

介護保険制度改正で求められた介護サービスの専門性 ～要介護認定に焦点を当てて～

えん どう けい こ
遠 藤 慶 子

〈要 旨〉

2005（平成17）年の介護保険法制度改正で要介護認定の仕組みが変わり、大きくクローズアップされたのが“介護予防”である。“介護予防”をより確実に進めるために地域包括支援センターが創設され、要支援も2段階に分かれたこと等は介護の専門職ばかりでなく市民にも周知されてきた。その中で予防重視型システムへの転換の一環として新予防給付が創設できたが、その要支援者へのサービス提供が効果的に行われているかを検証していく。

〈キーワード〉

介護予防 ケアマネジメント 自立支援

I はじめに

2005（平成17）年の介護保険制度改正にはいくつかのポイントがあった。その大きな位置づけに要支援1・要支援2の新介護予防給付がある。そこでまず、この改正の概要を説明する。次に、この介護予防施策の導入の効果等を検証するために、K市T区の要支援者1と要支援2の高齢者の更新申請時の認定審査での要介護度の変化を分析し、対象者像やサービス提供の状況等を明らかにする。

II 介護保険制度改正（2005）の概要

2005（平成17）年の介護保険法改正で要介護認定の仕組みが変わり、大きくクローズアップされたのが“介護予防”である。“介護予防”をより確実に進めるために地域包括支援センターが創設され、要支援も2段階に分かれたこと等は介護支援専門員ばかりでなく市民にも周知されてきた。

しかしそればかりでなく、介護保険制度の改正では介護支援専門員の位置づけも明確にされ資格の更新制（5年）が取り入れられた。また介護保険の認定の仕組みについて厚生労働省は根拠ある”介護の手間にかかる時間”を力説するが、これについては介護支援専門員に充分理解されているとは言いがたい。介護の手間に関わる時間帯で“介護1相当”と一次判定で判定された人が、どういう理由でまたどのような根拠によって認定審査会で“要支援2”と“要介護1”に分類されていくのかを二次判定の仕組みが分からないと、いつまで経っても理解することができない。

1. 介護保険制度創設の背景

介護保険制度は、高齢者介護を社会全体で支える仕組みとして、1997（平成9）年12月に制定され、2000（平成12）年4月から実施された。その背景には、日本の少子高齢化の著しい進展に伴う要介護高齢者問題の深刻化と、従来の制度のままではそれを改善していくことが困難であるということがあった。こうしてこの制度は新たな社会保険制度として誕生した。

2. 介護保険制度創設の目的

高齢者が要介護状態となり、介護・機能訓練・看護・医療が必要になった人について、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づいた制度を設け、国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的としている（介護保険法（平成9年法律第123号、第1条））。

3. 介護保険制度創設後5年間の変化

2000（平成12）年4月以降、介護保険制度はおおむね円滑に実施され、要介護認定等を受けた者の数やサービスの利用量、サービス提供事業者数は、順調な伸びをみせている。要介護認定を受けている人数は、約432万人（平成17年度末現在）で制度施行時の218万人に比べ約214万人（198%）増加した。要介護度別の構成割合をみると、要支援と要介護1の認定を受けた者が39.9%（平成17年度末）となり、平成12年度と比較すると増加率は要支援223%、要介護1が203%で、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加（209%増）したことが問題となった。

またこの介護保険制度には、施行後5年をめぐりとして制度全般についての再検討を加え、所要の見直しを行う規定が置かれている。

4. 2005（平成 17）年介護保険制度改正の特徴

介護保険施行後、次の(1)から(4)の課題が浮き彫りになった。

<課題>

- (1) 介護予防の効果が上がっていない。
- (2) 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患が異なっていた（表 1）。
- (3) 高齢者の状態像に応じたアプローチの必要性
 高齢者の状態像として、①脳卒中モデル、②廃用症候群モデル、③認知症モデルの 3つのモデルが考えられるが、増加している要支援、要介護 1 等の軽度者の多くは「廃用症候群モデル」に該当している。
- (4) 介護予防のサービスに一貫性・継続性がない。

これらの反省を踏まえ、2006（平成 18）年度の制度改革のひとつの柱として、自立支援に向けた「予防重視型システムへの転換」がクローズアップされた。

表 1 65 歳以上の死亡原因と要介護の原因

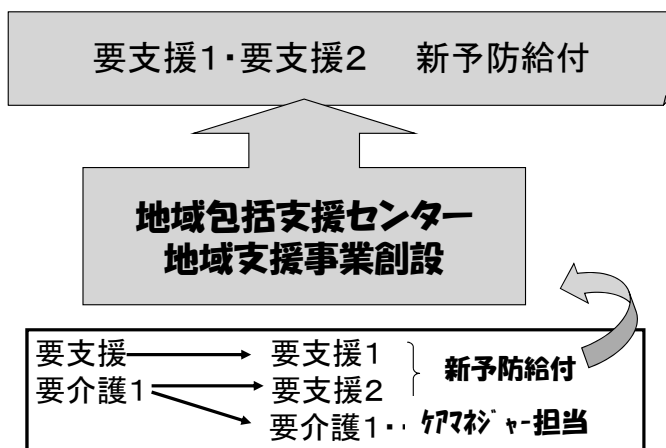
	第 1 位	第 2 位	第 3 位
65 歳以上の死亡原因	悪性新生物 (30.0%)	心疾患 (16.9%)	脳血管疾患 (14.5%)
65 歳以上の要介護の原因	脳血管疾患 (26.1%)	高齢による衰弱 (17.0%)	転倒骨折 (12.4%)

