

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

ヒラノ タカユキ オクダ ユウコ ササガワ オサム
平野 隆之*1 奥田 佑子*2 笹川 修*2
フジタ キンヤ ナカシマ タエコ
藤田 欽也*3 中島 民恵子*4

目的 認知症ケアモデルの確立と地域ケアの推進が、今日の介護保険政策上の命題となっているにもかかわらず、認知症高齢者に特化した介護保険サービスの利用実態の把握と分析は十分にされていない。本研究の目的は、認知症の有無等の状態像区分を加味した介護保険の利用データを分析することで、認知症高齢者、とりわけ「動ける認知症」のサービス利用の特性と2時点間での利用の変化を把握し、認知症高齢者の地域ケアの推進のための基礎的データを提供することにある。あわせて、より実態に即した介護保険事業計画策定を可能にする分析手法の提案を都市自治体に対して行うという意義をもつ。

方法 15保険者からの介護保険給付データと認定データを結合させ、認知症高齢者を特定しうるデータベース（50,434人分）の作成をもとに分析を行った。分析では、障害高齢者と認知症高齢者の日常生活自立度から、状態像を「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の4つに分類し、比較することでサービス利用の特性を把握する。また、サービスの機能の組み合わせに着目した「サービスパッケージ」分類を用い、よりケアプランに近い利用の実態を把握することとした。また、15保険者のうちの4保険者については、2003年（16,667人分）と2005年（19,405人分）の2時点でのデータ比較を行い、2年間での状態像と利用の変化を把握した。

結果 認知症高齢者は、利用者数の50%以上、介護費用額の70%以上を占め、介護保険の主要な利用者となっている。認知症高齢者は他の状態像と比べて、通所系と居住系のサービス利用割合が高く、「動ける認知症」では通所系サービスの利用が60%を占めている。2年間の変化では、継続利用者の70%が動ける認知症を維持し、複数機能のサービスパッケージと居住系サービスの利用が伸びた。23%は「寝たきり認知症」に移行し、施設利用割合が大幅に増加した。

結論 「動ける認知症」は、通所系のサービス利用を中心に高い利用水準を示すなど、他の高齢者とは異なる利用パターンを示している。「動ける認知症」を施設入所に至ることなく、地域で支える上では認知症に対応した通所系サービスの充実と、複数の機能を組み合わせたサービスパッケージの増加、居住系サービスの充実が望まれる。こうしたサービスは地域密着型サービスに相当するが、自治体の計画策定においては、障害像に伴う利用特性に応じたサービス整備量の推計を行ったうえで、地域密着型サービスの整備をすすめ、地域で支えるための仕組みづくりを指向する必要がある。

キーワード 介護保険、動ける認知症、サービスパッケージ、地域密着型サービス、状態像変化

*1 日本福祉大学教授 *2 同地域ケア研究推進センター研究員

*3 同福祉政策評価センター研究員 *4 慶応義塾大学大学院政策・メディア研究科博士課程

はじめに

2005年の介護保険改正の主軸として、身体介護モデルから認知症ケアモデルへの転換が示された。その方策は保険者である市町村による地域密着型サービスの整備という形で打ち出されたが、それは従来の施設依存型のケアから、地域で住み続けることができる地域ケアへの転換を意味している。地域ケアの主たる利用者として認知症高齢者が想定されるが、計画策定においてはその対象者像とサービス利用の現状は十分に把握されていない。

日本福祉大学福祉政策評価センターでは、こうした分析上の課題に対応するために制度改正に対応した新たな「介護保険給付分析ソフト2006」を保険者に提供している¹⁾。この新分析ソフトでは、介護予防、認知症ケアの重視、施設の重度割合の進展といった改革課題に対応するために、新たな3区分（軽度・中度・重度）を用いたが、給付実績情報データの範囲では厳密に認知症高齢者を特定した分析はできない現状にある。本研究は、その点を補完する役割をもつものである。

先行研究においても、認知症高齢者を特定して大量データを分析した研究はあまりみられない。認知症高齢者のサービス利用を経年的に検討した研究²⁾³⁾はあるが、在宅サービスに限定したものであり、サービス利用構造全体を把握するまでに至っていない。

