

## II. 分担研究報告

## 政策評価のモデル実証分析

分担研究者 佐々木伯朗 東北大学大学院経済学研究科准教授

主任研究者 関田康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

### 研究要旨

政府管掌健康保険が都道府県分割される政策について、住民参加による政策・施策評価の方法論を提言し、適用性を考察した。研究方法は、都道府県単位で、医療財源と医療成果を比較する医療財源利用効率指標を定義して、都道府県間で比較する方法を提言した。この効率指標は、被保険者の受療行動から結果的に得られるものであり、住民の医療機関活用結果及び関連する政策・施策評価にもなっている。分析データは厚生労働省の「医療施設調査」から各都道府県の平成 17 年における平均在院日数と社会保険庁の「社会保険事業状況」から平成 17 年の政府管掌健康保険統計第 2 表を用いて被保険者のそれぞれの都道府県別診療費(入院)を使用した。分析結果は、1 人当たり医療費を千円単位で示すと、最大効率の県では、 $E = 1.68$ 、最低効率の県では、 $E = 1.12$  となっており、効率比で 1.5 倍の格差がみられた。また 1 人当たり医療費と平均在院日数の相関係数は 0.38 であり、強い相関はみられず、都道府県により効率比にかなり差があることが判明した。

### A. 研究目的

政府管掌健康保険が都道府県分割される政策について、住民参加による政策・施策評価の方法論を提言し、適用性を考察する。

### B. 研究方法

政府管掌健康保険が都道府県分割された場合の医療費とその財源を投入した医療成果（死亡率、平均在院日数、治癒率等）を関係付けるモデル構築により、都道府県間の医療財源利用効率  $E$  を測定できる。医療財源を  $Y$ 、医療成果を  $X$  とす

ると、 $E = X / Y$  が効率を示す。この効率  $E$  がどの程度活用できるか、政府管掌健康保険の医療費データを用いて検討する。データは、厚生労働省が公表している「医療施設調査」から各都道府県の平成 17 年における平均在院日数と社会保険庁が公表している「社会保険事業状況」を、平成 17 年の政府管掌健康保険統計第 2 表から被保険者各々の都道府県別診療費(入院)をそれぞれ使用した。また効率  $E$  を都道府県間で比較し、住民参加による政策・施策評価との関連について検討した。

### C. 研究結果

政府管掌健康保険が都道府県別に分割された場合に医療財源利用効率Eを求めるには、横軸の医療費と縦軸の平均在院日数の2つの軸で原点から都道府県散布図の分布点に直線を引き、直線の傾きを求めればよい。平均在院日数の短い方が医療成果が高いと考える場合には、傾きが小さい都道府県の方がより効率的な資源運用を行っていることになる。

データ分析の結果、1人当たり医療費を千円単位で示すと、最大効率の県では、 $E = 1.68$ 、最低効率の県では、 $E = 1.12$ となっており、効率比で1.5倍の格差がある。また1人当たり医療費と平均在院日数の相関係数は0.38であり、強い相関はみられず、都道府県により効率比にかなり差があることがうかがえる。

この効率比は住民の受療行動と医療機関の対応の結果である。住民参加の視点から、医療機関のサービス供給体制整備の政策・施策評価を行う場合、効率比は、住民が医療システム利用を通じて示す医療供給体制整備の政策・施策評価の側面を持つ。したがって、この効率比は、医療機関の整備・運用の政策・施策評価を行う場合に評価指標として活用できる。

### D. 考察

政府管掌健康保険は都道府県分割されて保険運用されることになっている。このことは、介護保険料が市町村により異なると同様の医療保険料の差が生じる。保険料の差は、医療費の給付差によってもたらされるものであるため、都道府県の高齢化率は医療費に影響する。したが

ってここで提言している医療供給体制の政策・施策指標である効率比を用いて、都道府県の効率性を比較する場合、医療費を高齢化率を用いて補正しておくことが望ましい。通常医療費は高齢化率に影響されるので、次のモデルを考える。

$$Y = a + b * R$$

Y：医療費

R：高齢化率

a, b：パラメータ

このモデルが全国モデルで、ある都道府県の高齢化率がrであるとき、その都道府県の医療費yは $y = a + b * r$ となる。このため、同じ平均在院日数でも、効率比は $m = (a + b * R) / (a + b * r)$ 倍になるので、パラメータmで除する標準化補正が必要である。

また医療成果指標である平均在院日数は、一般病床、療養病床、精神病床などの割合で異なるので、それぞれの病床類型での効率比産出も求められる。

ここで提案されている効率比指標は、住民参加の視点からみると、住民が患者として受療行動を行い、医療機関を活用した結果をアウトカム評価するものであるが、受療行動そのものが政策・施策のプロセス評価に関わっているとも考えられる。

### E. 結論

政府管掌健康保険を都道府県に分割して保険運用することにより、それぞれの都道府県での住民参加が可能になる。従来は日本全国のこの保険の被保険者の受療行動全体を評価してきたが、都道府県に分割されると、地域に根ざした住民参

加特性が把握可能になり、独自の住民参加による政策・施策評価の比較が可能になる。住民参加を患者の受療行動として考えた場合、医療成果と医療財源（医療費）はその行動の結果であり、医療成果と医療財源（医療費）の比である効率比評価指標は、住民（患者）の視点から医療機関の医療提供システム整備政策・施策のプロセス評価、アウトカム評価となる。ただし都道府県の高齢化率が異なると医療費が異なるので、高齢化率を用いた補正が望ましい。同様に、成果指標である平均在院日数も病床の種類別に求めると、都道府県比較の信頼性が向上できる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 佐々木伯朗；「公共投資と財政」：片桐正俊編著『財政学—転換期の日本財政第2版』、東洋経済新報社、p165-184、2007

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 研究協力者

安田享 東北大学大学院生

阿部真菜美 東北大学大学院生

## II. 分担研究報告

## 住民参加による政策評価の実証分析

分担研究者 加藤由美 東北文化学園大学医療福祉学部教授

主任研究者 関田康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

### 研究要旨

宮城県の住民参加型政策評価システム「県民満足度調査」を検討フィールドに設定して、このシステムモデルの妥当性に関する検証分析を宮城県民による自治体主導型住民参加政策・施策評価方式で行った。その結果、①詳細な政策・施策評価が可能である。②自宅で評価に参加できるので、障害者なども参加できる。③評価のための時間が効率的に評価に投入されている点で効率的である。④関心の無い政策・施策について情報収集ができ、政策・施策の全体像を把握する機会を提供する。⑤住民参加による評価結果がエビデンスデータとして行政の政策・施策に反映できる、などが検証された。

### A. 研究目的

住民と政策実施者の双方向コミュニケーション・ツールであるコミュニケーション調査が組み込まれた住民参加型政策評価システムモデルを検証し、モデルの妥当性を判定する。

### B. 研究方法

宮城県の住民参加型政策評価システム「県民満足度調査」を検討フィールドに設定して、このシステムモデルの妥当性に関する検証分析を行う。検証する評価者は、政策・施策評価者として調査に参加した宮城県民である。この方法が適用できるのは、満足度調査票の中に、この評価モデルの妥当性に関する設問が組み込まれているからである。この研究では、自治体主導型住民

参加アプローチの視点から政策評価システムの妥当性を検証・判定する。検証に用いるデータベースは、平成 18 年第 5 回宮城県民満足度調査データベースである。

宮城県の第 5 回県民満足度調査では、コミュニケーション調査を用いた住民参加型評価システムの評価を行うために、回答者に対して次の主旨の質問を行っているので、これらの視点から評価システムモデルの検証を行う。

