

	職員の離職		合計
	有り	無し	
入居者の有り	17	40	57
認知症悪 化 無し	17	98	115
合計	34	138	172

p=0.018 (<0.05)

③「職員の離職の問題の有無」と「行動障害への対応の問題の有無」のクロス分析
職員の「離職」が運営上の問題となっている事業所は、「入居者の行動障害への対応」についても運営上の問題であるとし、2項目が有意に関係していることが示唆された。

(p=0.091<0.1)「職員の離職によるマンパワー不足、介護職員の一時的介護力低下等により入居者の行動障害への対応に支障をきたしている」、一方で「介護職員の離職・入職等の出入りに伴う介護体制の不安定さが、入居者の行動障害の一因となっている」などの背景があると考えられる。

④「入居者の身体機能低下の問題の有無」と「職員の離職の問題の有無」のクロス分析

「入居者の身体機能低下」が運営上の問題となっている事業所は、「職員の離職」についても運営上の問題であるとし、二項目が有意に関係していることが示唆された。

(p=0.041<0.05)

⑤「入居者の身体機能低下の問題の有無」と「入居者の認知症悪化の問題の有無」のクロス分析

「入居者の身体機能低下」が運営上の問題となっている事業所は、「入居者の認知症悪化」についても運営上の問題であるとし、入居者の入居期間の長期化に伴う「身体機

能低下」や「認知症悪化」が介護体制等事業所の運営に影響を及ぼし、事業者の「問題意識」の点において2項目の問題が有意に関係していることが示唆された。

	入居者の認知症悪化		合計
	有り	無し	
入居者の有り	53	38	43
身体機能 低下 無し	62	19	129
合計	57	115	57

p=0.008 (<0.01)

B 医療連携について

①「職員の離職の問題の有無」と「認知症専門医との連携の問題の有無」のクロス分析

「職員の離職」が運営上の問題となっている事業所は、「認知症専門医との連携」についても運営上の問題であるとし、2項目が有意に関係していることが示唆された。

(p=0.01<0.01)一方、認知症専門医との連携自体がない事業所が多いと見られる中、認知症専門医との連携が問題であるとする事業所も少なく(問題あり29%、問題なし71%)、実態について問題意識が伴っていない現状があるともいえる。

「認知症専門医との連携の問題の有無」については、「有り」の背景に①連携していない、またはできないことが問題、②連携しているが連携方法や効果に問題、の相反する問題があると想定される。7割の事業所で「無し」とした背景には①連携していないが必要と考えていない、②認知症専門医との連携のメリットや専門性について意識していない、③連携している医師が「認

知症専門医」であるかどうかわからない、など認知症対応型共同生活介護の事業所において認知症に対する専門医療への認識や期待度が薄い実態が背景にあるものと考えられる。認知症原因疾患よりむしろ合併症治療の医療連携が主となっているとみられる。

	認知症専門医との連携		合計
	有り	無し	
職員の離職 有り	16	18	34
職 無し	34	104	138
合計	34	50	122

$p (=0.01) < 0.01$

②「平均離職率で2群」と「認知症専門医との連携の問題の有無」との連携のクロス分析

B-①の結果に基づき、実際に平均より離職率の高い群と低い群2群に分け、「認知症専門医との連携に問題がある」ことについてクロス分析すると有意差は認められず ($p=0.499$)、II-1の結果と矛盾する結果となった。

このことから、「実際の離職率」と「認知症専門医との連携が運営上の問題である」とする回答者(事業所管理者)の問題意識にずれがあることがわかった。「実際の離職率」と「職員の離職が運営上の問題である」とする事業所管理者の意識に乖離があることが示唆された。

③「入居者の認知症悪化の問題の有無」と「認知症専門医との連携の問題の有無」のクロス分析

「入居者の認知症悪化の問題の有無」と「認知症専門医との連携の問題の有無」に

ついては、2項目に関連はなかった。($p=0.49$ NS)

④「入居者の行動障害悪化の問題の有無」と「認知症専門医との連携の問題の有無」のクロス分析

「入居者の行動障害悪化の問題の有無」と「認知症専門医との連携の問題の有無」については、2項目に関連はなかった。($p=0.34$ NS)

2) 認知症患者受け入れの介護老人保健施設調査分析と評価マネジメントモデル

この調査でも、認知症患者がサービス評価が困難であるので、施設機能分析と運用分析から、利用者の評価を代替することにした。

郵送した330件のうち、70件(21%)の回収を得た。老人保健施設が最も多く併設していたのは通所リハビリ、次いで多かったものは居宅介護支援事業所であった。入所定員100に対するリハビリスタッフは、定員100人に対し3人以上が57%で最も多く、人員基準である入所者100人に対して理学・作業療法士1人よりも、リハビリスタッフ数が充実している施設が多い。

70施設の入所率(%) (入所者合計/定員合計 $\times 100$; $6640/6980 \times 100$)は95%、各施設の定員に対する入所者の割合は、平均も95%で、待機者は70施設合計で1925人であった。

入所前の生活場所と退所後の生活場所の比較では、入所前に在宅が30%だったのに対し退所後は23%と少なく、入所前になかった特養が退所後には7%あった。病院は入所前も退所後も5割と最も多い。自宅に帰れるというケースは少なく、入所後に比べ6%減少していた。

