

要介護認定調査検討会資料（平成 12 年 10 月 18 日）

池上直己

1. 現行一次判定方式の問題点(詳細は付属資料 1、2 を参照)

① 85 項目の信頼性と妥当性に問題

- ・調査員による評価のブレがおこりやすいように各段階が設定されている
「食事」等の「自立」と「見守り」、「毎日の日課の理解」の「できる」と「できない」
- ・現場で確認しにくい項目：「片足立ち」、「靴下の着脱」など
- ・介護時間の相違が十分に反映されない：「部分介助」の括りは粗すぎる

② 施設における調査に基づいてソフトを開発した問題

- ・施設と在宅とでは介護に要する時間は大きく異なる可能性がある
痴呆の介護時間が十分反映されないことが特に問題

③ 統計解析の問題

- ・介護時間の統計解析により得られた結果の妥当性を現場で検証していない
たとえば、Aさんは「要介護 3」、Bさんは「要介護 4」、この結果を現場が納得できるか？
- ・85 項目の一部をより重くつけると、要介護度が逆に軽くなる
介護時間が明らかに増える項目を重くつけた場合でも、上記の現象がおきている

2. 新要介護度分類を考えるポイント（私案）

① 「状態像」を基本とした分類

- ・各要介護度はだれにでも納得できる区分である必要がある
- ・認定審査会で二次判定を行う際の基準として役立つ必要がある
- ・「状態像」として現場に最も定着し、一般に理解しやすいのが下記の 2 つがある
「障害老人の自立度判定基準（J,A,B,C の各段階、以後、寝たきり度と略）
「痴呆性老人の自立度判定基準（I-IV,M の各段階、以後、痴呆度と略）
- ・しかし、現在記載されている状態像の説明だけでは各段階を厳密に定義できない

② 「寝たきり度」と「痴呆度」の各段階を厳密に定義

- ・各状態の介護時間を調査し、統計的にも現場感覚からも妥当な境界を設定する
介護時間の相違を統計的に反映し、且つ、状態像の現場的感覚に即応するように設定
- ・境界を設定するうえで、信頼性と妥当性が検証されているアセスメント項目を採用
MDS 方式の ADL 項目は、ADL Score(ADL 得点)としてケア時間との妥当性が検証
認知(痴呆)は CPS (Cognitive Performance Scale)として他の痴呆尺度との妥当性が検証
- ・調査に用いる MDS 方式のアセスメント項目は付属資料 3 に示すとおり
IADL、ADL、認知、問題行為、医療処置等の各分野より構成

- ・上記のうち、どの項目を選び、各々をどう重みづけるかは調査結果を分析して確定
例えば「寝たきり度 B」と「C」の境界として、MDS 方式の ADL 項目のうち、食事、移動、
トイレ介助を選び、各項目の重みづけ合計得点が 18 点以上を「C」とする、のように確定
以上のように確定した各「寝たきり度」の段階の介護時間に対応して給付限度額を決める
- ・「痴呆度」の進行は「寝たきり度」に対応しないので、「痴呆度」を別個に算定する必要
「痴呆度」の各段階を「寝たきり度」と同様に確定する必要
その際、各「寝たきり度」ごとに、「痴呆度」の追加的介護時間を分析する必要
「痴呆」加算を 1 段階にするか、2 段階以上とするかは調査結果に基づいて決める

③ 「医療度」の決定

- ・医療の必要性は「寝たきり度」と「痴呆度」から把握できない
医療専門職者の提供する処置、指導等に要する時間を調査する
処置、指導等を時間によってグループ化し、複数行った場合の加算のルールを決める
後述する理由により、在宅と施設とでは「医療度」の加算の仕方を変える必要
- ・「医療度」は、「寝たきり度」「痴呆」の状態像によらない一律な加算とする

④ 介護時間の規定と把握方法

- ・「介護時間」の規定
在宅の場合、介護者に要する時間を、介護に専念する「専念時間」、介護しながら一緒に
生活する時間「非専念時間」に分けて分析する必要がある
「非専念時間」は、各々の生活状況の影響が大きいので、そのままカウントするのは問題
- ・「介護時間」の把握方法
在宅の場合、見守りをしながら、炊事もしているなど、同時に複数の活動をこなす
また、同じオムツの交換でも、熟練度は同じであっても、本人の状態により異なる
「ケアコード」を介さず、介護に要した時間を直接把握するべきである
- ・「介護時間」の記録方法(付属資料 4)
記録する方法として、観察者による観察と、介護者による自記入があるが、後者を用い
て妥当な結果が得られることが検証されている
但し、在宅では調査員が記入内容を確認し、介護時間を専念、非専念に分類する必要
- ・医療専門職者の「介護時間」については別に把握する必要がある
医療専門職者の時給がヘルパーと比べて高いことを反映させる

⑤ 状態像と給付限度額

- ・「寝たきり度」、「痴呆度」の介護時間に対応して、給付限度額を決める必要がある
介護者の時給をいくりに設定するか？
当面は、介護保険財源の総額に基づいて下記に従って按分する：

各レベルの介護時間の相対比率

新要介護度の各レベル該当する、在宅、施設別推計人数（容易に推計可能）

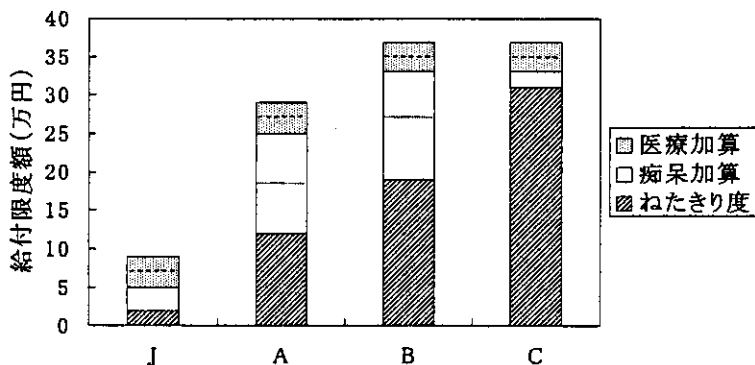
給付限度額の利用割合

- ・「医療度」についても、上記の介護保険財源の総枠中に含める必要
医療専門職者とヘルパーの時給格差は、現行介護報酬に準拠して決める
- ・痴呆に対する給付限度額が増えた分だけ、そうでない者の限度額が減ることになる
しかし、在宅では給付限度額いっぱいまで利用している者は非常に少ない
施設では総額として変わらない可能性が高く、「痴呆度」の加算を導入することによって
痴呆を積極的に受け入れるようになる

