

「要介護認定方法の見直し」アンケート
調査結果報告（中間報告）

平成 21 年 7 月

一般社団法人
日本介護支援専門員協会

1 . 調査概要

(1) 調査対象

一般社団法人日本介護支援専門員協会会員で、E-mail 登録のある者のうち居宅介護支援事業所に勤務している者
E-mail 登録のない者は、別途郵送にて調査中

(2) 調査期間

E-mail 登録者 : 平成 21 年 6 月 26 日 (金) ~ 平成 21 年 7 月 3 日 (金)

E-mail 未登録者 : 平成 21 年 7 月 2 日 (木) ~ 平成 21 年 7 月 10 日 (金)

(3) 調査方法

E-mail 登録者には、E-mail で配信し、E-mail で返信

E-mail 未登録者には、郵送で配布し、FAX で返信

(4) 回収数(3) 分

E-mail 送付件数 5,063 件

回答数 120 件

回答率 2.4%

FAX 回答者は現在回収中 (223 件 : 平成 21 年 7 月 9 日現在)

(5) 回答者の内訳

認定調査員 40 名 (33.3%)

介護認定審査会委員 9 名 (7.5%)

介護支援専門員 119 名 (99.1%)

2. 回答結果

(1) 回答者自身について

性別

N = 119

項目	(人)	(%)
1. 男性	38	31.9%
2. 女性	81	68.1%
合計	119	100.0%

年齢

N=119

項目	(人)	(%)
1. 20～29歳	0	0.0%
2. 30～39歳	28	23.5%
3. 40～49歳	45	37.8%
4. 50～59歳	39	32.8%
5. 60歳以上	7	5.9%
合計	119	100.0%

勤務地の都道府県

N = 117

都道府県	(人)	(%)	都道府県	(人)	(%)
1 北海道	1	0.9%	25 新潟県	0	0.0%
2 青森県	2	1.7%	26 富山県	0	0.0%
3 岩手県	4	3.4%	27 石川県	0	0.0%
4 宮城県	2	1.7%	28 福井県	1	0.9%
5 秋田県	3	2.6%	29 山梨県	0	0.0%
6 山形県	2	1.7%	30 長野県	3	2.6%
7 福島県	1	0.9%	31 岐阜県	1	0.9%
8 茨城県	3	2.6%	32 静岡県	5	4.3%
9 栃木県	1	0.9%	33 愛知県	9	7.7%
10 群馬県	2	1.7%	34 三重県	11	9.4%
11 埼玉県	1	0.9%	35 滋賀県	0	0.0%
12 千葉県	7	6.0%	36 京都府	6	5.1%
13 東京都	2	1.7%	37 大阪府	9	7.7%
14 神奈川県	5	4.3%	38 兵庫県	5	4.3%
15 奈良県	0	0.0%	39 愛媛県	1	0.9%
16 和歌山県	4	3.4%	40 福岡県	3	2.6%
17 岡山県	0	0.0%	41 佐賀県	1	0.9%
18 鳥取県	1	0.9%	42 長崎県	1	0.9%
19 島根県	0	0.0%	43 熊本県	3	2.6%
20 広島県	3	2.6%	44 大分県	2	1.7%
21 山口県	5	4.3%	45 宮崎県	0	0.0%
22 徳島県	0	0.0%	46 鹿児島県	3	2.6%
23 香川県	0	0.0%	47 沖縄県	3	2.6%
24 高知県	1	0.9%	合計	117	100.0%

勤務している事業所の種類

N=119

項目	(人)	(%)
1. 居宅介護支援事業所	103	86.6%
2. 地域包括支援センター	7	5.9%
3. 特別養護老人ホーム	1	0.8%
4. 老人保健施設	0	0.0%
5. 介護療養型医療施設	1	0.8%
6. 有料老人ホーム	1	0.8%
7. 軽費老人ホーム	0	0.0%
8. グループホーム	0	0.0%
9. 小規模多機能型居宅介護	0	0.0%
10. 行政	0	0.0%
11. その他に勤務	3	2.5%
12. 離職中	3	2.5%
合計	119	100.0%

勤務形態

N=116

項目	(人)	(%)
1. 常勤専従	74	63.8%
2. 常勤兼務	38	32.8%
3. 非常勤専従	3	2.6%
4. 非常勤兼務	1	0.9%
合計	116	100.0%

介護援専門員としての実務経験年数

N=116

項目	介護支援専門員		認定調査員		介護認定審査会委員	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
1. 1年未満	5	4.3%	0	0.0%	0	0.0%
2. 1年以上2年未満	6	5.2%	9	22.5%	0	0.0%
3. 2年以上3年未満	7	6.0%	18	45.0%	3	33.3%
4. 3年以上5年未満	24	20.7%	12	30.0%	6	66.7%
5. 5年以上	74	63.8%	1	2.5%	0	0.0%
合計	116	100.0%	40	100.0%	9	100.0%

(2) 認定調査員、介護認定審査会委員への設問

-1 調査結果の選択肢の選択に迷う調査項目について上位 10 項目までの番号とその理由

) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
1-1	麻痺	16	9.2%
1-2	拘縮	12	6.9%
5-6	簡単な調理	11	6.3%
5-3	日常の意思決定	10	5.7%
5-5	買い物	10	5.7%
3-1	意思の伝達	7	4.0%
4-12	ひどい物忘れ	7	4.0%
2-2	移動	6	3.4%
3-2	毎日の日課を理解	6	3.4%
4-7	介護に抵抗	6	3.4%
5-4	集団への不適応	6	3.4%
合計		91	52.3%

順位 1-1：麻痺

- 1) 実際にやってもらい上げれば「できる」となるが、筋力低下で日常生活に支障が実際に支障があっても「できる」を選択しなければいけないこと
- 2) 麻痺には以前は下肢筋力低下があったが、今はない
- 3) 膝を伸ばす動作に寄り確認」だが「完全に伸展する必要はない」とあるため、どの程度まで足があがれば問題なしと判断するか(保険者に確認した際には「膝が伸びるか否か」との回答)。医師から「廃用症候群による下肢筋力の低下」と言われており、移動・移乗も不安定だが、足が上がれば問題なしの選択をすることになるのか等。また目的とする動作ができるか否かで項目を選択するようになっているが、「感覚障害があるだけではないを選択」とある。「異なった選択が生じやすい点」を見ると麻痺により半身の痺れ感が強く(足の裏も)歩行時に足が地についている感覚がなく転倒の不安が強い、転倒歴があった場合等は、目的とする動作が行なえても あり を選択して良いとも受け取れる。
- 4) 加齢による筋力低下がなくなった
- 5) 一瞬でもよいのか、明らかに支障があるのに、「支障は問わない」ことから、記載に戸惑う。
- 6) 下肢筋力低下があり歩行が不自由なのに確認項目が出来れば「ない」を選択しなければならない
- 7) 下肢筋力低下しているが可動域制限がない場合チェックがつかない
- 8) 下腿の拳上の程度の定義があいまいなため。
- 9) 手指、足趾の欠損の程度 ショパール関節欠損は

- 10) 手指の麻痺があり曲げられないが、テキストでは手指の麻痺は「該当しない」とある。手指の麻痺は日常生活に支障があるため「該当しない」はおかしい。
- 11) 日頃の状況との違い
- 12) 日常生活上明らかに不便である麻痺があっても確認方法で認められないケースがある
- 13) 評価基準が日常生活の支障レベルとの整合性が感じられない
- 14) 麻痺・拘縮について今までは生活に支障があるという部分での考えをしていたことに対して、今回の調査内容では麻痺・拘縮がなしとなっても生活に支障はあり、困っているじじつがなぜ反映できないのかという疑問があり、なしと記入することに抵抗を感じている
- 15) 麻痺の内容。手が動かないのに腕が動けばない？

順位 1-2：拘縮

- 1) 1-1 と同じような動作を行い、他動かどうか等という辺りとその角度が絵と同じ位と曖昧
- 2) 1-1 と同
- 3) 移動の機会のない人を自立するとの事だができるかどうか？の能力で見て欲しい。食事は自分で食べられない状況であれば経口摂取していても能力で見て欲しい。
- 4) 自力で動かせなくても、他力で動かせれば？になる
- 5) その他は四肢の欠損のみとの事だが、頸部や手指に拘縮がある事で日常生活にかなりの支障があると思う
- 6) 椅子に足を降ろして座れ、立位をとった際には膝も伸びているが、座った状

態で確認した際、パーキンソンにより緊張して他動でも膝が伸びない場合等の判断をどうすべきか。

- 7) 医療資格者外では、確認動作正しく出来ているかどうか迷う
- 8) 自力で可動できず、他動的に動かせる範囲が限られている場合、明らかに危険と思われる場合、どこまで確認動作が必要なのか、迷う
- 9) 日頃の状況との違い
- 10) 日常生活上明らかに不便である拘縮があっても認められないケースがある。
- 11) 評価基準が日常生活の支障レベルとの整合性が感じられない
- 12) 痺れなど含まず測定範囲が甘い？

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 自宅で、レンジで温めない、入所中等同じような様子でも環境でチェックが変わってくる
- 2) 「炊飯(米を磨いで炊く)」は本人にもその習慣がなく、家族(妻や娘等)が家族の分と併せて行なっており、主菜・副菜も家族が作っている場合の判断。
- 3) 5-6 と同様性差が大きいことと、調理ができないのでカップラーメンを食べている人がお湯を注ぐことを調理ができるとは常識的に考えられない。この項目だけでもこの調査は従来より介護度を軽くしようという官僚の方の意識がみえみえである。
- 4) カップラーメンばかりは食べないと思う。簡単な調理のみならず、家事動作ができるかできないか？を問われた方がよい。
- 5) 調理が出来るかどうかを見るべき。
- 6) 調理しなくても買ってきた弁当をそのまま食べて、出来るになる

- 7) 家族がしていることと、入所の場合のスタッフがしている介助は同じはずなのに、市の解釈が食い違ったりして子混乱する
- 8) 簡単な調理が出来れば生きていけると判断するのはどうか
- 9) 簡単な範囲が日常生活から離れている
- 10) 消費期限を過ぎているが食べてしまう。よく下痢を起こしている。 家族は、就労しており関わりが薄い。介助の必要性がある。されていないではない。
- 11) 男性の場合、亭主関白で何でも妻にやらせる人は、能力があっても全然やらないので全介助となる

順位 5-3：日常の意思決定

- 1) 3-1 と同様。何故似たような項目が2つもあるのか、2つに分けられている明確な理由がわかりません。
- 2) 医師をどう捉えるかわからない。
- 3) 具体的な内容が思いつかない
- 4) 決定的なものは、何で判断したらよいのか悩みます
- 5) 自分の判断となるため
- 6) 対象者の程度によって、どちらにしてよいか判断に迷うことが多い。
- 7) 調査時の質問の仕方に迷う
- 8) 内容 実際に確認できない
- 9) 明確な意思の確認ができる人は良いが、日によって違う時など、どの程度まで特別な場合を除いてできるになるのか日常的に困難なのかを悩む。

