

## 北本市の介護保険事業

### (地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析について)

#### 1 地域分析の方法について

介護保険制度は、全国平均一律の基準による要介護認定など市町村間の差を抑制し適正化を図る仕組みがある一方、高齢化の状況、地理的条件、独居等の家族構成などの地域差を必然的に生じさせる要素が含まれます。

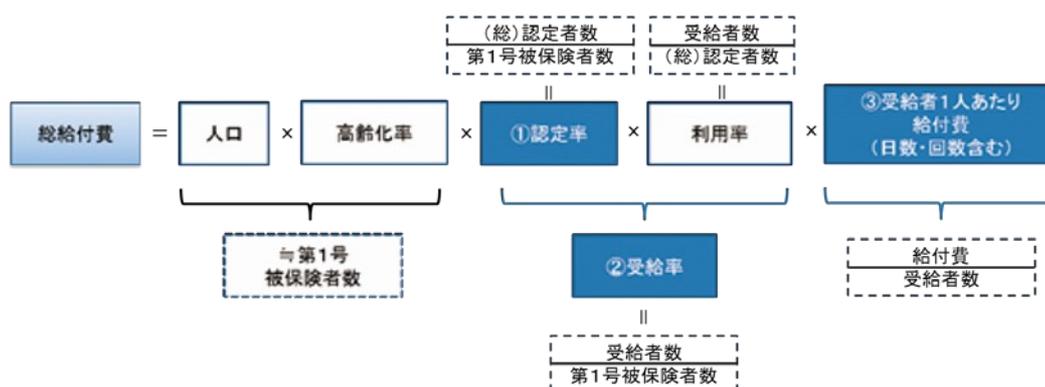
地域包括ケア「見える化」システム（以下、「見える化」システム）は、県平均や市町における介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムで、介護保険に関する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化されています。

「見える化」システムでは、地域間の、認定率、給付費の大小に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢別構成」「地域区分別単価」について、その影響を除外した調整済み数値を確認することが出来ます。

ここでは、「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」（平成29年6月30日／厚生労働省）の内容に沿って、地域分析を実施しました。

#### 2 分析の観点（厚生労働省手引きより）

自治体が給付費の分析を行う際に指標は多くありますが、ここでは、「認定率」、「受給率」、「受給者1人あたりの給付費」の3つの観点から分析を行うこととします。



- 総給付費は「人口」×「高齢化率」×「認定率」×「利用率」×「受給者1人あたりの給付費」の掛け算で成り立ちます。このうち「人口」×「高齢化率」の値は、概ね第1号被保険者数と見なせます。
- 認定率は「認定者数」／「第1号被保険者数」、利用率は「受給者数」／「認定者数」、受給者1人あたりの給付費は「給付費」／「受給者数」であり、受給率は「受給者数」／「第1号被保険者数」、つまり「認定率」×「利用率」です。
- 介護保険施策だけで「人口」「高齢化率」に対応することは難しいため、本手引きでは「①認定率」、「②受給率」、「③受給者1人あたりの給付費」の3つの指標に焦点を当てます。

### 3 各指標の分析の概要（厚生労働省手引きより）

- 「②受給率」＝「①認定率」×「利用率」であるため、「②受給率」が高い要因のひとつとして、「①認定率」が高いことが挙げられます。

「③受給者1人あたりの給付費」について、地域包括ケア「見える化」システム上の指標と単位を合わせる観点から、以降「受給者1人あたりの給付月額」（1月あたりの給付費）に読み替えます。

#### ①認定率

- 全国平均平均等の値と比較して高い場合に、自分の地域の要介護者が多い理由を探るという観点で、要因分析のチェックリストを作成しています。具体的には「要介護認定のプロセス」、「地域の高齢者の状況」、「住民への周知」等のテーマが要素として考えられます。
- また、全国平均平均等の値と比較して差が無い場合でも、都道府県平均の平均値や県平均中央4市1町平均町村の値等との比較では差が生じている場合がありますので、多様な視点から比較し、地域の特性等を踏まえながら関係者も含めて検討する必要があります。

#### ②受給率

- 「①認定率」が高いという要素を除いて、施設・居住系サービス及び在宅サービスの偏りの有無を分析するという観点で、要因分析のチェックリストを作成しています。各種サービスの充実に向けて、自分の地域の施設・居住系サービス及び在宅サービスのバランスを確認し、効果的なサービスの提供体制のあり方について、地域の関係者により議論することが重要となります。
- 特に、ここで把握されたサービスの偏りが、過去の検討や施策等により意図されたものと異なる場合は、保険者として目指す方向性を踏まえ議論し、効果的なサービスの提供体制の構築方針を定める必要があります。

#### ③受給者1人あたりの給付費（月額）

- 利用するサービスの種類や日数・回数が反映されたものであるため、ケアプランや受給者の特徴を分析するという観点で、要因分析のチェックリストを作成しています。チェックリストをもとに、地域ケア会議等の場において市町村職員、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー等と様々な形で議論を深めることが重要となります。

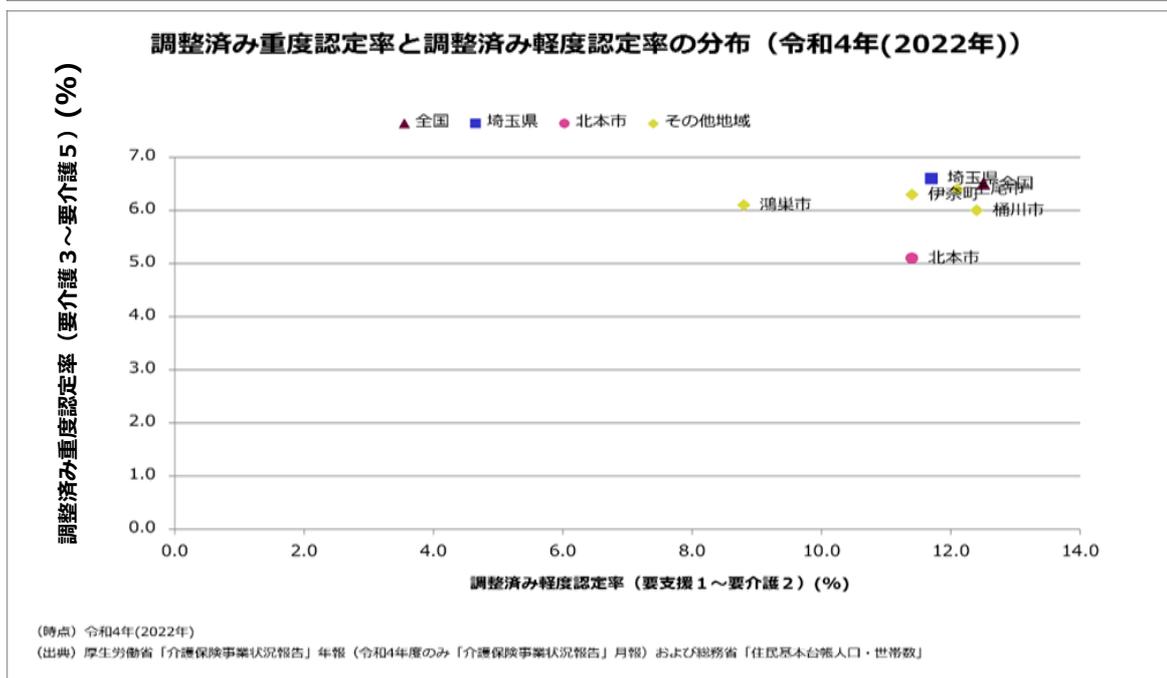
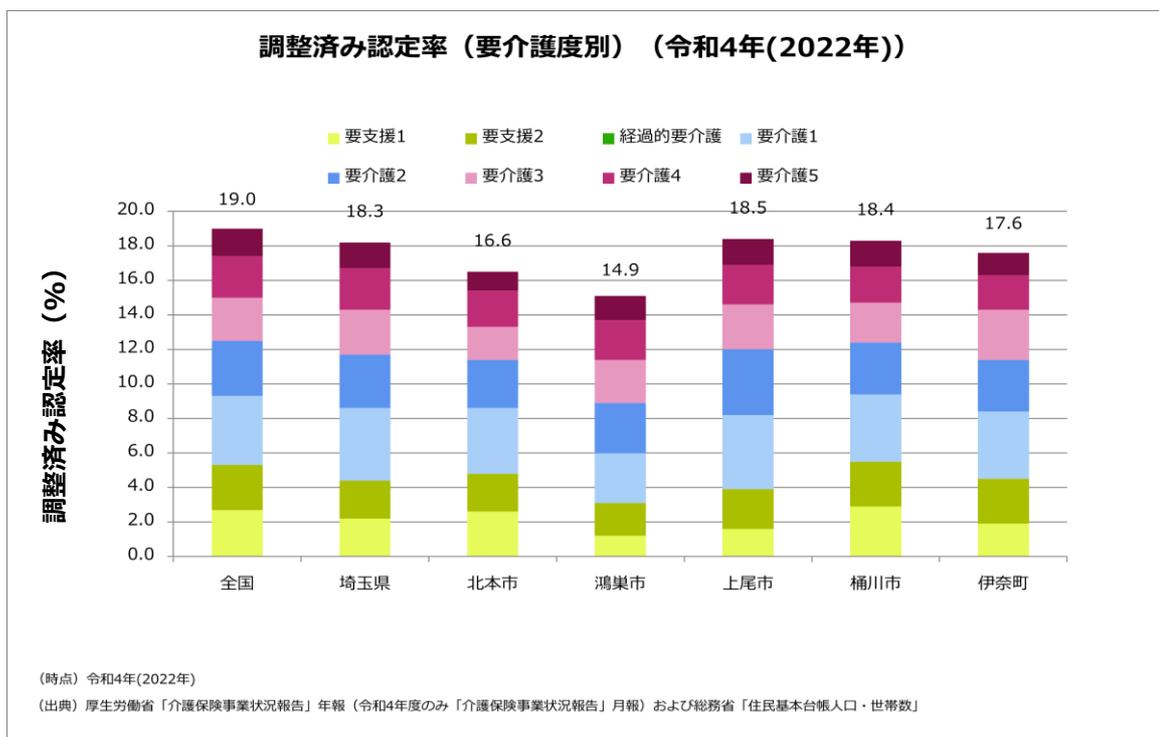
### 4 分析の活用について（厚生労働省手引きより）

