

要介護度の改善に基づく報酬の課題

ダイヤ高齢社会研究財団 研究員

土屋 瑠見子

1. 突如浮上した「自立支援介護」

介護サービスの効果を評価するために、アウトカム指標の充実が求められている。しかしアウトカム指標は、どの立場から評価するかで視点が大きく異なり、その評価の適切性を確保するための技術的な課題も多い。2016年から総理官邸主導で行われている未来投資会議の席上（2016年11月10日）において、安倍首相は「これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける自立支援に軸足を置く。本人が望む限り、介護は要らない状態までの回復をできる限り目指していく。」との方向性を示した¹⁾。また、その推進に向けて、有識者から要介護度改善をアウトカム指標としたインセンティブの付与が提案された。しかし、こうした動きに介護現場は強く反発している。例えば、全国老人福祉施設協議会（以下、老施協）は「未来投資会議で一部有識者から提案されたいわゆる「自立支援介護」は、数ある観点から要介護度改善を唯一の評価尺度に置き、水分・食事・運動・排泄による基本ケアを万能的に捉えることで、こうした自立支援の精神を一個の仕組みに固定化しようとするもの」との意見書を厚生労働大臣に提出した²⁾。

2. 要介護度が提示される背景

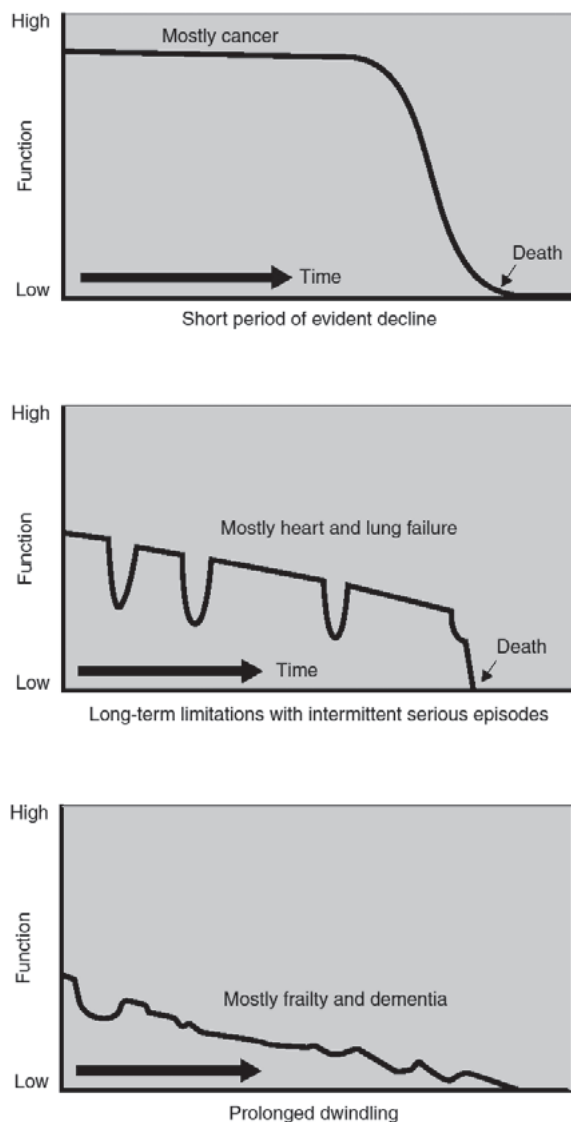
自立支援のアウトカム指標に「要介護度」が取り上げられる背景には、すでに自治体での複数の試行事例の蓄積がある。例えば、川崎市における「かわさき健幸

福寿プロジェクト」では、要介護度の改善・一定期間の維持を認めた事業所に対して、市が1人当たり5万円の成功報酬等を支払う事業を実施し、ケア内容の見直しや職員の意識や利用者の状態に良い影響を与えたことが報告されている³⁾。このようなインセンティブの付与は、介護保険制度の構造上、要介護度が改善すると事業所の収益が減少するというディスインセンティブを緩和し、自立支援を軸とした介護を促進する政策として一定の評価を得ている。また、「要介護度」は国・市町村自治体にとって最も捉えやすい指標の1つであり、近年のビッグデータの政策への利活用にも合致していることから、要介護度をアウトカム指標とする実施可能性は高く、短期間での成果が期待できる。

