

<p>1. ケアコード</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆は、重症度が問題なのではなく、痴呆に伴うADLの障害や問題行動に対して、どのような介護をするのが問題。痴呆に対する介護の定義をはっきりさせることが必要。 ・痴呆で寝たきりのような場合に、どの程度介護が必要であることを整理して、議論すべき。 ・ケアコードをもう少しきめ細かく、コードを精選していく必要がある。 ・問題行動に対するケア技術の進歩は比較的近く最近できたものであるから、その当時は十分なケアコードがなかった可能性がある。 ・タイムスタディーで、はたしてあれほど細かく見る必要があるのかどうか、疑問である。もっと簡便な方法が良いのではないか。 ・直接援助だけでなく家事など援助についても考慮したい。 ・家族介護のケアコードを設定すべき。 ・在宅において日常生活の介護は、準備から後片付けまで行っている。しかし、コードではそれらが反映されていないため、結果として在宅のケア時間が短くなっているため在宅ケアに適したケアコードを使用することが必要。 ・介護者が排便・排尿などの状態像をチェックしている時間、要介護者の状況を見て考え判断している時間、要介護者にアドバイスしている時間などを測定すべき。 ・在宅については、ケアコードを介さずに直接介護時間を測定すべきであり、介護に専念する「専念時間」と、「非専念時間」を測定すると良い。 ・タイムスタディーは必ずしもすべてのケアコードを必要としない。もっと簡単な調査方法もあるのではないか。 ・問題行動に対するケアの技術に進歩は比較的新しい。このため、その当時は十分なケアコードがなく提供時間として低く見積もられている可能性がある。 ・施設をベースにして、プラスαとして在宅では、買い物などいった行為を設定してはどうか。 ・これほど精緻なケアコードを用いて、そこで時間を測定することに意味があるのか。
-----------------	---

要介護認定調査検討会論点整理メモ

<p><見守り></p>	<p>・家族の見守りなどもケアに含めるべきだが、どこまでがケアなのか在宅で行う場合はその定義が困難なので、ケアコードをたてるときには精緻化するべきではないか。</p>
	<p>・見守りについては、一緒に食事をしていても見守りとカウントされるなど時間の測定は簡単ではない。</p>
	<p>・見守りの評価が低いと思われるので、再検討すべきではないか。</p>
	<p>・在宅の24時間の見守りと、施設での見守りは、質が異なる。</p>
	<p>・見守りをしているのに、身体が自由に動かせるために見守りとして介護している側が認識していない。</p>
	<p>・身体介護以外に問題行動時間や見守りなどの把握が必要。</p>
<p><特別な医療></p>	<p>・特別な医療を含めた状態像を把握するために、ケアコードの中に特別な医療のコードを追加する必要がある。</p>
	<p>・点眼、浣腸、排便、インスリン注射などの日常的に頻度の高い医療関連行為とその重みづけが反映されるような項目を測定すべき。</p>

要介護認定調査検討会論点整理メモ

<p>2. 高齢者の状態像に関する項目</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動の項目や判定基準の検討が必要。
	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動の19の項目以外のものもあるのではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の85項目に新たな項目(「生きる力」、「生活力」、「適応力」を評価する項目等)を加える必要がある。
	<ul style="list-style-type: none"> ・新たに要介護認定を考えるにあたって、障害老人の自立度判定基準を元に判断すべきである。ただし、障害老人の自立度判定基準は、区分が不明瞭であるので、その区分を明確にするのに、ADLスコアを用いるのが望ましいと考える。
	<ul style="list-style-type: none"> ・本来の要介護度を評価するためには、環境要因を介護時間に反映する工夫が必要である。
	<ul style="list-style-type: none"> ・徘徊の区分に(週に1回よりも頻度が高い区分)を設定すべき。
<p>3. 精神的・身体的負担感を測定することは可能か</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りや負担感等の介護の手間を調査に反映させる必要がある。
	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆の要介護認定が低いという意見は、介護者の精神的負担感が高いことを、介護度としてより高い数値にして欲しいという感情論から出ているのではないか。
	<ul style="list-style-type: none"> ・負担感を測定するのは困難なのではないか。

要介護認定調査検討会論点整理メモ

4. 調査対象	<ul style="list-style-type: none">・家族介護の典型的なパターンを整理してデータを取ってはどうか。(高齢者夫婦、一人暮らし、プラスαで自費で生活が成り立っている人、両方とも障害を持っている高齢者夫婦。)・ある地域を限定して、その地域を全部調査してみてもどうか。・母集団として、特別な団体に頼むときはバイアス等を慎重に考慮すべき。・痴呆専門病棟だけではなく、介護保険施設を対象とし、特養・老健・療養型の病床数の割合に応じ一定数とする。・在宅で調査を行う場合は家族の協力が得られるかがポイントなので、例えば、「呆け老人を抱える家族の会」などの協力を得てできないのか。・在宅では少なくともデイサービスや、グループホーム、通所介護、通所リハは調査対象になりうるのではないか。
----------------	--

