

REPORT III

要介護度が担う介護給付の調整弁

- 高齢者のQOL*の向上と要介護度の改善のねじれ -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

2000年4月の制度施行から4年半が経過し、介護保険制度は5年後を目途として行われる「制度見直し」の渦中にある。その制度見直しの基本的な方向性を定める社会保障審議会介護保険部会での議論は「制度の持続可能性」、すなわち、超高齢社会に対応しうる介護保険財政の体力維持を中心に進められた。制度見直しの重点ポイントとされる「新・予防給付」の導入も、「制度の持続可能性の観点から給付の効率化・重点化の必要があり、制度全体を予防重視型システムに転換する」という考え方が基礎となっている。

この予防重視型システムへの転換を下支えする、いわゆる「介護予防」の発想は、現行の要支援から要介護5までの6段階に区分される要介護高齢者のうち「軽度要介護者」(要支援および要介護1)のサービス利用実態(生活支援型の訪問介護や通所介護、福祉用具貸与等にサービス内容が偏重している)等を理由に、要介護度の改善率が低い点が指摘されたことを出発点としている。

「要介護度の改善率」とは何か。例えば、要介護2という認定を受けた高齢者100人のうち、

一年後の更新認定において30人が「要介護1」と認定されたとき改善率は30%となる。では、その30人の要介護高齢者は、一年前よりも「自立」した生活を手に入れたといえるのであろうか。

要介護度とは、高齢者の身体機能、生活機能のレベルを直接的に示す指標ではなく、介護保険給付の水準(支給限度額)を画するための「介護の手間(量)」を示すものさしとして導入され、運用されてきたはずである。

「制度見直しに関する報告書」において、要介護度悪化の現状をことさら取り上げ、その改善や悪化防止を介護保険の基本理念である自立支援の、当然の「前提」ないし「目的」として設定したことには違和感を抱かざるを得ない。

2. 「要介護度」の認定の仕組み

要介護認定とは介護保険制度において新しく導入された仕組みである。この要介護認定によって「要支援者または要介護者」との認定を受けることが介護保険の受給要件となる。

具体的には、高齢者の身体状態(麻痺や関節拘縮の有無等)や身体機能(歩行や立ち上がり

* QOL : Quality of Life (生活の質)

