

第 2 回 介護保険事業実施効果検証委員会 議事録

日時 平成 22 年 3 月 23 日（火）10 時～12 時

場所 福岡県自治会館 101 会議室

出席者（敬称略）

介護保険事業実施効果検証委員（50 音順）

小賀、柴口、田代、寺本、狭間、藤村、山口

（欠席：因、中川、山内）

事務局、支部事務長

第 2 回介護保険事業実施効果検証委員会開催

【事務局】

ただいまより、第 2 回福岡県介護保険広域連合第 4 期介護保険事業実施効果検証委員会を開催いたします。議事に入る前に、前回ご欠席の柴口委員よりご挨拶をお願いします。

【柴口委員】

福岡県ケアマネ協会代表の柴口です。皆様と有効なディスカッションができればよいと考えておりますので、よろしくをお願いします。

【事務局】

事前に送付しました資料の確認をお願いします。

- ・次第
- ・資料 1 特定高齢者調査・要支援認定者介護予防効果測定調査（中間報告）
- ・資料 2 第 4 期介護保険事業計画と実績値との比較
- ・参考資料 グループホーム短期利用可能事業者

資料 2 については、右肩に“差し替え分”と記載しておりますが、事前送付した資料に数字の誤りがありましたので、1 冊まるごと差し替えをお願いします。皆さん資料はお手元にございますか。

それでは、議事の進行を小賀会長にお願いします。

議事

【小賀会長】

皆さんおはようございます。今日は生憎の天気ですが、昨日はつと気づくと桜が 3 分咲きになっており、びっくりいたしました。毎日を忙しく過ごしているとそういう季節の変化にも気づきません。ぜひ、皆さんも立ち止まって物事を考える時間を持たらよいと思います。

さて、前回の議論を受けて、因委員より会長・副会長が同じ大学なのはどうかというご指摘をいただきました。私個人としては、それで議論が偏ることはないと思いますが、しかしそのことがきっかけになり、もう少し視点を広げるという意味で、有識者をもう一人加えてはどうか、ということになりました。全国的にみても介護保険事業計画が有効に働いているのか検証し、次の介護保険事業計画に活かしていく、また、介護保険そのもののあり方について意見をまとめていく等のこのような委員会は珍しいです。本委員会が他自治体に影響を与えていくと考えた場合に、視点を広げるという意味で、有識者をもう一人加えてはどうかと事務局と相談いたしました。はっきり決まりましたら、その時点で皆様方にご紹介いたします。来年度早々には確定したいと考えています。ご内諾いただければありがたいです。

本日の議題は3点ございます。1点目は特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査の中間報告をしていただきます。

2点目は第4期介護保険事業計画と実績値との比較です。これについては、政府案として特別養護老人ホームを増設していくことがはっきりしており、福岡県下でも具体的な増床数等が決まっていっているとお聞きしています。そうしたことも睨みながら、広域連合として計画が今度どうあるべきか等を資料に基づきご意見いただければと思います。

3点目は事務局からは特になく、皆様方から課題等についてご指摘いただければ、議題にとりあげたいと考えています。

本検証委員会の基本的なスタンスとしては、介護保険を利用する当事者の視点で、4期計画の有効性を検証していくということです。例えば、介護保険を利用している方々が、有効な保険の利用の仕方になっているのか、また、なっていないのか。有効な利用になっているのならば、どういう条件が整えられているのか。なっていないのならば、何故なのかを究明することに徹底して議論を展開していきたいと考えています。ですから、どんな小さなことでも忌憚なくご発言いただきたいと思います。

では、議題1の特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査について、事務局から中間報告をお願いします。

特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査（中間報告）について

【コンサル】

おはようございます。サーベイリサーチセンター石川と申します。本日はよろしくお願ひします。今から中間報告のご説明をさせていただきますが、初回・第2回調査結果の概要で説明したものと同一データを使用し、更に踏み込んで分析したものが本日の報告となります。

各支部の地域包括支援センターの方には、継続的に大変ご苦勞をおかけして調査を行っております。3月中旬を目処に3回目の調査票を回収し、今後はそのデータも踏まえて、分析作業をさらに進めていくこととなりますが、本日の中間報告では前回と同じデータを使

っております。では詳細は弊社の堤よりご説明いたします。

委員の皆様おはようございます。資料1「平成21年度 特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査《中間報告》」について簡単にご説明させていただきます。

1頁をご覧ください。1頁は、2頁以降にある詳細な調査結果のアウトラインを載せております。この調査は、前回11月の委員会で調査設計のお話をしましたとおり、要支援認定者については8月・11月・2月の3回で調査を実施しています。特定高齢者については各支部で調査の実施時期が異なりますので、事業実施時期にあわせて事業実施前・実施後、長期にわたる事業を実施する場合は3回調査をするということで、最低でも初回・第2回調査を実施していただきたいとお願いしておりました。本日の中間報告では、要支援認定者については8月と11月の調査結果、特定高齢者については1月までに初回・第2回調査が終わった方の調査結果となっています。

1頁の概要について簡単に説明いたします。《初回・第2回調査の実施状況》について、1月までに初回・第2回調査の両方が終了した方を中間報告における効果測定対象者数としております。中間報告で集計分析を行った対象者は、要支援認定者で430人、特定高齢者で218人です。初回調査後に中断した者の中断理由については、国の調査では中断した者は改善したのか、それとも悪化したのか、どのような状況で中断したのか分からないということで、介護保険広域連合の調査で新たに追加した項目となっています。中断した理由としては、要支援1・2の方は入院や要介護1以上の認定者に移行した中断が多く、つまり悪化による中断が比較的多く見受けられました。一方、特定高齢者については、一般高齢者に移行する等の改善した方、また本人の希望により中断した方が多くなっています。

