

特集：改正介護保険制度

介護予防給付導入にかかわる要介護認定の改訂

西村秋生¹⁾, 川内敦文²⁾

1) 名古屋大学医学系研究科ヤング・リーダーズ・プログラム

2) 厚生労働省老健局老人保健課

Revision of Long-term Care Needs Certification System : Introduction of Preventive Care Concept

Akio NISHIMURA¹⁾, Atsufumi KAWAUCHI²⁾

Young Leader's Program, Department of Medicine, Nagoya University¹⁾

Department of Elderly, Ministry of Labor, Health and Welfare²⁾

抄録

改正介護保険法により、介護予防を中心とした大きな変革を迎える中で、要介護認定のシステムにも若干の改訂が行われた。本稿では、今回の要介護認定システムの改訂について紹介するとともに、要介護認定の介護保険における位置づけについて、改めて考察する。

保険制度を構築するうえにおいて、保険事故の規定は不可欠なものであるが、介護保険においては、既存の規定は存在しなかったため、規定条件を具体的な判定システムとともに新たに構築する必要性があった。これが、要介護度の概念と要介護認定システムである。申請から給付までを3段階のアセスメントとプランニングの組み合わせであると考えれば、要介護認定は一次アセスメントにあたり、その結果は一次プランである保険給付額あるいは保険給付限度額の決定に反映される。要介護認定の仕組みは、平成15年度に一度改訂が行われている。主な改訂点の一つとしては、「運動能力の低下していない認知症高齢者の指標」の算出ロジックがある。これは、標準的な介護認定審査会がおこなった二次判定を推測し、より重度に変更される可能性が高い場合は、その旨を介護認定審査会で提示される資料にあらかじめ示す、というものであった。平成18年4月から施行される、介護予防に重点をおいた制度改正においては、要介護認定は新予防給付該当者を抽出する機能が加わる。その仕組みは、現行の二次判定で要介護1と判定された対象者を、1) 心身の状態の不安定さ、2) 認知機能、の2つの観点から要支援2と要介護1とに判別するものである。前者は、既存の調査項目の一部と、新たに追加された3つの調査項目の結果から場合分けをするものであり、後者は「認知症性高齢者の日常生活自立度」の判定結果が使用される。主治医意見書の様式にも変更が加えられ、主に介護予防の観点から新たな項目が追加された。両改訂に共通していることは、基本的な考え方は初期から変更されておらず、課題に対しては基本的なロジックの結果を補う形で他のロジックの追加がなされてきた、ということである。必要な介護サービス量の推計方法としてタイムスタディを目的変数としたロジックの構築は現段階では最も適切なものと考えられる。しかし、今後状況の変化によっては、その方法論の検討まで含め、改善を続ける必要がある。

キーワード：介護保険、要介護認定、一次判定、介護予防

Abstract :

In the big wave of the "preventive-care" movement in long-term care insurance, the care needs certification system also faces the necessity of revision. The aim of this report is to introduce the key point of the revision, and to reconsider the meaning of care needs certification in LTC insurance.

"Insured contingency" is the essential issue for the insurance system. However, in long-term care insurance, there was no clear definition of insured contingency. Therefore, a unique method to decide the necessity of care needs should be created

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞 65

(平成18年4月からの所属：国立保健医療科学院研修企画部国際協力室)

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.)

from scratch: "the care needs certification system". If the provision process of the LTC insurance service is considered as three steps of assessment-planning each having two parts, the care needs certification system must be the first assessment step, combined with the determination of the upper limit of payment.

