

第2回 要介護認定の見直しに係る検証・検討会

－ 議 事 次 第 －

日時:平成21年7月13日(月)

15:30～18:30

場所:航空会館7階702, 703会議室

議 題

- (1) 要介護認定方法の見直しに関する意見等について
- (2) 要介護認定方法の見直しに関するヒアリングについて
- (3) 要介護認定状況の集計結果について (第一次集計)
- (4) その他

配付資料一覧

- 資料 1 要介護認定の見直しに係る検証・検討会名簿
- 資料 2 要介護認定の見直しに係る検証・検討会開催要綱
- 資料 3 「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成 12 年厚生省告示第 91 号）の一部を改正する件に寄せられた御意見について
- 資料 4 認定調査員テキスト 2009（案）に対する自治体からの意見等について
- 資料 5 質問窓口メールアドレスに寄せられた問い合わせについて
- 資料 6 森参考人（福祉自治体ユニット代表幹事：愛知県高浜市長）提出資料
- 資料 7 石田委員提出資料
- 資料 8 木村委員提出資料
- 資料 9 - 1 高見委員提出資料①

資料 9 - 2 高見委員提出資料②

資料 1 0 筒井委員提出資料

資料 1 1 結城委員提出資料

資料 1 2 今回と次回の集計について

資料 1 3 要介護認定状の調査結果について
(第一次集計)

資料 1 4 調査項目の選択肢に係る自治体間のバラツキの
比較について

参考資料 1 要支援・要介護度別、居宅サービス給付単位
数階級

参考資料 2 「要介護認定方法の見直しの検証」及び「基
本調査項目の選択基準について」

参考資料 3 - 1 平成 21 年度要介護認定実態調査 調査 B
保険者調査質問票

参考資料 3 - 2 平成 21 年度要介護認定実態調査 調査 C
主治医意見書・特記事項調査

要介護認定の見直しに係る検証・検討会 名簿

(敬称略・五十音順)

委員名	所 属
池田 省三	龍谷大学教授
石田 光広	東京都稲城市福祉部長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会会長
高橋 紘士	立教大学教授
高見 国生	社団法人認知症の人と家族の会代表
田中 聡子	社会福祉法人大慈厚生事業会ケアハウス大慈施設長
◎田中 滋	慶應義塾大学教授
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部 福祉マネジメント室室長
野中 博	医療法人社団博腎会野中医院院長
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
本間 昭	日本認知症ケア学会理事長
三上 裕司	日本医師会常任理事
結城 康博	淑徳大学准教授

(◎ : 座長)

要介護認定の見直しに係る検証・検討会開催要綱

1. 趣旨

平成21年度からの要介護認定について、見直しの影響についての検証を行うため、要介護認定の見直しに係る検証・検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

2. 主な検討事項

見直し後の要介護認定の実施状況を把握した上で、客観的なデータに基づいて検証を行う。

3. 検討会の運営等

(1) 検討会は、厚生労働省老健局長が招集する。検討会の庶務は、厚生労働省老健局老人保健課において行う。

(2) 座長を置き、委員の互選によりこれを定める。座長は検討会を総理する。

(3) 参考人の招致

座長は、討議の必要に応じ、適当と認められる有識者等を参考人として招致することができるものとする。

(4) 審議の公開

審議は原則公開とする。

(5) 検討スケジュール

平成21年4月に第1回会合を開催し、以後、必要に応じ適時開催する。

「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成12年厚生省告示第91号）の一部を改正する件」に対して寄せられた御意見について

平成21年3月31日
厚生労働省老健局老人保健課

標記について、平成21年1月30日から3月2日までホームページを通じて御意見を募集したところ、59名から86件の御意見を頂きました。

お寄せいただいた主な御意見とそれらに対する当省の考え方について、以下のとおり御報告いたします。なお、とりまとめの都合上、いただいた御意見は、適宜集約して掲載しています。

また、意見募集の対象外の御意見につきましては、個々の回答はいたしません。お寄せいただいた御意見に関しましては、今後の参考とさせていただきたいと考えております。

御意見をお寄せいただきました方々の御協力に厚く御礼申し上げます。

頂いた御意見の概要と当省の考え方

<御意見>

- 要介護認定等基準時間の推計の方法は、なぜ変更になるのか。何を根拠に決めるのか全く理由がわからない。

<回答>

現行の要介護認定等基準時間を推計するために用いる考え方（以下「樹形図」という。）は平成13年のデータを使用しており、介護の実態を反映していないのではないかとの指摘がありました。

今回の改正は、こうしたご意見を踏まえ、最新のデータを取り込み、介護の状況をより的確に反映させるため、

- ① 平成19年に厚生労働省が実施した高齢者介護実態調査におけるタイムスタディ調査
- ② 2度にわたるモデル事業
- ③ 公開の要介護認定調査検討会における6回にわたる御議論を経て、実施したものです。

また、樹形図の作成については、最新の高齢者介護実態調査のデータを基に、介護にかかる手間をより正確に反映するよう、統計的な処理により作成されたものです。

<御意見>

○ なぜ、認定調査項目の変更が必要なのか説明がない。

<回答>

認定調査項目の変更については、ケアにかかる手間をより正確かつ効率的に推計できるよう、現在の項目（82項目）に要介護認定に有効ではないかと推測された多くの候補項目を加えた後に、介護の手間の程度と関連の深い項目の選出等にあたり、公開の場で検討を行うとともに、関係団体からの意見にも配慮を行いながら適切に選定したものです。

<御意見>

○ 現行の7群の問題行動に関する認定調査項目の「幻視幻聴」、「暴言暴行」、「火の不始末」、「不潔行為」、「異食行動」などの削除により、認知症の方の認定が低く出てしまうのではないか。

<回答>

御指摘の「幻視幻聴」等の項目については、これらを用いない場合でもコンピュータによる介護に要する時間の推計の精度にほとんど影響がなく、また、主治医意見書に同じ項目があることから、認定調査項目から削除しても適切な判断が可能と考えています。さらに、調査員が記入する認定調査票においても認知症高齢者の日常生活自立度に関する特記事項の記入欄を設け、「幻視幻聴」等の認定調査項目に含まれていない認知症に関連する症状について記載して、介護認定審査会へ情報提供する機会を増やしています。このようなことから、御指摘のようなおそれはないものと考えます。

<御意見>

○ 認定調査項目に「買い物」と「簡単な調理」が入ったことは、生活上での困難性がわかりやすくなってよい。

<回答>

認定調査項目については、現行の82項目に加え、介護の手間を推計するために有効ではないかと考えられる多くの候補項目を加えた上で、実際の介護の手間との関連を分析して選出し、ご指摘のような改正を行いました。

<御意見>

- 新認定調査項目において、第1群や第2群及び第5群の多くの項目の選択肢にある「自立（介助なし）」、「できる（介助なし）」は、介助について聞いている項目なので変更すべきではないか。

<回答>

認定調査項目のうち、介助の程度を問う16項目の選択肢について、「申請者の能力を問っているかのような誤解を与えかねない」との関係団体等からの御意見を踏まえ、「介助されていない」と修正しました。

<御意見>

- 食事、排泄、移動、清潔保持の4つの樹形図の末端付近で、麻痺がある方が基準時間が短くなるという逆転現象が存在する。このような不合理な逆転現象が樹形図の末端で出現する場合は、樹形図の枝を1つにまとめるなどして、適宜補正すべきではないか。

<回答>

樹形図は、同じ特性をもった人たちがどれだけ介護に時間を要するかを推計するものです。樹形図をたどる際に関与したすべての調査項目のなかから介護に要する時間が算定されるため、一つの分岐における調査項目の結果の軽重だけからのみ介護に要する時間の長短が決まるわけではありません。介護の手間全体としては逆転現象は生じておらず、介護の手間を正確に反映するものとなっていると考えます。

<御意見>

- 現在の樹形図は、視力が良好であることが前提に開始されています。全盲など視力障害者の場合、環境が変わったりすると一人ではどこになにがあるのかを認識できず、自分では着衣などできないが、そのような点が全く考慮されていない。

<回答>

樹形図を作成する基礎データである介護にかかる手間をタイムスタディにより測定した高齢者介護実態調査では、視力が低下しておられる方も含まれており、必ずしも視力が良好な方だけを選定しているわけではありません。また、視力に障害がある場合に必要となる「上衣の着脱」、「つめ切り」など、実際に行われている介助等も樹形図には反映されており、ご指摘のような懸念は考えにくいと思われまます。

認定調査員テキスト2009(案)に対する自治体からの意見等について

○ 実施期間 2008年12月12日～12月19日

○ 募集方法 認定支援ネットワークにテキスト案を掲載し、電子メールにて受付

○ 回答があった自治体 197自治体

○ 意見等の数 1,972件

(※同一市町村からの重複する意見等を除いた数)

○ 内容

※同一市町村からの
重複する意見等を除いた数

・ 提案(表記方法の代替の提示、提案など)	156 件	(7.91 %)
・ 要望(追記や変更を求める要望)	290 件	(14.71 %)
・ 内容の指摘(記載されている考え方に対しての別の視点からの意見、指摘)	331 件	(16.78 %)
	↳ 777件	
・ 質問、確認(記載内容に関する疑問や解釈方法の確認に関する意見)	1,063 件	(53.90 %)
・ 誤字、修正等の指摘(誤字、誤表記等の指摘)	94 件	(4.77 %)
・ 評価(本テキストに対する肯定的な感想、評価)	17 件	(0.86 %)
・ その他(上記以外)	21 件	(1.06 %)
合計	1,972 件	(100.00 %)

件数が多かった意見について

○「提案」、「要望」又は「内容の指摘」(777件)のうち、これまで、テキストの修正等で対応していない603件の中で、意見等が多かった項目は、

①拘縮の有無(31件)、②麻痺等の有無(28件)

であり、③移動(21件)、④金銭の管理(19件)、⑤薬の内服(17件)が続く。

	全体	その他	1群 身体機能・ 起居動作	2群 生活機能	3群 認知機能	4群 精神・ 行動障害	5群 社会生活 への適応				
1	82	69	28	14	6	4	17	1	1-2	拘縮の有無	31件
2			31	21	4	2	19	2	1-1	麻痺等の有無	28件
3			7	4	3	4	8				
4			6	10	10	9	6				
5			13	16	3	4	15				
6			8	10	3	1	16				
7			4	8	0	3	—				
8			6	7	3	1	—				
9			5	5	2	0	—				
10			10	7	—	3	—				
11			2	14	—	2	—				
12			7	8	—	7	—				
13			5	—	—	10	—				
14			—	—	—	10	—				
15			—	—	—	5	—				
群全体			2	2	1	9	2				
計	82	69	134	126	35	74	83				

3	2-2	移動	21件
4	5-2	金銭の管理	19件
5	5-1	薬の内服	17件
6	2-5	排尿	16件
7	5-6	簡単な調理	16件
8	5-5	買い物	15件
8	2-1	移乗	14件
10	2-11	ズボン等の着脱	14件
		全体に関して	82件
		その他に関して	69件

計 603件

※全体に関して：テキスト全体に係る内容や複数の群にまたがる内容に関するもの
 その他に関して：1～5群以外の特定の説明箇所に関するもの(特別な医療を含む)

「拘縮の有無」及び「麻痺等の有無」への意見等について

○「拘縮の有無」及び「麻痺の有無」の両項目は、特に意見等が多かった項目であるが、その内容は多岐に渡っており、内容ごとの件数は、1～3件であった。

拘縮の有無(1群)

「その他」の扱いについての提案	3
調査方法についての要望及び指摘	3
表現の統一についての要望及び指摘(「他動的」か「自動または他動運動により」か)	3
調査方法の図の修正についての提案及び要望	2
調査方法の図の追加についての要望	2
判断基準の明確化についての要望	2
表現の変更についての要望及び指摘	2
0脚の場合の取扱いについての要望	1
異なった選択が生じやすい点の変更についての提案	1
工夫して生活している場合における注釈の必要性についての提案	1
指導者研修内容についての指摘	1
支障を考慮すべきとの指摘	1
図の説明文の追加要望	1
代替の確認方法の指摘	1
調査時に生じるリスクについての指摘	1
調査員のブレの可能性についての指摘	1
拘縮の定義についての指摘	1
認知症の場合の判断基準に対する指摘	1
片方にのみ開く場合の判断基準の記載要望	1
家族の立会いがない場合の特記事項記載例追加要望	1
表現の統一要望(伸展・屈曲)	1
総計	31

麻痺等の有無(1群)

支障を考慮すべきとの指摘	3
検査方法の図の修正についての提案、要望及び指摘	3
「その他」の扱いについての提案及び指摘	2
パーキンソン病の日内変動がある場合についての要望及び指摘	2
確認動作実施を明記することについての提案	2
指導者研修内容についての要望及び指摘	2
下肢を挙げる高さを具体的に示す図の要望	2
検査方法の図の説明についての要望(膝下に枕を入れる必要があるかということの明記)	2
頻回な状況の考え方についての指摘	2
工夫して生活している場合における注釈の必要性についての提案	1
麻痺と拘縮の関係についての指摘	1
注意事項記載の必要性についての提案	1
認知症の場合の判断基準に対する指摘	1
判断基準の明確化についての要望	1
膝上から欠損している場合の選択すべき選択肢についての指摘	1
調査内容の表現の簡素化についての提案	1
表現の変更についての指摘	1
総計	28

○ 次いで「移動」、「金銭管理」、「薬の内服」の項目も意見が多かった。「移動」に関しては、「移動機会がない場合の判断」に関して多くの意見が集まったが、その他の内容は多岐に渡っており、内容ごとの件数は、1～3件であった。

移動(2群)

移動機会がない場合の判断についての指摘、要望及び提案	10
特記事項の記載例の変更(例①朝屋等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合)についての指摘	2
「1. 自立」という選択肢の名称についての要望	1
「2. 見守り」の常時の付き添いの必要性の明確化についての指摘	1
「2. 見守り等」の定義で示される「日常的な会話」の明確化についての要望	1
定義の「日常生活」の示す範囲の明確化についての指摘	1
特記事項の記載例の追加についての要望	1
独居等で常時、介助をする者がいない場合の明確化についての要望	1
認知症への声かけに関する記載についての指摘	1
特記事項の記載例の変更(例②福祉用具や器具類を使用している場合)についての指摘	1
特記事項の記載例の変更(例③調査上の留意事項及び特記事項一番目)についての提案	1
総計	21

金銭管理(5群)

特記事項の記載例の変更についての指摘	3
特記事項への記載の徹底の必要性についての指摘	3
(3)調査上の留意点及び特記事項の記載例の変更についての指摘	2
異なった選択が生じやすい点の変更についての指摘及び提案	2
定義が分かりにくいとの指摘及び明確化についての提案	2
「2. 一部介助」の定義の明確化についての要望	1
「3. 全介助」の判断基準についての指摘	1
小銭の管理の考え方についての指摘	1
独居等で常時、介助をする者がいない場合の明確化についての指摘	1
入院時の場合の考え方についての指摘	1
無駄な買い物・適切な財産管理、日常の意思決定の明確化についての提案	1
当該項目以外についての要望	1
総計	19

薬の内服(5群)

特記事項への記載の徹底の必要性についての指摘	3
個別のケースの判断についての要望	2
選択肢の追加についての要望及び提案	2
(4)異なった選択が生じやすい点の記載内容の変更についての提案	1
在宅の場合の考え方についての指摘	1
食事摂取との違いについての提案	1
特記事項の記載例の変更についての提案	1
認知症の場合の考え方についての指摘	1
能力勘案の廃止への異議(指摘)	1
服用すべきでない薬を服用する場合の考え方についての指摘	1
薬の管理についての指摘	1
薬の用意についての指摘	1
薬の理解についての指摘	1
総計	17

「全体に関する意見」のうち、特に多かったものは、「旧テキストとの変更点の明示についての提案及び要望」と「レイアウト」に関する意見だった。次いで、従来「能力勘案」していた項目に関して「介助の方法」で選択することになったものに関する意見、そして、「特記事項への記載の徹底の必要性」を指摘する意見が多かった。その他の内容は多岐に渡っており、内容ごとの件数は、1～3件であった。

全体

旧テキストとの変更点の明示についての提案及び要望	11	樹形モデル採用についての提案	1
レイアウトについての提案及び要望	9	住宅改修の場合の考え方についての指摘	1
従来「能力勘案」していた部分と「介助の方法」の考え方の違いについての指摘	5	省の問い合わせ機能の強化についての要望	1
特記事項への記載の徹底の必要性についての指摘	4	審査会での扱いに関する記載の追加についての指摘	1
サービス利用についての提案及び指摘	3	模範的な審査判定モデルの提示についての要望	1
特記事項の記載例全般についての要望及び指摘	3	制度開始日の延期についての要望	1
独居等で常時、介助をする者がいない場合の考え方についての要望及び指摘	3	選択に迷った場合の考え方についての要望	1
重要となるポイントの明確化についての提案及び要望	2	調査の考え方についての提案	1
語句の意味の明確化についての要望	2	調査員ごとの判断のばらつきについての提案	1
在宅と施設の差の考え方についての提案及び指摘	2	語句の意味の簡素化についての要望	1
調査項目の定義の厳格化についての要望及び指摘	2	調査項目の狙いを記載してほしいとの要望	1
調査対象期間の考え方についての提案及び指摘	2	調査項目の定義を更に分かりやすくしてほしいとの要望	1
付属資料の要望についての指摘	2	調査票の様式の記載についての提案	1
「介助の方法」の考え方についての指摘	1	選択肢間で選択に迷う定義の明確化についての指摘	1
「見守り」の定義についての要望	1	特記事項、留意点を巻末にまとめてほしいとの提案	1
Q&Aのテキストへの反映についての要望	1	特記事項への記載に関する判断の仕方についての提案	1
モデル事業との整合性についての指摘	1	入院直後の場合の考え方についての要望	1
異なった選択が生じやすい点全般についての提案	1	認知症の場合の調査についての要望	1
概況調査の扱いについての要望	1	認定ソフトについての指摘	1
研修での指導についての要望	1	能力勘案の考え方についての提案	1
在宅・施設の差についての指摘	1	全体を通じての平易な文章化についての提案	1
事業者への周知についての要望	1	予防のために行われている介助の捉え方についての指摘	1
事務局の対応についての要望	1	総計	82

「その他(1~5群の定義等以外)の記載に関する意見」のうち、特に多かったものは「認知症高齢者の日常生活自立度」に関する意見だった。次いで多かったものは判断基準3軸のフローチャートに関する意見及び特別な医療全般に関する意見だった。その他の内容は多岐に渡っており、内容ごとの件数は、1~3件であった。

その他

認知症高齢者の日常生活自立度についての提案及び要望	6	根拠となる法令の条文の箇所の記載についての要望	1
判断基準3軸のフローチャートについての提案、要望及び指摘	4	朝昼等の時間帯によって異なる場合に関する考え方についての指摘	1
特別な医療 全般についての指摘	4	審査会資料の様式の掲載についての要望	1
障害高齢者の日常生活自立度についての要望及び指摘	3	図の修正についての要望	1
特別な医療 酸素療法についての指摘	3	調査員判断の具体例の記載についての要望	1
特別な医療 疼痛の看護についての指摘	3	調査票の記載方法に関する記述の充実化についての要望	1
独居等で常時、介助をする者がいない場合の考え方についての指摘	3	調査票記入の方法の記載についての要望	1
「日頃の状況」で判断する際の考え方についての指摘	3	特記事項の記載の徹底の必要性についての指摘	1
要介護認定の基本設計に関して 文章表現方法についての指摘	3	特別な医療 ストーマについての指摘	1
個別のレイアウトについての要望	2	特別な医療 レスピレーターについての指摘	1
語句の修正についての要望	2	特別な医療 在宅酸素についての指摘	1
障害高齢者及び認知症高齢者の日常生活自立度双方についての指摘	2	特別な医療 中心静脈栄養についての指摘	1
特別な医療 点滴の管理についての指摘	2	特別な医療 点滴についての指摘	1
特別な医療 透析についての指摘	2	独居等で常時、介助をする者がいない場合の判断についての指摘	1
特別な医療 カテーテルについての指摘	2	日中独居に関しての考え方についての指摘	1
タイムスタディに関する説明についての指摘	1	入院中の場合の考え方についての指摘	1
一次判定の仕組みについての指摘	1	判断基準3軸に関しての考え方についての指摘	1
概況調査についての指摘	1	頻回な状況の判断の仕方についての指摘	1
虐待の場合の対応の記載についての要望	1	普及啓発についての要望	1
指導者研修との齟齬についての指摘	1	要介護認定の基本設計に関して 具体例の記載についての要望	1
		総計	69

質問窓口メールアドレスに寄せられた問い合わせについて

- 質問窓口のメールアドレスについては、要介護認定の見直しに係る問い合わせの増加を受け、3月19日に開設したところ。
- 開設後の質問受付状況については以下の通り。
- 個別の調査項目に係る質問については、第1群、第2群と第5群が多かった。特に、定義の見直しが行われた項目(1-1麻痺、1-2拘縮)、選択基準の見直しが行われた項目(2-5排尿、2-12外出頻度)や新たに追加された項目(5-5買い物、5-6簡単な調理)に関する質問が目立った。
- 質問者は主に自治体であった。

