

- ・独居で在宅が続けられるかどうかの目安となる項目である。
- ・「外出して戻れない」同様。寄与率は低いかもしれないがリスクの高い行動であり、こうしたBPSDを捕らえることは、ケアプラン作成上の留意点として重要なものであると考える。

[項目は不要である]

- ・生活行為の調理ができず、火の管理ができないことや、仏壇にともしたらろうそくの火の管理ができないことなどを記載する項目であるが、火事になることは避けなければならないことなので、介護者も過敏になって対応しているので、生活行為全般の介護の手間を表現する項目を作り、そこに集約する方がよいと考えられる。

## 15.物や衣類を壊す

[項目は必要である]

- ・具体的な状況を調査することは可能な項目である。生活を支える上で、こうした行動は困難の要件である。寄与率は低いかもしれないがBPSDを捕らえることは、ケアプラン作成上の情報としても重要なものである。

[項目は不要である]

- ・生活行為の一部を取りあげて判断するより、介護の手間になることを表現できる項目をつくり集約する方がよいと考える。

## 16.不潔行為

[項目は必要である]

- ・「不潔行為」は介護者が目が話せない状況を生みだし、生活の維持ができなくなり、ストレスが増大する。また、利用者本人の行為により、精神的な不安定さを確認できる項目である。
- ・具体的な状況を調査することは可能な項目である。生活を支える上で、こうした行動は困難となる要件である。寄与率は低いかもしれないが、BPSDを捕らえることはケアプラン作成上の情報としても重要なものである。

[項目は不要である]

- ・生活行為の一部を取りあげて判断するより、介護の手間になることを表現できる項目をつくり集約する方がよいと考える。

## 17.異食行動

[項目は必要である]

- ・実際に、石けんを食べ窒息した事例がある。24時間目が離せない状況となるため、介護負担の増大を測ることができる項目である。

- ・把握が必要な、重大な項目である。
- ・認知症の進行状況が分る項目である。
- ・健康を維持する上で、リスクの高い行動である。「外出して戻れない」同様。寄与率は低いかもしれないが、BPSDを捕らえることはケアプラン作成上の留意点として重要なものである。

[項目は不要である]

- ・生活行為の一部を取りあげて判断するより、介護の手間になることを表現できる項目をつくり集約する方がよい。

## 18.環境等の変化

[項目は必要である]

- ・現在の状態が一過性のものなのか、継続的なものなのかを判断するのに必要である。
- ・環境の変化に弱いのは高齢者の特性とも言えるが、直近に大きな環境変化があったか、あるいは、過去それが原因で状態が悪化したかは把握する必要がある。
- ・介護を必要とする状況になった経過などを記載する項目である。「環境等の変化」の有無は、半年間の条件がつくが、急に介護が必要になったのか、徐々に必要になったのか、特に認知機能の低下に関しては周囲に人がなかなかそのことを認識しない場合や認められない現状があるため、この項目の記載をすることで認定調査員が実態把握をすることができる。認定審査会では本人に面談するわけではないので、項目には入っていない状況をできるだけ聞き取り、介護の手間を明らかにするために必要な項目である。

[項目は不要である]

- ・「新しい環境等で情緒不安定になる」という項目内容自体が客観性に欠ける文章である。寄与率も低いので効率化の観点から削除してもよいと考える。

## 19.電話の利用

[項目は必要である]

- ・施設においては問題にならない項目だが、在宅の場合はチェックが必要である。認知症のタイプ、進行によっても電話の対応は異なり、症状進行を把握する目安になる。

[項目は不要である]

- ・環境に左右されやすい項目であり、寄与率も低いので、効率化の観点から削除してもよいと考える。
- ・生活の自己管理ができるかどうかの判断をする項目であるので、金銭管理と一緒にしてはどうかと考えられる。

## 20.指示への反応

[項目は必要である]

- ・介護者のストレスが測れる項目である。
- ・言葉での指示が可能か、身振りなどで通じるかなど、ケア上の留意点になる項目である。介護者の負担感を測る上でも必要な項目である。

[項目は不要である]

