

要介護認定方式と費用設定に関する一考察

小 山 秀 夫

I 問題の所在

1. 高齢者介護をめぐる動向

高齢者の介護保障が、大きな社会問題となっている。1994年4月1日、厚生省大臣官房政策課に高齢者介護対策本部が設置された。翌5月26日、20年以上の議論の末、ドイツで介護保険法(要介護リスクに関する社会保障法)が成立したこともあって、それ以降わが国でも本格的に介護保障議論が進められてきた。その中心的課題は、介護費用の負担と給付に対応する新たな公的保険制度の設計にあった。

高齢者介護問題については、老人保健福祉審議会が95年2月14日以降、33回の総会と12回の分科会で審議を重ね、介護保険制度に関する合意を形成した。96年6月6日、厚生省は「介護保険制度案大綱」を取りまとめ、厚生大臣から老人保健福祉審議会と社会保障制度審議会に諮問した。両審議会から答申を受けた厚生省は、第136通常国会に法案提出を試みたが、提出には至らず、6月17日に与党間で「次期国会で法案を提出する」旨の合意がなされた。

わが国の高齢者介護関連制度は、1982年の老人保健法の制定、86年の老人保健施設制度の創設、89年のゴールドプラン、90年の老人福祉法の改正、老人病院入院医療管理料の新設、91年の老人訪問看護制度の創設、92年の福祉人材確保法、看護人材確保法の制定、93年の老人保健福祉計画の作成、療養型病床群の新設、94年の21世紀福祉ビジョンと新ゴールドプランの策定

といった一連の改革が進められてきた。この12年間は、82年にデンマーク社会省の高齢者委員会が施設サービス偏重から在宅サービス重視を掲げ、いわゆる高齢者ケアの3原則(生活の継続性、自己決定、残存能力の活用)を確立し、85年にオーストラリアで高齢者ケア改革が開始され、91年に合衆国でナースিংホーム改革が、92年にスウェーデンでエーデル改革が、93年に英国でコミュニティケア改革が、そしてドイツで介護保険法が成立した時期と符合する。これら各国の制度改革は、わが国の研究者によって研究され、その成果は政策立案者の参考にされてきた。そして、高齢化とともに進展している国際化と情報化の波は、制度立案の国際化と情報化へと収斂しつつある。国民生活に直接、間接に影響を与える新しい介護保障制度を立案するためには、各国の情報も体験も必要であるし、各種の利害調整の方法についても予め研究することが必要である。

新しい介護保障制度について研究する課題は、膨大であり、研究チームによる対応が不可欠である。また、介護保険制度を立案するためには、保険学、財政学、法律学、行政学をはじめ保健医療福祉に関する総合的な政策科学の蓄積が必要である。しかし、このような政策科学の基盤整備は、わが国では著しく乏しいといわざるをえない。介護保障制度に関する筆者のささやかな関心は、要介護認定と要介護度判定の方法論にある。以下では、限られた研究資源を活用し、個人的意見を披瀝してみたい。

2. 要介護認定と要介護度判定

厚生省の介護保険制度大綱は、要介護認定と要介護度判定に関して次のように述べている。「被保険者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定審査会が国の定めた公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定することにより行う」「要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに認定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる」「施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等を踏まえ、必要とされる費用に基づき、介護給付額を設定する」。

文字通り読めば、①厚生省が公平かつ客観的な要介護認定基準を作成する。②給付は要介護度に応じることになる。①は要介護認定を、②は要介護度判定をそれぞれ意味する。しかし、わが国の高齢者施設も各種在宅サービスも、このような公平かつ客観的な介護認定や要介護度判定を必ずしも体験しているわけではない。主に要介護高齢者を対象とした施設である特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等の病床（老人療養型病床群入院医療管理料、老人病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料、診療所老人医療管理料を算定している病床、以下療養型等病床という）は、ケアに関して実質的に定額の費用支払いを受けている。ここで定額というのは、ある施設（病棟）内における入院・入所者1人当たりのケア費用が、ほぼ定額の設定となっていることを意味する。しかし、各施設の費用算定方式は、それぞれ個別の制度で各種の加算制度もあり、厳密には定額でない場合もありうる。

特養については、市町村で入所者判定を行い、行政権限として措置するが、老健施設や療養型等病床は、医療機関であり、契約施設である。同様に在宅福祉サービスの利用には行政が関与するが、訪問看護サービスは医師の指示によって開始される。これら全てのサービスは、介護度に応じて料

金が設定されているわけではなく、実質的に定額の費用支払いとなっている。わが国の生命保険会社の介護保険も損害保険会社の介護補償保険も、ほとんど定額払いで、要介護状態を認定する独自の認定審査システムをもっていない。それゆえ、いかに公平かつ客観的な要介護認定や要介護度判定を策定できたとしても、まったく未体験の要介護度判定が社会に受け入れられるのかといった懸念が、制度設計当初から存在することになる。しかし「介護が必要な者が、自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが総合的、一体的に提供されるような利用者本位の制度とする」という趣旨から要介護認定と要介護度判定基準の策定が必要となるのである。

