

要介護認定の説明責任を担う看護職の役割  
—4つの在宅高齢者事例より—

奈良県立医科大学医学部看護学科  
高井俊子

Role of Nurses Accountable for Certification of Care Needs  
:Four Cases of the Elderly at Home—

Toshiko Takai  
*Nara Medical University School of Nursing*

I はじめに

日本の介護保険制度は2000年4月から順調にスタートし、2005年6月に新予防給付の創設など制度改正が行われた。介護認定審査会における審査及び判定には、我が国独自の介護時間調査に基づいた全国一律の審査基準を用い、現在6年が経過し実績が積み重ねられつつある。筆者は看護職（保健師）の介護認定審査会委員として、平成9年度の要介護認定審査モデル事業に携わって以来現在まで認定審査を実践してきた。それらの実際を通して要介護認定システムの課題について看護職の立場から検討したいと考えた。介護保険制度を実際の日常生活で利用している人々の多くは高齢者とその家族である。しかし、要介護認定の詳細は一般の人々には理解がかなり難しいものとなっている。そこで、実際に要介護認定を受け、サービスを利用している高齢者とその家族が、介護保険の要介護認定システムをどのように受け止めているのかを事実関係から全体的に表象する試みを通して、要介護認定に焦点を当てた介護保険制度の課題を看護の立場からわかりやすく説明したいと考えた。そして、介護認定審査会委員等として看護職が介護保険制度においてどのような役割を果たせるのかを考察したい。

過去5年間の介護認定審査に関する文献を医学中央雑誌(1999年4月以降)で見ると、キーフ

ード「要介護認定」の文献は605件抽出された。「要介護認定」and「審査」では、78件の文献がヒットし、その論文（会議録を含む）のうち著者が医師（歯科医師を含む）であるものは37件、歯科医師11件、理学療法士10件、作業療法士7件、看護・福祉職等4件（その内原著2件）、歯科衛生士1件、薬剤師1件、不明8件であった。6割以上の文献が医師によるもので、2～3割はリハビリテーション関連の理学療法士や作業療法士であり、看護・福祉職等は5%と少なかった。これら論文の中で、医師は要介護認定審査の状況報告や二次判定の問題点、介護保険制度の認知度調査、日常生活自立度の調査、医師の意見書の書き方、認定審査会の現況と課題、歯科関連調査項目の検討、歯科医師の役割などについて報告している。リハビリテーション関連では、介護認定審査会における作業療法士・理学療法士の役割、判定状況報告とその思い、認定上の問題点などである。一方、看護・福祉職等は介護認定に関する認知症高齢者の問題を主に報告している（遠矢福子、他：2003、筒井孝子：2003）。これは認知症高齢者の一次判定が低く出ることが指摘されている問題である。この調査を報告した筒井は、「同じ痴呆性高齢者の介護でもその介護時間は10倍以上も開きがあり、家族介護が多様である」ことを挙げて、介護認定審査会における審査で要介護

度が変更されるに際して、「統一的な判断基準があるとは考えられない」と考察している。そういう状況の中で、認定調査員として一次判定に、さらに介護認定審査会委員として二次判定に携わる看護者数が多いにもかかわらず、看護職としての自らの役割を報告した研究は見当たらない。看護職が要介護認定において果たす役割の意味を示すことで、要介護認定審査会に参加する他職種委員の理解を一層深め、協働をスムーズに進めることができるものとする。

## II 対象と方法

1. 研究対象：E町内に居住する要介護1及び5の認定を受けた4事例の個人データ、すなわちE町より提供された要介護認定に関するデータと、高齢者本人並びにその家族への面接調査から得られた直接データを研究対象とした。要介護認定者の中で1番多数を占めるランクが要介護1である。このランクの認定者に対して、介護保険法の改正で、新予防給付の対象になるかどうか審査されることになった。反対に、一番少ないのは最重度のランク要介護5である(図 E町要介護度別認定者数 2004年：E町介護保険担当課の資料)。

2. データの収集方法：筆者自身が調査者として、2005年2月に要介護認定に関する4事例のE町行政資料(個人認定審査情報)を収集すると共に、要介護認定を受けている高齢者とその家族を家庭訪問し、下記の5項目について直接面接を行いデータを収集した。

- 1) 現在の個別介護状況
- 2) 在宅療養生活で困っていること
- 3) 介護保険利用状況：サービスの種類・頻度・内容等
- 4) 介護保険制度に対する思いと理解：①要介護認定の仕組み②判定結果③給付額、保険料など経済的側面④各種サービス⑤その他
- 5) 介護保険に対する満足度：①要介護認定結果②利用するサービス③在宅療養生活全般について

## 3. データ分析方法、介護保険の要介護認定システムと在宅高齢者の介護状況に関わる概念枠組み

要介護認定を受けている在宅高齢者である要介護1の2事例と要介護5の2事例を対象に、要介護認定の審査及び判定に関するE町から提供された個人データと、調査から得られた在宅高齢者の介護状況の個人データとの間の関係について、要介護認定を行う認定審査委員の認識プロセスを辿りながら、時間の流れに沿って質的分析を行う。

要介護認定とは、介護保険の被保険者(1号及び2号)の申請により保険者が行う審査及び判定である。認定調査員によって行われた調査結果に基づくコンピュータによる一次判定と、調査員の特記事項、主治医意見書をもとに保健・医療・福祉関係の学識経験者から構成される介護認定審査会で二次判定が行われる。現在、認定の審査及び判定は、①介護の手間に係るもの(「介護にかかる時間」として表し、要介護認定等基準時間の推計が行われている)と、新予防給付の対象を審査するところの②状態の維持・改善可能性に係わるものがあるが、データ収集時点では法改正前のため①のみが行われていた。

