

## 新予防給付導入による介護サービス利用回数変化とアウトカム ——検討会報告書と異なる分析手法による異なる所見——

徐 東 敏  
近 藤 克 則

### I 緒言

2005年に介護保険法改正案が成立し、2006年4月から要支援者に対し「新・予防給付」が導入された。その目的は「介護予防」、つまり「要介護・要支援状態の軽減又は悪化の防止」とされている<sup>1)</sup>。

新予防給付の導入と同時に行われた介護報酬改定によって、通所介護・通所リハビリテーション（以下リハ）は、出来高払いから1ヶ月当たりの定額払いに変更された<sup>2)</sup>。しかも要支援1と2では給付限度額が2割～4割引き下げられた結果<sup>3)</sup>、通所回数を減らされる者が出た。その目的は、介護保険制度導入後に急増した介護給付費の伸び率を抑制することであった。しかし、このような改定に対して、通所介護・通所リハ（以下通所系サービス）の利用回数の実質的な制限であり、かえって「閉じこもり」になり要介護状態が悪化するのではないかと危惧する声もあった。実際、介護保険制度改定に伴う利用者への影響調査結果〔2006〕でも、通所介護で最も多かった不都合・不便として「今まで利用していた時間や回数を減らさざるを得なくなった」が43.6%で最も多かった。「週2回が1回になったので家に閉じこもり身体の動かす事も少なくなった」、「去年にくらべて外出もできず困っている」などの意見が出されていた。

ところが、2008年になり発表された厚生労働

省の「介護予防継続的評価分析等検討会」（以下、検討会）報告書〔2008〕では、2つの分析結果に基づき新予防給付には介護予防効果が認められるとし、これらの危惧を否定した。1番目の分析では、導入前の要支援を比較対照とし導入後の要支援1における「要介護度の悪化した者の発生率」が1,000人当たり389人から234人へと減少したことをもって、「介護予防効果があった」としている。しかし、そこでは訪問介護、通所介護など、介護サービス種類別の検討はなされていない。一方、2番目の分析では、1番目の分析とは異なり要支援2の者も対象に含め、介護サービス種類別に、新予防給付導入後に利用回数が増加、不変に比べて、減少した者で悪化群が一番少ないことを報告している。2番目の分析では、聞き取りによって利用回数の変化データを得ており、なぜか分析方法の詳細が記述されていない、その分析結果のみを示し、介護予防効果の有無について結論を述べていない。この結果は、2006年4月以降の通所系サービスの利用回数減少によっても要介護の悪化は招いていないとすれば、新予防給付導入は利用回数の抑制によって費用を節減し同時に介護予防に望ましい効果もあったことになる。

新予防給付導入による通所系サービスの利用回数減少によって、「むしろ悪化する者が増えるのではないか」という危惧が現場にあったにもかかわらず、厚生労働省検討会は「悪化群は減った」と報告した。このような違いはなぜ生まれ

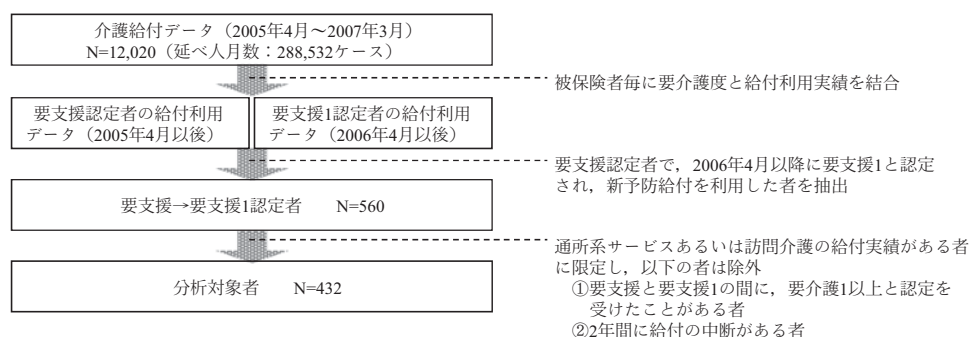


図1 分析データの抽出段階

ているのであろうか。危機は、現場の単なる思いこみに過ぎなかったのであろうか。2番目の分析結果に基づき「通所系サービスにおいても介護予防効果があった」と、なぜ結論していないのであろうか。検討会の2番目の分析における改善群には、「利用回数を減らしたから改善した」のではなく「状態が改善したために利用回数を減らした」という「逆の因果関係」を持つ者が少なからず含まれているのではないかという疑問も湧く。これらを考慮して分析すれば、異なる結果が得られる可能性がある。

介護保険制度の優れている点の1つは、要介護認定データや給付データが電子化されていることである。それを活用すれば、厚生労働省でなくとも、政策効果の評価は可能である。

本研究の目的は、保険者が持つデータを活用し、「逆の因果関係」を考慮して再分析し、結果の再現性を追加検証することである。そのために本稿では、まず検討会の報告書には記載されていない介護予防給付の利用回数の減少が実際にどれくらいあったのかを明らかにする。次に、より妥当と思われる分析方法によっても、利用回数が減少した人において、検討会報告書が言うように悪化群は減ったのか、それとも現場の声のように、悪化群はむしろ増えたのか、を検証する。

