

図5 (所要時間)

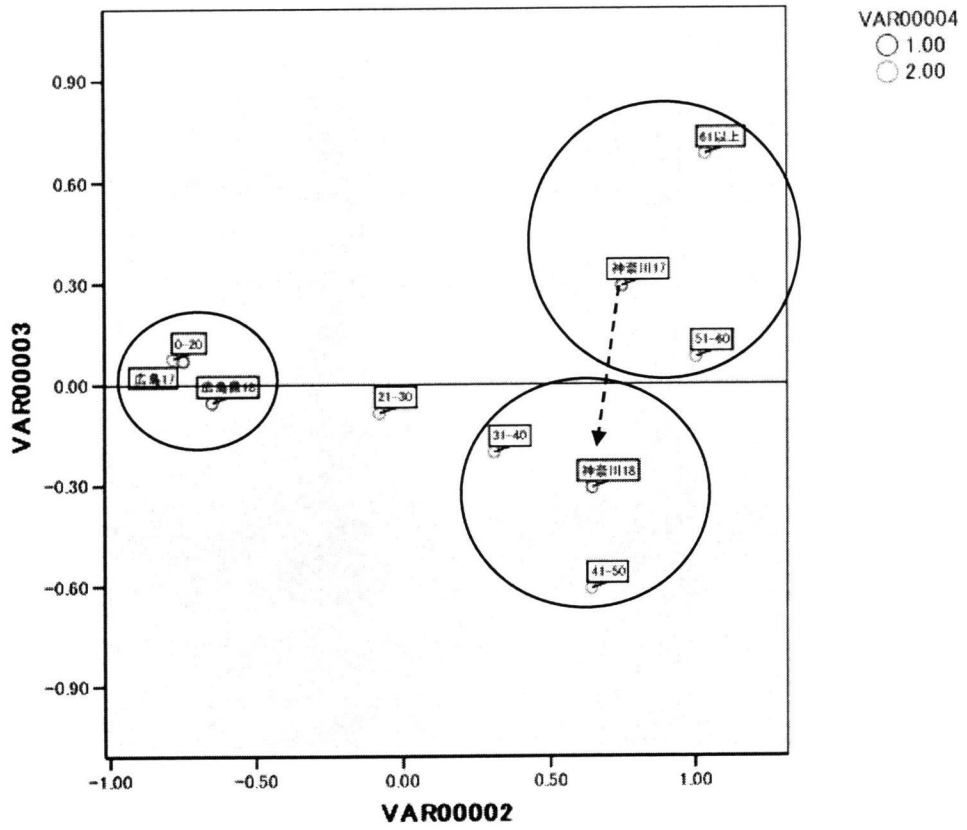


図5は所要時間について双対尺度法により解析した結果を表したものである。神奈川県17年度は、「51-60分」、「61分以上」近くに布置され、18年度になると「31-40分」、「41-50分」近くに布置される。尾道市でみると、年度における布置に変化はなく、兩年とも「20分以下」近くに布置されている。これらのことから、神奈川県では、開催時間が10～20分程度短縮している傾向みてとれ、18年度では30～50分の所要時間の事業所が多いことがわかる。尾道市では、一貫して20分以下の所要時間の事業所が多数を占める。

図6、図7は〈呼びかけた人〉、〈参加した人〉を双対尺度法により解析した結果を表したものである。

〈呼びかけた人〉でみると、神奈川県及び尾道市の双方で17年度と18年度で変化はほとんど見られず、神奈川県は「ケースワーカー」、尾道市では「主治医」、「医療スタッフ」、「民生委員」で特徴付けられている。一方〈参加した人〉でみると、同じく17年度と18年度で変化はみられない。〈呼びかけた人〉と同様の特徴がみられ、神奈川県は「ケースワーカー」、尾道市では「主治医」、「医療スタッフ」、「民生委員」で特徴づけられる。サービス担当者会議の参加メンバーについては、17年度と18年度で変化はなく、呼びかけた人が実際の参加メンバーとなっており、神奈川県では「ケースワーカー」、尾道市では医療関係者と民生委員が特徴となっていることがわかる。

図6 (呼びかけた人)

