

第4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10月20日(水) 13時30分～15時10分

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)

因、木原[代理出席:西村]、小賀、柴口、田代、狭間、山口

(欠席:賀戸、瀬戸、藤村、中川)

事務局、支部事務長

第4回介護保険事業実施効果検証委員会開催

【事務局】

定刻になりましたので、第4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。今回の議題は、第3回委員会の継続審議となっています。

まず、資料の確認をお願いします。第3回委員会で配布した資料1～5はお手元にございますか。それから、本日配布したのが次第と追加資料1となっております。

それでは会議を開催いたします。議事の進行を小賀会長にお願いします。

議事

【小賀会長】

皆さまこんにちは。今日もお忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

今回は、前回の検証委員会で審議しつくせなかった課題の審議となっております。前回は、特に資料1を中心に審議しましたので、本日は資料2～5について、まず事務局からご説明いただき、その内容について審議し、積み残した課題を整理していきたいと思えます。

本日の出席について、福岡県薬剤師会の木原委員の代理出席として西村さんにご参加いただいております。代理出席でも、どうかご自由に質問・ご意見をいただければと思えます。ご遠慮がないようにお願いします。早速、事務局から資料の説明をお願いします。

平成21年度事業計画進捗管理概要説明について

【事務局】

資料の説明をいたします。座って説明させていただきます。前回お配りした資料2「平成21年度 第4期介護保険事業計画運営状況報告書」をご覧ください。

要点だけ掻い摘んで説明させていただきます。3・4頁をご覧ください。「3 第4期介護保険事業計画値との比較検証」について、図3-1～3で言えることは、総人口・高齢者数はともに計画値より低位に推移しており、高齢化率も計画値より低位で推移しております。

5・6頁をご覧ください。図3-4～6について、認定者数は第3期計画期間中は減少傾向で

したが、増加傾向に転じております。認定率は計画値より高く、且つほぼ横ばいで推移しており、第3期計画期間中と同様、全国値より高い数値となっております。軽度の認定率が高いという特徴も継続しております。

8頁をご覧ください。図3-10について、平成21年度の認定申請件数は、前年度と同程度の減少傾向が継続しております。認定率の低下は平成18年度以降の制度改正による要介護認定申請件数の減少が一つの要因と考えられますが、平成19～20年には、減少傾向が緩やかになっています。これは制度の見直しが浸透したものと考えられます。制度の見直しとしては、認定有効期間の延長として、要介護のみですが、12ヶ月から24ヶ月となっております。それから、広域連合で行ったこととして、代行申請の整理や申請の受付窓口の研修、予備的な申請の適正化等があります。

11頁をご覧ください。図3-13は施設・居住系サービス利用者に対する要介護2～5の占める割合です。割合は60%弱で、計画値の56.38%よりも高位で推移しています。

12頁をご覧ください。図3-15は施設利用者に対する要介護4～5の占める割合です。50%強となっております。計画値の55.31%より、やや低位で推移しております。

13頁をご覧ください。図3-16について、認定者数は計画値より高位で推移していることから、標準的居宅サービス受給対象者数・受給者数はともに計画値より高位で推移しています。

14～29頁をご覧ください。図3-17～48はサービスごとの利用状況です。認定者数が高位で推移していますので、居宅サービス量は全般的に計画値より高位で推移しています。

33頁の表3-3、図3-54をご覧ください。標準給付費の状況です。給付費は計画値の98%となっております。計画の範囲内で進行しております。支部別の特徴としては、44頁の表3-5をご覧ください。一つ目の特徴として、サービス利用割合は田川・桂川支部の訪問系の利用が多くなっています。また、朝倉支部、うきは・大刀洗支部、柳川・大木・広川支部は訪問系の利用が少なくなっています。二つ目に、うきは・大刀洗支部の地域密着型サービスの利用が多い一方、朝倉支部では少なくなっております。三つ目に、田川・桂川支部は短期入所系の利用が特に少なくなっています。四つ目に、介護サービス全般では遠賀支部、朝倉支部、介護予防サービスについては粕屋支部、地域密着サービスについてはうきは・大刀洗支部で利用割合が高くなっています。五つ目に、粕屋支部は介護療養型医療施設の利用が多く、顕著です。

51頁の表3-7をご覧ください。サービス利用量について、一つ目に言えることは、介護サービスは比較的、鞍手支部、田川・桂川支部の利用量が多くなっています。そして、粕屋支部、朝倉支部は少なくなっています。二つ目に、介護予防サービスについては、粕屋支部、鞍手支部が活発に利用されており、一方、朝倉支部、柳川・大木・広川支部の利用量が少なくなっています。三つ目に、地域密着型サービスの利用については、鞍手支部、豊築支部の利用量が多くなっています。一方、朝倉支部の利用が少なくなっています。