- ・どのような場面で、どんな指示なのか、客観性に欠ける項目である。寄与率も低いので、効率化の観点から削除してもよいと考える。
- ・その場での指示が理解できるかで判断する項目になっている。しかし、実際には、「ご飯です」ということが理解できれば指示への反応は自立かといえ、生活の自己管理ができなければ自立ではないと考えられる。この項目は認定調査員の裁量が大きいため、認定審査員が判断しづらい項目である。ただし、生活の自己管理ができるか、抽象的なことが判断できるかなど、社会生活を送る時に必要な判断能力の程度を記載する項目は必要であり、指示への反応と意志の伝達はマニュアルの見直しをするか、別に項目を作る必要があると考える。

## 21.感情が不安定

[項目は必要である]

- ・介護するものも不安定さに左右され、介護ストレスが大きくなる項目である
- ・認知症による感情失禁なのか、環境の変化なのか、など「不安定」の原因を探っていくために必要な項目である。
- ・認知症だけでなく、精神疾患の方の手間を検討する場合、この項目の記載により手間の程度を判断しているため必要と考える。また、認知症ではないが依存傾向が強い人などの介護の手間を判断する材料ともなっている。

[項目は不要である]

- ・不安定さを何で推し量るかは客観性に欠ける項目である。寄与率も低いので効率化の観点から削除してもよいと考える。

## 22.同じ話をする

[項目は必要である]

- ・1日中同じ話につきあうことにより、介護ストレスが大きくなる項目である。
- ・情報として得ておくことで、対策が講じられる項目である。

[項目は不要である]

- ・「大声を出す」と同様、周りに対してどれくらいの迷惑を与えることになり、そのことにより介護の手間や困難さがどれくらい生じるのか判断が難しい項目である。項目としては削除してもよいと思うが、「作話」同様、BPSDを記載できる書式を工夫して代替えとする。
- ・あえてこの項目に記載することはない。

## 23.日中の生活

[項目は必要である]

- ・在宅の独居、日中独居などについては特に必要な項目である。
- ・認定申請する人で、「よく動いている」人などいません

[項目は不要である]

- ・客観性に欠ける項目であり、寄与率も低いので効率化の観点から削除してもよいと考える。
- ・生活が活発かどうかの判断をする項目であるが、基準があいまいであるため調査員が判断しづらい。調査対象者や介護者も答えづらい項目であるといえる。介護の手間につながらないと判断できる。

## Ⅱ その他の検討項目についての意見

---

### 1. 「要介護1相当の振り分けの方針」について

○主治医においては、認知機能を把握できていないこともある。調査員の評価かどちらかの状況において把握できれば良いのではないか。状態の不安定さは、医師の意見書の状態のところか、最後の意見を記入するところにその状況があれば、把握できる。医師は医療モデルで疾病の安定を評価してしまいやすいので、記入の説明が必要である。例としては、薬を飲めば安定している利用者が、薬が飲めているか、医師が解っているか、など。

○検討会の方針でよいと思いますが、主治医、調査員とも認知症自立度の研修が必要と考える。調査票、意見書の中であまりにも見当違いのものが多くみられる。

○認知症の疾病があっても介護の項目にチェックがなければ介護給付とならない。認知症があるということは、今後認知症の症状が進行することで介護が必要になると考えられても現在の状況で判断されている。予防といっても「認知症の進行を防いでいく」とことは簡単なことでなく予防給付の単位で評価されてよいか疑問である。

一次判定で要介護1相当になっているケースで、歩行ができない場合、認知症状があるか状態

が不安定でなければ予防となる。歩行ができないということは、住環境などにより自分の衣食住の管理さえままならない状況になっているということである。予防はある程度自分で生活ができる人が前提であることを考えると、介護が必要な人が予防でよいか疑問である。

認定だけを考えると身体状況や認知症の症状により介護の手間を大枠でくくり、介護の手間の程度により介護度を決めていくことは妥当であると考えられるが、給付に結びつけると現在の状況を維持していくというために必要なサービス量が保証される区分支給限度額が必要であり、介護度を決めるのに苦慮している。

## 2. 「運動機能の低下していない認知症高齢者の指標の改定案」について

○運動機能が低下していない認知症については、現状でも低く判定されることが多い。周辺自治体に比べ、要介護度が高く出るといわれる自治体でも、徘徊のある認知症高齢者で要介護2のケースは多い。そのため必要なサービスが利用できない。積み増しにせよ、自動的に重度化するにせよ、配慮が必要と考える。