- (1) 調査票記入の負担感
- (2) 調査回答の所要時間
- (3) 調査について感じた事柄
- (4) 調査に際して提供された参考資料(政策に関する情報)は役立ったか
- (5) 県政に関する知識量が調査後にどのように変化したか

(6) 県政に対する関心が調査後にどのよう  
に変化したか

(6) 調査の適切性についてどのように思  
うか

(倫理面への配慮) 分析データベースは、  
個人を特定する情報がなく、倫理面での問  
題はない。

### C. 研究結果

(1) コミュニケーション調査の負担に関  
する検証

県民満足度調査では、調査票記入の負担  
感について質問している。有効回答は1,651  
名で、回答の内訳は「苦勞した」29.9%、「ど  
ちらかといえば苦勞した」56.6%、「どちら  
かといえば楽だった」11.5%、「楽だった」  
1.9%となっている。「どちらかといえば」  
を含めて86.5%が調査票記入に苦勞したと  
答えており、多くの住民にとって、政策を  
評価することは容易でないことが示された。  
この傾向は性や年齢にはあまり関係なく、  
回答者全体に共通して認められた。

第5回県民満足度調査の回答者所要時間  
は、「1時間未満」23.3%、「1時間以上2  
時間未満」33.9%、「2時間以上3時間未満」  
20.0%、「3時間以上4時間未満」11.4%、  
「4時間以上」11.4%であった(有効回答  
1,647名)。65歳以上の高齢者は現役世代に  
比べると回答に時間がかかる傾向がみられ、  
4時間以上かかった割合が約22%を占めた。  
これらの結果は、住民が多大な時間を割い  
てまで、政策・施策評価に参加する価値と  
意欲を示しているといえる。

(2) コミュニケーション調査の情報提供  
機能

宮城県の県民満足度調査では、コミュニ

ケーション調査の回答者(県民)に「資料」  
の形で政策に関する情報を提供し、回答者  
は資料を参考にして政策を評価する形態と  
なっている。この資料(政策情報)が回答  
(政策の評価)にどの程度役立ったかを問  
う質問に対して、第5回県民満足度では、  
「(資料を)読んだら役に立った」18.5%、  
「読んだら少し役に立った」42.3%、「読ん  
だがあまり役に立たなかった」14.9%、「読  
んだが役に立たなかった」4.2%、「読まず  
に回答したのでわからない」20.0%となっ  
ている(有効回答1,623名)。興味深い点は、  
回答者を高齢世代(65歳以上)と現役世代  
(65歳未満)に分類してみると、「(資料を)  
読んだら役に立った」と答えたのは高齢世  
代の約4分の1(2.%)を占めていたの  
に対し、現役世代では約16%にとどまってい  
たことである。また「読まずに回答したの  
でわからない」と答えた回答者の割合は、  
高齢世代も現役世代と同じ20%だった。

(3) コミュニケーション調査の学習支援  
機能

宮城県の県民満足度調査では、コミュニ  
ケーション調査の妥当性を評価する一環と  
して、調査に参加した後、県政に関する知  
識が増えたかどうかを質問している。第5  
回満足度調査の結果でみると、調査参加後  
に「おおいに知識が増えた」14.8%、「少し  
知識が増えた」66.0%、「(調査)前と変わ  
らなかった」19.2%となっている(有効回  
答1,642名)。65歳以上の高齢世代と65歳  
未満の現役世代に分類してみると、「おおい  
に知識が増えた」と回答した割合は、高齢  
世代では約21%、現役世代では約13%で、  
コミュニケーション調査の学習支援機能が  
高齢世代に効果的である可能性を示唆して

いる。また、全体的にみても、コミュニケーション調査によって県政に関する知識量が増えたと答えた回答者割合は、合わせて8割強を占めている。

県民満足度調査では、前述の知識量の変化の他に、コミュニケーション調査に参加した後の県政に対する関心の変化についても質問している。第5回県民満足度調査の結果でみると、調査参加後に県政について「おおいに関心が高まった」13.0%、「少し関心が高まった」63.9%、「前と変わらなかった」23.1%となっている（有効回答 1,640名）。65歳以上の高齢世代と65歳未満の現役世代に分類してみると、「おおいに関心が高まった」と回答した割合は高齢世代では約22%、現役世代では約10%で、この結果もまた、前述の関心度の変化に関する分析結果と同様に、コミュニケーション調査の学習支援機能が高齢世代に効果的である可能性を示唆している。

#### （4）双方向コミュニケーション・ツールを用いた住民参加型政策評価システムの適切性

宮城県の県民満足度調査では、コミュニケーション調査の妥当性を評価する一環として、調査が県民の意向を県政に反映させる手段として適切か否かを質問している。第5回県民満足度調査の結果をみると、「適切である」10.8%、「どちらかといえば適切である」51.1%、「どちらかといえば適切でない」28.6%、「適切でない」9.5%となっている（有効回答 1,606名）。65歳以上の高齢世代と65歳未満の現役世代に分類してみると、「適切である」と「どちらかといえば適切である」を合わせた回答者割合は、高齢世代では7割を占めたのに対し、現役

世代では6割弱だった。全体的にみると、程度の差はあってもコミュニケーション調査が県民の意見を県政に反映させる手段として適切であると答えた回答者割合は、全体の約62%であることがわかった。

コミュニケーション調査の適切性について、県民満足度調査の第1回（平成14年）から第5回（平成18年）までの結果を比較してみると、調査が県民の意向を県政に反映させる手段として適切と思うかという同じ質問に対して、「適切である」と「どちらかといえば適切である」をあわせた回答者割合は、第1回（平成14年）74.8%、第2回（平成15年）73.9%、第3回（平成16年）71.9%、第4回（平成17年）70.2%、第5回（平成18年）61.9%であり、コミュニケーション調査の回を重ねるにつれて徐々に低下している。

#### D. 考察

全体的にみれば、政策の評価に要した時間が2時間未満だった住民は6割弱、2時間以上要した住民は4割強という結果であり、この結果は、評価の対象が宮城県で施行されている全36政策であることを考慮すると、概ね妥当と考えられる。例えば委員会方式で36政策すべてを評価しようとする、評価対象の範囲の広さと量の多さから、数多くの委員会を開催しなければならず、それらに要する時間は、準備を含めると膨大なものになる。政策評価においてコミュニケーション調査方式と委員会方式を単純に比較することはできないが、政策評価に要する時間が比較的少なく済む点、幅広い層の住民から評価が得られる点、住民が自宅など自分の都合よい場所で評価を



行うことができる点などは、双方向コミュニケーション・ツールを用いた住民参加型政策評価システムの長所といえる。調査に伴う住民の負担をいかにして軽減するかが、双方向コミュニケーション・ツールを用いた住民参加型政策評価システムの課題の一つといえる。

全体的にみると、程度の差はあってもコミュニケーション調査の資料を通じて提供された政策情報が政策評価に有用だったという回答は、全体の6割強を占めている。その一方で、提供された政策情報に目を通さずに政策評価を行った県民も2割にのぼることから、誰もが理解しやすい内容であることはもとより、読み手が興味関心をいただくような体裁（デザイン、レイアウト、表現等）の工夫が求められる。また、政策情報を提供する媒体として、紙以外の多様な媒体を検討する必要がある。