- 「①認定率」、「②受給率」及び「③受給者1人あたりの給付費」に地域差があること自体は問題ではありません。
- 今後、高齢化の状況やそれに伴う介護需要は地域によって異なることが想定されるため、各都道府県平均及び市町村は地域の特性に合わせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくことが求められます。

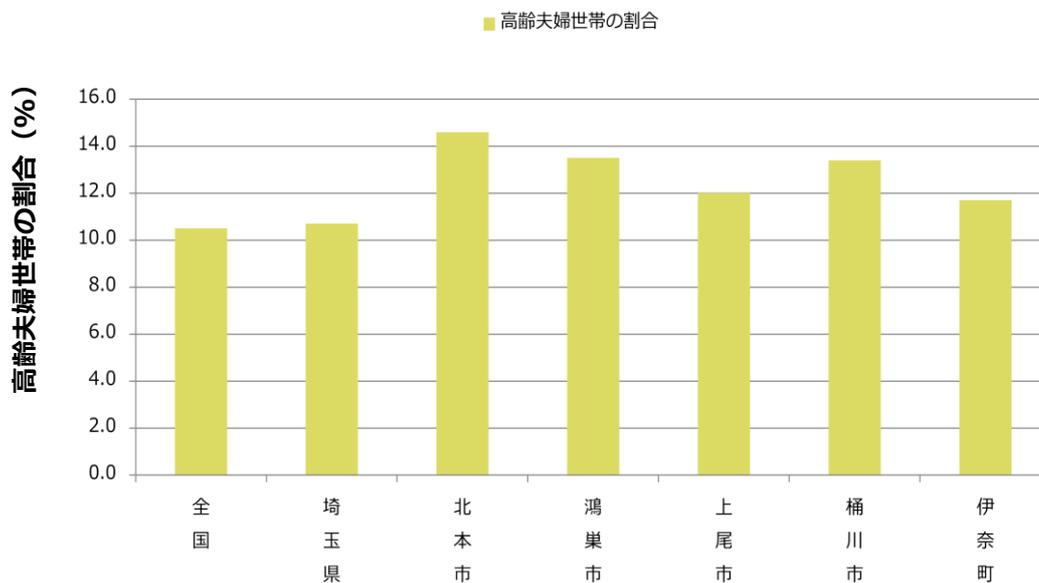
## 5 分析結果

### (1) 調整済み認定率の分析

調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味します。一般的に、後期高齢者の認定率は前期高齢者のそれよりも高くなることがわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、どの地域も、ある地域または全国平均平均の1時点と同じになるよう調整することで、それ以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較がしやすくなります。後期高齢者の割合が高い地域の認定率は、調整することで下がります。

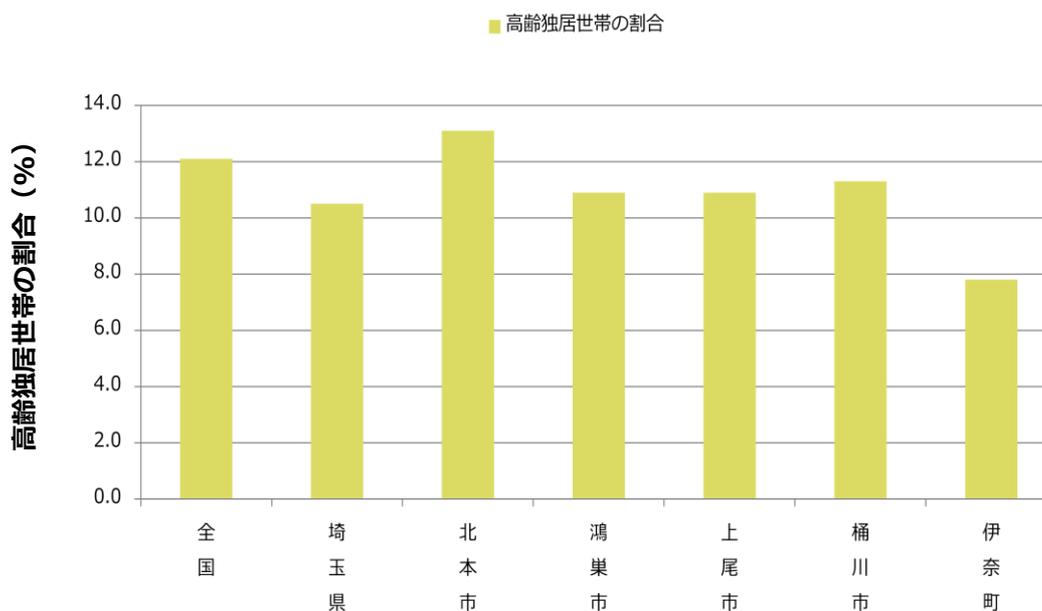


### 高齢夫婦世帯の割合（令和2年(2020年)）



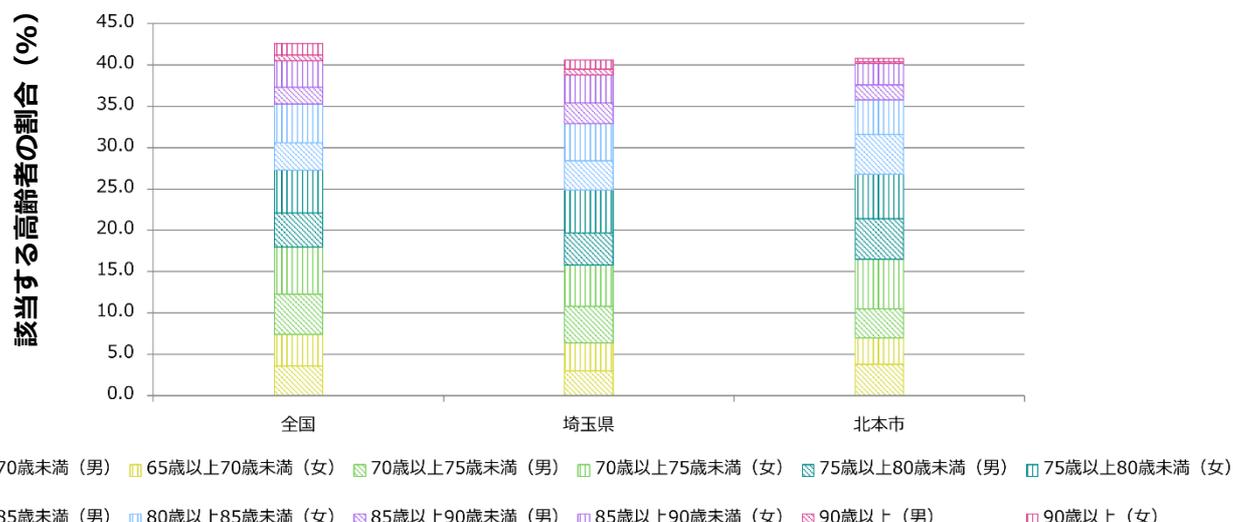
(時点) 令和2年(2020年)  
 (出典) 総務省「国勢調査」

### 高齢独居世帯の割合（令和2年(2020年)）



(時点) 令和2年(2020年)  
 (出典) 総務省「国勢調査」

認知症リスク高齢者の割合(その他の一般高齢者、要支援者を除く総合事業対象者、要支援1、要支援2を表示) (令和4年(2022年)※都道府県・全国平均値は、出力日時点での平均値)