The logic behind care needs certification has been revised once already in 2003, mainly due to consideration about the elderly with cognitive disabilities but without physical disability. From the data relating to the final decision which made by the certification board as well as the physical and mental status which was surveyed in the process, correction logic for cognitive disability was composed and added to the original logic. In 2006, due to the total reform of LTC insurance, the care needs certification logic also has to be revised again. Because this reform mainly focused on the "preventative-care", care needs certification logic needs additional functions to select those suitable for preventative-care. From the elderly who were rated as "care need grade 1", some will be selected to be "support need grade 2" by two different criteria: 1) stability of physical and mental condition; 2) Cognitive functional condition. The former will be investigated by the certification board with physical and mental condition survey results and a statement from the family physician. For the latter, basically the result of the "life independency scale for dementia" exam, made by both the surveyor and the family physician, will be applied. When two results show different independence levels, then another additional logic will be activated to estimate the level of independency.

In both revisions, the core part of the logic has not changed, and there is some additional logic. This means that the construction of an estimation method by using time studies is considered to be appropriate for estimating the necessary volume of care service. However, it is obvious that this certification logic needs to be revised again when the situation changes. We must make efforts to develop the most adequate methods at that point of time.

Keywords : long-term care insurance, care needs certification, initial decision, prevention care

1. 介護保険における要介護認定の位置づけ

2000年4月にスタートした介護保険は、「走りながら考える」の言葉の通り、様々な新しい試みが盛り込まれ、事業実施と並行してその検証作業が行われている。なかでも画期的な仕組みといえるのが、要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定」と言う。）である。全国一律の認定調査項目及びその結果を基にしたコンピュータによる判断という客観性と、合議体による判断という専門性を兼ね備えたプロセス、全国規模の認定結果をリアルタイムに集約出来るネットワークシステムなどの特徴は、世界にも類を見ない斬新かつ緻密なシステムであるといえる¹⁾。平成18年4月に施行される改正介護保険法により、介護予防を中心とした大きな変革を迎える中で、この要介護認定のシステムにも若干の改訂が行われた。本稿では、今回の要介護認定システムの改訂について紹介するとともに、これを期に要介護認定の介護保険における位置づけについて、改めて考察してみたい。

保険制度を構築するうえにおいて不可欠なものとして、「保険事故の明確化」がある。保険事故とは、保険財源から被保険者に対して給付が行われる条件のことであり、医療保険においては医療サービスが必要な状態、年金保険では一定年齢に達することあるいは障害を有することとなる。同様に、介護保険における保険事故とは「介護サービスが必要な状態」ということができる。しかし、例えば医療サービスが必要な状態は、多くの場合疾病や傷害であるから、その判断は医師によってなされることに社会的な合意があるが、

介護保険においては、介護保険法の施行が決定した段階で、「介護サービスが必要となる状態」に対する社会的なコンセンサスは十分ではなかった。そのため介護保険では、保険事故を規定する条件を、その具体的な判定システムとともに新たに構築する必要性があった。これが、要介護度の概念と要介護認定システムである。

介護保険における要介護認定の位置づけを認識するためには、申請から給付に至るまでのプロセスを、3段階のアセスメントとプランニングとして捉えるのがよいと筆者は考えている（図1）²⁾。このうち、要介護認定は一次アセスメントにあたる。一次アセスメントの目的は、介護サービスの必要度を量ることである。よって一次アセスメントから出力される要介護度は、利用者に対する保険給付額あるいは保険給付限度額の決定（一次プラン）に反映される。つまり給付額／給付上限額は、本人の有する介護サービスの必要度のみによって規定されるものであり、一部にある、環境

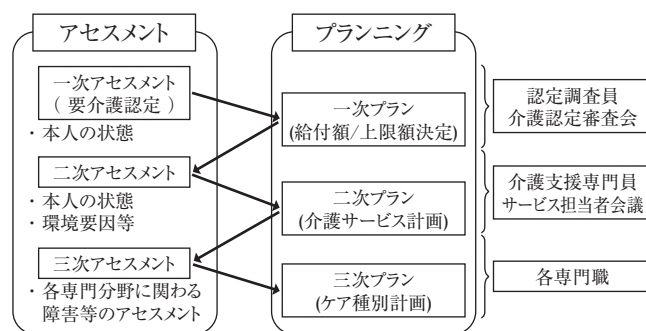


図1 介護保険におけるアセスメントとプランニングの関係

因子や家族構成が勘案されていないといった指摘は当たらないと考える。例えば介護する家族の有無や家屋の事情などによって給付上限額が異なるとしたら、保険により介護サービスを現物給付することの公平性の観点からみて齟齬があるといわざるを得ない。別の見方をすれば、支給限度額は、各要介護度の要介護者が最低の環境条件におかれているとしてもなお、十分なケアを受けることが出来るように設定される必要があるといえる。

