

令和6年度広島県介護認定審査会委員・主治医研修  
**介護認定審査会委員の役割  
及び適切な要介護認定について**

一般社団法人 広島県介護支援専門員協会  
常任理事 中東 奈津紀

## 本日の内容

- 介護認定審査会の役割
- 要介護認定の基本設計と認定調査項目の考え方
- 審査判定手順に添ったポイント
  - 第二号保険者の「特定疾病」に関する確認
  - step 1 一次判定の修正・確定
  - step 2 介護の手間にかかる審査判定
  - step 3 介護認定審査会として付する意見

本研修は、平成30年度厚生労働省 認定調査員能力向上研修資料  
認定調査員テキスト（令和6年4月）、介護認定審査会委員テキスト（令和3年4月）  
を基に作成しています。

## 「要介護認定」 = 「要介護度を定める」とは？

要介護認定は、「心身の重篤さ」や「能力」ではなく、  
「介護の手間（時間）」をものさしとした評価指標。

### 「要介護認定」

||

どのくらいの「介護の手間」が必要となるか？  
 を定量的な指標で示す

||

必要な介護を提供するのに必要な時間  
 「介護の時間」を測る

介護の手に強い影響のある項目  
 「基本的項目（74項目）」を抽出

## 介護認定審査会の役割

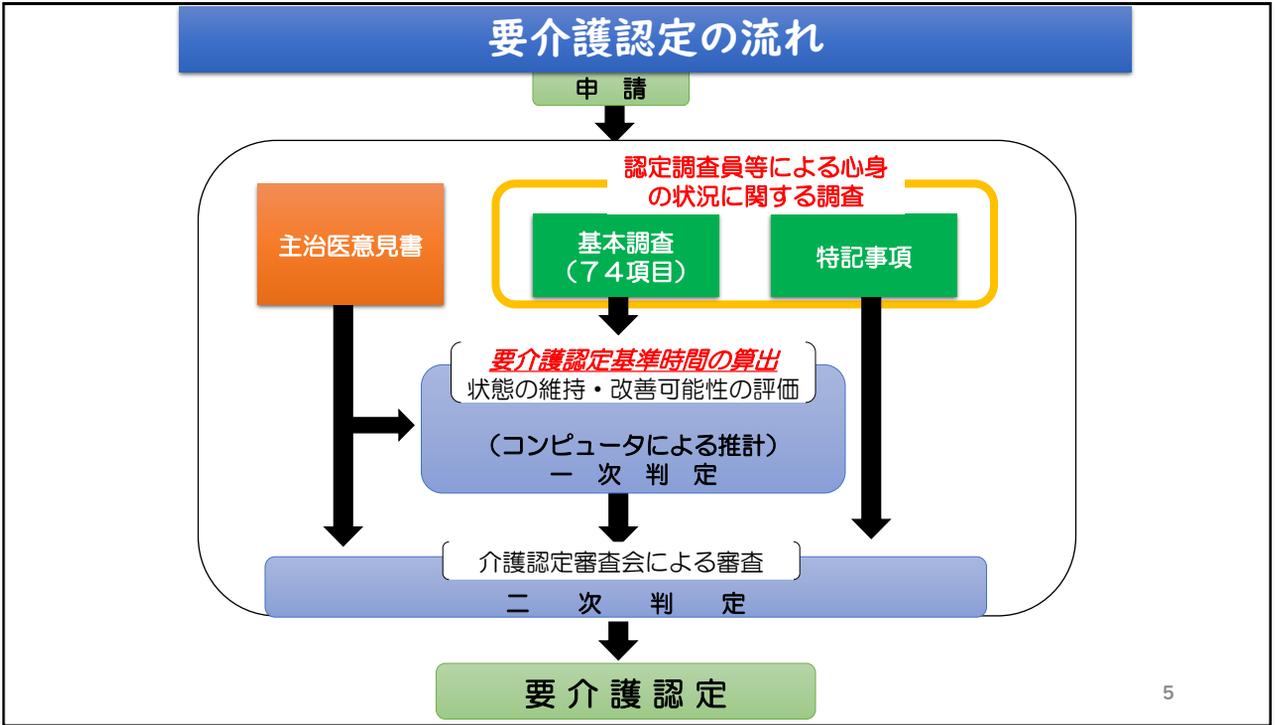
介護認定審査会委員テキストP5

### 介護の手間の審査

- 通常の例に比べて、より長い（短い）時間を介護に要していないか
- 実際に、行われている介助が不適切ではないか

#### ➡ 「意思決定の場」

認定調査員や主治医が申請者から得た情報から総合的に判断し、一次判定の変更を行うことができる唯一の場。



## 要介護度は、「要介護認定等基準時間」で決まる

- 「介護の時間」 = 「要介護認定等基準時間」
- 「要介護認定等基準時間」を基準時間に基づき6段階に分類したものが要介護度（要支援2は状態像で分類）
- 厳密には、要介護度の定義は「要介護認定等基準時間」のみであり、**定性的な定義は存在しない。**