5. 2006(平成 18)年からの新たな認定における審査・判定の仕組み（流れ）

2005（平成 17）年の介護保険制度改正では、予防重視型システムへの転換が言われた。ここでは、新たな認定における審査および判定の仕組み（流れ）について論述する。

改正前の要介護 1 についての認定基準が見直され、「介護の必要度」を中心とした従来の基準で要介護 1 に相当する人（要介護 1 相当）については、さらに「その状態の維持または改善の可能性」について追加的な審査・判定を行い、改善可能性の高い人を「要支援 2」に、改善性の低い人（心身の状態が不安定な人、認知症等により予防給付の利用に関して適切な理解が困難な人等）を「要介護 1」に区分されることになった。これに伴い、従来状態区分のなかった要支援状態にも、「要支援 1（従来の基準での要支援状態に相当）」と「要支援 2」の区分が設けられた（図 1）。

図1 介護保険制度改定のポイント



(遠藤慶子作成)

6. 2005（平成 17）年介護保険法改正の新たな認定の仕組みが求めているもの

(1) 判定基準 5 分野と介護予防サービス

要介護認定基準とは、要介護・要支援状態に該当するか否か及び該当する場合の要介護・要支援状態の区分が基本的には介助等に関わる次の5つの分野に区分された行為により判定される（表2）。

表2 判定基準 5 分野

① 直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
② 間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
③ 問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔行為に対する後始末等
④ 機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
⑤ 医療関連行為	輸液の管理、褥瘡の処置等の診療補助

この5分野を介護サービスに置き換えてみると下記のようなになる（表3）。

表3 5 分野の介護予防サービスへの置き換え（分類：遠藤慶子）

判定基準 5 分野	在宅サービス
① 直接生活介助	訪問介護
② 間接生活介助	訪問介護
③ 問題行動関連行為	認知症対応型サービス等
④ 機能訓練関連行為	通所リハビリ・訪問リハビリ・通所介護
⑤ 医療関連行為	訪問看護・居宅療養管理指導

今までの在宅サービスに特化して考えてみると、介護サービスを使っていた利用者が要支援となって改善性が認められた時にどのようにサービスをつないでいくのかも課題となる。

(2) 一次判定の仕組みと要介護認定等基準時間

一次判定のベースとなる要介護認定等基準時間は、認定申請を行った被保険者について、認定調査の結果（そのうち基本調査で得たデータ）に基づき、当該保険者に対して（介護者等により）行われる5分野の行為に要する1日当たりの時間として、推計される事になっている¹⁾。

この要介護認定等基準時間は、実際に家庭等で行われる介護時間そのものではなく、あくまでも介護の必要性を判断するための尺度として一定の方法により推計された客観的な基準になっている。

要介護認定等基準時間の算定は、「**1分間タイムスタディ・データ**（1分間タイムスタディという調査法により得られた当該調査の対象者のデータの平均値による要介護等認定基準時間の推定値）」を組み合わせた**樹形モデル**を用いて、基本調査の結果得られた当該申請者の心身状況に最も近いデータを選び、合算して算定する。つまり推計は、認定調査票の基本調査の項目1から7までの中間評価項目のデータと「8 特別な医療に関連する項目」にかかる時間で合算される。

この“要介護認定等基準時間”というものさしは、介護の必要性を前述した「5分野」で推計し、客観的に「要支援者」と「要介護者」を分類していく。私たちが注意しなければならないのが“要支援2”と“要介護1”の人がその基準時間が32分以上50分未満といえ同じ時間で区分されていることにある。この5分野での要介護認定等基準時間は樹形モデルを用いて以下のように分類される。（表4）

表4 要介護認定基準時間

要支援	※1	要支援1	25分以上 32分未満
		要支援2	要支援状態の継続見込期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減または悪化の防止にとくし資する支援を要する。 32分以上 50分未満
要介護	※2	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

