

令和6年度埼玉県介護認定審査会委員新規研修

介護認定審査会での 審査判定

日本保健医療大学保健医療学部 准教授

丸谷 康平

(北本市・日高市 介護認定審査会委員)

目次

01 審査会の役割

02 審査会資料の読み方(私はこう読みます)

03 審査判定の具体例(Case1~3)

04 地域包括ケアシステムと総合事業

目次

01 審査会の役割

02 審査会資料の読み方(私はこう読みます)

03 審査判定の具体例(Case1~3)

04 地域包括ケアシステムと総合事業

2

審査会の役割

一次判定ソフトによる
判定
(データ:調査員)

過去のデータから
統計的な手法で要介護度を推計

未確定

介護認定
審査会

基本調査の選択の妥当性を確認
(選択肢と、特記事項や意見書の整合性)

介護の手間を確認

総合的に判断し、必要に応じて一次判定の変更を行うことができる場。
判定については明確な根拠をもって行う。(審査会委員テキストP5)

➤ 最終的な要介護度を決定します。

3

介護認定審査会(合議体)の構成

1. 委員の構成

- 保健、医療、福祉の学識経験者。
- 委員の専門性、経験に基づき合議により判断します。
- 出席した委員の過半数で決定します。
(可能な限り、合意を得ることが望まれます)

2. 理学療法士(保健又は医療関係)として

理学療法士は(介護)予防・リハビリテーション専門職



歩行・移動・移乗などの基本動作やADL(頻度の高いもの)にかかる手間について、経験に基づいて判断します。

4

審査会までの流れ

1 審査資料の読み込み (1週間前に郵送される)

- ・ 審査会当日までに、全ての案件で自分なりの意見、要介護度、有効期間を考えておく。

2 審査会での審査判定

- ・ 新規・変更申請、および(自身が)要介護度を変更すると判断した案件については意見を述べる。
- ・ 介護度の変更の可能性がある場合、時間をかけて検討する。

5

審査会資料の読み方(私はこう読みます)

1 新規申請か更新・変更申請か

- ・更新・変更の場合、前回結果との比較

2 被保険者の状態と生活をイメージ

- ・調査票の概況と主治医意見書の診断名から状態をイメージ
日常生活自立度と1群～5群より生活をイメージ

3 『介護の手間』を確認

- ・認定調査票の特記事項から「介護の手間」を読み取る
- ・2群・4群・5群で手間を、1群・3群でその理由を確認

4 一次判定結果と介護の手間の整合

- ☆一次判定結果と介護の手間が整合 ⇒ 一次判定どおり
- ★一次判定結果と介護の手間が不整合 ⇒ 時間をかけて検討

審査会資料の読み方(私はこう読みます)

★一次判定結果と介護の手間が不整合の場合

【検討・確認の例】

● 過剰介助になっていないか？

(施設入所の方などにて)

- ・洗顔や口腔清潔において、道具を用意しているから一部介助を選択
(やろうと思えばできる)。

● 本当は介助が必要では？

(独居の方などにて)

- ・(移乗や移動に転倒があるが)独居のため介助されていないを選択されている。

● 特別な医療は妥当？

- ・(点滴が)すでに終了しているのに付いている。
- ・「疼痛の看護」に該当するが付いていない。

重要な部分＝『介護の手間』を読む

『介護の手間』が記載してある項目を中心に！

通常、介護の手間が記載されている部分

第2群 生活機能

第4群 BPSD

第5群 社会生活

意見書の特記事項

介護の手間がかかる理由・根拠

概況

第1群

第3群

自立度

疾病・薬

☆『認知症』『パーキンソン病』等の

疾病名だけでは介護の手間とは言えません。

⇒ 具体的な介護の内容から「介護の手間」を判断します。

8

審査会の進行

1. 事務局職員が開会を宣言。
2. 合議体長が概要を読みあげます。
3. 第2号被保険者の場合、特定疾病を確認します。
※ 要介護認定のしくみ「特定疾病にかかる診断基準 (pp.271~304)」参照
4. 一次判定結果を確認し、確定します。
5. 介護の手間の確認をして、介護度の変更が必要かを議論します(意見が割れた場合、多数決)。
6. 有効期間や療養に関する意見を議論します。
7. 全案件が終わったら、閉会。

9

目次

01 審査会の役割

02 審査会資料の読み方(私はこう読みます)

