

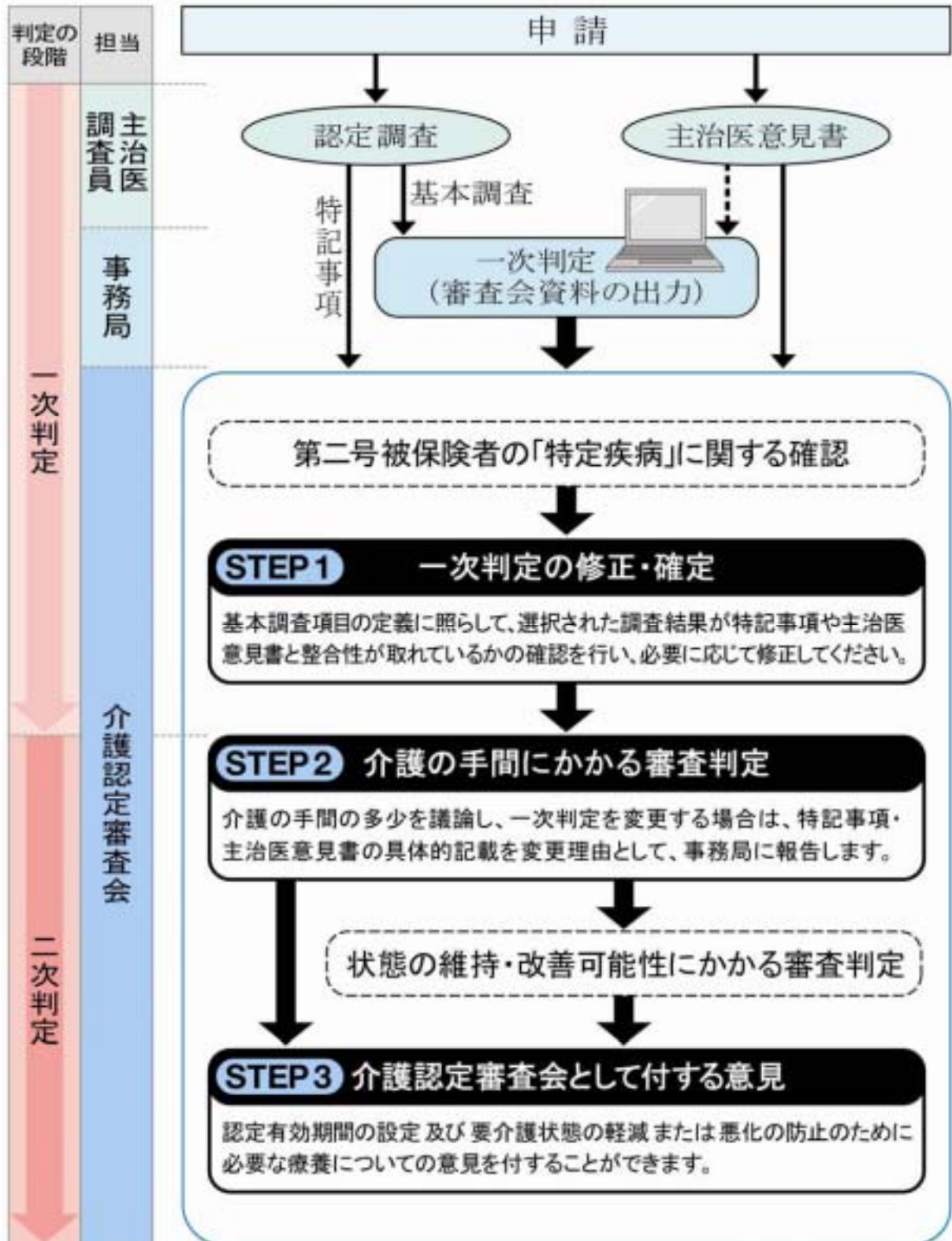
■ 3. 会議について

- 介護認定審査会は、会長が招集します（合議体の場合は、基本的に合議体の長が招集します）。
- 会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）及び過半数の委員の出席がなければ会議は成立しません。
 - 保健、医療、福祉のいずれかの委員が欠席の場合には、介護認定審査会を開催しないことが望ましいと考えられます。
- 会議の議事は、出席した委員の過半数により決定します。可否が同数の場合は、会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）の意見により決定します。
 - 委員間の意見調整によって、可能な限り合意を得ることが重要です。
 - 必要に応じて、審査対象者及びその家族、介護者、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができます。
- 介護認定審査会は、第三者に対して原則非公開とします。

■ 4. その他

- 市町村は、介護認定審査会の開催に先立ち、審査対象者について、氏名、住所などの個人を特定する情報について削除した上で、一次判定の結果、特記事項の写し、主治医意見書の写しを委員に事前配布することが望ましいと考えられます。
- 効率的に介護認定審査会を運営するために、介護認定審査会開始前に合議体長又は介護認定審査会事務局に一次判定結果を修正・変更する必要があると考えられるケースや意見などを提出してもらい、それに応じて、個別に必要な審査判定時間を確保することは可能です。
- 公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましいと考えられます。

図表 5 審査判定手順



特定疾病

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認

特定疾病

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認
(該当する場合のみ)

■ 1. 基本的な考え方

- 申請者が第二号被保険者の場合のみ、主治医意見書に基づき、「特定疾病」に該当するかどうかを判断してください。

【特定疾病に該当する 16 の疾病】

- ◆ がん（がん末期）
- ◆ 関節リウマチ
- ◆ 筋萎縮性側索硬化症
- ◆ 後縦靭帯骨化症
- ◆ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ◆ 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）
- ◆ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
- ◆ 脊髄小脳変性症
- ◆ 脊柱管狭窄症
- ◆ 早老症（ウェルナー症候群等）
- ◆ 多系統萎縮症
- ◆ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ◆ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- ◆ 閉塞性動脈硬化症
- ◆ 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎等）
- ◆ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

STEP 1

一次判定の修正・確定

STEP 1

一次判定の修正・確定

■ 1. 基本的な考え方

- 各基本調査項目の定義と特記事項の記載内容を比較検討し、基本調査項目や認知症及び障害高齢者の日常生活自立度が適切に選択されているか確認してください。
- 認定調査結果と異なる選択を行う場合は、基本調査項目の定義に基づき、特記事項や主治医意見書の記載内容から、理由を明らかにし、事務局に修正を依頼します。
- なお、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができます。

介護認定審査会資料で提供される一次判定は、認定調査員による基本調査案をもとに算出されているものであり、その内容は未確定なものです。したがって、介護認定審査会は、認定調査員から提示された特記事項（及び主治医意見書）の内容から、基本調査項目の選択が適切に行われているか確認作業を行い、これを承認することで申請者の一次判定が確定します。

特記事項（及び主治医意見書）の記載内容から、認定調査項目の選択に矛盾を認めた場合は、認定調査項目の定義に基づき、基本調査項目の選択肢の変更を行います。

また、介護認定審査会開催前に介護認定審査会事務局が発見した認定調査上の誤りや疑義については、介護認定審査会に対して判断を求めることもできます。介護認定審査会は、事務局からの求めがあった場合、定義に基づき一次判定を修正すべきか判断します。

一次判定の修正・確定の作業は、認定調査員の技能向上により、その必要性が減少しますが、認定調査員が判断に迷うケースは必ず発生することから、この審査判定プロセスを省略することは適切ではありません。

認定調査資料、主治医意見書の記載内容に、著しい矛盾点や記載不足があり、適切な審査の実施が困難であると判断される場合は、審査を中止し、再調査を介護認定審査会事務局に要請することができます。

■ 2. 議論のポイント

一次判定の修正・確定において典型的にみられる確認ポイントを以下に整理しています。一次判定の修正は、基本調査の定義に即して行うもので、具体的な根拠が示される場合は実施可能であり、以下の例に限定されるものではありません。

(1) 調査上の単純ミス（定義と特記事項の不整合）

認定調査員の記入や選択の誤りなどにより、明らかに、基本調査の選択と特記事項の

記載内容に不整合が見られる場合は、各認定調査項目の定義に基づき、基本調査の選択肢を修正します。(多くの場合、認定調査員の調査能力の向上によって不整合を減少させることが可能です)

(2) 日頃の状況と異なる場合（能力で評価する調査項目・麻痺拘縮の有無）

能力で評価する項目は、当該の行動等について可能な限り実際に試行して評価する項目ですが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間の状況において、より頻回な状況に基づき選択されます。特記事項または主治医意見書の記載により日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要です。

麻痺・拘縮の有無も同様に実際の試行による評価が原則となりますが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて選択することとされていますので、特記事項または主治医意見書の記載により日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要です。