要介護認定調査検討会論点整理メモ

5. 調査方法	<ul style="list-style-type: none">・高齢者側から、高齢者がどういう状態で、どういうサービスを受けているかという測定方法も必要。・在宅調査を行う場合、訪問看護婦やヘルパーなどの専門職が提供する時間だけでなく、家族が行うケアも含めるべきではないか。・問題症例をある程度集積してそのパターン別に在宅での家族の介護力も含めて調査してはどうか。・その状態像の人に必要なケアがなされてなければ、データとなりえないのではないか。よって、サービス提供者ではなく、受け手の時間を測定するタイムスタディと言うものも必要なのではないか。・計算方法をまず考えて、そのために必要なデータを取るための調査としてはどうか。・介護保険でみる範囲というのがきっちりしないと在宅の調査というのは組めないで、介護保険の範囲のみを考えるか、その他のケアも考えるかで異なってくる。・在宅調査はタイムスタディー以外の方法が良いのではないか。・分類の基本構造として、状態像をある程度決めた上で、その分類の基準とか、給付額との対応をタイムスタディー調査で裏付けるという形が望ましい。・在宅ケアの実情を最も良く把握しているホームヘルパーを調査に活用すべき。・居宅介護サービスについて、現状は要介護度とリンクしたサービスが提供されているわけではなく、利用者負担の枠内やサービスの充足に左右されており、実態把握がしにくいので調査の工夫が必要。・調査を2日間に限定すると、多くの介護業務が漏れてしまう恐れがある。・介護時間は、タイムスタディーで自計式で行った方がぶれが少ない。・データ収集の考え方としては、データがあってアルゴリズムではなく、アルゴリズムがあってのデータとすべきではないか。・いくつかの前提を置きながら、統計的に測定可能な対象を決めて、まず、調査を行い、不十分な部分は評価の際に検討する。
----------------	--

要介護認定調査検討会論点整理メモ

<p><u>6. 分析</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・状態像そのものから判定できるようにすると在宅の痴呆に関する介護時間を測定しなくても、別な方法で認定の評価が出来るのではないか。 ・1分間タイムスタディーのデータがどれぐらいあれば統計的に安定するのか。 ・痴呆が重い人などを考慮すれば、柄澤式のように加算方式にして、一番重いとと思われるようなところを要介護度にするような論理式に組み替えられないか。 ・在宅では、痴呆の問題行動への対応が施設よりも大変なので、別の2ラインで、足し算できるような形にできないか。 ・施設の結果に、在宅の係数をかけるような方法ではどうか。 ・在宅での施設で得られる基本的なデータをベースにして補正する方法はどうか。 ・どんな人にも全般的な平均値を当てようとするのか、在宅の一人暮らしの条件によって違うものを当てようとするのか、基本的な考え方を議論すべき。 ・在宅のケアについては、パラメータとして時間ではなく別のものを考えた方がよいのでは。 ・アルゴリズムを用いるのであれば、タイムスタディーから得られたデータと比較して、介護提供時間と対象者の状態とでの不整合の部分の処理をどうするかがポイントではないか。 ・進化的アルゴリズムを導入してはどうか。 ・介護時間ではなく、別なパラメータを使ったようなアルゴリズムを検討してはどうか。 ・直接、状態像とケアコードがうまく結びつかないようなときに、その時間はどう処理するのか。 ・在宅の状態像から介護時間への変換が難しい。 ・「状態像」を基準に統計手法を用いて分類し、新しい要介護度分類を決めるべきではないか。
---------------------	---

要介護認定調査検討会論点整理メモ

	<p>・痴呆の自立度は別に算定して、給付限度額に加算する。医療度も同様に加算する。</p> <p>・老人の日常生活行動を観察し、それぞれの問題行動ごとに時間を測定し、特別の医療と同様に介護時間として加算する必要がある。</p> <p>・状態像と要介護度、介護の必要度が施設と在宅で、どのようなブレがあるかということを見てはどうか。</p> <p>・基本的には、判定方法は一定で、サービスの給付をどのようにアレンジするかというための調査であるべき。</p> <p>・痴呆のケアは大変なんだということを理解していただければ良いロジックは出てこない。</p> <p>・時間に換算するとリーズナブルな費用計算ができるのか。</p>
<p>7. その他</p>	<p>・これまでのタイムスタディーのデータの中で、問題行動の激しいものと、痴呆が比較的軽いときでも出そうなものに分けてデータを集計してはどうか。</p> <p>・痴呆の要介護度が不満足な場合、再申請によって処理していると考えられるため、そのデータを集めてはどうか。</p> <p>・認定調査の方法によりかなりカバーできる。問題行動をチェックした後に、生活関連項目をもう一度見直すなどの方法がある。</p> <p>・ケアコードに21項目が、その1つの問題行動がどのケアコードに対応するのか。</p>