

## 介護保険認知症データ分析からみた地域密着型サービスの普及

ヒラノ タカユキ オクダ ユウコ  
平野 隆之\*1 奥田 佑子\*2

**目的** 地域密着型サービスの創設など市町村主導による認知症高齢者の地域ケアシステムの構築が求められているなか、自治体には自らの地域の評価が求められている。しかし、認知症を対象としたサービス利用構造の分析や自治体間の比較は行われていないため、自治体の特徴や課題を把握することが難しい現状にある。そこで本研究では日本福祉大学におけるこれまでの介護保険評価の実績を生かし、自治体間比較から認知症高齢者の利用サービスの最新状況と地域特性を明らかにするとともに、小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）の高普及地域をモデルに整備後の費用構造の変化を捉え、小規模多機能の利用実態を把握することを目的としている。

**方法** 11の自治体から提供を受けた2007年6月の認定データと給付データ（75,662人分）について自治体間比較を行う。動ける認知症利用者について、「施設」「特定施設」「グループホーム」「小規模多機能」「複数機能」「単機能」のサービス類型を用いて分析する。B市（高普及地域）の2006年3月と2007年6月の2時点の比較から費用構造の動態を分析し、小規模多機能が導入されて以後の18カ月間（2006年4月～2007年10月）のデータから利用の実態を分析する。

**結果** 動ける認知症は増加傾向にあり、介護保険費用の3割以上を占める。最も多い地域では42%、少ないところでは26%となっている。1人当たり費用額では地域間で25,700円の差があり、高い地域では施設の利用割合とともに、特定施設、グループホーム、小規模多機能の利用割合も高くなっている。このうち、小規模多機能の整備が最も進んだB市では、小規模多機能が増えることで、施設割合と単機能割合が減少するという費用構造の変化が起きている。小規模多機能の利用実態は定員に対して約50%の利用率となっている。動ける認知症が65%となっており、平均要介護度は2.01だった。小規模多機能の利用は約半数が新規利用であり、継続利用者は単機能からの移動が最も多い。

**結論** 動ける認知症は「グループホーム」や「特定施設」「小規模多機能」など報酬単価の高い在宅サービスの利用率が高いことから、1人当たり費用額は「施設」と併せてこれらのサービスによって規定される。小規模多機能の利用者は比較的軽度で新規の利用が多いため、「単機能」の利用率が下がるなど、高普及地域では費用構造に変化が生じている。今後利用率が増えることでその影響は大きくなるとともに、積極的な整備を行う地域とそうでない地域での地域差が広がると考えられる。

**キーワード** 介護保険、動ける認知症、サービスパッケージ、自治体間比較、小規模多機能型居宅介護

\* 1 日本福祉大学教授 \* 2 日本福祉大学地域ケア研究推進センター研究員

## はじめに

地域密着型サービスの創設により、自治体が計画に基づきサービスを整備し、認知症高齢者の地域ケア体制を推進していくことが求められている。自治体職員には、自らの地域を診断・評価し、現状や課題・今後の方策を検討する能力が求められる。しかし自治体は認知症高齢者について、認定データから人数等の把握を行っている場合もあるが、利用状況の分析や他の自治体との比較は行われておらず、サービス利用の特性や課題を明確にするには至っていない。

日本福祉大学地域ケア研究推進センターでは、介護保険開始当初から地域ケアの政策評価のための介護保険分析と、自治体自らがそれを可能とするツール（ソフト）の開発を行ってきた。在宅サービス利用者の増加や居住サービス重視をうけて、当初は「在宅・施設」の2元的区分だった分析指標も、サービス機能の組み合わせによる「サービスパッケージ」を用いることで地域ケアの評価を可能にしている<sup>1)</sup>。また認知症ケアの重点化に対応し、これまでの要介護度別分析から、認知症を区別した状態像別の分析手法を提案してきた<sup>2)</sup>。さらに、認知症対策に関心のある自治体からのデータ提供を受け、サービス利用特性の自治体間比較を行うことで、政策への新たな視点を提供している<sup>3)</sup>。

