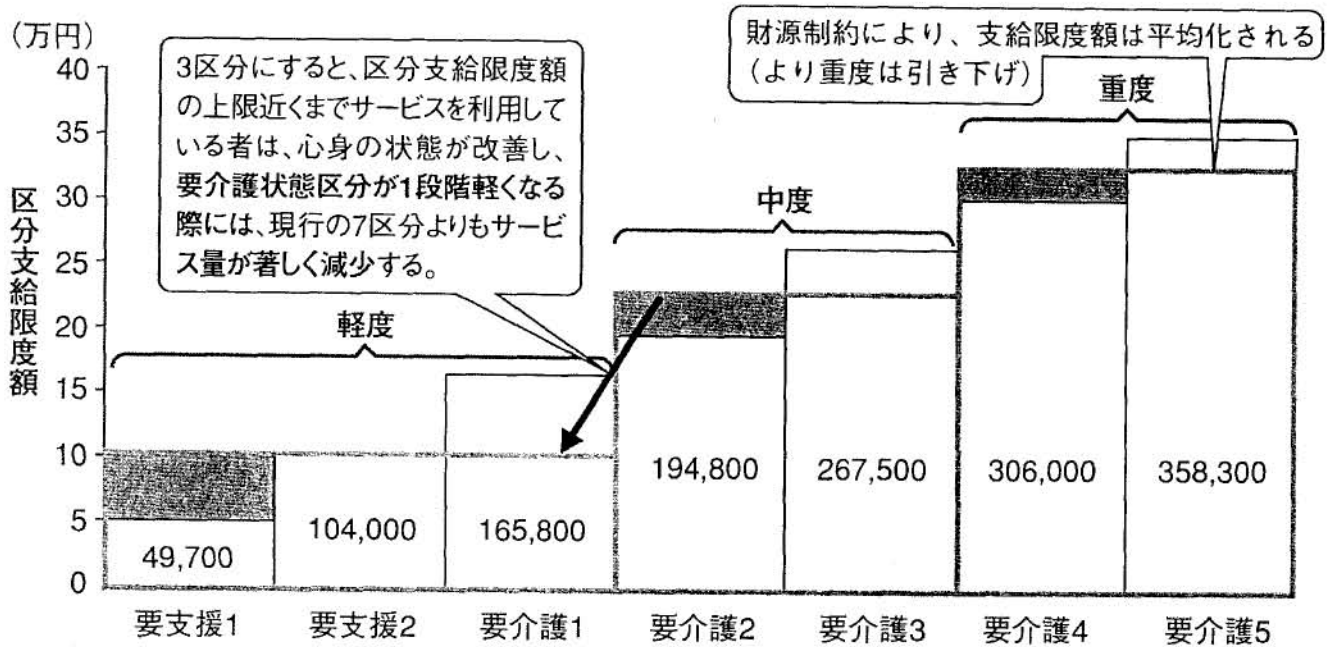
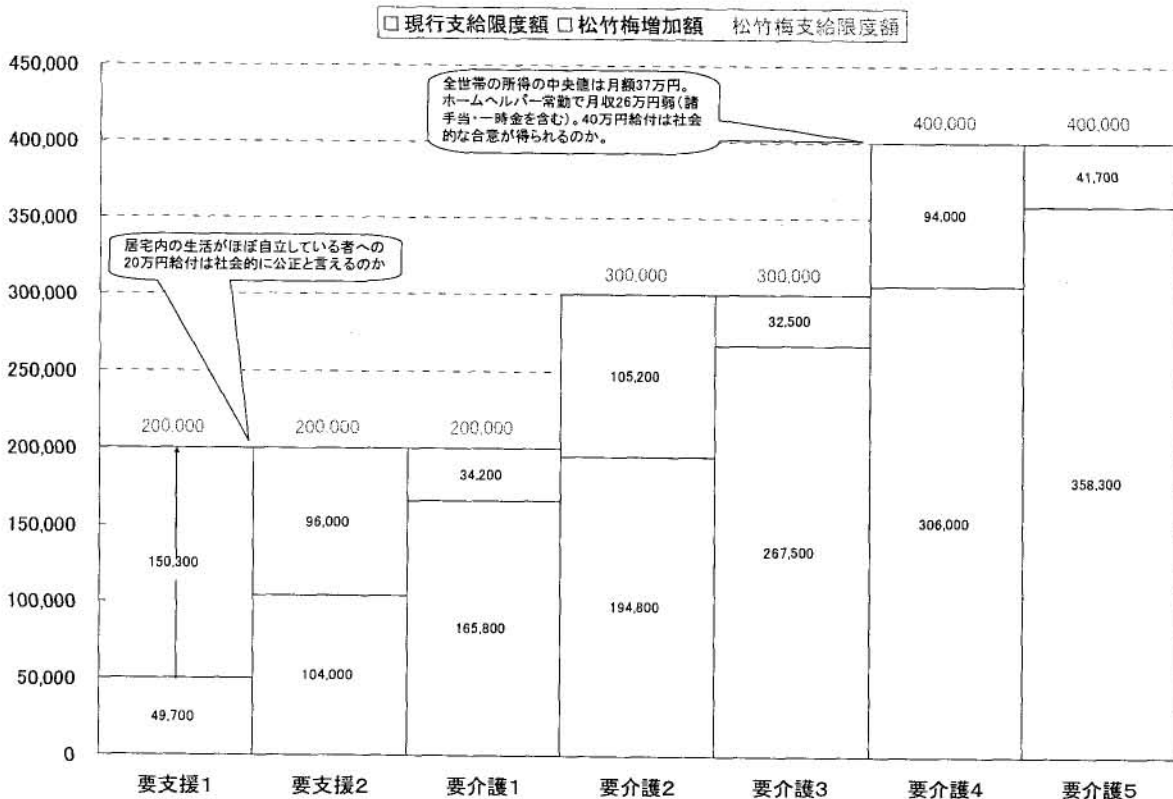


