

現行の介護保険制度では、申請者が65歳以上(第1号被保険者)ならば基礎疾患を問わないが、40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、介護サービスを受けることのできる疾患(特定疾病)は15に限定されている。そのうち内科系の特定疾病は、慢性閉塞性肺疾患(COPD;慢性肺気腫、慢性気管支炎など)と糖尿病(腎症・網膜症・神経障害)のみである。

また介護保険制度とは別に、1973年以来旧厚生省・厚生労働省が定めてきた特定疾患治療研究対策疾患(いわゆる特定疾患)は46にのぼり、呼吸器関連分野では、サルコイドーシス、特発性間質性肺炎、原発性肺高血圧症、特発性慢性肺血栓塞栓症、膠原病(呼吸器病変を有する場合)などが難病と認定されている。これら呼吸器系の特定疾患は、患者の絶対数、好発年齢などの疾患の特性や重篤度によって、介護保険制度との関わりが希薄なものもある。

以上より、呼吸器疾患における介護保険制度を検証するにあたり、対象を慢性呼吸不全患者とするのが妥当と判断した。その理由は基礎となる呼吸器疾患が何であれ、年余にわたって進行した結果陥る難治の病態が慢性呼吸不全だからである。その定義は、「動脈血酸素分圧が60Torrを下回る状態が1か月以上持続すること」であり、患者のほとんどは低酸素血症に対する在宅酸素療法(HOT)を受けている。一部の患者は高CO₂血症に対して在宅非侵襲的陽圧呼吸療法(NPPV)も行っているが、現状では、HOTにしる、NPPVにしる、基礎疾患の60~80%が特定疾病のCOPDか肺結核後遺症である。HOTによって生命予後が改善したことは大きな福音であるが、機能的な回復が望めない以上、呼吸困難などにさらされながら生活していくというきびしい現実が立ちはだかっている。

介護保険サービスは、入浴、洗髪など居宅での身の回りのこと、歩行の際の呼吸困難悪化時の対処、居宅に引きこもることに関連する身体能力の低下、さらには心理的な不安感や将来への悲観の緩和などのサポートとして有用であると考えられる。個々の慢性呼吸不全患者が、その実状に即し

た介護サービスを受用するのが望ましいのはいうまでもない。

慢性呼吸不全患者における 要介護度認定システムの課題

しかしながら、慢性呼吸不全患者の要介護度認定システムに問題のあることが次第に明らかになってきた。

訪問調査で「(日常生活上の様々なことを)できるか、できないか」と介護支援専門員に質問されれば、慢性呼吸不全患者の多くは、「できる」と回答するであろう。ただし、それは息切れなどのつらい症状に耐えながらの上でのことである。この点を理解してもらえなければ、疾患の重症度と要介護認定度との間に解離が生ずるのは当然である。歩行、排泄、入浴、着脱衣、整容動作など日常生活の中に多くの不便があり制限を強いられても、必要な介護の内容が調査員に十分に伝わらなければ、「自立・非該当」と認定されてしまう。そのような不合理が報告されている¹⁾。

患者組織の集合体である全国低肺機能者団体協議会は、2001年7月15日付で以下のような要望書を厚生労働大臣に提出した。

全国低肺機能者団体協議会(大泉 廣会長)が厚生労働大臣にあてた「在宅酸素患者の生活改善のための要望書」(抜粋)

介護保険の改善と充実を図ってください。実施以後1年が経過し、私たちは次の点の改善と充実をお願いします。

(1) 要介護認定で、内部障害者の認定を是正してください。手または足の不自由者と違い、内部障害者はその要介護認定度が軽くみられます。特に呼吸不全の場合は外観上は五体満足に見えるからです。