(時点) 令和4年(2022年)※都道府県・全国平均値は、出力日時点での平均値

(出典) 介護予防・日常生活圏域二一調査 ※都道府県・全国平均値は提出のあった市町村の母集団平均の推定値。都道府県・全国値の母数は表形式で確認出来ます

【仮説・分析】

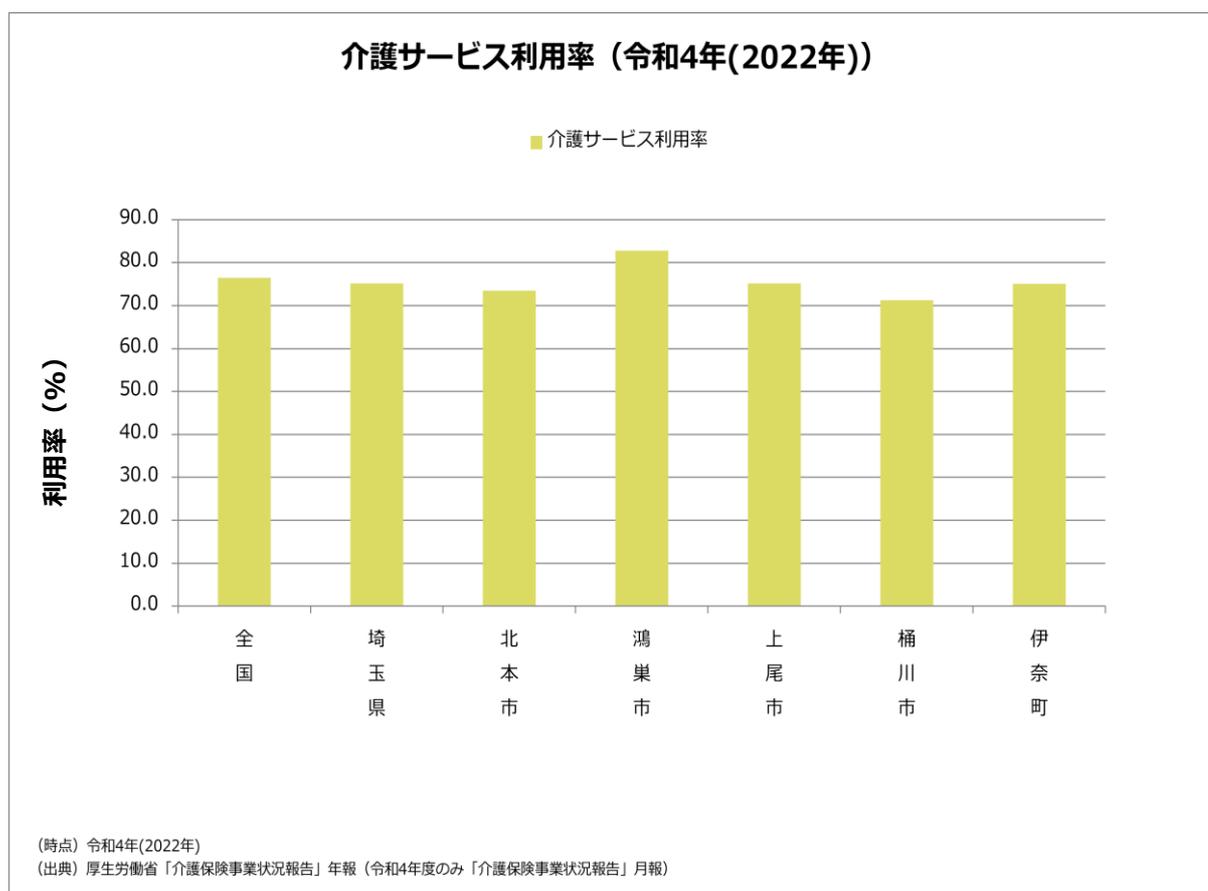
- 令和2年の国勢調査によると、本市は全国平均や県平均・県平均央4市1町平均と比べ、高齢夫婦世帯の割合が高い傾向にあります。
- 令和2年の国勢調査によると、本市は全国平均や県平均・県平均央4市1町平均と比べ、独居世帯の割合が高い傾向にあります。
- 令和4年の介護保険事業報告において、本市は、全国平均平均・埼玉県平均平均より、認定率が低い傾向にあります。後期高齢者は、前期高齢者よりも介護を必要とされる状況にあることから、後期高齢者の人口によって、認定率に影響が生じているものと考えます。
- 令和5年3月時点における本市の認定リスク高齢者の割合は、70歳以上から80歳未満の女性と、75歳以上から85歳未満の男性が、全国平均や県平均と比べて多い状況です。これにより、今後において、本市の後期高齢者の認定率の増加傾向が想定できます。

【解決策・計画反映】

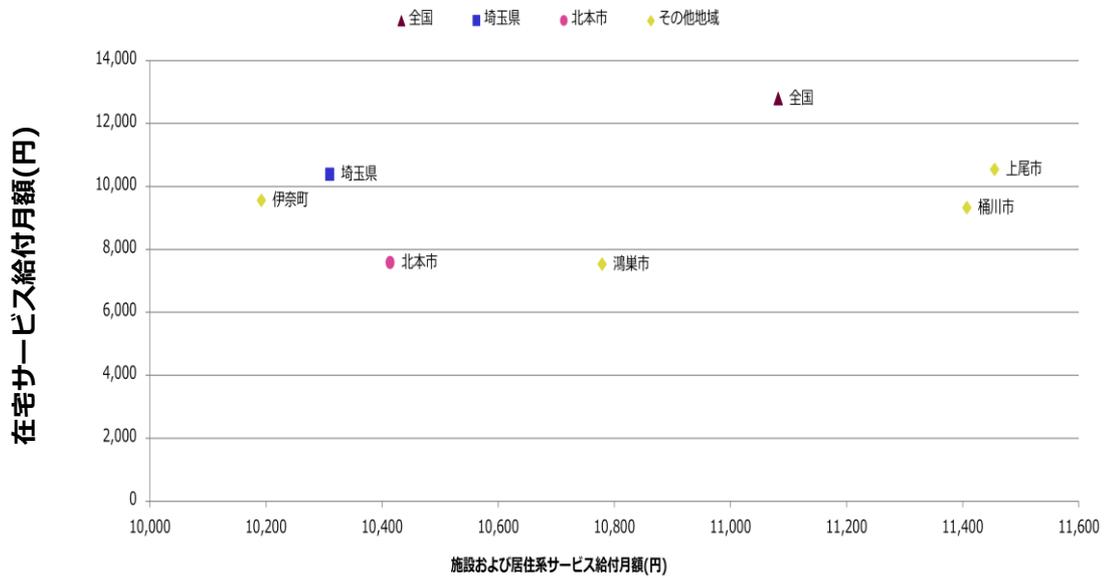
- 一般的に、要介護状態になり始めた場合、家族がいない場合は、いる場合に比べて介護保険を利用する可能性が高いと考えられます。保険料の負担感に配慮しながら、継続的に保険料の増加を検討します。
- 高齢独居世帯、高齢夫婦世帯等の世帯構造を行政として変えていくことは基本的に困難と思われるため、個々の状況を踏まえた上で支援できる内容を検討していくことが必要となります。具体的には、住民主体の通いの場の創設等の介護予防に関する取組の推進や、多様な主体による生活支援サービスの充実、生活支援コーディネーターの活用等による自治会等、住民互助による地域コミュニティの再構築等の様々な対応を、市民とともに拡充します。

