

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。

そうなると、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 集団への不応答」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、施設の人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とすることがある。

#### 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。