また、自治体における計画策定のための手法に関する研究では、1990年代に「ニーズ類型化の手法」の確立へ向けた検討⁴⁾⁵⁾を通じて着手された。介護保険導入後は、介護保険の効果について要介護状態の維持・改善等の側面から検討する際の変数⁶⁾や、要介護度別の介護サービス利用特性を検討する際の変数⁷⁾として認知症が扱われてきているが、認知症高齢者のサービス利用構造の特性やニーズ類型に関する分析はなされていない。

本研究では、保険者向け給付実績情報データと認定支援センターに送付する認定情報を結合

させることにより、従来の要介護度による分析に加えて認知症に特化した分析を可能にした。これらのデータをもとに、認知症高齢者のサービス利用特性、2時点間の利用構造の変化、重度化に伴う利用サービスの変化の把握を行い、地域密着型サービスの必要量推計を含む、介護保険事業計画の立案および認知症高齢者を支える地域ケアシステムの設計を行うための材料となる基礎的データを提供する。さらに、自治体がより現実に即した対象者の把握とニーズ推計を行うための、分析手法を提案することを目的としている。

対象と方法

(1) 利用データ

全国15保険者（人口5.4万～59万人の都市）の2004年10月の保険者向け給付実績情報データおよび認定情報、50,434人分を用いた。さらに、15保険者のうちデータが得られた4保険者については、2003年10月（16,667人分）と2005年7月（19,405人分）の2時点データを用い、このうち2年間継続利用している利用者11,730人分について変化を把握した。15保険者からは学術研究に活用することへの承諾を得て、個人が特定されない情報として処理後、データ提供を受けた。

(2) 分析方法

1) 日常生活自立度による状態像4類型の設定
障害高齢者日常生活自立度B以上を「寝たきり」、認知症高齢者日常生活自立度以上を「認知症」とし、その組み合わせから、「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の4つの状態像分類を行う。その4分類をもとに比較することで、認知症高齢者の利用構造、特に「動ける認知症」の利用特性に注目した分析を進める。

2) 「サービスパッケージ」による利用構造の把握

国などの介護保険統計では、サービスの種類ごとの利用者の延べ人数として利用量が算出さ

れているため、具体的なケアプランをイメージすることが困難である。本分析では、利用者一人ひとりの利用サービスの総体を、サービス機能の組み合わせを表現する「サービスパッケージ」を用いて示し、利用者全体を母集団とするサービス利用構造を把握している。在宅サービスにおける訪問系サービス（訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ・訪問入浴は除く）を「H」、通所系サービス（通所介護・通所リハビリ）を「D」、短期滞在系サービス（短期入所生活介護・短期入所生活リハビリ）を「S」とし、その組み合わせから Hのみ、Dのみ、Sのみ、H+D、D+S、H+S、H+D+S、その他（福祉用具・居宅療養など）の8類型を設定した。さらに 居住系サービス

（グループホーム・特定施設）と 施設（特養・老健・療養）を加え10類型とした。なお、一部の図表では数の少ない「Sのみ」「H+S」を「その他」に分類し、全体で8種類に簡略化して用いている。

結 果

（1） 認知症高齢者の実態と利用特性

1) 認知症高齢者の人数と費用（表1、2）

介護保険利用者総数のうち、「動ける認知症」が26.2%、「寝たきり認知症」が25.6%となり、認知症高齢者の合計は全体の51.9%を占める。それぞれの認知症が全体の25%に相当し、「虚弱」は40%、「寝たきり」10%といった大まかな割合となる。施設利用者の86.2%、在宅利用者の42.4%が認知症高齢者となっている。さらに費用をみると、「動ける認知症」が総費用額の27.2%と人数比と変化はないが、「寝たきり認知症」では46.6%と大幅に増加し、両者を合計すると認知症高齢者が費用全体の73.8%を占める。

2) 要介護度と施設割合（表1、2）

要介護度の平均は「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の順に約1ずつ重度化する傾向にある。重度化の傾向はサービス利用上、施設の利用割合に影響する。状態像別の施設利用割合をみると、「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝た

表1 状態像別人数割合

	全体		施設人数		在宅人数		施設利用割合(%)
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
総数	50 434	100.0	10 870	100.0	39 564	100.0	21.6
虚弱	19 812	39.3	587	5.4	19 225	48.6	3.0
動ける認知症	13 237	26.2	2 368	21.8	10 869	27.5	17.9
寝たきり	4 469	8.9	918	8.4	3 551	9.0	20.5
寝たきり認知症	12 916	25.6	6 997	64.4	5 919	15.0	54.2

