

- ・独居の場合、本人からきちんとした実態を聞き出し確認することが困難。
- ・「買い物」「簡単な調理」の「1. 介助されていない」「4. 全介助」ももう少し分かりやすくしていただくと時間短縮になるのですが…
- ・調理について電子レンジにて温めることができれば、調理は自立と判定されるのはいかなものかと思います。介助が必要な方も介助を受けていなければ自立と判定されることになり、本当に本人の必要性には対応できていないと思います。それにより介護度が軽くなり必要なサービスが受けられなくなれば介護保険制度の意味がないと考えます。
- ・米を研いで炊く、即席めんを作ることは可能であるが、もともとの生活習慣により、度々行うことはなく、月に1~2度程度。この場合、一週間の内に実績がなければ「全介助」でよいか。
- ・調理について、簡単な調理の基準が分かりづらい。
- ・調理は簡単な調理となっているが、介助を行うというとうどうい場面を設定しているのか。家族がいない場合はほとんど“されて”いないためほとんど全介助になります。
- ・簡単な調理の判断基準がよくわからない。
- ・能力が十分にあっても、生活習慣などで全介助になる事で、必要以上に介護度が出てしまうのではないか。
- ・在宅の場合、買って来た弁当等をそのまま食べることは「1、できる」となり、病院・施設・家族が行なえば能力があっても「4、全介助」となる。
- ・簡単な調理（介助の方法）について。例えば“炊飯”は家族が行っておりそれ以外の“設問の食品”はすべて日常的に食べない人の場合です。本人は簡単な野菜の煮物などは日常的に行っており、「火の始末」も自立。この場合でも、設問の行為のうち“炊飯”のみで評価して「全介助」とするのですか？
- ・高齢者世帯で簡単な調理は自立しているが、糖尿病、慢性腎炎の食事療法が必要でもなかなか理解できず、それよりの調理もできなくなっている。下肢筋力低下もあり、入浴、その他の家事もできなくなっている方についても1次判定が要介護1でも2次判定要支援2になっています。ヘルパーはサービスを行っていますが厳しいと感じます。
- ・「簡単な調理」について。マニュアルでは「簡単な調理」とは「炊飯」、弁当などの「加熱」（要するに電子レンジがつかえるかどうか）。「即席めんの調理」とある。世間一般の常識で、電子レンジを使う、お湯を注ぐことが調理といえるのか。このマニュアルを作った方たちは「調理」という言葉を辞書で引いてもらいたい。岩波の『国語辞典』では「材料に手を加えて食物をととのえる作ること」が「調理」「料理」とある。
- ・簡単な調理のところは主に要支援1・2、要介護1の人を中心に考えてあると思いますが、在宅で家族が調理して同じものを一緒に食べている（レトルト食品、インスタント麺など食べない）場合はどのように判断したらよいでしょうか？（要介護者に対して特別な調理の場合は全介助にしていますが……）

特別な医療

- ・過去14日間にうけた特別な医療についての項目は必要なのか？
- ・過去14日間に受けた特別な医療について……対象者、家族、又は介護者からの情報で家族面会が少ない又は療養の看護等は家人では情報のあいまいさが伺えます。特に療養上告知されない場合では実際担当NSから得る状況です。

日常生活自立度

- ・日常生活自立度に関する特記事項があり、何を記入するのかわからない。
- ・認知症高齢者の日常生活自立度について、認知症患者の増加と制度改正による認知症加算が導入となり、主治医意見書だけでなく認定調査側も重要視すべきと思いました。判断基準も曖昧な部分があり、判定に困惑する事があります。もっと具体的にマニュアル

で記載して頂きたかった。

- ・「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定の基準の説明や具体例が詳しくなく少ない。旧テキストと同じような判断基準でよいのか。
- ・認知症高齢者日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度の特記事項があるのは良い。判断の根拠が書ける。

