

## 第4期介護保険事業計画 第3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8月6日(金) 13時30分～15時45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、賀戸、木原、小賀、瀬戸、田代、中川、狭間、藤村、山口

(欠席:柴口)

事務局、支部事務長

### 第3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3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。今年度になり初めての委員会であり、新しい委員さんにもおこしいただいております。まず、委嘱状の交付から始めさせていただきます。

#### 《賀戸委員、木原委員、瀬戸委員へ委嘱状の交付》

#### 【事務局】

続きまして、今回初めて顔を合わせる方もいらっしゃいますので、順番に自己紹介をお願いいたします。

#### 【因委員】

福岡県介護福祉士会の因でございます。よろしくお願いいたします。

#### 【賀戸委員】

ただいま委嘱状をいただいた賀戸でございます。西南学院大学に所属しております。住まいは飯塚市であり、広域の傍で空気を吸っております。人間として何らかのことができればと思い、小賀会長からお誘いを受けて参加させていただきました。多少でも声がだせるようにがんばりたいと思います。よろしくお願いいたします。

#### 【木原委員】

福岡県薬剤師会で、今年度より介護保険等の担当をしております木原でございます。よろしくお願いいたします。

#### 【瀬戸委員】

福岡県医師会で常任理事をしております瀬戸でございます。今までは2名体制で業務を

半々に分けておりましたが、今回は私がすべてを引き受けることになりました。よろしくお願いいたします。

**【山口委員】**

福岡県社会福祉士会の山口でございます。よろしくお願いいたします。

**【藤村委員】**

福岡県老人福祉施設協議会の藤村でございます。よろしくお願いいたします。

**【中川委員】**

福岡県歯科医師会の中川でございます。よろしくお願いいたします。

**【田代委員】**

福岡県看護協会にて常任理事をしております田代でございます。よろしくお願いいたします。

**【狭間副会長】**

北九州市立大学法学部にて准教授をしております狭間でございます。よろしくお願いいたします。

**【小賀会長】**

同じく、北九州市立大学にて教員をしております小賀でございます。当委員会の会長を務めております。よろしくお願いいたします。

**【事務局】**

本日は、柴口委員から欠席のご連絡をいただいておりますので、次回の委員会にてご紹介させていただきます。

続きまして、主催者を代表して、事務局長より挨拶を申し上げます。

**【事務局】**

本日は遠路からお集まりいただき、ありがとうございます。私は今年の4月から事務局長に就任いたしました緒方と申します。今後ともよろしくお願いいたします。

委員の皆様には、昨年より第4期の実施内容について検証いただいております。今年が最終年度となりますので、引き続きよろしくお願いいたします。また、来年度は第5期の介護保険事業計画策定の年となり、5年に1度の法改正が行われると聞いております。また、国においても社会保障審議会の介護保険部会も動き出しております。

当委員会の検証の結果が、わが広域連合の第5期介護保険事業計画策定の方向性を示す

ものになればと考えております。皆様お忙しい中、審議を重ねていただきますが、よろしくお願ひします。簡単ですが、挨拶に代えさせていただきます。

#### 【事務局】

議事に入らせていただきます。小賀会長よろしくお願ひします。

### 議事

#### 【小賀会長】

皆さまこんにちは。今日はお暑い中お集まりいただき、ありがとうございます。

すでに皆様方には事務局より膨大な資料が郵送されています。本日は、この資料を3つに区分けしながら説明をしていただき、一つずつ質疑を行い、最後にまとめとして、資料のあり方やどんな資料があれば第5次計画の策定に向けてより効果があがる内容になるのか、そのための検討を深められるのかということ、本日と、必要があれば次回も詳しく議論を行いたいと思います。前回、ご意見をいただいた後に、事務局とやり取りしながらどのような資料を提示していただけるのか、また、資料の作り方等について、議論を行ってきました。しかし、まだまだ現状の把握や第5次計画に向けてのきめの細かい分析ができるところまでは到っておりません。事務局もがんばって資料をご提示していただいておりますが、よりよい資料ができるのであればご意見を伺いたいと考えております。ぜひ、ご忌憚のないご意見をいただき、少しでもよりよい介護保険事業が展開できるようにお願ひします。

早速ですが、議題1の平成21年度介護予防効果測定調査結果概要について、事務局は説明をお願ひします。

#### 【事務局】

まず、資料の確認をさせていただきます。本日の資料は以下のとおりです。

- ・資料1 平成21年度 介護予防効果測定調査報告書
- ・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
- ・資料3 平成22年度 特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査（特定高齢者等調査）調査企画及び実施スケジュール等について
- ・資料4 平成22年度 特定高齢者等調査 調査項目概要
- ・資料5 平成22年度 特定高齢者・要支援認定者介護予防効果測定調査票
- ・参考資料 第5期介護保険事業計画策定に資するための日常生活圏域ニーズ把握方法について

それから申し訳ありませんが、資料の修正をお願いします。

「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」の6頁を開いてください。上から6行目は“計画値(10.45%)より1ポイント高くなっています。”とありますが、“計画値(10.45%)より0.1ポイント高くなっています。”の誤りです。

同じ資料の11頁をご覧ください。図3-13について、“平成20/06”は“平成21/06”、“平成20/09”は“平成21/09”、“平成20/12”は“平成21/12”、“平成21/03”は“平成22/03”となります。また、11頁から13頁の図3-14~16も同様に修正してください。

同じ資料の52頁をご覧ください。「③地域密着型サービス」について、“鞍手・豊前支部”は“鞍手・豊築支部”の誤りです。以上、修正をよろしく願います。

資料1から説明いたします。

## 平成21年度介護予防効果測定調査結果概要について

### 【サーベイリサーチセンター】

サーベイリサーチセンター石川と申します。本日はよろしく願います。お手持ちの資料1について、後ほど詳しく説明いたしますが、新しい委員さんもいらっしゃいますので、調査の概要について簡単に説明いたします。

今回の調査の目的は、介護予防効果をどのように把握していくのかということで、平成21年度は試行的に調査を行いました。調査の方法は、地域包括支援センターの各支部の方にご協力いただき、要支援認定者349名、特定高齢者217名の調査結果を得ることができました。調査の対象者は年度内に予防給付を利用し追跡調査が可能な方で、介護予防の実施前と中間、実施後の状況について調査しています。第2回委員会の中で中間報告をさせていただきましたが、その中で委員の皆様方から平成22年度の調査で加えるべき視点等のご意見をいただいております。本日は、昨年8月・11月・2月の3回で行った平成21年度調査の結果をご報告させていただきます。

### 【サーベイリサーチセンター】

サーベイリサーチセンターの堤と申します。資料1について説明いたします。

資料1はボリュームがありますが、事前に配布させていただいており、また、本日は時間に限りがあることからポイントのみご説明させていただきます。

まず、報告書の構成を簡単に説明します。目次をご覧ください。第1章の「調査の概要」では、先ほど石川より説明させていただきましたとおり、要支援認定者と特定高齢者を対称とした調査や、構成市町村の方に事業の実施状況や費用などを問う構成市町村調査も実施しており、そのような調査の組み立てについて整理しております。本日からご参加いただく先生方には、このあたりのご確認をお願いいたします。

