

要介護認定

介護認定審査会委員テキスト

2009

はじめに

介護保険制度は、日本で急速に進行する高齢化へ対応するために平成 12 年 4 月から市町村を保険者として開始された社会保険制度です。

要介護認定では、市町村の実施する認定調査及び介護認定審査会によって、介護保険のサービス利用を希望する被保険者のうち、65 歳以上（第一号被保険者）の方、及び 40 歳以上 65 歳未満（第二号被保険者）の特定疾病の基準を満たす方で、要介護状態又は要支援状態の方を特定し、保険給付の区分を決定します。

要介護認定では、まず、認定調査員や主治医意見書によって把握された個々の申請者の情報に基づき、コンピュータにより介護の手間を推計（一次判定）します。そして保健・医療・福祉の専門職で構成される介護認定審査会において吟味した上で、二次判定（「介護の手間にかかる審査判定」「状態の維持・改善可能性にかかる審査判定」）を経て給付区分（「要支援 1・2」「要介護 1～5」）または、「非該当」であることを決定します。

介護サービスについては、市町村ごとの介護保険事業計画などにより、地域の特性を生かした計画が策定され実施されますが、要介護認定については、被保険者から保険料を徴収して維持される社会保険制度ですので、全国一律の基準に基づき、公平・公正な審査によって決定されることが重要です。

また、要介護認定は、年齢や病態、重篤度などに関わらず、一貫して発生している具体的な介助量、すなわち「介護の手間」から判断を行う点に特徴があります。

本テキストでは、こうした要介護認定の基本的な考え方について解説するとともに、介護認定審査会での審査手順について整理しています。

なお、本テキストは、これまで発行した「介護認定審査会委員テキスト 2006」などの改訂版として要介護認定の手法をわかりやすく解説し直したものであり、本来の要介護認定の手法についてはなんら変更していないことにご留意ください。

1 . 要介護認定の基本設計	1
1. 要介護認定の基本設計	1
2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由	2
3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性	2
4. 介護現場における「1 分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発	3
5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割	4
2 . 認定調査項目の考え方	6
1. 能力で評価する調査項目	6
2. 介助の方法で評価する調査項目	8
3. 有無で評価する調査項目	10
3 . 介護認定審査会の構成	12
1. 委員について	12
2. 合議体について	13
3. 会議について	14
4. その他	14
4 . 審査判定手順	15
第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認	16
1. 基本的な考え方	16
STEP1：一次判定の修正・確定	17
1. 基本的な考え方	17
2. 議論のポイント	17
3. 一次判定修正の際の注意点	19
STEP2：介護の手間にかかる審査判定	20
1. 基本的な考え方	20
2. 議論のポイント	20
3. 変更の際の注意点	22
状態の維持・改善可能性にかかる審査判定	25
1. 基本的な考え方	25
2. 注意点	26
STEP3：介護認定審査会として付する意見	28
1. 基本的な考え方	28
2. 認定の有効期間	28
3. 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	30
5 . 介護認定審査会資料の見方	32
1. 一次判定等	33
2. 認定調査項目	36
3. 中間評価項目得点	38
4. 日常生活自立度	38
5. 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示	39
6. サービスの利用状況	40

6 . 資料	41
1 . 特別な医療	41
2 . 麻痺の種類	41
3 . 中間評価項目得点	42
4 . 警告コード	43
5 . 運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック	45
6 . 状態の維持・改善可能性の判定ロジック	47
7 . 樹形モデル図（要介護認定等基準時間の推計方法）	51
8 . 審査判定の際に留意すべき特記事項の例	60
9 . その他	61

本テキスト内で「要介護認定」と記述しているところは、特段の断りがない限り、要支援認定も含まれます。

1. 要介護認定の基本設計

要介護認定は、一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として、要介護認定等基準時間と呼ばれる介護の手間の判断によって審査が行われます。この審査の考え方は、制度が実施されてから、今日まで変わっていません。

最初の段階となる一次判定では、認定調査における基本調査 74 項目の結果から、要介護認定等基準時間や中間評価項目の得点を算出し、さらに当該申請者における要介護度の結果が示されます。

本テキストでは、この申請者の状態を把握するための調査項目に対して「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」といった3つの評価軸を設けています。全ての調査項目には、このうちいずれかの軸にそった選択基準が設けられています。また、この選択の基準については、観察・聞き取りに基づく客観的なものであることが改めて明示されています。