* 以上をまとめて、図で示すと下記のようなになる

要介護度の通知例：「寝たきり度」:B、「痴呆加算」:あり、「医療加算」:なし

新要介護度分類と給付限度額のイメージ図



- 注) 1. 上図は在宅の場合であり、施設の場合は給付限度額が平準化され、さらに介護報酬の出来高払い部分が加算
2. 「痴呆」加算、「医療」加算は調査結果次第で、それぞれ2段階になる可能性もある

⑥ 調査を実施する際に留意すべき在宅と施設の制度上の相違点

- ・給付限度額は、医療専門職者のサービスの扱いについて、在宅と施設で異なる対応
在宅では、看護・リハのみが限度額の範囲内
施設では、診察、検査、薬剤等についても限度額の範囲内（介護福祉施設除く）
- ・介護報酬の仕組みも、在宅と施設とで異なる
在宅では、介護報酬に出来高部分はないが、施設には出来高による加算あり
- ・以上を踏まえて、調査すべき対象は：
在宅は、介護時間（医療専門職者は別集計）と管理費
施設は、上記に加えて出来高部分の原価と、「ホテル」部分原価も
- ・施設では、本人に対する給付額が、そのまま介護施設に対する報酬(収入)額になる
医療処置の内容も複雑ゆえ「医療度」をRUGのようにより細かく規定する必要である
しかし、医療保険の診療報酬体系もからむので、別途、検討する必要

論点-3 要介護認定は改善すべきか

現場感覚に合った新要介護度基準と 評価方法が必要である

池上直己

personal data

いけがみ・なおき 1949年東京都生まれ。慶應義塾大学医学部卒業後、同大講師、助教授を経て、90年より教授を務める。ケアプランの手法の開発に取り組む立場から、介護保険制度のシステムに関する研究や提言を行っている。著書に「医療の政策選択」「日本の医療」(共著)「ベーシック医療問題」(編著)「MDS2.1施設ケアアセスメントマニュアル」「日本版MDS2.0在宅ケアアセスメントマニュアル」(監訳)などがある。

制度の要となる「要介護度」とは何か

介護保険でどれだけのサービスを受けられるかは、国が定めた介護の必要度の基準である。「要介護度」によって決まる。判定の結果、「自立」なら全くサービスを受けられず、「要支援」なら在宅でのサービスを受けられるが、施設には入所できない。「要介護1」から「要介護5」なら在宅でも施設でも受けられるが、「要介護5」と判定されると「要介護1」の倍以上の在宅サービスを受けられるので、要介護度の判定は本人や家族にとって重大な問題となる。また、各要介護度に判定された人数に、それぞれの給付額をかけることによって介護保険全体として必要な財源が決まり、それに基づいて保険料も決まるので、被保険者、国民にとっても重大な問題である。

このように要介護度によって給付されるサービスの上限を予め決めている介護保険の方式は、医師の判断が必要とされる医療サービスの原則的に制限なく給付する医療保険とは著しく異なる。こうした相違は、医療は常に生命に直結する可能性がある必要かつ平等なサービスが求められるのに対して、介護は生活に密着しているもので、国としては一定レベルまでを公的に保障し、それ以

*1 要介護度と給付限度額
要介護度に対応して本人の状態像、基準介護時間(統計モデルから算定される標準時間)、給付限度額(介護保険から給付される金額の上限)を提示する左のようになる。
なお、自己負担や供給体制整備の遅れなどのため、給付限度額の半分程度しか実態には使われていないようであるが、それでも1000年度予算の三分の一という見込みよりは高い割合である。
要介護度は以下の通り(本人の状態/基準介護時間(一日当たり)/在宅の給付限度額(基準月額*))の順に記す。
●要支援
日常生活はできるが、歩行な

上は各個人の選択に任す、というそれぞれの制度の基本理念に由来する。また、医療なら手術を受ける必要がないのに、それを受けたいという患者はいないが、ヘルパーがきて家事をしてくれる、看護婦がきて健康状態を確認してくれる、といった介護サービスなら、だれでも好きなだけ受けたい可能性があることが背景にある。

要介護度は公平なサービスを担保する

介護保険の方式は、これまで福祉が採用してきた基準とも大きく異なる。福祉においてヘルパーの派遣や老人ホームへの入所を決める際は、本人の要介護度よりも、むしろ家族の介護能力や本人・家族の収入を重視し、その結果、社会的弱者に傾斜してサービスを提供してきた。これに対して介護保険では、本人の要介護度だけで決まるので、嫁と同居するお金持ちも、一人暮らしの生活保護受給者も、介護サービスについては同じだけ受ける権利がある。こうした基本設計となっているので、家族が介護できるなら家族が行うべきであるとする保守派、あるいは逆に弱者優先の原則を堅持するべきであるとする進歩派の双方から介護保険は攻撃される運命にある。

しかしながら、公的に保障される介護サービス

の量を本人の状態だけで決める介護保険の新しい原則には賛成である。社会的弱者を優先している限り、介護地獄に陥って弱者にならない限り一般の高齢者はサービスを受けられないことになり、また要求されたサービスをすべて給付するような制度では財政的に破綻するからである。さらに、従来の福祉方式では各市町村の裁量に任ざれていたために市町村ごとのサービスの格差が大きく、同じ市町村でも対応する担当者によって異なることもあった。これに対して、介護保険では要介護度という国の統一的基準で、どこでも公平なサービスを受ける権利が担保されている。確かにサービスの整備状況の相違を反映して保険料には地域差があるが、どこの住民でも自由に介護サービスを申請することができ、要支援、要介護に認定されたら市町村として必ず給付しなければならなかったが、国が提示した要介護度と給付額によって公的保障の基本枠は決められており、その基準では不十分と国民が判断したら保険料をあげればよく、賛否と判断したら厳しくすればよい。