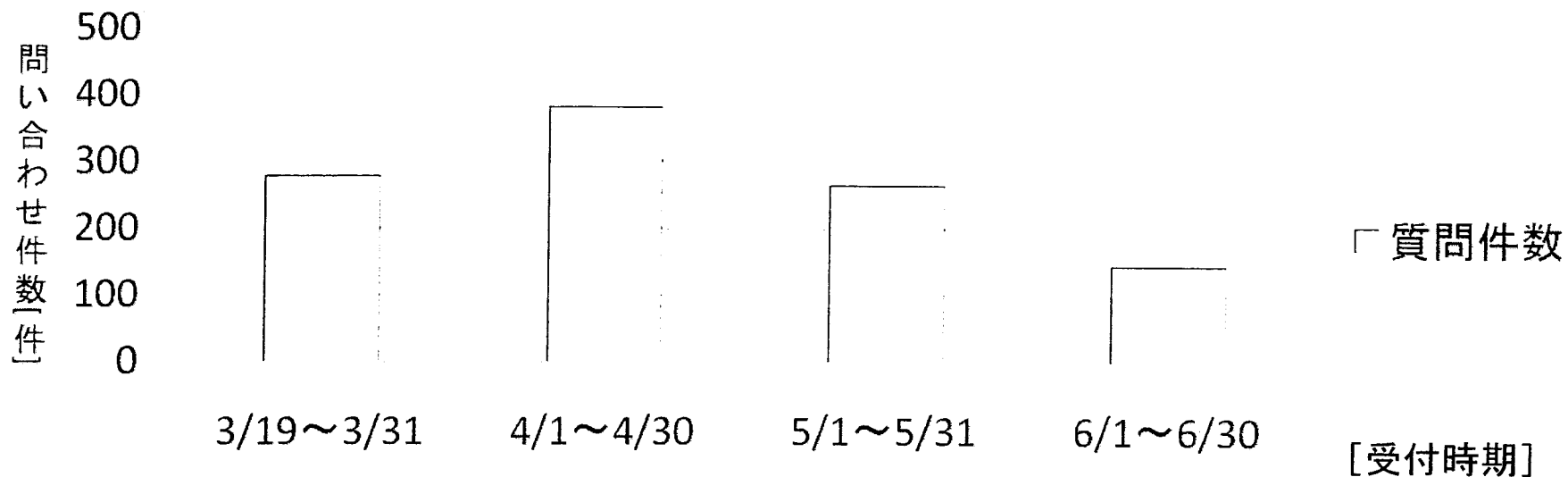
【平成21年3月19日～7月2日現在の受付状況】

問い合わせのあった自治体等	212ヶ所
総問い合わせ件数	908件

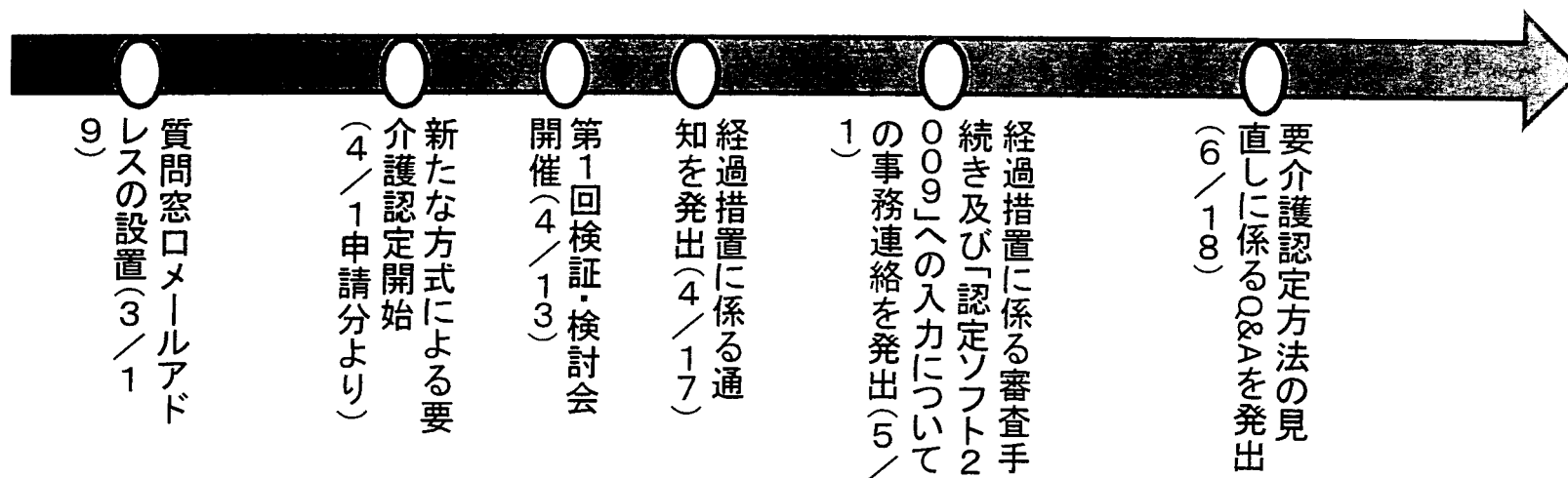
*経過措置に係る質問は、4月17日以降(事務連絡発出以後)の質問件数

	調査項目ごとの解釈に係る質問											複数の調査項目に係る質問		経過措置に係る質問*	その他		
	1群:身体機能・起居動作		2群:生活機能			3群:認知機能	4群:精神・行動障害	5群:社会生活への適応			特別な医療	日常生活自立度	要介護認定の見直し全般			介助の方法で評価する調査項目について	
		麻痺・拘縮		排尿	外出頻度			薬の内服	買い物	簡単な調理							
問い合わせ数 [件]	186	87	143	34	34	18	71	321	44	91	149	22	16	18	31	58	24
構成比 [%]	20.5	9.6	15.7	3.7	3.7	2.0	7.8	35.4	4.9	10.0	16.4	2.4	1.8	2.0	3.4	6.4	2.6

質問窓口メールアドレスに寄せられた問い合わせ件数の推移について



(参考)要介護認定の見直しに係る経緯



問い合わせの多い項目について
【1-1 麻痺、1-2 拘縮】（有無で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

1-1 麻痺等の有無

脳梗塞後後遺症等による四肢の動かしにくさを確認する項目である。

「麻痺等」とは、神経又は筋肉組織の損傷、疾病等により、筋肉の随意的な運動機能が低下又は消失した状況をいう。

[選択肢] 1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他(四肢の欠損)*

1-2 拘縮等の有無

「拘縮」とは、対象者が可能な限り力を抜いた状態で他動的に四肢の関節を動かした時に、関節の動く範囲が著しく狭くなっている状況をいう。

[選択肢] 1. ない 2. 肩関節 3. 股関節 4. 膝関節 5. その他(四肢の欠損)*

*:四肢の欠損(肘・膝より下位の部位)がある場合にのみ選択。

問い合わせ内容の詳細

- 四肢欠損についてその部位による選択肢の選択方法に係る照会が約3分の1を占めた。
例1) 上腕や大腿の欠損は「肘・膝より下の欠損ではない」ため、「四肢の欠損ではない」と判断してよいのか。
- 続いて、確認動作における判定基準に係る照会、確認動作はできるが日常生活に支障がある場合の選択肢に係る問い合わせが多かった。
例2) 具体的には、どの程度下肢の挙上できた場合に「麻痺なし」と判断をするのか。
例3) 寝たきりで立位・歩行共にできないが、下肢を挙げる動作ができた場合は「麻痺はなし」と判断してよいのか

総数		87	100%
代表的な	四肢の欠損について(麻痺・拘縮) (例1)	30	34.5%
	確認動作における判定基準(麻痺・拘縮) (例2)	27	31.0%
	確認動作はできるが日常生活に支障がある場合(麻痺) (例3)	11	12.6%

問い合わせの多い項目について 【2-5 排尿】（介助の方法で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

2-5 排尿

排尿の介助が行われているかどうかを評価する項目である。「排尿」とは、「排尿動作(ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、尿器への排尿)」「陰部の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿直後の掃除」「オムツ、リハビリパンツ、尿とりパッドの交換」「抜去したカテーテルの後始末」の一連の行為のことである。

[選択肢] 1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

問い合わせ内容の詳細

- 定義の「一連の行為」に該当しない状況や、カテーテルを使用している場合の選択肢の選択方法に係る問い合わせが多かった。

例1) ポータブルトイレを使用しており、その掃除は排尿直後ではなく、時間を決めて行っている場合はどの選択肢を選択すべきか。

例2) カテーテルを留置しており、溜まった尿バッグの後始末のみ対象者本人が行っている場合はどの選択肢を選択すべきか。

総数

代表的なもの

定義上の「排尿直後の掃除」でない場合は評価対象となるのか
(例1)

カテーテル利用者の尿の破棄の介助を行っている場合 (例2)

34 100%

10 65.9%

8 18.2%

問い合わせの多い項目について【2-12 外出頻度】（有無で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

2-12外出頻度

「外出頻度」とは、1回概ね30分以上の外出の頻度を評価する。一定期間(調査日より概ね過去3ヶ月)の状況において、外出の頻度で選択する。

[選択肢] 1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

問い合わせ内容の詳細

- 定義の「一定期間」の間で外出頻度が大きく異なる場合に係る問い合わせが多くみられた。
 - 例1) 過去3ヶ月で始めの1ヶ月は在宅あり外出もしていたが、残る2ヶ月は入院していた場合はどの選択肢を選択すべきか。
- このほか、以下のような場合に係る問い合わせが見られた。
 - 例2) 徘徊がみられる場合
 - 例3) 施設に入所しており、施設内のデイサービスに出かける場合
 - 例4) 自宅の庭までは毎日出かけるが、敷地外には滅多に出かけていない場合

総数		34	100%
代表的なもの	過去3ヶ月で外出頻度が激変している場合 (例1)	14	41.2%
	徘徊がみられる場合 (例2)	8	23.5%
	外出先による評価の違いについて (例3、例4)	8	23.5%

問い合わせの多い項目について【5-1 薬の内服】（介助の方法で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

「薬の内服」の介助が行われているかどうかを評価する項目。

「薬の内服」とは、薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる、飲み込むという一連の行為のことである。

[選択肢] 1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

問い合わせ内容の詳細

- 薬の内服方法が、経管栄養に混入するもしくは胃ろうから注入するなど、通常の内服方法によらない場合の選択肢の選択に係る問い合わせが半数以上を占めた。

例1) 薬の準備はしているが、内服は胃ろうから行っており、「口に入れる、飲み込む」といった行為をしていない場合はどの選択肢を選択すべきか。

- その他、以下のような場合に係る問い合わせがみられた。

例2) 薬を袋から出し、準備するのは対象者本人が行っているが、薬の袋はなくさないように介護者が管理している場合は、どの選択肢を選択すべきか。

総数		44	100%
代表的なもの	経管栄養や胃ろうから注入するなど、通常の内服方法によらない場合（例1）	29	65.9%
	介助者が服薬準備や管理を行っている場合（例2）	8	18.2%

問い合わせの多い項目について【5-5 買い物】（介助の方法で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

「買い物」の介助が行われているかどうかを評価する項目。

「買い物」とは、食材等の日用品を選び、代金を支払うことをいう。

[選択肢] 1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

問い合わせ内容の詳細

- 家族や施設の人による買物と、本人による買物が混在している場合等について、選択肢の選択に係る問い合わせが多かった。

例1) 施設に入所している人が、施設内の売店で水や嗜好品等の買物は見守りや助言なしに行っているが、売店では買えない日用品や雑誌を家族に週に数回買ってきてもらっている等の場合

- その他、以下のような場合の選択肢の判断に係る問い合わせがみられた

例2) 購入したいものを家族に伝えて買ってきてもらっているが、その支払いは本人の財布から家族が行っている場合

例3) 寝たきりで、買物が必要かどうか意志決定できない場合。

例4) 施設に入所しており必要なものは全てまかなわれるため、「買い物」の介助が発生しない場合。

総数		91	100%
代表的なもの	家族や施設の人による買物と、本人による買物が混在している場合 (例1)	30	33.0%
	品物を指示し購入してきてもらい、支払いを行っている場合 (例2)	13	14.3%
	寝たきり等で本人の意志決定ができない場合 (例3)	13	14.3%
	施設入所や入院、家族が一括して行う場合 (例4)	13	14.3%

問い合わせの多い項目について【5-6 簡単な調理】（介助の方法で評価する項目）

○ 調査項目の定義^{注)}

注)「認定調査員テキスト2009」より抜粋

「簡単な調理」の介助が行われているかどうかを評価する項目。

「簡単な調理」とは、「炊飯」、「弁当、総菜、レトルト食品の加熱」、「即席めんの調理」をいう。

[選択肢] 1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

問い合わせ内容の詳細

- 施設や家族が全員分の食事をまとめて準備している場合等について、選択肢の選択に係る問い合わせが約4分の1を占めた。

例1) 普段から家族(妻)が食事を作っており、調査対象者本人(夫)は全く行う必要がない場合。

- その他、以下のような問い合わせがみられた。

例2) 「炊飯」は一部介助だが、「即席めんの調理」は全介助であるなど、調理の種類ごとに介助の方法が異なる場合は、どれを選択すべきか。

例3) 家族やヘルパーの作る食事を温めて食べる場合、「弁当、総菜、レトルト食品の加熱」に該当するのか。

総数		149	100%
代 表 的 な も の	施設や家族が全員分の食事をまとめて準備している場合 (例1)	35	23.5%
	「炊飯」「弁当等の加熱」「即席めんの調理」それぞれで介助の方法が違う場合 (例2)	27	18.1%
	簡単な調理に類似する行為について (例3)	22	14.8%

第2回要介護認定の見直しに係る検証・検討会ヒアリング

平成21年7月13日

新要介護認定システムについて

福祉自治体ユニット代表幹事

愛知県高浜市長 森 貞述

1. 認定システムは、「介護の手間」つまり現実に提供されている介護サービスの在り方を基礎にして構築されている。したがって、介護サービスの質的・量的向上が進めば、これに対応した認定システムの見直しは、当然必要となる。その意味で、今回の認定システムの見直しは、評価される。

2. とは言え、要介護度の変更によるサービスの利用に支障がある場合を考えて、こうしたことを避けるための経過措置は必要となる。したがって、平成21年度からの施行にあたって、経過措置を置いたことは了解できる。

3. しかし、要介護度の認定について、（経過措置希望調書を踏まえ）利用者の希望どおりに要介護度を定めることができるような方法は、介護保険制度の根幹にあたる認定についての不信感を招くばかりか、認定の形骸化につながり、認定審査会委員の役割を無視するものとして、きわめて残念である。

4. 要介護認定は、保険事故を規定するもので、その基準は全国一律であることは当然である。しかし、その運用は市町村の自治事務である。保険者の意向を無視するものであってはならない。現実のサービスとの乖離が生じた場合の経過措置の適用についても、保険者に委ねるべきである。

5. 今回の認定システムの改定にあたって、新しい『要介護認定 認定調査員テキスト』の公表が遅れたり、介護の手間がないことを「自立」と呼ぶような非常識な表現、あるいは事前の保険者に対する説明不足は、あきらかに厚生労働省の不手際であり、批判は避けられないものと考えられる。

6. しかし、この問題と新しい要介護認定システムの妥当性とは、全く別な問題であると、私たち福祉自治体ユニットは考えている。公表にあたっての不手際とシステムの妥当性を混同した論議を行うことは危険である。新システムの妥当性については、冷静かつ科学的に検証されるものであって、施行にあたっての不手際をそのまま新システムへの批判に結びつけることは、いたずらに認定制度ひいては介護保険制度への不信感を煽りたてることになかねない。

7. 新しい要介護認定システムについては、現実の認定状況を見ると、我が市においては特段の問題は生じていない。求められることは、認定調査員の質向上、公正かつ適切な要介護認定審査会であり、早急にその施策を樹立すべきである。

8. もちろん、認定にあたっての最大の不満が見られる認知症については、認知症に対応できる適切なサービスの開発が遅れていることや、家族が介護に疲弊していることから、その要介護度について納得が得られないという現実をよく理解できる。しかし、要介護度を上げても、対応するサービスがなければ何の解決にもならない。認知症への効果的なサービスを創り上げていくことこそが、解決への唯一の道ではないか。

9. 繰り返しになるが、介護保険の保険者は市町村である。今回の問題をはじめ、厚生労働省は市町村への「技術的助言」を逸脱した集権的な指導が目立つ。新要介護認定システムの説明、「経過措置」の在り方についても、介護保険の適切な運営を行ってきた市町村との協議はきわめて不足している。少なくとも福祉自治体ユニットの市町村は、在宅サービスを中心に、その質向上にも真摯に取り組んできたつもりである。高浜市では、区分支給限度額についても上乘せしている。あらためて、介護保険の運営主体が市町村であることを踏まえて、市町村に混乱が生じさせないためにも、十分にその意見を聞くことを強く求めるものである。

以 上

要介護認定・要支援認定の更新申請をされる皆様へ

平成21年4月から、申請されたご本人にかかる介護の手間をより正確に反映するため、要介護認定の方法の見直しが行われました。

(詳しくは、別添「4月からの要介護認定方法の見直しについて」を参照してください)

しかし、今回の見直しにより「軽度に認定されるのではないか」等のご不安が生じているとのご指摘もありましたので、厚生労働省では利用者・家族の代表や専門家による「検証・検討会」を設けて、きちんと検証を行うこととしています。

そのようなことから、安定的な介護サービスのご利用を確保する観点から、「検証・検討会」の結果が出るまでの間、更新前の要介護度とご希望があれば、更新前の要介護度と異なる結果になった場合は、更新前の要介護度のままにすることが可能となる経過措置を行うこととしました。

つきましては、別紙により、仮に要介護度が異なった場合、従来どおりの要介護度を希望されるかどうかをお聞かせください。この希望に基づき、更新後の要介護度が決定されます。

ご協力をお願いします。

要介護認定方法について

要介護認定は、①ご本人の心身の状況を調査する(認定調査)とともに、②主治医の意見をきき(主治医意見書)、全国統一の介護認定ソフトにより一次判定(仮判定)が決定されます。③これらの資料に基づき専門機関(介護認定審査会)により、認定調査時の「特記事項」や主治医意見書の「特記すべき事項」などを基に個人ごとに慎重に審議され、ご本人の現在の状態にあったに要介護度が決定されます。

このことから更新認定により、ご本人の要介護度に変更が生ずる場合がありますので、ご理解をよろしくお願いいたします。

不明な点につきましては、いきいき広場内介護保険グループまで、お問合せください。電話 52-9871

要介護認定等の方法の見直しに係る 経過措置実施状況を踏まえた意見等

要介護認定の見直しに係る検証・検討会委員

稲城市福祉部長 石田光広

稲城市での経過措置の適用状況

- ・経過措置の適用を希望する者は更新申請200人のうち180人(90.0%)であった。
- ・上記のうち、重度への変更の希望が153人(85.0%)、軽度への変更の希望が1人(0.6%)であった。

【経過措置適用前】※4月の見直しの新方式による認定の結果 (単位: 人)

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定者数	3	45	32	31	24	22	28	15	200
構成比	1.5%	22.5%	16.0%	15.5%	12.0%	11.0%	14.0%	7.5%	100.0%



【経過措置適用後】※上記の者が経過措置を希望して異動した結果 (単位: 人)

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定者数	0	34	36	35	29	23	26	17	200
構成比	0.0%	17.0%	18.0%	17.5%	14.5%	11.5%	13.0%	8.5%	100.0%

経過措置適用前と適用後の要介護者等の人数の増減は、次のとおりであった。

平成21年6月18日までの実績

- ・非該当者3人は、皆減となった。
- ・軽度者(要支援1・2、要介護1)は、3人の減となった(△2.8%)。
- ・中度者(要介護2・3)は、6人の増となった(+13%)。
- ・重度者(要介護4・5)は、変わらなかった。

稲城市での経過措置者（在宅者）の 利用限度額とサービス利用実績等

・更新認定者200人のうち在宅者は158人であったが、この者の平成21年5月利用分のサービス利用実績の利用限度額に対する割合は以下のとおりであった。

区 分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用限度額	4,970単位	10,400単位	16,580単位	19,480単位	26,750単位	30,600単位	35,830単位
割 合	43.8%	40.3%	37.7%	47.5%	40.4%	39.1%	17.9%

・平成21年5月利用分のサービス利用実績の利用限度額に対する割合の人数は以下のとおりであった。

利用割合の区分	0～20%	～40%	～60%	～80%	～100%
人 数	46人	28人	46人	18人	20人

・実際に経過措置を適用した者34人のうち、仮に適用しなかった場合にサービスが不足すると試算される例は、軽度者で3人、中度者で1人であった。

事務担当者の意見等

- 1 窓口等で新認定方式や経過措置に関する苦情やトラブルはほとんどない。
- 2 経過措置を受けるための意思確認の際に趣旨等を説明することに苦慮している。申請者(主に家族)に対して、うまく説明ができず、要介護認定制度の信頼性が低いとの印象を与えてしまいかねない不安を持つ。
このため、丁寧な説明に努めているが、時間が余分にかかっている。
- 3 中重度の施設入所者でも、更新認定では重度への変更を希望する例が多くみられるなど、サービス利用の不安解消とはいえない例もある。これは、給付適正化の観点から問題があるのではないか。

