

高齢者居住環境における介護度認定システムの適応性

—介護環境と要介護認定の問題点—

正会員○中司智子*1

同 友清貴*2

同 本間俊雄*3

要介護認定 評価システム 一次判定
在宅介護

1. 研究の背景と目的

我が国では、高齢社会を迎え、平成12年4月より介護保険制度がスタートした。この制度の目的は、要介護者に介護サービスの提供を行い、利用者の生活の質向上を図ることである¹⁾。しかし、利用者に制度が判りにくい・使いにくいなどの問題が報告されている。特に、要介護認定の運用に関する指摘が数多い²⁾。

介護保険のサービスを利用するには、要介護認定(介護サービスの必要度を判定するもの)を受けなければならない。そこで要介護度が判定され、それに応じた区分支給限度内でサービスを受ける。つまり、要介護認定は介護保険の要である。しかし、'99一次判定ソフトでは在宅における介護の状況を反映していないなど、数々の不具合が報告された³⁾。平成15年に一次判定ソフトが改訂されたが、精度こそ向上したものの施設ケアをベースにしているため、在宅介護には対応しておらず、本質的な問題を解決するには至っていない。

本研究の目的は、高齢者介護の現状を把握したうえで、従来の要介護認定評価システムの問題点を抽出し、現状の在宅環境に適応すべく、新たなシステムの方向性を模索し、その基本システムの構築を試みることである。

2. 要介護認定と評価システムの現状

(1) 要介護認定

介護保険制度は、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態(要支援状態)になった場合、介護サービスを受けることができる。この要介護状態や要支援状態の判定を行うのが要介護認定である。一次判定と二次判定で構成されている。

(2) 一次判定の評価システム

要介護認定は、一次判定の結果が最も重要な基本資料となる。一次判定は、基本調査の結果を一次判定用ソフトに入力して「要介護認定等基準時間」を推計する(図2)。この「時間」を非該当・要支援・要

介護1~5に対する7段階の時間区分に当てはめることで要介護度を確定する。

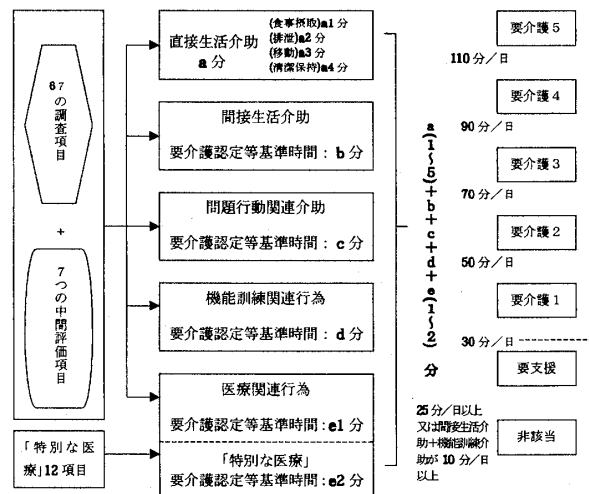


図2 要介護認定等基準時間の流れ

(3) 二次判定

二次判定は、専門家5人程度(保健・医療・福祉の専門家や学識経験者など)による介護認定審査会にて一次判定の結果と特記事項の記載、主治医意見書を照らし合わせ、介護にどれだけの時間と労力を要するかを判断し、それを最終判定とする。ここでは、特記事項の記載が判定に大きく左右する。

3. 現地調査*1・ヒアリング調査*2

(1) 要介護度による症状の度合

おおよそ要介護3以上が車椅子使用、全介助の寝たきりの方は要介護5となる。動き回れる痴呆高齢者は、要介護2~3程度である。

(2) 介護時間と介護力

トイレ介助 寝たきりの場合、おむつ使用のため多少の介護力を要するが時間はかからない。車椅子使用の要介護度が高い高齢者の場合、二人掛かりの介助を必要とする。痴呆高齢者で尿意・便意がない場合は、介助も見守りも必要とするため介護時間と労力がかかる。このように身体の症状が重いほうが介護者に負担をかけるというわけではない。

Adaptability of Authorized System of Nursing Standard in Senior Citizen Residence Environment
-Problem of Nursing Environment and Certification of Eligibility for Long-Term Care-

NAKASHI Satoko, TOMOKIYO Takakazu, HONMA Toshio

4. 要介護認定の問題点

以上の現状把握から、参考文献1)～15)と現地調査、介護職員に対するヒアリング調査をもとに要介護認定の問題点を以下にまとめる。

参考文献より次の①～⑥が示される。①基本的心身の状況のみに注目した判定基準の不具合、②判定における生活状況の無視、③痴呆高齢者・一人暮らし高齢者への無対応、④在宅介護での住宅・経済的状况などの個別性、地域性の無視、⑤介護の困難度、必要度の無評価、⑥「在宅」視点が抜け落ちた判定ソフト。

現地調査^{#1}より、各要介護度での介護にかかる手間を把握することができた。しかし、介護環境の整った施設での介護の手間であり、在宅ではそれ以上の介護力・介護時間・手間がかかることが予想される。

