

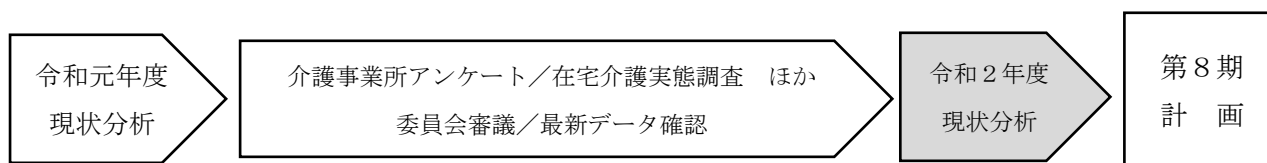
## 地域包括ケア「見える化」システムを活用した分析と課題把握について

- 1 背景
  - 2 概要
    - (1) 認定状況について
      - ① 調整済み認定率の経年変化（平成 25 年度～令和元年度）
      - ② 調整済み軽度認定率の経年変化（平成 25 年度～令和元年度）
    - (2) 受給率の状況について
      - ① 受給率の経年変化（平成 28 年度～令和元年度）
    - (3) サービス種別の状況について
      - ① 訪問介護
      - ② 訪問リハビリテーション
      - ③ 通所リハビリテーション
      - ④ 短期入所生活介護
      - ⑤ 定期巡回・随時対応型訪問介護
      - ⑥ 小規模多機能型居宅介護
      - ⑦ 認知症対応型通所介護／認知症対応型共同生活介護
- (別添) 詳細資料

### 1 背景

地域包括ケア「見える化」システムとは、厚生労働省が提供する、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ある。都道府県・市町村の介護保険事業に係るデータが一元化され、地域間比較等による現状分析や、他の自治体の取組事例等の参照ができることから、各自治体における課題の抽出や施策の検討への活用が期待されている。

本市では、第7期計画の推進に当たり、このシステムを活用し、定期的に現状把握、県・全国との比較による地域分析及びその要因（仮説）分析を行ってきた。第8期おだわら高齢者福祉介護計画の策定に当たっても、当該手法により、分析を検証し、施策形成に活用する。

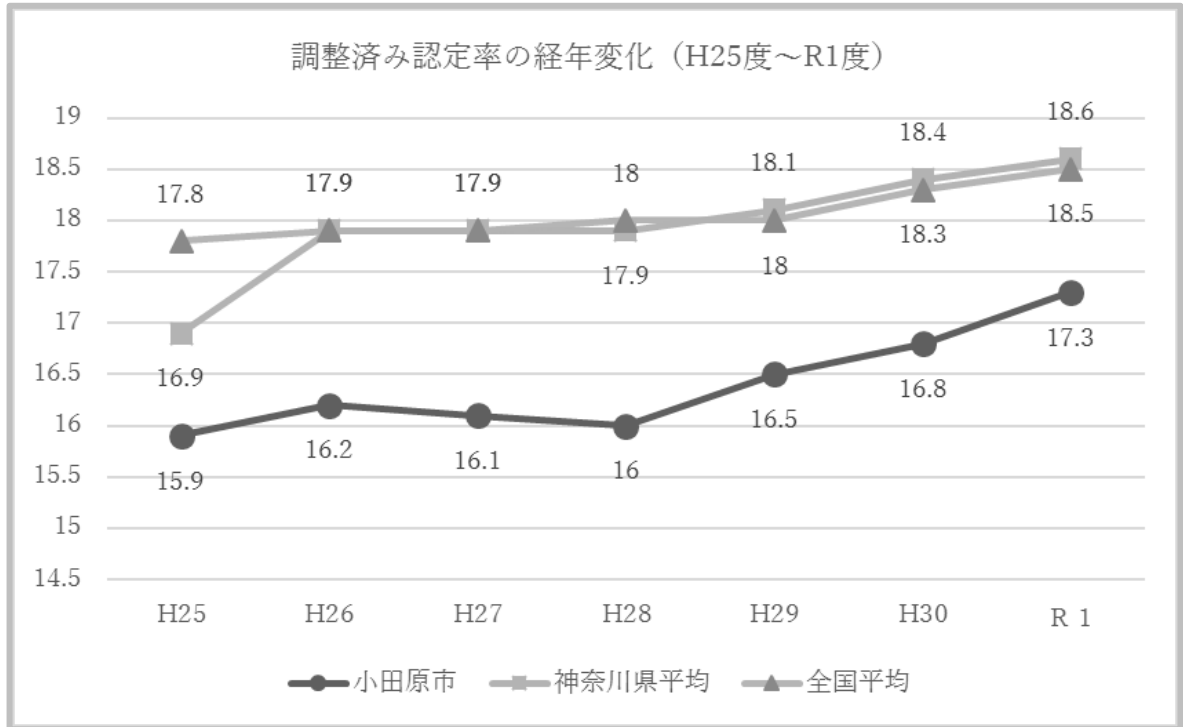


## 2 概要

### (1) 認定状況について

#### ① 調整済み認定率の経年変化（平成 25 年度～令和元年度）

※「調整済み認定率」とは、「どの地域も全国平均と全く同じ第 1 号被保険者の性・年齢構成である」と仮定して計算した認定率を意味する。



全国平均等との比較	調整済み認定率とも全国平均、神奈川県平均よりも低いが、近年の推移は大きく上昇している。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	<p>①地域包括支援センターの増設（8→12か所）を踏まえ、7期計画期間中に行った地域包括支援センターリーフレットの全戸配布により、介護保険の認知度が高まりつつあるが、まだ周知不足な点があるのではないかと。</p> <p>②住民特性として、健康状態の急な悪化により、介護ではなく医療で支援を受ける傾向があるのではないかと。</p> <p>③介護認定審査会の判定が他市と乖離していないかと。</p>
仮説の確認・検証方法	<p>①地域包括支援センターの認知度と同規模人口及び高齢化率の他市の認定率等を確認する。</p> <p>②第2期データヘルス計画（平成30年3月）、小田原市健康増進計画中間評価（平成30年3月）を確認する。</p> <p>③「要介護認定適正化事業業務分析データ」を確認する。</p>
問題を解決するための対応策	①-1自治会の協力を得て実施した地域包括支援センターリーフレットの全戸配布による周知や令和元年10月に開始した土曜日開所に伴う利便性の向上により、 <b>地域包括支援</b>

センターの認知度は上がっていると考え。実際、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」において、地域包括支援センターの認知度は、平成 28 年度と令和元年度調査結果を比較すると、「業務内容を大体知っている」、「業務内容を少し知っている」と回答した割合が、**7.1 ポイント伸びている**。また、同規模人口及び高齢化率の他市の認定率の推移より、本市の推移の方が上昇していることから、**制度周知に関する施策に一定の効果があったと評価できる**。

- ①-2 本市における「高齢者を含む世帯」の割合が県及び全国の数値より高い特徴を考慮し、**地域包括支援センターの利用方法についての理解を深め、実際の利用につながるような周知方法を検討し、進める必要がある**。

また、**地域包括支援センターの職員一人ひとりが専門性を十分に発揮できるよう、研修等の体制を整備し、対応力の底上げを行うことで、「支援を必要とされる方が的確に地域包括支援センターにつながるような体制」を整備していくことが必要である**。

- ②本市の**死因の内訳は心疾患・脳血管疾患が県や全国より高く、特定健診受診率は県や全国よりも低い**ため、高齢期になると急激に健康状態が悪化する可能性がある。重篤な状態になる前に医療・介護サービスの利用に繋がられるよう、医療保険や健康づくりの関係部署との情報共有や連携を図り、**保健事業と介護予防の一体的な実施の推進を検討する**。

- ③平成 30 年度業務分析データの結果から、本市の一次判定から二次判定までの重度変更の割合が、全国平均より約 3 倍多いことや、合議体ごとの審査基準にばらつきがあることがわかった。この結果について、審査会委員と情報を共有した。また重度・軽度の変更率が高い保険者に対しアンケート調査を実施し、本市の重度変更率が高くなる要因について検証した。**本市は、一次判定が非該当、要支援 2 以下の割合が高く特記事項が充実していることから重度変更の割合が高くなる傾向となると考えられる**。

直近の令和元年度業務分析データでは、本市の一次判定から二次判定での重度変更の割合は、全国平均 8.7%に対し、**23.5%と、2.7 倍に上る**。うち、一次判定が非該当のうち重度変更した割合は、全国平均 68.8%に対して本市は、**91.5%と多い**。

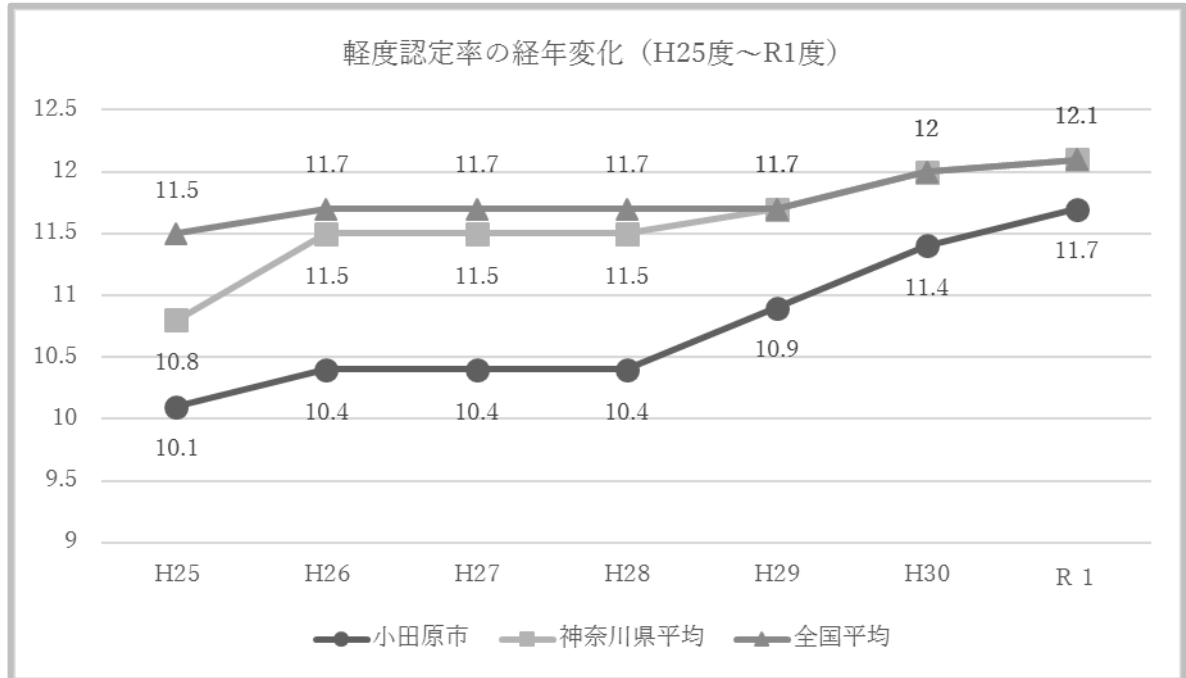
合議体別でも重度変更の割合は、もっとも割合の高い合議

体が 50%、もっとも低い合議体が 14%と、**3.5 倍の開きがあることから、審査会委員の研修の実施など合議体ごとの審査基準の平準化を図る必要があると考えられる。**