質的分析の方法として、4つの各事例別に介護の手間に係る事実を、要介護認定個人データから確認し、それを調査から得られた個人データとの関係について分析した(要介護認定に関わる関連図)。面接調査から得られた個人データは前述の調査5項目を4つに整理し検討した。そして、次の2つの視点、①「量的・質的な審査基準と在宅高齢者の介護状況との関係はどのように説明できるのか」と②「利用者とその家族にとって介護保険の問題点は何か」について取り出した。最後に、4つの事例検討の結果から看護職が要介護認定等の介護保険制度においてどのような役割を果たせるのかを考察した。

## 4. 倫理的配慮

E町規定の「個人情報外部提供申請書」を提出後、介護保険担当課から紹介してもらった被調査

者のうち、電話にて研究協力の得られた高齢者とその家族に対して、面接前に文書で説明を行い研究協力への同意としてサインをお願いした。研究で得られたデータは研究以外の目的では使用しないこと、個人情報には匿名で分析すること、研究報告終了時すべてデータは消去すること、情報が外部に漏れないように厳重に管理すること、研究協力は途中で止めたくなくなった場合いつでも止めることができること等を説明した。

### Ⅲ 結果及び考察

#### 1. E町の要介護認定状況

E町の高齢化率と要介護認定者数・認定率（要介護認定者数の高齢者人口に占める割合）は全国値に近い値で推移している。E町の高齢化率は2004年19.69%、全国は19.5%である。E町の要介護認定者数は2004年1078人、認定率16.40%、2005年6月全国の認定率は16.54%である（厚生統計協会、2006年）。要介護度の中で、E町の要介護1の認定者数は一番多く306人（28.39%）、要介護5の認定者数は一番少なく85人（7.88%）である（図 E町要介護度別認定者数2004年）。

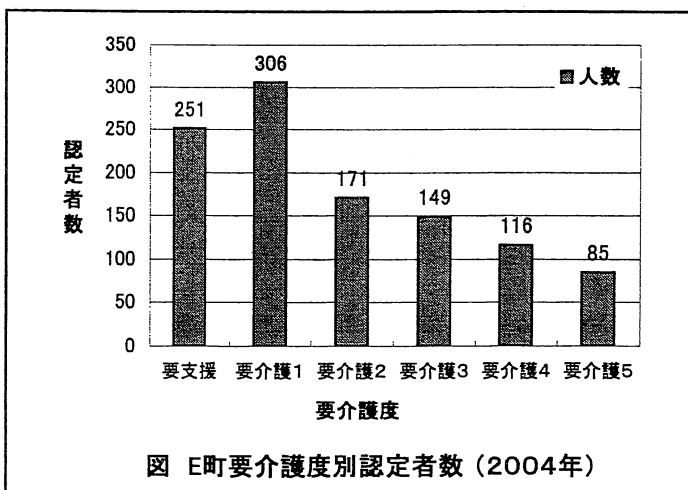


表 調査事例の紹介

事例	要介護度	年齢	性別	障害高齢者日常生活自立度判定基準	認知症高齢者日常生活自立度判定基準	主な介護者	家族
A	1	73歳	女	A1	自立~I	無し	独居
B	1	84歳	男	J2	I~IIa	妻	3世代6人家族
C	5	77歳	男	B2~C2	IIIb~IV	妻、娘	妻と2人暮らし
D	5	93歳	女	B2	IIIb~IV	長男、嫁	3世代5人家族

また、要介護認定者を年代別にみると、75歳以上が多く、855人（79.3%）となっている。

全国の要介護度別認定者数の順位はE町のそれと同じ傾向を示し、1位が要介護1、2位要支援、3位要介護2、4位要介護3、5位要介護4、最も少ないのが要介護5となっている（厚生統計協会、2006年）。

#### 2. 調査事例の紹介

E町内に居住する要介護1の判定を受けているAさん73歳女性、Bさん84歳男性、要介護5の認定を受けているCさん77歳男性、Dさん93歳女性を対象として調査を行った（表 調査事例の紹介）。一人暮らしをしているAさん以外の高齢者は家族と同居しており、妻や子供、息子、嫁の介護を受けている。これら在宅高齢者とその家族に面接調査を行った。

#### 3. 介護の手間に関わる審査及び判定の個人データと調査から得られた在宅高齢者の個人データとの関連について

【Aさん 73歳 女性 要介護1:公的支援を支えに独居生活を送る高齢者】

1) 介護の手間に関わる審査及び判定の個人データ:認定調査員による調査結果と主治医意見書の実事を要介護認定に関わる関連図を描いて分析した(表 Aさんの要介護認定に関わる関連図)。疾患名:腰部脊椎管狭窄症、頸椎症、変形性膝関節症。障害高齢者の日常生活自立度判定(寝たきり度):医師A1、調査員B1→J1→A1。認知症高齢者の日常生活自立度判定(認知症度):医師自立、調査員IIa→I、体格:普通(体重44kg、身長148cm)

Aさんは要介護認定を2002年5月から受けている。その治療は疼痛緩和、血圧のコントロール、リハビリテーションである。主治医の意見書と調査員の調査結果をみると、2002年5月頃のAさんの寝たきり度、認知症度において、調査員は医師よりもAさんの状態を重く認識するという不一致が認められた。しかし、2003年10月頃主治

表 Aさんの要介護認定に関する関連図(イメージ図)