これまでの要介護認定等に対する 基本的な考え

- 1 介護保険制度の信頼性を確保する上で、全国で一律の基準に基づき、公平公正に行われる要介護認定は極めて重要と理解している。
- 2 介護保険制度に対する国民の支持は高く、既に、一定の信頼性を獲得しているものと考えている。
- 3 保険者(市町村)は、介護認定事務の効率化を図るよう強く望んでいるところである。

経過措置の実施後の状況

～現場にもたらしたもの～

- 1 不安解消と混乱回避を目的とする経過措置により、一部ではあるが、原則に基づかない不公平な認定となっている。
- 2 利用者、家族のほか、認定調査員、介護認定審査会委員、介護現場職員などからは、「利用者の希望に応じ、従前の要介護度とする」経過措置に対して、疑問視する意見が多く寄せられており、少なくとも介護保険制度の信頼性が増したとは思えず、むしろ介護保険制度の信頼性が低下したものと思える。
- 3 保険者(市町村)が国へ要望している「介護認定事務の効率化」による事務負担の軽減には全くなっておらず、申請者への説明、認定調査や審査会、資料の変更、二重データの管理、介護事業所等への説明など、保険者事務負担は重くなった。

経過措置に対する要望

現時点でも、経過措置による現場での戸惑い続いていることから、以下の点について要望する。

- 1 要介護認定制度に対する利用者の不安及び保険者における実務上の混乱が生じていることについて、あらためて国の見解を示すこと。
- 2 今回の経過措置は適切かつ速やかに終了させること。
また、終了時期を明確にすること。
- 3 経過措置の終了にあたっては、現場での混乱が生じないよう、保険者(市町村)と十分な協議を行うこと。

次回以降の要介護認定等の方法 の見直しについて

- 1 要介護認定等の見直しを行う場合には、利用者の不安を生じさせないよう、準備段階での妥当性の検証を行うとともに、直接、国民への丁寧な説明を行なっていただきたい。
- 2 制度見直しと最新データへの更新とは区分されるべき事項であると思う。最新データへの更新については、介護技術の進展などを反映する観点から、例えば3年ごとに自動的にソフトを更新するなどの新たな工夫を検討していただきたい。
- 3 要介護認定等の方法が複雑化することを避け、できるかぎり効率化・簡素化することを目指していただき、国民にわかりやすい制度となるようにしていただきたい。

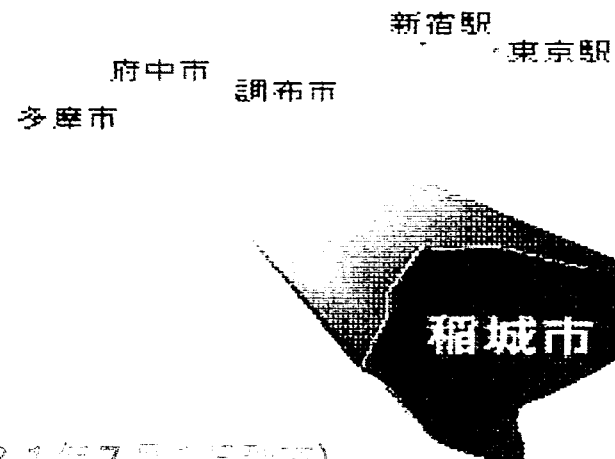
(参考) 稲城市の位置、人口等

人口 82,929人

男 42,171人

女 40,758人

高齢化率 16.9% (平成21年7月1日現在)



★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置する。

★面積は 17.97km²(東西、南北とも約 5.3km)。

(参考) 稲城市の介護認定の概要

認定審査会委員 16名(医療6名、保健4名、福祉6名)

審査会開催回数 年間57回(1回あたりの審査件数36.5件)

資料委員配布 審査会10日前

1回あたりの審査会費用 383,620円(人件費、コンピュータ経費を除く。)

1人あたりの審査会費用 10,528円

審査会認定結果

(単位: 人)

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定者数	19	364	434	352	251	292	222	144	2,078
構成比	0.9%	17.5%	20.9%	16.9%	12.1%	14.1%	10.7%	6.9%	100.0%

平成20年度実績

「要介護認定方法の見直し」アンケート
調査結果報告（中間報告）

平成 21 年 7 月

一般社団法人
日本介護支援専門員協会

1. 調査概要

(1) 調査対象

一般社団法人日本介護支援専門員協会会員で、E-mail 登録のある者のうち居宅介護支援事業所に勤務している者
E-mail 登録のない者は、別途郵送にて調査中

(2) 調査期間

①E-mail 登録者 : 平成 21 年 6 月 26 日 (金) ~ 平成 21 年 7 月 3 日 (金)

②E-mail 未登録者 : 平成 21 年 7 月 2 日 (木) ~ 平成 21 年 7 月 10 日 (金)

(3) 調査方法

①E-mail 登録者には、E-mail で配信し、E-mail で返信

②E-mail 未登録者には、郵送で配布し、FAX で返信

(4) 回収数(3)①分

①E-mail 送付件数 5,063 件

②回答数 120 件

③回答率 2.4%

※FAX 回答者は現在回収中 (223 件 : 平成 21 年 7 月 9 日現在)

(5) 回答者の内訳

①認定調査員 40 名 (33.3%)

②介護認定審査会委員 9 名 (7.5%)

③介護支援専門員 119 名 (99.1%)

2. 回答結果

(1) 回答者自身について

① 性別

N=119

項目	(人)	(%)
1. 男性	38	31.9%
2. 女性	81	68.1%
合計	119	100.0%

② 年齢

N=119

項目	(人)	(%)
1. 20～29歳	0	0.0%
2. 30～39歳	28	23.5%
3. 40～49歳	45	37.8%
4. 50～59歳	39	32.8%
5. 60歳以上	7	5.9%
合計	119	100.0%

③ 勤務地の都道府県

N=117

都道府県	(人)	(%)	都道府県	(人)	(%)
1 北海道	1	0.9%	25 新潟県	0	0.0%
2 青森県	2	1.7%	26 富山県	0	0.0%
3 岩手県	4	3.4%	27 石川県	0	0.0%
4 宮城県	2	1.7%	28 福井県	1	0.9%
5 秋田県	3	2.6%	29 山梨県	0	0.0%
6 山形県	2	1.7%	30 長野県	3	2.6%
7 福島県	1	0.9%	31 岐阜県	1	0.9%
8 茨城県	3	2.6%	32 静岡県	5	4.3%
9 栃木県	1	0.9%	33 愛知県	9	7.7%
10 群馬県	2	1.7%	34 三重県	11	9.4%
11 埼玉県	1	0.9%	35 滋賀県	0	0.0%
12 千葉県	7	6.0%	36 京都府	6	5.1%
13 東京都	2	1.7%	37 大阪府	9	7.7%
14 神奈川県	5	4.3%	38 兵庫県	5	4.3%
15 奈良県	0	0.0%	39 愛媛県	1	0.9%
16 和歌山県	4	3.4%	40 福岡県	3	2.6%
17 岡山県	0	0.0%	41 佐賀県	1	0.9%
18 鳥取県	1	0.9%	42 長崎県	1	0.9%
19 島根県	0	0.0%	43 熊本県	3	2.6%
20 広島県	3	2.6%	44 大分県	2	1.7%
21 山口県	5	4.3%	45 宮崎県	0	0.0%
22 徳島県	0	0.0%	46 鹿児島県	3	2.6%
23 香川県	0	0.0%	47 沖縄県	3	2.6%
24 高知県	1	0.9%	合計	117	100.0%

④ 勤務している事業所の種類

N=119

項目	(人)	(%)
1. 居宅介護支援事業所	103	86.6%
2. 地域包括支援センター	7	5.9%
3. 特別養護老人ホーム	1	0.8%
4. 老人保健施設	0	0.0%
5. 介護療養型医療施設	1	0.8%
6. 有料老人ホーム	1	0.8%
7. 軽費老人ホーム	0	0.0%
8. グループホーム	0	0.0%
9. 小規模多機能型居宅介護	0	0.0%
10. 行政	0	0.0%
11. その他に勤務	3	2.5%
12. 離職中	3	2.5%
合計	119	100.0%

⑤ 勤務形態

N=116

項目	(人)	(%)
1. 常勤専従	74	63.8%
2. 常勤兼務	38	32.8%
3. 非常勤専従	3	2.6%
4. 非常勤兼務	1	0.9%
合計	116	100.0%

⑥ 介護援専門員としての実務経験年数

N=116

項目	介護支援専門員		認定調査員		介護認定審査会委員	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
1. 1年未満	5	4.3%	0	0.0%	0	0.0%
2. 1年以上2年未満	6	5.2%	9	22.5%	0	0.0%
3. 2年以上3年未満	7	6.0%	18	45.0%	3	33.3%
4. 3年以上5年未満	24	20.7%	12	30.0%	6	66.7%
5. 5年以上	74	63.8%	1	2.5%	0	0.0%
合計	116	100.0%	40	100.0%	9	100.0%

(2) 認定調査員、介護認定審査会委員への設問

⑦-1 調査結果の選択肢の選択に迷う調査項目について上位 10 項目までの番号とその理由

i) 上位 10 項目

順位	調査項目		(人)	(%)
①	1-1	麻痺	16	9.2%
②	1-2	拘縮	12	6.9%
③	5-6	簡単な調理	11	6.3%
④	5-3	日常の意思決定	10	5.7%
④	5-5	買い物	10	5.7%
⑥	3-1	意思の伝達	7	4.0%
⑥	4-12	ひどい物忘れ	7	4.0%
⑧	2-2	移動	6	3.4%
⑧	3-2	毎日の日課を理解	6	3.4%
⑧	4-7	介護に抵抗	6	3.4%
⑧	5-4	集団への不適応	6	3.4%
合計			91	52.3%

順位① 1-1：麻痺

- 1) 実際にやってもらい上がれば「できる」となるが、筋力低下で日常生活に支障が実際に支障があっても「できる」を選択しなければいけないこと
- 2) 麻痺には以前は下肢筋力低下があったが、今はない
- 3) 「膝を伸ばす動作に寄り確認」だが「完全に伸展する必要はない」とあるため、どの程度まで足があがれば問題なしと判断するか(保険者に確認した際には「膝が伸びるか否か」との回答)。医師から「廃用症候群による下肢筋力の低下」と言われており、移動・移乗も不安定だが、足が上がれば問題なしの選択をすることになるのか等。また目的とする動作ができるか否かで項目を選択するようになっているが、「感覚障害があるだけではないを選択」とある。「異なった選択が生じやすい点」を見ると麻痺により半身の痺れ感が強く(足の裏も)、歩行時に足が地につけている感覚がなく転倒の不安が強い、転倒歴があった場合等は、目的とする動作が行なえても「あり」を選択して良いとも受け取れる。
- 4) 加齢による筋力低下がなくなった
- 5) 一瞬でもよいのか、明らかに支障があるのに、「支障は問わない」ことから、記載に戸惑う。
- 6) 下肢筋力低下があり歩行が不自由なのに確認項目が出来れば「ない」を選択しなければならない
- 7) 下肢筋力低下しているが可動域制限がない場合チェックがつかない
- 8) 下腿の挙上の程度の定義があいまいなため。
- 9) 手指、足趾の欠損の程度 ショパール関節欠損は

- 10) 手指の麻痺があり曲げられないが、テキストでは手指の麻痺は「該当しない」とある。手指の麻痺は日常生活に支障があるため「該当しない」はおかしい。
- 11) 日頃の状況との違い
- 12) 日常生活上明らかに不便である麻痺があっても確認方法で認められないケースがある
- 13) 評価基準が日常生活の支障レベルとの整合性が感じられない
- 14) 麻痺・拘縮について今までは生活に支障があるという部分での考えをしていたことに対して、今回の調査内容では麻痺・拘縮がなしとなっても生活に支障はあり、困っているじじつがなぜ反映できないのかという疑問があり、なしと記入することに抵抗を感じている
- 15) 麻痺の内容。手が動かないのに腕が動けばいい？

順位② 1-2：拘縮

- 1) 1-1 と同じような動作を行い、他動かどうか等という辺りとその角度が絵と同じ位と曖昧
- 2) 1-1 と同
- 3) 移動の機会のない人を自立するとの事だができるかどうか？の能力で見て欲しい。食事は自分で食べられない状況であれば経口摂取していても能力で見て欲しい。
- 4) 自力で動かさなくても、他力で動かせれば？になる
- 5) その他は四肢の欠損のみとの事だが、頸部や手指に拘縮がある事で日常生活にかなりの支障があると思う
- 6) 椅子に足を降ろして座れ、立位をとった際には膝も伸びているが、座った状

態で確認した際、パーキンソンにより緊張して他動でも膝が伸びない場合等の判断をどうすべきか。

- 7) 医療資格者外では、確認動作正しく出来ているかどうか迷う
- 8) 自力で可動できず、他動的に動かせる範囲が限られている場合、明らかに危険と思われる場合、どこまで確認動作が必要なのか、迷う
- 9) 日頃の状況との違い
- 10) 日常生活上明らかに不便である拘縮があっても認められないケースがある。
- 11) 評価基準が日常生活の支障レベルとの整合性が感じられない
- 12) 痺れなど含まず測定範囲が甘い？

順位③ 5-6：簡単な調理

- 1) 自宅で、レンジで温めない、入所中等同じような様子でも環境でチェックが変わってくる
- 2) 「炊飯(米を磨いで炊く)」は本人にもその習慣がなく、家族(妻や娘等)が家族の分と併せて行っており、主菜・副菜も家族が作っている場合の判断。
- 3) 5-6 と同様性差が大きいことと、調理ができないのでカップラーメンを食べている人がお湯を注ぐことを調理ができるとは常識的に考えられない。この項目だけでもこの調査は従来より介護度を軽くしようという官僚の方の意識がみえみえである。
- 4) カップラーメンばかりは食べないと思う。簡単な調理のみならず、家事動作ができるかできないか？を問われた方がよい。
- 5) 調理が出来るかどうかを見るべき。
- 6) 調理しなくても買って来た弁当をそのまま食べて、出来るになる

- 7) 家族がしていることと、入所の場合のスタッフがしている介助は同じはずなのに、市の解釈が食い違ったりして子混乱する
- 8) 簡単な調理が出来れば生きていけると判断するのはどうか
- 9) 簡単な範囲が日常生活から離れている
- 10) 消費期限を過ぎているが食べてしまう。よく下痢を起こしている。家族は、就労しており関わりが薄い。介助の必要性がある。されていないではない。
- 11) 男性の場合、亭主関白で何でも妻にやらせる人は、能力があっても全然やらないので全介助となる

順位④ 5-3：日常の意思決定

- 1) 3-1 と同様。何故似たような項目が2つもあるのか、2つに分けられている明確な理由がわかりません。
- 2) 医師をどう捉えるかわからない。
- 3) 具体的な内容が思いつかない
- 4) 決定的なものは、何で判断したらよいのか悩みます
- 5) 自分の判断となるため
- 6) 対象者の程度によって、どちらにしてよいか判断に迷うことが多い。
- 7) 調査時の質問の仕方に迷う
- 8) 内容 実際確認できない
- 9) 明確な意思の確認ができる人は良いが、日によって違う時など、どの程度まで特別な場合を除いてできるのか日常的に困難なのかを悩む。

順位④ 5-5：買い物

- 1) 買い物も出来るかどうかを見るべき。
- 2) 在宅・施設、介護者のあるなしで左右される項目
- 3) 実際に介助されていることと能力の部分で、自分の中でまだ割り切れない思いがあるため記載があいまいになることがある
- 4) 大きい買い物はヘルパーや家人に頼んでも、移動販売等では購入できる場合
- 5) 同じものを買ってきて腐らせてしまう。レジで解凍製品を買うときお金が足らず、返品もきかない。認認介護。能力がない。介助の手間がもつとも必要な場である
- 6) 認知があり、自分で買い物をしているのに上手く出来ない場合、必需品は自分で選んでいるか等、微妙な場合がある
- 7) 買い物については男性の場合はほぼ奥様任せで能力があっても介助を受けることが多いですが、何故この項目が能力でなく、介助の方法を問うているか悩みます。
- 8) 買い物と一緒に行き計算能力があっても支払いは家族がしている場合
- 9) 要介護がいる家庭はほとんどが家族又はヘルパーで介助しているので。

順位⑥ 3-1：意思の伝達

- 1) 時々伝達できると、殆ど伝達できないとのどちらにするか判断に迷う時がある（認知の方）
- 2) 意思の伝達を具体的に確認する例をお聞きしてもなかなか的確な返答をいた

だけに悩みます。

- 3) 口数が元々少ないのか伝達する意欲がないのか・・・で迷う
- 4) 選択しにくい
- 5) 伝わっているのか頻度など

順位⑥ 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 調査の定義で云うところの物忘れと、普通の庶民の感覚で云う物忘れの尺度のかい離が甚だしい
- 2) 家族が困っている点など独居の場合わかりにくい
- 3) どのていど日常生活に支障があるのかわかりづらい
- 4) ひどいとは、どの程度なのか、判断に迷う。
- 5) 何らかの行動が起こっている事、認知症の有無や知的レベルを問わないとあるが定義があいまいと思われる。
- 6) 今改定で取り方が変わった項目郡の一つ。介護手間でなく有無に変わったはず。「ひどい物忘れによって行動が起こっている」のみにゆるまっているが、理解していない保険者職員がおり、もっと周囲を困らせる行動でないとダメとか言う
- 7) 物忘れの有無を問われているのか、行動（それに起因する行動）がなければ物忘れがひどくても「なし」なのか？

順位⑧ 2-2：移動

- 1) 「外出行為は含まない」ことから、一歩庭へ出れば、眼を離せない状況である場合や、必要であるのに、介護者が手を出していない場合。迷う。
- 2) 移動能力の程度わかりづらい

- 3) 室内と屋外で介助の方法が異なり、日中独居で日中はやむを得なく介助ができていないが、家族が在室中は介助が発生している場合、外出時には車椅子使用し全介助等が行なわれている状況での判断が困難。頻度を家族や本人に確認しても曖昧な頻度しか返ってこない場合が多い。
- 4) 定義と確認方法が合わない
- 5) 歩行可能だが、認知症で必要場所まで行けず、介助している人は一部介助だが、理解されていない保険者職員が結構いる。

順位⑧ 3-2：毎日の日課を理解

- 1) [定義の内容「起床・就寝・食事などの大まかな内容とはわかりにくい。
- 2) 食事の時間がわかれば日課の理解ができると到底思えません。それをわざわざ特記事項に書かなければ判断できない判定方法を疑問に思います。
- 3) 日課にしていることは特になく、食事や就寝の時間を聞いても独居で身寄りがいない場合は正誤を確認する方法がない。認知症等により食事や就寝の時間も「習慣（昼食なら12時頃等）」として答えている可能性がある場合等も考えられる。他の会話から判断ができていると思われるか否かで記入するしかないが、良いものかの判断。
- 4) 変動
- 5) 毎日の日課の食事時間や朝・夕の大まかな時間が分かれば良いになると殆どできるになるが本当に良いのだろうかと思ってしまう

順位⑧ 4-7：介護に抵抗

- 1) テキストからは、本人が興奮したり、手が出たりする場合以外（言葉のみの

拒否)であれば、支障が生じても含まれないように読み取れるが、服薬管理の拒否や水分摂取の拒否、入浴の拒否により身体の保清が保たれないような場合の選択項目に迷う。またそのことに対して特に家族があきらめてしまっている場合の判断。

- 2) どの程度を抵抗と判断するかが明確でないようなケースが結構ある
- 3) 介護の抵抗と単に助言しても従わない場合の差異が不明。介護抵抗の定義があいまいである。
- 4) 拒否と抵抗の違いがわかりにくい。どの程度までを評価するのか。
- 5) 具体例が、記載ないとき
- 6) 振り払わないとあるにチェックが入らないので。特記事項では不十分。