資料2については、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。ご説明いただいた資料 2 について、もう少し詳しく説明を伺いたいことや、説明に対する疑問等がありましたら、どこからでもいいのでお願いします。

【狭間副会長】

57 頁からは、各支部ごとのサービス利用割合が在宅・施設等に分けて掲載されており、白い部分が広域連合の利用割合で、網掛け部分が各支部の利用割合となっています。傾向として、例えば田川・桂川支部等の訪問系をたくさん利用されているところは施設・居住系は広域連合を下回っていますが、そのような支部ごとのサービス利用特徴はわかりませんか。

【事務局】

広域連合では、支部ごとにサービスの基盤整備等が異なりますので……。実態としてサービスを分けて、使える比率を広域連合のチャートとあわせてみました。その結果、田川・桂川支部だけ訪問系が突出していますが、この原因については次回までの宿題としたいと思います。

【狭間副会長】

いろいろな地域の実情があると思いますので、グラフで突出しているからどうなのかというわけではありません。しかし、各支部の特徴は捉えていく必要があると思います。

【柴口委員】

運営状況報告書には通所系・訪問系等の基盤整備が示されていますが、この資料で、全体のサービス量が多いとか少ないとかを見ることができますか？ 51 頁にサービス利用量が整理されていますが、例えば短期入所生活介護のサービス量が少ない等を見ることができるのでしょうか。なぜ、このような質問をしたのかというと、前大臣が小規模デいの泊まりに予算を付けると言ったことがあったので、実際に生活介護の利用が少ないのか等の見極めができるなら教えてほしいです。

例えば、広域連合に短期入所生活介護のベッド数が 100 あったとして、その 100 が多いのか少ないのかを判断できる資料はありますか。また、地域によっては、ここが少ないとか多いとかわかるような調査はしていますか。

【事務局】

短期入所の利用率は先ほど説明しました 44 頁です。田川・桂川支部が一番少なくなっています。

【小賀会長】

実態としてニーズに対してサービスが足りているのかどうか、今回の調査でわかりますか？という質問です。

【事務局】

この資料は計画値と実績値の比較で資料を作っておりますので、それに関して着手していません。それに関しては、来期の計画策定の際には資料を出さなければならないと考えておりますが、現段階では準備できておりません。

【柴口委員】

ショートステイの需要と供給のバランスが取れているのかを調べる調査はありますか。

【小賀会長】

例えば、ショートステイの需要と供給のバランスが取れているのかどうか調べる時に、どんな調査が必要なのか、そしてその調査が実際にあるのかどうか等はわかりますか。

現在の介護保険システムだと、特に広域連合のような介護保険サービスの共同体を作っているところでは、把握するのは非常に難しいですね。しかし、構成市町村レベルで、どのサービスにどのくらいの事業所があって、どのくらい利用しているのか。ニーズに対して足りているのか、足りていないのかを少しずつ把握していく以外に方法はありません。それが出来たら、全体として広域連合で取りまとめることになると思います。おそらく、同じ寝たきりの高齢者がいたとしても、居住地域や生活スタイル、家族構成等によって同じサービスを使うとは限りません。個々の高齢者の志向・希望によっても必要としているニーズが変わっていきます。それに加えて、事業所がどこにどう作るのかという問題があります。事業所が手をあげて、手が上がったところを認めて作っていくことになりますので、そのバランスを考えて必要なところに必要なサービスを展開するのは、実情として非常に難しくなっているのが広域の実情だと思います。

【田代委員】

短期入所生活介護は、高齢者虐待等で緊急の場合に利用しますが、それ以外では、ケアマネジャーさんの判断にゆだねられることが多いと思います。生活介護になると、その自治体の考えやケアマネジャーの考え等のいろいろな要素があると思います。柴口委員がおっしゃられたデイサービスに付加させるというのは、誰でも家族が困っている時等に泊まりができるようにするものだと思います。

【柴口委員】

私は、ケアマネの代表で来ていますが、ショートステイは困っている時に利用したくても、枠があいていません。いつもケアマネは電話をして空き状況を確認しています。レギュラーの方でいっぱい、イレギュラーでは預かってもらえないと、多くの声があがっています。広域連合では十分な整備がされているのでしょうか。また、この問題を踏まえて次期計画を策定していただければと思います。