## II 研究方法

### 1 分析対象

データは、A県内の7保険者から得た。日本福祉大学が開発し厚生労働省を通じて市町村に配布されている「介護保険給付分析ソフト」及び「介護保険事業実績分析ソフト2006」を用いて<sup>4)</sup>、2005年4月から2007年3月までの2年間の介護給付(2007年7月の審査分レセプトまで) データ延べ288,532人月(約12,000人×各人の観察月数)分を抽出した。それを被保険者毎に結合した給付実績データとした。

分析の対象は、2006年4月の新予防給付の導入以前から予防給付を利用していた要支援認定者のうち、2006年4月以降に新予防給付を利用しており要支援1と認定された者560人を抽出した。要介護状態に変化がなく介護サービス利用回数のみが変化した者を分析対象とするため、要支援と要支援1の間に要介護1以上と認定を受けたことがある者および2年間に給付の中断がある者を除いた。さらに通所系サービスあるいは訪問介護の給付実績がある者に限定した結果、分析対象は432人となった(図1)。

### 2 給付種類と利用回数の分類

利用していた予防給付の種類(重複あり)によって、対象は以下の5群に分けた。①訪問介護: 252人、②通所介護: 188人、③通所リハ: 72人、

④通所介護または通所リハ（②＋③，以下「通所系サービス」）：259人，⑤通所介護または通所リハまたは訪問介護（①＋②＋③，以下「予防給付」）：432人の5つに分けた（表1）。

この給付種類別に各被保険者が新予防給付に移行した前後の新・旧予防給付の利用（給付）回数の変化を求めた。利用回数が①増加群，②不変群，③減少群の3群に分けた。

### 3 要介護度変化の分類と用いた指標

要支援1に移行後の要介護度変化に着目し，要支援1を維持した者を「維持群」，要支援2以上になったものを「悪化群」とした。悪化した者の割合に関する指標として，検討会と同じ「悪化比率」と「悪化発生率」の二つを用いた。「悪化比率」とは単純に「悪化した人数/全体人数」を計算したものである。しかし，この指標は，被保険者毎に要支援1から要介護度が悪化するまでの時期の長さが異なる場合に，要支援1を維持した期間が長くても（図2の③）短くても（図2の④）同じ悪化と見なされてしまう性格がある。そこで，要支援1を維持していた期間の長さを反映する指標として，検討会も用いている「要介護度が悪化した者の発生率（以下，悪化発生率）」＝悪化した人数/要支援1の維持期間（人月法），も算出した。

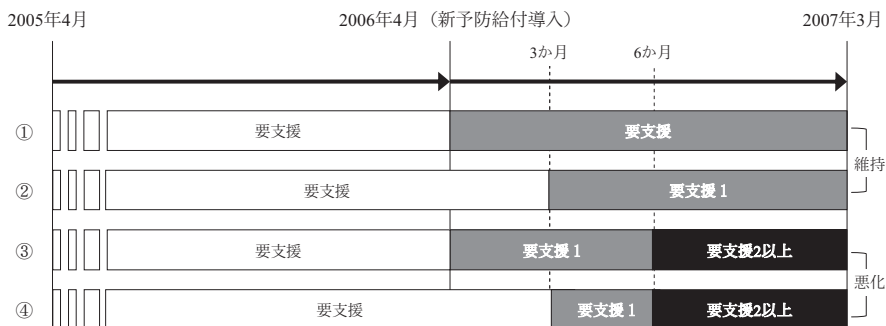
### 4 統計学的検定方法

まずデータが正規分布か否かを検討した結果，正規性の仮定を満たしていなかったため，対応のある標本のウィルコクソン符号順位検定（Paired-samples Wilcoxon Signed Ranks Test）を用い，移行前後において利用回数が有意に減少しているか否かを検定した。移行前後の利用回数が①増加群，②不変群，③減少群の3群間における「悪化比率」の比較にはカイ2乗検定（3×2）を用いた。全ての分析は統計ソフトSPSS Ver11.5を使用した。

## Ⅲ 研究結果

### 1 新予防給付導入前後における予防給付利用回数の変化

要支援1に移行後に，予防給付の利用回数は41.7%（180/432人）で減少していた（表2）。月平均利用回数（表1）は，通所介護で4.9回→4.4回，通所リハで4.4回→4.0回，訪問介護で6.4回→5.2回と全体的に減少していた。予防給付の種類による5つのグループ別に見ると，①訪問介護，②通所介護，④通所系サービス，⑤予防給付においては有意に減少し（ $p<0.001$ ），③通所リハにおいても減少の傾向（ $p=0.051$ ）を認めた。利用回数が多かった者ほど利用回数が抑えられた結果，利用回数の標準偏差は全て小さくなっ



注) この図の場合，悪化比率は50%（＝悪化した2人/全体4人），悪化発生率は0.067（＝悪化した2人/要支援1の維持期間30か月）となる。1,000人を1年間追跡（12,000人月）する場合には， $12,000 \times 0.067 = 800$ 人となり，1,000人中80%が悪化することを意味する。