順位⑧ 5-4：集団への不適応

- 1) ヘルパーのみの利用については不適応か分らず、新規申請に関しては不明であると思われる。
- 2) もととの性格や高齢などの理由などで集団への参加を希望していない方の判断。
- 3) 在宅の調査時は家族の把握ができていない場合が多い
- 4) 性格的な事からの起因で周囲の状況と合致しない状況もある。評価しにくい。
- 5) 他者の集まりの定義を明確にして欲しい。
- 6) 病的なことであり、性格的なものでは見てもらえない。慣れるまでかかりました。

ii) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	5	2.9%	2-12	外出頻度	1	0.6%
1-2	拘縮	5	2.9%	3-1	意思の伝達	3	1.7%
1-3	寝返り	1	0.6%	3-2	毎日の日課を理解	1	0.6%
1-4	起き上がり	1	0.6%	3-4	短期記憶	1	0.6%
1-7	歩行	1	0.6%	3-6	今の季節を理解	1	0.6%
1-8	立ち上がり	2	1.1%	4-2	作話	2	1.1%
1-9	片足での立位	1	0.6%	4-3	感情が不安定	2	1.1%
1-10	洗身	1	0.6%	4-4	昼夜逆転	1	0.6%
1-11	つめ切り	3	1.7%	4-2	作話	2	1.1%
1-12	視力	2	1.1%	4-3	感情が不安定	2	1.1%
2-1	移乗	4	2.3%	4-4	昼夜逆転	1	0.6%
2-2	移動	5	2.9%	4-7	介護に抵抗	3	1.7%
2-3	えん下	1	0.6%	4-12	ひどい物忘れ	5	2.9%
2-4	食事摂取	4	2.3%	5-3	日常の意思決定	1	0.6%
2-5	排尿	5	2.9%	5-4	集団への不応	2	1.1%
2-6	排便	2	1.1%	5-5	買い物	5	2.9%
2-7	口腔清潔	1	0.6%	5-6	簡単な調理	6	3.4%
2-9	整髪	1	0.6%	6	その他 過去14日間にうけた特別な 医療	1	0.6%
2-12	外出頻度	1	0.6%				
				合計		174	100.0%

⑦-2「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について上位 10 項目とその理由

i) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
①	1-1 麻痺	5	6.8%
①	1-2 拘縮	5	6.8%
①	2-2 移動	5	6.8%
①	2-5 排尿	5	6.8%
①	5-6 簡単な調理	5	6.8%
⑥	2-1 移乗	4	5.4%
⑥	2-4 食事摂取	4	5.4%
⑥	4-12 ひどい物忘れ	4	5.4%
⑥	5-5 買い物	4	5.4%
⑩	1-11 つめ切り	3	4.1%
⑩	3-1 意思の伝達	3	4.1%
⑩	5-4 集団への不適応	3	4.1%
合 計		50	67.6%

順位① 1-1：麻痺

- 1)『四肢の動かしにくさ（筋力低下や麻痺等の有無）を確認』、とあるのに、筋力低下の事例がない
- 2)その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 3)ない場合の例しか特記事項の記載例がないのである場合の例を記入してください。
- 4) 介助の手間が評価されない
- 5) 特記事項の例示が少ない。

順位① 1-2：拘縮

- 1) (その他) にないが) 腰が曲がっている人 (円背) →腰椎と脊柱の拘縮はどうしていかないのか。(生活に支障のある人が多いのに)
- 2) [重度の寝たきりで…理由が矛盾しているように感じる
- 3) 重度の寝たきりの方の確認方法
- 4)ない場合の例しか特記事項の記載例がないのである場合の例を記入してください。
- 5) 介助の手間が評価されない

順位① 2-2：移動

- 1) どれほど寝たきりでも ベッドごと移動していますよ。全介助です。
- 2) 施設では、転倒や離床等の事故を防止するために施設側の事情で見守り

や手引き介助を行っている。本人の状態に応じて介助が発生している訳ではないのに、一部介助を選択するのはおかしい。

- 3) 特記の例が不足と思われる
- 4) 這って移動する人は見守りなしで、歩く人は見守りがいることが移動の概念に照らして妥当かどうか悩みます
- 5) 歩行項目との違い。変動がある。

順位① 2-5：排尿

- 1) これほど尊厳のある部分であるのに一連の行為は評価されないとは驚き。尻も拭かなければお尻も丸出しです。介助の評価が最も薄い
- 2) 一部介助の例示がない
- 3) 市町村が変わると解釈が変わる
- 4) 特記例がわかりにくい
- 5) 尿カテーテルで後始末を自分でしている例がありますが、常識的には少ないと思うので介助を受けている例として記載ください。

順位① 5-6：簡単な調理

- 1) 簡単な調理項目の定義が限られている。5-5と関連してくる。買い物に行かずに、ゴミの山や掃除ができていないゴキブリの住処となっているお家があります。介助されていないのではなく、介助が必要なのである。
- 2) 説明文を読んでいる内に全介助が介助されていないかが混乱してくる
- 3) 特記の意味が不明

- 4) 特記事項の例示が少ない。
- 5) 独居で自分で簡単な調理をする他、週1回ヘルパーが一部介助する。近所の友人が惣菜を持って来る日もある。あるもので食べている。一部介助？

順位⑥ 2-1：移乗

- 1) この項目だけ、介助の手間が評価されている。寝たきりで移乗という行為が発生しないと、介護したことの無い研究者らしい発想でした。更衣介助やベットメイク時の体位交換、機械浴室への誘導に車椅子全介助やストレッチャーへの移乗介助等がある。全身清拭も同様である。もっと人間を科学的に評価してほしいものです。浅はか
- 2) 重度の？りきり、移乗していない場合、自立となる
- 3) 通院が多い人で屋外では介助してもらおうが、トイレ等屋内で介助してもらわない方をどちらが多いか取捨選択するのは難しい。
- 4) 本来介助が必要であつても独居でしなければならない人

順位⑥ 2-4：食事摂取

- 1) 見守りの例があればわかりやすい。食べこぼしの多い人は結構多いと思います。
- 2) 見守りや一部介助の例示自体がない
- 3) 食事の量や適切さは問わない ことから、介助の方法を示して欲しい。(一人では食べようとしない場合など)
- 4) 中心静脈栄養は、食事摂取の最も重要な医療対応です。されていないで

はなく、動物と同じ食物摂取ですか？犬や猫と同じですか？介助の手間の最たるもの。いい加減にしろといたい。この項目の定義は人間の尊厳さえも踏みにじるもの。三菱UFJリサーチ&コンサルティングの岩名礼介氏の見事な解釈をほめたい。

順位⑥ 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 具体例を増やして欲しい
- 2) とまどき、ある、何れもびた一文、例を示していない
- 3) 食事をしたことを覚えていなければ物忘れは「ある」になるのではないかと・・・
- 4) 内容 自覚

順位⑥ 5-5：買い物

- 1) 異なった選択が生じやすい点： 二つの例それぞれ自ら注文して、内容が似ており、判断に迷う。
- 2) 支払いの例(いつも同じもの購入や、おつりの正誤等をどう判断するかわかりにくい。)
- 3) 特記事項の例示が少ない。
- 4) 無駄な買物でも、返品しないと一部介助にならない。 お金の感覚が分からず常にお札を出すので、部屋中小銭だらけとか、家にあるのを忘れて何度も買ってしまい、家中に同じ石鹸が何十個とあるとか、食べきれない量の食材を買って、いつも腐らせているとか……。こんな人に買物は自立とチェックするのは、おかしいと思う。

順位⑩ 1-11：つめ切り

- 1) アクセサリーと作り等の趣味が爪切りを行う能力と何故つながるのか
- 2) そもそも調査時1週間以内に切っている人の方が圧倒的に少ない。それを介助されていないにチェックして、いちいち特記事項に記載するのはナンセンスである。
- 3) 施設と在宅の違いや同居と独居の違いがある

順位⑩ 3-1：意思の伝達

- 1) 失語があり、寝たきりですべてにおいて声かけと確認が必要
- 2) 単なる発語の有無でなく、自己状態や考えを伝えられるかを聞く問いなのに注意事項に「伝達する意思内容の合理性は問わない」とある。どうということか？]
- 3) 分かりにくい

順位⑩ 5-4：集団への不適応

- 1) テキストに状態像や事例の記載量が少なく、どこまでの範囲が性格的な事か問題となる行動かの判断がしにくい。
- 2) 著しく逸脱した行動での例が欲しい。
- 3) 認知症の人で集団参加の機会がない方の判断は難しい。

ii) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	5	6.8%	3-1	意思の伝達	3	4.1%
1-2	拘縮	5	6.8%	3-2	毎日の日課を理解	1	1.4%
1-3	寝返り	1	1.4%	3-4	短期記憶	1	1.4%
1-4	起き上がり	1	1.4%	4-2	作話	1	1.4%
1-7	歩行	1	1.4%	4-3	感情が不安定	2	2.7%
1-8	立ち上がり	2	2.7%	4-4	昼夜逆転	1	1.4%
1-9	片足での立位	1	1.4%	4-7	介護に抵抗	1	1.4%
1-10	洗身	1	1.4%	4-12	ひどい物忘れ	4	5.4%
1-11	つめ切り	3	4.1%	5-1	薬の内服	1	1.4%
1-12	視力	2	2.7%	5-4	集団への不応	3	4.1%
2-1	移乗	4	5.4%	5-5	買い物	4	5.4%
2-2	移動	5	6.8%	5-6	簡単な調理	5	6.8%
2-3	えん下	1	1.4%	6	その他 過去14日間にうけた特別な 医療	1	1.4%
2-4	食事摂取	4	5.4%		合計	74	100.0%
2-5	排尿	5	6.8%				
2-6	排便	2	2.7%				
2-7	口腔清潔	1	1.4%				
2-9	整髪	1	1.4%				
2-12	外出頻度	1	1.4%				

⑦-3 特記事項を記載しないと状態を伝えにくい調査項目について上位10項目とその理由

i) 上位10項目

順位	調査項目		(人)	(%)
①	1-1	麻痺	15	16.0%
②	1-2	拘縮	11	11.7%
③	1-7	歩行	5	5.3%
③	2-2	移動	5	5.3%
⑤	2-1	移乗	4	4.3%
⑤	2-5	排尿	4	4.3%
⑤	2-6	排便	4	4.3%
⑧	4-1	被害的	3	3.2%
⑨	1-4	起き上がり	2	2.1%
⑨	1-6	両足での立位	2	2.1%
⑨	1-8	立ち上がり	2	2.1%
⑨	1-10	洗身	2	2.1%
⑨	2-9	整髪	2	2.1%
⑨	2-12	外出頻度	2	2.1%
⑨	3-1	意思の伝達	2	2.1%
⑨	4-12	ひどい物忘れ	2	2.1%
⑨	5-2	金銭の管理	2	2.1%
⑨	5-3	日常の意思決定	2	2.1%
⑨	5-4	集団への不適応	2	2.1%
⑨	5-5	買い物	2	2.1%
⑨	5-6	簡単な調理	2	2.1%
合計			77	81.9%

順位① 1-1: 麻痺

- 1) 筋力低下していて歩行できないが可動制限がある・なしを記入必要
- 2) 90度ルールに改悪されたので、生活場面で使えない程度の弱い筋力しか残ってなくても自立となるため。本人・家族に理解を得られず、特記事項に書くしかない。
- 3) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 4) その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 5) ただ脳卒中後遺症の類だけでなく高齢による筋力低下で支障がある評価能力勘案
- 6) 筋力低下についてのチェックが殆どできるになる為によく記入していないと本人の状態が伝わりにくいと思う。
- 7) 筋力低下の状態とチェックの有無の関係性が以前と比べてあまりにもかけてはなれているため。
- 8) 高齢者は、指先を使う動作が日常生活動作に多くあるのに、記載できないため
- 9) 書かないと分からない。チェックのままだと実態が分かりにくい
- 10) 動作は確認できても日常生活上支障となること多いため
- 11) 本人の実際の状況説明と選択をした理由
- 12) 麻痺なのか筋力低下なのか区別がつかないと思う
- 13) 目的とする動作が行えても、日常生活では支障となっている場合
- 14) 目的とする動作が行なえても日常生活に支障のあるケースが多い。

順位② 1-2: 拘縮

- 1) 動作は確認できても日常生活上支障となること多いため
- 2) 90度ルールに改悪されたので、生活場面で使えない程度の弱い筋力しか残ってなくても自立となるため。本人・家族に理解を得られず、特記事項に書くし
かない。
- 3) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 4) その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、
生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 5) どこがどの位拘縮しているのか、伸展か屈曲かによっても日常生活に違いがあ
る
- 6) 挙上制限の範囲の記入必要
- 7) 手が上がらないためにできない動作は思った以上に多く、(たとえば上のものを
取る、更衣、) 肩まで上がっても、日常生活動作では不便なため。膝について
は屈曲、伸展どちらかわかりにくい。
- 8) 書かないと分からない。チェックのままだと実態が分かりにくい
- 9) 動作確認だけでは分からない支障部分
- 10) 目的とする動作が行えても、日常生活では支障となっている場合

順位③ 1-7: 歩行

- 1) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 2) なんとか歩行できる方等記入しないと分かってもらえない
- 3) 屋内の歩行のみか屋外の歩行もできるのか
- 4) 支えが自分の体か、それ以外か?

- 5) 能力はあっても、時間、場所、対象者の心身の状況によって差がある為

順位③ 2-2: 移動

- 1) 2-1と同様。また屋内と屋外の状況が異なるケースが多い。
- 2) ベッド上で寝たきりの方の療養生活を味わって見ましょう。人間の尊厳が奪わ
れたときの苦痛を感じることでしょう。
- 3) 対象者の状況(体重が重い等) 介護者の状況(高齢者) 環境(段差がある、狭
い等)により、介護の内容にさがあるため
- 4) 痛みやその困難さが伝わらない

順位⑤ 2-1: 移乗

- 1) トイレまでの誘導も移乗までの大切な介助。勝手にいけているうちは自立に近
い。捕まり立ちが困難だとどうなりますか
- 2) 移動と移乗の状況が環境や状態によってケースバイケースとなるため。
- 3) 全介助以外の方は、「それぞれの場所から場所」によって移乗の方法が異なるケ
ースが多い。また日中独居、日中と夜間によって状況が異なるケースが多い。

順位⑤ 2-5: 排尿

- 1) どの程度の介護が行われているか各々違うため
- 2) 介護を受けている場合と受けてない状況。その内容
- 3) 自宅だとケースがバラバラで伝えにくい

順位⑤ 2-6: 排便

- 1) どの程度の介護が行われているか各々違うため

- 2) 介護を受けている場合と受けてない状況。その内容
- 3) 自宅だとケースがバラバラで伝えにくい

順位⑧ 4-1：被害的

- 1) 家族が具体的な話や頻度を思い出しにくい
- 2) 認知症状の記載についてはどれもしっかりと状態を記入しておかないと伝わりにくいと思う。

順位⑨ 1-4：起き上がり

- 1) ベッドやベッド柵を使用しておらず、肘や手をつけて体重を預けながら（習慣で手をつくのではなく）起き上がるケースが多い。
- 2) 途中まで自力でできるが、座位までは出来ない場合など、わかりにくいいため。選択肢の範囲が広すぎる。

順位⑨ 1-6：両足での立位

- 1) 支えが自分の体か、それ以外か？
- 2) 調査、ということで行なうがバランスを保ち、不安なく安定して行なえないケースが多い。

順位⑨ 1-8：立ち上がり

- 1) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 2) 支えが自分の体か、それ以外か？

順位⑨ 1-10：洗身

- 1) 1週間以内では行っていない場合が入院の場合にかなり多いため。
- 2) 洗身も入浴用具～洗体タオルやシャンプー等つけてあげる介助。準備から浴槽への入る介助、出る介助等もとても重労働が一つも評価されない。人間は部品ではない

順位⑨ 2-9：整髪

- 1) はげても薄くてもブラシを使うことができないで、介助されている。必要ないことではない。
- 2) 習慣が無い人が多い。実際に困っていると思っていない

順位⑨ 2-12：外出頻度

- 1) 外出の頻度は過去3ヶ月では入院の場合はかなりばらつきが多いため。
- 2) 自宅庭は、どう考えても外出とはいえない。日本語がおかしい。曲解である。

順位⑨ 3-1：意思の伝達

- 1) テキストに具体的な記載例が少なく、伝えにくい。
- 2) 文章にし難い

順位⑨ 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 1週間では症状が出現しないことや過去の例での記載の必要な場合がある。
- 2) 該当しない方は少ないため、記載は多くなる。

順位⑨ 5-2：金銭の管理

- 1) 計算能力の問題含めて介助を受けているケースが多いため。
- 2) 計算能力を問う項目でなくなったため介護状況等の記入必要

順位⑨ 5-3：日常の意思決定

- 1) ‘できる’以外に該当する方がほとんどのため。

順位⑨ 5-4：集団への不適応

- 1) 集団への不適切。うつ病など病気を伴う場合
- 2) 男性では、大企業・高級官吏などで役職についていた方など、肩書きの付いているままに認知症が出現。プライドが周囲の状況に合致しない。その逆もあり全く寡黙で拒否が強く出現。

順位⑨ 5-5：買い物

- 1) 同じものを買ってきてしまいこみ腐らせてしまう。独居であり買ってきたことも忘れてしまう。お金はあるだけ使い込む。持ち金がないのにレジに並ぶ。解凍してしまうものがあり。どうみても全介助の必要がある
- 2) 買い物の機会の少ない男性の場合の例は能力の問題もあり、記載する。

順位⑨ 5-6：簡単な調理

- 1) 調理ができないので困っている場合もできるとする場合があります、記載する。
- 2) 定義以外にろくなものしか食べていない。調理に全介助の必要があるのに、介助されていないとは？介助の手間を評価するべきところ。

ii) その他の項目

調査項目	(人)	(%)	調査項目	(人)	(%)
1-1 麻痺	15	16.0%			
1-2 拘縮	11	11.7%	2-12 外出頻度	2	2.1%
1-3 寝返り	1	1.1%	3-1 意思の伝達	2	2.1%
1-4 起き上がり	2	2.1%	3-2 毎日の日課を理解	1	1.1%
1-5 座位保持	1	1.1%	3-8 徘徊	1	1.1%
1-6 両足での立位	2	2.1%	3-9 外出して戻れない	1	1.1%
1-7 歩行	5	5.3%	4-1 被害的	3	3.2%
1-8 立ち上がり	2	2.1%	4-2 作話	1	1.1%
1-10 洗身	2	2.1%	4-7 介護に抵抗	1	1.1%
2-1 移乗	4	4.3%	4-12 ひどい物忘れ	2	2.1%
2-2 移動	5	5.3%	4-14 自分勝手に行動する	1	1.1%
2-3 えん下	1	1.1%	4-15 話しがまとまらない	1	1.1%
2-4 食事摂取	1	1.1%	5-1 薬の内服	1	1.1%
2-5 排尿	4	4.3%	5-2 金銭の管理	2	2.1%
2-6 排便	4	4.3%	5-3 日常の意思決定	2	2.1%
2-7 口腔清潔	1	1.1%	5-4 集団への不応	2	2.1%
2-8 洗顔	1	1.1%	5-5 買い物	2	2.1%
2-9 整髪	2	2.1%	5-6 簡単な調理	2	2.1%
2-10 上衣の着脱	1	1.1%	6 その他 過去14日間にう	1	1.1%
2-11 ズボン等の着脱	1	1.1%	けた特別な医療		
			合計	94	100.0%

⑦-4 特記事項を記載する際に工夫していることについて (自由記載)

- 1) (ここ1週間の状態で判断はかなり無理がありますし、利用者や家族の納得を得られません。)
- 2) 「がんばってやっどできる」と「できる」との差を記載しています。また、「どうやっても出来ない」ことから自分で工夫して代替方法を永年にわたって、行っている場合には、記載しています。「支障は関係ない」ことや「家族の精神的な負担」「ともすれば期待につながる」ことを記載するようにしています。
- 3) 「一部介助」等でも介護の手に大きな影響のないところは記載しない。
- 4) テキストの定義に忠実かつ、対象者が現に困っていることのかい離を縮めるよう書きこむようにしている。
- 5) できるだけ詳しく書く。介助方法なども記載。最初に※して、全般的な状態像を書き、よく分かっていない審査会委員さんに、イメージをもたせるようにする。
- 6) 特記事項の例を参考にして書いている
- 7) なるべくビデオが流れるような印象のもてる文章にしているが、そうすると長い文章となってしまう。
- 8) なるべく具体的に分かりやすく書くようにしている
- 9) 過去形で書く。事実をありのまま確認し、伝えようとすれば、過去形の文になり説得力があるように思われるから
- 10) 介護したことがない人が審査会にいる。この人たちにどうしたら介護の手間が分かるか？役所の認定係も同様。介護の事実に基づいてチェックができるよう

にお話しています。以前の2006版のほうが、審査会での修正もほぼ正確に機能していた。2009はコンピュータチェックの段階で訳もなく怪度化されてしまう。これでは、認知症家族の会の人たちは、反発する。我々に制度説明をするのではなく、国民の皆様様に説明すべきこと。その上で了解を得よ。拙速は、よい結果にならない。給付部会は、銭金の話ばかり、給付費削減の手先になり下がっているようだ。介護保障の議論を国民に、分かりやすくしてほしい。その委員の皆さんもいずれウニコだらけになります。削減ではなく今は増額に旗印を掲げてください。あと20年で団塊の世代はいなくなります。安心して死んでいかれますように。