特記事項について

- ・認定調査、数件を実施。「能力」を問う項目や「自立」の場合であっても特記事項へのメモ等、詳しく書くため不自由であった。
- ・特記事項の記入方法や書き方もテキストでは示しているが、実際の審査会では1名当たり約一分間のペース配分という状況で、どの程度の影響（配慮）があるか疑問である。
- ・特記事項にあまり沢山書かないようにというニュアンスの発言がありましたが（自治体研修の時）、テキストに特記事項記入例がありますが、かなりの分量です。いろいろな項目にあのように記入したら、やはり沢山の量になると思います。
- ・特記事項の記入がより重要になったので、調査に時間がかかる。自治体によって厳しさがまちまち。(1回1時間程度の調査ではわからない(覚えていない)事が多いのに、役所からその時の内容を1ヶ月後に電話で聞かれても記入した以上の事は答えられない)。
- ・特記に記載というが、審査会の1ケースあたりの審査時間で判断できないのではないのか？
- ・能力勘案が無くなった分、特記事項に明確に状況を記載する事が重要と思われるが、自治体の担当者からの説明によると、「特記事項を3枚も4枚も記載されても審議する時間はないので簡潔に」との事。特記事項が2次判定にきちんと反映されるのか疑問が残る。
- ・以前と比べて特記事項が重要視されるため、調査票を記入するのに時間がかかる。
- ・今でも判断根拠を特記にとあるため、1枚の特記記載では不足し2枚以上となっているので審査員は読むのが大変である。調査員の文章能力の差でその状況判断が推測できない場合が多い。今回の改正では状況のあとに「介助の必要がある」と記載したら審査会での二次判定材料となる。これ自体もこの「介助の必要がある」が魔法の言葉となる。特記には何を記載すればいいのか、利用者向けパンフレットで状況を話すようになっていたのでたくさん聞くと思うが、その中の何を記載すればいいのかのポイント集が必要。
- ・頻度の記載も難しい。過去1週間や一ヶ月の状態での頻度をとあるが、日内変動や状態の重篤さもある。1回であっても相手をケガさせるような暴力があれば、そのあとは起こらないような介護がなされるなどでは介護の手に頻度では反映されない。
- ・特記事項の内容で判断すると聞きましたが、表現力の違いが認定を左右するのではないのかという心配もあります。医師の意見書が全く身体状態と合っていなかったり認知のひどい人が自立になっていたり無責任な記載が多いように思われ、こちらもきちんとしてもらいたいです。
- ・実際に特記事項を審査会で適正な判断ができるのかが心配です。(大量の情報を目に何人も審査できるのか。実際にコンピュータの結果と医師の情報だけで行っている市もあると聞く。
- ・調査や記入に時間がかかってしまう。歩行等危険があり、認定調査時不安になる。実際にやっていただくとき、誰に許可を取るのか。
- ・独居の場合、実際の介助の状況で判断し、特記事項に詳細を記入するが、どこまで判定に活かされるかが心配である。
- ・基本的に調査の後の書類作成（特記の記載）にかなりの時間を費やさなければならなくなった。月の途中で見直しがあり、改正されて介護の不足であったり配慮はされている

とは思いますが、身体状況、例えば頻度であったり日内変動であったり等々……どこまで判定会で読みとれるのか。現状サービスの足りている人が（絶対?!）今回の調査内容の変更で自費が発生したり、無理を強いられる結果となるはず。在宅生活の保持・在宅へ戻る（病院や施設から）ための介護保険であったはずのものが正直、方向を見失いつつあると思えてならない。特に痛切に思うのは、現場を知らない市の人間が初回認定調査に来て判定会であり得ない結果の出してしまうことのパカパカしさ。個人的見解で言わせて頂くとしたら、今回の調査内容変更、改正などを含め見直さなければならないことは山積状態のはず。