「要介護度」基準三つの問題点

要介護度によって、本来ならば介護保険は非常にすっきりした制度になったはずであった。とこ

どが不安定
二五―三〇分未満またはリハビリ等一〇分以上
六万―五〇〇〇円

●要介護1
歩行・立ち上がりなどが不安定。入浴や排便に一部手助けが必要
三〇―五〇分未満
一六万五八〇〇円

●要介護2
歩行・立ち上がりが一人でできない。入浴や排便に手助けが必要
五〇―七〇分未満
一九万四八〇〇円

●要介護3
排便、入浴、衣服の着脱などに全面的な手助けが必要
七〇―九〇分未満
二六万七〇〇〇円

●要介護4
食事や入浴、排便、衣服の着脱など日常生活に全面的な手助けが必要
九〇―一〇分未満
三〇万六〇〇〇円

●要介護5
生活全般にわたって全面的な手助けが必要
一一〇分以上
三五万八三〇〇円

※要介護1等は東京都二三区のように地域加算がない地域における給付額

ろが、実態はそうでない。要介護度によってサービスの多寡を決めるという考え方は斬新で、これまでの福祉とは大きく異なるために混乱が生じていることも事実である。しかし、こうした混乱に拍車をかけているのが、不明朗な要介護度の基準とその判定方法である。

要介護度の基準は、特別養護老人ホーム等において、どのような状態の入所者に対して、どのくらいの介護時間をかけたかを調べたデータをもとに決められている。介護保険の給付は施設にとつては費用補償であり、また、在宅の場合でも家族がこれまで行ってきた介護のうち、精神的支援の側面を除いてヘルパー等が代替することが建前であるので、介護に要する標準的な時間に基づいて、介護の必要度に段階を設けることは妥当な方法である。ところが、こうした要介護度の基準づくりの作業について、三つ問題点があげられる。

第一は、本人の状態を把握するために、食事の介助などを三―四段階で回答する八五項目の質問票が用意されたが、各段階の相違は必ずしも明確に規定されていないので、たとえばどこまでが「自立」で、どこからが「観察」かの判断が調査員によつて異なる。また「片足立ち」など実際に確認すると危険な項目や「靴下の着脱」などの実際に

は行っていないような項目が含まれているため、回答の妥当性に問題がある。

第二に、こうして得た本人の状態に関するデータと、介護時間のデータをリンクして、要介護度を定めるためのコンピュータのソフトを開発する際に、方法論上の過ちを重ねた。その結果、たとえば八五項目の一部をより重い状態に変えると、かえつて要介護度が軽くなるといった問題が介護の現場で発生している。また、統計だけに頼つて分類を決めたため、その基準もわかりにくい。

第三に、分類のソフトは施設で収集した約三〇〇例のみに基づいて開発されており、在宅における状況において妥当であるかが検証されていない。したがって、在宅における痴呆の介護負担が適切に反映されていないのはむしろ当然である。

こうした技術的な問題のほか、「要支援」という区分を設けたことも制度設計上の問題がある。要支援とは、要介護状態ではないが、このまま放置するとその危険性がある人々が対象である。ところが、どのような人々に対してどのようなサービスを提供すれば「要介護」状態になることを予防できるかの実証的な検証はされていない。実態は「予防」の重要性という建前と、福祉でサービスを受けていた高齢者を介護保険にシフトさせるた

*2 樹形分析

ソフトを開発する際に用いられた統計解析の手法で、介護時間が最も異なるように対象者の属性に従って分けてゆく。このようにして得られた分岐が、現場の感覚からして妥当かどうかを検証するべきであるが、それを行っていないため、一部には介護負担が重い状態の分岐のほうが短い介護時間となっている。

めに行政側の都合で設けられた区分と考えられる。要支援の対象者がどのような人々であるかが明確でないことは、その両側に位置し、給付区分上の要となる「自立」と「要介護1」の輪郭(区分)も必然的に不明確であることを意味する。なお、そもそも要介護度分類のソフトは施設のデータだけで開発されたので、その中には要支援の対象者はほとんど含まれていないはずであり、どのような要支援を決めたかはあいまいなままだ。

なお、本人の状態の調査をだれが担当するか、という問題においても混乱がある。市町村職員である保健婦などが調査に当ることは業務量から無理と判断したため、当初はサービスマスターや施設の職員に委嘱する方針であった。ところが、業者が八五項目を重くつけることによって要介護度を重くして収入増を図る可能性があるため、調査員をできるだけ市町村職員に限定するように方針を変更したが、各市町村には必ずしも徹底されていない。

要介護度基準の再構築がなぜ不可欠か

要介護度に対する批判が相ついだため、厚生省は二〇〇〇年(平成十二年)八月に「要介護認定調査検討会」を設置し、改善策の検討を開始した。

問題の所在を単に在宅の痴呆の判定に矮小化せず、抜本的に要介護度基準を再構築する必要がある。データの再収集はもちろん、状態を把握する評価項目の全面見直し、ソフトの再開発、在宅での検証を情報公開されたプロセスのもとで行う必要がある。その際、重要なことは現場の感覚にあった状態像を基本に要介護度を規定することである。介護の必要度を反映する分類として、日本に最も定着しているのが「寝たきり度」と「痴呆度」の分類である。これらを基本に、「医療の必要度」を加えた要介護度分類を新たに開発するべきであると考える。その際、統計技法は各要介護度の境界を決めるために活用するが、分類の基準が介護や医療の視点でも分かりやすいものになることに重点を置くべきである。各要介護度の基準が分かりやすくなれば、二次判定においてもコンピュータ判断の適切性を的確に評価することが可能になり、また国民にとっても通知された結果を受け入れやすい。なお、要支援の抜本見直しと、訪問調査の調査員についてはサービスマスター提供者を完全に排除することを同時に行う必要がある。

このような改革を行うことができれば、日本の介護保険は世界に誇れる新たな社会保険方式のモデルになろう。

*3 分類ソフトの矛盾
八五の項目をすべて「自立」ないし「問題ない」につけると、樹形分析では介護期間は二五分になり、「要支援」に分類されてしまう。そこで、厚生省は問題となる項目が三以下であれば、「自立」になるよう、別な基準を設けている。