コミュニケーション調査の学習支援機能の分析結果は、コミュニケーション調査が学習支援機能を備えていることを示している。全体的にみても、コミュニケーション調査によって県政に対する関心が高まったと答えた回答者割合は約77%にのぼり、全体の4分の3以上を占めている。以上のことから、双方向コミュニケーション・ツールとしてのコミュニケーション調査は、住民の政策に対する知識量を増やしたり、関心度を高めたりすることを支援する学習支援機能を有することが実証された。また、この学習支援機能は高齢世代により効果的に作用する可能性が示唆された。

## E. 結論

宮城県の住民参加型政策評価システムは、

システム運用開始の当初は一般県民回答者の4分の3弱から調査の適切性が認められていたものが、次第に適切性の評価が低下する傾向にあることについて、その要因の検討と、改善に向けてシステムの見直しを含めた対策が必要であるが、適切性の評価の低い平成18年については、この方法に対する負の評価を誘導する項目が入っていたことも影響要因として考えられる。

宮城県の双方向コミュニケーション・ツールを用いた住民参加型政策評価システムは、2時間の以上かけて回答しているケースも多いが、他の住民参加の評価方式より次の点で多くの点で優れている。①詳細な政策・施策評価が可能である。②自宅で評価に参加できるので、障害者なども参加できる。③評価のための時間は、他の方法の場合交通に要する時間、外出の準備時間、会合・参加に要する時間などが入るため、合計すると時間が相当かかっている。したがってこのモデルでは、全ての時間が評価に投入されている点で効率的である。④関心の無い政策・施策について情報収集ができ、政策・施策の全体像を把握する機会を提供する。⑤住民参加による評価結果がエビデンスデータとして行政の政策・施策に反映できる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表（研究論文）

1) 加藤由美、関田康慶：MSWのコーディネート機能による患者不安軽減効果の評価、病院、66(1)、p64-69、2007

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究協力者 宮城県企画部政策評価室

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
佐々木伯朗	公共投資と財政	片桐正俊	財政学一 転換期の 日本財政 第2版	東洋経 済新報 社	東京	2007	p165-184

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
関田康慶、石垣政裕、佐藤美喜子、阿部真菜美他	新介護保険制度対応介護モニタリング情報システムの設計	第25回医療情報学会学術大会論文集		p750-753	2007
関田康慶、阿部真菜美	住民参加による地方政府行政評価システムの設計と事前評価	第30回日本計画行政学会論文集		P35-38	2007
伊藤敦・関田康慶	医療・福祉・居宅機能ユニット統合センターの視点から考察したノルウェーのナーシングホームに関する特徴とかかりつけ医の役割	グループ診療研究	13 (1)	P25-39	2007
関田康慶	保健・医療・福祉の連携に必要な視点	月間福祉	4	p22-27	2007
伊藤敦、関田康慶	スウェーデンのスペシャルハウスに関する特徴とかかりつけ医の役割—医療・福祉・居宅機能ユニット統合センター訪問実態調査による検証—	グループ診療研究	13 (2)	P1-12	2007

# 住民参加による地方政府行政評価システムの設計と事前評価

## Design and Assessment of Local Government Policy and Administration by Residents Attending

○関田康慶 東北大学大学院経済学研究科 医療福祉講座 医療福祉システム分野  
阿部真菜美 東北大学大学院経済学研究科 博士後期課程

### 1. はじめに

地方政府の行政評価（政策・施策・事業評価）に住民が参加することにより、住民主権が行政の政策・施策・事業に反映される。さらに住民からの貴重な行政評価情報を入手して、行政がサービス改善等のフィードバックシステムを構築し、財源投入の効果や効率を高めることが期待できる。本研究報告では、地方自治体の行政評価への住民参加方式やシステム設計、事前評価を、①都道府県・政令都市、市町村対象郵送法行政評価実態調査、②住民サービス利用評価の行政評価システムへのリンクシステム、③住民満足度調査と行政評価指標のリンクシステムの各視点から検討し、評価システム設計を行い、事前評価する。

### 2. 住民の行政評価参加の段階と方式

住民参加の行政評価には、次の4つの段階があると考えられる。①少数の住民参加による行政評価、②多くの利用者調査や住民満足度調査など1方向の住民参加、③利用者調査や住民満足度調査を双方向で継続的に行う行政評価、この場合行政から評価のための詳細な情報提供がおこなわれ、政策・施策・事業遂行課程で評価情報を収集して行政評価に反映する。④利用者調査や住民満足度調査情報を行政サービス過程で収集して政策・施策・事業評価モニタリング指標にリンクさせて行政評価を行う。

①の少数の住民参加方式には、審議会、公聴会、パブリックコメント、請願・陳情、P. I.、協同、などがある。これら参加者は過去、現在、将来の行政について、事前評価、プロセス評価、事後評価に参加する。この参加方式は、参加者が少ないのみでなく、参加の機会も少ないので、住民参加による行政評価への影響力は小さい。但し地域が限定され、行政評価分野が限定される場合は少数参加でも住民の意向が反映される場合がある。②の多くの利用者調査や住民満足度調査など1方向の住民参加方式では、多くの住民参加による行政評価が期待できる。しかし行政から住民に対する政策・施策・事業に関する情報提供が無いので、政策・施策・事業の理解が不十分のまま住民が行政評価を行う可能性がある。③の利用者調査や住民満足度調査を双方向で継続的に行う行政評価方式では、行政から住民に対して、行政評価する上で参考となる詳細な情報提供がおこなわれ、多くの住民が行政評価に参加できる。しかし行政評価に関連する費用や業務が増加する。④の利用者調査や住民満足度調査情報を行政サービス過程で収集して政策・施策・事業評価モニタリング指標にリンクさせて行政評価を行う方式では、住民が行政サービスを受ける過程で、行政側が住民評価情報を指標化してモニタリングする。モニタリング情報は統計処理されて関係部署に連絡される。この方式は行政評価情報を詳細且つ迅速に活用できるが、システム設計が必要となる。

### 3. 都道府県・政令都市の住民参加行政評価方式の調査分析

都道府県・政令都市がどのような住民参加型行政評価システムを運用しているかについて実態調査を実施した。調査対象は都道府県(47)政令指定都市(14)で、平成17年10月-11月に郵送配布・郵送回収方式にて実施した。有効回答は、37都道府県(回収率78.7%)、政令指9政令指定都市(回収率64.3%)、全体では61自治体中46自治体(回収率75.4%)であった。

政策評価(行政評価)の情報開示は、住民の行政参加の基本情報になるが、「積極的に開示している」とした自治体が、都道府県で97.3%、政令指定都市で100.0%と、ほぼ全ての自治体が積極的に開示していることが判明した。政策評価の情報開示の内容は、都道府県で「全ての

評価結果（評価書及びその要旨）」（83.8%）や「評価に係る事項（評価システムの概要・評価プロセス等）」（78.4%）が多く、政令指定都市では「全ての評価結果（評価書及びその要旨）」（88.9%）が多かった。

政策評価の情報開示の方法は、都道府県で「インターネット（自治体のホームページ）」（94.6%）、「行政窓口」（73.0%）、「マスコミを通じた公表（報道発表）」（70.3%）が多く、政令指定都市では「インターネット（自治体のホームページ）」（100.0%）、「広報誌」（55.6%）、「行政窓口」（66.7%）、「マスコミを通じた公表（報道発表）」（66.7%）が多かった。