【事務局】

特養の場合、空いたら使えるということですか。

【柴口委員】

実際、使いたい時にはいっぱいという状況です。空いているところを確保するために、いつも電話しています。

【山口委員】

定期的な利用者が優先になっています。

【小賀会長】

これは次期事業計画策定の際に議論させていただきたいと思います。

【山口委員】

全国で8000床を奨励していますが、人員配置等の問題もあるので、事業所側も難しいと思います。

【因委員】

事業所は採算が合うのかという問題がありますからね。いつも余剰人員を置いておかなければなりませんから・・・。

【小賀会長】

事業所側も一定の収益を見込むなら、突発的な利用よりも定期的な利用を優先することになりがちですからね。

【山口委員】

利用者側からすると、いざという時に使える事業所でないと意味がありません。

【小賀会長】

そうですね。

【柴口委員】

確認ですが、短期入所療養介護は、前回の改正で入所診療所等が空きベッドが多いということでしたが、その情報が伝わっていない現状もあると思います。また、どこの診療所がどれだけあって等の情報が伝わっていません。

【小賀会長】

小規模多機能やショートステイ機能を持っている施設の相互の連絡体制があればいいですね。例えば、ケアマネが連絡したときに、その施設は利用できないけど、その施設が軸になって連絡調整できるような機能を改めて考えていく必要があるかもしれません。事業所としては突発的に生じる利用のために、わざわざキャパを空けておくことはありえませんから。今あるものを使いまわしていくシステムがあれば、当事者やケアマネジャーだけが悩まなくてよくなるかもしれません。

【山口委員】

それは、ケアマネの負担軽減にも繋がると思います。また、施設の空き状況を随時 HP で公開している地域もあります。それを見れば、今どのショートステイが空いているのか分かるようになっていきます。将来的には、そのようなシステムができればいいですね。

【柴口委員】

情報が公開されればいいですね。

【小賀会長】

個々の具体的なサービスを展開する出先機関では、空き状況や利用状況の情報をパソコンで本部に送っているはずですが、ですから、本部窓口に行けば各出先機関の状況がわかるから、すぐに本部で対応できるようです。僕が聞き取りしていたら、どうしてパソコン利用が進んでいる日本が、そういうシステムができていないのか？と聞かれた事がありました。日本の場合、事業所は民間なので自治体で情報を一つに集めることは難しいですが、事業者間の連絡システムを各自治体がリードして作っていくという流れを、連合の内部で起こしていくことができればいいですね。地域密着型サービスの運営委員会で、事業所の指定をしていく時に、事業者間是对立する傾向にあっても協力しあうことは見られません。そこを一工夫することについて、次の事業計画で時間をかけてでも行っていくことが大きな課題だと思います。

【柴口委員】

広域連合では、ショートステイの現状をどのくらい把握されていますか。

【事務局】

わかります。でも、特養だと空床利用なので、全床になってしまいます。

【柴口委員】

特養等の短期入所療養介護は空きベッド数となりますが、ショートステイ等は届出があるので広域連合でわかると思います。それがどのくらいの利用率があるのか分かれば次の基盤整備に繋がると思います。

【小賀会長】

特養等は県の管轄なので県は把握しているはずですが。広域連合内に位置している特養等の情報を県からもらうことは可能ですか。

【山口委員】

ショートステイ枠で確保しているベッド数について、本来の目的で利用されているのかわかりますか。

【小賀会長】

難しいでしょうね。

【山口委員】

それがわかると、正確な数字が出てきます。

【小賀会長】

ひとまず届出の数を把握していく必要がありますね。

【柴口委員】

これは、次期事業計画策定時の議題ですね。すみません。

【小賀会長】

では、この議題については、次の事業計画を策定する際の課題として受け止めさせていただきます。事務局も、情報の入手として県からいただける資料があるのか・ないのか。また、あるとしたらどのような形でいただけるのか、検討してください。

【柴口委員】

検証委員会ですから、現状がどうなのかを踏まえて次の計画に進んでいただきたいと思

います。

【事務局】

資料は準備できると思います。次回までに準備できれば、会議の開催とは別に追加資料として事前に送付するよう調整いたします。

【小賀会長】

かまいません。それと県管轄の数字とあわせて、どのくらいのキャパがあるのかわかるようにしていただきたいです。他にご意見はありませんか。

【因委員】

16 頁からについて、訪問看護や居宅療養管理指導、リハ等のサービス利用は計画値よりも大幅に上回っています。この原因はわかりますか。

【小賀会長】

原因はどこかで把握できますか。

【因委員】

単に計画があまかったのか、それとも医療ニーズが高くなったのか、何なのでしょう。

【事務局】

第 4 期の計画値は、平成 18・19 年度と平成 20 年度の間地点からの推計値で算出しました。第 3 期の平成 18・19 年度は、全体的にサービスの実績が計画値よりも少なかったため、第 4 期も低いまま推移するのではないかと推計しましたが、蓋を開けてみると見込みよりも高くなっていったというのが一つです。平成 18・19 年度の実績が思ったよりも低かったため、それに引っ張られて計画値よりも実績が多くなったということです。それから認定者数が計画値よりも増えています。平成 18・19 年度は認定者数・認定率は減少傾向にありましたが、第 4 期は認定者数・認定率ともに増加傾向にありますので、それも関係して計画値よりも高くなっています。

