

2009年7月13日

要介護認定の見直しに係る検証・検討会

淑徳大学  
准教授 結城康博

## 新要介護認定システムに関する意見

### 1. 今後の検証・見直しについて

一部の全国紙でも報道されたが、私は独自に、「2009 要介護認定調査に関する現場実態緊急調査報告」2009年6月30日付（結城・本田）として、あくまでケース・スタディではあるが、新要介護認定システムに関する現場実態の調査結果を公表した（本検討会では、『自治体・審査員・調査員等編』のみ、参考に資料を配布）。

それらの結果、新基準の問題点は推察できるものの、今後、厚労省の全国調査データを踏まえたうえではあるが、一次判定ソフト（コンピュータソフト）は、このまま活用しながら、運用面での検証・見直しの議論を重ね、早急に経過措置解除の方向性を模索すべきと考える。

具体的には、「2009 要介護認定調査マニュアル」の判断基準及び説明文の変更・追加などの作業を実施し、できるだけ早く通常どおりの要介護認定調査を実施すべきである。

### 2. 厚労省全国データを注視するポイント

今後、検証・見直しにあたって、厚労省の全国調査データを、以下のポイントで注視する必要があると考える。

- ①「一次判定」と「二次判定」との差は（重軽度変更率）？
- ②要介護度別の「一次判定」と「二次判定」との差は（重軽度変更率）？
- ③在宅と施設の要介護認定調査結果の差は？
- ④地域間のバラつきは（要介護度別出現率及び重軽度変更率）？
- ⑤従来と比べての、自立（非該当）の出現率は？

### 3. 2009年要介護認定調査マニュアルの変更

私は、自治体、要介護認定調査員、審査員、主治医等から現場実態を把握するため、自由意見形式で調査を行った（別紙、配布資料参照）。この中には、「調査が明解になった」「調査項目がわかりやすく、調査自体がすっきりした」「一次判定ソフトの精度が上がった」との、新基準に対するプラスの評価の意見も寄せられた（配布資料P12～13）。

しかし、多くの意見は、「調査項目に関する判断基準の変更」「さらなる丁寧な説明を加えるべき」等のマニュアルの変更を希望するものが主であった。なお、本調査で多く寄せられた、具体的なマニュアル等の論点箇所は後述のとおりである。

ただし、要介護認定調査に携わる従事者は、「一次判定ソフトを見直すべき」「新基準を凍結して旧基準に戻す」等といった意見は皆無であり、あくまで運用面での見直し・変更を希望する意見に終始していた。

#### 4. 2009 要介護認定調査マニュアルにおける主な論点箇所 (配布資料 P13～19 P31～33)

##### ①第一群

1-1「麻痺」 1-2「拘縮」 1-5「座位保持」 1-8「立ち上がり」

##### ②第二群

2-1「移乗」 2-2「移動」 2-3「えん下」  
2-4「食事摂取」 2-5「排尿」 2-6「排便」 2-12「外出頻度」

##### ③第三群

3-1「意思の伝達」 3-3「生年月日や年齢を言う」

##### ④第四群

4-12「ひどい物忘れ」 4-15「話がまとまらない」

##### ⑤第五群

5-3「日常の意思決定」 5-5「買い物」 5-6「簡単な調理」

##### ⑥特記事項について (配布資料 P20～21 を参照)

具体的な記入方法の説明を詳細にしてほしい。旧来の認定調査に比べ、特記事項に記入する時間がかかり、かなり労力が増えた。

#### 5. 審査会委員及び自治体の意見 (配布資料：P3～11、P26～30)

主に審査会委員及び自治体関係者の主な意見は以下のようであった。

- ① 旧来よりも一次判定ソフトの精度は上がり、評価できる。
- ② 事前に審査会資料を読みこなすなど、審査会委員の労力が増えた (特記事項が多い)。
- ③ 主治医意見書が、医師によって異なり、参考になるものと、ならないものの差が激しい。
- ④ 審査会資料が簡略化され (日常生活自立度の組み合わせ、レーダーチャートなどがなくなった)、審査しづらい。また、事務局 (自治体) の負担が増えた。
- ⑤ 一次判定における「在宅」と「施設」との違い等の対応に苦慮する。
- ⑥ 経過措置は、審査会の機能を形骸化しているため、早急に解除すべき。
- ⑦ 調査員の能力の差 (特記事項の記入) により、二次判定が影響してしまう。
- ⑧ 一次判定を二次判定で覆す傾向が見られる (自治体に判定を完全に任せられるのか?)。

#### 6. 主治医意見書 (配布資料 P34)

診察時と意見書記入時とのタイムラグが課題である。ただし、介護保険受給に不相当と思われる方が、時々見受けられる。

#### 7. まとめ

厚労省の全国調査の結果を分析しなければ、安易に評価は下せないが、少なくとも「2009 要介護認定調査マニュアル」の変更は必要であろう (判断基準及び説明文)。

経過措置解除にあたっては、「2009 認定調査マニュアル」等の変更で対処できるとなれば、これらの解除に踏み切るべきと考える。また、調査員等への周知徹底も重要である (説明が不十分であると現場は混乱する)。

なお、「在宅と施設」「要介護度区分」「認定調査項目」等の要介護認定システムの根本的な論点は、長期的なビジョンで、今後の介護保険制度再改正の議論と並行しながら、別の検討会もしくは委員会で議論されるべきと考える。

2009年7月13日  
配布資料（結城）

# 2009年要介護認定調査に関する 現場実態緊急調査報告 (自治体・調査員・審査員等の意見編)

2009年6月30日公表

淑徳大学 准教授 結城康博

助手 本多敏明

はじめに

第1章 自治体からのヒヤリング

第2章 認定調査員の意見

第3章 審査員の意見

第4章 主治医の意見

謝辞

## はじめに

本調査は、データ編に続き、新要介護認定システムの実態を把握するために、「自治体のヒヤリング」「調査員」及び「認定審査員」「主治医」を対象に調査したものである。主に、ヒヤリング、アンケート等の方式で現場の従事者の意見を集約した。調査期間が2か月間（2009年4月14日～6月22日）であり、できるだけ多くの関係者に意見を伺うことができた。本調査が、現場実態を把握する一助となれば幸いである。

2009年6月30日  
淑徳大学 結城康博・本多敏明

## 第1章 自治体からのヒヤリング

### 調査概要

首都圏を中心とした自治体（介護保険担当部署）を訪問し、新要介護認定システムについての実態を調査した。主に、自治体関係者からの意見を徴収することができた。対象自治体数は計8か所（ただし、1か所は、九州地方だったので、電話でヒヤリング）。

#### A 自治体：2009年6月5日訪問

※認定調査員比率（自治体及び社協：7割、民間ケアマネ3割）

##### ①基準時間による二次判定について

- ・二次判定において認定調査「特記事項」「主治医意見書」の内容から、通常の例に比べて介護の手間が多い（少ない）要素があると判断しても、それが基準時間に換算してどの程度に相当するかについて具体的な資料は示されておらず、合議体によってバラつきが生じる可能性がある。バラつきを減らすことが、今回の制度改正の目的の1つと理解しているが、むしろ逆の結果になることを懸念している。
- ・第3回要介護認定調査検討会（平成19年11月9日）の資料によれば、基準時間は平成19年1～3月に介護保険施設で3519名を対象に実施した「高齢者介護実態調査」（1分間タイムスタディ）の結果によるものとなっているため、在宅高齢者（同調査には含まれていない）と、要支援1・2の高齢者については、基準時間への換算が疑問視される。
- ・基準時間は「食事」～「医療関連行為」の8区分を合計したものとなっているが、それぞれの区分に含まれる「介助」がどのようなものなのか、具体的な定義が示されておらず、介護の手間が基準時間に適切に反映されているかを判断することが難しい。

##### ②一次判定ソフトについて

- ・一次判定ソフトによる基準時間の推計は、樹形図作成に用いた1分間タイムスタディのデータと、同一の定義で認定調査を行うことによって精度の高いものになると考えられるが、第2次モデル事業後の昨年末になってから、各調査項目の定義が変更されており、精度の低下を招いていないか、検証する必要があるのではないかと。
- ・一次判定ソフトに「状態の安定性の判定ロジック」が新しく搭載されたが、当市での判定事例を集計したところ、基準時間が長いほど不安定であるという判定をする傾向がある。審査判定すべき「不安定」の定義とズレが生じていないか、検証する必要があると思われる。（当市での850件の事例を調査したところ、基準時間32.0～34.9分となった対象者のうち一次判定ソフトが「不安定」としたのは20.6%であるのに対し、基準時間が延びると「不安定」の出現率が上昇し、47.0分～49.9分では93.5%に達する。基準時間70分以上では、100%の対象者が「不安定」となった。）

##### ③審査会資料の作成について

- ・現在の審査会資料様式は、前回の調査結果を参考情報として表示するが、経過措置が適用された認定を前回情報として表示すると、調査結果と介護度に乖離が生じることになる。経過措置による介護なのか、あるいは考慮すべき要素がどこにあるのか、読みとりが困難となり、審査判定が混乱することが考えられる。経過措置については、ある期日をもって適用を終了するだけでは済まず、適用終了後にどのように対処していくかが今後の課題となる。

##### ④認定調査について

- ・経過措置で、従前と同じ介護度を希望している場合、なぜ認定調査を行う必要があるのか理解を得ることが難しい。認定調査は、家族の方が仕事をもっていたりする中で、平

日中に時間を確保していただいで行うものであり、費用も1件あたり数千円かかるものである。検証のために一定数の認定調査を行うことは必要としても、全件について認定調査を通常通り行う必要性はないのではないか。

- ・認定調査員テキストについて、表現が曖昧すぎて、選択基準がわからない。県へ問い合わせても適切な回答が得られず、各市町村によって解釈を行うため、各市町村で解釈が異なる可能性が大きい。バラつきをなくすことを目指すのであれば、より具体的なテキストが必要である。また、都道府県庁を窓口とすると都道府県ごとに解釈が異なる可能性が生じるため、一括して迅速に対応できる問い合わせ窓口を厚生労働省に設ける必要があると考える。
- ・認定調査の調査項目の中で、調査時の状況で選択肢を選ぶこととなったものについては、調査時と日頃の状況に差異がある場合は特記事項に記載して補うとされている。しかし、一度だけ行う調査の際の状況が日頃の状況よりも優先するというような選択基準は、家族からの理解が得られにくいのが現状となっている。認定調査の内容は、認定調査員テキストを読み込まないと理解できないものとするのではなく、多くの人が容易に理解できる基準とすべきではないか。

#### ⑤経過措置について

- ・更新申請については、状態が改善・悪化していることが明らかと思われる場合であっても、経過措置の適用対象外となることはない。一方、新規申請と区分変更申請については、経過措置の対象から外れている。今後、経過措置適用期間に更新申請を行う機会があった被保険者と、それ以外の被保険者の間で、公平性が問題視されることが考えられる。経過措置の適用対象を更新申請以外にも拡大したり、検証終了後も経過措置を適用可能とするといった対応を検討する必要があるのではないかと。
- ・経過措置の希望調書は、すべての更新申請について作成することになっており、事務負担が大きなものになっている。例えば、認定結果通知の後に一定期間を設け、その間に経過措置適用希望者に申し出てもらおう方式にすることにより、事務負担の軽減を図ることができるのではないか。
- ・経過措置の適用終了にあたっての対応やその時期については、各関係機関及び各自治体と十分な協議を行った上で決めていただきたい。経過措置開始時のように、急に方向性を転換したり、時期をさかのぼって適用するようでは、利用者と事業者の混乱を招くばかりであり、介護保険制度の信頼を損なう。事前に具体的な対応方法を明示された上での終了でなければ、対応が困難である。

#### ⑥要介護認定制度全般について

- ・今回の経過措置の趣旨にもあるように、利用者が安定的にサービスを利用できるようにすることが大前提であるが、今後、要介護認定者数の増加に伴い、更新申請に係る市区町村の事務量や経費等も増加していくことが予想され、現行制度の再検討が必要ではないかと。

例えば、

- (1) 更新申請で認定が要支援と要介護の間を渡った場合、新規の認定として扱われるために有効期間が最長6ヶ月となるが、純粋な新規規定とは性質が異なるのでこれを延長すること
- (2) 改善することが考えにくい重度者について、審査会の判断により認定有効期間の終期を設けないこと。
- (3) 更新申請について、状態の大きな変化がない限り、簡易な審査判定により有効期間を延長できるようにすること。――が考えられる。

## B 自治体：2009年6月2日訪問

※認定調査員比率（自治体：5割、民間ケアマネ5割）

### ①新要介護認定制度及び経過措置について

- ・「経過措置」というところの希望調書という考えが出てくる状況では、末期状態である。
- ・何が目的の新要介護認定制度なのか明記したうえで施行してほしい。
- ・要介護認定は介護保険制度において、介護サービスの利用に先だって利用者が介護を要する状態であることを公的に認定するものであり、この認定により介護給付の量を決定し、介護事業者より介護サービスが提供され、事業者はその対価を受けるといふ介護保険制度の根幹をなす重要なシステムのはずだが、今回の新要介護認定基準は信頼を失わせるものを感じる。
- ・今回の制度改正によって認定調査項目の変更が行われたが、この変更により生活状況の把握が大幅に制約されるのではないか。
- ・今回の改正による認定調査における判断基準の変更が審査判定に大きな影響を与えるのではないだろうか。
- ・調査項目が少なくなった分、これまで以上に調査委員特記事項の重要性を感じる。それだけに調査員の力量が問われ、調査員によって認定結果の明暗が分かれることにならないよう検証が必要と思われる。
- ・昨年、行ったモデル事業の問題点について検討する期間が少なかったのではないかとと思う。改正する際は、1年くらいかけて、話し合いの場がもてるような状況が作れないのか。
- ・経過措置において、認定審査会で改正後制度に基づく審査会での判定通りで良いとする方がどのくらいいるのでしょうか。以前と同じ介護度を希望する方が多いのでは、審査にかかる労力が無駄になる。

