

令和7年度 介護認定審査会 審査委員 現任研修

御坊広域行政事務組合
介護認定審査会 会長
丸山 晋右



研修内容

- (1) 要介護認定関係制度論
- (2) 介護認定審査委員の基本姿勢
- (3) 要介護認定等基準の考え方
- (4) 介護認定審査会について
- (5) 事例検討の在り方について
- (6) 効率的な運営の方法
- (7) 全国及び県内情勢の分析
- (8) 平準化に資する方策の検討



(1) 要介護認定関係制度論



(1) 要介護認定関係制度論

社会保障制度

国民の「安心」や生活の「安定」を支え、全ての人々の生活を生涯にわたって支えるセーフティネット

⇒ 社会保険 社会福祉 公的扶助 保健医療・公衆衛生

社会保険 ⇒ 医療保険 年金 介護保険 労働保険

医療保険

会社員等は 健康保険(被用者保険)

全国健康保険協会(協会けんぽ) : 主に中小企業の従業員

健康保険組合 : 主に大企業の従業員

共済組合 : 公務員

個人事業主は 国民健康保険 や 国民健康保険組合(国保組合)



(1) 要介護認定関係制度論

年金 会社員等は **厚生年金** 及び **国民年金**
 個人事業主は **国民年金**

介護保険 特定疾病(16疾病)や加齢に伴い要介護状態となった人々を
 社会全体で支えるための保険。「介護保険法」に基づく。

65歳以上は「**第1号被保険者**」

介護保険料は原則として年金から天引きされる

40歳から64歳までの医療保険加入者は「**第2号被保険者**」

介護保険料は、医療保険料と一体的に徴収される。



労働保険 雇用保険 労災保険

(1) 要介護認定関係制度論

介護保険 の 財源

区分	負担割合
介護保険料	50%
国	25%
都道府県	12.5%
市町村	12.5%

人口比に基づき設定(令和6~8年度)
第1号 23% 、 第2号 27%



(1) 要介護認定関係制度論

- 介護保険の被保険者が介護サービス（介護保険に基づくサービス）の利用を希望するときは、まず保険者である市町村に申請をして、要介護認定（介護の必要性の有無やその程度等についての認定）を保険者である市町村から受ける必要がある。
- この要介護認定は、市町村職員や市町村から委託を受けた事業所のケアマネージャー等からなる認定調査員による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われる。



(1) 要介護認定関係制度論

第1号被保険者と第2号被保険者

第1号 65歳以上

第2号 40歳以上65歳未満で

健保組合、全国健康保険協会、市町村国保などの医療保険加入者

40歳になれば自動的に資格を取得し、

65歳になるときに自動的に第1号被保険者に切り替わる

介護サービスの受給要件

第1号 要支援状態 または 要介護状態

第2号 要介護(要支援)状態が、特定疾病;16疾病による場合に限定



特定疾病（16疾病）

- 1 がん（がん末期 ＜2019年1月まで＞）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靱帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体病等）
- 7 パーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）、進行性核上性麻痺
及び大脳皮質基底核変性症
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症（ウェルナー症候群等）
- 11 多系統萎縮症（MSA）
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎）
- 16 両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症



(1) 要介護認定関係制度論

(申請者から見た介護保険事業の流れ)

- ① **申請** → ・ 認定調査 < 基本調査(74項目)と特記事項の記載 > (認定調査員による)
・ 主治医意見書の記載 (主治医による)

- ② **介護認定審査会** 一次判定 : 基本調査の結果と主治医意見書の内容を基にして、
コンピュータによる推計によって**要介護認定等基準時間**を
算出。状態の維持・改善の可能性についても評価

二次判定 : 一次判定の結果と主治医意見書や認定調査における特記
事項の内容を審査して、実際の介護の必要性和その程度を
判定する。⇒ この結果が **要介護認定** となる。

- ③ 認定結果に基づいた、行政や各種事業所のケアマネージャーによる
介護サービスの立案及び施設との調整 ⇒ **ケアプラン**



- ④ 介護サービスの利用

(2) 介護認定審査委員の基本姿勢



(2) 介護認定審査委員の基本姿勢

- 申請者の要介護度を決定する立場として

公平、公正な判断を心掛ける（判断基準を定めるよう努める）

⇒ 申請者の医療・介護に関わりうる委員は審査判定に加わらない。

一次判定の変更や二次判定にあたり

認定調査員による調査結果（基本調査と特記事項）や

主治医による主治医意見書の記載内容の中で、

審査判定の根拠を明確にする。（記録に残す）

守秘義務

認定調査に関して知りえた個人の情報を他人に漏らしてはならない



(3) 要介護認定等基準の考え方



(3) 要介護認定等基準の考え方

< 自立(非該当) 要支援と要介護 >

自立(非該当) 日常生活において、介護サービスが必要ない状態

要支援 日常生活において、多少の支援が必要な状態

(例 : 入浴はひとりで可能であるが、浴槽掃除には支援が必要)

要介護 日常生活全般において、何らかの介護が必要な状態

(例 : 入浴介助が必要)



(3) 要介護認定等基準の考え方

要介護認定は、認定調査結果や主治医意見書の記載に基づき、コンピューターソフトにより算出された、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間である **要介護認定等基準時間** を基にして、介護の手間や状態の維持・改善可能性に係る審査を経て行われる。

(認知症による介護の手間を想定し、**認知症加算**をつけることもある)

(構成要素)

直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
関節生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索 不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、褥瘡の処置等の診療の補助



(3) 要介護認定等基準の考え方

(要介護認定における要介護度の分類)

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

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



(3) 要介護認定等基準の考え方

- ・主に要介護認定等基準時間と介護にかかる手間の内容で分類される
- ・より重度になるにつれて支給限度額の上限が増えるため、利用できるサービス内容や頻度も変わってくる。
- ・要支援2と要介護1は要介護認定等基準時間の範囲が等しい。

(32分以上50分未満)

以下の要件の

いずれかに該当すれば要介護1、 いずれにも該当しなければ要支援2となる。

- ◎ 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用に係る適切な理解が困難である場合
(目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)
- ◎ 短期間で心身の状態が変化することが予想され、それに伴い要介護の重度化も短期間に生じる恐れが高く、概ね6カ月以内に要介護状態等の再評価が必要な場合
(状態不安定)



介護保険認定審査会の「状態不安定」についての判断・判定の仕方

(特に「要支援2」か「要介護1」かを検討する際に)

- ① 介護の手間の多少や病状の軽重等のみで判断はしない
「要支援2」よりも手間が多くかかる、または、状態が悪いものが「要介護1」になるものではない。要介護認定等基準時間を要支援2、要介護1の振り分けの根拠に用いることはない。
同様に、病状が重症であるものが一義的に状態不安定となるわけではない。
- ② 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をもって「状態不安定」とはしない
主治医意見書及び認定調査の特記事項をもとに、介護の手間の増大に伴い、概ね6ヵ月以内に介護度の再評価が必要かどうかという観点から判断する。
- ③ 病名や加療の状況のみで「状態不安定」とはしない
「パーキンソン病」、「透析」等、病名や加療の状況等のみで、「状態不安定」を選択することは適当ではない。
また、日内変動の有無のみで判断するものでもない。
- ④ 本人の希望、現在受けているサービスの状況では判断しない
本人の希望、現在受けているサービスの状況は、申請者の認知機能の状況や状態の安定性に直接関係があるものではないため、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定の判断根拠とはならない。
- ⑤ 「不安定」の意味を拡大解釈しない
「歩行が不安定」、「精神的に不安定」、「95歳で高齢だから不安定」というような、何かしら「不安定」と考えられる要素があることを理由に「状態不安定」を選択することは誤った判断である。あくまで、介護の手間の増大によって要介護度の再評価が短期間(概ね6ヵ月以内)に必要なかどうかという視点から判定する。

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

- ・ ランクⅠ 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能。
- ・ ランクⅡ 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる。
在宅生活が基本であるが一人暮らしは困難な場合もある。
 - Ⅱ a 家庭外で上記Ⅱの状態が見られ、たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等、それまでできたことにミスが目立つ等の症状が出る。
 - Ⅱ b 家庭内でも上記Ⅱの状態がみられ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等の症状が出る。



- ・ ランクⅢ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さが
ランクⅡより重度となり介護が必要となる状態である。

「ときどき」とはどの位の頻度を指すかについては症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので夜間の利用も含めた 居宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。

Ⅲa 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。
やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、
奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等

Ⅲb 夜間を中心として上記Ⅲの状態、Ⅲaの症状が見られる。



- ・ ランクⅣ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする。
常に目を離すことができない状態である。症状・行動はⅢと同じであるが頻度の違いにより区別される。家族により介護が可能な範囲を考慮しつつ、居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には施設の特徴を踏まえた選択を行う。
- ・ ランクⅤ 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。
ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。
専門医療機関の受診を勧める必要がある。
せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状がみられたり、精神症状に起因する周辺症状が継続したりする。



(参考) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立

- ・ ランクJ 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
 1. 交通機関等を利用して外出する
 2. 隣近所へなら外出する

準寝たきり

- ・ ランクA 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている

寝たきり

- ・ ランクB 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが座位を保つ
 1. 車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う
 2. 介助により車いすに移乗する
- ・ ランクC 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替において介助を要する
 1. 自力で寝返りを打つ
 2. 自力では寝返りも打てない



※ 判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

(3) 要介護認定等基準の考え方

認知症加算について

運動機能の低下していない認知症高齢者に対して
ケア時間加算ロジックを用いて加算を行う。

具体的には以下の3つすべてにあてはまる者

- | | |
|----------------|----------------------|
| ・認知症高齢者自立度 | <u>Ⅲ ・ Ⅳ ・ M</u> |
| ・障害高齢者の日常生活自立度 | <u>自立 ・ J ・ A</u> |
| ・要介護認定等基準時間 | <u>70分未満（要介護2まで）</u> |



(3) 要介護認定等基準の考え方

認知症加算について

区分	要介護認定等基準時間
○ 要支援1	25分以上32分未満 (時間幅は 7 分)
○ 要介護1	32分以上50分未満 (時間幅は 18 分)
○ 要介護2	50分以上 <u>70分未満</u> (時間幅は 20 分)
× 要介護3	70分以上90分未満 (時間幅は 20 分)

