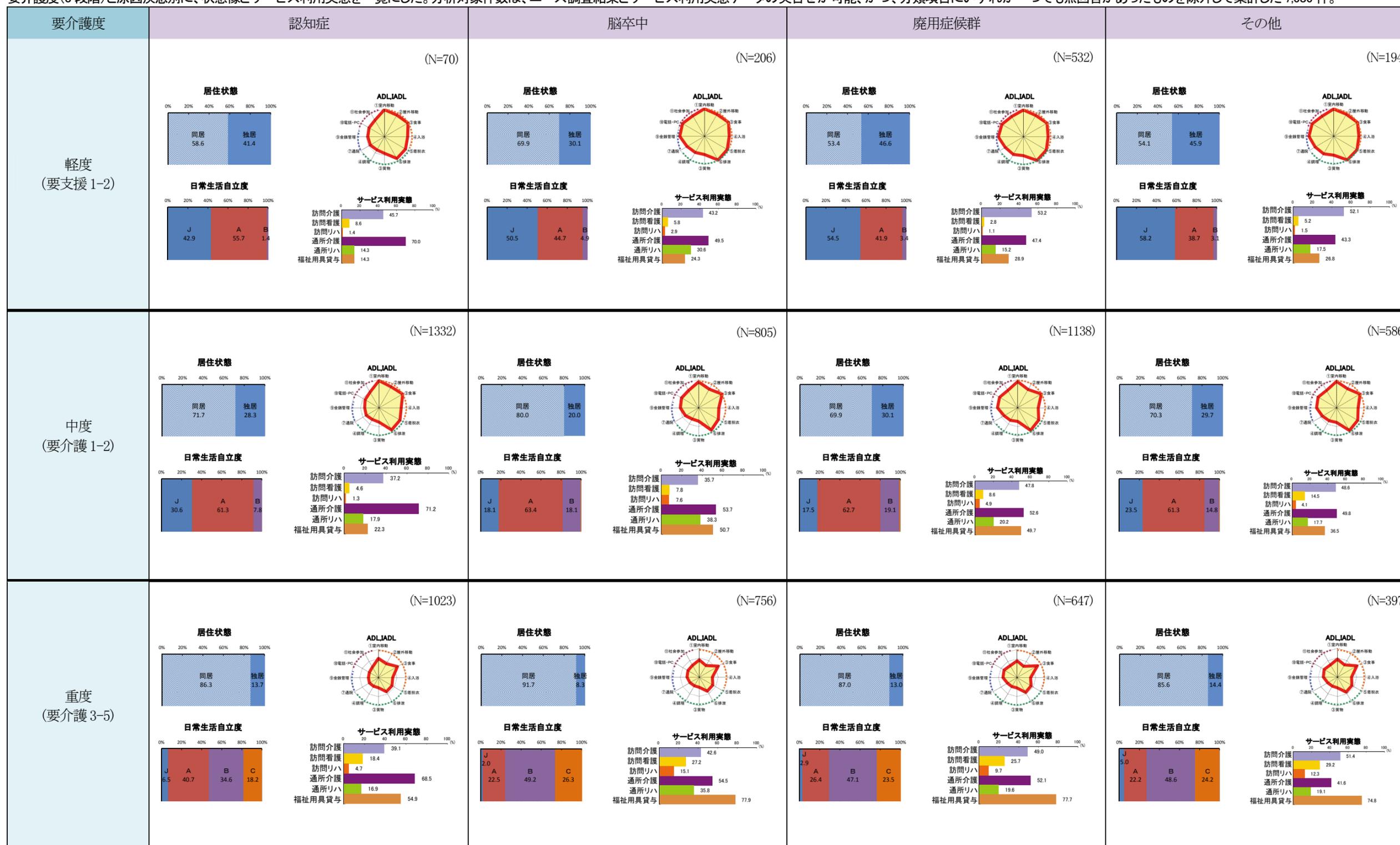
- ・ 要介護度と原因疾患のグループ別に、それぞれ状態像とサービス利用実態を見比べ、状態像に応じたサービス提供がなされているかを確認できます。
- ・ 個別事例の検討においても、同じ要介護度・原因疾患グループのデータを見ることで、状態像の大きなずれがないか、あるいはサービス利用に過不足がないか、といった確認ができます。

（全国平均との比較を行う）

- ・ 同じグループ（例、「中度×認知症」）について、自地域と全国平均を比較することで、状態像やサービス利用実態の違いを読み取ります。

(2) 要介護度×原因疾患別分析のまとめ ①全国平均

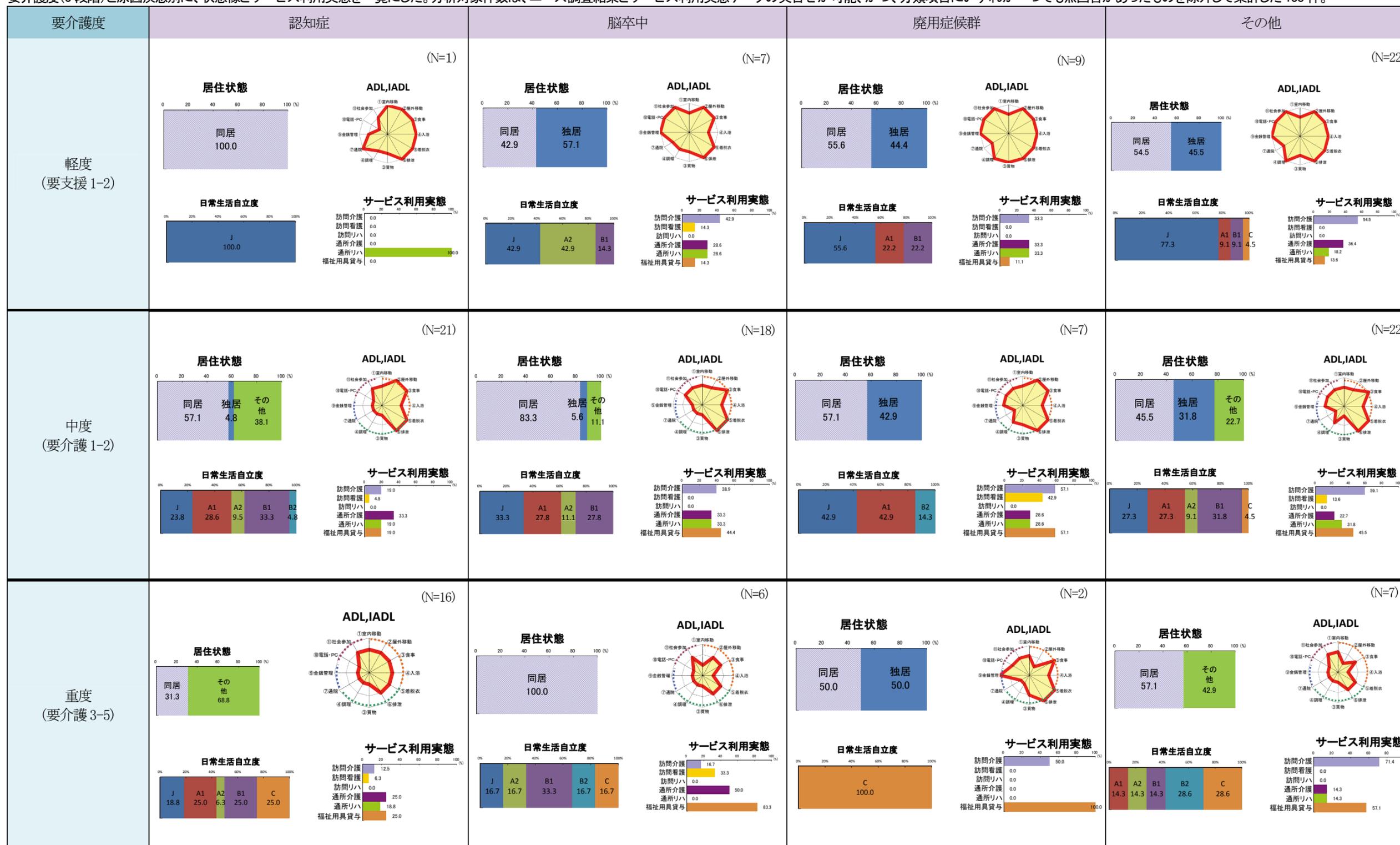
要介護度(3段階)と原因疾患別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能、かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した 7,686 件。



※ ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(自立かつ楽)、中心部分が1点(全介助)

(2) 要介護度×原因疾患別分析のまとめ ②青森市

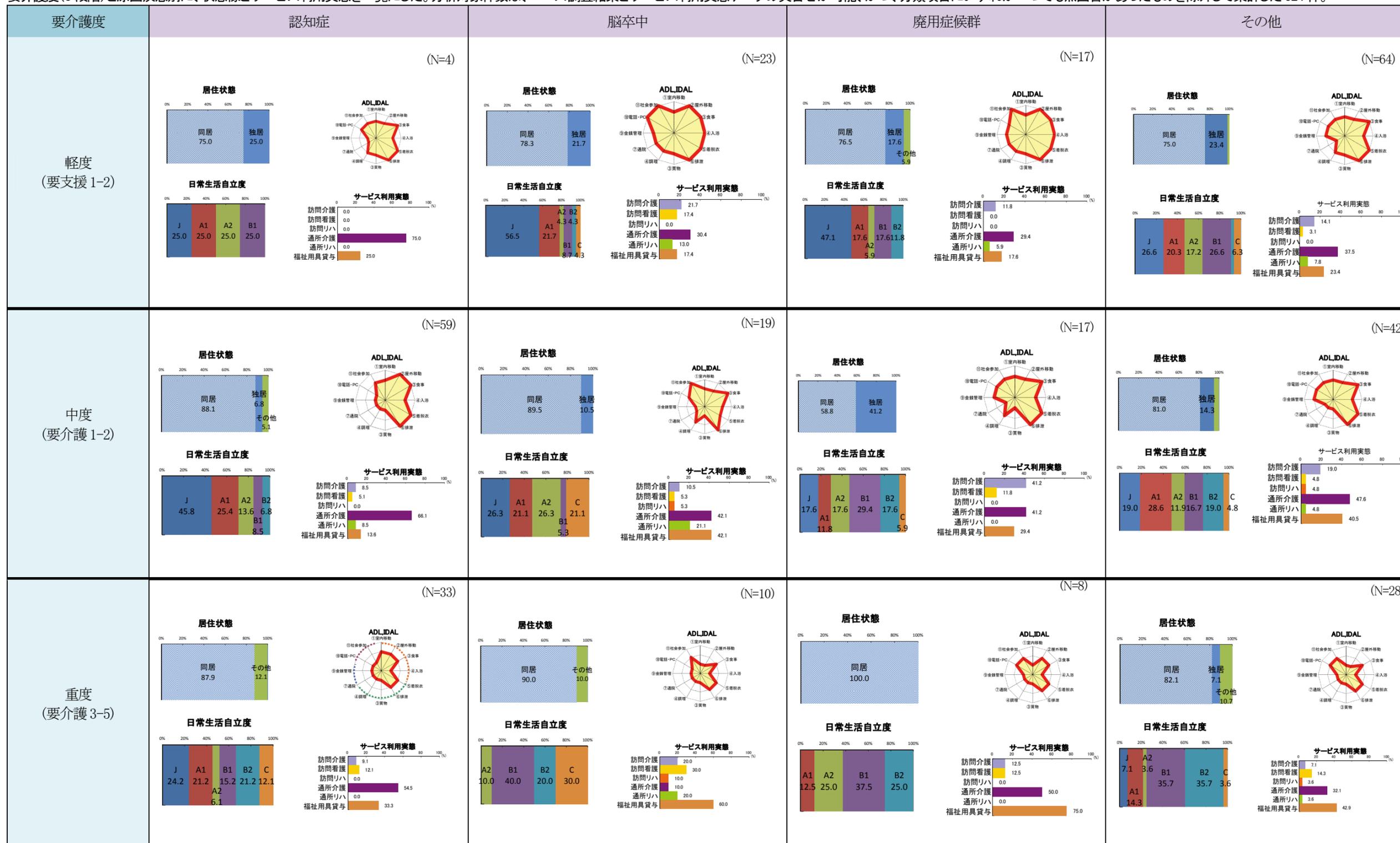
要介護度(3段階)と原因疾患別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能、かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した138件。



※1 ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が3点(できる)、中心部分が1点(できない)

(2) 要介護度×原因疾患別分析のまとめ ③北杜市

要介護度(3段階)と原因疾患別に、状態像とサービス利用実態を一覧にした。分析対象件数は、ニーズ調査結果とサービス利用実態データの突合せが可能、かつ、分類項目にいずれか一つでも無回答があったものを除外して集計した 324 件。



※1 ADL,IADL のレーダーチャートの目盛りは、最外側が 3 点(できる)、中心部分が 1 点(できない)