3. 要介護状態もしくは発生費用の保障

公的介護保険といった場合、要介護状態を保険事故として、保険給付を行うという理解が一般的であろう。しかし、要介護認定と要介護度判定の場合、介護が必要になった状態を保険事故と考えるのか、それとも介護によって発生した費用を事故と考えるのかといった区別が可能である。実際に民間生命保険会社の介護保険は前者を、損害保険会社の介護補償保険は後者を保険事故として、保険給付を行う建前となっている。公的年金保険制度は、老齢（退職）、障害、遺族という状態に対して給付が行われ、医療保険制度の医療給付は、必要な医療費に対して給付が行われているのと同様である。この区別は、一定の状態なのか、それとも発生する費用なのかといったことになる。

このようなことは、公的介護保険では、どのように考えるのであろうか。高齢者の施設費用は、原則として定額支払いとなっているが、入院・入所という状態と、施設で発生する費用総額は、ほぼイコールの関係が成り立つとも考えられる。一方、在宅のホームヘルパーや訪問看護サービスについては、訪問回数による費用支払いが行われており、状態というより、原則として発生する費用を保障していることになる。現行の支払い方式のままで、介護保険制度を設計するとすれば、状態での支払いと発生する費用の2本立てとなってい

まう。しかし、介護保険は被保険者1人ひとりに給付を受ける権利が発生するので、介護が必要になった場合、サービスの質と量が保障されることが前提とならざるをえない。それゆえ、発生する費用をベースに段階的な給付を設定し、その段階ごとの状態像を求めるという考え方も成立する。

サービスの提供者サイドにすれば、1人ひとりのニーズに応じて、サービスを提供するのであるから、そのサービスの質と量に見合った対価を要求することになる。ただし、ニーズに応じたサービスが提供されている場合のみ、このような要求が正当になる。介護の手間がかかっても、手間がかからなくても、同一の対価しか受け取れないとすれば、介護の質の向上も、重介護者への適切なサービス提供も困難になる恐れさえある。このように考えると、サービスの量および質の確保に要する費用を対価として支払うシステムを構築することが必要になると思う。この作業は、それほど簡単でもないし、対価を受ける全ての人々が納得できるシステムにするためには、実証的データによる科学的根拠が必要になるのである。

II 要介護認定と要介護度判定の基本的考え方

1. 要介護認定の方法

要介護認定とか要介護度判定という行為は、介護保険制度固有のものではない。わが国の特養の入所者判定は、市町村の行政権限で進められている以上、要介護状態と認定し、介護度が重く、緊急性の高い要介護高齢者を合議で判定しているといえる。また、老健施設では、入所者に対する入退所判定会議を一定期間ごとに開催し、職員間の合議により判定し、その結果を保管することを義務づけている。要介護認定については、このような合議判定か専門家による属人的判定かに大別できる。この両者を何らかの形で混合する形態も考えられる。介護保険制度案大綱では、訪問調査者が調査実施した結果と医師の意見書を参考に審査委員会で合議決定されることを想定している。

属人的な認定制度としては、英国のケアマネジ

ャー（原則としてソーシャルワーカー）やドイツの要介護認定を専門に行う第三者機関のMDK（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung）の医師の存在がある。本沢〔1996, pp. 87-95〕は「申請者のための訪問調査は、法律上、医師と介護専門職が一緒に行うことになっている。しかし、MDKのメンバー構成が従来医師に限られていたこともあり、実際には医師1人で調査に当たっているケースが大半である」としたうえで、その問題点を指摘している。

徹底した合議判定の例としては、後に述べるオーストラリアの高齢者アセスメントチームの存在がある。属人判定か合議判定かといったことについては、事務処理のスピードという点では前者に、安全性という点では後者に有利であるように考えられる。しかし、判定の公平性とか信頼性の確保といったことについては、担当者の教育による資質と、使用するアセスメント方式の科学性に依拠すると考えられる。

2. 要介護度判定の方法

要介護度の判定は、ドイツの介護保険で3段階とされているが¹、オーストラリアのナースিংホーム給付では5段階、オーストリアの連邦介護手当（現金給付）で7段階、合衆国のナースিংホームで後に述べるRUG方式を採用している州では、44分類となっている。注意を要するのは、第1に、これら各国の介護度判定基準の高低を決定しているのは、基本的に一定の段階に属する要介護高齢者に対する平均的直接ケア時間である。第2に、単なるADL分類や老年性痴呆の程度によって要介護度を判定することはない。第3に、同居家族の状況等によって判定結果に差異が生じることもない。

第1の介護度判定基準の高低と平均的直接ケア時間の関連では、ケア時間が説明変数として最適であると考えざるをえないという共通の合意が存在している。確かに、ケアの難易度やケア職員の経験年数、あるいはケアの質、身体的負担度や精神的負担感といった要因を科学的に加味する方法がないわけではない。しかし、ケアの難易度や職

員の経験年数は、わが国の場合、給与に反映する部分が少なくない反面、ケア職種間より年功給格差の方が大きいことも知られている。また、身体的負担度やケアの質がケア時間と無関係であるとは考えにくい。ただし、例えば要介護高齢者の暴力行為等による精神的負担感などについては、検討の余地があろう。

第2に、ADL分類や老年性痴呆の程度について、わが国では「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」や「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」が普及定着し、高齢者ケア現場で利用されているが、自立度を判定することはできても、ケア量を判定する順序尺度としては必ずしも適切ではない。なぜならば、寝たきりの状態となんとか車椅子上で生活が可能な高齢者の場合、ケア量の多少が状態のみで決定できないことが少なくないからである。また、痴呆の程度についても、痴呆の程度によってケア内容や量が決定されるのではなく、むしろ対応しなくてはならない問題行動によってケア量が規定されると考えるべきであろう。

