



## 混迷する介護認定

常任理事 柳 内 統

平成12年から始まる介護保険制度が混迷を深めている。平成9年12月に成立した時点で多くの条例の制定を必要としていた。スタートで決まっていたのは基本理念だけであり、残りは走りながら考えることにしていたのでいたしかたないのかもしれないが、それにしてもすさまじい右往左往ぶりである。

平成8年度のモデル事業の反省として“かかりつけ医の意見書”が整備された。平成9年度のモデル事業が始まる際には、去年のことは忘れて新たな事業として取り組んで欲しい旨、厚生省より指示が出された。それなのに今回平成9年度の結果を踏まえて全国で行われる平成10年度のモデル事業について、再度厚生省は8、9年度とは違う、新たな観点からみたものになる可能性もあるので、これまでの基準を使うのは不適當と発言している。

この理由は地域によってコンピュータによる一次判定と二次判定の結果が一致しない地域が出たことによるものと考えられる。

4月22日のメディアファクスによると、要介護認定に使用する審査判定基準について、厚生省が示しているものと違うものを使われている地域がある。そして痴呆性老人の自立度と要介護度は全く違う観点から作られたもので、要介護度に加味して判定すると違う結果が出るのは当然と述べ、さらにローカルルールが導入されていなかったかどうか、再点検してもらうことも必要と述べたと書かれている。これが本当であれば、厚生省はモデル事業を介護保険制度に対する試行錯誤ではなく、在宅介護を施設介護で評価しようとした机上論とも言うべき未熟な論理を傲慢に押しつけ、かつ、責任をモデル地域の介護認定審査会に転化しようとしていることにほかならない。

厚生省が示している審査判定基準とは何か。

介護認定審査会の内容を本人に情報公開せよという考えがある。しかし一次判定の内容を厚生省が公開していないなかで、何が情報公開か、何が厚生省が示している判定基準なのか。

一次判定結果の変更の必要性の判断は介護サービス調査票の特記事項およびかかりつけ医の意見書に基づいて行っている。ちなみに変更理由コードは表1のようにになっている。この中のどこに何が書かれていればどのように変更できるかの具体的な指針は一切示されていない。あるのは表2に示す要介護状態区分等と状態像である。これを参考にしながらかかりつけ医の意見書を読もうとするからますます混乱が生じることになる。

要介護状態区分4では、植物状態で意思疎通が全くできない人も含まれる場合がある。要介護状態区分5に自力での寝返り、座位保持はほとんどできない場合が多いと書かれている。これだけを読むと車椅子によってのみ移動できる人は区分5には入らないと考えがちである。しかし一方で清潔、整容、食事摂取、衣服着脱、排せつ、入浴、寝返り、起き上がり、立ち上がり、立位保持、歩行等の行為のうち、複数の分野で、少なくとも1日に5回以上は異なる時間に、介護が必要とされる場合等であるとも書かれている。車椅子に乗りながら後半に書かれている状態の要介護者は多数いるが、どの区分に該当するか、明確に厚生省が示すものはない。そもそも寝たきりの状態の方が過酷な介護を要するという認識が間違っている。在宅介護では徘徊が最も重要な問題になることもある。ヘルパーにとって遭遇する最も困難な問題のひとつに金取られ妄想がある。一次判定での痴呆の問題があいまいではっきりしないという指摘

が全国でなされているのに厚生省はなんら答えていない。

痴呆性老人の自立度と要介護度は全く違う観点と言いながら介護支援専門員の標準テキストの中では、すでにコンピュータによる一次判定に用いられていると書かれている。

一次判定と二次判定の結果が異なる例が多いから認定審査会に問題があるという考えは、自らのあいまいな、抽象的な言語で書かれたいいかげんな状態区分と内容不透明な一次判定になんら説明

を行わない厚生省の独断と偏見に満ちた横暴な考えと言わざるを得ない。

厚生省がもし自らの正当性を主張するのならば、地域の認定審査会に再点検を要求するのではなく、厚生省が情報を集約し検討を加えるべきである。今まで単なる不一致例の数だけを集約し、その内容に検討を加えなかった厚生省の責任でもある。