④要介護度×原因疾患別分析のまとめから得られる示唆

「要介護度×原因疾患別分析のまとめ」から読み取れる示唆として、以下のような内容が挙げられます。

全国的な高齢者の状態として、同じ要介護レベルにあっても、原因疾患により、居住状態、日常生活自立度、ADL・IADLの状態は異なります。原因疾患が認知症の場合、認知症程度、日常生活自立度について、他の原因疾患の場合と比べて状態が悪くなっています。特に軽度の場合はこれにADL・IADLの状態の悪さも加わります。こうした全国の傾向から大きく外れる場合は、当該地域での介護認定の厳しさ・緩さが疑われるほか、当該地域での特別な取り組み等が影響している可能性もあります。

全国的なサービス利用実態の傾向として、同じ要介護レベルにあっても、原因疾患により、サービス利用実態は異なっています。すべての要介護レベルにおいて、原因疾患が認知症の場合、サービス利用実態は通所介護の利用率が突出して高くなっている反面、福祉用具貸与の利用率は相対的に低くなっています。また、原因疾患が脳卒中の場合、訪問リハおよび通所リハの利用率が相対的に高くなっています。こうした全体傾向から大きく外れる場合は、高齢者の状態像に合わせたサービス給付になっていない、あるいはサービス給付が過剰・過少になっている可能性があるほか、当該地域での特別な取り組み等が影響している可能性もあります。

- ・ 青森市の場合、原因疾患が認知症であっても、通所介護の利用率が他の原因疾患の場合と大きく変わりません。認知症を原因疾患とする要支援・介護者に対するサービス提供が適切でない可能性があります。また、原因疾患が脳卒中であっても、訪問リハおよび通所リハの利用率が他の原因疾患の場合と大きく変わりません。脳卒中を原因疾患とする要支援・介護者に対するサービス提供が適切でない可能性があります。
- ・ 北杜市の場合、原因疾患が廃用症候群であると、通所リハおよび通所リハの利用率が極端に低くなっています。廃用性症候群を原因疾患とする要支援・介護者に対して、リハビリ関連のサービスが不足している可能性が考えられます。

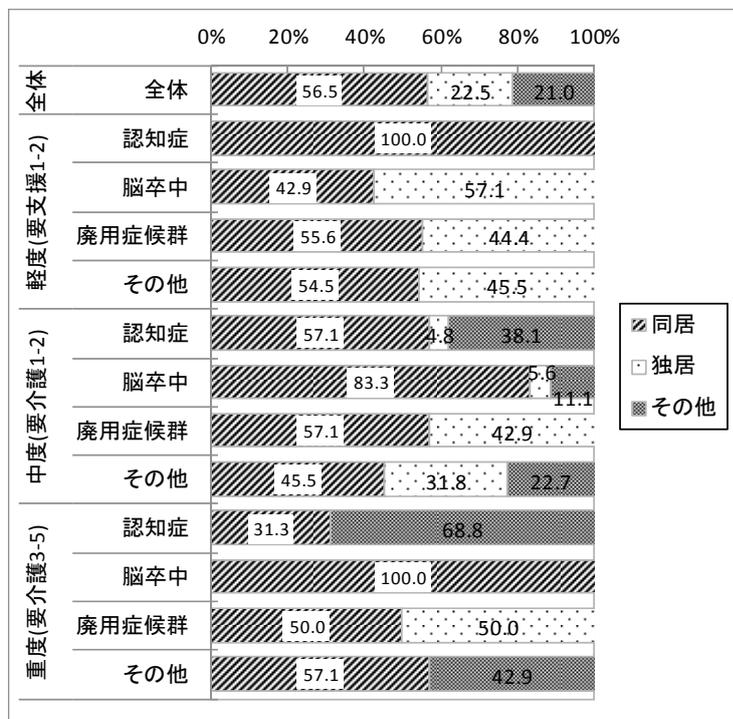
(3) 要介護度×原因疾患別の状態像を知る

本節では、「要介護度×原因疾患別分析のまとめ」の状態像の各項目の見方を示します。

①要介護度×原因疾患別の居住状況の分布を知るには？

(分析結果)

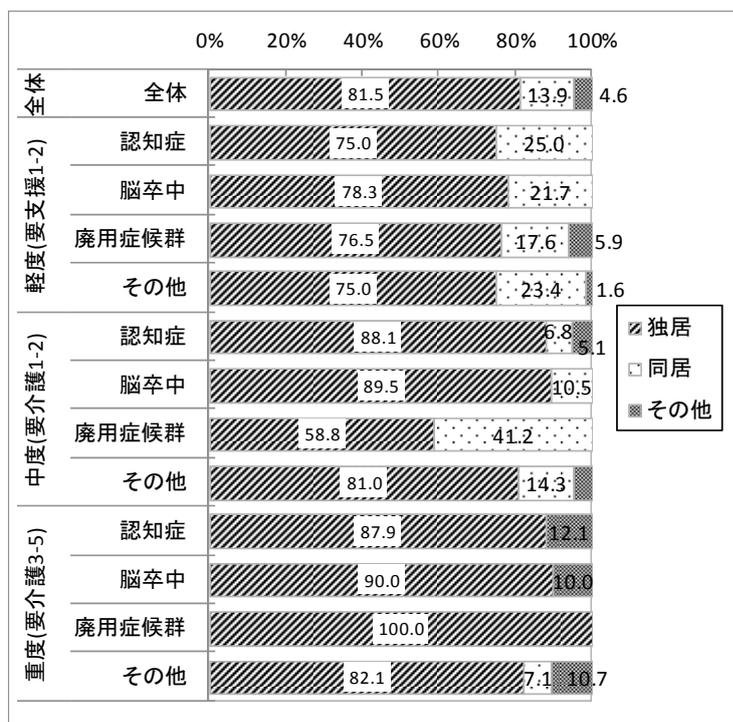
<青森>



・原因疾患が認知症の高齢者は、要介護度が軽度の場合は全体と比べて同居の割合が際立って高くなっており、要介護度が重度の場合は同居の割合が低くなっている。

・原因疾患が脳卒中の高齢者は、要介護度が中度及び重度の場合は全体と比べて同居の割合が高くなっている。

<北杜>

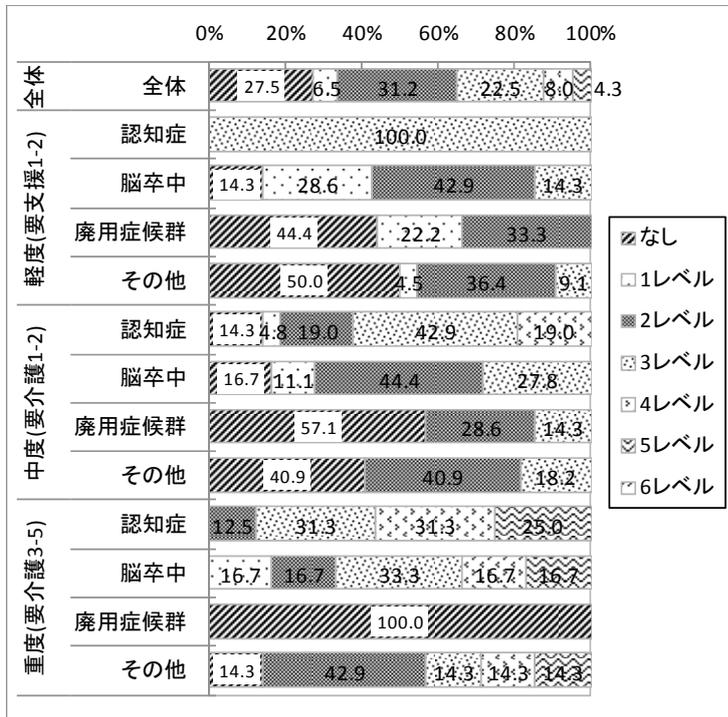


・要介護度が中度で廃用症候群の高齢者の場合、全体と比べて独居の割合が低い。

②要介護度×原因疾患別の認知症程度の分布を知るには？

(分析結果)

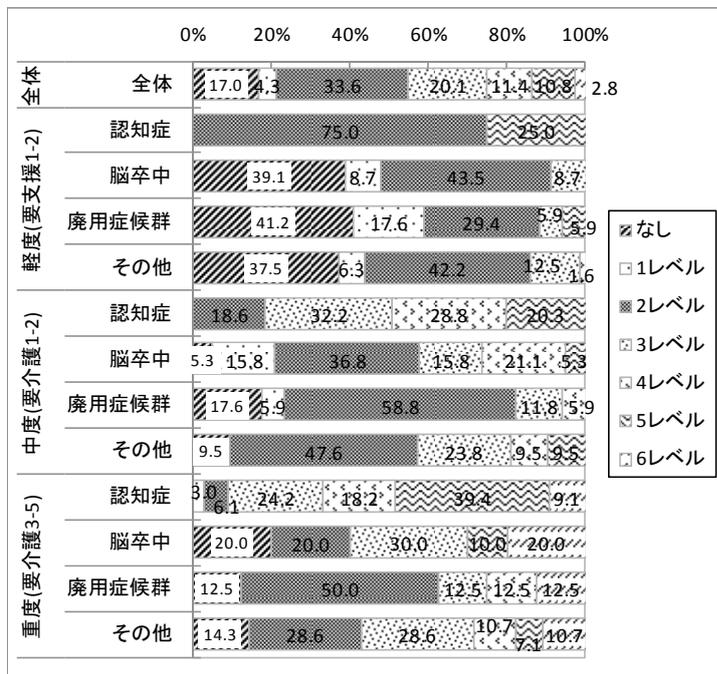
<青森>



・要介護度に関わらず、原因疾患が廃用症候群の高齢者の場合、他の原因疾患の高齢者に比べて認知症程度は低くなっている。

・要介護度に関わらず、原因疾患が認知症の高齢者の場合、他の原因疾患に比べて認知症程度は高くなっている

<北杜>



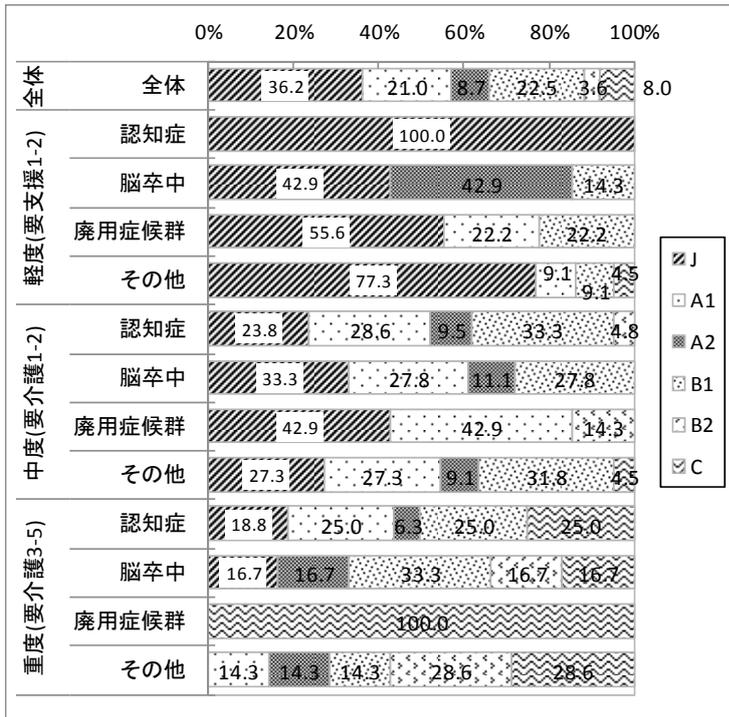
・原因疾患に関わらず、要介護度が高くなるほど認知症程度は高い。

・要介護度に関わらず、原因疾患が認知症の高齢者の場合、他の原因疾患に比べて認知症程度は高くなっている。

③要介護度×原因疾患別の寝たきり度の分布を知るには？

(分析結果)