- 11) 記入欄が小さい為、端的な表現を心掛けている
- 12) 具体性を持たせる。イメージしやすく書く。様子、頻度等
- 13) 状況や頻度は詳しく記載するように、市でチェックされるため、特記事項が数枚に及ぶ
- 14) 生活での困難さがみえるように記載している。
- 15) 選択した根拠と手間と手順を書くように心がけている。
- 16) 選択基準、調査上の留意点および特記事項の記載例に沿い、端的に記載する事で審査委員会の事務労力の負担軽減に努めている。
- 17) 長い文章を書くとき書き直しをさせられる。日によって差がある場合や曖昧な記述は書かないでくれ、と言われる。なるべく簡潔に書くように心掛けている。
- 18) 同じような項目はまとめて書く。
- 19) 認定調査対象者の身体状況が他者が読んでも分かるように詳しく記載しております。
- 20) 判断に迷うので一連の行為を詳しく記載している。認定調査では本人の能力が

あっても介護者がしている場合と独居のため出来ないが無理して行っている
場合があるのでこのあたりの細かな記載も必要と思われる

- 21) 評価基準にこだわらず、身体機能、生活障害などを記載する
- 22) 文章を読み、状態が目浮かべるよう記載。

⑧-1 特記事項の記載がないと調査結果が分かりにくい調査項目について、上位 10 項目とその理由

i) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
①	4-3 感情が不安定	3	6.0%
①	5-2 金銭の管理	3	6.0%
①	6 その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	3	6.0%
④	1-10 洗身	2	4.0%
④	1-11 つめ切り	2	4.0%
④	2-1 移乗	2	4.0%
④	2-2 移動	2	4.0%
④	2-4 食事摂取	2	4.0%
④	2-5 排尿	2	4.0%
④	2-6 排便	2	4.0%
④	3-6 今の季節を理解	2	4.0%
④	4-4 昼夜逆転	2	4.0%
④	4-12 ひどい物忘れ	2	4.0%
④	4-14 自分勝手に行動する	2	4.0%
④	5-1 薬の内服	2	4.0%
④	5-6 簡単な調理	2	4.0%
合計		35	70.0%

順位① 4-3：感情が不安定

- 1) 介護者の回答で判断に差を出ると思う、調査員の個々人で差があってもしかたないと思う。認知機能、精神・行動障害の項目は特に無い
- 2) 精神疾患なのか根拠ある不安からなのか、区別がしにくい
- 3) 調査員での判断の違いが出やすいのではない

順位① 5-2：金銭の管理

- 1) 管理能力なので、在宅であろうが施設なのか関係ないと思う
- 2) 出来ないのではなく、持たせない（経済的な虐待）家族の判断は出来るのか
- 3) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い

順位① 6：その他 過去 14 日間にうけた特別な医療

- 1) 点滴管理や酸素療法、モニター測定は急性期のものでも「ある」にチェックされているものがあるため
- 2) 認定調査の面接日により（退院後や体調不良後すぐに面接が受けられない状況にあるにも関わらず）結果が違って出るのは不適切

順位④ 1-10：洗身

- 1) 体臭からは判断困難では

順位④ 1-11：つめ切り

- 1) 出来る能力を勘案するのであればよいが、実際は出来る人でも通所介護

などでサービスを受けていけば全介助となっている現実がある。

2) 爪が場合は、自立との表現しっくりこない

順位④ 2-1：移乗

- 1) 1群と関連する内容であるが1群1～9で「できない」チェックされていても「自立」とされている人もいるため
- 2) 頻度寝たきり、移乗の機会が全く無くても、自立よりも全介助のほうがしっくり受け止められる

順位④ 2-2：移動

- 1) 1群と関連する内容であるが1群1～9で「できない」チェックされていても「自立」とされている人もいるため
- 2) 頻度もですが、場所によっては介助を要する場合は、介助を要するのが在宅介護の現状と思われる

順位④ 2-4：食事摂取

- 1) はじめは1人で食べていても、途中で、声かけが必要なのか、こぼす、道具に工夫をしているとか
- 2) 施設内は見守り程度の介助を行うことが多く、実際に介助が必要な状態かどうかの判断がしづらい

順位④ 2-5：排尿

- 1) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い

- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位④ 2-6：排便

- 1) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い
- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位④ 3-6：今の季節を理解

- 1) 調査員での判断の違いが出やすいのではない
- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位④ 4-4：昼夜逆転

- 1) 介護者の回答で判断に差を出ると思う、調査員の個々人で差があってもしかたないと思う。認知機能、精神・行動障害の項目は特に無い
- 2) 介護者の生活リズムによって、昼夜逆転の時間間隔が違い、中には問題とならない場合がある

順位④ 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 許容の幅が広すぎる
- 2) 食事をしたこと自体を忘れていのであれば、要求が無くても問題では。

順位④ 4-14：自分勝手に行動する

- 1) もともとの性格なのか、認知面で問題が生じたためなのかわからなくなる
- 2) 自分勝手という表現は不適切ではないか。マイペースで頑固な老人はこの範疇に入ってしまう。

順位④ 5-1：薬の内服

- 1) 施設内は見守り程度の介助を行うことが多く、実際に介助が必要な状態かどうかの判断がしづらい
- 2) 処方されて無いため、自立はおかしい。本当は、服薬したほうが、身体の状態良好となる可能性があるが、管理能力をみて、主治医が処方しない場合もある。特に糖尿病、高血圧症のくすり。

順位④ 5-6：簡単な調理

- 1) 同居家族がいる場合ほとんどのケースが「全介助」を選択されているため
- 2) 独居と施設入所の条件で、手間の量が変わると思われる。

ii) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	1	2.0%	4-1	被害的	1	2.0%
1-2	拘縮	1	2.0%	4-2	作話	1	2.0%
1-7	歩行	1	2.0%	4-3	感情が不安定	3	6.0%
1-9	片足での立位	1	2.0%	4-4	昼夜逆転	2	4.0%
1-10	洗身	2	4.0%	4-5	同じ話しをする	1	2.0%
1-11	つめ切り	2	4.0%	4-10	収集癖	1	2.0%
1-12	視力	1	2.0%	4-12	ひどい物忘れ	2	4.0%
2-1	移乗	2	4.0%	4-14	自分勝手に行動する	2	4.0%
2-2	移動	2	4.0%	5-1	薬の内服	2	4.0%
2-3	えん下	1	2.0%	5-2	金銭の管理	3	6.0%
2-4	食事摂取	2	4.0%	5-5	買い物	1	2.0%
2-5	排尿	2	4.0%	5-6	簡単な調理	2	4.0%
2-6	排便	2	4.0%	6	その他 過去14日間うけた特別な医療	3	6.0%
3-1	意思の伝達	1	2.0%	合 計		50	100.0%
3-2	毎日の日課を理解	1	2.0%				
3-4	短期記憶	1	2.0%				
3-5	自分の名前をいう	0	0.0%				
3-6	今の季節を理解	2	4.0%				
3-8	徘徊	1	2.0%				

⑧-2 「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について、上位 10 項目とその理由

i) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
①	2-3 えん下	2	14.3%
②	1-9 片足での立位	1	7.1%
②	1-10 洗身	1	7.1%
②	1-13 聴力	1	7.1%
②	2-1 移乗	1	7.1%
②	2-2 移動	1	7.1%
②	2-4 食事摂取	1	7.1%
②	2-5 排尿	1	7.1%
②	2-10 上衣の着脱	1	7.1%
②	2-11 ズボン等の着脱	1	7.1%
②	5-3 日常の意思決定	1	7.1%
②	5-4 集団への不適応	1	7.1%
②	6 その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	1	7.1%
合 計		12	85.7%

順位① 2-3：えん下

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う
- 2) えん下能力のトロミを摂取している場合について

順位② 1-9：片足での立位

- 1) 立ち上がるまでの能力は含まず、瞬間的な 1 秒間の片足での立位が出来ることの意味が不明

順位② 1-10：洗身

- 1) 入浴行為は含まれず、洗身の介助が問われ手居る事の矛盾はないか。

順位② 1-13：聴力

- 1) 身振り等で理解できれば評価するという事なのか。補聴器の利用による能力の評価

順位② 2-1：移乗

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 2-2：移動

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 2-4：食事摂取

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 2-5：排尿

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 2-10：上衣の着脱

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 2-11：ズボン等の着脱

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 5-3：日常の意思決定

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 5-4：集団への不適応

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位② 6：その他 過去14日間にうけた特別な医療理由記載無し

ii) その他の項目

調査項目		(人)	(%)
1-9	片足での立位	1	7.1%
1-10	洗身	1	7.1%
1-13	聴力	1	7.1%
2-1	移乗	1	7.1%
2-2	移動	1	7.1%
2-3	えん下	2	14.3%
2-4	食事摂取	1	7.1%
2-5	排尿	1	7.1%
2-10	上衣の着脱	1	7.1%
2-11	ズボン等の着脱	1	7.1%
5-3	日常の意思決定	1	7.1%
5-4	集団への不適応	1	7.1%
6	その他 過去14日間にうけた特別な医療	1	7.1%
合計		14	100.0%

⑧-3 認定調査員が特記事項を記載する際に、留意して欲しいことについて（自由記載）

- 1) 「特記事項」で変更を行うと言われても、あまりにも簡単な記載や「できない」と判断した根拠が記載されていないケースが多く変更の材料にならないことが多い。
- 2) ご夫婦とも介護度が出ている場合、老夫婦のみ世帯
- 3) その人をイメージし易いように記載して欲しい
- 4)できると判断したが、出来ないこともある時の状況を記入してほしい
- 5) 何を・どのように・どのくらい実施して、そこにどのような支援が加えられていて、その支援について介護者がどのように感じているのかを記載してほしい。この記載された情報が一次判定変更の「鍵」を握っていることを自覚してほしいと思う。
- 6) 具体的、明瞭に介護の手間が判断できる根拠を記載してほしい。
- 7) 時間がかかっていることでの生活障害
- 8) 手間はかかっているかもしれないが、必要な介護が行われていない場合もあるので、実際の介護の様子や頻度を具体的に書いてほしい
- 9) 調査での判断根拠を踏まえた上で記入してほしい。有無の項目なのに、家族が問題視していないのでなしとした・・・など
- 10) 調査員個々の聞き取りかたや感性・文章表現能力など個人差・力量差がまだまだに目立つ。『具体的で簡潔に』と指導を受けたからといって、自立と判断した項目には一切特記しない調査員や、独居などでかなり無理して転倒などを繰り返しながら行っている動作にまで自立と判断してしまう調査員がまだまだいるので、調査員の教育徹底が必要。（特記事

項に記載しなければ判定しにくいという調査項目自体の問題なのかもしれませんが・・・)

- 11) 認知症の人、終末ケアになる1歩手前の人

(3) 介護支援専門員への設問（回答者全員対象）

⑨ 区分変更申請手続き、もしくは、不服申し立てを簡便にする、また、スピードを上げるための具体策について (自由記載)

- 1) 1、1次判定で5だったが、訪問介護の頻度が日に2回のところ、月2回と誤って聞き取られ、4に判定されたケースがあった。問題の項目のみ審査しなおせないものか。2、要支援の認定のあったターミナルの患者様が、退院のため、入院中に受けた認定調査をいかせず、もう一度取り直し手続きをし、その上で変更申請を行ったが、同じ状況下での認定地調査であれば、いかせないものか。無駄に2度も調査を受けることになった。
- 2) ①沖縄県のある保険者では、質問事項以前に申請から30日以内に介護認定がでない状態がある。理由は訪問調査員の確保（公募しても希望者がいない。一方で雇用期間に制限があるため、やっとな調査員の質が向上した時点で雇用打ち切りとなる矛盾した状況がみられる）。そのため、在宅生活が維持困難なことから区分変更申請手続きを行うのだが、認定結果そのものが遅延している現状にある。構成市町村と各地区ケアマネ連絡会とで協議して改善要望書を出すなど行動し、若干改善されたが現時点でも遅延状況がみられる。②不服申し立てについては、特に遅延などの問題はない
- 3) ①担当介護支援専門員の情報をしっかり反映できるような工夫が必要
②担当介護支援専門員は、介護の手間がどれだけあるかを口頭や文章でしっかり伝えられる力と場が必要。

- 4) あらかじめ医師に伝えるように利用者をお願いする
- 5) 申請した時点から一週間以内に再調査をして結論を出すしかないのでは？出来ればケアマネも同席して)
- 6) そのような申請には、重点的に優先していけばよいこと。
- 7) 特になし
- 8) どの部分で時間を要するのかが分からない為、何ともいえないが、変更申請については各区の窓口で受付するのはいかがでしょうか？
- 9) 以前、行政に不服申し立て手続きをすれば時間がかかりすぎるので、区分変更申請したほうがいいですよと言われたことがあり、介護度を変更したいときは区分変更を行っています。区分変更は優先的に早く行っていただくと考えていましたが、調査員の人数が足りず、2か月ほどかかった時もありました。いい案がありますでしょうか
- 10) 医師が意見書を速やかに提出されること。
- 11) 医師の意見書がもっと早く記入してもらえるような手立てがあればと思います。
- 12) 医師の意見書を早くもらう
- 13) 基本に返り、一つ一つをきちんと丁寧に行う事が一番の近道と考える。
①認定調査員を市役所直轄の職員が専属で行い、精度を上げる。②医師意見書がきちんと在宅での高齢者の生活まで見えている医師が書くのと診察をしていても患者の顔を見ようとしめない医師が書くのとは雲泥の差がある。審査会もグループによって判定基準がバラバラな現状を改善するだけで精度も上がり、審査請求も減少するのではと考える。
- 14) 緊急性のあるものを先に手がける

- 15) 区分変更、不服申し立てについては、保険者も共に本人と面接され、検討する方法をとり、結果が早く解るようにしてはと思う。
- 16) 区分変更について：主治医意見書の提出期限（1ヶ月近くはおっておかれる等）について理解を得られるような働きかけをしていただきたい。認定調査の担当窓口では「こちらからは催促できない」と言われる。
- 17) 区分変更については申請後いつまでにと期日を設けていく
- 18) 区分変更の際、市町村に暫定ケアプランを提出しなければなりません。しかし、実際には結果が出るまで、要介護度は分からないため、暫定ケアプランを立案しても、そのとおりにサービスを実施する事はできません。また、要介護が変わらないこともあるため、暫定プランは全くもって、無意味です。区分変更をするために、暫定プランを作成するという、無駄をなくせば、早い対応が出来ると思います
- 19) 区分変更の場合、審査会の方法（たとえば家族または担当ケアマネジャーを加えるなど）を検討しなおす。
- 20) 区分変更の申請者は早く結果が知りたいので優先して調査や審査会を行ってほしい。
- 21) 区分変更も認定調査を委託しても良いと思う。調査内容自体は同じなのだから・・・。
- 22) 区分変更申請の場合は急ぐ事が多いので30日以内に判定の基準をもっと短く設定する。不服申したては時間が掛かりすぎなので、調査方法等の見直しや結果を出すまでの期間設定等を明確する等工夫して欲しい
- 23) 区分変更申請は「必ず二週間で介護度を決定する」等期日を決めてしまっってはどうか
- 24) 区分変更申請は急ぎのものなので、市町村がすぐに動く、審査会も早めに組み込むなど
- 25) 区分変更申請時に理由を具体的に聞き、保険者から主治医や調査員に伝えてポイントを明確化する。・市職員による認定調査を止め、担当ケアマネジャーによる認定調査を基本とし、適正化を図る為は無作為抽出したケースに市職員が付き添う形を取る。と、調査員による失礼なトラブルも減るし、現状と異なる調査内容からくる区分変更申請が減ると思う。当市では市雇用の認定調査員が変わり、教育徹底不足等から、今年より区分変更が急増し、結果、更新申請も含めた結果が出るのに60日越えが増え、市窓口職員でさえ区分変更急増に驚いていると聞くぐらい。・当市では、どんな場合でも不服申し立ては受け付けてもらえないし、強く頼んだら、「同じ審査会が再審査しても同じ結果になるだけ」と言われ、結局、区分変更しか認められない。
- 26) 区変に関しての調査を優先的に行うことと、申請を行う側が主治医に対して、変更に関しての意見書の依頼をすること。
- 27) 行政が判断するのではなく、介護支援専門員が判断する。
- 28) 行政サイドの問題。縦割り行政を改善して職員を必要な時期に必要な人数を置いて、流動的に事務作業すればいいんじゃないですか。課によっては昼前からゆっくりお茶飲んでますけど・・・！
- 29) 今は、末期がんの方の区分変更手続きは、備考で「速い認定調査をお願いします」と依頼するので、素早い対応をしてもらっています。しかし、その他のいろいろな苦難に関する対応の悪さ・遅さ（全員とは言いませんが）は、行政全体の体質を変えないことには変わらないのではないで

しょうか。

- 30) 市町村による調査を新規のみならず、区分変更、更新なども行えば、公平かとおもいます。か、優先順位をきちんと決めて、即出さないといけない要介護認定に関してはすぐに裁決、30日以内でよいもの、60日以内でよいものなど、優先をきめては？
- 31) 市町村職員が現場を確認するくらいの気持ちであってほしいと思います。調査項目の中の「調査日より概ね過去一週間」を過去一ヶ月間にしたらどうか？ と思いました。
- 32) 市役所の対応の俊敏さ
- 33) 思い当たる具体策が御座いません。
- 34) 思い当たる具体策が御座いません。
- 35) 七段階に分けられている介護度を、五段階くらいに簡素化すればどうか
- 36) 実際不服申し立ては、ほとんど行われず、不服の場合区分変更申請を出しているが、更新申請で出た結果に不服の場合その認定月の1日まで待って区分変更申請を出しているが、結果が出たらすぐに区分変更申請が出せたらいいと思う。
- 37) 主治医の意見書が遅いので、事情を説明したり、利用者のADLを適格に伝え、書類が書きやすい環境を作る。
- 38) 主治医の意見書の遅れが原因と思われるので認定調査の内容を主治医に配布し参考にしてもらおう
- 39) 主治医意見書が遅れがち
- 40) 受付専任窓口を設けて専任スタッフが一貫して対応をすれば...
- 41) 申請した理由書を添付し、その事が適切であるか、又はケアマネとして

の介護度の見解を合わせて確認し更新申請とは区別するほうが良いと思っています。

- 42) 前回の調査資料を白紙にするのではなく、審査会にて反映されていない項目を重点的に調査する。居宅の担当ケアマネジャーに在宅介護状態を確認する。それを記載。なぜならケアマネジャーは、利用者の状態をしっかり把握しているから、特に認知症にかんしては、主治医の意見書はいらないのでは。
- 43) 前回分のデータを持参し違いのみチェックする形でも良いと思う。認定調査票と主治医意見書の回収締め切りの徹底。
- 44) 相違部分を介護保険課担当官が確認し現状の確認で審査会へ計る。
- 45) 担当CMが手続きを行う。また、担当CMに区分変更をする際に、大体の認定区分を予想してその結果を反映すれば、再度調査を行う必要もないので、スピーディーに認定が下りると思われる。
- 46) 調査をすばやく行い、主治医の意見書を早く記入してもらい、審査会を早く開けば問題ないと思います。
- 47) 調査員が早く調査に訪問していただきたい
- 48) 調査内容がシンプルで分かり易く、介護保険の理念の理解を国民に求める事が肝要と思う。国民に周知することで理解を得ることができれば、必要な時間は時間と思います。
- 49) 調査票を提示し、違っている部分だけ聞き出せる様にすれば早く済むのでは
- 50) 通常の認定受けつけの流れより優先して処理してほしい。更新認定と同じサイクルだと1カ月はかかり生活支援設計に支障を来す。

- 51) 特になし
- 52) 特になし 保険者の職員がよく関わっていることで大きな問題はないと感じている。
- 53) 特に思い当たらない。
- 54) 認定が降りるまでに時間を要するのは主治医意見書の遅れが理由として上げられます。主治医意見書が速やかに提出してもらえるようなシステム作りをしてほしいです。
- 55) 認定の遅れの多くは主治医意見書の遅延に原因があるといわれている。特に大病院ともなると主治医も多忙のためになかなか提出期限が守られないようだ。ここをどうするのがポイントになる。地元医師会でも「守るように」という提言はしているようだがその効果はない。やはり「主治医」の定義が厚労省の想定しているものと現実とが合っていない制度設計になっているからなのだろう。また、審査会事務局を含めて保険者でも「30日以内」というルールは「守らなくても問題ない」という認識があるのではないか。調査はほぼ間違いなく提出期限内に実施されているので、調査以外に遅延の原因があることは間違いない。したがって、保険者が「30日以内に認定する」ということを原則として実施するという気持ちになることが優先され、それが強制力がなければ実施できないのであればペナルティーをつけてでも「その気」にさせていくしか方法がないかもしれない。さらに、審査会の合議体数をふやすことで審査のスピードアップは可能になる。しかしそれを実施するためには現在の審査会委員野のほう刺繍や主治医意見書作成料などの問題、地域によっては委員確保が困難になる地域も出てくるので、近隣の市町
- 村との合同での審査会の設置運営や審査会そのものの運営の柔軟化なども考えていく必要があると思う。
- 56) 認定結果をケアマネが迅速に受理できればと思います・・・。
- 57) 認定調査、審査会で優先的に取り扱う。(医師の意見書が遅い場合は仕方ないが)
- 58) 認定調査票のここが今回こう異なっていると明記する
- 59) 不服申し立ては行政ができるだけ避けたい様子が伺える。手続きも面倒なので結局は区分変更になるスピードを上げるのは私たちが努力しても難しい。
- 60) 不服申し立ては時間と手間がかかると行政から言われたので、実際には行っていない。(家族と話し合いそこまで至っていない)
- 61) 不服申し立てをしたことはありません。迷わず、区分変更を提出するようになっています
- 62) 不服申し立てを行うにあたり保険者と県との間での書類のやり取りが多く、被保険者としては利用しづらいと思われれます。