3. 介護の目標は要介護度の改善か

しかし、「要介護度」を自立支援のアウトカム指標として用いることは課題が多い。ヒトは加齢に伴い、いつか身体機能の改善が難しい時期を迎える。この身体機能の変化を Lynn は「慢性疾患の軌跡」として表した⁴⁾（図1）。未来投資会議における「介護を必要とする人」が要介護者すべてを指しているなら、徐々に機能が低下する（軌跡が下降している）要介護者も含まれる。こうした経過で重度化した要介護者を「自立支援によって介護の要らない状態まで回復」させることが介護の目標となりうるだろうか。もちろん、すべての要介護者において自立支援という理念は重要である。しかし、その場

図1 慢性疾患の軌跡



上段：短期間に明らかに機能が低下（主にがんなど）
 中段：断続的な危機的エピソードを伴った長期的な機能制限（主に心・肺疾患など）
 下段：長期間をかけた機能の減少（主に虚弱や認知症など）
 (Table3. Chronic Illness in the Elderly Typically Follows Three Trajectories より一部抜粋)

合の自立は必ずしも日常生活動作能力（ADL）を反映する「要介護度」に限定されない。

「自立」という用語の定義は、分野や対象者によって多様であるが、「経済的自立（収入、貯蓄、生活の余裕など）」、「生活的自立（ADL、手段的ADLなど）」、「精神的自立（目的志向性、自己責任性など）」と分類されることが多い⁵⁾。介護サービスが対象とするのは、3つの構成要素すべてと考えられるが、中でも生活的自立、精神的自立は重要であろう。しかし、生活的自立は前述し

た通り、ある時点から改善が難しくなる可能性がある。一方、精神的自立は人生の最終段階まで維持・改善されることが期待できる。要介護者全般に対して自立支援を軸とした介護が重要なのは、生活的自立だけではなく、精神的自立を支援し、その支援をもってQOLの向上に資することが期待されているからと考える。しかし、精神的自立は要介護度では測ることは難しく、要介護度のみをアウトカム指標とした場合には、精神的自立に対する支援がないがしろになることが危惧される。

4. 技術的な課題

要介護度のみを評価指標とすることは、その適用範囲や介護理念との整合から問題が多い。しかし、全国統一的に収集が可能な定量的データであり、その限界を考慮した上で指標の1つとして活用することは可能だろう。

ただし、前述のように要介護状態となった高齢者の原因は多様である。たとえ要介護度が同じでも、その原因疾患や伴う症状等によって、その後の経過は大きく異なる。したがって、要介護度の変化をアウトカム指標とする場合には、個々の対象者の特性の違いを考慮しない限り、適切な評価結果が得られない。こうした個人の特性を考慮する手続きは「リスク調整」と呼ばれ、医療分野での治療成績や救命率の評価においても重要な技術的課題となっている。

本稿では、要介護度をアウトカム指標にした場合のリスク調整の必要性を確認するため、弊財団が東京近郊の自治体と実施した共同研究のデータを用いて分析した研究成果の一部を紹介する。

5. 研究成果の一例: 認知機能の障害度とその後の要介護度

認知機能の低下は、加齢に伴う心身機能の変化の一つである。認知機能の低下は、高齢者のADLの低下を引

き起こすだけでなく、認知機能の障害度によってその後のADLの維持や改善が影響を受けることが知られている⁶⁾。しかも、要介護認定者の6割は認知機能の障害をもっている⁷⁾。そこで、要介護度の改善に影響を与える要因として認知機能の障害度に着目し、初回認定調査時の認知機能の障害度がその後の要介護度の改善に与える影響について分析を行った。

1) 方法

東京都近郊の1市における介護認定調査データを用いた。対象期間は、2011年10月から2013年9月であ

り、その間、新規に要介護認定を受けた者10,526名が分析の対象であった。項目は、2015年2月末までの認定調査データから、要介護度改善の有無（要介護度改善／改善なし）、および初回認定調査時の年齢、性別、要介護度（軽度：要支援1,2・要介護1、中度：要介護2,3、重度：要介護4,5）、認知機能の障害度（認知機能の障害度を示すCognitive Performance Scale (CPS)⁸⁾⁹⁾を算出し、認知機能正常群 (CPS0,1) / 認知機能低下群 (CPS2-6) に二値化) を用いた。自治体から供与された認定調査データには個人情報含まれず、研究実施に当