(2) 要介護認定にあたり身体障害者手帳の等級との関係についてお聞かせください。身体障害者手帳が1種で1級の場合はどうなりますか。

表 1

呼吸機能障害用診断書・意見書 における改訂 Fletcher-Hugh-Jones 分類	介護保険の主治医意見書に採り入れたい腎臓 機能障害における「日常生活の制限による分類」
ア：階段を人並みの速さ で上れないが、ゆっ くりなら上れる。	A：家庭内での普通の日常生活活動、または 社会での極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のないもの。
イ：階段をゆっくりでも 上れないが、途中休 みながらなら上れる。	B：家庭内での普通の日常生活活動、または 社会での極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：人並みの速さで歩く と息苦しくなるが、 ゆっくりなら歩ける。	C：家庭内での極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：ゆっくりでも少し歩 くと息切れがする。	D：自己の身の日常生活活動を著しく制限 されるもの。
オ：息苦しくて身のまわ りのこともできない。	

(原案 山口県玖珂中央病院 吉岡春紀院長)

これらの問題を医師や医療ソーシャルワーカーの視点で捉え直せば、慢性呼吸不全患者における要介護度認定システムの課題は次の2点といえることができる。

①担当医の意見書の記載欄に、内科疾患（内部障害）に関する項目が乏しく、要介護度が過小評価される可能性がある。介護保険を十分に理解していない医師が意見書を記載すると、病状との分離を助長しかねない。患者団体の要望書にも出てくる身体障害者の等級と介護保険の間に整合性を持たせ、要介護度認定にリンクできないか。

②内科疾患では、障害状況が外見から判断できない上、無理すれば評価項目をクリアできる傾向がある。呼吸器疾患に精通していない訪問調査担当者では、生活上の介護の必要性に気づかないおそれもある。

課題への対策案

以上の課題を解決する手段として、現行認定制度を維持するという立場で次の2点を提案したい¹⁾²⁾。

第1に、主治医意見書の日常生活の自立度の項目に、寝たきり度、痴呆度とともに「日常生活の制限による分類」を追加する。呼吸不全患者をはじめ、内科疾患患者の実情に即した評価に寄与すると考えるからである²⁾。

実際には、どのような分類がよいのだろうか。吉岡春紀・玖珂中央病院院長は、腎臓疾患患者の身体障害者認定で用いられている「日常生活の制限による分類」を採用することを提唱している²⁾。確かに内科疾患全般に適用することが可能なわかりやすい内容であり、これを介護保険の主治医意見書に加えたかどうかという提案である。試みに呼吸器疾患の身体障害者診断書・意見書の中のFletcher-Hugh-Jones 分類の改訂版と比べてみたが、表1のように概ね矛盾なく置き換えることができる。呼吸器内科の専門知識がなくとも患者の障害状況を推定でき、要介護度を認定する上で有益な情報になるであろう。

第2に、専門医によって医学的に判定されている呼吸器機能障害の等級を、一定の基準のもとに介護保険の要介護度認定に反映させる¹⁾²⁾。身体障害者の1級と3級は慢性呼吸不全にほぼ相当し、

表2 介護保険制度の要介護度, 身体障害者等級, ならびに慢性呼吸不全の重症度の整合性(試案)

介護保険 要介護度	身障者 等級	病状の重症度	動脈血酸素分圧 (PaO ₂ , Torr)	日常生活制限 分類(表1)
要介護 2-3	1 級	慢性呼吸不全 (在宅酸素療法)	PaO ₂ ≤ 50	D. 身の著しい制限 (歩行ほとんど不可)
要介護 1-2	3 級	慢性呼吸不全 (在宅酸素療法)	50 < PaO ₂ ≤ 60	C. 家庭内での極めて 温和な生活(ゆっ くりでも少し歩 くと息切れで休息)
要支援	4 級	準・呼吸不全	60 < PaO ₂ ≤ 70	B. 家庭内の普通の生活 (ゆっくりなら平地, 階段の歩行が可能)

(原案 山口県玖珂中央病院 吉岡春紀院長)

等級は医学的な重症度と密接に関連している。これを加味することによって、「自立・非該当」といった過小評価を減らすことができるであろう。

表2は、介護保険の要介護度と、身体障害者の等級や医学的の重症度との間に整合性を持たせるための試案である。日常生活制限分類は表1に準拠している。多くの慢性呼吸不全患者が身体障害者の認定を受けており、専門の見地から評価された呼吸器機能障害の等級を活用することは、患者の病状に適合した要介護度認定につながると思われる。