二次アセスメントは、一次プランで決定された給付額／給付上限額を踏まえて、実際に各要介護者にどのような種類のサービスがどの程度必要かをアセスメントするものである。二次アセスメントの結果は二次プランすなわち介護サービス計画の作成に利用される。二次アセスメントにおいては、本人の状態に加え、実際に要介護者がどのような環境にいるのか、どのような家族構成なのかといった条件が重要となる。訪問入浴サービスを計画に盛り込む際には、対象者の住む家屋近くまで浴槽車が進入可能かどうかといったことまでアセスメントする必要性が当然生じる。多くの場合、在宅要介護者の周囲には既にインフォーマルな介護状況が存在し、その持続性を勘案したうえでサービス計画が作成されるので、その給付額は概ね支給限度額を下回ることとなる。

なお、各要介護者にサービスが提供されるためには、さらにもう一段階のアセスメントとプランニングが必要であると筆者は考える。すなわち、介護サービス計画に盛り込まれた各介護サービス提供者が、計画に指定された頻度・時間においてどのようなサービスを提供するかがプランニングされる必要がある、そのためには三次アセスメントとして、各専門職の目からみたそれぞれのサービス提供に必要なアセスメントが行われることが、「要介護者の自立を支援する」という介護保険の理念から考えて、本来的に必要なものではないかと考える。これまでの介護保険サービスにおいて、この三次アセスメントと三次プランの必要性は十分認識されているとはいい難かった。しかし、今回新たに開始される介護予防サービスにおいて、運動器の機能向上や栄養ケア、口腔ケア等について、それぞれのケア計画書の提出が給付要件となった。このケア計画書はまさに三次プランであり、介護予防がきっかけとなって、三次アセスメント・プランニングの重要性の認識が高まることが期待される。

2. これまでの改訂の経緯

さて、以上のような位置づけで作成された要介護認定であるが、既に平成 15 年度に一度改訂が行われている。今回の改訂との関連という観点から、その改訂作業について少し触れたい。

介護保険制度が開始された平成 12 年 4 月までに、要介護認定、特にコンピュータによる一次判定のロジックは、5 年以上に渡って検証・改善作業を繰り返した³⁾。その結果、12 年 4 月の制度開始時の使用に耐えるものとして同ロジックが決定されたわけであるが、同時にその付帯事項として、3

年後すなわち平成 15 年度を目途に、問題点を抽出し、必要に応じてロジックを改善することが求められた。厚生労働省は制度施行直後の平成 12 年 6 月に要介護認定調査検討委員会を立ち上げ、ロジックの検証作業に着手した。当時の委員会において指摘された問題点は表 1 のとおりである。このうち、認知症を有する高齢者に対する判定が高齢者の実際の状況を十分反映していない、という指摘は制度施行以前から繰り返し指摘されてきたことであり、ロジックの開発過程においてこの指摘に対応した改善も行われてきたのであるが、社会的な認識としてそれらの対応が十分とは言えない、というのが検討委員会での考え方であった。この問題に対しては、他の問題点への対応と合わせて、一次判定ロジックを算出する元データであるところのタイムスタディを再度実施した際に、認知症高齢者に対するケアとして考えられる行為を重視したデータ収集を行うとともに、「運動能力の低下していない認知症高齢者の指標」の算出ロジックを作成し、その出力結果を元に一次判定を変更する仕組みが導入された。

