

# 要介護認定基準の変更と影響の同期検証

— 2009年10月版と2006年版一次判定の較差 —

三宅 文枝<sup>\*1</sup> 巻幡 洋平<sup>\*2</sup> 山岡 喜美子<sup>\*1</sup> 國定 美香<sup>\*2</sup>  
石田 博嗣<sup>\*2</sup> 影山 佳奈<sup>\*1</sup> 住居 広士<sup>\*1</sup>

\* 1 県立広島大学大学院

\* 2 NPO 日本ケアワーク研究会

2010年 9月 8日受付

2010年 12月 16日受理

## 抄 録

本研究では、要介護認定基準2009年10月版と、旧版要介護認定基準2006年版との較差を比較するために、経年的な対象者における要介護状況の変化を除外して、それぞれを同期検証することを研究目的とした。その比較対象を、同一対象者で同一時期に、それぞれの要介護認定基準ごとに別々の認定調査員の認定調査結果から要介護認定一次判定を実施した。それぞれの認定調査結果から、要介護認定基準の変更と影響について、8施設(400名)と8在宅事業所(208名)の要介護者等608名を研究対象として分析した。

同期検証した結果、総体的に2009年10月版は、平均合計要介護時間は3.37分ほど多めに有意差を持って算出された。要介護度の2006年版から2009年10月版での一致率は、半数近くの調査対象者の要介護度が変化して、軽度化する調査対象者も2割半前後いた。要介護5の一致率が64.23%と最も高く、要支援1の一致率は29.73%と最も低くなった。要介護5以上の要介護時間に該当する要介護者は2009年10月版の方が2006年版よりも多く分布し、動ける認知症の要介護度はその全体の41.67%も軽度化していた。要介護認定には、要介護基準等介護時間だけによらない総合的指標である総合介護度の構築が必要である。

**キーワード：**要介護認定, 2009年10月版, 2006年版, 要介護度, 同期検証, 一次判定

## 1. 緒言

介護保険制度において、要介護認定はどの程度の介護保険サービスを受けられるかを左右する重要な判定を担っているが、この要介護認定には一次判定と二次判定がある<sup>1)</sup>。

一次判定では、認定調査員が記載した認定対象者に関する認定調査票を一次判定ソフトに入力し、コンピュータが認定基準ロジックに従った一次判定ソフトで要介護度を判定する。そして、二次判定では、保健、医療、福祉等に関連する学識経験者により構成される介護認定審査会が、一次判定結果、特記事項、主治医意見書等をもとに最終的な要介護度を判定する。

要介護度が判定される過程において、一次判定は二次判定の前提基準となっており、そして、一次判定で利用される一次判定ソフトの影響は要介護認定において無視できない。この一次判定ソフトは、2000（平成12）年の介護保険制度開始から3年ごとに見直しが行われている<sup>2)</sup>。

介護保険制度開始に先立ち、1999（平成11）年10月から初版の要介護認定基準一次判定ソフト（以下、「1999年版一次判定ソフト」と表記）が、2003年3月まで採用された<sup>3)</sup>。1999年版一次判定ソフトは、施設介護サービスのみ1分間タイムスタディの実態調査データから構築された。運動機能の低下していない認知症の被認定者の要介護度が低く判定される点や、推計要介護時間と実測の介護時間との乖離が大きい点などが問題点として指摘された<sup>4)</sup>。

次いで、2003（平成15）年4月から採用された要介護認定基準一次判定ソフト（以下、2003年版一次判定ソフトと表記）においては、前述の1999年版一次判定ソフトの問題点を改善するように一部修正が行われた。主な修正点としては、認定調査項目を85項目から79項目に変更、特定の条件下において運動機能の低下していない認知症高齢者（寝たきり度A以下かつ認知症高齢者の自立度判定基準Ⅲ以上）の要介護度を上げ、「要支援」や「要介護1」の基準時間の区分を変更、樹形図の更新等があげられる<sup>5-6)</sup>。

2005（平成17）年の介護保険制度改正を受けて、2006（平成18）年には、介護予防給付が創設され、要支援の区分に新たに「要支援1」と「要支援2」が設けられた。これに伴い、認定調査員テキストの内容も一部変更となり、認定調査項目が2003年版の79項目に対して3項目の廃用の程度に関する調査項目が追加され82項目になった。ただし、その追加の3項目は一次判定には直接影響しない<sup>7-8)</sup>。

2009年4月に介護保険制度開始から3度目の見直しとなる新版要介護認定基準が採用された<sup>9-10)</sup>。この見直しでは、2007年の1分間タイムスタディの介護実態調査データで一次判定ソフトが修正された。1)

コンピュータによる一次判定での「要支援2」と「要介護1」の判別の導入、2) 認定調査項目を82項目から74項目に縮減、3) 認定調査項目の群分けを7群から5群に再編、4) 中間評価項目得点表の見直し、5) 日常生活自立度の組合せ評価の削除、6) 要介護度変更の指標の削除、7) 状態像の例の削除などを主な変更点としている。しかし、2009年4月版の要介護認定基準では介護現場の混乱を招いて、要介護認定調査テキストの一部が見直して、さらに2006年版で判定されていた以前の旧要介護度も選択できる経過措置がとられた。

その見直し過程では、従来と同様に施設介護サービスでの介護実態に沿う認定基準ロジックで構築されており、2007（平成19）年度からの1分間タイムスタディ調査の介護時間データをもとに一次判定ソフトが修正されていた。2009年10月版では、さらなる要介護認定調査テキストの一部が見直しされたが、但し、要介護認定一次判定ソフトや調査項目数の変更は行われていない<sup>12-13)</sup>。現行の2009年10月版の要介護認定基準の比較評価をするためには、2006年版一次判定と2009年10月新版一次判定ソフトの較差を同期検証する実態調査で分析する必要がある。

