

して、つまり食い的な制度の移植は無理である¹⁵⁾。日本の特別養護老人ホームでは約42万人もの待機者が存在し、両国の施設を取り巻く環境の違いも大きい。このような相違点を十分に考慮する必要があるが、ケアの質マネジメントシステムの設計やその開発プロセスからは学ぶべき点もあるように思われた。

アメリカの質マネジメントシステムで重要なのは、ミクロ（NH）レベルからマクロ（連邦）レベルまで、これらが絡み合って1つのシステムとなるようプログラムが設計されている点である。ケアの質評価が改善に生かされるようよくデザインされたマネジメントシステムの枠組みには、次の6点があると思われた¹⁴⁾。①データ提出の義務化、②現場が納得する「評価すべき要素」の抽出、③「利用者レベル」でのケアのプロセス改善につなげる方法の開発、④他施設と比較可能なQIsやQMsの算出、⑤評価結果の監査での活用、⑥NHCでの情報公表。

近年、わが国においてもケアの質の評価システムの構築が進んでいるが、重層的でシステムティックなアメリカの仕組みに比べると、不十分であると言わざるを得ない。いずれかの構成要素を部分的に導入しても、その効果は限定的であろう。わが国においても、ケアの質評価システムをうまく機能させるためには、よくデザインされた「マネジメントシステム」の開発が求められる。

ただし、ケアの質評価は複雑であり拙速な導入は現場に混乱を招く。アメリカでは、関係諸団体も参加する形で約20年の年月をかけ、今日のマネジメントシステムを形成してきた。その間、現場に受け入れられ、かつ科学的にも信頼性と妥当性のある評価方法の研究がなされてきた。このようなアメリカの経験を踏まえ、日本でも長期的な視点に立ち、現場も

受け入れられるケアの質評価やマネジメントの方法論について検討すべきだと考えられる。

E. 結論

本研究では、アメリカのNHで導入されているケアの質マネジメントシステムを取り上げ、わが国への示唆について検討した。

アメリカの質マネジメントシステムでは、ミクロ（NH）レベルからマクロ（連邦）レベルまで、これらが絡み合って1つのシステムとなるよう設計されていた。わが国においても、ケアの質評価がその後の改善に生かされるようよくデザインされたマネジメントシステムの開発が望まれる。

F. 文献

- 1) OECD (2005) *Long-term Care for Older People.* (http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en_2649_201185_35195570_1_1_1,00.html)
- 2) OECD 編著・阿萬哲也訳 (2005) 『世界の医療制度改革—質の良い効率的な医療システムに向けて』。
- 3) Institute of Medicine (1986) *Improving the quality of care in nursing homes.* National Academy Press.
- 4) 池上直己(1992)「長期ケアにおける質の評価—アメリカにおける評価制度の現状とその問題点」『海外社会保障情報』101, 36-47.
- 5) 翠川純子 (1991) 「アメリカにおけるナーシング・ホーム改革—入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用」『海外社会保障情報』97, 40-49.
- 6) 関川芳孝 (1993) 「米国ナーシングホーム改革の焦点—メディケイド法改正を中心

- に』『北九州大学法政論集』20(4), 479-507.
- 7) 伊原和人・和田康紀 (1998) 「米国における介護サービスの質の確保②—第三者評価機関による評価アプローチを中心に—」『週刊社会保障』2005, 48-51.
- 8) 澤田如 (2010) 『高齢者介護施設におけるケアの質向上のためのマネジメントシステムに関する研究—米国のナーシングホームにおける取組みに焦点をあてて』 (日本福祉大学大学院博士学位請求論文) .
- 9) 澤田如, 近藤克則 (2007) 「米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステム—文献レビューと現場経験をもとに」『病院管理』44 (3) , 293-302.
- 10) Zimmerman D.R., Karon S.L., Arling G., et al.(1995) Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators, Health Care Financing Review 16(4), 107-27.
- 11) Centers for Medicare and Medicaid Services
(https://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/10_NHQIQualityMeasures.asp, 2010.9.13).
- 12) Centers for Medicare and Medicaid Services (2008) Guide to Choosing a Nursing Home
(<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02174.pdf#search='Guide%20to%20Choosing%20a%20Nursing%20Home'>, 2011.3.30)
- 13) Centers for Medicare and Medicaid Services (2004) *Progress in Nursing Home Quality*.
- 14) 伊藤美智予, 近藤克則 (2007) 「アメリカのナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの現状と評価—マネジヤーへのヒアリング調査をもとに」『社会福祉学』48 (1), 153-166.
- 15) 二木立 (2001) 『21世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房.

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

わが国の特別養護老人ホームにおけるケアの質評価の到達点と課題

研究代表者　近藤　克則　（日本福祉大学社会福祉学部教授）
研究協力者　伊藤　美智予（日本福祉大学 健康社会研究センター　主任研究員）

研究要旨

本研究では、わが国の特別養護老人ホームにおけるケアの質評価の到達点と課題について検討することを目的として、文献レビューを行った。

特養を対象としたケアの質評価は、1980年代後半から現在に至るまで20余年の歴史を有する。この間の成果として、評価項目というかたちでケアの基準が示されたこと、情報開示を促進したことなどが挙げられた。一方で、評価が評価だけで終わってしまうのではなく、その後の改善活動に生かされるような仕組みを構築すること、より客観的な評価手法の開発などが課題であった。

これからケアの質評価のあり方として、特養待機者が多い現状では、事業所の情報を公表することで事業所間の競争を促しケアの質向上を目指す戦略よりも、職員の内発的な取り組みを支援する仕組みづくりを重視する方が現実的であること、その際、評価と改善活動が連動するよう「マネジメント」という視点をいかにして組み込んでいくかが重要であることを指摘した。

A. 研究目的

2000年の介護保険の導入以降、ケアの質評価への関心が高まっている。その背景には、以下の理由があると考えられる。①サービス提供者の多元化により質に格差が生じた。②利用者の選択に資する情報提供が必要である。③限られた社会資源を有効活用するために費用対効果が求められる。④説明責任を求める社会的要請が高まった。⑤公費投入に対する継続的な質のチェックと向上が不可欠である。

介護サービスの中でも、わが国で最も長い評価の歴史をもつのは、1980年代後半から評価事業が開始された特別養護老人ホーム（以下、特養）である。1980年代から試行錯誤が繰り返され、現在にいたるまで目的や方法などかたちを変えながらも評価事業は存在してきた。ケアの質向上のためにも、利用者への情報提供のためにも、社会的な説明責任を果たすためにも「評価」が必要であること

の社会的合意が進んだ今、「評価」そのものを否定することは難しい。しかし、その必要性にうなづきながらも、ケアの質の評価事業がうまく機能してきたとは言い難い。今後のケアの質評価のあり方を見据えるためにも、これまでのケアの質評価の到達点と課題を明らかにすることは意義がある。

そこで本研究では、特養におけるケアの質評価の歴史的展開について整理し、その到達点と課題について検討することを目的とした。

B. 研究方法

特養を対象としたケアの質評価事業に関連する文献を中心に収集し、レビューを行った。

C. 研究結果

これまでのケアの質評価の動向を図表1に示す。なお、ケアの質評価の全体的な流れを理解するために、制度化されていない事業所の全国組織が主導して進めた自主的な評価事

業も対象に含めた。

ケアの質評価の段階は、大きく次の3つに区分することができた。(1) 評価事業の萌芽－1980年代後半、(2) 評価事業の制度化－1990年代前半、(3) 評価事業の多様化－1990年代後半から現在。

図表1. 評価事業の展開

年	主体	評価事業または評価事業に関する事項
1988	全国老人福祉施設協議会	老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト
1989	全国社会福祉施設経営協会	社会福祉施設運営指針
1993	全国社会福祉協議会 厚生省（当時）	特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業
1996	全国社会福祉協議会 厚生省（当時）	高齢者在宅福祉サービス事業評価基準
2001	厚生労働省 社会・援護局	「福祉サービスにおける第三者評価に関する報告書」
2001	厚生労働省 老健局	グループホームにおける自己評価の義務化
2002	厚生労働省 老健局	グループホームにおける外部評価の義務化
2004	厚生労働省 社会・援護局	「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」
2006	厚生労働省 老健局	介護サービス情報の公表制度

(1)評価事業の萌芽－1980年代後半

中央社会福祉審議会「社会福祉施設の緊急整備について」（1970年）によって特養の急速な計画的整備が進められた結果、1980年には、施設数・定員ともに特養が養護老人ホームを初めて抜いた¹⁾。老人ホームの中心が特養に移っていく中で、「処遇の向上」が大きな課題となっていた。

