

平成22年度老人保健健康増進等事業報告書

地域包括ケア推進のための 地域診断の方法と活用事例

平成23年3月

日本福祉大学

はじめに ー 健康増進事業の目的と内容

日本福祉大学福祉政策評価センターでは、これまで介護保険の給付分析と自治体が活用可能なツール（ソフト）の開発を進めており、これまでに「給付実績分析ソフト」「地域密着型サービス利用履歴分析ソフト」「認知症分析ソフト（圏域別対応）」等を開発・配信してきた。これらの分析ツールを用いることで、圏域別や状態像（認知症）別に介護保険の利用者数や利用実態を、時系列の変化も含めて詳細に把握でき、基礎的な地域診断のツールとして有効であると考えている。

一方、これらのデータは、介護保険給付の範囲にとどまるというデータ上の制約があるため、フォーマルケアとインフォーマルケアの組み合わせや、1人の人の予防から終末期まで、あるいは入退院も含めた施設間の移動もカバーするような、包括的で一貫した支援のためのデータとしては、十分な情報とはいえない。また、「給付実績分析ソフト」は自治体のダウンロード率が約6割と普及しているが、そのほかのソフトは十分に活用されていないのが現状である。

そこで、日本福祉大学では、平成22年度、厚生労働省の老人保健健康増進等事業の補助を受けて、既存のソフト等を活用し、さらに新たな情報を付加することで、自治体において地域診断を実施する方法を検討する研究事業に取り組んでいる。これまで蓄積してきた介護保険給付実績を中心としたデータベースに、介護保険では把握が難しい情報を付加することで、一人の人を包括的に支援するための基礎的データベースを構築し、地域診断のためのツールとして活用することを目指した。

研究事業では、芦屋市をモデル地域として、新たな地域診断の方法やデータベース構築のためのツール開発を試みたほか、熊本県の自治体や、久留米市、御坊市、土佐町、高浜市において、それぞれの地域特性や既存の情報に応じた地域診断のための分析を行った。事業の詳細は本報告書で紹介している。

今回モデル地域において構築したデータベースの内容は、介護保険と地域福祉とをつなぐ試みであり、地域包括支援センターや社会福祉協議会といった、地域を包括的に支援する機関にとって基礎的な情報となるだけでなく、機関や事業所間の連携のためのツールとしても活用が可能と考える。また、行政においても、介護保険と地域福祉という担当課を貫いて地域包括ケアを議論するための材料となり、介護保険事業計画や地域福祉計画への反映が可能となる。本事業の成果を活かし、各種ソフトが自治体で活用され、地域特性に応じた地域包括ケアの構築の一助となれば幸である。

目次

はじめに	健康増進事業の目的と内容	1
1.	地域包括ケアのための地域診断の考え方と方法	4
1-1	国が進める地域包括ケアと地域診断の難しさ	4
1-2	今回の事業が対象とする地域診断の範囲とイメージ	6
1-3	地域診断データベースの内容と対象フィールド	8
1-3-1	介護保険・高齢者施策・地域福祉施策の総合的診断の試み	8
1-3-2	既存データ等を活用した介護保険関連の地域診断の試み	8
2.	芦屋市における包括的地域診断の試み	10
2-1	芦屋市でのデータベースのイメージ	10
2-1-1	既存データからの基本情報の整理	10
2-1-2	情報の把握方法	11
2-2	診断の結果	16
2-2-1	GISとは	16
2-2-2	使用したデータ	16
2-2-3	主要な結果	16
2-3	ヒアリングによるさらなる課題の洗い出し	31
2-3-1	地域包括支援センター	31
2-3-2	社会福祉協議会	33
2-4	結果の活用と今後の展開	34
2-4-1	分析結果の活用可能性	34
2-4-2	今後の課題と展望	35
3.	既存データ等を活用した地域診断の取り組み事例	37
3-1	熊本県8保険者比較分析	37
3-1-1	給付分析基本表の比較	37
3-1-2	2時点間比較の分析枠組みと結果	39
3-2	介護給付実績の経年変化に着目した地域診断～高知県土佐町の分析より～	44
3-2-1	利用者全体のサービス利用動向	44
3-2-2	利用者個人のサービス利用の変化パターン	46
3-2-3	サービス利用変化類型の特性	49

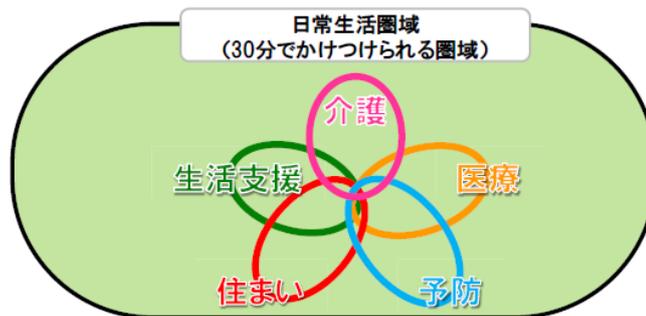
3-3	利用履歴分析による事業所の特性分析 ～福岡県久留米市～	51
1)	分析の概要	51
2)	データ分析の方法	52
3)	データ分析から得られた結果	54
3-4	介護給付と既存データに基づく地域特性の把握～和歌山県御坊市～	59
1)	利用したデータ	59
2)	御坊市の基本特性	59
3)	低所得者・生活保護受給者の多さと介護サービスの利用抑制	60
4)	子どもの定住意向の低さと子育て環境の満足度の低さ	62
3-5	フォーカスグループ面接を通じた包括ケア推進課題の検討～愛知県高浜市～	64
1)	目的と方法	64
2)	見えてきた課題	65
3)	地域診断としての可能性	69
4.	地域診断データベース構築のためのソフト開発	70
1)	『要支援者情報共有管理システム』システム開発について	70
2)	LSAによる試行の結果	70
3)	今後の課題	70
4)	ソフトのマニュアル	71

1. 地域包括ケアのための地域診断の考え方と方法

1-1 国が進める地域包括ケアと地域診断の難しさ

- 2010年、介護保険制度の見直しや第5期介護保険事業計画策定にむけて、今後の方向性が議論されている。その中で、地域包括ケアを推進するという方向性が強く打ち出されてきている。
- 地域包括ケアとは、日常生活圏域内において、「介護」「医療」「生活支援」「予防」「住まい」が切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制をいう。この際、日常生活圏域とは、30分以内に駆け付けられる圏域が理想的な圏域として定義され、具体的には中学校区を基本とするとされている（地域包括ケア研究会報告書）。
- 地域包括ケアの推進においては、介護保険事業計画だけでなく、高齢者福祉計画、地域福祉計画、保健・医療等に関する計画、住宅整備・まちづくりに関する計画など、行政の縦割りを超えた対応が求められる。

図表 1-1-1



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

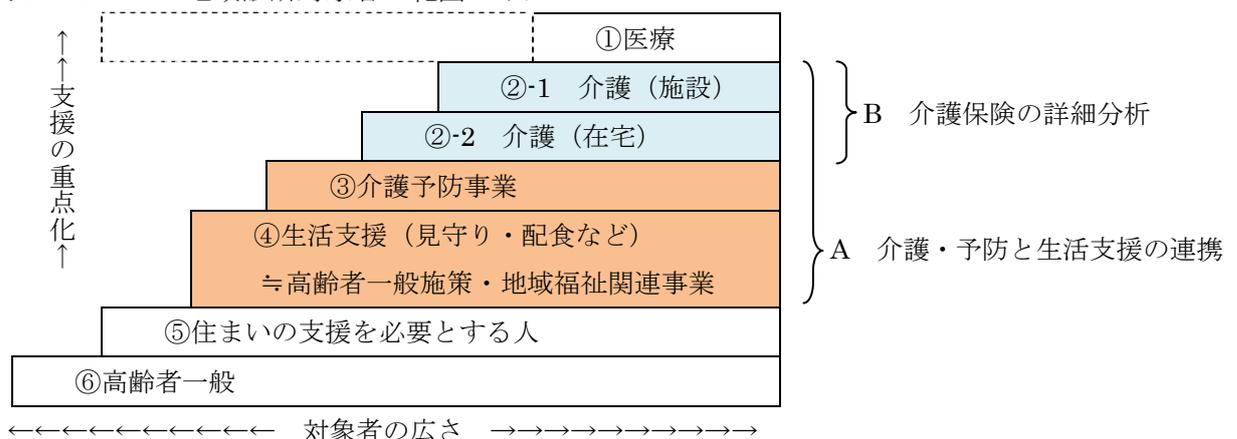
・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

5

- 地域診断には、各地域（日常生活圏域）に1）支援を提供しなければならない人がどれだけいて、2）その地域に現在どのような資源・サービスがあり、3）対象者は既存サービスをどのように利用しているのかを把握・分析したうえで、4）足りない資源・サービスは何かを把握することが求められる。そのうえで、今度どのようなサービスをどれだけ整備する必要があるかを計画として立てることになる。

- 地域包括ケアを考えたとき、その対象者の幅は、要介護認定を受けた要介護・要支援の高齢者のみならず、認定を受ける以前の介護予防を必要とする人々、1人暮らし、老夫婦世帯等で何らかの見守りが必要な人々等も含まれてくる。また、医療との連携を考えると、介護保険を利用していない入院中の高齢者なども本来対象として含まれると考えられる。さらに、住まいの保障となると、低所得者なども対象に含まれ、より幅広い把握が必要になってくる。
(図表1-1-2)
- これまでわれわれの分析では、②の介護保険利用者を対象に分析を行ってきた。介護保険の利用者については、給付データや認定データという形で、利用者の属性や利用の状況に関するデータが既にデジタル化されており、分析が容易となっている。われわれが開発したソフトを用いれば、圏域別に認知症などの状態像を取り入れた介護保険利用状況の分析が既に可能となっている。また、事業所に関しても、事業所一覧や請求明細表などデジタル化されたデータがあり、資源面からの把握も整っている。
- それに対して、介護保険利用以前の利用者や、住宅施策の対象者、医療の対象者については、統一的な情報の収集経路がなく、デジタル化されたデータを整備することは容易ではない。医療については、デジタル化が進みつつあるものの、介護保険との利用の結合については、いまだハードルが高いのが現状である。介護予防や生活支援といった高齢者福祉施策や地域福祉施策に関連するデータは、統一的な情報入力システムがなく、それを所管する部署や機関によって情報管理が異なるのが現状である。そのため、市全体の状況を把握・分析すること、さらに、それらが介護保険事業とどのようなつながりにあるのかをみることはほとんどなされていないのが現状である。
- しかし、地域包括ケアの推進や、より正確な介護保険事業計画の策定には、この介護保険利用者を取り巻く対象者、特に、今後介護保険の利用者になるであろう、介護予防や地域福祉の利用者を把握することが求められている。

図表1-1-2 地域診断対象者の範囲のイメージ

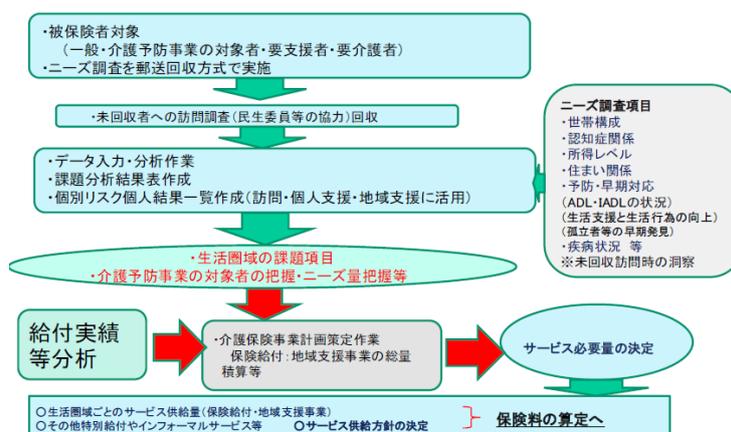


- 国では、第5期の事業計画策定にむけて、地域のニーズを把握するために、「日常生活圏域ニーズ調査」を実施することを進めている。調査によって、潜在するものも含めて今後見込まれる個々の高齢者や、地域の課題が明らかになり、的確な対応手法を計画ベースで検討で

きるとしている。この調査の対象者は、2009年度モデル事業の調査対象者は65歳以上で要介護認定を受けていない人と、要介護2までの高齢者となっており、上記図でいえば、②-2の一部と、③介護予防事業～⑥高齢者一般までを幅広く対象とすることになる。

- しかし、既存の事業の利用状況等を聞く項目はなく、既に行政が把握している情報とのすり合わせをどのように行われるのかは不明である。また、要介護3以上は給付分析により一定の予測が可能としている。しかし、給付分析の方法については、提示されていないのが現状である。

<図表1-1-3 日常生活圏ニーズ調査による計画策定のフロー（国資料）>

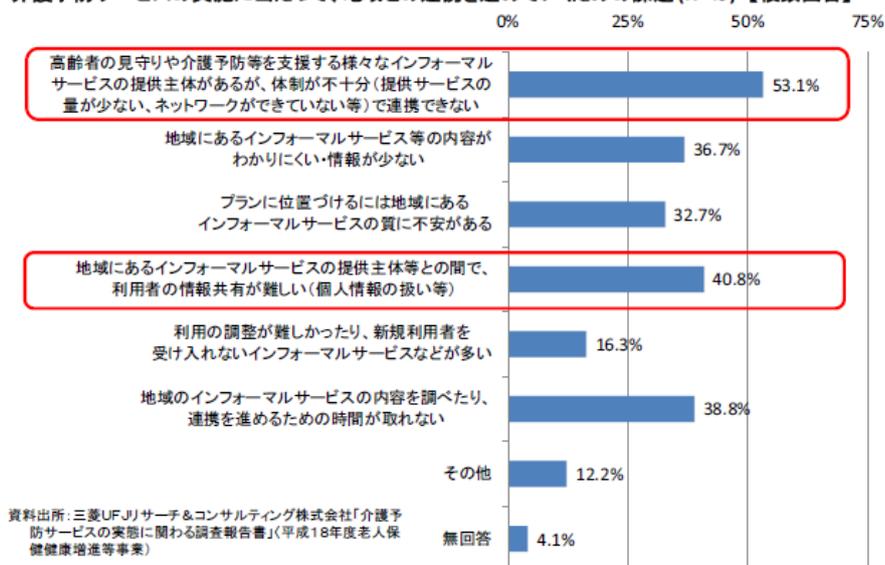


1-2 今回の事業が対象とする地域診断の範囲とイメージ

- 今回我々が提案する地域診断の手法は、今回の国が示す調査のように新たにアンケート調査等を行うのではなく、これまでに行政が把握している既存のデータや資料を用いて、どれだけの診断が可能かを検討するものである。そのため、行政や関係機関が既に何らかの情報を持っている人が診断の際の対象者となる。その点では、潜在的なニーズを拾い上げる機能が弱く、今後のニーズ予測としては、充分とは言えない点は否めない。
- 一方で、要援護高齢者に関する情報は、地域包括支援センターや民生委員活動、社会福祉協議会による活動など、地域を単位としてすでに様々な把握が試みられている。また、高齢者一般施策や介護予防事業の対象者も要援護高齢者に該当する人が多いと考えられる。こうした情報は相当な数になると思われるが、統一的な管理がなされているわけではない。これらの情報が統一的に把握され、要支援者の情報として管理できれば、計画等においても有効なデータベースとなると考えられる。さらにこれらの情報が介護保険給付データと結合され経年的に把握されることで、介護保険利用との代替性や介護保険利用への経緯等が把握できると考える。
- そこで、我々は今回、モデル地域（芦屋市）において、こうした介護保険利用以前の利用者の既存情報の収集と分析を行い、可能であれば介護保険との突合をおこない、地域診断のためのデータベースを構築することを試みた。対象としては、高齢者一般施策や介護予防事業、社会福祉協議会が実施する見守り等の事業を想定した。

- さらに、介護保険の給付データを中心に活用した地域診断の試みとして、複数の地域において、いくつかの診断を試みている。図表1では、②の範囲にあたり、国が給付実績で現状把握が可能とする要介護3以上も含めて、既存データから地域診断を行う方法を検討している。
- また、今回の地域診断作業の特徴の一つとして、支援の対象者だけでなく、資源やサービスの情報も含めた把握を行っている点があげられる。これによって、国が提案する調査から把握された高齢者のニーズをどのような資源により受け止めていくかを検討する際の材料にもなると考える。介護予防においても、生活支援（＝介護保険以外のサービス）との連携が課題となっているが、情報の共有が難しいという調査結果が出ており、資源情報を含んだデータベースの構築は、介護保険や予防サービスがつながるための連携の素材となると考える。（図表1－2－1 参考資料）

介護予防サービスの実施に当たって、地域との連携を進めていくための課題 (N=49) 【複数回答】



(課長会議資料より)

- さらに、今回は、分析結果のみから、課題を探るのではなく、分析結果を介護現場関係者や住民と共有し、話し合いの場を持つことで、データの有効性や新たな課題を探ることも地域診断の一環として取り入れており、こうした方法の有効性も検討する。

1-3 地域診断データベースの内容と対象フィールド

1) 介護保険・高齢者施策・地域福祉施策の総合的診断の試み

介護保険と高齢者施策や地域福祉施策の総合的な地域診断のためのデータベース構築の試みとして、芦屋市においてモデル事業を実施した。具体的には、行政とのやり取りのなかで、これまでの介護保険給付実績分析データを踏まえつつ、総合的診断のためには、どのようなデータを付加する必要があり、また、付加することができるのかを相談しながらすすめ、入手の可能なデータについての検討や、その活用方法も含めて検討を行った。介護保険事業計画において活用が可能なことはもちろん、芦屋市では、地域福祉計画も策定段階にあり、そこでの活用も含めて検討をおこなった。

◆地域福祉計画での位置付け

芦屋市は、現在第2期地域福祉計画の策定にむけた取り組みを実施しており、その中で、圏域別に地域を包括的にとらえる必要性に迫られている。地域福祉計画の基本方針2「福祉サービスの充実」において、高齢者福祉のサービス基盤整備がうたわれているが、評価はCと低い。地域福祉計画の中で一つの柱となっている「地域発信型ネットワーク」の生活圏域単位での会議において、地域の課題を話し合うための材料として今回の分析結果の提供を目指した。

◆LSAの支援

芦屋市には震災復興住宅において、LSAによる生活支援を実施している地域があり、他の地域との違いが明確である。LSAのある地域は、1人暮らしや低所得など支援の必要な人が地域から切り離されて集められているという点で地域特性が明らかであり、支援の体制も違いがあると考えられる。地域の支え合い度は他の地域と比べて低いと思われるが、それをLSAがカバーしている。介護保険では逆にLSAがいることで支援の柔軟性を確保している面もある。

今回芦屋市を対象とすることで、集合住宅の高齢化の持つ課題やLSAの役割等も明らかにすることをねらいとした。また、LSAにおいては、介護保険利用以前の利用者の情報が丁寧に蓄積されている実態から、データベース構築の土台をLSAに置き、ソフトの開発を試みることにした。

2) 既存データ等を活用した介護保険関連の地域診断の試み

①熊本県：8自治体の比較による地域診断（給付実績+認定データ）

熊本県では、第5期介護保険事業計画策定にむけた市町村自治体支援として、定期的な研修を開催している。今回、本事業の一環として、研修において分析希望の自治体をつのり、8自治体で分析を行うこととなった。今回実施する他の地域の分析は1自治体の中での分析であるのにたいして、熊本県では複数自治体を対象とすることが可能となっている。そこで、熊本県のデータ分析では、自治体間比較によりみえてくる給付分析を活用した基本的な地域診断の方法の提示を行うことを目的とした。具体的には次の3点を実施している。

- ◆介護給付データを活用した基本的な分析方法の提示。
- ◆自治体間比較による給付の特徴の整理。
- ◆認知症分析ソフトによる地域差の確認。

②土佐町：中山間地域・介護保険5時点分析

土佐町での試みからは、過去に実施した介護保険給付の5時点分析の結果を紹介する。地域の特徴を検討する方法としては、他の地域との比較に加えて、同一地域での時系列でのデータ比較が一つの方法としてあげられる。土佐町では過去5時点分のデータを用いて分析を行い、施設の入所動向等、課題の把握を行った。

③久留米市：介護保険利用履歴データ + 死亡情報 + 事業所情報

過去との比較に対して、毎月のデータを履歴として収集し、変化に関する詳細な分析を行う方法もある。久留米市においては、この方法を採用し、利用者の利用変化・状態像変化の詳細な把握を行った。これを事業所間で比較することで、地域密着型サービスの利用動向や質に関する課題の把握が可能となる。さらにこの分析結果を事業所とのコミュニケーションの材料として活用し、事業所全体での質向上にむけた取り組みへとつなげる試みを行った。給付分析以外のデータとして、事業所に関する情報や、死亡に関するデータを付加している。

④御坊市：介護給付+認定データ+既存の調査結果データ

御坊市は芦屋市同様に、今年度から来年度にかけて地域福祉計画の策定期間にあり、地域全体の課題の把握が必要となっている。御坊市では、生活保護世帯が多いなど地域での特徴的な課題も抱えている。地域福祉計画の策定にあたって、これまでの既存の資料等を活用し、改めて課題整理を試みた結果を紹介する。

⑤高浜市：フォーマルケアとインフォーマルケアの連携に関する課題の整理

介護保険政策と地域福祉政策との連携は、現場でのフォーマルとインフォーマルの連携課題でもある。高浜市では、これまでのデータ分析とは違う、新たな課題の収集方法として、地域での関係者によるフォーカスグループインタビューを行うことを試みた。データ分析だけでなく、こうした関係者から意見を集約する場をもち、分析することで、新たな課題が見えてくると考えられる。

2. 芦屋市における包括的地域診断の試み

2-1 芦屋市でのデータベースのイメージ

1) 既存データからの基本情報の整理

既存の資料から日常生活圏域単位に情報を集約した。年齢別人口数、世帯数、高齢化率といった地域の基本情報と、サービス資源、地域拠点の整備状況（高齢・障害サービス中心）、サービスの利用情報を地域の町単位で収集することを試みた。当初診断に必要なであると考えた情報は以下の一覧である。また、利用データは、次の①から④のデータが想定された。

図表 2-1-1

	地域の基本情報	地域福祉	老人福祉	介護保険	医療等その他
資源 情報	町から山村か 駅からの距離	サロンの数 見守りネットワーク ボランティア登録数 等	自立ヘルプ 配食 介護予防教室等	施設 デイ・ヘルプ等	病院・医院 訪看・リハビリ等
人 利用 情報	年齢別人口(高 齢化率) 世帯(単独等) 所得 持ち家率等	利用者数 利用率	利用者数 利用率	利用者数・利用率 利用額 サービスパッケージ ※状態像・エリア別 に把握可	
把握 方法	既存統計資料 住基台帳など	既存の利用実績 実践主体へのヒアリング グループインタビュー 住民アンケート	既存の利用実績 LSA 調査	利用については給 付管理でデジタル 化 事業所データも有	
計画		地域福祉計画	高齢者福祉計画	介護保険事業計画	←地域包括ケアとし て介護計画に
管理・ 分析 ソフト		小地域ネットワーク管理ソ フト(日高・高浜等)	LSA 業務管理ソ フト	実績分析ソフト 認知症分析ソフト	

①介護保険給付データの最新状況分析

日常生活圏域別（小地域ブロック連絡会 or 地域ケア会議の単位）に分析
独居加算算定による一人暮らし世帯の把握

- + 「認定データ」との結合による認知症高齢者の実態把握
- + 「被保険者所得段階データ」との結合による所得と利用の関係の把握
- + 「世帯データ」との結合による世帯別分析

②障害福祉サービス給付データ

圏域単位での分析は難しいため、全市的な把握にとどまる。
可能であれば、市外の利用の把握を行う。

③一般施策利用者データの分析

代表的なサービスである「配食サービス」と「生活支援ホームヘルプ」を中心に把握。

このほかの一般施策による高齢者へのサービスとしては、生活支援デイ・生活支援ショート・食の自立支援事業・軽度生活援助事業などがある。

→可能であれば介護保険給付データと結合し、介護保険未利用者との関係を分析する
(高齢者福祉サービスが介護保険に入る前の生活を支えている実態を把握)

④地域福祉による支援の把握

- ・地域ごとのサロン数、見守りネットワークの有無など
- ・小地域データベースソフトのように利用者に関する情報はどこまで入手可能か。

⑤LSA 利用者支援の実態把握

- ・高齢者への一貫した支援の具体的な取り組み内容の把握
- ・介護保険データとの結合を試みる

2) 情報の把握方法

情報の把握は行政の持つ情報を基本としつつ、関係機関からの把握も想定した。その中でも、地域包括支援センターと社会福祉協議会、地域に設置されているネットワーク会議の情報、また、LSA のもつ情報が診断に有効であると考えられる。データは分散しており、有効な地域診断のためにはこれらを集約することへの関係者の合意形成と、簡易に情報を集約できるシステムが必要である。その土台として、今回は、LSA において集約されている情報をデジタル化して蓄積するシステムの開発を試みた。

①行政からの把握

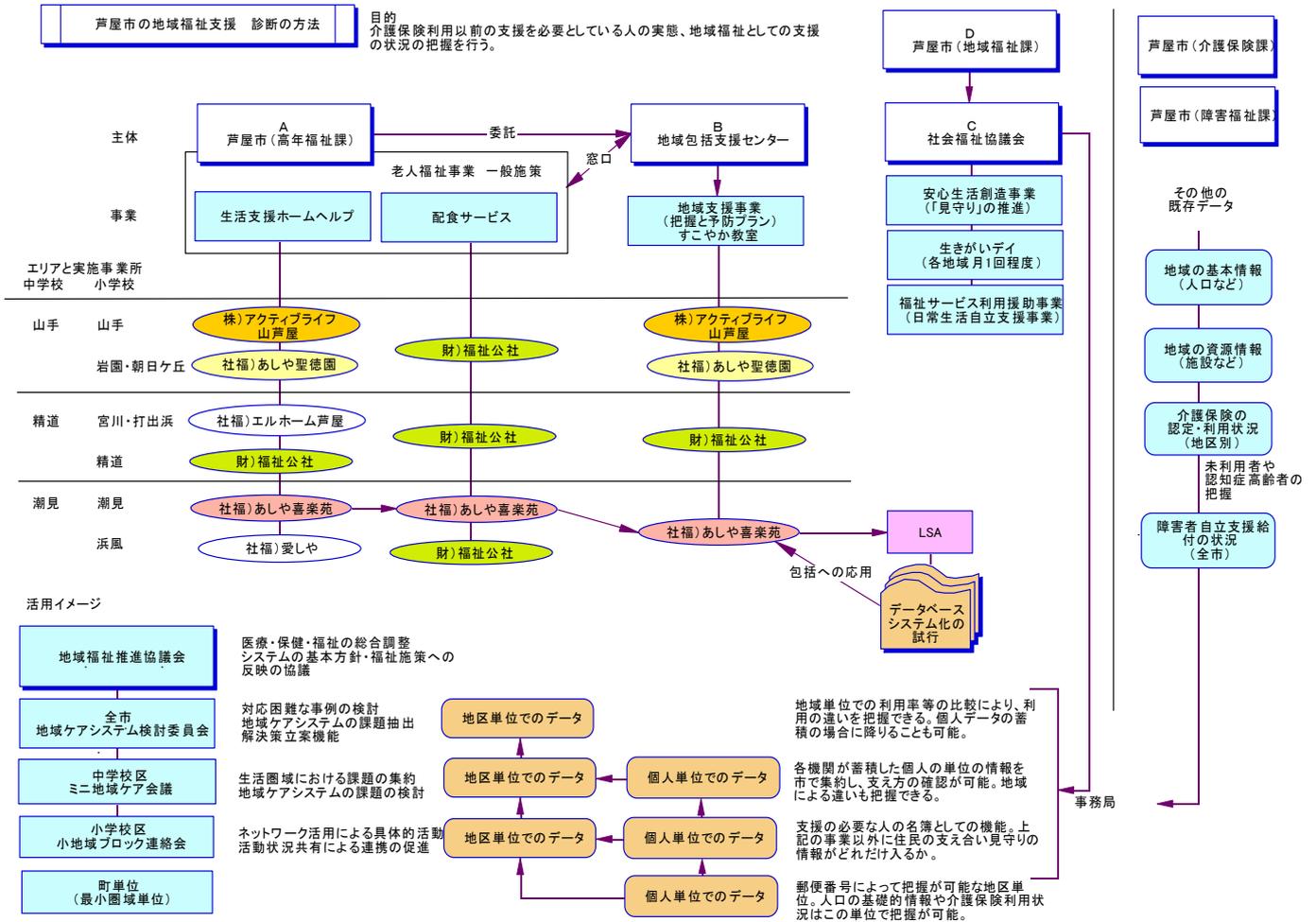
どれだけの対象者・サービス利用者があるかを把握するために、市に対して対象者・利用者数等のデータ提供を依頼した。具体的には、人口、高齢者数、高齢化率、要介護認定者数、一般施策サービス利用者数などである。これらを全て町別に求めることで、後に小学校区単位、中学校区単位、市全域での集約を可能なものとした。市に対しては、町別データによって把握できる事柄を具体的に提示することで、データ提供の意味を意識しやすくした。

また、市で把握している情報は、集約された利用の実績にとどまるため、各サービスの個人の利用情報（どんな人がどのような利用をしているのか）までは把握できない。それを実現するためには、サービスを市から委託されて実際に実施している機関や事業所からの情報収集が必要となる。今回はそれを実現することができなかったが、LSA において施行したソフトを全市的に活用することでこうした情報の収集も可能になると考える。これが実現すれば、介護保険利用との突合も可能であり、分析の幅が大きく広がる。

図表 2-1-2

	データ・サービス・地域資源	利用者等の属性・特徴	町別データから把握できること
1	介護保険給付実績情報 (+認定情報)	介護保険サービス利用者	他の町や圏域間での利用状況の違いがサービスごとに詳細に把握できる
2	軽度生活支援事業	日常の家事・炊事・緊急時のSOS発信の面で、何らかの支援・見守りが必要な人	地域内の高齢者人口に対するサービス利用者割合が把握できる
3	「食」の自立支援事業		
4	緊急通報システム設置		
5	生活支援ホームヘルプ		
6	すこやか教室	特定高齢者	介護保険サービス利用に移行する恐れのある人(潜在ニーズ)の数が地域ごとに把握でき、その見込みに対する対応方法を検討する一助となる
7	さわやか教室	一般高齢者	

図表 2-1-3



②地域包括支援センターからの把握

芦屋市では、中学校区を単位として日常生活圏域を定め、3つの日常生活圏域に4か所の地域包括支援センターが整備されている。地域包括支援センターの運営形態は全て市からの委託であり、運営主体は社会福祉法人が2か所、株式会社が1か所、財団法人が1か所である（図表2—1—4）。これらの法人は全て介護保険事業を展開しているが、同時に一般施策サービスである生活支援ホームヘルプサービスや配食サービスを市からの委託事業として実施しているため、介護保険サービス利用者だけでなく、その予備軍ともいえる一般施策利用者の状況も把握し得る状況にある。さらに、各地域包括支援センターでは特定高齢者や一般高齢者に対する介護予防教室（すこやか教室・さわやか教室）も実施していることから、一般高齢者から要介護者まで、地域内の高齢者の状況を広く把握しているといえる。これらのセンターがもつ情報を集約することで、地域診断において有効な情報となるだけでなく、センターにとっても業務推進を効果的・効率的に進めることができる。

（図表2—1—4 地域包括支援センターの設置状況）

名称	担当中学校区	担当小学校区	運営主体	設置場所(併設施設等)
東山手高齢者生活支援センター	山手	山手	(社福)聖徳園	養護老人ホーム和風園
西山手高齢者生活支援センター	山手	岩園・朝日ヶ丘	(株)アクティブライフ	アクティブライフ山芦屋
精道高齢者生活支援センター	精道	宮川・打出浜 精道	(財)芦屋ハートフル福祉公社	保健福祉センター
潮見高齢者生活支援センター	潮見	潮見・浜風	(社福)きらくえん	あしや喜楽苑

③社会福祉協議会からの把握

社会福祉協議会は、地域福祉に関する情報をもつ主要な機関である。芦屋市の場合は、地区社協は形成されておらず、現在、安心生活創造事業を通して、地域の見守り活動等を推進している。また、生きがいデイサービスの実施、福祉サービス利用援助事業を実施しており、これらの事業をとおして地域の要援護者と接する機会を多くもつ機関である。

④地域発信型ネットワークからの把握

芦屋市では、「芦屋市地域発信型ネットワーク」を地域ケア体制の核として位置付けており、社会福祉協議会を事務局とし、各地域包括支援センターが支援する形で、小学校区単位の「小地域ブロック連絡会」や中学校区単位の「ミニ地域ケア会議」を開催し、地域の社会資源や福祉ニーズの把握、市民・関係機関への啓発、連携作りに取り組んでいる（図表2—2）。

これらの連絡会・会議は、2009年度まで地域包括支援センターが中心となって開催していたものであるが、事務局が社会福祉協議会に移行してからも引き続き深く関与している状況である。

小地域ブロック連絡会やミニ地域ケア会議で住民や関係機関から出される課題は、本章冒頭で述べた「地域の特性を示す情報」にほかならないものであり、それらをタイムリーに把握できる位置にある地域包括支援センターや社会福祉協議会の持つ情報は、その量・内容ともに、地域診断を行うにあたって非常に有効なものだと考えられる。

今回は地域包括支援センター、社会福祉協議会へのヒアリングを通して、ネットワーク会議からの情報の収集を試みた。

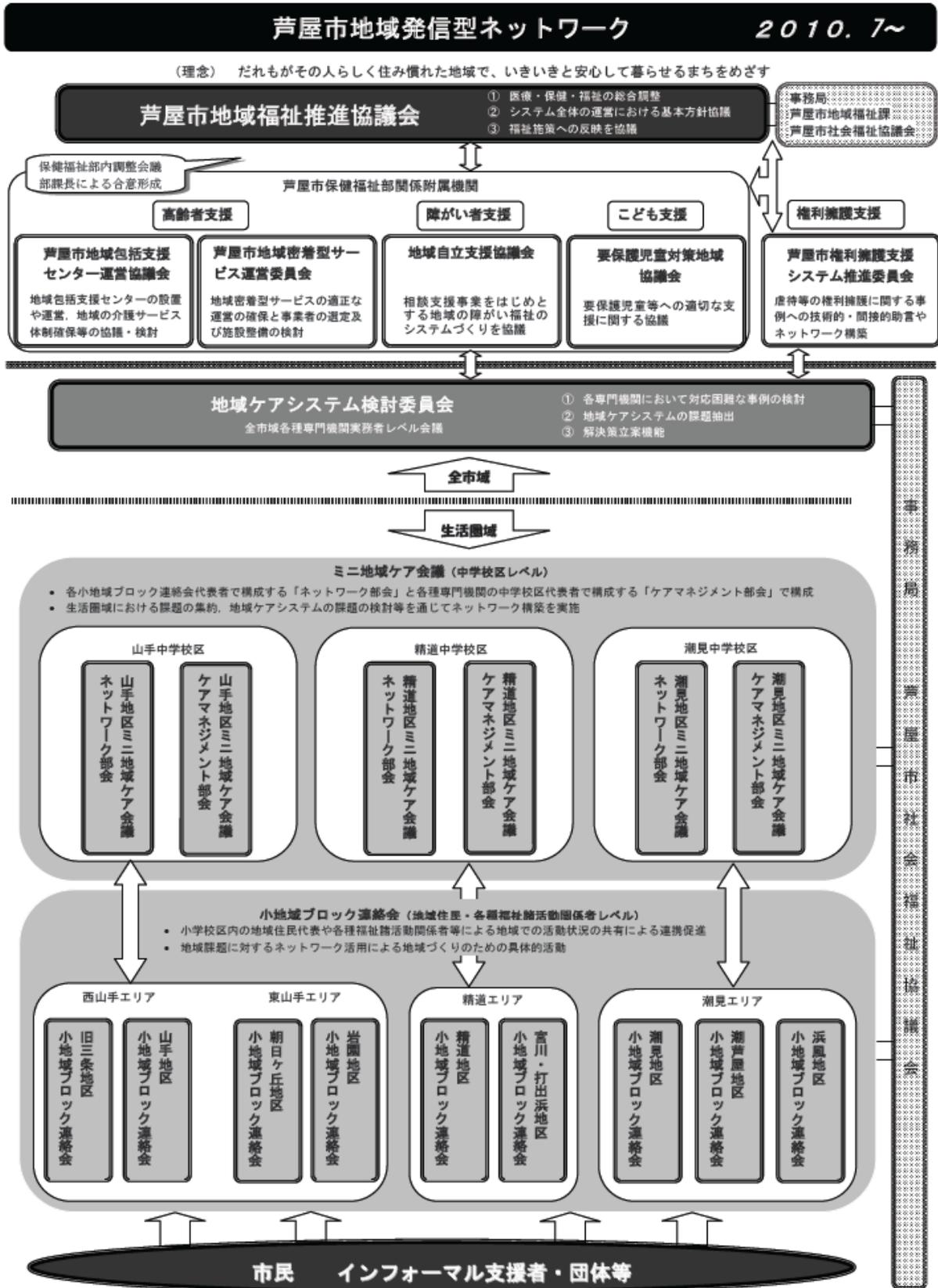
⑤LSA からの把握 ー支援者蓄積情報のデータ化と分析

芦屋喜楽苑 LSA において蓄積されている支援記録をデータベース化して、介護保険データとの結合を試みる。さらに今後のデータ収集システムの基礎となるソフトの開発を行う。

◆具体的な作業課題

- ①「利用者基本情報」と「支援の履歴」をデータベース化する
- ②データの分析を行い、介護保険利用との関係を把握する
- ③今後 LSA において情報を蓄積していくシステム（ソフト）の開発を行う

図表 2-1-5



2-2 診断の結果

1) GISとは

GIS (Geographic Information System : 地理情報システム) とは、地理的位置を手がかりに、位置に関する情報を持ったデータ (空間データ) を総合的に管理・加工し、視覚的に表示し、高度な分析や迅速な判断を可能にする技術である。近年、ソフトウェアが比較的安価になったほか、国土交通省国土地理院 (<http://www.gsi.go.jp/index.html>) において地図データが無償で公開されており、GISを活用した地域特性の把握ないし地域診断を行いやすい環境が一層整備されてきている。本節では、ESRI Japan による「ArcGIS 9」を使用し、兵庫県芦屋市における小地域 (町丁目) 単位における地域福祉および介護保険の利用特性、各事業の整備状況の課題を把握することを試みた。

2) 使用したデータ

本節では、新規調査を行うことなく、行政関係機関で既に所持している各種データから、小地域単位の情報を収集した。各データの出展は前述の通りである。以下の地図において使用した指標は下記の通りである。

図表 2-2-1 使用した指標① 地域福祉事業関連

指標名	定義
1) さわやか教室利用割合	さわやか教室利用者数 / 高齢者人数
2) さわやか教室利用者密度	さわやか教室利用者数 / 地区面積
3) すこやか教室利用割合	すこやか教室利用者数 / 高齢者人数
4) すこやか教室利用者密度	すこやか教室利用者数 / 地区面積
5) 生活支援ヘルプ利用割合	生活支援ホームヘルプサービス利用者数 / 高齢者人数
6) 生活支援ヘルプ利用者密度	生活支援ホームヘルプサービス利用者数 / 地区面積
7) 緊急通報システム利用割合	緊急通報システム利用者数 / 高齢者人数
8) 緊急通報システム利用者密度	緊急通報システム利用者数 / 地区面積
9) 「食」の自立支援利用割合	「食」の自立支援事業利用者数 / 高齢者人数
10) 「食」の自立支援利用者密度	「食」の自立支援事業利用者数 / 地区面積
11) 軽度生活支援利用割合	軽度生活支援事業利用者数 / 高齢者人数
12) 軽度生活支援利用者密度	軽度生活支援事業利用者数 / 地区面積

図表 2-2-2 使用した指標② 介護保険事業関連

指標名	定義
1) 平均要介護度	要支援1を0.375、要支援2を1、要介護1~5をそれぞれ1~5とした平均値。
2) 施設利用者の割合	介護保険施設利用者数 / 介護保険サービス利用者数
3) 在宅介護サービス利用者密度	在宅介護サービス利用者数 / 地区面積