Aさん 73歳 女性 要介護1

**要介護認定の判定及び審査に関するE町提供個人データ(2002年5月~2004年3月)**

課題に関する分析結果	量・質的な審査基準とAさんの介護状況(全体像)との関係はどのように説明できるのか				要介護認定個人データ間の関係性・要介護認定個人データと今回調査データとの関係性の分析	調査から得られた個人データ(2005年2月)
認定時期	2002年5月	2002年10月	2003年10月	2004年3月		Aさんにとって介護保険の関与点は何か
介護サービスの利用	サービス利用無し	訪問介護(ホームヘルプ)月1回	通院介助のホームヘルプ利用希望有	訪問介護(ホームヘルプ)月12回		2005年2月
2次判定	要介護1	要支援	要介護1	要介護1		訪問介護(ホームヘルプ)月12回:リハビリ週2回、通院の送迎サービス週1回

主治医意見書の推移(傷病・特別な医療・心身の状態・生活機能とサービス・特記事項)

**疾患名: 腰部脊椎管狭窄症、頸椎症、変形性膝関節症**

体格: 身長144cm、体重44kg、身長148cm(2002年4月)  
 体格: 身長148cm、体重44kg(2002年4月)  
 体格: 身長148cm、体重44kg(2002年4月)

概要調査結果: 調査員の特記事項の推移

\* 中間評価項目表:  
 7群の認定調査項目の各群についてそれぞれ最高点100点、最低点0点となるように選択肢ごとに中間評価項目得点の点数が割り当てられたもの。自立度が高いほどダイヤグラムは100点に近づく。

2002年5月	2003年10月

1次判定

2002年5月	2002年10月	2003年10月	2004年3月
要介護2	要支援	要介護1	要介護1

要介護認定等基準時間の推移 (単位: 分)

2002年5月	2002年10月	2003年10月	2004年3月
54	54	43	43

基本調査結果

項目	2002年5月	2004年3月
第1群 (腰痛)	1. 座り(上・下) ○ 2. 歩行 ○ 3. 立ち上がり ○ 4. 立ち下がり ○ 5. その他 ○	1. 座り(上・下) ○ 2. 歩行 ○ 3. 立ち上がり ○ 4. 立ち下がり ○ 5. その他 ○
第2群 (移動)	1. 歩行 ○ 2. 立ち上がり ○ 3. 立ち下がり ○ 4. 歩行 ○ 5. 歩行 ○	1. 歩行 ○ 2. 立ち上がり ○ 3. 立ち下がり ○ 4. 歩行 ○ 5. 歩行 ○
第3群 (傾斜動作)	1. 立ち上がり ○ 2. 立ち下がり ○ 3. 立ち上がり ○ 4. 立ち下がり ○ 5. 立ち上がり ○	1. 立ち上がり ○ 2. 立ち下がり ○ 3. 立ち上がり ○ 4. 立ち下がり ○ 5. 立ち上がり ○
第4群 (特別介護)	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○
第5群 (身の回り)	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○
第6群 (変形性)	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○
第7群 (問題行動)	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○	1. アイロン ○ 2. アイロン ○ 3. アイロン ○ 4. アイロン ○ 5. アイロン ○

現在のAさんの介護状況

介護認定に関する認識プロセス

時間の流れ

医が記載している事実「電車及び歩行での通院の際、しばしば動悸、呼吸音の訴えがある」は、調査員の調査と一致した、Aさんの大きな変化となっている。

Aさんの介護の手間に関わる時間を推計した要介護認定等基準時間の推移をみると、2003年10月以降43分前後で安定した値になっている。ところが、7つの調査項目を群別のレーダーチャートでみると、第2群（移動）の低下が特に目立ち、移動の中間評価項目得点は86.5点→88.9点→36.6点→45.8点へと低下している（中間評価項目得点とは、7群の認定調査項目の各群についてそれぞれ最高点100点、最低点0点となるように選択肢ごとに項目の点数が割り当てられたもので、自立度が高いほどダイヤグラムは100点に近づく）。また、第3群（複雑動作）の入浴に関する項目では、「浴槽への出入りは行っていない」から「洗身は一部介助」に変化している。これについて調査員の特記事項をみると、「家に風呂が無く近所の銭湯へ行っているが、首、肩が動かないため背中が洗えない。」状態であることがわかる。また、ほとんど変化がない第4群（特別な介護）では、「尿意はあるが頻尿、トイレまで間に合わないことがほとんどのためパットを使用している。」「両頬にもしびれがあり、嚥下はできるが食事時何度も（口内を）かんでしまう。」という状態である。なお、2003年10月以降認定調査項目の一部が変更されている。

## 2) 今回の調査から得られた個人データ

調査日：2005年2月3日午前家庭訪問

面談者：本人と面談する。

### ①現在のAさんの介護状況

2002年5月退院後在宅療養を開始する。退院直前に介護保険の申請を行う。夫は既に死亡し、一人暮らしである。隣県に長男家族、次男家族が居り、時々電話をしたり、様子を見に来てくれる。木造平屋建ての、以前から住み慣れた借家住まいで、風呂が無く、居間（6帖）の隣りに小さいキッチンと、段差の大きい土間と玄関がある。広い土間には多数観葉植物の鉢植えを置き、自分で世話をしている。居間には息子が作ってくれたとい

う上肢リハビリ用滑車が天井から吊してあり、大きなリハビリ用ゴムボール2個を使い自分でリハビリをしている。外出は週3回病院受診、気分の良い時に週1回の買い物（近くのスーパー）をする以外に自宅前を歩いている。近くの銭湯に毎日行く。電車は怖くて乗れない。食事は自炊、3～4日に1回程度友達がおかずを届けて様子を見に来てくれる。一人でいると不安になり、気分が不安定になりやすい。緊急用通報装置を設置し、必要時に隣家、友達、息子の家へ連絡が行くようになっている。本人の希望は「自分で歩いてトイレに行きたい。」である。

