

**Richtlinien**  
**der Spitzenverbände der Pflegekassen**  
**zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit**  
**nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches**

## Vorwort

Die Instrumentarien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI wurden seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 verschiedentlich modifiziert. Pflegebedürftige, die ab dem 1. April 1995 Leistungen der Pflegeversicherung bei Häuslicher Pflege beantragten, wurden auf Grundlage der „Begutachtungsanleitung Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ begutachtet.

In der 2. Stufe der Pflegeversicherung, die am 1. Juli 1996 in Kraft trat, wurden die Leistungen der Pflegeversicherung auf die vollstationäre Pflege ausgeweitet. Zur Begutachtung in diesem Kontext wurde die bisherige Begutachtungsanleitung durch eine „Vorläufige Begutachtungshilfe zur Einführung der 2. Stufe des Pflege-Versicherungsgesetzes“ ergänzt. Das „Erste SGB XI-Änderungsgesetz“ vom 14. Juni 1996 hat zudem Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einen Leistungsanspruch geschaffen.

Die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches – BRI“ vom 21. März 1997 haben die vorgenannten Begutachtungsinstrumentarien abgelöst. Sie sind sowohl für die Pflegekassen als auch für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlich und stellen damit eine einheitliche Begutachtungsgrundlage dar. Die Verbindlichkeit wird durch den Richtlinienstatus gemäß § 17, 53 a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V normiert.

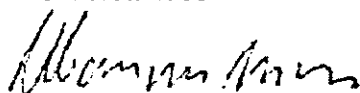
In diese Begutachtungs-Richtlinien wurden die in der Begutachtungspraxis gewonnenen Erfahrungen einbezogen und einzelne Begutachungskriterien näher präzisiert. Zentrale Neuerung war die erstmalige Aufnahme von Orientierungswerten zur Pflegezeitbemessung in die Begutachtungs-Richtlinien. Diese Zeitwerte sollen den Gutachterinnen und Gutachtern im Sinne von Anhaltgrößen eine Orientierung bei der Begutachtung bieten. Mit den Begutachtungs-Richtlinien vom 21. März 1997 wurden damit die Voraussetzungen geschaffen, Qualität und Einheitlichkeit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI weiter zu erhöhen. Die Medizinische Dienste und Pflegekassen sollen hierzu durch eine einheitliche Umsetzung in die Praxis beitragen.

Die vorliegende aktuelle Ergänzung der Begutachtungs-Richtlinien in der Fassung vom 22. August 2001 berücksichtigt die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Ziel war es, die Formulierungen in den Richtlinien an die vom Bundessozialgericht aufgestellten Erfordernisse anzupassen.

Erarbeitet wurden diese Begutachtungs-Richtlinien und die Ergänzungen in engem Zusammenwirken von Gremien der MDK-Gemeinschaft mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Einbeziehung der jeweils zuständigen Bundesministerien. Allen daran Beteiligten gilt dafür unser besonderer Dank.

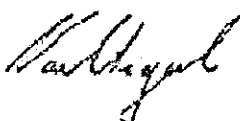
Essen, im Dezember 2001

Vorsitzender des  
MDS-Vorstandes



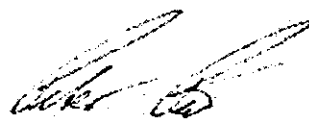
(Hans Langenbucher)

Stellv. Vorsitzender des  
MDS-Vorstandes



(Gert Nachtigal)

Geschäftsführer des  
MDS



(Dr. Peter Pick)

**Richtlinien**  
**der Spitzenverbände der Pflegekassen**  
**zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches**  
**(Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 21.03.1997<sup>1 2 3 4</sup>**  
**in der Fassung vom 22.08.2001<sup>5</sup>**

Der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
die See-Krankenkasse,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Bundesknappschaft,  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund der §§ 17, 53 a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 21.03.1997 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) beschlossen. Diese Richtlinien ersetzen die Begutachtungsanleitung "Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI", die die Spitzenverbände am 29.05.1995 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V a. F. beschlossen hatten.

Mit den Begutachtungs-Richtlinien verfolgen die Spitzenverbände das Ziel, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsgeschehen noch stärker als in der Vergangenheit bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Künftig sollen unterschiedliche Begutachtungsergebnisse nur noch auf der Individualität des Pflegebedürftigen und seiner Pflegesituation beruhen. Mit dieser Überarbeitung sowie mit den in Abschnitt E beschriebenen bundesweiten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Gewährleistung von Grundsätzen einer systematischen Fort- und Weiterbildung der Gutachter soll ein weiterer Beitrag zu einer hohen Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste geleistet werden.