要支援1から認知症加算が行われる場合

$$\text{加算分数} = 7 / 2 + 18 / 2 = 12.5 \text{ 分}$$

要介護1から認知症加算が行われる場合

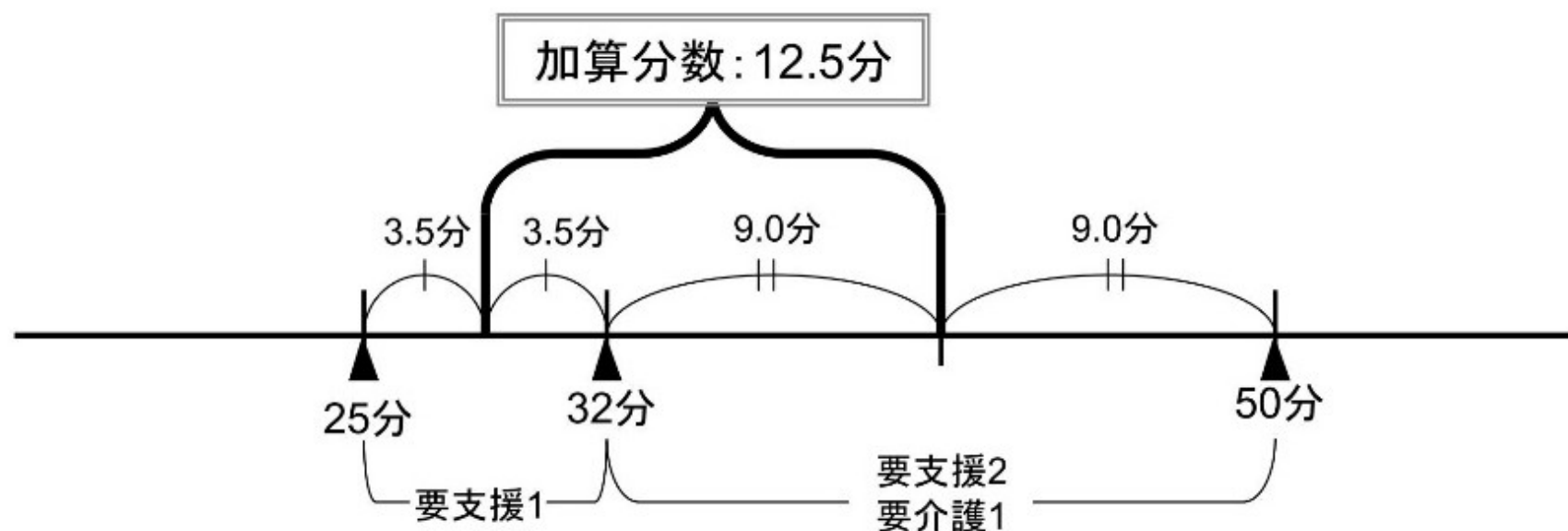
$$\text{加算分数} = 18 / 2 + 20 / 2 = 19 \text{ 分}$$

要介護2から認知症加算が行われる場合

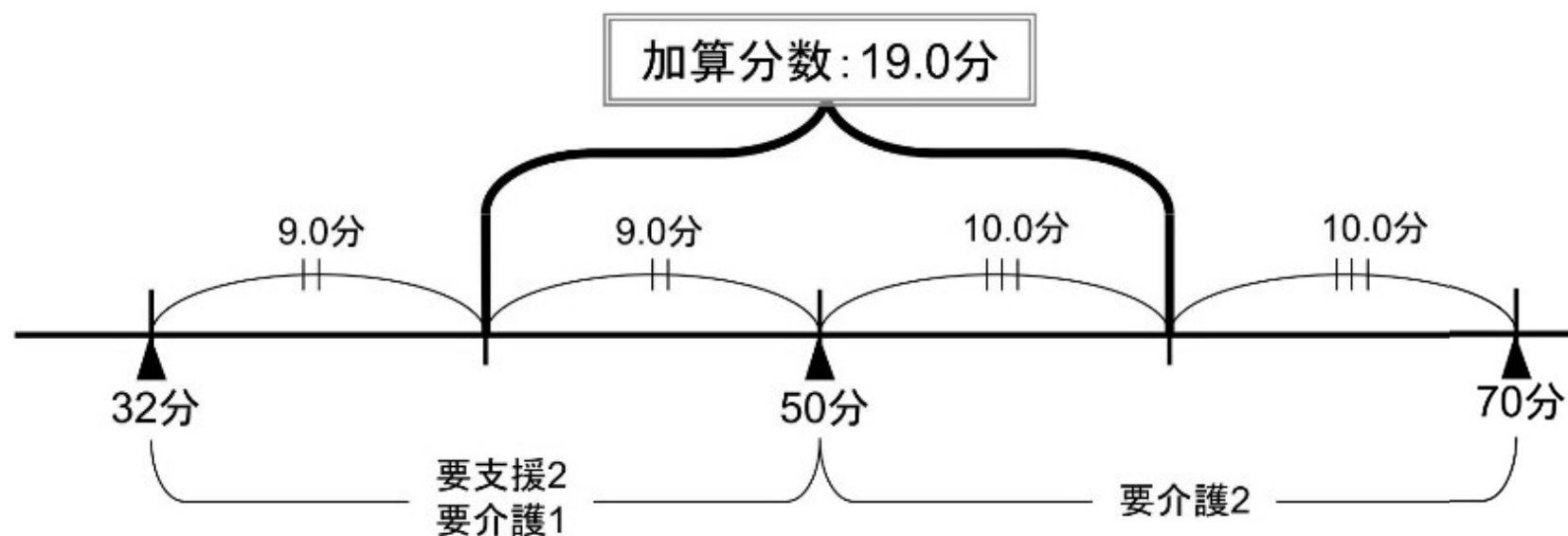
$$\text{加算分数} = 20 / 2 + 20 / 2 = 20 \text{ 分}$$



図表 13 要支援1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



図表 14 要支援2・要介護1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



(3) 要介護認定等基準の考え方

二次判定における一次判定の変更について

一次判定は、申請者の状態に関する情報を用いて、その介護量を統計的な手法で推定し、さらに、要介護認定等基準時間に変換したものです。

統計的な推定が困難な、申請者固有の手間の多寡が、特記事項や主治医意見書の記載内容から具体的に認められる場合は、一次判定の要介護度を変更することができます。

この変更は、すでに一次判定に反映されているデータが適正か等の判断によるものではなく、**特記事項または主治医意見書に記載されている当該申請者に特有な介護の手間を根拠としていることが必須の条件**です。



(3) 要介護認定等基準の考え方

二次判定における一次判定の変更について

ただし、介護において特別な手間が発生しているかどうかの議論は、例えば、「ひどい物忘れによって、認知症のさまざまな周辺症状がある」など、具体性に欠ける情報だけでは不十分です。

「認知症によって排泄行為を適切に理解することができないため、排泄時は家族が常に付き添ってあらゆる介助を行わなければならない」といった具体的な対応が示され、これが当該申請者に特有な介護の手間かどうかを判断しなければなりません。

審査判定、とくに一次判定の変更に際しては、被保険者への説明責任の観点からも、介護認定審査会委員が、申請者に特有な介護の手間の増加や減少をどのように考えたかについて、根拠とした特記事項や主治医意見書の記述内容とともに、記録されていることが重要です。



(4) 介護認定審査会について



(4) 介護認定審査会について

介護認定審査会の設置主体について

- 保険者である市町が設置する。
- 近隣の市町が広域行政事務組合を設置して共同で介護認定審査会の運営をするケースもある。

御坊広域行政事務組合 介護認定審査会

御坊市

由良町 美浜町 日高町 日高川町 印南町

(1市5町)



(4) 介護認定審査会について

< 3つの役割 >

- 認定調査員の調査内容の確定
 - － Step1:一次判定の修正・確定
- 介護の手間を専門職の視点から審査判定
 - － Step2:介護の手間にかかる審査判定
- 専門職からみた療養に関する意見
 - － Step3:療養に関する意見(有効期間を含む)



(4) 介護認定審査会について

- ① 介護認定審査会の構成
- ② 要介護認定の手順
- ③ 介護認定審査会資料の見方



① 介護認定審査会の構成



① 介護認定審査会の構成

介護認定審査会 (例)

合議体

- 審査委員 医師
- 審査委員 歯科医師
- 審査委員 看護師
- 審査委員 社会福祉士
- 審査委員 理学療法士

合議体

- 審査委員 医師
- 審査委員 看護師
- 審査委員 社会福祉士
- 審査委員 介護福祉士
- 審査委員 理学療法士



① 介護認定審査会の構成

介護認定審査委員について

- 保健・医療・福祉に関する学識経験者
- 委員の任期は、2年もしくは3年で再任可
- 認定審査に関して知り得た個人の情報に関しては守秘義務がある
- 委員は所属する市町村の認定調査員として、認定調査を行うことができない（兼務不可）



① 介護認定審査会の構成

合議体について

- 合議体の構成 5名が標準。
- 委員は所属する合議体でのみ審査判定に加わることができる。
(合議体間の委員の融通は不可)
- 合議体の長は運営責任をもつ。欠席の場合は、職務代理者が代行する。
- 審査対象者が入院・入所している施設に所属する者が、委員として出席している場合、その状況を述べても構わないが、判定に加わることができない。