【因委員】

認定者数が増えれば、当然全サービスで計画値を上回るかと思われるのですが、現状は医療に特化しているのはどういう理由でしょうか。例えば、訪問看護の方からお話を聞くと、訪問看護が全国の 1/3 の市町村でまだ作られていない。それが除々に作られて、利用しやすくなったためか・・・と勝手に考えていますが、正しい理由がわかれば次期計画策定に役立つと思っています。

【木原〔西村〕委員】

医療療養等のベッド数が削減される方向にあり、別の介護保険の委員会では出された資料をみると、ベッド数は確実に減ってきています。それにあふれた方は、医療の要素が必要な方も多いと思いますので、それで医療系の利用が増えていると思われます。私は薬剤師会ですが、居宅訪問も増えてきています。ただ、小さい広域連合に入っている市町村では、ドクターがなかなか訪問できないので足踏み状態ですが、今後、急速に変化する可能性があります。次期計画では療養型のベッド数の削減にあわせて受け皿を在宅へと考えて、大幅に組み替えていかなければならないと思います。

【田代委員】

私は看護協会ですが、訪問看護ステーションの計画値は9000箇所作る予定でしたが、5000箇所から増えません。特に、平成18・19年は下がってきて、あくまで私の感想ですが、今年の初めまで訪問看護は増えませんでした。現在、7～9月に少し増えているのは、例えば癌のターミナルの方等の医療ニーズが高い訪問看護です。しかし、その方々はお亡くなりになったりするので、訪問看護の申し入れは増えていますが期間は短いようです。介護保険に関しては、そんなに利用は増えていないという印象ですが、事務局からの説明のように、認定者数や認定率の増加等がかかわっているのかなと思います。実際にはサービス利用はそんなに増えていないという印象です。

【因委員】

国の方針が、病院で亡くなるのではなく、在宅での看取りになっています。今後の計画の時には、この辺をもっと手厚くしなければならないと見えています。

【田代委員】

看護サミットで香川県へ行ってきましたが、130～140万人いるナースで、在宅介護は3万人しかいないそうです。国の動きの中で地域医療がキーワードになってきていますので、因委員がおっしゃられるとおり、今後は訪問系が重点になってくると思います。

【木原〔西村〕委員】

区分変更やターミナルの患者さんの取り下げ件数等もかなりあると思います。この変の数字も把握する必要があります。ターミナルの患者さんが急激に悪くなり、介護サービスを利用したいという場合は、ほとんど間に合いません。ほとんど取り下げです。また、その状況での要介護認定になりますので、要支援しか付かない場合もあります。そうすると、すぐに区分変更となります。以前も別の委員会でお話したことがあります。最初に認定を高く出しておく、いろいろな審査会を開催する回数等でメリットがあると思います。

その辺りも調査していただきたいと思います。

【柴口委員】

16 頁を見て、私は逆の捉え方をしました。ケアマネのニーズが弱く、訪問看護をサービスに組み込んでいないと言われていました。この資料をみると、広域連合では訪問看護をしっかりとサービスに組み込んでいるんだなと思いました。いつもケアマネは医療ニーズに弱くて、訪問看護を利用していないと言われるものですから……。全国と比べるとまだ少ないですが。

【小賀会長】

他にご意見等はございませんか。他にも資料が残っておりますので、よろしければ次に進みたいと思います。では、次の資料について事務局は説明をお願いします。

平成 22 年度介護予防効果測定調査について

【サーベイリサーチセンター】

株式会社サーベイリサーチセンターの堤でございます。その他の資料については私から説明させていただきます。着席して説明いたします。

特定高齢者等調査について、第 3 回検証委員会での指摘事項への対応、それから、本年度調査のスケジュール等についてお話させていただきます。

まず、追加資料 1「第 3 回検証委員会 指摘事項への対応について」からご説明させていただきます。前回の 8 月の検証委員会において、昨年度の特定高齢者等調査・構成市町村調査のご報告をした際に、各委員から今後の分析手法、それから今年度調査にあたっての追加調査項目等のご指摘をいただいております。それに関する対応について資料に取りまとめております。

1 頁をご覧ください。「第 3 回検証委員会指摘事項への対応」ということで、指摘事項の概要と対応案を示しています。ご指摘いただいた内容を分野にまとめると、調査方法・調査項目・分析手法という 3 つの視点についてご指摘いただいております。

