

スを実際に受けており、かつ単独のサービス以外を利用していない1,385人、さらに特別養護老人ホーム入居者998人、老人保健施設入所者1,999人分、合計6,509人分のデータを調査対象とした結果、第1に、施設別・サービス別平均要介護度は、病院要介護3.1、特養要介護2.0、老健要介護2.5、訪問看護要介護2.5、デイケア要介護1.7、デイサービス要介護1.4、ヘルパー要介護1.1であり、合計は要介護2.6であった。このため施設別・サービス別要介護度分布状況には、一定の差が存在すると考えられる。

第2に、A病院について同一入院患者に6か月後に再調査を実施した結果、要介護度の変化が大きく、要介護度が低位に変化するものより、高位に変化するものが多いことが示されたとともに、変化がなかったのは43.0%にすぎず、高位への改善が19.4%、低位への悪化が37.6%であった。ただし、要介護度の変化が1ランク以上は、合計で9.2%に過ぎず、上下1ランクが47.6%であった。

第3に、A病院の要介護度の変化を85項目の選択肢の変化状況との関連で観察すると、選択肢の変化が、30%以上変化している項目は、座位の保持、浴槽の出入り、食事摂取、ひどい物忘れ、周囲の無関心、視力、聴力、意思の伝達、昼夜逆転、介護に抵抗である。これらの質問項目は、判断が難しい上に6か月間に変化しやすい項目であると考えられることができる。

第4に、B病院について要介護度と同時にオーストラリアのRCS調査を同一入院患者に実施した結果、全体として観察すると、この両者のが相関すると考えられるが、RCSより要介護度の方が高位に変化することが認められる。なお、相関係数 $\alpha=0.54$  ( $p<0.001$ )であった。

## 2. 結果の考察

施設別・サービス別要介護度分布状況に一定の差が存在することは、介護保険制度の最適マネジメントの検討する際の重要な要件である。施設別・サービス別要介護度分布に差が存在することになれば、当然を施設やサービス毎にマネジメントの方法論を検討することが必要となる。

要介護者の認定調査を6か月後に調査を再実施した結果、要介護度の変化が大きく、要介護度が低位に変化するものより、高位に変化するものが多いという結果は、認定調査をへて決定される要介護度が6か月固定されてよいのかどうかという新たな検討課題を、提示することになると考えられる。また、85項目の選択肢の変化状況との関連で観察すると、選択肢の変化が、30%以上変化している項目が比較的多いことから、①要介護者の状態は、6か月間では必ず変化すると考えるか、②調査の質問項目により判断が難しい項目があるか、③調査精度に差が生じることが少なくないなどの要因が考えられる。このことについては、今後、さらに詳細な調査研究が必要であると考えられるとともに、将来、要介護認定システムを変更する際の貴重な知見であると思う。

る際の貴重な知見であると思う。

要介護度と同時にオーストラリアのRCS調査を同一入院患者に実施した結果、全体として観察すると、この両者が相関することから、わが国の要介護認定システムは、妥当なものと考えられることを示唆しているように思う。今後は、諸外国の認定調査との比較検討が重要な課題と考えられる。

## 第4節 オーストラリア高齢者入所施設におけるケアレベル分類法の検討

### 1. オーストラリアのRCSの概要

2000年から開始される介護保険制度は、これまでの社会保障制度に比べいくつかの大きな特徴がある。中でも注目すべき点の一つは、要介護認定という新しい尺度の新設にあると考えられる<sup>1)</sup>。現在施行されている社会保険制度には、年金保険、雇用保険、医療保険、などがあるが、このうち、年金保険と雇用保険に関しては、年齢あるいは就労の有無という客観的な状況に基づいて給付されるため、混乱は生じにくい。また医療保険については概ね、医師による診断とそれに伴う処置が給付の対象となっており、医師の判断を尺度としているといえる（このことの是非は近年医療福祉審議会等様々な場所で議論されているとおりである）。これに対し介護保険制度は、介護という概念に関する標準的な尺度が存在しなかったことから、保険の新設と同時に、必要性に応じた給付を行うために、要介護認定という新たな尺度を作成したことが、今回の大きな特徴であるといえる。

高齢者の介護という課題を抱えているのはわが国だけではなく、先進諸国が程度の差こそあれ等しく直面している問題であるのは周知であり、「介護度の評価」に対する取り組みも様々な形でなされている。今回はオーストラリアに焦点をあて、現在施設入所給付額決定に使用されている評価尺度RCSを紹介し、わが国における要介護認定と比較検討してみた。

