

★ 記者発表資料

## 実施後3カ月を経過した新認定制度の現状と 今後の検証課題について

2009年7月16日 全日本民主医療機関連合会

さる3月2日の記者会見において、軽度への認定切り下げをいっそう促進する新認定制度の内容、予測される影響等についてお伝えしました。

この4月から新認定制度は当初の予定通りスタートしましたが、経過措置の実施によって認定結果が基本的に開示されないことになり具体的な影響が見えにくくなっています。7月13日、厚労省の「第2回 要介護認定の見直しに係る検証・検討会」（以下「検証・検討会」）が開催され、要介護認定状況（第一次集計分）が公表されましたが、肝心の経過措置適用前の二次判定結果の報告等を欠き、全面的な検証資料とはなっていません。

全日本民医連として実施した認定審査会委員アンケート、事業所からの事例報告とともに、認定結果を開示している一部自治体の資料などを紹介し、新認定制度実施後の動向と問題点、今後の検証課題等について報告します。

### はじめに－新認定制度実施後の経過

#### 1 実施に至る経緯

今回の認定制度の見直しは、「データの更新」「負担軽減」「地域差の是正」の3点を目的に行われました。厚労省は、見直しに向けた「研究事業」「モデル事業」を昨年相次いで実施し、年末には「認定調査員マニュアル」「認定審査会委員マニュアル」を公開しましたが、認定調査の判定基準に対して関係団体、マスコミの批判が集中しました。3月中旬に判定基準等の一部修正を急遽行ったものの、修正内容は「自立（介助なし）」という表現を「介助している」に改める等ごく一部にとどまり、新認定制度は基本骨格を変えないまま4月から実施に移されました。

実施直後、今回の見直しのねらいが「給付費の抑制」にあったことが老健局の内部資料で明らかになりました（例えば、二次判定において「非該当」の重度変更率を10%減らせば84億円の国庫負担が削減できる等の削減見込み額を試算しています）。批判が高まるなか、厚労省は4月13日に第1回目の「検証・検討会」を開催し、「経過措置」の導入を決定します。

#### 2 経過措置の評価と問題点

経過措置は、「更新」申請者を対象に、「申請者の希望に応じ、見直し後の要介護認定の方法により審査・判定された要介護度が、従前の要介護度と異なる場合に、従前の要介護後とする」というものです。目的は、認定方法の見直し直後における「必要なサービスの安定的な確保」「利用者の不安の解消」「混乱の防止」とされています。実施期間は「検証期間中」です（資料①）。

新認定制度のもとで仮に軽度に判定されたとしても、事前の申請があれば「従前の要介護度」を継続できるということから、結果として申請者（利用者）の「救済」がはかれることになりました。しかし反面、看過できない問題もふくんでいました。

第1に、「従前の要介護度」が継続されるといっても、これまで様々な問題が指摘されてきた新認定制度での判定が現実に開始されたことには変わりはない点です。

第2に、4月以降の「新規」申請者については経過措置の対象外とされており、新認定方式が全面的に適用されている点です。

第3に、さらに重大な問題は、圧倒的多数の市町村において、申請者（利用者）に通知されるのが「従前の要介護度」のみに限定されたため、新認定制度を適用した認定結果が開示されなくなった点です。これにより、新認定制度による認定の実態、申請者（利用者）の介護、生活にもたらす具体的な影響が覆い隠されてしまうことになりました（資料②）。

## II 新認定制度による認定の動向

---

経過措置の実施によって全面的な影響分析が困難になっていますが、認定結果を開示している一部の自治体の情報、実際に認定作業に関わっている認定審査会委員、認定調査員からの報告等に基づき、3カ月あまりを経過した新認定制度の現状を紹介します。