図 1 2 認知症高齢者における老健入所の申請理由

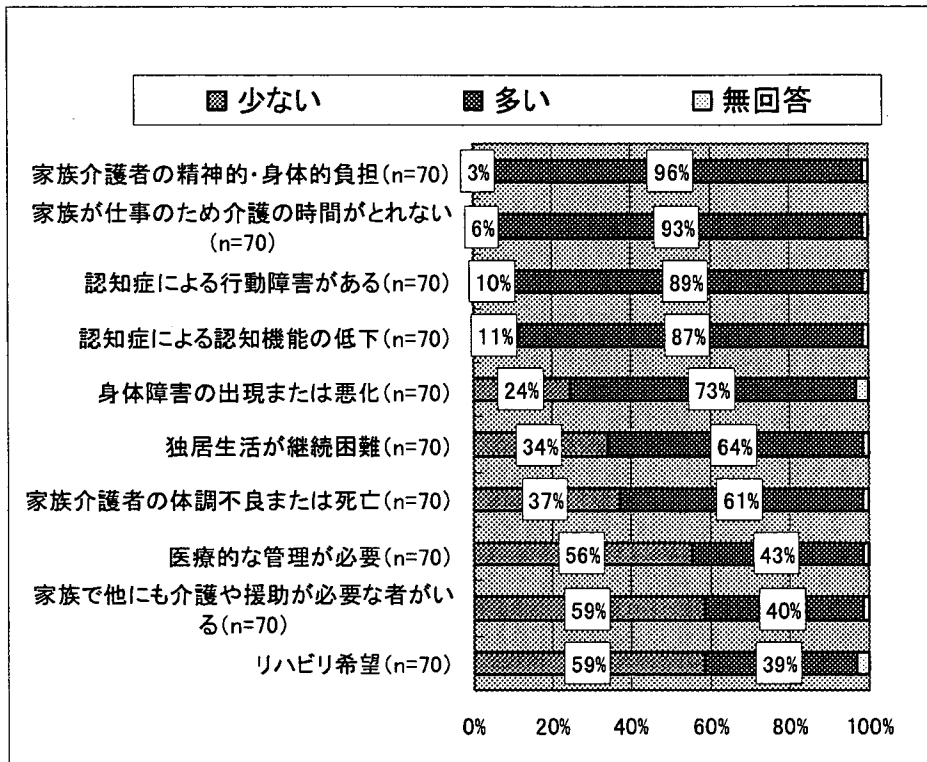


図 1 3 認知症高齢者の自宅退所を困難にしている理由

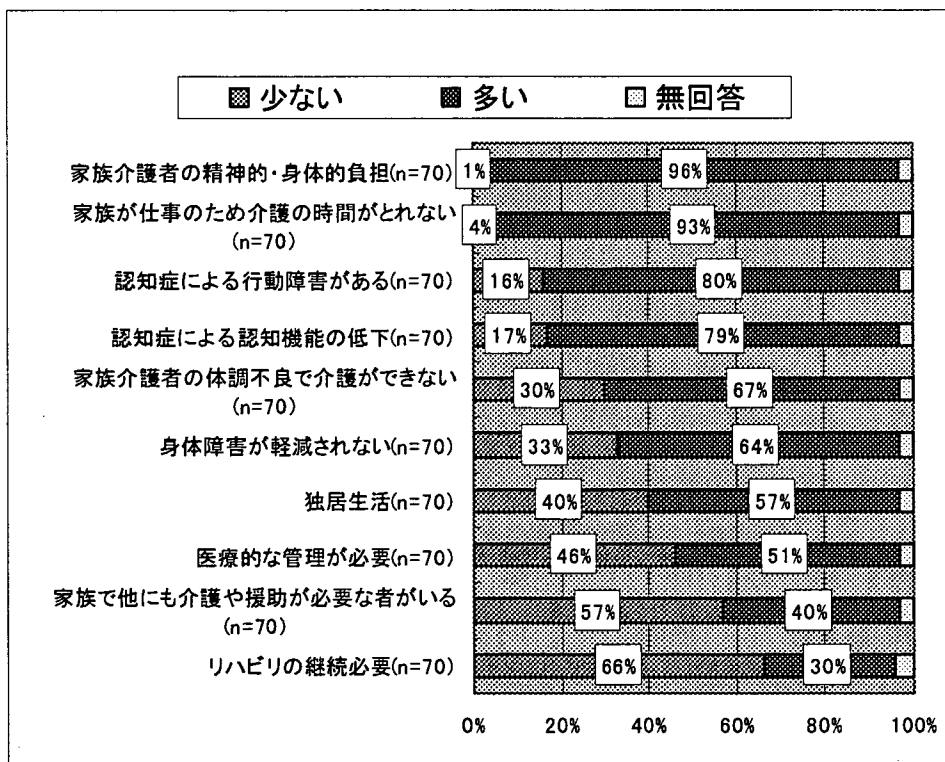
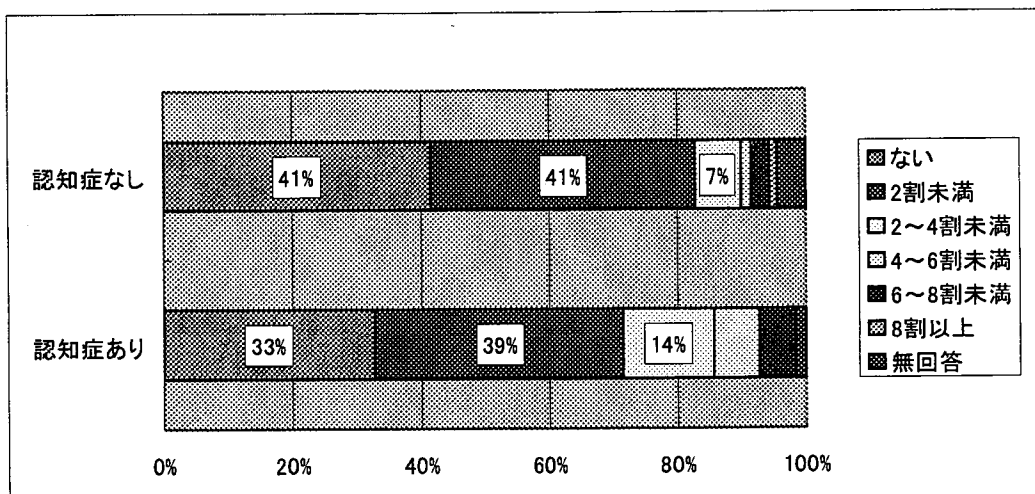


図14 認知症の有無による入院の受け入れ



入所前に在宅介護サービスを利用している人は「4割未満」と答えた施設と「6割以上」と答えた施設がどちらも多くあり二極化していた。

認知症高齢者における老健入所の申請理由で、「多い」と答えた項目は、「家族介護者の精神的・身体的負担」の96%、次いで「家族が仕事のために介護の時間がとれない」の93%、「認知症による認知機能の低下がある」、「認知症による行動障害がある」も多くそれぞれ、87%と89%だった。本来の機能である「リハビリ希望」の理由が「多い」と回答した施設が最も少なく、59%だった。(図12)