本研究では、こうした自治体との共同作業から得られた最新の介護保険データを用い、自治体間比較から認知症高齢者の介護保険費用構造と地域特性を明らかにするとともに、小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）の高普及地域をモデルに、整備による費用構造の動態性と小規模多機能の普及メカニズムを明らかにする。そこから、自治体間比較の基礎資料を提供するとともに、小規模多機能の整備による介護保険費用構造への影響を考察する。

## 研究方法

本研究では認知症高齢者の介護保険費用構造

の自治体間比較と、B市（高普及地域）における介護費用構造の動態分析の2つの分析を行っている。分析では、認知症自立度以上を「認知症」、身体障害自立度B以上を「寝たきり」と区分し、「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の4類型を用いている<sup>注1)</sup>。データは、「保険者向け給付実績情報（1110000.csv）」「介護給付費等審査決定請求明細情報（1610000.csv）」「認定情報（国保連合会へのインターフェースファイル：国保連合会向認定情報作成ソフト）」を使用している。なお、データの提供に当たっては、被保険者番号を暗号化し個人が特定されない処理を行っている。

## (1) 認知症高齢者の介護保険費用構造の自治体間比較

認知症高齢者の介護保険費用構造の自治体間比較では、人口13万人から47万人の都市11自治体（利用者75,662人分）の2007年6月のデータを用いる。また、比較対象として2004年10月データ<sup>2)</sup>を参考にしている。サービスパッケージは「施設」「特定」「グループホーム」「小規模多機能」「複数機能」「単機能」の6類型を用いる。「複数機能」には、 $H + D + S \cdot D + S \cdot H + D \cdot H + S$ （ $H =$ 訪問系・ $D =$ 通所系・ $S =$ 短期滞在系）が含まれ、「単機能」にはDのみ・Hのみ・その他のパッケージが含まれる。

## (2) B市における介護費用構造の動態分析

B市は人口約30万（高齢化率20.2%）の地方都市で、認知症高齢者に対応した施策として小規模ケアを重視し、施設に代替するサービスとして地域密着型サービスの整備を進めている。2007年10月の時点で、小規模多機能16カ所の整備を行っており、グループホームや小規模多機能の高普及地域の1つとなっている。

動態分析の方法としては、2006年3月と2007年6月の動ける認知症について、2時点間のサービスパッケージ比較分析を行い、小規模多機能整備による費用構造の動態性を把握してい

る。さらに小規模多機能に限定して、2006年4月から2007年10月までの18カ月間の全利用者のデータを用い、利用者数の伸びや、要介護度、利用前後のサービスパッケージの分析を行った。また、データだけでは把握できない情報については、市がいくつかの事業所からのヒアリングを行い、施策に反映できるための情報を補っている。

## 結 果

### (1) 認知症高齢者の介護保険費用構造と地域特性—11市の比較—

認知症高齢者と介護費用構造の関係を図1でみる。横軸に人数、縦軸に1人当たり費用を取り、それぞれの四角の面積が状態像別の総費用額を表している。11保険者全体でみると、全利用者のうち認知症高齢者は人数で54.4%、費用では74.2%を占めている。また動ける認知症は

人数で30.5%、費用で32.3%を占める(図1)。

動ける認知症の費用構造を自治体間で比較する。表1は動ける認知症の人数と1人当たり費用額、総費用額、全体に占める人数と費用の割合、平均要介護度といった基本指標を自治体間で比較したものである(1人当たり費用額の降順にA~Kの記号を付した)。介護保険費用全体に占める動ける認知症の費用割合は32.3%だったが、最大42.3%(B市)、最小26.1%(D市)まで16.2ポイントの開きがみられる。

費用額割合を左右する動ける認知症の人数割合と1人当たり費用額で自治体間の差をみると、図2のようになる。費用割合を降順に並べるとB・F・A・C・E・G・I・J・K・H・Dの順番になることから、人数の割合、1人当たり費用額の順で費用割合に影響を与えていることがわかる。しかし、人数割合は虚弱など他の状態像とのバランスで成り立つためここでは分析の対象としない。

図1 状態像4区分別介護費用構造(11自治体)