### ②Aさんが在宅療養生活で困っていること

腰痛と麻痺（四肢の一部）がある。頸部、腰部、膝部に変形があり、頸部の回転が制限されている。うつむくことができないのでよく室内でつまずきやすく、掃除がしにくい。疼痛緩和の薬を服用している。時々胸が苦しく、呼吸困難がある。息子が贈ってくれた枕に代えてから、寝返りができるようになり眠れるようになった。食事はおいしく、以前に比べ体重が10kg増えた。顔色は良い。右眼は白内障でほとんど見えないが、左眼はよく見えるのでまだ手術はしたくない。息子に心配をかけたくないで、体の調子が悪いことはできるだけ息子には言わないようにしている。

### ③Aさんの介護サービスの利用状況

月12回の訪問介護（ホームヘルプサービス）を利用して、リハビリテーション治療（週2回）と病院受診（週1回）時の送迎サービスを受けている。

### ④Aさんの介護保険制度に対する思い、満足度

申請後の認定状況は、要介護1→要支援→要介護1に推移している。Aさんは要介護1で満足している。送迎サービスが一番うれしい。タクシーを使うと往復3千5百円かかると答えた。介護度の低下によって送迎サービスが使えなくなることに對する不安があり、調査時訴える場面があった。しかし、言い出したらきりが無いとも言い、今の送迎サービスを続けて受けることを望んでいる。他にしてほしいこともあるようだが他の希望は聞けなかった。以前亡夫が訪問看護サービス

を受けたことがあり、世話になったと感謝している。

### 3) Aさんの要介護認定個人データと今回調査データとの関係性の分析

要介護認定個人データと今回調査データとの矛盾点をみると、Aさんの体重の増加以外は特に認められなかった。要介護認定個人データは審査基準に基づく調査員の判断と主治医の判断を通して、間接的に認識されたAさんの状況であるのに対して、今回の直接調査データはAさんの心身の状態とその在宅生活環境を調査者（研究者）が直接観察して、その現状を認識したものである。この2つのデータの間には、1年という期間のズレがある。Aさんの最近の身体変化として頸部・腰部の疼痛の悪化に加え体重増加が挙げられ、この体重増加によりAさんが不安に思っている移動に関わる困難性をさらに増加させているのではないかと推測された。Aさんが在宅生活を送っている居住環境は住み慣れた生活環境とは言っても、段差の大きい土間は転倒の危険性が高くなっている。

### 4) 2つの視点からの分析

#### ①量的・質的な審査基準とAさんの介護状況との関係はどのように説明できるのか

要介護認定個人データは、認定調査員による概況調査と基本調査、並びに主治医意見書から得られた事実である。調査員と主治医との間にAさんの事実の捉え方に以下の点で不一致が認められた。つまり、要介護認定前半のAさんの寝たきり度、認知症度において、調査員は主治医よりも重く認識していた。しかし、後半は一致しており、他の事実において矛盾点は認められなかった。調査員は日常生活上の障害について詳しく記載しており、AさんのADLの質の変化を理解するのに役立っている。2003年5月頃から「首の調子が一段と悪化し、週3回の通院が困難になってきた。転倒の危険、動悸・息切れが出現。」「肩、腰の痛みも悪化し、寝返り、正座もできない。」「頻尿で午前中だけで15～16回トイレに行く。トイレまで間に合わないので尿取りパットを使っている。」「左眼はほとんど見えない。」一方、

Aさんの介護の手間に係る時間として認定調査項目から推計された要介護認定等基準時間は、Aさんの直接の介護時間ではないが、介護量の変化をみる1つの指標として捉えることができる。それをみると、Aさんの介護に関する量的な変化はあまり認められず、頸・腰・膝部の可動域制限、疼痛、呼吸困難、体重増加などに伴う日常生活の質の変化は量的指標からは捉えられない。

#### ②Aさんにとって介護保険の問題点は何か

一人暮らしを希望するAさんにとって、身体状況の悪化に伴い日常生活障害が進行することで、独居の自立生活が困難になることに不安がある。県外に住んでいる息子達に心配をかけずに、介護保険で必要な移動に伴う介護サービスを今後も利用していきたいと考えている。現状に一応満足はしているが、将来に対する不安が強くなる。Aさんはこのように自分の現状を正しく認識できる状態にある。

### 【Bさん 84歳 男性 要介護1:息子家族の元に身を寄せ、妻と共に介護を受ける高齢者】

#### 1) 介護の手間に関わる審査及び判定の個人データ

疾患名：心房細動、大動脈弁閉鎖不全、糖尿病、大腸癌術後、左下肢閉塞性動脈硬化症（2000年）。障害高齢者の日常生活自立度判定（寝たきり度）：医師J2、調査員J2。認知症高齢者の日常生活自立度判定（認知症度）：医師IIa、調査員正常→I、体格：少し痩せている

Bさんは要介護認定を2001年10月から受け、要介護1で推移している。要介護認定等基準時間をみると、2001年10月から2004年9月の値は、43分→37分→34分→45分へと大きな変化は認められない。しかし、7つの群別にみたレーダーチャートに変化が認められるのは2年後、2003年10月第3群（複雑動作）が77.6点→43.9点、第6群（意思疎通）が90.8点→74.2点へと低下し、反対に第5群（身の回り）が48.8点→84.3点に上昇している。これについて調査員の特記事項をみると、「左肩痛、腰痛のためコルセット装着、右膝関節屈曲制限があり、全ての動作に時間

がかかる」、「特にズボンの着脱に時間がかかる」状態にもかかわらず、できるだけ自分でするように努力されている。一方、「難聴、視力低下が進み、しゃべるのが面倒になり、ただぼんやりとテレビに向かっていることが多くなってきた」、「物忘れが多くなってきた」という変化がある。