認知症入所者の退所を困難にしている理由は、入所理由と同様、「家族介護者の精神的・身体的負担」が96%で最も多く、次に「家族が仕事のために介護の時間がとれない」が93%であった。ここでも、「リハビリ継続が必要」という理由は少なかった。(図13)

入所時に鑑別診断を受けている人の割合は、2割未満が34%、2~4割未満が38%で、鑑別診断を受けていない人が多

い。入所時にアリセプト*を処方されている人の割合は2割未満が69%と多かった(*:アリセプトとは現在日本で認可され、臨床的効果が確認されている唯一の抗痴呆薬、他の薬剤よりも高額な薬剤である)。

近隣市町村で認知症専門医療機関がある施設は86%であった。近隣市町村に専門医療機関がある施設では、相談や受診をする頻度は「時々ある」が最も多く50%であった。認知症入所者の医療機関への受診理由として、最も多かった受診理由は、「肺炎疑い」で57%、次いで「転倒による骨折疑い」が54%であった。「行動障害の悪化」は「骨折疑い」の次に多く、27%であったが、「認知症の鑑別診断」は最も少なかった。認知症入所者が病院を受診する理由は、認知症そのものに関連した理由よりも、肺炎や骨折の身体機能の関わる要因で受診することが多いことが明らかになった。

認知症の有無により、入院の受け入れが異なることも判明した。(図14)

施設に認知症の専門医を配置している

施設と、配置していない施設について、著しい精神症状や周辺症状がある入所者の割合を比較してみると、認知症専門医を配置している施設では、配置していない施設よりも認知症高齢者自立度で「M」に評価される入所者が少なかった。これらの分析結果は、認知症に対する老健機能の現状と今後の政策・施策評価に役立つ情報を提供している。現状分析では、認知症の鑑別診断を受けていない人が多い。鑑別診断して、原因疾患別の医療、介護が効果的であるが、それが行われていない。このことは、認知症患者である地域住民が、認知症に対する望ましいサービスに参加できていない（住民参加できていない）ことを示している。

最も多い入所理由が、家族介護者の精神的・身体的負担（96%）であるので、家族が認知症の受診よりも施設入所を望んだ経緯が読み取れる。認知症の場合、本人よりも家族の意向が反映される場合が多いと思われるが、鑑別診断による適切な事後的対応は、認知症患者のQOLを改善することに貢献する。

近隣市町村で認知症専門医療機関がある施設は86%と多い。鑑別診断を実施し、認知症に対する、原因疾患別医療や介護を行える機能があるので、介護認定にあたっては、専門医療機関を最初受診する体制整備が重要である。この対応により、血管性認知症患者等、医療や介護が効果を上げることが期待される。

3) 宮城県石巻市桃生地区住民のサービス利用型政策・施策評価参加意欲と評価マネジメントモデル

宮城県石巻市桃生地区の住民の介護に対する実態調査結果を参考にして、介護領域

での住民参加型行政評価のシステム化を検討した。この地域では小規模多機能福祉施設が展開されており、介護サービス利用者や家族、地域住民の介護講座などへの参加そのものが、施策や事業の評価につながっている。住民参加は政策施策事業評価の反映ともいえる。この地域住民の調査回答者約1700人は、介護サービス事業所の選択基準として4割が自宅から近いことを選択理由としており、サービス内容や職員の印象がよいことも選択基準としている。この地域では、小規模多機能福祉施設事業所の運営に関して住民の8割が、理解し連携しながら協力する意思があることを表明していた。特に50～69歳が事業所や地域への参画意識が高かった。政策施策事業評価は、事業に対する住民参加により、質の高い効率的なサービスが期待できることを示している。

日頃の地域での住民同士のつながりについてみると、地域社会は「日頃から助け合う関係でありたい」と全体の76.2%の人が、地域での助け合いを希望している。さらに、地域で行われる活動や行事への参加意識については（質問11結果参照）、「積極的に参加している」（29.9%）、「内容によって参加している」（31.0%）を合わせた60.9%がなんらかの形で地域活動に参加していると回答している。つまり、石巻市桃生地区の住民の多くが地域社会について「日頃から助け合う関係でありたい」と望み、実際に地域で行われる活動や行事に参加していることがうかがえる。介護が必要な状態になっても自宅で生活するためには、地域での支えあいが必要であり、実際に地域社会で行動している住民が多く存在しているといえ

る。

石巻市桃生地区の小規模多機能福祉施設の認知度は、住民の82.7%が「知っている」と回答し、高い認知度になっている。さらに、小規模多機能福祉施設への来所の状況については、来所したことが「ある」と全体の29.9%、約3割来所している。つまり、桃生地区の住民のうち小規模多機能福祉施設を全体の82.7%が知っていて、さらに全体の3割が来所したことがあるという結果となった。石巻市桃生地区は小規模多機能福祉施設への理解度がかなり高いといえる。

住民は全体の50.0%が、小規模多機能福祉施設を「増やしたほうが良い」と考えている一方、「介護保険料の負担が増える」や「大きな施設を増やすべきだ」などの理由で「減らしても良い」と回答した人はわずか全体の0.7%であった。多数の住民が小規模多機能福祉施設の必要性を感じている。

(3) 第3のアプローチ(政策・施策評価とシステム利用融合型住民参加アプローチ)の研究結果

1) 住民の政策・施策評価を行政活動にリンクする研究

政策・施策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課題となる。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行い、相関の大きい指標があればそれが政策・施策評価指標として活用できる。これが第3の融合型住民参加マネジメントモデルである。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分析事例を述べる。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)。これらの変察を見ると、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。