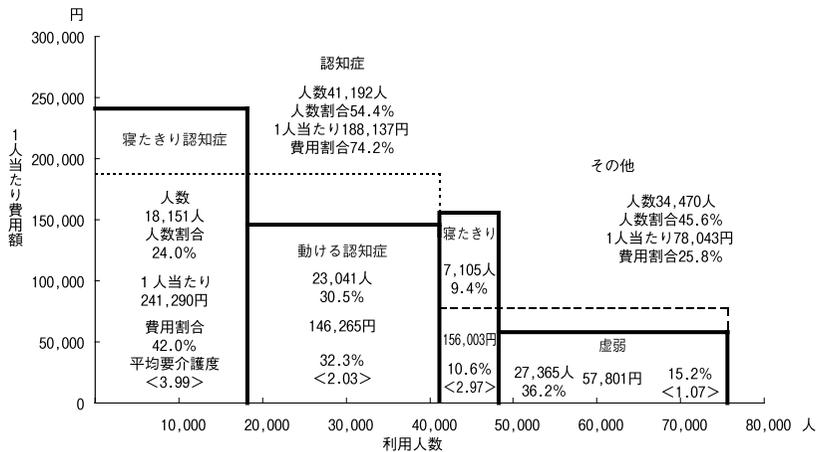
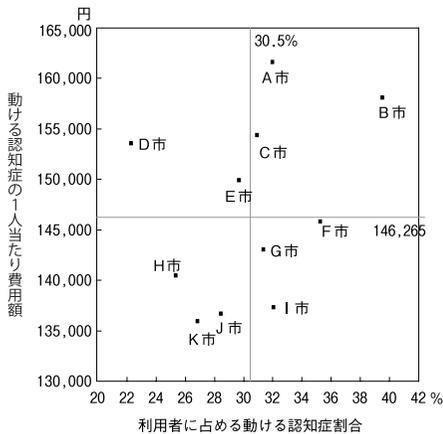


表1 動ける認知症の基本指標自治体間比較

	A市	B市	C市	D市	E市	F市	G市	H市	I市	J市	K市
全体											
利用人数(人)【A】	4 909	8 870	2 154	5 269	5 902	7 869	9 006	9 879	5 664	7 676	8 464
1人当たり費用額(円)	146 624	147 679	143 195	131 195	137 140	138 688	138 430	128 458	144 183	140 081	130 210
総費用額(千円)【B】	719 775	1 309 909	308 443	691 264	809 402	1 091 339	1 246 700	1 269 035	816 654	1 075 260	1 102 097
動ける認知症											
利用人数(人)【C】	1 570	3 506	666	1 174	1 753	2 774	2 824	2 503	1 815	2 185	2 271
1人当たり費用額(円)	161 588	158 086	154 381	153 549	149 872	145 804	143 054	140 418	137 329	136 644	135 893
総費用額(千円)【D】	253 693	554 249	102 818	180 266	262 725	404 461	403 985	351 467	249 252	298 566	308 612
人数割合(%)【C/A】	32.0	39.5	30.9	22.3	29.7	35.3	31.4	25.3	32.0	28.5	26.8
費用割合(%)【D/B】	35.2	42.3	33.3	26.1	32.5	37.1	32.4	27.7	30.5	27.8	28.0
平均要介護度	1.97	2.22	2.42	2.05	2.25	2.30	2.44	2.10	2.46	2.45	2.07

以下では動ける認知症の1人当たり費用額から費用構造を把握する。これまでの分析軸では、施設利用割合と1人当たり在宅費用額から1人当たり費用額を分析してきた。そこで、A市からK市の施設利用率と1人当たり在宅費用額を比較すると(図3)、最も高い1人当たり費用額を示したA市は、施設利用率・1人当たり在宅費用額ともに高い位置にある。一方B市は、施設利用率は低いが、1人当たり在宅費用額が高くなっており全く違う構造を示す。1人当たり費用額には、施設率とともに、在宅1人当たり費用額が大きく影響していることが分かる。

さらにサービスパッケージを用いて在宅費用構造を含めた介護保険費用構造を分析する。11保険者全体から動ける認知症の利用構造をみる  
図2 動ける認知症人数割合と1人当たり費用額の自治体間比較