- 高齢独居世帯、高齢夫婦世帯に対しては、地域内で孤立させない取組がとりわけ重要です。町内会や自治会等の活動を基盤とした既存のコミュニティを再構築していくことはもとより、生活支援コーディネーター、老人クラブ、NPOやボランティア団体などの地域の様々な活動主体との協力によって孤立していくことを防止し、介護予防、社会参加につなげるなど、地域の実情に応じた対応を検討することが重要と考えます。
- 身体機能、認知機能の向上のための対応策や、機能低下者への支援策として、住民主体の通いの場の創設等の介護予防に関する取組の推進や、認知症への早期対応、特定健康診査・後期高齢者健康診査、特定保健指導の推進、社会参加の場の整備等を拡充します。
- 経済状況等の生活上の問題が生活機能障害等を引き起こし、さらに身体機能、認知機能を低下させている可能性も考えられますので、必要に応じて、多様な生活課題を抱えている者に対して、包括的な支援体制の構築による早期支援を行うなど、「地域共生社会」の実現に向けた取組を促進することも重要な対応の一つとして考えます。

## (2) 受給率の分析



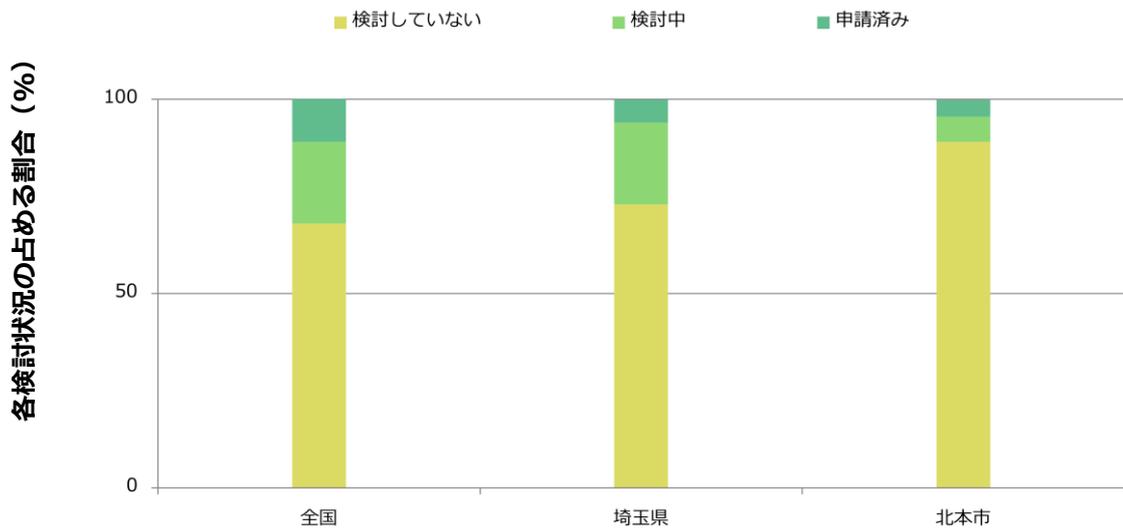
### 第1号被保険者1人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）（令和5年(2023年)）



(時点) 令和5年(2023年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4,5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

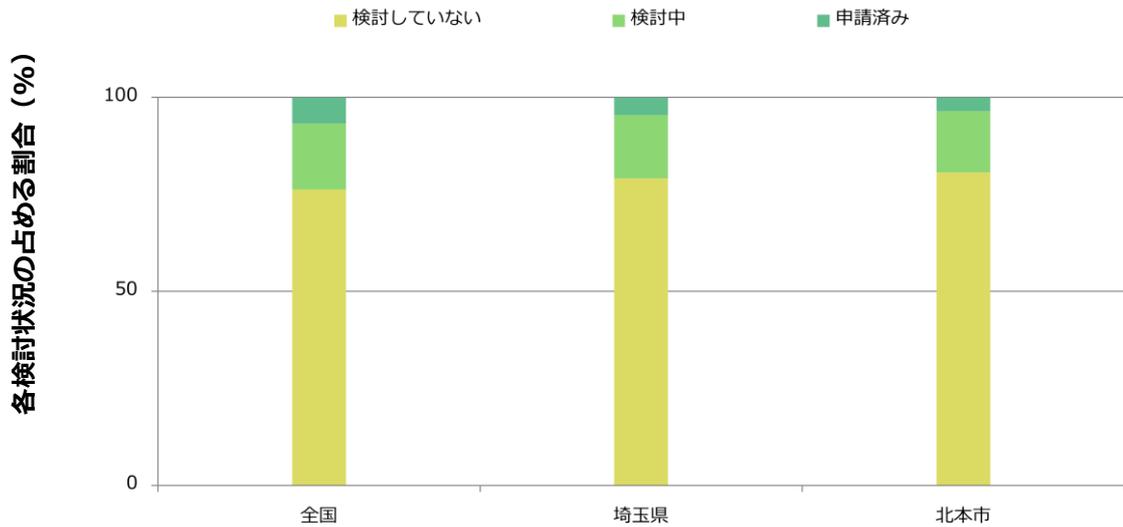
### 世帯類型別・施設等検討の状況（単身世帯）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「要介護認定データ」および厚生労働省「在宅介護実態調査」※都道府県・全国のは提出のあった保険者の平均値。提出保険者数及び管内保険者数は表で確認できます。尚、広域連合（組合）については調査時期によって一部の構成市町村のデータが含まれない場合があります。

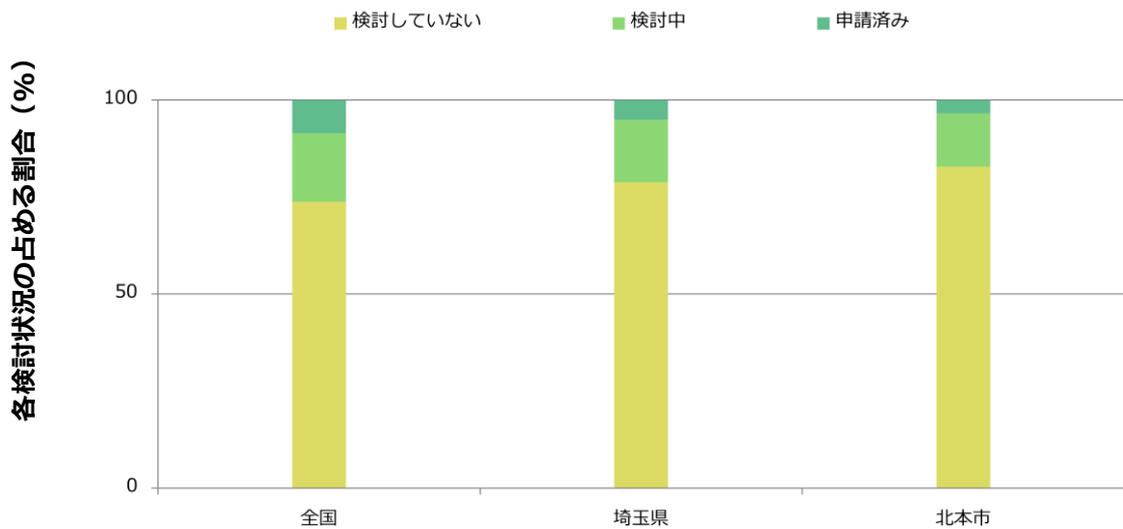
### 世帯類型別・施設等検討の状況（夫婦のみ世帯）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「要介護認定データ」および厚生労働省「在宅介護実態調査」※都道府県・全国の値は提出のあった保険者の平均値。提出保険者数及び管内保険者数は表で確認できます。尚、広域連合（組合）については調査時期によって一部の構成市町村のデータが含まれない場合があります。

