

要介護認定の見直しに係る検証・検討会 名簿

(敬称略・五十音順)

委員名	所 属
池田 省三	龍谷大学教授
石田 光広	東京都稲城市福祉部長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会会長
高橋 紘士	立教大学教授
高見 国生	社団法人認知症の人と家族の会代表
田中 聡子	社会福祉法人大慈厚生事業会ケアハウス大慈施設長
◎田中 滋	慶應義塾大学教授
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部 福祉マネジメント室室長
野中 博	医療法人社団博腎会野中医院院長
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
本間 昭	日本認知症ケア学会理事長
三上 裕司	日本医師会常任理事
結城 康博	淑徳大学准教授

(◎：座長)

要介護認定の見直しに係る検証・検討会開催要綱

1. 趣旨

平成21年度からの要介護認定について、見直しの影響についての検証を行うため、要介護認定の見直しに係る検証・検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

2. 主な検討事項

見直し後の要介護認定の実施状況を把握した上で、客観的なデータに基づいて検証を行う。

3. 検討会の運営等

（1）検討会は、厚生労働省老健局長が招集する。検討会の庶務は、厚生労働省老健局老人保健課において行う。

（2）座長を置き、委員の互選によりこれを定める。座長は検討会を総理する。

（3）参考人の招致

座長は、討議の必要に応じ、適当と認められる有識者等を参考人として招致することができるものとする。

（4）審議の公開

審議は原則公開とする。

（5）検討スケジュール

平成21年4月に第1回会合を開催し、以後、必要に応じ適時開催する。

要介護認定状況の調査結果について (第二次集計)

目次

1. 要介護認定状況の調査概要について	4
2. 一次判定結果の要介護度区分の比較	
(全体)	6
(在宅者)	7
(施設入居者)	8
(新規申請者)	9
(区分変更申請者)	10
(更新申請者)	11
3. 二次判定結果の要介護度区分の比較	
(全体)	13
(在宅者)	14
(施設入居者)	15
(新規申請者)	16
(区分変更申請者)	17
(更新申請者)	18
4. 二次判定での一次判定結果の変更割合の比較	
(全体)	20
(在宅者)	21
(施設入居者)	22
(新規申請者)	23
(区分変更申請者)	24
(更新申請者)	25

5. 更新申請者における一次判定及び二次判定結果の前回判定結果との比較	
一次判定結果の前回一次判定結果との比較	27
二次判定結果の前回二次判定結果との比較(全体)	28
二次判定結果の前回二次判定結果との比較(在宅者)	29
二次判定結果の前回二次判定結果との比較(施設入居者)	30
6. 認知症高齢者自立度の分類でみた更新申請者における判定結果の比較	
一次判定結果の前回一次判定結果との比較	32
二次判定結果の前回二次判定結果との比較(自立及びⅠ)	33
二次判定結果の前回二次判定結果との比較(Ⅱ以上)	34
7. 更新申請者における一次判定結果の前回二次判定結果との比較	36
8. 一次判定結果の要介護度区分からみた二次判定での一次判定結果の変更割合の比較	
(非該当)	38
(要支援1)	39
(要介護1相当)	40
(要介護2)	41
(要介護3)	42
(要介護4)	43
(要介護5)	44

要介護認定状況の調査概要について

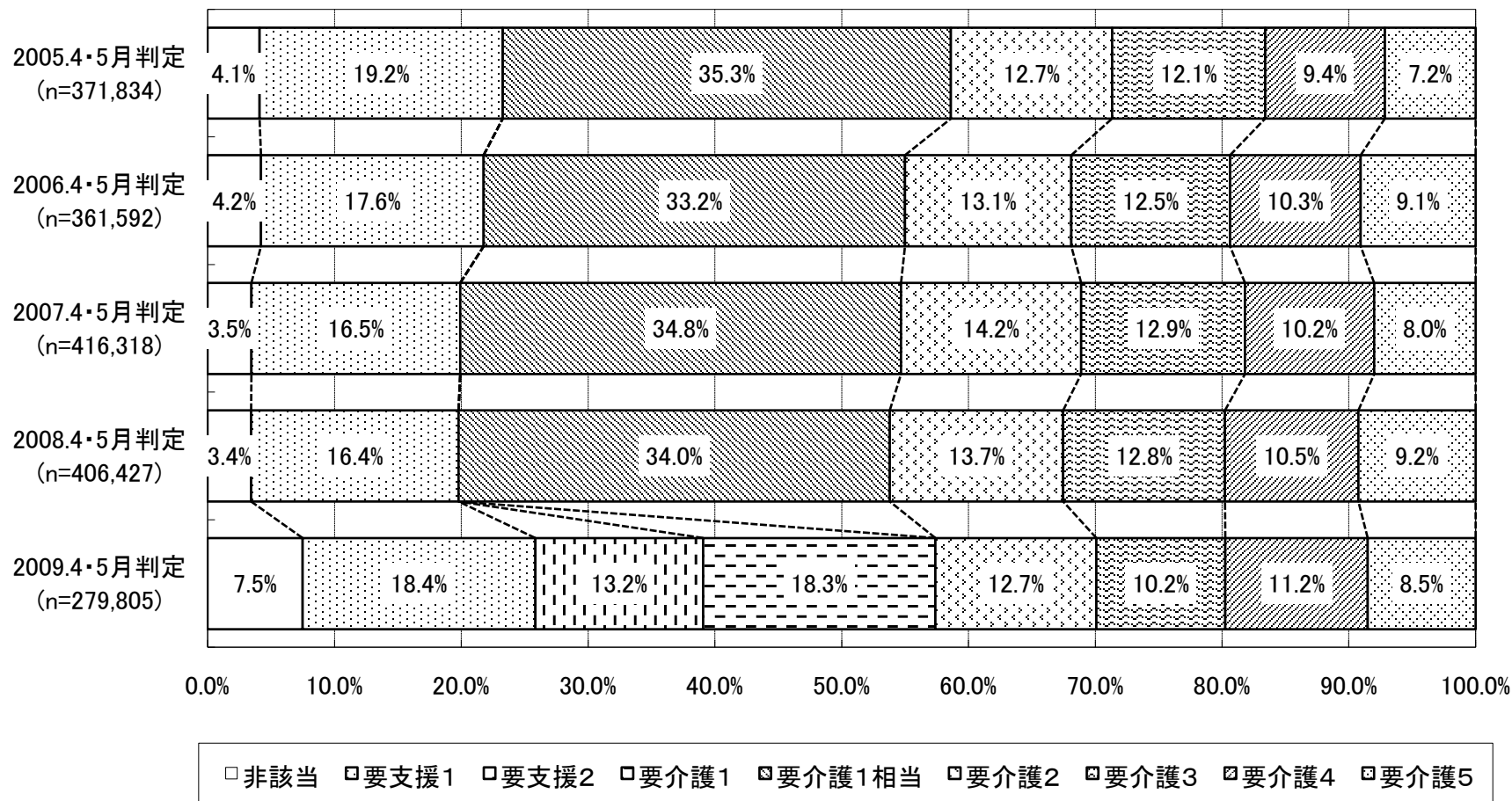
2005から2008年までは、全国の保険者である自治体から「各年4月に申請を行い4月又は5月に審査判定を行った」及び「各年5月に申請を行い5月に審査判定を行った」要介護認定申請者のうち、厚生労働省に認定支援ネットワークを通じて報告のあった申請者の情報について集計を行った。

2009年については、同様の期間における要介護認定申請者について、自治体で経過措置適用前の二次判定結果等を入力した申請者の情報を認定支援ネットワークとは別に収集し、集計を行った。

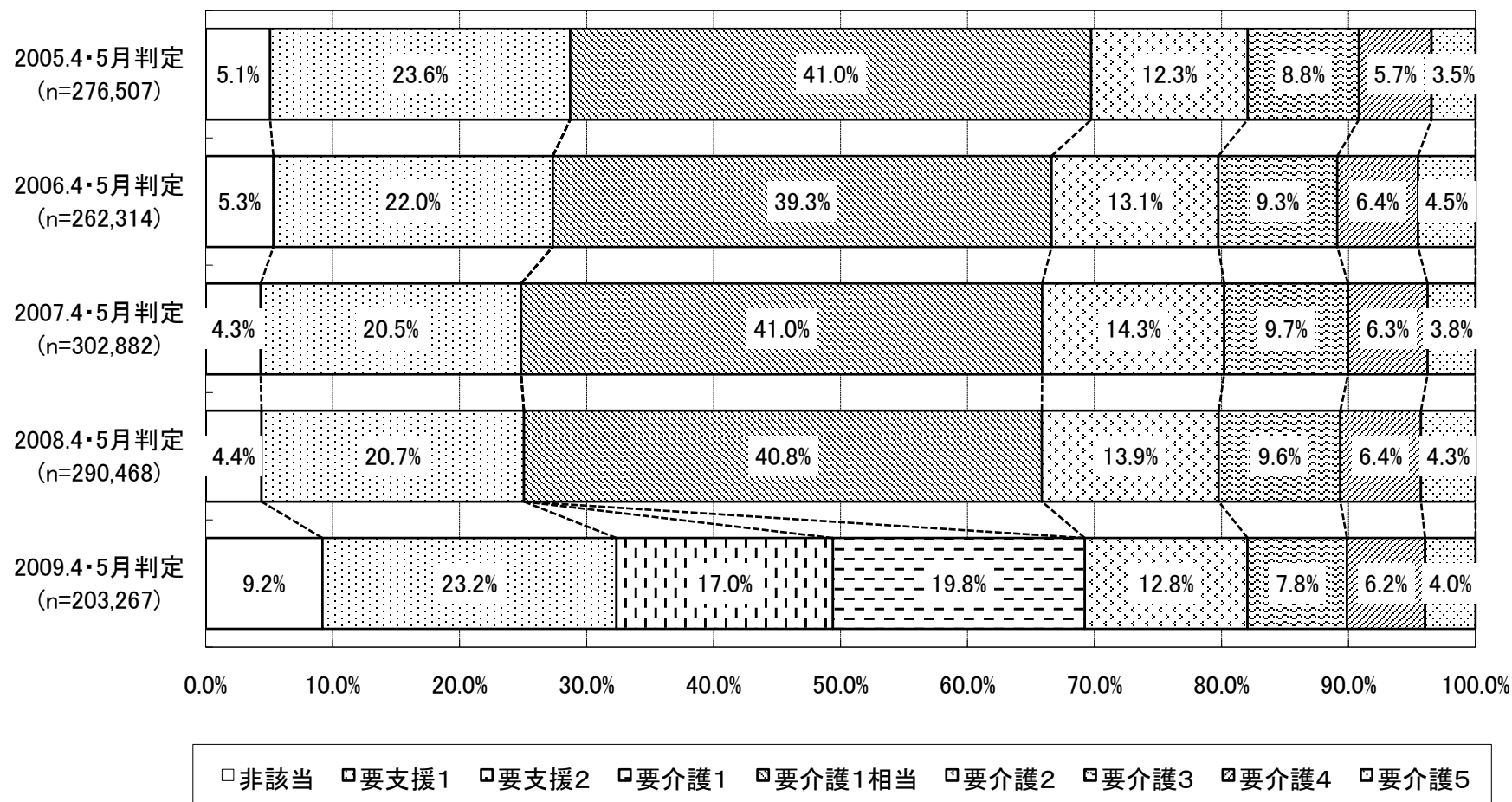
- ・ 報告自治体数 1,489 自治体
- ・ 集計対象申請者数 279,826件

一次判定結果の要介護度区分の比較

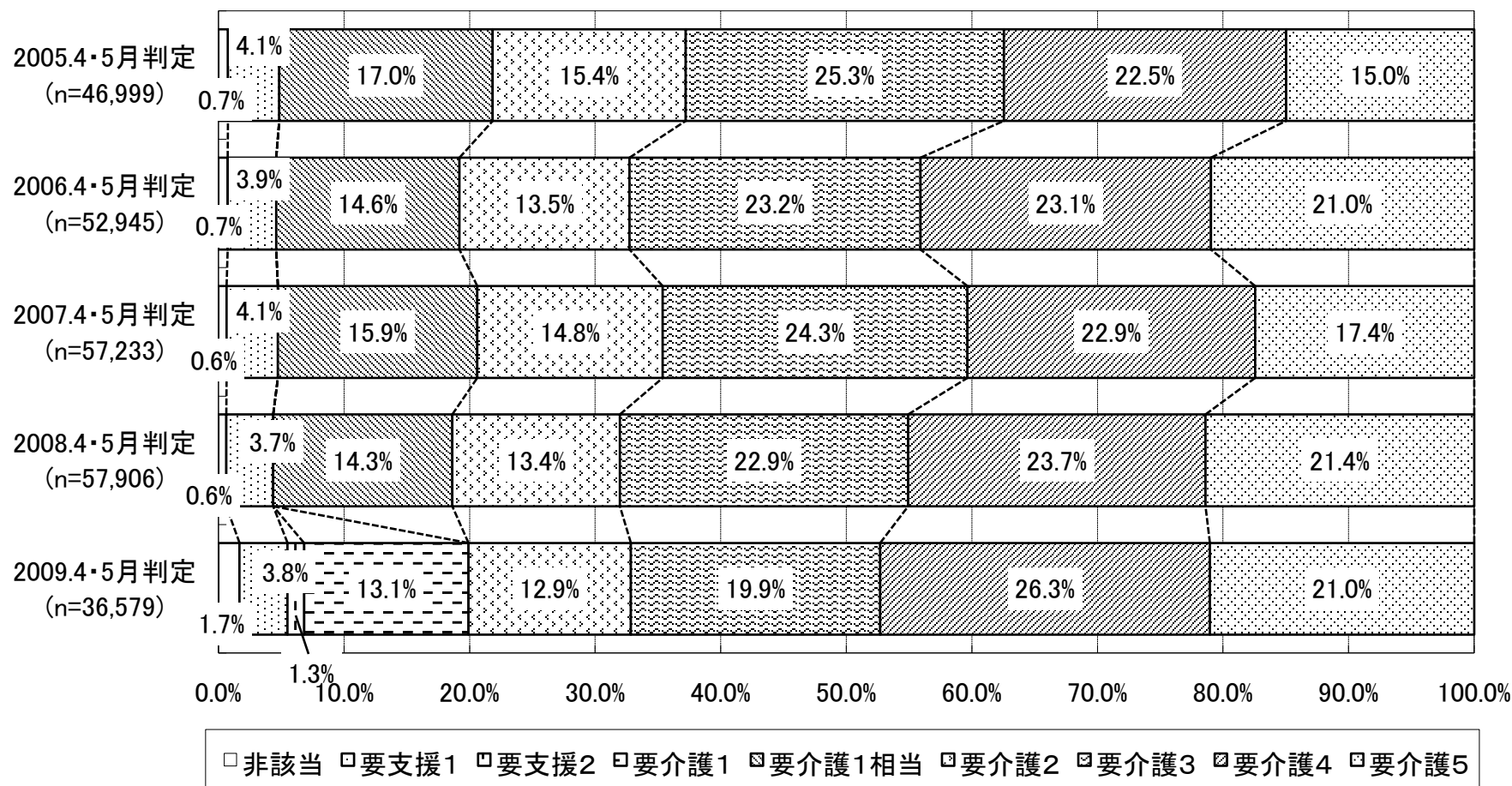
一次判定結果の要介護度区分の比較 (全体)



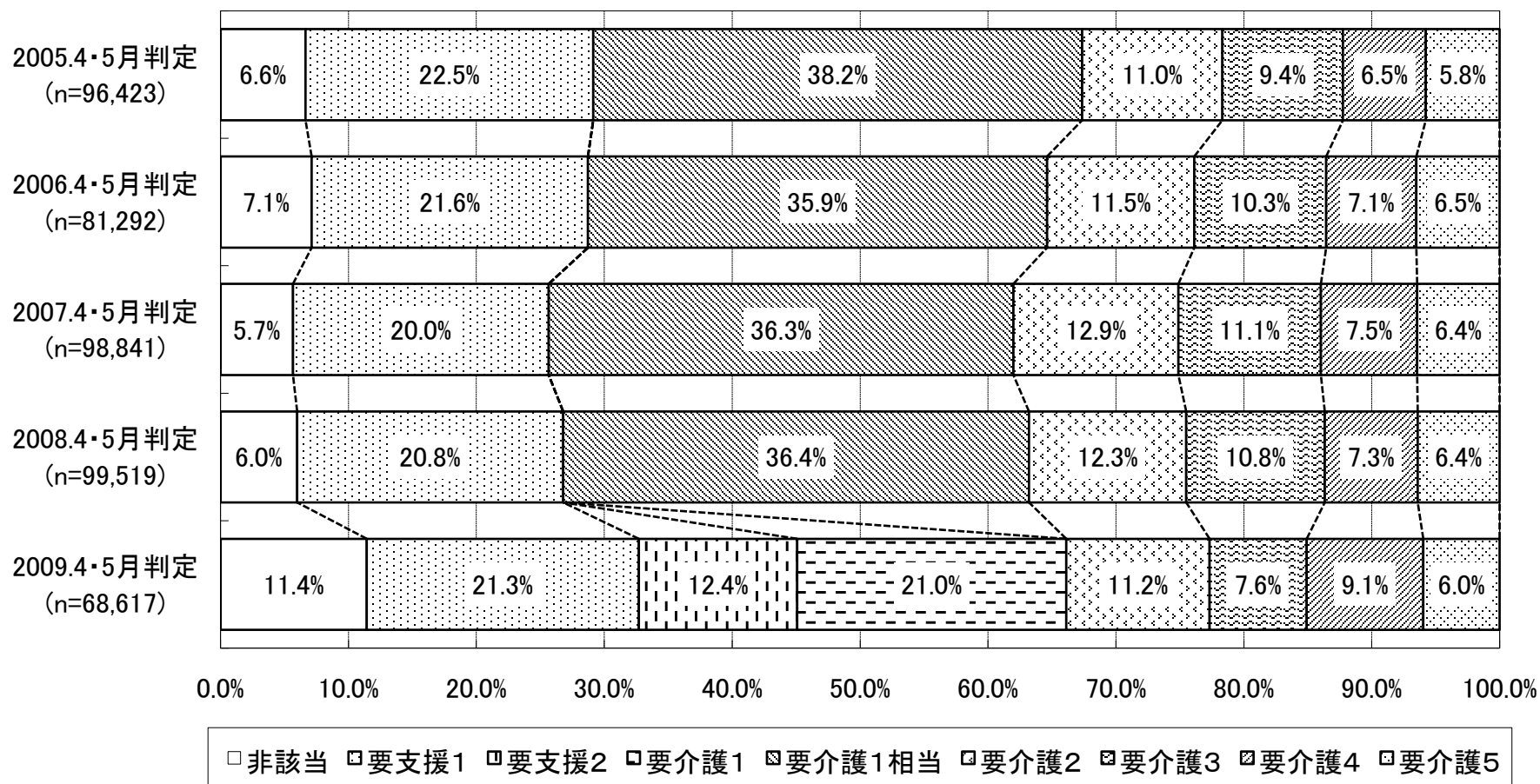
一次判定結果の要介護度区分の比較 (在宅者)



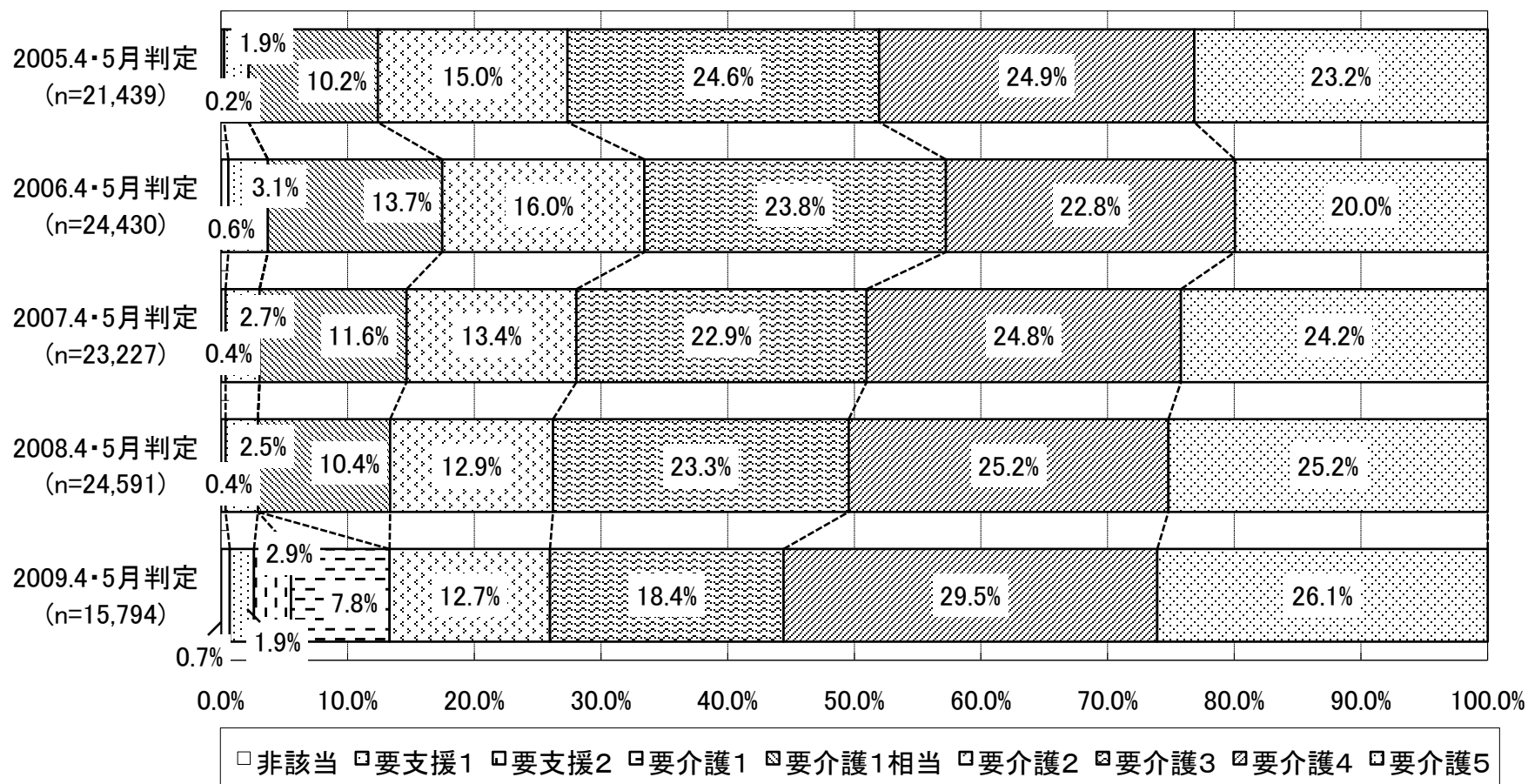
一次判定結果の要介護度区分の比較 (施設入居者)



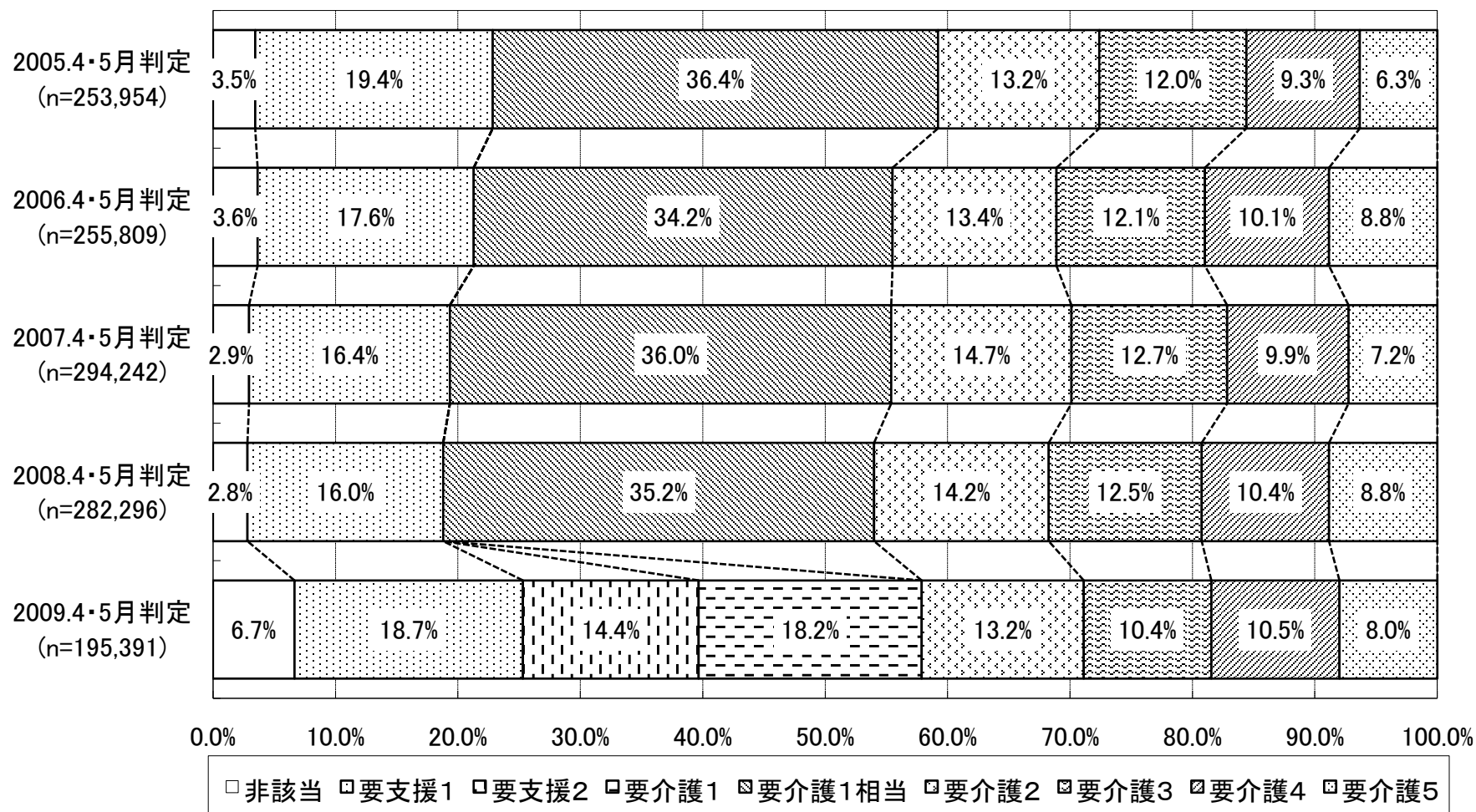
一次判定結果の要介護度区分の比較 (新規申請者)



一次判定結果の要介護度区分の比較 (区分変更申請者)

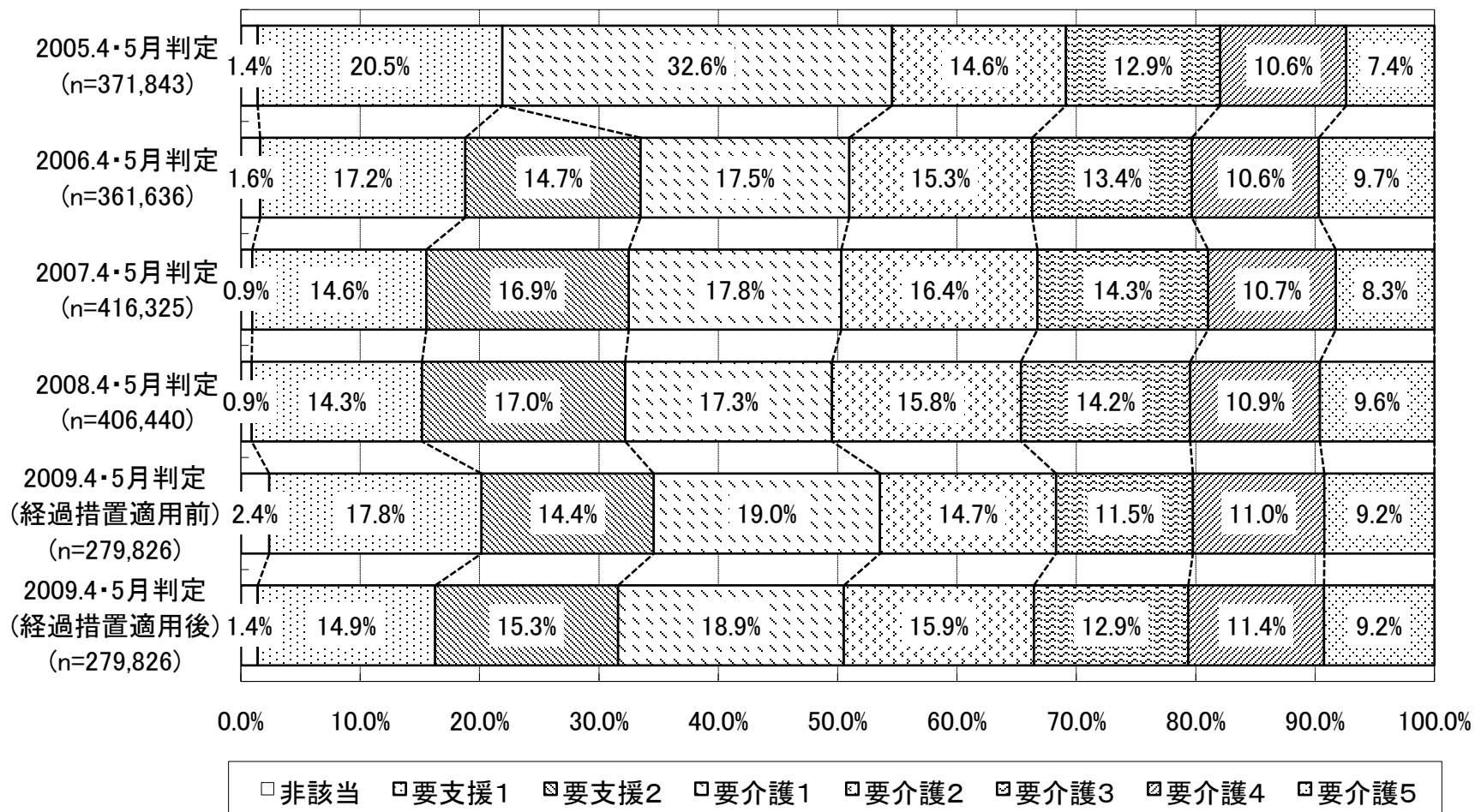


一次判定結果の要介護度区分の比較 (更新申請者)



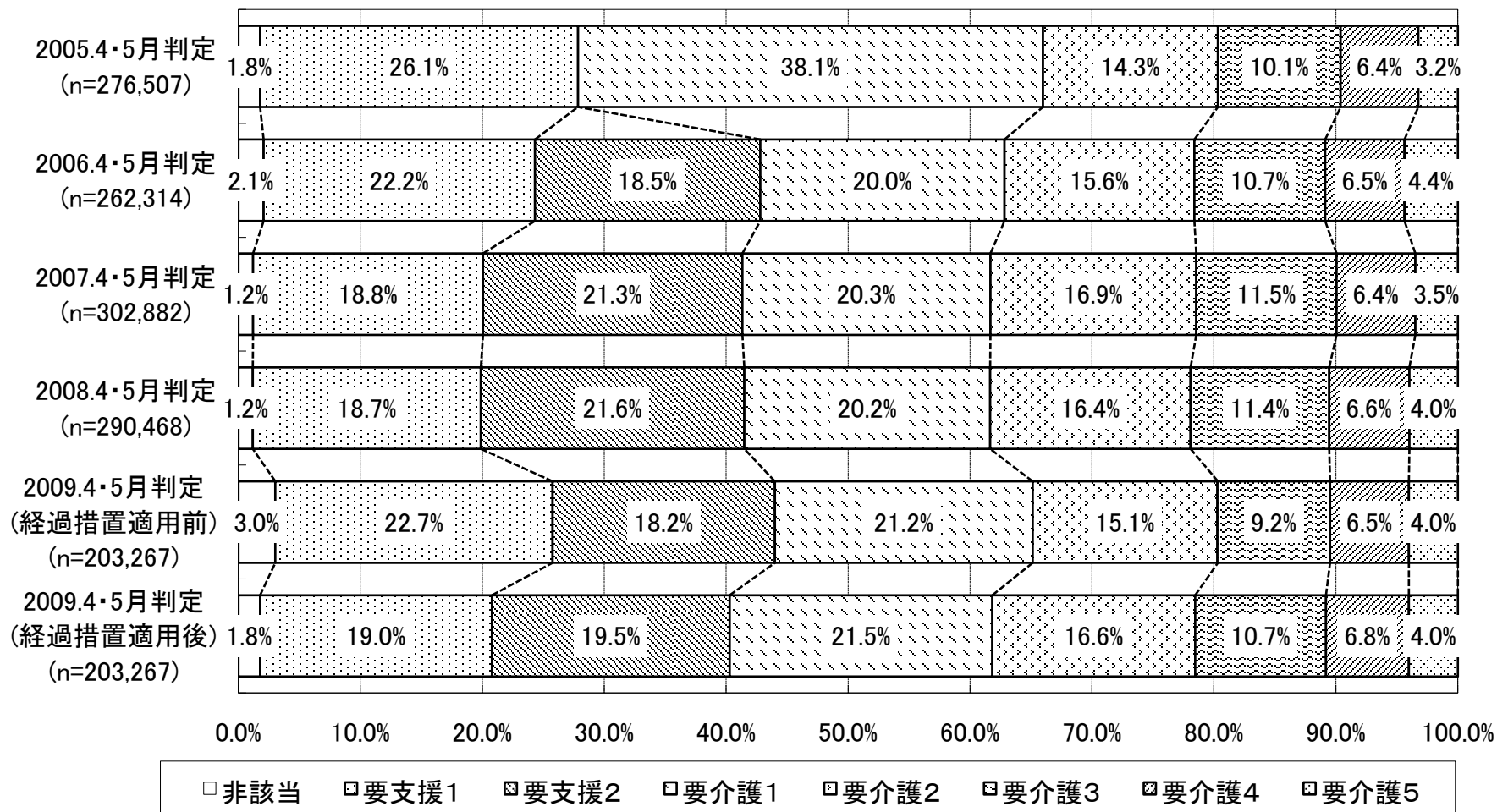
二次判定結果の要介護度区分の比較

二次判定結果の要介護度区分の比較(全体)



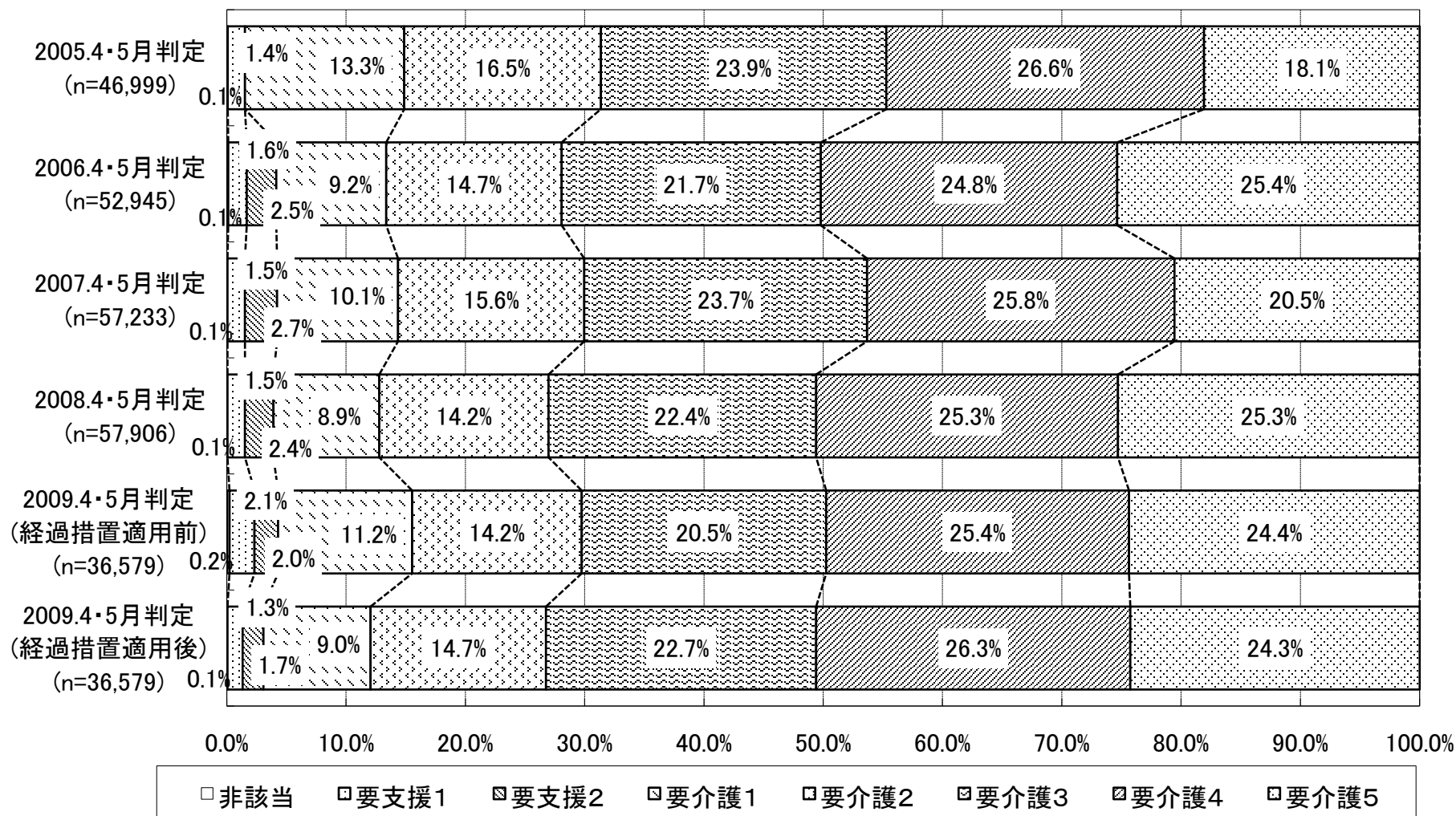
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定結果の要介護度区分の比較(在宅者)



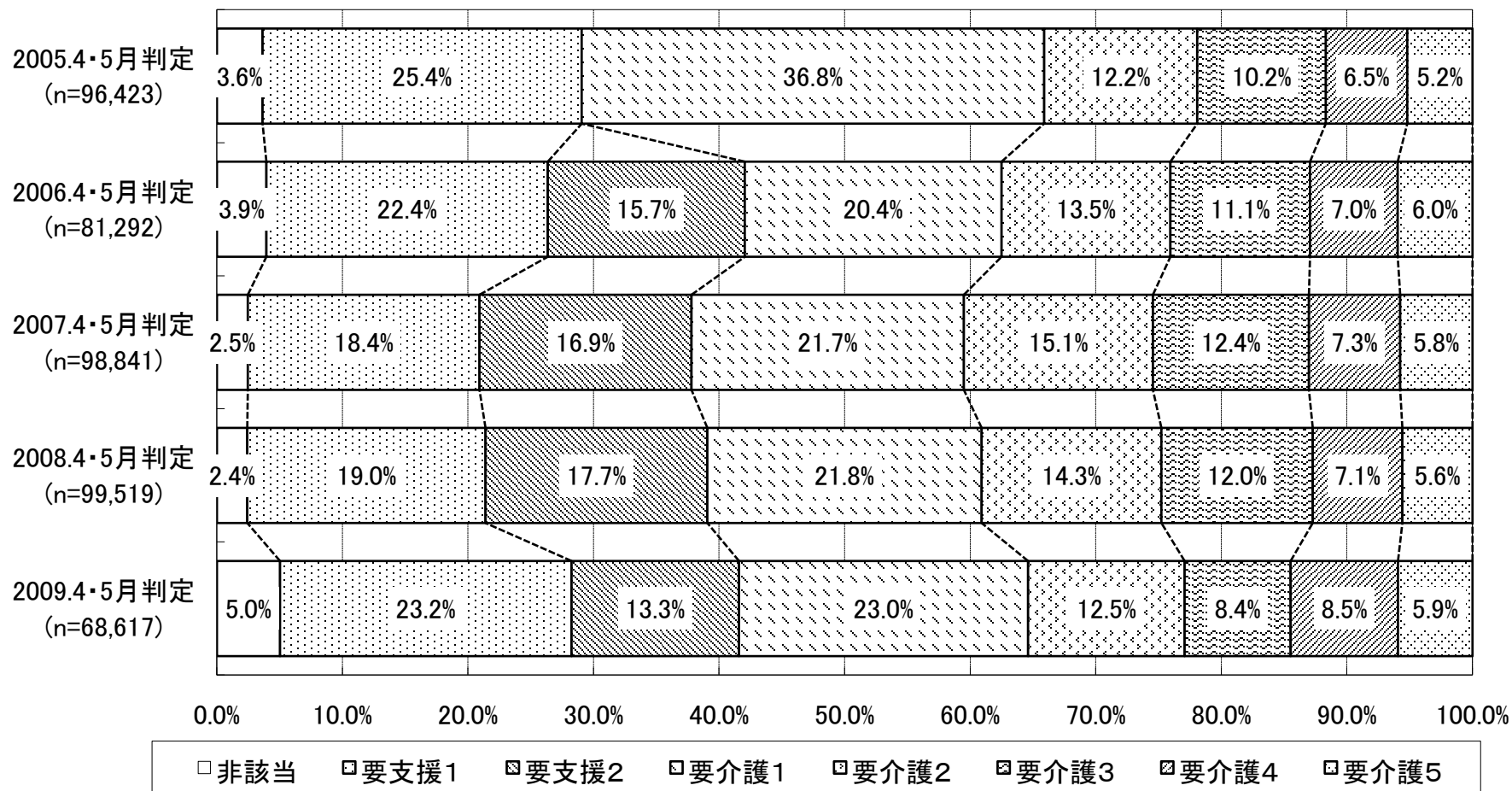
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定結果の要介護度区分の比較(施設入居者)

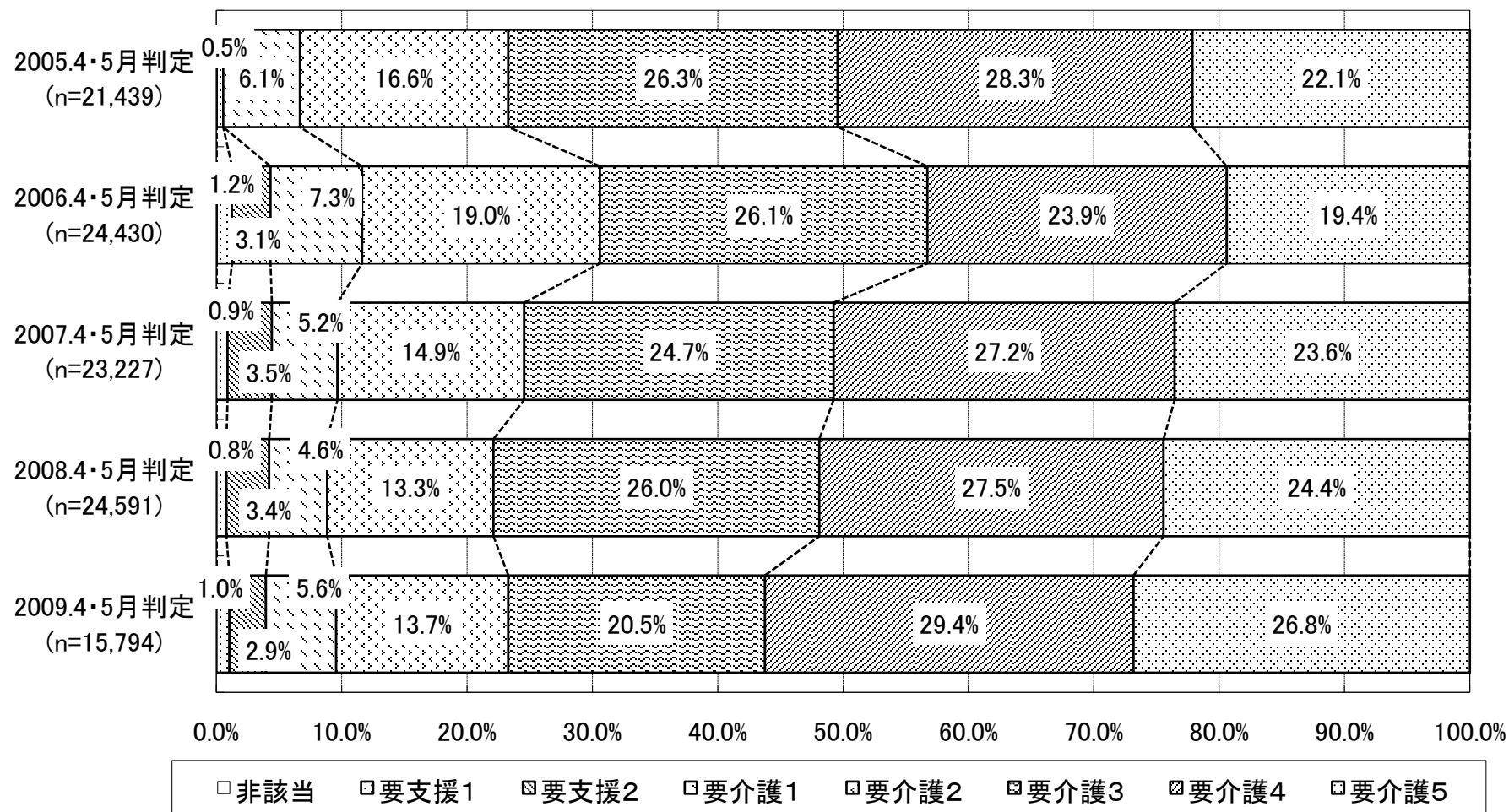


※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

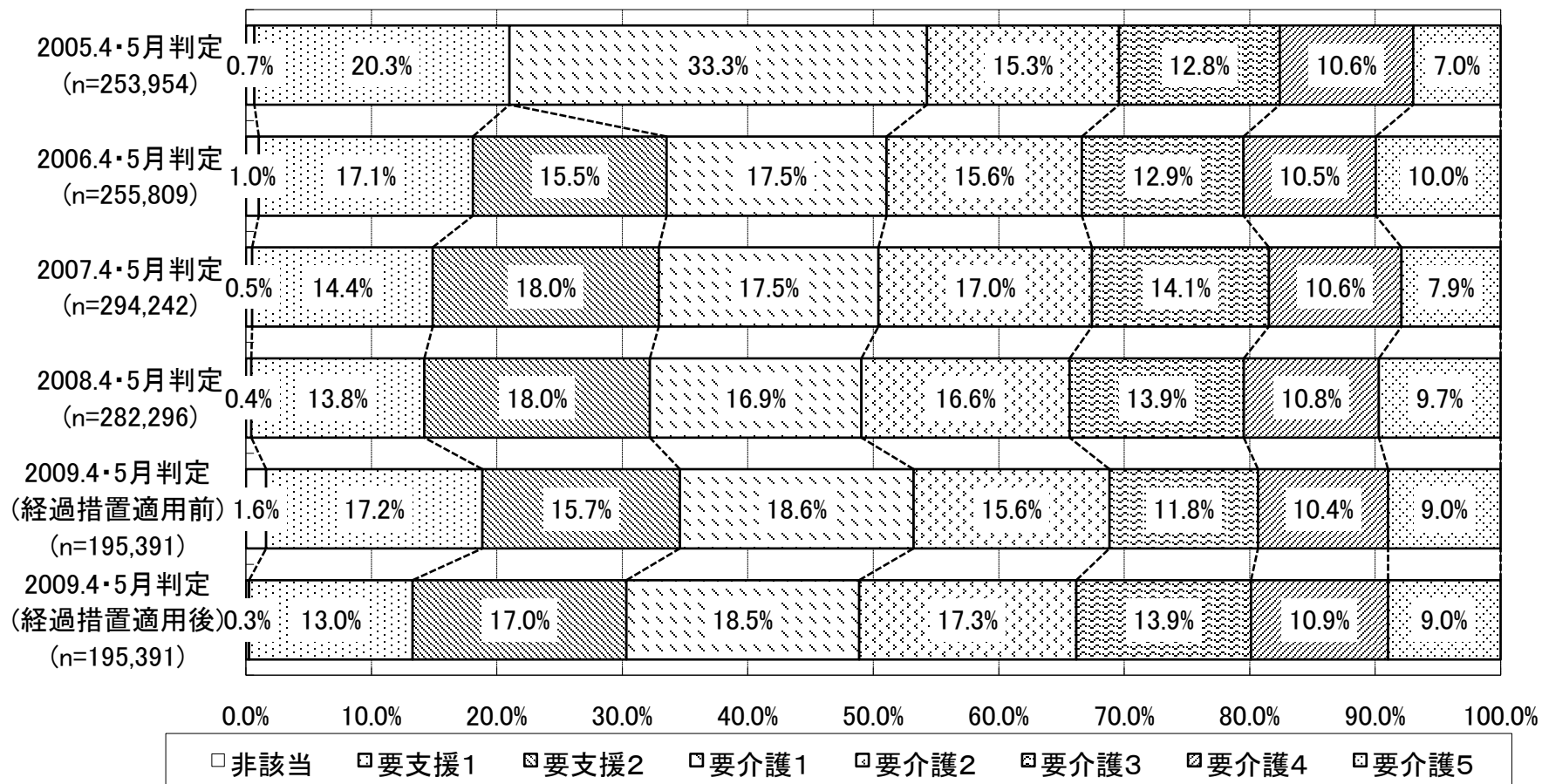
二次判定結果の要介護度区分の比較 (新規申請者)



二次判定結果の要介護度区分の比較 (区分変更申請者)

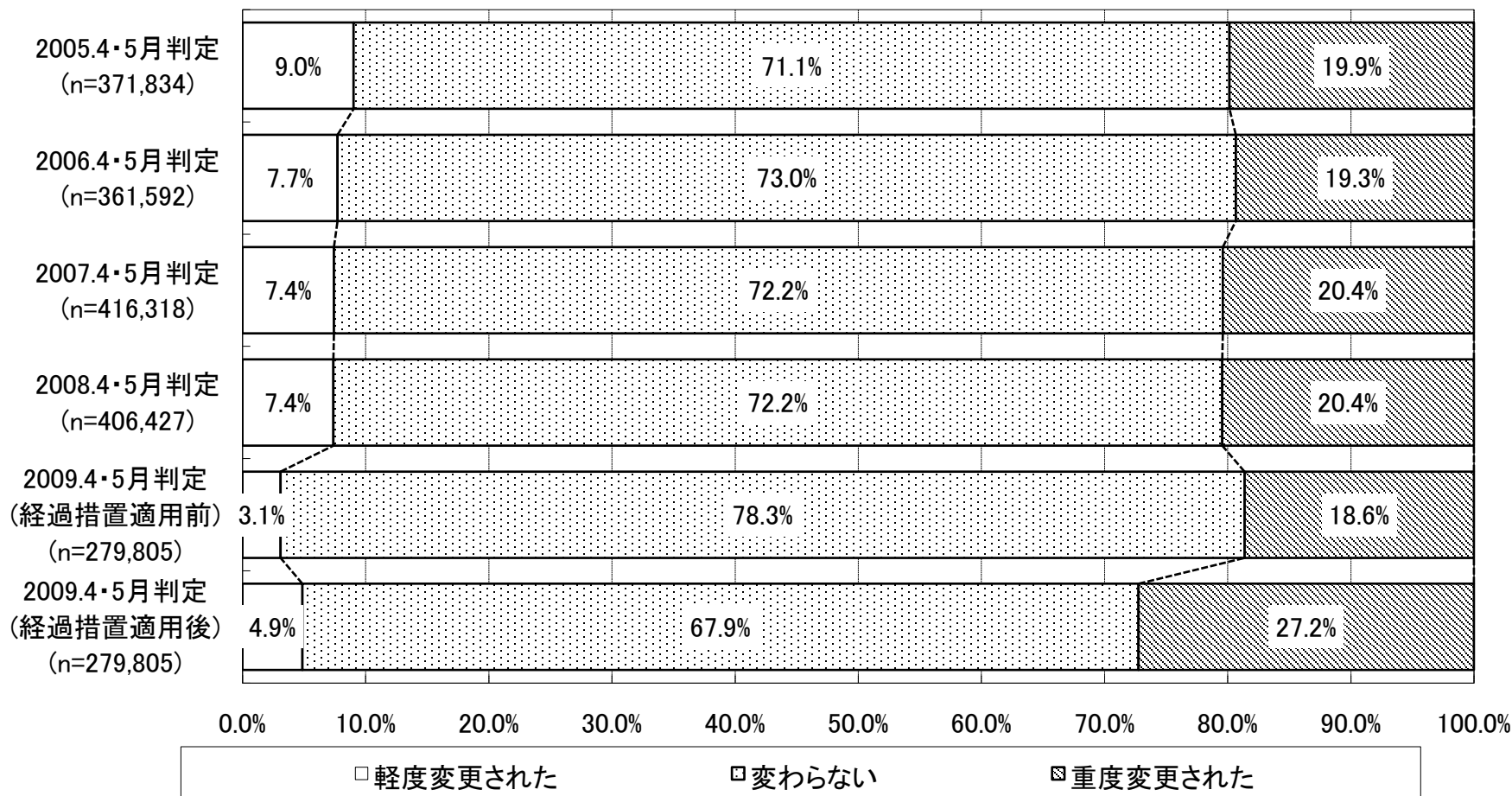


二次判定結果の要介護度区分の比較 (更新申請者)



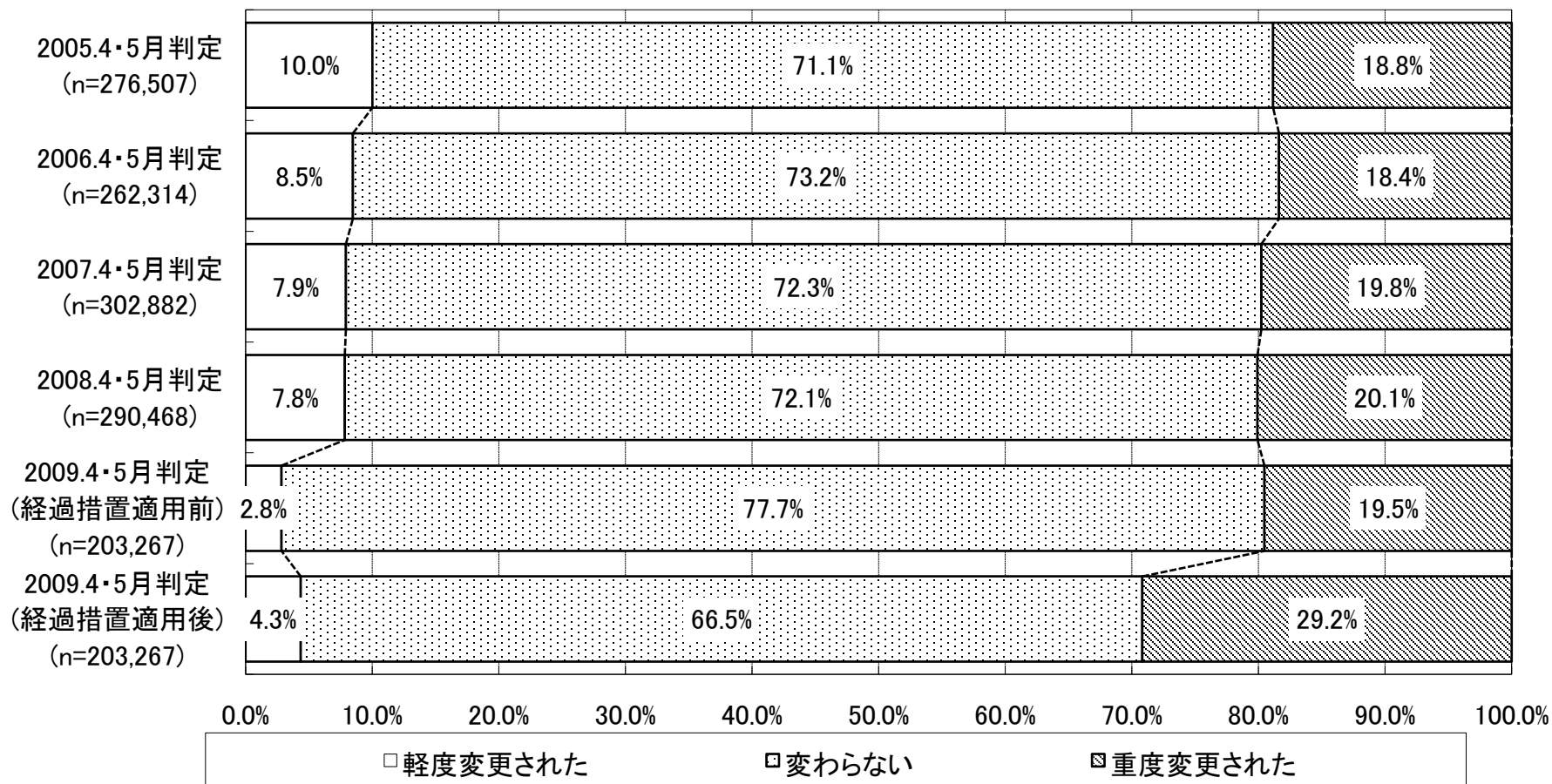
二次判定での一次判定結果の変更割合の比較

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (全体)



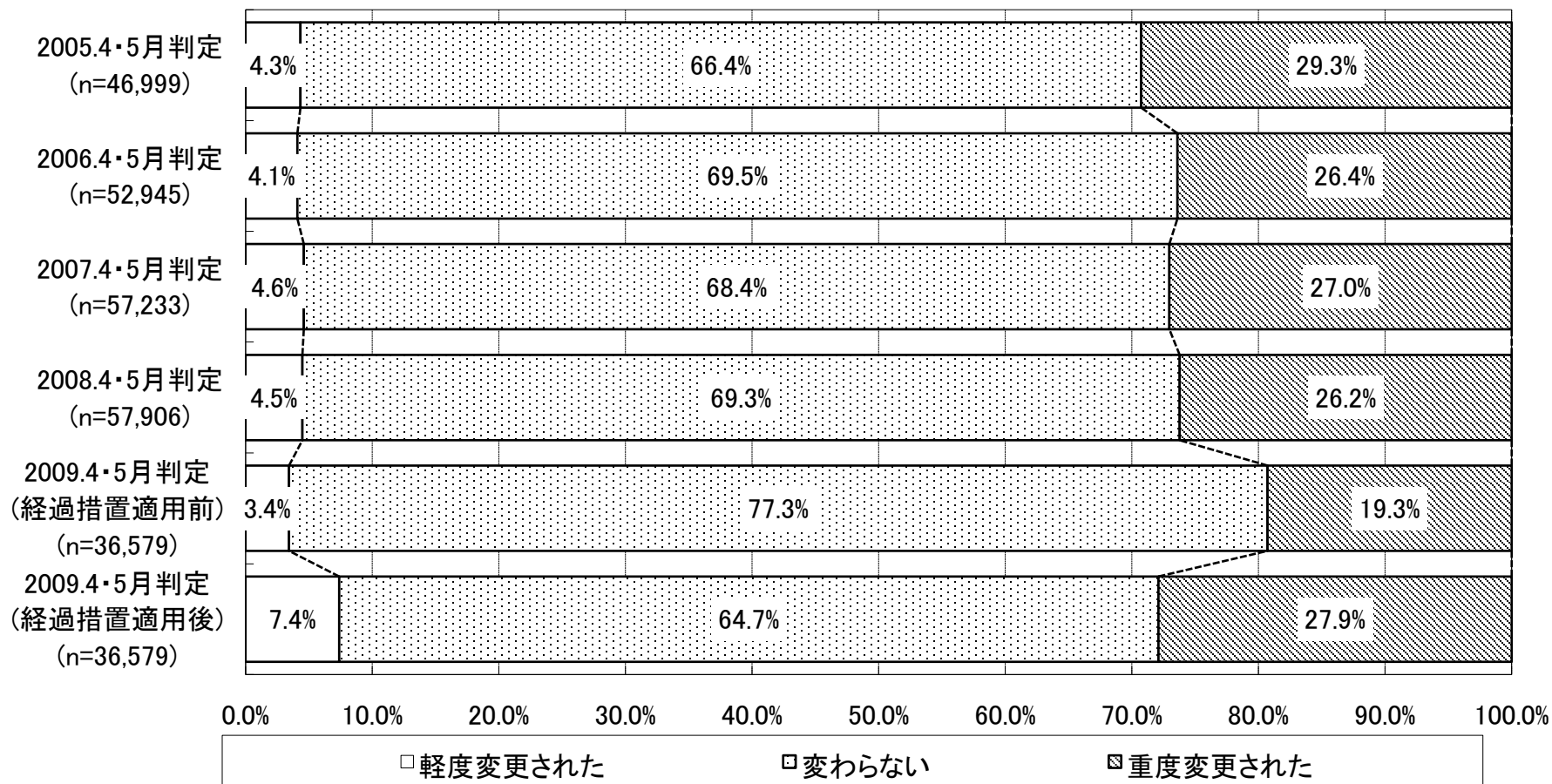
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (在宅者)



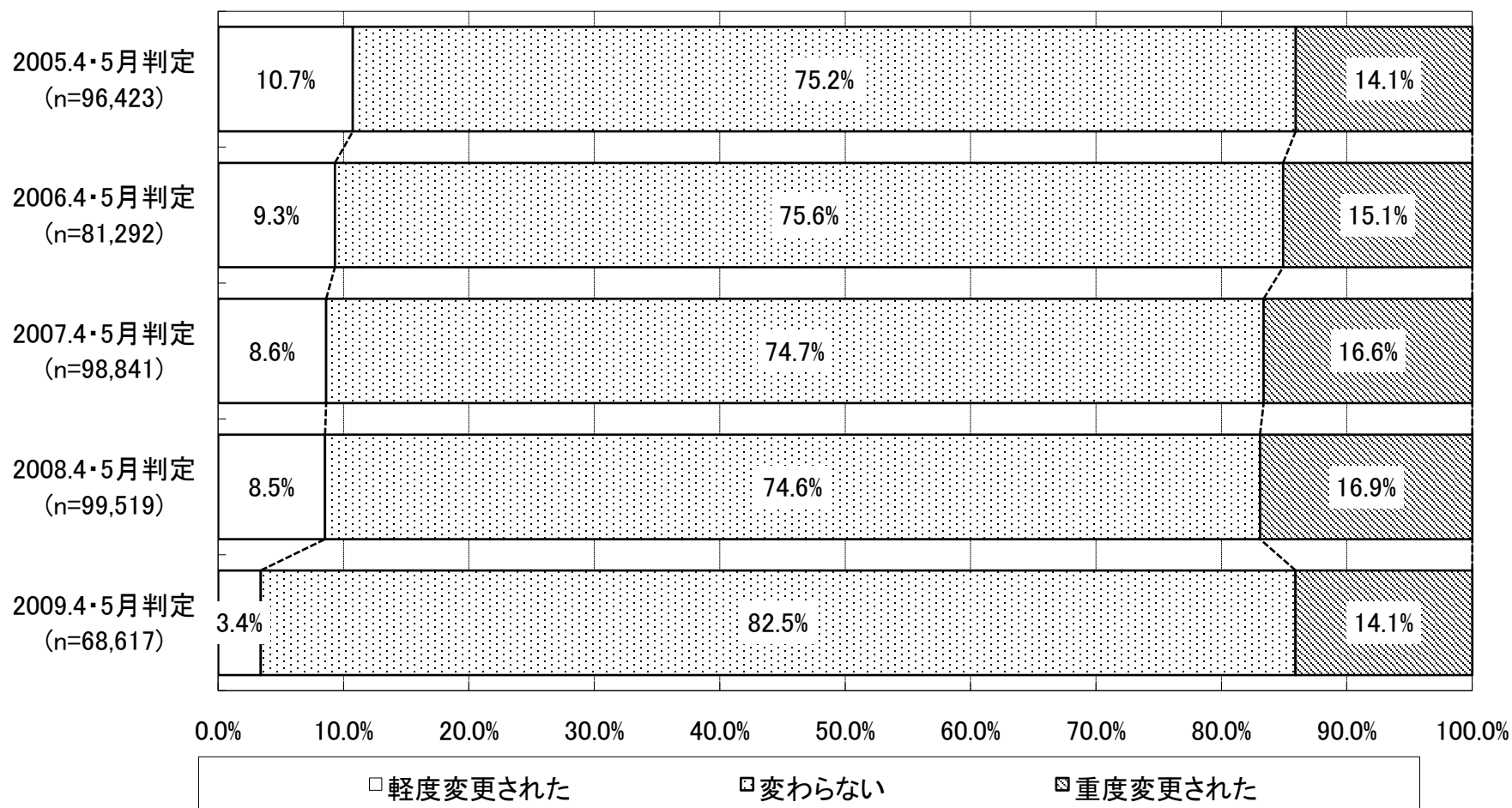
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (施設入居者)

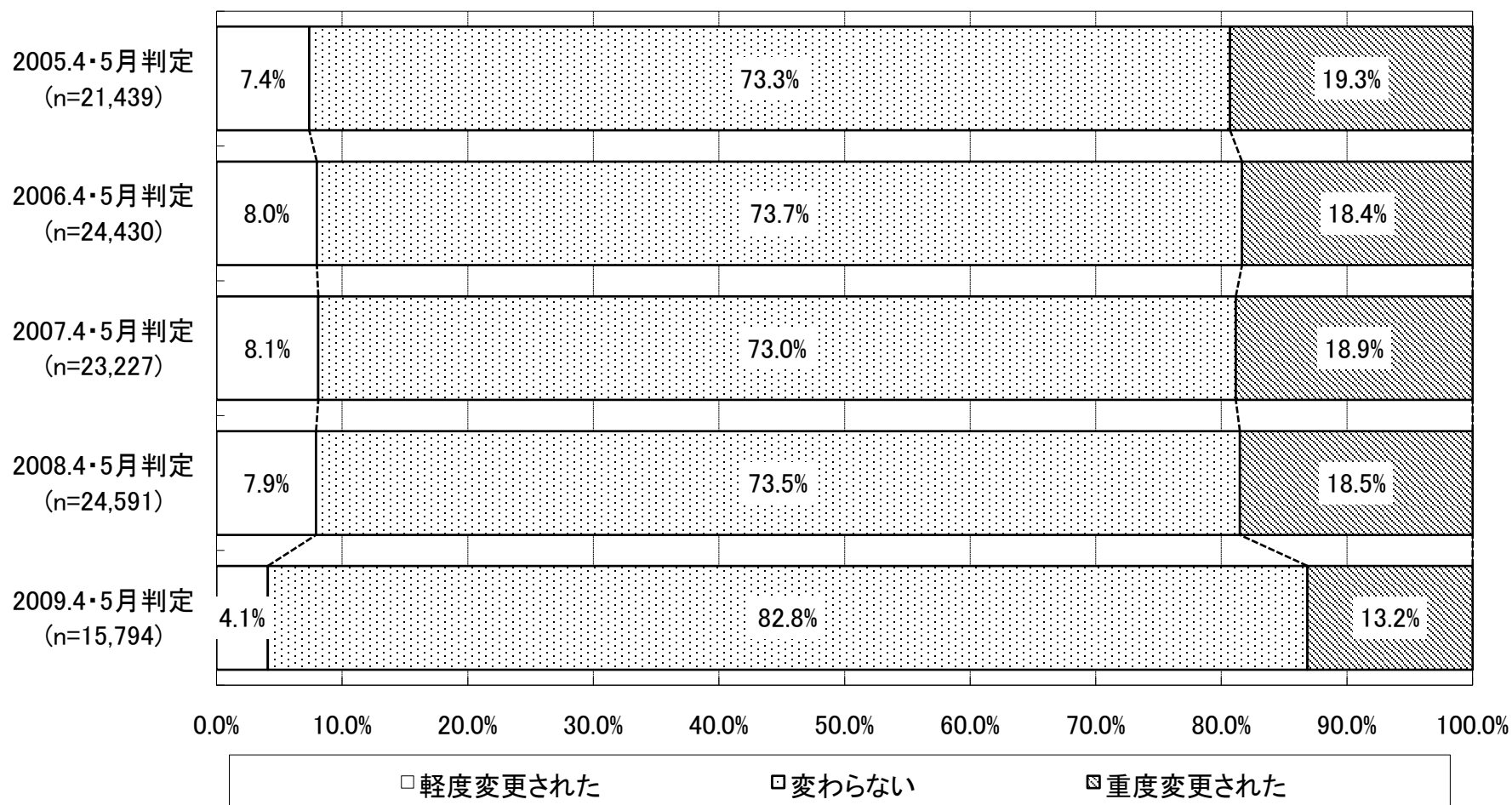


※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

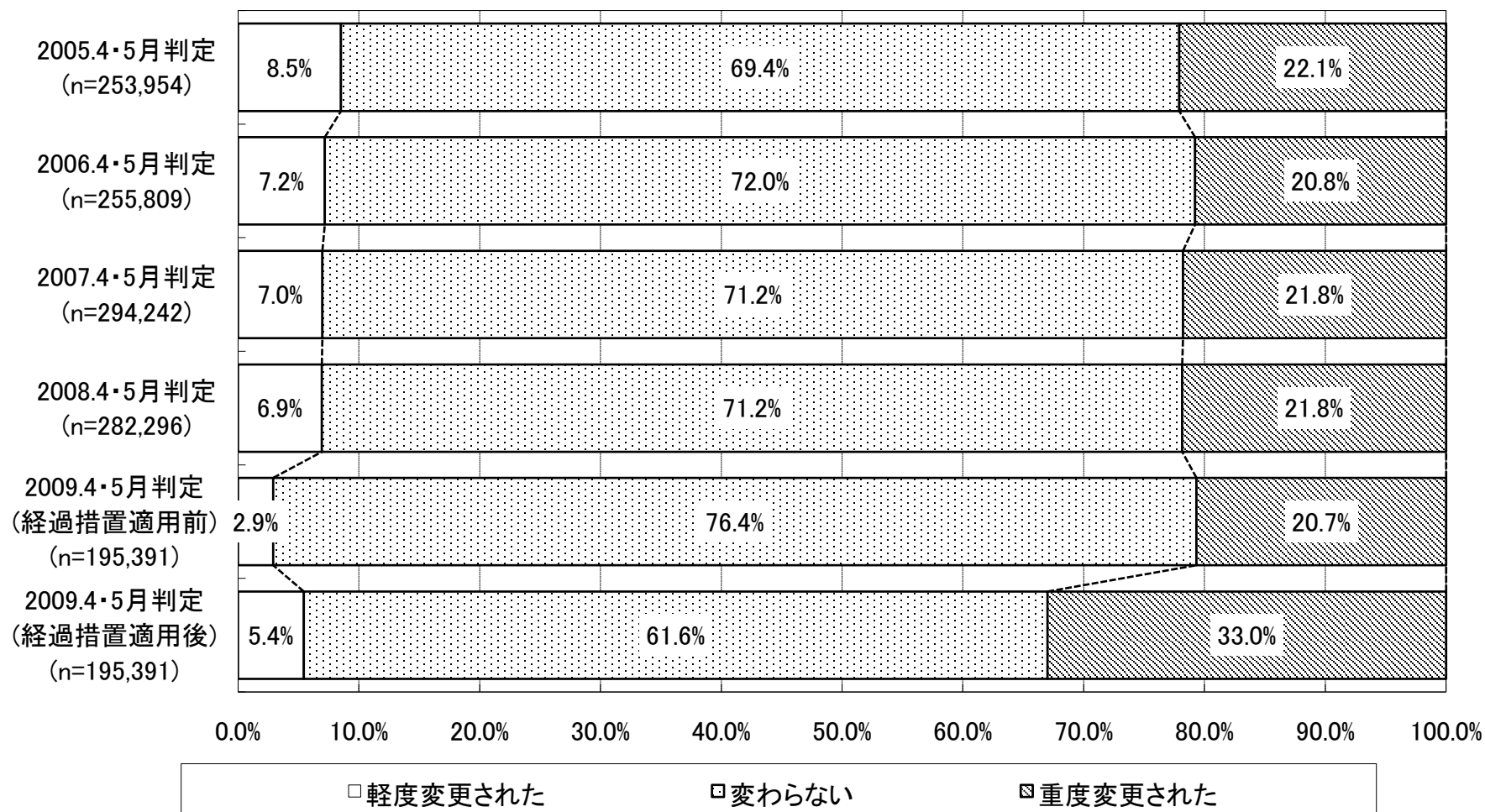
二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (新規申請者)



二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (区分変更申請者)

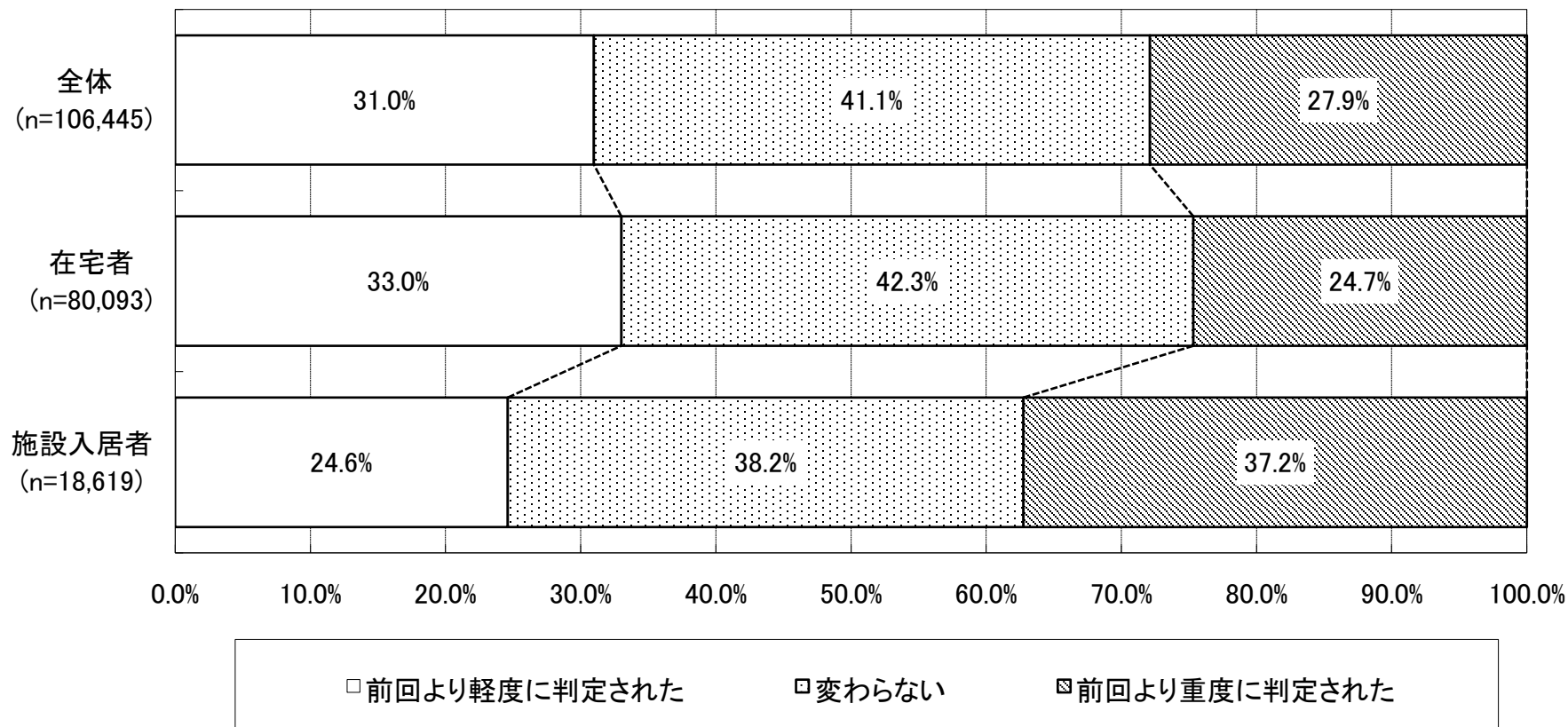


二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (更新申請者)