指 標 名	定 義
4) 介護保険利用独居者の密度	ケアマネの独居加算該当者数（在宅） / 地区面積
5) 認知症高齢者(Ⅱa)の密度	認知症度がⅡ a 以上の人数 / 地区面積
6) 在宅認知症高齢者(Ⅱ a)の密度	在宅で認知症度がⅡ a 以上の人数 / 地区面積
7) 「動ける認知症」の割合	認知症度がⅡ a 以上、かつ、寝たきり度がA以下の人数 / 介護サービス利用者数
8) 「動ける認知症」の密度	認知症度がⅡ a 以上、かつ、寝たきり度がA以下の人数 / 地区面積
9) 「認知症行動障害者」の割合	在宅で、徘徊・昼夜逆転・介護への抵抗・被害的・意思伝達困難のいずれかへの該当者数 / 在宅サービス利用者数
10) 「特別な医療を要する人」の割合	在宅で、点滴管理、中心静脈栄養、透析、ストーマ処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開処置、疼痛看護、経管栄養、モニター測定、じょくそう処置、カテーテルのいずれかへの該当者数 / 在宅サービス利用者数
11) 「在宅高水準利用者」の割合	在宅で支給限度額 8 割以上の利用者数 / 在宅サービス利用者
12) 一人当たり訪問介護費用	訪問介護費用総額 / 訪問介護利用者数
13) 一人当たり通所介護費用	通所介護費用総額 / 通所介護利用者数

3) 主要な結果

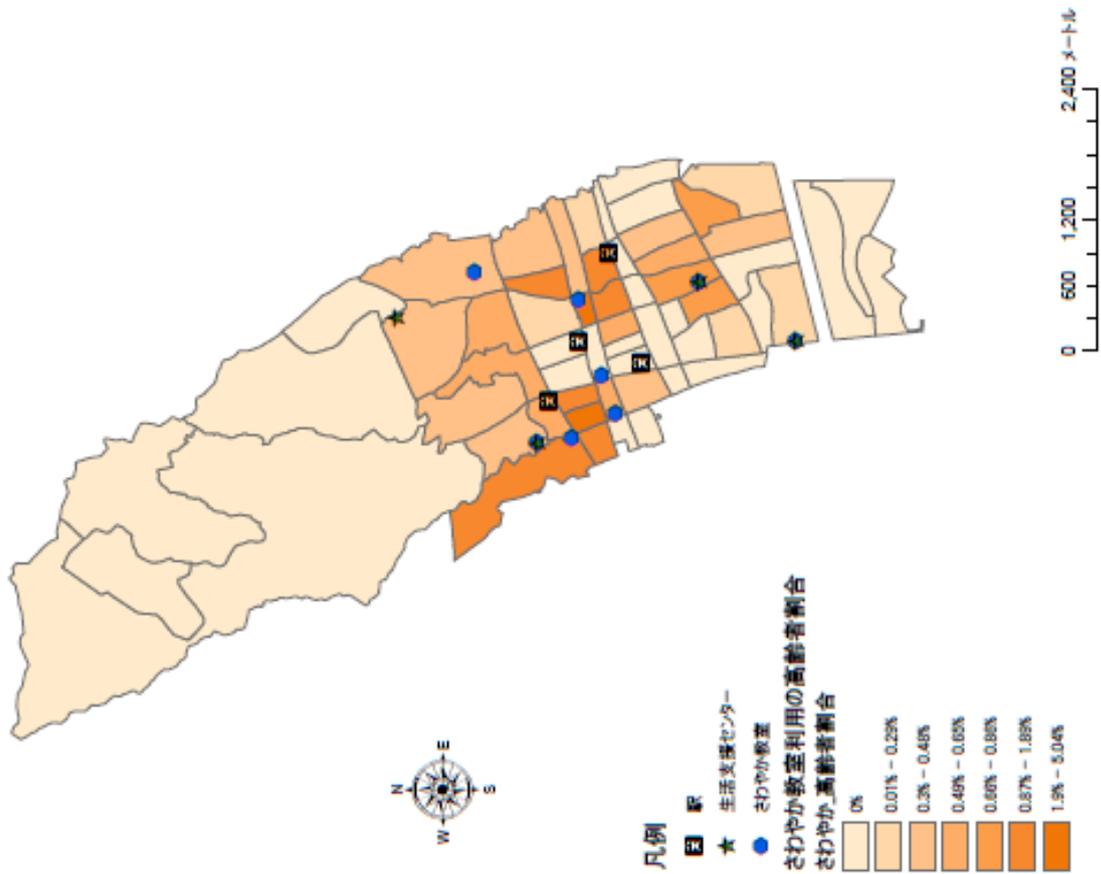
これによると、いずれの指標においても、同一地域内であっても小地域（地区）間で異なる特性があることが視覚的にわかる。

たとえば、地域福祉関連の事業については、全体的に利用者が少なく普及率は高くないが、その中でも、「さわやか教室」と「すこやか教室」は中央西部で、「生活支援ヘルプ」は中央東部で、「緊急通報システム」は北部で、「食の自立支援」は南部で、利用者割合ないし利用者密度が比較的高くなっていた。同じく、介護保険事業に関しては、概ね「在宅介護サービスの高水準利用」と「通所介護利用」は中央部で、「介護施設入所者」と「在宅認知症高齢者」は南東部で、「認知症行動障害がある人」は北部で、比較的多くなっていた。

ここでは、データ上の制約によって、これらの相違の背景・要因を解明することはできない。原因の解明には、事業所や職員の配置状況、各種社会資源などローカルナレッジを総合的に考慮する必要があるといえる。他方で、原因の特定まではできなくとも、既存の資料をこうして視覚化することの意義は小さくない。すなわち、

情報としては従来の一覧表になっている統計資料と同じものであっても、地図上に示すことによって、行政職員だけでなく住民にも直感的に当該地区の相対的な位置を示すことができ、地域福祉計画や介護保険事業計画の策定にむけた有用な基礎資料になるものと考えられる。とりわけ、これらの相違が、個々人の選好によるものでなく当該地区の資源量によるものであるとすれば、こうしたサービス普及率の相違は、サービスへのアクセスの不平等（格差）を意味するものであり、公正なサービス基盤の整備という観点からも重要な課題になると考えられる。

図表 2-2-3 さわやか教室利用割合



図表 2-2-4 さわやか教室利用者の密度 (1km²あたりの人数)

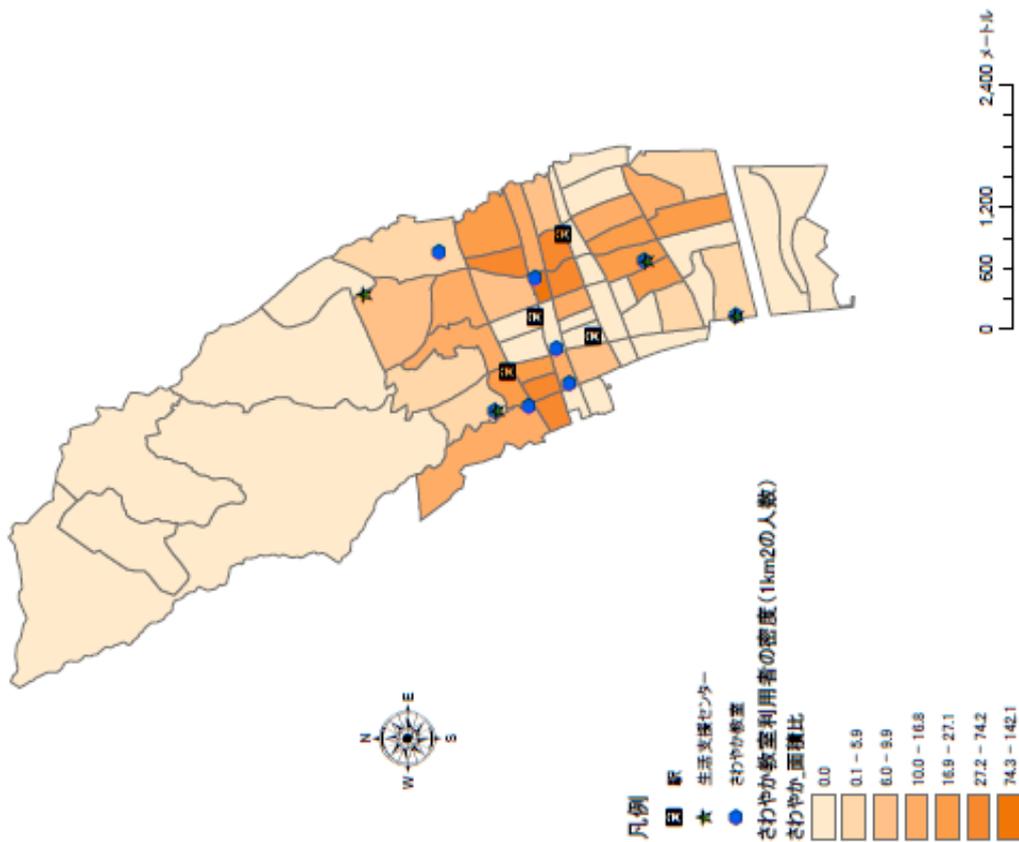
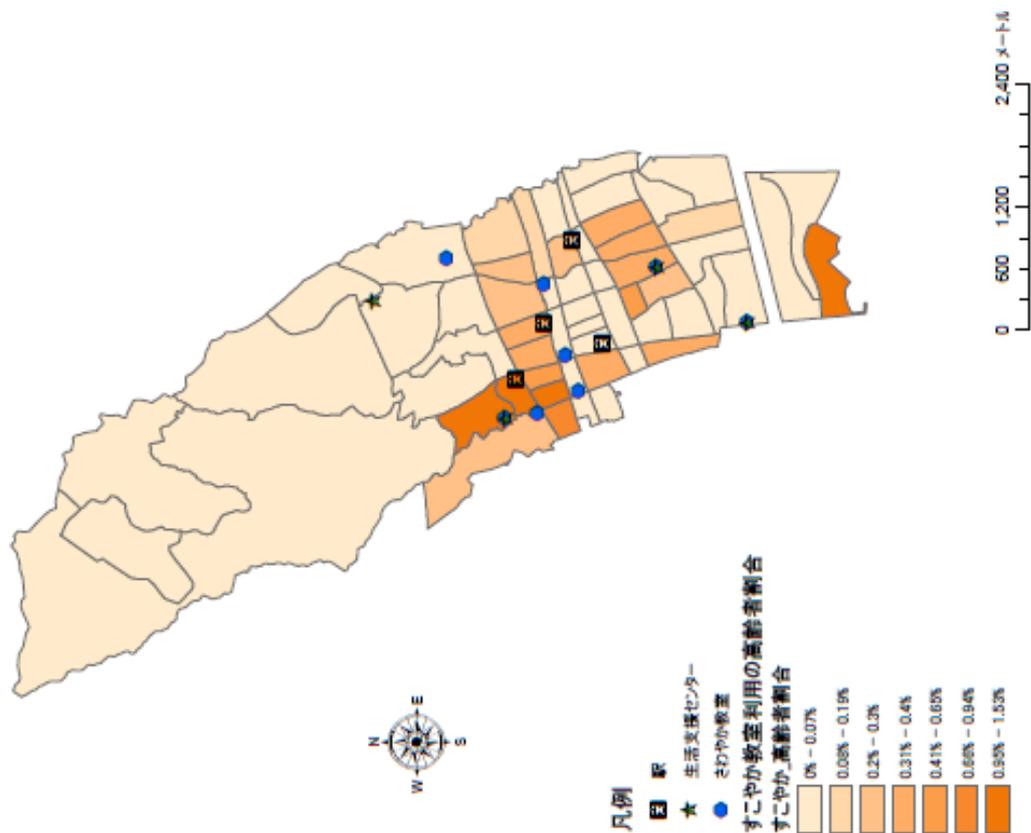
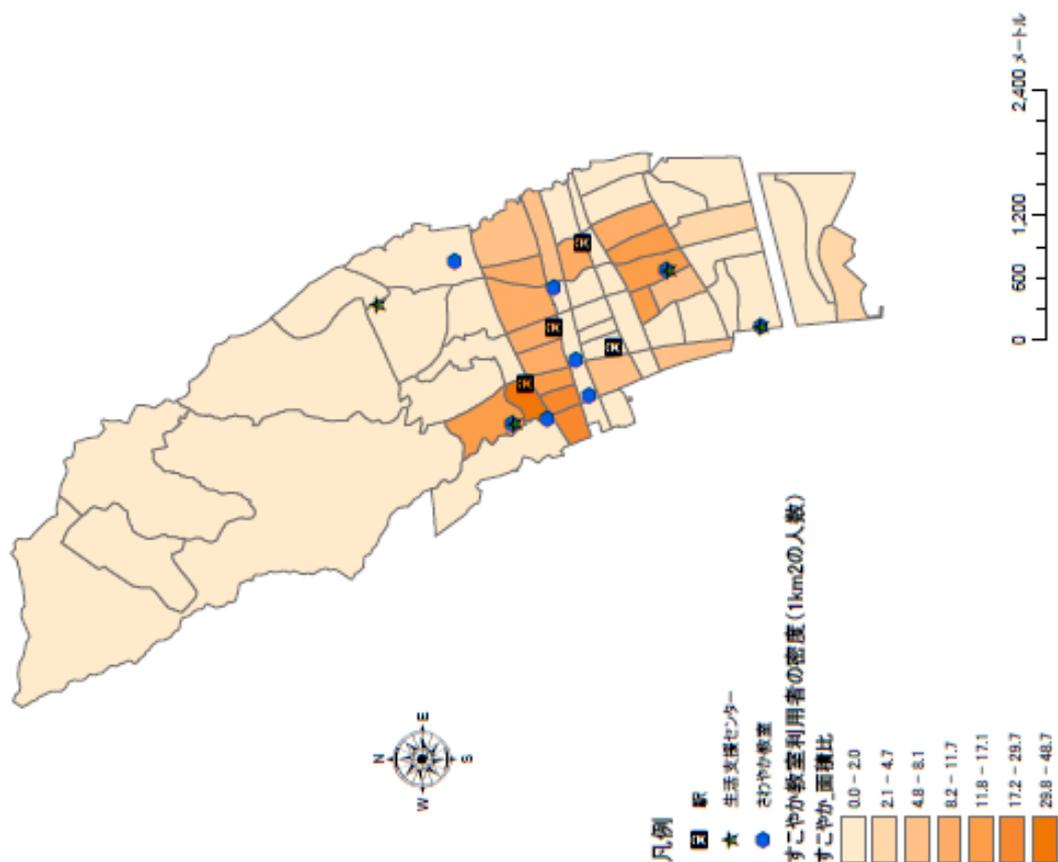


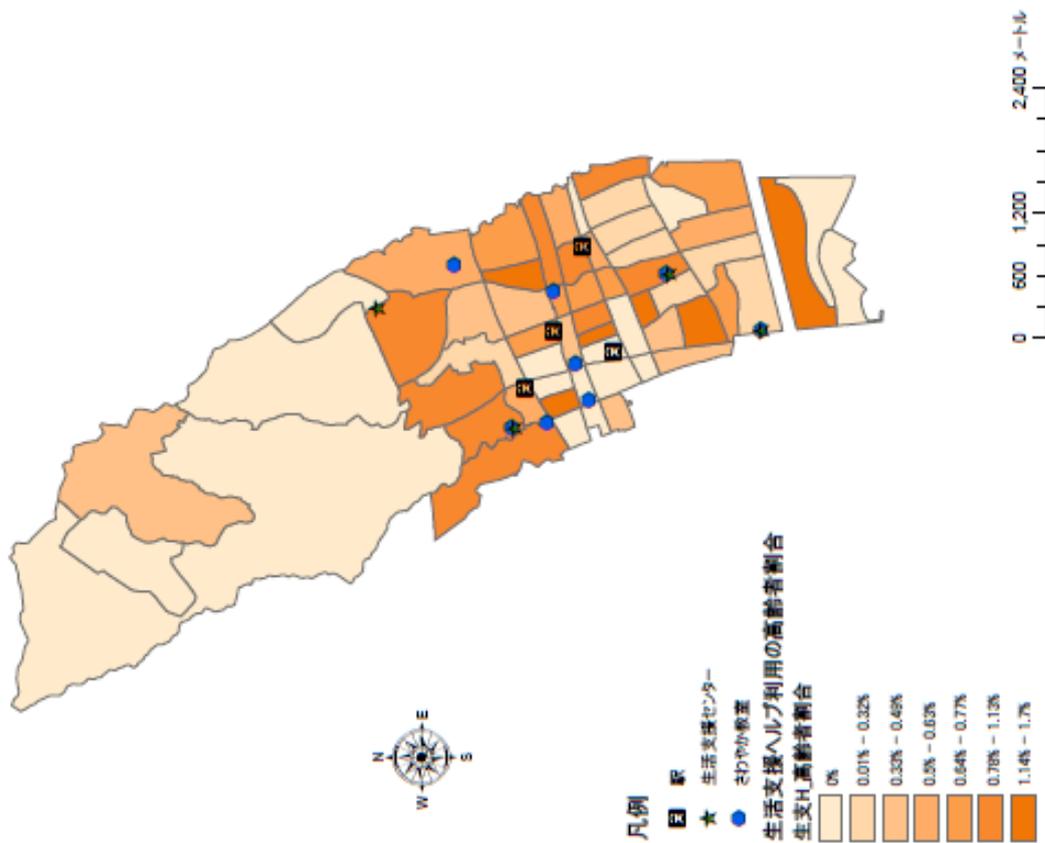
図 2-2-5 すこやか教室利用割合



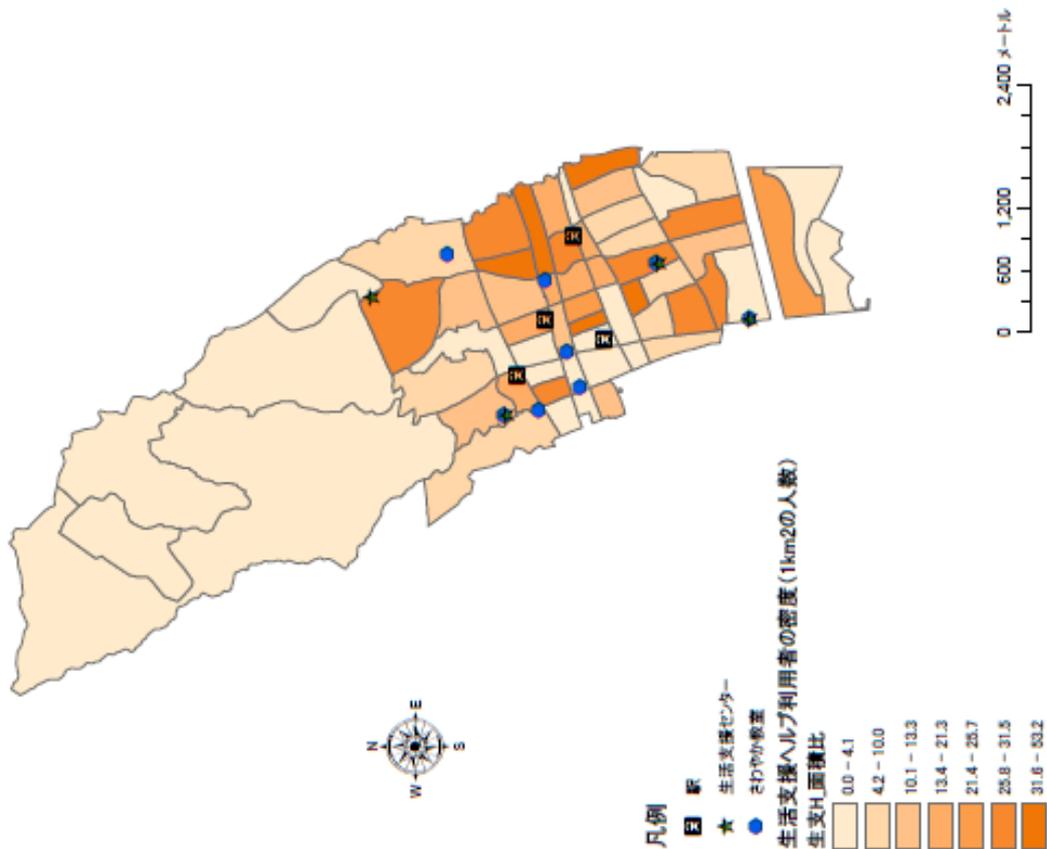
図表 2-2-6 すこやか教室利用者の密度 (1km²あたりの人数)



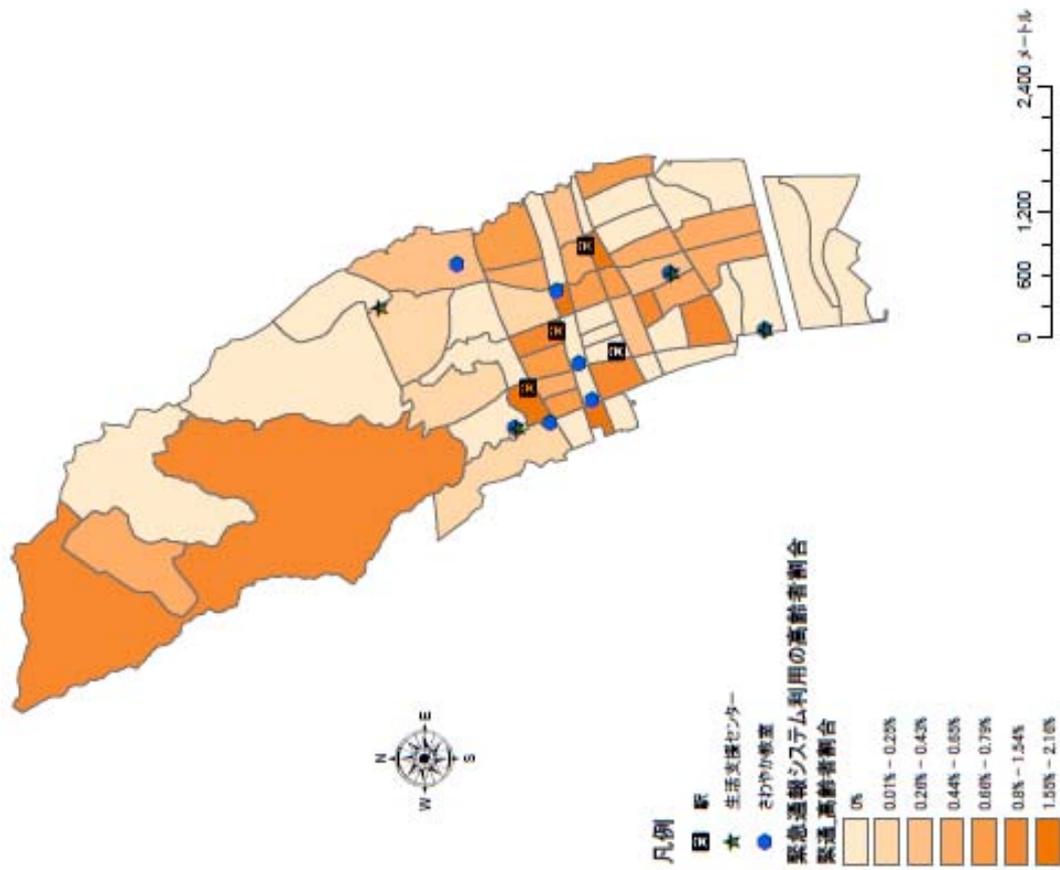
図表 2-2-7 生活支援ヘルプ利用割合



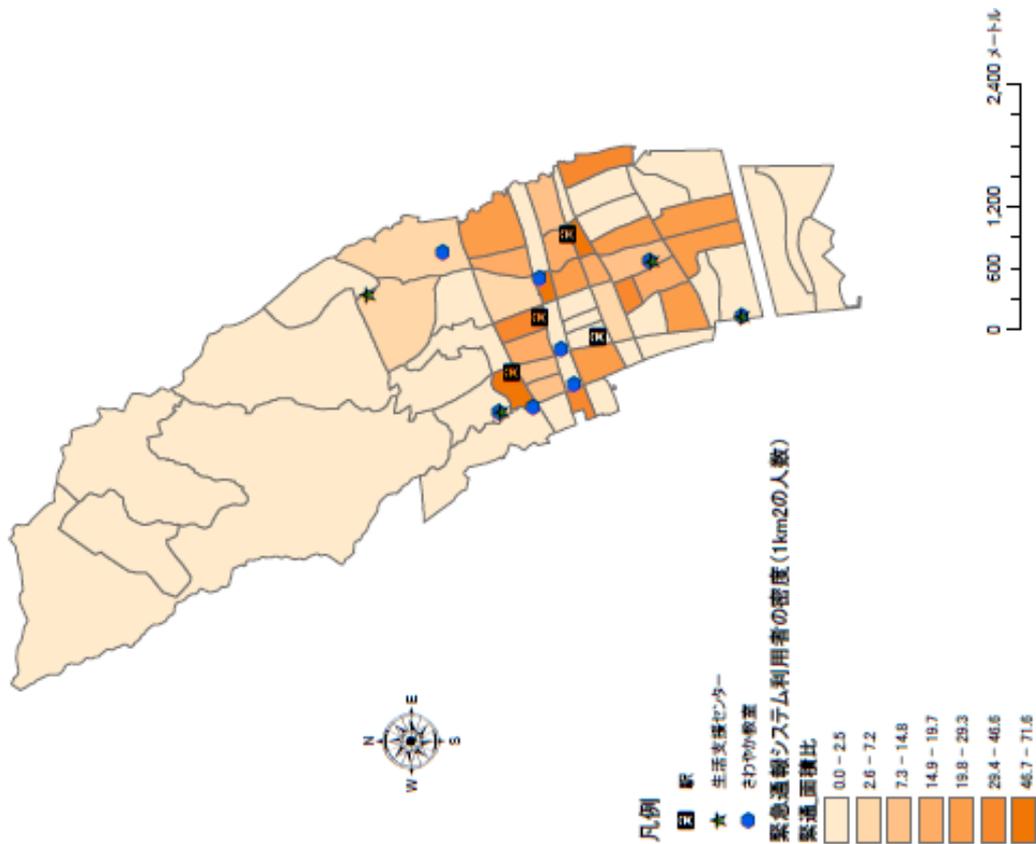
図表 2-2-8 生活支援ヘルプ利用者の密度 (1km²あたりの人数)



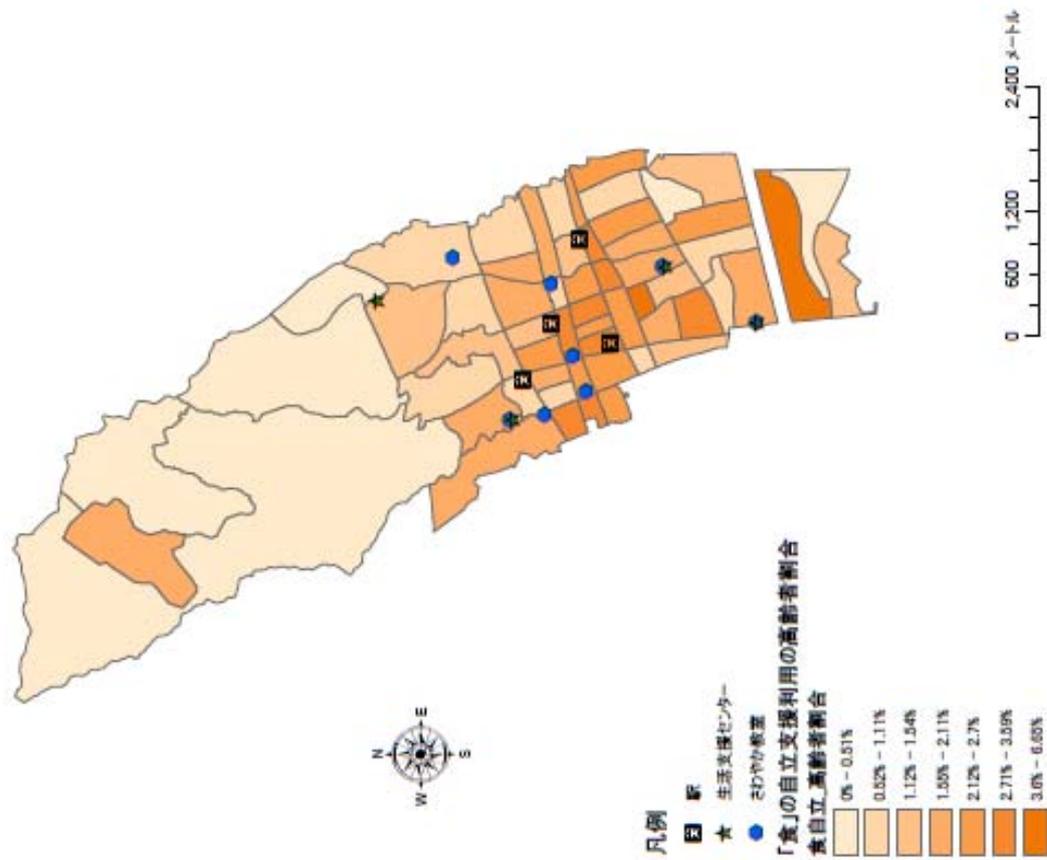
図表 2-2-9 緊急通報システム利用割合



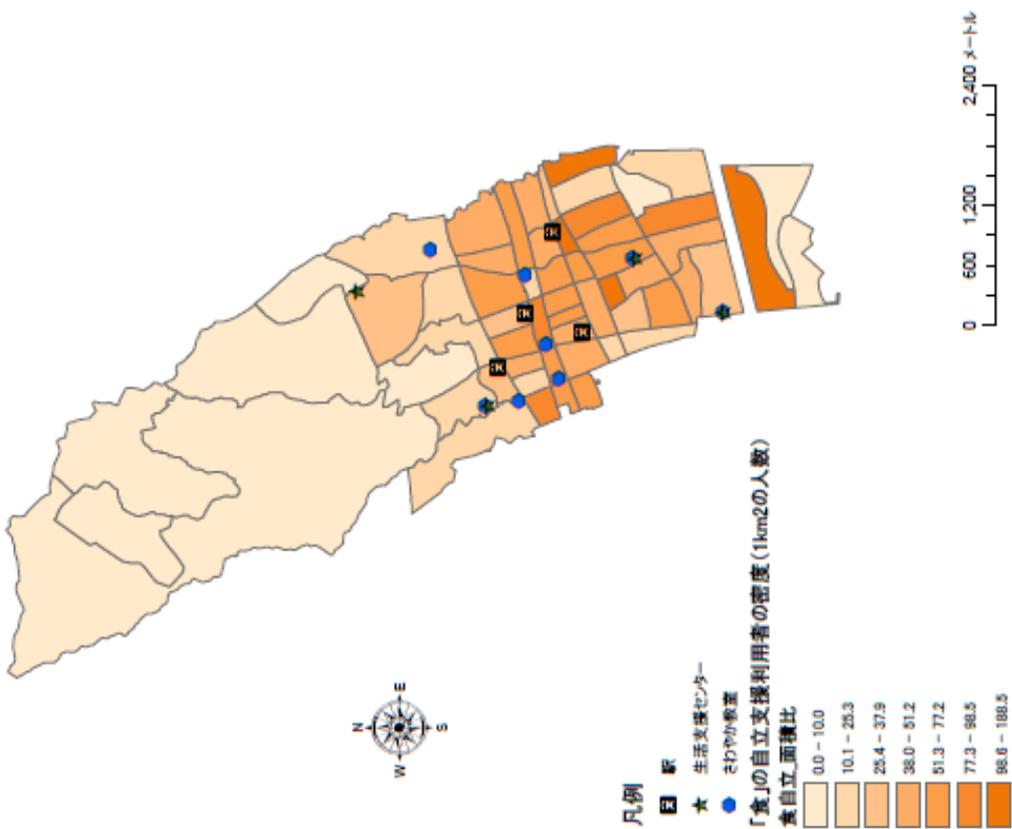
図表 2-2-10 緊急通報システム利用者の密度 (1km²あたりの人数)



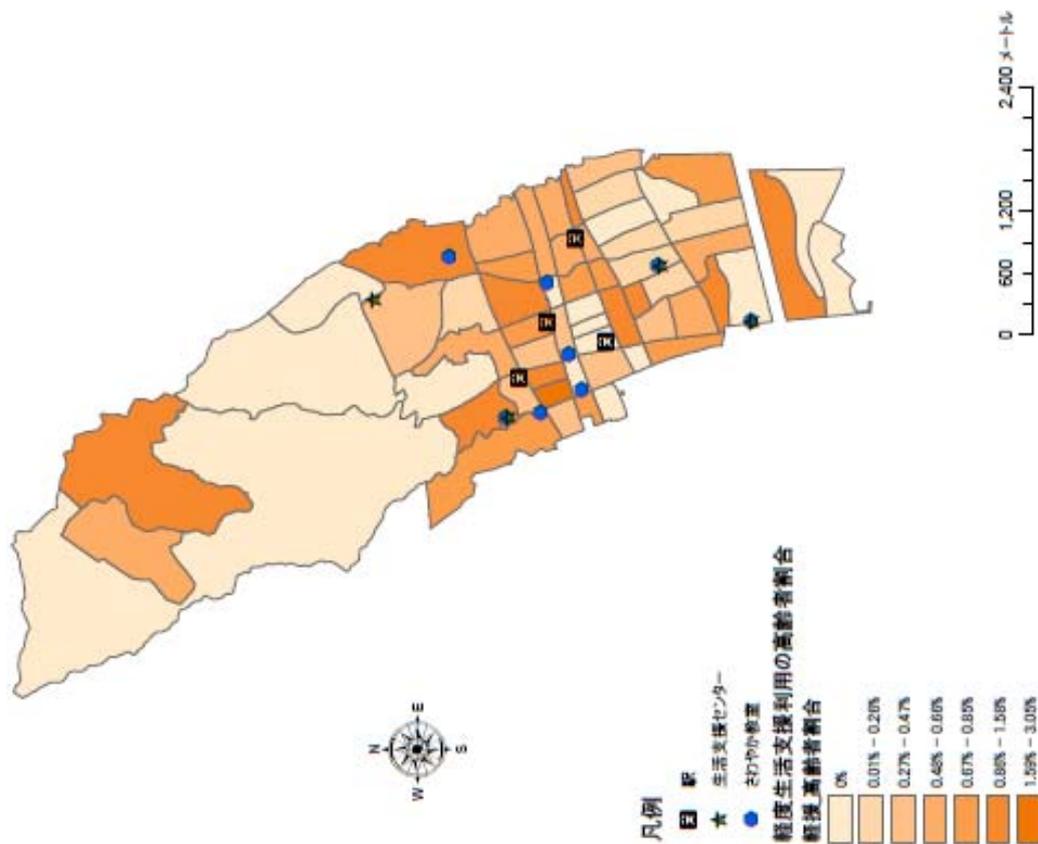
図表 2-2-1 1 「食」の自立支援利用割合



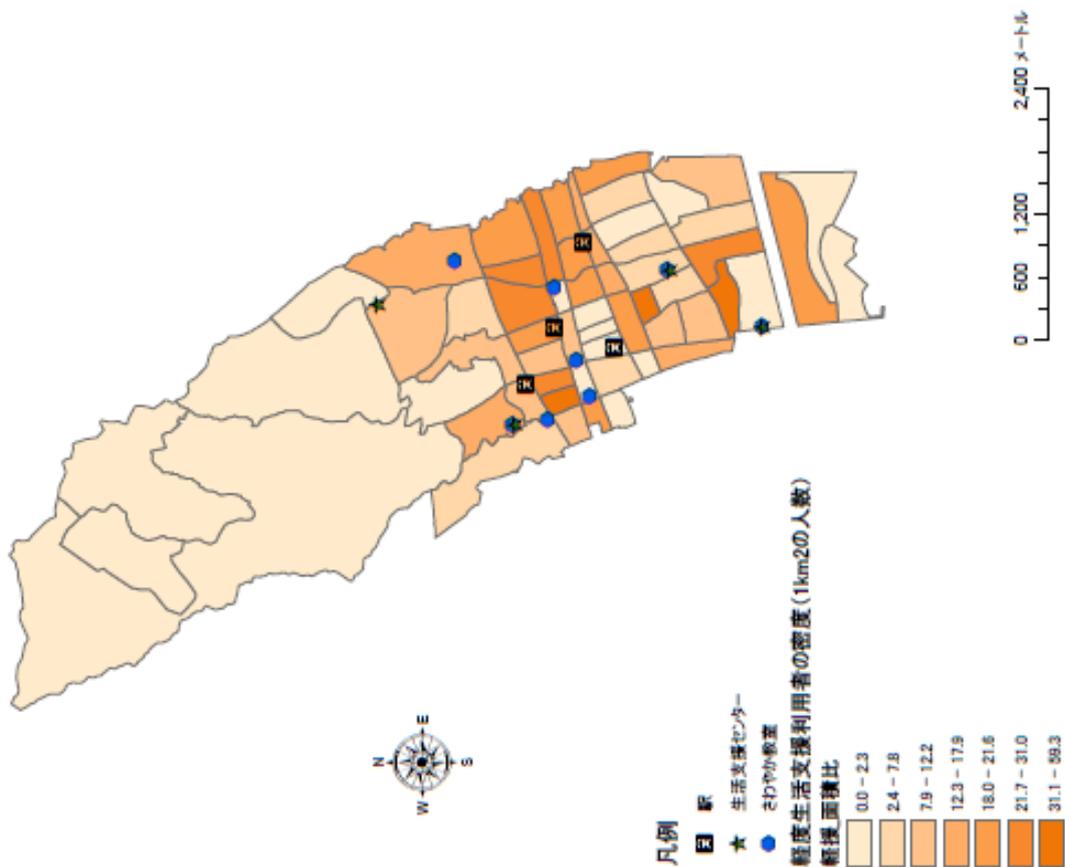
図表 2-2-1 2 「食」の自立支援利用者野密度 (1km²あたりの人数)