03 審査判定の具体例(Case1~3)

04 地域包括ケアシステムと総合事業

介護認定審査会の3つの役割

【厚生労働省 令和元年度要介護認定都道府県等職員研修資料一部加筆】

(第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認)

- 認定調査員の調査内容の**確定**
 - Step1:一次判定の修正・確定
- 介護の手間を専門職の視点から**審査判定**
 - Step2:介護の手間にかかる審査判定
- 専門職からみた療養に関する**意見**
 - Step3:療養に関する意見(有効期間を含む)

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認

第二号被保険者
(40歳以上65歳未満)の場合

▶ 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

主治医意見書	
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1. 特定疾病名	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの、及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
特定疾病の経過及び診断の根拠等	

参照して
確認

診断基準
(別添3)
特定疾病にかかる診断基準

特定疾病に該当する16の疾病(資料1 p.23参照)を確認する

11

Case1
Step1
一次判定の修正・確定
認定調査員の調査内容の確定

12

事例1

78歳 女性 新規申請

■傷病等

アルツハイマー型認知症

■概況

戸建て。2階に娘夫婦が同居し、1階で本人が生活。
数年前に火の消し忘れて鍋を焦がすことが数回あった。認知症と診断されている。
日常生活は、見守りし声かけがあれば概ね自立しているが、失禁があるためリハビリパンツ着用。
自分では交換や後始末はできないため娘が介助している。
認知症で直前のことを覚えておらず、同じ話や行動を繰り返すため家族の介護負担となっている。

前回要介護度	—	一次判定結果	要介護1(47.6分)
--------	---	--------	-------------

主治医意見書

診断名:認知症 (アルツハイマー型認知症) ドネパジル内服開始。
鍋を焦がす、水道を止め忘れる、火の不始末などの症状がある。
近時記憶が著しく低下、尿失禁、服薬管理ができない。危険認識力の低下あり。
認知症高齢者の日常生活自立度: IIIa

13

認定調査票

事例1

1-5 座位保持 「支えてもらえばできる」	大腿部においた手で体を支え、しっかりと加重して座位保持する。
2-2 移動 「介助されていない」	居室隣のトイレ(5~6回/日)、食堂(3回/日)へ自力で歩いて移動する。
2-4 食事摂取 「介助されていない」	目の前の物のみ食べたり、大きいまま口に入れるので、娘がおかずを1口大に切りご飯の上のせて配膳する。食事の介助はないが、食べこぼしの掃除は娘がしている。
2-5 排尿、2-6 排便 「見守り等」	認知症のため毎回娘がトイレ誘導し、排泄後トイレ内を確認。 排尿は週2~3回流し忘れ、トイレ内の汚れ、夜間の尿失禁があり、排便は週1~2回便座に便付着や流し忘れ、月1~2回便失禁がある。その都度、娘が服やシーツの交換、後始末や掃除をしている。
2-10 上衣の着脱 2-11 ズボン等の着脱 「介助されていない」	自分からは着替えない。娘が準備し手渡すと着脱は自分で行う。週2~3回は、服の前後が逆や、尿失禁で汚れてもそのまま自分では対応できない。その都度、娘がやり直しや着替えの介助をする。
7-2 認知症高齢者の日常生活自立度 「IIb」	認知症、服薬・金銭管理はできず、着替え・食事・排泄も上手にできないが、日常生活は家族が注意しながら必要な場面で声かけや支援をしている。

14

選択肢と特記事項が不整合①

事例1

調査上の単純ミス(定義と特記事項の不整合)

1-5 座位保持 「3. 支えてもらえばできる」

特記事項

大腿部においた手で体を支え、しっかりと加重して座位保持する。



2. 自分の手で支えればできる に該当

【選択肢の選択基準】

選択肢

2. 自分の手で支えればできる(自分で支えれば可)
背もたれは必要ないが、手すり、柵、坐面、壁を **自分の手で支える必要がある**場合をいう
3. 支えてもらえばできる(支えが必要)
背もたれがないと座位が保持できない、あるいは、**介護者の手で支えていないと座位が保持できない**場合をいう

