

「千葉現象」に一理

白井正夫 元朝日新聞編集委員

「介護認定、独自ルールで千葉県我孫子市」。年の瀬の新聞に載った小さな(扱いの)ニュースに、また千葉かと感心したり、不思議がったりした。というのは、昨年夏から房総半島の自治体から、介護保険の制度や運用に一言もの申す出来事が相次いでいたからだ。

家族介護の現金給付(野田市)から始まって、要介護認定審査会の市民公開(佐原市)、介護保険料の半年間凍結など政府特別対策の撤回を求める意見書の採択(千葉県議会)……。そして1999年の締めのように我孫子市の独自ルールが飛び出した。

勝手に名づけた「千葉現象」が気になりだしてから、何か理由があるに違いないと考えた。4つの出来事を一律にはできないが、いずれも国が求めるルールに対して自治体が独自性を掲げている共通項がある。房総の風土と関係があるのだろうか。私の生半可な知識では思い当たることもない。あれこれ資料をめくっていて、見落としていた千葉の一面に気づいた。

もっとも千葉現象との因果関係は不明だから余談になってしまうが、千葉県の高齢者のお達者度は全国トップなのである。平均寿命が延びる中で寿命の質を考える指標にもなる平均自立期間を厚生省が都道府県別に試算している。それによると、65歳からの平均余命は千葉県の男女とも国の平均値前後にある。だが、介護を必要としないで生

きられる平均自立期間は、男性が15.51年で余命の中の自立の割合は全国2位、女性が19.15年で1位なのである。平均余命が男女とも1位の沖縄は、自立期間はともに40位台。千葉は山梨、東京とその逆タイプで、表現は悪いが、できるだけ元気にそこそこ長生きする姿が浮かんでくる。

■ 判定ソフトに異議 ■ 独自策示す我孫子

我孫子市が要介護認定審査で「在宅痴呆者について厚生省作成の1次判定コンピューターソフトは介護実態を反映しないので、市独自のルールで審査する」方針を決めたのは昨年12月である。認定審査が始まると、1次ソフトへの不信任は全国市町村に広がっていた。その中で対象者を限るとしながらも、ついに1次ソフト度外視を宣言する自治体が現れたのだ。

要介護認定はまず85項目の調査結果をコンピューター入力すると、食事、排せつなど9つのグループの介護時間を推計して要介護度が出る。この1次判定と、これを基に医療、福祉の専門家らが協議して最終的に要支援から要介護1～5までの6段階の認定をする2次判定から成っている。コンピューターを使うのは、公平な判定と作業の効率を求めていることだ。

我孫子市では判定作業が始まって間もなく、1次判定ソフトへの疑問にぶつ

かった。渡辺耕三・保健福祉部長によると、「体に障害がないが徘徊や火の不始末などに問題がある在宅の痴呆高齢者は、1次判定ソフトでは日常の介護負担に応じた要介護度が出ないで、低めに出る傾向がある」という。5グループある認定審査会間の判定のばらつきも心配される事態に、市は該当者については初めから要介護度中位の「3」を基準に審査する独自ルールをつくった。

共通ソフト無視は問題だと、厚生省は新年早々、市に対して「改善」指導に乗りだした。「全国共通の1次判定結果は、最終認定をする2次判定への重要な資料。医師の意見書や調査員の報告などで必要に応じて要介護度の変更をするのが正規のプロセス。個別的な判断が必要な要介護度判定に、一律基準こそ適切でない」と、再三翻意を求めた。

それでも市は方針を変えなかった。逆に1月中旬には福島浩彦市長が「実態を反映しない」ソフトの改善を厚生省に申し入れるとともに、「市のルールを今後も続けるから、厚生省も理解を」と譲らない。4月の介護保険スタートに向けて市と厚生省との綱引きの行方は見えてこないが、1次判定ソフトへの不信任がかなりアピールされた出来事になった。

■ 「在宅」視点弱く ■ 認定修正全国20%

厚生省は先ほど、昨年12月末までに判定の出た全国約28万9千人の要介護認定結果を発表した(図)。排せつや入浴に全面的な介助が必要な要介護3以上に判定された人が、在宅者で36%、施設入所者で64%もあり、厚生省の予測(在宅23%、施設58%)より重い判定が出たことが話題になった。しかし、1次、2次での判定修正が20%もあったことも報告された。

専門家による2次判定が1次より1ランク重くなった例が15%、2ランク重くなったのが1%あり、逆に軽くなったのが4%あった。大半が1ランク上方修正で、厚生省は「介護度をかさ上げして、自立判定を避けたケースも一部にあるのでは」とみている(2000年

1月18日付け朝日新聞)という。しかし、以前から「特定の調査項目で判定がガラリと変わる」「身体動作が重視され、初期痴呆性者の実態が低くみられている」と指摘されていたソフトの問題点がはっきりした数字となったとの見方もあった。

特に痴呆者の判定については、新聞の投書欄でも「多くの問題行動があり主治医から24時間見守りが必要と認められているのに、1次判定ソフトで1という数字しか出なかった」などと家族が実例を示して盛んに問題提起している。