調査方法に関する指摘事項は 2 点ございました。1 点目は「●訪問系サービスの調査数を確保すべき」です。通所系サービス利用者からの回答は多かったのですが、訪問系サービス利用者のサンプルはあまり取れていないということで、今年度調査では、訪問系サービス利用者数を確保すべきというご指摘をいただきました。これの対応案としては、特定高齢者等調査のサンプル数自体を昨年よりも 1 市町村あたり 5 人ずつ増やして調査をし、サンプル数を 15～25 人/市町村に増やして実施してはどうかということです。それから、実施する調査対象者の 25%程度は訪問系サービス利用者としていただくと考えています。

調査方法に関するご指摘の 2 点目、「●サービス満足度や要望は、高齢者本人からは不満がでにくい。自由記述形式の簡易な方法でよいので家族に対する調査ができないか」とい

うご指摘をいただいています。これは、前回の会議当日に事務局からお話があったとおり、想定していないということです。

調査項目については3つのご指摘をいただきました。まず、「●同居世帯で改善率が高くなっているが、同居している場合でも家族内の役割が重要。これを詳細に把握すべき。」、そして同様に、「●家族等との関係は、『有無』だけでなく、『新密度』を把握すべき。他者と親密な関係が気づけているが、その中でどのような役割を担っているか、という視点が必要。」というご指摘をいただきました。これについては、「家庭内で役割がある者ほど（親密な関係にある者ほど）改善しやすい」という仮説を定義して、新しい調査項目を追加したいと考えています。

それから、3点目の「●費用負担（保険料、利用料等）の多寡が満足度に影響するのか、知りたい。」に対しては、昨年度調査データに保険料段階データをマッチングして追加分析を行いました。これは後ほどご説明いたします。

分析手法については3つのご指摘をいただきました。改善度・悪化度といった客観的効果について、「●効果は『改善』だけに着目する必要はない。『改善』+『維持』の割合でみればよいのではないか」そして、「●『改善』や『維持』の定義づけが必要」とのご指摘でした。前回の調査においては、「改善」「維持」「悪化」という形で、初回から最終回の状態像の変化をみています。一番大きいのは、要介護度がどのように変化したのか、特定高齢者候補者に該当する状態か否かということで、この状態像を「改善」「維持」「悪化」としてみていました。今回は、「維持」を“改善系維持”と“維持”の2つに分け、4区分にして整理しました。これについても後ほどご説明いたします。

それから「●改善率が高い市町村と悪化率が高い市町村について、サービス事業者との関連をみたい（どの事業者で改善率が高いか）」というご指摘です。これについても、追加分析を行いました。回答者が利用しているサービス事業者が把握できましたので、客観的効果と利用しているサービス事業者との関係を追加分析として5頁以降にまとめています。

では、詳細について説明します。2頁をお願いします。前回のご指摘を受けて、今年度の調査項目として追加するのはこの1問だけです。家族関係について、家庭内で役割があるものほど（親密な関係にある者ほど）改善しやすいという仮説を検証するために、家族の中で高齢者がどのような役割を担っているのか尋ねる質問を追加したいと考えております。

3頁をお願いします。追加集計1です。客観的効果の区分について、ご指摘を踏まえ「維持」が多くを占めていたため、「維持」を「改善系維持」と「悪化系維持」に分けて整理しました。3頁の枠内に整理しておりますが、要介護認定者については要介護度の変化、特定高齢者については基本チェックリストに基づく特定高齢者候補者該当状況の変化で整理しております。「維持」とは、初回調査と3回目調査で要介護度が同じというもので、その中でも「改善系維持」とは軽い要介護度でとどまっている人、「悪化系維持」とは重い要介護度でとどまっている人です。効果があった層をどのように見るかは、要介護度が下がった「改善」の方、それと要介護1で留まっている「改善系維持」を足したものを『効果あり』

として整理しています。このように整理すると、要介護認定者では『効果あり』が 68.4%でその中でも「改善系維持」が多くを占めています。特定高齢者では『効果あり』が 20.3%となっています。

検証ポイントとしては、どこを効果があったとみるかによって評価は変わってきます。前回報告した 3 区分の整理では、改善層だけに着目して評価していましたが、この場合は、要支援認定者は改善率が 3.4%であったのに対して、特定高齢者では 12.9%となっており、特定高齢者で改善率が高いと評価しておりました。しかし、今回の整理区分では、『効果あり』の割合は特定高齢者で 20.3%であるのに対して、要支援認定者は 68.4%となり、要支援認定者の方が効果があったと考えられます。前回のような整理がいいのか、今回の整理でいいのか、また別の方法で整理した方がいいのかについては、この場で決定するのは難しいと思いますので、今年度調査の分析の際に引き続き検証を行い、ご指摘をいただきながら分析していきたいと考えています。