オーストラリアでは、欧米諸国と同様に、高齢者のケアは病院ではなく専門施設を中心に行われている。専門施設は従来、ナーシングホーム及びホステルの2種類であった。ナーシングホームに対し政府から給付が行われたのは1963年以降であるとされている。1968年までは、その給付額は本人の状態に関わらず一定(2ドル/日/人)であったが、1969年に2段階(通常ケア/拡張ケア)給付となり、さらに1988年、RCI(Resident Classification Instrument)が作成され、5段階給付となった。一方、ホステルにおいては、1992年に従来の2段階給付(宿泊支援のみ/日常生活支援が必要)から、PCAI(Personal Care Assessment Instrument)に基づく3段階給付に変更された<sup>2)</sup>。これらは、1985年より、在宅介護を中心とした総合的なケアシステムづくりを目標として行われてきた、高齢者ケア改革の一環であると考えられる。

1997年、12年間の第一次体制から得られた種々のデータをもとに、リフォームパ

パッケージ(Aged Care Structural Reform Package)が実施された。同パッケージは、自己負担分調整のための収入調査導入などを含むものである。同時に、2種の尺度すなわちRCIとPCAIとが統合され、統一尺度RCS(Resident Classification Scale)が作成された。現在オーストラリアでは、ナーシングホーム→ハイケア・ファシリティ、ホステル→ローケア・ファシリティとして、いずれもRCSの尺度に基づいて給付が行われている。

RCSの作成にあたって行われた手順は、以下の通りである<sup>3)</sup>。まず叩き台として作成された調査票には、RCI及びPCAIの各質問子に加え、相対的ケア必要度(relative care needs)に関する項目を加味されている。これは、施設内の他の入所者と比較した場合の、本人の相対的なケア必要度を10段階で評価したものである。各州施設での予備調査(ヒアリング及び既分類との一致率など)の結果より、質問項目を取捨選択し、48項目からなる調査票に再編された。本調査においては、この48項目の調査票に、対象者への資源投入すなわち、個別一日当たり介護時間および個別消耗品使用量に関する質問子を追加したものが使用された。調査票は郵送により配布、回収され、一定のトレーニングを受けた各施設職員が記入した。

この調査の目的は、ケアの必要度を反映する尺度の算出である。そのための統計手法としては、線形回帰モデルが採択されている。目的変数には、いくつかの候補を試行した結果として、「ケア時間」が最も適しているとして選択された。ただし、施設間の差を反映するために、相対的ケア必要度をもって補正を行っている。有意な説明変数として選択された22項目をもって、施行初年度のRCSが完成した。実際の施行時には、RCSの調査票とともに、その重み付け係数も公開されたため、施設では調査当初から、対象者のRCSレベルを自分たちで算定することが出来た。1997年10月の施行後も検討が続けられ、その結果に基づき、1999年11月より、質問項目を20項目に減らした修正版(Improved RCS)に改訂されている(実際に使用されているのは21項目であるが、最後の質問は今後の検証のための追加項目であり、RCS点数には算定されない)。現在使用されているRCS記入票及び重み付け係数を、表4-11、表4-12に示す。

## 2. 要介護度とRCSとの関係

本研究班では、RCSを日本語訳し、全国の老人保健施設および高齢者ケアを行っているB病院において、要介護認定調査と同時に施行した。まず、老人保健施設18施設の対象者計234名における、要介護認定の一次判定指数(要介護認定等基準時間)とRCSスコアの相関を示す散布図を図4-1に示す。一次判定の各要介護度と、RCSレベルの人数分布は表4-14の通りである。(老人保健施設の対象者の中には、RCSの中で最も高い介護度であるRCS8に分類される対象者は存在しなかった)。一次判定指数とRCSスコア(RCS調査結果の合計点数)は、相関係数 $\alpha = 0.78$ であった。なお、老人保健施設に関する調査研究は、本調査研究班とは別の組織で行わ

れたものである。

同様に、B病院において施行した結果を示す。図4-2および表4-15は老人保健施設と同じものを示している。一次判定指数とRCSスコア（RCS調査結果の合計点数）は、相関係数 $\alpha=0.54$ であった。

オーストラリアにおける施設入所者に対する給付額決定の手法を、わが国における要介護認定の一次判定ロジックと比較してみると。まず共通点の一つとして、要介護高齢者への給付額を決定する根拠として、双方とも「ケアの必要度」を前提としていることが挙げられる。一般に、ケアの必要性は、本人の状態の悪さに比例する、と考えがちであるが、ある程度自立している状態でのケアは、寝たきり状態のケアよりむしろ手間がかかるとの可能性が指摘されている<sup>4)</sup>。すなわち、本人の状態の悪さを尺度とすると、必ずしもかかる手間の量とは一致しないのであり、積極的な自立支援へのインセンティブを阻害することにもなりかねない、ということ踏まえた結果であるといえる。ケアの必要度の指標として、ケアにかかる時間をもって当てている点も、双方に共通している。

