

## 研究要旨「諸外国の要介護認定に関する研究」

所属：政策研究大学院大学

氏名：小野太一

### 【研究の背景】

我が国の介護保険制度における要介護認定の仕組みは精緻にデザインされたものであり、制度創設時以来基本的な構造は大きく変わらない。他方、要介護認定との関連で指摘される課題も存在している。一方で各国の介護保障制度においても、日本の介護保険制度における要介護認定と同様のプロセスが存在し、類似している面もあるが、例えば要介護認定過程とサービス利用過程の独立性の違いなど、制度設計の沿革や基本的な考え方に基づく相違点も存在する。これら諸外国の制度においては、要介護認定も含め近年大きな見直しが行われている。

### 【目的】

この研究は、諸外国、特にオランダ、ドイツ、オーストラリアの介護保障制度における要介護認定に相当するプロセス及びその後のサービス利用のあり方に関し、制度論の観点で詳細を把握し、制度の基本構造やその背景にある考え方に遡って比較を行った上で、我が国の要介護認定を中心とした介護保険制度を相対化して評価することで、今後の我が国の介護保険制度の改善に資する一助とすることを目的とする。

### 【方法】

上記3か国の制度の詳細及び改革の動向に関しては、机上調査及びヒアリング（書面、対面）調査を行った。その際は、比較的我が国において詳細な情報が少ないオランダ及びオーストラリアに関し特に注力した。机上調査に関しては、国際機関の報告書や各国政府文書とともに、内外の研究者の文献レビューを行った。またオランダ、オーストラリアについては政府機関（Zorginstituut Nederland（蘭）、Ministry of Health and Aged Care（豪））に対し書面、及び訪問した上での対面によるヒアリング調査を行い、ドイツに関しては邦人有識者に対し書面での調査

を行った。

他方日本の要介護認定制度に関しては、制度創設期の経緯や技術的な詳細等に関し文献にて調査するとともに、当時の担当者（三浦公嗣氏）に対して聞き取り調査を行った。

### 【結果】

オランダにおいては、介護ニーズはまずは医療保険（ZVW）及び社会支援法（WMO）等が対応し、ニーズが恒久化したものについて介護法（WLZ）で対応する構造となっている。要介護認定と同等の制度はWLZにおいて存在する。要介護認定の申請は基本ペーパーワーク（ウェブあるいは書面）にて行われ、CIZ（保険者とは別組織）が認定を行い、結果を保険者に通知する。認定結果は、申請者を障害の区分や程度別に分類した「ケア・プロフィール」にて示される。「ケア・プロフィール」はかつては数字で水準が示唆されていたが、現在では分類を数字で示すことは廃止されている（\*報酬水準の呼称としては存続）。当該数字と「困難度」（報酬額）は必ずしもリニアな関係ではない。サービスの提供は「施設」「在宅」のいずれかであり、「在宅」の場合は単一事業者によるパッケージ（包括）給付が標準であるが、自らの選択での複数事業者の組み合わせ、個人予算制度も可能となっている。要介護認定の改正の歴史をたどると、「ケア・プロフィール」以前は「ケア・パッケージ」と称され、支援が必要な「機能」ごとのケア提供時間等が合わせて示されるものであった。それ以前は「ケア・パッケージ」なしで、提供される支援が必要な「機能」及びケア提供時間数を示すものであり、さらに遡れば、例えば「老人ホームへの入所」などのサービス種別が示されるものであった（それ以前は施設のインテークとしてのアセスメント）。

社会保険方式であるオランダ、ドイツ、日本を比較すると、①オランダの制度におけるパターンリスティックな色彩の相

対的な強さ（「ケア・プロフィール」が利用者の状態像を示唆、ケア・オフィス（保険者）が給付内容に介入する余地等）、②オランダ・ドイツとの対象者の限定及び認定期間の違い（両国では状態の持続性を前提とする一方、認定は基本的に恒久）、③オランダ・ドイツでの認定時に得た情報のサービス利用への反映の可能性（オランダは上述とともに申請時に CIZ がサービス利用形態希望も聞き取り保険者に伝達。ドイツではリハビリ等の勧告が制度化）、④日本のサービス利用時の選択の自由の広さと行使の容易さ（ドイツの在宅介護（現金給付含む）優先の原則や部分保険故の高額の自己負担、オランダ（WLZ）の給付範囲の狭さ（ZVW,WMO への移行）等。他方日本でのケアマネジメントの制度化）が指摘できる。