表1 基本属性と要介護度改善の有無との関連

| | 合計 | | 要介護度改善の有無 | | | | p値 |
|--------|------|-------|--------------|-------|--------------|-------|--------|
| | | | 改善あり (16.7%) | | 改善なし (83.3%) | | |
| 性別 | | | | | | | |
| 男性 | 4521 | 43.0% | 706 | 15.6% | 3815 | 84.4% | 0.012 |
| 女性 | 6005 | 57.0% | 1049 | 17.5% | 4956 | 82.5% | |
| 要介護度 | | | | | | | |
| 軽度 | 5656 | 53.7% | 629 | 11.1% | 5027 | 88.9% | <0.001 |
| 中度 | 3041 | 28.9% | 633 | 20.8% | 2408 | 79.2% | |
| 重度 | 1829 | 17.4% | 493 | 27.0% | 1336 | 73.0% | |
| 年齢 | | | | | | | |
| 65歳未満 | 740 | 7.0% | 115 | 15.5% | 625 | 84.5% | 0.001 |
| 65-74歳 | 2441 | 23.2% | 466 | 19.1% | 1975 | 80.9% | |
| 75歳以上 | 7345 | 69.8% | 1174 | 16.0% | 6171 | 84.0% | |
| 認知機能 | | | | | | | |
| 正常 | 8472 | 80.5% | 1422 | 16.8% | 7050 | 83.2% | 0.532 |
| 低下 | 2054 | 19.5% | 333 | 16.2% | 1721 | 83.8% | |

要介護度: 軽度 (要支援1-要介護1)、中度 (要介護2,3)、重度 (要介護4,5)

認知機能: 正常 (CPS0,1)、低下 (CPS2-6)

p値: χ^2 検定

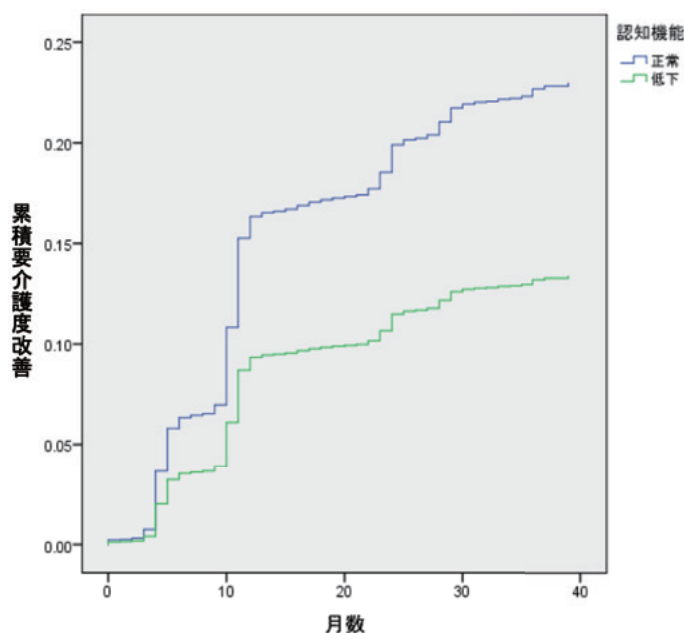


図2 要介護度改善までの Kaplan-Meier 曲線

表2 認知機能の障害度が要介護度改善に与える影響

| | B | Exp(B) | 95% CI | |
|---------------|--------|--------|--------|-------|
| | | | 下限 | 上限 |
| 性別: 女性 (男性) | 0.069 | 1.071 | 0.972 | 1.180 |
| 年齢 | -0.009 | 0.991 | 0.986 | 0.995 |
| 要介護度 | | | | |
| 中度 (軽度) | 0.958 | 2.606 | 2.330 | 2.914 |
| 重度 (軽度) | 1.742 | 5.709 | 5.023 | 6.489 |
| 認知機能: 低下 (正常) | -0.599 | 0.550 | 0.483 | 0.625 |