《客観的効果の状況（状態像変化等）》については、11月の会議で調査の目的として整理した中の一つで、心身の状態が改善したのか悪化したのかの効果をみるものです。概略としては、要支援認定者の要介護度は維持層が9割を占めています。8月と11月の3ヶ月間であるため、要支援認定者については、身体的な変化は少ない状況です。特定高齢者の客観的効果は、基本チェックリストに基づき特定高齢者候補者に該当するのか、それとも自立に該当するのかで整理いたしました。その結果、こちらも状態維持層が7割が多いですが、2割の方は特定高齢者候補者から自立へ、チェックリスト上は改善しています。それから、基本チェックリストの変化として、機能別にみた改善層の割合を整理しております。結果としては、この3ヶ月間で改善した割合が10%以上の項目をここに記載しています。要支援認定者ではうつリスク、認知症リスクで10%以上の方がチェックリスト上は改善しています。特定高齢者については、運動リスクで2割の方が改善しており、要支援と同じようにうつリスク、また口腔リスクも10%以上の方が改善しています。

《主体的効果の状況（生活態様の変化・満足度・効果に対する評価）》について、これは介護保険広域連合独自で主体的効果のみようということで項目を設定したものです。内容としては、サービスを利用して満足したのか、効果があったと思うか、どのような形で生

活の状況が変化したのか等の利用者本人の主観的な評価・満足度を調査しています。結果としては、サービスの満足度や効果があったと思うか・なかったと思うかの主観的効果に対する評価は全般的に高くなっています。先ほどの客観的効果では維持層が多く、改善層は必ずしも多くないと説明しましたが、主観的効果では利用者は満足し効果もあったと評価しているようです。生活態様の変化については、介護予防通所介護や介護予防通所リハ、特定高齢者の通所型介護予防事業等の通所系サービスで、友人・知人と話す機会が増えた、楽しみ生きがいが増えた等の生きがいや社会参加に関する項目の効果が高く、本人の主観として生活に変化がみられたという結果が出ています。

《客観的効果・主観的効果の相関》について、主観的効果として本人が満足していたり効果があったと思った方々は、客観的効果として身体的改善度も高い等の結びつきが見ればと思い、相関の分析を行いました。結果としては、各サービスに対する主観的効果と客観的効果が結びついているのかということ、その相関は低いようです。これは3ヶ月間という短期間であったせいもあると思いますが、満足度等の主観的効果が、要介護度の改善等の主観的効果に結びついているとはいえない状況となっています。

最後に、主観的効果と客観的効果の結びつきが低いという結果を踏まえ、補足的に分析を行いました。《客観的効果に関する状態像別分析》ということで、少しでも改善している客観的効果がみられた方とそうでない方は、基本属性や生活状況にどのような違いがあるのかに着目し、状態像別の分析を行いました。基本属性の特性については、要支援認定者・特定高齢者ともに改善層のサンプル数が非常に少なく、結果を見るには十分な注意を要しますが、改善層は維持層・悪化層に比べて若い年齢層が多いという結果がみられました。生活状況の特性については、就労状況や日中の居場所等を指数化して整理したところ、改善層は維持層・悪化層に比べて、日常生活が活発な方が多いようです。生活度が高いほど改善しやすく、生活度が高い状態の時期に関わっていくことが有効であると想定されます。以上が概要でございます。今説明した内容の詳細を2頁以降でご説明いたします。

2頁をご覧ください。初回・第2回調査の実施状況でございます。「1. 分析対象者（初回・第2回調査の両方に回答した者）の状況」については、先ほどご説明したとおり、要支援認定者：430人、特定高齢者：218人を対象者として分析を行っています。支部別、要支援認定者・特定高齢者別、性別に表で整理しております。支部別でみた場合、サンプルが10前後のものもございますので、今回はあくまで支部別の詳細分析はせずに、広域連合全体の分析にとどめております。

それから、「2. 初回調査後の中断者の状況」については、先ほどご説明したとおり、要支援認定者では介護給付の対象者になった、入院等で中断した等の悪化により中断した方が多くなっています。特定高齢者では一般高齢者になったため、本人の希望等による中断が多くなっています。一般高齢者になったためについては改善と捉えますが、本人の希望をどのように判断するのかは意見が分かれるところかと思えます。

3頁をご覧ください。客観的効果・主観的効果の状況です。「1. 客観的効果の状況」につ

いては、要支援認定者・特定高齢者ともに数表の一番上にある基本状態像をご覧ください。ご覧のとおり、要支援認定者・特定高齢者ともに維持層が最も多く、要支援認定者で 89.1%、特定高齢者で 69.7%となっています。ここで特質なのは、3 ヶ月間という短期間の調査ですが、特定高齢者は改善層が 19.7%となっていることです。この集計表の上から 4 行目以降が基本チェックリストにおける特定高齢者候補者選定基準に即して、全般リスク～うつリスクにおける改善度の状況を整理しております。生活機能別にみると、うつリスクや認知症リスク等で改善層・悪化層等の割合が高くなっています。一番下のうつリスクについては、要支援認定者・特定高齢者ともに改善層が悪化層に比べて多く、1 割以上の方が改善層となっています。また、下から 2 行目の認知症リスクについては、改善層・悪化層ともに 1 割を超えており、変動が大きくなっています。上から 5 番目の運動リスクについては、要支援認定者ではほとんど変化がみられず、維持層が 9 割ですが、特定高齢者では改善層が 20.6%と 2 割を超えています。また、逆に悪化層も 1 割を超えていますが、改善層が 2 割を超えているのは特定高齢者では運動リスクのみとなっています。

4 頁をご覧ください。「2. 主観的効果の状況①（サービス満足度・効果に対する評価）」については、3 種類の調査項目のうち、サービスの満足度と効果について整理しています。サービスについて満足しているのか、また、効果があるのかの 5 段階評価を 3 区分に整理したのが 4・5 頁の集計表になっています。ご覧いただければ分かりますとおり、満足、効果ありという評価が全般的に高くなっています。当初は満足度・効果の評価ともに、満足や不満、効果ありや効果なしに大きく分かれるのではないかと想定しておりましたが、全般的に高い評価となっています。