順位 5-5：買い物

- 1) 買い物も出来るかどうかを見るべき。
- 2) 在宅・施設、介護者のあるなしで左右される項目
- 3) 実際に介助されていることと能力の部分で、自分の中でまだ割り切れない思いがあるため記載があいまいになることがある
- 4) 大きい買い物はヘルパーや家人に頼んでいても、移動販売等では購入できる場合
- 5) 同じものを買ってきて腐らせてしまう。レジで解凍製品を買うときお金が足らず、返品もきかない。認認介護。能力がない。介助の手間がもっとも必要な場である
- 6) 認知があり、自分で買い物をしているのに上手く出来ない場合、必需品は自分で選んでいるか等、微妙な場合がある
- 7) 買い物については男性の場合はほぼ奥様任せで能力があっても介助を受けることが多いですが、何故この項目が能力でなく、介助の方法を問うているか悩みます。
- 8) 買い物と一緒に行き計算能力があっても支払いは家族がしている場合
- 9) 要介護がいる家庭はほとんどが家族又はヘルパーで介助しているので。

順位 3-1：意思の伝達

- 1) 時々伝達できると、殆ど伝達できないとのどちらにするか判断に迷う時がある（認知の方）
- 2) 意思の伝達を具体的に確認する例をお聞きしてもなかなか的確な返答をいた

だけに悩みます。

- 3) 口数が元々少ないのか伝達する意欲がないのか・・・で迷う
- 4) 選択しにくい
- 5) 伝わっているのか頻度など

順位 4-12: ひどい物忘れ

- 1) 調査の定義で云うところの物忘れと、普通の庶民の感覚で云う物忘れの尺度の乖離が甚だしい
- 2) 家族が困っている点など独居の場合わかりにくい
- 3) どのていど日常生活に支障があるのかわかりづらい
- 4) ひどいとは、どの程度なのか、判断に迷う。
- 5) 何らかの行動が起こっている事、認知症の有無や知的レベルを問わないとあるが定義があいまいと思われる。
- 6) 今改定で取り方が変わった項目郡の一つ。介護手間でなく有無に変わったはず。「ひどい物忘れによって行動が起こっている」のみにゆるまっているが、理解していない保険者職員がおり、もっと周囲を困らせる行動でないとかダメとか言う
- 7) 物忘れの有無を問われているのか、行動(それに起因する行動)がなければ物忘れがひどくても「なし」なのか?

順位 2-2: 移動

- 1) 「外出行為は含まない」ことから、一步庭へ出れば、眼を離せない状況である場合や、必要であるのに、介護者が手を出していない場合。迷う。
- 2) 移動能力の程度わかりづらい

3) 室内と屋外で介助の方法が異なり、日中独居で日中はやむを得なく介助ができていないが、家族が在室中は介助が発生している場合、外出時には車椅子使用し全介助等が行なわれている状況での判断が困難。頻度を家族や本人に確認しても曖昧な頻度しか返ってこない場合が多い。

4) 定義と確認方法が合わない

5) 歩行可能だが、認知症で必要場所まで行けず、介助している人は一部介助だが。理解されていない保険者職員が結構いる。

順位 3-2: 毎日の日課を理解

- 1) [定義の内容「起床・就寝・食事などの大まかな内容とはわかりにくい。
- 2) 食事の時間がわかれば日課の理解ができると到底思えません。それをわざわざ特記事項に書かなければ判断できない判定方法を疑問に思います。
- 3) 日課にしていることは特になく、食事や就寝の時間を聞いても独居で身寄りがない場合は正誤を確認する方法がない。認知症等により食事や就寝の時間も「習慣(昼食なら12時頃等)」として答えている可能性がある場合等も考えられる。他の会話から判断ができていると思われるか否かで記入するしかないが、良いものかの判断。
- 4) 変動
- 5) 毎日の日課の食事時間や朝・夕の大まかな時間が分かれば良いになると殆どできるになるが本当に良いのだろうかと思ってしまう

順位 4-7: 介護に抵抗

- 1) テキストからは、本人が興奮したり、手が出たりする場合以外(言葉のみの

拒否)であれば、支障が生じても含まれないように読み取れるが、服薬管理の拒否や水分摂取の拒否、入浴の拒否により身体の保清が保たれないような場合の選択項目に迷う。またそのことに対して特に家族があきらめてしまっている場合の判断。

- 2) どの程度を抵抗と判断するかが明確でないようなケースが結構ある
- 3) 介護の抵抗と単に助言しても従わない場合の差異が不明。介護抵抗の定義があいまいである。
- 4) 拒否と抵抗の違いがわかりにくい。どの程度までを評価するのか。
- 5) 具体例が、記載ないとき
- 6) 振り払わないとあるにチェックが入らないので。特記事項では不十分。

順位 5-4: 集団への不応

- 1) ヘルパーのみの利用については不応が分らず、新規申請に関しては不明であると思われる。
- 2) もともとの性格や高齢などの理由などで集団への参加を希望していない方の判断。
- 3) 在宅の調査時は家族の把握ができていない場合が多い
- 4) 性格的な事からの起因で周囲の状況と合致しない状況もある。評価しにくい。
- 5) 他者の集まりの定義を明確にして欲しい。
- 6) 病的なことであり、性格的なものでは見てもらえない。慣れるまでかかりました。

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	5	2.9%	2-12	外出頻度	1	0.6%
1-2	拘縮	5	2.9%	3-1	意思の伝達	3	1.7%
1-3	寝返り	1	0.6%	3-2	毎日の日課を理解	1	0.6%
1-4	起き上がり	1	0.6%	3-4	短期記憶	1	0.6%
1-7	歩行	1	0.6%	3-6	今の季節を理解	1	0.6%
1-8	立ち上がり	2	1.1%	4-2	作話	2	1.1%
1-9	片足での立位	1	0.6%	4-3	感情が不安定	2	1.1%
1-10	洗身	1	0.6%	4-4	昼夜逆転	1	0.6%
1-11	つめ切り	3	1.7%	4-2	作話	2	1.1%
1-12	視力	2	1.1%	4-3	感情が不安定	2	1.1%
2-1	移乗	4	2.3%	4-4	昼夜逆転	1	0.6%
2-2	移動	5	2.9%	4-7	介護に抵抗	3	1.7%
2-3	えん下	1	0.6%	4-12	ひどい物忘れ	5	2.9%
2-4	食事摂取	4	2.3%	5-3	日常の意思決定	1	0.6%
2-5	排尿	5	2.9%	5-4	集団への不適合	2	1.1%
2-6	排便	2	1.1%	5-5	買い物	5	2.9%
2-7	口腔清潔	1	0.6%	5-6	簡単な調理	6	3.4%
2-9	整髪	1	0.6%	6	その他	1	0.6%
2-12	外出頻度	1	0.6%		過去14日間にうけた特別な医療		
				合計		174	100.0%

-2「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について上位 10 項目とその理由

) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
1-1	麻痺	5	6.8%
1-2	拘縮	5	6.8%
2-2	移動	5	6.8%
2-5	排尿	5	6.8%
5-6	簡単な調理	5	6.8%
2-1	移乗	4	5.4%
2-4	食事摂取	4	5.4%
4-12	ひどい物忘れ	4	5.4%
5-5	買い物	4	5.4%
1-11	つめ切り	3	4.1%
3-1	意思の伝達	3	4.1%
5-4	集団への不適應	3	4.1%
合計		50	67.6%

順位 1-1：麻痺

- 1) 〃四肢の動かしにくさ（筋力低下や麻痺等の有無）を確認し、とあるのに、筋力低下の事例がない
- 2) その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 3) ない場合の例しか特記事項の記載例がないのである場合の例を記入してください。
- 4) 介助の手間が評価されない
- 5) 特記事項の例示が少ない。

順位 1-2：拘縮

- 1) (その他) にないが) 腰が曲がっている人(円背) 腰椎と脊柱の拘縮はどうしていらぬのか。(生活に支障のある人が多いのに)
- 2) [重度の寝たきりで...理由が矛盾しているように感じる
- 3) 重度の寝たきりの方の確認方法
- 4) ない場合の例しか特記事項の記載例がないのである場合の例を記入してください。
- 5) 介助の手間が評価されない

順位 2-2：移動

- 1) どれほど寝たきりでも ベッドごと移動していますよ。全介助です。
- 2) 施設では、転倒や離園等の事故を防止するために施設側の事情で見守り

や手引き介助を行っている。本人の状態に応じて介助が発生している訳ではないのに、一部介助を選択するのはおかしい。

- 3) 特記の例が不足と思われる
- 4) 這って移動する人は見守りなしで、歩く人は見守りがいることが移動の概念に照らして妥当かどうか悩みます
- 5) 歩行項目との違い。変動がある。

順位 2-5：排尿

- 1) これほど尊厳のある部分であるのに一連の行為は評価されないとは驚き。尻も拭かなければお尻も丸出しです。介助の評価が最も薄い
- 2) 一部介助の例示がない
- 3) 市町村が変わると解釈が変わる
- 4) 特記例がわかりにくい
- 5) 尿カテーテルで後始末を自分でしている例がありますが、常識的には少ないと思うので介助を受けている例として記載ください。

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 簡単な調理項目の定義が限られている。5 - 5 と関連してくる。買い物に行かずに、ゴミの山や掃除ができていないゴキブリの住処となっているお家があります。介助されていないのではなく、介助が必要なのである。
- 2) 説明文を読んでいる内に全介助が介助されていないかが混乱してくる
- 3) 特記の意味が不明

4) 特記事項の例示が少ない。

5) 独居で自分で簡単な調理をする他、週1回ヘルパーが一部介助する。近所の友人が惣菜を持って来る日もある。あるもので食べている。一部介助？

順位 2-1：移乗

- 1) この項目だけ、介助の手間が評価されている。寝たきりで移乗という行為が発生しないと、介護したことのない研究者らしい発想でした。更衣介助やベットメイク時の体位交換、機械浴室への誘導に車椅子全介助やストレッチャーへの移乗介助等がある。全身清拭も同様である。もっと人間を科学的に評価してほしいものです。浅はか
- 2) 重度の？りきり、移乗していない場合、自立となる
- 3) 通院が多い人で屋外では介助してもらうが、トイレ等屋内で介助してもらわない方をどちらが多いか取捨選択するのは難しい。
- 4) 本来介助が必要であっても独居でしなければならない人

順位 2-4：食事摂取

- 1) 見守りの例があればわかりやすい。食べこぼしの多い人は結構多いと思います。
- 2) 見守りや一部介助の例示自体がない
- 3) 食事の量や適切さは問わないことから、介助の方法を示して欲しい。(一人では食べようとしめない場合など)
- 4) 中心静脈栄養は、食事摂取の最も重要な医療対応です。されていないで

はなく、動物と同じ食物摂取ですか？犬や猫と同じですか？介助の手間の最たるもの。いい加減にしろといいたい。この項目の定義は人間の尊厳さえも踏みにじるもの。三菱UFJリサーチ&コンサルティングの岩名礼介氏の見事な解釈をほめたい。

順位 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 具体例を増やして欲しい
- 2) ときどき、ある、何れもびた一文、例を示していない
- 3) 食事をしたことを覚えていなければ物忘れは「ある」になるのではないかと・・・
- 4) 内容 自覚