- 言葉がおおまかで理解しづらい。「逸脱した行為」など。体の状態はいろんな方がいらっしやるので、特記事項の記入例をたくさん記載してほしい。どちらにマークしていいか迷うことが多い（特記事項にあてはまらない人が多い）。一次判定ソフトが入力しづらく見づらい。マークシートの「自立」、「介助されていない」のマークするところが同じ事がおかしい。
- 特記事項に書く手間が増えている。文章で状態を表現するのに難しさを感じている。ありのままを伝えるよう努力しているが余計な内容も多く、毎日仕事に追われて調査が乱雑になっているのではと反省している。もう少し余裕のある調査をしたい。
- とにかくテキストを読みながら、四苦八苦しなながら、OCRに向かっています。こんな特記の書き方で分かってもらえるのだろうか、まったくの的外れのことを山ほど書いているだけなのではないだろうか…と不安に思います。認知症状がない方で、1群、2群に特記すべきことが多い方は、特記が2枚、3枚になってしまっ…でも他の方と同じようなことばかりで、果たしてその方の状態がわかってくれるのかなと常々感じております。
- 今回の認定調査は、特記事項を詳細に書かないでチェック項目だけでは、本人の状態とかけ離れた結果になりかねません。特記を記入する上で、調査員の文章力・表現力が大なり小なり影響するのではないのでしょうか。また、特記を読まれる審査会の先生方の受け止め方も人によっては違ってくるのではないのでしょうか。ありのままをそのまま特記に書くのですが、文章の表現力、読まれた人の受け止め方で、多少の誤差は出てしまうのかと思います。
- 認定調査票のレ点チェックはシビアに記入していますが、特記事項の記入内容についてうまく書けていない状況です。認定調査票マニュアル（手引き）を見ながら記入しているので、調査票作成に時間がかかっています。
- 基本的に能力勘案という考え方がなくなった分、一次判定では表しきれない部分を特記へ…ということのでかなりの枚数の特記事項を記入することとなっています。が、記入していて本当にこんなに必要？とってしまいます。効果的なフレーズや、利用者把握がしやすい表現等、あったら使っていきたいです。
- OCRに落とし込みができにくいのは慣れていないせいも（多分に）あると思います。ただ状態像は能力+介助の相対的な状況から判定されるべきです。介護や援助の手間や工夫、周囲の調整がどれだけ必要であるかをもう少し反映されたものであってほしいと思います。特記事項はできるだけ具体的に明確に記入するのは当然なのですが、現状は必要以上に書き込まなければ状況を理解してもらえない、あるいは判定結果が不安という手間が負担です。
- 新認定調査を10件程度経験したが、特記事項を詳しく書いてもチェックをしなければ一次判定は重くなりません。例えば昼夜を問わず徘徊があり、介護者が終始付き添っている場合特記事項に詳しく書いても一次判定と二次判定は変わらない経験をしました。
- 家族同居の方は要支援の方で、転倒しないようになるべくベッドの上で過ごされ、リハ

ビリパンツを利用されている。自分で交換されているが尿臭は強い。食事はお粥、柔らかいおかず、魚も身がはずしお膳のセットがしてあれば自分で食べられる。と自立度が高いようで家族の方が手間がかかっているが介護の手間が表しにくい。通所に3回出た方が、機能が落ちないと希望があっても2回しか使えない状況があります。

- ・特記事項に記載しても一次判定では歴然として違いは出る。このことについて保険者に確認しても明確な回答はなかった（今のところは調査員にお任せなのだろうか。これも推測の域を出ないが）。

主治医の意見書

- ・認定調査員のレベルのばらつきによるものを防止するためと、主治医意見書の内容重視というが、医師が本人の生活状況を、月1~2回の2~3分の診察で「介護の手間」まで把握できるとは思えない。調査員のレベルアップをはかるべきだと考える。
- ・医師の意見書記載の遅延で大幅に結果が遅れることがある。遅ればサービス開始が遅れることがあり、医師にも現場が困ることを自覚するよう周知して欲しい。
- ・主事医意見書における特記事項をもう少し、日常生活のことを具体的に述べていただくと議論しやすい（介護の手間がどのくらいかかるか）と思います。“歩くのが困難”というのは、他人が手を引いてつかまって歩けるのか、杖などにつかまり自分一人で歩けるかなど。（内科）

施設からの意見

- ・特養施設ケアマネです。要介護認定に関して実際の現場における「手間」について反映する項目がないものがあります。①介護抵抗以外の「暴力行為」について。②不潔行為について。③感染症について（インフルエンザ、MRSA等、疥癬）。
- ・介護老人福祉施設で認定調査員をしています。日頃の業務で感じることは認定調査票を1名分仕上げるのにとっても作業時間がかかることが悩みです。今回は判断基準が変わったこともあり業務負担は相当なものです。法改正の対応と調査で疲れていても休めない状況でした。また調査手法がなぜ変わるのか？どのように変わるのか？ということを利用者や利用者家族があまり知らされていなかったので当園の利用者家族にはお便りを出しました。保険者や国が具体的に調査手法が変わることをPRすべきです。
要介護1の入所者は施設でのケアを受け重度課しないようにしていますが、要支援になったら退所するようです（経過措置がありますが……）。経過措置はいつまでなのか？
- ・施設内のケアマネです。施設生活であるから問題にはならないが、在宅であれば非常に問題になることは結構多いと思います。その点でこれまでは本人の能力とかけ離れた調査結果がでることもあったと思いますが、今回はスタッフの見守りのもとでできている事柄についてもその手間を記載して重めのチェックが認められるのが良い点だと思います。逆に施設だから能力的に可能なことでも都合上、手をかけてしまうことについて、その旨を記載してすべてかかっている手間としてとらえることは調査実施者によるバラツキがなくなり非常にスッキリすると思います。