第2章では「特定高齢者等調査」について詳細に整理しております。

第3章では「構成市町村調査」について詳細に整理しております。

第4章は「まとめ」ということで、この2調査の主要な部分を文章で簡単に整理しております。結果の概略を把握されたい場合は、「まとめ」を先にご覧いただければと思います。

最後に、「参考資料」として、用語解説と使用した調査票をつけております。

「第2章 特定高齢者等調査」について、ご説明いたします。7頁をご覧ください。調査対象は要支援認定者・特定高齢者ということで、調査時期は8月・11月・2月です。特定高齢者については、各支部で介護予防事業を実施している時期や周期が異なるため、基本的には各支部の事業の実施時期にあわせて調査を行っていただくこととしています。特定高齢者の介護予防事業について、事業を3ヶ月以下という短いクールで実施する場合は、事業の前後のみ調査を行っており、初回調査と第2回調査だけとなっています。また、事業の実施が3ヶ月を超える場合は、要支援認定者と同じように、初回調査と中間段階の第2回調査、第3回調査を実施しております。調査数については、平成21年度は試行的な調査ということで、各構成市町村ごとに10～20人程度を抽出していただき、調査を行いました。

8頁をご覧ください。「(2) 分析の視点」ということで、この追跡調査をどのような視点で分析を行うのか簡単に整理しております。今回は、介護予防の効果を測定するということなので、効果の位置づけを記載しております。この調査は、要支援認定者に対する予防給付と特定高齢者に対する介護予防事業の効果を2つに分けています。一つ目は、要介護度や心身の状態等がどのように変化したのかという『客観的效果』です。二つ目は利用した方がサービスに満足しているのか、また、利用して効果があったと思っているのか、サービスを受けたことで生活にはりが出たや外出する機会が増えた等の何らかの生活の改善ができたのかという、利用者自身がどのように認識しているのかという『主観的效果』です。『客観的效果』と『主観的效果』を介護予防の効果として把握していくことにしています。分析の視点として枠の中に示しているとおり、『客観的效果』『主観的效果』を把握する。そして『客観的效果』と『主観的效果』に関連性があるのかを把握する。要介護度の改善状況として『客観的效果』が出ている利用者はどのような属性の人が多くのか、そして日常生活をどのように送っているのかという『客観的效果』と属性との関連性を調べています。「(3) 分析対象者数」は、要支援認定者で初回調査から3回調査まで追跡できた方は349名となっています。途中で調査が終了・中断された方がいらっしゃいましたので、初回調査から3回調査まで通して結果が得られた方が349名ということです。特定高齢者については217名となっています。こちらは、事業の実施時期・期間により調査が2回で終わるのか、3回で終わるのかの2パターンあります。初回調査と2回調査だけの方が91名です。初回調査から3回調査の方が126名です。今後の調査結果の母数については、この349名と217名となり、この中での分析となります。

調査結果について、主要な部分をご説明いたします。9頁「2. 調査終了・中断者の状況」をご覧ください。これは前回の中間報告の際に、終了・中断者の状況を把握してはどうか、そして平成21年度の調査で把握できなかったところは平成22年度では調査項目を付加し

ながら、把握してはどうかというご意見を踏まえた結果となっています。9頁に整理しているのは、調査を中断された方がどういう理由で中断したのかというものです。図表-1に結果を示しています。薄い灰色が要支援認定者の中断理由です。黒色が特定高齢者の中断理由です。要支援認定者については、入院や介護給付の対象者となったためという、悪化したという理由での中断・終了が多くなっています。特定高齢者については、一般高齢者になったため、本人の希望、その他の順で中断・終了した理由が多くなっています。特定高齢者についてはその他が2割程度ありますが、平成21年度の調査ではその内容まで把握できておりません。平成22年度の調査では把握できればと考えています。

11頁をご覧ください。ここからは「3. 客観的効果の状況」を整理しております。中間報告の時にもご報告した内容ですが、基本チェックリスト25項目の調査もしているのです。それを活用して客観的効果を把握してはどうかのご意見をいただきました。ご指摘を踏まえながら、集計・分析を行いました。11頁では要支援認定者の状態像・リスク項目の変化の状況について整理しております。図表-3では要介護度の変化の状況から基本チェックリストの状況について整理しております。これは、初回調査の状況から第3回調査にかけて、状態が改善したのか、維持なのか、悪化なのかを示しています。要介護度の変化についてはグラフのとおり、維持層が86.5%で最も多くなっています。改善層が3.4%、悪化層が4.0%ということで、半年間での改善層・悪化層への状態変化は少なく、要介護度の状態は変わらない方が多いです。基本チェックリストに基づく、7つの項目については、改善層の比較的割合が高いものに着目すると、全般リスクが12.0%、口腔リスクが13.5%、認知症リスクが13.8%、うつリスクが13.8%となっており、この4項目では改善層が1割を超えています。認知症リスクについては、悪化層も同程度いますので、認知症リスクは状態像のふれ幅が他のリスクに比べて大きいと把握しております。

12頁は、特定高齢者の結果となっています。図表-4のとおり、特定高齢者は要介護度がないため、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について整理しております。特定高齢者候補者該当状況については、改善層が12.9%であり、要介護認定者の改善層が3.4%であったことに比べると、事業開始前後での変化が比較的大きいと把握しております。また、個別のリスクでは、運動リスクや口腔リスク、認知症リスクで改善層が1割以上となっています。認知症リスクについては、要支援認定者と同様に悪化層も1割を超えており、要支援認定者・特定高齢者に共通して変動幅が大きくなっています。ただし、基本チェックリストの1項目だけ該当すれば認知症リスクありとみなされますので、判定方法により認知症リスクの変動幅が大きいことが関連していると考えられます。

13頁からは別の切り口で客観的効果を分析しております。「(2) 生活機能の変化の状況」ということで、基本チェックリスト25項目の合計得点の変化を追ってみました。これは、13頁下の注釈にあるとおり、基本チェックリストの合計得点は、得点が高いほど状態像が悪く、リスクが高いと判断されます。事業前後で合計得点が下がっていれば、状態像がよくなったととらえることができます。国の調査等でも合計得点で状況把握・分析を行って