① 介護認定審査会の構成

会議（審査会の審査判定）について

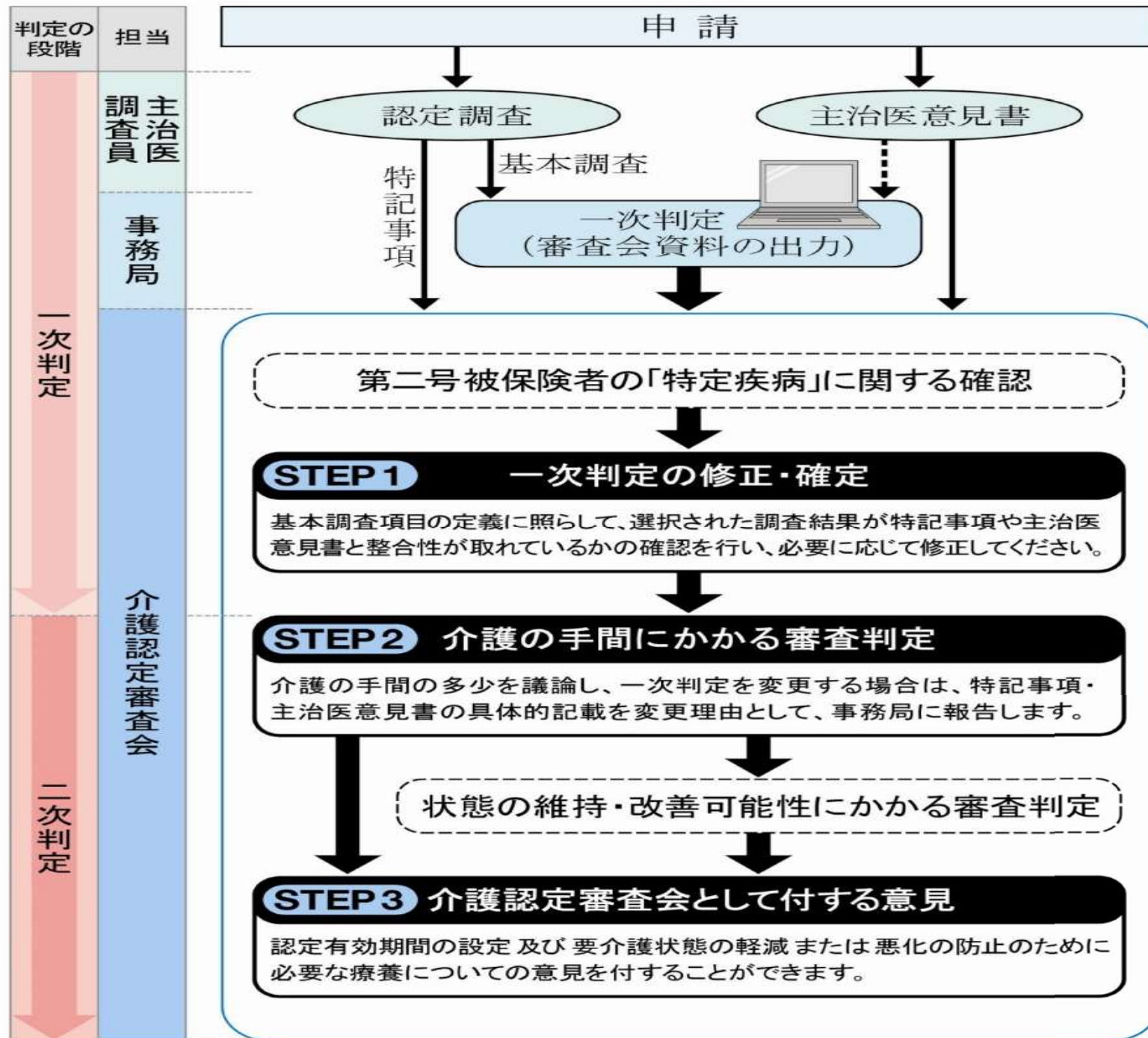
- 会議の議事は、出席委員の過半数で決定
- 可否が同数の場合は、合議体の長の意見で決定
- 委員間の意見調整によって、可能な限り合意を得ることが重要



② 要介護認定の手順



② 要介護認定の手順



② 要介護認定の手順

第2号被保険者の「特定疾病」に関する確認

- 1 がん（がん末期 ＜2019年1月まで＞ ）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋委縮性側索硬化症
- 4 後縦靱帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体病等）
- 7 パーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）、進行性核上性麻痺
及び大脳皮質基底核変性症
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症（ウェルナー症候群等）
- 11 多系統萎縮症（MSA）
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎）
- 16 両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症



② 要介護認定の手順

STEP1

一次判定の修正・確定

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

- 基本調査の選択の妥当性を確認

各調査項目の定義と特記事項や主治医意見書の記載内容から、理由を明らかにして事務局に修正依頼。

本プロセスを経てはじめて「一次判定」が確定
(修正した後の一次判定が、最終的な一次判定として記録される)



② 要介護認定の手順

STEP1

一次判定の修正・確定

チェック・議論のポイント

- 調査上の単純ミス
- 日頃の状況と異なる場合【能力／有無（麻痺等拘縮）】
- より頻回な状況で選択している場合【介助の方法】
- 不適切な介助と調査員が判断する場合【介助の方法】
- 調査員が判断に迷った場合
- 特別な医療
- 障害／認知症高齢者の日常生活自立度の確認

事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査の項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる。

(審査会委員テキスト17ページ)



② 要介護認定の手順

STEP2

介護の手間にかかる審査判定

二次判定において、介護の手間の多少を議論し、一次判定を変更する場合は、特記事項・主治医意見書の具体的記載を変更理由として、事務局に報告します。

通常の例よりも「介護の手間」が、「かかる」のか「かからない」のか
という視点での議論

- 一次判定ソフトの推計では評価しきれない部分を委員の専門性・経験に基づき合議にて判断。
- 「介護の手間」が「かかる」「かからない」と判断した場合、要介護認定等基準時間も参考にしながら、一次判定の変更が必要かどうか吟味。
- 特記事項・主治医意見書に基づいて審査(理由を記録することが重要)

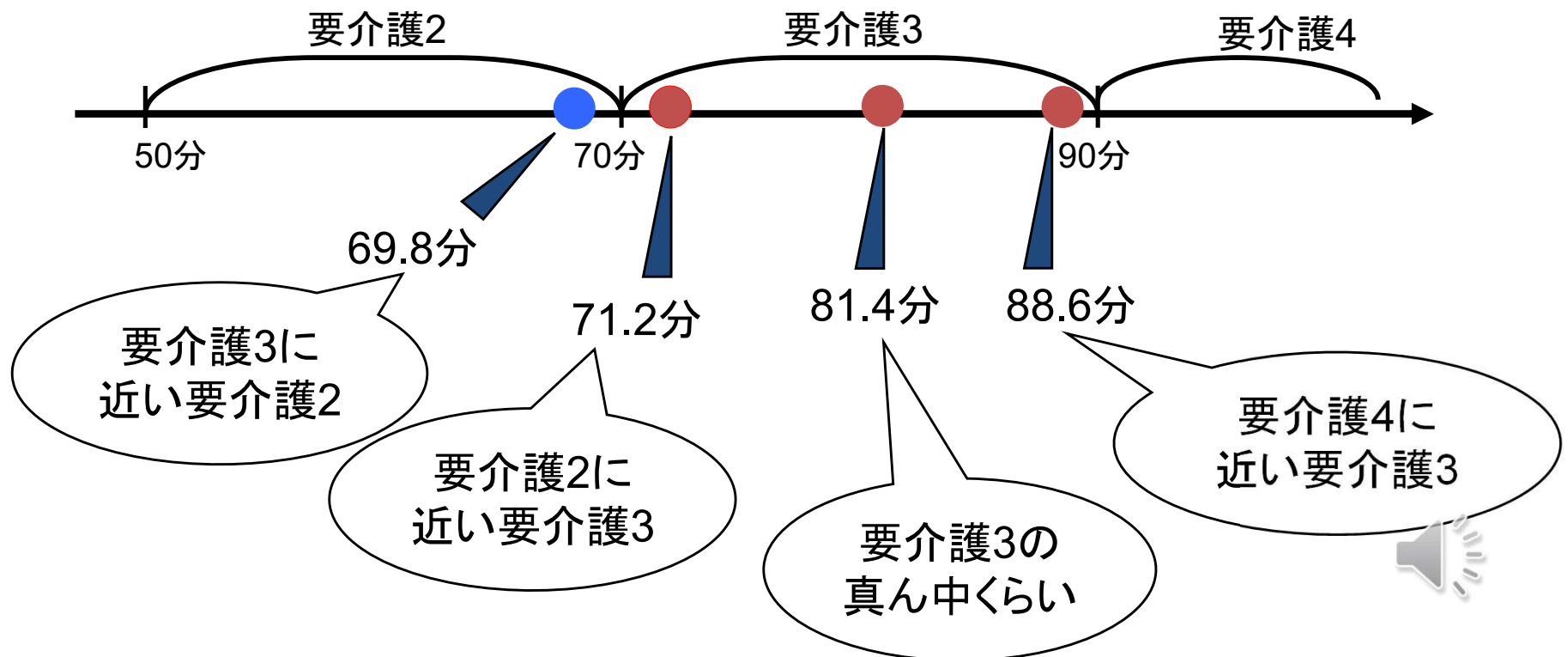


② 要介護認定の手順

STEP2

介護の時間にかかる審査判定

基準時間の活用方法 同じ要介護度区分でも、基準時間によって推定している介護の時間の意味するところが違う。



② 要介護認定の手順

STEP2

介護の時間にかかる審査判定

議論のポイント(1)

幅のある介助量

- 排尿の全介助
 - オムツを使用しており、定時に交換を行っている。
 - トイレで排尿しているが、すべての介助を行っているため「全介助」を選択する。
強い介護抵抗があり、床に尿が飛び散るため、毎回、排尿後に掃除をしている。
- 食事の一部介助
 - 最初の数口は、自己摂取だが、すぐに食べなくなるため、残りはすべて介助を行っている
 - ほとんど自分で摂取するが、器の隅に残ったものについては、介助者がスプーンですくって食べさせている。



② 要介護認定の手順

STEP2

介護の時間にかかる審査判定

議論のポイント(2)

介護の時間に差がある

- 「一人で出たがる」
 - 週1回ほど、一人で玄関から自宅の外に出てしまうため、介護者は毎回のように探しに出ている。
 - ほぼ毎日、一人で玄関から自宅の外に出てしまうため、介護者は毎回のように探しに出ている。

「介助されていない」を選択していても介助がある

- トイレまでの「移動」(5回程／日)
通常は自力で介助なしで行っているが、食堂(3回／日)、浴室(週数回)への車いすでの「移動」は、介助が行われている。
より頻回な状況から「介助されていない」を選択する。



② 要介護認定の手順

STEP2

介護の手間にかかる審査判定

一次判定の変更の理由にならない事項

- 既に一次判定に含まれている内容
 - 既に基本調査で把握されている内容。（一次判定に加味されているため）
- 具体的記載がない(根拠のない)事項
 - 「認知症であるので手間がかかる」等、具体的な手間が記載されていない。
- 介護の手間にかかる時間と直接的に関係のない事項
 - 高齢である、時間を要する等のみの記載。（コンピューターに反映できない具体的な介護の手間が発生し、その内容が記載されている場合は変更可能。）
- 住環境や介護者の有無
 - 施設・住宅の別、住宅環境、介護者の有無等。（コンピューターに反映できない具体的な介護の手間が発生している場合は変更可能。）
- 本人の希望、現在受けているサービスの状況
 - 申請者の心身の状況及び介護の手間と直接関係があるものではないため
- 過去の審査判定資料及び判定結果
 - 要介護認定は、現在の状況に基づいて判定を行う制度であるため。