一次判定ソフトで
再計算

	支えが必要	自分で支えれば可
要介護認定等 基準時間	47.6分	42.1分
要介護度	要介護1	要介護1

時間は変わるが、要介護状態区分は変わらない

15

選択肢と特記事項が不整合①

事例1

選択肢や特記事項が、他の項目の特記事項と不整合

2-2 移動 「1. 介助されていない」

特記事項

居室隣のトイレ(5~6回/日)、
食堂(3回/)へ自力で歩いて移動する。

【定義】

日常生活において、食事や排泄、入浴等で、必要な場所への移動にあたって、見守りや介助が行われているかどうか

選択肢

2. 見守り等

認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等

不整合がある項目

2-5 排尿

特記事項

「認知症のため、毎回娘がトイレ誘導する」

一次判定ソフトで
再計算

	介助されていない	見守り等
要介護認定等 基準時間	42.1分	46.9分
要介護度	要介護1	要介護1

時間は変わるが、要介護状態区分は変わらない

2-2移動の選択肢は
「見守り等」に該当するのではないか

16

選択肢と特記事項が不整合②

認知症高齢者の日常生活自立度の選択肢が、他の項目の特記事項や主治医意見書と不整合

7-2認知症高齢者の日常生活自立度「Ⅱb」

特記事項

認知症、服薬・金銭管理はできず、着替え・食事・排泄も上手にできないが日常生活は家族が注意しながら必要な場面で声かけや支援をしている。

不整合がある項目

2-4食事摂取、2-5排尿、2-6排便、2-10上衣の着脱、2-11ズボンの着脱

特記事項

認知症で食事、着替え、排泄が上手にできない状況

主治医意見書 Ⅲa

【定義】Ⅲa

着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等

認知症加算
+19.0分

	Ⅱb	Ⅲa
要介護認定等基準時間	42.1分	61.1分
要介護度	要介護1	要介護2

<併せて2-2移動を「見守り等」へ変更した場合>
61.1分+(2-2見守り等)=65.9分(要介護2)となる

STEP1 一次判定の修正・確定

事例

調査員が「適切な介助の選択」、「迷った選択」等で選択している場合

★●などが付記されていたら注意する

5-1 薬の内服 「一部介助」★

家族は介助を行っていないが、飲み忘れが多く、その結果、血圧の管理が不十分な状態であり、医師から注意を受けていると聞き取る。

不適切な状況にあると判断し、適切な介助の方法を選択する。

食事摂取の状況から飲む行為はできると思われるが、飲む量の指示を必要とすることから「一部介助」が適切な介助であるとして選択した。

調査員の判断が
不適切と判断する場合



調査員の判断の
妥当性を議論する

※その理由を明らかにし、一次判定を修正する。

STEP1 一次判定の修正・確定

事例

定義と特記事項の不整合の確認(間違いやすい内容)

行われている介助が定義に該当するかを検討する

2-2 移動 「介助されていない」

移動時に、ふらつくことがあるため遠くから見守りしている。

2-7 口腔清潔 「介助されていない」

自分からはしないため、洗面所に誘導し「歯を磨いて下さい」と促すと、歯磨き行為は自分でできる。

2-10 上衣の着脱 「介助されていない」

汚れたものをそのまま着ているが、服を手渡して着替えるように促せば、自分で脱ぎ着はできる。

一次判定の修正なし



二次判定で評価する
(介護の手間の審査判定)

19

STEP1 一次判定の修正・確定

事例

日常生活自立度の判断について

認知症高齢者の日常生活自立度

調査票: II b 主治医意見書: 自立



調査票と主治医意見書で
選択が異なる場合

他の項目との整合性や、定義を確認する

調査票

【概況】

訪問販売業者から、不必要な高額な布団を購入してしまい、家族がクーリングオフの対応をした。

【5-1薬の内服】

認知症で薬の管理はできないが、指示すれば自分で袋から薬を取り出し内服はできる。娘が、朝は電話で指示し、夜は訪問して指示と確認を行う。



II bに見られる
症状・行動

20

Step2 介護の手間にかかる審査判定

介護の手間を専門職の視点から審査判定

21

事例2

82歳 女性 更新申請

■傷病等

アルツハイマー型認知症

■概況

介護付き有料老人ホームに入所中。約1週間前までは別の有料老人ホームに入所していたが、「誰かが部屋に入り込んでいる」「物を盗られた」「食べ物に何か入れられた」等の事実とは異なる話をして、他の利用者とのトラブルも多くなり、環境を変える目的で現施設に転居した。