○認定における認知症の評価が不完全であるがために現行のやり方でも今回検討されている時間を足し上げる形でもいずれも同様であるが論理的にはかなり無理な方法にて結果を修正する形となっている。いずれにしろこのような対応を取ることにについてのエビデンスは弱いといわざるを得ない。これを何とかしていかないと今後の認知症対策上問題が生じると思う。何としてでも確実な認知症の診断とそれによる BPSD などによる生活困難の度合い、介護の手間をキチンと評価出来るようにならねばならない。これについては現行及び今後の方法はあくまでも暫定的なものとして捉え、認定審査会にて実際の生活状況に合わせた形での介護の手間などを勘案できるようにする必要があると考える。方法としては現行7群の項目のところにも記載したが BPSD を記載できる書式を工夫してそれをもって修正可能としていくといった対応がしかるべきと考える。

○「認知症の問題行動があるので、自動的に重度化する」ということになると現在の審査会の判定指針の変更が必要となる。つまり、現在の認定審査会では認知症状により必要な状態区分が変わってくることを前提に2次判定を行っている。病状だけで介護度を全てあげるということは、介護の手間を検討して要介護状態区分を決めていくという介護保険制度の前提を崩すことになると考えられる。確かに認定調査の特記事項の記載が問題行動の内容を曖昧に記載されている場合もあるが、私の関わっている市では、介護度に反映されないことが多い。審査されるのは介護の手間がどの程度必要かということであり、問題行動があっても生活が成り立っていれば介護度に影響しない場合も多いのが現状となっている。

## 3. 「特別な医療にかかる時間の修正」について

○在宅での管理の状態に基づいたタイムスタディができるのか、疑問がある。調査実施をするのであれば、現場の看護職、介護職などを含めた設計をしていただきたい。

○特別な医療に関しては、今後のタイムスタディによるデータ修正と聞いているが、現行の基準にて

- ・経管栄養が最も時間が長く評価されていること
- ・点滴・IVH・透析が共に8.5分ということ

については違和感を覚える。

現場の感覚としては、透析がもっともこれらの中では手間を要するものとして考える。理由は透析の装置が必要となり、それが設置されている病院などに出向いて処置を受けるものであり、他の処置については在宅などでも可能な事柄である。これに対して経管栄養は経鼻であれPEGであれ、製品として用意された栄養剤などを滴下する行為であり、それ程の手間は要さないといった印象が強い。どのような調査を根拠にして修正するか不明だが、実態として透析患者は運動機能や認知機能に対しての障害はない者が多く、生活の中での留意点や制約が多いのにもかかわらず、その手間などが要介護認定に反映されないの、これに対しての何らかの対応は必要なものと思う。

○治療時間等で検討が必要なのは透析にかかわる介護の時間が短い。身体状況が透析後悪くなくても介護の手間がそれほど増えないと考えられると要介護状態区分が低くなることもある。

### Ⅲ 今後の要介護認定のあり方についての意見

---

高砂裕子 [(社)南区医師協会居宅介護支援センター]

---

○利用者や家族の要介護認定に対する信頼が落ちている。事実を表せる、介護の手間を凶れるものにすることが重要と考える。また、認定調査に、利用者や家族が不安なため、ケアマネジャーが毎回、同席せざるをえない。

1. 認定審査会には、現任の介護支援専門員がチームとして入るなど、審査会の在り方の検討も必要と考える。また、認定調査員の研修にも現任の介護支援専門員がチームとして入るなど、調査の在り方の検討をしていただきたい。
2. 介護予防の対象者は、短期間で状態が変化することは、困難であり、今までの要介護認定結果を分析し、半年の更新の妥当性を検討していただきたい。

小島美里 [NPO法人暮らしネット・えん]

---

○複数のケアマネジャー、特別養護老人ホーム勤務経験者などの意見をまとめたが、在宅利用者の認定調査項目としては全項目削除すべきではない、との結論になった。全体にかかわる理由として次のような意見がでた。

