

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
居宅サービス等における適正化とサービスの質の
向上および保険者機能強化のための調査研究事業
報 告 書

平成26年3月

株式会社 日本総合研究所

**居宅サービス等における適正化とサービスの質の向上および
保険者機能強化のための調査研究事業**

報 告 書

目 次

第1章 本事業の実施概要	3
1. 本事業の背景	3
2. 本事業の目的	3
3. 本事業の方法	4
(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討	4
(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討	4
4. 本事業の実施体制	5
第2章 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討	6
1. 本事業の背景と目的	6
(1) 背景	6
(2) 目的	6
(3) 仮説	7
2. 使用データとデータ作成の方法	8
(1) 使用データ	8
(2) データ作成の方法	9
3. 分析1結果「要介護認定率の年次推移について」	11
(1) 全国・埼玉県・和光市における要介護認定率の比較	11
(2) 状態像区分別割合の推移	12
(3) 年齢5歳階級別の要介護認定率・二次予防対象者率の変化	14
(4) 二次予防対象者(80-89歳)チェックリスト得点の変化	15
(5) 各状態像グループの状態像区分の変化	16
4. 分析2結果「地域支援事業への参加有無による状態像変化の状況について」	23
(1) 二次予防対象者グループの地域支援事業参加有無別状態像区分変化	23
(2) 介護予防ケアプランの有無による状態像の差異	23
(3) 二次予防対象者グループの地域支援事業参加有無別状態像区分変化	24
5. 総括	28
第3章 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討	31
1. 背景・目的	31
(1) 背景	31
(2) 目的	31
2. 実施内容	32
(1) 仕組みの概要	32

(2) データ取得の手順	33
(3) 取得したデータ項目	34
3. 結果	36
(1) 本事業への参加状況	36
(2) データの取得状況	36
(3) 入退室時刻・滞在時間に関するケアプランと実訪問の乖離の状況	40
(4) 実施ケア内容の状況	44
(5) 本試行事業の実施に対する事業者の意見	45
(6) データの活用状況および活用にかかる時間的制約に対する保険者の意見	47
4. 総括	48
第4章 まとめと今後の方向性	49
1. 成果のまとめおよび保険者機能強化に向けた示唆	49
(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討	49
(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討	50
2. 保険者機能強化を推進していく上での課題	51
(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討	51
(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討	52
参考資料 和光市における保険者機能強化等に関する具体的な取り組み	54

第 1 章 本事業の実施概要

1. 本事業の背景

2025 年に向けた高齢化の急速な進展と財政制約の中で、高齢者に対して必要な介護保険サービスを提供していくためには、保険者による適切な介護保険事業運営の実現が求められる。そのためには、保険者が介護保険サービス提供プロセスを把握し、さらに評価を実施するという PDCA サイクルの仕組みが不可欠である。特に、介護保険事業運営全体の評価という観点で見れば、要介護認定率の低下等といった定量的なアウトカム指標による評価が必要である。

ただし、そのような評価を実施するための前提条件として、介護保険サービスの利用実績に関して信頼性のあるデータが保険者に蓄積されていることが重要である。

こうした点を踏まえると、保険者による介護保険事業運営の政策評価に資する手法を検討するとともに、その前提条件となる、信頼性の担保されたデータ蓄積に関する仕組みの検証と提案が必要となっている。

2. 本事業の目的

前述した課題認識を踏まえ、本事業では以下の 2 点を事業目的として設定し、埼玉県和光市をフィールドにして実証的な調査研究を実施した。

- ・ 介護保険事業のアウトカム指標である要介護認定率等の変化を分析するとともに、介護予防事業に着目して、その実施による効果検証と保険者における具体的なデータ活用の方法を検討する【第 2 章】
- ・ 介護保険事業の評価に向けた、居宅系サービスの提供実態に関するデータ蓄積の仕組みを検討・検証するとともに、その課題と解決方法を検討する【第 3 章】

なお、和光市を調査研究フィールドに設定した理由は、事業開始当初から、介護保険事業のデータ蓄積に基づく政策評価の実施という方向性を明示しており、上記目的のための検討・検証が行いやすい環境が整っていると考えられたためである。

3. 本事業の方法

本事業では、以下の方法により、検討・調査を実施した。

(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討

埼玉県和光市が蓄積している要介護認定や二次予防等の状態像データや、地域支援事業のサービス実績を組み合わせ分析を行うことで、介護保険事業の効果検証のトライアルを行う。効果検証においては、時系列での年齢別要介護認定率の改善や、地域支援事業による二次予防対象者等の悪化率改善を主な視点とした。

主なデータ項目： 全高齢者の状態像区分(要介護、要支援、二次予防、自立、等)、年齢、地域支援事業への参加状況、基本チェックリスト回答結果、等
分析対象の事業期間： 2008年4月～2013年4月

(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討

和光市内で定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業、訪問介護事業、介護予防事業を実施している事業者において、サービス提供の担当者が訪問ごとに電子的に作成・伝送する利用者の状態像記録を活用すること等により、保険者がサービス提供状況をより客観的に、かつ正確に、効率的に把握する仕組みについて検討を行った。

参加事業者： 3事業者

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問介護、介護予防、各1事業者)

参加介護職員： 26名

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護19名、訪問介護6名、介護予防1名)

参加利用者： 7名

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護4名、訪問介護2名、介護予防1名)

実施期間： 2013年10月～12月

4. 本事業の実施体制

事業実施にあたっては、有識者から構成される検討委員会を設置し、検討を行った。

【検討委員会 委員】

(敬称略、◎は委員長、50音順)

大西 佐知子	NTT 東日本 ビジネス開発本部 第三部門 アライアンス担当部長
久留 善武	一般社団法人シルバーサービス振興会 企画部長
千田 透	独立行政法人福祉医療機構 福祉貸付部長
東内 京一	和光市役所 保健福祉部長
◎永翁 幸生	株式会社行財政総合研究所 代表取締役社長

【委員会の開催】

第1回委員会

開催日：平成25年8月26日(月) 16:00～18:00

場所：株式会社日本総合研究所 会議室

議題：事業概要について

介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討の内容について

居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討の内容について

今後のスケジュールについて

第2回委員会

開催日：平成25年12月16日(月) 16:00～18:00

場所：和光市役所 会議室

議題：居宅サービス等の実態把握に関する仕組みのレビューについて

第3回委員会

開催日：平成26年2月27日(木) 9:45～11:45

場所：独立行政法人福祉医療機構 会議室

議題：介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討結果について

居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討結果について

報告書のまとめについて

第2章 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討

1. 本事業の背景と目的

(1) 背景

介護保険制度は、その理念として、「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する」こと、「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮」することを掲げている。保険者においては、自立支援の考え方の周知・啓発や、介護予防事業等を通じて地域住民の健康長寿や状態像の悪化防止を推進することが重要な役割の1つである。

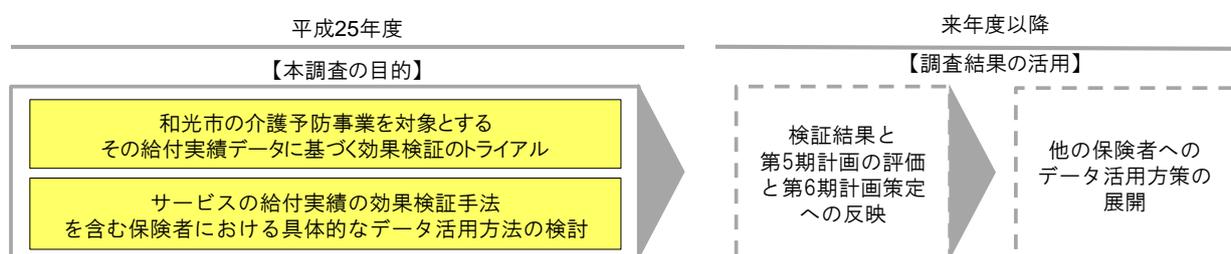
介護予防事業の質の向上、ひいては保険者の機能強化(計画精度の向上、効率的な運営管理、評価に基づく改善)を図るために、介護予防事業の実施状況データに基づいた検証を行うことが求められるが、現状では、実施状況に基づく効果検証やデータの活用が保険者において必ずしも十分になされているとはいえない。

(2) 目的

上記の背景を踏まえ、本事業では、埼玉県和光市を分析のフィールドとして、以下の2点を目的として設定する。

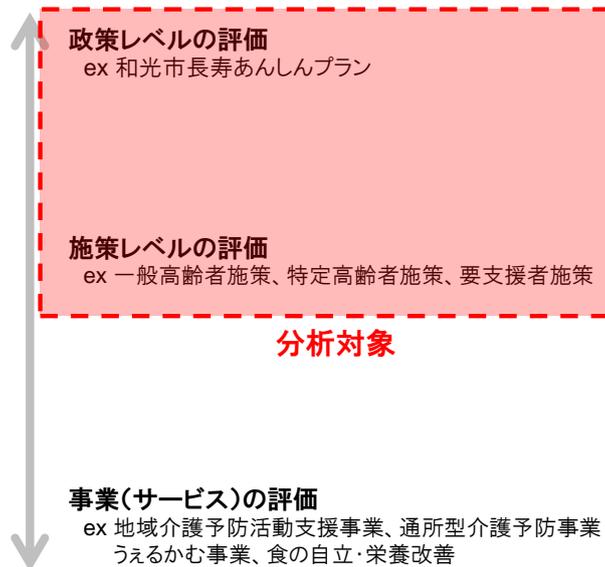
- ・ 和光市における介護予防事業を対象とし、その実績データに基づき、状態像の悪化防止等の効果検証のトライアルを行うこと。
- ・ サービスの給付実績の効果検証手法を含む、保険者における具体的なデータ活用方法の検討を行うこと。

図表1 本事業の目的と成果の活用



なお本事業では、以下の通り、政策・施策レベルを分析対象として設定し、地域支援事業における個別サービスの評価は対象外とする。

図表2 本事業で分析対象とする評価レベル



(3) 仮説

本事業では、和光市の介護予防事業を評価するにあたり、以下の2つの仮説を設定し、それぞれについて分析を実施した。

図表3 本事業における仮説

仮説	
分析1	<ul style="list-style-type: none"> • 計画の期を追うごとに、年齢別要介護認定率が改善しているのではないかと。 ✓ 認定率の改善がみられる/改善がみられないセグメントはどのような属性か。
分析2	<ul style="list-style-type: none"> • 介護予防事業(地域支援事業)への参加の有無によって、悪化率の改善に差がみられるのではないかと。 ✓ 事業への参加によって、悪化率の改善が図られているセグメントはどのような属性か。 ✓ 悪化者は、どのようなプロフィールなのか。

2.使用データとデータ作成の方法

前述の仮説の検証を行うために、本事業では、保険者が保有する複数のシステム等から得られたデータを突合し、要介護者・要支援者・二次予防対象者・自立者を含むすべての高齢者について、状態像区分と地域支援事業等のサービス利用実績を複数時点で作成し、サービスの利用実績等を踏まえた状態像区分の変化等を時系列で分析することを試みた。

(1) 使用データ

和光市に対してデータ提供の依頼を書面にて行い、以下に示した複数のデータベースから抽出されたデータの提供を受けた。なお受領したデータについては、和光市「個人情報取扱特記事項」と日本総合研究所「個人情報保護方針」に基づき適切な取り扱いを行った。

図表4 本事業において使用したデータ

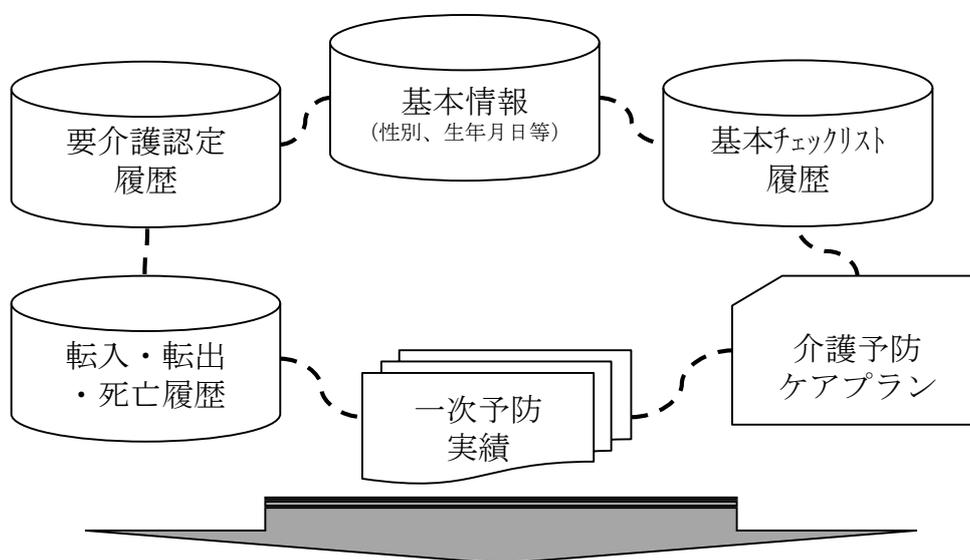
各データ	出所・システム	期間
基本情報(被保険者番号、氏名、性別、生年月日、住所、世帯情報)	介護予防マネジメントシステム	2013年10月の時点で抽出
転入、転出、死亡履歴	住民基本台帳システム	2006年4月～2013年10月
基本チェックリスト回答結果	介護予防マネジメントシステム	2006年4月～2013年10月の履歴
二次予防者ケアプラン情報	介護予防マネジメントシステム	2006年4月～2013年10月の履歴
要介護認定情報	介護保険システム	2006年4月～2013年10月の履歴
地域支援事業(一次予防)参加実績データ(エクセル形式)	長寿あんしん課のサーバー・PC	2006年4月～2013年10月の履歴

(2) データ作成の方法

① 作成したデータテーブルの構成

抽出した各データを、宛名コードまたは被保険者番号のいずれかを用いて統合し、データテーブルを作成した。被保険者番号、宛名コード、氏名、性別、生年月日等の基本情報、2008年4月1日～2013年4月1日の6時点の年齢、2008年4月1日～2013年4月1日の6時点の状態像区分、各時点での二次予防サービス実績(プラン有無)、一次予防サービス実績を一覧化したデータテーブルを作成した。

図表5 作成したデータテーブルの構成



ID	基本情報					各時点年齢						状態像区分						二次予防サービス実績 (二次予防プラン有無)						一次予防サービス実績		
	被保険者番号	宛名コード	氏名	フリガナ	性別	生年月日	080401時点	090401時点	100401時点	110401時点	120401時点	130401時点	080401時点	090401時点	100401時点	110401時点	120401時点	130401時点	080401時点	090401時点	100401時点	110401時点	120401時点	130401時点	080401時点	090401時点
1	*****	*****	和光太郎	ワコウタロウ	男	yyyymmdd	65	66	67	68	69	70	10	20	31	43	50	60	0	0	1	0	0	0	0	1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
..
..
..

【対象者】合計16,237名分
 2006年4月1日～2013年10月までに和光市の被保険者となったことがある者のうち、
 2006年4月1日～2013年10月に第1号被保険者(65歳以上)となった者または、
 第2号被保険者として要介護認定を受けた者

② 状態像区分データの作成方法

状態像区分データは、以下のルールに基づき作成した。

図表6 状態像区分データ作成方法

分類名	200a/4/1 の分類方法
データ無	<ul style="list-style-type: none"> 死亡・転出・要介護・要支援のいずれにも該当しない。 200a-1/4/2～200a/4/1 に基本チェックリストに基づく判定を受けていない者。
自立	<ul style="list-style-type: none"> 死亡・転出・要介護・要支援のいずれにも該当しない。 200a-1/4/2～200a/4/1 に基本チェックリストに基づく判定を受け、二次予防候補に該当しなかった者。
二次予防	<ul style="list-style-type: none"> 死亡・転出・要介護・要支援のいずれにも該当しない。 200a-1/4/2～200a/4/1 に基本チェックリストに基づく判定を受け、二次予防候補となった者。
要支援(1～2)	<ul style="list-style-type: none"> 死亡・転出のいずれにも該当しない。 200a/4/1 に認定(要支援)の有効期間中である者。
要介護(3～5)	<ul style="list-style-type: none"> 死亡・転出のいずれにも該当しない。 200a/4/1 に認定(要介護)の有効期間中である者。
死亡	<ul style="list-style-type: none"> 200a-1/4/2～200a/4/1 に死亡。
転出	<ul style="list-style-type: none"> 200a-1/4/2～200a/4/1 に転出。

③ 作成したデータの時点

作成したデータの時点を整理すると、以下の通りである。

状態像区分データおよび二次予防サービス実績データ(二次予防プラン有無)は、2008年4月1日～2013年4月1日までの6時点について作成した。一次予防サービス実績データは、2011年4月1日と2012年4月1日の2時点について作成したⁱ。

図表7 状態像区分データの時点

18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
第3期			第4期			第5期	

2006/4/1 2007/4/1 2008/4/1 2009/4/1 2010/4/1 2011/4/1 2012/4/1 2013/4/1 2014/4/1

状態像区分、二次予防サービス
 実績データが作成できた時点

一次予防サービス実績データが作成できた時点

ⁱ 一次予防サービス実績データについては、各年度によって参加実績を記録したシートの項目や運用方法が異なっており、データテーブルの他の項目との突合に必要な被保険者番号や宛名コードの記載状況にばらつきが見られた。本データテーブルでは、被保険者番号や宛名コードの記載率が高かった2時点のみを反映した。

