

公的介護保険における介護度認定システムの検討と提案

正会員○中司智子*¹ 同 友清貴和*² 同 本間俊雄*³

5. 建築計画－1. 住居・住環境

要介護認定, 評価システム, 一次判定, 在宅介護

1. 研究の背景と目的

我が国では、高齢社会を迎え、平成12年4月より介護保険制度がスタートした。この介護保険制度は、高齢者が介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で自立した生活を送れるように、介護サービスの提供を行い、高齢者介護を社会全体で支えあうことを目的とする¹⁾。しかし、利用者に制度が判りにくい・利用する上で使いにくいなどの問題が報告されている。特に、要介護認定の運用に関する指摘が数多い²⁾。

介護保険のサービスを利用するには、要介護認定を受けなければならない。要介護認定は、介護サービスの必要度を判定するもので、コンピュータ判定ソフトによる一次判定と、介護認定審査会が行う二次判定の2段階で構成される。その段階を経て要介護度が判定され、それに応じた区分支給限度内でサービスを受ける。つまり、要介護認定は介護保険の要である。しかし、'99一次判定ソフトでは在宅における介護の状況を反映していないなど、数々の不具合が報告された²⁾。平成15年に一次判定ソフトが改訂されたが、精度こそ向上したものの施設介護をベースにしているので、在宅介護には対応しておらず、本質的な問題を解決するには至っていない。

本研究の目的は、高齢者介護の現状を把握したうえで、従来の要介護認定評価システムの問題点を抽出し、在宅視点でない現在のシステムを解決すべく、新たなシステムの方向性を模索し、その基本システムの構築を試みることである。

2. 要介護認定と評価システムの現状

(1) 要介護認定

介護保険制度は、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態(要支援状態)になった場合、介護サービスを受けることができる。

この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護

状態にあるとすればどの程度か、その判定を行うのが要介護認定である。判定は、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で行う。判定の基になる認定調査票は概況調査、基本調査、特記事項の3点から構成されている。

(2) 介護保険制度での要介護認定の位置付け

申請からサービス給付までの流れを、図1に示す。次の①～⑦は具体的な過程である。

①被保険者(65歳以上の高齢者)が市町村か居宅介護支援事業者の窓口にて要介護認定を申請、②市町村職員や介護支援専門員が訪問調査を実施、③コンピュータ処理による基本調査の一次判定、④一次判定結果を原案とした介護認定審査会による二次判定、⑤申請から30日以内に認定結果を対象者に通知、⑥要介護度によって規定された、サービス支給限度額の範囲で介護支援専門員がサービス計画(ケアプラン)を作成、⑦サービスの利用

①～⑤までの作業を要介護認定と呼ぶ。

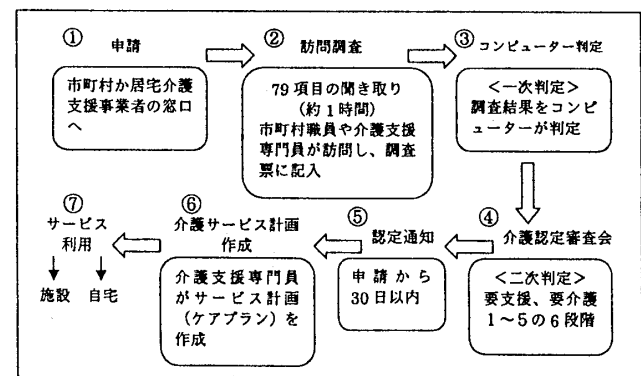


図1 申請から給付までの流れ

(3) 一次判定の評価システム

要介護認定は、一次判定の結果が最も重要な基本資料となる。一次判定は、調査員が調査対象者の心身の状況に関する67項目と特別な医療に関する12項目の調査結果を一次判定用ソフトに入力して「要介護認定等基準時間」を推計する(図2)。要介護認定

等基準時間は、直接生活介助、間接生活介助、問題行動関連介助、機能訓練関連行為、医療関連行為の5つの介護行為の分野に分かれている。この合計時間を非該当・要支援・要介護1～5に対する7段階の時間区分に当てはめることで要介護度を確定する。