転居後の現施設では、本人が不安にならないよう安心できる声かけを職員で共有し、見守りや声かけで対応している。そのため、妄想と思われる言動は見られていない。

ADLは概ね自立しており、現状では、介護はほとんど必要としてない。

前回要介護度

要介護2

一次判定結果

要支援1(29.4分)

主治医意見書

診断名:アルツハイマー型認知症、高血圧症、骨粗鬆症

前施設で幻覚・幻聴があった。環境の変化を勧め、現施設に入居。

現在は幻覚・幻聴は落ち着いているものの、「転居前は施設の同居人から嫌がらせをされていて、その人が追ってくる」と話すなど、妄想の傾向は残存する。

今後、症状の再燃の危険は極めて高い。施設職員が傾聴するなど有形無形の支援をすることが望ましい。

22

認定調査票

事例2

1-10 洗身 「介助されていない」	週4日入浴し、仲の良い入所者と一緒にお風呂に入り自分で洗っている。 施設職員によると、背中洗い残しがあるかまでは分からないとのこと。
4-1 被害的 4-2 作話 「ない」	1年前の調査では「誰かが部屋に入り込んでいる」「物を盗られた」「食べ物に何か入れられた」等の事実とは異なる話をしていたが、転居後の現施設ではみられないため「ない」を選択。但し、「前の施設でいじわるをしていた利用者が追ってくるのではないか」という恐怖概念があり、毎日1～2回訴える。それに対して職員は傾聴し、不安にならないよう安心できる声かけを職員で共有し、見守りや声かけで対応している。そのため、本人の混乱を防ぎ、前施設の時の症状が出ずに落ち着いているとのこと。
4-3 感情が不安定 「ない」	前施設で辛い思いをしたと泣きながら話すことが週1回程あるが、急に泣き出したり継続することはない。その時は職員が話を聞いて落ち着かせている。
5-1 薬の内服 「介助されていない」	本人に服用している薬を確認したところ、どの薬をいつ飲むか、薬の種類等把握していなかった。週1回の骨粗鬆症の薬を飲み忘れた時は次の日に飲んでいるとのこと。 入所して間もないため、全て自己管理しており、施設側は管理や介助はしていないと職員より聞き取る。

23

STEP2 介護の手間にかかる審査判定

事例2

介護の手間がある項目 ※一次判定で反映されていない手間があると考えられる項目

4-1 被害的 4-2 作話 「ない」

「前施設でいじわるをしていた利用者が追ってくるのではないか」という恐怖概念があり、毎日1～2回訴える。**職員は傾聴し、安心できる声かけをして本人の混乱を防ぎ、本人が落ち着いている。**

4-3 感情が不安定 「ない」

前施設で辛い思いをしたと泣きながら話すことが週1回程あるが、急に泣き出したり継続することはない。**その時は職員が話を聞いて落ち着かせている。**

第4群の介護の手間は一次判定結果に反映されていない



審査会の二次判定(介護の手間にかかる審査判定)で評価する

主治医意見書：「今後、症状の再燃の危険も高い」

24

適切な審査判定ができない場合

(審査会委員テキストp17)



25

適切な審査の実施が困難な場合について

事例2

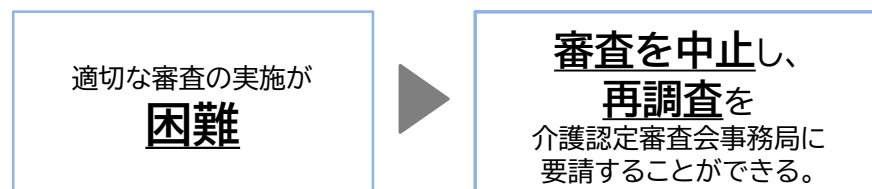
適切な介助の方法の検討が必要と思われる項目

1-10 洗身 「介助されていない」

週4日入浴し、仲の良い入所者と一緒にお風呂に入り自分で洗っている。施設職員によると、背中の洗い残しがあるかまでは分からないとのこと。

5-1 薬の内服 「介助されていない」

本人に服用している薬を確認したところ、どの薬をいつ飲むか、薬の種類等は把握していなかった。週1回の骨粗鬆症の薬を飲み忘れた時は次の日に飲んでいる。入所して間もないため全て自己管理しており、施設側は管理や介助はしていないことを職員より聞き取る。