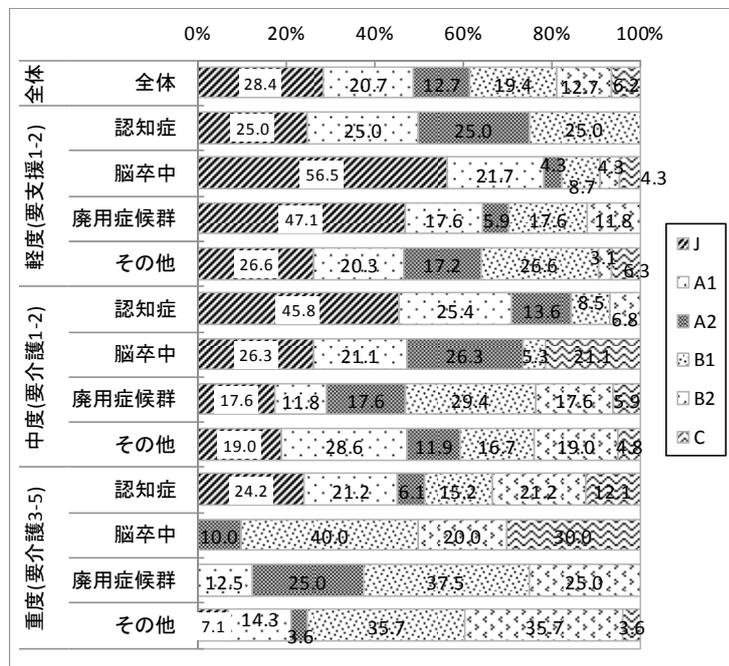
<青森>



•原因疾患が廃用症候群の高齢者は、要介護度が重度の場合は全体と比べて寝たきり度が際立って高くなっている。

•原因疾患に関わらず、要介護度が高くなるほど寝たきり度は高くなる。

<北杜>



•原因疾患に関わらず、要介護度が高くなるほど寝たきり度は高くなる。

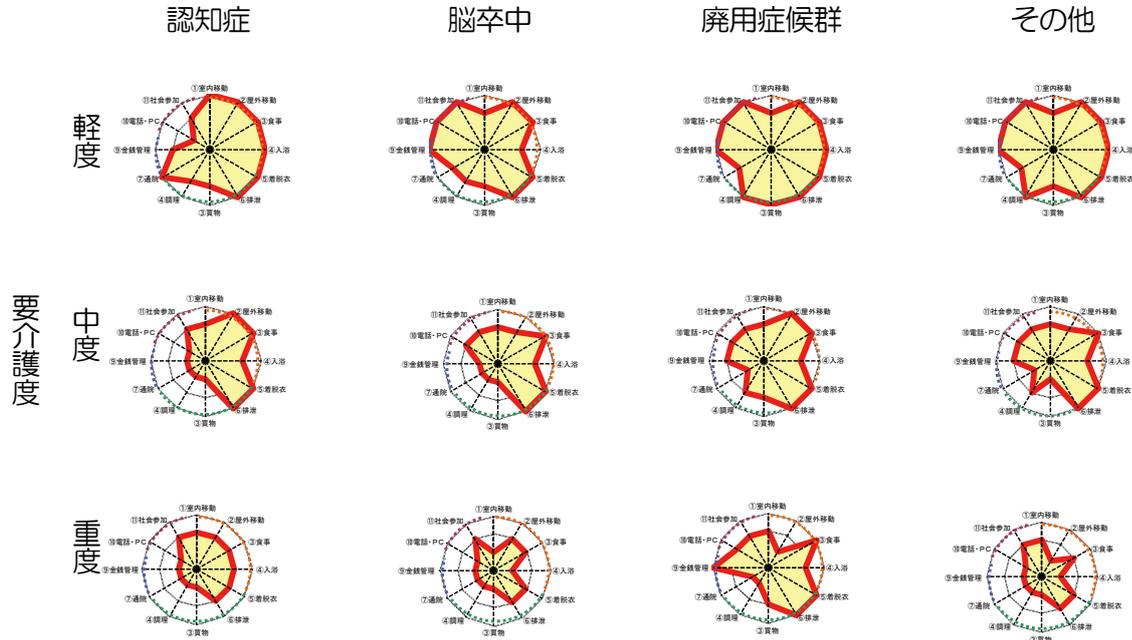
•要介護度に関わらず、原因疾患が認知症の場合、他の原因疾患に比べて寝たきり度は低くなる。

④要介護度×原因疾患別のADL、IADLの分布を知るには？

(分析結果)

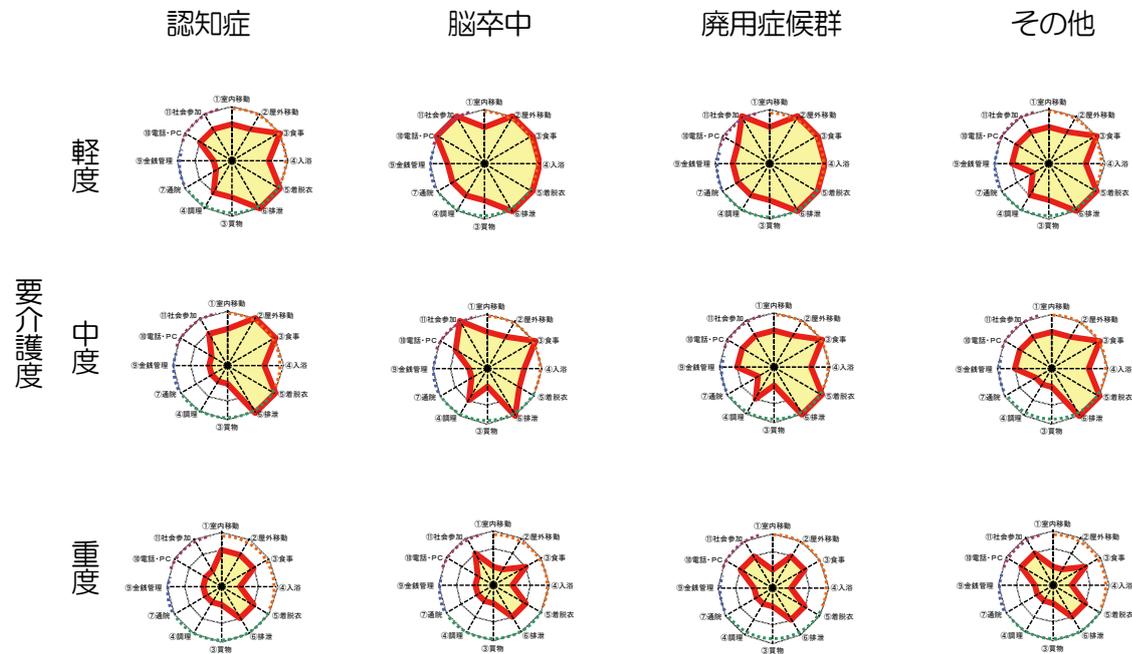
〈青森市〉

原因疾患



〈北杜市〉

原因疾患



<青森>

青森は、廃用症候群は、重度になっても比較的ADLが高い。

<北杜>

北杜市は、要介護度によって円の大きさに差がある。

<比較>

青森市と北杜市を比較すると、要介護度によらず、青森市の方が北杜市に比べて自立度が高い。

～応用編～

上記以外にも、状態像をより総合的に把握するために、以下のような分析が可能です。

- ・ ADL の総合評価
- ・ IADL の総合評価
- ・ 社会参加（知的能動性）
- ・ 社会参加（社会的役割）
- ・ 転倒リスク

これらの状態像を知るうえで、母数を、「実践編2.（2）分析方法」で示した下記のすべての設問項目に回答している人に絞り込みます。

項目
1. 要介護度
2. 原因疾患
8. ADL の総合評価
9-1. IADL の総合評価
9-2. 社会参加(知的能動性)
9-3. 社会参加(社会的役割)
9-4. 転倒リスク

青森市と北杜市の母数は、それぞれ下表のとおりとなります。

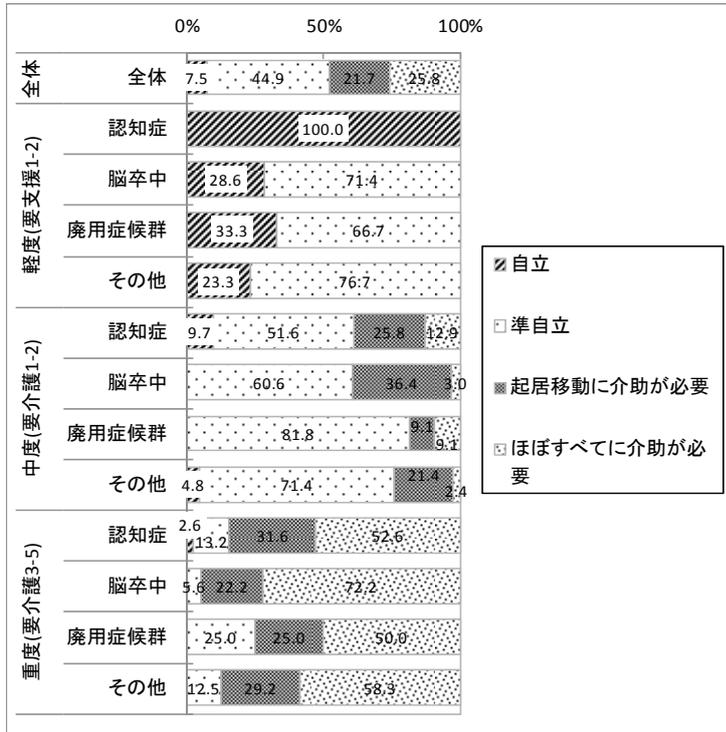
要介護度別分析の母数

要介護度	原因疾患	青森(人)	北杜(人)
軽度	認知症	2	8
	脳卒中	7	31
	廃用症候群	9	26
	その他	30	84
中度	認知症	31	80
	脳卒中	33	25
	廃用症候群	11	25
	その他	42	58
重度	認知症	38	48
	脳卒中	36	19
	廃用症候群	4	15
	その他	24	47
全体		267	466

④日常生活動作（ADL）の総合評価をするには？

（分析結果）

<青森県>

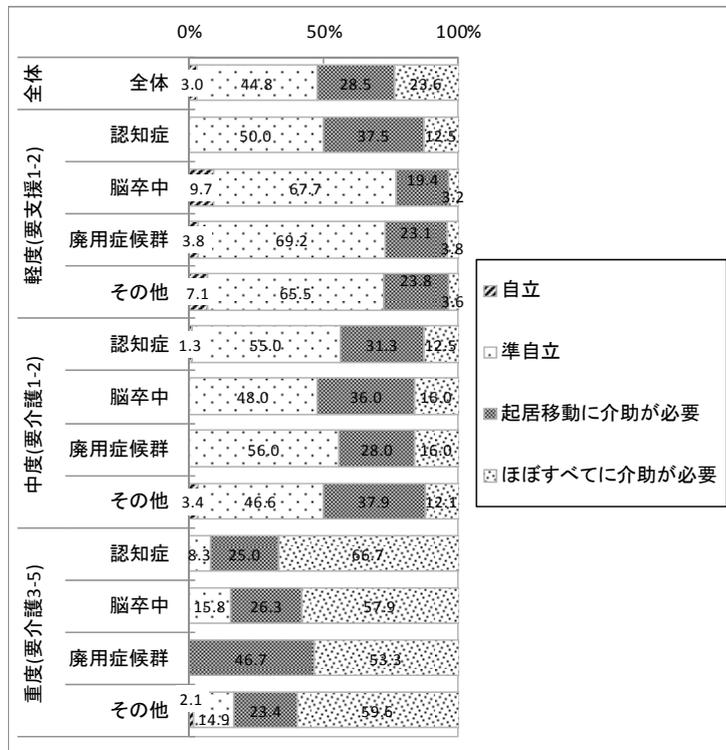


• 要介護度が高くなるほど、ADLが低いと判定される高齢者の割合が高くなる傾向がある。

• 原因疾患が脳卒中である高齢者の場合、要介護度に関わらず他の原因疾患の高齢者に比べてADLが低くなっている。

• 要介護度が重度の高齢者の場合、原因疾患に関わらず「ほぼすべてに介助が必要」と判定される高齢者が過半数を占める。

<北杜>



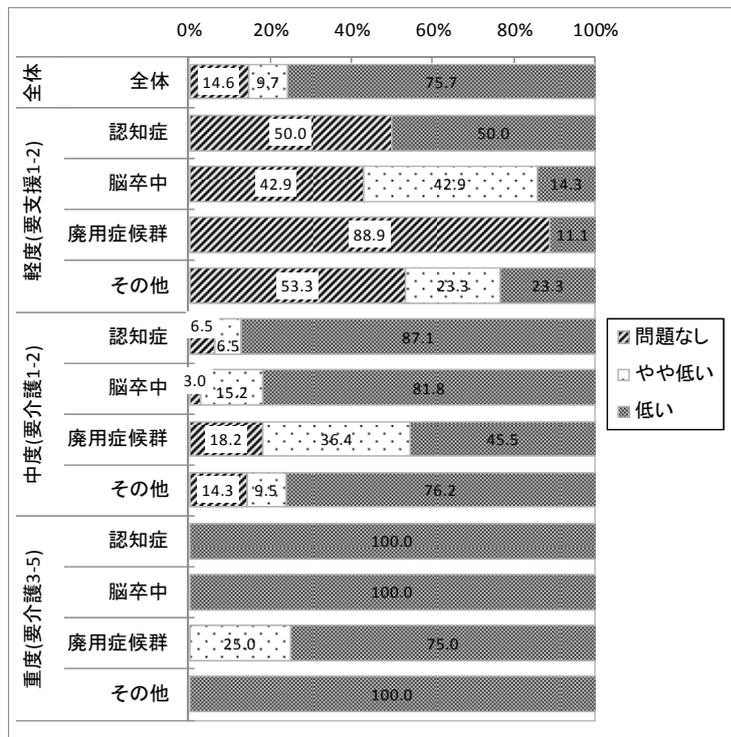
• 要介護度が高くなるほど、ADLが低いと判定される高齢者の割合が高くなる傾向がある。