いましたので、中間報告ではご報告しておりませんが、客観的効果を計る一つの指標として追加いたしました。要支援認定者の結果は、図表-5にあるとおり、初回調査から第3回調査で合計得点は0.46ポイント低下しています。したがって、基本チェックリストに関連する生活機能は改善傾向にあるのではないかととらえております。25項目別の合計得点の変化は図表-6に整理しております。特定高齢者の結果については15頁になります。図表-7をみると、3本のグラフがありますが、全体と第2回で事業終了、第3回で事業終了の結果となっています。全体の状況をみると初回調査から第3回調査では合計得点は0.63ポイント低下しています。要支援認定者と同様に、基本チェックリストに関する生活機能は改善傾向にあるととらえています。第2回で事業終了の方は0.46ポイントの改善、第3回で事業終了の方は0.73ポイントの改善となっています。これだけを見ると、6ヶ月以上事業を実施した場合の方が改善率は大きくなっています。

次に、「4. 主観的効果の状況」について説明します。17頁からは主観的効果ということでサービスの満足度・効果度、サービス態様の変化をご本人の主観でお答えいただいている部分です。結論から言うと、満足度の状況については中間報告と同様の傾向を示しており、ほとんどの方が満足されている状況です。17頁は要支援認定者のサービスの満足度・効果度を整理しております。図表-9は、満足している人の割合、効果があったと感じている人の割合をサービスごとに整理しております。利用するサービスについては、調査数を見ていただくとわかるとおり、例えば「介護予防通所介護（運動器の機能向上）」については、72人の方から回答を得ていますが、その下の「介護予防通所介護（栄養指導）」については、1人からしか回答が得られていません。回答者数には差があるため、太文字にしている50人以上から回答が得られたものに着目してご覧いただいた方がよいと思います。50人以上のサービスに着目すると、「介護予防通所介護（アクティビティ）」や「介護予防訪問介護」「介護予防福祉用具」は満足度・効果度はともに高くなっており、利用者の8～9割の方は満足しており、効果があったと本人が感じている状況です。これに対し、「介護予防通所介護（運動器の機能向上）」や「介護予防通所リハ（運動器の機能向上）」などの運動器に関するサービスについては、他のサービスに比べて満足度・効果度は低く、満足・効果があったという方は6～7割に留まっています。

特定高齢者については19頁になります。今回の調査では、訪問型介護予防事業を利用されている方は1名しかいらっしゃいませんので、通所型介護予防事業の結果について見ていただきたいと思います。通所型介護予防事業については、要支援認定者と同様に、満足度・効果度は全般的に高くなっており、8～9割の方が利用して満足だし、効果もあったと評価しています。

主観的効果のもう一つの切り口が21頁からの「(2) サービス利用による生活態様の変化の状況」となります。サービス利用による生活態様の変化とはどういうものかということ、これについては図表-15をご覧ください。いろいろなサービスを受けた後にどのような効果があったのか質問しております。選択肢については図表-15のとおりです。「介護予防通所

介護」「介護予防通所リハ」などの通所系のサービスについては、4割以上の方が「楽しみ・生きがいが増えた」「友人・知人と話す機会が増えた」「外出する機会が増えた」「一人で過ごす時間が減った」等の評価をしております。それから、「介護予防訪問介護」についても、利用者の3割が「生活に張りがでた」「一人で過ごす時間が減った」と回答しております。また、「特に変化はない」との回答も3割程度いらっしゃいますが、これは中間報告でお話させていただいたとおり、訪問系サービス利用者が回答しにくい選択肢だったためと思えますので、平成22年調査では改善するようにいたします。「介護予防福祉用具」については、利用者の8割が「歩行や移動がしやすくなった」と回答しており、福祉用具の目的に合致した評価をいただいていると考えます。

特定高齢者の結果は22頁となっています。特定高齢者については、「通所型介護予防事業」のみになりますが、要支援認定者と同様の項目で評価が高くなっています。

23頁では、サービスと生活態様の変化がどのように関連しているのか、コレスポンデンス分析という分析手法で図示しています。図表の見方としては、図表-19の下グラフをご覧ください。白枠の選択肢とサービス名を一緒に図示しています。例えば、「介護予防通所リハ」や「通所型介護予防事業」「介護予防通所介護」等の通所系サービスでは、「体調が良くなった」「友人・知人と話す機会が増えた」等が非常に近い位置にあります。したがって、これらのサービスについては、このような生活態様の変化と近似的にあるということです。

次に24頁からは「5. 客観的効果・主観的効果の関連分析」となります。これは、客観的効果の状況と主要サービスの効果度の相関係数を出しております。結論から言うと、要介護認定者、特定高齢者はともに相関係数は非常に小さく、主観的効果と客観的効果の相関はあまり強くないという結果になっています。

26頁は「6. 客観的効果に関する状態像分析」です。要介護度の改善等の客観的効果があった方は、どのような状態像の方が多いのかを属性等で整理しております。図表-22、23では、全体や改善層・維持層・悪化層別に基本属性を整理しておりますが、改善層・悪化層はサンプル数が非常に小さくなっているため、参考に見る程度にとどめるべきかと考えます。要支援認定者の家族構成をご覧ください。全体では「同居世帯」が44.1%ですが、改善層は58.3%、維持層が44.0%、悪化層が21.4%ということで、改善層・維持層は、悪化層に比べて「同居世帯」が多くなっています。

27頁は特定高齢者の結果を整理していますが、要支援認定者とほぼ同様の結果となっています。

28頁は「(2) 客観的効果と生活状況の関係」ということで、日常生活に関する質問です。日常生活に関する質問を得点化し、生活度指数として整理しています。生活度指数の細かい設定方法については用語解説をご覧ください。生活度指数については、維持層・悪化層に対して、改善層で生活度指数が高く、日常生活が活発な人ほど改善しやすい傾向にあるという結果がでています。図表-25はチャート化していますが、「日中の過ごし方」「趣味」



で改善層の点数が高く、改善層にある方については、「日中の過ごし方」や「趣味」が活発な方が多くなっています。

特定高齢者の結果が 29 頁となっています。図表-27 をみると、改善層の点数が他に比べて高いのは「居場所」「趣味」です。これらの日常生活がある方は、比較的改善しやすい層であるととらえることができます。

32 頁以降は、参考として支部別に整理したものです。これは、せっかく広域連合全体で調査を行いましたので、支部別の結果もということで、属性から客観的効果の状況、主観的効果の状況を支部別に整理しております。ただし、支部別にみたときに、サンプル数が非常に少ない支部もございますので、あくまでも参考ということでご覧いただければと思います。

以上が、特定高齢者等調査に関する調査結果となります。

次に構成市町村調査結果の説明をいたします。43 頁をご覧ください。構成市町村調査については、昨年度、各市町村に調査票を配布し、回答をいただいておりますので、平成 20 年度の実績となります。特定高齢者等調査は平成 21 年度の結果ですが、構成市町村調査は平成 20 年度の結果となりますので、ご注意ください。

申し訳ありませんが、修正をお願いします。調査対象として“39 市町村”と記載しておりますが、“33 市町村”の誤りです。また、回収状況については“36 市町村”と記載しておりますが、“30 市町村”の誤りです。33 の構成市町村がありますが、このうち 3 市町村が未回収となっています。