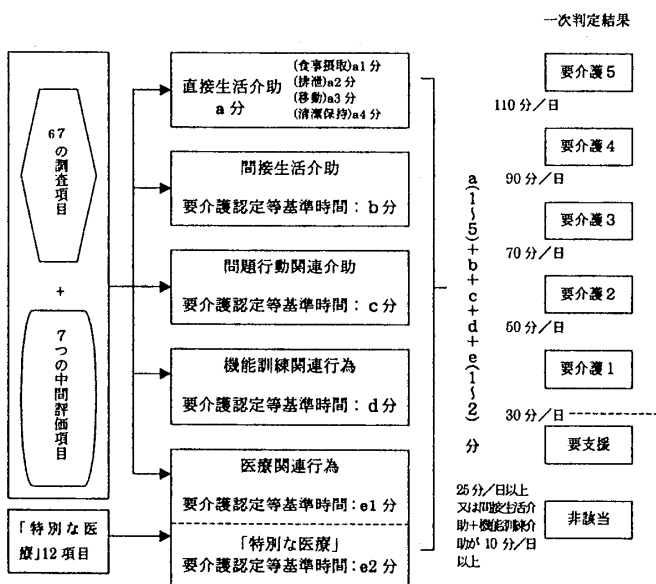


図2 要介護認定等基準時間の流れ

(4)二次判定

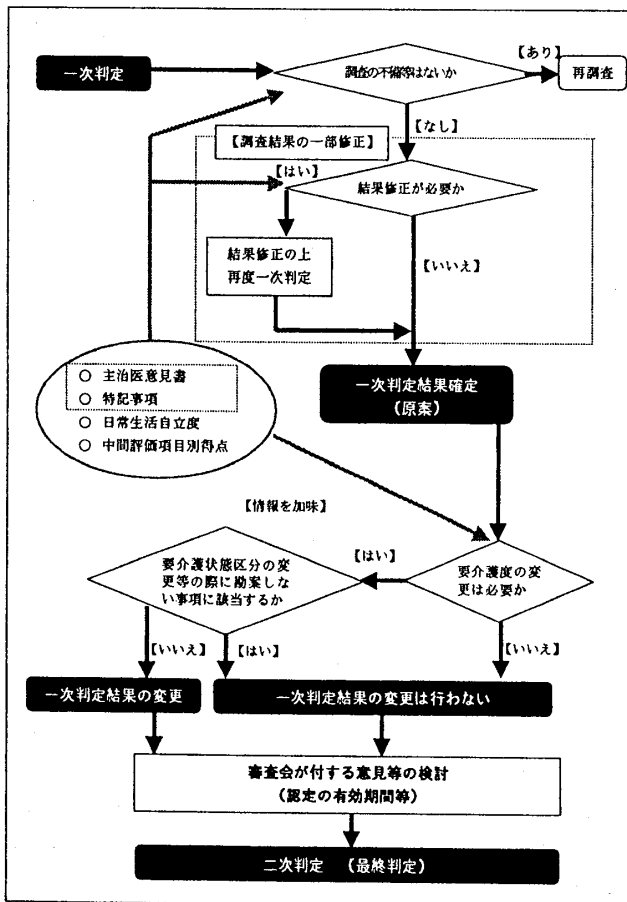


図3 二次判定の流れ

二次判定は、専門家5人程度(保健・医療・福祉の専門家や学識経験者など)による介護認定審査会にて一次判定の結果と特記事項の記載、主治医意見を照らし合わせ、介護にどれだけの時間と労力を要するかを判断し、それを最終判定とする(図3)。ここでは、特記事項の記載が判定に大きく左右する。在宅で介護するうえで重要となる、住居状況・家庭事情・介護者の有無等は、訪問調査員が基本調査の際に特記事項として記入しなければ、判定で無視される。

