

# 介護保険制度の解説(平成 21 年 5 月版) 追補 法令編

平成 21 年 10 月 30 日・社会保険研究所

平成 21 年 10 月 1 日からの要介護認定等の方法の見直しにともない、法令編に掲載している下記左段の通知が廃止され、右段の通知が新たに発出されています。実質的な変更点は下表のとおりです。

927 頁	・介護認定審査会の運営について(平成 21 年 3 月 31 日・老発第 0331006 号)	・介護認定審査会の運営について(平成 21 年 9 月 30 日・老発 0930 第 6 号)
941 頁	・要介護認定等の実施について(平成 21 年 3 月 31 日・老発第 0331005 号)	・要介護認定等の実施について(平成 21 年 9 月 30 日・老発 0930 第 5 号)
949 頁	・要介護認定等の方法の見直しに伴う経過措置について(平成 21 年 4 月 17 日)	・[廃止]

頁	箇所	旧通知	新通知
927	通知タイトル	<b>介護認定審査会の運営について</b> (平成 21 年 3 月 31 日・老発第 0331006 号)	<b>介護認定審査会の運営について</b> (平成 21 年 9 月 30 日・老発 0930 第 6 号)
	左段 1 行目	<p>介護認定審査会の具体的な運営については、従前「介護認定審査会の運営について」(平成 18 年 3 月 17 日老発第 0317002 号厚生労働省老健局長通知。以下「平成 18 年 3 月老発第 0317002 号通知」という。)により取扱われていたところであるが、今般、「要介護認定等基準時間の推計の方法(平成 12 年厚生省告示第 91 号)の一部を改正する件」(平成 21 年厚生労働省告示第 189 号)が公布され、平成 21 年 4 月 1 日から施行されることに伴い、介護認定審査会が審査判定を行う場合の取扱い方法等について、別添によることとし、平成 21 年 4 月 1 日から適用することとしたので、通知する。</p> <p>なお、本通知の施行に伴い、平成 18 年 3 月老発第 0317002 号通知は平成 21 年 3 月 31 日をもって廃止する。</p>	<p>介護認定審査会の具体的な運営については、これまで本職通知「介護認定審査会の運営について」(平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331006 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。)により取扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、介護認定審査会が審査判定を行う場合の取扱い方法等について、別添のとおり「介護認定審査会運営要綱」を定め、本年 10 月 1 日から適用することとしたので、通知する。</p> <p>なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。</p>
	左段下から 18 行目	<p><b>2 認定審査会の委員の構成</b></p> <p>1) <b>委員の構成</b></p> <p>委員は、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。その際、以下の点について留意する。</p> <p>学識経験の判断について</p> <p>委員の学識経験の分野等については、市町村長が個々の委員について判断する。</p>	<p><b>2 認定審査会の構成</b></p> <p>1) <b>委員</b></p> <p>委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長(特別区にあっては区長。以下同じ。)が任命する。その際、以下の点について留意する。</p> <p>委員の任期について</p> <p>委員の任期は、2 年とし、再任することができる。</p> <p>会長について</p> <p>認定審査会に会長 1 人を置き、委員の互選によって選任する。</p> <p>なお、会長が出席できない場合、あらかじめ</p>