### ②認定審査会資料について

- ・認定審査会の初期の頃の資料が最も解りやすく、毎回、変わるたびにわかりにくくなる。平成21年4月以降の認定申請受付後の審査会資料は、状態像の例などもなくなり、調査員特記事項の「行間を読む」（文章の表面に表されていない筆者の真意を読み取る）行為もやりにくくなってきた。
- ・要介護認定等基準時間が帯グラフ化されたが、こうしたグラフを使うならばカラー表示にしないとわからない（見づらい）
- ・参考指標の日常生活度の組み合わせ、要介護度変更の指標が従来通り「介護認定審査会資料」に表示されている方が使いやすい。（今後、改定される場合、用いることとしてよい参考指標については審査会資料に表示するように検討をお願い致します）。認定調査、審査する側にとっても介護保険を利用する側にとっても、適切な結果を得られるような介護制度にしてくださいようお願い致します。
- ・新制度での審査会資料を見て、特に要支援1～要介護2での1次判定が以前より軽い傾向を感じた。今回の改正でそのように判定される仕組みとなっていることはないのでしょうか。今回の制度改正では、介護認定審査会とともに認定調査についても、色々見直しがありました。関連するテキストを読み込みつつ、審査会資料を読み込んでいくと事前の読み込みにかかり手間がかかる。（30件で3時間はかかる）

### ③認定調査項目、認定ソフトについて

- ・認定調査項目は各群の内容が整理され調査・審査しやすいように感じる。
- ・認知機能に関する調査項目が細くなり、動ける認知症の方の介護状況がきちんと把握できる調査内容になっていると思う。また、買い物や簡単な調理などの項目が加わり、生活状況も把握できるため、より対象者の人物像が理解しやすくなっていると思われる。
- ・新制度についての認定調査内容の変更では、本人の状態が今までよりも十分に表されて

いない。

- 旧認定制度の 1 次判定ソフトの仕組みに納得がいかなかったものがありました。(例えば、1 次判定を変更する事例が毎回、判定件数の約半分くらいあった状況であり、また調査項目では何箇所も「自立、できる」以外の調査結果になっているにもかかわらず、1 次判定が非該当となっているケースもあった)。旧認定制度では認定審査会資料の 7 群(問題行動)の項目はどうしても軽く見ているように思われる。身体介護を重く見ているように思われる。
- 1 次判定ソフトは、施設入所者のデータが元になっており、居宅や医療機関に入院中の対象者の介護度をうまく反映しません。今回の見直しでも「介護保険施設 60 箇所において高齢者実態調査(約 3500 人を対象)を実施し、これに「一般高齢者データ」を加味したとされますが、ベースは施設入所者です。
- 介護施設には気管切開をしているなど医療需要の高い方や、重度の認知症で手のかかる方は、受け入れてもらえません。独居老人は、きちんと日常生活ができていなくても、本人ができていますと答えれば「自立」となります。これまで何回も行われてきた制度改正では、医療時間の加算や動ける認知症への配慮など、それまでは認定審査会での二次判定において修正してきたことが、プログラムへ反映されてきました。しかし、今回の制度改正では、訪問調査における能力勘案など、現場の工夫が排除されましたが、かえって調査委員の聞き取り能力による個人差が広がる可能性さえあります。  
施設では給食職員が刻み食など事前準備をしますが、居宅では食事の時に食べやすくする介助に時間をとられます。このように、施設で測定した介護時間を元に介護の時間を計るのは、無理があります。
- 多変量解析の統計ソフトが作る 1 次判定結果で、介護の必要性を適切に示すようにするために大切なことは、タイムスタディーの対象者を適切に選ぶことです。出た結果に加算の工夫で修正を加えるのではなく、判定に用いる元となる指標が充分なのかを見直す必要があります。施設に入所中なのか、介護者が身近にいるのかなどのファクターも、介護時間の算出にあたって影響があると考えて検証していただきたいと思います。
- 1 次判定ソフトは、介護にかかる時間が客観的に算出できることを前提に作成されています。しかし、介護をおこなうのは人間であるため、ばらつきとずれが発生します。介護度が低いときは、家族や本人がまだ頑張ると思うため、予防が必要な時期なのに必要な介護予防のためのサービス利用が遅れがちです。このため、聞き取り調査だけでは介護時間の評価が低くなりがちです。
- 介護度が高くなっても、施設には入れない場合は家族の疲弊から十分な介護時間がとれてない場合があります。逆に、家族の介護が十分に注がれ、最重度ではない状態の方が要介護 5 と一次判定されることもありました。要介護度の上がり方と介護にかかる時間の変化は、シグモイドカーブを描くと考えられます。このため幅が小さい割に分散が大きな介護時間を、要支援 1 から要介護 1 の 3 つに分けねばならないことは認定審査に過重な負担をかけています。
- 介護認定の始まる時点では、介護度ごとの状態像を示すように研修されました。現在では、状態像の例示がなくなり、新しい調査員や認定審査員は、マニュアルに従った質問と回答を元に判断しています。
- 認定調査員テキストにある「調理(厨房・台所でのきざみ食、ミキサー食の準備等)、配膳、後片づけ、食べこぼしの掃除等は含まない。小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等(厨房・食卓は問わない)、食べやすくするための介助は含まない」といった選択基準は、特記事項に書くことで審査の場には伝わりますが、調査員には納得いかない内容です。現場の人間が感じる介護の手間とかけ離れたマニュアルは、逸脱した回答



が記録される可能性が高いものです。

介護度の説明をしても利用者・家族に説明するにあたっては、納得してもらえない状態像が必要です。国として、介護判定を平準化するのでしたら、国民にわかる介護度の状態像が作られないと困ります。

- ・調査員の特記事項に、歯科的なことがもう少し書いてあれば良いと思う。例えば、義歯が入っているか。口腔内の清潔は保たれているか等記載されていればアドバイス、予後等の参考になると思われます。
- ・動ける認知症についての評価が今回の改正でも点数に充分加算されていない状態でした。認定調査項目で、排尿・排便→失禁・弄便→尿臭・便臭の強い状態はヘルパーでお世話する方も家族の方々も大変です。点数の評価が不十分だと思います。

ご家族で手間をかけて世話をしている方々のストレス、PTSDの心配があります。一般の方のように休養がとれません。外出制限と夜の睡眠もとれない状態が続き生活費の補償もなく、会社を辞めて世話をしている家族が増えました。家族崩壊が、すごくなってきました。介護ストレスを表示する工夫をしてください（自殺者が増えます）。

## C 自治体：2009年6月5日訪問

※認定調査員比率（自治体：5割、民間ケアマネ5割）

### ①一次判定から二次判定

一次判定でカウントされていない「介護の手間」とは何か？もっと明確化すべきです。一次判定結果を変更するには、基本調査項目の定義以上の内容、もしくは、それ以外の介護が行なわれていた場合ですが、全く具体性に欠く項目もあるのが現状です。

タイムスタディで、どのあたりまでを一次判定の基準時間に組込んでいるのか、審査する人の殆どが、全く理解していません。このような状況で、委員の専門性、経験に基づき合議しろというのは、少し無責任のような気がします。実際に不服審査となった場合も、何をもって不当であるかの線引きが非常に難しくなり、被保険者に大きく不利になるのでは？と思います。

現在、一次判定が軽度化される傾向にあるため、特記事項を中心に、戻す材料を審査会で議論している。何か、戻す材料はないかと探しているが、特記事項に、あまり書かれていないと、軽度化されたままになります。

稀に、「要介護3」が「要支援1」と、一次判定によって判定されるケースもあり、概況調査からは、どうも状態は変わっていないようですが、特記事項の記述が少ないので、覆す材料が見つからず、一次判定のまま、二次でも判定しました。もっとも、経過措置があったので、結果的には要介護3でした。数は少ないいいのですが、一次判定で軽度化されるので、二次で覆すにも、調査員の特記事項の差で、軽度にされたままになってしまう懸念があります。

### ②主治医意見

提出される主治医意見書のレベルに差があります。調査員の調査内容と大きく乖離してしまうことが多いように感じます。意見書の書き方を理解していない医師が、かなり多いような印象を受けます。その結果、非常に問題のある要介護認定が、なされる場合があります（結構、多いです）。

認定調査員の調査を補完する立場にある主治医意見書が大部分です（確かに、良質な意見書もありますが、少ないです）。中には前回の内容をそのまま写したと思われるものや、誰のものかわからないものもあります。

現場の医師は非常に忙しく、丁寧に意見書を記入する時間がないことは分かりますが、調査票と主治医意見書で要介護度が決まることを考えると、もう少し、やり方を検討した方

が、いいような気がします。

#### ③要支援2と要介護1における時間区分！

32分以上50分未満で、要介護区分を2つもうけるやり方は、今回の改正の中で改めるべきであったと考えます。

実際のところ、要介護1というのは、要支援2の特例的な位置づけであり、介護給付は要介護2からというのがこの制度です。しかし、このことは、全く理解されておらず、多くの人が要介護2に該当しない人が、要介護1であると思っています。

また、要介護1が、いたずらに要介護区分として残っているため、審査委員ですら要介護2でない人で、予防給付では厳しいかなという人を、要介護1と判定してしまうケースがかなりあります。

それも、状態像に「認知」も「不安定」もない人です。要介護2未満の人は、予防給付であるということをもっとしっかりと周知すべきだと思います。要介護1というのは特別な要介護区分であり、「認知が無い」とまず認定されず、そうでなければ急性期の病状が今後悪化することが予想できなければ認定はあり得ないということをもっと国民に知ってもらわないといけないと考えます。

また、要介護1を「特例」としておきながら、要支援2と要介護2の限度額の差が、あまりにも大きいのはいかがなものかと思えます。この辺の要介護区分と利用限度額の整理も合わせて行う必要があると考えます。整理できないのなら、要介護1の扱いを再考しないと、軽度の要介護認定は歪んだままになってしまうと思えます。

#### ④説明不足

今回の新システムでは、一次判定が軽く出る傾向です。しかし、どうしてこのようなシステムとなったのか保険者にも、国民にも一切説明がありません。一次判定を軽く出すのはいいのですが、どうして、このようにしたのか説明が必要です。今回の制度改正の決定的な問題は、説明不足です。厚生労働省が独自にものごとを進めすぎたことが、大きな混乱を招いたと思えます。

樹形図を改めた理由等を十分に説明しないと、国民は納得しないと思えます。また、今回の検証期間中で分かったことを、システムにどのように反映させたかのかも、報告しなくてはならないと思えます。

#### ⑤ある程度の状態像を明確に！

そもそも二次判定において、審査委員の経験で被保険者の要介護度を決めるというのは、非常に乱暴な話です。基本となる状態像のようなものを、数パターン作って示すべきだと思います。各介護度の最低ラインを示さないと、経験だけで判断するのは厳しいのではないのでしょうか？基本形をしっかりと示せないというのであれば、保険者によって判定結果がバラバラになるのは当たり前の話です。

この点も合わせて検討しないと、新制度はうまく機能しないと思えます。二次判定で一次判定を、変えづらいのも分かります。調査から一次判定まで立派な理論で固めているにもかかわらず、最後の決め手を経験で判断しろというのでは、結局、基本調査項目の点と点を、主治医意見書と特記事項で繋ぎ、被保険者が必要とする介護を決めるといった決め台詞は、無意味なものとなってしまいます。状態像はいろいろあるなどと言って。

#### D 自治体：2009年5月23日訪問

※調査員比率（自治体：8割、民間ケアマネ2割）

##### ①調査項目等

当自治体では、8割が自治体の嘱託職員で調査を行っているため、2月から新制度の説明や問題点を指摘しながら、担当部署で確認してきた。その意味では、厚労省の方針が、度々、

変わっても、早い段階で、調査員同士で情報を共有した。

調査自体は、前回よりも判断に迷うことなく、スムーズにできるといった声がある。その意味では、明快な印象を受ける。しかし、「麻痺」等では、実際に試行してもらうので、調査員でも不安の声が多い。また、「頻度」に関しては、独居高齢者を中心に聞き取りが難しいと意見が多い。

## ②審査会

審査会では、更新申請の場合は、前回情報を確認しながらできるが、新規の場合は、かなり苦勞する。特に、今回、審査会資料で、レーダーチャート等の様式がなくなったので、審査しづらいとの意見が多い。旧来の審査会資料のほうが、審査しやすいとの意見が多かった。

また、審査に臨む際に、予習時間が延びてしまい、けっこうな審査員の負担の声がある。特記事項の記述が多くなったので、それを読むのにかなり審査委員が苦勞している。しかも、審査会の時間も、慣れていないこともあるが、旧来の1.5倍ぐらいかかっている。

## ③事務局の印象

重度者は、それほど新旧制度では変わらないが、軽度者においては、やや軽めに判定される印象を受ける。しかし、経過措置があるため、デメリットを感じている人は少ない。ただ、事務局としては、経過措置は、早急に解除してほしい。認定審査の意義が薄れていく傾向である。

## E 自治体：2009年5月25日訪問

※調査員比率（自治体：3割、民間ケアマネ5割、その他2割）

### ①経過措置

経過措置に関しては、かなり審査委員の間で不評であり、事務局としても理解してもらうのに苦勞した。審査会の意義が問われているので、早急な解除が必要である。利用者は、どうも重く判定されないと、「損」をするといった認識である。

### ②審査会

慣れていないこともあるが、1合議体90分で20件程度の審査をしており、旧来よりも時間がかかっている（1.5倍）。審査委員は、事前に膨大な特記事項を熟読してくるが、それらの意見を反映するのに、時間がかかっている。しかも、審査委員の予習時間も旧来よりも時間がかかり、負担であるとの声が多い。審査会の新様式も不便であるとの意見が多い。