順位 5-5：買い物

- 1) 異なった選択が生じやすい点： 二つの例それぞれ自ら注文して、内容が似ており、判断に迷う。
- 2) 支払いの例(いつも同じもの購入や、おつりの正誤等をどう判断するかわかりにくい。)
- 3) 特記事項の例示が少ない。
- 4) 無駄な買物でも、返品しないと一部介助にならない。 お金の感覚が分からず常にお札を出すので、部屋中小銭だらけとか、家にあるのを忘れて何度も買ってしまい、家中に同じ石鰯が何十個とあるとか、食べきれない量の食材を買って、いつも腐らせているとか・・・。こんな人に買物は自立とチェックするのは、おかしいと思う。

順位 1-11：つめ切り

- 1) アクセサリーと作り等の趣味が爪切りを行う能力と何故つながるのか
- 2) そもそも調査時1週間以内に切っている人の方が圧倒的に少ない。それを介助されていないにチェックして、いちいち特記事項に記載するのはナンセンスである。
- 3) 施設と在宅の違いや同居と独居の違いがある

順位 3-1：意思の伝達

- 1) 失語があり、寝たきりですべてにおいて声かけと確認が必要
- 2) 単なる発語の有無でなく、自己状態や考えを伝えられるかを聞く問いなのに注意事項に「伝達する意思内容の合理性は問わない」とある。どうということか？]
- 3) 分かりにくい

順位 5-4：集団への不応

- 1) テキストに状態像や事例の記載量が少なく、どこまでの範囲が性格的な事か問題となる行動かの判断がしにくい。
- 2) 著しく逸脱した行動での例が欲しい。
- 3) 認知症の人で集団参加の機会がない方の判断は難しい。

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	5	6.8%	3-1	意思の伝達	3	4.1%
1-2	拘縮	5	6.8%	3-2	毎日の日課を理解	1	1.4%
1-3	寝返り	1	1.4%	3-4	短期記憶	1	1.4%
1-4	起き上がり	1	1.4%	4-2	作話	1	1.4%
1-7	歩行	1	1.4%	4-3	感情が不安定	2	2.7%
1-8	立ち上がり	2	2.7%	4-4	昼夜逆転	1	1.4%
1-9	片足での立位	1	1.4%	4-7	介護に抵抗	1	1.4%
1-10	洗身	1	1.4%	4-12	ひどい物忘れ	4	5.4%
1-11	つめ切り	3	4.1%	5-1	薬の内服	1	1.4%
1-12	視力	2	2.7%	5-4	集団への不適應	3	4.1%
2-1	移乗	4	5.4%	5-5	買い物	4	5.4%
2-2	移動	5	6.8%	5-6	簡単な調理	5	6.8%
2-3	えん下	1	1.4%	6	その他 過去14日間にうけた特別な 医療	1	1.4%
2-4	食事摂取	4	5.4%				
2-5	排尿	5	6.8%	合計		74	100.0%
2-6	排便	2	2.7%				
2-7	口腔清潔	1	1.4%				
2-9	整髪	1	1.4%				
2-12	外出頻度	1	1.4%				

-3 特記事項を記載しないと状態を伝えにくい調査項目について上位10項目とその理由

) 上位10項目

順位	調査項目		(人)	(%)
	1-1	麻痺	15	16.0%
	1-2	拘縮	11	11.7%
	1-7	歩行	5	5.3%
	2-2	移動	5	5.3%
	2-1	移乗	4	4.3%
	2-5	排尿	4	4.3%
	2-6	排便	4	4.3%
	4-1	被害的	3	3.2%
	1-4	起き上がり	2	2.1%
	1-6	両足での立位	2	2.1%
	1-8	立ち上がり	2	2.1%
	1-10	洗身	2	2.1%
	2-9	整髪	2	2.1%
	2-12	外出頻度	2	2.1%
	3-1	意思の伝達	2	2.1%
	4-12	ひどい物忘れ	2	2.1%
	5-2	金銭の管理	2	2.1%
	5-3	日常の意思決定	2	2.1%
	5-4	集団への不適應	2	2.1%
	5-5	買い物	2	2.1%
	5-6	簡単な調理	2	2.1%
合計			77	81.9%

順位 1-1：麻痺

- 1) 筋力低下して歩行できないが可動制限がある・なしを記入必要
- 2) 90度ルールに改悪されたので、生活場面で使えない程度の弱い筋力しか残ってなくても自立となるため。本人・家族に理解を得られず、特記事項に書くしかない。
- 3) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 4) その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 5) ただ脳卒中後遺症の類だけでなく高齢による筋力低下で支障がある評価能力勘案
- 6) 筋力低下についてのチェックが殆どできるになる為によく記入していないと本人の状態が伝わりにくいと思う。
- 7) 筋力低下の状態とチェックの有無の関係性が以前と比べてあまりにもかけはなれているため。
- 8) 高齢者は、指先を使う動作が日常生活動作に多くあるのに、記載できないため
- 9) 書かないと分からない。チェックのままだと実態が分かりにくい
- 10) 動作は確認できても日常生活上支障となること多いため
- 11) 本人の実際の状況説明と選択をした理由
- 12) 麻痺なのか筋力低下なのか区別がつかないと思う
- 13) 目的とする動作が行えても、日常生活では支障となっている場合
- 14) 目的とする動作が行なえても日常生活に支障のあるケースが多い。

順位 1-2：拘縮

- 1) 動作は確認できて日常生活上支障となること多いため
- 2) 90度ルールに改悪されたので、生活場面で使えない程度の弱い筋力しか残ってなくても自立となるため。本人・家族に理解を得られず、特記事項に書くしかない。
- 3) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 4) その他 欠損のみとなったことで 手の指のこうしゅくや変形があることで、生活に支障がでている事が、特記のみの記載で、更項目にあればと思う。
- 5) どこがどの位拘縮しているのか、伸展か屈曲かによっても日常生活に違いがある
- 6) 挙上制限の範囲の記入必要
- 7) 手が上がらないためにできない動作は思った以上に多く、(たとえば上のものを取る、更衣、) 肩まで上がっても、日常生活動作では不便なため。膝については屈曲、伸展どちらかわかりにくい。
- 8) 書かないと分からない。チェックのままだと実態が分かりにくい
- 9) 動作確認だけでは分からない支障部分
- 10) 目的とする動作が行えても、日常生活では支障となっている場合

順位 1-7：歩行

- 1) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 2) なんとか歩行できる方等記入しないと分かってもらえない
- 3) 屋内の歩行のみか屋外の歩行もできるのか
- 4) 支えが自分の体か、それ以外か？

5) 能力はあっても、時間、場所、対象者の心身の状況によって差がある為

順位 2-2：移動

- 1) 2-1と同様。また屋内と屋外の状況が異なるケースが多い。
- 2) ベッド上で寝たきりの方の療養生活を味わって見ましょう。人間の尊厳が奪われたときの苦痛を感じることでしょう。
- 3) 対象者の状況(体重が重い等) 介護者の状況(高齢者) 環境(段差がある、狭い等)により、介護の内容にさがあるため
- 4) 痛みやその困難さが伝わらない

順位 2-1：移乗

- 1) トイレまでの誘導も移乗までの大切な介助。勝手にいけているうちは自立に近い。捕まり立ちが困難だとどうなりますか
- 2) 移動と移乗の状態が環境や状態によってケースバイケースとなるため。
- 3) 全介助以外の方は、「それぞれの場所から場所」によって移乗の方法が異なるケースが多い。また日中独居、日中と夜間によって状況が異なるケースが多い。

順位 2-5：排尿

- 1) どの程度の介護が行われているか各々違うため
- 2) 介護を受けている場合と受けてない状況。その内容
- 3) 自宅だとケースがバラバラで伝えにくい

順位 2-6：排便

- 1) どの程度の介護が行われているか各々違うため

2) 介護を受けている場合と受けてない状況。その内容

3) 自宅だとケースがバラバラで伝えにくい

順位 4-1: 被害的

1) 家族が具体的な話や頻度を思い出しにくい

2) 認知症状の記載についてはどれもしっかりと状態を記入しておかないと伝わりにくいと思う。

順位 1-4: 起き上がり

1) ベッドやベッド柵を使用しておらず、肘や手をついて体重を預けながら(習慣で手をつくのではなく)起き上がるケースが多い。

2) 途中まで自力でできるが、座位までは出来ない場合など、わかりにくいため。選択肢の範囲が広すぎる。

順位 1-6: 両足での立位

1) 支えが自分の体か、それ以外か?

2) 調査、ということで行なうがバランスを保ち、不安なく安定して行なえないケースが多い。

順位 1-8: 立ち上がり

1) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない

2) 支えが自分の体か、それ以外か?

順位 1-10: 洗身

1) 1週間以内では行っていない場合が入院の場合にかなり多いため。

2) 洗身も入浴用具～洗体タオルやシャンプー等つけてあげる介助。準備から浴槽への入る介助、出る介助等もっとも重労働が一つも評価されない。人間は部品ではない

順位 2-9: 整髪

1) はげても薄くてもブラシを使うことができないで、介助されている。必要ないことではない。

2) 習慣が無い人が多い。実際に困っていると思っていない

順位 2-12: 外出頻度

1) 外出の頻度は過去3ヶ月では入院の場合はかなりばらつきが多いため。

2) 自宅庭は、どう考えても外出とはいえない。日本語がおかしい。曲解である。

順位 3-1: 意思の伝達

1) テキストに具体的な記載例が少なく、伝えにくい。

2) 文章にし難い

順位 4-12: ひどい物忘れ

1) 1週間では症状が出現しないことや過去の例での記載の必要な場合がある。

2) 該当しない方は少ないため、記載は多くなる。

順位 5-2：金銭の管理

- 1) 計算能力の問題含めて介助を受けているケースが多いため。
- 2) 計算能力を問う項目でなくなったため介護状況等の記入必要

順位 5-3：日常の意思決定

- 1) できる 以外に該当する方がほとんどのため。

順位 5-4：集団への不適応

- 1) 集団への不適切。うつ病など病気を伴う場合
- 2) 男性では、大企業・高級官吏などで役職についていた方など、肩書きの付いているままに認知症が出現。プライドが周囲の状況に合致しない。その逆もあり全く寡黙で拒否が強く出現。

順位 5-5：買い物

- 1) 同じものを買ってきてしまいこみ腐らせてしまう。独居であり買ってきたことも忘れてしまう。お金はあるだけ使い込む。持ち金がないのにレジに並ぶ。解凍してしまうものがあり。どうみても全介助の必要がある
- 2) 買い物の機会の少ない男性の場合の例は能力の問題もあり、記載する。

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 調理ができないので困っている場合もできるとする場合があります、記載する。
- 2) 定義以外にろくなものしか食べていない。調理に全介助の必要があるのに、介助されていないとは？介助の手間を評価するべきところ。