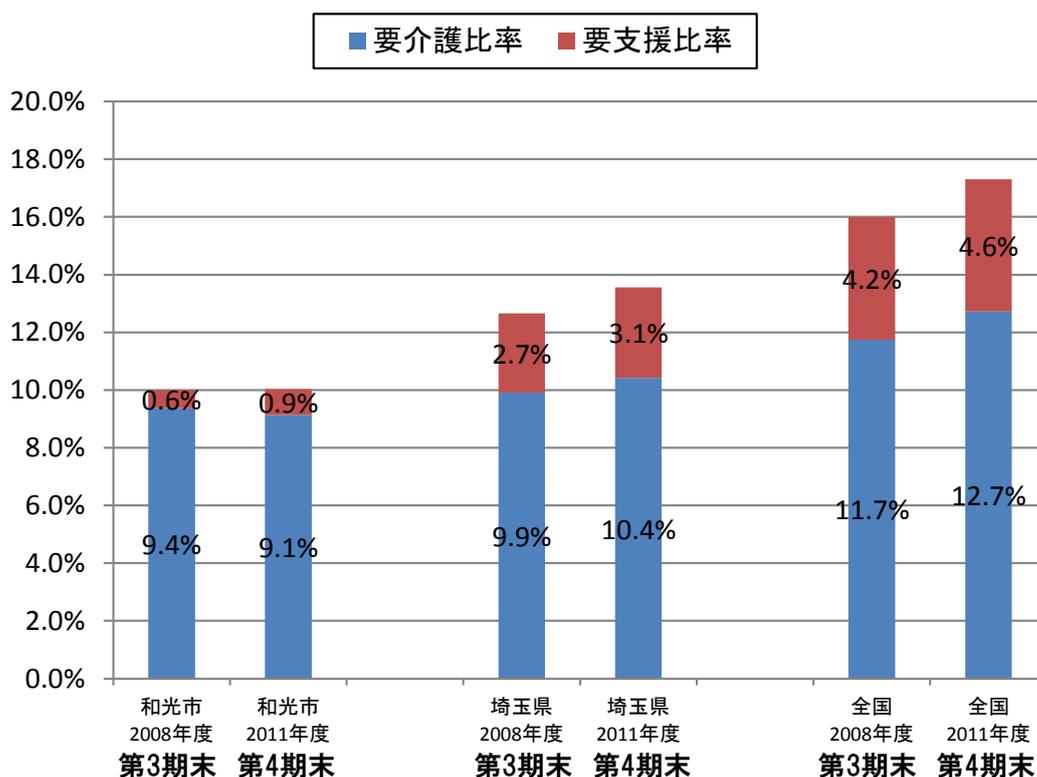
3.分析1結果「要介護認定率の年次推移について」

分析1では、状態像区分の年次推移データを基に、要介護認定率の改善について分析を行った。

(1) 全国・埼玉県・和光市における要介護認定率の比較

分析の前提として、65歳以上人口に占める要介護認定者(要介護者・要支援者)の割合(以下、要介護認定率)を全国・埼玉県・和光市で比較してみたところ、和光市では全国・埼玉県と比較して、全体的に要介護認定率が低い傾向にあった。さらに、経年的にみた場合でも、第3期から第4期にかけて全国・埼玉県では要介護認定率の上昇がみられたが、和光市では要介護認定率が低いまま抑えられており、特に要介護者については減少がみられた。

図表8 要介護認定率(和光市・埼玉県・全国)



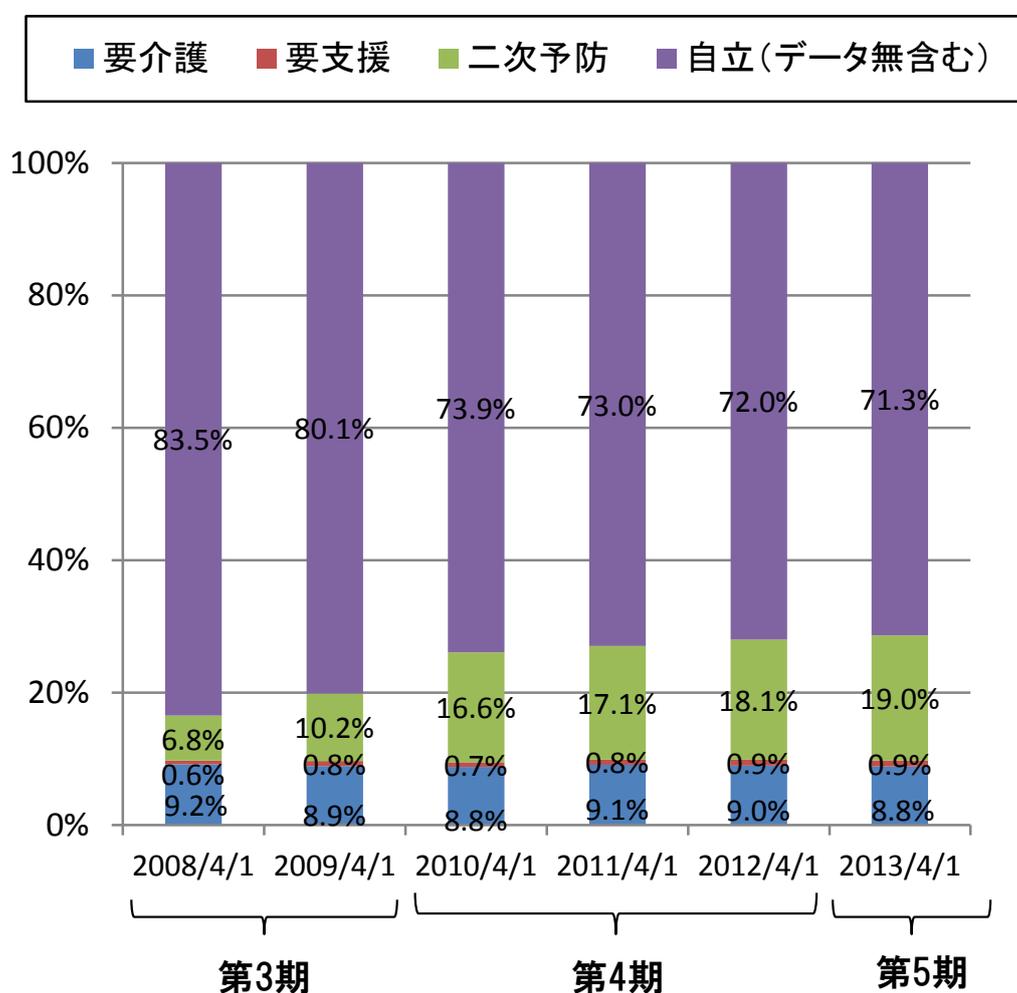
厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成

(2) 状態像区分別割合の推移

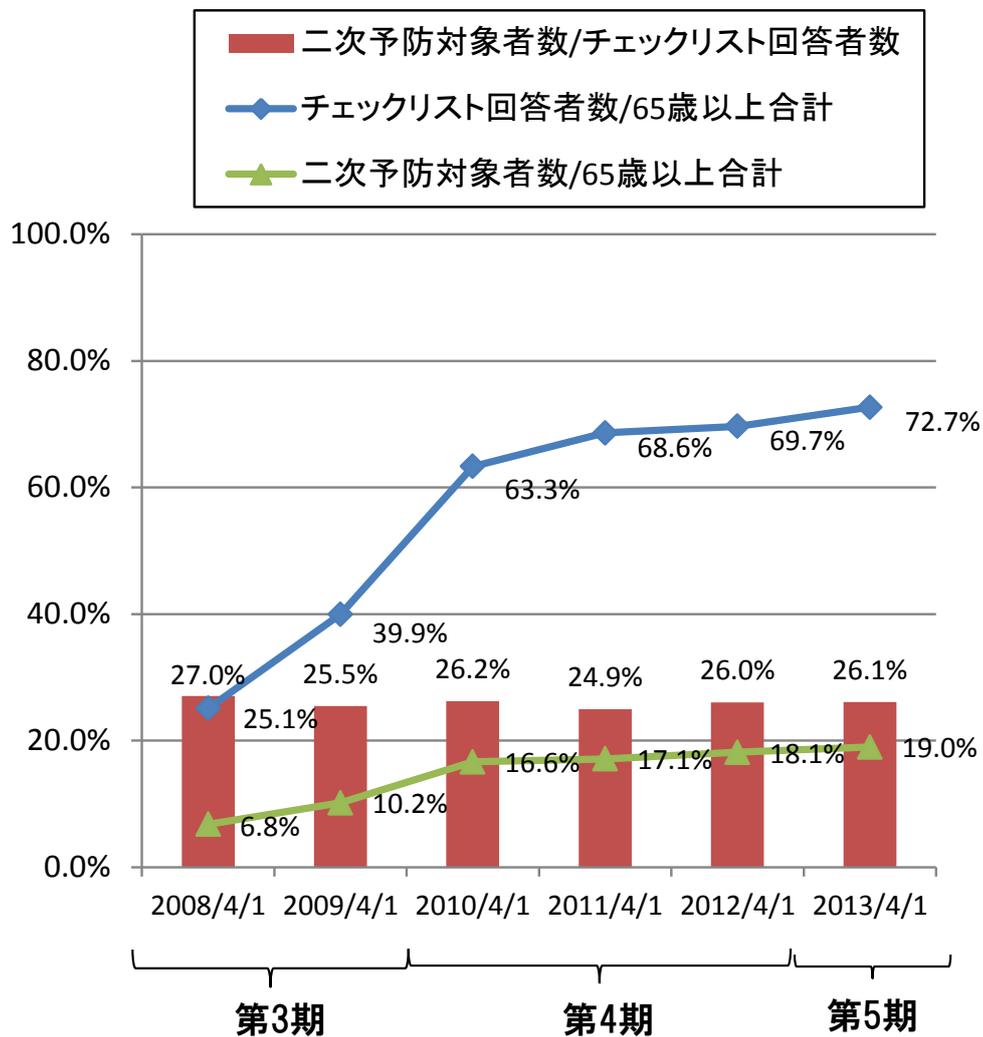
次に、作成したデータテーブルに基づき、和光市における高齢者の状態像区分別割合の推移をみると、要介護認定率は既にみた通り、第3期から第5期にかけて一定の水準で維持されている一方、二次予防対象者比率については、第3期から第5期にかけて増大がみられる。ただし第4期中では16%～19%で安定して推移している傾向にある。

その背景として、第3期から第4期にかけて二次予防対象者を判定するためのチェックリストの配布数が増加していることが分かり、二次予防対象者比率の増大の主な要因は、このチェックリスト配布数の増加によるものであることが考えられる。

図表9 和光市における65歳以上の状態像区分別割合の推移



図表10 二次予防対象者数およびチェックリスト回答者数に関する推移



なお、各年の状態像区分に関する集計の詳細は、以下の通りである。なお、自立(65歳以上)と二次予防(65歳以上)については、当該年度に他のデータが無い場合には、前年度結果を踏襲している。

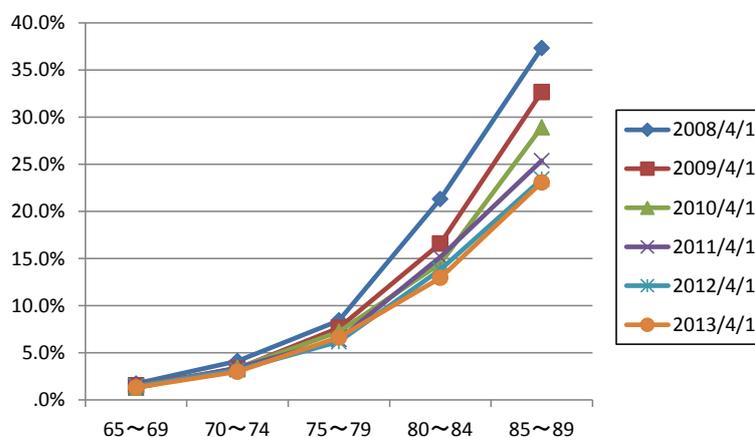
図表11 各年の状態像区分集計結果

	2008/4/1	2009/4/1	2010/4/1	2011/4/1	2012/4/1	2013/4/1
データ無(65歳以上)	6,553	5,306	2,977	2,413	2,401	2,177
自立(65歳以上)	1,843	3,138	5,119	5,779	6,038	6,644
二次予防(65歳以上)	682	1,072	1,820	1,921	2,125	2,345
要支援(65歳以上)	61	87	76	86	104	110
要介護(65歳以上)	922	937	965	1,026	1,052	1,093
死亡(65歳以上)	530	824	1,134	1,471	1,806	2,177
転出(65歳以上)	299	445	578	711	874	1,042
65歳以上合計(データ無+自立+二次予防+要支援+要介護)	10,061	10,540	10,957	11,225	11,720	12,369
【公表値】住民基本台帳65歳以上人口	9,921	10,369	10,772	11,040	11,548	12,263
65歳以上人口 計算値-【公表値】	140	171	185	185	172	106
30要支援+40要介護(65歳以上)	983	1,024	1,041	1,112	1,156	1,203
※要支援+要介護(65歳未満も含む)	1,042	1,073	1,096	1,169	1,201	1,250
【公表値】各年3月末要介護認定者数	1,015	1,055	1,083	1,137	-	-
要介護者数(65歳未満含む) 計算値-公表値	27	18	13	32	-	-
要支援+要介護者数(65歳以上)/65歳以上合計人数	9.8%	9.7%	9.5%	9.9%	9.9%	9.7%
要支援+要介護者数(65歳未満含む)/65歳以上合計人数	10.4%	10.2%	10.0%	10.4%	10.2%	10.1%
【公表値】和光市公表 各年3月末要介護率	10.2%	10.1%	10.0%	10.2%	-	-
二次予防候補(65歳以上のみ)/65歳以上合計	6.8%	10.2%	16.6%	17.1%	18.1%	19.0%
チェックリスト配布者(自立+二次予防)	2,525	4,210	6,939	7,700	8,163	8,989
二次予防(65歳以上)/チェックリスト回答者(自立+二次予防)	27.0%	25.5%	26.2%	24.9%	26.0%	26.1%
チェックリスト配布者(自立+二次予防)/65歳以上合計	25.1%	39.9%	63.3%	68.6%	69.7%	72.7%
【参考】チェックリスト配布数	-	-	-	7,683	11,172	-
【参考】チェックリスト回答数	-	-	-	4,271	8,287	-
【参考】二次予防事業対象者数(決定者数)	-	-	-	1,108	2,117	-

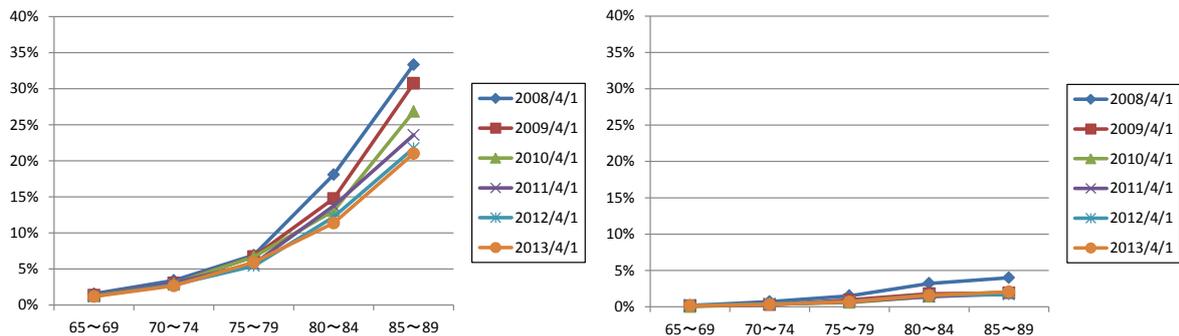
(3) 年齢5歳階級別の要介護認定率・二次予防対象者率の変化

次に、年齢5歳階級別の要介護認定率の推移をみると、80代についてはほぼ1年ごとに要介護認定率の低下がみられた。さらに、要介護者と要支援者を分けて推移をみると、要介護者では全体と同様、80代でほぼ1年ごとに認定率の低下がみられた。

図表12 年齢5歳階級別の要介護認定率(全体)



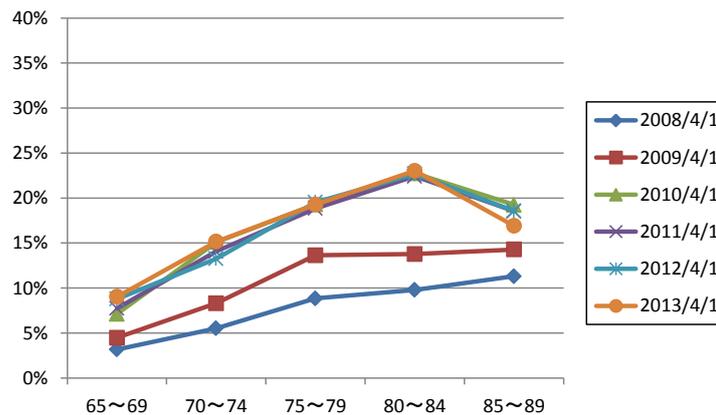
図表13 年齢5歳階級別の要介護認定率(要支援者・要介護者別)
 【要介護】 【要支援】



また、年齢 5 歳階級別の二次予防対象者率は、どの年齢階級においても増加がみられ、特に 80～84 歳においては増加が顕著である。

要介護・要支援の認定率が低下しており、二次予防対象の高齢者が増加していることから、和光市においては、介護保険サービス(介護給付・予防給付)を適正化し、地域支援事業(二次予防、介護予防・日常生活支援総合事業)サービスに移行を進めたことが予測できる。

図表 14 年齢 5 歳階級別の二次予防対象者率



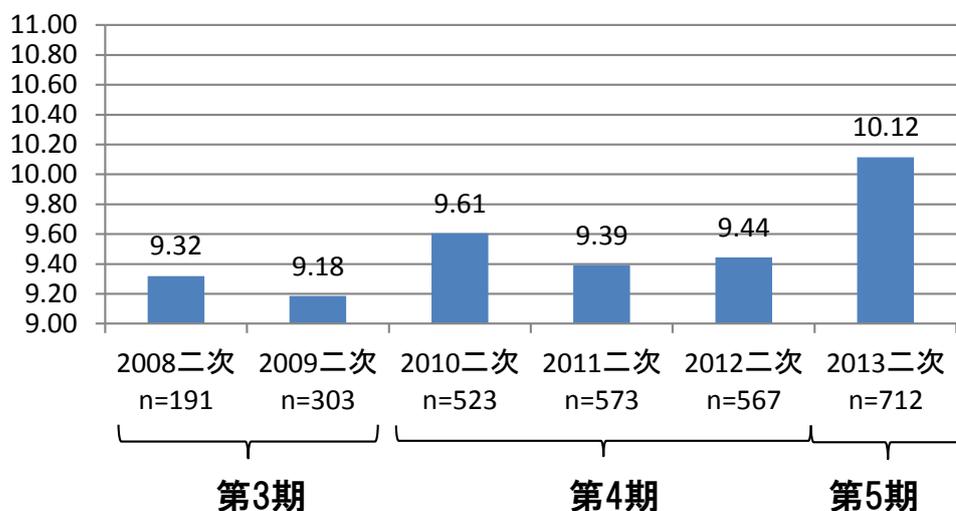
(4) 二次予防対象者(80-89 歳)チェックリスト得点の変化

特に、要介護認定率の低下のみられた 80 代において、介護保険サービスから地域支援事業(二次予防対象者、介護予防・日常生活支援総合事業)への移行を検討する目的で、各時点の二次予防対象者のチェックリスト合計得点の比較を行った。