全国老人福祉施設協議会による「老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト」

全国老人福祉施設協議会（以下、老施協）は、1988年に「老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト」（以下、チェックリスト）を公表した。老施協内では1980年半ばには「処遇内容の標準化やサービス内容の評価方法が未整備の状況」であることが指摘され、「老人ホームにおける処遇指針に関する研究会」を設置（1987年1月）、検討を重ねた¹⁾。

チェックリスト作成の目的は、個々の老人ホームが施設の運営や処遇のマイナス面を自己評価し、改善に向けて具体的な取り組みをすることの基礎資料として活用されることにある。また、サービスの質向上が求められる中で、老施協における長年にわたる「老人処遇」のノウハウの蓄積を総括し、それがどのような蓄積なのか、国民の資産として広く社会に知ってもらうこと²⁾も、ねらいであった。チェックリストは、施設関係者、行政、学識者によって作成され、特養が保持すべき機能や「ここまで一般にできる」というサービスの基準を示すものであった。

これにより、1963年の老人福祉法で老人ホーム体系に特養が位置づけられて以降、25年の年月を経て、特養を対象にした評価が初めて具体化された。ただし、制度化には至らず、あくまで自己評価を核とした老施協の内発的な取り組みにとどまった。

全国社会福祉施設経営協会による「社会福祉施設運営指針」

1989年には、全国社会福祉施設経営協会によって「社会福祉施設運営指針」（以下、運営指針）が作成された。運営指針が作成された理由には、次の5つがある³⁾。①各種の最低基準を除いては客観的な基準がなく、運営・処遇水準の客観化を図る必要がある。②利用者のニーズが向上し、福祉施設に求められるサービスの水準も上昇・多様化しており、運営指針が必要である。③行政の指摘を受けるまでもなく、自主的にチェックし、問題点を解決する方がスムーズな運営が図れる。④「選ばれる福祉施設の時代」において、「適正な」「運営指針」の作成が不可欠である。⑤隣接する医療や看護の領域で評価マニュアルの作成が進み、福祉施設においてもいくつかの種別で同様なものが作成されているが、種別横

断的な基礎的運営指針の作成が求められる。

(2)評価事業の制度化－1990年代前半

1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」の策定は、当時の特養に大きな影響を与えた。ゴールドプランに基づくサービス基盤づくりが積極的に推進され、特養も24万床の整備目標が掲げられた。

1990年代前半は、1980年代にみられた事業者の全国組織主導による自主的な評価事業の枠を超えて、国レベルで初めて評価事業が制度化された時代である。

「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」の背景と展開

1980年代の動きが基盤となり、1993年には全国社会福祉協議会を中心とした「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」（以下、「サービス評価事業」）が国の事業として開始した。これを法的に裏付けるために、1994年の老人福祉法改正では「処遇の質の評価等」（第20条2）ⁱが追加された⁴⁾。全国的な評価事業が初めて創設された背景には、ゴールドプランに基づいた計画的な施設整備が進められる中で、量的だけでなく、サービスの質的な確保が課題とされたことがある⁵⁾。

「サービス評価事業」は、入所者の自己決定、残存能力の活用、サービスの継続性を基本理念とし、入所者の希望にそった質の高いサービス提供に向けて、施設自らが行うサービス水準の向上を支援することを目的として作成された⁶⁾。1996年度までの4年間に、特養842施設、老人保健施設487施設で実施された⁷⁾ものの、その後長くは継続しなかった。

「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」の評価

「サービス評価事業」では、ケアサービス

の原理を明らかにし、基準を明確にした。また、先の2つの事業評価とは異なり、不十分ではあるものの特養を対象とした評価事業で初めて第三者の視点を位置づけた点は大きい。他面、評価の第三者性や結果の公開性に課題がみられた。基本的に自主評価であり、サービス提供者側のサービス向上運動とはなっても、利用者の権利擁護や選択に資する情報提供の意味はもっていなかった⁸⁾。

また、サービス評価基準により明らかになった問題点を、施設が今ある条件下でできる改善の範囲にとどめ、職員配置基準の不十分さや施設・設備の拡充が不可欠な課題に対して、行政としての姿勢を明確にせず、根本的な改善につながらなかったとの批判もある⁷⁾。

(3)評価事業の多様化－1990年代後半から

評価事業が法に基づく大きな課題になったのは、介護保険法（1997年）と社会福祉法（2000年）成立以降である⁹⁾。社会福祉基礎構造改革の流れの中、利用者保護や質の高い福祉サービスの拡充を図る観点から、権利擁護、苦情対応とともに「評価」が制度の重要な柱として位置づけられた。

1990年代後半以降、評価手法（自己評価や第三者評価）や評価対象（福祉サービスや介護サービス）において、多様な評価事業が誕生した。一方で高齢者分野の評価事業は、厚生労働省（以下、厚労省）内で社会・援護局と老健局によって別々の取り組みが推進されるという二重構造になった。

社会・援護局による「福祉サービスにおける第三者評価事業」の概要

厚労省は1998年に、社会・援護局長の私的懇談会として「福祉サービスの質に関する検討会」を設置した。その後2001年に「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」が公表されたのを契機に、国・都道

府県レベルでの第三者評価システムの整備が進められてきた。社会福祉法第78条を具体化する取り組みであるが、事業所が評価を受けるかどうかは任意である。対象は「福祉サービス」であり、高齢だけでなく障害、児童などの分野も含まれる。

福祉サービスにおける第三者評価とは、「事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価する事業」と定義される。その目的は、①個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけること、②利用者の適切なサービス選択に資するための情報を提供するである¹⁰⁾。

行政が行う監査は、基本的に法令に基づき事業者に遵守することが求められる最低基準をチェックするものであるのに対し、第三者評価はそれを超えたより望ましいサービスの水準を利用者本位の観点から確認するものである¹¹⁾。

特養における「福祉サービスにおける第三者評価事業」の実績

特養の受審件数ⁱⁱをみると、平成17年275件、平成18年318件、平成19年417件であり、中でも東京都が突出している（順に186件、190件、279件）。3年間で1件も実施していない都道府県も19にのぼる。全国には約6,000の特養があることから、第三者評価事業を受審している施設はごくわずかであることがわかる。

高齢分野で第三者評価事業が拡大しない理由のひとつに、後述する介護サービス情報の公表制度が義務化された影響があると考えられる。

老健局による「情報開示の標準化」の推進

一方、社会・援護局とは別に、老健局でも介護サービスの情報開示の検討が進められた。その背景には、利用者が介護サービスを適切に選択し良好なサービスを利用できるよう、事業者の情報公開の重要性が指摘されるようになったことがある。これらにより、事業者の情報公開によってサービスの質的向上を目指す方針が明確に打ち出された。

介護サービス情報の公表制度の導入

2005年の介護保険法改正では、利用者へのサービス選択に資する情報の提供と介護サービスの質の向上を目的とした「介護サービス情報の公表」が新たに制度化された。これは老健局の「情報開示の標準化」の流れを受けたものである。利用者に対してサービスの選択に資する情報を提供することで、介護サービスの質の向上を目指すものである¹²⁾。介護サービスに対して、年1回の調査・情報公表が義務づけられた。

なお本制度は、「評価ではなく」調査との位置づけ¹³⁾であるが、ある基準にしたがって取り組みの「ある・なし」を判断し、結果を公表するという点で、実質的には評価と変わらない意味をもつものと考えられる。

介護サービス情報の公表制度への評価

本制度に対する評価には、「文書の見直しや業務の効率化のきっかけになった」、「ケアプラン作成の基本原則の確認ができた」など積極的評価がある一方で、高い手数料、頻繁に行われる調査、調査項目の多さなど、事業者の不満も多い（日経ヘルスケア2007.5）。

これらの批判を受け、いくつか改善されてきた。例えば、高い手数料は、54,034円（平成19年度全国平均）から44,359円（平成20年度全国平均）に大幅に軽減された¹⁴⁾。また、平成21年度からは、事業者の事務負担・経

済的負担の軽減を図る目的で、①調査訪問体制の効率化（調査員 2 名から 1 名へ）、②調査方法の簡素化（マニュアルや規程は、初年度に「あり」と判断されれば、次年度以降は特段の事情がない限り、改めて現物確認は行わない）、③同一所在地で複数サービスを提供している事業者の手数料軽減などの見直しが行われた¹⁵⁾。

では、本制度の「効果」はどうだろうか。厚生労働省の調査によると、「情報公表センタートップ画面のアクセス数」において、1 事業者あたりのアクセス数は全国平均でわずか 2.32 回であった（平成 20 年 7 月分）¹⁴⁾。老施協による利用者・家族を対象にした調査でも、介護サービス情報公表システムのホームページを見たことがあるのはわずか 1.7% で、87.8% の人は制度そのものを「知らない」と回答している¹⁶⁾。