表2 状態像別費用割合と1人当たり費用額、平均要介護度

	総費用額		施設割合(%)	1人当たり費用額(円)		平均要介護度	
	費用額(千円)	割合(%)		全体	在宅	全体	在宅
総数	7 453 590	100.0	48.6	147 789	96 831	2.31	1.93
虚弱	1 215 795	16.3	13.8	61 367	54 502	1.03	1.02
動ける認知症	2 031 101	27.2	36.1	153 441	119 433	2.10	1.97
寝たきり	735 268	9.9	40.1	164 526	124 114	3.14	3.14
寝たきり認知症	3 471 427	46.6	69.9	268 769	176 445	4.18	4.07

表3 状態像別サービスパッケージ人数割合

	全体		虚弱		動ける認知症		寝たきり		寝たきり認知症	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
総計	50 434	100.0	19 812	100.0	13 237	100.0	4 469	100.0	12 916	100.0
通所系サービス利用型	22 141	43.9	9 454	47.7	7 678	58.0	1 686	37.7	3 323	25.7
Dのみ	12 126	24.0	6 241	31.5	4 277	32.3	636	14.2	972	7.5
H+D	6 127	12.1	2 734	13.8	1 658	12.5	681	15.2	1 054	8.2
D+S	2 619	5.2	360	1.8	1 416	10.7	175	3.9	668	5.2
H+D+S	1 269	2.5	119	0.6	327	2.5	194	4.3	629	4.9
他の在宅利用型	15 803	31.3	9 530	48.1	2 140	16.2	1 803	40.3	2 330	18.0
Hのみ	11 388	22.6	7 321	37.0	1 504	11.4	1 204	26.9	1 359	10.5
その他	4 415	8.8	2 209	11.1	636	4.8	599	13.4	971	7.5
24時間型	12 490	24.8	828	4.2	3 419	25.8	980	21.9	7 263	56.2
居住系	1 620	3.2	241	1.2	1 051	7.9	62	1.4	266	2.1
施設	10 870	21.6	587	3.0	2 368	17.9	918	20.5	6 997	54.2

表4 状態像別サービスパッケージ総費用額と費用割合

	全体	虚弱	動ける認知症	寝たきり	寝たきり認知症
総費用額(百万円)					
総計	7 454	1 216	2 031	735	3 471
通所系利用型	2 402	650	888	245	619
他の在宅利用型	1 042	352	147	183	360
24時間型	4 009	214	996	308	2 492
総費用割合(%)					
総計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
通所系利用型	32.2	53.5	43.7	33.3	17.8
Dのみ	12.2	28.5	18.6	8.5	3.5
H + D	10.3	19.9	10.5	14.7	5.8
D + S	6.0	3.6	11.6	4.2	4.0
H + D + S	3.8	1.5	3.0	5.9	4.6
他の在宅利用型	14.0	28.9	7.2	24.8	10.4
Hのみ	10.3	25.1	5.2	19.5	6.2
その他	3.6	3.8	2.1	5.4	4.2
24時間型	53.8	17.6	49.0	41.9	71.8
居住系	5.2	3.8	12.9	1.8	1.9
施設	48.6	13.8	36.1	40.1	69.9

表5 状態像別サービスパッケージ1人当たり費用額

(単位 円)

	全体	虚弱	動ける認知症	寝たきり	寝たきり認知症
総計	147 789	61 367	153 441	164 526	268 769
	(100)	(41)	(103)	(111)	(181)
通所系利用型	108 502	68 763	115 720	145 039	186 346
	(100)	(63)	(106)	(133)	(171)
Dのみ	74 688	55 432	88 221	98 227	123 378
H + D	125 034	88 543	128 938	158 621	191 846
D + S	171 246	121 999	166 798	174 398	206 387
H + D + S	222 302	152 421	187 184	224 349	253 148
他の在宅利用型	65 939	36 927	68 716	101 287	154 699
	(100)	(56)	(104)	(153)	(234)
Hのみ	67 616	41 744	69 831	118 965	159 047
その他	61 612	20 960	48 296	65 755	148 614
24時間型	320 994	258 211	291 183	314 398	343 075
	(100)	(80)	(97)	(97)	(106)
居住系	238 676	190 095	249 825	218 911	243 245
施設	333 262	286 176	309 539	320 847	346 870