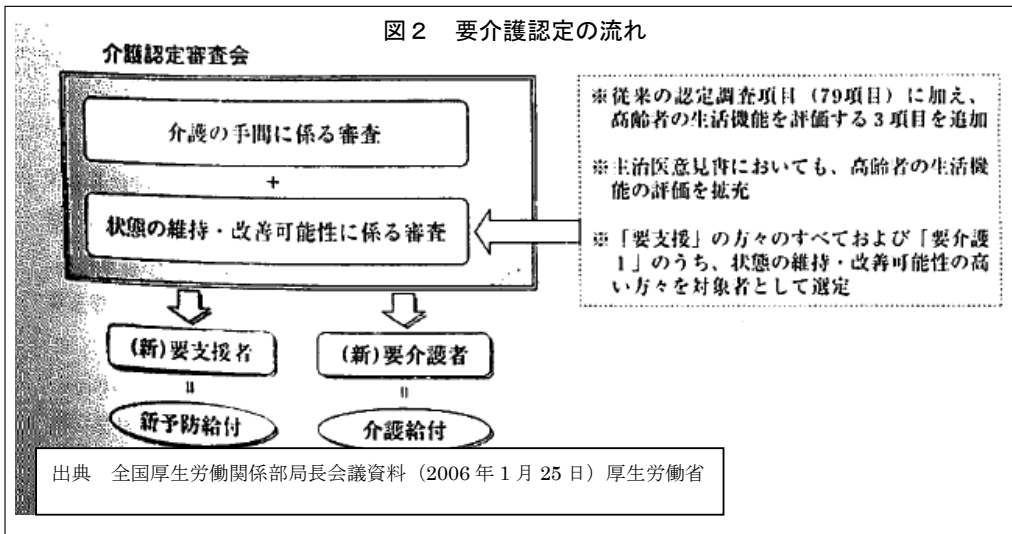
(3) 二次判定と改善可能性

介護認定審査会で、二次判定は行われる。そこでは、①認定調査票の基本調査・特記事項、②主治医の意見書に基づき、最終的な審査および判定が行なわれる。

またここで注意しなければならないのが一次判定において「要介護1相当」（表4※

1・※2)と判定された人について、認定調査における「9. 日常生活自立度に関する項目」及び「10 廃用の程度に関する項目」のデータを用いて「要支援2」と「要介護1」のいずれに該当するかの判定が行なわれることである。これは、2005年の改正から新たに「介護の手間(介護の必要度)」により要介護1に該当すると判断された人(要介護1相当)について「認知症高齢者の日常生活自立度」を評価することになったことによる。

今回の改正により、この分類のために「認知機能・廃用の程度の評価結果」が導入された。つまり二次判定の過程で「要介護1相当」と判断された人が「要介護1」または「要支援2」のうちどちらに該当するかを決定するための指標として”改善可能性”を評価する。これにより認定審査会の資料は改正前の2つから3つに増えた。つまり①主治医の意見書と②特記事項(認定調査票)に新たに③認知機能・廃用の程度の評価結果が追加された。この新しい「認知機能・廃用の程度の評価結果」が認定に大きく関与する。この部分は認定審査会に関与していると分かりやすいのだが、関わりのない介護支援専門員にはあまり注目されていない事項であり、理解もしにくい部分になる。



Ⅲ 新介護予防施策導入の効果について

1. 研究方法

- (1) 調査期間：2007年7月より2008年3月
- (2) 調査対象：K市T区更新申請した「要支援1」・「要支援2」認定者 896人
- (3) 分析方法：K市T区「要支援1」・「要支援2」の更新申請者に対して下記項目に関しての一覧表を分析した。
 - 1) 調査対象者の新予防給付の利用状況
 - 2) 更新時の介護認定審査会における2次判定結果、

2. 調査結果 データとコメント

- (1) 対象者は女性が7割を占めている。(図3 男女別)
- (2) 年齢については75歳以上の高齢者が4分の3以上を占めているが、そのうち85歳以上が4分の1であった。(図4 年齢別)
- (3) 前回の要介護度は、男女とも要支援1よりも要支援2の方が多。(図5 前回要介護度)
- (4) 前回と更新時の認定を比較すると、一番多いのが変化のないものとなっている。(図6 比較表, 図7-1更新時の認定①, 図7-2更新時の認定②, 図8-1更新時の認定③, 図8-2更新時の認定④)
- (5) 改善度とは、前回の要支援状態が改善されたものを改善、前回認定の要介護がそのまま変化しないことを継続、逆に前回の要支援状態から重度化したものを悪化として表した(表5)。

要支援1は改善がほとんど見られなかったのに比べ、要支援2は8分の1が改善している。悪化については、要支援1の45%が悪化していた。(図9-1改善度・図9-2改善度・状態別)

表5 改善度

前回要介護度	更新時要介護度	グレード
要支援1	非該当	改善
要支援1	要支援1	継続
要支援1	要支援2・要介護1～5	悪化
要支援2	非該当・要支援1	改善
要支援2	要支援2・要介護1	継続
要支援2	要介護2～5	悪化