) その他の項目

調査項目	(人)	(%)	調査項目	(人)	(%)
1-1 麻痺	15	16.0%			
1-2 拘縮	11	11.7%	2-12 外出頻度	2	2.1%
1-3 寝返り	1	1.1%	3-1 意思の伝達	2	2.1%
1-4 起き上がり	2	2.1%	3-2 毎日の日課を理解	1	1.1%
1-5 座位保持	1	1.1%	3-8 徘徊	1	1.1%
1-6 両足での立位	2	2.1%	3-9 外出して戻れない	1	1.1%
1-7 歩行	5	5.3%	4-1 被害的	3	3.2%
1-8 立ち上がり	2	2.1%	4-2 作話	1	1.1%
1-10 洗身	2	2.1%	4-7 介護に抵抗	1	1.1%
2-1 移乗	4	4.3%	4-12 ひどい物忘れ	2	2.1%
2-2 移動	5	5.3%	4-14 自分勝手に行動する	1	1.1%
2-3 えん下	1	1.1%	4-15 話しがまとまらない	1	1.1%
2-4 食事摂取	1	1.1%	5-1 薬の内服	1	1.1%
2-5 排尿	4	4.3%	5-2 金銭の管理	2	2.1%
2-6 排便	4	4.3%	5-3 日常の意思決定	2	2.1%
2-7 口腔清潔	1	1.1%	5-4 集団への不応	2	2.1%
2-8 洗顔	1	1.1%	5-5 買い物	2	2.1%
2-9 整髪	2	2.1%	5-6 簡単な調理	2	2.1%
2-10 上衣の着脱	1	1.1%	6 その他 過去 14 日間にう けた特別な医療	1	1.1%
2-11 ズボン等の着脱	1	1.1%			
			合 計	94	100.0%

-4 特記事項を記載する際に工夫していることについて (自由記載)

- 1) (ここ1週間の状態で判断はかなり無理がありますし、利用者や家族の納得を得られません。)
- 2) 「がんばってやっどできる」と「できる」との差を記載しています。また、「どうやっても出来ない」ことから自分で工夫して代替方法を永年にわたって、行っている場合には、記載しています。「支障は関係ない」ことや「家族の精神的な負担」「ともすれば虐待につながる」ことを記載するようにしています。
- 3) 「一部介助」等でも介護の手に大きな影響のないところは記載しない。
- 4) テキストの定義に忠実かつ、対象者が現に困っていることのかい離を縮めるよう書きこむようにしている。
- 5) できるだけ詳しく書く。介助方法なども記載。最初に して、全般的な状態像を書き、よく分かっていない審査会委員さんに、イメージをもたせるようにする。
- 6) 特記事項の例を参考にして書いている
- 7) なるべくビデオが流れるような印象のもてる文章にしているが、そうすると長い文章となってしまう。
- 8) なるべく具体的に分かりやすく書くようにしている
- 9) 過去形で書く。事実をありのまま確認し、伝えようとすれば、過去形の文になり説得力があるように思われるから
- 10) 介護したことがない人が審査会にいる。この人たちにどうしたら介護の仲間が分かるか？役所の認定係も同様。介護の事実に基づいてチェックができるよう

にとお話しています。以前の2006版のほうが、審査会での修正もほぼ正確に機能していた。2009はコンピュータチェックの段階で訳もなく軽度化されてしまう。これでは、認知症家族の会の人たちは、反発する。我々に制度説明をするのではなく、国民の皆様説明すべきこと。その上で了解を得よ。拙速は、よい結果にならない。給付部会は、銭金の話ばかり、給付費削減の手先になり下がっているようだ。介護保障の議論を国民に、分かりやすくしてほしい。その委員の皆さんもいずれウンコだらけになります。削減ではなく今は増額に旗印を掲げてください。あと20年で団塊の世代はいなくなります。安心して死んでいかれますように。

- 11) 記入欄が小さい為、端的な表現を心掛けている
- 12) 具体性を持たせる。イメージしやすく書く。様子、頻度等
- 13) 状況や頻度は詳しく記載するように、市でチェックされるため、特記事項が数枚に及ぶ
- 14) 生活での困難さがみえるように記載している。
- 15) 選択した根拠と手間と手順を書くように心がけている。
- 16) 選択基準、調査上の留意点および特記事項の記載例に沿い、端的に記載する事で審査委員会の事務労力の負担軽減に努めている。
- 17) 長い文章を書くとき書き直しをさせられる。日によって差がある場合や曖昧な記述は書かないでくれ、と言われる。なるべく簡潔に書くように心掛けている。
- 18) 同じような項目はまとめて書く。
- 19) 認定調査対象者の身体状況が他者が読んでも分かるように詳しく記載しております。
- 20) 判断に迷うので一連の行為を詳しく記載している。認定調査では本人の能力が

あっても介護者がしている場合と独居のため出来ないが無理して行っている
場合があるのでこのあたりの細かな記載も必要と思われる

21) 評価基準にこだわらず、身体機能、生活障害などを記載する

22) 文章を読み、状態が目浮かべるよう記載。

-1 特記事項の記載がないと調査結果が分かりにくい調査項目について、上位 10 項目とその理由

) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
4-3	感情が不安定	3	6.0%
5-2	金銭の管理	3	6.0%
6	その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	3	6.0%
1-10	洗身	2	4.0%
1-11	つめ切り	2	4.0%
2-1	移乗	2	4.0%
2-2	移動	2	4.0%
2-4	食事摂取	2	4.0%
2-5	排尿	2	4.0%
2-6	排便	2	4.0%
3-6	今の季節を理解	2	4.0%
4-4	昼夜逆転	2	4.0%
4-12	ひどい物忘れ	2	4.0%
4-14	自分勝手に行動する	2	4.0%
5-1	薬の内服	2	4.0%
5-6	簡単な調理	2	4.0%
合計		35	70.0%

順位 4-3：感情が不安定

- 1) 介護者の回答で判断に差を出ると思う、調査員の個々人で差があってもしかたないと思う。認知機能、精神・行動障害の項目は特に無い
- 2) 精神疾患なのか根拠ある不安からなのか、区別がしにくい
- 3) 調査員での判断の違いが出やすいのではない

順位 5-2：金銭の管理

- 1) 管理能力なので、在宅であろうが施設なのか関係ないと思う
- 2) 出来ないのではなく、持たせない(経済的な虐待)家族の判断は出来るのか
- 3) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い

順位 6：その他 過去 14 日間にうけた特別な医療

- 1) 点滴管理や酸素療法、モニター測定は急性期のものでも「ある」にチェックされているものがあるため
- 2) 認定調査の面接日により(退院後や体調不良後すぐに面接が受けられない状況にあるにも関わらず)結果が違って出るのは不適切

順位 1-10：洗身

- 1) 体臭からは判断困難では

順位 1-11：つめ切り

- 1) 出来る能力を勘案するのであればよいが、実際は出来る人でも通所介護

などでサービスを受けていれば全介助となっている現実がある。

2) 爪が場合は、自立との表現しっくりこない

順位 2-1: 移乗

- 1) 1群と関連する内容であるが1群1~9で「できない」チェックされていても「自立」とされている人もいるため
- 2) 重度寝たきり、移乗の機会が全く無くても、自立よりも全介助のほうがしっくり受け止められる

順位 2-2: 移動

- 1) 1群と関連する内容であるが1群1~9で「できない」チェックされていても「自立」とされている人もいるため
- 2) 頻度もですが、場所によっては介助を要する場合は、介助を要するのが在宅介護の現状と思われる

順位 2-4: 食事摂取

- 1) はじめは1人で食べていても、途中で、声かけが必要なのか、こぼす、道具に工夫をしているとか
- 2) 施設内は見守り程度の介助を行うことが多く、実際に介助が必要な状態かどうかの判断がしづらい

順位 2-5: 排尿

- 1) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い

- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位 2-6: 排便

- 1) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い
- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位 3-6: 今の季節を理解

- 1) 調査員での判断の違いが出やすいのではない
- 2) 比較をするとほぼ同じ状態の人が、家族が排泄の失敗を極度に嫌がり、本当は出来るがさせないと全介助、失敗は頻回だが、日中独居等の理由で自分でしていれば自立または一部介助となっておいるのではないか。

順位 4-4: 昼夜逆転

- 1) 介護者の回答で判断に差を出ると思う、調査員の個々人で差があってもしかたないと思う。認知機能、精神・行動障害の項目は特に無い
- 2) 介護者の生活リズムによって、昼夜逆転の時間間隔が違い、中には問題とならない場合がある

順位 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 許容の幅が広すぎる
- 2) 食事をしたこと自体を忘れていのであれば、要求が無くても問題では。

順位 4-14：自分勝手に行動する

- 1) もともとの性格なのか、認知面で問題が生じたためなのかわからなくなる
- 2) 自分勝手という表現は不適切ではないか。マイペースで頑固な老人はこの範疇に入ってしまう。

順位 5-1：薬の内服

- 1) 施設内は見守り程度の介助を行うことが多く、実際に介助が必要な状態かどうかの判断がしづらい
- 2) 処方されて無いため、自立はおかしい。本当は、服薬したほうが、身体の状態良好となる可能性があるが、管理能力をみて、主治医が処方しない場合もある。特に糖尿病、高血圧症のくすり。

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 同居家族がいる場合ほとんどのケースが「全介助」を選択されているため
- 2) 独居と施設入所の条件で、手間の量が変わると思われる。

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	1	2.0%	4-1	被害的	1	2.0%
1-2	拘縮	1	2.0%	4-2	作話	1	2.0%
1-7	歩行	1	2.0%	4-3	感情が不安定	3	6.0%
1-9	片足での立位	1	2.0%	4-4	昼夜逆転	2	4.0%
1-10	洗身	2	4.0%	4-5	同じ話しをする	1	2.0%
1-11	つめ切り	2	4.0%	4-10	収集癖	1	2.0%
1-12	視力	1	2.0%	4-12	ひどい物忘れ	2	4.0%
2-1	移乗	2	4.0%	4-14	自分勝手に行動する	2	4.0%
2-2	移動	2	4.0%	5-1	薬の内服	2	4.0%
2-3	えん下	1	2.0%	5-2	金銭の管理	3	6.0%
2-4	食事摂取	2	4.0%	5-5	買い物	1	2.0%
2-5	排尿	2	4.0%	5-6	簡単な調理	2	4.0%
2-6	排便	2	4.0%	6	その他 過去14日間にうけた特別な医療	3	6.0%
3-1	意思の伝達	1	2.0%	合 計		50	100.0%
3-2	毎日の日課を理解	1	2.0%				
3-4	短期記憶	1	2.0%				
3-5	自分の名前をいう	0	0.0%				
3-6	今の季節を理解	2	4.0%				
3-8	徘徊	1	2.0%				

-2「認定調査員テキスト 2009」の「特記事項の例」が分かりにくい調査項目について、上位 10 項目とその理由

) 上位 10 項目

順位	調査項目	(人)	(%)
2-3	えん下	2	14.3%
1-9	片足での立位	1	7.1%
1-10	洗身	1	7.1%
1-13	聴力	1	7.1%
2-1	移乗	1	7.1%
2-2	移動	1	7.1%
2-4	食事摂取	1	7.1%
2-5	排尿	1	7.1%
2-10	上衣の着脱	1	7.1%
2-11	ズボン等の着脱	1	7.1%
5-3	日常の意思決定	1	7.1%
5-4	集団への不適應	1	7.1%
6	その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	1	7.1%
合計		12	85.7%

順位 2-3：えん下

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う
- 2) えん下能力のトロミを摂取している場合について