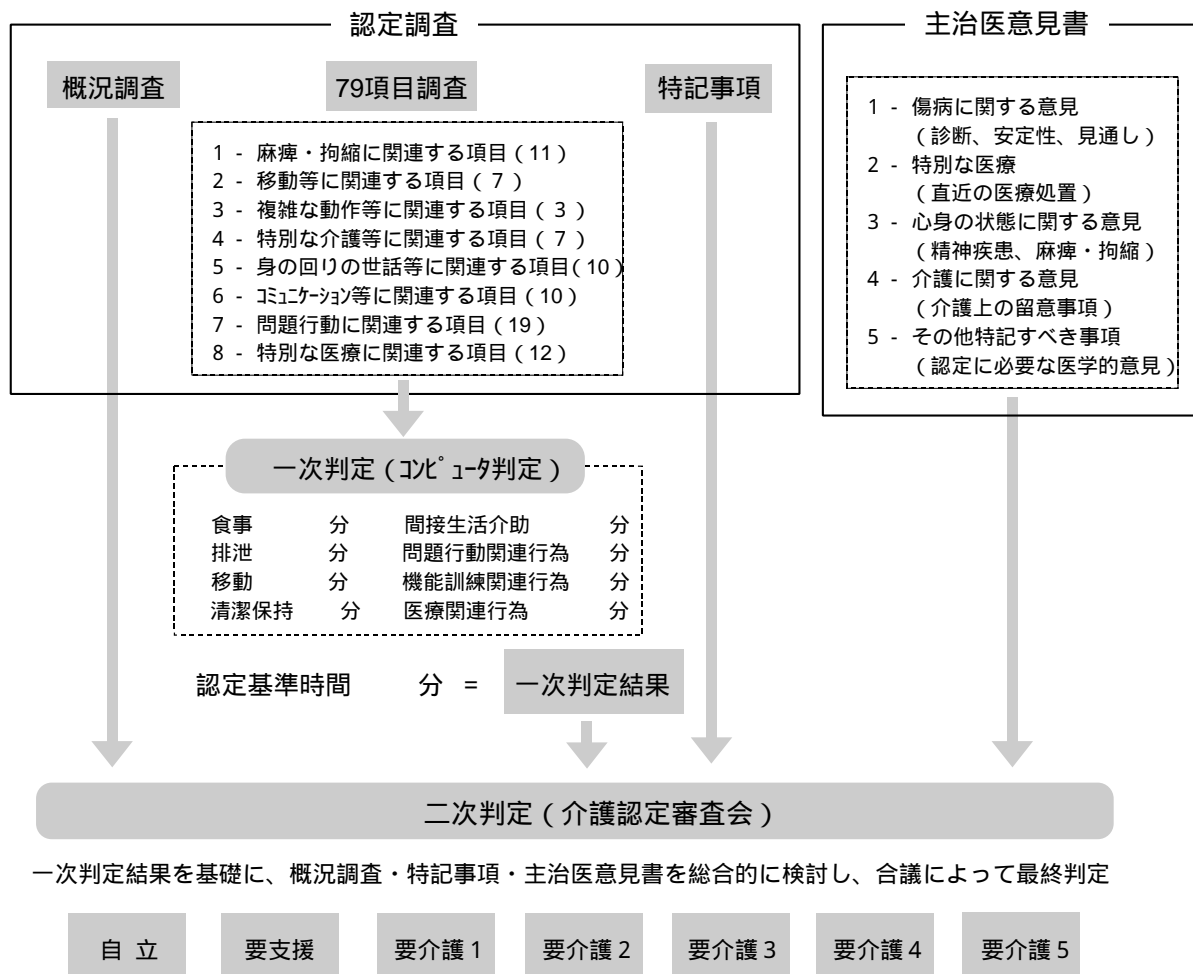
等)等に着目した79の調査項目の回答をコンピュータ処理する「一次判定」と、その一次判定結果と主治医の作成する主治医意見書(介護に影響を与える医療情報が記載された書面)を資料に、介護認定審査会(専門職の合議)で行われる「二次判定」を経て、介護保険サービスの受給権者である「要支援」「要介護1」～「要介護5」までの6区分(保険給付対象外の「非該当(自立)」を含めれば7区分)のいずれかに認定されることになる(図表-1)。この6区分が、いわゆる「要介護度」である。

一次判定は、前述の79項目に対する回答状況から、8つの分野(食事、排泄、移動、清潔保持、間接生活介助、問題行動関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為)ごとに「介護に要

する時間」を推計し、その合計時間(要介護認定等基準時間、以下、認定基準時間とする)によって要介護度のランク付けをする。二次判定では、一次判定では拾いきれない医療に関する情報や過去の介護保険サービスの利用実績等を加味し、コンピュータによる統計処理を手作業的に修正していくのである。

例えば、79項目の回答状況から8分野ごとの介護に要する時間が、食事0.8分、排泄26.3分、移動2.7分、清潔16.5分、間接3.6分、問題1.1分、機能1.5分、医療7.5分と推計された場合、その合計時間である認定基準時間は「59.9分」となり、一次判定基準(図表-2)に照らし「要介護2」と判定される(図表-3)。

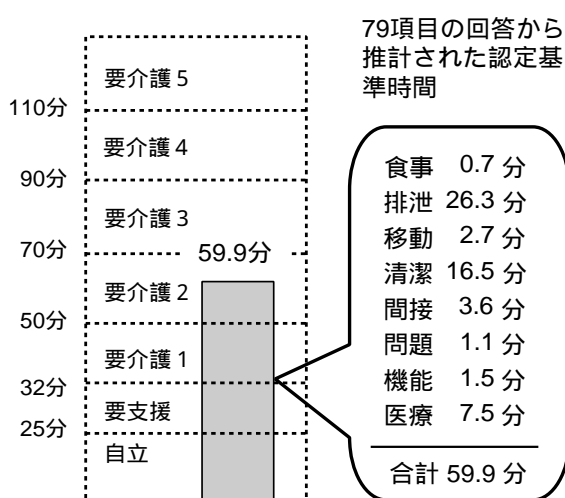
図表 - 1 要介護認定の流れ



図表 - 2 一次判定基準

一次判定	認定基準時間
自立	基準時間が25分未満である状態
要支援	25分以上32分未満
要介護1	32分以上50分未満
要介護2	50分以上70分未満
要介護3	70分以上90分未満
要介護4	90分以上110分未満
要介護5	110分以上