それから、満足度と効果はそれぞれ得点化しております。4 頁の下の※印にあるように、満足＝5 点、まあ満足＝1 点、どちらともいえない＝0 点、やや不満＝－1 点、不満＝－5 点で加点し、平均値を算出しました。満足度と効果の平均値を散布図化したものが 5 頁になっています。満足度と効果をクロスさせ、4 つの群においてサービスごとの位置づけを整理しております。5 頁の右下に散布図の見方を記載しております。右上の第 1 群に属するものは、満足度が高く、効果もあったと評価される理想的サービスです。第 2 群は、満足度は低いけど効果はあったと評価され、満足度に課題があるものです。第 3 群は、満足度は高いけれど効果はなかったと評価され、効果に課題があるものです。第 4 群は、満足度・効果ともに評価が低く、主観的効果として最も課題があるものです。結果は 5 頁の散布図のとおり、今回の調査においては全てのサービスが第 1 群に属しています。今回の調査は、調査数をご覧いただければ分かると思いますが、全般的に訪問系サービスを利用した方は少なく、通所系サービスを利用した方からの回答が多くなっており、介護予防訪問介護は回答サンプル数が 100 を超えています。その他の訪問系サービス利用者からの回答は非常に少ない状況です。その中で、回答サンプルが多い、50 サンプル以上のサービスに着目すると、満足度・効果がともに高いサービスは、要支援認定者では介護予防福祉用具貸与、介護予防訪問介護となっています。特定高齢者の通所型介護予防サービスについては、運

動・口腔・栄養のどのサービスも比較的満足度・効果ともに高くなっています。

6 頁をご覧ください。これは 5 頁を補足した別の見方での分析となります。「(2) サービスの主観的効果に対する満足度の影響」ということで寄与率をみています。満足度が主観的効果に繋がっているのか、影響しているのか分析しており、結果としては介護予防福祉用具や介護予防通所介護（アクティビティ）で満足度が主観的効果に与える寄与率が高くなっています。要支援認定者の表を見ていただくと、寄与率は介護予防通所介護（アクティビティ）で 0.58、介護予防福祉用具貸与で 0.61 となっており、寄与率は 0～1 の間を取っているため、相対的に見てこの 2 サービスは寄与率が高く、満足度が主観的効果の評価につながっていると整理できます。

7 頁をご覧ください。「3. 主観的効果の状況②」としてサービス利用による生活様の変化を整理しております。通所系サービスは生きがいづくりや社会参加としての効果が高く、先ほどご説明したとおりです。詳細の数表をみると、要支援認定者の介護予防通所介護や介護予防通所リハにおいては、友人・知人と話す機会が増えた、楽しみ・生きがいできたと評価している人が半数以上となっています。また、特定高齢者でも同様に、通所型介護予防事業では、同じ項目で半数以上の方が評価しています。その他の項目についても、一人で過ごす時間が減った等の生活様の変化があったと評価している人は比較的多くなっています。訪問系サービスについては、先ほどご説明したとおり、サンプル数が非常に少ないため、上の数表 3 行目の介護予防訪問介護にだけ着目してみると、生活に張りがあった等の評価が高くなっていますが、特に変化はないとの回答も 3 割を占めています。なお、この評価の選択肢は、比較的通所系サービスを想定したものとなっており、訪問系サービス利用者は回答がしづらい部分があるのではないかと企画設計上で反省しているところです。次回以降は改良し、訪問系サービス利用者の生活様の変化も詳細にとれるように整理していきたいと考えています。この他、介護予防福祉用具貸与については、外出する機会が増えた、歩行や移動がしやすくなった等のサービスの目的にそった内容で評価が高くなっています。

9 頁をご覧ください。「4. 客観的効果と主観的効果の関連分析」です。効果があったとの本人の評価が、身体状況の改善に関連したかどうか検証したものです。結果としては、本人の効果があったという考えが、身体状況の変化に関連しているのかというと、相関は非常に低い状況です。基本状態像の変化の状況と各サービスの主観的効果を表に整理していますが、介護予防通所介護（アクティビティ）で基本状態像の変化と弱い正の相関がありますが、他のサービスでは強い相関はみられません。今回は 3 ヶ月という短期間の調査ですので、これが半年経った 3 回目の調査では多少の相関があるのかどうか検証していきたいと考えています。

10 頁をご覧ください。10 頁からは客観的効果に関する状態像別分析の詳細でございます。特に要支援認定者では改善層のサンプルが少ない状況ですが、改善層・維持層・悪化層のそれぞれは日常生活にどのような特性があるのか、いくつかの視点で整理しております。

10 頁は「(1) 客観的効果と基本属性の関連分析」です。性別、年齢、家族構成といった基本的な属性と客観的効果を比較しております。集計表にある年齢という視点だけでみると、サンプル数は少ないですが、要支援認定者の場合、改善層の平均年齢は 75.2 歳であり、これに対して維持層が 81.0 歳、悪化層が 80.6 歳となっています。また、特定高齢者の場合、改善層の平均年齢が 75.6 歳に対し、維持層が 79.0 歳、悪化層が 79.5 歳となっています。改善層が 75 歳前後であるのに対し、維持層・悪化層が 80 歳前後ということで、年齢が若い方が改善しやすいのではないかと考えています。

11 頁をご覧ください。「(2) 客観的効果と生活状況の関連分析」です。生活状況をどのように把握したのかというと、問 11～問 18 の 8 つの調査項目で生活状況のランク付けを行いました。点線四角にあるように、8 つの調査項目の選択肢に配点を行い、その合計点で生活度を高・中・低にランク付けしました。そして、この生活度指数と客観的効果がどのように関連しているのか整理しました。生活度指数は平均点化しており、点数は高いほど社会参加等の日常生活の状況が活発であるとみてください。上段の表のとおり、改善層は維持層・悪化層に比べて生活度指数が高く、日常生活が活発な方が多い状況です。生活度指数の平均値をみると、要支援認定者では改善層は 8.33 であるのに対し、悪化層になるほど平均値は低くなっています。特定高齢者では改善層は 34.65 であるのに対して、これも悪化層になるほど平均値は低くなっています。やはり改善層ほど日常生活が活発である方が多いという結果となっています。