(3) より頻回な状況で選択している場合（介助の方法で評価する調査項目）

介助の方法で評価する調査項目（主に第2群と第5群）は、調査の定義上、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況で選択されます。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、たとえば「一部介助」の場合と「全介助」の場合が混在していることがあるので、頻度の評価に基づく選択が適正であるかについて確認が必要です。

(4) 「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合（介助の方法で評価する調査項目）

介助の方法で評価する項目は、具体的に介助が「行われている－行われてない」の軸で選択を行うことを原則としていますが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができるとなっています。

認定調査員が考える適切な介助の方法を選択している場合は、特記事項または主治医意見書の記載をもとに認定調査項目の選択を確認し、介護認定審査会が認定調査員と異なる選択を行う場合は、必要に応じて修正してください。修正する場合その根拠を特記事項または主治医意見書の記載の中から明らかにします。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介助者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定され

ます。

(5) 認定調査員が選択に迷った項目の確認

認定調査員が選択に迷った場合は、その理由と、申請者の状況が具体的に特記事項に記載されます（介護認定審査会資料作成のため、暫定的にいずれかの認定調査項目が選択されています）。介護認定審査会では、認定調査員が判断に迷った内容を特記事項で確認し、認定調査員の選択の妥当性について確認・修正を行います。

(6) 特別な医療の確認

特別な医療は、実施者、目的、実施された時期など複数の要件を満たすことが求められるため、特記事項及び主治医意見書の内容から、選択が妥当なものであるか確認を行い、具体的な理由がある場合は修正することができます。特別な医療は、調査項目を選択すると要介護認定等基準時間が加算される仕組みになっています。条件に合わない選択を行うと、必要以上に要介護認定等基準時間が延長（短縮）されることがあるなど、確認は重要です。

(7) 障害／認知症高齢者の日常生活自立度の確認

日常生活自立度は、「認知機能・状態の安定性の評価」、「運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算」の推計等に用いられることから、慎重な判断が求められます。特記事項及び主治医意見書の記載内容から、明らかに誤りがあると考えられる場合は、基本調査の日常生活自立度を修正することができます。その場合、具体的な根拠を特記事項または主治医意見書の記載内容から明らかにします。

■ 3. 一次判定修正の際の注意点

- ◆ 一次判定の修正は、特記事項や主治医意見書の記載内容と基本調査項目の定義に不整合が確認できる場合のみ認められます。通常の例と異なる介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべきものです。
- ◆ 認定調査項目と主治医意見書の選択の定義はそれぞれ異なることがあります。主治医意見書と認定調査の結果が異なっていることのみをもって認定調査項目の修正を行うことはできません。

「一次判定修正・確定」は、基本調査の定義に基づき認定調査項目を選択することで、一次判定ソフトが判定を行うための情報を正確に入力するための手順です。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要です。なぜなら、一次判定ソフトへの入力情報が誤っている場合、議論の前提となる一次判定結果が、正しく導出されず、誤った入力が発生すると判定にバラツキを生じさせる可能性があるからです。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目がありますが、主治医意見書は、認

定調査と異なる視点（定義）から作成されています。主治医意見書と認定調査結果が異なる場合でも、主治医意見書に示された結果が認定調査の定義に当てはまると判断できる根拠がない場合は、修正をすることはできません。主治医意見書との定義の差異は、申請者の状況を多角的に見るという点で意義があります。

STEP 2

介護の手間にかかる審査判定

STEP 2

介護の手間にかかる審査判定

■ 1. 基本的な考え方

- 特記事項及び主治医意見書に基づき、通常の例に比べ介護の手間がより「かかる」、「かからない」かの視点で議論を行います。
- 介護の手間がより「かかる」、「かからない」と判断した場合、要介護認定等基準時間なども参照しながら、要介護状態区分の変更が必要であるかについて吟味してください。
- 一次判定結果から要介護状態区分を変更する際には、特記事項及び主治医意見書の記載内容から理由を明らかにし、これを記録します。

特記事項、主治医意見書の記載内容から、通常の例に比べ「介護の手間」がより「かかる」または、「かからない」かの議論を行ってください。介護の手間に関する「通常の例」の具体的な定義は、基本調査の各定義以外に設定されていませんが、介護認定審査会の各委員の専門職としての経験から判断を行ってください。

ただし、手間が「かかる」または、「かからない」という結論に達した場合も、それが直ちに要介護状態等区分の変更につながるとは限りません。要介護認定等基準時間なども参考にしながら、区分の境界となっている時間を超えるほどの「介護の手間」があるかないかを議論してください。

また、被保険者に対する保険者の説明責任を果たすという観点からも、変更を行う際には、その理由を明確にする必要があります。一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の通常の例と異なる介護の手間を読み取れる具体的な箇所を明示し、これを記録することが重要です。

■ 2. 議論のポイント

介護の手間にかかる審査判定は、特記事項、主治医意見書をもとに、介護認定審査会委員の経験や専門性の観点から、一次判定ソフトの推計では評価しきれない申請者の具体的な介護の手間について検討を行うものです。これらの議論の前提として、特記事項または主治医意見書には、変更の根拠となる介護の手間が明確に記載されている必要があります。

特記事項や主治医意見書の中で、介護の手間を検討する際の参考として、以下に、議論のポイント例を示します。なお、これらの議論のポイントは、一例であり、介護の手間にかかる審査判定においては、これら以外の議論を妨げるものではありません。

(1) 介護の手間が通常の例より少ない／多いと考えられるケース

- ◎ 介助の方法で評価する調査項目では、ほとんどの項目がそれぞれの項目の定義に基づき「介助されていない」「見守り等」「一部介助」「全介助」で評価されますが、同じ選択肢であっても、介助量としては大きな幅を持っているため、特記事項の記載に基づき必要に応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で具体的な介助量を確認、検討する必要があります。
- ◎ また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略。認知症に伴う行動・心理症状を意味します) の項目については、その頻度に基づいて「ある」「ときどきある」「ない」で評価されますが、行動が「ある」ことをもって介助が発生しているとは限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）でコンピューターでは加味しきれない具体的な介助量を確認し、一次判定を変更するかどうか検討する必要があります。
- ◎ 「通常の介助量」について、個別の定義は設定されていませんが、各調査項目の定義や介護認定審査会の委員の専門性、経験に基づき合議により判断してください。
- ◎ 「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とすると認定調査員が判断する場合は、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択しますが、主治医意見書や特記事項の記載をもとに、適切な介護が行われるよう配慮して二次判定を行うことが重要です。また、この場合、適切な介護が受けられるように、介護認定審査会は必要な療養に関する意見を付し、それを市町村や介護支援専門員に伝えることができます。

【特記事項の例】

- ◆ 排尿の全介助：トイレで排尿しているが、すべての介助を行っているため「全介助」を選択する。強い介護抵抗があり、床に尿が飛び散るため、毎回、排尿後に掃除をしている。
- ◆ 排尿の全介助：オムツを使用しており、定時に交換を行っている。
- ◆ 食事摂取の一部介助：最初の数口は、自己摂取だが、すぐに食べなくなるため、残りはすべて介助を行っている。
- ◆ 食事摂取の一部介助：ほとんど自分で摂取するが、器の隅に残ったものについては、介助者がスプーンですくって食べさせている。
- ◆ 感情不安定が「ある」：週1回ほど、何の前触れもなく突然泣き出すことがあるが、特に対応はとっていない。
- ◆ 感情不安定が「ある」：ほぼ毎日、何の前触れもなく突然泣き出すことがあり、なだめるのに傍らで15分ほどは声かけを行っている。

(2) 頻度から内容を検討する場合

- ◎ 介助の方法を評価する調査項目では、より頻回な状態をもって調査を行うこととされています。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっているとしても、常に「全介助」が行われているとは限りません。その場合、要介護認定等基準時間も参考にしつつ、一次判定を変更するかどうか検討する必要があります。
- ◎ また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連の項目については、その頻度に基づいて「ある」「ときどきある」「ない」で評価されますが、頻度には一定の幅があるため、必要に

応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で具体的な頻度を確認する必要があります。特記事項の内容から、頻度を確認し、基本調査で推計されたものより、より介護の手間がかかるか、かからないのかについて検討をします。

【特記事項の例】

- ◆ トイレまでの「移動」（5回程／日）など、通常は自力で介助なしで行っているが、食堂（3回／日）及び浴室（週数回）への車いすでの「移動」は、介助が行われている。より頻回
の状況から「介助されていない」を選択する。
- ◆ 一人で出たがり目が離せないが「ある」：週1回ほど、一人で玄関から自宅の外に出てしまう
ため、介護者は毎回のように探しに出ている。
- ◆ 一人で出たがり目が離せないが「ある」：ほぼ毎日、一人で玄関から自宅の外に出てしまう
ため、介護者は毎回のように探しに出ている。