---

<sup>1</sup> Den BRi in der Fassung vom 21.03.1997 haben das BMA und das BMG mit Schreiben vom 02.05.1997 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI unter Maßgaben - u. a. Anwendung der Zeitorientierungswerte (vgl. Anhang 1) befristet bis 31.12.1999 - die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Den entsprechend den Maßgaben geänderten BRi hat das Gremium nach § 213 SGB V am 26.05.1997 zugestimmt und die BRi mit Wirkung vom 01.06.1997 in Kraft gesetzt.

<sup>2</sup> Dem gestrafften Formulargutachten hat das BMG mit Schreiben vom 24.09.1999 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

<sup>3</sup> Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 1 Jahr (bis 31.12.2000) hat das BMG mit Schreiben vom 14.01.2000 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

<sup>4</sup> Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 2 Jahre (bis 31.12.2002) hat das BMG mit Schreiben vom 31.01.2001 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

<sup>5</sup> Den BRi in der Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 und vom 13.11.2001 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Die BRi finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.

Die Regelungen der Begutachtungs-Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein. Dies gilt vor allem für das mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen zu betretende Neuland. Die Spitzenverbände sehen in den dazu getroffenen Regelungen einen ersten Schritt, dem zügig präzisere und umfassendere Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 und 5 SGB XI folgen sollen.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>ALLGEMEINES</b>	<b>5</b>
1.	SGB XI	5
2.	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien	6
<b>B</b>	<b>AUFGABEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES DER KRANKENVERSICHERUNG (MDK)</b>	<b>7</b>
<b>C</b>	<b>VERFAHREN ZUR FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT</b>	<b>8</b>
1.	Pflegekasse	8
2.	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	9
2.1	Sichtung der Unterlagen/Einbeziehung der behandelnden Ärzte/der Pflegeeinrichtungen und/oder der den Antragsteller Pflegenden in die Vorbereitung der Begutachtung	9
2.2	Vorbereitung des Besuchs	9
2.2.1	Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en	9
2.2.2	Ankündigung des Besuchs	10
2.2.3	Fehlende Einwilligung des Antragstellers	10
2.3	Der Besuch	10
2.4	Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung	11
2.5	Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung	12
2.6	Auswertung des Besuchs	12
2.7	Gutachtenabschluss	12
2.8	Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	13
2.8.1	Höherstufung	13
2.8.2	Wiederholungsbegutachtung	13
2.8.3	Widerspruch	13
<b>D</b>	<b>ERLÄUTERUNGEN ZUM GUTACHTEN ZUR FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT GEMÄß SGB XI</b>	<b>14</b>
01	Anforderungen an das Formulargutachten	14
02	Gliederung des Gutachtens	15
03	Definitionen	16
04	Angaben im Gutachten zum Antragsteller, zur Untersuchung und zur beantragten Leistung	16
<b>1.</b>	<b>Derzeitige Versorgung/Betreuung</b>	<b>16</b>
1.1	Ärztliche Betreuung	17
1.2	Heilmittelversorgung/häusliche Krankenpflege	17
1.3	Versorgung mit Hilfsmitteln/techn. Hilfen/Verbrauchsgütern	17

1.4	Umfang der pflegerischen Versorgung	18
1.5	Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Betreuungssituation	19
1.6	Pflegerelevante Aspekte der Wohnsituation	20
<b>2.</b>	<b>Pflegebegründende Vorgeschichte</b>	<b>20</b>
<b>3.</b>	<b>Würdigung vorliegender Fremdbefunde</b>	<b>20</b>
<b>4.</b>	<b>Erhobene pflegebegründende Befunde</b>	<b>21</b>
4.1	Allgemeinbefund	21
4.2	Funktionelle Einschränkungen	21
4.2.1	Des Stütz- und Bewegungsapparats	22
4.2.2	Der Inneren Organe	22
4.2.3	Der Sinnesorgane	23
4.2.4	Des ZNS und der Psyche	23
4.2.5	Pflegebegründende Diagnose/n	23
4.3	Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	24
4.3.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten	25
4.3.2	Sich situativ anpassen können	26
4.3.3	Für Sicherheit sorgen können	26
4.3.4	Sich bewegen können	26
4.3.5	Sich sauber halten und kleiden können	27
4.3.6	Essen und trinken können	27
4.3.7	Ausscheiden können	28
4.3.8	Sich beschäftigen können	28
4.3.9	Kommunizieren können	29
4.3.10	Ruhen und schlafen können	29
4.3.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können	29
<b>5.</b>	<b>Bestimmung der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>30</b>
5.0	Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit	30
	I. Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs	31
	II. Formen der Hilfeleistung	32
	III. Ermittlung des Hilfebedarfs	34
	1. Grundsätze	34
	2. Ermittlung von Art und Häufigkeit des jeweiligen Hilfebedarfs	35
	3. Ermittlung des zeitlichen Umfangs des jeweiligen Hilfebedarfs	35
	4. Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs	36
	5. Hilfebedarf und Aktivierende Pflege	37
	6. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen	39
	Häufige Krankheitsbilder	41
	Vorbereitung der Begutachtung	41
	Begutachtungssituation	42
	7. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung	42
	IV. Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte	44
	V. Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung	46
5.1.	Körperpflege	47
5.2.	Ernährung	49