図表 - 3 認定基準時間と一次判定



確かに、要介護認定は高齢者の身体状態や身体機能をベースとして行われるものではある。しかし、「要介護度」とは、介護給付の支給要件や区分ごとの給付水準（支給限度額）を設定する（図表 - 4）ことを主たる機能とするものであり、敢えて二次判定という手作業的な過程を置いたことに鑑みれば、要介護度の区分を高齢者の身体状態や身体機能の指標として直接的に用いることは妥当ではない。

つまり、「要介護度」を改善させることや悪化を防止することは、介護給付の調整弁を絞ることになっても、必ずしも要介護高齢者のQOLの向上とイコールの関係にはならない。

図表 - 4 支給要件と給付水準

要介護度	支給要件		給付水準 ^{*2} (支給限度額/月)	
	在宅サービス	施設サービス	在宅サービス	施設サービス
自立	×	×		
要支援	^{*1}	×	61,500円	
要介護1			165,800円	入所施設ごとに要介護度別の給付額が設定されている
要介護2			194,800円	
要介護3			267,500円	
要介護4			306,000円	
要介護5			358,300円	

*1 痴呆対応型共同生活介護は要支援者の利用不可
*2 地域差を加味していない(1単位=10円で計算)

3. 「要介護度」と「認定基準時間」の関係

では、要介護高齢者の身体機能・生活機能の変化は、いかなる指標によって把握していくことが適しているのだろうか。

「要介護度」は介護給付の支給要件やその水準までを考慮し、介護認定審査会の合議を経て判定される。すなわち、認定後の介護保険サービス利用までを視野に入れた上で判定される準主観的な結果である。

他方、「認定基準時間」は身体状態および身体機能に関する79項目の状況を統計学的に処理した客観的数値の結果である。

両者の違いはどのように現れるのだろうか。要介護高齢者の経時変化について「要介護度」および「認定基準時間」の両側面からの把握を試みた「特養入所者の要介護度改善等に関する検証調査」(全国社会福祉施設協議会の委託によりニッセイ基礎研究所が実施、2003年)の調査結果から考察する。

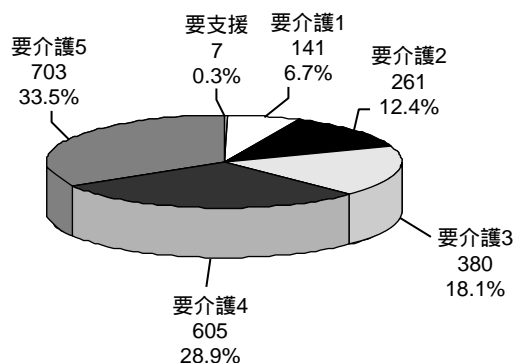
(1) 調査概要

本調査の対象は、2002年4月1日から2003年3月31日までの一年間を通じて介護老人福祉施

設（以下、特養）に入所していた要介護高齢者である。両時点における「要介護度」および「認定基準時間」のデータが得られた2,097人について分析を行った。

2003年3月時点の対象者（N=2,097）の要介護度分布は図表5の通りであった。

図表 - 5 要介護度分布（N=2,097）



(2) 経年的変化

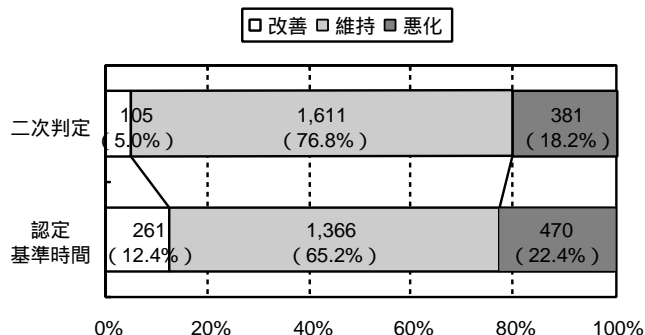
続いて、対象者の経年的変化（2002年4月から2003年3月までの1年間の変化）について、「要介護度（二次判定）」と「認定基準時間（認定基準時間を一次判定基準に当てはめた要介護度）」のそれぞれの変化について比較した。ここで、「改善」とは、要介護3から要介護2に変化するなど、軽くなる場合を指す。

