

心不全患者には要介護認定審査の二次判定で補正が必要



玖珂中央病院（山口県）
院長
吉岡春紀氏

在宅医療における 心不全への対応

心不全の在宅医療では、心不全増悪や入退院の繰り返しを防ぐためにも、訪問診療や訪問看護、ホームヘルプサービスなど、適切な在宅ケアが必要になってくる。高齢者の場合、こうした在宅ケアは介護保険制度による提供が優先されるが、心不全患者が介護保険制度を利用しようとする場合、さまざまな問題があり、結果として必要なサービスを受けられないことがある。

ここでは循環器内科が専門であり、また介護保険制度導入期に痴呆高齢者の要介護認定における「補正基準」として注目を集めた「玖珂方式」の策定で中心的な役割を担った玖珂中央病院院長の吉岡春紀氏に、介護保険制度下における心疾患患者の在宅介護の問題点について聞いた。

評価が低く十分な介護サービスが受けられない内臓疾患

心不全の在宅医療は、急性期を過ぎて症状の比較的安定した慢性心不全患者が適応になる。その際、服薬管理や食事指導と並び、療養環境の整備も治療の大きな柱となる。なぜなら、独居や老老介護などで介護力が不足した場合、自宅が心機能に合った療養環境にならずにADLが低下してしまったり、心不全が増悪することで入退院を繰り返してしまうケースも見られるからである。本来、このような家族・家庭の

介護力の不足を担うのが介護保険制度の役割だが、心不全をはじめとした内臓疾患患者の場合、介護保険の要介護認定の制度上の問題から、適切なケアを受けられないケースも少なくない、と吉岡氏は指摘する。

「心疾患を含め、在宅酸素療法中の呼吸器疾患、透析中の腎疾患、肝疾患、悪性腫瘍や術後などの内臓疾患でも介護は必要ですし、疾患の予後に対する在宅介護の有効性も認められています。しかし、現在の介護保険制度ではこれらの内臓疾患の要介護認定は低く、十分な介護サービスが受けられません。また、介護保険制度では40歳から65歳未満の申請は特定疾患のみに限定されており、これに心疾患は含まれていません。そういう意味で、心疾患患者の要介護認定は疑問だらけということになっているのです」

介護保険制度の要介護認定で介護サービスの利用が減らされる

介護保険制度と心疾患患者の関係を示す例として、吉岡氏は以下のような症例について話してくれた。

患者は90歳男性で老夫婦の2人暮らし。病歴は70歳前半から労作時の動悸、息切れがあり、自宅までの山道を休み休みにしか登れなくなった。その後も時々呼吸困難が見られ、僧帽弁・大動脈弁閉鎖不全の連合弁膜症、心不全で国立病院に入院し、退院後は地元の医師が管理していた。85歳のとき、

再び心不全が増悪し呼吸困難、浮腫、倦怠感がひどくなり、同氏が院長を務める玖珂中央病院に入院。その後、病状は改善し家族が見守りを行うことを条件に退院となり、訪問診療・訪問看護、ヘルパー派遣を開始した。なお、介護保険制度前には、訪問看護・訪問診療のほか、週2回、他施設でのデイサービスなども利用していた。

介護保険制度施行に合わせて要介護認定申請を行ったが、その際の認定審査会では、身体障害はなく身の回りのこともゆっくりとなら自ら可能であるため、コンピュータの一次判定は「非該当」であった。主治医意見書には、弁膜症による慢性心不全、不整脈もあり生活制限が必要であること、歩行は自立しているが介助・見守りは必要であること、妻も腰痛で付き添いが難しいことなどを特記事項に記載した。その結果、審査会の二次判定は「要支援」の判定となったが、今まで受けていた介護サービスを減らさざるをえなくなった。なお、妻は腰痛だけで「要介護1」であったという。

また、東京都老人医療センターの栗原らによる「慢性心不全患者の介護保険導入後の現状調査」でも、心不全患者の生活制限と介護保険による要介護度の比較が報告されている。この調査は、在宅の高齢慢性心不全患者21例（男性9例、女性12例、平均年齢80歳）を対象に行われた。対象の心機能は、ニューヨーク心臓協会（NYHA）

心機能分類（表1）でⅡ度13例、Ⅲ度7例、Ⅳ度1例であった。

一方で要介護認定は要支援3例、要介護1が3例、要介護2が4例、要介護3が1例であり、約半数の10例は認定申請を行っていなかった。この報告では、「NYHAが重度になるに従い日常生活動作（ADL、IADL）の低下が認められ、要介護度も重度になるに従い日常生活動作の低下が認められたが、NYHAと要介護度との関係は認められなかった。また、独居生活をしている89歳女性はNYHAⅣ度で家事動作を訪問介護に頼っていたが、要介護1と認定され訪問介護の頻度を減らさざるをえなかった」と結論している。

医療が必要な要介護者の調査項目がない一次判定

このように心不全の患者の場合、介護保険の要介護認定では必要とする介護サービスを受けられないケースが発生してしまう。その原因について吉岡氏は、要介護認定審査そのものに問題があると指摘する。

介護保険の要介護認定審査は、まず調査員の訪問調査から始まる。調査員は申請者との面談により、73項目の調査項目と12項目の「特別な医療」、計85項目を調査表に記入。必要に応じて各項目ごとの特記事項を記載し、この基本調査の結果をコンピュータに入力すると一次判定が出る。1～2人の医師を含む5人程度で構成される認定審

査会は、この一次判定の結果と調査員の特記事項、主治医による意見書をもとに厚生労働省が示す要介護度ごとの「状態像の例」に照らし合わせ、二次判定（要介護度の判定）を行う。