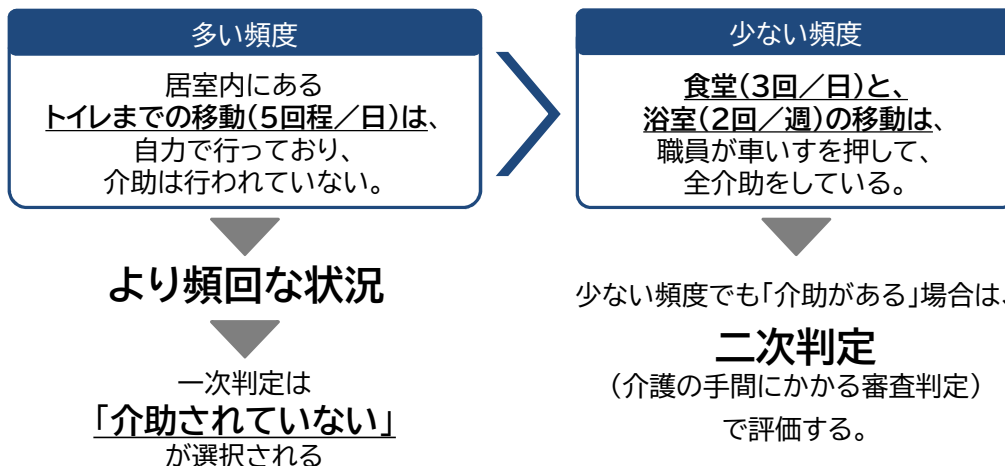
26

STEP2 二次判定(介護の手間にかかる審査判定)

事例

一次判定に反映されていない「介護の手間」

2-2移動「介助されていない」が選択



27

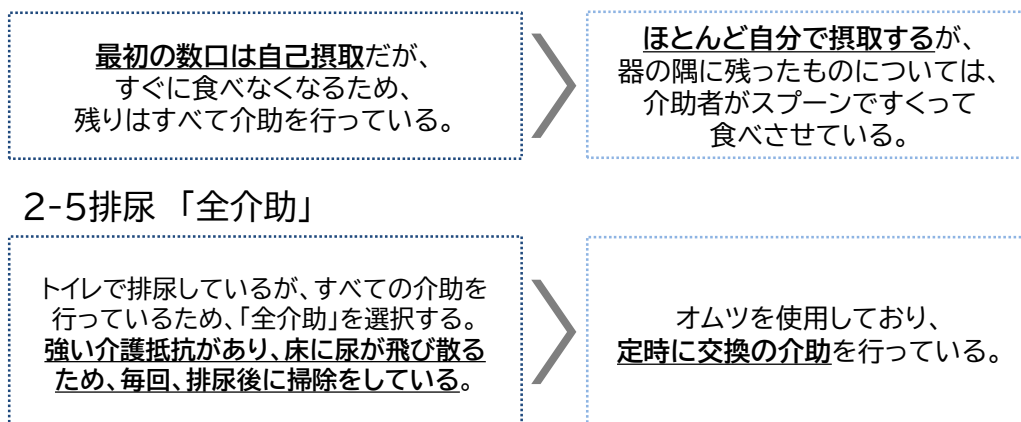
STEP2 二次判定(介護の手間にかかる審査判定)

事例

介護の手間が、通常の例より少ない／多い

■ 同じ選択肢でも、介助量が大きく異なる例

2-4食事摂取「一部介助」



28

STEP2 二次判定(介護の手間にかかる審査判定)

事例

精神・行動障害に伴う介護の手間

4-6大声をだす「ある」

毎日夕方になると外に向かって大声で怒鳴り始めるので、
家族は毎回なだめている。

興奮しており、落ち着くまで30分は目が離せない。

場面や目的からみて不適切な行動のため「ある」を選択する。

BPSD関連の介護の手間は、一次判定では反映されないため
「介護の手間にかかる審査判定」で評価する。

行動に伴う周囲の対応や介護の手間の記載がない場合は、事務局に確認する

29

STEP2 二次判定 (特に注意して手間を確認する例)

事例

調査員の調査不足や記載不足がある場合

2-6排便「介助されていない」

介護の手間について記載がない

特記事項 毎日、自分でトイレに行っているが、汚しがある。

疑問点

- 排便動作、水洗等の一連行為に介助はあるか
- 汚した後の、後始末や掃除に介助はあるか

適切な審査判定が
できない

この事例については、審査を中止し、再調査を要請した

再調査結果

2-6排便「一部介助」

特記事項 毎日、自分でトイレに行っているが、認知症のためうまくできず、
リハビリパンツやトイレ周りの汚しがある。
家族が毎回確認し拭き残しや掃除の介助をしている。