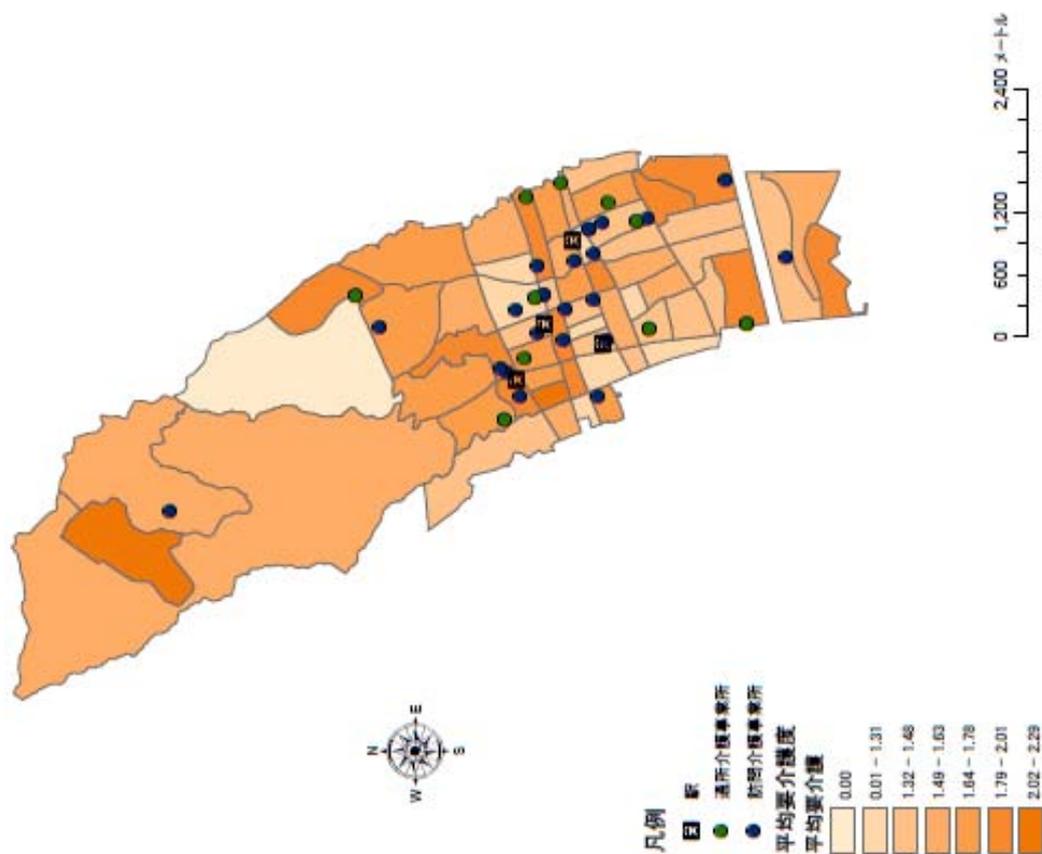
図表 2-2-13 軽度生活支援利用割合



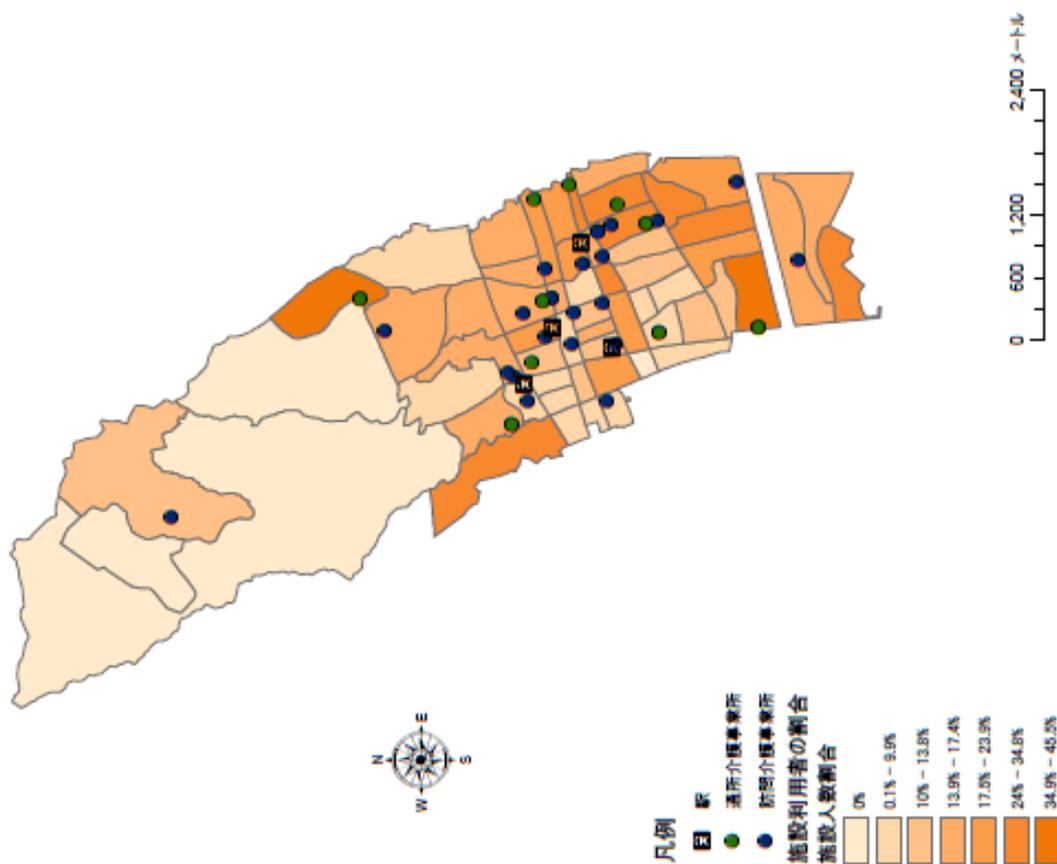
図表 2-2-14 軽度生活支援利用者の密度 (1km²あたりの人数)



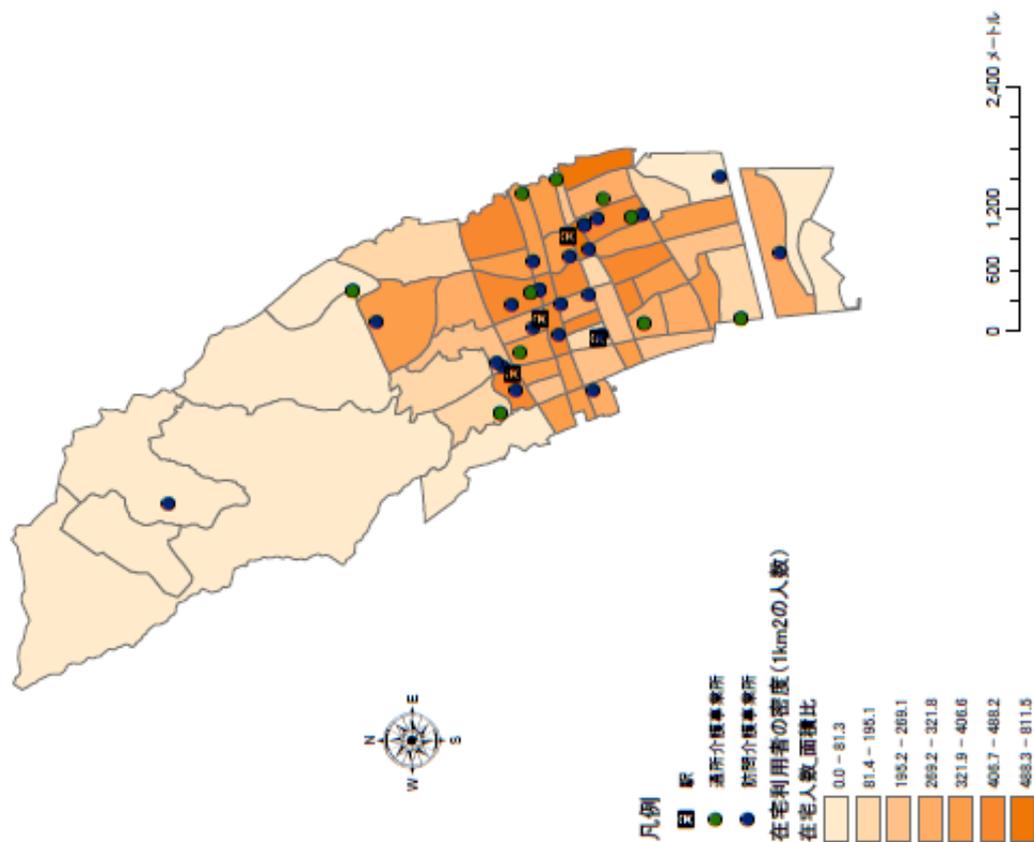
図表 2-2-15 平均要介護度



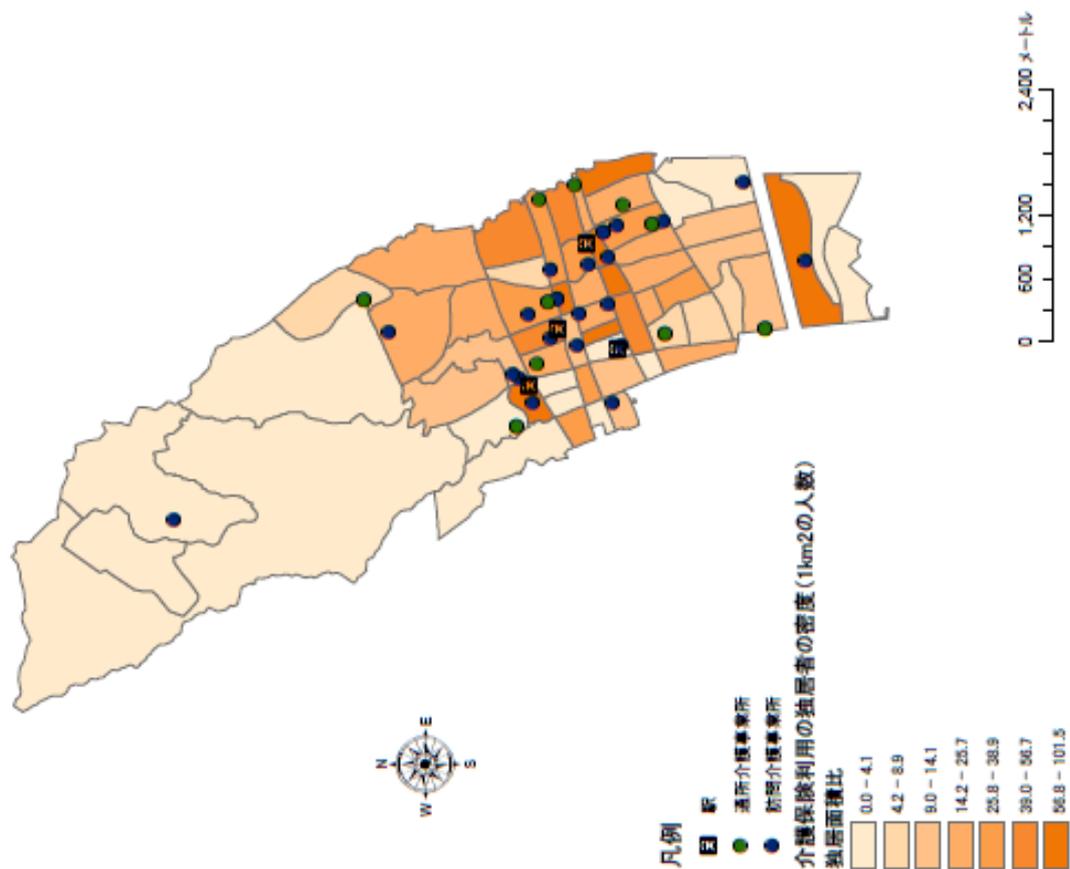
図表 2-2-16 施設利用割合



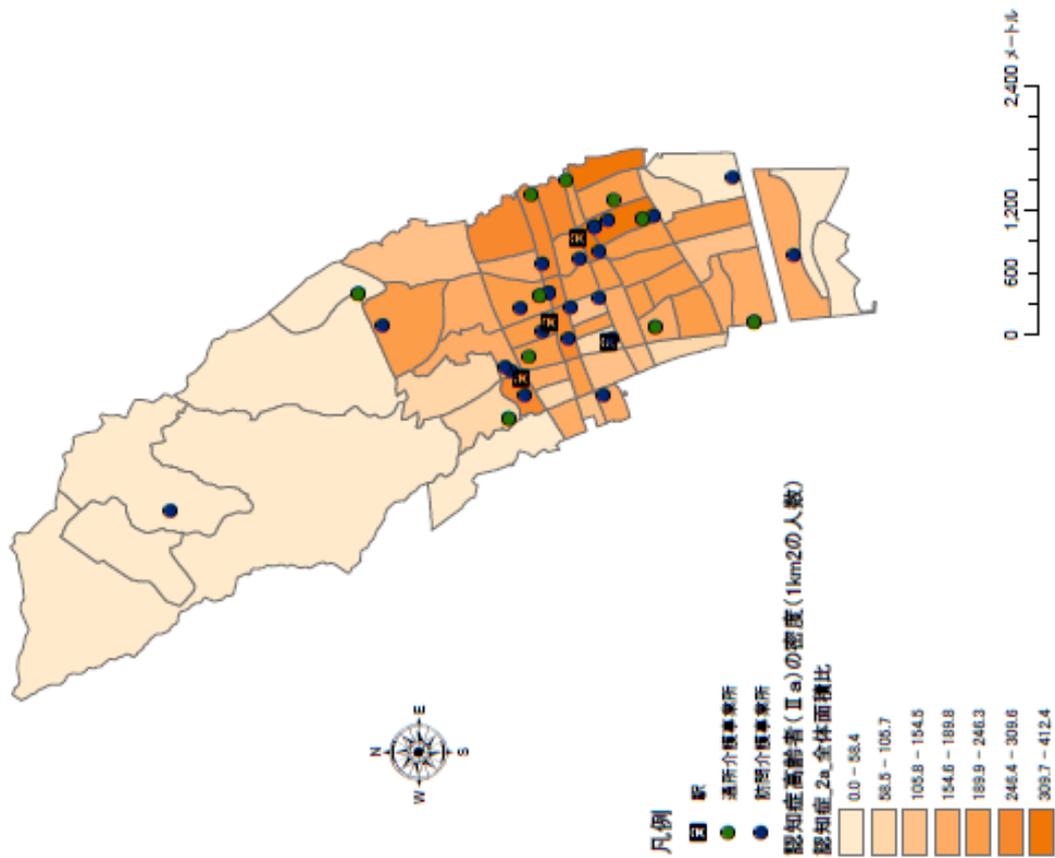
図表 2-2-17 在宅利用者の密度 (1km²あたりの人数)



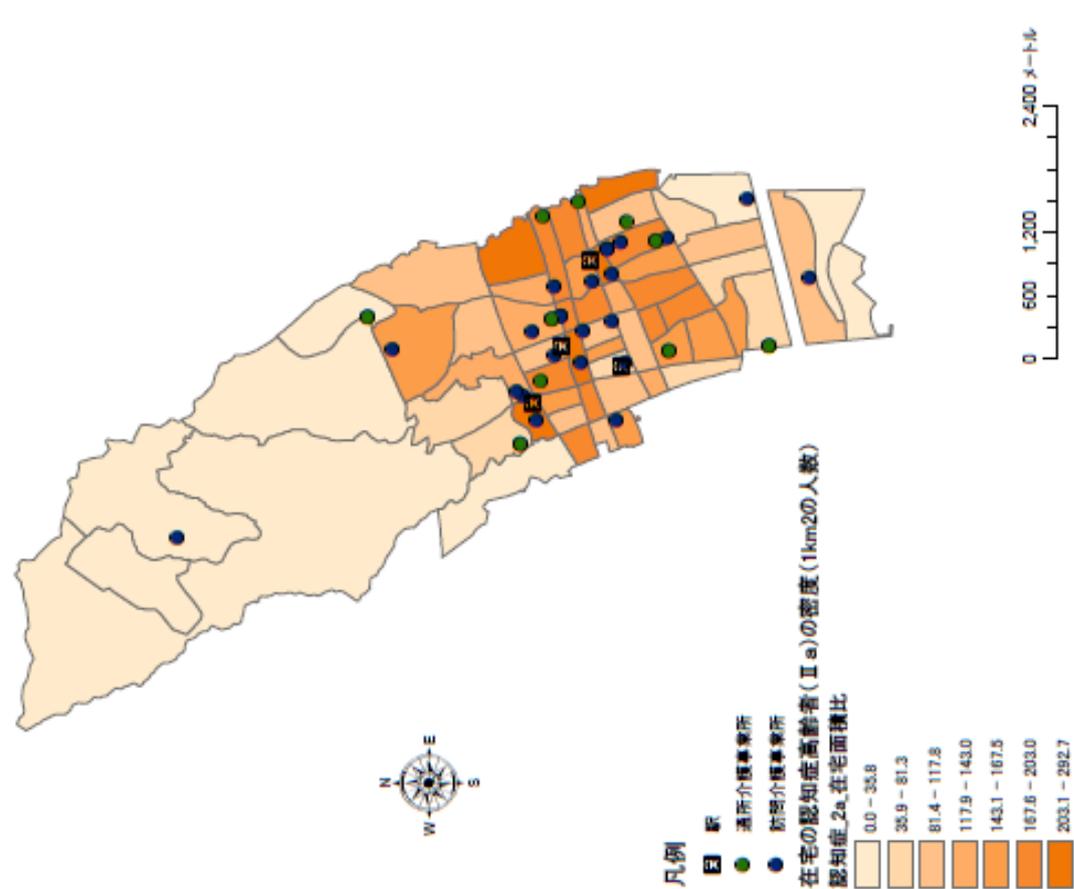
図表 2-2-18 在宅利用独居者の密度 (1km²あたりの人数)



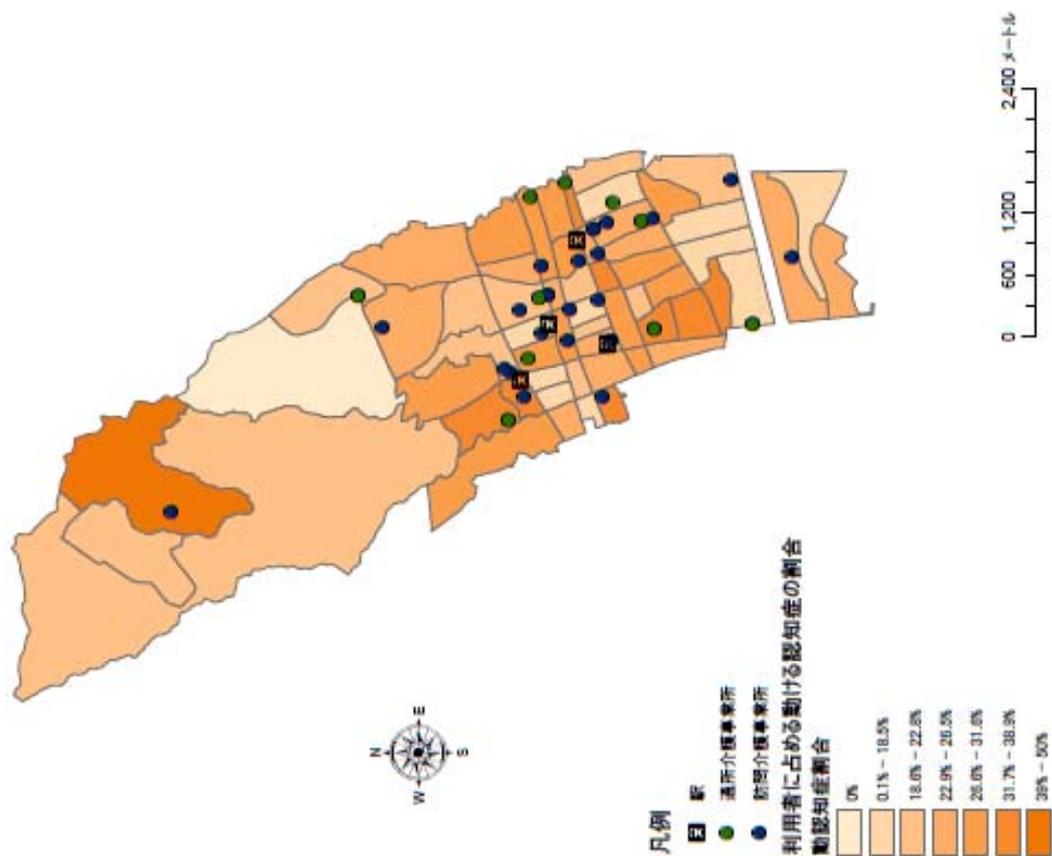
図表 2-2-19 認知症高齢者（Ⅱa 以上）の密度（1 km²あたりの人数）



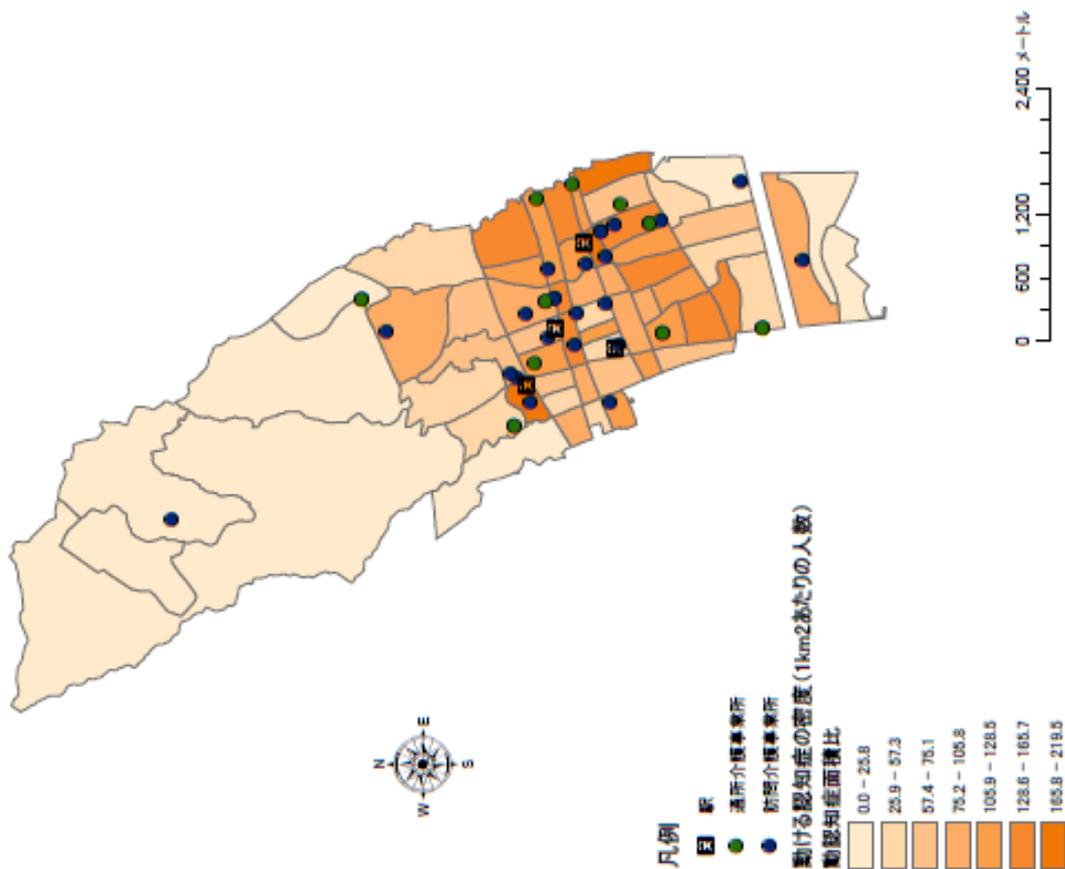
図表 2-2-20 在宅における認知症高齢者（Ⅱa 以上）の密度（1 km²あたりの人数）



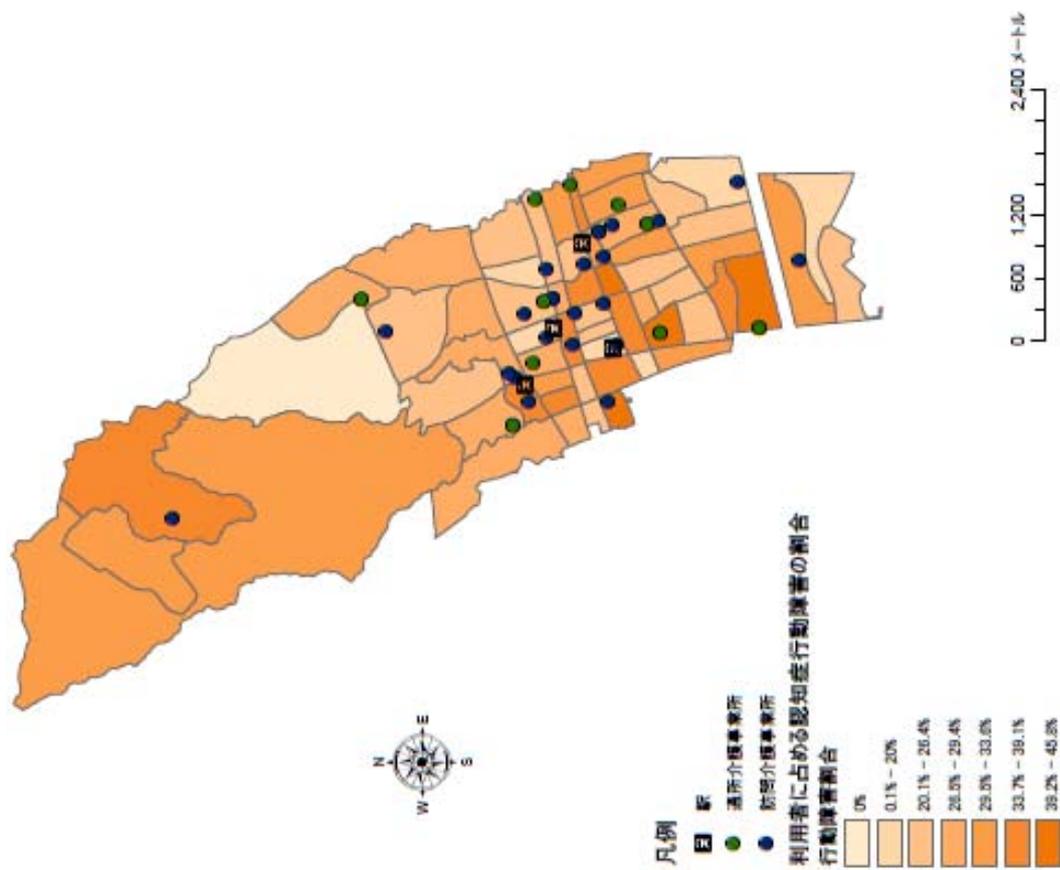
図表 2-2-2-1 利用者に占める動ける認知症高齢者の割合



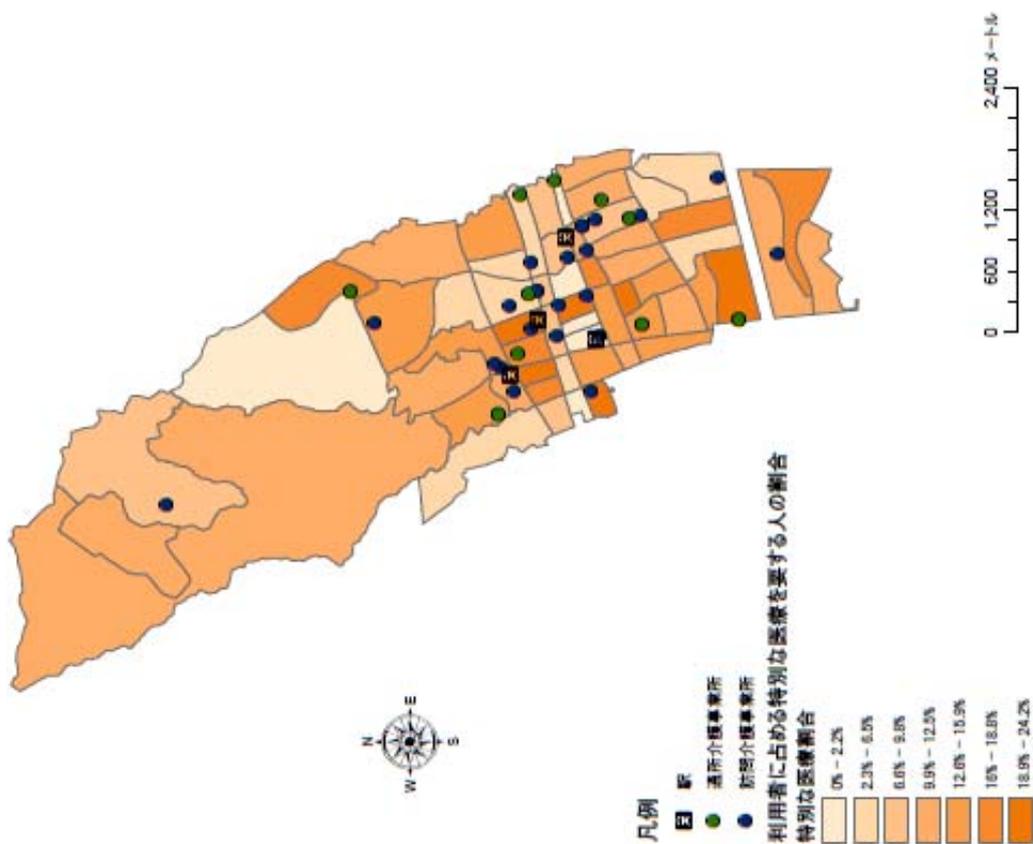
図表 2-2-2-2 動ける認知症高齢者の密度 (1km²あたりの人数)



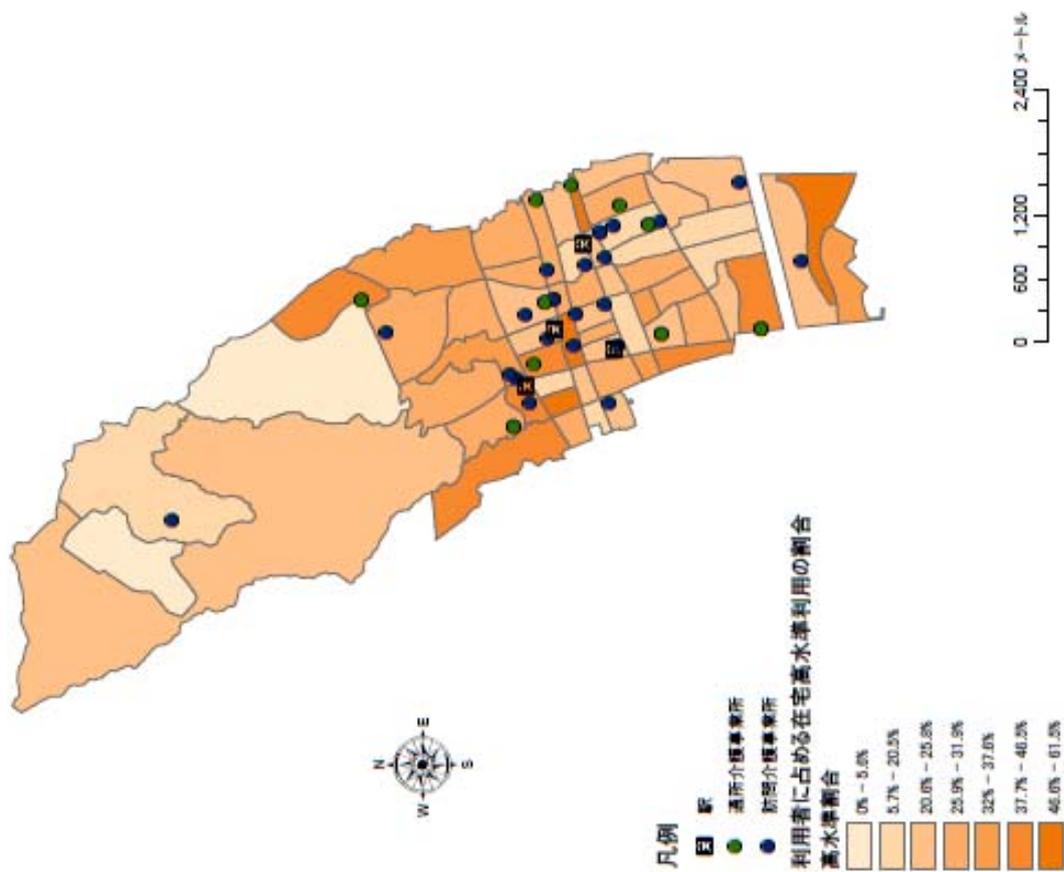
図表 2-2-23 在宅利用者に占める認知症行動障害を有する人の割合



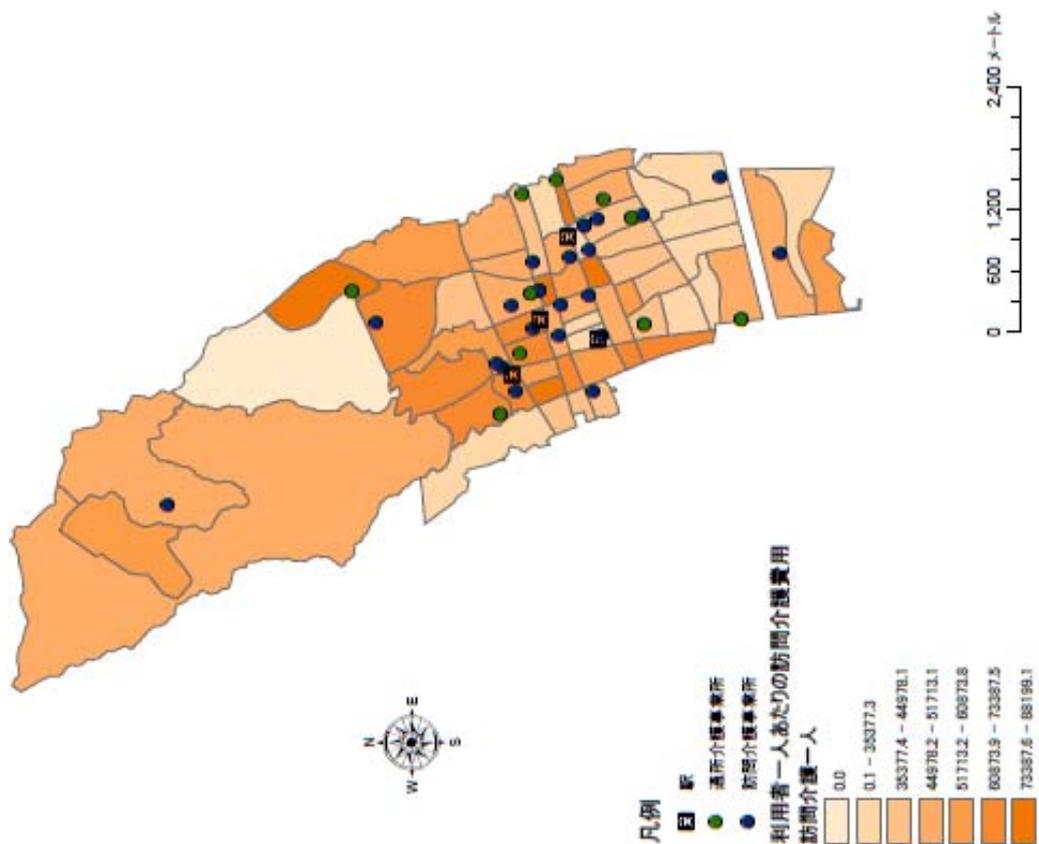
図表 2-2-24 在宅利用者に占める特別な医療を要する人の割合



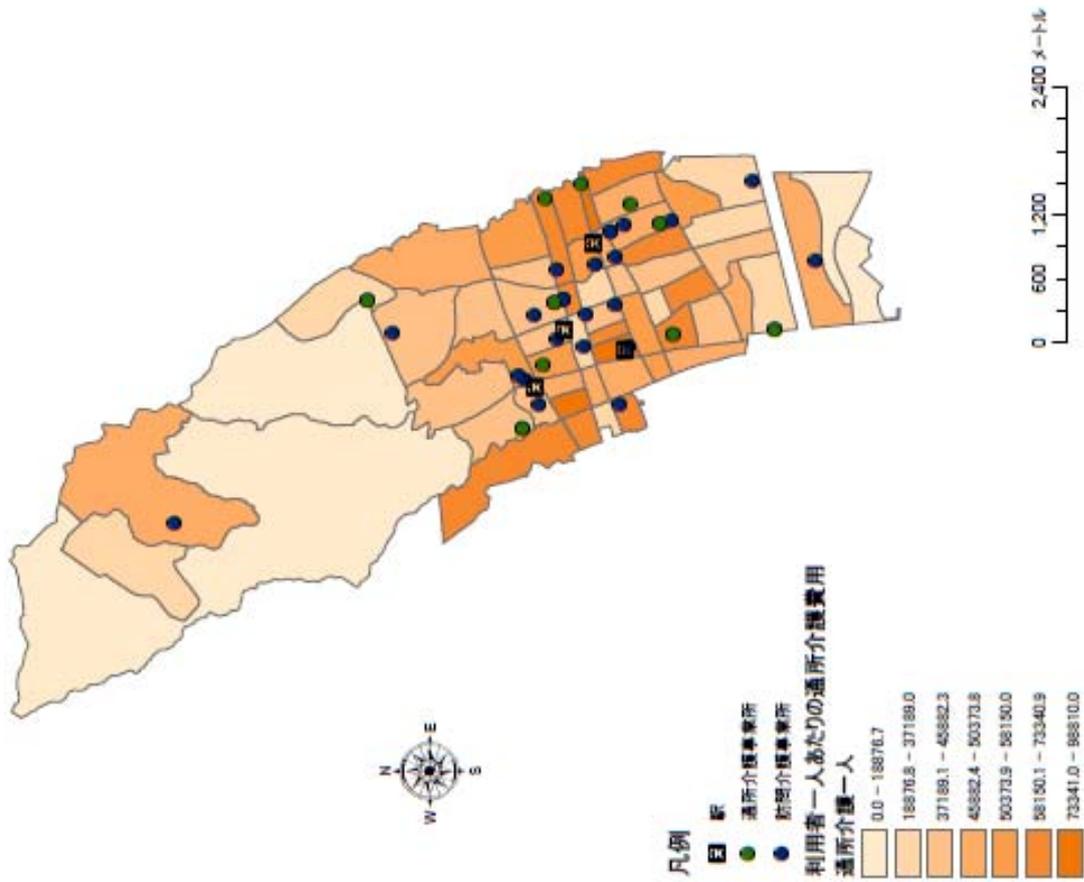
図表 2-2-25 在宅利用者に占める高水準利用者（8割以上利用）の割合



図表 2-2-26 訪問介護の平均費用額（利用者1人あたり費用額）



図表 2-2-27 通所介護の平均費用額（利用者1人あたり費用額）



2-3 ヒアリングによるさらなる課題の洗い出し

1) 地域包括支援センター

①住民による支え合い活動の実態

地域によって差はあるものの、市全体として住民同士の支え合い活動は少ない。各種サービスで対応しづらい生活ニーズに対して金銭的解決を図る（家政婦を雇うなど）ケースが少なからずみられることは、芦屋市の一つの特徴であると考えてよい。地域によっては家の敷地が非常に広く、その周りを高い塀で囲んでいる戸建が多く、地域との関わりを望まない住民も少なくない。

そうした中、芦屋市における住民による支え合い活動の一つとして、自治会・老人会・子ども会などの活動があげられる。活動内容は季節の行事や勉強会、サークル活動、学童の登下校時の見守りなどさまざまである。しかしその活動の度合いは、地域によって非常に差が大きい。その理由の一つとして、活動を先導するリーダーの有無があげられる。リーダーの存在が活動の内容を充実させる大きな要因となっているためである。また自治会等への加入率の問題もある。マンションが新築され、転居してくる人の数が多い地域では、一般的に加入率が低い。それでもマンションの管理組合を中心に加入を呼びかけ、ほぼ100%の加入率を維持している町も見られる。

一方、住民による支え合い活動が、サービス提供という形で継続している例がある。潮見圏域にあるいくつかのマンションで結成されている「お助け隊」「サポート隊」「だいじょうぶ隊」という活動である。これらはマンションの管理組合の理事経験者などの有志が数人集まり、最初はマンション内の高齢者の把握から始まった活動であったが、現在はボランティアとしてごみ出しや電球交換など、日常のちょっとした支援を行うようになっている。

また、同圏域内の自治会で始まった「救急医療情報キット*」の配布は、現在、全市的な取り組みとしてプロジェクト化するための検討会が開催されるまでになっている。

*救急医療情報キット

高齢者や障害者等が、かかりつけ医・服薬内容・緊急連絡先など救急措置に必要な情報を容器に収め、冷蔵庫にあらかじめ保管しておく。急病等で救急車の救急措置を受ける際、救急隊員が収められている情報を活用し、迅速かつ適切な救命活動を行えるツール。日本では、東京都港区がH20年度から事業化し、その後北海道夕張市をはじめ、全国に広まりつつある。

②住民側から提起される地域課題の内容

全ての地域で共通して出されていた課題が、集会所など集う場の不足である。集会所のない町もあり、有志が集って何らかの活動を始めようと思っても、その場所がないため、継続した活動になりにくい。

また芦屋市は南北に広い地形であり、特に山手圏域においては坂が非常に多く、日常の買い物や通院に支障をきたしている。他の圏域についても南北の移動は民間のバスやタクシーに限られており、バス停までの移動も容易でない場合もあることから、ループバスなどの導入を求める声が多い。

さらにハード面の課題だけでなく、住民間の連携の希薄さを危惧する声が多く聞かれる。

先に述べた、転入者が多い地域における自治会加入率の低さや、昔からの住宅地における地域との関わりの拒否などである。自治会の中には、特に若い世代と地域の情報共有を容易にする手段としてインターネットを活用するなど、連携の方法を工夫しているところもあるが、ある地域では「住民はこの町に居住する責任を感じる必要性がある」という意見が出されるなど、住民間のつながりのあり方に対する危機感が感じ取れる。

③支援者（センター）側からみた、地域固有の課題

◆山手圏域（東山手・西山手高齢者生活支援センター）

- ・高所得者が多く、その他の住民とのニーズのギャップが大きい。このため、同一圏域内であっても支援や関わりの内容・手段がまったく異なる。
- ・交通手段が少なく、通院や買い物に支障をきたしているケースが多いことは、地域における深刻な問題といえる。
- ・一方で、外出時はタクシーを使い、家事は家政婦に任せることが出来るなど、当面の支援を必要としないケースでは、高齢者生活支援センターの関わりを拒否する場合がある。
- ・一人暮らし高齢者で、日々の通院が身体的にもつらくなってきた人が、（市内外から）圏域内にある駅前のマンションに転居するケースが増えてきたため、駅周辺の町の高齢化率が上昇してきている。これに伴い、マンション管理組合に「鍵を紛失した」「ベッドから落ちた」などの通報が入り、連絡を受けた地域包括支援センターなどが対応する頻度が増えている。