## 2. 研究目的

2006年版要介護認定基準の見直しは、2006年10月から厚生労働省老健局「要介護認定検討会」で審議されて、2007年度に高齢者介護実態調査が実施されて、2008年11月新たに提唱された2009年4月版の要介護認定基準が合意された<sup>11)</sup>。しかし、2009年4月前後から、2006年版要介護認定基準よりも要介護度が軽度化する等や認定調査基準等が介護現場と乖離して厳正化され過ぎる問題点等が指摘された<sup>12)</sup>。それらを受けて厚生労働省は2009年4月13日から「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」が開催されて、2009年4月版の要介護認定基準の見直しに向けた検証と検討が議論された。速くも7月13日には要介護認定状況の調査結果について2009年4月版の第一次集計が報告され、7月28日には認定調査基準のみの変更にて2009年10月版の第二次報告が合意された。それらの集計はすべて2005年4・5月から2009年4・5月までの1年間ごとの一次判定の要介護度分布の比較検証が、対応しない後向き研究 (retro-spective study) だけで、その妥当性と信頼性が検証・検討された<sup>13)</sup>。

しかし、2006年版と2009年10月版の要介護認定基準の対応しない後向き研究だけでは、要介護状況は年々歳々に重度化するなどの介護現場は状態像の変化を伴っており、それだけの検証・検討等では本来の要介護認定基準の妥当性と信頼性の評価は困難である。それぞれを同期検証するために、その比較する対象を、

同一対象者で同一の時期に、それぞれの要介護認定基準ごとに別々の認定調査員が要介護認定一次判定を同期して実施することを本研究の目的とした。

それぞれの認定調査結果に基づいた要介護認定基準一次判定結果から、要介護認定基準の変更と影響について同期検証し、要介護認定基準による較差を明らかにすることを目的とした。

### 3. 研究対象および研究方法

#### 3.1 研究対象

研究の対象施設として、施設関連施設 8 施設と在宅関連施設 8 施設の計 16 施設を調査研究の対象とした。

調査対象者となる要介護者と要支援者（要介護者等と称する）の人数は、施設関連施設が 400 人（有効データ 400 人）、在宅関連施設が 238 人（有効データ 208 人）であり、そのうち総有効データは 608 人分であった。また、調査対象期間は、2009 年 10 月から 2010 年 1 月であった。全調査対象者を調査対象期間の主たる利用サービス別に集計した結果、施設関連施設は「介護老人福祉施設」が 400 人で全体の 65.79% であり、その他の在宅関連施設は 34.21% であった。「短期入所」が 3 人で全体の 0.49%、「通所介護」が 159 人で全体の 26.15%、「介護予防通所介護」が 37 人で全体の 6.09%、「認知症対応型通所介護」が 6 人で全体の 0.99%、そして、「通所リハビリテーション」、「予防通所リハビリテーション」、「その他」がともに 1 人で、それぞれ全体の 0.16% を占めていた。

#### 3.2 研究方法

研究方法は各施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）、もしくは、生活相談員が、同一要介護者等の同一時点における状態を、2006 年版の要介護認定調査票と 2009 年版 10 月版の要介護認定調査票ごとに別々の認定調査員がそれぞれの認定調査結果を記載した。そして、両調査票の認定調査結果を、2006 年版と 2009 年 10 月版それぞれの要介護認定一次判定（エミュレーションソフト、Tommy's Page）に入力し、両ソフトによる要介護認定の一次判定を行い、その判定結果である要介護度ならびに要介護認定等基準介護時間（以下、要介護時間と表記）を分析した。但し、2006 年版と 2009 年 10 月版の動ける認知症に伴う要介護度の上昇と、2009 年 10 月版ではそれに伴う要介護時間の加算を含めて解析した。統計解析には SPSS(ver.18.0 for Windows) を使用し、正規性の適合度は Shapiro-Wilk 検定、等分散性の検定には Leven 検定、中央値の検定を Wilcoxon の符号順位検定で有意差を検定した。

#### 3.3 倫理的配慮

社会福祉調査・研究過程を委員会にて協議した上で、各事業者に対して利用者の人権を尊重し倫理性を確保することを説明して同意を得た。調査を実施するものに対しては研究の趣旨を説明し利用者個人や施設等が特定されないよう個人情報保護に努めること説明し、同意を得た。調査を実施する際には、調査対象者等の匿名性を確保し、対象者の人権の保護に努めた。調査研究の過程では、その手続き過程を各事業者に説明して、データ等は ID 番号と数値の処理を行い、分析した。

### 4. 結果

#### 4.1 要介護度別人数の同期検証

##### 4.1.1 2006 年版一次判定要介護度別人数

全調査対象者を 2006 年版一次判定エミュレーターソフトが判定した要介護度別に人数を集計した結果、自立は 18 人で全体の 2.96%、要支援 1 は 37 人で全体の 6.09%、要介護 1 相当（要支援 2 と要介護 1 の総和）は 84 人で全体の 13.82%、要介護 2 は 75 人で全体の 12.34%、要介護 3 は 119 人で全体の 19.57%、要介護 4 は 152 人で全体の 25.00%、要介護 5 は 123 人で全体の 20.23% を占めていた。この結果より、要介護 4 の人数分布が最も多く、続いて、要介護 5、要介護 3 の順に多くなっていた（図 1-1）。

また、平均要介護度は、 $\{(要支援 1 認定者数 + 要支援 2 認定者数 - 経過的要介護認定者数) \times 0.375 + 要介護 1 認定者数 \times 1 + 要介護 2 認定者数 \times 2 + 要介護 3 認定者数 \times 3 + 要介護 4 認定者数 \times 4 + 要介護 5 認定者数 \times 5\} \div 総要介護(要支援)認定者数$  で、3.10 であった。