税方式で介護保障を行うオーストラリアでは、サービスは軽度者向け在宅事業である CHSP、中重度者向け在宅事業である HCP 及び中重度者向け施設サービスに区分される。利用申請は一本の窓口(My Aged Care)だが、そこで軽度と中重度に振り分け、軽度（RAS）、中重度（ACAT）それぞれでさらに認定プロセスがあり、施設利用者についてはさらに追加で要介護度判定プロセス（AN-ACC）がある。RAS のアセッサーは一定の研修を受けた者が行い、申請者の段階（要介護度）分けは行わない。他方 ACAT のアセスメントは多職種の有資格者チームにより行われ、申請者の段階分けが行われている。もともとは CHSP の前身の在宅プログラムと施設サービスの 2 本立てであったが、施設偏重の是正のために HCP が創設された経緯がある。CHSP は自治体事業で単発的なものである一方、HCP は単一事業者によるパッケージ給付である。オーストラリアでは 2021 年に現行制度について大幅な見直しの提案が行われ、現在改革が進行中である。具体的には、RAS と ACAT を一本化した新たなアセスメントプロセスを導入し、申請者をタイプ別に 11 段階に分類すること（リニアではない）、一般のサービス給付と、「自立のための短期サポート」（「C 型」に相当）及び機器・住宅改修を別建てにすること、中重度者に Care Partner（ケアマネジャー類似）を導入する方向である。

日本の要介護認定制度の導入時の検討の詳細についても調査（記述略）。他国と比較した際、①認定プロセ

スのオリジナリティの高さ（先行していたドイツと異なる、「介護の手間」を時間に換算する手法の開発）、②最初から在宅・施設共通の要介護認定を目指した日本（他方もと施設中心、在宅は「施設並みケア」を提供するオランダ、起源が異なる 2 種類の在宅サービスがあるオーストラリア）、③状態像の例を廃止した日本（他方「ケア・プロフィール」に当てはめるオランダ、状態への当てはまりを審査する認定であるオーストラリア→画一性・公平性の確保の一方、認定結果と状態像が関係を持たず、ケアマネジメントで配慮される日本）、といった相違が存在。

#### 【考察・結論】

上記諸外国との比較、及び三浦公嗣氏へのヒアリングを踏まえ、以下の 7 点を指摘（提言は②～⑥）。

- ① いずれの国でも要介護認定が介護保障制度の要であること（必要度合いに応じたサービス利用の権利の付与、事業者の収入の指標）、その上での日本の制度の精緻さ、ケアマネジメントの制度化によるメリット。
- ② 科学的介護の進展による、要介護認定時収集データに基づく推奨サービスのケア内容への反映の可能性の検討（ケアマネジャーの存在を前提）。
- ③ ケアの必要の継続性の徹底と認定期間の見直し（状態固定を前提とし、長期ケアリスクに対応した介護保険へ。改善可能者は基本的に総合事業＋医師の判断での医療系給付で対応）。
- ④ 軽度者に係る要介護認定フローに関する改善の可能性（要介護認定資源を中重度者に集中。軽度者は簡略化した過程での総合事業の利用）。
- ⑤ 重度者に係るパッケージ給付と区分支給限度基準額の考え方（在宅中重度者はパッケージ給付（看多機、定期巡回・随時対応型）が本筋。中重度者の区分支給限度基準額が低すぎる可能性）。
- ⑥ 在宅中重度者へのケアマネジメントプロセスの改善（多職種チームによるケアマネジメント、ケアマネジャーの負担軽減）。
- ⑦ 基礎データの更新と見直し（現行制度は 2007 年調査。在宅データの活用可能性の検討）。

（以上）