⑩ その他、今回の要介護認定の見直しについての意見 (自由記載)

⑩-1 認定調査員の意見

- 1) 今回の見直しがそもそもどういう目的で行われたか疑問です。行政主催の説明会に出席したところ、「現在要介護3の方は新調査では一次判定で要介護2になるかもしれませんが、特記事項で介護の手間を詳しく記載いただければ、二次判定で要介護3になると思いますのでご心配ありません」というお話でした。要は、結果は同じで、一次判定と二次判定の比重が変わっただけという印象を強く持ちました。特記事項がきちんと書かれないと介護度を下げると脅かされているようにも思いました。訪問調査員としては調査料は変わらないが、特記事項を記載する負担が増えただけと思っています。
- 2) 「その場での確認」が最優先されているため、日頃の状況や生活の支障については特記事項で伝えるのみとなり、特記事項の記載の負担が大きすぎる。また市区町村によっては「特記事項はできるだけ1枚に治まるように記入」と言われるが、状況を伝える手段に制限が加わることになる。主治医の意見書で反映される、と言っても意見書を記入する主治医が専門科の医師である場合、専門外の項目については未記入だったり、また日常生活の支障(医師に求めるのは難しいと思うが)を把握するのは困難だと思われる。結果「介護の手間」としての要介護認定には結び付かなくなっているのではないかと感じる。調査項目が減っただけではなく、判断基準が厳しくなっている(座位保持の時間は10分から1分、

立位保持の際の「10秒から1秒」、「均衡を保つ」等が削除されている。従来と比べ、日常生活に支障があっても殆どの項目で問題なしを選択するしかない)状況。説明会で「項目が減っても結果は大きく変わらない」との説明を受けたが、多くの判断基準が変更になった点についても「結果は大きく変わらない」のか否かについても説明を伺いたい。

- 3) どんなに調査票に詳しく記入しても審査会で判断される。(車椅子生活や、歩行器でゆっくり一步一步移動する方でも支援と判断された)・把握できていない、また詳しく記入する気が無い理解が無い主治医意見書で判断されることが多い。・把握できていない、また詳しく記入する気が無い理解が無い主治医意見書で判断されることが多い。
- 4) 区分変更と不服申し立ては内容が全然違う。会長の発言で、ひとくくりにしたような発言はやめて欲しい。・調査システムが正式に変更されれば、区分変更しても不服申し立てをしても結果は確定する。認定システムを検討している委員会で、区分変更や不服申し立ての仕組みがあるから影響が少ないような発言は、的確な発言ではない。・ケアマネジメントが機能していても、要介護認定の仕組みが変わり、区分限度支給額が下がれば大きな影響がでる人が出てくる。・システムの変更により1%に影響があった場合、全国で何万人の人に影響が出てくるのか(要介護・支援認定者数)を念頭に置き議論すべき。
- 5) 経過措置中の現在、審査結果通知時に、最終のものしか分からない状態。新しい調査項目では要〜〇と出たが、経過措置で元の要介護1が出たとかということが、本人・ケアマネには全くわからない。その為、新しい認定調査項目に対する検証が現場サイドでは何もできない。「経過措置

が終わったら、どうなるのか・・・。」という不安だけが広く蔓延している状態。「経過措置で前回と同じ結果が出るから」といい加減に調査し、特記事項もほとんど書かない市職員調査員も多い。このままでは、経過措置終了後に、多量の認定結果低下者が出て、サービスが使えなくなる方が増えると思う。

- 6) 4月前と4月後の役所の言動が180度異なるのは問題です。4月前にもう少し意見を聞き、実施を延期し検証し直す等の柔軟性が必要だと思います。今回のごたごたは労力とお金の損失です。誰が責任取ってくれるのでしょうか。今後もこの様なことが反省もなしに続くのではないかと思うと情けなくなります。
- 7) 8-4で記入いたしました。まじめに努力して、その努力が報われない業界なんて、未来があるわけありませんから。雇われケアマネで、相談コーナーで営業マンとして生きるか、副業のない特別に能力もない、介護保険の理念を信じて、介護が必要な高齢者に身を寄せ、この方々を幸せにする力はないが、不幸を軽減することはできるかも知れない。弱者の悲しみを知る自分の使命としてぶつかって、少しでも魅力的なケアマネになる努力を続けたい。
- 8) 現場の声を聞いて項目を決めて現状に合わない認定項目はやめて欲しい
→早急に結論を出して混乱させるような事はやめるべきである
- 9) このまま行けば要支援が増えてしまうという思いがある
- 10) テキストどおりでは殆どの項目で「なし」、とされかねない厳しさがある。調査員の主観一つで意図も簡単に介護度が下がってしまう懸念がある。また、特記事項の例で、見守りや一部介助の線引きで、選択の根拠

となる特記事項の例を、敢えて示していないことは問題である。たくさん例をこちらが作っていかなくては、と考えている。

- 11) なぜ、大幅に変更してしまったのか？こちらが問いたい気持ちです。振り回されるのはごめんです。
- 12) 以前と違い、本人の能力勘案でなく、行われている介護の状況のため記載はしやすいと考えるが（個人の判断の差が少ないため）入所の方には甘く、一人暮らしや介護されない方には厳しい結果が出るのは不公平である。以降調査どおりの結果のため、今の認定調査でどのように介護度が変わるのか担当のケアマネジャーは知らされないのはおかしい。情報開示してほしい
- 13) 勘案する部分無いので独居で頑張っている人が低く、介護者がやっているから本人がしない・出来ない人は介護度が高い部分に、相変わらず矛盾を感じます。
- 14) 経過措置があり、モチベーションが下がっている。経過措置がなくなった場合、正しい調査ができるか不安です。平成10年モデル事業から関わっているが、これほど調査内容が理解できないことは初めてです。（年齢のせいかもしれませんが）
- 15) 経過措置はいつまでですか。
- 16) 経過措置をいつまで継続していくのか、また、急に措置を終了するのか、本当に利用者のことを考えているのか！
- 17) 現在経過措置がとられているが、調査する立場としてはバカにしていると感じている。調査対象者のありのままを伝えようと事細かに確認して特記も記入しているのに、経過措置で「従来の介護度のまま」を選択し

ていれば更新前の介護度となる。調査する意味がない

- 18) 現在更新など申請と同時にアンケートを提出していますが、この内容からして今のままでの認定調査の必要性に疑問を感じる。
- 19) 今回の改定以前から内部障害や、視覚障害等の障害が生活実態と介護度が見合っていない。介護になったとたん、生活が激変しストレスや不自由さに耐えながら生活しておられる方が救済出来ないものかと胸が痛む。
- 20) 今回の見直しがそもそもどういう目的で行われたか疑問です。行政主催の説明会に出席したところ、「現在要介護3の方は新調査では一次判定で要介護2になるかもしれませんが、特記事項で介護の手間を詳しく記載いただければ、二次判定で要介護3になると思いますのでご心配要りません」というお話でした。要は、結果は同じで、一次判定と二次判定の比重が変わっただけという印象を強く持ちました。特記事項がきちんと書かれないと介護度を下げると脅かされているようにも思いました。訪問調査員としては調査料は変わらないが、特記事項を記載する負担が増えただけと思っています。
- 21) 再考を願います。
- 22) 財源不足が根底にある限り解決策はないのでは？
- 23) 支援の方が非該当になった場合、サービスを受けて何とか生活していた方について、経過措置後の事を考えて頂きたい
- 24) 施設入所の方が重くなり、在宅独居や認知症がチェックがつかないことが多い
- 25) 似通った項目・関連項目を一緒にすれば、もってリアルに生活の様子が

わかるし特記も書きやすい。例えば麻痺のところでは下肢のチェックがあれば、立ち上がりや歩行にも支障がある。整理することで、調査も簡単になり、審査する方も、生活の困りごとや介護の手間が見えると思う。個々の生活に支障となっている困りごとを認知などの自立度に記載できれば、ありがたい。もっと理解できると思います。

- 26) 自立に該当することが多く、認定区分が軽度になってしまう方が多いです。また、麻痺や拘縮に関しては、筋力低下や実際麻痺があって、日常生活に支障をきたしているにもかかわらず、今回の調査の方法では”なし”と判断されてしまう。調査方法の見直しを検討すべきである。
- 27) 全体的に、状態が変わらなくても前回より軽く出ます。今回は意向調査があるので良いが、次回は不安。加算で自費発生しやすくなっており、軽くなられては困る
- 28) 誰が行っても調査結果が変わりない内容になってきていると思うが、介護度が明らかに軽く出る。
- 29) 独居で頑張っている方に冷たくせず、手厚くして欲しい。
- 30) 認定調査作成にあたり、障害者日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度について、テキストに示される判断基準があいまいであるため、選択肢の選択にかなり苦慮している。認定調査改正以降、少なくとも10時間以上の時間を浪費している。具体的な判断基準を作成してほしい。
- 31) 保険ルールである1ヶ月内に結果通知が届かず、過去2~3ヶ月を要する場合が多く、審査を早くしてほしい。保険者により、担当ケアマネに調査を依頼する方法はいかがなものか？と考える

- 32) 歩行状態等の膝に手をついての歩行がふらつきがどれだけあってもできるになることが納得できないです。下肢の筋力低下を考慮する項目がないこともなぜだろうと思います。
- 33) 要介護認定とは何なのかというところから考え直して欲しい。介護の手間を評価するから不平等になります。環境が変わったとしても(家族・住環境など変化)、平等に介護保険が使えて自宅で生活できる認定評価をして欲しい。厳しい認定は、結果在宅介護を困難にし、施設となり、財源を切迫してしまうと思います。

⑩-2 介護認定審査会委員の意見

- 1) 5-5、5-6は同居家族がいて高齢になるほど、ほとんどが「全介助」とされることが多く調査項目として適当か】【「能力」と「介助の有無」のみで判断するようになってきているが「能力」はあっても習慣として介助を受けていることもあり判断に迷う
- 2) 下肢の筋力低下から生じる行動制限や、介助動作の増加についてのチェックが無い。頻度的には多いと思うし、予防のポイントとも受け取れるのに、なぜ調査項目には反映されないのか
- 3) 介護保険が良い方向に行く為の見直しと信じます。無くなった調査項目は何だったんでしょうか？人の旅立ちを応援して行きたいですね。
- 4) 今回のよう介護認定の見直しの本当の意図する所が不明です。認知症の方をきちんと捉えていく調査になったと聞いています。評価する時間が必要と考えます。認知症という病気による介護、高齢による認知症状やADL全般の低下による介護、脳血管障害等疾患によるADL低下の介

護と全てを一つの調査で評価することに問題があると考えます。

- 5) 今回の認定の見直しの最大の問題は「一次判定」に固執したことにある。一次判定変更条件を制限し、一次判定の変更に対して審査会委員の関与を制限したことにある。つまり「人間性」の関与を制限したことにある。それほど一次判定システムに自身があるのであれば審査会は不要である。一律機械的に判定していけばよいのではないか。しかし実際には一次判定が「介護を要する手間」を性格に判断することがこんなのであるからこそ「人間性」の関与が不可欠であるとして二次判定システムが取り入れられているのである。であれば二次判定に対して過剰な条件設定をすること自体が認定に関する制度に反した行為であるといえる。また、調査項目の減少、判断基準の変更が「介護に要する手間」の判定に「影響がない」と一生懸命にアナウンスしているがその根拠はブラックボックスの中で説明がされていない。モデル事業で検証したと入るものの、モデル事業の時には調査員マニュアルも審査委員マニュアルも出されてはいないし、すべての判定時基準を用いて判定しているわけではなかった。その中で行ったモデル事業の結果で「影響なし」という判断はおかしい。このような態度や行動が介護認定システムに対する不信を増大している。そのために「軽度に出やすい」「認定の段階から軽度へのシフトを図っている」という感覚の原因になっている。確かに「要介護4に近い要介護5」のような状況の人はシステム変更によって「要介護4」と認定されるケースが増えている。実際「寝たきりではあるが食事に全介助が不要な状況」の人はまず一次判定で要介護5は出ない。食事以外には全介助が必要な状況でも要介護4にしかならない。このよう

な「矛盾」の存在を認め、その矛盾解消のために審査会があり、審査のための情報としての特記事項や意見書であり、かつ、審査委員の「完成」を重要視して「血の通った認定」にするためにも、一次判定に固執しすぎないように考えていくことが必要である。

- 6) 実際にやられていることを介護の手間として判定する基本は理解できるが、必要なことをしないで放置して自立と判定されたり、昔から必要もないのに例えば妻が靴下をはかせて数十年過ごしてきたような場合も介護の手間がかかっていると判断されており、本人が実際にできるのかどうかもあわせて判断しないと公平さを欠いてしまうと考える。・上記のことを踏まえると、我々は決して限度額に入るからとサービスは入れてないのに給付抑制だと感じる。介護保険を使えない、また理解できていない方々の負担が増し、生活の保障が行えていない社会問題として行政は考えて欲しい。
- 7) 認定そのものの公平性が失われる心配がある

⑩-3 介護支援専門員の意見

- 1) 3%引き上げと言う反面で、認定結果を下げ利用限度額を制限しようとした、厚生労働省の悪巧みが余りに早く露呈してしまい、お粗末な結果（認定結果を元に戻して期間を延長できるという、「この紋所が目に入らぬか！」）を招いた。この国の将来（少子高齢化）を真面目に見据えた施策制度改革とは思えない、もっと国民のためになる制度改正を行って欲しい
- 2) 「サービス量はアセスメントに応じて決められる」等の文言が多い中、

こちらから利用者様に「サービスが受けられなくなるので、調書にはこの介護度になるようにします？」というようなことを聞くことに、矛盾が感じられます。ケアマネジメントで勉強してきたことと違うのではないかと思います。また、調書は認定への不満を先延ばしにするだけではないかと思えます。認定された後の支援をするケアマネジャーとしては、今の時期に今の介護度を認定していただくほうが、利用者様が一番納得し易い説明ができるのではないかと思います。

- 3) 多くのご家族や、ご本人より「調査の意味がない」という言葉を頂いている。家族の中にもアンケートで意向を伝えているので、調査時に必死に伝えなくてもいいのでは？と思う。等々、従来の訪問調査の在り方が問われる（形骸化する）。】※個人的には、今回の経過措置は一刻も早く終わらせてほしいと思っています。行政窓口も混乱しております。何より、ご本人・ご家族への説明が非常に煩雑。厚労省もこんな複雑な措置を講じるなら、説明パンフでも一緒に作成してほしいと思います。担当者の個々により差異はありますが、『このまま要介護状態を維持してほしい人』『要支援など軽く判定されても妥当では？と感じる人』いろいろありますが、ただ単に現状維持という安易な気持ちだけで意思表示されると、何かやりきれない思いがあります
- 4) あらかじめ要介護認定に対しての希望を聞くことにより、不服申し立ての申請をさせないようにするのは違法ではないでしょうか。そのような見直しに要した人件費は無駄ではないでしょうか。
- 5) こちらでは市の嘱託職員が全て認定調査を行っていますから、市内の利用者の調査は行っていません。他県・他市の分については委託で行って

いますが、21年4月以降は担当していません。専門調査員としての任命も受けていますが、4月以降の分についての調査依頼はまだです。今後、専門調査員が介入する必要のある事案が増えるのではないかと心配しています。

- 6) これほど問題が出るということは、国においてきちっと議論がなされていないということではないのだろうか。その後の経過措置についても、要介護認定の仕組みそのものを無にしているような気がしてならない。今回の見直しは、現場を混乱させただけではないのか？
- 7) たいていが家族や利用者のほとんどが困っている。もちろんケアマネジャーもマネジメントに影響してきているが、利用していたサービスが軽度の判定で使用できなくなるケースに関しては介護保険の方向性が逆行していると家族や利用者は感じているし、そのような意見も多い。
- 8) 安易な認定項目変更はして欲しくない。見直し期間を設けるよりも平成20年度3月時点で現行のままとし、今回の要介護認定見直しは凍結すべきだった。住民や介護保険に関する担当者の困惑を理解していないやり方だと思う。今後の対応については慎重に吟味して欲しい。
- 9) 介護が必要であるのに出来ない状況なのか、不必要な介護を行っている状況なのか、見極められるような調査項目が必要だと思います。
- 10) 介護する時間のみに重点がおかれて、施設入所等で手厚い介護をされている人は重くなり、在宅で介護者がなく不自由でも介護なしで、なんとか生活されている人については、すべて自分で出来るとみなされ（経済面で介護が受けられない人も含む）サービスが受けられない状況である。在宅で一人暮らしの人はサービスが受けられなくなっている。特記事項

をたくさん記入して状況を説明とはなっているが、他人数の審査会では取り上げられにくく、目に留まるのは少ない。現状をもっと詳しく検討してほしい。在宅介護を勧めている介護保険とは思われず、再度介護保険のありかたの原点に戻り考え直してほしい。また、更新等は経過措置があり、何のために認定調査しているのか？不思議である。現在更新の人と新規の人では結果に大きな相違がでてきている。新規の人からの苦情はどうしているのだろうか。

- 11) 介護度が低いひとでも手間がかかる人もおり、ケアマネの報酬が介護度により段階がある事は変だと思う。認定の見直しで介護度が低く出て必要なサービスが受けられない人も出ている。
- 12) 介護度に反映しない障害や生活上の支障をもっと取り上げて欲しい。
- 13) 完全に寝たきりで寝返りを一人で出来ずに苦しんでいる方が、精神面で全くクリアであるがために要介護4しか出ない。要介護5でもギリギリのサービス量が必要なのに、あまりに残酷である。介護経験の無い人間が机上の数値で調査項目などを決めている事自体、誤りである。各サービスの加算項目を増やし、区分支給限度額は変わらず、要介護認定は下がる。どうやって地域で暮らせというのか。法改正に携わっている人達が公費を節約したいというのが全ての前提なのではないかとケアマネジャーとしては思わずにはいられない。
- 14) 喜んでくれる利用者が多かったが、一過性なので意味がないと思う。
- 15) 議論をされてのことだとは思いますが、現状にそぐわない部分が多いと感じます。又、一人暮らしの方について、もう少し考慮が必要ではと思います。

- 16) 経過措置として、以前の介護度を選択できるようになっているので、実際、どのような傾向（軽く出るとかそうでないのか）があるのか、現場のケアマネには、分かりません。
- 17) 経過措置については、腑に落ちない所が多々あり、現状の状態と異なる介護度が保たれるのは、おかしいと思う。
- 18) 経過措置をとっていただいているので、現状のサービスを維持することができている。現状が正しく評価できるような内容になると言い。
- 19) 経過措置希望調書を提出すれば、認定調査の結果いかんにかかわらず今までの介護度を無条件に引き継いだ結果が出ているようである。調査の見直しにより結果がどのように変わり、経過措置によりどのようなになったかを示してもらわないと、今後同様の混乱が発生すると思われる、また、有効期間についても、結果いかんにかかわらず、同様継続の2年間で出ているので、2年後には同様の混乱が起きる恐れがある。
- 20) 結果が出ても今より軽くなれば、従来の認定にできるのなら、認定審査を行なう必要があるのかと利用者から言われ、なんと説明したらいいか戸惑ってしまいます。要介護認定の見直しの会議には、現任（ケアプランを持ちながら、認定調査を行っている介護支援専門員）が出席できたらいいと思う
- 21) 結果が大変遅れて、期限内に届かないことが多く困っている。
- 22) 現在経過措置があり、認定がどのように出ているのか見えない。介護量での認定のため、本来の姿だと思うが、予防と介護のボーダーの所の人がどの様に出るかが、気になる
- 23) 今回、更新申請時に現行の介護度と変わった場合に介護度の希望を本人または家族に聞き取っているが、利用者や家族から、介護度の希望を聞いたら何のために調査するのかとよく尋ねられる。市からの説明書で説明するが自分自身が理解していないため困ってしまう。
- 24) 今回の経過措置に 非常に困惑しています。特に同じ法人の施設ケアマネは、利用者が重度となっているにも関わらず、利用料が高くなるという理由で、家族が、以前の軽いままになるよう申請して、結果、実態は要介護4の人を要介護1の費用で介護している状況だと言っていました。担当課も国が言っていることだからの一点張りで、その時は区分変更を出して下さいとの返事だけ。区分変更出すにも本人や家族の同意が必要です。居宅も同じで、適正な認定が出ないこのシステム一体なんだろう？
- 25) 今回の要介護認定の見直しで、認知症の方の状態を正確に伝えることはできない。
- 26) 今回の要介護認定は明らかに要介護度を軽度化するものと考えられます。現場の声を聞くはずの協会が率先して阻止しなければならなかったのではないのでしょうか。本当に現場の声を反映させているのでしょうか。
- 27) 暫定処置で今のままを維持することを希望するときは認定調査をする必要が無いような気がしますが暫定処置があるのがおかしいのでは・・・
- 28) 質問文が変化しただけでコンピュータに反映されていない。利用者や家族にも単なる言葉遊びという事が知れており手間が評価されず苦情になっている。報道を鵜呑みにする訳ではないが、見切り発車的な認定に自身も不満を感じる。
- 29) 従来より明らかに軽度に出してしまうため、経過措置に助けられています。