表 1 平成 15 年度要介護認定改訂における主な論点整理

- ・痴呆の方の要介護認定
- ・在宅の方の要介護認定
- ・介護時間の実態調査の方法

出典 第 1 回要介護認定調査検討会資料
(平成 12 年 8 月 11 日)より

「運動能力の低下していない認知症高齢者の指標」の算出ロジックは、平成 13 年に行われたモデル事業における約 5 万件のデータを使用している。コンピュータによる一次判定と介護認定審査会による二次判定との差異を目的変数、市町村職員または介護支援専門員が実施した心身の状況に関する 79 項目の調査結果、および主治医意見書に記載されている項目の一部を説明変数とした判別分析によって算出されている。すなわち、標準的な介護認定審査会において、コンピュータの一次判定を是とする事例と、より重度に変更すべきと判断する事例とを、心身の状況から予測する推計式を作成したわけである。より重度に変更される可能性が高い場合は、その旨を介護認定審査会で提示される資料にあらかじめ示し、一次判定もその結果に応じて変更されることとなった。同ロジックの導入により、認知症者に対するコンピュータロジックによる元々の一次判定がたとえ不十分な評価であったとしても、全国の介護認定審査会委員が行った専門職の観点がロジックに加わることにより、より適切な一次判定結果が導き出されることが期待された。

「運動能力の高い認知症性高齢者の指標」の算出ロジックの導入は、一次判定ロジックの主たる改訂の一つであるが、その他の改訂も含め共通して言えることがある。それは、基本的なロジックの構造自体は初期のものを踏襲している

ということである。平成12年度の初期ロジックで構築された、タイムスタディ調査の結果と心身の状況に関する調査結果から、対象者に必要とされる介護サービスの必要量を推計するというコンセプトは変更されていない。タイムスタディおよび心身の状況調査は再度実施され、新たなデータが得られたので、そこから算出された樹形の推計式自体は異なるものであるが、推計方法にも大きな変更は加えられていない。つまり、平成15年の改訂は、それまでのロジックの基本部分を保持しつつ、新たなロジックを追加することによって、問題点の解決を図ったもの、と見ることができる。

3. 介護予防の概念の導入

平成18年4月から施行される制度改正は、前回平成15年に行われた介護報酬改定・要介護認定改訂よりも更に大規模なものとなることが予想される。その要点の一つが「介護予防」という概念の導入である。その詳細は他論文に譲ることとしたいが、現在厚生労働省から示されているように、要支援者を対象に提供されている予防給付のあり方を見直し、「新予防給付」として再構築するという考えに基づいて要介護認定ロジックにも改訂が加えられるため、それに関連した内容を中心に述べたい。

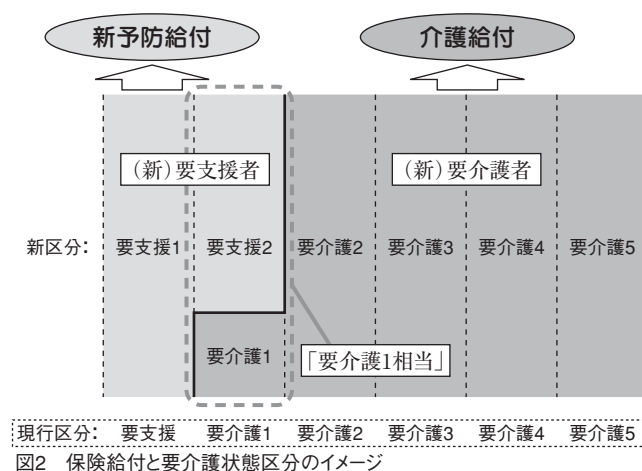
介護予防の根本には、要介護状態の重度化を防ぎ、維持又は軽度化を目指す、という考え方がある。これは現在の介護保険が、自立支援を謳っているものであることを考えれば、ことさら新しい考え方ではない。しかし、現在の要支援、要介護1などの軽度者の追跡調査の結果、多くの調査対象者に重度化が見られると指摘されている。すなわち、軽度者に対する自立支援のサービスが十分に奏功していないといえる。その原因が利用者、サービス提供者のいずれにあるのかは現段階では不明であるが、いずれにしろこの状態は放置しておけるものではない。現在でも要支援者に対しては、法律上の名称としては介護給付ではなく予防給付としてサービスが提供されているのであるが、そのサービスメニューは施設サービスが対象でない以外は介護給付と同じであり、また、予防給付の在宅サービスの提供内容については介護給付と同様の運営基準なので、実際には提供時間が違うだけで、同様のサービスが提供されていることが想定される。このことが、要支援者に対する予防給付が結果的に状態の維持・改善につながっていないことの一因となっている可能性がある。そこで、より重度化防止、維持・軽度化促進の観点に立ったサービスの提供を可能とするため、予防給付のサービス内容をあらためて規定し直したのが、「新予防給付」である。