特殊な一例報告を提示して、あたかも全体像を示しているかのごとく表現することは論理のすげ替えであることを肝に命じるべきである。

表 1 変更理由コード一覧

No.	略 語	説 明
01	特記 機能障害	機能障害についての特記事項
02	特記 身体動作	基本的な身体動作についての特記事項
03	特記 ADL	日常生活動作 (ADL) についての特記事項
04	特記 IADL	手段的日常生活動作 (IADL) についての特記事項
05	特記 認知・行動	認知・行動についての特記事項
06	医師 既往歴	かかりつけ医の意見書 既往歴
07	医師 現症 診断名	かかりつけ医の意見書 現症 診断名及び発生年月日
08	医師 現症 経過等	かかりつけ医の意見書 現症 主傷病の経過及び治療内容
09	医師 現症 所見	かかりつけ医の意見書 現症 検査所見等
10	医師 現症 受療状態	かかりつけ医の意見書 現症 在宅医療の受療状態
11	医師 現症 薬剤	かかりつけ医の意見書 現症 現在投与されている薬剤の種類について
12	医師 現症 他科受診	かかりつけ医の意見書 現症 現在受けている他科診療
13	医師 現症 他科必要	かかりつけ医の意見書 現症 他科受診の必要性の有・無
14	医師 心身 意識等	かかりつけ医の意見書 心身の状態 意識水準・精神疾患・痴呆について
15	医師 心身 失語等	かかりつけ医の意見書 心身の状態 失語・失行について
16	医師 心身 麻痺	かかりつけ医の意見書 心身の状態 麻痺の有・無
17	医師 心身 関節障害	かかりつけ医の意見書 心身の状態 関節の拘縮の有・無
18	医師 心身 四肢障害	かかりつけ医の意見書 心身の状態 四肢の欠損の有・無
19	医師 心身 皮膚疾患	かかりつけ医の意見書 心身の状態 じょくそうや主な皮膚疾患の有・無
20	医師 心身 特記状態	かかりつけ医の意見書 心身の状態 その他特記すべき身体状態の有・無
21	医師 心身 失禁	かかりつけ医の意見書 心身の状態 失禁の有・無
22	医師 介護 特別介護	かかりつけ医の意見書 傷病管理からみた介護に関する意見 特に必要がある介護サービスについて
23	医師 介護 留意事項	かかりつけ医の意見書 傷病管理からみた介護に関する意見 介護サービスを提供する際に特に留意すべき事項について
24	医師 介護 病態発生	かかりつけ医の意見書 傷病管理からみた介護に関する意見 発生の可能性が高い病態と対処方針について
25	医師 介護 予後	かかりつけ医の意見書 傷病管理からみた介護に関する意見 予後について
26	医師 介護 その他	かかりつけ医の意見書 傷病管理からみた介護に関する意見 その他、医学的観点から見た介護に関する意見等について
27	医師 特記	かかりつけ医の意見書 その他、特記すべき事項

表2 要介護状態区分等と状態像

審査会は、以下に示す要介護状態区分等の状態像及び別添1及び2(省略)を参照して審査及び判定を行う。

〔要支援状態〔要介護状態とは認められないが社会的支援を要する状態〕〕

日常生活の活動の際に、残存能力を保持し向上させる必要が認められる場合、失われた能力を取り戻すような支援が必要な場合等をいい、そのための器具・器械の使用の指導が必要な場合等も含まれる。

日常生活を遂行する能力は基本的に備わっているが、「両足・片足での立位保持」に不安定さがみられ、「口腔清潔」・「洗顔」・「整髪・洗髪」・「つめ切り」(以下「清潔・整容」という。)  
「浴槽の出入り」・「洗身」(以下、「入浴」という。)  
「ボタンのかけはずし」・「上衣の着脱」・「ズボン等の上下」・「靴下の着脱」(以下、「衣服着脱」という。)等の行為に関して、毎日ではないが週に数回程度の介護が必要とされる場合等である。