問 11～問 18 の個別の状況と客観的効果との関連については、12 頁のレーダーチャートで整理しております。改善層・維持層・悪化層が近似している項目もあれば、改善層・維持層・悪化層で相違がみられるものもあります。レーダーチャートの右に日中居場所がありますが、これは、改善層・維持層・悪化層に比較的差異がみられたものです。改善層は維持層・悪化層に比べて、屋内でも自分の部屋以外や自宅外で活動している人が多く、悪化層になるほど、日中は自宅や自分の部屋で過ごす人が多くなっています。

13 頁をご覧ください。「(3) 客観的効果とサービス利用状況の関連分析」です。利用しているサービスやサービス組み合わせ、サービスの実施予定期間と客観的評価との関係について整理しております。サービスごとの結果をご覧になる際には、先ほどお話したとおり、回答は通所系サービス利用者に偏っているためご注意ください。要支援認定者のサービスの実施予定期間をご覧ください。要支援認定者のサービス利用期間は平均 9.9 ヶ月となっていますが、改善層は 15.6 ヶ月で、改善層であるほど利用期間は長いという傾向になっています。14 頁に整理している特定高齢者では、サービス利用期間は平均 5.9 ヶ月ですが、改善層の 4.1 ヶ月に対し悪化層は 11.4 ヶ月となっており、こちらは逆に悪化層ほどサービスの実施期間は長いという傾向になっています。これをどのように整理するのか等については、ご意見をいただきたいと考えています。

以上、簡単ですが、効果測定調査の中間報告とさせていただきます。

【小賀会長】

特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査の中間報告は、実際に利用しているサービスに関して、改善度を内容とする客観的効果と満足度を内容とする主観的効果をみたくすものです。3ヶ月程度の調査期間ということで、まだまだこれから積み重ねていかなければならないものですが、これは医療的モデルと言える測り方だと思います。社会福祉のモデルの測り方として考えると、心身の改善度という狭い範囲ではなく、生活の自由度がどのように閉ざされていて、それが介護保険サービスの利用でどの程度改善されているのかを全体として推し測っていかなければならないと思います。心身の状況が改善されなくても、生活の送り方で困っていることがたくさんあって、その困っていることを取り払っていくための一錠として介護保険サービスがあります。困っていることを介護保険サービスでどのように取り払うことができているのかを高齢者の生活全体を眺めながら、介護保険という側面から効果を考えていく必要があると思います。ところが、我々の領域は、高齢者の生活全体を推し測っていくような守備範囲を持ってなく、介護保険サービスに限定されているので、高齢者の生活全体が非常に見えにくい状況です。また、資料を集めるにしても同じです。最終的には、高齢者の生活全体の自由度を底上げしていくことを考えながら、できることは何なのか等の議論を回避しては駄目だと思っています。そのように考えると、例えば、この資料は大変おもしろいと思いますが、客観的効果と主観的効果を対比させながらみるのではなく、別々の指標として捉えていく必要があると考えます。例えば、心身の改善はあまりみられないものの、満足度としてはよい評価が得られていますとなった場合、これはサービスを展開する事業者との信頼性も担保していると考えられるわけです。そうすると、そのような関係を利用しながら、さらに有効なサービスを展開していくことも可能だと思います。そのように相乗効果を持つものとして、客観的効果と主観的効果を検討していく見方も必要だと思います。

最初にこのようなことを言うと、委員の皆様を混乱させる可能性があります、どのような視点でもかまいませんので、中間報告について、忌憚のないご意見やご質問をいただきたいと思います。どなたからでも結構です。お願いします。

【狭間副会長】

いろいろなことが明らかになり、興味深い中間報告だと思いました。3頁の客観的効果の状況をみると、要支援認定者と特定高齢者では改善の状況が明らかに異なるようです。特に特定高齢者では、中断者の状況を考えると改善度は更に高いと考えられます。一方、要支援認定者では、中断者の状況を考えると悪化の割合がもっと高いかもしれません。特定高齢者は改善する割合が高く、要支援認定者では改善する割合が低いということで、要支援認定者の悪化をどう防いでいくのかが1つの課題であると、調査結果からみえてくると感じました。

【小賀会長】

ありがとうございました。

【山口委員】

5頁をみると、特定高齢者の満足層は約9割となっていますが、2頁をみると、特定高齢者で本人の希望により中断した方は26.9%となっています。希望の理由とは何なのでしょうか。効果があがってサービスが必要なくなったのか、また何らかの不満があつて中断を希望されたのか、内容によっては満足層の約9割という数字の信頼性が弱くなると思います。

それから、要支援認定者の中断者では、入院した方が35.3%、介護給付の対象者になった方が26.5%いらっしゃいます。入院した理由および介護給付の対象者となった理由は把握しているのでしょうか。また、その方々の追跡調査は行うのでしょうか。

【小賀会長】

事務局から回答はありますか。調査を担当した方から直接回答いただいてもかまいません。

【コンサル】

中断者の理由について、要支援認定者の入院した理由および介護給付の対象者となった理由等の追跡については把握できておりません。また、特定高齢者の本人の希望の理由については確認し、後ほどご報告いたします。

【小賀会長】

分かった時点でご報告ください。

【田代委員】

私は客観的効果はみていくべきだと思いますし、客観的効果と主観的効果をリンクさせた分析は面白いと思いました。

10頁をみると、特定高齢者では改善層で同居世帯の割合が高く、悪化層では独居世帯の割合が高いとありますが、これは今後の課題になると思います。また、山口委員の質問にも関連しますが、通所型サービスの利用者は多いですが、迎えに来てくれる人がいないので中断した等の背景もあると思います。独居世帯だと支援してくれる人がいないということが1つの問題なのではないでしょうか。その辺に疑問を感じております。