## ② 調整済み軽度認定率の経年変化（平成 25 年度～令和元年度）

※「軽度認定率」とは、要支援 1～要介護 2 の認定者の人数／第 1 号被保険者の人数を意味する。

※「調整済み軽度認定率」とは、「どの地域も全国平均と全く同じ第 1 号被保険者の性・年齢構成である」と仮定して計算した軽度認定率を意味する。



全国平均等との比較	調整済軽度認定率が、県平均・全国平均と比べると近年大きく上昇している。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	①認定調査員の判断基準に差はないか。 ②介護認定審査会の判定が他市と乖離していないか。
仮説の確認・検証方法	①「要介護認定適正化事業業務分析データ」において、本市と他市の一次判定結果を比較する。 ②「要介護認定適正化事業業務分析データ」において、本市と他市の二次判定結果を比較する。本市における合議体ごとの判定傾向を分析する。
問題を解決するための対応策	①平成 30 年度業務分析データの結果から、本市の一次判定結果は、他市よりも「全体的に軽度に偏る傾向があること」が分かっており、その後、個別調査項目ごとの結果や調査結果の適切性を確認した。調査員と情報共有のうえ、研修を実施し、分析した結果、 <b>調査員間の項目に対する基準や解釈のずれが認められた。</b> 令和元年度業務分析データは、本市の一次判定における「非該当」が占める割合は全国平均 2.2%に対して 7.4%と、3.4 倍に上る。

また、要支援1・2は全国平均27.5%に対して本市は、26.8%であるが、**要支援1だけを見ると全国平均より多くなっている**。要介護1～5は全国平均70.3%に対して本市は65.8%と少なく、**全体的に軽度に偏る傾向がある**。

**今後は調査員間での基準や解釈のずれをなくす取組が必要である。**

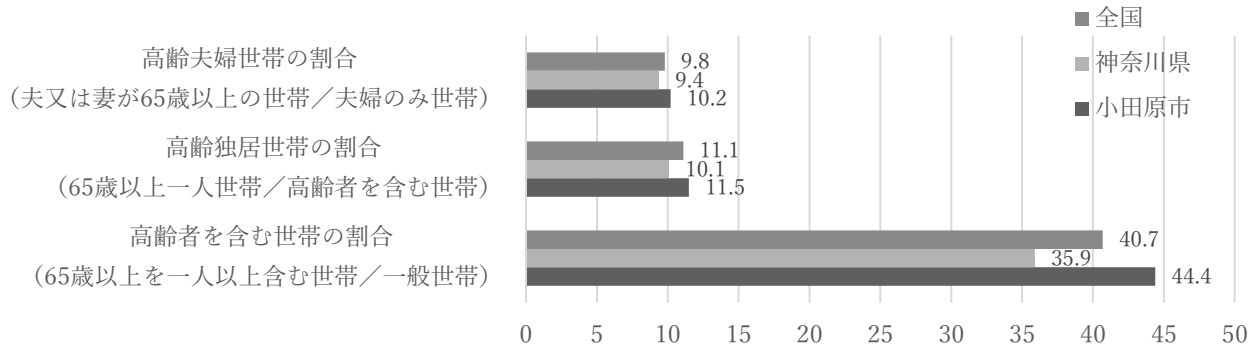
- ②平成30年度業務分析データの結果から、本市の一次判定から二次判定までの重度変更の割合が、全国平均より約3倍多いことや、合議体ごとの審査基準にばらつきがあることがわかった。この結果について、審査会委員と情報を共有した。また重度・軽度の変更率が高い保険者に対しアンケート調査を実施し、本市の重度変更率が高くなる要因について検証した。**本市は、一次判定が非該当、要支援2以下の割合が高く特記事項が充実していることから重度変更の割合が高くなる傾向となると考えられる。**

直近の令和元年度業務分析データでは、本市の一次判定から二次判定での重度変更の割合は、全国平均8.7%に対し、23.5%と、**2.7倍**に上る。うち、一次判定が非該当のうち重度変更した割合は、全国平均68.8%に対して本市は、**91.5%と多い**。

合議体別でも重度変更の割合は、もっとも割合の高い合議体が50%、もっとも低い合議体が14%と、**3.5倍の開きがあることから、審査会委員の研修の実施など合議体ごとの審査基準の平準化を図る必要があると考えられる。**

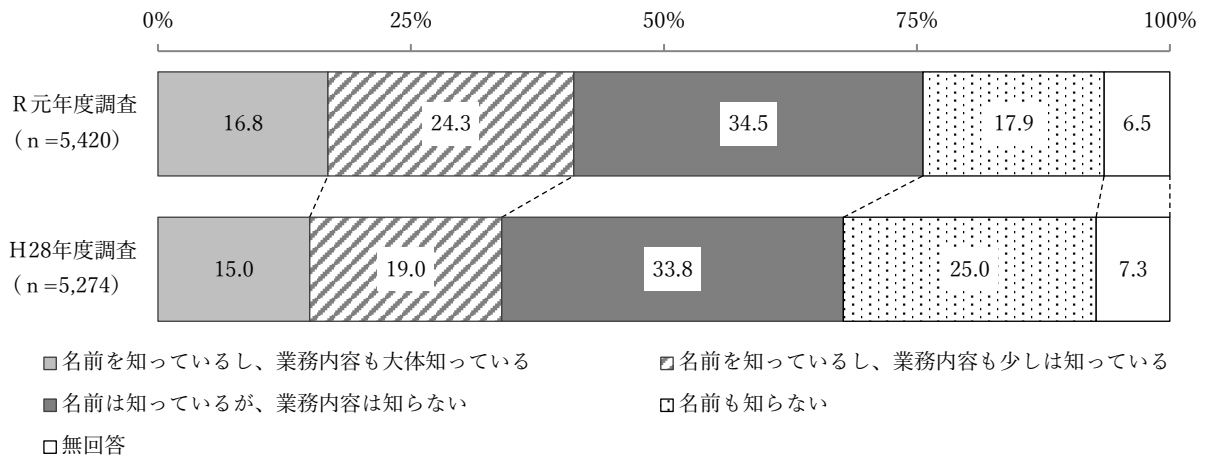
【検証データ】

1 世帯状況の比較（平成27年国勢調査）（%）



2 地域包括支援センターの認知度（%）

（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）

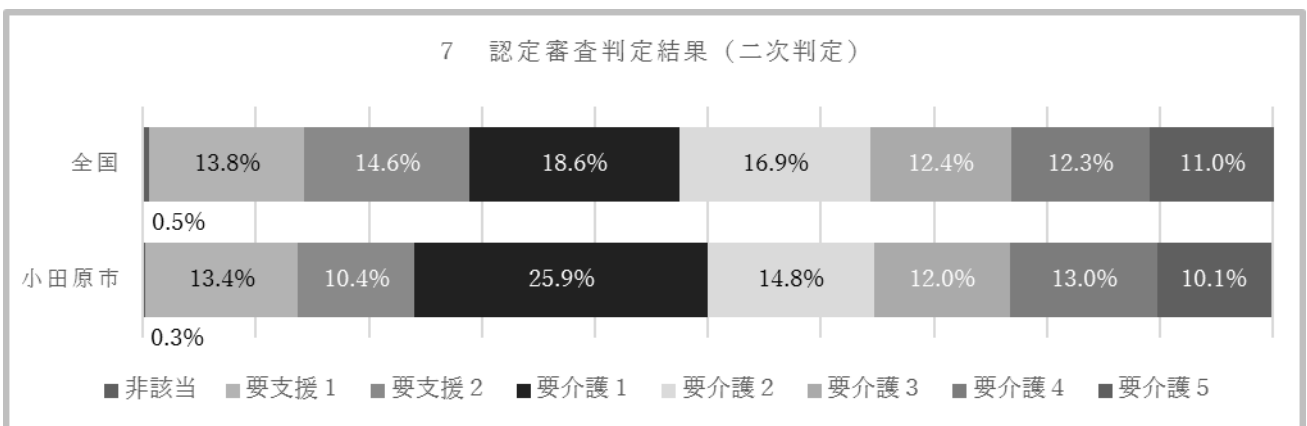
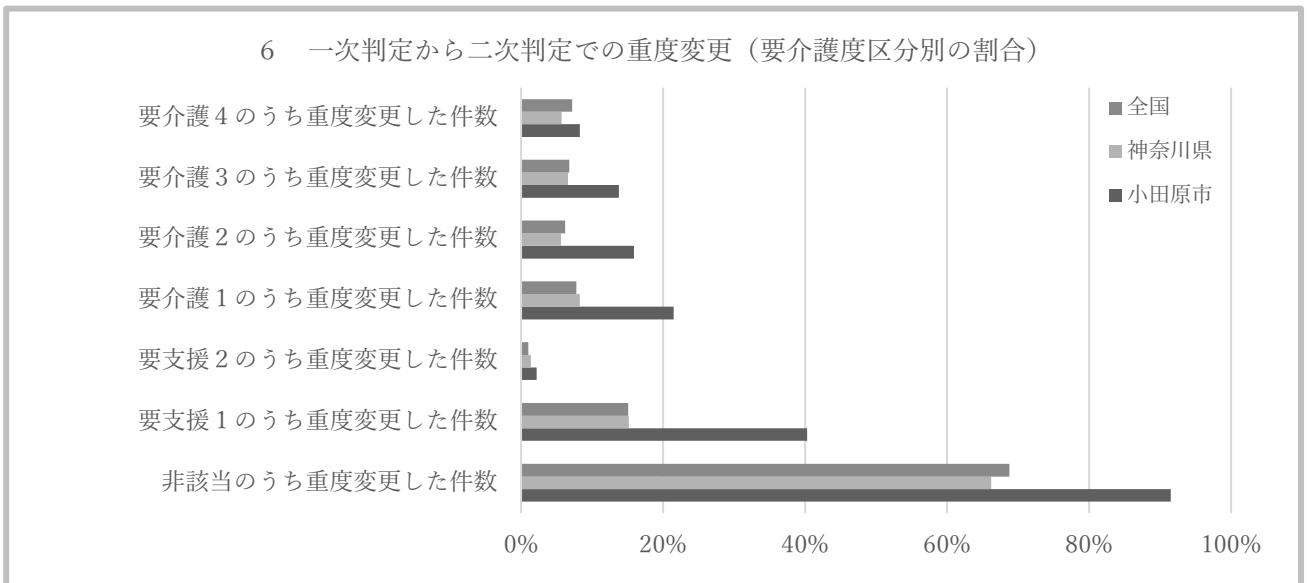
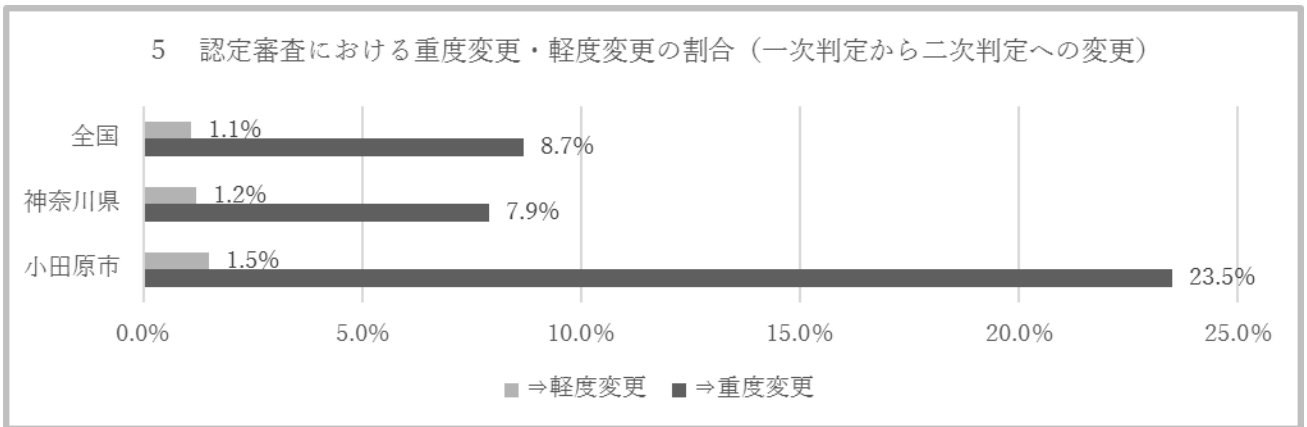
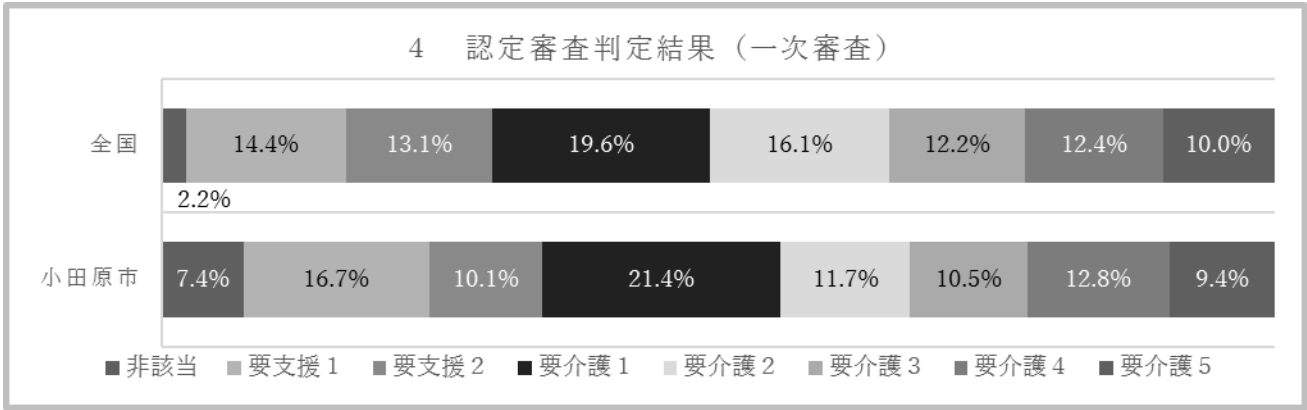