(3) 要介護認定等基準時間の参照

要介護認定等基準時間は、介護に要する時間を測るための「ものさし」であり、示された時間に応じて要介護状態区分が決まります。要介護認定等基準時間が隣の区分の境界の近くに位置するのか、遠くに位置するのかの相対的位置関係を把握することは介護の手間にかかる審査判定において合議体の中で議論が分かれた場合などに、共通の視点をもつことができるという意味で有用です。

たとえば、要介護3は、要介護認定等基準時間では70分以上90分未満と定義されますが、対象ケースが、71.2分を示すなら、要介護2に近い要介護3とみることができます。逆に88.6分であれば、要介護4に近い要介護3とみることができます。

■コラム■ 行為区分毎の時間の活用方法

■ 申請者の介護の手間のバランスを理解するためのツールとして活用

要介護認定等基準時間は、8つの行為区分（食事・排泄・移動・清潔保持・間接ケア・BPS D関連・機能訓練・医療関連）毎の時間の合計として算出されます。一次判定ソフトが算出する行為区分毎の時間をみれば、どの行為区分により長い／より短い時間が付されているのかを相対的に知ることができます。

一次判定を変更する際に、変更理由となる調査項目に関連性の強い行為区分にどの程度の基準時間が付されているかを知ること、変更に妥当性があるかどうかを確認することができます。

なお、各行為区分に付されうる時間の範囲は、各樹形モデル（樹形モデルは行為区分毎に8枚用意されています。詳細は巻末資料7参照）に記載されています。

■ 一次判定結果を理解するための手がかり（樹形モデルの活用）

一次判定結果は、行為区分毎の時間の合計時間数によって決定されることから、一次判定結果に疑問を感じる場合、いずれかの行為区分の時間が予想以上に長く、または短く算出・表示されていることがあります。理解が困難と感じる行為区分を同定し、その樹形モデルを表示時間の側から遡ることで、その原因（調査結果の選択の誤りなど）を見つけることができることもあります。

■ 3. 介護の手間にかかる審査判定の際の留意点

- ◆ 介護の手間にかかる審査判定にあたっては、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」や「要介護度変更の指標」など、過去の審査判定データを参考指標として参照することができます。
- ◆ 参考指標については、介護認定審査会の開催時に配布するなど常に参照できるようにしておくことが重要です。
- ◆ 新たな要介護認定方法の導入に当たり、介護認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うに当たっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用してください。
- ◆ 議論は、特記事項または主治医意見書に記載された介護の手間の記載に基づいて行ってください。それ以外の情報は、議論の参考にはできませんが、一次判定変更の理由にはなりません。したがって、特記事項または主治医意見書に具体的な介護の手間を読み取ることができない場合は、一次判定を変更することはできません。

(1) 参考指標による妥当性検証**① 日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布**

申請者の障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせと、二次判定後の要介護度の分布を、過去の審査判定結果を統計的に処理した結果に基づき表示した指標です。審査対象者が日常生活自立度の観点から、どのような要介護度に決定されることが多いかについての比率を示していることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができます。

「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したものを示しています。(参考指標データは、巻末の資料8を参照してください。)

② 要介護度変更の指標

要介護度変更の指標は、過去の審査判定において一次判定の変更が行われたケースにおける、特徴的な調査項目の選択状況を、統計的な処理に基づき示したものです。重度変更または軽度変更された審査対象者の調査項目の選択肢の傾向を示しています。過去のデータにおいては、●と○の数の差が3つ以上ある場合に、変更されている場合が多いことがわかっていることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができます。

「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本テキスト発行の後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面の間、本テキストにおいて示すものを使用してください。(参考指標データは、巻末の資料8を参照してください。)

(2) 一次判定変更の理由にならない事項

① 既に一次判定結果に含まれている認定調査項目と主治医意見書の内容

「排泄が一部介助である」、「歩行ができない」等、すでに基本調査で把握されている内容は一次判定に加味されているため変更の理由とすることはできません。ただし、通常の例に比べより介護の手間を多く要する（少なくてすむ）と考えられる内容については、特記事項または主治医意見書の記載をもとに、二次判定（介護の手間にかかる審査）で評価することができます。

② 特記事項・主治医意見書に具体的記載がない（根拠のない）事項

「認知症があるので手間がかかる」等の介護の手間が具体的に記載されていない情報を理由に変更することはできません。変更を行なう場合は、具体的にどのような手間が生じているのかを特記事項または主治医意見書から明らかにする必要があります。

③ 介護の手間にかかる時間とは直接的に関係ない事項

高齢であることや、時間を要するとの記載だけを理由に、変更することはできません。ただし、例えば、高齢であることによって、コンピューターでは反映できない介護の手間が具体的に発生している場合に、それを明らかにした上での変更は可能です。

④ 住環境や介護者の有無

施設・在宅の別、住環境、介護者の有無を変更の理由にはできません。

ただし住環境等が原因でコンピューターでは反映できない、介護の手間が具体的に発生している場合に、それを明らかにした上での変更は可能です。住環境などを概況調査で確認しつつ、具体的な介護の手間を特記事項で確認することで、状況をより正確に把握できる場合があります（エレベーターのないマンションの4階に居住する高齢者が外出に一定の介助が発生している場合など）。

⑤ 本人の希望、現在受けているサービスの状況

本人の希望、現在受けているサービスは、申請者の心身の状況及び介護の手間と直接関係があるものではないため、一次判定の変更理由とすることはできません。

⑥ 過去の審査判定資料及び判定結果

要介護認定は現在の状態に基づいて判定を行う制度であることから、過去の申請結果との比較を理由として変更を行うことは適切ではありません。

過去の判定結果を理由に変更することは、更新申請の申請者と新規申請の申請者と異なる判断基準を設けることになり、公平性を欠いた判定となることに留意する必要があります。

ただし、前回の要介護度と著しく異なる結果が一次判定で示されている場合などに、前回は要介護度の判定理由や、入院歴等を確認すること自体は、問題ありません。（有効期間等を検討する際の参考になることがあります）

32分以上 50分未満

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

32分以上
50分未満

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定
(基準時間 32 分以上 50 分未満に相当する者についての判定方法)

■ 1. 基本的な考え方

- 要介護認定等基準時間 32 分以上 50 分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援 2」と「要介護 1」のいずれかが一次判定として介護認定審査会資料に表示されます。
- 表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができます。
- 認知機能の低下、状態の安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を、特記事項及び主治医意見書から明らかにし、これを記録します。

要介護認定等基準時間で 32 分以上 50 分未満が示された場合は、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定、すなわち「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性に関する評価」に基づく「要支援 2」と「要介護 1」の振り分けの判断が必要です。基準時間 32 分以上 50 分未満の場合は、下記の二つの要件のいずれかに該当する場合は「要介護 1」、いずれにも該当しない場合は「要支援 2」となります。

- 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用に係る適切な理解が困難である場合（目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）
- 短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重度化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね 6 か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合

一次判定ソフトでは、過去の全国の判定結果に基づき、認定調査項目から、この二つの要件の蓋然性を推計し、その結果を介護認定審査会資料に掲載しています。

ただし、ここで示される結果は、統計に基づく推計値であるため、すべてのケースで、必ずしも実態と整合するとは限りません。必ず介護認定審査会での議論を通じて、特記事項及び主治医意見書の内容を吟味の上、「認知機能の低下」「状態の安定性」についての定義に基づき判定してください。

また、二次判定での変更により、「要介護認定等基準時間が、32 分以上 50 分未満」に相当すると判断した場合も、介護認定審査会資料の推計値と特記事項、主治医意見書の記載を参照し、「認知機能の低下」「状態の安定性」の観点から判定を行ってください。

■ 2. 注意点

- ◆ 「要支援 2」と「要介護 1」は、介護の手間や病状の重篤度、心身機能の低下の度合いで判断されるものではありません。
- ◆ 「状態の安定性」は、病状そのものではなく、介護の手間の増加につながる変化が概ね 6 か月以内に発生するかどうかという視点で検討してください。
- ◆ 「状態不安定」と判断した場合は、概ね 6 か月以内に介護の手間が増大する可能性がある状態であるため、認定有効期間も 6 か月以内に設定するのが適当です。
- ◆ 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用の理解が困難と判断するには、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上であるかどうかを目安としています。しかし、これは、認知症以外の精神疾患等に起因し、予防給付の利用が困難である場合を排除するという意味ではありません。