### 1 新認定制度のもとで、軽度への切り下げが進行している－認定結果の特徴

当初推測していた通り、総じて軽度判定が促進されています。特に「更新」「新規」において、「非該当」判定が目立っているのが特徴です。

#### 【更新申請分（経過措置適用）について】

##### （1）一次判定結果において、申請前の要介護度との比較で4割強が軽度化している

申請前の要介護度（旧方式での二次判定結果）と今回の一次判定結果とを比較すると、おおむね4割を超える比率で軽度への変更が出現しています。

千葉のある合議体では、4月の更新申請分（33件）のうち、一次判定で45.5%（15件）が軽度に判定されています。この15件のうち、1段階ダウンが4件、2段階ダウン8件、3段階3件と、半数強が2段階の引き下げでした（資料③④）。6月29日に発表された結城康博准教授（淑徳大学）による調査結果（15市町村、5049件）でも、全体の43.4%が軽度に判定されています（資料⑤）。

以下は、認定審査会委員（民医連職員）からの報告です。いずれも前回の二次判定結果との比較ですが、一次判定の段階で3～4ランク引き下がるケースも発生しています。

- ・ 32件のうち46%が軽度判定となり、さらに25%が2段階の引き下げとなっている。中には4段階下がった例もある（札幌市のある合議体）
- ・ 更新38件中、引き下げ19件（50%）。内訳は、1段階引き下げ10件、2段階引き下げ5件、3段階引き下げ2件、4段階引き下げが2件あった。4段階引き下げは、要介護2かあら非該当、要介護3から要支援1がそれぞれ1件ずつだった（同）
- ・ 更新認定32件中、18件2が前回より軽度に判定（56.3%）。そのうち1段階引き下げが10件、2段階引き下げが5件のほか、3段階が1件、4段階が2件（神奈川のある合議体）

なお、厚労省が7月13日公表したデータは、前回と今回の一次判定結果同士を比較したのですが、全体の3割が軽度に変っています。いずれにしても新たな一次判定方式で相当程度の認定の切り下げが進んでいることは間違いありません。

## (2) 二次判定結果では、申請前の要介護度との比較で概ね2～3割が軽度に変更されている

7月13日の「検証・検討会」では、経過措置適用前の二次判定結果の集計データは残念ながら示されませんでした。しかし、この間公表されているデータを見ると、経過措置適用前の二次判定結果では、おおむね2割～3割が申請前の要介護度よりも低く判定されています。

北海道帯広市(5月29日までの結果通知分348件)は、軽度変更30.2%、維持51.1%、重度変更18.7%と、軽度の変更率が約3割となっています。軽度変更(105件)のうち、1段階ダウンが85件と8割を超え、2段階17件、3段階3件となりました(資料⑥)。

山形県では、5月31日末までの更新認定した分(3039件)で、軽度変更が23.6%、維持が76.6%、重度変更が23.7%となっています(資料⑦)。

前出の千葉の合議体では、軽度変更27.2%、維持45.5%、重度変更27.2%との結果が出ています。軽度変更(9件)の内訳は、1段階5件、2段階3件、3段階が1件でした。

前出の結城准教授の調査では、軽度判定22.6%、維持55.2%、重度22.2%という結果になっています。

事例を紹介します。

### \* 72歳・男性(独居) 要介護3→要介護2

排泄を失敗してもヘルパーが来ている時は後始末、更衣介助をしているが、随時直接介助していないと自立(=「介助していない」とみなされる。

訪問看護週1回、デイサービス週1回、車いす、訪問介護を利用していたが、要介護が低くなり支給限度額が下がったため、ヘルパーの生活援助と通院介助を削らなくてはならない。

### \* 72歳・女性(老々) 要介護1→要支援2

生活援助を2回、デイサービス週2回、介護タクシーを利用していたが、要支援2となり介護タクシーの利用ができなくなる。一般のタクシーだと気を遣い、そのことが受診抑制につながり病状が悪化しないか危惧される

要介護1相当はこれまで認定審査会で判断されていたが、これが一次判定で決められることになったため介護から予防に移ったと思われる。

## (3) 特に、「軽度がより軽度に」判定される傾向が強く、「非該当」判定が増加している

二次判定結果(経過措置適用前)を要介護度別にみると、要支援2、要介護1において、他の要介護度よりも軽度変更の比率が高い傾向があることが指摘されています。前出の帯広市では、要介護1以下での軽度変更が36.7%となっています(要介護2以上で24.8%)。