その他

- ・家族の申請段階では、要介護→要支援になるかもしれない疑念があるが、家族の動揺（施設にも入れない、在宅でも看れない、どうしたら良い！？）があり、4月申請に当たっての詳細を理解してもらう期間が不足。
- ・認定調査方法についての情報がしばらく届かず（市からのFAX漏れ）、どうなっているのか分からず不安だった。当初、2009年のテキスト配布後に変更箇所があり、使いにくかった。

- ・特記はしていますが、審査会に伝わるかどうか不安な時があります。全体的に前より軽く認定されてしまいそうで……。責任を感じることはないと思うのですが、実際に調査する本人は気になる。仕方ないことだとは思っていますが……。
- ・調査件数が少ないため、何ともいえないが、要支援の人がさらに軽くなったりするのは困る。
- ・確認方法や選択基準をみると、現在の要介護度より軽い介護度に認定されることが容易に予想できる。また、家族の協力体制が整っている（家族が手伝ってくれる）方と、独居や自分一人で何とか生活している（しなければいけない）方が、同じものさしで能力を判断されてしまう点は相変わらずである。
- ・改めて認定調査（判断基準等）を変える必要があったのだろうか？調査員のコスト増に比べ、二次判定の審査員への負担軽減・効率化という配慮が伺える。限度額に近いサービスを受けている方にとって、必要なサービス・受けたいサービスが受けられなくなるのでは、という懸念がでてくる。
- ・実際に認定を受け、結果を見ないとわからない面はあるが、介護度が全体的に軽くなるのが懸念される。本人の状態は全く変わらないのに、介護度だけが軽くなるというようなことが生じるのではないか。より詳しく対象者の状況を確認する必要があるにもかかわらず、調査項目が少なくなっていることに矛盾を感じる。
- ・調査に訪問→調査→調査票作成→提出で1件4,000円はととも採算に合いません（出来れば受けたくないのですが）
- ・高齢者、疾患障害を有する人の生活の全てについての調査項目ではありません。また「出来る」「介助要」「出来ない」の3パターンのみで評価は、出来ない部分が多く、調査自体の信頼に疑問がある。
- ・最近の新聞記事では認定結果が軽くなっても申請すれば三ヶ月から二年間は現在の要介護度に基づきサービスが受けられるような方向で検討されている。いったい認定調査をどう考えているのか？
- ・誰もが「要介護度5」として「サービス担当者会議」をしっかり行い、必要性和妥当性の元「サービス計画書」が作成されれば、認定調査で、再度、判定を付ける必要はない。調査するのにかかる費用を、他に回し保険料の上昇を抑える方が良いのではないか。
- ・1月に役所の認定調査の研修に参加したが、4月開始前にいくつか項目が見直されたことに混乱した。
- ・全般的に「介助されていない」独居高齢者については、調査員がどのように判断するのか、その根拠を記載するようになっており、調査員の判断に委ねられる場面が多い。同席者のいない高齢者は、調査員にとっても判断材料が不足し根拠を示すことが困難である。
- ・認定調査について、意見申し上げます。私の会社では、全国の認定調査を引き受ける体制にあり、様々な保険者の調査をおこなってきました。保険者ごとに、調査票が異なることと、判断が若干異なる場合があります、困ることが多々ありました。判断については、更に統一してもらうのと、調査票に関してもできれば統一して欲しいと思いました。
- ・認知症の判断も病院まで自力で通院していると、認知症はなしとA市では判断された。B市では認知症への審査会の理解が低い（現在は解消されてきているらしいが）では、生活全般の支障の程度で判断などの違いはある。
- ・市町村よっての調査判断の異なり、A市では金銭管理では実際の金種を見せて金種が認識できる、千円で、@百円のみかん三個買ったからお釣りはいくらと聞いて計算ができれば自立している。B市では金種や計算だけでなく、金銭全般の管理（出納や預金、付き合いでの管理など）全般で判断している。
- ・明確な定義も必要であろうが、「介護の手間」はその状況を調査員がいかにか能力や支障を