② 要介護認定の手順

状態の維持・改善可能性に関する審査判定

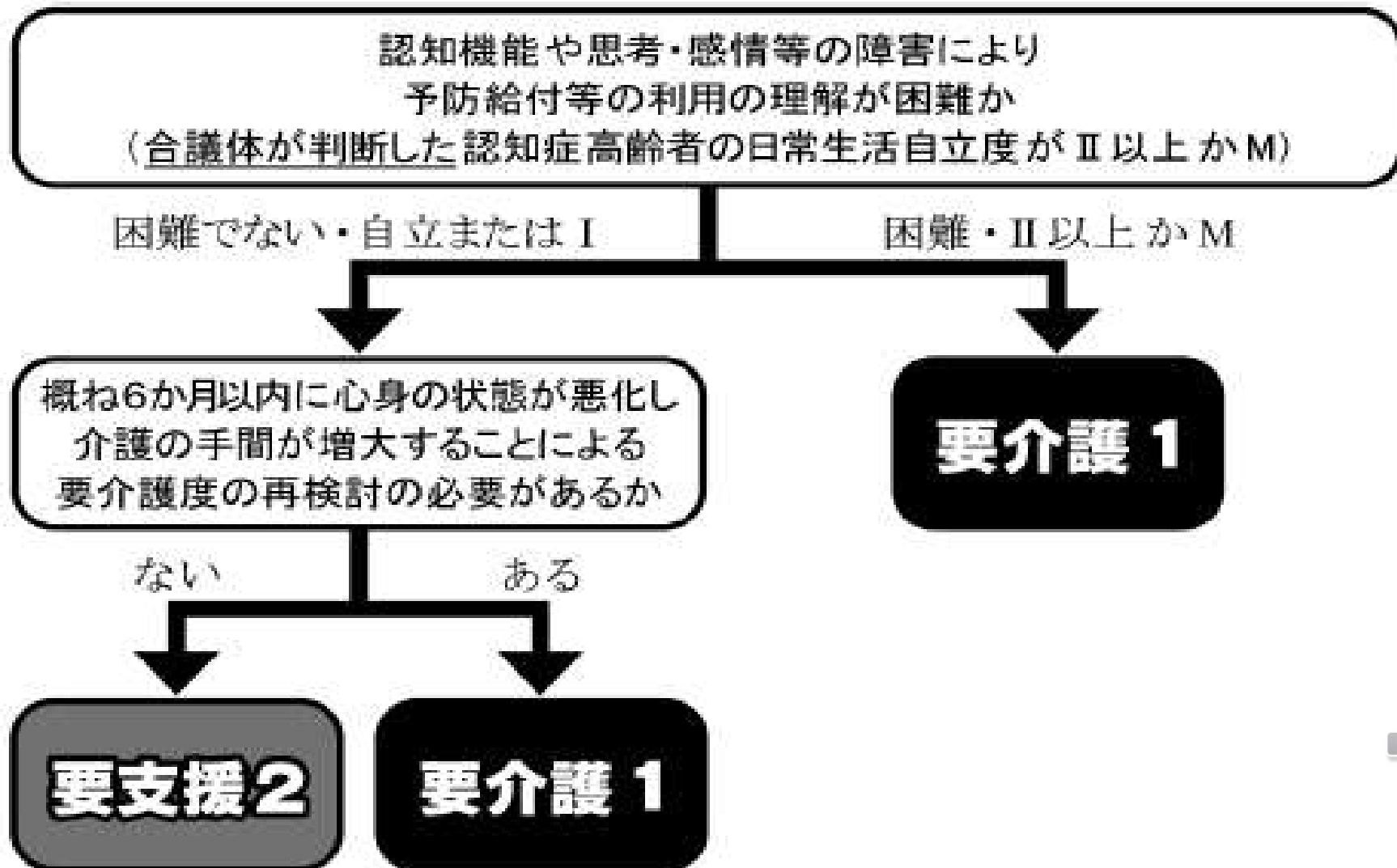
要支援2と要介護1は要介護認定等基準時間の範囲が等しい。
(32分以上50分未満)

- 以下の、いずれか一つに該当すれば「要介護1」
 - 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である場合
(目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)
 - 短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重度化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね6か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合
(状態不安定)
- いずれにも該当しなければ「要支援2」



② 要介護認定の手順

状態の維持・改善可能性に関する審査判定



② 要介護認定の手順

状態の維持・改善可能性に関する審査判定

- ・ 蓋然性評価や状態の安定性は、いずれも過去の認定調査・審査会判定のデータ解析から算出されている参考情報(本人の状態と整合しているとは限らない)。
- ・ 特記事項や主治医意見書の記載内容から、一次判定で表示された結果が妥当ではないと考えた場合は変更を行う。

調査項目と主治医意見書の組み合わせなどから、Ⅱ以上ある場合の蓋然性を推計

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果

: I

主治医意見書

: Ⅱ a

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性

: 81.9%

状態の安定性

: 安定

給付区分

: 介護給付

過去の審査会判定データから推定した結果

資料) 介護認定審査会委員テキスト2009改訂版より

② 要介護認定の手順

状態の維持・改善可能性に関する審査判定

■ 注意点

- ・「要支援 2」と「要介護 1」は、介護の手間や病状の重篤度、心身機能の低下の度合いで判断しない。また、本人の希望、現在受けているサービスの状況で判断しない
- ・「状態の安定性」は、介護の手間の増加につながる変化が概ね 6か月以内に発生するかどうかという視点で検討。主治医意見書に「不安定」の記載があっても、それだけで「不安定」と判定しない。
- ・病名や加療の状況のみで「状態不安定」としない
(例: パーキンソン病、透析治療中のケースで、状態不安定と判定しうる介護の具体的な手間の内容が記載されていないケース)
- ・「状態不安定」と判定した場合、概ね 6 か月以内に介護の手間が増大する可能性がある状態であるため、有効期間も 6 か月以内に設定するのが適当。



② 要介護認定の手順

状態の維持・改善可能性に関する審査判定

- 注意点

- 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用の理解が困難と判断するには、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上であるかどうかが目安。

（認知症以外の精神疾患等に起因し、予防給付等の利用の理解が困難である場合を排除するという意味ではない。）



② 要介護認定の手順

STEP3

介護認定審査会として付する意見

- 有効期間の延長・短縮
 - 原則 : 新規・区分変更:6ヶ月 / 更新:12ヶ月
 - 短くする / 長くする ことが可能

要介護状態区分が長期間安定すると見込まれる場合に有効期間を延長するが、長期にわたる固定は、時として被保険者の利益を損なう場合があることにも留意する。

(例) 介護の手間の改善がみられるにもかかわらず、同じ要介護状態区分で施設入所が継続されれば、利用者は不要な一部負担を支払い続けることになる。
- 議論のポイント
 - 入退院の直後、リハビリテーション中など
 - 急速に状態が変化している場合
 - 長期間にわたり状態が安定していると考えられる場合
- 要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養についての意見を付すことが可能 < 介助、介護、看護、投薬管理(内服、皮下注)の在り方について >



② 要介護認定の手順

認定有効期間の原則と設定可能な範囲

申請区分等		原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
介護申請(要支援からの区分変更)		6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	要介護度(要支援度)が更新前後で異なる	12ヶ月	3ヶ月～36ヶ月
	要介護度(要支援度)が更新前後で同じ	12ヶ月	3ヶ月～48ヶ月



※ 状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当

② 要介護認定の手順

二次判定 区分別認定有効期間(全国)

令和6年4月1日現在

二次判定	6か月	12か月	24か月	36か月	48か月
要支援1	1.6%	56.3%	6.2%	15.6%	20.3%
要支援2	1.3%	47.2%	8.3%	23.6%	19.6%
要介護1	11.7%	47.5%	7.7%	16.1%	17.0%
要介護2	1.7%	43.8%	9.0%	29.2%	16.4%
要介護3	1.9%	47.6%	8.1%	27.2%	15.2%
要介護4	2.3%	50.3%	5.8%	24.5%	17.2%
要介護5	1.8%	48.0%	4.1%	26.2%	19.8%
計	3.9%	48.5%	7.2%	22.6%	17.8%

② 要介護認定の手順

STEP3

介護認定審査会として付する意見

- 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見
 - サービスや施設の有効な利用に関して、被保険者が留意すべきことがある場合。
 - 専門職の集合体である介護認定審査会から被保険者や介護支援専門員に対して意見を述べることで、よりよいサービスが提供されることが期待される。
- (特に提供されている介助等が「不適切」と判断した場合は療養に関する意見を付することが重要。)
- (意見の例)
- 認知症の急激な悪化が見込まれるため、早急に専門医の診察を受けることが望ましい。
 - 嚥下機能の低下が見られるため、口腔機能向上加算がされている通所介護サービスを利用することが望ましい。
 - 手指の巧緻機能障害があるため、内服処方は一包化が望ましい。
- ただし、審査会は「意見を述べる」ことはできるが、サービスの種類を指定することはできない。



③ 介護認定審査会資料の見方



③ 介護認定審査会資料の見方

取扱注意

介護認定審査会資料

平成20年12月16日 作成
平成20年12月 1日 申請
平成20年12月 5日 調査
平成20年12月22日 審査

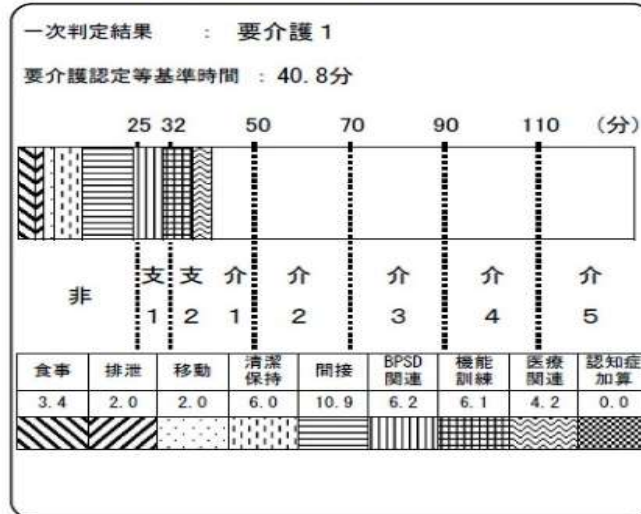
合議体番号：000001 No. 1

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：85歳 性別：男
申請区分：新規申請 前回要介護度：なし

現在の状況：居宅（施設利用なし）
前回認定有効期間：月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）



警告コード：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：J2
認知症高齢者自立度：I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
認定調査結果：I
主治医意見書：II a
認知症自立度II以上の蓋然性：81.9%
状態の安定性：安定
給付区分：介護給付

6 現在のサービス利用状況（なし）

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左一上肢） （右一上肢） （左一下肢） （右一下肢） （その他）	ある ある	-
2. 拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）	-	-
3. 寝返り	つかまれば可	-
4. 起き上がり	つかまれば可	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
8. 立ち上がり	つかまれば可	-
9. 片足での立位	支えが必要	-
10. 洗身	-	-
11. つめ切り	-	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排尿	-	-
6. 排便	-	-
7. 口腔清潔	-	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	-	-
11.ズボン等の着脱	-	-
12. 外出頻度	-	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	-	-
3. 生年月日をいう	-	-
4. 短期記憶	-	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	-	-
7. 場所の理解	-	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話を繰り返す	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	ときどきある	-
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	-
2. 金銭の管理	一部介助	-
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	見守り等	-