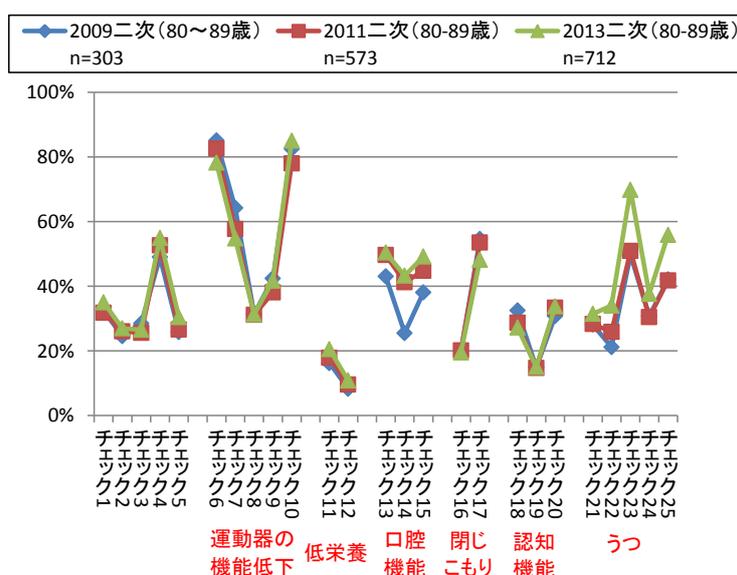
その結果、計画の期を追うごとに、二次予防対象者(80-89 歳)のチェックリスト合計得点は増加しており、二次予防対象者の状態像は悪化していた。また 2009 年、2011 年、2013 年の 3 時点で二次予防対象者(80-89 歳)のチェックリストの各項目への該当率を比較したが、口腔機能、うつなどの項目への該当率が、2009 年よりも 2011 年や 2013 年で高かった。

これらの結果からも、地域支援事業(二次予防対象者、介護予防・日常生活支援総合事業)が、適正化された介護保険サービスの受け皿として機能していることが裏付けられた。

図表15 各時点の二次予防対象者(80-89歳)のチェックリスト合計得点の平均



図表16 二次予防対象者(80-89歳)の各チェック項目への該当率



(5) 各状態像グループの状態像区分の変化

次に、各年の要介護者、要支援者、二次予防対象者、それぞれのグループについて、その後、経年的に状態像区分がどのように変化したのかを分析した。

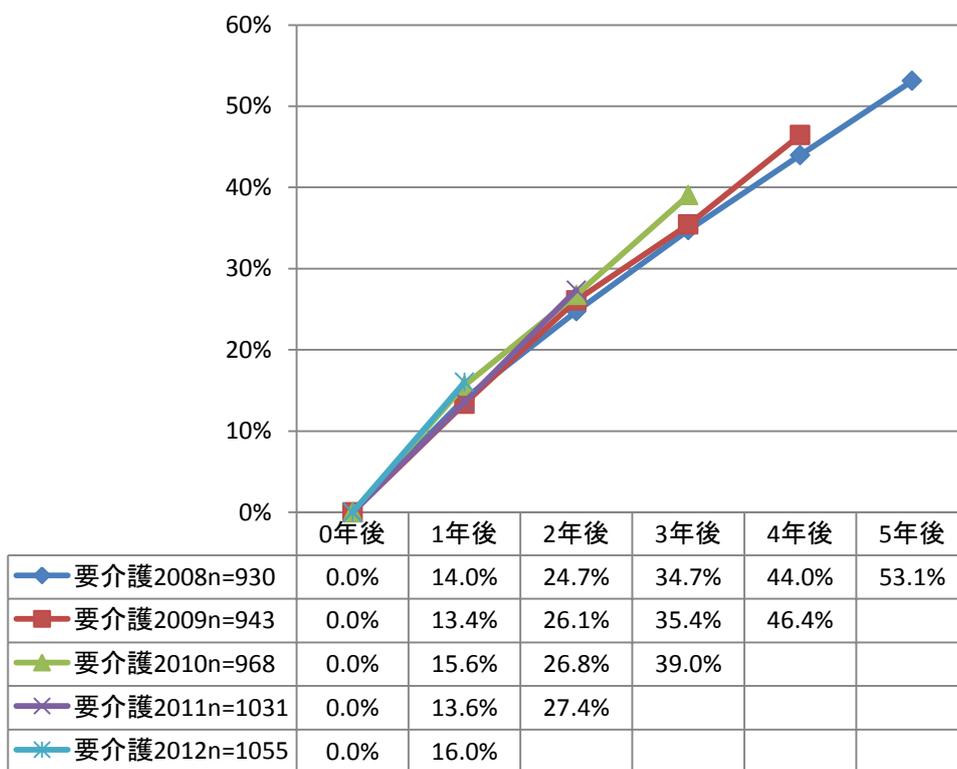
①要介護者グループの状態像区分変化

2008年～2012年のそれぞれの時点で状態像区分が要介護であったグループについて、状態像区分の変化を、改善(要支援、二次予防、自立へ移行)、維持(要介護のまま)、死亡、転出の4分類で捉えた。

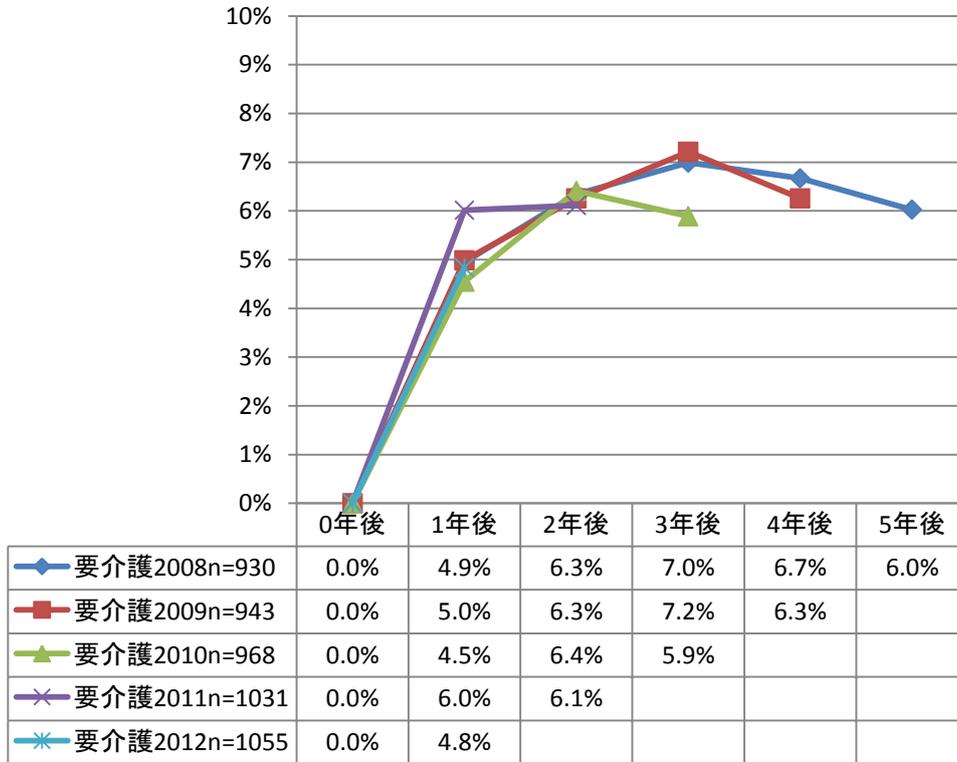
その結果1年後の死亡率は13%～15%程度で、3年後の死亡率は35～39%程度であった。各年の要介護者グループの死亡率の推移について比較を行ったところ、死亡率の傾きはほぼ同様であった。各年の要介護者グループの改善率(要支援、二次予防、自立への移行)の推移

について比較を行ったところ、傾きはほぼ同様であったが、2011年のみ1年後の改善率が高かった。

図表17 各年の要介護者グループの死亡率の年次推移



図表18 各年の要介護者グループの改善率の年次推移



図表19 各年の要介護者グループの状態像区分変化(詳細)

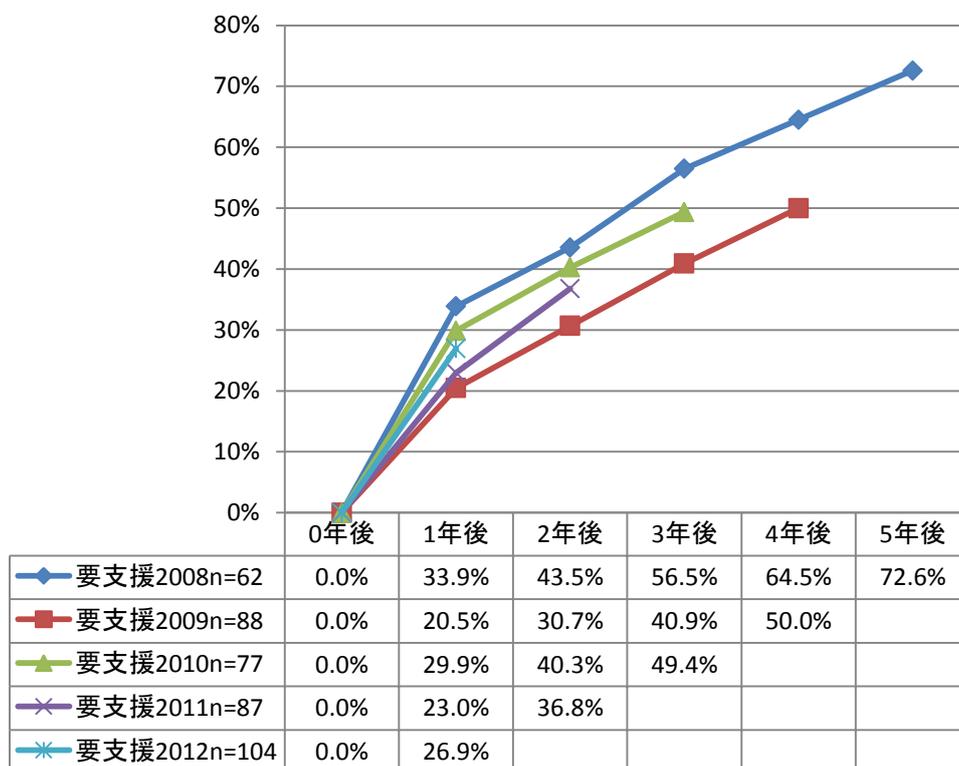
		2008/4/1	2009/4/1	2010/4/1	2011/4/1	2012/4/1	2013/4/1
要介護2008 n=930	改善	0.0%	4.9%	6.3%	7.0%	6.7%	6.0%
	維持	100.0%	80.0%	67.2%	56.2%	46.6%	37.4%
	死亡	0.0%	14.0%	24.7%	34.7%	44.0%	53.1%
	転出	0.0%	1.1%	1.7%	2.0%	2.8%	3.4%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要介護2009 n=943	改善	-	0.0%	5.0%	6.3%	7.2%	6.3%
	維持	-	100.0%	80.7%	66.4%	55.2%	44.5%
	死亡	-	0.0%	13.4%	26.1%	35.4%	46.4%
	転出	-	0.0%	1.0%	1.3%	2.1%	2.8%
	合計	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要介護2010 n=968	改善	-	-	0.0%	4.5%	6.4%	5.9%
	維持	-	-	100.0%	79.3%	65.1%	52.6%
	死亡	-	-	0.0%	15.6%	26.8%	39.0%
	転出	-	-	0.0%	0.5%	1.8%	2.5%
	合計	-	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要介護2011 n=1031	改善	-	-	-	0.0%	6.0%	6.1%
	維持	-	-	-	100.0%	79.0%	63.7%
	死亡	-	-	-	0.0%	13.6%	27.4%
	転出	-	-	-	0.0%	1.5%	2.8%
	合計	-	-	-	100.0%	100.0%	100.0%
要介護2012 n=1055	改善	-	-	-	-	0.0%	4.8%
	維持	-	-	-	-	100.0%	77.2%
	死亡	-	-	-	-	0.0%	16.0%
	転出	-	-	-	-	0.0%	2.0%
	合計	-	-	-	-	100.0%	100.0%

②要支援者グループの状態像区分変化

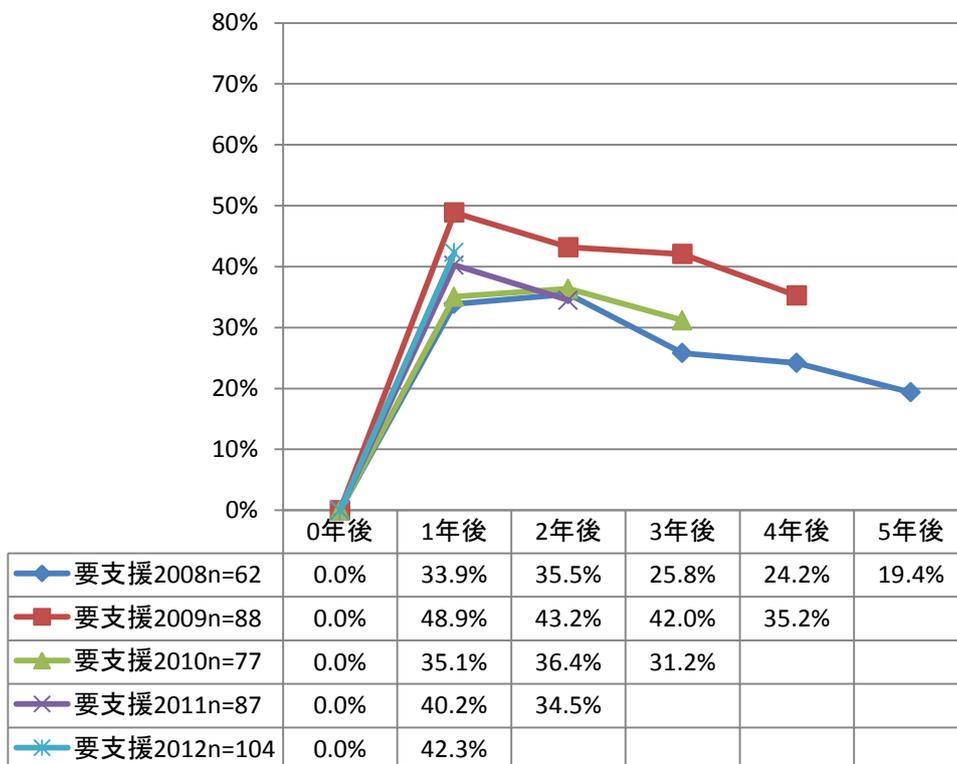
2008年～2012年のそれぞれの時点で状態像区分が要支援であったグループについて、状態像区分の変化を、改善(二次予防、自立へ移行)、維持(要支援のまま)、悪化(要介護へ移行)、死亡、転出の5分類で捉えた。

各年の要支援者グループの悪化率と死亡率の合計の推移について比較を行ったところ、各年で値にばらつきはあるが、傾きは概ね同水準であった。また、各年の要支援者グループの改善率(二次予防、自立への移行)の推移について比較を行ったところ、悪化率と死亡率の合計と同様に、各年で値にばらつきはあるものの、傾きは概ね同水準であった。要支援者グループは要介護者グループや二次予防対象者グループと比較してサンプル数が少ないため、値のばらつきが大きいものと考えられる。

図表20 各年の要支援者グループの悪化率+死亡率の年次推移



図表21 各年の要支援者グループの改善率の年次推移



図表22 各年の要支援者グループの状態像区分変化

		2008/4/1	2009/4/1	2010/4/1	2011/4/1	2012/4/1	2013/4/1
要支援2008 n=62	改善	0.0%	33.9%	35.5%	25.8%	24.2%	19.4%
	維持	100.0%	30.6%	19.4%	16.1%	9.7%	6.5%
	悪化	0.0%	29.0%	29.0%	37.1%	38.7%	33.9%
	死亡	0.0%	4.8%	14.5%	19.4%	25.8%	38.7%
	転出	0.0%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%	1.6%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要支援2009 n=88	改善	-	0.0%	48.9%	43.2%	42.0%	35.2%
	維持	-	100.0%	29.5%	23.9%	14.8%	9.1%
	悪化	-	0.0%	14.8%	21.6%	25.0%	29.5%
	死亡	-	0.0%	5.7%	9.1%	15.9%	20.5%
	転出	-	0.0%	1.1%	2.3%	2.3%	5.7%
	合計	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要支援2010 n=77	改善	-	-	0.0%	35.1%	36.4%	31.2%
	維持	-	-	100.0%	35.1%	22.1%	16.9%
	悪化	-	-	0.0%	26.0%	31.2%	36.4%
	死亡	-	-	0.0%	3.9%	9.1%	13.0%
	転出	-	-	0.0%	0.0%	1.3%	2.6%
	合計	-	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
要支援2011 n=87	改善	-	-	-	0.0%	40.2%	34.5%
	維持	-	-	-	100.0%	35.6%	24.1%
	悪化	-	-	-	0.0%	19.5%	28.7%
	死亡	-	-	-	0.0%	3.4%	8.0%
	転出	-	-	-	0.0%	1.1%	4.6%
	合計	-	-	-	100.0%	100.0%	100.0%
要支援2012 n=104	改善	-	-	-	-	0.0%	42.3%
	維持	-	-	-	-	100.0%	28.8%
	悪化	-	-	-	-	0.0%	23.1%
	死亡	-	-	-	-	0.0%	3.8%
	転出	-	-	-	-	0.0%	1.9%
	合計	-	-	-	-	100.0%	100.0%

