

1. 要介護認定の基本設計	1
■ 1. 要介護認定の基本設計	1
■ 2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由	2
■ 3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性	2
■ 4. 介護現場における「1分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発	3
■ 5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割	4
2. 認定調査項目の考え方	6
■ 1. 能力で評価する調査項目	6
■ 2. 介助の方法で評価する調査項目	8
■ 3. 有無で評価する調査項目	10
3. 介護認定審査会の構成	12
■ 1. 委員について	12
■ 2. 合議体について	13
■ 3. 会議について	14
■ 4. その他	14
4. 審査判定手順	15
第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認	16
■ 1. 基本的な考え方	16
STEP1：一次判定の修正・確定	17
■ 1. 基本的な考え方	17
■ 2. 議論のポイント	17
■ 3. 一次判定修正の際の注意点	19
STEP2：介護の手間にかかる審査判定	21
■ 1. 基本的な考え方	21
■ 2. 議論のポイント	21
■ 3. 介護の手間にかかる審査判定の際の留意点	24
状態の維持・改善可能性にかかる審査判定	26
■ 1. 基本的な考え方	26
■ 2. 注意点	27
STEP3：介護認定審査会として付する意見	29
■ 1. 基本的な考え方	29
■ 2. 認定の有効期間	29
■ 3. 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見	31
5. 介護認定審査会資料の見方	33
■ 1. 一次判定等	34
■ 2. 認定調査項目	37
■ 3. 中間評価項目得点	39

■ 4. 日常生活自立度.....	39
■ 5. 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示.....	40
■ 6. サービスの利用状況.....	41
6. 資料.....	42
■ 1. 特別な医療.....	42
■ 2. 麻痺の種類.....	42
■ 3. 中間評価項目得点.....	43
■ 4. 警告コード.....	44
■ 5. 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.....	46
■ 6. 状態の維持・改善可能性の判定ロジック.....	48
■ 7. 樹形モデル図（要介護認定等基準時間の推計方法）.....	52
■ 8. 判定結果の妥当性についての検証.....	61

※ 本テキスト内で「要介護認定」と記述しているところは、特段の断りがない限り、要支援認定も含まれます。

■ 1. 要介護認定の基本設計

要介護認定は、一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として、要介護認定等基準時間と呼ばれる介護の手間の判断によって審査が行われます。この審査の考え方は、制度が実施されてから、今日まで変わっていません。

最初の段階となる一次判定では、認定調査における基本調査 74 項目の結果から、要介護認定等基準時間や中間評価項目の得点を算出し、さらに当該申請者における要介護度の結果が示されます。

本テキストでは、この申請者の状態を把握するための調査項目に対して「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」といった 3 つの評価軸を設けています。全ての調査項目には、このうちいずれかの評価軸にそった選択基準が設けられています。また、この選択の基準については、観察・聞き取りに基づく客観的なものであることが改めて明示されています。

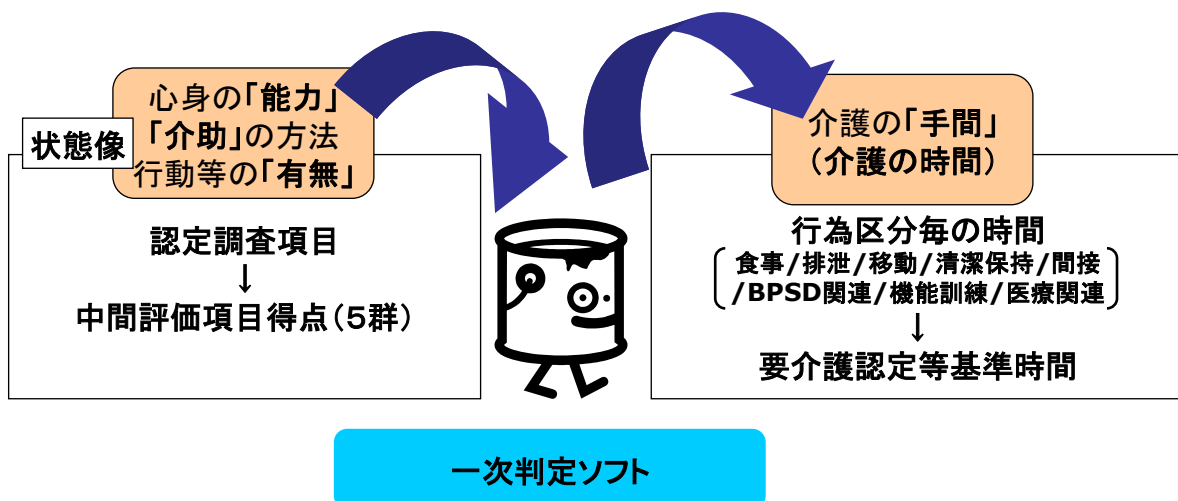
本テキストでは、前述した基本調査において把握した申請者の「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」を調査した結果と、これらを総合化した指標である 5 つの中間評価項目得点を併せて「状態像」と呼んでいます。したがって、基本調査のデータだけで例えば、歩行はできるが、ついさっき食事をしたことは忘れてしまう高齢者であるという状態も想定することが可能となっています。