*4 二次判定
八五項目の調査内容を厚生省が開発したソフトに従って要介護度に分類したのが一次判定である。これをもとに各市町村に設置された介護認定審査会が、主治医の意見書や調査員の特記事項の記述等をもとに判断したのが二次判定である。市町村からは二次判定を行う際の指針を求める声が強いが、各要介護度の輪郭が不明確であるので対応が困難である。

(關注すべて筆者)

介護保険における要介護度の分類方法に関する研究

—「要介護度総合分類」による現行方式の検証—

池上直己¹⁾ 山内慶太¹⁾ 川越雅弘²⁾
高木安雄³⁾

厚生省が要支援・要介護に分類するために提示した方式には多くの問題点があったため、筆者らはMDS-HCの一部項目を用いて軽度、痴呆、重度の各状態像に分けた「要介護度総合分類（以下、総合分類）」を考案した。厚生省が提示した方式にはその後修正が加えられたので、現行の方式について改めて総合分類との間で比較調査を実施し、また総合分類を構成する、痴呆、ADLに関する得点と、我が国で広く使われている寝たきり度、痴呆度との対応関係を分析した。対象は、認定審査会の資料が得られた1,007名（在宅592名、施設415名）であり、原則として訪問調査と同一の調査員が同じ日に調査した。その結果、現行方式の85のアセスメント項目は中間段階の評価において、要介護度は痴呆がある場合において、それぞれ問題があることが示唆された。また、総合分類の軽度と重度を分けるADL得点は寝たきり度に、軽度と痴呆を分けるCPS（Cognitive Performance Scale）レベルは痴呆度によく対応していた。今後、これらの結果を踏まえて、現行方式を抜本的に改めてゆく必要がある。

キーワード：介護保険、要介護度分類、MDS-HC、IADL、寝たきり度、痴呆度

I. はじめに

厚生省が平成9年度に提示した要介護度分類の方法は、各分類の状態像が不明確で、医療ニーズを反映していなかったため、筆者らは「要介護度総合分類」（以下、「総合分類」と略）を考案した¹⁻²⁾。厚生省の分類方法はその後2回にわたって改められ、医療ニーズについてはより反映されるようになったが、85項目の評価結果をソフトに従って要支援・要介護度に分類する現行方式には依然として多くの問題が残されている³⁻⁴⁾。

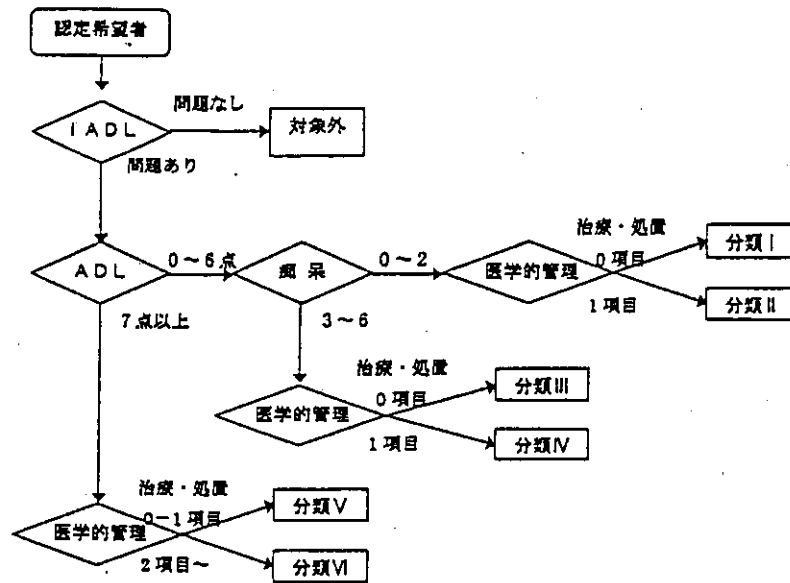
そこで、本研究の第1の目的は総合分類を用いて厚生省が採用している現行方式を改めて検証することである。今回は、一次判定を決める85のアセスメント項目、および分類ロジックも入手できたので、より詳細な分析も可能となった。第2の目的は、二次判定を決めるうえで重要な指標となる「障害老人の自立度判定基準」（以後、寝たきり度と略）⁵⁾、および「痴呆性老人の自立度判定基準」（以後、痴呆度と略）と⁶⁾、総合分類の各分岐点の関係を検証することである。なお総合分類は、図1に示すように軽度（I, II）、痴呆（III, IV）、重度（V, VI）の3つの状態像を、医療処置の程度によって2つに分けた合計6分類より構成される。

¹⁾ 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

²⁾ 九州大学大学院医学系研究科医療システム学教室
日本医師会総合政策研究機構

³⁾ 日本福祉大学経済学部経営開発学科

図1 要介護度総合分類のフロー図



注) 総合分類は14のアセスメント項目, IADL(食事の用意, 家事一般, 金銭管理, 薬の管理, 電話の利用, 買物, 交通手段の利用), ADL(移動, 着衣, 食事, トイレの利用), 認知能力(短期記憶, 日常の意志決定を行うための能力, 自分を理解させることができる), および17の処置等チェック項目, 注射, 静脈注射, 点滴, 中心静脈栄養, 透析, ストーマ, 酸素療法, レスビレーター, 気管切開, 疼痛, 放射線治療, 抗がん剤, 経管栄養, 緩和ケア, モニター測定, 褥瘡, カテーテルより構成

II. 方法

本調査は介護認定のための訪問調査を受け, かつ調査の趣旨に同意した者を対象に実施した。調査内容は, 性・年齢, 調査日, 調査場所の基本情報のほか, 総合分類に分類するために必要な認知能力, IADL(手段的日常生活能力), ADL(日常生活能力)を評価する14のアセスメント項目および各種処置の実施の有無をチェックする17項目であった。なお, これらの項目は「在宅ケアアセスメント表 (Minimum Data Set-Home Care; MDS-HC)」から⁷⁾, 樹形モデルに基づいて統計的にも臨床的にも最もよくケア時間を説明する変数