3 同規模人口及び高齢化率の他市の認定率との比較（令和元年度時点）

		小田原市	A市	B市	C市
総人口	(人)	189,266	190,261	190,148	187,910
高齢者数	(人)	56,318	55,168	52,315	55,718
高齢化率	(%)	29.8	29.0	27.5	29.7
認定率（平成30年度）	(%)	16.4	20.0	20.7	19.5
認定率（令和元年度）	(%)	17	19.9	20.6	19.5

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報

(以下、4～7：令和元年度業務分析データ)





8 県内19市中の国民健康保険加入者一人当たり診療費の推移（第2期データヘルス計画（平成30年4月））

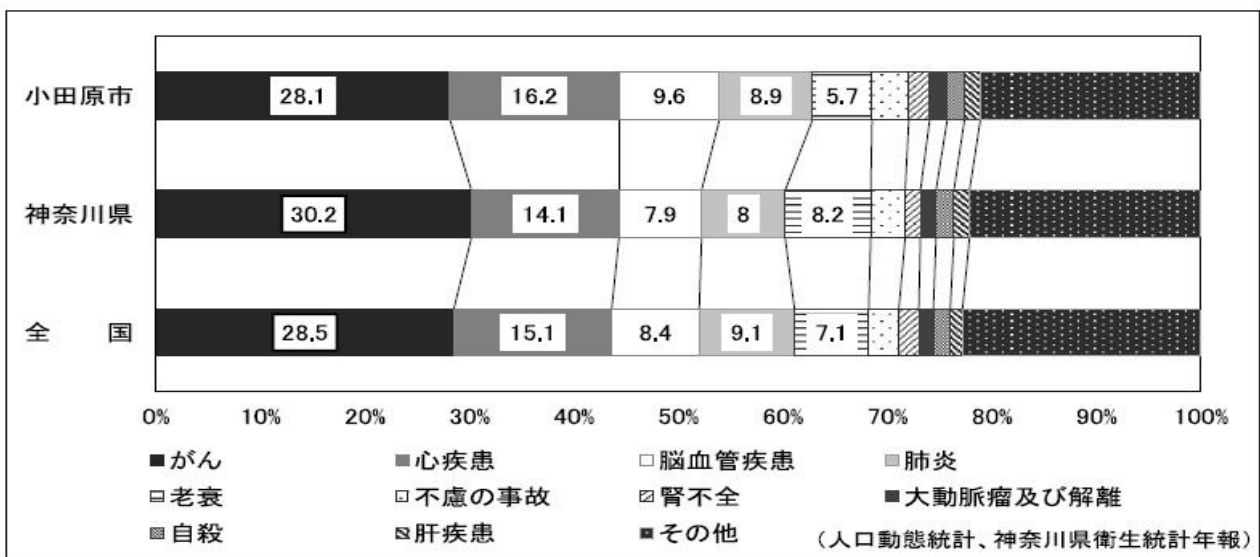
	平成24年度	順位	平成25年度	順位	平成26年度	順位	平成27年度	順位	平成28年度	順位
一般被保険者	247,071	1	248,378	2	261,440	1	269,293	1	271,425	3
県平均	225,839	-	232,751	-	240,746	-	249,984	-	255,589	-
退職被保険者	306,248	5	309,715	5	300,929	7	271,746	16	290,999	13
県平均	286,554	-	281,270	-	284,067	-	301,866	-	302,328	-

※順位は県内19市中の高額な方からの順位となる。

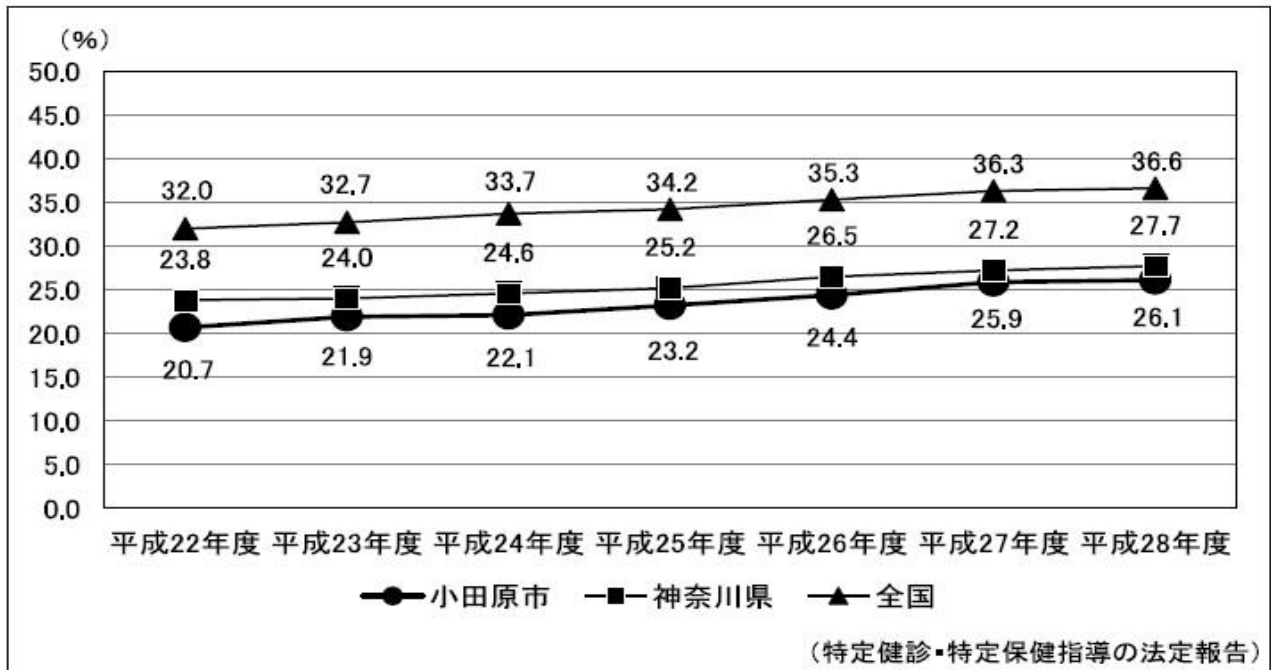
※退職被保険者とは退職被保険者医療保険制度を意味し、被用者保険に加入されていた方が多い。