判定の際に留意すべき点**① 介護の手間の多少や病状の軽重等のみで判断はしない**

「要支援 2」よりも手間が多くかかる、または、状態が悪いものが「要介護 1」になるものではありません。要介護認定等基準時間を要支援 2、要介護 1 の振り分けの根拠に用いることはありません。同様に、病状が重症であるものが一義的に状態不安定となるわけではありません。

② 主治医意見書の「症状としての安定性」が不安定となっていることのみをもって「状態不安定」とはしない

主治医意見書の「症状としての安定性」に「不安定」との記載があっても、それだけを根拠に状態が不安定と選択判断することはできません。主治医意見書及び認定調査の特記事項をもとに、介護の手間の増大にともない、おおむね 6 か月以内に介護度の再評価が必要かどうかという観点から判断してください。

③ 病名や加療の状況のみで「状態不安定」とはしない

「パーキンソン病」、「透析」等、病名や加療の状況等のみで、「状態不安定」を選択することは適当ではありません。また、日内変動の有無のみで判断するものでもありません。

④ 本人の希望、現在受けているサービスの状況では判断しない

本人の希望、現在受けているサービスの状況は、申請者の認知機能の状況や状態の安定性に直接関係があるものではないため、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定の判断根拠とはなりません。

⑤ 「不安定」の意味を拡大解釈しない

「歩行が不安定」、「精神的に不安定」、「95歳で高齢だから不安定」というような、何かしら「不安定」と考えられる要素があることを理由に「状態不安定」を選択することは誤った判断です。あくまで、介護の手間の増大によって要介護度の再評価が短期間（おおむね6ヶ月以内）に必要なかどうかという視点から判定してください。

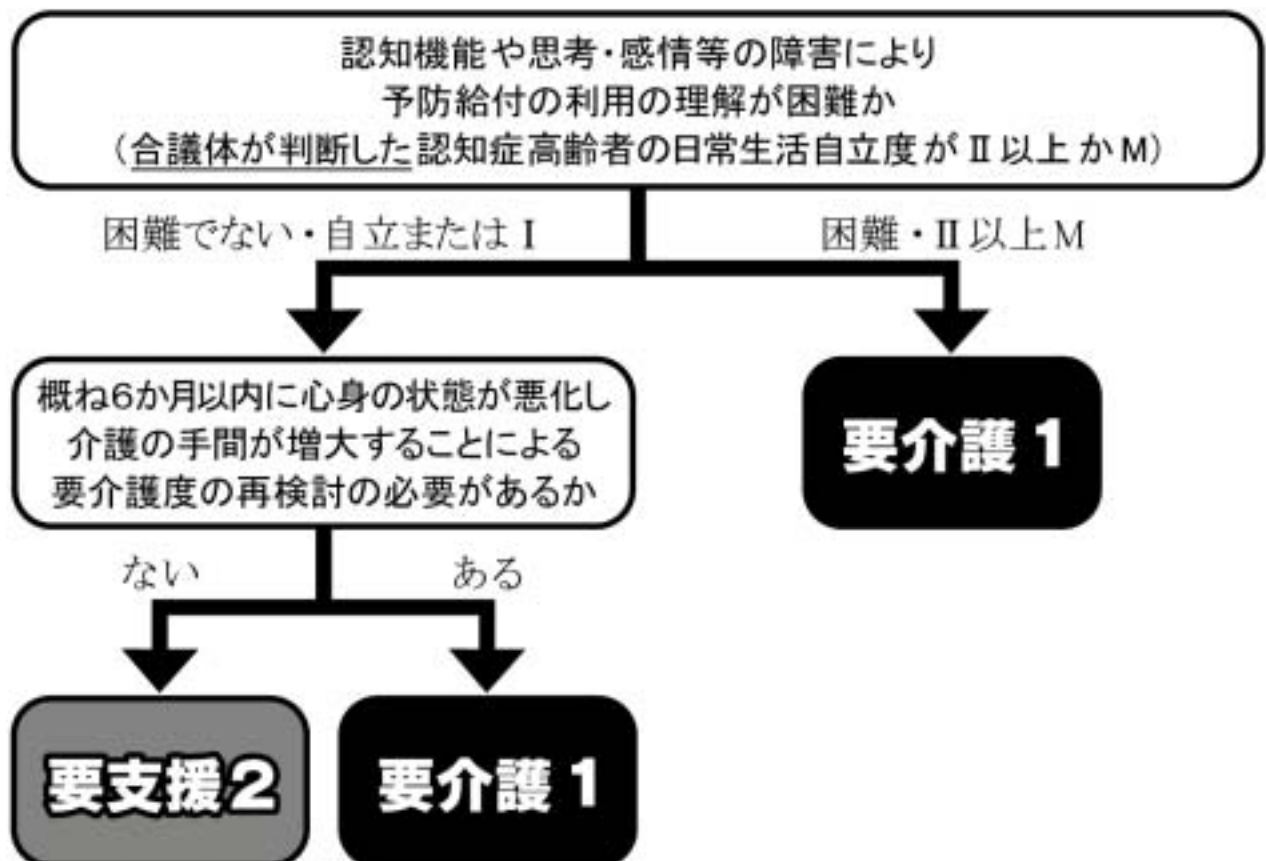
⑥ 介護認定審査会資料の認知症高齢者の日常生活自立度を吟味する

認定調査員は、認知症に関する医学的知識を必ずしも持ち合わせているとは限りません。また、主治医も患者の自宅での生活について限定された情報しか把握していない場合があります。

したがって、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要です。その上で介護認定審査会資料に提示された「認知機能の評価結果」及び特記事項、主治医意見書の記載内容をもとに、予防給付の利用の理解が困難かどうか、総合的に判定する必要があります。

平成21年度の認定調査から、申請者のより詳細な認知症に関する情報を調査員から伝えていただけるように、認知症高齢者の日常生活自立度についても特記事項を記載する欄を設けることとしました。こうした情報についても留意し、審査判定をしてください。

図表 6 要支援2・要介護1の振り分け方



STEP 3

介護認定審査会として付する意見

STEP 3

介護認定審査会として付する意見

■ 1. 基本的な考え方

介護認定審査会では、要介護状態等区分の決定後、特に必要と考えられる場合には、以下の2点に関する意見を介護認定審査会の意見として付することができます。

【介護認定審査会として付すことのできる意見】

- 認定の有効期間を原則より短くあるいは長くする
- 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見（特に、実際に行われている介助が不適切な場合の療養についての意見）

被保険者の状態と要介護状態等区分に即した意見を付すことにより、要介護状態等区分の決定だけでは対応できない被保険者個々人に固有の状況に対応することができます。

異なる分野の有識者の集合体である介護認定審査会には、必要な場合にこれらの意見を付すことで、被保険者にとってよりよいサービス給付がなされるように配慮することが求められていると考えられます。

■ 2. 認定の有効期間

(1) 基本的な考え方と認定有効期間の原則

「STEP2」において要介護状態等区分が決定した段階で、それぞれの条件に応じた原則の認定有効期間も定められます。しかし、現在の状況がどの程度続くかという判断に基づき、認定有効期間を原則より短く、または長くすることができます。

要介護認定の有効期間は、原則として以下のように定められていますが、介護認定審査会では、すべてのケースで適切な有効期間の検討が必要です。

要介護状態区分の長期間にわたる固定は、時として被保険者の利益を損なうことがあります。例えば介護の手間の改善がみられるにもかかわらず、同じ要介護状態区分で施設入所が継続されれば、利用者は不要な一部負担を支払い続けることになるといったことが挙げられます。また、一部の居宅介護サービスの利用においても同様の状況が起こりえます。

適切な有効期間を設定することは、保険財政、利用者負担等の観点から重要なことです。

図表 7 有効期間の原則

申請区分等	原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～6ヶ月
更新申請	前回要支援→今回要支援	3ヶ月～12ヶ月
	前回要支援→今回要介護	3ヶ月～6ヶ月
	前回要介護→今回要支援	3ヶ月～6ヶ月
	前回要介護→今回要介護	12ヶ月※

※ 前回要介護から今回要介護になる場合は、有効期間は原則 12 ヶ月となりますが、状態不安定による要介護 1 の場合は、6 ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

認定有効期間を原則より短期間に定めるのは、原則の有効期間が満了する前に現在の要介護状態区分が変化すると考えられる場合で、以下の状況が該当します。

- ◆ 審査対象者の身体上又は精神上的の障害の程度が 6 ヶ月以内において変動しやすい状態にあると考えられる場合（状態の維持・改善可能性の審査判定で「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」とし、要介護 1 と判定したものを含む）
- ◆ 施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ◆ その他、介護認定審査会が特に必要と認める場合

認定有効期間を原則より長期間に定めるのは、原則の有効期間よりも長期間に渡り現状の要介護状態区分が変化しないと考えられる場合で、以下の状況が該当します。

- ◆ 審査対象者の身体上または精神上的の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ◆ 長期間にわたり、審査判定時の状況が変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ◆ その他、介護認定審査会が特に必要と認める場合