第3の同居家族の状況等による判定結果の差異については、要介護度自体の差が生じるような基準であれば、それこそが、給付の公平性や権利性の問題と主張することもできる。しかし、在宅要介護高齢者の場合、家族の献身的で適切な生活介助によって、自立度低下を予防したり、状態を改善させたりすることも否定できない。つまり、要介護度の変更に家族の役割が認められるものの、制度として予定することができないばかりか、家族の努力によって要介護状態に陥らないことを制度が予定すれば、その逆のことも予定せざるをえないからである。ただし、このような家族の状況を勘案して、実際に必要なサービスを選択するといったことは、生活援助方法として重要なことであろう。したがって、この問題は介護度判定の問題というより、ケア援助技術の問題であると考えられるのである。

3. 要介護度と費用支払い方式

要介護度と費用額の算定および支払い方式は、

密接な関係にある。わが国の医療費支払い方式としての出来高払い制度は、行った行為の原価を前提に点数が設定されており、診療実態が価格に反映されるという長所がある。しかし、薬や検査などを行えば行うほど、金額が増加するため過診療という批判を受けやすい。これに対して定額制は、逆に粗診粗療に陥るのではないかといった危惧が生じやすい。どちらの方法にも長所と短所があることになるが、ケア現場の実態を勘案して、政策的判断によって決定されているのが現状である。医療費における出来高か定額（包括化）かといった議論と同じことが、老健施設の療養費にもある。しかし、措置費については、定額制の歴史が長いこともあって、出来高による費用支払い方式の検討自体が行われてこなかった。

定額化の長所は、算定方法が出来高と比較して単純で、人数さえ把握できれば、収入の見込みも簡単なため、施設運営上のメリットがある。また、煩雑な算定業務や審査支払い業務を軽減できるし、費用総額を政策的にコントロールするためにも有効である。しかし、ケア量の多い入院・入所が多くなればなるほど、職員に負担がかかったり、支出額が多くなったりする。それゆえ、定額制の場合には、なるべく手間や費用がかからない入院・入所者が多ければ多いほど有利になる。このようなことを考えただけでも、出来高と定額制のどちらにも短所と長所があることがわかる。そして、どのような支払い方式かによって、ケアの内容自体にも、差が生じている部分があるはずである。

高齢者の長期ケアの費用算定方法については、各国で各種の制度が実施されている。しかし、どのような方式にも、これまた長所と短所がある。

わが国の措置費や療養費あるいは診療報酬制度は、各施設の経営自体を勘案しながら、施設の経営全体としてサービス原価を適切に設定するというのが、基本的原則になっている（以下では経営実態払い方式と呼ぶ）。しかし、この方法では価格設定のプロセスや算定方式については、必ずしも明確でないという短所がある。ケアの費用を細分化して、ケア行為ごとに料金を設定するという考え方は、机上論としては十分成り立つことであ

る（以下ではケア報酬出来高払いと呼ぶ）。例えば、おむつ交換は何円、食事介助は1分間につき何円という設定である。しかし、ケアを細分化した方が実態を示すのか、それともいくつものケアが複合的、総合的に組み合わせられてケアが行われているので、このような考え方はなじまないのか、といった議論に結論を得ること自体が難しい。仮に科学的に価格設定が可能でも、ケア現場からの合意が得られるのかといった問題も生じることになる。

最も単純な考え方は、1人当たり職員の平均給与が施設ごとに同一であれば、職員のケア時間を測定して、いくつかの段階に区分して支払うということが考えられる（投下時間払い）。さらに一歩進めて、どのような状態像の人に対して平均的にどの程度の時間が投下されているかを調べられれば状態別投下時間払いが可能である。

介護保険制度としては、要介護高齢者の状態が同一であれば、同様のサービスが提供されているという前提が成り立つ必要がある。

仮にこの前提が成り立つのであれば、第1に要介護高齢者をタイプ別に区分する方法を実態調査のデータを踏まえて確立し、第2にそのタイプ別のサービス投下量を測定し、第3にサービス投下に必要な人件費等の資料を収集し、ここから価格設定を行えばよいことになる。このようなことが可能になれば、高齢者の状態像別、投下サービス量別の1人1日当たりの費用額を科学的に計算できることになるのである（このような方法は、ケースミックス方式と呼ばれている）。

以上のことを整理すると、わが国や英国などでは、経営実態払い、ドイツは高齢者状態別支払い、オーストラリアは、状態別投下時間払い、そして合衆国の一部では、ケースミックスが採用されているといってもよい。ただし、長期ケア施設に関する制度が各国とも歴史的社会的政治的に決定されてきたことを無視することはできない。

III オーストラリアにみる要介護認定・判定業務と費用保障

1. ナーシングホーム入所者アセスメント

オーストラリアの高齢者ケアシステムは、1985年に開始された「高齢者ケア改革10ヵ年戦略」に基づき、各種の改革を積極的に進めてきた。その内容については、小林[1991-94]によって詳細に報告されている。その魅力は、ホームケアやデイケアを軸にしたコミュニティケアを拡充する一方で、ナーシングホームやホステルに代表される施設ケアについては、老年科医、コミュニティ看護婦、ソーシャルワーカー、PT、OTなどの専門家チームにより評価する「高齢者ケアアセスメントチーム」(ACAT: Aged Care Assessment Team)を人口25万人を基準とした全国の120の保健地域ごとに設置されていることである。ACATの主な業務は、高齢者施設への入所資格を認定することと、要介護高齢者が可能な限り在宅で生活を継続するために必要な在宅サービスを紹介したり、調整することである。したがって、ACATは、在宅か施設かという振り分けや、ホステルかナーシングホームかという判定を行う権限を実際的にもっており、施設入所後の入所者の状態像の変化にも対応することができる。