順位 1-9：片足での立位

- 1) 立ち上がるまでの能力は含まず、瞬間的な 1 秒間の片足での立位が出来ることの意味が不明

順位 1-10：洗身

- 1) 入浴行為は含まれず、洗身の介助が問われ手居る事の矛盾はないか。

順位 1-13：聴力

- 1) 身振り等で理解できれば評価するという事なのか。補聴器の利用による能力の評価

順位 2-1：移乗

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 2-2：移動

- 1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 2-4：食事摂取

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 2-5：排尿

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 2-10：上衣の着脱

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 2-11：ズボン等の着脱

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 5-3：日常の意思決定

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 5-4：集団への不適應

1) 介助の内容は個々人の違いがある。調査員の特記記入内容と思うが、調査員も求められ過ぎても辛いのではと思う

順位 6：その他 過去 14 日間にうけた特別な医療理由記載無し

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)
1-9	片足での立位	1	7.1%
1-10	洗身	1	7.1%
1-13	聴力	1	7.1%
2-1	移乗	1	7.1%
2-2	移動	1	7.1%
2-3	えん下	2	14.3%
2-4	食事摂取	1	7.1%
2-5	排尿	1	7.1%
2-10	上衣の着脱	1	7.1%
2-11	ズボン等の着脱	1	7.1%
5-3	日常の意思決定	1	7.1%
5-4	集団への不応	1	7.1%
6	その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	1	7.1%
合計		14	100.0%

-3 認定調査員が特記事項を記載する際に、留意して欲しいことについて（自由記載）

- 1) 「特記事項」で変更を行うと言われても、あまりにも簡単な記載や「できない」と判断した根拠が記載されていないケースが多く変更の材料にならないことが多い。
- 2) ご夫婦とも介護度が出ている場合、老夫婦のみ世帯
- 3) その人をイメージし易いように記載して欲しい
- 4)できると判断したが、出来ないこともある時の状況を記入してほしい
- 5)何を・どのように・どのくらい実施して、そこにどのような支援が加えられていて、その支援について介護者がどのように感じているのかを記載してほしい。この記載された情報が一次判定変更の「鍵」を握っていることを自覚してほしいと思う。
- 6) 具体的、明瞭に介護の手間が判断できる根拠を記載してほしい。
- 7) 時間がかかっていることでの生活障害
- 8) 手間はかかっていないかもしれないが、必要な介護が行われていない場合もあるので、実際の介護の様子や頻度を具体的に書いてほしい
- 9) 調査での判断根拠を踏まえた上で記入してほしい。有無の項目なのに、家族が問題視していないのでなしとした・・・など
- 10) 調査員個々の聞き取りかたや感性・文章表現能力など個人差・力量差がまだまだ目立つ。『具体的で簡潔に』と指導を受けたからといって、自立と判断した項目には一切特記しない調査員や、独居などでかなり無理して転倒などを繰り返しながら行っている動作にまで自立と判断してしまう調査員がまだまだいるので、調査員の教育徹底が必要。（特記事

項に記載しなければ判定しにくいという調査項目自体の問題なのかもしれないが・・・)

- 11) 認知症の人、終末ケアになる1歩手前の人

(3) 介護支援専門員への設問（回答者全員対象）

区分変更申請手続き、もしくは、不服申し立てを簡便にする、また、スピードを上げるための具体策について

（自由記載）

- 1) 1、1次判定で5だったが、訪問介護の頻度が日に2回のところ、月2回と誤って聞き取られ、4に判定されたケースがあった。問題の項目のみ審査しなおせないものか。2、要支援の認定のあったターミナルの患者様が、退院のため、入院中に受けた認定調査をいかせず、もう一度取り直し手続きをし、その上で変更申請を行ったが、同じ状況下での認定地調査であれば、いかせないものか。無駄に2度も調査を受けることになった。
- 2) 沖縄県のある保険者では、質問事項以前に申請から30日以内に介護認定がでない状態がある。理由は訪問調査員の確保（公募しても希望者がいない。一方で雇用期間に制限があるため、やっと調査員の質が向上した時点で雇用打ち切りとなる矛盾した状況がみられる）。そのため、在宅生活が維持困難なことから区分変更申請手続きを行うのだが、認定結果そのものが遅延している現状にある。構成市町村と各地区ケアマネ連絡会とで協議して改善要望書を出すなど行動し、若干改善されたが現時点でも遅延状況がみられる。不服申し立てについては、特に遅延などの問題はない
- 3) 担当介護支援専門員の情報をしっかり反映できるような工夫が必要
担当介護支援専門員は、介護の手間がどれだけあるかを口頭や文章でしっかり伝えられる力と場が必要。
- 4) あらかじめ医師に伝えるように利用者をお願いする
- 5) 申請した時点から一週間以内に再調査をして結論を出すしかないのでは？出来ればケアマネも同席して）
- 6) そのような申請には、重点的に優先していけばよいこと。
- 7) 特になし
- 8) どの部分で時間を要するのかが分からない為、何ともいえないが、変更申請については各区の窓口で受付するのはいかがでしょうか？
- 9) 以前、行政に不服申し立て手続きをすれば時間がかかりすぎるので、区分変更申請したほうがいいですよと言われたことがあり、介護度を変更したいときは区分変更を行っています。区分変更は優先的に早く行っていただくと考えていましたが、調査員の人数が足りず、2か月ほどかかった時もありました。いい案がありますでしょうか
- 10) 医師が意見書を速やかに提出されること。
- 11) 医師の意見書がもっと早く記入してもらえるような手立てがあればと思います。
- 12) 医師の意見書を早くもらう
- 13) 基本に返り、一つ一つをきちんと丁寧に言う事が一番の近道と考える。
認定調査員を市役所直轄の職員が専属で行い、精度を上げる。医師意見書がきちんと在宅での高齢者の生活まで見えている医師が書くのと診察をしていても患者の顔を見ようもしない医師が書くのとでは雲泥の差がある。審査会もグループによって判定基準がバラバラな現状を改善するだけで精度も上がり、審査請求も減少するのではと考える。
- 14) 緊急性のあるものを先に手がける

- 15) 区分変更、不服申し立てについては、保険者も共に本人と面接され、検討する方法をとり、結果が早く解るようにしてはと思う。
- 16) 区分変更について：主治医意見書の提出期限（1ヶ月近くほおっておかれる等）について理解を得られるような働きかけをしていただきたい。認定調査の担当窓口では「こちらからは催促できない」と言われる。
- 17) 区分変更については申請後いつまでにと期日を設けていく
- 18) 区分変更の際、市町村に暫定ケアプランを提出しなければなりません。しかし、実際には結果が出るまで、要介護度は分からないため、暫定ケアプランを立案しても、そのとおりにサービスを実施する事はできません。また、要介護が変わらないこともあるため、暫定プランは全くもって、無意味です。区分変更をするために、暫定プランを作成するという、無駄をなくせば、早い対応が出来ると思います
- 19) 区分変更の場合、審査会の方法（たとえば家族または担当ケアマネジャーを加えるなど）を検討しなおす。
- 20) 区分変更の申請者は早く結果を知りたいので優先して調査や審査会を行ってほしい。
- 21) 区分変更も認定調査を委託しても良いと思う。調査内容自体は同じなのだから・・・。
- 22) 区分変更申請の場合は急ぐ事が多いので30日以内に判定の基準をもっと短く設定する。不服申し立ては時間が掛かりすぎなので、調査方法等の見直しや結果を出すまでの期間設定等を明確する等工夫して欲しい
- 23) 区分変更申請は「必ず二週間で介護度を決定する」等期日を決めてしまっただけではどうか
- 24) 区分変更申請は急ぎのものなので、市町村がすぐに動く、審査会も早めに組み込むなど
- 25) 区分変更申請時に理由を具体的に聞き、保険者から主治医や調査員に伝えてポイントを明確化する。・市職員による認定調査を止め、担当ケアマネジャーによる認定調査を基本とし、適正化を図る為に無作為抽出したケースに市職員が付き添う形を取る。と、調査員による失礼なトラブルも減るし、現状と異なる調査内容からくる区分変更申請が減ると思う。当市では市雇用の認定調査員が変わり、教育徹底不足等から、今年より区分変更が急増し、結果、更新申請も含めた結果が出るのに60日越えが増え、市窓口職員でさえ区分変更急増に驚いていると聞くぐらい。・当市では、どんな場合でも不服申し立ては受け付けてもらえないし、強く頼んだら、「同じ審査会が再審査しても同じ結果になるだけ」と言われ、結局、区分変更しか認められない。
- 26) 区変に關しての調査を優先的にを行うことと、申請を行う側が主治医に対して、変更に關しての意見書の依頼をすること。
- 27) 行政が判断するのでなく、介護支援専門員が判断する。
- 28) 行政サイドの問題。縦割り行政を改善して職員を必要な時期に必要な人数を置いて、流動的に事務作業すればいいんじゃないですか。課によっては昼前からゆっくりお茶飲んでますけど・・・！
- 29) 今は、末期がんの方の区分変更手続きは、備考で「速い認定調査をお願いします」と依頼するので、素早い対応をしてもらっています。しかし、その他のいろいろな書類に關する対応の悪さ・遅さ（全員とは言いませんが）は、行政全体の体質を変えないことには変わらないのではないで

しょうか。

- 30) 市町村による調査を新規のみならず、区分変更、更新なども行えば、公平かとおもいます。か、優先順位をきちんと決めて、即出さないといけない要介護認定に関してはすぐに裁決、30日以内でよいもの、60日以内でよいものなど、優先をきめては？
- 31) 市町村職員が現場を確認するくらいの気持ちであってほしいと思います。調査項目の中の「調査日より概ね過去一週間」を過去一ヶ月間にしたらどうか？ と思いました。
- 32) 市役所の対応の俊敏さ
- 33) 思い当たる具体策が御座いません。
- 34) 思い当たる具体策が御座いません。
- 35) 七段階に分けられている介護度を、五段階くらいに簡素化すればどうか
- 36) 実際不服申し立ては、ほとんど行われず、不服の場合区分変更申請を出しているが、更新申請で出た結果に不服の場合その認定月の1日まで待って区分変更申請を出しているが、結果が出たらすぐに区分変更申請が出せたらいいと思う。
- 37) 主治医の意見書が遅いので、事情を説明したり、利用者のADLを適格に伝え、書類が書きやすい環境を作る。
- 38) 主治医の意見書の遅れが原因と思われるので認定調査の内容を主治医に配布し参考にしてもらう
- 39) 主治医意見書が遅れがち
- 40) 受付専任窓口を設けて専任スタッフが一貫して対応をすれば...
- 41) 申請した理由書を添付し、その事が適切であるか、又はケアマネとして