(5)要介護度とサービスの利用

要介護度による心身の状況とサービスの利用について、表1にまとめる。

介護保険制度では、要介護度によりサービスの量が限定される。非該当(自立)の場合は、支援が必要な人でもサービスは受けられない。要支援であれば在宅サービスのみ利用でき、要介護1以上は施設・在宅サービス共に利用できる。非該当～要介護1は、サービスの可否を区分する。また、支給限度額でも要支援と要介護1で10万円ほどの大差があり、この区分は重要となる。しかし、一次判定において非該当～要介護1の基準時間の差は5分しかなく、区別が付きにくい。

表1 要介護度による心身の状況とサービスの利用

	心身の状況	施設サービスの利用	在宅サービスの利用
非該当	身の回りのことが自分でできる	×	×
要支援	部屋の掃除などで手伝いが必要	×	○
要介護1	浴槽の出入りに一部介助が必要	○	○
要介護2	何かにつかまれば歩ける	○	○
要介護3	歩けない 入浴に介助が必要	○	○
要介護4	身の回りの世話に介助が必要	○	○
要介護5	意思の伝達が困難 生活全般に介助が必要	○	○

3. 現地調査*1・ヒアリング調査*2

(1)要介護度による症状の度合

おおよそ要介護3以上が車椅子使用、全介助の寝たきりの方は要介護5となり、要介護2と3は区別が困難である。動き回れる痴呆高齢者は、要介護2～3程度である。

(2)介護時間と介護力

①トイレ介助 寝たきりの場合、おむつ使用のため多少の介護力を要するが時間はかからない。車椅子使用の要介護度が高い高齢者の場合、二人掛かりの介助を必要とする。動き回れる痴呆高齢者で、尿意・便意がある場合は、誘導する程度の介助でよい。しかし、尿

意・便意がない場合は、介助も見守りも必要とするため介護時間と労力がかかる。また、麻痺や痴呆がある高齢者は、転倒の恐れがあるため常に見守る必要がある。このように身体の症状が重いほうが介護者に負担がかかるというわけではない。

②入浴介助 麻痺がある高齢者の場合は、自分で着脱ができなければ着脱介助を行い、洗身も全介助となる。動ける痴呆高齢者は、認識がない場合、着脱介助が必要となり、何より見守りが常に必要で、介護者は気が抜けない状態になる。しかし、施設では設備が整っているうえに、複数の職員が介助を行うため着脱介助の時間はかかっても介護力はそれほどかからない。

4. 要介護認定の問題点

以上の現状把握から、参考文献1)～15)と現地調査、介護職員に対するヒアリング調査をもとに要介護認定の問題点を以下にまとめる。

参考文献より次の①～⑪が示される。①基本的心身の状況のみに注目した判定基準の不具合、②判定における生活状況の無視、③「自立」、「要支援」、「要介護」の区別が困難、④認定調査員の能力によるばらつき、⑤痴呆高齢者への無対応、⑥一人暮らし高齢者への無対応、⑦肢体不自由者だけに有利な判定基準、⑧在宅介護での、家族の状況、住宅・経済的状況などの個別性、地域性の無視、⑨介護の困難度、必要度(介護過程)の無評価、⑩「在宅」視点が抜け落ちた判定ソフト、⑪在宅介護における介護環境、社会保障は無視。

現地調査¹⁾より、各要介護度での介護にかかる手間を把握することができた。しかし、介護環境の整った施設での介護の手間であり、在宅ではそれ以上の介護力・介護時間・手間がかかることが予想される。

ヒアリング調査²⁾より次の①～⑦が明らかとなった。①基本調査の回答項目に中間的な評価がないこと、②調査はほぼ口頭試問で行われていること、③特記事項記入での訪問調査員によるばらつきがあること、④対象者面談のない短時間な二次判定であること、⑤二次判定における専門家間の重みの決定が不明確であること、⑥審査員の能力差があること、⑦二次判定の基準が不明確なこと。

これらのことから、要介護認定の判定基準が在宅視点ではないうえに、個別性や地域性が無視されていることが明らかになった。さらには、調査員による能力のばらつきがあり、一次判定に特記事項が反映されないことから、判定の精度に問題がある。