また、軽度変更のうち、「初めての審査で21名中3名が非該当」(福岡)、「要介護2から非該当になるケースが発生している」(沖縄)など、全体として「非該当が増えている」との指摘も多く寄せられています。

香川のある認定審査会委員の声です。

「更新申請37件のうち9件が自立でした。介護保険開始前から認定の仕事をしている私にとってこの数は異常な多さです。新規の申請が自立というのはこれまでもありましたが、更新申請の方の判定が自立となる数としてあまりに多すぎます」

### 【新規申請分(経過措置の適用なし)について】

新規申請者は今回の経過措置が適用されず、新認定制度の影響が直接現れることとなります。

## (1) 「状態と認定結果との乖離」がみられる

実際の状態に認定結果が見合っていないと考えられるケースが相次いで報告されています。

「これまでなら要支援1、2であろうと判断される申請者が非該当になっている」（群馬）、「以前なら要支援1程度と思う方でも、非該当判定になった方が数名出ている」（東京）などです。事例を紹介します。

**\* 88歳・女性 要支援1（新規）**

腰痛、両下肢の痛みあり歩行が不安定。認知症の進行がみられる。薬の飲み忘れがあり、自分で服薬管理ができない。保険証や印鑑、キャッシュカードなどの紛失、水のだしっぱなしや電気の消し忘れ、しまい忘れなどが頻回にある。自宅周辺工事のため、散歩に出て道に迷って帰宅までに時間がかかることもあった。常に家族の見守りや声かけが必要であり介護の負担が大きい。

要支援1となり通所介護の利用は1回に。認知症の進行を防止するうえでも今回の結果が妥当なのか疑問。

**\* 82歳・女性 要支援2（新規）**

2年前まで一緒に介護サービスを利用していた隣人が引っ越したため、ずっと利用していなかった。この2年間に足腰が弱くなり、精神的にも閉じこもりがちで、このままではボケてしまうと家族が心配して申請。足腰の筋力低下に加え、膝関節痛があり、立ち上がりや歩行にも支障がある。家事も最低限のことをようやく行っている状態。

**（2）とくに「非該当」と判定されるケースが目立つ**

東北のある地域包括支援センターでは、新規申請分で「非該当」と判定されたケースが、2006年度4件、2007年度3件、2008年度9件と推移していましたが、今年の4月から6月までの3カ月間ですでに7件の「非該当」判定が発生しています。

厚労省の公表データ（7月13日）によっても、新規申請（5万9396件）のうち、「非該当」と判定された件数が5%で、前年同期の2.4%から倍増しています。過去4年間の平均3.1%と比較しても高い結果となっています。

従来よりも非該当の出現率が高くなっている点は、新認定方式の大きな特徴のひとつと考えられます。

**2 二次判定を担う認定審査会での審査が困難になっている－認定審査会の現状**

厚労省は、「研究事業」の結果を通して一次判定が従来の方式よりも「軽く出る」ことを認め、それを二次判定（認定審査会）で変更することで、全体としては妥当な判定結果を導けると説明してきました。

しかし、現状の認定審査会で、一次判定結果を変更することが以前より難しくなっているとの指摘が多く寄せられています。要因として、認定審査会の運営など物理的な事情、判断材料となる資料の削減、唯一の変更事由とされる「特記事項」「主治医意見書」の記載不備などが上げられています。審査の「手間」が格段に増えたとの報告も多く、今回の見直しの理由としてあげられていた「負担軽減」にも逆行している実態です。