1. 要介護認定調査は単に要介護認定のためだけでなく、認定後、ケアマネジャーが開示請求し、アセスメント・ケアプランの参考資料としている。項目削除は、情報量の減少につながる。
2. 二次判定で一人当たりの認定に要する時間は数分、という現状の中、特記事項などで一次判定結果より重いことが推測されるケースであっても、一次判定よりも重度に判定されることは少ない。認定調査項目の削除が要介護度を引き下げる要因になるのは明らかである。
3. 1～4のような医療関連の項目は、医師の意見書がしっかりしたものであれば削除してもよいが、現状は医師により差が大きく、情報を得ることが期待できない。
4. ケアのあり方を身体介護モデルから認知症モデルへと謳われながらも、認知症の専門医がいる地域は少ない。医師の意見書で認知症なしとなっていたケースで、専門医の診断を受けて進行した認知症と判定されるような現状の中、チェック機能を果たせるのは、認定調査である。認知症の状態が軽く見られがちとして、項目が追加された経過があるなか、認知症関連項目の削除を検討するのは、要介護認定の後退である。
5. 今回の削除候補項目には、在宅高齢者の実情が反映されていない。特に、「外出して戻れない」、「一人で出たがる」、「火の不始末」、「電話の利用」などは絶対に外すことはできない。今後、在宅調査と施設調査で項目を分けるなど、一層の検討を加えるべきである。
6. 初回の認定調査時には、直近の状況だけでなく、これまでの経過を加えるべきである。重度化してからの申請の場合、これまでの状態像が把握できない。
7. 出現頻度が少ない認定項目こそ、出現した場合の把握が必要である。初回認定では他に情報を得られない可能性が高い現状を踏まえると、削除することが妥当とは考えられない。

松田昇 [神奈川県介護支援専門員協会、社会福祉法人育生会よつば苑]

○過去より本検討会の様子を見てみると、統計的手法により進められる認定の見直しと、認定当事者である高齢者自身やその周辺にいる私たち福祉専門職の捉まえる認定には乖離が生じているという事が大きな問題であると考えます。

統計的処理の中では効力の小さい 7 群の問題行動関連の項目や褥瘡についてですが、一般的な観点から見れば高齢者の生活に大きく関わる項目であることは間違いありません。生活の実態と認定のプロセスは途方もなく離れてしまっていて違和感を感じざるを得ません。

7 群については確かに客観性を担保することは難しい項目ではありますが、認知症やそれに付随する周辺症状を要介護度認定の中にどの様に関連づけていくかは、今後研究を進めていかねばならない課題であることは間違いありません。この事を認定プロセスの効率化や時間的制約の問題などから棚上げにして、効力が低いから削除してしまえという事はかなり乱暴なことであり、当事者である被保険者への説明や同意を軽んじているといえます。

現在の進み方は、正に当事者不在となっており、目の前の課題である効率化+ $\alpha$ の事しか眼目になくなってしまっている結果を表わしていると感じます。

【今後の検討会にもとめられるもの】

- ① 当事者が納得しやすい仕組みをどうやって作り出すかを第一にするということ。認定について統計的手法によらざるを得ないということは理解できますが、現在の進め方では到底納得することはできないと思います。要介護高齢者の生活の実態に沿う、その困難さを拾い集めることができる項目で統計的処理にあるものを見つける必要があると思います。ロジックは柔軟性に富むということを知っています。
- ② 適正化事業により保険者の独自性が失われてしまっていると思います。全国一律の手法が求められるという事ですが保険料率やサービス内容についてある程度の独自性は求められている事であります。認定変更率などを単純に比較して多い少ないを議論すべきではないと思います。
- ③ 二次判定機関である認定審査会はもともと「機械が打ち出した一次判定に対して人間の視点を反映させる」という目的があるはずで、保険者についての独自性と同様に審査会についての独自性をもっと認められても良いものと思います。
- ④ これらのことによりもしも給付が更に拡大し財源に影響がでるとするならば、介護や認定の問題だけでなく社会保障全体についての費用をどの様にまかなっていくのか、広く国民の判断を仰ぐべき問題と思います。

吉川和徳 [ふつうの暮らし研究所所長]

---

○事務の効率化、二次判定の平準化につながるのであれば調査項目の削減、要介護1相当の一次判定での振り分けは必要なものであると思います。ただし、以下の点について配慮をいただければと思います。