「2. 特定高齢者の把握状況」は、特定高齢者をどのような経路で把握しているのかということで、複数回答の選択肢形式で回答いただきました。平成 20 年度に実施していたものとしては、「特定健診等の担当部局との連携」はほぼ全ての構成市町村で実施しており、次いで、「要介護認定の担当部局との連携」が 50.0%、「訪問活動を実施している保健部局との連携」が 46.7%となっています。また、平成 19 年度と平成 20 年度を比較すると、「郵送による基本チェックリストの配布回収」や「インターネットによる情報収集」がわずかですが増加しています。

続いて 44 頁をお願いします。「②特定高齢者の状況」です。平成 20 年度に構成市町村で把握した特定高齢者は 3,680 人で、このうち図表-41 にあるとおり、平成 19 年度からの継続者が 970 人、平成 20 年度に新規に決定した方が 2,710 人ということで、平成 20 年度決定者が 73.6%となっています。また、図表-42 では、新規に決定した特定高齢者は、どのようなリスク項目に該当する方が多かったのかを整理しております。表の右側に人数と構成比を整理しておりますが、新規に決定した特定高齢者のうち、運動器の機能向上リスクに該当する方が 63.4%と最も多くなっています。次いで、口腔機能の向上リスクに該当する方が 54.8%となっています。運動・口腔リスクに該当する方が新規の特定高齢者に多いということでございます。

46 頁をお願いします。特定高齢者の介護予防事業の参加率でございます。図表-44 は、

特定高齢者に占める介護予防事業参加者の割合で、広域全体では 28.3%となっています。また、支部別の結果も載せていますのでご確認ください。鞍手支部等で参加率が高くなっています。また、「②介護予防事業参加者の改善率」をみると、各構成市町村に年度内に改善して終了した方の割合をお尋ねしております。介護予防事業参加者のうち、年度内に改善して事業を終了した方の割合は、全体で 35.8%となっています。

続いて 47 頁をお願いします。「4. 介護予防事業費用額の状況」です。介護予防事業を実施するにあたって、どの程度の費用を利用しているのか、また、利用者一人当たりで換算するとどの程度の費用になるのかを整理しております。図表-46 は、介護予防事業の費用額として全体的なものを示しています。介護予防事業の全体の利用者は 936 人でした。このうち、通所型が 935 人、訪問型が 359 人となっています。ほとんどの方が通所型を利用しており、そして 4 割の方が訪問型も利用しています。一人あたりの費用額については、全体では 13 万 7 千円です。内訳をみると、通所型は 12 万 1 千円、訪問型は 4 万 3 千円となっています。費用額の内訳として、投入された費用が外部への委託料なのか、また、委託以外の人件費なのか、備品購入等の費用なのかということで、事業委託料・人件費・その他として整理しております。全体では事業委託料が 68.4%で最も多くなっています。人件費が 24.6%、その他が 7.0%となっています。また、これを支部別・事業区分別に整理したものが図表-47 となっています。

これらの支部別の詳細については、51 頁に図表-52 として整理しております。また、52 頁からは各構成市町村でどのような介護予防事業が実施されているのか、事業一覧を整理しております。ご確認ください。

以上、お時間をいただきましたが、特定高齢者等調査結果・構成市町村調査結果の概要を説明させていただきました。

#### 【小賀会長】

事務局から追加説明はありませんか。では、ただいまのご説明及び資料 1 に対し、質問・ご意見はありませんか。

#### 【瀬戸委員】

大変な調査を行っているのだと感じました。いくつか教えてください。客観的効果については、要介護度の変化や基本チェックリスト等から検証されていますが、分析を行ってみて、客観的効果はこれでよいと思いましたか。何を聞きたいのかというと、実は福岡県ではチェック項目を決めることができていません。そのくらい客観的な効果を検証することは難しいです。検証してみて、データとして精度がよかったのか等の感想をお聞かせください。

**【小賀会長】**

いかがですか。

**【サーベイリサーチセンター】**

非常に難しいご質問をいただいたと思います。

先週、厚生労働省の継続的介護予防を分析された筑波大学の先生にヒアリングを行ったのですが、瀬戸先生がおっしゃられたとおり、基本チェックリストだけでは差がでません。また、平成 22 年度の介護予防効果測定調査にはこういう内容を入れ方がよいのではないかとのご指摘もいただいております。基本チェックリストの項目として入れるとしたら、例えば、「1) バスや電車で 1 人で外出していますか。」だけではなく、どのくらい外出しているのか等を入れなければなりません。そうすると、かなりボリュームのある調査票になり、この調査は地域包括支援センターの方に通常業務の中でお時間をいただいている状況ですので難しい部分があります。調査票に数量・回数等を盛り込むことも考えるべきかと思いますが……。ただ項目としては、どこも新しい案が出てないのが現状です。

**【瀬戸会長】**

責めているわけではありませんので……。平成 22 年度の調査は、平成 21 年度の試行的調査の結果を踏まえて、こういう項目を増やした方がよいのでは等の新しいアイデアがあるならばお聞きしたいと思い、お尋ねしました。

**【田代委員】**

基本的なことをお尋ねします。資料 1 の 11 頁にある点線枠内に“全般リスク、運動リスク、口腔リスク、栄養リスクのいずれかに該当した者を特定高齢者候補者とする”とあります。また、15 頁では全般的な傾向として、基本チェックリスト 25 項目の合計得点から分析してあります。福岡市で行った時も、うつ状態にある人は全般的にリスクが高くなりました。そういう面からの分析が今のご説明では見えません。うつリスクや認知症リスクの関連はどのように考えたらよいのでしょうか。特定高齢者の 217 人というのは、基本チェックリストの上から 20 項目までの方しか入っていないということでしょうか。

**【サーベイリサーチセンター】**

基本チェックリスト 1～25 項目を、そのまま調査票に入れて、すべての方に 1～25 の項目を回答いただいております。

**【田代委員】**

最初に特定高齢者の人数が出ていますが、これには入っていないのでしょうか。

【サーベイリサーチセンター】

どの部分ですか。

【田代委員】

8 頁に特定高齢者数は 217 人と記載されていますが、これには基本チェックリスト 20 項目までの方しか入っていないんですよね。

【サーベイリサーチセンター】

217 人の方に、基本チェックリスト 25 項目を回答いただいています。

【田代委員】

私が聞きたいのは、特定高齢者の定義付けには、20 項目に該当した方しか入らないのかということです。

【サーベイリサーチセンター】

この調査は、特定高齢者として介護予防事業を受けている方に対して、調査を行っております。

【田代委員】

国が平成 17 年に出したものでは、20 項目までが対象者になるということだったと思います。

【サーベイリサーチセンター】

特定高齢者候補者の判定結果はそうですが、その後、ほかの判定も踏まえて特定高齢者となり、事業を受けられることとなります。

【田代委員】

この 217 人というのは、既に特定高齢者に該当している方ということですか。

【サーベイリサーチセンター】

そうです。すでに事業を受けている方になります。

【小賀会長】

他にご意見・ご質問はありませんか。

【瀬戸委員】

訪問型の介護予防事業利用者がほとんどいませんが、これは対象者がたまたまいなかったのか、どういう理由なのでしょう。

**【サーベイリサーチセンター】**

平成 21 年度はプレ調査としてお願いしており、各支部に調査の依頼をするときは、7 頁の「調査数（標本数）」に記載しているとおり、構成市町村ごとに 10～20 人ずつ、男女半数ずつという縛りでのみお願いしており、サービス種別ごとの縛りまでは設定せずをお願いしておりました。訪問型サービスの利用者については、センターにいらっしゃることがほとんどないので、その結果、訪問型サービス利用者の票が集まりにくかったのではないかと思います。我々のお願いの仕方も悪かったのではないかと反省しております。