5.3. Mobilität	50
5.4. Hauswirtschaftliche Versorgung	52
<b>6. Ergebnis der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit</b>	<b>53</b>
6.1 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?	54
6.1.1 Stufen der Pflegebedürftigkeit	55
6.1.2 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege	56
6.1.3 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	57
6.2 Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	57
6.3 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?	57
6.4 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?	58
6.5 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?	59
6.6 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem festgestellten Hilfebedarf überein?	59
<b>7. Empfehlungen an die Pflegekasse/individueller Pflegeplan</b>	<b>59</b>
7.1 Maßnahmen zur Rehabilitation	60
7.2 Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung	62
7.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes	62
7.4 Art und Umfang von Pflegeleistungen	63
7.4.1 Unterstützung/Veränderung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson im Hinblick auf Art und Umfang der Pflege	63
7.4.2 Entlastung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson	63
7.4.3 Beratung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson	63
7.4.4 Vorschläge zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung	63
7.5 Mögliche kurative Defizite	64
<b>8. Zusätzliche Empfehlungen / Bemerkungen</b>	<b>64</b>
<b>9. Empfehlung zum Termin der Wiederholungsbegutachtung</b>	<b>64</b>
<b>10. Beteiligte Gutachter</b>	<b>64</b>
<b>E QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN</b>	<b>65</b>
<b>F ANHANG</b>	<b>67</b>
<b>ANHANG 1</b>	<b>68</b>
<b>Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege</b>	<b>68</b>

<b>ANHANG 2</b>	<b>77</b>
Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich und aus vollstationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Anlage zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI)	77
<b>ANHANG 3</b>	<b>92</b>
Formulargutachten für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	92
<b>ANHANG 4</b>	<b>97</b>
Gestraftes Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich, aus vollstationären Pflegeeinrichtungen und für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	97
<b>ANLAGEN</b>	<b>109</b>
<b>ANLAGE 1</b>	<b>110</b>
Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit sowie zum Verfahren der Feststellung	110
<b>ANLAGE 2</b>	<b>114</b>
Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001	114
<b>ANLAGE 3</b>	<b>128</b>
Mini-Mental State Examination (MMSE)	128
<b>ANLAGE 4</b>	<b>132</b>
Stichwortverzeichnis	132



**Arbeitsfelder**

Die soziale  
Pflegeversicherung

Unsere Handlungsfelder  
Der MDK prüft, ob  
Pflegebedürftigkeit vorliegt  
Ihr Ansprechpartner

**Pflegeversicherung / Pflegebegutachtung****Die Soziale Pflegeversicherung**

Die Pflegeversicherung leistet Hilfe, wenn jemand aufgrund der Schwere einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft auf Unterstützung angewiesen ist. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

**Unsere Handlungsfelder**

Der MDS berät die Spitzenverbände der Pflegekassen in allen Fragen, die mit der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehen. Zudem koordiniert er die einheitliche Umsetzung der Aufgaben der MDK für die Pflegeversicherung.

Primäre Handlungsfelder sind:


- die Weiterentwicklung der "Richtlinien der Spitzenverbände zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien)."
- die Qualitätsprüfung der Pflegebegutachtung
- medizinisch-pflegfachliche Stellungnahmen zu Gesetzgebungsverfahren in der Pflege

Bei der Bearbeitung dieser Felder arbeitet der MDS mit erfahrenen Expertinnen und Experten aus der MDK-Gemeinschaft und mit externen Sachverständigen zusammen.

 Zurück zum Seitenanfang


**Der MDK prüft, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt**

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, müssen die Versicherten einen Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen. Die Kassen lassen dann durch Ärzte und/oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes prüfen, ob und in welchem Ausmaß Pflegebedürftigkeit vorliegt. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK sind verpflichtet, bei der Begutachtung bundesweit einheitlich nach den Kriterien der "Begutachtungs-Richtlinien" vorzugehen.