利用者のサービス選択を支援するために十分に活用されているとは言い難い現状である。

介護サービス情報の公表制度の抜本的見直し

2010 年 9 月、厚労省は介護サービス情報公表制度の抜本的に見直すことを表明した¹⁷⁾。さまざまな団体（東京都、連合、認知症の人と家族の会、日本生活協同組合連合会など）から多くの要望が出されたこと、厚労省が実施した「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直しに関する意見募集」でも見直しについて多数の意見が寄せられたことが背景にある（意見総数 1255 件中介護サービス情報公表制度関係 186 件）。

主な見直し内容としては、「手数料（公表手数料、調査手数料）を廃止する」、「1 年に 1 回の調査の義務づけを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行う」、「公表期日の統一化を図る」などがある。

D. 考察

1. 特養をめぐるケアの質評価-背景と重要性

上述したように、ケアの質評価が求められてきた背景には、特養の量的拡大とともに質的向上が常に課題となってきたことがある。それは、施設数が絶対的に不足し積極的な整備が進められていた 1980 年代、1990 年代半ばから現在に至るまで、変わらず指摘されてきた点である。

ケアの質向上のための評価が求められるのは、特養に限ったことではなく、他の介護サービスも同様である。しかしながら、介護サービスの中でも特養はよりケアの質が問われるサービスのひとつと考えられる。

なぜなら、特養では 24 時間 365 日ケアが提供され、ケアの質が利用者の QOL に与える影響が大きいと思われるからである。例えば、訪問系の介護サービスであれば、時間単位でのサービス提供となる。もちろん居宅系サービスにおけるケアの質も利用者の QOL に影響は与えるが、居宅系サービス以外の要因の影響も少なくないだろう。一方、特養は「生活の場」として、利用者の日々の暮らしを支える。特養におけるケアの質は、相対的に利用者の QOL へ大きな影響を与えるものと考えられる。

また、24 時間 365 日ケアを提供する施設サービスの中でも、施設数・利用者数ともに最も多い。「平成 20 年介護サービス施設・事業所調査」によると、特養約 6000 ヶ所/41.6 万人、老健 3500 ヶ所/29.1 万人、介護療養型医療施設約 2200 ヶ所/9.2 万人である。施設サービスの中でも、特養におけるケアの質評価の重要性は高いといえる。

2. 特養におけるケアの質評価の変化

20 余年の評価事業の展開の中で、評価の目的や手法に変化がみられた。評価事業の目的

には、①ケアの質向上のため、②利用者のサービス選択に資する情報提供の2つがある。当初の評価事業の目的は①ケアの質向上であったが、介護保険導入後は②利用者のサービス選択に資する情報の提供が相対的に重視される傾向になり、利用者選択の結果としてのケアの質向上が目指されるようになった。

目的が異なれば、それを実現するための手法にも違いがある。直接的なケアの質向上を目的とした1980年代は、自己評価が採用された。1990年代以降は、①と②の2つの目的に対応するために、自己評価と第三者評価を組み合わせた相互評価が取り入れられた。②利用者のサービス選択に資する情報の提供が主目的である介護サービス情報の公表制度は、第三者調査による客観性を重視している。

一方、約20年にわたる評価事業の展開の中で、一貫として変わらなかった点もある。それは、すべての評価事業において評価項目を用いたケアの質評価の手法を用いてきた点である。

3. 特養におけるケアの質評価の到達点と課題

これまでのケアの質評価の到達点と課題には、次のような点がある。

第一に、評価項目というかたちで、ケアの基準が示された点である¹⁸⁾。それまではあいまいだったケアの水準が、客観的な項目として明示されることにより、事業者側が提供するケアの水準（できている点とできていない点）を把握できるようになった。さらに評価項目は、目指すべきケアの方向性が例示された点でも意味をもつ。ただし、時代によって求められるケア水準は変動する。評価項目を改定する作業は容易ではないが、その時々の要請にしたがってどう流動的なものにしていくか課題も残る¹⁹⁾。また評価項目を用いた質的評価の経験はこの間蓄積されてきたが、よ

り客観性の高い量的な評価手法の開発も今後望まれる。

第二に、職員による自己評価を通してこれまでの実践を振り返り、改善課題を職員間で共有し改善を推し進めるひとつの契機になったことである^{20,21)}。自ら振り返り評価することのない「やりっぱなし」では、さらなるケアの質向上は望めない。ケアの質改善には、改善主体である事業者の気づきが重要である。

第三に、評価結果の公開により情報開示を促進したことである。この効果には、3つ考えられる。利用者・家族にとって、サービスの選択をする際に役立てることができる、利用者・家族や地域住民の施設に対する理解を深めるきっかけとなること、他施設の取り組みを把握することで、ケアの質改善に向けた相乗効果が期待されることである。

一方で、課題もみられる。20余年を振り返ってみると、ケアの質の評価事業は必ずしもうまく機能してこなかった。それはなぜか、その理由について少し触れたい。

ひとつに、従来のケアの質評価事業では、マネジメントサイクルを回すという視点が必ずしも十分に位置づけられてこなかった点がある。PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルの中に評価を位置づけ、改善活動につなげて一連のマネジメントサイクルを循環させることが、ケアの質改善には重要である。

しかし、例えば「介護サービス情報の公表制度」では、外部調査員2名が事業者の取り組みの「あり・なし」を「Check」するが、その後の改善活動につなげる仕組みを制度内には担保していない。評価と改善活動が連動しておらず、評価だけで終わってしまう。評価に多くの労力を費やしながらも、結局はケアの質改善に結びつかないため、事業者側も評価事業の効果を実感できないことになる。

4. これからのケアの質のあり方

ケアの質向上を目指す動機には、事業者の内発的要因と外発的要因の2つがある。介護サービス情報の公表制度では、戦略として後者の手法をとった。つまり、情報公開によって事業所間の競争を促し、サービスの質的向上を目指す戦略である。

しかしながら、現状では特養の入所待機者が多数おり、このような環境的要因の短期的な改善は困難である。よって、ケアの質向上につなげるためには、競争原理による間接的手法ではなく、専門職としての内発的な動機に働きかける直接的手法によってケアの質向上を実現する戦略の方が現実的だと思われる。

その場合、先に述べたように、いかにしてケアの質改善のためのマネジメントシステムを構築し、回していくか十分に検討される必要があると思われる。

E. 結論

本研究では、特養におけるケアの質評価の動向をふまえ、到達点と課題について検討した。特養を対象としたケアの質評価には、1980年代後半から現在に至るまで20余年の歴史があった。この間、評価項目というかたちでケアの基準が示されたこと、情報開示を促進したことなどが成果として挙げられた。一方で、評価が評価だけで終わってしまうのではなく、その後の改善活動に生かされるような仕組みを構築すること、より客観的な評価手法の開発などが課題であった。

今後のケアの質評価のあり方として、特養待機者が多い現状では、事業所の情報を公表することで事業所間の競争を促しケアの質向上を目指す戦略よりも、職員の内発的な取り組みを支援する仕組みづくりを重視する方が現実的であること、その際、評価と改善活動が連動するよう「マネジメント」という視点

をいかにして組み込んでいくかが重要であると思われた。

F. 引用文献

- 1) 全国社会福祉協議会・全国老人福祉施設協議会（1993）『全国老人福祉施設協議会六十年史激動の十年』全国社会福祉協議会。
- 2) 全国社会福祉協議会・全国老人福祉施設協議会（1989）『『老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト』の意義と今後』『季刊老人福祉』82, 19-35.
- 3) 全国社会福祉施設経営者協議会（1989）『社会福祉施設運営指針』。
- 4) 小笠原祐次（1999）「高齢者福祉におけるサービス評価の視点と課題」『月刊福祉』9, 28-33.
- 5) 厚生省老人保健福祉局 老人福祉計画課（1997）「評価基準導入4年目をむかえて－全国的な実施状況とその効果」『月刊福祉』, 20-21.
- 6) 厚生省老人保健福祉局監修（1994）『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準』全国社会福祉協議会。
- 7) 小笠原祐次編（2002）『介護老人福祉施設の生活援助－利用者本位のアセスメント・ケアプラン・サービス評価』ミネルヴァ書房。
- 8) 橋本正明（2000）「社会福祉基礎構造改革と福祉サービスの質－サービスの評価を考える」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要第2号』1-7.
- 9) 冷水豊（2005）「高齢者保健福祉サービス評価研究の動向と課題」『老年社会科学』27(1), 55-64.
- 10) 厚生労働省（2001）「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」。
- 11) 東京都社会福祉協議会（2004）『福祉サービス第三者評価とは』東京都社会福祉協

議会.