※調剤、食事療養費及び訪問看護療養費を除く。

9 死因の内訳（小田原健康増進計画中間評価（平成30年3月））

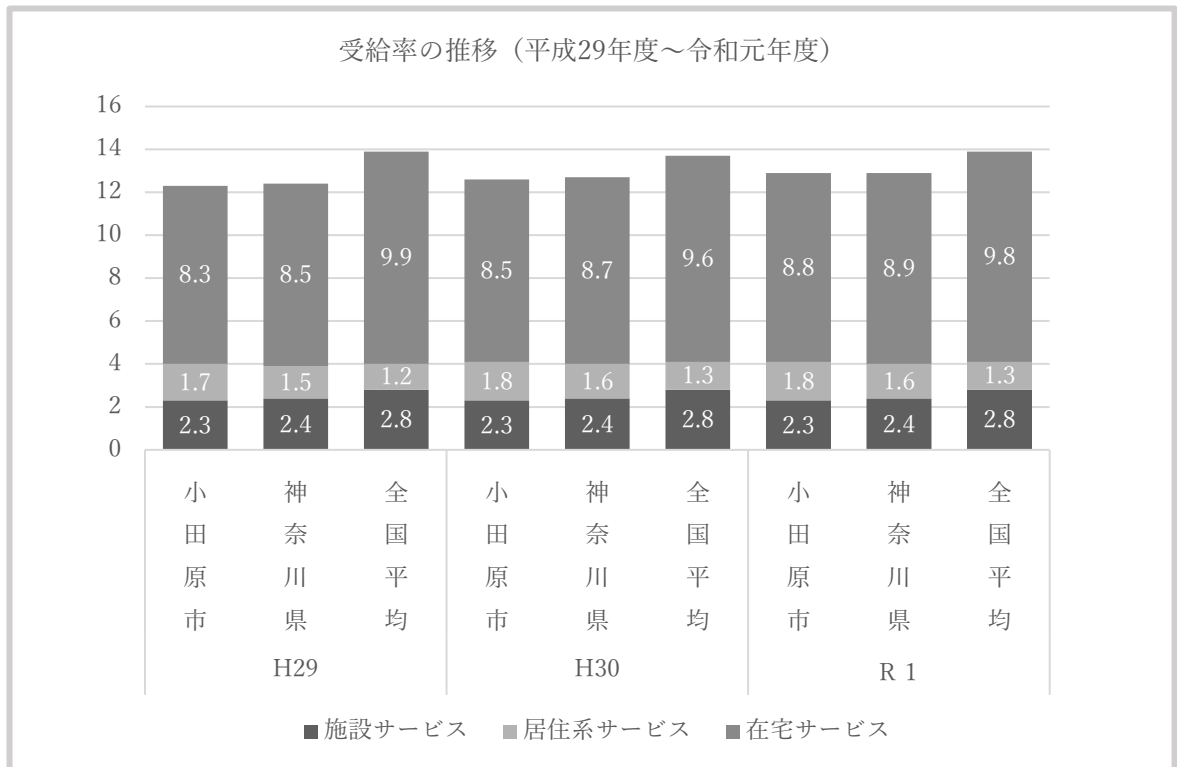


10 特定健康診査受診率（小田原健康増進計画中間評価（平成30年3月））



## (2) 受給率の状況について

※受給率とは、(各サービス利用者の年間の総和/第1号被保険者の人数) / 12か月を意味する。



全国平均等との比較	<ul style="list-style-type: none"> <li>①施設サービスの受給率が全国平均より各年 0.5 ポイント低い。</li> <li>②居住系サービスの受給率が全国平均より各年 0.5 ポイント高い。</li> <li>③令和元年以降、在宅サービスの受給率が全国平均より 1 ポイント低い。</li> </ul>
全国的等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	<ul style="list-style-type: none"> <li>①要支援・要介護 1 人当たりの定員を考えると需要をおおむね満たす供給状況となっているのではないか。</li> <li>②特定施設入居者生活介護が供給過剰ではないか。</li> <li>③在宅サービスの受け皿が不足しているのではないか。</li> </ul>
仮説の確認・検証方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>①②要支援・要介護者 1 人当たりの定員を確認。事業所アンケート結果を確認。要支援・要介護認定者の有病状況の確認。</li> <li>③他市のデータを確認。事業所アンケートを確認。</li> </ul>
問題を解決するための対応策 (理想像)	<ul style="list-style-type: none"> <li>①-1 施設サービスの要支援・要介護 1 人当たりの定員 (令和元年度) は、全国値と大きな乖離は見られない。事業所アンケートにおける介護老人福祉施設の需要状況では、66.7%が「需要は供給体制と概ね均衡している」と回答し、22.2%が「需要は供給体制を下回っている」と回答してい</li> </ul>

ることから、**第7期計画中の100床の整備を踏まえると、第8期計画中の整備の必要性は少ないと考える。**

①-2 第8期計画中に、「介護老人保健施設」または「介護医療院」の整備を検討する。

**【介護老人保健施設】**

介護老人保健施設は、入所者が自立した日常生活を営むことができるようにする「**在宅ケア支援**」と、居宅における生活への復帰を目指す「**在宅復帰**」が目的の施設である。本市では、第5期計画以降整備しておらず、直近の利用率は、95%前後を推移しているのに対し、事業所アンケートでは、「需要は供給を大きく上回っている」、「需要は供給をやや上回っている」と回答した事業所は約40%である。

当該施設は、「在宅ケア支援」及び「在宅復帰」が役割であり、高齢化の進行に伴い増加する**在宅介護の拠点としての機能が期待されている。今後の要介護認定者の増加や需要を考慮し、整備について検討する。**

**【介護医療院】**

介護医療院は、「**長期療養のための医療**」と「**日常生活上の世話（介護）**」を一体的に提供する施設として、平成29年度の法改正で新たに設けられた施設である。

令和元年度の要支援・要介護認定者の有病状況から、国や県、同規模保険者と比較して**本市の有病状況は全体的に高い傾向**があり、今後、脳血管疾患に伴い要介護状態になる高齢者や高血圧、糖尿病などの慢性疾患を持つ高齢者の増加が想定できる。

また、**本市に当該施設が整備されていない状況で、平成30年度は月平均2名の利用者に対し、令和元年度は月平均33名の利用者**と増加傾向である。以上のことから、**第8期計画中の医療管理や生活の支援を担う介護医療院の整備を検討する。**

介護医療院を整備する場合、介護老人保健施設の抱える課題の一つである「入所者の長期滞在」が解消され、在宅復帰支援という本来の機能が高まることも期待できると考える。

② 特定施設入所者生活介護の要支援者・要介護者1人当たりの定員（令和元年度）は、全国平均に対し、本市は約3倍の定員がある。事業所アンケートでも、約60%の施設が「需要は供給体制と概ね均衡している」と回答しており、充足し

ている状況がうかがえる。しかし、高齢化の進行とともに当該サービスのニーズの上昇が予想されるため、ケアプラン点検や実地指導等を通じて、**介護ニーズの受け皿としての役割を果たせるよう、サービスの質の向上を図る必要はあると考えられる。**

- ③他市においても同様の乖離が見られる。事業所アンケートでは「需要は供給を上回っている」との回答が多かったことから、「**認知症共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護**」の充実を検討する。また、増加傾向にある軽度者を中心に、自立支援ケアマネジメントの推進やケアプラン点検事業を通じて、要介護状態の改善を目指していく。

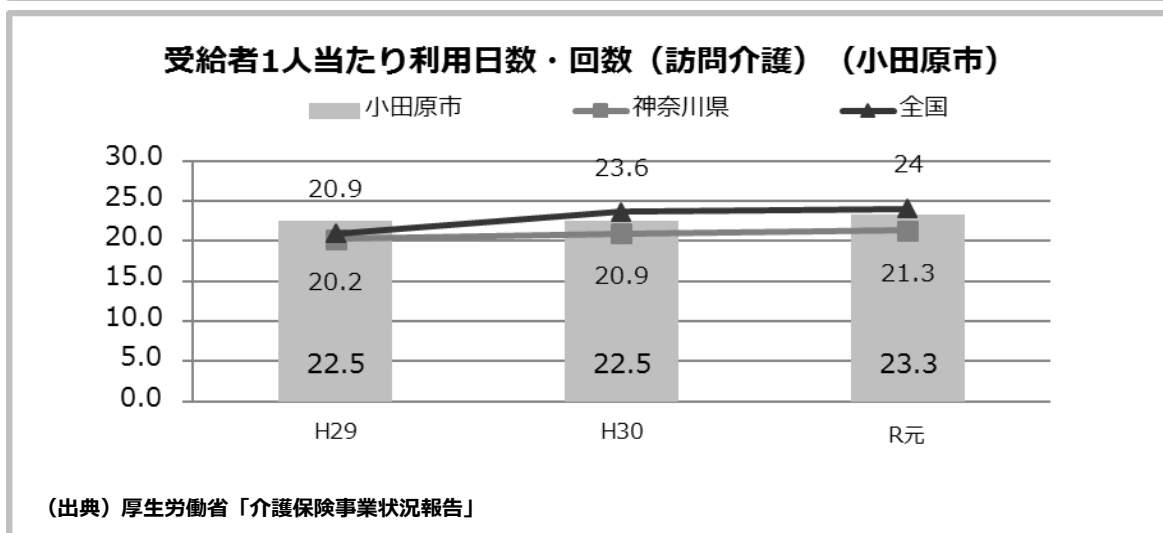
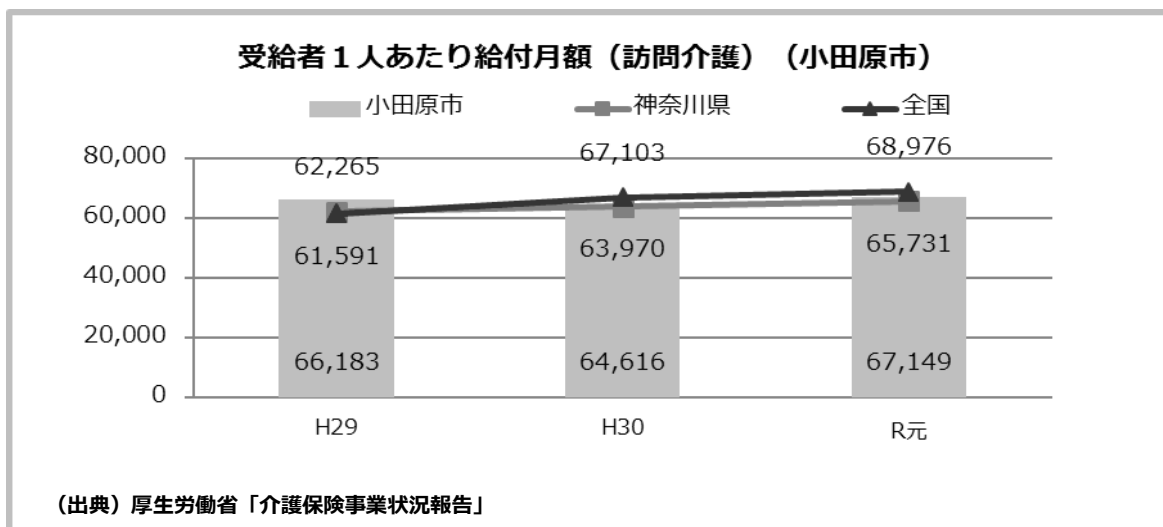
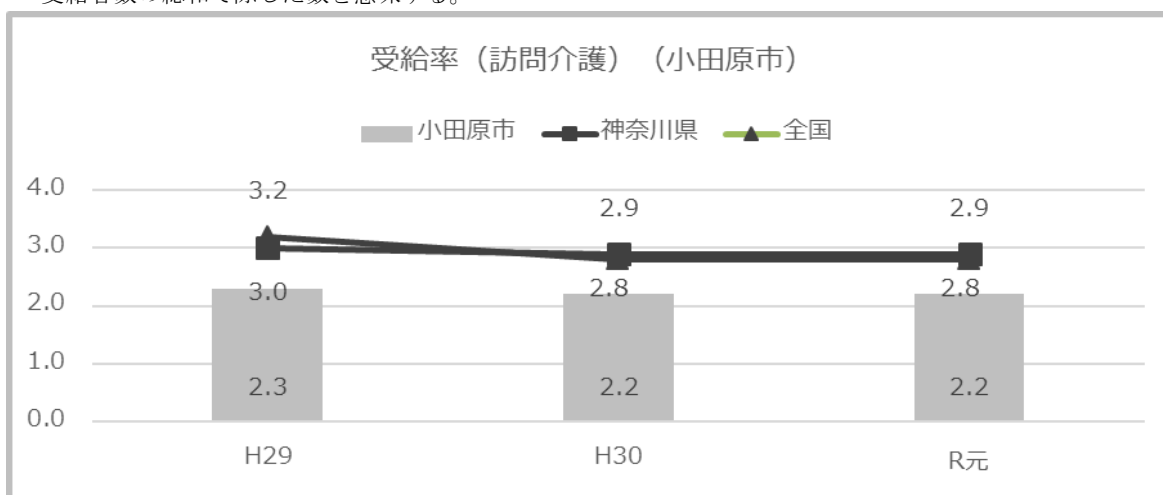
### (3) サービス種別の状況について