の介護度の見解を合わせて確認し更新申請とは区別するほうが良いと思っています。

- 42) 前回の調査資料を白紙にするのではなく、審査会にて反映されてない項目を重点的に調査する。居宅の担当ケアマネジャーに在宅介護状態を確認する。それを記載。なぜならケアマネジャーは、利用者の状態をしっかり把握しているから、特に認知症にかんしては、主治医の意見書はいらないのでは。
- 43) 前回分のデータを持参し違いのみチェックする形でも良いと思う。認定調査票と主治医意見書の回収締め切りの徹底。
- 44) 相違部分を介護保険課担当官が確認し現状の確認で審査会へ計る。
- 45) 担当CMが手続きを行う。また、担当CMに区分変更をする際に、大体の認定区分を予想してその結果を反映すれば、再度調査を行う必要もないので、スピーディーに認定が下りると思われる。
- 46) 調査をすばやく行い、主治医の意見書を早く記入してもらい、審査会を早く開けば問題ないと思います。
- 47) 調査員が早く調査に訪問していただきたい
- 48) 調査内容がシンプルで分かり易く、介護保険の理念の理解を国民に求める事が肝要と思う。国民に周知することで理解を得ることができれば、必要な時間は時間と思います。
- 49) 調査票を提示し、違っている部分だけ聞き出せる様にすれば早く済むのでは
- 50) 通常の認定受けつけの流れより優先して処理してほしい。更新認定と同じサイクルだと1カ月はかかり生活支援設計に支障を来す。

- 51) 特になし
- 52) 特になし 保険者の職員がよく関わっていることで大きな問題はないと感じている。
- 53) 特に思い当たらない。
- 54) 認定が降りるまでに時間を要するのは主治医意見書の遅れが理由として上げられます。主治医意見書が速やかに提出してもらえようシステム作りをしてほしいです。
- 55) 認定の遅れの多くは主治医意見書の遅延に原因があるといわれている。特に大病院ともなると主治医も多忙のためになかなか提出期限が守られないようだ。ここをどうするのがポイントになる。地元医師会でも「守るように」という提言はしているようだがその効果はない。やはり「主治医」の定義が厚労省の想定しているものと現実とががみ合っていない制度設計になっているからなのだろう。また、審査会事務局を含めて保険者でも「30日以内」というルールは「守らなくても問題ない」という認識があるのではないか。調査はほぼ間違いなく提出期限内に実施されているので、調査以外に遅延の原因があることは間違いない。したがって、保険者が「30日以内に認定する」ということを原則として実施するという気持ちになることが優先され、それが強制力がなければ実施できないのであればペナルティーをつけてでも「その気」にさせていくしか方法がないかもしれない。さらに、審査会の合議体数をふやすことで審査のスピードアップは可能になる。しかしそれを実施するためには現在の審査会委員野のほう刺繍や主治医意見書作成料などの問題、地域によっては委員確保が困難になる地域も出てくるので、近隣の市町

- 村との合同での審査会の設置運営や審査会そのものの運営の柔軟化なども考えていく必要があると思う。
- 56) 認定結果をケアマネが迅速に受理できればと思います・・・。
- 57) 認定調査、審査会で優先的に取り扱う。(医師の意見書が遅い場合は仕方ないが)
- 58) 認定調査票のここが今回こう異なっていると明記する
- 59) 不服申し立ては行政ができるだけ避けたい様子が伺える。手続きも面倒なので結局は区分変更になるスピードを上げるのは私たちが努力しても難しい。
- 60) 不服申し立ては時間と手間がかかると行政から言われたので、実際には行っていない。(家族と話し合いそこまで至っていない)
- 61) 不服申し立てをしたことはありません。迷わず、区分変更を提出するようになっています
- 62) 不服申し立てを行うにあたり保険者と県との間での書類のやり取りが多く、被保険者としては利用しづらいと思われます。

その他、今回の要介護認定の見直しについての意見 (自由記載)

-1 認定調査員の意見

- 1) 今回の見直しがそもそもどういう目的で行われたか疑問です。行政主催の説明会に出席したところ、「現在要介護3の方は新調査では一次判定で要介護2になるかもしれませんが、特記事項で介護の手間を詳しく記載いただければ、二次判定で要介護3になると思いますのでご心配ありません」というお話でした。要は、結果は同じで、一次判定と二次判定の比重が変わっただけという印象を強く持ちました。特記事項がきちんと書かれないと介護度を下げると脅かされているようにも思いました。訪問調査員としては調査料は変わらないが、特記事項を記載する負担が増えただけと思っています。
- 2) 「その場での確認」が最優先されているため、日頃の状況や生活の支障については特記事項で伝えるのみとなり、特記事項の記載の負担が大きすぎる。また市区町村によっては「特記事項はできるだけ1枚に治まるように記入」と言われるが、状況を伝える手段に制限が加わることになる。主治医の意見書で反映される、と言っても意見書を記入する主治医が専門科の医師である場合、専門外の項目については未記入だったり、また日常生活の支障(医師に求めるのは難しいと思うが)を把握するのは困難だと思われる。結果「介護の手間」としての要介護認定には結び付かなくなっているのではないかと感じる。調査項目が減っただけではなく、判断基準が厳しくなっている(座位保持の時間は10分から1分、立位保持の際の「10秒から1秒」、「均衡を保つ」等が削除されている。従来と比べ、日常生活に支障があっても殆どの項目で問題なしを選択するしかない)状況。説明会で「項目が減っても結果は大きく変わらない」との説明を受けたが、多くの判断基準が変更になった点についても「結果は大きく変わらない」のか否かについても説明を伺いたい。
- 3) どんなに調査票に詳しく記入しても審査会で判断される。(車椅子生活や、歩行器でゆっくり一步一步移動する方でも支援と判断された)・把握できていない、また詳しく記入する気が無い理解が無い主治医意見書で判断されることが多い。・把握できていない、また詳しく記入する気が無い理解が無い主治医意見書で判断されることが多い。
- 4) 区分変更と不服申し立ては内容が全然違う。会長の発言で、ひとくくりにしたような発言はやめて欲しい。・調査システムが正式に変更されれば、区分変更しても不服申し立てをしても結果は確定する。認定システムを検討している委員会で、区分変更や不服申し立ての仕組みがあるから影響が少ないような発言は、的確な発言ではない。・ケアマネジメントが機能していても、要介護認定の仕組みが変わり、区分限度支給額が下がれば大きな影響がでる人が出てくる。・システムの変更により1%に影響があった場合、全国で何万人の人に影響が出てくるのか(要介護・支援認定者数)を念頭に置き議論するべき。
- 5) 経過措置中の現在、審査結果通知時に、最終のものしか分からない状態。新しい調査項目では要～～と出たが、経過措置で元の要介護1が出たとかということが、本人・ケアマネには全くわからない。その為、新しい認定調査項目に対する検証が現場サイドでは何もできない。「経過措置

が終わったら、どうなるのか・・・。」という不安だけが広く蔓延している状態。「経過措置で前回と同じ結果が出るから」といい加減に調査し、特記事項もほとんど書かない市職員調査員も多い。このままでは、経過措置終了後に、多量の認定結果低下者が出て、サービスが使えなくなる方が増えると思う。

6) 4月前と4月後の役所の言動が180度異なるのは問題です。4月前にもう少し意見を聞き、実施を延期し検証し直す等の柔軟性が必要だと思います。今回のごたごたは労力とお金の損失です。誰が責任取ってくれるのでしょうか。今後もこの様なことが反省もなしに続くのではないかと思うと情けなくなります。

7) 8-4で記入いたしました。まじめに努力して、その努力が報われない業界なんて、未来があるわけありませんから。雇われケアマネで、相談コーナーで営業マンとして生きるか、副業のない特別に能力もない、介護保険の理念を信じて、介護が必要な高齢者に身を寄せ、この方々を幸せにする力はないが、不幸を軽減することはできるかも知れない。弱者の悲しみを知る自分の使命としてぶつかって、少しでも魅力的なケアマネになる努力を続けたい。

8) 現場の声を聞いて項目を決めて現状に合わない認定項目はやめて欲しい
早急に結論を出して混乱させるような事はやめるべきである

9) このまま行けば要支援が増えてしまうという思いがある

10) テキストどおりでは殆どの項目で「なし」とされかねない厳しさがある。調査員の主観一つで意図も簡単に介護度が下がってしまう懸念がある。また、特記事項の例で、見守りや一部介助の線引きで、選択の根拠

となる特記事項の例を、敢えて示していないことは問題である。たくさん例をこちらが作っていかなくては、と考えている。

11) なぜ、大幅に変更してしまったのか？こちらが問いたい気持ちです。振り回されるのはごめんです。

12) 以前と違い、本人の能力勘案でなく、行われている介護の状況のため記載はしやすいと考えるが(個人の判断の差が少ないため)入所の方には甘く、一人暮らしや介護されない方には厳しい結果が出るのは不公平である。以降調査どおりの結果のため、今の認定調査でどのように介護度が変わるのか担当のケアマネジャーは知らされないのはおかしい。情報開示してほしい

13) 勘案する部分無いので独居で頑張っている人が低く、介護者がやっているから本人がしない・出来ない人は介護度が高い部分に、相変わらず矛盾を感じます。

14) 経過措置があり、モチベーションが下がっている。経過措置がなくなった場合、正しい調査ができるか不安です。平成10年モデル事業から関わっているが、これほど調査内容が理解できないことは初めてです。(年齢のせいかもしれませんが)

15) 経過措置はいつまでですか。

16) 経過措置をいつまで継続していくのか、また、急に措置を終了するのか、本当に利用者のことを考えているのか！

17) 現在経過措置がとられているが、調査する立場としてはバカにしていると感じている。調査対象者のありのままを伝えようと事細かに確認して特記も記入しているのに、経過措置で「従来の介護度のまま」を選択し

ていれば更新前の介護度となる。調査する意味がない

- 18) 現在更新など申請と同時にアンケートを提出していますが、この内容からして今のままでの認定調査の必要性に疑問を感じる。
- 19) 今回の改定以前から内部障害や、視覚障害等の障害が生活実態と介護度が見合っていない。介護になったとたん、生活が激変しストレスや不自由さに耐えながら生活しておられる方が救済出来ないものかと胸が痛む。
- 20) 今回の見直しがそもそもどういう目的で行われたか疑問です。行政主催の説明会に出席したところ、「現在要介護3の方は新調査では一次判定で要介護2になるかもしれませんが、特記事項で介護の手間を詳しく記載いただければ、二次判定で要介護3になると思いますのでご心配ありません」というお話でした。要は、結果は同じで、一次判定と二次判定の比重が変わっただけという印象を強く持ちました。特記事項がきちんと書かれないと介護度を下げると脅かされているようにも思いました。訪問調査員としては調査料は変わらないが、特記事項を記載する負担が増えただけと思っています。
- 21) 再考を願います。
- 22) 財源不足が根底にある限り解決策はないのでは？
- 23) 支援の方が非該当になった場合、サービスを受けて何とか生活していた方について、経過措置後の事を考えて頂きたい
- 24) 施設入所の方が重くなり、在宅独居や認知症がチェックがつかないことが多い
- 25) 似通った項目・関連項目を一緒にすれば、もっとリアルに生活の様子が

わかるし特記も書きやすい。例えば麻痺のところでは下肢のチェックがあれば、立ち上がりや歩行にも支障がある。整理することで、調査も簡単になり、審査する方も、生活の困りごとや介護の手間が見えると思う。個々の生活に支障となっている困りごとを認知などの自立度に記載できれば、ありがたい。もっと理解できると思います。