政策評価の情報開示方法の工夫では、都道府県、政令指定都市共に「評価の目的・手法についての説明を徹底している」が約5割と最も多かった。都道府県では「図や表を有効に使うことによって視覚的に理解しやすいように工夫されている」（43.2%）、「評価結果が今後の政策の展開にどのように反映されていくのかをしっかりと説明している」（27.0%）となっていた。

政策評価への住民参加形態は、都道府県で「パブリックコメント（電子メールによる住民意見の公募）」（45.9%）、「パブリックコメント（電話・FAXを利用した住民意見の公募）」（32.4%）、「パブリックコメント（郵便を利用した住民意見の公募）」（29.7%）、「パブリックコメント（行政窓口を利用した住民意見の公募）」、「住民調査（一方向）」（共に24.3%）の順で、政令指定都市は「パブリックコメント（電子メールによる住民意見の公募）」、「パブリックコメント（郵便を利用した住民意見の公募）」、「パブリックコメント（電話・FAXを利用した住民意見の公募）」、「住民調査（一方向）」が33.3%であった。住民参加の大部分はパブリックコメントで、住民調査1方向が都道府県で24%、政令都市で33%、審議会参加は、都道府県、政令都市とも1割程度で、残りの方式は少なかった。

住民満足度調査を実施している都道府県、政令指定都市の対象人数は、都道府県、政令指定都市共に「2000人以上4000人未満」が最も多く（都道府県が43.8%、政令指定都市が75.0%）。対象者数の最大値は9000人。調査の回収率については、都道府県では「40%以上60%未満」（50.0%）が最も多く、次いで「60%以上80%未満」、「80%以上」（共に18.8%）、「20%以上40%未満」（12.5%）の順であった。政令指定都市では「40%以上60%未満」と「80%以上」が共に25.0%。回収率は4割以上で高い傾向にあった。標本抽出法は、「無作為抽出」が都道府県で100.0%、政令指定都市では75.0%とほとんどの自治体が無作為抽出を行っていた。

これらの調査結果をまとめると、①政策評価の情報開示はほぼ全ての自治体が積極的に開示している、②政策評価の情報開示の内容については、全ての評価結果（評価書及びその要旨）が大部分、③政策評価の情報開示の方法については、インターネット（自治体のホームページ）、行政窓口、マスコミを通じた公表（報道発表）が大部分、④政策評価への住民参加形態については、パブリックコメントが中心で（3・4割）、電子メール、電話・FAX、郵便などが用いられている、⑤住民調査（一方向）は約3割、双方向住民参加は少なかった。住民満足度調査を実施している自治体の調査対象者はほとんどが無作為抽出で、回収率は4割以上がほとんどである、⑥都道府県、政令都市の住民の行政評価参加の段階は、パブリックコメントによる住民参加がほとんどであるが、パブリックコメントを出す住民が少ないので、大部分の市町村が少数の住民参加による行政評価の段階といえる。利用者調査や住民満足度調査などは多少あっても1方向の住民参加形式であり、双方向の住民調査を時視している市町村は少数であった。

#### 4. 市町村の住民参加行政評価方式の調査分析

市町村がどのような住民参加型行政評価システムを運用しているかについて実態調査を実施した。調査対象は政令都市を除く全国の市町村で、平成19年1月にA、B調査票を郵送配布・郵送回収方式で実施した。行政評価の有無を中心に聞くA票の回収数は993票で、行政評価を行っている市町村に対してその内容を詳しく調査するB票の回収数は280市町村であった。

政策評価の情報開示は、「自治体側から積極的に開示している」が196市町村（70.0%）、「住民からの開示請求があった場合のみ開示している」（11.1%）、「全く開示していない」（17.1%）で、ほとんどの自治体が積極的に政策評価情報を開示していた。

政策評価情報開示の内容は、「全ての評価結果（評価書及びその要旨）」（66.1%）、「評価に係る事項（評価システムの概要・評価プロセス等）」（40.6%）、「一部の評価結果（評価書及びその要旨）」（20.1%）が主たるものである。

政策評価の情報開示の方法は、「インターネット（自治体のホームページ）」（83.2%）、「行政窓口」（56.2%）、「広報誌」（38.9%）が主たる方法であった。政策評価への住民参加を促すために取り組んでいる事業は、「広報活動（ホームページ）」（46.3%）、「広報活動（広報誌）」（27.2%）、「審議会への住民参加」（15.7%）、「説明会・シンポジウムの開催」（4.5%）、特に何も行っていない」（40.3%）であり、積極的な対応をしている市町村と、していない市町村に分かれていた。

政策評価への住民参加の形態について、「公聴会への住民参加」（3.1%）、「パブリックコメント（住民意見の公募）（電子メール）」（29.1%）、「住民調査（一方向）」（24.8%）、「パブリックコメント（住民意見の公募）（郵便）」（22.0%）、「パブリックコメント（住民意見の公募）（電話・FAX）」（22.0%）、「パブリックコメント（住民意見の公募）（行政窓口）」（21.7%）、「審議会への住民参加」（20.1%）、「市民委員会」（10.6%）などの形態が見られた。大部分の市町村でパブリックコメントが活用されていた。

住民調査（一方向）を実施している市町村は、人口10万人未満の市（ $n=113$ ）で27.3%、人口10万人以上の市（ $n=91$ ）では31.4%、町村（ $n=76$ ）では13.0%と人口規模が大きい市町村ほど住民調査がおこなわれていた。

これらの結果をまとめると、①政策評価の情報開示については市町村側から積極的に情報開示している、②政策評価情報開示の内容は、全ての評価結果（評価書及びその要旨）が多い、③政策評価の情報開示の方法は、インターネット（自治体のホームページ）、行政窓口が主たる方法、④政策評価への住民参加を促すために取り組んでいる事業は広報活動（ホームページ）が最も多かった、⑤政策評価への住民参加の形態は、公聴会への住民参加、パブリックコメント（電子メール、郵便、行政窓口）が多く、住民調査（一方向）は25%であった、⑥住民調査（一方向）を実施している市町村は、人口規模が大きいほど実施されていた。

## 5. 住民満足度調査と行政評価指標のリンクシステム

行政評価に関する住民満足度調査は、必ずしも政策・施策指標に関係付けられたものではない。そのため、満足度調査結果を行政にどのように反映するかが問題となる。1つの方法は住民満足度調査結果に関係すると想定される政策・施策指標との相関分析をおこない、相関の大きい指標があればそれが行政評価指標として活用できる。例えば地域医療の整備について、圏域ごとに満足度が異なる場合、人口当たりの病床数指標や病院当たりの圏域面積指標などと満足度との関連性を分析すればよい。満足度が間隔尺度であれば指標との相関係数を求めて、相関の程度の高い指標が選択できれば、その指標を用いて政策・施策コントロールが可能となり、圏域ごとに住民の満足度を向上することが可能となる。すなわち住民満足度情報と行政評価情報のリンクが可能となる。

県民満足度とリンクして、政策・施策の制御変量となる指標を相関分析により探索した事例を述べる。探索対象となる変量は人口10万対の病院数など15変量である。相関分析の結果、県民満足度とリンクする3つの政策・施策指標を発見した。それらは、200床以上病院当たり面積（決定係数＝相関係数の二乗；0.89）、200床以上病院当たり人口（決定係数；0.86）、200床以上病院の構成比率（決定係数；0.61）。これらの変容を見ると、県民が規模の大きい病院までのアクセスや病院規模に医療の質を求めた結果ではないかと考えられる。このように満足度を反映する指標にリンクして、住民参加を行政レベルに反映できる。