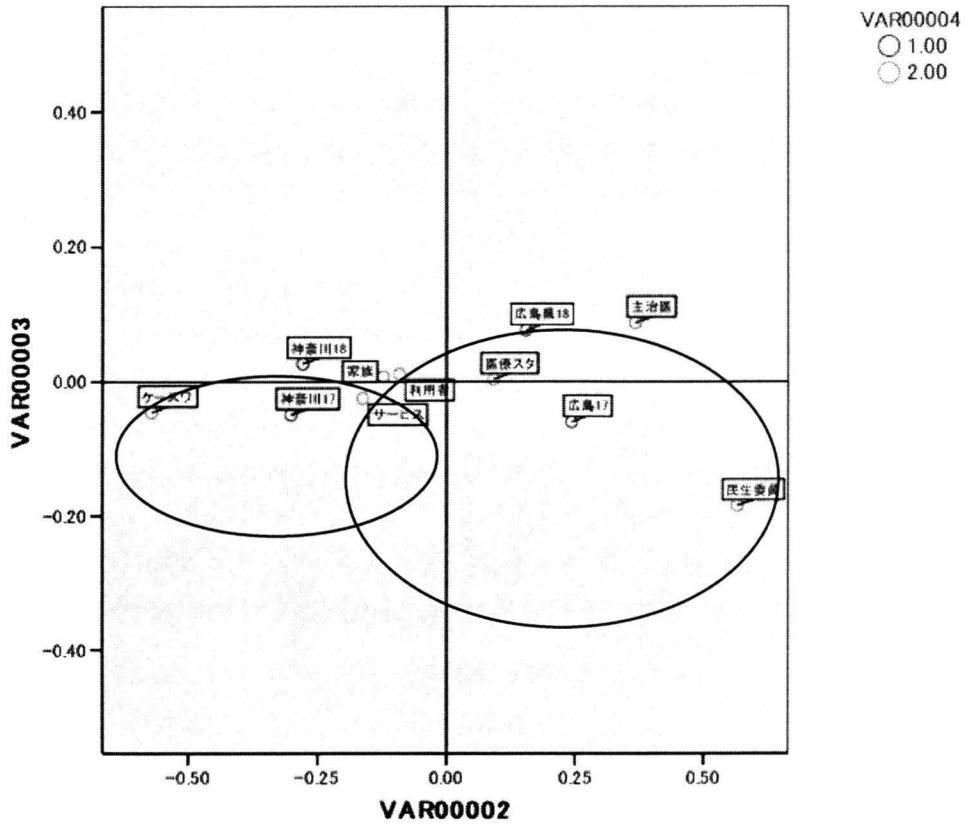
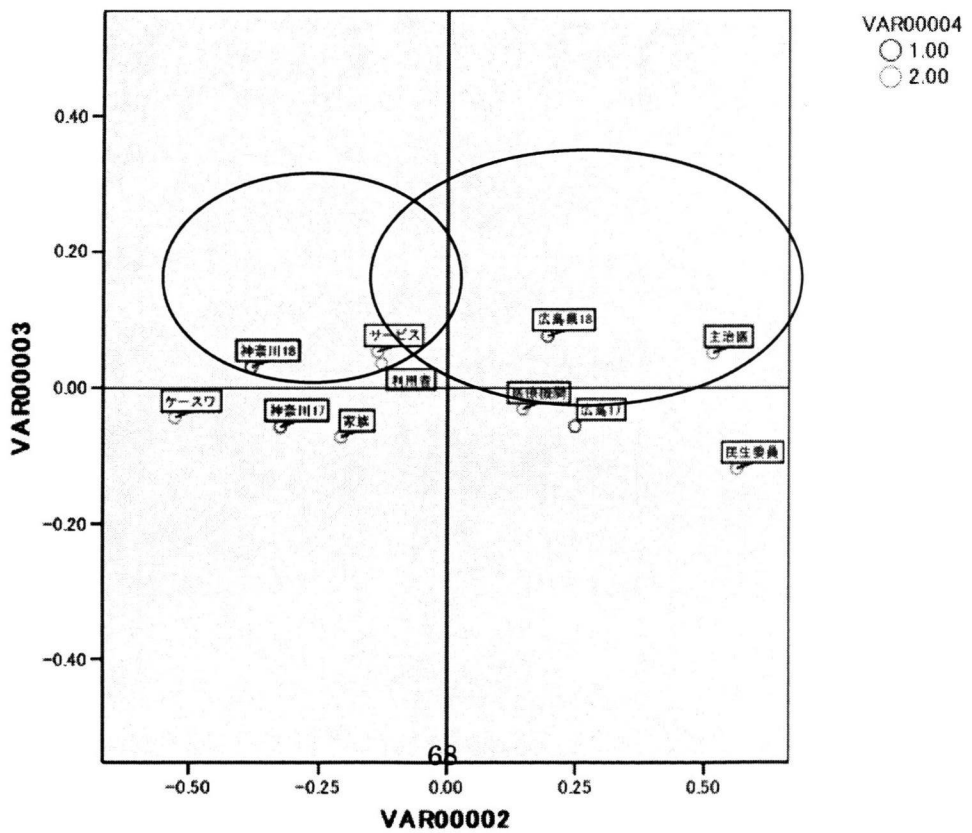


図7 (参加した人)



C. 10. サービス担当者会議の内容

「サービス担当者会議開催にあたり事前に共有すべき情報」として訊ねた 12 項目に対して、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行った。固有値の変化及び項目の理論的整合性を考慮し、因子数を 3 に決定した。因子分析の結果は表 9 に示した通りであり、第 I 因子は「利用者の状況」、第 II 因子は「今後の方針」、第 III 因子は「利用者の主訴」を表している因子としてそれぞれ解釈する。

図 8 は地域、年度別の第 I、第 II、第 III の因子得点の平均値を 3 次元プロットしたものである。神奈川県においては、17 年度と 18 年度に変化は見られず、「利用者の状況因子」、「今後の方針因子」、「利用者の主訴因子」すべてにおいて低い値となっている。つまり、サービス担当者会議の事前にはほとんど情報共有を行っていない状況がみてとれる。尾道市では、17 年度は「今後の方針因子」及び「利用者の主訴因子」の得点が高く「利用者の状況因子」の得点は低かったが、18 年度では「今後の方針因子」が若干低くなり、「利用者の状況因子」が高い値に変化した。