- 12) シルバーサービス振興会・介護サービス情報公表支援センター (2006)『介護保険法による「介護サービス情報の公表」制度事業者向けハンドブック』中央法規.
- 13) 「訪問看護事業者が知っておくべきこと 厚生労働省老健局振興課・山本亨氏に聞く」『訪問看護と介護』10 (10), 818.
- 14) 厚生労働省老健局振興課 (2008)「平成 20 年度第 1 回全国『介護サービス情報の公表』制度担当者会議資料 (平成 20 年 5 月 23 日)」.
- 15) 厚生労働省老健局振興課 (2008)「平成 20 年第 2 回全国『介護サービス情報の公表』制度担当者会議資料 (平成 20 年 11 月 4 日)」.
- 16) 全国老人福祉施設協議会 (2008)「介護サービス情報公表制度に関するアンケート (<http://www.roushikyo.or.jp/jswb/html/public/contents/data/00001/944/>, 2009.6.15)
- 17) 厚生労働省 (2010)『情報公表制度の在り方について』第 33 回社会保障審議会介護保険部会資料.
- 18) 小笠原祐次 (1997)「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」『老年精神医学雑誌』8(9), 909-914.
- 19) 渡部律子 (2005)「社会福祉実践における評価の視点－実践を科学化するためには」『社会福祉研究』92, 20-29.
- 20) 平野隆之 (2006)「私たちのケアを、自己評価してみよう」『おはよう 21』2, 12-30.
- 21) 全国社会福祉協議会・全国老人福祉施設協議会 (1994)「覚えておこう評価基準」『季刊老人福祉』102, 14-18.

他の措置を講ずることにより、常に処遇を受ける者の立場に立ってこれを行うように努めなければならない」

ii 福祉サービス第三者評価事業の推進及び都道府県における福祉サービス第三者評価事業の推進組織に対する支援を行っている全国社会福祉協議会に対し、「第三者評価に関する情報提供について」回答を求めた結果である。データは平成 20 年 3 月末時点。

引用：社会福祉法人全国社会福祉協議会作成「平成 20 年度第 1 回評価事業普及協議会資料」

i 老人福祉法第 20 条 2 : 「老人居宅生活支援事業を行う者及び老人福祉施設の設置者は、自らその行う処遇の質の評価を行うことその

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

介護保険に係る既存データを用いたベンチマークの試み

研究代表者 近藤 克則 (日本福祉大学社会福祉学部)
研究協力者 笹川 修 (日本福祉大学IR推進室 専任研究員)

研究要旨

本報告の目的は、本研究班の課題である介護保険の総合的ベンチマークシステムの開発に向けて、「既存の介護保険データ」(厚生労働省提供の①「介護保険事業状況報告」と②介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果(2009年度))を用いて、介護予防だけでなく、介護給付状況を保険者単位でベンチマークするための指標の開発とそれを用いたベンチマークリングを試みることである。

本取組みでは、介護予防関連については特に特定高齢者に関する40指標を、介護保険事業関連については275指標を作成した。これらの指標によって、保険者間格差が把握でき、1自治体として見れば、全国における当該自治体の位置づけを把握することができる。特に、介護予防事業(地域支援事業)と介護保険事業の両指標を組合せて評価することで、高齢者ケアに関する総合的評価ツールとして機能する可能性が明らかとなった。

本取組みは、入手容易性の高いデータを活用することが特徴である一方で、課題としては既存データ項目の限界が挙げられる。今後の課題は、データ入手容易性の高い新たなデータの収集とそれを含めたベンチマーク指標の作成を行い、評価可能範囲の拡大を検討していくことである。

A. 研究目的

本報告の目的は、本研究班の課題である介護保険の総合的ベンチマークシステムの開発に向けて、「既存の介護保険データ」を用いて、介護予防だけでなく、介護給付状況を保険者単位でベンチマークするための指標の開発とそれを用いたベンチマークリングを試みることである。

介護保険制度がスタートして10年が経過し、自治体における介護保険行政は、介護行政から保険行政へと転換した。介護保険制度導入直後は、保険者においても介護保険制度導入前後の変化等を把握するために給付実績分析が行われたが、介護保険事業計画策定時における介護保険料算定や進捗管理としての介護保険事業の状況は、厚生労働省から「介護保険事業状況報告」(月報、年報)が提示されるようになることで対応可能となり、保険者における介護保険事業の現状分析業務の重要性が希薄化している。

一方で、個人情報の保護によってデータの提供は、保険者外への提供はもとより、保険者内の組織間の受け渡しも困難な状況となり、比較的データが豊富である自治体の介護保険行政の運営に際して、分析業務が未だ根付いていないことが危惧されている。

本研究で扱う「既存の介護保険データ」とは、厚生労働省から保険者(市町村)単位で提供されるデータを指し、国や都道府県、市町村の介護保険業務に携わる職員、さらには、地域におけるサービス事業者等に代表される地域住民もが容易に入手できるデータを基礎データとするところに特徴がある。

都道府県や地域の介護保険サービス事業者が、当該地域の状況を容易に把握するために、入手容易性の高いデータを扱った分析の到達点と限界を示す必要性が指摘されている。そこで、本研究ではこの入手容易性の高い基

礎データを活用した保険者単位のベンチマークを試行的に行い、それによる評価の有効性や課題を探ることにある。

B. 研究方法

本報告のために活用した保険者単位の実績データは以下の2点である。

- ①「介護保険事業状況報告」(月単位(暫定)) 厚生労働省
- ②介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果(2009年度:年単位) 厚生労働省

「介護保険事業状況報告」は年単位、月単位のデータとして、2006年4月以降の被保険者数から介護給付実績(利用人数、給付費用額等)について厚生労働省から提供されている。「介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」結果については、厚生労働省より提供されているが、保険者単位の実績は2009年度しか提供されていない。

しかしながら、「介護保険事業状況報告」では平成21年度における給付実績が未だ提供されていないため、1年間の平均として考えられる平成21年10月時点のデータを用いた。

基礎データを以上のように特定した上で、介護保険事業の給付実績に関する指標化を行い、一部、介護予防事業(地域支援事業)実績を用いてベンチマークを試みた。ベンチマークにおいては、特に、本研究事業に参加する27保険者の状況に注目することとした。

C. 研究結果

(1) ベンチマーク指標の作成

保険者間で比較するために、介護予防と介護保険事業の両方のベンチマーク指標を作成した。その結果、介護予防については特に特定高齢者に関する40指標を、また、介護保険事業については275指標を作成した。これらの介護保険事業関連の指標について、本研究で提示している「政策評価指標群の5要素」における内訳は、インプットに関する事項は160指標、プロセスに関する事項は93指標、環境に関する事項は22指標となるが、アウトカム指標はデータの制約上、作成できなかった。

また、介護保険事業と介護予防事業（地域支援事業）全体の利用者の出現率について保険者間比較を試みるために、介護予防関連の実績からは、実験的に「特定高齢者」の把握・決定に関する事項を中心に40指標を作成した。

(2) ベンチマーク指標の特性

上記で作成した各ベンチマーク指標については、保険者間で差がみられるが、特に認定率に注目すると、実績値では最小値9.3%、最大値28.0%であり、その差は18.7%であった。

またこの認定率について年齢で調整した結果をみても、最小値7.0%、最大値22.6%であり、15.6%もの差が残った。調整後に保険者間で差は若干小さくなったものの、依然として15%，およそ2倍の格差が見られた。

一方、介護予防関連のデータでは、特に、高齢者数に対する特定高齢者数の割合（特定高齢者出現率）についてみると、最小値0.1%、最大値28.7%であり、その差は28.6%と3割近い保険者間での差がみられた。

特に2009年度における特定高齢者の出現率においても、最小値0.0%、最大値25.4%であり、その格差は25.4%であった。同様にこの特定高齢者の出現率を年齢で調整した結果をみると、最小値0.0%、最大値29.7%となり、調整前後で特定高齢者出現率の差はむしろ拡大する結果となった。

(3) ベンチマーク指標間の関係

一介護保険事業と介護予防事業

ここでは、介護保険事業と介護予防事業（地域支援事業）について高齢者に対する対象者数の傾向について確認した。

その結果、介護保険事業の対象者としての要介護認定率（年齢調整済）と介護予防事業（地域支援事業）の対象者としての特定高齢者の出現率（年齢調整済）の関係に相関は見られなかった。（相関係数 -0.0697）

また、JAGES参加自治体についてプロット図における位置を見ると、人口規模別保険者にも傾向が把握できず、これらの差をもたらす要因について、今後、検討することが課題として挙げられる。

D. 考察

本研究で取り上げた、既存データを用いたベンチマークの可能性を考察する。

本取組みの長所としては、保険者（市町村）単位、あるいは、保険者を合計することで指標の作成が可能である都道府県単位の給付実績等を、誰もが容易に比較できる点に最大のメリットがある。これらの給付実績等データを活用すると、単独保険者では困難であった保険者間比較が可能となり、当該保険者の介護保険給付実績等の全国や類似保険者間での相対的な位置や傾向を把握することができる。