• 要介護度が重度の高齢者の場合、原因疾患に関わらず「ほぼすべてに介助が必要」と判定される高齢者が過半数を占める。

⑤ADLの総合評価をするには？

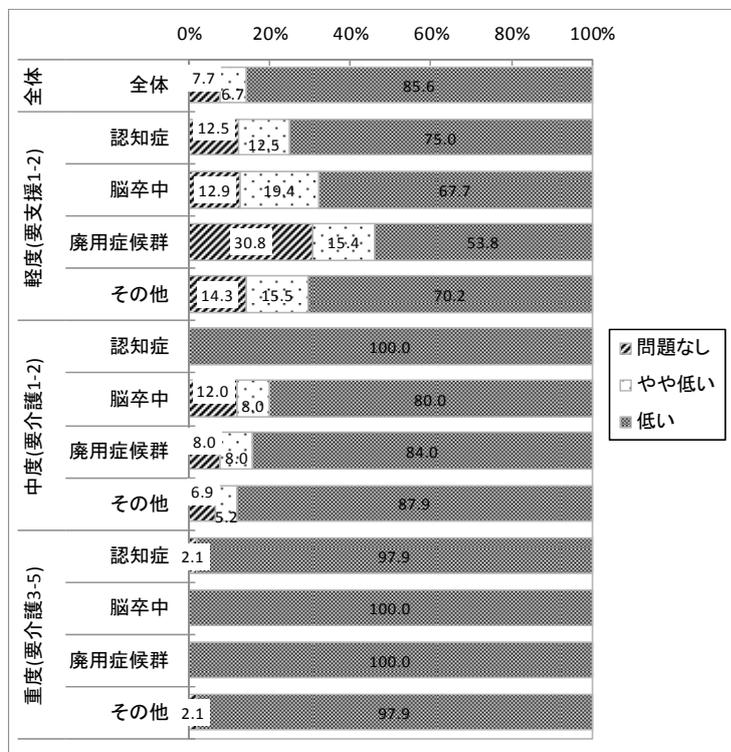
(分析結果)

<青森県>



• 要介護度に関わらず原因疾患が廃用症候群の場合、他の原因疾患と比べてIADLが低いと判定される高齢者の割合が低くなっている。

<北杜>

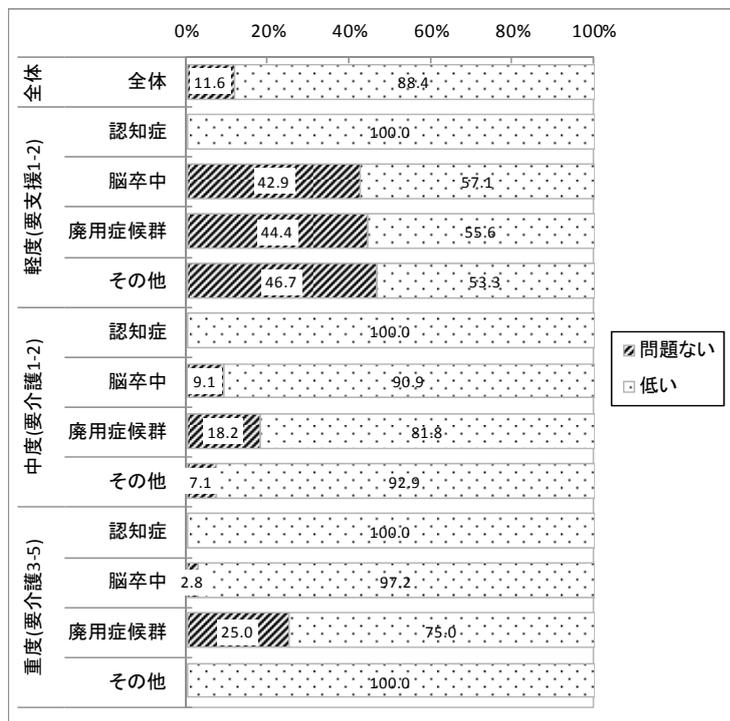


• 要介護度が高くなるほど、IADLが低いと判定された高齢者の割合が高くなる傾向がある。

◎知的能動性の分布を知るには？

(分析結果)

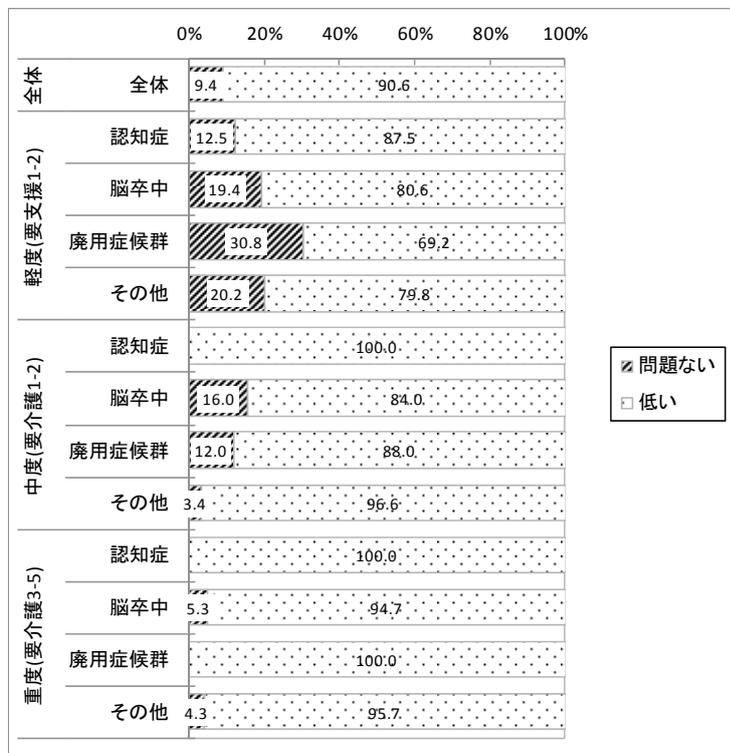
<青森県>



• 要介護度に関わらず原因疾患が認知症である場合、他の原因疾患と比べて知的能動性が低いと判定される高齢者の割合が高くなっている。

• 要介護度が重度で原因疾患が廃用症候群の場合、全体と比べて知的能動性が低いと判定される高齢者の割合が低くなっている。

<北杜>

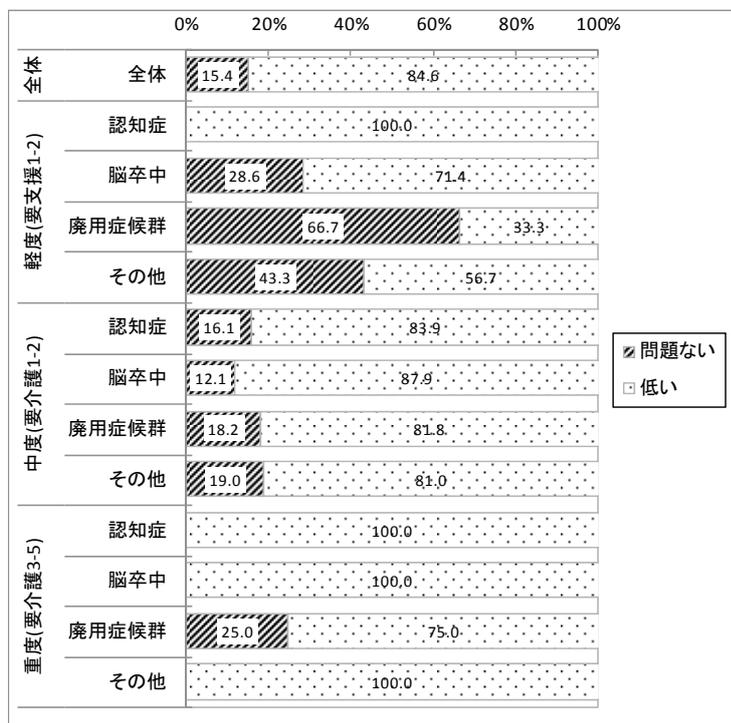


• 要介護度に関わらず原因疾患が認知症である場合、他の原因疾患と比べて知的能動性が低いと判定される高齢者の割合が高くなっている。

⑦社会的役割評価の分布を知るには？

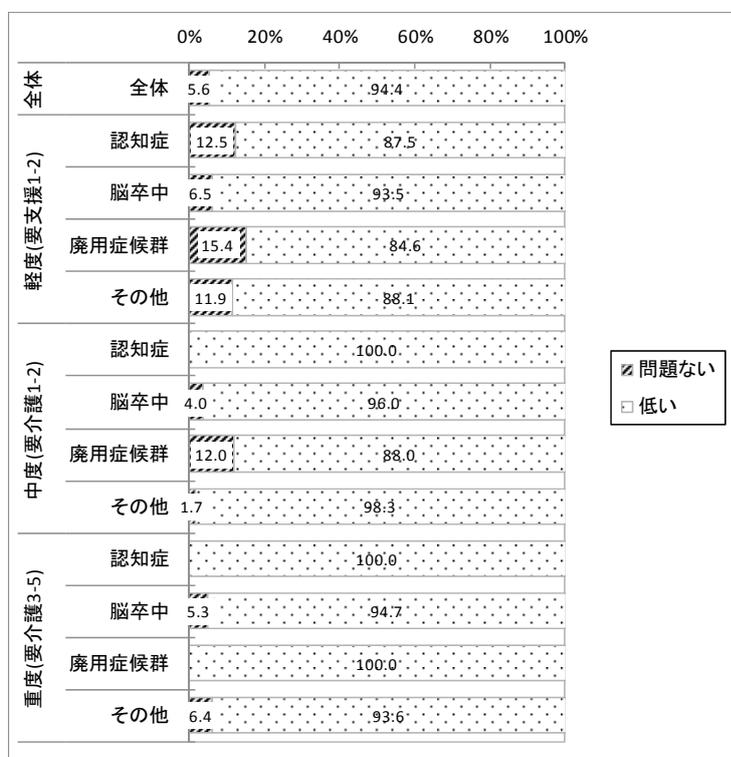
(分析結果)

<青森県>



• 要介護度が軽度で原因疾患が廃用症候群の場合、全体と比べて社会的役割が問題ないと判定される高齢者の割合が7割弱と際立って高くなっている。

<北杜>

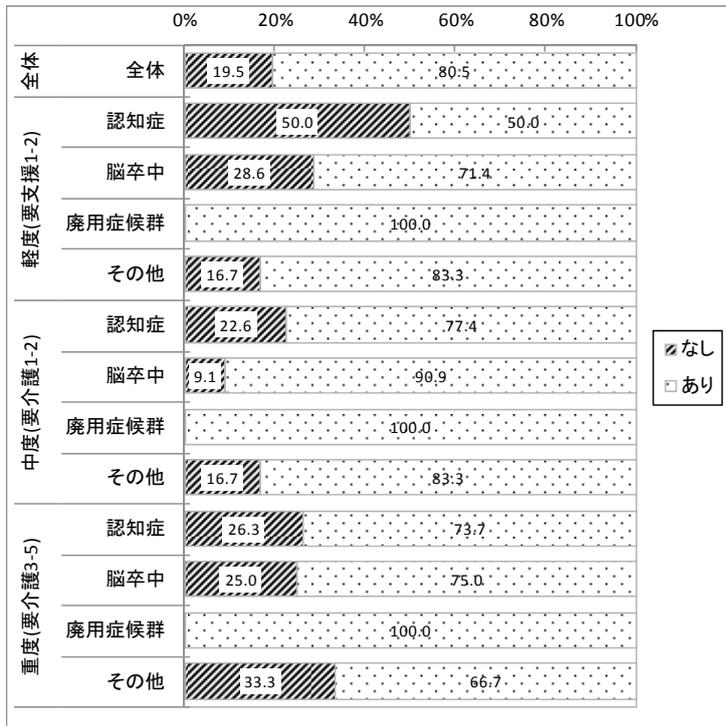


• 要介護度、原因疾患に関わらず、社会的役割が低いと判定された高齢者が8割から10割の割合を占めている。

⑧転倒リスクの分布を知るには？

(分析結果)