#### ①訪問介護

※「受給率（訪問介護）」は、訪問介護の受給者数の最新月までの総和を第1号被保険者数で除した後、当該年度の月数で除した数を意味する。

※「受給者1人あたり給付月額（訪問介護）」は、訪問介護の給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

※「受給者1人当たり利用日数・回数（訪問介護）」は、訪問介護が利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。



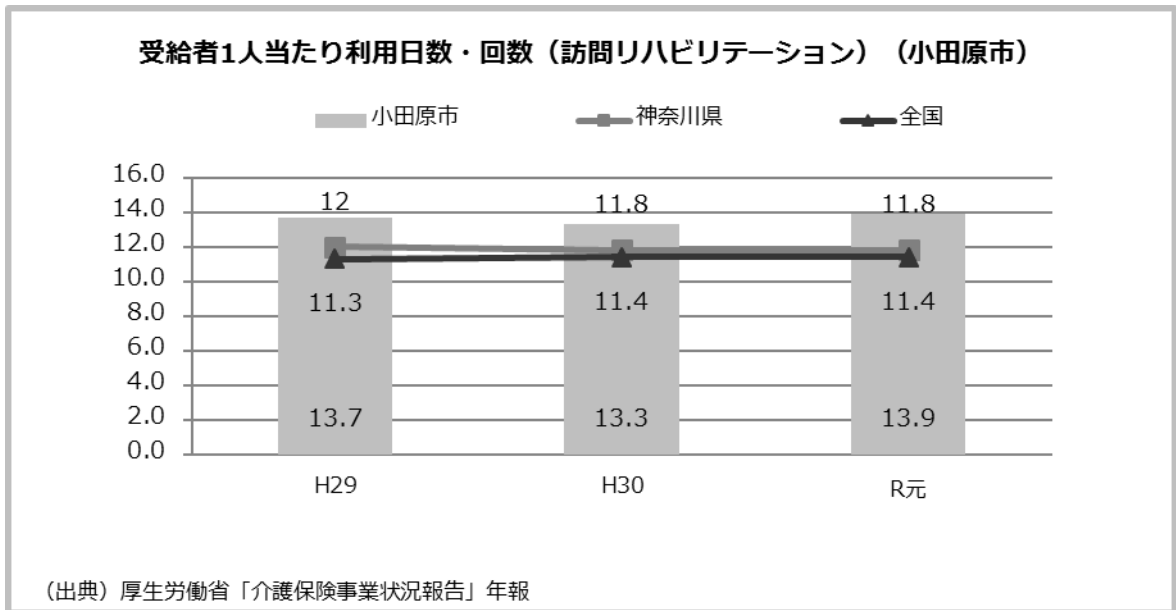
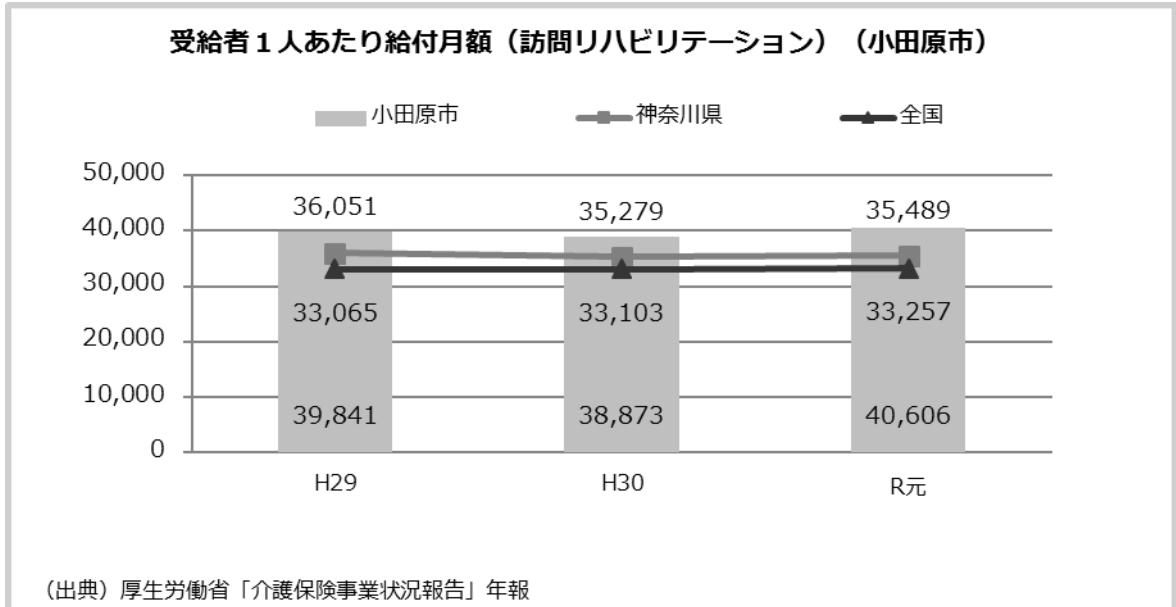
<p>全国平均等との比較</p>	<p>①受給率は、県平均、全国平均より低い。          ②受給者1人あたり給付月額、全国より低く、県平均より高く、直近の数値が増加している。          ③受給者1人あたり利用日数・回数は、全国より低く、県平均より高く、直近の数値が増加している。</p>
<p>全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等  <b>【仮説の設定】</b></p>	<p>①近年、本市の認定者数は、増加しているが、直近の受給率が横ばいなのは、サービスの供給量が十分とはいえないのではないか。          ②③受給率が横ばいの状況下で、「給付月額」、「利用日数・回数」が増加しているということは、過剰なサービス提供されているのではないか。</p>
<p>仮説の確認・検証方法</p>	<p>①事業所アンケートの結果を確認。          ②国保連合会介護給付適正化システムを用いて、本市におけるサービス利用の特徴を確認する。</p>
<p>問題を解決するための対応策（理想像）</p>	<p>①事業所アンケートでは、35%の訪問介護事業所が「需要は供給を大きく上回っている」または「需要は供給をすこし上回っている」と回答しており、約40%の市内事業所が、「今後充実が必要と思われるサービス」に挙げている。          当該サービスの利用者の約60%が軽度認定者であり、近年、軽度認定者が増加していることから、<b>高齢化の進行に伴い供給不足となる可能性が高いと考えられる。</b>          当該サービスは、「<b>総量規制の対象外事業所</b>」であり、<b>計画的な整備ができないため、今後の動向を把握しながら、当該サービスの一部を補完する地域密着型訪問系サービスを整備する必要性が高いと考えられる。</b>          また、介護予防・日常生活支援総合事業において提供されている訪問型サービスについては、国基準訪問型サービスによるサービス提供が大部分であるが、今後さらなる介護人材不足が予想されることから、令和2年度から<b>新たな担い手の確保を目的に、国基準訪問型サービス事業所は、緩和した人員配置が可能な基準緩和訪問型サービスも併せた指定とし、基準緩和訪問型サービスの提供体制の強化を図った。</b>          今後、上記に記載した提供体制や介護予防・日常生活支援総合事業全体の強化を図る。          ②国保連合会介護給付適正化システムから、訪問介護の受給状況にかかる他市町村との乖離状況を確認することはできなかった。本市における当該サービスを利用している<b>主な受給者は、要介護1・2</b>であり、今後重度化するリスクの高</p>

い利用者である。その**重度化リスクを軽減**するためにも、**今現在提供されているサービスが「自立支援に資するケアプラン・サービス計画であるか」という視点は重要であるため、ケアプラン点検事業や実地指導等で確認していきたい。**

## ② 訪問リハビリテーション

※「受給者1人あたり給付月額（訪問リハビリテーション）」は、訪問リハビリテーションの給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

※「受給者1人あたり利用日数・回数（訪問リハビリテーション）」は、訪問リハビリテーションが利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。



全国平均等との比較	訪問リハビリの受給者1人あたり給付月額及び利用日数・利用回数が県平均・全国平均を上回っている。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等【仮説の設定】	①事業所数が他市よりも多いのではないかと。 ②適切な利用水準を超えたサービス提供になっているのではないかと。