ところで、施設に入所した要介護高齢者は、「入所者分類基準」(RCI: Resident Classification Instrument)に従いアセスメントを受け、5段階に分類される。連邦政府は、5段階の償還給付水準を設定し、必要なケアに対応して必要なサービスの提供と費用保障を行うことによって施設ケアの適正化を推進している。以下、連邦厚生省のナーシングホーム・マニュアルに沿って、システムの概要を紹介したい。なお、このマニュアルは、加除式で、1996年4月の改訂版を参照した。

新規入所(予定)者に対して、施設は3～7日間までの期間に、RCIによってケアニーズを分析評価し、ケアプランを作成するための初期評価判定を実施し、それに基づいて看護部長の責任のも

とに申請書の判定項目の全てに回答しなければならない。

各判定項目はそれぞれ4つの選択肢があり、要介護の頻度や提供時間などについてアセスメントを行う。これらの回答は、①ケアプラン（提供されるケアの頻度と時間）、②診療記録、③医師の指示書/薬剤処方箋、④入所者一般情報（生活環境や性格・習慣などの個人情報）、⑤ケア提供の進行記録（介助や監視の記録）、⑥ケア提供の評価追跡記録などの書類や記録に記載された事実と情報によって確定しなければならない。

この評価判定期間中に、施設では、入所者・家族・居住地区の住民などからの情報やカンファレンスにより、正確な入所者個人情報を収集する。一方、介護提供頻度や時間については、20床を1単位としたスタッフの人員配置を基本にして、必要回数や1日当たりの提供時間を確定する。

これら初期評価判定の情報や記録によって、看護部長は申請書の回答を確定し、入所日から21

日以内に州事務局へ提出する義務がある。また施設は申請書作成が終了してから90日以内に、入所者を受け入れなければならない。なお、入所者分類に基づく要介護認定の有効期限は通常1年間で、更新は30日以内である。

2. ナーシングホームの要介護度判定

判定に必要な14項目については、表1の通りである。各項目の4つの選択肢から回答を記入したRCIを受理した厚生省は、表に示す点数配分を集計し、総合点を算出する。この総合点は要介護レベルの最終的な判定尺度となる。

なお、正式のカテゴリーが厚生省に認定されるまで、新規入所者は、要介護最低レベルのカテゴリー5として自動的に登録される。施設は、入所日から認定日までの入所期間中はカテゴリー5に設定された費用の給付を受けることになる。その後入所者のカテゴリーが正式に認定された時点で、入所初日にまで遡って認定カテゴリーによる給付

表1 入所者分類基準(RCI)の配点

アセスメント項目	A	B	C	D
臨床的ケア (Clinical Care)				
①失禁の回数 (Continence)	0.00	3.48	7.69	11.53
②皮膚ケアの頻度 (Maintenance of Skin Integrity)	0.00	3.68	7.32	11.05
③特殊看護の必要時間 (Specialized Nursing Procedures)	0.00	1.19	2.38	3.56
社会的支援と心理的支援の必要度 (Social and Emotional Supports)				
④攻撃的問題行動 (Physical Aggression)	0.00	2.02	4.04	6.08
⑤発語的問題行動 (Verbal Disruption)	0.00	1.18	2.36	3.54
⑥その他の問題行動 (Behavior)	0.00	1.32	2.64	3.97
コミュニケーションと感覚機能 (Communication and Sensory Processes)				
⑦視力 (Vision)	0.00	1.34	2.68	4.02
⑧聴力 (Hearing)	0.00	1.14	2.29	3.43
⑨会話/理解力 (Speech/Comprehension)	0.00	1.72	3.43	5.15
ADL (Activities of Daily Living)				
⑩移動能力 (Mobility)	0.00	3.48	6.96	10.44
⑪排泄能力 (Toilet)	0.00	3.39	6.79	10.18
⑫入浴・整容能力 (Washing and Dressing)	0.00	5.34	10.69	16.03
⑬食事能力 (Eating)	0.00	3.09	6.18	9.26
⑭各種療法の必要時間 (Therapy)	0.00	2.01	4.03	6.04

によって修正支払いを受ける。また、入所期間中に要介護レベルが変化し、施設が認定の変更を求めた場合は、通常、判定項目が2つ以上変化している場合にのみ変更認定が可能となる。

以上が要介護度判定の仕組みとプロセスである。オーストラリアの要介護度判定システムで注目すべき点は、コンピュータによる情報処理と判定項目の簡素化に加え、認定プロセスの合理的な手順が定められていることにある。また、判定と認定の基礎におかれているのは、初期評価判定で収集した事実や記録であり、これらの資料や記録を徹底して重視する認定システムとなっていることは注目に値する。

3. 介護費用の給付システム

オーストラリアのナーシングホームの介護費用は、連邦政府財源による公的給付と入所者の一部自己負担でまかなわれている。自己負担の全国平均は、総費用の約25%となっている。