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

## 3つの評価軸の特徴

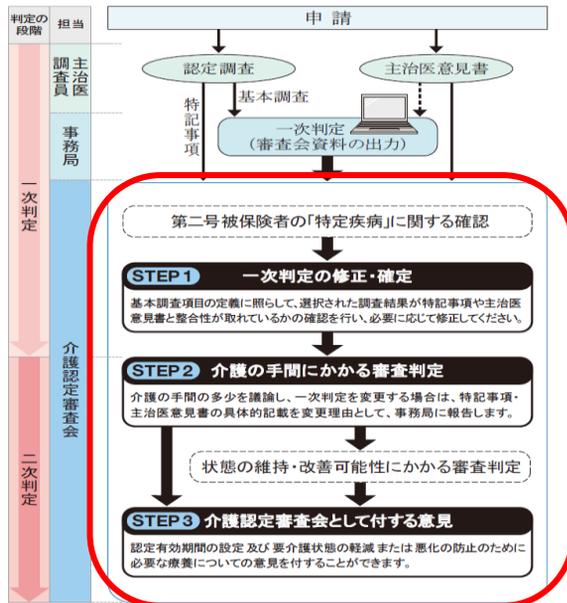
介護認定審査会委員テキストP6～

※ 麻痺等・拘縮は能力と同じ

	能力	介助の方法	有無
主な調査項目	<b>身体的能力</b> <small>(第1群を中心に10項目)</small> <b>認知の能力</b> <small>(第3群を中心に8項目)</small>	<b>生活機能</b> <small>(第2群を中心に12項目)</small> <b>社会生活への適応</b> <small>(第5群を中心に4項目)</small>	<b>麻痺等・拘縮</b> <small>(第1群の9部位)</small> <b>BPSD関連</b> <small>(第4群を中心に18項目)</small>
選択肢の特徴	「できる」「できない」の表現が含まれる	「介助」の表現が含まれる	「ない」「ある」の表現が含まれる
基本調査の選択基準	試行による本人の能力評価	介護者の介助状況（適切な介助）	行動の発生の頻度に基づき選択(BPSD)※
特記事項	日頃の状況 選択根拠・試行結果 (特に判断に迷う場合)	介護の手間と頻度 (介助の量を把握できる記載)	介護の手間と頻度 (BPSD)※
留意点	実際に行ってもらった状況と日頃の状況が異なる場合 「日頃の状況」の意味にも留意する	「実際に行われている介助が不適切な場合」	選択と特記事項の基準が異なる点に留意 定義以外で手間のかかる類似の行為等がある場合 (BPSD)※

## 審査判定手順

介護認定審査会委員テキストP15



## ●基本調査内容の確認 第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認

介護認定審査会委員テキストP16

【特定疾病に該当する16の疾病】

- ◆ がん
- ◆ 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

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」に該当するか判断する

特定疾病に  
1. 該当する  
2. 該当しません  
(⇒審査終了)

## STEP1 一次判定の修正確定

介護認定審査会委員テキストP17～

基本調査項目の定義に照らして、選択された調査結果が特記事項や主治医意見書と整合性がとれているかの確認を行い、必要に応じて修正してください。

### □基本調査の選択の妥当性を確認

■各調査項目の定義と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て事務局に修正依頼。

■本プロセスを経てはじめて「一次判定」が確定

□一次判定を確定するのは、「認定調査員」ではなく、  
「介護認定審査会」

## STEP1 一次判定の修正確定

### □ 議論のポイント

#### ■ 調査上の **単純ミス**

#### ■ 日頃の状況と異なる場合【能力/有無（麻痺等拘縮）】

#### ■ **より頻回な**状況で選択している場合【介助の方法】

#### ■ **不適切な**介助と調査員が判断する場合【介助の方法】

#### ■ 調査員が判断に **迷った**場合

#### ■ 特別な **医療**

#### ■ 障害/認知症高齢者の日常生活 **自立度**の確認

- 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の項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる。