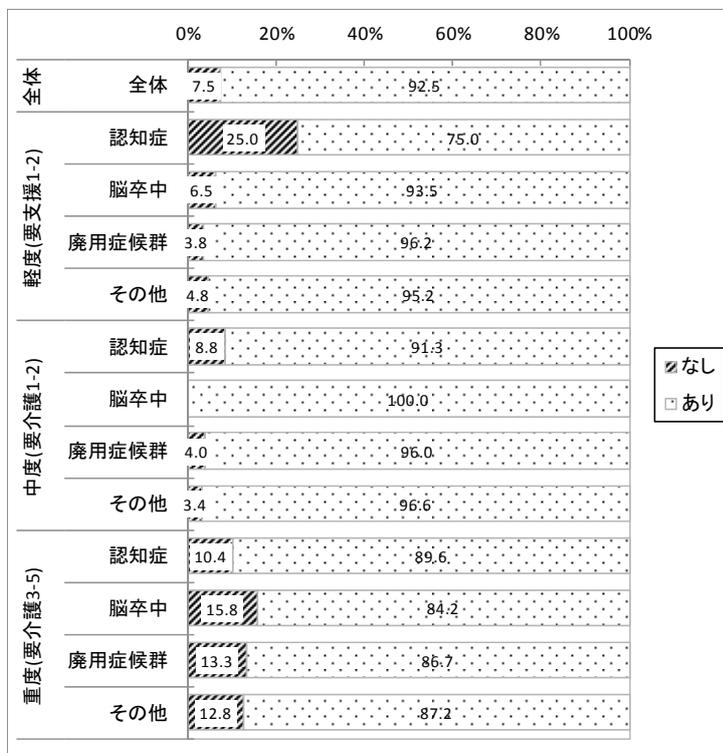
<青森県>



• 要介護度に関わらず原因疾患が廃用症候群の高齢者の場合、全員が転倒リスクありと判定されている。

• 要介護度が軽度で原因疾患が認知症の場合、全体と比べて転倒リスクなしと判定される高齢者が 5 割と高くなっている。

<北杜>



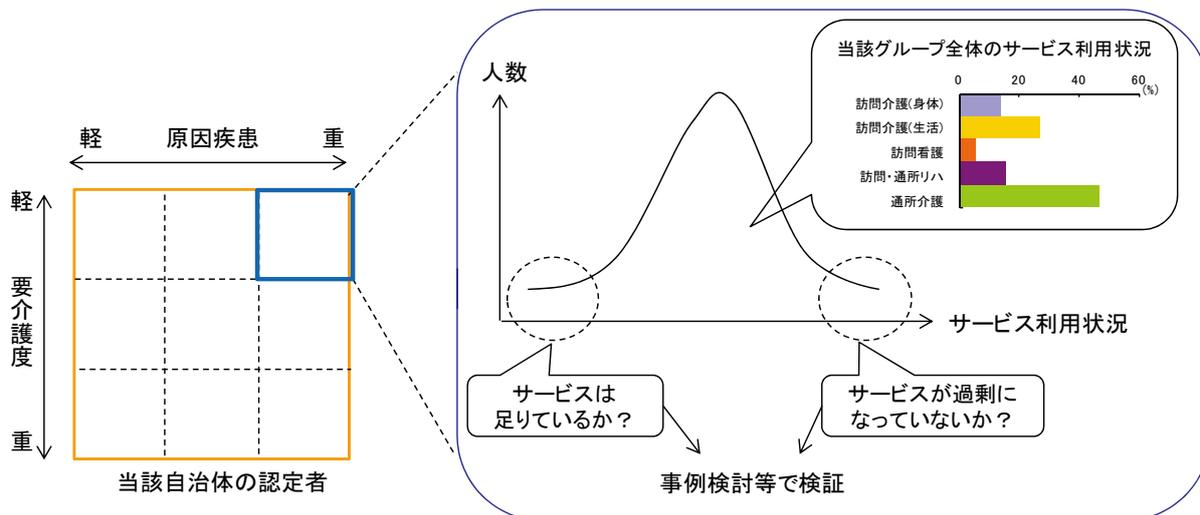
• 要介護度が軽度で原因疾患が認知症の場合、全体と比べて転倒リスクなしと判定される高齢者が 3 割弱と高くなっている。

(4) 要介護度×原因疾患別のサービス利用実態を知る

本節では、「要介護度×原因疾患別分析のまとめ」の「サービス利用実態」の見方を示します。

要介護度と原因疾患を組み合わせた指標を軸とし、サービス利用を把握することで、現在のサービス利用実態と、サービス過不足が想定されるグループを把握することができます。

図表26 要介護度×原因疾患別のグループ分けとデータ分析（イメージ）



(分析方法)

- ・ ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している「要介護度」と日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「原因疾患」、国保連データのサービス利用データ
- ・ 「要介護度」は、分析上、軽度・中度・重度の3段階に集約します。

要介護度の集約

軽度	←	要支援1
		要支援2
中度	←	要介護1
		要介護2
重度	←	要介護3
		要介護4
		要介護5

- ・ 「原因疾患」は「実践編2. (2) 分析方法 2. 原因疾患 (4分類)」を用います。
- ・ 「要介護度」、「原因疾患 (4分類)」の2項目を組み合わせたものを軸とします。

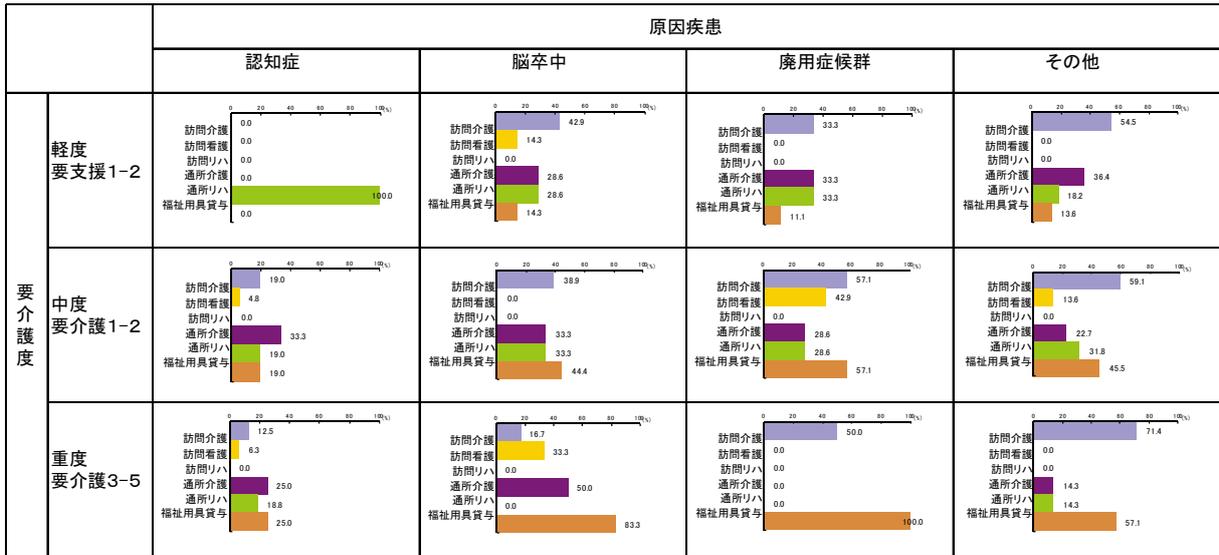
- 母数は「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。母数を「(3) 要介護度別の状態像を知る」と一致させることで、要介護度別と、要介護度×原因疾患別のデータを照合することができます。

(母数再掲)

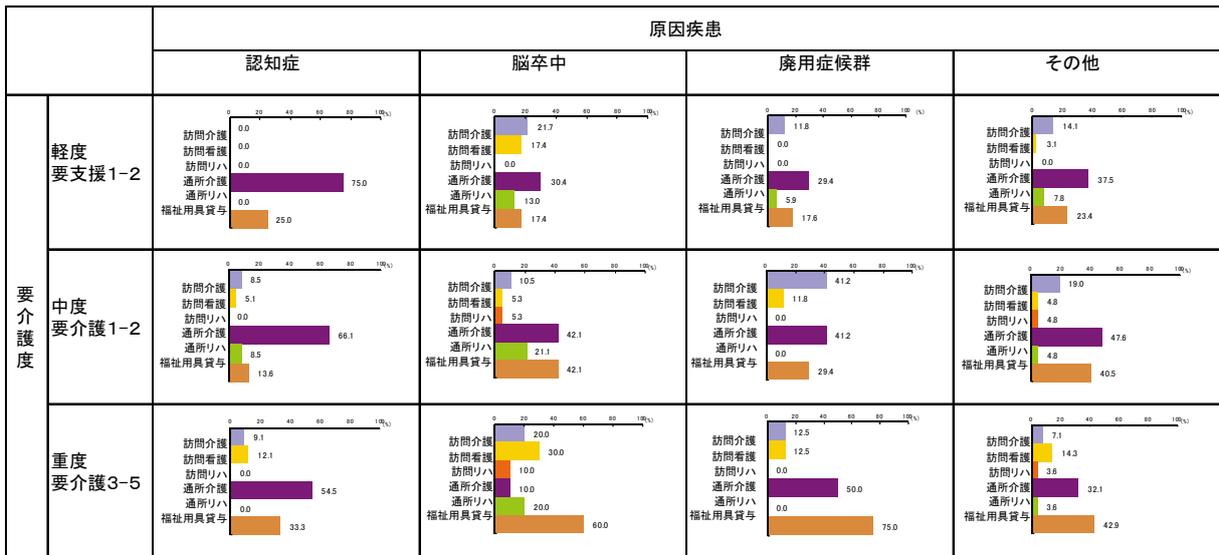
要介護度	原因疾患	青森(人)	北杜(人)
軽度	認知症	1	4
	脳卒中	7	23
	廃用症候群	9	17
	その他	22	64
中度	認知症	21	59
	脳卒中	18	19
	廃用症候群	7	17
	その他	22	42
重度	認知症	16	33
	脳卒中	6	10
	廃用症候群	2	8
	その他	7	28
全体		138	324

(分析結果)

<青森>



<北杜>



<青森市と北杜市のサービス利用比較>

- ・ 要介護度が軽度で原因疾患が認知症の高齢者の場合、青森市では通所リハの利用割合が高い一方、北杜市では通所介護の利用割合が高い。
- ・ 原因疾患が廃用症候群の高齢者の場合、青森市に比べて北杜市では通所介護の利用割合が高くなっている。

6. 要介護度×認知症程度別の分析例

(1) 要介護度×認知症程度別分析について

第5章で示した要介護度×原因疾患別分析と同様の手法で、「要介護度」に他の状態像を掛け合わせたものを軸として用いることで、詳細な分析が可能になります。

本章では、例として、要介護度×認知症程度別分析の例を示します。

①要介護度×認知症程度別分析の意義

要介護度と認知症程度を組み合わせた指標を軸とし、状態像の各項目とクロス分析を行うことで各グループの高齢者の状態像を知ることができます。

②要介護度×認知症程度別分析の分析方法

- ・ ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している、もしくは日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「要介護度」、「認知症程度」の2項目
- ・ 「要介護度」は、分析上、軽度・中度・重度の3段階に集約します。

要介護度の集約

軽度	←	要支援1
		要支援2
中度	←	要介護1
		要介護2
重度	←	要介護3
		要介護4
		要介護5

- ・ 「認知症程度」は「実践編2. (2) 分析方法 3. 認知症程度 (7分類)」を用います。軸とする際に7分類では煩雑となることから、下記の通り4分類に集約します。

認知症程度4分類

なし	←	0レベル
軽度	←	1レベル
		2レベル
中度	←	3レベル
		4レベル
重度	←	5レベル
		6レベル

- ・ 「要介護度」、「認知症程度4分類」の2項目を組み合わせたものを軸とします。

- 母数は「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。母数を「(3) 要介護度別の状態像を知る」と一致させることで、要介護度別と、要介護度×原因疾患別のデータを照合することができます。

要介護度	認知症程度	青森(人)	北杜(人)
軽度	なし	16	40
	軽度	19	54
	中度	4	12
	重度	0	2
中度	なし	19	8
	軽度	26	52
	中度	23	60
	重度	0	17
重度	なし	3	7
	軽度	7	17
	中度	15	30
	重度	6	25
合計		138	324