主治医意見書では、心不全に注意するように、また糖尿病の 1600Kcal 食事療法が必要であり、大腸癌術後の経過をみているという所見が記載されている。主治医と調査員との間に不一致が認められ、Bさんの認知症度を医師は調査員よりも重く認識し、日常生活に支障をきたすような意思疎通の困難さが多少みられるがなんとか自立できる状態と捉えている。

## 2) 今回の調査から得られた個人データ

調査日：2005年2月3日午後家庭訪問

面談者：本人と妻に面談する。次男の嫁とは挨拶程度。

### ①現在のBさんの介護状況

Bさんの主たる介護者は妻である。次男夫婦・孫の6人家族。長男夫婦と同居していたが嫁との折り合いが悪く、5年前から次男夫婦が新興団地に新築した家に同居している。次男夫婦との関係は良い。妻80歳（介護保険要支援）とはいつも一緒に過ごしている。嫁は若い孫の世話で忙しい。住居は一戸建て、玄関横南側の日当たりの良い6帖がBさん夫婦の居室。ベッドは使用していない。部屋の中は掃除が行き届き、Bさんは使い勝手が良いという座いすに長座位姿勢で座っている。右下肢が屈曲不可、左下肢も屈曲制限があり、膝関節痛のため正座ができない。以前は植木をいじるのが好きで、部屋にはお好みの盆栽が置いてある。家の周囲を歩行器で散歩していたが、最近体全体がだるく、しんどいから部屋に閉じこもるようになった。電動四輪車1台を購入したまま使用していない。トイレは手すりにつかまってふらつきながらも何とか自力で行ける。夜眠れないので昼間うとうと居眠りすることが多い。糖尿病で食事療法が必要である。食事は好きなものをできるだけ摂るようにしているが、かなり痩せてきた。難聴は徐々に進行し、補聴器を使用しても聞き取りに

く。大きな声で話しかけると簡単な受け答えはできるものの、聞き違いのため適切な反応が得られないことが多い。Bさん自身も聞き違いが多いことを気にして、しゃべるのが面倒になっている。

### ②Bさんが在宅療養生活で困っていること

Bさんの希望は、「身体がしんどいので部屋から出たくない。」過去5回手術（胆石、腸ポリープ、脱腸）を受けたことがあり、最近も入退院を繰り返している。だが、Bさんは療養生活上困ることはなく、満足していると言う。しかし、妻は夫がほとんど話しをしないので相手をするのがしんどいと言う。Bさんは耳が聞こえにくいのでデイサービスへ行ってもほとんど他の人と話しをしない、話そうとするとしんどいと言う。妻も要支援の認定を受け、デイサービスを月8回、夫と同じ施設で一緒に受けている。

### ③Bさんの介護サービスの利用状況

病院受診時の送迎に訪問介護（ホームヘルプ）を月8回、デイサービス月4回、歩行器の福祉用具貸与を受けている。

### ④Bさんとその家族の介護保険制度に対する思い、満足度

Bさんと妻は、「介護保険の認定制度の仕組みはよく分からない。でも、不足はありません。」と言う。妻は肩こりのために週1回の在宅マッサージをもう1回増やしてほしいと希望している。

## 3) Bさんの要介護認定個人データと今回調査データとの関係性の分析

要介護認定個人データと今回の調査データとの矛盾点をみると、Bさんの身体症状の悪化、難聴、視力低下の進行がかなり日常生活に支障をきたすようになり、家族等に影響を与えるまでになっている。Bさんの身体機能の低下によって、以前のように前向きになれず家に閉じこもるようになり、意思疎通の困難性が増している。2つのデータの間には6か月という期間のズレがある。

### 4) 2つの視点からの分析

#### ①量的・質的な審査基準とBさんの介護状況との関係はどのように説明できるのか

要介護認定等基準時間をみると、その値はほとんど変化がないが、レーダーチャートでは第3群

(複雑動作)と第6群(意思疎通)の低下が認められる。これについて調査員の特記事項から、疼痛と膝関節の可動域制限に、糖尿病、心不全、大腸癌という複数疾患を抱え、さらに難聴と視力低下など身体機能の低下が進行してきたために日常生活に支障をきたしていることがわかる。そして、次第に家族の間でさえ意思疎通が困難になってきている。認知症度に関する調査員と医師との不一致は認められたが、調査員の記載内容から医師との間に矛盾はないと分かった。

②Bさんとその家族にとって介護保険の問題点は何か

Bさんは「体がしんどいので部屋から出たくない。」と希望している。介護保険の認定制度の仕組みは理解できないけれども、介護保険に対する不足は無いと言っている。しかし、Bさんの心身の悪化が徐々に進行していく中で、Bさんは介護サービスを受けることに消極的になっている。住み慣れた生活環境から離れ、新たな在宅療養環境に対処する努力をしてきたBさんがその限界を表現するようになった。どんなに良いサービスを受けたとしても、Bさん自身がその意義を実感できなければサービスの価値はないと言える。それほどBさんの心身の悪化が進んでいるのかとも考えられる。

【Cさん 77歳 男性 要介護5：高齢の妻と娘の介護を受ける重度寝たきり高齢者】

1) 介護の手間に関わる審査及び判定の個人データ

疾患名：多発性脳内出血、神経因性膀胱(2003年)、障害高齢者の日常生活自立度判定(寝たきり度)：医師B2、調査員C2、認知症高齢者の日常生活自立度判定：医師IIIb、調査員IV、体格：最近痩せてきた(2004年4月の体重58kg、身長156cm)