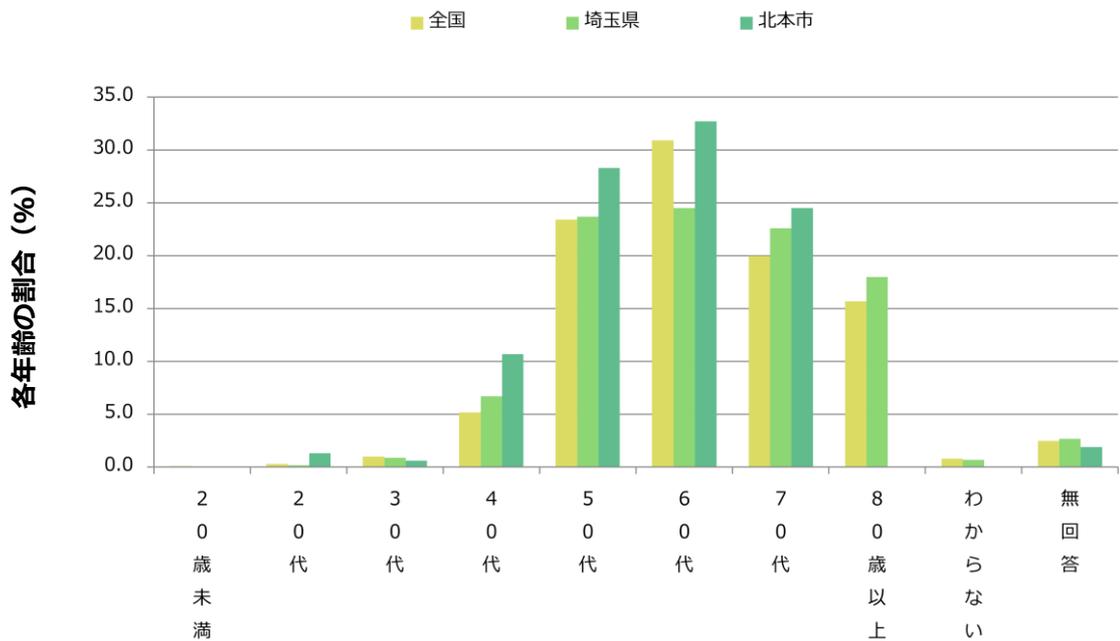
### 世帯類型別・施設等検討の状況（その他）（令和4年(2022年)）



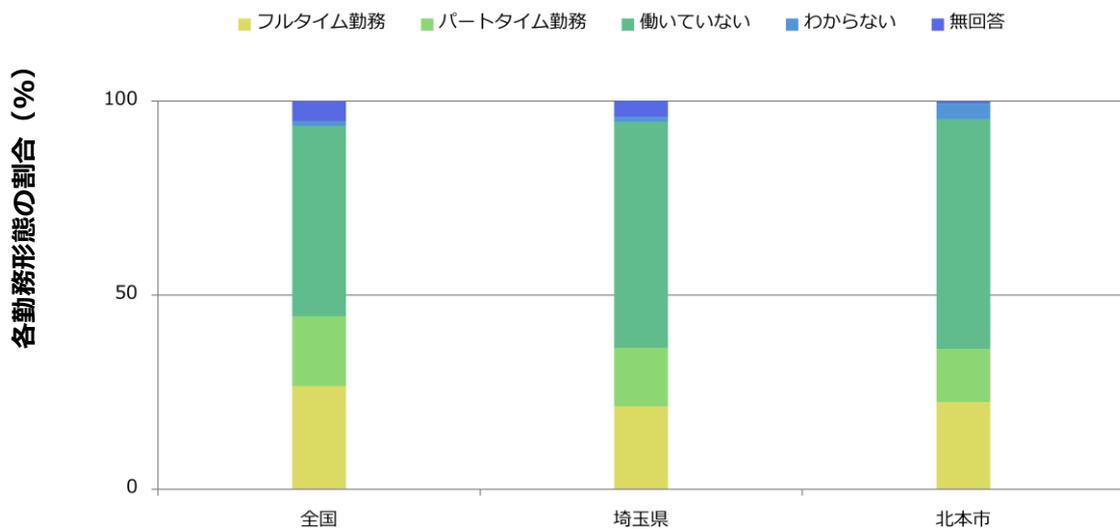
(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「要介護認定データ」および厚生労働省「在宅介護実態調査」※都道府県・全国の値は提出のあった保険者の平均値。提出保険者数及び管内保険者数は表で確認できます。尚、広域連合（組合）については調査時期によって一部の構成市町村のデータが含まれない場合があります。

### 主な介護者の年齢（単数回答）（令和4年(2022年)）



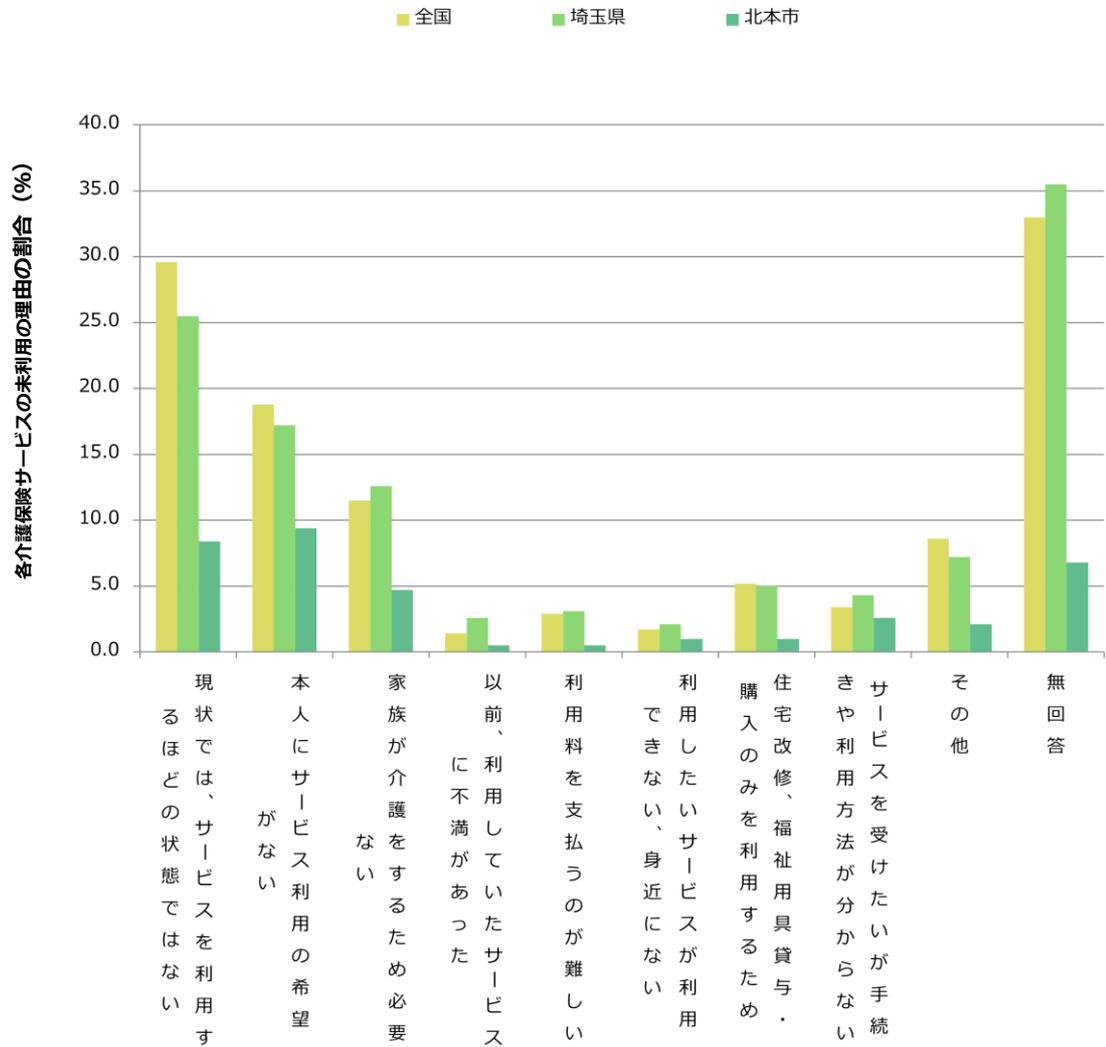
### 主な介護者の勤務形態（単数回答）（令和4年(2022年)）



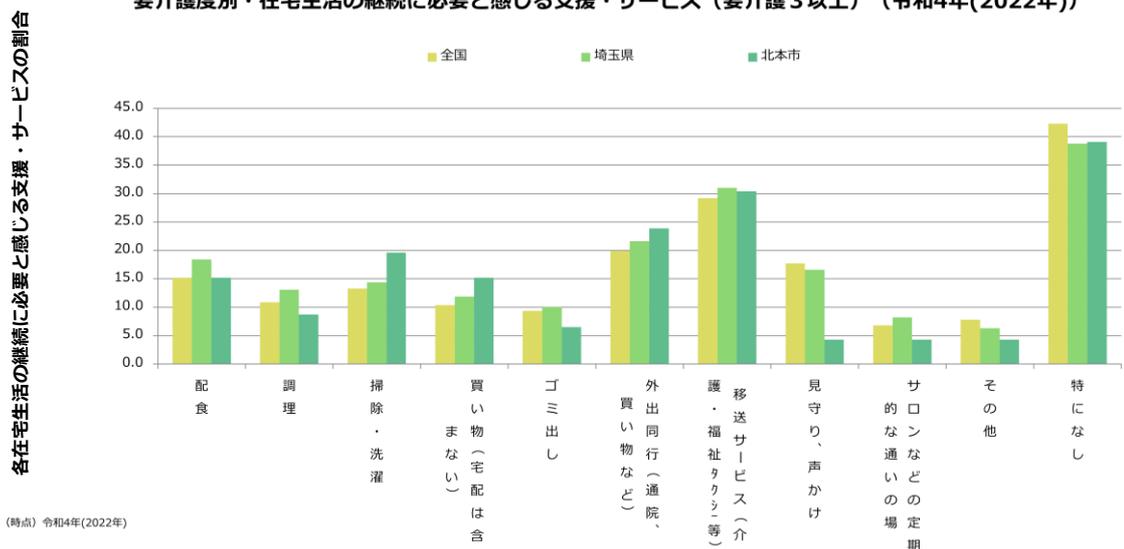
（時点） 令和4年(2022年)