しかし、前述したように、要介護認定の評価軸は、介護の手間の総量であることから、こういった状態像から、認定をすることはできません。

わが国で開発された一次判定ソフトにおいては、申請者の「能力」に関わる情報や、「介助の方法」および「障害や現象（行動）の有無」といった状態に関わる調査結果情報を入力することで、「行為区分毎の時間」とその合計値（要介護認定等基準時間）が算出される設計が採用されています。

言い換えれば、要介護認定は、申請者の状態像を数量化し、この値とタイムスタディデータ（後述）との関連性を分析することで、「介護の手間」の総量である要介護認定等基準時間を推計しているといえます。そして、この推計時間を任意に区分して要介護度を決定するという方式が採用されているということです。

図表1 要介護認定の基本設計の考え方



以上のことは、介護認定審査会では、状態像を議論して要介護度を認定するのではなく、特別な介護の手間が発生しているか、要介護認定等基準時間は妥当であるかという観点から要介護度の認定をしなければならないことを意味しています。

現状では、こういった介護の手間の総量を複数の介護に関わる専門職の合議によって、同一の結論を得ることは、きわめて困難です。このため、わが国の要介護認定においては、申請者の「状態像」に関わる情報については、基本調査で把握し、これを介護の手間の総量＝要介護認定等基準時間に置き換える作業は、コンピューターによる判定が代行していると説明できます。

■ 2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由

一次判定は、申請者の状態に関する情報を用いて、同様の特徴を持った高齢者グループに提供された介護の手間から、申請者の介護量を統計的な手法を用いて推定し、さらに、これを要介護認定等基準時間に変換するというプロセスを採っています。

統計的な推定になじまない、申請者固有の手間があって、特記事項や主治医意見書の記載内容から、これらの介護の手間の多寡が具体的に認められる場合は、一次判定の結果に縛られずに、要介護度の変更ができます。こうした一次判定の変更は、すでに一次判定に反映されている統計的、数量的なデータそのものの適正さ等の判断によるものではなく、変更の理由が、当該申請者に固有の情報に基づいているかが吟味された結果でなければなりません。

以上のように、一次判定の変更は、特記事項または主治医意見書に記載されている当該申請者に特有の介護の手間を根拠とすることが必須の条件です。

ただし、介護において特別な手間が発生しているかどうかの議論は、例えば、「ひどい物忘れによって、認知症のさまざまな周辺症状がある」という行動があるという情報だけでは不十分です。こういった情報に加えて、「認知症によって、排泄行為を適切に理解することができないため、家族が常に、排泄時に付き添い、あらゆる介助を行わなければならない」といった具体的な対応が示され、これが介護の「手間」として、当該申請者に特別な手間かどうかを判断しなければなりません。

審査判定、とくに一次判定の変更に際しては、被保険者への説明責任の観点からも、二次判定において、介護認定審査会委員が、申請者特有の介護の手間の増加や減少をどのように考えたかについて、根拠とした特記事項や主治医意見書の記述内容とともに、介護認定審査会の記録として残されていることが重要です。