##### 4.1.2 2009 年 10 月版一次判定要介護度別人数

全調査対象者を 2009 年 10 月版一次判定エミュレーターソフトが判定した要介護度別に人数を集計した結果、非該当は 16 人で全体の 2.63%、要支援 1 は 34 人で全体の 5.59%、要介護 1 相当は 93 人で全体の 15.30%、要介護 2 は 76 人で全体の 12.50%、要介護 3 は 110 人で全体の 18.09%、要介護 4 は 142 人で全体の 23.36%、要介護 5 は 137 人で全体の 22.53% を占めていた（図 1-2）。この結果より、2006 年版と同様に、要介護 4 の人数分布が最も多く、続いて、要介護 5、要介護 3 の順に多くなっていた。また、平均要介護度は、3.11 であった。

#### 4.2 要介護度別分布の同期検証

調査結果は要介護度別の上位三分布からみると、608 人を対象として 2006 年版要介護度では一番多いのは要介護 4 の 152 人で 25.00%、次に要介護 5 の 123

人で20.23%，続いて要介護3の119人で19.57%である。2009年10月版要介護度では一番多いのは要介護4の142人の23.36%，次に，要介護5の137人で22.53%，続いて要介護3の110人で18.09%である。それぞれを同期検証すると，2009年10月版では要介護5は2.30%増加，要介護4では1.64%減少，要介護3では1.48%減少の順に増減格差が大きい順である。(図1-1,2)

#### 4.2.1 要介護度別人数クロス集計と一致率の同期検証

次に要介護度別人数のクロス集計を行って，要介護度別人数を比較した。要介護5が79人で全体の13.0%と最も一致した人数割合であった。次いで，要介護4は66人で10.9%，要介護3は57人で9.4%であっ

た。調査対象者に対して同時期に旧版と新版の要介護認定調査を行ったところ，全体としては認定結果の要介護度は半数前後が異なっていた。

2006年版の要介護度別に2009年10月版において，最も要介護度が一致していた要介護5において何人が変更されたかを検討した。2006年版の要介護5は123人であるが，2009年10月版の要介護5では137人であり，その137人を2006年版の要介護度別で見ると，要介護5の79人，要介護4の53人，要介護3の5人から編成された(表1)。

クロス集計表から608人を対象として2006年版と2009年10月版での要介護認定基準の要介護度の一致率を比較検証すると，要介護度分布では中重度者人数の分布率には大きな変化は認められないが，その中で

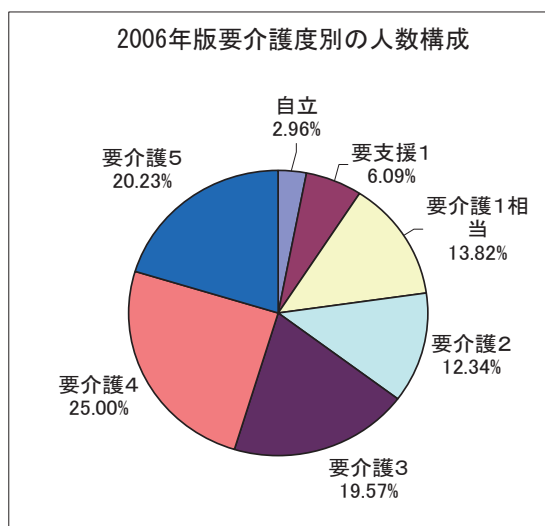


図 1-1 2006年版要介護認定における要介護別の人数構成 (N=608)

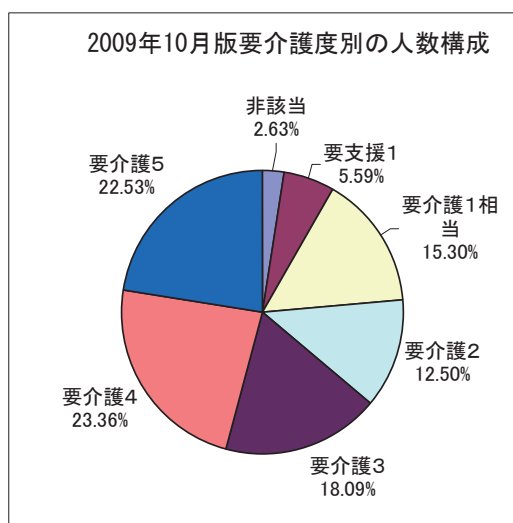


図 1-2 2009年10月版要介護認定における要介護別の人数構成 (N=608)

も要介護度人数分布の増減の格差を伴っており、要介護度別の一致率は要介護5が64.23%で一番高く、次いで要介護1相当は60.71%、要介護2は43.42%で、それ以外は50%以下であった(表2)。

4.2.2 要介護度の軽度化・一致・重度化の同期検証

全調査対象者に関して、2006年版から2009年10月版への要介護度の変化を、要介護度が下がる「軽度

化」、要介護度が変化しない「一致」、そして、要介護度が上がる「重度化」の3つの集団に分類した(表2)。

その結果、総体では、「軽度化」が146人で全体の24.01%であり、「一致」が308人で50.66%、そして、「重度化」が154人で25.33%となり、約半数は変化がみられないが、2割半前後が「軽度化」、もしくは、「重度化」していた。ちなみに、構成比の分母は、2006年度版の各要介護度の合計人数である。

表1 2006年版と2009年10月版の要介護度別人数のクロス集計の同期検証

2006年版 \ 2009年10月新版	自立	要支援1	要介護1相当	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
非該当	4	8	4	0	0	0	0	16
要支援1	7	11	15	1	0	0	0	34
要介護1相当	6	11	51	21	4	0	0	93
要介護2	1	5	12	40	16	2	0	76
要介護3	0	2	2	13	57	31	5	110
要介護4	0	0	0	0	37	66	39	142
要介護5	0	0	0	0	5	53	79	137
合計	18	37	84	75	119	152	123	608