Cox 比例ハザードモデルを用いた生存時間解析

たってはダイヤ高齢社会研究財団の倫理審査委員会の承認を受けた。

2) 結果

分析対象者 10,526 名の平均観察期間は 21.5 か月であり、初回認定調査時の認知機能障害度の分布は、認知機能低下群 2,054 名 (19.5%)、正常群 8,472 名 (80.5%) であった。対象期間内に要介護度が改善したのは 1,755 名 (16.7%) で、女性、要介護度中度・重度者、65-74 歳の者に改善者が多かった (表 1)。

認知機能の障害度が要介護度の改善に与える影響は、年齢、性別、新規認定調査時の要介護度の影響を考慮しても、認知機能低下群では要介護度の改善率が低かった (表 2、図 2)。この結果を受け、更に新規認定調査時の要介護度別に見ると、要介護度が軽度、中度、重度すべてにおいて、認知機能低下群では要介護度の改善率が低かった。

以上の結果から、「要介護度」を介護サービスの質の指標とする際には、少なくとも初回認定調査時の認知機能の障害度を考慮する必要があり、そのリスク調整なしには適切な評価が達成されないと考えられた。

6. まとめ

本稿では、認知機能のみに着目したが、他にも疾患特性や介護者 (家族)、居住環境など様々な要因が要介護度の経過には関連すると考えられ、これらを適切に考慮した評価を実現するまでには相応の時間が必要だろう。したがって「要介護度」は、ごく限られた側面を捉えている指標であり、技術的な課題を抱えているとの限界を認識した上で、その活用の範囲を探っていく必要がある。

むしろ現状で急がれるのは、介護保険の理念にある「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、サービス利用者一人ひとりが選び、その実現が

どの程度達成できたのかをサービス提供者・利用者双方の視点から評価するために、どの段階の要介護者にも共通する広義の“自立支援”について、その定義を明確化し、測定指標を設定していくことと思われる。

【引用文献】

- 1) 首相官邸 (2016). 平成28年第2回未来投資会議: 未来投資の推進について、医療・介護の未来投資と課題 議事要旨. <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/index.html#suishinkaigo> (2017/05/28 accessed)
- 2) 全国老人福祉施設協議会 (2016). 広報・情報・資料: いわゆる「自立支援介護」について (意見). <http://www.roushikyo.or.jp/contents/pr/proposal/detail/91> (2017/05/28 accessed)
- 3) 川崎市健康福祉局 長寿社会部 高齢者事業推進課 (2017). 第 1 期 (平成 28 年 7 月 - 29 年 6 月) かわさき 健幸福寿プロジェクト: 要介護度等改善・維持評価事業の進捗について. <http://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000076/76777/sinntyokujoukyou.pdf> (2017/06/01 accessed)
- 4) Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). Living Well at the End of Life Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. Santa Monica, CA. <https://doi.org/10.8330-3455-3> (2017/06/01 accessed)
- 5) 鈴木征男, 崎原盛造 (2003). 精神的自立性尺度の作成—その構成概念の妥当性と信頼性の検討—. 民族衛生, 69(2), 47-56.
- 6) Giebel, C. M., Sutcliffe, C., Stolt, M., Karlsson, S., Renom-Guiteras, A., Soto, M., ... Challis, D. (2014). Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study. *International Psychogeriatrics*, 1-11.
- 7) 厚生労働省 (2013). 社会保障審議会介護保険部会 (第47回) 資料2: 認知症施策の推進について (平成25年9月4日). Retrieved June 11, 2017, from http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf (2017/06/11 accessed)
- 8) Morris, J. N., Howard, E. P., Steel, K., Perlman, C., Fries, B. E., Garms-Homolová, V., Szczerbińska, K (2016). Updating the Cognitive Performance Scale. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 47-55.
- 9) 山内慶太, 池上直己 (1999). 介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale(CPS)の信頼性と妥当性. 老年精神医学雑誌, 10(8), 943-952.



◇ PROFILE 土屋 瑠見子 (つちや・るみこ)

2017年東京大学大学院修了。博士(保健学)。医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター(理学療法士)、東京大学高齢社会総合研究機構(学術支援専門職員)を経て2017年3月より現職。専門は、リハビリテーション、老年学、公衆衛生学。財団では「ケアの質のアウトカム評価」、「介護予防政策の自治体共同研究」を担当。