

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査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う。

### 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いと、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つ感じました。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う

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を希望する」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ついでこ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割長くかか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。

## 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過ごすことを支援してはいかかがか。
- ・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、ソフトの問題をとっても感じている。
- ・ 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っ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。「起き上がり」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為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）