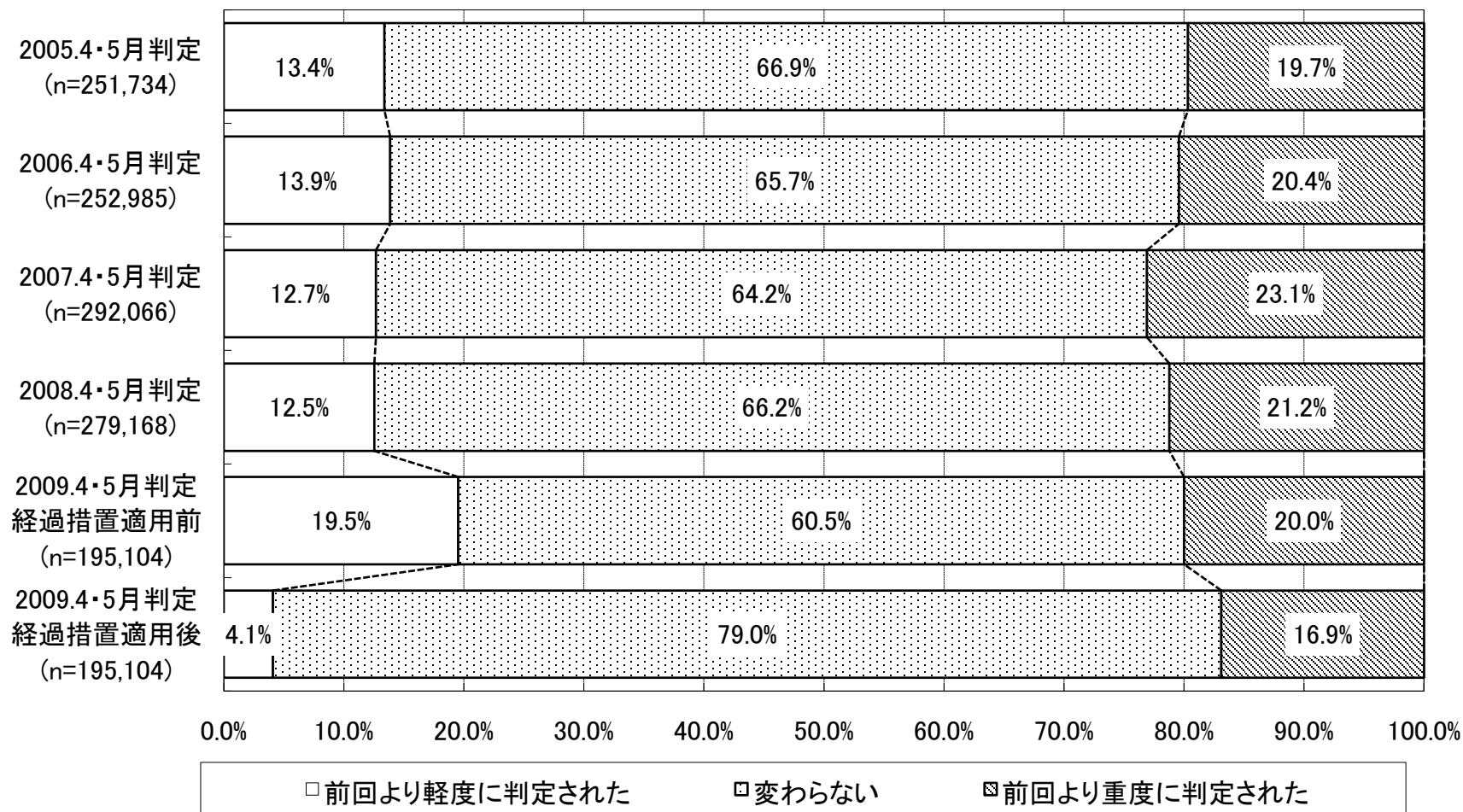


更新申請者における一次判定及び 二次判定結果の前回判定結果との比較

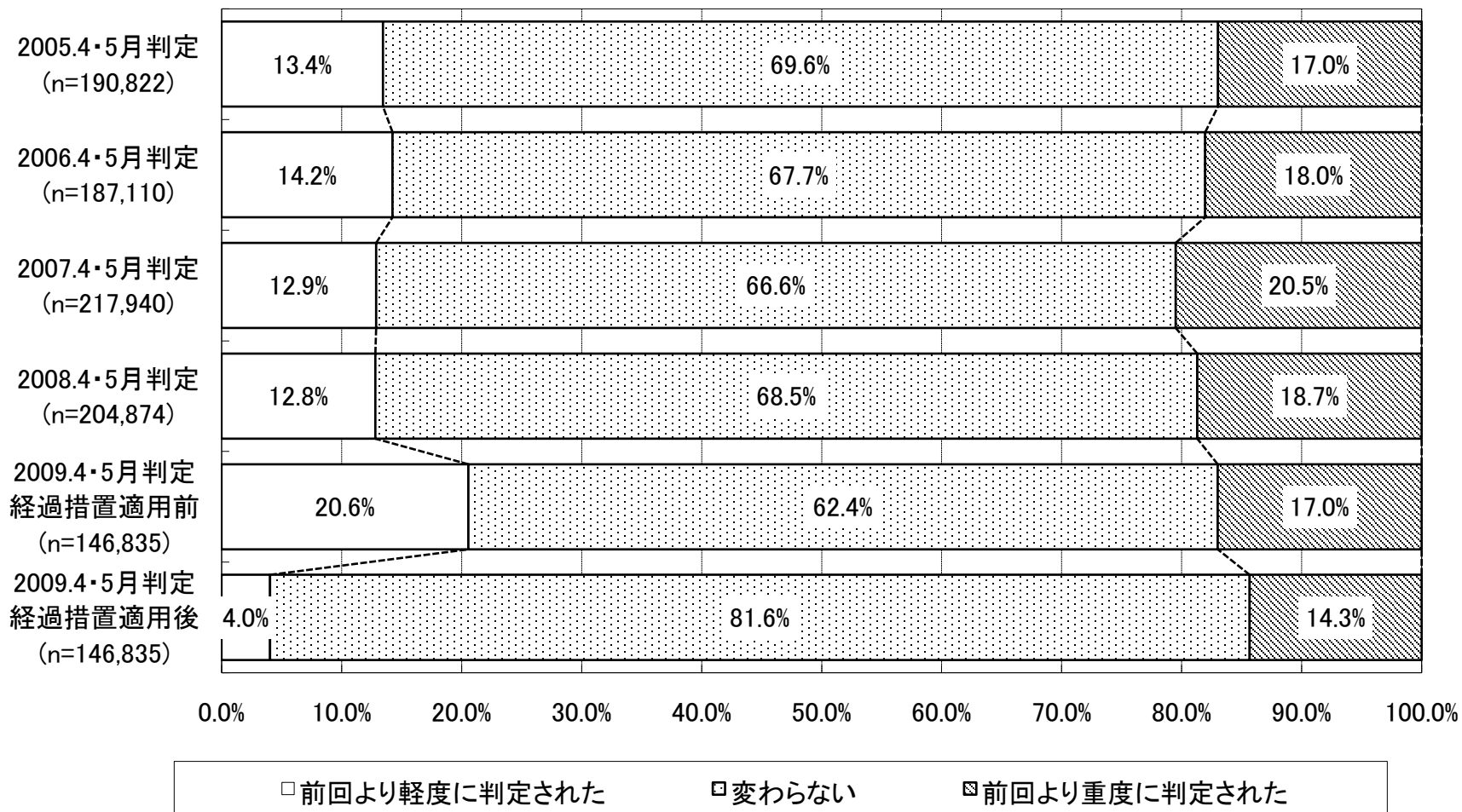
更新申請者における一次判定結果の 前回一次判定結果との比較



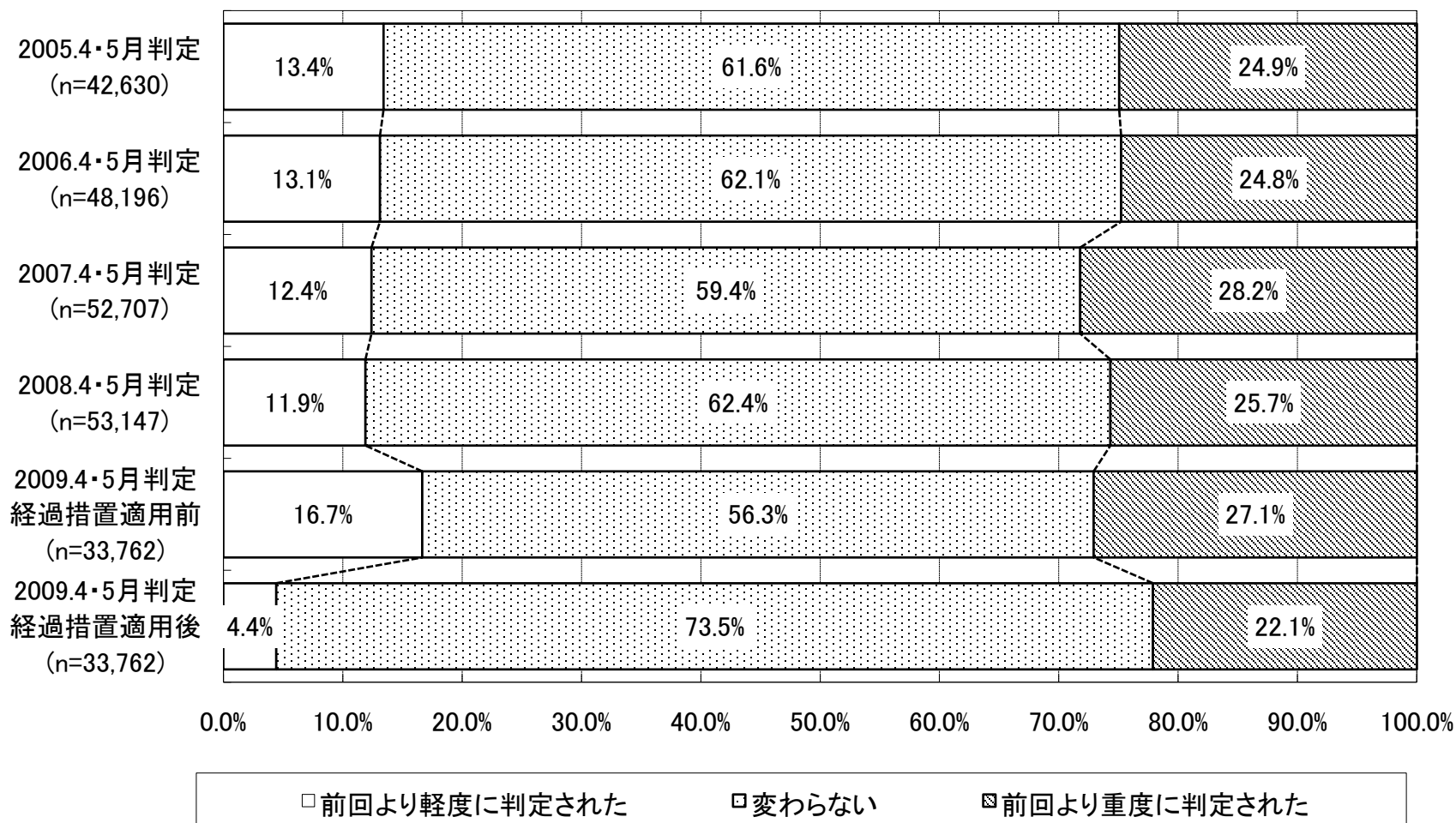
更新申請者における二次判定結果の 前回二次判定結果との比較(全体)



更新申請者における二次判定結果の 前回二次判定結果との比較(在宅者)

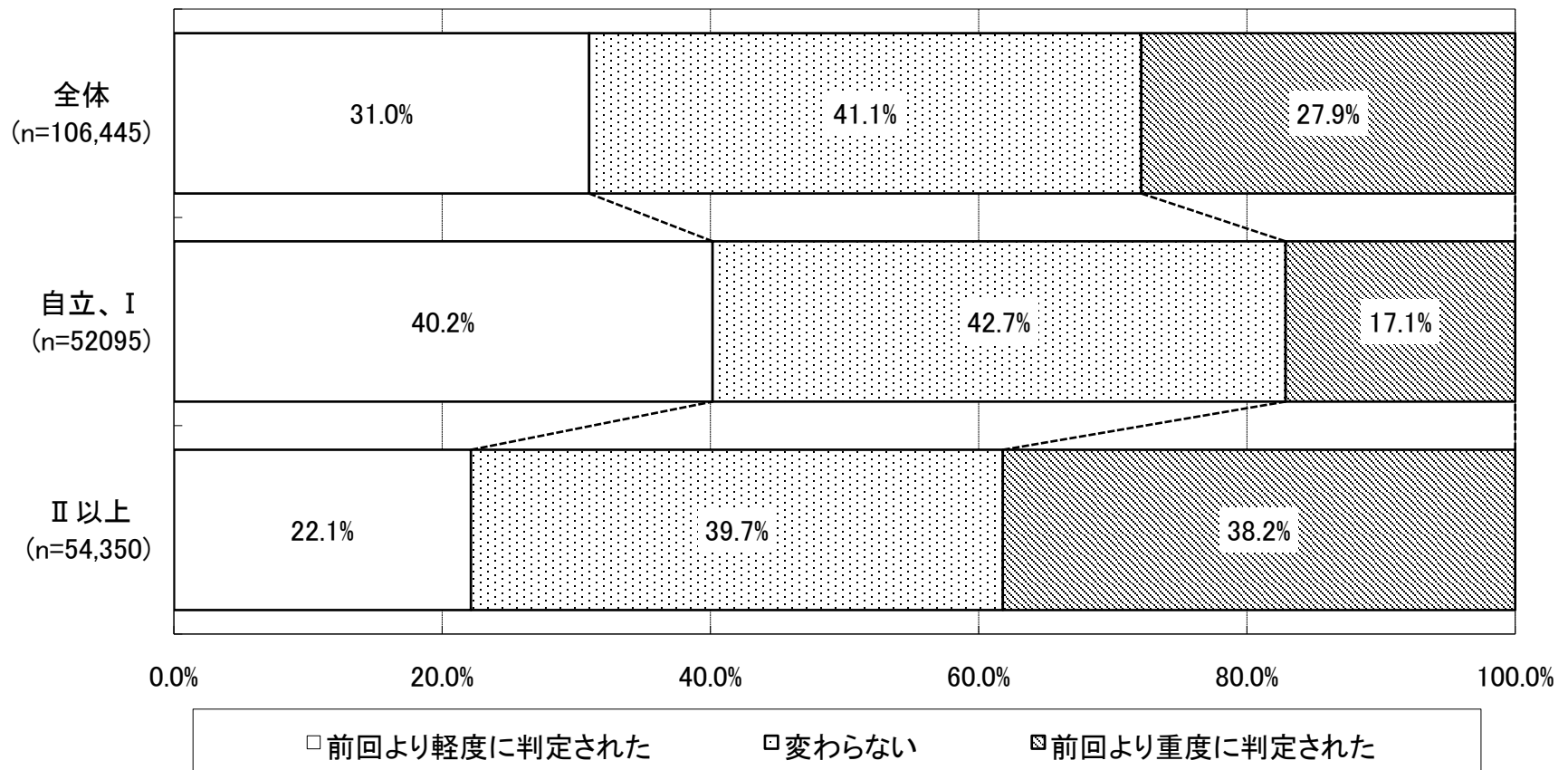


更新申請者における二次判定結果の 前回二次判定結果との比較（施設入居者）

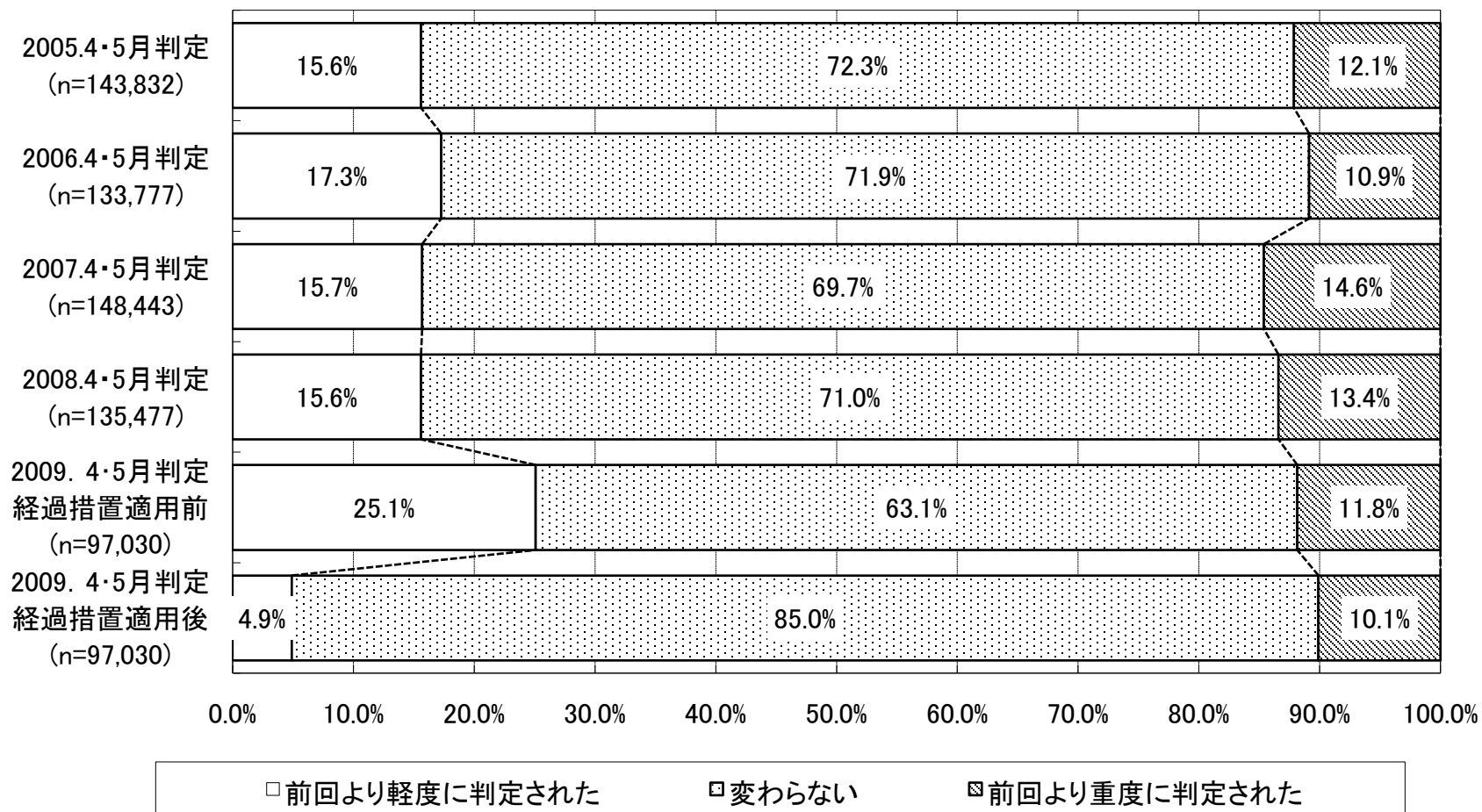


認知症高齢者自立度の分類でみた 更新申請者における判定結果の比較

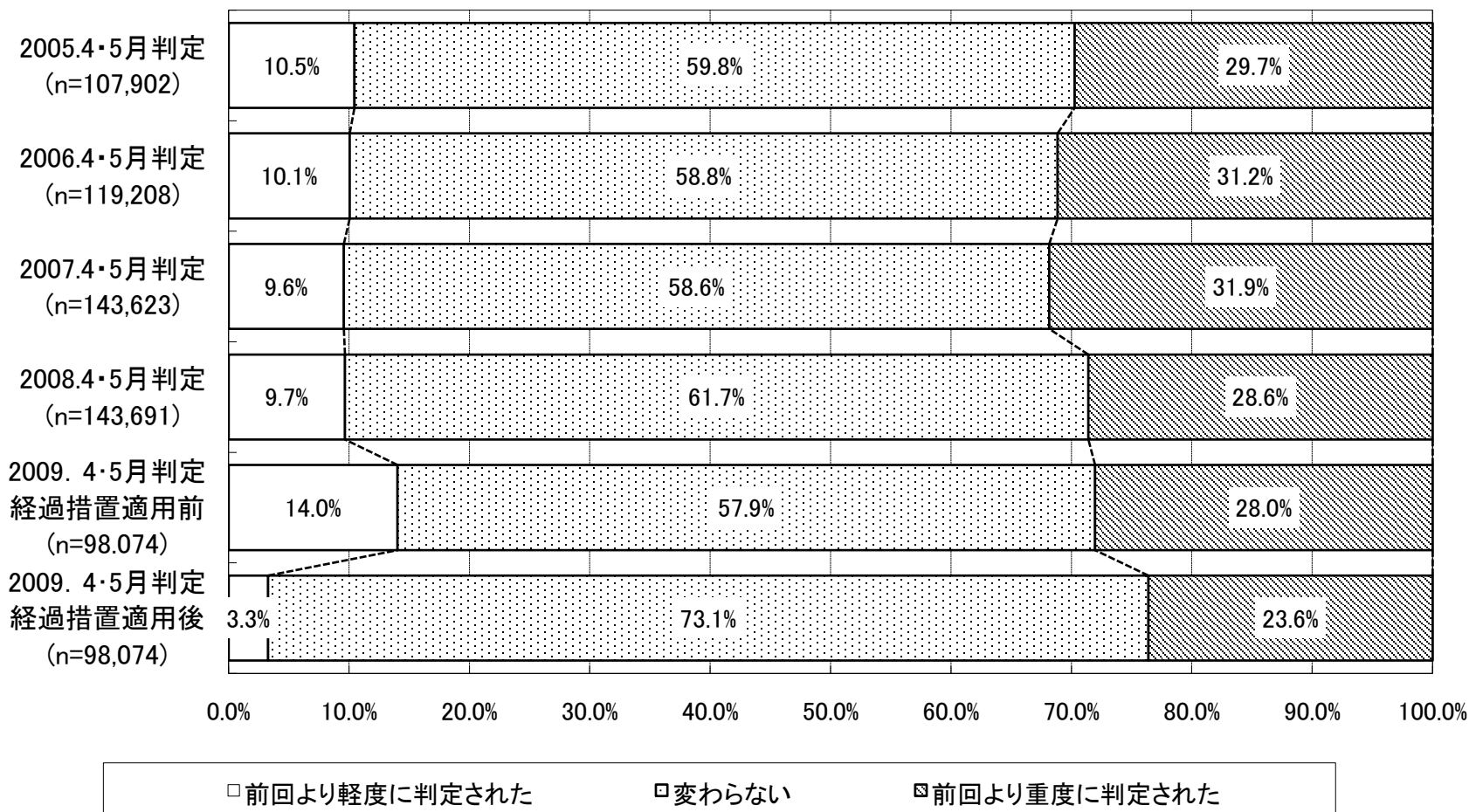
認知症高齢者自立度の分類でみた 更新申請者における一次判定結果の 前回一次判定結果との比較



認知症高齢者自立度の分類でみた更新申請者における二次判定結果の前回二次判定結果との比較 (認知症高齢者自立度・自立及びⅠ)



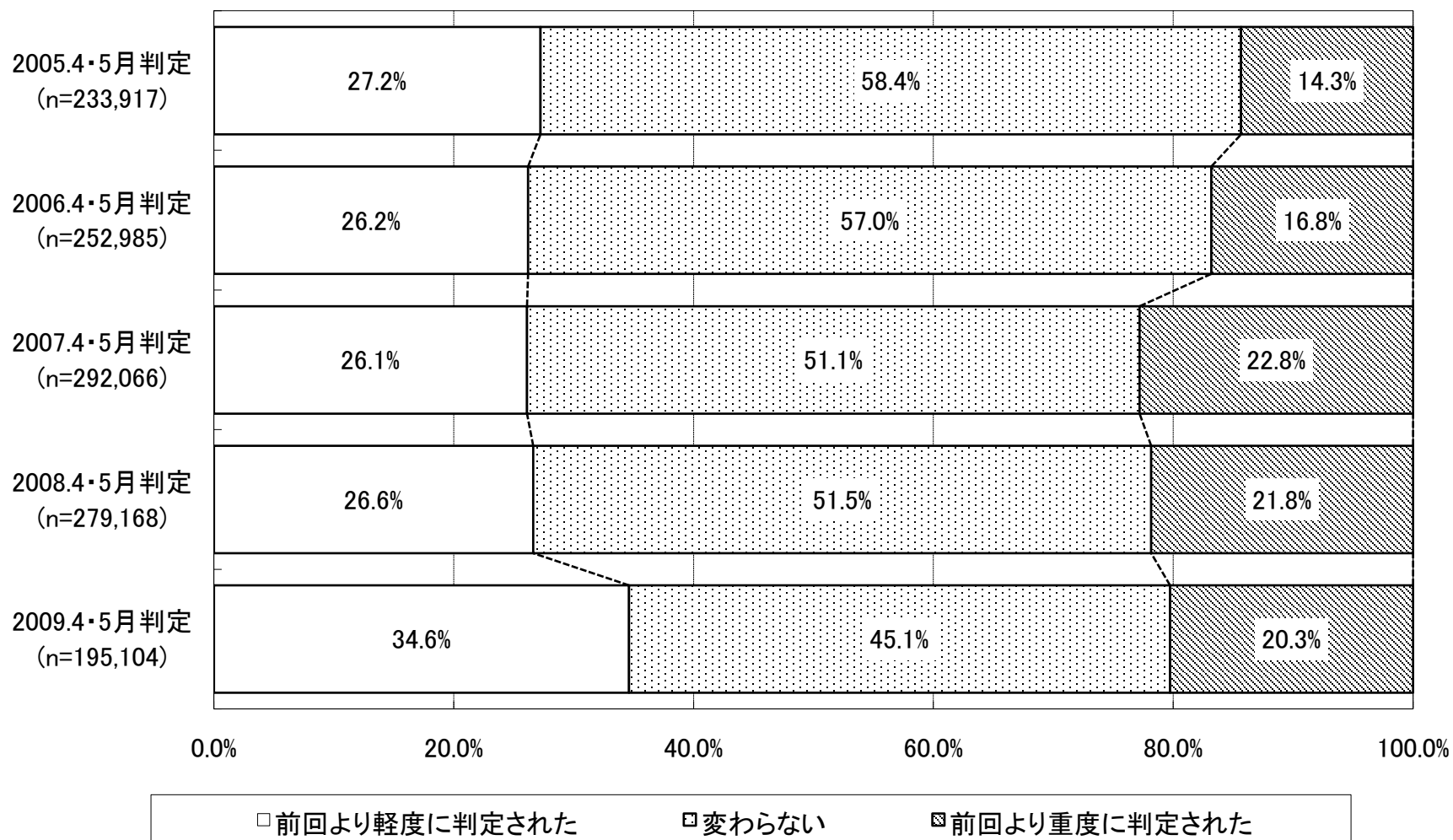
認知症高齢者自立度の分類でみた更新申請者における二次判定結果の前回二次判定結果との比較 (認知症高齢者自立度・Ⅱ以上)



※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

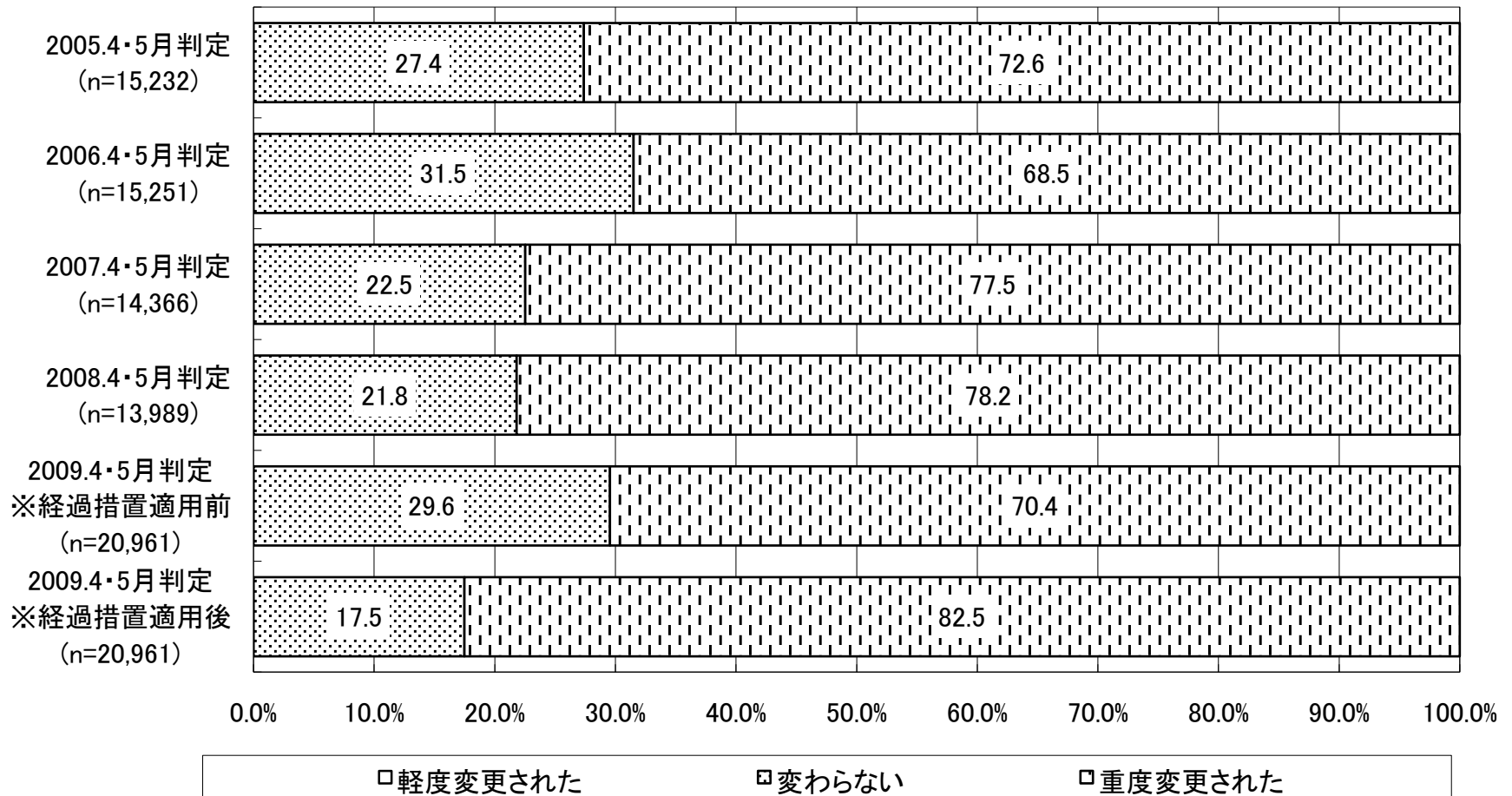
更新申請者における一次判定結果の 前回二次判定結果との比較

更新申請者における一次判定結果の 前回二次判定結果との比較



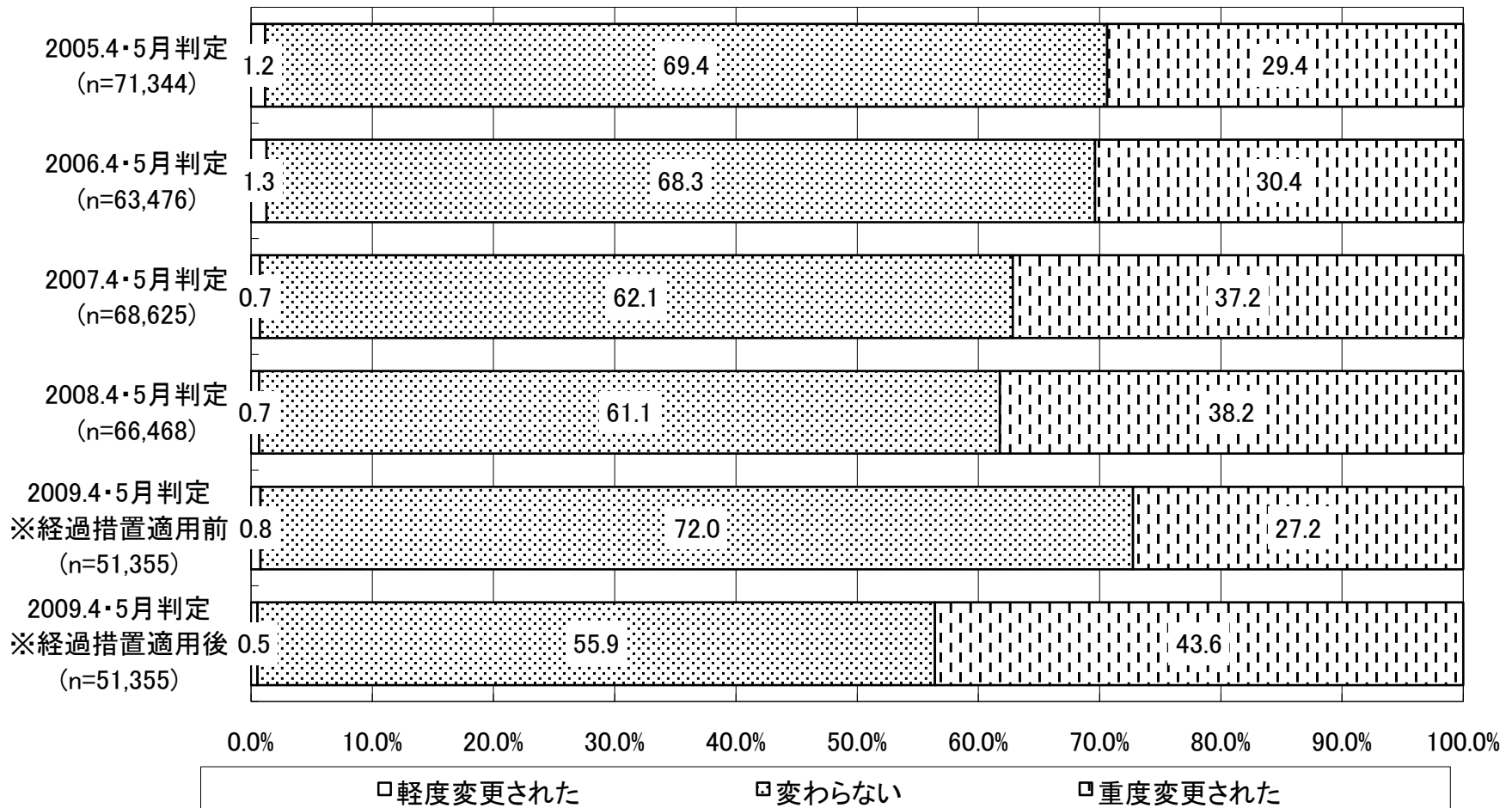
一次判定結果の要介護度区分でみた 二次判定での一次判定の変更割合の比較

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・非該当)



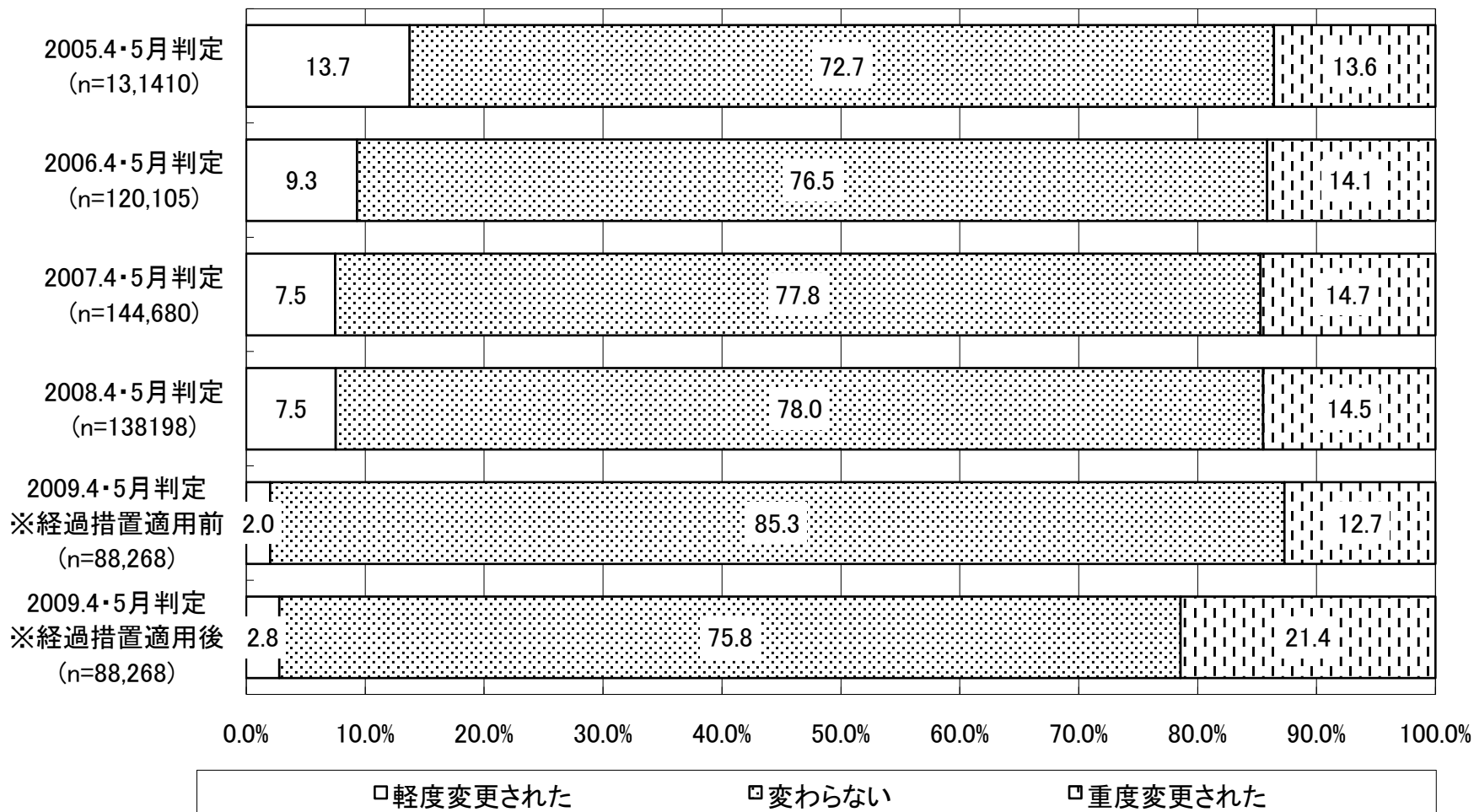
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要支援1)



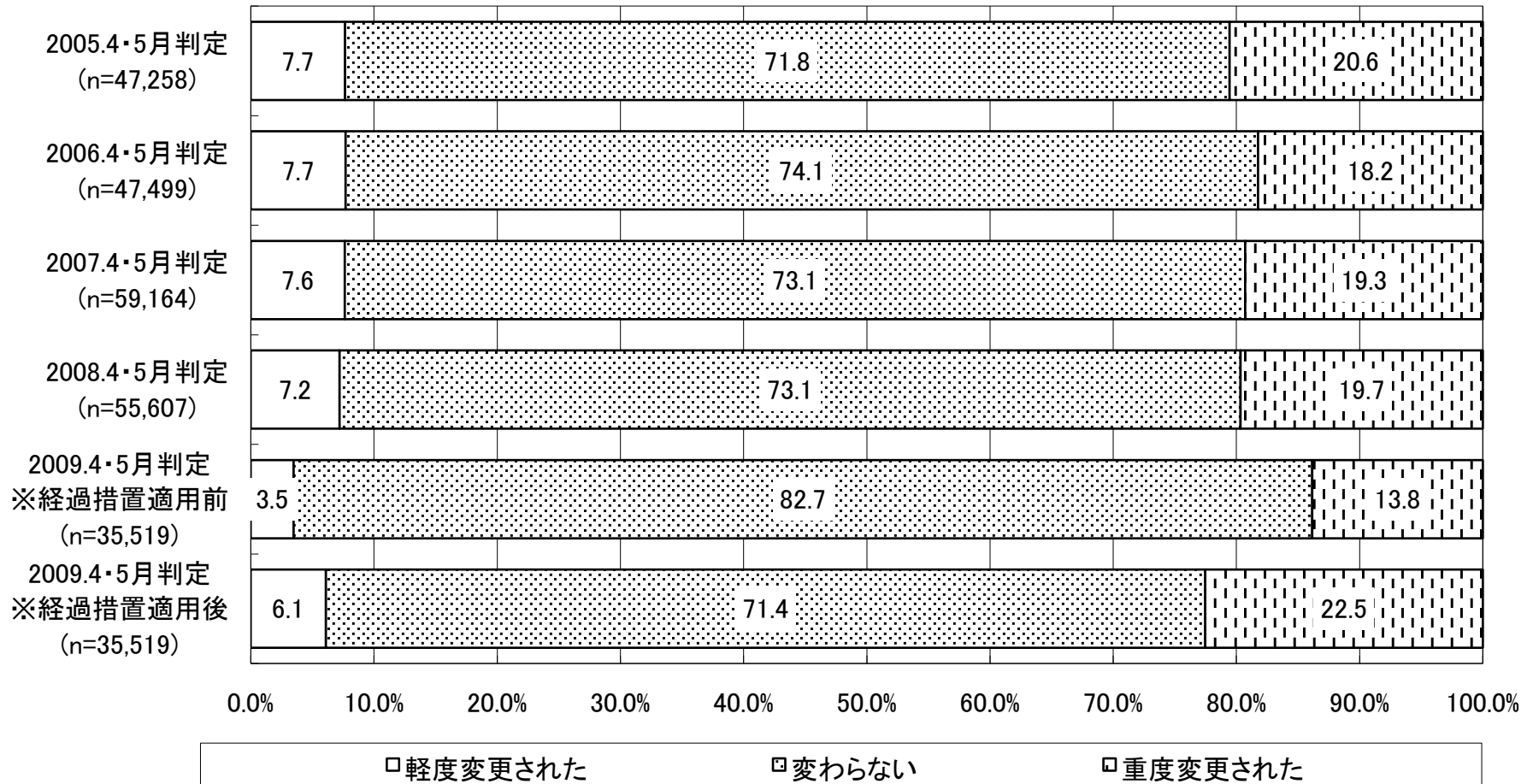
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要介護1相当)



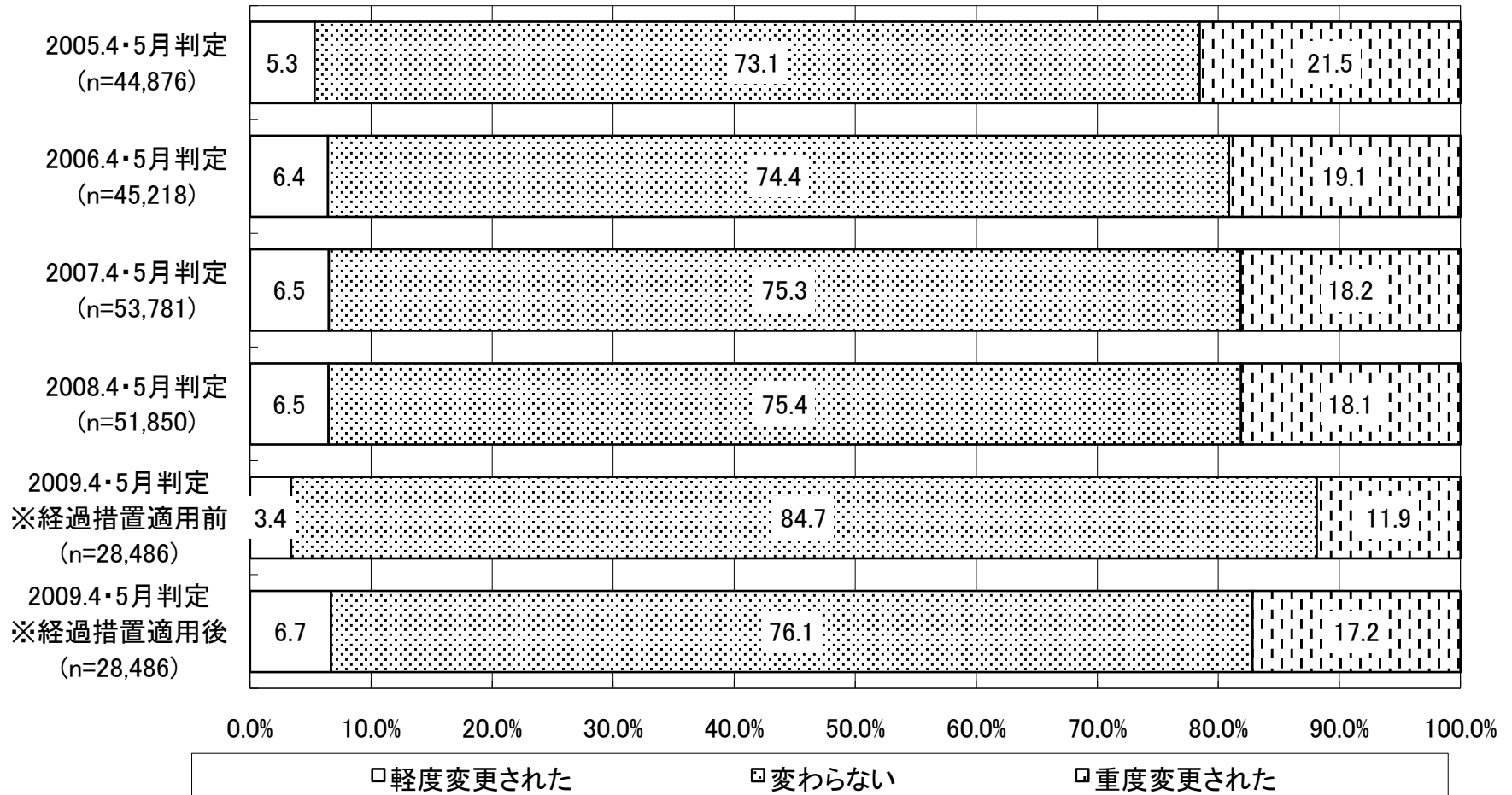
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用
2009年4月・5月判定は要支援1及び要介護1をあわせて「要介護1相当」としている

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要介護2)



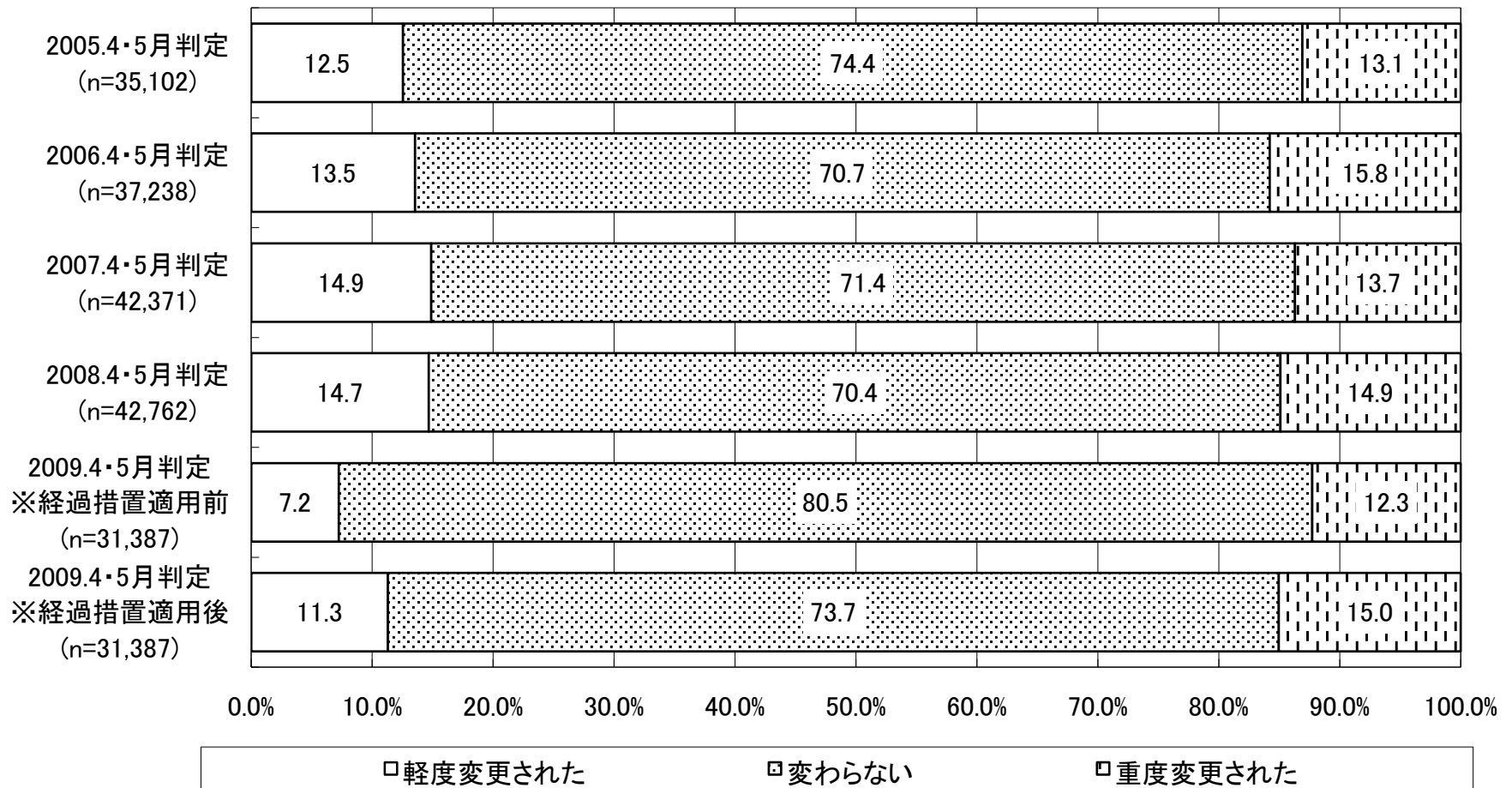
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要介護3)



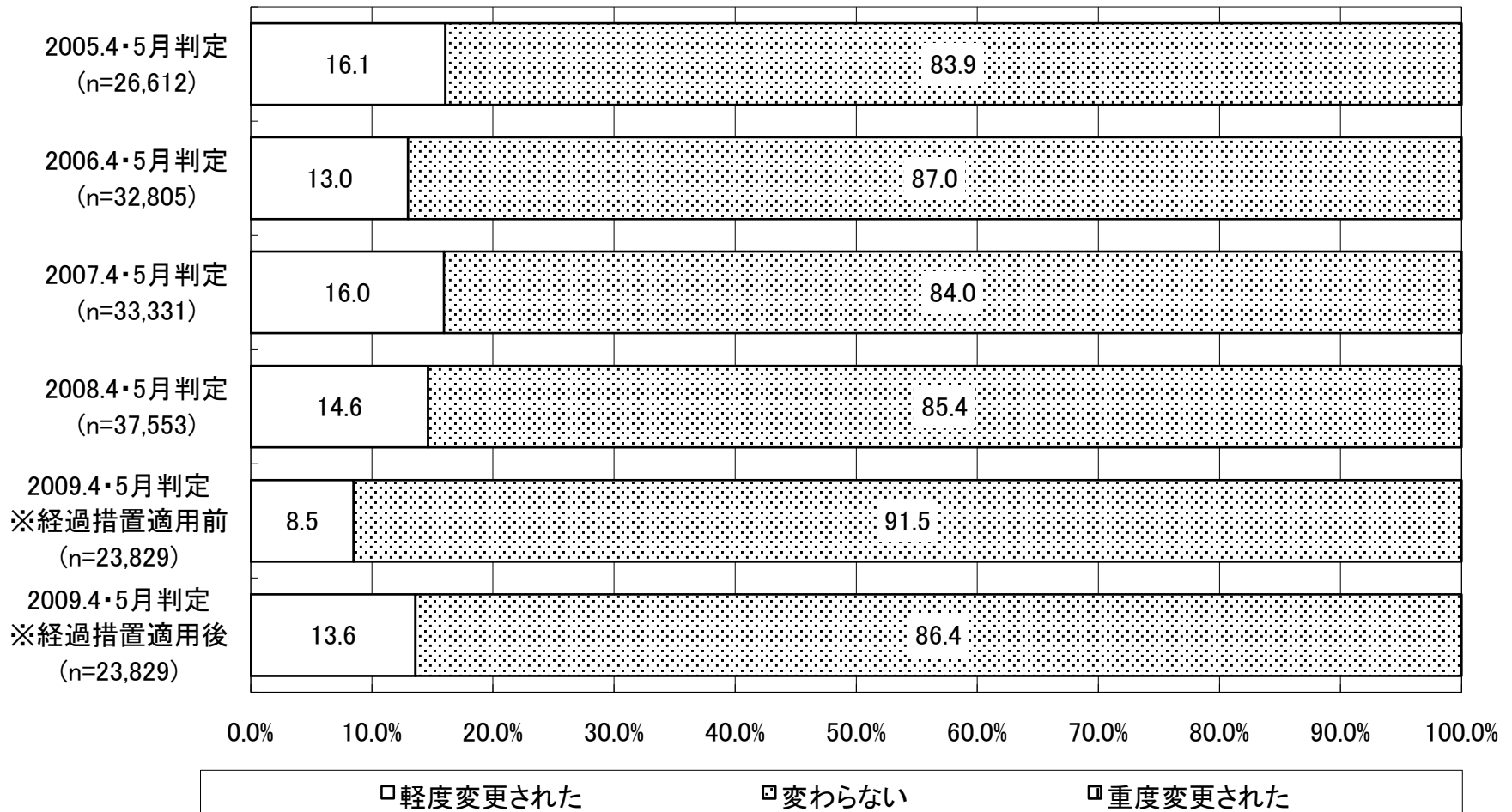
※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要介護4)



※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

二次判定での一次判定結果の変更割合の比較 (一次判定結果における要介護度区分・要介護5)



※ 経過措置適用後は更新申請者のみ経過措置の適用データを使用

審査会における主治医意見書や
特記事項の活用状況、自治体の属性について

審査会における主治医意見書や特記事項の活用状況、 自治体の属性について

調査の概要

1. 保険者調査

○ 調査の目的

各自治体での認定調査の実施方法、調査員への研修・指導、介護認定審査会の体制、介護認定審査会委員への研修等の状況を把握することを目的に調査を実施

○ 調査対象

要介護認定に関する業務を実施する自治体（全国市町村・政令市行政区・広域連合・一部事務組合等）

- ・ 報告自治体数 1, 529 自治体

2. 主治医意見書・特記事項調査

○ 調査の目的

介護認定審査会における主治医意見書及び特記事項の利用状況、申請者の経過措置に関する要望等の実態を把握することを目的に調査を実施

○ 調査対象

要介護認定に関する業務を実施する自治体のうち介護認定審査会事務局を務めている自治体で、2009年6月18日～6月24日の間に開催された合議体のうち、もっとも早期に開催された合議体で審査された全ての審査判定結果

- ・ 報告件数 26, 271 件（919 自治体）

3. 要介護認定申請者情報

○ 調査の目的

認定支援ネットワークを通じた報告による要介護認定申請者の情報では、経過措置適用前の二次判定結果等の情報が把握できないことから、認定支援ネットワークとは別に要介護認定申請者情報を収集

○ 調査対象

「4月に申請を行い4月又は5月に審査判定を行った」及び「5月に申請を行い5月に審査判定を行った」要介護認定申請者について自治体で経過措置適用前の二次判定結果等を入力した申請者の情報

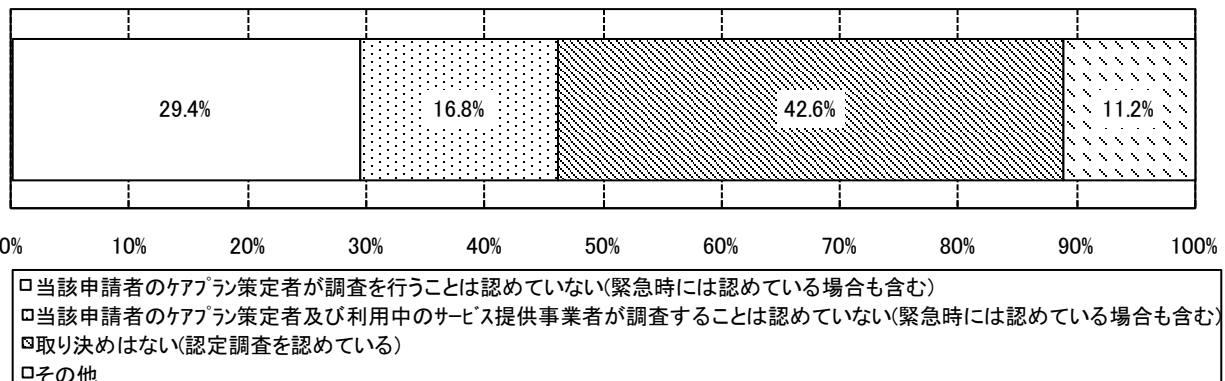
- ・ 報告自治体数 1, 489 自治体
- ・ 集計対象申請者数 279, 826 件

※ 要介護認定申請者情報の集計結果については、資料3「要介護認定状況の調査結果について（第二次集計）」を参照

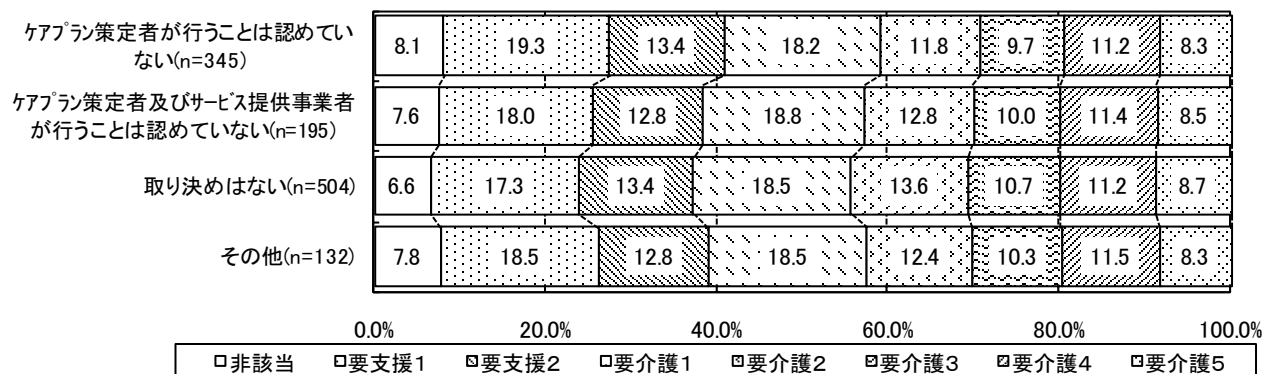
I. 認定調査に関する集計結果

(1) ケアプラン策定事業者の認定調査に関する取り組み

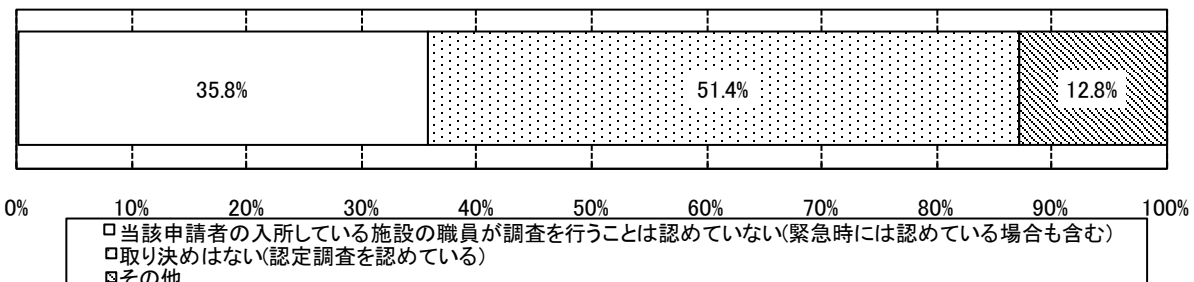
a. 居宅の場合の取り組み (n=1,367 自治体)



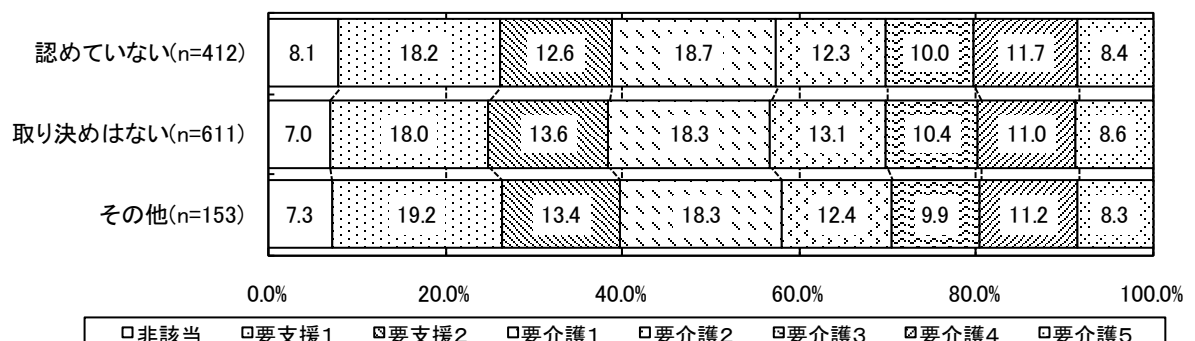
b. 居宅の場合の取り組み別要介護度分布 (一次判定) (n=1,176 自治体)



c. 施設の場合の取り組み (n=1,367 自治体)



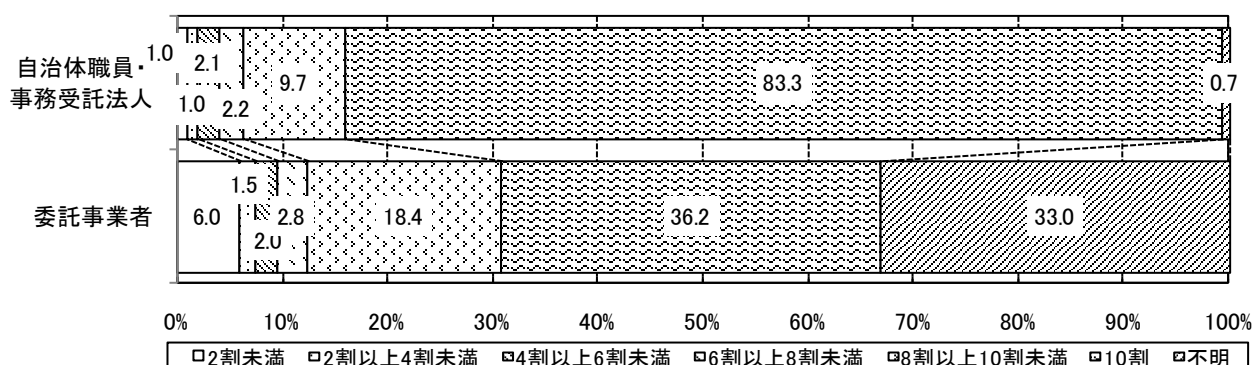
d. 施設の場合の取り組み別要介護度分布 (一次判定) (n=1,176 自治体)



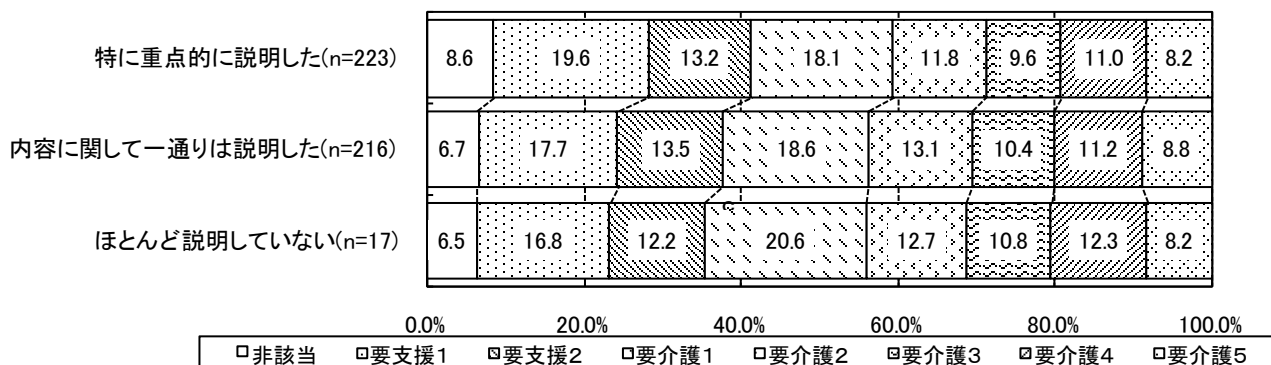
Ⅱ. 調査員研修・指導に関する集計結果

(1) 新たな方式での認定に関する研修を受けた調査員の割合 (n=1,367 自治体)

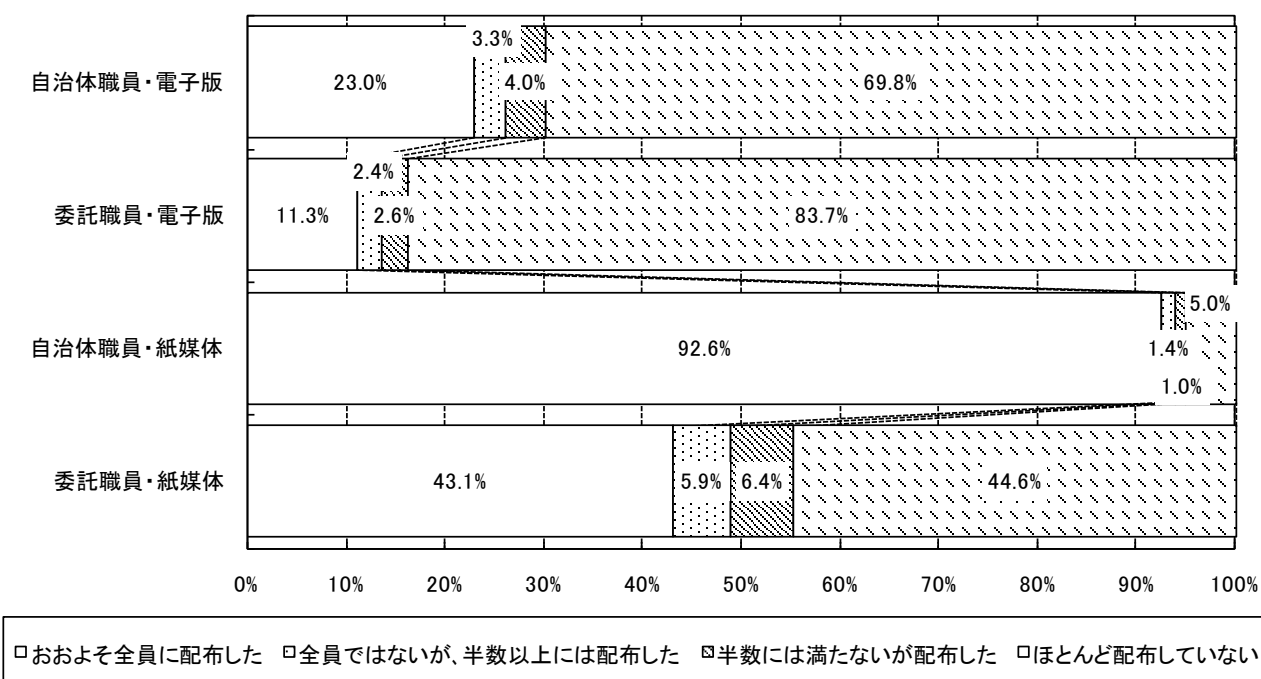
a. 新たな方式での認定に関する研修受講者割合



b. 新たな方式での認定に関する研修内容（各調査項目の定義）別要介護度分布（1次判定） (n=456 自治体)

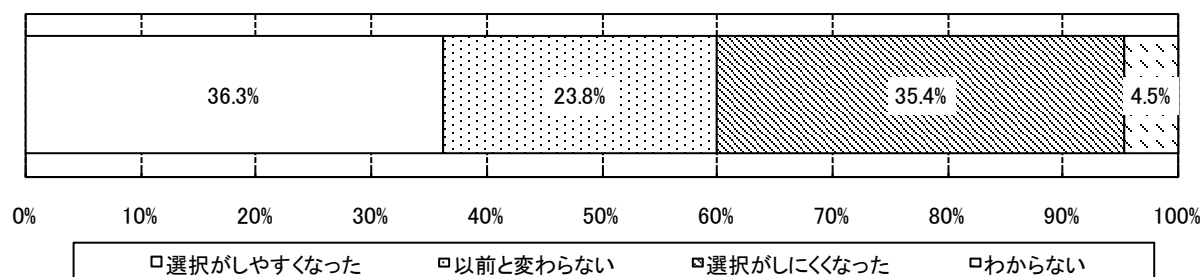


(2) 新たな方式での認定テキストの配布方法 (n=1,367 自治体)

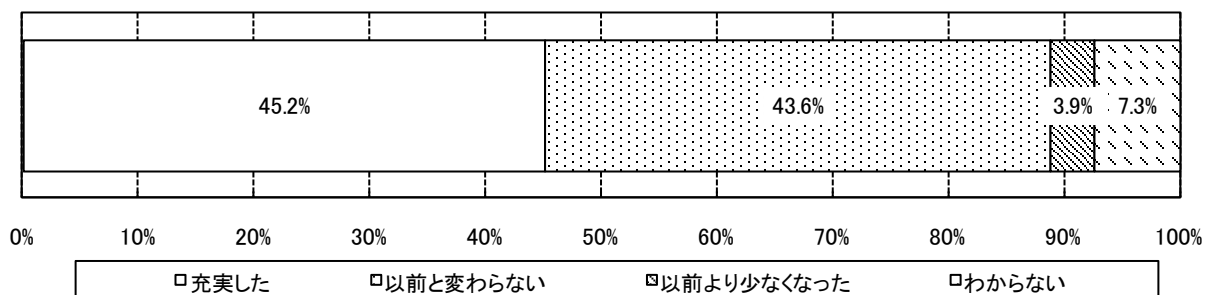


(3) 新たな方式での認定調査についての意見

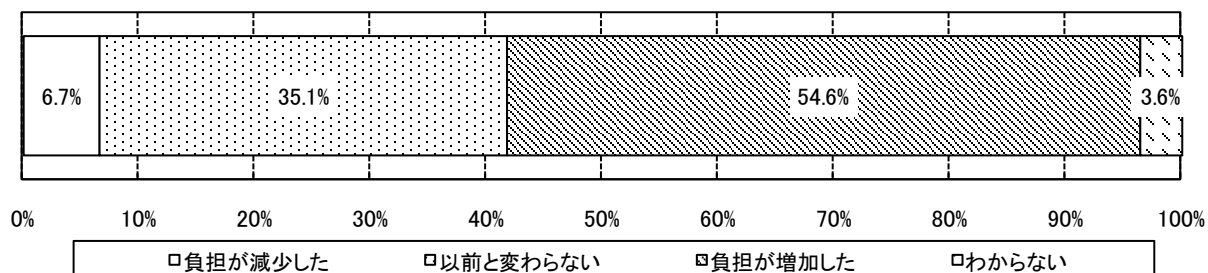
a. 調査項目の選択について (n=1,367 自治体)



b. 特記事項の内容の記載について (n=1,367 自治体)



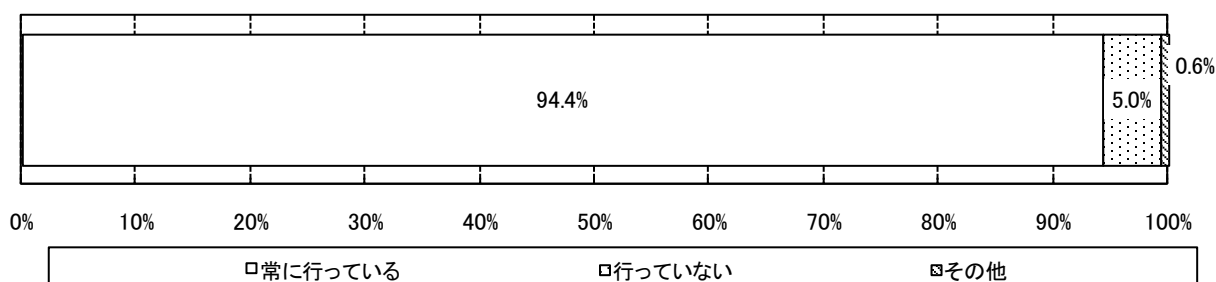
c. 認定調査の見直し（項目数の減少等）による調査員の負担について (n=1,367 自治体)



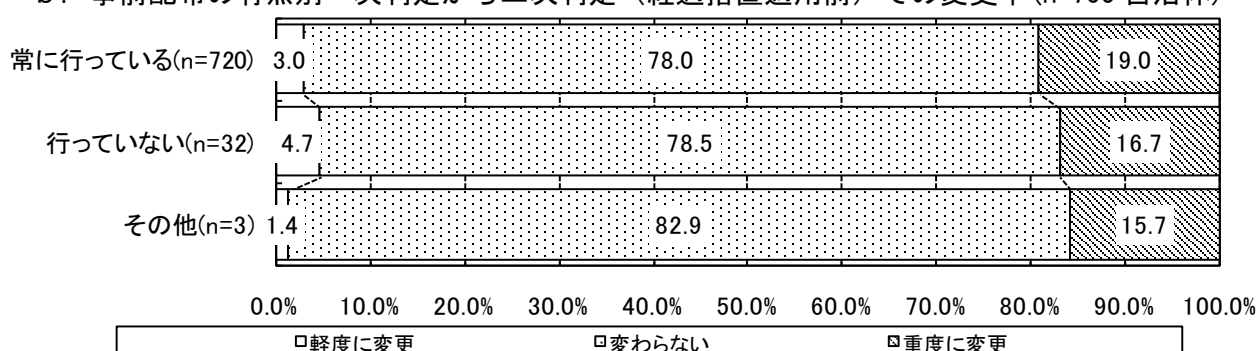
Ⅲ. 介護認定審査会に関する集計結果

(1) 資料の事前配付の状況

a. 資料の事前配付の有無 (n=879 自治体)



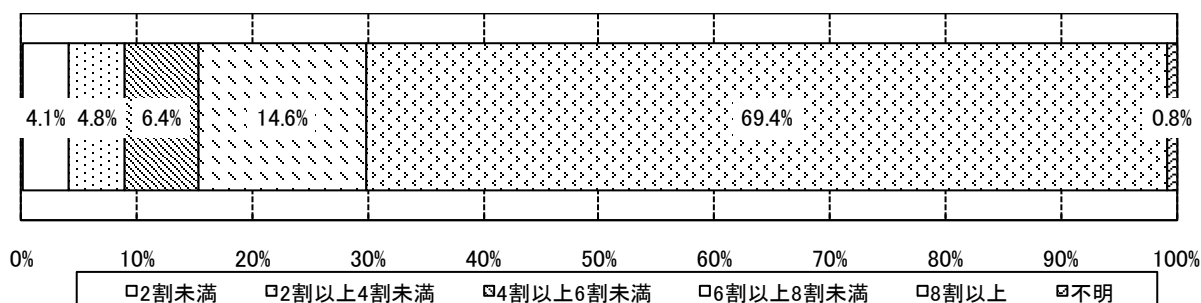
b. 事前配布の有無別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755 自治体)



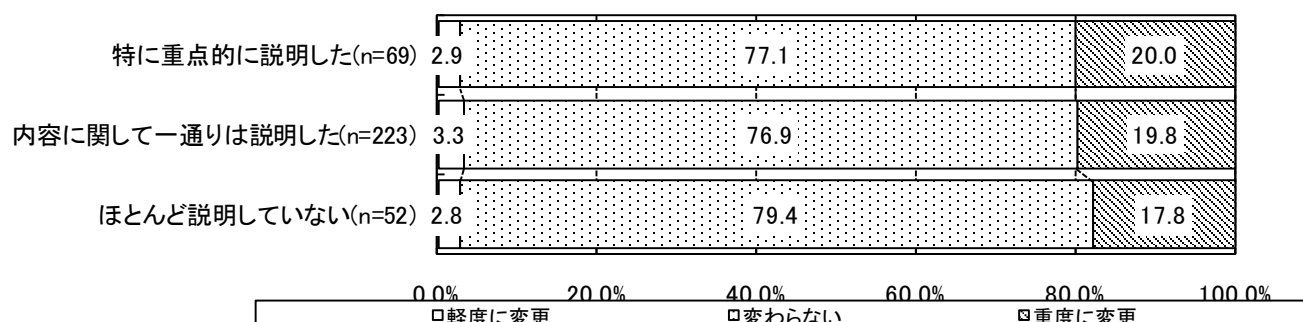
Ⅳ. 介護認定審査会委員研修に関する集計結果

(1) 研修を受けた委員の割合 (n=879 自治体)

a. 研修を受けた委員の割合

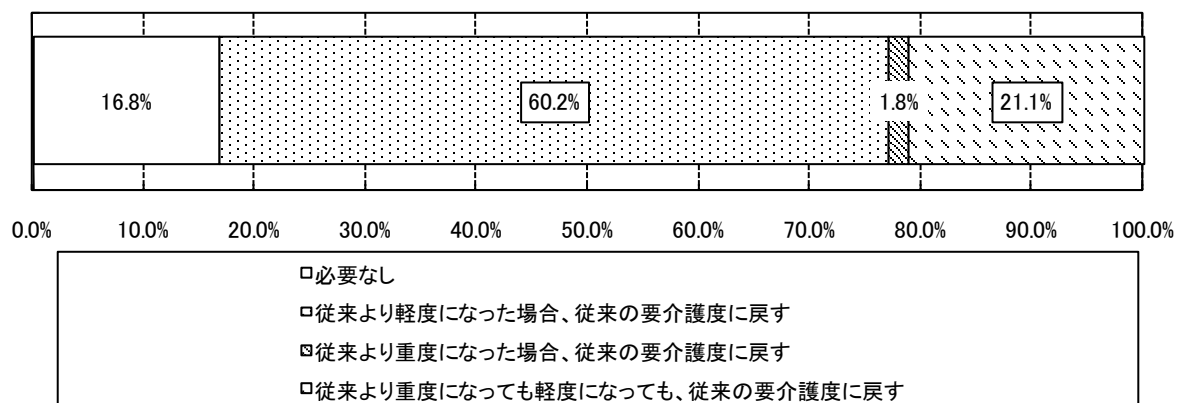


b. 研修で扱った内容の説明（介護の手間にかかる審査判定方法）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=344 自治体)

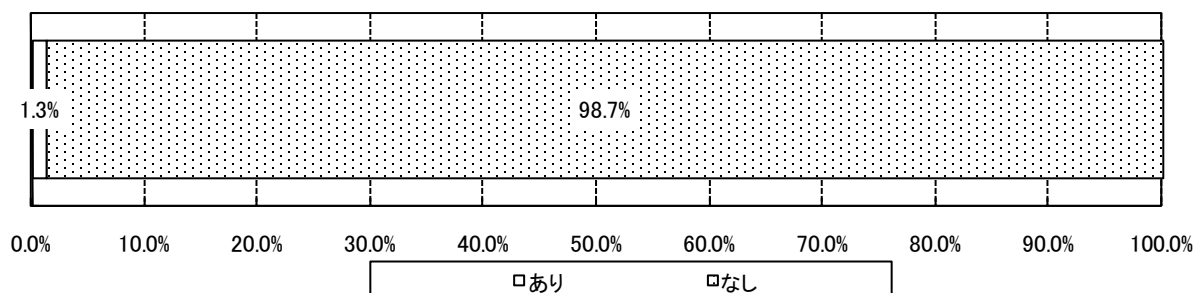


V. 主治医意見書・特記事項調査票に関する集計結果

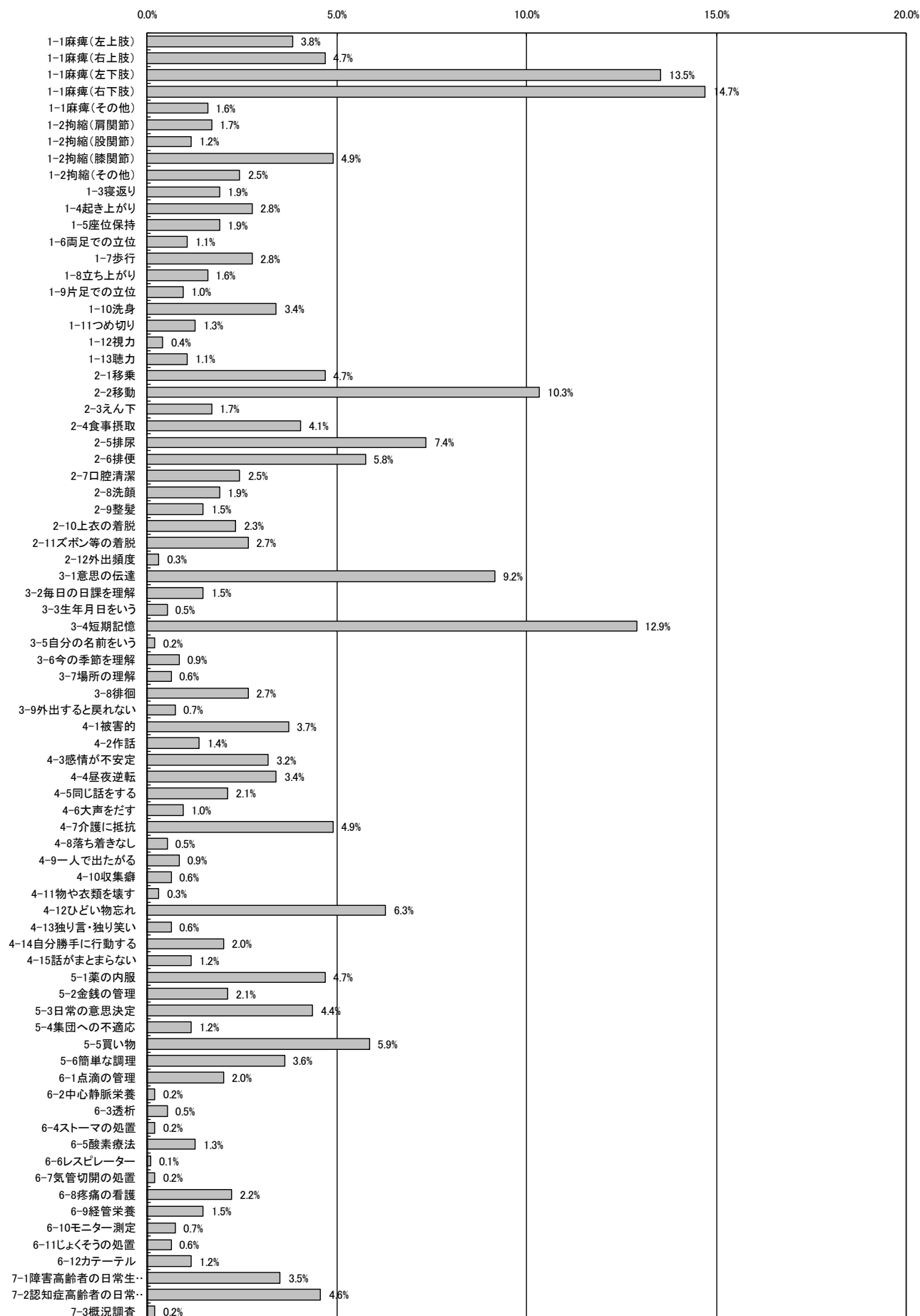
(1) 申請者の経過措置に関する希望（更新申請者）（n=18,462 人）



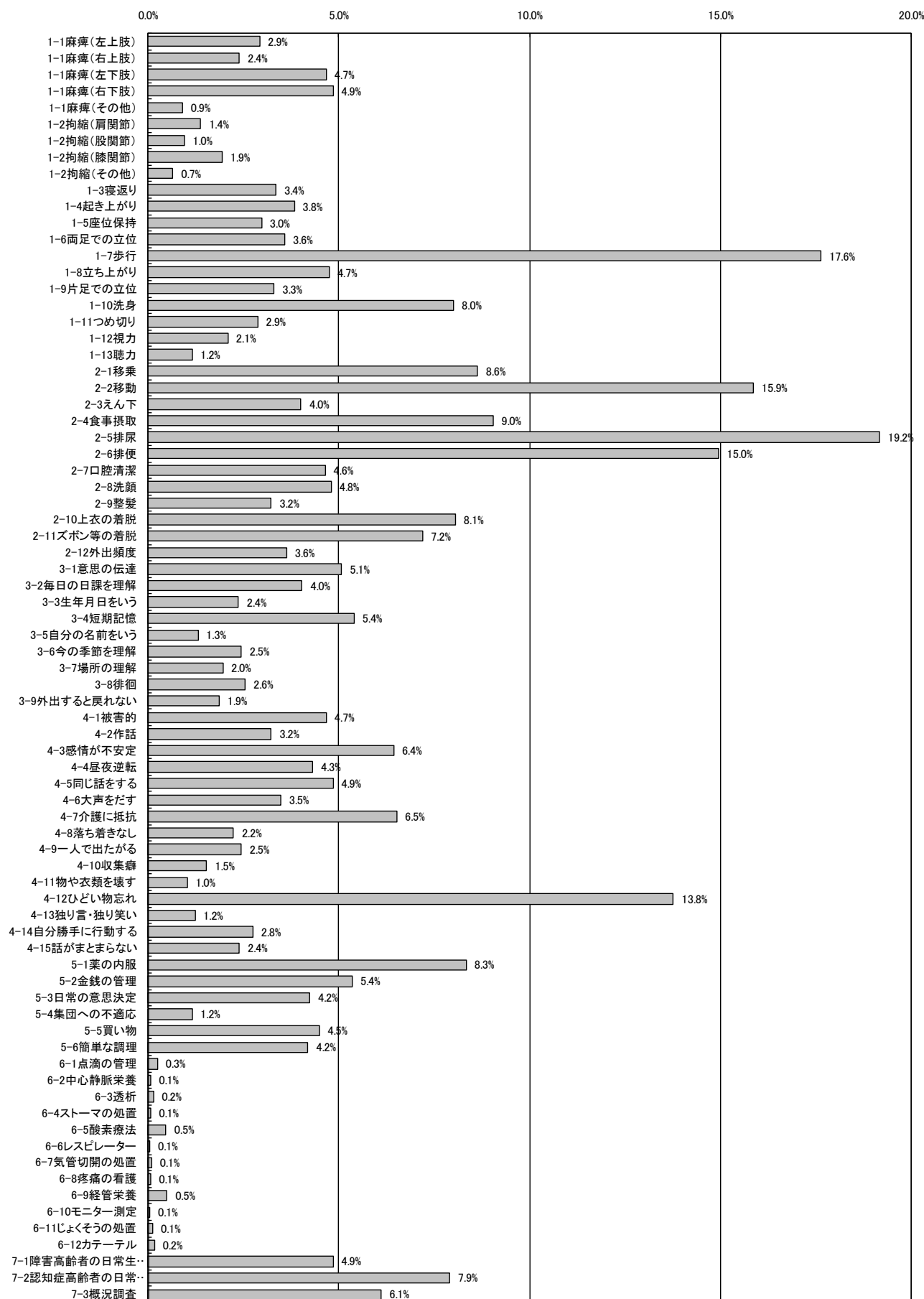
(2) 「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」の有無 (n=25,156 人)