◆精道圏域（精道高齢者生活支援センター）

- ・ほとんどが平地で、地域内を走るバスの本数も多いため、外出には比較的便利な地域である。またスーパーを始め、コンビニエンスストアの数も多く、買い物もしやすい環境である。
- ・しかし、恵まれた住環境にあるからこそ、住民の問題意識・地域に対する関心が低いと感じる。大した問題が起こらないため、住民で何とかしようという動きにつながらず、NPO やボランティアグループも立ちあがらない。一部のマンションでは居住者同士で個別に支え合いを行ったり、自治会の活動が盛んな町もあるが、地域全体としての盛り上がりを感じられない。

◆潮見圏域（潮見高齢者生活支援センター）

- ・30年前に埋立地に町が造られた時からの居住地域（マンション・戸建）、阪神・淡路大震災後に震災復興住宅を中心に発展してきた地域（マンション）、数年前から開発が進み、店舗や別荘なども点在する地域（戸建）と、歴史も居住する住民の動機も全く異なる地域を有する圏域である。このため、住民のニーズも包括としての関わり方も、地域によって全く異なる。とはいえ、まちをあげてのイベント（夏祭り、運動会、桜まつりなど）の開催は圏域全体の取り組みとして定着しているし、2) であげたような住民の支え合い活動など、住民自身が参画する地域活動もいくつかみられる。
- ・今後は、そうした活動の担い手の育成が大きな課題である。マンションでは、管理組合を中心に住民同士の連携が図られる場合が多いが、組合理事の高齢化が顕著であることから、今後は管理組合同士が連携して地域の共通課題を考えるなどの工夫も必要である。

- ・圏域内に見られる住民同士の小さな支え合いの取り組みを、その自主性を尊重しながらいかに支援していくかがポイントである。その際、包括、民生委員、ケアマネジャー、行政など、支援者同士も連携をして関わる必要がある。

2) 社会福祉協議会

①市内のボランティア活動の状況

- ・芦屋のボランティア活動は、地域別ではなく、対象別に発展してきた経過がある。例えば障がい者や児童を対象にした活動を行うグループなどは多く、特定の地域の中で活動を展開しているグループは非常に少ない。
- ・ケアマネジャーなどから問い合わせが多いのが、外出付き添いや話し相手など、介護保険等の給付対象にならない支援を行うボランティアグループはないか、というものである。そうした活動を行っているのは1、2グループしかなく、ボランティアが非常に不足している。
- ・グループ化はされていないが、有志による緩やかな集まり・活動として「たわしの輪*」がある。これは、アクリルたわし作りを通じて在宅高齢者の生きがいをづくりと地域交流を目指した活動である。組織化されていないグループでありながら、ボランティアの自発的な活動に支えられ、継続した活動となっている。

*たわしの輪

高齢者の自宅やニットカフェでたわしの編み方を教えたり、一緒に作る活動を通して生きがいをづくりの行うことを目的とする活動。ニットカフェは市内の集会所（2か所）、特別養護老人ホーム（2か所）、老人福祉会館と、市内全域の拠点で開催している。

②社会福祉協議会の事業について

社会福祉協議会は、独自事業や市からの受託事業として、高齢者、障がい者、児童など多くの分野にわたる事業を展開している（図表2-3-1）。中にはインフォーマルサービスで対応できないニーズを満たす事業も多い。利用を促すためにも広く市民に周知する工夫が必要である。

(図表 2-3-1 社会福祉協議会事業一覧)

事業名	内容
障がい者相談支援事業所	障害のある方へ相談支援専門員が日常生活の悩みや障害福祉サービスの利用等の相談を実施
生活福祉資金貸付事業	兵庫県社会福祉協議会の生活福祉資金(休職中の方や低所得者等を対象とした福祉資金・教育支援資金、総合支援資金、緊急小口資金)や芦屋市社会福祉協議会のつなぎ資金の貸付相談・申請受付
福祉サービス利用援助事業	判断能力に不安のある在宅の高齢者や障がい者に対し、福祉サービス利用の手続きや日常の金銭管理の援助を生活支援専門員と生活支援員が行う
生きがいデイサービス	保健福祉センター1階の高齢者交流室にて、60歳以上の方を対象に開催。各地区の福祉委員会が月替わりで企画・実施
地域福祉コーディネーター	地域のコミュニティづくりを進めるため、情報提供や住民活動と専門職をつなぐ調整役
介護用品の貸出	日常生活の介護に役立つ用品(車いす、杖、シャワーチェアなど)の試用を目的に貸出
安心生活創造(安心生活見守り)事業	地域で安心して暮らすためのしくみ体制作り
芦屋市地域発信型ネットワーク	地域福祉のプラットフォームとして事務局を担っている
生きがいづくり活動	高齢者福祉学級(地域福祉課・保健福祉センター受託事業) 【シリーズ型】囲碁(3か月12回)・書道(隔週12回)・体操教室(30回) 参加者は60歳以上 初回受講のみ 障がい者学級(社協独自事業):スポーツレクリエーション(第3月曜日年10回程度) 高齢者会食懇談会(社協独自事業)【単発型】年10回
障がい児日中一時支援事業	障がいのある子どもたちの放課後等の居場所事業 登録制 平日の15時～18時半、保健福祉センターにて実施
つどいの場なごみ	軽度の認知症高齢者の居場所づくり 登録制 老人福祉会館で水曜日10～15時に実施
ファミリー・サポートセンター	0歳から12歳までの一時預かり事業で会員組織による相互援助活動(こども課受託事業)
移送サービス事業	リフト付き車両による車いす利用者の外出支援を運転ボランティアの協力を得て実施
ボランティア活動センター	ボランティアコーディネーターが、ボランティアや福祉団体の活動の場を調整

2-4 結果の活用と今後の展開

1) 分析結果の活用可能性

①地域課題を話し合うための材料

地域発信型ネットワークにおける小地域ブロック連絡会やミニ地域ケア会議は、地域住民や福祉活動関係機関が日頃の活動状況や地域課題を共有したうえで、ネットワーク活用による地域づくりを行おうとするものである。地域診断結果は、住民自身が感じている課題とは異なり客観的なデータを多く含んだものであることから、生活圈域単位での会議での議論をより活発なものとする材料としても活用が可能であると考えられる。

なお、そうした会議で地域診断結果を用いる場合は、一般住民や民生委員などにも分かりやすい形でデータを提示することが重要である。本章2)で示したような地図による視覚化は、地図上の色分けにより地域差を表すものとして、会議出席者が理解しやすい一つのデータの形であるといえる。

②行政計画策定への活用

今回の地域診断は、現在支援が必要な人だけでなく、潜在する者も含めて把握し、今後見込まれる個々の高齢者や地域の課題を明らかにしようとするものである。この試みは、地域が抱える課題に対する的確な対応手法を計画ベースで検討することを可能にする（老人福祉計画・介護保険事業計画・地域福祉計画など）。

市からも、地域診断結果を政策判断の資料として活用したいとの意向が示されており、地域特性を基にした地域診断の結果は、政策判断を見直す、または新たにして、課題の地域福祉的解決を拡充する基礎となり得るものといえる。

なお、住民側から提起される地域課題の内容は、福祉担当部局だけで解決が図れるものばかりではない。本章2)に示したような、集会所の不足、ループバスの問題などは他部局との連携の下で取り組む必要がある。

③地域活動に対する支援

潮見圏域で取り組まれた「救急医療情報キット」の配布のように、地域における小さな取り組みを取り上げ、市全体の普遍的な課題を解決するツールとしての運用を検討するなど、行政の適切なフォローにより地域活動の活性化を図ることも必要である。

また、2)でとりあげたマンション単位のボランティア活動以外にも、地域ごとにゴミ出しなどのちょっとした支え合いの萌芽はみられる。そうした地域の取り組みが継続した活動となるような支援の方法を考えていく必要がある。これは、住民から出された「この町に居住する責任」を全ての住民が感じることが出来るよう、側面的な支援をおこなうという意味もある。

さらに、同じ圏域の中でも小地域ごとに抱えるニーズがまったく違う場合が多くみられることから、市全域を対象とした公的なサービスの整備だけでなく、それぞれの地域に合った支援を行うボランティアグループの組織化を支援することも必要である。

2) 今後の課題と展望

①一般施策利用者データと介護保険利用者データとの突合

今回の分析では、一般施策サービス利用者を個人単位で特定で把握することはなかったため、例えば介護保険サービスと一般施策との重複利用の実態や、一般施策を複数利用している場合のサービスの組み合わせなどを把握するには至らなかった。

もし一般施策サービス利用者を個人単位で特定（＝被保険者番号で管理）できれば、一般施策利用者データと介護保険給付データとの突合が可能となり、地域診断に有益な以下のような分析が可能となる。

- ・介護保険サービス利用者が一般施策サービスを利用している状況から、インフォーマルサービスや地域での支え合いの必要性が把握できる

- ・一般施策サービスのみで日常生活を支えている人の状況を見ることで、一般施策サービスが介護保険サービスを利用する前の生活を支えている実態が明らかとなる
- ・サービス利用者の実人数が把握でき、地域の高齢者にどれほどサービスが行き届いているかを把握できる
- ・要介護認定を受けていて介護保険サービス未利用の人の、一般施策サービス利用実態が把握でき、生活を支えているサービスの内容が明らかとなる など

特に要支援1・2の軽度者については、今後の介護保険制度改正によりサービス給付対象外となる可能性も否めない中、一般施策サービスを始め、地域の支え合いによりその生活をいかに支えていくかを具体的に検討する必要性に迫られていることから、現在のサービス利用状況を詳細に分析する必要がある。

②認知症を支える資源の充実

現在、認知症サポーター・権利擁護支援者の養成講座の修了者が多く輩出されてきているが、その認知症高齢者数に対する割合を把握することで、地域ごとの認知症対策のマンパワーの充実度が分かる。それらの人々が地域において認知症高齢者を支える支援者・資源として活躍する場の創出が期待される。

3. 既存データ等を活用した地域診断の取り組み事例

3-1 熊本県 8 保険者比較分析

1) 給付分析基本表の比較

既存データを活用した地域診断事例として、ここでは、日本福祉大学福祉政策評価センターで開発した「介護保険給付実績分析ソフト」を用いて、熊本県下 8 保険者における介護給付実績を比較した。本ソフトの特徴は、以下の 3 点である。

- ①利用者個人レベルの基本属性や状態像を把握できる。
- ②利用者個々人の介護サービス利用の組み合わせを把握できる。
- ③統一されたフォーマットに基づいて容易に保険者間を比較することができる。

本ソフトによって出力される結果は、介護保険策定における審議会で見せる材料として有効であり、全国で約半数の保険者に普及している。また、県行政が主体となることによって、県下全体の保険者を比較することは可能である。とくに、第 5 期の介護保険事業計画においては、参酌標準が撤廃されることにより、「保険者機能の強化」が強調されており、保険者自らが独自の目標を考えることが求められている。このため、市町村行政（保険者）としては、保険料算出に関心が行きがちだが、介護保険給付実績の現状を正しく把握することが重要になってくる。

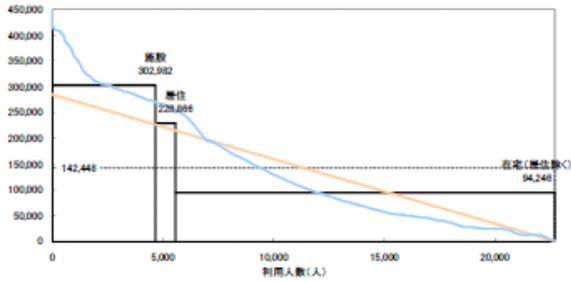
次頁に示した図表は、熊本県下 8 保険者における給付実績の基本的特徴として、施設・居住・在宅別の利用人数と平均費用を示したものと、サービスの組み合わせ（サービス・パッケージ）別に利用人数と平均費用を示したものである。このように、比較することによって、他と比較することでなぜそうなっているのかの特徴を知ることができる。たとえば、H村は一人当たりの介護費用が G 村より低く、相対的に保険料が安くなりやすいことがわかる。G 村の費用を高くしている理由は、左側にある面積の大きさ、すなわち介護施設利用者の費用の大きさである。一方、C市では、B市と比べて、施設が多く居住系のサービスが少なく、在宅の一人あたり介護費用が低くなっている。その差が何からきているのかは、要介護度別を見たり、サービス・パッケージをみることでみえてくる。

その際に、本研究では、新しい参酌標準として「地域ケア率」という指標を提案している。これは、「在宅介護で複数機能（訪問系サービスと通所系サービス、もしくは、短期入所など）のサービスを併用し、かつ、その費用が在宅介護支給限度額比率が 8 割以上である利用者の割合」を指している。今後、施設を増やしにくいことを前提とすると、要介護度が悪化した人びとの多くを「地域ケア」で支えざるを得ない。実際に、後述する上天草市、山鹿市、錦町、球磨村のいずれも 3 年間の間でこの「地域ケア率」は上昇していた。今後、参酌標準が撤廃された際に、施設の拡充と地域ケアの推進のこういった選択をするのかは保険者にとって大きな分岐点であるが、どちらを選択するにしても、保険者の現状を把握する指標としては「地域ケア率」は有用な指標になると考えられる。

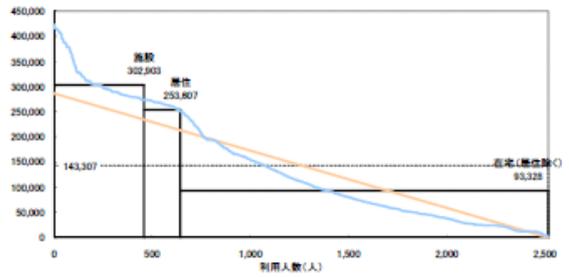
図表 3-1-1

1. 施設・居住・在宅別費用構造図

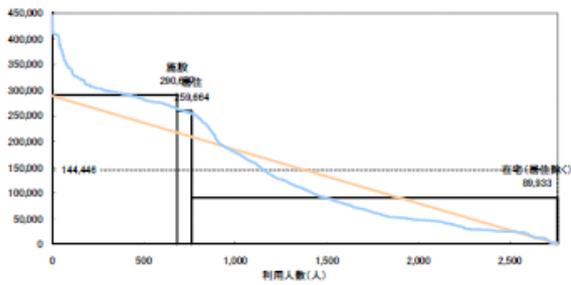
A 市



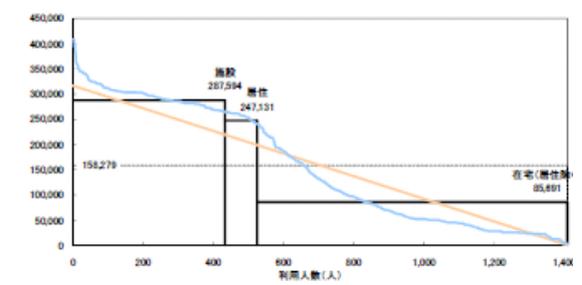
B 市



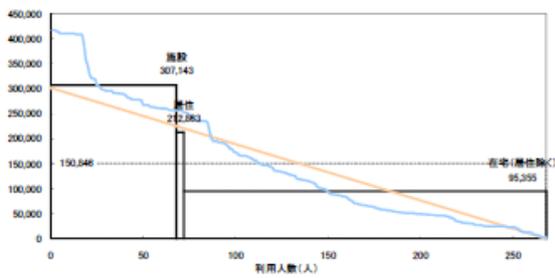
C 市



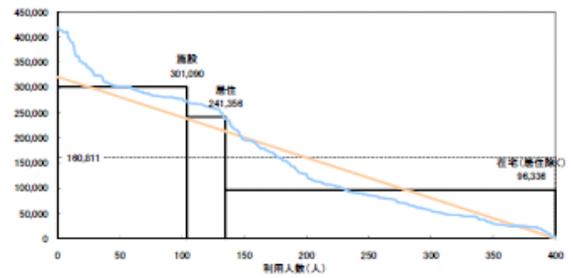
D 市



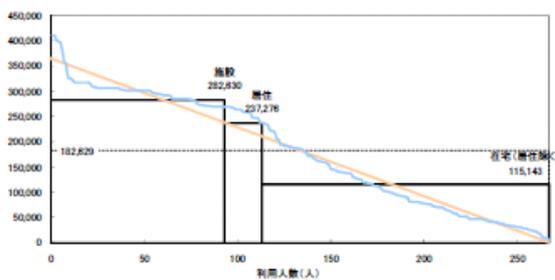
E 町



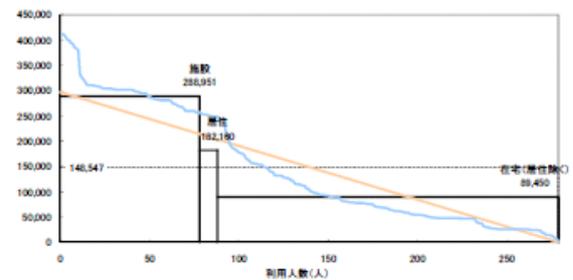
F 町



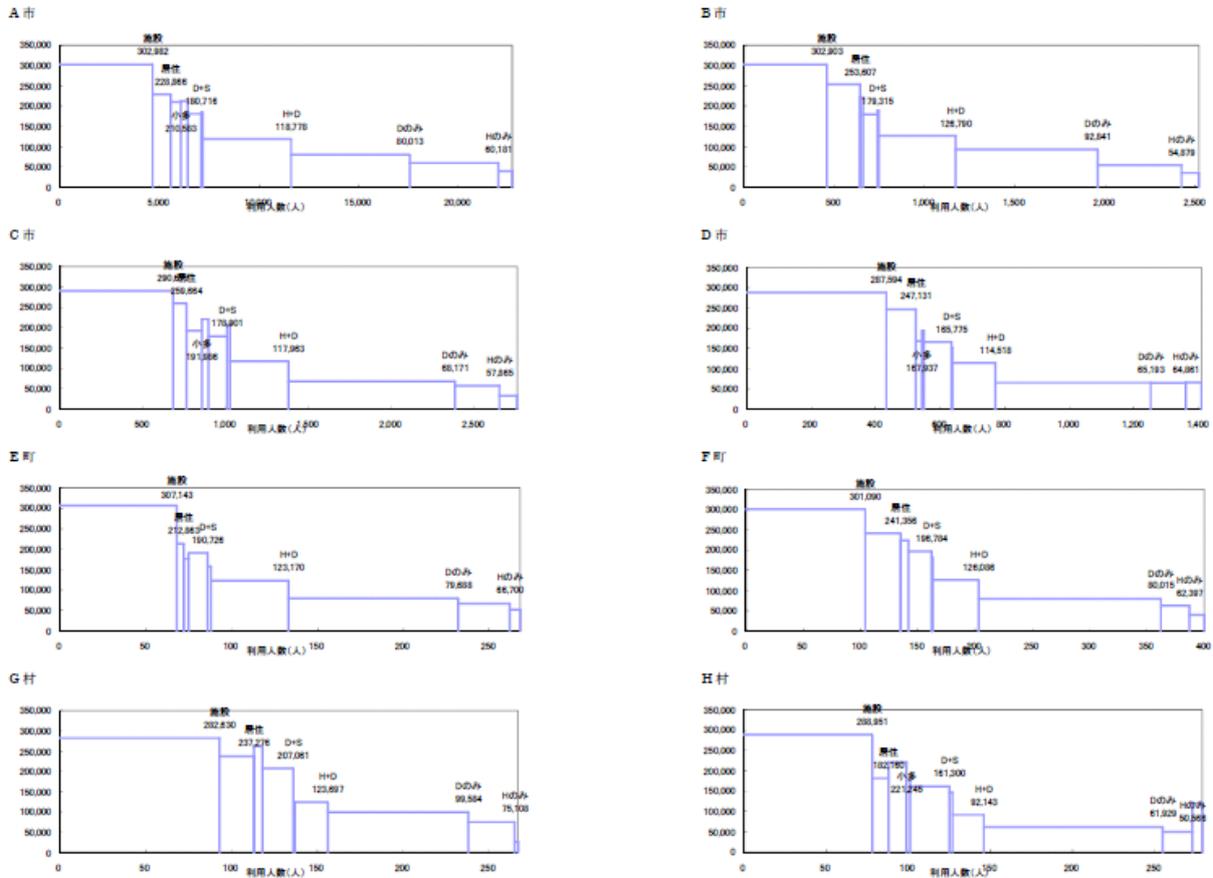
G 村



H 村



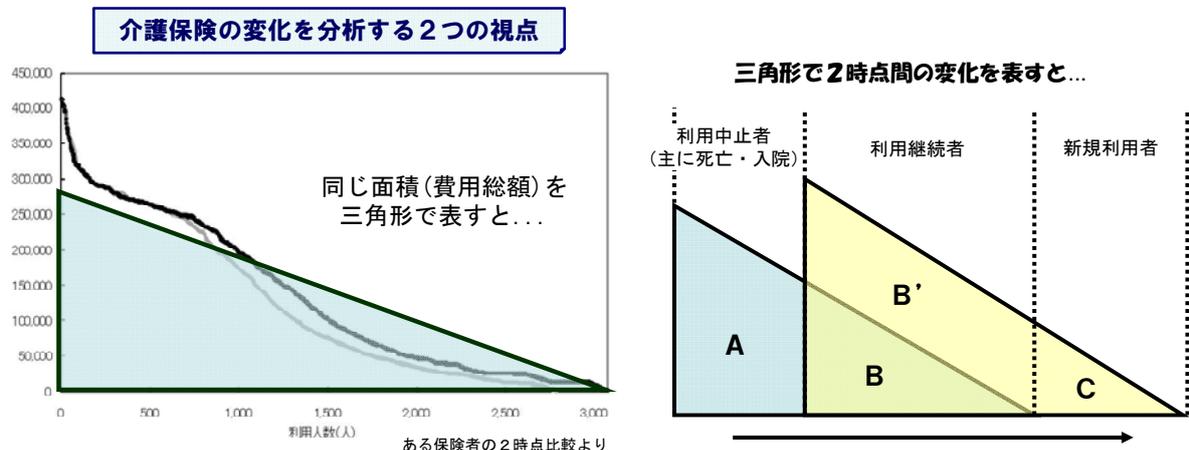
図表 3-1-2



2) 2 時点間比較の分析枠組みと結果

つぎに、有益な地域診断にむけた分析視点として、同一地域における複数時点間での比較が考えられる。ただし、保険者の介護保険事業を複数時点で比較する場合、利用者の「出入り」が存在するため、その点を十分に考慮する必要である。

具体的には、ある時点における保険者の介護費用総額を、介護保険費用が最も高い人から最も低い人までに並べた三角形でモデル化する。こうすることにより、時間の経過につれて三角形をスライドさせると、最も費用の高い人ほどが死亡等で介護保険利用から出て行き、継続利用者は重度化する、また、新規で利用開始する人が出てくる、という関係を示すことができる。

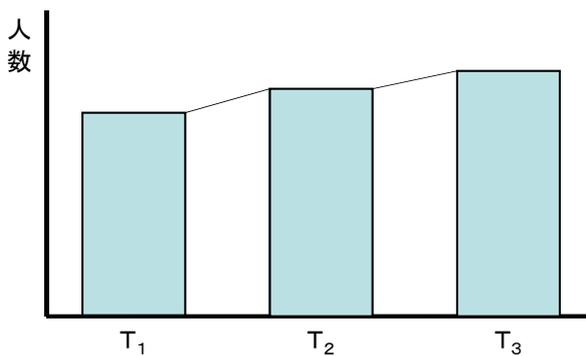


すなわち、従来の介護保険利用者数の経年的な変化の方法は、出入りを相殺した単純な比較になっていた。しかし、新規利用者と利用中止者を区分することによって、保険者の介護保険事業の動向と今後の予測を精緻化することができると考えられる。

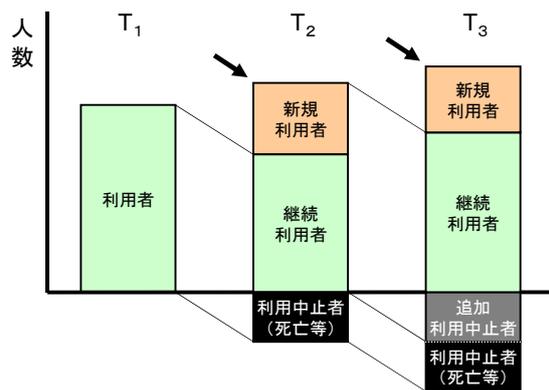
実際に、いくつかの保険者について、このモデルに基づいて、分析してみると、上天草市や山鹿市では、利用中止者より新規利用者が多いため利用者数は増加している。とくに新規利用者の要介護度と、継続利用者の要介護度の悪化という点から分析すると、こうしたグループでは、新規利用者の要介護度が低い可能性があることが示唆された。

一方、錦町や球磨村では、利用中止者と新規利用者が同規模であるため、利用者数全体としては横ばいもしくは減少傾向にある。すなわち、介護保険サービスの利用者数が既に頭打ちにある保険者といえる。特徴として、利用者数が増加中の保険者と比べて、新規利用者の要介護度が高くなっていた。これは、介護保険サービスへのアクセスが十分に確保されておらず、利用開始時には既に相当悪化した状態になっていることを示唆するものである。また、利用中止者の年齢が比較的低下していた点は、保険者の介護保険サービスにおけるケアの質とも関連する問題であり、保険者としても検討する必要があるといえる。

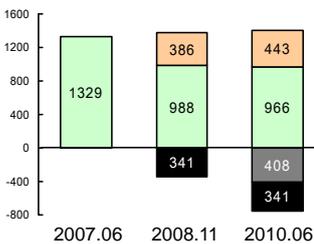
従来の介護保険利用者数の把握方法



“人の出入り”を踏まえた利用者数の把握



上天草市



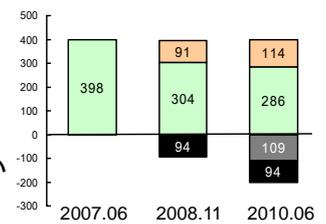
利用者数が増加中の保険者

- 人の出入り
新規利用者 > 利用中止者
- 要介護度
・新規利用者の要介護度が低い
上天草=1.899
山鹿=1.709
・継続利用者の悪化は進む(*)
上天草=+ 0.322
山鹿=+ 0.303
- 年齢
中止者(主に死亡)の年齢が高い
上天草=86.2歳
山鹿=85.6歳
(*)どの保険者でも共通する。

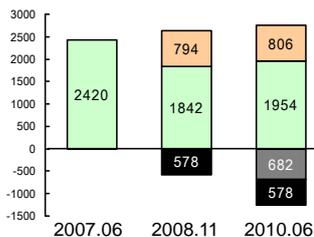
利用者数が横ばいの保険者

- 人の出入り
新規利用者 ≤ 利用中止者
(利用者数の頭打ち)
- 要介護度
新規利用者の要介護度が高い
錦=1.973
球磨=2.154
・継続利用者の悪化は進む(*)
錦=+ 0.336
球磨=+ 0.223
- 年齢
中止者(主に死亡)の年齢が低い
錦=84.1歳
球磨=84.4歳
(*)どの保険者でも共通する。

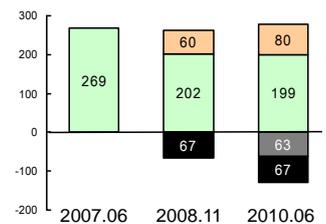
錦町



山鹿市



球磨村



また、前述した8保険者について、出入りから費用構造を分析した結果、たとえば、B市では3年の間で介護サービス利用を中止した人の介護費用よりも、新たに利用を開始した人の介護費用の方が3,000万円程度安くなっているが、継続利用者の介護費用が6,600万円増加しているために、保険者全体としては介護費用総額は増加している。他方で、A市では、利用中止者の介護費用よりも新規の費用が大きく、さらに継続利用者の費用が増大しており、相殺されることなく介護費用総額が増加していた。なお、過去に分析した兵庫県下では3分の1がA市と類似するパターンであったが、今回の分析ではA市のみであった。これは、熊本県下では、過疎化によって新規利用者の規模自体が小さいためと考えられる。このため、こうした地域では、介護費用の膨張を避けるためには、新たに利用を開始する人びとを抑制するよりも、継続的に利用をしている人びとの悪化の抑制策を検討する方が効果的であることを示唆している。

利用者の出入りを踏まえた介護費用変化要因

	利用中止	新規利用	<差>	継続者(前)	継続者(後)	<差>
A市	1,340,579 (8,123)	1,513,758 (12,573)	173,179	1,654,356 (12,638)	2,260,712	606,356
B市	160,903 (974)	131,225 (1,115)	-29,677	182,418 (1,402)	248,574	66,157
C市	159,856 (981)	147,080 (1,321)	-12,776	188,430 (1,439)	251,591	63,161
D市	95,685 (578)	82,175 (658)	-13,510	102,822 (751)	140,840	38,018
E町	16,766 (100)	13,925 (117)	-2,841	17,931 (151)	26,502	8,571
F町	28,224 (171)	23,068 (173)	-5,156	32,778 (227)	41,256	8,478
G村	15,928 (105)	15,845 (99)	-83	27,429 (168)	32,917	5,488
H村	17,428 (109)	13,797 (119)	-3,631	20,590 (160)	27,647	7,058

費用は千円、()内は人数

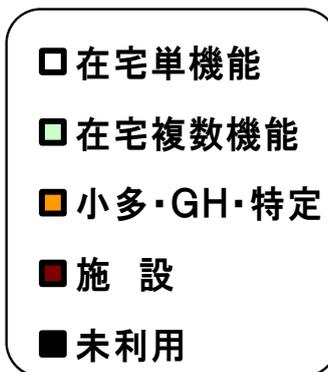
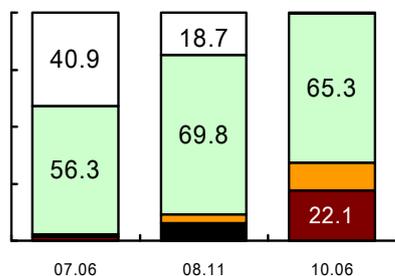
さいごに、この8保険者について、介護保険サービス利用者個人の利用サービスの経年変化をクラスター分析という手法を用いて、統計学的に類型化した。その結果、その結果、主要な利用タイプとしては、6つの類型に分類されることがわかった。具体的には、「在宅拡充型」「施設継続型」「在宅単数未利用型」「施設移行死亡型（早期）」「施設移行死亡型（晩期）」と命名できるクラスターであった（クラスター分析を用いた結果は高知県土佐町の事例でも行っており詳細はそちらを参照）。介護費用との関連でみると、施設継続型が最も介護費用が高く、在宅継続型の方が費用規模としては小さく、早期の施設入所を予防することが介護費用の膨張を抑制することが示唆された。また、A市は「在宅拡充型」、B市では「在宅単数型」が多いといった保険者間での異なる特性があることが確認された。たとえば、A市は利用自体が増加しているが、在宅単数と複数、地域ケアの伸びが顕著であり、これによって「在宅拡充型」への該当者が多くなったものと考えられる。一方、B市では、サービス・パッケージの変換態が乏しいために、「在宅単数型」への該当者が多くなったと考えられる。また、E市では、A市と同じく「在宅拡充型」が比較的多くなっており、実際に供給体制をみても、地域ケア率と施設利用が増加し、介護サービス利用者の重度化に重点的な対応をしてきた可能性がある。それに対して、G村では、「施設継続型」が多くなっていったが、供給体制としては、施設利用のほかに、特定施設入所介護と地域ケア、在宅サービスの複数機能利用が拡大していた。すなわち、施設継続者が多い地域に

においても、介護サービス利用者の出入りが乏しいなかでは、利用者の重度化に対応した施設整備と手厚い在宅サービスの供給が進められていることが明らかにされた。

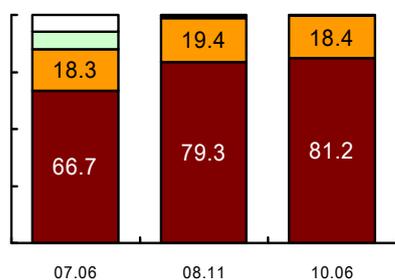
介護サービス利用の変化類型〈クラスター分析・非階層〉

(1) 在宅拡充型 (n=4,485)

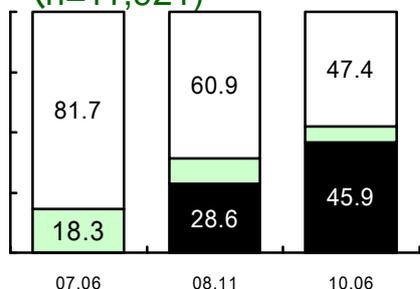
熊本県下8保険者



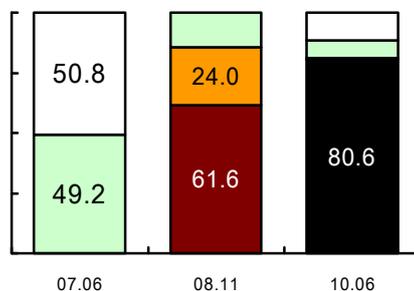
(2) 施設継続型 (n=4,163)



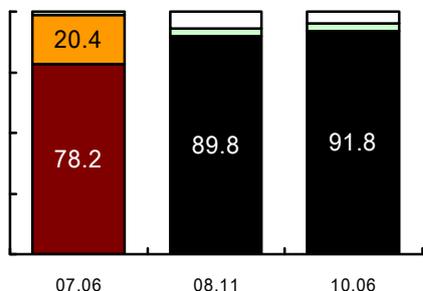
(3) 在宅単数/未利用型 (n=11,921)



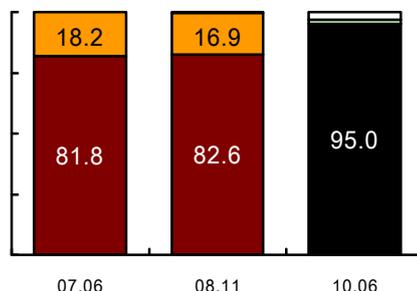
(4) 施設移行死亡型 (n=695)



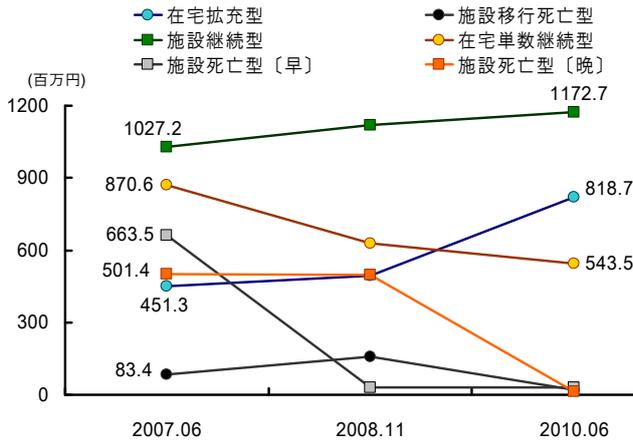
(5) 施設死亡型/早 (n=2,609)



(6) 施設死亡型/晩 (n=1,824)



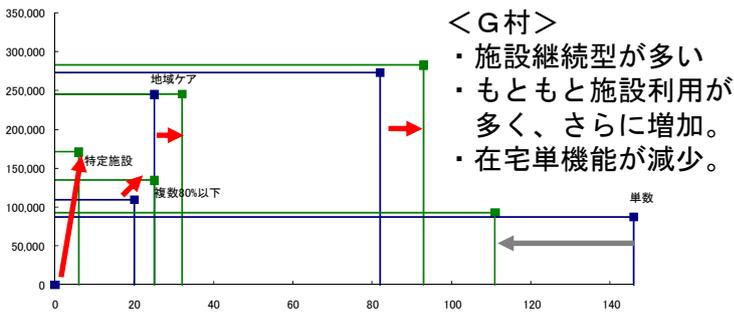
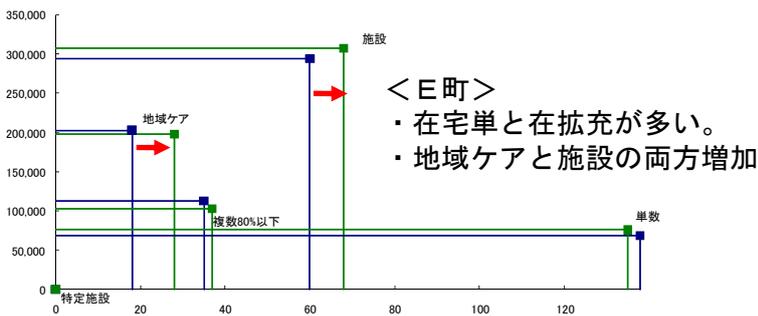
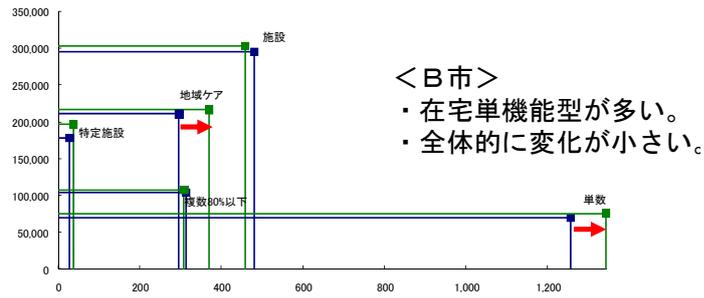
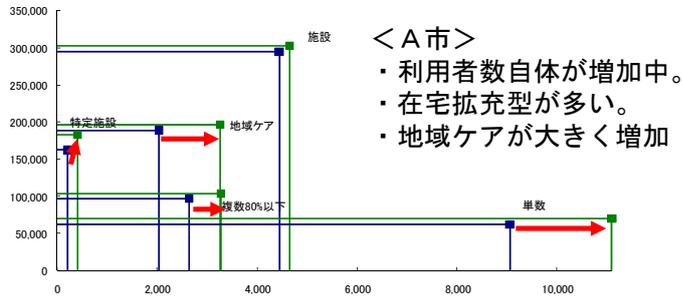
利用変化類型別の介護費用総額の推移



8 保険者別の利用者変化パターンの分布

	(1) 在宅拡充	(2) 施設継	(3) 在宅単	(4) 施設移	(5) 死亡早	(6) 死亡晩
A市	18.3	15.4	46.7	2.7	10.0	6.9
B市	15.0	14.7	50.8	2.5	10.2	7.0
C市	16.3	19.3	42.9	3.1	11.0	7.4
D市	14.7	22.1	39.2	2.4	11.4	10.2
E町	17.5	13.5	50.2	2.0	10.4	6.4
F町	14.6	18.6	47.0	2.0	9.8	8.0
G村	13.9	22.0	45.8	2.9	9.9	5.5
H村	14.9	20.4	47.6	1.5	9.3	6.3

値は%



3-2 介護給付実績の経年変化に着目した地域診断～高知県土佐町の分析より～

本節では、既存データを活用した地域診断事例の一つとして、本センターが過去に実施した高知県土佐町における「介護認定データ・介護給付実績情報」に基づく縦断分析（経年分析）の事例を示す。分析には、2006年4月～2009年8月（44ヶ月間）の介護保険サービスの利用実績データを使用した。なお、本結果は、平成21年度「中山間地域における介護サービス等の在り方に関する調査研究（高知県委託）」の一環として行われた成果の一部である。本データの収集に際しては、当該地域のケアマネージャーの協力を得て、入院または未利用を含めて、介護サービス利用者個人の経年変化を把握した。また、データの受け取りに際しては、個人を特定できないように同センターの「マスキングソフト（保険者が任意の数値を入力することで、個々人の被保険者番号が変換されるもの）」を使用した。