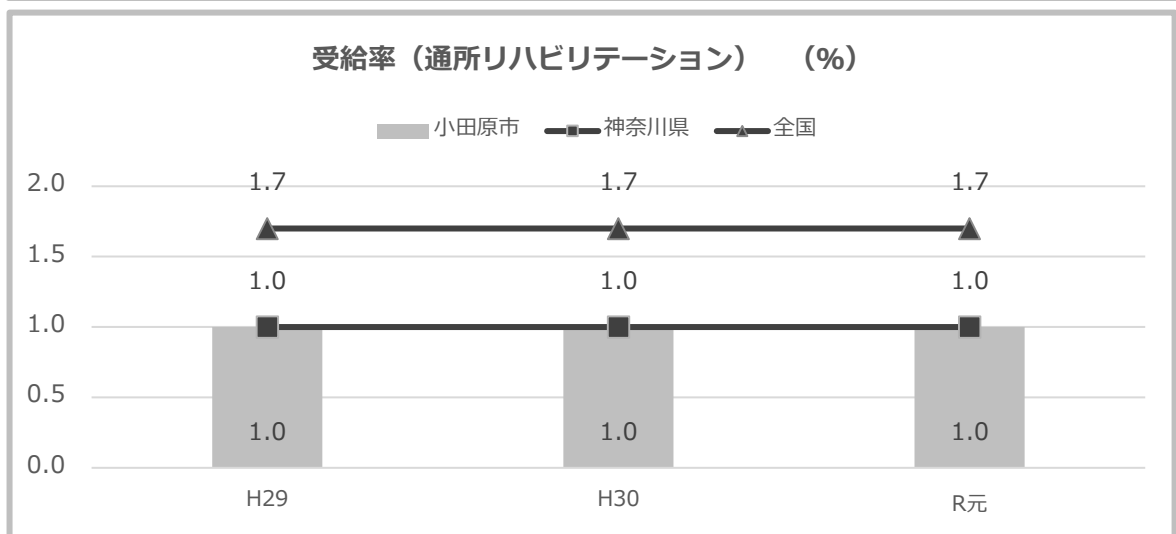
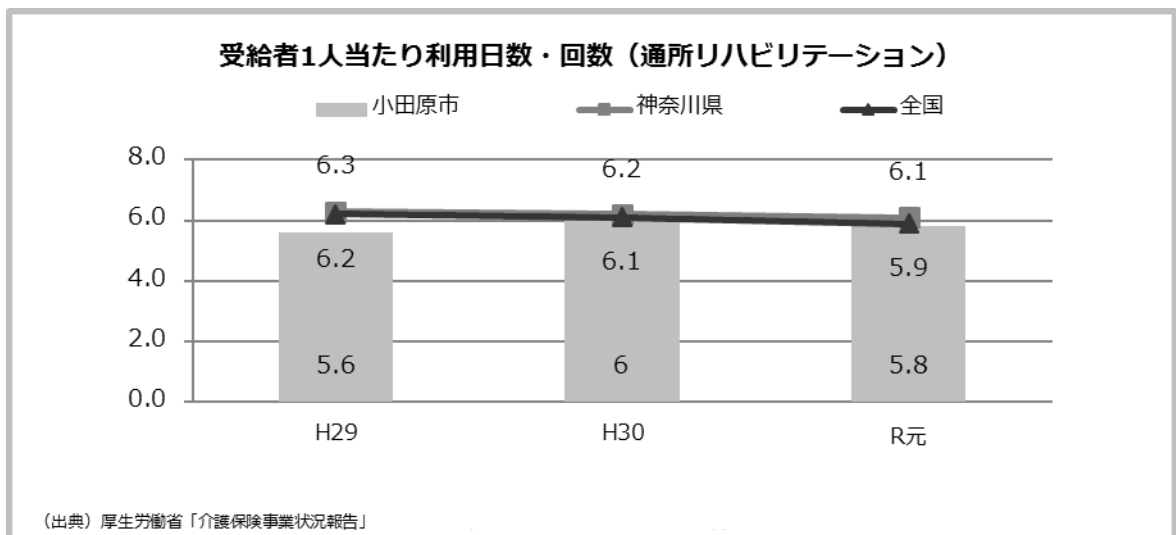
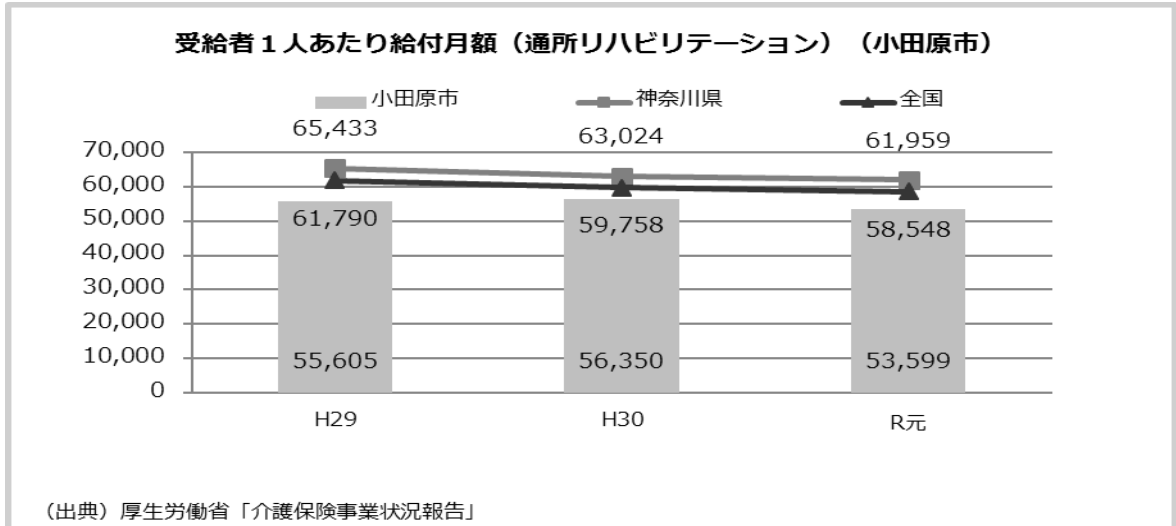


<p>仮説の確認・検証方法</p>	<p>①見える化システム指標（指標 K3-d サービス提供事業所数（訪問リハビリテーション））を県平均、全国平均と比較。 ※人口 10 万人あたりのサービス提供事業所数を把握することができる指標</p> <p>②国保連合会介護給付適正化システムを用いて、本市におけるサービス利用の特徴を確認する。</p> <p>③事業所アンケートの結果を確認。</p>
<p>問題を解決するための対応策（理想像）</p>	<p>本市の事業所数は、全国平均より少なく、県平均より多い結果であり、受給率は、全国平均より少なく、県平均と同数値であった。また、国保連合会介護給付適正化システムから、本市におけるサービス利用の特徴は以下のとおりであることがわかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用者の介護度が全国平均より軽い。</li> <li>・1人当たりの単位数が全国平均より多い。</li> </ul> <p>以上の結果から、軽度認定者に対するサービス提供が過度となっている可能性が高いと考えられる。</p> <p>この結果を踏まえ、ケアプラン点検事業や実地指導等で、<b>現在の利用水準が適正か確認し、介護支援専門員及び訪問リハビリテーション事業所に対し指導等を実施していきたい。</b></p> <p>また、<b>利用水準が適正であった場合、医療ニーズへの対応について検討していく。</b></p>

### ③ 通所リハビリテーション

※「受給者1人あたり給付月額（通所リハビリテーション）」は、通所リハビリテーションの給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

※「受給者1人当たり利用日数・回数（通所リハビリテーション）」は、通所リハビリテーションが利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

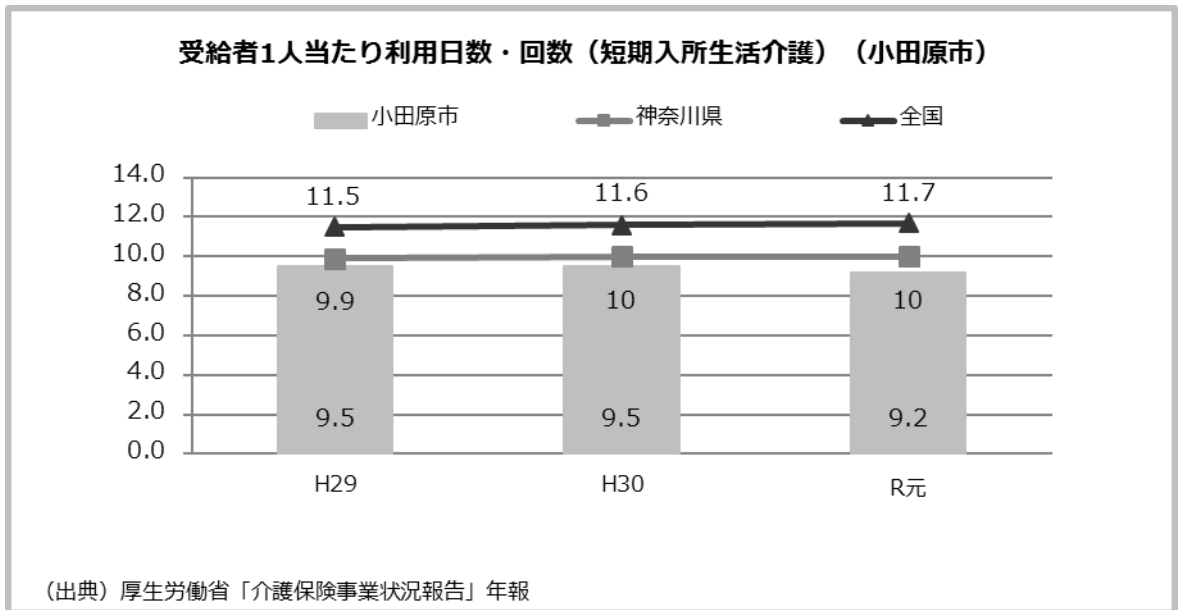
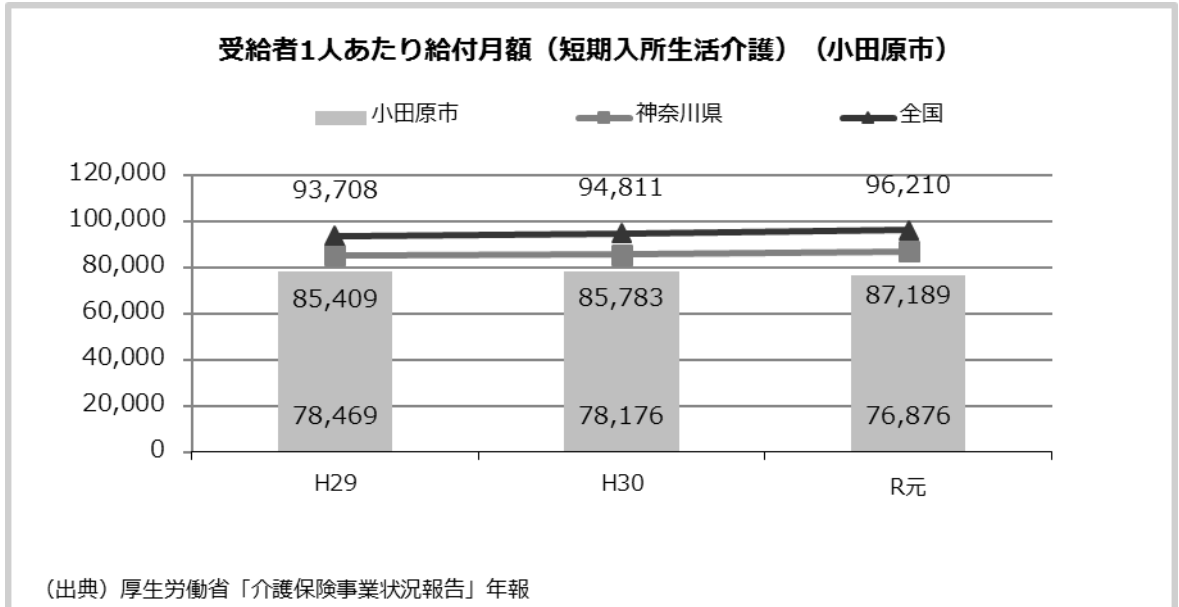


全国平均等との比較	<p>①受給者 1 人あたり給付月額及び利用日数・利用回数が県平均・全国平均を下回っている。</p> <p>②受給率が全国平均を下回っている。</p>
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	①②事業所不足や人材不足により供給が不足していることが原因なのか。
仮説の確認・検証方法	<p>①見える化システム指標（指標 K3-hh サービス提供事業所数（通所リハビリテーション））を県平均、全国平均と比較。 ※認定者 1 万人あたりのサービス提供事業所数を把握することができる指標</p> <p>②見える化システム指標（指標 M1-aa（P T・O T・S T） 従事者数）を県平均、全国平均と比較。</p> <p>③事業所アンケート結果を確認。</p>
問題を解決するための対応策（理想像）	<p>事業所数は、県平均より多く、全国平均より少ない結果であり、理学療法士等の人数については、専門職ごとで結果のばらつきはあるものの、全体的に県平均・全国平均を下回る結果であった。</p> <p>また、事業所アンケートでは、約 3 割の当該サービス事業所が「需要は供給体制をやや上回っている」と回答していることや、<b>受給率の推移に変化がないことを踏まえると、高齢化の進行に伴う医療ニーズの上昇により、当該サービスの需要が今後さらに高まることが予想できる。</b>以上のことから、当該サービス事業所の増設の必要性は高いと考えるが、「開設者が医療系事業者に限られること」や「総量規制の対象外事業所であること」から、<b>参入障壁が高いサービスであるため、施設整備との一体的な整備も検討する。</b>また、<b>リハビリテーションの機能を一部補完している通所介護事業所において、機能訓練への意識を高めていく取組（研修等）を推進していく。</b></p> <p>併せて、本市における当該サービスを利用している主な受給者は、要介護 1 であり、今後重度化するリスクの高い利用者である。その<b>重度化リスクを軽減するためにも、今現在提供されているサービスが「自立支援に資するケアプラン・サービス計画であるか」という視点は重要であるため、ケアプラン点検事業や実地指導等で確認していきたい。</b></p>