Cさんは要介護認定を2003年12月から受け、介護療養型医療施設に入院していた。在宅介護は2004年3月から受けている。

主治医の記載によると、Cさんは2003年7月に多発性脳内出血を起こし、後遺症として右麻痺

と四肢の拘縮が進行しており、リハビリが必要である。膀胱留置カテーテルを挿入している。

Cさんの要介護度は、要介護4→5に、要介護認定等基準時間は130.6分→125.8分に推移している。移動、特別介護、身の回りのほとんど全部において全介助を必要としている。調査員の記載によると、「嚥下障害があり、ミキサー食を食べている」、「言語障害があり、返答までに時間がかかり、『嫌や』など自分が不快を表すものは伝達できる」状態であるが、意思疎通の困難さは認められる。調査員と主治医との間に、認知症度において不一致が認められ、調査員は主治医より重く捉えている。Cさんの状態は日常生活に支障をきたすような症状・行動と意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする状態で介護なしには日常生活が不可能である。

2) 今回の調査から得られた個人データ

調査日：2005年2月7日午後家庭訪問

面談者：本人と妻、娘と面談し、主に娘と話しをする。面談中に医師の訪問診療があった。

①現在のCさんの介護状況

妻との二人暮らし。近所に娘が住んでいる。主な介護者は妻と娘である。旧村の一戸建て、和室6帖のベッド(レンタル)にCさんは寝たきり状態である。車いす昇降用リフトが和室の前庭に設置され、受診など外出時に使用している。褥瘡が背骨部にある(2cm)。排便はオムツを使用している。言語障害があり、簡単なことはなんとか理解できる程度で、「かあちゃん(妻を呼ぶ時)」など、片言しかしゃべれない。面談時調査者がはじめましてと挨拶すると開眼して頭を動かす動作がみられた。食事はきざみ食を経口摂取している。4日前から風邪を引き、38度の発熱で食事が食べられなくなり、2,3日前から抗生剤の点滴をしている。面談中に近医の訪問診療があり、尿量が少なく下痢で食事が食べられなくなってきたので、入院して胃瘻を造設することに決まった。

②Cさんとその家族が在宅療養生活で困っていること

妻と娘は、現在困っていることは特にないと言



### ③Cさんの介護サービスの利用状況

訪問看護は、月 17 回 1 時間（膀胱洗浄・リハビリ：2カ所の訪問看護ステーションを利用）、緊急時訪問看護加算 1 回、特別管理加算 1 回、訪問入浴月 8 回。2 週に 1 回訪問診療。福祉用具貸与 5 品目（車いす、特殊寝台と付属品、移動用リフト）。2 か月に 1 回病院への通院時介護タクシーを利用している。【2004 年 9 月の介護費用総額は 309500 円（そのうち自己負担額は 30950 円）】

### ④Cさんとその家族の介護保険制度に対する思い、満足度

娘は「介護保険は助かっている。利用して満足している。」介護保険の限度枠内でサービスを受けている。介護に対する負担割合は妻 7 割に対し娘 3 割である。娘は終日休みなく介護している母親の息抜きにデイサービスを受けたいと希望している。しかし、Cさんの介護状態が重度のために現在受け入れてくれる施設がない。その他、移動用リフトのレンタル料が高いと思うが、とても助かっている。以前、家事ヘルパーを 30 分程利用していたことがあるけれども、家族でできるので利用をやめた。娘は、家事ヘルパーは今後も利用しないと言う。

### 3) Cさんの要介護認定個人データと今回調査データとの関係性の分析

要介護認定個人データと今回調査データとの矛盾点はあまり認められなかった。しかし、最重度のCさんの状態は4日前から風邪を引き発熱のために食事が食べられなくなり、急に悪化していた。訪問時、近医の訪問診療があり、尿量が少なく下痢で食事が食べられなくなり、入院して胃瘻を造設することに決まった。2つのデータの間には9か月のズレがある。

### 4) 2つの視点からの分析

#### ①量的・質的な審査基準とCさんの介護状況との関係はどのように説明できるのか

Cさんの要介護認定等基準時間の変化はほとんどなく、110分以上の最重度のランクにある。移動、特別介護、身の回りのほとんど全部に全介助を必要としており、家族の介護負担は大きいものと推測できる。Cさんの状態は生命に関わる日

常生活上の障害と共に意思疎通の困難さが認められ、介護なしには日常生活を行うことが不可能な最重度の状態である。特に、最近の変化として風邪罹患による食事の摂取が困難になり、病状が急変する可能性が高まっている。

### ②Cさんとその家族にとって介護保険の問題点は何か

Cさんと妻、娘は、介護サービスを限度枠内で受け、訪問看護サービスなど介護保険に対しては満足している。しかし、近所に住んで介護を手伝っている娘は、介護負担の大きい高齢の母親にデイサービスを利用して息抜きをさせてあげたいと希望しているが、最重度のCさんを受け入れてくれる施設がないことは今後の課題である。

### 【Dさん 93歳 女性 要介護5:息子の介護を受ける問題行動の多い認知症高齢者】

#### 1) 介護の手間に関わる審査及び判定の個人データ

疾患名：老年痴呆（1999年）、右大腿骨骨折術後（2001年）、変形性脊椎症（1997年）

障害高齢者の日常生活自立度判定：医師・調査員 B 2→B 1→B 2、認知症高齢者の日常生活自立度判定：医師Ⅱ b→Ⅲ b、調査員Ⅲ b→Ⅲ a→Ⅳ、体格：小柄（体重 40 kg、身長 143 cm）

Dさんは要介護認定を 2001 年 7 月から受け、要介護 4→3→4→5 に推移している。要介護認定等基準時間の推移をみると、92 分→81 分→100.2 分→121.1 分へと 2003 年 7 月以降徐々に介護時間が増加している。7つの群別にみると、大きな変化が認められたのは 2003 年 7 月で、第 2 群（移動）57.8→22.5、第 4 群（特別介護）80.9→45.5、第 5 群（身の回り）28.1→2.9、第 6 群（意思疎通）72.3→26.4、第 7 群（問題行動）88.1→47.2 の各群において介護時間の増加が推測される。特別介護、身の回りの介護は全介助となっている。調査員の特記事項をみると、「幻聴『誰かが亡くなった』と聞こえてくる」、「幻覚、大きな声で独語、作話等の症状がある」、「昼夜逆転」が認められる。意思疎通が困難であり、問題行動が多く、認知症は進行している。主治医と調