表2 2006年版から2009年10月版での要介護度変化の同期検証

2006年版 要介護度	軽度化(%)	一致(%)	重度化(%)	合計(%)
自立	0(0%)	4(22.22%)	14(77.78%)	18(100%)
要支援1	8(21.62%)	11(29.73%)	18(48.65%)	37(100%)
要介護1相当	19(22.62%)	51(60.71%)	14(16.67%)	84(100%)
要介護2	22(29.33%)	40(53.33%)	13(17.33%)	75(100%)
要介護3	20(16.81%)	57(47.9%)	42(35.29%)	119(100%)
要介護4	33(21.71%)	66(43.42%)	53(34.87%)	152(100%)
要介護5	44(35.77%)	79(64.23%)	0(0%)	123(100%)
全体(%)	146(24.01%)	308(50.66%)	154(25.33%)	608(100%)

表3 介護行為区分ごとの平均要介護時間(2006年版と2009年10月版)の同期検証

表3-1 2006年版要介護認定(N=608)

行為区分	平均介護時間(分)	構成比(%)
食事	9.63	12.14
排泄	15.43	19.44
移動	12.82	16.15
清潔	15.67	19.74
間接	9.67	12.18
医療	10.48	13.21
機能	4.10	5.16
問題	1.57	1.98
合計	79.36	100.00

表3-2 2009年10月版要介護認定(N=608)

行為区分	平均介護時間(分)	構成比(%)
食事	14.77	17.85
排泄	14.88	17.99
移動	11.61	14.03
清潔	12.74	15.40
間接	5.61	6.79
医療	8.95	10.82
機能	5.59	6.76
BPSD	7.63	9.22
加算	0.94	1.13
合計	82.73	100.00

### 4.3 要介護時間の同期検証

#### 4.3.1 平均合計要介護時間の同期検証

全調査対象者に関して、要介護認定基準の一次判定から割り出した平均合計要介護時間を同期検証した。2006年版では79.36分±31.67、2009年10月版では82.73分±34.44であり、2009年10月版の平均合計要

介護時間が3.37分多くなっていた。要介護認定等基準時間では、正規性の適合度はShapiro-Wilk検定で有意差なく(p<0.0001)非正規であり、等分散性の検定にてLeven検定で有意差ないために(p=0.1496)不等分散性であり、中央値の検定をWilcoxonの符号順位検定すると2009年10月版の方が2006年版より多く有意差を認めた(p<0.0001)。

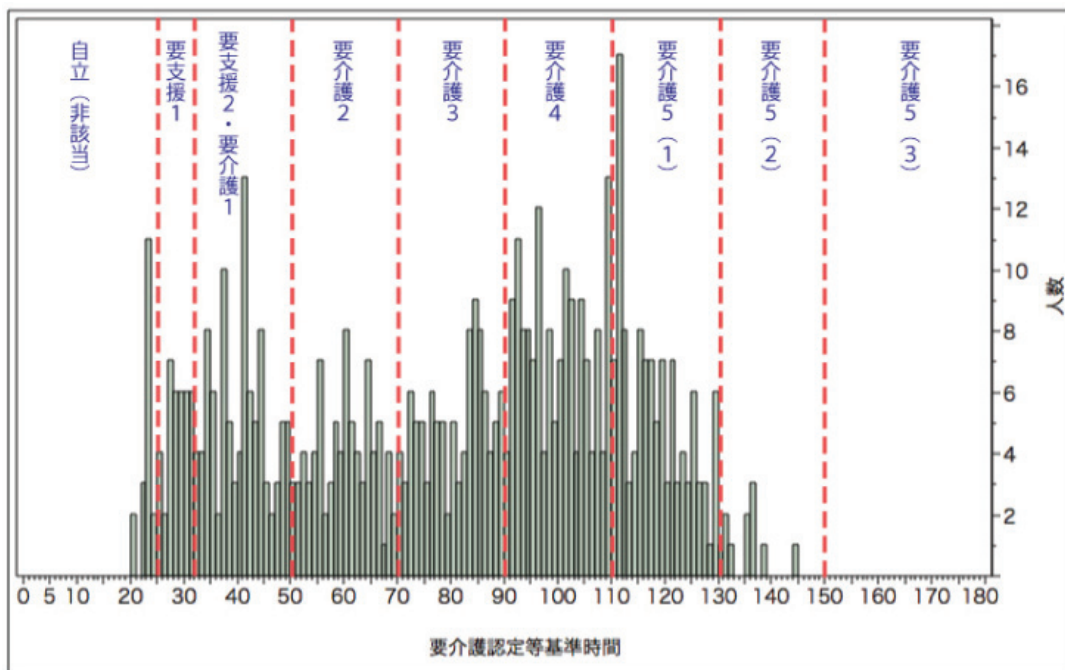


図 2-1 要介護認定等基準時間別の人数分布 (2006年版)