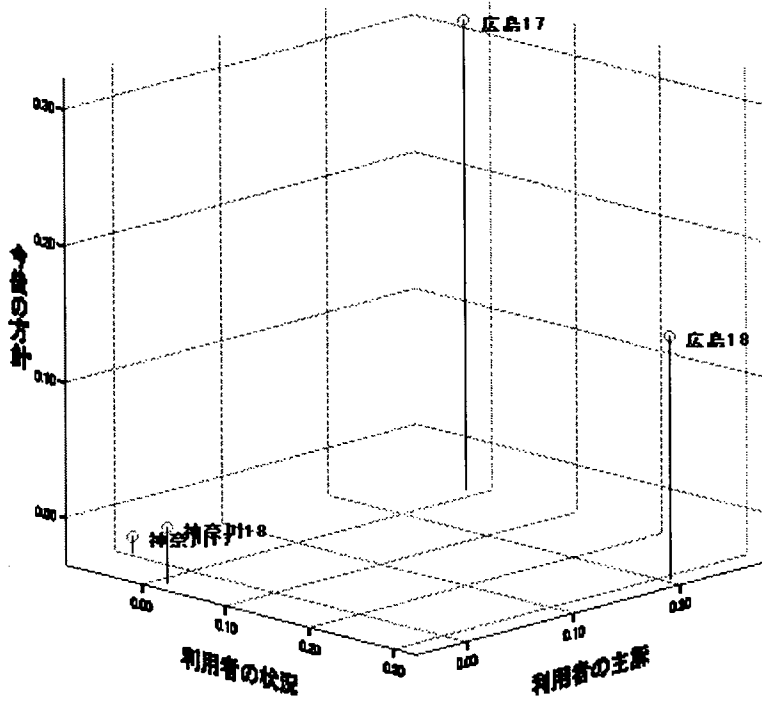
表 9

パターン行列*

	因子		
	1	2	3
問5①1 事前に共有した情報(利用者の主訴)	-0.019	-0.057	.942
問5①2 事前に共有した情報(家族の主訴)	-0.001	.021	.765
問5①3 事前に共有した情報(ADL/IADL)	.256	.180	.251
問5①4 事前に共有した情報(要介護認定状況)	.514	-0.025	.076
問5①5 事前に共有した情報(利用者の疾病情報)	.567	.073	.093
問5①6 事前に共有した情報(利用者の生活歴)	.884	-0.117	-0.083
問5①7 事前に共有した情報(利用者の生活状況)	.653	.062	.022
問5①8 事前に共有した情報(利用者の経済状況)	.715	-0.069	-0.043
問5①9 事前に共有した情報(医療的知識等)	.371	.327	-0.039
問5①10 事前に共有した情報(生活問題への対処方針)	.064	.680	-0.009
問5①11 事前に共有した情報(介護の方針)	-0.029	.826	-0.013
問5①12 事前に共有した情報(ケアプラン共有・検討・確定)	-0.122	.754	-0.005

因子抽出法: 一般化された最小2乗
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 5 回の反復で回転が収束しました。

図8 (事前に共有すべき情報)



「サービス担当者会議において共有した情報」として訊ねた 12 項目に対しても同様に、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行った。固有値及び項目の理論的整合性から、因子数を 3 に決定した。表 10 は因子分析の結果を示したものであり、抽出の順位に変動はあるが、事前に共有した情報と同様に「利用者の状況因子」、「今後の方針因子」、「利用者の主訴因子」がそれぞれ抽出された。

図 9 は地域、年度別に第 I ～ III の因子得点の平均値を 3 次元プロットしたものである。神奈川県では、「利用者の主訴因子」が高くなり、「利用者の状況因子」が低く変化している。尾道市では、「今後の方針因子」が低くなり、「利用者の状況因子」が高くなったことが特徴としてみてとれる。

「サービス担当者会議を開催することのメリット」について訊ねた 9 項目に

対して、最小二乗法、斜交プロマックス回転による因子分析を行い、固有値及び項目の理論的整合性から因子数を 3 に決定した。表 1 1 は因子分析の結果を示したものである。因子Ⅰは「基本情報の共有因子」、因子Ⅱは「外との交流因子」、因子Ⅲは「自己の向上因子」として解釈した。

図 10 は地域、年度別に第Ⅰ～Ⅲの因子得点平均値の 3 次元プロットをあらわしたものである。神奈川県では、「基本情報の共有因子」が若干高くなり、「外との交流因子」、「自己の向上因子」がそれぞれ低く変化している。尾道市では、17 年度は全ての因子において高い得点を示しているが、18 年度では、「外との交流因子」の得点が大幅に減少している。

表 1 0

パターン行列*

	因子		
	1	2	3
問5②1 会議で共有した情報(利用者の主訴)	.939	-.082	-.031
問5②2 会議で共有した情報(家族の主訴)	.867	-.084	-.004
問5②3 会議で共有した情報(ADL/IADL)	.425	.213	.065
問5②4 会議で共有した情報(要介護認定状況)	.288	.455	-.011
問5②5 会議で共有した情報(利用者の疾病状況)	.231	.489	.046
問5②6 会議で共有した情報(利用者の生活歴)	-.096	.843	-.079
問5②7 会議で共有した情報(利用者の生活状況)	.153	.528	.043
問5②8 会議で共有した情報(利用者の経済状況)	-.132	.690	-.027
問5②9 会議で共有した情報(医療的知識等)	-.084	.314	.294
問5②10 会議で共有した情報(生活問題への対処方針)	-.036	.059	.582
問5②11 会議で共有した情報(介護の方針)	-.002	-.056	.682
問5②12 会議で共有した情報(ケアプラン共有・検討・確定)	.047	-.073	.549

因子抽出法: 一般化された最小2乗
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 5 回の反復で回転が収束しました。

図9 (当日共有した情報)