判断する選択肢もあって、始めてその人の介護の状況が現れ見えてくる。もともと一定の能力や資格を有している調査員の研修に力をそそぐほうが、その人の状態が適切に反映されると考える

- ・介護者が手間を掛けられる状態かどうか、一人で無理をしてがんばるしかないとか、必死でがんばっている方達が軽く出るのではないかと心配です。
- ・全体的に介護度が軽くなるように感じられます。これまで利用できていたサービスが利用できなくなるケースが増えると思います。
- ・以前の認定調査でのバラつきを改善するための新方式の認定調査であると認識していますが、審査委員会での調整が入るということは、結局同じバラつきが出てくることになり、以前の認定調査と大きく変わることはないと感じます。
- ・これまでの調査項目には、「6-4 介護者の指示への反応」というものがありました。在宅でも施設でも指示が通じるかどうかということは、介護上のストレスの有無に非常に関係すると思います。新しい調査の項目からはこの部分が除かれているのが疑問です。また「能力勘案」が除かれ、4群には「明らかに周囲の状況に合致しない」という更に曖昧な判断方法になったのも疑問です。
- ・調査担当のケアマネが行う場合、客観的に記入しづらい場合が多々ある。介護度の結果においても、あなたがその結果にしたと不信感を抱かせるなど生じる
- ・自治体によって判定の甘いところもあり、地域差が存在するのも不信感のもとになっている。実際には一つの項目で非常に苦勞している介護者がおり、介護の手間が反映されない。独居の方の場合、独居可能なのだから……と判定会議で厳しい結果が出ていることもある。
- ・施設の場合、能力はあるが実際に介助を受けていることから、「4、全介助」となり、差がつく。
- ・在宅で、「独居・日中独居の場合は勘案できる」が、介護者はいるが介護不足→能力ないが「介助なし」。
- ・在宅では「1、できる」施設では「4、全介助」と判断が大きく変わる。
「例」5-5 買い物 在宅の場合外出できなくても自分で電話注文し、宅配を利用し、支払いが出来れば「1、できる」となり、能力があっても行為自体の発生がなく、介助が発生していると「4、全介助」となる。
- ・在宅や独居の方「1、できる」となる可能性が高いように思う。どの程度の内容が出来ているのか特記が必要に思う。
- ・入院・入所等の方と、在宅者との間で差が生じやすい。
2-2「移動」2-4「食事介助」2-7「口腔清潔」2-8「洗顔」2-9「洗髪」2-10・11「着脱」5-1「服薬」5-2「金銭」入院・入所等では能力があると思われても実際の介助状況で判断する。
- ・独居方、認知症の方、入院・入所されている方については、本人の状態とかけ離れた介護度になるように思われるので、能力勘案は必要と考える。
- ・聞き取り及び特記の記入不足が介護度にかなり影響する。
「自立」としても特記にどこまで書くべきか。どこまで特記が生かされるのか。
認知症・独居・同席者なしの場合はADLはほぼ自立している（何とか生活している）
できるのに入院・入所で介助されているから「全介助」と、必要なのに介護を受けられていない独居の勘案差は？
- ・テキストで要求される「介助が不足と判断した根拠、選択した介助の方法の選択理由」を記入せよとあるが、勘案した内容の選択基準が難しい。
- ・前回調査で動作確認が不十分または聞き取りが足りない等の場合、今回の調査で動作確