		<p>— 保険者との関係について</p> <p>認定審査会における審査判定の公平性を確保するために、原則として保険者である市町村の職員以外の者を委員として委嘱することとするが、委員確保が困難な場合は、保健・医療・福祉の専門職であって認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することは差し支えない。</p> <p>— 認定調査員との兼務について</p> <p>委員は、当該保険者の認定調査員として認定調査に原則として従事することはできない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員が認定調査に従事せざるを得ない場合はこの限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定については、当該委員が所属する合議体では行わない。</p>	<p>め指名された委員がその職務を代行する。</p> <p>— 保険者との関係について</p> <p>認定審査会における審査判定の公平性を確保するため、原則として保険者である市町村の職員を委員として委嘱することができない。ただし、委員確保が困難な場合、保健・医療又は福祉の学識経験者であり、認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することができる。</p> <p>— 認定調査員との兼務について</p> <p>委員は、原則として、当該保険者の認定調査員として認定調査に従事することができない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員が認定調査に従事せざるを得ない場合においては、この限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定について、当該委員が所属する合議体では行うことができない。</p> <p>— 守秘義務について</p> <p>委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務がある。</p>
<p>右段上から8行目</p>		<p>2) <b>合議体の設置</b></p> <p>合議体についても、保健・医療・福祉の各分野に関する学識経験の均衡に配慮した構成とする。</p> <p>合議体の委員の定数については、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、<u>少なくとも3人を下回って定めることはできない。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合</li> <li>・委員の確保が著しく困難な場合</li> </ul> <p><u>特定の分野の委員の確保が困難な場合にあつては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。</u></p> <p><u>認定審査会に設置する合議体は、一定期間中は固定した構成とすることとするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員をおいた上で、概ね3か月以上の間隔を置いて合議体に所属する委員を変更することは可能である。な</u></p>	<p>2) <b>合議体</b></p> <p>合議体の設置</p> <p>認定審査会は、委員のうちから会長が指名する者をもって構成する合議体で、審査及び判定の案件を取り扱う。</p> <p>合議体の構成</p> <p>合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3人を下回ることはいない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合</li> <li>・委員の確保が著しく困難な場合</li> </ul> <p><u>一定期間中は同じ委員構成とするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員を設置した場合であつて、概ね3か月以上の間隔を置いて合議体に所属する委員を変更することは可能である。特定の分野の委員の確保が困難な場合にあつては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する</u></p>

		<p>お委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。</p> <p>なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではない。</p> <p><b>3 認定審査会の会長職務の代行者の指名</b></p> <p>認定審査会の会長は、会長に事故あるときにその職務を代行する委員をあらかじめ指名する。</p> <p><b>4 合議体の長及びその職務の代行者の指名</b></p> <p>市町村が別段の定めをおく場合を除いて、合議体の長は合議体を招集し、その会務を総理する。</p> <p>合議体の長が所属する合議体の会議に出席できないときは、当該合議体に所属する委員であって合議体の長があらかじめ指名するものがその職務を代理する。</p>	<p>方式でも差し支えない。</p> <p>また、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。</p> <p>委員の所属</p> <p>委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。</p> <p>なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員を所属させることができない。</p> <p>合議体の長について</p> <p>合議体に長を1人置き、当該合議体を構成する委員の互選によって選任する。</p> <p>なお、合議体の長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。</p>
928	左段上から6行目	<p><b>5 認定審査会の議決</b></p> <p>認定審査会（合議体を置く場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健・医療・福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。</p> <p>審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得るよう努める。その上で、認定審査会の議事は、会長（合議体にあつては合議体の長をいう。以下同じ。）を含む出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。</p> <p><b>6 審査及び判定</b></p>	<p><b>3) 会議について</b></p> <p>認定審査会は、会長が招集する（合議体の場合は、基本的に合議体の長が招集する。）。認定審査会（合議体の場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健・医療又は福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。</p> <p>審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得るよう努める。その上で、認定審査会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。</p> <p><b>3 審査及び判定</b></p>
	左段下から4行目	<p>さらに、特に必要がある場合については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項</li> <li>・居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項</li> </ul> <p>について意見を付する。（7 3）参照）</p>	<p>さらに、特に必要がある場合については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認定の有効期間</li> <li>・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項</li> <li>・居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項</li> </ul> <p>について意見を付する。（4 3）参照）</p>