ケア時間の測定方法については、双方に違いが見られる。日本の一次判定ロジックに使用されているケア時間のデータは、1分間タイムスタディ法により収集されている。すなわち、優良高齢者施設（特養、老健、療養型病床群等）において、職員一人々々に同職種者が貼り付き、1分ごとの職員の行動を、実際に測定して得られたデータである。これに対しオーストラリアでは、上述のように、職員に対するアンケートで、入所者ごとにかかった（と職員が感じる）時間を記入させている。妥当性を上げるために、相対的ケア必要度による補正を行うなどの工夫は見られるが、データ収集方法の信頼性という意味ではわが国の方式が優位であろう。

収集されたデータの解析に使用された統計手法は、双方で異なる。オーストラリアでは、目的変数であるケア時間に対し、状態像を表す質問子を説明変数として、線形回帰モデルにより、寄与率の高い項目の抽出を行っている。これまでの公衆衛生学分野ではよく使われてきた手法であるといえる。しかし、今回わが国の一次判定においては、樹形回帰モデルを採用している。線形回帰モデルが、個々の説明変数と目的変数の関係を固定するのにに対し、樹形回帰モデルが、目的変数に影響を与える説明変数の組み合わせをつくるため、個々の説明変数の結果的な重み付けに流動性が生まれる。ケアの必要度という、状態を総合的に評価する目的変数の場合は、オーストラリアで用いられている線形回帰モデルよりも、わが国の樹形回帰モデルの方が適切であると考えられる。ただし樹形モデルは、煩雑な演算を伴うため、コンピュータの使用を前提とすることが望ましい手法である。簡便さという点では、調査結果を簡単な数式に当てはめるだけで数値が算出されるRCSが優位かもしれない。

双方とも、算定結果が給付額の決定のために使用されるという共通点がある。このことは、介護の現場においては、より高額の給付を得るために、できるだけ算定結果を高いものにしたい、というインセンティブを喚起する危険性がある。オーストラリアでは、調査結果からの算定方法、および点数による給付率などをインターネットで

も公開しており（表3）<sup>2)</sup>、例えばある段階の上限ぎりぎりであった場合、何らかの恣意的な操作がなされる危険性は低くない。このため、オーストラリア厚生省では監査機関を設け、各施設への立ち入り検査を行っている。検査は基本的には通告だが、調査員には非通告検査の権限が与えられており、無作為抽出により、年間約 2,500～3,500 件について、各8項目ずつ確認することになっている。記入にミス（あるいは状態の変化）があった場合は、訂正を促すが、意図的に不正な記載がされている（底上げなどの）場合は、全記載の訂正を指示し、従わない場合、給付金支払いの停止が可能であるとされている。わが国においても、樹形回帰モデルは公表されており、誰もが手順を踏めば要介護度を算定できるようになっているため、やはり底上げの危険性はないとはいえない。オーストラリアで行われているような、詳細な監査制度は、現在は整備されていないが、今後その必要性が高まる可能性はある。

RCSの機能は、あくまで入所者に対する給付額の決定に限定されており、この点は、すべての要介護・要支援者を対象とするわが国と異なる。高齢者のケアに関する包括的な判断は、ACAT(Aged Care Assessment Team)と呼ばれる専門家集団に一任されており、施設への入所の是非などは、このACATにより判定される。ただし、仮に、ACATにより入所が必要とされた対象者のRCSの結果が、最低給付レベルを下回ったとしても、入所の判定はそれには影響されない。ACATがローケアを指定してきた場合に、RCSがハイケアの給付額を算定した場合には、ACATは再評価を行うことが出来る。一方わが国では、コンピュータによる一次判定の結果は、かかりつけ医の意見書とともに、介護認定審査会にかけられ、ここでの判断が最終的な判定となる。介護認定審査会は、「保健・医療・福祉の学識経験者の各分野の均衡に配慮した構成」とされており、構成面ではACATと類似した面があるが、その役割はこのように異なっている。

以上、それぞれの類似点及び相違点を、表4-16に示した。介護度を判定する手法には、唯一の正解があるわけではなく、各国、地域ごとの特性に配慮した手法が選択されるべきであると考えられる。オーストラリアと日本との、介護度の判定を一言で言えば、オーストラリアは「より解りやすく、簡便に」、日本は「より正確に状態を把握して」とでも表現できるであろう。RCSは1997年に始まったところであり、わが国の介護保険も施行が開始されたばかりである。今後も、オーストラリアの動向には引き続き注目する必要があると考える。

#### 参考文献

- 1) 筒井孝子；[入門] 介護サービスマネジメント、日本経済新聞社、1998.
  - 2) Resident Classification Scale Training Workbook; Health and Family Services, 1998.
  - 3) Development of a single instrument for the classification of nursing home and
  - 4) hostel residents; Aged care research and evaluation unit, 1997.
- Marion W. Shaw, 老人の専門医療を考える会編；高齢者ケアへの挑戦、医学書院、1998.