（出典） 厚生労働省「要介護認定データ」および厚生労働省「在宅介護実態調査」※都道府県・全国は提出のあった保険者の平均値。提出保険者数及び管内保険者数は表で確認できます。尚、広域連合（組合）については調査時期によって一部の構成市町村のデータが含まれない場合があります。

### 介護保険サービスの未利用の理由（複数回答）（令和4年(2022年)）



### 要介護別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（要介護3以上）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

## 【仮説・分析】

- ① 本市の令和4年の介護サービス利用率は、全国平均や県平均、県央4市1町平均に比べて低い傾向にあります。
- ② 令和5年11月時点で、本市は県平均と比べ、在宅サービス利用率が低く、施設・居住系サービス利用率が高い傾向にあります。
- ③ 本市の受給者の状況として、令和4年調査の世帯累計別施設等検討の状況は、どの世帯においても全国平均・県平均に比べて、低い傾向にあります。
- ④ 令和4年調査における本市の介護者の状況として、全国平均・県平均に比べて、20歳代・40歳～70歳代の介護者が多い傾向にあります。30歳代及び80歳以上の介護者は、低い傾向にあります。
- ⑤ 令和4年調査における本市の介護者の勤務形態は、全国平均・県平均に比べて、働いていないとの回答が多く、フルタイムについては若干多く、パートタイムについては少ない傾向にあります。
- ⑥ 令和4年調査における本市の介護保険サービス未利用の理由は、複数回答となるため、全国平均・県平均と比べて低い傾向となっています。必要性がないと感じているケースや、本人が希望しないケースが多いため、様々なケースを注視し、適正な支援を行う必要があります。
- ⑦ 令和4年調査における本市の介護に必要なサービスは、全国平均・県平均に比べて、掃除・洗濯や買い物、外出動向や移送サービスが高い傾向にあります。

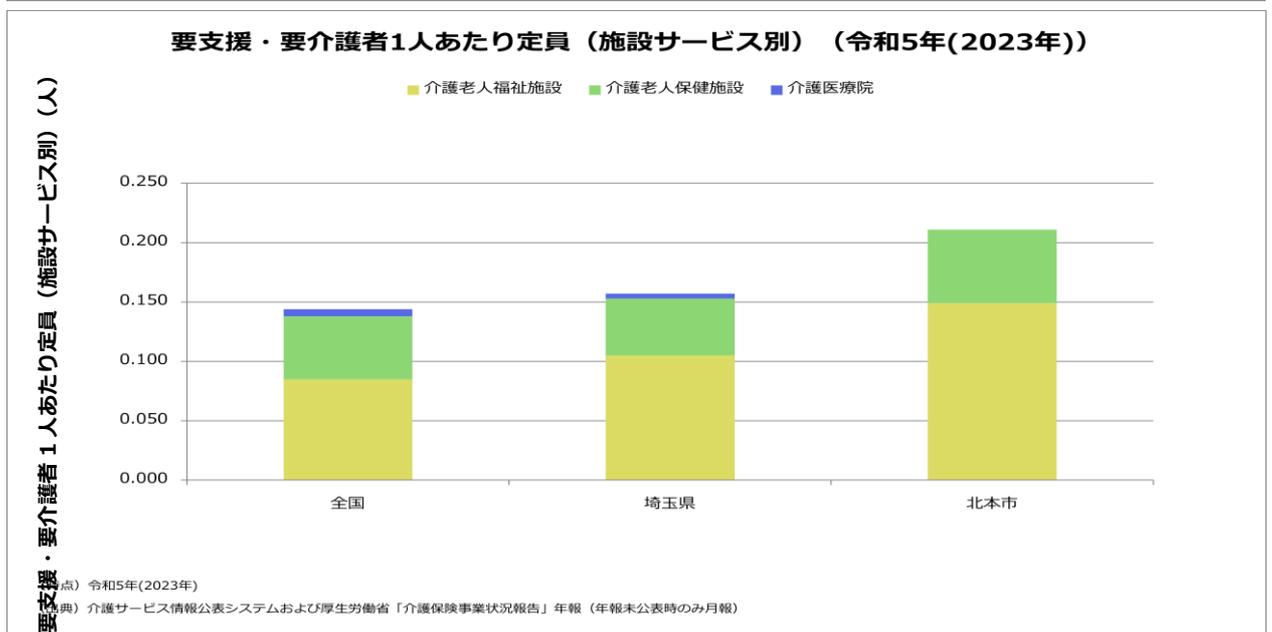
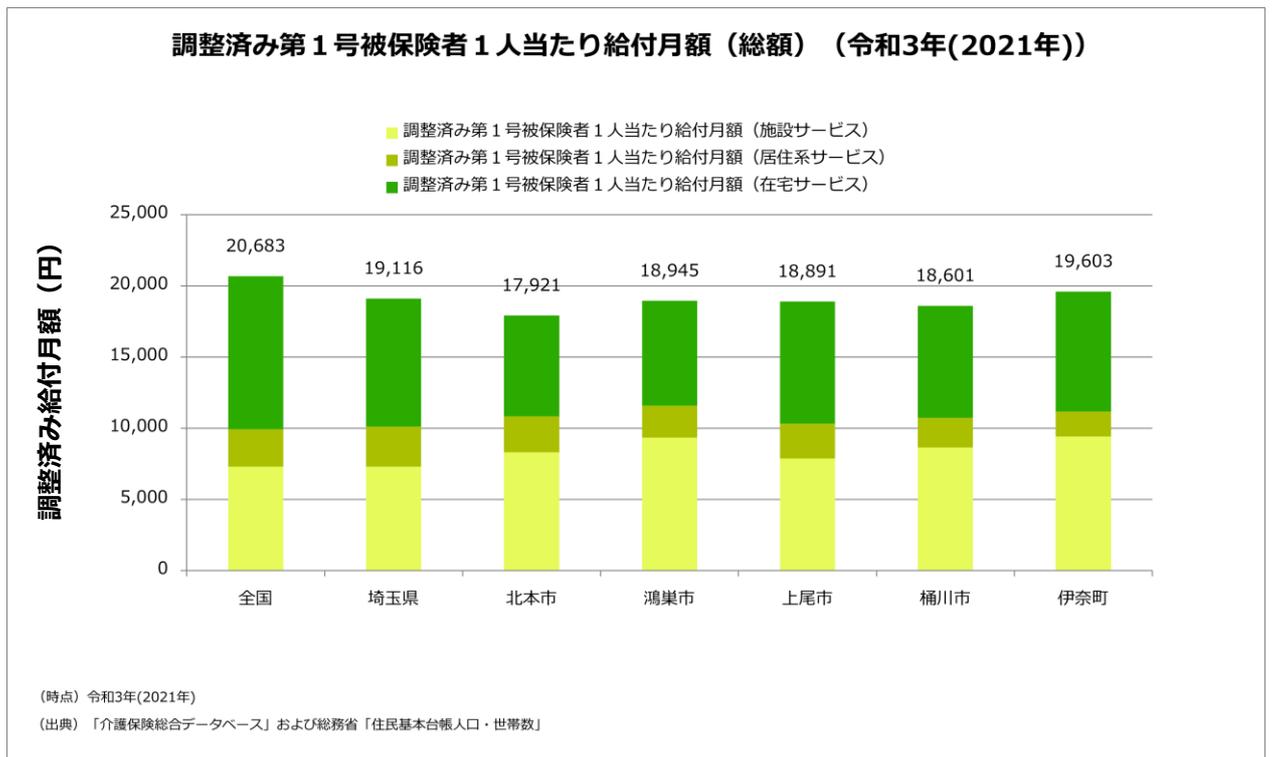
## 【解決策・計画反映】