より深刻なのは、認定審査会の機能や裁量の縮小、経過措置の実施等に伴って委員自身の認定審査に対するモチベーションの低下が指摘されている点です。

**（1）現在の認定審査会では十分に審査をこなしきれない**

新方式により、審査の「手間」が以前よりも増えており、一次判定結果に対する十分な検討が困難になっている実態が共通して報告されています。

- ・ 審査会のノルマ 30 件はとてもこなせない。結局半分の 15 件しかできず、きちんと見ようとすると対応が困難（福岡）
- ・ 認定審査会は事務局が主導。90 分で 35 件の審査を行わなければならない、審議時間がほとんどない状況。「特記事項」の内容について発言しても十分な討議ができない（北海道）
- ・ 認定審査会で協議の結果、一次判定結果を変更したケースも 10 件あったが、そのためこれまでの認定審査会よりも審査に関わる時間が倍以上に増えた（神奈川）
- ・ 今まで 40 件判定していた以上の時間で 30 件しか判定できない（福岡）
- ・ ペーパーレスで当日開始直前にしか情報を見ることが出来ずに審査会を行っている。そのため、時間が短く意見交換が出来ない（香川）

## （２）提示資料が制約にされたことで検討・判断に困難をきたしている

認定審査会に提出される資料が減らされるとともに、一次判定結果を変更する根拠が「特記事項」「主治医意見書」のみ限定されたことにより、一次判定結果を検証することが困難になっています。

- ・ 一次判定を変更する指標やレーダーチャート、日常生活自立度の組み合わせなどがなく本人の状態像が把握しにくい（東京）
- ・ 判定変更の根拠に状態像や組み合わせなどが活かすことが出来なくなった（福岡）
- ・ 新しい資料の意義が理解しづらい（福岡）
- ・ 特記事項や主治医意見書に具体的な状況が書かれていないことも多く、変更できない事例もある（北海道）
- ・ 特記事項の記載方法もかなり明確でないと判断できず、一次判定の変更は難しくなった（山形）

## （３）認定審査会委員のモチベーションが低下している

認定審査会の機能・裁量の縮小、経過措置の実施等のもとで、「もう認定審査会は必要ないのではないか」という意見も少なくありません。

- ・ 事前研修会でも一次判定の変更理由が大幅に狭められたことに対して、委員から審査会の意味が無いとの意見が多数出されている（岐阜）
- ・ 認知症の有無や状態が不安定な状況について、どう反映されているかわからない（山形）
- ・ これだけの犠牲（寝る時間を削って準備）しても無駄な話し合いの場合があるという無力感を抱かざるを得ない（福岡）
- ・ 審議しても経過措置の適応のために最長 2 年間は以前の介護度を選択できるため、審査会開催の意義が感じられず審査員のやりがいも感じられない（福岡）

## 3 新たな認定調査によって、軽度への誘導が確実にはかられている－認定調査の問題

認定調査員から寄せられた報告では、調査項目数の削減、項目ごとに設定された判定基準の大幅な見直し「軽度変更」の主要因となっているとの指摘が多数寄せられています。

### （１）調査項目削減で、状態の把握・判断が困難になっている

とりわけ項目が大幅に削られた認知症に関連して意見が出されています。

「火の始末、暴言・暴行、飲水など、判断に有用だった項目が削除された」「認知症を判断する調査項目が削られたことで、どこまで正確に一次判定できるのか疑問である」「認知症の評価が軽視されていると思う」（群馬）などです。

## (2) 判定基準の見直しで、調査結果そのものが軽度いきり下げられている

評価軸の設定、「判断」するのではなく選択肢を「選択」する方式への切り替え、項目ごとの判定基準の見直しなどを通して、認定調査の段階で明らかに軽度への誘導がはかられていることが共通して報告されています。

個々の調査項目では、1群（麻痺・拘縮、座位の保持、歩行などの「身体機能・起居動作」に関する項目）、2群（移乗・移動、えん下、食事摂取、排泄、整髪など「生活機能」に関する項目）、5群（薬の内服、買い物、簡単な調理など「社会生活への適応」に関する項目）に疑問や批判が集中しています。この点は厚労省が発表した調査結果とも同様でした。