4 頁は参考として、客観的効果を 4 区分で見たときの支部別の結果でございます。

5 頁をお願いします。追加集計 2 です。客観的効果が高い地域と低い地域では、サービス事業者別にみて違いがあるのかというご指摘をいただいております。今回の客観的効果を 4 区分で整理したもののの中で、改善と改善系維持をあわせた『効果あり』の割合が高い支部として田川・桂川支部、低い支部として柳川・大木・広川支部を抽出させていただきました。ただし、事業所ごとにみる際には注意点がございます。今回の要支援認定者の調査については、分析対象のサンプルが約 350 です。これをサービス事業所別にみると、一つの事業所あたり多いところで 5~6 人の利用がありますが、大半が 1 人の利用となっています。この結果はあくまで参考として、このように評価できるという手法の確認としてみていただきたいと思います。

「1. 主要サービスの事業者別客観的効果（要介護度の変化）の状況」について、下のグラフをご覧ください。サービスごとに整理しております。通所介護をご覧ください。このグラフの見方としては、横軸がその事業所利用者の中で要介護度が改善した、または改善系の維持であった方の割合です。その事業所の利用者のうち、80~100%の効果があつた事業所の割合が一番右側に棒グラフとして現しています。検証ポイントは枠内に整理しております。通所介護については、広域全体、利用者の改善率が高い田川・桂川支部では利用者の 80~100%が要介護度が改善している事業者が過半数をしめています。一方、利用者の改善率が低い柳川・大木・広川支部では利用者の改善率が低い事業所が多くなっており、利用者改善率が 20%未満の事業所が過半数を占めています。

通所リハについては、広域全体と 2 支部で大きな違いはありません。

訪問介護については、広域全体・2 支部のいずれにおいても、過半数の事業者で利用者の 80~100%が改善している状況です。

福祉用具貸与については、広域全体・2 支部のいずれにおいても、他のサービスに比べて利用者改善率が 20%未満の事業所の割合が高くなっています。要介護度の改善率と福祉用

具の利用は必ずしも寄与率が高くないと考えることができます。

6 頁は、このグラフのバックデータです。

7 頁をご覧ください。追加集計 3 です。保険料とサービス満足度の相関をみています。保険料が高い人はサービスの満足度が低いのではなか、費用負担の多寡と満足度の相関について整理しております。これについても各サービス別にみていますが、枠の中に書いておるとおり、相関係数をみるとほとんど相関はありませんでした。保険料の負担感がサービスに対する満足度を低下させている状況はみられないという分析結果です。

以上が、第 3 回検証委員会におけるご指摘事項への対応でございます。

引き続き、資料 3～5 について説明いたします。資料 3 は今年度の特定高齢者等調査の企画設計とスケジュール等でございます。大枠としては、昨年実施した調査と基本的な設計・内容は大きく変えずに、今年度の調査も実施したいと考えています。平成 21 年度の調査から変更する点は、調査数と調査項目です。調査数については、第 3 回検証委員会指摘事項への対応でも説明しましたが、15～25 人/市町村ということで、前回から 5 人増やして調査を実施したいと考えています。また、調査項目については、先ほど説明した追加項目 1 問とは別に、3 月の検証委員会でのご指摘に対応したものとして、6 問追加するように考えています。これについては資料 4 で説明します。調査の企画設計で大きく変更した部分はなく、変更は網掛け部分のみです。ただ、調査の対象と調査方法のところで、要支援認定者の調査時期は 8・11・2 月としておりますが、これから実施しますので、本日調査票等のご承認がいただければ、11 月の調査から実施したいと考えています。

資料 4・5 をお願いします。3 月の検証委員会を踏まえて新たに追加する 6 問について整理しております。最終的な今年度の調査票案は資料 5 です。追加・修正したのは網掛け部分となります。説明は資料 4 で行います。3 月の平成 21 年度検証委員会の指摘事項を踏まえた対応ということで、昨年度の検証委員会では、5 つの指摘をいただきました。

「①調査途中での終了・中断理由の詳細把握」について、昨年度の調査では初回から 3 回目までの追跡調査を行っており、調査途中で終了または中断した方について、介護給付対象者となった者や入院した者の理由も把握すべきであるとのご指摘をいただきました。対応としては、介護給付対象者になった理由、入院時の病名の 2 つの副問を追加するように考えています。具体的な調査項目の内容は 2 頁の図表-1・2 です。国の調査等を参考にしております。

「②家族構成（独居状況）と改善度の関係分析」について、独居世帯では悪化層の割合が高いが、独居と悪化層の状況把握・分析が必要であるというご指摘をいただきました。これについては、新たに調査項目を追加するのではなく、既存の調査項目で調査を行い、家族構成の状況とサービス利用状況等を詳細に相関分析していきたいと考えています。分析のイメージは 3 頁に載せておりますので、ご確認をお願いします。