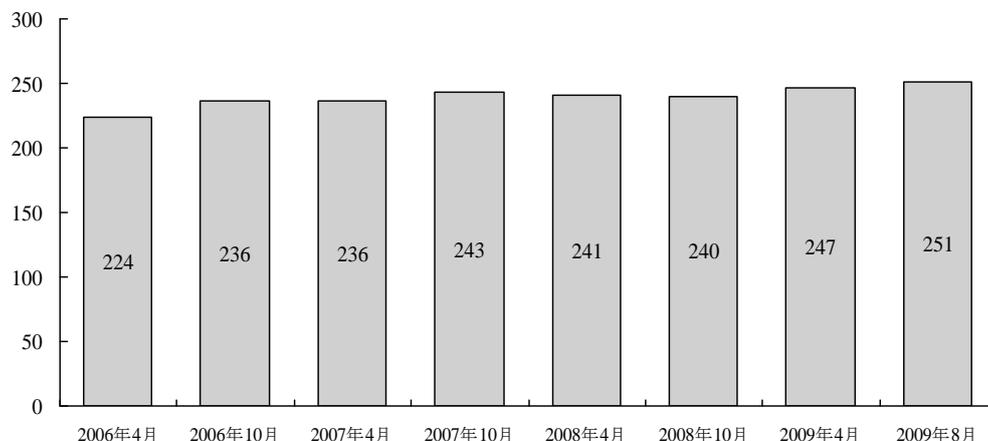
1) 利用者全体のサービス利用動向

①介護サービス利用者数はやや増加中、利用サービスは変化なし

図表3-2-1、および、図表3-2-2は、単純に当該地域の各時点でのサービス利用者の数、ないし利用サービスの分布を示したものである。これによると、介護サービスの利用者数は、2006年4月から2009年8月の約3年半にかけて、224名から251名へとやや増加傾向にあることがわかる。これを割合にすると12.1%増であり、同時点の全国平均の変化（14.4%増：3,421,016から3,912,529へ）と比べるとやや少ない。なお、高知県全体では10.5%増であった。

また、各時点での利用サービスの割合をみると、いずれの時点においても、「施設」利用者が4割程度、「Dのみ」が3割強、「複数機能」が1割強と、全体的に大きな変化はみられない。これは、この間において、サービス供給側の整備状況が変化していないためと考えられる。その結果として、個人は状態像の変化に伴ってサービスの利用形態は変化しているが、保険者としてみるとサービスの利用状況に変化がないようにみえている。

図表3-2-1 土佐町の介護サービス利用者の動向



図表 3-2-2 各時点でのサービス・パッケージの分布

()は%

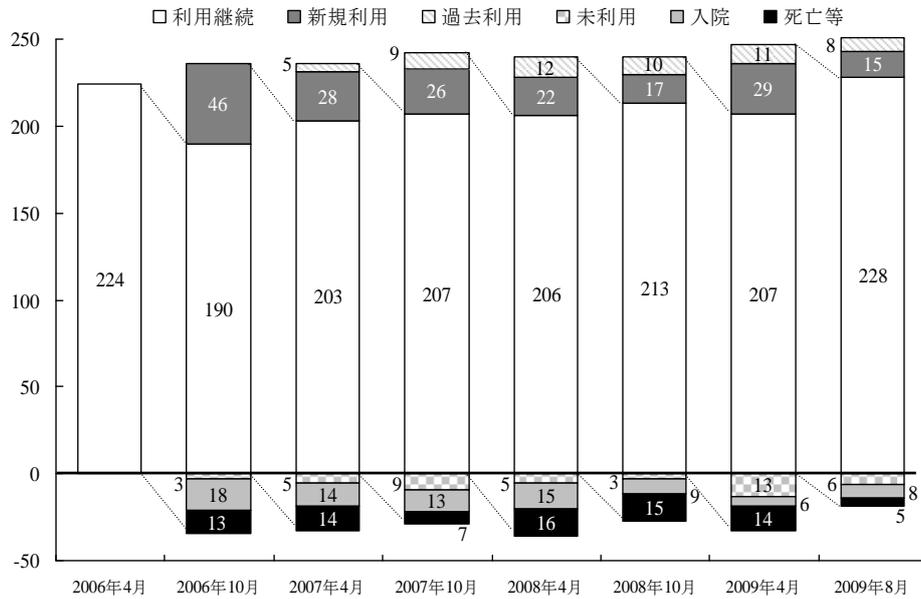
	06年4月	06年10月	07年4月	07年10月	08年4月	08年10月	09年4月	09年8月
施設	96 (42.9)	94 (39.8)	100 (42.4)	100 (41.2)	96 (39.8)	95 (39.6)	101 (40.9)	105 (41.8)
Hのみ	16 (7.1)	18 (7.6)	20 (8.5)	21 (8.6)	22 (9.1)	20 (8.3)	22 (8.9)	23 (9.2)
Dのみ	74 (33.0)	78 (33.1)	76 (32.2)	75 (30.9)	83 (34.4)	72 (30.0)	78 (31.6)	81 (32.3)
複数機能	25 (11.1)	30 (10.2)	28 (11.9)	32 (13.2)	28 (11.6)	34 (14.2)	33 (13.4)	32 (12.8)
その他	13 (5.8)	16 (6.8)	12 (5.1)	15 (6.2)	12 (5.0)	19 (7.9)	13 (5.3)	10 (4.0)
合計	224 (100.0)	236 (100.0)	236 (100.0)	243 (100.0)	241 (100.0)	240 (100.0)	247 (100.0)	251 (100.0)

②介護保険制度における利用者の出入り

各時点の状態を縦断的に捉えると、介護保険のなかでは、時間の経過にともなって、継続利用者のほかに、「死亡・転出」「入院」「未利用」による介護保険からの離脱と、「新規利用」「過去利用（再利用）」という介護保険への参入という出入りの構造がある。その点を踏まえて集計したものが、図表 3-2-3 である。これによると、たとえば、2006年4月に利用していた人のうち、半年後の2006年10月時には、190名（84.8%）が継続的にサービスを利用しており、3名（1.3%）がサービスを利用しなくなり、18名（8.0%）が医療機関に入院して、13名（5.8%）が死亡ないし転出をしているという動きがある。同様にしてみていくと、いずれの時点においても、約半年の間では、前回利用者のうち、およそ200名（85～90%程度）がその後も継続的に利用しており、20～30名程度（10～15%程度）が入院ないし未利用や死亡などによって、介護保険から離脱するという変化があることがわかる。

とくに、この間、利用者が微増傾向にあったのは、離脱者よりも参入者（新規利用者と過去利用者）の方が多いためといえる。他方で、日本の将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所、平成18年12月推計）によれば、土佐町の高齢者人口は、2005年は1,879名であったのが、2035年には1,611名になるとされている。今後、高齢者自体が減少する中で将来的には、参入者が減少し、離脱者の増加が予想され、サービスの利用構造も変化する可能性がある。なお、半年間での「死亡」によるサービス利用からの離脱は、概ね10～15名（5%）程度であった。死亡者を累積すると、当該期間に84名の方が介護保険を利用して亡くなっており、介護保険から医療機関を経由して亡くなった方は16名であった。

図表 3-2-3 前回時点からの利用形態の変化



<前回時点からの利用形態の割合>

	2006/10	2007/04	2007/10	2008/04	2008/10	2009/04	2009/08
参入者	20.5%	14.0%	14.8%	14.0%	11.3%	16.7%	9.3%
新規利用	20.5%	11.9%	11.0%	9.1%	7.1%	12.1%	6.1%
過去利用	—	2.1%	3.8%	5.0%	4.2%	4.6%	3.2%
継続	84.8%	86.0%	87.7%	85.1%	88.8%	86.3%	92.3%
離脱者	15.2%	14.0%	12.3%	14.9%	11.2%	13.7%	7.7%
未利用	1.3%	2.1%	3.8%	2.1%	1.3%	5.4%	2.4%
入院	8.0%	5.9%	5.5%	6.2%	3.8%	2.5%	3.2%
死亡・転出	5.8%	5.9%	3.0%	6.6%	6.3%	5.8%	2.0%

※2009年8月のみ期間が短いため、参入者数・退出者数ともに少ない。

2) 利用者個人のサービス利用の変化パターン

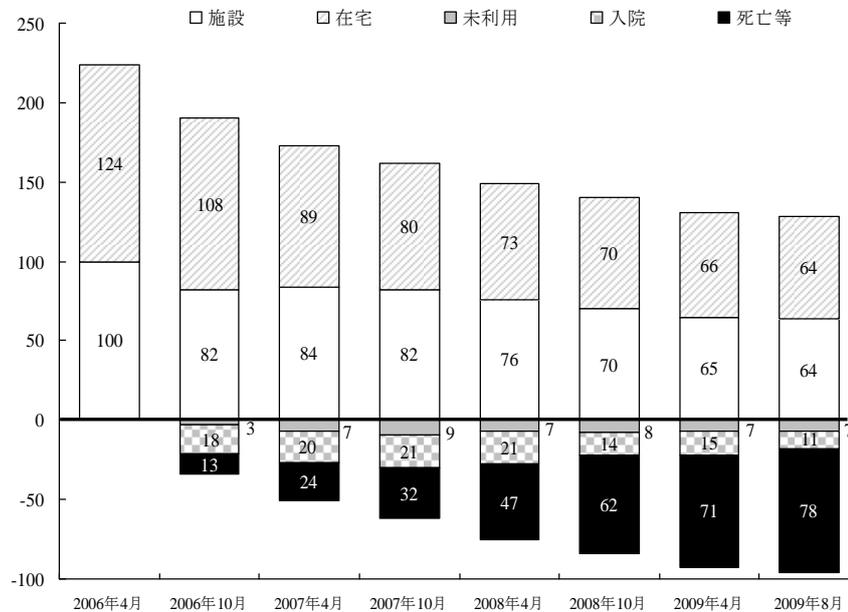
①2006年4月時点の利用者の経年変化

図表 3-2-4 は、利用者個人の変化という観点から 2006 年 4 月時点で介護サービスを利用していた人 (224 名) に限定し、これらの利用者が、その後、約 3 年半の間 (2009 年 8 月まで) で、どのように変化したのかを集計したものである。

これによると、まず、時間の経過に伴って、死亡者が増加していることがわかる。とくに、3 年後の 2009 年 4 月には、死亡者の割合が在宅サービス利用者・施設利用者の割合を越え、3 年半後の 2009 年 9 月には、約 3 人に 1 人が亡くなっている。また、施設利用者の数は減少しているが、それ以上に、在宅サービス利用者が大きく減少していることがわかる。これは、時間の

経過にともなって、施設入所者が亡くなり、その分、在宅サービス利用者が施設に入所するという流れがあるためである（実際に、各時点での死亡者の7割前後が、直前に施設を利用している方であった：図表省略）。一方で、入院・未利用者の変化は小さく、いずれの時点でも利用者の1割程度が入院または未利用に該当していた。

図表3-2-4 2006年4月利用者の変化



<2006年4月利用者の各時点での割合>

	2006/4	2006/10	2007/4	2007/10	2008/4	2008/10	2009/4	2009/08
在宅	55.4%	48.2%	39.7%	35.7%	32.6%	31.3%	29.5%	28.6%
施設	44.6%	36.6%	37.5%	36.6%	33.9%	31.3%	29.0%	28.6%
未利用	0.0%	1.3%	3.1%	4.0%	3.1%	3.6%	3.1%	3.1%
入院	0.0%	8.0%	8.9%	9.4%	9.4%	6.3%	6.7%	4.9%
死亡等	0.0%	5.8%	10.7%	14.3%	21.0%	27.7%	31.7%	34.8%

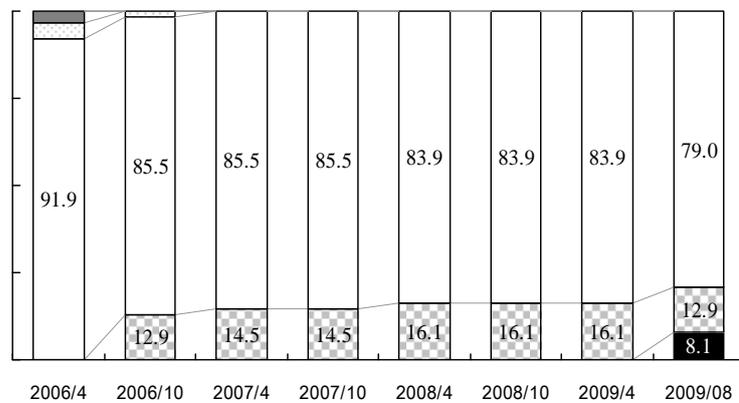
②利用者個人の変化の類型化（クラスター分析）

以上の結果を踏まえて、2006年4月時点での介護サービス利用者（224名）個々人の利用サービスの「変化パターン」に着目する。介護サービス・パッケージは死亡等を含めて7カテゴリーあり、これが8時点あるため、理論的には約500万通りのパターンがありうるが、ここではクラスター分析という統計解析の手法を用いて、識別可能な類型化を行った。

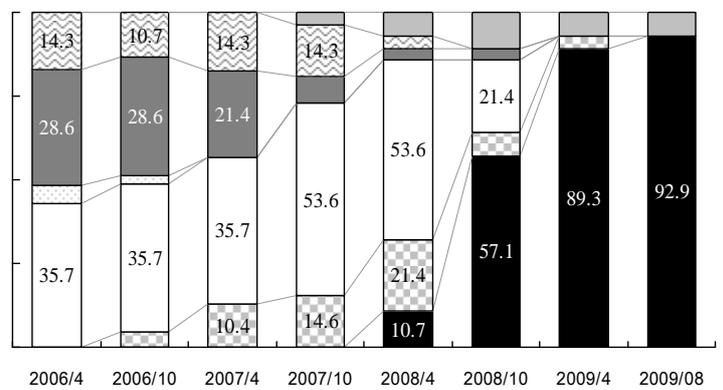
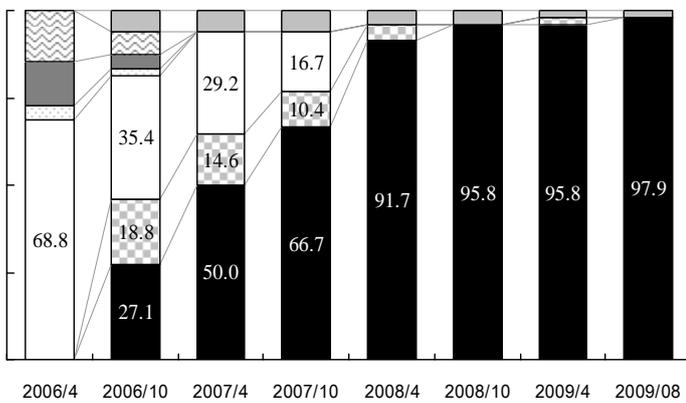
なお、ここで用いたクラスター分析とは、各対象間の類似性・非類似性に基づいて、対象のグループ分けを行うものである。ここでは、非階層的クラスタリング（K平均法）を用い、あらかじめパターン（クラスター）の数を4～6の間で設定し、最終的にはもっとも解釈可能な分類を採用した。その結果、土佐町における介護サービス利用者の3年半の主要な変化パターンとして、以上の5パターンが得られた（図表3-2-5）。

図表 3-2-5 2006年4月利用者のサービス・パッケージの変化パターン（クラスター分析）

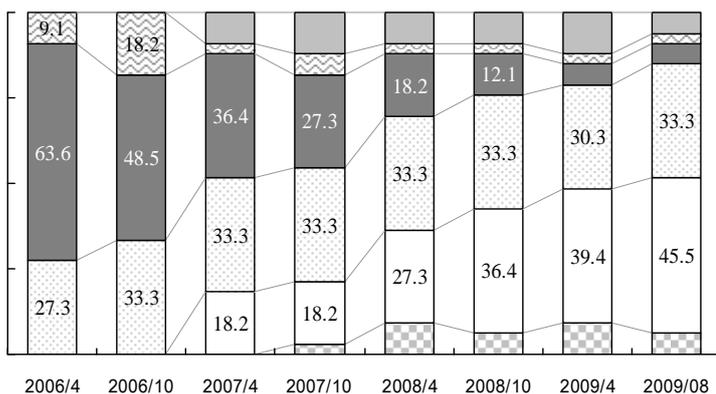
■未利用 □Hのみ ■Dのみ □D+他機能 □施設(居住系を含む) □入院 ■死亡等



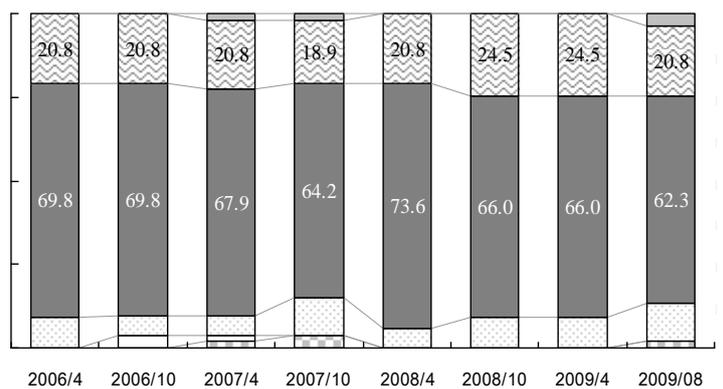
パターン1：施設継続型 (n=62)



パターン2：施設→死亡型 (n=48)



パターン3：在宅→施設→死亡型 (n=28)



パターン4：在宅→施設型 (n=33)

パターン5：在宅単数継続型 (n=53)

これによると、パターン1は、2006年4月時点でその大半が施設に入所しており、その後、時間の経過につれて、一部入院者なども出てくるが、概ね「施設継続型」と呼べる類型といえる。なお、サービス利用者全体のうち、27.7% (62名) が、この群に該当していた。同様にみていくと、パターン2は「施設→死亡型」、パターン3は「在宅→施設→死亡型」、パターン4は「在宅→施設型」、パターン5は「在宅単数継続型」と命名することができる。また、利用者全体の

うち、21.4%（48名）がパターン2、12.5%（28名）がパターン3、14.7%（33名）がパターン4、23.7%（53名）がパターン5に該当していた。

3) サービス利用変化類型の特性

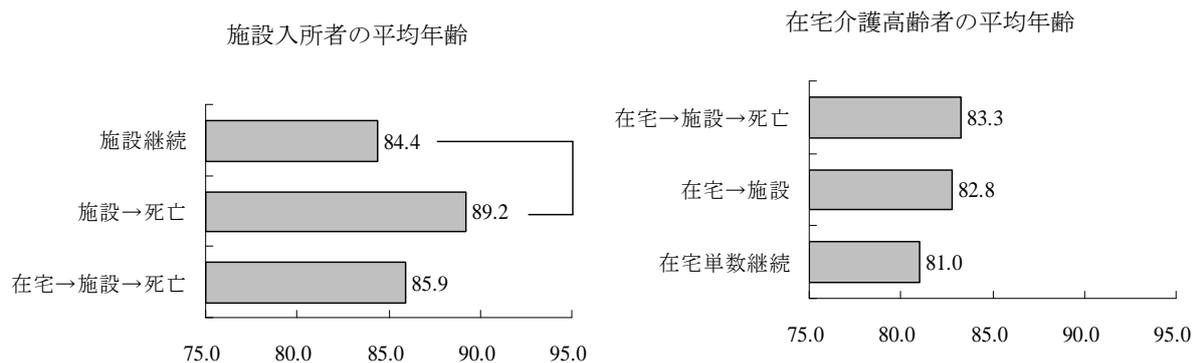
①地域特性によるサービス利用パターンの相違

つぎに、小地域ごとの利用特性を把握するために、土佐町内の字を「平野部」「中間」「山間部」に区分し、先のサービス利用類型との関連を分析した（図表3-2-6）。これによると、件数が少なく、解釈は慎重であるべきだが、平野部や中間地域では、「在宅単数継続型」や「施設→死亡型」の割合が目立つのに対し、山間部では「施設継続型」と「在宅→施設型」がやや高い傾向がみられた。とりわけ、中山間部の居住者には、「在宅単数継続型」が少ないことは、山間地域に該当する土佐町の中でも、平野部と山間部では、利用できる資源が異なる現状があることが示唆された。

図表3-2-6 地域特性と変化パターン類型

	平野部	中間	山間部
施設継続型	44 (27.8%)	11 (22.4%)	4 (33.3%)
施設→死亡型	33 (20.9%)	11 (22.4%)	2 (16.7%)
在宅→施設→死亡型	18 (11.4%)	9 (18.4%)	1 (8.3%)
在宅→施設型	22 (13.9%)	7 (14.3%)	4 (33.3%)
在宅単数継続型	41 (25.9%)	11 (22.4%)	1 (8.3%)
合計	158 (100.0%)	49 (100.0%)	12 (100.0%)

<変化パターン別の平均年齢>



また、パターン1・2・3の該当者のうち、2006年4月時点の施設入所者の平均年齢をみると、「施設継続型」の人びとは「施設→死亡型」よりも年齢が有意に若いという関連があった。同様に、パターン3・4・5の該当者のうち、在宅介護高齢者の平均年齢では、統計的には有意な差は認められないが、「在宅→施設→死亡型」は他の2つと比べてやや高齢の傾向があり、前述の「施設継続型」と近くなっていた。

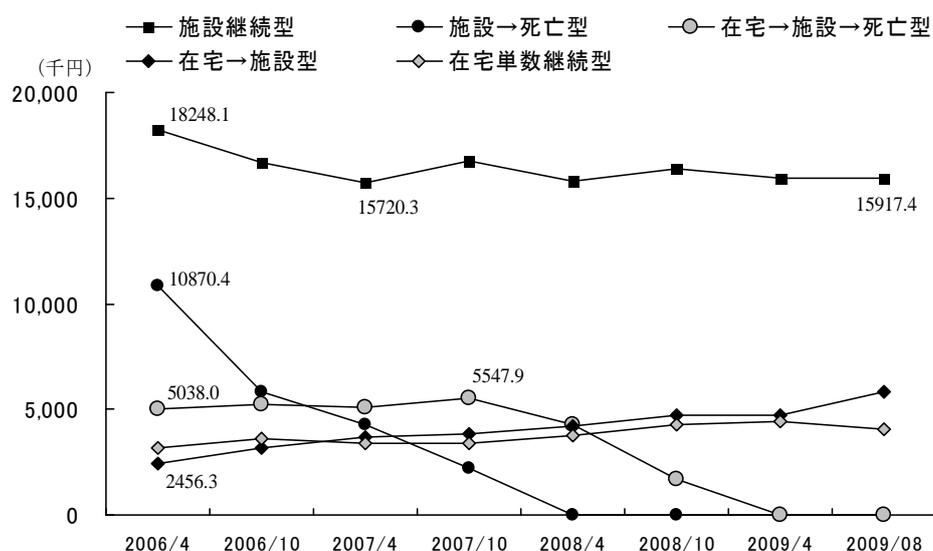
すなわち、施設の入所期間は特定することはできないが、「施設継続型」と比較して、「在宅→施設→死亡型」は、比較的高齢になるまで在宅生活を継続しているグループと考えられる。とくに、居住地域によってこれらの類型に該当する割合が異なり、とりわけ、山間部では「在宅→施設→死亡型」が少なかったことは、平野部と山間部での利用できる資源の相違から、山間部では比較的早期から施設入所に至りやすいことを示唆している。

②類型別の介護費用総額

さいごに、図表3-2-7は、上記のサービス利用類型別に、各時点の介護費用総額を示したものである。これによると、「施設継続型」のグループでは、約1,800万円から約1,500万円へと推移しており、他の群と比較して、圧倒的に高い費用を占めている。他方で、「施設→死亡型」、「在宅→施設→死亡型」は時間の経過につれ、死亡者が増えるため、最終的には介護費用はなくなっている。また、「在宅→施設型」と「在宅単数継続型」は、時間の経過につれて、介護費用は増加傾向にあるものの、その額は約300万円前後から500万円前後という程度であった。

この結果は、保険者の介護費用の膨張を抑制するためには、ある時点からの「施設継続型」への対応が必要であることを示唆している。とくに、この類型の人々は、比較的早期に施設に入所している可能性があったため、その間をできるだけ在宅介護で支えることができれば、結果として介護費用の膨張を抑制できる可能性がある。また、地域診断という点においては、居住地域によって、どの類型に該当しやすいかが異なっていた点は極めて重要な結果といえる。山間部において、「在宅単数継続型」が少なく、「在宅→施設型」および「施設継続型」が多かった点は、町内全域が中山間地域に該当する土佐町のなかでも、とくに山間部での在宅介護継続にむけたサービス基盤の整備の必要性を示唆するものである。今後はこうした小地域の特性を十分に踏まえたサービス基盤の整備が必要になると考えられる。

図表3-2-7 変化パターン類型別の介護費用総額



3-3 利用履歴分析による事業所の特性分析 ～福岡県久留米市～

1) 分析の概要

久留米市では、介護保険の利用履歴分析を実施し、事業所を中心とした地域診断の試みを行った。今回の分析の目的は、毎月自動的に蓄積されていく介護保険行給付データを活用し、統計的にケアの質を評価するような指標を検討・開発することを目的としている。データの統計的な処理によって質の高いケアが見えるようにすることで、行政担当者が日ごろ事業所に出向き、ケアの場面を見る中で感じる感覚的な質の違いを補完することがねらいである。これによって、行政担当者がいいケアの要素を評価し、情報発信することで、事業所全体の質をあげていくことにつながる。また、事業所にデータを提供し、その背景や取り組みを聞きとることで、事業所と行政とのコミュニケーションが成立し、事業所の様子や課題の把握、質改善に向けた取り組みを促すことにもつながると考える。

具体的には、以下の分析および資料作成を行い、久留米市が実施した事業所ヒアリングに参加し、介護保険データを活用した事業所（地域密着型サービス）の質の評価・コミュニケーションの方法について検討を行った。

●利用者状態像の時系列変化に関する分析の内容

- ① 介護保険サービス事業者別利用者の状態像変化一覧（施設・居住系・小規模多機能）
- ② 介護保険サービス居宅支援事業者別利用者の状態像変化一覧
- ③ 各サービスにおける事業者別状態像維持改善率
- ④ ヒアリング調査に向けた分析資料

●ヒアリングの概要

日時	場所	対象事業	参加事業所
平成 22 年 12 月 15 日 13:00～15:00	久留米市役所	グループホーム	4事業所
平成 22 年 12 月 15 日 15:00～17:00	久留米市役所	小規模多機能型居宅 介護	4事業所
平成 23 年 2 月 28 日 13:30～17:00	久留米市役所	グループホーム	1グループ

●ヒアリングの際の聞き取りの視点

- ・分析の視点の妥当性
- ・利用者状態像維持（改善）のために効果があると思われる取り組み
- ・認知症やADLの重度化防止のために取り組んでいること
- ・安定した状態が比較的長く続く利用者の特性
- ・家族と事業所の関係性
- ・地域と事業所の関係性
- ・同一グループ内での結果の差の要因 等

2) データ分析の方法

①使用するデータ

今回の分析では、久留米市が合併した以後の過去5年間分のデータ（2005年4月～2010年3月）を分析している。なお、小規模多機能型居宅介護は制度開始後の2006年4月～2010年3月の4年間となる。

暗号化により特定の個人を識別できないように加工したうえで、日本福祉大学が久留米市より以下の情報の提供をうけ分析作業を行った。

- 給付実績情報 2005年4月～2010年3月
- 請求明細書等情報
- 認定情報
- その他分析を深めるうえで必要となる情報
 - ◆死亡データ
 - ◆保険料段階データ

②分析に用いた指標

今回の取り組みは、2007年度より日本福祉大学と久留米市が協働で進めてきた分析作業の継続的取り組みであり、過去の事業所からの意見等を踏まえて指標の考え方等を改善し、実態に即した評価となるよう検討している。

今回5年間のデータをもとに、その間の利用者の変化を把握する際、利用の継続率と状態像の変化の2点に着目した。

利用の継続率は、最期まで地域で支えるという地域密着型サービスの目的がどこまで実現できているかの評価指標となる。今回は24カ月（2年間）を一つの基準とし、5年間のなかで1月も抜けることなく24カ月以上利用を継続した人の人数と、これまでの利用者数に占める割合等を出した。また、利用者の平均利用月数等も算出し、継続利用の評価を試みている。なお、小規模多機能型居宅介護は、事業を開始してから間もない事業所もあり、そうした事業所は継続率が低くなる。そのため、分析の対象事業所として、24か月以上の利用者が5人以上いるところを対象とし、それに満たない事業所は分析の対象から外している。

状態像の変化は、要介護度、障害自立度、認知症自立度の3指標を用いている。一定その事業所のケアを受けていることが必要なため、利用期間が長い人のみを評価の対象としている。具体的には、先ほどの24カ月という基準をこちらでも用い、24か月以上抜けなく利用を継続している人について、利用の一番古い月から24か月以内に要介護度等が変化したかどうかを把握している。

24か月という期間については、認定の最長期間であるため、間に一度は要介護認定を受けているということが一つの理由となっている。また、一度も抜けがない人を対象とすることについては、抜けの多くが病院への入院が考えられ、こうした場合、急激な悪化を遂げている可能性があるため、通常のケアの質の評価とは異なる要素となる場合もあり、抜けた人を対象から外しての変化も確認している。

図表 3-3-1 指標一覧

指標		内容
1	平均利用月数	全利用者の 5 年間ににおける平均の利用月数
2	中止率	当該サービスの利用を中止した利用者の数を全利用者数で割った割合
3	24 か月継続利用率 (抜け有・無)	5 年間のうち、24 か月以上連続 (抜けあり・あし) で利用のある利用者を全利用者数で割った割合
4	開始時点の状態像 (平均)	要介護度
		障害自立度
		認知症度
		利用開始時点での要介護度・障害自立度・認知症度の平均。 2005 年 4 月時点ですでに利用を開始している利用者は 2005 年 4 月時点の数字。
5	特別な医療該当者の割合	最終利用時点での認定項目において、特別な医療に該当する項目が 1 項目もしくは 2 項目以上ある利用者の数を、全体の利用者で割った割合。
6	利用中止者の行き先	当該サービスの利用中止者のその後の行き先。6 か月間を対象として、最終的な行き先を把握している。6 か月以内に不明のあとに在宅に場合、在宅となっている。不明 (空白) は、病院への入院や自立等が考えられる。
7	「看取り加算」者の数	グループホームにおいて看取り加算をとっている人の数。
8	24 か月状態像維持 改善率 (抜け有・無)	要介護度
		障害自立度
		認知症度
		24 か月以上継続利用のある利用者を対象として、利用開始時点から 24 カ月以内の状態像の変化を把握したもの。始点において最重度者は対象外としている。

3) データ分析から得られた結果

①分析結果

以下では、紙面の都合もあり、小規模多機能型居宅介護の結果のみ照会する。

小規模多機能型居宅介護の分析は、24月継続利用者が5人以上いる事業所を対象としている。そのため、今回対象となった事業所は、14か所となっている。

以下に示している結果の表は、事業月数の長い順（事業開始が早い順）に事業所が並んでいる。図表3-3-2の延べ利用者数、平均利用月数をみると、事業の月数とはあまり関係がなく、月数の浅い事業所でも、述べ利用者数の多い事業所もあることが分る。平均利用月数は、事業月数が長いほうが長くなる傾向はあるが、順位は入れ替わりがあり、事業所の特徴を表している。

利用中止者数は、延べ人数と同様の指標となっており、利用者の入れ替わりの頻度を表す。中止率は、64.2%から40.5%まで差がみられた。24月継続率は平均利用月数と同様の指標で、その事業所を長く利用する利用者がどれだけいるかを表す。24月継続率は、50.0%から16.7%まで差がみられた。「抜け」は利用途中の入院等が考えられるが、その後も継続指定利用していることから、継続率をみる場合は、抜けがある場合も対象としてよいと考えられる。

図表3-3-2

事業者名 (事業月数 降順)	基本情報					利用中止者			継続率					
	定員	事業月数	延べ人数	平均利用月数	利用月数順	中止人数	中止率	中止率順	24月利用人数	24月継続率	継続率順	24月抜けなし	24月抜けなし率	継続率順
A	25	48	46	15.15	10	26	56.5%	4	12	26.1%	8	9	19.6%	8
B	25	47	57	19.82	2	33	57.9%	3	22	38.6%	3	16	28.1%	4
C	25	47	37	16.89	5	15	40.5%	14	9	24.3%	10	8	21.6%	7
D	25	47	34	16.09	8	18	52.9%	5	10	29.4%	6	9	26.5%	5
E	25	43	24	16.21	7	11	45.8%	11	6	25.0%	9	6	25.0%	6
F	25	42	44	20.77	1	21	47.7%	7	22	50.0%	1	16	36.4%	2
G	25	42	34	12.97	13	21	61.8%	2	7	20.6%	12	5	14.7%	14
H	12	42	19	18.63	3	9	47.4%	8	9	47.4%	2	7	36.8%	1
I	25	39	36	18.42	4	16	44.4%	13	13	36.1%	4	11	30.6%	3
J	25	37	46	16.70	6	23	50.0%	6	11	23.9%	11	9	19.6%	8
K	25	36	53	13.96	11	34	64.2%	1	14	26.4%	7	8	15.1%	13
L	25	36	43	16.02	9	20	46.5%	9	15	34.9%	5	8	18.6%	11
M	25	28	37	13.84	12	17	45.9%	10	7	18.9%	13	7	18.9%	10
N	25	24	42	12.07	14	19	45.2%	12	7	16.7%	14	7	16.7%	12
全体	337	39.9	552	16.25	-	283	50.5%	-	164	29.7%	-	126	22.8%	-

※黄色いマーカーは、意見交換参加事業所。

※24月継続利用人数は24ヶ月間以上利用を継続している利用者。24月抜けなしは、24月のうち、1月も抜けのない利用者。

図表3-3-3では、事業所の利用者の特徴として、平均要介護度や認知症自立度、また、特別な医療の該当者割合を見ている。医療依存度の高い人がいる場合は、入院等のリスクも高まるため、継続率に影響があると考えられる。

図表 3-3-3

事業者名 (事業月数 降順)	開始時点状態像				特別な医療 (終了時)	
	平均 要介護	平均 要介護順	平均障害 自立度	平均 認知症度	①項目以上該 当	②項目以上該 当
A	2.09	7	4.48	3.85	2.3%	2.3%
B	1.27	13	4.24	3.02	9.1%	3.6%
C	1.24	14	3.81	3.27	0.0%	0.0%
D	2.38	4	4.38	4.00	5.9%	0.0%
E	2.13	6	4.26	3.91	8.0%	4.0%
F	2.42	3	5.02	4.07	8.7%	0.0%
G	2.01	8	4.59	3.59	19.4%	0.0%
H	2.57	1	4.74	4.00	11.1%	5.6%
I	1.83	10	4.24	3.71	6.3%	0.0%
J	2.17	5	4.50	3.65	10.2%	0.0%
K	1.51	12	4.36	3.08	7.3%	3.6%
L	1.65	11	4.26	3.14	2.4%	2.4%
M	2.46	2	4.65	3.97	13.9%	8.3%
N	1.92	9	4.74	3.56	5.6%	0.0%
全体	1.97	7.5	4.45	3.63	7.5%	2.0%

※特別な医療は、最新時点・利用終了時の認定データより算出している。

図表 3-3-4 では、利用中止者の行き先を確認している。小規模多機能型居宅介護は、在宅生活の継続が一つの政策目標でもあるため、中止者の行き先を確認する必要がある。最も多いのは、在宅で、次に不明（入院等）、死亡と続く。施設への入所は 15.5% となっている。

図表 3-3-4

事業者名 (事業月数 降順)	中止者 数 (人)	利用中止者の行き先(%)								中止者 全体
		介護保険内移動				死亡		転出	不明	
		他小多	GH	在宅	施設	死亡	空白 死亡			
A	26	0.0	15.4	15.4	15.4	34.6	3.8	7.7	7.7	100.0
B	32	0.0	12.5	6.3	12.5	12.5	0.0	21.9	34.4	100.0
C	14	7.1	7.1	57.1	7.1	7.1	0.0	0.0	14.3	100.0
D	18	0.0	0.0	22.2	33.3	22.2	0.0	0.0	22.2	100.0
E	11	0.0	27.3	27.3	9.1	9.1	0.0	0.0	27.3	100.0
F	21	4.8	28.6	23.8	9.5	14.3	9.5	0.0	9.5	100.0
G	21	9.5	4.8	38.1	4.8	23.8	4.8	0.0	14.3	100.0
H	9	0.0	0.0	22.2	33.3	11.1	0.0	22.2	11.1	100.0
I	16	12.5	12.5	18.8	18.8	18.8	0.0	0.0	18.8	100.0
J	23	0.0	4.3	17.4	21.7	17.4	13.0	0.0	26.1	100.0
K	34	0.0	8.8	52.9	11.8	8.8	0.0	0.0	17.6	100.0
L	19	0.0	0.0	15.8	21.1	31.6	10.5	0.0	21.1	100.0
M	17	0.0	5.9	11.8	17.6	35.3	5.9	0.0	23.5	100.0
N	17	0.0	0.0	11.8	11.8	17.6	17.6	0.0	41.2	100.0
全体	278	2.2	9.4	24.5	15.5	19.1	4.7	4.0	20.9	100.0

※利用中止後、半年以内の状況を把握している。半年以内に在宅や不明（入院等）を経て施設に行く場合などは、施設と集計している。

※「死亡」は翌月までに死亡。「空白死亡」は1月以上空白（=不明）があつてからの死亡。看取りと入院後の死亡を区別するために分けて集計を行っている。

図表3-3-5と3-3-6では、利用者の状態像（要介護度・障害自立度・認知症度）の変化を把握している。図表3-3-5は、抜けなし、図表3-3-6は抜けありも含めた利用者が対象となっている。抜けなしの場合、要介護度維持は平均で56.6%、事業所間の差は、85.7%から28.6%まで差がみられた。

図表3-3-5

事業者名 (事業月数 降順)	要介護度維持改善率 24ヶ月抜けなし				障害自立度維持改善率 24ヶ月抜けなし				認知症維持改善率 24ヶ月抜けなし			
	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順
A	8	3	37.5%	12	8	7	87.5%	2	8	6	75.0%	3
B	16	5	31.3%	13	15	8	53.3%	13	15	8	53.3%	12
C	8	4	50.0%	10	8	7	87.5%	2	8	6	75.0%	3
D	7	4	57.1%	7	9	7	77.8%	5	9	5	55.6%	10
E	5	2	40.0%	11	6	4	66.7%	8	6	5	83.3%	1
F	15	12	80.0%	2	16	13	81.3%	4	16	12	75.0%	3
G	5	3	60.0%	6	5	3	60.0%	9	5	4	80.0%	2
H	7	6	85.7%	1	7	4	57.1%	10	7	5	71.4%	6
I	11	6	54.5%	9	11	6	54.5%	12	11	7	63.6%	8
J	9	6	66.7%	4	9	7	77.8%	5	9	5	55.6%	10
K	8	5	62.5%	5	8	8	100.0%	1	8	4	50.0%	13
L	9	7	77.8%	3	9	7	77.8%	5	9	4	44.4%	14
M	7	2	28.6%	14	7	3	42.9%	14	7	5	71.4%	6
N	7	4	57.1%	7	7	4	57.1%	10	7	4	57.1%	9
全体	122	69	56.6%	-	125	88	70.4%	-	125	80	64.0%	-

※24か月継続利用者（抜けなし）について、利用開始から24か月間の状態像変化を把握している。利用から25か月目に変化していた場合は含まれない。

※利用開始時点で要介護度や障害・認知症自立度が最重度の場合（要介護5・障害自立度C2・認知症自立度M）は対象から外している。

図表3-3-6

事業者名 (事業月数 降順)	要介護度維持改善率 24ヶ月利用者				障害自立度維持改善率 24ヶ月利用者				認知症維持改善率 24ヶ月利用者			
	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順	利用 人数	維持 改善 人数	維持率	維持 率順
A	12	5	41.7%	12	12	11	91.7%	1	12	8	66.7%	4
B	22	5	22.7%	14	22	11	50.0%	12	22	10	45.5%	12
C	9	5	55.6%	8	9	8	88.9%	2	9	6	66.7%	4
D	10	6	60.0%	6	10	7	70.0%	7	10	4	40.0%	13
E	6	3	50.0%	11	6	4	66.7%	8	6	5	83.3%	2
F	21	17	81.0%	1	21	15	71.4%	4	21	14	66.7%	4
G	7	5	71.4%	3	7	5	71.4%	4	7	6	85.7%	1
H	9	6	66.7%	4	9	4	44.4%	13	9	6	66.7%	4
I	13	7	53.8%	10	13	8	61.5%	10	13	8	61.5%	8
J	11	6	54.5%	9	11	8	72.7%	3	11	6	54.5%	11
K	14	9	64.3%	5	14	10	71.4%	4	14	8	57.1%	9
L	15	11	73.3%	2	15	10	66.7%	8	15	4	26.7%	14
M	7	2	28.6%	13	7	3	42.9%	14	7	5	71.4%	3
N	7	4	57.1%	7	7	4	57.1%	11	7	4	57.1%	9
全体	163	91	55.8%	-	163	108	66.2%	-	163	94	60.7%	-