【小賀会長】

ただいまのご意見に対して、調査結果から把握できることはありますか。

【コンサル】

家族構成と悪化層の関係については、次回の調査の課題になると思います。今回の調査では、独居世帯と悪化層との関係性について項目を盛り込んでいませんので、分析できる材料を持ち合わせていません。ただ、国では今年度の事業として地域包括ケアという観点からモデル事業を行い、生活支援や医療、住まい等の高齢者の生活を包括したような支援策を検討しているそうです。独居世帯をどのように包括的に支援していくのかは、国も力を入れています。そういう意味では、田代委員からご指摘があったように、悪化層の独居世帯はどのような状況にあるのか、誰がサポートするのか等を把握する必要があると思います。また、会長より生活の自由度の話がありましたが、中間報告では8つの項目で生活度指数を分析しておりますが、次回の調査ではもう少しその辺を充足させるような、日常生活の状態を把握できるような質問を付け加えていかなければならないと考えます。回答が長くなりましたが、ご指摘の内容については、分析できる項目がありませんので、次回の課題にさせていただきたいと思います。

【小賀会長】

よろしく申し上げます。

【柴口委員】

山口委員のご意見のように、2頁の中断者の状況について後追い等をお願いします。それから数字をみると、例えば要支援認定者はサンプル数が34名しかないので、ここから見極めるのは難しいと思いますが、その内の12名が入院となっています。平成18年度の制度改正で、予防プランのケアマネジメントはケアマネ以外でもよいことになり、包括がメインでマネジメントしていると思いますが、平成18年度以前までさかのぼって調査をしていただきたいと思いますと考えていました。今後の調査では、中断者の詳しい状況や3ヶ月のモニタリング後も追跡調査を行い、詳しく調べていただいたらもっと分かってくると思います。例えば、入院の場合の病名等も分かれば、状況が詳しく分かると思います。介護予防は現状のとおり包括でよいのか、それとも専門職がマネジメントした方がよいのか等も見えてくると思います。是非、後追い調査をお願いします。

【小賀会長】

その点についても、よろしく申し上げます。

【寺本委員】

確認ですが、満足度の主観的効果の評価については、事業所の方が回答したのではなく、ご本人が回答したものと捉えてよろしいですか。

【コンサル】

地域包括の職員の方に聞き取り調査をしていただき、説明会の時もきちんと説明しましたので、正当な回答が得られていると考えています。

【小賀会長】

他にご意見やご質問はありませんか。

【山口委員】

先ほど小賀会長がおっしゃられたように、医学モデルではなく、生活モデルの視点で検証していくことが重要だと思います。要支援認定者と特定高齢者の生活のしづらさが具体的にどのあたりにあるのか、それに対してどのように効果があったのか検証した方がよいと思います。いかがでしょうか。

【小賀会長】

そうですね。今回の調査の中身では、その内容の項目は盛り込まれていないので、心身の状況が障害を受けていることによって起こってくる生活のしづらさが、介護保険サービスによってどのように改善されているのか等も、質問として盛り込むことが可能であれば考えていただきたいと思います。また、本委員会として、どのような調査や項目があれば把握できるのかも含めて、ご意見をいただきたいと思います。

ケアマネ協会の柴口委員にお伺いします。以前から気になっていたのですが、介護保険を利用している高齢者は、自分自身の客観的な困難な状況を把握していない方は多いと思います。ケアマネジャーがこの高齢者には当面このサービスが必要であると判断し介護計画を作るときに、ケアマネジャーが作る介護計画は費用の面も含めて、利用する高齢者に受け入れられているのでしょうか。そういうことをケアマネジャーに聞き取るような調査も一方では必要じゃないかと思ったことがありました。つまり生活の自由度を全体的に底上げしようとした場合、介護保険サービスは一錠にすぎませんが、その一錠があればもっと効果的に生活の自由度があがっていく、そのために介護計画を考えています。様々な理由により介護計画が高齢者に思うように受け入れられなくて、最終的には高齢者とケアマネジャーのすり合わせの中で、介護計画が作りあげられることもあると思います。その作った介護計画は、生活の自由度が高まるものになっているとケアマネが確信できるものになっているのでしょうか。この事について、ケアマネの皆さんからご意見等はあるのでしょうか。

【柴口委員】

そこまで踏み込んだものはありませんが、インフォーマルを利用することによって、ど

れだけ自立したのかの調査を行いました。介護保険サービスは、あくまでも高齢者が地域で生活するための一つの手段です。私どもは介護支援専門員です。給付管理を伴うことが介護保険法に入っているので、ケアマネの役割を考えると、給付管理だけ行えばよいという意見もあります。しかし、私はそうではなくケアマネジャーだと思っています。

実際にはインフォーマルを使うだけで生活できる人もいらっしゃると思いますので、それを現在調査しております。インフォーマルの定義もしっかり決める必要がありますが、私どもの調査では、配食等の介護保険以外のサービスをインフォーマルとして定義しました。インフォーマルを使うことで維持・改善した方はいらっしゃいます。まだ、指数が少なく、平成22年度も追跡調査を行いたいと考えていますが・・・。

マネジメントする中で、高齢者はヘルパーを使いたい、デイサービスを利用したい等の手段を要望しますが、専門職としてそれをアセスメントしマネジメントした結果が、高齢者の要望と一致しないことは多々あります。まずは希望どおりに行い、何ヶ月か経過したときに専門職として提案し、結びつけることも必要かと思っています。これは今後の課題です。現在のところは、ケアマネジメントとニーズの状況については検証されていません。

ただ、インフォーマルの部分で1年間かけて調査を行い、給付管理以外でも支援できる体制を現在作ろうと動いています。話がずれましたがそのような状況です。

【小賀会長】

民間団体等が行った調査の成果も参考にしながら、調査に項目を盛り込むことも含めて、取り込んでいけたらと思います。

他にいかがですか。

【柴口委員】

高齢者の生活の自由度については、調査の目的によって変わってくると思います。今回の調査は、特定高齢者・要支援認定者の介護予防の効果を測定することがメインの目的です。今後の調査では目的をどうするのか、調査の位置づけをどうするのかによって会長及び山口委員の意見が反映されていくのだと思います。今回はあくまでも介護予防効果の検証ですので、今後の調査では、調査の目的を本委員会で再検討し、目的を定めれば調査内容もおのずと決まってくると思います。