30

STEP2 二次判定(誤った読み方)

不適切な判断 **現在のサービス利用状況から判断する**

例)介護度が軽く、「必要なサービスが使えない」「施設を退所しなければならない」などの場合

誤った例

訪問介護を月30回利用することで生活が維持できている。更新により介護度が軽くなるとサービスが使えなくなる。

施設に入所中だが要介護3から要支援1となった。退所になると身内はなく独居での在宅生活は困難なため、元の介護度に戻す。

サービス利用状況は、一次判定の変更理由にはなりません。

この場合は、介護の手間があるのかを確認する。
(要介護度が下がった理由の確認が必要)

31

特に注意して手間を確認する例

事例 介護老人保健施設や介護老人福祉施設に入所中の更新申請において、要支援および軽度要介護と一次判定がなった場合

介護保険法上、入所できなくなる可能性あり。

この場合は、介護の手間があるのか検討する。
(要介護度が下がった理由の確認が必要)

著しい矛盾点や記載不足で、適切な審査の実施が
困難な場合

必要なら
再調査を
介護認定審査会事務局に
要請することができる

32

状態の維持・改善可能性にか かかる審査判定

要介護認定等基準32分以上50分未満

33

事例3

75歳 女性 新規申請

■傷病等

左大腿部頸部骨折

■概況

戸建て。夫と二人暮らし。長女は他県在住だが通院などを支援する。2週間前に転倒して左大腿部頸部骨折し人工骨頭置換手術を行う。入院中。サークル型歩行器で移動する。1週間前から起居動作はつかまれば自力で出来るまでに改善し、歩行訓練も行っている。退院後の自宅は和床で布団であり、床からは立ち上がれないことや、医師の勧めもあり、暫定で介護用ベッドのレンタルを予定している。通所リハビリの利用も検討している。

前回要介護度	—	一次判定結果	要介護1(45.7分)
--------	---	--------	-------------

主治医意見書

診断名:左大腿部頸部骨折

人工骨頭置換手術後、リハビリテーション治療で入院中である。

今後は身体的負担の少ない生活環境整備が望まれる。

リハビリテーションの継続。介護ベッドの利用・手すりの設置・段差の解消

34

認定調査票 一次判定で反映されていない手間があると考えられる項目

1-4 起き上がり 「何かにつかまればできる」	ベッドから右足を下し、ベッド柵に掴まって何とか自力で起き上がる。 1週間前までは、ベッドをギャッジアップさせて起き上がっていた。
1-6 両足での立位 「何か支えがあればできる」	左足手術後の痛みの残存と、足腰に力が入らないため、10秒間程度の立位保持はつかまらないとできない。 1週間前までは、立位時は介助者が支えていた。
7-2 認知症高齢者の日常生活自立度 「自立」	自立選択。 調査時の質問事項にも適切に返答し、認知症状はみられない。

主治医意見書

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立

認知症の中核症状

- 短期記憶 : 問題なし
- 日常の意思決定を行うための認知能力 : 自立
- 自分の意思の伝達能力 : 伝えられる

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

認知機能の低下の評価

認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用の理解が困難か
(合議体が判断した認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上かM)

- 認定調査票 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立
調査時の質問事項にも適切に返答し、認知症状はみられない。
- 主治医意見書 認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立
認知症の中核症状 短期記憶 : 問題なし
日常の意思決定を行うための認知能力 : 自立
自分の意思の伝達能力 : 伝えられる

困難でない・自立またはⅠ



状態の安定性の評価

概ね6か月以内に心身の状態が悪化し介護の手間が増大することによる要介護度の再検討の必要があるか

概況

2週間前に転倒して左大腿部頸部骨折し人工骨頭置換手術を行う。サークル型歩行器で移動する。1週間前から起居動作はつかまれば自力で出来るまでに改善し、歩行訓練も行っている。