注 ()内は全体を100としたときの指数

きり認知症」の順に高くなり、「寝たきり認知症」では50%を超えて施設入所となっている。「動ける認知症」「寝たきり」は施設入所の割合が20%程度にとどまり、「寝たきり認知症」と大きな違いが生じている。

1人当たりの費用額をみると、「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の順に高くなっている。「寝たきり認知症」の費用総額の70%は入所施設の費用で構成されており、1人当たり費用額を引き上げる要因となっている。「動ける認知症」と「寝たきり」は平均要介護度では1の差があるが、1人当たり費用額ではほぼ同水準となっている。

3) 「サービスパッケージ」からみる「動ける認知症」の利用特性(表3, 4, 5, 6)

サービスパッケージ分類は8種類とし、「通所系サービス利用型」「他の在宅利用型」「24時間型」の3つの類型にくくりながら、その小計を含めて分析を行った。人数の比率でみると(表3), 第1の特徴は通所系サービス利用型の割合が58.0%と「虚弱」を上回って最も高く、中でも「D + S」の利用割合が10.7%と高いことである。ただし、「動ける認知症」のサービスパッケージ上の割合としては「H + D」が12.5%と「D + S」よりも高い。第2に「Hのみ」の利用割合が「寝たきり認知症」と同様に低い

表6 要介護度別1人当たり利用額

(単位 円)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
虚弱	29 343	54 951	80 318	113 487	124 259	144 440
動ける認知症	36 579	75 120	99 902	149 493	188 562	229 981
寝たきり	23 355	59 678	83 576	118 234	147 061	187 206
寝たきり認知症	14 550	71 217	93 120	134 351	176 360	200 972
支給限度額	61 500	165 800	194 800	267 500	306 000	358 300

ことである。この点は認知症高齢者に共通することである。第3に、グループホームの普及により、「24時間型」の中で「居住系」利用の割合(7.9%)が他の状態像と比べて高いことが挙げられる。

サービスパッケージの利用特性は、費用の構造に影響を与える。状態像別にサービスパッケージの総費用額と割合をみると(表4), グループホームの影響で「24時間型」の割合が49.0%と、「寝たきり」の41.9%を上回って半数を占める水準にまで高くなっている。人数比が他に比して高い割合を示した「D + S」は、費用でも11.6%と高い割合を示している。

サービスパッケージ別の1人当たりの費用額(費用水準)をみると(表5), 平均要介護度が高くなる「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の順に従って上昇する傾向にある。厳密な分析にはサービスパッケージごとに要介護別の費用水準を比較することが求められるが、紙数の関係もあり、グループ

ホームを除く在宅サービス全体と比較すると(表6), どの要介護度においても「虚弱」「寝たきり」「寝たきり認知症」「動ける認知症」の順で高くなる傾向に変化し、「動ける認知症」が最も高い費用水準を示している。

「動ける認知症」と「寝たきり」において平均要介護度の開きに対して、在宅サービスの1人当たり費用額の差があまりみられない背景には、グループホームの利用の影響だけではなく、「動ける認知症」の在宅サービスの利用水準の高さがあると考えられる。

(2) 2時点間比較分析による利用の変化

1) 2年間での状態像の変化(表7, 8)

2003年10月利用者16,667人と2005年7月利用者19,405人について、状態像別の構成比を比較するとほぼ同じ割合となっている。しかし、その内訳をみると2003年利用者全体の29.6%は未利用となっており、「動ける認知症」では25.9%、「寝たきり」では30.3%、「寝たきり認知症」では41.5%が未利用となっている。反対に2003年時点は利用がなく、2005年時点までの2年間で新規に利用したと考えられる人は、2005年利用者全体の39.6%に上り、「虚弱」では46.6%、「寝たきり認知症」でも28.0%が新規となっている(表7)。

次に、2003年10月と2005年7月の2時点で継続利用している11,730人について状態像の変化をみると(表8), 構成比は「虚弱」が40.9%から32.9%に減り、その分「寝たきり認知症」が22.3%から31.9%に増加している。「動ける認知症」は28.4%から28.0%とほとんど変化がない。2003年時点の「動ける認知症」を100とした時、2005年に「動ける認知症」を維持した