※24か月継続利用者（抜けあり）について、状態像変化を把握している。分析条件は図表3-3-5と同じ。

要介護維持率が最も低い事業所 M は、前表の利用者の状態像や中止者の行き先をみると、平均要介護が高く、医療依存度の高い人が多い。また、死亡の割合も高い。そのため、利用者の特性からこうした結果がでており、状態像の難しい人の受け入れや看取りに力を入れている結果という可能性もある。全体の指標のバランスをみながら、その背後にどういった理由があるのかを事業所との意見交換で聞き取り、事業所の課題の把握とケアの質向上に向けた取り組みを行っていく必要がある。

②ヒアリングから得られた意見

◆小規模多機能型居宅介護が地域で果たす役割

- ・ 地域包括支援センターから緊急時の依頼を受けることが多い。小規模多機能はすぐに動いて、1か所の契約で済むため。情報がなく受け入れは非常に厳しいが、家族と切り離し、食事をきちんととることで認知症症状が改善されることもある。
- ・ 他のサービスでは受け入れがうまくいかない人が利用することが多い。医療の必要な人、若年認知症の人など、遠方からの問い合わせも多い。
- ・ 要介護の認定を受けていない人も、登録制のサロン会員として通っている。
- ・ 民生委員さんが小規模多機能の場所を使って「いきいきサロン」を開いており、月に1度、地域の1人暮らしの人が来る。

◆状態像を維持するケアの内容

- ・ スケジュールはなく、利用者の状況によって臨機応変に対応している。
- ・ 何ができるか、何ができないかを判断したうえで、無駄なサービスをしない。家が近い人は歩いてくる。家族の送迎もある。
- ・ 要支援の人は来たいときに来て、お昼を食べるという自由な利用をしている。
- ・ 食事づくりなど、役割をもってもらう。できないと決めつけずにいろいろとふってみる。ホームでできるようになって、家での生活の改善につながる人もいる。
- ・ 訪問の利用が増えている。家で過ごせる人は家で過ごしてもらう。行って会話をすることで、「来てくれるから安心」という関係ができて、通いに行かなくてよい。独居のため、話し相手がほしいという人は、訪問に行く頃には掃除は終わっているということもある。
- ・ 午後、おやつを手作りしている。おやつの時間が和やかになっていい。クリスマスや正月のイベント、郷土料理づくりなども行う。
- ・ 計算ドリルはできないと嫌がる人もおり続かないが、簡易なパズルは非常に人気がある。

◆在宅生活継続のポイント

- ・ 本人の気力・家に住みたいという気持ちが必要。
- ・ 家族の理解がないとできない。日々変化する状態や、重度になっていった時の今後の見通しなど、家族に対する情報提供や教育の機会をもち、信頼関係を築いていく必要がある。家族が認知症症状に直面した時にパニックにならないように事前に情報を提供しておく。

- ・ 家族にはできるところはしてもらおう。きつい思いをしなければ在宅生活の継続はできない。家族があきらめたら在宅の継続は難しい。
- ・ 通院などの医療的なケアを全て請け負わずに、家族も同行するなど係わりをもってもらおう。自宅での変化を早期発見してもらうためにも必要。
- ・ 最初に在宅継続のラインを引いておいてそこまでは頑張ろうと家族の気持ちをつないでいく。そのラインに達したら随時検討していく。

◆スタッフの指導

- ・ 自分がされて嫌なことはしない。我が家の生活の延長としての暮らしである。
- ・ 責任は自分取るから、スタッフがやりたいことは何でもしていいと伝えている。スタッフは利用者から情報を得て考えて行動している。

◆地域との関係性

- ・ 地域のネットワークが出来上がっている地域では、そこに認めてもらい溶け込むまでが大変だが、認めてもらってからは、地域との連携が取りやすい。民生委員の活動が活発な地域では、民生委員から独居高齢者等の情報が提供され、民生委員と一緒にサービス外で訪問活動をしたりしている。また、小規模多機能型居宅介護の厨房やリビングを活用して、サロンを開設して独居高齢者の支援につながっている。民生委員は小規模多機能のケアの質のチェック役にもなっている。

◆分析の活用方法

- ・ 事業所は行政に評価してもらいたいと思っているため、資料をうまく使って、良い点を評価した上で、課題を話し合う場が持てるとよいのではないか。日ごろたまっている不満や悩みをガス抜きする機会となる。
- ・ なぜ低い結果が出ているのかをきちんと説明できればそれでよい。説明できないところが問題である。
- ・ 医療法人や社会福祉法人など後方支援のあるところは一定の水準を保てると思うが、営利法人やNPOなど小規模単体の事業所は見えない部分が多く、特にこうした聞き取りのような取り組みが重要となる。外の眼を入れることで他との違い、いい点・悪い点など気づくことも多い。
- ・ 5年スパンくらいで定期的にこうした指標を確認していく必要があるのではないか。行政の担当者が代わってもその必要性が認識され、取り組みが継続されることが重要である。そのためには、事業所側からも必要性の認識が高まり、資料提供が行政の一つの役割として位置づくことが重要である。
- ・ 経営を分析する際にも、時系列で利用の変化が捉えられることは貴重な資料となる。事業所の研修資料として活用し、職員教育に活かしたい。

3-4 介護給付と既存データに基づく地域特性の把握～和歌山県御坊市～

本節では、和歌山県御坊市において、介護保険付加情報を結合した介護給付実績データ、および、行政が過去に独自で行った質問紙調査データを活用して、当該市における地域福祉の課題を検討した。なお、御坊市では、現在初めての地域福祉計画の策定に取り掛かっており、本結果は当該計画策定の骨子の一部として活用されている。

1) 利用したデータ

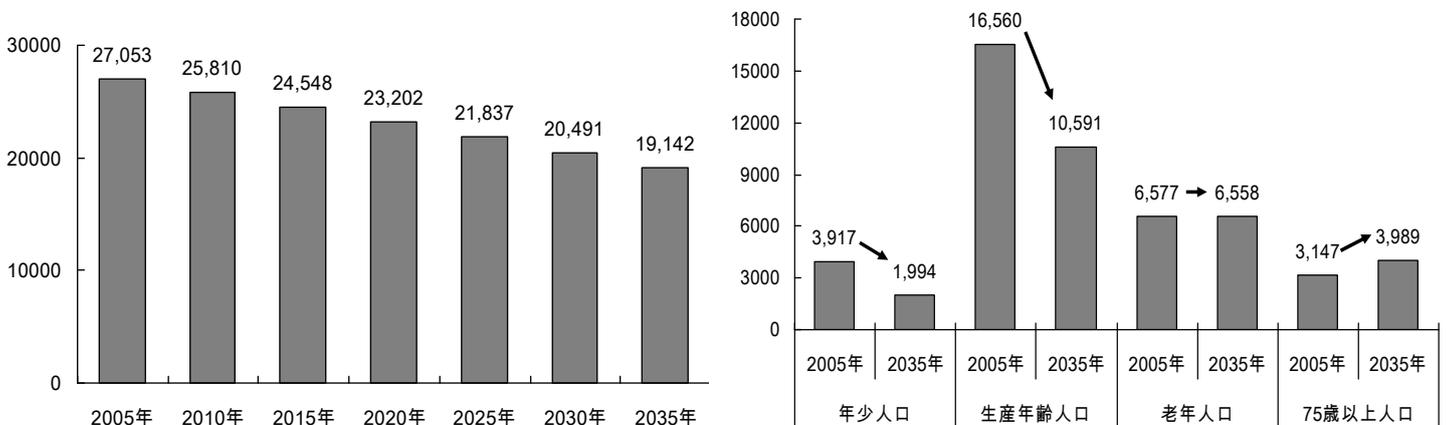
介護保険に関わるデータについては、当該市における2009年10月時点の「介護給付実績情報」「介護認定データ」「介護保険賦課情報」を使用した。分析に際しては、日本福祉大学福祉政策評価センターが開発した「介護保険事業実績分析ソフト2008(2009年4月改定対応版)」を用いて、介護給付実績情報について、サービス種別ではなく、個人単位で分析可能な形式にデータを加工した。そのうえで、暗号化された被保険者番号に基づいて、介護認定データおよび介護保険賦課情報との結合を行った。

一方、行政が行った調査とは、2009年5～7月にかけて次世代育成支援対策推進法に基づいて行われた「次世代育成支援に関するニーズ調査(御坊市市民福祉部社会福祉課)」である。本調査は、就学前児童の保護者(有効回答=888名)、就学児童の保護者(有効回答=998名)、中学生(有効回答=412名)、一般住民(有効回答=304名)を対象にしている。本分析に際しては、事前に研究協定を締結し、その範囲内でデータ提供を受けた。

2) 御坊市の基本特性

図表3-4-1は、御坊市の基本特性として、人口動向を再整理したものである。これによると、全国的に言われていることと同様に、2005年以降人口減少に突入している。具体的には、年間250～260名程度ずつ減少するとされており、2005年には27,053人であったのが30年後には19,142人と2万人を下回る、すなわち、市内人口の3割弱(約8,000人)が30年後にはいなくなるという推計である。

図表3-4-1 御坊市の人口推計



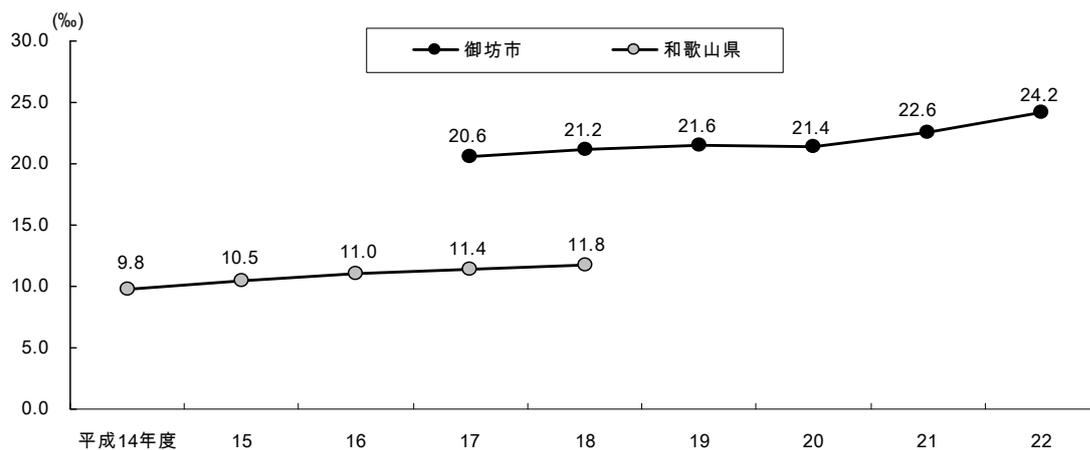
国立社会保障・人口問題研究所(2008)日本の市区町村別将来推計人口より

それと同時に、この間の年齢構成の変化をみると、生産年齢人口の大幅な減少が目立ち、16,560人から10,591人へと約6,000人も減少するとされている。同様に、年少人口についても減少すると予測されている一方で、65歳以上の老年人口の人数は30年間で概ね横ばいとなっている。なかでも、75歳以上に限定すると、約800人増加してほぼ4,000人（人口の20.8%）に達すると見込まれている。

3) 低所得者・生活保護受給者の多さと介護サービスの利用抑制

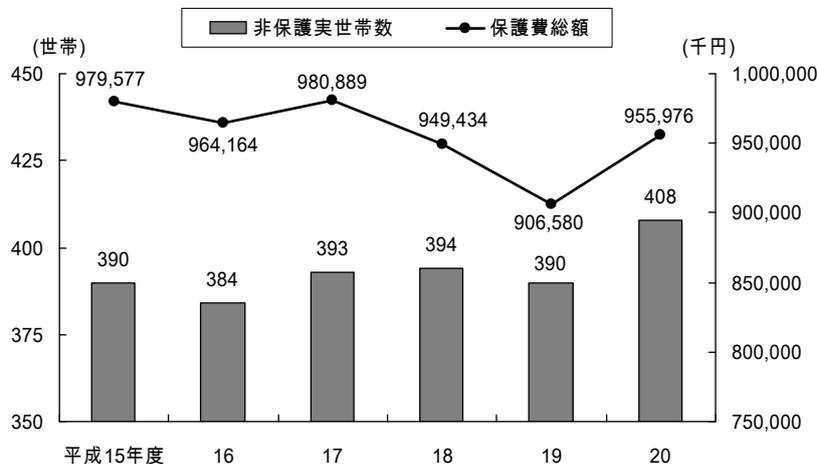
本分析の結果、御坊市の地域特性として、低所得者が多いことが改めて確認された。図表3-4-2に示した生活保護受給率の推移をみると、和歌山県全体では、9～11%程度とほぼ全国平均の値と一致するが、御坊市では20%を超えている。なかでも、生活保護受給率は年々上昇傾向にあり、2010年1月時点では24.2%となっていた。また、図表3-4-3に示した被保護世帯数においても同様に、これまでは390名前後を推移していたが、2008年から408名と急激に増加している。保護費の総額では、2003年以降減少傾向にあったが2008年では再び増加している。図表に示していないが、最新の2010年度予算では、生活保護法実施事業は約10億5000万円という極めて大きな額となっていた。

図表3-4-2 生活保護受給率（‰）の推移



和歌山県統計年鑑（平成20年刊行）より

図表3-4-3 非保護世帯数と保護費総額の推移



御坊市（2009）統計ごぼう2009より

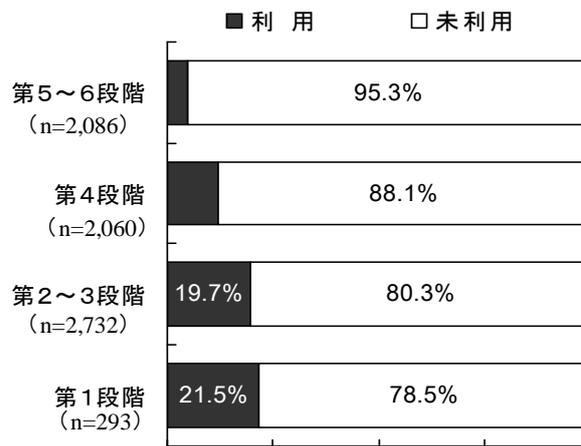
図表 3-4-4 介護保険料段階の分布

所得区分	所得状況	御坊市	福岡県A市	愛知県B市
第6段階	本人が市民税課税者で、合計所得金額が200万円以上の人	630 (8.8)	7,608 (12.3)	655 (12.1)
第5段階	本人が市民税課税者で、合計所得金額が200万円未満の人	1,456 (20.3)	13,685 (22.1)	793 (14.6)
第4段階	本人が市民税非課税で、世帯の中に市民税課税者がいる人	2,060 (28.7)	21,344 (34.5)	1,856 (34.3)
第3段階	世帯全員が市民税非課税で、第1段階・第2段階に該当しない人	936 (13.1)	7,356 (11.9)	598 (11.0)
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、本人の公的年金等の収入金額と合計所得金額が80万円以下の人	1,796 (25.0)	10,126 (25.1)	1,362 (25.1)
第1段階	生活保護被保護者・老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市民税非課税の人	293 (4.1)	1,799 (2.9)	152 (2.8)

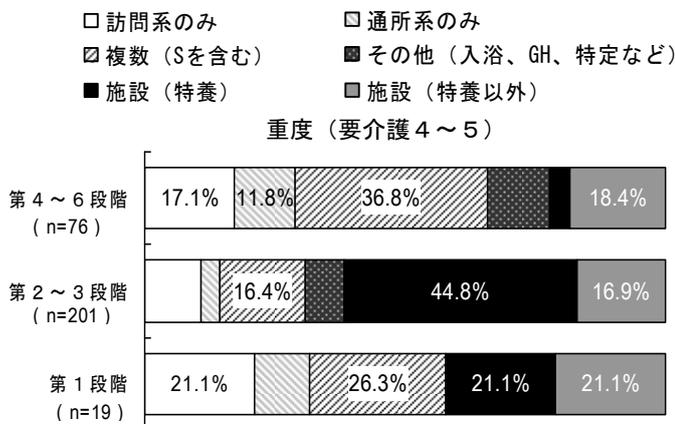
()内は%

図表 3-4-5 介護保険料段階による介護サービス利用・サービス費用の相違

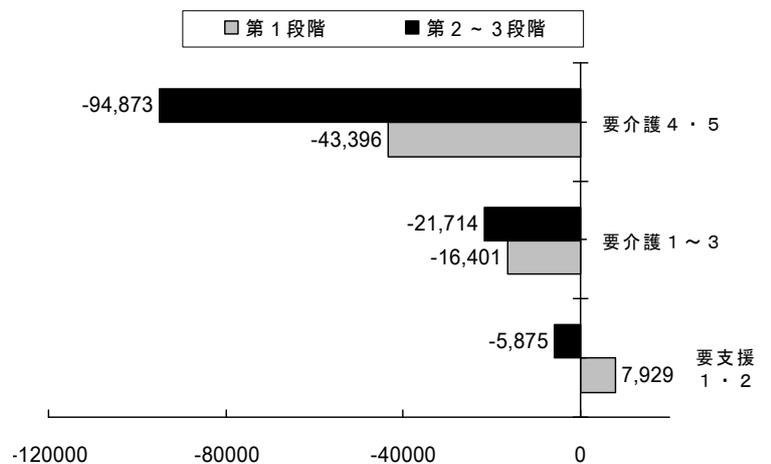
<介護保険サービス利用の有無>



<サービス利用内容>



<在宅介護サービス費用>



御坊市介護保険給付実績情報 (2009年10月) より

※在宅介護サービス費用の値は、第4～6段階の費用と比較したもの (年齢と性別による相違を調整後)

こうした低所得者の多さは、生活保護だけでなく高齢者の介護保険利用にも密接に関連している。図表3-4-4に示した介護保険料段階の分布をみると、御坊市では、他市と比べて、生活保護者が該当する第1段階の利用者が多いだけでなく、第3段階という生活保護には該当しない低所得者の割合も高くなっていることがわかる。そのうえで、保険料段階別に介護保険サービス利用の有無との関連（図表3-4-5）をみると、第1段階や第2～3段階という低所得者の方が介護サービスを利用している人の割合が高くなっている。他方で、実際に利用されているサービス内容やサービス費用は、保険料段階によって大きく異なり、低所得者の間では重度の要介護になった際に施設入所に至りやすく、低所得者の方が在宅介護サービスの費用が抑えられがちであることが確認された。具体的には、要介護4・5に該当する高齢者のなかでも、第1段階の利用者は42.2%、第2～3段階の利用者は61.7%が介護施設に入所しているという結果であった（要介護4～5では2割弱）。これは、施設利用の際に世帯分離をしている影響も考えられるが、それだけでなく、保険料段階によって在宅介護の継続期間が異なる可能性があることを示唆している。とりわけ、在宅介護者に限定して、介護サービス費用をみると、性別と年齢に関わらず、第4段階以上と比べて第2～3段階の利用者は、要介護4・5のときに約95,000円、要介護1～3のときに約22,000円、要支援1・2のときに約6,000円、1ヶ月の介護費用が安いという関連があった。

これらの結果は、同程度のニーズを抱えた高齢者であっても、低所得であると在宅介護時にサービス利用の抑制が働き、その結果として、在宅維持が困難になって早期に施設入所に至りやすい傾向があることを示唆している。とりわけ、低所得者が多い御坊市においては、こうした低所得高齢者の介護サービスの利用抑制が小さくない規模で発生している可能性があり、普遍主義を導入した本制度の課題として、制度利用へのアクセスの確保（利用抑制への対策）を検討する必要があることを示している。

4) 子どもの定住意向の低さと子育て環境の満足度の低さ

また、低所得や貧困問題との関連では、御坊市では、全体的に子どもの定住意向が低く、大半の地区において子育て環境への満足度も低いことが確認された。

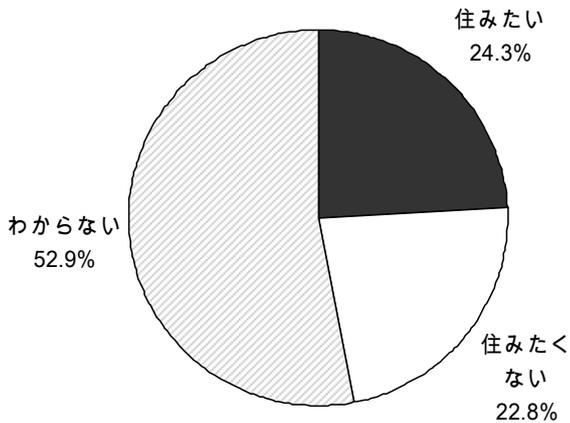
子どもの定住意向に関しては、「大人になっても御坊市に住みたいと思いますか？」という問いに対して、「住みたい」と回答したのは4人に1人に過ぎなかった。将来の地域福祉の人的資源という意味では、子どもの定住意向の低さは過疎化に向かう極めて重要な問題である。本調査データを検討する限りでは、地域活動に参加している子どもほど、子どもやお年寄りの交流会に参加している子どもほど、将来「住みたい」と思っている人が多いという関連があった。すなわち、御坊市の地域福祉の推進に際しては、当面の高齢者や貧困問題への対策だけでなく、中長期的なまちづくりにむけた世代間交流や地域活動の普及が重要な課題になると考えられた。

一方、子育て環境への満足度に関しては、市内の中でも、とくに「御坊」、「湯川」、「藤田」、「塩屋」といった地区では、子育てしやすいと思わない人が約半数を占めていた。また「御坊市は子どもの成長・教育によいと思うか」という設問に対しても、これらの地区では4～6割の人びとが「そう思わない」と回答していた。ここでは、その要因を明らかにすることはできないが、少なくとも比較的小さい市内であっても、子育て環境への満足度（不満足度）に一定の乖離があるということは、各地区のニーズにあわせた資源配置が必要である可能性が高い。この点に

については、様々な地域の実情（ローカルナレッジ）に基づく判断が必要であり、こうしたデータ分析による地域把握は、そうした議論の場を展開するための基礎資料になるものと考えられる。

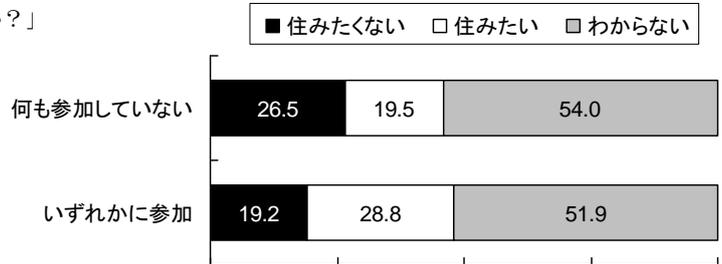
図表 3-4-6 御坊市への定住意向

「大人になっても御坊市に住みたいと思いますか？」

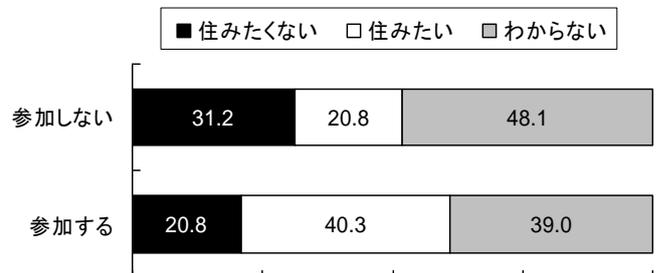


御坊市「次世代育成支援に関するニーズ調査・中学生調査」（2009年実施）より

<地域活動への参加との関連>

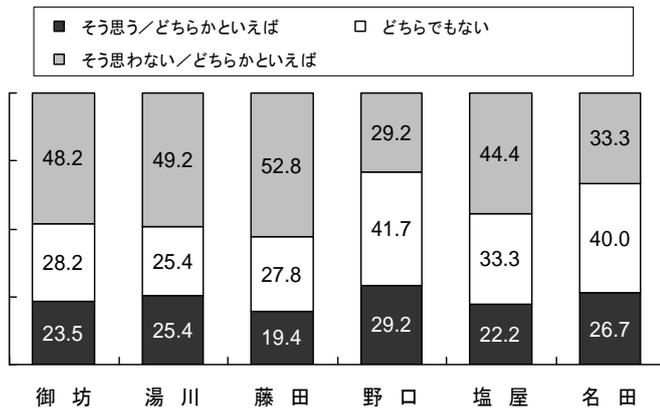


<子どもやお年寄りへの交流会との関連>

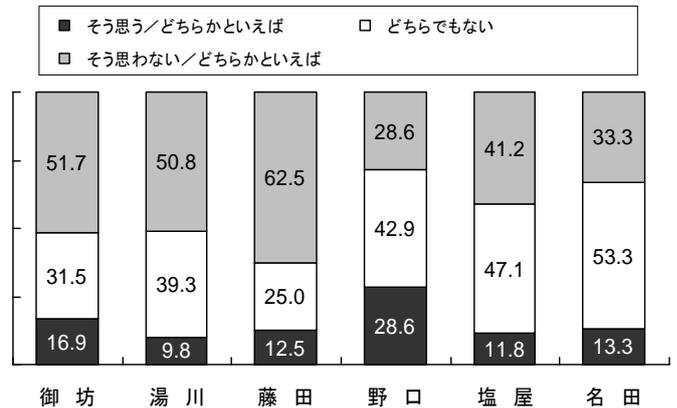


図表 3-4-7 御坊市子育て環境への満足度

「御坊市は子育てしやすい」と思う



「御坊市は子どもの成長・教育によい」と思う



御坊市「次世代育成支援に関するニーズ調査・一般住民調査」（2009年実施）より

3-5 フォーカスグループ面接を通じた包括ケア推進課題の検討～愛知県高浜市

1) 目的と方法

①目的

フォーカスグループ面接という場を通して、フォーマルケア関係者とインフォーマルケア関係者が意見交換を行うことで、対象地域の高齢者をめぐる地域包括ケアの推進に向けた課題と課題に向けた方策を検討することを目的とした。地域包括ケアの形成における地域診断の1つの方法として、フォーカスグループ面接の可能性についての検討も試みた。

②方法

2010年11月18日、12月15日の2回にわたり、「高浜市における高齢者ケアのあり方」をテーマにフォーカスグループ面接を行った。1) 対象者の選定、2) 質問項目、3) 分析方法、4) 倫理的配慮は以下の通りである。

◆フォーカスグループ面接対象者

事前に個別訪問面接調査を行った上で、フォーカスグループ面接対象者を選定した。個別訪問面接調査対象者の選定においては、市と社会協議会の協力を得た。個別訪問面接調査では、各事業所や団体の概要、現在抱えている主な課題等を聞き取ることで対象地域の現状と課題の把握を行った。フォーカスグループ面接対象者は、特別養護老人ホーム施設長、デイサービスセンターセンター長、社会福祉協議会職員（1回目：小規模多機能型居宅介護管理者／2回目：配食サービス等担当）、地域包括支援センター保健師、民生委員児童委員協議会会長、ボランティア団体代表、NPO理事長、まちづくり協議会事務局長（2か所）、日本福祉大学地域ケア研究推進センターセンター長の10名とした。

◆質問項目

第1回

- ① 高浜市での高齢者ケアについて、今後取り組むべき課題の中で、介護保険などのフォーマルケアの側で取り組むべき課題にはどのようなものがありますか。高浜市という地域で取り組める課題を中心にお話してください。
- ② 一方、ボランティア、NPO、まちづくり協議会などのインフォーマルケアの側で取り組むべき課題にはどのようなことがありますか。
- ③ それでは、フォーマルケアとインフォーマルケアが協働して取り組むべき課題とそのための方策にはどのようなことがありますか。

第2回

- ④ サービスや支援を必要としながらそれらからもれていると思われる人（高齢者中心に）について、知っている（聞いている）ことがありましたら、その状態像について具体的に話してください。

- ⑤ サービスや支援を必要としながらそれらからもれている人を把握するにはどうすればよいと思いますか。実際に取り組んでいることも含めて話してください。
- ⑥ そういう人を把握した上で、必要なサービスや支援に結びつけるためにはどうすればよいと思いますか。また、現在利用できるサービスや支援では対応できないニーズにはどのようなものがあると思いますか。

◆分析方法

グループインタビュー面接で得られたデータを逐語録として記録し、共同研究者3名が各設問項目に関する文脈に該当する箇所をマークし、コード名を付した。これらのコードを比較し類似したものをスーパーバイザーのもとで、まとめてカテゴリー化した。

◆倫理的配慮

実施にあたり、フォーカスグループ面接の目的、方法について説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益を受けないこと、結果は匿名性を確保した上で結果を公表することがあることを説明し了承を得た。

2) 見えてきた課題

第1回、第2回のフォーカスグループ面接であげた6つの質問項目に対して、カテゴリーとコードを抽出した結果は以下の通りである。

①介護保険などのフォーマルケアの側で取り組むべき課題

ここでは、「制度では対象別に縦割りのために共生ケアができない問題」、「介護保険におけるケアの制約」、「スタッフ確保を難しくしている制度的制約」「地域包括支援センターの広報の必要性」の4つのカテゴリーが抽出された。

特に、フォーマルケアにおいては、高齢者は介護保険、障害者は自立支援、子どもは次世代育成といったように全体的に制度が縦割りになっている点に対しての課題があげられた。地域において縦割りを無くし、共生ケアを進めていくことの必要性が述べられていた。また、フォーマルケアを提供していくにあたり、職員の離職や人材確保の困難さがあげられた。職員が辞めずに仕事が続けられるようにするには、例えば施設に託児所や保育園等を併設して、その施設で働いている職員を始め地域の子どものも利用できるようにすることで、職員確保の維持の可能性も示された。

図表 3-5-1

カテゴリー	コード
制度では対象別に縦割りのために共生ケアができない問題	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型で障害者や児童と一緒に利用できると良い ・定員に空きがあったのでデイで障害者を受け入れたことがある ・デイと併設の保育園との交流 ・障害者も地域包括支援センターの対象としている高浜市でも、実際には高齢者とは別々

介護保険におけるケアの制約	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスでの買い物支援や外出支援の制約がある
スタッフ確保を難しくしている制度的制約	<ul style="list-style-type: none"> ・子育て支援が不十分なために、介護職が離職してしまう ・介護職のための託児所・学童保育を施設で一体的に運営することが必要 ・デイの職員が併設の保育園を利用できると良い
地域包括支援センターの広報の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターのことを一般の人に知らせていくことが必要

②ボランティア、NPO、まちづくり協議会などのインフォーマルケアの側で取り組むべき課題

ここでは、「引きこもりやどこにも関わりのない高齢者の現状と働きかけの必要性」「インフォーマルの積極的な取り組み」、「インフォーマルケアの担い手の認知症についての知識不足」、「宅老所の現状と課題」の4つのカテゴリーが抽出された。

特に、インフォーマルケアにおいては、時々刻々の状態の変化を地域で把握することの必要性が示された。町内会や老人会等に入っておらず他の付き合いの無い人に関しては把握することの困難が示された一方、現在、まち協や宅老所等で積極的に取り組まれている活動に関しても共有された。また、認知症の人が増えてきている中で、家族や住民等のインフォーマルケアの担い手の認知症についての知識不足に関しても述べられていた。

その他、高浜市でこれまで積極的に取り組まれてきた宅老所における参加者の減少とボランティアも高齢化も指摘されていた。また、男性参加者が参加しづらく、男性の居場所作りの困難さが示された。これに対して、フォーマルケアの1つの男性の利用者の多いデイサービスでの具体的な取り組みの情報が共有された。

図表 3-5-2

カテゴリー	コード
引きこもりやどこにも関わりのない高齢者の現状と働きかけの必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員は年1回高齢者宅を訪問するが、本人が出てこないことがある ・老人会や他の付き合いの無い人は把握できない ・町内会に入っていない人も含めた要援護者のための防災のしくみ作りが必要 ・民生委員や地域住民によるニーズの掘り起こしが必要 ・時々刻々の状態の変化を地域で把握することが必要 ・一人暮らし・閉じこもりの人を宅老所に取り入れていくことが必要
インフォーマルの積極的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・まち協で映画会やあの手この手を使って引きこもりの高齢者を外に出す工夫をしている ・まち協で障害者の仕事作り等、地域ビジネスの取り組み ・宅老所を利用日以外に子育て支援等で活用している ・宅老所をしているNPOで網戸張替等、雑多な手伝いへの取り組み ・まち協で地域支援の担い手となるように元気高齢者への働きかけ ・まち協で地域の人と関わりを持つために信頼関係を作る取り組みをしている ・まち協で公民館を活用して、男性高齢者の居場所づくりへの取り組み

インフォーマルケアの担い手の認知症についての知識不足	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人への家族の認識の低さ ・民生委員が小規模多機能は認知症ケアの1つであることを知らない ・認知症サポーターは増えているが、どのような役割を担うかがはっきりしていない
宅老所の現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ・宅老所の参加者が減少するとともに支援のボランティアも高齢化している ・男性高齢者の利用の少なく、その居場所づくりが難しい

③フォーマルケアとインフォーマルケアが協働して取り組むべき課題とそのための方策

ここでは、「フォーマル・インフォーマルの協力と連携」、「地域で発見されたニーズを相談等につなげていくためのネットワークづくりの必要性」の2つのカテゴリーが抽出された。例えば、まちづくり協議会が窓口を持ち繋ぎ役であることを住民に周知できれば、フォーマルケアに対する関わりに一般的に抵抗がある人も、親しい関係の中で相談する環境が作られる可能性等が示された。その相談内容に応じて、どこへ繋げることが適切かに関しては市や社会福祉協議会等が対応するといった仕組みができれば良いのではないかとの意見もだされた。また、それらを実現するための取り組みも様々なところで動き出していることも示されていた。

図表 3-5-3

カテゴリー	コード
フォーマル・インフォーマルの協力と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・防災時に施設の側から地域の人に協力をしてもらう必要 ・外に出ない人を外に出すためにまち協から包括・社協への働きかけをしている ・宅老所とデイを組合せて利用することで生活を支える 特養の認知症ケアのための回想法を宅老所や地域の中・高校に紹介
地域で発見されたニーズを相談等につなげていくためのネットワークづくりの必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・支援が必要な人をインフォーマルからフォーマルにひきつぐ際の窓口の明確化が必要 ・インフォーマルなところに相談窓口を設けて、地域住民が活用できるようにする ・インフォーマルで発見したニーズをインフォーマルの窓口でうけとめてフォーマルな機関につなげる

④サービスや支援を必要としながら取り残されている人と、取り残される要因

ここでは、「支援が必要だが、サービスを受けようとならない人」、「福祉に関わる制度や資源が不十分なために必要な支援やサービスから取り残される人」、「福祉以外の制度的・環境的要因のために必要な支援やサービスから取り残される人」、「本人の側の要因のために必要な支援やサービスから取り残される人」の4つのカテゴリーが抽出された。

特に、配食や移送サービスの基準の限界等でサービスや支援を必要としながら取り残されている人の存在が指摘されていた。その一方で、制度的ではなく本人が関わりを拒否している等についても指摘された。また、息子らと同居しているが昼間一人暮らしで事実上どういう状況かわからない、名簿上は出てこず一人暮らし調査をしても把握できない人たちをどのように把握していくかについてもあげられていた。

図表 3-5-4

カテゴリー	コード
支援が必要だが、サービスを受けようとしていない人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1人暮らしの男性で身の回りのことが出来なくなっているが、自分では支援が必要ないと思っている ・ 2人とも病気がちの姉弟で通院が難しくなっているが、ヘルパーは嫌がっている
福祉に関わる制度や資源が不十分なために必要な支援やサービスから取り残される人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配食の基準の限界のためにサービスが受けられない人 ・ 移送サービスの基準の限界のためにサービスが受けられない人 ・ 民生委員が介護保険などの知識が不十分なために適切な対応ができない人
福祉以外の制度的・環境的要因のために必要な支援やサービスから取り残される人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民票上では把握できない一人暮らし ・ 団地・集合住宅・県営住宅に住んでいて把握が困難な人 ・ 民生委員が把握している場合でも、個人情報保護のために知らせてもらえない人
本人の側の要因のために必要な支援やサービスから取り残される人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民生委員が回っても拒否する人 ・ 町内会や団体に参加していないために把握が困難な人

⑤サービスや支援を必要としながらそれらからもれている人を把握する方法

ここでは、「まち協での様々な取組み」、「取り残されている人についての関心と対応」の2つのカテゴリーが抽出された。

特に、高浜市での特徴的な取組みの1つであるまちづくり協議会の働きかけによって、老人クラブのOBの把握するために「状況整理票」を使って複数回にわたり訪問している活動や日常的な声掛けの必要性も紹介された。

図表 3-5-5

カテゴリー	コード
まち協での様々な取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ まち協の働きかけによって老人クラブのOBの把握するために「状況整理票」を使って複数回、回っている（まち協A） ・ 町内会に入っていない人でもかなりまち協が把握している（まち協A） ・ まち協のいろいろな活動を通して見守りや声かけが必要な人が把握できることがある（まち協A） ・ 老人クラブなどでは、情報が得られないのでまち協で地域を回っている（まち協B） ・ 情報を得るためには信頼関係をつくる必要があるので、何回か声かけをしている（まち協B）
取り残されている人についての関心と対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分たちの活動で把握している人以外で、支援を必要としている人がいないかを意識していることが大切 ・ デイサービス送迎時に気付いた人を包括につなげている

⑥把握した上での、必要なサービスや支援に結びける方法、現在利用できるサービスや支援では対応できないニーズ

ここでは、「支援から取り残されている人についての情報共有とサービスにつなげるための検討の場を設ける」、「福祉に関わる制度やサービスの基準の改善と情報の周知」、「サービスにつながりにくい男性への働きかけの工夫」の3つのカテゴリーが抽出された。

特に、支援から取り残されている人についての情報共有の必要性と、それらの人をサービスにつなげるための検討の場を設けることの必要性が指摘された。また、先にも示されたサービスにつながりにくい男性への働きかけの工夫として、宅老所で男性専用の日を設ける等の意見が出された。

図表 3-5-6

カテゴリー	コード
支援から取り残されている人についての情報共有とサービスにつなげるための検討の場を設ける	<ul style="list-style-type: none"> ・支援から取り残されている人を把握した時、まず地域でその人の情報を共有する ・地域で把握した支援から取り残されている人について包括や社協が加わってサービスにつなげることについて検討する場を設ける
福祉に関わる制度やサービスの基準の改善と情報の周知	<ul style="list-style-type: none"> ・移送や配食サービスなどの基準をゆるやかにすることで取り残されている人にサービスをつなげる ・宅老利用者に要介護になった時の支援について包括の人に話してもらう
サービスにつながりにくい男性への働きかけの工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスを男性が利用しやすいように利用時間とプログラムの工夫をする ・宅老所で男性専用の日を設ける ・プライドを生かせる役割を設けて参加を促す

3) 地域診断としての可能性

2回にわたるフォーカスグループ面接では、フォーマルケア関係者、インフォーマルケア関係者の両方から様々な意見が出された。従来の制度では取り残されてしまう人たちやこれまでの調査等では十分の把握できていない人たちに対して、まちづくり協議会が中心になった把握の活動が進められていることが示された。それらの活動が他のインフォーマルケアやフォーマルケアへとつながっていくための協働の必要性が明らかになった。また、実際にフォーマルケア関係者が工夫している点をインフォーマルケア関係者が学ぶ等、双方からの接点を持ち、情報やノウハウを交換していく意義もフォーカスグループ面接のいくつかの場面で示されていた。

高浜市では、これまで福祉の先進自治体として「福祉のまちづくり」を推進してきた。今後、安心生活創造事業等に取り組む中で、地域包括ケアの促進を実施していくことが期待されている。ただし、自治体関係者を介さずにフォーマルケア関係者とインフォーマルケア関係者が意見交換をする場は必ずしも十分に設定されてこなかった。フォーカスグループ面接の場は、研究の一貫として集まった話し合いの場であるが、これがきっかけとなり、フォーマルケア関係者とインフォーマルケア関係者が交流できる話し合いの場が広がることが期待される。また、行政からの働きかけに応える形ではなく、こういった話し合いの場から必要な取り組みや支援を積極的に提案していくことが望まれる。

