

介護審査概要



By masa Nishimoto

COI)大変申し訳ありませんが、内容については、自己ノートを中心に必要な文献引用をネットより行っています。介護において、運用の確度要求が求められるための必須事項であることから、各被引用者に置かれましては、引用割合の過大な点をご容赦くださいますようお願いいたします。



法的根拠

○ 老人保健に関する法律は3つ。

1 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年8月17日法律第80号)は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とした法律で、かつては老人保健法として制定されていたが、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年6月21日法律第83号)第7条の規定により、題名改正を含む大幅な改正が行われ、2008年4月1日に現在の題名に改正、施行され、後期高齢者医療制度が発足した。

2 老人保険法

日本国憲法第25条にある生存権の規定に基づき、全ての老人に対する社会保障を担っていたが、財政の悪化により、現在は高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法が適用されない場合に限り、老人の福祉を行う根拠法律となっている。より詳しい説明は高齢者福祉を参照のこと。なお、実施者は市町村である。

3 介護保険法(かいごほけんほう、平成9年12月17日法律第123号)は、要介護者(同法7条3項)等について、介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定めることを目的とする法律(同法1条)で

215条からなる。

介護保険法による介護認定審査について

前記3をうけて、

第1章 - 総則（第1条～第8条）

（目的）

第一条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2章 - 被保険者（第9条～第13条）

第3章 - 介護認定審査会（第14条～第17条）

審査と判定

● 審査及び判定

認定審査会は、審査対象者について、認定調査票のうち「基本調査」及び「特記事項」並びに「主治医意見書」に記載された主治医の意見に基づき、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査判定の基準等に関する省令（厚生省令第58号成11年4月30日）」による要支援認定基準及び要介護認定基準（以下「認定基準」という。）に照らして、

- ・要介護状態、又は要介護状態となるおそれがある状態（以下「要支援状態」という。）に該当すること
 - ・要介護状態である場合にはその介護の必要の程度に応じて要介護認定基準で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）について、審査及び判定を行う。
- さらに、特に必要がある場合については、
- ・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項
 - ・指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項について意見を付する。
- 具体的には、以下。

対象者

- 利用者（対象者）
高齢者 高齢化率は2000年から190%。胆振では 白老の高齢化率がたかい
- 特定疾病のものが主な対象となる。

ALS

後縦靭帯骨化

骨折を伴う骨粗相

多系統萎縮

初老期における痴呆

Cerebellar spodilosis

脊椎管狭窄症

早老症

DM 神経障害、nephropathy, retinopathy

脳血管疾患

パーキンソン関連疾患

閉塞性動脈硬化

RA

COLD

両側膝関節又は股関節に著しい変形を伴う OA

がん末期

審査のポイント1

- 要介護認定の仕組みと手順

- 介護認定審査委員会の仕事

審査会の委員とは、保険医療、福祉からの委員が2年ごとの認定で研修を受講する合議体で運営される2次判定機構である。一次は主治医でこの妥当性を確認、手間→要介護度、意見を（備考）をのべる。
調査員は、潤滑に審査判定できるように補助する

- そのポイント

- ◎ 介護認定制度でもっとも大切な金銭的負担について

原則は1割の自己負担の金銭 x 単位。単位は基準時間という。基準時間は介護度の重症化により伸びる。

- ◎ 総量 とは概ね 具体的な介助の方法 x 頻度

- ◎ 一判定変更の理由にならない事項とは

すでに一次判定結果に含まれている認定調査項目と主治医意見書の内容

特記事項・主治医意見書に具体的に記載ない事項

介護の時間にかかる時間とは直接的に関係ない事項

住環境や介護者の有無

本人の希望、現在受けているサービスの状況

過去の審査判定資料及び判定結果

審査のポイント 2



◎ 判定のさいに留意する点

介護の手間の多少や病状の軽重などのみで判断しない

主治医意見書の「症状としての安定性」が不安定となっていることのみで、「状態不安定」にしない

病名や過料の状況のみで「状態不安定」とはしない

本人の希望、現在うけているサービスの状況では判断しない

「不安定」の意味を拡大解釈しない。介護認定審査資料の認知症高齢者の日常生活自立度を吟味

◎ 状態像とは？ 平均的な状態像。

◎ 審査会での意見とは

介護認定審査会では、介護区分などの決定後 期間の 長短に対する意見

介護認定が状態悪化または防止に必要な療養に対する意見—この利用者の状況への対応

集合体であることによる、よりよいサービスを受けられるようにする。



仕事の簡素化

◎ 審査会の判定の簡素化

- 1) 65才以上か
- 2) 更新申請かどうか
- 3) 一次判定介護度が前回認定結果一致するとき
- 4) 前回の認定の有効期間が12ヶ月
- 5) 一次判定

要介護1、要介護2となった場合、状態の安定性の判定
ロジック的に「安定」となっているとき

- 6) 一次判定の基準時間がひとつ思い介護度に至るまで3分以上あるとき

● 一次審査 一次審査は主治医が主治医意見書をもって行う。判定ソフトのロジックから考える。判定ソフトのキモは、樹形モデルで—`algorim(ロジック)`である。

中間評価項目 身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、BPSD、社会生活への適応（薬内服、金銭管理、日常意思決定、集団への不適応、買い物、簡単な調理