## 6. 住民サービス利用評価情報を活用した行政評価システムへのリンク

住民が行政関連サービスを利用する際に行政評価情報を提供し、その情報を活用するシステムを構築すると、行政関連サービス発生源での行政評価が可能になる。これら情報は関係するシステム構成者から収集され、行政評価データベースに入力して、それらの加工情報がシステ

ム構成者間で活用可能となる。

行政評価では通常評価指標が目標値、達成度評価などに用いられるが、指標情報の発生源は、サービス提供や生産過程にあるので、情報発生源に基づく行政評価システムを用いると詳細な行政評価が可能になる。収集情報により、事前評価、プロセス評価、事後評価が可能であり、行政へのフィードバック・コントロール、フィードフォワード・コントロールも可能になる。

ここでは介護保険モニタリングシステムを行政評価システムにリンクする方式でのモデルを設計したので、リンクシステムについて述べる。介護保険の保険者は市町村であり、介護保険事業計画が策定され、計画の事前評価、事後評価が行われている。多くの市町村は、通常計画や評価を行う際、被保険者や要介護者の意識調査や実態調査を行い、それを分析して事業計画に反映している。この方法は情報収集回数が少なく、分析にも時間がかかる。

介護保険のモニタリングは、介護保険法に定められた介護サービスの評価機能であり、介護支援専門員が介護計画に沿ったサービスが提供されているか評価するプロセスである。要介護者や家族の意見、評価が反映されるので、行政評価の情報につながり、サービス利用を通じた行政評価が可能になる。平成18年4月から市町村機能の一部である地域包括支援センターが活動し始めたので、このセンターもモニタリングに参加できる。

要介護者の介護計画と実施から、モニタリング情報が業務として発生するが、この情報をインターネット上のLDAPデータベース（市町村が管理者）に入力する。市町村、地域包括支援センター、介護事業者、介護支援専門員、要介護者・家族などの介護保険システム構成者は統計分析された加工情報を目的に応じて活用できる。モニタリング情報の蓄積、活用は介護保険モニタリング情報システムで運用できるので、このシステムを行政評価システムにリンクすれば、介護サービス利用者や介護支援専門員の評価が行政評価システムに反映できる。

## 7. 考察と結論

行政評価への住民参加の段階と方式について実態調査を行った結果、都道府県でも市町村でも、地方行政評価システムの設計は、住民参加程度が低い内容であることが判明した。行政が審議会方式や委員会方式で政策・施策を策定し、パブリックコメントで住民の意見を聞くモデルが多く、住民参加数が最初から少ない方式か、もしくは形式的にインターネットを用いて多くの住民を対象にはしているが、実際には住民参加者が少ないことが多い。パブリックコメントの活用は、この方法が費用もかからず短時間で対応できる為選択されていると考えられる。

住民満足度調査は、多くの住民の意見を反映できるが、費用負担が大きく、分析に時間がかかる。本稿で提案している2つの方法は、多くの住民参加が期待でき、行政評価システムにリンクできる新たな方法である。第1の方法は住民満足度調査と政策・施策指標の関連性を発見することにより、行政がコントロールできる指標が得られるので、満足度調査など住民参加による行政評価情報を政策・施策にリンクすることが可能となる。住民満足度調査には費用がかかるが、選挙の投票に比較すると、住民が具体的に政策・施策について評価できるし、郵送法が中心なので、要介護者や家族も行政評価に参加できるメリットがる。第2の方法は、住民がサービスを受けルカ低で行政評価情報を収集して行政側に評価情報をリンクする方法である。介護保険のモニタリング情報システムと行政評価システムをインターネットでリンクする方法はその事例であるが、通信のセキュリティーやインターフェイスが優れている必要がある。入力時間の現象と利用価値の高い統計分析情報提供が望まれる。これら2つの方法は、モデル化されるので、政策・施策のシミュレーションを通じた事前評価が可能になる。

## 8. 参考文献

関田康慶；新介護保険制度の論点と市町村・介護保険事業者の計画と戦略対応、東北開発研究、No.141、p25-36、2006

関田康慶；厚生労働科学研究「住民参加による保健医療福祉政策評価方法の開発と実証分析」17-18年度研究報告書

## 新介護保険制度対応介護モニタリング情報システムの設計

○関田 康慶<sup>1)</sup> 都築 光一<sup>2)</sup> 石垣 政裕<sup>1)</sup> 阿部 真菜美<sup>1)</sup> 工藤 厚史<sup>1)</sup> 高田 純子<sup>1)</sup> 佐藤 美喜子<sup>4)</sup> マンスフィールド グレン<sup>3)</sup>

東北大学大学院経済学研究科<sup>1)</sup>

岩手県立大学社会福祉学部<sup>2)</sup>

㈱サイバー・ソリューションズ<sup>3)</sup>

東北大学大学院経済学研究科・NECソフトウェア東北㈱<sup>4)</sup>

## Design of Monitoring Information System for Long-term Care Service on the New Long-term Care Institute

OSEKITA YASUYOSHI<sup>1)</sup> Tsuduki Kouichi<sup>2)</sup> Ishigaki Masahiro<sup>1)</sup> Abe Manami<sup>1)</sup> Kudo Atsushi<sup>1)</sup> Takada Junko<sup>1)</sup> Sato Mikiko<sup>4)</sup> Mansfield Glenn<sup>3)</sup>

Tohoku University Graduate School of Economics and Management<sup>1)</sup>

Iwate Prefectural University Faculty of Social Welfare<sup>2)</sup>

Cyber Solutions Inc.<sup>3)</sup>

Tohoku University Graduate School of Economics and Management / NEC Software Co.,Ltd.<sup>4)</sup>

In this paper, we develop a monitoring information system used in visiting long-term care management on the New Long-term Care Institute. Members of system are care managers, service users, service providers, regional supporting centers for welfare and local governments. Developing method are using LDAP database on the internet, JAVA,SSL, and a ASP system.. Monitoring data are gathered in the process of care management by care managers, through assessment, process evaluation, final evaluation.. Merits of this system are increasing quality and satisfaction of care service users, supporting higher quality care management and long-term care planning of local governments. We are ready to experimentations for care managers in order to convince the validity of this monitoring system.

### 1. 研究目的と意義

介護保険制度対応の訪問介護モニタリング情報システムを設計する。モニタリング機能は介護保険制度で位置づけられた重要な機能であり、ケアマネジメントの評価や制度評価を通じて、質の高い効率的なサービス提供を支援することを目的としている。しかし現在用いられているモニタリングシステムは、ケアマネジャーが介護報酬申請資料の一部として個々人のレベルで活用する方式が中心で、それらの情報が地域の介護サービス供給資源過不足情報や事業所経営支援情報として十分活用されていない。ここで設計するモニタリング情報システムは、介護サービスに対する利用者やケアマネジャーの評価のみでなく、介護資源の整備状況なども評価する機能を備えたものである。介護モニタリング情報システムは、モニタリングに関わる情報収集を業務過程で行い、分析情報を関係者が共有し、住民・行政参加の評価システムである。