また、主治医の意見書から、「問題行動」や「じょくそう」といった問題を引き出すことは困難で、医師自体が「介護の手間」を患者から引き出すことはできていない。その意味では、特記事項を中心に審査会で拾っている。特に、一次判定が軽度化されているため、状态的に元に戻す際に、特記事項からその理由を見つけるのが通常である。多くは、一次判定を覆している。なお、旧来に比べて、二次判定で「非該当」が多い印象を受ける。

### ③調査項目

調査項目では、「買い物」「簡単な調理」の解釈について、調査員（ケアマネ）からの問い合わせが多い。マニュアルを読んでも、理解しづらく、事務局への質問が、もっとも、多い。マニュアルをわかりやすくしてほしいとの意見が多くなっている。しかも、判断基準がわかりにくく、事務局への問い合わせが多い。また、施設と在宅で、どうして判定基準が同じ状態でも違うのか、理解に苦しむとの声が寄せられている。

ただ、3つの評価軸にしたことは、わかりやすくなったとの意見がある。その意味では、旧来よりも明快な調査項目になっているとの意見もある。

## F 自治体：2009年6月1日訪問

※調査員比率（自治体：9割、民間ケアマネ1割）

### ①農村の高齢者

当自治体は、人口が約1万人で、毎月の認定審査は約25件程度である。件数は少ないため、大部分、自治体の職員が調査を行っている。調査において、農村の高齢者は、あまり話さないで、黙っている人が多い。もちろん、話してくれる人もいるが、寡黙な高齢者が多い。しかも、独居になるとその傾向が強くなります。

そうすると、特記事項で書く内容が少なくなり、その記載に悩んでいるのが実態である。家族がいない寡黙な高齢者は、新方式では、かなり不利な結果になる印象を受ける。その意味では、「都市」と「農村」では、地域差が生じる可能性が指摘できる。もう少し、その点を、配慮いただけるといい。

### ②調査項目

「麻痺」：新方式では、日常生活に支障があるか否かでは、チェックがつきにくいのが実情で、実態と乖離している印象を受ける。

「嚥下」：さらに具体的な、例示があるとありがたい。

「買い物」「調理」：同居家族いる場合と、独居高齢者では不公平だと思う。

「意思の伝達」：頻度について、もう少し、説明があるとありがたい。

※家族の説明能力で、かなり差が出てしまう懸念がある。特記事項の記入では、利用者の状態が同じであっても、説明が詳細になされれば、多く記入できるが、それが少ないと書けない。その意味では、かなりバラツキがあると思われる。

## G 自治体：2009年6月22日訪問

※認定調査員比率（自治体：9割、民間ケアマネ4割）

### ①新認定結果から明らかになったこと

- ・二次判定結果で明らかになったことは、介護認定審査会で、前回の認定結果と差異があるものは、特に時間をかけて行っている。そのため、当面、極度な軽度に判定される人はいないが、多くの問題が明らかになっている。

更新申請時の介護度と新認定の「一次判定」とを比べると、約半数は軽度に判定されてしまう。特に、要介護2、要介護1、要支援2は、軽度に判定される傾向である。一次判定ソフトに問題があるのではないかと、多くの審査員らは考えている。

- ・一次判定で軽度に判定されても、二次判定になると、かなり重度に変更している傾向が見られ、結果的には、前年度とかわらない状況である。

### ②審査会の状況

- ・新システムでは、要介護2、要支援2の更新申請者が、一次判定で「非該当」になってしまう傾向にあり、状態が変化していないのに何故？との意見が多い。特に、在宅独居高齢者の人が、一次判定で軽度に判定される傾向にあり、二次判定で時間をかけて検討している。
- ・日常生活自立度の組み合わせによる要介護度分布、要介護度変更の指標（●○）、状態像の例がなくなり困惑している審査員が多い。要介護認定基準時間だけでは、審査しにくいとの声が多い。

### ③今後の改正について

- ・経過措置は、審査会の形骸化につながり、できるだけ早急に解除してほしい。ただし、「一次判定」が軽度化傾向にあり、「二次判定」で覆しているという状況から、認定調査マニュアルの大幅改訂。特に、一次判定の判断基準の見直し、審査会の権限強化が条件とな

る。

- ・二次判定基準の平準化のために、介護認定審査会テキストの見直し、審査判定事例集の作成も必要である。
- ・末期ガン患者は、病状の進行が速いので、区分変更を経ずに、自動的に介護度を重くする仕組みを設けるべきである。

#### H 自治体 2009 年 6 月 22 日訪問（電話での応答：九州地方）

##### ※認定調査員比率（自治体：5割、民間ケアマネ5割）

##### ①新認定ソフト 2009 の傾向について

- ・要支援レベルの軽度に判定され、重度要介護レベル（要介護5）も軽度に判定される印象を受ける。しかし、認知症がある方（特にBPSD関連疾患が多い方）が重度に判定される。

##### ③認定審査会について

- ・総合的には二次判定変更率が減少したものの、重度変更率に限っては増加している。

##### ④認定調査について

- ・判断基準から選択基準へ変更されたため、要支援レベルは「介助されていない」が多い。

##### ⑤全体的について

- ・今回の一次判定ソフトの見直しにあたり、昨年11月に要介護認定モデル事業（第二次）を行った。要介護認定モデル事業（第二次）では、新に追加された6項目のみでのモデル事業だった。本来、モデル事業時に判断基準の見直しを行った内容でモデル事業を行っていたら、こういう事態にはならなかったのではと思う。

また、タイムステディ調査を最良な介護サービスを実施している施設の入所者を対象としているため、要支援レベルで在宅生活を行っている対象者を一次判定ソフトに通した場合、実態に合わないのではと思われたが、実情を聞いてみると概ね妥当だという声も多数、聞いている。それと、施設入所されている方で要介護5レベルの方々は、軽度に判定されているケースは多数あるが、実際、介護する側からすれば植物状態に近い要介護5レベルの方のほうが、「介護の手間」は少ないという声もあり一概にも言えないと思う。

- ・今回の制度改正で認定調査項目・認定審査会の平準化を図るのであれば、主治医意見書の平準化も同時に行うべきと思う。中にはチェックだけして何も書かない医師、介護保険制度を知らない医師が多数いる。また、医師の業務量も過大になっている現状もあり提出が大幅に遅れ利用者に迷惑をかけている事が多数あり、こういった現状の中、要介護認定の平準化を行っていく事が果たして可能なのか？
- ・現在、更新申請時の有効期間は最長2年まで延長可能であるが、今後の制度改正にて、有効期間を定めず、状態が変化した時に区分変更を行うことで、事務簡素化を図ったほうがよいと考える。

## 第2章 認定調査員の意見

### (調査概要)

調査員 112 名から自由意見形式で、新調査に関する意見を調査した。これらの自由意見後、直接、20 名にはヒヤリングを行い、さらに意見を聞くことができた。調査結果は、以下のとおりである。それらの意見を項目別に仕分けして、以下のようにまとめた。

### 1. 新調査を評価する意見

#### ①調査が明解になった！

- ・特に、わかりづらいところはありません。むしろ調査しやすくなったと思います。対象者に、具体的に動いてもらうことで調査しやすくなっていると思います。しかし、調査の料金をあげてほしいと思います。調査に 1 時間、記入に 1 時間以上かかるので、もう少し料金UPして欲しいですね……。
- ・以前の調査より白黒はっきりして調査しやすいと感じます。審査会で特記事項が十分に活かされることを期待します。
- ・マニュアル（テキスト）は、例も具体的でわかりやすかった。マスコミ報道の影響もあって、国や市が慌てて変更することがあったが、そのほうが、現場は混乱した。
- ・4月から何件か調査を行いました。テキストをみながら実施しました。「能力」「介助」の方法・視点が明確になりやりやすかったです。
- ・評価基準が統一されて良いが、新しく追加された解釈がまだよくわからない。
- ・まだ 2 件のみの調査ですが、テキストの内容にわかりづらさは特にありません。
- ・前よりも調査時間はかかるが、判断基準が明確になり調査しやすくなった。
- ・図解付きで分かりやすい。現在のもので十分役に立つ。

#### ②調査項目

- ・生活面の「買い物」「調理」のこと、認知症状の「自分勝手な行動」「独り言」「話しがまとまらない」「集団への不適応」など、「介護者の手間」において、今まで見落とされてきた内容について踏み込まれたと考える。
- ・これまで慣れ親しんだ調査項目が変更されることに戸惑いはあった。しかし、実際、調査をしてみると、調査自体は難しいことはなかった。調査項目数も減り、その項目が求めているものを把握さえすれば、これまでと同じだと思う。ただ、その求めている項目の文書表現に違和感がある。介助なしが「自立」になっているのはどうか？特記事項にたくさん記入したとしても、どれだけ反映されるのか？一次判定通りになってしまわないだろうか？・・・である。
- ・「排泄」では、以前では、トイレまでの移動行為も含まれていたが、今回、排泄行為のみの評価になったので、やりやすくなったと思う。
- ・判断基準が明確になって調査しやすくなった。
- ・テキストがわかりづらいということではないのですが、あらかじめ「常時、介助を提供する者がいない」「一人暮らしでヘルパーの利用もない」「日中独居」「同居家族の仕事が変則労働で本人の生活と合わない」など、あらかじめチェックする項目を作れなかったのだろうか？
- ・麻痺・拘縮の考え方はすっかりしたので、○○○が行える方でも、麻痺欄にチェックをつけることができたので、解りやすいと思いました。
- ・寝返りに関しても、「耐圧の除去」の考え方が無くなったので、「3. できない」時の説明や判断がしやすくなりました。
- ・洗身について、ベッド上清拭のみの方の判断がしやすくなりました。

- ・ 移乗など「自立→介助されていない」になおされた、項目全てに関して、最初戸惑いしましたが、実際調査を行ってみると、説明の仕方、判断の仕方がわかりやすかったです。
- ・ 食事に関しては、以前の一部分介助（テーブル上での魚をほぐすなども含まれる）の考え方のほうが、違和感があったので、判断しやすくなりました。
- ・ 内服に関しては、以前の様に、全てが口腔までの介助ではなくなったので、今回調査した方のように、認知症で、内服が終わるまで見守る方に「3.全介助」がつけることができ、説明しやすくなりました。
- ・ 調理・買い物が入り、よかったですのですが、判断の仕方が難しい（特に、能力があるが、入院中など）。テキスト読み込みます。

## 2. 問題点を指摘する意見

### ①調査項目について

#### 第一群

- ・ 第1群の介助の方法の項目について。入院・入所の場合「本人の能力はあると思えても実際に行われている介助の状況で選択する」とある。しかし、在宅で一人暮らしの場合は「介助されていない」となって「自立」扱いになってしまう。

#### 1-1 麻痺 1-2 拘縮

- ・ 試行して頂く場合、1動作に3~5分位かかり、認定時間が1件1時間以上かかる。実際試行して頂けなかった場合、同席者等に聞き取ると、頻度の記入など難しいこともあり、記入事項に時間がかかり、判断に少々苦慮する。慣れればいくぶん改善されるかと思われるが、試行の項目が続く場合、対象者の気分を害し不満の様子が見受けられた。
- ・ 「麻痺・拘縮」のテキスト→ 大雑把すぎです。もっと細かくしてほしい。前回の調査とのズレが一番出るのはないかと不安です。
- ・ 拘縮・麻痺を確認に伺うと、たいてい入眠されており、何度か出直したが、それは「調査対象者に対し、確認動作による確認ができなかった」理由にして良いのか？
- ・ 拘縮の有無については、特に初対面の方に対して行う場合、何かしらの実技研修の必要性も感じる。
- ・ 関節の可動域は、以前より評価が厳しいと思います。
- ・ 麻痺は、実際に麻痺があっても確認動作ができればチェックがつかないため、相手が不信感を抱きやすいのではないかと感じる。
- ・ 麻痺等で下肢の「挙上」ができない該当者は寝たきり状態以外ほとんど該当者無しとなる。
- ・ 「麻痺等の有無」の有る対象者は、いませんでした。私の予測では、この方法で「ある」となる対象者はほとんどいないと思います。「拘縮の有無」があった対象者は、一人いました。
- ・ 調査件数が3件と少ないので、テキストを見ながら調書記載しています。麻痺の有無、関節の拘縮の有無の評価ラインがとても低くなったと感じています。
- ・ 変形性膝関節症の方で、膝関節屈曲ぐらいから、床から5cm程度しか脚を持ち上げられませんでしたが、どの程度の動きを確認することで、麻痺の診断をしたら良いでしょうか？
- ・ 頸部、体幹、手指、手首関節など動かしくさに関してはこの項目に該当しない日常生活上で支障に関しては評価しないとあるが、日常生活上で支障があるので認定を受けた介護サービスを利用したいと思うのではないのでしょうか。
- ・ 手指の麻痺があり自助具のタオル（洗い用と拭き用）を使用して介助なしで行っているため自立を選択する。(1-1)と(1-2)でも評価しないので特記事項に記載とあるが、