右段上から11行目	<h2 style="text-align: center;">7 認定審査会開催の手順</h2>	<h2 style="text-align: center;">4 認定審査会開催の手順</h2>
右段下から15行目	<p>これらの資料については、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、あらかじめ認定審査会委員に配布することが望ましい。</p> <p><b>2) 審査及び判定の手順（別紙3による）</b></p> <p>基本調査の結果を、特記事項及び主治医意見書の内容と比較検討し、基本調査の結果との明らかな矛盾がないか確認する。</p> <p>これらの内容に不整合があった場合には再調査を実施するか、必要に応じて主治医及び認定調査員に照会した上で基本調査の結果の一部修正が必要と認められる場合には、調査結果の一部修正を行う。なお、調査結果の一部修正を行う場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のによるものとする。</p> <p>なお、再調査後の審査判定は、原則として前回と同一の認定審査会又はその合議体において審査判定を行うこととする。</p> <p>また、第2号被保険者の審査判定にあたっては、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が特定疾病によって生じていることを別途老人保健課長名で通知する「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。</p> <p>なお、主治医意見書を記載した医師が当該診断基準を直接用いていない場合は、主治医意見書記載事項を診断基準に当てはめた上で、特定疾病に該当しているかどうかにつき確認する。</p> <p>次に、一次判定の結果（基本調査の結果の一部を修正した場合には一次判定ソフトを用いて再度一次判定を行うなどにより得られた一次判定の結果）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手に係る審査判定を行う。</p> <p>特に認定調査員に対し、介護が不足している等の対象者の具体的な状況について特記事項に記載するよう徹底していることから認定審査会においても当該情報を積極的に勘案し審査判定を行う。</p> <p>認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例</p>	<p>これらの資料については、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、あらかじめ認定審査会委員に配布することが望ましい。</p> <p><u>また、効率的に認定審査会を運営するために、認定審査会開始前に合議体長又は認定審査会事務局に一次判定結果を修正する必要がある場合や意見がある場合は、個別に必要な審査時間を確保することもできる。</u></p> <p><b>2) 審査及び判定の手順（別紙3による）</b></p> <p><u>一次判定の修正・確定</u></p> <p>基本調査の結果を、特記事項及び主治医意見書の内容と比較検討し、基本調査の結果との不整合がないか確認する。</p> <p>これらの内容に不整合があった場合には再調査を実施するか、必要に応じて主治医及び認定調査員に照会した上で基本調査の結果の一部修正が必要と認められる場合には、調査結果の一部修正を行う。なお、調査結果の一部修正を行う場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のによるものとする。</p> <p>なお、再調査後の審査判定は、原則として前回と同一の認定審査会又はその合議体において審査判定を行うこととする。</p> <p>また、第2号被保険者の審査判定にあたっては、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が特定疾病によって生じていることを別途老人保健課長名で通知する「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。</p> <p>なお、主治医意見書を記載した医師が当該診断基準を直接用いていない場合は、主治医意見書記載事項を診断基準に当てはめた上で、特定疾病に該当しているかどうかにつき確認する。</p> <p>また、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る。</p> <p><u>一次判定の修正・確定に当たっては、以下の点に留意すること。</u></p> <p><u>基本調査の選択と特記事項の不整合がある場合</u></p> <p>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、各基本調査の定義に基づき、基本調査の選択</p>

に比べてより長い(短い)時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する。

介護の手に係る審査判定において一次判定の結果を変更する場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」の によるものとする。

介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態と判定した場合には、認定審査会資料に示された「認知機能・状態の安定性の評価結果」を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、別紙5の「予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について」を参照して、状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかについて、判定を行う。

肢を修正する。

日頃の状況と異なる場合

基本調査のうち、「寝返り」等の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あるが、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る。特記事項又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となる。「麻痺等の有無」及び「拘縮の有無」の項目も同様に実際の試行による評価が原則であるが、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るので、特記事項又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、確認する。

より頻回な状況で選択している場合

基本調査のうち、「洗身」等の介助の方法で評価する項目は、基本調査の定義上、一定期間(調査日より概ね過去1週間とする(「つめ切り」は概ね過去1ヶ月。))の状況において、より頻回に見られる状況で選択される。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、例えば「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、確認する。

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項目は、具体的に介助が「行われている」か「行われてない」の軸で選択を行うことを原則としているが、「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、認定審査会の判断を仰ぐことができることとなっている。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、必要に応じて修正する。修正する場合、その根拠を特記事項又は主治医意見書の記載の中から明らかにする。

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る。

#### 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る（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る）。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・修正を行う。

#### 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る。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おり、要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、確認は重要である。

#### 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確認

日常生活自立度に関連する項目は、「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る。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る。その場合、具体的な根拠を特記事項又は主治医意見書の記載内容から明らかにする。

#### 一次判定修正の際の注意点

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ある。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要である。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ある。