**【瀬戸委員】**

平成 22 年度の調査では、ある程度、数を指定した方がいいのではないのでしょうか。

**【サーベイリサーチセンター】**

はい。そのとおりだと思います。事務局や各支部ともご相談させていただきたいと思います。

**【小賀会長】**

そのように、調査方法を含めてご意見をいただければと思います。  
他にご意見・ご質問はございませんか。

**【狭間副会長】**

アンケートの手法について確認させてください。対象者は、アンケートを対面で回答されるのですか。郵送調査ではないですね。

**【事務局】**

対面の聞き取り調査です。

**【狭間副会長】**

誰が聞き取るのですか。ケアマネさんですか。

**【事務局】**

地域包括支援センターの保健師さんがメインになります。

**【狭間副会長】**

今回の調査では、17 頁にあるとおり、満足度と効果度は非常に高い数字が出ています。これは純粋に喜んでよい結果だと思いますが、しかし対面の調査だと気を使って、よい方に回答する方もいらっしゃると思います。検証委員会の今後の課題としては、隠れている本音の部分に着目していかなくてはならないと考えます。

それから、24・25 頁に主観的効果と客観的効果の相関分析があり、主観的効果と客観的効果の相関は強くないという結果がでています。これはどういうことなのでしょう。本人はよいと思っても、客観的な結果は見られないということは、事業として良かったのか・悪かったのか、判断に悩むところです。その点について、事務局はどのように解釈されているのでしょうか。ご意見を伺いたいと思います。

**【小賀会長】**

いかがですか。

**【サーベイリサーチセンター】**

客観的効果と主観的効果の相関について、こちらの福岡県広域連合で試行的に主観的効果の項目を盛り込みました。平成 21 年度調査の前にもご説明させていただきましたが、厚生労働省の平成 20 年度の介護予防継続的事業では、客観的効果のみで分析を行い、効果が 5.6%程度しかありませんでした。しかし、効果がなかったということで終わらせてよいのかという問題があり、違う切り口の分析があるのではないかとということで、今回、自分の感覚である主観的効果の項目を盛り込みました。主観的効果だけを見ると、効果があったという方はある程度います。結果は、客観的効果と主観的効果に相関はありませんが、対象者本人はよいと思っている方が 7~9 割程度いるという結果だと理解しています。

**【狭間副会長】**

長期的にみると、主観的効果がよい状態に導く可能性があるかと解釈してよいのでしょうか。

**【サーベイリサーチセンター】**

はい。第 5 期計画の見直しの視点にも、介護給付サービスとソーシャルサービスの組み合わせでどう変わっていくのか等が入ってくると思います。主観的効果で健康な気持ちになって、出歩いていただき、なるべく介護保険利用者が増えなければよいと思います。

**【狭間副会長】**

わかりました。そうすると、主観的効果はますます大事であり、本音の気持ちが大事ということですね。本委員会は検証委員会なので、その点を詳しく議論していかなければならないと思います。

【サーベイリサーチセンター】

そのとおりだと思います。先ほど、瀬戸先生より訪問系サービス利用者からの回答が少ないのご指摘をいただきましたが、訪問系サービス利用者の主観的効果をとる項目が少ないということも、第2回委員会でご指摘いただいたとおりです。東京都の老人総合研究所でそこだけについて研究している事業があり、平成22年度の調査については、その中の項目をいくつか盛り込みたいと考えています。主観的効果の質問は、平成21年度の内容から改良させていただくように考えています。

【小賀会長】

他にありませんか。

【山口委員】

大変な調査をありがとうございます。2点質問させていただきます。

45頁の図表-43では、柳川・大木・広川支部は特定高齢者の把握率が最も高いですが、柳川・大木・広川支部の介護予防事業の参加率は一番低いです。この理由を教えてください。

それから、26・27頁では、同居世帯の改善率が高くなっています。これは客観的効果になるのか、主観的効果になるのかわかりませんが、家庭内での役割があるのか・ないのかわかりたいと思います。役割の重要性は大きいと思います。

【サーベイリサーチセンター】

45頁の柳川・大木・広川支部は特定高齢者の把握率が高く、参加率が低いというご質問ですが、申し訳ありませんが、その要因までの把握はこのデータからだけでは難しいです。

家族構成との関連については、前回の委員会で家族構成との関連を見た方がよいのではないかとのご指摘をいただき、分析した結果となります。家庭の中での役割については、調査票に質問として盛り込んでおります。今、クロス集計表を持ってきていないのですが、回答はできませんが、最終的にはクロス集計を行い、家庭内での状況の変化について分析したいと思います。

【サーベイリサーチセンター】

補足させていただきます。家族構成との分析について、これは26・27頁の家族構成と客観的効果の関係から見た分析に関する質問だと思います。改善層は同居世帯の割合が高いという結果は、サンプル数のバラつきが大きいので、参考程度になるかと思いますが、改善層と悪化層では、同居世帯の割合が2倍以上違いますので、改善層は同居世帯が多いととらえております。同居している場合でも、家庭の中での役割が非常に影響しているのではないかとのご指摘についてですが、68頁の調査票をご覧ください。これは生活度指数を

出すときにも活用した質問ですが、問 14 の主な日中の過ごし方として、自宅外で仕事をしているのか、また、自宅で仕事をしているのか、何もしていないのか等を聞いています。また、問 15 では仕事の状況を聞いています。問 17 では地域活動の参加状況を聞いています。このように日常生活の状況を尋ねる質問を盛り込んでおりますので、ここから生活度を見ていきたいと思えます。これらの項目を生活度指数としてまとめているのが 28 頁の生活度ランク・生活度指数となります。これと家族構成との分析を深めてみたいと思えます。例えば、悪化層に独居世帯が多いことについて、独居世帯といっても近隣に支援者がいるのか・いないのか等も影響するのではないかと思えます。前回の会議では家族構成をもう少し詳しく見てはどうかとのご指摘をいただいておりますので、家族構成を切り口にした分析は、平成 22 年度でも分析の手法を考えながらみていきたいと思えます。