明らかに、基本調査の項目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。

## STEP1 一次判定の修正確定

### ● 「実際の介助の方法」が不適切な場合

介護者不在、介護放棄、介護抵抗、介護者の心身の状態、

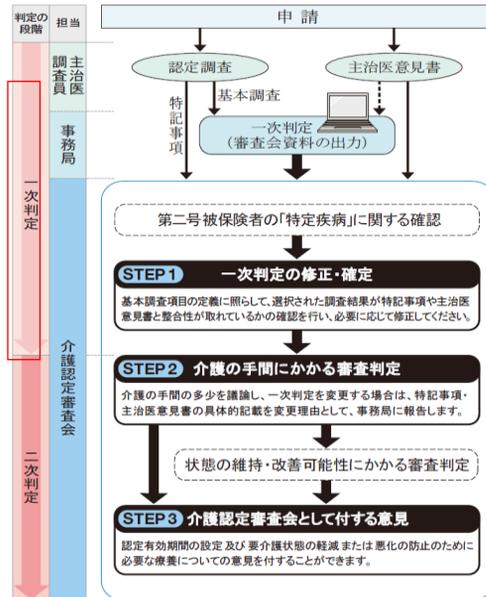
介護者の介助がむしろ自立を阻害している場合…

など対象者が不適切な状態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。

#### 【介護認定審査会のポイント】

- ・ 「不適切」と考える理由について、調査員の判断が妥当かどうか確認する。
- ・ 介助の適切性は、生活環境や本人の置かれている状態なども含めて、総合的に判断する。
- ・ 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する。

## ●調査員が判断に迷った場合



## 介護認定審査会資料

要介護認定等基準時間

行為区分毎の時間

中間評価項目得点

**取扱注意** 介護認定審査会資料

申請番号: 00001 No. 1

申請者区分: 第1号被保険者 年齢: 80歳 性別: 男 現在の状況: 在宅 (施設利用なし)

申請区分: 経理申請 認定審査会: なし

申請年月日: 平成26年12月22日 作成: 平成26年12月22日 修正: 平成26年12月22日 審査: 平成26年12月22日

1. 二次判定結果 (この方針は、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

25	32	50	70	90	110
1	2	3	4	5	6

2. 認定結果 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

3. 審査項目

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

4. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

5. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

6. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

7. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

8. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

9. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

10. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

11. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

12. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

13. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

14. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

15. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

16. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

17. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

18. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

19. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

20. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

21. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

22. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

23. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
1. 歩行	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
2. 移動	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
3. 上肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
4. 下肢	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
5. 認知	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
6. 総計	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0	12.0

24. 審査項目 (要介護1)

項目	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---

## ●基本調査内容の確認 一次判定警告コードの検討

介護認定審査会委員テキストP44

「警告コード」とは、要介護認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ある。**

理由により、

1. 容認します
2. 再調査（照会）を行った上で審査します
3. 基本調査結果の一部修正を行います

## 特別な医療

認定調査員テキストP146

- ・ **「特別な医療」における選択の三原則**
  - ・ 医師、または医師の指示に基づき**看護師等によって実施される**
  - ・ **医療行為**に限定される（家族等は含まない）
    - ・ 家族、介護職種の行う類似の行為は含まないが、「7. 気管切開の処置」における開口部からの喀痰吸引（気管カニューレ内部の喀痰吸引に限る）及び「9. 経管栄養」については、必要な研修を修了した介護職種が医師の指示の下に行う行為も含まれる。
  - ・ **14日以内に実施されたもの**であること
  - ・ **急性期対応でないこと**（継続的に行われているもの）
- ・ **誤った選択は、「要介護認定等基準時間」に大きな影響を与える。**  
 特別な医療は**加算方式**のため、「選択」をするだけで一次判定の要介護度が大幅に変化することがある。  
 判断に迷うものは、介護認定審査会の「一次判定の修正・確定」の手順において判断される。

## 基本調査項目のポイント

## 第1群 1-1：麻痺等の有無（有無）

- 「麻痺等（筋力の低下や麻痺等の有無）」の有無は、「**確認動作**」に基づいて評価されることが原則。
- 主観的な「筋力の低下」だけで選択しないように留意。
- 他調査項目（歩行や移動）と連動させるような判断基準は避ける。

17

## 基本調査項目のポイント

## 第1群 1-5：座位保持（能力）

- 「日頃の状況」に対する考え方
  - 「支えが必要」で選択の偏りが発生しやすい。
  - 日頃の状況
    - 誤：日頃の生活（日中は居室のソファーにもたれて過ごしている）
    - 正：**日頃の能力**（別の機会に施行した場合の日頃の試行結果を推定する）

point

- 日頃の状況の聞き取り
  - **日頃の状況 ≠ 日頃の生活の様子**  
日頃の状況 = 日頃の「確認動作」の可否（その判断において日頃の生活の様子が参照されることはある。）