③二次予防対象者グループの状態像区分変化

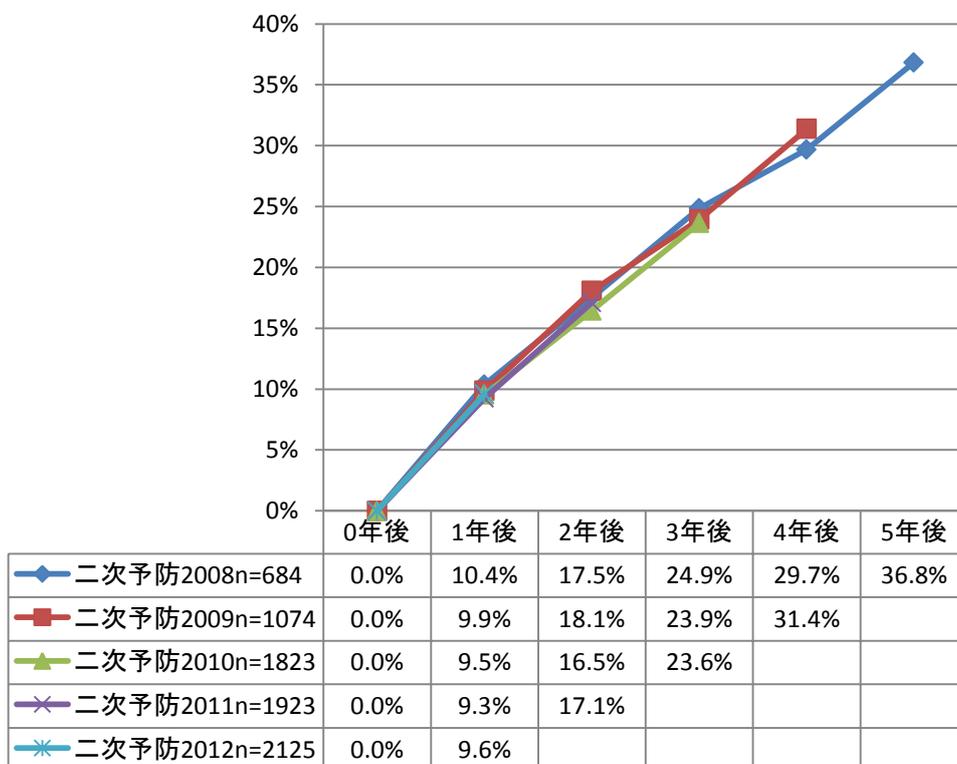
2008年～2012年のそれぞれの時点で状態像区分が二次予防であったグループについて、状態像区分の変化を、改善(自立へ移行)、維持(二次予防のまま)、悪化(要支援・要介護へ移行)、死亡、転出の5分類で捉えた。

各年の二次予防対象者グループの悪化率と死亡率の合計の推移について、比較を行ったところ、悪化率はほぼ同水準であった。

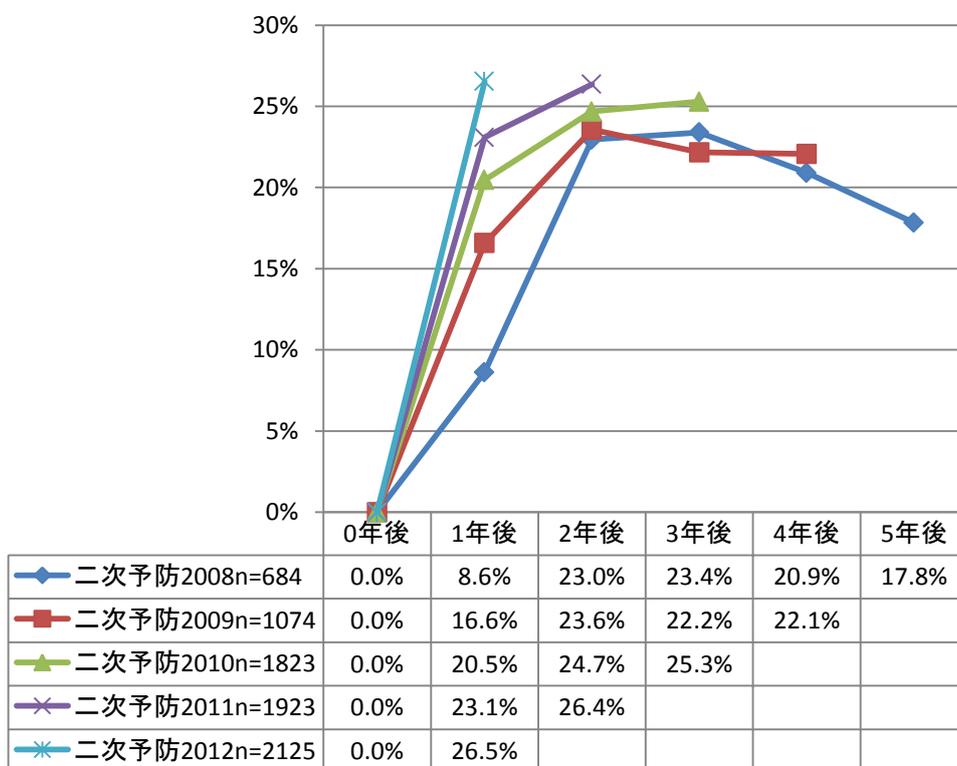
また、各年の二次予防対象者グループの改善率(自立への移行)の推移について比較を行ったところ、すべてのグループで1年後の改善率が増加していた。一方で2年後や3年後の改善率はほぼ同水準である。

悪化率と死亡率の合計が同水準で推移している一方で、1年後の改善率が大きく増加している要因は、二次予防対象者の状態像が実際に改善したというよりも、チェックリスト配布数の増加によるものと考えられる。二次予防グループの改善は、状態像区分データの作成ルール上、二次予防対象者が、二次予防判定後に再度チェックリストに回答することではじめてデータに現れるものである。チェックリスト配布数が2008年から2013年にかけて増加しているため、状態像が改善した二次予防対象者をより早く捉えることができるようになったものと考えられる。

図表23 各年の二次予防対象者グループの悪化+死亡率の年次推移



図表24 各年の二次予防対象者グループの改善率の年次推移



図表25 各年の二次予防対象者グループの状態像区分変化(詳細)

		2008/4/1	2009/4/1	2010/4/1	2011/4/1	2012/4/1	2013/4/1
二次予防2008 n=684	改善	0.0%	8.6%	23.0%	23.4%	22.1%	18.7%
	維持	100.0%	79.5%	57.2%	48.5%	43.7%	39.2%
	悪化	0.0%	6.9%	10.4%	14.0%	15.9%	18.6%
	死亡	0.0%	3.5%	7.2%	10.8%	13.7%	18.3%
	転出	0.0%	1.5%	2.3%	3.2%	4.5%	5.3%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
二次予防2009 n=1074	改善	-	0.0%	16.6%	23.6%	22.9%	22.8%
	維持	-	100.0%	72.3%	56.3%	49.3%	41.2%
	悪化	-	0.0%	6.2%	11.3%	13.7%	16.3%
	死亡	-	0.0%	3.6%	6.8%	10.2%	15.1%
	転出	-	0.0%	1.2%	2.0%	3.8%	4.6%
	合計	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
二次予防2010 n=1823	改善	-	-	0.0%	20.5%	25.1%	25.6%
	維持	-	-	100.0%	68.7%	55.5%	46.8%
	悪化	-	-	0.0%	6.6%	10.4%	13.6%
	死亡	-	-	0.0%	3.0%	6.1%	10.0%
	転出	-	-	0.0%	1.3%	2.9%	3.9%
	合計	-	-	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
二次予防2011 n=1923	改善	-	-	-	0.0%	23.1%	26.5%
	維持	-	-	-	100.0%	65.9%	53.7%
	悪化	-	-	-	0.0%	5.8%	10.1%
	死亡	-	-	-	0.0%	3.4%	7.0%
	転出	-	-	-	0.0%	1.7%	2.8%
	合計	-	-	-	100.0%	100.0%	100.0%
二次予防2012 n=2125	改善	-	-	-	-	0.0%	26.5%
	維持	-	-	-	-	100.0%	62.7%
	悪化	-	-	-	-	0.0%	6.6%
	死亡	-	-	-	-	0.0%	3.0%
	転出	-	-	-	-	0.0%	1.1%
	合計	-	-	-	-	100.0%	100.0%

4.分析 2 結果「地域支援事業への参加有無による状態像変化の状況について」

分析 2 では、地域支援事業への参加の有無による状態像変化(改善・維持・悪化)の状況について分析を行う。

(1) 二次予防対象者グループの地域支援事業参加有無別状態像区分変化

二次予防対象者と自立者のグループについて、地域支援事業への参加の有無によって、その後の状態像区分変化に差異があるのかどうかを分析した。

ここでは、2008年4月1日～2012年4月1日の5時点で二次予防対象者となった各グループを対象に、地域支援事業(二次予防対象者、介護予防・日常生活支援総合事業)への参加の有無によって、経年的に状態像区分の変化に差がみられるのかどうかを分析した。二次予防対象者の地域支援事業への参加有無としては、二次予防対象者を対象とした介護予防ケアプランの有無を用いた。状態像区分変化は、改善、維持、悪化(要支援・要介護)、死亡、転出、5つに分類し集計した。介護予防ケアプランの有無は、最初の状態像区分判定を行った日から1年間(2008年4月1日の二次予防対象者グループであれば、2008年4月1日～2009年3月31日)が介護予防ケアプランの計画期間に該当するかどうかで判定した。

(2) 介護予防ケアプランの有無による状態像の差異

まず分析に先立って、「介護予防プラン無群」と「プラン有群」の状態像について比較を行った。ここでは2008年と2011年、それぞれの二次予防グループをサンプルとして、介護予防プラン無群と有群で、年齢やチェックリストの合計点を比較したところ、介護予防プラン有群は、プラン無群に比べて平均年齢が高く、運動器の機能低下に関連する得点が有意に高かった。また口腔機能の低下に関する得点は、介護予防プラン有群の方が、介護予防プラン無群よりも低かった。

ここまでの分析結果からは、介護予防プランとは、二次予防対象者グループの中でも状態像の悪い者を対象に作られており、その結果として「介護予防プラン有群」の方がその後の経年的な悪化率が高くなっていると考えられる。

図表26 2008/4/1 二次予防対象者グループ プラン有無別の状態像比較

	平均年齢	チェックリスト合計 (25点満点)	運動器の機能低下 (6-10) (5点満点)	栄養改善 (11-12)合計 (2点満点)	口腔機能 (13-15) (3点満点)	閉じこもり (16)(1点満点)	認知機能 (18-20)(3点満点)	うつ(21-25)(5点満点)
2008二次予防プラン無(n=572)	76.05	8.26	2.71	0.28	1.21	0.13	0.69	1.87
2008二次予防プラン有(n=111)	80.60	8.82	3.29	0.19	0.86	0.11	0.66	1.84
2つの平均の差の検定 有意確率	.000	.166	.000	.105	.001	.603	.754	.855

(1%有意水準で有意差が認められる項目は太字にて表示)

図表27 2011/4/1 二次予防対象者グループ プラン有無別の状態像比較

	平均年齢	チェックリスト合計 (25点満点)	運動器の機能低下 (6-10) (5点満点)	栄養改善 (11-12)合計 (2点満点)	口腔機能 (13-15) (3点満点)	閉じこもり (16)(1点満点)	認知機能 (18-20)(3点満点)	うつ(21-25)(5点満点)
2011二次予防プラン無(n=1732)	76.46	8.36	2.35	0.30	1.53	0.15	0.73	1.62
2011二次予防プラン有(n=191)	80.46	9.25	3.12	0.29	1.16	0.15	0.84	1.49
2つの平均の差の検定 有意確率	.000	.006	.000	.952	.000	.831	.096	.303

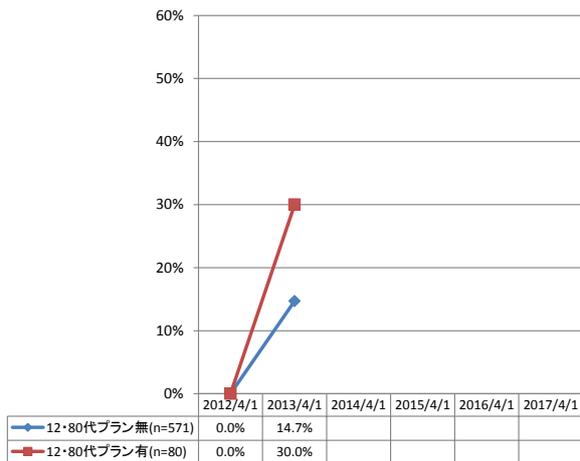
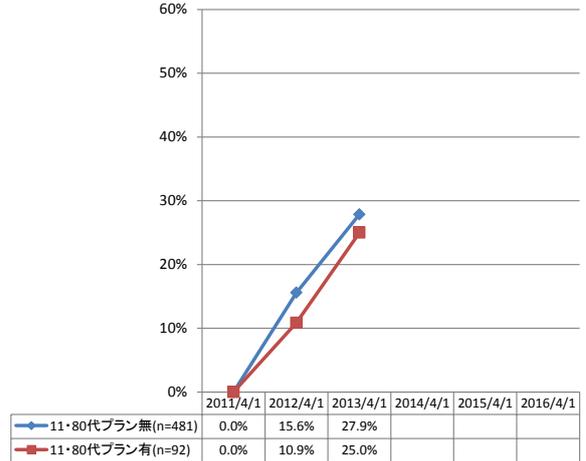
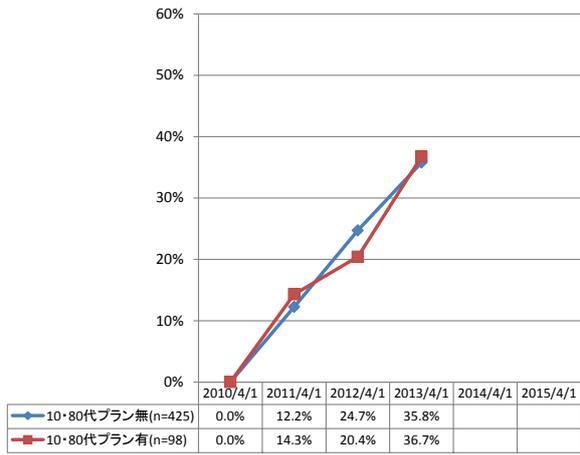
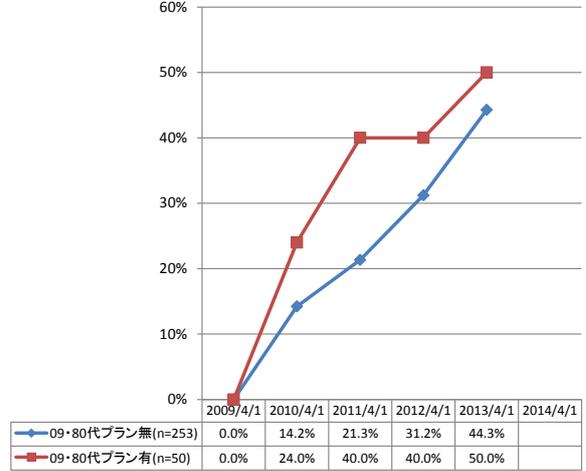
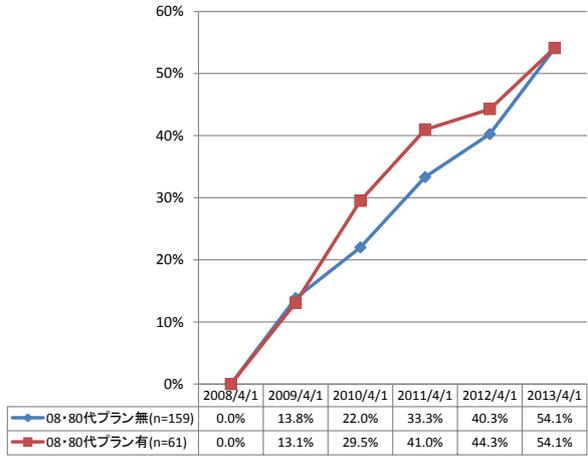
(1%有意水準で有意差が認められる項目は太字にて表示)

(3) 二次予防対象者グループの地域支援事業参加有無別状態像区分変化

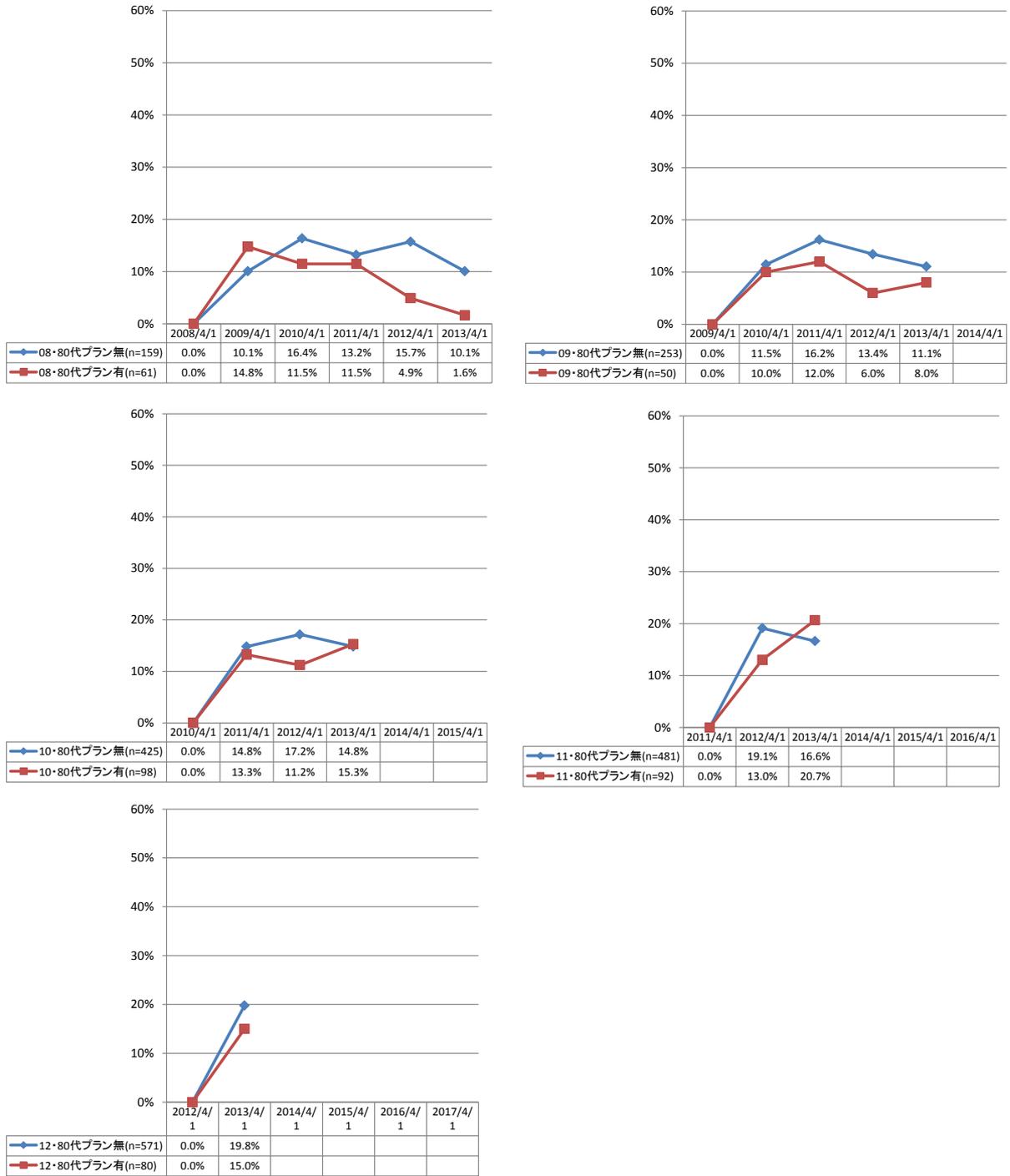
介護予防プラン有群と介護予防プラン無群では年齢をはじめとした状態像が異なっているため、地域支援事業の効果を検証することは難しい。そのため比較する介護予防プラン有群と介護予防プラン無群の状態像を近づけ、比較しやすくするために、ここでは80代のみを対象として分析を行った。