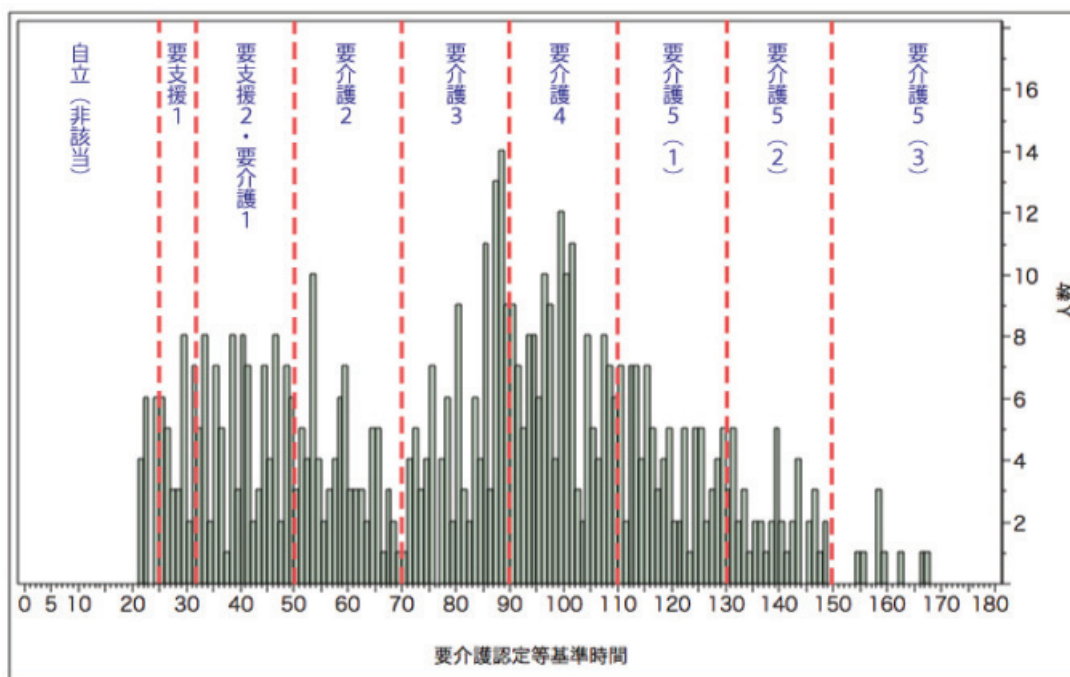


図 2-2 要介護認定等基準時間別の人数分布 (2009年10月版)

4.3.2 介護行為区分ごとの平均要介護時間の同期検証

全調査対象者に関して、同じく要介護認定基準の一次判定から割り出した2006年版と2009年10月版との介護行為区分ごとの平均要介護時間を同期検証した(表3-1,2)。介護行為区分ごとの平均要介護時間の同期検証(2006年版と2009年10月版の平均要介護時間)では、共通する8区分のうちの、「食事」は5.14分([06']9.63分,[09']14.77分),「機能訓練」は1.49分([06']4.10分,[09']5.59分),「BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, 認知症に伴う行動障害と精神症状」(2006年版では「問題行動」)は6.06分([06']1.57分,[09']7.63分)ほど、それらの3介護行為区分では2009年10月版の方が多かった。逆に、その他の5介護行為区分では、「排泄」は0.55分([06']15.43分,[09']14.88分),「移動」は1.21分([06']12.82分,[09']11.61分),「清潔」は2.93分([06']15.67分,[09']12.74分),「間接」は4.06分([06']9.67分,[09']5.61分),「医療」は1.53分([06']10.48分,[09']8.95分)ほど、2006年版の平均要介護時間の方が多かった。平均要介護時間が高い介護行為区分数は2006年版の方が2介護行為区分多いが、総体では2009年10月版の合計要介護時間の平均は3.37分ほど有意に多かった。

4.3.3 合計要介護時間別の人数分布の同期検証

全調査対象者に関して、2006年版と2009年10月版との、合計要介護時間別の人数分布を比較した(図2-1,2)。2006年版は比較して要介護時間の標準偏差のばらつきは小さい。2009年10月版では、そのばらつきが大きくなり、最も多い合計要介護時間帯にかけても人数分布が見受けられた。合計要介護時間の最大値では、2006年版が144.00分、2009年10月版が167.40分であり、2009年10月版の方が23.40分

多くなっていた。2006年版と2009年10月版の要介護時間別の人数分布は、共にShapiro-Wilk検定で非正規分布( $p < 0.0001$ )であり、Leven検定で等分散性には有意差はなく( $p = 0.1496$ ) 不当分散性であり、Wilcoxonの符号付順位検定では2009年10月版に有意差を認めた( $p < 0.0001$ )。

4.3.4 要介護5の区分要介護時間以上の人数分布の同期検証

全調査対象者のうち区分要介護時間が110分以上である要介護5に関して、2006年版と2009年版との合計要介護時間別の人数分布を比較した。その結果、要介護5の平均合計要介護時間は2006年版が119.60分であり、2009年10月版が127.85分であり、2009年版10月版の方が8.25分多くなっている。また、その平均合計要介護時間からのばらつきを示す標準偏差は、2006年版が7.47であり、2009年10月版が13.66で、2009年10月版の方が6.19大きくなっていた。

要介護5からの区分要介護基準時間として、110分以上から20分ごとに区分して、110分以上130分未満を要介護5、130分以上150分未満を要介護6、150分以上を要介護7と仮定すると、2006年版では要介護6に11人、2009年10月版では要介護6に43人、要介護7にも9人の要介護者がいた(図3)。

4.4 動ける認知症高齢者の同期検証

要介護認定テキストの「運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック」において、動ける認知症の条件として、「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、Ⅳ又はMかつ障害高齢者の日常生活自立度が自立、J又はAであり要介護認定基準時間が70分未満」という基準がある。

全調査対象者のうち動ける認知症高齢者のみを抽

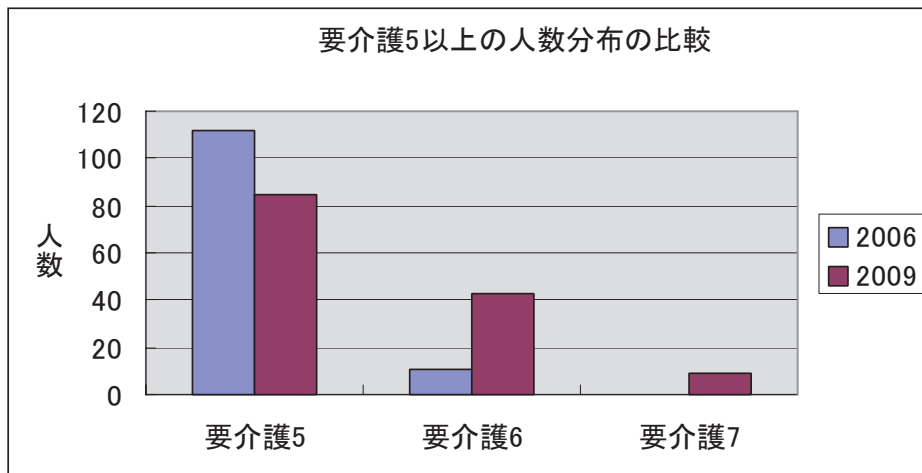


図3 要介護5(110分以上 130分未満)・要介護6(130分以上 150分未満)・要介護7(150分以上 170分未満)における合計要介護時間別の人数分布

出して2006年版から2009年10月版への要介護度の変化を集計した結果、「軽度化」が10人で全体の41.67%、「一致」が9人で全体の37.50%、「重度化」が5人で全体の20.83%を占めていた。この結果、総体の「重度化」の25.33%と比較して、動ける認知症の「軽度化」が41.67%と1.65倍も大きな割合を占めていた。