同時に、上記のような特性を持つサービスを提供することが有効と考えられる対象者を見直した結果、現行の「要介護1」に該当する高齢者についても、その多くは予防的サービスの利用により状態の維持又は改善を図ることが期待されることが指摘された。これらの方に新予防給付を受けて頂くためには、現行の「要介護1」に該当する状態像の高齢

者に対し、新予防給付と介護給付のいずれが適切かを判断する手続きが必要となる。これが今回の改訂の骨子である。

4. 今回の改訂の考え方

今回の要介護認定の改訂では、認定審査会における現行の二次判定までの過程には変更はない。異なるのは、現行の二次判定の過程（以下「介護の手間に係る審査」と言う。）において「要介護1」と判定される事例について、更に「要支援2」と「要介護1」のいずれかに判定する手続きが加わることになる（以下「状態の維持又は改善可能性に係る審査判定」と言う。）（図2）**。「介護の手間に係る審査」において「要介護1相当」と判定されたものに対する「状態の維持又は改善可能性に係る審査判定」の手続きは引き続き介護認定審査会において行われるが、その際に参考となる指標を



提示するため、新たなロジックの作成と、それに伴う認定調査項目の追加がなされた。

「要介護1相当」に対する「状態の維持又は改善可能性に係る審査判定」に際して必要な参考指標ロジックは、“新予防給付によって要介護状態の維持・改善が一定以上の確率で期待される方を抽出できるもの”あるいは逆に、“新予防給付によって要介護状態の維持・改善が期待できない方を抽出できるもの”である。現段階では前者の対象者を標準的に推

表2 新予防給付対象者の選定の考え方

現行の「要支援者」、または「要介護1」に相当するもののうち、「廃用症候群」に該当しない状態像を有するものを中心に新予防給付の適切な利用が見込まれないものを除外する。

- ・ 疾病や外傷等により、
心身の状態が安定していない状態
- ・ 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態