【寺本委員】

柴口委員がおっしゃられたとおり、今回は、特定高齢者・要支援認定者の改善率の把握が介護保険料等の算定の基になるということで、改善がどの程度なのか検証するために調査したのだと思います。会長や山口委員がおっしゃられた意見については、例えば、当事者は買い物に行けない、腰が悪くて掃除ができない等を補うために介護保険を使いたいと考えても、ケアマネは別の角度からアプローチしている等の状況がわかるような、全てが

把握できる調査ができれば一番よいとは思いますが、あれもこれもと調査すると、データだけが集まって、収集がつかなくなってしまう。ですから、今回のような調査データも必要と思います。

【小賀会長】

調査の目的をはっきりさせることは必要です。事前に事務局ともやり取りさせていただきましたが、事務局も非常に頭を痛めています。どんな資料を集めればよいのか、どんな調査を行えばよりよい議論の足がかりになるのか、初めての取り組みなので右往左往している現状です。今のご意見にもあったように、あれもこれも欲しいと言うと、目的から外れた、資料のとり方も定まらないものになってしまう可能性がありますので、まずは何を明らかにしたいのか等の目的についてご意見をいただき、次の議題に移りたいと思います。

【柴口委員】

要望ですが、この調査結果は包括にフィードバックしていただき、包括職員の勉強会等に活用できるようにお願いします。自分たちが行った結果がどう動いているのか職員に還元するようにお願いします。

【小賀会長】

本日は事務局長の皆さんもお見えになっていますので、是非、各支部単位で、本日の資料も包括の職員さんが目を通すように、よろしくをお願いします。他にいかがですか。

【藤村委員】

予防効果測定については、国の調査でも効果がある等の高い結果はでていないようです。広域連合として主観的效果を示しながら検証していくことは、広域連合独自の調査として非常に意義があると思います。代表的なものとして9頁の「4. 客観的效果と主観的效果の関連分析」があり、広域連合独自の調査として面白い調査結果になっていると思います。因子分析を行い、客観的效果と主観的效果に相関はあまりなかったという結果が出ています。その理由としては短期間の調査であると記載されていますが、長期間であれば相関がでてくるような傾向は見えているのでしょうか。長期間調査しても相関は見えないとの流れも見えていますがいかがでしょうか。

【コンサル】

ご指摘のとおり結果となるかもしれませんが。基本チェックリストの項目から、全般リスク～うつリスクと最初からくっっていますが、リスク項目を先に因子分析し、組み替えたら違う結果が見えてくるかもしれません。例えば、閉じこもりリスクと介護予防通所介護は比較的相関があるように見えていますが、項目のくくりは単なる基本チェックリスト

のくくりなので、主成分や因子分析を行えば異なる結果になるかもしれません。また、それが福岡県広域連合らしくなるかもしれませんので、軸を再度検討したいと思います。

【狭間副会長】

私も9頁の「4. 客観的効果・主観的効果の関連分析」について気になっていました。もし、軸を組み替えても同じような結果になるならばどう解釈したらよいのかと、満足度が高くても効果はでていないことになり、逆に怖い結果になるかもしれません。

長期間の調査が必要ということですね。よろしくお願いします。

【田代委員】

私も9頁について同じように思っていました。調査の目的が、介護予防の面で特定高齢者の把握が難しい割には効果がどうなのか分からないということだったと思います。この中間報告をみると、特定高齢者の2割は改善しているという結果が出ていますが、基本チェックリストは運動機能を一番重視していて、うつリスク等は運動機能があがれば改善されます。ですから、もう少し因子分析を行えば、今後どうするべきか見えてくると思います。目的をもう一度共有化するとともに、限られた枠の中で何を重点的に行わなければならないのか考えた方がよいと思います。

【小賀会長】

ありがとうございます。時間の都合もございますので、ひとまず議題2に入り、その後、議題1も含めて議題全体についてご意見・ご質問をいただきたいと思います。

第4期介護保険事業計画と実績値の比較について、事務局から報告をお願いします。

第4期介護保険事業計画と実績値との比較

【事務局】

資料2の説明をいたします。前回お渡しした資料と同じものになりますが、前回は平成21年4月～9月の6ヶ月間の実績値の比較でした。今回は4月～12月までの実績値をお示ししています。計画値よりも実績値が高いのは、介護サービス・予防サービスともに訪問リハ・居宅療養管理指導・特定福祉用具販売となっています。逆に計画値より低いのは、介護サービス・予防サービスともに、訪問介護・短期入所療養介護となっています。施設サービスの介護療養型医療施設については、国の政策もあり89.5%と低位で推移しています。全体としては計画値よりも少し高めの推移となっています。

次頁以降はこれの支部別結果となっています。説明は省略させていただきます。

参考資料もあわせて説明いたします。これは前回、山口委員からグループホームで短期利用が可能な事業所はどのくらいあるのかお尋ねがあったので、広域連合分をまとめています。広域連合内のグループホームは124事業所あり、この中で短期利用が可能な事業所

は 23 事業所となっています。全体に占める割合は 18.5%ですが、利用者数は広域連合の中で 4 人しかいませんでした。

以上で説明を終わります。

【小賀会長】

ありがとうございます。資料 2 の実績値との比較について、ご意見やご質問をお願いします。

【狭間副会長】

ご説明のとおり、サービスによって計画値と実績値の割合はかなり異なってくると思いますが、前回の計画の時と比べてどうなのでしょう。いつもこのくらいの差はあるのでしょうか。それとも、今回特に数字が離れているもの等があるのでしょうか。