公的給付の基本は、施設ごとの年間支出予定額を設定し、これに基づいて毎月の施設費用予定額として前払い給付する。給付の対象となる施設コストは、類似性や関連性のあるコストに大きく4つに分類している。まず、①ケア(看護・介護・リハビリ)に要する費用はRCIによる「ケア点数方式」(CAM: Care Aggregated Module)によって表2に示すようにRCIで総合点数範囲別にケア認定時間と給付日額が算出される。次に、②施設の基礎的事務経費に関しては「標準点数方式」(SAM: Standard Aggregated Module)によって、全国一律の日額(非行政立で\$37.22、修正型行政立で\$28.85)が算定され、そして③その他諸費用(OCRE: Other Cost Reimbursed Expenditure)と④建設資金(Capital)の合計した額を施設に支払う。なお、施設ごとの支出予定額は、各施設で異なる。これは連邦の過去3年の会計年度を1単位とする期間において、その施設の費用規模がどの程度のものかを算定し、各種変数を加味したうえで、毎年の会計年度ごとに設定する。また、施設側は、入所者1人1日当たりの定額実績請求を毎月行う。

表2 ケア点数方式(CAM)のカテゴリー、認定時間、給付日額(ニューサウスウェールズ州の非州政府立ナーシングホームの場合)

カテゴリー	総合得点	ケア認定時間	給付日額(\$)
5	0点～22.34点	1.286時間未満	26.99
4	22.35～47.66点	1.857時間未満	38.09
3	47.67～73.15点	2.876時間未満	56.17
2	73.16～86.94点	3.357時間未満	67.27
1	86.95～104.29点	3.857時間以上	76.99

この支出予定額と施設からの請求金額を調整するために、⑤各種の調整給付>Loading)が存在する。この調整給付は、①CAMについては3ヵ月ごとに、③OCREは毎月見直される。しかし、②SAMは、その年度内の修正は行わない。また④建設資金は、分割付加給付という形で対応する。

このようにオーストラリアの公的給付システムは、費用償還の水準が定額点数化されてはいるものの、前払い方式の長所を生かして、実績と定額給付のギャップを調整することもできるのである。

オーストラリアのケア費用は、包括化によって定額点数の弱点をカバーし、ケアの質およびコスト効率が可能となっている。また、RCIやCAMの配点や標準ケア時間については、望ましい高齢者ケアを確立するための10年間の試行錯誤が生んだ技術体系であり、文化であるとも理解できるのである。しかし、残念なことに、筆者は、これらの配点や時間の算出および調査方法についての科学論文を散見することはできなかった。それに対して、合衆国のケースミックス方式は、RUG(Resource Utilization Groups)と呼ばれ(文字通り訳せば「資源利用グループ」による費用支払い方式)、詳細な研究が進められてきた。

IV ケースミックス方式の試み

1. 合衆国のRUGⅢシステム

RUGⅢの分類では、ナーシングホームの職員であれば、実感として区分できであろう7つの

臨床像を第1段階として設定している。その7つとは、①リハビリテーションの専門家が最低でも週3日以上関与する「特別なりハビリテーション」、②気管切開後であったり、人工呼吸器を使用しているようなナースিংホームとしては「比較的高度の医療処置」、③何らかの傷病によりADLが低下しており、治療や処置などを必要とする「特殊なケア」、④それほど重篤ではないが医療的な処置が欠かせないうえに、広範囲のケアが必要な「臨床的な複合状態」(Clinically Complex という)、⑤認知障害、⑥問題行動、⑦身体的機能低下である。

この7分類には順位があつて、若番が優先される(つまり、どのような状態でも特別なりハビリテーションが必要なら①、必要なければ②③④…と検討して、その番号の臨床像であれば、その番号の状態ということになる)。

第2段階は、7つの臨床像のそれぞれをADLで区分し、さらに必要な場合は第3段階として処置量や「うつ状態」あるいは看護上のリハビリテーションの有無によって区分し、最終的に44の高齢者タイプに分類する。

そして、このタイプ別に、①どのような職種が何分ケアしたかを知るために、職員がみずからストップウォッチをもって1分間のタイムスタディを行う、②各職種間には、明らかに給与格差があるため、各施設ごとの職種別給与の平均値を算定し、介護職員を「1」とした場合の指数を算出する(例えば、介護職の平均給与が400万円で、看護婦が600万円であれば、看護婦は1.5となる)。③職種別のケア時間ごとにこの指数を乗じたものをケア時間として算出する(看護婦が1.5という指数であれば、20分行ったケアは、 $20 \times 1.5 = 30$ 分と計算する)。④これを施設全体で合計し、入所者1人当たりの平均値(例えば1日当たり100分)を計算し、これを「1」とする。さらに⑤入所者1人ひとりのケア時間を指数化した値(これをCMI: Case Mix Index と呼ぶ)が求められる(例えばAさんは120分、Bさんは80分なら、Aは1.2、Bは0.8とする)。

このような複雑な作業を行うことによって高齢者タイプ別の平均的なCMI値が求められ、介護職員の1分当たりの平均給付単価が明らかになれば、直接ケアの費用が算出できることになり、それに間接ケアの費用等を加味することにより、タイプ別の料金設定が行えることになる。

このケースミックス方式は、施設の資源投下量を反映することから、ほかの算定方式より科学的であり、ケア現場の同意も取りやすい。そして、指数化が可能のため、合衆国以外の国でも利用できる可能性がある。