図3 男女比

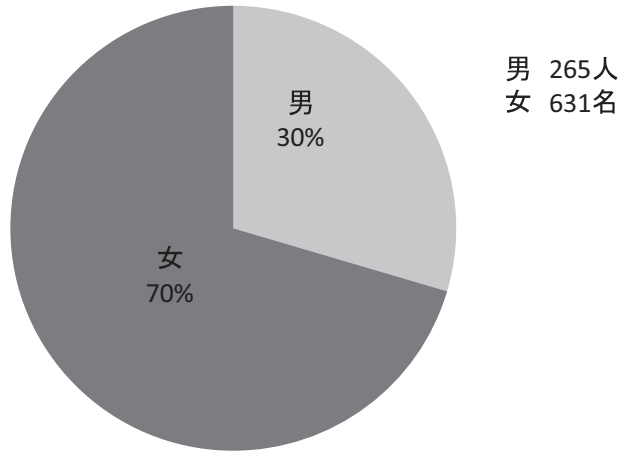


図4 年齢別

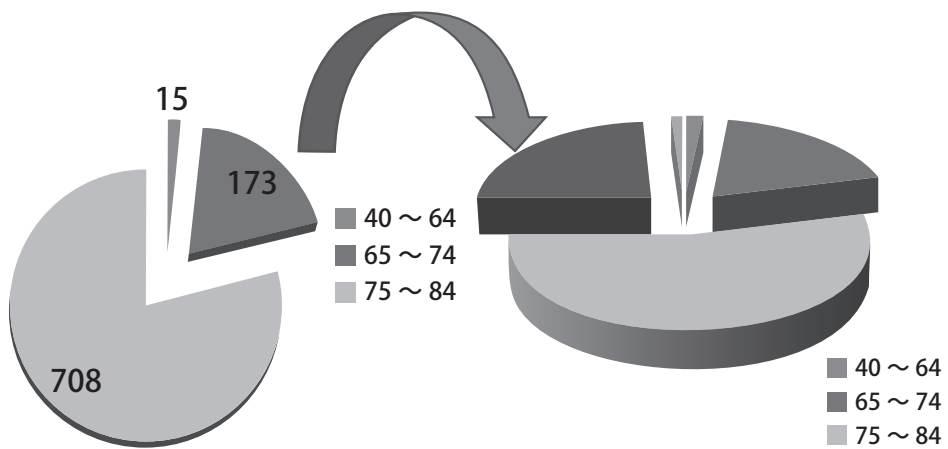
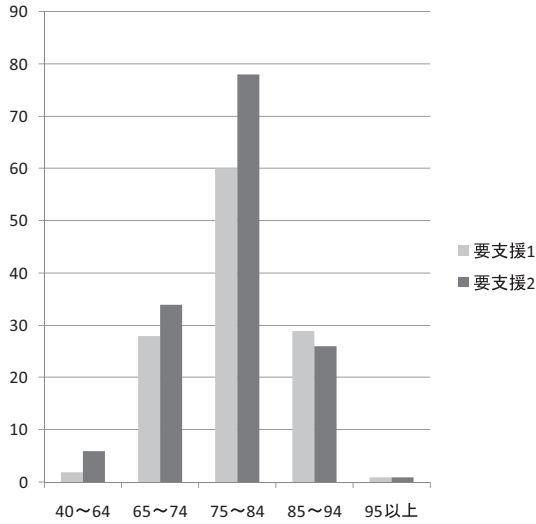


図5 前回要介護度

男性



女性

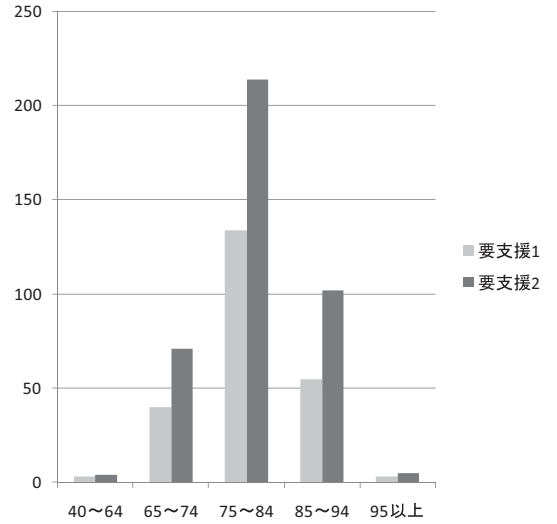
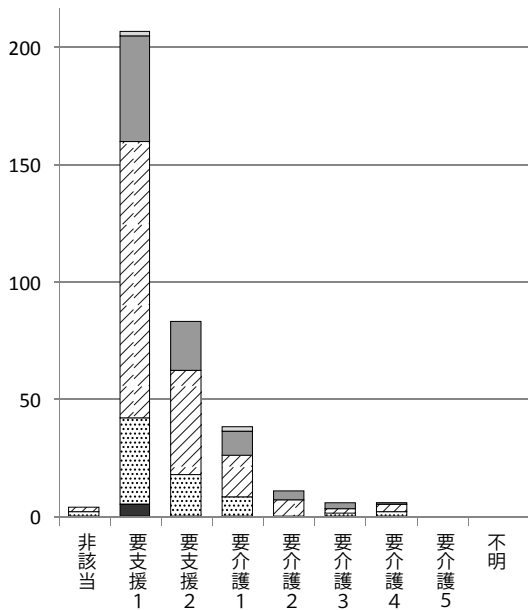