 Zurück zum Seitenanfang

**Ihre Ansprechpartner**

Uwe Brucker  
Fachgebietsleiter Pflege  
E-Mail: [u.brucker@mds-ev.com](mailto:u.brucker@mds-ev.com)

 Zurück zum Seitenanfang

## 資料 13

### 社会法典Ⅶ 事故保険

#### 第1章

#### 課題、保険対象者、保険対象となる事故

SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung -

Erstes Kapitel

Aufgaben, versicherter Personenkreis,

Versicherungsfall

Zweiter Abschnitt

Versicherter Personenkreis

#### § 2

Versicherung kraft Gesetzes

(1) Kraft Gesetzes sind versichert

1. Beschäftigte,

2. Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen,

3. Personen, die sich Untersuchungen, Prüfungen oder ähnlichen Maßnahmen unterziehen, die aufgrund von Rechtsvorschriften zur Aufnahme einer versicherten Tätigkeit oder infolge einer abgeschlossenen versicherten Tätigkeit erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen vom Unternehmen oder einer Behörde veranlaßt worden sind,

4. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

5. Personen, die

a) Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens sind und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,

b) im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige sind,

c) in landwirtschaftlichen Unternehmen in der Rechtsform von Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbständig tätig sind,

d) ehrenamtlich in Unternehmen tätig sind, die unmittelbar der Sicherung, Überwachung oder Förderung der Landwirtschaft überwiegend dienen,

e) ehrenamtlich in den Berufsverbänden der Landwirtschaft tätig sind,

wenn für das Unternehmen eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständig ist,

6. Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,

7. selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer, die zur Besatzung ihres Fahrzeugs gehören oder als Küstenfischer ohne Fahrzeug fischen und regelmäßig nicht mehr als vier Arbeitnehmer beschäftigen, sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,

8. a) Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45 des Achten Buches oder einer Erlaubnis aufgrund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen,

b) Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen,

c) Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,

9. Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind,

10. Personen, die

a) für Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, für die in den Nummern 2 und 8 genannten Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von Gebietskörperschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,

b) für öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften und deren Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,

11. Personen, die

a) von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts zur Unterstützung einer Diensthandlung herangezogen werden,

b) von einer dazu berechtigten öffentlichen Stelle als Zeugen zur Beweiserhebung herangezogen werden,

12. Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen dieser Unternehmen teilnehmen,

13. Personen, die

a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten,

b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,

c) sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen,

14. Personen, die nach den Vorschriften des Zweiten oder Dritten Buches der Meldepflicht unterliegen, wenn sie einer besonderen, an sie im Einzelfall gerichteten Aufforderung einer Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit, eines nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Trägers oder des nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Zweiten Buches zuständigen Trägers nachkommen, diese oder eine andere Stelle aufzusuchen,

15. Personen, die

a) auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten,

b) zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Aufforderung eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit einen dieser Träger oder eine andere Stelle aufsuchen,

c) auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen,

16. Personen, die bei der Schaffung öffentlich geförderten Wohnraums im Sinne des Zweiten Wohnungsbaugesetzes oder im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei der Schaffung

von Wohnraum im Sinne des § 16 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wohnraumförderungsgesetzes Rahmen der Selbsthilfe tätig sind,

17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und – soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen – Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches).

(2) Ferner sind Personen versichert, die wie nach Absatz 1 Nr. 1 Versicherte tätig werden. Satz 1 gilt auch für Personen, die während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung oder aufgrund einer strafrichterlichen, staatsanwaltlichen oder jugendbehördlichen Anordnung wie Beschäftigte tätig werden.

(3) Absatz 1 Nr. 1 gilt auch für

1. Deutsche, die im Ausland bei einer amtlichen Vertretung des Bundes oder der Länder oder bei deren Leitern, deutschen Mitgliedern oder Bediensteten beschäftigt sind,
2. Entwicklungshelfer im Sinne des Entwicklungshelfer-Gesetzes, die Entwicklungsdienst oder Vorbereitungsdienst leisten,
3. Personen, die
  - a) eine Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation ausüben und deren Beschäftigungsverhältnis im öffentlichen Dienst während dieser Zeit ruht. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle oder Krankheiten, die infolge einer Verschleppung oder einer Gefangenschaft eintreten oder darauf beruhen, dass der Versicherte aus sonstigen mit seiner

Tätigkeit zusammenhängenden Gründen, die er nicht zu vertreten hat, dem Einflussbereich seines Arbeitgebers entzogen ist,

b) als Lehrkräfte vom Auswärtigen Amt durch das Bundesverwaltungsamt an Schulen im Ausland vermittelt worden sind.

Soweit die Absätze 1 und 2 weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, gelten sie abweichend von § 3 Nr. 2 des Vierten Buches für alle Personen, die die in diesen Absätzen genannten Tätigkeiten im Inland ausüben; § 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Absatz 1 Nr. 13 gilt auch für Personen, die im Ausland tätig werden, wenn sie im Inland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(4) Familienangehörige im Sinne des Absatzes 1 Nr. 5 Buchstabe b sind

1. Verwandte bis zum dritten Grade,
2. Verschwägerte bis zum zweiten Grade,
3. Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches)  
der Unternehmer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner.