- 26) 自立に該当することが多く、認定区分が軽度になってしまう方が多いです。また、麻痺や拘縮に関しては、筋力低下や実際麻痺があって、日常生活に支障をきたしているにもかかわらず、今回の調査の方法では”なし”と判断されてしまう。調査方法の見直しを検討すべきである。
- 27) 全体的に、状態が変わらなくても前回より軽く出ます。今回は意向調査があるので良いが、次回は不安。加算で自費発生しやすくなっており、軽くなられては困る
- 28) 誰が行っても調査結果が変わりない内容になってきていると思うが、介護度が明らかに軽く出る。
- 29) 独居で頑張っている方に冷たくせず、手厚くしてほしい。
- 30) 認定調査作成にあたり、障害者日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度について、テキストに示される判断基準があいまいであるため、選択肢の選択にかなり苦慮している。認定調査改正以降、少なくとも10時間以上の時間を浪費している。具体的な判断基準を作成してほしい。
- 31) 保険ルールである1ヶ月内に結果通知が届かず、過去2~3ヶ月を要する場合が多く、審査を早くしてほしい。保険者により、担当ケアマネに調査を依頼する方法はいかがなものか？と考える

32) 歩行状態等の膝に手をついての歩行がふらつきがどれだけあってもできることになることが納得できないです。下肢の筋力低下を考慮する項目がないこともなぜだろうと思います。

33) 要介護認定とは何なのかというところから考え直して欲しい。介護の手間を評価するから不平等になります。環境が変わったとしても(家族・住環境など変化)、平等に介護保険が使えて自宅で生活できる認定評価をして欲しい。厳しい認定は、結果在宅介護を困難にし、施設となり、財源を切迫してしまうと思います。

-2 介護認定審査会委員の意見

- 1) 5 - 5、5 - 6 は同居家族がいて高齢になるほど、ほとんどが「全介助」とされることが多く調査項目として適当か】【「能力」と「介助の有無」のみで判断するようになってきているが「能力」はあっても習慣として介助を受けていることもあり判断に迷う
- 2) 下肢の筋力低下から生じる行動制限や、介助動作の増加についてのチェックが無い。頻度的には多いと思うし、予防のポイントとも受け取れるのに、なぜ調査項目には反映されないのか
- 3) 介護保険が良い方向に行く為の見直しと信じます。無くなった調査項目は何だったんでしょうか？人の旅立ちを応援して行きたいですね。
- 4) 今回のよう介護認定の見直しの本当の意図する所が不明です。認知症の方をきちんと捉えていく調査になったと聞いています。評価する時間が必要と考えます。認知症という病気による介護、高齢による認知症状やADL全般の低下による介護、脳血管障害等疾患によるADL低下の介

護と全てを一つの調査で評価することに問題があると考えます。

- 5) 今回の認定の見直しの最大の問題は「一次判定」に固執したことにある。一次判定変更条件を制限し、一次判定の変更に対して審査会委員の関与を制限したことにある。つまり「人間性」の関与を制限したことにある。それほど一次判定システムに自身があるのであれば審査会は不要である。一律機械的に判定していけばよいのではないか。しかし実際には一次判定が「介護を要する手間」を性格に判断することがこんなであるからこそ「人間性」の関与が不可欠であるとして二次判定システムが取り入れられているのである。であれば二次判定に対して過剰な条件設定をすること自体が認定に関する制度に反した行為であるといえる。また、調査項目の減少、判断基準の変更が「介護に要する手間」の判定に「影響がない」と一生懸命にアナウンスしているがその根拠はブラックボックスの中で説明がされていない。モデル事業で検証したと入るものの、モデル事業の時には調査員マニュアルも審査委員マニュアルも出されてはいないし、すべての判定時基準を用いて判定しているわけではなかった。その中で行ったモデル事業の結果で「影響なし」という判断はおかしい。このような態度や行動が儀認定システムに対する不信を増大している。そのために「軽度に出やすい」「認定の段階から軽度へのシフトを図っている」という感覚の原因になっている。確かに「要介護4に近い要介護5」のような状況の人はシステム変更によって「要介護4」と認定されるケースが増えている。実際「寝たきりではあるが食事に全介助が不要な状況」の人はまず一次判定で要介護5は出ない。食事以外には全介助が必要な状況でも要介護4にしかならない。このよう

な「矛盾」の存在を認め、その矛盾解消のために審査会があり、審査のための情報としての特記事項や意見書であり、かつ、審査委員の「完成」を重要視して「血の通った認定」にするためにも、一次判定に固執しすぎないように考えていくことが必要である。

6) 実際にやられていることを介護の手間として判定する基本は理解できるが、必要なことをしないで放置して自立と判定されたり、昔から必要もないのに例えば妻が靴下をはかせて数十年過ごしてきたような場合も介護の手間がかかっていると判断されており、本人が実際にできるのかどうかもあわせて判断しないと公平さを欠いてしまうと考える。・上記のことを踏まえると、我々は決して限度額に入るからとサービスは入れてないのに給付抑制だと感じる。介護保険を使えない、また理解できていない方々の負担が増し、生活の保障が行えていない社会問題として行政は考えて欲しい。

7) 認定そのものの公平性が失われる心配がある

-3 介護支援専門員の意見

- 1) 3%引き上げと言う反面で、認定結果を下げ利用限度額を制限しようとした、厚生労働省の悪巧みが余りに早く露呈してしまい、お粗末な結果（認定結果を元に戻して期間を延長できるという、「この紋所が目に入らぬか!」）を招いた。この国の将来（少子高齢化）を真面目に見据えた施策制度改革とは思えない、もっと国民のためになる制度改革を行って欲しい
- 2) 「サービス量はアセスメントに応じて決められる」等の文言が多い中、

こちらから利用者様に「サービスが受けられなくなるので、調書にはこの介護度になるようにします?」というようなことを聞くことに、矛盾が感じられます。ケアマネジメントで勉強してきたことと違うのではないかと思います。また、調書は認定への不満を先延ばしにするだけではないかと思います。認定された後の支援をするケアマネジャーとしては、今の時期に今の介護度を認定していただくほうが、利用者様が一番納得し易い説明ができるのではないかと思います。

- 3) 多くのご家族や、ご本人より「調査の意味がない」という言葉を頂いている。家族の中にもアンケートで意向を伝えているので、調査時に必死に伝えなくてもいいのでは?と思う。等々、従来の訪問調査の在り方が問われる(形骸化する)。】 個人的には、今回の経過措置は一刻も早く終わらせてほしいと思っています。行政窓口も混乱しております。何より、ご本人・ご家族への説明が非常に煩雑。厚労省もこんな複雑な措置を講じるなら、説明パンフでも一緒に作成してほしいと思います。担当者の個々により差異はありますが、『このまま要介護状態を維持してほしい人』『要支援など軽く判定されても妥当では?と感じる人』いろいろありますが、ただ単に現状維持という安易な気持ちだけで意思表示されると、何かやりきれない思いがあります
- 4) あらかじめ要介護認定に対しての希望を聞くことにより、不服申し立ての申請をさせないようにするのは違法ではないでしょうか。そのような見直しに要した人件費は無駄ではないでしょうか。
- 5) こちらでは市の嘱託職員が全て認定調査を行っていますから、市内の利用者の調査は行っていません。他県・他市の分については委託で行って

いますが、21年4月以降は担当していません。専門調査員としての任命も受けていますが、4月以降の分についての調査依頼はまだです。今後、専門調査員が介入する必要のある事案が増えるのではないかと心配しています。

- 6) これほど問題が出るということは、国においてきちっと議論がなされていないということではないのだろうか。その後の経過措置についても、要介護認定の仕組みそのものを無にしているような気がしてならない。今回の見直しは、現場を混乱させただけではないのか？
- 7) たいていが家族や利用者のほとんどが困っている。もちろんケアマネジャーもマネジメントに影響してきているが、利用していたサービスが軽度の判定で使用できなくなるケースに関しては介護保険の方向性が逆行していると家族や利用者は感じているし、そのような意見も多い。
- 8) 安易な認定項目変更はして欲しくない。見直し期間を設けるよりも平成20年度3月時点で現行のままとし、今回の要介護認定見直しは凍結すべきだった。住民や介護保険に関する担当者の困惑を理解していないやり方だと思う。今後の対応については慎重に吟味して欲しい。
- 9) 介護が必要であるのに出来ない状況なのか、不必要な介護を行っている状況なのか、見極められるような調査項目が必要だと思います。
- 10) 介護する時間のみに重点がおかれて、施設入所等で手厚い介護をされている人は重くなり、在宅で介護者がなく不自由でも介護なしで、なんとか生活されている人については、すべて自分で出来るとみなされ(経済面で介護が受けられない人も含む)サービスが受けられない状況である。在宅で一人暮らしの人はサービスが受けられなくなっている。特記事項

をたくさん記入して状況を説明とはなっているが、他人数の審査会では取り上げられにくく、目に留まるのは少ない。現状をもっと詳しく検討してほしい。在宅介護を勧めている介護保険とは思われず、再度介護保険のありかたの原点に戻り考え直してほしい。また、更新等は経過措置があり、何のために認定調査しているのか？不思議である。現在更新の人と新規の人では結果に大きな相違がでてきている。新規の人からの苦情はどうしているのだろう。

- 11) 介護度が低いひとでも手間がかかる人もおり、ケアマネの報酬が介護度により段階がある事は変だと思う。認定の見直しで介護度が低く出て必要なサービスが受けられない人も出ている。
- 12) 介護度に反映しない障害や生活上の支障をもっと取り上げて欲しい。
- 13) 完全に寝たきりで寝返りを一人で出来ずに苦しんでいる方が、精神面で全くクリアであるがために要介護4しか出ない。要介護5でもギリギリのサービス量が必要なのに、あまりに残酷である。介護経験の無い人間が机上の数値で調査項目などを決めている事自体、誤りである。各サービスの加算項目を増やし、区分支給限度額は変わらず、要介護認定は下がる。どうやって地域で暮らせというのか。法改正に携わっている人達が公費を節約したいというのが全ての前提なのではないかとケアマネジャーとしては思わずにはいられない。
- 14) 喜んでくれる利用者が多かったが、一過性なので意味がないと思う。
- 15) 議論をされてのことだとは思いますが、現状にそぐわない部分が多いと感じます。又、一人暮らしの方についていて、もう少し考慮が必要ではと思います。