#### ④ 短期入所生活介護

※「受給者1人あたり給付月額（短期入所生活介護）」は、短期入所生活介護の給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

※「受給者1人当たり利用日数・回数（短期入所生活介護）」は、短期入所生活介護が利用された回数の総和を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。

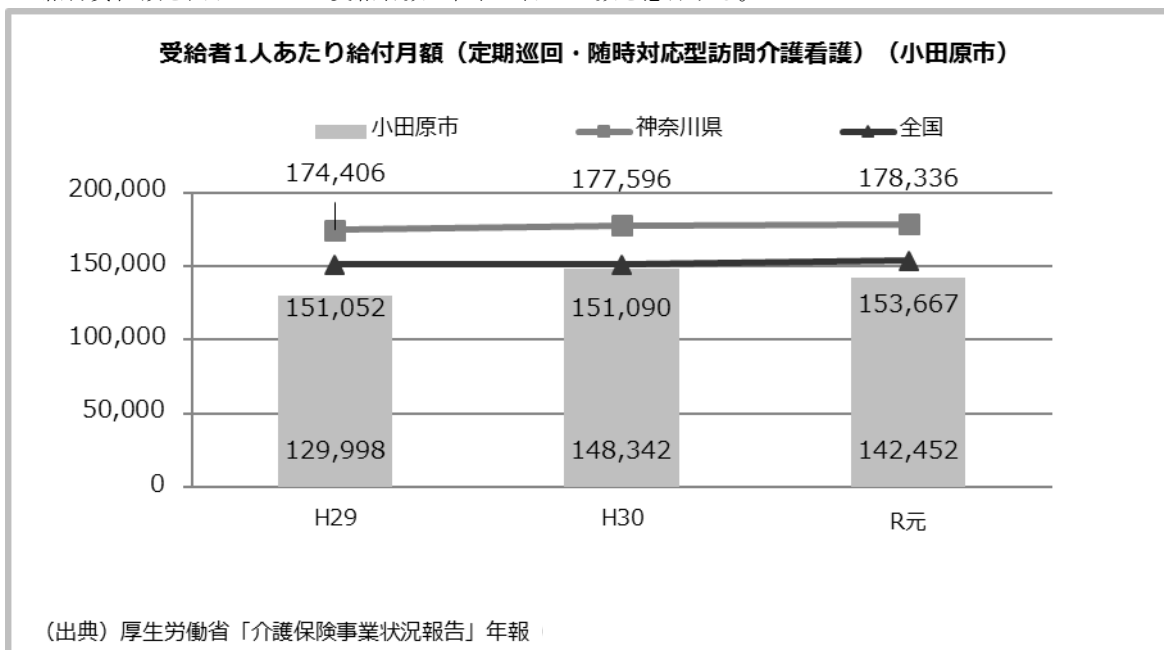


全国平均等との比較	受給者1人あたり給付月額及び利用日数・回数が県平均・全国平均を下回っている。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	供給が需要を上回っているのではないか。

仮説の確認・検証方法	<p>①見える化システム指標（指標 K3-i サービス提供事業所数（短期入所生活介護））を県平均、全国平均と比較。  ※人口 10 万人あたりのサービス提供事業所数を把握することができる指標</p> <p>②事業所アンケートの結果を確認。</p> <p>③利用者数の推移を確認。</p>
問題を解決するための対応策（理想像）	<p>事業所数は、全国平均より少なく、県平均と同数値であった。一方、事業所アンケートでは、「需要は供給体制を大きく下回っている」と回答した事業所が 5 割を超えており、月平均の利用者数（市独自集計）は、近年減少傾向である。「利用者が減少した」と捉えることもできるが、「介護者の介護負担軽減を目的に利用するサービス」であることから、利用者側の需要減少が原因である可能性は低いと考えられる。</p> <p>今後、<b>実地指導等</b>でさらなる<b>実態把握</b>に努めていく。</p>

### ⑤ 定期巡回・随時対応型訪問介護

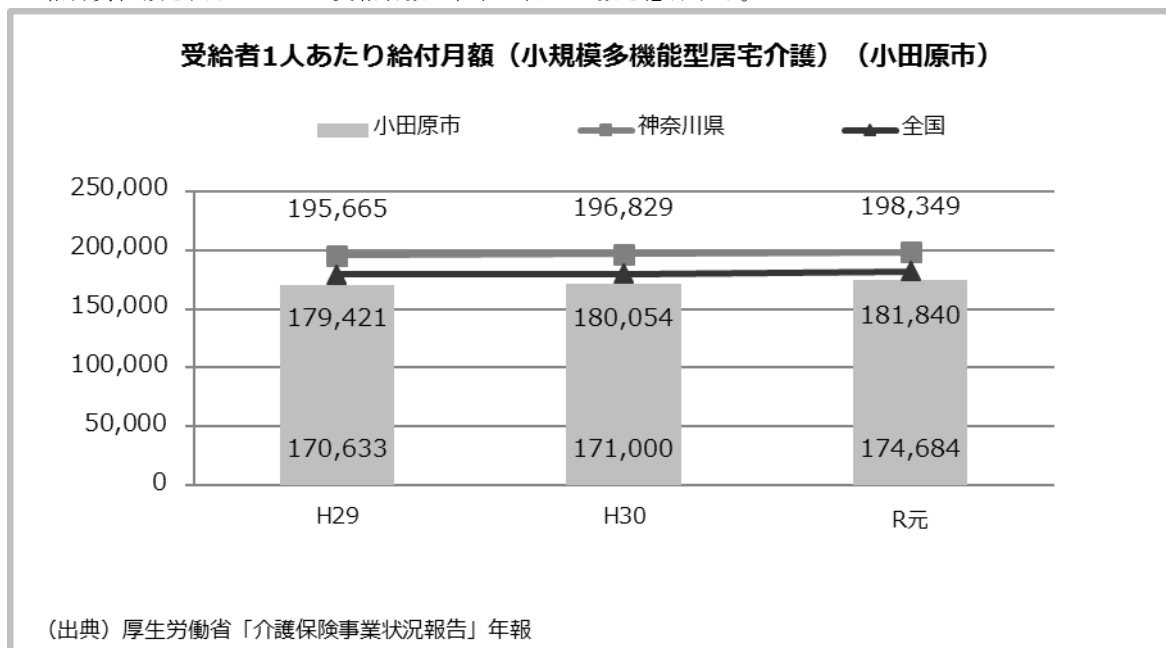
※「受給者1人あたり給付月額（定期巡回・随時対応型訪問介護）」は、定期巡回・随時対応型訪問介護の給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。



全国平均等との比較	定期巡回・随時対応型訪問看護介護の受給者1人あたり給付月額及び利用日数・利用回数が県平均・全国平均を下回っている。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	定期巡回・随時対応型訪問看護介護の供給体制が不足していないか。
仮説の確認・検証方法	事業所アンケートの確認及び事業所へのヒアリングを実施。
問題を解決するための対応策（理想像）	事業所アンケートでは、今後充実が必要と思われる介護サービスの中で上位3位に選ばれている。今後高まる医療ニーズや在宅要介護高齢者の増加がその要因のひとつと考えられるが、事業所からのヒアリングでは、「当該サービスをケアプランに位置付けるケアマネジャーに偏りがある」との発言があった。今後、市民や関係機関に対し、サービスの利用普及に向けたサービスの特徴やメリットの周知を行うとともに、今後の供給体制の確保について、人員や運営の視点等から当該サービス事業所の状況を把握し、課題解決に努める。

## ⑥ 小規模多機能型居宅介護

※「受給者1人あたり給付月額（定期巡回・随時対応型訪問介護）」は、定期巡回・随時対応型訪問介護の給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。



全国平均等との比較	小規模多機能型居宅介護の受給者1人あたり給付月額及び利用日数・利用回数が県平均・全国平均を下回っている。
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 【仮説の設定】	<p>①受給者の介護度が全国平均等と比較したときに、軽いのではないか。</p> <p>②市内の介護支援専門員が当該サービスの利用を抑制しているのではないか。</p> <p>③医療機関等から、当該サービスが必要な方への照会ができていないのではないか。</p>
仮説の確認・検証方法	<p>①見える化システム指標（指標 D32-n 受給率）を他市・県平均・全国平均と比較。</p> <p>②事業所アンケート結果の確認。</p>
問題を解決するための対応策（理想像）	<p>本市の受給者は、要介護1、要介護2に偏る傾向が高く、単位数単価が高い重介護者が少ないため、給付月額が低いと考えられる。</p> <p>また、事業所アンケート結果から、「サービスの内容を理解し積極的に紹介する」と回答した居宅介護支援事業所は約57%であり、サービス利用に至らない理由として「他のサービス等を組み合わせて対応できるため」と回答した居宅介護支援事業所が約46%であった。</p> <p>以上のことから、約半数近くの事業所が「サービスの内容を理</p>

解し積極的に紹介ができておらず、また他の介護サービスを代替し対応していること」がわかった。

小規模多機能型居宅介護は、要介護等高齢者の在宅生活を支援する地域包括ケアの拠点となるサービスであり、当該サービスの利用促進が在宅介護の限界点を引き上げることが期待される。そのため、市民や関係機関に対し、**サービスの利用普及に向けたサービスの特徴やメリットの周知、また、サービスの利用に至らない理由について掘り下げて分析することにより、今後のサービス利用状況等を注視していく。**

また、「近年、当該サービスの利用件数及び給付額が増加していること」や「高齢化の進行に伴い増加する認知症高齢者や独居高齢者、要介護者がいる高齢者のみ世帯の在宅介護の限界点の引き上げのため」、**7期計画中に未整備となった小規模多機能型居宅介護1か所の繰り延べ整備を検討する。**