- 認・聞き取り（調査に必要な分のみ）ができ、チェックが変更となる場合介護度が下がるように思う。
- ・明らかな問題があっても、問われている評価軸に（有無・能力・介助の方法）該当しない場合の評価が難しい。
 - ・テキストが認知症に関して不十分。テキストの事例が現状とかけ離れていることが多く迷ってしまう。
 - ・介助されていない、全介助であっても実態（能力）が違う場合は、わかりやすい特記の書き方は？
 - ・特記記載の量が多い事で審査会の読む手間を増やしてしまうのではないかと考えるがどう書けば伝わりやすいか。
 - ・調査・特記の記録にかなり時間を取られて他の業務に支障を来しやすい。
新しい調査について県の担当より説明がありましたが、不十分で質問にも十分に答えられなかった。厚労省さん、現場に一度出て実際に見られたらいかがでしょうか？
 - ・主に要介護 2～5 の人の調査をしていて調査・特記事項に時間がかかります（慣れないのでテキストを見ながら）。幻聴、幻覚、せん妄などは認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に書いたらよいでしょうか？
 - ・私も審査会のメンバーで、1人の認定に1～2分程度しか時間を要せず、合議体にもよるが、特記事項を読み込み、一次判定を覆すことはほとんど無いに等しいという現実をご存じだろうか。

経過措置

- ・明らかに介護認定の決定と経過措置の介護度が異なっているケースでも国の決定ということで従わなければなりません。調査、審査の意味がないとの思いは、皆同じだと思いますが、住民の心情を配慮する経過措置であるということも理解はできます。有効期間を6ヶ月で決定し、国の方針を待つという考えで私の所属する合議体は対応をしています。6ヶ月中には結論が出ることを期待しています（平等、中立公正という意味において）。
- ・経過措置を設けてある点で一言。この制度を設けるならば新しく調査をしなくても良いではないか？現場は厚労省に振り回されているという気持ちが拭えない。
- ・認定調査で、「介助の方法」で評価する調査項目がありますが、実際に行われているか否かで評価することになっています。しかし、実際、行われていないと言って、介護度が一次判定で軽くなると考えられます。しかし、本来、介護は「必要性」で述べられるべきだと思います。「特記事項」で、「介護の不足」の不足があれば記載し、二次判定で反映させることになっていますが、従前のように一次で調査員が判断して評価したほうが良いと考えます。
- ・「要介護認定等の見直しに係る経過措置」で、今のままの介護度を希望された場合はそのままということであれば、そのまま認定を継続すればよいのではないのでしょうか。いつまでこの経過措置は続きますか？いくら調査をしても変わらないのであれば町としては無駄な調査の手間と主治医意見書の手間を省くことができます。特記を記入しても反映されないのは無駄と考えます。要介護認定者が増え続けています。
- ・当市では担当ケアマネが認定調査ができないこととなっています。他県ではもっとも状況がわかる担当ケアマネが調査するということもあります。調整もとりやすく認定が遅れることもないと思うのですが……。 要介護認定などの方法の見直しに係る経過措置希望調書もいくら認定調査を行ってもそちらが優先されてしまうようで調査をする意味もわからなくなってしまいます。

第3章 審査員の意見

(調査概要)

審査員約54名からアンケートの返答、もしくは、直接、意見を伺い、以下は、それらの意見である。

1. 評価する意見

- ・介護認定審査員ですが、今年度の判定で一次判定ソフトの精度は上がったと思います。
- ・当初の予想に比べて、概ね妥当な介護の判定結果が得られているが、修正などの検討が審議の中で行われる頻度は前回のバージョンと比べて変わっていない。直近の審議会が判明したこととしては、不潔行為がある場合の評価を反映させる項目が明確でなく、介護の程度を左右する因子が、カバーされていない点がいづらかあるかもしれない。
- ・新しい判断方法になって極端に低い、もしくは高い判定が出ることは少なくなったように思う。
- ・介護保険認定審査委員でもありますが、4月に入り、20件ぐらいの2009年改訂審査資料に基づいて審査しました。印象は、2～3件コンピュータ判定がひどく(軽い方に)ずれているケースがありましたが、詳細な調査書記載から、ある程度判断・訂正ができました。その他のケースは(思っていたより)、一次判定が客観的であり、スムーズに判定できたように思います。若干、ソフトウェアを改良する点がありそうですが、いまは概ね好印象を持っています(まだ少数例なのですが)。
- ・新制度は大いに結構と思います。経過措置を行う事も大いに結構だと思いますが、せっかく症例ごとに判定を行っているので、すべてを経過措置とするのではなく、本当に必要な症例なのかも吟味した上で経過措置を取った方が良いと思われます。