その結果、介護予防プラン有群と介護予防プラン無群の悪化率と死亡率の合計、改善率の傾きは、全年齢を対象とした時よりも近接している。今後、介護予防プラン有群と介護予防プラン無群の状態像を十分にコントロールしたデータセットが作成できれば、介護予防プランを作成したことによる悪化率や改善率への効果が検証できる可能性もある。

図表28 各年の二次予防グループ(80代) プラン有無別の悪化率+死亡率推移



図表29 各年の二次予防グループ(80代) プラン有無別の改善率の推移



図表30 各年の二次予防グループ(80代) プラン有無別の状態像変化の推移

			2008/4/1	2009/4/1	2010/4/1	2011/4/1	2012/4/1	2013/4/1	
2008/4/1 二次予 防・80代	プラン無 n=159	改善	0.0%	10.1%	16.4%	13.2%	15.7%	10.1%	
		維持	100.0%	74.2%	59.7%	51.6%	41.5%	31.4%	
		悪化	0.0%	11.3%	16.4%	23.3%	24.5%	32.7%	
		死亡	0.0%	2.5%	5.7%	10.1%	15.7%	21.4%	
		転出	0.0%	1.9%	1.9%	1.9%	2.5%	4.4%	
		合計	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	プラン有 n=61	改善	0.0%	14.8%	11.5%	11.5%	4.9%	1.6%	
		維持	100.0%	72.1%	57.4%	42.6%	44.3%	34.4%	
		悪化	0.0%	11.5%	23.0%	29.5%	27.9%	31.1%	
		死亡	0.0%	1.6%	6.6%	11.5%	16.4%	23.0%	
		転出	0.0%	0.0%	1.6%	4.9%	6.6%	9.8%	
		合計	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	2009/4/1 二次予 防・80代	プラン無 n=253	改善		0.0%	11.5%	16.2%	13.4%	11.1%
			維持		100.0%	73.1%	60.1%	51.8%	39.1%
悪化				0.0%	9.9%	14.6%	19.8%	25.7%	
死亡				0.0%	4.3%	6.7%	11.5%	18.6%	
転出				0.0%	1.2%	2.4%	3.6%	5.5%	
合計				0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
プラン有 n=50		改善		0.0%	10.0%	12.0%	6.0%	8.0%	
		維持		100.0%	66.0%	48.0%	52.0%	38.0%	
		悪化		0.0%	22.0%	36.0%	32.0%	36.0%	
		死亡		0.0%	2.0%	4.0%	8.0%	14.0%	
		転出		0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	4.0%	
		合計		0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
2010/4/1 二次予 防・80代		プラン無 n=425	改善			0.0%	14.8%	17.2%	14.8%
			維持			100.0%	71.5%	55.3%	44.9%
	悪化				0.0%	9.2%	17.9%	23.1%	
	死亡				0.0%	3.1%	6.8%	12.7%	
	転出				0.0%	1.4%	2.8%	4.5%	
	合計				0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	プラン有 n=98	改善			0.0%	13.3%	11.2%	15.3%	
		維持			100.0%	71.4%	67.3%	45.9%	
		悪化			0.0%	12.2%	14.3%	27.6%	
		死亡			0.0%	2.0%	6.1%	9.2%	
		転出			0.0%	1.0%	1.0%	2.0%	
		合計			0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	2011/4/1 二次予 防・80代	プラン無 n=481	改善				0.0%	19.1%	16.6%
			維持				100.0%	63.8%	52.6%
悪化						0.0%	10.6%	17.3%	
死亡						0.0%	5.0%	10.6%	
転出						0.0%	1.5%	2.9%	
合計						0.0%	100.0%	100.0%	
プラン有 n=92		改善				0.0%	13.0%	20.7%	
		維持				100.0%	75.0%	52.2%	
		悪化				0.0%	8.7%	19.6%	
		死亡				0.0%	2.2%	5.4%	
		転出				0.0%	1.1%	2.2%	
		合計				0.0%	100.0%	100.0%	
2012/4/1 二次予 防・80代		プラン無 n=571	改善					0.0%	19.8%
			維持					100.0%	64.3%
	悪化						0.0%	10.7%	
	死亡						0.0%	4.0%	
	転出						0.0%	1.2%	
	合計						0.0%	100.0%	
	プラン有 n=80	改善					0.0%	15.0%	
		維持					100.0%	53.8%	
		悪化					0.0%	23.8%	
		死亡					0.0%	6.3%	
		転出					0.0%	1.3%	
		合計					0.0%	100.0%	

5.総括

ここでは、第 4 節までの分析結果をまとめ、和光市の取り組みに関する政策的示唆について述べる。

①分析1「要介護認定率の年次推移について」

分析1では、和光市の要介護認定率が維持されてきた背景について、すべての高齢者について状態像区分データを作成し分析を行った。

和光市の要介護認定率は低水準のまま維持されている

和光市においては、介護保険事業状況報告において公表されている要介護認定率が、全国や埼玉県とのデータと比較して低い水準にある。経年的にみた場合でも、第 3 期から第 4 期にかけて全国・埼玉県では要介護認定率の上昇がみられたが、和光市では要介護認定率は上昇せず、ほぼ同水準のまま維持されている。

チェックリスト配布数の増加により、第 3 期から第 4 期にかけて二次予防対象者が急増していた

状態像区分割合の推移をみると、全高齢者に占める二次予防対象者の割合が、第 3 期から第 4 期にかけて急増しており、第 4 期では年間 1%程度ずつ微増し 16%～18%で推移していた。第 3 期から第 4 期にかけての二次予防対象者の急増は、基本チェックリスト配布数増加によるものであったと類推できた。

80 代を中心に要介護認定率が低下し、二次予防対象率が増加していた

年齢 5 歳階級別の要介護認定率について、2008 年 4 月 1 日～2013 年 4 月 1 日までの 6 時点の推移を比較したところ、80 代では 1 年ごとに要介護認定率の低下がみられた。また、年齢 5 歳階級別の二次予防対象率は、すべての年齢階級において増加していたが、特に 80 代前半において増加が顕著であった。このことから、和光市においては介護保険サービス(要介護・要支援)の一部を適正化し、地域支援事業(二次予防、介護予防・日常生活支援総合事業)サービスがその受け皿となっているものと読み取ることができる。

介護保険サービスが適正化され、地域支援事業が受け皿として機能している

特に要介護認定率の低下のみられた 80 代において、2008 年 4 月 1 日～2013 年 4 月 1 日までの 6 時点の二次予防対象者のチェックリスト合計得点を比較したところ、各年で値の若干の増減はあるものの、第 3 期から第 5 期にかけてチェックリスト合計得点は増加していた。つまり第 3 期から第 5 期にかけて、二次予防対象者の 80 代の状態像は悪化しており、二次予防対象者を対象として実施される地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)が、適正化された介護保険サービスの受け皿として機能していることが裏付けられる結果となった。

二次予防対象者等の状態像変化をよりタイムリーに把握できるようになっている

2008年4月1日～2012年4月1日の5時点において、それぞれ状態像区分が二次予防対象者であった各グループについて、状態像の悪化率(死亡を含む)や改善率を比較した。悪化率は、各年のグループ間の差はみられず、ほぼ同様の水準で推移していた。また改善率については、近年のグループほど1年後の改善率が高いという結果が得られた。一方で、1年後の改善率が大きくても、2年後、3年後の改善率はほぼ同水準に収束している傾向がみられた。

本データ分析で使用した状態像区分データの作成方法上、二次予防対象者の悪化は要介護認定データを用いているため、実際の状態像変化が起こってから状態像区分データに反映されるまでのタイムラグが短い。二次予防対象者の改善は、二次予防対象者が二次予防判定後に再度チェックリストに回答し自立判定となることで初めてデータに現れるものであり、タイムラグが長くなりやすい。近年チェックリスト配布数が増加しており、その結果として二次予防対象者のチェックリスト回答頻度が向上し、状態像が改善した二次予防対象者を、実際の状態像変化が起きてからより短期間で把握できるようになったものと推測できる。

このことは、二次予防対象者等の高齢者の状態像変化のタイミングを逃さず、適切なサービスに結び付けることへとつながっているものと考えられる。

二次予防対象者の状態像の平均値は低下しているが、悪化率の水準は維持されている

前述のように、二次予防対象者の各年の状態像を示すチェックリスト合計得点の平均値は、近年にかけて増加していること、二次予防対象者の悪化率はほぼ同様の水準で維持されていることから、二次予防事業が要支援・要介護状態への悪化を防ぐ機能を果たしていると言える。

②分析2「地域支援事業への参加有無による状態像変化の状況について」

二次予防対象者の中でも状態像の悪い高齢者に対して介護予防プランが作られている

分析2では、地域支援事業への参加の有無による状態像変化(改善・維持・悪化)の状況について分析を行った。まず二次予防対象者を対象に、介護予防プランの有無が経年での状態像変化に影響を及ぼすのか分析を行ったところ、介護予防プラン有群は介護予防プラン無群よりも経年での状態像の悪化率と死亡率が高かった。この結果を検証するために、介護予防プラン有群と介護予防プラン無群の二次予防判定時点での状態像の比較を行ったところ、介護予防プラン有群は、プラン無群に比べて平均年齢が有意に高く、運動器の機能低下に関連する得点が有意に高かった。一方で、口腔機能の低下に関する得点は、介護予防プラン有群の方が、介護予防プラン無群よりも低かった。以上の結果から、二次予防対象者の中でも、より状態像の悪い者を選択して介護予防プランが作成されていること、その結果として介護予防プランが作成された群では、介護予防プランが作成されていない群よりも経年的な状態像の悪化率と死亡率が高くなっていることが考えられる。

地域支援事業の悪化防止や改善効果の検証手法は今後の検討課題

地域支援事業の参加者と非参加者の間に年齢や運動器の機能低下等について有意な差があったため、両者の単純な比較では、地域支援事業による状態像の悪化防止や改善効果の検証はできなかった。今後、参加者と非参加者の状態像を十分にコントロールしたデータを用いることで、これらの検証が行うことができる可能性があり、今後の検討課題である。

③和光市の取り組みに関する政策的示唆

介護保険サービスの適正化は既に十分な効果を発揮してきた

和光市では、介護保険サービス(要介護・要支援)給付の一部を適正化し、地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)をその受け皿として機能させること等によって、要介護認定率の改善が進められてきた。一方で、チェックリストがほとんどすべての高齢者に行きわたっていることや、年齢別要介護認定率の改善は2013年4月1日時点において頭打ちの状況となっていることから、今後はここまでの取り組みを継続しつつも別の取り組みを行うことが必要だろう。

新たな政策の方向性は、二次予防対象者の出現率低下や悪化率の低下

今後の政策の方向性として、①二次予防対象者の出現率を低下させること②二次予防対象者の経年での悪化率を低下させることの2つが考えられる。①に関する施策の例としては、高齢期に入る前からの生活習慣の改善を促すことや、自立高齢者向けの健康づくり等が想定される。②については、二次予防対象者をセグメント(二次予防判定となった要因別、疾患別等)に分類し、セグメントに応じた新たな地域支援事業のサービスを整備する等の施策を検討することが求められる。

なお、本事業では、二次予防対象者の二次予防判定となった要因別や疾患別区分の変化や、地域支援事業のサービス種別ごとの利用実績については分析の対象外としたが、今後これらについても詳細なデータ分析を行うことで、新たな地域支援事業サービスの検討に有益な知見が得られる可能性がある。

第3章 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討

1.背景・目的

(1) 背景

介護保険法の理念に基づいて、保険者による適切な介護保険事業運営が行われるためには、保険者が事業者によるサービス提供実態を正確に把握し、それを踏まえて検証・検査することによってPDCAサイクルを有効に機能させることが必要である。しかし現状では、保険者において、事業者によるサービス提供の実態を正確に把握するための仕組みは整備されておらず、チェック機能が十分に働いているとは言えない状況にある。

今後、適切な介護保険事業運営を推進していくためには、その基礎として、保険者が事業者のサービス提供実態について正確に把握するための仕組みをつくる必要がある。

(2) 目的

以上のような課題認識のもと、本事業では、和光市をフィールドとして、保険者が介護保険サービスの提供実態を正確に把握するための電気通信サービスを活用した仕組みについて、試行的導入を行い、その効果を検証することを目的とする。

具体的には、上記の仕組みを活用して、下記の4点について、データ取得と保険者による把握ができたかの検証を行う。

- ・ 居宅サービスにおける訪問の実施有無
- ・ 居宅サービスにおけるケアプラン上と実際の訪問に関する入退室時刻の乖離の状況
- ・ 居宅サービスにおけるケアプラン上と実際の滞在時間の乖離の状況
- ・ 実施したケア内容

2. 実施内容

(1) 仕組みの概要

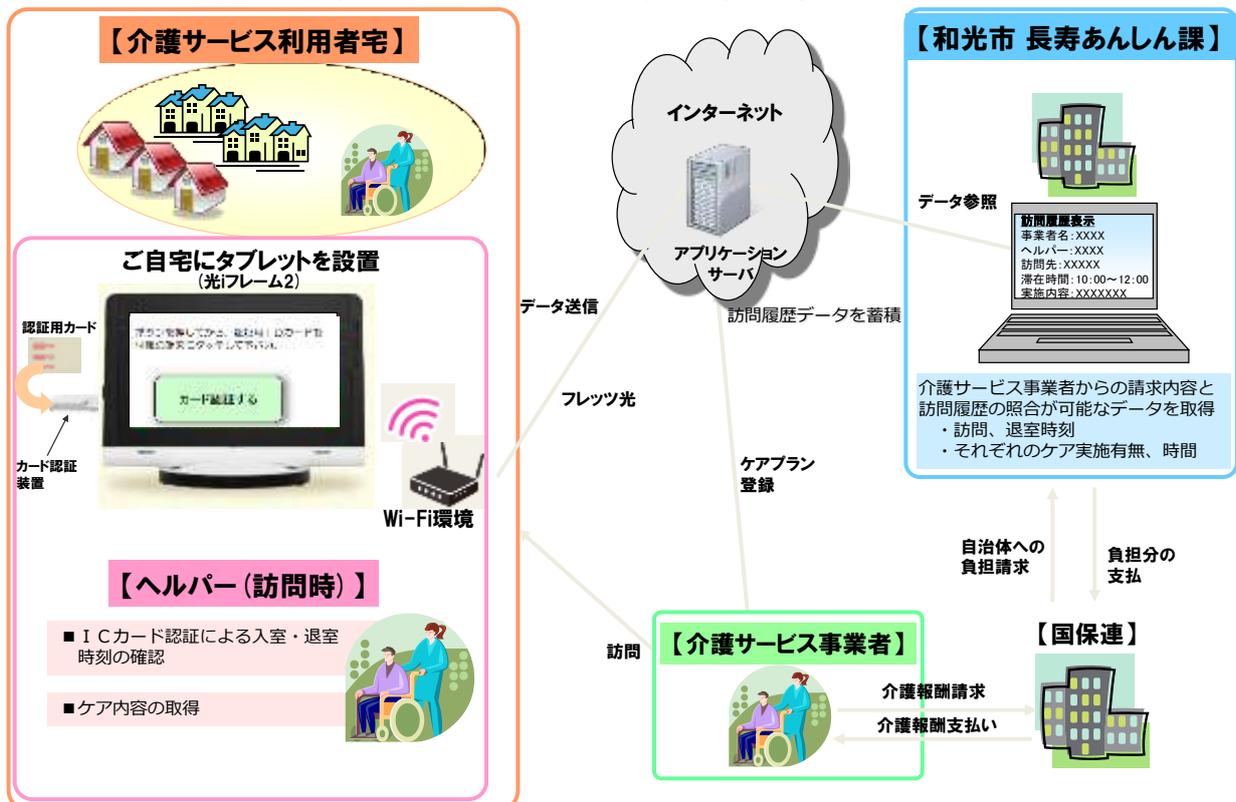
本事業における仕組みの全体像は、下図の通りである。具体的には、介護職員ごとに IC カードを配布し、利用者宅に設置されたタブレットの装置にかざすことによって、介護職員の利用者宅への入退室時刻や実施したケア内容がデータとして記録される仕組みとなっている。

記録されたデータはインターネット上のアプリケーションサーバに保存され、保険者がリアルタイムで参照できるようになっている。保険者は、記録されたデータを、月別、利用者別、事業所別、介護職員別で管理することができ、国保連から請求があった内容等と照らし合わせることで、サービスの提供実態のチェックが可能となる。

なお、本仕組みの導入に際しては、利用者宅において専用のインターネット回線の設置工事を行った。また、タブレット端末や Wi-Fi ルータ等の電源の確保については、利用者同意の上、少額ではあるものの利用者負担とした。

本仕組みの構築およびデータの取得は、NTT 東日本に委託して実施した。

図表31 本事業で実施したサービス提供実態の把握に関する仕組みの概要



(2) データ取得の手順

本事業では、事前準備、利用者宅への訪問時のそれぞれの段階で、下記の手順に従い、データの取得を行った。

図表32 データ取得の手順(事前準備)

実施項目		実施内容
事前準備	事業者の選定	和光市と協議の上、本事業への協力を得られる事業者の選定を行う
	介護職員の選定	選定された事業所の中で、実際のデータ取得に協力を得られる介護職員の選定を行う
	利用者の選定	選定された介護職員が担当する利用者の中でデータ取得に協力を得られる利用者の選定を行う
	利用者の同意	本事業への参加について利用者からの同意を得る
	利用者宅の回線工事	当該利用者の自宅において、専用のインターネット回線の設置工事を行う
	ケアプラン情報の入力	当該利用者のケアプランに記載された訪問の予定時間および実施ケア内容を入力する

図表33 データ取得の手順(利用者宅への訪問時)

実施項目		実施内容
利用者宅への訪問時	利用者宅へ入室、ケア開始	利用者宅への入室時に、カード認証装置にカードをかざして認証後、実施するケアを選択、開始ボタンを押すことで、入室・ケア開始時刻を記録する
	ケア実施	ケアプランに基づき、ケアを行う
	ケア終了	タブレット画面上で、終了ボタンを押す
	ケア内容の入力	タブレット画面上で、実施したケア内容を選択し、ボタンを押す
	利用者宅からの退室	カードを認証装置にかざし、退室時刻を記録する