## 5. 考察

### 5.1 要介護度別の人数分布の同期検証

2006年版と2009年10月版のそれぞれの一次判定で判定した要介護度別人数を集計し総体で同期検証すると、その人数分布構成比はほぼ同様に分布していた。また、平均要介護度に関しても、大きな変化がないように見受けられる。しかし、調査対象者自身の要介護度の同期検証した場合、全体の2割半前後の調査対象者の要介護度が「軽度化」や「重度化」していた。つまり、半数に相当する5割弱の調査対象者の要介護度が「軽度化」または「重度化」に変化していると言える。

本研究から、総体的に2009年10月版は、要介護認定基準による認定調査から割り出した平均合計要介護時間は3.37分ほど多めに算出されたのだが、判定された要介護度の2006年版との一致率は個々の被認定者では、半数近くの調査対象者の要介護度が変化し、軽度化または重度化する調査対象者も約2割半前後いることが同期検証された。また、動ける認知症の場合は、さらに要介護度が約4割とその1.65倍もの高い割合で軽度化していた。

また、2009年10月版は、要介護度が要介護5、要介護1相当、要介護2の順に、2006年版との要介護度の一致率はより高く、合計要介護時間も2006年版より多く算出された。2009年10月版は、2006年版の自立は22.2%、次いで要支援1では29.73%とそれらの要介護度の一致率はかなり低くなる傾向があった。要介護時間の中央値については2009年10月版は2006年版よりも有意差をもって多くなっていた。

このように、2009年10月版の場合は、要介護度が最も高い要介護5の状態像の評価が2006年版により一致するように策定されていると言える。逆に要介護度が特に低い場合、2009年10月版の要介護認定一次判定ソフトは、より一致度が低下しており、非該当者や要支援者の要介護認定がかなり困難となる性能が認められた<sup>17)</sup>。

2009年版要介護認定基準に見直しする事由として、各都道府県や各市町村における要介護度の分布率の較差を問題視していたが、それらは主に人口当たりでみた病院病床数、病床利用割合、高齢者有業割合、保健師総数<sup>18)</sup>、医療施設と機能<sup>19)</sup>と関連しており、本研究の同期検証から分布率の較差は必ずしも要介護認定

の再現性や信頼度には起因していないと言える。

### 5.2 平均合計要介護時間の同期検証

平均合計要介護時間については、総じて2009年10月版の方が2006年版と比較して、有意差をもって平均合計要介護時間が3.37分多くなっていた。その平均合計要介護時間の内、各介護行為区分で2009年10月版の要介護時間がより多くなっていたのは、「食事」と「機能訓練」のみであった。

本研究において2009年10月版の平均合計要介護時間が2006年版よりも多くなっていたその他の要因としては、2009年10月版に追加された認知症に伴う「BPSD」に対する「要介護時間の加算」による平均合計要介護時間の影響も考えられる。また、平均値からのばらつきを示す標準偏差についても、2009年10月版の方がより大きな値を示していた。以上のように2009年10月版の方が、平均合計要介護時間はより多めに算出されて、一次判定で推測される要介護認定基準等介護時間のばらつきはより大きくなっていた。

その分布を統計的に同期検定すると、総じて2009年10月版と2006年版では、そのばらつきを表す分散については有意差は認めず、中央値については2009年10月版の方がより高くなる有意差があることが認められた。

### 5.3 要介護5以上の要介護時間に該当する要介護者の増大

要介護度は合計した要介護時間から非該当(自立)・要支援1～2・要介護1～5までの8ランクに区分されている。要介護認定等基準時間が、32分以上50分未満であれば要介護1、50分以上70分未満であれば要介護2、70分以上90分未満であれば要介護3のように、要介護1以降では20分ごとに要介護度区分ランクが変わるように策定されている。

現在の介護保険制度では要介護認定等基準時間が110分以上では要介護5の要介護度以外は存在しない。しかし、20分ごとに区切って、要介護度を決めるという手法に当てはめてみると、要介護5以上に該当する要介護者は2009年10月版の方が2006年版よりも多く分布していることが分かる。2009年10月版では、20分ごとの要介護時間に当てはめて判定すると実質的には要介護6、7に該当する要介護者が、要介護5の中に押し込まれていると言える。それぞれは、その直前の実態介護時間を基に要介護認定基準が策定されているので、2006年版から2009年版になるにつれて、重度者に対する実態介護時間が延長して、より重度者に対する重度介護を伴う介護負担の強い介護現場となっていることが示唆された<sup>21)</sup>。



#### 5.4 動ける認知症高齢者の軽度化

全調査対象者のうち動ける認知症高齢者のみを抽出して2006年版から2009年10月版への要介護度の変化を集計した結果、「軽度化」が10人で全体の41.67%で、「軽度化」が最も大きな割合を占めていたという結果が出た。

認知症高齢者の要介護度が軽度に判定されるということは、要介護認定が始まった1999年10月時から繰り返し指摘されてきたことである。認知症には、BPSDへの対応や見守りや声掛けなどの認知症ケアが必要である。しかし、このような直接介護を伴わない、身体に触れない介護や間接介護については要介護認定基準の1分間タイムスタディによる実測では、要介護時間が計測されにくい。その結果、要介護認定等基準時間においても認知症ケアが適切に反映されていないことを示唆している<sup>22)</sup>。