■ 3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性

現行の要介護認定ロジック、すなわち樹形モデルを用いた要介護認定等基準時間による判定基準が開発される以前には、わが国には、高齢者の状態を日常生活動作毎に評価し、これらの調査項目の結果毎に、点数を加算する方法がありました。

これは、この点数の多寡と介護の手間として考えられる時間との間に比例的な関係を持っているということが前提となっています。しかし、この方法では、申請者の心身や精神的な状況のそれぞれの状態の関連性は配慮されないこととなります。実際には、高齢者の心と体との間には、さまざまな関連性がありますので、結果として示される各アセスメント項目の間に、た

たとえば、精神状態が悪くなったら、体の状態も悪いはずだというような単純な状態像の考え方に依拠するものではありません。また、状態像が悪いほど、介助量が増加するだろうともいえません。

たとえば、「全く起き上がることも立つこともできない」高齢者に「尿意がある」ことと、「かろうじて立つことができる」高齢者に「尿意がある」ことは、介護サービスの内容や量に大きな違いを生じさせると考えられ、点数としては、前者が低く、介助量は後者の高齢者よりも多くなると予測されるわけですが、実際に提供された介助時間は、必ずしも予測どおりにはならないこともわかってきました。

そこで、高齢者の複雑な状態像をできるだけ、調査項目間の関係性として示し、これらの状態像をそのまま、判定結果に反映させることができる方法論として、現行の要介護認定に用いられている樹形モデルが選択されました。言い換えれば、ある調査項目の判定結果と、他の結果との関係性を具体的に示し、介護サービスの内容や量のある程度、予測し、表現できるものとして、樹形モデルが選択されたといえます。また、このモデルは、より介護現場の実態を現す方法でもあります。

この樹形モデルは、医療や福祉等の専門的な観点からではなく、実態データを分析した結果によって作られています。このような推計方式は具体的な高齢者の介護の手間を数量化することを目的として採用されたといえるでしょう。

■ 4. 介護現場における「1 分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発

介護保険制度発足時の要介護認定の基礎データとなっているのは、制度発足前に実施された、介護施設に入所・入院している約 3,400 名の高齢者に提供されている介助内容とその時間のデータです。このデータの収集にあたっては、「1 分間タイムスタディ」法が採用されました。

平成 10 年度の要介護認定に関する試行的事業では、樹形モデルは使用されましたが、中間評価項目（心身状態 7 指標）は使用されていませんでした。この結果、試行的事業では、概ね要介護度は臨床的な判断と一致しましたが、中には、大きく異なる事例が現れるということが問題となりました。

この理由は、3,400 サンプルのデータだけで、多様な状態像を持つ高齢者の介護の手間を判定することが困難であったことを示していました。「1 分間タイムスタディ」の調査結果は、詳細な調査データであればあるほど、特定の人間のばらつきの影響を受けることが予想されていました。このため、推計結果がある特定の高齢者の状態像を反映しすぎるという問題が示されたのでした。

そこで、認定調査によって把握された心身の状況に基づいて、機能や状態を総合的に評価し、わが国の要介護高齢者の状態像の典型例を中間評価項目として、樹形モデルに包含することにしました。これが中間評価項目の得点の利用です。この中間評価項目得点は、高齢者の状態において、一定の特徴や、実際に受けている介助の内容を反映する総合的な指標となっています。この総合的な指標を、「群」と呼び、この群に含まれる複数の調査項目の結果を総合化した指標として得点を示すことにしました。したがって、中間評価項目とは、高齢者の状態について関連する複数の項目の認定調査結果を集約し、これを基準化し、得点化したものといえます。

中間評価項目の利用によって、ある高齢者の一つの調査項目の結果が、いわゆる一般的な高齢者の調査結果の傾向と異なる不自然なもののように見えたとしても、他の調査項目の選択傾向に相殺される中間評価項目の得点として、異常な値として反映されるということを少なくす