(3) 一次判定修正で修正された調査項目 (母数: 修正のあった審査案件: n=938)



(4) 二次判定での変更理由とした調査項目 (母数: 修正のあった審査案件: n=3,958)



認定調査員テキストの修正の考え方について

認定調査員テキストの修正について

- 21年度からの認定調査員テキストの見直しに伴い、多くの調査項目が自治体間の項目選択率のバラツキが小さくなった中、いくつかの項目については、バラツキが大きくなった。
- また、特定の調査項目については、自治体等から質問・意見が多く寄せられ、これらの項目は、必ずしも認定調査や認定審査会の現場にとって理解しやすいものではなかった可能性がある。
- さらに、全国データを用いたこれまでの検証において、要介護度別の分布については、見直し後も中・重度者の割合に大きな変化はないが、非該当者及び軽度者の割合は若干増加した結果となっている。
- そこで、バラツキが大きくなった項目や、質問・要望等が多く寄せられた項目、認定調査の上でそれらの項目と同様の考え方をとる項目等を中心として、理解しやすく、現実的なものを目指し、自治体に多大な負担がかからないよう配慮しつつ、調査項目に係る定義の修正を行うこととしてはどうか。

認定調査員テキストの経緯と修正について(概要)

2006年テキスト

2009年テキスト

テキスト修正(案)

能力

確認動作+日頃の状況。
より頻回な状況で選択

拘麻
縮痺

明確な確認基準なし。
日常生活上の支障で判断。

「起き上がり」等の項目で、自分の身体の一部を支えにして行う場合、「何かにつかまればできる」を選択。

評価軸の考え方

能力 有無
(麻痺・拘縮)

実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合、実際に行ってもらった状況で選択。

「起き上がり」等の項目で、自分の身体の一部を支えにして行う場合、「できる」を選択。

修正1

実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、より頻回な状況で選択。

修正2

「起き上がり」等の項目で、自分の身体の一部を支えにして行う場合、「何かにつかまればできる」を選択。

評価軸の考え方

判断の根拠については項目によって様々。(頻回な状況、調査対象者の能力を勘案など)

介助の方法

生活習慣等によって行為が発生しない場合の判断の根拠は項目によって様々。(対象者の能力を勘案、類似の行為を勘案など)

実際に行われている介助により選択。
(不適切な状況については特記事項の記載のみとし、選択には反映できなかった。)

生活習慣等によって行為が発生していない場合は、「介助なし」を選択して、状況の特記事項に記載。

修正3

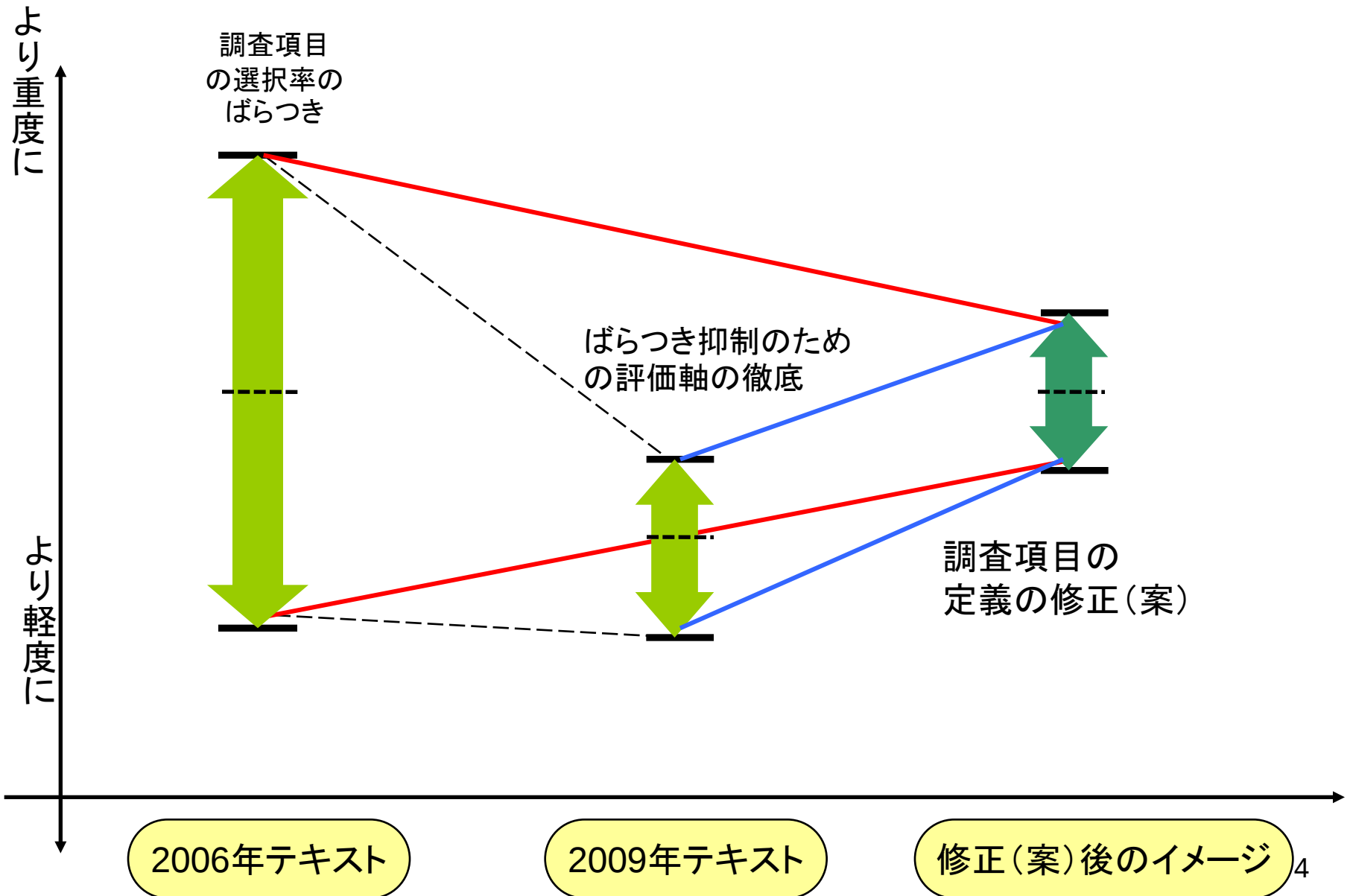
実際に行われている介助が、不適切な場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助を選択。

修正4

生活習慣等によって行為が発生していない場合は類似の行為で評価できることとした。

※ その他の個別の修正については、別紙を参照

認定調査における「ばらつき」と要介護度



各認定調査項目の状況

	認定調査項目	評価軸			統計学的有意 にバラツキが大 きい	テキストに対す る問い合わせ (件数、10件以 上の項目)		認知症の人と 家族の会 指摘事項	新要介護認定シ ステムに関する 意見 指摘事項 (結城委員調査 結果)	シミュレーション	結城委員 試行調査	認定調査員 テキスト 修正(案)					現行テキスト	テキスト修正(案)
		①能力	②介助	③有無								日 頃 の 状 況 1	自 分 を 支 え 2	適 切 な 介 助 3	類 似 行 為 4	他		
身体機能・ 起居動作 (第1群)	「1-1 麻痺(左ー上肢)」			○		40	○	○	○		○					図示とともに、確認方法として「前方に腕(上肢)を肩の高さまで挙上する」。	図示とともに、確認方法として「前方に腕(上肢)を肩の高さまで挙上し、 静止した状態で保持できるか確認 する」。	
	「1-1 麻痺(右ー上肢)」			○			○	○	○		○					図示とともに、確認方法として「前方に腕(上肢)を肩の高さまで挙上する」。	図示とともに、確認方法として「前方に腕(上肢)を肩の高さまで挙上し、 静止した状態で保持できるか確認 する」。	
	「1-1 麻痺(左ー下肢)」			○	○		○	○	○		○					図示とともに、「座位で膝が伸ばせるかを確認する」	足を水平に伸ばした図とともに、「座位で膝を水平に伸ばしたまま 静止した状態で保持できるか確認 する」	
	「1-1 麻痺(左ー下肢)」			○	○		○	○	○		○					図示とともに、「座位で膝が伸ばせるかを確認する」	足を水平に伸ばした図とともに、「座位で膝を水平に伸ばしたまま 静止した状態で保持できるか確認 する」	
	「1-1 麻痺(その他)」			○		18	○	○	○		○					四肢の欠損がある場合にのみ選択。	いずれかの四肢の一部に 欠損がある場合 は選択。また、 上肢・下肢以外(手指・足趾を含む) に 麻痺等 がある場合は選択。	
	「1-2 拘縮の有無(肩関節)」			○		17	○	○	○		○							
	「1-2 拘縮の有無(股関節)」			○			○	○	○		○							
	「1-2 拘縮の有無(膝関節)」			○			○	○	○		○							
	「1-2 拘縮の有無(その他)」			○		12	○	○	○		○					四肢の欠損がある場合にのみ選択。	上肢・下肢以外(手指・足趾を含む) について、 他動的に動かした際に拘縮や可動域の制限がある場合 は選択。	
	「1-3 寝返り」	○				14	○				○	○						
	「1-4 起き上がり」	○			○	23	○	○			○	○						
	「1-5 座位保持」	○				10	○	○	○		○	○				座位の状態を1分間程度保持できるかどうかの能力	座位の状態を 10分間程度 保持できるかどうかの能力	
	「1-6 両足の立位」	○				1		○			○	○						
	「1-7 歩行」	○				4		○			○	○						
	「1-8 立ち上がり」	○			○	4		○	○		○	○						
	「1-9 片足での立位」	○				6					○							
「1-10 洗身」		○			25	○												
「1-11 つめ切り」		○			11	○	○								一定期間(調査日より概ね過去1週間)の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。	一定期間(調査日より概ね 過去1か月)の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。		
「1-12 視力」	○				0		○								視野狭窄の視覚に関する障害については「特記事項」に記載する(選択基準に含まない)	広い意味での視力を問う質問であり、 視野狭窄・視野欠損等も含まれる (選択基準に含む)		
「1-13 聴力」	○				1													
生活機能 (第2群)	「2-1 移乗」		○			6		○	○	○	○							
	「2-2 移動」		○			11	○	○	○	○	○							
	「2-3 えん下」	(○)				2			○									
	「2-4 食事摂取」		○			9		○	○	○	○				小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等(厨房・食卓は問わない)、食べやすくするための介助は含まない。 中心静脈栄養:「1.介助されていない」を選択	一部介助の定義として:「食卓で小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等、 食べやすくするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助が行われている場合も含む。 」 中心静脈栄養:「 4.全介助 」を選択		
	「2-5 排尿」		○			34	○	○	○		○				使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、直後の清掃ではないため、含まれない。	使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、 回数に関わらず「排尿後の後始末」として評価 する。		
	「2-6 排便」		○			3		○	○		○				使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、直後の清掃ではないため、含まれない。	使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、 回数に関わらず「排便後の後始末」として評価 する。		
	「2-7 口腔清潔」		○			4		○										
	「2-8 洗顔」		○			5		○										
	「2-9 整髪」		○			6		○										
	「2-10 上衣の着脱」		○			14	○											
	「2-11 スボン等の着脱」		○			15	○											
	「2-12 外出頻度」			○		34	○	○	○		○				・1回概ね30分以上の外出の頻度を評価。(自宅の庭も含む点を「特記事項の例」で明記) ・一定期間(調査日より概ね3ヶ月)の状況において、外出の頻度で選択する。	・1回概ね30分以上、居住地の敷地外へ出る頻度を評価。徘徊や救急搬送は外出とは考えない。同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等へ移動することも外出とは考えない。 ・一定期間(調査日より 概ね1ヶ月)の状況において、外出の頻度で選択する。 過去1ヶ月の間に状態が大きく変化した場合は、変化した後の状況で選択 を行うものとする。		

各認定調査項目の状況

	認定調査項目	評価軸			統計学的有意 にバラツキが大 きい	テキストに対す る問い合わせ (件数、10件以 上の項目)		認知症の人と 家族の会 指摘事項	新要介護認定シ ステムに関する 意見 指摘事項 (結城委員調査 結果)	シミュレーション	結城委員 試行調査	認定調査員 テキスト 修正(案)				現行テキスト	テキスト修正(案)	
		①能力	②介助	③有無								日頃 の状 況 1	自 分 を 支 え 2	適 切 な 介 助 3	類 似 行 為 4			他
認知機能 (第3群)	「3-1 意思の伝達」	○				6		○	○		(○)							
	「3-2 毎日の日課を理解」	○				1		○			○							
	「3-3 生年月日をいう」	○				2		○	○		○							
	「3-4 短期記憶」	○				1		○			○							
	「3-5 自分の名前をいう」	○				0		○			○							
	「3-6 今の季節を理解」	○				3		○			○							
	「3-7 場所の理解」	○				2		○			○							
	「3-8 徘徊」			○		0												
	「3-9 外出して戻れない」			○	○	3												
精神・行動 障害 (第4群)	「4-1 被害的」			○		0												
	「4-2 作話」			○	○	6		○										
	「4-3 感情が不安定」			○		1		○										
	「4-4 昼夜逆転」			○		6												
	「4-5 同じ話をする」			○		2		○										
	「4-6 大声を出す」			○		1		○										
	「4-7 介護に抵抗」			○		5												
	「4-8 落ち着きなし」			○		1												
	「4-9 一人で出たがる」			○		1												
	「4-10 収集癖」			○		0												
	「4-11 物や衣類を壊す」			○	○	2		○						(実際に、物が壊れなくても破壊しようとする場合の選択基準) 規定なし	実際に、物が壊れなくても破壊しようとする行動がみられる場合は評価 する。			
	「4-12 ひどい物忘れ」			○		11	○		○		○			この物忘れによって、何らかの行動が起こっている	・この物忘れによって、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)をいう。 電話の伝言をし忘れるといったような、単なる物忘れは含まない。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については、実際に 対応がとられているかどうかは選択基準には含まれないが、具体的な対 応の状況について特記事項に記載する。			
	「4-13 独り言・独り笑い」			○		5		○										
「4-14 自分勝手に行動する」			○		9													
「4-15 話がまとまらない」			○		5			○										
社会生活 への適応 (第5群)	「5-1 薬の内服」		○			44	○	○							・(経管栄養(胃ろうを含む)などのチューブから内服薬を注入する場合) 規定なし	・経管栄養(胃ろうを含む)などのチューブから内服薬を注入する場合 も含む(選択基準に含む)		
	「5-2 金銭の管理」		○			16	○											
	「5-3 日常の意思決定」	○				6			○		(○)							
	「5-4 集団への不適応」			○		15	○											
	「5-5 買い物」		○			91	○	○	○									
	「5-6 簡単な調理」		○			149	○	○	○									
特別な医療	「点滴の管理」			○	○	2												
	「中心静脈栄養」			○		1												
	「透析」			○		0												
	「ストーマの処置」			○		1												
	「酸素療法」			○		3												
	「レスピレーター」			○	○	0												
	「気管切開の処置」			○		0												
	「疼痛の看護」			○		1												
	「経管栄養」			○		0												
	「モニター測定」			○		0												
	「じょくそうの処置」			○		0												
	「カテーテル」			○		1												
	合計	18	16	40	9	761	25	41	25	9	31							

※「2-3えん下」は、能力の項目であるが、現行テキストで、必ずしも試行する必要はない項目

※「3-2意思の伝達」、「5-3日常の意思決定」は、もともと日頃の状態で評価する項目

・(実際に、物が壊れなくても破壊しようとする場合の選択基準)
規定なし

・(経管栄養(胃ろうを含む)などのチューブから内服薬を注入する場合)
規定なし

・実際に、物が壊れなくても破壊しようとする行動がみられる場合は評価する。

・この物忘れによって、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)をいう。電話の伝言をし忘れるといったような、単なる物忘れは含まない。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については、実際に対応がとられているかどうかは選択基準には含まれないが、具体的な対応の状況について特記事項に記載する。

・(経管栄養(胃ろうを含む)などのチューブから内服薬を注入する場合も含む(選択基準に含む)

調査項目の定義変更に係るシミュレーションについて

○ 対象サンプル数

2009年度に認定支援ネットワークに報告があった案件※から10,000件を抽出（以下「2009年度データ」という。）

※ 「2009年4月に申請を行い4月又は5月に審査判定を行った」及び「2009年5月に申請を行い5月に審査判定を行った」案件

○ 対象項目の選定

統計学的に有意に自治体間のバラツキ（標準偏差）が拡大し、又は市町村等から質問・意見が多く寄せられている項目※をシミュレーション対象項目として選定した。

※ 同様の考え方で調査を行っている項目もシミュレーション対象項目に加えた。

○ シミュレーションの手順（概要）

対象となる項目について、以下の手順1及び必要に応じて手順2を実施した。

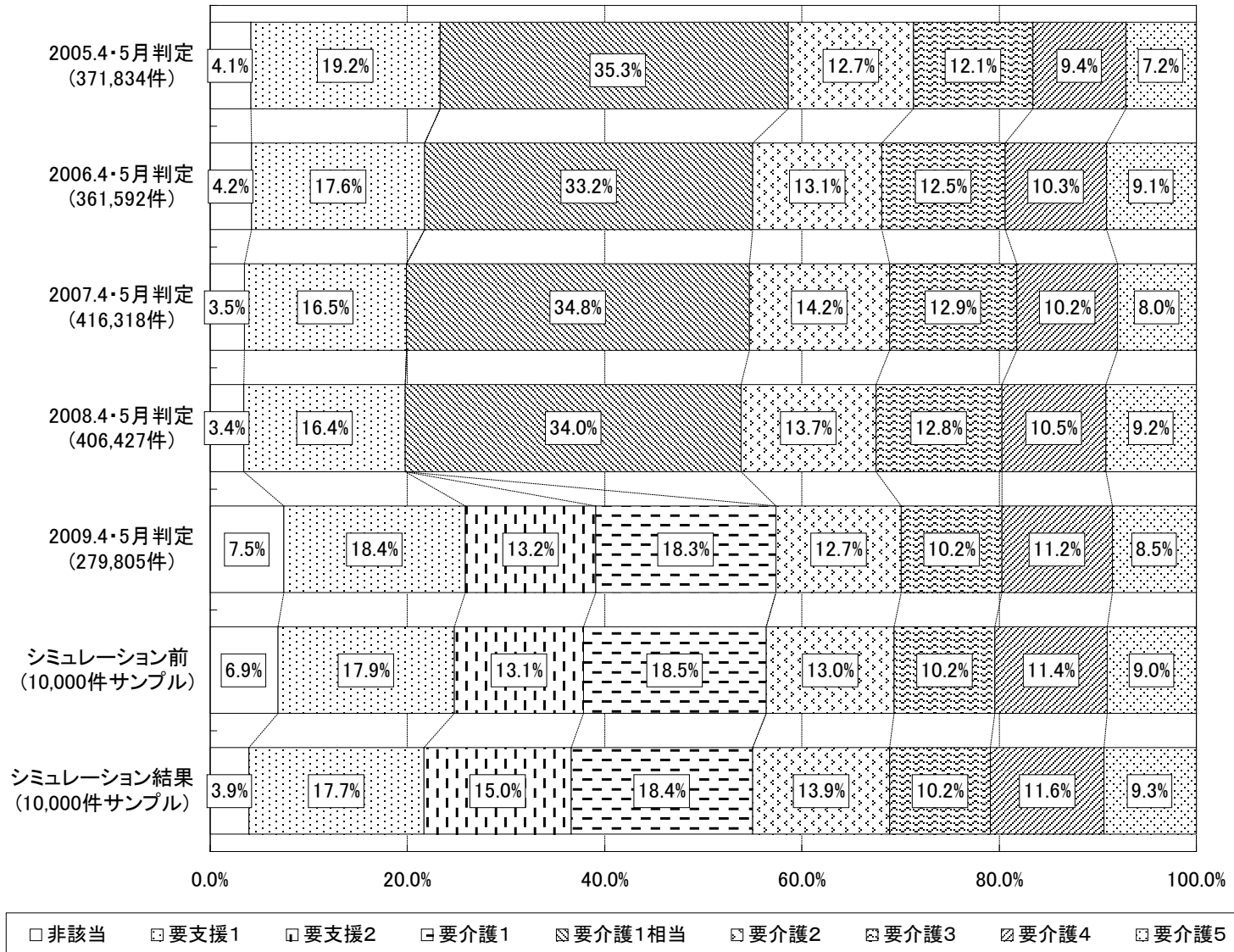
手順1 2009年データの更新申請者において、障害高齢者の日常生活自立度（以下、自立度という。）が前回申請時に比べて維持又は悪化しているにもかかわらず、改善される傾向の選択肢が選択されている案件について、前回申請時の選択に変更した（戻した）。※

※ 前回申請のデータを有する更新申請者のみの変更であり、新規申請者は変更の対象となっていない

手順2 2008年度に認定支援ネットワークに報告があった事例から10,000件を抽出し、その選択肢の選択の特性を参考に2009年データを変更した。

シミュレーション結果

一次判定結果



2009 年 7 月 28 日

要介護認定一次判定 調査項目定義の修正にかかる試行調査

淑徳大学 准教授 結城康博

はじめに

1. 調査目的
2. 調査方法と対象者
3. 結果概要
4. 分析と考察
5. まとめ

謝辞

参考資料

はじめに

現在、「認定調査員テキスト 2009」に関して、一部には評価するといった意見があるものの、これら新基準に対する問題点を指摘する声は大きい（結城・本田：『2009 年要介護認定調査に関する現場実態緊急調査報告』2009. 6.30）。特に、「認定調査員テキスト 2006（旧バージョン）」と「認定調査員テキスト 2009（新バージョン）」において、新旧に変更のない調査項目で、その定義が大きく変更したことによって、一次判定結果が軽度化されているとの仮説を打ち出すことができる。

その意味で、本報告書は、「認定調査員テキスト 2009」の調査項目の定義を、一部、修正することで、一次判定結果に、どの程度の影響をきたすかを分析・検証したものである。そして、一部、調査項目の定義を修正することで、一次判定結果が重度化するか否かを検証することにある。

2009 年 7 月 28 日

淑徳大学 結城康博

1. 調査目的

「認定調査員テキスト 2009」の修正案の妥当性について検討するため、いくつかの自治体に協力を得てデータ分析を行った。具体的には、修正した項目の定義（結城案）等に基づき、試行的に要介護認定一次判定調査を行い、修正前と修正後の一次判定結果の違いについて分析・検証することが本調査の目的である。

2. 調査方法と対象者

(1) 協力自治体

協力自治体数は、東京都、千葉県、埼玉県、鳥取県、大分県内の計 8 自治体（15 自治体に協力を要請し、8 自治体から協力が得られた）。

(2) 調査期間

- ・調査期間：2009 年 7 月 9 日～7 月 21 日
- ・調査データ：「要介護認定一次判定調査項目定義の修正にかかる試行調査結果」

(3) 調査内容

①実施対象者

各協力自治体において、4 月 1 日以降に申請を行い、7 月 12 日までに一次判定された更新申請者（新基準）のうち、前回の一次判定結果（旧基準）より、今回の調査時において軽度に一次判定された者で、かつ、今回の一次判定結果が「非該当」から「要介護 1」までの者を抽出。そして、その抽出された者で、再訪問によって、修正した項目（検証用定義：結城案）で再調査に同意いただいた者、計 47 人（8 自治体合計）。

②再認定調査方法

上記①の者に対し、修正した項目定義（検証用定義：結城案）に基づいて、再度、訪問して認定調査を行う（修正した項目定義は、後述参照）。ただし、特記事項は記載せず、又、修正した定義以外の調査項目に関しては、再訪問時には調査せず、前回訪問の結果を記入する。なお、調査員に関しては、前回の訪問調査員ではなく、自治体直属の調査員が行う（再訪問のため、委託調査員には依頼できないため）。そして、回収された調査票をもとに、一次判定ソフトにて、一次判定を行い、集計を行う。

③修正した項目定義（結城案：検証用定義）

【共通定義】

	現行定義（認定調査 2009）	検証用定義
能力項目	各項目が指定する確認動作を可能な限り実際に試行して評価する。日頃の状態と異なる場合は、特記事項に記載する。	調査対象者に対する試行結果を原則とするが、 必要に応じて日頃の状態も勘案して選択 を行う。試行できない場合は、日頃の状態を選択する。
麻痺・拘縮	確認動作で確認した状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、調査対象者に実際に確認動作で確認した状況で選択する。	調査対象者に対する確認動作の結果を原則とするが、 必要に応じて日頃の状態も勘案して選択 を行う。試行できない場合は、日頃の状態を選択する。

※能力項目：「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「両足での立位保持」、「歩行」
「立ち上がり」、「片足での立位」、「視力」、「聴力」、「えん下」、「意思の伝達」
「毎日の日課を理解」、「生年月日や年齢を言う」、「短期記憶」、「自分の名前を言う」、
「今の季節を理解する」、「場所の理解」及び「日常の意思決定」

【個別調査項目定義】

	現行定義（認定調査 2009）	検証用定義
1－1 麻痺 （左右上肢）	前方または横に腕（上肢）を肩の高さまで挙上できなければ「麻痺あり」	前方又は横に腕（上肢）を肩の高さまで挙上し、 静止 できないような状況を「麻痺あり」の状況と定義する。（試行できない場合は、類似の行為として肩の高さ近辺のものを取るなどの行為などについて日頃の状況を聞き取り選択することもできる。） ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－1 麻痺 （左右下肢）	下肢を挙上（伸展する必要はない）	下肢を 水平に挙上し、静止 できないような状態を「麻痺あり」と定義する。 仰臥位の場合は、膝の下に枕などを入れ、 足を伸展した状態で静止 することができれば「麻痺なし」とする。 （試行できない場合は、歩行時の脚部の持ち上げ方などを参考に聞き取りにより選択することもできる。） ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－1 その他	四肢の欠損がある場合のみ選択	四肢（いずれかの）欠損、手指や足趾の麻痺など 上肢・下肢以外の麻痺がある場合 は選択 ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－2 その他	四肢の欠損がある場合のみ選択	手指や足趾の拘縮など 上肢・下肢以外の拘縮がある場合 は選択 ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－4 起き上がり	自分の体の一部をつかんで起き上がる場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部をつかん起き上がる場合や、手や肘などに加重し、体を支えながら、行う場合→「 何かにつかまればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照
1－5 座位保持	座位の状態を 1分間程度 保持できるかどうか	座位の状態を 10分間程度 保持できるかどうか ※能力項目の「共通定義」参照
1－6 両足での立位保持	自分の体の一部を支えとして立位を保持する場合→「 支えなしでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして立位を保持する場合や、手や肘などに加重し、体を支えながら、行う場合→「 何か支えがあればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照

1－7 歩行	自分の体の一部を支えとして歩行する場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして歩行する場合や→「 何かにつかまればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照
1－8 立ち上がり	自分の体の一部を支えとして立ち上がる場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして立ち上がる場合や手や肘などに加重し、体を支えながら行う場合→「 何かにつかまればできる 」を選択 (座面に最後まで手をついて立ち上がる場合なども含む) ※能力項目の「共通定義」参照
2－1、2 移乗・移動	寝たきりなどで介助の機会がない場合は「 介助されていない 」を選択する。	寝たきりなどで介助の機会がない場合は、 必要とされる介助を選択 する。
2－4 食事摂取	一部介助：食事摂取の行為の一部のみに介助が行われている状態をいう。小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等の食べやすくするための 介助は含まない 。	一部介助：食事摂取の行為の一部のみに介助が行われている状態をいう。食卓で身をほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等の食べやすくするための 介助を含む 。
2－5、6 排尿・排便	トイレの日常的な清掃は含まない。また使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、直後の清掃ではないため含まない。	トイレの日常的な清掃は含まない。ただし、使用したポータブルトイレの後始末を行う場合は、 回数に関わらず介助として評価 する。
2－1 2 外出頻度	30 分以上庭に出ることは 外出に含まれる 。 過去3ヶ月 の状況で選択する。	庭に出ることは 外出に含まれない 。また 徘徊も外出とは考えない 。 過去1ヶ月 の状況で選択する。
4－1 2 ひどいもの忘れ	ひどい物忘れによってなんらかの行動が起こっていることをいう。	ひどい物忘れによってなん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) をいう。電話の伝言をし忘れるなどの単なる物忘れは含まない。

3. 結果概要

(1) 協力自治体からの結果データ

協力自治体から47名の対象者データが得られた。基本的に、前回の一次判定（旧基準）と今回の一次判定（新基準）とを比べて、すべて軽度に変更された者で、かつ、今回の一次判定（新基準）で「非該当」～「要介護1」と判定された者を対象としている（表1）。

表1：前回の一次判定（旧基準）と今回の一次判定認定結果（新基準）と検証用定義（結城案）を用いての一次判定結果との比較

一次判定 結果	結城（案）テキスト見直し後による一次判定結果								合計
	非該当	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
非該当	(5)	(11)							16
要支援1		(11)	(4)	(3)					18
要支援2			(4)	(2)	(1)				7
要介護1				(5)	(1)				6
合 計	5	22	8	10	2	0	0	0	47

(2) 検証用定義（結城案）を中心とした結果データ

① 今回の一次判定（新基準）と検証用定義による一次判定比較

（表2）は、今回の一次判定（新基準）と検証用定義を用いての一次判定における介護度を比較したものである。調査対象者47人で、検証用定義を用いると、22人が重度化し、25人が変わらずといった結果となった。なお、軽度化した者はいなかった。

表2：今回の一次判定と検証定義（結城案）を経ての一次判定比較（総計47名）

重度化	変わらず	軽度化	計
22人	25人	0人	47人
47%	53%	0%	100%

②介護度別の検証用定義の影響

今回の一次判定（新基準）と検証用定義（結城案）を用いての比較を、介護度別に見た場合、非該当は、16名中11人（68.7%）が重度化されて要支援1となり、要支援1が7人、要支援2が3人、要介護1が1人、それぞれ重度化されている（表3）。

表3：介護度別の検証用定義を用いての推移

今回の一次判定 (新基準を用いて)	検証用定義を用いての一次判定		
非該当 (16人)	重度	11	重度化率 68.7%
	変わらず	5	
要支援1 (18人)	重度	7	重度化率 38.8%
	変わらず	11	
	軽度	0	
要支援2 (7人)	重度	3	重度化率 42.8%
	変わらず	4	
	軽度	0	
要介護1 (6人)	重度	1	重度化率 16.6%
	変わらず	5	
	軽度	0	
計47人			

③介護度に変更なしのケースにおける基準時間

（表2）から理解できるように、今回の一次判定（新基準）と検証用定義（結城案）を用いた一次判定を比較した場合、介護度が変わらなかったのは25人であった。しかし、これら25人の基準時間について分析した結果、介護度に変更はなかったものの、基準時間が伸びた者が7人いた。一方、基準時間が短縮した者が3人おり、変わらなかった者が15人であった（表4）。

このように基準時間が伸びた者が7人であったことは、検証用定義（結城案）を経た一次判定による影響と考えられ、介護度が変わらなくとも、25人中7人は、それなりの効果があると考えられる。

その意味で、検証用定義を用いて一次判定を行うことで、介護度が変わった22人と、介護度は変わらないまでも基準時間が伸びた7人とを合わせて、対象者47人のうち29人(22+7)は、「介護の手間」が、さらに必要と判定されたと言える(61.7%)。

表4：介護度に変更がなかったケースにおける基準時間の実態（総計 25 名）

基準時間 の影響		今回の介護度＝ 検証定義での介護度	今回の基準時間（分）	検証定義での基準時間（分）
変 更 な し	①	要支援 2	39.5	39.5
	②	要介護 1	46.2	46.2
	③	要介護 1	40.7	40.7
	④	要介護 1	38.9	38.9
	⑤	要介護 1	39.4	39.4
	⑥	要支援 1	31.2	31.2
	⑦	要支援 1	26.0	26.0
	⑧	要支援 1	26.0	26.0
	⑨	要支援 1	26.0	26.0
	⑩	要支援 1	30.6	30.6
	⑪	要支援 1	31.2	31.2
	⑫	要支援 1	26.0	26.0
	⑬	非該当	21.3	21.3
	⑭	非該当	22.8	22.8
	⑮	非該当	22.8	22.8
伸 び た 事 例	①	要介護 1	45.5	49.2
	②	要支援 2	38.3	45.2
	③	要支援 1	25.6	28.0
	④	要支援 1	26.0	28.7
	⑤	要支援 1	28.7	30.3
	⑥	要支援 2	39.5	40.6
	⑦	非該当	22.8	24.5
短 縮 事 例	①	要支援 2	44.2	34.2
	②	要支援 1	30.3	28.7
	③	非該当	22.8	21.3

※要介護 1 相当（09 年度以前）＝要介護 1 もしくは要支援 2（09 年度以降）に想定

（3）協力自治体の意見

A 自治体

- ①「1 群：麻痺等」の有無の選択基準が取れやすくなった。
- ②要介護 1 の基準時間に大きな変化があった。特に、前回「食事摂取」が自立になりやすかったが、今回「一部介助」となったことが大きい。
- ③非該当レベルが、要支援 1 に判定されやすくなった。特に、「歩行」「座位保持」によって、重度化したためと考えられる。
- ④（調査員からの感想）

今回、検証定義を用いて、再度、認定調査を行ってみたが、一次判定結果に、かなり

変化が見られる。特に「1群：麻痺等」の有無や「2群」にチェックが入りやすくなった。

B 自治体

- ① 今回の検証用定義を経た一次判定結果では、以前と比べてかなり拾えるようになった。
現在の一次判定（新基準）と比べて、かなり重度化される。
- ② 非該当の人は、今回の検証用定義を用いることで、要支援1以上になりやすい。
- ③ 筋力低下があり、歩行も不安定であったが、検証用定義を用いても、チェックはつかなかった。
- ④ 認知症、独居の方に配慮した判断基準に、さらに見直すべきであろう。

C 自治体

- ① 該当者が少ないが、今回の検証用定義は、身体的な側面にやや重点が置かれているので、認知症面での判断基準の変更を、さらに考えてはどうか。ただ、全体的に、検証用定義を用いると、チェックはつきやすいので、今回の一次判定（新基準）よりは重度化されると考える。

D 自治体

- ① 対象者数が少なかったため、介護度が変更する結果にはいたらなかった。しかし、基準時間が伸びたので、それなりの効果はあると考えられる。

E 自治体

- ① 対象者を見つけるのに苦労した。また、再訪問を同意してくれる人が少なく、1件のみの調査であったが、今回の基準と比べると、チェックはつきやすい。
- ② 06年版のテキストをイメージして調査に臨んだ。

F 自治体

- ① 基本的に明らかに重度化する傾向にあるが、筋力低下等の側面で、拾えないケースもあり、全てが重度化するとは限らない。
- ② 現行定義では要介護から要支援や非該当になりサービス利用ができない。検証用定義で行うことにより適正な結果が出ている。
- ③ 家族がいる場合は、「能力項目」のチェックで、普段の様子が聞けて参考になった。

G 自治体

① 独居について

独居・日中独居の場合は独居勘案できるが、同居家族がいても介護力になっていないときは勘案できない。（同居家族がうつ症状、認知症状、判断能力が低下しているなど、要介護状態ではないが自分自身のことで精一杯の人については独居勘案してもよいのではないのでしょうか。）

② 検証項目について

- ・ 1-1 麻痺(左右上肢・左右下肢)：静止状態の目安時間は1秒程度がわかりやすい。
- ・ 1-4 起き上がり：畳に布団を敷いている人は特に、布団に肘や手をつき工夫し行っている人もいるので、「検証定義」を活かしてほしい。
- ・ 無意識に肘や背もたれに寄りかかることがあるので、「習慣」なのか「必要」なのか確認が必要と考える。
- ・ 1-6 両足での立位保持：和式生活の人も多いので、腰部が屈曲し両膝に手をついている人もいるので「検証定義」を活かしてほしい。
- ・ 2-4 食事摂取：場所を「食卓」に限定しないで。介護の時間を出す為には、評価されない時間が出てくるので。関連項目の「5-6 簡単な調理」にも、文言を「2-4 食事摂取」同様にに入れてもよいのでは。
- ・ 2-5・2-6 排尿・排便：ポータブルトイレの後始末は、回数に関わらず介助として評価する検証用定義がよい。

- ・2-12 外出頻度：一ヶ月のほうが見やすいので「検証定義」がよい。庭に出ることや徘徊は特記事項記載がよい。

③その他

現在の一次判定（新基準）よりも、かなり軽度化は防げると考える。しかし、前回の一次判定（旧基準）と比べると、まだ、充分とはいえないかもしれないので、継続して審査会の機能が重要となる（覆すにあたっては、自治体に任せてほしい）。

H 自治体

- ①今回の一次判定（新基準）と比較すると、覆る率が低くなり効果が見られるであろう。
- ②たとえ、検証用定義（結城案）を用いた一次判定を基本にして、経過措置を解除したとしても、二次判定での軽度化の懸念は解消されない。そのため、いずれにしても要介護認定審査会による審査変更（継続して審査会の機能）が重要となる。

4. 一次判定における要介護度区分のシミュレーション

（1）シミュレーション概要

本報告書の3.（2）②における、今回の一次判定（新基準）における要介護度と、検証用定義（結城案）を用いての一次判定における要介護度の比較データを用いて、全国規模の要介護度区分のシミュレーションを実施した。本調査は、更新申請者を対象に行った調査であり、シミュレーションにあたっては、『第2回要介護認定の見直しに係る検証・検討会』の「資料1 3 要介護認定状況の調査結果について（第一次集計）」のうち、「一次判定結果の要介護度区分の比較（更新申請者）」（P11）の「2009年4・5月判定の結果」を、基本データとして用いた。

（表1）から、「非該当」～「要介護1」までのそれぞれについて、検証用定義（結城案）を用いた場合、一次判定における要介護度別出現率を導き出せる。そして、その率を「2009年4・5月の要介護度区分」に、それぞれに掛け合わせることで、検証用定義（結城案）を基準にした、全国規模での要介護度区分の分布シミュレーションが可能となる。

※（例）シミュレーション後要介護度別出現率

非該当の出現率＝6.7%（2009年4・5月判定非該当）×5/16〔（検証用定義（結城案）で一次判定非該当の人数）/（今回（新基準）の一次判定非該当での人数）〕＝2.1%

（2）シミュレーション結果

（表1）の本報告書データを、『第2回要介護認定の見直しに係る検証・検討会』（第一次集計）資料1 3 要介護認定状況の調査結果について」と照らしながら、シミュレーションした結果は以下のとおりである。

その結果、非該当は2.1%、要支援1は16.0%、要支援2及び要介護1はそれぞれ12.2%及び22.4%（表5及び図1）となった。これによって、それぞれ2008年の要介護度区分の分布と同様の結果となると推察できる（要支援2及び要介護1については、両区分の合計の割合と、2008年時における「要介護1相当」の区分の割合と比較した。）。

なお、本シミュレーションは、本調査の対象者が「非該当」～「要介護1」といった軽度者に限られるため、その範囲の要介護度区分だけがシミュレーションとして一定程度の信頼性のもと、評価できるものだが、要介護2より重度の要介護度区分についても、参考として提示した。

なお、「要介護2」については、要支援2や要介護1から重度化した割合のみが反映されていることから高い値となっているが、仮に、全ての要介護度区分の申請者に検証用定義（結城案）を適用すると、今回の基準で（新基準）要介護2の者は、より重度の要介護度区分に移ることが想定され、要介護2の割合は18.4%より減少し、その分、要介護3～5

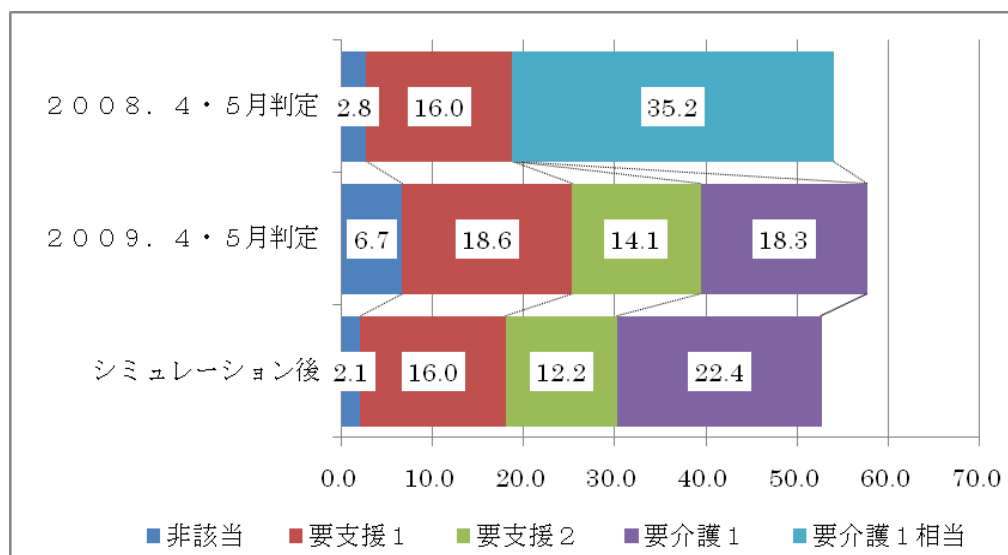
に振り分けられるはずである。また、要介護3以上の者も同様に、より重度に判定されるはずである。しかし、これらの割合等は、今回の調査結果からは推計することはできないことから、「要介護3」～「要介護5」のシミュレーション数値は、そのまま厚労省データ（2009年4・5月判定）を記載している。

表5: 検証用定義(結城案)を用いたシミュレーションによる要介護度区分の変化 (%)								
	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2008年4・5月判定	2.8	16.0	35.2	14.2	12.5	10.4	8.8	
2009年4・5月判定	6.7	18.6	14.1	18.3	13.3	10.5	10.5	8.0
シミュレーション後	2.1	16.0	12.2	22.4	18.4	10.5	10.5	8.0

出所：厚労省『第2回要介護認定の見直しに係る検証・検討会』

「(第一次集計) 資料1 3 要介護認定状況の調査結果について」を用いて作成

図1 シュミレーションデータと各年度の要介護度別分布（軽度者中心） (%)



出所：厚労省『第2回要介護認定の見直しに係る検証・検討会』

「資料1 3 要介護認定状況の調査結果について (第一次集計)」を用いて作成

5. 分析と考察

検証用定義(結城案)を用いて、再訪問によって、今回の一次判定(新基準)と比較した場合、かなりのケースで重度に判定し直されている。ただ、変わらないケースも見られるが、本調査対象者が軽度者であるため、調査時のタイムラグ(1ヵ月～2ヵ月)の間に、心身の状態も改善されていることが考えられる。

また、介護度に影響はなかったとはいえ、基準時間が伸びているケースも見られ、検証用定義(結城案)を用いることで、かなり一次判定の重度化に関連していると考えられる。

確かに、サンプル数が少ないが、今回の一次判定(新基準)を実施した対象者で、タイムラグはあるものの(1ヵ月～2ヵ月)、再訪問によって調査し直しての結果であり、机上

での仮定として、一次判定調査を行ったものではないため、この効果は十分に考えられる。

また、検証用定義（結城案）を用いて調査を行った場合における要介護度区分のシミュレーションを実施したところ、非該当、要支援1、要支援2及び要介護1のそれぞれについて、2008年の要介護度区分の分布と同様の結果となった。

ただし、これらの評価に当たっては、今回の調査結果が、①47名という限られたサンプル数であり、特に、②「要支援2」が7名、「要介護1」が6名と、必ずしも全自治体を代表できる対象者数ではないこと。③軽度化した対象者のデータであるものの、シミュレーションにおいては、軽度化していない者も含む各要介護度区分に対して、一律に検証用定義（結城案）を用いて、一次判定の各要介護度の出現割合を掛け合わせた等は、十分に留意しておくべきであろう。

6. まとめ

本調査結果で、「2009認定調査員マニュアル」の判断基準及び説明文を変更することで、一次判定結果が、かなり変更されることが明確になった。しかも、今回、新基準で「非該当」となった者に対して、検証用定義（結城案）を用いて調査を行った場合、約7割近くが重度化されて「要支援1」となることに加え、検証用定義（結城案）を用いてシミュレーションを行った結果、解釈に一定の留意が必要であるものの、2008年時点の要介護度区分の分布と同様の結果となった。

このことから、検証用定義（結城案）については、一定の妥当性があることが明らかとなった。つまり、一次判定ソフトそのものを変更せずとも、「2009認定調査員マニュアル」を部分的に修正することで、かなり一次判定結果に影響があると考える。

謝辞

本調査研究においては、協力いただいた自治体には、心から感謝申し上げたい。特に、「再訪問」といった調査を快諾いただき、心から感謝申し上げたい。また、日々の業務の中で、データ整理をいただき、積極的に取り組んでいただいた担当者の方々のおかげで、本調査報告書をまとめることができ、重ねてお礼を申し上げたい。

参考資料

×××市
介護保険課長

平成21年7月9日

淑徳大学
学長 長谷川 匡俊

要介護認定一次判定調査項目定義の修正にかかわる試行調査（依頼）

拝啓 ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび淑徳大学所属の結城康博（准教授）を中心に、4月から改正された要介護認定調査・審査の状況について、調査研究しております。

つきましては、その一環として、貴役所において、要介護認定一次判定において、調査項目の修正にかかわる試行調査を実施し、下記のデータの送付をお願いいたしたいと存じます。調査方法等の詳細は、別途、結城と相談いただき、調整いただければと存じます。

なお、頂いたデータ内容等については、論文及び著書の掲載、又は、厚生労働省「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」における提出資料に活用させていただく可能性が あることについてご承知おきいただきたく存じます。

なお、調査結果の公表に当たって、貴自治体名を、事前のご了解なく公表することはご ざいませぬ。本調査へのご協力につきまして、どうぞよろしくお願いいたします。

敬具

記

（依頼データ）

「認定調査員テキスト2009」を用いて既に、一次判定された更新申請者のうち、前回の一次判定結果より、軽度に一次判定された者で、かつ、今回の一次判定結果が「非該当」から「要介護1」までの者（10～20名程度）に対して、新たな検証用の定義で調査を行った場合の一次判定結果等について、集計したデータ

※なお、この件につきましては、淑徳大学、結城康博に、何かありましたら問い合わせ ください。

〒260-8701
千葉市中央区大巖寺200
淑徳大学

電話043-265-7331
携帯090-6703-0669

平成 21 年 7 月 9 日

協力自治体関係者各位

淑 徳 大 学
准教授 結城康博

要介護認定一次判定 調査項目定義の修正にかかる試行調査

1. 調査目的

「認定調査員テキスト 2009」の修正案の妥当性について検討するため、自治体の協力をえて、修正された項目の定義等に基づき、試行的に要介護認定一次判定調査を行い、修正前と修正後の一次判定結果の違いについてとりまとめを行う。

2. 実施方法

(1) 実施対象者

- ・ 4 月 1 日以降に申請を行い 7 月 12 日までに一次判定された更新申請者のうち、前回の一次判定結果より、今回の調査において軽度に一次判定された者で、かつ、今回の一次判定結果が「非該当」から「要介護 1」までの者を、無作為に 10 ～ 20 名程度（1 自治体当たり）抽出。※少数の場合であっても、ぜひご協力ください。

(2) 実施方法

(ア) 調査について

- ・ (1) で規定した調査対象者について、当該調査対象者を担当した調査員が再訪し、下記「3.」に提示する「検証用定義」により項目を再度選択し、結果を記録する。
- ・ 「検証用定義」において、特に記載のないものについては、すべて「現行定義」の原則に基づく調査を実施したものとし、再訪時に調査は実施しない。
- ・ 「検証用定義」のための特記事項の作成は不要とする。

(イ) 結果の記録について

- ・ 各自治体の記録方法による。ただし、「現行定義（認定調査員テキスト 2009）」による調査結果及び「検証用定義」による調査結果のそれぞれについて全 74 項目の調査結果が記録されていることが必要である。

(ウ) 判定について

- ・ 各自治体において、回収された調査票をもとに、一次判定ソフトにて、調査項目を修正した場合の一次判定を行う。

(エ) 集計について

- ・ 判定結果の集計については、別添の様式に記入し、結城に送付する。

(3) スケジュール

- ・ 7 月 13 日～17 日：各自治体において再訪問調査
判定及びデータ送信（結城宛）
- ・ 7 月 21 日～22 日：分析・調査報告作成（結城：作業）
- ・

3. 修正調査項目（検証定義：結城案）

【共通定義】

	現行定義（認定調査 2009）	検証用定義
能力項目	各項目が指定する確認動作を可能な限り実際に試行して評価する。日頃の状態と異なる場合は、特記事項に記載する。	調査対象者に対する試行結果を原則とするが、 必要に応じて日頃の状態も勘案して選択 を行う。試行できない場合は、日頃の状態で選択する。
麻痺・拘縮	確認動作で確認した状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、調査対象者に実際に確認動作で確認した状況で選択する。	調査対象者に対する確認動作の結果を原則とするが、 必要に応じて日頃の状態も勘案して選択 を行う。試行できない場合は、日頃の状態で選択する。

※能力項目：「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」
「両足での立位保持」「歩行」「立ち上がり」
「片足での立位」、「視力」、「聴力」、「えん下」
「意思の伝達」、「毎日の日課を理解」
「生年月日や年齢を言う」「短期記憶」
「自分の名前を言う」、「今の季節を理解する」、
「場所の理解」及び「日常の意思決定」

【個別調査項目定義】

	現行定義（認定調査 2009）	検証用定義
1－1 麻痺 （左右上肢）	前方または横に腕（上肢）を肩の高さまで挙上できなければ「麻痺あり」	前方又は横に腕（上肢）を肩の高さまで挙上し、 静止 できないような状況を「麻痺あり」の状況と定義する。（試行できない場合は、類似の行為として肩の高さ近辺のものを取るなどの行為などについて日頃の状況を聞き取り選択することもできる。） ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－1 麻痺 （左右下肢）	下肢を挙上（伸展する必要はない）	下肢を 水平に挙上し、静止 できないような状況を「麻痺あり」と定義する。 仰臥位の場合は、膝の下に枕などを入れ、 足を伸展した状態で静止 することができれば「麻痺なし」とする。 （試行できない場合は、歩行時の脚部の持ち上げ方などを参考に聞き取りにより選択することもできる。） ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－1 その他	四肢の欠損がある場合のみ選択	四肢（いずれかの）欠損、手指や足趾の麻痺など 上肢・下肢以外の麻痺がある場合は選択 ※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－2 その他	四肢の欠損がある場合のみ選択	手指や足趾の拘縮など 上肢・下肢以外の拘縮がある場合は選択

		※麻痺・拘縮の「共通定義」参照
1－4 起き上がり	自分の体の一部をつかんで起き上がる場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部をつかん起き上がる場合や、手や肘などに加重し、体を支えながら、行う場合→「 何かにつかまればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照
1－5 座位保持	座位の状態を 1分間程度 保持できるかどうか	座位の状態を 10分間程度 保持できるかどうか ※能力項目の「共通定義」参照
1－6 両足での立位保持	自分の体の一部を支えとして立位を保持する場合→「 支えなしでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして立位を保持する場合や、手や肘などに加重し、体を支えながら、行う場合→「 何か支えがあればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照
1－7 歩行	自分の体の一部を支えとして歩行する場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして歩行する場合や→「 何かにつかまればできる 」を選択 ※能力項目の「共通定義」参照
1－8 立ち上がり	自分の体の一部を支えとして立ち上がる場合→「 つかまらないでできる 」を選択	自分の体の一部を支えとして立ち上がる場合や手や肘などに加重し、体を支えながら行う場合→「 何かにつかまればできる 」を選択（座面に最後まで手をついて立ち上がる場合なども含む） ※能力項目の「共通定義」参照
2－1、2 移乗・移動	寝たきりなどで介助の機会がない場合は「 介助されていない 」を選択する。	寝たきりなどで介助の機会がない場合は、 必要とされる介助を選択 する。
2－4 食事摂取	一部介助：食事摂取の行為の一部のみに介助が行われている状態をいう。小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等の食べやすくするための 介助は含まない 。	一部介助：食事摂取の行為の一部のみに介助が行われている状態をいう。食卓で身をほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等の食べやすくするための 介助を含む 。
2－5、6 排尿・排便	トイレの日常的な清掃は含まない。また使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、直後の清掃ではないため含まない。	トイレの日常的な清掃は含まない。ただし、使用したポータブルトイレの後始末を行う場合は、 回数に関わらず介助として評価 する。
2－12 外出頻度	30分以上庭に出ることは 外出に含まれる 。 過去3ヶ月 の状況で選択する。	庭に出ることは 外出に含まれない 。また 徘徊も外出とは考えない 。 過去1ヶ月 の状況で選択する。
4－12 ひどいもの忘れ	ひどい物忘れによってなんらかの行動が起こっていることをいう。	ひどい物忘れによってなん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） をいう。電話の伝言をし忘れるなどの単なる物忘れは含まない。

被保険者（対象者）への協力依頼文

平成 21 年 7 月 × × 日

協力被保険者様

× × × 福祉部介護保険課
課長 ○○○○

要介護認定一次判定調査項目定義の修正にかかる試行調査のご協力のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成 21 年 4 月より介護の手間をより正確に反映するため、要介護認定調査の方法について見直しが行われました。しかし、今回の見直しによりこれまでの認定調査に比べ軽度の認定となる可能性がある等の指摘があり、厚生労働省では利用者・家族の代表や専門家による「検証・検討会」を設けて、きちんと検証を行うこととしています。

それに伴い、× × × 市として、新たな検証用の定義で試行的に調査を実施し検証することとしました。

つきましては、本調査の趣旨に御賛同いただき、貴殿の調査協力を賜りたく、お願い申し上げます。

本調査は統計法に基づく届出統計として実施されることから、集計結果は公表されますが、個人が特定されることがないことを申し添えます。

問合せ先：× × 福祉部介護保険課
担当：○○
TEL：○○○○

2009 年 7 月 28 日

要介護認定の見直しに係る検証・検討会

淑徳大学
准教授 結城康博

今後の要介護認定システムの方向性

1. 問題解決への打開策

前回の本検証・検討会で、私は、「認定調査員テキスト 2009 認定調査員マニュアル」の判断基準及び説明文の修正によって、経過措置を早期に解除することを提案した（コンピューターは、そのまま継続して活用し、一切システム改修はしない）。

なぜならば、これらは費用対効果に優れ、高齢者が安心して要介護認定システムの理解につながり、「もしかして軽度で判定されるのでは!？」といった、住民の疑念が払拭されるからである。また、早期に経過措置を解除することで、通常の介護保険制度の事業運営が再稼働し、調査員や審査員といった介護現場の困窮が解消され则认为るからである。

2. 早急な経過措置解除の必要性

- ①経過措置が、このまま継続されると、今年、5月初旬に改めて認定された者（更新者）が、5月初旬に新認定された者が（更新者）、再度、6か月を経過して、11月には更新日がきてしまうケースが生じる。そうすると、二度目の経過措置を活用することになり、要介護認定そのものの意義が問われる。
- ②このまま、1年近く経過措置を継続してしまえば、もはや経過措置とは言わず、既存の制度となってしまう、要介護認定制度の存在意義についてかなり疑念が生じる。
- ③新規申請者や更新申請者との間で、公正性に欠け、要介護認定制度の信頼性が低下する。
- ④更新申請者における調査員、審査委員、主治医のモチベーションが低下し、時間的にもコスト的にも無駄である。

書式変更：下線なし

3 「2009 認定調査員テキスト 2009 マニュアル」に関して

本テキスト本マニュアルの判断基準及び説明文を修正することで、一次判定において、非該当者の7割近くが重度化されて要支援1となることに加え、要介護度区分の分布が、2008年時点の分布とほぼ同様となるなど、一次判定結果に影響を及ぼすことが、別紙調査報告で明らかとなった（別紙参照）。

書式変更：下線

書式変更：下線

書式変更：下線

4. 今後の方向性

- ①「認定調査員テキスト 2009 認定調査員マニュアル」の判断基準及び説明文を修正し、併せて「2009 介護認定審査会委員テキスト 2009」を、一部、修正する。
- ②経過措置解除へむけて、その対応策について、十分な研修・説明に努める。特に、厚労省、都道府県、市区町村等が連携して、十分に新しいシステムでの説明を、調査員（ケアマネジャー）等に向けて行う。
- ③経過措置解除の後、本検討会で、念のため検証の機会を設け、修正新要介護認定システムの検証を行うべきである。そして、必要に応じ、別途の検討会・委員会等において、

2012 年介護保険法再改正の議論と併せて、議論すべきであろう。

今後の研修について(案)

○テキストの配布

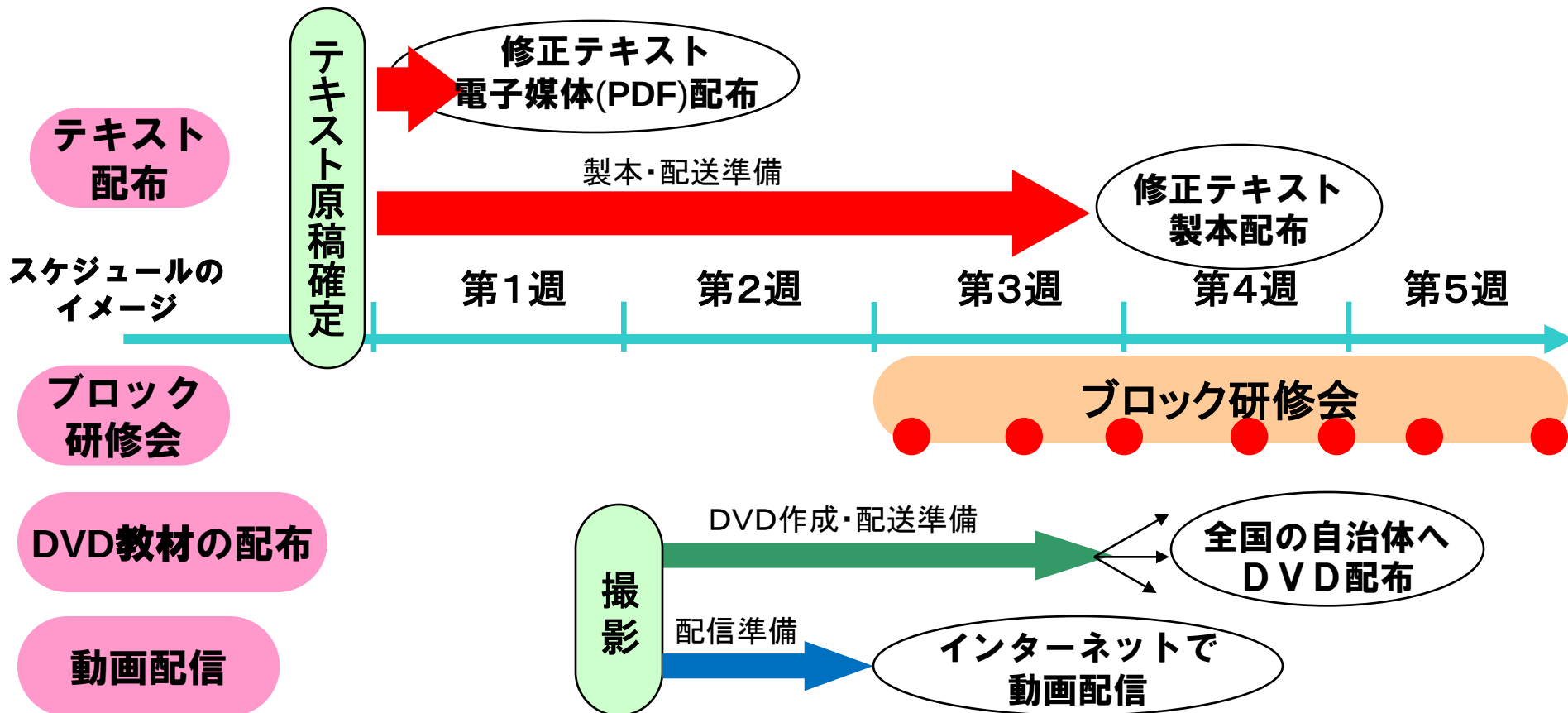
- ・全国の認定調査員(委託先調査員も含む)にテキスト(製本及び電子媒体)を配布。

○ブロック研修会の実施

- ・全国のブロック単位での研修の開催。

○研修用動画のDVD教材配布・インターネット配信

- ・研修用に撮影した動画を、DVD教材として自治体等に配布し、また、インターネット配信することで、市町村等での認定調査員研修会等に活用。
- ①全国で同一内容の研修会を実施可能。②時間・場所を問わずに研修可能。



「要介護認定方法の見直し」に関するアンケート 調査結果報告書

平成 21 年 7 月 28 日

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、居宅介護支援事業所に登録している者

(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

	E-mail 登録者	E-mail 未登録者	全体
送付件数	5,063 件	5,955 件	11,018 件
回 収 数	175 件	412 件	587 件
回 収 率	3.4%	6.9%	5.3%

(5) 回答者の内訳

	E-mail 登録者	E-mail 未登録者	全体
A) 認定調査員	67 名 (37.6%)	155 名 (37.2%)	222 名 (37.3%)
B) 介護認定審査会委員	13 名 (7.3%)	20 名 (4.8%)	33 名 (5.6%)
C) 介護支援専門員	98 名 (55.1%)	242 名 (58.0%)	340 名 (57.1%)

2. 回答結果

(1) 回答者自身について

性別

N = 580

項 目	(人)	(%)
1. 男性	84	14.5%
2. 女性	496	85.5%
合 計	580	100.0%

年齢

N=580

項目	(人)	(%)
1. 20～29 歳	5	0.9%
2. 30～39 歳	79	13.6%
3. 40～49 歳	189	32.6%
4. 50～59 歳	227	39.1%
5. 60 歳以上	80	13.8%
合 計	580	100.0%

勤務地の都道府県

N = 574

都道府県	(人)	(%)	都道府県	(人)	(%)
1 北海道	9	1.6%	25 滋賀県	11	1.9%
2 青森県	19	3.3%	26 京都府	25	4.4%
3 岩手県	13	2.3%	27 大阪府	14	2.4%
4 宮城県	4	0.7%	28 兵庫県	33	5.7%
5 秋田県	35	6.1%	29 奈良県	7	1.2%
6 山形県	4	0.7%	30 和歌山県	11	1.9%
7 福島県	18	3.1%	31 岡山県	1	0.2%
8 茨城県	8	1.4%	32 鳥取県	1	0.2%
9 栃木県	3	0.5%	33 島根県	5	0.9%
10 群馬県	2	0.3%	34 広島県	32	5.6%
11 埼玉県	4	0.7%	35 山口県	10	1.7%
12 千葉県	51	8.9%	36 徳島県	5	0.9%
13 東京都	3	0.5%	37 香川県	1	0.2%
14 神奈川県	17	3.0%	38 高知県	2	0.3%
15 新潟県	0	0.0%	39 愛媛県	1	0.2%
16 富山県	3	0.5%	40 福岡県	8	1.4%
17 石川県	0	0.0%	41 佐賀県	3	0.5%
18 福井県	1	0.2%	42 長崎県	5	0.9%
19 山梨県	24	4.2%	43 熊本県	8	1.4%
20 長野県	10	1.7%	44 大分県	22	3.8%
21 岐阜県	8	1.4%	45 宮崎県	2	0.3%
22 静岡県	24	4.2%	46 鹿児島県	6	1.0%
23 愛知県	20	3.5%	47 沖縄県	34	5.9%
24 三重県	47	8.2%	合 計	574	100.0%

勤務している事業所の種類

N=578

項 目	(人)	(%)
1. 居宅介護支援事業所	510	88.2%
2. 地域包括支援センター	31	5.4%
3. 特別養護老人ホーム	2	0.3%
4. 老人保健施設	6	1.0%
5. 介護療養型医療施設	3	0.5%
6. 有料老人ホーム	3	0.5%
7. 軽費老人ホーム	0	0.0%
8. グループホーム	5	0.9%
9. 小規模多機能型居宅介護	3	0.5%
10. 行政	4	0.7%
11. その他に勤務	7	1.2%
12. 離職中	7	1.2%
合 計	578	100.0%

勤務形態

N=572

項 目	(人)	(%)
1. 常勤専従	371	64.9%
2. 常勤兼務	157	27.4%
3. 非常勤専従	26	4.5%
4. 非常勤兼務	18	3.1%
合 計	572	100.0%

介護支援専門員としての実務経験年数

N=570

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	10	3.1%	1	0.5%	1	3.1%
2. 1年以上2年未満	23	7.1%	14	6.6%	1	3.1%
3. 2年以上3年未満	38	11.7%	11	5.2%	0	0.0%
4. 3年以上5年未満	61	18.8%	56	26.3%	5	15.6%
5. 5年以上	193	59.4%	131	61.5%	25	78.1%
合 計	325	100.0%	213	100.0%	32	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	103	8.9%
	1-2	拘縮	84	7.2%
	5-6	簡単な調理	68	5.9%
	5-3	日常の意思決定	65	5.6%
	3-1	意思の伝達	52	4.5%
	5-5	買い物	52	4.5%
	5-4	集団への不適応	43	3.7%
	2-2	移動	39	3.4%
	4-14	自分勝手に行動する	37	3.2%
	4-12	ひどい物忘れ	36	3.1%
合 計			579	50.0%

順位 1-1：麻痺

- 1) 「膝を伸ばす動作により確認」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。
- 2) あいまい、分かりにくい、
- 3) 足腰が弱り、立ち上がりや歩行不安定をどうみるか
- 4) 足先、手先が持ち上がるだけで麻痺なしとするのはおかしい。
- 5) 意識障害等で自分の意思で動かせない場合。
- 6) 以前は日常生活に支障の有無だったのが、改正により有・無に変わった。無と筋力低下有の判断は迷う。
- 7) 今までとの解釈の違い
- 8) 動かす事ができれば、筋力低下を認める事の特記事項の書き方に悩む。
- 9) 動かすことはできるが力が入らないケースも麻痺といえるのでは・・・。
- 10) 腕が肩関節まで上がれば、麻痺、拘縮なしとの判断になるが、肩関節がやっとの人は日常生活に不自由があり、その方を麻痺、拘縮なしとすることはしのびない。5m歩ければ歩行できるの判断であるが、5m歩くのがやっとの人と問題なく歩ける人が同じ判断となることに抵抗があります。
- 11) 有無の確認は、なりたてのケアマネには、大変な確認作業になる。

- 12) 確認動作ができて支障がある。
- 13) 確認動作をしない
- 14) 下肢筋力低下で、生活の支障がある事を記入していたが、現在はその点を必要とされておらず、生活の不具合を表現できない。
- 15) 肩の高さや膝関節の伸度はどの程度でいいのか？
- 16) 加齢による筋肉の低下はあり、歩行その他困難だが、伸展は何とかできる場合が多い。
- 17) 自宅での動作確認は自尊心を否定している
- 18) 実際に動かしてもらうのが初めてだった。説明不足。
- 19) 前回と判断基準が違うため
- 20) 全体的に日常動作に直結していない。
- 21) 対象者に動作をさせる事、初めてお会いするのに、実際行ってもらうことに不満顔されてやりにくい。
- 22) たとえば腕は上がるけど、日常の仕事はできないことがあり、特記により詳しく記入しなければいけなくなりました。
- 23) 調査確認方法による有無は、直接身体的レベルに影響しない。
- 24) 調査項目の定義内容と基準
- 25) 調査時の状況によって異なる
- 26) 通常は動かないが、精神的に不穏になると、手足を動かすことがある。
- 27) テキスト通りにすれば、自立であっても、歩行をしてもらったらふらつく。
- 28) 手指の麻痺は該当しない(麻痺があることで日常生活に支障ある。該当しないは不適当)
- 29) 人間生きていくうえで手指の働きはとても大きいですが、この点が無視されています。リウマチ等で拘縮、変形、疼痛の人が日常生活でどんなに不便な生活をしている考えてほしい。
- 30) 寝たきりで理解力の低下がみられるケースで、本人に実際に行なってもらえない場合、ヘルパーや家族から聞き取るが、その情報が正確な内容なのか、迷う事がある。拘縮項目は緊張されるので特に判断しにくい。股関節の拘縮は生活場面のどの部分で判断すべきか迷う。
- 31) 能力低下の度合いの判断
- 32) 膝を伸ばして足を上げれば麻痺はないと判断すること
- 33) 肘が伸展しない方の上肢挙上について。筋力低下になるのか。また、拘縮にチェックできないのか。肘が伸展しないのは生活動作に支障あると思われるが。
- 34) 表現の仕方が難しい
- 35) 変形拘縮、また、寝たきり状態の方への関節制限のある方への動作確認に不安がある。
- 36) 歩行等日常支障があっても、検証する動きは可能なため。
- 37) 歩行不可でもテキストの動作ができれば、なしと判断する所
- 38) 本人の観察が難しい。
- 39) 全く動かない人はほとんどいないです
- 40) 麻痺の程度 1～5 までの理解
- 41) 麻痺やしびれなどの相違点及び痛みとの兼ね合いが分かりにくい。
- 42) ゆっくりと動かしている時(例)頭まで手が立っている右マヒのチェックするが、左手で持ちあげているときの判断に迷う。
- 43) 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。
- 44) 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
- 45) 手指、足趾の欠損の程度 ショパール関節欠損は
- 46) 痛みのある人に対してどの程度やってもらってよいか迷った
- 47) 特に下肢筋力低下ありと書いてもその状態を書けとのことであるが表現の書き方に苦労する。
- 48) 独居、認知。飲む時間を理解する能力については問わないとするも、就寝薬や安定剤など飲む時間の指示が必要ではないか。

49) 独居と介護者がいる場合の整合性が今ひとつ納得できない。

50) 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、困っている事実がなぜ
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

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) 2,3,4 は良いが、足関節の項目がないため、いつも特記に記入しないといけない。
- 3) その他、手指の拘縮がないのがおかしい。
- 4) 仰向けに寝た姿勢、座位で膝の内側が 25 cm 程度開いたとしても、オムツ交換時に支障をきたしている場合は、どのように評価すればよいのか。
- 5) 足関節は含まないこと
- 6) 以前のように日常生活に支障がある時にチェックするようにした方がよい。
- 7) 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。
- 8) 腕が肩関節まで上がれば、麻痺、拘縮なしとの判断になるが、肩関節がやっとの人は日常生活に不自由があり、その方を麻痺、拘縮なしとすることはしのびない。5 m 歩ければ歩行できるの判断であるが、5 m 歩くのがやっとの人と問題なく歩ける人が同じ判断となることに抵抗があります。
- 9) 介助が必要な場合でも、選択できない。
- 10) 拘縮という項目だと、ほとんど動かせない状態に思ってしまう。痛みとの関係は？
- 11) 確認動作が行なってもらえなかった時、家族の確認だけで決める。
- 12) 確認動作ができて支障がある。

13) 加齢による筋肉の低下はあり、歩行その他困難だが、伸展は何とかできる場合が多い。

14) 関節の他動によって痛がるのをどうみるか

15) 工夫して介護していると問題にされないこと

16) 拘縮があるが生活に支障があまりなく、ないにするが悩む

17) 股関節は A4 の横 20 cm 開くとなし。該当する人はいない。

18) これまでは無理せず、動きをみることとなっていたが、今回は動かして確認を行うため、脱臼等がこわい。

19) 自宅での動作確認は自尊心を否定している

20) 実際に身体にふれての確認は、事故のないよう、気をつけなければならない。動かしてよい
か、立ち会う人にも確認し、行なうことができる場合とできない場合がある。

21) 実際にやってもらえない場合

22) 痺れや老化で動かせない等迷う。

23) 上肢は肩だけを対象とし、肘を考えていない。下肢、膝は 90° 曲がればなしとするが、日本の生活では 90° 以上曲げる事が必要な場合も多いと思う。

24) 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

25) 手指、足趾の欠損。欠損なしは評価すべき。

26) 手指は生活する中で大切なのに、拘縮の中に入らないのはおかしい。

27) 入浴は自分でやれる所はやらしてもらおう事であったが、職員が後で洗うと全介助になるとの選択なので迷った。

28) 寝たきりで理解力の低下がみられるケースで、本人に実際に行なってもらえない場合、ヘルパーや家族から聞き取るが、その情報が正確な内容なのか、迷う事がある。拘縮項目は緊張されるので特に判断しにくい。股関節の拘縮は生活場面のどの部分で判断すべきか迷う。

- 29) 肘が伸展しない方の上肢挙上について。筋力低下になるのか。また、拘縮にチェックできないのか。肘が伸展しないのは生活動作に支障あると思われるが。
- 30) 人それぞれなので事実を記入したい。
- 31) 部位がつかみにくい
- 32) 歩行できるが、病的で膝や腕等に拘縮がある場合、介護が必要な人と必要でない人がいる。
- 33) 本人の観察が難しい。
- 34) 股関節の手術をされ、実際に行ってもらえなかったこと。聞き取り不十分であった。
- 35) 全く動かない人はほとんどいないです
- 36) 腰椎や頸椎等の関節の動く範囲の制限を記入するところがない。
- 37) 両肘の拘縮はどこにもあてはまらないのか。
- 38) 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。
- 39) 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
- 40) 拘縮の有無。股関節 25 cm 外側のみの評価で内側への運動かを問わないところ
- 41) 上肢と下肢の決まった部分しか見てない。尖足も問題だと思う。
- 42) 特に下肢筋力低下ありとかいてもその状態を書けとのことであるが表現の書き方に苦労する。
- 43) 独居と介護者がいる場合の整合性が今ひとつ納得できない。
- 44) 麻痺自体は無いが、今までは筋力低下で動けない場合もありにしていた。特記事項には記入しているものの、回答に迷うときがある。

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 「簡単な」の定義が老人に不釣り合い。
- 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

- 行っており、主菜・副菜も家族が作っている場合の判断。
- 3) 3,4,6 の内容が抽象的で具体的な質問項目にして欲しい。(簡単な調理とはどんなものか？男と女でもちがってくる)
- 4) 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。
- 5) ある程度の支援があれば可であるがされていないと不可になる
- 6) 一部介助か全介助か
- 7) おかずを作る行為の方が頻回に行われているが設問にない。
- 8) 介助を受けていない独居の方の悲惨な食事を見ると、判断に迷う。
- 9) ガイドラインがおそまつ。レンジが使えるか？は意味が分からない。
- 10) 過去 1W 間で状況が変化した場合
- 11) 家族が仕事で日中いず、実際はどのようにして食事しているか分からない。
- 12) 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。
- 13) 経管が「できる」はおかしい。
- 14) 行為自体を対象にすべき
- 15) この項目が調査にプラスになるとは思えない。
- 16) 自分で行なう能力があっても、介助をしてもらっている人は、一部介助等の判断になり、実際の能力で判断すべきでないかと思います。人に対する依存心の強い人が介護度が重くなるのではないかと心配します。
- 17) 十分な能力があると思われるが、面倒なので、やらないと答えられた場合
- 18) 炊飯、過熱、即席めんの調理の 3 項目のみで判断しにくい。

- 19) 炊飯のみしかできず、声かけ、見守りがないとできない場合はどうなるのか？
- 20) 炊飯は調理とは言えない。
- 21) 調理が出来るかどうかを見るべき。
- 22) 調理しなくても買って来た弁当をそのまま食べて、出来るになる
- 23) 胃ろうしている人は調理不要となり、警告コード出る。
- 24) 独居であれば能力がある、ないにかかわらず行なわなければならない、同居していれば、自立している方でも介助となる。矛盾するのでは。
- 25) 独居で認知の場合
- 26) 独居は詳しく書く必要あり
- 27) レトルト食品等をレンジで温めるだけだが、できるの判定になる。
- 28) 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
- 29) 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
- 30) 簡単な調理について「炊飯」「弁当、惣菜、レトルト食品の加熱」「即席めんの調理」に限定されており、お茶・コーヒーの準備は含まれず、マニュアルを一読しないと判断に迷う
- 31) 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。
- 32) 生まれた時から調理は行ったことがない人（男性）がいる中で、介助の方法を問うて意味があるのか？介護保険を利用する人たちはレトルト食品や、冷凍食品、即席めんを利用する人のほうが少ない。弁当や惣菜すら嫌がるので当人に能力があっても、弁当より安いヘルパーの生活援助の利用になっている。
- 33) 調理をしておらず、惣菜を購入しなければならぬ場合、調理をするとすれば介助がいるという判断にはならないのか？