査員との間にDさんの認知症度の判定についてズレが認められるが、調査員の記述内容から矛盾はないとわかる。

## 2) 今回の調査から得られた個人データ

調査日：2005年2月4日午後家庭訪問

面談者：本人と長男、主に長男と面談する。

### ①現在のDさんの介護状況

2001年2月からDさんの介護サービス利用が開始された。長男夫婦と孫の5人家族。主な介護者は寺住職の長男であり、退職後3年間実母を介護している。嫁はリウマチがあるので介護は無理な状態である。寺の本堂に隣接した一戸建ての6帖和室のブザー付きベッドに、Dさんは臥床している。Dさんは調子が良いときには隣室にあるトイレまで廊下を這って行く。また気分が良いと自分で起き上がり、居間まで這って行きテレビを見ている。ベッドから廊下まで車椅子やいす、家具などが手すり替わりに並べられている。お寺の本堂と廊下には手すり・スロープ、玄関にもスロープが設置されている。自宅の浴室にはリフトが置かれているが、今は使用していない。Dさんは寺の娘として生まれ、寺に嫁いで日頃お経を読むことが習慣になっている。同じ話を繰り返したり、幻視幻聴があり、大きな声で独語し、天の声を話していると言う。昼夜逆転（夜2時以降1時間毎に起きる）のために介護者が不眠になっている。先週吐血が認められたけれども顔色は良い。現在風邪気味で鼻汁が出ており、ティッシュペーパーを渡すと自分で拭く。ヨーグルトを自分で飲み、今日の朝食は摂取できている。

### ②Dさんとその家族が在宅療養生活で困っていること

長男は、現在困っていることは特にないと言う。Dさんの認知症が進行し、簡単な受け答えしかできず、息子を正しく認識できない。

### ③Dさんの介護サービスの利用状況

訪問介護（ホームヘルプ）月27回、訪問入浴月4回、訪問看護月9回（30分リハビリ）、デイサービス月4回、福祉用具貸与3品目を利用している。週1回車いすで通院している。

### ④Dさんとその家族の介護保険制度に対する思

### い、満足度

現在要介護5の認定を受けているので希望するサービスを利用できている。しかし、要介護3以下になると限度枠内でサービスを受けることが無理になるので心配している。息子は、訪問入浴サービスの1回自己負担料1250円は高いと言う。

### 3) Dさんの要介護認定個人データと今回調査データとの関係性の分析

要介護認定個人データと今回調査データとの矛盾点はDさんの移動に関し、「調子が良いときは隣室にあるトイレまで廊下を這って行く」、また「居間まで這って行きテレビを見ている」という点は、要介護認定個人データからはイメージしにくかった。調査員の記載には、Dさんの認知症がかなり進行し、幻聴、幻覚、独語という精神症状が出現し、意思疎通が困難である状況が示されている。そして、複雑動作と身の回りの介護がほとんど全介助となっている。今回調査によりDさんの住宅は改修が行われ、手すり・スロープなど介護しやすい居住環境が整えられていることがわかった。

### 4) 2つの視点からの分析

#### ①量的・質的な審査基準とDさんの介護状況との関係はどのように説明できるのか

Dさんは最重度の要介護5の認定を受けている。認知症が進み、意思疎通の困難さと問題行動が多く認められる。その症状の出方はDさんの体調によってかなり変動がみられることがわかる。調子の良いときは這って自分の行きたいところに移動しており、介護者の眼が離せない状態である。Dさんの日常生活のほとんどは全介助であり、介護なしには日常生活を送るのが不可能な状態にある。

#### ②Dさんとその家族にとって介護保険の問題点は何か

現在、Dさんは最重度の要介護5の限度枠で必要なサービスを利用できている。要介護度がもし要介護3以下になると、希望するサービスが受けられなくなる。Dさんの家族は、今のサービスを続けて受けることを希望している。

#### 4. 4つの在宅高齢者事例の検討から分かった事

今回の研究では、要介護1と要介護5の各2事例を対象に、要介護認定の審査及び判定に関する個人データと訪問調査データとの関係について検討を行った。要介護認定の個人データは認定審査委員の認識プロセスを辿ることによって、また時間の流れに沿って整理することによって各事例の介護イメージ像を分かりやすく説明しようと試みた。その結果、次のことが分かった。

1) 1次判定の資料は、調査員の調査結果と医師の意見書である。この二者間に事実の捉え方にズレがある場合、他の事実との関連を総合的にみて判断する必要がある。要介護1でも要介護5でも寝たきり度、認知症度において調査員と医師の判定にズレが生じている。Cさんのような病状が悪化してきた場合やDさんのように体調によって大きな変化がある場合は、調査時の事実だけでは正しい調査は難しいことが分かった。したがって、少なくとも二者の認識から得た事実を通して対象の在宅介護の事実を捉えようとすることは望ましいことと言える。

2) コンピュータによる1次判定に対して、数名の介護認定審査委員による2次審査及び判定は、調査結果と医師意見書の事実について数名の委員の認識を通して確認が行われるということである。調査結果は、要介護認定等基準時間や中間評価項目得点という量的な審査基準と、調査員の特記事項という質的な審査基準の両方の関連を総合的に判断できるようになっており、この複雑な確認は人の認識でないとできにくいことが分かった。したがって、2次判定結果の説明はできるだけ多くの審査委員が分かりやすく説明する必要があるということになる。今回の事例の説明は看護職として行ったもので、委員の職種の違いによって説明は多少異なってくるものと考えられる。