#### 【小賀会長】

その際に、家族構成だけでなく、自分にとって意味ある他者・価値のある他者という親密な関係の他者がいるのか・いないのか、そして、その関係の中で自分にどのような役割があるのかが本質だと思えます。家族であっても関係が悪い場合もありますので。親密な関係として、家族も含めた他者交流がどのように作られているのか見る必要があると思えます。ご検討ください。

費用や保険料、利用料との関わりで、満足度が変わるのか・変わらないのかもあると思えます。福祉水準の高いデンマークやスエーデンで聞き取り調査を行ったところ、多くの不満が出てきました。何が不満なのか聞くと、窓口でのやり取りの中で、自分が認められないような費用徴収がある等です。日本だと当然だと思われることも、水準が高いせいもあるかもしれませんが、満足できていない状況があるようです。日本はどうして満足度が高いのか、私は理解に苦しむところがあります。そのようなところで、どのように質問したらよいのか、また、誰が質問したらよいのか考えると、現実に即した結果が得られると思えます。そのあたりで感じていることはありますか。

#### 【サーベイリサーチセンター】

家族に調査をすると不満は出てきます。サービスを受けている高齢者は、ありがたいという気持ちが大きいので、満足度は高くなります。これは他者が聞き取りに行っても同じ状況であり、パーセントが大きく変わることはありません。ただ、家族にアンケートをすると、サービスの内容によっては差が出てきます。特に、デイサービス系については、突然利用したいときに利用できなかった経験がある方は、不満度が高くなります。過去に行った調査では、家族の方が手厳しい評価を行うという状況がありました。



#### 【小賀会長】

私の母親も認知症で要介護 2 です。例えばヘルパーさんにお掃除をお願いした後に廊下をみると、あまり綺麗になっていないと思うときがあります。それを母親に言うと、「そういうことを言うな」といわれます。受け止め方は違うようです。自分が保険料を払い、利用料も払ってサービスを利用しているにも関わらず、利用しているサービスに関して、より客観的な立場で注文をつけようとしないう傾向が、私の母親に限らず多くの高齢者にあると思います。私の母親は言いたいことを言うタイプですが、ヘルパーさん等の直接サービスを提供している方との関わりでは、言いたいことを言わないことが多いと思います。その辺を、現実のものとして表せればよいと思っています。

#### 【山口委員】

先ほどの意見に関連ですが、68 頁の間 14 日中の主な過ごし方に関する質問について、この中に役割が入っているのでクロス集計を行うという話でしたが、主な過ごし方と家庭内の役割は異なると思います。いかがでしょうか。

#### 【サーベイリサーチセンター】

厳密に言うとおっしゃるとおりだと思います。平成 22 年度の調査にそのような質問を盛り込んだ方がよいのかについては、検討したいと思います。

#### 【因委員】

第 1 回委員会のことを鮮明に覚えているのですが、たしか厚生労働省の調査では、介護予防の効果がなかったとの結果が出たということでした。統計は取り方でどのようにでも数字が動かせると思います。厚生労働省の調査では効果がなかったという結果ですが、今回の調査では若干ですが改善という結果が出ています。その理由を教えてください。

#### 【サーベイリサーチセンター】

厚生労働省の調査票は、頁数が 50 頁程度あります。ボリュームが多いため、途中でダウンしている方もいます。60～100 程度の市町村で、多くの数量で調査を行いました。1 回目調査は行ったが、2 回目調査は行わなかったという市町村もありました。途中でダウンされた方や離脱した所は、1 回目調査と状態像が変わらないという設定をしたため、効果が明確にならなかったと考えています。そういう経緯があるため、今回の調査では、途中でダウンされた方については、各地域包括支援センターに無理をお願いして、健康になって離脱されたのか・介護給付の対象になったからなのか等の、その理由を回答していただくようにしました。国の状況を踏まえて、今回の調査票を設計したつもりです。

**【田代委員】**

費用対効果もあるかと思い、51 頁の表を見ていました。支部ごとに母数が異なるので一概には言えませんが、例えば遠賀支部と柳川・大木・広川支部を比べると、改善率は 19.4%と 85.3%でありにも違いがでています。また、費用対効果をみると、一人あたり 25 万 1 千円と 3 万 1 千円であり、効果がない方が費用がかかっています。この理由は、委託料のためなのでしょうか。理由はどこにあると思いますか。

**【小賀会長】**

いかがですか。

**【事務局】**

構成市町村調査は、福岡県が平成 19 年度に行った調査票と同じ様式で調査を行いました。地域支援事業に関しては、市町村に広域連合から予算を配分し、市町村で地域の実情にあったプログラムをたてて実施しています。委託で行っているもの等さまざまありますが、結果だけをいただいているので、委託料の比率までは把握できていない状況です。

**【田代委員】**

一般的に考えると、委託料が高いと効果もきちんと出ると思われますが、ここでは委託料が高い方が効果がでていないので質問させていただきました。すぐに回答はいりませんが、今後、費用対効果を含めて検証していくときには必要になりますので、よろしく願いします。

**【事務局】**

おっしゃるとおりだと思います。最終的にはそこまで把握できればと考えています。今の段階で、委託料と改善率が逆転している等の結果だけをみてどちらが適正である等とは言えませんので、もう少し細かくみていき、最終的にそこまで検証できれば理想だと考えます。

**【田代委員】**

よろしく願いします。

**【賀戸委員】**

初めて参加させていただき、知らない者として質問させていただきます。的外れな質問ならばお許しください。介護予防事業という一項目をめぐって、これだけのデータを作成されました。また、これを改良して平成 22 年度も調査を行うようですが、私自身は介護保険制度の中で介護予防はナンセンスだと考えています。介護予防の狙いは何かというと、

介護保険制度の適用者を少なくしていくことが政策的な意図です。昨今、団塊の世代が高齢者に入ってくることになることから、適用者数を抑えることが議論されていますが、進展はなく、後退しているようにも感じます。広域連合の組織として、この介護予防事業をめぐって、これだけの調査を今後も続けて行うというのは、全体としてどういう意味があるのでしょうか。国の指示で行うのか、それとも広域連合が主体的に行うのでしょうか。また、どういう意義があるのでしょうか。調査をするにもお金がかかります。それから調査結果をどの段階で現場に活用するのか、その姿が見えてきません。単なる調査の調査のように感じます。全体からみたときに、広域連合を考えると、保険料も 3 グループに分かれるような大きなお金が動いています。保険料が高くなる原因は何なのかを、本体として追及していくべきです。脱線しているかもしれませんが、基本的な質問としてお答えいただきたいと思います。