- 16) 経過措置として、以前の介護度を選択できるようになっているので、実際、どのような傾向（軽く出るのかそうでないのか）があるのか、現場のケアマネには、分かりません。
- 17) 経過措置については、腑に落ちない所が多々あり、現状の状態と異なる介護度が保たれるのは、おかしいと思う。
- 18) 経過措置をとっていただいているので、現状のサービスを維持することができている。現状が正しく評価できるような内容になると言い。
- 19) 経過措置希望調書を提出すれば、認定調査の結果いかんかわらず今までの介護度を無条件に引き継いだ結果が出ているようである。調査の見直しにより結果がどのように変わり、経過措置によりどのようなになったかを示してもらわないと、今後同様の混乱が発生すると思われる、また、有効期間についても、結果いかんにかかわらず、同様継続の2年間で行っているのでは、2年後には同様の混乱が起きる恐れがある。
- 20) 結果が出て今より軽くなれば、従来の認定にできるのなら、認定審査を行なう必要があるのかと利用者から言われ、なんと説明したらいいか戸惑ってしまいます。要介護認定の見直しの会議には、現任（ケアプランを持ちながら、認定調査を行っている介護支援専門員）が出席できたらいいと思う
- 21) 結果が大変遅れて、期限内に届かないことが多く困っている。
- 22) 現在経過措置があり、認定がどのように出ているのか見えない。介護量での認定のため、本来の姿だと思うが、予防と介護のボーダーの所の人がどの様に出るかが、気になる
- 23) 今回、更新申請時に現行の介護度と変わった場合に介護度の希望を本人または家族に聞き取っているが、利用者や家族から、介護度の希望を聞いたら何のために調査するのかとよく尋ねられる。市からの説明書で説明するが自分自身が理解していないため困ってしまう。
- 24) 今回の経過措置に 非常に困惑しています。特に同じ法人の施設ケアマネは、利用者が重度となっているにも関わらず、利用料が高くなるという理由で、家族が、以前の軽いままになるよう申請して、結果、実態は要介護4の人を要介護1の費用で介護している状況だと言っていました。担当課も国が言っていることだからの一点張りで、その時は区分変更を出して下さいとの返事だけ。区分変更出すにも本人や家族の同意が必要です。居宅も同じで、適正な認定が出ないこのシステム一体なんでしょう？
- 25) 今回の要介護認定の見直しで、認知症の方の状態を正確に伝えることはできない。
- 26) 今回の要介護認定は明らかに要介護度を軽度化するものと考えられます。現場の声を聞くはずの協会が率先して阻止しなければならなかったのではないのでしょうか。 本当に現場の声を反映させているのでしょうか。
- 27) 暫定処置で今のままを維持することを希望するときは認定調査をする必要が無いような気がします。暫定処置があるのがおかしいのでは・・・
- 28) 質問文が変化しただけでコンピュータに反映されていない。利用者や家族にも単なる言葉遊びという事が知れており手間が評価されず苦情になっている。報道を鵜呑みにする訳ではないが、見切り発車的な認定に自身も不満を感じる。
- 29) 従来より明らかに軽度に出してしまうため、経過措置に助けられています。

- 30) 審査会事務局というポジションが新規につくられたが、どんな機能を果たしているのでしょうか？これは公務員の天下り先を設置したにすぎないのでしょうか
- 31) 新規でサービス導入をお勧めする場合、自立（非該当）が懸念されるため、前もって適切なサービスを導入するのが戸惑ってしまう。今のままの体系を存続するならば、1次判定がいかほどなのか前もってわかるシステムがほしいです。
- 32) 前と多少の違いはあるがそれが結果にどう影響するかまだわからないのでその辺がはっきりしてこないとわからない
- 33) 措置という手段は全くおかししい。調書によるアンケートにより左右される認定結果は、全く意味がなく審査会にかかる費用の無駄遣いであると考えます
- 34) 調査のマニュアルをみると「要介護度の引き下げに連動する介護給付費抑制」が今回の要介護認定の見直しではないかと思ってしまう。3%のアップ分を利用者のサービス利用で調整を図ろうとする意図を感じてしまう。結果、直前になって経過措置が出され、現在、申請する前に「以前の要介護度を選ぶかどうか」を確認しているが、それに費やす人や経費などがあって無駄な介護保険からの支出となり、利用者や家族、関係者（ケアマネ、調査員、審査委員など）から国や保険者への不満や不信の声が多い。介護保険制度が国民に定着し「介護保険制度ができて良かった」との声がある一方で「国や保険者は、財源論が先行し利用抑制に走っている」と制度に対する利用者や家族の不信感が年々増大している。もっと広く国民や関係者に介護保険の現状と課題について意見を集約し、開かれた討議と決定のプロセスを明確に示して欲しい。
- 35) 同様の状態でありながら、要介護度が下がることで、サービスの量はもちろんのこと内容（通院乗降介助など）が変更することで生活に大きな影響があるので、十分な検証が必要と思います。それから、新認定の判断基準の「介護されていない 足りないサービスを書く」、「介護されている」という分類が、・介護されていない＝必要なのにケアマネがサービスをプランに入れていない。・介護されている＝ケアマネが必要なサービスをプランに入れている。とケアマネジメントの研究対象の1つしていくのではと危惧されています。認定はあくまでも必要な介護の手間を正確に推し量るものでないといけないので、こうしたことにも日本協会として警鐘を鳴らし、よりよい生活支援ができるケアマネジャーの支援をお願いします。
- 36) 認知症や一人暮らしの方の実情を踏まえた判定基準にしていだきたい。また医療行為が必要な人は手間がそれだけかかっているので、そういったことも考えて判定基準を決めてほしい。
- 37) 認定が軽くでる傾向などの話があるが、認定件数もまだ少なく判断しにくい。
- 38) 認定の見直しではないのですが、介護報酬の改定でケアマネジャーの給与に変化があったかどうか、協会でこのように独自アンケートをとってはいかがでしょうか。ちなみに、私の事業所は『特定事業所加算』を算定しているにも関わらず「会社全体を通して、平成18年度の改正以来住宅部門は赤字であるから」という理由でたった500円の基本給アップでした。この基本給アップにより、毎年のベースアップはカット。

しかもベースアップの 3 分の 1 にも満たない金額！働く意欲をなくしました。

39) 認定項目が変わった事で、A D L は変化がなくても、介護度が実際よりも軽くなる利用者が多くなった

40) 認定調査をする必要がまったくなく、費用の無駄使いでしかありません。極端に言えば、被保険者やその家族のわがママが、まかり通っている状態で、例えば、「区分が下がるとサービス回数が減らされたり、レンタルできないからそのままの区分で」とか、「区分が上がると各サービスの単価が上がって支払いが増えるからそのままの区分で」などと、被保険者の都合のいいように経過措置希望調書が使われていると思います

41) 認定調査自体を行っていないためなんともいえませんが、保険者の研修がもっとほしかったです。

42) 認定調査自体を行っていないためなんともいえませんが、保険者の研修がもっとほしかったです。

43) 評価は極めてマニュアル化されたもので個別性が無視される

44) 聞き取り方に大きな差が生じてます。調査員の質、特記事項の書き方も。

45) 様々な理由があって、やむなく独居せざるを得ない高齢者がおられ、援助がないためにお一人でも頑張っている生活していることが、介助を受けていないということで判断されるという調査内容に納得できません、特記事項に理解していただけるように記載されるのかも疑問に感じています。経過措置についても結局は、新しい認定調査内容への移行期間であるとすれば、一時しのぎにすぎないのでしょうか。

46) 要支援と認定されている方の影響が大きいように感じるが、現職場は特

養であるため見直しでの混乱はほとんどない。全国一律に近い介護区分が出るのであれば、経過措置などせずに進めてほしい。

47) 例えば、胃瘻から経管栄養を行っている人は食事が自立になるのは、介護の実態が反映しない認定結果になります。経管栄養は介護の手間がかかる大きな要因なのだと思います。

3. 参考資料

(1) 調査項目 (E-mail 送付用調査票)

会員の皆様へ

2009. 06. 26

緊急アンケート「要介護認定方法の見直し」

へご協力をお願い

一般社団法人

日本介護支援専門員協会

会長 木村 隆次

梅雨の候、皆様方にはご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は当協会へのご支援ご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、厚生労働省の「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」において、要介護認定方法の見直しの検証等が行われております。

当協会では「要介護認定方法の見直し」のための緊急アンケートを行い、検証・検討会での議論に活用したいと考えております。

ご多忙のところとは存じますが、認定調査員、介護認定審査会委員、介護支援専門員のお立場から、皆様のご協力をお願いいたします。

締め切り：7月3日（金）

回答方法：件名を「『要介護認定方法の見直し』についてのアンケート」と

し、電子メール(下欄を貼り付け)にて下記までお送りください。
このメールの送信元に返信しても受信ができませんので、お手数ですが、下記のアドレス (info@jcma.or.jp) に返信をお願いします。

回答送付先：一般社団法人 日本介護支援専門員協会 事務局

TEL 03-3548-7955 FAX 03-3548-7956

E-mail info@jcma.or.jp

該当する項目の数字または内容を回答欄に記入して下さい。

I. あなたのことについてお答えください。

回答欄

★問1★ 性別 ①男性 ②女性 問1【 】

★問2★ 年齢 ①20～29歳 ②30～39歳 ③40～49歳
④50～59歳 ⑤60歳以上 問2【 】

★問3★ 勤務地の都道府県 問3の回答欄【 】

★問4★ 勤務している事業所の種類
①居宅介護支援事業所 ②地域包括支援センター
③特別養護老人ホーム ④老人保健施設

- ⑤介護療養型医療施設 ⑥有料老人ホーム
- ⑦軽費老人ホーム ⑧グループホーム
- ⑨小規模多機能型居宅介護 ⑩行政
- ⑪その他に勤務 ⑫離職中

問4の回答欄【 】

★問5★ 勤務形態

- ①常勤専任 ②常勤兼務
- ③非常勤専任 ④非常勤兼務

問5の回答欄【 】

★問6★ 介護支援専門員としての実務経験年数

- ①1年未満 ②1年以上2年未満 ③2年以上3年未満
- ④3年以上5年未満 ⑤5年以上

問6の回答欄【 】

★問7★ 平成21年5月に給付管理を行った件数

- 貴事業所全体の件数（人数） 【 件】
- そのうち、あなたが担当した件数（人数） 【 件】

認定調査の評価項目は、次の通りとなっています。

（認定調査の評価項目）

- | | | |
|------------------------|--------------|----------------|
| 1-1 麻痺 | 1-2 拘縮 | 1-3 寝返り |
| 1-4 起き上がり | 1-5 座位保持 | 1-6 両足での立位 |
| 1-7 歩行 | 1-8 立ち上がり | 1-9 片足での立位 |
| 1-10 洗身 | 1-11 つめ切り | 1-12 視力 |
| 1-13 聴力 | | |
| 2-1 移乗 | 2-2 移動 | 2-3 えん下 |
| 2-4 食事摂取 | 2-5 排尿 | 2-6 排便 |
| 2-7 口腔清潔 | 2-8 洗顔 | 2-9 整髪 |
| 2-10 上衣の着脱 | 2-11 ズボン等の着脱 | 2-12 外出頻度 |
| 3-1 意思の伝達 | 3-2 毎日の日課を理解 | 3-3 生年月日をいう |
| 3-4 短期記憶 | 3-5 自分の名前をいう | 3-6 今の季節を理解 |
| 3-7 場所の理解 | 3-8 徘徊 | 3-9 外出して戻れない |
| 4-1 被害的 | 4-2 作話 | 4-3 感情が不安定 |
| 4-4 昼夜逆転 | 4-5 同じ話しをする | 4-6 大声をだす |
| 4-7 介護に抵抗 | 4-8 落ち着きなし | 4-9 一人で出たがる |
| 4-10 収集癖 | 4-11 物や衣類を壊す | 4-12 ひどい物忘れ |
| 4-13 独り言・独り笑い | | 4-14 自分勝手に行動する |
| 4-15 話しがまとまらない | | |
| 5-1 薬の内服 | 5-2 金銭の管理 | 5-3 日常の意思決定 |
| 5-4 集団への不適応 | 5-5 買い物 | 5-6 簡単な調理 |
| 6. その他 過去14日間にうけた特別な医療 | | |

II. 認定調査員の方、介護認定審査会委員の方にお聞きします。