2009年4月版から2009年10月版の見直しでは、調査員テキストにおける認定調査基準の修正のみで、要介護認定基準等基準時間のロジックの修正は全く行われていない。そのために2009年4月版で削除された認知症ケアに関連した重要な認定調査項目は削除されたままである。それらには「火の不始末」「暴言・暴行」「飲水」などがある。今回の動ける認知症高齢者の「軽度化」が41.67%という結果は、認知症の関連調査項目の削除との関連性も一部は考えられる。さらに認知症の要介護時間が算出されにくい要介護認定基準であるからこそ、二次判定において要介護時間以外の要因を再検討する上でも、認知症ケアの関連の認定調査項目の復活が必要とされる<sup>23)</sup>。

今回の結果は、要介護認定基準の一部の見直しが行われてきたが、介護者が身体に直接接触して介助する身体介護の介護時間を主軸に構築された仕組みのままであることを現実化していると言える。介護保険制度上ではその身体介護は、「利用者の身体に直接接触して行う介助並びにこれを行うために必要な準備及び後始末並びに利用者の日常生活を営むための介助及び専門的な援助をいう」と定義されて、訪問介護の介護報酬上では生活援助と区別されている<sup>24)</sup>。近年、認知症のさまざまなBPSD周辺症状等に対する見守り以外の認知症ケアの介護技術が進展してきている。それらに対応した介護時間以外の新しい評価基準の策定から、認知症ケアの実態を適切に把握できる要介護認定の仕組みへの抜本的見直しが必要である。

## 6. 要介護認定基準の標準化と専門性

2009年版一次判定ソフトのロジックの基礎となった要介護時間データは、2007(平成19)年度に厚生労働省により実施された「高齢者介護実態調査」により収集されたものであり、この調査は施設入所者のみ

の調査を基礎としており、その調査対象者の要介護度も比較的高い要介護者が主体となっている。ちなみに、その要介護認定基準への影響は、一次判定ソフトのロジックの基礎となった介護時間データの性能からも指摘されている。

このように要介護認定基準のロジックの開発に利用した要介護時間データが、要介護度の高い施設入所の対象者から収集されたものであれば、逆に居宅サービスや介護予防サービスなど、比較的に要介護度が低い調査対象者の状態像を、介護時間データだけから把握するのはとても困難となる可能性がある。

要介護認定基準の根本的な問題点は、データを実測された要介護時間及びそれらから推計された要介護時間とが、介護実態と乖離していることに起因する。つまり、要介護認定等基準時間のみの「介護の手間」などだけで介護実態を区分することは困難であり、このことは介護保険制度における要介護認定が始まった当初から問題視されてきたことである。

要介護認定における要介護度というのは、要介護者がどのような介護をどの程度に必要としているかを判定する指標である。その人に介護時間がどのくらいかかるかということだけを計算して判定するものではない。しかし、現行の要介護認定は要介護時間だけで推計する判定基準になっていると言える。必要な要介護時間だけで要介護度を決めることには限界があることを問題化している。

必要な介護は、要介護時間の数値に現れやすい身体に触れる直接的な身体介護サービスだけではない。要介護時間の数値には現れない介護業務や福祉業務などの様々な要介護時間やその他の介護要因はかなり多くある。数値として現れる要介護時間だけで、要介護者や要支援者の介護実態全体を把握することはとても困難である。そのため、数値に現れる介護時間だけによらない評価指標である総合介護度の構築が必要であると考えられる<sup>25)</sup>。

## 結語

介護保険制度のサービスを利用するにあたってはまず被保険者は要介護認定を受けて、要介護認定基準に基づいて要介護度が決定される。介護保険制度の管理運営の根幹である要介護認定基準の変更はすなわち、介護保険料、利用者数、介護給付額などに多大な影響を及ぼすことになる。また要介護度は利用者に対する介護報酬と区分支給基準額だけでなく、介護サービスの適用から自己負担にも影響を及ぼす結果となる<sup>26)</sup>。

介護サービスを受けるには要介護認定を受けることが必要であり、要介護認定は介護サービスを受けるための入り口である。このため、要介護認定の妥当性は、国民ならびに国際的な介護保険制度に対する信頼にも

大きな影響を及ぼす<sup>27-28)</sup>。2009年4月から半年余の間に、2種類の要介護認定システムが同時に採用されていた。一連の要介護認定変更に伴う介護現場の騒動と混乱から、要介護認定システムの変更とその影響は利用者の生活にも直接的に影響を与えるものであり、要介護認定基準の介護時間だけによる量的介護評価から質的介護評価を加えた総合介護認定による総合介護度を開発する必要がある<sup>29-30)</sup>。

## 謝辞

本調査研究の実施にあたり、ご協力いただきました公益社団法人全国老人福祉施設協議会（老施協）総研ならびにご協力を賜りました閃利株式会社の関係者の皆様方に深謝申し上げます。本研究の一部は、公益社団法人老施設協総研：平成21年度要介護認定調査概要報告2009年の一部を加筆ならびに修正した。