要介護度の簡略化は利用者に大きな不利益を生じさせる



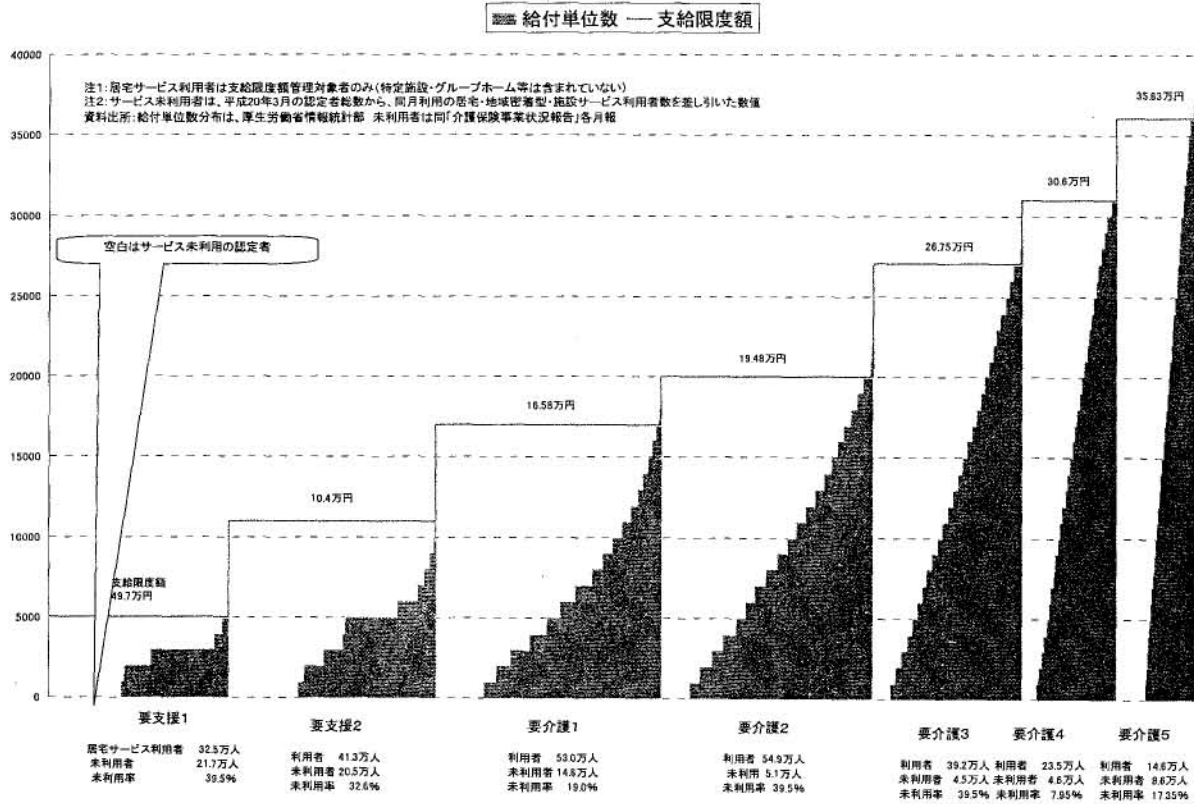
支給限度額の水準は社会的な合意が必要

「松竹梅」認定方式の在宅サービス利用限度額