と(図4)、人数では「単機能」が45.4%を占めるが、1人当たりの費用額は84,265円と低いため、費用に占める割合は26.2%まで下がる。その分、1人当たり費用額が高い「施設」や「グループホーム」で費用割合が大きくなる。「グループホーム」の1人当たり費用額は「施設」を上回っており、費用全体への影響も大きなものとなっている。新しく登場した小規模多機能は、まだ数が少ないが、特定施設とほぼ同じ単価となっている。

サービスパッケージ別の費用割合を自治体間で比較すると(表2)、高い1人当たり在宅費用額を示したB市では施設利用率は低いが、グループホームと小規模多機能の費用割合が高い。

1人当たり費用額の高い「施設」「特定」「グループホーム」  
図3 動ける認知症施設利用率と1人当たり在宅費用額の自治体間比較

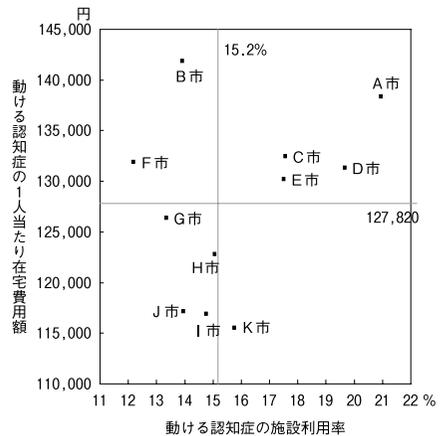


図4 動ける認知症のサービスパッケージ(11保険者)

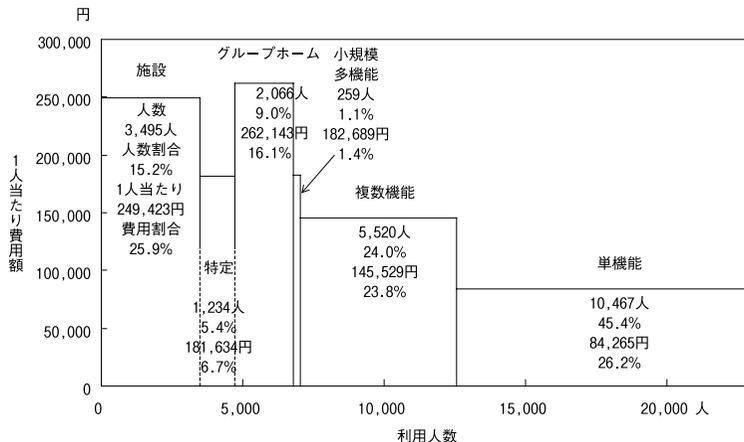


表2 サービスパッケージ費用割合と1人当たり費用額の自治体間比較

	平均	A市	B市	C市	D市	E市	F市	G市	H市	I市	J市	K市
費用割合 (%)												
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
施設	25.9	32.3	22.7	29.3	31.3	28.3	20.6	23.5	25.7	27.5	26.2	28.4
特定	6.7	6.1	4.5	6.6	9.6	7.2	3.8	7.3	10.7	4.4	10.6	5.1
グループホーム	16.1	17.2	23.8	14.1	13.5	13.3	20.7	15.8	16.5	9.9	6.2	14.0
小規模多機能	1.4	2.0	3.7	2.1	0.0	0.2	1.6	0.9	1.0	0.6	0.1	1.1
複数機能	23.8	20.0	16.8	23.7	21.9	27.0	27.1	26.8	24.1	24.4	27.1	26.0
単機能	26.2	22.4	28.4	24.2	23.7	24.0	26.3	25.8	21.9	33.2	29.8	25.4
1人当たり費用額 (円)												
在宅全体	127 820	138 357	141 894	132 476	131 357	130 214	131 864	126 374	122 770	116 869	117 161	115 530
複数機能	145 529	139 998	149 302	156 348	135 417	152 787	152 251	144 893	138 892	145 991	147 112	138 900
単機能	84 265	95 385	96 023	86 679	92 534	85 271	83 045	81 665	71 907	85 227	81 913	73 581