2) 介護保険モニタリング情報システムを活用した政策・施策評価の行政情報マネジメントモデル

1 介護モニタリング情報システムの構成図

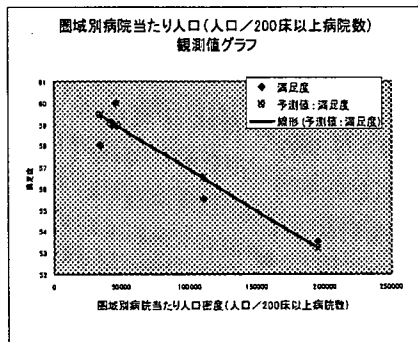
介護モニタリング情報システムの構成は図15のようになる。介護支援事業者のケアマネジャーは、パソコンからケアマネジメント・モニタリング画面を用いて、関連情報を入力する。ケアマネジメントでは、事前評価、プロセス評価、事後評価を行うが、事前評価のアセスメントでは、前期の事後評価情報を利用する方法がある。プロ

満足度と医療サービスとの関係(1)

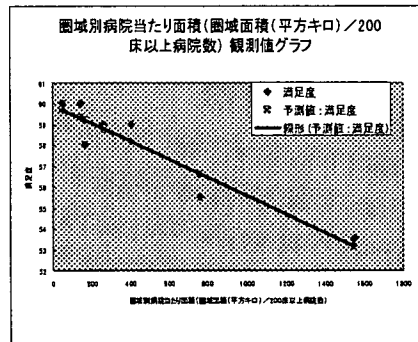
医療サービス項目		満足度との回帰分析結果		
区分	指標名	R2	t値	判定
量	病院数(人口10万対)	0.086212	0.686823	×
	病床数(人口10万対)	0.320098	1.534276	×
	医師数(人口10万対)	0.221063	1.191221	×
	看護師数(人口10万対)	0.32955	1.567698	×
質	200床以上の病院数	0.208102	1.146275	×
	200床以上の病院の構成比(対全病院)	0.608336	2.786763	○
利便性	外来受療における自足率	0.08419	0.677972	×
	入院受療における自足率	0.166847	1.000648	×
	200床以上病院当たり人口	0.857316	-5.4811	○
	200床以上病院当たり面積	0.886511	-6.24958	○
信頼性	検査機器設置状況	0.29187	1.435567	×
	理学療法士数	0.304928	1.481046	×
	作業療法士数	0.039269	0.452073	×
	診療放射線技師・X線技師数	0.36461	1.693866	×
	臨床検査技師等数	0.284049	1.408446	×

自由度6, 有意水準5

満足度と医療サービスとの関係(2)

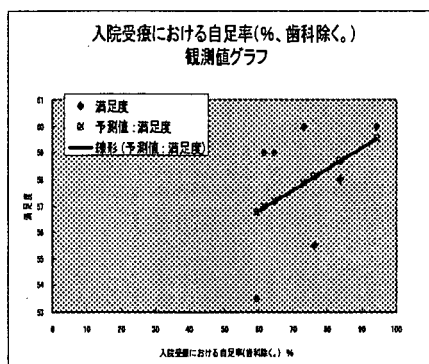
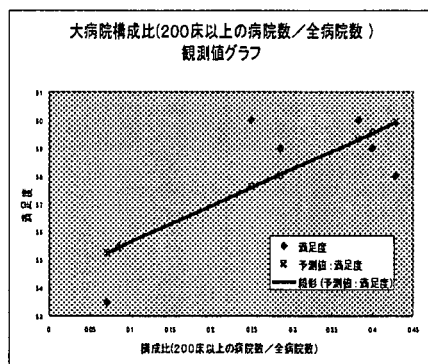


$$y = -0.0000039x + 60.74$$



$$y = -0.00439x + 59.96$$

満足度と医療サービスとの関係(3)



$$y=13.1297x+54.283$$

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行う。

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、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困難事例や権利擁護などの管理が可能である。個人名を入れない対応で、類似症例の経過・

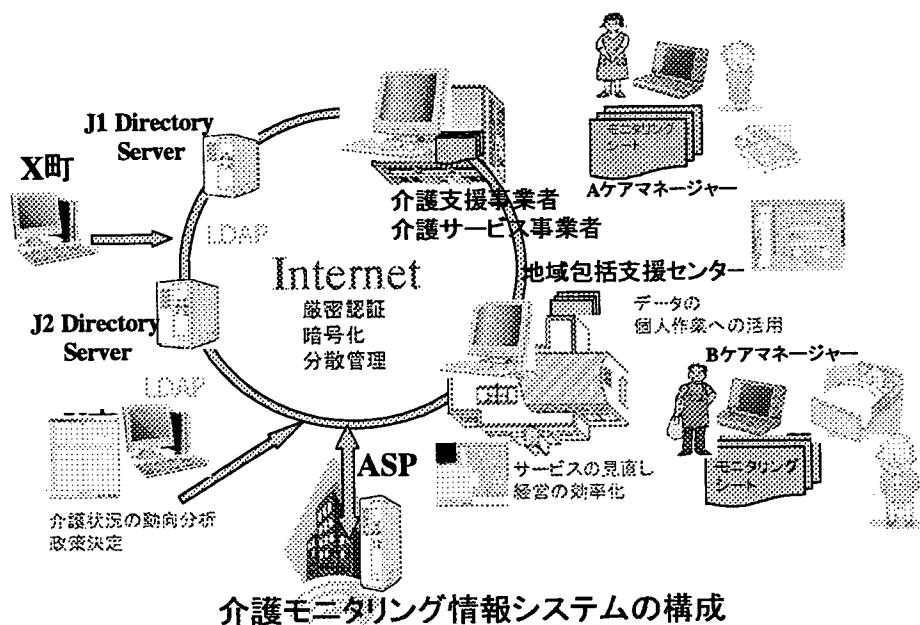
転記・付加価値情報を得ることができる。

2 LDAPデータベースで管理される情報項目

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

図 1 5



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なっている。

(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 (担当ケアマネジャーコード、ケアマネジャー管理の利用者コード、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)

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

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

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。サービス種別利用者当たりのサービス時間、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 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、セキュリティーレベルを高めることが期待できる。