4. 地域診断データベース構築のためのソフト開発

1) 『要支援者情報共有管理システム』システム開発について

システムの目的は、要支援者の情報をデータベースを用いて管理することが目的で作成する。そのシステム開発の第1段階として、システムの基盤整備を行うこととし、まずLSA（生活援助員）にて管理している居住者の要支援者情報（フェースシート）とケース記録をその対象として、データベース化しその管理するソフト作成を行う。

ソフトの主な機能は以下の3点である。

- ① 要支援者情報の入力
- ② ケース記録の入力
- ③ 入力したケース記録情報と要支援者情報を一覧表にしてデータ出力

2) LSA による試行の結果

ソフト開発後、LSAにおいて、導入・試行を行った。その際には、LSA職員より以下の3点において評価をいただいた。

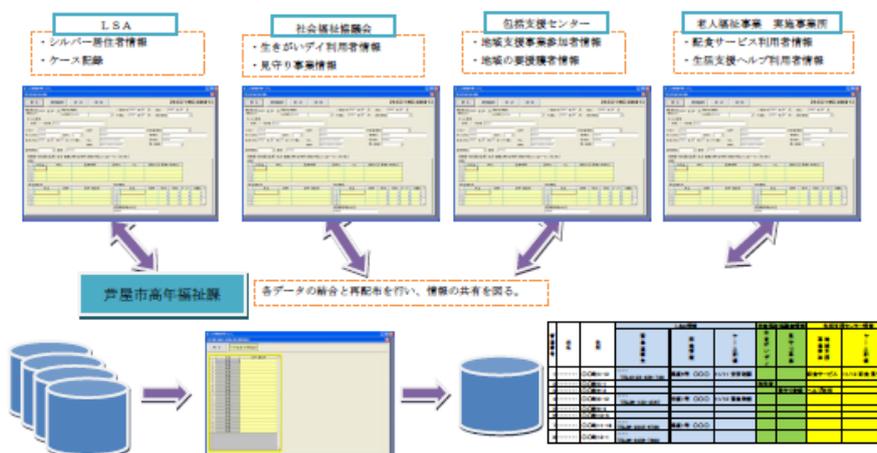
- ① 常時要支援者情報確認を行うことができる点
- ② 複数のクライアントパソコンより、データの照会ができる点
- ③ 入力作業及びデータ移行作業にかかる作業負担が軽減した点

3) 今後の課題

今後は、要支援者情報を事業所内にとどめず、複数の機関（市の関係各課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等）においても閲覧・活用できるようにすることを目指す。そのシステムにより、関係機関がより早い段階で要支援者に関わることが可能になる。

また、要支援者情報の「見える化」に取り組むとともに、関係機関への連携について模索していき、今回のソフトでは、活用範囲が市域の圏域の一部となっているが、全市域にて利用できるものを作成する。

最終に、ケース記録情報を分析し、要支援者に関わりを持ち始めたり、関係機関への連絡をする時期を図る指標を作成することも課題である。

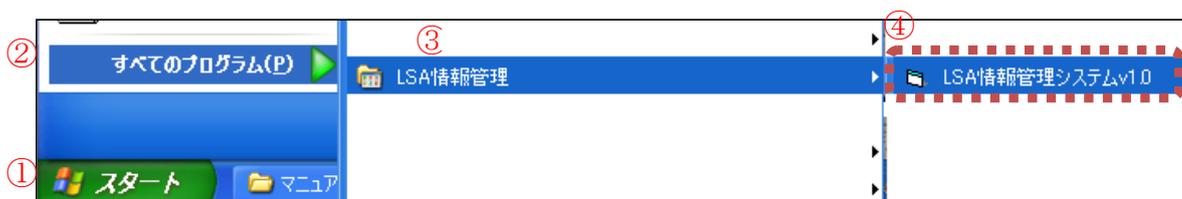


要支援者情報共有管理システム
-利用マニュアル-

基本操作 起動方法

南芦屋浜団地 LSA 情報管理システムの起動方法

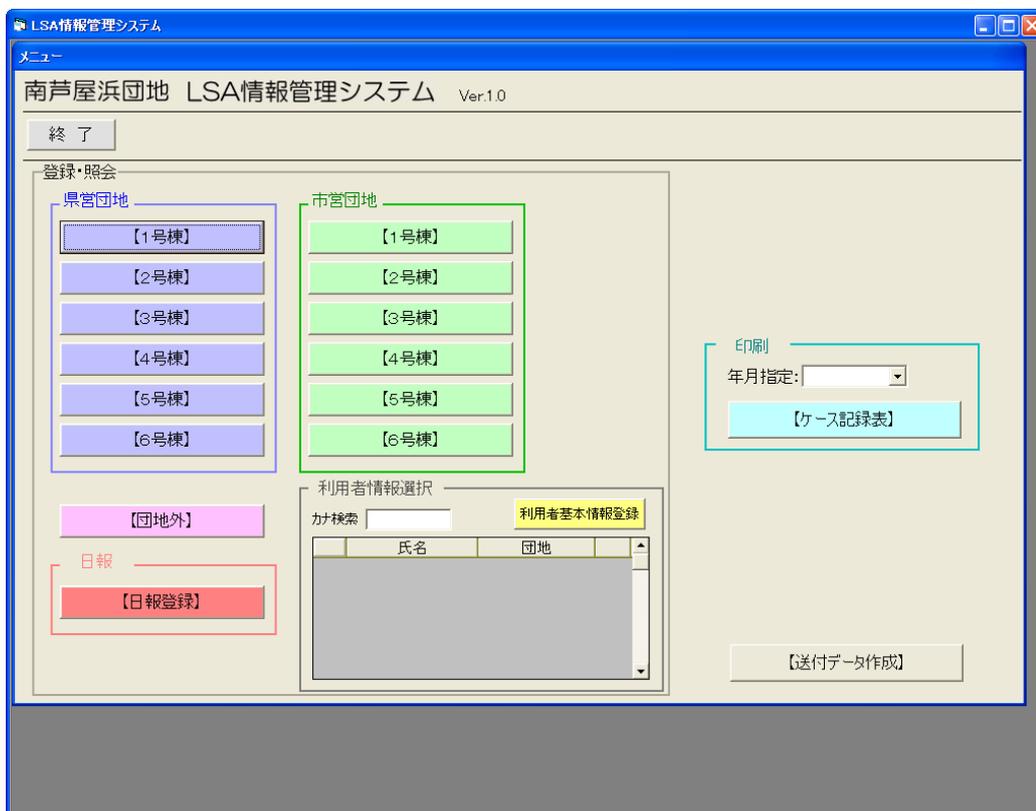
①[スタート]をクリックし、次に②[すべてのプログラム]、③[LSA 情報管理] の順にカーソルを合わせ、④[LSA 情報管理 v1.0]をクリックします。



認証画面が表示されます、[パスワード]を入力し、[OK]をクリックします。



南芦屋浜団地 LSA 情報管理システムメニュー画面が表示されます。



出力フォルダ

南芦屋浜団地 LSA 情報管理システムで作成されたケース記録表、送付データは以下の手順で確認できます。（出力結果ファイルは作成前には存在しません）

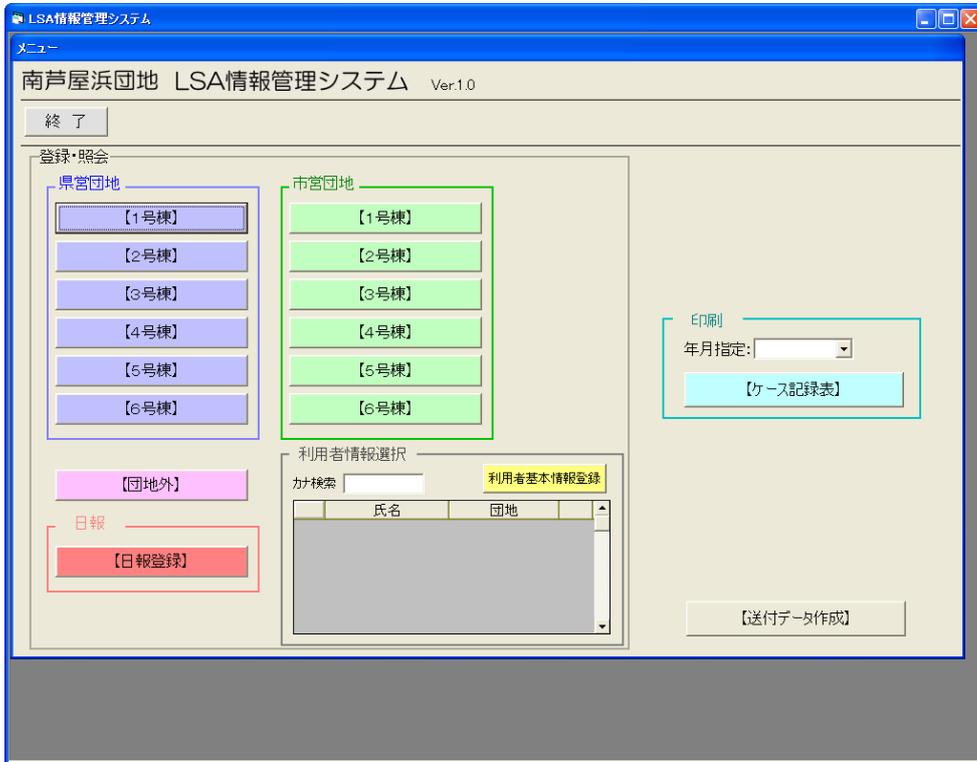
①[スタート]をクリックし、②次に[マイコンピュータ]をクリック、③[ローカル ディスク(C:)]、④[LSA 情報管理システム]、⑤[出力結果ファイル]の順にダブルクリックして、[出力結果ファイル]フォルダ内のファイルを確認してください。

※ インストール時に C ドライブ以外へインストールした場合は、インストールしたドライブを開いてください。



機能説明

機能概要



< 登録・照会 >

① 県営団地 ・ ② 市営団地

県営団地・市営団地の団地・部屋選択から、団地内の利用者登録、対応登録・照会を行います。

③ 【団地外】

団地外選択から、団地外の利用者登録、対応登録・照会を行います。

④ 【日報登録】

団地・団地外を問わず、対応情報の修正・照会を行います。

⑤ 利用者情報選択

団地・団地外を問わず、カナ検索から利用者情報を表示し、利用者登録、対応登録・照会を行います。

< 印刷 >

⑥ 【ケース記録表】

指定された年月で、ケース記録表を作成します。

⑦ 【送付データ作成】

送付データの作成を行うことができます、送付データは個人情報が削除されます。

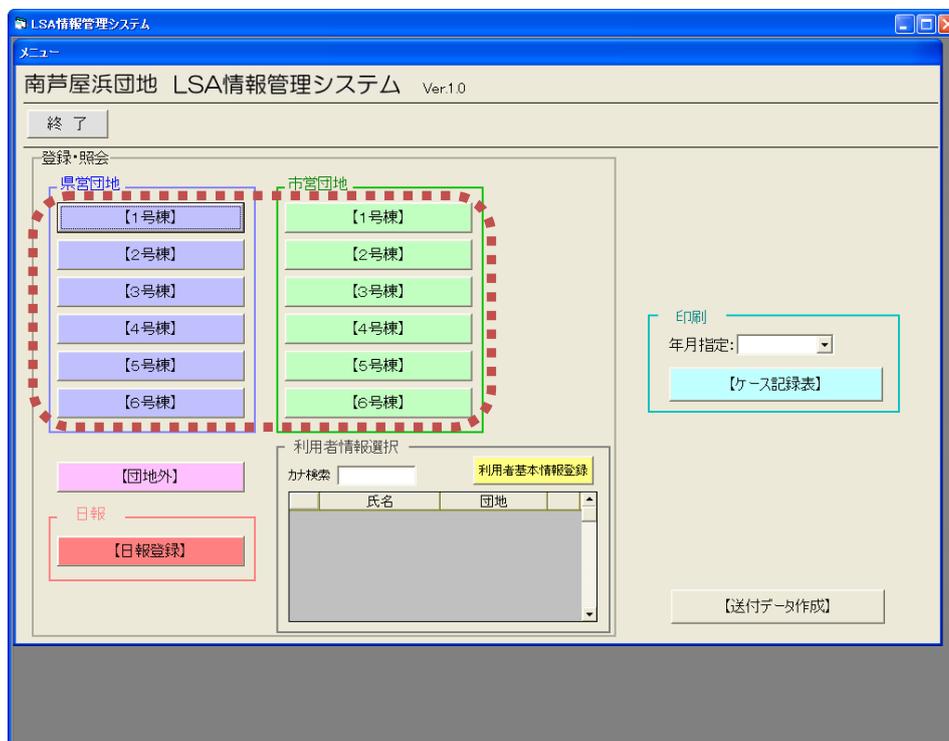
⑧ 終了

当システムを終了します。

参照・登録

団地・部屋選択

団地・部屋選択画面を表示するには、メインメニューの[県営団地]・[市営団地]の参照したい号棟番号をクリックし、団地・部屋選択画面を表示します。



メニュー画面から選択した団地の情報を参照します。

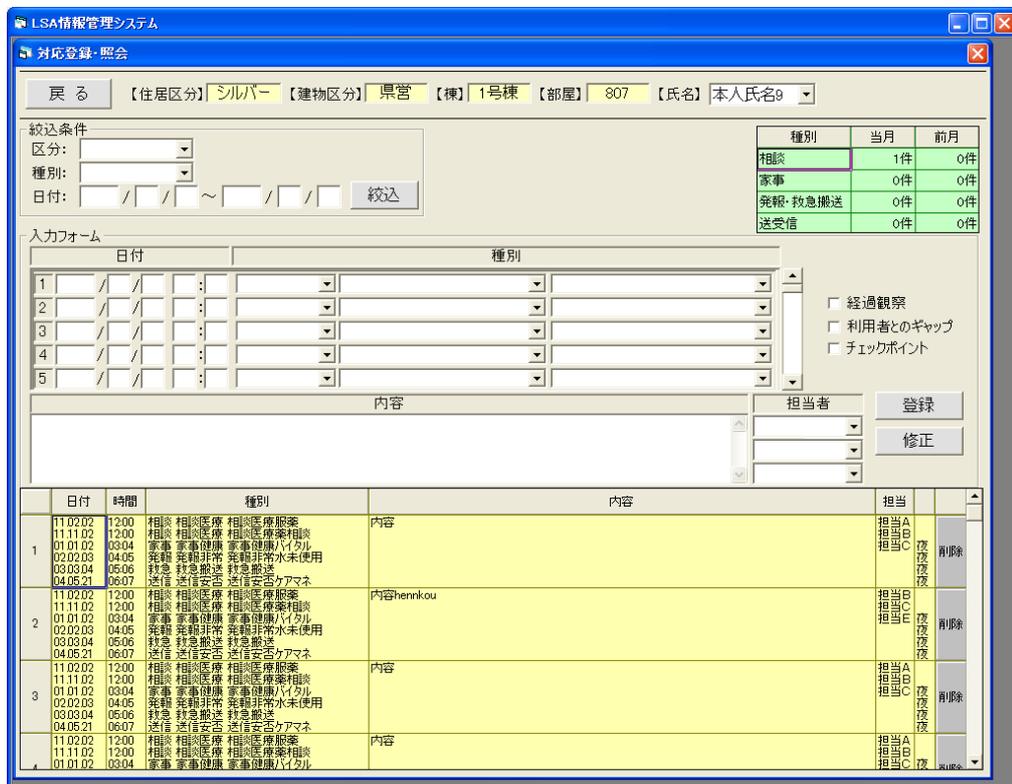


	項 目	説 明
1	建物区分	建物区分を選択します。
2	棟	棟を選択します。
3	利用者基本情報登録	対応登録・参照と利用者基本情報登録を切り替えます。 利用者基本情報登録を選択した場合、背景が黄色になります。
4	再表示	選択された建物区分、棟の部屋情報が表示されます。
5	部屋 (ボタン)	対応登録・参照モードの場合、 対応登録・参照画面が表示されます。 利用者基本情報登録モードの場合、 利用者情報画面が表示されます。 住居区分で色分けをされます。 シルバー：緑、特目：ピンク、外：灰色 居住されている利用者が2名まで表示されます。
6	戻る	メニューへ戻ります。

対応登録・照会画面の表示



(1)をクリックで対応登録・照会画面が表示されます。



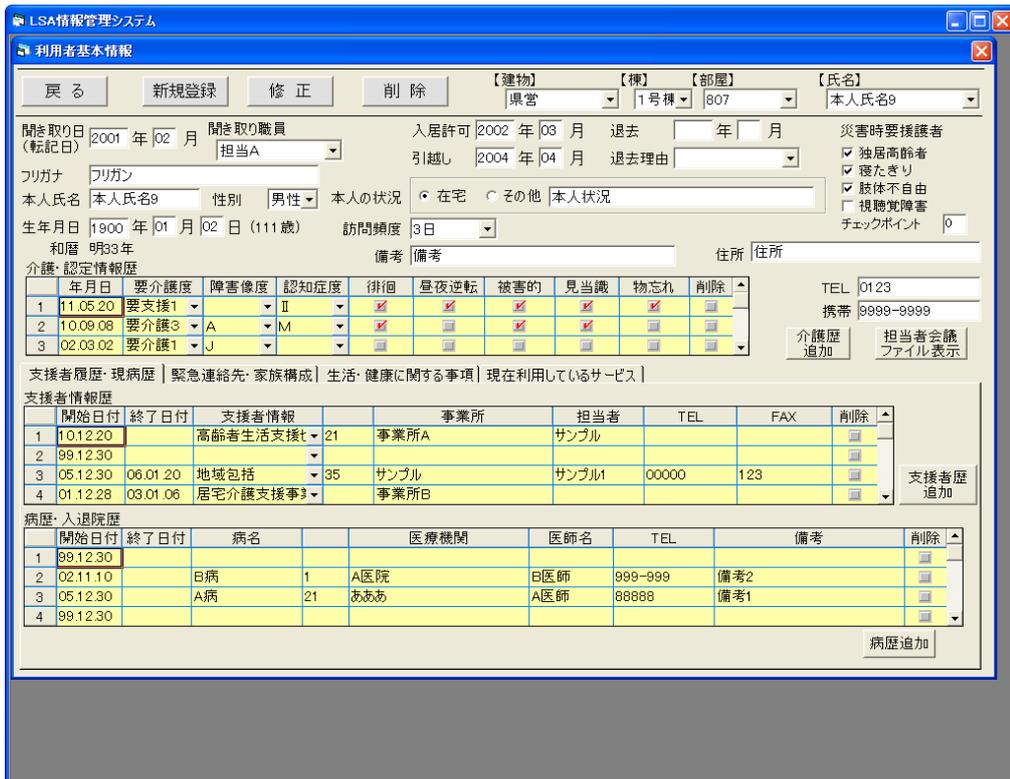
(2)をクリックした場合は表示されません。

利用者基本情報の表示

[利用者基本情報]を選択することで利用者基本情報登録モードに切り替わります。



(1)をクリックした場合、利用者基本情報画面に利用者基本情報が表示されます。
利用者基本情報画面で登録・修正が出来ます。



(2)をクリックした場合、利用者基本情報画面で利用者情報の新規登録が行えます。

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県宮 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 年 月 開き取り職員 入居許可 年 月 月 退去 年 月 月 災害時要援護者
 引越し 年 月 月 退去理由 独居高齢者
 フリガナ 本人の状況 在宅 その他 寝たきり
 本人氏名 性別 脳体不自由
 生年月日 年 月 日 訪問頻度 視聴覚障害
 和暦 年 備考 チェックポイント

介護認定情報歴	年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1										
2										
3										

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先: 家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

支援者情報歴	開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1								
2								
3								
4								

病歴・入院歴	開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1								
2								
3								
4								

TEL 携帯 介護歴追加 担当者会議ファイル表示

部屋情報の再表示

建物区分、棟を選択し直し、[再表示]をクリックします。

建物区分: 県宮

棟: 1号棟

- 1号棟
- 2号棟
- 3号棟
- 4号棟
- 5号棟
- 6号棟

団体・部屋選択

戻る 利用者基本情報登録 建物区分: 県宮 棟: 6号棟 再表示

1201 1202 1203 1204 1205

団地・部屋選択画面の終了

団地・部屋選択を終了するには、[戻る]をクリックします。



対応登録・照会

対応登録・照会画面の表示

検索条件

区分: [] 種別: [] 日付: []/[]/[] ~ []/[]/[] 絞込

種別	当月	前月
相談	1件	0件
家事	0件	0件
発報・救急搬送	0件	0件
迷受信	0件	0件

入力フォーム

日付	種別	内容	担当者
1			
2			
3			
4			
5			

登録 修正

日付	時間	種別	内容	担当	
11.02.02	12:00	相談 相談医療 相談医療観察	内容	担当A	
11.11.02	12:00	相談 相談医療 相談医療相談		担当B	
01.01.02	03:04	家事 家事健康 家事健康バイタル		担当C	削除
02.02.03	04:05	発報 発報非常 発報非常水未使用		夜	
03.03.04	05:06	救急 救急搬送 救急搬送		夜	
04.05.21	06:07	迷信 迷信安全 迷信安全ケアマネ		夜	
11.02.02	12:00	相談 相談医療 相談医療観察	内容henkou	担当B	
11.11.02	12:00	相談 相談医療 相談医療相談		担当E	
01.01.02	03:04	家事 家事健康 家事健康バイタル		担当E	削除
02.02.03	04:05	発報 発報非常 発報非常水未使用		夜	
03.03.04	05:06	救急 救急搬送 救急搬送		夜	
04.05.21	06:07	迷信 迷信安全 迷信安全ケアマネ		夜	
11.02.02	12:00	相談 相談医療 相談医療観察	内容	担当A	
11.11.02	12:00	相談 相談医療 相談医療相談		担当B	
01.01.02	03:04	家事 家事健康 家事健康バイタル		担当C	削除
02.02.03	04:05	発報 発報非常 発報非常水未使用		夜	
03.03.04	05:06	救急 救急搬送 救急搬送		夜	
04.05.21	06:07	迷信 迷信安全 迷信安全ケアマネ		夜	
11.02.02	12:00	相談 相談医療 相談医療観察	内容	担当A	
11.11.02	12:00	相談 相談医療 相談医療相談		担当B	
01.01.02	03:04	家事 家事健康 家事健康バイタル		担当C	削除

- ・対応登録・照会画面では利用者登録されている人のみ表示されます。

		項 目	説 明
1	氏名		氏名を選択することで、選択された氏名の対応履歴を参照します。
2	絞込条件	区分	区分を選択します。
3		種別	大項目種別を選択します。
4		日付	絞り込みたい期間を入力します。
5	絞込(ボタン)		絞込条件で入力された条件から対応情報を検索します。
6	種別日付		対応した日付を入力します。
7	種別 (大項目)		対応した種別を選択します。
8	種別 (中項目)		対応した種別を選択します。
9	種別 (小項目)		対応した種別を選択します。
10	内容		対応した内容を入力します。
11	担当者		担当者を選択します。
12	経過観察		チェックを入れます。
13	利用者とのギャップ		チェックを入れます。
14	チェックポイント		チェックを入れます。
15	件数	当月	利用者の当月対応件数を表示します。
16		前月	利用者の前月対応件数を表示します。
17	対応履歴		対応した履歴が表示されます。 行をクリックすることでその行の内容を入力フォームに表示します。 削除ボタンをクリックすることでその行の対応履歴を消します。
18	登録		対応情報を登録します。
19	修正		対応情報を修正します。
20	戻る		団地・部屋選択へ戻ります。

対応登録・照会画面の登録

対応情報を入力・選択し、[登録]をクリックします。

LSA情報管理システム
対応登録・照会

戻る 【住居区分】シルバー 【建物区分】県営 【棟】1号棟 【部屋】807 【氏名】本人氏名0

絞込条件
区分: []
種別: []
日付: []/[]/[] ~ []/[]/[] 絞込

種別	当月	前月
相談	1件	0件
家事	0件	0件
発報・救急搬送	0件	0件
送受信	0件	0件

入力フォーム

日付	時間	種別	内容	担当者	登録	修正
1	2011/02/15 10:29	相談	相談医療	担当C		
2	2011/02/15 11:22	救急		担当A		
3	2011/02/15 12:00					
4	2011/02/15 23:25	救急	救急搬送			
5						

内容
対応しました。

日付	時間	種別	内容	担当	削除
11/02/02	1200	相談	相談医療	担当B	
11/11/02	1200	相談	相談医療	担当C	
01/01/02	0304	家事	家事健康/イタル	担当C	削除
02/02/03	0405	発報	発報非常水未使用	担当C	削除
03/03/04	0506	救急	救急非常水未使用	担当C	削除
04/04/05	0607	送信	送信非常水未使用	担当C	削除
04/05/21	0607	送信	送信非常水未使用	担当C	削除
11/02/02	1200	相談	相談医療	担当B	
11/11/02	1200	相談	相談医療	担当C	
01/01/02	0304	家事	家事健康/イタル	担当C	削除
02/02/03	0405	発報	発報非常水未使用	担当C	削除
03/03/04	0506	救急	救急非常水未使用	担当C	削除
04/04/05	0607	送信	送信非常水未使用	担当C	削除
04/05/21	0607	送信	送信非常水未使用	担当C	削除

※ 入力フォームは、スクロールバーを移動することで10件まで入力できます。

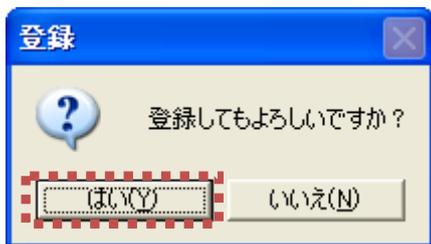
※ 種別を選択します。

大項目 → 中項目 → 小項目

の順に選択します。

・選択するときは大項目→中項目→小項目の順番で行ってください。

確認メッセージが表示されるので、登録する場合は、[はい(Y)]をクリックします。



登録完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、登録を完了します。



対応登録・照会画面の修正

対応履歴で修正したい対応情報をクリックします。クリックすると、対応情報が表示されます。

LSA情報管理システム
対応登録・照会

戻る 【住居区分】シルバー 【建物区分】県営 【棟】1号棟 【部屋】807 【氏名】本人氏名9

絞込条件
区分:
種別:
日付: / / ~ / / / 絞込

種別	当月	前月
相談	1件	0件
家事	0件	0件
発報・救急搬送	0件	0件
送受信	0件	0件

入力フォーム

日付	時間	種別	内容	担当者	登録	修正
2011/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
2011/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
2001/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	
2002/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
2003/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		

内容

日付	時間	種別	内容	担当	削除	
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	
02/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
03/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		
04/05/21	06:07	送信	送信安全	送信安全ケアマネ		
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当B	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当C	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル		
02/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
03/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		
04/05/21	06:07	送信	送信安全	送信安全ケアマネ		
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	

情報を修正し、[修正]をクリックします。

LSA情報管理システム
対応登録・照会

戻る 【住居区分】シルバー 【建物区分】県営 【棟】1号棟 【部屋】807 【氏名】本人氏名9

絞込条件
区分:
種別:
日付: / / ~ / / / 絞込

種別	当月	前月
相談	1件	0件
家事	0件	0件
発報・救急搬送	0件	0件
送受信	0件	0件

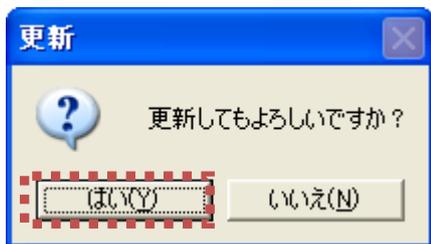
入力フォーム

日付	時間	種別	内容	担当者	登録	修正
2011/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
2011/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
2001/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	
2002/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
2003/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		

内容

日付	時間	種別	内容	担当	削除	
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	
02/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
03/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		
04/05/21	06:07	送信	送信安全	送信安全ケアマネ		
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当B	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当C	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル		
02/02/03	04:05	発報	発報非常	発報非常水未使用		
03/03/04	05:06	救急	救急搬送	救急搬送		
04/05/21	06:07	送信	送信安全	送信安全ケアマネ		
11/02/02	12:00	相談	相談医療	相談医療服薬	担当A	
11/11/02	12:00	相談	相談医療	相談医療薬相談	担当B	
01/01/02	03:04	家事	家事健康	家事健康ダイヤル	担当C	

確認メッセージが表示されるので、更新する場合は、[はい(Y)]をクリックします。



更新完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、更新を完了します。



対応登録・照会画面の終了

対応登録・照会を終了するには、[戻る]をクリックします。



基本情報登録

基本情報登録画面の表示

LSA情報管理システム

目地: 部屋選択 (利用者基本情報登録)

戻る **利用者基本情報登録** 建物区分: 県営 棟: 1号棟 再表示

910	909	908	907 本人氏名5 本人氏名6						
810	809	808	807 本人氏名9						
710	709	708	707						
610	609	608	607	606	605	604	603	602	601
510	509	508	507	506	505	504	503	502	501
410	409	408	407	406	405	404	403	402	401
310	309	308	307	306	305	304	303	302	301
210	209	208	207	206	205	204	203	202	201 サンプル氏名B
				106	105	104	103	102	101 サンプル本人A サンプル氏名C

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県営 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 年 月 開き取り職員 入居許可 年 月 退去 年 月 災害時要援護者
 フリガナ 引越し 年 月 退去理由 独居高齢者
 本人氏名 性別 本人の状況 在宅 その他 寝たきり
 生年月日 年 月 日 訪問頻度 肢体不自由
 和暦 年 備考 住所 視聴覚障害
 介護・認定情報歴 チェックポイント

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1									
2									
3									

TEL 携帯 介護歴追加 担当者会議ファイル表示

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

支援者情報歴

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1							
2							
3							
4							

支援者歴追加

病歴・入退院歴

開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1							
2							
3							
4							

病歴追加

	項 目	説 明
1	【建物】	建物区分が表示されます。
2	【棟】	棟が表示されます。
3	【部屋】	部屋が表示されます。
4	【氏名】	該当する氏名を選択します。
5	聞き取り日	転記日の年月を入力します。
6	聞き取り職員	聞き取り職員を選択します。
7	フリガナ	フリガナを入力します。
8	本人氏名	本人氏名を入力します。
9	生年月日	生年月日を入力します。
10	入居許可	入居許可年月を入力します。
11	引越し	引越し年月を入力します。
12	退去	退去年月を入力します。
13	退去理由	退去理由を選択します。
14	本人状況	本人状況を選択します。
15	本人状況その他	その他を入力します。
16	訪問頻度	訪問頻度を選択します。
17	備考	備考を入力します。
18	住所	住所を入力します。
19	TEL	TELを入力します。
20	携帯	携帯を入力します。
災害時要援護者		
21	独居高齢者	チェックを入れます。
22	寝たきり	チェックを入れます。
23	肢体不自由	チェックを入れます。
24	視聴覚障害	チェックを入れます。
25	チェックポイント	チェックポイントを入力します。
介護・認定情報歴		
26	年月日	年月日を入力します。
27	要介護度	要介護度を選択します。
28	障害像度	障害像度を選択します。
29	認知症度	認知症度を選択します。
30	徘徊	チェックを入れます。
31	昼夜逆転	チェックを入れます。
32	被害的	チェックを入れます。
33	見当識	チェックを入れます。
34	物忘れ	チェックを入れます。

項目		説明
介護・認定情報歴		
35	削除	チェックを入れます。 チェックを入れることで登録、修正を行った時、チェックを入れた履歴を削除します。
36	介護歴追加 (ボタン)	1番上に行を追加します。
支援者情報歴・現病歴		
支援者情報歴		
37	開始日付	開始日付を入力します。
38	終了日付	終了日付を入力します。
39	支援者情報	支援者情報を選択します。
40	事業所コード	事業所コードを入力します。 Enter で、事業者マスタから、事業所、TEL、FAX を取得します。
41	事業所	事業所を入力します。
42	担当者	担当者を入力します。
43	TEL	TEL を入力します。
44	FAX	FAX を入力します。
45	削除	チェックを入れます。 チェックを入れることで登録、修正を行った時、チェックを入れた履歴を削除します。
46	支援者歴追加 (ボタン)	1番上に行を追加します。
病歴・入退院歴		
47	開始日付	開始日付を入力します。
48	終了日付	終了日付を入力します。
49	病名	病名を入力します。
50	医療機関コード	医療機関コードを入力します。 Enter で、事業者マスタから、医療機関、TEL を取得します。
51	医療機関	医療機関を入力します。
52	医師名	医師名を入力します。
53	TEL	TEL を入力します。
54	備考	備考を入力します。
55	削除	チェックを入れます。 チェックを入れることで登録、修正を行った時、チェックを入れた履歴を削除します。
56	病歴追加 (ボタン)	1番上に行を追加します。

項 目		説 明
緊急連絡先・家族構成		
緊急連絡先		
57	氏名	氏名を入力します。
58	フリガナ	フリガナを入力します。
59	続柄	続柄を入力します。
60	住所	住所を入力します。
61	連絡先	連絡先を入力します。
家族構成		
62	氏名	氏名を入力します。
63	フリガナ	フリガナを入力します。
64	続柄	続柄を入力します。
65	性別	性別を選択します。
66	同居	チェックを入れます。
67	キーパーソン	チェックを入れます。
68	介護者	介護者を選択します。
69	家族関係等の 状況	家族関係等の状況を入力します。
生活・健康に関する事項		
70	今までの生活	今までの生活を入力します。
71	1日の生活・すご し方	1日の生活・すごし方を入力します。
72	趣味	趣味を入力します。
73	楽しみ	楽しみを入力します。
74	特技	特技を入力します。
75	友人・地域との関係	友人・地域との関係を入力します。
現在利用しているサービス		
76	公的サービス(月～ 日)	利用頻度を選択します。
77	非公的サービス (月～日)	チェックを入れます。
78	戻る	一つ前の画面へ戻ります。

- ・ 団地・部屋選択画面から開いた場合、建物区分、棟、部屋、氏名はクリックした建物区分、棟、部屋、氏名を表示します。

基本情報登録画面の登録

利用者データの入力または選択を行い、[新規登録]をクリックします。

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県宮 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 2011年02月 開き取り職員 担当E 入居許可 年 月 月 退去 年 月 月 災害時要援護者
 独居高齢者
 寝たきり
 肢体不自由
 視聴覚障害
 チェックポイント

フリガナ ホンニン
 本人氏名 氏名 性別 男性 本人の状況 在宅 その他

生年月日 年 月 日 訪問頻度 備考 住所

介護・認定情報

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 05.02.16	要支援2	B		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 04.03.02	要支援1	I		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3									<input type="checkbox"/>

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

支援者履歴

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1 07.04.11		高齢者生活支援t	21 A事業	〇〇	123456	456-8888	<input type="checkbox"/>
2	05.11.06		35 サンプル		00000	123	<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>

病歴・入院歴

開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1 05.05.05		A病	21 あああ		88888		<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>

※支援者履歴・現病歴、緊急連絡先・家族構成、生活・健康に関する事項、現在利用しているサービスのタブをクリックし、表示を切り替えることができます。

＜緊急連絡先・家族構成＞

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県宮 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 2011年02月 開き取り職員 担当E 入居許可 年 月 月 退去 年 月 月 災害時要援護者
 独居高齢者
 寝たきり
 肢体不自由
 視聴覚障害
 チェックポイント

フリガナ ホンニン
 本人氏名 氏名 性別 男性 本人の状況 在宅 その他

生年月日 年 月 日 訪問頻度 備考 住所

介護・認定情報

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 05.02.16	要支援2	B		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 04.03.02	要支援1	I		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3									<input type="checkbox"/>

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

緊急連絡先

氏名	フリガナ	続柄	住所	連絡先
1 ×× A	Eー	親戚	××県〇〇市1-2	
2 △△ B	ビ-	知人		0123-444-555
3				
4				

家族構成

氏名	フリガナ	続柄	性別	同居	キーパーソン	介護者	家族関係等の状況
1 〇〇 A夫	Eイ	息子	男	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主	良好
2 B子	ビイ	長男嫁	女	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	副	
3 C一	シイ	孫	男	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<生活・健康に関する事項>

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県営 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 2011年02月 開き取り職員 担当E 入居許可 年 月 月 退去 年 月 月 災害時要介護者
 引越し 年 月 月 退去理由 独居高齢者
 寝たきり
 肢体不自由
 視聴覚障害
 チェックポイント

フリガナ ホンニン 本人氏名 氏名 性別 男性 本人の状況 在宅 その他

生年月日 年 月 日 訪問頻度 和暦 年 備考 住所

介護・認定情報歴

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 05.02.16	要支援2	B		<input checked="" type="checkbox"/>					
2 04.03.02	要支援1	I		<input checked="" type="checkbox"/>					
3				<input checked="" type="checkbox"/>					

TEL 携帯 介護歴追加 担当者会議ファイル表示

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

今までの生活

今までの生活

1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技	友人・地域との関係
1日の過ごし方	趣味 楽しみ 特技	友人関係

現状の生活状況(どんな暮らしを送っているか)

<現在利用しているサービス>

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県営 【棟】 1号棟 【部屋】 707 【氏名】

開き取り日 (転記日) 2011年02月 開き取り職員 担当E 入居許可 年 月 月 退去 年 月 月 災害時要介護者
 引越し 年 月 月 退去理由 独居高齢者
 寝たきり
 肢体不自由
 視聴覚障害
 チェックポイント

フリガナ ホンニン 本人氏名 氏名 性別 男性 本人の状況 在宅 その他

生年月日 年 月 日 訪問頻度 和暦 年 備考 住所

介護・認定情報歴

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 05.02.16	要支援2	B		<input checked="" type="checkbox"/>					
2 04.03.02	要支援1	I		<input checked="" type="checkbox"/>					
3				<input checked="" type="checkbox"/>					

TEL 携帯 介護歴追加 担当者会議ファイル表示

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

公的サービス

	月	火	水	木	金	土	日
1 訪問介護	終	終	終	終	終	終	終
2 通所介護	終	終	終	終	終	終	終
3 通所リハ	後	前	終	終	終	終	後
4 短期入所				終			
5 訪問看護				後			終
6 訪問リハ							
7 訪問入浴				後			終
8 小規模多機能			前				
9 配食							
10 その他	終						

非公的サービス

	月	火	水	木	金	土	日
1 民間弁当	<input checked="" type="checkbox"/>						
2 お出かけ	<input checked="" type="checkbox"/>						
3 仕事	<input checked="" type="checkbox"/>						
4 その他	<input checked="" type="checkbox"/>						

確認メッセージが表示されるので、登録する場合は、[はい(Y)]をクリックします。



登録完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、登録を完了します。



基本情報登録画面の修正

基本情報の修正を行います。



利用者データを選択します。

選択した建物区分、棟、部屋に利用者が複数いる場合、【氏名】の利用者を選択することで、利用者情報を切り替えることができます。



利用者データの入力・選択を行います。

介護・認定情報歴、支援者情報歴、病歴・入院歴の履歴で削除したい履歴を選択し、更新をすると履歴は削除されます。

介護・認定情報歴										
	年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1	11.02.15									<input checked="" type="checkbox"/>
2	11.02.07									<input type="checkbox"/>
3	11.02.01	要支援1	A	III	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

履歴欄を増やしたい場合は、それぞれの履歴の[介護歴追加]、[支援者履歴追加]、[病歴追加]ボタンをクリックします。

介護・認定情報歴										
	年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1	11.05.20	要支援1		II	<input checked="" type="checkbox"/>					
2	10.09.08	要介護3	A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	02.03.02	要介護1	J		<input type="checkbox"/>					

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

支援者情報歴									
	開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除	
1	99.12.30		0					<input type="checkbox"/>	
2	10.12.20		21	事業所A	サンプル			<input type="checkbox"/>	
3	05.12.30	06.01.20	35	地域包括	サンプル1	00000	123	<input type="checkbox"/>	
4	01.12.28	03.01.06	0	事業所B				<input type="checkbox"/>	

病歴・入院歴

	開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1	99.12.30		0					<input type="checkbox"/>
2	05.12.30		21	あああ	A医師	88888	備考1	<input type="checkbox"/>
3	02.11.10		1	A医院	B医師	999-999	備考2	<input type="checkbox"/>
4	99.12.30		0					<input type="checkbox"/>

介護・認定情報歴										
	年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1	11.05.20	要支援1		II	<input checked="" type="checkbox"/>					
2	11.05.20	要支援1		II	<input checked="" type="checkbox"/>					
3	10.09.08	要介護3	A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

支援者情報歴									
	開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除	
1	99.12.30		0					<input type="checkbox"/>	
2	99.12.30		0	地域包括	aaaaa			<input type="checkbox"/>	
3	10.12.20		21	事業所A	サンプル			<input type="checkbox"/>	
4	05.12.30	06.01.20	35	地域包括	サンプル	00000	123	<input type="checkbox"/>	

病歴・入院歴

	開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1	99.12.30		0					<input type="checkbox"/>
2	05.12.30		21	あああ	A医師	88888	備考1	<input type="checkbox"/>
3	05.12.30		21	あああ	A医師	88888	備考1	<input type="checkbox"/>
4	02.11.10		1	A医院	B医師	999-999	備考2	<input type="checkbox"/>

※介護・認定情報歴のみ追加された行に下の行の情報が反映されます。

[修正]をクリックします。

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 **修正** 削除

【建物】 県営 【棟】 1号棟 【部屋】 807 【氏名】 本人氏名9

開き取り日(転記日) 2001年02月 開き取り職員 担当A 入居許可 2002年03月 退去 年 月 引越し 2004年04月 退去理由

フリガナ フリガナ 本人氏名 本人氏名9 性別 男性 本人の状況 在宅 その他 本人状況

生年月日 1900年01月02日(111歳) 訪問頻度 3日

介護・認定情報

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 11.05.20	要支援1		II	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 10.09.08	要介護3	A	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 02.03.02	要介護1	J		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

支援者情報

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1 10.12.20		高齢者生活支援1	21 事業所A	サンプル			<input type="checkbox"/>
2 99.12.30							<input type="checkbox"/>
3 05.12.30	06.01.20	地域包括	35 サンプル	サンプル1	00000	123	<input type="checkbox"/>
4 01.12.28	03.01.06	居宅介護支援等3	事業所B				<input type="checkbox"/>

病歴・入院歴

開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1 99.12.30							<input type="checkbox"/>
2 02.11.10		B病	1 A医院	B医師	999-999	備考2	<input type="checkbox"/>
3 05.12.30		A病	21 あああ	A医師	88888	備考1	<input type="checkbox"/>
4 99.12.30							<input type="checkbox"/>

TEL 0123
携帯 9999-9999
介護歴追加 担当者会議ファイル表示

確認メッセージが表示されるので、更新する場合は、[はい(Y)]をクリックします。

更新

? 更新してもよろしいですか?