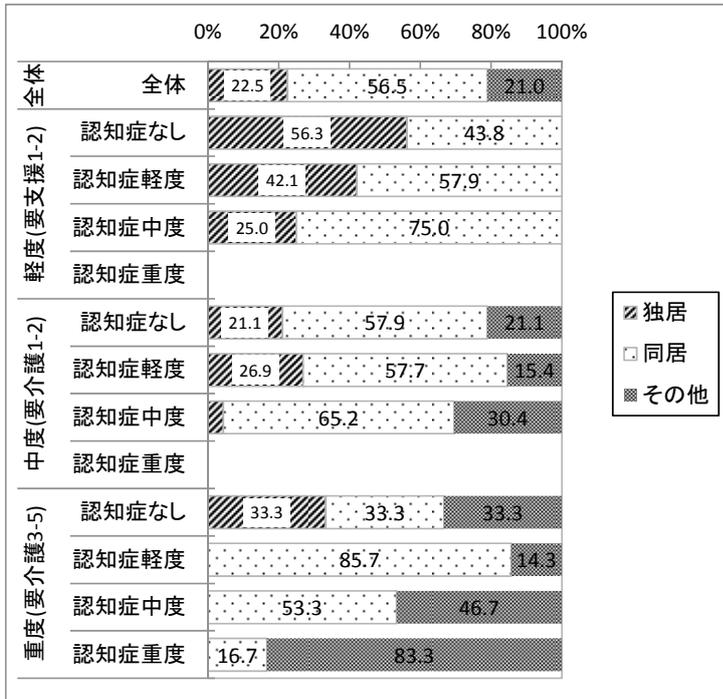
(2) 要介護度×認知症程度別の状態像を知る

本節では、要介護度×認知症程度に状態像の各項目を掛け合わせたグラフの見方を示します。
掛け合わせる各項目は、第5章までの分析と同様です。

①要介護度×認知症程度別の居住状況の分布を知るには？

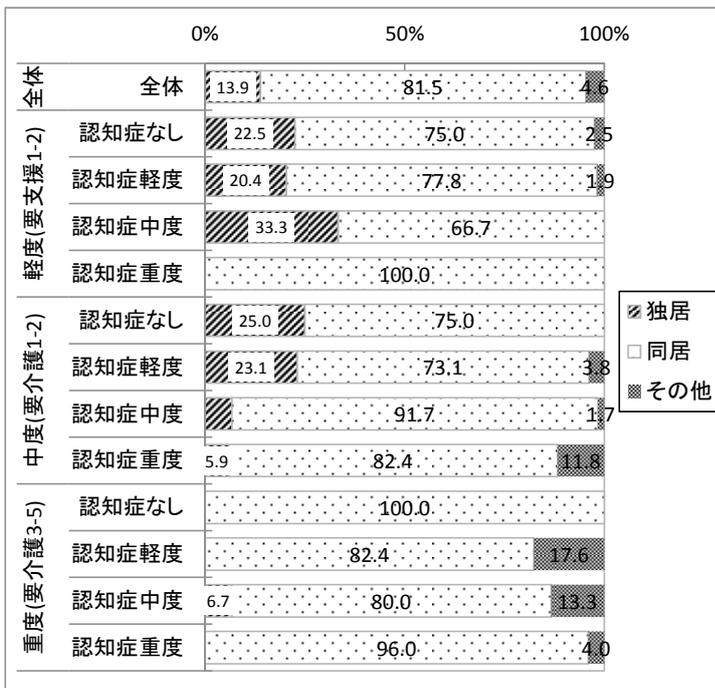
(分析結果)

<青森>



- 要介護度ならびに認知症程度が高くなるほど、独居の割合は低くなる。
- 要介護認定を受けた認知症中度以上の高齢者で、その他の割合が高くなる。
- 認知症のない人は、重度でも30%以上が独居である。

<北杜>

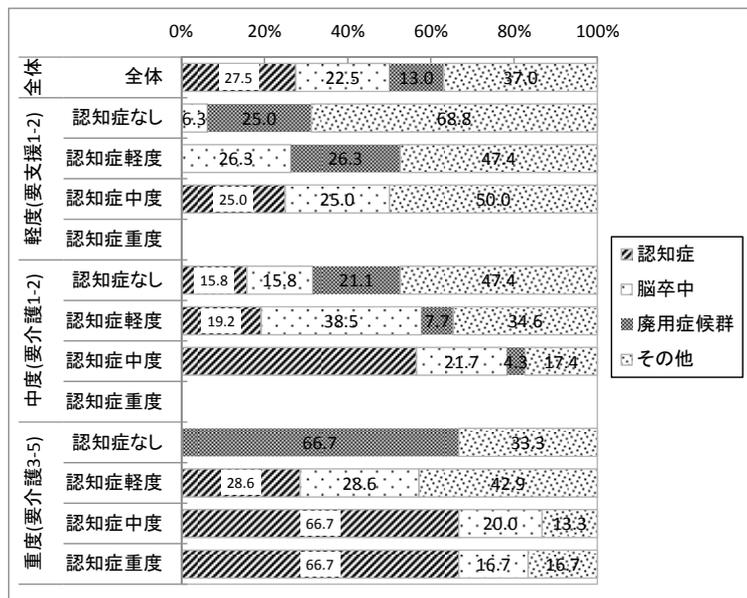


- 要介護度に関わらず認知症程度が重度の高齢者の独居の割合は10%未満である。

②要介護度×認知症程度別の疾患の分布を知るには？

(分析結果)

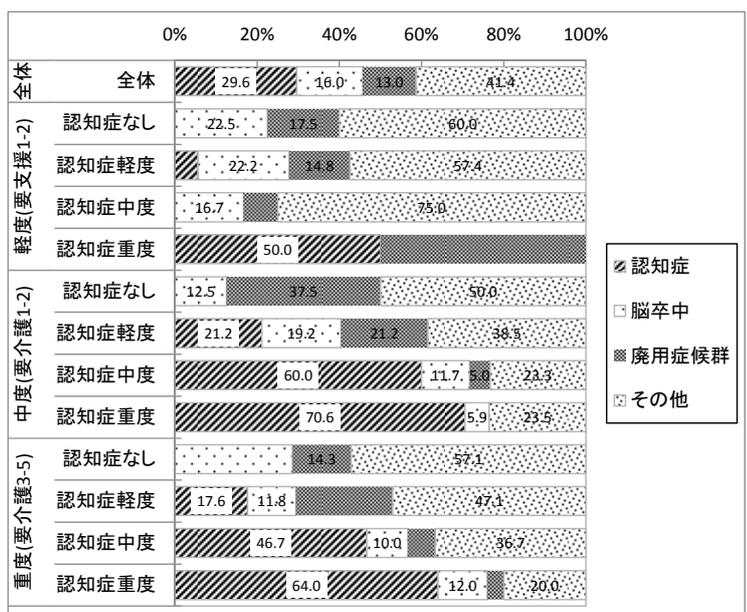
<青森>



• 要介護度が重度で認知症がない人の原因疾患の60%以上が廃用症候群である。

• 要介護度に関わらず認知症程度が軽度の人々の25%以上は、脳卒中が原因疾患である。

<北杜>

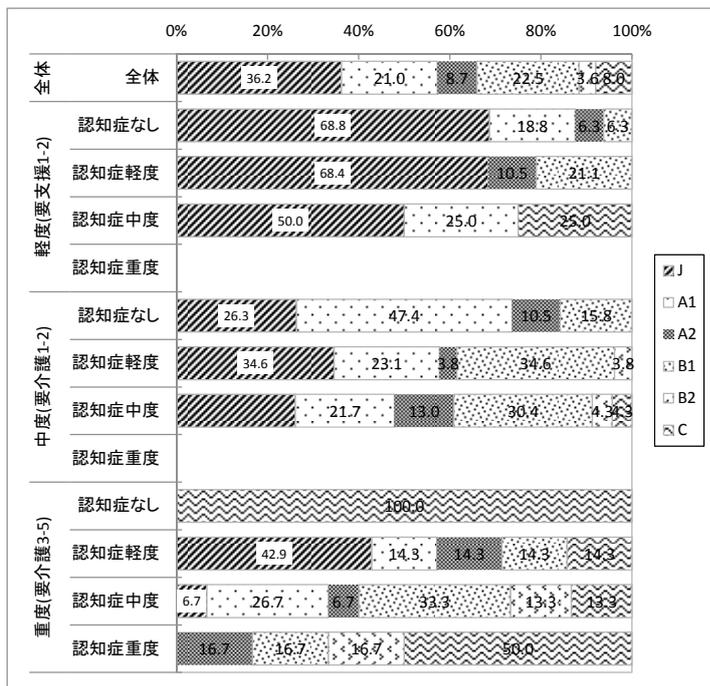


• 要介護度に関わらず、認知症重度の人々の50%以上が認知症が原因疾患である。

③要介護度×認知症程度別の寝たきり度の分布を知るには？

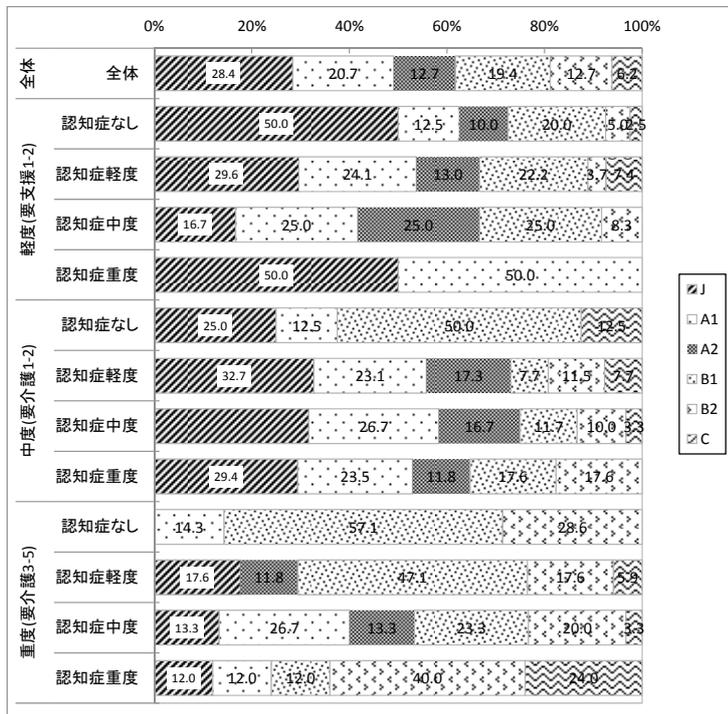
(分析結果)

<青森>



• 要介護度によらず、認知症軽度と中度の間で、寝たきり度が上がる傾向がある。

<北杜>



• 要介護度中度と重度では、認知症がなくても B1 以上の人の割合が 50%を超える。

～応用編～

要介護度×認知症別分析についても、状態像をより総合的に把握するために、以下のような分析が可能です。

- ・ ADL の総合評価
- ・ IADL の総合評価
- ・ 社会参加（知的能動性）
- ・ 社会参加（社会的役割）
- ・ 転倒リスク

これらの状態像を知るうえで、母数を、「実践編2.（2）分析方法」で示した下記のすべての設問項目に回答している人に絞り込みます。

項目
1. 要介護度
3. 認知症程度
8. ADL の総合評価
9-1. IADL の総合評価
9-2. 社会参加(知的能動性)
9-3. 社会参加(社会的役割)
9-4. 転倒リスク

青森市と北杜市の母数は、それぞれ下表のとおりとなります。

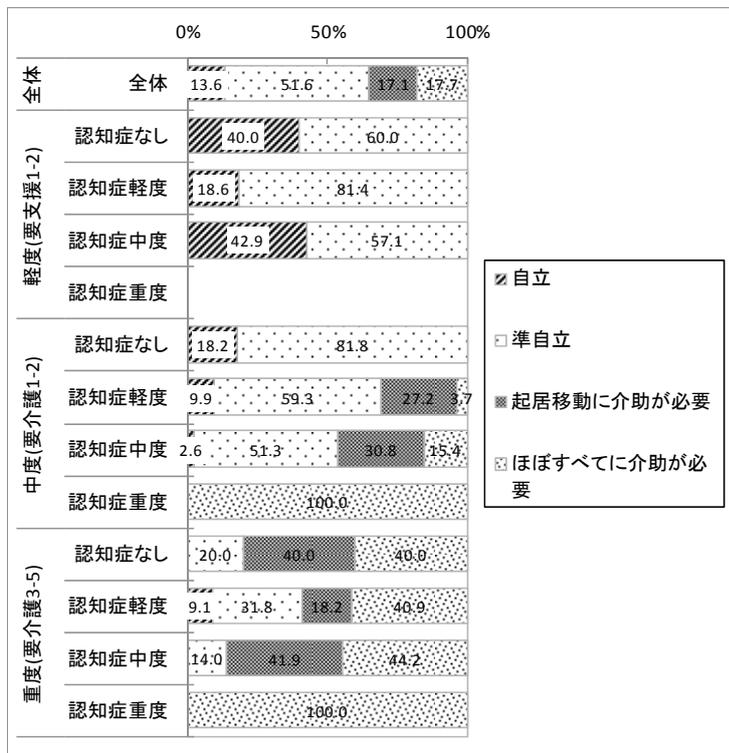
要介護度別分析の母数

要介護度	認知症程度	青森(人)	北杜(人)
軽度	なし	45	64
	軽度	43	85
	中度	7	26
	重度	0	6
中度	なし	33	24
	軽度	81	69
	中度	39	87
	重度	1	25
重度	なし	5	10
	軽度	22	32
	中度	43	48
	重度	20	44
合計		339	520