34) 能力はあるが男性の場合昔からの習慣がなく家事は女性が行うこととしており行っていない場合

順位 5-3：日常の意思決定

- 1) 「特別な場合」と「日常的困難」との間くらいのレベルの人がいるので、選択に迷う。
- 2) 「日常的に困難」を選択する基準が分かりにくい。
- 3) 1と2、2と3の区別難しい
- 4) 3-1との違いが分かりにくい。
- 5) 意思決定はしているが、あきらかに妥当な判断をしていない場合
- 6) 介助者の答えがはっきりしない
- 7) 解説が少なく、分かりにくい。
- 8) 暮らしの中の特別な場合の状況
- 9) 限定した方が公平、公正に出そう。
- 10) 困った時に他者に援助を求められるか否かで、判断している。
- 11) 最近認知症が出てきたのでは?と疑われる独居の方の判断
- 12) しっかりしていても、思いを隠している人もいるし、認知があれば、様々である。
- 13) 質問の仕方難しい。
- 14) 好き嫌いと言える。判断が正しいか、立場によって違うことがある。
- 15) その場での受け答えがはっきりされており、日常のことがつかめない事あり。
- 16) 調査時だけ会って判断するのは無理
- 17) 伝達ができなくても本人が意思決定できれば良いのですが、家族は本人が伝達しない限りできないと思っているためずれが生じる。また独居の場合日頃の状況が得にくい。
- 18) 日常ではできているが、時々できない基準の判断

- 19) 日常の…の何が決定できるのか、など1つでもできれば可となることが多い。
- 20) 本人の判断能力×の場合
- 21) 意志の決定について「特別な場合を除いてできる」は判断の基準として必ずしも意志を伝達しなくても良く、理解をした上で表現されれば可能である事から、調査時、聞き取り方法により、誤差が生じる可能性有り。
- 22) 家族との生活であるので家族の判断になる
- 23) 決定的なものは、何で判断したらよいのか悩みます
- 24) 自分の判断となるため
- 25) 実際に介護が行われている場合や何もやられていないときの場合の選択項目
- 26) 寝たきりの人の場合
- 27) 人との会話はできるが普段の生活では言われるままで判断する環境にないのは「できる」か
- 28) 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 3-1：意思の伝達

- 1) 意思伝達も何ができると良いのかよく分からない。
- 2) 意思の基準が分かりにくい。
- 3) 意思の伝達を確認できないことが、本人・家族の回答の中にあって、日課を一口に言っても個人差がある
- 4) 家族の話と本人のその日の状態に差がある。
- 5) 首ふり等のみでのコミュニケーションのとき
- 6) 言葉によらず介護者だけに伝わる場合、迷う。
- 7) 失語症、認知症があり、意思の伝達を特記事項に記入の際、とまどうことが多い(家族や介

護者が伝えている事と、実際の本人から感じる事が異なる場合)

- 8) 質問に答えられないのは難聴の時もある。
- 9) 自分の言いたい事を一方的に言うので会話できない。
- 10) 選択基準があるが、抽象的である。
- 11) その場での受け答えがはっきりされており、日常のことがつかめない事あり。
- 12) ときどきとほとんどの区別難しい
- 13) 独居の場合等意思決定と同じになってしまう。
- 14) 認知症があっても、外部の人が来れば、受け答えはハッキリしており、その場でどの程度の内容であれば伝達できるのか。判断に迷う。家族からの情報についてもあいまいな場合が多い。
- 15) 能力があっても伝達しづらい時
- 16) 意見を伝える気持ちや能力のない人はどう判断するのか
- 17) 口数が元々少ないのか伝達する意欲がないのか・・・で迷う
- 18) 失語症で 本人から発語はない為、すべてに声かけをしている。何でもうなずくが、ハイかイエエか? 介護の手間が評価されない
- 19) 伝達する意思の内容の合理性を問わずチェックし特記に記入とあるが、特記に記入しても反映されているかどうか疑問。内容を問わずして意思の伝達と言えるのか?
- 20) 認知症の人の意思の確認の見極めが難しい

順位 5-5：買い物

- 1) 「食材等の日用品を選ぶことあるが、買物の量について記載なく判断しにくい。
- 2) ある程度の支援があれば可であるがされていないと不可になる
- 3) 一部介助と全解除の判断

- 4) お菓子等好きなものは選べるが日用品は家族が行っている時の選択
- 5) 買物で家族がいる場合は全介助の事が多く、大変な想いで買物している独居は一部介助や、見守り?になるのが変な感じがする。
- 6) 買い物は自分ですることができない。介助されていないを選んだが、土日は人が買い物をしてくるので全介助になる。
- 7) 行為自体が発生しなく、介護が行われてないと、「できる」の判定はおかしい。
- 8) 行為自体を対象にすべき
- 9) 個人の努力やこだわりが反映されない。
- 10) この項目が調査にプラスになるとは思えない。
- 11) 自分で行なう能力があっても、介助をしてもらっている人は、一部介助等の判断になり、実際の能力で判断すべきでないかと思います。人に対する依存心の強い人が介護度が重くなるのではないかと心配します。
- 12) 食材等の日用品の範囲が分かりにくい。
- 13) つけで買い物をする場合の金銭感覚の有無
- 14) 独居は詳しく書く必要あり
- 15) 日用品の程度はふだんからまかせている場合が多い。人間関係や男女差もある。
- 16) 能力はあっても機会がなければ「全介助」判断が維持できない
- 17) 店まで本人が行けないことや、重い荷物が持てずに買物を代行してもらっている場合で、仮払いであとに清算する時、何に該当するか判断できない
- 18) 在宅・施設、介護者のあるなしで左右される項目
- 19) 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、返品もできない。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
- 20) 買い物について「介助されていない」「見守り」の判断基準が有り、マニュアルの説明記載

内容が細かすぎて判断に迷うことが有り。

- 21) 買い物と一緒に行き計算能力があっても支払いが家族がしている場合
- 22) 買い物に行けなくても、購入したい内容を伝えることが出来れば、一部介助になる。

順位 5-4：集団への不適応

- 1) 1～2 回通所等を利用したが行きたくないといって利用をやめたとき、不適応としているのか？
- 2) 4-14 との区別
- 3) 行くには行くが、近隣との交流がない場合の判断。
- 4) 外出できない人
- 5) 孤独を好む人は問題行動か
- 6) 集団(デイ等)の中へ行きたがらないという家族の訴えを逸脱した行動ととしてよいのか迷う。
- 7) 集団生活機会のない方への開き方。
- 8) 集団に参加することを好まない方でも、他人との交渉、付き合いのいい方もおり、判断にまよう。
- 9) 生来のわがままなのか考慮すべき。症状なのかむずかしい。
- 10) デイでの問題行動があっても不適応と判断されない
- 11) どの程度が集団行動に適応していないとか、判断できない。(調査内容のおおむね1週間内とあるが、1週間の行動等も覚えていないときがある)
- 12) ヘルパーのみの利用については不適応が分らず、新規申請に関しては不明であると思われる。
- 13) 在宅の調査時は家族の把握ができていない場合が多い
- 14) 実際に介護が行われている場合や何もやられていないときの場合の選択項目

15) 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。

順位 2-2：移動

- 1) 「外出行為は含まない」ことから、一歩庭へ出れば、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) 1～2mの移動のみ行える人が多い
- 3) 家でははってでも移動できる。外出の機会がなければ、「介助されていない」となる。
- 4) 家の中では這っており、外出時車イスにのせるのを自立とするのはどうか。
- 5) 移動と歩行は同じではないかと思う。
- 6) かなり不安定で危なっかしい方も独居では、介助されていないになってしまうか…
- 7) 環境によりできるところとできないところがある。
- 8) 車いすで屋内では自立でも、屋外や段差は全介助
- 9) 常時の見守りをされている方は少なく、1日に数回という方が多い。
- 10) 前回の視点と違うため
- 11) 寝たきり→自立→おかしい
- 12) 一人暮らしの場合、見守り必要でも介助なしとなる。
- 13) 麻痺との区別が依然つけにくく、やはり特記の記入が多くなりました。
- 14) 家では寝たきりでベッドから離れることがないが週2～3回のデイの時には全介助にもかかわらず、「介助なし」になるのは納得できない。
- 15) 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。

16) 独居の方等で、介助が必要な方が不足となっている介助を選択する時

17) 歩行可能だが、認知症に必要な場所まで行けず、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 4-14：自分勝手に行動する

- 1) 「ある」の具体的な記載例を示して欲しい。
- 2) 「著しく逸脱した状況」の判断難しい
- 3) 「支障は関係ない」ことから、介護者の苦痛など選択肢に含めずにいるため、迷う。
- 4) 3 - 8、3 - 9、4 - 9、4 - 14は似た項目なのですが、何故こういう項目が増え、火の不始末や幻覚・幻視等の項目が減ったのか悩みます
- 5) 5 - 4との区別
- 6) ある、なしを問う項目であるが、介護者の対応等細かな記載が必要
- 7) 介護者へ価値判断
- 8) 質問がしにくい
- 9) 自分勝手な行動に関して、性格的な身勝手に含まれないとあるが、その現実があり、実際介護負担がある場合の判断。
- 10) 周囲の状況に合致しなければ性格等は関係ないのでは？
- 11) 初回訪問では状態像がつかみにくい。
- 12) 性格的な問題と逸脱した行動の区別が難しい。家族が支障と感じた事も性格の偏りであれば記入できない。認知症の進行としてとらえることができないのか。
- 13) 性格を性格でないか判断しにくい。
- 14) その人の意思で行動する場合に問題行動
- 15) 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が問題となる行動

かの判断がしにくい。

- 16) 認知症により、性格が迷惑をかけている場合の判断
- 17) 耳が聞こえず周囲の状況が分からない。目も見えない
- 18) 家族の訴えをそのまま書くこととなり、自分の判断となるため
- 19) 家族や周囲が性格だからと思っていたり、昔からだからと思っていると「なし」になると言われるが、明らかに周囲が見てもおかしいのに「なし」はおかしいと思いながらチェックしている。特記には状況を細かく説明。
- 20) 本人の性格とは関係ないとの事です、同項目に該当する利用者は重度の精神障害者しかいないのではと思ってしまいます。現状では、本人のワガママや認知症はなくても自分の話ばかりするのみで、人の話を聞こうとしない利用者もいらっしゃいます。そういった場合にはチェックができるようになればと思います。

順位 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 「ある」の具体的な記載例を示して欲しい。
- 2) 「物忘れによって起因する行動」の解釈が調査員個々が違い、判断しにくい。
- 3) 「支障は関係ない」ことから、介護者の苦痛など選択肢に含めずにいるため、迷う。
- 4) 3 - 8、3 - 9、4 - 9、4 - 14は似た項目なのですが、何故こういう項目が増え、火の不始末や幻覚・幻視等の項目が減ったのか悩みます
- 5) 明らかに物忘れがあるが、家族や関係者などから、エピソードを確認できないことがある。
- 6) ある、なしを問う項目であるが、介護者の対応等細かな記載が必要
- 7) 家族が困っている点など独居の場合わかりにくい
- 8) 起因する行動の有無。
- 9) 質問内容が漠然としているため、難しい。

10) 歳相応の物忘れとの区別が難しい。3-4と重複する。

- 11) 特記事項が多すぎて、どこまで書いてよいのか分からない
- 12) どの程度からひどいと判断するのか
- 13) どの程度日常生活に支障があるのかわかりづらい
- 14) 何かに限定してチェックする方法を。
- 15) 認知症の方の物忘れの判断が難しい。
- 16) ひどい物忘れを感じるのは、相手によって(調査員)差があると思う。家族がいない場合の判断がややふやと思う。施設に入ってた時から、在宅に戻った時、マークシートに大差があって、あきらかに施設が重くつけていると感じたが、在宅でこれを基準にする事もなく、正しくつけた。
- 17) 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。
- 18) 家族や周囲が性格だからと思っていたり、昔からだからと思っていると「なし」になると言われるが、明らかに周囲が見てもおかしいのに「なし」はおかしいと思いながらチェックしている。特記には状況を細かく説明。
- 19) 今改定で取り方が変わった項目群の一つ。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ダメとか言う
- 20) 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かい離が甚だしい
- 21) 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？

) その他の項目

調査項目	(人)	(%)	調査項目	(人)	(%)	調査項目	(人)	(%)
1-3 寝返り	8	0.7%	2-10 上衣の着脱	13	1.1%	4-9 一人で出たがる	5	0.4%
1-4 起き上がり	13	1.1%	2-11 ズボン等の着脱	9	0.8%	4-10 収集癖	3	0.3%
1-5 座位保持	17	1.5%	2-12 外出頻度	7	0.6%	4-11 物や衣類を壊す	1	0.1%
1-6 両足での立位	8	0.7%	3-2 毎日の日課を理解	33	2.8%	4-13 独り言・独り笑い	14	1.2%
1-7 歩行	24	2.1%	3-3 生年月日をいう	12	1.0%	4-15 話しがまとまらない	19	1.6%
1-8 立ち上がり	11	0.9%	3-4 短期記憶	25	2.2%	5-1 薬の内服	17	1.5%
1-9 片足での立位	14	1.2%	3-5 自分の名前をいう	4	0.3%	5-2 金銭の管理	25	2.2%
1-10 洗身	10	0.9%	3-6 今の季節を理解	9	0.8%	6 その他 過去 14 日間 に受けた特別な医療	9	0.8%
1-11 つめ切り	6	0.5%	3-7 場所の理解	9	0.8%	合計	581	50.1%
1-12 視力	8	0.7%	3-8 徘徊	9	0.8%			
1-13 聴力	2	0.2%	3-9 外出して戻れない	6	0.5%			
2-1 移乗	35	3.0%	4-1 被害的	4	0.3%			
2-3 えん下	10	0.9%	4-2 作話	13	1.1%			
2-4 食事摂取	14	1.2%	4-3 感情が不安定	16	1.4%			
2-5 排尿	32	2.8%	4-4 昼夜逆転	10	0.9%			
2-6 排便	24	2.1%	4-5 同じ話しをする	22	1.9%			
2-7 口腔清潔	8	0.7%	4-6 大声を出す	4	0.3%			
2-8 洗顔	2	0.2%	4-7 介護に抵抗	21	1.8%			
2-9 整髪	10	0.9%	4-8 落ち着きなし	6	0.5%			

-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)	(%)
	5-5	買い物	30	5.8%
	5-6	簡単な調理	30	5.8%
	1-1	麻痺	29	5.6%
	1-2	拘縮	29	5.6%
	2-2	移動	26	5.0%
	2-1	移乗	23	4.5%
	3-1	意思の伝達	21	4.1%
	5-3	日常の意思決定	19	3.7%
	4-14	自分勝手に行動する	18	3.5%
	5-4	集団への不適應	18	3.5%
合 計			243	47.1%

順位 5-5：買い物

- 1) 「一部介助」を選択する具体例をもう少し記載してほしい。新しい項目で判断できない。
- 2) 一部介助と全介助の区別をどう判断するか。
- 3) 買物へ行けるのに行かないこと
- 4) 買物を依頼した場合、支払いの仕方、立て替えてもらうと一部介助になる。お金を事前に渡せば、介助されないになるのか？
- 5) 家族が返品、清算しなければ、介助されないとなる？
- 6) 家族に頼んで、買ってきてもらう事と、ヘルパーに頼むものの違いが分からない。
- 7) 宅配については自立でヘルパーさんに依頼した場合は一部介助の違いがあいまいでわかりにくい。
- 8) 注文がない
- 9) 妻と二人でカートと杖を使って二人で行く。
- 10) 電話で注文。自立はおかしい。
- 11) 入院、入所の買物と在宅者の買物の判断基準の違い
- 12) 認知症の人は自分が買いたい物を買えるが、必要なものは買えないことがある。もっと具体的な例を書いてほしい。
- 13) まだ慣れない
- 14) 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。
- 15) 異なった選択が生じやすい例
- 16) 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。)

- 17) 特記事項の例示が少ない。
- 18) 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 5-6：簡単な調理

- 1) 「一部介助」を選択する具体例をもう少し記載してほしい。新しい項目で判断できない。
- 2) 新しい項目なのでまだなれない
- 3) お弁当を食べるのみは介助をされている(電子レンジが使えない場合はあるのに……)。
- 4) 介護者がいないのに介助が必要は良く分からない
- 5) 家族いたり、誰か持ってきたりしたら
- 6) 機会がない場合と介助されていない場合の選択肢が異なることがややこしい。
- 7) 決めにくい
- 8) 調理内容
- 9) 独居でレトルト食品をそのまま食べているのが、なぜ、介助なしになるのか。
- 10) 能力があるのに全介助
- 11) 本来は調理が必要であるものを行っていないという理由だけで「できる」はおかしい。
- 12) レトルト以外の例は？
- 13) レンジ使えない。できる選択はおかしい。
- 14) 異なった選択が生じやすい例

- 15) 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。買い物に行かれず、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。

- 16) 特記の意味が不明

- 17) 特記事項の例示が少ない。

- 18) 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 惣菜を持ってくる日もある。あるもので食べている。一部介助？

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』、とあるのに、筋力低下の事例がない
- 2) 足を上げられるとなし
- 3) 確認動作は行なえるが、日頃の状況から、明らかな能力低下がある場合
- 4) 変わりすぎ
- 5) 質問の誘導が細かく生活の支障まで聞かなければ記せない
- 6) 上下肢の上がる角度や方向
- 7) その他が欠損のみ？
- 8) その他が、欠損のみとなったことで、手の指の拘縮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、項目にあればと思う。
- 9) テキスト通りではないこと多くあいまい
- 10) 手指上下肢のしびれはないというところ
- 11) どのくらい、関節の伸展ができるのか？
- 12) 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。

- 13) マークシートにチェックを入れて特記に書く時、いつも同じ内容になる。自分でも変と思う。もっと細かく書き込めるようにしてほしい。なぜ麻痺というのか？今もって理解できない。
- 14) まだ慣れない
- 15) 痛みがあって動かせない人など
- 16) 一人暮らしで、見守りが必要な状態であるのに、役所から出来るのなら「介助されてない」となるといわれた。
- 17) 介助の手間が評価されない
- 18) 測定時の状況を書くので良いのか？筋力低下等があることで生活の支障になっていることを書いてよいのか
- 19) 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
ないのか。(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) 90°曲がると拘縮はなし。
- 4) 肩関節や他の関節も疼痛のために動く範囲に制限がある。日常生活に支障に関して
評価しないなど。
- 5) 拘縮もなかなか反映されない
- 6) 実際と本人の言うことが違う場合
- 7) 質問の誘導が細かく生活の支障まで聞かなければ記せない
- 8) 重度の寝たきりの方の確認方法

- 9) 説明がくどい
- 10) 前回と判断が違っている。
- 11) テキスト通りではないこと多くあいまい
- 12) 手指、足指欠損も該当するのではないか
- 13) どのくらい、関節の伸度ができるのか？
- 14) 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。
- 15) まだ慣れない
- 16) 一人暮らしで、見守りが必要な状態であるのに、役所から出来るのなら「介助され
てない」となるといわれた。
- 17) 介助の手間が評価されない
- 18) 拘縮の有無。股関節 25 cm外側のみの評価で内側への運動かを問わないところ。

順位 2-2：移動

- 1) 「より頻回な」という表現により、3回/日あっても「自立(介助なし)」とは納得
できない。実際介助している。
- 2) 家の中の状態、ひとりの状態。転倒の有無。
- 3) 移乗、移動の機会がないから自立？
- 4) 移動で毎回見守りしていないが、転倒の恐れがあるので判断に迷う。
- 5) 重度の寝たきりで「移動」が全く発生しないことはない。
- 6) 食堂や浴室への車イスでの介助で自立はおかしい
- 7) どの目的場所までの移動をいうのか不明
- 8) 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。
- 9) 普段、どういう状態の時に見守っているかを書く。

- 10) 本人に能力があるのに、介助しているという表現がぬけている。
- 11) もっと具体的な説明を
- 12) 一人暮らしで、介助したほうが安全な状態であるのに、役所から出来るのなら「介助されてない」となるといわれた。
- 13) 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。
- 14) 特記の例が不足と思われる
- 15) 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めます
- 16) 歩行項目との違い。変動がある。

順位 2-1：移乗

- 1) 「介助されていない」事例が多い
- 2) (3) -3 能力の問題と介助の方法の問題の両方が入ってくる項目で、寝たきりで移乗が出来ない問題とジョクソウと清拭の問題で臀部を動かせるか動かせないで判断する問題との間に矛盾は無いのか (少し無理が有るのではないか)
- 3) 独居で介助が行われていないにもかかわらず、介助なし。ではなく一部介助を選択するのは論理が不整合。そもそも自立と介助なしとを1つにまとめることが不適切。
- 4) 家の中の状態、ひとりの状態。転倒の有無。
- 5) 移乗、移動の機会がないから自立?
- 6) 介護者が手を添える、体を支えると運ぶの境界線。

- 7) 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
- 8) 重度の寝たきり、移乗していない場合、自立となる
- 9) 重度の寝たきりで体位交換など毎回発生している。「移乗」の機会が全くない状況は考えられない。
- 10) 臀部を動かしているのに、全介助?
- 11) 独居の判断が不明確
- 12) 普段、どういう状態の時に見守っているかを書く。
- 13) ベッドから車イスへ介助で自立とはおかしい。
- 14) 一人暮らしで、介助したほうが安全な状態であるのに、役所から出来るのなら「介助されてない」となるといわれた。
- 15) 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。
- 16) 本人の生活習慣で以前から口腔清潔をしてない場合は「介助されてない」を選択とあるが、そういう人が施設に入った場合は介助にてしていくと思う。介助されてないと自立が同じ1というのはいかがなものか?
- 17) 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 3-1：意思の伝達

- 1) 2,3の差? (時々できるとほとんどできない)

- 2) 一時的に話ができる認知症の場合
- 3) 具体的な例をもっと書いてほしい。
- 4) 限定された内容のみ、ほとんど伝達できないとあるが、ときどき伝達できる方に考えてしまう。
- 5) 抽象的すぎる
- 6) 認知のある人、耳が遠く、質問が聞き取りにくい人などがあり、とてもあいまいな質問の仕方になったりする。
- 7) 日頃の状況を反映する事例がほしい。
- 8) 身振りからがよく分からない
- 9) 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
- 10) 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。どういうことか？」

順位 5-3：日常の意思決定

- 1) 「特別な場合」がわかりにくい。
- 2) 「日常的に困難」と「できない」の区別がよく分からない
- 3) 家の中の場合、何を見て判断するのか？
- 4) 多くの決定があるので、基準に迷う。
- 5) 具体的な例をもっと書いてほしい。
- 6) 抽象的すぎる
- 7) テレビや着る服に興味のない方の場合
- 8) 特記事項が書きにくい
- 9) 認知のある人、耳が遠く、質問が聞き取りにくい人などがあり、とてもあいまいな

質問の仕方になったりする。

- 10) 例を見てもうまく相手に伝わらず、支障あります。はっきりできる、できないの場
合はいいのですが、あいまいな場合は、いつも難儀します。
- 11) 異なった選択が生じやすい例
- 12) 本人の能力と、生活意欲の低下で意思を表出することをしない人によるものの違い
を具体的に記載してほしい。

順位 4-14：自分勝手に行動する

- 1) 「ある」の方の例を出してほしい。
- 2) 具体的な内容の記入例をもっとあげてほしい。
- 3) 施設に聞かないと分からない場合
- 4) 自宅よりもデイサービスやショートステイ先にいる時間が長い場合、自宅では問題
ないのに、デイサービスの時だけ問題があればそれも反映されるのか？判断できない。
- 5) 自分勝手と身勝手の差が不明
- 6) 自分勝手なので不適應になると思うが。
- 7) 抽象的すぎる
- 8) 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が問題と
なる行動かの判断がしにくい。
- 9) どういった行動が自分勝手なのか。徘徊や落ち着きなして評価できるのでは。集団
への不適應と同じでは。
- 10) 特記事項の例示が少ない。
- 11) 本人に目的があれば該当しない？

順位 5-4：集団への不適応

- 1) 「明らかに周囲に合致しない行動」判断できない
- 2) 「ある」と判断する例があった方がよい。
- 3) 意識障害、集団活動に参加する可能性がないという事例。
- 4) 逸脱した行動とはどの程度のことなのか。
- 5) 元来の性格であっても、デイにいけない事は家族にとっては大きな負担ではないか。
- 6) 受診時に具合が悪くなる人がいた。
- 7) 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が問題となる行動かの判断がしにくい。
- 8) 頻度の評価はおかしいと思う。
- 9) 本人の性格からか、認知により起きるか判断しにくい場合がある。
- 10) 本人の反応と職員の対応の書き方が難しい。
- 11) もっと具体的な説明を
- 12) 異なった選択が生じやすい例
- 13) 著しく逸脱した行動での例が欲しい。
- 14) 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)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-3	寝返り	4	0.8%	2-12	外出頻度	3	0.6%	4-12	ひどい物忘れ	16	3.1%
1-4	起き上がり	3	0.6%	3-2	毎日の日課を理解	15	2.9%	4-13	独り言・独り笑い	7	1.4%
1-5	座位保持	2	0.4%	3-3	生年月日をいう	1	0.2%	4-15	話しがまとまらない	11	2.1%
1-6	両足での立位	1	0.2%	3-4	短期記憶	8	1.6%	5-1	薬の内服	9	1.7%
1-7	歩行	12	2.3%	3-5	自分の名前をいう	1	0.2%	5-2	金銭の管理	9	1.7%
1-8	立ち上がり	6	1.2%	3-6	今の季節を理解	1	0.2%	6	その他 過去 14 日間 に受けた特別な医療	4	0.8%
1-9	片足での立位	6	1.2%	3-7	場所の理解	1	0.2%	合計		272	52.8%
1-10	洗身	9	1.7%	3-8	徘徊	3	0.6%				
1-11	つめ切り	5	1.0%	3-9	外出して戻れない	3	0.6%				
1-12	視力	3	0.6%	4-1	被害的	2	0.4%				
1-13	聴力	3	0.6%	4-2	作話	9	1.7%				
2-3	えん下	9	1.7%	4-3	感情が不安定	13	2.5%				
2-4	食事摂取	13	2.5%	4-4	昼夜逆転	5	1.0%				
2-5	排尿	15	2.9%	4-5	同じ話しをする	9	1.7%				
2-7	口腔清潔	3	2.1%	4-6	大声を出す	2	0.4%				
2-8	洗顔	3	0.6%	4-7	介護に抵抗	8	1.6%				
2-9	整髪	2	0.6%	4-8	落ち着きなし	4	0.8%				
2-10	上衣の着脱	7	0.4%	4-9	一人で出たがる	1	0.2%				
2-11	ズボン等の着脱	8	1.4%	4-10	収集癖	2	0.4%				

-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	88	11.4%
	1-2	拘縮	66	8.8%
	2-2	移動	46	6.1%
	1-7	歩行	39	5.2%
	2-5	排尿	38	5.1%
	2-1	移乗	36	4.8%
	2-6	排便	29	3.9%
	4-12	ひどい物忘れ	25	3.3%
	5-6	簡単な調理	22	2.9%
	5-3	日常の意思決定	21	2.8%
合 計			407	54.4%

順位 1-1：麻痺

- 1) 筋力低下して歩行できないが可動範囲がある・なしを記入必要
- 2) 動作は確認できても日常生活上支障となることが多いため
- 3) 90°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。
- 4) 足が上がらない状態ではないが、すり足や小巾歩行で伝え歩きをしている状態の場合、筋力低下にチェックを入れてよいのかどうか迷う。
- 5) 医療的な麻痺や拘縮がない限り書くことがないのではないかと思います。実際は書いているが。また、膝が90°以上屈曲できない場合も該当せず、実際の状態像が審査会に伝わるのか、不安がある。
- 6) 介護に支障があるなしでの選択ではなくなったため、有無だけの選択では、身体状況が伝わりにくい。
- 7) 確認動作は行なえても、動作困難や痛みを訴えられる方が多い。90°曲がるがそれ以上は不可など。
- 8) 頑張ればできるので行なっているが、介助が必要である旨を書く。
- 9) 筋力低下あり、転倒しているが、足は上がるので
- 10) 筋力低下を評価する部分がない。
- 11) 具体的に状態がわからないと支障となっている状況が伝わりにくい
- 12) 実際に動作をやってみて確認すると、しっかり記入できる。足や手がテキスト通りの動きができて、日常生活には支障がある人が多く、「できる」を選択しても、より具体的に書かなければ状態を伝えにくい。
- 13) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 14) 状況が分からない。わかりにくいと行政から返されてくる。

- 15) 水平に挙上出来ても、着替え等は困難。
- 16) 生活状況においての困難さについて必要
- 17) 選択肢の範囲が限定されており、実態を反映しにくい。
- 18) 欠損のみとなったことで、手の指の拘縮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。
- 19) チェックだけでは本人や介護者の大変さが伝わらない。
- 20) 調査員の考え方により判断がかわる可能性があるものは必要と考える。
- 21) 手が上がっても使えない麻痺がある。
- 22) 動作が行なえるが、筋力低下があり、実際には日常生活に支障がある時、「できる」でまとめて良いが(1)はできても日常生活に支障がありと書くべきか他の動作で(1-7)(1-8)などで特記してわかるからよいものか、書くべきか迷う。
- 23) 動作確認を行なっても、ない、ある、だけの判断で、実生活に影響があるか伝わらない。
- 24) パーキンソン病など神経疾患の人
- 25) 判断基準に適合しないケースが多いから。
- 26) 人により全て状態が違うため
- 27) 表現するのが難しく、必要度の記入が困難
- 28) 部位によって程度が異なり、一番重要なもの
- 29) ほとんどチェック「あり」とはならないため支障になっている事を記入。
- 30) 本人の身体状況が伝わりにくい。
- 31) 全く動かない人はいないが、歩行が困難な方はたくさんおられる
- 32) 麻痺が確実にあり、見て分かるのに、調査でやってもらおうとできる。書くのに苦労する(病名もついている)。
- 33) 麻痺等の有無の基準が極端なため

- 34) 麻痺のあるなしでは生活援助の基準とずれる。 ケアマネが書いた調査書の聞き取りを役所の担当の人が行なう。とても高圧的だと思うことがある。
- 35) 麻痺はないが、筋力低下、浮腫等、明らかに歩行に支障がある状態の人の時。
- 36) 麻痺や筋力低下、関節制限あってもできること、できないこと皆違う。
- 37) 目的動作の確認だけでは状態は伝わらない
- 38) 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。
- 39) 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

順位 1-2：拘縮

- 1) 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
- 2) 90°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) 足が上がっても立ち上がれない。
- 4) 確認動作は行なえても、動作困難や痛みを訴えられる方が多い。90°曲がるがそれ以上は不可など。
- 5) 肩関節に疼痛があるが、腕を上げることができる(制限なし)。しかし重いものや字を書くことはできない
- 6) 可動域制限あり。日常生活に支障あるが、挙上できるので。
- 7) 頑張りばできるので行なっているが、介助が必要である旨を書く。
- 8) 具体的に状態がわからないと支障となっている状況が伝わりにくい
- 9) 実際に動作をやってみて確認すると、しっかり記入できる。足や手がテキスト通りの動きができて、日常の生活には支障がある人が多く、「できる」を選択しても、より具体的に書かなければ状態を伝えにくい。

- 10) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 11) 選択肢の範囲が限定されており、実態を反映しにくい。
- 12) 手の指の拘縮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。
- 13) チェックだけでは本人や介護者的大変さが伝わらない。
- 14) 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
- 15) 判断基準に適合しないケースが多いから。
- 16) 人により全て状態が違うため
- 17) ほとんどチェック「あり」とはならないため支障になっている事を記入。
- 18) 全く動かない人はいないが、歩行が困難な方はたくさんおられる
- 19) 麻痺、拘縮がある、なしだけで判断するにはあまりに危険であり、特記事項で具体的に記入するよう努めている。
- 20) 麻痺が確実にあり、見て分かるのに、調査でやってもらうとできる。書くのに苦労する(病名もついている)。
- 21) 麻痺や筋力低下、関節制限あってもできること、できないこと皆違う。
- 22) リウマチで手指関節が曲がり、生活動作に難儀しているが、手、足指についてはチェックが入らない。
- 23) 拳上制限の範囲の記入必要
- 24) 拘縮の有無。股関節 25 cm 外側のみの評価で内側への運動かを問わないところ。
- 25) 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ため。
- 26) 他動で動かせたとしても自力で動かせないから介助を必要としていることが評価されない。

順位 2-2：移動

- 1) 一連の介助方法記入必要なため
- 2) 外出は含まないが、危険なので介助しているため
- 3) 行動パターンにより介助の方法、内容が違ってくるため、きちんと記入
- 4) 細かい状況を伝えないと判断しにくいと感じるため。
- 5) 室内なのか屋外なのか、家や通所先等すべて違うため
- 6) 選択肢の範囲が限定されており、実態を反映しにくい。
- 7) チェックだけでは本人や介護者的大変さが伝わらない。
- 8) 日常の動作を把握しやすい項目であると考えため
- 9) 頻度や時間帯によって、状況や介護量が変わるから。
- 10) 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。
- 11) 歩行困難や下肢筋力の低下があるとき、独居の方は必ず記入しないと伝わらない。
- 12) 外出できないことを不便に思っているが室内の場合のみしか問われない為
- 13) 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、介護の内容に差があるため
- 14) 痛みやその困難さが伝わらない

順位 1-7：歩行

- 1) 麻痺や拘縮で日常生活の支障によっての判断は含まなくなったのでなぜ立てないのか歩けないのかなどの記入が必要なため
- 2) 5m歩けると判断するには程度差があるため、特記事項で現状を伝えるようにしている。
- 3) 移動のところと関連してくると思うので、状況を伝えたい。

- 4) しびれ、関節リュウマチの指の動きが、認定結果に出ない
- 5) 選択肢の範囲が限定されており、実態を反映しにくい。
- 6) チェックだけでは本人や介護者の大変さが伝わらない。
- 7) 杖や老人車の使用、どの程度つかまっているか、足は上げられない。
- 8) 杖を使用し、特に支障なく歩ける人と例えば脊髄小脳変性で所々につかまりながら、ようやく歩いている人との状態の程度には、差がある。
- 9) つかまらなくても不安定なことが多い。オン・オフがある人や変動のある人。
- 10) 独自性の高い項目は説明が必要

順位 2-5：排尿

- 1) 移動は評価されないが、特記に記入している。
- 2) 介護者が不安や負担を感じている場合が多い。
- 3) 介助がどれだけ必要か伝えるため
- 4) 介助の方法や本人のADL など詳しく書く必要あり。
- 6) 細かい状況を伝えないと判断しにくいと感じるため。
- 7) 失禁の後始末など介護の手間が大きい。
- 8) 自立しているところ、介助を必要とするところ

順位 2-1：移乗

- 1) 一連の介助方法記入必要なため
- 2) 介護者が手を添える、体を支えると運ぶの境界線。
- 3) 行動パターンにより介助の方法、内容が違ってくるため、きちんと記入
- 4) 全てにおいて詳しく説明しておかないと聞き取りでも良く伝わらなかったりする。

- 5) 生活の場面により変わるので
- 6) 選択肢の範囲が限定されており、実態を反映しにくい。
- 7) チェックだけでは本人や介護者の大変さが伝わらない。
- 8) 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
- 9) 独居や家族の介助力不足の場合、ほとんどが「介助されていない」となるため、不足している状態を記載しないと、その方の全体像が伝えられない。継続して担当している場合は苦労しないが、引継ぎ等担当した日数が浅いと、その方の生活状況が十分把握できておらず、自分で伝えることのできない方（認知症等）の状態が上手に記載できない。
- 10) 頻度や時間帯によって、状況や介護量が変わるから。
- 11) 歩行困難や下肢筋力の低下があるとき、独居の方は必ず記入しないと伝わらない。
- 12) 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 2-6：排便

- 1) 介護者が不安や負担を感じている場合が多い。
- 2) 介助の方法や本人のADL など詳しく書く必要あり。
- 3) 個々で状況が異なる。時間帯によっても。
- 4) 細かい状況を伝えないと判断しにくいと感じるため。
- 5) 自立しているところ、介助を必要とするところ
- 6) 前回では介助になっていても、今回はなっていない。
- 7) チェックだけでは本人や介護者の大変さが伝わらない。
- 8) 手間がかかっているし、介助が複雑なので記載している。

- 9) どの程度の介護が行われているか各々違うため
- 10) 認知があり、独居の方はサービス担当者や、事業所の方からの情報も含め、記載しないと、伝わりにくい。
- 11) 排泄も一連の行為なので特記が必要
- 12) 頻度や時間帯によって、状況や介護量が変わるから。
- 13) 汚れている程度も違う
- 14) 介護を受けている場合と受けてない状況。その内容

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) 家族に確認しても、具体的な返答がなかったり、時期がずれていたりすることがあり、判断に迷う。
- 3) 今後介護（住宅介護）していく上で重要である。
- 4) 状況を具体例で記さないと該当するか分かりにくい。
- 5) 調査時間では無理、精神面は医者が判断。
- 6) 認定調査時のみで分かりにくく、特記は聞き取り中心となるが、ないと、何も分からない。
- 7) 人それぞれ状態に差がある。
- 8) 物忘れと行動の関連を示す必要がある。

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 介護者に調理品を器に入れラップとかけて冷蔵庫に入れてもらい、本人はそれを電子レンジに入れて、スイッチを押すだけで 介助されていないにされてしまうのは変。温めのみがなぜ調理の介助されていないになるのか意味が分からない。

- 2) 選択項目の必要なし。極端に分かれるため。
- 3) 特に独居は詳しく書く必要あり。
- 4) どこまでを簡単というのか。
- 5) 独居でレンジや温める事ができない人で、惣菜をそのまま食べている人が「できる」と判断。温めたくても温められない人もいるのに、反映されず、改正になった調査は自分自身納得がいかないうえ、日々調査している。介護者の手間が考慮されていない。
- 6) 間違った方法で調理が行なわれても、行為だけを見る判断基準では、在宅生活の普通の調整はできない。
- 7) 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、記載する。
- 8) 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。

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。
- 2) 「特別な場合」などが分かりにくく、具体的な特記事項を書く必要がある為。
- 3) 簡単な内容でも、程度があり、又、日によって出来るとき、出来ないときがある。
- 4) 特記事項を記入しにくい
- 5) 問題行動があればここに記載している

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-3	寝返り	4	0.5%	3-2	毎日の日課を理解	8	1.1%	4-14	自分勝手に行動する	11	1.5%
1-4	起き上がり	8	1.1%	3-3	生年月日をいう	2	0.3%	4-15	話しがまとまらない	2	1.1%
1-5	座位保持	8	1.1%	3-4	短期記憶	8	1.1%	5-1	薬の内服	2	1.1%
1-6	両足での立位	8	1.1%	3-5	自分の名前をいう	1	0.1%	5-2	金銭の管理	11	1.5%
1-8	立ち上がり	12	1.6%	3-6	今の季節を理解	1	0.1%	5-4	集団への不応	15	2.0%
1-9	片足での立位	6	0.8%	3-7	場所の理解	1	0.1%	5-5	買い物	20	2.7%
1-10	洗身	13	1.7%	3-8	徘徊	5	0.7%	6	その他 過去 14 日間に 受けた特別な医療	3	0.4%
1-11	つめ切り	2	0.3%	3-9	外出して戻れない	2	0.3%	合計		341	45.6%
1-12	視力	4	0.5%	4-1	被害的	18	2.4%				
1-13	聴力	1	0.1%	4-2	作話	11	1.5%				
2-3	えん下	8	1.1%	4-3	感情が不安定	14	1.9%				
2-4	食事摂取	8	1.1%	4-4	昼夜逆転	8	1.1%				
2-7	口腔清潔	6	0.8%	4-5	同じ話しをする	5	0.7%				
2-8	洗顔	6	0.8%	4-6	大声を出す	4	0.5%				
2-9	整髪	3	0.4%	4-7	介護に抵抗	17	2.3%				
2-10	上衣の着脱	17	2.3%	4-8	落ち着きな	4	0.5%				
2-11	ズボン等の着脱	12	1.6%	4-9	一人で出たがる	2	0.3%				
2-12	外出頻度	8	1.1%	4-10	収集癖	2	0.3%				
3-1	意思の伝達	16	2.1%	4-13	独り言・独り笑い	2	0.3%				

-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) 「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。
- 2) 「できる」「ない」の場合においても特記を記入し、状況が分かるようにしている。
- 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) 4-1~4-15 などは、2 つや3 つの項目がリンクする状態があるので、一つの状態としてまとめて、1 箇所に記入しているようにしています。
- 5) 朝起きてから寝までの一日の流れをおって、自分のできること、手伝ってもらっていることを聞いて、記入するようにしている。
- 6) 介護認定審査会が短時間で判断するのに判定しやすいように、リアルに状態像が理解できるように記入している。
- 7) 介護の時間をなるべく記載している。
- 8) 介助されていない場合、チェック「なし」でも対象者の動きや、本人が努力している様子を詳しく記入。4 群は状況、頻度時間を完結明瞭にテキストの定義にある言葉を利用して表現している。常時、介助を提供するものがない場合に関しては、慎重に状況を確認し、判断している。審査会で論議されるように項目外の必要な事柄を記入している。
- 9) 簡単に短い言葉で状態像がわかるように書こうと心がけている。
- 10) 客観的に書くようにしています。
- 11) 強調したいところは繰り返す。「」を使用する。
- 12) 具体的な回数や頻度、介護の手間を書くようにしている。
- 13) 項目には自立(介助なし)に選択したが、できていないので本当は誰かの介助が必要であると主張して書いています。
- 14) 項目の定義、選択肢の基準の文章の言葉を使用し、まとめる。
- 15) 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。
- 16) 細かいエピソードも記述するようにしている。
- 17) 困っている事、出来ない事をどう伝えるか、どう表現したら、わかりやすいか文章を工夫している。
- 18) 実際の生活の中での介護されている状況を書く。家族にとっては安否確認や様子に伺うだけでも在宅での生活維持のためには必要不可欠である。
- 19) 施設スタッフが行っている介助について、くわしく記入している。
- 20) 審査会委員が特記事項を確認する事を信じて、できるだけ細かく記入している。審査会委員によっては、特記事項を確認していないという事も聞いているので、チェック項目は甘くつけて、特記を記入している。概況調査用紙 TV は審査会で確認はしないので、特記事項に盛り込むようにしている。
- 21) その人の生い立ち、キーパンソンや生活環境とか項目にない。最も訴えたい部分等を集中して記入。
- 22) 対象者の状況、雰囲気に合わせて、調査項目の順番関係なく、わかりやすい言葉で説明するように心掛けています。
- 23) 調査員として、してはいけないことですが、独居で認知症のある方についての調査に関して、サービス事業者から情報収集し、介助が不足している状況の特記事項に記載。
- 24) 調査項目を A4 版に様式を作成し、その中に1 日の生活や、チェックリストと一緒に聞いて工夫している。

- 25) 調査対象者やその家族が一番苦慮している点を承知してもらえよう記入している。
- 26) 調査内容は過去 1 週間を書く事が多いが、それ以上過去の事も付け加える。
- 27) 伝えたいポイントを分かりやすくあいまいな言い回しを避ける。本人、家族が大変に感じていることをもらさないように書く。
- 28) できるだけ多くの場면을想定して聞くようにしている。調査員によって、聞き取りが十分な人と、簡単に聞く人があり、特記事項によって認定度が左右される現状は、前よりもひどくなっていると思う。今回の認定方法について、以前以上に不公平感を感じる。
- 29) 特記事項の例を参考にして書いている
- 30) 認定審査会委員をしていた時、項目によっては「できる」と判断した理由があればと思われるような事があったので、他の調査項目の特記内容から記入した方が判断しやすいと思われる場合は、「できる」であっても判断理由を記入するようにしている。
- 31) 認定調査時には要介護認定調査標準化チェックシート (SED 福祉サービス評価機) を持っていて、それを見ながら認査している。
- 32) 場面に分けて示すようにしている。全体像が見えるよう、意識している。本人や家族からの言葉はそのまま記載するようにしている。
- 33) 頻度、状況などを、具体的な数字や時間などであらわし、客観的にわかるように努力している。
- 34) 本人が話した言葉を「」に記し、調査時の会話を記入している。たとえば「○○」と聞くと、「」と答え、話の食い違いがある等としている。
- 35) やはり認知面での質問は、本人に直接聞けないため、家族と別の場所で面談する等配慮しています。それでも、家族不在の場合もあり、初対面の利用者の認知面での状態象を正確に聞き取る事は難しいと思います。
- 36) 有料老人ホームなどでは、従事する職員に、2W 前の焦点情報を記入してもらっている。家族、

職員に気になる点は、何度か聞く。調査日の情報、状況だけでは足りない!!

- 37) 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手間が分かるか? 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、国民の皆様には説明すべきこと。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。安心して死んでいけますように。
- 38) 介護度が出て欲しい人はどうしても特記事項でしか表せない。2 次判定で判定してもらうにはここで記載するしかないなので、詳しく書いている
- 39) 選択基準、調査上の留意点および特記事項の記載例に沿って、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。
- 40) 調査当日は行えても日頃行えない等、普段は困っている、介護の手間がかかっている状況等記入している。
- 41) 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
- 42) 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
- 43) 本人・家族等が困っている状況などを事細かく具体的に記入する。
- 44) 本人の全体像がイメージできるように、調査項目のどこかの部分を切り口にして書き込むようにしている。そういう箇所がうまく見つからない時は、日常生活自立度のところ書いている。

-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)	(%)
	2-5	排尿	13	6.1%
	1-7	歩行	11	5.2%
	2-4	食事摂取	11	5.2%
	2-6	排便	11	5.2%
	1-1	麻痺	10	4.7%
	3-1	意思の伝達	10	4.7%
	1-2	拘縮	9	4.2%
	5-6	簡単な調理	9	4.2%
	2-2	移動	8	3.8%
	1-11	つめ切り	6	2.8%
	2-1	移乗	6	2.8%
	2-10	上衣の着脱	6	2.8%
	2-11	ズボン等の着脱	6	2.8%
	3-4	短期記憶	6	2.8%
合 計			122	57.5%

順位 2-5：排尿

- 1) 前回まで、2 つ以上の介助があれば全介助だったので、どこまでが一部なのか迷う。
- 2) 全項目において、本人の状態像が見えてこないため、介護の手間を判断できないので。また、4 群については、詳細は特記が必要と考えます。
- 3) 誰もが変わっていない時、その状態を知りたい。
- 4) 手を取ることがあるか。どの程度か。
- 5) 排泄の介助状況を知るため
- 7) 判定時間に大きく影響するため。介護負担が大きいところ。
- 8) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い
- 9) 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いるのではないか。

順位 1-7：歩行

- 1) 移動の手段がどのようなか、また、車椅子でも自走できるのはどうか、状態がわかるように記載して欲しい
- 2) 5m が歩けるだけでは状態が不明
- 3) その程度について
- 4) どんな状態での歩行なのか。
- 5) 日頃の状況の違い、根拠の記載
- 6) 膝に手をついて歩行でも自立になってしまう。
- 7) 歩行可のみではやっと歩いているが、どんな風か分からない。

順位 2-4：食事摂取

- 1) かかる時間、摂取状況
- 2) 経口以外の摂取状況の記載
- 3) 時間のかかり方など（食べこぼしとか）判定を話しあう事ができる。
- 4) 食事の介助状況を知るため
- 5) はじめは1人で食べていても、途中で、声がけが必要なのか、こぼす、道具に工夫をしているとか
- 6) 福祉用具などの使用について記載
- 7) 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 2-6：排便

- 1) 誰も係わっていない時、その状態を知りたい。
- 2) 手を取ることがあるか。どの程度か。
- 3) 排泄の介助状況を知るため
- 4) 調査員によって判断の仕方が違うことが多い
- 5) 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 1-1：麻痺

- 1) 感覚麻痺は麻痺でない？
- 2) 身体状況を知るため

- 3) 日常生活にどの程度支障があるのか明記してほしい
- 4) 部位、そのように生活に支障があるかわかる様に
- 6) 前の評価基準と変わっているので、急に良くなっているように感じるが、実際は変わっていない？
- 7) 麻痺があっても日常生活に支障があっても、持ち上げられたらチェックが入らないため実際の動きが分からない
- 8) 出来る範囲が見えにくい
- 9) 表現が難しい

順位 3-1：意思の伝達

- 1) 3-1と3-2は指示への反応の項目が削除されたせいもあるのか
- 2) 医師の意見書との不整合が多いので、具体的に
- 3) どの程度なのか分かりにくい
- 4) 認知症の有無を知るため
- 5) 意思が伝えられるか
- 6) 調査員での判断の違いが出やすいのではない
- 7) 本人の状態が曖昧な事が多い

順位 1-2：拘縮

- 1) 拘縮があっても何とか動かせればチェックが入らない。日常の状況がわかり辛い。
- 2) 四肢の欠損の詳細の記載
- 3) 身体状況を知るため
- 4) どれだけ支障があるかは必ず記載が欲しい

- 5) 日常生活にどの程度支障があるのか明記してほしい
- 6) 部位、そのように生活に支障があるかわかる様に
- 7) 前の評価基準と変わっているので、急に良くなっているように感じるが、実際は変わっていない?
- 8) 表現が難しい

順位 5-6：簡単な調理

- 1) する気が無いのかできないのか、させないのか危険なのかわからない
- 2) できなくても介助されてないにチェック入ったりする。
- 3) 見守りで出来るものか迷う
- 4) 寝たきりでも自立となり、警告コードがひんぱんにつく事例が多い。
- 5) 生活が伝わる
- 6) 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
- 7) 独居と施設入所の条件で、手間の量が変わると思われる。

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) 移動の介助状況を知るため
- 3) 介助方法の詳細の記載
- 4) どの場所で何回できるか分からない
- 5) どれだけ介護の手間をいいるが特記ないと分からない。寝たきりの人が全介助とかでも介助されてないという項目があるのがおかしい。

- 6) 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 1-11：つめ切り

- 1) 調査日より1週間前の状態では切っていない場合あり、チェック入らないが、実際は介助されているケース多い。
- 2) つめ切りの後始末ができていないか否か。切りっぱなしかなめらかにするのは?
- 3) 那覇市の場合10日以内につめ切りの介助がない場合、自立となるので、寝たきりでつめ切りが出来なくても、その10日間介助がなければ、自立となって警告コードが頻繁に着く事例がある。
- 4) 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。

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) 移乗の介助状況を知るため
- 3) どの場所で何回できるか分からない
- 4) どのような介助がされているか
- 5) 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 2-10：上衣の着脱

- 1) 介護の手間のかかる部分なので、詳しく知りたい。
- 2) 汚れ物を繰り返し着ていても、行為は出来るになるので、その辺りをきちんと書いてほしい。
- 3) 本人の行動が判りにくい
- 4) 準備、手渡し、選択の詳細の記載

順位 2-11：ズボン等の着脱

- 1) 介護の手間のかかる部分なので、詳しく知りたい。
- 2) 更衣の解除状況を知るため
- 3) 着衣の乱れを整える人がいない場合、自立になる？
- 4) 汚れ物を繰り返し着ていても、行為は出来るになるので、その辺りをきちんと書いてほしい。
- 5) 本人の行動が判りにくい
- 6) 準備、手渡し、選択の詳細の記載

順位 3-4：短期記憶

- 1) 具体的にどの程度か
- 2) 生活にどんな支障があるか
- 3) その時の評価ではない部分も知りたい。
- 4) 当日と日頃の状況との違いの記載
- 5) 調査員での判断の違いが出やすいのではないか

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-3	寝返り	4	1.9%	4-2	作話	2	0.9%
1-4	起き上がり	1	0.5%	4-3	感情が不安定	4	1.9%
1-5	座位保持	2	0.9%	4-4	昼夜逆転	4	1.9%
1-6	両足での立位	1	0.5%	4-5	同じ話しをする	2	0.9%
1-8	立ち上がり	1	0.5%	4-7	介護に抵抗	5	2.4%
1-9	片足での立位	2	0.9%	4-8	落ち着きなし	1	0.5%
1-10	洗身	5	2.4%	4-10	収集癖	1	0.5%
1-12	視力	3	1.4%	4-12	ひどい物忘れ	4	1.9%
1-13	聴力	2	0.9%	4-14	自分勝手に行動する	3	1.4%
2-3	えん下	5	2.4%	5-1	薬の内服	5	2.4%
2-7	口腔清潔	2	0.9%	5-2	金銭の管理	4	1.9%
2-8	洗顔	1	0.5%	5-3	日常の意思決定	4	1.9%
2-12	外出頻度	1	0.5%	5-4	集団への不適応	1	0.5%
3-2	毎日の日課を理解	4	1.9%	5-5	買い物	3	1.4%
3-6	今の季節を理解	2	0.9%	6	その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	4	1.9%
3-7	場所の理解	1	0.5%	合 計		90	42.6%
3-8	徘徊	3	1.4%				
3-9	外出して戻れない	1	0.5%				
4-1	被害的	2	0.9%				

-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)	(%)
	2-2	移動	9	8.5%
	2-1	移乗	7	6.6%
	2-4	食事摂取	6	5.7%
	1-7	歩行	4	3.8%
	2-10	上衣の着脱	4	3.8%
	4-12	ひどい物忘れ	4	3.8%
	5-4	集団への不応	4	3.8%
	5-5	買い物	4	3.8%
	5-6	簡単な調理	4	3.8%
	1-2	拘縮	3	2.8%
	1-9	片足での立位	3	2.8%
	2-3	えん下	3	2.8%
	2-7	口腔清潔	3	2.8%
	6	その他 過去 14 日間にうけた特別な医療	3	2.8%
合 計			61	58.3%

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) 移動の介助状況を知るため
- 3) どの場所で何回できるか分からない
- 4) どれだけ介護の手間をいるが特記ないと分からない。寝たきりの人が全介助とかでも介助されてないという項目があるのがおかしい。
- 5) 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 2-1：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
- 2) 移乗と移動はとり方によっては重なってしまう項目のため、書き方が迷う。
- 3) 行為自体が発生しない→できる
- 4) より頻回の例を優先というが、介助されないと移動できないという事実は？
- 5) 移動の状態

順位 2-4：食事摂取

- 1) 行為自体が発生しない→できる
- 2) 食事摂取は時間がかかるので、食事すると全介助になる→他は時間がかかっても出来るとなる。
- 3) 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

- 4) 食べやすくしたのでは？
- 5) どこからが一部介助なのか、判断が異なる。

順位 1-7：歩行

- 1) 5m歩行可のみではどの程度か
- 2) どのような歩行状態か
- 3) 介助歩行の程度で判断が分かれている

順位 2-10：上衣の着脱

- 1) 衣服の着脱が可能でも適正でない服を選んでおり、汚れた衣服を選んでも出来ると判断するのはどうかと思う。
- 2) 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
- 3) 認知による先行などが判断されにくい。
- 4) 上衣の着脱の前の準備は介助に入らないというのはおかしい。

順位 4-12：ひどい物忘れ

- 1) 頻度なし
- 2) 物忘れ症状による何らかの行動がなければ、「1 ない」と判断

順位 5-4：集団への不適應

- 1) 全部が全部、わかりにくいといえばわかりにくいのですがあまり、現状が見えてこ

ないのは、この 4 項目だと思います。

- 2) 具体的状況
- 3) 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
- 4) 左記 4 項目等にも書かれている、性格や習慣などにより、もともとそういう行動がある場合はチェックしない。というのも、非常に判断しにくい上、介護の手間が正確に反映されない 原因にもなっている

順位 5-5：買い物

- 1) 全部が全部、わかりにくいといえばわかりにくいのですがあまり、現状が見えてこないのは、この 4 項目だと思います。
- 2) 入所中など能力はあるが、介助になる？

順位 5-6：簡単な調理

- 1) 全部が全部、わかりにくいといえばわかりにくいのですがあまり、現状が見えてこないのは、この 4 項目だと思います。
- 2) 経管栄養の場合は介助されているが「なし」となる。

順位 1-2：拘縮

- 1) 実際に分かりにくいと感じる

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

2)「1秒できる」で、できるようになってしまうのは理解しがたい。

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) トロミつきの食事→見守りでは
- 3) えん下能力のトロミを摂取している場合について

順位 2-7：口腔清潔

- 1) 行為自体が発生しない→できる

順位 6：その他 過去 14 日間にうけた特別な医療

- 1) ストーマ処置は訪看以外の看護師の場合は対象外が(通所等でも Dr の指示あり)疼痛管理の範囲が理解しにくい。

) その他の項目

調査項目		(人)	(%)	調査項目		(人)	(%)
1-1	麻痺	2	1.9%	4-1	被害的	1	0.9%
1-3	寝返り	1	0.9%	4-2	作話	1	0.9%
1-4	起き上がり	1	0.9%	4-3	感情が不安定	1	0.9%
1-5	座位保持	2	1.9%	4-5	同じ話しをする	1	0.9%
1-6	両足での立位	1	0.9%	4-6	大声を出す	1	0.9%
1-8	立ち上がり	2	1.9%	4-9	一人で出たがる	1	0.9%
1-10	洗身	2	1.9%	4-10	収集癖	1	0.9%
1-11	つめ切り	1	0.9%	4-11	物や衣類を壊す	1	0.9%
1-13	聴力	2	1.9%	4-13	独り言・独り笑い	1	0.9%
2-5	排尿	2	1.9%	4-14	自分勝手に行動する	2	1.9%
2-6	排便	2	1.9%	4-15	話しがまとまらない	1	0.9%
2-8	洗顔	2	1.9%	5-1	薬の内服	1	0.9%
2-9	整髪	1	0.9%	5-2	金銭の管理	1	0.9%
2-11	ズボン等の着脱	2	1.9%	5-3	日常の意思決定	2	1.9%
2-12	外出頻度	1	0.9%	合 計		45	41.7%
3-1	意思の伝達	1	0.9%				
3-2	毎日の日課を理解	1	0.9%				
3-4	短期記憶	2	1.9%				
3-6	今の季節を理解	1	0.9%				

-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) 援助している内容があればどのように援助しているのか記入してほしい(二人介助、目がはなせない、理解ができなかったり、わすれてしまい、何度も訪問が必要だったり、何度も援助が必要で、手間がかかっている様子等)。
- 3) 介護されている内容や頻度を詳しく記載してほしいです。逆に自立できている項目については記載しなくて良いと思われる。サービス利用している場合は、その事業所の介護状態も記載してほしい。
- 4) 記憶力や感情面の事は詳しく記入してほしい
- 5) 市の職員の方などは、実際の経験がない人でも行なっている。ケアマネのような資格や経験のある者でも難しいと思えるが、経験のない方たちが十分理解して記入しているとは考えにくいように思います。調査員については「ケアマネ」が行なう方がよいのではないかと思います。
- 6) 常時介助する者がいない時の特記事項は必ず書いてもらわないと判断できないし、独居者に大いに不利となる。
- 7) 申請者の状態がよくわかり、どのような介助手間があるのかを詳細に記載してもらいたい。
- 8) その人が生活するうえで困っている状態（書いてくれていると思うが、調査員により差があると思われる）。
- 9) その人をイメージし易いように記載して欲しい
- 10) チェックした項目については、内容や頻度等の状況にもれなく記入をしてほしい。
- 11) 調査内容と結果が違っているときがあるので、よく見直してほしい。サービスの利用状況も記入漏れがある。
- 12) 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
- 13) 動作など具体的に書いてほしい。
- 14) 独居老人、日中独居の方の日頃の様子を留意して記入してほしい。
- 15) どの程度の介護量が、具体的に書いてほしい。しかし、文章を読む時間は限られているので、ポイントをまとめて書いてほしい。関連性のないことを長文で書くことは良くない。
- 16) 判定基準が変わったこともあり、前回とのチェック項目がかなり変わっている人が多い。特記事項を詳しく記入していただくことで、状態像が見える。特にできるとしている項目については、どのようにしてできているのかで、話し合いが深まる。
- 17) 頻度も合わせて状況を具体的に記載して頂きたい。介護の手間(介護量)を検討するのに、具体的な記載がないと困ります。介助が必要にもかかわらず、特に対応をとってない場合なども同様です。状況をしっかりと記載してほしい。
- 18) 文章を短めに分かりやすい言葉で、記入して欲しい。(専門用語は控えて欲しい)
- 19) 訪問看護のサービス内容(生活支援、おむつ交換等) 福祉用具の利用種類等
- 20) 一部介助か全介助か迷った所を分かるよう記入
- 21) 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
- 22) 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

(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) 緊急性のあるものを先に手がける
- 2) 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・・・。
- 3) 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
- 4) 【区分変更申請】本人・家族などから相談された担当介護支援専門員が認定調査したものを一緒に提出する。【不服申し立て】相談を受けた介護支援専門員が認定調査票等を開示申し出し、内容の異議のある部分を本人、家族から聞き取りし新たに認定調査をしたものを不服申し立て書と一緒に提出する。
- 5) 1 統一書式にしてほしい。2 認定調査や認定委員会を優先的に早くしてほしい。
- 6) 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きれる力と場が必要。
- 7) 悪性疾患、憎悪、末期症状のため急を要する場合には、手続きの時にチェックする欄を設けて（申請書に）優先して、ある程度の要介護度を必ず出せるようにする。
(希望、介護度を記入する欄も必要) 現行のサービス利用票も添付はする。
- 8) 医師の意見はピンポイントで聴取する(全シート記入しない)。
- 9) 一般の介護認定の有効期間が半年～1 年が短すぎる。それを 2 年以上にするなどし、変更が必要な人（状態になった）時に変更申請するようにすれば、市の事務手続き量、数も減り、全体のスピードが上がるのではないかと
- 10) 業者にいいようにされてしまう心配があるのですが、根本的に認定区分をなくしてしまえばいいのです。本当にその人に必要なサービスを必要なだけ使えるようにすれば、認定調査と会議する費用も必要ないし、1 割負担はあるのだから、使いすぎる事はないのではないのでしょうか。今でも認定結果が理解できない物もあるし、亡くなってしまってから出ることも多いのではないですか？障害のある人に自分の障害を再認識させるいやな仕組みです。
- 11) 区分変更時提出日となっているが、期日の指定ができるとうれしい
- 12) 区分変更申請、取り下げ時の調査は、業者が行っている。急いで対応していただきたい時に、対応してもらえない時もあり、担当ケアマネが調査をできるようにすれば。
- 13) 区分変更申請は急性期の疾患の場合（末期がん等）認定が出るまでに死亡するケースも出てくるので、申請後数日以内に調査に入るなどの、ガイドラインを策定してほしい。
- 14) 区分変更申請は申請可能ですが、不服申し立ては、ほとんど窓口で却下されています。
- 15) 区分変更申請や不服申し立ては時間を要するものだと認識しています。区分変更申請あれば、当調査センターでは優先して調査するように心がけております。
- 16) 区分変更または不服申し立てに、具体的に 前回調査時と変化した項目を書く。
使えなくなったサービスとその影響を書いてもらう その上で公的なケアマネが調査し、必要であれば医師に聞き取る。 認定委員会

- 17) 区変、不服申し立てをする際、結果が出るまでの間、現場負担が大きい。手続きに関しては、市町村担当者を明確に位置づけるスピードを上げるために、TV 会議での委員会あってもよいのでは(委員のスケジュールを合わせるだけでロスが生じる)?
- 18) 区変かける時は、Dr に状態を見てもらったりしていることが多いと思われるので、家族が主治医に意見書を書いてもらって、申請時に提出する形にすれば、時短になると思う。
- 19) 区変申請は本人、家族が望んで行なうことと思うが、理由に窓口がケチをつけ、内容が不十分だと持ち帰ることもある。あまり、書類上にこだわるのはどうかと思う。家族や本人から聞き取りで十分と思う。
- 20) 区変手続きは行ないますが、スムーズに行なってくれます。審査会を早くしてほしいという意味なのでしょうか。私どもの行政は区変は早めに組み入れてくれるよう、配慮してくれています。
- 21) 区変の場合、前回調査と比べて、変化のあった項目だけを記入し、審査するようにすれば、スピード化が図れるのでは・・・?
- 22) ケアマネ、家族などの意見と主治医意見書を重視し、判定。「要支援」はやめ、介護度 5 段階に戻す。
- 23) ケアマネジャーの理由書をつけて(あるいは立ち会って)はどうか。
- 24) ケアマネ立会いで認定調査を受ける事が多いため、気がつくことは調査員によって調査(聞き取り)の違いを感じる。事前に変更、不服の主旨が理解され、効果的な面接をされたい(面接技術の重要性)。
- 25) ケアマネと保険者の連携がスムーズであれば、問題はない。
- 26) 現在の手続きでよいと思います。
- 27) 更新月まで待って申請するのを、結果が確定した時点ですぐ申請ができれば、数日でも早くできるのではないのでしょうか。主治医の意見書は、区変等に再度、依頼する必要はないと思います。
- 28) 市職員が全て行なう事にし、市職員は区変、不服申し立て専門にすれば良い。そうすれば、バラつきもなくなるし、スピーディにできると思う。
- 29) 事前に市担当課に行き、変更後の介護度を確認している。
- 30) 自治体(保険者)によって、スピードに差がありすぎる。ということはそれぞれの体制づくりがまちまちで、例えば、高齢者の数に応じたスタッフの数が一定であれば、均一化できるのか?
- 31) 主治医との連携の強化。審査会までの効率化。
- 32) 主治医の意見書ははずし、再調査のみとし、認定審査にかけたらどうか。
- 33) 状態が変わっての区分変更なので、可能な範囲で調査日の日程を早めに調整する。調査日程が平日ばかりで、家族との日程の調整がつかず、遅れる場合もあるので、時には土日での対応も検討してみてもどうか。
- 34) 状態がどのように変化したか、わかりやすく記入できるスペース
- 35) 状態の悪化や疾患で入院した場合、入院先の担当医師を主治医として申請した場合に、入院以前の状態や病歴がわからないという理由で返される場合があり、再度元の主治医に通院し、直した経緯がありました。以前の意見書を参考にしながら書き加えることはできないのでしょうか?
- 36) 審査会の運行全体が日数がかかりすぎる。審査会の回数を多くした方がよい。
- 37) 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)
- 38) それより区分変更を役所が断りたがることをどうにかしてほしい。経費削減のためか知らないけれど、精神科や小規模を促したり、本人の状態変化をみていないき

らいがみうけられる。

- 39) 担当ケアマネ自身が安易に区変提出してしまうケースが多く、全て利用者の意向に従ってしまうことがあるように思われます。本当に区変が必要レベルかの見定めるケアマネの力量をまず上げていくことが必須ではないですか？区変レベルを再度明確に伝達し、利用者の現状をきちんと利用者自身に伝える力量も
- 40) 担当ケアマネの意見により、再調査や意見書の省略を検討してはどうか。
- 41) 地域で申し立ては本人もしくは家族と異なっている。全国的に統一してほしい（介護保険専門員でも可）。
- 42) 調査員等の人数が増えることでスピードアップできるのであれば、お願いしたいが、介護保険証がご本人宅に届き、確認できる事なので、信頼性を思えば、このままで良い。
- 43) 調査書、意見書の用紙を色別する（新規、更新、変更により色を変える）～周知の必要あり。介護保険審査会の出先機関を市町村に置く。または包括支援センターにするなど、顔の見える形にすべき。
- 44) 電話での受付を可能にする。申請から調査日までの日程の短縮する
- 45) 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？
- 46) なぜ変更申請（不服）をしなければならなかったのかというポイントをよりハッキリさせる。介護量の変化、必要と思われるサービス内容、本人の状態の変化など、以前と申請時点との違いを明確にする。
- 47) 認定期間をのばして、審査会の件数を減らし、状態変化のあった人だけ審査すればスピード化できるのでは？
- 48) 認定審査会を毎日開き、スピードアップを図るしかない。

- 49) 認定制度そのものを廃止する。ケアマネのプランを検証する方向でチェックする方が効果的。
- 50) ネット（ホームページなどから）から申請できるシステムを作ってはどうか？
- 51) 必要性の判断を市で決定すればよいのではないのでしょうか？
- 52) 病院での救急体制の様なシステムを定めてほしい
- 53) 不服申し立てについては書類をなくす。
- 54) 変更申請の理由を重視する。そのためには変更の項目、ADL 他の現状態がわかる内容を記載する。
- 55) 変更市政の用紙を変えて詳しく記入。主治医意見書、認定調査はやめて、審査会で再度決める。
- 56) 変更等手続き書類を事前に準備利用者訪問時に集中して行なう（訪問回数を減らすようにしている）。
- 57) 訪問調査員増にする。意見書(D r)受診より1週間以内とか、提出期限日をつける。
- 58) 本当は不服申し立てなのに、保険者が区分変更申請に請求してしまう。
- 59) 有効期限内の月に達しないと、受付をしてくれない現状なので、いつでも区分変更申請ができるようにしたら、早く結果が出るのでは？不服申し立て、区分変更は郵送でも受付てくれたら、簡単に行えると思う。
- 60) 要介護から要支援に、または2段階以上下がるような時には審査会の結果が出たら申請者にまずは電話を入れるかFAXをすること。
- 61) 要支援→要介護の可能性のある方の区分変更については、包括より早期から担当することになると分かる場合、調整にかかわってほしいと依頼があり、一緒に訪問している。不服申し立ては行なったことがない。だいたいの場合区分変更で対応でき

ている。

- 62) 利用者のことを一番良く知っているのはケアマネなので、何らかのかたちでケアマネが審査会にかかわるようにすれば、基本的に不服申し立て件数が減るのではないのか。
- 63) 臨時でも審査会を開くようにすれば、1ヶ月以上もかかることはないのではないのか。
- 64) 私の地区では市の介護保険課が1年ほどで異動になってる人が多く、結果精通していないため、申請や調査(認定)迄などとても時間がかかる。窓口からこうだから全てにおいて頼りにならない。包括支援センターは自分のことでいっぱいなのか頼りにならない。
- 65) 基本に返り、一つ一つをきちんと丁寧に行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も患者の顔を見ようとしてもい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。
- 66) 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
- 67) 区分変更の場合、審査会の方法(たとえば家族または担当介護支援専門員を加えるなど)を検討しなす。

- 68) 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ではどうか
- 69) 愚策です。私たちは利用者への説明もまかされており、すごい労力ですし、利用者も混乱しています。いつまでの期間かも分からないので、困ります。
- 70) 行政が判断するのではなく、介護支援専門員が判断する。
- 71) 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・・・!
- 72) 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関する対応の悪さ・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のでしょうか。
- 73) 暫定で介護度を予測し、サービスを開始する。
- 74) 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。
- 75) 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
- 76) 主治医意見書の未着で送れることは多い。医師会とも話し合いを行う必要がある。
- 77) 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...
- 78) 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。
- 79) 申請用紙を簡便にできるように変更してほしい
- 80) 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いない項目を重点的

に調査する。居宅の担当介護支援専門員に在宅介護状態を確認する。それを記載。
なぜなら介護支援専門員は、利用者の状態をしっかり把握しているから、特に認知症に関しては、主治医の意見書はいらないのでは。

- 81) 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。
- 82) 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。
- 83) 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、スピーディに認定が下りると思われる。
- 84) 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。
- 85) 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。
- 86) 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るようなシステム作りをしてほしいです。
- 87) 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の報酬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。

- 88) 認定結果をケアマネが迅速に受理できればと思います・・・。
- 89) 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)
- 90) 不服申し立てというより、変更申請など同様に書類、手続きの簡素化が出来ないでしょうか？介護認定にかかる主治医の意見書や概況調査、審査会など人件費用も高いのでは・・・と思います。
- 91) 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。
- 92) 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)
- 93) 不服申し立てをしようとする、手間がかかることを危惧して別の方法で指導を受ける
- 94) 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。
- 95) 別窓口を作り、優先される。

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になるとし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) (2-2) 移動。室内は自立。外出は介助の場合。寝たきり度ランクAで解除されている状況が反映されているのか?(2-5)(2-6)排泄の直後の掃除となったことに疑問。直後でなくても、ポータブルトイレ等の掃除には手間がかかっているため。
- 3) 「経過措置希望調書」の提出が市町村により違うし、用紙をつけてこないところもある。調査とは別機関が行っても良いのではないかな。
- 4) 「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。

- 5) 「できる」と「できない」の境が大きく。明らかにできない事も支援がないということで、「できる」となったりするので、介護度が軽くなる傾向に感じます。
- 6) 「できる」のに「していない」人の介護度が上がるのはおかしい。ようやく(努力して)できている人を評価してほしい。
- 7) 「能力」「介助」「有無」の評価軸が、項目により整理され、判断しやすくなった。しかし、2009年は2006年版のように補足説明がなく、判断しにくい。追加された調査項目はモデル事業の時と判断、根拠が違い、現在も迷っている。Q&Aが発信されても具体的ではなく、日々悩んでいる。
- 8) 「不潔行為」の項目が無くなってしまったので、そのような状況が伝わらないのでは? 「簡単な調理」のみでなく、どうやって食べる物を確保しているのかの項目があればよい。弁当を届けてもらってもセッティングが必要な人もいる(摂取は自立でも)。
- 9) 「見直しに係る経過措置希望調書」の内容がよく分からない、との問い合わせが多数あります。また、それにより、認定結果がなかなかおりない、時間がかかるという問題もあります。できるだけ早急に改善をお願いしたいと思います。
- 10) 「要介護認定等の見直しに係る経過措置希望調書」を更新の都度、申請書と共に地区センへ提出しているが、認定調査員を受託しているCMとして、無駄だと思う。時間

をかけて自分の仕事をそっちのけにして出向く調査員の身になってほしい。税金の無駄、調査の意味がない。

11) 1-1、1-2 図の通りにやれない事がある。1-5 座居保持が 1 分間では時間が短すぎて、ほとんどの人ができるになってしまう。1-9 は、1 秒間では短すぎる。この間の意味しているところが不明。

12) 1-1 麻痺のチェックは調査員が調査するやり方によって違いが出ると思う。以前(2006)のチェック方法の方が書きやすかったように思う。

13) 1-2 の拘縮に今まではリュウマチも記入できた。→この人は要 2→要支 2 となった。状態は全く変わらないのに……。もう一度調査項目を見直してはどうか。それと主治医の意見書がお粗末過ぎて Dr の資質向上はかってください。

14) 2006 の調査判断基準とあまりにも違い、矛盾に思う。

15) 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。今後もこのよう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。

16) ADL はしっかりしているが、認知症がひどい人、特に物忘れがひどくて、日常生活に支障が大きい利用者の介護度が低く出てしまう。特記事項が調査員によりばらばらで、認定項目が機械的に処理されるため、症状はあきらかに重度化しているのに、ひどく軽い介護度が出る。項目は少なくして特記内容の書き方を工夫してほしい。(例えば<物忘れ>なべを焦がす事について、日、曜日が分からなくて困る事について)等。

17) H21.4 月以降、新規申請した人については、厳しい基準で審査されるが、経過措置の対象者については、認定が自由に選択できるため、不公平が生じている。経過措

置がいつまで続くのか不安がある。経過措置対象者で介 1 については、支援に移行しにくい、担当件数の減少が防げている。

18) H21 年 4 月に要介護認定の見直しがあったが、市町村によっては本人の希望を取り、前回の介護度のままで対応している。実際に介護されている方々、介護を受けている方々は、その事で混乱がある状況。多額の資金をかけて見直しをするなら、実際の現場の状況がしっかり入り、すぐにその見直しの状況がひっくり返されることはあってはならないと思う。介護保険とは何かをもう 1 度しっかり考えて対応してもらいたい。

19) あまりにも簡単に捉えている。介護力や一人暮らし、住宅環境が反映されていない。家族関係によって抱えている問題が違うが表面化しにくい。

20) ある、ない、などだけでは、計れない事があるので、その部分を考えてほしい。

21) 一度提出したテキストを再度変更されて、点字使用者としては、再点訳にてまどり、点訳者にも迷惑をかけているし、出費も倍額となって、いささかもおもしろくない。

22) 今までよりは簡単になったように思います。上記のように考えているので、細かい事は申し訳ないが分かりません。

23) 介護者の中には重度に出たからと言って、限度額いっぱい利用 123 とはしない。むしろ、自分はこんな重い介護度の人を介護 123 としていると思いをもちことで安心する人もいます。

24) 介護者の負担度や、家族状況が反映されるような調査に改正して欲しい。

25) 介護の手間を評価する項目が少ない。特に食事、入浴、排泄。準備や片付けの部分も評価項目にあればいいのでは。現在は特記に記入するしかない。

26) 介助が必要と思われる事と、介助している事を記入するようにしています。状態や能力を把握しています。

- 27) 介助されていないから、「自立」とか言う判定はおかしい(疾病予防等のためにも)。簡単な調理の内容も疑問あり。座位保持前は 10 分間、今回の改訂は 1 分間、あまりにも差がありすぎである。ターミナル対象者の調査項目に反映しない(介護度が軽く出る)。
- 28) 限られた時間の中での調査で、認定結果が軽く出てしまわないようにプレッシャーもある。その反面で、経過措置である「希望調書」により、調査した内容が認定に反映されないということから無力感も感じる。担当の介護支援専門員がサービスの必要性や必要量を一番把握していることから、今後、担当介護支援専門員が認定調査も？ってはどうか？と思う。
- 29) 考え方や質問が、本当に困っている人の各箇所を取り上げにくくなっている。
- 30) 聞き取り時間は短くなったが、実際に動作してもらい、「痛い」と言われると困る。一人で頑張っている人ほど、軽く出る。
- 31) 筋力低下など、調査員の主観が反映されてしまいがちだと思います。能力と普段の動作は一致していないので、難しいと思います。家族が利用者の対応を上手に行えていると、さほど「第 4 群」の評価がでてこない。全国的に認定調査について、同一の認識をもつことが重要だと思います。
- 32) 区分変更申請手続きをする時に、大分市の調査員が調査している。事業所に委託していただければ早く終わると思う。
- 33) 経過措置希望調書を取り、調査するのはおかしい。重度になっても軽度になっても従来の要介護度に戻すに「○」がある方について、調査の必要はないと思う。
- 34) 経過措置はいつまでか？どれくらい適用なのか利用者から質問されて困っている。
- 35) 現在の認定調査項目になってから、さらに特記事項に書くことが増え、結果時間を費やすようになった。なのに調査の委託料は変わっていないため、無駄働きしてい

るように思える。

- 36) 現在の認定調査と審査にかなりの矛盾があるように思います。事前の意志確認を家人に説明するのはむずかしいし、希望する介護度の有効期間を過ぎたものはどうやってゆくのか、先が見えません。
- 37) 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
- 38) これまでと心身状況が全く変わっていない人の調査票を見たが、明らかに介護度が低くでている。新しい調査項目についても、当初と同じ様に、大規模サンプルを取り、要介護度(介護の手間時間) との親身処理を行い、要介護度認定ロジックを組み立てなおす必要がある。小手先の変更では公平が保てない。マニュアルによると、各調査項目毎に、自立が一部介助か迷ったときに、まずは自立に○をして、特記事項に迷っている内容を記述しなさいということになっているが、疑わしきはまずは、介護度の上がるものに○をつけてから、判断理由を特記事項に記述すべきである。なぜなら、審査員はその項目について、自立から一部介助となった場合に、介護に要する時間が何分増すかを計算できないからである。このことが介護度を低くすることになる。
- 39) 今回に限らず、調査～提出まで時間がかかる。時給いくらなの？と言いたくなってしまう。ハッキリ言って受けたくありません。
- 40) 今回の改正により「介助の有無」の問いとなった項目があるが、施設入所者と在宅の人、独居の人への聞き取り方が異なると思うが……。また、サービスの利用があるので、改善されている項目を「なし」とするのは、いかがなものか……。サービスが中止されると、介助が必要な状況になりうる。
- 41) 今回の改正は、在宅 1 人暮らしの方は特に、介護の必要性が反映されにくいものになっている様に感じる。