であることから選ばれている⁸⁾。

対象地区は, 調査への協力が得られた15都道県, 22地区医師会であり, これら各医師会に対して, 各々100名程度(在宅, 施設各々50名程度)の対象者を選定するように依頼した。その結果, 合計2,062名(在宅1,201名, 施設861名)で上記の調査が実施された。本研究では, このうち認定審査会で作成された詳細な資料(85項目の評価結果, 一次判定結果, 寝たきり度, 痴呆度等)についても入手できた10医師会, 1,007名(在宅592名, 施設415名)を分析の対象とした。これら1,007名の在宅, 施設種別の性・年齢構成は表1に示す通りであった。

表1 調査実施場所別の性と平均年齢

	対象者数(人)			年齢(歳)
	男性	女性	計	(平均±標準偏差)
在宅	194	398	592	80.7±7.9
施設	84	331	415	83.6±7.5
(再掲) 病院	7	15	22	82.7±9.9
老人保健施設	25	96	121	84.5±6.7
特別養護老人ホーム	52	220	272	83.3±7.7
合計	278	729	1007	81.9±7.9

調査期間は平成11年10月より翌年の1月であった。調査に当たった調査員のうち89.6%は介護認定のための訪問調査を行った者であり、また調査日も83.2%は同じであった。なお、調査方法の周知を徹底するため、事前に各調査員に総合分類のためのアセスメント調査表と記入要綱を送付し、疑問点に対して対応する体制を用意した。

III. 結 果

A. アセスメント項目の対比

アセスメント項目については、認知とADLについて代表的な項目を取り上げて比較する。認知については、総合分類の「日常の意思決定を行うための認知能力」と、現行方式の「毎日の日課の理解」とを対比すると、表2に示すように、「自立」と「できる」、「重度の障害」と「できない」とは9割以上対応していた。しかし、総合分類で「限定的に自立」であった者の4分の1は現行方式で「できない」に、逆に「中程度の障害」であった者の4分の1は「できる」に分類されていた。なお、総合分類で「限定的に自立」と「中程度の自立」の中間段階に分類された者は全体の約半数に達し

た。

次に、総合分類の「着衣」と、現行方式の「ズボン等の着脱」を比較すると、表3に示すように「自立」と「自立」、「全面依存/本動作は一度もない」と「全介助」は9割以上一致していた。しかし、両者の中間段階は対応せず、たとえば総合分類で「部分的な援助」に分類された169名の約半数(52.1%)は現行方式の「一部介助」に対応したが、「自立」に17.2%、「見守り」に11.8%、「全介助」に18.9%分類されていた。総合分類の「観察・誘導」と現行方式の「見守り」、「広範な援助」と「一部介助」においても同様な乖離がみられた。

こうした傾向は、「着衣」に含まれる現行方式の他の「上衣」、「靴下」、「ボタン」の各項目についても、また対応させることができた他の項目においても、それぞれ認められた。なお、在宅・施設別に分析しても、同様な傾向がみられた。

B. 分類結果の対比

総合分類では状態像によって3つに分けた後、医療処置の程度によってさらに2つに分けているのに対して、現行方式では医療の程度は分類に内包されている。したがって、両者を比較する際は、

表2 認知に関するアセスメント項目の比較

総合分類	現行方式		計
	1. できる	2. できない	
0. 自立	326	14	340
	95.9%	4.1%	100.0%
1. 限定的に自立	159	50	209
	76.1%	23.9%	100.0%
2. 中程度の障害	68	181	249
	27.3%	72.7%	100.0%
3. 重度の障害	11	198	209
	5.3%	94.7%	100.0%
合 計	564	443	1,007
	56.0%	44.0%	100.0%

表3 着衣に関するアセスメント項目の比較

総合分類	現行方式				計
	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
0. 自立	283	16	12	3	314
	90.1%	5.1%	3.8%	1.0%	100.0%
1. 観察・誘導	59	40	23	3	125
	47.2%	32.0%	18.4%	2.4%	100.0%
2. 部分的な援助	29	20	88	32	169
	17.2%	11.8%	52.1%	18.9%	100.0%
3. 広範な援助	4	3	42	59	110
	3.6%	4.5%	38.2%	53.6%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし	3	2	20	264	289
	1.0%	0.7%	6.9%	91.3%	100.0%
合 計	378	83	185	361	1,007
	37.5%	8.2%	18.4%	35.8%	100.0%

表4 総合分類と現行方式の対比

		現行方式						合計	
		自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4		要介護5
総合分類	自立	13	3	2	0	0	0	0	18
		72.2%	16.7%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	分類Ⅰ・Ⅱ	33	93	164	81	21	1	0	393
		8.4%	23.7%	41.7%	20.6%	5.3%	0.3%	0.0%	100.0%
	分類Ⅲ・Ⅳ	0	7	60	30	18	7	2	124
		0.0%	5.6%	48.4%	24.2%	14.5%	5.6%	1.6%	100.0%
分類Ⅴ・Ⅵ	0	1	14	48	137	158	114	472	
	0.0%	0.2%	3.0%	10.2%	29.0%	33.5%	24.2%	100.0%	
合計	46	104	240	159	176	166	116	1007	
	4.6%	10.3%	23.8%	15.8%	17.5%	16.5%	11.5%	100.0%	

表4に示すように、総合分類の軽度の「Ⅰ・Ⅱ」、痴呆単独の「Ⅲ・Ⅳ」、重度の「Ⅴ・Ⅵ」に3つにまとめて、現行方式と対比させる必要がある。なお、本研究は介護認定審査会が最終的に下した二次判定ではなく、85項目より分類される一次判定結果の適切性を検証することが目的であるので、総合分類と対比させているのは現行方式の一次判定の結果である。

表4で示すよう、軽度の「Ⅰ・Ⅱ」は現行方式の「要支援」から「要介護2」に、痴呆単独の「Ⅲ・Ⅳ」は「要介護1-3」に、重度の「Ⅴ・Ⅵ」は「要介護3-5」にほぼ対応していた。だが、総合分類で「自立」となった13名のうち28.8%が「要支援」と「要介護1」に、軽度の「Ⅰ・Ⅱ」となった393名のうち5.6%が「要介護3」以上の重い分類に、痴呆の「Ⅲ・Ⅳ」となった124名のうち5.6%が「要支援」に、重度の「Ⅴ・Ⅵ」とされた472名のうち13.3%が「要介護2」以下の軽い分類にそれぞれ分類された。なお、総合分類で「Ⅲ・Ⅳ」に分類され、現行方式で「要支援」と一次判定された