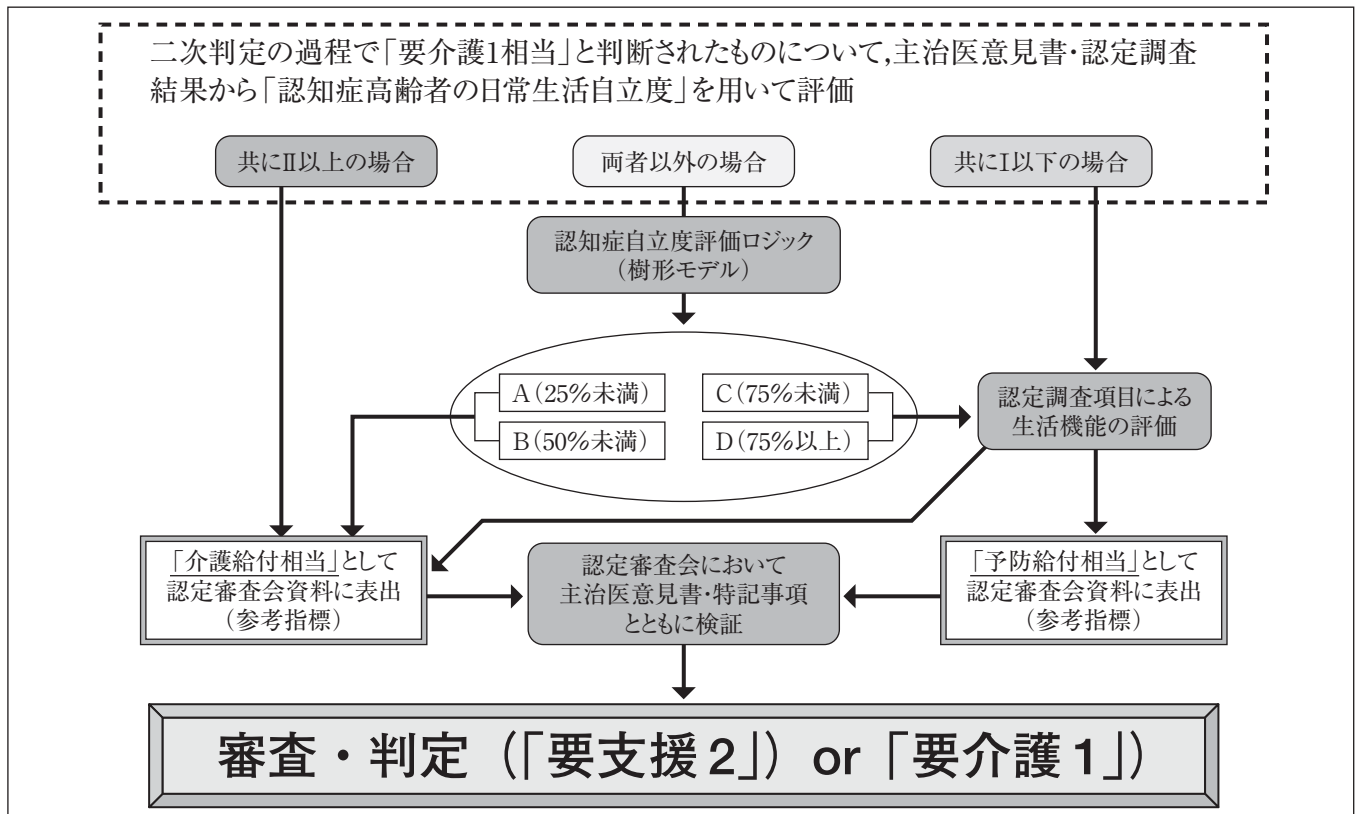


図3 認知症自立度を用いた評価の考え方

測出来る、十分な科学的根拠を持ったロジックを構築することは困難であるが、後者についてはこれまでの経験からある程度の抽出が可能ではないかと考えられたことから、今回の追加ロジックは、“新予防給付によって要介護状態の維持・改善が期待出来ない、あるいは悪化が予測される方”を抽出することとした。評価の視点は2つあり（表2）、それぞれについて判断基準が示されている。

実際の手続きは2点目の認知機能の障害に関する評価が先行する。この項目は原則として認知症等の存在による予防給付の提供困難を想定しており、「認知症性高齢者の日常生活自立度」の判定結果が使用される（図3）。同判定は認定調査員及び主治医の双方において同じ尺度を用いて判定されているが、自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの各判定のうち、両者ともⅡ～ⅣあるいはⅤと判定した場合は、他の条件によらず「介護給付相当」と出力される。また両者が自立～Ⅰと判定した場合は、次の「生活機能の評価」手続きにうつる。もし両者の判定が異なっていた場合は、心身の状況に関する調査の関連項目から判定を推計するロジックが使用され、判定可能性が高い側の判定結果に準ずる結果が示される。