図6 比較表

要支援 1



要支援 2

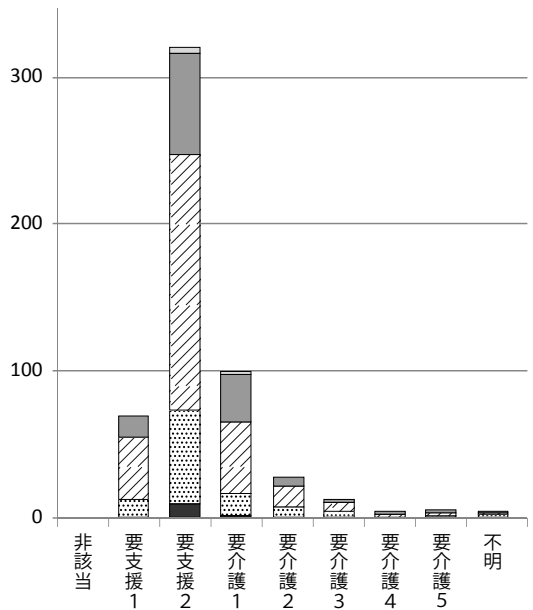


図7-1 更新時の認定①（前回要支援1）

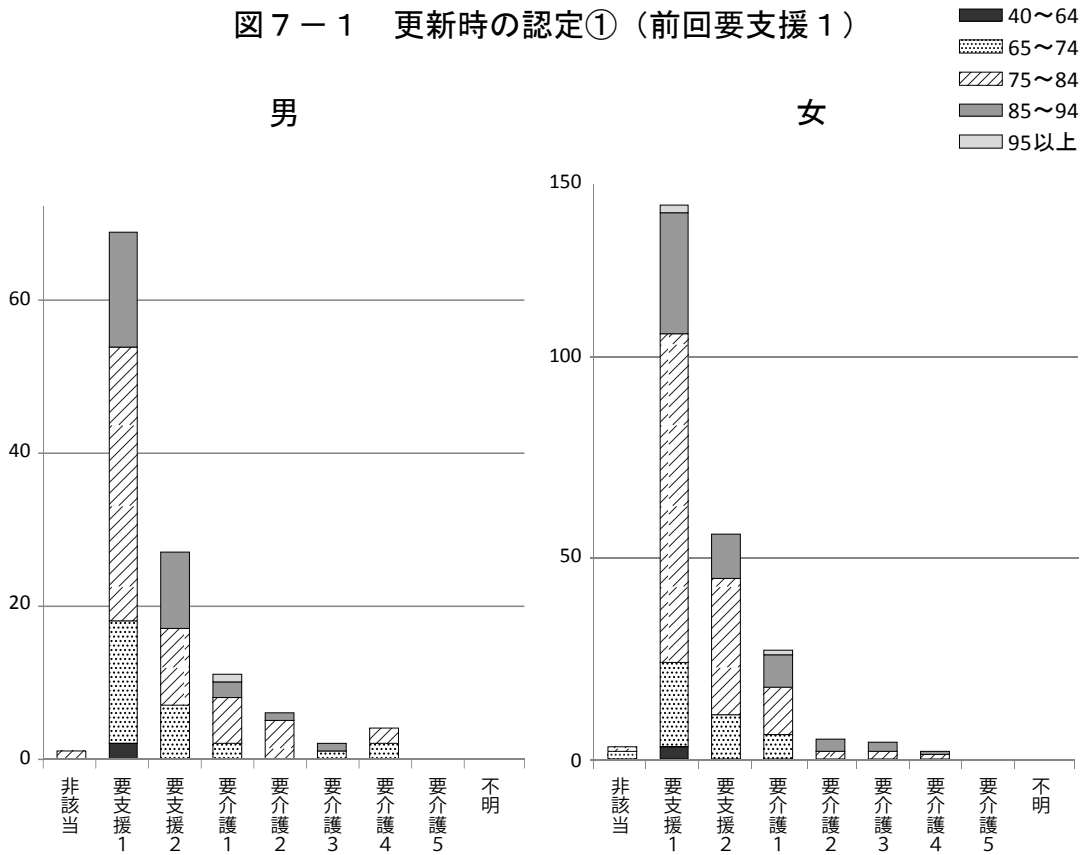