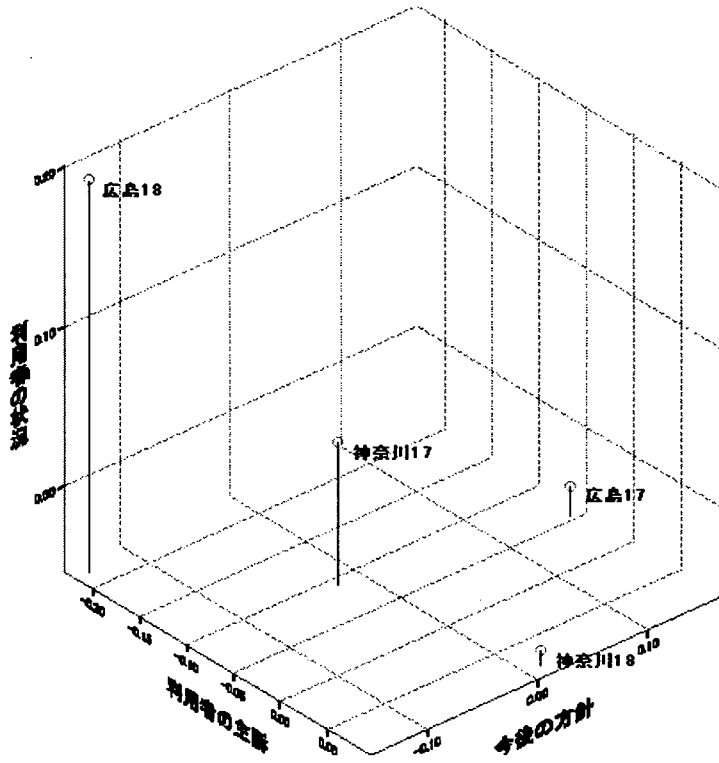


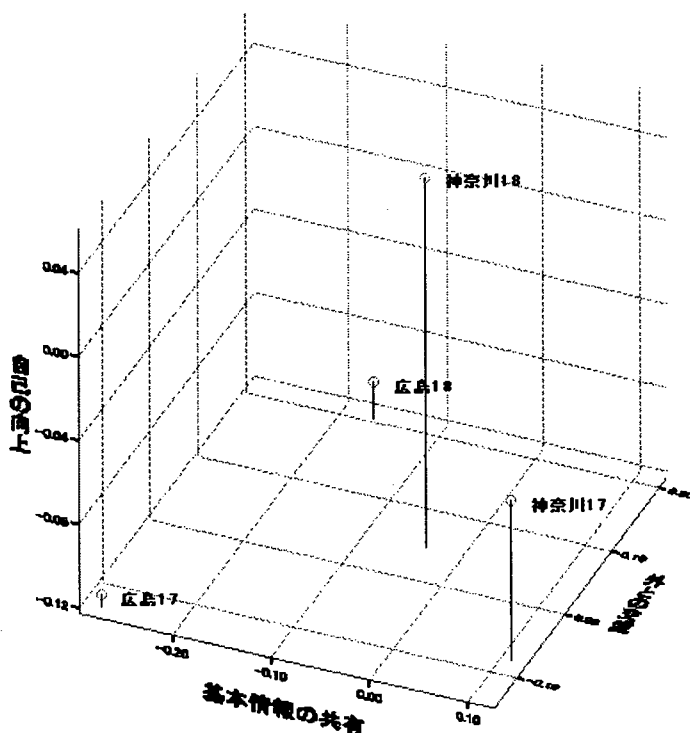
表 1 1

パターン行列^a

	因子		
	1	2	3
問23-1 会議のメリット(利用者や家族の情報入手)	.495	.203	-.050
問23-2 会議のメリット(ケアプラン作成に欠かせない)	.677	.326	-.164
問23-3 会議のメリット(ケアの目標の共有)	.824	-.126	.089
問23-4 会議のメリット(ケアの進捗状況確認)	.680	-.055	.202
問23-5 会議のメリット(専門職の共通基盤の共有)	.458	-.084	.477
問23-6 会議のメリット(社会資源との関係確立)	-.032	.320	.535
問23-7 会議のメリット(自分の知識の広がり)	.013	.352	.499
問23-8 会議のメリット(自分の労働環境の向上)	-.042	.673	.106
問23-9 会議のメリット(自分の能力を生かし成長)	.050	.713	.110

因子抽出法: 一般化された最小2乗
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 6 回の反復で回転が収束しました。

図 1 0 サービス担当者会議を開催することのメリット



C. 1 1. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員に対する評価

地域包括支援センターの主任介護支援専門員が彼らの役割を果たしているかを、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が評価した結果は、「介護支援専門員に対する日常的な個別指導・相談」、「支援困難事例への指導・助言等」ならびに「地域における介護支援専門員のネットワーク作り」に関しては、「十分果たしている」または「まあ果たしている」の回答が全体の3分の1程度である。しかしながら、前者2つについては、「果たしていない」または「あまり果たしていない」の回答も3分の1程度であり、評価が分かれている。「地域における介護支援専門員のネットワーク作り」に対する評価では、役割を果たしていると回答した人の割合(35.4%)が役割を果たしていないと回答した人の割合(25.8%)より有意に高率であることが示された(カイ2乗検定; $p<0.05$)。「多職種協働・連携による長期継続ケアマネジメントの支援」については、何らかの意味で役割を果たしていると回答した人の割合(22.9%)よりも、果たしていないと回答した人の割合(29.8%)が有意に高くなっている(カイ2乗検定; $p<0.05$)。

これに関連して、「居宅介護支援専門員がケアマネジメント業務を行なううえで普段相談する人は誰か」という設問の回答結果は、職場の上司や同僚(78.5%)、サービス事業者(77.1%)の割合が高く、次にセンター職員の割合が高く47.9%であった。

C. 1 2. サービス担当者会議に対する地域包括支援センターの関与について

「サービス担当者会議に毎回参加する必要がある人は誰か」という問いに対して、利用者(75.3%)とその家族(82.6%)、福祉用具貸与業者以外のサービス事業者(79.8%)の割合が高く、地域包括支援センター職員の割合は10.9%にとどまった。

サービス担当者会議の開催に重要な役割を果たすであろうと考える団体としては、医療機関(65.3%)、センター(57.2%)、訪問看護ステーション連絡協議会などの看護師団体(53.3%)の割合が高い(表 2)。

また「サービス担当者会議開催に対する地域包括支援センターのサポートに満足しているか」という問に対して、満足している(大変満足+まあ満足)と回答した居宅介護支援事業所の介護支援専門員は全体の 22.4%にとどまった。

C. 1 3. 地域包括支援センターの問題点と役割への期待・要望

サービス担当者会議開催に対する地域包括支援センターのサポートに、「大変満足している」と回答した 43 名と「まったく満足していない」と回答した 182 名の介護支援専門員を対象に、地域包括支援センターの問題点、今後への期待や要望をフリーコメント回答に基づき集計した。フリーコメントに回答した人数は、「大変満足している」については 22 名、「まったく満足していない」については 150 名であった。