生活機能の評価手続きは、心身の状況調査項目に新たに追加された3項目（表3）及び現行の調査項目のうち、歩行と移動に関する2項目を使用する。評価の基準は表4のように設定されている。これらの組み合わせのいずれかに該当する場合は「介護給付相当」、いずれにも該当しない場合は「予防給付相当」と示される。「介護給付相当」と出力さ

表3 新たに追加された調査項目

10-1 日中に生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。		
1.よく働いている	2.座っていることが多い	3.横になっていることが多い
10-2 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。		
1.週1回以上	2.月1回以上	3.月1回未満
10-3 生活の不活発化の原因となるような家族・居住環境、社会参加等の状況の変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。		
1.ない	2.ある	

表4 生活機能評価の基準

歩行	移動	日中の生活	外出頻度	環境等の変化	給付種類	適用原則
できない	※	※	※	※	介護給付	1)
つかまれば可	全介助	横に	週1回以上	※	介護給付	2)
		座って	週1回以上	※	介護給付	2)
	一部介助	横に	週1回以上	なし	介護給付	3)

（「※」は上段の調査項目の調査結果の全ての場合が該当するという意味）

れた場合は、新予防給付を提供することで状態の維持・改善が困難である可能性が高いと考えられ、「予防給付相当」ではそのような負要因は差し当たり認められないと考えられる。

加えて、介護予防の観点から主治医意見書の様式にも変更が加えられ、主に介護予防の観点から新たな項目が追加された。特に、傷病に対する意見を記入する項目において、生活機能低下の直接の原因となっている傷病については、病名及び治療内容等について詳細に記載することが求められることとなった。また、新たな記入項目として、屋内外での移動の状況や、栄養状態に関する主治医の判断が記載さ

れることとなる。今後介護認定審査会では、これらの情報を元に、要介護1相当と判定された高齢者に対する「状態の維持又は改善可能性に係る審査判定」の判定を行うこととなる。

5. 将来の方向性

要介護認定の改訂は今回で2回目となる。両改訂に共通していることは、基本的な考え方は初期から変更されておらず、直面した課題に対しては、基本的なロジックの結果を補う形で他のロジックの追加がなされてきた、ということである。利用者一人ひとりに必要な介護サービス量を推計する、という考え方に対して、タイムスタディを目的変数とした推計ロジックの構築という方法は現段階では最も適切なものと考えることができる。しかし、今後状況の変化に対応して、さらに改訂が必要になるであろうことも疑いはないし、その際に行われる改変が同様に追加的なものになるか、あるいはより抜本的なものを必要とするのかは現時点では判断出来ない。仮に、昨年の介護保険法改正時の附則に規定された、「被保険者・受給者の範囲の見直し」が行われる場合、それに伴って65歳未満の身体・精神・知的障害の方々に対する介護サービスの範囲及び給付対象者の認定方法について検討することが求められるだろう。現行の要介護認定のロジックは65歳以上の高齢者における心身の状況及び介護サービス量のデータを元に作成したものであ

るから、若年者にも適用しうるロジックを構築するためには、若年者を対象に含めた新たなデータセットを作成しなければならないことは当然である。さらに、これまでとは大きく特性の異なる対象者に対して、同じロジックの構築方法が適用出来るかどうかについても議論する必要がある。既に平成16年よりその観点に立った調査研究が始められている⁴⁾が、今後も介護保険における保険事故の有無の適切な評価ができるよう、引き続き改善への努力を続けていく必要があると考える。

参考文献

- 1) 筒井孝子. 入門介護サービスマネジメント. 東京:日本経済新聞社;1998. p.22-24.
- 2) 藤林慶子, 北島英治, 編. 居宅ケアプラン. 東京:有斐閣;2004. p.125.
- 3) Tsutsui T, Muramatsu N. Care-Needs certification in the long-term care insurance system of Japan. J Am Ger Soc 2005;53(3):522-527
- 4) 遠藤英俊, 主任研究者. 「厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業要介護状態の評価における精神, 知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書. 2005.