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にのみ認められ、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ある。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目があるが、主治医意見書は、認定調査と異なる視点（定義）から作成されている。

#### 介護の手間に係る審査判定

次に、一次判定の結果（基本調査の結果の一部を修正した場合には一次判定ソフトを用いて再度一次判定を行うなどにより得られた一次判定の結果）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手間に係る審査判定を行う。

認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する。

「通常の例」の定義は、基本調査の定義以外に設定されていないが、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う。

ただし、より長い（短い）時間を介護に要する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らない。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する。

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る。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が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ある。

なお、審査判定に当たっては、以下の点に留意すること。

介護の手間が通常の例より多い（少ない）と考えられる場合

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」で評価されるが、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、具体的な介助量を確認、検討する必要がある。

また、有無で評価する項目のうちBPSD関連（認知症に伴う行動・心理症状）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」で評価されるが、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、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る。

「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、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択するが、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行うことが重要である。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る。

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る。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっている場合、常に「全介助」が行われているとは限らない。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る。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」で評価されるが、頻度には一定の幅があるため、必要に応じて、具体的な頻度を確認する必要がある。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行う。

#### 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る。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ある。

#### 参考指標による妥当性検証

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る。

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ある。

新たな要介護認定方法の導入に当たり、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、必要に応じて活用されたい。

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う。それ以外の情報は、議論の参考にすることはできるが、一次判定変更の理由にはならない。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ない。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布は、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ある。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る。「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

いる。(別紙6を参照。)

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あり、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る。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、当該場合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る。「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、本通知発出後、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、本通知において示すものを使用されたい。(別紙6を参照。)

介護の手間に係る審査判定において一次判定の結果を変更する場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のによるものとする。

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

介護の手間に係る審査判定において要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態と判定した場合には、認定審査会資料に示された「認知機能・状態の安定性の評価結果」を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、別紙5の「予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について」を参照して、状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかについて、判定を行う。

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る。

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る。

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

			<p>記録する。</p> <p>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、「認知機能の低下」及び「状態の安定性」という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る（別紙2-1を参照。）。</p> <p>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、すべての場合で、必ずしも実態と整合するとは限らない。必ず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を行う。</p> <p>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う。その際、一時的に「歩行が不安定」または「精神的に不安定」といった要素があることのみを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできず、あくまでも、要介護度の再評価が短期間（概ね6か月程度）に必要かどうかという観点から変更を行う。</p> <p>なお、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らず、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ることから、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要である。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る。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もらえるように、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た。こうした情報についても留意し、審査判定を行う。</p>
右段上から5行目	3) 認定審査会が付する意見	<p>認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。</p>	<p>3) 認定審査会が付する意見</p> <p>認定審査会は、認定の有効期間及び被保険者の要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化を防止するために必要な療養について、意見を付することができるが、認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。</p>

	<p>右段下から7行目</p>	<p>サービス種類の指定を行う場合の留意事項</p> <p>市町村は、被保険者の要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化を防止するため特に療養上必要があるとして認定審査会の意見が付された場合には、それに基づき、サービス種類の指定を行うことができることとしているが、サービス種類を指定することにより、指定されたサービス以外のサービスは利用できないことから、申請者の状況について具体的に検討の上、種類を指定する必要がある。</p> <p>特に、認定調査において「介助されていない」と選択されたが、本来は介助の必要性が認められるときは、適切なケアプラン作成に資するため、積極的に必要なサービスについての意見を付することとする。</p> <p>なお、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を行うことも可能である点に留意する。</p>	<p>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</p> <p>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す。</p> <p>「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る。</p> <p>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ない。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る。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す。</p> <p>なお、介護認定審査会は意見を述べることができるが、サービスの種類を直接に指定することはできない。</p> <p>「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る。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る。</p> <p>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ある点に留意する。</p> <p>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ある。</p>
930	<p>左段上から21行目</p> <p>右段上から4行目</p>	<p>7-2)の規定に基づいて、</p> <p>参考指標の取扱いについて</p> <p>別途通知する参考指標を用いて判定の妥当性を検証することは差し支えない。なお、</p>	<p>4-2)の規定に基づいて、</p> <p>[削除]</p>