### 2. 介護モニタリング情報システムの設計要件

介護モニタリング情報システムの設計要件を示す。

- ①介護モニタリング情報システムのユーザーは、介護サービス利用者、ケアマネジャー、介護支援事業所、介護サービス事業所、地域包括支援センター、市町村・保険者、都道府県・国であり、それぞれの立場に応じて分析された付加価値情報を活用できる。
- ②介護サービス利用者は、サービス内容の充実や質の高いサービスを提供する介護事業者を選択する情報を得ることができる。ケアマネジャー・地域包括支援センター・介護支援事業者・介護サービス事業者は、ケアマネジメントや介護事業経営、包括支援センター運営などに役立つ情報を利用者等から得ることができる。また市町村・保険者、都道府県・国は、介護資源の過不足や介護サービスの質情報を地域単位別に知ることができ、市町村・保険者の介護事業計画にも反映できる。
- ③介護モニタリング情報は、ケアマネジメントや介護関連サービス事業の業務過程で収集される情報をデータベース化して、その分析付加価値情報を活用する方式とする。
- ④モニタリング情報の収集方式が、サービス利用者(住民)の参加によるので、住民参加型の介護関連政策施策評価に反映できる。
- ⑤モニタリング情報システムは、共有のデータベースにより、一元管理を行うが、ケアマネジャー、介護事業所、地域包括支援センター、市町村・保険者、都道府県・国はそれぞれの立場からのモニタリング情報利用システムを設計できるものとする。このような設計を行うのは、それぞれのユーザーグループで、個人情報、管理情報、地理情報、他の統計データなどを追加して活用することがあるためである。
- ⑥共有データベースでは、個人を特定できる情報は扱わないものとする。
- ⑦情報システムはインターネットを活用する方式で、セキュアな機能を有している。
- ⑧モニタリング評価情報は、システム構成者が相互に評価する双方向評価機能を有する。
- ⑨モニタリング情報システムは、ケアマネジャーのケアマネジメントを含むモニタリングシステムを中心に設計する。アセスメントや介護報酬請求は、別システムにリンクして活用できる方式とする。個人情報の保護とケアマネジャーが活用するノートパソコンのメモリー負担を軽減する。
- ⑩モニタリング情報システムの利便性を高めるため、インターフェースの操作性を重視する。

### 3. 介護モニタリング情報システムの設計・開発方法

介護モニタリング情報システム開発では、7W2H2Eアプローチと双方向評価の情報活用をおこなう。双方向評価は満足度などを介護サービス利用者とサービス事業者が双方で行う評価方法である。利用者は介護サービスの充実やサービス提供者の対応等を評価し、サービス事業者は利用者が制度に基づいてサービスを活用しているかを評価する。本システムでは、介護サービス利用者、ケアマネジャー、介護サービス提供者、市町村・保険者を中心に開発する。

モニタリングはケアマネジメントが適正に行われているかを検証する機能であるため、事前評価、プロセス評価、事後評価をおこなう。事前評価はケアプランがアセスメントして作成されているか、プロセス評価はケアプランが計画どおりに実施されているか、事後評価は目標を達成できているかを中心に検証する。

介護モニタリング情報システム設計仕様では、インターネットを用いてユーザーが付加価値情報をいつでも利用できることを前提に開発する。また個人情報を取り扱うため、セキュアな対応ができるようにする。このためJAVAによるプラットフォーム非依存対応、マルチベンダー対応、インターネット上のLDAPデータベースによる分散管理、広域ネットワーク、SSL利用などユーザ認証と利用者別の厳格な情報へのアクセス権の設定ができるよう設計する。

介護モニタリング情報システムは、次の3つの情報システムの統合システムとする。①介護支援事業者のケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループ対応のモニタリング情報システム、②地域包括支援センター権利擁護・困難事例等の集積とモニタリング情報システム、③これらのシステムの共有部分をLDAPデータベースで管理し、データベースの付加価値統計情報サービス提供システムとして管理する。

介護モニタリング情報システムをこれらの情報システム統合として開発する理由は次のようなものである。①ケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループが、利用者の個人情報の管理を容易にし、価格の安いノートパソコンやモバイル端末を活用し易くする。またインターネット環境がない場所でも業務が可能である。②ケアマネジャーや地域包括支援センターの介護予防グループは、個々人の使用しているパソコンとLDAPデータベースサーバーをインターネット接続して、パソコンからLDAPサーバーにモニタリング情報を提供し、必要に応じてLDAPサーバーから付加価値情報を得ることができる。例えば介護サービス事業者の介護職に関する利用者の評価を、他のケアマネジャーから提供された分も含めて知ることができる。③集中的にアップデートが必要なソフトやメモリーが大きい介護報酬やアセスメント関連ソフト等をASP方式で活用共有することにより、ケアマネジャー等が迅速に業務遂行を行うことができる。ケアマネジャーのパソコンのメモリー負担も軽くなり業務がスムーズに実行できる。

本情報システムはLDAPデータベースサーバーを用い、各サブシステムの情報を共有してセキュアな通信を確保する。多くのケアマネジャー他の職種が介護モニタリング情報システムを利用するので、JAVAによるプラットフォーム非依存、マルチベンダー対応のデータベースシステムであることが要求される。また個人名はLDAPデータベースで管理しないが、個人情報の多くがインターネットで通信されるので、SSLの利用などユーザ認証と利用者別の厳格な情報へのアクセス権の設定が可能システムとして開発する。

介護モニタリング情報システムは、ケアマネジメントシステムを含む情報システムである。ただしこれらの情報を、LDAPデータベースで管理する場合、個人名は入れない対応をする。個人を識別するコードがあれば業務に支障はないし、ケアマネジャーのパソコンでも個人名が管理できる。

LDAPデータベースで管理する情報は様々である。ケアマネジャーが管理する利用者情報には、住所、サービス介護事業者、サービスの種類、サービス量、介護サービス提供者、サービスに対する利用者の満足度等がある。介護サービス事業者や地域単位で統計分析して付加価値情報を提供できる。これらの付加価値情報を活用して、介護事業者が業務改善に役立てたり、市町村・保険者が介護資源の供給量整備・調整や、介護保険事業計画に反映できる。またケアマネジャーにとっても、居宅訪問時に利用者宅からLDAPデータベースサーバーにアクセスして、情報入力や時系列データが参照可能となる。

地域包括センターでは、要支援者を対象に介護予防ケアマネジメント、ケアマネジャー困難事例支援のスーパービジョン、権利擁護相談等対応、地域との福祉・医療連携体制の構築等が行われている。地域包括支援センターの事例集積をLDAPデータベースで管理することにより、多くの地域包括支援センターの事例を集積・加工した付加価値情報を他の包括支援センターが参照できる。困難事例や権利擁護などはケース管理が可能であり、個人名を入れない対応で、類似症例の経過・転記・付加価値情報を得る事ができる。

ケアマネジャーの所属する介護支援事業所や介護サービスを提供する介護サービス事業所では、介護支援事業所の所属に関わらず、LDAPデータベースから事業所の利用者情報やサービスの評価情報など重要な経営情報の一部を得ることができる。通常介護支援事業所に属するケアマネジャーの利用者は、必ずしも系列サービス事業者を使っているとは限らないので、この支援情報システム活用により事業所の利用者全体をカバーすることができる。

### 4. 介護モニタリング支援情報システムの設計と開発

#### 4.1 介護モニタリング情報システムの構成図

介護モニタリング情報システムの構成は図1のようになる。介護支援事業者のケアマネジャーは、パソコンからケアマネジメント・モニタリング画面を用いて、関連情報を入力する。ケアマネジメントでは、事前評価、プロセス評価、事後評価をおこなうが、事前評価のアセスメントでは、前期の事後評価情報を利用する方法がある。プロセス評価と事後評価はモニタリング関連情報を入力して管理する。管理はLDAPデータベースサーバーでおこなう。