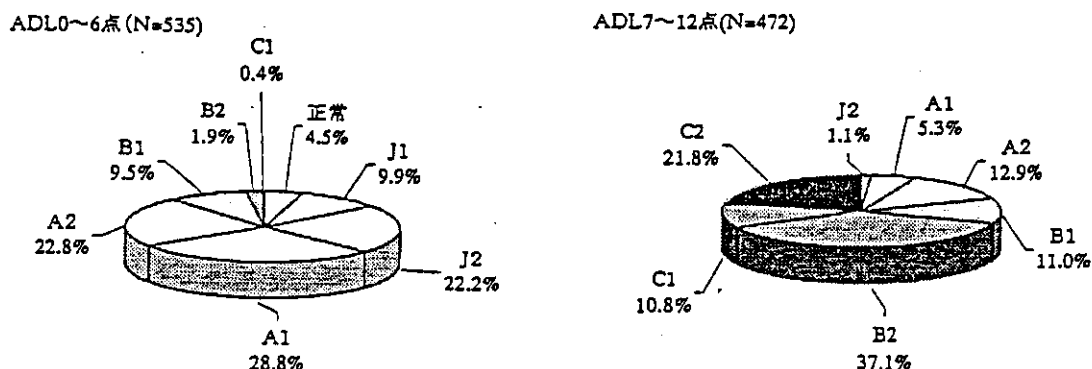
7名を分析すると、1例を除いて「意思疎通」の中間評価項目を構成する項目で「できない」、あるいは「問題行動」の中間評価項目を構成するで「ある」ないし「ときどきある」と評価されていることが多かった。

C. ADL得点と寝たきり度

総合分類では、「Ⅰ・Ⅱ」の軽度と「Ⅴ・Ⅵ」の重度の分岐点は、「移動」、「着衣」、「トイレの使用」の3項目で構成されるADL得点によって決められる。各項目のアセスメント結果の点数への換算方法は、文献1)の通りであり、各項目の合計得点が0-6点であれば「軽度」、7-12点であれば重度に分類される。なお、樹形モデル解析においても、これら3つのADL項目は上位に位置していた。

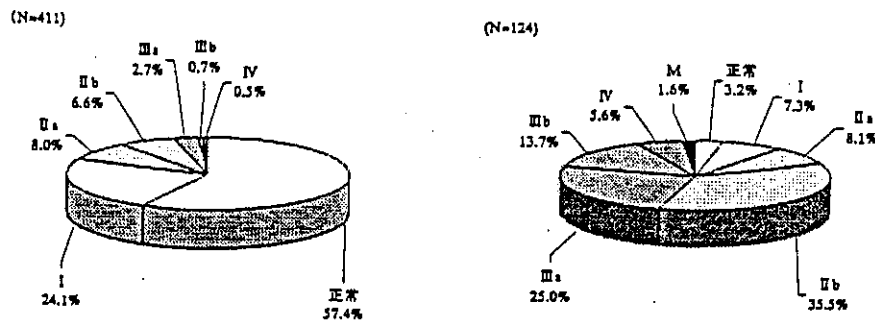
以上のように求めたADL得点の分岐点と寝たきり度の関係を見ると、図2に見られるように、総合分類で「軽度」に分類される0-6点であった者の88.2%は寝たきり度で「正常」からA2に含まれ、一方、「重度」に分類される7-12点であった

図2 ADL得点の分岐点と寝たきり度



注) 寝たきり度の分類は、Jは生活自立、Aは準寝たきり、Bは座位を保てるが寝たきり、Cは寝たきりで、それぞれ2は1よりも程度が重い

図3 CPSレベルの分岐点と痴呆度



注1) 総合分類でV・VIに分類された対象者を除く

注2) 痴呆度の分類は、Iはほぼ自立、IIは注意が必要、IIIは介護が必要、IVは常に介護が必要、Mは専門医療が必要で、それぞれbはaよりも程度が重い

者の80.7%はB1からC2に含まれていた。また、「軽度」であって寝たきり度がB1以上であった者のほとんどはB1(全体の9.5%)であり、逆に「重度」であって寝たきり度がA2以下であった者の大部分はA2(全体の12.9%)であった。なお、こうした傾向は在宅、施設別にみてもほぼ同じであった。

D. CPSレベルと「痴呆性老人自立度」(痴呆度)

総合分類では、「I・II」の軽度と「III・IV」の痴呆単独の分岐点は、「短期記憶」、「自分を理解させる能力」、「日常の意思決定能力を行うための認知能力」、「食事」の4項目より構成される0-6段階のCPS(Cognitive Performance Scale, 認知行動評価尺度)を用いて決められる。CPSは痴呆の程度の把握に有用な尺度で、柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」との相関が高いことが検証されている⁹⁾。総合分類は、CPSレベルが2点以下と3点以上で分岐される。

1,007名のうち「V・VI」に分類された472名を除いた535名のCPSレベルの分布状況は、図3に示すように、CPSで「0. 障害なし-2. 軽度」であるため総合分類で「I・II」に分類された者の81.5%は痴呆度の「正常」か「I」であり、CPSで「3. 中程度-6. 最重度」であるため総合分類で「III・IV」に分類された者の89.5%は「IIa」から「M」であった。また、前者に痴呆度IIaの8.0%、IIbの6.6%を加えれば96.1%を占めることになり、後者に痴呆度Iの7.3%を加えれば96.8%を

占めることになる。

IV. 考 察

要支援・要介護度に分類する現行方式の問題には依然として多くの問題があり、それを整理すると次の3つである。第1は、アセスメント項目の問題である。たとえば、「毎日の日課の整理」を「できる」「できない」で回答するのは一見容易のようであるが、実際には判断に迷う中間段階が約半数を占めているので、これらを無理に「できる」「できない」に分けようとする、評価者によるぶれが多くなると考えられる。また、現行方式で中間段階が用意されている場合においても、各段階の定義は記入要綱を参照しても必ずしも明確ではないため記入事項についての解釈の違いが生じている¹⁰⁾。こうした欠陥があるため、判定結果に問題が生じた場合に、各評価項目に照らして本人の状態を現場で検証しようとしても、評価基準が不明確であるため結論が出ない可能性がある。