「大変満足している」と回答した人のフリーコメントでは、地域包括支援センターは少人数で多忙な中その役割をよく果たしているといった肯定的な意見が多かった。その一方で、問題点としては業務量の多さによる多忙、事務手続きの煩雑さなどの指摘があった。以下では、「まったく満足していない」と回答した介護支援専門員 182 名のフリーコメントを分析した。

C. 1 4. 地域包括支援センターの問題点

地域包括支援センターの問題点として、第一に、地域包括支援センター職員的能力不足(経験, 専門性, 資質)37 件があげられる。次に、業務量特に介護予防ケアプランの作成が多く、他の業務を遂行できないという指摘が 26 件あった。第三に、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携の問題が 20 件

挙げられた。これには地域包括支援センターが介護予防ケアプランを受けてくれないことや、利用者が要支援と要介護間を移行する場合に連携が不十分で継続的に支援されていないことなどが含まれる。その他、主任介護支援専門員の役割である介護支援専門員に対する支援（相談、指導、助言、特に困難事例など）が不十分であること、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアプランを丸投げしその後の連携が疎になること、地域包括支援センター職員の人員不足、介護予防ケアプラン作成の手続きや書類が繁雑であること、センターごとにレベルや認識の差があり統一性にかけることがあげられた。

C. 15. 地域包括支援センターへの期待、要望

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が地域包括支援センターへ期待、要望することとしては、介護支援専門員に対する支援（相談、指導、助言、特に困難事例など）をしっかりとってほしいという回答が19件あり一番多かった。次に、介護予防ケアプラン作成は居宅介護支援事業所に委託せず地域包括支援センターの責任ですべて担当してほしいという要望が14件、地域包括支援センター職員の能力（経験、専門性、資質）向上の要望が13件あった。また、地域資源の情報提供やそのネットワーク体制の整備についての要望、ならびに、地域包括ケア全体の中心的役割の遂行という期待もあった（合計14件）。そのほか、居宅介護支援事業所に委託された要支援者や、要支援と要介護を移行する利用者に対する地域包括支援センターによる継続的支援、医師、医療側への連携の働きかけ、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と地域包括支援センターとの連携強化（情報の提供や共有）、職員の増員、行政とのパイプ役などが地域包括支援センターへの期待や要望としてあげられた。

D. 考察

D.1. 平成17年と18年間の変化

D.1.1. 介護保険法の改正

平成18年4月から改正介護保険法が施行され、介護保険制度が改正された。この改正ではサービス担当者会議の重要性が盛り込まれ、やむをえない理由がある場合を除きサービス担当者会議の開催は基本であることが明示され、サービス担当者会議を開催しないと、不適切な事業運営に関する報酬減算の対象となり、介護報酬が減額されることが規定された。

この背景として、これまでも、サービス担当者会議は、「利用者の自立支援」、「ケアプランを適切な内容とする」、「より良いチームケアを推進する」ために重要な位置づけとされていたが、現場では、「忙しくて開催の時間が確保できない」、「サービス担当者会議をどのように運営して良いのかわからない」などの理由により、開催することが困難とされていた。このことが大きな課題として浮かび上がり、サービス担当者会議を確実に開催するために、開催しない場合に報酬を減額するという厳しい姿勢を打ち出した。

また、医療と介護の機能分担・連携の明確化に重点が置かれた。

D.1.2. 尾道市の市町村合併

尾道市は、平成18年1月10日に、因島市、瀬戸田町を合併した。このため、対象事業所数が41事業所から50事業所に増加した。

D.2. サービス担当者会議開催回数

神奈川県では、サービス担当者会議の開催回数が、平均3.00回から4.17回へと増加した。また一度も開催しなかった居宅介護支援専門員の割合も、34.3%から7.3%に減少し、平成18年施行の改正介護保険法の影響を受け、サービス担当者会議の開催が促進され、介護保険法の改正の効果と考えられる。

一方、尾道市では開催回数が、4.78回から3.80回へと減少した。サービス担当者会議を、一度も開催しなかった居宅介護支援専門員の割合は、15.6%から0%に減少し、回答した居宅支援専門員は、全員が少なくとも1回は、サービス担当者会議を開催していた。平成17年は5回弱の開催回数であった尾道市が、翌18年に平均約1回開催回数が減少している理由として、種々の要因が考えられる。市町村合併により、市域が拡大し、平成17年の対象と異なる事業所が、新たに回答者に加わった。その影響は否定できない。質問票に合併前の地域を記載する項目を設けなかったため、区別できなかった。また尾道市の回答率が減少している。合併前の旧市域の事業所と新市域の事業所の比較を行う調査が必要である。

D.3. サービス担当者会議の開催時間

サービス担当者会議の開催時間は、神奈川県では51.4分から45.6分に短縮している。一方で尾道市では、22.4分から23.5分と若干延長している。

尾道市は30分以内の割合が、平成17年91.9%であり、平成18年も90.0%であった。また60分を超えると回答した介護支援専門員は0%であった。一方、神奈川県は、30分以内の割合は、平成17年は31.2%、平成18年は33.4%であり、平成17年は、60分の割合が42.2%と最も多くなっていた。60分を超えると回答した介護支援専門員は、平成17年12.6%、平成18年は3.9%であった。このことから、神奈川県は、尾道市よりもサービス担当者会議の開催時間を2倍以上かけていることがわかる。尾道市の介護支援専門員は、短い時間で担当者会議を終わらせており、神奈川県の介護支援専門員は、比較的長い時間をかけて担当者会議を開催している。

平均開催回数と平均所要時間の積を指標とすると、平成17年は、尾道市は107.2分、神奈川は154.2分であり、回数は尾道市が多いが、総時間数は神奈川より短くなっている。また尾道市は、主治医の診療所・病院で、一度に数件のサービス担当者会議を集中して行い、神奈川県は利用者宅で、別々に行うことを考慮すると、サービス担当者会議の前後の移動時間を含めると、拘束時間に大きな差が生じている。尾道方式は、効率的なサービス担当者会議の開催方法を確立している。