(3) 取得したデータ項目

本事業で取得したデータ項目は、下記の通りである。いずれも、2013年10月～12月のサービス提供時に取得したデータである。

図表34 取得したデータ項目

データ項目	詳細		
① 事業所 ID	サービス提供を行った事業所 ID		
② 月日	サービス提供を行った月日		
③ 利用者 ID	サービス提供を受けた利用者 ID		
④ 介護職員 ID	サービス提供を行った介護職員 ID		
⑤ ケアプラン上の入室時刻	ケアプランに基づき入室予定時刻をサービス実施前に登録		
⑥ ケアプラン上の退室時刻	ケアプランに基づき退室予定時刻をサービス実施前に登録		
⑦ ケアプラン上の滞在時間	ケアプラン上の退室時刻から、ケアプラン上の入室時刻を減じて算出(⑥から⑤を減じて算出)		
⑧ 実際の入室時刻	介護職員が利用者宅の訪問時に、利用者宅内に設置されたタブレット端末機上で入室操作を行った時刻		
⑨ 実際の退室時刻	介護職員が利用者宅の訪問時に、利用者宅内に設置されたタブレット端末機上で退室操作を行った時刻		
⑩ 実際の滞在時間	介護職員がタブレット端末で退室操作を行った時刻から、入室操作を行った時刻を減じて算出(⑨から⑧を減じて算出)		
⑪ ケアプラン上と実際の入室時刻の乖離	ケアプラン上の入室時刻と、実際の入室時刻の差分を算出(⑧と⑤の差を算出)		
⑫ ケアプラン上と実際の退室時刻の乖離	ケアプラン上の退室時刻と、実際の退室時刻の差分を算出(⑨と⑥の差を算出)		
⑬ ケアプラン上と実際の滞在時間の乖離	ケアプラン上の滞在時間と、実際の滞在時間の差分を算出(⑩と⑦の差を算出)		
⑭ ケア内容	<p>介護職員がサービス利用者宅におけるケアの終了時に、タブレット端末画面上で、実施したケア内容を入力。項目の詳細は下記の通り</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>【身体介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助 ・食事介助・水分補給 ・清拭 ・入浴介助 ・口腔ケア ・体位交換 ・更衣介助・整容・整髪 ・起床・就寝介助 ・移乗・移動介助 ・通院介助・外出介助 ・服薬介助 ・共同作業 ・専門調理 ・自立生活のための見守りの支援 ・その他 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>【生活援助】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・掃除 ・洗濯 ・ベッドメイク ・買い物、薬の受け取り ・一般調理・配膳・片付け ・衣類の整理・補修 ・ゴミ出し ・薬受け取り・診察券入れ ・専門調理 ・見守りの援助 ・安否確認 ・その他 </td> </tr> </table>	<p>【身体介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助 ・食事介助・水分補給 ・清拭 ・入浴介助 ・口腔ケア ・体位交換 ・更衣介助・整容・整髪 ・起床・就寝介助 ・移乗・移動介助 ・通院介助・外出介助 ・服薬介助 ・共同作業 ・専門調理 ・自立生活のための見守りの支援 ・その他 	<p>【生活援助】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・掃除 ・洗濯 ・ベッドメイク ・買い物、薬の受け取り ・一般調理・配膳・片付け ・衣類の整理・補修 ・ゴミ出し ・薬受け取り・診察券入れ ・専門調理 ・見守りの援助 ・安否確認 ・その他
<p>【身体介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助 ・食事介助・水分補給 ・清拭 ・入浴介助 ・口腔ケア ・体位交換 ・更衣介助・整容・整髪 ・起床・就寝介助 ・移乗・移動介助 ・通院介助・外出介助 ・服薬介助 ・共同作業 ・専門調理 ・自立生活のための見守りの支援 ・その他 	<p>【生活援助】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・掃除 ・洗濯 ・ベッドメイク ・買い物、薬の受け取り ・一般調理・配膳・片付け ・衣類の整理・補修 ・ゴミ出し ・薬受け取り・診察券入れ ・専門調理 ・見守りの援助 ・安否確認 ・その他 		

なお、サーバに記録されたデータ項目は、保険者によるリアルタイムでの確認が可能である。確認画面のイメージは、下記の通りである。

図表35 保険者における確認画面(イメージ)

事業所	登録番号	実施日	開始	終了	進捗	表示名	サービス内容	表示名
A事業所	7	10月9日	08:00	09:30	ケア終了	利用者A	身体介護	ヘルパーA
A事業所	8	10月9日	09:30	10:15	実施中	利用者B	生活援助	ヘルパーD
A事業所	9	10月9日	11:30	13:30	開始待ち	利用者A	身体介護+生活援助	ヘルパーB
A事業所	10	10月9日	12:00	13:45	開始待ち	利用者D	生活援助	ヘルパーC

3. 結果

(1) 本事業への参加状況

本事業に参加した事業所は3事業所、介護職員数は26名、利用者数は7名である。内訳は、下記の通りである。

図表36 本事業への参加状況

事業所	サービス区分	介護職員数	利用者数
事業所 A	定期巡回・随時対応型訪問介護・看護	19名	4名
事業所 B	訪問介護	6名	2名
事業所 C	介護予防	1名	1名
	計	26名	7名

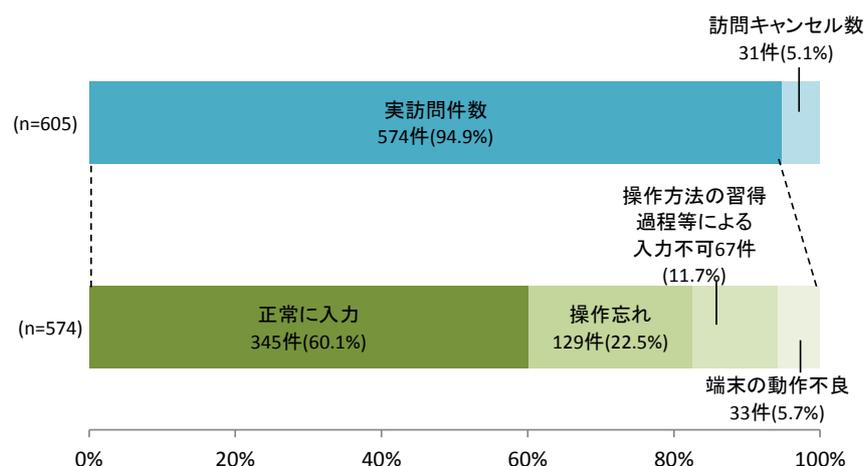
(2) データの取得状況

①取得データ総数

2013年10月～12月の3か月間で、本サーバで記録されたケアプラン上の予定訪問件数は、合計605件であった。そのうち、利用者都合等により訪問がキャンセルされたのが31件(5.1%)、実際に訪問が行われたのは574件(94.9%)であった。

実際に訪問が行われた574件のうち、入室時刻、退室時刻が正常に入力されたのが345件(60.1%)であった。一方、操作忘れが129件(22.5%)、操作方法の習得過程等による入力不可が67件(11.7%)、端末の動作不良が33件(5.7%)であった。

図表37 データの取得状況



②月別

データの取得状況を月別にみると、試行事業開始直後の10月は、総件数が35件と少なく、さらにそのうち21件(60.0%)で「操作方法の習得過程等による入力不可」が発生していた。しかし、その件数は徐々に減少し、12月には0件となる一方で、「正常に入力」が201件(75.8%)まで上昇している。

しかし、「操作忘れ」に関しては、3か月間を通じて、20～25%程度で推移している。一定程度の操作忘れの発生は必然と考えられるが、今後この数値が下げられるかについては検討が必要と考えられる。

図表38 月別 データの取得状況

		予定 訪問件数	訪問 キャンセル数	実 訪問件数	(実訪問件数に占める内訳)			
					正常に入力	操作忘れ	操作方法の習 得過程等による 入力不可	端末の動作 不良
10月	件数	35	0	35	5	9	21	0
	割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	14.3%	25.7%	60.0%	0.0%
11月	件数	279	5	274	139	57	46	32
	割合(%)	100.0%	1.8%	98.2%	50.7%	20.8%	16.8%	11.7%
12月	件数	291	26	265	201	63	0	1
	割合(%)	100.0%	8.9%	91.1%	75.8%	23.8%	0.0%	0.4%

③事業所別

データの取得状況を事業所別にみると、今回の訪問の多くは定期巡回・随時対応サービスが占めていることが分かる。これは、このサービスが定期訪問と随時対応を含め、1日複数回の訪問を行うという特性を持っているためである。

定期巡回・随時対応サービスは、訪問あたりの出来高報酬ではなく、月あたりの包括報酬である。操作忘れ等の発生状況にこのようなサービス提供上の特性が関連するかについては、さらにデータ件数を増やしての検証が必要と考えられる。

図表39 事業所別 データの取得状況

		予定 訪問件数	訪問 キャンセル数	実 訪問件数	(実訪問件数に占める内訳)			
					正常に入力	操作忘れ	操作方法の習 得過程等による 入力不可	端末の動作 不良
定期巡回・ 随時対応	件数	570	30	540	325	118	67	30
	割合(%)	100.0%	5.3%	94.7%	60.2%	21.9%	12.4%	5.6%
訪問介護	件数	27	1	26	13	10	0	3
	割合(%)	100.0%	3.7%	96.3%	50.0%	38.5%	0.0%	11.5%
介護予防	件数	8	0	8	7	1	0	0
	割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%

④利用者別

データの取得状況を利用者別にみると、同じサービス区分のなかであっても、「正常に入力」「操作忘れ」に若干の差異がみられる。データの件数が少ないことには留意が必要であるが、利用者の特性によるものかどうかは、さらなる検討が必要である。

図表40 利用者別 データの取得状況

			予定 訪問件数	訪問 キャンセル数	実 訪問件数	(実訪問件数に占める内訳)			
						正常に入力	操作忘れ	操作方法の習 得過程等によ る入力不可	端末の動作 不良
利用者1	定期巡回・ 随時対応	件数	158	8	150	82	26	22	20
		割合(%)	100.0%	5.1%	94.9%	54.7%	17.3%	14.7%	13.3%
利用者2	定期巡回・ 随時対応	件数	220	1	219	141	47	25	6
		割合(%)	100.0%	0.5%	99.5%	64.4%	21.5%	11.4%	2.7%
利用者3	定期巡回・ 随時対応	件数	116	9	107	78	19	10	0
		割合(%)	100.0%	7.8%	92.2%	72.9%	17.8%	9.3%	0.0%
利用者4	定期巡回・ 随時対応	件数	76	12	64	24	26	10	4
		割合(%)	100.0%	15.8%	84.2%	37.5%	40.6%	15.6%	6.3%
利用者5	訪問介護	件数	18	0	18	6	9	0	3
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	33.3%	50.0%	0.0%	16.7%
利用者6	訪問介護	件数	9	1	8	7	1	0	0
		割合(%)	100.0%	11.1%	88.9%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%
利用者7	介護予防	件数	8	0	8	7	1	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%

⑤介護職員別

データの取得状況を介護職員別にみると、さらに1人あたりの件数は少なくなるものの、比較的件数が多い介護職員10と介護職員19を比較した場合でも、「正常に入力」の割合が大きく異なっていることが分かる(44.4%と97.1%)。こうした介護職員による違いは、操作忘れ等を今後少なくしていくための方策を考える基礎資料となると考えられる。

図表41 介護職員別 データの取得状況

			予定 訪問件数	訪問 キャンセル数	実 訪問件数	(実訪問件数に占める内訳)			
						正常に 入力	操作 忘れ	操作方法の習 得過程等によ る入力不可	端末の動作 不良
介護職員1	定期巡回・ 随時対応	件数	84	8	76	58	10	5	3
		割合(%)	100.0%	9.5%	90.5%	76.3%	13.2%	6.6%	3.9%
介護職員2	定期巡回・ 随時対応	件数	38	1	37	21	2	12	2
		割合(%)	100.0%	2.6%	97.4%	56.8%	5.4%	32.4%	5.4%
介護職員3	定期巡回・ 随時対応	件数	33	0	33	0	25	7	1
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	75.8%	21.2%	3.0%
介護職員4	定期巡回・ 随時対応	件数	52	9	43	23	7	9	4
		割合(%)	100.0%	17.3%	82.7%	53.5%	16.3%	20.9%	9.3%
介護職員5	定期巡回・ 随時対応	件数	37	12	25	12	7	5	1
		割合(%)	100.0%	32.4%	67.6%	48.0%	28.0%	20.0%	4.0%
介護職員6	定期巡回・ 随時対応	件数	23	0	23	16	4	1	2
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	69.6%	17.4%	4.3%	8.7%
介護職員7	定期巡回・ 随時対応	件数	16	0	16	7	4	3	2
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	43.8%	25.0%	18.8%	12.5%
介護職員8	定期巡回・ 随時対応	件数	24	0	24	16	2	3	3
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	8.3%	12.5%	12.5%
介護職員9	定期巡回・ 随時対応	件数	26	0	26	7	12	4	3
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	26.9%	46.2%	15.4%	11.5%
介護職員10	定期巡回・ 随時対応	件数	72	0	72	32	29	8	3
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	44.4%	40.3%	11.1%	4.2%
介護職員11	定期巡回・ 随時対応	件数	12	0	12	8	3	1	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	25.0%	8.3%	0.0%
介護職員12	定期巡回・ 随時対応	件数	20	0	20	12	2	2	4
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	60.0%	10.0%	10.0%	20.0%
介護職員13	定期巡回・ 随時対応	件数	1	0	1	0	0	1	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
介護職員14	定期巡回・ 随時対応	件数	16	0	16	13	2	1	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	81.3%	12.5%	6.3%	0.0%
介護職員15	定期巡回・ 随時対応	件数	33	0	33	24	2	5	2
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	72.7%	6.1%	15.2%	6.1%
介護職員16	定期巡回・ 随時対応	件数	4	0	4	4	0	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護職員17	定期巡回・ 随時対応	件数	2	0	2	2	0	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護職員18	定期巡回・ 随時対応	件数	8	0	8	3	5	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	37.5%	62.5%	0.0%	0.0%
介護職員19	定期巡回・ 随時対応	件数	69	0	69	67	2	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	97.1%	2.9%	0.0%	0.0%
介護職員20	訪問介護	件数	9	0	9	0	7	0	2
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	77.8%	0.0%	22.2%
介護職員21	訪問介護	件数	2	0	2	2	0	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
介護職員22	訪問介護	件数	4	0	4	3	1	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%
介護職員23	訪問介護	件数	2	0	2	1	0	0	1
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%
介護職員24	訪問介護	件数	9	1	8	7	1	0	0
		割合(%)	100.0%	11.1%	88.9%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%
介護職員25	訪問介護	件数	1	0	1	0	1	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
介護職員26	介護予防	件数	8	0	8	7	1	0	0
		割合(%)	100.0%	0.0%	100.0%	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%

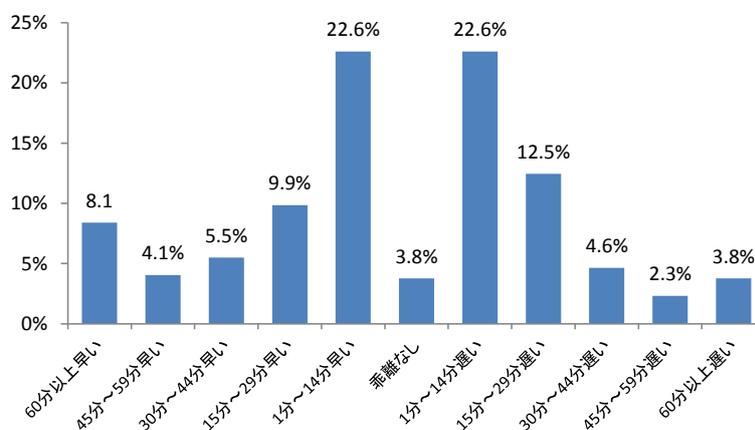
(3) 入退室時刻・滞在時間に関するケアプランと実訪問の乖離の状況

データが正常に入力された345件のデータを用いて、入退室時刻・滞在時間についてケアプラン上と実際の訪問との乖離の状況を把握した。

①入室時刻

入室時刻の乖離については、概ね約半数で、ケアプラン上の時刻からみて15分未満の乖離で訪問がなされていたが、一部には60分以上早いケースや、60分以上遅いケースもみられた。

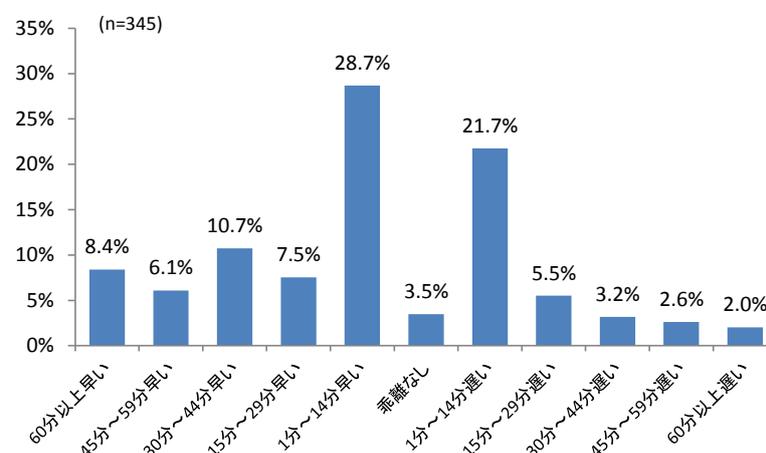
図表42 入室時刻の乖離



②退室時刻

退室時刻の乖離については、概ね入室時刻と同じ分布の状況であったが、入室時刻の分布と比較して、若干予定よりも早く退室している傾向がみられた。

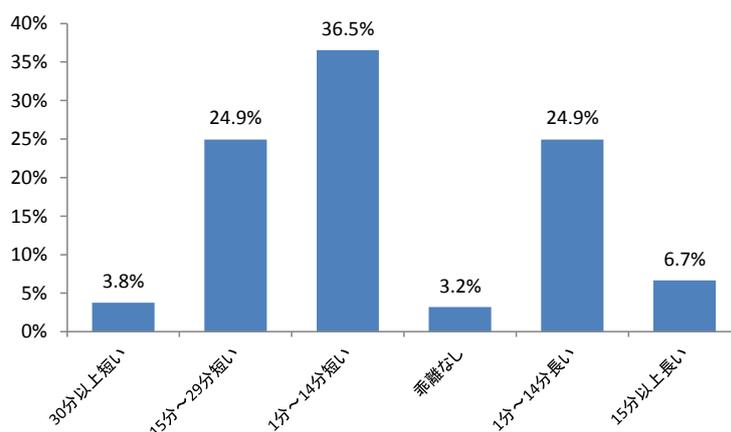
図表43 退室時刻の乖離



③滞在時間

滞在時間の乖離については、「1分～14分短い」が最も多く、約6割で15分未満の乖離に留まっていたが、「30分以上短い」というケースが一部にみられた。サービスの時間が長ければ質が高いというわけではないが、短くなった要因については、別途検討が必要であると考えられる。