図7-2 更新時の認定②（前回要支援2）

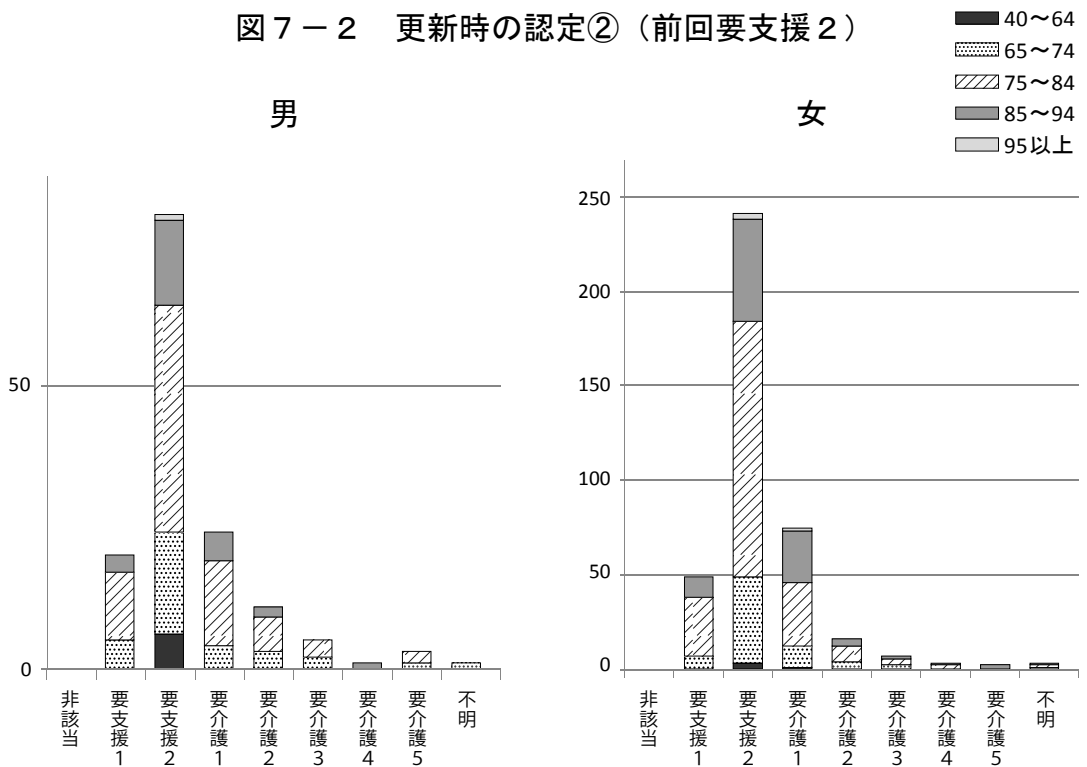


図 8-1 更新時の認定③ (男性)

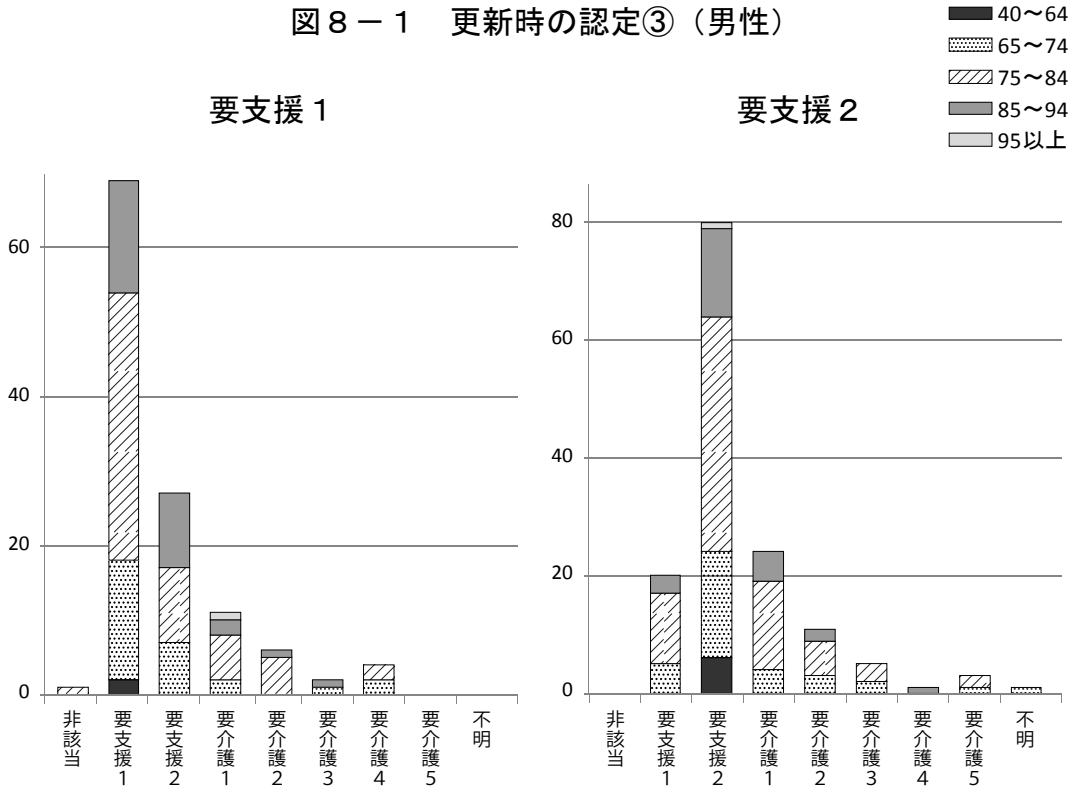


図 8-2 更新時の認定④ (女性)