## 文献

- 1) 一番ヶ瀬康子監修，住居広土著：要介護認定とは何か，一橋出版，122-126，2004
- 2) 住居広土：介護保険制度と要介護認定者数の推移，総合リハ，第38巻第5号，495-96，2010
- 3) 厚生労働省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室：都道府県等要介護認定担当者会議資料，1999年7月
- 4) 石田一紀，住居広土：納得できない要介護認定，萌文社，103-108，1999.
- 5) 厚生労働省老健局老人保健課：介護認定審査会委員テキスト，2003.01.
- 6) 厚生労働省老健局老人保健課：認定調査員テキスト，2003.01.
- 7) 厚生労働省老健局老人保健課：介護認定審査会委員テキスト2006，2006.01.
- 8) 厚生労働省老健局老人保健課：認定調査員テキスト2006，2006.01.
- 9) 厚生労働省老健局老人保健課：要介護認定介護認定審査会委員テキスト2009，2009.03.
- 10) 厚生労働省老健局老人保健課：要介護認定認定調査員テキスト2009，2009.03.
- 11) 厚生労働省老健局老人保健課：第1～6回要介護認定調査検討会資料，2006.10～2008.11.
- 12) 法研：要介護認定「経過措置」の余波，月刊介護保険，15巻167号，52-56，2009.
- 13) 厚生労働省老健局老人保健課：第1～4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会資料，2009.4～2010.1.
- 14) 厚生労働省老健局老人保健課：要介護認定介護認定審査会委員テキスト2009改訂版，2009.08.
- 15) 厚生労働省老健局老人保健課：要介護認定認定調査員テキスト2009改訂版，2009.08.
- 16) 全国老人福祉施設協議会総研：施設利用者のサービス量の把握に関する調査研究，2008.03.
- 17) 和泉京子，阿曾洋子，山本美輪：「軽度要介護認定」高齢者の要介護度の推移の状況とその要因，老年社会科学，29(4)，471-484，2008.
- 18) 渡部月子，高嶋伸子，星旦二：都道府県別要介護認定割合の較差と保健師活動との関連，社会医学研究，27(1)，1-8，2009.
- 19) 栗盛須雅子，渡部月子，高燕，星旦二：都道府県別要介護認定割合の較差と関連する要因の総合解析，厚生指標，56(4)，22-28，2009.
- 20) 平井寛，近藤克則，尾島俊之，村田千代栄：地域在住高齢者の要介護認定のリスク要因の検討－AGESプロジェクト3年間の追跡研究－，日本公衆衛生雑誌，56(8)，501-512，2009.
- 21) 谷口泰司：特別養護老人ホームの変貌に関する一考察－介護報酬及び要介護認定の視点から－，近畿福祉大学紀要，7(2)，105-122，2006.
- 22) 國定美香：介護保険施設の介護職員における介護時間の評価－介護支給時間から介護労働時間と非特定介護時間の比較－，厚生指標，57(2)，13-18，2010.
- 23) 鳶野沙織，新鞍真理子，下田裕子，東海奈津子，寺西敬子，山田雅奈恵，田村一美，山口悦子，永森睦美，上坂かず子，成瀬優知：要介護認定を受けた認知症高齢者の日常生活自立度の変化と認知症に関連する症状項目の変化，厚生指標，57(6)，25-32，2010.
- 24) 住居広土編著：介護福祉用語辞典，160-161，ミネルヴァ書房，2009.
- 25) 住居広土：介護モデルの理論と実践－介護保険総合研究－，大学教育出版，1998.
- 26) 坂本忠次，住居広土編著：介護保険の経済と財政，勁草書房，39-56，2006.
- 27) Hiroshi Sumii, Yoko Akedo, Kaori Saito, Hyeon-Ku Seon, Choon-Seek Rim: Introduction of Long-term Care Insurance in Japan-To Support "Kaigo" Security?, International Journal of Welfare for the Aged, Vol.19, pp.17-39, 2008.
- 28) Hiroshi Sumii, Yoko Akedo, Yuki Sawada, Kaori Saito, Hyeon-Ku Seon, Choon-Seek Rim: 2005 Revision of the Long-term Care Insurance System in Japan and Its Future Prospective. International Journal of Welfare for the Aged, Vol.22, pp.67-86, 2010.
- 29) 住居広土：介護サービスにおける量的介護評価から質的介護評価の標準化と専門性－量的介護評価の要介護認定から質的介護評価の総合介護認定の開発－，厚生指標，54(8)，12-22，2007.

30) 住居広土：介護保険における介護サービスの標準 化と専門性. 大学教育出版, 2007.

# The difference and influence of the primary judgment with certification standard of long-term care needed between 2009 October and 2006 version at the synchronized analysis

Fumie MIYAKE<sup>\*1</sup> Youhei MAKIHATA<sup>\*2</sup> Kimiko YAMAOKA<sup>\*1</sup>  
Mika KUNISADA<sup>\*2</sup> Hiroshi ISHIDA<sup>\*2</sup> Kana KAGEYAMA<sup>\*1</sup>  
Hiroshi SUMII<sup>\*1</sup>

\*1 Program in Health and Welfare, Graduate School of Comprehensive Scientific Research, Prefectural University of Hiroshima

\*2 NPO Japan Kaigo Research

Received 8 September 2010

Accepted 16 December 2010

## Abstract

In this research, the accreditation criteria of certification standards of long-term care needed level have been changed to be stricter at the fiscal year 2009 in Japan. The difference and influence were compared in the primary judgment between the fiscal year 2006 and the fiscal year 2009 October version at the synchronized analysis.

As for the synchronized analysis, each different investigator surveyed the same long-term care needed or assisted at the simultaneous time with the certification standard for long-term care needed with 2009 October and 2006 version. The change and the influence of them were detected by each investigation result of the 608 long-term care needed who used the services of 8 institutions or the 8 in-home facilities.

As a result, total 3.37 minutes needed more average time for total long-term care was significantly calculated by 2009 October than 2006 version ( $p < 0.01$ ). The long-term care needed levels of the same respondents have been changed with over half coincidence rate between 2009 October and 2006 versions. The 2009 October version was possible to slightly improve about 25 percent of the long-term care assisted level from 2006 to 2009 October, version, too.

At the long-term care needed level 5, the 64.23% coincidence rate of the long-term care needed level was highest. At the long-term care assisted level 1, the 29.73% coincidence rate of the long-term care assisted level was lowest. There were more time and number distribution over the long-term care needed level 5 calculated by 2009 October than 2006 versions. 41.67% of the self-movable dementia was considerably lightened at the long-term care moderately needed and assisted level. The certification standard for long-term care needed should be constructed by not only the long-term care time but also total factors with the burden or necessity indexes for the judgment of the long-term care needed.

**Key words** : certification of long-term care needed, 2009 October version, 2006 version, long-term care needed level, synchronized analysis, primary judgment