平成18年には、尾道市は、89.1分と、さらに総時間数が短縮しているが、一方、神奈川県は、190.2分と、さらに23%総時間数が増加している。回数の増加に比して、開催時間の短縮はそれほど無く、総時間数は増加している。介護報酬の減額を避けるために、サービス担当者会議を励行しているが、尾道市のように効率的なサービス担当者会議の運営に手をつけないまま回数が増加し、総時間数は約四分の一増加している。このままでは介護支援専門員の負担感が益々増加し、サービス担当者会議の開催に困難を覚える可能性がある。神奈川県は、効率的なサービス担当者会議の運営方法に関して検討する必要がある。

尾道市と神奈川県とは、介護支援専門員の基礎職種や会議の運営方法など、多くの点で異なっている。サービス担当者会議の時間の相違については、医療職と福祉職の違い、主治医が参加しているか否か、開催場所の違いなどが、開催時間に影響を及ぼしていると考えられる。

D. 4. サービス担当者会議の開催場所

尾道市では、サービス担当者会議の開催場所として、主治医の診療所・病院が最も多い。このことは、後述するサービス担当者会議への主治医の参加率が高いことに繋がる。

神奈川県では、利用者の自宅が最も多かったが、平成18年には88.7%と1.4倍に増加している。自分の勤務する事業所で行う割合は、平成18年には25%減少した。

D. 5. サービス担当者会議への参加者

利用者と家族のサービス担当者会議への参加は、平成17年には、神奈川県は、尾道市に比べ、有意に少なかったが、平成18年には、神奈川県と尾道市には有意な差を認めなかった。

サービス担当者会議に、①参加が必要と思う、②参加を呼びかける、③（結果として）実際に参加する、の3つの段階ごとに、神奈川県と尾道市を比較すると、利用者と家族に関しては、平成17年には3つの段階で有意差を認めた。利用者と家族の参加の必要性に関して、介護支援専門員の意識の段階から、有意な差があったと言える。平成18年には、有意差を認めないので、介護保険法改正の影響は、神奈川県において、サービス担当者会議に利用者と家族の参加が必要であるとの意識の改革をもたらした。

意識改革をもたらした要因としては、介護保険制度改正により、介護支援専門員の質向上のために研修体系が構築され、現任研修の義務化が図られたことも考えられる。神奈川県においては、神奈川県介護支援専門員協会が中心となって、介護支援専門員を対象とした研修を充実しており、介護支援専門員の意識が変化したと考えられる。

神奈川県において、サービス担当者会議に、利用者と家族の参加が増えた理由として、従来はサービス担当事業所において、介護サービス担当職員中心に、サービス給付の調整を主として行っていたが、介護保険法の改正により、サービス担当者会議の開催が励行され、それとともに、利用者の自宅で開催される割合が高くなり、結果として利用者と家族の参加の割合が増加したと考えられる。

D. 6. 会議で共有された情報

サービス担当者会議で共有された情報項目は、尾道市と神奈川県では同じ割合であった。尾道市では、事前に情報を共有していると回答した介護支援専門員の割合が、神奈川県より20～30%高いが、サービス担当者会議で、実際に情報を共有したと回答した割合は同じである。

さらに、尾道市では、「疾病に関する情報」、「医学的知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」も有意に高い。これは尾道市では、サービス担当者会議に主治医が参加している(89.2%)ためと考えられる。医療的、生活上の問題への対処の方針の情報が、利用者（要介護者）や家族を含めた参加者で共有されることは、介護チーム全体の危機管理が成され、チーム全員、また利用者本人や家族の安心感が増すと考えられる。特に医療の知識の少ない非医療職種や、利用者本人、家族は、主治医から医療情報や対処法に関する情報を得て、全員で情報を共有して確認することによる安心感は強いと考えられる。

D. 7. 地域包括支援センターに関するケアマネジャーの意見

地域包括支援センターでは、介護予防ケアプラン作成の業務量が多く他の業務ができないことと、職員の経験、専門性、資質の不足により満足な相談結果が得られないことが問題視された。

改正後の介護保険制度では、「予防重視型システムへの転換」が重要視され「地域包括支援センター」が設置された。この予防には、地域支援事業における介護予防と介護予防マネジメントを通じた要支援者に対する介護予防のふたつが含まれる。後者については、一貫した支援・介護を遂行できるように、居宅介護支援事業所への委託を極力抑え地域包括支援センターが担当すべきであると考えられる。この実現のためには、まず地域包括支援センターの組織の見直しが必要である。介護予防ケアプラン作成を専門に担当する介護支援専門員を増やし、従来の3職種が地域支援事業における介護予防、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援を担うようにする。本アンケートの実施から1年半経過した2008年4月末時点では、全国のセンター3,976箇所のうち、介護予防支援業務専従の職員の配置により介護予防支援業務を実施している地域包括支援センターは1,752箇所(44.1%)あり、組織的な整備が進んでいる。しかしながら、介護予防ケアプラン作成の居宅介護支援事業所への委託割合は平均34.5%と高率である。さらには、その割合が地域包括支援センター間で大きく異なる地域もある。すべての地域包括支援センターが介護予防支援業務を委託することなく遂行できるよう、さらなる人員配置はもちろんのこと、介護予防ケアプラン作成業務の簡素化、全地域包括支援センターにおける統一化が必要であろう。

次に、地域包括支援センター職員の経験、専門性、資質の不足により満足すべき相談結果が得られないという問題を考える。居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの相談の受付や助言指導は、主に主任介護支援専門員が行なう。この主任介護支援専門員は、地域包括支援センター設置にともない配置されたものであり、本アンケートの時点では、主任介護支援専門員の業務は定着しておらず、また、「主任介護支援専門員に準ずる者」も一時的に配置されていた。地域包括支援センターの主任介護支援専門員には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対するスーパーバイザーのみならず、地域全体のケアマネジメント力を高めていく役割が求められる。したがって、その資質向上は今なお重要な課題である。