地域包括支援センターでは、介護予防ケアマネジメント・モニタリング情報をLDAPデータベースで管理する。介護サービス事業者から派遣される介護者は、ケアマネジャーのケアプランを共有してサービスを提供し、サービスの利用者からサービスの満足度評価を受け、LDAPデータベースで管理する。逆にサービス提供者は利用者が介護保険制度を理解してサービスを受けているか、サービス要求が適正なものであるか否かを評価する。



地域包括支援センターでは、困難事例や権利擁護などの事例を集積・加工し、付加価値情報も含めてパソコン画面やセンター画面から管理可能である。個人名を入れない対応で、類似症例の経過・転記・付加価値情報を得る事ができる。

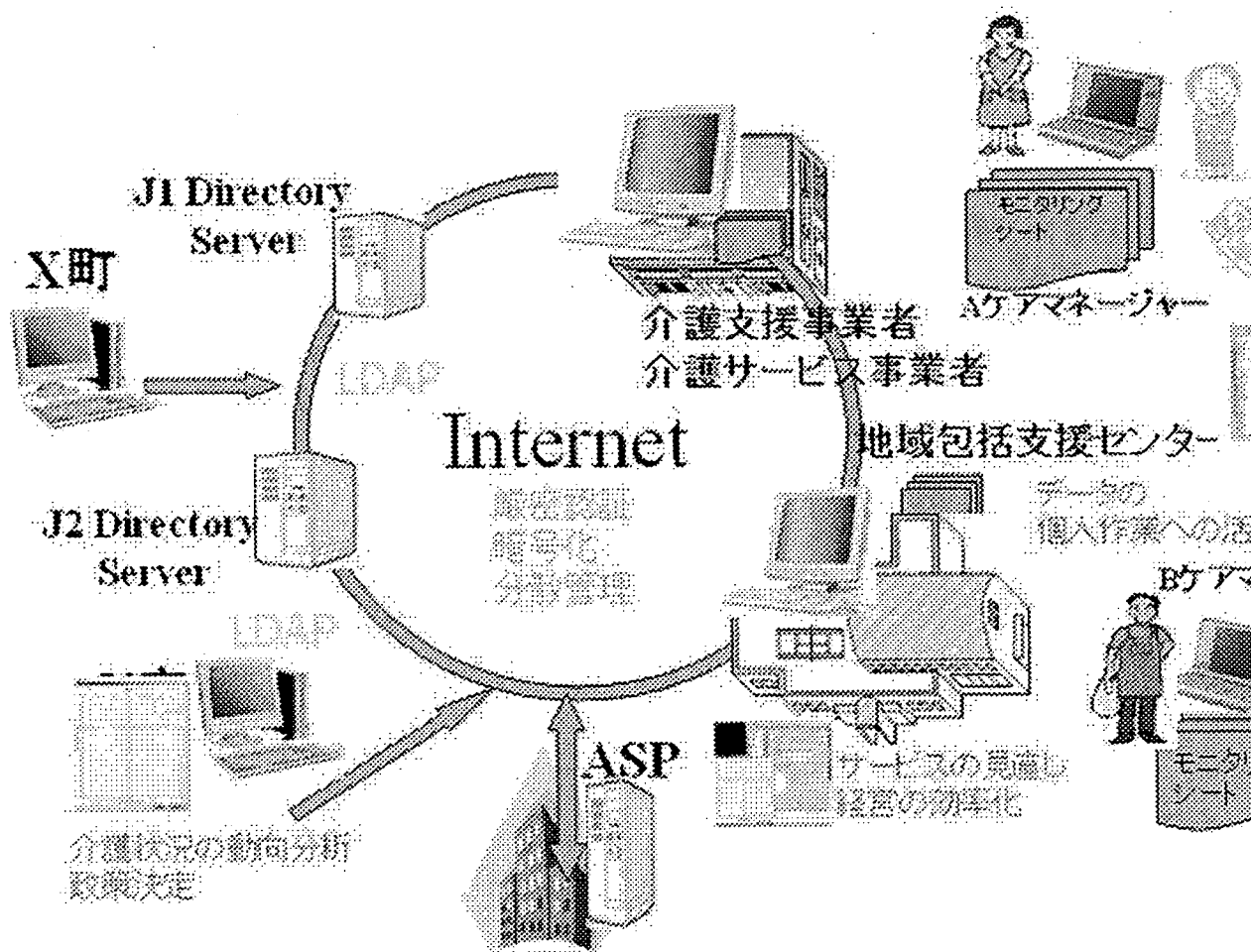


図1 介護モニタリング情報システムの構成:

#### 4.2 LDAPデータベースで管理する情報項目

LDAPデータベースで管理される項目は、Aケアマネジャーが管理するケアマネジメント・モニタリング関係情報、B介護支援事業者・介護サービス事業者が活用する業務モニタリング付加価値情報、C地域包括支援センターが活用するモニタリング情報、D市町村・保険者が活用するモニタリング付加価値情報、E都道府県が活用するモニタリング付加価値情報、である。

Aのケアマネジャーが管理するケアマネジメント関係情報は、ケアマネジメント過程で扱われる居宅介護サービス計画関連情報とモニタリング情報が中心である。Bの介護支援事業者・介護サービス事業者が活用するモニタリング付加価値情報は、ケアマネジャーと地域包括支援センター介護予防部門から得られた利用者情報を、支援事業者や介護サービス事業者が活用できるよう統計処理して、事業所単位でモニタリング情報が参考できるようにしている。

##### A ケアマネジメント関係(ケアマネジャー・地域包括支援センター介護予防部門)

###### ○サービス利用者の基本属性

○事前評価情報(ケアプラン項目;ケアプラン依頼の経路、利用者・家族の意向、アセスメントによる利用者の課題、基本動作と援助内容(食事、排泄、入浴、生活管理)、要支援・要介護度、日常生活自立度判定基準(寝たきり、認知症)、行動障害の有無・程度、精神障害の有無・程度、生活状況、サービスの種類・量、日時、達成目標(長期、短期)、主治医意見書、ケアプランの妥当性、望ましいケアプランからの乖離内容)

○プロセス評価(ケアプランの達成状況;サービスの種類・量、日時、ケアスケジュール表管理、介護費用、介護サービス事業者の介護計画に対応したサービス提供の確認、目標の達成度、利用者のサービス満足度、代替サービスの必要性、新たなニーズ発生の有無、再認定の必要性、介護計画変更の必要性、医療の必要性・医療対応の適切性・利用できなかった等)

○事後評価(ケアプランの達成評価;サービスの種類・量の利用率・適切性、ケアスケジュール管理の適切性、介護費用に対する利用者の評価、介護サービス事業者の評価、目標の総合達成度、利用者のサービス満足度、代替サービスの必要性の有無、基本動作と援助内容(食事、排泄、入浴、生活管理)評価、要支援・要介護度の変化、日常生活自立度判定基準(寝たきり、認知症)の変化、行動障害の有無・程度、精神障害の有無・程

度、生活状況変化、再認定の必要性、介護計画変更の必要性、医療の必要性・医療対応の適切性、ケアプランの妥当性)