#### 【小賀会長】

私の方から回答いたします。介護保険制度そのものについては、私もあり方自体がおかしいと思っています。ただ現実的には法制度として成立し、機能している以上、内在的な批判が必要だと考えます。例えば、介護予防事業にしても、特定高齢者をどう特定していくのかの方法も保険者に任されていて、地域によって様々な方法で特定している現状があります。これを巡って議論することは、率直にいうと時間とお金の無駄だというのは理解できます。しかし、施策としてある以上は内部から精査してく必要があると思います。本委員会は運動団体ではありません。運動団体ならば保険料が高いとか、利用料の 1 割負担は年金生活をしている高齢者等にとって重い等のことが言えますが、制度の枠の中で、制度設計のあり方を考えると、違う形で高齢者の生活を守っていくという視点から問題の整理をしていく必要があると思っています。介護予防事業にしても、どれくらい意味があるのか・ないのかをきちんと明らかにした上で、効果がないとわかれば、広域連合として明らかにすることは意味があることだと思います。それから、介護保険制度のあり方を巡って、介護はどうあるべきか地域から検証していく必要があるということで、事業計画を策定してきた委員の皆様が一致し、本検証委員会を立ち上げて欲しいと連合長にお願いしました。そして、それは意味があることだにご了承いただき、本委員会はスタートしました。今の介護保険制度のままでよいという前提で議論している会議ではありません。ただ、法制度としてある以上は、その枠組みの中で、意味があること・ないことの精査をするという趣旨で議論をしていると私は認識しています。検証委員会を立ち上げたときに参加された委員の皆様も同様の思いだと思います。いかがでしょうか。

#### 【賀戸委員】

会長が言われることは、理屈として分かります。検証は必要だと思いますが、介護予防事業以外について本委員会では検証しているのでしょうか。そうではないようですね。結

論として、国と同じように介護予防事業は効果がないという結果に持っていくのか、数字だけ追っても意味がありません。地域包括支援センターも介護予防事業に追われて、本来の業務が滞っている状況のようです。他の役割を果たすための本委員会の位置づけが会議の中で見えてきません。

#### 【小賀会長】

このような検証委員会は、全国的にみても初めて設置されたと思います。どうすれば介護保険制度そのものが高齢者の生活を守るものになるのか、どのような方法で検証すればよいのか分かっていない状況です。どのような調査を行い、どのような資料を持ち寄れば、検証できるのか分かっていません。本検証委員会自体が迷いながら検証し始めているところです。まずは、連合の事務局ができる範囲で持ち出せる資料、あるいは改めて調査できるものは何か等から検討の材料を拾い集めている状況です。ですから、こういう議論は意味をなさないと理論的に分かれば、次の検証段階に進むことができますが、今の段階では資料を集めている状況です。

いかがでしょうか。逆に、こういう資料を出すべきだとかのご意見があれば、ご指摘いただきたいと思います。どなたもそうだと思いますが、厚生労働省が言うように、介護保険がうまくいっていると実感されている方は地域の中にいらっしゃらないと思います。しかしながら、国として法制度としてスタートしているので、実施するという現実から考えると、よりよい実施方法・介護保険のあり方を探る必要があります。現状として、高齢者の生活に合っていないのであれば、変更していかなければ無駄なお金になります。根拠を持って指摘していく作業がどうしても必要になります。

#### 【賀戸委員】

元々、介護予防事業は、介護保険制度の骨組みとしてあったものではなく、保険料が予想以上に高いことから、枝として作ったものです。これに集中するのは、私としては疑問に思います。私としては平成21年度の調査である程度の結果が見えると思います。再度調査し直す必要があるのでしょうか。また、調査結果を一般市民の方に周知できるように、この調査からまとめられるのでしょうか。

#### 【田代委員】

私が知る限り介護予防事業に参加された方は改善しています。しかし、来ない方・来られない方がいらっしゃいます。また、国は、特定高齢者を5%と考えていましたが、大きな誤差がありました。特定高齢者の把握そのものがナンセンスだと私たちも言っていました。今後の介護予防事業の方向性については、国にも考えがあると思いますが、いかがでしょうか。

**【小賀会長】**

特にそういうものはありません。具体的には第5次計画の策定に繋げていかなければなりません。介護保険事業の発足時には介護予防は考えられていませんでした。しかし、そこが大事で、要介護になった高齢者を受け止める制度だけでは満杯になってしまいます。少しでも要介護状態にならないようにもっていく必要があります。それを受けて介護予防の取り組みが生まれましたが、現実的には、介護予防事業はそれぞれの保険者によって異なっています。広域連合の中でもバラバラです。どのくらいの効果が出ているのか分からないのであれば、広域連合の介護予防事業はこれだと、広域連合として整えてもよいと思います。そういう方針が出せるのなら、地域包括支援センターが本来取り組むべき仕事になかなか取り組めない状況も改善されるかもしれません。ですから、第5次の具体的な計画づくりとして、広域連合の中での介護予防の取り組みがどうあるべきか繋げていくことは意味があると思います。今の時点では、介護保険制度を保持しつつ、具体的に、少しでも効果をあげるにはどうすればよいのかを検証していく必要があります。広域連合の第5次計画に向けて、広域全体として介護予防はこうあるべき等の考え方を整えていくべきだと思います。

**【中川委員】**

国は医療費の適正化ということで、医療費を抑えることが国として大事であり、これには予防が必要ということです。歯科でも治療よりも予防を重視しています。しかし、予防には予算がなかなかつきません。介護も同じ状況だと思います。介護状態にならないための予防にもお金が必要ですが、その金を効率的に使うためには、検証が必要だと思います。賀戸先生が言われるように、介護保険制度自体も難しい問題がありますが、制度自体を取り崩すことはできません。

**【小賀会長】**

何も言えなくなるという雰囲気はやめてください。言いたいことは何でも言っていて結構です。

**【瀬戸委員】**

今回は構成市町村調査もきちんと行っておりますから、結果を構成市町村にフィードバックし、構成市町村が自分たちの事業はどうかと振り返るという意味では、私は非常に意義があると思います。

**【山口委員】**

膨大な保険料を使って事業を行っているのですから、その評価・検証を行うことは保険者としての責任だと思います。

**【狭間副会長】**

効果的に介護予防を行うにはどうすればよいのかということと、また、そもそも介護予防事業自体にも限界があるのではないかということは、賀戸先生がおっしゃられるとおりでと思います。いずれにしても今回のデータだけだと、両方とも結論付けられないし議論できないかもしれませんので、違う資料が必要かと考えます。例えば、先ほど意見として出たように、家族に質問すると問題が浮き上がってくるかもしれません。郵送等で自由記述等でもよいので調査することはできますか。

**【小賀会長】**

いかがですか。

**【事務局】**

家族に対する調査ですか。

**【狭間副会長】**

今の調査だと、満足度が非常に高くなってしまいますので、議論が進まないと思います。この結果は喜んでよいものだと思いますが、それとは別に埋もれている声をなるべく拾って、それを検証委員会でまとめていく作業が必要だと思います。どうすれば介護予防をもっと効果的に進められるのかという点でも有効だと思います。それから、介護予防事業自体には限界があって、広域連合だけでは対応できない保険料の問題もあります。これは、国に訴えていく問題ですので、両面から考えていくためにも埋もれている声を拾い上げていく必要があると思います。例えば、高齢者ご本人が不満の声を出せないのであれば、家族にアンケートを行い、サービスの内容や費用負担などいろいろな不満の声を拾い上げる必要もあると思います。自由記述でよいのでアンケートを家族に対して行ったらどうかと思いますが、そのような調査を行うことについて事務局として心の準備はできていますか。