図2 維持・悪化及び悪化発生率の概念

表1 新予防給付利用前後における月平均利用回数の変化

| 給付種類                                  |        | 移行前（要支援） |             | 移行後（要支援1）   |              | (人, %, 回/月) |  |
|---------------------------------------|--------|----------|-------------|-------------|--------------|-------------|--|
|                                       |        | 月利用回数    |             | 月利用回数       |              | 利用回数変化      |  |
| ⑤<br>予<br>防<br>給<br>付*                | 人<br>数 | 9回以上     | 88 (20.4)   | 47 (10.9)   | -41 (-46.6)  |             |  |
|                                       |        | 7～8回     | 114 (26.4)  | 108 (25.0)  | -6 (-5.3)    |             |  |
|                                       |        | 5～6回     | 52 (12.6)   | 42 (9.7)    | -10 (-19.2)  |             |  |
|                                       |        | 3～4回     | 160 (37.0)  | 217 (50.2)  | 57 (35.6)    |             |  |
|                                       |        | 2回以下     | 18 (4.2)    | 18 (4.2)    | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 計        | 432 (100.0) | 432 (100.0) | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 平均利用回数   | 6.6         | 5.7         | -0.9 (-13.6) |             |  |
|                                       |        | 標準偏差     | 3.66        | 2.52        | -            |             |  |
| ①<br>訪<br>問<br>介<br>護*                | 人<br>数 | 9回以上     | 55 (21.8)   | 19 (7.5)    | -36 (-65.5)  |             |  |
|                                       |        | 7～8回     | 43 (17.1)   | 61 (24.2)   | 18 (41.9)    |             |  |
|                                       |        | 5～6回     | 19 (7.5)    | 17 (6.7)    | -2 (-10.5)   |             |  |
|                                       |        | 3～4回     | 115 (45.6)  | 142 (56.3)  | 27 (23.5)    |             |  |
|                                       |        | 2回以下     | 20 (7.9)    | 13 (5.2)    | -7 (-35.0)   |             |  |
|                                       |        | 計        | 252 (100.0) | 252 (100.0) | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 平均利用回数   | 6.4         | 5.2         | -1.2 (-18.8) |             |  |
|                                       |        | 標準偏差     | 4.28        | 2.18        | -            |             |  |
| ④<br>通<br>所<br>系<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス* | 人<br>数 | 9回以上     | 15 (5.8)    | 9 (3.5)     | -6 (-40.0)   |             |  |
|                                       |        | 7～8回     | 73 (28.2)   | 38 (14.7)   | -35 (-47.9)  |             |  |
|                                       |        | 5～6回     | 40 (15.4)   | 33 (12.7)   | -7 (-17.5)   |             |  |
|                                       |        | 3～4回     | 101 (39.0)  | 155 (59.8)  | 54 (53.5)    |             |  |
|                                       |        | 2回以下     | 30 (11.6)   | 24 (9.3)    | -6 (-20.0)   |             |  |
|                                       |        | 計        | 259 (100.0) | 259 (100.0) | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 平均利用回数   | 5.1         | 4.5         | -0.6 (-11.8) |             |  |
|                                       |        | 標準偏差     | 2.42        | 1.97        | -            |             |  |
| ②<br>通<br>所<br>介<br>護*                | 人<br>数 | 9回以上     | 3 (1.6)     | 6 (3.2)     | 3 (100.0)    |             |  |
|                                       |        | 7～8回     | 52 (27.7)   | 28 (14.9)   | -24 (-46.2)  |             |  |
|                                       |        | 5～6回     | 32 (17.0)   | 19 (10.1)   | -13 (-40.6)  |             |  |
|                                       |        | 3～4回     | 76 (40.4)   | 115 (61.2)  | 39 (51.3)    |             |  |
|                                       |        | 2回以下     | 25 (13.3)   | 20 (10.6)   | -5 (-20.0)   |             |  |
|                                       |        | 計        | 188 (100.0) | 188 (100.0) | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 平均利用回数   | 4.9         | 4.4         | -0.5 (-10.2) |             |  |
|                                       |        | 標準偏差     | 2.23        | 2.07        | -            |             |  |
| ③<br>通<br>所<br>リ<br>ハ <sup>ns</sup>   | 人<br>数 | 9回以上     | 4 (5.6)     | 2 (2.8)     | -2 (-50.0)   |             |  |
|                                       |        | 7～8回     | 12 (16.7)   | 8 (11.1)    | -4 (-33.3)   |             |  |
|                                       |        | 5～6回     | 11 (15.3)   | 14 (19.4)   | 3 (27.3)     |             |  |
|                                       |        | 3～4回     | 30 (41.7)   | 32 (44.4)   | 2 (6.7)      |             |  |
|                                       |        | 2回以下     | 15 (20.8)   | 16 (22.2)   | 1 (6.7)      |             |  |
|                                       |        | 計        | 72 (100.0)  | 72 (100.0)  | 0 (0.0)      |             |  |
|                                       |        | 平均利用回数   | 4.4         | 4.0         | -0.4 (-9.1)  |             |  |
|                                       |        | 標準偏差     | 2.68        | 2.38        | -            |             |  |