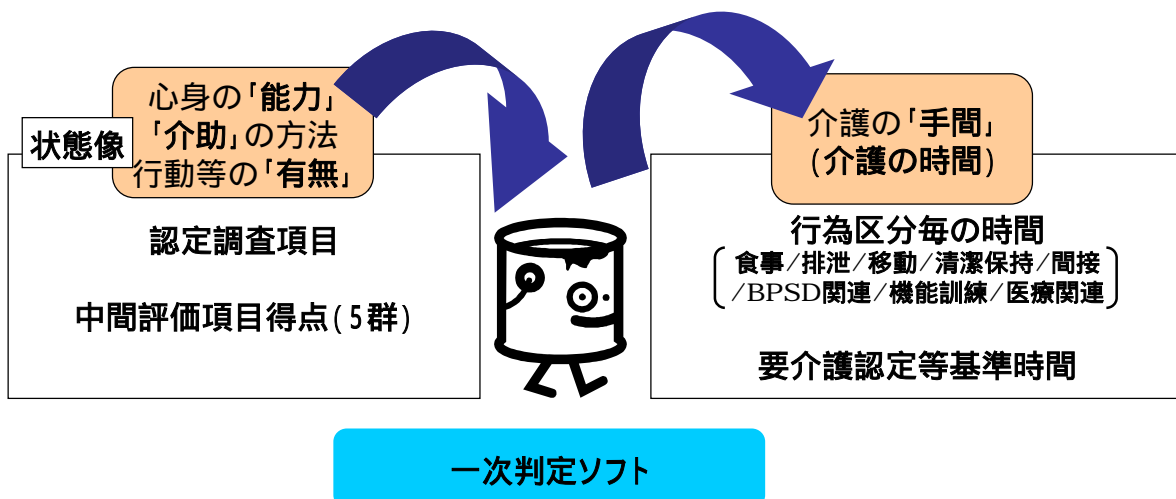
本テキストでは、前述した基本調査において把握した申請者の「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」を調査した結果と、これらを総合化した指標である5つの中間評価項目得点を併せて「状態像」と呼んでいます。したがって、基本調査のデータだけで例えば、歩行はできるが、ついさっき食事をしたことは忘れてしまう高齢者であるという状態も想定することが可能となっています。

しかし、前述したように、要介護認定の評価軸は、介護の手間の総量であることから、こういった状態像から、認定をすることはできません。

わが国で開発された一次判定ソフトにおいては、申請者の「能力」に関わる情報や、「介助の方法」および「障害や現象（行動）の有無」といった状態に関わる調査結果情報を入力することで、「行為区分毎の時間」とその合計値（要介護認定等基準時間）が算出される設計が採用されています。

言い換えれば、要介護認定は、申請者の状態像を数量化し、この値とタイムスタディデータ（後述）との関連性を分析することで、「介護の手間」の総量である要介護認定等基準時間を推計しているといえます。そして、この推計時間を任意に区分して要介護度を決定するという方式が採用されているということです。

図表 1 要介護認定の基本設計の考え方



以上のことは、介護認定審査会では、状態像を議論して要介護度を認定するのではなく、特別な介護の手間が発生しているか、要介護認定等基準時間は妥当であるかという観点から要介護度の認定をしなければならないことを意味しています。

現状では、こういった介助の総量を複数の介護に関わる専門職の合議によって、同一の結論を得ることは、きわめて困難です。このため、わが国の要介護認定においては、申請者の「状態像」に関わる情報については、基本調査で把握し、これを介護の手間の総量＝要介護認定等基準時間に置き換える作業は、コンピュータによる判定が代行していると説明できます。

2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由

一次判定は、申請者の状態に関する情報を用いて、同様の特徴を持った高齢者グループに提供された介護の手間から、申請者の介護量を統計的な手法を用いて推定し、さらに、これを要介護認定等基準時間に変換するというプロセスを採っています。

統計的な推定になじまない、申請者固有の手間があって、特記事項や主治医意見書の記載内容から、これらの介護の手間の多寡が具体的に認められる場合は、一次判定の結果に縛られずに、要介護度の変更ができます。こうした一次判定の変更は、すでに一次判定に反映されている統計的、数量的なデータそのものの適正さ等の判断によるものではなく、変更の理由が、当該申請者に固有の情報に基づいているかが吟味された結果でなければなりません。

以上のように、一次判定の変更は、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の介護の手間を根拠とすることが必須の条件です。

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」という行動があるという情報だけでは不十分です。こういった情報に加えて、「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、家族が常に、排泄時に付き添い、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、これが介護の「手間」として、当該申請者に特別な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、二次判定において、介護認定審査会委員が、申請者特有の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、審査会の記録として残されていることが重要です。

3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性

現行の要介護認定ロジック、すなわち樹形モデルを用いた要介護認定等基準時間による判定基準が開発される以前には、わが国には、高齢者の状態を日常生活動作毎に評価し、これらの調査項目の結果毎に、点数を加算する方法がありました。