日常生活困難になっている部分を具体的に評価できればと思います。

- ・実際に行って頂くが、初対面の方は状況を把握できていないので不安。又、これまでの調査では自立でなくても、調査時できてしまえば、自立というのはどうなのか。生活のなかでそれがどのように影響するのかを重視してもらいたい。
- ・要介護 1 の人が麻痺等の有無が、チェックがつかなくなり、認定が出なくなりそうです。
- ・麻痺等の有無について、1-2 の拘縮の有無について本人または家族の同意の上で、とあるが、家族が同意しても本人の拒否強く、暴言・暴行のある方に対してどう説明・納得していただくか、今から不安です。
- ・「麻痺」「拘縮」は、以前に比べ下肢筋力低下であった人も、挙上伸展の範囲であればチェックが入らない人が多くなる。肩関節、膝関節も挙上が 90 度であるため制限なしとなる。
- ・可動域制限確認は骨折のリスクがあり怖い。
- ・能力の評価は、独居の方は「自立」となることが多く、特記でどこまでかけるかで、評価が違ふ。特記でどこまで反映されるのか？1-3~8 等では、自分の身体に掴まりできたら自立となり、また他の認知症状もなければ介護度は下がると思う。(改めて追加された項目がどの程度影響するかわからないが…)
- ・「麻痺」「拘縮」は確認動作が出来るため、チェックが外れる事がある。膝の痛みで 90 度以上は曲がらない人。床に膝をついて掃除が出来ない人。筋力低下はなく、あきらかな片「麻痺」でも、確認動作程度はなんとかできる人。これらは、特記への記載が有るか無いかで介護度に影響するのではないか。
- ・麻痺などの有無で、下肢の挙上はどの程度の挙上できれば「ない」にするのか困ります。わずかでも上がれば「ない」にして特記に〇cm くらいと記入すればよいでしょうか。頻度ですが「毎日」という表現で良いですか？一日に何回というのは、なかなか見極めが難しいです。
- ・「麻痺等の有無」について、測定内容に添って上肢が挙上できたり、下肢が伸展できるという基準だけでは「ない」に該当するケースも、現実には筋力低下等による不自由さがある場合が多い。また、頸部、体幹、手指、手首が該当せず、四肢欠損に関して手指および足趾が該当しないが、生活上の不便さは多大なるものがあり、何故該当しないのか、他のどの項目で判断できるのか疑問である。「拘縮の有無」も同様である。

#### 1-5 座位保持

- ・実際に介護している家族の困難さは反映されていない。特に、座位保持 1 分可能なら「できる」とすることには、家族等は納得できないと思う。
- ・「座位保持」「両足立位保持」「歩行」「立ち上がり」などは、自分の身体につかまらなとできない場合、「2、何かにつかまればできる」となっていたものが「1、つかまらなとできる。」を選択することになった。また、膝に手や肘を突くことによりできる場合は「2、支えがあれば可」が、「1、できる」を選択することになった
- ・座位保持も 10 分から 1 分に短縮された。調査時に「1 分間」座位保持できるとしても日常生活で「できる」と判断してよいものなのか？高齢者の実状にあっていない。

#### 1-8 立ち上がり

- ・対象者のほとんどは日本人です。なぜ畳上での動作を重要視しないのでしょうか…ベッドも椅子もない一間か二間で生活している対象者の移乗、移動を他の様子から勘案しても真のところはどんなものなのでしょうか……、畳に座って調査をする機会の多い、調査員からの???です。
- ・膝がほぼ直角に屈曲しているとの条件下で入院中の調査時、生活環境が前記状況にあるが、自宅では床からの立ち上がり環境が多い地方は選択基準そのものにずれがあると思



います（HP内ではできても、自宅にベッドPトイレ、洋式トイレのない家庭が多い。そのため入院中評価が軽視される。

- ・立ち上がり（能力）について。テキストでは、手は座面から離れることから、「1. できる」を選択するとあるが、手が座面からなかなか離れない人もあり判断が難しい。
- ・立ち上がりは、自分の両膝で立ちあがる場合は、3月までは「何かに支えあれば」の分類に該当していた。今回は「支えなし」になったのはどうか？

### 1-9 片足での立位

- ・1秒間の保持とは一瞬のことであり、立位ができるかどうかの基準になるのかどうか。

### 1-10 洗身

- ・例えば、洗身の項目。一人暮らしではシャワー浴しかできなくとも「自立」で「介助されていない」となる。施設と在宅ではダブルスタンダード（二重基準）となっている。

## 第二群

- ・行為（食べる、排泄、入浴、更衣など）そのものは「自立」であっても、そこに至る準備、とろみ、ペースト、介護拒否等は、「介護の手間」が反映できない。

### 2-1 移乗

- ・シーツ交換の寝返りを「移乗」で判断するのは不適切。
- ・移乗とは「ベット上で臀部を移動させること」とは臀部の位置がずれた場合を移乗とし、臀部のある場所は移動していないことは、今までの介護の中では「移乗」とはとらえていない。その解釈でいけば、例えば、車椅子に乗っていてずりおちてきたので姿勢を正した場合は移乗となる。現場の介護場面や移乗の定義からは考えられない。介護の移乗の定義を覆している臀部が乗っている物体が変化（車椅子からベット、など）した場合は移乗ではないか。
- ・「寝たきり」で、ベット上のみでも移乗介助（体位交換）を受けていることで、「4、全介助」の介護の手間が伝わっているのか。
- ・移動・移乗が一連の行為から外れた事により「1、介助されていない」になるケースがある。
- ・移動・移乗・失禁時の衣服の更衣についての介助は、各々で評価する事になっている。「1、自立」であっても移動等に介助があれば必ず特記した方が良いか。
- ・「移乗」について、寝たきりのため1週間以上、移乗の機会がなければ「介助されていない」を選択するとあるが、たとえば、調査以降、移乗の機会が出ることもあり、状態像を無視した判定基準はさまざまな矛盾を生じる。「移動」「食事摂取」「排尿」「整髪」等も同様である。

### 2-2 移動

- ・マニュアルに「外出行為に関しては、含まない……」とありますが、「日常生活＝室内生活」としたおかしな考え方だと思います。日常生活は、室内＋屋外行動……ではないか。今回の調査では移乗、移動は「介助されていない」ことを選択せざるを得ない。

### 2-3 えん下

- ・えん下（能力）の「2見守り等」の基準に関する説明がわかりにくい。何かしらの例が挙げられていればよかったと思う。現状、「1できる」を選択し、特記にて補足している。
- ・「1. できる」「3. できない」の中間としていますが、他の項目では、実際に見守りが行われているかどうかを訊いています…調査員を惑わすような表現は止めて、他の表現にされたら良いのでは……。

### 2-4 食事摂取

- ・胃ろうの場合は、食事摂取が「全介助」で、IVHの場合は「介助なし」がわかりづら

いです。経管栄養は全介助も同様。

## 2-5 排尿 2-6 排便

- ・「排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、尿器への排尿）」は一部介助と全介助について行為の全に該当しないと、全介助にならないのか、一部というのはどの程度の項目のいくつまでをいうのかなど、判断が難しい面がある。
- ・排泄を行う一連の行為のなかで移動・移乗の比重は重いと思われるが、一連の行為とはなっておらず別の項目でチェックするものとなったこと。
- ・排尿の選択肢基準に沿うと、旧方式にて見守りが介助されていない方が該当する。調査項目に含まれていない認知症に関連する症状を記入する際、他の項目と関連するか迷う。
- ・一定期間（過去 1 週間）の状況に照らし合わせた場合「より頻会にみられる状況や日頃の状況で選択する」とあるが、たとえば「排泄」の場合、評価軸は「介助の方法」であり、頻度の選択になると日中の回数で夜間の手間が評価されないのではないか。それは特記で書けばよいのか？

## 2-12 外出頻度

- ・社会性を問うものとし、家族構成、季節でも差が出ると思います。冬期間雪の多い時期 4～5 ヶ月は本人又は家人からも控えられます。
- ・似た例に「5-4 集団への不適応」で集う機会が無い、とくに冬、老人クラブ活動等もそのものが無い。部落集会等若い世代へ移行している一帯あり（この冬調査で 2 件実例あり）。高齢者でも季節（とくに春・秋）で変調をきたす方、よく体調崩し、そのさいに精神症状を伴う方も実際おりますので、過去 1 ヶ月という基準（以前あったとしても）では、評価期間が短いのでは。
- ・外出頻度の判断基準は、1 回 30 分以上の外出で評価するが、唯一の外出が近所のタバコ屋の自販機に 10 分ほどを毎日行く場合はないとなるのか。在宅の人には自立を促し、施設の方は手間の判断で全介助になる同じ保険制度が理解しにくいです。
- ・過去 3 ヶ月の状況において選択するが、選択肢の選択基準が「1、週 1 回以上」「2、月 1 回以上」「3、月 1 回未満」選択するが、1 週間～1 ヶ月では迷ってしまう。
- ・状態の変化があった場合も、3 ヶ月の平均値をとるのか。
- ・花の手入れで外出の判断→眺めているだけでもカウントするのか。

## 第三群

### 3-1 意思の伝達

- ・5-3 の日常の意思決定が混同しやすいので、再度テキストを読み込みます。
- ・5-3 日常の意思決定と同様であるが、問いかけをすれば良いのか。

### 3-3 生年月日や年齢を言う

- ・認知機能をはかるものとのこと。生年月日と年齢のいずれかは一緒にはかるレベルとは思えないのですが、過去の事の記憶は比較的保持され現在の記憶乏しいように、生年月日は答えても年齢忘れはとも多いです。

### 3-8 徘徊

- ・調査しづらかったです。できれば、4 群の方がしっくりくる感じでした。なぜかと申し上げますと、前より、順番通りに行ってはいませんが、3-7 までは、本人に確認すること、3-8 からは介護者に確認することであり、以前の 7 群のようにまとまっていた方が解りやすかったです。

## 第 4 群

- ・「1 ない」「2 とときどきある」「3 ある」を判断する時の頻度がわからない。「自分勝手な

行動」「話がまとまらないは」等は、立会いのない方（独居等）には、とても聞きにくい面がある。実際には、毎晩のように電話がかかる・暴言・クレーマーとなって、介護の手間が大変かかっている現状も評価されにくい。

- ・新たな項目が慣れていないこともあり、判断に迷うことがありました。特に 4-15（話がまとまらない）が迷います。
- ・独居の方の場合、IADL は自立の方が多く行動障害・精神評価軸は、「1、ない」になることが多い
- ・質問の仕方にもよると思うが、「有る」「無い」があいまいで、一定期間の評価がとれない場合は？
- ・問題行動はあるが、それによる周囲への影響がない場合「有」チェックし、特記を記載する。審査会ではどのように評価されるのか。

#### 4-2 作話 4-4 昼夜逆転

- ・初対面の調査員では普通わからないであろう。精神障害は、主治医意見書にも記載されないことが多い。
- ・どの程度の内容か。頻度か。トラブルにならなければなしとするのか。

#### 4-12 ひどい物忘れ

- ・評価軸が有・無なのに起因する行動がなければ「無」というのはどうかと思う。
- ・ひどい物忘れによる行動がない場合でチェックがはずれることで介護度が下がるのではないか。
- ・「ひどい物忘れ」について、食事をしたことは覚えていないが、しつこく食事を要求しなければ「ない」を選択。また、寝たきりの認知症で意思疎通ができなければ「ない」を選択するとあり、問題行動が生じているかどうかに基準があることで判断するのであれば調査項目自体を熟慮検討すべきである。

#### 4-13 独り言や独り笑い

- ・独居でたまにしか家族が関わらない人では判断に迷う。

#### 4-14 自分勝手に行動する

- ・「身勝手」「自己中心的」な性格についての受容範囲がそれぞれに違うと思うのですが…。施設入所中の方（認知なし）で同室の方の認知症からの問題行動（他部屋の方は受け入れられる程度）が許せず、他入所者を巻き込み部屋移動を頻回に繰り返させている方は性格だから「なし」とするのか？
- ・苦情申し立てても他入所者を巻き込み、自分の主張を通してしまうようです。社会通念上、著しく逸脱した行動なのかどうか判断するのは調査員の感覚的なことになるように思います。例えば、「性格を判断しない」とすると特記に記入するか否か判断に迷います。開示されると問題になっても困るし……。

#### 4-15 話がまとまらない

- ・独居の、「4-12 ひどい物忘れ等」「4-15 話がまとまらず…」の部分は本人に聞いてもないとなることが多い。
- ・話がまとまらない（有無）について。認知症がひどく会話が成立しない行動（質問しても答えられない場合）の時は「ない」とするのか？「ある」と選択するのか？“明らかに周囲の状況に合致しない行動”の例示をもっと沢山してほしい。尚、この場合は「1、ない」を選択し、「3-1 意思の伝達（能力）」で評価するのか？

### 第5群

- ・「集団への不適応」は質問しにくい項目である。「社会生活への適応」「薬の内服」では、独居高齢者への介助が評価されにくい。実際には高齢者の服薬管理は重要な介護であり、独居高齢者への適切な服薬支援は薬カレンダーを作るなど介護の手間が相当かかっている。

る。

・社会問題にもなっているが、振り込み詐欺や火の始末等、毎日家族が何十回も電話して無事を確認する等、一人で生活できていてもギリギリの場合が多い。調査では「介助されてない」にチェックになるが、在宅での評価を重視して考えてほしい。

#### 5-2 金銭管理

・金銭管理は能力勘案可でいいのではないか。④第三者に指示し代金を支払ってもらう場合はどこで一部介助と判断するのか。

#### 5-3 日常の意思決定

- ・今回からという項目ではないが、「日常生活の意思決定」の項目が判断に、いつも迷ってしまう。わかりやすい判断基準を示してほしい。「自分勝手に行動する」という項目の判断がわからない。場面や目的から著しく逸脱した行動とあるが、どの程度までを指すのか？
- ・認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準について、「症状」「行動」の例をもっと詳しく説明が欲しいと思いました。
- ・今回の調査項目にも 5-3) 日常の意思決定が含まれていますが、“意思”をどのようなことにまで含めるのかわかりにくいので、もう少し具体例が示されていれどと思いました。
- ・日常の意思決定の判断が難しいので例を増やして欲しい。
- ・日常の意思決定に関する「2. 特別な場合を除いてできる」「3. 日常的に困難」の説明がわかりづらい。
- ・「5-3 日常の意思決定」「3 日常的に困難」「4 できない」の選択肢の選択基準の文章のみでは、かなり迷ってしまう。