ることができます。このようにして、要介護認定は、より安定した判定がなされることになりました。

さて、本テキストにおいては、中間評価項目は5群となりました。これは、最初に、こういった高齢者の典型例のデータの収集をしてから、約10年後の平成19年において、改めて日本の高齢者の状態像について調査し、収集されたデータを10年前と同様のプロセスを経て解析した結果、従来の7群の中間評価項目から、5群へと変更されることになったものです。

このように、要介護高齢者の心身の状況、介助、認知症などによる周辺症状の有無といったデータの統合的な指標が7から、5へと減りました。介護保険制度が実施される前には、要介護高齢者という介護を要する高齢者集団の特徴の弁別に、7つの指標が必要であったことを示していたのが、介護保険制度が実施され、要介護高齢者という集団が確立されたことによって5つの指標で、その特徴を弁別することが可能となったということでしょう。

これは、おそらく要介護高齢者という、集団の特性は、その時代に用いられた介護のあり方やその方法等という時代背景を反映していることから、調査項目の定期的な見直しと同様に、中間評価項目の分析を今後も継続して実施していく必要があることを示した結果となりました。

■ 5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割

要介護認定は、各種専門職や、様々な業務を担う職員によって運営されています。適正な介護認定審査会の運営は、介護認定審査会に関わるすべての関係者の適正な参加があってはじめて達成されます。

認定調査員及び主治医、介護認定審査会委員、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の運営において中心的な役割を果たします。それぞれの役割を端的に表現すれば、認定調査員及び主治医は、申請者当人を知る「情報提供者」であり、介護認定審査会（介護認定審査会委員）は「意思決定の場」と見ることができます。そして介護認定審査会事務局は、この両者の情報のやり取りが円滑、適正に行われるよう仲介するコーディネーターとしての役割を担っています。

(1) 認定調査員と主治医

介護認定審査会においては、認定調査員と主治医のみが、実際に申請者を目の当たりにして審査に必要な情報を提供する立場にあります。したがって、認定調査員と主治医は、申請者の状況を極力正確に介護認定審査会委員に伝達すべく、調査票や意見書をまとめることが必要です。

ただし、認定調査については、認定調査員が一次判定のすべての責任を負うということではありません。申請者の状態は様々であり、その状況を74項目の基本調査だけで正確に伝達することは容易ではありません。

特に、基本調査の項目の定義にうまく当てはまらない場合や、実際に行われている介助の方法の適切さについて検討する場合は、慎重な判断が求められます。しかしながら、こうした微妙なケースについての正確な判断のすべてが認定調査員に求められているわけではありません。選択に迷う場合や実際の介助の方法が不適切と考えられる場合は、その状況等を特記事項として記録し、介護認定審査会の判断を仰ぐことが調査の標準化に資する適切な対処方法といえます。

(2) 介護認定審査会（介護認定審査会委員）

一方、介護認定審査会は、「意思決定の場」です。認定調査員や主治医が申請者から得た情報から通常の例と比べてより長い（短い）時間を介護に要していないかといったことや、実際に行われている介助が不適切ではないかといったことを、介護認定審査会は総合的に判断し、一次判定を修正・確定し、必要に応じて一次判定の変更を行うことができる唯一の場です。

したがって、形式的には保険者が被保険者に対する審査判定に関する説明責任を有するものの、実質的には、合議体が説明責任を負っていると考えられることもできます。このため、介護認定審査会における判定については、明確な根拠をもって行うことが求められます。

(3) 介護認定審査会事務局

介護認定審査会事務局は、いうまでもなく、保険者として要介護認定に関する全業務について責任を有しますが、認定調査員や主治医と介護認定審査会委員との関係で見れば、両者をつなぐ仲介役、コーディネーターとしての役割を担っています。認定調査員や主治医の情報を、できる限り正確かつ漏れなく意思決定の場である介護認定審査会に伝達するのが審査会事務局の役割です。

具体的には、認定調査の内容に関して介護認定審査会委員から提示される各種の疑義に対応して認定調査員への問い合わせを行うほか、基本調査の誤りや特記事項等との不整合を事前に認定調査員に確認するなどの作業が想定されます。

また、要介護認定の平準化の観点から、介護認定審査会事務局は、審査判定の手順や基準が各合議体で共有・遵守されるよう積極的に関与することが求められます。