(4) 第4のアプローチ(政策・施策評価モデル構築型アプローチ)の研究結果

1) 保健医療福祉サービスの効果・効率と住民集団の健康割合の関係に関するマネジメントモデル

次のようなモデルを考え健康人を増加させることの効果・効率について検討した。

人口をNとし、健康人と非健康人から構成される。

P ; 健康人の割合、 $1 - P$; 非健康人の割合。

健康人は生産に参加してAの平均所得を算出する。

非健康人は生産に参加して平均所得B

を生産し、社会保障財源給付の平均医療介護給付費割合Cを給付される。

健康人と非健康人による合計所得；TP、医療介護の総給付費；TS。

合計所得に占める医療介護の総給付費割合；Q。

$$\text{ここで } Q = TS / TP, B > C \dots (1)$$

である。

このとき、

$$TP = N \cdot P \cdot A + N \cdot (1 - P) \cdot B$$

・・・(2)

$$TS = N \cdot (1 - P) \cdot C \dots (3)$$

健康人割合Pと合計所得に占める医療介護給付費割合Qの関係はモデル構造から双曲線関係になるので、健康人の割合が高齢化によって増加すると、非線形的にQが多く増加する。この性質により、健康人Pの割合を増加させる、もしくは減少率を低くすることが重要であることがわかる。(図16)

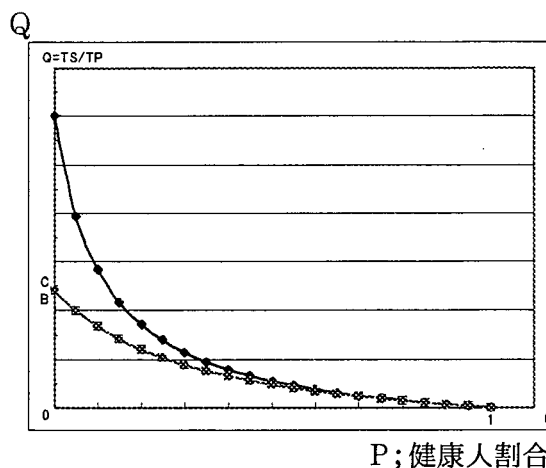
分析結果から、健康者割合が低下するにつれて、国民所得に占める社会保障財源医療介護給付費の割合が非線形に増加することが示された。住民参加の立場及び政策・施策の立場から、非健康人参加割合を多くしないと、政策・施策は効果や効率性を発揮できない。

2) 政府管掌健康保険が都道府県別に分割された場合の医療財源利用効率測定マネジメントモデル

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。

図16



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

政策・施策評価に対する住民参加のあり方は多様であるので、4つのアプローチを用

いて政策・施策評価マネジメントモデルを検討した。第1のアプローチは、自治体主導で住民が政策・施策評価に参加する方式であり、「地方自治体主導型住民参加アプローチ」である。第2のアプローチは、保健医療福祉システム利用過程での住民参加から政策・施策を評価する方式で、「システム利用型住民参加アプローチ」である。第3のアプローチは、システム利用型アプローチと自治体主導型住民参加アプローチ方を融合した参加方式「政策・施策評価とシステム利用融合型住民参加アプローチ」である。ある。第4のアプローチは、「政策・施策評価モデル構築型アプローチ」で、政策・施策評価モデルを構築して、モデル分析により、住民参加の政策・施策評価を行う。本研究ではこれら4つのアプローチからそれぞれ研究し、保健医療福祉政策・施策評価マネジメントモデルを検討・提示している。

(1) 第1のアプローチ(地方自治体主導型住民参加アプローチ)の研究考察

1) 都道府県・政令都市の政策・施策評価分析と評価マネジメントモデル

住民参加型調査を実施している都道府県・政令都市は4割程度であり、しかも圏域や住民属性別に分析されておらず、統計処理も不十分な状況が見られる。PDCAを行っている自治体は、施策レベルで6割と多いが、PDCAに使用する情報が不十分であるため、予算や政策・施策へのフィードバックが十分期待できない。指標も十分利用されていない。これらの分析から、評価結果をフィードバックする機能が極めて弱いことが判明した。多数の住民が参加する政策・施策評価であっても、住民の評

価情報を十分分析して活用しなければ、政策・施策評価に役立てることは困難である。そもそも住民参加を認めておらず、今後も住民参加を考えていない自治体もあった。

これらの結果を検討すると、住民参加型の政策・施策評価マネジメントシステムが、多くの自治体で十分機能していないことがわかる。この理由として、①住民の政策・施策評価能力への疑問、②費用がかかる、③政策・施策について行政府が制約されたくない、④調査分析が専門的で困難、⑤政策・施策評価そのものに積極的でない、等が考えられる。しかし地方財政が逼迫した中で、必要な政策・施策を住民の理解を得ながら推進してゆく方向は不可避であり、住民参加型の政策・施策評価システムの整備やモデル構築が求められる。

2) 市町村の政策・施策評価分析と評価マネジメントモデル

保健医療福祉サービスを住民に提供しているか深く関わっている市町村自治体の政策・施策評価の実態を調査分析し、考察した。市町村レベルでの保健医療福祉サービスのあり方が住民の健康維持に深く関わっているため、これら分野を中心に、市町村主導でどの程度の政策施策評価の体系化が進んでいるかを明らかにした。政策・施策評価の有無を中心に聞くA票の回収数は993票で、政策・施策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票の回収であった。約3割が政策・施策評価を行っていると推計される。ただし市町村の政策施策事業評価の方式は多様であり、整備を始めた段階といえる。このため新健康フロンティア戦略や地域ケア整備構想などを推進してゆく上で、

政策施策事業評価のシステム化推進は重要な役割を果たすことになる。

政策施策評価を導入している市町村の情報開示は積極的に行われており、全ての評価結果を開示している市町村は約65%であった。生活習慣病のリスク因子はおおよそ把握されており、住民がリスク管理を行うか否かが重要なポイントである。政策施策指標が「確立されている」、「ある程度確立されている」をあわせると6割以上であった。数値目標を設定している市町村は施策で35%、事業で約7割であり、数値目標化が重視されている。指標の充実で事前評価、事中評価、事後評価が容易になる。