		別途通知するまでは従前の参考指標を用いて検証を行っても差し支えない。	
	右段上から9行目より	<ul style="list-style-type: none"> <li>— 委員が審査判定に加われない場合について [中略]</li> <li>— 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について [中略]</li> <li>— 認定審査会の公開について [中略]</li> <li>— 記録の保存について [中略]</li> <li>— 国への報告について [中略]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— 委員が審査判定に加われない場合について [中略]</li> <li>— 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について [中略]</li> <li>— 認定審査会の公開について [中略]</li> <li>— 記録の保存について [中略]</li> <li>— 国への報告について [中略]</li> </ul>
937	左段上から20行目	なお、別途通知する参考指標を用いて判定結果の妥当性を検証することは差し支えない。なお、別途通知するまでは従前の参考指標を用いて検証を行っても差し支えない。	なお、別紙6の参考指標を用いて判定結果の妥当性を検証することは差し支えない。
938	左段上から5行目	<p>3)参考指標</p> <p>別途通知する参考指標のみを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。</p> <p>ただし、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断され、一次判定の結果の変更をした場合に、参考指標を検証のために使用することは差し支えない。</p>	<p>3)参考指標</p> <p>別紙6の参考指標のみを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。</p> <p>ただし、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断され、一次判定の結果の変更をした場合に限らず、変更しない場合においても、参考指標を検証のために使用することは差し支えない。</p>
939	左段上から2行目	<p>2)罹患している傷病</p> <p>審査対象者の罹患している疾病や外傷の傷病名、あるいは、疾病や外傷の症状が不安定であることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、</p>	<p>2)罹患している傷病及び加療の状況</p> <p>審査対象者の罹患している疾病や外傷の傷病名、あるいは、疾病や外傷の症状の軽重及び症状が不安定であることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。また、加療の状況や日内変動の有無を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、</p>
	左段上から19行目	[改行後に右欄入る]	<p>4)介護の手間</p> <p>審査対象者にかかる介護の手間の多少を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。要介護認定等基準時間を認知機能・状態の安定性の評価結果の変更の根拠に用いることはない。</p>

## 日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布

平成20年1月～12月申請データ(平成21年2月末日現在)

認知症高齢者自立度：自立

	自立	J	A	B	C
非該当	42.1%	5.0%	0.4%	0.0%	0.0%
要支援1	42.5%	59.3%	19.7%	1.0%	0.0%
要支援2・要介護1	13.8%	34.6%	61.3%	14.7%	0.3%
要介護2	0.8%	1.1%	15.2%	30.6%	1.8%
要介護3	0.4%	0.1%	3.0%	39.3%	19.8%
要介護4	0.2%	0.0%	0.3%	12.5%	42.8%
要介護5	0.1%	0.0%	0.0%	2.0%	35.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅲ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	28.1%	20.9%	4.7%	0.2%	0.0%
要介護2	41.8%	44.7%	27.4%	2.7%	0.0%
要介護3	26.1%	30.2%	53.9%	24.3%	1.8%
要介護4	3.0%	3.7%	13.0%	56.8%	24.5%
要介護5	0.2%	0.1%	1.0%	16.0%	73.7%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅰ

	自立	J	A	B	C
非該当	15.4%	1.9%	0.1%	0.0%	0.0%
要支援1	61.6%	44.0%	10.8%	0.3%	0.0%
要支援2・要介護1	22.1%	51.9%	63.7%	8.7%	0.1%
要介護2	0.8%	2.1%	20.4%	26.4%	0.9%
要介護3	0.2%	0.1%	4.5%	44.4%	13.2%
要介護4	0.0%	0.0%	0.4%	17.8%	44.8%
要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	40.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅳ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	2.6%	2.4%	0.4%	0.0%	0.0%
要介護2	11.8%	10.9%	3.8%	0.3%	0.0%
要介護3	52.9%	52.4%	31.8%	5.0%	0.2%
要介護4	28.0%	30.8%	52.9%	44.9%	6.4%
要介護5	4.6%	3.3%	11.0%	49.7%	93.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅱ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	20.9%	12.0%	2.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	70.7%	75.7%	48.0%	3.5%	0.0%
要介護2	7.0%	11.2%	37.1%	17.2%	0.3%
要介護3	0.6%	0.9%	11.6%	45.6%	6.3%
要介護4	0.1%	0.0%	1.2%	29.3%	41.7%
要介護5	0.0%	0.0%	0.1%	4.3%	51.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅴ

	自立	J	A	B	C
非該当	1.9%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%
要支援1	1.9%	2.4%	0.3%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	32.3%	25.6%	6.7%	0.2%	0.0%
要介護2	19.0%	22.5%	12.4%	1.1%	0.0%
要介護3	25.3%	27.6%	29.4%	6.1%	0.1%
要介護4	13.9%	17.4%	35.2%	28.4%	1.9%
要介護5	5.7%	4.1%	15.9%	64.1%	98.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

要介護度変更の指標

○本指標は、二次判定と一次判定を比較して、二次判定の要介護度がより軽度又は重度である者について統計的に処理を行い、調査項目の選択肢の傾向を分析したものである。

(1)一次判定結果をより軽度に変更することの多い調査項目と選択肢

(平成16年度データ)

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
食事摂取	一部介助以下	1,2,3						○
意思の伝達	ときどきできる以下	1,2						○
日常の意思決定	特別な場合以下	1,2					○	
毎日の日課を理解	できる	1					○	
短期記憶	できる	1					○	
口腔清潔	介助されていない	1				○		
薬の内服	介助されていない	1			○	○		
日常の意思決定	できる	1			○	○		
洗身	介助されていない	1			○			
歩行	できる	1		○				
つめ切り	介助されていない	1		○				
片足での立位	できる	1	○	○				
起き上がり	できる	1	○					
立ち上がり	できる	1	○					

(2)一次判定結果をより重度に変更することの多い調査項目と選択肢

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			自立	要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4
金銭の管理	一部介助以上	2,3	●					
日常の意思決定	特別な場合以上	2,3,4	●					
同じ話をする	ある	3	●					
短期記憶	できない	2	●	●				
金銭の管理	全介助	3		●				
毎日の日課を理解	できない	2		●				
今の季節を理解	できない	2		●				
薬の内服	一部介助以上	2,3			●			
口腔清潔	一部介助以上	2,3			●	●		
洗顔	一部介助以上	2,3			●	●		
整髪	一部介助以上	2,3			●	●		
場所の理解	できない	2				●		
移乗	全介助	4					●	
上衣の着脱	全介助	4					●	
洗顔	全介助	3					●	
自分の名前を言う	できない	2					●	
座位保持	できない	4						●
食事摂取	全介助	4						●
えん下	できない	3						●

※調査項目「飲水」を削除し、選択肢「自立」を「介助されていない」に修正した

941	通知タイトル	<b>要介護認定等の実施について</b> (平成21年3月31日・老発第0331005号)	<b>要介護認定等の実施について</b> (平成21年9月30日・老発0930第5号)
	左段1行目	<p>要介護認定等に係る申請等については、従前「<u>要介護認定等の実施について</u>」(平成18年3月17日老発第0317001号厚生労働省老健局長通知。以下「平成18年3月老発第0317001号通知」という。)により取り扱われていたところであるが、今般、「<u>要介護認定等基準時間の推計の方法</u>(平成12年厚生省告示第91号)の一部を改正する件」(平成21年厚生労働省告示第189号)が公布され、平成21年4月1日から施行されることに伴い、<u>要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、平成21年4月1日から適用することとしたので、通知する。</u></p> <p><u>なお、本通知の発出に伴い、平成18年3月老発第0317001号通知は平成21年3月31日をもって廃止する。</u></p>	<p>要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「<u>要介護認定等の実施について</u>」(平成21年3月31日老発第0331005号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。)により取り扱われていたところであるが、今般「<u>要介護認定の見直しに係る検証・検討会</u>」での指摘を踏まえ、<u>要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年10月1日から適用することとしたので、通知する。</u></p> <p><u>なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成21年9月30日限りで廃止する。</u></p>

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=  kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動 □特になし □あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食 □特になし □あり ( \_\_\_\_\_ ) ・運動 □特になし □あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下 □特になし □あり ( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 ( \_\_\_\_\_ ) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)