2. わが国でのRUG IIIシステムの適用について

そして、この44分類に区分するために準備されたアセスメント表こそがMDS (Minimum Data Set) であり、その改訂版がMDS プラスである。わが国では、厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監修の『高齢者ケアプラン策定指針』が、このMDSと入所者アセスメントを行うための手引書であるRAPs (Resident Assessment Protocols) を参考に、大幅に修正を行ったうえで活用されている。このアセスメント表については「高齢者総合ケア研究会」(座長・北海道医師会吉田信会長)が、わが国での適用可能性に関する調査研究を1992年4月から94年6月まで行った。

その結果は、アセスメントの方法としては有用であるが、要介護度判定としてのRUG IIIについては、必ずしも合衆国と同様ではなかった。それは、高齢者ケアの方法、理論的・制度的なバックグラウンドの差であるのか、調査精度の問題であるのか、あるいはその他に問題があったのかは、必ずしも明らかにはならなかった。

ただし、44分類の出現率が合衆国のデータとは異なり、1件も出現しない分類があつたり、施設ごとに大幅な差が生じたことは、明らかとなった。そこで、さらに詳細な全国規模の調査を行っても、実用可能なケア費用の算定方式であることをわが国で証明することは困難であると判断せざるをえなかった。それゆえ、この方法以外のケースミックス方式を立案するか、それとも高齢者状

態別支払いや、状態別投下時間払いなどの他の方法を採用するかを、早急に再検討することが必要にならざるをえない状況となった。

多数の要介護高齢者を提供されているサービス量によって分類することが可能かどうかを明らかにすることは、新しい介護システムを構築するうえで、極めて重要な課題である。本来、要介護高齢者に提供される介護サービスの内容と量および質は、高齢者の状態をニーズの違いによって決定され、提供されることが望ましい。同一の状態像であり、ニーズもほぼ同様であれば、同一のサービスの種類（内容）が、同量、同質に提供されることが求められる。介護に要する費用が社会化されればされるほど、このようなサービス提供が前提とならざるをえない。

しかし、現実には、このような単純な関係ではなく、利用投入可能な資源の質、サービスの提供主体の差をはじめ、その高齢者を取り巻く状況によって、提供されるサービスに明らかに差が生じているとの仮説も可能である。このような複雑な関係であるとすれば、オーストラリアの ACAT のような専門的なアセスメントチームに要介護認定や最適なサービス利用についての権限を大幅に委譲し、施設費用については、RCI によるアセスメントによって要介護度を判定するという方式を採用するか、それとも RUG III のようなケースミックス方式をわが国のケアサービスの実態から構築する以外方法がないことになるのである。

3. ケースミックス方式への取り組み

わが国でケースミックス方式を開発するためには、同種の高齢者施設で、配置されている職種別職員数、勤務形態、職員の資質、施設規模などが同等で、年間の入所者数、開設後年数、施設のマネジメントの状況などを一定の条件に設定し、①提供されているサービス量と質の調査方法を開発し、②高齢者の状態像を把握するための属性調査を行い、③統計的分析方法を検討し、分析を行うことが求められる。

このような考え方から調査研究事業が行われたのが、「特別養護老人ホームのサービスの質の向

上に関する研究」である。この研究は、一定条件下の特別養護老人ホーム 27 施設に対して、1 週間連続の 24 時間 1 分間タイムスタディを実施したもので、要介護高齢者延べ 1 万 2000 人のケア量を 158 種類のケアコード別に分析したものである。

この結果、ある一定の条件下では、高齢者の状態像が同じ状態であれば、ほぼ同様のケア内容とケア量が提供されていることが、統計的に明らかになった。さらに、そのケア内容・量には、一定の法則性が見いだされ、提供されているサービス量によって、高齢者の状態像は 14 タイプに分類することが可能であり、そのタイプを決定している高齢者像の把握にはわずか 8 つの予測変数による分類化が可能であることが明らかとなった。

このことは、わずか 8 つの質問で、14 の高齢者タイプが決定され、特養においては、提供されているサービス量を推定することが可能となったことを意味する。

ほぼ同様の手法でホームヘルパーのサービスを受けている在宅の要介護高齢者 502 人を対象に担当ヘルパーに主任ヘルパー等が調査員として同行し、1 分間ごとのケア内容を調査したものが、「在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究」の研究である。この研究からは、87 種類のケアコード別にケアサービス量が明らかになり、提供されているサービス量から、高齢者タイプが決定できることが明らかになった。

ただし、要介護高齢者のタイプの決定は、現在のホームヘルプサービスの提供形態の違いにより 3 種類の方法が提案された。まず、第 1 に、介護型ヘルパーが派遣されている場合には、5 つの質問項目で、8 つの高齢者タイプが決定できるものである。これは主にベッド周りのケアが主になるため、ベッドバウンド型のケア内容と量を中心としたタイプ分類が示される。第 2 には、ベッド周りのケアではなく、入浴、買物、家事などのベッドから離れたケアを中心としたタイプが示されている。そして最後に、ベッドバウンドケア、ベッド外ケアを含んだタイプとして、高齢者を 9 つの質問項目によって、12 の高齢者タイプに分類す

るものが示されている。この2つの調査研究結果から、わが国でもケースミックス方式の研究が可能であることが明らかとなったのである。

V 要介護認定・要介護度 判定基準の策定に向けて

1. 要介護高齢者分類試案調査の実施

上記の貴重な調査研究の結果から、サービス量によって要介護分類が実際に可能かどうかといったことを検討することが必要となった。このことについては、厚生省の高齢者介護対策本部が設置した基礎調査委員会（委員長・国立療養所中部病院井形昭弘院長）の重要な検討課題となった。委員会の調査実務については、国立医療・病院管理研究所の松田朗所長を委員長とする研究班が別に組織された。