情報開示に対して積極的対応がうかがえる。情報開示方法はインターネットや行政窓口が多かったが、今後の情報社会の進展を考えると、インターネットでの公開が主要な役割を果たすことが期待される。情報開示の工夫としては評価の目的・手法の説明や図表化、住民参加を促す事業ではホームページでの広報活動が最も多く4割以上であった。政策施策評価への住民参加の形態は電子メールでのパブリックコメントが多かったが26%程度で、一般的に利用者が少なく、特定の意見が強調される場合がある。これに対して、住民満足度調査は約3割の市町村が行っており、今後導入したいと考えている市町村は多い。住民満足度調査は住民の評価参加者が多くこの割合は多くはないが、今後導入したいと考えている市町村は多い。これに対して行政主導型ではあるが、住民満足度調査のような多くの住民が参加できる詳細な政策・施策・事業の評価が、今後住民が主体的に保健医療福祉サービスを有効に活用してゆくことにつ

ながると期待される。

3) 宮城県の住民参加による「県民満足度調査」活用マネジメントモデルの開発

宮城県の住民参加型双方向政策施策評価システムについて、現状分析を行い応用性のある政策施策評価システムの設計可能性について検討した。双方向で多くの住民参加による政策施策評価システムの適用は、単に住民が政策施策評価に参加するのみでなく、政策施策の内容の理解を通じて、事業に反映されたサービス等を活用することが期待される。県民満足度・データベースを用いて、圏域別、県民属性別の分析を行う方法を開発したが、これらの分析結果や方法を用いると、継続すべき政策・施策か、どの政策・施策を優先すべきかなどのきめ細かな政策・施策の実現が、圏域別、住民属性別に可能となる。

双方向県民満足度調査では、調査時に県の政策施策の内容が資料として提示されており、この資料と生活実感から県民が政策施策に対する満足度、重要度、関心度、認知度を評価し、政策施策の理解が深まっていることを示している。さらに双方向コミュニケーション調査について、記入が2時間以上の回答者が約4割いる状況で、この方法について賛同者が多いことに注目すべきである。住民が政策施策評価に参加し、その妥当性を評価しているといえる。

県民満足度調査データベースを分析して、圏域別、性・年齢などの県民属性別に政策施策の評価を分析することにより、圏域別、性・年齢別に政策施策の適用が可能になり、財政の効率的運用につながる。地域圏域に適合した政策施策マネジメントモデルが構築可能となる。

第三者評価サブシステムでは、有識者で構成される政策評価部会が専門分科会において、県の担当者と実態を確認しつつ第三者評価を行っている。さらに政策施策評価システムについて提言なども行っており、サブシステム間の連携が行われている。しかし分科会開催の回数に制限があり連携に限界もある。全般的に宮城県の政策施策評価システムを検証すると、指標体系の整備など今後対応すべき課題はあるものの、政策施策システムとして今後他の都道府県で活用できる性能を有していると評価できる。

住民参加型の政策・施策評価モデルとしては、本研究で示したような住民満足度調査に基づく政策・施策評価分析モデルの構築。さらに住民満足度調査では、双方向コミュニケーション住民調査モデルの導入が住民参加型政策・施策評価モデル・システムを構築するのに貢献する。

(2) 第2のアプローチ(システム利用型住民参加アプローチ)の研究考察

1) 認知症共同生活介護サービス評価のマネジメントモデル

サービス利用者による評価はよく行われているが、認知症患者の場合その評価が困難な場合がある。これを回避する方法は2つ考えられる。1つは代理人となる人がこの評価を担当する方法で、在宅介護ではケアマネジャーなどが担当可能である。しかし介護施設では自己評価となってしまうのでこの方法は難しい。2つ目の方法は、認知症本人の評価以外に、認知症対応のシステムが本来の目的を発揮でき照るか確認評価する方法である。本研究では認知症に対するグループホームの実態を明らかにすることにより、この問題の解明を試みた。

グループホームは地域密着型サービスとして、市町村の住民が利用するサービスとなっている。したがって認知症に対するサービスシステムの評価は、市町村の行政評価になる。グループホームの運用・サービス評価指標としては、入所者の健康状態、待機者数、職員の離職者率、医療との連携体制の状況、収益費用比率、などが考えられる。分析では、グループホームの待機者は1事業所あたり2.8人で介護老人福祉施設に比較すると少ない。施設や在宅と比較すると自己負担額が相対的に大きいことが影響していると思われる。マンパワーについては約8割の事業者が不足感を持っており、利用者の行動障害・急変時、外出援助時、介護職の体調不良時・欠勤時などが主要因になっている。

グループホームマネジメントの主要問題点として、入所者の身体機能低下、職員教育、地域との連携作りなどが指摘されている。それぞれの問題点への対応は技術的には可能ではあるが、人材雇用などの経営負担があるので実現が困難である。最も多く問題点として指摘されているのは外部評価の費用負担であり、約6割の事業所の指摘があった。これは経営的制約から指摘されている点と、外部評価の意義が明確でないことへの不満の意思表示とも考えられる。

離職率が高いことに関連している問題は、行動障害悪化、認知症悪化、身体機能低下、認知症専門医との連携なし、などである。これらの問題解決には、認知症の鑑別診断と適切な介護医療の適用が望まれるが、入所者にアルツハイマーなど進行性や老化などの特性が経ある場合、職員の負担が徐々に増大する。抜本的には人材確保が望まれ

るが、経営的制約がある。認知症対応の地域連携、サービス評価の体系化・システム化などの政策・施策の整備が望まれる。景気の回復とともに介護職の希望者が減少気味である。グループホームに限らないが介護職確保は、現在の労働環境を考えると困難な状況が続くことも予想される。政策施策事業の評価指標を活用し、認知症サービスの質の向上と効率化を支援することが望まれる。

2) 認知症患者受け入れの介護老人保健施設調査分析と評価マネジメントモデル

認知症高齢者の老健施設入所理由では「家族介護者の精神的・身体的負担」と「家族介護者が仕事のため介護の時間がとれない」について“多い”と答えた施設が、いずれも9割以上であった。それに対し老健の役割の特徴である「リハビリ」を理由に入所するケースは最も少なかった。家族介護者側の介護負担や仕事などの種々の理由によって在宅での介護が出来ないために、認知症高齢者を老健に預けているのが現状である。また、認知症高齢者の退所を困難にしている理由も、「家族介護者の身体的・精神的負担」と「家族介護者が仕事のため介護の時間がとれない」が多く、「リハビリの継続希望」は少なかった。リハビリやケアによる要介護状態の軽減が、自宅復帰につながるとは必ずしもいえず、家族構成や介護力が大きく影響することが示唆される。