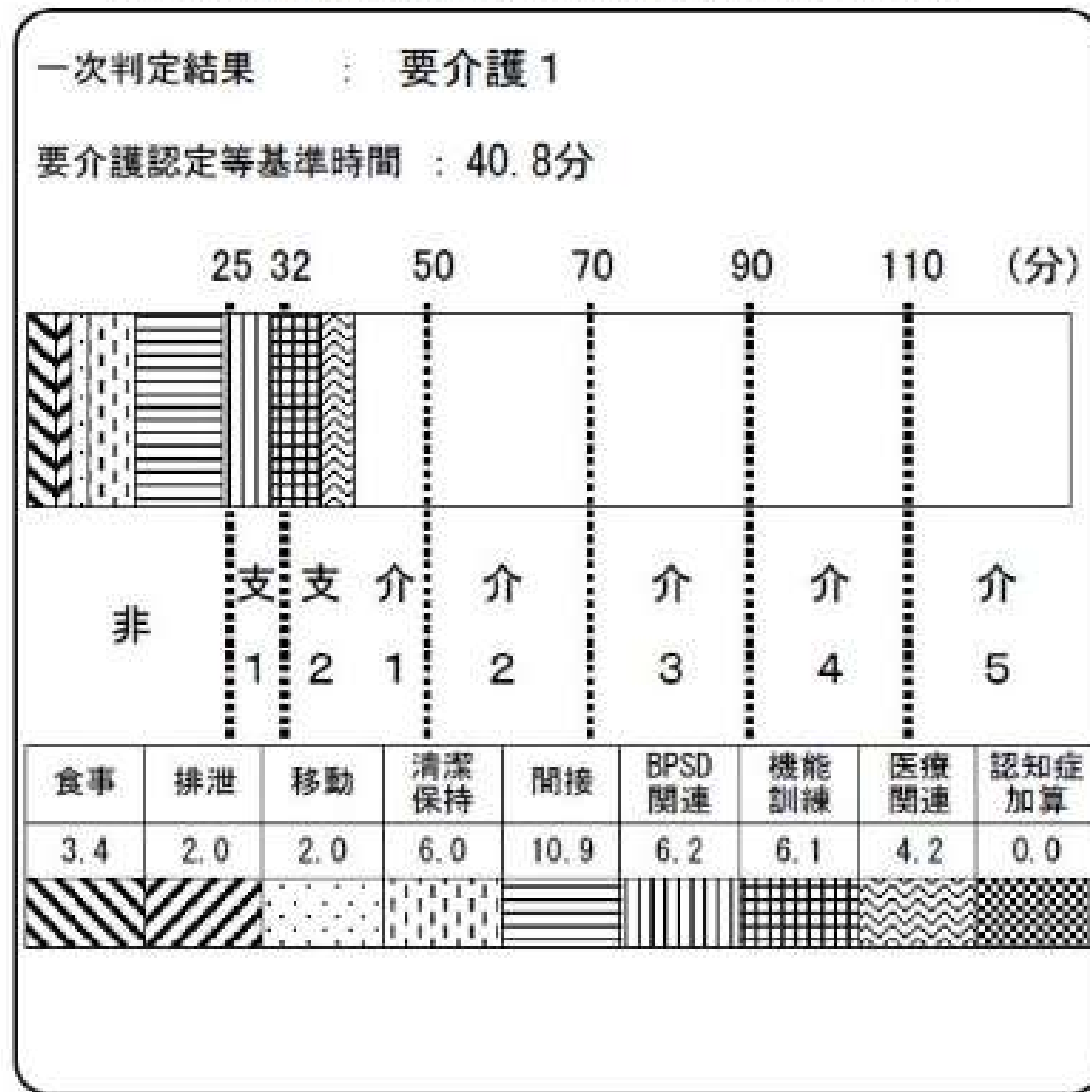


③ 介護認定審査会資料の見方

図表 9 一次判定等の表示例（認知症加算のない場合）

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）



警告コード:



③ 介護認定審査会資料の見方

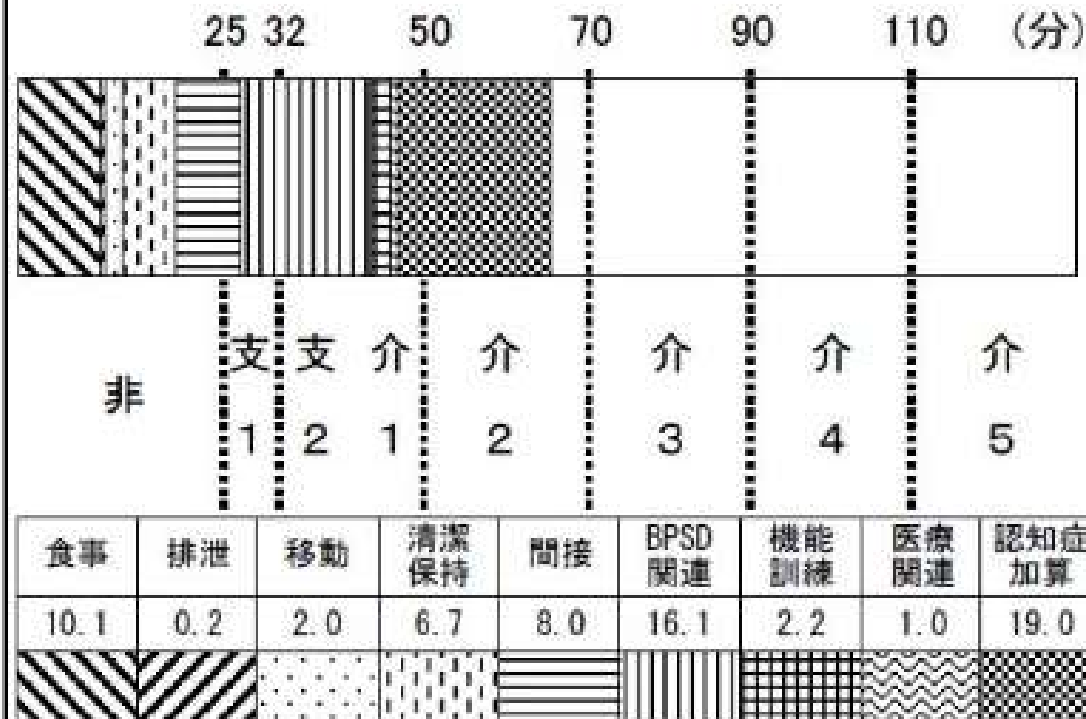
図表 10 一次判定等の表示例（認知症加算のある場合）

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果 : 要介護1 → 要介護2

要介護認定等基準時間 : 46.3分 + 19.0分 = 65.3分



警告コード:



③ 介護認定審査会資料の見方

認定調査項目

調査結果		前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左一上肢） （右一上肢） （左一下肢） （右一下肢） （その他）	ある ある	— — — — —
2. 拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）		— — — —
3. 寝返り	つかまれば可	—
4. 起き上がり	つかまれば可	—
5. 座位保持	自分で支えれば可	—
6. 両足での立位	支えが必要	—
7. 歩行	つかまれば可	—
8. 立ち上がり	つかまれば可	—
9. 片足での立位	支えが必要	—
10. 洗身		—
11. つめ切り		—
12. 視力		—
13. 聴力		—



③ 介護認定審査会資料の見方

中間評価項目得点

図表 17 中間評価項目得点表の表示例

第 1 群	第 2 群	第 3 群	第 4 群	第 5 群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

日常生活自立度

図表 18 日常生活自立度の表示例

障害高齢者自立度 : J 2
認知症高齢者自立度 : I



③ 介護認定審査会資料の見方

認知症・状態の安定性の評価結果

図表 19 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示例

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果	:	I
主治医意見書	:	Ⅱ a
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性	:	81.9%
状態の安定性	:	安定
給付区分	:	介護給付



③ 介護認定審査会資料の見方

現在のサービス利用状況(介護給付)

訪問介護(ホームヘルプ)	:	0回/月
訪問入浴介護	:	0回/月
訪問看護	:	0回/月
訪問リハビリテーション	:	0回/月
居宅療養管理指導	:	0回/月
通所介護(デイサービス)	:	0回/月
通所リハビリテーション	:	0回/月
短期入所生活介護(ショートステイ)	:	0日/月
短期入所療養介護	:	0日/月
特定施設入居者生活介護	:	0日/月
福祉用具貸与	:	0品目
特定福祉用具販売	:	0品目/6月間
住宅改修	:	なし
夜間対応型訪問介護	:	0日/月
認知症対応型通所介護	:	0日/月
小規模多機能型居宅介護	:	0日/月
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	:	0日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護	:	0日/月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	:	0日/月
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	:	回/月
看護小規模多機能型居宅介護	:	日/月



(5) 事例検討の在り方について



基本的な考え方

- 一次判定に織り込まれている手間の内容と、特記事項や主治医意見書の記載内容で初めて読み取れる手間の内容を分けて考える。
- 認定調査で選択された内容の妥当性を検討した後、特記事項や主治医意見書の記載内容からさらに加味すべき手間がどの位あるかを検討する。
- その上で、一次判定で算出された要介護認定等基準時間より、何分くらい時間がかかるのか、あるいは、かからないのか概算する。現場経験が豊富な委員の意見を尊重することで、効率的かつ申請者の実態に即した適切な判定が可能となる。
- その概算結果を加味することにより要介護度が変化することもあるが、加味しても要介護度が変化しないこともある。この結果の妥当性について合議体の中で合意形成を図るよう努めることが望ましい。

具体的な事例

- BPSD関連症状があっても、さほど介護の手間がかからないこともある。
（独語、独り笑い。または、集団には馴染まないが独りでも静かにトラブルを起こすことなく過ごすことができるケースなど）
- 多剤を服用する必要があるが、服薬介助を要するが、薬剤師に一包化してもらうことにより介護の手間が減るケースもある。
- 脳梗塞が重度で寝たきりになり経管栄養を要するようになると、却って食事介助の手間が減り、要介護度が5から4に下がることは、よく見られる。
- 尿失禁・便失禁があっても介護を必要とせず自分で処理できる場合もあれば、認知症が高度となり、オムツを着用していても尿漏れ、または汚物を触れて壁等に擦り付けてしまうケースまである。各々復旧にどのくらいの手間(時間)がかかるか、検討する。
- 前回の判定では認知症加算がついて要介護3だったが、更新申請において日常生活自立度(寝たきり度)がA2からB1となり、認知症加算が消滅したため一次判定が要介護2の判定となっているケース。そのままでいいのか、他に加味すべき介護の手間があるのか、特記事項や主治医意見書の記載内容から読み込んでいき、二次判定を行う。説明責任を果たすべく、判定根拠を明確にして記録を残す必要がある。

(6) 効率的な運営の検討



- 平成30年に制定された「簡素化」
- 従来の方法から派生した簡素化
- 電子化の取り組み
- 「介護情報基盤」について



平成30年に制定された介護認定審査会の「簡素化」について

簡素化対象要件

平成30年4月1日以降の申請分であって、以下の6要件のすべてに合致する者について、介護認定審査会の簡素化を可能とする。

【条件①】 第1号被保険者である

【条件②】 更新申請である

【条件③】 コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】 前回認定の有効期間が12か月以上である