一部を紹介します。

- ・ 「麻痺」とは、「筋肉の随意的な運動機能が低下、または消失した状況をいう」とされた。要するに動かせることができるかできないかが問題であり、日常生活の影響については「関係ない」ということ。右上肢の場合、いすに座り、右肘を伸ばした状態で、前方の肩の高さまで上げる、横に肩の高さまで上げ、両方でできれば麻痺「ない」と判断する。物を持たずに右腕を上上げることはできるが、右手で杖を持って歩くのは手が震えるのでできない、右手で箸をもって食事をするには介助が必要、排尿や排便後に下着を持ち上げるのにとっても時間がかかる場合、これまでは日常生活の支障を評価して麻痺が「ある」としていたが、新たな基準では「ない」と判断される。麻痺がないと判定されると、介護度は大きく変化する。特に、要支援や要介護といった軽度の人たちでは「非該当」と判定されることがある。

- ・ 下肢の「麻痺」の有無を膝の伸展で評価している。日常生活では股屈曲が可能か否かが重要。「拘縮」も肩、股、膝にしぼってしまったのはリウマチ患者にとって障害をみてもらえないことになる。「座位」は1分、立位は10秒で「できる」とするが、ADLには結びつかない。

- ・ 「食事摂取」は、基準時間にもっとも影響が出やすい項目。今まで「一部介助」の対象とされていた食卓で食べ物を食べやすい状態に切ったり、細かくしたり、魚の骨を取ったりする行為がすべて認められなくなり「自立」とされる。調理は「食事摂取」に含まれていない

- ・ 「排尿」「排便」では尿意、便意の有無と適切な時間の介助、促しが行われているか否かを問うべき、定時にオムツ交換をおこなっている実態もあると聞く。

- ・ 排泄の定義について、以前は「後始末にはポータブルトイレや尿器等の掃除もふくむ」とされていたが、新基準では「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿、排便直後の掃除」に変更された。つまりタイムラグがある掃除は後始末の援助にふくまないとされた。

- ・ 「えん下」は「できる」「見守り」「できない」の3分類しかない。実際には、トロミ水、ソフト食など食形態を工夫し、一口ずつ少量などの手間をかけている利用者が多いが、特記事項であらずしかない。

- ・ 整髪も髪の毛がない人の場合、身体能力がどのようであっても「自立」であるから、例えば四肢切断の方でも、髪の毛がある方は「全介助」、髪の毛がない方は「自立」（＝介助していない）である。

- ・ 「薬の内服」では、飲む量や時間を判断できなくても、口に入れる行為が出来れば「できる」となる。あまりにもひどすぎる判定基準のため、一部見直しが行われ、量の指示などを受けている場合に「一部介助」となったが、「飲む量や時間」は問わないままである。自分で水や薬を用意して服薬していると本人より聞き取り、「介助していない」を選択する。飲み忘れがあるために介護者が声かけや服用確認を行っている場合、今までの「一部介助」から「介助していない」との判定になった。

- ・ 「買い物」では、カタログをみて電話で注文し、代金を自分で払っていれば「自立」を選択

する。買い物のための移動は含まれないし、適切に行われたかどうかは判定基準に含まれない。偏った買い方をして冷蔵庫いっぱいになっても、「できる」となる。認知症の実態を理解していない。

- ・ 「簡単な調理」では、弁当を温めずにそのまま食べている場合は、「介助の手間」がないので「できる」になる。電子レンジで暖めることができれば「できる」となる。

また、麻痺の有無など「実際にやってもらって確認する」ことの問題も指摘されています。

- ・ 認定調査で、マニュアル通り「立ち上がり」動作をやってもらって転倒させてしまった。行政は「やれ」といっておきながら、報告すると「無理に確認しなくてよい」といわれた。
- ・ 利用者から「何でこんなことをするんだ」と言われ、途中で調査が中止になったケースがあった。

### （3）認定調査員の負担が増大している

認定調査項目削減による情報量が減少する中で、特記事項に委ねられる内容が大変増えているために、認定調査員の事務負担が増加しています。

「特記事項の記載が大変」「調査票をすべて仕上げるのに1件1～2時間かかっている」という声も多く、今回の認定制度見直しの目的に上げられていた「事務負担の軽減」に必ずしもつながっていないことがうかがえます。「これだけ苦勞して記入した調査が一次判定や認定審査会の討議にきちんと生かされているのか」などの疑問も寄せられています。