おわりに

慢性呼吸不全患者における介護保険制度の課題と対策案について、種々の立場からの見解を参考に私見を述べてきた。

介護サービスは、個々の申請者に応じたきめ細かい対応が理想である。呼吸不全という医学的病態と要介護度の整合性を提起してみたが、画一的な認定に流されてしまうことは本意ではない。医療と介護・福祉の狭間の中で、介護保険制度という新たな試みが呼吸器疾患患者の人生をより豊かな方向に導くことを願うものである。

文 献

- 1) 土田武千代: 適正な介護認定 内部障害者にも. Medical Social Worker 協会だより 2001年9月号
- 2) 吉岡春紀: 介護保険制度下における心臓病患者の在宅介護. 第49回日本心臓病学会2001年9月ならびに玖珂中央病院ホームページ (www.urban.ne.jp/home/haruki3/naika.html)

司会(下条) ありがとうございます。大平先生からはCOPDあるいはHOT患者における介護保険の主な問題点をご説明していただきました。どなたかご質問はございませんか?一つお伺いします。主治医意見書とコンピューター処理での判定に少しギャップがみられ、呼吸器専門医としては、内部疾患による障害度の評価を加えてほしいというのが先生としての要望の一つだと思いますがいかがでしょうか?

石上 私がでしゃばっているいろいろしゃべって恐縮なんです。先生がおしゃったことは、二点あると思うんです。一つは今の要介護認定の一次判定のシステムというのがそうなっているか、というところから発言させていただきますが、これは今コンピューターで全国一律の基準で一次判定をやるわけです。対象者一人に対し85項目でしたが、その人の要介護状態を知るために必要な項

目で、例えば寝返りができるかなどという項目になるわけですが、この欠点というのは施設に入っている人4300人くらいを二日間にわたって、1分間ごとのタイムスタディでその人に対しそのようなサービスを行ったかというデータに基づいてやっているわけです。そうしますと施設に入ってできても在宅ではできない、例えば痴呆の人が軽くなるという意味は施設の中では普通にやられているんだけど、在宅ではいつも家族が見守っていないと危ない、という部分は評価されないわけです。しかもそういう4300人のデータのどのパターンが一番近いかということで一次判定をやるわけです。それがそもそもその欠点であるわけで、今在宅酸素をやっている人がいなければ、その人に近いパターンが得られないというのが一番の欠点だと思います。それについてはいろいろ現場から言われて、この11月から12月にかけて、在宅にいらっしゃって要介護認定を受けてサービスを受けている人全てを対象に各市町村を通じて調査しているんです。このデータが出てくることによってある程度在宅にいらっしゃる人の要介護状態への反映ができるのではないかとというのが一点目なんです。もう一つは先生がおっしゃったのは認定審査会の中で判定する時にかかりつけ医が書いた意見書がどこまで書けているか、それから意見書を書いていただく場合の留意点で、例えばできないと言えばそれまでですが、完璧にできないけどこういう動作を続けるととっても息切れがし

てできないとか、そういうような具体的なことを入れていただくくらいしか今のところないのではないかと思います。この2点を解決するのが大切だろうと思います。

司会(下条) ありがとうございます。大平先生も堀川先生も触れましたが、一番の問題点は大学病院などの若い医師の関心が少ないことが指摘されました。辻先生も大学病院でMSWの必要性をことある毎に発言されています。しかし、なかなか実現していません。また若いドクターも、病態説明や治療法の開発には関心があるのですが、医療福祉を含めた面からのトータルの患者医療には関心が少ないのが現実だと思います。大平先生がまだお若いのに自分のライフワークとして福祉活動にも取り組まれた理由が、実は先生のお父さんが在宅酸素治療中ということにあったと理解しました。大平先生のモチベーションの高い事に感銘を受けた次第でございます。先生のご活躍を期待したいと存じます。どうもありがとうございました。

司会(下条) それでは最後になりますが、辻先生より宜しくお願いします。

司会(辻) それでは第4席でございますけれど、脳疾患、整形外科疾患についてということで新潟リハビリテーション病院の崎村先生の方から宜しくお願いします。