- 30) 審査会事務局というポジションが新規につくられたが、どんな機能を果たしているのでしょうか？これは公務員の天下り先を設置したにすぎないのでしょうか
- 31) 新規でサービス導入をお勧めする場合、自立（非該当）が懸念されるため、前もって適切なサービスを導入するのが戸惑ってしまう。今のままの体系を存続するならば、1次判定がいかほどなのか前もってわかるシステムがほしいです。
- 32) 前と多少の違いはあるがそれが結果にどう影響するかまだわからないのでその辺がはっきりしてこないとわからない
- 33) 措置という手段は全くおかしい。調書によるアンケートにより左右される認定結果は、全く意味がなく審査会にかかる費用の無駄遣いであると考えます
- 34) 調査のマニュアルをみると「要介護度の引き下げに連動する介護給付費抑制」が今回の要介護認定の見直しではないかと思ってしまう。3%のアップ分を利用者のサービス利用で調整を図ろうとする意図を感じてしまう。結果、直前になって経過措置が出され、現在、申請する前に「以前の要介護度を選ぶかどうか」を確認しているが、それに費やす人や経費などかえって無駄な介護保険からの支出となり、利用者や家族、関係者（ケアマネ、調査員、審査委員など）から国や保険者への不満や不信の声が多い。介護保険制度が国民に定着し「介護保険制度ができて良かった」との声がある一方で「国や保険者は、財源論が先行し利用抑制に走っている」と制度に対する利用者や家族の不信感が年々増大している。もっと広く国民や関係者に介護保険の現状と課題について意見を集約し、開かれた討議と決定のプロセスを明確に示して欲しい。
- 35) 同様の状態でありながら、要介護度が下がることで、サービスの量はもちろんのこと内容（通院乗降介助など）が変更することで生活に大きな影響があるので、十分な検証が必要と思います。それから、新認定の判断基準の「介護されていない⇒足りないサービスを書く」、「介護されている」という分類が、・介護されていない＝必要なのにケアマネがサービスをプランに入れていない、・介護されている＝ケアマネが必要なサービスをプランに入れている。とケアマネジメントの研究対象の1つとしていくのではと危惧されています。認定はあくまでも必要な介護の手間を正確に押し量るものでないといけないので、こうしたことにも日本協会として警鐘を鳴らし、よりよい生活支援ができるケアマネジャーの支援をお願いします。
- 36) 認知症や一人暮らしの方の実情を踏まえた判定基準にしていきたい。また医療行為が必要な人は手間がそれだけかかっているもので、そういったことも考えて判定基準を決めてほしい。
- 37) 認定が軽くなる傾向などの話があるが、認定件数もまだ少なく判断しにくい。
- 38) 認定の見直しではないのですが、介護報酬の改定でケアマネジャーの給与に変化があったかどうか、協会でこのように独自アンケートをとってはいかがでしょうか。ちなみに、私の事業所は『特定事業所加算Ⅱ』を算定しているにも関わらず「会社全体を通して、平成18年度の改正以来住宅部門は赤字であるから」という理由でたった500円の基本給アップでした。この基本給アップにより、毎年のベースアップはカット。

しかもベースアップの 3 分の 1 にも満たない金額！働く意欲をなくしました。

- 39) 認定項目が変わった事で、ADLは変化がなくても、介護度が実際よりも軽くなる利用者が多くなった
- 40) 認定調査をする必要がまったくなく、費用の無駄使いでしかありません。極端に言えば、被保険者やその家族のわがままが、まかり通っている状態で、例えば、「区分が下がるとサービス回数が減らされたり、レンタルできないからそのままの区分で」とか、「区分が上がると各サービスの単価が上がって支払いが増えるからそのままの区分で」などと、被保険者の都合のいいように経過措置希望調書が使われていると思います
- 41) 認定調査自体を行っていないためなんともいえませんが、保険者の研修がもっとほしかったです。
- 42) 認定調査自体を行っていないためなんともいえませんが、保険者の研修がもっとほしかったです。
- 43) 評価は極めてマニュアル化されたもので個別性が無視される
- 44) 聞き取り方に大きな差が生じてます。調査員の質、特記事項の書き方も。
- 45) 様々な理由があって、やむなく独居せざるを得ない高齢者がおられ、援助がないためにお一人でも頑張って生活していることが、介助を受けていないということで判断されるという調査内容に納得できません、特記事項に理解していただけるように記載されるのかも疑問に感じています。経過措置についても結局は、新しい認定調査内容への移行期間であるとすれば、一時しのぎにすぎないのでしょうか。
- 46) 要支援と認定されている方の影響が大きいように感じるが、現職場は特

養であるため見直しでの混乱はほとんどない。全国一律に近い介護区分が出るのであれば、経過措置などせずに進めてほしい。

- 47) 例えば、胃瘻から経管栄養を行っている人は食事が自立になるのは、介護の実態が反映しない認定結果になります。経管栄養は介護の手間がかかる大きな要因なのにはです。

3. 参考資料

(1) 調査項目 (E-mail 送付用調査票)

会員の皆様へ

2009. 06. 26

緊急アンケート「要介護認定方法の見直し」

へご協力をお願い

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長 木村 隆次

梅雨の候、皆様方にはご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は当協会へのご支援ご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、厚生労働省の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」において、要介護認定方法の見直しの検証等が行われております。

当協会では「要介護認定方法の見直し」のための緊急アンケートを行い、検証・検討会での議論に活用したいと考えております。

ご多忙のところとは存じますが、認定調査員、介護認定審査会委員、介護支援専門員のお立場から、皆様のご協力をお願いいたします。

締め切り：7月3日（金）

回答方法：件名を「『要介護認定方法の見直し』についてのアンケート」と

し、電子メール(下欄を貼り付け)にて下記までお送りください。
このメールの送信元に返信しても受信ができませんので、お手数ですが、下記のアドレス (info@jcma.or.jp) に返信をお願いします。

回答送付先：一般社団法人 日本介護支援専門員協会 事務局

TEL 03-3548-7955 FAX 03-3548-7956

E-mail info@jcma.or.jp

該当する項目の数字または内容を回答欄に記入して下さい。

I. あなたのことについてお答えください。

回答欄

★問1★ 性別 ①男性 ②女性 問1【 】

★問2★ 年齢 ①20～29歳 ②30～39歳 ③40～49歳
④50～59歳 ⑤60歳以上 問2【 】

★問3★ 勤務地の都道府県 問3の回答欄【 】

★問4★ 勤務している事業所の種類
①居宅介護支援事業所 ②地域包括支援センター
③特別養護老人ホーム ④老人保健施設

★問 8 ★ 認定調査員を受託している方にお聞きします。

問 8－1 調査結果の選択肢の選択に迷う調査項目について、上位 10 項目までの番号とその理由を記入してください。

評価項目	
番号	理 由
1 【 】 []	
2 【 】 []	
3 【 】 []	
4 【 】 []	
5 【 】 []	
6 【 】 []	
7 【 】 []	
8 【 】 []	
9 【 】 []	
10 【 】 []	

問 8－2 「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について、上位 10 項目までの番号とその理由を記入してください。

評価項目	
番号	理 由

1 【 】 []	
2 【 】 []	
3 【 】 []	
4 【 】 []	
5 【 】 []	
6 【 】 []	
7 【 】 []	
8 【 】 []	
9 【 】 []	
10 【 】 []	

問 8－3 特記事項を記載しないと状態を伝えにくい調査項目について、上位 10 項目までの番号とその理由を記入してください。

評価項目	
番号	理 由
1 【 】 []	
2 【 】 []	
3 【 】 []	
4 【 】 []	
5 【 】 []	
6 【 】 []	
7 【 】 []	
8 【 】 []	

9 【 】 []
 10 【 】 []

問8-4 特記事項を記載する際に、工夫していることがあれば記入して下さい。

【 】

★問9★ 介護認定審査会委員の方にお聞きします。

問9-1 特記事項の記載がないと調査結果が分かりにくい調査項目について、上位10項目までの番号とその理由を記入してください。

評価項目

番号	理由
1 【 】 []	
2 【 】 []	
3 【 】 []	
4 【 】 []	
5 【 】 []	
6 【 】 []	
7 【 】 []	
8 【 】 []	
9 【 】 []	

10 【 】 []

問9-2 「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について、上位10項目までの番号とその理由を記入してください。

評価項目

番号	理由
1 【 】 []	
2 【 】 []	
3 【 】 []	
4 【 】 []	
5 【 】 []	
6 【 】 []	
7 【 】 []	
8 【 】 []	
9 【 】 []	
10 【 】 []	

問9-3 認定調査員が特記事項を記載する際に、留意して欲しいことがあれば記入して下さい。

【 】

適正な要介護認定を求めるアピール

認知症の人と家族の会 09 年度総会
(2009.6.6 京都社会福祉会館)

- 1 「家族の会」は 07 年 11 月以降、「提言・私たちが期待する介護保険」を広く普及してきた。その努力は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」による対策の前進、初の介護報酬引き上げ等に反映した。また、要介護認定調査項目の削減計画も一定程度押し戻すことができた。
- 2 しかし、今年になって明らかになった 4 月からの認定調査基準の変更は、私たちにとって「驚愕」の一言であった。それは、「非常識」「軽度化指向」「意味不明」「かえって煩雑」「認知症への無理解」「不思議」と感じたことである。
- 3 たとえば、「買い物」は、買い物の適切さは問わないという非常識。「座位保持」の目安を 10 分間から 1 分間にした軽度化指向。“昔はもてた”と言うのは、「作話」でなく社会通念上冗談だという意味不明。「食事摂取」で介護者が小さく切っている場合を「一部介助」から「介助されていない」にして、特記事項に書かせるというかえって煩雑。認知機能を日頃の状況でなく調査時の状態で判断する認知症への無理解。必要があっても介助されていない人と、もともと介助不要の人が同じ「介助されていない」になり、能力があっても入院・入所で介助されれば「全介助」になる不思議。
- 4 厚生労働省は「家族の会」等の意見により、一部を見直し、経過措置を実施し、検証・検討会を発足させた。このことについては一定の評価をするものである。
- 5 しかし、問題は、今回の基準変更を厚生労働省がどう総括し、どのような見直し改善策をとるかである。介護保険利用の大本となる要介護認定が、本人と家族の実態を踏まえ適正かつ公平に行われることを強く求めるものである。
- 6 なお、要介護認定は、認定調査のみでなく、一次判定ソフトの仕組み、医師の意見書内容、介護認定審査会のあり方にも深く関係している。これを機会に、要否も含めた要介護認定そのもののあり方について、現場の専門職、利用者、家族も加えて、研究・検討が開始されることを希望するものである。

A【厚生労働省老健局老人保健課長あて二つの意見書】

2009年4月実施予定の要介護認定方式についての意見（3月9日）

弊会は介護保険制度の発足以来、認定を受ける人がその人の実情を的確に反映した結果が得られるよう求めてきました。本年4月から新たな認定方式に変わるにあっても、より精度の高い認定が行われるよう願って来ました。しかし、新方式への移行を目前にして、認定調査項目の判断基準について私たちの常識では考えられない内容が数多くあることがわかってきました。このまま新方式が実施されれば、認定結果がその人の実情と乖離したものになることが危惧されるだけでなく、介護保険制度そのものへの信頼が失われる恐れがあると考えます。

たとえば、

- 1 「移動」、「移乗」について、重度の寝たきり状態などで調査日から過去1週間その機会がまったくない場合には、「自立（介助なし）」となってしまう。
- 2 「食事摂取」について、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等、食べやすくすることは介助に含まれないため、「自立（介助なし）」となってしまう。
「食事摂取」について、中心静脈栄養のみで口からまったく食べていない場合には、「自立（介助なし）」となってしまう。
- 3 「口腔清潔・洗顔」について、行う習慣がなく介助がされていない場合には、「自立（介助なし）」となってしまう。
- 4 「意思の伝達」等認知機能に関する項目について、普段ほとんど答えられなくても、調査の際に答えられれば、「できる」となってしまう。
- 5 「自分の名前」について、旧姓しか答えられなくても、「できる」となってしまう。
- 6 「買い物」について、品物を選び代金を支払っていれば無駄な買い物をしていても、「できる（介助なし）」となってしまう。
- 7 「薬の内服」について、たとえ飲む時間や量をまちがえても、自分で飲んでいれば「自立（介助なし）」となってしまう。
- 8 「物や衣類を壊す」について、上着をファスナーのものに変えたためボタンをちぎらなくなった場合は、「ない」となってしまう。

以上は一例であり、全体的にこのような傾向になると思われれます。したがって、一般常識に反する結果が生じないように、速やかに改善の措置をとっていただくように求めるものです。

以上

B【総会アピールの補足説明】

総会アピール中に述べている「非常識」「軽度化指向」「意味不明」「かえって煩雑」「認知症への無理解」「不思議」の項目は次のようなものです。

1 非常識

3月9日の「意見」で例示したもの以外。

- 「つめ切り」＝つめがない場合は「介助されていない」になる
- 「整髪」＝頭髪がない、短髪の場合は「介助されていない」になる
- 「簡単な調理」＝電子レンジが使えないためにコンビニ弁当をそのまま食べていけば「介助されていない」になる

2 軽度化指向

- 「麻痺等の有無」＝麻痺の範囲が狭くなっている（四肢以外は含まない。日常生活への支障は評価しない）
- 「拘縮の有無」＝拘縮の範囲が狭くなっている（同上）
- 「起き上がり」＝自分の膝裏をつかめばできるとき「何かにつかまればできる」→「つかまらないでできる」になった
- 「座位保持」＝「できる」の目安が「10分程度」→「1分程度」になった
- 「両足立位保持」＝膝につかまればできるとき「何か支えがあればできる」→「支えなしでできる」になった
- 「歩行」＝膝に手を置けば歩けるととき「何かにつかまればできる」→「つかまらないでできる」になった
- 「立ち上がり」＝膝に手をつけばできるとき「何かにつかまればできる」→「つかまらないでできる」になった
- 「視力」＝視野欠損（視野狭窄）は問われなくなった。見える範囲に置いての視力評価は常識にも反する
- 「食事摂取」＝小さく切るなど食べやすくするための介助があるとき「一部介助」→「介助されていない」になった
- 「排尿」「排便」＝トイレまでの移動、移乗を含み2項目以上該当すれば「全介助」→移動、移乗を含まずすべての介助が行われている場合のみ「全介助」になった
- 「外出頻度」＝自宅（施設）外へでることが「外出」であったが、自宅の庭も「外出」になった

3 意味不明

- 「作話」＝“昔はもてた”は「社会通念上、冗談ととらえるべき」とあるが、社会通念などと曖昧模糊の基準は意味不明
- 「感情が不安定」「同じ話をする」「大声をだす」「独り言・独り笑い」＝「場面や目的から著しく逸脱した行動があるかどうかで判断」とあるが、言葉は分かっても現実場面での判断には意味不明

4 かえって煩雑

- 「食事摂取」＝事前に食べ物を小さく切っている場合を「一部介助」から「介助されていない」にしたため、介助の状況の特記事項の記載が必要になる。同様の項目は他に多数あり。

5 認知症への無理解

- 「毎日の日課を理解」「生年月日や年齢を言う」「短期記憶」「自分の名前を言う」「今の季節を理解する」「場所の理解」＝いずれも「日頃の状況と異なる場合は、調査当日の状況で選択」となっているが、これら認知機能は日頃の状況こそが実態である。

6 不思議

- 「口腔清潔」＝在宅で生活習慣で歯磨きを行っていないときは「介助されていない」となり、能力があっても施設で職員にされていれば「全介助」になる。同様の項目は他に多数あり。

C 【これまでの主な経過】

2008年11月25日 要介護認定調査検討会、新判定ロジックを承認

2009年2月 各地で調査員、審査会委員研修始まる

3月 9日 家族の会、意見書を厚労省へ提出

3月11～12日 国会（衆議院・参議院）で質疑

3月12日 「介護保険を持続・発展させる1000万人の輪」厚労省へ申し入れ

3月16日 厚労省より修正案提示

3月17日 テレビ・新聞等マスコミ報道相次ぐ

3月19日 家族の会、意見書Ⅱを厚労省に提出

3月24日 厚労省が各県担当部局・関係団体等へ「一部見直し」について通知

4月13日 「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」を厚労省が開催、高見代表参加。検証が終わるまでは、現在の介護度を維持できる「経過措置」を表明

4月17日 厚労省が各県知事へ「経過措置」について通知

5月25日 家族の会「要介護認定結果FAXアンケート」取り組み開始（総会議案書p.93～94

参照）

- ◇ 「経過措置」として、更新申請時に右記の「希望調書」に“必要あり”を選択し提出すれば、現在の介護度が維持できます。

- ◆ 4月からの新認定基準は、インターネットで「認定調査員テキスト2009」[検索](#)で見ることができます。

要介護認定等の方法の見直しに係る経過措置希望調書

申請者氏名
居住者番号
記入・修正・確認した日年.....月.....日
この調書の記載者の氏名 及び事業所名（※）
申請者と記載者の関係	本人（ ） 家族（ ） その他、
※ 事業所名は、記載者が本人又はご家族（親族）の場合は、記載不要です	

申請者の意思

1. 従来（更新申請前）の要介護度とする措置の必要性について
（次のいずれかに「○」を付けてください。）

必要なし（今回認定される要介護度でよい）
必要あり（従来（更新申請前）の要介護度のままを希望する）

2. 「必要あり」に○をした方は、次のどれを希望されますか
（次のいずれかに「○」を付けてください。）

従来より 軽度になった場合、従来（更新申請前）の要介護度に戻す（重度になった場合はそのままよい）
従来より 重度になった場合、従来（更新申請前）の要介護度に戻す（軽度になった場合はそのままよい）
従来より 回復に当たっても軽度になっても、従来（更新申請前）の要介護度に戻す（重度になった場合はそのままよい）

提言・私たちが期待する介護保険 2009 年版

(社) 認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定の結果を踏まえて、次のように提言します。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を継続的に図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を継続的に図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

6 高福祉を応分の負担で

「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること。心にゆとりを持って安心して生活することができ、「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には、要介護1以上の認定とする
- 4 若年期認知症の人が仕事を続けられるよう支援する体制をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 地域包括支援センターの全てに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からははずす
- 6 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする。サービス利用に至るまでの相談支援にも報酬を認める
- 7 介護従事者の賃金、労働条件の改善を継続的に図るために、利用者の負担を増やすことなく、必要な対策を講ずる
- 8 要支援1、要支援2も介護保険給付の対象とし、予防事業は一般財源で行う
- 9 療養病床の利用者には、制度の推移にかかわらず、現状と同等の必要な医療と介護を保障する
- 10 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 11 すべての都道府県、政令市に「認知症コールセンター」が速やかに設置されるよう必要な措置を講ずる
- 12 小規模多機能型サービスが安定して運営できるよう、必要な措置を継続的に講ずる
- 13 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

父に悲しい思いをさせてはならない

(夫に)「二人で死んでしまいませんか」と言ったら、「うん」と簡単に言われ、「一度しかない自分の人生をこんなことで中断してはいけない」と思い直しました。父が生存していますので、父に悲しい思いをさせてはならないという気持ちも働きました。

(69歳 女性 神奈川県)

ふとドイツの旅が頭に浮かんで

つかつかとなって1階まで包丁を取りに降りて行った。妻を刺し、自分も死のうと思っての行動だった。その時、ふとドイツの街を妻と歩いたときのことが頭に浮かんだ。教会をのぞくと祈る人々の姿があった。「そうだ、日本にもお寺がある」お参りしたお寺のご住職の法話が身にしみた。

(78歳 男性 埼玉県)

この笑顔にどれほど助けられたか

私の殺意が抑えきれなくなった時、姑がいつものように「なにしょんのー」と声をかけてきました。姑はいつになく優しい笑顔で立っていて、「私はこの笑顔にどれほど助けられたことだろう」と思うと涙があふれて、そっと姑を抱きしめました。

(60歳 女性 大分県)

あなたの思いを誰かに伝えてください。

あなたの言葉を聞かせてください。

「家族の会」で思い切り涙し

それが乗り切れたのは、孫の笑顔、解雇された夫に代わって私が仕事を持ったこと。「家族の会」の場で、思い切り涙し、仲間と分かち合えたこと。そして、癒してくれる愛犬がいたからです。

(66歳 女性 埼玉県)

☎ 連絡を待っています。

「家族の会」認知症の電話相談110番

0120-294-456

(月～金10時～15時、祝日休み)

社団法人 認知症の人と家族の会

☎ = 602-8143

京都市上京区堀川通り丸太町下る京都社会福祉会館2F

TEL. 075-811-8195 FAX. 075-811-8188

<http://www.alzheimer.or.jp>

全国の44都道府県に支部があり、身近な所でつどいや電話相談をしています。

※支部の連絡先などはホームページでも見られます。 **家族の会**

このリーフレットは「丸紅基金社会福祉助成金」を受けて作成しました。

死なないで!
殺さないで!