「③日常生活度指数の追加分析」について、心身機能の改善だけでなく、高齢者の生活の自由度（QOL）の改善・向上という広い視点で分析を行うことが必要ではないか、とのご

指摘をいただきました。QOL 向上の状況把握の一環として、昨年度調査では日常生活度指数を 8 つの調査項目から整理しておりましたが、これに QOL の視点を踏まえた項目を追加し、12 分野の項目で日常生活の状況を整理したいと考えています。新たに追加する調査項目として、介護保険サービス以外のサービス利用状況、定期的な医療受診の状況の 2 問を追加します。また、昨年度の調査項目にすでに盛り込んでいたが、この日常生活度指数に活用していない項目として、主体的健康感と外出の有無がありますので、これらの項目を活用して日常生活度指数を把握していきたいと考えています。

「④基本チェックリストによる状態像の詳細分析（因子分析等）」について、各サービスの利用状況・主観的効果と客観的効果（改善度）の分析については、7 つのリスク分野だけでは明確な相関が見られないのではないか。基本チェックリストは 25 項目あるので、もう少し細かく分析できないかというご指摘をいただきました。今年度の調査では、基本チェックリスト 25 項目を用いて、因子分析や主成分分析等の多変量解析を行いたいと考えています。

「⑤訪問系サービスに対する主観的効果の詳細分析（生活態様変化）」について、サービス利用によって、どのような生活態様の変化がもたらされたのかについては、昨年度の調査は通所系サービスを対象とした選択肢が主であり、訪問系サービスの主観的効果が見えにくい、選択肢としてないため把握しづらいというご指摘をいただきました。ご指摘を踏まえ、訪問系サービスに関する選択肢を追加し、今年度調査を実施したいと考えています。具体的には 7 頁をご覧ください。昨年度調査の選択肢に、「食事の栄養バランスがよくなった」「掃除・洗濯や調理等の家事の習慣がついた」「定期的に人とあうので安心して生活できるようになった」等の訪問系サービス利用者を意図とした選択肢を追加するように考えています。

これらの新しい調査項目を追加したものが資料 5 となっています。今年度は、この調査票で調査を実施したいと考えています。以上です。

【小賀会長】

ありがとうございました。込み入った資料内容となっていますが、特に資料 5 はアンケート調査票であり、本日承認されれば、すぐにアンケート調査実施となります。追加資料 1 と資料 3～5 について、ご意見・ご質問等がございましたらお願いします。

【山口委員】

家庭内での役割について、質問を追加していただき、ありがとうございます。この質問は同居世帯の方だけに対する質問と理解してよろしいですか。

【サーベイリサーチセンター】

基本的にはそのように考えています。

【山口委員】

わかりました。それから、前回検証委員会の時に、最も改善した事業所と悪化した事業所のデータを出してくださいとお願いましたが、先ほどのご説明では、調査回答者のうち各サービス事業者の利用者は1名程度であるため、あくまでも参考程度であるとのことですが、悪化の原因は何なのか分からないとより深い検証はできません。サンプル数を1市町村あたり5人増やすだけで解決するのでしょうか。

【サーベイリサーチセンター】

事業所評価を実施するならば、この調査数では少ないと思います。ただ、特定高齢者等調査結果で、事業所評価をするのが相応しいのか否かについては、別の手法もあると思います。これはあくまでも私見ですが、例えば、要介護度の変化を客観的効果と捉えるならば、要介護度の変化のデータやどういう事業所を利用しているかのデータは、アンケートでなくても事業実績のデータベースがあると思います。事業所評価はデータベースの解析で対応することができると思われま

す。この調査で要介護度の変化を把握し、事業所の評価を行うのに5サンプル追加では難しいと認識しております。データベースの解析で分析した方がよいと考えます。

【小賀会長】

他にご意見はございませんか。特に資料5に関して、検証委員会での指摘を踏まえて修正した網掛け部分についてご意見をいただければと思います。

【因委員】

資料5の4頁に“(3) 「5. 入院」の場合、病名は何ですか”の設問について、選択肢10に“骨折・転倒”とありますので、“病名等は何ですか”の方がよいと思います。

【サーベイリサーチセンター】

ありがとうございます。ご指摘のとおり修正します。

【小賀会長】

骨折と転倒が“・”で並列になっているのもおかしいというご指摘でしょうか。

【因委員】

この質問は前の終了・中断理由に続く質問なので、“病名等は何ですか”とすればよいと思います。また、“骨折・転倒”はよく使う言葉なので、これは問題ないと思います。

【小賀会長】

では、“病名等は何ですか”に修正をお願いします。他にご質問等はございませんか。

【山口委員】

調査票 7 頁の「問 19 介護保険サービス以外に、利用しているサービスや支援がありますか」の選択肢に、成年後見制度と日常生活自立支援事業を追加していただけますか。