ヒアリング調査^{#2}より次の①～⑦が明らかとなった。①基本調査の回答項目に中間的な評価がないこと、②特記事項記入での訪問調査員の能力によるばらつきがあること、③対象者面談のない短時間な二次判定であること、④二次判定における専門家間の重みの決定が不明確であること、⑤審査員の能力差があること、⑥二次判定の基準が不明確なこと。

これらのことから、要介護認定の判定基準が在宅視点ではないうえに、個別性や地域性が無視されていることが明らかになった。さらには、調査員による能力のばらつきがあり、一次判定に特記事項が反映されないことから、判定の精度に問題がある。

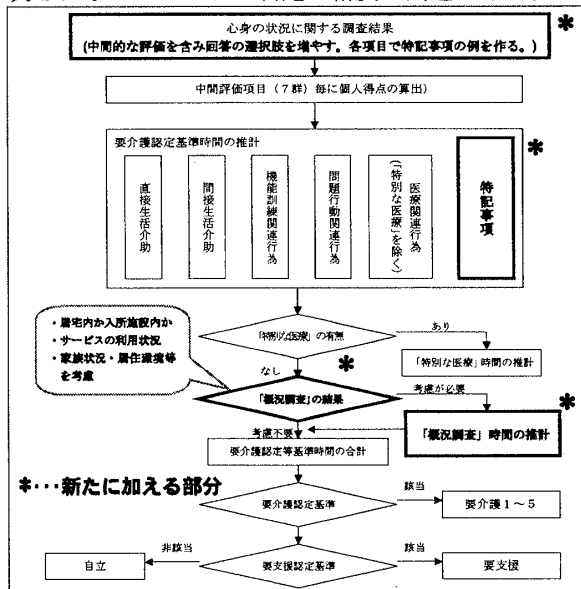


図3 システムの方向性

#1 鹿児島大学大学院修士課程
#2 鹿児島大学教授・工博
#3 鹿児島大学助教授・工博

5. 評価システムの設計

上述の問題点を解決し、高齢者居住環境に適応したより正確な要介護認定評価ができるように従来のシステムを基準に、これからのシステムの方向性を考える。

図3に示すように、調査員によるばらつきをなくするため、基本調査には中間的な評価を加え、各項目の特記事項には頻繁に出てくる例を選択できるようにする。また、従来の判定では使われていなかった唯一個性を記すことができる概況調査をシステムに組み込み、施設・在宅といった介護環境の違いを考慮し、判定に活用できるようにする。

6. 試作システムの構築

(1) システムのインターフェイスと機能

JavaによるGUIを用いて、訪問調査の結果を記入する画面を作成した。特記事項記入欄では、頻繁に出てくる例を選択することができる。また、地域性を考慮した特記事項を予め登録することもできる。

(2) システムの評価

試作システムでは、事例を使って要介護認定等基準時間の算出を行うことができる。従来のシステムになかった機能として、特記事項の例を選択できるようにし、調査員による能力のばらつきを防いだ。

7. まとめ

試作システムは、介護の困難度などを記入できる特記事項での、調査員による能力のばらつきに対応したシステムを目指した。結果は一応の成果が得られたと考える。しかし、介護環境の個別性・地域性は考慮されていない。

今後の展開として、調査員の能力によるばらつきや個別性・地域性に対応できるように、ファジィ理論とニューラルネットワーク利用による学習能力を考慮したシステム化を考えている。

<脚注>

*1 医療法人社団 水光会 介護老人保健施設 水光苑で、6月20日に予備調査、8月5日～9日の4日間、入所療養介護・通所リハビリテーションの介護現場実態調査を実施した。
*2 同上施設の介護支援専門員、看護師、支援相談員、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士に対して、予備調査時と現地調査期間にヒアリング調査を実施した。
<参考文献>
1) <http://www.pref.osaka.jp/korei/kaigohoken/gaiyou/gaiyou/gai01.htm>
2) 山井和則、斎藤弥生「図解 介護保険の全て」、東洋経済、2000。
3) 厚生科学研究所「要介護認定ビジュアル解説 ロジックを理解すれば解説できる」、1999。
4) 日本介護支援協会、石田一紀、住居広士「要介護認定SOS介護保険で泣かないために」、インデックス出版、2000。
5) 福岡県保健福祉部介護保険室「平成12・13年度介護認定審査委員会新規研修テキスト」
6) 福岡県・社会法人福岡県介護協会・社会福祉法人福岡県社会福祉協議会「平成13年度介護支援専門員実務研修テキスト」
7) <http://www.cbnet.jp/care/carev15.html> 8) <http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/ansin/9/> <http://www.wel.ne.jp/staff/welfare/kaigo/> 10) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/09/s0912-7c3.html> 11) http://www.mars.dti.ne.jp/~doi/index_etiology.html 12) <http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/kaigo.html> 13) <http://www.sala.or.jp/~keizou/nimtei/nimtei.html> 14) <http://www2.xdsl.ne.jp/~doi/care/> 15) <http://village.infoweb.ne.jp/~kagawa/index29.htm>

Graduate School, Dept. of Architecture, Kagoshima University
Prof., Dept. of Architecture, Kagoshima University, Dr. Eng.
Assoc. Prof., Dept. of Architecture, Kagoshima University, Dr. Eng.