事例検討



◎ 判定のさい必要な問題

必要判定（介護度について）

要支援、要介護 http://www.neckenpo.or.jp/member/kaigo/kaigo_dankai.php

寝たきり度 <http://www.city.fukuoka.med.or.jp/houmon/hantei.pdf>

認知症の自立度 <https://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/d1/tp0215-11-11d.pdf>

重度に変更されたケース

- 1 自立はできているが、ストーマ、中心静脈などの重い管理中の85才女性
この点で重度に変更された
- 2 通常のアルツハイマー型の認知症の79才男性
- 3 麻痺直腸障害のある72才女性の例



審査をしてみると（医師としての態度 1）

● 審査及び判定

審査に始めて関わって感じたことを以下に述べてみる。

一 はじめに（上記と重複）

介護保険法 184 条にしたがって、審査を行うが認定に際して、

1) 可能な限り認定調査による一次判定を主治医意見書に近づけて審査

認定主体は市町村)するか否か

(2) 介護認定審査会は、合議体である。保健・医療・福祉の学識経験者で構成されている点が発揮されていない。

(3) 委員の定数は、被保険者の人数を勘案して、5人を標準に政令で定める基準に従い、市町村の条例で定めている。合議とは過半数であるから5なら3が守られているか。

注) 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、介護支援専門員（訪問調査員）、などから5名で構成され、医師が議長を務めている場合が多い

(4) 介護保険審査会に専門調査員を置くことができる。

専門調査員は、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。専門調査員は、非常勤とする。

二 具体性

1 一次審査: その判定に使う樹型モデルは食事、排泄、移動、清潔保持、間接生活介助、BPSD 関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為を総量 (= 具体的な介助の方法 x 頻度 = 金銭 x 単位) で表現しており、かなり熟成はされている。とは言え、

2 専門性: 例えば、医師はおもに 65 才以上の主な特定疾患 (他頁「対象者」参照) を主治医意見書を中心に ADL, 認知の障害を中心に審査を行う。歯科医師、薬剤師にしても各専門性からの助言なくして合議の意味はないのではないか。また、各専門性と申請の手続きの習熟性が一致するとは思えない。

審査をしてみると（医師としての態度 2）

三 これらからすると、案（ここでもおもに医師として）

1 認定調査員の専門性の検討：全国自治体においてもこれを重視している。専門調査員を置く目的は、要介護認定又は要支援認定に関する処分に対する審査請求の事件に関し専門の事項を調査させるためである。これに従って確認業務を行う。

2 各専門委員による、各意見を集約するものになるべきとすれば、
a) 医師、歯科医師、薬剤師は、専門職としての意見をのべ、
b) 施設長、訪問看護師は、介護の専門性を有すると思われるので新規、区分変更などの妥当性などを判断する。島田保健師などは、制度上事務職として望むが、その専門性からの提言もあってしかるべき。

3 通常の業務以外の業務となるため、1回の審議時間については、全国平均1.0時間（中央値1、最大値2）は妥当なのか？ 開始時の平均1.5時間（中央値2、最大値3）で、開始時から34.6%の減少となっている。また、審議のための予習（読み込み）は2～4時間が5割をしめている。可能なかぎり時間を守る合議体の運営。

審査をしてみると（医師としての態度 3）

4 各専門性から、自分の聞いていない症例、納得がいかないときは、安易に yes と言うべきではない。押印もしない。これについての規則はないのでは。各々国家資格をもつ特別地方公務員であるので各法（医師なら医師法）の遵守を優先すべきでは。たとえば、直接診療がないため、事態の把握が不十分なとき、みずからの専門性から推量可能性が低い症例への合議とは、の視点ははずせないのでは。

5 時間の制約があるため、医師など専門職は、事前に疑義の生じる医療的問題点を提示しておいて（裏参照）、その意見を各委員に提示すべき。それに対して議論されたことに対しては、肯んじる方向で考えると4との整合性がでるのでは。

6 その他

引用文献など

1. 老人保健に関する法律 <https://ja.wikipedia.org/wiki/%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85%E3%81%AE%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AE%E7%A2%BA%E4%BF%9D%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E6%B3%95%E5%BE%8B>
2. 審査会運営要綱
[https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/18487f3e5f70d4974925689a003b8747/\\$FILE/%E5%AF%A9%E6%9F%BB%E4%BC%9A%E9%81%8B%E5%96%B6%E8%A6%81%E7%B6%B1.PDF](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/18487f3e5f70d4974925689a003b8747/$FILE/%E5%AF%A9%E6%9F%BB%E4%BC%9A%E9%81%8B%E5%96%B6%E8%A6%81%E7%B6%B1.PDF)
3. 一次審査アルゴリズム
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_4_11.pdf
4. 要支援、要介護 寝たきり度 認知症の自立度 認知テスト MiniCog, MMSE, 長谷川式など。
http://www.neckenpo.or.jp/member/kaigo/kaigo_dankai.php
<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/houmon/hantei.pdf>
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-11d.pdf>
5. 高齢者医療に関するもの1と2
<http://www.doctorhelico.net/PrimaryCare/HouanTreatmentStyle.pdf>
http://www.doctorhelico.com/dhtml/Cmem48_n.html
6. 苫小牧市 審査会研修資料 (2019.3)
7. 認定調査員テキスト