グループホーム」「小規模多機能」の費用を足し合わせた割合と1人当たり費用額を座標に示すと、ほぼ直線状に並ぶ(図5)。これらのサービスは要介護度によって報酬が決まっているため1人当たり費用の地域差があまりみられない。そのため、人数が増えれば費用に占める割合も増える構造となっている。

一方、在宅サービスの「複数機能」「単機能」は自治体により、1人当たり費用額の差が3万円程度みられる。特に「単機能」の水準は、利用人数で4割から5割を占めるため、費用に与える影響が大きい。直線上から外れたH市やK市は、この単機能の単価が低い地域となっている。

(2) 利用構造の動態分析と小規模多機能の普及メカニズムーB市ー

1) 2時点間比較からみる動ける認知症の利用構造変化

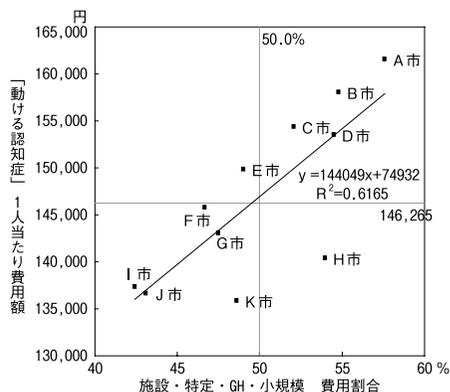
次に、新たに導入された小規模多機能が最も普及しているB市を例に、整備前後の動ける認知症

表3 B市における小規模多機能整備前後のサービスパッケージの変化

	全体	施設	特定	グループホーム	小規模	複数機能	単機能
2006年3月							
人数(人)	2 648	422	82	374	-	478	1 292
人数割合 (%)	100.0	15.9	3.1	14.1	-	18.1	48.8
1人当たり(円)	163 756	267 828	176 342	264 387	-	155 187	103 006
費用割合 (%)	100.0	26.1	3.3	22.8	-	17.1	30.7
平均要介護度	2.17	2.75	1.84	2.53	-	2.20	1.89
2007年6月							
人数(人)	3 506	488	133	507	116	625	1 637
人数割合 (%)	100.0	13.9	3.8	14.5	3.3	17.8	46.7
1人当たり(円)	158 086	258 221	186 985	260 615	178 739	149 302	96 023
費用割合 (%)	100.0	22.7	4.5	23.8	3.7	16.8	28.4
平均要介護度	2.19	2.87	2.01	2.53	2.28	2.16	1.91

注 2006年3月時点で、小規模多機能は、未整備である。

図5 施設・特定・GH・小規模費用割合と1人当たり費用額の自治体間比較



知症サービスパッケージの比較を行い、サービスの普及による利用構造の変化をみる(表3)。B市では2006年3月と2007年6月の2時点で動ける認知症の利用者は858人増加しているため、すべてのサービスパッケージで人数が増加している。しかし、資源に限りがある施設では増加幅が小さい。人数割合や費用割合をみると「特定」「グループホーム」「小規模多機能」が増加し、「施設」「複数機能」「単機能」が下がるという結果となっている。小規模多機能の平均要介護度は2.28となっており、特定や複数機能よりも高くなっている。

さらに、利用者の移動をクロス表でみると(表4)、全体の29.5%は2006年3月

時点でサービスを利用していなかった新規の利用者であり、18.4%は他の状態像から動ける認知症に移行した利用者であった（多くは虚弱からの移動）。残りの52.2%は、動ける認知症の継続利用者となっている。「グループホーム」「小規模多機能」「単機能」で「新規利用」の割合が高いが、新たに整備された「小規模多機能」は特に高く、半数以上を占めている。小規模多機能で、他のサービスから利用を変更した「継続利用」は32.8%となっている。

「小規模多機能」の継続利用者について2006年3月のサービスパッケージをみると、単機能

からの利用が60.5%、複数機能からの利用が31.6%となっており、半数以上が単機能からの利用継続となっている。

2) 小規模多機能の普及メカニズム

図6は、2007年10月までのB市の小規模多機能の普及状況を月ごとに表したものである。2007年6月時点では、登録定員363人分のサービスが整備されていることになるが、実際の利用者数は158人ととどまり、稼働率は44%となっている。その後、事業所数は変わらずに、利用者数が伸びることで稼働率は徐々に上がり、2007年10月には54%となっている。稼働率は事業所によって88%から4