この判定ソフトは厚生省が94年につくった。施設入所者3400人に対する介護を1分刻みに調査したデータが基になっており、専門家から「調査対象者が少ないし、施設介護のデータで在宅介護を計るのはおかしい」との声もでていた。厚生省がソフトの論理組み立てを公開すると、栃木県塩谷町の開業医はインターネットのホームページでその欠陥を指摘する情報を公開した。厚生省もベストでないことを認めており、来年度予算で施設、在宅各5千人の実態調査をしてソフトを作り直すことにしている。

我孫子市の例はソフトが置き忘れてきた「在宅の視点」を独自ルールで補う試みでもある。こうした動きは少しずつ全国に広がっている。

開業医がソフトの欠陥を指摘した塩谷町では、1次判定をそのままのみにしては適正な判定はできないと、認定方法を変えた。2次判定では、厚生省が要介護度ごとに示した食事、起き上がり、歩行など身体動作の状態のどれに当てはまるかを調べて、認定している。町のやり方では、2次判定で修正認定したのが40%もでた。

また、福岡県介護保険広域連合の田川支部や山口県の玖西2町広域審査会では、厚生省ソフトを使いながら、2次判定では日本医師会のシンクタンク日医総研の判定方法を使って、痴ほう度、寝たきり度を重視した判定をしている。

■ 佐原で審査会公開 ■ 地域の発言も

何かと注文がつく介護認定審査会の

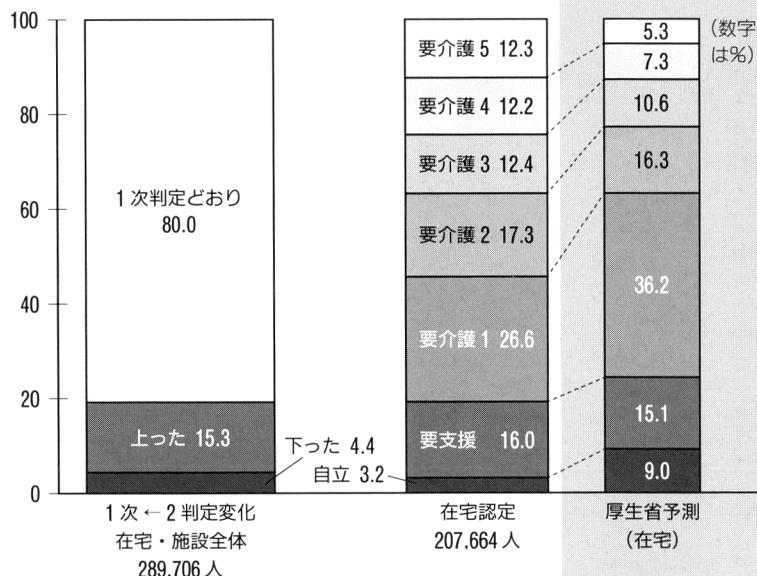


図 要介護認定結果(1999年12月末現在, 厚生省)

公平さを見て欲しいと、市民に公開しているのが佐原市だ。厚生省は身体状況、認定結果など個人情報のプライバシーを重視して、認定審査会運営要綱で「原則非公開」を明記して通知している。

市民5万人の佐原市は昨年夏、審査会(24委員)の初会合で、委員の医師から「非公開にする理由がない」と意見が出されたという。審査作業では公平を保つため対象者の住所、氏名を伏せているので、市はプライバシーの問題はないと判断して公開を決めた。10月から始まった審査会では市役所内の会場に10人の傍聴席を設けた。最初の月は傍聴者は1人だけ。毎月6回開かれるが、その後も市民もの傍聴は少ないようで、担当者も「報道関係者が目立ちます」という。

1回の審査会では約30人分が審査される。「80歳、女性。脳血管障害で四肢にマヒがあります。1次判定では要介護4でした」「いつもは独り暮らしです」「どうでしょうか……」。委員長が意見を求めると、委員から発言が相次ぎ、議論になることも。全体では次々と審査が流れていくので、委員に判断材料の情報が知らされ、会場に伝わっても、個人を特定できる状況ではないという。

厚生省は「個人情報厳格に守秘して……」の立場を強調するだけだが、鈴

木全一市長は「プライバシーに配慮したうえで公開は当然だと思う。公開した方が公平な審査を期待できるし、その公平ぶりをまた市民に見てもらいたい」と話している。もっとも市は傍聴案内を広報していない。「非公開」要綱に遠慮してのこととささやかれている。

「千葉現象」をどう評価するかは意見の分かれるところだろう。自民党が過半数を占める千葉県議会の「政府特別対策の撤回を求める意見書」採択も、選挙向けのパフォーマンスという見方もできる。野田市の「家族介護の現金給付」は介護の社会化に逆行すると散々の批判を浴びた。でも、自治体のもの言い、それぞれ何か一理ある気がしてならないのは、斜に構えすぎだろうか。

介護保険制度は地方分権の試金石と言われながら、いろいろな問題を抱えて走り出した未成熟な制度だ。走りながら修理しなければならない欠陥は難儀だが、福祉は全国一律というこれまでの考えを変えて、福祉を地域の政治課題とした。隣り合った都市、町、村で介護保険料が違い、介護サービスが異なる時代を迎えた。欠陥承知だから唯々諾々するよりも、欠陥が目に残り地域の実情に合わないなら自治体が発言し、施策を打ち出すのは極めて健康なことだと思う。