要介護度では、「改善」が105人（5.0%）、「維持」が1,611人（76.8%）、「悪化」が381人（18.2%）であった。他方、認定基準時間では、「改善」が261人（12.4%）、「維持」が1,366人（65.2%）、「悪化」が470人（22.4%）であった（図表 - 6）。

両者の比較では、「改善」において7.6%、「悪化」において4.2%、認定基準時間の方が構成割合が高くなっている。これは、客観的な数値では要介護度が変更するレベルで状態変化があるにもかかわらず、介護認定審査会において、介護給付の拡大縮小に影響のない「現状維持」の

判定が行われているケースが少ないことを示唆している。

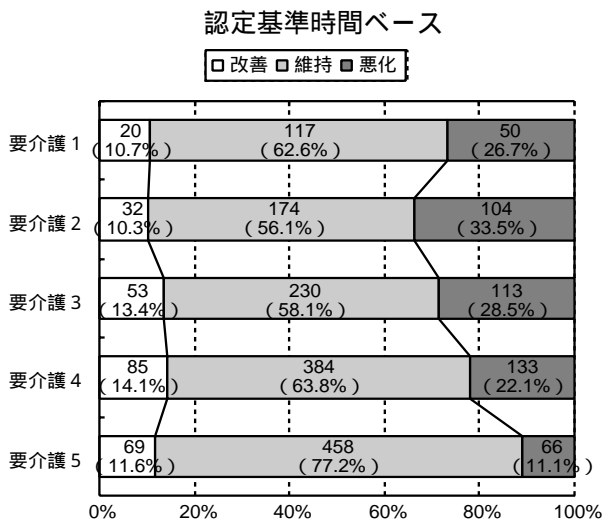
図表 - 6 経年的変化の状況（N=2,097）



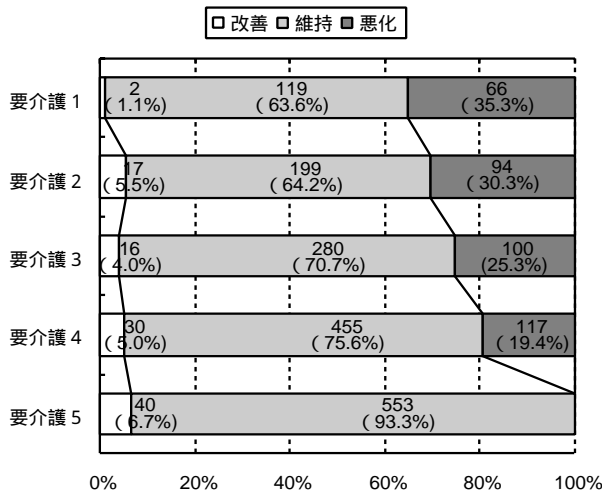
また、これを要介護度別（2002年4月時点）で見ると、「改善」については、認定基準時間における構成割合が、二次判定の過程を経ることで、1/2ないし1/3に減少している。特に「要介護1」では20人（10.7%）であったのが、僅かに2人（1.1%）と1/10になっていた。他方、「悪化」については、概ね認定基準時間における構成割合と変わらない傾向がみられた。ただし「要介護1」については、50人（26.7%）から66人（35.3%）に増加していた。

つまり、要介護度の悪化が課題とされている要介護1は、二次判定を経た「要介護度」において見かけ上、認定基準時間ベースの客観的数値よりも「より改善せず（10.7% 1.1%）」かつ「より悪化している（26.7% 35.3%）」とされていたことが示唆された（図表 - 7）。

図表 - 7 要介護度別にみた経年的変化



二次判定ベース



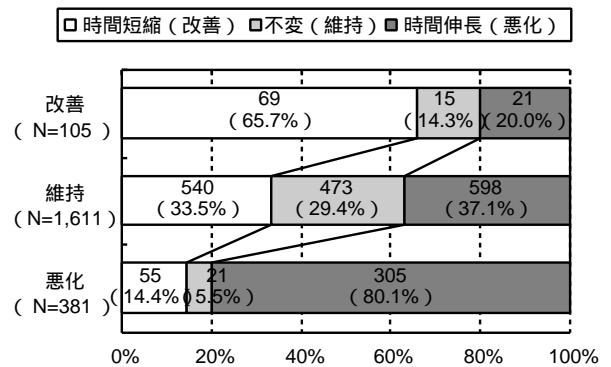
(3) 要介護度「維持」の内訳

さらに、両時点の要介護度について、「改善 (N=105)」、「維持 (N=1,611)」、「悪化 (N=381)」別に認定基準時間の変化をみた。

要介護度としては維持されたが、認定基準時間が短縮した(状態が改善した)ケースは、1,611人のうち540人(33.5%)、逆に時間が伸長した(状態が悪化した)ケースは、598人(37.1%)であった(図表 - 8)。