1-4 起き上がり

ベッドから右足を下し、ベッド柵に掴まって何とか自力で起き上がる。1週間前までは、ベッドをギャジアップさせて起き上がっていた。

1-6 両足での立位

左足手術後の痛みの残存と、足腰に力が入らないため、10秒間程度の立位保持はつかまらないうできない。1週間前までは、立位時は介助者が支えていた。

リハビリ中で1週間前から心身の状態は改善されている

今後、心身の状態が悪化し、
要介護度の再検討の必要があるとは
考えにくい



要支援2

事例 振り分け判定の例

特記事項に
「認知機能の低下により、内服が自己管理できず、買い物の重複、物の置き忘れもあるため、家族が確認し、指示している」と記載がある。



「予防給付の理解が困難」と判断



要介護1

認知機能の低下が読み取れる記載はなく、買い物や通院に一人で外出し、日常生活や家事も自分で行っている。



「短期間で心身の状態が悪化する状況ではない」と判断



要支援2

振り分けの判定をする際は、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。(審査員テキストp.26)

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定(誤った読み方)

誤った例

介護認定審査会資料の表示のみで判断する。

- 介護認定審査会資料の「状態の安定性」の表示が「不安定」になっている。
- 意見書の「症状としての安定性」が「不安定」となっている。
- 介護認定審査会資料の「一次判定結果」が「要支援2」である。
特記事項の内容から、要支援2よりも手間がかかっているため「要介護1」とする。

不安定の意味を拡大解釈する。

- 大腿部骨折し術後でリハビリ中のため「歩行が不安定」である。
- うつ病で「精神的に不安定」である。

判定の詳細は、資料1「介護認定審査会について」pp.45～48を参照

39

Step3

介護認定審査会として付する 意見(有効期間を含む)

専門職からみた療養に関する意見

40

STEP3 介護認定審査会として付する意見

認定の有効期間

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る。

例

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

- がん末期であり短期間で心身の状態が悪化し介護の手間が増大すると予測され、要介護度の再検討が必要なため6か月とする。



状態の維持・改善可能性にかかる審査判定で、
「状態の安定性の評価」から「要介護1」と判断した場合は、
有効期間は6か月以内とすることが望ましい。

(「状態不安定」では、概ね6か月以内に心身の状態が悪化し介護の手間が増大することによる要介護度の再検討の必要がある場合のため。)

41

STEP3 介護認定審査会として付する意見

療養についての意見

介護予防

介護認定審査会委員テキスト2009改訂版より

『要介護状態の軽減又は悪化防止のために特に必要な療養がある』場合、
『実際に行われている介助が不適切』な場合、
専門職からみた療養に関する意見を付することができる。

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

例

自立促進

生活支援

- 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。
- 主治医意見書より、「転倒骨折注意」の記載あり。予防のために、通所リハビリテーションや地域の介護予防教室などの利用の検討が必要。
- 意見書に「電動ベッドの貸与をお願いします」とあり、ベッドの例外給付の意見を付した。

42

目次

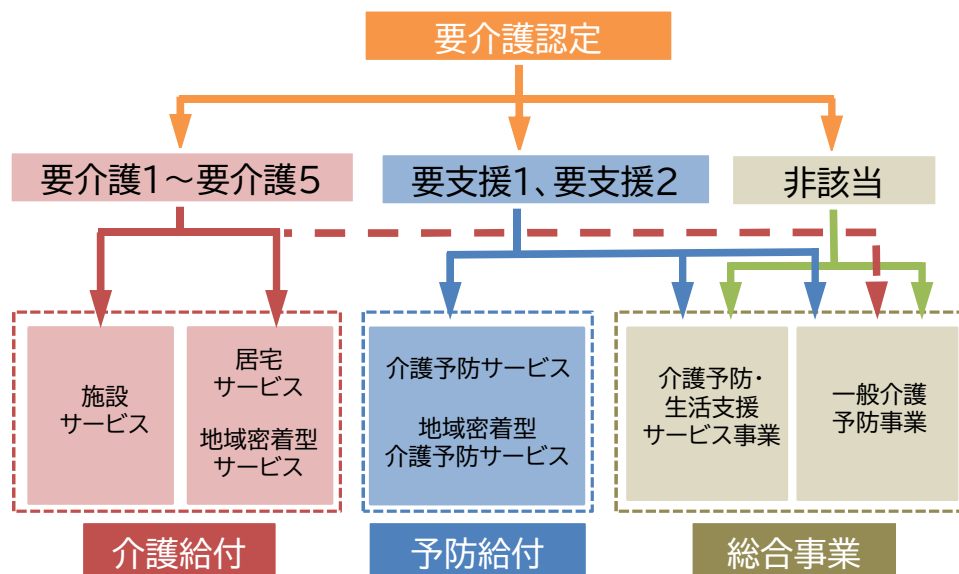
01 審査会の役割

02 審査会資料の読み方(私はこう読みます)