これに対して総合分類で用いる項目は、MDS-HCとして信頼性と妥当性が検証されており¹¹⁾、たとえばADLの各項目の境界は、過去7日間における介護した回数(3回以上実施した場合には通常必要な介護としてカウント)、および内容(体重を支えるかどうか等)が示されているので、よりの確に把握できよう。また、評価する際には、単に聞き取り調査を行うのではなく、高齢者が置かれている環境に対する観察等を含めて行うように記入要綱で記されている。

要介護度は最終的には各項目において選択される各段階の組合せで決まるので、それぞれの項目が適切に評価されなければ、それを前提として構築された分類ソフトがいかにか精巧であっても砂上の楼閣である。なお、厚生省はアセスメントするための記入要綱を順次整備してきたが（たとえば平成10年度まではシャワーだけの場合は入浴できないと評価されていた）、現在の分類ソフトはこうした整備がされる前に収集されたデータに基づいているため、一層問題である。

第2は、現行方式において用いられる要支援・要介護に分類するソフトが、在宅における介護状況のデータを全く欠いた状況で開発されていることである。こうした弊害は特に痴呆性疾患がある場合に顕著であることが指摘されている。総合分類を構築する際は、在宅における介護時間も調査し、モデルが妥当であることを統計的に検証すると共に、アンケートを通して臨床的な妥当性も確認している。なお、このような分析をさらに精緻に行う必要があり、そのために行った在宅におけるケア時間の測定と分析方法についての研究成果を別稿で発表する。

第3は、現行方式のソフトを開発するにあたって、少数例になるまで枝分かれのプロセスを止めなかったためにはずれ値の影響を受け、一部の項目を重度に評価すると要介護度がかえって軽くなるなどといった樹形モデルの初歩的な誤用のほか、各分類の状態像が不明確である、という基本的な欠陥がある。すなわち、85項目の評価結果と中間評価項目の組合せとしてしか要支援・要介護度が提示されておらず、そのためこれらの組合せは現場の感覚から輪郭が明確な状態像を形成していない。

介護保険においては、給付を受けられるかどうかの「自立」と「要支援」、および施設に入院・入所できるかどうかの「要支援」と「要介護1」の境界が特に重要である。しかし、現行方式では判別することは非常に困難である¹²⁾。たとえば85項目をすべて「問題ない」と評価すると介護時間は25分となり、「要支援」に分類される。そのため、厚生省は、チェック項目が3項目以下の場合、ソフトの結果によらず、「自立」と判定するように指

示するという姑息的な対応を行っている。

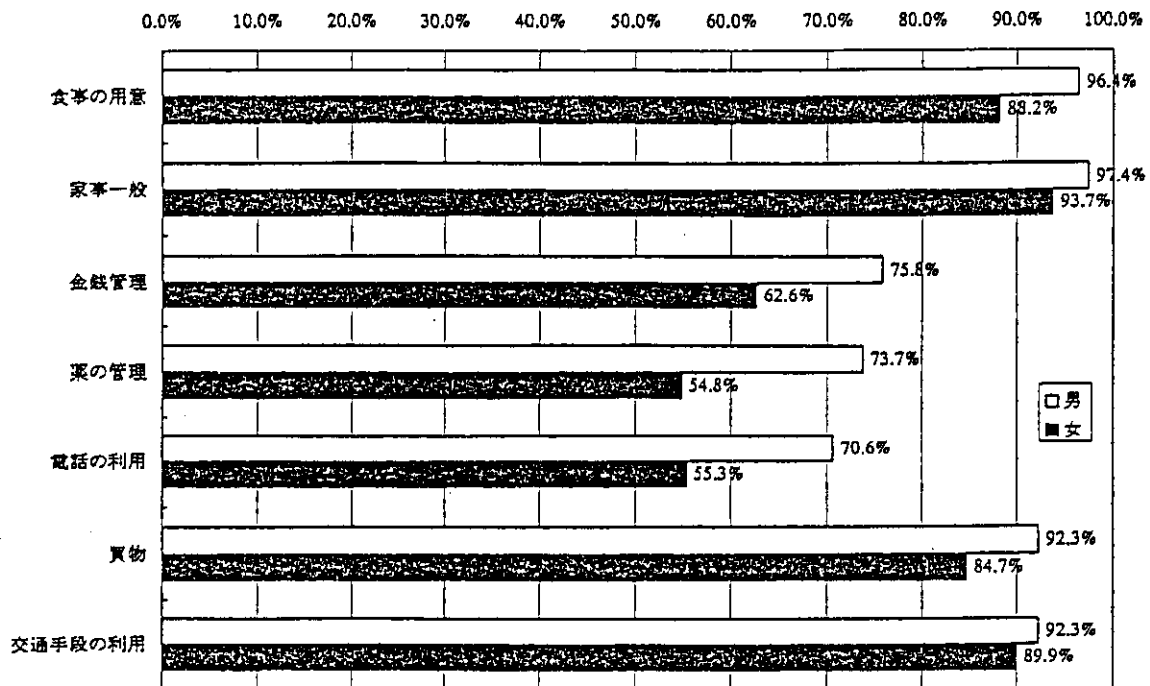
そもそも「要支援」の分類は、どのような対象者に対してどのようなサービスを提供すれば「要介護」状態になることを予防できるかの実証的な検証がないまま、「予防」の重要性という建前と、既存の福祉措置者に対するサービスを介護保険からの給付に変えるという行政側の都合で位置付けられたといえよう。したがって、「要支援」の輪郭が不明確であるのはむしろ当然であろう¹³⁾。

しかしながら、「要支援」は法的に規定されているので、総合分類を開発する際には、筆者らは仮にIADLのいずれかの項目で、「いくらか困難」か「非常に困難」であれば「自立」ではなく、総合分類「I」以上(自立でない)とするロジックにした。このように明確に定義すると、大部分の高齢者が該当することになり、特に男性の場合は該当率が高くなる。ちなみに、今回の調査対象者のうち、在宅にあってIADLが「いくらか困難」と「非常に困難」の割合合計し、男女別にみると図4に示すように、男性の方がいずれも高い割合を占めていた。今後はこれらの問題を解決するために要支援の条件を抜本的に見直す必要がある。