生きようメッセージ

同じ介護者から
今、いちばんつらいあなたへ



社団法人 認知症の人と家族の会

Alzheimer's Association Japan



つらい介護の中で、死にたい！ 殺したい！

と思うほどのあなたの気持ちは、
同じ介護者として十分にわかります。
わかった上で、あえて、私たちは、
あなたに呼びかけます。

どうか、死なないでください！
どうか、殺さないでください！
生きましょう！

この呼びかけは、
認知症の人を介護した体験を持つ

「家族の会」会員から
寄せられた生の声です。
これを読んで、一人でも
「死なないでくれる」こと、
「殺さないでくれる」こと、
「生きようと思ってくださる」ことを
心から願っています。



私たちは、

死んでしまいたい、殺してしまいたいという思いの瀬戸際で踏みとどまりました。
そして、今、あの時踏みとどまって良かったと思っています。
ぜひ、私たちの声に耳をかたむけてください。

「死にたい」と思っていたら、

何度、主人に「一緒に死にましょう」とお願いしたかわかりません。しかし、主人は「わしは死なん。この家から自殺者も殺人者も出してはいけない」と言いました。

(69歳 女性 香川県)

「殺さないでください」と

母一人、子一人、その母が認知症になって6年。今まで、「自分さえ我慢したら」とがんばってきました。しかし、自分のストレスも体力も限界がきました。性格上、殺人は無理。毎日死ぬことばかり考えていました。でも今、みんなが今より幸せになる方法を探しています。

(41歳 男性 長野県)

「死にたい」と思っていたら、

この人を殺して自分も死のうと夫の首に手を持って行った時、夫の口から「おかあちゃん」。その一言に我にかえり、手をゆるめ、ごめんね。その日から、夫と病気に付き合ってゆこうと決めました。

(77歳 女性 奈良県)

「死にたい」と思っていたら、

殺すこと、心中することばかり考えていると実母に話しました。すると、「辛抱や」が口癖の老いた母が「殺すのやったら帰っておいで、孫が殺人犯の母を持ったら一生かわいそうや」と泣きながら言いました。

(67歳 女性 奈良県)

「死にたい」と思っていたら、

散歩に出て、崖のところに立って眺めている時、「ここで体当たりして二人して落ちたら死ぬるだろうか」という思いを何度も持ちました。そんなある日、夫が口笛を吹いたのです。夕焼け小焼けの歌でした。泣きながら歌いました。

(79歳 女性 静岡県)

「死にたい」と思っていたら、

何度死にたいと思ったことか。でも何とか元気で介護しております。どうか皆様、死なないでください。生きていて良かったと思う日が必ずきます。

(57歳 女性 千葉県)

「認定調査員テキスト 2009」の評価に関するアンケート調査結果

—全国の都道府県および政令指定都市等の要介護認定調査指導者を対象として—

国立保健医療科学院 福祉サービス部

筒井孝子

はじめに

市町村及び指定市町村事務受託法人において、既に認定調査に従事している等、基本的な認定調査項目について十分に習熟し、認定調査業務に従事している職員に対して「認定調査員テキスト 2009」の評価に関するアンケートを実施した。

なお、この調査対象者は、国立保健医療科学院、平成 21 年 5 月 20/21 日実施された認定調査員テキスト 2009 の習熟を目的とした「要介護認定調査員指導者研修」の受講者を対象としているが、彼らは、所属機関の長（県知事等）により推薦を受けたものであり、受講の前後には、認定調査方法および認定調査項目の定義に関しての試験を終了していることから、認定調査の内容を十分に熟知しているものと考えられる。

1. 調査方法・期間

研修修了者のうち、同意書に署名をし、アンケート調査を了解したものに対して、調査を実施した。

調査結果は、オンラインシステムによって、平成 21 年 6 月 1 日から 7 月 1 日までに収集されたものである。

2. 回収率

調査を依頼した研修修了者で同意をしたものから、43 都道府県と政令指定都市に所属している 55 名から回答を得た。

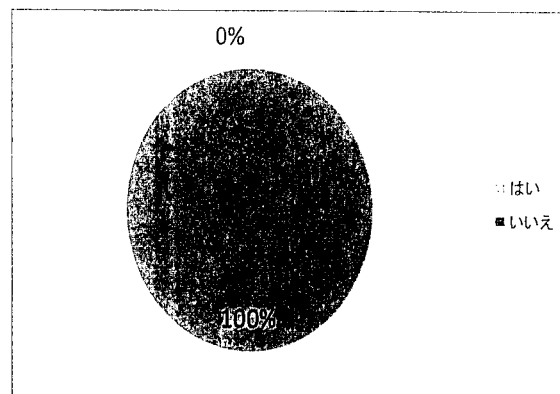
3. 回答者の属性（性別、業務経験年数）

性別については、男性 47 名（85.5%）、女性 8 名（14.5%）であった。また、回答が得られた職員の平均業務経験年数は、平均 4.17 年であった。

4. 調査結果

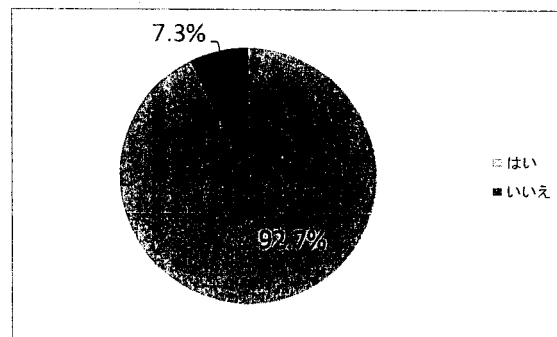
Q1. 今回の「認定調査員テキスト 2009」で示された認定調査項目を「能力で評価する調査項目」、「介助の方法で評価する項目」、「有無及び頻度で評価する項目」の3つに分類ことは理解できましたか。

	N	%
はい	55	100.0
いいえ	0	0.0
計	55	100.0



Q2. 調査項目の選択をする際のフローチャートは、わかりやすいですか。

	N	%
はい	51	92.7
いいえ	4	7.3
計	55	100.0

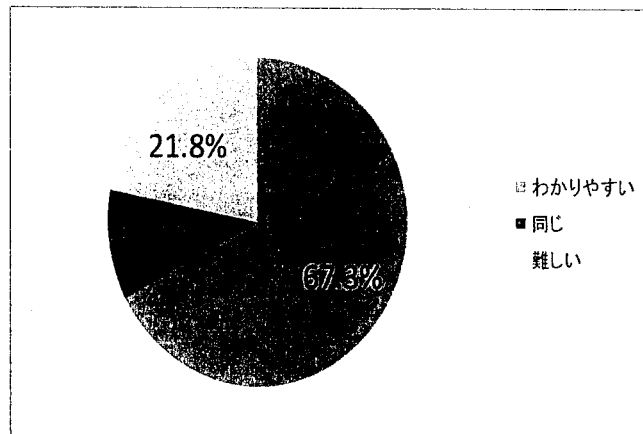


【いいえと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- わかったつもりでも、伝えるときは、何度も繰り返し説明を要す。事例に基づいたほうがよいかもしれない。

Q3. 今回の「認定調査員テキスト 2009」で示された調査項目の選択基準は、前回の「認定調査員テキスト 2006」よりもわかりやすいですか。

	N	%
わかりやすい	37	67.3
同じ	6	10.9
難しい	12	21.8
計	55	100.0

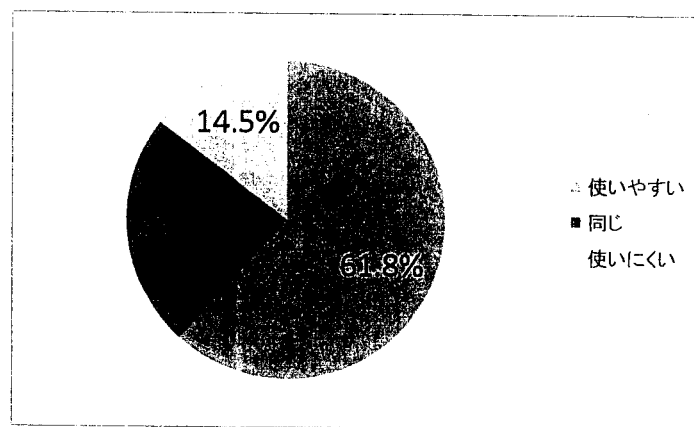


【難しいと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- 項目にもよるが、買い物、簡単な調理が、複合的な要因が絡むのでわかりづらい。
- 定義の内容が具体的でない項目があり、調査員の解釈によっては、判断しにくい。具体例があっても、かえって迷う内容で変更してほしい。
- 認定調査特有の選択基準だということを理解していないと難しい。例えば、麻痺の項目では、図1から5に示される動作ができるかどうかで項目を選択することとなっているが、下肢筋力が低下しているため杖歩行をしている人でも、動作ができれば「1. ない」を選択することに違和感がある。

Q4. あなたが認定調査の指導者として、今回の「認定調査員テキスト2009」を使って指導することは、前回の「認定調査員テキスト2006」よりも使いやすいですか。

	N	%
使いやすい	34	61.8
同じ	13	23.6
使いにくい	8	14.5
計	55	100.0

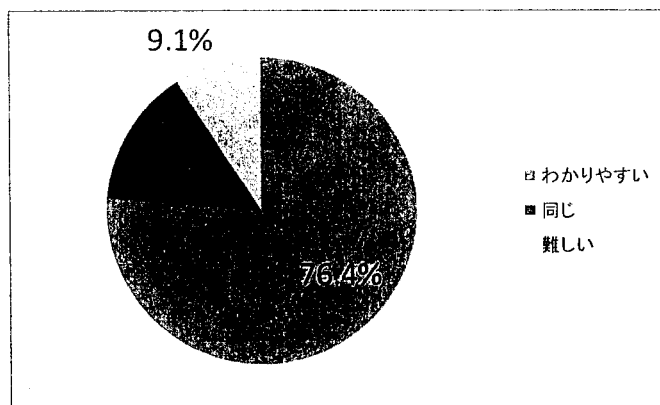


【使いにくいと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- 使いやすいところもあるが、判断に迷わないような明らかな事例が多く、本当に判断に迷うような事例がほしい。Q&Aや事例集を早急をお願いしたい。5群の「集団の不適応」「買い物」「調理」は、もう少し具体的な説明がほしい。
- 例示が少なく、項目が違っても同じ事例のパターンが書かれており、Q&Aの補足になっていない。
- 定義はきまっているものの、～等という記載により、調査員によって解釈が広がりやすくなってしまう。

Q5. 今回の「認定調査員テキスト2009」で示された「麻痺の有無」の選択基準は、前回の「認定調査員テキスト2006」よりもわかりやすいですか。

	N	%
わかりやすい	42	76.4
同じ	8	14.5
難しい	5	9.1
計	55	100.0

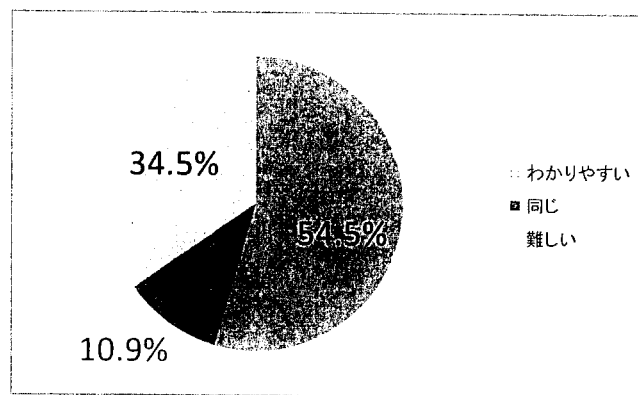


【難しいと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- 確認動作ができるか、なので、判断はしやすくなったと思うが、下肢の麻痺等においては、まだ記載がわかりにくい部分もあり、またどの程度の高さまで脚が上がればよいのか記載がない等、動作確認に関する説明が不十分な点があると思う。
- 以前のものよりは幾分わかりやすいように感じるが、「できる」「できない」の幅が広く、結局は、調査員の判断となるため、調査の困難さは残る。
- 四肢の欠損についてももう少し詳しく記載を行ってほしかった。

Q6. 今回の「認定調査員テキスト 2009」で示された「関節制限の有無」の選択基準は、前回の「認定調査員テキスト 2006」よりもわかりやすいですか。

	N	%
わかりやすい	30	54.5
同じ	6	10.9
難しい	19	34.5
計	55	100.0

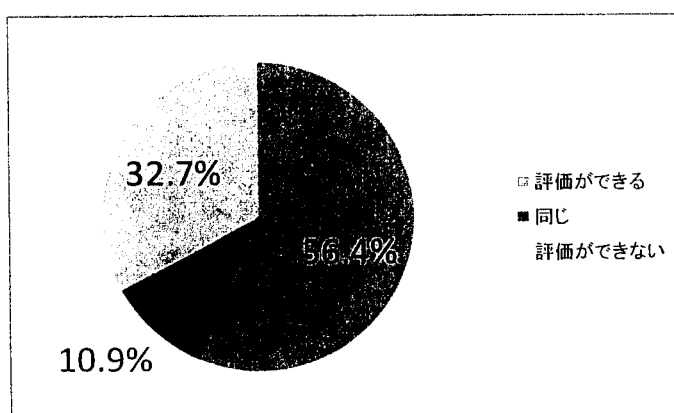


【難しいと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- 例えば、肩関節で、90度以上の屈曲ができないため、洗濯物を干す等の支障があり、生活支援サービスを導入している場合などでも、選択肢では「1. ない」となってきたため、調査対象者、ケアマネ、調査員の理解が得にくい。
- 判断はしやすいと思うが、他動的な動作となるため、研修が必須であるが、市町村での指導者の差がある。

Q7. 今回の「認定調査員テキスト 2009」で示された「麻痺等の有無」及び「関節制限の有無」の選択基準は、前回の「認定調査員テキスト 2006」よりも調査対象者の実態に合った評価ができると思いますか。

	N	%
評価ができる	31	56.4
同じ	6	10.9
評価ができない	18	32.7
計	55	100.0



【評価ができないと回答した理由（自由記述回答 一部抜粋）】

- 筋力低下、手指の麻痺等がこの項目に反映されるのか疑問が残る。
- 下肢の筋力低下や麻痺のある方でも、確認動作ができた、実態には合っていないこともあると思われる。
- 選択基準はわかりやすくなったが、そのことによって今まで麻痺・拘縮ありの人が「なし」になり今まで要支援1・2の1次判定が出ていた人が、非該当になる場合もあるようだ。
- 基準時間にどう反映されるかは個々に違うと思うが、明らかに歩行不安定であっても、指定動作ができる場合にはチェックが入らないため違和感がある。
- 生活実態と合わないことがある。筋力低下についてはわかりやすくなったが、生活のしづらさがとらえにくい。
- 現状でも、本人や家族の言いなりになるケースもある。審査会委員がこれを見てどのように審査したか、全国の結果が知りたいです。

Q8. 今回の「認定調査員テキスト 2009」についての感想を自由にお書き下さい。

- 特記事項の記入例等がわかりやすい。
- 3つの軸での選択となり、例外を除き能力勘案をしなくなった点については調査員はやりやすくなったと言います。
- 基準がはっきりしており、調査員独自の判断が少なくなったことは調査の平準化につながると思われます。
- 介護認定審査会、審査委員の役割が重要視されることになりますが、特記事項や意見書による適切な介護度を選択できるよう、委員さんにも充分理解し審査会に望んでもらいたいと思います。
- 頻度の考え方（特に頻度が少ない項目。洗身・つめ切りなど）について、調査員によってテキストのとらえ方が異なる。さらに追加して解説がしてあるとよい。
- 2009 テキストのほうがわかりやすく説明がなされ、特記事項もより明文化されていると評価していますが、詳細な部分についての課題は多いと思われまます。これまであった問い合わせや回答など、より多くの事例とその判断の根拠をできるだけ早めに提示してくださることを切望します。
- また、研修中に見せていただきましたが、確認動作も含め、ビデオ等を利用し、全国一律の目で見るとテキストの配布があればより平準化した調査となるのではないのでしょうか。ぜひご検討ください。
- 選択基準が明確であり、また評価項目の考え方が示されており理解しやすい。しかし、テキストだけでは間違った基準で（個人の思いこみで）調査を実施する危険があるため、指導者が正確かつ的確に研修を実施し、個々の調査員の理解度を確認することが必要である。
- 第4群項目については、説明が不足していると思う。「明らかに周囲と合致しない」のような表記は、説明上わかりにくい。
- 今回の調査は、客観視できるものになっており、本来あるべき調査であると思います。前回と比べて軽度になっているという感覚があるのは、あまりにも勘案しすぎで主観的に見すぎていた（日常生活の支障ができるという定義であったため当然そうなる）結果ではないかと思えます。この際、この方式できっちり仕切りなおしをする必要があると思います。利用者の方にご理解いただくことは大変であると日々感じていることではありますが、公平公正に行うという意味では、絶対に必要なことと考えます。（後段で引用）
- 政令市の事務局を担当しています。調査員が選択に迷う場合は留意点に従い選択し、特記事項に記載するという一方で、調査員は慣れてきていると思えますが、ひとつの審査会の中で、ほとんど同様の特記事項にも関わらず、「できる」と「できない」が混在していた場合について、各区の事務局（審査会

委員)からの問合せが増えています。ひとつの項目に着目してしまうと、同じような状況で「できる」と判断される人と、「できない」と判断される人がいることで調査に対する不信感を抱くのだと思います。

- 慣れるまでは戸惑いがありましたが、慣れてしまえば分かりやすいと思います。また、調査員へもフローチャートを示しながら説明でき、迷った時はまずフローチャートに戻るようにしています。ただし、審査会に委ねる部分が大きいわりに審査委員の勉強不足を感じます。
- 今回の調査項目で新たに追加された「簡単な調理」については、審査会事務局や市町村から調査項目についての質問が多く、回答に苦慮しています。2006のテキストと比較し、考え方について記載されているが、事例にあてはめると選択の考え方に迷います。例えば麻痺、拘縮については、評価方法が示されましたが、どの程度動くことで、有無の判断になるのか迷う事が多くあります。
- 評価軸が明確になり、フローチャートをしっかり理解できると各項目の選択についてもある程度標準化できるのではないかと思います。調査員に対する指導は行いやすくなったが、調査員の出した調査結果(特記事項含む)を介護認定審査会でどう判断するかということの説明は非常に難しいと感じている。介護認定審査会委員にどのように説明したらよいのか、ご教授願いたい。

おわりに

調査対象者は、都道府県や政令指定都市において、認定調査員の指導にあたる責任ある立場の者である。さらに彼らは、国立保健医療科学院において、認定調査についての研修を受けていることから、十分にその内容を熟知しているということが重要と考えられる。

なぜなら、これまでに発表された他の調査結果においては、内容を十分に把握されていないと考えられる内容も散見されたからである。

彼らにとっては、今回のテキストは、理解しやすい内容であるとの回答が得られた。しかし、これまでの調査方法があまりに調査員による大きなばらつきがあったことが確認されている麻痺等の評価項目については、説明に苦慮しているようである。

しかし、以下の下線の意見に象徴されるように、客観化と公平性についての評価を改めて検討するといった内容も多く示されており、市町村での理解は、徐々にではあるが、進むものと考えられる。

「今回の調査は、客観視できるものになっており、本来あるべき調査であると思います。前回と比べて軽度になっているという感覚があるのは、あまりにも勘案しすぎで主観的に見すぎていた(日常生活の支障ができるという定義であったため当然そうなる)結果ではないかと思います。この際、この方式できっちり仕切りなおしをする必要があると思います。利用者の方にご理解いただくことは大変であると日々感じていることではありますが、

公平公正に行うという意味では、絶対に必要なことと考えます。」

これらの意見から、本検証委員会に対しての提案としては、全国一律の研修システムの構築を提案したいと考える。

認定調査員の研修については、本院で実施しているような事前事後の評価を厳格に行う研修を実施しているところは、ほとんどないようである。

本来の意味での平準化をすすめるためには、全国で正しい認定調査を実施するための、認定調査員研修とその評価が必要である。そして、この評価が示された自治体と、評価が示されない、すなわち研修を実施していない自治体とにおける要介護認定結果の比較を継続的評価していくことが必要と考えられる。

これについては、衛星通信による全国同時中継で、全国 1800 の自治体職員が研修受講を可能とする仕組みが考えられる。

同時に、各自治体に付与したオンデマンド研修用 ID(管理者用と一般者用)により、その他の職員及び委託調査員は、各自治体用意のパソコンでオンデマンド研修受講を選択するといった事業を実施していくことが求められる。

以上