注) \*P&lt;0.001

ていた。

## 2 新予防給付導入のアウトカム評価：利用回数の変化群別「悪化比率」と「悪化発生率」

新予防給付利用前後においてその利用回数の

変化群（増加群，不変群，減少群の3群と，増加と不変を合わせた増加・不変群，減少群の2群）間で「悪化比率」と「悪化発生率」を比較した。予防給付，訪問介護，通所系サービス，通所介護，通所リハの5つに分け，分析結果を表2に示した。

表2 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化

|                                               |        |      |         |    |        | (人, %) |         |                     |       |
|-----------------------------------------------|--------|------|---------|----|--------|--------|---------|---------------------|-------|
| 利用回数                                          | 区分     | 要介護度 |         |    |        | 全体     |         | 悪化発生率 <sup>*1</sup> |       |
|                                               |        | 維持   |         | 悪化 |        |        |         |                     |       |
| ⑤<br>予<br>防<br>給<br>付 <sup>ns</sup>           | 増加     | 81   | (90.0)  | 9  | (10.0) | 90     | (100.0) | 0.017               | (199) |
|                                               | 不変     | 155  | (95.7)  | 7  | (4.3)  | 162    | (100.0) | 0.006               | (76)  |
|                                               | (増加不変) | 236  | (93.7)  | 16 | (6.3)  | 252    | (100.0) | (0.010)             | (116) |
|                                               | 減少     | 164  | (91.1)  | 16 | (8.9)  | 180    | (100.0) | 0.014               | (170) |
|                                               | 全体     | 400  | (92.6)  | 32 | (7.4)  | 432    | (100.0) | 0.012               | (138) |
| ①<br>訪<br>問<br>介<br>護 <sup>ns</sup>           | 増加     | 42   | (85.7)  | 7  | (14.3) | 49     | (100.0) | 0.025               | (302) |
|                                               | 不変     | 98   | (92.5)  | 8  | (7.5)  | 106    | (100.0) | 0.012               | (138) |
|                                               | (増加不変) | 140  | (90.3)  | 15 | (9.7)  | 155    | (100.0) | (0.015)             | (185) |
|                                               | 減少     | 91   | (93.8)  | 6  | (6.2)  | 97     | (100.0) | 0.009               | (113) |
|                                               | 全体     | 231  | (91.7)  | 21 | (8.3)  | 252    | (100.0) | 0.013               | (156) |
| ④<br>通<br>所<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス <sup>**</sup> | 増加     | 50   | (96.2)  | 2  | (3.8)  | 52     | (100.0) | 0.006               | (67)  |
|                                               | 不変     | 92   | (96.8)  | 3  | (3.2)  | 95     | (100.0) | 0.005               | (56)  |
|                                               | (増加不変) | 142  | (96.6)  | 5  | (3.4)  | 147    | (100.0) | (0.005)             | (60)  |
|                                               | 減少     | 95   | (84.8)  | 17 | (15.2) | 112    | (100.0) | 0.025               | (302) |
|                                               | 全体     | 237  | (91.5)  | 22 | (8.5)  | 259    | (100.0) | 0.013               | (157) |
| ②<br>通<br>所<br>介<br>護 <sup>*</sup>            | 増加     | 39   | (95.1)  | 2  | (4.9)  | 41     | (100.0) | 0.008               | (98)  |
|                                               | 不変     | 70   | (95.9)  | 3  | (4.1)  | 73     | (100.0) | 0.006               | (72)  |
|                                               | (増加不変) | 109  | (95.6)  | 5  | (4.4)  | 114    | (100.0) | (0.007)             | (81)  |
|                                               | 減少     | 61   | (82.4)  | 13 | (17.6) | 74     | (100.0) | 0.030               | (364) |
|                                               | 全体     | 170  | (90.4)  | 18 | (9.6)  | 188    | (100.0) | 0.015               | (184) |
| ③<br>通<br>所<br>リ<br>ハ <sup>ns</sup>           | 増加     | 15   | (100.0) | 0  | (0.0)  | 15     | (100.0) | 0.000               | (0)   |
|                                               | 不変     | 24   | (100.0) | 0  | (0.0)  | 24     | (100.0) | 0.000               | (0)   |
|                                               | (増加不変) | 39   | (100.0) | 0  | (0.0)  | 39     | (100.0) | (0.000)             | (0)   |
|                                               | 減少     | 29   | (87.9)  | 4  | (12.1) | 33     | (100.0) | 0.020               | (234) |
|                                               | 全体     | 68   | (94.4)  | 4  | (5.6)  | 72     | (100.0) | 0.008               | (94)  |

注) 1) \*P&lt;0.05, \*\*P&lt;0.01

2) ※1: 悪化発生率の( )は1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合, 悪化する人数を意味。

予防給付全体(n=432 要支援1)の悪化比率は, 利用回数増加群で10.0%と最も高く, 次に減少群で8.9%, 維持群が4.3%の順で, 増加・不変群では6.3%であった。これは検討会の報告(n=2,265 要支援1(n=797)と2(n=1,468))と同じ傾向であったが, 検討会とは異なり統計学的に有意な関連ではなかった(p=0.175)。