資料 14

事故保険適用対象となる介護活動の指標

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

資料 15

<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16378.html>

Aktuell

Fr 11.03.2005

## Runder Tisch Pflege

Um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern, haben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Herbst 2003 den "Runden Tisch Pflege" einberufen. An dieser gemeinsamen Initiative nehmen Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft teil.

Ziel des "Runden Tisch Pflege" ist es, bis zum Herbst 2005 praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln und auf der Grundlage guter Praxisbeispiele Wege zur Umsetzung menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung aufzuzeigen. Dabei geht es nicht zuletzt auch darum, alle Akteure, die im Bereich Pflege tätig sind, für vorhandene Ressourcen und Potenziale zu sensibilisieren und für den Abbau gegenwärtiger Defizite zu gewinnen.

Die für diese Aufgabe eingerichteten 4 Arbeitsgruppen des "Runden Tisches Pflege" befassen sich insbesondere mit folgenden Fragestellungen:

- Wie sollte künftig ein differenziertes und besser an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtetes Versorgungsangebot in den Diensten und Einrichtungen gestaltet sein?
- Wie kann die Stellung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen weiter gestärkt werden und ein entsprechendes Bewusstsein geweckt werden?
- Wie kann eine ausreichende Zahl von Personen dauerhaft für die Pflegeberufe gewonnen werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen, um den Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege und Betreuung zu verringern?

Die vier Arbeitsgruppen haben bereits Zwischenergebnisse vorgelegt. Eine Arbeitsgruppe hat den Entwurf einer Charta erstellt, die konkret beschreibt, welche Rechte Menschen in Deutschland haben, die der Hilfe und Pflege bedürfen. Zwei Arbeitsgruppen haben sich mit handlungsorientierten Empfehlungen zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen und stationären Versorgung befasst. Eine vierte Arbeitsgruppe hat Vorschläge für den Abbau etwaiger bürokratischer Regelungen erarbeitet, die Dienste und Einrichtungen behindert, ohne den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu nutzen.

Bisher haben die Arbeitsgruppen viermal getagt. In einem für April 2005 geplanten Zwischenplenum des "Runden Tisches Pflege" werden die vorläufigen Ergebnisse und Diskussionszwischenstände der Arbeitsgruppen diskutiert. Im Sommer 2005 werden die einzelnen Arbeitsgruppen letztmalig zusammen kommen und ihre Empfehlungen fertig stellen.

Der Runde Tisch Pflege ist eine als offener Dialog angelegte Initiative. Sein Erfolg hängt auch entscheidend vom Wissen, von den Erfahrungen und der Bereitschaft zur Zusammenarbeit aller Akteure ab. Das gilt auch für die Diskussion auf dem Zwischenplenum, die schriftlichen Stellungnahmen und Hinweise zu den Diskussionspapieren.

## Weitere Informationen zum Thema

- **Partner des Runden Tisches Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16472.html>
- **Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16470.html>
- **Zwischenergebnisse zum Runden Tisch Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=25738.html>
- **Zeitplan der Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16474.html>
- **Flyer Runder Tisch Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/flyer-runder-tisch-pflege.property=pdf.pdf>
- **Zahlen und Fakten Runder Tisch Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/zahlen-und-fakten.property=pdf.pdf>
- **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16124.html>
- **Hilfe und Pflege**  
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Aeltere-Menschen/hilfe-und-pflege,did=6144.html>
- **Altenpflegeausbildung praxisnah umsetzen**  
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=19878.html>
- **Bundesministerin Renate Schmidt: Umsetzung des Urteils zu Pflegebeiträgen nicht gefährden**  
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=19940.html>

## Reden und Grußworte zum Thema

- **Qualitätsoffensive Pflege - Bundesministerinnen Renate Schmidt und Ulla Schmidt berufen "Runden Tisch" ein**  
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Presse/pressemitteilungen,did=11454.html>

## Externe Links zum Thema

- **Deutsches Zentrum für Altersfragen, DZA**  
<http://www.dza.de>
- **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung**  
<http://www.bmgs.de>

© Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

平成 16 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）分担研究報告書

介護給付実績・要介護認定情報・人口動態統計ならびに臨床登録情報  
を活用した地域介護保険制度の社会経済学的検討  
～ 介護予防の観点から見たサービスの効果性の検証 ～