表4-11 R C S 質問子及び重みづけ係数

質 問	重み付け係数			
	A	B	C	D
1. 会話	0.00	0.28	0.36	0.83
2. 移動	0.00	1.19	1.54	1.82
3. 飲食	0.00	0.67	0.75	2.65
4. 遺伝的背景	0.00	5.34	14.17	14.61
5. 排泄	0.00	5.98	10.65	13.70
6. 排尿管理	0.00	2.22	3.82	4.19
7. 排便管理	0.00	3.32	5.72	6.30
8. 理解力及び日常生活動作能力	0.00	0.79	1.11	3.40
9. 徘徊あるいは侵襲的な行為などの問題	0.00	0.80	1.58	4.00
10. 言語的な攻撃行為、あるいはうるさくすること	0.00	1.19	1.75	4.60
11. 身体的な暴力行為	0.00	2.34	2.69	3.05
12. 感情的依存性	0.00	0.28	1.50	3.84
13. 自傷他害	0.00	1.11	1.54	1.98
14. その他の行為	0.00	0.91	1.82	2.61
15. 社会的あるいは人的支援の必要性-ケア受給者	0.00	0.95	1.98	3.01
16. 社会的あるいは人的支援の必要性-家族、友人	0.00	0.28	0.55	0.91
17. 投薬	0.00	0.79	8.55	11.40
18. 技術的な・複雑な看護行為	0.00	1.54	5.54	11.16
19. 治療行為	0.00	3.64	6.10	7.01
20. その他のサービス	0.00	0.71	1.46	2.93

表4-12 例：質問1

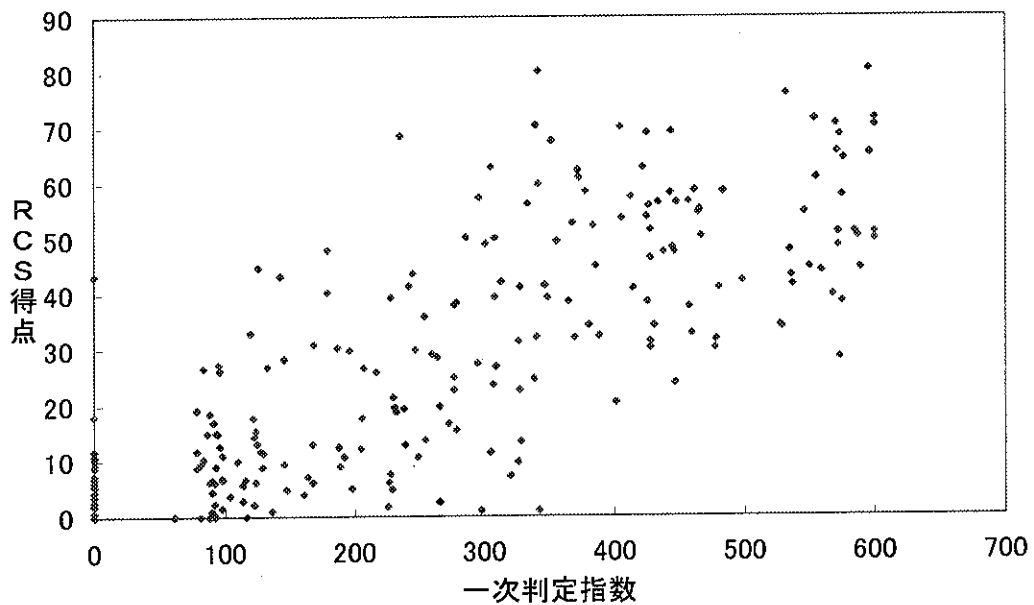
1. 会話		
問題なし(no)	A	介助は必要なし
やや問題あり(some)	B	援助が完全かつ適切に行われるためには介助が必要
かなり問題あり(major)	C	はっきりと、ゆっくり会話するために通常よりも時間が必要、会話に努力、しばしば非言語的な合図が必要
非常に問題あり (Extensive)	D	会話に際しては通訳・仲介が必要、あるいは、ほぼすべての状況で非言語的な合図が必要