%まで差があるが、2007年10月にはすでに1カ所は事業を停止しており、経営状況の厳しさもみて取れる。

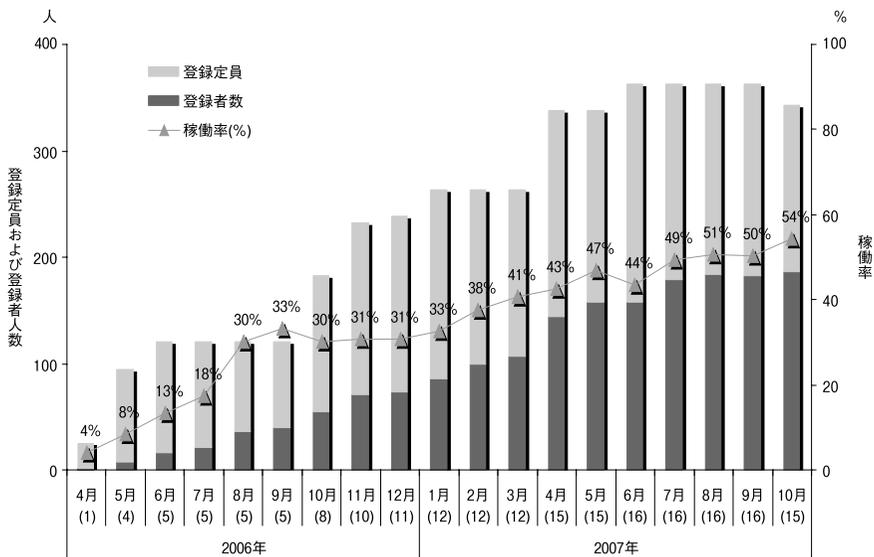
表5は、2006年4月から2007年10月までの各月のデータから小規模多機能の利用者（266人）を抜き出し、利用開始時の状態像を集計したものである。動ける認知症が

表4 サービスパッケージ間の移動

2007年6月のパッケージ	全体	新規利用	状態像移動	継続利用	継続利用者2006年3月のパッケージ <sup>1)</sup>				
					施設	特定	グループホーム	複数機能	単機能
全体	{人数(人) 3 506 割合(%) 100.0}	1 033	644	1 829	254	51	259	348	917
施設	{人数(人) 488 割合(%) 100.0}	92	18.4	52.2	13.9	2.8	14.2	19.0	50.1
特定	{人数(人) 133 割合(%) 100.0}	35	24.8	48.9	3.1	63.1	10.8	9.2	13.8
グループホーム	{人数(人) 507 割合(%) 100.0}	148	29.2	63.1	10	4	239	27	40
小規模	{人数(人) 116 割合(%) 100.0}	67	57.8	32.8	2.6	2.6	2.6	31.6	60.5
複数機能	{人数(人) 625 割合(%) 100.0}	133	21.3	57.1	0.8	-	-	60.2	38.9
単機能	{人数(人) 1 637 割合(%) 100.0}	558	34.1	43.4	0.4	0.3	0.1	7.6	91.5

注 1) 「継続利用者」を100%とした割合。網掛けは同じサービスパッケージを利用していた人の割合。

図6 小規模多機能の登録定員と登録者数の伸び



注 ( )内は事業所数。

表5 利用開始時の状態像

	人数(人)	割合(%)
全体	266	100.0
状態像分布		
虚弱	54	20.3
動ける認知症	174	65.4
寝たきり	13	4.9
寝たきり認知症	24	9.0
要介護度分布		
旧要支援	1	0.4
要支援1	17	6.4
要支援2	10	3.8
要介護1	79	29.7
要介護2	73	27.4
要介護3	57	21.4
要介護4	23	8.6
要介護5	6	2.3
要介護度平均	2.01	