次に, 予防給付を, 通所系サービスと訪問介護に分けると, 両者で逆の傾向が見られた。訪問介護に限定すると, 全体と同様に, 利用回数が増加した群で悪化比率が14.3%で一番高く, 減少群で6.2%と最も低かったが, 統計学的に有意ではなかった。悪化発生率では, 増加群が0.025, 減少群が0.009であった。

一方, 通所系サービスでは, 予防給付全体, 訪問介護とは逆に, 利用回数が増えた群におけ

る悪化比率3.8%に対し, 減少した者では15.2%と4倍高くなった。これは統計学的にも有意であった(p<0.01)。悪化発生率でも減少群で0.025と増加群や不変群より5倍も高かった。通所介護, 通所リハ別にみても, 同じであった。

#### IV 考察

##### 1 分析の主な所見

要支援1に移行後に, ①予防給付の利用回数は有意に減少し, ②予防給付全体で見れば, 利用回数減少群で悪化する者の割合は少なかったが, 検討会の報告書とは異なり統計学的な有意差はなかった。また, 訪問介護と通所系サービスに分けて分析した結果では, ③訪問介護においては, 予防給付全体と同様に利用回数が増加した

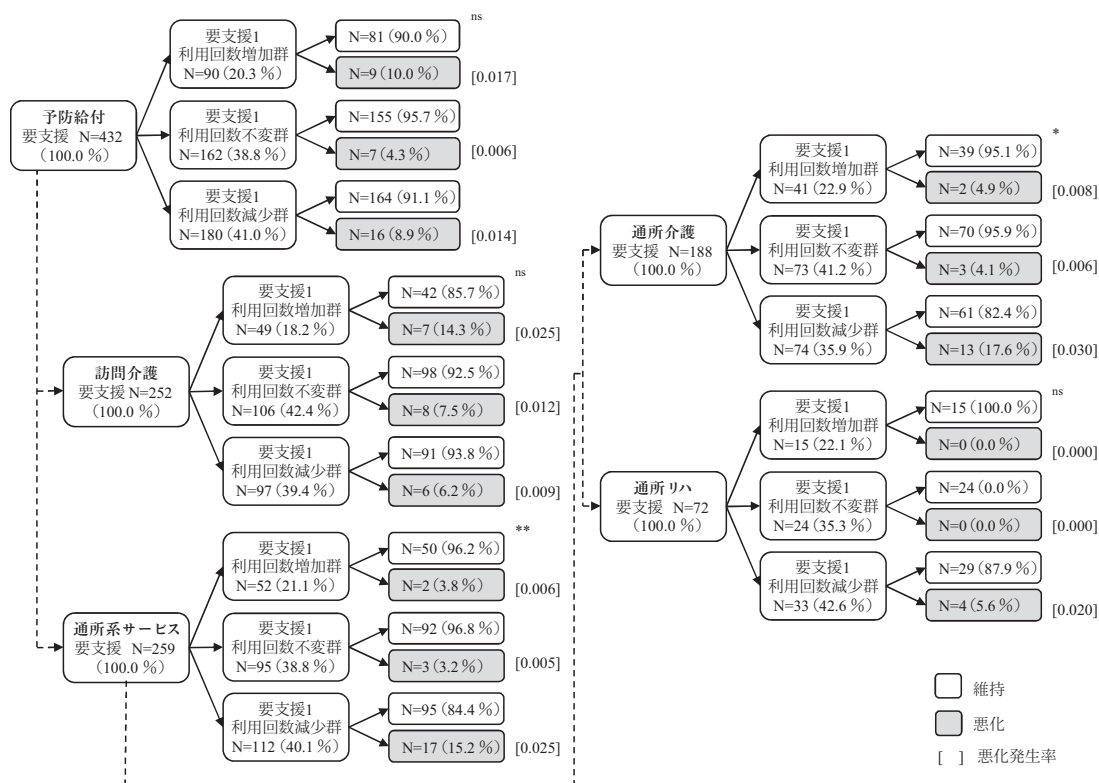


図3 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化

者で悪化発生率が一番高かったが、ここでも統計学的な有意差はなかった。さらに④通所系サービスでは、報告書とは反対に、利用回数が減少した者で悪化比率では4倍と有意に高く、悪化発生率では5倍も高かった。

## 2 本分析と検討会報告書の分析方法の違い

厚生労働省の検討会と異なる結果が得られたのは、3つの点で分析方法が異なるためと思われる。

第1に、本分析では給付実績データを用いたことである。検討会では、利用者からの聞き取りによって、移行前の利用回数と要介護度のデータを得ている。このような思い出し法では、主観による誤差が大きくなることが知られている。客観的な給付実績データを使った本分析で、利用回数の変化は1ヶ月あたり0.4～1.2回とさほど

大きなものではなかった。これは、わずかな記憶間違いにより結果に影響を与えた可能性があることを意味する。利用回数に関しては、給付実績データを用いた本分析の方が、信頼性と妥当性が高いと考えられる。

第2に、利用回数の変化と要介護度変化の両者の関連を単純に分析すると、利用回数の減少と要介護度の改善は強い関連を示すと予想される。なぜならば「利用回数の減少によって要介護度が改善した」者だけでなく、逆に「要介護度が改善したために利用回数を減らした」者もそこには含まれてくるからである。この「逆の因果関係」の混在を排除するため、本分析では、2006年4月以降初めての要介護認定で要支援から要支援1と要介護度に変化がなかった者だけを対象にした。その時の利用回数の変化だけで群分けし、その後の要介護度の変化を分析した。こ