核家族化が進行している状況では、在宅医療・在宅介護が難しくなる。特に認知症である場合困難である。国の基本政策は、在宅医療・在宅介護の推進であるが、家族介護を代替するシステムモデルが必要で、体系的な有料老人ホームや高齢者住宅整備、

保健・医療・福祉の地域連携などが必要となろう。

介護老人保健施設と医療機関との連携については、老健の医療は通常施設で行うために、受診は施設からの費用の持ち出しになる。本来ならば医療機関に受診させたい入所者の状況であっても、受診をぎりぎりまで避ける傾向がある。そのため、現状の医療機関との連携に不安があることが予想される。制度上の対応では「老健の医療行為は医療保険で行う」の回答が回答施設の半分以上で最も多かったことは、老健での受診・薬剤などの医療に対する費用負担が経営的に圧迫していることが大きく影響していると思われる。厚生労働省では、高齢者の看取りや夜間看護を充実させた、新型老健を認める方針であるが、重症認知症高齢者や、著しい周辺症状を有する認知症高齢者の増加は、専門医療や適切な薬剤処方をこれまでよりも更に必要とする。したがって、これまでの老健における、介護保険による医療には限界があり、病院受診時の医療保険の適用を増やす、また薬剤処方の医療保険の適用など、なんらかの形で医療保険との組み合わせる政策が必要になるとと思われる。

3) 宮城県石巻市桃生地区住民のサービス利用型政策・施策評価参加意欲と評価マネジメントモデル

宮城県石巻市桃生地区の住民や事業者が介護・福祉サービスにどのように関わっているか実態調査を行い、介護領域での住民参加型行政評価のシステム化を検討した。この地域では小規模多機能福祉施設が展開されており、介護サービス利用者や家族、地域住民の介護講座などへの参加そのもの

が、施策や事業の評価につながっている。

この地域住民の調査回答者約 1700 人は、介護サービス事業所の選択基準として 4 割が自宅から近いことを選択理由としており、サービス内容や職員の印象がよいことも選択基準としている。この地域では、小規模多機能福祉施設事業所の運営に関して住民の 8 割が、理解し連携しながら協力する意思があることを表明していた。特に 50～69 歳が事業所や地域への参画意識が高かった。政策施策事業評価は、事業に対する住民参加により、質の高い効率的なサービスが期待できることを示している。また住民の半数が小規模多機能福祉施設を増やしたほうが良いと考えており、住民の小規模多機能福祉施設の評価が高いことを示している。実際にサービスを利用している利用者および家族に対する「小規模多機能福祉施設サービス利用者調査」でも、小規模多機能福祉施設のサービスに対する満足度は「満足」が全体の 9 割と高い満足度を得ている。この事例分析から政策施策の評価を上げるには、住民参加意欲や住民と行政の連携が重要であることがわかる。政策施策評価のシステム化を推進するとともに、同時に住民参加を促進する政策施策が重要であることを示唆している。

(3) 第 3 のアプローチ (政策・施策評価とシステム利用融合型住民参加アプローチ) の研究考察

1) 住民の政策・施策評価を行政活動にリンクする研究

住民満足度のような調査では、政策施策の指標にまで関連付けた調査は設計困難であるし、実施しても回答者が理解できないことが考えられる。実際の満足度調査でも

指標にまで踏み込んだ調査はほとんどみられない。では住民参加による満足度調査の情報をどのように行政に反映するかであるが、本研究では、満足度調査に対応する政策施策関連指標を相関分析により求めた。相関係数の高めの指標がいつも発見される訳ではないが、高い相関の指標を政策施策体系から探し出すことも重要である。

住民満足度を反映させた政策施策関連指標を適用することになれば、行政対応が住民の意見を尊重し、かつ行政の介入が容易な指標を抽出することができる。この方法では地域の圏域ごとに指標データを収集することにより、圏域ごとの政策施策の適用が可能になり、圏域ごとに優先順位の高い指標に関連する政策施策の適応が可能となる。この方法は都道府県全体で適用するよりも、都道府県の各圏域で適応する方が資源利用効率性が高くなる。都道府県の各圏域ごとに、住民満足度の高い政策施策指標を適用するモデルも、住民参加型政策施策評価マネジメントモデルの 1 つである。

2) 介護保険モニタリング情報システムを活用した政策・施策評価の行政情報マネジメントモデル

平成 18 年 4 月の介護保険制度の改正後の介護システムに対応できる介護モニタリング情報システムの基本設計を検討した。介護モニタリングは介護保険法におけるケアマネジメントの過程で介護サービス評価を行う制度上の機能である。モニタリングシステムは介護サービスの事中評価、事後評価を行うものであり、この過程の情報から政策施策の妥当性を検証することができる。資源確保や質、給付、介護事業計画の妥当性などは政策施策評価のサービスの評

価から得られることが多い。

新たに導入された地域包括支援センターは、介護予防マネジメント、権利擁護対応等福祉サービス全般の支援、困難事例等に対する介護支援専門員支援など、介護保険を中心に、地域支援事業を基盤とする介護・福祉サービスを展開する拠点になっている。システム管理の視点で見ると、情報の集まる拠点でモニタリングシステムを設計する方法が情報集積・処理・連携を推進するのに優れているので、ケアマネジャーの拠点に加えて包括支援センターを拠点にモニタリングシステムの基本設計を検討した。その結果介護予防マネジメントのモニタリングシステム、権利擁護等福祉サービス支援モニタリングシステム、介護支援専門員支援対応モニタリングシステムが適当と考えられた。介護予防モニタリングシステムは、すでに設計を試みているケアマネジャー拠点の情報システムモデルで対応可能である。コンテンツが異なっているがシステム設計は同じモデルで検討できる。つまり1つの介護モニタリング情報システムモデルで、ケアマネジャーのケアマネジメント対応、介護予防対応のケアマネジメント、権利擁護等のケアマネジメント、ケアマネジャー支援のスーパービジョン対応が可能となり、応用性のありシステムといえる。