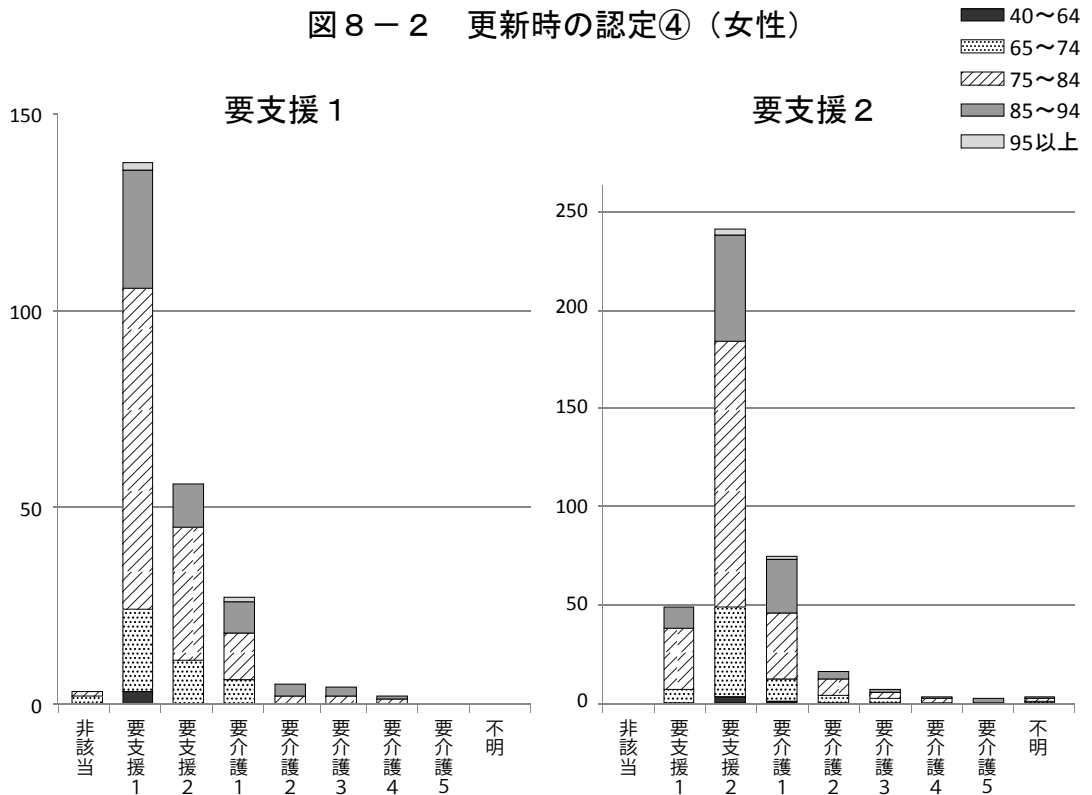


図9-1 改善度

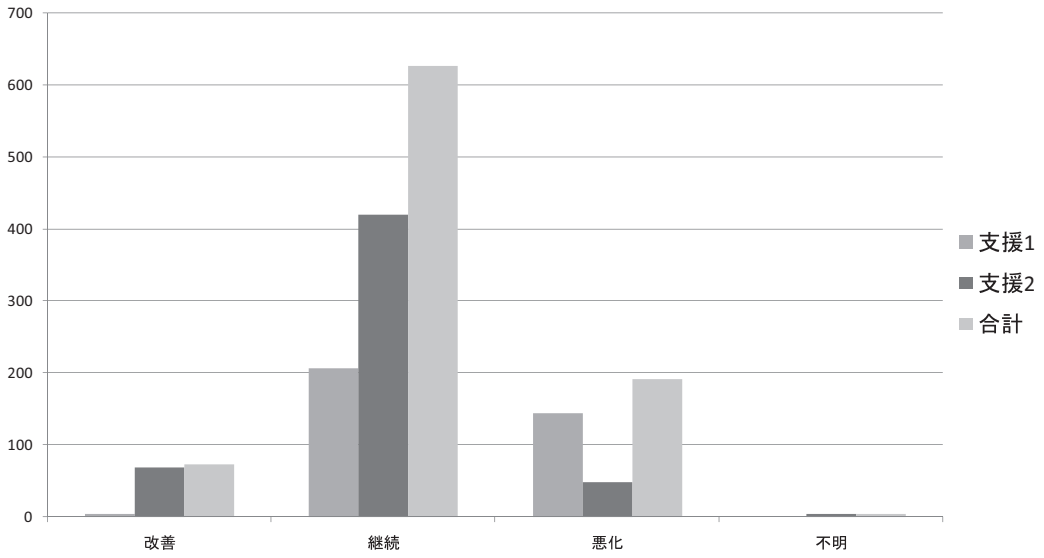
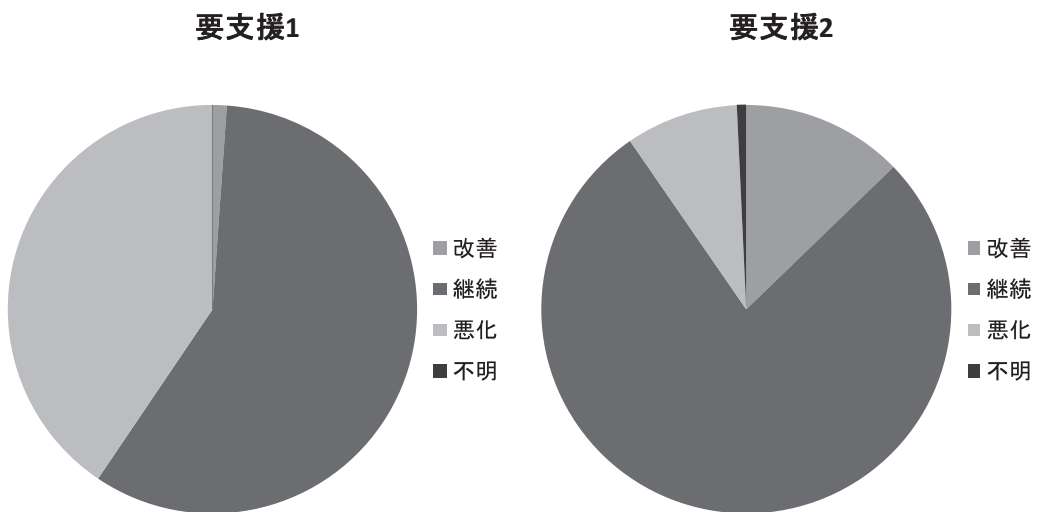


図9-2 改善度 (状態別)