報告者（分担研究者）

矢野 栄二 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学

研究協力者

橋本 英樹	同
大脇 和浩	同
佐藤 幹也	同
佐瀬 武	同

研究要旨

最終年度を迎えた本年度研究事業では、昨年まで収集した介護認定・給付情報をアップデートするとともに、介護予防の観点から、現状における介護サービスの有効性の検証を行った。また既存データを用いて、介護予防対象疾患について、その発生予測因子などの抽出を試みた。新予防給付の対象となる要支援・要介護度 1 の認定要介護高齢者について、介護サービスによる介護度悪化率の要因分析、サービスミックス（訪問介護・家事援助などの福祉系サービスと、訪問看護・リハビリなどの医療系サービス）による予後悪化率の比較、住宅改修サービス受給者における介護度悪化率、転倒によると思われる大腿頸部骨折の発生率算出と要因の検討を行った。こうしたデータベースの活用により介護サービスの見直し・評価を科学的に進めることが重要であることが示唆された。

A. 目的

介護保険給付額が急速に伸び、介護保険の財政的継続性が困難に直面している。また過去 4 年間の制度施行の結果、一部介護サービスについては、サービスの質や効果について疑問視する声もあがっている。平成 16 年 1 月の高齢者リハビリテーション研究会報告書においても、機能改善の明確な目標を欠いた介護サービスによって、かえって廃用性の機能低下が助長されかねない危険性が指摘され、疾病モデルごとに目標を明記した適切な介護プ

ランを立て、積極的な介護予防が必要であることが提言された。これらを受けて、厚生労働省は平成 18 年度改訂の方向性として新たに新予防給付を設けると同時に、これまでサービスの直接対象で無かった未認定の 1 号保険者を対象とした地域支援事業による予防介護サービスを導入することを発表している。これに伴い、各市町村保険者においては、事業規模の算定やサービスの構築に向けた準備が必要とされている。一方、具体的なサービスの効果性や事業規模推定のための数値的根



拠については、主に横断調査や後ろ向きのデータ収集に基づいたものが多く、詳細なコホートデータを用いた検討はほとんど見られていない。また現時点では、新予防給付・地域支援事業の対象者をどのように選別するかについて、厚労省専門委員会の議論が継続中で、具体的なスクリーニング手法については発表待ちの状態である。そのため、市町村保険者としても対象規模を推計する根拠が十分得られていない。

我々は過去2年間の研究事業を通じて、協力市町村保険者との共同で介護認定情報・人口動態情報・介護保険給付情報、訪問調査データを結合した、介護保険共同データベースの作成および解析を進めてきた。最終年度となる本年度は、そのデータのアップデートと、これらデータを介護予防の観点から解析し、これまで実施されてきた介護サービスの効果性を検証することにより、地域における介護予防策定に資する資料を提示することを目指した。

## B. 方法

### 1) データベースのアップデート

鹿児島県肝属郡5町（串良・吾平・東串良・高山・内之浦）の協力を得て、これまで完成している2000年4月以降2003年12月までの介護保険給付実績データ、要介護度認定情報を2004年12月までのデータにアップデートした。また人口動態統計についても2003年3月以降のデータをあわせて入手し、上記期間の認定情報と結合して、要介護状態の推移と死亡状態の追跡を補完した。

### 2) アンケート調査の実施

平成13年度に実施した居宅要介護高齢者実態調査を補完・追跡するために、平成16年

11月より該当地区（肝属5町）の居宅要介護高齢者全例を対象に質問票による訪問調査を、現地保健師・行政との共同で実施した。本調査では認定情報に含まれていない、世帯構造や介護者の属性・主介護者以外のインフォーマルケア、保険外の介護費用を調査した。さらに平成13年度調査と同様、主介護者の主観的介護負担度について、ザリット介護負担尺度日本語版を用いて測定した。

### 3) データ解析

3-1) 要支援・要介護度1高齢者の予後と悪化予測因子の検討（大脇）。

2000年4月以降2003年12月までの期間で、初回認定介護度が要支援・要介護度1の高齢者を対象に、連結認定情報データセットを用いて、1年後・2年後の予後を記述した。また介護度悪化の要因として、初回認定時年齢、性別、障害原因疾患（認定情報に付帯された意見書病名の第1, 2, 3傷病名）、障害老人自立度・痴呆老人自立度の影響を、ロジスティック回帰分析で検討した。

3-2) 事業所・サービスミックスによる介護度悪化の比較検討（佐藤）

平成13年度居宅介護老人実態調査に参加した要支援・要介護1の高齢者を対象に、連結認定情報に月越え連結介護保険給付情報をマージした。また給付情報に掲載されているサービスを大きく福祉系サービス（家事援助・訪問介護など）と医療系サービス（訪問看護・リハビリなど）に大別し、主に福祉系サービスを利用しているもの、主に医療系サービスを利用しているもの、そして両者を利用しているものに対象者を3群に分けた。また該当サービス給付に関与した認定介護支援事業所を、医院・病院など関係している医療系介護支援事業所と、福祉系の事業所に大別した。