#### 5-4 集団への不適應

・集団への不適應の具体例がよりほしい。

#### 5-5 買い物

- ・買い物、調理においては、判断に悩むことがある。入院・入所中の場合「全介助」なのは分かる。在宅で、寝たきり等で「全介助」というのも分かる。もともとの生活習慣で行っていない場合、家族と同居しているため行う必要がない場合も、家族が行っているため「全介助」と同じ選択になる。そのことが家族の手間になっているのか疑問に思う。「買い物」「簡単な調理」の定義は、具体的な内容の理解が困難な面がある。
- ・週に一度、家族が運転する車に同乗しスーパーに行くが、店内のベンチに座ったきり、全く店内を歩くことはない（能力的には可能）。「〇〇を買ってきて」と家族に依頼することは可能。この場合「一部介助」で良いか。
- ・買い物について家族が行っていて、行ける能力があっても実際に行っていなければ全介助となってしまう。能力勘案としてはどうかと感じた。
- ・買物を依頼した場合の支払い時の違いがわかりにくい。
- ・「買い物」「調理」の項目が、ハッキリわかりません。日常的に妻に任せっきりの男性の場合、能力があってもここ 1 週間に行ったかどうかで「介助なし」か「全介助」に分かれてしまうのが納得いかず、何のための項目なのかもわかりません。温めないで食べたり弁当なら「介助なし」というのもわかりづらいです。
- ・「5-5 買い物」は、日頃の状況と 1 週間頻繁にみられる状況とあるが、独居で手首等の骨折のような方の場合、ADL として自立している方は不足の場合がみられても介助されていないことがある。

#### 5-6 簡単な調理

・簡単な調理で、介助者が家族全員分の食事の準備をするのはあたり前の場合、たとえ本人に能力が有っても、頻度から選択するのが難しい。

- ・独居の場合、本人からきちんとした実態を聞き出し確認することが困難。
- ・「買い物」「簡単な調理」の「1. 介助されていない」「4. 全介助」ももう少し分かりやすくしていただくと時間短縮になるのですが…
- ・調理について電子レンジにて温めることができれば、調理は自立と判定されるのはいかなものかと思います。介助が必要な方も介助を受けていなければ自立と判定されることになり、本当に本人の必要性には対応できていないと思います。それにより介護度が軽くなり必要なサービスが受けられなくなれば介護保険制度の意味がないと考えます。
- ・米を研いで炊く、即席めんを作ることは可能であるが、もともとの生活習慣により、度々行うことはなく、月に1~2度程度。この場合、一週間の内に実績がなければ「全介助」でよいか。
- ・調理について、簡単な調理の基準が分かりづらい。
- ・調理は簡単な調理となっているが、介助を行うというとうどうい場面を設定しているのか。家族がいない場合はほとんど“されて”いないためほとんど全介助になります。
- ・簡単な調理の判断基準がよくわからない。
- ・能力が十分にあっても、生活習慣などで全介助になる事で、必要以上に介護度が出てしまうのではないか。
- ・在宅の場合、買って来た弁当等をそのまま食べることは「1、できる」となり、病院・施設・家族が行なえば能力があっても「4、全介助」となる。
- ・簡単な調理（介助の方法）について。例えば“炊飯”は家族が行っておりそれ以外の“設問の食品”はすべて日常的に食べない人の場合です。本人は簡単な野菜の煮物などは日常的に行っており、「火の始末」も自立。この場合でも、設問の行為のうち“炊飯”のみで評価して「全介助」とするのですか？
- ・高齢者世帯で簡単な調理は自立しているが、糖尿病、慢性腎炎の食事療法が必要でもなかなか理解できず、それよりの調理もできなくなっている。下肢筋力低下もあり、入浴、その他の家事もできなくなっている方についても1次判定が要介護1でも2次判定要支援2になっています。ヘルパーはサービスを行っていますが厳しいと感じます。
- ・「簡単な調理」について。マニュアルでは「簡単な調理」とは「炊飯」、弁当などの「加熱」（要するに電子レンジがつかえるかどうか）。「即席めんの調理」とある。世間一般の常識で、電子レンジを使う、お湯を注ぐことが調理といえるのか。このマニュアルを作った方たちは「調理」という言葉を辞書で引いてもらいたい。岩波の『国語辞典』では「材料に手を加えて食物をととのえる作ること」が「調理」「料理」とある。
- ・簡単な調理のところは主に要支援1・2、要介護1の人を中心に考えてあると思いますが、在宅で家族が調理して同じものを一緒に食べている（レトルト食品、インスタント麺など食べない）場合はどのように判断したらよいでしょうか？（要介護者に対して特別な調理の場合は全介助にしていますが……）

#### 特別な医療

- ・過去14日間にうけた特別な医療についての項目は必要なのか？
- ・過去14日間に受けた特別な医療について……対象者、家族、又は介護者からの情報で家族面会が少ない又は療養の看護等は家人では情報のあいまいさが伺えます。特に療養上告知されない場合では実際担当NSから得る状況です。

#### 日常生活自立度

- ・日常生活自立度に関する特記事項があり、何を記入するのかわからない。
- ・認知症高齢者の日常生活自立度について、認知症患者の増加と制度改正による認知症加算が導入となり、主治医意見書だけでなく認定調査側も重要視すべきと思いました。判断基準も曖昧な部分があり、判定に困惑する事があります。もっと具体的にマニュアル

で記載して頂きたかった。

- ・「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定の基準の説明や具体例が詳しくなく少ない。旧テキストと同じような判断基準でよいのか。
- ・認知症高齢者日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度の特記事項があるのは良い。判断の根拠が書ける。

#### 特記事項について

- ・認定調査、数件を実施。「能力」を問う項目や「自立」の場合であっても特記事項へのメモ等、詳しく書くため不自由であった。
- ・特記事項の記入方法や書き方もテキストでは示しているが、実際の審査会では1名当たり約一分間のペース配分という状況で、どの程度の影響（配慮）があるか疑問である。
- ・特記事項にあまり沢山書かないようにというニュアンスの発言がありましたが（自治体研修の時）、テキストに特記事項記入例がありますが、かなりの分量です。いろいろな項目にあのように記入したら、やはり沢山の量になると思います。
- ・特記事項の記入がより重要になったので、調査に時間がかかる。自治体によって厳しさがまちまち。(1回1時間程度の調査ではわからない(覚えていない)事が多いのに、役所からその時の内容を1ヶ月後に電話で聞かれても記入した以上の事は答えられない)。
- ・特記に記載というが、審査会の1ケースあたりの審査時間で判断できないのではないのか？
- ・能力勘案が無くなった分、特記事項に明確に状況を記載する事が重要と思われるが、自治体の担当者からの説明によると、「特記事項を3枚も4枚も記載されても審議する時間はないので簡潔に」との事。特記事項が2次判定にきちんと反映されるのか疑問が残る。
- ・以前と比べて特記事項が重要視されるため、調査票を記入するのに時間がかかる。
- ・今でも判断根拠を特記にとあるため、1枚の特記記載では不足し2枚以上となっているので審査員は読むのが大変である。調査員の文章能力の差でその状況判断が推測できない場合が多い。今回の改正では状況のあとに「介助の必要がある」と記載したら審査会での二次判定材料となる。これ自体もこの「介助の必要がある」が魔法の言葉となる。特記には何を記載すればいいのか、利用者向けパンフレットで状況を話すようになっていたのでたくさん聞くと思うが、その中の何を記載すればいいのかのポイント集が必要。
- ・頻度の記載も難しい。過去1週間や一ヶ月の状態での頻度をとあるが、日内変動や状態の重篤さもある。1回であっても相手をケガさせるような暴力があれば、そのあとは起こらないような介護がなされるなどでは介護の手に頻度では反映されない。
- ・特記事項の内容で判断すると聞きましたが、表現力の違いが認定を左右するのではないのかという心配もあります。医師の意見書が全く身体状態と合っていなかったり認知のひどい人が自立になっていたり無責任な記載が多いように思われ、こちらもきちんとしてもらいたいです。
- ・実際に特記事項を審査会で適正な判断ができるのかが心配です。(大量の情報を目に何人も審査できるのか。実際にコンピュータの結果と医師の情報だけで行っている市もあると聞く。
- ・調査や記入に時間がかかってしまう。歩行等危険があり、認定調査時不安になる。実際にやっていただくとき、誰に許可を取るのか。
- ・独居の場合、実際の介助の状況で判断し、特記事項に詳細を記入するが、どこまで判定に活かされるかが心配である。
- ・基本的に調査の後の書類作成（特記の記載）にかなりの時間を費やさなければならなくなった。月の途中で見直しがあり、改正されて介護の不足であったり配慮はされている

とは思うが、身体状況、例えば頻度であったり日内変動であったり等々……どこまで判定会で読みとれるのか。現状サービスの足りている人が（絶対?!）今回の調査内容の変更で自費が発生したり、無理を強いられる結果となるはず。在宅生活の保持・在宅へ戻る（病院や施設から）ための介護保険であったはずのものが正直、方向を見失いつつあると思えてならない。特に痛切に思うのは、現場を知らない市の人間が初回認定調査に来て判定会であり得ない結果の出してしまうことのパカパカしさ。個人的見解で言わせて頂くとしたら、今回の調査内容変更、改正などを含め見直さなければならないことは山積状態のはず。

- 言葉がおおまかで理解しづらい。「逸脱した行為」など。体の状態はいろんな方がいらっしゃるの、特記事項の記入例をたくさん記載してほしい。どちらにマークしていいか迷うことが多い（特記事項にあてはまらない人が多い）。一次判定ソフトが入力しづらく見づらい。マークシートの「自立」、「介助されていない」のマークするところが同じ事がおかしい。
- 特記事項に書く手間が増えている。文章で状態を表現するのに難しさを感じている。ありのままを伝えるよう努力しているが余計な内容も多く、毎日仕事に追われて調査が乱雑になっているのではと反省している。もう少し余裕のある調査をしたい。
- とにかくテキストを読みながら、四苦八苦しなながら、OCRに向かっています。こんな特記の書き方で分かってもらえるのだろうか、まったくの的外れのことを山ほど書いているだけなのではないだろうか…と不安に思います。認知症状がない方で、1群、2群に特記すべきことが多い方は、特記が2枚、3枚になってしまっ…でも他の方と同じようなことばかりで、果たしてその方の状態がわかってくれるのかなと常々感じております。
- 今回の認定調査は、特記事項を詳細に書かないでチェック項目だけでは、本人の状態とかけ離れた結果になりかねません。特記を記入する上で、調査員の文章力・表現力が大なり小なり影響するのではないのでしょうか。また、特記を読まれる審査会の先生方の受け止め方も人によっては違ってくるのではないのでしょうか。ありのままをそのまま特記に書くのですが、文章の表現力、読まれた人の受け止め方で、多少の誤差は出てしまうのかと思います。
- 認定調査票のレ点チェックはシビアに記入していますが、特記事項の記入内容についてうまく書けていない状況です。認定調査票マニュアル（手引き）を見ながら記入しているので、調査票作成に時間がかかっています。
- 基本的に能力勘案という考え方がなくなった分、一次判定では表しきれない部分を特記へ…ということのでかなりの枚数の特記事項を記入することとなっています。が、記入していて本当にこんなに必要？とってしまいます。効果的なフレーズや、利用者把握がしやすい表現等、あったら使っていきたいです。
- OCRに落とし込みができにくいのは慣れていないせいも（多分に）あると思います。ただ状態像は能力+介助の相対的な状況から判定されるべきです。介護や援助の手間や工夫、周囲の調整がどれだけ必要であるかをもう少し反映されたものであってほしいと思います。特記事項はできるだけ具体的に明確に記入するのは当然なのですが、現状は必要以上に書き込まなければ状況を理解してもらえない、あるいは判定結果が不安という手間が負担です。
- 新認定調査を10件程度経験したが、特記事項を詳しく書いてもチェックをしなければ一次判定は重くなりません。例えば昼夜を問わず徘徊があり、介護者が終始付き添っている場合特記事項に詳しく書いても一次判定と二次判定は変わらない経験をしました。
- 家族同居の方は要支援の方で、転倒しないようになるべくベッドの上で過ごされ、リハ

ビリパンツを利用されている。自分で交換されているが尿臭は強い。食事はお粥、柔らかいおかず、魚も身がはずしお膳のセットがしてあれば自分で食べられる。と自立度が高いようで家族の方が手間がかかっているが介護の手間が表しにくい。通所に3回出た方が、機能が落ちないと希望があっても2回しか使えない状況があります。

- ・特記事項に記載しても一次判定では歴然として違いは出る。このことについて保険者に確認しても明確な回答はなかった（今のところは調査員にお任せなのだろうか。これも推測の域を出ないが）。

#### 主治医の意見書

- ・認定調査員のレベルのばらつきによるものを防止するためと、主治医意見書の内容重視というが、医師が本人の生活状況を、月1~2回の2~3分の診察で「介護の手間」まで把握できるとは思えない。調査員のレベルアップをはかるべきだと考える。
- ・医師の意見書記載の遅延で大幅に結果が遅れることがある。遅ればサービス開始が遅れることがあり、医師にも現場が困ることを自覚するよう周知して欲しい。
- ・主事医意見書における特記事項をもう少し、日常生活のことを具体的に述べていただくと議論しやすい（介護の手間がどのくらいかかるか）と思います。“歩くのが困難”というのは、他人が手を引いてつかまって歩けるのか、杖などにつかまり自分一人で歩けるかなど。（内科）