もし、サービス事業者単位で集計できる形で、保険者や研究者にデータが提供されるようになれば、サービス事業者の質の一面を捉える評価が、比較的容易にできる可能性もある。

また、今回の試行的取組みにおいて、介護予防事業（地域支援事業）と介護保険事業に係るベンチマーク指標を総合的に評価することで、保険者単位の高齢者ケアシステム全体の特徴を把握できる可能性が把握できた。

一方、課題としては、介護保険事業のデータ提供が保険者単位でかつ、横断的なデータに限られているために、個別利用者単位における「個人・行動」や「プロセス」、「インプット」が把握できず、二時点間の変化など「アウトカム」の評価に繋がらないことが挙げられる。

また、介護予防事業（地域支援事業）に関しては、費用面のデータが整備されていないことがあることや、保険者による事業実施の多様性が認められることから、今後、これらの状況に対する評価方法の確立が課題として挙げられる。

E. 結論

本取組みでは、既存データから全300を超える指標を作成し、それを用いてベンチマークを行った。その結果、全保険者の中における対象自治体の位置づけが明らかとなり、各自治体が介護予防事業（と地域支援事業）を含めた介護保険事業の傾向を把握できる可能性が明らかとなった。

これによって、自治体における介護保険事業の運営ツールの1つである介護保険事業計画の策定に際して、その作業に関係する介護保険担当、高齢者福祉担当、老人保健担当職員がともに検討できる総合的な指標構築の可能性が示唆された。

課題としては、厚生労働省から提供される既存データ項目が限定されているため、評価できる範囲も限定されることが挙げられる。今後、地域特性を活かした介護保険事業運営に向けて、データ入手容易性の高い新たなデータの収集と新ベンチマーク指標の作成を行い、評価範囲の拡大を継続していく必要がある。また、これらの活用促進を目指して、自治体向けベンチマーク手法の提示が求められるところである。

表1 介護保険事業のベンチマーク指標

次元	指標	算定方法
環境	第1号被保険者数（高齢者数）	(実数) 第1号被保険者数
	後期高齢者割合	75歳以上第1号被保険者数／第1号被保険者数
	認定率	要介護（要支援）認定者数／第1号被保険者数
	認定率（前期高齢者）	65~74歳要介護認定者数／65~74歳人數
	認定率（後期高齢者）	75歳以上要介護認定者数／75歳以上人數
	認定者後期高齢者割合	75歳以上要介護認定者数／要介護認定者総数
	認定者数第2号被保険者割合	第2号被保険者要介護認定者数／要介護認定者数
	認定者軽度率	認定者（要支援1+2）／要介護認定者数
	認定者中度率	認定者（要介護1~3）／要介護認定者数
	認定者重度率	認定者（要介護4+5）／要介護認定者数
	第1号被保険者 認定者軽度率	
	第1号被保険者 認定者中度率	
	第1号被保険者 認定者重度率	
	前期高齢者 認定者軽度率	
	前期高齢者 認定者中度率	
	前期高齢者 認定者重度率	
	後期高齢者 認定者軽度率	
	後期高齢者 認定者中度率	
	後期高齢者 認定者重度率	
	第2号被保険者 認定者軽度率	
	第2号被保険者 認定者中度率	
	第2号被保険者 認定者重度率	
受給率	受給率	(居宅（介子）+地域密着（介子）+施設サービス受給者数) / 要介護（要支援）認定者数
	第1号被保険者受給率	第1号被保険者受給者数／第1号被保険者要介護認定者数
	第2号被保険者受給率	第2号被保険者受給者数／第2号被保険者要介護認定者数
	軽度受給率	受給者（要支援1+2）数／認定者（要支援1+2）数
	中度受給率	受給者（要介護1~3）数／認定者（要介護1~3）数
	重度受給率	受給者（要介護4+5）数／認定者（要介護4+5）数
	受給者 軽度率	受給者（要支援1+2）数／受給者总数
	受給者 中度率	受給者（要介護1~3）数／受給者总数
	受給者 重度率	受給者（要介護4+5）数／受給者总数
	人数施設率	施設受給者数／(居宅+地密+施設)受給者数
	人数地域密着率	地域密着型受給者数／(居宅+地密+施設)受給者数
	人数居宅率	居宅サービス受給者数／(居宅+地密+施設)受給者数
	第1号被保険者 人数施設率	
	第1号被保険者 人数地域密着率	
	第1号被保険者 人数居宅率	
	第2号被保険者 人数施設率	
	第2号被保険者 人数地域密着率	
	第2号被保険者 人数居宅率	
	居宅軽度率	居宅サービス受給者（要支援1+2）数／居宅サービス受給者数
	居宅中度率	居宅サービス受給者（要介護1~3）数／居宅サービス受給者数
	居宅重度率	居宅サービス受給者（要介護4+5）数／居宅サービス受給者数
	第1号被保険者 居宅軽度率	
	第1号被保険者 居宅中度率	
	第1号被保険者 居宅重度率	
	第2号被保険者 居宅軽度率	
	第2号被保険者 居宅中度率	
	第2号被保険者 居宅重度率	
	地域密着軽度率	地密サービス受給者（要支援1+2）数／地密サービス受給者数
	地域密着中度率	地密サービス受給者（要介護1~3）数／地密サービス受給者数
	地域密着重度率	地密サービス受給者（要介護4+5）数／地密サービス受給者数
	第1号被保険者 地密軽度率	
	第1号被保険者 地密中度率	
	第1号被保険者 地密重度率	
	第2号被保険者 地密軽度率	
	第2号被保険者 地密中度率	
	第2号被保険者 地密重度率	
サービス利用状況	施設軽度率	施設サービス受給者（要支援1+2）数／施設サービス受給者数
	施設中度率	施設サービス受給者（要介護1~3）数／施設サービス受給者数
	施設重度率	施設サービス受給者（要介護4+5）数／施設サービス受給者数
	第1号被保険者 施設軽度率	
	第1号被保険者 施設中度率	
	第1号被保険者 施設重度率	
	第2号被保険者 施設軽度率	
	第2号被保険者 施設中度率	
	第2号被保険者 施設重度率	
	第1号被保険者 施設軽度率	
	第1号被保険者 施設中度率	
	第1号被保険者 施設重度率	
	第2号被保険者 施設軽度率	

表1 介護保険事業のベンチマーク指標（つづき）

次元	指標	算定方法
80	特養軽度率	特養受給者（要支援1+2）数／特養受給者数
81	特養中度率	特養受給者（要介護1-3）数／特養受給者数
82	特養重度率	特養受給者（要介護4+5）数／特養受給者数
83	第1号被保険者 特養軽度率	
84	第1号被保険者 特養中度率	
85	第1号被保険者 特養重度率	
86	第2号被保険者 特養軽度率	
87	第2号被保険者 特養中度率	
88	第2号被保険者 特養重度率	
89	老健軽度率	老健受給者（要支援1+2）数／老健受給者数
90	老健中度率	老健受給者（要介護1-3）数／老健受給者数
91	老健重度率	老健受給者（要介護4+5）数／老健受給者数
92	第1号被保険者 老健軽度率	
93	第1号被保険者 老健中度率	
94	第1号被保険者 老健重度率	
95	第2号被保険者 老健軽度率	
96	第2号被保険者 老健中度率	
97	第2号被保険者 老健重度率	
98	療養軽度率	療養型受給者（要支援1+2）数／療養型受給者数
99	療養中度率	療養型受給者（要介護1-3）数／療養型受給者数
100	療養重度率	療養型受給者（要介護4+5）数／療養型受給者数
101	第1号被保険者 療養軽度率	
102	第1号被保険者 療養中度率	
103	第1号被保険者 療養重度率	
104	第2号被保険者 療養軽度率	
105	第2号被保険者 療養中度率	
106	第2号被保険者 療養重度率	
107	軽度施設率	施設受給者（要支援1+2）数／受給者（要支援1+2）数
108	軽度地密度	地密受給者（要支援1+2）数／受給者（要支援1+2）数
109	軽度居宅率	居宅受給者（要支援1+2）数／受給者（要支援1+2）数
110	中度施設率	施設受給者（要介護1-3）数／受給者（要介護1-3）数
111	中度地密度	地密受給者（要介護1-3）数／受給者（要介護1-3）数
112	中度居宅率	居宅受給者（要介護1-3）数／受給者（要介護1-3）数
113	重度施設率	施設受給者（要介護4+5）数／受給者（要支援4+5）数
114	重度地密度	地密受給者（要介護4+5）数／受給者（要支援4+5）数
115	重度居宅率	居宅受給者（要介護4+5）数／受給者（要支援4+5）数
116	第1号被保険者 1人当たり費用額	(給付費／0.9)／第1号被保険者数
117	保険料水準	給付費 * 0.2／第1号被保険者数
118	受給者 1人当たり給付額	給付費／受給者数
119	軽度受給者 1人当たり給付費	軽度者給付費／軽度受給者
120	中度受給者 1人当たり給付費	中度者給付費／中度受給者
121	重度受給者 1人当たり給付費	重度者給付費／重度受給者
122	居宅サービス 1人当たり給付費	居宅給付費／居宅受給者
123	地密サービス 1人当たり給付費	地密給付費／地密受給者
124	施設サービス 1人当たり給付費	施設給付費／施設受給者
125	居宅軽度 1人当たり給付費	居宅軽度給付費／居宅軽度受給者
126	居宅中度 1人当たり給付費	居宅中度給付費／居宅中度受給者
127	居宅重度 1人当たり給付費	居宅重度給付費／居宅重度受給者
128	地密軽度 1人当たり給付費	地密軽度給付費／地密軽度受給者
129	地密中度 1人当たり給付費	地密中度給付費／地密中度受給者
130	地密重度 1人当たり給付費	地密重度給付費／地密重度受給者
131	施設軽度 1人当たり給付費	施設軽度給付費／施設軽度受給者
132	施設中度 1人当たり給付費	施設中度給付費／施設中度受給者
133	施設重度 1人当たり給付費	施設重度給付費／施設重度受給者
134	給付費用居宅率	居宅給付費用／給付費用総額
135	給付費用地密率	地密給付費用／給付費用総額
136	給付費用施設率	施設給付費用／給付費用総額
137	給付費用軽度率	軽度給付費用／給付費用総額
138	給付費用中度率	中度給付費用／給付費用総額
139	給付費用重度率	重度給付費用／給付費用総額
140	居宅給付費用軽度率	居宅軽度給付費用／居宅給付費用
141	居宅給付費用中度率	居宅中度給付費用／居宅給付費用
142	居宅給付費用重度率	居宅重度給付費用／居宅給付費用
143	地密給付費用軽度率	地密軽度給付費用／地密給付費用
144	地密給付費用中度率	地密中度給付費用／地密給付費用
145	地密給付費用重度率	地密重度給付費用／地密給付費用