事業所の属性ごとにサービスミックスが異なるかどうかを記述した後、平成15年9月までの2年間追跡し、対象者の予後（介護度の悪化率）について、事業所属性・サービスミックスの影響を年齢・性別・当初認定介護度などを補正してロジスティック回帰モデルで検討した。

### 3-3) ショートステイ利用による施設入所予防効果の検討（佐藤）

平成13年度実態調査にて回答得た居宅要介護者を対象に、その後ショートステイを利用したか否かによって2群にわけ、月別給付実績情報から入所の有無について、人月法・ポワソン回帰分析を用いて比較検討し、ショートステイの利用が入所予防に寄与しているかどうかを検討した。

### 3-3) 要支援・要介護度1高齢者の大腿骨頸部骨折発生の状況とその要因の検討（佐瀬）

平成13年度実態調査にて回答得た居宅要介護者のうち、要支援・要介護度1のものを対象として、大腿骨頸部骨折の発生率を人月法により求めた。大腿骨頸部骨折の発生は、認定情報に含まれる意見書病名にて、新たに該当病名が発生したものを以って骨折の発生を同定した。また月別給付実績情報を検索し、新たに骨折病名が発生する直前に全例給付が停止していたことを確認し、これを骨折に対する医療入院によるものと解釈して、介護保険給付が停止した月をもって発生月を同定した。さらに発生率に影響する因子として年齢・当初認定介護度・性別・家族構成・意見書病名による並存傷病名などについてポワソン回帰分析で検討した。

### 3-4) 住宅改修サービスの利用有無による予後の変化（佐瀬、橋本）

5町の介護保険係が独自に収集した住宅改修

サービスの実施状況に関するデータを協力提供を受け、これを介護認定情報・給付実績情報データベースと結合して、住宅改修サービスのアウトカム評価を行うこととした。具体的には2000年4月から2003年9月までの住宅改修サービス利用者のユニークIDと、利用サービスの内容（手すりの取り付け、段差解消、床面の材料取替え、引き戸取替え、洋式便所取替え、浴室改装の有無）、給付額と自己負担額についてこれをデータベース化した。改修サービスを受けた群と、同時期に改修サービスを受けなかった群とで、1年後の介護度悪化率を比較検討した。

なお以上のデータベース構築・研究については、報告者が属する機関（帝京大学医学部）の倫理委員会に倫理審査申請を行い許可を得ると同時に、各町町長あてに契約書の形でデータ使用の目的と取り扱いに関する注意について明言した書類を作成交換した。またデータの提出にあたっては、氏名・住所などを落として匿名化した。データの管理は帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室の専用コンピューターで一元管理し、情報の漏洩などの防止に努めた。

## C. 結果

### 1) 給付実績データベースの作成

認定情報および人口動態情報については2004年12月までのアップデートが終了し、意見書病名についてもほぼICD10コードへの転換を終了した。給付情報については2004年3月までほぼ完成しているが、一部月の抜けなどがあり現在関係市町村からのデータ提供を待っている。実態調査については、質問票の回収、データ入力、クリーニングが終了した。

### 2) データの解析

・ 要支援・要介護度1高齢者の予後と悪化

予測因子の検討(大脇):2000年4月以降に新たに認定されたもののうち、初回認定で要支援とされたものは578人、要介護度1に認定されたものは885人だった。要支援認定者の1年後悪化率は40%で、予後予測因子としては年齢、性別のほか、障害自立度、痴呆自立度が有意であった。障害自立度では、自立を基準にした場合、A2以上で有意に悪化率が高かった。一方要介護度1の高齢者では1年後悪化率は22%で、予後予測因子として「痴呆自立度Ⅱ以上」のみが有意であった。いずれも原因傷病名は有意水準にいたらなかった。

・ 事業所・サービスミックスによる介護度悪化の比較検討(佐藤)

5町合計で711人が対象となった。給付実績情報について2年間の追跡を行った結果(平成15年10月まで)、福祉系サービスだけを利用していた344人では45%が介護度悪化したのに対して、福祉系・医療系サービスを併せて利用していた171人では悪化率は33%にとどまった。なお福祉系事業所では比較的軽度の要介護度の対象について訪問介護などの福祉系サービスを単独で提供しているのが対象の半数を超えていたのに対し、医療系事業所では比較的要介護度の高い対象について医療系サービスを単独で提供しているものが70%近く見られた。

・ ショートステイ利用による施設入所予防効果の検討(佐藤)