2. 特記事項と主治医意見書

- ・介護保険制度創設から、介護認定審査会委員をしていますが、今回の新介護認定制度については、介護度変更の理由が調査員特記事項と主治医意見書の記載の2つに限られているというのだが、問題です。
- ・医師の立場から、数え切れない主治医意見書を書きましたが、これまでの介護認定審査会で拝見する主治医意見書のレベルは、あまりにまちまちで、極端なのは、病名しか書いていないもの、明らかに調査日時に比べて主治医意見書の内容が古くて参考にならないものなどがありました。
- ・医師会の一員として、レベルの低い主治医意見書を書かれる医師を指導する立場にはありますが、聞く耳を持たない医師がいるのも事実です。
- ・特記事項及び主治医意見書の2つの資料を中心に、判定するのは間違いです。
- ・特記事項にも状況を詳しく記入する必要があるため、時間がかかってしまう。
- ・特記事項に記入している内容が、その人の状況として審査員にキチンと伝わっているのか心配。言葉が足りなくて違う解釈をされてしまう可能性も有るのでは?ケアマネの文章力が必要ですね……。
- ・特記事項の記入例がもっと沢山有れば、判断しやすいし、記入しやすいのでは?
- ・在宅と施設の違い。特に在宅でも独居の方と、家族と同居しておられる方ではチェックが違い、能力はあるが家族に全部行ってもらえている方と、介助が必要だが自分一人しか居ないので不十分だが何とか自分で行うしかない方では、「している」「していない」の判断が大きく違う。
- ・認知症で介護が大変と特記事項、意見書に記載されていても基準時間の認知症加算が「0」で全く反映されていないように思われた。
- ・削減された認定調査の項目は、被保険者の介護度を理解する上で必要なものである。そ

れらを埋める為には、調査を担当するケアマネージャーと意見書を記す医師が特記事項を記す等に対応するしかないと思われる。医師とケアマネージャーの表現力と審査員の判断力が正当な判断になるであろう。

- ・ 主治医意見書にある認知症の周辺状況と認定調査項目が符合しないものがあり（不潔行為、異食行動等）、具体的な記入がないとどのようなものか判断しにくい。
- ・ 「本人が現在受けているサービスの状況は認知機能の状況や状態の安定性に直接関係があるものはないため、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らない」とテキストにあります。サービスを受けているから生活のメリハリがついている、昼夜逆転、徘徊が少ない等はあることで考慮に入れないのは難しい。
- ・ 軽度の状態のため、調査項目のチェックが少ないケースでは、特記事項も少なく、介護度変更の理由となる文章を探すのに大変苦労している。

3. 審査状況

- ・ もちろん、黒丸・白丸（要介護変更の指標）や日常生活自立度の組み合わせが参考指標として引き続き利用できることになっていますが、医療と介護に精通した介護関係者・主治医が多数派を占めるようにならなければ、解決しません。
- ・ 検証期間中は、家族の希望で元の介護度に戻すという方式は、介護認定審査会委員の士気を明らかに下げています。
- ・ 認定審査会資料の参考指標として、要介護度変更の指標（●○）と日常生活自立度の組み合わせを参照しても良いとのことであるが、これらは今までの認定審査会資料には掲載されていた事項であり、一目瞭然でありました。今回の改正で認定審査会資料から、これらの指標が表示されなくなったので、案件の判定について指標により検討する場合は、審査会委員が一例ずつ照らし合わせなければならず、こうした手間を考えると以前の方法（参考指標が審査会資料に表示されていた方法）がいかに簡便かわからないのでしょうか。
- ・ 一概に一次判定結果が前介護より低くなっているとは限らなかった。一次判定を変更する場合、明らかな理由付けが難しく、結局悩んだ末に一次判定のままになってしまう。テキストにある「体重が重く2人介助が必要で手間がかかる」という例は極まれであり、理由付けとなる具体的な例文を10例程度提示していただきたい。
- ・ 当市で、要支援になっている方を他市の状況と比べると、同様な障害の程度でも、他市では要介護1となることがあります。当市では、要支援の発生率が高いのではないのでしょうか。介護保険は誰もが安心して暮らせるための制度であるはずですが、認定調査や判定が厳しくなることで、かえって不安になり、逆効果となることはないのでしょうか。正しく認定され安心して介護保険制度が利用できるように希望いたします。
- ・ 介護認定審査会について かつて介護認定審査において時間がかかるのは、要介護1相当を要支援2か要介護1に判定することでした。状態が不安定または認知症が悪化するという事実で振り分けていました。他の要介護度については、ほとんど変更（一次判定から）することはありませんでした。よって、介護認定審査会の裁量権がないのと同じでした。今回も、ほぼ一次判定のみで、要介護度が決定するシステムにすると、よいのではないですか。
- ・ 審査員の判定は、申請者に有利な判定に僅かに偏りがちになる傾向がみられるように思います。（内科医）
- ・ 独居の方や認知症の方の介護度の判定が、一段低く見積もられるような仕組みになっているのは問題である。家族介護に頼ってきた日本の介護もう限界で、介護保険も家族介護と切り離して設計し直す時期が来ている（内科医）
- ・ 介護度変更時の項目加算時間にバラつきが出る。