## IV 新認定制度の問題点と検証の視点

---

### 1 一次判定結果を二次判定で「修正」できたとしても問題は解決しない

今回の見直しは、認定調査、一次判定、二次判定の全過程をとおして軽度判定がいっそう促進される制度に組み換えられたことが最大の特徴です。具体的には、① 認定調査と一次判定の段階でできるだけ軽度に誘導する、② そうした一次判定の結果を二次判定（認定審査会）で変更することがきわめて困難になるということです。

前出の結城准教授の報告では、一次判定において 43.3 %を占めていた申請前の要介護度より軽度に判定されるケースが二次判定では 22.6 %となっています。「一次判定において軽度に判定されても、二次判定で覆されている」ことはわかりますが、だからといって新認定制度全体を容認することはできません。

第1に、根本の問題は、軽度への変更率の異様に高い一判定にあるからです。新規申請分で「非該当」の出現率が倍増しており、更新申請分では3～4ランク切り下げられるケースも発生しています。

この問題は、個々の認定調査員の質に解消されるものではなく、明らかに認定調査項目の削減、評価軸の設定と判定基準の見直し、樹形モデルをふくむ一次判定ロジックの再編によるものです。

認定調査では、各調査項目の判定基準について、「非常識」「意味不明」「煩雑さ」「認知症への無理解」などの問題が指摘されています（認知症と人と家族の会）。また特に「介助の方法」の評価軸では、利用料負担が困難でサービスを利用していない低所得者、家族介護を得られない独居高齢者は、たとえ介護が必要とされていても現状で介助している事実がないため、認定の段階で「自立（介助していない）」と判定されることになり、家族状況や経済状況といった調査項

目とは直接関係のない内容で、認定結果が大きく左右されることになってしまいます。樹形モデルで算出されるされる基準時間も、総体として短縮化しています。

**第2に**、二次判定結果において、軽度への変更が一定の規模で出現しているという現実です。

もちろん状態が改善することで軽度に判定される場合もありますが、「状態に変わりがない」もしくは「悪化している」にも関わらず認定が軽度に切り下げられれば、利用者の介護と生活に重大な影響が生じることになります。

要介護度が軽度化すれば支給限度額が下がり、保険給付の範囲が大きく狭まります（資料⑧）。要介護1から下がれば、施設入所者は入所対象からはずされますし、在宅の利用者は予防給付に移され、利用内容や方法が一変し、様々な制約が加わることになります。ましてや「非該当（＝介護不要）」と判定されれば、介護保険サービスの対象から外されることになります。

必要な介護の制限や打ち切りが「病状・病態の悪化」「ADLの低下」「意欲の低下」「家事の困難」「生活障害の発生」「閉じこもり・引きこもり」「家族介護の負担増大」などの事態につながることは、昨年実施した「介護1000事例調査」でも示されています。

**第3に**、認定審査会が一次判定結果を修正できる機能を果たしうるのかという点です。

前述したように、審査に十分な時間を確保できなかったり、検討資料が限定されるなど認定審査会自体に様々な物理的な制約が指摘されています。また、今まで認定審査会で判断していた「要介護1相当の振り分け」「運動機能の低下していない認知症の取り扱い」がコンピュータ処理に移されるなど、認定審査会の権限・裁量が大幅に縮小されています。

こうした中で、軽度化がいつそう促進される一次判定結果を変更する任を認定審査会が負いきれるのか、またそもそも合議体ごとの構成メンバーの違い等、様々な差を生じざるを得ない認定審査会が4割を超える変更を適切に修正しうるのか、大きな疑問を抱かざるを得ません。

## 2 利用者の視点に立った検証が求められる

厚労省は、昨秋実施したモデル事業の結果について、「重度化、軽度化それぞれ2割の出現率であり、おしなべて旧制度と明確な有意差は認められない」と説明していました。しかし問題は数字の差し引きではなく、個々の利用者にとってどのような影響がもたらされるかという点にあります。