5. 評価システムの設計

上述の問題点を解決し、より正確な要介護認定評価ができるように従来のシステムを基準に、これからのシステムの方向性を考える。

(1) システムの方向性

図4に示すように、調査員によるばらつきをなくすため、基本調査には中間的な評価を加え、各項目の特記事項には頻繁に出てくる例を選択できるようにする。また、従来の判定では使われていなかった唯一個性を記すことができる概況調査をシステムに組み込み、施設・在宅といった介護環境の違いを考慮し、判定に活用できるようにする。

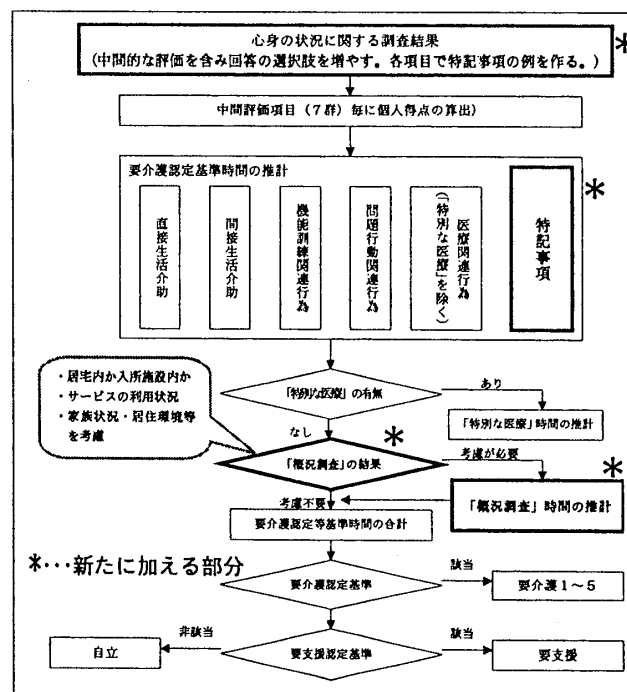


図4 システムの方向性

(2) Java

本システムでは、Java プログラム言語を用いる。Javaを使用する理由は次の通りである。

- ① OSを選ばないプログラム
- ② オブジェクト指向言語
- ③ マルチスレッド対応
- ④ インターネット対応
- ⑤ 高い安全性
- ⑥ Webブラウザ上で実行可能な Java アプレット

(3) GUI

GUI(Graphical User Interface)は、Javaのライブラリが提供するビジュアルなGUIコンポーネント(GUI部品)を用いて、ユーザに対する情報の表示を行い、マウスとキーボードの組み合わせによりほとんどの操作を可能にしたユーザ・インターフェイスのことである。

本システムでは、概況調査と心身の状況に関する67項目、特別な医療に関する12項目、特記事項記入をGUIを通してユーザが操作でき、その他の中間評価項目の点数、要介護認定等基準時間の推計、要介護度の確定、レーダーチャート、例外処理を自動計算により行う。

6. 試作システムの構築

(1) システムのインターフェイスと機能

JavaによるGUIを用いて、概況調査・基本調査・特記事項・特別な医療の調査結果を記入する画面を作成した。トップページは概況調査の画面で、記入形式とし、基本調査の部分は該当項目のチェックボックスにチェックをいれる。特記事項記入欄では、頻繁に出てくる例を選択することも、自分で記入することもできる。また、地域性を考慮した特記事項を予め登録することもできる。要介護度の判定を行うには、すべての項目にチェックを入れた後に、判定ボタンを押す(図5)。判定結果画面の図ボタンを押すと、中間評価項目の点数によるレーダーチャートを表示する。判定結果の警告・例外事例の処理が行われた場合は、警告表示される。