- ・要支援 2・要介護 1 の振り分け方が「新予防給付の利用の理解が困難でない自立または I」の場合、「概ね 6 ヶ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介護度の再検討の必要があるか」で決められます。それに該当するのは一部なので、認知機能低下がない場合は、要支援 1→要支援 2→要介護 2→……となります。「要支援 2」と「要介護 1」・「要介護 2」では利用限度額も使える給付（サービス）も大きく変わりますので、「要介護 1」が抜け落ちたように使えないのもおかしく感じられます。予防給付の「要支援 2」では不足で、介護給付の「要介護 1」が良いと思われる認知機能低下のないケースはあります。今度の新介護認定ではその概念が否定されていますが、少々無理があると感じられます。
- ・認知症加算の時間の算出方法がわかりづらい。癌末期の申請者では排泄等、本人ががんばって（無理に）自立している場合が多く、認定が軽く出てしまう場合がある。予防給付ではなく、介護給付ができるような仕組みにして欲しい。
- ・5月11日と22日の2回、新認定制度に変わった審査会に出席しました。前者では委員長が精神科の医師であるため、認知症のケースが集められており、後者は看護師が委員長で慢性疾患に伴う廃用のケースがほとんどでした。前者は一次判定で35例のうち2例が前回より軽度化になりましたが、二次判定で前回と同様となりました。したがって前者の軽度化はありませんでした。後者は36例中、たしかには覚えてないのですが、7例位が軽度化しており、2段階低下もあり、二次判定でも上位変更はあまりなかったと思います。
- ・認知症のケースと廃用のケースでは軽度化に有意な差を感じました。なお、この他審査会のカテゴリーには、整形外科的な筋骨疾患を集めたグループがあると思います。また、今回の改正とは直接的に関係しないのですが、現実の介護を意識して修正を重ねることで、チェック項目の指標（マーカー）としての科学性が薄らがないか懸念しています。
- ・介護度の二次判定を変更する根拠として、または要介護 1 状態のケースについて要介護 1 か要支援 2 かの判定をする根拠としてまず調査員・主治医の特記事項の具体的な文言を理由としてそのまま抜粋して記載しないと認められないため、予習の段階でそのような文章を選び出しておく手間がかかるようになった。
- ・審査会当日に記録係がこの文言を記入するのに、当然、余分の時間がかかり、審査会当日要する時間が2割ないし5割長くかかるようになった印象である。その間、事務局の職員は残業しているわけであり、事務コストが余分にかかるようになったことは間違いないと思われる。給付を増やさないための今回のソフト変更であろうが、事務経費が増えるのでは本末転倒ではないかと思われる。
- ・相変わらず樹形モデルのブラックボックスはわからず、なぜこのケースが非該当で似たようなケースが要支援 2 なのかという例がまだみられる。上記の理由で軽度の状態のため調査項目のチェックが少ないケースでは特記事項も少なく、介護度変更の理由となる文章を探すのに大変苦労している。

4. 調査項目

- ・新要介護認定により、関節の拘縮等正しく評価されず、以前より軽くなると想定される方がいらっしやいます。調査は正しく行わなければ意味がありません。良心的な調査員の方は、特記事項に記入していただきますが、調査員によってバラつきがあるのも事実です。早急に再検討が必要ではないでしょうか。
- ・「介護の手間がかかる」判断について、多少困惑しています。
- ・今回のテキストでは行動が時間で制約されています。時間のみではなく、どのような行動ができるか、組み合わせた行動がどれくらいできるかも考慮して頂きますと幸いです。新しい認定調査項目で除外された項目と、追加した項目のバランスがとても悪いように