の分析方法によって、要介護度の改善のために利用回数を減らした者は排除でき、要介護の変化よりも利用回数の変化が先行した者だけをとらえていると考えられる。

一方、検討会の報告書〔2008b〕を読むと、要介護度の変化と利用回数の変化が同時点で起きた者も含めているように読める。実際、報告書のデータ（表3に再掲）を見ても、利用回数の減少で、増加・不変に比べ要介護度の改善が10%ポイント前後多くなっている。利用回数が減ったにもかかわらず、これほど改善が増えるとは考えにくく、「逆の因果関係」を排除しないまま両者の関連を分析した可能性が高いことを示唆している。仮に、これが「逆の因果関係」を排除した分析結果だとすれば、利用回数を減少した方が、要介護度に悪影響がないに留まらず、むしろ要介護度の改善をもたらすことを意味している。ならば、なぜこの分析結果に基づき、保険者やケアマネジャーに介護予防給付の利用回数減少を推奨しなかったのか、理解に苦しむ。

第3に、検討会の分析対象には、要支援1と2が含まれているが、本研究では要支援2を含めなかった。要支援2は、2006年4月以前には、要介護1であった者である。2006年4月前後の利用回数の変化による影響を見るためには、その前後で要介護度が不変でかつ利用回数のみが変わった者を対象にすべきと考えたからである。一方、本分析では要支援2を対象に含めなかったために、要介護度が「改善」した者を考慮できなくなった。給付実績データでは、要支援あるいは要支援1か

ら「改善」した場合、利用中止となる。ただし観察期間中に利用を中止した者の中には、改善し自立した者だけでなく、悪化して病院に入院して利用を中断した者も含まれている。この点も考え、本分析の対象とはしなかった。

検討会の報告書〔2008a〕の中にある1番目の分析方法を見ると、同様な考察のもとで要支援1のみを対象としている。なぜ、利用サービス種類別の利用回数変化別に要介護度変化をみる時のみ、要支援2を含めたのか、分析対象と方法についての記述が見あたらない。

検討会報告書の要支援2を含んだ分析結果を見ると（表3に再掲）、確かに要介護度悪化群は利用回数が増加した者に多い（利用回数が増加・不変・減少した者別の悪化群の割合は、通所介護ではそれぞれ15.2%に対し8.5%，5.2%，通所リハでも12.7%に対し9.3%，5.4%）。しかし、それは要支援2（2006年4月以前は要介護1）を対象に含めたために、要支援1への改善群が増えたことによる可能性がある。改善群の割合を、利用回数が増加・不変・減少の順に見ると、通所介護では12.4%，17.9%，24.7%，通所リハでは14.1%，18.3%，30.0%と、利用回数が減少した者で改善群が多い（24.7～30.0%）のが目立つ。つまり、要支援2を対象に加えたために、改善群が増え、そのせいで悪化群が占める割合が（4.7～5.7%に）減った可能性が否定できない。もし、報告書が言うように、本当に利用回数が減少した者で悪化群が減るのであれば、要支援1に限定しても利用回数が減少した者で悪化群も減ると期待できる。しかし、要支援1に限定した本分析

表3 新予防給付利用前後の利用回数変化による要介護度の変化（検討会の報告）

| (%)        |      |      |      |      |      |      |      |     |      |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|
| 利用回数       | 増加   |      |      | 不変   |      |      | 減少   |     |      |
| 要介護度       | 維持   | 悪化   | 改善   | 維持   | 悪化   | 改善   | 維持   | 悪化  | 改善   |
| 3サービスの合計※1 | 72.6 | 13.7 | 13.7 | 71.8 | 10.4 | 17.8 | 68.9 | 4.7 | 26.4 |
| 訪問介護       | 71.8 | 12.0 | 16.2 | 72.0 | 10.3 | 17.7 | 66.3 | 5.7 | 28.0 |
| 通所系サービス    | 72.7 | 13.2 | 14.1 | 71.9 | 10.4 | 17.7 | 68.6 | 4.7 | 26.7 |
| 通所介護       | 72.4 | 15.2 | 12.4 | 73.6 | 8.5  | 17.9 | 70.1 | 5.2 | 24.7 |
| 通所リハ       | 73.2 | 12.7 | 14.1 | 72.3 | 9.3  | 18.3 | 64.6 | 5.4 | 30.0 |

注) ※1：3サービスの合計は本研究の予防給付にあたる。

出典) 厚生労働省検討会の報告をもとに筆者が作成。

の結果では、利用回数減少群で悪化群が4~5倍も増えていた。少なくとも検討会が分析したデータにおいて、対象者を要支援1に限定した場合の内訳も示されるべきと考える。

その他、「悪化比率」に加え「悪化発生率」も見たことである。検討会も、1番目の分析結果では、人月法による「悪化発生率」も報告し、その理由として観察期間にバラツキがあるためとしている。本分析においても、観察期間に1~12ヶ月とバラツキが見られているため、「悪化比率」のみでなく「悪化発生率」も検討し、以上の結果が不変であることを確認した。