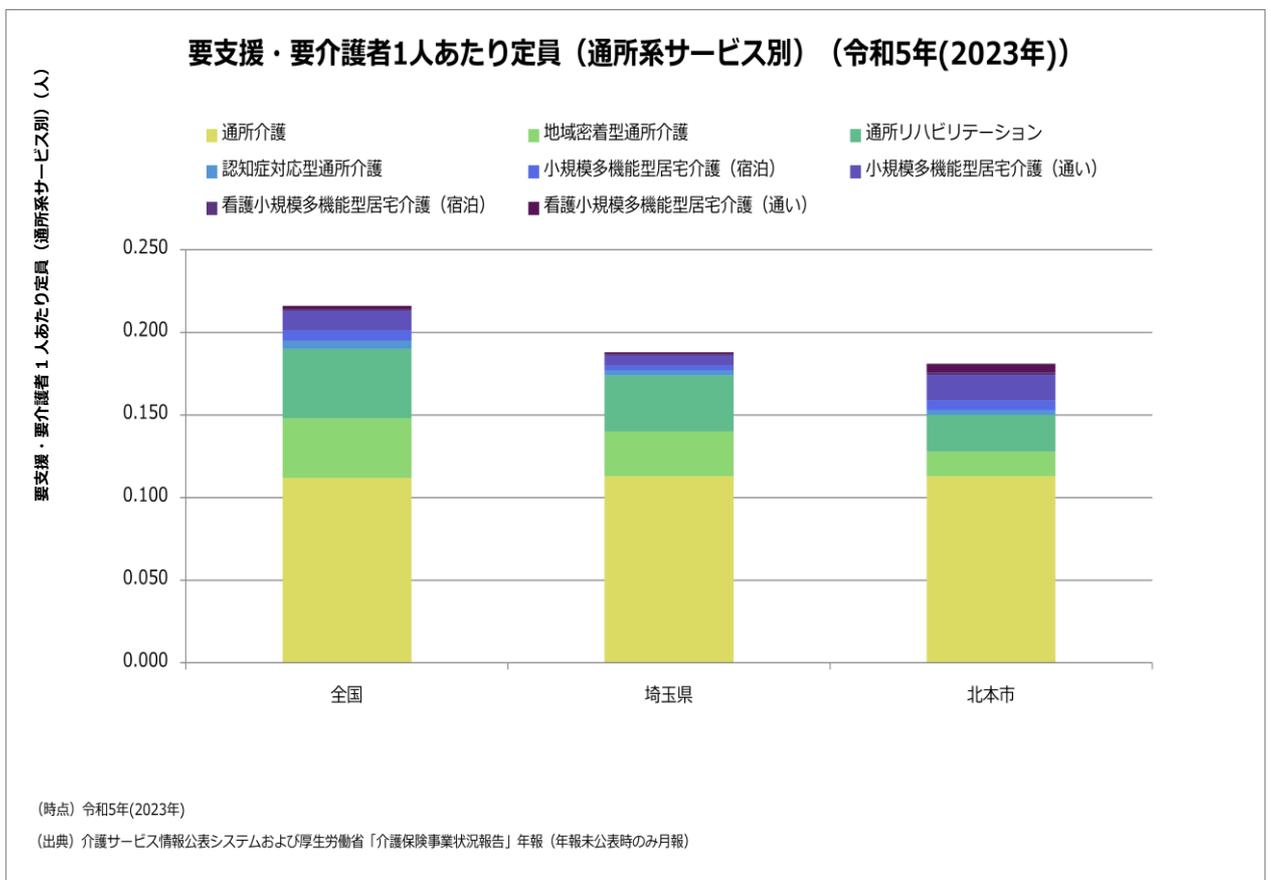
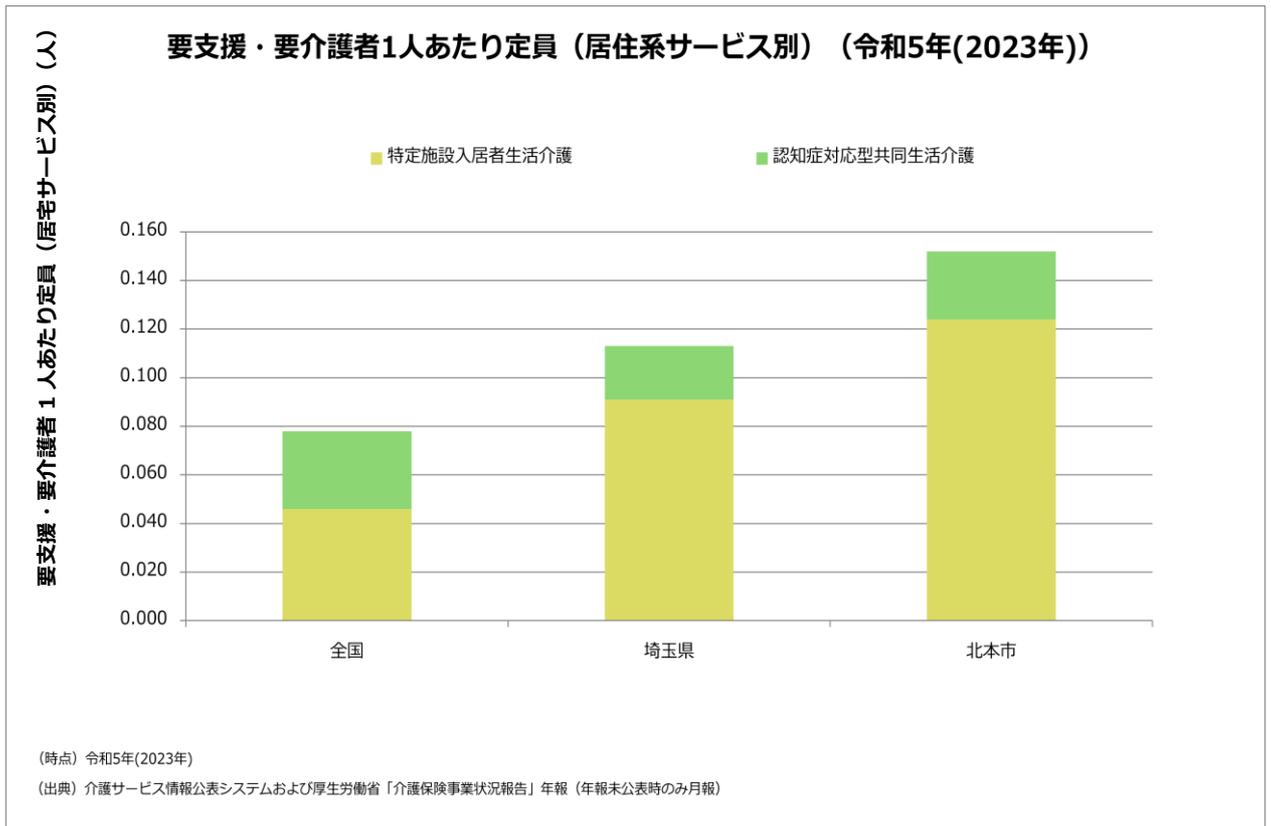
- 中・重度の高齢者は、一般的に軽度の高齢者に比べ、施設・居住系サービスのニーズが高いことが想定されます。本市は、地域における利用者のニーズ、居宅サービスや施設サービスの状況を把握し、将来のサービス量や保険料の水準にどのような影響を与えるのか、施設サービスの必要性を地域住民と一緒に考えていくことが重要と考えます。
- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「看護小規模多機能型居宅介護」等、中・重度者の在宅生活を支えるサービスの充実も考えられます。同時に、地域の介護・看護人材の実情等に応じたサービスの充実について検討することも必要と考えられます。
- 医療機関が介護サービスを代替しているか否かを判断することは困難ですが、長期入院患者の数や属性をデータ化し把握することで、その可能性を探れると考えます。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護等の、医療ニーズの高い高齢者を在宅で支えるためのサービスの充実をより促進していくためにはどうすればいいのか、ケアマネジャーに対する十分な周知や地域の関係者による議論や検討を実施することが必要と考えられます。
- 介護保険サービスが十分ではないなどのために、在宅で高齢者を支えている家族等に、過度な負担がかかっていないかも検証すべき視点と考えます。
- 高齢者や高齢者の家族などへの介護保険制度の十分な周知、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護等の要介護者の在宅生活を支えるサービスや、ショートステイ等の介護者のレスパイトの性格を持つサービスの充実や高齢者を介護する者（家族等）への相談支援体制等を強化します。