(2) 議論のポイント

認定有効期間をより短く、または長く定める上での議論のポイントについて以下に示します。なお、これらは、一例であり、認定有効期間の議論においては、これら以外の議論を妨げるものではありません。

① 入退院の直後、リハビリテーション中など特殊な状況がある場合

介護保険制度は、心身の状態が安定した段階で申請を行なうことを前提としていますが、申請者によっては、入院中や退院直後に申請を行なうケースもみられます。特に主治医意見書の

内容などから、急速な変化が見込まれる場合は、要介護度や申請区分に限らず、短期間での有効期間を検討します。

② 急速に状態が変化している場合

前回の要介護度から大幅に悪化している場合など、心身の状態の急速な変化が認められる場合は、有効期間について慎重に検討します。急速な変化の原因が、特記事項、概況調査、主治医意見書から明らかにならない場合は、事務局に事前に問い合わせるなど、要介護状態区分が今後どのように変化するかを知る手がかりを得ることが重要です。

③ 長期間にわたり状態が安定していると考えられる場合

長期間にわたり、審査判定時の状況が変化しないと考えられる場合は、認定有効期間を延長することができます。たとえば、同一の施設に長期間入所し、介護の手間に大きな変化が生じていない場合等があげられます。

■ 3. 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見

(1) 基本的な考え方

介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付してください。

「介助の方法」の項目で、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であるとして、認定調査員が考える適切な介助の方法を選択した場合は、適切な介助の方法について意見を付することもできます。

ケアプランを作成する介護支援専門員は、必ずしも保健・医療・福祉のすべての分野に精通しているわけではありません。これらの有識者の集合体である合議体の視点から見て、特に必要である療養に関して意見を述べることで、被保険者にとってよりよいサービスが提供されることが期待されています。特に、実際に行われている介助が不適切な場合、療養に関する意見を付してください。

なお、介護認定審査会は意見を述べることはできますが、サービスの種類を直接に指定することはできません。

【例】

- 認知症の急激な悪化が見込まれるため、早急に専門医の診察を受けることが望ましい。
- えん下機能の低下が見られるため、口腔機能向上加算がされている通所介護サービスを利用することが望ましい。

(2) 療養についての意見が介護認定審査会から提示された場合の市町村の対応

「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」が付された場合、その意見に基づき、市町村はサービスの種類を指定することができます。ただし、市町村がサービスの種別を指定すると、申請者は指定されたサービス以外は利用できなくなるため、申請者の状況について慎重に検討する必要があります。

種類の指定にあたっては「通所リハビリテーションを含む居宅サービス」等、複数のサービスを組み合わせての指定が可能です。

特に、実際に行われている介助が不適切な場合や介護認定審査会から療養についての意見が付された場合に、市町村は介護支援専門員と連絡を取り、適切に介護が提供されるように努めることが重要です。

図表 8 介護認定審査会資料

取扱注意

介護認定審査会資料

平成20年12月16日 作成
 平成20年12月 1日 申請
 平成20年12月 5日 調査
 平成20年12月22日 審査

合議体番号： 000001 No. 1

被保険者区分： 第1号被保険者 年齢： 85歳 性別： 男 現在の状況： 居宅（施設利用なし）
 申請区分： 新規申請 前回要介護度： なし 前回認定有効期間： 月間

1 一次判定等
（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果： **要介護1**
 要介護認定等基準時間： 40.8分

食事	排泄	移動	清潔保持	閉鎖	認知関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	2.0	2.0	6.0	10.9	6.2	6.1	4.2	0.0

警告コード：
 3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

4 日常生活自立度
 障害高齢者自立度： J 2
 認知症高齢者自立度： I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果
 認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果： I
 主治医意見書： II a
 認知症自立度II以上の蓋然性： 81.9%
 状態の安定性： 安定
 給付区分： 介護給付

6 現在のサービス利用状況(なし)

2 認定調査項目

調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作	
1. 歩行 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある
2. 両腕 (肩関節) (肘関節) (手関節) (その他)	つかまれば可 つかまれば可 つかまれば可 つかまれば可
3. 寝返り	つかまれば可
4. 起き上がり	つかまれば可
5. 座位保持	自分で支えれば可
6. 両足での立位	支えが必要
7. 歩行	つかまれば可
8. 立ち上がり	つかまれば可
9. 片足での立位	支えが必要
10. 洗身	---
11. つの切り	---
12. 視力	---
13. 聴力	---
第2群 生活機能	
1. 排便	---
2. 移動	---
3. えん下	---
4. 食事摂取	---
5. 排便	---
6. 排便	---
7. 口腔清潔	---
8. 洗髪	---
9. 髪型	---
10. 上衣の着脱	---
11. スリッパ等の着脱	---
12. 外出頻度	---
第3群 認知機能	
1. 意思の伝達	---
2. 毎日の日課を理解	---
3. 生年月日をいう	---
4. 短期記憶	---
5. 自分の名前をいう	---
6. 今の季節を理解	---
7. 場所の理解	---
8. 季節	---
9. 外出して戻れない	---
第4群 精神・行動障害	
1. 被害的	---
2. 作話	---
3. 感情が不安定	---
4. 昼夜逆転	---
5. 同じ話を繰り返す	---
6. 大声を出す	---
7. 介護に抵抗	---
8. 落ち着きなし	---
9. 一人で出たがる	---
10. 喧嘩癖	---
11. 物や衣服を壊す	---
12. ひどい物忘れ	ある
13. 独り言・独り笑い	---
14. 自分勝手に行動する	---
15. 話がまとまらない	ときどきある
第5群 社会生活への適応	
1. 業の内服	一部介助
2. 金銭の管理	一部介助
3. 日常の意思決定	特別な場所以外可
4. 薬理への不遵従	---
5. 重い物	見守り等 介助
6. 簡単な調理	---

〈特別な医療〉

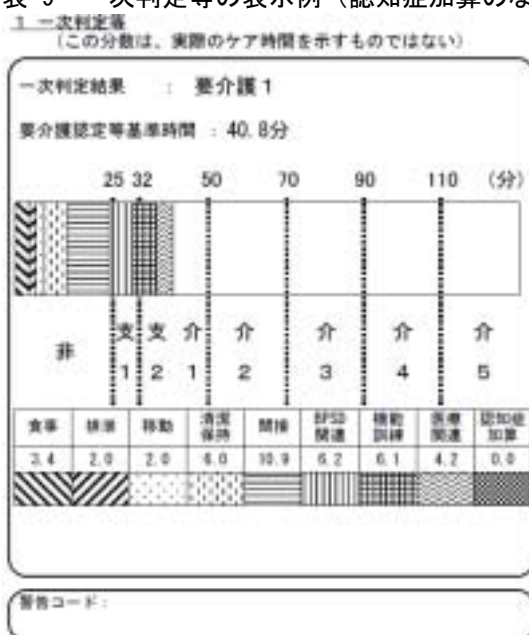
点滴の管理	気管切開の処置
中心静脈栄養	疼痛の看護
透析	経管栄養
ストーマの処置	モニター測定
酸素療法	じよくそうの処置
レスピレーター	カテーテル

介護認定審査会においては、一次判定結果が記載されている介護認定審査会資料は、基本的に図表 8 の様式で提示されます。本資料に示される一次判定結果や各指標については、以下のとおりです。

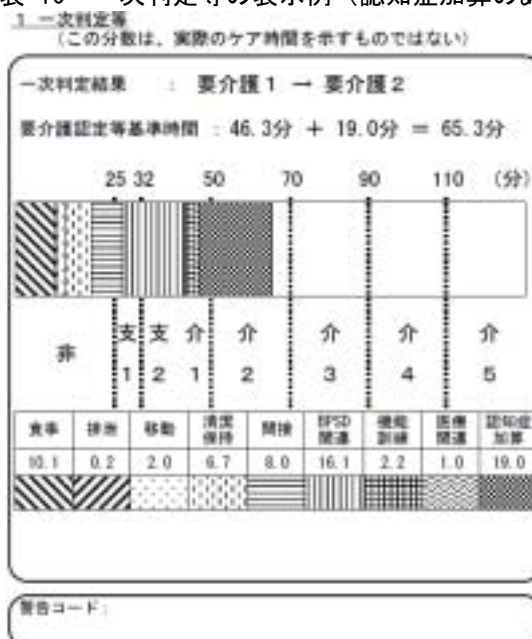
介護認定審査会資料に表示される項目は、必ずしもすべてが審査に直接影響するものばかりではありません。一次判定結果を導出する際に算出される途上での値や参考情報も記載されています。表示されている項目それぞれの意味を理解した上で情報を活用してください。