④日常生活動作（ADL）の総合評価をするには？

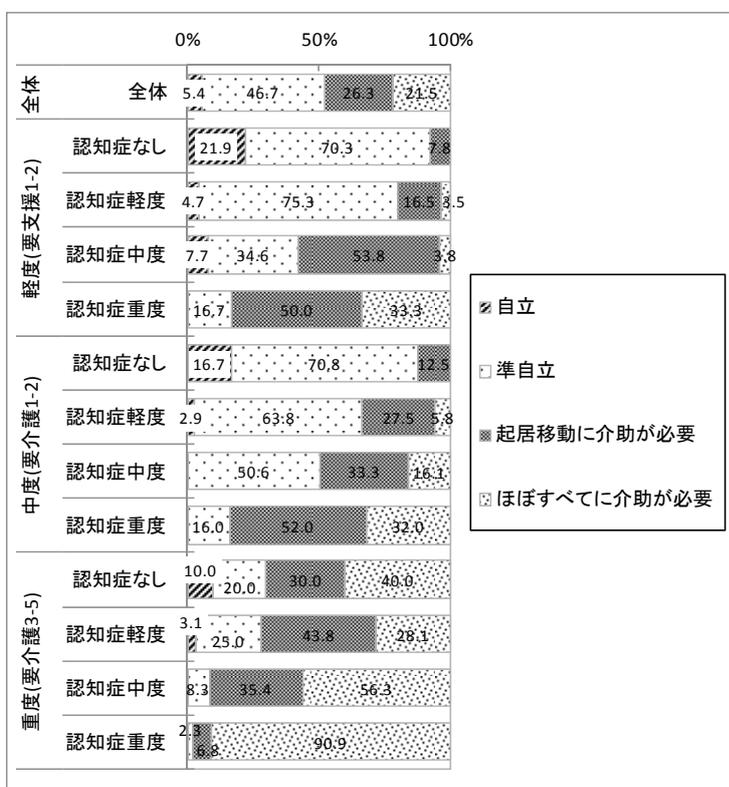
（分析結果）

＜青森＞



- 要介護度に関わらず認知症重度の場合、「ほぼすべてに介助が必要」とすべての高齢者が判定されている。
- 要介護度が中度及び重度の場合、認知症程度が高くなるほどADLが低くなる傾向がある。

＜北杜＞

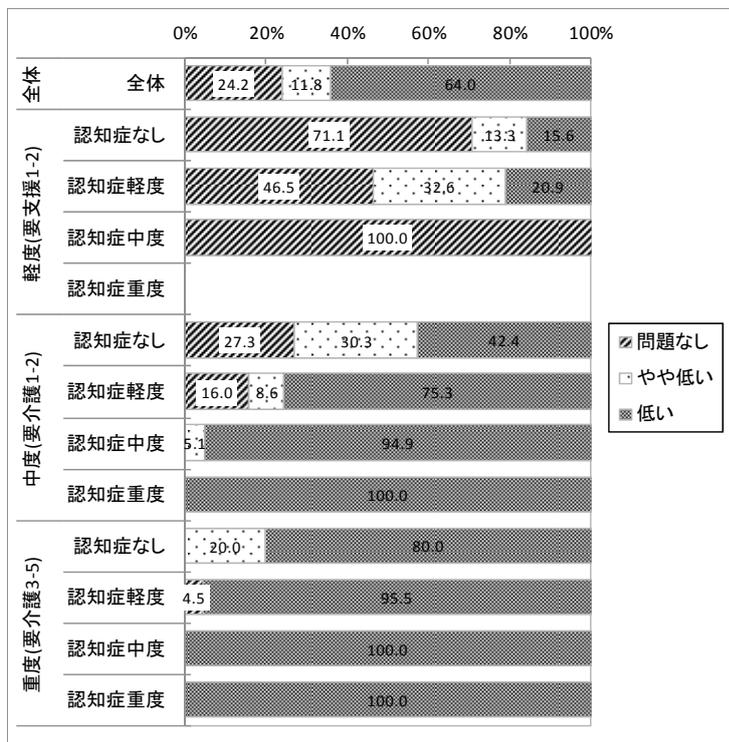


- 要介護度に関わらず、認知症程度が高くなるほどADLが低くなる傾向がある。

⑤ADLの総合評価をするには？

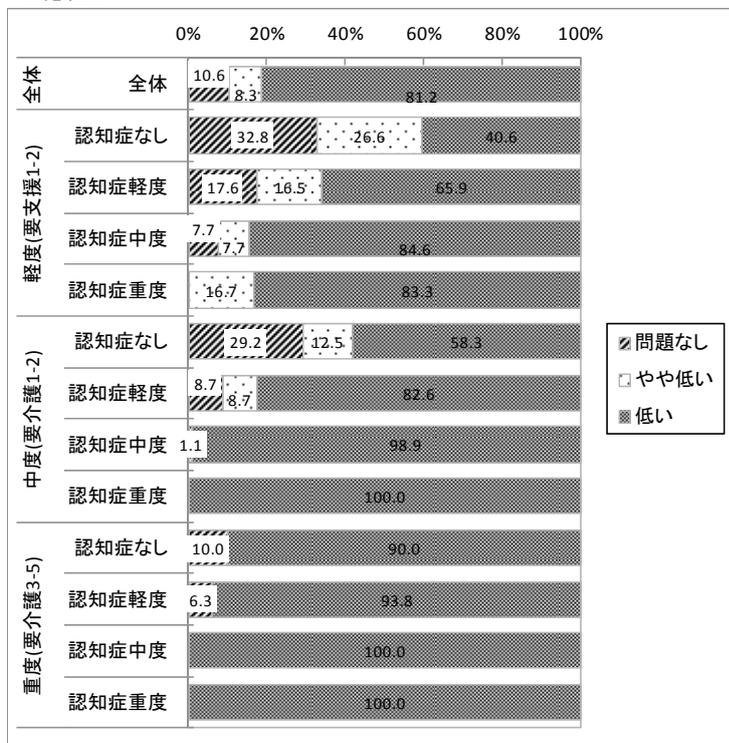
(分析結果)

<青森>



- 要介護度が中度及び重度の場合、認知症程度が高くなるほどADLが低くなる傾向がある。
- 要介護度が軽度の場合、認知症なしの高齢者に比べて認知症軽度で「問題なし」と判定される高齢者の割合は2割程度低くなっている。

<北杜>

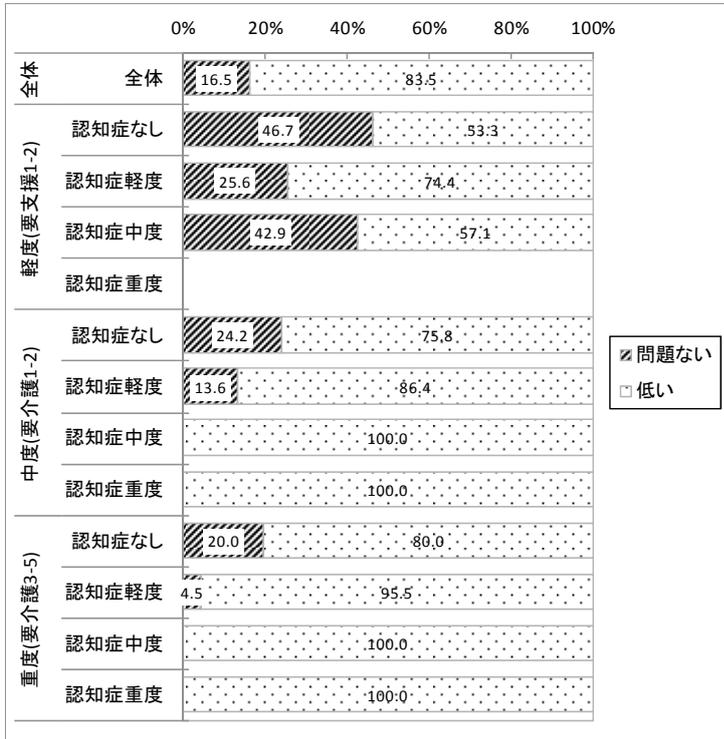


- 要介護度が中度及び重度の場合、認知症程度が高くなるほどADLが低くなる傾向がある。

◎知的能動性の分布を知るには？

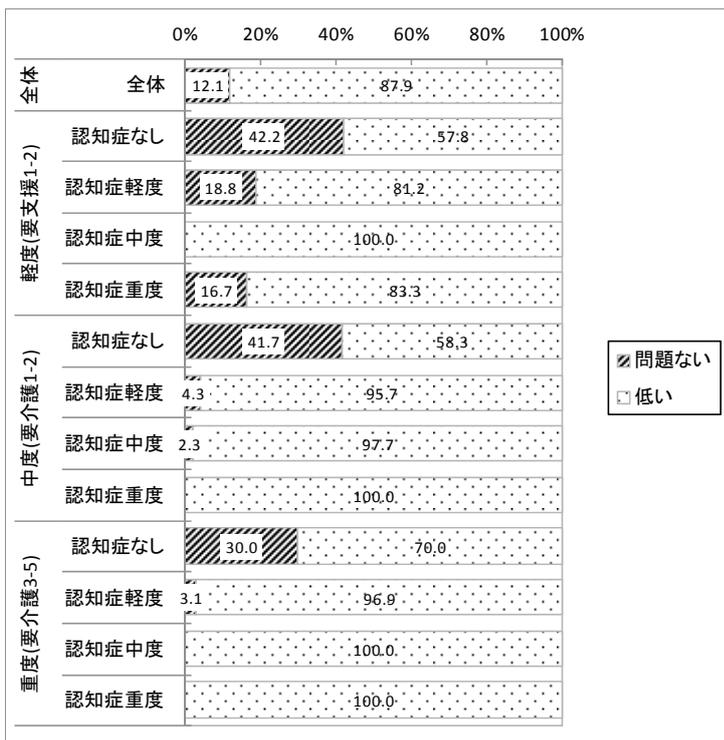
(分析結果)

<青森>



・認知症の程度に関わらず要介護度が軽度の場合、全体と比べて知的能動性が「問題ない」と判定される高齢者の割合が高くなっている。

<北杜>

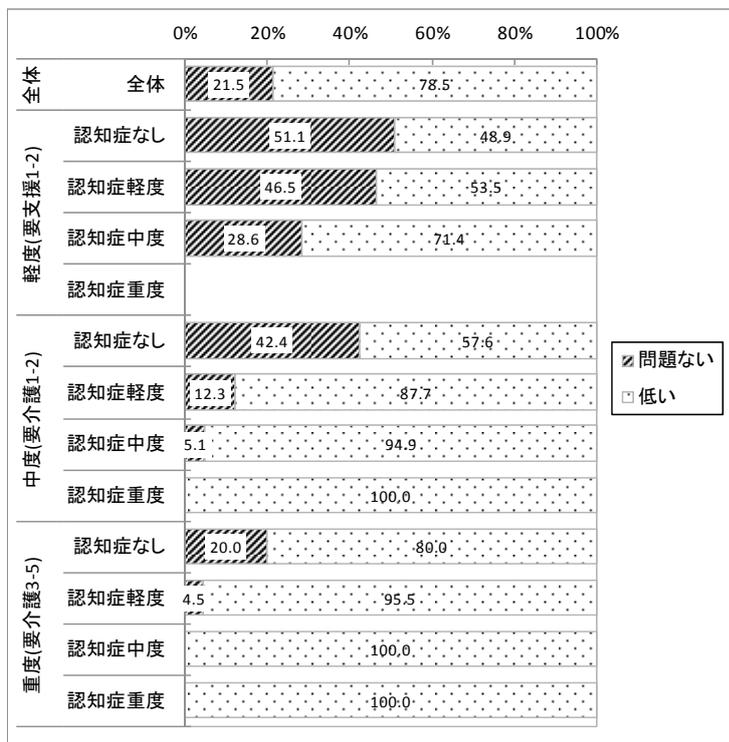


・要介護度に関わらず認知症なしの場合、全体と比べて知的能動性が「問題ない」と判定される高齢者の割合は高くなっている。

⑦社会的役割の分布を知るには？

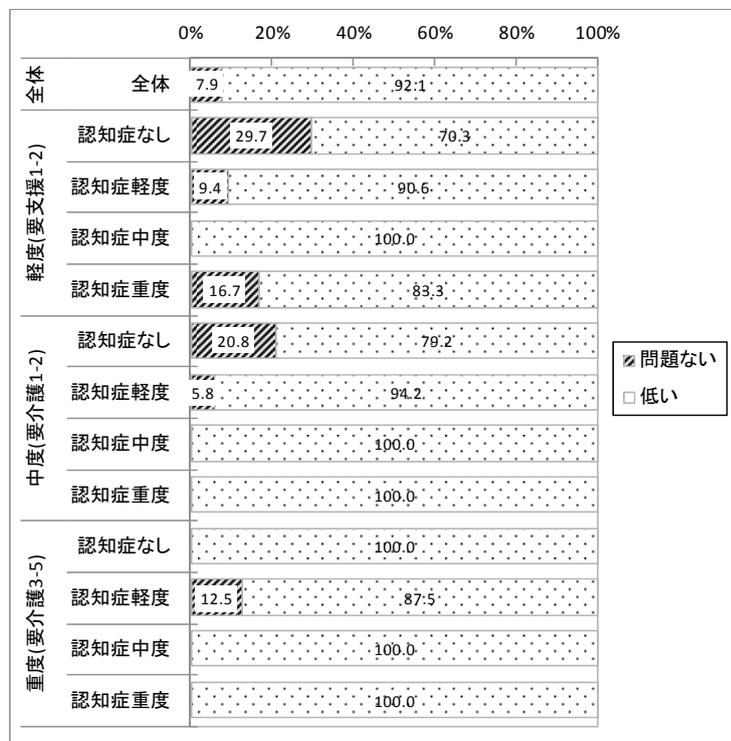
(分析結果)