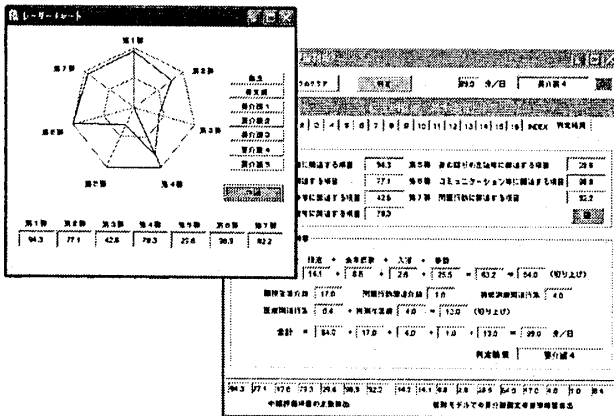


図5 GUIを使った試作システムの表示例

7. システムの評価

(1) 試作システムの評価

試作システムでは、事例を使って中間評価項目の点数算出、樹形モデルによる要介護認定等基準時間の算出を行うことができた。また、例外・警告処理、要介護度の判定、レーダーチャートの表示等、従来のシステムの機能を組み込むことができた。また、従来のシステムになかった機能として、特記事項の例を選択できるようにし、調査員による能力のばらつきを防いだ。

*1 鹿児島大学大学院修士課程

*2 鹿児島大学教授・工博

*3 鹿児島大学助教授・工博

試作システムの今後の課題として、在宅介護を考慮した評価を加え、概況調査・特記事項も評価に加えた、より正確な要介護度の判定ができるシステムに改良することを考える。

8. まとめ

試作システムは、調査員による特記事項での能力のばらつきに対応したシステムを目指した。結果は一応の成果が得られたと考える。しかし、在宅介護で重要となる個別性・地域性は考慮されていない。今後は、次の展開を考える。

(1) ファジィ理論によるシステム化

ファジィとは、経験や勘に基づいた知識を利用する知識情報技術のことである。

要介護認定における基本調査の回答項目は、3択または4択で構成されているが、調査員の能力や経験によって選択方法にばらつきがある。それを防ぐために、ファジィ理論を用いてベテランの知識をシステムに組み込み、判定を統一化させる。

(2) ニューラルネットワークによるシステム化

ニューラルネットワークとは、認識や記憶、判断といった処理をコンピュータ上で実現させるものである。

要介護認定において個別性や地域性が無視される問題を解決するために、ニューラルネットワーク利用することで、記憶・学習能力が加わり、各地域や個人に見合った設定に変更することが可能となり、地域差・個別差の問題を解消できる。

<脚注>

- *1 医療法人社団 水光会 介護老人保健施設 水光苑で、平成15年6月20日に予備調査、8月5日～9日の4日間、入所療養介護・通所リハビリテーションの介護現場実態調査を実施した。
- *2 同上施設の介護支援専門員、看護師、支援相談員、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士に対して、予備調査時と現地調査期間にヒアリング調査を実施した。

<参考文献>

- 1) <http://www.pref.osaka.jp/korei/kaigohoken/gaiyou/gaiyou/gai01.htm>
- 2) 山井和則、斎藤弥生「図解介護保険の全て」、東洋経済、2000。
- 3) 厚生科学研究所「要介護認定ビジュアル解説 ロジックを理解すれば解説できる」、1999。
- 4) 日本介護支援協会、石田一紀、住居広士ら「要介護認定SOS 介護保険で泣かないために」、インデックス出版、2000。
- 5) 福岡県保健福祉部介護保険室「平成12・13年度 介護認定審査会委員新規研修テキスト」
- 6) 福岡県・社会法人福岡県介護協会・社会福祉法人福岡県社会福祉協議会「平成13年度 介護支援専門員実務研修テキスト」
- 7) <http://www.cbnet.jp/care/carev15.html>
- 8) <http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/ansin/>
- 9) <http://www.wel.ne.jp/staff/welfare/kaigo/>
- 10) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/s0912-7c3.html>
- 11) http://www.mars.dti.ne.jp/~doi/index_etiology.html
- 12) <http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/kaigo.html>
- 13) <http://www.sala.or.jp/~keizou/ninntei/ninntei.htm>
- 14) <http://www2.xdsl.ne.jp/~doi/care/>
- 15) <http://village.infoweb.ne.jp/~kagawa/index29.htm>

Graduate School, Dept. of Architecture, Kagoshima University
Prof., Dept. of Architecture, Kagoshima University, Dr. Eng.
Assoc. Prof., Dept. of Architecture, Kagoshima University, Dr. Eng.