#### B 介護支援事業者・介護サービス事業者が活用する業務モニタリング関係

○介護支援事業者(事業者者・コード、ケアマネジャー・コード、利用者・コード、利用者の住所地域、介護サービス要支援・要介護度及び変化、ADL・IADLの変化、生活の意欲、精神状態の変化、サービスの種類・量、介護報酬(ケアプラン作成、サービス利用)、サービス目標・達成度、ケアマネジャーの利用者へのアクセス時間、利用者の相談回数・総時間、相談内容、家族の介護負担、利用者からのサービス評価、利用者からのケアマネジャー評価、利用者のサービス利用対応の評価、予約キャンセル、介護計画の妥当性、年齢等属性別新規利用者数、属性別利用者数)

○介護サービス事業者経営支援(事業者者・コード、介護サービス提供者・コード、利用者・コード、利用者の住所地域、介護サービス要支援・要介護度、サービスの種類・量、介護報酬(サービス利用)、サービス目標・達成度、介護サービス提供者の利用者へのアクセス時間、利用者への訪問回数・総時間、利用者からのサービス評価、利用者のサービス利用対応の評価、予約キャンセル、介護計画の妥当性、年齢等属性別新規利用者数、属性別利用者数)

#### C 地域包括支援センター権利擁護・困難事例関係

○権利擁護(認知症対応・虐待対応権利擁護対象者属性、解決すべき課題、家族構成、家族の連絡先、成年後見人、支援民生委員氏名・連絡先、地域の支援住民氏名連絡先サービスの種類・量、ケアスケジュール、代替サービス必要の有無、基本動作と援助内容(食事、排泄、入浴、生活管理)評価、要支援・要介護度の変化、日常生活自立度判定基準(寝たきり、認知症)の変化、行動障害の有無・程度、精神障害の有無・程度、生活状況変化)

○ケアマネジメントの困難事例支援(困難事例の種類、相談ケアマネジャー、利用者属性((性、年齢、身長、体重、要支援・要介護度、日常生活自立度判定基準(寝たきり、認知症)、既往歴、サービス利用開始日時、家族等支援体制、受診状況、高額介護費・医療費該当の有無、住居の状況、住所区分、等)、解決すべき課題、対応の選択肢、実施対応の状況、相談・スーパービジョンの期間・時間、相談・スーパービジョンの成果)

#### D 市町村・保険者が活用するモニタリング付加価値情報

○アセスメントから得られるケアプランの介護利用量と実際の利用量の比、アセスメントから得られるケアプランが利用されない理由、サービス資源の過不足、サービス目標・達成度、利用者からの介護サービス評価、利用者からのケアマネジャー評価、利用者のサービス利用対応の評価、介護計画の妥当性)

#### E 都道府県が活用するモニタリング付加価値情報

○都道府県内の市町村・保険者の活用する統計情報の活用

### 4.3 統計データと付加価値情報の活用

それぞれの管理項目で、メジアン、4分位数、平均値、分散などの代表的な基本統計量が管理される。統計処理項目は次のようなものである。サービス種類別利用者当りのサービス時間、利用者へのアクセス時間、目標達成度割合、利用者の満足度、アセスメントからのケアプラン作成割合、介護給付費、アセスメントからのケアプランに対する介護給付費割合、ケアマネジャーへの相談回数・時間、要支援・要介護度の変化割合、日常生活自立度判定基準(寝たきり、認知症)の変化割合、行動障害の有無・程度・変化割合、ADL・IADLの変化、精神障害の有無・程度・変化割合等。また次のような情報も統計量として得られる。介護認定と利用者のニーズの差、アセスメントから得られた課題と利用者ニーズの差、要介護限度額とサービス利用額の差、ケアプラン原案と利用者のサービスニーズの差、サービス需要とサービス供給の差、サービス計画と実施結果の差。

ケアマネジャーのLDAPデータベースでの利用者管理では、利用者コードで統計処理が行われ、事業者の情報管理では、事業者コードで統計処理が行われる。通常統計処理過程でも事後の統計でも、個人名や事業署名は閲覧できないが、必要に応じて事業者のサービス状況を公開することができる。サービス利用者や市町村・都道府県はそれらの情報を用いてサービス利用行動やサービスの質改善に反映できる。

### 4.4 モニタリング関連情報の利用者とアクセス制限

ケアマネジャーのレベルでは、パソコンや携帯端末を利用して個々の利用者管理が行われており、インターネットのLDAPデータベース利用の時点でアクセス権が問題になる。この設計システムでは、ケアマネジャーは、担当個別データの閲覧、データの作成・変更、統計データの閲覧ができる。事業所のチーフマネジャーは、事業所がサービス提供している利用者の個別データの閲覧、事業所比較データ閲覧、統計データの閲覧が可能である。また市町村・都道府県は、モニタリング関連の統計データの閲覧ができる。

これらモニタリング関連情報は、業務過程で得られており、それらの付加価値情報が関係者に必要なアクセス範囲で提供されるので、介護保険制度の運用評価情報として意義がある。またデータベースアクセス者のモニタリングを行うので、セキュリティレベルを高めることが期待できる。

### 4.5 システム動作に必要な条件

対応OSおよび最小要件は、Java (JRE1.4以上対応OS: Sun)が動作する環境 (WindowsXP, Windows2000, Linux, Solaris等)、メモリー: 128M(推奨256M以上)、ディスク: 10MB(インストール領域)、CPU: 推奨800MHz以上。サーバ対応OSおよび最小要件は、対応OS: Solaris8、メモリー: 512M(推奨768M以上)、ディスク: 300MB、CPU: 推奨1GHz以上、その他の動作要件: OpenLDAPが動作する環境が必要である。

## 5. 介護モニタリング情報システム導入により期待できる効果

介護モニタリング情報システム導入により次のような効果が期待できる。①LDAPデータベースのデータはモニタリング情報を体系的に網羅しているので、ケアプラン確定、給付管理業務帳票などの裏付け資料として活用可能である。モニタリング情報は、給付管理で重視されており、ケアマネジメント充実に寄与する。②モニタリングの体系化、サービス評価の標準化により、介護支援専門員のスキルのギャップがカバーできる。また、介護サービス計画書作成時やサービスプロセスの参照などの時間短縮が可能である。③ケアマネジャーの管理システム、LDAPデータベースの共有、給付管理などのASP活用の分散管理により、システムの利便性が高い。④ケアプラン原案から確定、サービス提供期間中の記録のデータベース化によりモニタリング情報管理が容易となる。⑤事前評価、プロセス評価、事後評価により、ケアプランの達成過程や成果が評価できる。⑥介護支援事業者、介護サービス事業者が経営支援情報としてLDAPデータベースのモニタリング情報を活用できる。⑦市町村・都道府県はモニタリング情報を用いて、効果的な介護保険事業計画や、人材養成を推進できる。⑧プラットフォーム非依存、オブジェクト指向のプログラミングにより、広域サービス事業者、自治体などのデータベース利用が可能となる。⑨ケアマネジメントプロセスでモニタリング情報が収集されるので、住民参加型の介護サービス評価として、政策・施策策定・評価に活用できる。

検討課題としては、次の点があげられる。①ケアマネジャーが介護サービス事業者に所属するケースが大部分である為、利用者やケアマネジャーのサービス評価情報を正確に管理しているか確認が困難なので、第三者評価と関連付けた対応の仕組みをつくる。②ケアマネジャー全てがケアマネジメント・モニタリングにおいて、パソコンを利用していないので、紙ベースの情報を容易にコンピュータに取り込むインターフェースの整備・開発が必要である。③ケアマネジャーによる介護ケースセットでの運用試験。

## 参考文献

[1] 関田康慶：住民参加による保健医療福祉政策評価方法の開発と実証分析。厚生労働科研報告書、18年度。

---