3. 考察

以上は、2007年7月より2008年3月までの9ヶ月間の更新時の要支援者（896名）の介護認定についての調査である。結果についての考察は下記の通りである。

- (1) 要支援者の年齢層が極めて高く、75歳以上の高齢者が4分の3を占め、85歳以上の方では4分の1を占めており、予想よりはるかに高かった。また調査結果から高齢になるほど、介護サービスを利用する割合が高くなっていることから、高齢の人々の自立（改善・継続）を支えるためには、予防給付による高齢者に向けた配慮ある介護サービスが必要になる。
- (2) 新予防給付の対象者と介護給付の対象者では、サービス計画の担当者が異なる。新予防給付では地域包括支援センターの保健師等の職員が、介護給付では居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当者になっている。例えば、更新前に要介護1の対象者が要支援2に認定されることによりケアマネジャーが変わり、引継ぎが行われる。つまり利用者と介護支援専門員の信頼関係の構築の上でできていたケアマネジメントの実践が、要支援に改善されることにより、新しい担当者による信頼関係の構築がやりなおしとなる。新予防サービスへのシームレスに移行できにくい理由がここにあると思われる。
- (3) 介護保険の対象は人間である。特に予防給付によるサービスの重要性をきちんと利用者に説明でき信頼関係を構築できる人が介護サービス計画を作成する事によりサービスの受け入れ等も大きく変化すると思われる。75歳以上の高齢者が4分の3を占める新予防給付の対象者は、介護保険施行以来サービスを受け続けてきた人たちも多い。今回の“輝かしい改善”という目標を掲げての利用者支援に係る職員は、信頼関係なくしてこのことを達成できないように思われる。あるいはその達成には多くの時間を要する事になり、スムーズには効率的サービス提供にすることは結びつかず、状態が安定していかないことが危惧された。

専門職として地域包括支援センターのスタッフが、要介護状態の防止のキーパーソンとして要支援に認定された利用者を介護給付の対象にならないようにきちんと役割を果たしていくことが重要になる。

- ① サービスを自己選択・自己決定する利用者に対し、「要支援1」・「要支援2」と認定されたならば、改善性のある明るい明日があることを理解してもらい新予防給付のサービスを主体的に受け止めることができるようにする。

- ② 新しい認定のしくみにより要支援状態から要介護状態へ介護状態が変化するなど変化があった場合には、再アセスメントした内容を共有できる仕組みを作り、利用者本人を中心にしたネットワーク構築が今まで以上にすみやかに、かつ綿密に行われていくことが望まれる。

VI まとめ

2005年度の介護保険制度改正以降は、ともすると新予防給付と介護給付の間で線引きが強調され、そこでのシームレスな介護サービス提供の視点が弱くなっているように思われる。しかし要介護認定での線引きは、要支援と要介護の間で行われるものではないことが見えてきた。それは認定の流れから“介護にかかる手間”という視点でみると「要支援2」と「要介護1」が同じ時間帯で区分されているにもかかわらず、改善性の高い人を判断して介護予防へと分類しているからである。そこで要支援2の対象者にはその改善性を見極めた予防サービスの提供がされていく事が前提になる。つまり新予防給付と介護給付に分かれているサービス体系は、要介護状態の改善に向けて積極的なサービス提供をしていくことが重要になる。このことが利用者にもサービス提供事業所にもまた介護サービス計画を作成する介護支援専門員にも見えない部分となっていたことが多いのではないかと心配される。新しい認定のしくみが利用者のどの部分をみて決定されたのかを分かっている専門職がアセスメントをし、その部分の根拠を分析し、利用者に対し改善性に注目してニーズ優先のサービスを提供することが重要になる。

現在75歳以上の高齢者の医療問題も毎日のように新聞・テレビで取り上げられている。介護問題も特にメスを入れなければならないところが、75歳以上の高齢者であることが浮き彫りにされた。これからの介護にかかわる専門職は、要支援2と要介護1が同じ介護の手間という土俵に上がった利用者であるという理解をきちんと持ち、またその中で何故介護予防の対象者となったかということを利用者にきちんと説明が出来、同意を得ることが重要になる。“改善”というプラス要因を見逃さず、自立した生活を後期高齢者にも提供できるスキルアップした専門性を21世紀の介護福祉士が獲得する事が急務と思われる。

2009（平成21）年にはふたたび介護保険制度改正が行われる。たとえ利用者が新予防給付の対象者となった時も、また要介護状態になったとしても、安心して住みなれた場所での生活が可能になるシームレスなサービス提供の方法をサービス構築できる改正となることが期待される。

<注>

1) 介護支援専門員基本テキスト 第1巻

137 ページ

<引用・参考文献>

- 一番瀬康子・黒澤貞夫『介護福祉思想の探求』ミネルヴァ書房、2006年
黒澤貞夫『生活支援学の構想』川島書店、2006年
黒澤貞夫『生活支援の理論と実践』中央法規出版、2001年
住居広士著『介護サービスの標準化と専門性』大学教育出版 2007
園田恭一・西村昌記『ソーシャル・インクルージョンの社会福祉』ミネルヴァ書房、2008年
竹内孝仁『介護基礎学』医歯薬出版株式会社 1998年
日本成年後見法学会 「2004・2005年度高次脳機能障害に関する研究会報告書」 2006
三浦文夫編著 「福祉サービスの基礎知識」自由国民社、2002年
和田勝著『介護保険制度の政策過程』東洋新聞経済社 2007