表1 介護保険事業のベンチマーク指標（つづき）

次元	指標	算定方法
164	軽度居宅給付費用訪問サービス率	軽度訪問サービス給付費用／軽度居宅給付費用
165	中度居宅給付費用訪問サービス率	中度訪問サービス給付費用／中度居宅給付費用
166	重度居宅給付費用訪問サービス率	重度訪問サービス給付費用／重度居宅給付費用
167	軽度居宅給付費用通所サービス率	軽度通所サービス給付費用／軽度居宅給付費用
168	中度居宅給付費用通所サービス率	中度通所サービス給付費用／中度居宅給付費用
169	重度居宅給付費用通所サービス率	重度通所サービス給付費用／重度居宅給付費用
170	軽度居宅給付費用短期入所サービス率	軽度短期入所サービス給付費用／軽度居宅給付費用
171	中度居宅給付費用短期入所サービス率	中度短期入所サービス給付費用／中度居宅給付費用
172	重度居宅給付費用短期入所サービス率	重度短期入所サービス給付費用／重度居宅給付費用
173	軽度居宅給付費用福祉用具・住改率	軽度福祉用具・住改給付費用／軽度居宅給付費用
174	中度居宅給付費用福祉用具・住改率	中度福祉用具・住改給付費用／中度居宅給付費用
175	重度居宅給付費用福祉用具・住改率	重度福祉用具・住改給付費用／重度居宅給付費用
176	軽度居宅給付費用特定施設率	軽度特定施設給付費用／軽度居宅給付費用
177	中度居宅給付費用特定施設率	中度特定施設給付費用／中度居宅給付費用
178	重度居宅給付費用特定施設率	重度特定施設給付費用／重度居宅給付費用
179	居宅給付費用訪問介護率	訪問介護給付費用／居宅給付費用
180	居宅給付費用訪問入浴率	訪問入浴給付費用／居宅給付費用
181	居宅給付費用訪問看護率	訪問看護給付費用／居宅給付費用
182	居宅給付費用訪問リハ率	訪問リハ給付費用／居宅給付費用
183	居宅給付費用居宅療養管理指導率	居宅療養管理指導給付費用／居宅給付費用
184	居宅給付費用通所介護率	通所介護給付費用／居宅給付費用
185	居宅給付費用通所リハ率	通所リハ給付費用／居宅給付費用
186	居宅給付費用短期入所（生活介護）率	短期入所（生活介護）給付費用／居宅給付費用
187	居宅給付費用短期入所（療養・老健）率	短期入所（療養・老健）給付費用／居宅給付費用
188	居宅給付費用短期入所（療養・療養）率	短期入所（療養・療養）給付費用／居宅給付費用
189	居宅給付費用福祉用具貸与率	福祉用具貸与給付費用／居宅給付費用
190	居宅給付費用福祉用具購入率	福祉用具購入給付費用／居宅給付費用
191	居宅給付費用住宅改修率	住宅改修給付費用／居宅給付費用
192	居宅給付費用特定施設率	特定施設給付費用／居宅給付費用
193	居宅給付費用居宅介護支援率	居宅介護支援費用／居宅給付費用
194	軽度居宅給付費用訪問介護率	軽度訪問介護給付費用／軽度居宅給付費用
195	軽度居宅給付費用訪問入浴率	軽度訪問入浴給付費用／軽度居宅給付費用
196	軽度居宅給付費用訪問看護率	軽度訪問看護給付費用／軽度居宅給付費用
197	軽度居宅給付費用訪問リハ率	軽度訪問リハ給付費用／軽度居宅給付費用
198	軽度居宅給付費用居宅療養管理指導率	軽度居宅療養管理指導給付費用／軽度居宅給付費用
199	軽度居宅給付費用通所介護率	軽度通所介護給付費用／軽度居宅給付費用
200	軽度居宅給付費用通所リハ率	軽度通所リハ給付費用／軽度居宅給付費用
201	軽度居宅給付費用短期入所（生活介護）率	軽度短期入所（生活介護）給付費用／軽度居宅給付費用
202	軽度居宅給付費用短期入所（療養・老健）率	軽度短期入所（療養・老健）給付費用／軽度居宅給付費用
203	軽度居宅給付費用短期入所（療養・療養）率	軽度短期入所（療養・療養）給付費用／軽度居宅給付費用
204	軽度居宅給付費用福祉用具貸与率	軽度福祉用具貸与給付費用／軽度居宅給付費用
205	軽度居宅給付費用福祉用具購入率	軽度福祉用具購入給付費用／軽度居宅給付費用
206	軽度居宅給付費用住宅改修率	軽度住宅改修給付費用／軽度居宅給付費用
207	軽度居宅給付費用特定施設率	軽度特定施設給付費用／軽度居宅給付費用
208	軽度居宅給付費用居宅介護支援率	軽度居宅介護支援費用／軽度居宅給付費用
209	中度居宅給付費用訪問介護率	中度訪問介護給付費用／中度居宅給付費用
210	中度給付費用訪問入浴率	中度訪問入浴給付費用／中度居宅給付費用
211	中度居宅給付費用訪問看護率	中度訪問看護給付費用／中度居宅給付費用
212	中度居宅給付費用訪問リハ率	中度訪問リハ給付費用／中度居宅給付費用
213	中度居宅給付費用居宅療養管理指導率	中度居宅療養管理指導給付費用／中度居宅給付費用
214	中度居宅給付費用通所介護率	中度通所介護給付費用／中度居宅給付費用
215	中度居宅給付費用通所リハ率	中度通所リハ給付費用／中度居宅給付費用
216	中度居宅給付費用短期入所（生活介護）率	中度短期入所（生活介護）給付費用／中度居宅給付費用
217	中度居宅給付費用短期入所（療養・老健）率	中度短期入所（療養・老健）給付費用／中度居宅給付費用
218	中度居宅給付費用短期入所（療養・療養）率	中度短期入所（療養・療養）給付費用／中度居宅給付費用
219	中度居宅給付費用福祉用具貸与率	中度福祉用具貸与給付費用／中度居宅給付費用
220	中度居宅給付費用福祉用具購入率	中度福祉用具購入給付費用／中度居宅給付費用
221	中度居宅給付費用住宅改修率	中度住宅改修給付費用／中度居宅給付費用
222	中度居宅給付費用特定施設率	中度特定施設給付費用／中度居宅給付費用
223	中度居宅給付費用居宅介護支援率	中度居宅介護支援費用／中度居宅給付費用
224	重度居宅給付費用訪問介護率	重度訪問介護給付費用／重度居宅給付費用
225	重度給付費用訪問入浴率	重度訪問入浴給付費用／重度居宅給付費用
226	重度居宅給付費用訪問看護率	重度訪問看護給付費用／重度居宅給付費用
227	重度居宅給付費用訪問リハ率	重度訪問リハ給付費用／重度居宅給付費用
228	重度居宅給付費用居宅療養管理指導率	重度居宅療養管理指導給付費用／重度居宅給付費用
229	重度居宅給付費用通所介護率	重度通所介護給付費用／重度居宅給付費用
230	重度居宅給付費用通所リハ率	重度通所リハ給付費用／重度居宅給付費用