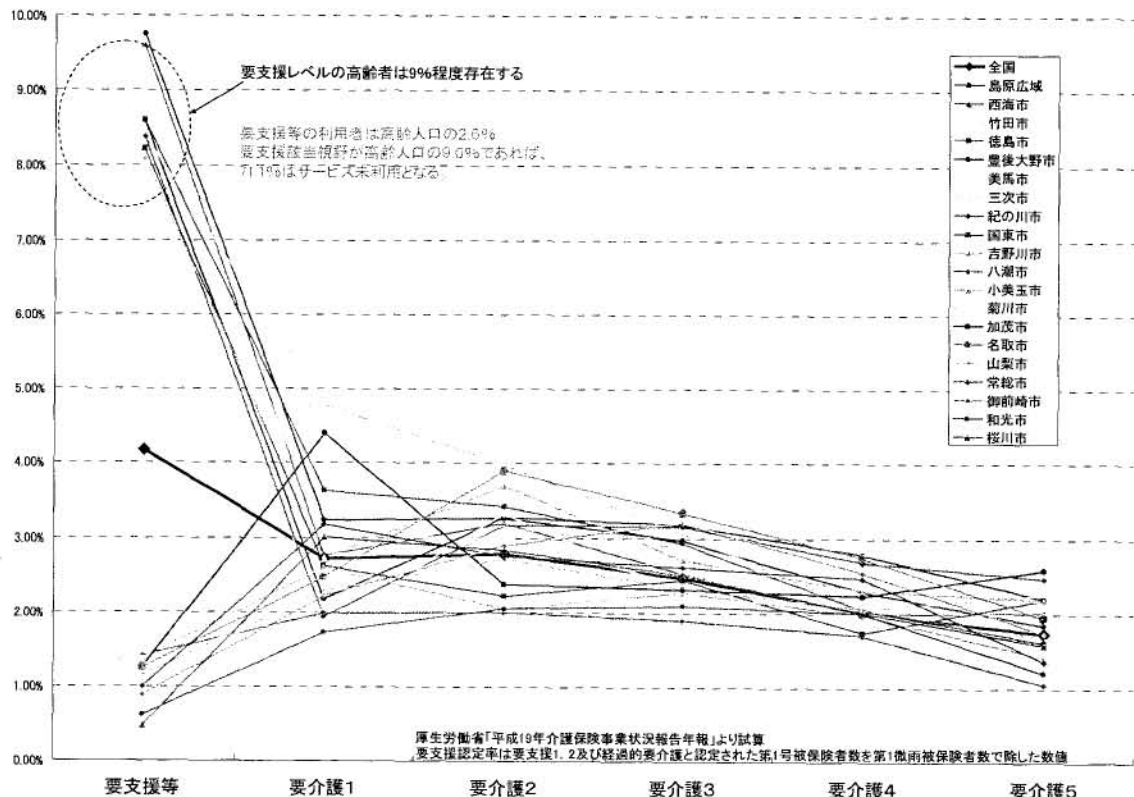
認定による在宅サービス利用額の制約は見られない

在宅の認定者におけるサービス給付単位数の分布 平成20年4月審査分



要支援レベルの高齢者は9%程度存在し、うち7割強はサービス不要?

