

# 新認定制度に対する 地域でのたたかい

## 職能団体・主治医・行政との連携

北海道・指定居宅介護支援事業所白樺 介護支援専門員 笠松 信幸



### はじめに

要介護認定基準が、2009年4月大幅改定されました。私たちは加入しているケアマネジャー組織「帯広市介護支援専門員連絡協議会（会員190人。以下帯広ケアマネ連協）」に働きかけ、影響調査を行いました。調査結果は地元紙で大きく取り上げられ、行政からも資料提供を求められるなど、制度改悪の問題点を地域から発信することができました。また、取り組みを通じて関係機関との連携を強めることができましたので報告します。

## 1. 実態より軽度化

### ～新認定方式の問題点

新認定基準は、3月国会で小池晃参院議員が指摘したとおり、介護保険給付抑制をねらって要介護度が低くなるように改悪されたものでした。

コンピュータ判定のもとになる訪問調査項目が差し替えられ、認知症や日常生活動作障害が現れにくくされています。たとえば「麻痺」の調査では、従来認められた「筋力低下による障害」がなくなり、足や腕が90度上げられれば「麻痺なし」です。

また、「実際に行われている介護」が重視されるため、本来介護が必要でも一人暮らしや日中家族がいないために介護されていない人は「介護なし」と判断されます（この点は10月実施の再改定で是正されました）。さらに、1次判定を修正できる認定審査会が、従来なら状態像の総合的判断で変更できたものが、改悪によって、訪問調査票や主治医意見書の「介護の手間と頻度」だけが変更根拠とされました。

このため、審査会委員が「1次判定の介護度より重度」と判断しても、調査票・意見書に具体的な記述がなければ1次判定を追認するしかないのです。

帯広市のある認定審査会委員は「（調査票や意見書などに）手間・頻度が書かれていないため、介護度を変更できなかった事例が実際にある。何のために審査会をしているのかとやりきれない思いがした」と実態を話してくれました。

## 2. 「下がった」が37パーセント

帯広ケアマネ連協役員会が調査実施を決め、会員から認定結果が159件集まりました。分析すると、更新申請の37パーセントが前回よりも介護度が下がっており、「ここまでひどいとは」と驚かされました。心身状況が詳しく書かれた回答票もあり、状態像が前回と変わっていないのに介護度が低く認定された実例がいくつも出てきたのです。

この結果は具体的な事例と合わせて7月13日に市役所記者室で発表しました。地元紙がカラーページで大きく報道し、認定制度改悪の問題が十勝中に広まりました。

また、行政担当者にも実情を分かってもらう必要があると考え、保険者の帯広市や十勝保健福祉事務所には、調査の着手時点から取り組み内容を知らせ、分析結果もマスコミ発表より一足早く提供しました。担当者からは「個別の利用者の実情がわかる」「さっそく本庁に送る」と歓迎されました。後日分かったことですが、この調査結果は北海道庁経由で厚生労働省にも送られたそうです。

### 3. 軽度判定された実際の例

#### ●要介護4→要介護3（1段階ダウン）

右片麻痺で歩けずベッドと車いすの生活。日常生活に介助が必要な状態に変わりはないのに、介護度は下がり、保険で支給される限度額が約4万円引き下げられ、現在利用しているサービスを続けると限度超過に。回数を減らし、その分家族が介護するか、超過分を全額自費で負担するかの選択が迫られる。

#### ●要介護5→要介護4（1段階ダウン）

ほぼ寝たきりで日常生活全介助。日中も寝間着でズボンに履き替えることがないために、更衣（ズボン）が「介助なし（自立）」と評価され、介護度も下げられた。

#### ●要介護1→要支援1（2段階ダウン）

歩行が不安定で何度も転倒している独居の人。週3回ヘルパーの生活支援を受けている。主治医意見書には「左上肢と両下肢に筋力低下中程度」とあるが、訪問調査では腕や足の挙上ができ、「麻痺」のチェックが1つもつかなかった。意見書の特記に「具体的な介護の手間」が書かれていなかったため、認定審査会でも介護度修正ができなかったと思われる。要支援1では週3回の訪問介護は難しい。

実際にはこれら軽度判定された人でも、希望者は元の介護度で認定される「経過措置」が9月末までとられたため、この調査の中では、介護サービスが利用できなくなるなど直接的な被害が起きた事例はありませんでした。

### 4. 形ばかりの見直しより 抜本的な改正が必要

厚生労働省は新基準を見直し、10月から改定基準を実施。軽度化の原因となったいくつかの基準は緩和されましたが、根本的な枠組みは変わっていません。認定審査会での介護度修正が難しいという問題点は依然残されたままです。その上、9月末に「経過措置」が廃止されたため、今後は軽度判定になっても考慮されず、低くなったまま認定されることから、サービス利用制限が現実の問題になると危惧されます。厚労省は、ただちに新基準の実施を中止し、

一旦3月以前の判定基準に戻すべきです。

私は、莫大な費用がかかる要介護認定手続そのものを廃止し、ケアマネジャーらの適切な判断のもとで高齢者が真に必要な介護サービスが受けられる制度に、抜本的に改正することが大切だと思います。

### 5. すぐにできる主治医との連携

私たちケアマネジャーは、制度改善の運動とあわせて、認定軽度化の企図に対抗し、利用者の実情に見合った認定がされるよう最大限努力することが大事だと思います。その手段の一つとして私たちが重視しているのが「主治医との連携」です。

診療現場では、高齢者の自宅での暮らしぶりを詳しく知るのは容易ではありません。一方、ケアマネジャーなど介護従事者は利用者の在宅情報を詳細につかんでいます。そうした情報を医療機関に提供することで、主治医意見書の情報量がより豊かなものになると思います。

当法人では連携シート「主治医への情報提供書」を日常的に活用しています。主治医意見書の項目に沿って心身の状態や介護の手間など具体的な在宅情報を提供するもので、医療機関からは「意見書が作りやすくなった」と好評です。帯広ケアマネ連協のホームページ (<http://keamane.yokochou.com/>) にも掲載され、他事業所でもダウンロードして活用いただいています。

### まとめ

私たちは、認定制度改悪の実態調査を法人内の取り組みにとどめず、思い切って地域のケアマネジャー組織に呼びかけてみました。その結果、地域の幅広いケアマネジャーの協力が得られ、一緒に集計分析することによって制度の問題点や課題が浮き彫りになり、共通認識が広がりました。

地域組織あげでの調査活動はマスコミで大きく取り上げられ、地域住民の中に浸透するとともに、行政からも「高齢者のため一緒に力を合わせよう」とエールが送られています。

今回の取り組みを通じて、制度改善の運動には国政レベルのマクロな視点とともに、地域に密着した連携の視点が大切だということを実感しました。