#### 施設からの意見

- ・特養施設ケアマネです。要介護認定に関して実際の現場における「手間」について反映する項目がないものがあります。①介護抵抗以外の「暴力行為」について。②不潔行為について。③感染症について（インフルエンザ、MRSA等、疥癬）。
- ・介護老人福祉施設で認定調査員をしています。日頃の業務で感じることは認定調査票を1名分仕上げるのにとっても作業時間がかかることが悩みです。今回は判断基準が変わったこともあり業務負担は相当なものです。法改正の対応と調査で疲れていても休めない状況でした。また調査手法がなぜ変わるのか？どのように変わるのか？ということを利用者や利用者家族があまり知らされていなかったので当園の利用者家族にはお便りを出しました。保険者や国が具体的に調査手法が変わることをPRすべきです。  
要介護1の入所者は施設でのケアを受け重度課しないようにしていますが、要支援になったら退所するようです（経過措置がありますが……）。経過措置はいつまでなのか？
- ・施設内のケアマネです。施設生活であるから問題にはならないが、在宅であれば非常に問題になることは結構多いと思います。その点でこれまでは本人の能力とかけ離れた調査結果がでることもあったと思いますが、今回はスタッフの見守りのもとでできている事柄についてもその手間を記載して重めのチェックが認められるのが良い点だと思います。逆に施設だから能力的に可能なことでも都合上、手をかけてしまうことについて、その旨を記載してすべてかかっている手間としてとらえることは調査実施者によるバラツキがなくなり非常にスッキリすると思います。

#### その他

- ・家族の申請段階では、要介護→要支援になるかもしれない疑念があるが、家族の動揺（施設にも入れない、在宅でも看れない、どうしたら良い！？）があり、4月申請に当たっての詳細を理解してもらう期間が不足。
- ・認定調査方法についての情報がしばらく届かず（市からのFAX漏れ）、どうなっているのか分からず不安だった。当初、2009年のテキスト配布後に変更箇所があり、使いにくかった。



- ・特記はしていますが、審査会に伝わるかどうか不安な時があります。全体的に前より軽く認定されてしまいそうで……。責任を感じることはないと思うのですが、実際に調査する本人は気になる。仕方ないことだとは思っていますが……。
- ・調査件数が少ないため、何ともいえないが、要支援の人がさらに軽くなったりするのは困る。
- ・確認方法や選択基準をみると、現在の要介護度より軽い介護度に認定されることが容易に予想できる。また、家族の協力体制が整っている（家族が手伝ってくれる）方と、独居や自分一人で何とか生活している（しなければいけない）方が、同じものさしで能力を判断されてしまう点は相変わらずである。
- ・改めて認定調査（判断基準等）を変える必要があったのだろうか？調査員のコスト増に比べ、二次判定の審査員への負担軽減・効率化という配慮が伺える。限度額に近いサービスを受けている方にとって、必要なサービス・受けたいサービスが受けられなくなるのでは、という懸念がでてくる。
- ・実際に認定を受け、結果を見ないとわからない面はあるが、介護度が全体的に軽くなるのが懸念される。本人の状態は全く変わらないのに、介護度だけが軽くなるというようなことが生じるのではないか。より詳しく対象者の状況を確認する必要性があるにもかかわらず、調査項目が少なくなっていることに矛盾を感じる。
- ・調査に訪問→調査→調査票作成→提出で1件4,000円はととも採算に合いません（出来れば受けたくないのですが）
- ・高齢者、疾患障害を有する人の生活の全てについての調査項目ではありません。また「出来る」「介助要」「出来ない」の3パターンのみで評価は、出来ない部分が多く、調査自体の信頼に疑問がある。
- ・最近の新聞記事では認定結果が軽くなっても申請すれば三ヶ月から二年間は現在の要介護度に基づきサービスが受けられるような方向で検討されている。いったい認定調査をどう考えているのか？
- ・誰もが「要介護度5」として「サービス担当者会議」をしっかり行い、必要性和妥当性の元「サービス計画書」が作成されれば、認定調査で、再度、判定を付ける必要はない。調査するのにかかる費用を、他に回し保険料の上昇を抑える方が良いのではないか。
- ・1月に役所の認定調査の研修に参加したが、4月開始前にいくつか項目が見直されたことに混乱した。
- ・全般的に「介助されていない」独居高齢者については、調査員がどのように判断するのか、その根拠を記載するとなっており、調査員の判断に委ねられる場面が多い。同席者のいない高齢者は、調査員にとっても判断材料が不足し根拠を示すことが困難である。
- ・認定調査について、意見申し上げます。私の会社では、全国の認定調査を引き受ける体制にあり、様々な保険者の調査をおこなってきました。保険者ごとに、調査票が異なることと、判断が若干異なる場合があります、困ることが多々ありました。判断については、更に統一してもらうのと、調査票に関してもできれば統一して欲しいと思いました。
- ・認知症の判断も病院まで自力で通院していると、認知症はなしとA市では判断された。B市では認知症への審査会の理解が低い（現在は解消されてきているらしいが）では、生活全般の支障の程度で判断などの違いはある。
- ・市町村よっての調査判断の異なり、A市では金銭管理では実際の金種を見せて金種が認識できる、千円で、@百円のみかん三個買ったからお釣りはいくらと聞いて計算ができれば自立している。B市では金種や計算だけでなく、金銭全般の管理（出納や預金、付き合いでの管理など）全般で判断している。
- ・明確な定義も必要であろうが、「介護の手間」はその状況を調査員がいかにか能力や支障を

判断する選択肢もあって、始めてその人の介護の状況が現れ見えてくる。もともと一定の能力や資格を有している調査員の研修に力をそそぐほうが、その人の状態が適切に反映されると考える

- ・介護者が手間を掛けられる状態かどうか、一人で無理をしてがんばるしかないとか、必死でがんばっている方達が軽く出るのではないかと心配です。
- ・全体的に介護度が軽くなるように感じられます。これまで利用できていたサービスが利用できなくなるケースが増えると思います。
- ・以前の認定調査でのバラつきを改善するための新方式の認定調査であると認識していますが、審査委員会での調整が入るということは、結局同じバラつきが出てくることになり、以前の認定調査と大きく変わることはないと感じます。
- ・これまでの調査項目には、「6-4 介護者の指示への反応」というものがありました。在宅でも施設でも指示が通じるかどうかということは、介護上のストレスの有無に非常に関係すると思います。新しい調査の項目からはこの部分が除かれているのが疑問です。また「能力勘案」が除かれ、4群には「明らかに周囲の状況に合致しない」という更に曖昧な判断方法になったのも疑問です。
- ・調査担当のケアマネが行う場合、客観的に記入しづらい場合が多々ある。介護度の結果においても、あなたがその結果にしたと不信感を抱かせるなど生じる
- ・自治体によって判定の甘いところもあり、地域差が存在するのも不信感のもとになっている。実際には一つの項目で非常に苦勞している介護者がおり、介護の手間が反映されない。独居の方の場合、独居可能なのだから……と判定会議で厳しい結果が出ていることもある。
- ・施設の場合、能力はあるが実際に介助を受けていることから、「4、全介助」となり、差がつく。
- ・在宅で、「独居・日中独居の場合は勘案できる」が、介護者はいるが介護不足→能力ないが「介助なし」。
- ・在宅では「1、できる」施設では「4、全介助」と判断が大きく変わる。  
「例」5-5 買い物 在宅の場合外出できなくても自分で電話注文し、宅配を利用し、支払いが出来れば「1、できる」となり、能力があっても行為自体の発生がなく、介助が発生していると「4、全介助」となる。
- ・在宅や独居の方「1、できる」となる可能性が高いように思う。どの程度の内容が出来ているのか特記が必要に思う。
- ・入院・入所等の方と、在宅者との間で差が生じやすい。  
2-2「移動」2-4「食事介助」2-7「口腔清潔」2-8「洗顔」2-9「洗髪」2-10・11「着脱」5-1「服薬」5-2「金銭」入院・入所等では能力があると思われても実際の介助状況で判断する。
- ・独居方、認知症の方、入院・入所されている方については、本人の状態とかけ離れた介護度になるように思われるので、能力勘案は必要と考える。
- ・聞き取り及び特記の記入不足が介護度にかなり影響する。  
「自立」としても特記にどこまで書くべきか。どこまで特記が生かされるのか。  
認知症・独居・同席者なしの場合はADLはほぼ自立している（何とか生活している）  
できるのに入院・入所で介助されているから「全介助」と、必要なのに介護を受けられていない独居の勘案差は？
- ・テキストで要求される「介助が不足と判断した根拠、選択した介助の方法の選択理由」を記入せよとあるが、勘案した内容の選択基準が難しい。
- ・前回調査で動作確認が不十分または聞き取りが足りない等の場合、今回の調査で動作確

- 認・聞き取り（調査に必要な分のみ）ができ、チェックが変更となる場合介護度が下がるように思う。
- ・明らかな問題があっても、問われている評価軸に（有無・能力・介助の方法）該当しない場合の評価が難しい。
  - ・テキストが認知症に関して不十分。テキストの事例が現状とかけ離れていることが多く迷ってしまう。
  - ・介助されていない、全介助であっても実態（能力）が違う場合は、わかりやすい特記の書き方は？
  - ・特記記載の量が多い事で審査会の読む手間を増やしてしまうのではないかと考えるがどう書けば伝わりやすいか。
  - ・調査・特記の記録にかなり時間を取られて他の業務に支障を来しやすい。  
新しい調査について県の担当より説明がありましたが、不十分で質問にも十分に答えられなかった。厚労省さん、現場に一度出て実際に見られたらいかがでしょうか？
  - ・主に要介護 2～5 の人の調査をしていて調査・特記事項に時間がかかります（慣れないのでテキストを見ながら）。幻聴、幻覚、せん妄などは認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に書いたらよいでしょうか？
  - ・私も審査会のメンバーで、1人の認定に1～2分程度しか時間を要せず、合議体にもよるが、特記事項を読み込み、一次判定を覆すことはほとんど無いに等しいという現実をご存じだろうか。

#### 経過措置

- ・明らかに介護認定の決定と経過措置の介護度が異なっているケースでも国の決定ということで従わなければなりません。調査、審査の意味がないとの思いは、皆同じだと思いますが、住民の心情を配慮する経過措置であるということも理解はできます。有効期間を6ヶ月で決定し、国の方針を待つという考えで私の所属する合議体は対応をしています。6ヶ月中には結論が出ることを期待しています（平等、中立公正という意味において）。
- ・経過措置を設けてある点で一言。この制度を設けるならば新しく調査をしなくても良いではないか？現場は厚労省に振り回されているという気持ちが拭えない。
- ・認定調査で、「介助の方法」で評価する調査項目がありますが、実際に行われているか否かで評価することになっています。しかし、実際、行われていないと言って、介護度が一次判定で軽くなると考えられます。しかし、本来、介護は「必要性」で述べられるべきだと思います。「特記事項」で、「介護の不足」の不足があれば記載し、二次判定で反映させることになっていますが、従前のように一次で調査員が判断して評価したほうが良いと考えます。
- ・「要介護認定等の見直しに係る経過措置」で、今のままの介護度を希望された場合はそのままということであれば、そのまま認定を継続すればよいのではないのでしょうか。いつまでこの経過措置は続きますか？いくら調査をしても変わらないのであれば町としては無駄な調査の手間と主治医意見書の手間を省くことができます。特記を記入しても反映されないのは無駄と考えます。要介護認定者が増え続けています。
- ・当市では担当ケアマネが認定調査ができないこととなっています。他県ではもっとも状況がわかる担当ケアマネが調査するということもあります。調整もとりやすく認定が遅れることもないと思うのですが……。要介護認定などの方法の見直しに係る経過措置希望調書もいくら認定調査を行ってもそちらが優先されてしまうようで調査をする意味もわからなくなってしまいます。

### 第3章 審査員の意見

#### (調査概要)

審査員約54名からアンケートの返答、もしくは、直接、意見を伺い、以下は、それらの意見である。

#### 1. 評価する意見

- ・介護認定審査員ですが、今年度の判定で一次判定ソフトの精度は上がったと思います。
- ・当初の予想に比べて、概ね妥当な介護の判定結果が得られているが、修正などの検討が審議の中で行われる頻度は前回のバージョンと比べて変わっていない。直近の審議会が判明したこととしては、不潔行為がある場合の評価を反映させる項目が明確でなく、介護の程度を左右する因子が、カバーされていない点がいづらかあるかもしれない。
- ・新しい判断方法になって極端に低い、もしくは高い判定が出ることは少なくなったように思う。
- ・介護保険認定審査委員でもありますが、4月に入り、20件ぐらいの2009年改訂審査資料に基づいて審査しました。印象は、2～3件コンピュータ判定がひどく(軽い方に)ずれているケースがありましたが、詳細な調査書記載から、ある程度判断・訂正ができました。その他のケースは(思っていたより)、一次判定が客観的であり、スムーズに判定できたように思います。若干、ソフトウェアを改良する点がありそうですが、いまは概ね好印象を持っています(まだ少数例なのですが)。
- ・新制度は大いに結構と思います。経過措置を行う事も大いに結構だと思いますが、せっかく症例ごとに判定を行っているので、すべてを経過措置とするのではなく、本当に必要な症例なのかも吟味した上で経過措置を取った方が良いと思われます。