「ここで問題になる点は、一次判定のための調査における73項目で、拘縮や麻痺などの身体障害と痴呆の問題行動以外の項目は、ADLしかないことです。しかもそのADLは本人が頑張る、時間がかかってもできるなら『自立』と判定される仕組みであり、医療が必要な要介護者の調査項目はなく、一次判定で反映されないわけです」

また、一次判定で「特別な医療」とされる12項目には中心静脈栄養や透析（いずれも加算点8.5）などのほか心疾患の治療に関連する酸素療法にも加算点が与えられているが、その点数は0.8と格段に低くなっている。（注：2003年4月から調査内容の組み換えがあり、一次判定ソフトの変更があったが、内臓疾患の調査項目は何も追加されていない）

「こうした一次判定の不備は二次判定で考慮されるべきですが、医師の審査員は専門性が問われないため、心疾患や内臓疾患の主治医意見書をすべて理解し審査に反映できるかは疑問です。また反映するにしても、基準は何もありません。以上の点から現在の要介護認定では、二次判定で内臓疾患を理解する審査会に当たることを祈るしかないわけです。また、たとえそのような審査会に当たったとしても、主治医意見書に心疾患の診断名や重症度ではなく、心疾患によりどのような介護が必要かを具体的に記載してもらわなければ、要介護度を上げてもらうことは期待できないでしょう」

さらに二次判定においては、「要介護状態区分の変更等の際に勘案しない事項」として、①年齢、②本人の意欲の有無、③施設入所・在宅の別、住宅環境、④家族・介護者の有無、⑤本

表1. NYHAの心機能分類（重症度）

Ⅰ度：心疾患を有するが、身体活動が制限されることのない患者
Ⅱ度：心疾患を有し、身体活動が軽度制限される患者。安静時は無症状、通常の身体活動で心不全症状を来す
Ⅲ度：身体活動が高度制限される患者。通常以下の身体活動で心不全症状を来す
Ⅳ度：心疾患を有し、非常に軽度の身体活動でも心不全症状があり、安静時においても心不全症状あるいは狭心症症状を来す

人の希望、⑥現に受けているサービスが示されている。

「つまり介護環境や住宅環境は、二次判定では無視するようになっており、独居や老老介護なども勘案できないのです。しかし、本当の在宅介護とは、これらのことを勘案することなのではないでしょうか」

そのほかにも、身体障害者制度との整合性、40歳から65歳未満の申請者に適用される特定疾患に含まれる内臓疾患が、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、慢性閉塞性肺疾患のみという点も、心不全の在宅ケアにとっては大きな問題であるという。

内臓疾患全体の要介護度を二次判定で補正する基準案

そこで吉岡氏は、心不全をはじめとした内臓疾患患者がより適切な介護サービスを受けるための手段として、内臓疾患全体の要介護度を二次判定で補正する基準を考察した。

「そのためには、日常生活における介護の必要度をチェックする必要があります。例えば、心疾患では『活動能力の程度』や『NYHA心機能重症度分類』が使われますし、腎臓機能障害では『日常生活の制限による分類』、呼吸器機能障害では『Hugh-Jones分類』があります。しかし、要介護認定審査では『日常生活に制限があるのか、ないのか』が問題であることから、身体障害者申請時に利用されている『日常生活の制限による分類』(表2)を利用するのがわかりやすいと考えました」

同氏によれば、この日常生活制限分類を参考に二次判定で要介護度を推定するためには、身体障害者の等級認定と同様に、日常生活制限分類の(イ)以上では身体障害度に合わせて推定要介護度を決めておくことで、判定が公平に行えると語る(表3)。

「こうした推定要介護度を決めておけ

表2. 「日常生活の制限による分類」

- ア. 家庭内での普通の日常生活活動または社会でのきわめて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの
- イ. 家庭内での普通の日常生活活動または社会でのきわめて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- ウ. 家庭内でのきわめて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- エ. 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

表3. 日常生活制限分類と推定要介護度

日常生活制限	身体障害度	推定要介護度
ア	非該当	非該当
イ	4級相当	要支援
ウ	3級相当	要介護1～2
エ	1級相当	要介護2～3

推定要介護度：二次判定の目安とする

一次判定結果と推定要介護度を比べ、どちらか重度の要介護度を選択する

ば、内臓疾患により介護が必要で、日常生活制限(ウ)の記載があれば、要介護1～2の判定で審査を始めるとい参考資料となります。内臓疾患でも身体障害の合併があり、一次判定でこれ以上の要介護度があれば、どちらか重度の要介護度を選択することにしてもよいでしょう。いずれにしても、内臓疾患では生活指導で在宅の日常生活の制限を指導している場合も多いことから、日常生活制限分類は主治医として患者を診察している臨床医にとって、寝たきり度や痴呆度よりも正確に把握できるでしょう」

さらに、同氏は認定審査会への提案として、①主治医意見書の日常生活の自立度についての項目、寝たきり度・痴呆度とともに「日常生活の制限による分類」の程度を記載するようにする、②「日常生活の制限による分類」から

推定できる「要介護度」を決めておく、③内臓疾患で一次判定が低く、かつ介護サービスが必要な申請者には、この基準で二次判定の補正を行う一3点を挙げた。

いずれにしても現状の要介護認定は、それを厳密に施行するだけでは、内臓疾患による身体障害を抱える患者が在宅に必要な介護サービスを十分に受けることができない。だからこそ、こうした補正基準などを制度のなかに盛り込み、より公益性の高い制度に発展させていくことが必要だろう。

