

# 要介護認定項目の見直しの主な経緯

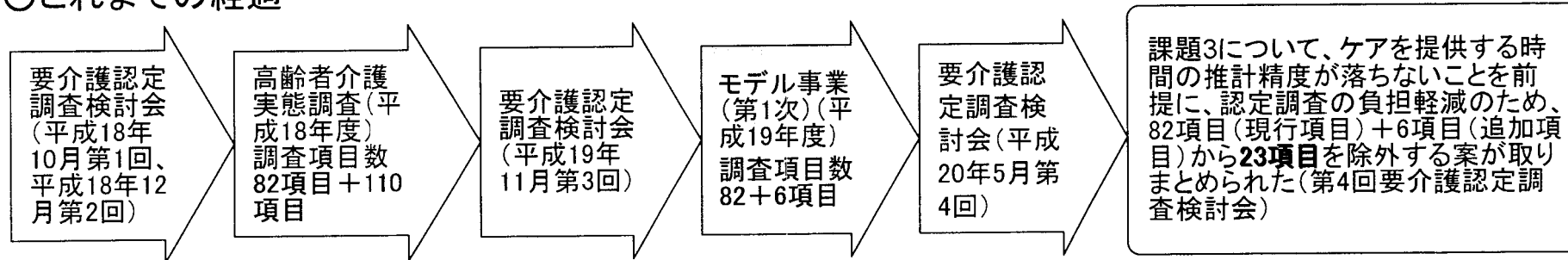
資料1

## ○要介護認定に関する主な課題

課題1、2については、第1回～第4回の検討会において検討。今回は課題3について検討を行う。

- 課題1 認定ロジックに使用しているデータが古い(現行のものは平成13年のデータを使用)
- 課題2 要支援2と要介護1の判別(現行は一次判定で「要介護1相当」と判定した上で、介護認定審査会の場で、「認知の具合」「状態の安定性」を基に判定されているが、これは煩雑な上に運用上のばらつきがある)
- 課題3 認定調査項目の見直し(調査項目が多く煩雑であり、精度が落ちないことを前提に認定調査の負担軽減の観点から簡素化を図れないか)

## ○これまでの経過



## ○第4回要介護認定調査検討会の取りまとめに対する関係団体等からの意見

- 問題行動に関係する「暴言暴行」「外出して戻れない」「火の不始末」「幻視幻聴」などは必要
- 生命に関わる項目(飲水等)は残すべき
- 平準化が図りづらい調査項目については検討が必要
- 要介護認定事務において調査項目が減少することは、認定調査の負担軽減に資するものとして肯定的に捉えている

## 調査項目の選定についての対応方針(案)

1. 数学的には23項目を調査対象から除外しても、ケアを提供する時間の推計についての妥当性は担保されている。
2. 一方、一部の項目について、介護認定審査会において申請者の生活実態を把握するためには必要なのではないかと指摘されている。
3. そこで、認定審査会に申請者の生活実態が適切に伝わることを前提に、認定調査に係る業務の軽減という観点から、可能な場合には項目の除外することを検討する。

### 対応方針

82項目(現行項目)+6項目(追加項目)のうち、第4回要介護認定調査検討会で除外候補となった23項目について、以下の方針のもと選定する

#### ○選定方針1

介護認定審査会に提出される主治医意見書に記載されている項目については、主治医意見書で代用することができるのではないかと。

#### ○選定方針2

主治医意見書に記載されていない項目のうち、特に周辺症状(問題行動)に関する項目については、介護認定審査会への情報提供という観点から、これまでどおり認定調査項目に含めてはどうか。

# 除外候補項目についての検討(案)

			第4回検討会において 除外候補とされた項目	主治医意見書により代替可
① 周辺症状(問題行動)に関する項目	1	外出して戻れない	○	
	2	一人で出たがる	○	
	3	収集癖	○	
	4	物や衣類を壊す	○	
	5	作話	○	
	6	感情が不安定	○	
	7	同じ話をする	○	
	8	大声を出す	○	
	9	落ち着きなし	○	
	10	火の不始末	○	○
	11	幻視・幻聴	○	○
	12	暴言・暴行	○	○
	13	不潔行為	○	○
	14	異食行動	○	○
② ①以外の項目	15	拘縮(肘関節)	○	○
	16	拘縮(足関節)	○	○
	17	じょくそう	○	○
	18	皮膚疾患	○	○
	19	飲水	○	○
	20	環境等の変化	○	
	21	電話の利用	○	
	22	指示への反応	○	
	23	日中の生活	○	

9項目

引き続き認定  
調査項目とする

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 歩行の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無]

赤塗りの部分により代替が可能

(5) 身体の状態

利き腕 (  右  左 ) 身長 =  cm 体重 =  kg (過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少 )

四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

麻痺  右上肢 (程度:  軽  中  重)  左上肢 (程度:  軽  中  重)

右下肢 (程度:  軽  中  重)  左下肢 (程度:  軽  中  重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

失調・不随意運動 ・上肢  右  左 ・下肢  右  左 ・体幹  右  左

褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行  自立  介助があればしている  していない

車いすの使用  用いていない  主に自分で操作している  主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助

現在の栄養状態  良好  不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊

低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる  期待できない  不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療  訪問看護  訪問歯科診療  訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション  その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・移動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・運動  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下  特になし  あり ( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無  有 ( \_\_\_\_\_ )  不明

#### 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

# 要介護認定一次判定ロジック(樹形図)変更の流れ