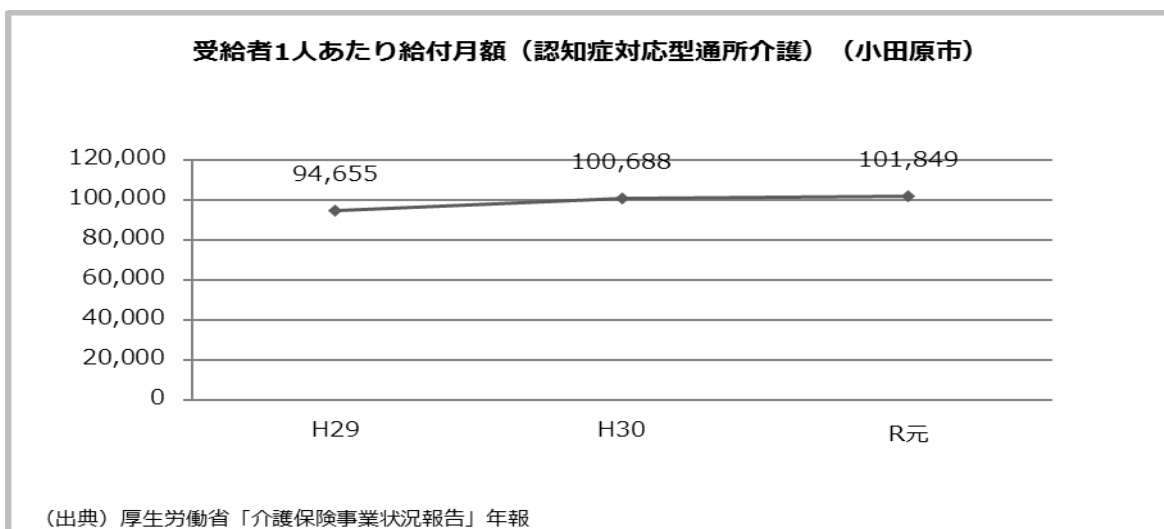
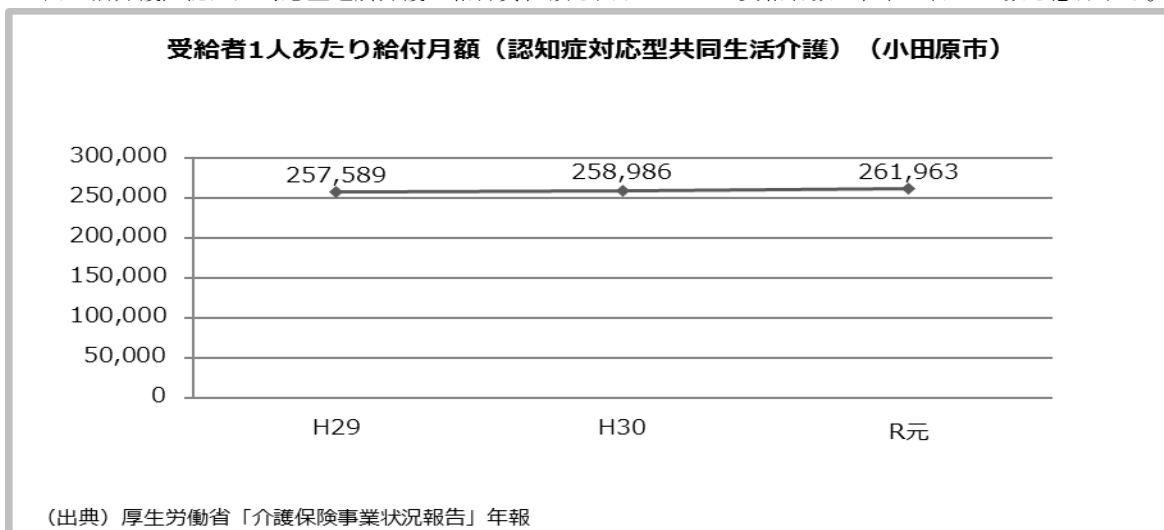
また、本市の特徴として、国や県、同規模保険者と比較して要支援・要介護認定者の有病状況が全体的に高い傾向があり、今後、脳血管疾患に伴い要介護状態になる高齢者や高血圧、糖尿病などの慢性疾患を持つ高齢者の増加が想定できる。さらに、「要介護度の重度化に伴い、訪問診療のニーズが高まること」や「在院日数の短縮に向けた取り組み」により、今後、在宅介護の中で医療ニーズが高まることが想定される。そのため、医療面での対応に加え、在宅介護の限界点の引き上げは重要な課題と言える。看護小規模多機能型居宅介護においても、同様の傾向がみられるため、利用が促進されるよう市民や関係機関に対し、小規模多機能型居宅介護と合わせて周知を行っていく。

さらに、在宅療養生活を無理なく送るためには、医療機関から在宅へのスムーズな支援体制と連携が必須であり、訪問診療と併せて、訪問看護の重要性も高いと考えられるため、**訪問看護の機能を有する同事業所の第8期計画期間中の整備についても検討が必要である。**



⑦ 認知症対応型共同生活介護／認知症対応型通所介護

※「受給者1人あたり給付月額（認知症対応型共同生活介護／認知症対応型通所介護）」は認知症対応型共同生活介護／認知症対応型通所介護の給付費総額を同サービスの受給者数の総和で除した数を意味する。



**【月平均利用者数及び給付額の推移】**

	平成 29 年度		平成 30 年度		令和元年度	
	月平均利用者数	給付額	月平均利用者数	給付額	月平均利用者数	給付額
認知症対応型共同生活介護	279.3	855,276	279.8	859,931	284.0	868,164
認知症対応型通所介護	43.0	47,824	49.4	56,811	43.6	50,757

単位：人／千円

全国平均等との比較	<p>①全国平均等との比較ではないが、本市の特徴として認知症対応型通所介護と認知症対応型共同生活介護の受給者1人あたり給付月額が推移が上昇している。</p> <p>②認知症対応型共同生活介護の月平均利用者数及び給付額が近年増加傾向である。一方、認知症対応型通所介護の数値は、近年同規模で推移している。</p>
全国平均等との乖離の理由・問題点の考察等 <b>【仮説の設定】</b>	認知症高齢者の増加により、需要が高まっているのではないかと。
仮説の確認・検証方法	事業所アンケート及びサービス見込量と実績の確認。 認知症高齢者の推移を確認。
問題を解決するための対応策（理想像）	<p>事業所アンケートでは、両サービスとも約3割の事業所が、「需要は供給を大きく上回っている」と回答している。また、本市における認知症高齢者数の推移を見ると、日常生活に支障をきたすような何らかの症状がある高齢者は毎年増加傾向である。</p> <p>認知症対応型共同生活介護においては、令和元年度時点の要介護認定者に対する利用率は約4%であり、令和元年度から令和5年度までの要介護認定者の増加見込み数は、1,216人である。これに利用率約4%を乗じた<b>約49人分の整備が必要と考えるため、第8期中の整備を検討する。</b></p> <p>併せて、認知症対応型通所介護においては、令和元年度の計画値に対するサービス利用実績が、100%を超えており、当該サービスの必要性が高いと考えられる。しかし、当該サービスは、総量規制の対象外事業所であるため、認知症対応型共同生活介護の公募時に併設もしくは加点対象と検討の余地がある。</p>

## 【検証データ】

### 1 要支援・要介護認定者の認知症高齢者数の推移 (単位：人)

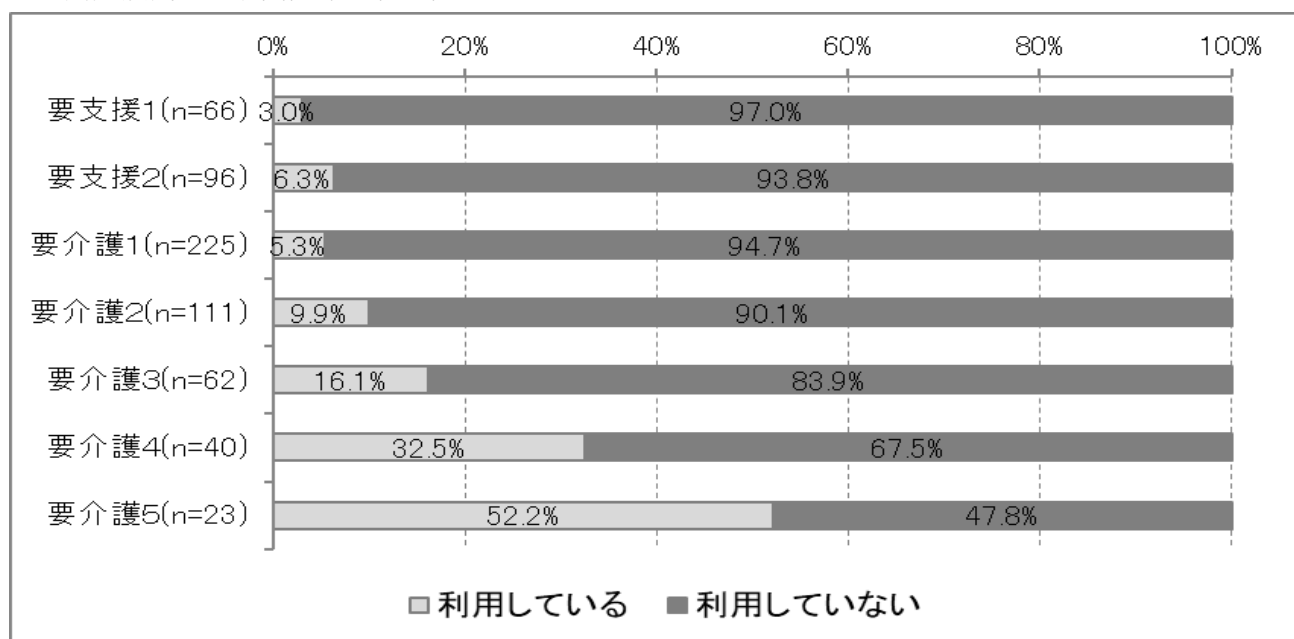
区分	平成 27 年度 (2015)	平成 28 年度 (2016)	平成 29 年度 (2017)	平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)
自立	1,926	1,770	1,932	1,881	1,864
I	1,636	1,678	1,749	1,934	2,113
II	2,372	2,460	2,642	2,841	2,896
III	1,696	1,803	1,921	1,991	2,036
IV	828	874	854	777	773
M	157	172	174	186	181
転入による 継続認定等	40	45	36	41	51
合計	8,655	8,803	9,309	9,655	9,914

※出典：小田原市の調べによる。

※各年度 4 月 1 日現在。

※介護保険事業状況報告（月報）における要支援・要介護認定者数確定後に認定結果が出た者等が含まれるため、同日時点の介護保険事業状況報告（月報）における要支援・要介護認定者数とは差異が生じている。

### 2 要介護度別・訪問診療の利用割合



※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（抜粋）

### 3 令和元年度 要支援・要介護認定者の有病状況の比較（単位：％）

病名	小田原市	同規模保険者	神奈川県	国
高血圧症	53.1	51.5	51.8	51.7
心臓病	59.1	58.3	58.3	58.7
脂質異常症	32.3	29.9	32.0	30.1
糖尿病	25.8	23.0	23.4	23.0
脳疾患	24.6	23.9	22.9	24.0

※出典：国保データベースシステム、介護保険審査支払等システム

※同規模保険者とは、茅ヶ崎市、平塚市、厚木市、大和市を含めた5市の平均値。