- 42) 今回の調査は対象者の捉え方が、以前と異なる様に感じる。自宅では、介護量となり時間もかかっている介助が、「ここでは含まない」など留意点に書かれており困惑している。
- 43) 今回の調査も、介護？や住居についての項目がなく、特記に頼っているので、調査側の負担が大きい。
- 44) 今回の認定結果は、経過措置で前回と同じ介護で認定を受けている部分が多いが、実際今の調査ではどの介護度で認定結果になるのか、今の時点で教えてほしい。
- 45) 今回は特別な対応をしているため、正しい調査結果出ておらず何ともいえない。
- 46) 根拠と状態（確認動作など）、原因など書きやすく、見直しの方が利用者像を具体的に記入しやすい。ただし、変更申請（市調査）においては「何故に？」と思う結果が多い。
- 47) サービスを利用して現状を維持できているケースが多い。保険外のサービス利用となると費用が出ず、ADL低下を起こしているケース有り。
- 48) 在宅生活をする上で、健康な方と身体の不自由な方では生活が全く違います。目線を体の不自由な方と同じ高さで物事をみたり、行動しないと、判断できないことが多くあります。今回の改定は机上の制作であり、介護を受ける側からの視点ではありません。1分座位保持で「できる」でどんな在宅生活できるのでしょうか。本当に困っている方の側に立って判断していかないと、在宅支援はできません。
- 49) 在宅での介護者である家人の介護能力が考慮されない。特記事項の記入が重要。施設や病院で受けた調査と自宅で受ける調査では、手間の点で違ってくるように思われる。
- 50) 支障となる麻痺や拘縮があるのにチェックできないのは、やはり本人や家族に不満が残る。本人は生活の支障を十分感じているので、納得がいかない面がある。
- 51) 実際に様々な日常生活の支障があるのに、確認動作ができるので、「できる」となる。納得もできないし、利用者の方への理解困難。頑張っても自力で行なっている人、家族が頑張っている人は認定がおりにくい。認定調査について再検討すべき。
- 52) 実際の姿がきちんと調査に反映されていると思わない。拘縮やまひも実際日常で痛みがあり、動かせなくても、一時的に調査で部分的にできても、日常生活は困難である。本人の意欲なども関係してくる。
- 53) 実際の生活とかけ離れた項目が多い。座位が1分で生活はできない。片足での立位、足が出れば1秒とみなされ「できる」。1秒が生活上どれだけのことができるのか疑問。
- 54) 質問のグループが飛んでいて調査しにくい。本人が側にいて、聴きにくいことは最後にまとめてほしい。トイレの片付けをまとめて後でやる場合は介助ないとなるのはおかしい。麻痺の判定で「できる」の範囲が広い...特記が多くなる。
- 55) 自分の調査した判定が何なのか分かりません。自分の担当の方も以前の要介護を選択している人が多いので、次のサービスの予定、現在はいいですが、今後、不安です。
- 56) 主治医の意見書が重要視されるので、介護者が認定調査員に困っている事言っても反映しなく、介護度が低くなる事がある。
- 57) 自力で体動できず、ねたきりで、サービスを少ししか利用していない利用者の認定が、介護者がつきっきりで介護しているにもかかわらず、要介護5から3に下がった。何をもちて認定されているのかと思う例があった。
- 58) 新要介護認定が開始された後に経過措置が実施されると現場や利用者の混乱を招いている。経過措置がとられているため、調査に対する意欲が低下する（調査が無意味）。調査場所の選択に苦労する（場所移動が必要な時がある）。認定の方法が変わ

ることによって介護予防事業の効果が評価しにくい。経過措置を取ることによって、新規申請と更新申請者の間に不公平が生じる。

59) 生活水準が明確でなく、判定基準があいまいである。できる、できないだけではなく、その人が生活している上で、その行動を起こすまでの過程が重要だと思う。「介護がなぜ必要なのか」が反映されない調査はいいと思う。チェックする事で介護度が出るようになればいい。

60) 全体的に認定度合いが下がっているものと思われます。自立部分を確認し、問題があれば、サービスにつなげるのであって、サービスの依存につなげるやり方はいかがかと思います。

61) ソフトが同じであれば一次判定結果が低く出てくると思われる。特記事項の内容をどの程度考慮してくださるのが心配です。特記事項の記載が増えて大変です。

62) 調査員の介助により歩行ができる場合は、自立との判断になるが、生活上の移動で介助なしでの歩行が本来の自立になるのではないですか？中には、歩けても歩けないと演じる利用者もいますが…。

63) 調査基準があまりにも日常生活のレベルとかけ離れている気がします。介護の手間だけでなく、一人暮らしの人がどれだけ介護が必要な状況かを見てくれるような基準にして欲しいです。「介助なし」＝「自立」という考えは納得できません。

64) 調査後、担当の介護支援専門員（ケアマネ）に本人と家族（立会人）はこうにいます、間違いはないか、確認すると良い結果が出ると思う。

65) 調査項目については、以前のものより、的を得ており、記入しやすいと思います。特記事項はしっかり記入することだと思います。

66) 調査しづらくなった。ききとりにくい。判断に迷い、時間がかかるようになった。

67) 調査時の「できる」「できない」「ある」「ない」だけで判断記入していると、先にあ

る生活上の困った状態や障害が伝わらないような気がします。その人の身体状況等だけで認定するのではなく、何に困っており、何に不安を抱えているかというも含めた上で判断、認定しなくてはならないと思います。

68) 調査上、自立パーセントがあがるという数字に拘り、介護保険負担を軽減することで、利用者への安全安心の理念を失うことになる。現場の状況をもっと理解してほしい。

69) 調査をもっと徹底的にしてほしい。聞き取り不十分なことがある。家族も認識していない、または表現できない。調査の質問の仕方や、本人の前で困り事がありますと質問されるなど、調査員のレベルに疑問ある。

70) 直接利用者に反映する内容が少ない。日常生活を送るうえで、より生活に密着した内容を希望します。

71) 手足の指の拘縮やマヒについて問われていない。生活の支障はある。評価項目に必要。評価できない問題で、自立をしていると勘違いの人、アルコール依存、認知ではない不安障害の人→認定が出ない。

72) 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。たくさんの例をこちらが作っていかなくては、と考えている。

73) 特殊寝台貸与の対象を「要介護1」以上にしてほしい。

74) 特殊寝台を利用されていた方が、要支援もしくは、要介護1の認定結果が理解できず（主治医意見書、認定調査員どちらも、要介護状態だが？）納得できぬ状態で、閉じこもりがちになられた方もありました。実際にベッドレンタルなしでは、生活

上支障ある方でしたが、やはり再申請後の結果が支援でした、

75) 特になし

76) 特別な医療について。褥瘡処置や疼痛処置、カテーテル導? など、家族がしている場合が多い。Dr、Ns 等に限定されている。

77) 特記事項の身体機能の項目のスペースを多くしてほしい。調理や買物の項目は、あまり意味がないのではないのでしょうか。

78) 特記事項の様式が特に項目 13 に対して 4 行しかなく、2 枚目 3 枚目になってしまう。自分で番号を記入して、何行も書けるようにするなど、様式を少し利用しやすくしてほしい。能力と手間、有無で記入する項目をわかりやすくするべきだと思います。

79) 特記事項を頑張って記入していますが、ちゃんと反映されているのでしょうか? 困っている人を前にすると力が入ります。すべて一次に判定を下げようとしなくてほしい。妥当だと思う項目もあります。

80) 独居でおられる方と、介護者がいる方の場合の介護の差が出てこないようにしていただけるような介護保険であるように考えていただきたい。

81) 独居で何とか工夫して、頑張っている人に厳しい。介助不足と選択する事になっているが、調査員の判断に差があり、ほとんど選択されていない。身体的に支障あっても認知症状がないと、軽度と判定されている。一次判定では介 2 でも、認知がないために介 1 となり、軽度者に判定される(福祉用具レンタルに支障あり)。

82) 独居やうつ状態の認知症の人が、低く認定されう。麻痺や拘縮の判定が厳しい。

83) 独居や家族の介護力不足等適切な介護が受けられていない方や、認知症等による正確な状況が説明できない方に対して、軽度に出る傾向があります。また、自分でできる範囲でしか生活していない人(ほぼ寝たきりに近い人)も「介助されていない」という項目が多くなります。過剰に介護されている方の介護度が高くなることもあ

ります。その点に疑問を感じています。

84) とにかくすべてにおいて介護度が出ないようになっている。判定基準もおかしいと感じる部分が多い。早期に見直しが必要と思われる。

85) 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歩一歩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。

86) 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。

87) 慣れるまでに時間がかかる。「能力」「有無」とははっきりわけてくれるので助かるのが、選択肢に迷ってしまうことが多い。

88) 認知度について、医師の意見書を大きな開きがあっても、意見書が優先するので、実際と違った結果になってしまうこと(認知加算や通所の認知対応など)

89) 認定が軽くなるため、その人に必要なサービスが使えない。介護者が高齢である(老老介護、お互いに病気がある)場合も反映されない。

90) 認定期間を長くしても良いのではないか。体調状態が変化した時は区分変更申請ができる。更新でなくても支援変更した場合はサービス担当者会議をへてサービス計画書作成している。

91) 認定基準を事実そのままにし、給付限度額を下げればよいのではないのでしょうか。

92) 認定結果が 3 月までのものより軽くなるものであれば、確実に困る利用者が多いはず。何でもやってみてから修正するのではなく、見通しを立ててから実施すべきでは? 当たり前の事なのにいつも利用者やケアマネが振り回されている。しかもゆるい方から始めてしめていくので、利用者が非常に困るケースが多い。

93) 認定結果は、軽度になる中で、サービス提供の加算は多くなり、限度額の変更がな

いということは、必要なサービスが受けられないことにつながるのではないのでしょうか?現在、経過措置が行なわれていますが、適正でない判断がされていることに複雑な思いで、日々勤めております。

- 94) 認定項目が正しく「お世話の必要度」を割り出す指標になっているのでしょうか。
- 95) 認定調査員が相当と思われる介護度を記入する欄を作る。簡素化すればするほど、問題になる。超詳細に作り、コンピューター判断した方が、感情や、文章力が入らなく、公平になると思う。
- 96) 認定調査員テキストが出来てから、言葉や解釈の変更が介護保険最新情報として流れ、内容の把握に迷う。経過措置をなくしてほしい。適切な認定にならない。
- 97) 認定調査の結果、判定会で出た結果をそのままとした方が良いと考えます。今回の最もひどいケースは前回介4→支援、介3→自立といったケースが多々みられました。いつまでこの状態が続くのか、お知らせください!
- 98) 認定の中で、経過措置がある事は大変ありがたい。
- 99) 判断基準が変わったことで、これまでより、軽度判定されます。国の云う、20%軽度や11%軽度(研修事等)よりも40%程度軽度判定(一次)されています。
- 100) 非該当になる確率が高くなったように思えるが、その方たちの受け皿が作られていない。
- 101) 普通の生活が送れているのかを評価して、できない状況の程度で介護度が決められるべきと思われます。今回の評価は各項目の評価も正しくできるとか、普通の人なのに生活を送る上でできるという基準でなく、項目のみ動作ができるとして正しく、適正にではなく、抽出して行為ができるということで評価しており、機械的に介護の程度を決める調査のようである。
- 102) 本人の状態よりも介護に手をかけている家族や施設に介護度が高く、介護者不在や

自立に向け頑張っている人に低く出やすいのではないかと。私たちは介護度でサービスを計画するのではなく、各個人の介護必要性に基づいてプランを建てるため、調査法が変わったから即サービスが使えなくなると考えるのは素人考え。それにより認定方法が変わっていくのは余計な費用もかかり、混乱を招き良くないと思います。

- 103) 麻痺拘縮の動作→ほんとうに日常生活ができるのか。簡単な調理→お湯を入れるだけで食生活ができるのか。
- 104) 見直しが利用者(障害、高齢者)を苦しめる事につながらないように、弱者いじめにならないよう、介護の現場をよく見て、聞いてください。前の認定調査の方が、まだましです。
- 105) 見直しの内容も実施方法も検証不足。多くの時間と税金を無駄にした。
- 106) 目的とする確認動作がその時できれば、できるとなるが、筋力低下がある場合も加味してほしい。
- 107) 要介護認定等の方法の見直しにかかる経過措置希望調書をとる理由、運用が理解できない。調査員が信頼されていないのか、モデルの調査結果報告は何であったのか、腹が立つ思いです。
- 108) 利用者様の意見で認定結果が決められるのであれば(変えられる)わざわざ申請したり、審査会にかけて議論する必要はないのではないのでしょうか?
- 109) 利用者本人に聞き取りにくい質問が増えていて、初回訪問の時等、聞き取りにくいと感じます。担当ケアマネになり始めて分かる内容もあり、少し難しいように感じます。
- 110) 利用者も現場も混乱しただけ・・・今回見なし?希望の介護度をいただけた方はラッキーですが、今後どうなるのか、不安な日々。開始してから、このようなことをするのではなく、施行前にやってみるべきだったのでは?

111) 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

112) 医師の記入する所は今回はぶかれて項目が少なくなったが、医師によってはきちんと書いていただけない医師もいるので困っています

113) 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。

114) 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。

115) 経過措置中の現在、審査結果通知時に、最終のもの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。

116) 軽度認知障害の大変さが反映されるようなものになってほしい。

117) 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。

118) 財源不足が根底にある限り解決策はないのでは？

119) 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。

120) 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。

121) 似通った項目・関連項目を一緒にすれば、もって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。

122) 生活や生きるということからかけ離れたところに調査内容がある。

123) 全体的に、状態が変わらなくても前回より軽く出ます。今回は移行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、軽くなれては困る。

124) 独居で頑張っている方に冷たくせず、手厚くして欲しい。

125) 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。

126) 脳梗塞発症から8年経過した利用者で要介護3の方がいました。新調査での認定は要介護2でした。経過措置で要介護3となったので今は支障ないですが、歩けず、車椅子レベルでも、ある程度自立したA D L動作はK E E Pできてはいますが、認知症も進んでいる方です。あのレベルの方が要介護2とは妥当な介護度かと悩みました。調査の基準が変わっても良いとは思いますが、よくなりすぎるような印象です。できる・できない、有無などで基準は確かにわかりやすいですが、調査をしていて怖いです。介護度がよくなることはよいことなのかもしれませんが、サービスがつかえなくなるのは困ります。要介護3の方が限度額いっぱいサービスを利用して、要介護2になったときは限度額オーバー。そのあたりのことも考えるなら、限度額の見直ししてもらえると良いのかもしれません。ほぼ全員に近いですが、介護度がよくなる認定結果がでています。

127) 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なものかと考える。

128) 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。

-2 介護認定審査会委員の意見

1) 「見直しに係る経過措置希望調書」の内容がよく分からない、との問い合わせが多数あります。また、それにより、認定結果がなかなかおりない、時間がかかるという問題もあります。できるだけ早急に改善をお願いしたいと思います。

2) 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いて「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

3) あまりにも簡単に捉えている。介護力や一人暮らし、住宅環境が反映されていない。家族関係によって抱えている問題が違うが表面化しにくい。

4) 調査員の介助により歩行ができる場合は、自立との判断になるが、生活上の移動で介助なしでの歩行が本来の自立になるのではないですか？中には、歩けても歩けないと演じる利用者もいますが・・・。

5) 調査の基準がおかしくなった。麻痺があるのに持ち上げられれま「なし」となったり、自分ではできないのに行為がなかったら、「介助されてない」になったり、公正な認定にならない。給付抑制するための見直しというのがみえみえ。前の方がまだよかった。

6) 独居の場合、どうしても自分でやらなければならないので、大変な思いで頑張っているのに、出来るになってしまい、介護の時間が出ないので、介護度も軽度になってしまう。調査をして介護度が出ても、本人の希望で介護度が決まってしまうのは、何のための調査、審査会なのか疑問を感じる。現場はその度にふりまわされる。認知症高齢者の日常生活自立度、主治医と調査員とかなり違うものがある。

7) 認知度について、医師の意見書を大きな開きがあっても、意見書が優先するので、実際と違った結果になってしまうこと（認知加算や通所の認知対応など）

8) 認定項目が正しく「お世話の必要度」を割り出す指標になっているのでしょうか。

9) 訪問調査は、能力・介助の方法・有無の3つの方法で評価することになっていますが、世間でよく耳にするように、施設の方には介護度が重くでて、居宅の方は軽く出るという事は、一概に否定は出来ない部分もある。何故この様な見直しがなされ

たのか、疑問に思います。以前のやり方の方が公平性が高いように思います。施設と在宅は環境の違いが有る中で、同じ判断基準で調査する事自体がおかしい。基準を同じにするのであれば、調査の多くの項目に能力勘案が必要だと思います。今回の見直しは、調査及び、審査に手間がかかり、又、煩雑になり利用者さまにも疑念を持たせてしまう結果となってしまい残念です。関わる者として。それぞれが納得できる、公平・公正な見直しであるべきだと思います。

- 10) ほぼ全介助の状態、前回介護度 5 の人が一時判定 4 になってしまうケースがあったり、困難ながらも 1 人で行っている事で不十分。支援が必要な人が反映されず、介護度が下がってしまい、サービスが継続できない人等、二次判定で反映しやすいよう、変更理由の追加を検討してほしい。
- 11) 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。
- 12) 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。
- 13) 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。

- 14) 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あわせて判断しないと公平さを欠いてしまうと思う。・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。

15) 認定方法の検討段階から、「認知症が正確に反映されていない」とか様

々な問題が出ている。最後の報告書では、問題解決も出来ていないのに、これでいきましょう！と、尻切れトンボ的なものだったので、もっと議論を深めてから行って欲しい。現在の経過措置も、明らかに前回より改善しているにも関わらず、前回と同じ結果であったり、施設入所の方の場合は、それとは逆に明らかに悪化しているにもかかわらず、軽いままの認定結果だったり、現場は非常に混乱しているので、1日も早く対応して欲しい気持ちもあるが、それでも、しっかり時間をかけて、精度の高い認定方法を確立して欲しい。何故なら、『介護度の悪化』=『ケアマネの腕が悪い』と言われるのはいつでも一緒。しかも我々ケアマネは永久背番号を背負わされているので、ケアマネ個人にその予先が向けられるのも時間の問題では？それならば、精度の低い認定方法の欠陥まで我々は背負いたくないですもん。

-3 介護支援専門員の意見

- 1) 「経過措置」というのは、おかしいと思う。全国统一された介護度認定なので、「これはこう」と強気に出ても良かったと思う。個々人で状態違うが、90歳以上になったら、皆要介護1以上というようにしても、バチは当たらないと思う。認定時に年齢や、現在利用しているサービス量を加味しても良いのではないかなと思う。
- 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なと思います。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なと思います。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) 3-8.3-9.4-9 同じ様な質問が多く、問題行動に関する項目が多くなっている。
- 4) ADL 状況の変化がないのに、一方的に調査方法が違うという理由で区分を変更することは、被保険者のことを考えているとはいえない。誰のための介護保険制度なのか、ポイントがずれているとしかいえない。
- 5) H21.4 月の認定は大変厳しく出たため、たとえば介4→介2となり、ご自身がショック、ご家族からはクレームがきました。そのあと逆に重く出すぎて、たとえば要支援1→介1 これもまたまたご自身がショックだったりと大変です。今までのほうが良かったです。
- 6) IVH が自立とは考えられません。ご家族の疲れは大きなものがあります。
- 7) 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。
- 8) 意向確認書という形で利用者の利用継続というところは維持されたかもしれませんが、今後、何かを変えていくたびに起こりえることであると思う。介護保険はその時の高齢者の状況によって、変わる制度であるという認識に再確認させる必要もあると思っています。
- 9) 意識障害の重度の利用者、気管切開、胃ろうの方の判定が軽く出るのはおかしいと思います。食事介助が必要ない、移動が常時必要ないとか、介護力が低い理由にならない。吸引や介護も大変だし、限度額内でサービスを入れるのは大変です！介護度5でもぎりぎりなのに・・・。
- 10) 以前の認定調査と今回の見直しでよいところを取り入れる。
- 11) 痛みを訴えている本人や具合が悪く横になっている人に、「手を上げて・・・立ってく

ださい…」等実際に本人が動くことに、本人や家族から苦情がある。

- 12) 一次判定にバラつきがなくなり、良いと思う(今までは能力勘案で、調査員しだいの感があった)。二次判定で十分協議して判定していただきたい。合議体によっては、1 件に 1 分程度の協議しかされず、30 分で認定審査会が終了する(毎回のよう)に合議体もあると聞いた事がある。保険者はきちんと指導すべきである。
- 13) 一部報道などを見ると、新しい要介護認定制度での判定で 40%ほどが軽度で判定されたということや、介助の範囲を狭める基準変更等を鑑みると厚生省のなんらかの作為や思惑を感じます。そのように懐疑的になる理由として、要介護認定方法の見直しに係る経過措置という制度であり、その制度を施行することで、一時的に世間を惑わしていると思います。
- 14) 沖縄県那覇市においては、経過措置にて、要介護認定が前回の要介護度の希望ができるため、今は特に問題ありません。認定がおりるのが、おそいため、介護度が変わるのは大変な問題となります。
- 15) 介護者がいない場合は時間をかけてでも自分で行わざるを得ない状況であり、介護度が高く出ないケースが多い。5-5 の買い物、5-6 の簡単な調理は性別によって、また、家族の状況によっても異なり、一概には言えないと思う。
- 16) 介護予防になったり、介護認定を受けたり、更新により行ったりきたりする事で、家族の中に混乱になる。予防になり、3 ヶ月に 1 度の訪問とはなりえないし、毎月の訪問となる。介護予防となり、サービスの利用が減ることになり、次回介護認定を受ける。
- 17) 介護力を判定に入れるべき。
- 18) 外出の頻度→自分の家の前の庭に出ただけで週 1 回以上。集団への不応→息子の結婚式に出られたので 1)ない等理解にとまどう判断があり、前回の認定方法が良い

のではないかと思います。

- 19) 介助者がいない場合は介助されていないという見方はおかしい。そのままその行為がなされていない、できないという事実を、もっと重くとらえるべきだと思う。これからのサービスの質を決定する認定なのだから、しっかりみてほしい。結局在宅で生活できない人を増やすことになるような気がする。
- 20) 介助の必要がなければ評価に含めないという判断基準が決定されてしまった事が非常に不可解です。十分な審議が尽くされたとのことですが…。
- 21) 加算が増えたことで、限度額超過してしまう方が多勢出てきて、今までのサービスが利用できない利用者が出てきました。利用者に負担をかけない方法はなかったのでしょうか？
- 22) 家族に事前に意向を聞いたり、期限が不明等で、ケアマネとして相談が難しいし、認定調査の意味がないように思う。早期に今後の方針を出してほしい。前の調査内容のが良いように思うので、検討してほしい。
- 23) 給付費抑制のために介護認定を厳しくするという考え方に問題あります。訪問調査自体、受ける側が巧みに演技すれば、正確公正な調査とはなりません。介護区分、認定調査そのものを根本から見直すべきです。介護保険制度そのものは必要だと思いますので、維持できるよう検討していただきたいと思います。
- 24) 筋力がなく、歩行不安定で転倒がなくても「マヒ」とはとらなくなっているのに、結果に影響が出る（歩行は重要だと思うが、軽く認定されるのでは?）。
- 25) ケアを受けられない方を、「介護されていない」と判断することはどう考えても受け入れられない。「介護が必要」と判断するのが本来。
- 26) 軽度者（要支援～要介護 1）に対する福祉用具貸与を見直し、要介護度による施設入所を見直してほしい。

- 27) 健康管理上の受診介助についてのケア料をぜひ入れてほしい。家庭の事情を受け入れられない介護を、介護されていないとされるのには疑問を感じる。
- 28) 現場で働く人の意見を聞いて作成してはどうですか。デスクに座って作っても無理です。介護度を軽くしたいとの思いだけの内容では、理解は得られず、現場で働く者として、悪い立場にいることになります。もっと利用者、介護現場で働いている人の意見を聞いてください。
- 29) こちら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がある事案が増えるのではないかと心配しています。
- 30) こま切れの判定調査の為、介護がなければ生活できない人が、要支援となり、生活が困難となっている。
- 31) 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？
- 32) 今回の見直し、また暫定的、経過措置希望調書の確認を取る等、現場のケアマネは仕事が多忙となり、事務的（書類）処置がないよう、見切り発車はやめてほしいと思う。
- 33) 事実のままに記載に判りにくいところは「特記事項」に書くというのは平準化されると思われる。ただ審査会での評価の適切さが問われることになるが、信じるしかないのか・・・。
- 34) 施設入所中の方の調査となると要介護度が上がってしまう。在宅介護に必要なサービス、又はこれまで受けていたサービスが受けれない。
- 35) 実際の調査に立ち会った方より、調査員の質や話し方等、見下している。マニュアル通り過ぎて・・・等の声が聞かれました。調査員次第で介護度が良くも悪くもなります。特記の欄の書き方も、勉強しているでしょうが、差があり過ぎます。
- 36) 質問の内容について、家族が理解できず、トラブルがあった。必要なし（今回認定される要介護度でよい）→現在の介護度と理解した。介護度が軽度になって、区分変更申請手続きを行なった例があった。
- 37) 自分の事業所では、特に今回の見直しによって問題となっているケースは今のところありません。ただ、今までもそうですが、認定までの期間が1ヶ月ほどかかるのはどうにかして欲しいです。
- 38) 主治医意見書の医療面が大きく、指導する内容になっていますが、複数の時を通っている利用者は前門分野しか書いていないことが多く、又慢性的な記入漏れが多いので、調査員からみた医療面の意見も反映させてほしい。
- 39) 主治医の内科、外科の場合、その分野でしか記入してもらえない。両方に疾病ある場合どうしたらいいのか。
- 40) 自立の基準は何なのか。パンツやズボンが半分しか上げられなくても、介助する人がいなければ、自立。手伝ってもらい着脱すれば介護の手間のかかる人と判断される。手伝う人のいない人は我慢している。食事も行為さえできていれば（ほとんどこぼれても）自立。一人暮らし、訳有夫婦はがんばって自宅で生活しようとしています。平等にサービスを受けられるようにしてほしい。
- 41) 新規申請での非該当者が増えているように思われる。認定調査が保険者対応になっているので、変更点のポイントが現場のケアマネに届かなかった（私たちの努力不足

もあるが・・・)。

- 42) 審査会で認定される介護度について、利用者や家族へ意向を確認する事で問題ありません。このまま続けていただけるといいと思います。
- 43) 申請から介護認定までの結果までに時間がかかるので、その点を考えてほしい。30日も過ぎる場合が多いので、利用者は不安に思っている。
- 44) すべての項目が特記事項になり、相当な時間を要するようになった。
- 45) その時、その時点での「できること」の調査だけではその人の生活全体(身体状態も全て含めて)を見ることはできず、正しい認定とは言えないのでは・・・?
- 46) 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。
- 47) 担当のケアマネと調査員の見方の差が小さくなると思います。聞き取りでなく、調査員が確認する項目が多くなったため。
- 48) 調査員の方のお忙しさは理解できます。室内だけでなく、上り框の降り方、浴槽での動きなど、不審な事項はシュミレーションしてください。立位～何分か、起立～出来るか出来ないか、食事～自立、入浴～自立などでは計り知れません。危険性の度合いも引き出してほしい。接待で隠す事が大きくあるのです。
- 49) 調査項目の中にサービスの必要性についてもあるとよいと思う。
- 50) 調査内容以外でも、本人の状態や介護者の行っている介護内容。負担に思っていることを特記事項として記入する欄を設けてほしい。
- 51) 手続きの流れについては理解しているが、どの家庭の部分で必要以上の時間を要しているのか。介護支援専門員としては分からない。

- 52) 独居の認知症の場合、出来なくても本人が困っていなければ、できると判断されることが多く、軽度に出せず。特に要支援となれば、通院時の同行が難しく、より医師に正しく症状を伝えられず、病状の悪化が見られることが多い。事故にあって骨折していたが、大丈夫ですと答えたため、入院できず、メーカーでも確認がうまくできなかった事もあったが、骨がずれて結果、歩行できなくなっていたことがあったので、特に注意が必要。自分で応答できるため、ケアマネに連絡が病院よりなかった。
- 53) 認知症にしても、身体機能についても、きちんと状態把握できる調査内容であってほしい。項目へらして、調査員はやりやすくなる所はあるが、本人の状態が反映されなければ意味がないと思う。
- 54) 認定項目から認知症関連の一部が削除されたのは理解できない。見直しにかかる経過措置も理解できない。
- 55) 認定調査について、調査日にできれば(答えられれば)「できる」になるのは、生活実態にそくしてないように思います。疾患名(やステージ)によって、ある程度の介護度が確保されればと思います(タミナルやパーキンソン等)。
- 56) 認定のばらつきは同じようにある。審査会の討論の仕方や調査、意見書に書かれる特記事項などにも、かなりのばらつきがあると思う。決めた事に経過置を設けると、ケアマネとして説明に困るし、余計に不信感を与えるような気がする。
- 57) 一人一人、一家族一家族の介護に対する考え方(大変さ)は違います、もっと調査内容の特記事項を考慮してほしい。みんなそれぞれ在宅で最期までみたいという気持ちはあると思います。もっとその意見を考慮してほしい。
- 58) 変更申請は1ヶ月くらいで認定されますので、よろしいかと思います。
- 59) 保険者によってやり方が違うのが困ります。訪問介護利用(生活援助)について、

厳しすぎると思われます。

- 60) 本人の能力と、介助の方法と介護の量について。明確に公平に見ることができるようになって、すっきりしたのではないのでしょうか。私はケアマネージャーとして必要な情報が提供できるようにできるだけ立ち会っています。
- 61) 麻痺の定義がおかしい。又、介助を受けていないと自立と同様に扱い方をすると、介護度が軽くてしてしまうのではないか。本人の状態もそうだが、在宅の場合、介護者の状態も考慮すべきである。
- 62) 要介護 1 であっても福祉用具レンタル必要な利用者が多くいた。大変混乱した（例えばパーキンソンや下半身の障害ある方など）。今後、見直し案事項は試行期間など設けてほしい。
- 63) 要支援 1, 2 の利用数が月単位というのが、利用者の方には理解しがたい。又は、不服の意見が多い。見直してほしい部分です。
- 64) 要支援 1、2、要介護 1～5 と区分が多いと思う。要支援は 1 段階、要支援 2 を要介護 I へ。要介 ～ は今のままで。
- 65) 利用者も不安に思っています。
- 66) 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。
- 67) 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。
- 68) 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。
- 69) 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。
- 70) 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良い。

- 71) 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。
- 72) 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？
- 73) 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。
- 74) 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。
- 75) 新認定方式をやめて元の方式に一度もどし再度訪問調査の仕方を煮詰めなおすほうがいいのでは。審査会もかなり振り回されているようだし、明らかに介護度が違う人が以前と同じ介護度で利用するのは適切に利用されている方の負担との差があるのは不公平である。
- 76) 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
- 77) 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。

78) 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。

79) 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、十分な検証が必要だと思います。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つと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。

80) 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。

81) 必要な方が必要な支援を受けられるようにしてほしいです。

82) 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。

83) 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。

84) 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にです。

3. 参考資料

(1) 調査票

「要介護認定の見直し」についてのアンケート 質問用紙

次の質問について、該当する項目の数字または内容を、 回答用紙（A4 判・2 枚）にご記入後、回答送付先（FAX：03-3548-7956）にFAXにて返信して下さい。
（この質問用紙は、回答送付先に送らないで下さい。）

あなたのことについてお答えください。

問1：性別（回答用紙の該当する項目の数字に○印をつけてください）

1. 男性 2. 女性

問2：年齢（回答用紙の該当する項目の数字に○印をつけてください）

1. 20～29 歳 2. 30～39 歳 3. 40～49 歳 4. 50～59 歳 5. 60 歳以上

問3：勤務地の都道府県（都道府県名を回答用紙に記入してください）

問4：勤務している事業所の種類（回答用紙の該当する項目の数字に○印をつけてください）

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5：勤務形態（回答用紙の該当する項目の数字に○印をつけてください）

1. 常勤専任 2. 常勤兼務 3. 非常勤専任 4. 非常勤兼務

問6：介護支援専門員としての実務経験年数（回答用紙の該当する項目の数字に○印をつけてください）

1. 1 年未満 2. 1 年以上 2 年未満 3. 2 年以上 3 年未満
4. 3 年以上 5 年未満 5. 5 年以上

問7：平成 21 年 5 月に給付管理を行った件数（件数を回答用紙に記入してください）

- 貴事業所全体の件数 ○そのうち、あなたが担当した件数

。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。

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		

問 8：認定調査員を受託している方にお聞きます。

（問 8 - 1 から問 8 - 3 については、回答用紙の番号の欄に、この質問用紙・2 頁の「評価項目」から該当する番号を選んで記入し、理由欄にその理由を記入してください。）

問 8 - 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を記入してください。

問 8 - 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 項目までの番号とその理由を記入してください。

問 8 - 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 項目までの番号とその理由を記入してください。

問 8 - 4：特記事項を記載する際に、工夫していることがあれば記入して下さい。

（内容を回答用紙に記入してください）

問 9：介護認定審査会委員の方にお聞きます。

（問 9 - 1 と問 9 - 2 については、回答用紙の番号の欄に、この質問用紙・2 頁の「評価項目」から該当する番号を選んで記入し、理由欄にその理由を記入してください。）

問 9 - 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 項目までの番号とその理由を記入してください。

問 9 - 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 項目までの番号とその理由を記入してください。

問 9 - 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があれば記入して下さい。

（内容を回答用紙に記入してください）

．全員の方にお聞きます。次からの質問は介護支援専門員としてお答えください。

（内容を回答用紙に記入してください。）

問 10：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があれば、記入して下さい。

問 11：その他、今回の要介護認定の見直しについて、意見があれば下記に記入して下さい。

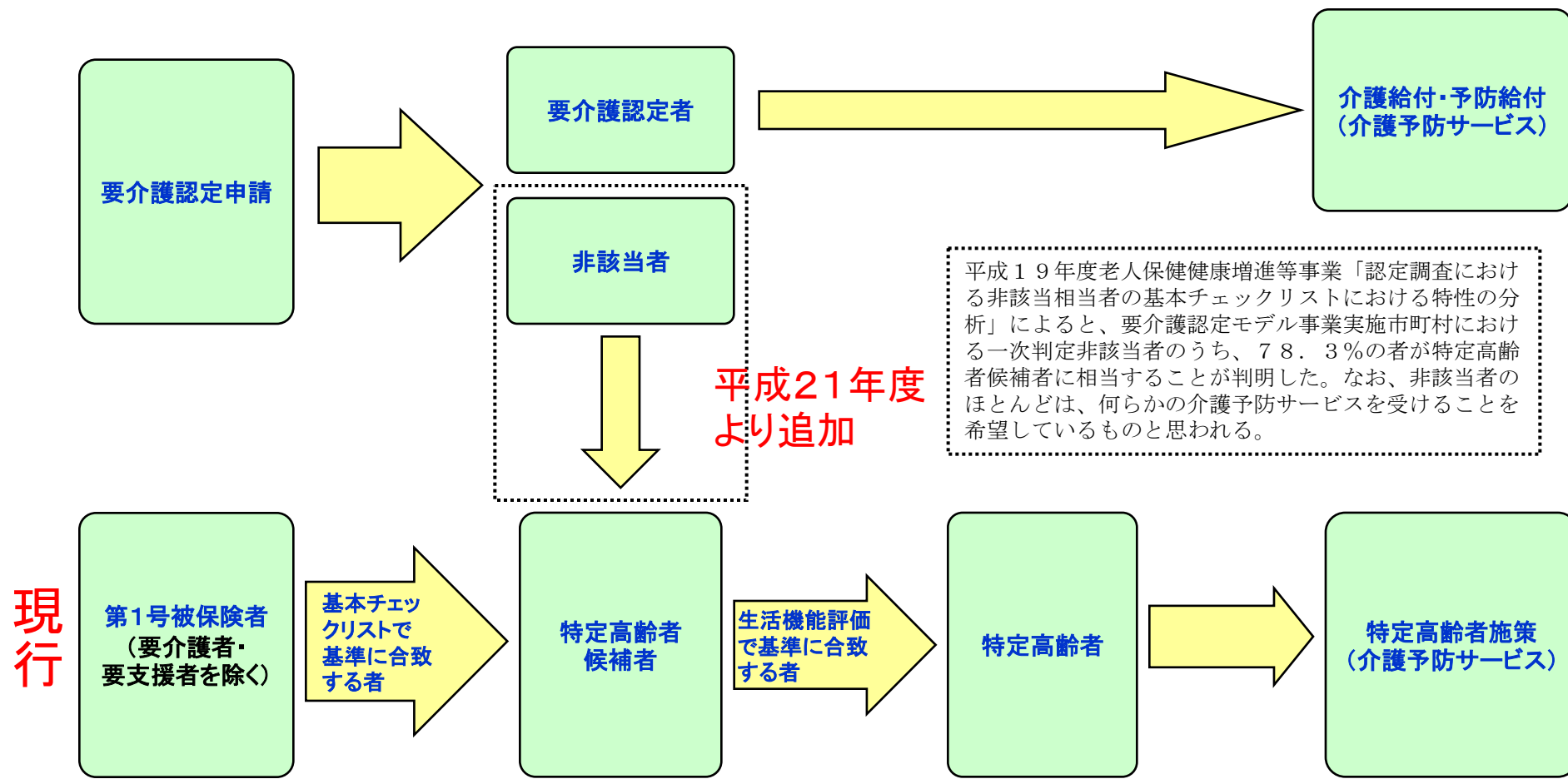
質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご回答は回答用紙をご返信ください。

要介護認定非該当者を特定高齢者候補者とみなす取扱いについて

○現在、特定高齢者候補者は、基本チェックリストによって選定されることとなっているが、平成21年度より、さらに、要介護認定において非該当となった者についても、特定高齢者候補者として取扱うこととする。

○サービスを希望する非該当者に対して、特定高齢者施策による介護予防サービスを提供することができる。
(特定高齢者と決定した場合)



保険者調査

調査概要

(1) 調査の目的

- ・ 各自治体での介護認定調査の実施方法、調査員への研修・指導、介護認定審査会の体制、介護認定審査会委員への研修等の状況を把握することを目的に調査を実施

(2) 調査対象

- ・ 要介護認定に関する業務を実施する自治体（全国市町村・政令市行政区・広域連合・一部事務組合等）

○ 報告自治体数：1,529 自治体

(3) 調査期間

- ・ 2009 年 6 月 18 日～6 月 24 日

(4) 調査実施方法

- ・ インターネット上に調査回答用 WEB サイトを構築し、回答者はそれぞれに一意の ID とパスワードでログインし回答を入力する。

(5) 質問項目

- ① 基本情報
- ② 認定調査の実施方法
- ③ 調査員研修・指導
- ④ 介護認定審査会の体制
- ⑤ 介護認定審査会委員研修
- ⑥ 認定調査結果の確認

(6) 集計方法

- ・ 要介護認定の業務には、「認定調査」、「介護認定審査会の運営」の業務がある。これらの業務は、必ずしも被保険者を抱える保険者が一括して行っているとは限らず、「認定調査」のみを行う自治体、「介護認定審査会の運営」のみを行う自治体、両方を行う自治体等のパターンが存在する。

保険者調査では、認定調査を行っているか（問 2）、介護認定審査会の運営を行っているか（問 14）を質問することにより、各業務を行っている自治体のみから回答を収集できるように設計している。また、同時に各業務を行っていない自治体に対しては、その自治体の業務を受託している団体の保険者コードを入力してもらうことで、その自治体の被保険者を「認定調査」、「介護認定審査会の運営」を行っている自治体のデータに取り込み分析できるようにした。

1. 要介護認定申請者情報（自治体で経過措置適用前の二次判定結果等を入力した被保険者の認定情報）を自治体ごとに集計
2. 1 で集計した要介護認定申請者情報と保険者調査の認定に関する設問の回答を結びつけ、保険者調査の調査に関する回答内容と併せて各被保険者の認定情報を分析
3. 同様に審査会運営自治体ごとにもデータを集計し、保険者調査の審査会に関する回答内容と併せて各被保険者の認定情報を分析

※ なお、要介護認定申請者情報を用いた集計は、要介護認定申請者の件数が、100 件以上ある自治体のみを抽出して行う。

1. 認定調査

・ データ件数

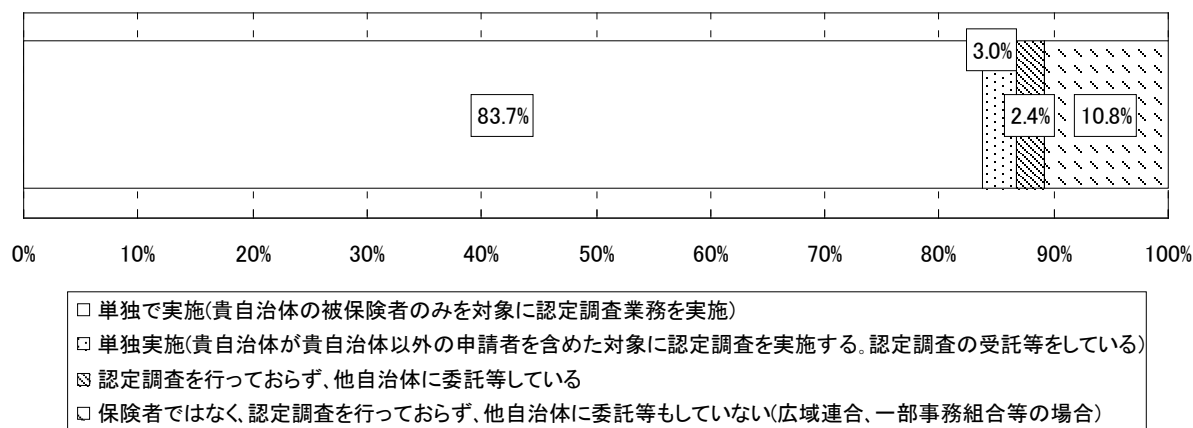
保険者調査回収自治体数：1,529 自治体

認定調査実施自治体数：1,367 自治体

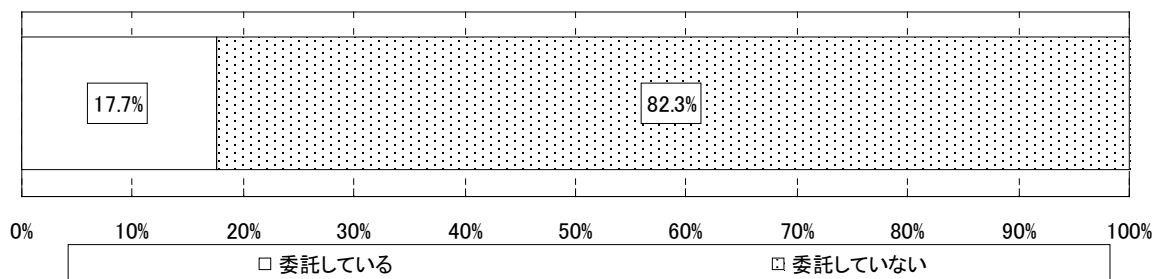
うち要介護認定者情報と結合できた自治体数：1,176 自治体（調査実施自治体の 85.9%）

I. 認定調査の実施方法

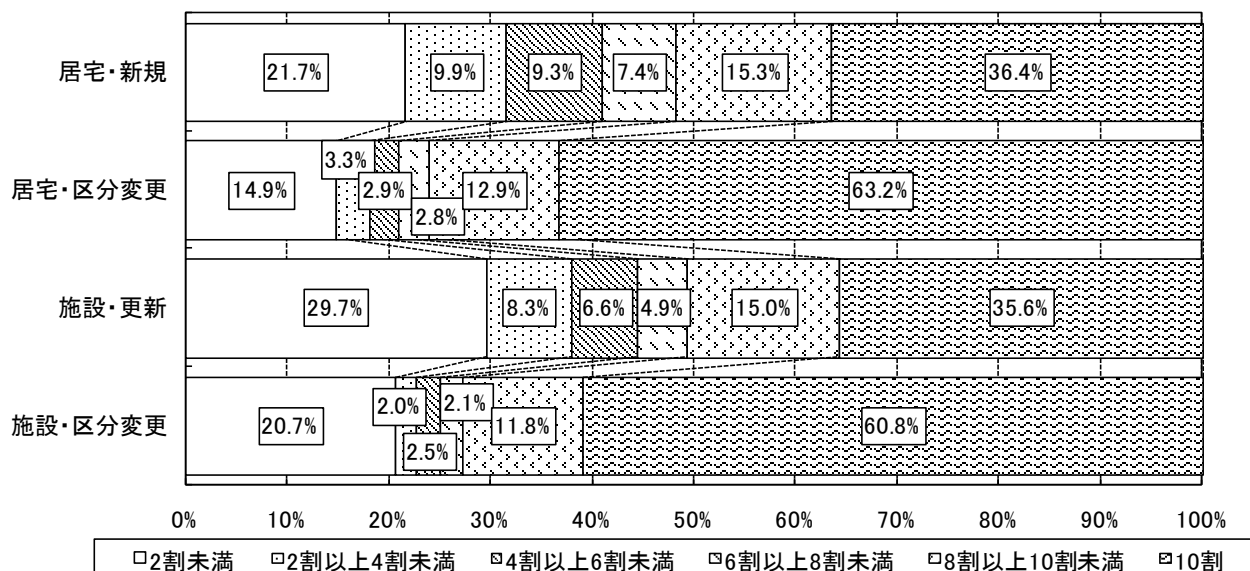
1-1 認定調査の実施体制（n=1,529）



1-2 事務受託法人への委託の有無（n=1,367）

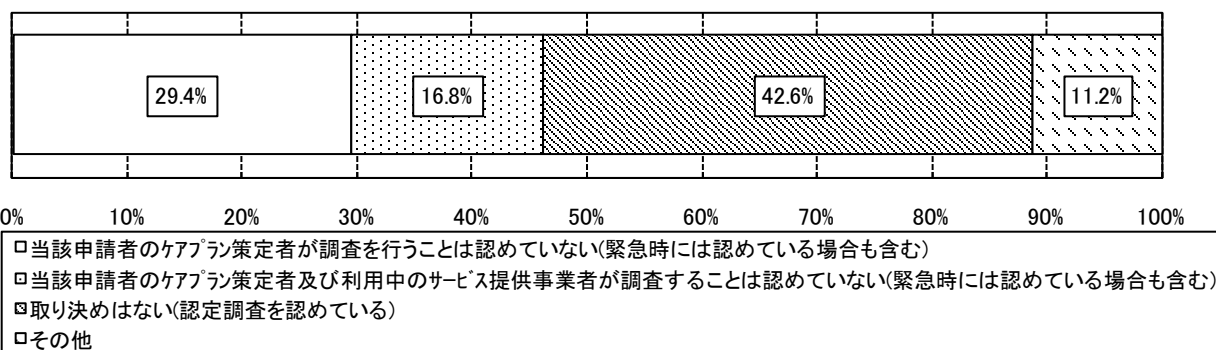


1-3 申請区分ごとの自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査の割合（n=1,367）

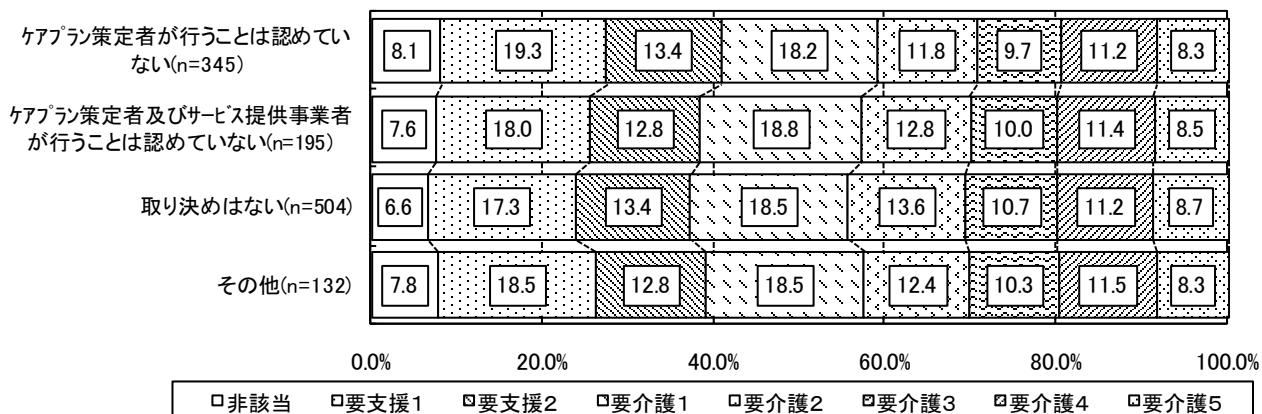


1-4 ケアプラン策定事業者の認定調査に関する取り組み

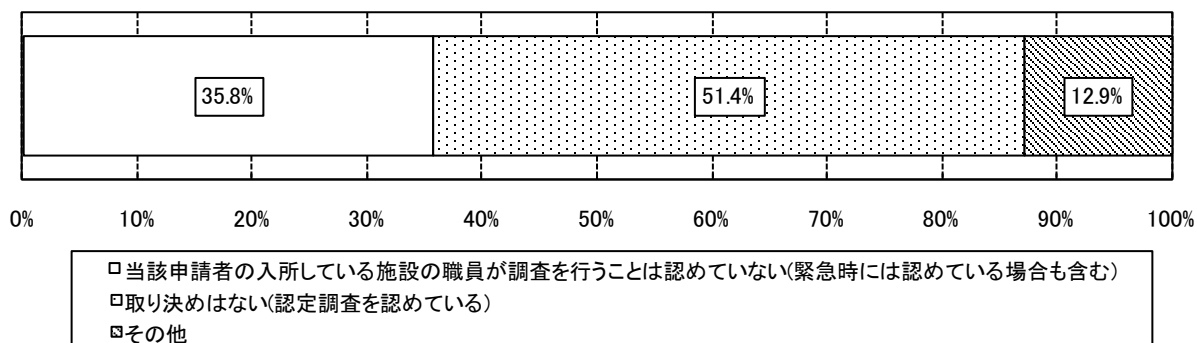
(1) 居宅の場合の取り組み (n=1,367)



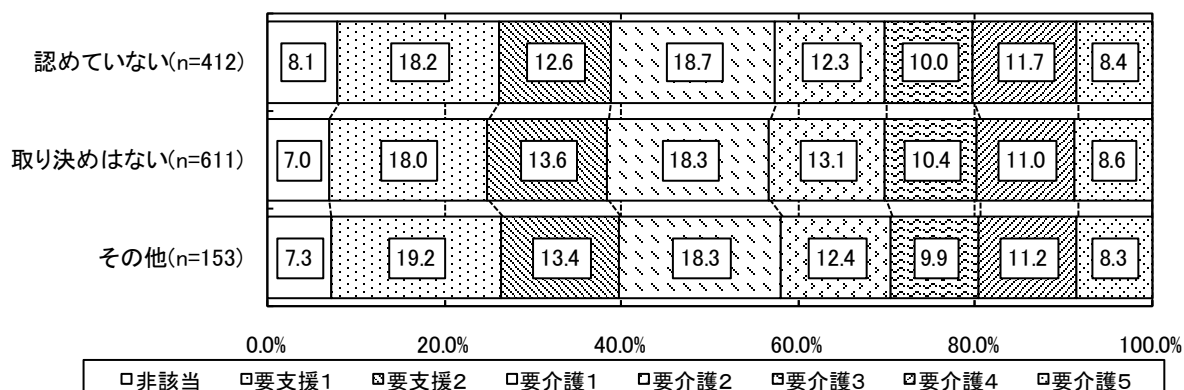
(2) 居宅の場合の取り組み別一次判定結果 (n=1,176)



(3) 施設の場合の取り組み (n=1,367)

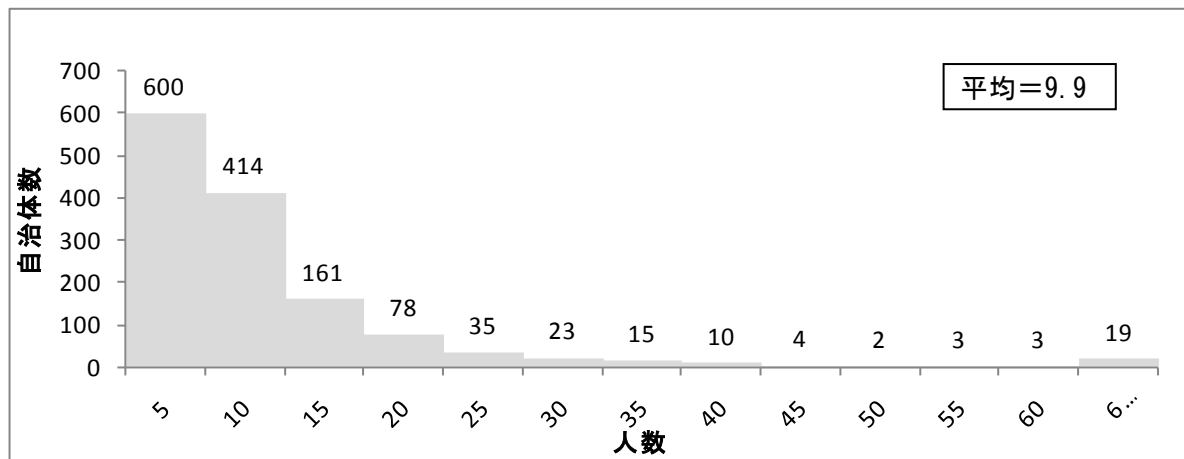


(4) 施設の場合の取り組み別一次判定結果 (n=1,176)

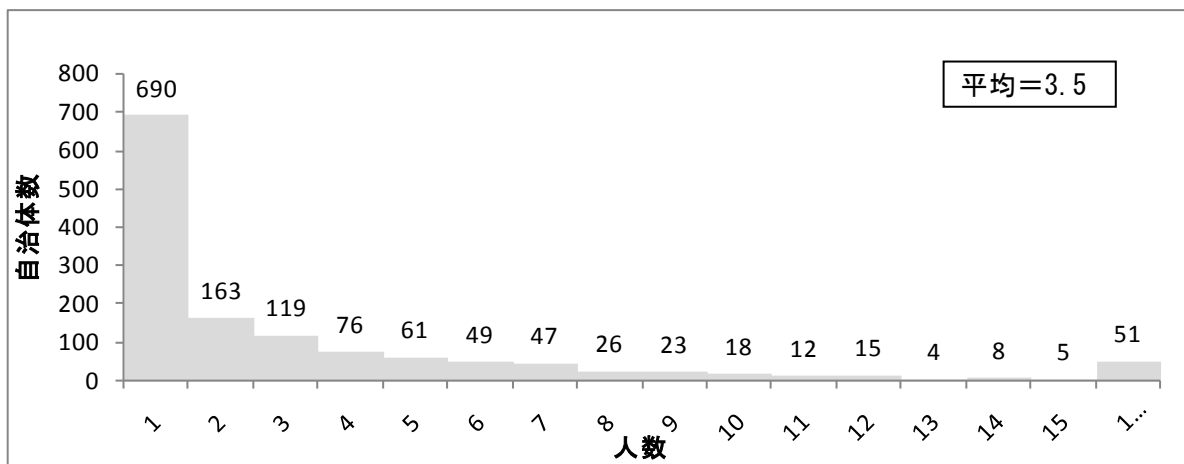


1-5 自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査 調査員数

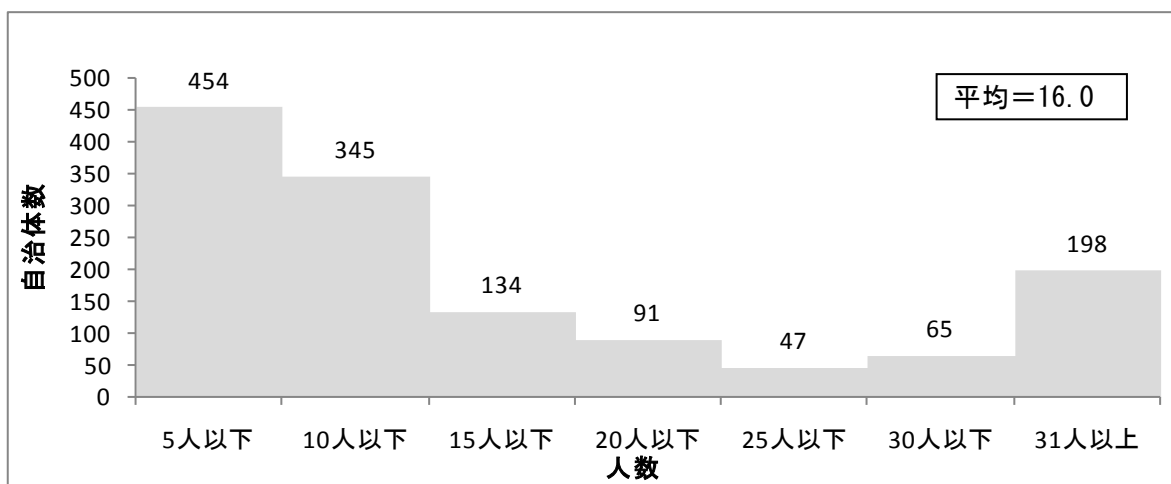
（１）自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査 調査員数（n=1,367）



（２）うちフルタイムかつ専従の職員数（n=1,367）



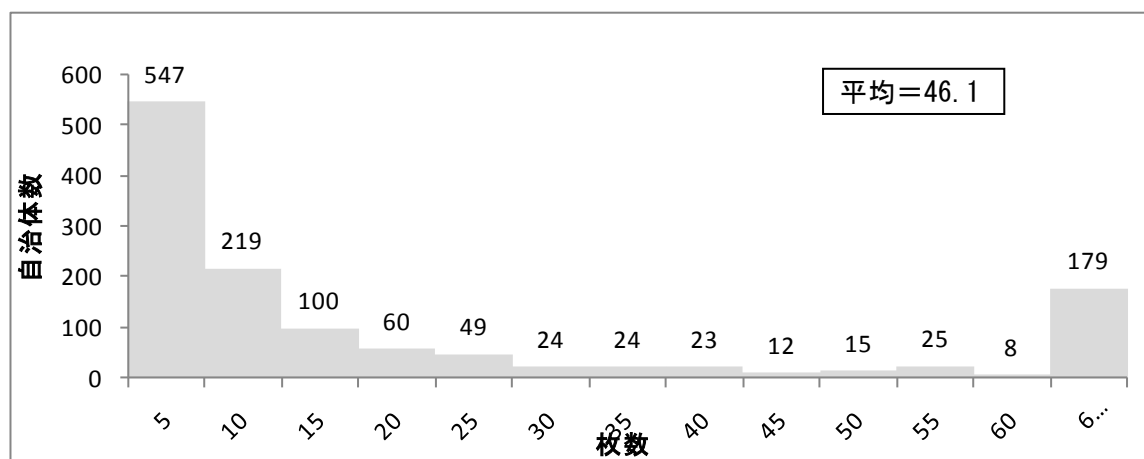
（３）１号被保険者 10,000 人当たりの自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査 調査員数（n=1,334）



※「不明」および１号被保険者人口不明の３自治体を除く

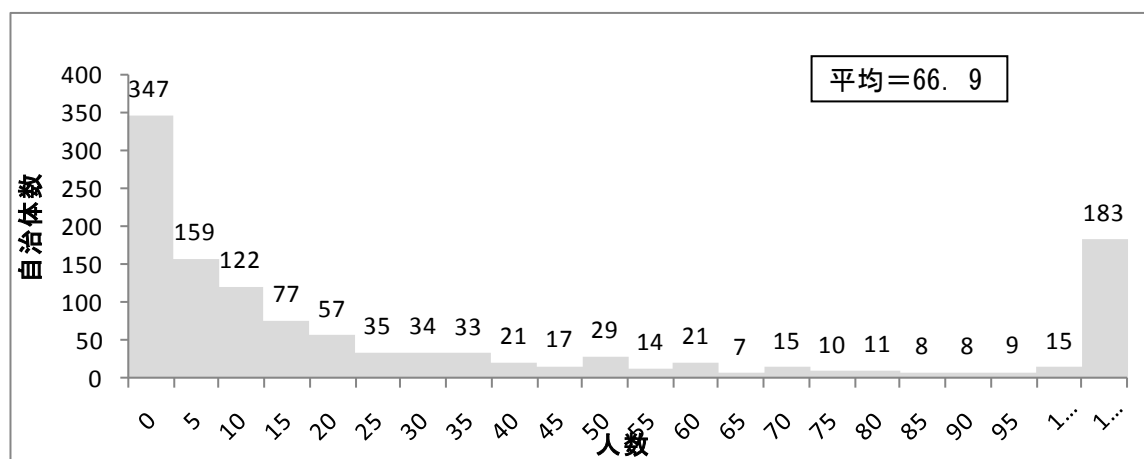
1-6 委託調査 調査員数

(1) 自治体が配布している調査員証の数 (n=1,232)



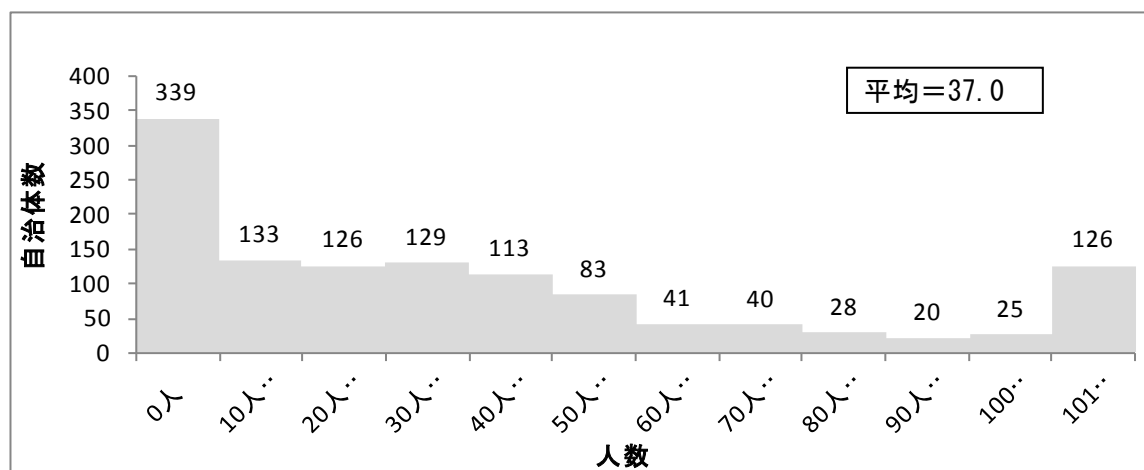
※ 「不明」との回答 135 自治体を除く

(2) 委託調査を行う調査員の数 (n=1,233)



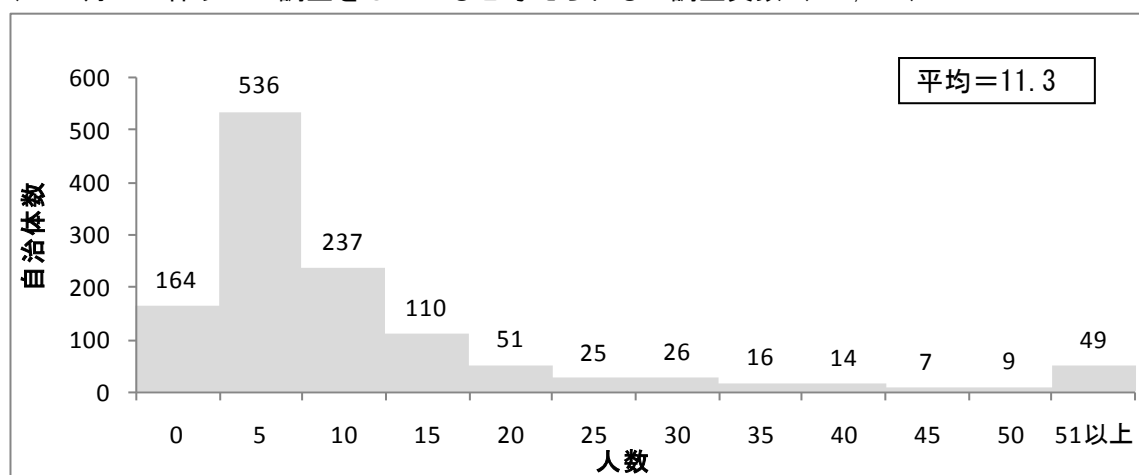
※ 「不明」との回答 134 自治体を除く

(3) 1号被保険者 10,000 人当たりの委託調査 調査員数 (n=1,203)



※ 「不明」との回答 164 自治体を除く

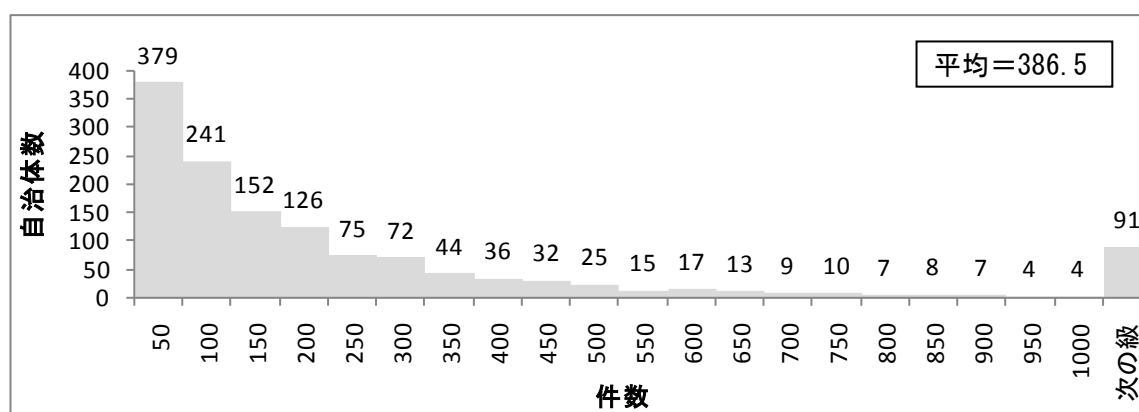
(4) 1月に5件以上の調査をしていると考えられる 調査員数 (n=1,244)



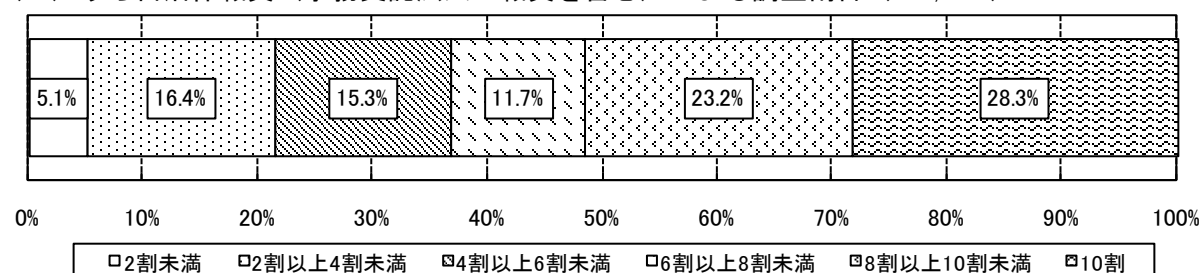
※ 「不明」との回答 123 自治体を除く

1-7 調査実施自治体が行う 1 月当たりの調査件数 (n=1,367)

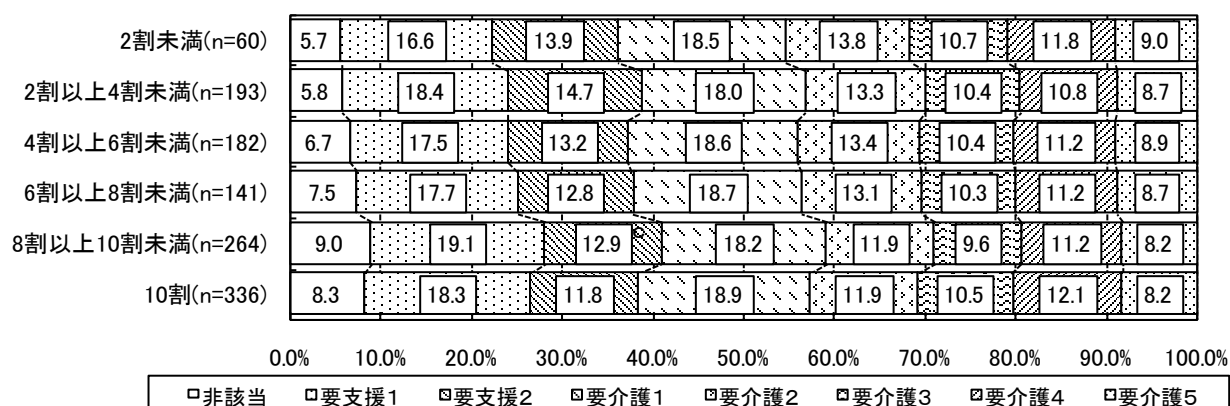
(1) 調査件数



(2) うち自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査割合 (n=1,367)



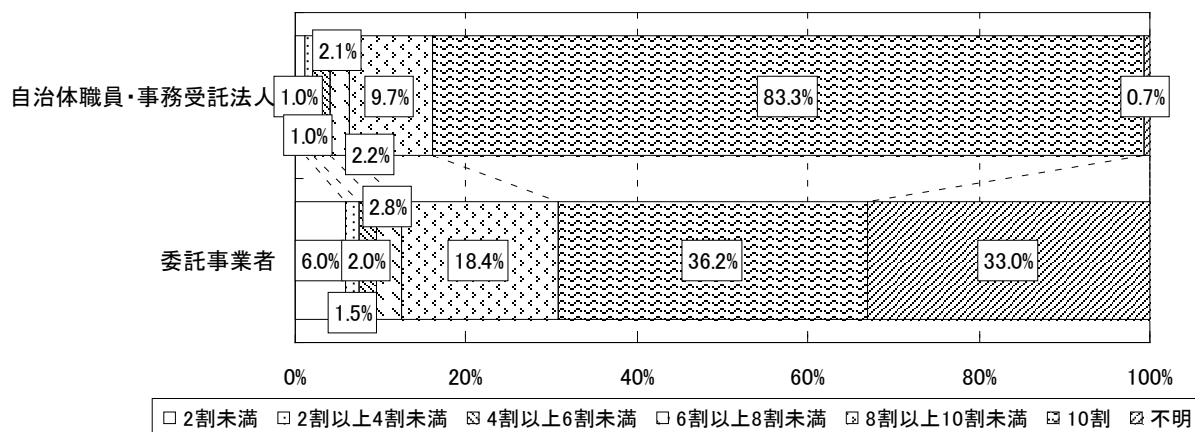
(3) 自治体職員（事務受託法人の職員を含む）による調査実施割合別一次判定結果 (n=1,176)



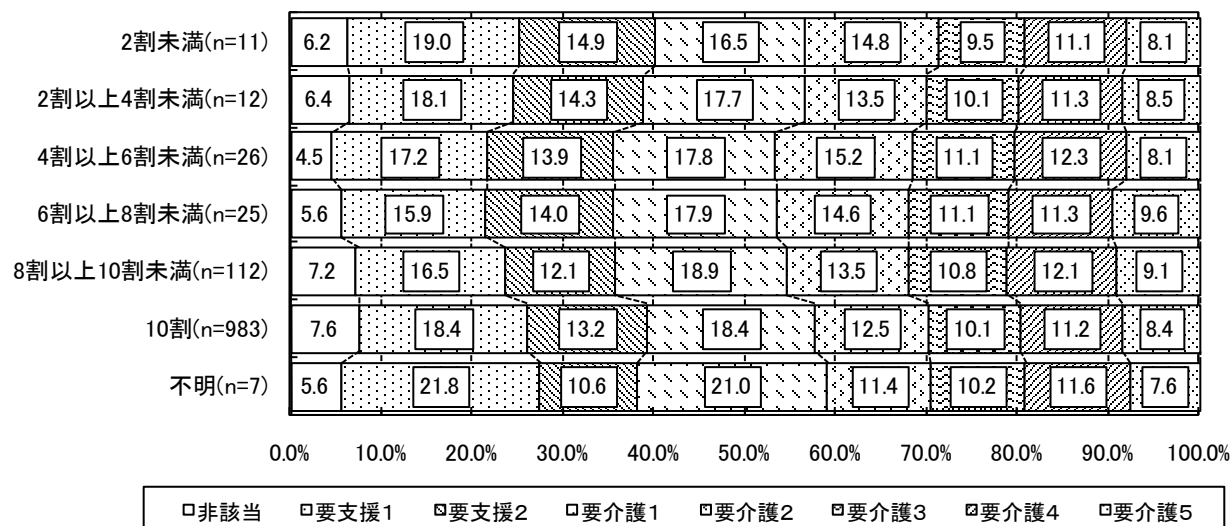
Ⅱ. 調査員研修・指導

2-1 平成 21 年からの新たな方式での認定に関する研修を受けた調査員の割合 (n=1,367)

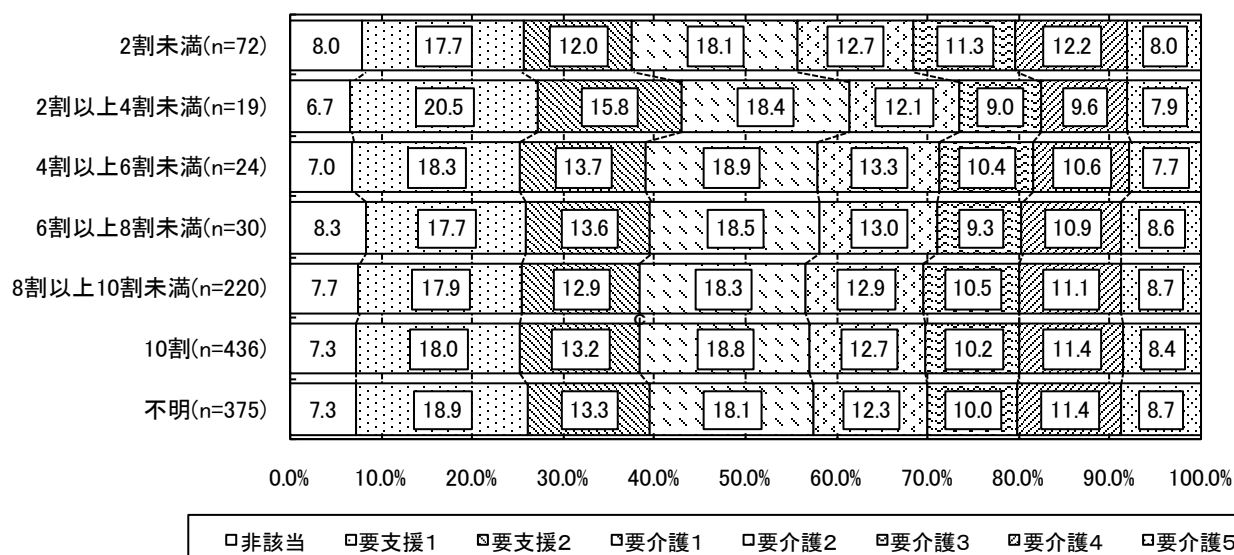
(1) 新たな方式での認定に関する研修受講者割合



(2) 新認定研修受講者割合別一次判定結果 (自治体職員) (n=1,176)

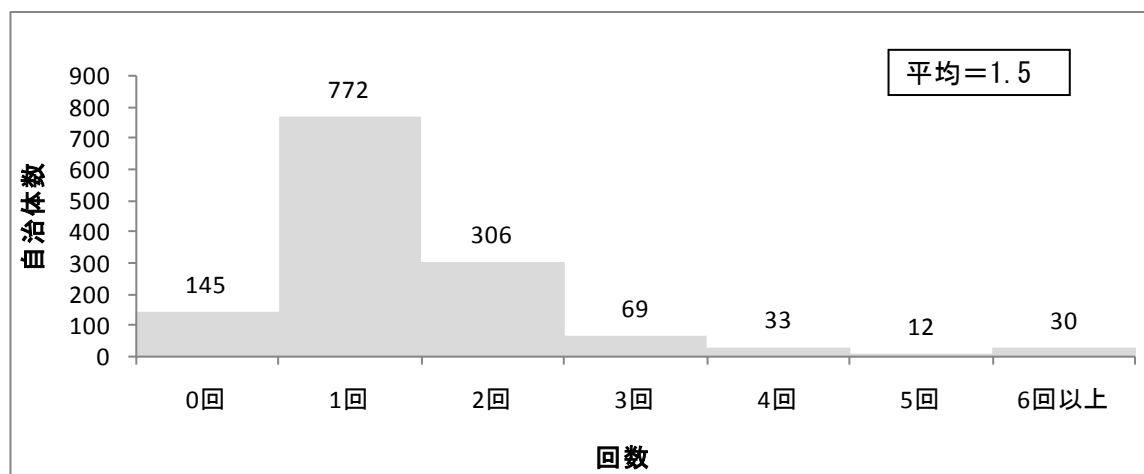


(3) 新認定研修受講者割合別一次判定結果 (委託事業者) (n=1,176)

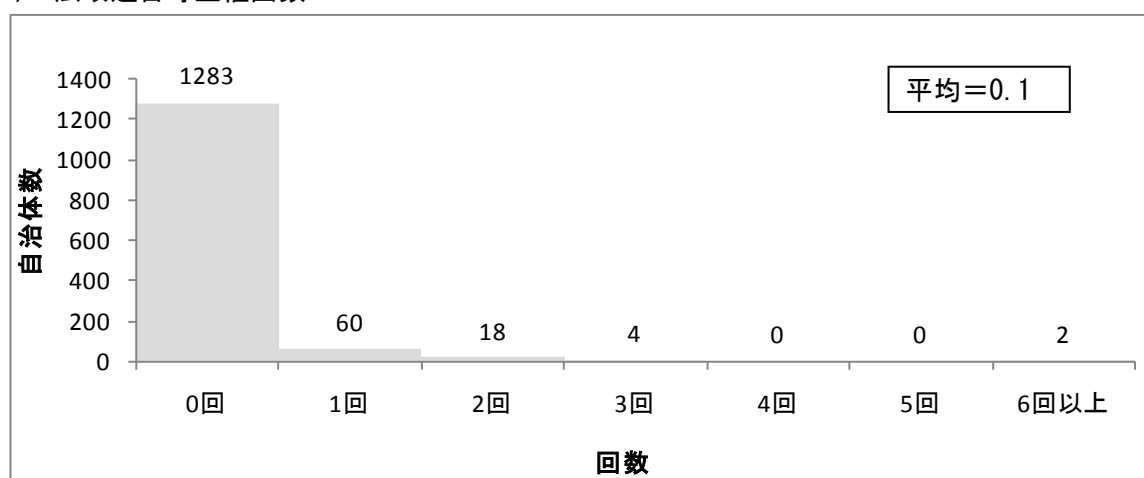


3-1 研修開催回数 (n=1,367)