以上の現状から、介護認定審査会において一次判定の結果を客観的な基準に従って改めようとしても、85項目の評価結果の問題、在宅における状況が要介護度ソフト開発に反映されていないという問題、および要支援・要介護の状態像が不明確であるという問題が立ちはだかっているため、実現することは困難といえよう。したがって、現行方式を抜本的に改める必要がある。なお、認定評価の精度をあげるためには、訪問調査員に対する研修も重要であるが、現行方式のように欠陥が多いと、十分な効果を達成することが困難といえよう。

さて、現行方式を改めるうえで基本になるのは、現場の感覚にあった状態像を基本に要介護度を規定することである。状態像を反映するうえで日本に最も定着している分類が寝たきり度と痴呆度の分類である。ところが、これらの分類は状態像としては明確であっても、各レベルの境界を評価項目のどのような組合せによって線を引くか、またその際の介護時間との関係も分析されていない。

図4 男女別, IADLが困難である場合(在宅)



注) IADL項目別「1. いくらか困難」と「2. 非常に困難」を合計した割合

そこで今回、総合分類で用いる分岐点を用いて試み検証した結果、対応関係はみられたが、分岐点を決めるうえでなお研究を重ねる必要がある。

V. 総括

要支援・要介護に分類する現行方式には多くの問題点があるため、認定のための訪問調査と同一対象者に対して同時期に総合分類に分類するための調査を実施することによって改めて検証した。その結果、85項目の評価結果についての信頼性の問題、および痴呆に対する適正な評価の問題が示唆された。また、総合分類において分岐点となっているADL得点とCPSレベルは、それぞれ寝たきり度と痴呆度によく対応していた。今後、これらの結果を踏まえて、現行方式を抜本的に改めてゆく必要がある。

(本調査は日本医師会介護保険検討委員会より委託を受けて日本医師会総合政策研究機構により実施された。調査にご協力いただいた地域医師会をはじめ関係者の方々、および同機構の高野深晴様に感謝申し上げます。)

参考文献

- 1) 山内慶太, 池上直己, 五十嵐智嘉子, 高木安雄: 介護保険における要介護度の分類方法に関する研究—「要介護度総合分類」の開発—, 病院管理, 35(3), 25-36, 1998
- 2) 池上直己, 山内慶太, 五十嵐智嘉子, 高木安雄: 介護保険における要介護度の分類方法に関する研究—「要介護度総合分類」と厚生省案の対比—, 病院管理, 35(3), 37-44, 1998
- 3) 川越雅弘, 信友浩一: 一次判定ロジックの概要とその問題点, 日本エム・イー学会専門別研究会—在宅医療とME技術研究会研究報告集, 8(2), 1-4, 1999
- 4) 土肥徳秀: 全国一律不公平, 萌文社, 2000
- 5) 厚生省大臣官房老人福祉部長通知: 老健第102-2号, 1991年11月18日
- 6) 厚生省老人福祉局長通知: 老健第135号, 1993年10月26日
- 7) Jモリス, 池上直己, BEフリース他編著(池上直己訳): 在宅ケアアセスメントマニュアル, 厚生科学研究所, 1996
- 8) 山内慶太, 医療システムの研究における探索的データ解析—樹形モデル解析とその応用—, オペレーションズ・リサーチ, 44(7), 343-348, 1999
- 9) 山内慶太, 池上直己: 介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale (CPS)の信頼性と妥当性—, 老年精神医学,

- 10(8), 943-952, 1999
- 10) 大井律子, 東 栄治, 脇坂敦彦他: 高齢者の状態把握に関する比較検討—宇部市における要介護認定施行事業(介護保険認定パイロット事業)の調査結果から—, 山口医学, 48(4), 149-156, 1999
 - 11) 池上直己, B Fries, 五十嵐智嘉子, 高木安雄他: 長期ケアの支払いに関する研究—在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン—, 病院管理, 33(4), 37-46, 1996
 - 12) 日本医師会: 一次判定ロジックの問題点と二次判定方法について—疑義事例報告を中心として,

平成12年3月8日第6回都道府県担当理事連絡協議会資料

- 13) 池上直己: 「介護保険」スタート—心配はどこにあるか, 中央公論3月号, 146-155, 2000

(平成12.6.28受付, 平成12.7.26採用)

連絡先〒160-8582 新宿区信濃町35
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
池上直己
E-mail: ikegami@med.keio.ac.jp

ELIGIBILITY CLASSIFICATION FOR LONG-TERM CARE INSURANCE

— Verifying the present method with the “Comprehensive Eligibility Classification” —

Naoki IKEGAMI¹⁾, Keita YAMAUCHI¹⁾, Masahiro KAWAGOE²⁾
and Yasuo TAKAGI³⁾

Because of the flaws in the eligibility classification proposed by the Ministry of Health and Welfare, we developed the “Comprehensive Eligibility Classification (CEC)”. The CEC groups the subjects into the clinical states of “light”, “dementia”, and “heavy” based on assessment items from the MDS-HC. In this study, we verify the Ministry’s revised methodology using the CEC. We also verify the cut-off points of the CEC’s clinical states with the standard classifications for activity and dementia status. The subjects are 1,007 (587 community care, 420 institutional care) elderly who had applied to be evaluated for their eligibility status and from whom extensive assessment information compiled by the Eligibility Committee could be obtained. These subjects were assessed for the items that compose the CEC by the same person and at the same date in most cases. The results show that the 85 items used by Ministry has reliability problems in its middle ranges, and that the dementia status is not adequately reflected in its classification. The CEC’s cut-off points for its ADL score reflect the activity levels and that for its CPS (Cognitive Performance Scale) levels reflect the dementia levels. These results suggest that the Ministry’s present method should be extensively revised.

Key words: Long-term care insurance/eligibility classification/MDS-HC/IADL/dementia

¹⁾ Department of Health Policy & Management, School of Medicine, Keio University

²⁾ Department of Health Services Management and Policy, Kyushu University; Japan Medical Association Research Institute

³⁾ Department of Management Development, Faculty of Economics, Nihon Fukushi University