表1 介護保険事業のベンチマーク指標（つづき）

次元	指標	算定方法
投入	軽度地密給付費用認知症通所介護率	軽度認知症通所介護給付費用／軽度地密給付費用
	中度地密給付費用認知症通所介護率	中度認知症通所介護給付費用／中度地密給付費用
	重度地密給付費用認知症通所介護率	重度認知症通所介護給付費用／重度地密給付費用
	軽度地密給付費用小規模多機能率	軽度小規模多機能給付費用／軽度地密給付費用
	中度地密給付費用小規模多機能率	中度小規模多機能給付費用／中度地密給付費用
	重度地密給付費用小規模多機能率	重度小規模多機能給付費用／重度地密給付費用
	軽度地密給付費用G H率	軽度G H給付費用／軽度地密給付費用
	中度地密給付費用G H率	中度G H給付費用／中度地密給付費用
	重度地密給付費用G H率	重度G H給付費用／重度地密給付費用
	軽度地密給付費用小規模特定施設率	軽度小規模特定施設給付費用／軽度地密給付費用
	中度地密給付費用小規模特定施設率	中度小規模特定施設給付費用／中度地密給付費用
	重度地密給付費用小規模特定施設率	重度小規模特定施設給付費用／重度地密給付費用
	軽度地密給付費用小規模特養率	軽度小規模特養給付費用／軽度地密給付費用
	中度地密給付費用小規模特養率	中度小規模特養給付費用／中度地密給付費用
	重度地密給付費用小規模特養率	重度小規模特養給付費用／重度地密給付費用
	施設給付費用特養率	特養給付費用／施設給付費用
	施設給付費用老健率	老健給付費用／施設給付費用
	施設給付費用療養型率	療養型給付費用／施設給付費用
	軽度施設給付費用特養率	軽度特養給付費用／軽度施設給付費用
	中度施設給付費用特養率	中度特養給付費用／中度施設給付費用
	重度施設給付費用特養率	重度特養給付費用／重度施設給付費用
	軽度施設給付費用老健率	軽度老健給付費用／軽度施設給付費用
	中度施設給付費用老健率	中度老健給付費用／中度施設給付費用
	重度施設給付費用老健率	重度老健給付費用／重度施設給付費用
	軽度施設給付費用療養型率	軽度療養型給付費用／軽度施設給付費用
	中度施設給付費用療養型率	中度療養型給付費用／中度施設給付費用
	重度施設給付費用療養型率	重度療養型給付費用／重度施設給付費用

表2 介護予防事業（地域支援事業）のベンチマーク指標

	次元	指標	算定方法
1	環境	高齢者数	高齢者数
2		後期高齢者割合	75歳以上高齢者数／高齢者数
3		80歳以上割合	80歳以上高齢者数／高齢者数
4	個人	認定率	要介護（要支援）認定者数／第1号被保険者数
5		新規認定率	新規認定者数／要介護認定者数
6		認定者軽度率	認定者（要支援1+2）／要介護認定者数
7		認定者中度率	認定者（要介護1-3）／要介護認定者数
8		認定者重度率	認定者（要介護4+5）／要介護認定者数
9		新規認定者軽度率	新規認定者（要支援1+2）／新規要介護認定者数
10		新規認定者中度率	新規認定者（要介護1-3）／新規要介護認定者数
11		新規認定者重度率	新規認定者（要介護4+5）／新規要介護認定者数
12		基本チェックリスト配布割合	基本チェックリスト配布数／高齢者数
13		基本チェックリスト実施者割合	基本チェックリスト実施者数／配布数
14		特定高齢者候補者出現率	特定高齢者候補者数／高齢者数
15		特定高齢者決定者出現率	特定高齢者決定数／高齢者数
16		特定高齢者決定者割合	特定高齢者決定数／基本チェックリスト配布数
17		特定高齢者把握経路特定健康診査等割合	特定健康診査等担当部署との連携数／特定高齢者決定数
18		新規把握特定高齢者男性割合	新規把握特定高齢者男性数／特定高齢者決定数
19		新規把握特定高齢者後期高齢者割合	新規把握特定高齢者後期高齢者数／特定高齢者決定数
20		新規把握特定高齢者運動器の機能向上該当率	運動器の機能向上該当者数／新規把握特定高齢者数
21		新規把握特定高齢者栄養改善該当率	栄養改善該当者数／新規把握特定高齢者数
22		新規把握特定高齢者口腔機能の向上該当率	口腔機能の向上該当者数／新規把握特定高齢者数
23		新規把握特定高齢者閉じこもり予防・支援該当率	閉じこもり予防・支援該当者数／新規把握特定高齢者数
24		新規把握特定高齢者認知症予防・支援該当率	認知症予防・支援該当者数／新規把握特定高齢者数
25		新規把握特定高齢者うつ予防・支援該当率	うつ予防・支援額等者数／新規把握特定高齢者数
26	プロセス	通所型・訪問型介護予防参加者割合	通所型・訪問型介護予防事業参加者数／特定高齢者数
27		訪問型介護予防事業の実施率	訪問型介護予防事業被訪問実人数／特定高齢者数
28		通所型介護予防事業の実施率	通所型介護予防事業通所実人数／特定高齢者数
29		■訪問型介護予防事業別の実施率 運動器の機能向上プログラム実施率	運動器の機能向上実人數／該當者数
30	アウトカム	栄養改善プログラム（配食支援+以外）実施率	栄養改善プログラム（配食支援+以外）実人數／該當者数
31		口腔機能の向上プログラム実施率	口腔機能の向上実施実人數／該當者数
32		閉じこもり予防・支援プログラム実施率	閉じこもり予防・支援実施実人數／該當者数
33		認知症予防・支援プログラム実施率	認知症予防・支援実施実人數／該當者数
34		うつ予防・支援プログラム実施率	うつ予防・支援実施実人數／該當者数
35		改善終了割合	改善終了者数／訪問通所型介護予防参加者数
36	アウトカム	年度末継続割合	年度末継続者数／訪問通所型介護予防参加者数
37		悪化終了割合	悪化終了者数／訪問通所型介護予防参加者数
38		死亡者割合	死亡者数／訪問通所型介護予防参加者数
39	プロセス	特定高齢者ケアプラン立案率	特定高齢者ケアプラン立案者数／特定高齢者数
40		特定高齢者施策不参加率	特定高齢者施策不参加者数／特定高齢者数