調査は、特養、老健施設（入所者3人対看護・介護職員1人の施設）、介護力強化病院（2対1施設）に対する分類試案調査〔施設版〕を前述の特養の調査研究から、また、訪問看護ステーションと在宅介護支援センター等で使用する〔在宅版〕をホームヘルパーの調査研究のうち第1のベッドバウンドケアを中心に分析し、5つの質問項目で8つの高齢者タイプが決定できるものを、実際の調査票案として採用することとなった。

なお、実際の調査は、特養の調査研究が、老健施設や介護力強化病院等で使用可能かどうかということと、それぞれの高齢者タイプ別の精神的負担感と身体的負担度を調査し、タイプ別の負担度・負担感の得点の順位性が決定できるかを明らかにすることを目的とし、95年10月15日から11月6日の期間、全国のモデル地域19地区、高齢者施設50施設を利用する3357人を対象に行われた。調査は、(1)要介護高齢者分類試案調査〔在宅版〕および〔施設版〕、(2)「要介護高齢者分類試案」追加調査、(3)要介護高齢者分類試案調査票〔在宅版・施設版〕に関するアンケート調査を実施した。

(1)は、要介護高齢者の分類が、ケア現場で可能かどうかということと、タイプ別の精神的負担感

と身体的負担度について調査したものである。(2)は、(1)の結果から要介護高齢者かどうか必ずしも明らかにならなかった528人の高齢者の状態像について追加調査を行ったものである。(3)は、調査対象となった地区、施設の代表者69人について、分類試案調査自体に対する意見をアンケート調査した。

2. 要介護高齢者分類試案調査の結果

(1)の要介護高齢者分類試案調査では、全ての調査対象者がいずれかのタイプに分類することができた。(2)の追加調査の対象となった528人については、その97%までが、疾病、障害、問題行動、痴呆のいずれかがみられることが明らかとなり、ごく簡単な日常生活上の能力を統計的に判断できる項目の追加、ないし分類試案より詳細な別の調査を実施することが望ましいと考えられた。(3)のアンケート調査では、分類試案の調査票全般については、簡便でわかりやすいといった肯定的な意見が少なくなかった。一方、①内容が十分理解できなかった、②判断に迷う項目があった、③高齢者の状態像が本当に正しく反映されるのかといった疑問がある、④このような簡便な方法に対する不安や抵抗感がある、⑤痴呆性老人の実態が反映されていないのではないかといった疑問があるといった意見も挙げられた。また、この調査結果の報告を受けた基礎調査委員会からも⑥〔在宅版〕と〔施設版〕の調査票を一体化できないか、⑦いわゆる虚弱老人に対する判定に本当に有用か、⑧痴呆性老人が対象になった結果であるといわれても、痴呆に対する質問が不備であるように思うといった意見があった。

そこで、これらの意見に対応するため、質問形式や内容の修正作業が行われた。その結果が、基礎調査研究会正式報告書である「ケアマネジメント・モデル調査研究事業報告書」のなかで「要介護認定基準（試案）（修正版）」として公表された。しかし「本試案は、高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会における現段階での調査結果をベースとしたものであり、あくまでも検討中のものである」という注が付されている。

3. 修正作業の現状と課題

その後、この「要介護認定基準（試案）（修正版）」に対しては、各方面から各種の意見が続出した。それらの意見は、要介護高齢者分類試案調査への現場からの意見を最大限に尊重した認定基準にしない限り、統計的には正しくても、将来の実用性に問題が生じる恐れがあると判断せざるをえないというものであった。そこで、この問題は、基礎調査委員会を改名した「高齢者ケアサービス体制整備検討委員会」において、要介護認定・要介護度判定基準の策定を改めて検討することになった。

幸いなことに、平成6年度老人保健健康増進等事業で進められてきた「保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業」においては、高齢者別ケア内容ケア量の分析を行った結果、312種類のケアの提供量を推測するために、必要な情報量は70程度の属性のデータであることが明らかとなった。

この分析は、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協会、介護力強化病院連絡協議会という、各々の関連団体からそれぞれ推薦を受けた施設で、老人保健施設について基本入院管理料Ⅱを算定している老人保健施設17施設、特別養護老人ホーム16施設、入院管理料Ⅰを算定している介護力強化病院19病院の合計3403人を調査対象とし、介護のみならず、リハビリテーション、看護、医療的管理も包含した業務量のデータを統計的に分析した結果、明らかになったものである。

この研究結果と再修正版の項目は、ほぼ同一の傾向を示していることから、今後は、この調査研究事業のデータを基に要介護認定・要介護度判定基準の策定作業を進め、全国のモデル地域で検証が行われる予定である。