第1号被保険者の要支援認定率の上位10市と下位10市



わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(1)

アメリカ研究者における指摘

- オランダやフィンランド、イギリスの様な政府のサービス給付においては、専門職種による総合的なアセスメントによる主観的な評価が通常であるが、これらは個人のニーズや環境への適用に対して責任を負うものであるが、普遍的なプログラムという文脈においては政治的に受け入れられない傾向がある。それに対して、日本の介護保険の様な客観的な評価は、サービス提供の機会を平等にするものとして評価。
- Kassener and Jacksonによると、ADLよりIADLにケアはより必要だということであるが、こうした状態を評価するにはより複雑なアセスメントが必要になるが、日本の介護保険はこれを実現している一つの例として評価。
(Mark Merlis. Long-Term Care Financing: Models and Issues Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-Term Care 2004.)

イギリス研究者における指摘

- 日本のニーズアセスメントに使われている方法は、アセスメント項目に身体と精神の項目がバランスよく入っていること、あるいはコンピューターの使用等、特に洗練されていて、いろんなところで取り入れられる可能性があるとして評価。
- また、日本の認定方法はニーズベースの全国統一のアセスメントに基づいて成り立っており、この点において、日本はこのようなアプローチの導入に成功している数少ない国の一つであるとして評価。
(Martin Karlsson. International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 26 April 2004, Les Mayhew, Robert Plumb, Ben Rickayzen)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(2)

ドイツ研究者における指摘

- ドイツでは、連邦保健省に設置された検討委員会において、要介護認定の見直しに関する検討が進められてきた。その背景には、ドイツでは、具体的な日常生活活動(排泄、入浴、食事、衣服の着脱、就寝・起床など)に関する援助の必要性だけが要介護認定の基礎となってきたことがある。このため、例えば、認知症高齢者の場合に必要となる一般的な付添・見守りの必要性などが要介護認定においては考慮されないなどの問題点が指摘されている。
- 2007年から2008年にかけて行われたビーレフェルト大学(シェーファー教授)を中心とする研究班による調査研究では、ドイツでの検討に役立てるため、諸外国の要介護認定システム、特に日本とイギリス(FACE)に関する詳細な調査が実施され、その中で、日本の専門家との意見交換も実施された。
- 2008年3月にまとめられた同研究班の報告書には、このミーティングは要介護の審査に関する基本問題の解決にとって示唆に富むものであった旨の記述があり、ADL等の身体的な要素以外を客観的な手法によって把握する日本の要介護認定について一定の評価を行っている。
(Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007)

オーストラリアの報告書における指摘

- 日本の介護保険制度における要介護認定によって、要介護度を定め、その区分ごとに上限支給額を決めるという枠組みは、結果的に早期の介入を促進し、またさらなる悪化を防ぐ方法であり、高齢者の健康な自立を促進させているものとして評価。
(Mr Chikara Sakaguchi・Bronwyn Bishop A comparison of aged care in Australia and Japan. Commonwealth of Australia 2001)

わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(3)

スウェーデン研究者における指摘

- 日本における要介護認定制度は、必要性に応じて提供する介護の平等性を保ち、すべての人に対して同等の保障を確保できるものであり、中でも、全国で一律の精巧で様式化されたシステムを使って、患者の介護の必要性を判断することが際立っているところであると評価。
- 日本の介護保険制度は、少なくとも一見した限りでは、患者にとって安心のでき、法律的にも平等な必要介護等級の判定システムを持っているようだと評価。(Mårten Lagergren & Noriko Kurube, Socialstyrelsen. Insatser i äldreomsorgen i förhållande till behov – en jämförelse mellan Japan och Sverige)

韓国研究者における指摘

- 日本の要介護認定が高齢者の状態像をそのまま評価するのではなく、介護サービスの必要性に変換し、その程度を評価している点に高い独自性がある点を評価。(安 ソヒ. 老人長期療養保険制度の導入による問題点及び改善方案に関する研究. 牧園大学 産業情報大学院. 社会福祉学 2007, 22-23)。
- 韓国の長期療養保険制度が保険給付対象者が1~3等級と狭いことに言及したうえで、この判定方法についても日本の認定方法と比較すると、韓国の制度は主観的要素が強い項目が多い点が問題点であるとの指摘があり、また、介護予防という軽度要介護高齢者を含む日本の介護保険制度の給付対象の広さとともに、予防給付の判定においても客観的な評価が用いられていることを評価。(ソウ ドク. 日本介護予防事業の実態と示唆. 保健福祉フォーラム, 第131号, 97-109, 2008, 107-108)