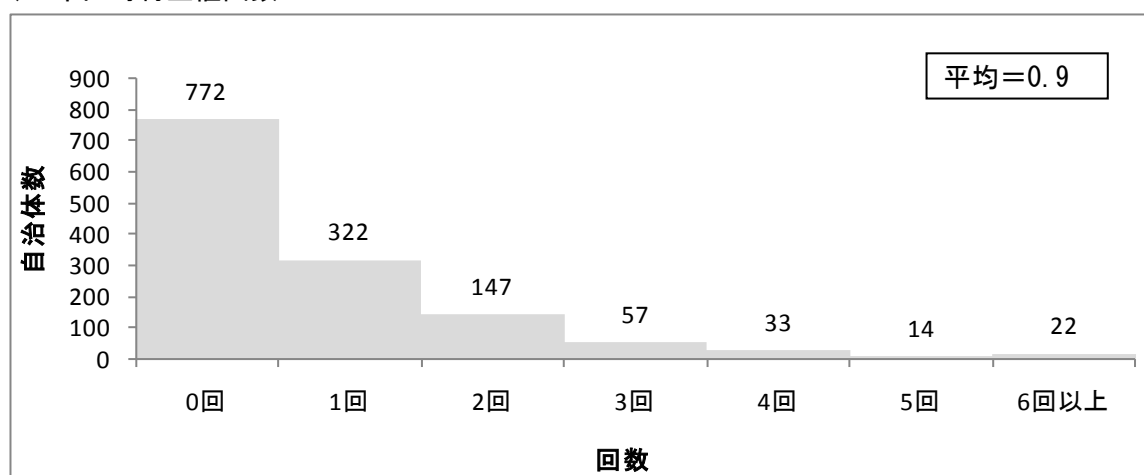
(1) 都道府県主催回数



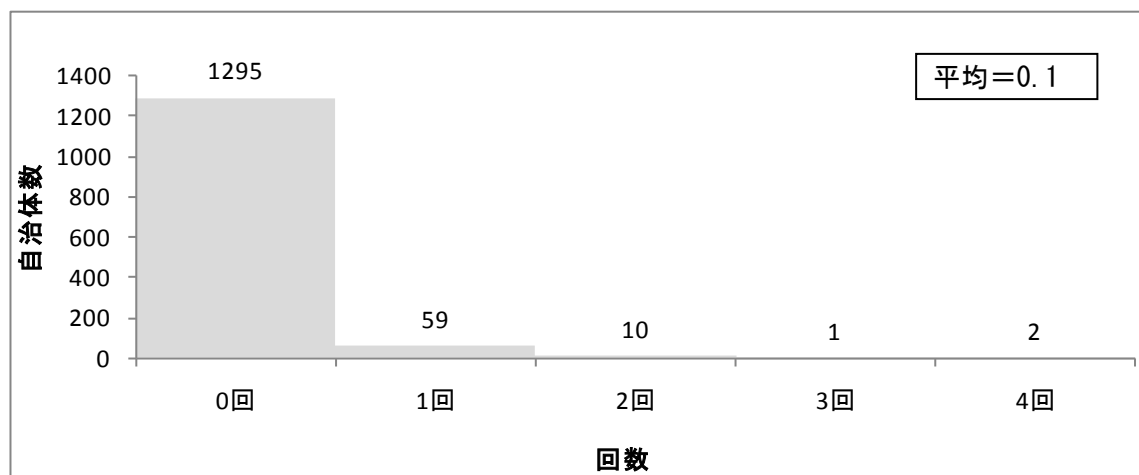
(2) 広域連合等主催回数



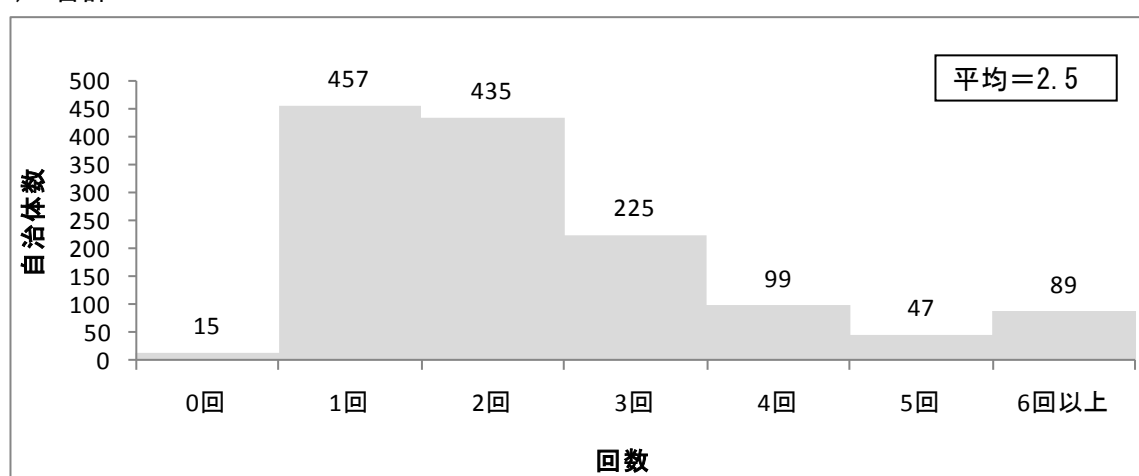
(3) 市区町村主催回数



(4) その他主催

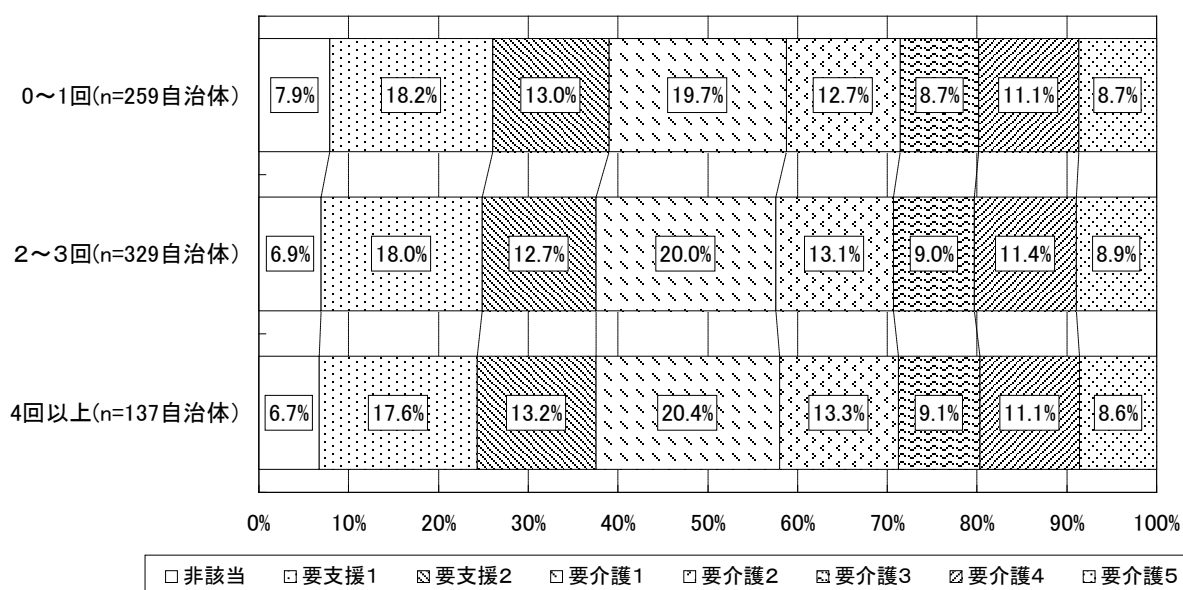


(5) 合計



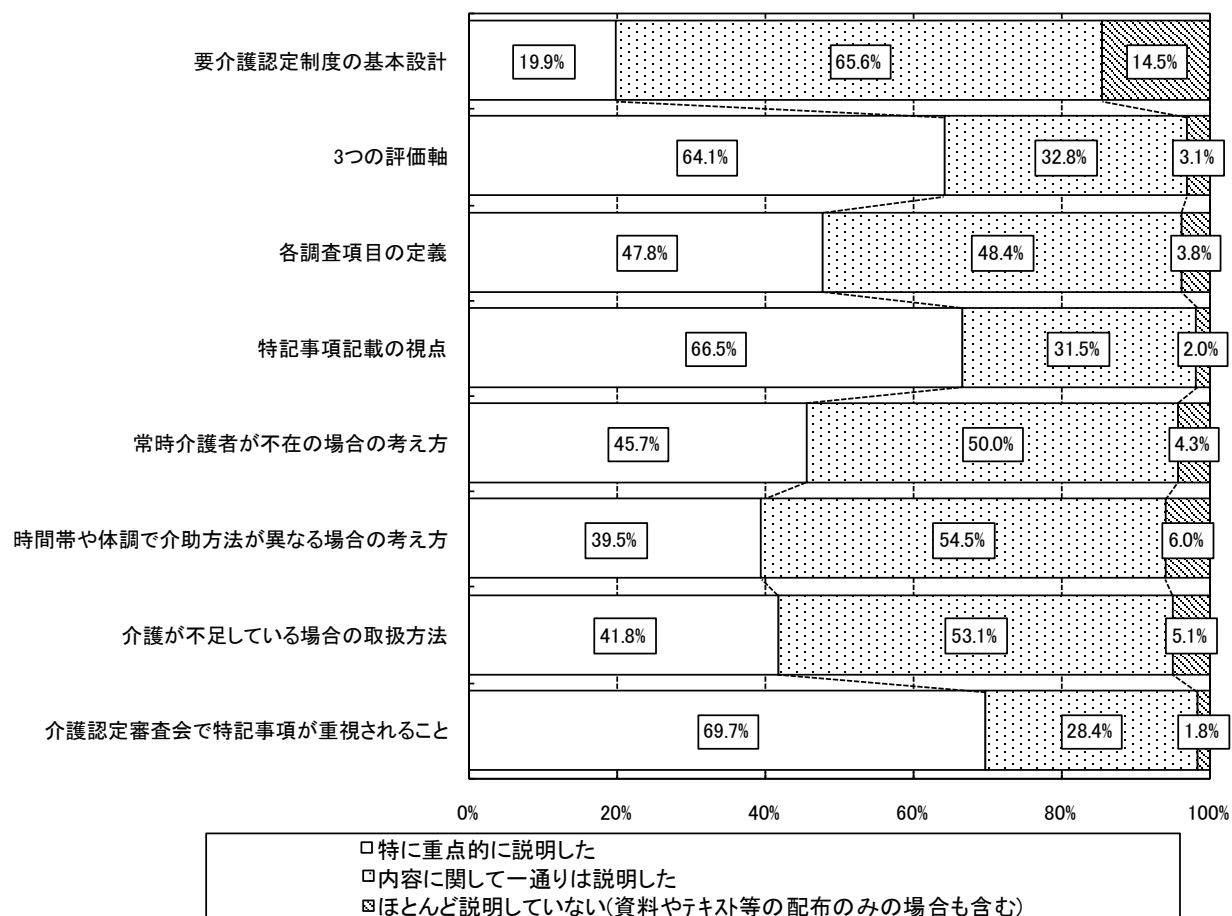
(6) 研修回数（合計）別一次判定結果（n=1,176）

研修回数合計×一次判定結果

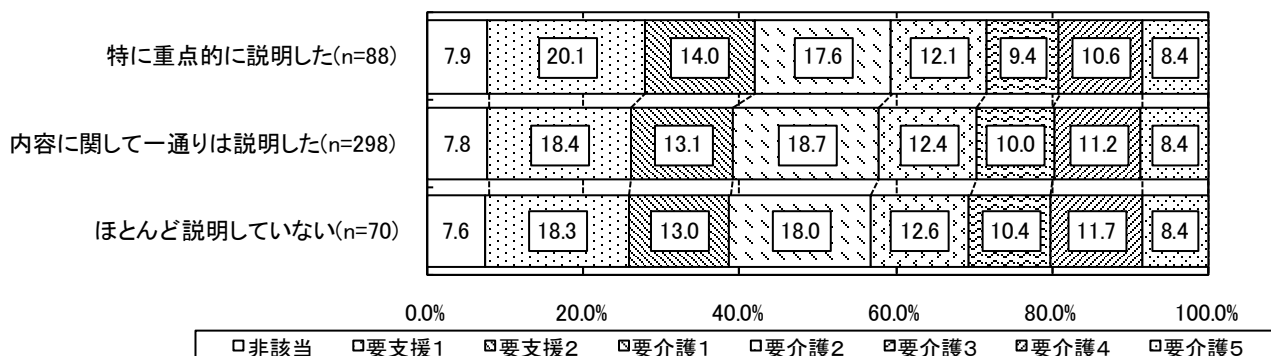


4-1 研修で扱った内容 (n=552)

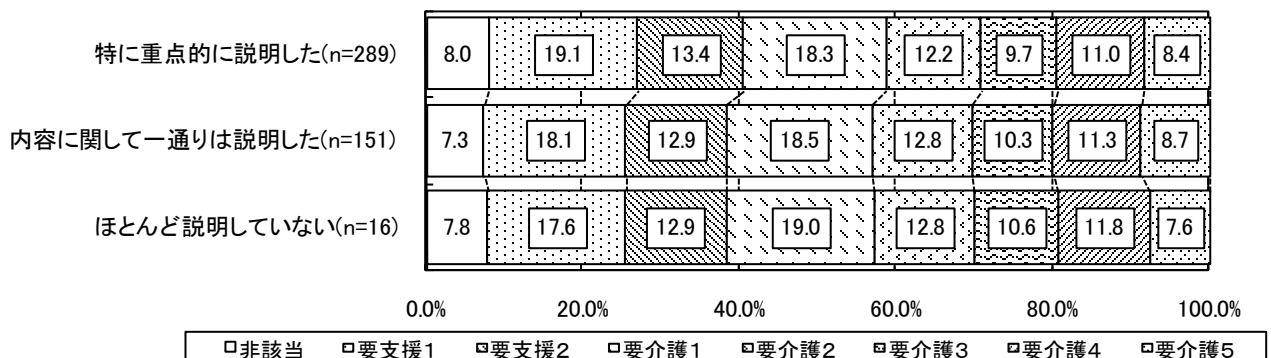
(1) 研修で扱ったそれぞれの内容に対する説明の比重



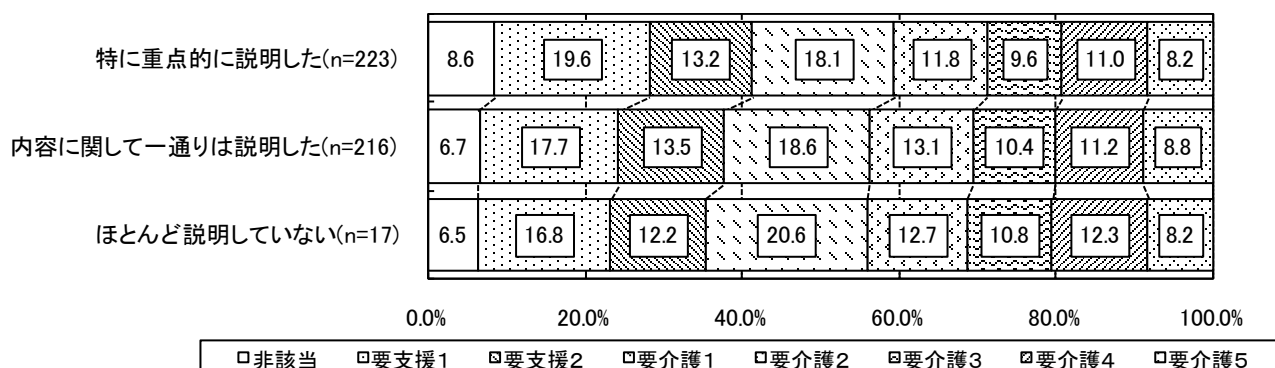
(2) 研修内容(要介護認定制度の基本設計)別一次判定結果 (n=456)



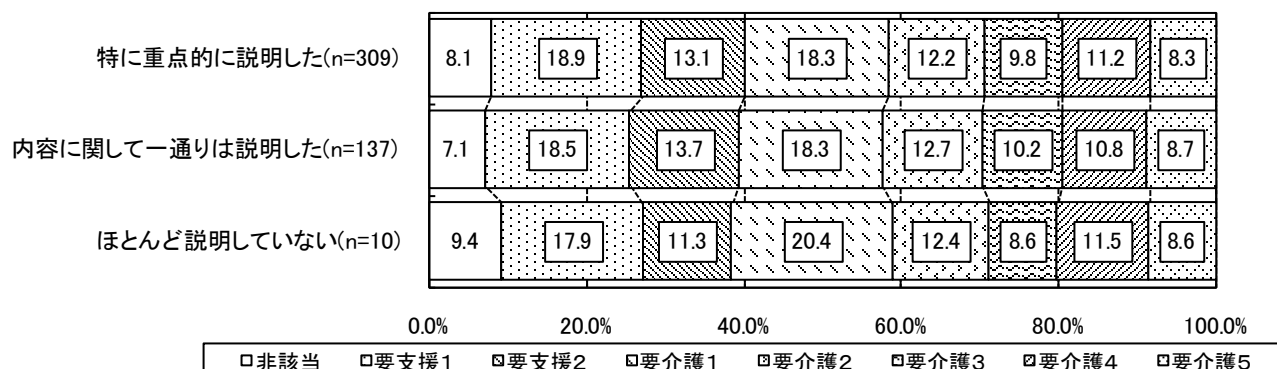
(3) 研修内容(3つの評価軸に関して)別一次判定結果 (n=456)



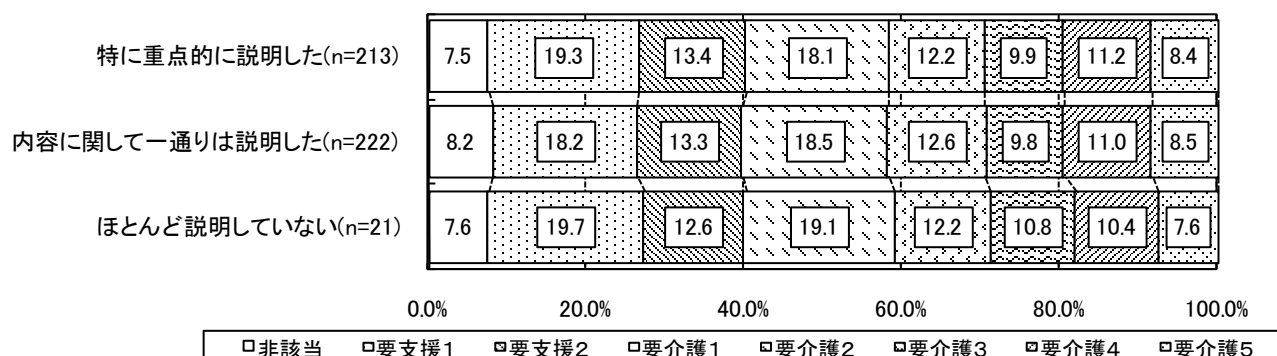
(4) 研修内容（各調査項目の定義）別一次判定結果（n=456）



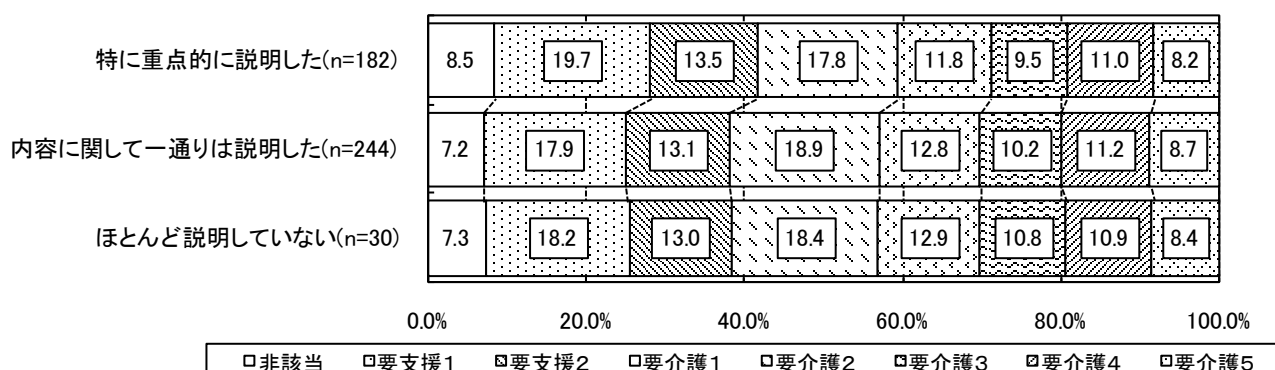
(5) 研修内容（特記事項の記載の視点（選択根拠、手間、頻度））別一次判定結果（n=456）



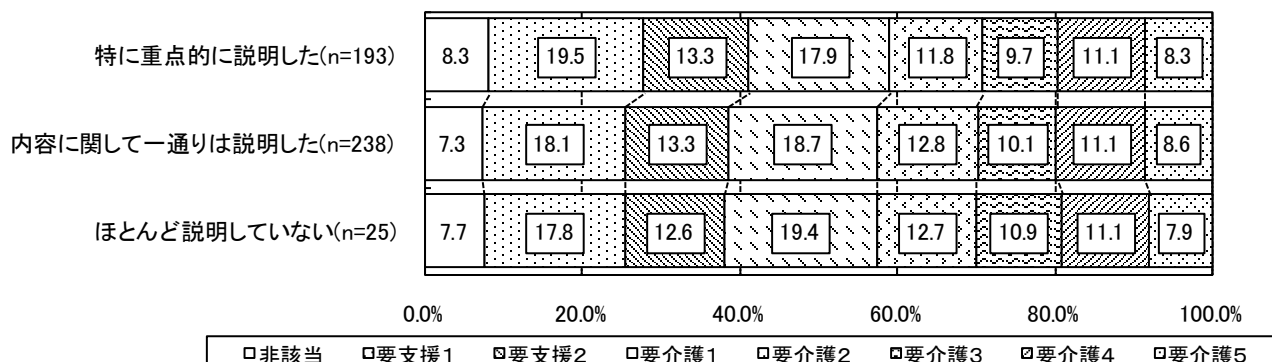
(6) 研修内容（常時介助を提供するものがない等状態の考え方）別一次判定結果（n=456）



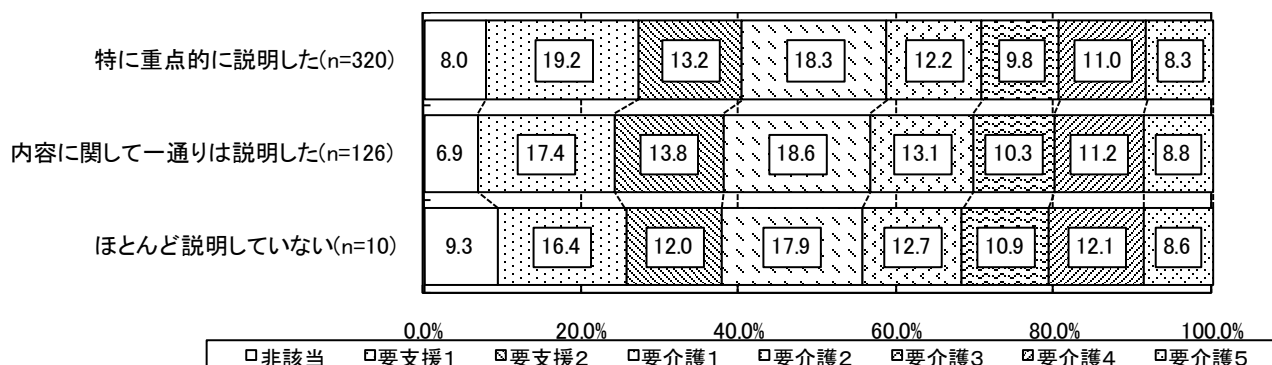
(7) 研修内容（時間帯や体調によって介助の方法が異なる場合の考え方）別一次判定結果（n=456）



(8) 研修内容（介護が不足している場合の取り扱い方法）別一次判定結果（n=456）

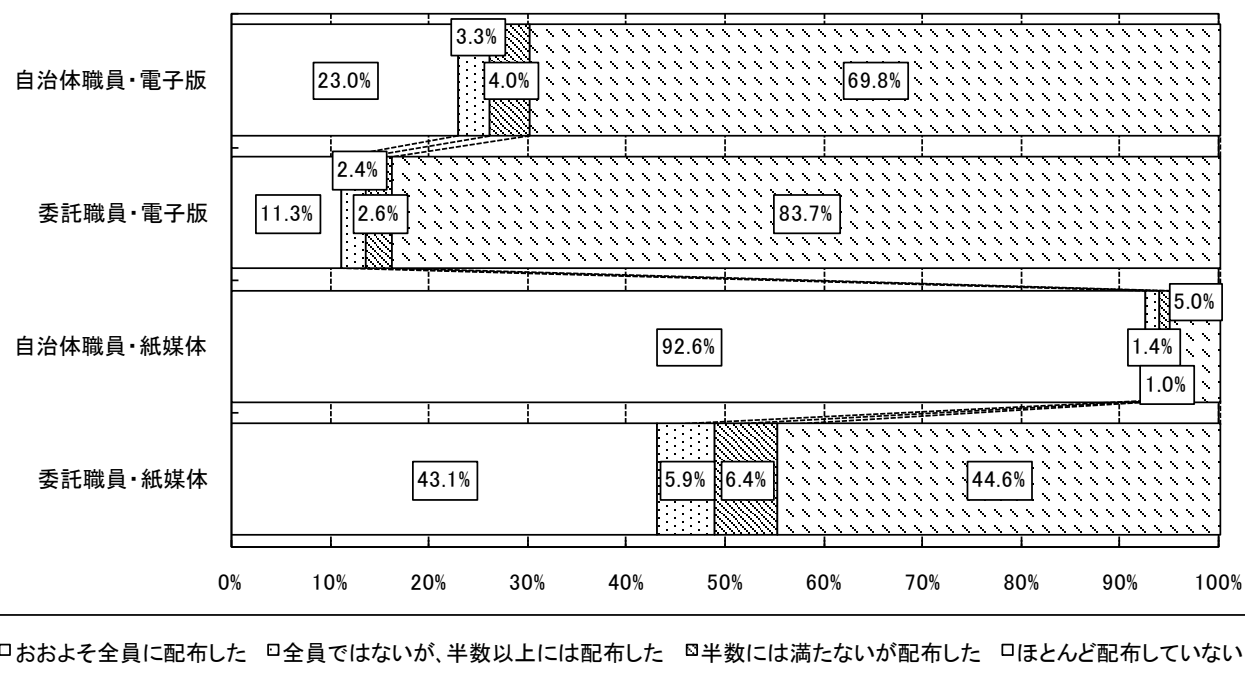


(9) 研修内容（介護認定審査会でより特記事項が重視される方法となったことについての説明）別一次判定結果（n=456）

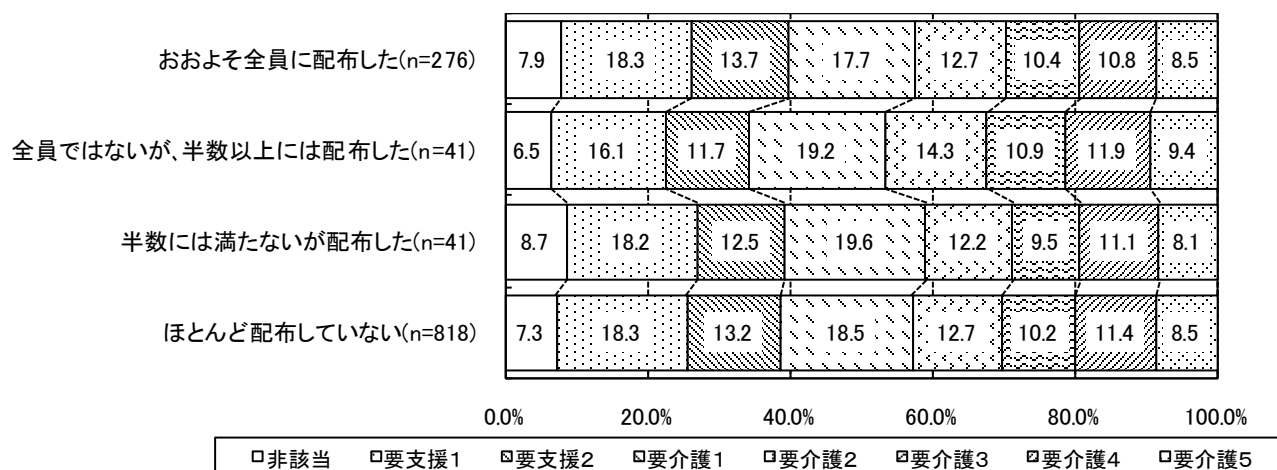


5-1 テキスト配布方法（n=1,367）

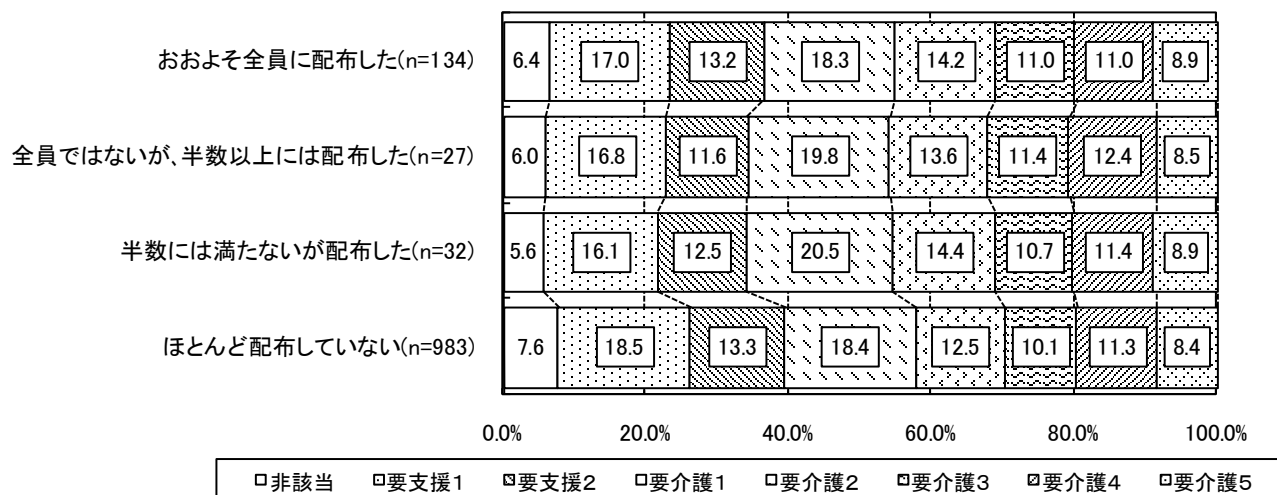
(1) テキストの配布状況



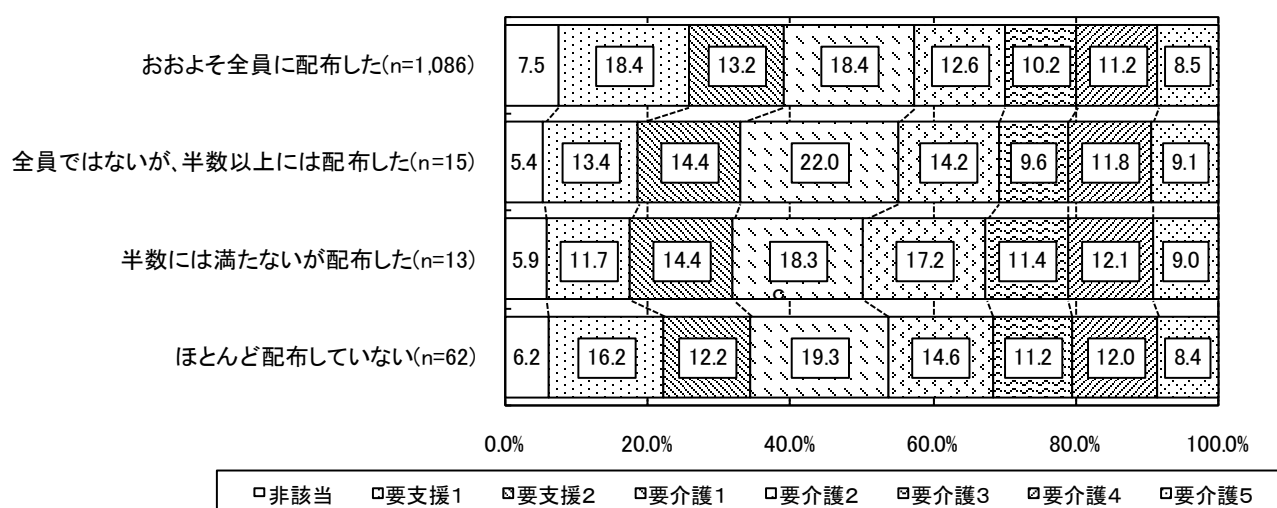
(2) テキストの配布状況別一次判定結果 自治体職員・電子版 (n=1,176)



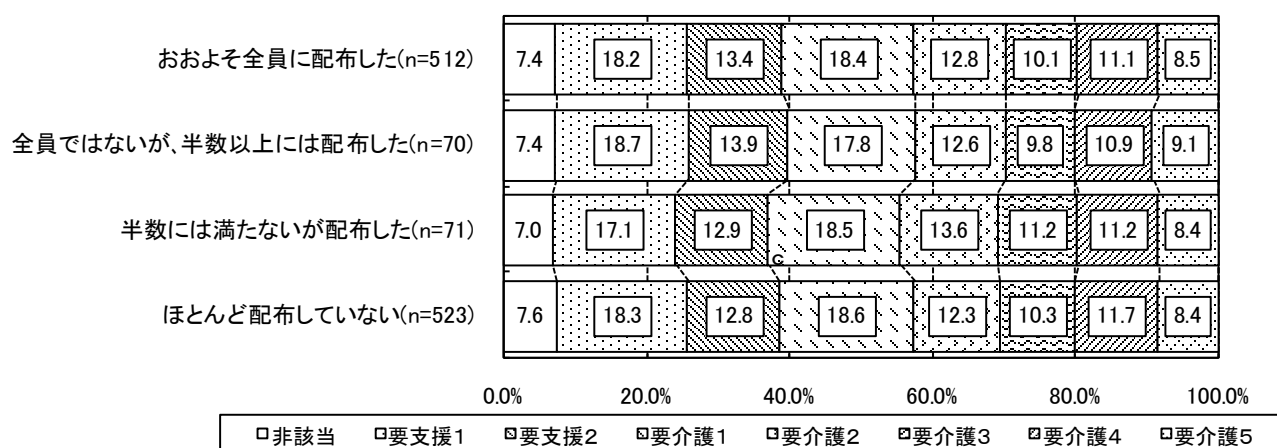
(3) テキストの配布状況別一次判定結果 委託調査員・電子版 (n=1,176)



(4) テキストの配布状況別一次判定結果 自治体職員・紙媒体 (n=1,176)

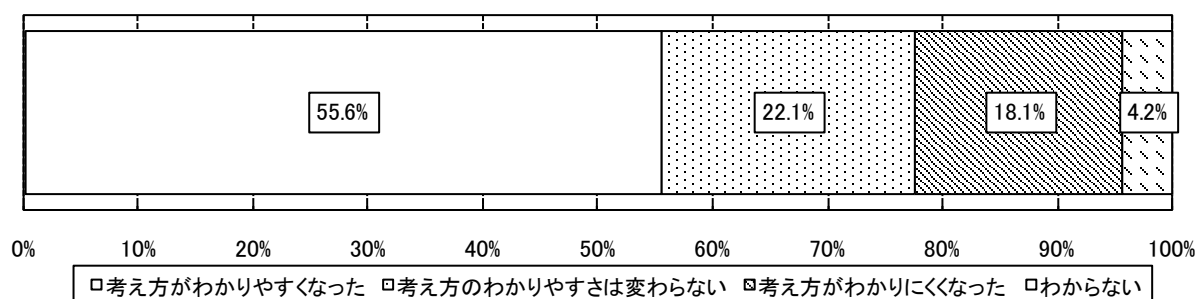


(5) テキストの配布状況別一次判定結果 委託調査員・紙媒体 (n=1, 176)

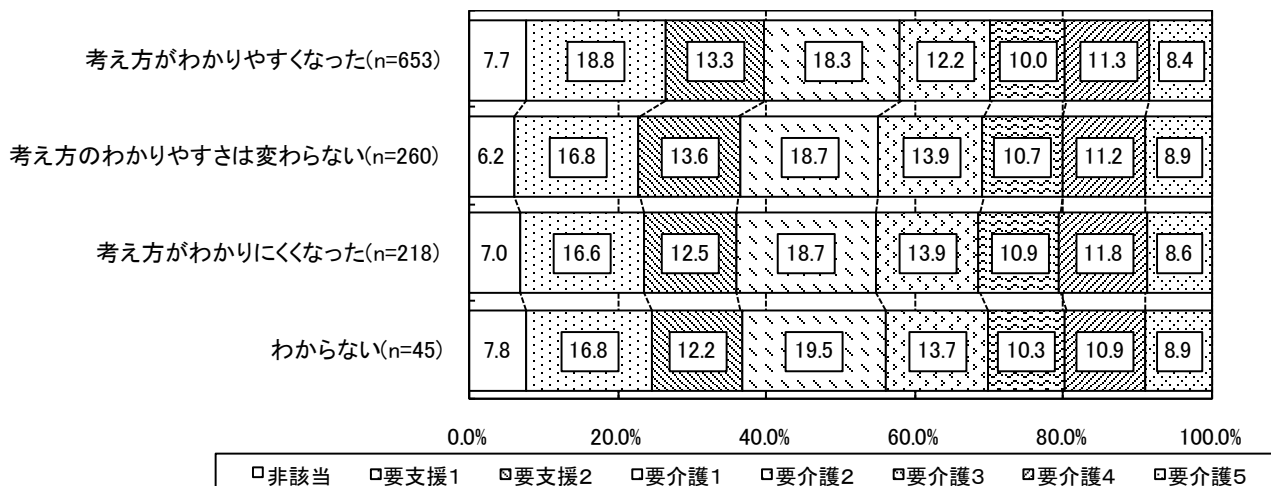


6-1 新認定調査に対する評価

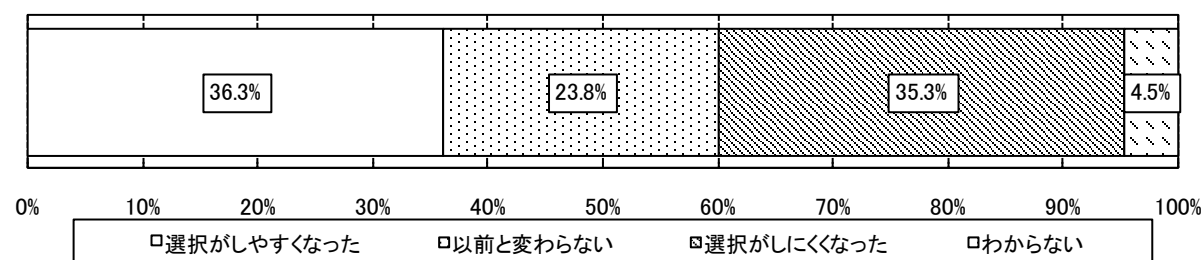
(1-1) 調査項目が3つの軸（能力・有無・介助の方法）に分類されたことについて (n=1, 367)



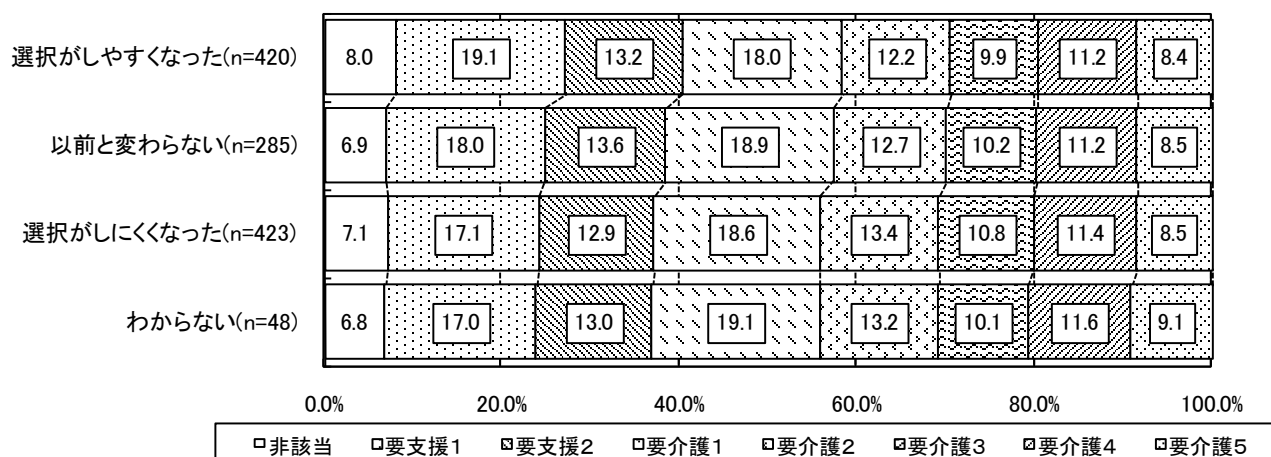
(1-2) 回答別一次判定結果 (n=1, 176)



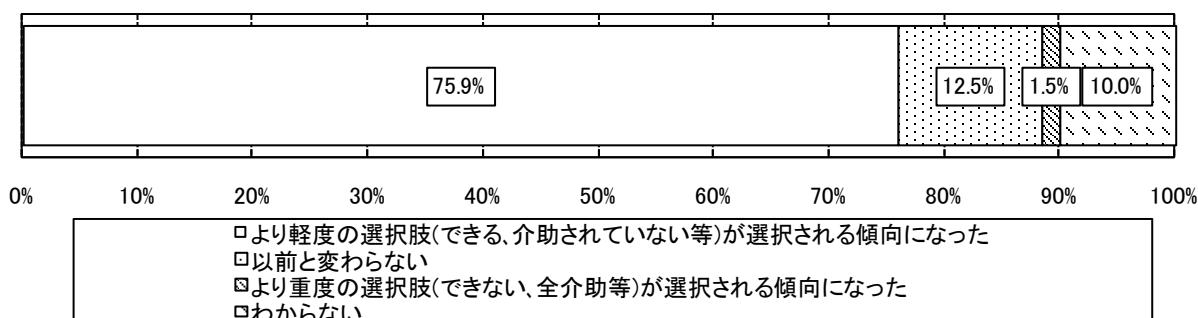
(2-1) 調査項目の選択の仕方について (n=1,367)



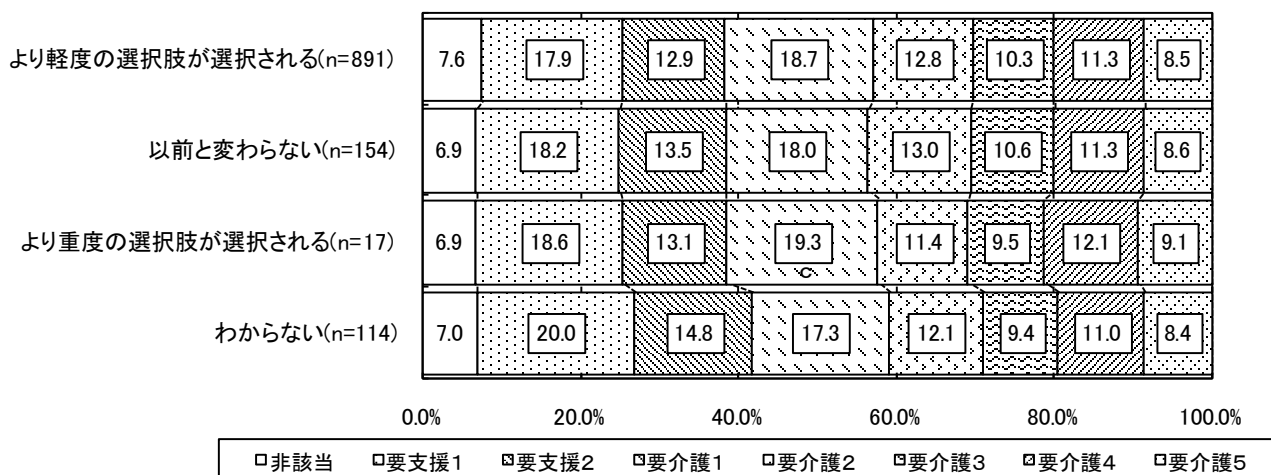
(2-2) 回答別一次判定結果 (n=1,176)



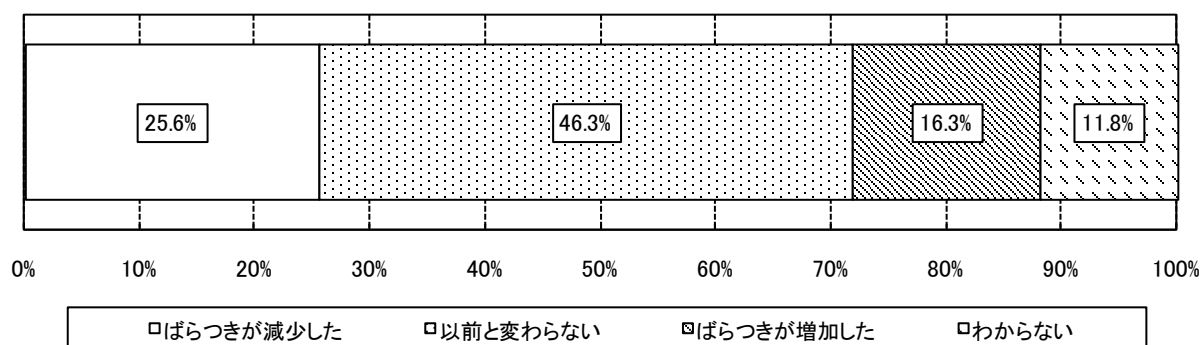
(3-1) 個々の調査項目における選択肢の選択傾向について (n=1,367)



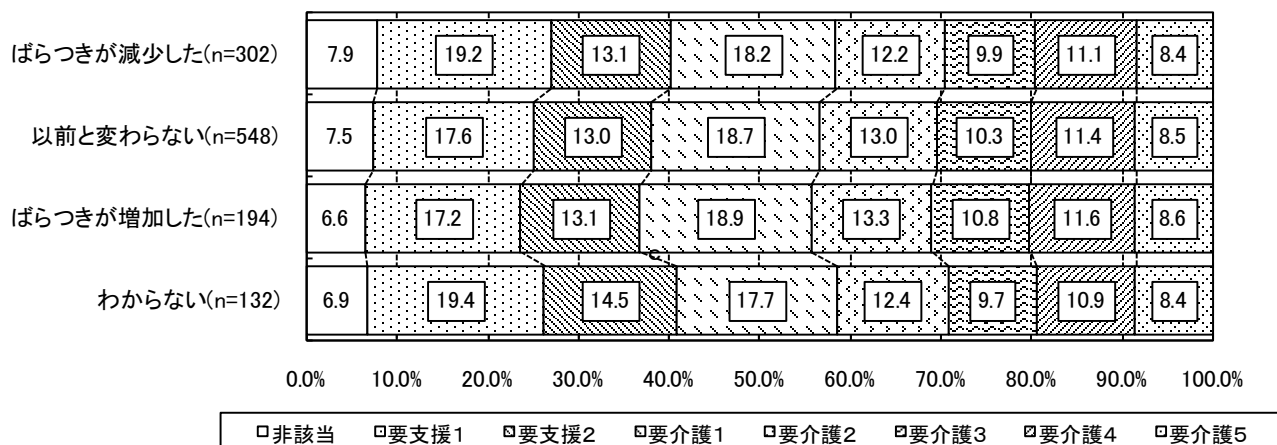
(3-2) 回答別一次判定結果 (n=1,176)



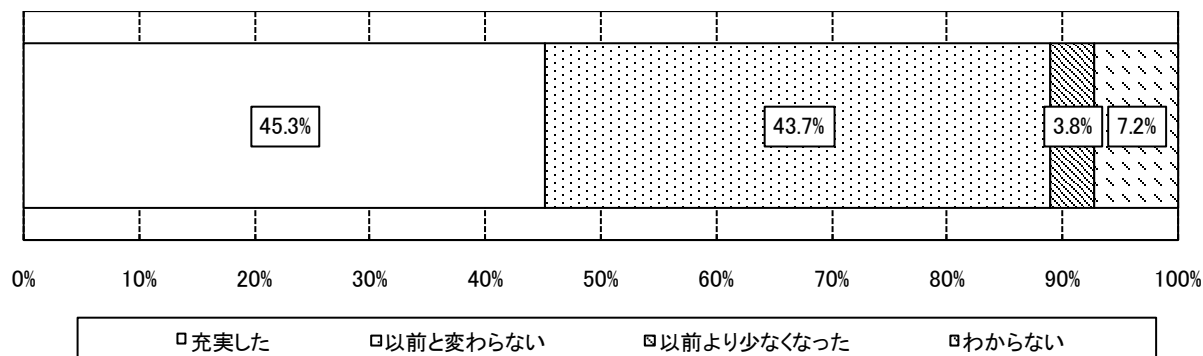
(4-1) 調査員ごとの選択肢の選択や特記事項の記載に関するばらつきについて (n=1,367)



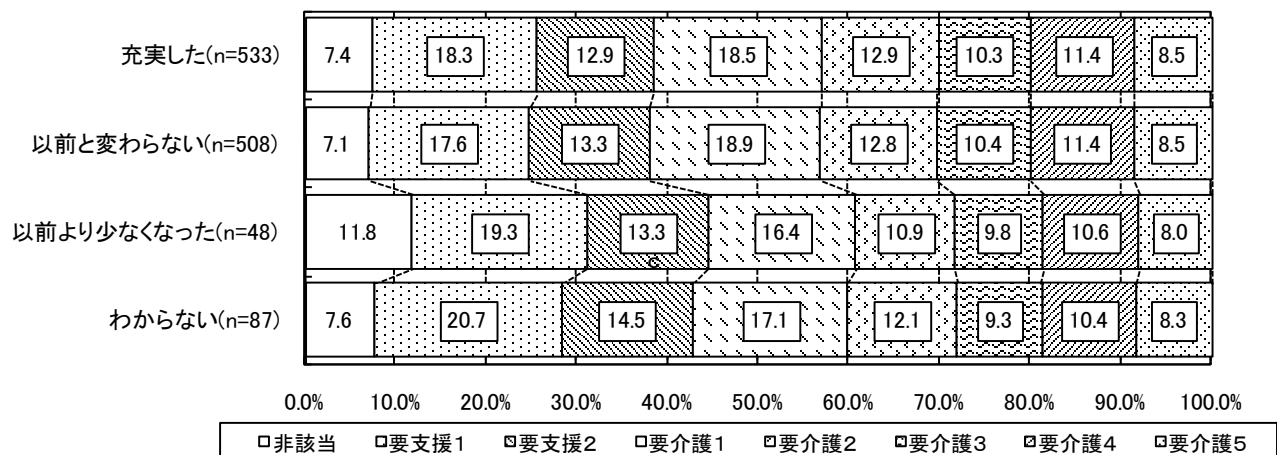
(4-2) 回答別一次判定結果 (n=1,176)



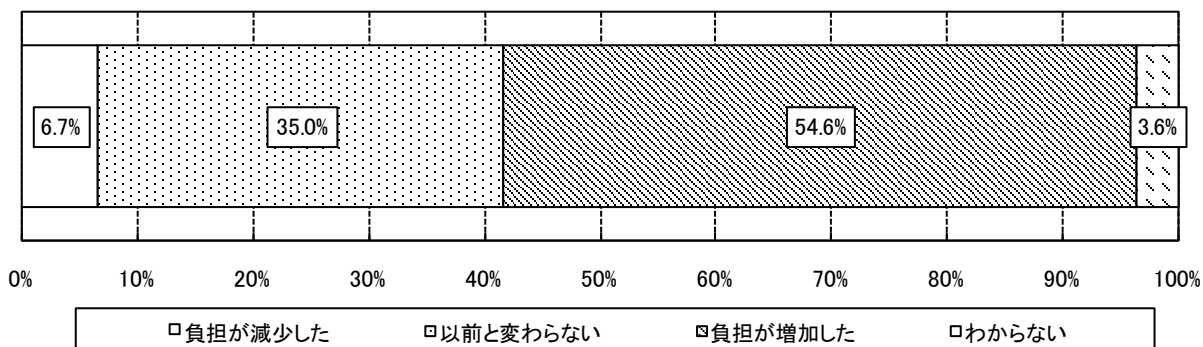
(5-1) 特記事項の内容の記載について (n=1,367)



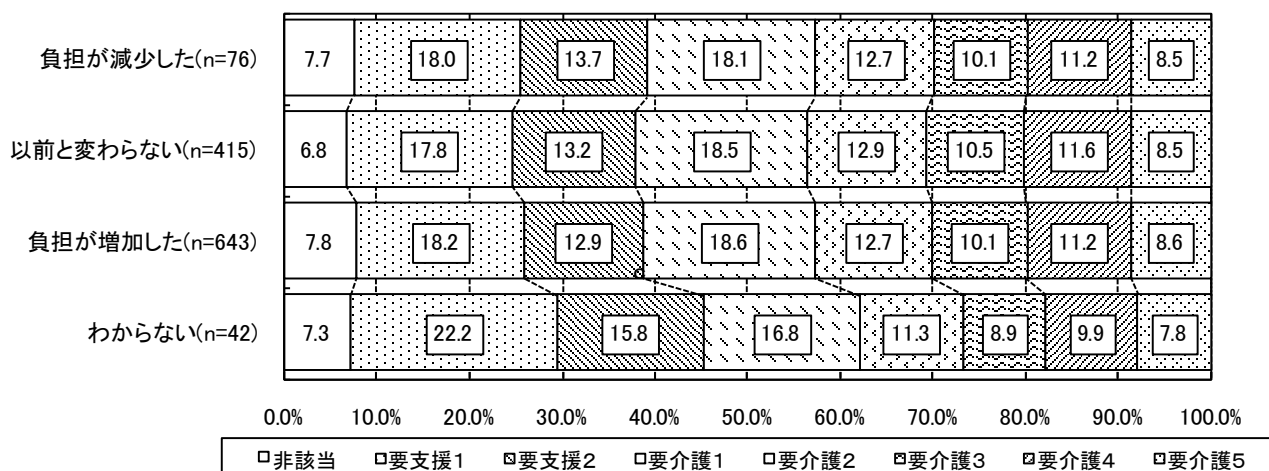
(5-2) 回答別一次判定結果 (n=1,176)



(6-1) 認定調査の見直し(項目数の減少等)による調査員の負担について (n=1,367)



(6-2) 回答別一次判定結果 (n=1,176)



2. 介護認定審査会

・データ件数

保険者調査回収自治体数：1,529 自治体（76.5%）

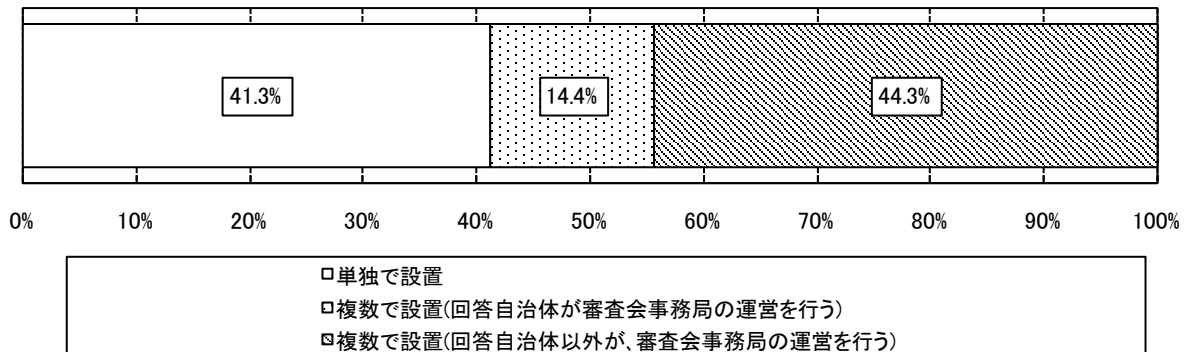
審査会開催自治体数：879 自治体

うち要介護認定者情報と結合できた自治体数：755 自治体（審査会開催自治体のうち 85.9%）

※集計には、経過措置適用前二次判定結果を使用

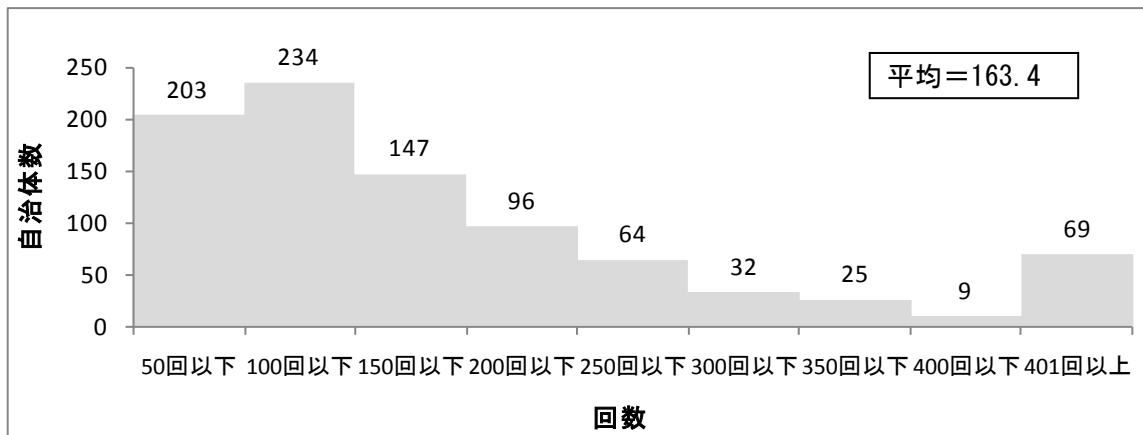
Ⅲ. 介護認定審査会の体制

7-1 介護認定審査会の設置体制（n=1,529）

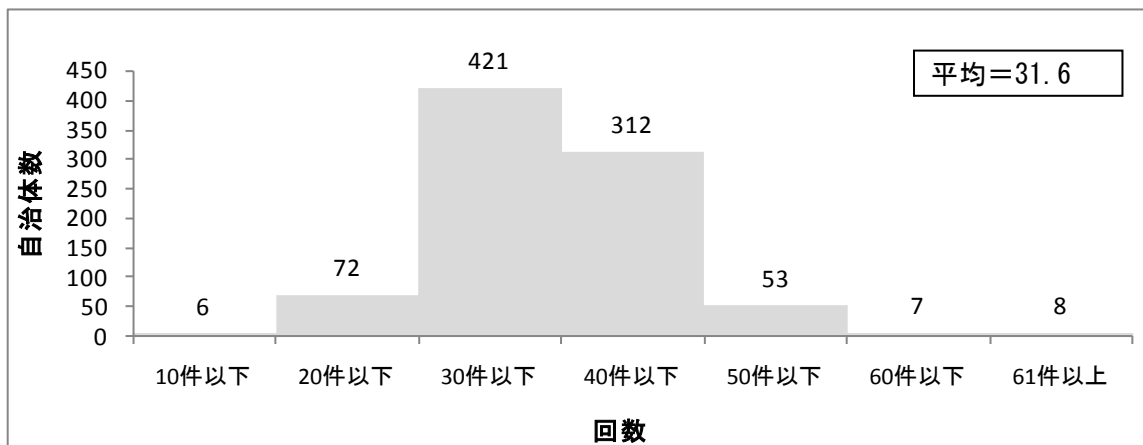


7-2 審査会の開催状況（n=879）

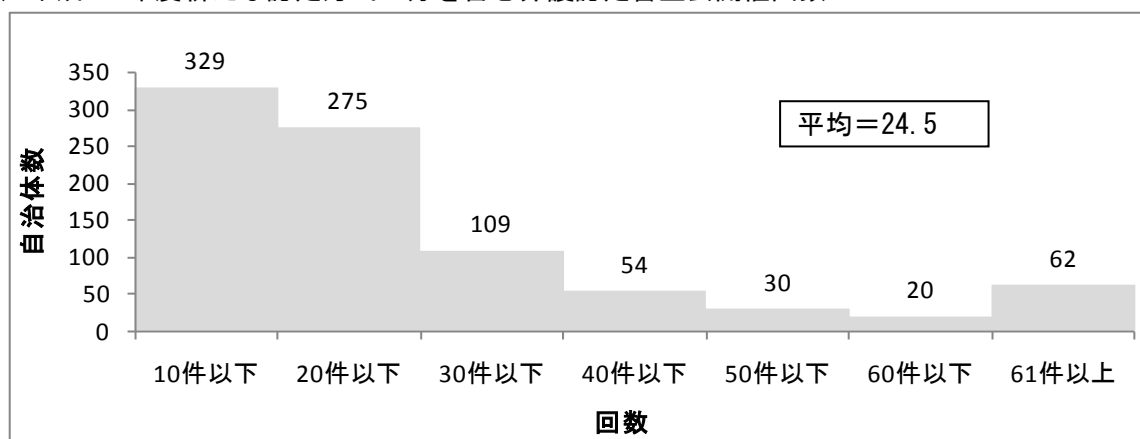
（1）平成 20 年度介護認定審査会開催回数



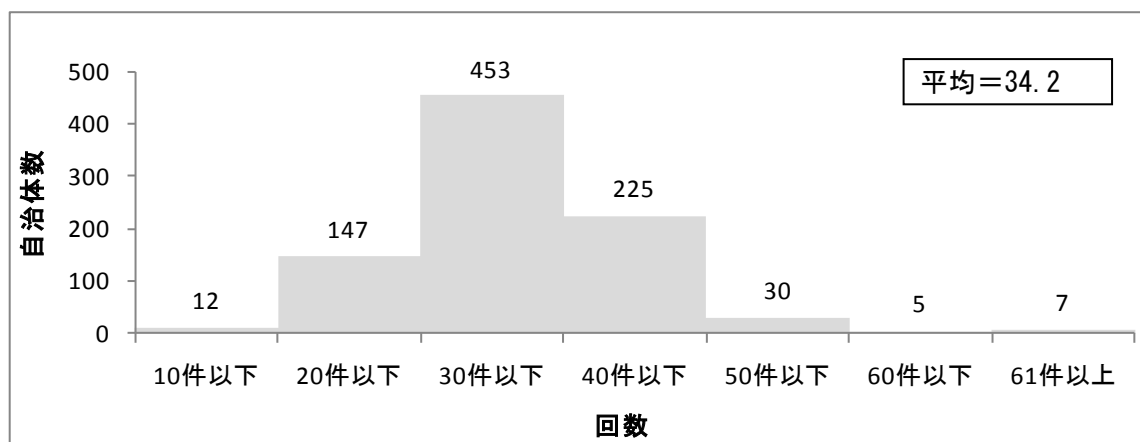
（2）平成 20 年度一回の介護認定審査会に審査する平均的な件数



(3) 平成21年度新たな認定方式の分を含む介護認定審査会開催回数

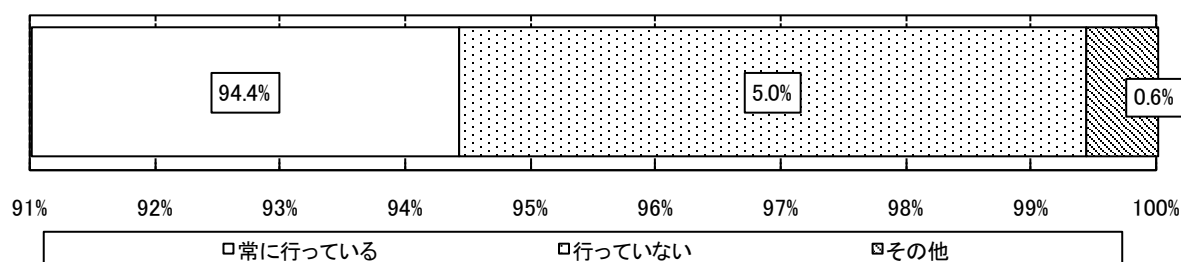


(4) 平成21年度新認定に移行してからの平均的な件数

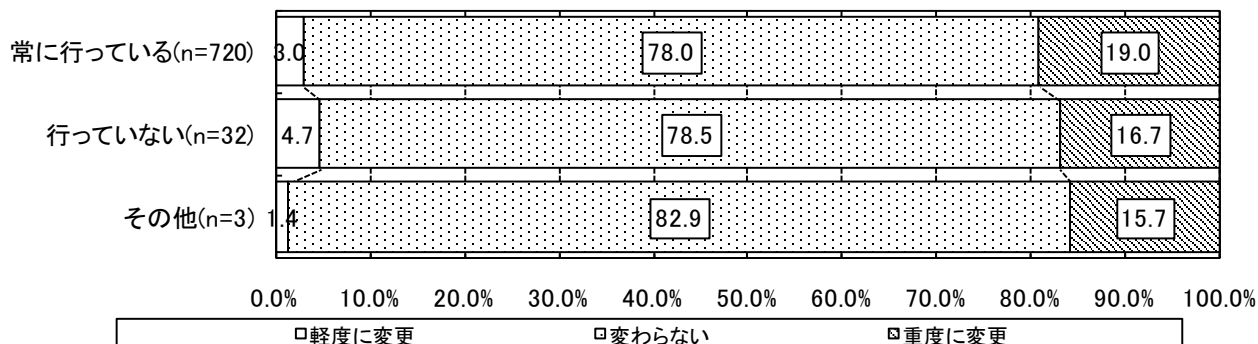


8-1 資料の事前配付の状況

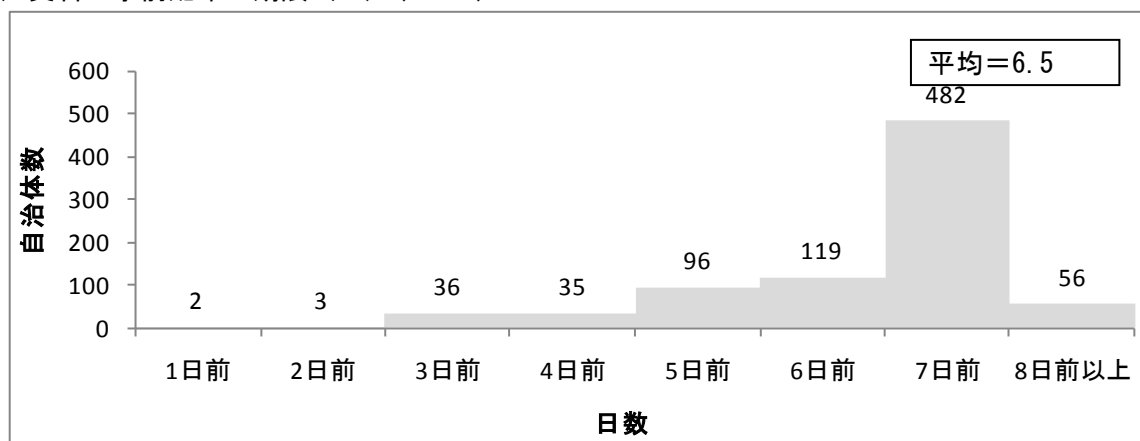
(1) 資料の事前配付の有無 (n=879)



(2) 事前配布の有無別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)

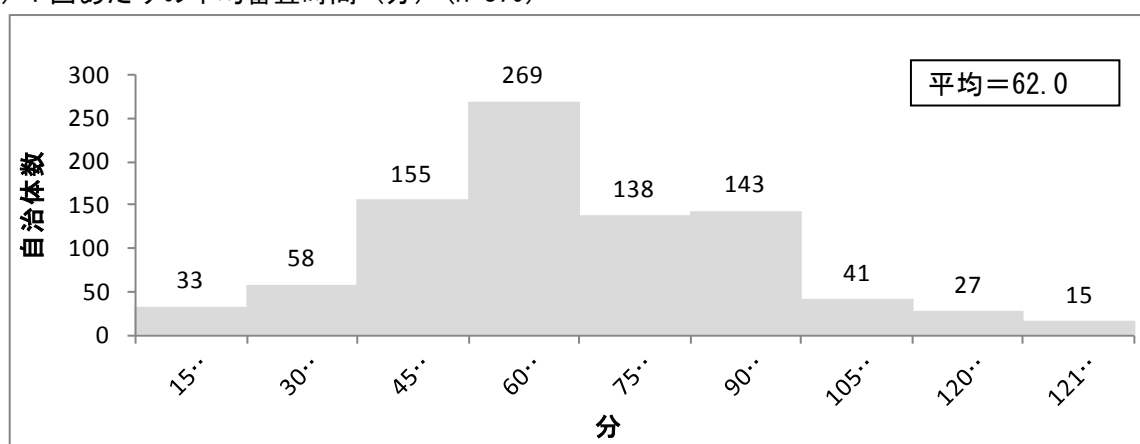


(3) 資料の事前配布の期限 (日) (n=829)

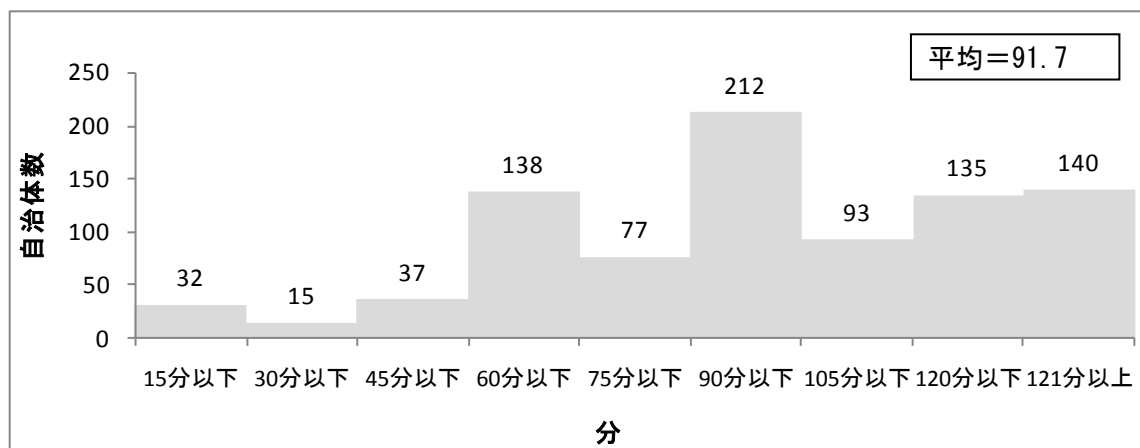


9-1 新たな認定方式における合議体の状況

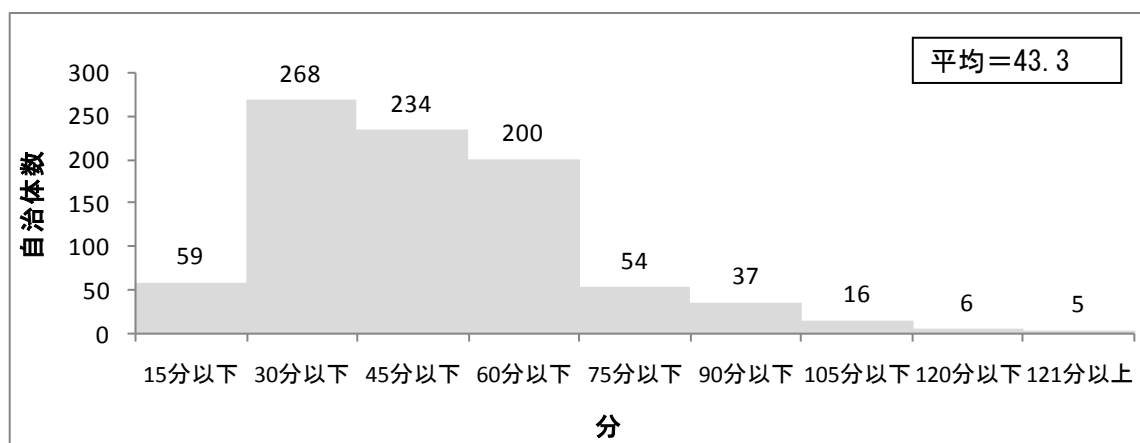
(1) 1回あたりの平均審査時間 (分) (n=879)



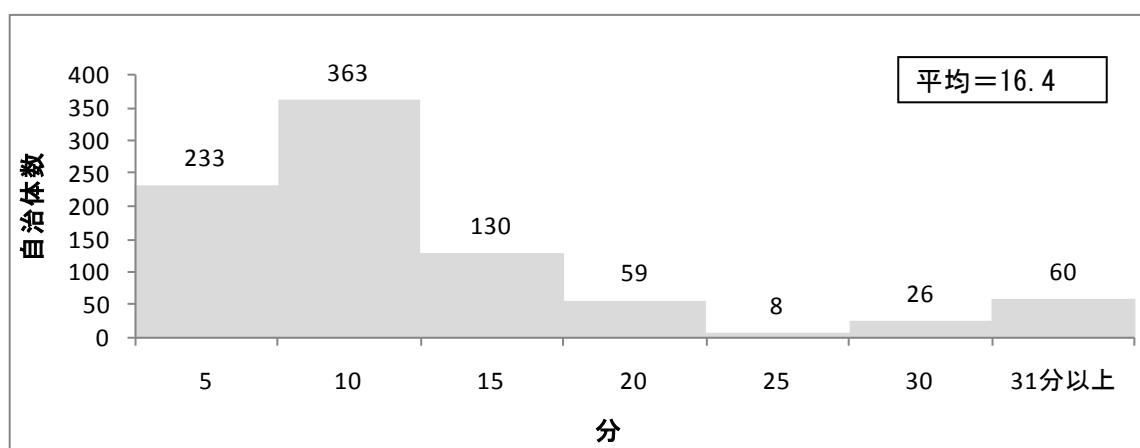
(2) 最も時間がかかる合議体の審査時間 (分) (n=879)



(3) 最も時間がかからない合議体の審査時間（分）（n=879）

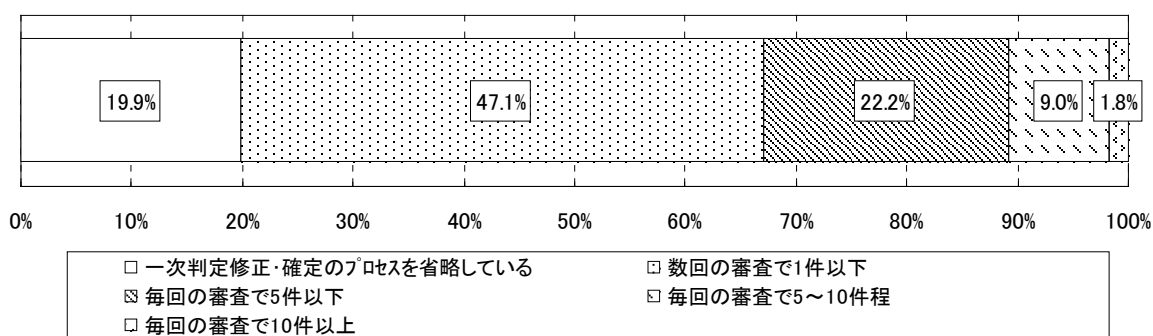


(4) これまで判定に最も時間のかかった案件の審査時間（分）（n=879）

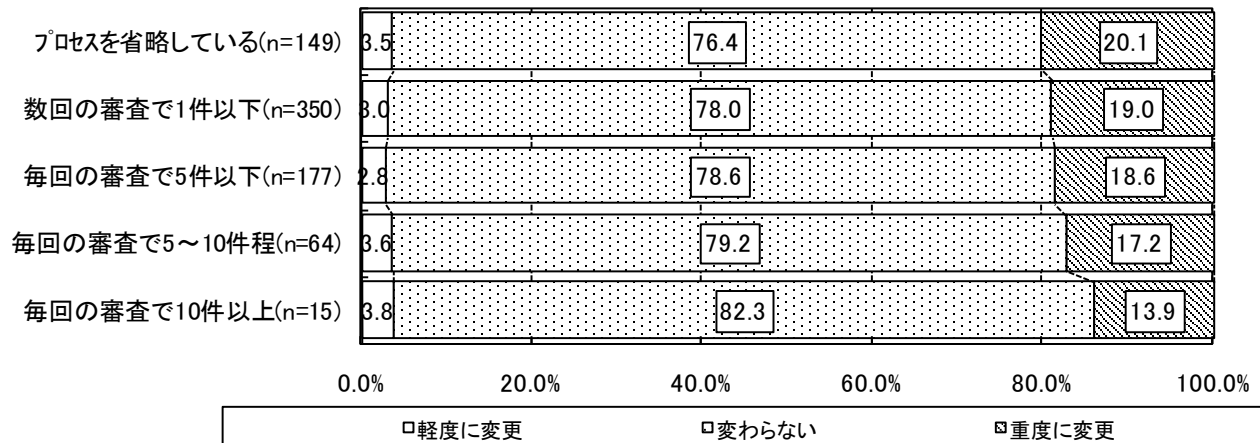


9-1 新しい認定での一次判定修正の頻度（n=879）

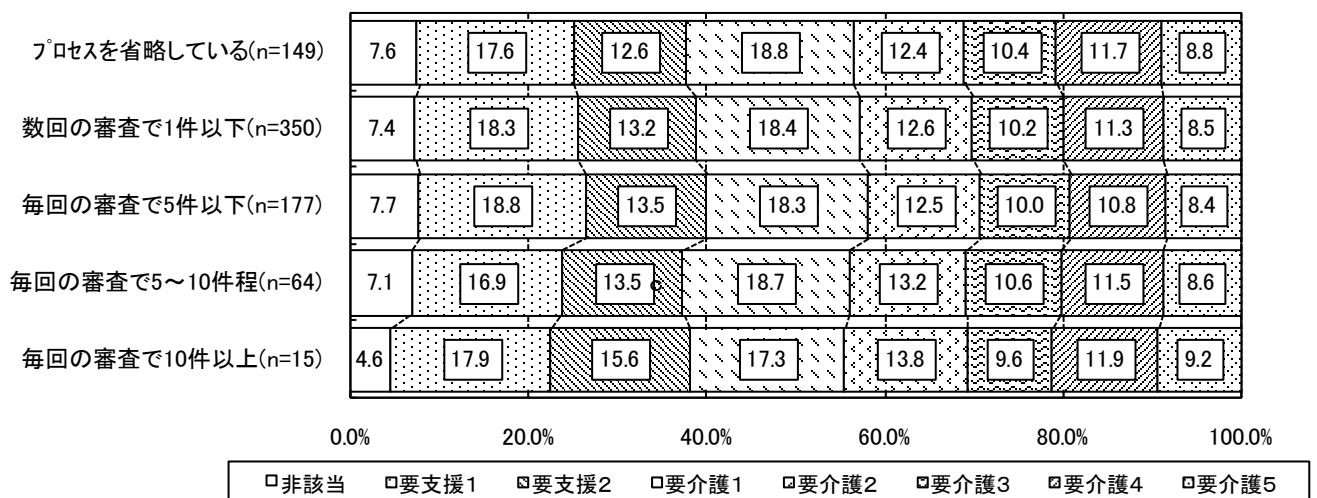
(1) 一次判定修正の頻度



(2) 一次判定修正の頻度別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）



(3) 一次判定修正の頻度別一次判定結果（一次判定修正）（n=755）

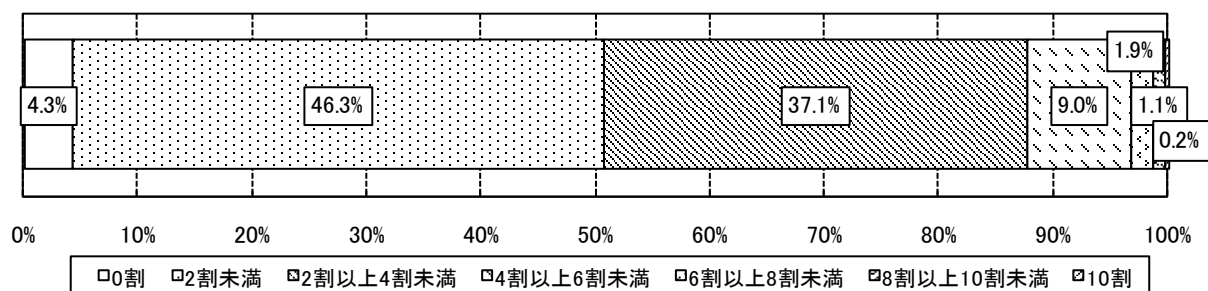


10-1 定員数・運用数別合議体の数

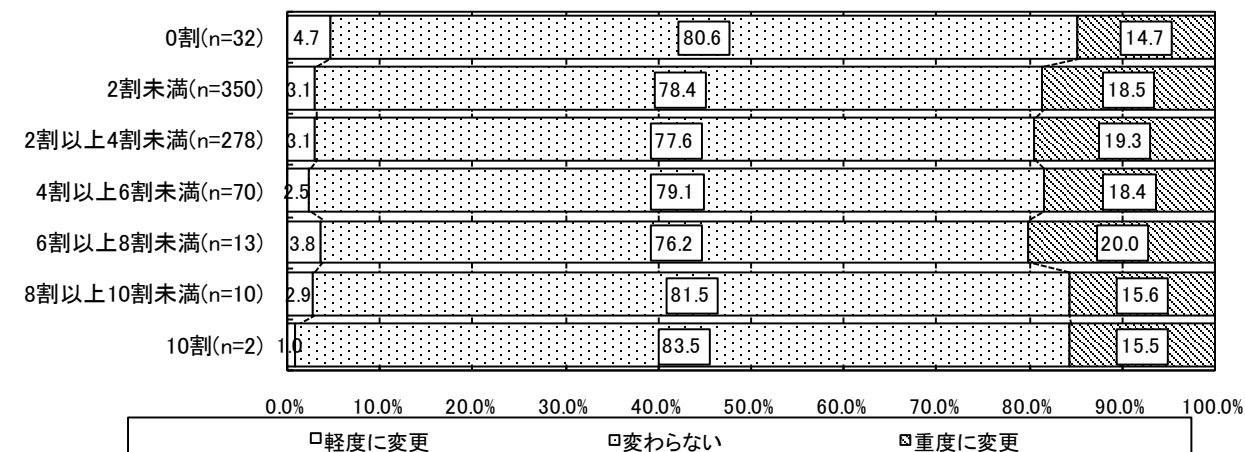
		定 数							
運 用 数		3 人	4 人	5 人	6 人	7 人	8 人	9 人以上	計
	3 人	79 (1.0%)	122 (1.5%)	586 (7.2%)					787 (9.6%)
	4 人		692 (8.5%)	1430 (17.5%)	145 (1.8%)	146 (1.8%)			2,413 (29.5%)
	5 人			3,034 (37.1%)	415 (5.1%)	624 (7.6%)	91 (1.1%)	602 (7.4%)	4,766 (58.3%)
	6 人				85 (1.0%)	33 (0.4%)	9 (0.1%)	11 (0.1%)	138 (1.7%)
	7 人以上					33 (0.4%)	0 (0.0%)	36 (0.4%)	69 (0.8%)
合議体合計数：8, 173									