表4-13 RCS点数とカテゴリ

RCS点数	カテゴリ
0.00 - 10.60	レベル 1
10.61 - 28.90	レベル 2
28.91 - 39.80	レベル 3
39.81 - 50.00	レベル 4
50.01 - 56.00	レベル 5
56.01 - 69.60	レベル 6
69.61 - 81.00	レベル 7
81.01 - .	レベル 8

参考文献2)より、ただし訳は筆者

図4-1 老人保健施設における要介護認定一次判定指数とRCS得点との関連

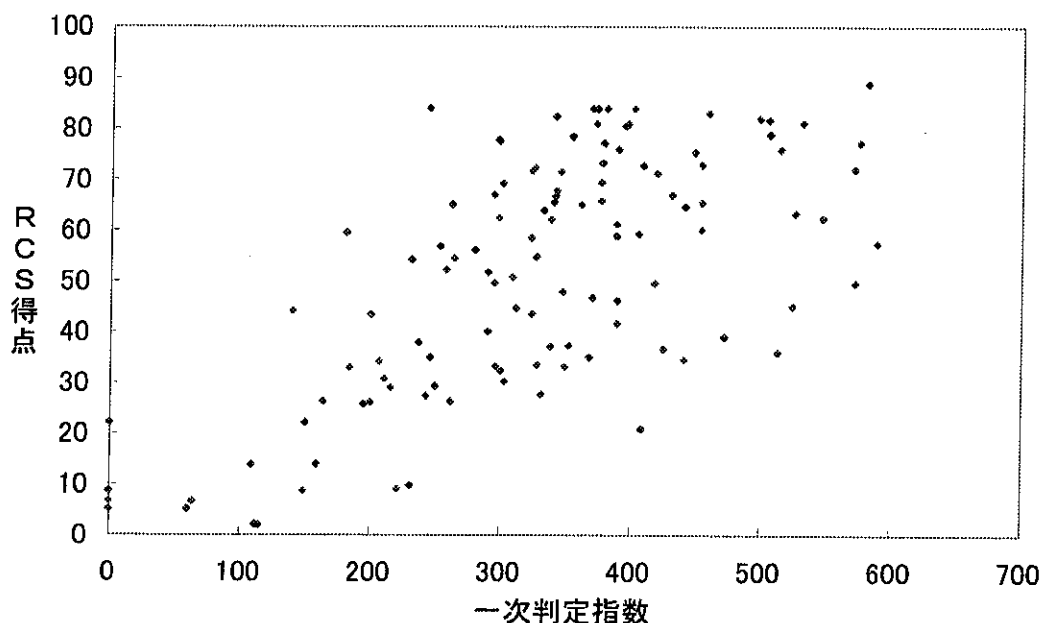


相関係数  $R=0.79^{**}$  ( $p<0.001$ )

表 4-14 要介護度とRCSレベル

	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
自立	28	4	0	1	0	0	0	0	33
要支援	18	12	0	0	0	0	0	0	30
要介護1	17	11	4	4	0	0	0	0	36
要介護2	6	18	6	2	1	2	0	0	35
要介護3	3	6	8	6	3	7	2	0	35
要介護4	0	2	8	7	7	10	1	0	35
要介護5	0	1	4	8	5	6	6	0	30
総数	72	54	30	28	16	25	9	0	234

図 4-2 病院における要介護認定一次判定指数とRCS得点との関連



相関係数  $R=0.54^{**}$  ( $p<0.001$ )

表 4-15 要介護度とRCSレベル

	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
自立	3	0	0	0	0	0	0	0	3
要支援	2	1	0	0	0	0	0	0	3
要介護1	5	8	2	1	0	1	0	0	17
要介護2	2	3	9	6	3	5	2	1	31
要介護3	0	1	9	9	3	13	10	4	49
要介護4	0	2	3	1	0	6	4	3	19
要介護5	0	0	1	2	0	3	4	4	14
総数	12	15	24	19	6	28	20	12	137



表4-16 日・豪アセスメント法比較

比較項目	日 本	オーストラリア
目的	ケアの必要度に応じた給付額の決定	
対象者	介護保険給付申請者	施設入所者
基準尺度	介護に必要な時間から介護必要度を決定	
データ収集	1 分間タイムスタディ	郵送(自己記入)
項目の抽出	樹形回帰モデル	線形回帰モデル
評価項目数	73+12 項目	20 項目
監査機構	自主規制	通告(あるいは非通告) 監査の実施
結果の活用	一次判定として、介護認定審査会の資料	給付尺度として独立、ただし入所判定などはACATによる