18

## 基本調査項目のポイント

## 第2群 2-2：移動（介助の方法）

## ■移動における「見守り等」

- 「適切な介助方法」による選択
- 「見守り等」「一部介助」の選択が過剰になっていないか。
- 「移動における「見守り等」の定義
- ▣ 『常時の付き添いの必要がある「見守り」』
- よくみられる例

▣ 2-2 「移動時ふらつきが見られるため移動に見守りが必要」としつつ、

2-12 「毎日、30分程度一人で散歩をしている」等

19

## 基本調査項目のポイント

## 第4群 4-12：ひどい物忘れ（有無）

■「ひどい物忘れ」行動とは、認知症の有無や知的レベルは問わない。

■物忘れによって、何らかの行動が起こっているか、周囲の者が何らかの対応をとらなければならないような状況（火の不始末など）という。

- 単なる物忘れは含まれない。
- 行動の「ある」「ない」の軸で評価する。
- 「行動の発生」で選択・「介護の手間」は特記事項で評価
- 「介護の手間」を特記事項に記載する点をもっとも重要であるが、選択は「行動が発生しているかどうか」だけで判断する。

20

## STEP2 介護の手間にかかる審査判定

介護の手間の多少を議論し、一次判定を変更する場合は、特記事項・主治医意見書の具体的記載を変更理由として、事務局に報告します。

- 通常の例よりも「介護の手間」がより「かかる」「かからない」の視点での議論
  - 一次判定ソフトの推計では評価しきれない部分を委員の専門性・経験に基づき合議にて判断。
  - 「介護の手間」が「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も参考にしながら、一次判定の変更が必要かどうかを吟味
  - 特記事項・主治医意見書に基づいて審査  
(理由を記載することが重要)

## STEP2 介護の手間にかかる審査判定

【特記事項のポイント①】 **同じ選択肢でも幅のある介助量**

- 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（〇回/日）
  - 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。（〇回/日）。
- 食事の「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、残りは全て介助している。
  - 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。
- BPSD関連の項目は、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。

## STEP2 介護の手間にかかる審査判定

### 【特記事項のポイント②】頻度（回数）

□介護の手間に差がある「一人で出たがる」

■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探しに出ている。

■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探しに出ている

□「介助されていない」を選択していても介助がある場合

■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。より頻回な状況から「介助されていない」を選択する。

介護認定審査会委員テキストP25

## STEP2 介護の手間にかかる審査判定

□審査判定の留意点

### ■一次判定変更の理由にならない事項

①すでに1次判定結果に含まれている内容

（「歩行ができない」等基本調査で把握されている内容）

②特記事項・主治医の意見書に具体的な記載がない事項

（「認知症があるので手間がかかる」等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できない）

③介護の手間にかかる時間とは直接的に関係ない事項

（高齢等の理由）

④住環境や介護者の有無

⑤本人の希望、現在受けているサービスの状況

⑥過去の審査判定資料及び判定結果

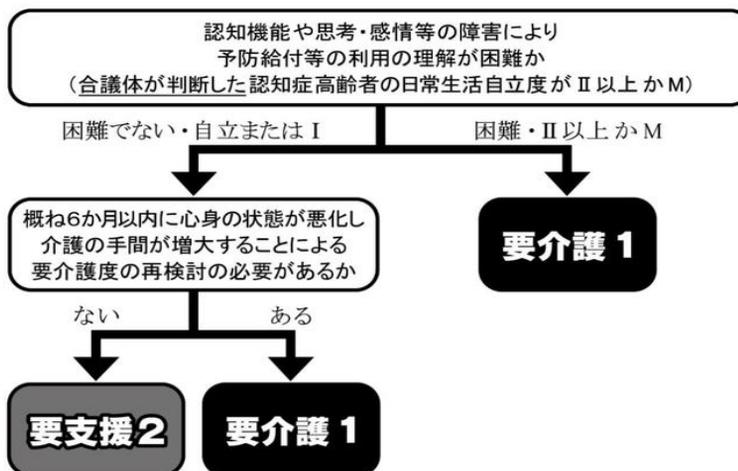
## 要介護度は、「要介護認定等基準時間」で決まる

- 「介護の時間」 = 「**要介護認定等基準時間**」
- 「要介護認定等基準時間」を基準時間に基づき6段階に分類したものが要介護度（要支援2は状態像で分類）
- 厳密には、要介護度の定義は「要介護認定等基準時間」のみであり、**定性的な定義は存在しない。**