■ 1. 一次判定等

図表 9 一次判定等の表示例（認知症加算のない場合）



図表 10 一次判定等の表示例（認知症加算のある場合）



(1) 一次判定結果

認定調査結果に基づき算出された要介護認定等基準時間等により、「非該当」、「要支援 1」、「要支援 2」、「要介護 1」、「要介護 2」、「要介護 3」、「要介護 4」、「要介護 5」のいずれかが表示されます。

図表 11 要介護状態区分等と要介護認定等基準時間との関係

区分	要介護認定等基準時間
非該当	25 分未満
要支援 1	25 分以上 32 分未満
要支援 2・要介護 1	32 分以上 50 分未満
要介護 2	50 分以上 70 分未満
要介護 3	70 分以上 90 分未満
要介護 4	90 分以上 110 分未満
要介護 5	110 分以上

(2) 要介護認定等基準時間

要介護認定は、「介護の手間」の多寡により要介護度を判定するものです。要介護認定等基準時間は、その人の「能力」、「介助の方法」、「(障害や現象の) 有無」から統計データに基づき推計された介護に要する時間（介護の手間）を「分」という単位で表示したものです。この時間に基づいて一次判定の要介護度が決定されます。

これらの時間は、実際のケア時間を示すものではありませんが、各行為ごとの介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示しており、またこれにより一次判定ソフトがどの行為により多くの介護時間を要すると判断しているかを知ることができます。

図表 12 行為区分毎の時間が表す行為

直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
BPSD 関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助等

※ 直接生活介助については、食事、排泄、移動、清潔保持にわけて推計されます。

要介護認定等基準時間は、日常生活における 8 つの生活場面ごとの行為（「食事」、「排泄」、「移動」、「清潔保持」、「間接生活介助」、「BPSD 関連行為」、「機能訓練関連行為」、「医療関連行為」）の区分毎の時間と「認知症加算」の時間の合計となっています。各区分ごとの時間は、巻末の資料 7 の樹形モデルに基づいて算出されます。これらの時間は、実際のケア時間を示す

ものではありませんが、各行為ごとの介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示しており、またこれにより一次判定ソフトがどの行為により多くの介護時間を要すると判断しているかを知ることができます。

介護認定審査会資料では、帯グラフで、行為区分ごとの時間が表示されるようになっています。

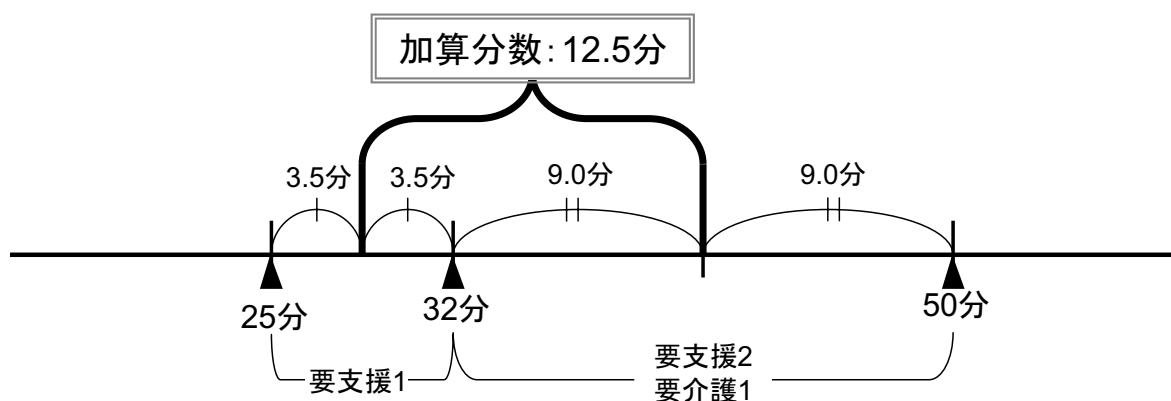
(3) 認知症加算

運動能力の低下していない認知症高齢者に関しては、過去の全国での審査データを分析し、得られた結果に基づき、時間（＝介護の手間）を加算して表示する形式になっています。

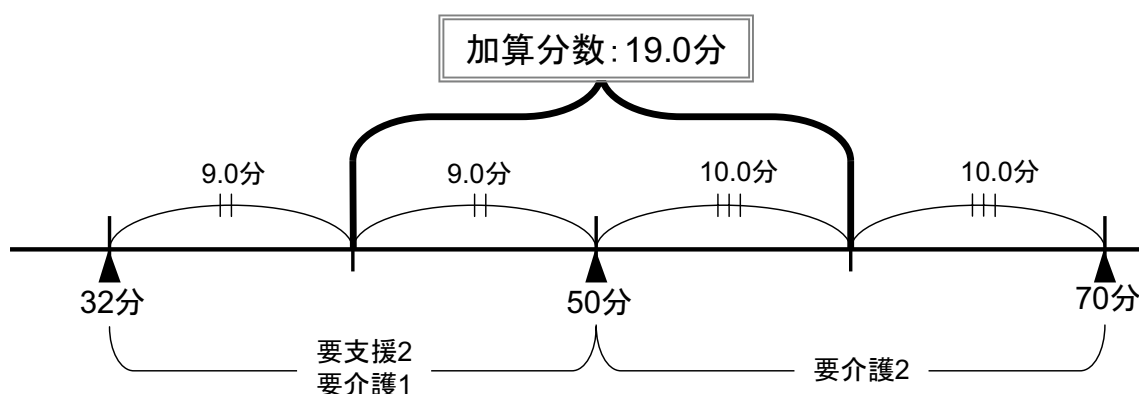
前出の図表 10 の例では認知症加算時間 19.0 分が加算され、一次判定は「要介護 2」として取り扱います。

従来は、レ点で表示されていた項目です。

図表 13 要支援 1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



図表 14 要支援 2・要介護 1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



運動能力の低下していない認知症高齢者の指標については、平成 15 年度の認定ロジックの改訂の際に導入された考え方です。運動能力の低下していない認知症高齢者であって、過去のデータから、介護認定審査会の審査を経ることで、要介護認定等基準時間で示された要介護状態区分より高い区分の判定がされるグループについての特性を同定し、その特性がある高齢者には介護認定審査会資料に“レ”のマークを表示し、その数に応じて要介護状態区分を一段階、

ないし二段階上げる判定を行っていたものです。「レ点の制度」と呼ばれることがあります。

そもそも、要介護認定の審査判定では、要介護認定等基準時間を基本として、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要するかどうかの判断に基づいて行うこととされていますが、レ点の制度では、運動能力の低下していない認知症高齢者の評価が要介護状態区分の段階で加味されてしまうため、評価後の要介護認定等基準時間が意味を失ってしまうという問題がありました。

平成 21 年度からは、要介護認定等基準時間の観点に基づき介護の手間について特記事項および主治医意見書から議論する審査判定原則に立ち返ることを目的として、従来のレ点の制度のような一段階ないし二段階繰り上がる方式から、認知症加算として、基準時間を積み足す方式に改め、要介護認定等基準時間の考え方との整合を図りました。

樹形モデルから算出された時間から導き出される要介護状態区分が必ず繰り上がるように、隣り合う要介護状態区分の境目の分数の中間点の差を積み足す分数としています（図表 13 及び 14）。

なお、運動能力が低下していない認知症高齢者のケア時間の加算がされるケースの決定方法は資料 5 を参照してください。

(4) 警告コード

一次判定ソフトに認定調査結果が入力された際、異なる 2 つ以上の調査項目において、同時に出現することがまれな組み合わせがあった場合に、入力上のミスがないかどうかを確認していただくために表示されます。

審査会事務局による事前の資料確認作業や一次判定の修正・確定作業において活用することができます。

警告コードの一覧は巻末の資料 4 を参照してください。

■ 2. 認定調査項目

(1) 62 項目の認定調査結果

1 群から 5 群までの 62 項目の認定調査の各項目に関する調査結果が表示されます。

認定調査項目は、「能力で評価する調査項目」、「介助の方法で評価する調査項目」、「有無で評価する調査項目」の 3 種類があり、それぞれの調査結果が表示されます。ただし、現在の調査結果の欄には「介助されていない」、「できる」、「ない」、「普通」、「週 1 回以上」の場合は表示がされません。

前回結果は、今回の調査結果と異なる項目のみが表示されます。（「介助されていない」、「できる」、「ない」、「普通」、「週 1 回以上」の場合でも、現状と異なる場合は表示されます。）