〔要介護状態区分1〔生活の一部について部分的介護を要する状態〕〕

日常生活を遂行する能力の中では、「入浴」に関連する能力に若干の低下がみられ、「立ち上がり」・「両足・片足での立位保持」・「歩行」に不安定さがみられることがある。また、「物忘れ」などがみられることがあるが、それ以外に問題行動はほとんどない場合も多い。

「清潔・整容」・「衣服着脱」・「居室の掃除」・「薬の内服」・「金銭の管理」等の行為のうち、最小限1つの分野で、少なくとも毎日1回は介護が必要である場合等である。

〔要介護状態区分2〔中等度の介護を要する状態〕〕

日常生活を遂行する能力の中では、「入浴」の直接介護、「排尿後の後始末」・「排便後の後始末」(以下、「排せつ」という。)の間接的な介護を必要とする場合が要介護状態区分1よりも増加する。また、「両足がつかない状態での座位保持」が不安定で、「起き上がり」も自力では困難な状態であり、何かにつかまらなければならない場合が要介護状態区分1より多い。社会生活の上では「薬の内服」・「金銭の管理」に何らかの援助を必要とする場合も多い。

「清潔・整容」・「食事摂取」・「衣服着脱」・「排せつ」・「入浴」等の行為のうち、最小限2つの分野で、少なくとも毎日1回は介護が必要とされる場合等である。

〔要介護状態区分3〔重度の介護を要する状態〕〕

日常生活を遂行する能力の中では、「入浴」・「排せ

つ」・「衣服着脱」・「清潔・整容」等の行為に対しての部分的又は全面的な直接介護を必要とする場合が要介護状態区分2よりも増加する。また、「両足がつかない状態での座位保持」が不安定で、「起き上がり」・「寝返り」も自力ではできず、何かにつかまらなければならない場合が要介護状態区分2よりも多い。社会生活の上では、「薬の内服」・「金銭の管理」について介助が必要な場合が多く、「暴力・暴言」・「介助への抵抗」・「昼夜逆転」等の問題行動が見られる場合もある。これらの問題行動がある場合には、「両足での立位保持」・「歩行」が自立している等身体の機能水準は高いが、社会生活を遂行する能力はかなり低い。

「清潔・整容」・「食事摂取」・「衣服着脱」・「排せつ」・「入浴」等の行為のうち、最小限3つの分野で、少なくとも毎日2回は介護が必要とされる場合等である。

〔要介護状態区分4〔最重度の介護を要する状態〕〕

日常生活を遂行する能力は、かなり抵抗しており、「入浴」・「排せつ」・「衣服着脱」・「食事摂取」・「清潔・整容」の全般にわたって部分的あるいは全面的な介護が必要である。植物状態で意思疎通が全くできない人も含まれる場合がある。また、「起き上がり」・「立ち上がり」ができない場合が要介護状態区分3よりも多い。その他に、「食事摂取」の部分的な介護が必要で「尿意」がなく「知的能力」が全般的に低下している場合や、「食事摂取」の部分的な介護と「入浴」の全面的な介護が必要で「知的能力」が著しく低下している場合等も含まれる。

「清潔・整容」・「食事摂取」・「衣服着脱」・「排せつ」・「入浴」・「寝返り」・「起き上がり」等の行為のうち、複数の分野で、少なくとも1日に3回～4回は、異なる時間に、介護が必要とされる場合等である。

〔要介護状態区分5〔過酷な介護を要する状態〕〕

日常生活を遂行する能力は、著しく低下しており、生活の全般に渡って部分的又は全面的な介護が必要である。とくに、「嚥下」に障害がある場合は、自力での摂取が困難なため、必要な介護度が増加する傾向がみられる。また、自力での「寝返り」・「座位保持」はほとんどできない場合が多い。

「清潔・整容」・「食事摂取」・「衣服着脱」・「排せつ」・「入浴」・「寝返り」・「起き上がり」・「立ち上がり」・「立位保持」・「歩行」等の行為のうち、複数の分野で、少なくとも1日に5回以上は、異なる時間に、介護が必要とされる場合等である。