要介護認定は、保険給付の「資格」と「水準」を決定する介護保険制度の根幹のシステムです。今後の検証作業において、経過措置適用前の認定状況や要介護度ごとの認定変化等の集計データをすべて開示することはもちろんですが、認定調査、一次判定ロジック、認定審査会の機能をふくむ認定制度全体の見直しが認定結果にどう作用しているのか、そもそも現状の基準時間の設定や認定区分は妥当なものか、ひとりひとりの利用者の介護と生活にいかなる影響が生じるのかなど、単なる統計上の分析にとどまらない、利用者の視点からの総合的かつ真摯な分析が必要と考えます。

---

## おわりにーそもそも認定制度をどう考えるか

### 1 新認定制度の実施は中止すべき

私たちは、根本的には新認定制度は即刻中止すべきであると考えています。



第1に、実施に際して事前に十分な検証が行われたとは到底いえないからです。昨秋実施された「モデル事業」では、現在様ざまな問題点が指摘されている認定調査の新判定基準は適用されず、一次判定の新ロジックも一部しか組み込まれていませんでした。新認定制度は全面的な検証を一度も経ないまま、半ば「見切り発車」で実施が強行されて現在に至っています。制度の当事者である利用者や国民に対する事前の説明責任も何ら果たされていません。

第2に、「必要なサービスの安定的確保」「利用者の不安の解消」「混乱の防止」を目的に経過措置を導入したこと自体、新認定制度が逆に介護サービスの安定的確保を困難にし、不安や混乱をまねくものであることを厚労省自身が認めていることを意味します。「8割が経過措置を希望。新認定では3分の2が軽度に判定されているが、経過措置で救われている」（愛知）の声にあるように、このまま経過措置を廃止すれば矛盾が噴出することは明らかです。経過措置の実施自体、新認定制度がすでに破綻していることを示しています。

第3に、何よりも今回の見直しの本質的な目的が、4月初旬に明らかにされたように給付費の抑制にあるからです。「客観性の確保」を理由に「基準時間」をいっそう偏重し、かつ認定審査会（二次判定）の機能や権限を大幅に縮小することで、コンピュータへの依存の度合いが格段に強められました。今後はコンピュータの操作のみで、要介護度の分布（構成比）の自在なコントロールが可能となります。高齢化に伴い介護需要が拡大したり、介護報酬を引き上げたとしても、制度の「入り口」で給付対象者をシャットアウトしたり、要介護度の分布を調整することで介護保険財政（歳出）上の「帳尻」を合わせることが可能になるわけです。介護保険版「水際作戦」といっても過言ではないでしょう。今回の認定制度の見直しの核心はこの点にあると考えられます。

仮にどのように手直しをしたとしても、この基本骨格が変わらない限り、利用者にとって「利用できない介護保険」、行政にとって「利用させない介護保険」という事態が進行していくことに変わりはありません。

## 2 認定制度そのものを抜本的にどう「改善」していくか

新認定制度の中止は、さしあたり旧来の認定方式に戻すことを意味します。しかし認定制度をめぐっては、介護保険創設時から様ざまな欠陥・矛盾が指摘されてきました。改めて認定制度全体を検証し、個々の申請者の生活を総合的に把握する方式・内容につくりかえる必要があります。

しかし、コンピュータ処理を継続する限り、申請者ひとりひとりの「個別性」「社会性」を適切に判断することはほぼ不可能と思われます。思い切ってコンピュータ判定、7段階にも及ぶ認定区分を廃止し、国は介護が必要な状態に関する大枠のガイドラインを示すにとどめ、個々の利用者に必要な介護の量、内容は利用者本人と担当ケアマネジャーが協議して決定する認定方式に変えてはどうでしょうか（そためにはケアマネジャーが専門性を十分発揮しうる環境整備が不可欠です）。そうすれば事務費やシステム維持に係る莫大なコスト（＝無駄）をなくすことができ、利用に至る手続きも簡素になり、透明性も担保され、利用者にとっても納得のいくシステムになるでしょう。

また、こうしたしくみは法律事項として規定し、その変更・見直しは国会の審議を通して行うシステムに変えるべきです。

以 上