はい(Y) いいえ(N)

更新完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、更新を完了します。

更新

i 更新が完了しました。

OK

利用者基本情報の削除

選択された利用者情報を削除し、[削除]をクリックします。

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 県営 【棟】 1号棟 【部屋】 807 【氏名】 本人氏名9

開き取り日 (転記日) 2001年02月 開き取り職員 担当A 入居許可 2002年03月 退去 年 月 災害時要保護者
引越し 2004年04月 退去理由 独居高齢者
フリガナ フリガン 本人氏名9 性別 男性 本人の状況 在宅 〇 その他 本人状況 寝たきり
生年月日 1900年01月02日 (111歳) 訪問頻度 3日 介護 明33年 備考 備考 住所 住所 視聴覚障害 チェックポイント 0

年	月	日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1	11	05	20	要支援1	II						
2	10	09	08	要介護3	A	M					
3	02	03	02	要介護1	J						

支援者履歴 現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス |

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1	99.12.30		0				
2	10.12.20	高齢者生活支援	21	事業所A	サンプル		
3	05.12.30	06.01.20	35	地域包括	サンプル	00000	123
4	01.12.28	03.01.06	0	居宅介護支援事			

開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1	99.12.30		0				
2	05.12.30	A病	21	あああ	A医師	88888	備考1
3	02.11.10	B病	1	A医院	B医師	999-999	備考2
4	99.12.30		0				

TEL 0123
携帯 9999-9999
介護歴追加 担当者会議
ファイル表示

病歴追加

確認メッセージが表示されるので、削除する場合は、[はい(Y)]をクリックします。

削除

? 削除してもよろしいですか?

はい(Y) いいえ(N)

確認メッセージが2回表示されるので、削除する場合は、[はい(Y)]をクリックします。

削除

? 本当に削除してもよろしいですか?

はい(Y) いいえ(N)

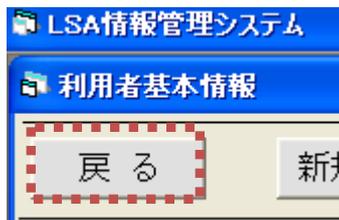
※削除された情報は元に戻すことはできませんのでご注意ください。

削除完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、削除を完了します。



利用者基本情報の終了

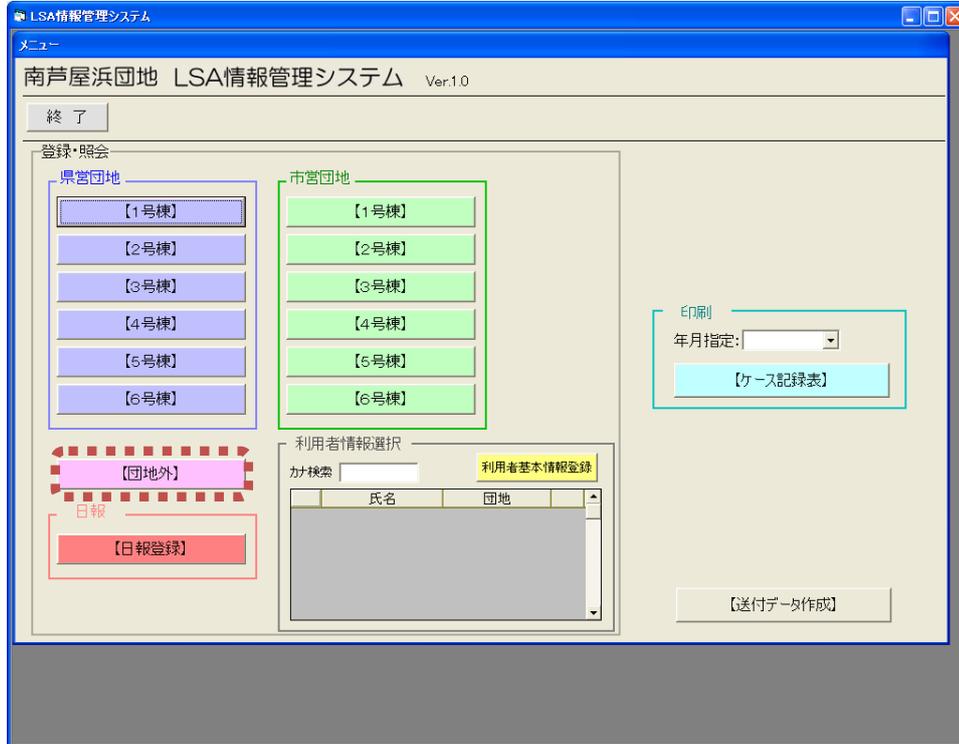
利用者基本情報を終了するには、[戻る]をクリックします。



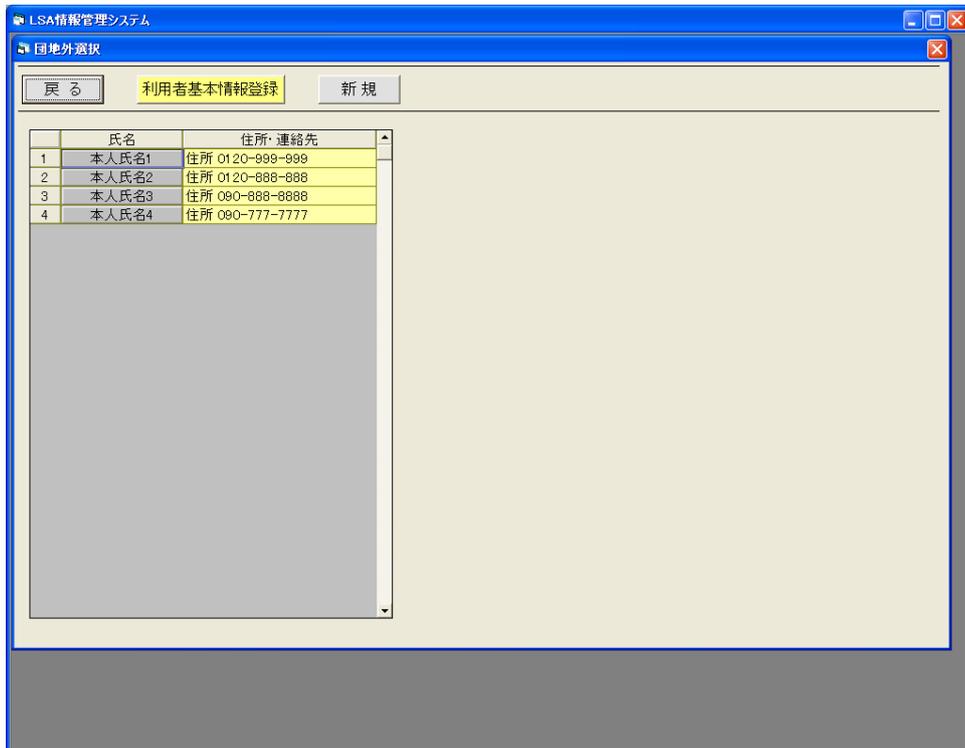
団地外選択

団地外選択の表示

利用者登録・変更を行うには、メインメニューの[【団地外】]をクリックし、団地外選択画面を表示します。

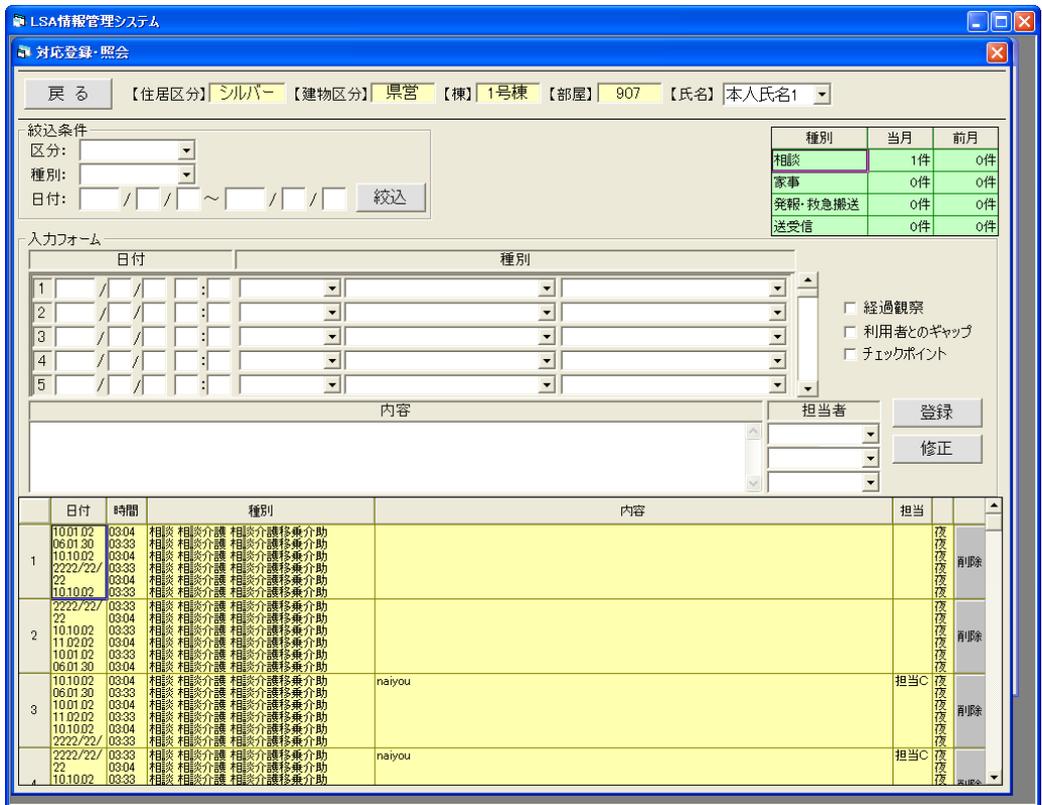
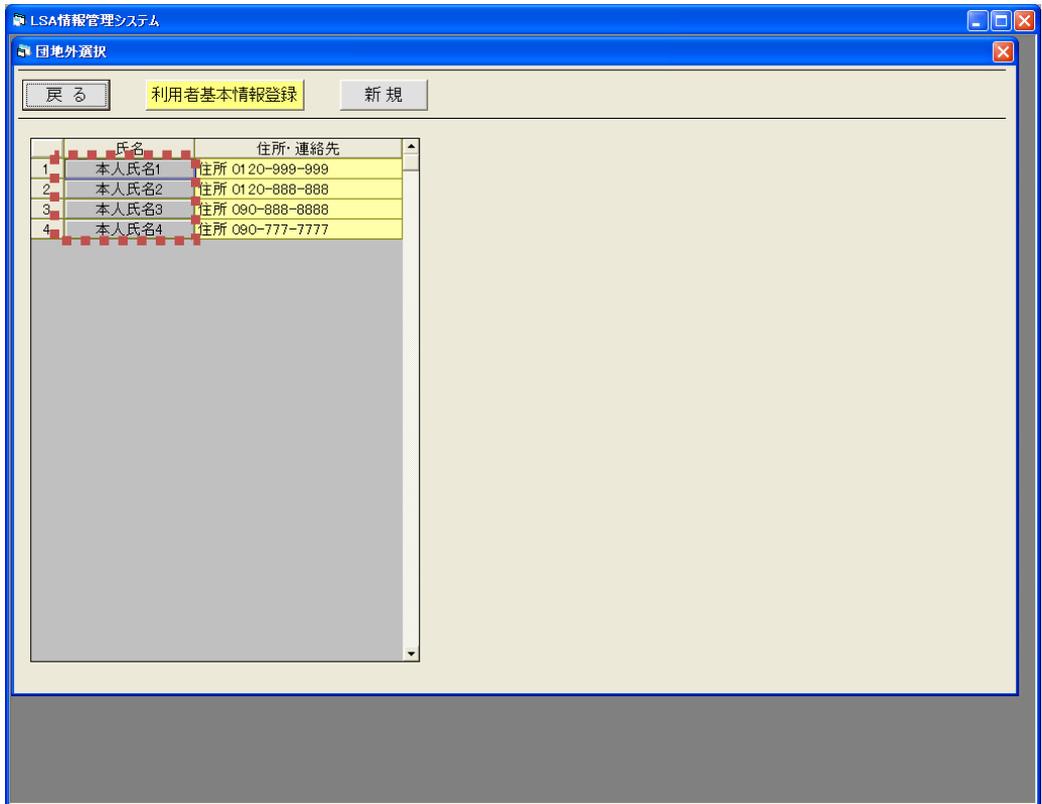


団地外の利用者情報が一覧で表示されます。

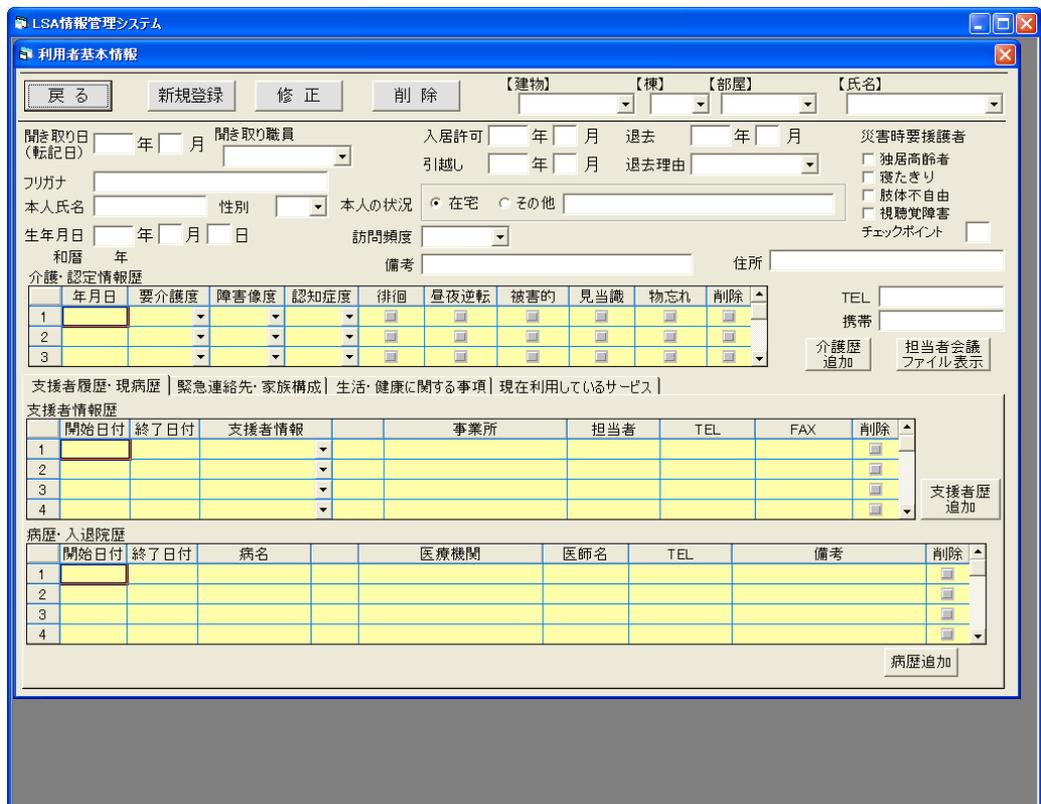
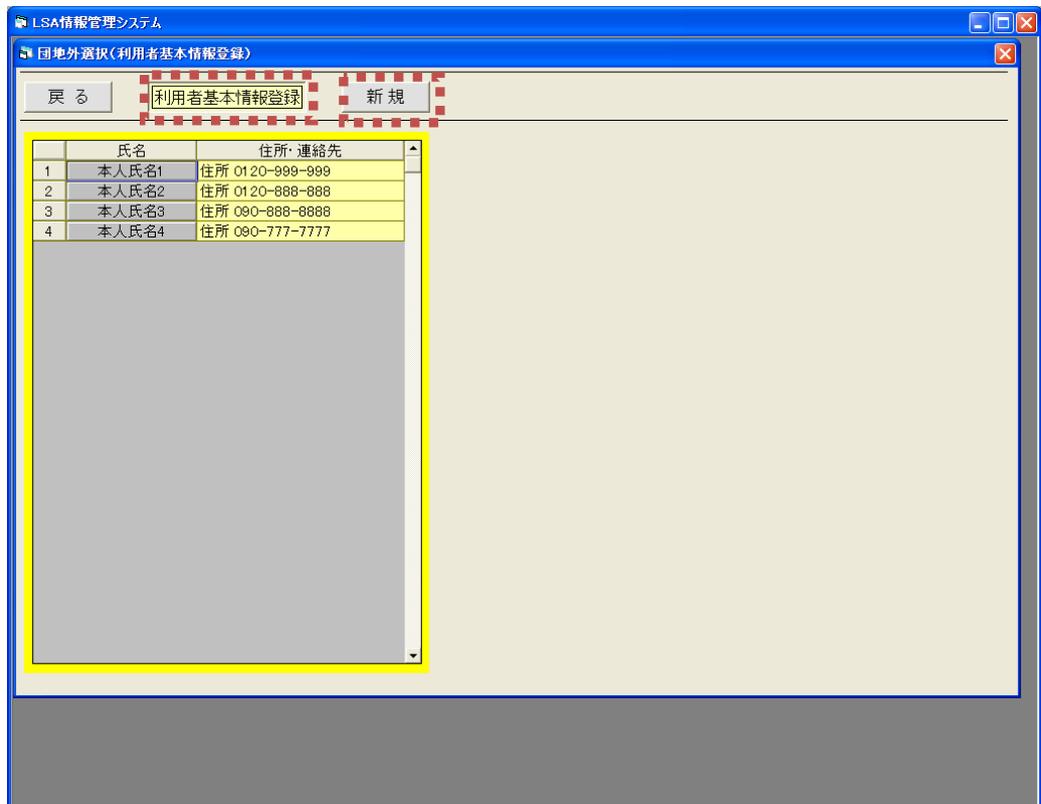


		項 目	説 明
1	利 用 者 一 覧	氏名 (ボタン)	利用者の氏名を表示します。 対応登録・参照モードの場合、 対応登録・参照画面が表示されます。 利用者基本情報登録モードの場合、 利用者基本情報画面が表示されます。
2		住所・連絡先	利用者の住所・連絡先を表示します。
3	利用者基本情報登録		対応登録・参照と利用者基本情報を切り替えます。 利用者基本情報登録を選択した場合、背景が黄色になります。
4	新規登録 (ボタン)		団地外利用者の新規登録を行えます。 利用者基本情報画面を表示します。
5	戻る		メニューへ戻ります。

一覧の[氏名]をクリックするとその利用者の対応登録・照会画面が表示されます。



利用者を登録する場合は、利用者基本情報を選択し、利用者基本情報登録モードにしてから[新規]をクリックするとその利用者の利用者基本情報画面が表示されます。



利用者の登録を行います。

LSA情報管理システム

利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除

【建物】 【棟】 【部屋】 【氏名】

開き取り日 (転記日) 年 月 開き取り職員 入居許可 年 月 退去 年 月 災害時要介護者
 引越し 年 月 退去理由

フリガナ リヨウ

本人氏名 団地外 性別 本人の状況 在宅 その他

生年月日 年 月 日 訪問頻度 住所 外

介護・認定情報歴

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1 11.02.19	要支援1	J		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

支援者履歴・現病歴 | 緊急連絡先・家族構成 | 生活・健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

支援者情報歴

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>

病歴・入院歴

開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>

TEL 9999-99999
 携帯 111-111111
 介護歴追加 担当者会議ファイル表示

建物、棟、部屋を未入力にて、利用者基本情報を登録することで、団地外に一覧に追加され、対応登録を行えるようになります。

LSA情報管理システム

団地外選択

戻る 利用者基本情報登録 新規

	氏名	住所・連絡先
1	団地外	外 9999-99999
2	本人氏名2	住所 0120-888-888
3	本人氏名3	住所 090-888-8888
4	本人氏名4	住所 090-777-7777

団地外選択の終了

団地外選択を終了するには、[戻る]をクリックします。



	項 目	説 明
1	建物	建物区分が表示されます。
2	住区	住所地区が表示されます。
3	棟	棟が表示されます。
4	部屋	部屋番号が表示されます。
4	氏名	氏名が表示されます。
5	絞込条件 日付	絞り込みたい期間を入力します。
6	絞込(ボタン)	絞込条件で入力された条件から対応情報を検索します。
7	種別日付	対応した日付を入力します。
8	種別 (大項目)	対応した種別を選択します。
9	種別 (中項目)	対応した種別を選択します。
10	種別 (小項目)	対応した種別を選択します。
11	内容	対応した内容を入力します。
12	担当者	担当者を選択します。
13	経過観察	チェックを入れます。
14	利用者とのギャップ	チェックを入れます。
15	チェックポイント	チェックを入れます。
18	対応情報履歴	対応情報履歴が表示されます。 行をクリックすることでその行の内容を入力フォームに表示します。
19	修正	対応情報を修正します。
20	戻る	メニュー画面へ戻ります。

日報照会の照会

当日から 1 日前の 2 日分の日報情報が初期表示されます。

LSA情報管理システム

日報照会

戻る

入力フォーム

建物 住区 棟 部屋 氏名

絞り込み条件
日付: / / ~ / / 絞り込み

日付	種別	内容	担当者
1			
2			
3			
4			
5			

内容 担当者 修正

日付	時間	建	住	棟	部屋	氏名	種別	内容	担当
1	11.02.15	12:00	県	S	1	111	〇〇 〇〇	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信他 送信その他家族 aa aa	××
2	11.02.15	14:59	県	S	1	111	×× ××	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信他 送信その他家族	
3	11.02.15	17:30	市	特	1	102	×○ ×○	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信他 送信その他家族 oo	××
4	11.02.16	11:00	市	S	1	222	△△ △△	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信他 送信その他家族	〇〇

※表示情報の絞り込みを行えます。

(1) 絞り込みに日付（開始～終了）を入力し、[絞り込み]をクリックします。

絞り込み条件

日付: 2011 / 02 / 15 ~ 2011 / 02 / 15 | 絞り込み

日報照会の修正

修正したい履歴をクリックします。

LSA情報管理システム

日報照会

戻る

入力フォーム

建物: [] 住区: [] 棟: [] 部屋: [] 氏名: []

絞込条件
日付: [] / [] / [] ~ [] / [] / [] 絞込

日付	種別	内容	担当者
1	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]
4	[]	[]	[]
5	[]	[]	[]

経過観察
 利用者とのギャップ
 経過観察

修正

日付	時間	建	住	棟	部屋	氏名	種別	内容	担当
1	01.30	12.00	県	S	1	111	〇〇 〇〇	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信 送信他 送信その他家族 ああああああああああああああああああああああああああああああ	×× 夜
2									
3									
4									

LSA情報管理システム

日報照会

戻る

入力フォーム

建物: 県宮 住区: シルバー 棟: 1号棟 部屋: 111 氏名: 〇〇 〇〇

絞込条件
日付: [] / [] / [] ~ [] / [] / [] 絞込

日付	種別	内容	担当者
1	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]
4	[]	[]	[]
5	[]	[]	[]

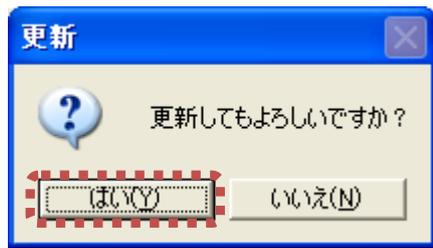
経過観察
 利用者とのギャップ
 経過観察

修正

日付	時間	建	住	棟	部屋	氏名	種別	内容	担当
1	01.30	12.00	県	S	1	111	〇〇 〇〇	相談 相談訪問給食 相談給食利用 家事 家事移動 家事移動 家事移動行 事送迎 送信 送信他 送信その他家族 ああああああああああああああああああああああああああああああ	×× 夜
2									
3									
4									

※入力フォームは、スクロールバーを移動することで10件まで入力できます。

確認メッセージが表示されるので、更新する場合は、[はい(Y)]をクリックします。

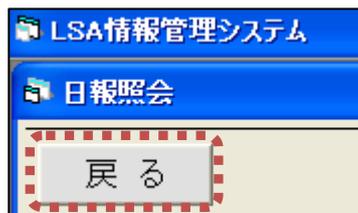


更新完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、更新を完了します。



戻る

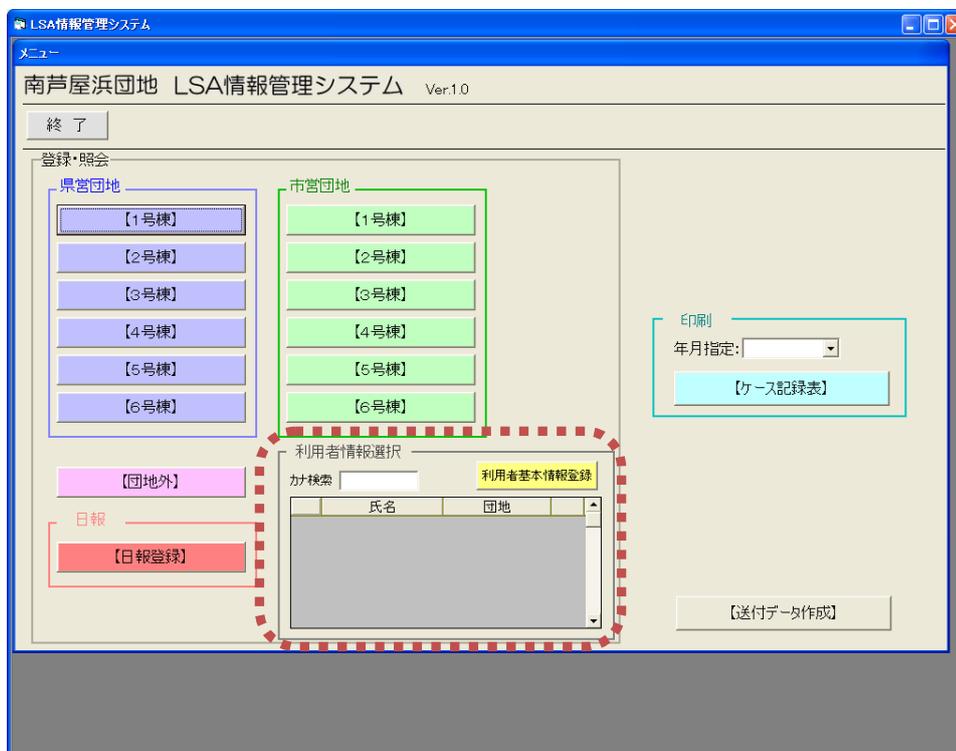
日報照会を終了するには、[戻る]をクリックします。



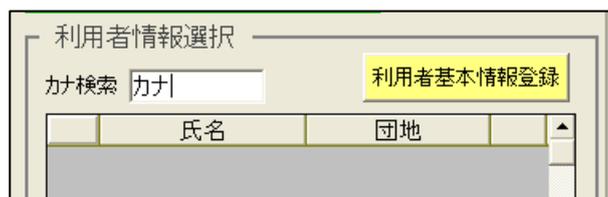
利用者情報選択

利用者情報を検索します。（利用者名から情報を表示する場合に利用します。）

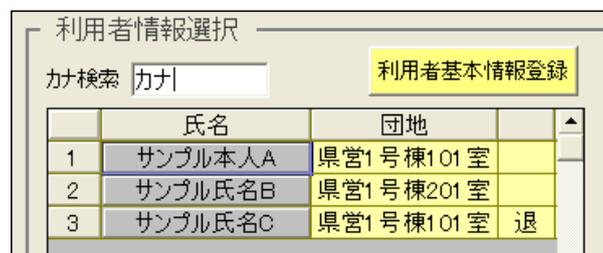
カナから検索



【カナ検索】に検索したい氏名カナに含まれる文字を全角カナで入力し、氏名の欄で Enter キーをクリックします。



入力したカナ文字列が含まれる氏名が表示されます。



該当の氏名漢字をクリックし、対応登録画面を表示します。

LSA情報管理システム
対応登録-照会

戻る 【住居区分】シルバ-外 【建物区分】県営 【棟】1号棟 【部屋】101 【氏名】サンプル本人A

絞込条件
区分: []
種別: []
日付: []/[]/[] ~ []/[]/[] 絞込

種別	当月	前月
相談	0件	0件
家事	0件	0件
発報-救急搬送	0件	0件
迷受指	0件	0件

入力フォーム

日付	種別	内容	担当者
1	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]
4	[]	[]	[]
5	[]	[]	[]

登録 修正

日付	時間	種別	内容	担当
09:12:30				夜
1				削除

利用者基本情報登録画面を選択したい場合は、利用者基本情報登録を選択し利用者基本情報登録モードにしてから該当の氏名漢字をクリックします。

利用者情報選択

カガ検索 历ナ

利用者基本情報登録

氏名	団地
1 サンプル本人A	県営1号棟101室
2 サンプル氏名B	県営1号棟201室
3 サンプル氏名C	県営1号棟101室 退

LSA情報管理システム
利用者基本情報

戻る 新規登録 修正 削除 【建物】県営 【棟】1号棟 【部屋】101 【氏名】サンプル本人A

開き取り日 2011年02月 開き取り職員 [] 入居許可 []年[]月 退去 []年[]月 災害時要援護者
引越し []年[]月 退去理由 [] 独居高齢者 寝たきり 肢体不自由 視聴覚障害

フリガナ 历ナ 本人の状況 在宅 その他 [] チェックポイント 0

生年月日 []年[]月[]日 訪問頻度 [] 住所 []

介護認定情報 備考 []

年月日	要介護度	障害像度	認知症度	徘徊	昼夜逆転	被害的	見当識	物忘れ	削除
1	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

支援者履歴-現病歴 | 緊急連絡先-家族構成 | 生活-健康に関する事項 | 現在利用しているサービス

支援者情報履歴

開始日付	終了日付	支援者情報	事業所	担当者	TEL	FAX	削除
1	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

支援者履歴追加

病歴-入退院歴

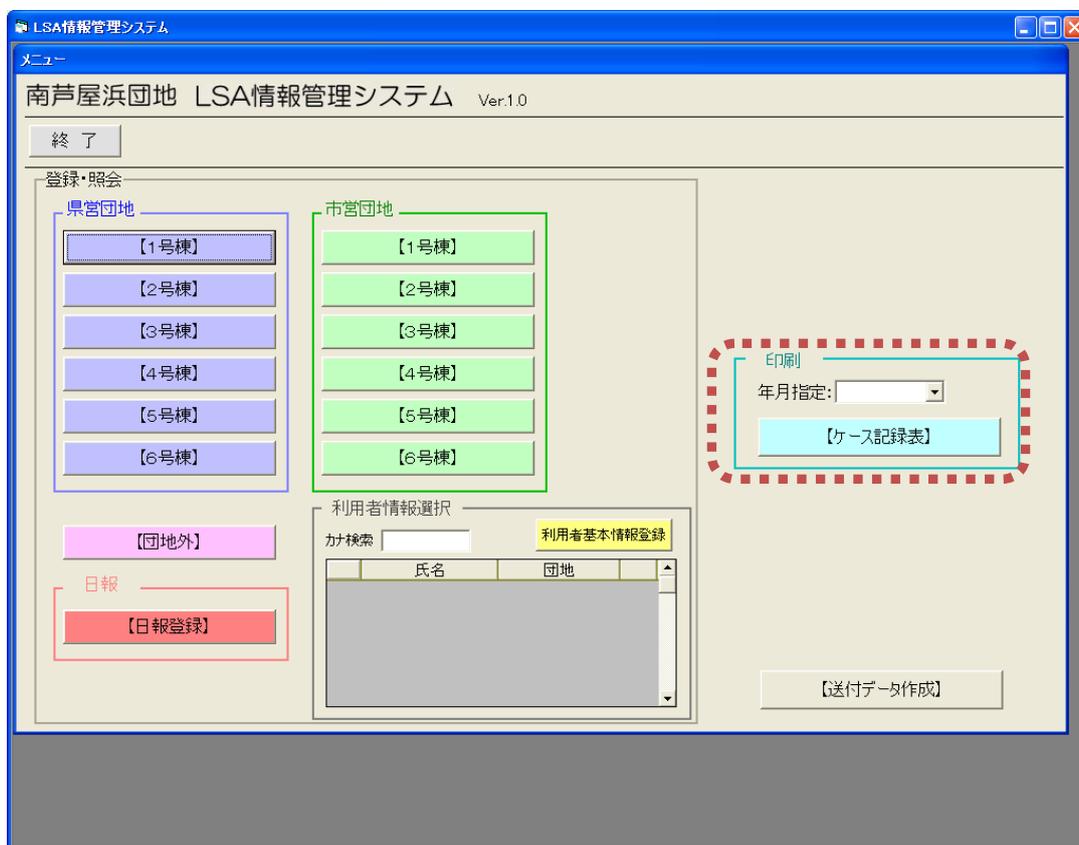
開始日付	終了日付	病名	医療機関	医師名	TEL	備考	削除
1	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

病歴追加

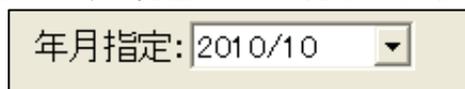
印刷

ケース記録表作成

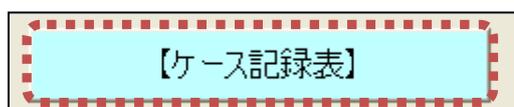
ケース記録表を作成します。



指定された年月現在のケース記録表を出力します。



【ケース記録表】をクリックします。ケース記録表が出力結果ファイルに作成されます。



作成完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、作成を完了します。



作成した一覧は“出力結果ファイル”に出力されています。

出力結果ファイルフォルダの位置は、基本操作の帳票出力フォルダを参照してください。

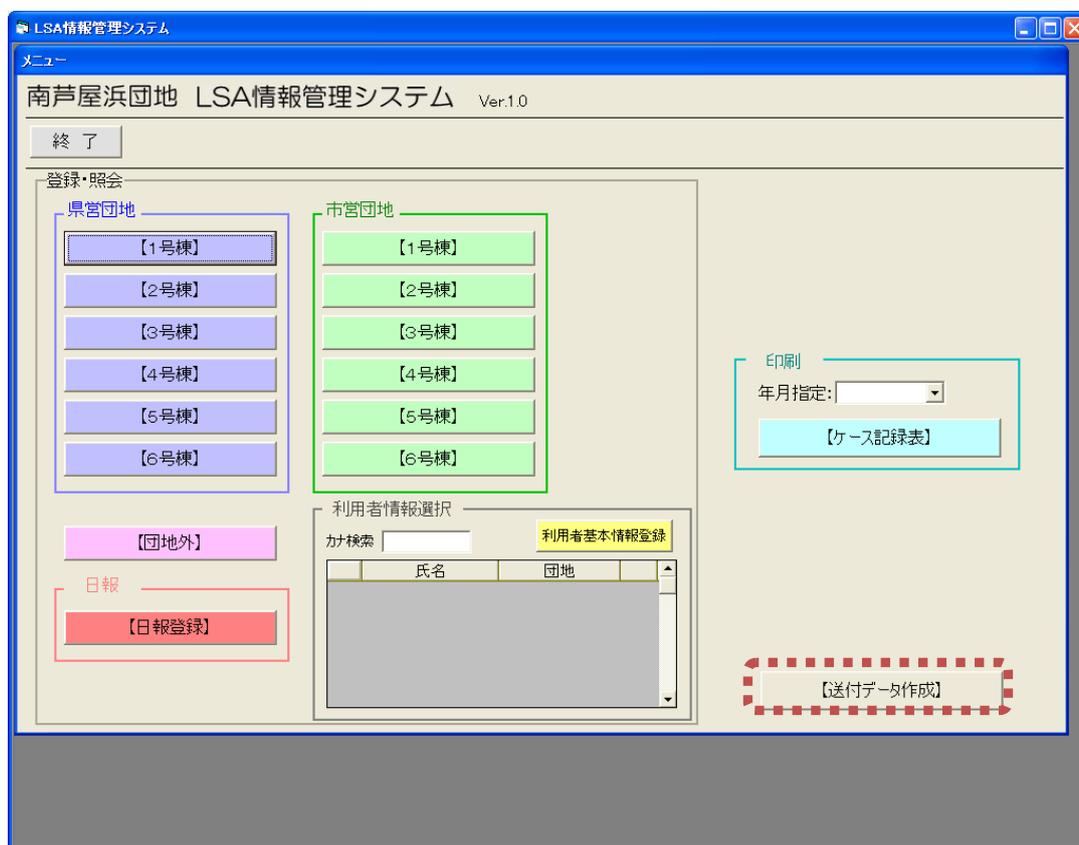


ファイルを一日に複数回作成した場合は、ファイル名の最後の数値が変更されます。

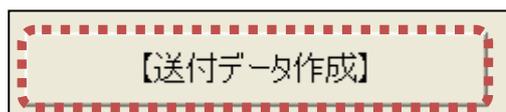
送付データ作成

送付データの作成

送付データを作成します。



メインメニューの[送付データ作成]をクリックします。



確認メッセージが表示されるので、作成する場合は、[はい(Y)]をクリックします。



作成完了メッセージが表示されるので、[OK]をクリックし、作成を完了します。



作成した送付データは“出力結果ファイル”に出力されています。

出力フォルダの位置は、基本操作の出力フォルダを参照してください。

※CSV形式となっており、個人情報は削除されています。

●研究委員会委員●

日本福祉大学

平野 隆之（研究代表）

冷水 豊

日本福祉大学地域ケア研究推進センター

奥田 佑子

斉藤 雅茂

田嶋 香苗

日本福祉大学福祉政策評価センター

藤田 欽也

医療経済研究機構

中島 民恵子

全国コミュニティライフサポートセンター

島田 聡

※モデル地域での研究会は、委員のほかに自治体職員、地域包括支援センター、介護事業所等の参加を得て実施している。

地域包括ケア推進のための地域診断データベース構築の方法と活用事例

平成 23 年 3 月

日本福祉大学

〒460-0012 名古屋市中区千代田 5-22-35 名古屋キャンパス北館 7 F

TEL (052) 242-3075

FAX (052) 242-3076

E-MAIL spec@nihonfukushi-u.jp

この報告書は平成 22 年度老人保健健康増進等事業の補助を受けて作成したものです。