【小賀会長】

いかがですか。

【狭間副会長】

正確な数字はないと思いますので、だいたいの印象で結構です。

【事務局】

第 4 期計画は平成 21 年度～23 年度までの 3 カ年の計画です。策定委員会を通じて推計量をお示ししつつ、計画を策定いたしました。その結果、3 カ年分のうちの 9 ヶ月の実績値では、訪問介護等は見込みよりも低くなっています。また、前回の計画でも計画値より低いサービスはありました。それを時期の計画に反映させる形で推計を行います。今回は小規模多機能型居宅介護は突出して高く、200%を超えています。これは、平成 18～20 年度の実績を勘案して計画値を出したのですが、実際ふたを開けると小規模多機能型居宅介護はサービスが充足してきたことから、このような大きく上回る結果となっています。この結果を第 5 期計画に反映させることとなりますので、実績値が計画値と一致することはほとんどありません。

【小賀会長】

他にいかがですか。

【柴口委員】

資料 2 の 1 枚目は広域連合全体の計画値と実績値の比較になっており、ご説明のとおり、訪問介護と短期入所療養介護以外は 100%を超えています。これを支部別にみると、全体の

傾向とは異なる結果になっているところがあり、例えば、訪問リハ等は200%を超えている支部もあります。この結果を踏まえて第5期計画を策定することになりますが、支部の地域差が出ているのでしょうか。いかがですか。

【小賀会長】

支部間の格差等について分かるならばご説明をお願いします。

【事務局】

広域連合全体で突出しているサービスとして、200%を超えているのは2つあります。該当するのは小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護であり、いずれも見込みが小さかったのが原因です。次に粕屋支部をみると、200%を超えているサービスは1つです。また、遠賀支部は2つ、鞍手支部は3つ、嘉穂支部が4つ、朝倉支部が3つ、糸島支部が5つ、うきは・大刀洗支部が5つ、三潴支部が1つ、八女支部が4つ、柳川支部が1つ、田川支部が7つ、豊築支部が4つとなっています。筑豊管内は以前から給付が高いのですが、田川支部は200%を超えているサービスが7つあり、特に多くなっています。予防等の効果で第5期に向けて抑制を図ることで計画値を出していますし、残り2年3ヶ月で重点的に適正化を進めることで、どこまでサービス利用を抑止できるのかが課題となります。また、給付水準が低く200%を超えているところは八女支部で、4つのサービスがあがっています。なお、利用者は一人ですが200%を超えているサービスもあります。

【小賀会長】

他に質問はありませんか。議題1の中間報告も含めて、ご意見やご質問がありましたらお願いします。

【山口委員】

支部別の予防の効果と比較すると、どのような状況ですか。比例しているのでしょうか。

【小賀会長】

いかがでしょうか。

【事務局】

どちらの資料に関する質問ですか。

【山口委員】

資料2では、田川支部では200%を超えるのが7つあるなど、支部によってかなり開きがあります。資料1では支部ごとの予防効果の結果が載っていませんので、実績値と資料1

の結果には違いがあるのか教えてください。

【小賀会長】

資料 1 の中間報告について、支部別にみると予防効果に開きがあるのか知りたいということですね。私も資料 2 の実績値が高齢者のニーズによって出ているものなのか、それとも事業者の希望によってこの数値になっているのか、それが資料 1 にも関わっている可能性があると思います。具体的にどのサービスを使うのかは、高齢者当事者のニーズによるものなのか、それとも高齢者が在住する地域のサービスに開きがあるから利用するサービスが異なってくるのか。それらを支部間でみたときに有意差がでてくる可能性があるかもしれません。今回の調査結果でわかるならば教えていただきたいです。また、次回の調査でそのような視点を盛り込むことが可能かどうかの見通しも教えてください。

【コンサル】

今のご質問は大きく 2 つに分かれています。1 つ目は、新しいサービスがどの程度の影響を及ぼして、そのサービスを主体的に当事者が選択したのかどうか。それとも、ケアマネジャーが当事者の状態や生活の自由度等を勘案し、新たなサービスに割り振ったのか、今後そのような調査をしていく必要があると思います。

2 つ目は、今回の介護予防効果測定調査は、要支援認定者・特定高齢者に調査を行っていますが、資料 2 の給付実績の多くは介護サービスを受けている方となりますので、できれば介護保険事業計画の第 5 期計画策定時には、どこの保険者でも調査を行いますので、その中で新しいサービスへの接触方法やどのようなきっかけでそのサービスを選択したのか等の項目を入れていきたいと思います。

また、我々としては介護予防測定調査の項目として、新しく特に伸びが大きいサービスとして小規模多機能型居宅介護等がありますので、そのサービスをどうして選択したのか等の項目を新たに加えてもよいかと考えます。それはこの調査項目に大きく影響を及ぼすものではありませんので、追加的に入れてしまう手もあります。事務局と協議し、また包括の皆様にご協力いただく必要がありますので、再度ご連絡いたします。

【小賀会長】

よろしく申し上げます。

【柴口委員】

小規模多機能型居宅介護が特に伸びているということですが、サービスが増えたことによって、広域連合の管轄の中の泊まることもできる通所型の他サービスにどのような影響を及ぼしているのでしょうか。小規模多機能型居宅介護は新しいサービスですので、他のサービスを利用していた方が小規模多機能型居宅介護に移行してきたならば問題ないと思

いますが、他サービスも相変わらず利用者が多いならば問題です。もう少し踏み込んだ調査を実施していただきたいと思います。

【小賀会長】

今のご意見に対して、事務局から回答はありますか。

【事務局】

資料 1 の予防効果測定調査に関しては、第 4 期の策定委員会の折に、どの介護予防サービスが改善に寄与したのか検証するような委員会を立ち上げてほしいとの柴口委員よりご意見をいただき、委員会の総意として連合長に答申を行ったという経緯があります。継続的なもので主観的・客観的な資料を本委員会でみていく必要はあると思いますが、資料 1 と資料 2 をリンクさせた形の調査は、物理的に不可能です。