資料7

諸外国の介護保障システムも要介護度の区分が一般的

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	フィンランド
プログラム	公的介護保険	①国民保健サービス(中央) ②社会的サービス(地方) ③社会保障給付(社会手当)	公的介護保険	①自律手当(APA) ②社会扶助	①社会サービス ②保健サービス ③親族介護支援
財源(税、保険料)	保険料50%、一般税50%	一般税	保険料	一般税	一般税
認定機関	市町村の介護認定審査会の判定(1時判定はコンピュータ)	地方自治体。社会サービス部によるニード評価レベルの決定	疾病金庫が州レベルで設置するMDKの判定(を受けて、保険者=介護金庫が要介護の有無・要介護度を決定)。	県	自治体が召集するSASグループ(地域の社会・保健医療サービス関係者の会議体:ヘルスセンター医師、在宅サービス代表者、行政代表者、ナーシングホーム代表者等)
認定の区分数	7段階		3段階 (日本の要介護1・2は除外)	4段階	6段階
認定方法	1次判定:保険者(市町村)による要介護認定。訪問調査による74項目の調査結果のPC処理により判定。 2次判定:専門委員で構成する介護認定審査会において主治医の意見書等を加味して最終判定。	従来、各地方自治体の裁量で独自の利用基準設定。国が利用基準とアクセスに関するガイドライン「ケアへの公平な利用」を示した4段階の要介護度にもとづき、自治体が必要レベルを決定。介護者も独自にアセスメントを受けることができる。		要介護調査:医療福祉チーム(最低、医師1名・福祉職員1名) AGGIR(自立喪失度判定尺度:17項目)でGIR1(最重度)~GIR6(非該当)に分類。GIR5(排他・食事準備・家事の部分的援助が必要)およびGIR(非該当)はAPAの対象外。	自治体から派遣される訪問看護師等によるRAVAインデックス(13項目)を用いた訪問調査を実施。SASによるサービス認定。
認定区分別の給付上限(ドイツ、フランスは在宅ケアの場合)	要介護5: 353,300yen 要介護4: 306,000yen 要介護3: 267,500yen 要介護2: 194,000yen 要介護1: 165,800yen 要支援2: 104,000yen 要支援1: 49,700yen		要介護度: 1918EUR 要介護II: 1470EUR 要介護II: 990EUR 要介護I: 420EUR	GIR1: 1202EUR GIR2: 1031EUR GIR3: 773EUR GIR4: 515EUR	必要度とケアタイプとの対応関係が標準化。 「要全ケア(ヘルスセンター付属病床)」 「要強化型ケア(ナーシングホームケア)」 「要監視下ケア(強化型ケア)」 「要監視下ケア(強化型在宅ケア)」 「要ケア(在宅)」 「要臨時ケア(在宅・独立)」
認定の特徴	・要支援~要介護2等のドイツと比較し軽度者が保険給付対象者に含まれる ・認知症も認定対象に含めて対応。 ・給付額が他国に比べ全体的に大きく	2004年からシングル・アセスメントプロセスが導入され、社会サービス部と地方保健当局が協働してアセスメント、ケアプラン作成、サービス提供・見直しをずる取り組みが進行。	身体的要介護状況の認定。認知症の判定基準への反映は(財源悪化の懸念等から)困難とし、認知症高齢者の介護家族への従来給付+特別給付(年間460EUR)で対応。認知症等をふまえたニーズ定義にもとづくアセスメントツールを、新たに開発中。	判定ツールの信頼性やアセスメントプロセスの妥当性に関する議論が出てきている。(AGGIR判定の記載方法のガイドラインが2008年に改訂)。現在、新たな判定尺度(ケベック州で利用されているSMAFツール)が試行実験的に実施中。	RAVAが心理面・精神面の状況把握に弱いという問題が指摘され、認知症発見に有効なRAVAの活用も普及しつつある。

出典)OECD(2005)、石井(2008)、増田編(2008)、山田(2002)、笹谷(2008、2009)、松本(2009)、日独仏3カ国シンポジウム資料(2009.2)。

認定区分※ドイツは2008年4月(在宅)、フランスは2007年12月(在宅)、日本は2008年時点。8-