**【小賀会長】**

実現の可能性も含めて事務局は回答してください。

**【事務局】**

正直に言うと、家族に対する調査に関しては準備ができておりません。

本日、いろいろなご意見をいただきましたので、追加のクロス集計等を行うように考えております。例えば資料1の11頁にあるように、口腔リスクの方の改善層が多いという結果が出ていますが、どの市町村のどのサービスが効果的なのかまでは検証できていない状況です。調査を行うにあたって、どの市町村のどのサービスが最も改善に寄与しているの

かを、まず定めていきたいと考えています。そして、それを構成市町村等を通じて、紹介していきたいと考えています。この調査票は、手探りの中で、まずは全国的な調査票に習って設計しました。そして形を変えながら詳細がみられるようにもっていかなければならないと思います。山口先生が言われたように予算はかかっています。介護予防事業に関しては保険料をご負担いただいています。それに対して、保険者の責務として、効果がある事業を実施し、無駄遣いをしないようにしなければなりません。そうでなければ33の構成市町村にも理解を求めることは難しいと思います。また、この調査について、私は客観的効果と主観的効果でクロス集計を行ってもあまり意味がないと思っております。あくまでも客観的効果は改善率の評価です。また、主観的効果は心の改善につながっていると思います。費用をかけずに効果的に事業を実施しなければなりません。現在は、3%を保険料に転換させていただき、徴収させていただいています。

また、市町村が実施している予防事業に関する委託料は均一ではありません。委託料が高くても効果が出ていないサービスもあると思いますので、この検証委員会で効果のないサービスは見直すべきだと報告をまとめていただければと思います。どんな形で実施した方がより効果がみえるのかは、まだ手探り状態なので自由にご意見をいただきたいと思います。

#### 【小賀会長】

本日の会議は2時間で終わりたいと考えていますので、残り5分で終了します。本日は議題1の「平成21年度介護予防効果測定調査結果概要説明」までとします。残りの議題については、次回の会議に繋げたいと思います。よろしいですか。

では、残り5分ですが、ご質問や次回の会議に向けて尋ねたいことがございましたら、お願いします。

#### 【因委員】

介護予防は、介護保険の財源問題があつて、元気な高齢者を作りたいということと、介護給付から軽度の人を切り離したいということで作られたと思います。要支援認定者が介護予防に移動して、果たして効果があつたのかを検証できればと思います。しかし、ほとんど効果はなく、この結果でも9割が維持層となっています。国の社会保障審議会は秋までに介護保険改正の骨格案を作ると言っています。それまでに間に合えばよいと思っておりますが、正直言って、要支援者と要介護者の問題は、要支援と要介護を行ったり来たりする方もいて、そこをケアマネジメントする場合、地域包括支援センターなのか、ケアマネジャーなのかという問題もあります。それは利用者にも迷惑をかけています。要支援者になったら地域包括支援センターに行って、要介護者になったらケアマネジメントになってと……。その辺りをこのデータから読み取れて、提言できたらありがたいです。

厚生労働省は介護予防事業で効果が出ていないという結果を出しているという話があり

ましたが、改善している結果を出すにはどうすればよいのか、という手法で分析しないことを祈ります。実態が出ればよく、改善という結果がでなくてもよいです。データを誘導しないようにお願いします。

**【田代委員】**

維持層をどう考えるのかという問題もあります。私は、改善はとても難しいので維持層プラス改善層はどのくらいいるのかを見ていけばよいと思います。

**【因委員】**

改善層も、どのくらい改善したら改善層と定義するのかということです。

**【小賀会長】**

他にありませんか。

**【賀戸委員】**

この委員会はどのくらいの間隔で開催するのですか。

**【小賀会長】**

基本的には年に2回程度です。本年度はもう一度開催します。

**【賀戸委員】**

事務局は今あるデータで加工ができそうですか。新たに調査する等はできないと思いますが。

**【事務局】**

介護に関するデータは当然あります。本日の資料2で準備しておりました。

先ほどご意見をいただいたように、改善層・維持層の定義を事務局側で考えることは難しいです。例えば、調査票のこの間でこうならば改善層にする等の議論をいただかないと、判断が難しいと考えます。次回までに、調査報告書の調査項目に関して、集計していない生データを提示することは可能です。例えば、平成22年度の調査を実施する前に、維持層をさらに区分することはできます。まずは、維持層の定義を決めないと資料の準備やアンケート調査の設計は難しいと思います。そこを含めてご議論いただきたいと思います。

また、会議は年2回の開催となっておりますが、アンケートを実施することを踏まえて回数を設定しております。調査には半年かかりますので、今あるデータで、改善層・維持層の定義等について継続議論したいとなれば、作業部会などで会議を開催したいと思います。本日は時間がありませんが、本日の資料に平成22年度の調査票案をつけており、これでご



了承いただければ8月から調査に入りたいと考えておりました。しかし本日のご議論では、すぐに調査を実施することは難しいと思います。平成22年度の調査は、日程がずれても仕方がないと思います。また、事務局として必要なデータは出します。

事務局としては、改善層・維持層の定義を決めていただきたいということです。それを議論の中心にしていいただければと思います。

#### 【山口委員】

今日は全体的な数字しかわかりませんが、最も改善があった市町村と、最も悪化した市町村等のデータがあれば分かりやすいと思います。事業所との結びつきがわかれば議論しやすいと思います。

#### 【事務局】

第4期事業計画策定時に、どの事業所のどのサービスを利用したら効果が高かったのか見たいというご意見をいただきました。どの事業所が提供した、どのサービスが効果があったのか、特定できたサービスを市町村に紹介できればと思い、その足がかりとして、この調査を始めました。

山口委員が言われたような資料はご提示できると思います。ご希望の資料は準備いたします。

まずは、作業部会等で維持層・改善層の定義の検討から始められればと思います。よろしくお願いいたします。

#### 【小賀会長】

時間が過ぎましたので、これで終わります。来年度は第5次の計画策定となっています。少しでも第5次計画策定に有効となるように、皆様方のご意見を集めたいと思います。よろしくお願いいたします。本日、審議できなかった議題について、こういう資料があれば有効な議論ができる等のご意見がありましたら、事務局までよろしくお願いいたします。

本日は、お忙しい中ありがとうございました。

#### 【事務局】

次回の日程については、皆様のスケジュールをお伺いして決めていきたいと思います。よろしくお願いいたします。本日はこれで閉会します。ありがとうございました。

以上