表7 2年間の利用者構成比の変化

	2003年10月		2005年7月						
	全体		全体		未利用		継続	新規	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合 ¹⁾ (%)	人数(人)	人数(人)	割合 ²⁾ (%)
総数	16 667	100.0	19 405	100.0	4 937	29.6	11 730	7 675	39.6
虚弱	6 289	37.7	7 232	37.3	1 492	23.7	4 797	3 369	46.6
動ける認知症	4 492	27.0	5 621	29.0	1 163	25.9	3 329	2 337	41.6
寝たきり	1 420	8.5	1 348	6.9	430	30.3	990	512	38.0
寝たきり認知症	4 466	26.8	5 204	26.8	1 852	41.5	2 614	1 457	28.0

注 1) 2003年の全体を母数とした割合
2) 2005年の全体を母数とした割合

表8 継続利用者の状態像の変化

	2005年7月					2003年構成比	平均要介護度
	総数	虚弱	動ける認知症	寝たきり	寝たきり認知症		
2003年10月							
総数	11 730 (100.0)	3 863 (32.9)	3 284 (28.0)	836 (7.1)	3 747 (31.9)	(100.0)	2.14
虚弱	4 797 (100.0)	3 513 (73.2)	745 (15.5)	233 (4.9)	306 (6.4)	(40.9)	0.98
動ける認知症	3 329 (100.0)	189 (5.7)	2 356 (70.8)	25 (0.8)	759 (22.8)	(28.4)	2.04
寝たきり	990 (100.0)	138 (13.9)	32 (3.2)	502 (50.7)	318 (32.1)	(8.4)	2.96
寝たきり認知症	2 614 (100.0)	23 (0.9)	151 (5.8)	76 (2.9)	2 364 (90.4)	(22.3)	4.10
平均要介護度	2.46	0.98	2.13	3.04	4.15		

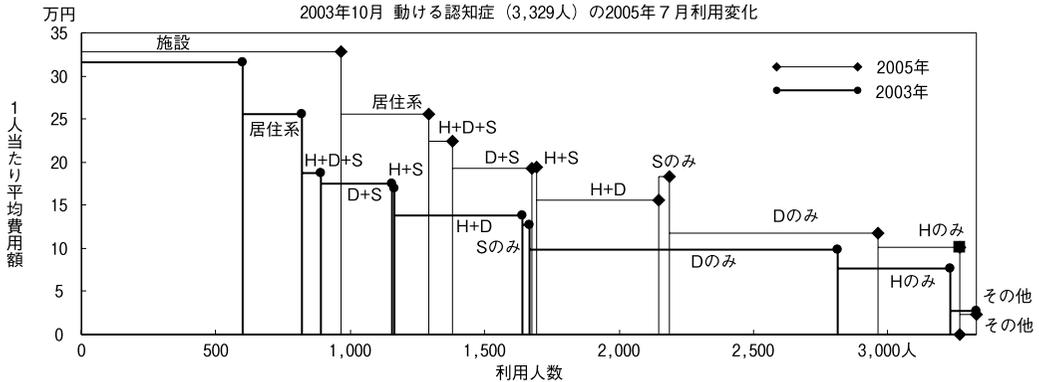
注 ()内は、構成割合(%)、 は状態像を維持した群

割合は70.8%であり、「寝たきり」50.7%に比べると維持率が高くなっている。22.8%は「寝たきり認知症」へと移行しており、「虚弱」に改善する割合は5.7%と低い。一時点の分析においてみてきた「寝たきり認知症」の状態像は、経年的にみた場合「動ける認知症」が悪化した状態像であるとみることができる。

2) サービスパッケージ利用人数と費用の変化(図1, 表9)

継続利用者のうち、2003年10月に「動ける認知症」であった3,329人の2時点のサービスパッケージから、認知症高齢者の経年的なサービス利用の変化を把握した。当該サービスパッケージの利用人数を横軸に、1人当たり費用額を縦軸にとり、総費用額が四角形の箱の面積として視覚的に把握できるよう図式化した(図1)。「Hのみ」「Dのみ」といった単機能パッケージ以外で、その面積(総費用額)が大きくなっており、すべての箱を足し合わせた総費用額では158,444千円増加している。1人当たり