表6 小規模多機能型居宅介護利用 前月の利用サービスパッケージ

	全体	小規模多機能利用前のサービスパッケージ					
		新規利用	Dのみ	複数機能	施設・居住	Hのみ	その他
人数(人)	266	148	54	25	14	14	11
割合(%)	100.0	55.6	20.3	9.4	5.3	5.3	4.1
利用時平均要介護度	2.01	1.87	2.14	2.56	2.07	1.42	2.73
利用前1人当たり(円)	133 094	-	120 915	176 069	205 481	48 239	111 086
利用後1人当たり(円)	143 213	123 880	157 580	194 066	164 189	123 720	215 344

注 「利用前平均費用額」は「新規利用」を除いた平均である。

表7 2007年10月時点の利用状況

	全体	小規模多機能継続利用	利用中止	利用中止者の行き先			
				在宅	居住	施設	利用なし
人数(人)	266	187	79	14	10	11	44
割合(%)	100.0	70.3	29.7	17.7	12.7	13.9	55.7

注 「居住」: グループホーム, 特定施設, 「利用なし」: 介護保険の利用実績がない人  
利用中止者の行き先は, 中止者79人を母数とした割合。

65.4%, 虚弱が20.3%となっている。要介護度分布も要介護1と2が中心となっており, 平均要介護度は2.01となっている。動ける認知症を中心としながらも比較的軽度層の利用者も多い。

どのようなサービスから小規模多機能を利用したかをみると(表6), 前月に介護保険のサービスを使っていない「新規利用」が55.6%となっており, 2時点という限定的な情報でみた表4とほぼ同じ数字となった<sup>注2)</sup>。新規の利用者は, 平均要介護度も軽度となっている。在宅サービスからの利用では「Dのみ」が最も多く, 次に「複数機能」が続く。これらの利用者の平均要介護度は, 「施設・居住」からの移行よりも高くなっている。利用前後の1人当たり費用額の変化をみると, 全体では約1万円の増加となっている。施設では利用前の方が高く, 在宅からの移行では利用後の方が高い。「Dのみ」や「複数機能」では2万円から3万円の増加にとどまるが, 「Hのみ」や「その他」では差が大きい。

また, これまでの登録者のうち, 2007年10月時点で小規模多機能の利用を継続している利用者は全体の70.3%となっており, 残りの29.7%は利用を中止している(表7)。中止した利用者の移行先をみると, 介護保険の利用実績がない「利用なし」が半数以上となっている。多くは病院への入院や死亡と考えられるが, データ

をもとにした事業所からのヒアリングの中には自立して利用外になったという事例もみられた。また4分の1は「居住」「施設」への入所となっている。なお, データは載せていないが, 10月時点で利用を継続している187人について日常生活圏域と利用の関係をみると, 利用者の87.2%は日常生活圏域内の利用となっていた。

## 考 察

### (1) 自治体間比較

動ける認知症は介護保険費用全体の3割以上を占め, 自治体の介護政策にとって大きな存在となっている。対象自治体は異なるが, 2004年10月時点の15保険者分析(動ける認知症: 人数26.2%, 費用27.2%)と比較すると動ける認知症の割合は増加しており, その分虚弱が減少する傾向にある<sup>2)</sup>。

費用は, 人数と1人当たり費用額のかげ算から規定されるが, 人数割合と費用割合はほぼ比例の関係にあることから, まず人数割合が総費用額に大きな影響を与え, 次に1人当たり費用額による影響という費用形成順序となっている。

1人当たり費用額を施設と在宅の2区分でみた場合, これまでは施設の利用率が大きく影響していたが, 動ける認知症に限定し自治体別にみると, B市のように施設利用率が低い1人

当たり費用額が高いという自治体が存在する。つまり、こうした自治体では動ける認知症が費用水準の高い在宅サービスによって支えられているということになる。その中身は「グループホーム」「特定施設」「小規模多機能」といった包括型のサービスとなっている。また、「単機能」は1人当たりの水準が低いため費用に占める割合は高くないが、人数に占める割合が大きいので、その水準が全体の費用に与える影響は大きいことが明らかとなった。