3) 要介護認定の資料として使われる審査基準として量的なものや質的なものがある。要介護認定等基準時間と中間評価項目得点は量的な審査基準として表示される。一方、調査員が記述する特記事項、医師の意見書は質的な審査基準を確認す

る内容を示している。これら2つの審査基準はどちらも必要なものであり、量的な審査基準の中身を常に質的な審査基準で説明することが大切であると分かった。同じ要介護1のAさんとBさん、それぞれの心身の状況や生活環境は全く異なっている。量的な基準では変化が示されない、AさんのADLの変化はAさん固有の事実で説明することが必要である。Bさんの心身の悪化とその介護への影響も、Bさん固有の事実からのみ説明が可能である。また、要介護5のCさん、Dさんは中等度から重度の認知症があり、体調の変化によって認知症の出方が異なっている。家族の対応は日々変化する対象の状況に合わせて介護が行われている。その質的な変化をできるだけ理解していかなければならない。

4) 要介護認定を受けて介護サービスを利用している高齢者とその家族は、実際に介護に必要なサービスを使うことによって、その実感を通して介護保険の実際を理解していることが分かった。家族に「介護保険についてどうですか?」と質問すると、現在受けているサービスが継続できることを前提に「満足です」という答えが返ってきた。現在高齢者とその家族が直面している、今の状態を維持できることが介護をしていく必要条件となっている。先のことまではなかなか考える余裕がない生活の中で、難しい介護保険の仕組みはよく分からないけれども、今利用している介護サービスに対する率直で貴重な意見を聞くことはできるということが分かった。サービスを提供する側は、彼らの意見に素直に耳を傾けることが大切であると言える。

#### 5. 介護保険を担う看護職の役割について

##### 1) 調査員としての役割

要介護認定は全国一律の審査基準に基づいて行われている。その介護に関わる心身の状況を実際に調査するのが介護認定調査員である。正しい調査方法を理解して実施しなければならない。そのため研修が行われ調査が実施されている。調査結果は、量的な審査基準に変換され処理されて「介護にかかる時間」として推計値が出され、要

介護度のランクが決まる。その基本調査を担当する調査員が、調査対象者の現在の状態を具体的にどのように表現するかが重要であると言える。特に調査員が記載する特記事項から、対象者の介護事実とADLの質との関係、具体的な在宅療養環境、対象者とその家族の生活の仕方、介護に対する希望、価値観などを汲み取ることができる。調査員が事実を正しく伝えようとする姿勢が特記事項にはそのまま現れている。そこには看護職としての専門的な知識と技術に基づく観察と判断能力が必要である。看護職として自信を持って調査資料を提供し、医師との事実におけるズレについて根拠に基づいた適切な説明ができることが必要である。

## 2) 介護認定審査会委員としての役割

要介護認定の審査及び判定は、調査員の調査結果に基づいてコンピュータによる一次判定資料と主治医意見書、調査員特記事項の事実について矛盾点や整合性が検討される。これは資料の事実から対象の心身の状態と介護状況をイメージして、介護の必要性を見極めるものである。認定審査委員は直接対象とその家族を見ているわけではない。だから、いかに資料から事実を正しく捉えて説明していくかが重要な役割である。要介護認定の資料は一般の人々がみても分かりにくいものとなっている。認定審査委員はそれらの資料について、対象とその家族に納得できる、わかりやすい説明をすることが必要である。

認定審査会会長のある医師(庄司眞, 2001)は、「審査会の務めは公平、公正、迅速に審査し、申請者が早く介護を受けられるようにすることと思う」と述べている。医師や看護職、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、薬剤師など、医療・保健・福祉の専門職が関わる要介護認定審査会は、専門職種がお互いに対等に意見を出し合える貴重な協働の場となっている。そういう場で看護専門職として自信を持って、申請者とその家族の立場を説明できることが看護職の役割と考える。

## V おわりに

現在、多くの看護職が要介護認定に関わり、また介護保険サービスの提供者としても活躍し、介護保険制度を支えていることを多くの人々に理解してもらえればうれしいことである。

今回の調査を通して、家族の介護に対するそれぞれの思いを聞くと、そこには家族関係や家族の生活・生き方に関わる価値観からつくられた、それら家族独自の「身内のルール」が存在していることも分かった。これらは、勿論要介護認定の資料の枠外に存在しているものであるけれども、看護職が上手く介護保険を使って対象とその家族が望む看護をあらゆる機会で作成していくときに心得るべきことであると感じた。

最後に、介護保険に関わる多くの看護職が社会の期待に応えられるように益々活躍されることを望む。

### 謝辞

今回の調査に協力していただきました在宅高齢者とその家族の皆様方、そして資料提供に快く協力していただきました町行政職員の皆様方に心から感謝申し上げます。

### 引用文献

- 厚生統計協会(2006):国民衛生の動向 2006年, 第53巻第9号(厚生指標臨時増刊), 220-232.
- 厚生統計協会(2006):図説 統計でわかる介護保険.
- 庄司眞(2001):第14回日本臨床内科医学会シンポジウム, 介護保険発足後の諸問題 介護認定審査の立場より, 第16巻第1号:13-21.
- 遠矢福子, 山本明弘, 砂川純子, 一色泰子(2003):介護保険の要介護認定に関する今後の課題—痴呆老人と障害老人の諸問題から—, 臨床看護, 29(1):133-14.
- 筒井孝子(2003.12):痴呆性高齢者の在宅介護の特徴からみた要介護認定のあり方に関する研究, Health Sciences, 20(1):70-81.