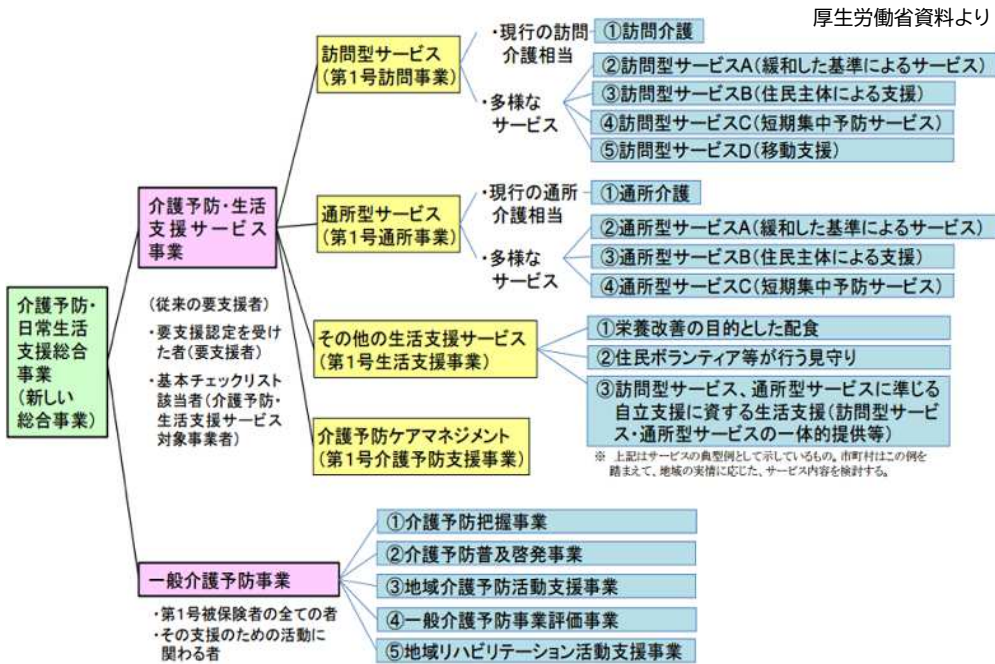
03 審査判定の具体例(Case1~3)

04 地域包括ケアシステムと総合事業

介護保険における介護区分と給付サービス



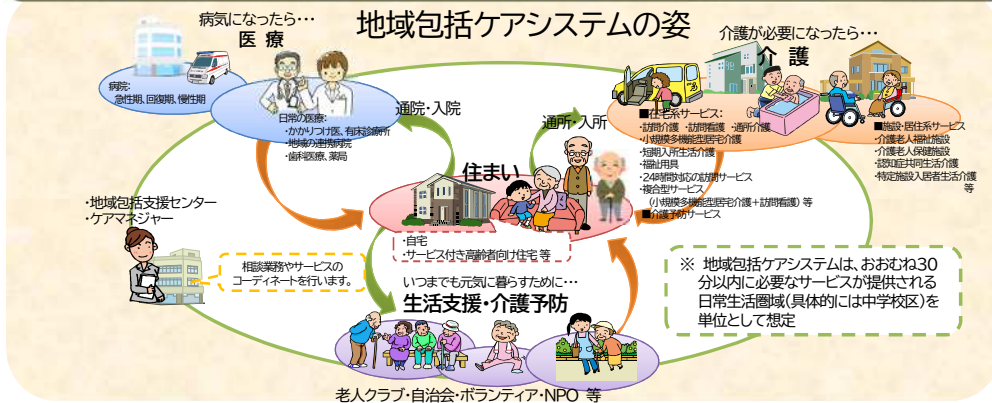
【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



【厚生労働省 H26年度調査指導員養成研修資料より】

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域ケア会議

- 高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

- 多職種の協働による個別ケースの支援を通じた

- ① 地域支援ネットワークの構築
 - ② 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③ 地域課題の把握
- などを行う。

〈主な構成員〉

自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、その他必要に応じて参加

終わりに

皆様の専門性と経験に鑑み、
適切な判定をお願いいたします。

必要な場合、

- 一次判定の変更
 - 療養についての意見
- をお願いいたします。