ショートステイを利用した146人と利用しなかった517人の属性を比較したところ、利用者のほうが介護度がやや軽く、痴呆度はやや高い傾向がうかがわれた。また介護者・世帯特性としては、介護者が施設介護を志向するものがショートステイ利用者では多かった。

主観的介護負担度では違いは見られなかった。これらの属性の違いを考慮するため、ADL、痴呆度、介護者の介護志向、介護負担度などにより層化してポワソン回帰分析を行ったところ、いずれの層でもショートステイ利用群のほうが未利用群よりも優位に入所率が高かった。

・ 要支援・要介護度1高齢者の大腿骨頸部骨折発生の状況とその要因の検討(佐瀬)

対象855人のうち、追跡期間中央値は21ヶ月、この間14件の大腿骨頸部骨折が確認され、いずれも女性であった。発生率は100万人月あたり100件と推計された。原因疾患ではパーキンソン症候群・パーキンソン病を併存症とするもので、有意に高かった。脳卒中・関節疾患の有無は有意な予測因子とはならなかった。家族構成では、有意水準に至らないものの、単独世帯で骨折発生率が高い傾向が見られた( $p=0.07$ )

・ 住宅改修サービスの利用有無による予後の変化(佐瀬、橋本)

2000年4月から2002年3月までの間に改修サービスを受けた533名(改修群)と、同時期に改修サービスを受けていない在宅サービス需給者2564名(非改修群)の1年後の介護度悪化割合を比較した。改修群の平均年齢は79±8歳で、68%が女性、改修時の要介護度は要支援20.1%、介護度1が41.5%、介護度2が18.2%、介護度3が10.7%、介護度4が5.4%だった。非改修群の平均年齢は81±8歳で、71%が女性、要介護度は要支援20.2%、介護度1が32.8%、介護度2が12.9%、介護度3が11.3%、介護度4が9.7%だった。改修から1年後の要介護度悪化率は、当初介護度が4のものでは10%で、非改修群の27%より低かった。同様に要介護3での悪化率は改

修群 18%、非改修群 30%となった。一方要介護 2 ではそれぞれ 31%、32%、要介護 1 では 28%、32%、要支援では 45%、42%と差はなかった。

## 2) アンケート調査結果

3月3日現在、1,425名から回答が回収された。現在結果の入力が終了し、データクリーニング中である。これを認定情報と組み合わせて、認定介護度・その他要介護高齢者属性ごとに、介護者の負担・インフォーマルケアとの関連、保険外出費の実態などを明らかにしていく予定である。

## D. 考察

最終年度事業としてこれまで構築してきた介護保険データベースのアップデート・完成と、介護予防的観点に基づく解析を行った。ショートステイやホームヘルプなどの福祉系サービスについては、入所リスクや介護度悪化リスクの軽減効果は認められず、むしろいずれも高いリスクと関係していた。また住宅改修サービスについても介護度の悪化割合で見ると、予防的効果は確認できなかった。ただし、介護者の介護負担などの軽減に寄与した可能性は残されており、今後追加検討を行う予定である。

一方、リハビリテーションなどの医学的サービスについては、福祉系サービスに比して悪化度は低いものの、その効果の規模については明確に示せていない。これは対照がないこと、実施されているリハビリサービスにばらつきがあるため、一概に効果を比較できないことなどが理由としてあげられよう。今後介護予防による事業規模の変化を推計する上で、効果規模についてどの程度のものが期

待できるのかについて、より詳細な解析が必要である。

また事業規模の推計にあたり、我々の分析結果から、要支援を一塊の一群として扱うことは困難であることが予想された。現行の要支援群は障害自立度・痴呆自立度も広く分布しており、そのレベルによって悪化率が有意に異なる。実際の介護予防サービス提供に際して、こうした違いに配慮したサービスの区分分けが必要になるものと思われる。一方介護度 1 については、それを分離する上で痴呆障害度以外に有意因子が認められなかった。現行の方針では介護度 1 を予防給付対象者と介護給付対象者に区分けすることが提案されているが、その振り分けについて、少なくとも現存する認定情報では明確に区分けする情報が含まれて居なかった。今後加えられることになっている新たなスクリーニング項目がどの程度の判別性を持つものなのか、注目する必要がある。

介護サービスの予防的効果を示すデータが存在しない以上、見直しの対象となるサービスについて、今後評価の枠組みを定めてサービス提供を企画・実施し、それを評価することが不可欠である。我々が構築してきた介護保険共用データベースは、見直し以前のベースラインデータを提供し、現状の問題点を検討することに資するだけでなく、今後見直しサービスの効果を判定するためのベンチマークシステムとしても機能することが期待される。本研究が提示したデータベース作成の過程で得られたノウハウや検討点は、他地域でも応用可能なものであり、今後こうした実証的政策立案の一モデルとなりうるものと考えられる。