参考文献

- 1) Fries, B. E., Schneider, D. P., et al., 1994, "Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)," *Medical Care*, Vol. 32, No. 7, 668-685.
- 2) Fries, B. E., Cooney, L. M. Jr., 1985, "Resource utilization groups/ A patient classification system for long-term care," *Medical Care*, Vol. 23, No. 2, 123-132.
- 3) Fries, B. E., et al., 1989, "Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18)," *Medical Care*, Vol. 27, No. 9, 843-853.
- 4) Fries, B. E., et al., 1990, "A classification system for long-staying psychiatric patients," *Medical Care*, No. 4, 311-323.
- 5) Ikegami, N., Fries, B. E., et al., 1994, "Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities," *Gerontologist*, Vol. 34, No. 5, 628-639.
- 6) Morris, J. N., et al., 1990, "Designing the national resident assessment instrument for nursing homes," *Gerontologist*, Vol. 30, No. 3, 293-307.
- 7) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1995, "Reliability Estimates for Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS)," *Gerontologist*, Vol. 35, No. 2, 172-178.
- 8) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1991, *Minimum Data Set. Resident Assessment Instrument Training Manual and Resource guide*, Eliot Press.
- 9) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1991, *Minimum Data Set + Long-term Care Resident Assessment Instrument Training Manual*, Eliot Press.
- 10) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監修 1994 『高齢者ケアプラン策定指針』, 厚生科学研究所。
- 11) Commonwealth Department of Human Services and Health, 1996, *The Nursing Home Manual*, Australia.
- 12) 小林良二 1991-94 『オーストラリアにおける老人福祉・医療の現状』Ⅰ～Ⅳ, 長寿社会開発センター。
- 13) 小林良二 1995 「公的介護保険の範囲と水準——オーストラリアのアセスメントに基づくサービス提供から学ぶ」『月刊福祉』Vol. 78, No. 13, 42-47 頁。
- 14) Department of Health, 1991, *Care Management and Assessment: Manager's guide*, HMSO.
- 15) Department of Health, 1991, *Care Management and Assessment: Practitioner's guide*, HMSO.
- 16) 竹内孝仁 1995 「在宅サービスを質・量とともに変えていく英国のコミュニティアケアとケアマネジメント」『月刊総合ケア』Vol. 5, No. 1, 65-76 頁。
- 17) 西村 純 1994 「英国における地域介護サ

- ービス最新事情——ケア・マネージメントによる保健と福祉の連携システム』『週刊社会保障』No. 1789, 48-51/1790, 48-51/1991, 48-51。
- 18) 本沢巳代子 1996 『公的介護保険——ドイツの先例に学ぶ』, 日本評論社。
- 19) 栃本一三郎 1996 「ドイツ介護保険の現状と課題」『海外社会保障情報』No. 114, 47-59 頁。
- 20) 成清美治 1996 「ドイツの介護保険の現状と課題——社会保険方式を踏まえて」『総合社会福祉研究』Vol. 9, 107-118 頁。
- 21) 一圓光彌 1996 「高齢者福祉の世界的な流れ——高水準の福祉を実現するにはいかなる方式とシステムがのぞましいか」『「論争」高齢者福祉』(からだの科学臨時増刊), 36-43 頁。
- 22) 財団法人長寿社会開発センター 1995 『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書II』。
- 23) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 1996 『高齢者介護保険制度の創設について——国民の議論を深めるために』, ぎょうせい。
- 24) 丸山 桂 1995 「公的介護保険の導入による介護費用への影響」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 2, 176-188 頁。
- 25) 白澤政和・木戸脇富子・神垣真澄・牧里毎治 1991 「要介護高齢者に対する在宅サービス量基準に関する一試論——高齢者の類型化をもとに」『日本の地域福祉』Vol. 5, 5-21 頁。
- 26) 冷水 豊 1996 「高齢者介護システムの視点と方法——ニーズに即した家族介護論・財源論・サービス運営論の必要性」『社会福祉研究』Vol. 66, 12-26 頁。
- 27) 高齢者総合ケアシステム研究会 1993 『高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト・中間報告書』。
- 28) 高齢者総合ケアシステム研究会 1994 『明日の高齢者ケアをめざして——高齢者ケアプランとケースミックス——(高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト報告書)』。
- 29) 平成5年度厚生省老人保健福祉に関する調査研究等事業 1994 『老人総合ケアシステムの開発と評価に関する研究——高齢者データセッ
トを用いたケアプラン策定等に関する調査報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 30) 平成6年度厚生省老人保健健康増進事業 1995 『痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用に関する研究報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 31) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1994 『特別養護老人ホームのサービスの質に関する調査報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 32) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1994 『在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 33) 筒井孝子 1995 「特別養護老人ホームにおけるケアの定量的分析からみた高齢者タイプに関する研究」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 1, 63-77 頁。
- 34) 筒井孝子 1996 「介護業務における精神的負担感および身体的負担度に関する研究——特別養護老人ホームにおける介護別業務量調査に基づく実証研究」『病院管理』Vol. 33, No. 1, 39-48 頁。
- 35) 平成6年度厚生省老人保健健康増進事業 1995 『「障害老人の日常生活自立度判定基準」および「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」別ケア内容・ケア量に関する検討報告書——痴呆性老人アセスメントシステムの開発研究事業報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 36) 平成7年度厚生省老人保健福祉に関する調査研究等事業 1996 『ケアプラン研修手法の開発・実用化に関する研究報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 37) 平成7年度高齢者ケア支援体制研究事業 1996 『ケアマネジメント・モデル調査研究事業報告書・調査対象地域におけるケアマネジメントの現状と課題——わが国におけるケアマネジメントの確立をめざして』, 財団法人長寿社会開発センター。
- 38) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1996 『保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業報告書』, 全国社会福祉協議会。
- (こやま・ひでお 国立医療・病院管理研究所
医療経済研究部長)