(3) 「受給者1人あたりの給付月額」(ひと月あたりの給付費)の分析

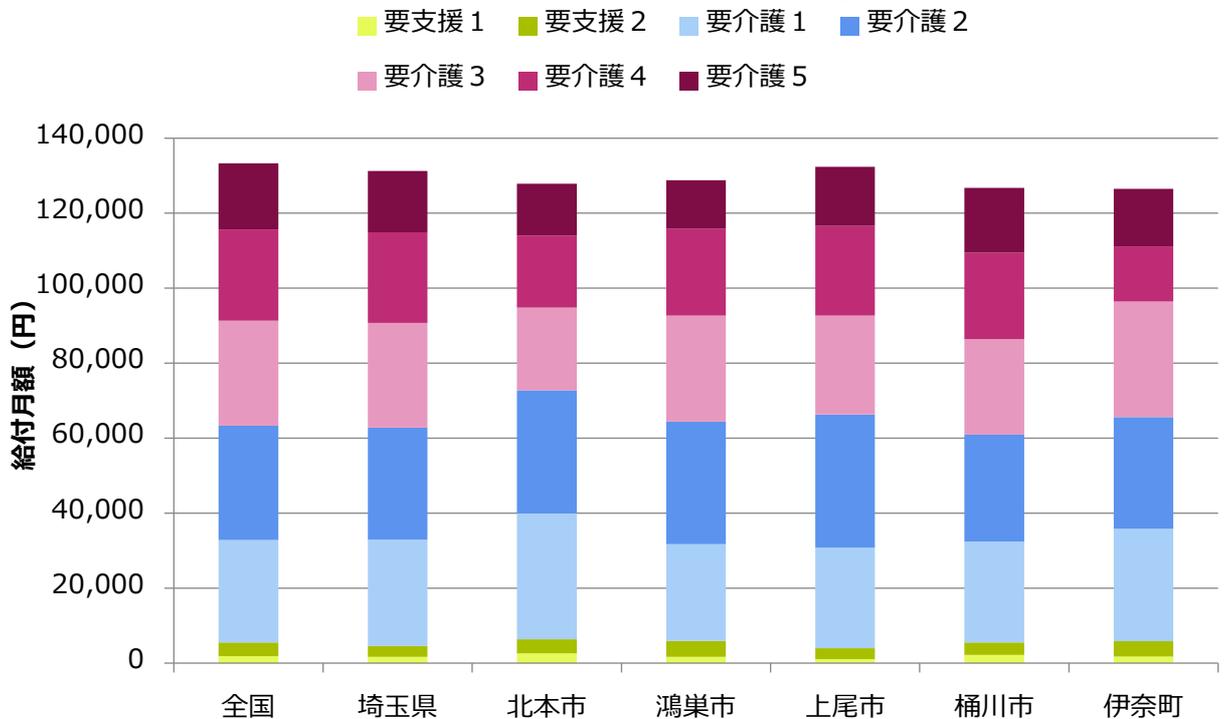
給付費(第1号被保険者1人あたりの給付月額)に関する調整済み指標は、給付費の大小に大きな影響を及ぼす、「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」と「地域区分別単価」の2つの影響を除外した給付費(第1号被保険者1人あたりの給付月額)を意味します。

一般的に、後期高齢者1人あたりの給付費は前期高齢者のそれよりも高くなることわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成の調整に加えて、さらに単位数に一律10円を乗じることにより、それ以外の要素の給付費への影響について、地域間で比較がしやすくなります。





## 受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅および居住系サービス）（令和5年(2023年)）



（時点） 令和5年(2023年)

（出典） 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和4,5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

### 【仮説・分析】

- ① 本市の調整済み第1号保険者1人あたり給付月額（令和3年）は、全国平均や県平均、県央4市1町平均に比べて低い傾向にあります。サービス別の給付月額を比較すると、施設サービスの給付費が全国平均と県平均を上回り、在宅居および住系サービスは下回っています。
- ② 令和5年11月現在の要支援・要介護者1人あたりの定員で、本市が全国平均や県平均を下回る介護保険サービスは、「通所サービス（地域密着型含め）通所サービス」「通所リハビリサービス」となります。
- ③ 令和5年11月現在の要支援・要介護者1人あたりの定員で、本市の施設・居住系サービスの定員は、全国平均や県平均を上回っている状況です。
- ④ 令和5年11月現在の受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅および居住系サービス）では、本市における軽度認定者（要支援1～要介護2）の給付月額が、全国平均や県平均、県央4市1町平均に比べて高い傾向にあります。中・重度認定者（要介護3～要介護5）の給付月額は、低い傾向です。

### 【解決策・計画反映】

- 市は継続して、市内の介護保険サービスが地域内の要介護者のニーズを満たしているのか、長期入院等、医療機関が介護サービスを代替している可能性はないか、高齢者を支える家族等に過度な負担がかかっているかという3つの視点から確認し、介護保険事業計画を策定する必要があります。
- 施設・居住系サービスが在宅サービスを代替しているか否かを判断することは困難ですが、厚生労働省が設置し埼玉県ホームページに掲載されている「介護サービス情報公表システム」でも、地域ごとの施設・事業所数や、利用者の属性等の情報を確認できます。加えて、施設・居住系サービスの利用ケースについて、地域ケア会議等のケース検討の場で、適切なサービス種類の提供となっているか検討しています。
- 区分支給限度基準額に近い費用を必要とするケアプランが必ずしも不適切なものとは限りません。このため、市は単独でケアプランの点検を行うよりも、ケアマネジャー等の専門職と一緒に「どうすれば、利用者の生活の質の向上や自立支援に資するのか」という視点から議論し、介護保険事業計画を策定します。
- 自立支援に資するケアプランを定量的に定義することは困難ですが、市は国保連に対し点検を依頼することで、事業者ごとにケアプランの言わば外れ値、偏りを確認できます。具体的な指標やデータは以下のとおりです。
  - ・1種類サービスによるサービス計画一覧表
  - ・支給限度額一定割合超一覧表
  - ・提供サービス1回あたりの単位数に偏りがある事業所一覧表
  - ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- 指標やデータについて、大きな差がある場合の対応例としては、事業者や地域住民への自立支援に資するケアプランに関する説明および理解の促進や、多職種連携による定期的な地域ケア会議でのケアプランの検証および助言・支援、専門家の派遣、研修の実施、ケアマネジメント強化・ケアマネジャー研修を通して、自立支援に資するケアプランと普及していくことが重要と考えます。特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護等の活用による施設・居住系サービスの利用者を在宅で支えるための体制を、より促進していくためにはどうすればよいのか、ケアマネジャーに対する十分な周知や地域の関係者による議論や検討を継続実施することが必要と考えます。

## 6 地域分析の継続

- ① 令和4年認定率（介護保険事業実績報告月報進捗データ）については、軽度者（要支援1～要介護2）と中・重度者（要介護3～要介護5）とを、全国平均及び県平均に比較した場合に、本市はいずれも低くなっています。しかしながら、本市の高齢独居世帯や高齢夫婦世帯の割合は、全国平均や県平均よりも高い傾向にあるため、急速化する高齢化の対応に合わせた要支援・要介護認定業務の適正化に努めます。
- ② 令和3年受給率（介護保険事業実績報告年報確定データ）については、全国平均に比した場合、本市における施設・居住系受給率と在宅受給率は、いずれも低くなっています。県平均に比した場合は、本市における施設・居住系受給率は高く、在宅系受給率は低くなっています。施設・居住系サービスが在宅サービスを代替していないか、通所・訪問系サービスが不足していないか、関係者や関係機関等で継続的に確認していきます。

- ③ 令和3年「受給者1人あたりの給付月額」（ひと月当たりの給付額）（介護保険事業実績報告年報確定データ）については、全国平均及び県平均に比較した場合には、本市はいずれも低くなっています。これを、令和5年11月現在の在宅および居住系サービスの要支援・要介護度別給付月額に照らした場合、本市では、軽度認定者（要支援1～要介護2）の給付割合が全国平均及び県平均より高く、重度認定者（要介護3～要介護5）の給付割合が低くなっています。

また、施設・居住系サービスの定員割合については、全国平均及び県平均よりも高く、居住系サービスの定員割合については、主に通所系サービスが低くなっています。

今後、軽度者が中・重度者に移行することを見据えて、自立支援に見合うケアプランが作成されているか、特定事業所において、区分支給限度基準額に占める給付額の割合に偏りがいないか等の確認をしていきます。