【条件⑤】 コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者の場合は、今回の状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている

【条件⑥】 コンピュータ判定結果の要介護認定等基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内(重度化キワ3分以内)」ではない



平成30年に制定された介護認定審査会の「簡素化」について

簡素化についての考え方

○簡素化の具体的な方法については、保険者において決定するが、少なくとも審査会の開催自体は実施することが適当。

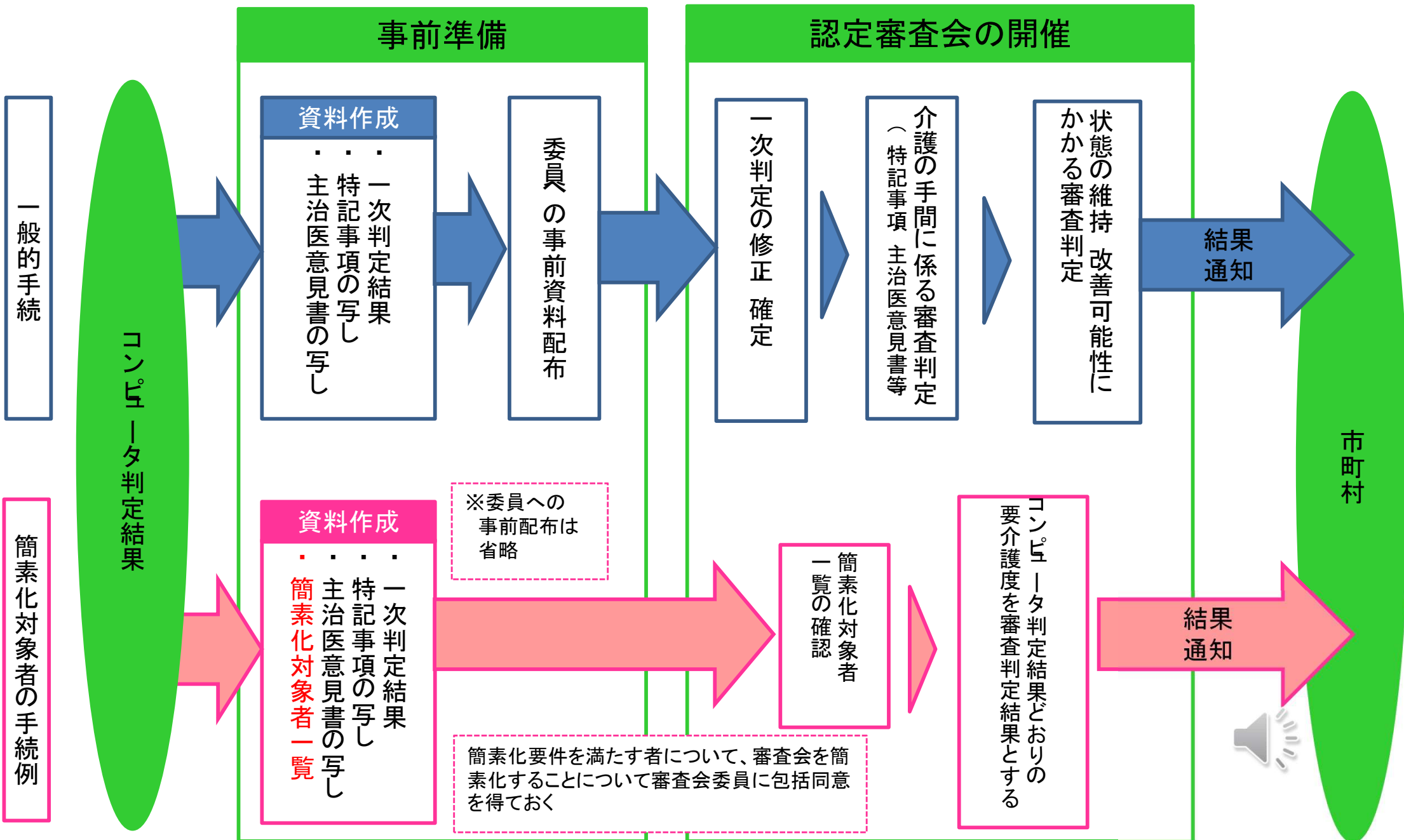
○①～⑥の条件に合致する者であっても、各保険者の判断により審査会を簡素化せずに実施することは妨げられない。

また、保険者により①～⑥に加えて新たな要件を設けることも差し支えない。
(例:コンピュータ判定結果が要支援2/要介護1の者については、状態の安定性に関わらず簡素化しないこととする 等)

○認定審査会を簡素化して実施した場合も、介護保険法第27条第4項等に定める審査会への審査判定の求め及び同条第5項に定める審査会による審査判定を実施した扱いとなる。



平成30年に制定された介護認定審査会の「簡素化」について



※上記は簡素化方式の一例であり、法令上の基本原則を踏まえつつ、各自治体において簡素化方法を決定して差し支えない。

従来の方法から派生した簡素化

< (例) 御坊広域行政事務組合における取組 >

- 審査会開始時の、一次判定の一括確定
(一次判定に疑義があれば先にその申請者の検討を行う)
- 事務局から、その日の「検討を要請する症例」についての症例番号の提示
(検討の際、合議体の長がその個別症例について検討を要請された理由について事務局に確認したのち各委員が意見を述べ、協議の上で二次判定を確定するとともに、その根拠を明確に記録する)
- 上記に該当しない症例では合議体の長が二次判定（案）を提示し、各委員に疑義がなければ確定とする。
(疑義があれば、全員で協議して二次判定を確定)



電子化の取り組み

(メリット)

1. 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会資料、認定結果の連絡票をすべて電子的に扱うことにより、書類作成・郵送に係る期間の短縮を図ることが出来る可能性がある。
(これは、介護保険の申請から認定までの期間短縮に直結する。)
2. ペーパーレスの取り組みにより、環境負荷を軽減することができる。

(デメリット)

1. 電子化のためのインフラ整備と本格的な運用までに、コストと手間がかかる。
(人口規模によっては、メリットよりもデメリットばかりが目立つ形になる可能性もある)
2. 通信エラーの際、復旧まで要介護認定関係業務全体に支障が及ぶ可能性がある。
(自然災害の影響を受けやすくなる)

電子化の先行事例（大分市）

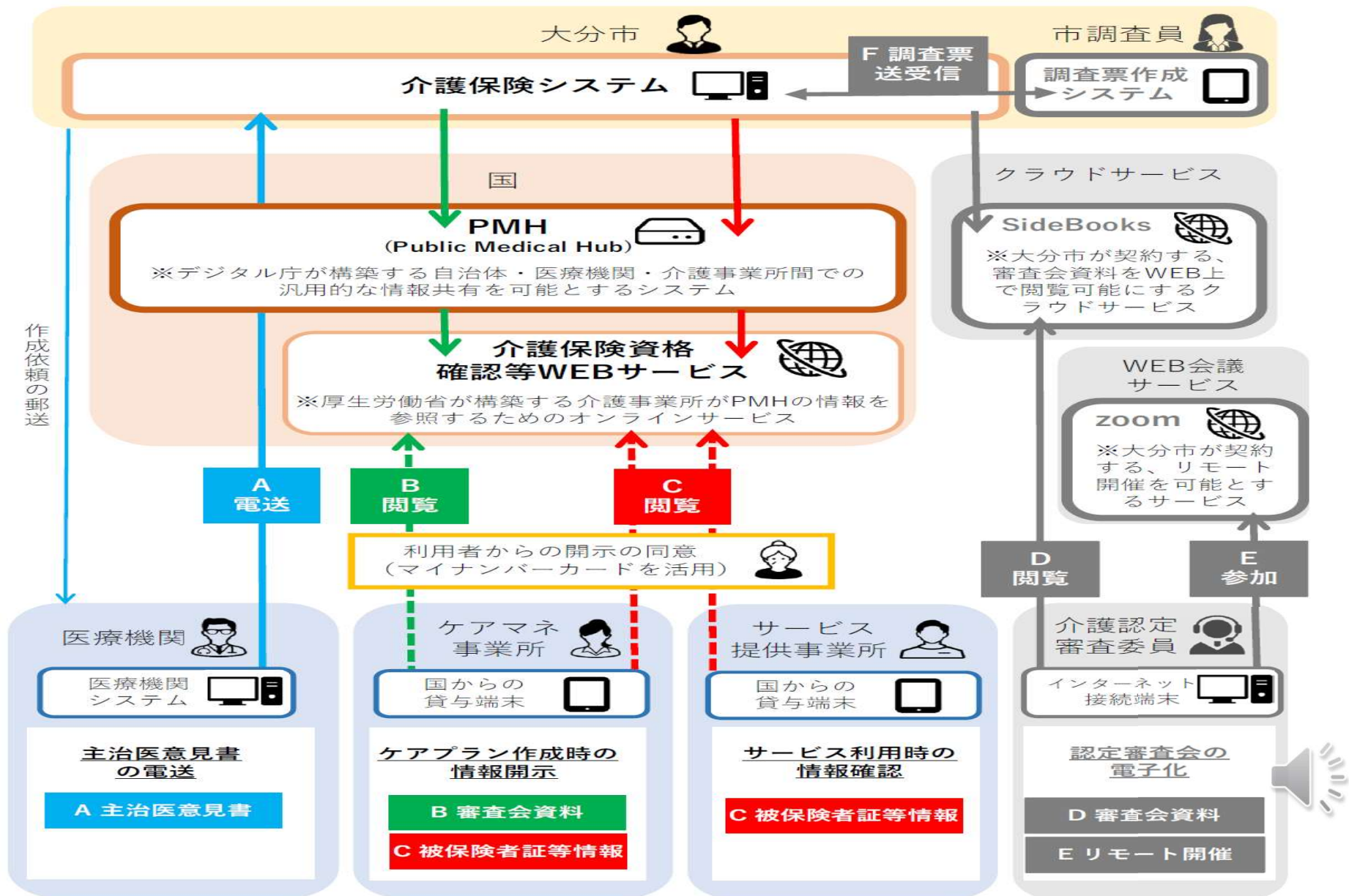
大分市の要介護認定に関する基本情報や、実証の取り組み内容

大分市の要介護認定の状況		
人口	475,085 人	(大分市高齢者福祉計画及び 第9期大分市介護保険事業計画 令和5年9月末時点)
高齢者（65歳以上）人口	134,732 人	
高齢者（65歳以上）率	28.4%	
第1号被保険者数	26,930 人	(大分市高齢者福祉計画及び 第9期大分市介護保険事業計画 令和5年度実績値)
要介護等認定率	20.04%	
要介護認定業務の特徴等	- 認定調査員は会計年度任用職員を約50名雇用しており、在宅勤務の方もいる。 - 調査と審査会（リモート開催、ペーパーレス）の電子化は独自に導入済。 - 介護保険システムは、富士通 Japan（株）の MCWEL を利用。	