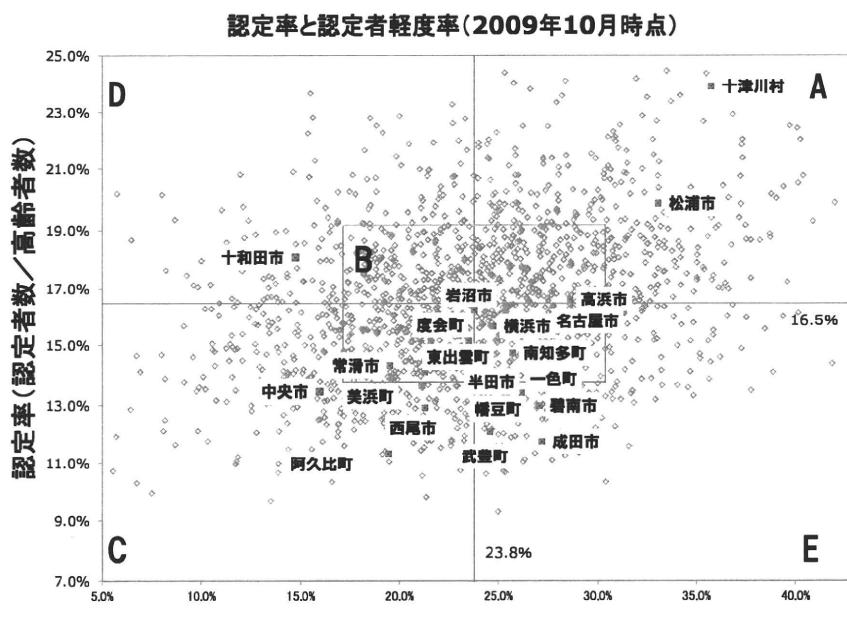


図1 認定率と認定者軽度率の保険者別プロット図

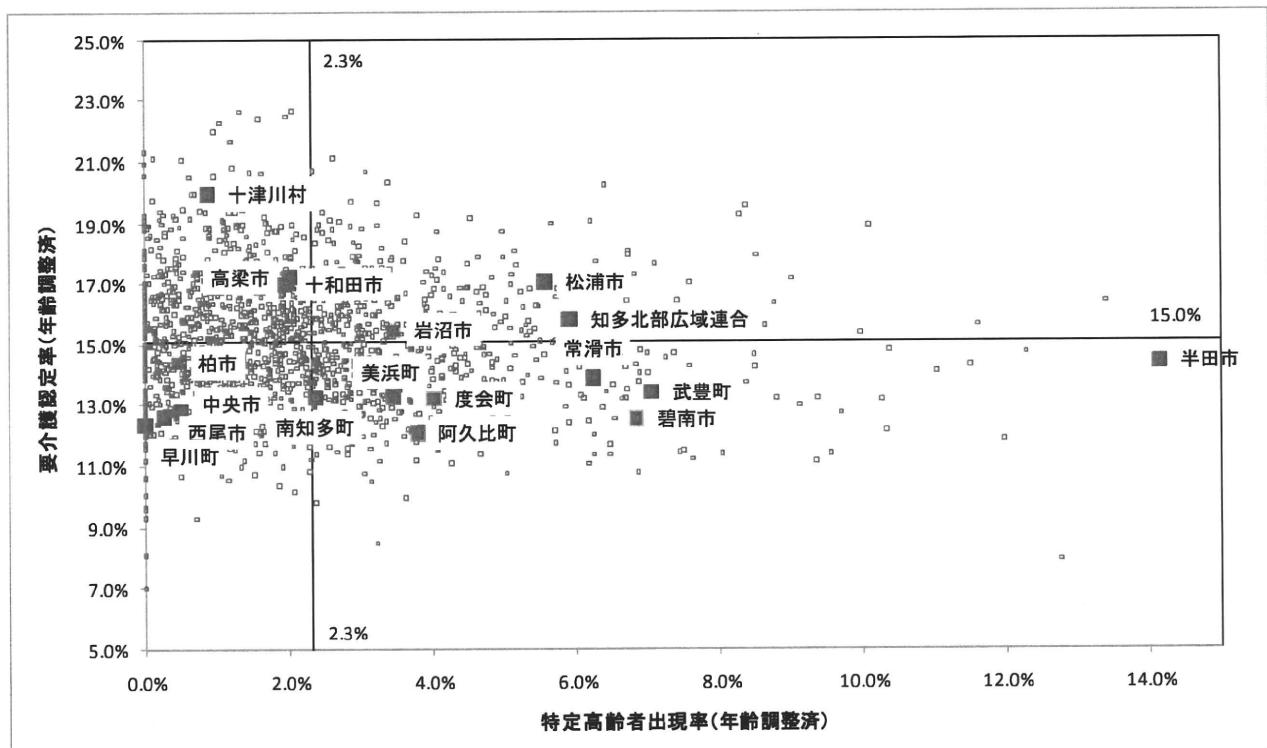


図2 特定高齢者の出現率と要介護認定率（年齢調整済）

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「介護保険の総合的政策評価ベンチマークシステムの開発」
平成 22 年度 分担研究報告書
「自治体データによる介護予防事業の実施の現状に関する分析」
研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

研究目的：市町村が実施する特定高齢者施策の手法がいかに選択されているか、そしてその選択が特定高齢者施策の、特定高齢者の状態の悪化を防ぐという目的にどのような影響を与えていているか、を明らかにすること。

研究方法：厚生労働省老健局「平成 21 年度介護予防事業報告」の保険者別データと他の一般に公表されている市町村単位のデータをマッチングし、特定高齢者の把握経路、事業参加の状況や外的要因に関する相関分析、特定高齢者の把握経路に関する probit 分析を実施した。

研究結果：1) 特定健康診査等の担当部局との連携から全ての特定高齢者を把握している自治体が 57、次いで郵送等による基本チェックリストの配布・回収によるのが 263 市町村であり、両経路のウェイトが非常に高いことがわかった。2) 相関分析から、特定健康診査等の担当部局との連携から把握される特定高齢者の割合と特定高齢者施策の参加割合には有意な負の相関が、郵送等による基本チェックリストの配布・回収により把握される特定高齢者の割合と特定高齢者施策の参加割合には有意な関係が見られなかった。他の把握経路の特定高齢者割合と特定高齢者施策の参加割合には有意な正の相関が見られた。3) probit 分析において、公債費負担比率や人口規模などの自治体を取り巻く環境が把握経路の選択に有意な効果を持っていた。

考察・結論：把握経路別の特定高齢者割合は特定高齢者施策に対する参加割合やその帰結に影響を与えていることが再確認されたが、特定高齢者を把握する経路の選択については、自治体を取り巻く環境が影響を与えている可能性が示唆された。平成 22 年度に制度改正が行われているため、最新の状況については今後継続して分析を続ける必要がある。

A. 研究目的

本分析の目的は市町村が実施する特定高齢者施策の手法がいかに選択されているか、そしてその選択が特定高齢者施策の、特定高齢者の状態の悪化を防ぐという目的にどのような影響を与えていているか、を明らかにすることである。

これまででも特定高齢者施策の有効性についてはさまざまな議論がなされてきた。ひ

とつの議論は果たして地域に潜在している特定高齢者を的確に把握できているのか、という点である。向山他（2008）が指摘するように、2006 年時点で、基本チェックリストを実施した高齢者は全体の 23%程度、特定高齢者決定者は 0.44%、そのうち介護予防特定高齢者施策に参加した割合は約 32%であった¹⁾。特定高齢者のスクリーニングが集団方式の基本健康診査（平成 20 年

度以降は特定健診）において行われると、その受診者が元気な高齢者に偏ることが指摘されている²⁾。もともと基本健康診査等の健康診断の受診者は非受診者よりも健康であることは知られており^{3)・8)}、介護予防を効果的・効率的に進めるためには受診行動の背後にある住民の受療の有無、ADLの状況、ソーシャルサポート（ソーシャルネットワーク）、地域環境、などの諸要因^{9)・14)}を踏まえて、介護予防施策の対象者のスクリーニングを行う必要性が指摘されてきた。また、介護予防施策が必要と判断された高齢者が介護予防施策に参加しない要因についても考慮が必要なこと¹⁵⁾、そもそもスクリーニングのツールとしての基本チェックリストの適切性についても指摘されてきた^{16),17)}。その結果、介護予防施策は平成22年度中に、1)ハイリスク者（二次予防事業対象者）の把握方法を簡素化および効率化する。2)ハイリスク者に対するケアプラン作成に係る業務を簡素化する。3)プログラム内容をより高齢者のニーズにあったものに見直す。という3点から構成される制度改革が行われることとなった¹⁸⁾。

しかしながら、介護予防事業のみならず、自治体が事業を実施する際には自治体が直面する環境に制約を受ける可能性がある。例えば、同じ人口・高齢化率であっても、平野部にある市町村と山間部にある市町村では、特定高齢者を把握するための方法が同じであってもそのコストは異なるであろう。それゆえ、特定高齢者を把握するために使用される金銭的な制約が同じであれば、地域の環境に合わせて市町村が異なる把握方法を採用することは自然である。

他方で、特定高齢者の把握方法が異なれ

ば、把握される特定高齢者の属性も異なる可能性がある。例えば、医療機関からの情報提供により把握される場合は医療機関の受診者の場合もあり、本人・家族からの相談の場合は寝たきりに近い場合もあるかも知れない。いずれにせよ、把握方法の違いにより把握される特定高齢者の属性が異なる可能性はある。

また、特定高齢者は要介護や要支援にいたる恐れの高い高齢者として定義されるが、もし、要介護認定に市町村間で幅がある場合にはそもそも地域に潜在する特定高齢者数が異なることも論理的には考えられる。要介護認定高齢者数が相対的に多い市町村では特定高齢者として把握される高齢者数が他の市町村よりも少なくなるかも知れない。

さらに、特定高齢者として把握する高齢者を増加させれば限界的には属性が多少異なる特定高齢者数が増加する可能性がある。すなわち、現状で相対的に健康な特定高齢者が把握されているならば、その候補者数を増加させればより健康度の低い特定高齢者が多く把握されることとなる。逆に現状で相対的に健康度の低い特定高齢者が把握されているならば、候補者数の増加は限界的により多くの健康度の高い特定高齢者数を把握することに帰結する。

これらのことから、特定高齢者施策を実行可能でありつつより有効なものとするためには、自治体が資源制約を踏まえてどのような選択を行うか、特定高齢者の把握方法自体がどのような特性を持つか、自治体が行っている他の施策（介護保険事業等）との関係などをまず明らかにする必要がある。そのために、自治体を取り巻く環境要