11-1 介護認定審査会委員の在任年数ごとの人数割合

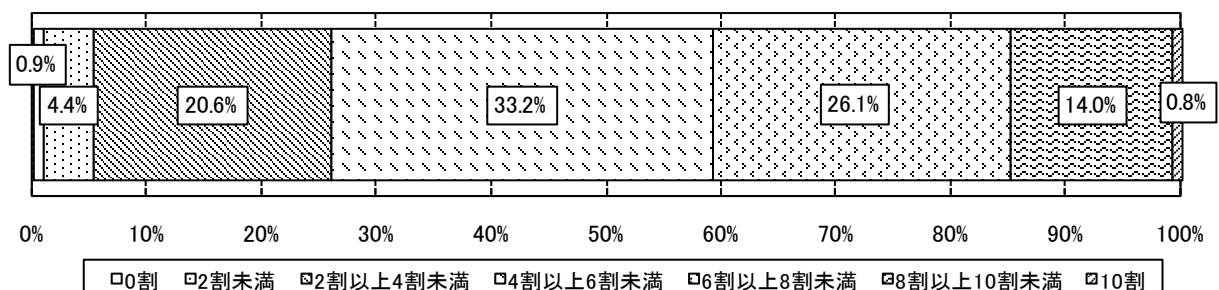
(1) 在任期間2年未満の委員の割合 (n=879)



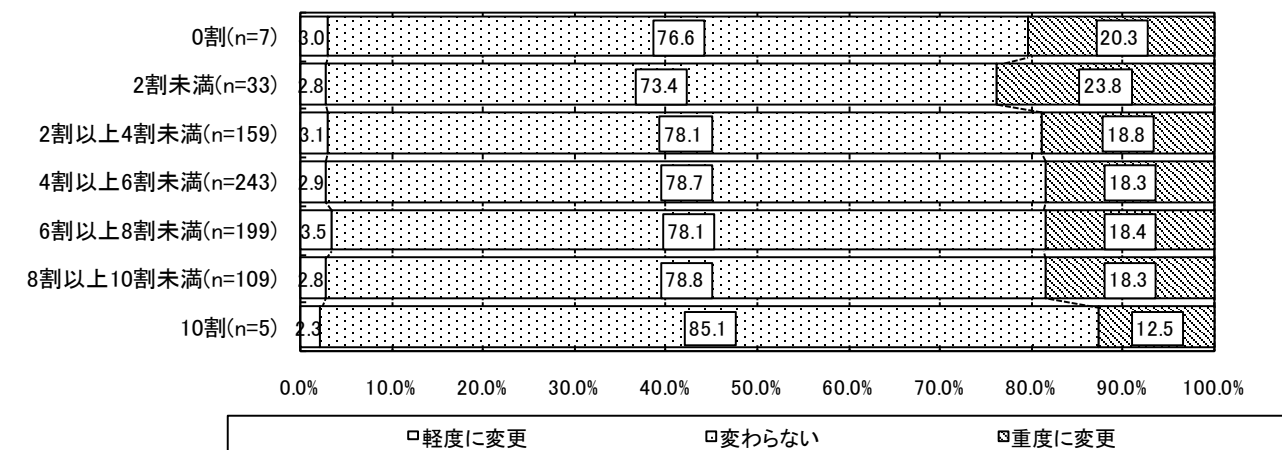
(2) 在任期間2年以下の委員割合別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)



(3) 在任期間5年以上の委員の割合 (n=879)

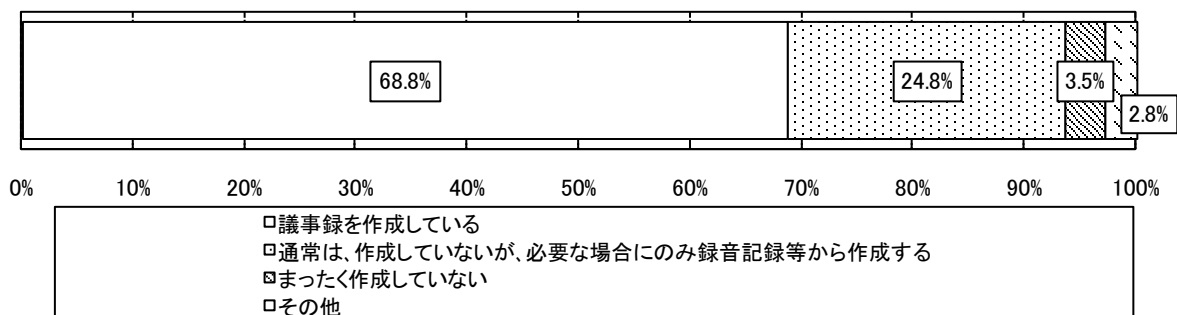


(4) 在任期間5年以上の医院割合別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)

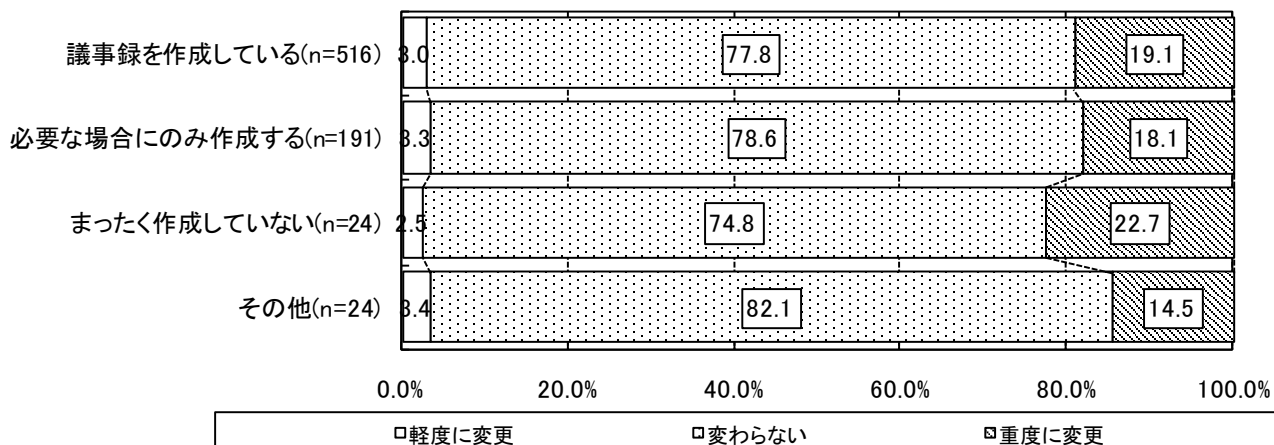


12-1 議事録の作成

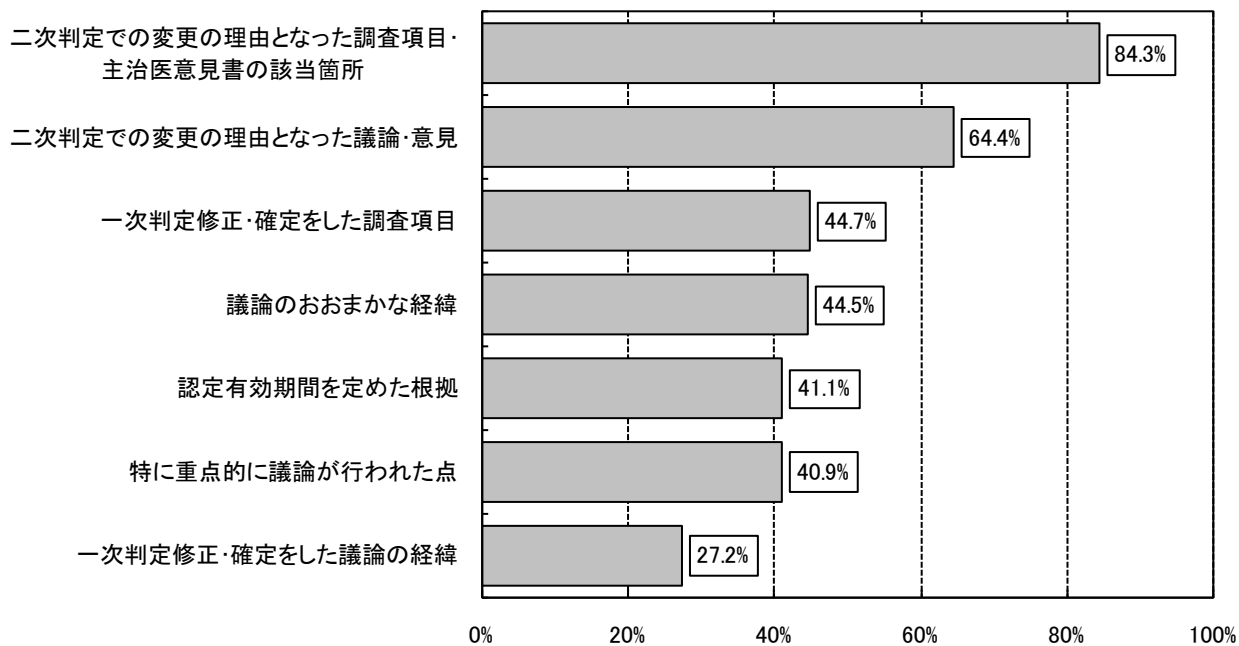
(1) 議事録の作成状況 (n=879)



(2) 議事録の作成状況別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

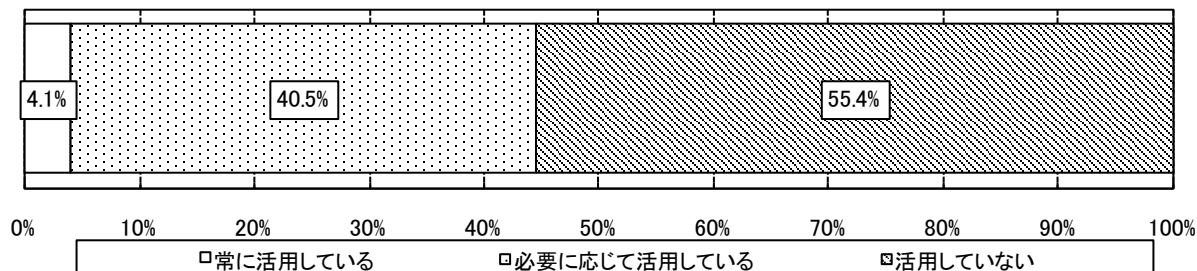


(3) 議事録の内容 (n=823)

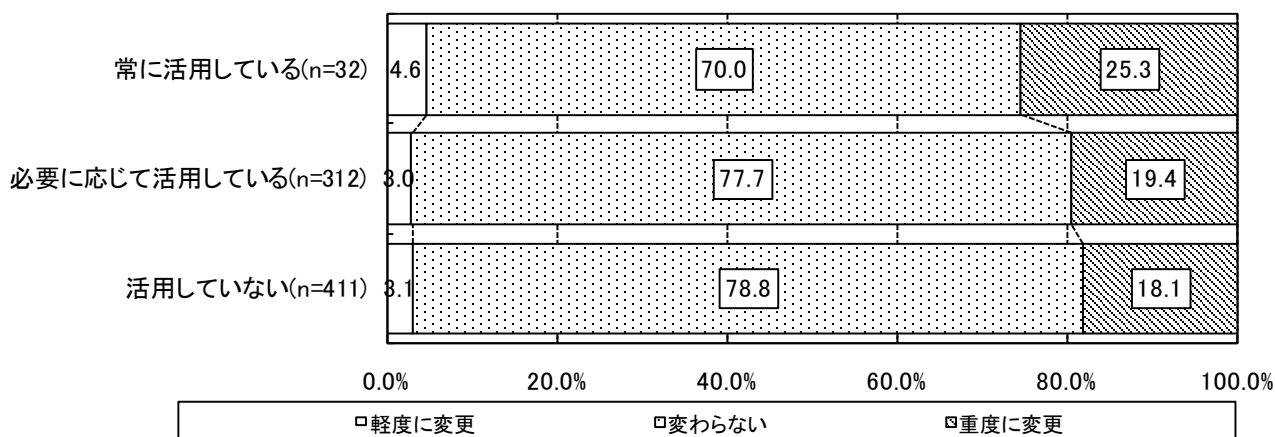


13-1 参考指標の活用

(1) 参考指標の活用状況 (n=879)



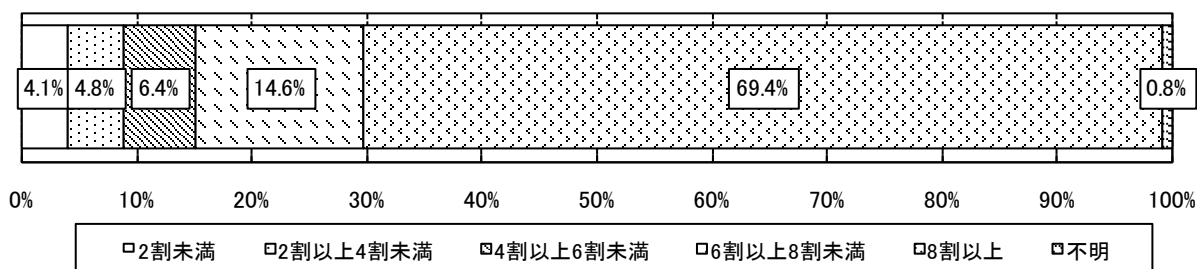
(2) 参考指標の活用状況別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)



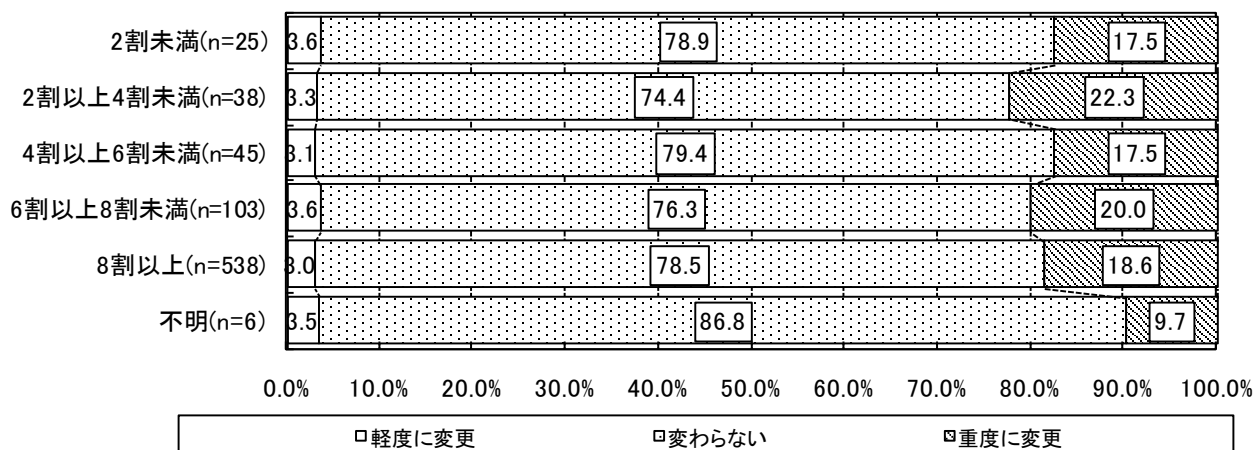
IV. 介護認定審査会委員研修

14-1 研修を受けた委員の割合

(1) 研修を受けた委員の割合 (n=879)

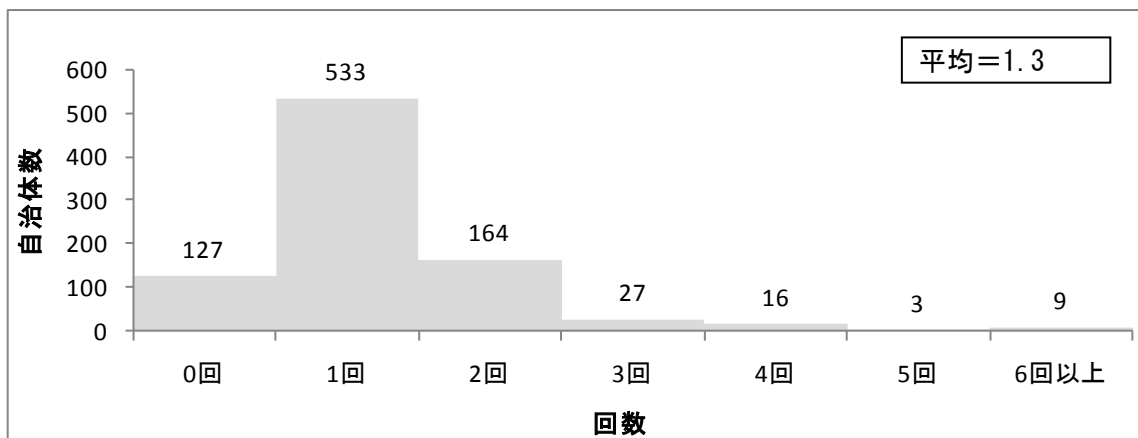


(2) 研修を受けた委員の割合別一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)

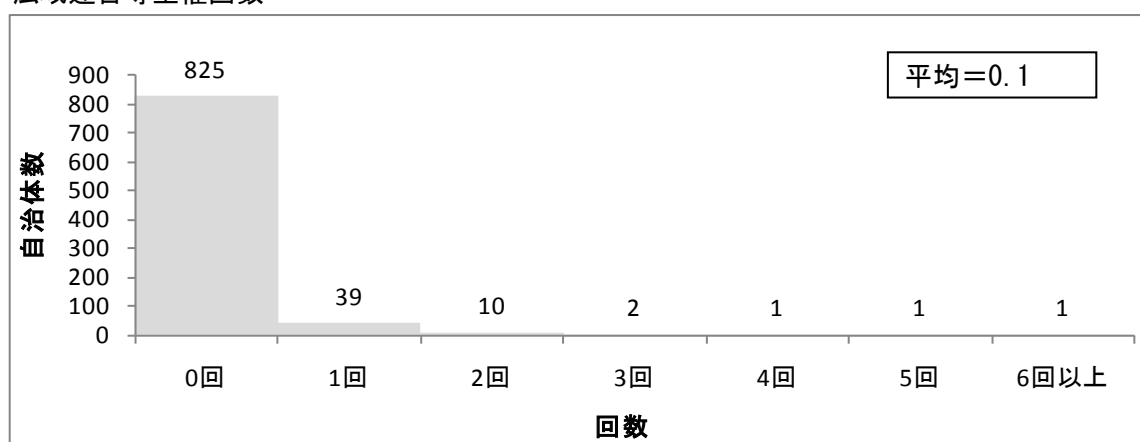


15-1 委員研修の開催回数 (n=879)

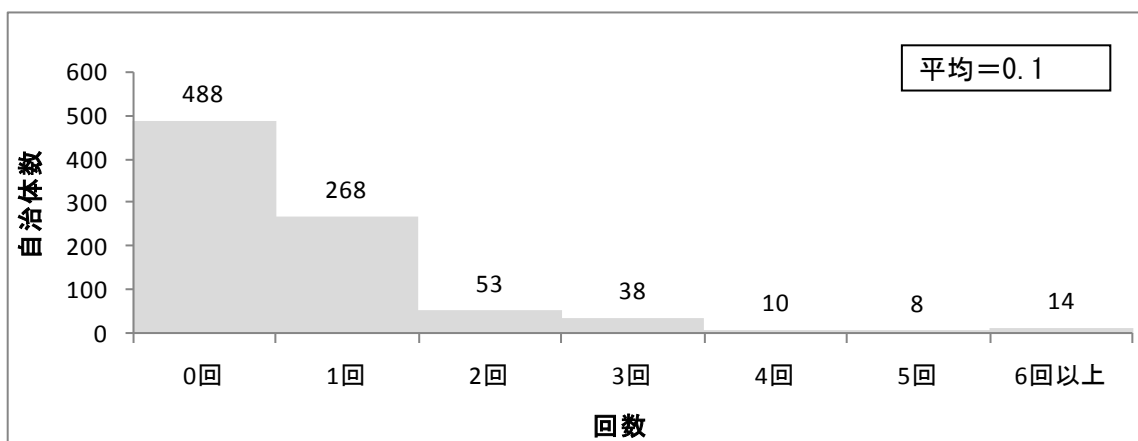
(1) 都道府県主催回数



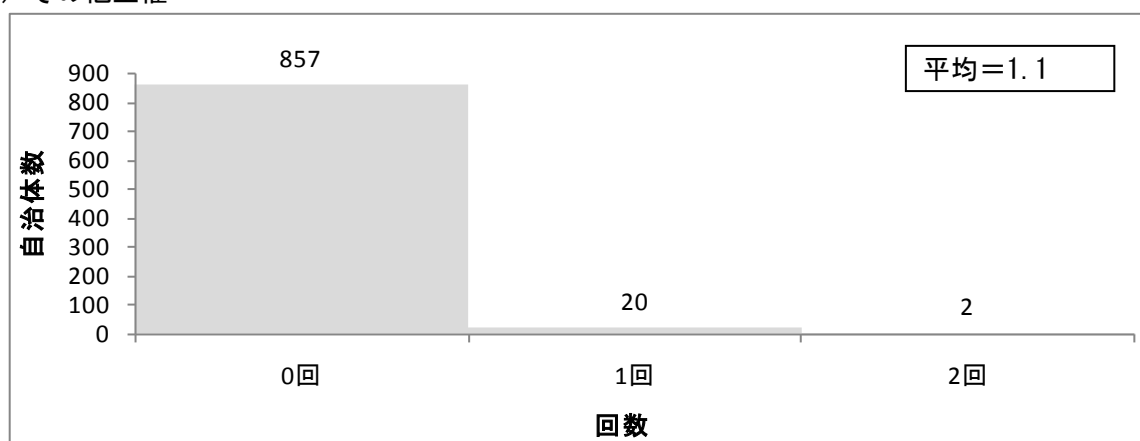
(2) 広域連合等主催回数



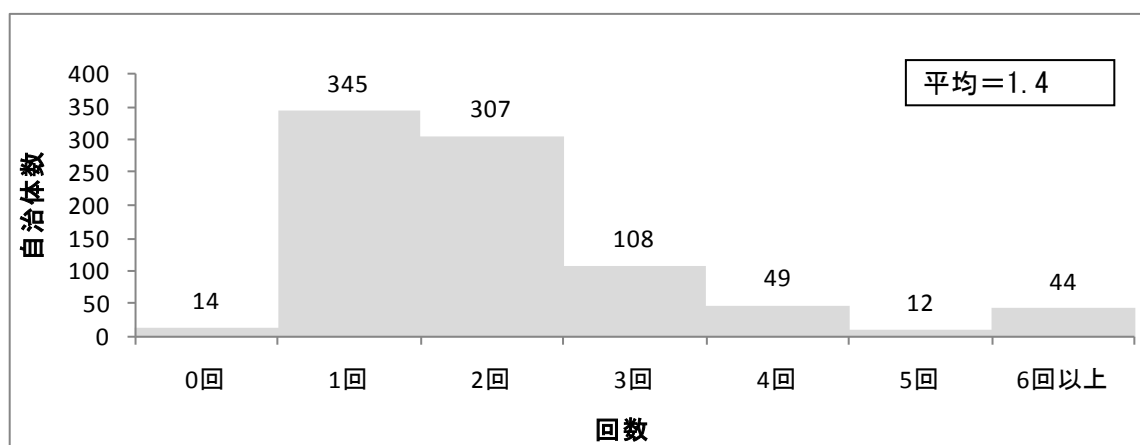
(3) 市区町村主催回数



(4) その他主催

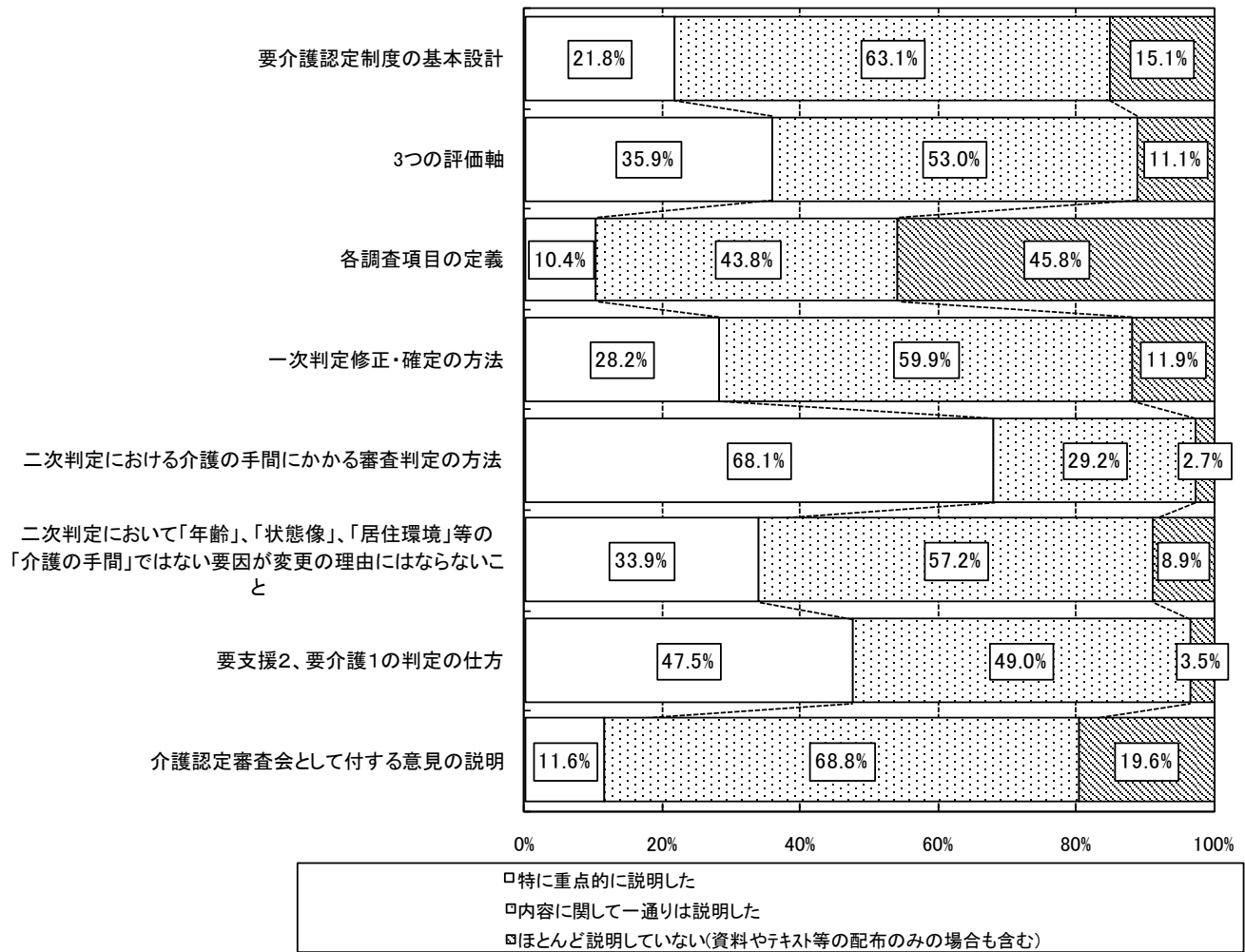


(5) 合計

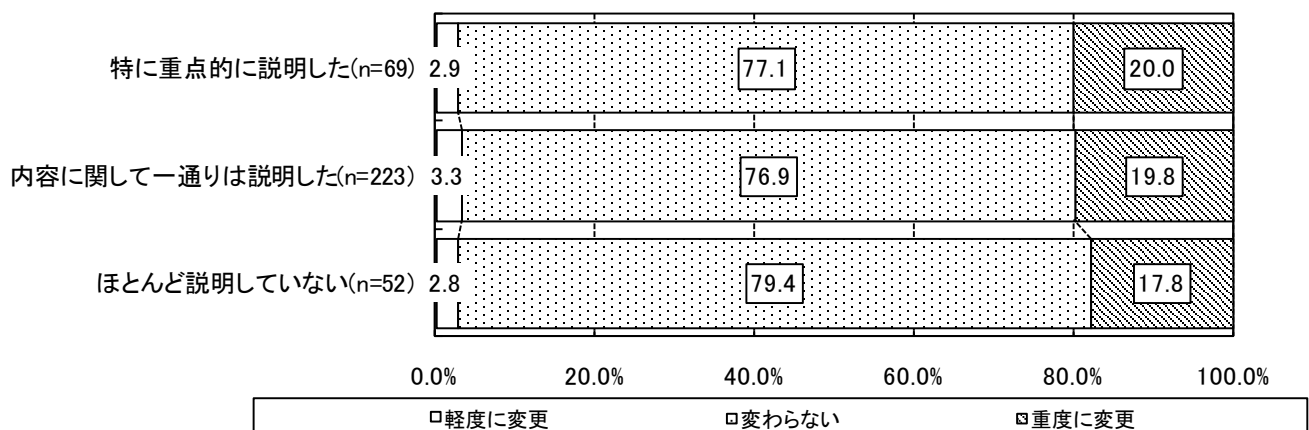


16-1 研修で扱った内容

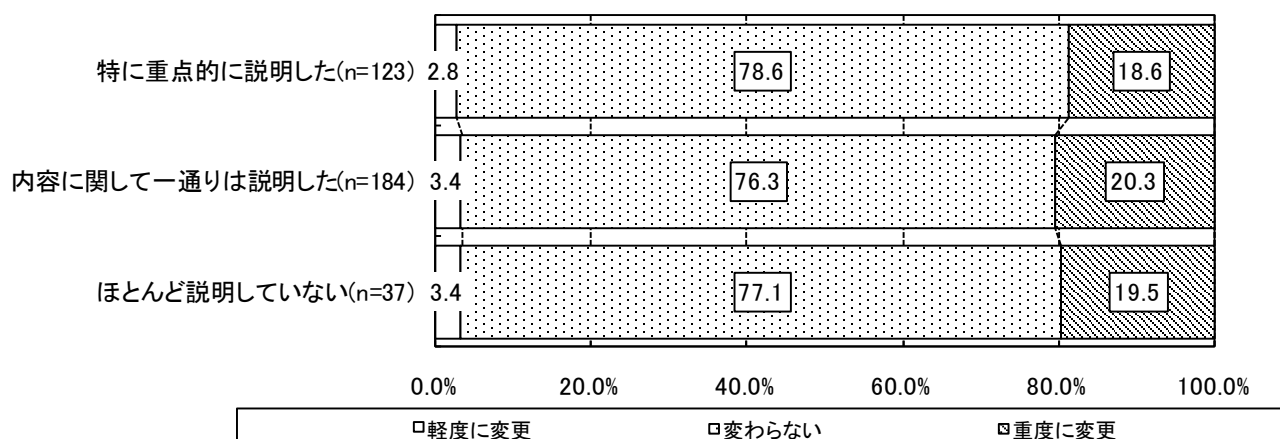
(1) 研修で扱った内容の説明 (n=879)



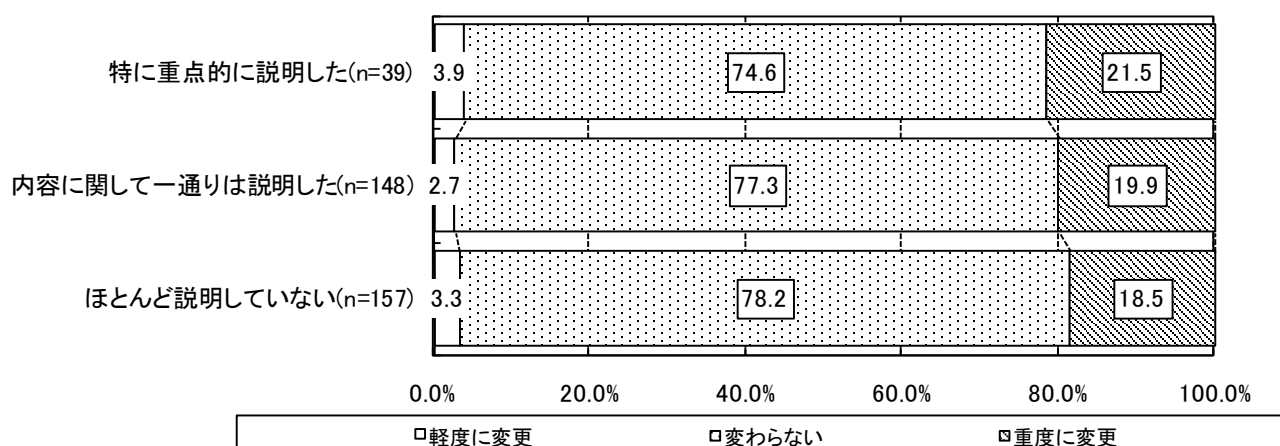
(2) 研修で扱った内容の説明 (制度の基本設計) 一次判定から二次判定 (経過措置適用前) での変更率 (n=344)



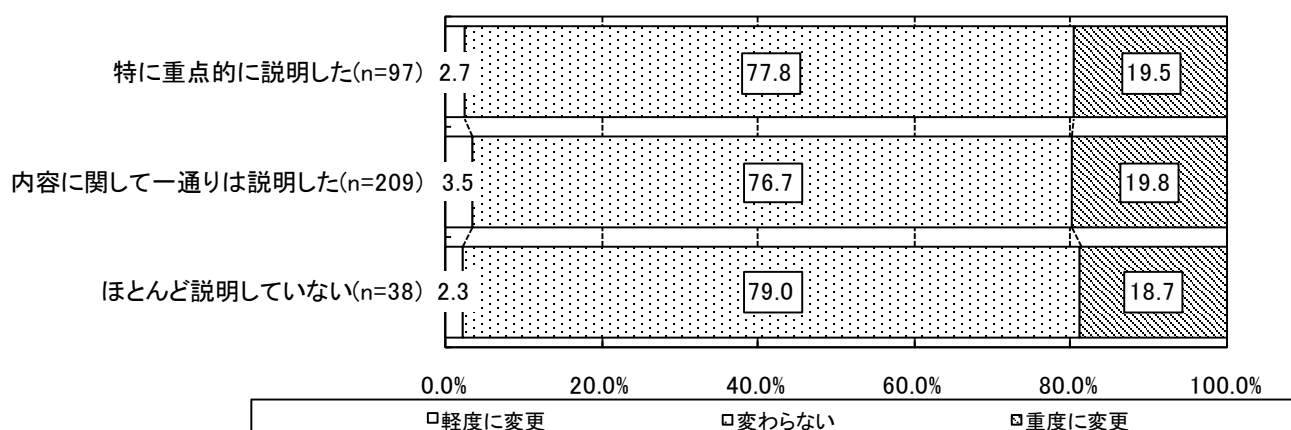
(3) 研修で扱った内容の説明（制度の基本設計）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）



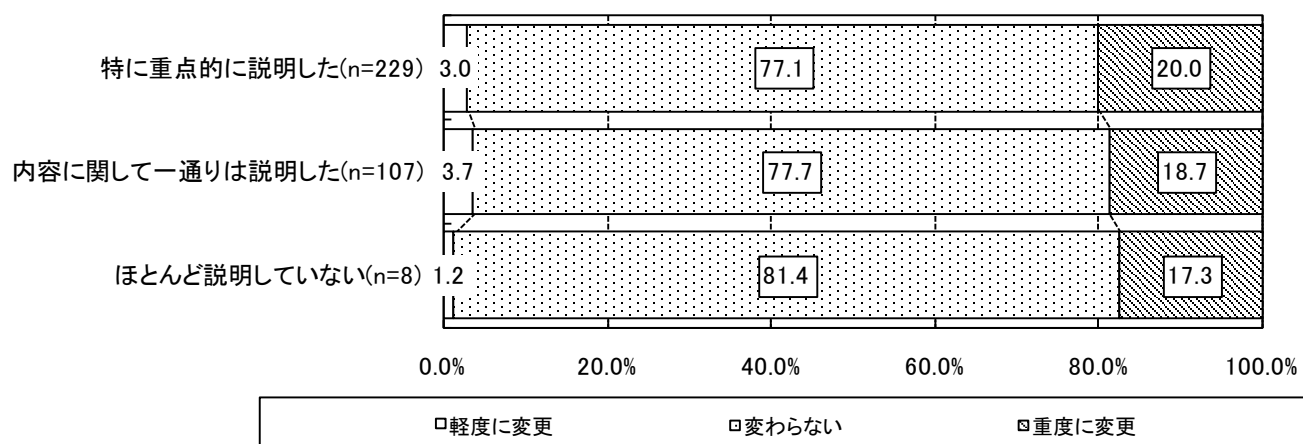
(4) 研修で扱った内容の説明（各調査項目の定義）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）



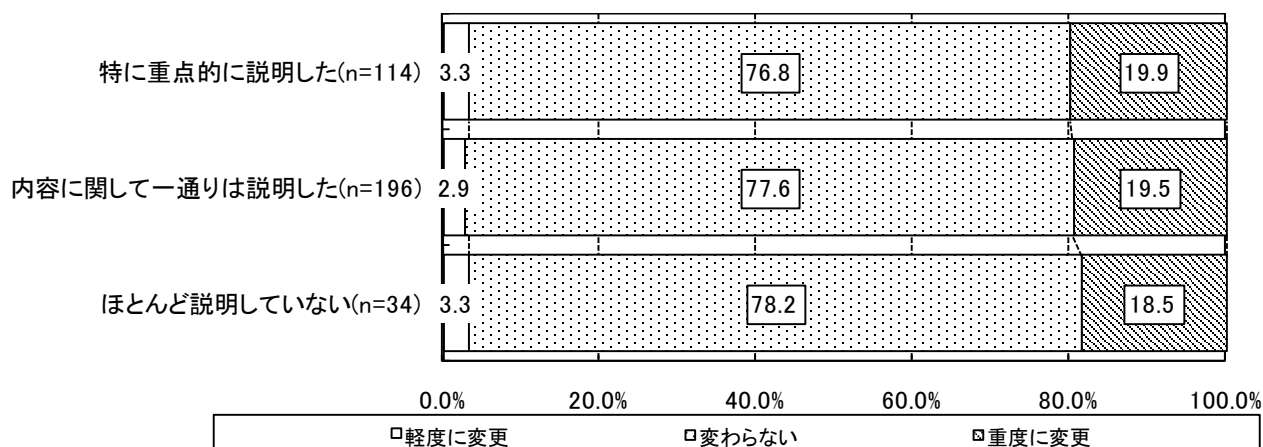
(5) 研修で扱った内容の説明（一次判定修せ・確定の方法）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）



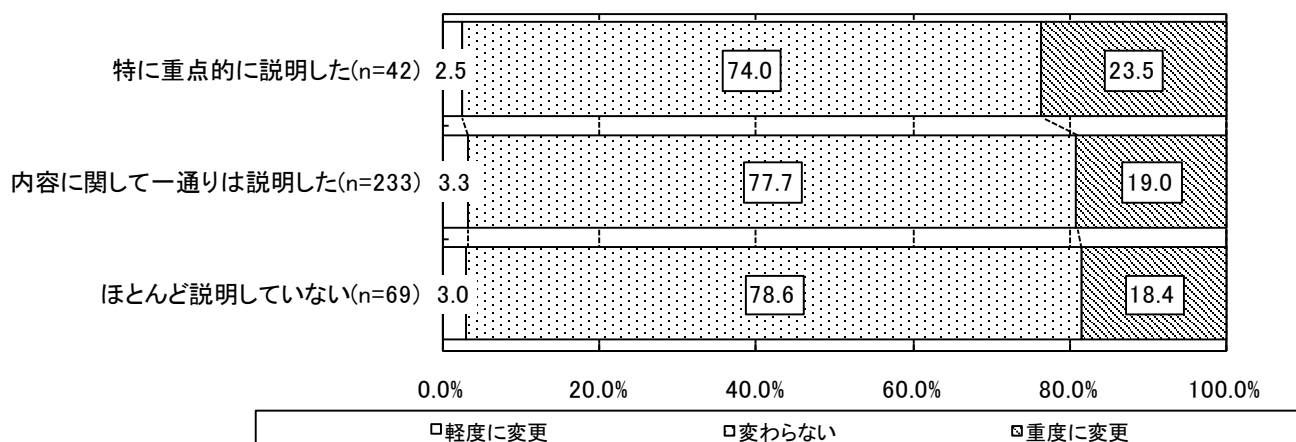
(6) 研修で扱った内容の説明（介護の手間にかかる審査判定方法）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）



(7) 研修で扱った内容の説明（二次判定において「年齢」、「状態像」、「居住環境」等の「介護の手間」でない要因が変更の理由にはならないこと）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）

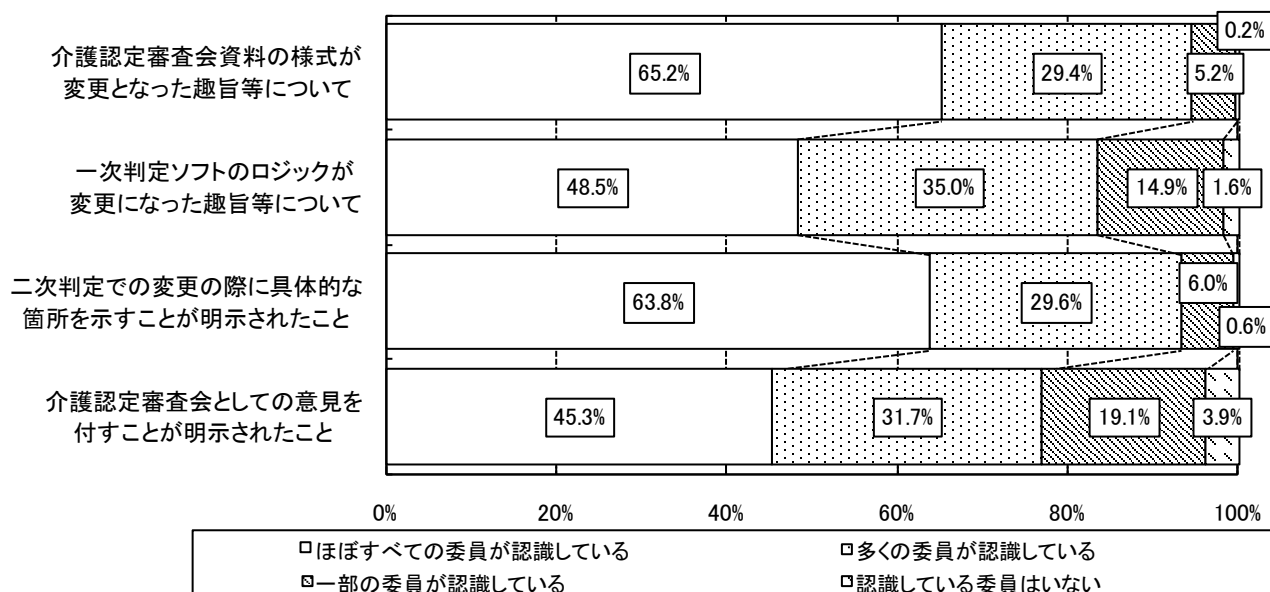


(8) 研修で扱った内容の説明（要支援2，要介護1の判定の仕方）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=344）

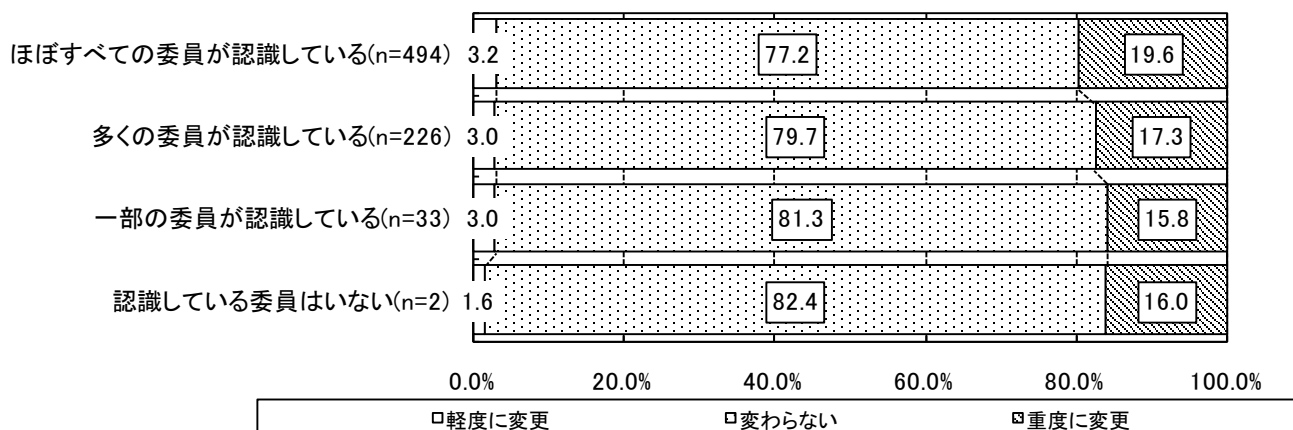


17-1 平成21年度から始まった新しい認定方式に対する認識

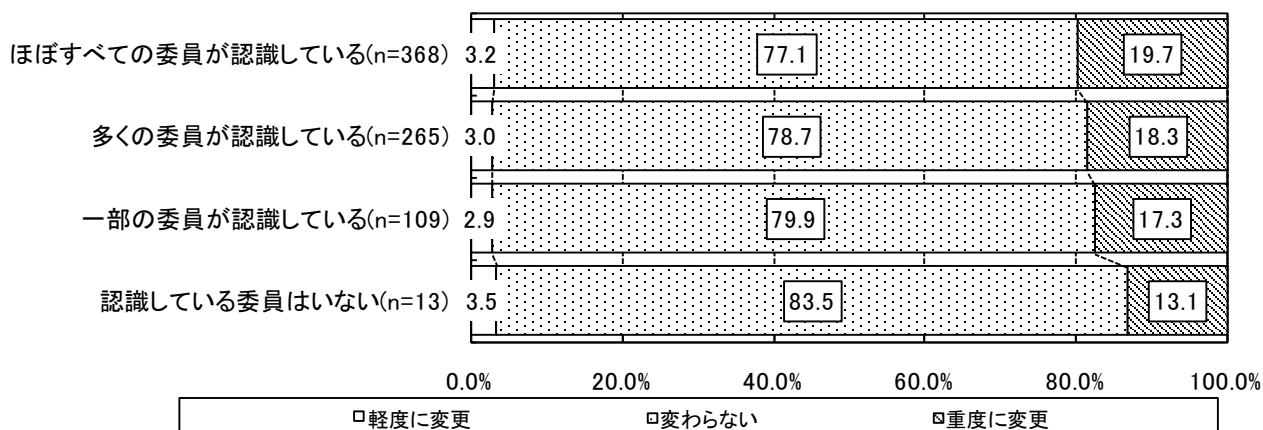
(1) 新たな認定方式に関する審査会委員の認識 (n=879)



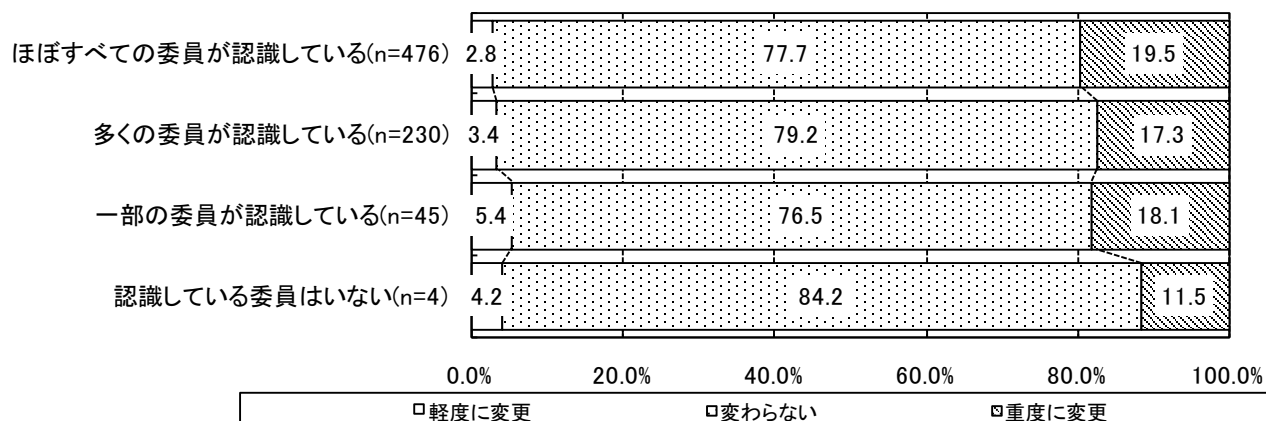
(2) 認識の状況別（資料様式変更の趣旨）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)



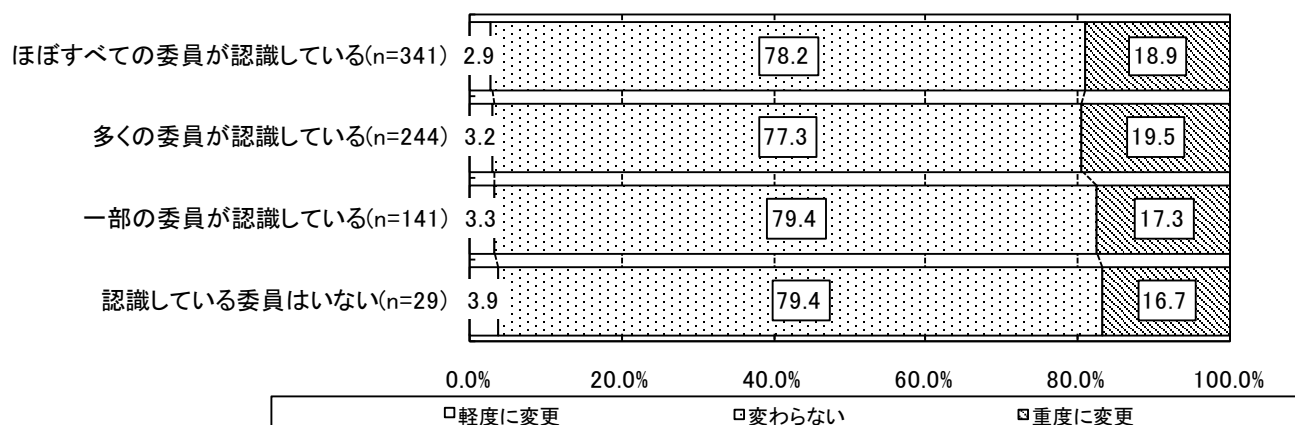
(3) 認識の状況別（ロジック変更の趣旨）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率 (n=755)



(4) 認識の状況別（二次判定での変更の際の具体的な箇所の明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

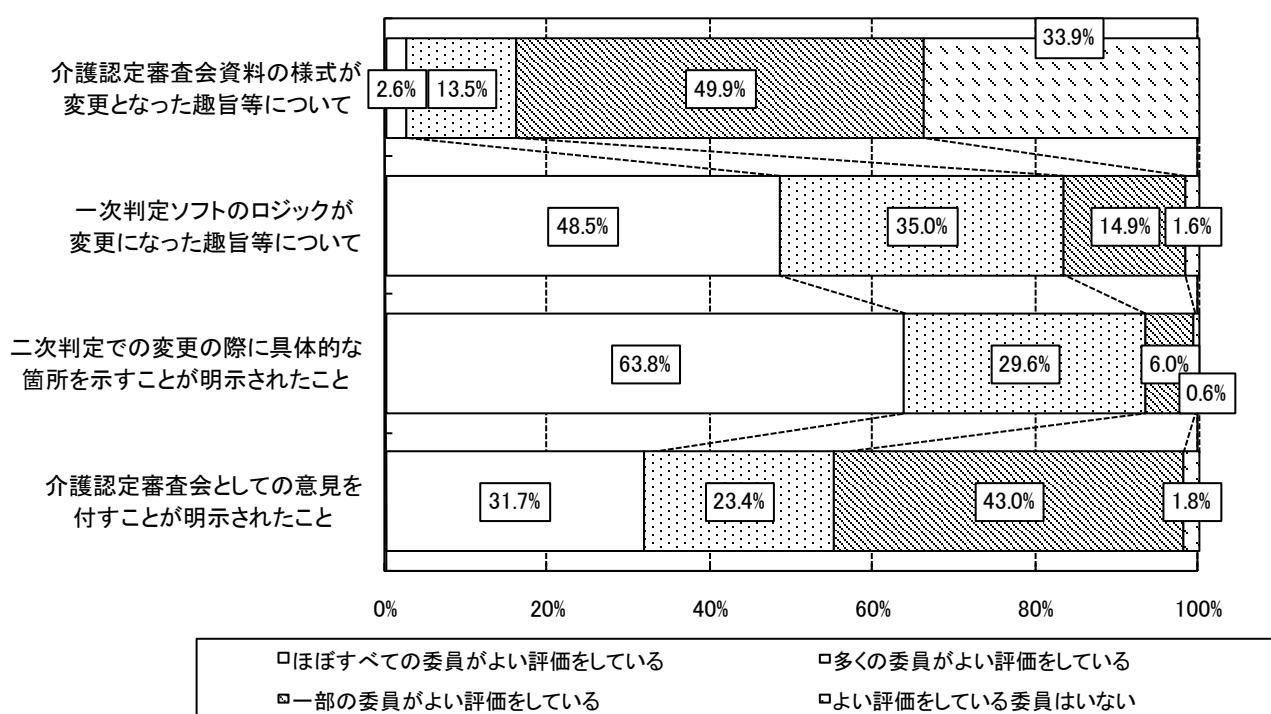


(5) 認識の状況別（介護認定審査会としての意見を付すことの明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

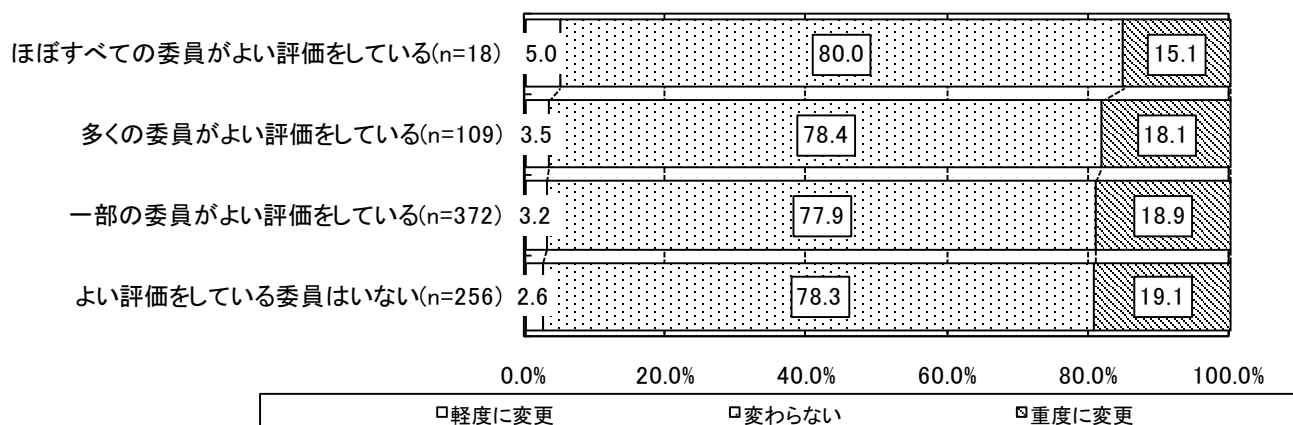


18-1 平成21年度から始まった新しい認定方式に対する評価

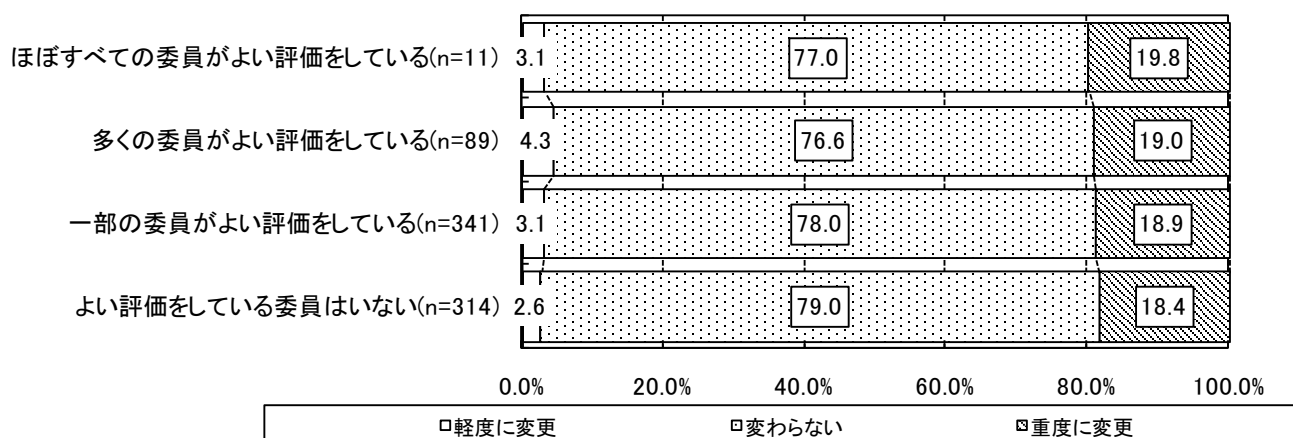
(1) 新たな認定方式に関する審査会委員の認識 (n=879)



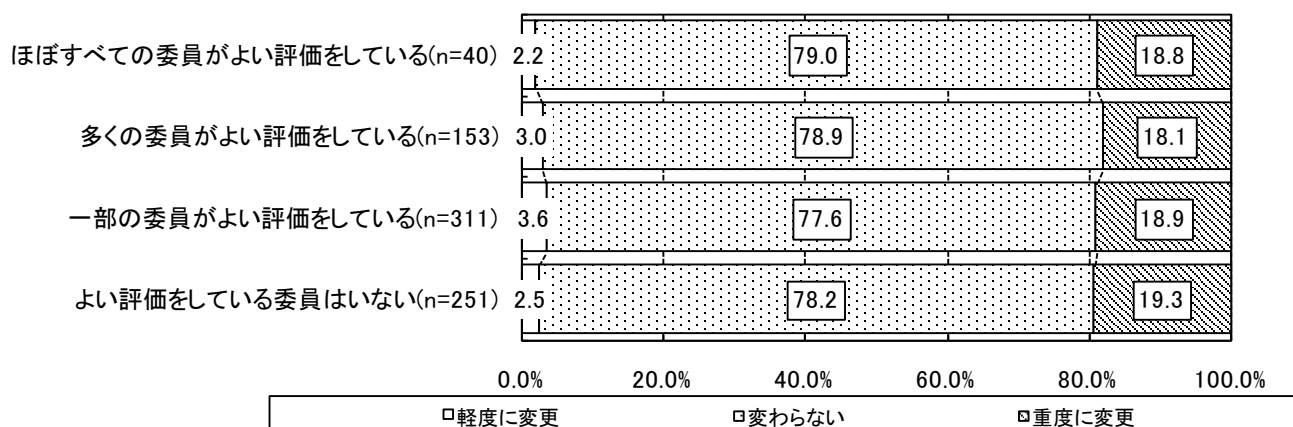
(2) 評価別（資料様式変更の趣旨）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）



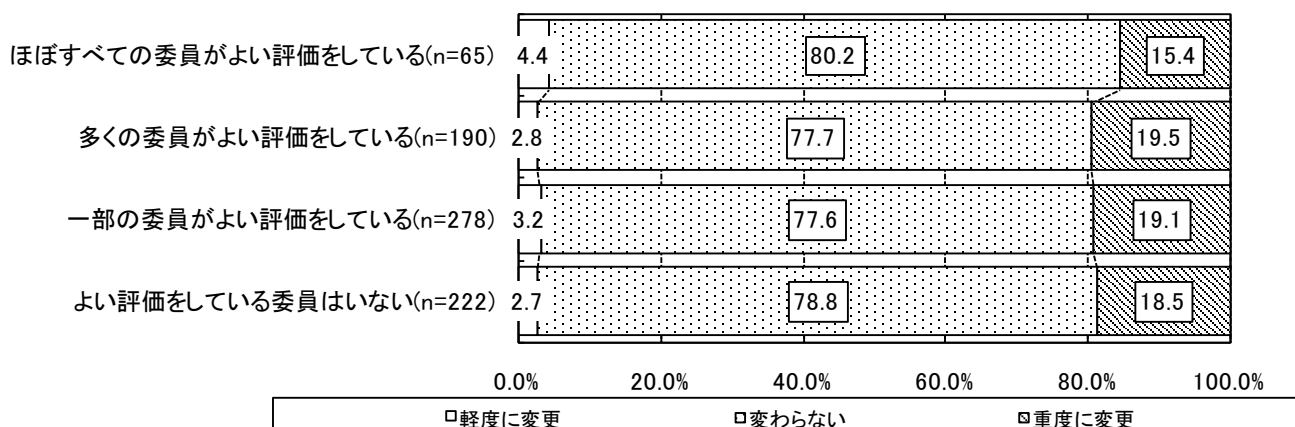
(3) 評価別（ロジック変更の趣旨）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）



(4) 評価別（二次判定での変更の際の具体的な箇所の明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

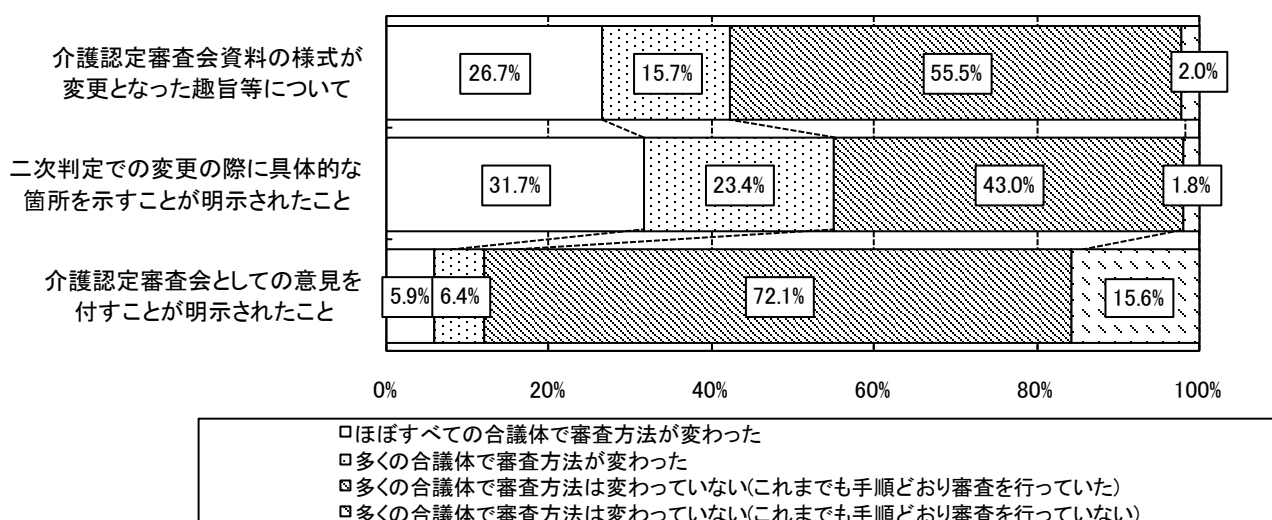


(5) 評価別（介護認定審査会としての意見を付すことの明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

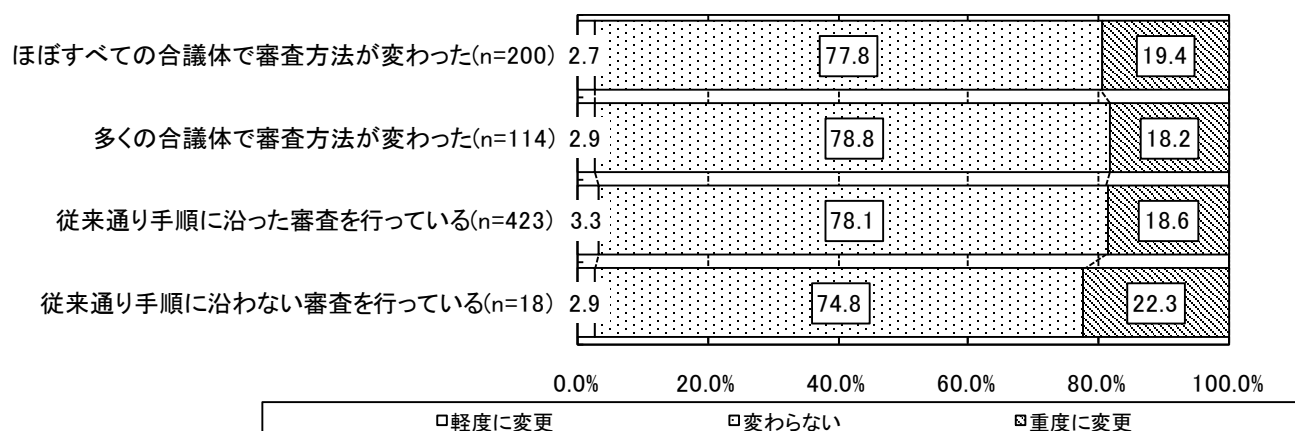


19-1 平成 21 年度から始まった新しい認定方式による審査判定方法の変化

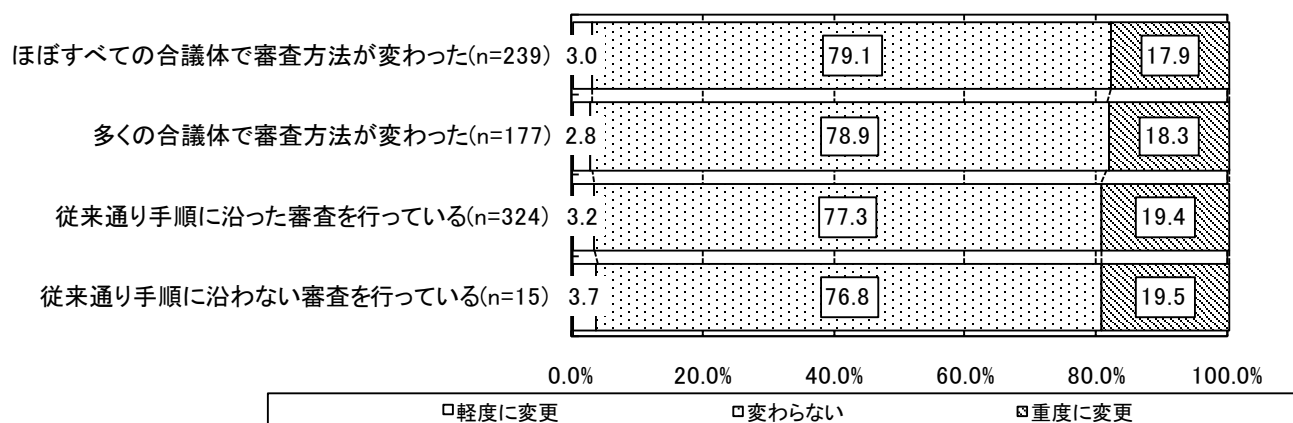
(1) 新たな認定方式による審査判定方法の変化の状況 (n=879)



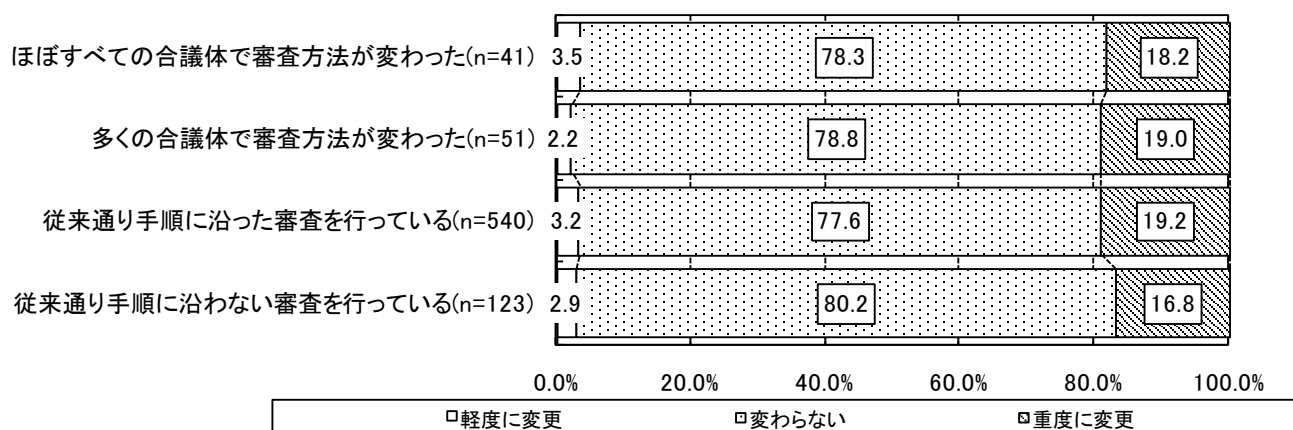
(2) 審査判定方法の変化の状況別（資料様式変更の趣旨）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）



(3) 審査判定方法の変化の状況別（二次判定での変更の際の具体的な箇所への明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

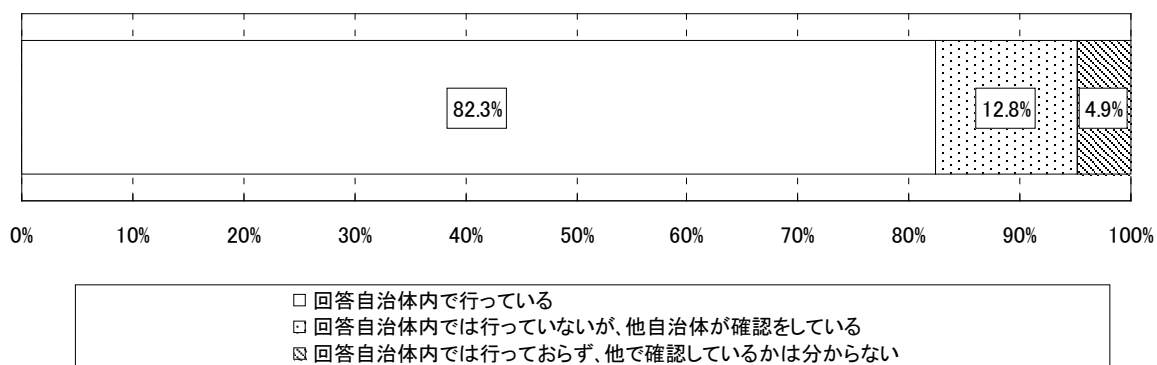


(4) 評価別（介護認定審査会としての意見を付すことの明示）一次判定から二次判定（経過措置適用前）での変更率（n=755）

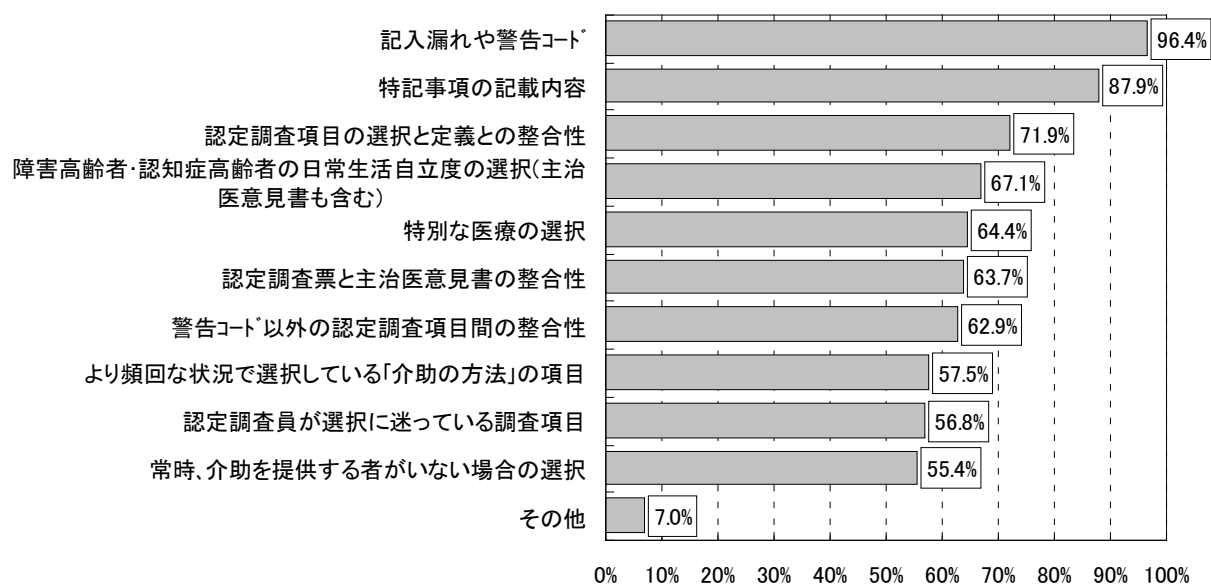


V. 認定調査結果の確認

20-1 審査会資料の確認の状況 (n=1, 578)



21-1 審査会資料の確認の内容 (n=1, 299)



主治医意見書・特記事項調査分析

調査概要

(1) 調査の目的

- ・ 介護認定審査会における主治医意見書及び特記事項の利用状況、申請者の経過措置に関する要望の実態を把握することを目的に調査を実施

(2) 調査対象

- ・ 要介護認定に関する業務を実施する自治体（全国市町村・政令市行政区・広域連合・一部事務組合等）のうち介護認定審査会事務局を務めている自治体で、2009年6月18日～6月24日の間に開催された合議体のうち、もっとも早期に開催された合議体で審査された全ての審査判定結果

○ 報告件数：26,271件（919団体）

(3) 調査期間

- ・ 2009年6月22日～6月26日

(4) 調査実施方法

- ・ インターネット上に調査回答用WEBサイトを構築し、回答者はそれぞれに一意のIDとパスワードでログインし回答を入力する。

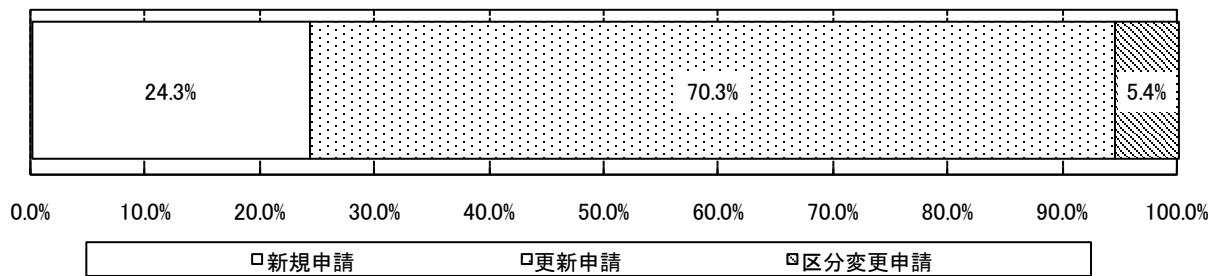
(5) 質問項目

- ① 申請区分
- ② 前回要介護度
- ③ 一次判定結果（修正前・修正後）
- ④ 二次判定結果（経過措置適用前・適用後）
- ⑤ 経過措置に関する希望
- ⑥ 認定有効期間
- ⑦ 一次判定修正を行った箇所
- ⑧ 二次判定で変更の理由となった箇所