1. 二次判定では調査員の特記事項を重要視しています。項目削除に伴い、特記事項が減ることが二次判定に影響を与えることが懸念されます。たとえば一次判定には影響しないが、特記事項のみこれまでの項目を記載できるようにするなど、一定の配慮をする必要があるかと思えます。
2. 要介護1相当の一次判定での振り分けは、二次判定でのバラつきをなくすという意味では評価できるものですが、一律、機械的に実施する方法によっては、要支援と要介護を行き来して、その都度ケアマネジャーの変更を余儀なくされるなど、利用者にとっての影響も懸念されます。一次判定結果を二次判定で再検証できるような仕組みをご検討いただければと思います。

木崎志づ香、安岡厚子 [NPO法人サポートハウス年輪]

---

○「問題行動」ではなく、「行動障害」という表現がよいと考える。在宅と施設では介護にかかる手間が大きく違うので、在宅モデルを反映させるべきと思う。特に認知症の場合、環境が大きく左右することを考慮できるようにすべきである。独居、高齢（85歳または90歳以上）



の場合、基準時間をつみ足す方式を取り入れることを検討してほしい。

松田晴恵 社会福祉法人敬寿会横浜敬寿園

#### ○調査の整合性について

①18年度改定で「調査を市町村の職員が行うことで、調査の整合性を保てる」というコメントを国が出しているが、調査の整合性が初対面の人の1時間ほどの調査で保てるかは疑問である。

本市の場合、介護保険制度が始まる前年度に調査をどうするか、介護保険準備室と職員とモデル事業を行ったスタッフで検討し、日常の状況をわかっているケアマネジャーが調査を行う方が介護の手間についての適正な情報が記載されるということで、ケアマネジャーが調査をすることとなった。ただし、調査をケアマネジャーに丸投げするのではなく、必ず保険者が全ての調査の記載内容がマニュアルに当てはまっているか確認することを前提としている。そのため、他市に比べて調査の問い合わせが細くなっている。認定審査会では、その聞き取りも含め、状態について保険者から情報提供されたものを元に判定している。認定調査員により記載内容に差があることは全くないとはいえないが、一次判定のロジックが認知症の方の時間が短くなっている以上、認定調査員の記載内容の精度を上げる必要がある。そのため、ケアマネジャーでは調査内容が中立にならないという理由で、行政が調査を行うことが適切な調査となるか疑問である。

②1群から4群は本人の身体現状を記載し、5群以降は介護の手間が記載されることとなる。介護保険制度で維持していかなければならない人たちである独居・高齢者世帯は、介護されていないことも多く、手間がかけられないため、同居家族がいる人に比べて要介護状態区分が低くなる印象がある。排泄・着替えなどができていなくても、手間をかける人がいなければ自立となっている。同居家族がいる場合と独居・高齢者世帯とでは、利用する介護保険サービス内容にも違いが出てくる。できるだけ多くの高齢者が在宅生活を維持していくためには、基本的な衣食住が維持できる要介護状態区分が必要ないか判定に疑問を持つことがある。

③認知症の7群の項目については、当初から言われていたように問題行動が多いほうがより介護の手間がかかっていると判断される。しかし、在宅・施設ケアは、いかに問題行動を少なくし安心して生活してもらえるように対処するのかがケアプランの重要課題となっている。そのため、本人の生活時間や訴えに合わせて介護スタッフが援助をしている。7群のチェックが少なくなった時、意欲低下や身体機能の低下によりチェックが減った場合と、ケアにより安心して行動が減った場合があり、「行動が減った」=介護の手間が減ったわけではない。認定調査の項目変更を行うとしても、ケアプランができていて自立支援につながる介護をしている方が手間がかからなくなっているという判断はされないようにしていかなければ働く職員は労働意欲を低下させる結果となると考えられる。

④認定単独であれば状態区分を仕分けすることは可能である。しかし、それに限度額という利用できるサービスの費用がついてくるため、②で述べたように生活状況により必要なサービスの量は違ってくる。例えば買い物をする頻度が減って困っているために申請をした結果、

現在、買い物は不十分ながらできていると判断されると介護の手間はかからないとなる。介護保険という保険料を支払っている人が国の基準に満たなければ自分の生活に必要なサービスを自己決定できるといわれながら自己決定できない現実がある。