以上のような分析から、動ける認知症では、これまでの施設・在宅の区分ではなく、「グループホーム」や「小規模多機能」など、水準の高いサービスの利用と、人数の多くを占める「単機能」の利用も含めて全体の費用構造を把握することが必要であるといえる。「グループホーム」は、これまで「居住」として「特定」と同様に扱っていたが、要介護1・2・3が中心となる「動ける認知症」では「グループホーム」の水準が「施設」よりも高くなっているため、その費用に占める大きさが改めて確認された。逆に、「特定」は水準が18万円台となっており、同じ入居型のサービスではあるが、施設やグループホームほど費用への影響は大きくない。また、今回初めて「小規模多機能」が登場したが、「特定」とほぼ同じ水準、複数機能よりも3万円前後高い数字となっており、今後数が増えることでの費用への影響が見込まれる。

## (2) B市の費用動態分析

「小規模多機能」の整備が最も進んでいるB市は、その整備が費用構造にどのような変化が起きるかを把握するうえで、他の自治体にとってモデル的な役割をもつ。B市の2時点分析では、「小規模多機能」の増加に対して、「施設」と「単機能」の利用割合が下がっている。「施設」は整備が抑制される中で、利用が増えることで自然に割合が下がると考えられる。一方「単機能」の低下は、小規模多機能の利用者の半数以上が比較的軽度な「新規」利用者であるため、単機能の利用層からの移行による影響と考えられる。小規模多機能と単機能では単価に

大きな開きがあるため、費用構造への影響はより大きなものとなる。しかも、整備量に対して約5割の稼働率ということを見ると、サービスの普及とともに今後、ますます利用構造が変化することも考えられる。

小規模多機能の利用者の多くは、動ける認知症となっている。現在の利用では新規の割合が高いが、一方で半数を占める在宅サービスからの利用では、要介護度や費用額も高い水準となっており、比較的軽度の利用者が利用している。施設整備が抑制されるなかで要介護度が比較的軽い動ける認知症は施設を利用することができない。在宅サービスを利用する場合も、支給限度額やリロケーションダメージ（転院などで生活の場が変わることによる悪影響）なども課題があるため、小規模多機能のようなサービスの必要性が高まっている<sup>4)</sup>。自治体には整備とともに必要とする利用者が利用できる仕組みづくりが求められる。

一方、小規模多機能の利用中止者は3割となっており、今後、小規模多機能が最期まで支えることのできるサービスとなっていくか継続して検証するとともに、事業所の質をあげる取り組みが必要となる。地域密着型サービスは自治体がサービスの整備量だけではなく、指定、指導・監督等を通じてケアの質にも責任をもつ。B市では、こうしたデータの分析結果をもとに事業所との意見交換を通して、質向上のための条件の共有をはかっている。それによって、市もデータだけでは見えないケアの実情を聴くことができ、さらなる政策を展開することも可能となる。自治体間の比較とともに、自治体内での詳細な分析により課題を抽出し解決するツールとなるといえる。

## 謝辞

本研究の実施に当たりデータ提供や研究会にご協力をいただいた自治体および実践者の方々に感謝申し上げます。なお、本研究は平成19～21年度学術フロンティア推進事業「地域ケア推進のための政策空間形成とボトムアップ評価に関する研究」（代表；平野隆之）および平成19年

度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症地域ケア分析ツール活用による地域密着型サービスの政策協議に関する研究」(代表;平野隆之)による研究の一部である。

注1)厚生労働省の基準では、認知症を b以上としているが、本分析では認知症高齢者を政策課題としてより広く捉えるため、a以上としている。

注2)3カ月前まで遡ってみた場合、新規利用の割合は48.9%と若干下がる。

#### 文 献

- 1)平野隆之, 笹川修. 介護保険給付実績分析ソフトの設計思想と到達点 - 保険者主体の評価ツール. 社会政策研究 8, 2008.
- 2)平野隆之, 奥田佑子, 笹川修, 他. 都市自治体における認知症高齢者の介護保険サービスパッケージ分析. 厚生指標 2007; 54(11): 1-8.
- 3)平野隆之, 奥田佑子. 認知症高齢者のサービス利用構造と地域ケア推進課題. 社会政策研究 8, 2008.
- 4)高橋誠一. 小規模多機能型居宅介護の全国実態調査. 宅老所・小規模多機能ケア白書 2008. 全国コミュニティライフサポートセンター, 2008.