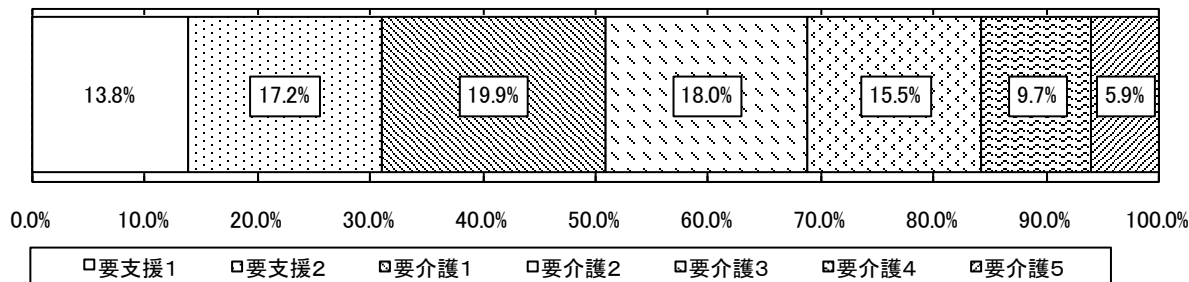
(6) 集計方法

各回答者の回答結果を合計し、集計を行う。

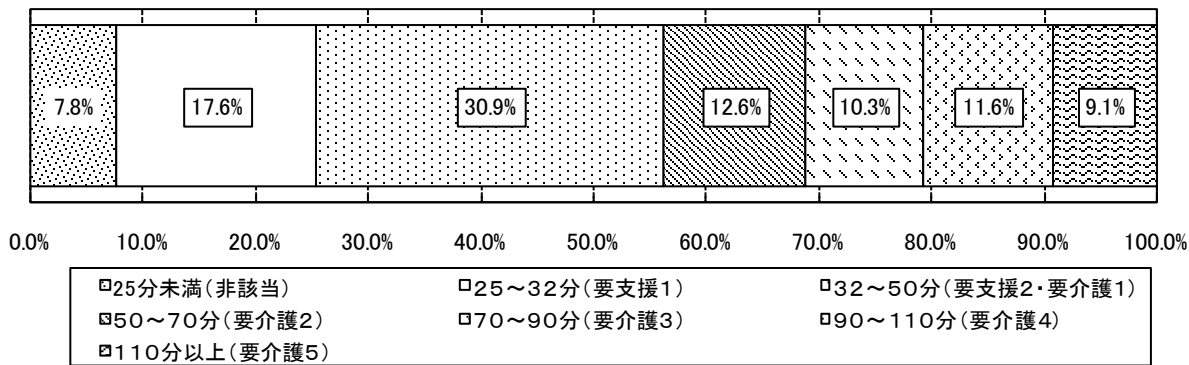
1-1 申請区分 (n=26, 271)



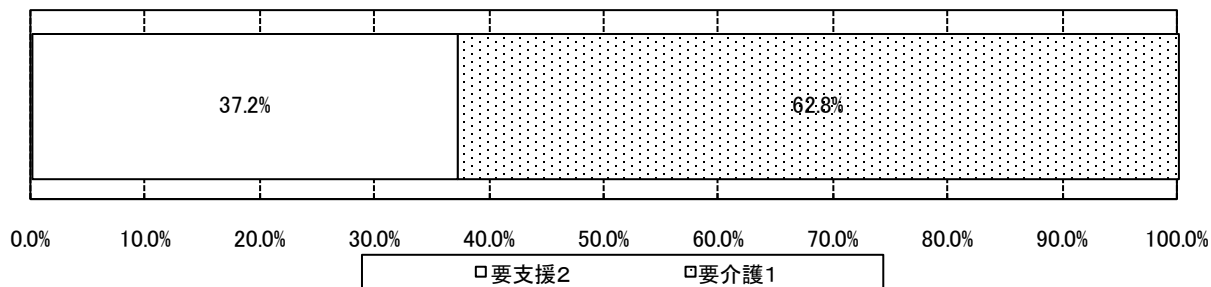
2-1 前回判定結果 (n=26, 271)



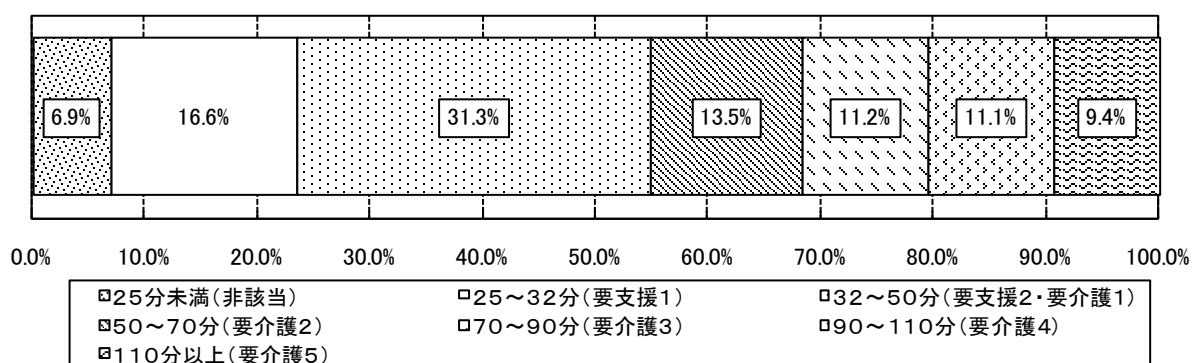
3-1 一次判定結果（一次判定修正前） (n=26, 271)



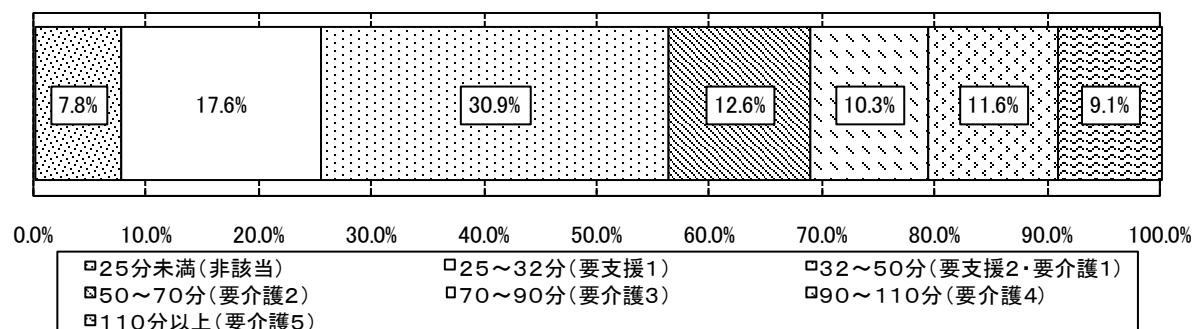
4-1 一次判定結果（一次判定修正前）うち要支援2、要介護1のうちわけ (n=8, 140)



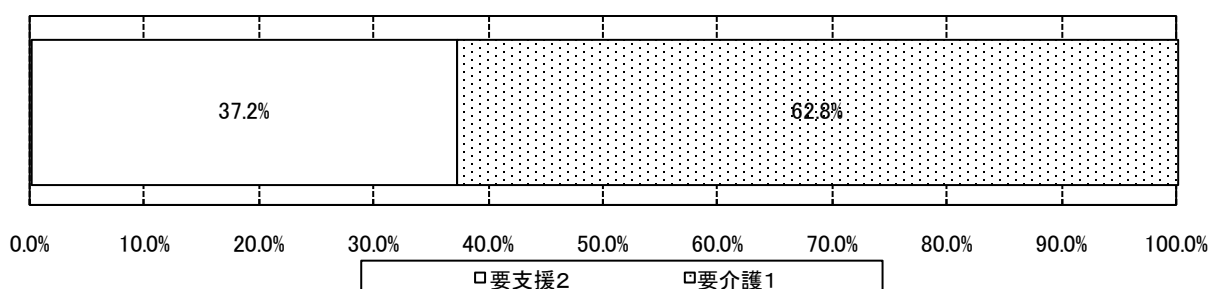
5-1 一次判定結果（一次判定修正をしたもののみ）（n=3, 257）



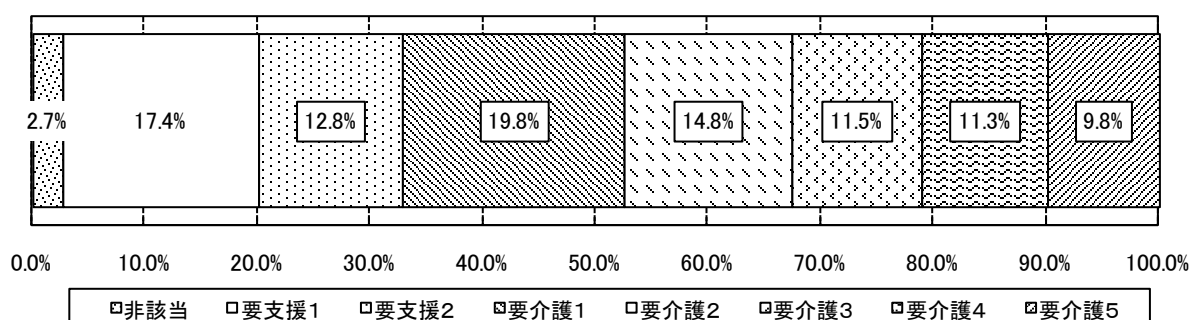
6-1 一次判定結果（合計）（n=26, 271）



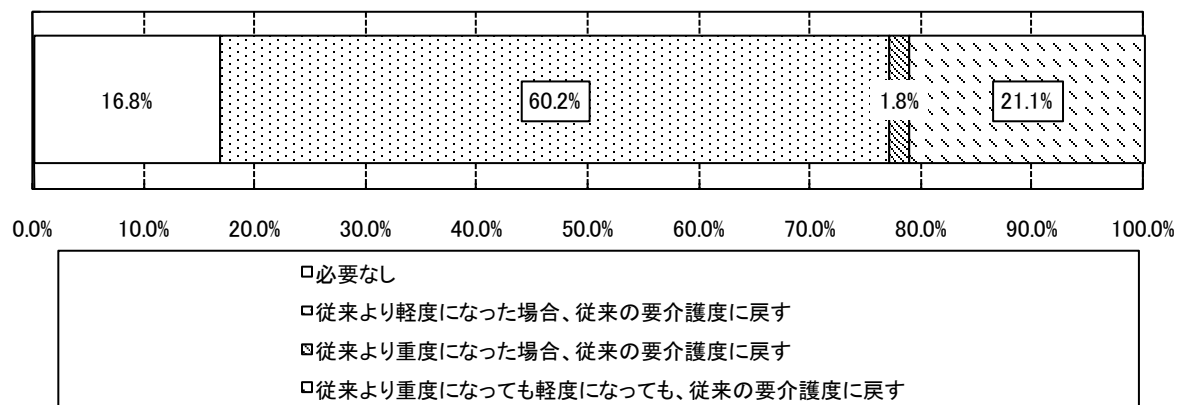
7-1 一次判定結果（一次判定修正後）うち要支援2、要介護1のうちわけ(n=1, 109)



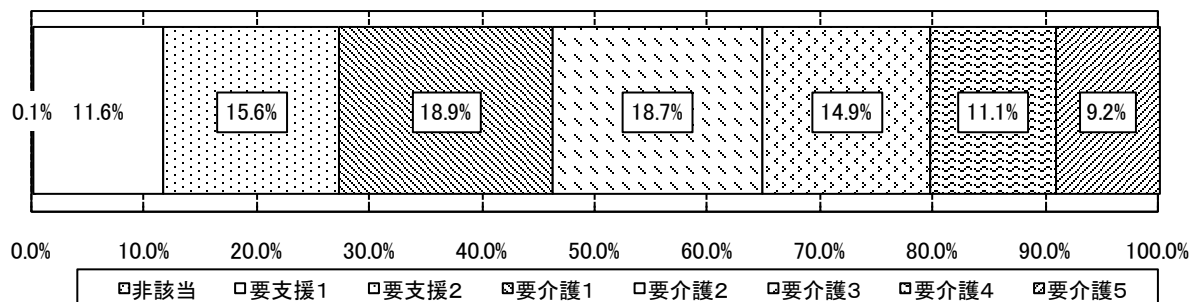
8-1 経過措置適用前の二次判定の結果（合議体での審査判定結果）（n=26, 271）



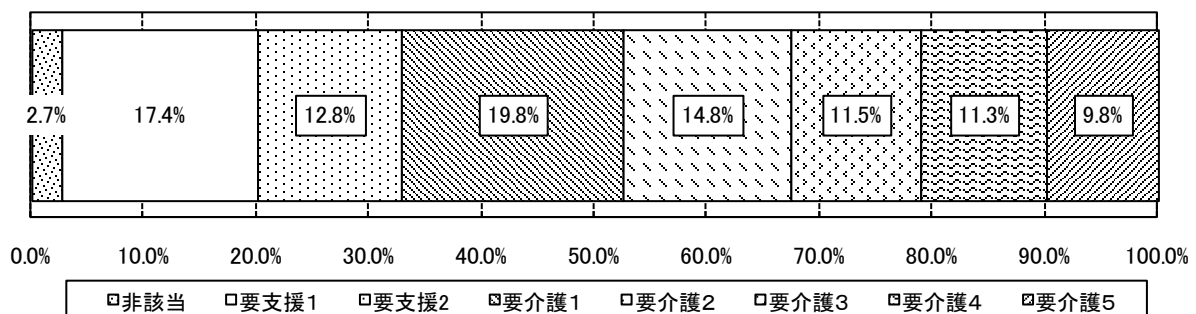
9-1 申請者の経過措置に関する希望（更新申請のみ）（n=18,462）



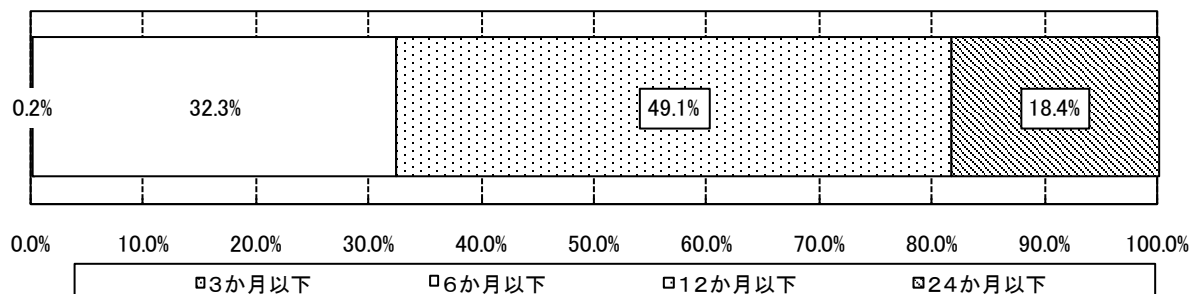
10-1 最終的な二次判定結果（経過措置適用したもののみ）（n=16,901）



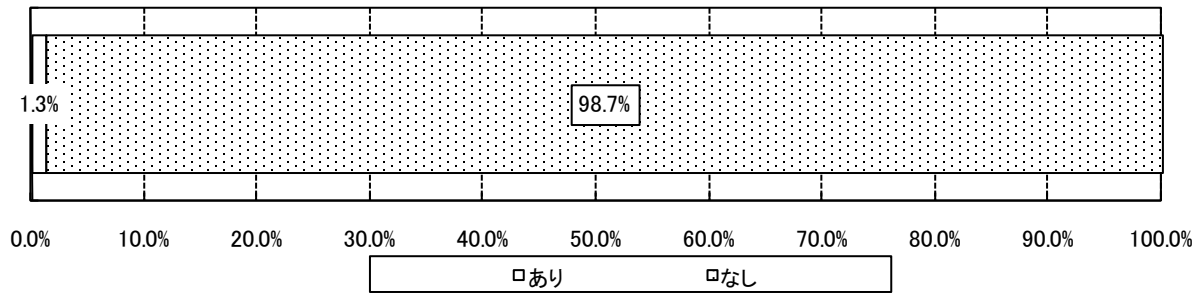
11-1 最終的な二次判定結果（経過措置適用したもの、していないものを含む）（n=16,901）



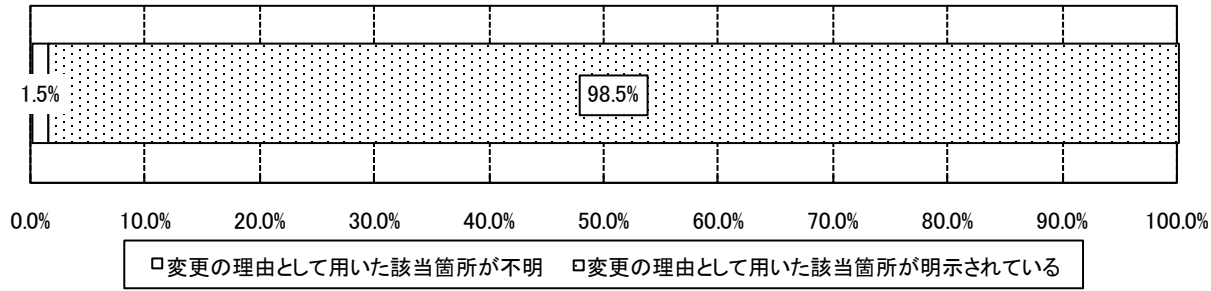
12-1 認定有効期間（n=25,148）



13-1 「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」の有無 (n=25, 156)

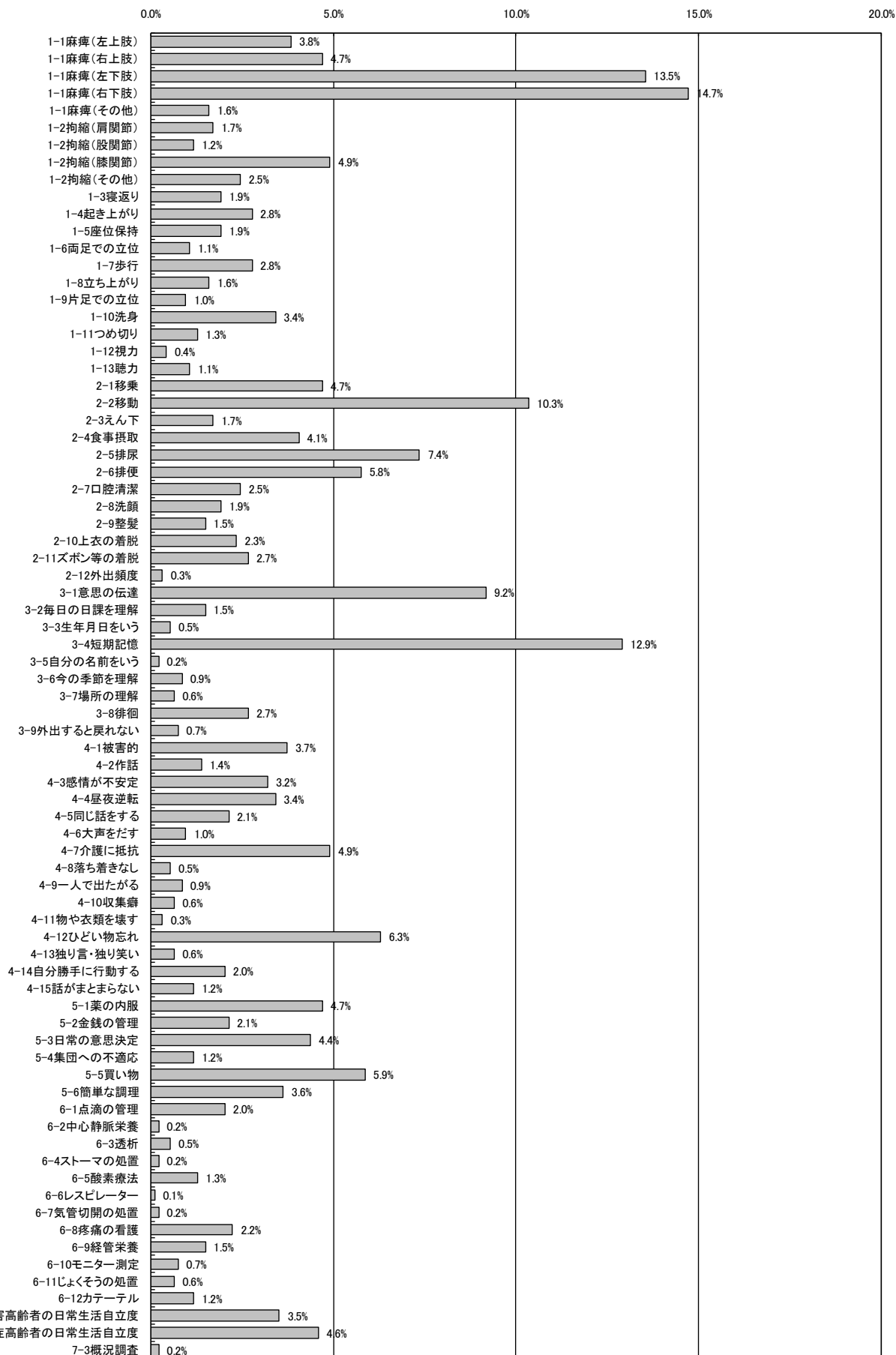


14-1 変更の理由が不明（特記事項） (n=26, 271)

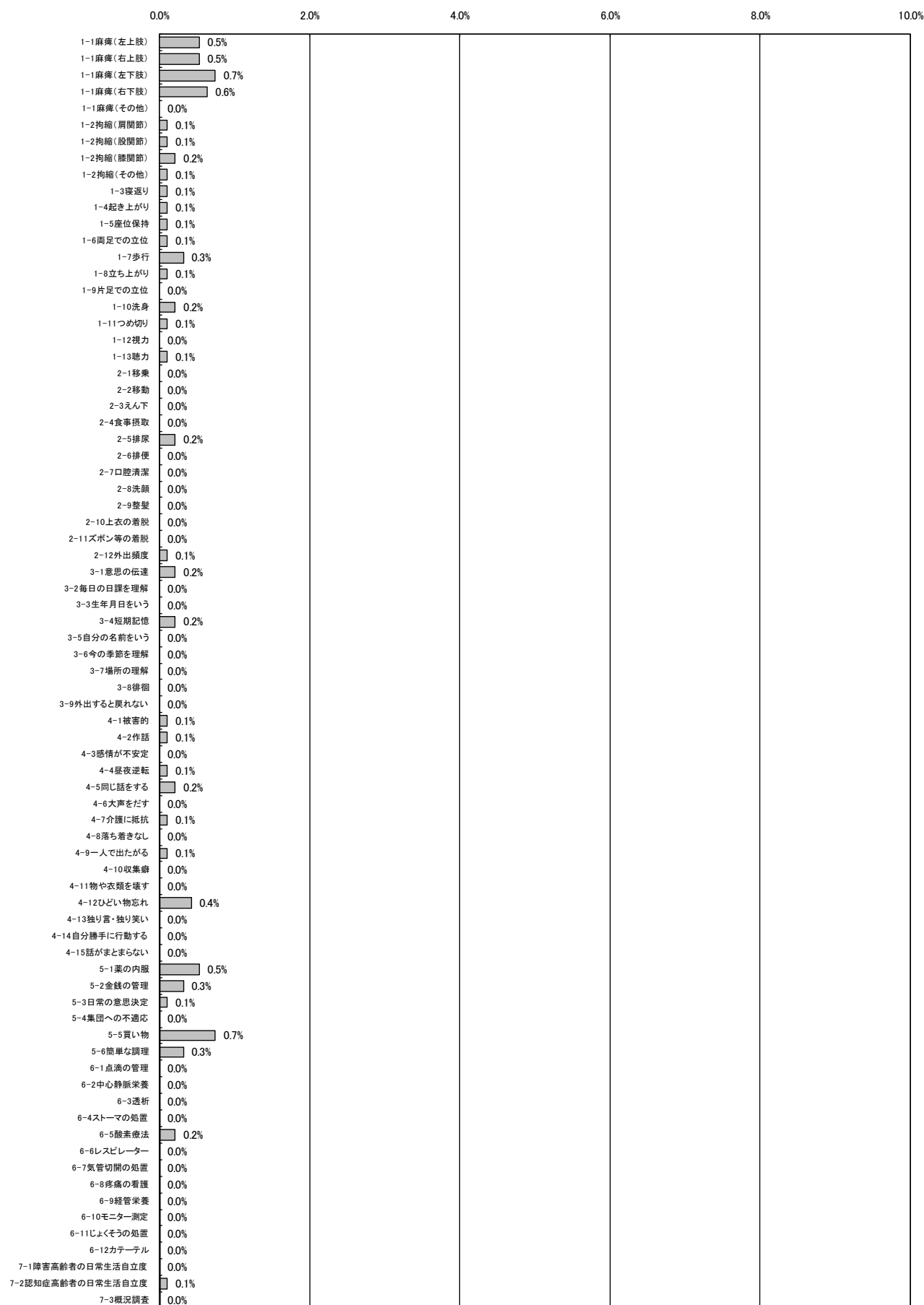


15-1 一次判定修正

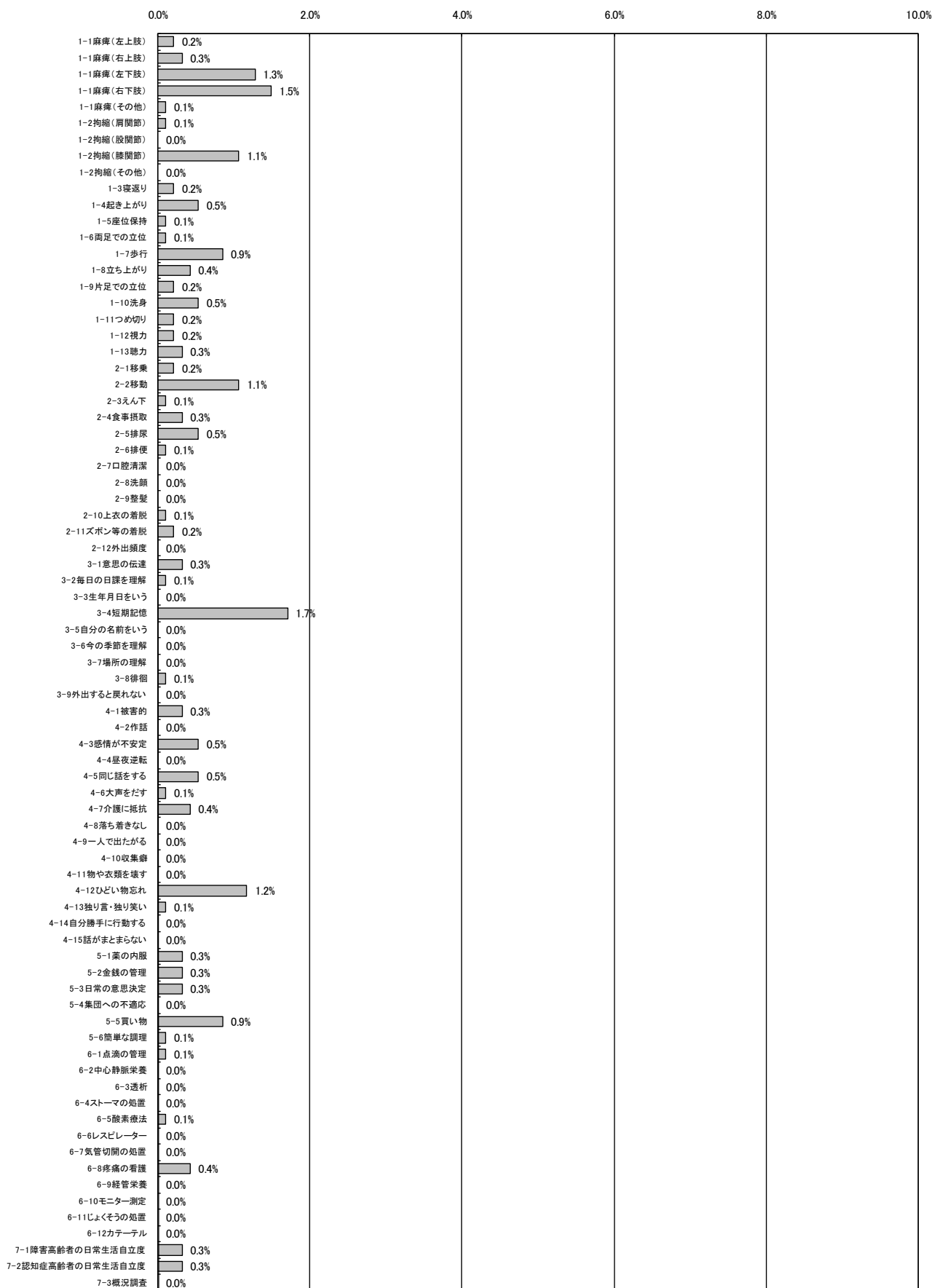
(1) 一次判定修正があった箇所(全要介護度)(一次判定で修正のあった件数：n=938)



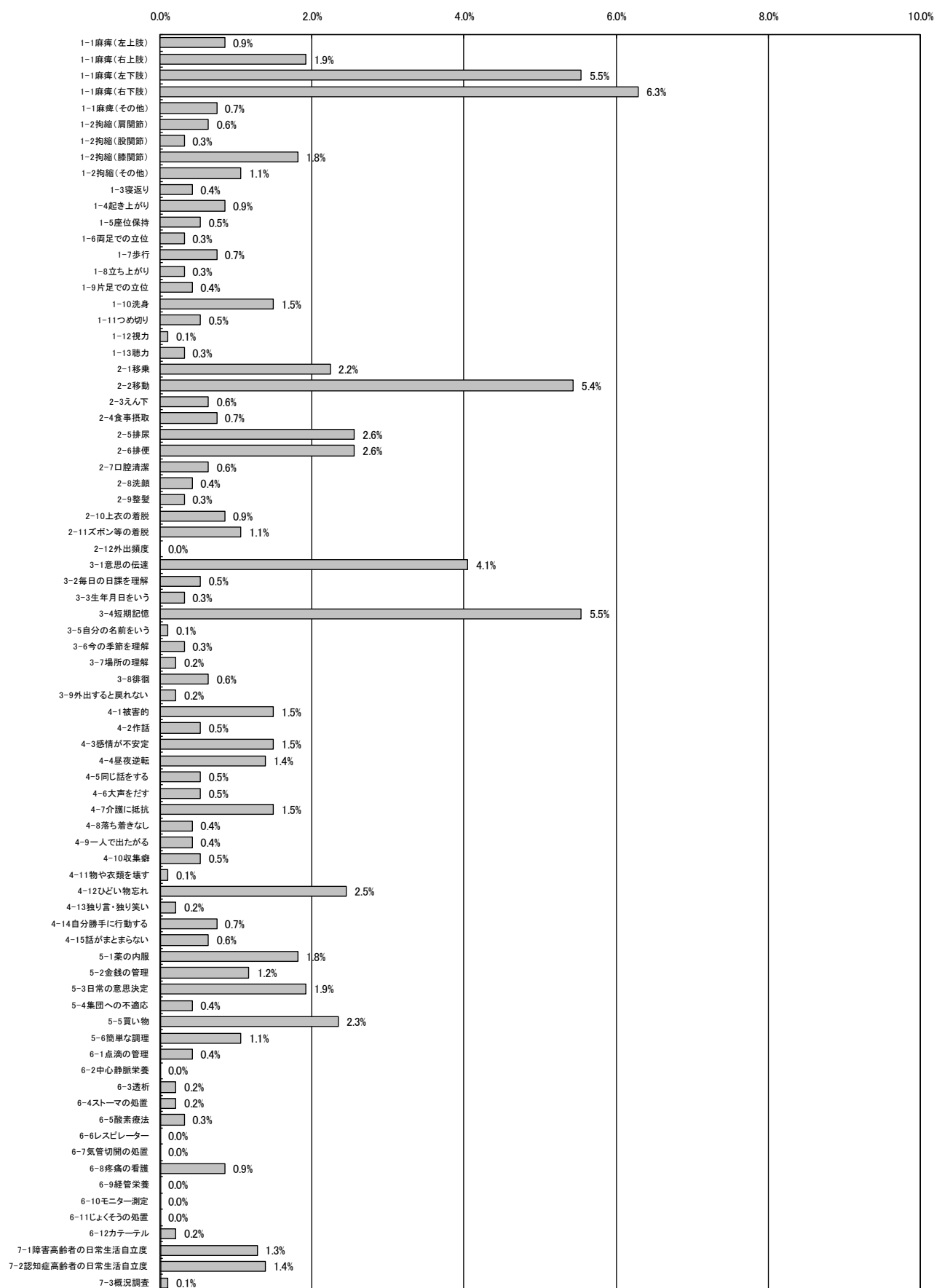
(2) 一次判定修正があった箇所（非該当）（一次判定で修正のあった件数：n=47）



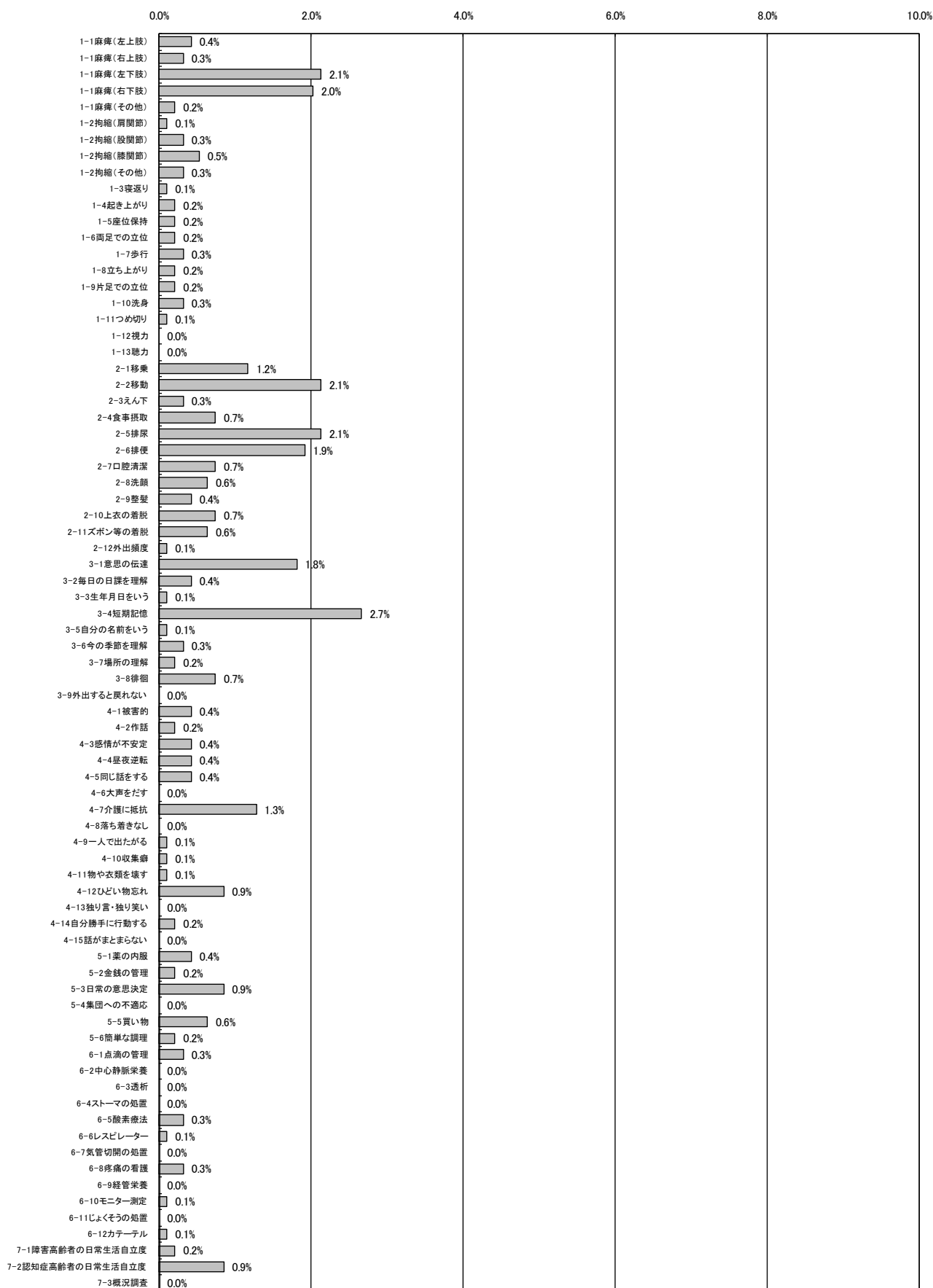
(3) 一次判定修正があった箇所(要支援1)(一次判定で修正のあった件数: n=119)



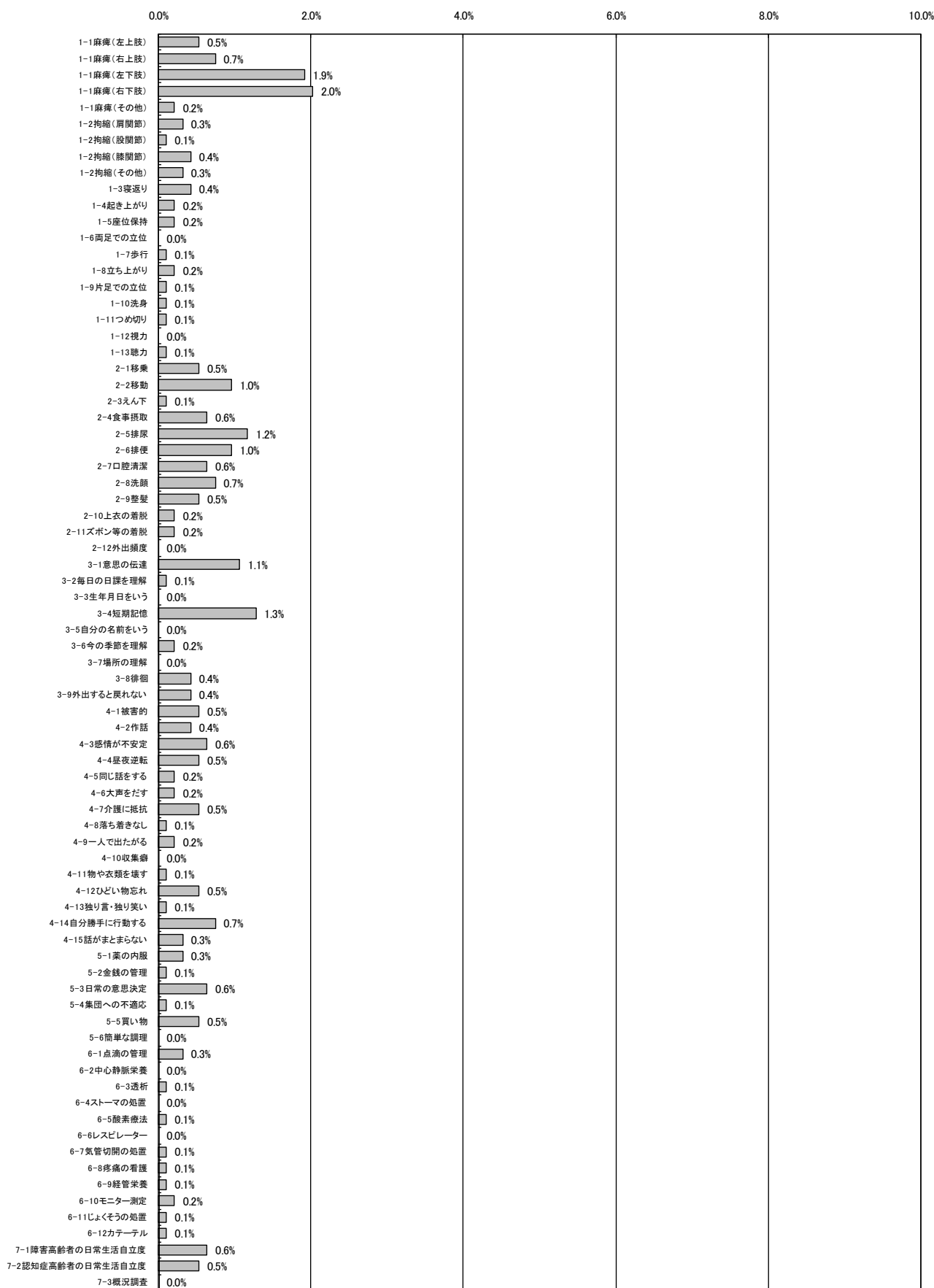
(4) 一次判定修正があった箇所(要支援2・要介護1)(一次判定で修正のあった件数：n=337)



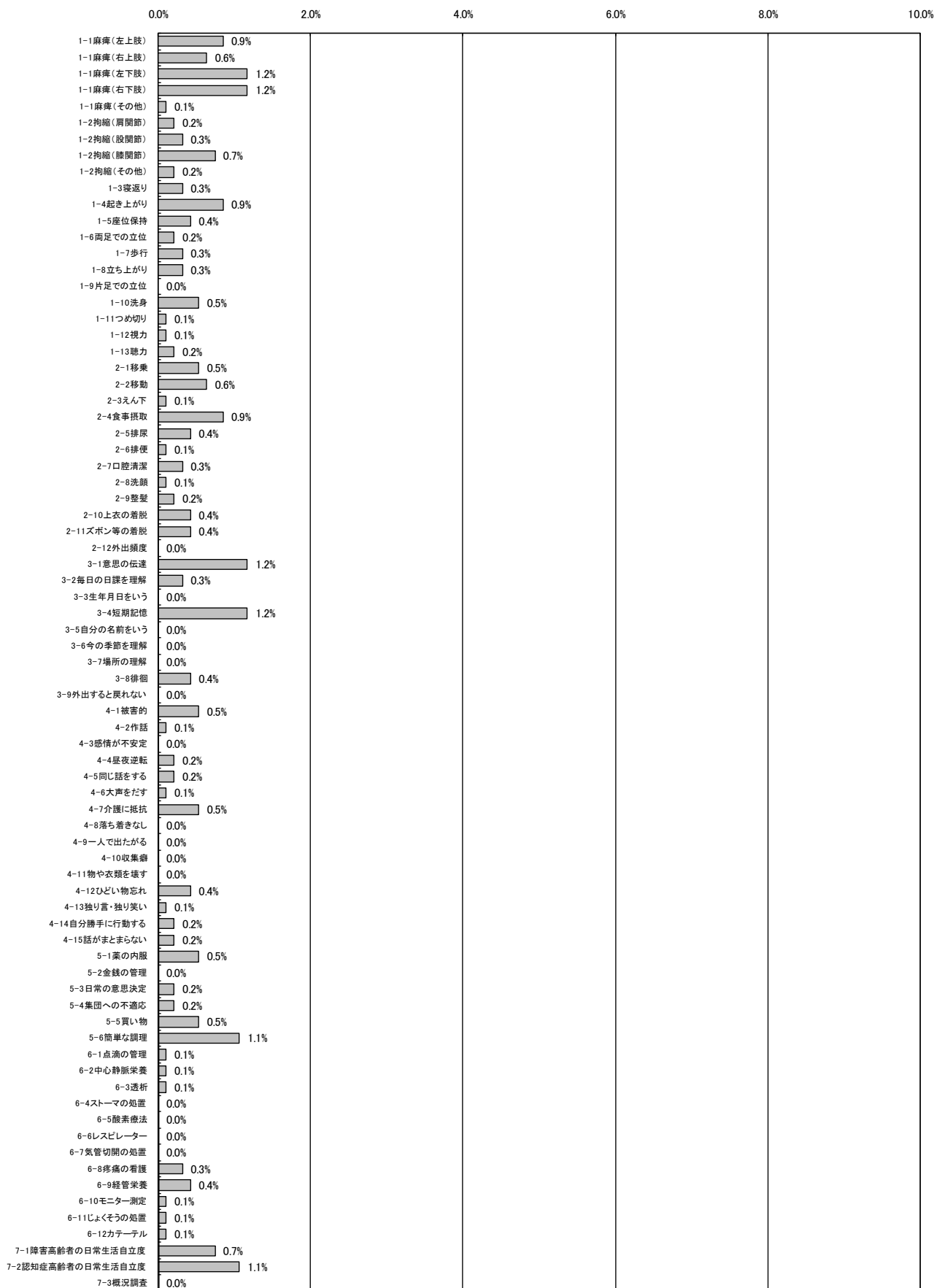
(5) 一次判定修正があった箇所(要介護2)(一次判定で修正のあった件数：n=131)



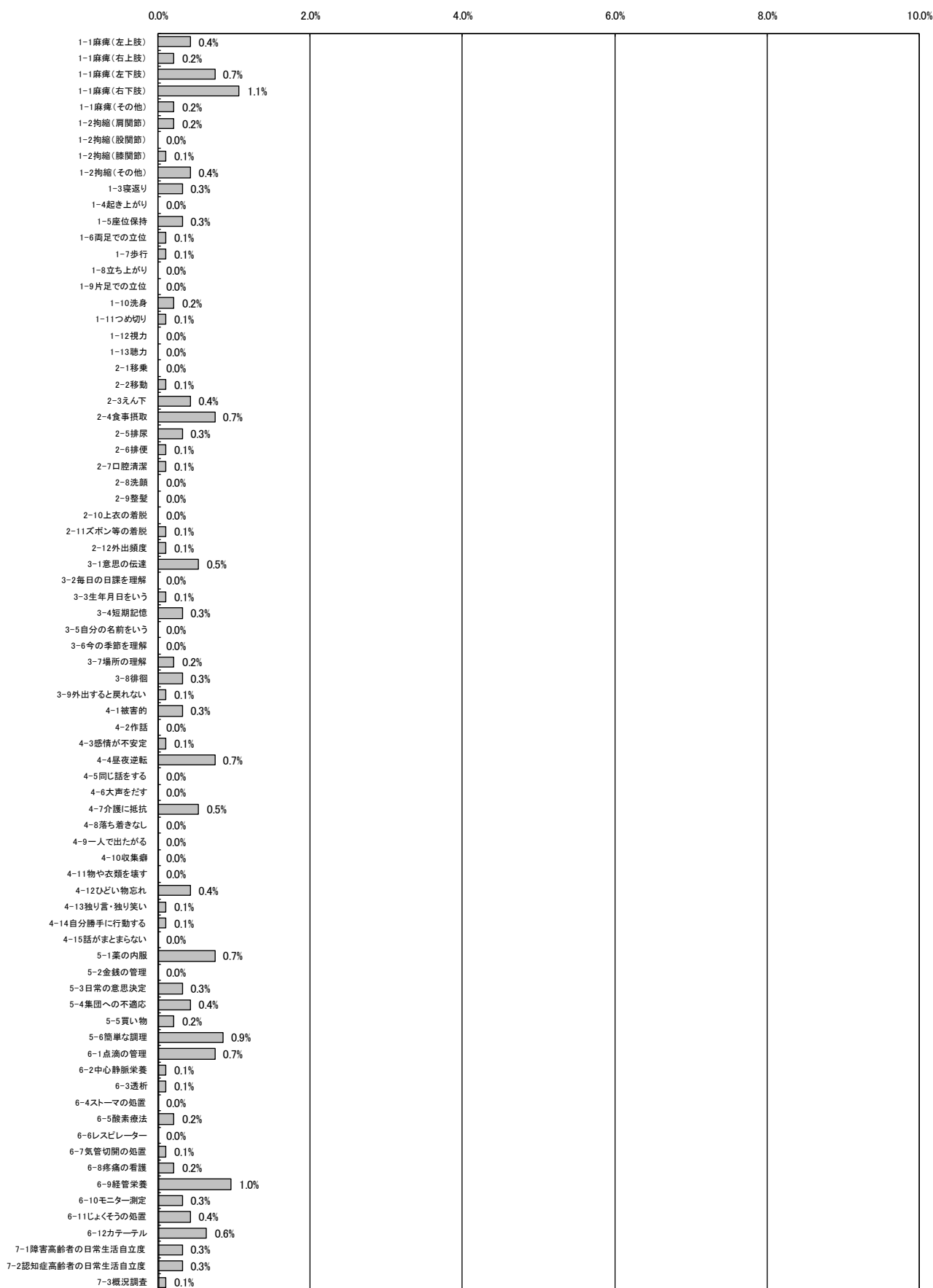
(6) 一次判定修正があった箇所(要介護3)(一次判定で修正のあった件数: n=103)



(7) 一次判定修正があった箇所(要介護4)(一次判定で修正のあった件数: n=118)

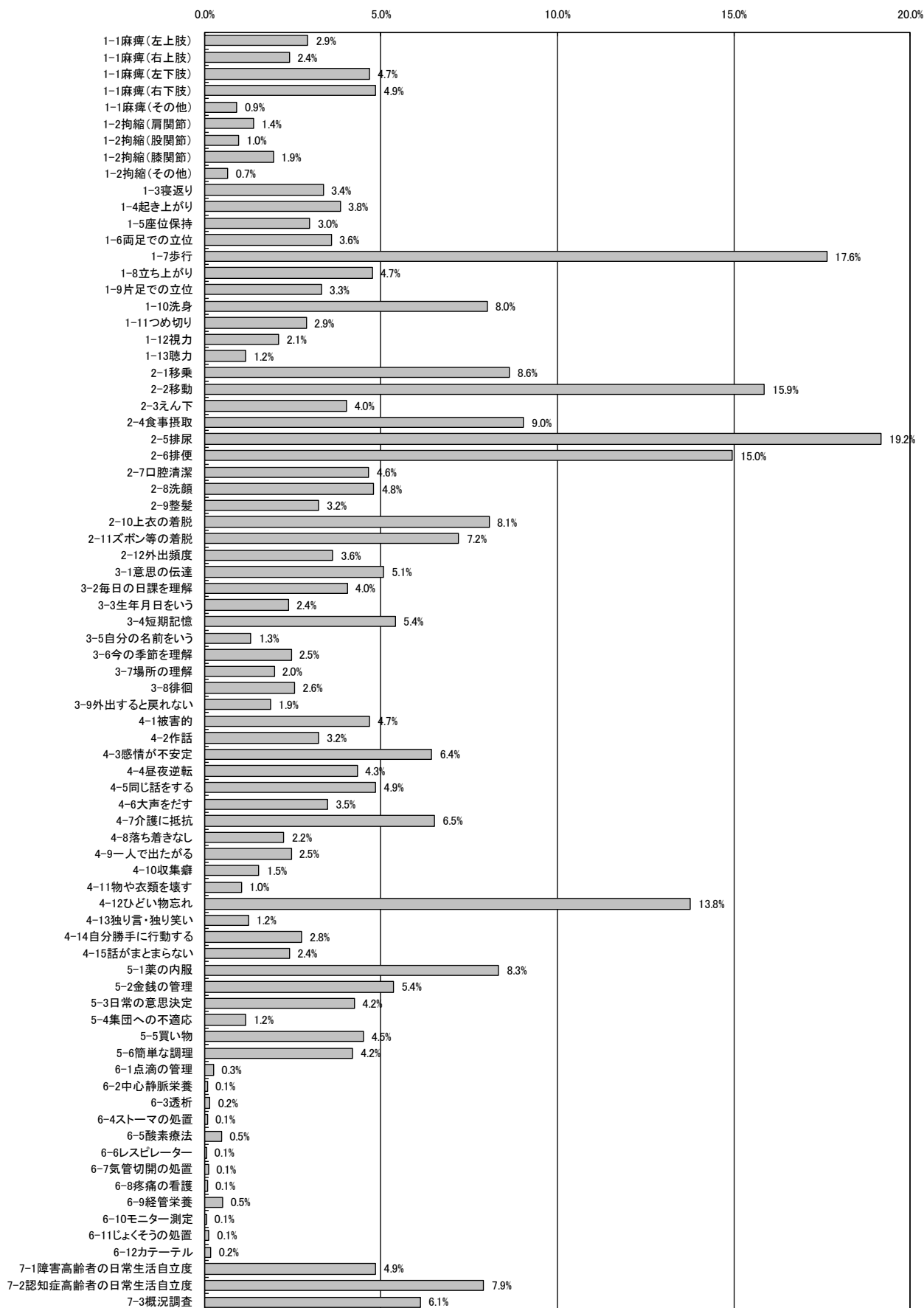


(8) 一次判定修正があった箇所(要介護5)(一次判定で修正のあった件数: n=118)

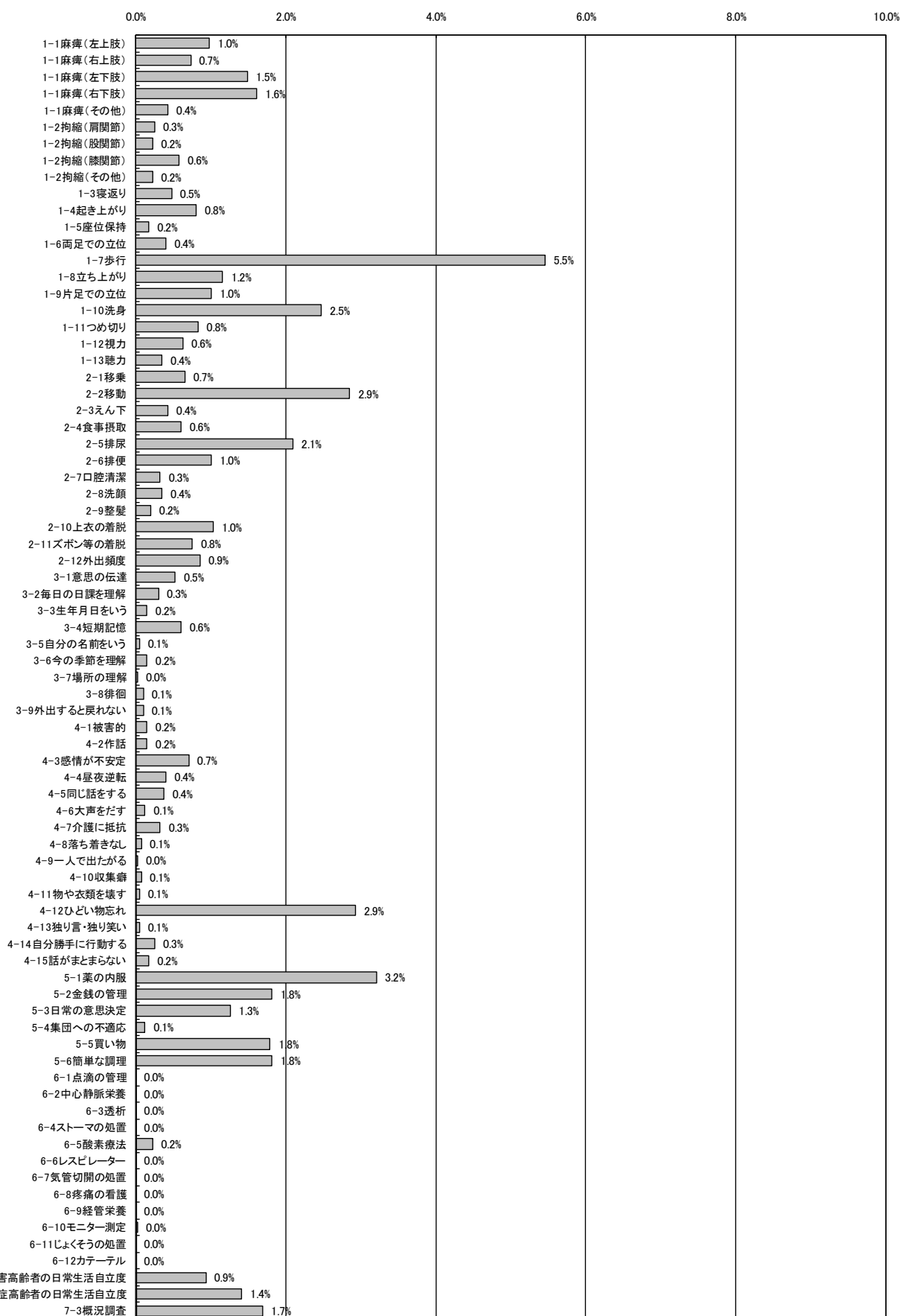


16-1 二次判定での変更理由

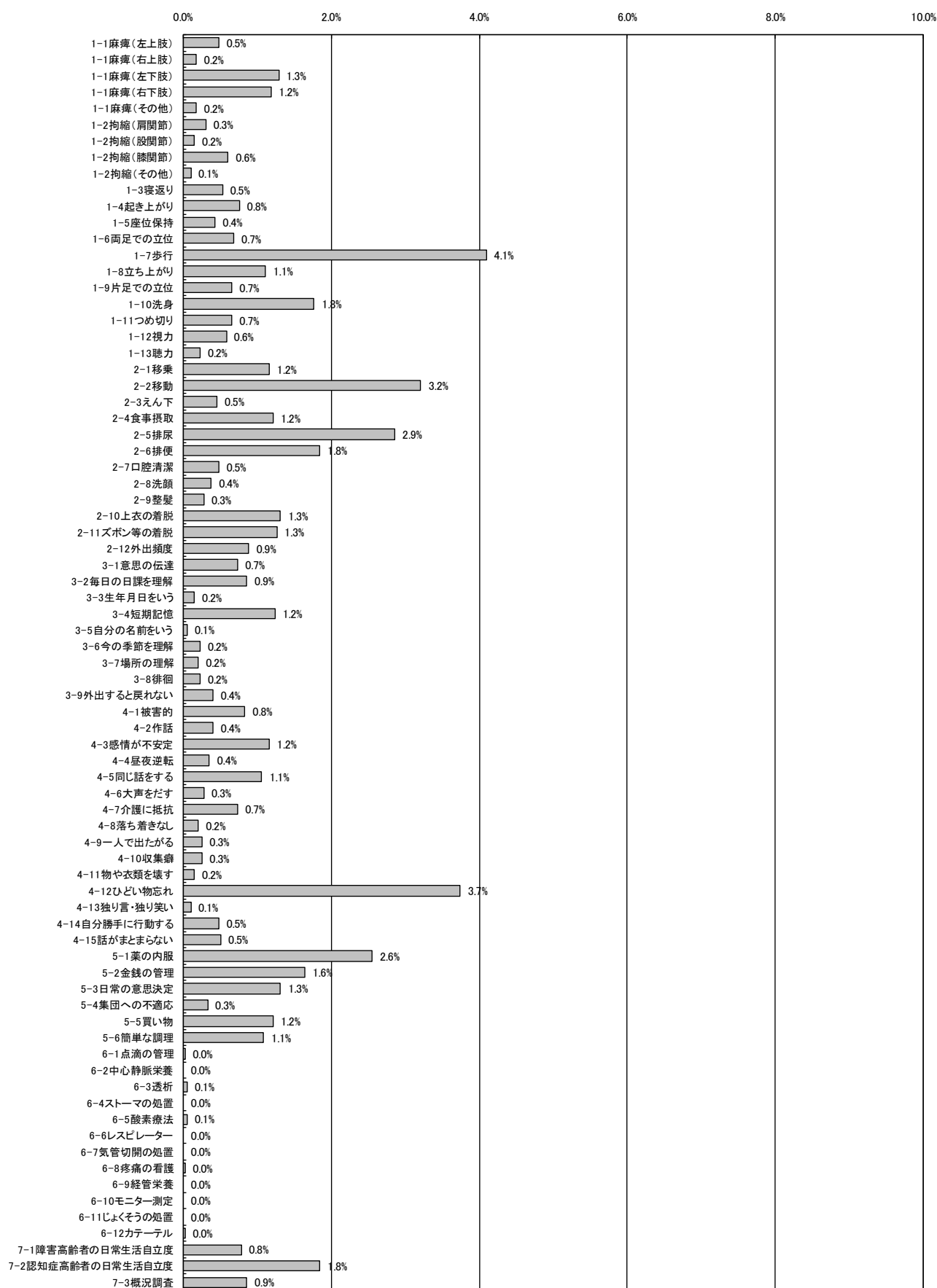
(1) 二次判定での変更理由箇所（全要介護度）（二次判定での変更のあった件数：n=3,958）



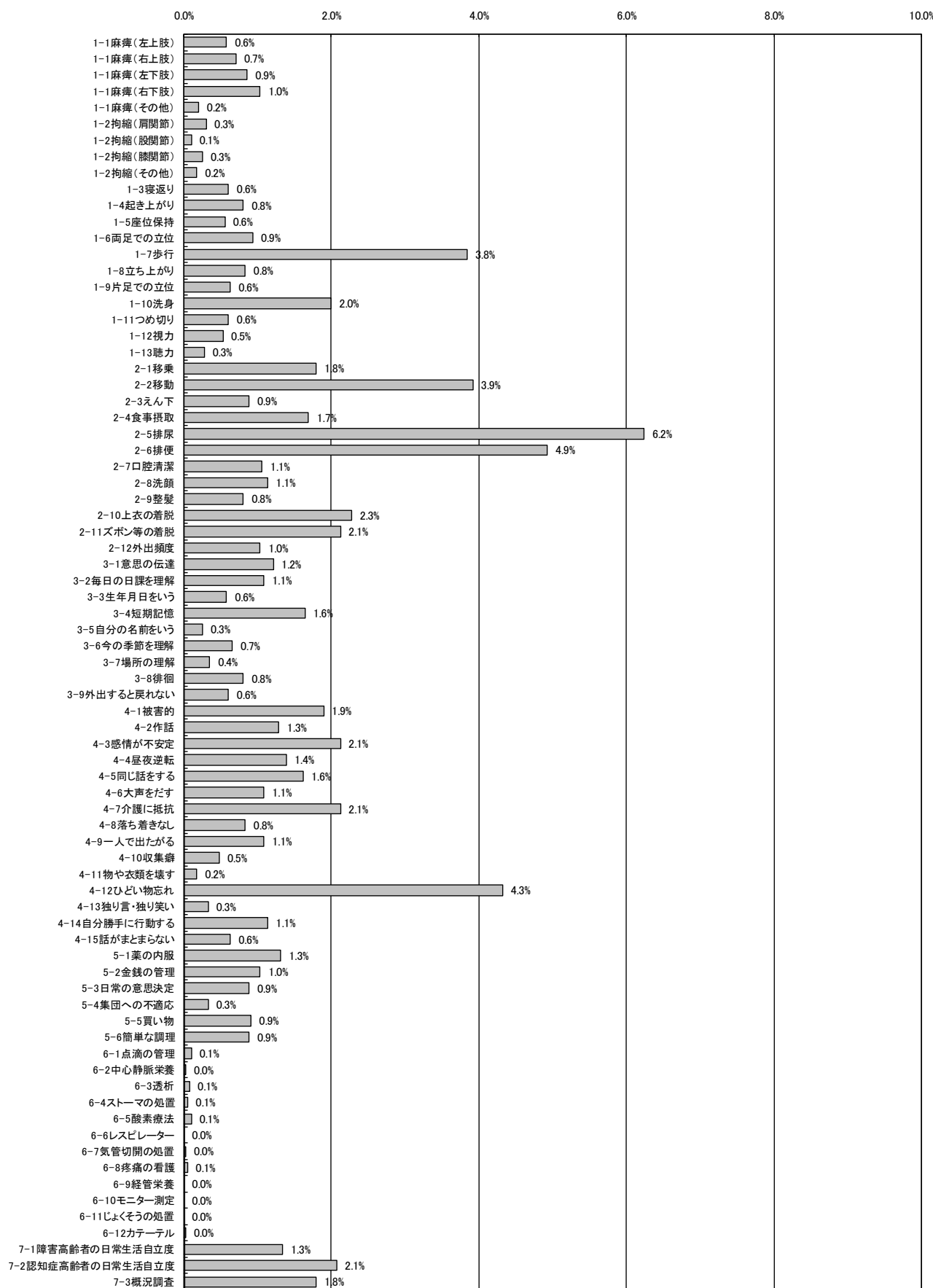
(2) 二次判定修正の理由 (一次判定 非該当) (二次判定での変更のあった件数: n=913)



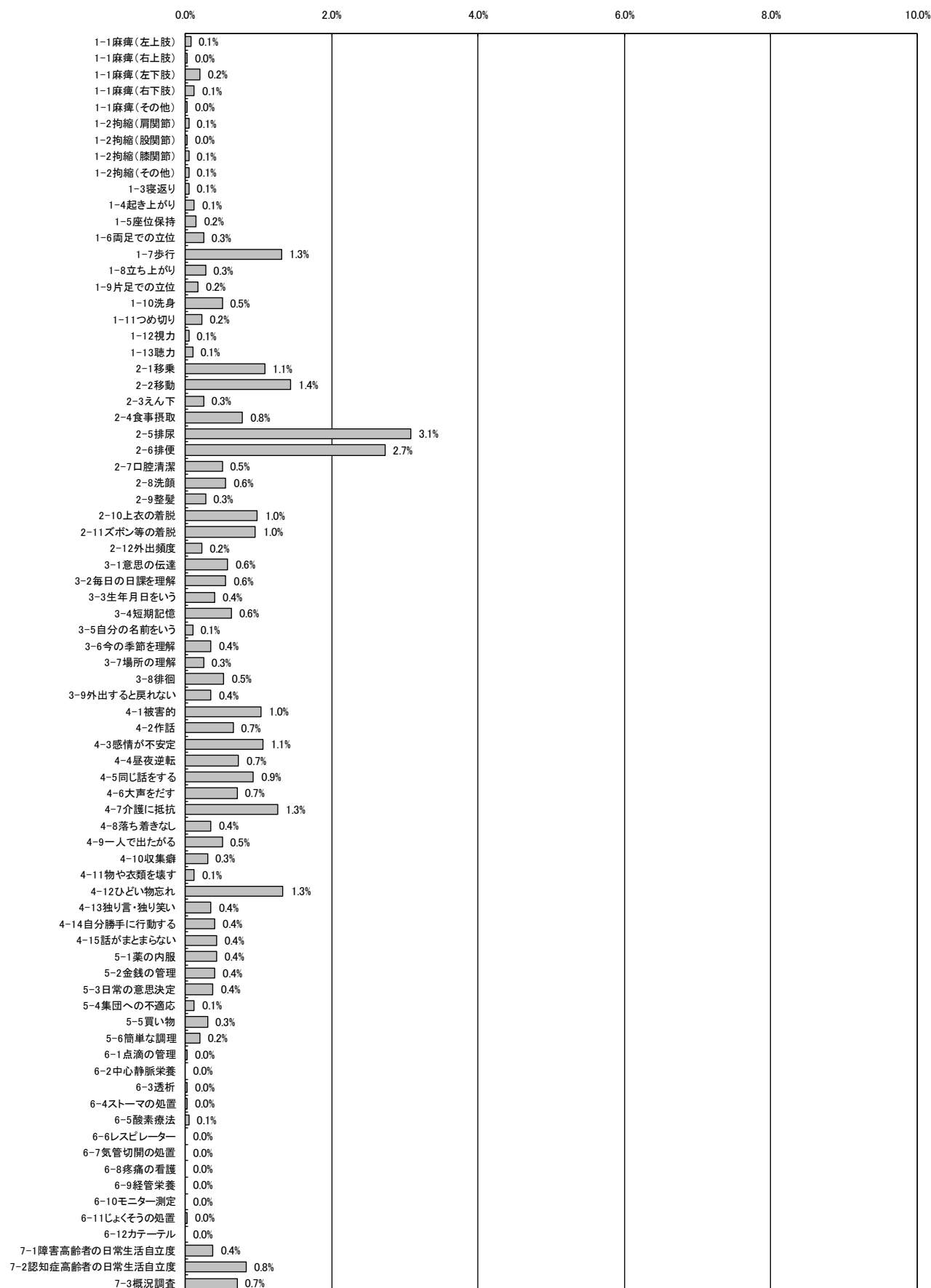
(3) 二次判定修正の理由 (一次判定 要支援1) (二次判定での変更のあった件数: n=813)



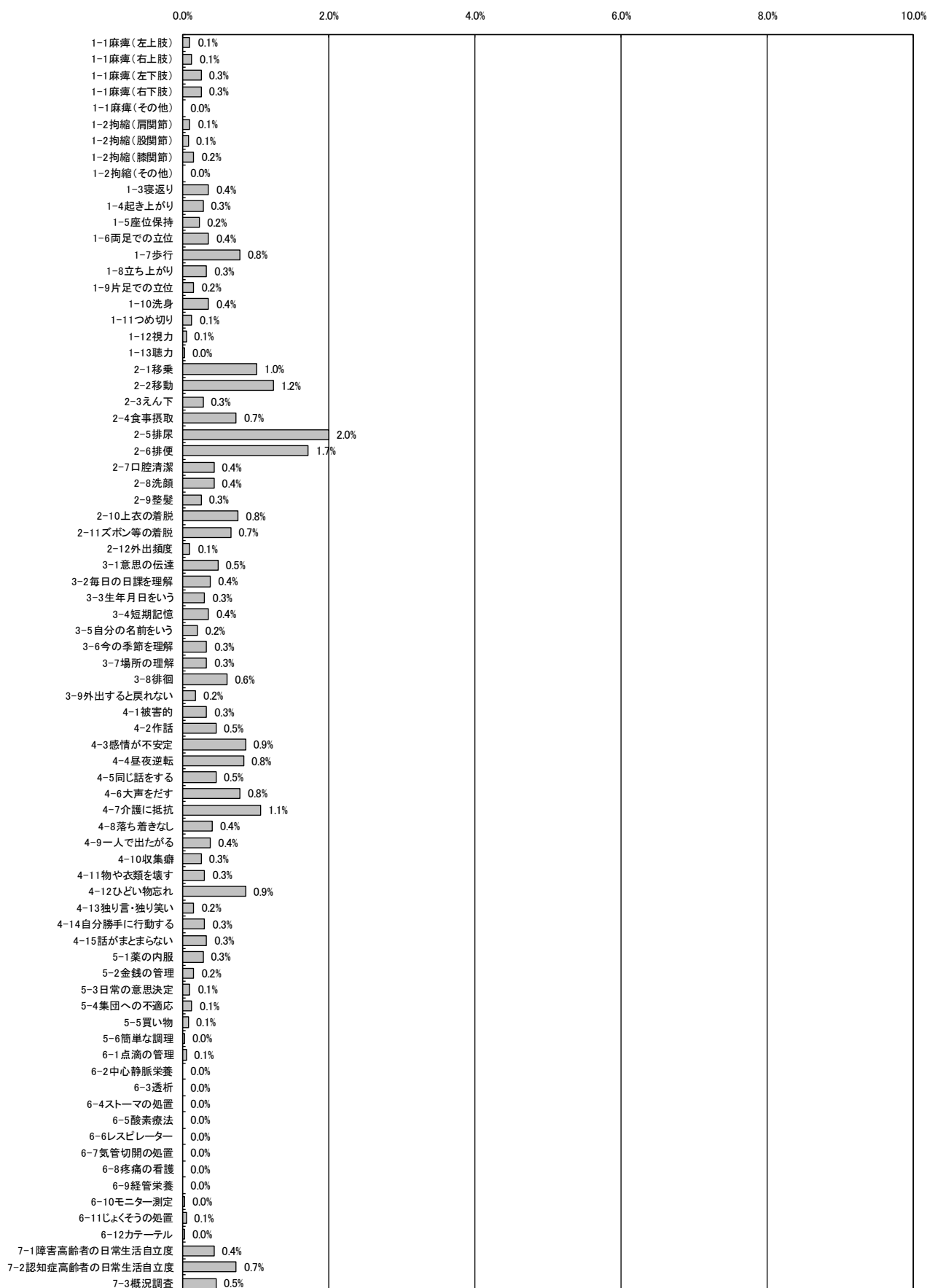
(4) 二次判定修正の理由(一次判定 要支援2・要介護1)(二次判定での変更のあった件数：n=995)



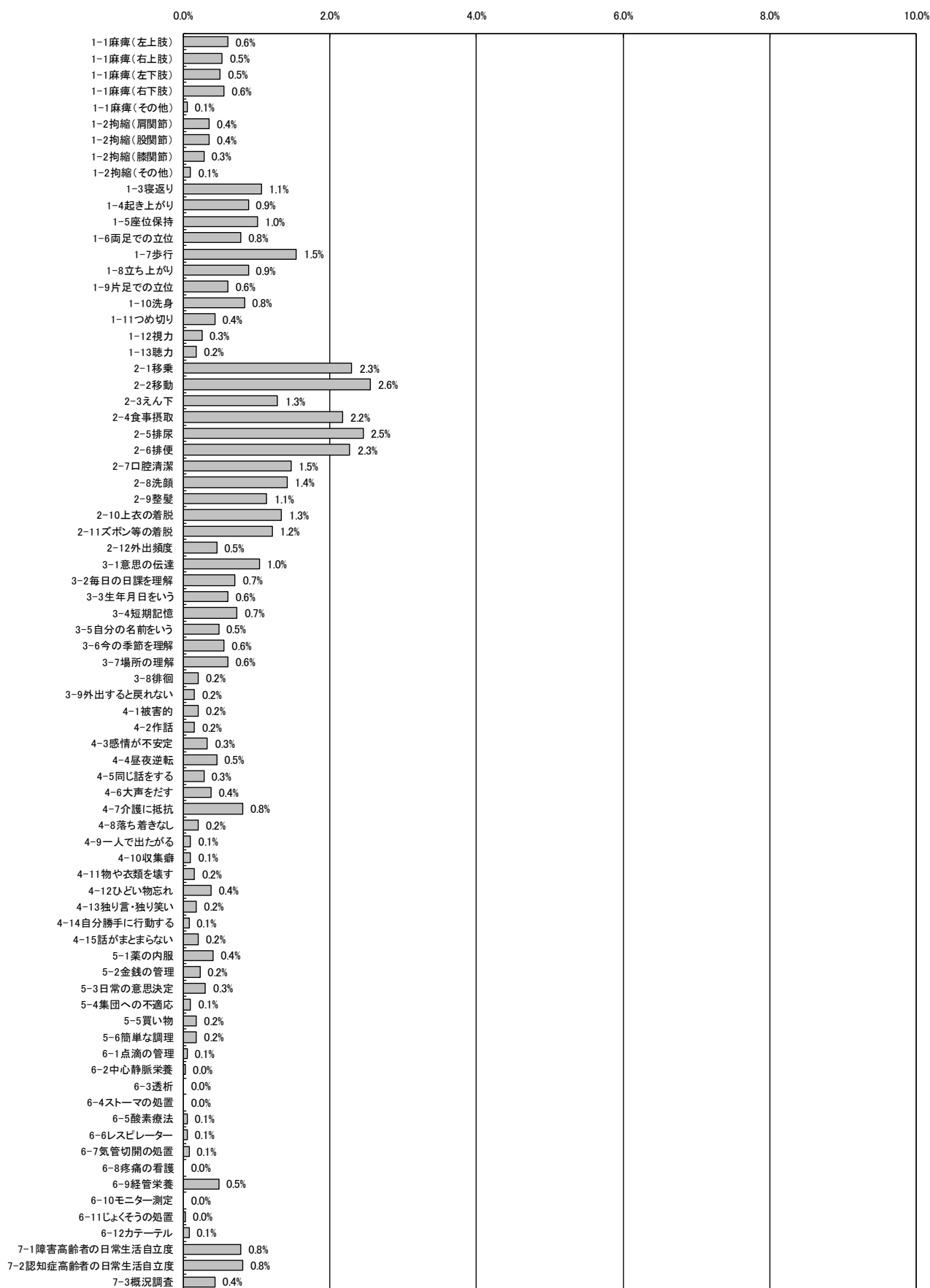
(5) 二次判定修正の理由 (一次判定 要介護2) (二次判定での変更のあった件数: n=389)



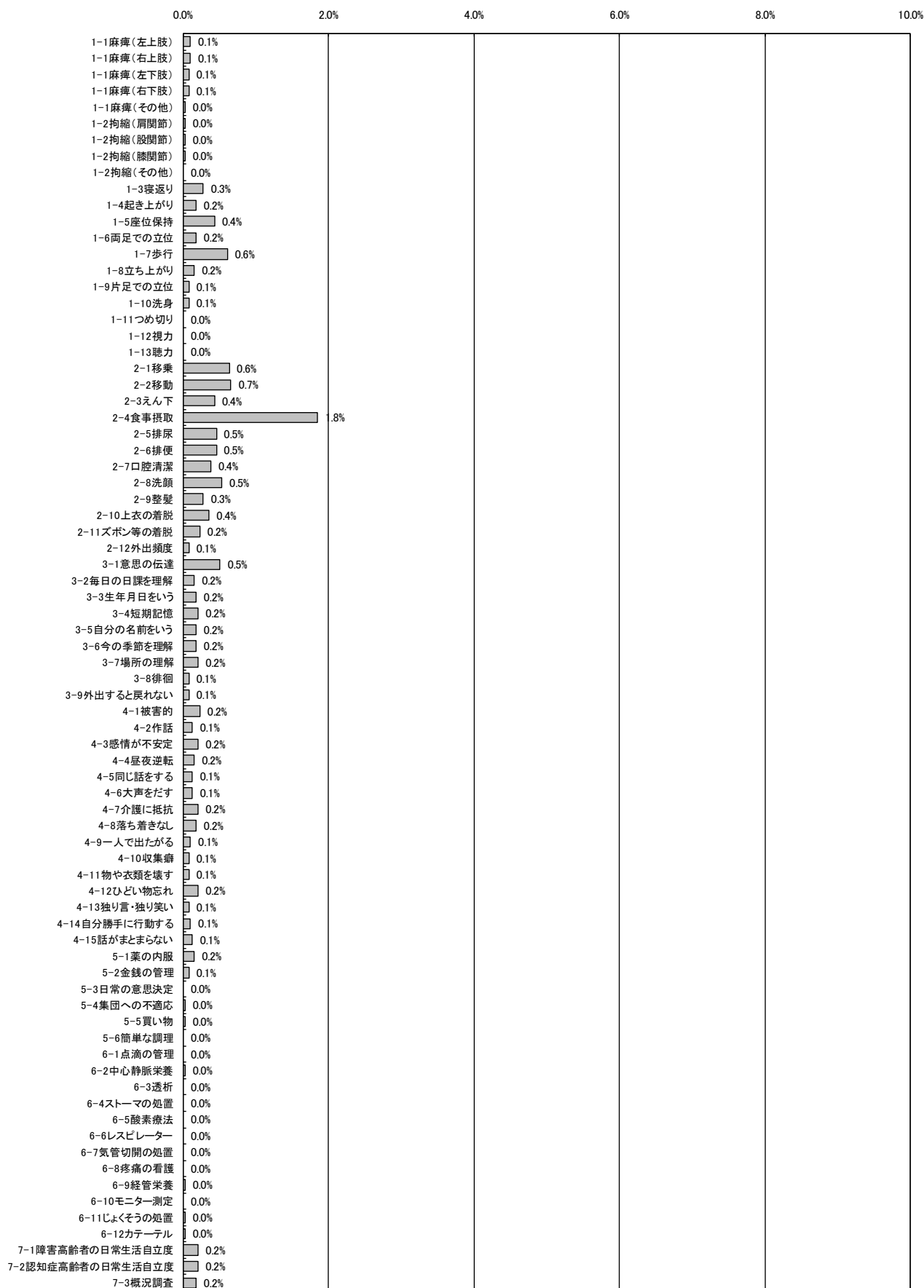
(6) 二次判定修正の理由 (一次判定 要介護3) (二次判定での変更のあった件数: n=289)



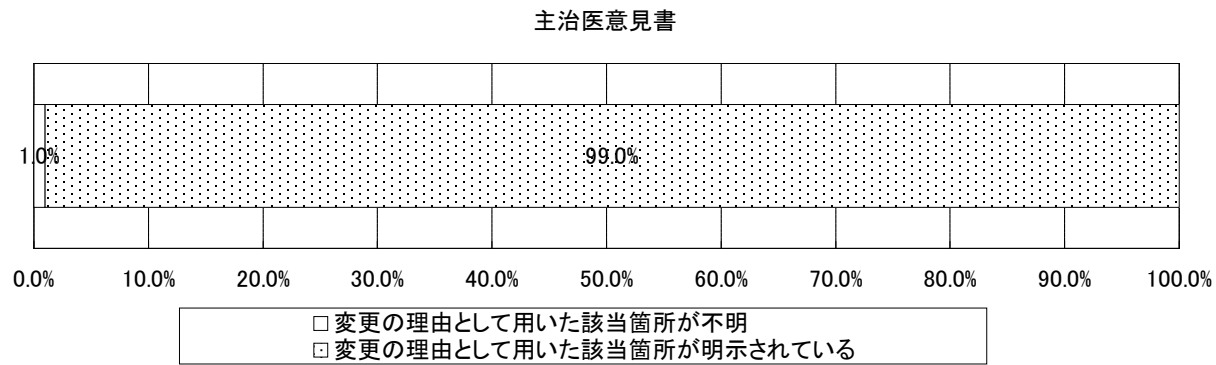
(7) 二次判定修正の理由 (一次判定 要介護4) (二次判定での変更のあった件数: n=399)



(8) 二次判定修正の理由 (一次判定 要介護5) (二次判定での変更のあった件数: n=161)



17-1 変更の理由が不明（主治医意見書）（n=26, 271）



18-1 二次判定での変更理由（主治医意見書）（全要介護度）