(参考) 令和7年4月1日現在 和歌山県の推計人口 872,359人
 令和7年7月1日現在 和歌山市の推計人口 350,911人



電子化の先行事例（大分市）



「介護情報基盤」について

- 厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会にて検討されている。⇒（ホームページ）
- 電子的に、市町の担当課、医療機関、ケアマネージャー、介護事業所、介護被保険者等が、「介護情報基盤」にアクセスして、主治医意見書、認定調査票、要介護認定等の関連情報 を送受診する。⇒ 郵送の手間・コストの大幅削減が実現する。
- 記載はすべてパソコン打ちになる ⇒ 主治医意見書等の判読困難の解消
- 介護認定審査会もペーパーレス化対応が可能となる。
- 当初、令和7年度に準備期間を設定して令和8年4月からの運用を想定していたが、国内の596市町村の担当課から、令和7年度中にシステム改修を含む準備を完了することは難しいのではないかという意見が寄せられ、令和8年度からの運用開始は困難との結論に達した。
- 令和7年6月30日の社会保障審議会介護保険部会では、全市町村が介護情報基盤を活用する「本格運用開始日」を令和10年4月とする案が提示された。同時に「ケアプランデータ連携システム」について介護情報基盤と統合させる案も示された。

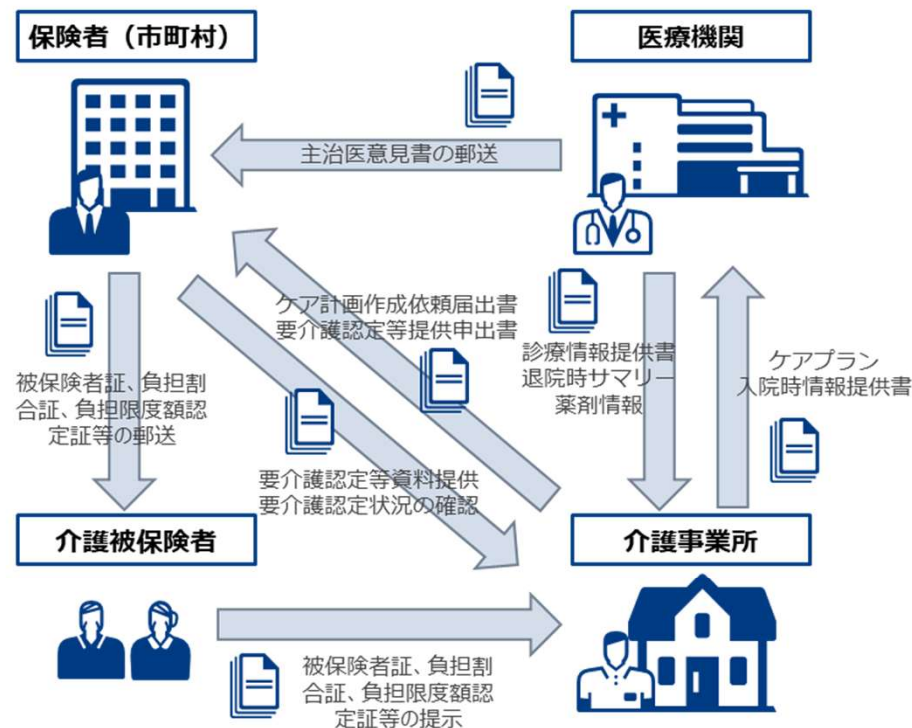
介護情報基盤について

介護情報基盤整備の目的

- 利用者本人、市町村、介護事業所、医療機関といった関係者が利用者に関する情報を共有、活用できる介護情報基盤を整備することにより、これまで紙を使ってアナログにやりとりしていた情報を電子で共有することで、業務の効率化(職員の負担軽減、情報共有の迅速化)を図る。
- さらに、今後、介護情報基盤に蓄積された情報を活用することにより、事業所間及び多職種間の連携の強化、本人の状態に合った適切なケアの提供など、介護サービスの質の向上を図る。

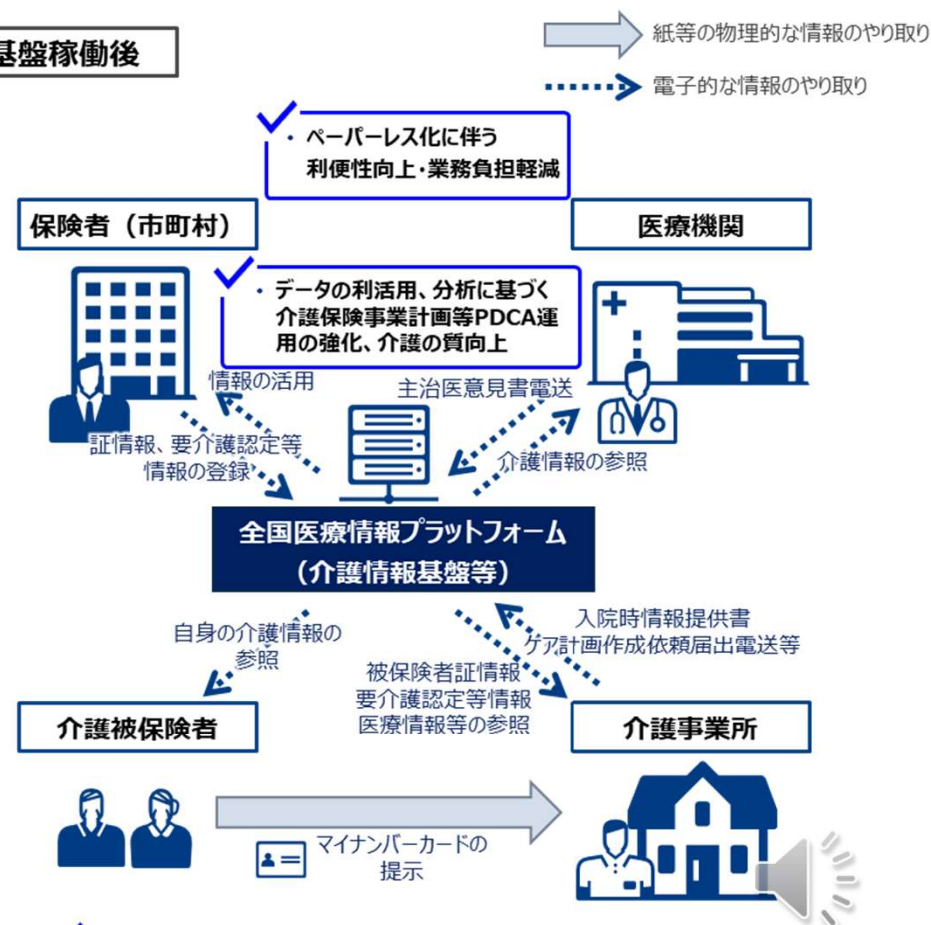
介護情報基盤の活用イメージ

現在



- ⚠ **各種情報の紙によるやり取り** (紙の紛失・再発行の発生、情報のやり取りのため郵送や市町村窓口への移動、負担割合証等の年間約500万件超に及び証発行と事業所による確認・入力等) による非効率な業務、本来業務に時間が割けない、等

基盤稼働後



- ✓ **介護事業所におけるデータ共有による多職種連携強化**
- ✓ **利用者の状態の適切な理解と利用者の状態に適したサービス利用の実現**

介護情報基盤による介護情報の共有範囲（介護情報基盤運用開始後）

★：作成主体 ○：これまで主に情報共有され、今後も介護情報基盤で共有される主体

◎：今後、利用者の同意を前提に介護情報基盤で情報共有される主体

情報の種類	様式等	介護情報基盤で情報共有する関係者						
		利用者	市区町村	居宅介護支援事業所（※1）		介護事業所		医療機関
				作成事業所		作成事業所		作成者
要介護認定情報	①認定調査票		★	◎				
	②主治医意見書		○	◎		★ (※2)	◎ (※2)	★ ◎
	③介護保険被保険者証（要介護度等を含む）	○	★	○		○		○ ◎
	④要介護認定申請書	★	○					
請求・給付情報	①給付管理票	○	○	★				
	②居宅介護支援介護給付費明細書	(※3)	(※3)					
	③介護給付費請求書							
	④介護予防・日常生活支援総合事業費請求書							
	⑤居宅サービス・地域密着型サービス給付費明細書	○	○			★		
	⑥介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書	(※3)	(※3)					
	⑦介護予防・日常生活支援総合事業費明細書							
	⑧施設サービス等介護給付費明細書							
L I F E 情報	①LIFE情報（利用者フィードバック票）	◎	◎	◎		★	◎	◎
ケアプラン	(1)居宅サービス (2)施設サービス ①第1表 居宅サービス計画書(1) ⑥第1表 施設サービス計画書(1) ②第2表 居宅サービス計画書(2) ⑦第2表 施設サービス計画書(2) ③第3表 週間サービス計画表 ⑧第3表 週間サービス利用表 ④第6表 サービス利用票 ⑤第7表 サービス利用票別表	○	◎	★		○		◎
住宅改修費利用等の情報	①介護保険住宅改修費利用情報 ②介護保険福祉用具購入費利用情報	◎	★	◎				



※1 介護事業所等に所属し、利用者のケアプランを作成する介護支援専門員を含む。 ※2 介護老人保健施設及び介護医療院に限る。

※3 すでに必要な関係者には電子的に共有されているため介護情報基盤には格納しないが、活用方法については引き続き検討。注）点線で

区切られたマスは、左側が当該情報を作成した事業所等、右側がそれ以外の事業所等を示す。

「介護情報基盤」の導入に関して

- 厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会は、「本格運用開始日」を令和10年4月とする案を提示したが、保険者や関連主体の取り組みについては、足並みがそろっていないのが現状。

（自治体によっては電子化のメリットを享受しにくい面もあるかもしれない）

⇒ 要介護認定関連業務の「広域化」は一つの案ではあるが、
改めてとなると、なかなか言い出しにくい面もある。

- セキュリティ対策を含む通信環境整備やIT関連機器配備等、関連費用の負担割合（国、自治体、関連主体）等についても、現在のところ明確にはなっていない。
- パソコンでの入力作業に熟達してくると、作業効率は飛躍的に改善する。
（日頃からの情報の蓄積や、コピー・ペーストなど作業の効率化により入力作業の大幅な簡略化も実現可能）