開発している介護モニタリング情報システムは、インターネットのLDAPデータベースを使用するので、システム運営が安価にできる。またデータベースには個人名を入れておらず、セキュアなシステム対応をしているので情報管理に優れている。このためこのシステムの管理は地方自治体で

十分対応可能である。また自治体は介護保険者の立場から統計処理されたモニタリング情報を得ることができる。例えば介護サービスの需給バランスを知ることができる。介護サービスが絶えず供給不足になっていれば、改善策の検討ができる。

この情報システムの重要な特色は、ケアマネジャー等が業務過程で収集する情報が必要に応じて統計処理されるので、データ入力などの追加入力など運営に関して手間がかからない点である。また今までは、1人のケアマネジャーが限定された情報しか入手できなかった情報が、多くのケアマネジャーの情報を集積することにより相互に活用できる。したがってこの情報モデルは、介護サービス利用過程で利用者の評価情報を、行政の政策施策につなげることのできる、情報システムを用いた住民参加の政策施策モデルである。

(4) 第4のアプローチ(政策・施策評価モデル構築型アプローチ)の研究結果

1) 保健医療福祉サービスの効果・効率と住民集団の健康割合の関係に関するマネジメントモデル

健康者割合が低下するにつれて、国民所得に占める社会保障財源医療介護給付費の割合Qが非線形に急速に増加することが示された。このことは、APDEAが機能して目標値設定などにより、政策施策評価を通じて健康者割合を低下させないもしくは高めることができれば、社会保障財源医療介護給付費の負担を大きく軽減し、給付受給者のサービス水準を高めることを可能とする。このような非線形的効果特性を持っているので、健康人割合の減少を抑止するような政策施策を評価するシステムが機能

すれば、社会保障財源の有効的活用や国民所得の向上に大きく貢献できる。

Qを抑制するもう1つの方法は、社会保障財源に依存しない分野の健康産業の振興発展により合計所得を増加させる方法である。この分野で開発された商品やサービスを正しく用いることにより、健康人Pの割合が大きくなると一層Qを抑制できる。また定年を延長して、高齢者も健康管理をしながら生産に参加できる勤務体系整備も重要となる。高齢者の労働市場での活躍と消費により、合計所得を押し上げることが可能となる。

このモデルでは扱っていないが、Pの減少は実際には高齢者の増加で生じているので、Pの減少により社会保障財源給付の平均医療介護給付費割合CがPに対応して増加する。このため実際にはモデル以上にPの減少はQを増加させることになる。

健康人の割合を増加させることは、高齢者の増加や高齢社会の進展で困難な面があるが、政策施策の適切な導入・運営により、健康人割合の減少を抑制することは可能である。

2) 政府管掌健康保険が都道府県別に分割された場合の医療財源利用効率測定マネジメントモデル

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。

(5) 研究全体の考察

地方自治体主導型住民参加アプローチの政策・施策評価には多くの方法がある。住民の審議会参加やパブリックコメントなど様々であるが、多くの住民が参加する政策・施策評価システムは少ない。パブリックコメントは、見かけ上たくさんの住民が参加できるように思えるが、本研究でも明らかにされたように、多くの自治体が導入しているものの、住民にはほとんど使われていない。この理由は、パブリックコメン

トは、行政側対応として、住民がその情報を見ているか否か関心を持たず、どちらかという、情報を一方的に流し、行政決定を住民から意見を聞いたことにする形式的、消極的な対応であるからである。

これに対して、都道府県・政令都市・市町村の一部で行われている住民満足度調査は、現在は必ずしも多くはないが、多くの自治体が将来導入することを考えている。政治がマニフェスト型に移行しつつあることもあって、住民意見の反映が重視され始めている。満足度調査は、内容を充実すると、選挙以上に政策・施策評価を具体的に反映できるが、宮城県のような双方向性の調査であると、住民からの非常に充実した評価が可能になる。宮城県の満足度調査は、無作為抽出された住民に、県側から現状の政策・施策・事業などの資料が調査票とともに送付され、それらを参考に住民が満足度や重視度を評価する方式である。この調査には回答者が多くの時間をかけており、回答に2時間以上かけている人の割合が約4割になっている。4時間以上の人でも1割以上いることを考えると、住民が真剣に政策・施策評価に参加している態度がうかがえる。このような時間のかかる調査であるにもかかわらず、回答率は約50%であり、驚異的といえる。この宮城県の双方向満足度調査をデータベース化して、地域の圏域別や年齢別など、特性別に分析が行えるシステムを宮城県と共同で開発し、その成果が現在運用されている宮城県の政策・施策評価システムに多く反映されている。これら分析結果から、自治体主導では、①政策施策評価に関する住民対象の調査分析による政策施策マネジメントモデル、②住民

満足度調査データベース分析による政策施策マネジメントモデル、③政策施策評価情報と運営指標の関連付けによる政策施策マネジメントモデル、が提案できる。

システム利用型住民参加アプローチ評価では、システム利用者としてサービス評価が困難な場合が多い認知症患者が利用者であるケースについて検討した。認知症患者がサービス利用者である場合、サービス利用者からの評価が困難であるため、サービスシステムが機能しているか否かを評価することによって、サービス評価をシステム評価に代替した。認知症患者のサービス利用を考える場合、原因疾患の鑑別が最重要である。原因疾患によって医療介護のサービス適用が異なってくるので、まず独自でも連携でも鑑別が行われているかのチェックがシステム評価で重要になる。これは今回調査したグループホームでも老人保健施設でも同じである。また利用者がサービスを評価する場合、住民の積極的なサービスへの触れ合いが重要になる。普段から住民が認知症サービスに触れ合っている地域では、認知症サービスの質を向上させる活力をもたらしていることが、石巻市の住民参加事例で検証できた。この地域では、介護事業所と住民が認知症介護について交流を進めており、要介護でない時期から、住民が認知症事業者との交流を深めている。これら分析結果から、④サービス利用システム調査データに基づく政策施策マネジメントモデル、

⑤地域住民対象調査データに基づく政策施策マネジメントモデル、が提案できる。

政策・施策評価とシステム利用融合型住民参加アプローチでは、自治体主導の県民