E. 結論

神奈川県では、介護保険制度改正の影響を受けて、サービス担当者会議の開催が実施されるようになり、利用者や家族の参加を得て介護の方針やケアプランの検討が行われるようになった。平成18年度におけるサービス担当者会議の開催について、平成17年と18年を比較すると、この1年間で神奈川県においては、サービス担当者会議を頻繁に開催するようになり、大きく改善されていることがわかる。

しかし、サービス担当者会議に、①参加が必要と思う、②参加を呼びかける、③(結果として)実際に参加する、の3つの段階ごとに、神奈川県と尾道市を比較すると、主治医

と民生委員に関しては、平成17年・平成18年とも、3つの段階で有意差を認め変化は無かった。主治医と民生委員の参加の必要性に関しては、残念ながら神奈川県介護支援専門員の意識の改革をもたらさなかった。

尾道市の介護支援専門員は、主治医の不参加理由として、どの項目も低い割合であった。つまり介護支援専門員は主治医の参加に関して困難に思っていないことになる。一方、神奈川県では、主治医の参加に困難感を覚えており、介護支援専門員は、主治医に参加を呼びかけていないと回答した割合が平成17年・平成18年とも、50%を超えていた。主治医の参加という点では、改正の効果が現れていない。

要介護者は、要介護状態になった基礎疾患の治療のため、服薬などの医療を受けていることが多い。医療と介護の連携は必要であり、さらに在宅医療の推進のためには、主治医と介護支援専門員や訪問看護師、訪問介護士などの介護保険給付を行う職種との連携は不可欠である。介護支援専門員をはじめ、関係職種の意識改革を行い、サービス担当者会議に主治医の参加を促す施策が必要である。

サービス担当者会議の開催状況については、尾道市、神奈川県の双方で増加の傾向が示され、特に神奈川県においては、0回が特徴となっていた17年度から18年度では3回～6回が大きな特徴として示され18年度の制度改正の狙いである実態としてのサービス担当者会議開催の促進という方向性に向かいつつあることが明らかとなった。開催数の増加傾向の背景には、介護支援専門員の標準担当件数が50件から35件に引き下げられたことも理由にあると考えられるが、本研究で明らかになったように、多忙な各サービス担当者を招集するにあたり、1回あたりの所要時間の短縮により対応していると考えられる。尾道市では1回あたりの所要時間は20分以下であるので、神奈川県においても会議の効率化によりさらに時間を短縮できる余地があることが示唆される。一方、制度改正の重点項目である、医療と介護の機能分担・連携の明確化については、サービス担当者会議の参加者という視点からは、尾道市では進んでいるのに対し、尾道市と比較して神奈川県では医療連携が不足していることが明らかとなった。

サービス担当者会議の内容については、神奈川県では17年度、18年度両年にわたり情報の事前共有があまりなされていないことが明らかとなった。サービス担当者の会議の効率化と時間の短縮のためには、情報の事前共有の活性化が今後の課題であることが示されたといえる。

ケアカンファレンスは2つの機能に分類できるとされている(白澤.2001)。1つは参加メンバーが利用者のニーズを分析し、ケアプランを完成させることであり、もう1つはメンバーが利用者に関する情報を共有し、相互の役割分担を確認しあうことである。前者が中心であれば「問題解決型」ケアカンファレンス、後者が中心であれば「情報共有型」ケアカンファレンスとして位置づけることができる。本研究で見出された因子に置き換えると、「問題解決型」は利用者の主訴因子及び利用者の状況因子、情報共有型は今後の方針因子として考えることができる。サービス担当者会議での情報共有の変化

をみると、尾道市では情報共有型から問題解決型へ、神奈川県では問題解決型の強化という方向がみてとれるが、サービス担当者会議の内容については、向かうべき方向性が模索状態であるとともに、ケースによるバラツキが考えられるので、より詳細な分析は今後の課題としたい。

開催のメリットについては、基本情報の共有については尾道市、神奈川県において強く感じられているが、外との交流、自身の向上といったケアカンファレンスにおけるケアマネジメントの教育的効果については、17年度から18年度にかけて減少の傾向がみられた。ケアカンファレンス機能における教育効果の実感と促進は制度改正のみでなしえる性質のものではなく、今後の啓発・教育の展開が課題である。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターには、解決すべきいくつかの課題が残されていることがわかった。特に、主任介護支援専門員は指導、助言、相談の役割を求められているが、それらの評価は必ずしも高くはない。また、サービス担当者会議の運営に関して、地域包括支援センターの間接的なサポートの方法にも課題が残されている。これらの解決方法として、地域包括支援センターの組織の改変や職員のキャリアアップ体制の整備が必要と考える。

F. 健康危険情報

なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)）

「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」

総合研究報告書

医療制度改革を踏まえた都道府県等及び医療保険者の取組と評価に関する考察

－ 特定健康診査・特定保健指導の実施を中心として －

分担研究者 東 修司 国立社会保障・人口問題研究所企画部長

研究要旨

本研究は、先般の医療制度改革を踏まえた都道府県等及び医療保険者の取組について、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施を中心とした制度的な考察を行うことを通じて、今後の実績評価等に向けた基本的な視点を提示することを目的としている。

このため、まず各都道府県が策定する「第1期医療費適正化計画」のうち「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標について、具体的な設定状況や全国標準との関係を把握するとともに、今後その達成状況を評価する上で留意すべき地域特性等について考察した。次に、2008年度における特定健康診査等の実施状況やその背景となった事情等を把握した上で、あらためて本事業が創設された意義や「保険者機能」としての位置付け、地域保健との関わり等を整理するとともに、今後の検討課題や事業成果を評価する際の留意点などを考察した。