また、要介護度として改善または悪化した場合でも、認定基準時間としては相反する結果となっているケースが各々15ないし20%程度存在していた。

図表 - 8 経年的変化別にみた認定基準時間



4. 要介護高齢者の経時変化の把握

要介護度の本来の意味、要介護認定の仕組み、および、要介護高齢者の経年的変化に関する調査を追いながら、要介護高齢者の経時変化の把握について考察してきた。

要介護高齢者の経時変化は、要介護度のみによっては把握しえないことが理解される。確かに、簡便で馴染みやすい指標であるかもしれないが、やはり、要介護度が担うのは「介護給付の調整弁」であることに立ち返らなければならない。当然、それを出発点とする議論や施策の導入は控えるべきである。

本稿では、相対的な位置付けとして「要介護認定等基準時間」という概念を紹介し、要介護度による経時変化の把握と比較した。しかし、この比較から、認定基準時間の優位性や利用価値を説くつもりはない。なぜなら、要介護高齢者の「身体状態」「身体機能」に関する経時変化については客観的数値による把握が妥当かもしれないが、それは一面的であり、要介護高齢者の「生活」面の変化を捕捉するものではないからである。

要介護度や認定基準時間が改善・短縮しなくても、介護保険サービスによって実現する「生活」がある。要介護高齢者の経時変化は、高齢

者の「生活」に着目した、自己実現、社会参加、人間（家族）関係等を含めた総合的な指標で把握すべきであろう。予防重視型システムに軸足を置く前に、要介護高齢者の経時変化を多面的に把握する総合指標の策定が行われるべきではないだろうか。

5. おわりに

介護保険制度が要介護高齢者の「自立支援」を基本理念とするならば、制度見直しの根本に据える視座は「制度の持続可能性」ではない。まして、要介護度の改善や悪化防止を目的に、要支援・要介護1の軽度要介護者に的を絞り、限定的なサービスを保険者本位で提供するような「給付の効率化・重点化」でもない。

施行5年間の要介護高齢者の「生活」の経時変化を的確に捉え、社会保険制度の「真の」フロントランナーとして、高齢者のQOLの向上を利用者本位で実現する「改正介護保険制度」に向かうことを期待したい。

<調査概要>

1. 調査名称
特養入所者の要介護度改善等に関する検証調査
2. 実施主体
全国老人福祉施設協議会
(調査委託 株式会社ニッセイ基礎研究所
主任研究者 社会研究部門 阿部 崇)
3. 調査対象
会員600施設および施設入所者
4. 調査日
2003年4月1日(施設調査)
2002年4月1日～2003年3月31日(入所者調査)
5. 調査内容
(1) 施設状況調査
入所定員、居室数、職員体制等について

(2) 入所者状況調査
個人属性、要介護度、認定基準時間、中間評価項目スコア等について

(3) 施設取組調査
痴呆、機能訓練、ターミナル等について

6. 回答状況

281施設(回収率46.8%)

10,884入所者*

* 認定基準時間・中間評価項目スコアのデータが得られたのは、うち2,097人

<参考文献>

- ・「特養入所者の要介護度改善等に関する検証調査」調査研究報告書(老協総研 2004年5月)
- ・社会保障審議会介護保険部会資料(第14回、第16回)
- ・認定調査員テキスト(Vol. 2)(厚生労働省老健局老人保健課 2004年4月)
- ・介護認定審査会委員テキスト(Vol. 2)(厚生労働省老健局老人保健課 2004年4月)
- ・改訂版一次判定ソフトの概要と課題(日医総研 2002年11月)
- ・主治医意見書記入マニュアル(財団法人 日本公衆衛生協会 2002年3月)