図表44 滞在時間の乖離



④滞在時間(月別)

滞在時間の乖離を月別にみると、件数が少ない10月を除外し、11月と12月で比較した場合には、大きな傾向の変化はみられなかった。

図表45 滞在時間の乖離(月別)

		30分以上短い	15分～29分短い	1分～14分短い	乖離なし	1分～14分長い	15分以上長い	合計
10月	件数	1	1	2	0	1	0	5
	割合(%)	20.0%	20.0%	40.0%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
11月	件数	4	36	49	6	33	11	139
	割合(%)	2.9%	25.9%	35.3%	4.3%	23.7%	7.9%	100.0%
12月	件数	8	49	75	5	52	12	201
	割合(%)	4.0%	24.4%	37.3%	2.5%	25.9%	6.0%	100.0%

⑤滞在時間(事業所別)

滞在時間の乖離を事業所別にみると、定期巡回・随時対応サービスの場合、滞在時間と報酬が連動していないため、「30分以上短い」から「15分以上長い」まで、幅広く分布していたが、訪問介護、介護予防については、乖離状況が小さい傾向にあった。

図表46 滞在時間の乖離(事業所別)

		30分以上 短い	15分～29 分短い	1分～14分 短い	乖離なし	1分～14分 長い	15分以上 長い	合計
定期巡回・ 随時対応	件数	13	86	118	9	79	20	325
	割合(%)	4.0%	26.5%	36.3%	2.8%	24.3%	6.2%	100.0%
訪問介護	件数	0	0	2	2	6	3	13
	割合(%)	0.0%	0.0%	15.4%	15.4%	46.2%	23.1%	100.0%
介護予防	件数	0	0	6	0	1	0	7
	割合(%)	0.0%	0.0%	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	100.0%

⑥滞在時間(利用者別)

滞在時間の乖離を利用者別にみると、利用者1では比較的滞在時間が長くなる傾向がある一方、利用者3では滞在時間が短くなる傾向があるなど、利用者によって滞在時間の乖離に差があることが把握された。

図表47 滞在時間の乖離(利用者別)

			30分以上 短い	15分～29 分短い	1分～14分 短い	乖離なし	1分～14分 長い	15分以上 長い	合計
利用者1	定期巡回・ 随時対応	件数	0	3	41	5	32	1	82
		割合(%)	0.0%	3.7%	50.0%	6.1%	39.0%	1.2%	100.0%
利用者2	定期巡回・ 随時対応	件数	10	33	37	4	41	16	141
		割合(%)	7.1%	23.4%	26.2%	2.8%	29.1%	11.3%	100.0%
利用者3	定期巡回・ 随時対応	件数	3	42	31	0	0	2	78
		割合(%)	3.8%	53.8%	39.7%	0.0%	0.0%	2.6%	100.0%
利用者4	定期巡回・ 随時対応	件数	0	8	9	0	6	1	24
		割合(%)	0.0%	33.3%	37.5%	0.0%	25.0%	4.2%	100.0%
利用者5	訪問介護	件数	0	0	1	2	3	0	6
		割合(%)	0.0%	0.0%	16.7%	33.3%	50.0%	0.0%	100.0%
利用者6	訪問介護	件数	0	0	1	0	3	3	7
		割合(%)	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	42.9%	42.9%	100.0%
利用者7	介護予防	件数	0	0	6	0	1	0	7
		割合(%)	0.0%	0.0%	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	100.0%

⑦滞在時間(介護職員別)

滞在時間の乖離を介護職員別にみると、件数の多い介護職員1、介護職員10、介護職員19で比較した場合、介護職員1と介護職員19は比較的滞在時間が短くなる傾向がある一方、介護職員10では滞在時間が長くなる傾向があるなど、介護職員によって滞在時間の乖離に差があることが確認された。なお、番号が抜けている介護職員については、正常に入力された345件の中にデータがなかったことを意味する(介護職員3・介護職員13・介護職員20)。

図表48 滞在時間の乖離(介護職員別)

		30分以上 短い	15分～29 分短い	1分～14分 短い	乖離なし	1分～14分 長い	15分以上 長い	合計	
介護職員1	定期巡回・ 随時対応	件数	3	32	21	0	2	0	58
		割合(%)	5.2%	55.2%	36.2%	0.0%	3.4%	0.0%	100.0%
介護職員2	定期巡回・ 随時対応	件数	2	6	12	0	0	1	21
		割合(%)	9.5%	28.6%	57.1%	0.0%	0.0%	4.8%	100.0%
介護職員4	定期巡回・ 随時対応	件数	1	5	6	1	10	0	23
		割合(%)	4.3%	21.7%	26.1%	4.3%	43.5%	0.0%	100.0%
介護職員5	定期巡回・ 随時対応	件数	2	1	6	0	3	0	12
		割合(%)	16.7%	8.3%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
介護職員6	定期巡回・ 随時対応	件数	0	1	7	0	8	0	16
		割合(%)	0.0%	6.3%	43.8%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%
介護職員7	定期巡回・ 随時対応	件数	0	1	4	2	0	0	7
		割合(%)	0.0%	14.3%	57.1%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%
介護職員8	定期巡回・ 随時対応	件数	0	0	2	2	9	3	16
		割合(%)	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	56.3%	18.8%	100.0%
介護職員9	定期巡回・ 随時対応	件数	0	2	3	0	2	0	7
		割合(%)	0.0%	28.6%	42.9%	0.0%	28.6%	0.0%	100.0%
介護職員10	定期巡回・ 随時対応	件数	0	1	9	2	19	1	32
		割合(%)	0.0%	3.1%	28.1%	6.3%	59.4%	3.1%	100.0%
介護職員11	定期巡回・ 随時対応	件数	0	0	2	0	3	3	8
		割合(%)	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	37.5%	37.5%	100.0%
介護職員12	定期巡回・ 随時対応	件数	0	1	6	0	4	1	12
		割合(%)	0.0%	8.3%	50.0%	0.0%	33.3%	8.3%	100.0%
介護職員14	定期巡回・ 随時対応	件数	0	0	0	0	5	8	13
		割合(%)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	38.5%	61.5%	100.0%
介護職員15	定期巡回・ 随時対応	件数	1	2	13	1	7	0	24
		割合(%)	4.2%	8.3%	54.2%	4.2%	29.2%	0.0%	100.0%
介護職員16	定期巡回・ 随時対応	件数	0	1	3	0	0	0	4
		割合(%)	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
介護職員17	定期巡回・ 随時対応	件数	0	0	0	0	2	0	2
		割合(%)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
介護職員18	定期巡回・ 随時対応	件数	0	0	1	1	1	0	3
		割合(%)	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%
介護職員19	定期巡回・ 随時対応	件数	4	33	23	0	4	3	67
		割合(%)	6.0%	49.3%	34.3%	0.0%	6.0%	4.5%	100.0%
介護職員21	訪問介護	件数	0	0	1	1	0	0	2
		割合(%)	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
介護職員22	訪問介護	件数	0	0	0	1	2	0	3
		割合(%)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
介護職員23	訪問介護	件数	0	0	0	0	1	0	1
		割合(%)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
介護職員24	訪問介護	件数	0	0	1	0	3	3	7
		割合(%)	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	42.9%	42.9%	100.0%
介護職員26	介護予防	件数	0	0	6	0	1	0	7
		割合(%)	0.0%	0.0%	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	100.0%

(4) 実施ケア内容の状況

実施したケア内容をみてみると、データが正常に入力された345件のうちで、身体介護で最も実施されていたのは、「排泄介助」の118件(34.2%)であった。次いで多いのは、「移乗・移動介助」の94件(27.2%)、「服薬介助」の90件(26.1%)であった。生活援助で最も実施されていたのは、「その他」の46件(13.3%)を除けば、「一般調理・配膳・片付け」の39件(11.3%)であった。

図表49 実施ケア内容

ケア内容		件数	割合(%)
身体介護	排泄介助	118	34.2%
	食事介助・水分補給	70	20.3%
	清拭	40	11.6%
	入浴介助	9	2.6%
	口腔ケア	0	0.0%
	体位交換	89	25.8%
	更衣介助・整容・整髪	32	9.3%
	起床・就寝介助	28	8.1%
	移乗・移動介助	94	27.2%
	通院介助・外出介助	11	3.2%
	服薬介助	90	26.1%
	共同作業	1	0.3%
	専門調理	2	0.6%
	自立生活のための見守りの援助	4	1.2%
	その他	33	9.6%
生活援助	掃除	21	6.1%
	洗濯	29	8.4%
	ベッドメイク	12	3.5%
	買い物、薬の受け取り	15	4.3%
	一般調理・配膳・片付け	39	11.3%
	衣類の整理・補修	0	0.0%
	ゴミ出し	12	3.5%
	薬受け取り・診察券入れ	1	0.3%
	専門調理	1	0.3%
	見守りの援助	10	2.9%
	安否確認	31	9.0%
	その他	46	13.3%
	計	345	100.0%

(5) 本試行事業の実施に対する事業者の意見

事業者に対して、操作忘れ等や滞在時間の乖離が発生した要因、本事業のような仕組み導入に関する事業者側の負担等について、ヒアリングを実施した。その結果は、以下の通りである。

①操作忘れについて

- ・ 利用者宅訪問時にカードを忘れないよう事業所内で注意喚起をしていたものの、慌てて訪問先へ向かったため、カードを持っていくのを忘れたケースがある。
- ・ 利用者への挨拶後すぐにケアを開始し、終了間際に操作を忘れたことに気づいたが、そのまま退室した。
- ・ デイサービスの見送りを行う際、タブレット操作を行わずに鍵をかけて利用者宅を出てしまった。
- ・ 介護職員がケア以外のことをするのを利用者が嫌がったため、タブレット操作を行わなかった。

②入退室時刻・滞在時間の乖離について

- ・ 排泄介助のため利用者宅を訪問したが、排泄が行われていなかったため、すぐに退室した。
- ・ 利用者の送り迎え、買い物援助、散歩を行う際に、ケア時間の一部のみタッチ操作を行った。
- ・ 利用者宅を1日に複数回訪問する定期巡回で、ケアの内容を入れ替えて実施することがあり、滞在時間が変動した。
- ・ 介護職員のスキルが高く、計画していたケアを短時間で終了するケースがある。また、手早くケアを行う介護職員もいれば、丁寧に時間をかけてケアを行う介護職員もいる。天候や交通事情等によって訪問時刻が変動してしまうケースもある。
- ・ 計画通りにケアを実施している。サービス利用者の中で、途中でケアプランが変更になり、ケア内容が増えて時間が長くなった方がいた。滞在時間が変わっているのは、そのためである。

③仕組みの導入に関する介護事業者の負担について

- ・ 通常の紙の記入とタブレット操作の両方を行うため、操作にかかる時間分の稼働は増えたが、簡単な操作なため、さほど負担にはならなかった。
- ・ 特に高齢の介護職員は、導入当初はタブレットに対して抵抗感を感じているようだったが、2～3回使用するうちに慣れていった。
- ・ 介護職員への操作説明は、事業所内の定例会議の場で30分程度実施した。また、事

前の操作説明に加えて、利用者宅のタブレット端末付近にマニュアルを置いておき、見ながら操作ができるよう工夫した。

- ・ タブレット端末がうまく動かない場合は、介護職員が対応するのは困難だったため、統括管理者が対応したりした。

(6) データの活用状況および活用にかかる時間的制約に対する保険者の意見

3 か月間のデータ取得後に、データの活用状況および活用にかかる時間的制約に関して保険者に意見を聞くため、ヒアリングを実施した。その結果は、以下の通りである。

①データの活用状況について

- ・ これまでは介護給付費通知(紙)でしか実績を確認できなかったが、Web でリアルタイムに確認できるようになった点が良かった。
- ・ 保険者側のパソコンからインターネット回線を経由してシステムにアクセスする方法で、運用開始当初はほぼ毎日サービス実施状況の確認を行い、運用が落ち着いてからは概ね1週間に1度の頻度で確認を行った。
- ・ 介護サービス事業者により事前に登録されたケアプラン時の入退室時刻とサービス実施時の入退室時刻に差異が生じているケースについては、介護の現場においては状況に応じて変更等があるため、介護職員が確かに介護サービス利用者宅を訪問したことが確認できれば問題ないとの認識のもと、システムを活用した。
- ・ 介護職員がタブレット端末機を操作し、介護サービス利用者宅におけるケアを終了時に、実施したケア項目を登録したデータについては、正確に入力されていないと思われるデータもあった。
- ・ サービスの実施状況確認にあたっては、Web ブラウザ上に表示される内容と Excel ファイルで出力されるデータの両方を確認した。

②活用にかかる時間的制約について

- ・ アプリケーションのインストール等が不要で、Web サイトにアクセスすればすぐに見られるため、負担はなかった。
- ・ 好きな時にサイトへのアクセスを行ったため、時間的な制約等は感じなかった。

4. 総括

本事業では、事業者によるサービス提供の実態について保険者が正確に把握するための仕組みの検討を行った。本事業の結果をまとめると、以下の通りである。

操作忘れ等を除く、約 6 割のデータを正常に記録することができた

本事業では、介護職員が、配布された IC カードを利用者宅に設置されたタブレットにかざすことによって、データの記録ができる仕組みとなっている。この仕組みを用いた実証の結果、約 6 割のデータを正常に記録することができた。これは、3 か月という短期間の実証結果としては、ある程度評価に値する比率であると考えられるものの、一方で、3 か月間を通じて 20～25%の操作忘れ等が発生していた。

記録のための介護職員等の操作負担は過度なものではなかった

今後、正常にデータが記録される比率を上げていくためには、介護職員に負担をかけることなく操作忘れ等が防止できるような方策を検討することが必要である。事業実施後のヒアリングの結果では、ケアに集中してタブレット操作を忘れたという意見がみられた一方、簡単な操作のため作業負担は大きくないとの意見もあったことから、操作手順等の見直しを行うよりもタブレット操作に関する職員への意識喚起を進めることが重要であると考えられる。

入退室時刻および滞在時間について計画と実施に乖離のあるケースを抽出することができた

入退室時刻について計画と実際の乖離を把握したところ、約半数の訪問で 15 分未満の乖離に留まっていたものの、一部に「60 分以上早い」「60 分以上遅い」というケースがみられた。また、滞在時間について計画と実際の乖離を把握したところ、約 6 割の訪問で 15 分未満の乖離に留まっていたものの、一部に「30 分以上短い」というケースがみられた。これらの乖離については、利用者の状態等に応じて臨機応変に対応したために発生している可能性もあるため、乖離があったという事実のみでの良し悪しの判断はできない。ただし、なぜ乖離が発生したのか、その要因を探るためには、乖離が発生した事例をまず抽出する必要があり、その点でこのデータは有効であると考えられる。

データを閲覧する保険者にも過度な負担感を確認されなかった

事業実施後の保険者に対するヒアリングの結果から、実際に Web でリアルタイムにサービス実施状況の確認を行っていたこと、閲覧にあたっての負担等は特に発生していなかったことが把握された。この仕組みの活用には保険者側の負担がないということは、今後この仕組みを全国的に普及していくための基本的な要件となる。その意味で、負担がないことの確認ができたことは、重要な結果であると考えられる。

第4章 まとめと今後の方向性

1. 成果のまとめおよび保険者機能強化に向けた示唆

本事業の成果を踏まえて明らかになった、保険者機能強化に向けた示唆を以下にまとめる。

(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討

各状態像の年齢別出現率の経年変化は、政策評価の評価項目として有効である

保険者が保有する被保険者に関するデータには、日常生活圏域ニーズ調査(基本チェックリスト含む)、要介護認定の履歴、介護予防のケアプラン、地域支援事業等のサービス実績データ等様々なものがある。しかしそれらのデータは、異なるシステムで管理される断片的なものであることが多く、それらを突合した横断的なデータベースを保有し、そのデータベースを政策・施策評価等に活用している保険者はほとんど無いものと考えられる。

本データ分析では、保険者が保有する複数のシステム等から得られたデータを突合し、要介護者・要支援者・二次予防対象者・自立者を含むすべての高齢者について、状態像区分と地域支援事業等のサービス利用実績を複数時点で作成し、サービスの利用実績等を踏まえた状態像区分の変化等を時系列で分析することを試みた。

その結果、介護保険サービスの一部が二次予防対象者を対象とした地域支援事業へ移行していること、二次予防対象者や自立者の中でもより状態像の悪い者に対して地域支援事業が実施されていること等が明らかとなり、和光市における取り組みについて定量的な検証を行うことができた。また、今後の政策目標等について示唆を得ることにつながった。

さらに、本事業の中では実施していないが、本データ分析において作成したデータセットをさらに活用し、二次予防判定となった要因別等に状態像区分変化の差等を分析することで、新たな地域支援事業サービスの検討に繋げることも期待される。

今後、全高齢者の状態像・サービス履歴の時系列データベースは新しい総合事業のツールとなりうる

社会保障審議会介護保険部会によって平成25年12月20日に取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見書」においては、平成27年度以降段階的に予防給付が地域支援事業と統合され、「新しい総合事業」として実施されるべきことが明記されている。各保険者においては、独自裁量でサービスを提供していくことが必要となる。

本データ分析において作成したデータセットは、「新しい総合事業」におけるサービスの種類や必要量等の予測等の計画策定時に活用できることは勿論のこと、「新しい総合事業」のサービスの利用実績を適切にデータベースに反映していくことで、政策評価にも活用することが可能な「新しい総合事業」のPDCAサイクルを回していく際に有用なツールとなる可能性がある。

(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討

本仕組みは、サービス提供の実態を保険者が正確に把握する手法として有効である

利用者宅に設置されたタブレットとICカード認証の装置を活用することで、事業者によるサービス提供の実態を保険者が正確に把握する仕組みについて検討を行った。その結果、全体の6割について、訪問時の入退室時刻について正常に入力されたことが確認された。

さらに、本仕組みの導入が事業者側と保険者側の双方で、大きな負担なく実現可能なことも確認された。これにより、保険者による事業者のサービス提供プロセスのチェックが可能になり、適切な介護保険事業運営の実現に向けた今後のPDCAサイクルの体制整備に寄与できるものと考えられる。