この測定調査は、各包括支援センターの職員の方にご無理をお願いし、業務多忙の中、ご協力いただいております。個別の聞き取り調査で、業務にもご迷惑をおかけしています。また、資料 2 の計画値と実績値の比較については、要支援認定者だけでも 14,000 人以上の方がいらっしゃいます。そのような状況の中で、資料 1 と資料 2 を合致させた資料の提供は難しいと思われれます。サンプル数をみていただければわかるように、これだけの数を頑張って調査していただいております。また、初回・第 2 回調査の中間報告だけで、調査結果はまだ出ていない状況です。ですから、事務局としては長いスパンで見たいのが 1 つです。そして集めたデータの中で、もう少し主観的に見てみたい、もう少し客観的に見てみたい等のご意見を反映させることは可能ですが、資料 1 と資料 2 をリンクさせることは難しいことをご理解ください。

【小賀会長】

これは課題として継続していきましょうか。確かに、事務局がおっしゃるとおり現状では非常に難しい調査になりますし・・・しかし、どこかで突破口を開いて、検証する意味を見出す必要もあります。実務的に厳しいという問題と調査に意味があると判断する問題があり、簡単に解決することではありませので、今後もよい方法を見つけていくことで、継続する課題としてよろしく願います。柴口委員はそれでよろしいでしょうか。

【柴口委員】

はい。

【小賀会長】

来年度は第 4 期計画の中間年になり、再来年度に第 5 期の計画づくりが始まります。来年度の中間年には、ある程度第 5 期計画の議論ができるような一定の見解なり、広域連合

における介護保険のあり方なりを何らかの形で意見具申していかなければならないと思います。資料がもう少し出揃えば、詳しい指摘もできるかと思います。単純に今回行った測定調査の積み重ねではなく、今回の意見も含めて、次年度に向けて調査を継続させていただければと思います。他にご意見がありましたらお願いします。

【狭間副会長】

冒頭で、小賀会長が生活の自立度について調べてはどうかと発言されましたが、具体的な手法等のイメージはありますか。

【小賀会長】

漠然としています。生活は個別のものです。例えば〇町だけでは特定できず、買い物をするとしても場所がどこにあるのか、近くに家族がいるのか、また、柴口委員が言われたようにインフォーマルに利用できる生活を支える手立てがどのくらいあるのかなど、本当に個別なものになります。おそらく、何らかの形で個別に追いかけてながら事例研究を行わなければわからないものだと思います。一定のサンプルで、大きな網掛けをしながら調査をするのと同時に、5期、6期と続いていくものと見通しながら、事例研究を積み重ねていくしかなく、即効性のある手立ては見つからないと思います。視点としては、計画値に対して実績値が非常に大きくオーバーしている数値がみられる自治体のサービス利用者にまず着目していくのがよいと思います。事例研究をするにしても、着目するポイントを明らかにしておかないと事例を集めるときに、まとまったことが言えません。これも、目的を定めて事例を少しずつ積みあげていくしか方法はないと思います。次回の会議でもそのようなことが提案できれば、あるいは委員の皆様方からご意見をいただければと思います。いずれにしても、生活の自由度が損なわれた結果、社会福祉の1つである介護保険サービスを利用しているわけですから、生活がしやすくなるものとして介護保険サービスが機能し得るモデルを1つずつ、各自治体・各支部ごとに作っていく必要があります。調査会社の方からも、参考になるような他自治体の事例等があれば忌憚なくご提案ください。

議題1・2について、本日はこれでよろしいでしょうか。議題3に移ります。皆様方から何かございませんか。

その他

【柴口委員】

議題1・2に関連しますが、平成22年度から適正化事業がスタートしますが、例えば200%を超えているサービスがある地域は、ケアプランチェックを行うことで、きちんとした給付がなされているのか等が分かると思います。ケアプランチェック＝給付抑制ではありませんが、保険者とケアマネが両輪でしっかり行いましょうという趣旨で行われると思いますので、計画値が実績値を大きく上回っている地域のサービスを抽出してチェックを行う

等の方法もあると思うので、意見を述べさせていただきました。

【小賀会長】

今のご意見に関して、事務局から回答はありますか。

【事務局】

先日、県でも適正化について会議がありました。ケアプランチェック事業について詳しい報告は受けていませんが、アドバイザー派遣事業等の新しい事業も考えているようです。私どもとしても、今後ケアプランチェック事業に力を入れていくべきかと考えています。

【柴口委員】

例えば訪問リハ等は、医療系と突合することで見えてくるものもあると思います。医療の中で訪問リハを使っていることもあると思います。

【小賀会長】

他にご意見等はございませんか。

【藤村委員】

議題 1 と 2 の関連になりますが、地域包括ケアについて、事務局から簡単に説明がありましたとおり、おそらく地域包括ケアの取り組みが来年度から行われますが、その情報が詳細に見えてくる中で、介護予防事業の効果的な運用や生活の中で介護保険は一錠である等位置づけが出てくると思います。その中で、できれば地域包括ケアのモデル事業や様々な取り組みについて情報が入りしだい、本委員会等にご提示していただければと思います。そうすれば、本委員会の方向性もより明確に見えてくると思います。

【小賀会長】

事務局は是非よろしくお願いします。

他にご意見がなければ、これで委員会を閉会したいと思います。それでは、本日は 3 つの議題について、特に測定調査の中間報告について多くのご意見をいただきました。今後は一定の方向性をまとめていかなければなりません。副会長を含め、事務局と個別に相談させていただきながら、次回の会議の資料の出し方についても検討を進めていきたいと思っています。それまでの間にご要望等がありましたら、出せる資料・出せない資料等がありますが、事務局までご一報いただければ検討したいと思っていますので、よろしく申し上げます。それでは進行を事務局にお返しします。

【事務局】

本日は、長時間にわたるご審議をありがとうございます。ただいまをもって第 2 回福岡県介護保険広域連合第 4 期介護保険事業実施効果検証委員会を閉会いたします。次回の開催日程等は未定ですが、皆様のスケジュール等を確認しながら、日程を決めていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

以上