これらの項目は、一次判定ソフトで要介護認定等基準時間を算出するための入力データであるため、介護の手間については、要介護認定等基準時間として、既に盛り込まれているものです。各群の選択肢の多寡などから介護の手間にかかる審査判定で一次判定の変更の理由とするのは適切ではありません。

図表 15 認定調査項目の表示例

		調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作			
1.	麻痺 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある	- - - -
2.	拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)		- - - -
3.	寝返り	つかまれば可	-
4.	起き上がり	つかまれば可	-
5.	座位保持	自分で支えれば可	-
6.	両足での立位	支えが必要	-
7.	歩行	つかまれば可	-
8.	立ち上がり	つかまれば可	-
9.	片足での立位	支えが必要	-
10.	洗身		-
11.	つめ切り		-
12.	視力		-
13.	聴力		-
第2群 生活機能			
1.	移乗		-
2.	移動		-
3.	えん下		-
4.	食事摂取		-
5.	排尿		-
6.	排便		-
7.	口腔清潔		-
8.	洗顔		-
9.	整髪		-
10.	上衣の着脱		-
11.	ズボン等の着脱		-
12.	外出頻度		-
第3群 認知機能			
1.	意思の伝達		-
2.	毎日の日課を理解		-
3.	生年月日をいう		-
4.	短期記憶		-
5.	自分の名前をいう		-
6.	今の季節を理解		-
7.	場所の理解		-
8.	徘徊		-
9.	外出して戻れない		-
第4群 精神・行動障害			
1.	被害的		-
2.	作話		-
3.	感情が不安定		-
4.	昼夜逆転		-
5.	同じ話をする		-
6.	大声を出す		-
7.	介護に抵抗		-
8.	落ち着きなし		-
9.	一人で出たがる		-
10.	収集癖		-
11.	物や衣類を壊す		-
12.	ひどい物忘れ	ある	-
13.	独り言・独り笑い		-
14.	自分勝手に行動する		-
15.	話がまとまらない	ときどきある	-
第5群 社会生活への適応			
1.	薬の内服	一部介助	-
2.	金銭の管理	一部介助	-
3.	日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4.	集団への不適応		-
5.	買い物	見守り等	-
6.	簡単な調理	全介助	-

(2) 特別な医療

12項目の特別な医療が行われている場合、調査項目に「ある」と表示されます。特別な医療の項目が「ある」場合、医療行為ごとに定められた分数が、行為区分毎の時間の「医療関連行為」の項目に加算されます。（「医療関連行為」の行為区分毎の時間は、樹形モデルに従って算出された時間に特別な医療の時間を加算した値が表示されます。）

特別な医療に関しては、前回の調査結果は表示されません。

図表 16 特別な医療の表示例

<特別な医療>

点滴の管理	:	気管切開の処置	:
中心静脈栄養	:	疼痛の看護	:
透析	:	経管栄養	:
ストーマの処置	:	モニター測定	:
酸素療法	:	じょくそうの処置	:
レスピレーター	:	カテーテル	:

■ 3. 中間評価項目得点

認定調査項目の各群においてそれぞれ、最高 100 点、最低 0 点となるように、各群内の選択の結果に基づき表示されます。（算出の方法は資料 3 を参照）

この数値は、群ごとに評価される機能・行動等に関する特徴を示しています。中間評価項目得点は、樹形モデルの中での分岐時の基準に使用されますが、直接的に介護の手間を示す指標ではないため、この値の大小のみをもって要介護度を推測することはできません。したがって、介護認定審査会で、一次判定の変更の理由にすることは適当ではありません。

また、調査項目は群ごとにそれぞれ異なる重みづけにより計算されているため、各群の得点の比較や、加減乗除して得られる値は意味をなしません。

図表 17 中間評価項目得点表の表示例

第 1 群	第 2 群	第 3 群	第 4 群	第 5 群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

■ 4. 日常生活自立度

認定調査結果の日常生活自立度が表示されています（主治医意見書に記載されているものではありません）。

一次判定ソフトでは、運動能力の低下していない認知症高齢者の加算と状態の維持・改善可能性にかかる審査（要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満に相当する者の判定）の際に利用されています。

図表 18 日常生活自立度の表示例

障害高齢者自立度	: J 2
認知症高齢者自立度	: I

■ 5. 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示

要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満のものを「要支援 2」と「要介護 1」へ振り分ける際に参照します。

平成 18 年の制度改正では、予防給付の導入に伴い、介護認定審査会の判断により、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」又は「認知機能や思考・感情等の障害により十分な説明を行ってもなお、予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態」のみを「要介護 1」と判定していました。

平成 21 年度改正では、基本的な振り分けの考え方は継続し、認知症自立度 II 以上の蓋然性、状態の安定性の推計結果を一次判定ソフトが推計し、「要介護 1」と判定する際の上記 2 つの状態像を推測し、その結果を判定の参考となるように表示したものです。

図表 19 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示例

認知症高齢者の日常生活自立度	
認定調査結果	: I
主治医意見書	: II a
認知症自立度 II 以上の蓋然性	: 81.9%
状態の安定性	: 安定
給付区分	: 介護給付

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果と主治医意見書の日常生活自立度が表示されます。

(2) 認知症自立度 II 以上の蓋然性

認知症高齢者の日常生活自立度が認定調査、主治医意見書で、一方が「自立または I」、他方が「II 以上」と異なる場合に表示されます。

認定調査の結果及び主治医意見書の結果から推定された認知症高齢者の日常生活自立度が「II 以上」である蓋然性が表示されます。

図表 19 の例では「II 以上」であることが 81.9%確からしいことを示しています。

(3) 状態の安定性

「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」について、認定調査項目の結果から、「安定」と「不安定」のいずれかを一次判定ソフトで推計し、結果を表示します。(ロジックに関しては資料6を参照)

(4) 給付区分

認知症高齢者の日常生活自立度を含む認定調査の結果および主治医意見書から、状態の維持・改善可能性を評価し、「予防給付」と「介護給付」のいずれかの給付区分が表示されます。

また、ここで評価された給付区分に基づき、一次判定での「要支援2」または「要介護1」の表示がなされます。

■ 6. サービスの利用状況

認定調査を行った月のサービス利用状況が表示されます。現在受けている給付区分が「予防給付」であるか「介護給付」であるかによって表示される内容が異なります。

なお、当該月のサービス利用状況が通常と異なる場合は、認定調査を行った日の直近の月のサービス利用状況が表示されます。

サービスの利用状況はあくまで参考情報であり、サービスを利用している者としていない者で、判断が異なる審査では、公平性が担保できないため、この情報を一次判定変更の根拠に用いることは認められていません。

図表 20 サービス利用状況の表示例

6 現在のサービス利用状況 (介護給付)	5 現在のサービス利用状況 (予防給付)
訪問介護 (ホームヘルプサービス) : 0 回 / 月	介護予防訪問介護 (ホームヘルプサービス) : 4 回 / 月
訪問入浴介護 : 0 回 / 月	介護予防訪問入浴介護 : 0 回 / 月
訪問看護 : 0 回 / 月	介護予防訪問看護 : 0 回 / 月
訪問リハビリテーション : 0 回 / 月	介護予防訪問リハビリテーション : 0 回 / 月
居宅療養管理指導 : 0 回 / 月	介護予防居宅療養管理指導 : 0 回 / 月
通所介護 (デイサービス) : 8 回 / 月	介護予防通所介護 (デイサービス) : 0 回 / 月
通所リハビリテーション : 0 回 / 月	介護予防通所リハビリテーション : 0 回 / 月
短期入所生活介護 (ショートステイ) : 0 日 / 月	介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) : 0 日 / 月
短期入所療養介護 : 0 日 / 月	介護予防短期入所療養介護 : 0 日 / 月
特定施設入居者生活介護 : 0 日 / 月	介護予防特定施設入居者生活介護 : 0 日 / 月
福祉用具貸与 : 0 品目	介護予防福祉用具貸与 : 1 品目
特定福祉用具販売 : 0 品目 / 6月間	特定介護予防福祉用具販売 : 0 品目 / 6月間
住宅改修 : なし	住宅改修 : あり
認知症対応型訪問介護 : 0 日 / 月	介護予防認知症対応型通所介護 : 0 回 / 月
認知症対応型通所介護 : 0 日 / 月	介護予防小規模多機能型居宅介護 : 0 回 / 月
小規模多機能型居宅介護 : 0 日 / 月	介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) : 0 日 / 月
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) : 0 日 / 月	
地域密着型特定施設入居者生活介護 : 0 日 / 月	
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 : 0 日 / 月	