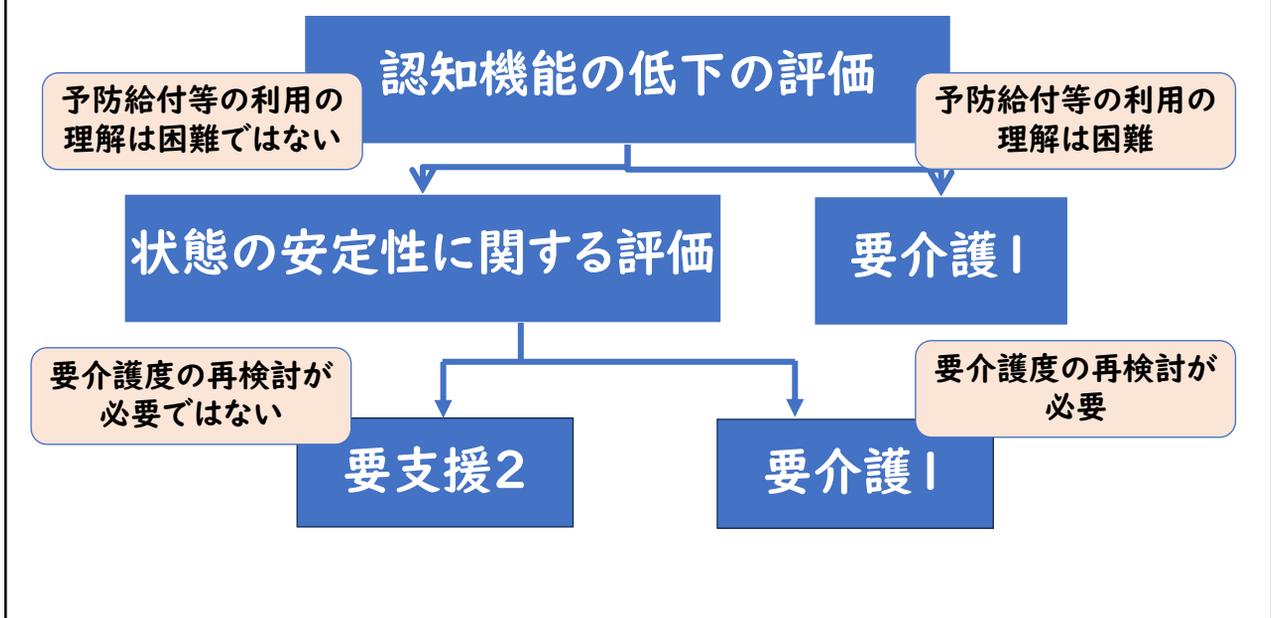
要介護認定等基準時間	要介護度
25分未満	非該当
25分以上32分未満	要支援1
32分以上50分未満	要支援2 / 要介護1
50分以上70分未満	要介護2
70分以上90分未満	要介護3
90分以上110分未満	要介護4
110分以上	要介護5

介護認定審査会委員テキストP28

## 状態の維持・改善可能性に関する審査判定



## 状態の維持・改善可能性に関する審査判定



## 状態の維持・改善可能性に関する審査判定

(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)

下記の二つの要件のいずれかに該当する場合は「要介護Ⅰ」

① 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等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)

② 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

## STEP3 介護認定審査会として付する意見

認定有効期間の設定及び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ついての意見を付することができます。

### □有効期間の延長・短縮

■原則：新規・区分変更 6か月 / 更新 12か月

■短くする/長くすることが可能

- ・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
- ・その他、介護認定審査会が特に必要と認める場合

#### 【介護認定審査会のポイント】

- ・要介護状態区分の長期にわたる固定は、時として被保険者の利益を損なう場合あり。
- ・すべてのケースで適切な有効期間の検討が必要。

## STEP3 介護認定審査会として付する意見

### □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

■サービスや施設の有効な利用に関して、被保険者が留意すべき事がある場合。

■専門職の集合体である介護認定審査会から被保険者や介護支援専門員に対して意見を述べることで、よりよいサービスが提供されることが期待される。※特に、提供されている介助等が「不適切」と判断した場合は、療養に関する意見を付することが重要。

例）・認知症の急激な悪化が見込まれるため、早期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  
利用されることが望ましい。

■審査会は「意見を述べる」ことはできるが、サービスの種類を直接指定することはできない。