### 3 本分析方法の限界

稀なことと思われるが、新制度への移行後に利用回数が減らないように配慮して、一部の保険者が要介護認定の2次判定において、実際よりも要介護度を重い方へと区分変更している可能性が考えられる。この場合には、給付実績データであっても利用者の悪化の実態を反映していない可能性が残る。その可能性の大きさを検討するために、分析に用いたデータの提供保険者に対する追加的な面接調査も行った。分析対象とした7保険者のうち5保険者の介護認定担当者には訪問面接で「新予防給付への移行により利用していたサービス量が減ってしまうのを避けるために、要介護度の2次判定で配慮することがありうるか。あるとすればそのタイミングはいつか」を質問した。その結果、「移行時の2次判定に考慮されることはない」との回答が4保険者で、1保険者のみ「移行時の2次判定時に考慮することはありえる」と回答した。そこで、この1保険者を除く4保険者のデータで再分析したが、結果は同じであった。

その他、検討会の方法と同じく、本分析も行政データを用いた後方視的な分析であるための限界があり、改善すべき余地はいろいろある。しかし、いくつかの点で、厚生労働省の検討会よりも妥当性が高いと思われる分析方法を用いた結果、異なる評価結果が得られたことに違いない。

### 4 新予防給付がもたらしたもの

新予防給付の導入後に予防給付の利用回数の減少がみられたのは、厚生労働省によるサービス利用抑制策の効果であろう。つまり新予防給付に適用された1ヶ月毎の定額制は、保険財源の効率化には効果があった。一方で、利用量過少を招きサービスの質低下を招く可能性もある。したがって、費用抑制の効果だけではなく、質の低下を招いていなかったかという視点からの検証も重要である。介護予防を目的とする新予防給付で言えば、もし利用の抑制によって要介護度が悪化する者が増えるようであれば、定額制導入の負の側面が出たことになる。今回の分析方法によると、通所系サービスにおいて利用回数が（週二回から週一回へなど）減少した利用者において、利用回数が不変・増加した者より、要介護度の悪化発生が4倍以上高いという結果が出た。つまり、利用の抑制が悪化の発生を増加させた可能性が高い。

一方、訪問介護では、統計的な有意差は消失したが通所系サービスとは反対の結果が出た。その原因として、①給付サービス種類の違い、②移行前と後の利用回数の水準や減少幅の大きさなどが考えられる。

①給付サービス種類の違いについては、通所系サービスでは、利用の減少が外出や身体活動の減少を招き廃用症候群を来して要介護度が悪化した。訪問介護では、ヘルパーにしてもらっていたことを自分でやらざるを得なくなったために、むしろ身体機能が維持された可能性もある。この場合、通所系サービスでは、費用の抑制が質の低下を招いたが、訪問介護では、費用抑制と質向上の両方を実現したことになる。

②移行前後の利用回数の水準や減少幅の大きさについては、訪問介護に比べ通所系サービスでは、導入前後の変化が大きかった。例えば、要介護度が悪化した者の利用回数変化をみると、通所系サービスでは減少群において平均3.1回/月も利用回数が減少していたのに比べて、訪問介護では平均1.0回/月と3分の1の減少に止まった。また、移行前後の利用回数の増減によって



通所系サービスでは利用者間の利用回数の差が広がった（2.2回/月）が、訪問介護では逆に差が0.4回/月と縮まっていた。つまり新予防給付の導入は訪問介護に対しては相対的に「適正サービス」の利用を誘導したが、通所系サービスに対しては「過小サービス」を助長した可能性もある。

行政データを用いた後方視的な本分析だけで断定は出来ないが、より大規模なデータを用いた前方視的な評価で、同じような結果が示されるのであれば、通所系の1ヶ月あたりの定額制の導入は、サービスの質の低下を招いた可能性が高い。

### 5 より厳密なプログラム評価を

政策の導入は、意図した結果だけでなく、意図せざる結果、いわば副作用も招くことがある。今回の分析方法では、通所系サービスにおいて、サービスの質の低下を招いた可能性が示された。もし、これが実態を反映しているとすれば、通所系サービスだけでも1千5百億円（2007年度の介護予防サービス保険給付額）もの財源が投入されているにも関わらず、制度改正後に要介護度悪化した者が約3倍（増加・不変0.005→減少を含んだ全体0.013）に増え、全国では約2万人に悪影響が及んでいると推計できる<sup>5)</sup>。単純に計算すれば、約2万人の要介護度悪化によって年間給付額は最小約130億円増えたと試算できる<sup>6)</sup>。海外では、1億円規模の予算を割いて、より厳密なプログラム評価研究を行い、意図した効果だけでなく、意図せざる副作用についても検証をしている。一見、莫大な費用に見えるが、これほど大きな影響がある制度変更であれば、より厳密なプログラム評価を行い、それによる無駄や副作用をチェックする評価研究にかける費用は、十分に費用対効果の高いものだと考える。

分析対象の選び方や、用いる指標によって、異なる結果が得られることは我々もよく経験する。今回のように、その可能性が示された場合には、より妥当な方法によるプログラム評価によって、再評価をすべきだと考える。その時に