(7) 全国及び県内情勢の分析



認定審査期間等の公表について

厚生労働省老健局老人保健課の事務連絡 （令和7年3月31日）

（抜粋）

介護保険法第27条第11項において、要介護認定申請に対する処分は、原則として「当該申請のあった日から30日以内にしなければならない」と規定されており、認定者数が増加する中、より適切なサービスを提供する観点から、各保険者が要介護認定等を迅速かつ適切に実施することが求められます。

今般、社会保障審議会介護保険部会における要介護認定等の迅速化に係る議論を踏まえ、認定審査期間等について下記の通り平均値を公表するとともに、各段階の参考となる期間をお示しすることとしました。

各自治体におかれましては、引き続き、迅速かつ適切な要介護認定等の実施に御協力をお願いします。



記

1. 認定審査期間等の平均値の公表について

令和5年度中に申請のあった要介護認定等について、匿名介護保険等関連情報データベース(介護DB)に保存された要介護認定情報に基づき、全国・都道府県別・保険者別に認定審査期間等(※)の集計を行い、厚生労働省のHPにおいて公表しました。

<URL> https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_51603.html

※ 集計対象とした各指標の定義は以下の通りです。

集計仕様の詳細については、上記リンク先を御参照ください。

- ・認定調査所要期間 調査依頼日から調査実施日までの期間
- ・主治医意見書所要期間 主治医意見書依頼日から意見書入手日までの期間
- ・介護認定審査会等事務処理期間 主治医意見書入手日及び調査実施日のうちいずれか遅い日から二次判定日までの期間
- ・認定審査期間 認定申請日から二次判定日までの期間
- ・30日以内に認定された割合 : 当該保険者の全事例のうち認定審査期間が30日以内の事例の割合



都道府県別認定審査期間

都道府県名	認定審査期間 平均日数	認定調査所要期間 平均日数	主治医意見書所要期間 平均日数	介護認定審査会等事務処理期間 平均日数	30日以内の件数 割合
三重県	49.3	19.6	19.2	17.8	10.7%
福島県	46.5	16.5	22.2	17.0	10.5%
千葉県	45.9	13.6	19.1	18.8	13.9%
埼玉県	45.6	12.2	20.7	18.7	10.8%
長野県	45.0	11.4	23.8	19.0	11.6%
富山県	44.2	8.6	13.7	25.1	23.2%
沖縄県	43.6	11.2	20.0	14.2	13.5%
宮城県	43.5	14.1	18.6	19.0	12.1%
岩手県	43.4	10.9	20.2	18.9	13.0%
神奈川県	42.4	11.7	19.8	18.5	13.8%
滋賀県	42.2	10.4	20.3	17.0	13.1%
茨城県	42.0	13.8	19.5	17.1	18.9%
青森県	41.7	6.6	15.6	19.2	17.7%
栃木県	41.7	13.3	18.8	15.1	19.8%
北海道	41.6	7.1	18.1	17.8	20.5%
熊本県	41.6	12.6	20.0	15.3	17.0%
京都府	41.5	9.8	15.8	21.9	13.9%
群馬県	41.4	10.1	17.3	18.0	21.9%
東京都	41.1	10.9	17.3	18.0	13.7%
愛媛県	41.1	15.9	22.5	15.8	19.4%
岐阜県	41.0	10.2	19.3	17.9	18.0%
全国	40.8	11.7	18.0	17.1	20.4%
岡山県	40.8	11.0	21.2	17.2	20.1%
宮崎県	40.7	6.5	15.7	18.6	25.4%
島根県	40.6	9.6	18.1	18.5	18.5%
山梨県	40.5	9.8	18.9	16.8	25.4%
大阪府	40.4	13.4	14.9	18.0	18.3%
愛知県	40.3	13.9	17.8	16.1	22.8%
新潟県	39.6	10.3	18.5	17.1	20.4%
秋田県	39.5	8.2	20.0	14.6	23.2%
山形県	39.5	10.5	17.8	17.6	19.4%
高知県	39.5	11.5	15.5	17.0	22.9%
徳島県	39.0	13.4	19.4	15.1	20.8%
広島県	38.4	9.8	17.9	17.6	22.2%
山口県	38.4	12.9	19.8	14.2	28.8%
兵庫県	38.3	13.6	15.8	15.7	24.8%
静岡県	38.2	13.6	17.1	14.9	25.1%
鳥取県	37.9	10.6	17.7	16.9	26.8%
和歌山県	37.6	12.2	15.5	15.0	29.5%
長崎県	37.5	10.5	18.7	15.2	26.3%
奈良県	36.7	11.5	16.4	15.0	30.2%
鹿児島県	36.3	11.1	17.7	14.7	32.7%
大分県	36.0	9.7	17.9	14.7	35.1%
福井県	35.4	8.6	18.8	14.7	37.0%
石川県	35.2	8.6	9.9	20.7	39.9%
佐賀県	33.2	8.9	17.9	12.6	46.2%
福岡県	32.9	10.4	16.9	11.2	47.5%
香川県	30.2	7.3	12.1	13.6	59.9%



(全国と和歌山県の抜粋)

認定審査期間(平均日数)

認定調査所要期間(平均日数)

全国	40.8	11.7
和歌山県	37.6	12.2

主治医意見書所要期間(平均日数)

介護認定審査会等事務処理期間(平均日数)

全国	18.0	17.1
和歌山県	15.5	15.0

30日以内の件数(割合)

全国	20.4%
和歌山県	29.5%



保険者別認定審査期間

		認定審査期間	認定調査所要期間	主治医意見書所要期間	介護認定審査会等事務処理期間	30日以内の件数
保険者番	保険者名	平均日数	平均日数	平均日数	平均日数	割合
302034	橋本市	52.9	7.0	18.6	17.3	6.3%
303669	有田川町	46.2	14.6	15.0	25.8	2.3%
303628	広川町	45.1	11.4	16.4	25.4	3.4%
303610	湯浅町	45.0	8.5	15.3	26.0	8.5%
302067	田辺市	42.3	11.4	14.1	17.6	15.0%
304212	那智勝浦町	42.2	18.0	13.8	20.7	17.4%
302042	有田市	41.6	6.6	13.5	24.8	7.6%
304246	古座川町	41.5	0.0	15.5	5.0	36.7%
	全国	40.8	11.7	18.0	17.1	20.4%
304220	太地町	40.8	12.1	18.2	19.6	15.6%
304279	北山村	40.2	14.0	9.5	18.9	26.7%
303446	高野町	38.8	13.0	12.8	16.9	27.1%
302091	岩出市	38.4	16.5	15.7	16.3	20.7%
303438	九度山町	38.0	17.9	18.4	14.2	25.3%
303412	かつらぎ町	37.4	10.6	17.2	15.7	24.3%
303040	紀美野町	37.3	0.0	11.4	16.0	34.8%
303909	印南町	36.6	9.0	20.3	15.8	25.9%
302059	御坊市	36.3	11.3	13.9	18.2	32.7%
302018	和歌山市	36.0	14.3	15.4	12.7	30.5%
303925	日高川町	35.6	8.3	13.4	20.1	38.3%
302075	新宮市	35.2	10.3	15.9	14.0	35.3%
302026	海南市	34.8	13.3	17.7	14.4	36.5%
303826	日高町	34.1	8.3	15.8	16.8	37.9%
304048	上富田町	33.9	0.1	14.1	13.3	44.7%
303834	由良町	33.7	7.6	18.4	15.3	45.7%
303917	みなべ町	33.1	11.5	14.9	13.7	50.9%
304063	すさみ町	33.1	12.3	14.7	13.7	49.1%
304014	白浜町	31.4	13.7	15.4	10.8	51.5%
303818	美浜町	31.0	8.6	12.4	16.4	56.6%
302083	紀の川市	30.8	13.3	15.0	11.5	52.6%
304287	串本町	28.8	7.2	15.2	10.7	59.9%

2. 認定審査期間の各段階における期間について

認定調査所要期間、主治医意見書所要期間、介護認定審査会等事務処理期間の3つの期間について、令和5年度中の認定申請に係る認定審査期間の平均が30日以内に収まっている66保険者の平均値は以下の通りです。各日数は、それぞれの地域の実情や各期間における事務処理の特徴を踏まえたものではなく、認定審査期間の平均が30日以内の保険者の平均値から機械的に算出したものであることに御留意ください。

認定調査所要期間	主治医意見書所要期間	介護認定審査会等事務処理期間
6.6 日	12.7 日	12.3 日

以上を踏まえ、認定審査を30日以内に実施するための、認定審査期間における要介護認定の調査及び審査の各段階について、以下の通り参考となる期間をお示しします。各保険者においては、（略）迅速かつ適切な要介護認定等の実施をお願いします。

認定調査の実施	⇒	認定調査の依頼から <u>7日以内</u>
主治医意見書の入手	⇒	主治医意見書の作成依頼から <u>13日以内</u>
介護認定審査会の開催	⇒	認定調査票・主治医意見書が揃ってから <u>12日以内</u>



(8) 平準化に資する方策の検討



(8) 平準化に資する方策の検討

要介護認定は、(略) **介護認定審査会** において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われる。

と謳われてはいるが、

実際には 審査委員 、 合議体 、 地域 で
判定のバラつき・偏りが存在することは早くから指摘されてきた。

そのバラつき・偏りの解消のため、様々な実態把握の方法が
模索され、運用されてきた。



(8) 平準化に資する方策の検討

検討指標の設定と把握

- ・ 要介護認定区分別割合(要支援1～要介護5)
- ・ 重度変更(要介護度を上げる変更)、軽度変更(要介護度を下げる変更)の割合

これらを保険者(広域行政事務組合等を含む)の中で合議体ごとに集計し、各合議体に検討の機会を提供するとともに、保険者においても各合議体に割り振る症例で想定される要介護度の割合が可及的に均填化するように配慮する。

施設入所されているケースにおいては要介護度における地域ごとのバラつきは比較的少ないと考えられるが、在宅の場合は住宅の構造などの住環境や、住む地域の環境・交通事情等により固有の介護の手間のバラつきが増える傾向にあると考えられるため、判断のための基準づくりに難渋するケースもあると考えられる。

様々な条件に応じた適切な(公平・公正な)判断の好例が今後も集積すると見込まれるので、その適切な判断の在り方が、合議体の枠を超えて共有されることが望ましい。

(8) 平準化に資する方策の検討

一次判定結果に影響が出やすい5項目

下記の5項目では、選択に偏りがある場合、一次判定に比較的影響が出やすいため、一次判定別に分けて詳細に傾向を把握し、対策を講じる必要があると考えられる。

- ・1－1 麻痺(左一下肢、右一下肢)
- ・1－5 座位保持(選択肢「支えてもらえればできる」に留意)
- ・2－1 移乗 (選択肢「見守り等」に留意)
- ・2－2 移動 (選択肢「見守り等」に留意)
- ・3－4 短期記憶