#### 2. 特記事項と主治医意見書

- ・介護保険制度創設から、介護認定審査会委員をしていますが、今回の新介護認定制度については、介護度変更の理由が調査員特記事項と主治医意見書の記載の2つに限られているというのだが、問題です。
- ・医師の立場から、数え切れない主治医意見書を書きましたが、これまでの介護認定審査会で拝見する主治医意見書のレベルは、あまりにまちまちで、極端なのは、病名しか書いていないもの、明らかに調査日時に比べて主治医意見書の内容が古くて参考にならないものなどがありました。
- ・医師会の一員として、レベルの低い主治医意見書を書かれる医師を指導する立場にはありますが、聞く耳を持たない医師がいるのも事実です。
- ・特記事項及び主治医意見書の2つの資料を中心に、判定するのは間違いです。
- ・特記事項にも状況を詳しく記入する必要があるため、時間がかかってしまう。
- ・特記事項に記入している内容が、その人の状況として審査員にキチンと伝わっているのか心配。言葉が足りなくて違う解釈をされてしまう可能性も有るのでは? ケアマネの文章力が必要ですね……。
- ・特記事項の記入例がもっと沢山有れば、判断しやすいし、記入しやすいのでは?
- ・在宅と施設の違い。特に在宅でも独居の方と、家族と同居しておられる方ではチェックが違い、能力はあるが家族に全部行ってもらえている方と、介助が必要だが自分一人しか居ないので不十分だが何とか自分で行うしかない方では、「している」「していない」の判断が大きく違う。
- ・認知症で介護が大変と特記事項、意見書に記載されていても基準時間の認知症加算が「0」で全く反映されていないように思われた。
- ・削減された認定調査の項目は、被保険者の介護度を理解する上で必要なものである。そ

れらを埋める為には、調査を担当するケアマネージャーと意見書を記す医師が特記事項を記す等に対応するしかないと思われる。医師とケアマネージャーの表現力と審査員の判断力が正当な判断になるであろう。

- ・ 主治医意見書にある認知症の周辺状況と認定調査項目が符合しないものがあり（不潔行為、異食行動等）、具体的な記入がないとどのようなものか判断しにくい。
- ・ 「本人が現在受けているサービスの状況は認知機能の状況や状態の安定性に直接関係があるものはないため、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定の判断根拠とはならない」とテキストにあります。サービスを受けているから生活のメリハリがついている、昼夜逆転、徘徊が少ない等はあることで考慮に入れないのは難しい。
- ・ 軽度の状態のため、調査項目のチェックが少ないケースでは、特記事項も少なく、介護度変更の理由となる文章を探すのに大変苦労している。

### 3. 審査状況

- ・ もちろん、黒丸・白丸（要介護変更の指標）や日常生活自立度の組み合わせが参考指標として引き続き利用できることになっていますが、医療と介護に精通した介護関係者・主治医が多数派を占めるようにならなければ、解決しません。
- ・ 検証期間中は、家族の希望で元の介護度に戻すという方式は、介護認定審査会委員の士気を明らかに下げています。
- ・ 認定審査会資料の参考指標として、要介護度変更の指標（●○）と日常生活自立度の組み合わせを参照しても良いとのことであるが、これらは今までの認定審査会資料には掲載されていた事項であり、一目瞭然でありました。今回の改正で認定審査会資料から、これらの指標が表示されなくなったので、案件の判定について指標により検討する場合は、審査会委員が一例ずつ照らし合わせなければならず、こうした手間を考えると以前の方法（参考指標が審査会資料に表示されていた方法）がいかに簡便かわからないのでしょうか。
- ・ 一概に一次判定結果が前介護より低くなっているとは限らなかった。一次判定を変更する場合、明らかな理由付けが難しく、結局悩んだ末に一次判定のままになってしまう。テキストにある「体重が重く2人介助が必要で手間がかかる」という例は極まれであり、理由付けとなる具体的な例文を10例程度提示していただきたい。
- ・ 当市で、要支援になっている方を他市の状況と比べると、同様な障害の程度でも、他市では要介護1となることがあります。当市では、要支援の発生率が高いのではないのでしょうか。介護保険は誰もが安心して暮らせるための制度であるはずですが、認定調査や判定が厳しくなることで、かえって不安になり、逆効果となることがあるのではないのでしょうか。正しく認定され安心して介護保険制度が利用できるように希望いたします。
- ・ 介護認定審査会について かつて介護認定審査において時間がかかるのは、要介護1相当を要支援2か要介護1に判定することでした。状態が不安定または認知症が悪化するという事実で振り分けていました。他の要介護度については、ほとんど変更（一次判定から）することはありませんでした。よって、介護認定審査会の裁量権がないのと同じでした。今回も、ほぼ一次判定のみで、要介護度が決定するシステムにすると、よいのではないですか。
- ・ 審査員の判定は、申請者に有利な判定に僅かに偏りがちになる傾向がみられるように思います。（内科医）
- ・ 独居の方や認知症の方の介護度の判定が、一段低く見積もられるような仕組みになっているのは問題である。家族介護に頼ってきた日本の介護もう限界で、介護保険も家族介護と切り離して設計し直す時期が来ている（内科医）
- ・ 介護度変更時の項目加算時間にバラつきが出る。

- ・要支援 2・要介護 1 の振り分け方が「新予防給付の利用の理解が困難でない自立または I」の場合、「概ね 6 ヶ月以内に心身の状態が悪化し、介護の手間が増大することによる介護度の再検討の必要があるか」で決められます。それに該当するのは一部なので、認知機能低下がない場合は、要支援 1→要支援 2→要介護 2→……となります。「要支援 2」と「要介護 1」・「要介護 2」では利用限度額も使える給付（サービス）も大きく変わりますので、「要介護 1」が抜け落ちたように使えないのもおかしく感じられます。予防給付の「要支援 2」では不足で、介護給付の「要介護 1」が良いと思われる認知機能低下のないケースはあります。今度の新介護認定ではその概念が否定されていますが、少々無理があると感じられます。
- ・認知症加算の時間の算出方法がわかりづらい。癌末期の申請者では排泄等、本人ががんばって（無理に）自立している場合が多く、認定が軽く出てしまう場合がある。予防給付ではなく、介護給付ができるような仕組みにして欲しい。
- ・5月11日と22日の2回、新認定制度に変わった審査会に出席しました。前者では委員長が精神科の医師であるため、認知症のケースが集められており、後者は看護師が委員長で慢性疾患に伴う廃用のケースがほとんどでした。前者は一次判定で35例のうち2例が前回より軽度化になりましたが、二次判定で前回と同様となりました。したがって前者の軽度化はありませんでした。後者は36例中、たしかには覚えてないのですが、7例位が軽度化しており、2段階低下もあり、二次判定でも上位変更はあまりなかったと思います。
- ・認知症のケースと廃用のケースでは軽度化に有意な差を感じました。なお、この他審査会のカテゴリーには、整形外科的な筋骨疾患を集めたグループがあると思います。また、今回の改正とは直接的に関係しないのですが、現実の介護を意識して修正を重ねることで、チェック項目の指標（マーカー）としての科学性が薄らがないか懸念しています。
- ・介護度の二次判定を変更する根拠として、または要介護 1 状態のケースについて要介護 1 か要支援 2 かの判定をする根拠としてまず調査員・主治医の特記事項の具体的な文言を理由としてそのまま抜粋して記載しないと認められないため、予習の段階でそのような文章を選び出しておく手間がかかるようになった。
- ・審査会当日に記録係がこの文言を記入するのに、当然、余分の時間がかかり、審査会当日要する時間が2割ないし5割長くかかるようになった印象である。その間、事務局の職員は残業しているわけであり、事務コストが余分にかかるようになったことは間違いないと思われる。給付を増やさないための今回のソフト変更であろうが、事務経費が増えるのでは本末転倒ではないかと思われる。
- ・相変わらず樹形モデルのブラックボックスはわからず、なぜこのケースが非該当で似たようなケースが要支援 2 なのかという例がまだみられる。上記の理由で軽度の状態のため調査項目のチェックが少ないケースでは特記事項も少なく、介護度変更の理由となる文章を探すのに大変苦労している。

#### 4. 調査項目

- ・新要介護認定により、関節の拘縮等正しく評価されず、以前より軽くなると想定される方がいらっしやいます。調査は正しく行わなければ意味がありません。良心的な調査員の方は、特記事項に記入していただきますが、調査員によってバラつきがあるのも事実です。早急に再検討が必要ではないでしょうか。
- ・「介護の手間がかかる」判断について、多少困惑しています。
- ・今回のテキストでは行動が時間で制約されています。時間のみではなく、どのような行動ができるか、組み合わせた行動がどれくらいできるかも考慮して頂きますと幸いです。新しい認定調査項目で除外された項目と、追加した項目のバランスがとても悪いように

思います。

例えば、じょくそう（除外）は寝たきりになって、脱水や影響状態が悪くなればどんなに注意しても発赤くらいはでき、その治療はとても気をつかいますし、長期にわたることも多いと思います。また問題行動のうち火の不始末（火の始末ができなくなる認知症の方が多いのではないのでしょうか）や暴言暴行、不潔行為といった介護者にかなり負担となっていた項目が削除された事は合点がいきません。それに比べ、追加した新しい4群 4-13～4-15 は特に認知症の人に現れる状態ではないように思います。まして、新しい5群の 5-4～5-6 の3項目に関しては意味がないように思われます。もともと集団参加をすることが苦手な人も好まない人もいないのではないのでしょうか？特に、「5-6 簡単な調理」にいたっては、男性の高齢者の方でしたら、普通の人でも台所に立ったこともない人はたくさんいらっしゃると思います。同じ全介助でも、例えば削除された飲水の全介助と簡単な調理の全介助では同じレベルで取り扱うことが無意味と思われます。また、いままでの調査項目で定義や判断基準が変わってしまったので、以前のものと比較は無意味ではないのでしょうか。

- ・近年、認知症が多くなり、家族、他人と関わらず、患者の暴力行為が多くなっており、今回のテキストから削除され、患者の看護や介助に関わる手間の把握が行いづらいと感じました。又同様に、不潔行為や異食行動も感じます。
- ・テキスト 8 ページ「具体的に介助が行われているかどうか」を調査するのであって、調査員が必要かどうかを判断して評価してはならない。それは特記事項に記載する。と読めるが、18 ページ (3) の「実態を観察した認定調査員の判断によって選択する」（介助を提供する者がいない場合）と矛盾しないか？あくまで例外なのか？介助者がいなくて仕方なく独りでがんばっていることはよくあることだと思うが？特記事項に「必要だが、介助者がいないから介助が行われていない」と書かれていたら認定審査会で、一次判定を修正して良いか？
- ・施設では人員が揃っていて必要以上に介助される場合が、居宅で家族の判断の上で出費サービスによる介助の場合より多いだろう。施設入所・入院中の方が一次判定結果が重くなる傾向があるようだ。
- ・認定調査員（特に行政が民間に調査委託した場合）は、その調査対象者の既往歴、原疾患を知らないまま実際に歩行させたり、関節可動させるなどして確認することになっており、危険性を感じる一方で、万一事故でも起きたら責任の所在はどこにあるのか。

## 5. 経過措置

- ・「経過措置希望調書」の「従来の介護度を希望する」を出されていたら、手間を掛けて調査をしても、本人や家族の希望通りの結果になってしまう。認定調査をせずに経過措置が終わるまでそのまま期間を延長するのと変わりがないのでは？
- ・経過措置希望調書は、新制度の審査が無意味なものと感じられる。一次判定の修正について具体的な例を示して欲しい。状態の維持・改善可能性にかかる審査判定の振り分け方がわかりづらい。審査開始量の状態の安定性の表示の根拠となる位置づけがほしい。
- ・サービス利用者に対する、サービス低下防止を名目に（経過措置）導入を見たが、これは審査会の命とも言うべき厳正・公平なる審査という理念を根底から覆すものであり、審査会の存在意義をも疑うものである。（内科）
- ・審査会に参加しました。経過措置は利用者有利にはたらくことを承知した。事業者は適正な判定を求めるものです。事業者側からの区分変更は従前通りできるよう配慮が欲しい。
- ・要介護認定調査の改定検討の際に、周囲から不安の声が出ることは予想できなかったのでしょうか。経過措置期間中の認定調査や認定審査会は意味のないものになってしまわ

ないか不安です。

- ・ 新制度では要介護度が、従来より軽度に判定される。この度、制度の検証を行うため、4月1日以降の更新者は、当面の間、従来の要介護度のまま経過措置を実施したところであるが、施設等の自己負担が増えることを避けたい利用者が悪用する恐れがある。
- ・ 経過措置を講じた理由が不明瞭だと思います。新制度においては国民が不安に思うということは既に承知の事実だと思いますが……“節約”の意図がみえすぎでしょう。
- ・ 更新申請時、「要介護認定等の方法の見直しに係る経過措置希望調書」に「従来の要介護度のままと希望する」を選択した場合、仮に一次判定、二次判定で要介護度が軽度になった場合でも、本人への通知は従来の介護度で交付される為、行政以外の者はその要介護者の本当の介護度を知ることができない。

## 6. その他

- ・ 安定・不安定のいままでの判断と機械判定とに違いを感じている。認知症の介護面で肉体的な負担以外の精神的な負担面が反映されにくいのではと感じます。
- ・ 買い物及び簡単な調理は方法で評価することになっているが、最近できていたものができなくなったとかであれば参考になるが、例えば「入院中だから全介助」では情報が少ない。特記事項にはそれらの能力についても記載すべきだと思います。
- ・ BPSDのmaxが21.2なのは少ないと感じる人がいます。樹形図が分かりにくいです。
- ・ 新制度で認定に困難を生じている理由（私個人はこの様な改変は必要であると感じています）。しかし当初よりこうなる（認定が軽くなる）ことは明白であったはずなのに、どうして強行にも実行に移せないのでしょうか。私たちは時間を割いて講習会も受けているのです。マスコミ等に問題にされると方向を変えるなら、認定審査会は必要ない。マスコミ関係者にやってもらえば良い認定に対して、いかに公平・公正にできるかを信念をもって新制度を作って欲しい。
- ・ 認定調査に限らず、審査会においても要介護1~2の軽度の要介護者の認定を介護予防の要支援にもっていかうとする意図が明白な今回の変更である。
- ・ 介護報酬への増額（減らしたものを戻した）、在宅リハへの報酬増など好ましくみています。主治医意見書は相変わらず不適切なものが多く、病院勤務医を中心として、一層の啓発が必要です。今回医師会が作成した予診票は好ましいです。（内科）
- ・ 介護保険を利用して施設に完全に預けてしまう人と、在宅で一生懸命お世話をしている人とが同じ1割負担しているのは疑問に思います。在宅でお世話をしている人の負担を1割にし、施設入所されている人は3割負担にする。このように負担の差をつけることで在宅復帰をスムーズにできるのではないかと思います。このままでは介護保険そのものが破綻してしまうのではないかと心配になります。
- ・ 一人暮らし高齢者の増加に伴い、認知症の方が増加、介護保険は申請しなければ始まりません。介護保険制度も知らない高齢者の増加があり、認知症の方は警戒心が強く人を近づけません、医療を拒否する方もあり、今後、地域包括支援センターの役割が大変重要と考えます。地域包括支援センターの充実を図る予算の確保、人員の確保が今後重要な鍵と考えております。
- ・ ようやく数十例の審査をおこなったが、これまでの審査と比較して非常に介護度の変更がしにくくなった印象である。介護度の二次判定を変更する根拠として、または要介護1状態のケースについて要介護1か要支援2かの判定をする根拠としてまず調査員・主治医の特記事項の具体的な文言を理由としてそのまま抜粋して記載しないと認められないため、予習の段階でそのような文章を選び出しておく手間がかかるようになった。同様に審査会当日に記録係がこの文言を記入するのに当然余分の時間がかかり、審査会当日要する時間が2割ないし5割長くなるようになった印象である。