は、政府とは独立した第三者による再評価が必要と考える。なぜならば、医学研究の世界では、効果を期待している者（新薬であれば製薬会社）がスポンサーとなった研究では、「利益相反」が生じて「新薬が有用」とする論文が多く報告されていることが知られているからである。

福祉社会は立場の異なる多くの主体（官・企業・NPO・市民・専門職など）によって担われる社会である。立場が違えば、重視される価値・基準も異なってくる。したがって、異なる立場の評価主体による多元的な評価が必要である。今回の分析に基づけば、厚生労働省の検討会による評価だけを根拠に「介護予防給付は有効」「通所系サービスの利用回数を制限しても要介護度の悪化は招かない」と結論することには、慎重であるべきだと思われる。立場の異なる者でも納得のいくような妥当性の高い方法による第三者による再評価が望まれる。

## V 結語

2006年4月の介護保険制度の見直しで、定額制の介護報酬を通所系サービスに導入したことにより、介護給付費だけでなく通所系サービスの利用回数も抑制された。7保険者の給付実績データを用いた分析の結果、通所系サービスの利用回数減少群において、要介護状態の発症・悪化が4倍以上に増えていた。

既存の給付実績データを用いたために避けられない方法論上の制約がある分析であるため、この結果から断定的な結論を下すのが我々の意図ではない。しかし、これが実態を反映しているものとすれば、検討会の報告書の結論とは異なり、通所系サービスでは、新予防給付の導入によって、全国で2万人規模で要介護度が悪化した人が出て、単純に試算すると130億円規模の給付が増えた可能性がある。

意図せざる結果を招いていないのか、より妥当性の高い方法で再評価されるべきである。それは、利害相反を避けるため、第三者の手によって行われることが望ましいと考える。

## 謝辞

「私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（文部科学省）により開設された健康社会研究センターにおいて、平成22年度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」（H22-長寿-指定-008）の助成を受けて行った研究である。記して深謝します。

## 注

- 1) 改正介護保険法（第八条の二）では「介護予防」について「身体上又は精神上的の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう」と定義している。
- 2) 通所サービスの報酬が、予防プランにより回数は「必要なだけ」とされながら、要支援1は月に22,260円、要支援2は月に43,530円と月の定額に変更された。
- 3) 介護保険法改正前より要支援1は61,500円から49,700円で2割減、要介護1から要支援2への移行は165,800円から104,000円へと4割減である。
- 4) 保険者が自ら介護保険事業の実績を把握・分析することを支援する政策評価支援ソフトとして開発され、厚生労働省を通じて2001年6月に全国自治体に配布された。各都道府県の国民健康保険団体連合会から毎月提供される「保険者向け給付実績情報」をソースデータとして、介護保険サービスの利用実績を分析できるデータ形式に変換する特徴を持つ。
- 5) 通所系サービスにおける利用回数の減少がなかった増加・不変群（0.005）に比べて、減少群を含んだ全体の悪化発生率（0.013）は2.6倍高かった。新予防給付の導入によって要介護度が悪化した人数は平成21年度1月に要支援1受給者数338,900人に基づき、本研究の結果による

通所系サービス利用者割合（60％）と悪化発生率増加分（0.008）を勘案した推定値である。

- 6)  $19,521人 \times 5,430単位$  [要支援2の10,400単位－要支援1の4,970単位]  $\times 12$ か月。

## 参考文献

- 遠藤久夫・池上直己（2005）『医療保険・診療報酬制度』勁草書房。
- 大阪ボランティア協会（2008）『福祉小六法2008』中央法規。
- 厚生労働省（2006）『介護報酬の平成18年4月改定について』社会保障審議会介護給付費分科会。
- （2004）『介護保険制度改革の全体像』2009年7月現在（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>）。
- （2008a）『介護予防サービスの定量的な効果分析について』第4回介護予防継続的評価分析等検討会。
- （2008b）『介護予防サービスの利用回数の変化ごとの介護度の変化について』第4回介護予防継続的評価分析等検討会。
- 国民健康保険中央会（2009）『介護保険認定者・受給者の状況』平成21年1月分。
- 近藤克則（2008）「介護保険政策の評価研究」『社会政策研究』第8号，153-154頁。
- （2008）「福祉社会開発におけるプログラム評価」二木立代表編『福祉社会開発学：理論・政策・実際』第7章，ミネルヴァ書房。
- 社会福祉法人東京都社会福祉協議会介護保険居宅事業者連絡会（2006）「介護保険制度改定の影響調査（利用者調査）報告書」『介護経営白書2006年版』第4章。
- 平野隆之，笹川 修（2008）「介護保険給付実績分析ソフトの設計思想と到達点：保険者主体の評価ツール」『社会政策研究』第8号，176-188頁。
- 読売新聞（2007）『負担増に戸惑いや不安』2007年9月27日記事（<http://www.yomiuri.co.jp/e-japan/yamaguchi/kikaku/073/5.htm>）。

（Dongmin Seo 韓国，健康保険審査評価院  
審査評価政策研究所主任研究員）  
（こんどう・かつのり 日本福祉大学教授）