<青森>



• 要介護度に関わらず、認知症程度が高くなると社会的役割が低いと判定される高齢者の割合は高くなっている。

<北杜>



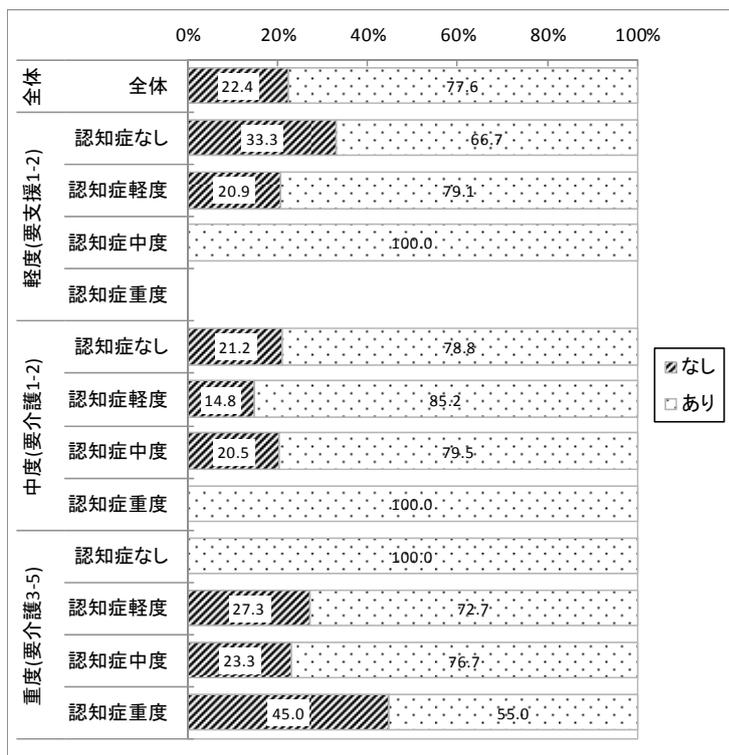
• 要介護度が軽度及び中度で認知症なしの場合、全体と比べて社会的役割が「問題ない」と判定される高齢者の割合が高くなっている。

• 要介護度が軽度で認知症重度の場合、全体と比べて社会的役割が「問題ない」と判定される高齢者の割合が高くなっている。

⑧転倒リスクの分布を知るには？

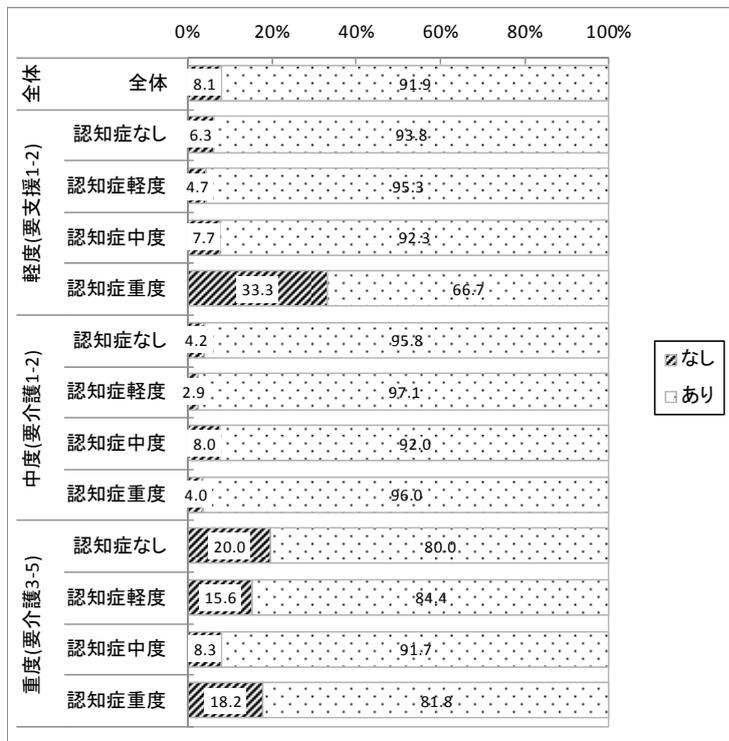
(分析結果)

<青森>



• 要介護度が中度で認知症重度の高齢者のすべてが転倒リスクありと判定されている一方、要介護度が重度で認知症重度の高齢者の約半数が転倒リスクなしと判定されている。

<北杜>



• 要介護度が軽度で認知症重度の場合、全体と比べて転倒リスクなしと判定される高齢者の割合が3割強と高くなっている。

(3) 要介護度×認知症程度別のサービス利用実態を知る

本節では、要介護度×認知症程度別のサービス利用実態の見方を示します。

要介護度と認知症程度を組み合わせた指標を軸とし、サービス利用を把握することで、現在のサービス利用の状況と、サービス過不足が想定されるグループを把握することができます。

(分析方法)

- ・ ニーズ調査対象者選定の際に自治体で把握している、もしくは日常生活圏域ニーズ調査の設問のうち「要介護度」、「認知症程度」の2項目
- ・ 「要介護度」は、分析上、軽度・中度・重度の3段階に集約します。

要介護度の集約

軽度	←	要支援1
		要支援2
中度	←	要介護1
		要介護2
重度	←	要介護3
		要介護4
		要介護5

- ・ 「認知症程度」は「実践編2. (2) 分析方法 3. 認知症程度 (7分類)」を用います。軸とする際に7分類では煩雑となることから、下記の通り4分類に集約します。

認知症程度4分類

なし	←	0レベル
軽度	←	1レベル
		2レベル
中度	←	3レベル
		4レベル
重度	←	5レベル
		6レベル

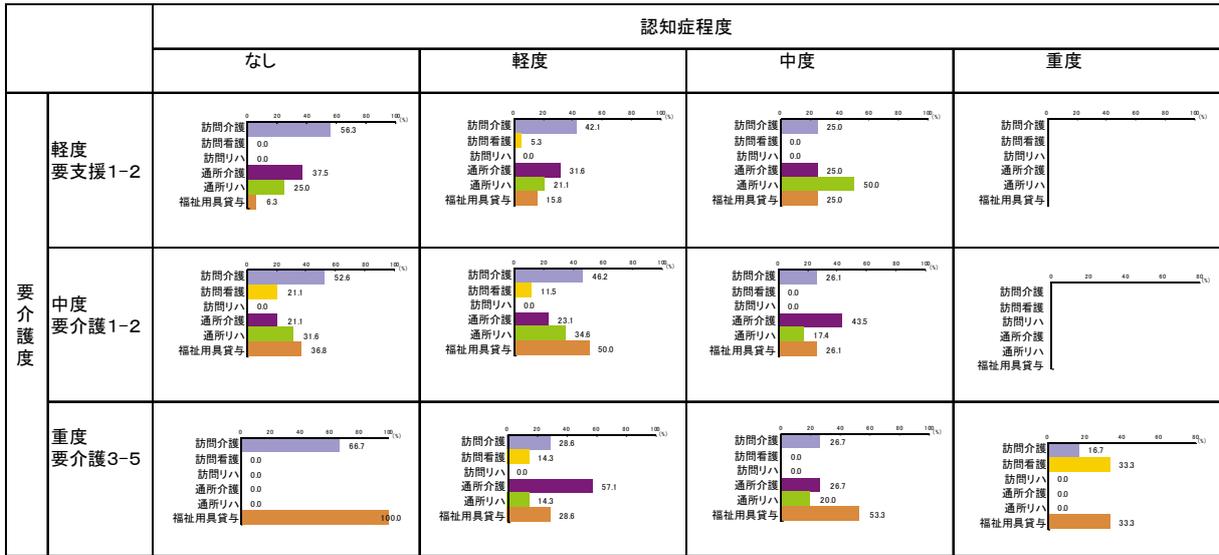
- ・ 「要介護度」、「認知症程度4分類」の2項目を組み合わせたものを軸とします。

- 母数は「(3) 要介護度別の状態像を知る」で絞り込んだ高齢者とします。母数を「(3) 要介護度別の状態像を知る」と一致させることで、要介護度別と、要介護度×認知症程度別のデータを照合することができます。

要介護度	認知症程度	青森(人)	北杜(人)
軽度	なし	16	40
	軽度	19	54
	中度	4	12
	重度	0	2
中度	なし	19	8
	軽度	26	52
	中度	23	60
	重度	0	17
重度	なし	3	7
	軽度	7	17
	中度	15	30
	重度	6	25
合計		138	324

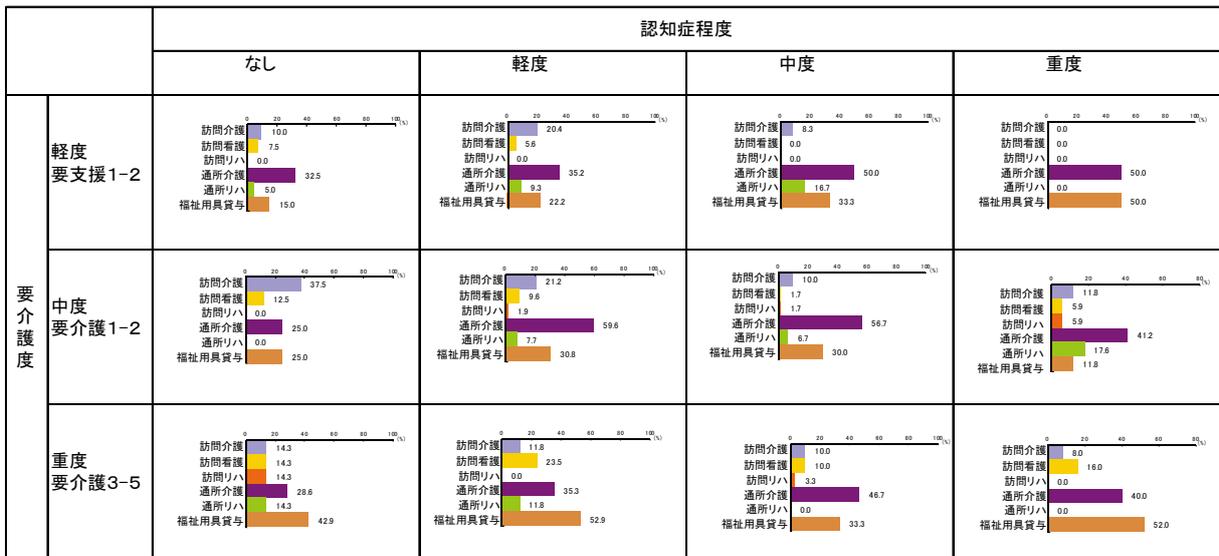
(分析結果)

<青森>



- ・ 認知症のない人の訪問介護利用率が高い。

<北杜>



- ・ 認知症程度が高くなると、通所介護の利用率が高い。
- ・ 訪問介護は、要介護度が中程度で認知症がない人の利用率が高い。

<青森市と北杜市のサービス利用比較>

- ・ 北杜市では、要介護度、認知症程度とも上がるにつれ訪問介護の利用率が増えているのに対し、青森市では大きな違いは出ていない。

7. 分析のまとめと活用方法

前述したそれぞれの分析の結果、地域の特徴や今後の課題への示唆が得られます。示唆については、「サービスの妥当性に関わる示唆」、「サービス供給量（の過不足）に関わる示唆」、「マネジメント上の示唆」、「その他の示唆」のいずれに分類されるものであるのか整理しましょう。

例えば、以下のような特徴や今後の課題が存在する可能性があります。

	サービスの妥当性に関わる示唆	サービス供給量に関わる示唆	マネジメント上の示唆	その他の示唆
圏域別分析	高齢者の状態像に合わせたサービス給付になっているか	圏域間のサービスの整備状況や利用状況の偏り	圏域設定の見直しの必要性	圏域の社会・地理的な要因
要介護度別分析	高齢者の状態像（主に要介護度）に合わせたサービス給付になっているか	重度者に対応できるサービスの充足度	介護認定の適正化の進捗	地域の重点施策の効果・課題
要介護度・原因疾患別分析	高齢者の状態像（主に要介護度と原因疾患）に合わせたサービス給付になっているか	認知症に対応できるサービスの充足度	医療系サービスとの連携の方向性	地域の重点施策の効果・課題

こうした示唆の整理を通じて、今後の取り組みの方向性や、課題解決に向けた優先順位付けを考えるための仮説やヒントが得られます。

それらの仮説やヒントは、以下のような方法を通じて検証を行い、必要なものを介護保険運営に反映させることが期待されます。

（検証方法の例）

- ・ 保険者の職員、地域包括支援センターの職員同士で、各自が業務を通じて得ている感触とずれがあるかを確認する。
- ・ ケアプラン点検、地域ケア会議等などで、個別事例の検討にあたって参照する。
- ・ 介護保険サービス事業者、介護保険外サービス事業者、民生委員等との研修や会議の場で共有する。

※本調査研究は、平成24年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

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
ケアマネジメントの実態調査をふまえた保険者の機能強化に関する調査研究事業

保険者の機能強化に資する
「圏域別・状態像別の地域分析」の手引き

平成25年3月
株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480