■ 1. 特別な医療

図表 21 特別な医療における時間

区分	番号	項目名	時間(単位:分)
処置内容	1	点滴の管理	8.5
	2	中心静脈栄養	8.5
	3	透析	8.5
	4	ストーマの処置	3.8
	5	酸素療法	0.8
	6	レスピレーター	4.5
	7	気管切開の処置	5.6
	8	疼痛の看護	2.1
	9	経管栄養	9.1
特別な対応	10	モニター測定	3.6
	11	じょくそうの処置	4.0
	12	カテーテル	8.2

■ 2. 麻痺の種類

図表 22 麻痺の種類

番号	調査項目における選択肢				麻痺の種類
	左上肢	右上肢	左下肢	右下肢	
1	ない	ない	ない	ない	ない
2	ある	ない	ない	ない	いずれか一肢のみ
3	ない	ある	ない	ない	いずれか一肢のみ
4	ない	ない	ある	ない	いずれか一肢のみ
5	ない	ない	ない	ある	いずれか一肢のみ
6	ある	ある	ない	ない	その他の四肢の麻痺
7	ある	ない	ある	ない	左上下肢あるいは右上下肢のみ
8	ある	ない	ない	ある	その他の四肢の麻痺
9	ない	ある	ある	ない	その他の四肢の麻痺
10	ない	ある	ない	ある	左上下肢あるいは右上下肢のみ
11	ない	ない	ある	ある	両下肢のみ
12	ある	ある	ある	ない	その他の四肢の麻痺
13	ある	ある	ない	ある	その他の四肢の麻痺
14	ある	ない	ある	ある	その他の四肢の麻痺
15	ない	ある	ある	ある	その他の四肢の麻痺
16	ある	ある	ある	ある	その他の四肢の麻痺

■ 3. 中間評価項目得点

図表 23 中間評価項目得点

1 身体機能・起居動作	麻痺の種類	ない	6.5	いずれか一肢のみ	5.5	両下肢のみ	3.9	左上下肢あるいは 右上下肢	3.3	その他の 四肢の麻痺	0
	拘縮(肩関節)	ない	2.3	ある	0						
	拘縮(股関節)	ない	2.7	ある	0						
	拘縮(膝関節)	ない	1.1	ある	0						
	寝返り	できる	9.0	つかまれば可	6.5	できない	0				
	起き上がり	できる	8.8	つかまれば可	6.7	できない	0				
	座位保持	できる	10.0	自分で支えれば可	8.4	支えが必要	4.7	できない	0		
	両足での立位	できる	8.7	支えが必要	6.2	できない	0				
	歩行	できる	7.6	つかまれば可	5.5	できない	0				
	立ち上がり	できる	9.7	つかまれば可	7.1	できない	0				
	片足での立位	できる	7.3	支えが必要	5.4	できない	0				
	洗身	介助されていない	6.2	一部介助	4.4	全介助	0	行っていない	0		
	つめ切り	介助されていない	4.1	一部介助	2.8	全介助	0				
	視力	普通	5.2	1m先が見える	4.0	目の前が見える	2.9	ほとんど見えず	0	判断不能	0
聴力	普通	10.8	やっと聞こえる	10.6	大声が聞こえる	9.8	ほとんど聞こえず	9.0	判断不能	0	
2 生活機能	移乗	介助されていない	9.1	見守り等	6.9	一部介助	3.5	全介助	0		
	移動	介助されていない	8.1	見守り等	6.4	一部介助	3.7	全介助	0		
	えん下	できる	10.2	見守り等	7.2	できない	0				
	食事摂取	介助されていない	9.8	見守り等	6.8	一部介助	4.6	全介助	0		
	排尿	介助されていない	7.2	見守り等	5.9	一部介助	5.1	全介助	0		
	排便	介助されていない	7.2	見守り等	5.7	一部介助	4.9	全介助	0		
	口腔清潔	介助されていない	9.3	一部介助	5.2	全介助	0				
	洗顔	介助されていない	9.0	一部介助	5.1	全介助	0				
	整髪	介助されていない	7.9	一部介助	4.1	全介助	0				
	上衣の着脱	介助されていない	9.4	見守り等	8.0	一部介助	5.7	全介助	0		
	ズボン等の着脱	介助されていない	8.7	見守り等	7.3	一部介助	5.4	全介助	0		
	外出頻度	週1回以上	4.1	月1回以上	3.4	月1回未満	0				
	意思の伝達	できる	17.7	ときどきできる	12.5	ほとんど不可	4.2	できない	0		
	3 認知機能	毎日の日課を理解	できる	7.6	できない	0					
生年月日をいう		できる	11.3	できない	0						
短期記憶		できる	7.0	できない	0						
自分の名前をいう		できる	16.3	できない	0						
今の季節を理解		できる	9.1	できない	0						
場所の理解		できる	11.6	できない	0						
徘徊		ない	9.5	ときどきある	2.7	ある	0				
外出して戻れない		ない	9.9	ときどきある	4.7	ある	0				
被害的		ない	7.0	ときどきある	3.2	ある	0				
作話		ない	8.2	ときどきある	3.4	ある	0				
4 精神・行動障害	感情が不安定	ない	5.0	ときどきある	2.5	ある	0				
	昼夜逆転	ない	4.2	ときどきある	1.9	ある	0				
	同じ話をする	ない	4.9	ときどきある	3.0	ある	0				
	大声をだす	ない	7.0	ときどきある	2.8	ある	0				
	介護に抵抗	ない	6.1	ときどきある	2.4	ある	0				
	落ち着きなし	ない	7.8	ときどきある	2.1	ある	0				
	一人で出たがる	ない	8.7	ときどきある	2.3	ある	0				
	収集癖	ない	8.3	ときどきある	1.6	ある	0				
	物や衣類を壊す	ない	10.7	ときどきある	2.3	ある	0				
	ひどい物忘れ	ない	4.0	ときどきある	3.3	ある	0				
	独り言・独り笑い	ない	6.5	ときどきある	2.3	ある	0				
	自分勝手に行動する	ない	6.3	ときどきある	3.0	ある	0				
	話がまとまらない	ない	5.3	ときどきある	1.9	ある	0				
	5 社会生活への適応	薬の内服	介助されていない	21.2	一部介助	9.9	全介助	0			
金銭の管理		介助されていない	18.2	一部介助	9.5	全介助	0				
日常の意思決定		できる	22.5	特別な場合を除いて できる	13.7	日常的に困難	5.5	できない	0		
集団への不適応		ない	6.1	ときどきある	1.8	ある	0				
買い物		介助されていない	16.6	見守り等	9.2	一部介助	7.4	全介助	0		
簡単な調理		介助されていない	15.4	見守り等	9.0	一部介助	8.6	全介助	0		

■ 4. 警告コード

「警告コード」とは、一次判定ソフトに認定調査結果が入力された際、異なる2つの調査項目において、同時に出現することが不自然であると思われる、「まれな組み合わせ」があった場合に、入力上のミスがないかどうかを確認するために、介護認定審査会資料に表示されるものです。

ただし、警告コードが表示されない場合でも、高齢者の状態として不自然な組み合わせは発生しえます。不自然な組み合わせが残ったまま二次判定を行うと、特記事項からイメージされる状態と一次判定結果が不整合であると感じる場合があります。一見すると不自然な組み合わせでも、実際にありうる組み合わせも存在することから、無理に整合性を取る必要はありませんが、そうした不整合の発生が審査上のポイントとなる場合も多く、常に留意すべきです。

また、この不整合の原因となる不自然な組み合わせの内容をよく吟味せずに二次判定で整合性をとるといった手続きを行うと、一次判定ソフトの導出する結果はおかしいとの誤解を抱く場合もあります。このように、ソフトに入力する情報である基本調査の選択自体に誤りがあって、それによりソフト自体の信頼性を低下させているといった事例が多く見られます。このような事態の防止のためにも不自然な組み合わせを事前に確認することは重要です。

図表 24 警告コード

警告コード	説明
01	「1-3 寝返り」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
02	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
03	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
04	「1-5 座位保持」が「3.支えが必要」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
05	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-6 両足での立位」が「1.できる」
06	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
07	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
08	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
09	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
10	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
11	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
12	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
13	「1-7 歩行」が「1.できる」にもかかわらず、「2-1 移乗」が「4.全介助」
14	「1-7 歩行」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
15	「2-1 移乗」が「4.全介助」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
16	「1-8 立ち上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
17	「2-3 えん下」が「3.できない」にもかかわらず、「2-4 食事摂取」が「1.介助されていない」
18	「2-3 えん下」が「3.できない」にもかかわらず、「5-1 薬の内服」が「1.介助されていない」
19	「1-11 つめ切り」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-11 物や衣服を壊す」が「3.ある」
20	「5-1 薬の内服」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-11 物や衣服を壊す」が「3.ある」
21	「5-2 金銭の管理」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「3-8 徘徊」が「3.ある」