図1 継続利用者の利用構造の変化



注 H：訪問系サービス，D：通所系サービス，S：短期滞在系サービス，その他：福祉用具・居宅療養など

表9 サービスパッケージ間での移動

	2005年7月(%)									2003年10月		
	合計	Hのみ	Dのみ	H + D	D + S	H + D + S	その他	居住	施設	人数(人)	割合(%)	水準(円)
2003年10月(%)										3 329	100.0	157 235
Hのみ	100.0	57.3	2.1	19.3	0.7	1.7	4.1	4.5	10.3	419	12.6	76 484
Dのみ	100.0	1.3	57.0	8.7	13.7	1.5	2.6	3.6	11.6	1 147	34.5	98 702
H + D	100.0	5.0	8.6	50.1	2.3	6.7	1.3	7.3	18.7	477	14.3	137 805
D + S	100.0	1.9	14.3	3.0	41.1	1.9	2.3	6.4	29.1	265	8.0	175 094
H + D + S	100.0	4.3	13.0	5.8	37.7	5.8	5.8	27.5	69	2.1	187 565	
その他	100.0	12.1	18.9	5.3	5.3	1.5	40.2	2.3	14.4	132	4.0	27 541
居住	100.0	0.5	0.5	0.9			0.5	87.3	10.5	220	6.6	255 657
施設	100.0	0.5	1.0	1.0	0.5		0.5	2.8	93.7	600	18.0	315 482
2005年7月												
人数(人)	3 329	304	777	452	294	89	120	328	965			
割合(%)	100.0	9.1	23.3	13.6	8.8	2.7	3.6	9.9	29.0			
水準(円)	204 830	101 010	117 023	155 827	193 397	224 539	23 472	255 680	328 289			

注 2時点で同じサービスパッケージを利用していた人の割合、空欄は該当する利用者なし

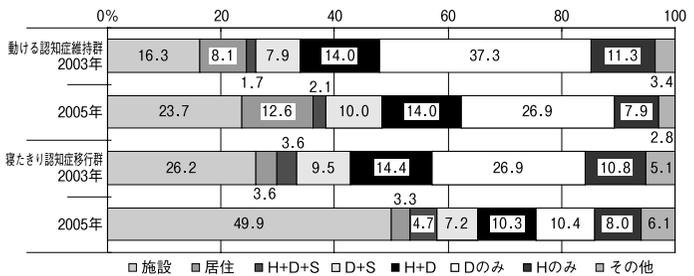
費用額は47,595円の増加となっている。

サービスパッケージの構成では、「Hのみ」「Dのみ」の単機能の利用が減少し、施設への入所が増加している。「Sのみ」「H+S」「D+S」といった短期入所を利用するパッケージは、実人数の増減はあまりみられないが、1人当たり費用額が伸びている。総費用額の上昇要因をみると、増加費用額の158,444千円のうち、施設費用が80.5% (127,510千円)を占めており、施設に入ることによる費用への影響が大きい。

3) サービスパッケージ間の移動とそれに伴う費用の増加(表9)

サービスパッケージ間での移動をみると、「Hのみ」「Dのみ」といった単機能型では同

図2 状態像の変化にともなうサービスパッケージの変化



じサービスパッケージを維持する割合が60%近くになる。複数のサービスを利用するタイプのなかで、施設入所への移行割合を比較すると、「H + D」が20%を切るのに対して、「D + S」「H + D + S」では、30%に近づいている。その背景に「H + D」から「H + D + S」への移行割合に比べて、「D + S」から「H + D + S」への移動は少なく、通所系の利用から訪問

系のサービスの利用に至らず、施設入所に移行してしまう傾向がうかがえる。なお、「居住」の継続率は非常に高い一方で、「居住」から在宅に戻るという動きはなく、10.5%は施設に移行している。

4) 状態像の変化と利用サービスの変化(図2)

「動ける認知症」を維持した群(2,356人)と「動ける認知症」から「寝たきり認知症」に移行した群(759人)で2時点間のサービスパッケージを比較すると、「寝たきり認知症」に移行した群では施設利用割合が、26.2%から49.9%と倍近く増加し、在宅サービスパッケージ利用割合が全体に下がっている。この利用の構造は、15保険者のデータでみてきた「寝たきり認知症」の利用構造と近い値となる。一方、「動ける認知症」を維持した群では、施設利用割合は16.3%から23.7%と7.4ポイントの増加にとどまり、その分「D+S」「H+D+S」といった複数パッケージと「居住」の利用割合が増加している。