入退室時刻や滞在時間の計画と実際に乖離がある場合に、丁寧な指導を行うことができる

また、入退室時刻および滞在時間について、ケアプラン上と実際の乖離についても把握できることが明らかとなった。これらの乖離は、利用者の状態像等に応じて適宜、適切に対応したために発生している可能性があるため、乖離があったという事実のみでのよし悪しの判断はできない。乖離が発生した事例について、その要因を別途ヒアリング等によって把握することで、事業所側にサービス提供上の問題があった場合には保険者が指導を行うことができ、また利用者の状態等に応じた適切な対応であった場合には、その結果からさらに今後のケアプランの質向上等に向けた取り組みを進めることができると考えられる。

本仕組みは、事業者の適正なサービス提供への動機づけとなることが期待される

介護給付費の90%は税金・保険料といった公的財源であり、その効率性、有効性、透明性を担保するのは介護保険の保険者である市区町村の役割である。しかし、介護給付費の国保連が運用している「介護給付適正化システム」の基本データはレセプトデータであり、「請求内容」(レセプト)と実態の乖離は分からない。一方、本事業で取得したデータは、サービス提供の実態が分かる「実施記録」である。この「実施記録」を保険者が国保連から送付される請求内容と突合することで、適正な給付が実現できると考えられる。

また、保険者が常にリアルタイムでサービス提供状況を確認しているという状況そのものが、事業所側にとっては「良好な緊張感」の保持につながると考えられる。このように、保険者によるチェック機能を担保することで、事業者側の適正なサービス提供への意識づけにつなげることができ、不正等の抑止という政策的効果が期待できる。

事業者が、予定している時間に訪問しない、ケアプラン通りにサービスを提供しないなど、計画内容と実情が異なった際、事業者と利用者間でトラブルが発生する可能性がある。特に認知症高齢者が利用者の場合など、利用者側と事業所側で主張が異なる場合は、保険者としては明確な根拠に基づく判断が求められる。本事業で取得したデータは、こうしたトラブルの際の検証において有力な根拠データとなり得る。

なお、参考までに紹介すると、この仕組みの実証に向けた基礎調査として、利用者を対象に介護職員の訪問状況やサービス内容についてヒアリング調査を実施したところ、和光市においてはこのような利用者の不満はないとの結果が得られた。しかし全国的にみれば、上述のような苦情も発生しており、そのためこの仕組みの普及によって解決が進むという政策的効果も期待できる。

将来的には、本仕組みで取得したデータがサービスの質評価にも活用できる可能性がある

提供されたサービスの評価・検証を行うことは、保険者の重要な業務の1つである。例えば保険者が、本事業で取得したデータのうち、サービスの訪問時刻や滞在時間について計画と実際の乖離の要因を検討することによって、事業者にとってはより良いケアプランの策定につながれると考えられる。また、本事業では、サービスの訪問時刻や滞在時間のデータとともに、ケア内容の項目も取得している。本来であれば、サービス提供実態のデータ、実施したケア内容のデータに加え、利用者のアセスメントのデータがあれば、提供したサービスの有効性が評価できる。

こうしたデータについては、事業所内での経年的なデータ蓄積とともに、事業所間の横断的なデータ蓄積も不可欠であり、地域レベルでそのようなデータ蓄積の基盤を構築することは保険者の役割であると考えられる。そして、保険者がこうしたデータを事業所にフィードバックすることができれば、事業所自身によるサービスの質向上にもつながるといえる政策的効果が期待できる。

2. 保険者機能強化を推進していく上での課題

(1) 介護保険事業の効果検証と保険者におけるデータ活用方法の検討

以下では、保険者が保有する複数のデータを突合したデータベースを作成・活用する際の課題や留意点等について考察する。

複数の業務システムからのデータ抽出・突合作業の標準化

複数の業務システムから必要なデータを抽出するにあたっては、各システムの履歴データの仕様や抽出に必要な操作方法等について、各業務システム別に検討する必要があるが、システムによって管理を行う担当部署等、構築・運用を行うシステムベンダー等が異なる場合があるため、その調整等に多くの時間を要することが懸念される。また複数の業務システム等から抽出したデータの突合にあたっては、個人別に突合を行う際に、個人識別コードとして、何をを用いるかを検討する必要がある。各業務システムで共通で用いられている個人識別コードとして、宛名コード(住民票コード)や被保険者番号が挙げられるが、和光市におけるデータセット作成にあたっては、抽出データに宛名コード、被保険者番号のいずれか1つのみしか記載されていないものもあったことから、宛名コードと被保険者番号の双方を突合のための個人識別コードとして用いた。

各業務システムの構成等は、保険者によって個別性が大きいものであると考えられるが、各業務システムから円滑に突合可能なデータを抽出する方法等について、標準形を示すことも必要だろう。

分析可能な指標の作成ルールや作成支援のあり方

データの突合を行った後に、状態像区分のような経年的に分析可能な指標を作成する必要がある。状態像区分の作成方法は、p10 で述べた通りであるが、突合された複数の情報から 1 つの指標を作成するためのルール作りや、データベース上の処理等は非常に煩雑であり、保険者の職員体制等によっては実施が困難であろう。保険者の業務システムを、複数システムの履歴データを読み込み自動的に指標化するものに改修することを支援する仕組みの導入についても、今後検討が必要である。

システム化されていないデータを簡易に電子化する仕組みのあり方

地域支援事業の利用実績データは、介護保険サービスと異なり、各サービス事業所からの保険請求データが存在しないため、利用実績データが電子化されておらず、職員が表計算ソフト等を用いて管理している保険者が多いものと想定される。和光市においては、一次予防サービスの利用実績について、参加者の出席状況を示した名簿を和光市の職員やサービスの委託事業者等が表計算ソフト等へ入力して実績管理を行っているが、サービスによって記載方法にバラつきがあったことや、個人を特定する情報項目への記載漏れ等が一部のサービスでみられたことから、すべてのデータをデータセットに突合することができなかった。

体操教室等、多数の高齢者が一堂に集まるサービスにおいては、サービス実施時の名簿での実績管理が困難であることも予測されるため、一次予防サービスへの個人の参加状況を簡易に電子化するための仕組みの導入等も今後検討が必要である。例えば、高齢者個人に IC カードを配布し、サービス会場に設置されたカードリーダー付き端末にカードをかざしてもらうことで参加状況が記録されるツールなどが考えられる。

(2) 居宅サービス等の提供の適正化と保険者機能に関する検討

以下では、本事業で実証した仕組みを全国的に普及させていくための課題や留意点等について考察する。

仕組みの意義等に関する事業者や利用者への啓発

本仕組みは、保険者が介護サービス事業者を監視することを目的としたものではなく、利用者、事業者、保険者の 3 者が、介護保険サービスの実施記録を共有情報として有効活用していくことによって、「優良事業者」を育成し支援していくことを目指すものである。今後は、事業所、利用者の双方に対して、この点を積極的に説明していくとともに、データの取得に対する不安

等を払拭していくことが必要である。

仕組みの導入および継続的運用のための費用負担のあり方

本仕組みの普及に際しては、導入および継続的運用のための負担をどの主体がどのように分かち合うかが課題である。この課題の解決に向けては、データ取得に関する保険者側のメリット、事業者側のメリットなどを整理するとともに、事業者側が参加しやすいような費用負担のあり方を検討することが必要である。そのためには、1 事業者だけではなく、事業者協議会などの場を活用して地域全体でデータ活用を進めていきつつ、保険者と事業者協議会で費用を按分する方法も一案として考えられる。また、本事業においては、利用者宅におけるインターネット回線の設置工事が必要であること、タブレット端末や Wi-Fi ルータ等の電源の確保のため、少額ではあるものの利用者負担が生じていることなどから、本仕組みの導入に際しての利用者の負担が軽減できる仕組みの検討も必要である。

参考資料 和光市における保険者機能強化等に関する具体的な取り組み

以下では、和光市職員に対するヒアリング調査により、現在の和光市で実施されている保険者機能強化等に関する具体的な取り組みについて整理した。

図表50 和光市における保険者機能強化等に関する取り組み

項目	内容	具体的な取り組み
1). コミュニケーションづくり	① 公表情報の読み解きを行っているか。	レセプト情報、介護給付適正化システム情報等について分析検討を行い、通知・連絡等に生かしている。
	② 運営の透明性の確保を進めているか。	介護保険運営協議会は公開している。またホームページ等に議事録を公開している。
	③ 介護保険制度、利用法、納付義務について市民への説明会を行っているか。	出前講座や説明等をこまめに行い話をしている。窓口や訪問時にも対応している。
	④ 市民の意見聴取としてご意見ハガキの活用や懇談会を行っているか。	出前講座でも、市民の意見を聞く場を設けている。
	⑤ 個人情報の保護に関する教育・研修を行っているか。	個人情報の保護については、機会あるごとに指導している。また全庁的な研修も年数回実施されており、必ず参加している。
2). 効率的な制度運営	① 認定審査会における申請から認定までのスピードアップを図っているか。	調査依頼を早く行うとともに意見書の返送依頼をしている。認定審査会の資料をネット回線を通じて配布し認定審査会のIT化を行っている。
	② 既存用地・施設の活用など資源の有効活用を行っているか。	地域密着施設に地域交流スペースを設置し、施設の有効活用を行っている。
	③ サービスの効率性の向上に対する取り組みを行っているか。	コミュニティケア会議等により、よいケアマネジメントの徹底等、サービスの効率性の向上に対する取り組みを常に行っている。
	④ 保険者機能強化の取り組みが行われているか。	長寿あんしんプラン(介護保険事業計画)で保険者のめざすべき方向性をはっきりさせ、事業者連絡会やコミュニティケア会議を通じて事業者にもその考えを周知、ご理解いただき、目標を実現させるための努力を行っている。
3). サービスの量の確保	① 希少サービスの確保を図るため事業者の誘致を行っているか。	長寿あんしんプランによりニーズ量と供給量についての分析を行い基盤整備計画を行っている。
	② 人材育成、スキルアップなど事業者支援を行っているか。	市独自でヘルパー研修会を実施したり、事業者連絡会も研修の場になっている。コミュニティ会議についてもOJTの場となっている。管理者研修や実践者研修等も受講者を管理している。
	③ ニーズ調査に基づく事業計画の中で実行されたサービス内容は速やかに検証され公表されているか。	広報等で公表している。
4). 給付の適正化	① 給付量の適正化や給付費の適正化を進めているか。	和光市の給付適正化計画に基づき、認定調査の状況チェックやケアプランの確認指導、住宅改修の点検、介護と医療情報の突合、介護給付費通知を行っている。
	② 要介護度の適正化を進めているか。	独自にコミュニティ会議で調整等を実施し、サービスの適正化を行っている。
	③ 情報の公開と周知が十分行われているか。	広報掲載のほか、啓発チラシの配布を実施している。
	④ 保険者として「サービスは在宅で」「施設は最小限に」を目標に掲げ、最大限の努力を行っているか。	住み慣れた地域でいつまでも、その方らしく生活できるようにという目標のもと、最大限の努力を行っている。
5). サービスの質の向上	① 事業者に対し、実施指導、改善に向けた指導・助言、啓発を積極的に行っているか。	年に1回の実地指導のほか、臨時的指導、毎月の運営推進会議に出席している。
	② 苦情・対応、対応チェック・指導を行っているか。	日々業務のなかでの対応チェックや指導を実施している。苦情があった場合も担当者等に出席を求め対応している。
	③ 介護事故を予防するため、事故報告受付、対応チェック等を行っているか。	専用書式にて事故報告をあげてもらい、対応策の指導等を行っている。
	④ 福祉サービス第三者評価を行い、結果の公表等を行っているか。	保険者として第三者評価は行っていないが、実地指導等を徹底している。
	⑤ 事業者間のネットワークを推進し、ノウハウ等の共有や競争力の向上等を行っているか。	随時、事業者への指導を行うほか、事業者連絡会を開催して保険者の考えを伝えネットワークを図る場として活用している。
	⑥ サービス利用者の安全確保のための施策を行っているか。	防災関連部署と連携し、要援護者名簿等の作成を行っている。
6). 介護予防への取り組み	① 要介護予防を進めるため介護予防教室を設置しているか。	介護予防・日常生活総合支援事業の一次予防事業、二次予防事業を実施している。
	② 認知症予防を推進するために認知症予防教室を設置しているか。	あくていびい教室、総合脳力教室、健康うんどう教室等行っている。認知症単独ではなく、複合型教室として行っている。
	③ 介護予防事業の評価の中でPDCAサイクルの取り組みを行っているか。	訪問時より、事前アセスメント、課題抽出、ケアプラン策定、評価、再ケアプランの策定を行っている。
7). 高齢者現況把握	① 地域包括支援センターで全高齢者の現況を把握し、台帳の作成を行っているか。	各包括支援センターと保険者が共通の高齢者台帳を保持している。各包括の訪問記録や把握した情報を共有している。認定調査時の調査とともに生活状況の聞き取りを実施し、その情報も入力している。
	② ニーズ調査(容態把握調査)に基づく事業計画を立て、実行しているか。	ニーズ調査に基づき地域の課題を抽出し事業計画をたてている。
	③ ニーズ調査の内容を日常生活圏域ごとに実現するため、体制づくり、財源の確保および基盤づくりに地域ぐるみでの取り組みを行っているか。	ニーズ調査によって得られた課題は長寿あんしんプランとして施策の基礎をなすものであり、財源確保の根拠や基盤整備につながる。

項目	内容	具体的な取り組み
8). 市民の自主活動促進	① 市民同士の支え合い・ふれあいを広めるためにいきいきサロンを開設しているか。 ② 健康づくり活動として健康体操教室を開いているか。	平成25年度は市内4ヶ所でサロンを実施しており、そのうち3ヶ所は平成26年度に自主グループ化に移行する予定。 口腔講座、栄養講座、運動元氣塾等様々な一次事業を行っている。
9). 権利擁護	① 第三者機関による仲裁・救済を行っているか。 ② 成年後見制度の運営を行っているか。 ③ 市民後見人養成講座を開いているか。 ④ 人権・尊厳について全職員を対象にした教育、研修を行っているか。	成年後見の話をするにあたっては、弁護士や司法書士等に相談しながら行っている。 今後は市民後見センターの設置運営等の検討も必要と考えている 和光市権利擁護実施要綱に基づき運営を行っている。 今後検討していく。 人権文化課にて全庁的に実施している。
10). 高齢者の住まいの確保	① 市営住宅の整備・運営や紹介を行っているか。 ② 民間賃貸住宅への入居支援を行っているか。	長寿あんしんプランに基づきサービス付き高齢者住宅を整備している。 高齢者支援住宅家賃助成や住み替え家賃助成制度がある。
11). 生きがいづくり	① 雇用創出やボランティアへの紹介、支援を行っているか。 ② 社会参画、レクリエーション参加等に結びつくように高齢者の各種クラブや文化・スポーツ事業等の案内・紹介等を行っているか。	生涯学習等の講座を紹介したり、介護予防サポーターやヘルスサポーターの支援を行っている。 老人クラブへの助成や高齢者福祉センターで多様な自主事業を実施している。
12). 先駆的・独自施策	① 地域支援事業の中で先駆的・独自施策として10個以上の事業を行っているか。 ② 地域支援事業において保険給付見込額の3%を超える予算措置を行い執行しているか。 ③ 介護予防サービスにおいて個別サービス計画書(訪問用・通所用)の中でサービスの区分、内容および所要時間の管理を行っているか。 ④ 介護予防サービス・支援計画書の管理を行っているか。 ⑤ 介護予防サービスにおいて生活機能変化、包括アセスメント、運動器機能向上結果、栄養・食支援結果、口腔機能向上結果別の「事前」「事後」「改善度」の経過管理を行っているか。 ⑥ 地域包括支援センターにおいて、介護予防メニールリスク確認の中で運動器機能向上、栄養・食支援、口腔機能向上別に質問項目、評価尺度、事前、事後の経過管理を行っているか。 ⑦ 保険者機能の強化と介護給付費の適正化を推進するために居宅サービスの実施状況をより正確に把握・管理するシステムの確立を早急に図ることは、平成17年の法律の一部改正時に附帯決議がなされているが、これについてシステムの構築のための具体的な取り組みを行っているか。 ⑧ 日常生活圏域ニーズ調査の結果を介護保険事業計画書に十分反映させているか。 ⑨ 地域包括ケアの実施の中で、特に「自助」「互助」に対する被保険者の意識づくりを積極的に行っているか。 ⑩ 保険者として目先のサービスに惑わされることなく、10年後、20年後を見据えた制度づくりに努めているか。	各種の介護予防事業のほか、任意事業として紙オムツや地域送迎を実施したり、口腔マネジメントや栄養マネジメント等多様施策がある。 平成24年度9月までは地域支援事業を実施し、平成24年10月から介護予防・日常生活支援総合事業に移行した。その結果として、平成24年度の地域支援事業と介護予防・日常生活支援総合事業費用の合計額が保険給付見込み額の4.6%となった。 市として個別サービス計画書の書式を策定し、その中で時間配分についても計画している。 新規プラン作成時、ケア会議でプランの検討を行い、さらに評価もケア会議で行っている。ケア会議の検討者の管理は保険者で行っている。 各総合事業ごとに運動、栄養等事前事後の変化を取り、集計している。 ケア会議においてそれぞれの項目の事前時以後の評価を行っている。ケア会議は、市全体の包括が集まる場合と、各包括ごとに実施する場合があるが、どのケア会議にも保険者が出席して、記録は全包括、保険者とも同様の様式で高齢者台帳のシステムに入力している。 居宅サービスのサービス状況について給付適正化も含めて確認している。事業者連絡会やケア会議等を通して居宅サービスの実施状況を確認している。 ニーズ調査によって地域の課題を見極め、介護保険計画書に反映させている。ニーズ調査については毎年実施しており、3年で全被保険者に回答頂けるように設定している。 住民説明会や、出前講座等での説明や、訪問や窓口対応においても、「自助」「互助」を考えていただく機会とし意識の高揚を積極的に行っている。 和光市は、今後、団塊の世代の高齢化が急速に進むと予測しており、10年20年先を見据えて地域包括ケアをすすめる施策を検討している。また介護保険施策だけでなく、子ども、国保健康づくり部門、障害者施策部門、生活保護部門等、関連して施策を検討する必要がある、平成25年10月に部内の施策調整と総合相談支援調整業務を行う社会保障制度改革推進プロジェクトチームを設置した。(平成26年4月に福祉政策課に再編成予定)

※本調査研究は、平成 25 年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「居宅サービス等における適正化とサービスの質の向上および
保険者機能強化のための調査研究事業」報告書

平成 26 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL: 03-6833-6764 FAX: 03-6833-9480