【サーベイリサーチセンター】

権利擁護関連のサービスを入れるということですね。その他でも把握可能ですが、頭出しの方がよければ選択肢として追加いたします。

【因委員】

選択肢として追加してもらった方がいいですね。

【サーベイリサーチセンター】

選択肢として追加いたします。

【小賀会長】

成年後見制度と日常生活自立支援事業は分けた方がいいですか。

【山口委員】

分けた方がいいです。

【因委員】

内容が違いますから、分けた方がいいですね。

【サーベイリサーチセンター】

権利擁護関連の選択肢として、成年後見制度と日常生活自立支援事業を 2 つ追加します。

【小賀会長】

日常生活自立支援事業は権利擁護事業から名称が変わったばかりですが、このままで分かりますかね。

【サーベイリサーチセンター】

新しいサービス名では利用者、施設の職員さんが分からない可能性があるのではないかとのご指摘ですが、選択肢の次に簡単な説明書きを入れることと、調査の実施要領の中に

補足を入れたいと思います。

【小賀会長】

ありがとうございます。他にございますか。

【柴口委員】

8 頁の間 21 について、12) は身長・体重を記入するようになっていますが、BMI を聞きたいのですか。

【サーベイリサーチセンター】

8 頁の基本チェックリストは、国の調査票と同じ形式で整理しています。12) は、BMI と低栄養状態を把握する設問です。

【田代委員】

身長と体重だけを記入すれば、BMI は自動的に算出されるのですか。

【サーベイリサーチセンター】

そうです。回答としては、身長・体重だけ記入していただければ結構です。

【田代委員】

今の質問は、12) に「はい」「いいえ」の回答欄はいらないのではないかと、ということだと思います。今は BMI が 18.5 未満の場合に「はい」に○を付けるようになっています。

【サーベイリサーチセンター】

厳密にいうと 12) の回答欄に「はい」「いいえ」は不要です。我々で計算しております。

【田代委員】

12) の「はい」「いいえ」は消すということですね。

【サーベイリサーチセンター】

削除させていただきます。

【小賀会長】

他にご質問はありませんか。では、資料全てを通して質問はありませんか。

【因委員】

私は調査について素人なので教えてください。広域連合には多くの要支援認定者と特定高齢者がいますが、標本数が15～25人で信頼できる調査結果が得られるのでしょうか。

【サーベイリサーチセンター】

基本的に、標本数が多いほど回答誤差は少なくなります。そのため、約380サンプルが持つ回答誤差を頭に置いてデータを見ていただく必要があります。標本数を増やせば精度は高くなりますが誤差が0になることはありません。調査を行っていただく方の負担感を考えると、1/10の標本数でも±1～2%の誤差の範囲だと思いますので、その誤差を念頭において結果を見ていただくしかありません。

【因委員】

これは全国で初の調査だとお伺いしています。ですから参考にされる度合いは高いと思いますので、素人ながらこれでよいのかと疑問に思いました。

【サーベイリサーチセンター】

第5期の計画の中で、介護予防の効果をどうみるのか課題があります。例えば、介護予防として100人の事業をすると、何人くらいが改善するのかのパーセントがわかるのはここだけだと思います。礎ができただけでも有効なデータが取れていると思います。

【小賀会長】

実情をお伺いすると、この調査はオプションの感覚が強いです。特定高齢者・要支援認定者一人ひとりにお伺いするのは、非常に時間がかかり、現場からは好まれないという現状もあります。対象者に郵送等で調査票を配布・回収できるなら、信憑性のある標本数になるかもしれませんが、それもできにくい状況があります。これは一回目の調査ですので、今後は形を変えながら行い、少しずつ信憑性のあるデータをとっていくという取り掛かりとして考えたらよいと思います。

調査について、すぐに実施に取り掛かることでよろしいですか。

-承認-

スケジュールとしては、調査実施から報告に至るまでに半年かかるということです。来年度の第5期計画策定の際の基礎資料になります。

本日の審議はこれで終了したいと思います。それでは議事を事務局にお返しいたします。

【事務局】

今回、承認いただいた調査票をもって、すぐに調査に取り掛かります。来年度、結果がでた段階で次回の委員会を開催したいと考えています。そして、そのまま第5期事業計画の策定委員会に繋げていきたいと考えています。ご協力をよろしくお願い致します。

本日は、これで終了いたします。ありがとうございました。

以上