考 察

(1) 認知症高齢者の実態と特性

認知症高齢者は介護保険利用者全体の半数、施設利用者の8割を占め、「2015年の高齢者介護」⁹⁾で示されたものと同様の結果となった。さらに介護保険を費用の問題からみたとき、認知症高齢者は総費用の70%を占めており、介護保険行政にとってより重要なテーマといえる。特に「寝たきり認知症」は施設入所割合が高く、費用面での影響が大きい。一方「動ける認知症」は、通所系サービスを中心に高い利用水準を示し、入所割合を2割にとどめている。2年間のサービス利用変化から、「動ける認知症」の状態を維持した群では、居住系と複数機能のサービスパッケージにより、在宅生活を継続していることが明らかとなった。今後の認知症介護政策においては、「動ける認知症」の状態を維持しながら、複数の機能で在宅生活を支える地域ケアの充実が必要となる。それらは、認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護、

グループホームなど、地域密着型サービスに代表されるものであり、市町村による計画的な整備が求められる。その際、通所から短期入所さらに施設へというように利用者を自宅から切り離していく流れがあるが、訪問系のサービスを適切に組み合わせることによって、在宅生活を支える必要がある。

(2) 都市自治体における介護サービス利用実態分析手法の提案

要介護度に加えて認知症を区分し、そのなかでも、「寝たきり認知症」と「動ける認知症」を区別することで、認知症高齢者の利用の特性を把握することができる。また、2時点間でデータを比較する際には、継続利用者を抽出することで、経年的な変化を追うことが可能となり、状態像変化に伴うサービス利用構造変化を把握することができる。

「サービスパッケージ」を用いて分析を行う場合の大きな特徴は、施設と在宅を連続的に捉えることができることである。さらに、利用人数と1人当たり費用額と総費用額を四角形の面積で図式化することによって、実際のケアプランに近い利用構造を踏まえた介護費用の配分状況を把握できる。1人当たり費用額の平均を扱うことにはなるが、かなり実態に近い利用水準を把握することが可能といえる。「D+S」「H+D+S」の水準は17~23万円前後で、定額払いの小規模多機能型居宅介護の介護報酬に近い数字となっており、地域密着型サービスの利用ニーズの推計にも有効である。今後は頻度などを取り入れて、より実態に近いサービスパッケージの分析手法を検討するとともに、1年ごとのより詳細な利用の変化を把握していくことが課題である。また、地域間の差やその要因についても分析を進める予定である。

謝辞

本調査研究の実施にあたりデータ提供のご協力をいただいた15保険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

間の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)の一部である。

文 献

- 1) 2006年8月開催の「全国介護保険指定基準・監査担当者会議」において、「介護保険給付分析ソフト2006」が紹介されている。なお、2001年から保険者に対して分析ソフトの配信を行っている。
- 2) 東野定律, 筒井孝子. 介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態. 東保学誌 2003; 5(4): 244-57.
- 3) 東野定律. 痴呆性高齢者の状態の経年的変化と介護サービス利用に関する研究. 病院管理 2005; 42(1): 75-87.
- 4) 平岡公一, 冷水豊, 中野いく子, 他. 計画策定の

ための高齢者保健福祉サービスのニーズ測定とサービス必要量推計 - 都老研方式の改良の試み - . 季刊社会保障研究 1994; 30(1): 75-89.

- 5) 定藤丈弘, 坂田周一, 小林良二. 9章福祉ニーズの把握とニーズ推計の技術. 社会福祉計画. 有斐閣, 1996; 145-62.
- 6) 田近栄治, 菊池潤. 介護保険による要介護状態の維持・改善効果 - 個票データを用いた分析 - . 季刊・社会保障研究 2005; 41(3): 248-62.
- 7) 後藤真澄, 若松利昭. 要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究 - 生活場所(在宅, 施設)の選択志向にかかわる要因 - . 厚生指標 2003; 50(7): 17-22.
- 8) 平野隆之, 奥田佑子, 笹川修. 介護保険における認知症高齢者のケアパッケージ分析(日本社会福祉学会第54回全国大会報告要旨集287.)
- 9) 高齢者介護研究会. 2015年の高齢者介護 - 高齢者の尊厳を支えるケアの確立にむけて - . 2003.

■ 近刊

図説 国民衛生の動向 2007

A5判 カラー印刷 120頁 定価 1,600円(税込) 10月刊行

カラーグラフにより解説した「国民衛生の動向」のダイジェスト版
本年の特集は「医療制度構造改革と関連法規」

財団法人 厚生統計協会

106-0032 東京都港区六本木 5-13-14

TEL: 03-3586-3361 / FAX: 03-3584-4710

ご注文は書店へ

<http://www.hws-kyokai.or.jp/>