その間事務局の市職員は残業しているわけであり、事務コストが余分にかかるようになったことは間違いないと思われる。給付を増やさないための今回のソフト変更であるのが、事務経費が増えるのでは本末転倒ではないかと思われる。

## 7. 審査会を見学して

※2009年6月1日、実際の審査会を見学して（結城・本多が、ある自治体を訪問）

### ①見学状況

- ・ ドクターの意見書が白紙にちかいものもあって判断に困る。特記事項が多くなり読むのが大変になったが、とても丁寧に書かれてあり、特記事項で高齢者の状態をひろって介護度を判定している。
- ・ いままで「要介護5」だった人が今回の一次判定で「4」になった。そのとき「4」に変えるか、「5」に戻すか迷うことが多い。
- ・ 特記事項を読むだけで大変。1件につき、だいたい30分はかかる。
- ・ いままで40件判定していた時間で、30件しか判定できない。
- ・ 審査会前の読みとり時間に半日（以上）かかっているが、ボランティア作業。
- ・ 調査員も慣れていないため、特記事項を読んだだけでは高齢者の状態が分からないことがある。
- ・ これだけの犠牲を払っても（寝る時間を削って準備しても）無駄な話し合いの場合もあるという 無力感（経過措置期間は新規判定や区分変更申請のみ行えばいいのではないか!）
- ・ 申請から認定までほぼ1ヶ月かかるためリアルタイムの認定ができない不安感がある。特にがん末期や呼吸不全等の変化しやすい病態が示されている場合、余命6ヶ月以内であれば最高の要介護5として在宅や施設ですぐすことを支援してはいかかか。
- ・ 資料が減ってしまった。レ点欄、7群のレーダーチャート、日常生活自立度の組み合わせによる介護度分布、要介護度変更の指標の黒丸・白丸など。
- ・ 新しい資料の意義が理解しづらい。認知症加算（一次判定の分ではない、不連続なものが加算されている）。認知機能・状態の安定性の評価結果（給付区分：介護給付なのに、一次判定「非該当」?）
- ・ 1分間スタディについて、「施設介護の手間」と「在宅介護の手間」を同じ時間のものさしで評価するところに無理があることは設計者も認めている。
- ・ 現場では同じ状態の人が軽度化していると感じるが、実際どうなのか検証して頂きたい。
- ・ テキストを通読してみて、リハビリ医としておかしいと気づいた点を上げる。
- ・ 下肢の麻痺の有無を膝の伸展で評価している。日常生活では股屈曲が可能か否かが重要。
- ・ 拘縮も肩・股・膝にしぼってしまったのはリウマチ患者にとって障害を認めてもらえないことになる。
- ・ 座位は1分、立位は10秒で「できる」とするが、ADLには結びつかない。実際に「している」評価を望みたい。
- ・ 「嚥下能力」が「できる」「見守り」「できない」の3分類しかない。実際には、トロミ水、ソフト食など食形態を工夫し、一口ずつ少量などの手間をかけている患者が多いが、特記事項で表すしかない。
- ・ 排尿、排便では尿意、便意の有無を適切な時間の介助、促しが行われているか否かを問うべき。定時にオムツ交換を行っている実態もあると聞く。
- ・ 「火の不始末」「暴行・暴言」「飲水」など削除された項目が判断に有用だった。
- ・ 平成17年6月の改正により「新予防給付」が創設され、平成18年4月から3年間実施

してきたが、そのあいだ軽度化及び介護と支援を利用者が行き来してしまう混乱がみられた。その総括は、各自治体の審査会には明らかにされていないが、どのようなものだったのでしょうか？

- ・一方で経済的に一割負担が厳しくぎりぎりまで利用しないが、いざという時のため申請だけはしておく例は数多い。医療保険のように必要なときすぐ利用できる保証があれば無駄な認定手続きを中止できる。

## ②審査員の意見

- ・ 今回の見直しは要介護度が下がる傾向にある。この人がどうして「非該当」になるのか疑問に思うことがある。一次判定ソフトに問題があると感じている。特記事項を見直して救うように対応しているが、ソフトの問題をとでも感じている。
- ・ 経過措置で要介護度が戻るのは、審査委員には精神的にとても割り切れないものがある。いつまで経過措置が続くのかわからないのも精神的に負担になっている。
- ・ 改正前と高齢者の状態が変わっていないのに、介護度が下がることもある。
- ・ 一次判定ソフトでは身体介護が重視されており、問題行動が軽視されている（今回の改正に限ってではなく当初からのことであるが）。実際には、赤ん坊と同じで、「目が離せない」高齢者の方が介護をする家族には大変だと思う。「べんこね」（不潔行為）がある方が大変。
- ・ 介護保険開始当初、審査会は「ブラックボックス」と言われていたが、厚労省の逃げ口上ではないか。
- ・ （医師として）なによりも医師たちに意見書をしっかりと書いてもらいたい。合議体の審査で高齢者の状態をくみ取って救い、患者・利用者さんのためになる。新規の医師がどうにもならない意見書を出していることが多々見受けられる。医師の意見書の書き方の教育をしなければならないと感じている。
- ・ B市は、認定調査は厳しく特記事項をしっかりと記載するように指導している。他市の倍ぐらいの記載量がある。しかし、医師のなかには「病名」を書いて終わりというものがある。むしろ、国が医師の意見書の研修（年に一度ぐらいでも）をおこない、意見書を書く資格者を定めるぐらいのことをやってもらいたい。たとえ意見書を書ける医師が減ったとしても、現在のようにまったく何も知らない眼科医などの医師には意見書を書いて欲しくない。
- ・ 意見書にほとんど何も書いていない医師がいても、他市の医師であればあまり意見を言えない。主治医意見書を重視するなら、国や自治体にもう少し強制力があってよいのではないか。
- ・ B市の前回介護度と今回一次判定との差異を見てみると、一次判定では半分以上の人の介護度が下がっている。そのため、主治医意見書と特記事項で本当かどうか吟味して救っているような現状にある。結果、おおかたは、経過措置を利用しなくてもよくなっている。二次判定の判断でだいたい元の介護度に戻っている。「要介護度 3」だった高齢者が、今回の一次判定で「非該当」になったことがあったが、状態の改善がいくらかあるのかもしれないにしろ、さすがに「3」から「非該当」になるのはありえない。一次判定ソフトに問題があると感じる。
- ・ 高齢者の状態が同じであっても「施設」と「在宅」では大変さがまるで違う。特に認知症の介護で施設では当たり前であっても、在宅でみる家族にとってはとても大変である。それなのに施設か在宅かが反映されず一律に要介護度が決められる点が一次判定ソフトの弱みだと思う。
- ・ 認定調査の際に、普段は立てない人がその日だけパッと立ってしまい軽く判定されることがあったりする。日常的に動けないのに調査時だけで「麻痺なし」になるのはおかし

い。「起きあがり」や「座位」についても同様の問題がある。

- 一次判定ソフトを、「麻痺・拘縮」の部分だけでもいいので、元に戻せないか。
- 特記事項に書かれたものをどう拾い上げるかが重要になっている。指標をみて調べていくが、細かく見ていかないとバラつきが出てきてしまう。いままで以上に審査会に時間がかかっている。
- レーダーチャートがなくなったのは大変不便。
- 別表で確認することはできるが、審査会で時間がかかるので、正直言ってやっていない。
- 一つの合議体でだいたい 40 件みているが、特記事項を重んじているから 15~20 分ぐらい時間が長くなっている。
- 大病院の医師は介護保険を学んでいないし、入院中は介護保険が使えないこともあって医師は介護保険の知識がなくてもいいことが大きな問題だと思う。このような現状において大病院の医師は、高齢者の状態をひろえていない。
- 「麻痺・拘縮」がつくのとつかないのとでは介護度が大きく異なる。ペットボトルのフタを開けられないとか包丁をもてないのに、「麻痺・拘縮」がつかないことがある。
- 「買い物」「調理」に関する例示が少ないので、判断に迷う調査員が多いようだ。
- IVHをしていなければ「自立」となってしまうのが釈然としない気持ちがある。
- 調査員にも主治医にも注意してみられなければ見落とされてしまうが、口からものを食べることは大事で、ものを食べないとセメダインのように口がなってしまう。
- 経過措置について、実際にあるわけではないが、例えば 100 人入所の施設で、99 人が経過措置の申し込みをしたらそれは明らかにおかしい。介護度が下がった場合の施設側の経営の問題もあるのだろうが、施設入所者の多くが経過措置を申請することになったら必要以上の介護度を認めてもらおうとする作弄的なものを感じるだろう。

## 第4章 主治医の意見書

### (調査概要)

主治医意見書を担当している医師 11 名にアンケート及び、直接、ヒヤリングにて意見を伺った。その内容は、以下のとおりである。

#### 主治医の意見

- ・主治医意見書の体裁は、調査項目の大幅な変更にもかかわらず、記載項目の「褥瘡」と「相談」については、これまでの記入方法とほとんどかわらない。むしろ調査員の見ている部分との開きが大きくなってきている印象である。認定審査員に、特記事項などで詳細に伝えたくても、調査員の調査項目とあまり関係ないことを記載すると取り上げてもらえないのではないかと、危惧することもある。
- ・大きな病院に勤務していると、毎日、数十人の診察をしている。患者は、介護保険の申請をしたい、更新申請をしていると、申し出る人は少ない。診察後、役所から意見書の依頼状が来るが、診察した患者と一致することはできるが、細かなことまで、覚えていないことがある。その意味では、主治医意見書の依頼日（郵送で送られる）と、患者の診察日にタイムラグが発生し、詳細な意見書を書くことは、難しいと考える。特に、大病院ではそうである。もちろん、訪問診療や地域に根ざした開業医であれば、ホームドクターとしての機能が発揮されて、詳細な意見書ができるが、中小病院、まして急性期病院では、十分な意見書を作成することは、環境的に難しい側面がある。
- ・来院して介護保険を利用している多くの患者は、杖歩行等で、比較的、軽度な患者が多い。このような人に、「じょくそう」の確認は、口頭で本人から聞くことになる。また、車椅子で来院する患者も、同様である。その意味で、通常の診察の場で、各患者に対して、実際、「じょくそう」の有無を診ることは少なく、口頭で確認する程度である。
- ・主治医研修は、主治医に意見書の「位置」を知ってもらうべく審査会を一度見学してもらえば良いと考える（外科）
- ・予防給付の認定について……脳梗塞後遺症などで、麻痺のあるような方はリハビリを希望しているので、「介護」の認定がほしい。（外科・整形外科）
- ・主治医意見書は、十分な情報を得られるものがある反面、特記事項の記載のないものが多く、表面の記載も訪問調査員の調査票と食い違う点も多く、判断に迷うことがあります。
- ・対象患者が他の医療機関に入院中の場合、入院先へ主治医意見書が送付されますが、近いうちに退院となる場合など、面談場所の決定について困る場合があります。どのように対応すればよろしいでしょうか。
- ・主治医意見書のソフトに関して、地域ごとに書式が少し違っていますが、ソフトを利用して記入してよろしいでしょうか。（泌尿器科）
- ・主治医意見書を電子的に行うことができると幸いです。（内科）
- ・主治医意見書作成の依頼を受けたものの、介護保険受給に不相当と思われる方が時々見受けられます。介護保険制度を正しく理解していないのではないのでしょうか。（本人および関係者も含めて）（外科）
- ・相変わらず樹形モデルのブラックボックスはわからず、なぜこのケースが非該当で似たようなケースが要支援2なのかという例がまだみられる。
- ・主治医意見書に「看護職員の訪問による相談・支援」が追加されたことは、非常に有意義なことだと思います。

## 謝辞

本報告書を作成するにあたっては、多くの関係者にお世話になった。改めて御礼を申し上げたい。各自治体、東京社会福祉士会、千葉県医師会、千葉県介護支援専門員協議会、鳥取県地方自治研究センターなど、多くの団体に協力によって報告書をまとめることができ、重ねて感謝の意を述べたい。

協力者の皆様へ

淑徳大学准教授  
結城 康博

### 新要介護認定調査についてのアンケート（依頼）

2009年4月より、新しく方法で要介護認定調査が実施されていますが、その状況について、要介護認定審査員を行っている方を対象に自由意見を記述いただければと思います。これらの自由意見は、今後の研究ならびに執筆活動に反映させたいので、ご協力お願いいたします。

**自由意見**

ありがとうございました。ファックスの場合は、以下に返信ください

返信先：ファックス（淑徳大学：結城宛）（043-265-8310）