「第1期医療費適正化計画」における達成目標を概観すれば、一部の例外を除いて、いずれも全国標準に沿って定められている。本来、各都道府県の間には存在している地域差等を所与の前提とするのではなく、医療制度改革の趣旨も踏まえつつ、全国標準の達成に向けた取組を推進することは意義が大きいと考えられる。しかしながら、メタボリックシンドロームリスク保有者率や年齢構成など各種指標に地域間の差がみられる中、実施目標を達成する上で求められる対応も異なると考えられることから、実績評価に際しても多様な視点ときめ細かな配慮が求められる。

特定健康診査等の2008年度実施率は各医療保険者ともに高い水準にはなく、地域別にも高低の差がみられる。本事業の実施をめぐっては、医療費適正化効果に係るエビデンスの蓄積や判定基準等の在り方をめぐって議論が分かれているが、本来「保険者機能」として重要な取組であり、その評価に際しても医療保険者の個別事情を踏まえることが求められる。現在、高齢者医療制度の見直しに向けた議論が進められているが、今後の新たな制度設計の検討に際しても、加入者のQOLの向上や健康寿命の伸長に資する取組が、適切に位置付けられることを期待したい。

A. 研究目的

本研究は、先般の医療制度改革を踏まえた都道府県等及び医療保険者の取組について、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施を中心とした制度的な考察を行うことを通じて、今後予定される実績評価等に向けた基本的な視点を提示することを目的としている。

このため、まず「第1期医療費適正化計画」のうち「住民の健康の保持の推進」に関して達成すべき目標について、各都道府県における具体的な設定状況を概観し、国の基本的方針等に掲げられた全国標準（特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率10%）との関係を確認する。

また、各都道府県が設定した実施目標の達成状況を評価する上で留意すべき地域特性として、メタボリックシンドロームリスク保有者率や旧老人保健法の基本健康診査の受診率、本事業の対象となる40歳～74歳層の年齢構成や国民健康保険加入者の割合などを都道府県別に比較するとともに、今後予定される実績評価に際して留意すべき点等を考察する。

次に、現在公表されている2008年度速報値に基づき、特定健康診査等の実施状況を概観するとともに、協会けんぽ及び市町村国民健康保険を取り上げて、都道府県別にみた実施率等のデータを確認する。また、2008年度の実施状況を生み出した背景事情を関係者から

の指摘から整理し、制度施行初年度という共通の問題がある一方、地域特性や医療保険者の個別事情がどの程度影響していたのかを考察する。他方、先般の医療制度改革の中で特定健康診査等が創設された意義をあらためて確認するとともに、本事業の「保険者機能」としての重要性並びに保険料財源で実施する考え方、地域保健との関わり等を考察する。

最後に、特定健康診査等の実施率やメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率について「医療保険者別」に参酌標準が定められていることを踏まえ、今後それぞれの事業成果を評価する際に留意すべき点や個別事情の有無等を考察するとともに、加入者のQOLの向上や健康寿命の伸長に資する本事業の取組と、現在進められている高齢者医療制度の見直しに向けた議論との間の関係性などを整理することにより、今後の検討に向けた政策的インプリケーションを提示する。

B. 研究方法

文献調査等による。

（倫理面への配慮）

該当しない。

C. 研究結果

第1に、2010年2月段階で策定されている45都道府県の「第1期医療費適正化計画」を概観すれば、特定健康診査の実施率については、北海道及び青森県の68%を除き、いずれ

も全国標準の70%で目標設定されている。特定保健指導の実施率については、北海道の48%を除き、いずれも全国標準の45%で目標設定されている。メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、全て全国標準の10%で目標設定されている。このように各都道府県の目標設定は、ほぼ全国標準に沿った内容となっているが、事業実施の直接的な背景となる関連指標には地域差がみられる。例えば、都道府県別にみたメタボリックシンドロームリスク保有者率（2008年度の協会けんぽ「生活習慣病予防健診データ」による。）は、全国平均では11.9%であるが、最大の沖縄県14.7%と最小の山形県9.0%の間には約1.6倍の差がみられる。旧老人保健法に基づく基本健康診査の受診率（2007年度の「地域保健・老人保健事業報告の概況」データによる。）も、全国平均では42.6%であるが、最大の東京都62.8%と最小の高知県20.9%の間には約3.0倍の差がみられる。このほかにも、本事業の対象となる40歳から74歳までの者のうち（比較的高い事業効果が期待される）65歳未満の者の占める割合や、（参酌標準上の実施率が低く設定されている）国民健康保険の加入者割合などについても、都道府県別に高低の差がみられる。

第2に、2010年1月14日の厚生労働関係部局長会議資料の中で提示された速報値によれば、2008年度における特定健康診査等の実施率は、いずれの医療保険者についても高く

ない水準にある。あくまでも速報値であり、調査回収率が100%でない医療保険者も存在するため、今後数値が変わり得るという前提ではあるが、2012年度に向けて定められた参酌標準からみても厳しい状況と言わざるを得ない。協会けんぽの都道府県支部別データに基づき特定健康診査等の実施率をみれば、全国健康保険協会「2008年度事業計画」が想定した水準よりも低く留まっており、地域別にも高低の差が生じている。市町村国民健康保険についても、都道府県別に集計したアンケート結果に基づき特定健康診査及び特定保健指導の実施状況を確認することができるが、両事業ともに実施率が低く留まるとともに、特に、特定保健指導については利用率と終了率の乖離も地域によって異なっている。

特定健康診査の実施率については、2012年度に向けた参酌標準が「医療保険者別」に定められている。しかしながら、例えば、被用者保険については被扶養者に対する実施が課題とされてきたが、事業所の所在する都道府県別にみた扶養率（被扶養者数を被保険者数で除した割合をいう。）は一様ではない。本稿で用いた厚生労働省保険局「健康保険被保険者実態調査」が抽出調査であること等にも留意する必要があるが、協会けんぽ及び健康保険組合ともに地域別に扶養率の差がみられ、特に健康保険組合において高低の差が大きい。他方、市町村国民健康保険については、被用者保険のように事業主健診の活用が期待でき