これは、この点数の多寡と介護の手間として考えられる時間との間に比例的な関係を持っているということが前提となっています。しかし、この方法では、申請者の心身や精神的な状況のそれぞれの状態の関連性は配慮されないこととなります。実際には、高齢者の心と体との間には、さまざまな関連性がありますので、結果として示される各アセスメント項目の間に、たとえば、精神状態が悪くなったら、体の状態も悪いはずだというような単純な状態像の考え方

に依拠するものではありません。また、状態像が悪いほど、介助量が増加するだろうともいえません。

たとえば、「全く起き上がることも立つこともできない」高齢者に「尿意がある」とこと、「かろうじて立つことができる」高齢者に「尿意がある」とことは、介護サービスの内容や量に大きな違いを生じさせると考えられ、点数としては、前者が低く、介助量は後者の高齢者よりも多くなると予測されるわけですが、実際に提供された介助時間は、必ずしも予測どおりにはならないこともわかってきました。

そこで、高齢者の複雑な状態像をできるだけ、調査項目間の関係性として示し、これらの状態像をそのまま、判定結果に反映させることができる方法論として、現行の要介護認定に用いられている樹形モデルが選択されました。言い換えれば、ある調査項目の判定結果と、他の結果との関係性を具体的に示し、介護サービスの内容や量のある程度、予測し、表現できるものとして、樹形モデルが選択されたといえます。また、このモデルは、より介護現場の実態を現す方法でもあります。

この樹形モデルは、医療や福祉等の専門的な観点からではなく、実態データを分析した結果によって作られています。このような推計方式は具体的な高齢者の介護の手間を数量化することを目的として採用されたといえるでしょう。

4. 介護現場における「1分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発

介護保険制度発足時の要介護認定の基礎データとなっているのは、制度前に実施された、介護施設に入所・入院している約 3,400 名の高齢者に提供されている介助内容とその時間のデータです。このデータの収集にあたっては、「1分間タイムスタディ」法が採用されました。

平成 10 年度の要介護認定に関する試行的事業では、樹形モデルは使用されましたが、中間評価項目（心身状態 7 指標）は使用されていませんでした。この結果、試行的事業では、概ね要介護度は臨床的な判断と一致しましたが、中には、大きく異なる事例が現れるということが問題となりました。

この理由は、3,400 サンプルのデータだけで、多様な状態像を持つ高齢者の介護の手間を判定することが困難であったことを示していました。「1分間タイムスタディ」の調査結果は、詳細な調査データであればあるほど、特定の人間のばらつきの影響を受けることが予想されていました。このため、推計結果がある特定の高齢者の状態像を反映しすぎるといった問題が示されたのでした。

そこで、認定調査によって把握された心身の状況に基づいて、機能や状態を総合的に評価し、わが国の要介護高齢者の状態像の典型例を中間評価項目として、樹形モデルに包含することにしました。これが中間評価項目の得点の利用です。この中間評価項目得点は、高齢者の状態において、一定の特徴や、実際に受けている介助の内容を反映する総合的な指標となっています。この総合的な指標を、「群」と呼び、この群に含まれる複数の調査項目の結果を総合化した指標として得点を示すことにしました。したがって、中間評価項目とは、高齢者の状態について関連する複数の項目の認定調査結果を集約し、これを基準化し、得点化したものといえます。

中間評価項目の利用によって、ある高齢者の一つの調査項目の結果が、いわゆる一般的な高齢者の調査結果の傾向と異なる不自然なもののように見えたとしても、他の調査項目の選択傾向に相殺される中間評価項目の得点として、異常な値として反映されるということを少なくすることができます。このようにして、要介護認定は、より安定した判定がなされることになり

ました。

さて、本テキストにおいては、中間評価項目は5群となりました。これは、最初に、こういった高齢者の典型例のデータの収集をしてから、約10年後の平成19年において、改めて日本の高齢者の状態像について調査し、収集されたデータを10年前と同様のプロセスを経て解析した結果、従来の7群の中間評価項目から、5群へと変更されることになったものです。

このように、要介護高齢者の心身の状況、介助、認知症などによる周辺症状の有無といったデータの統合的な指標が7から、5へと減りました。介護保険制度が実施される前には、要介護高齢者という介護を要する高齢者集団の特徴の弁別に、7つの指標が必要であったことを示していたのが、介護保険制度が実施され、要介護高齢者という集団が確立されたことによって5つの指標で、その特徴を弁別することが可能となったということでしょう。

これは、おそらく要介護高齢者という、集団の特性は、その時代に用いられた介護のあり方やその方法等という時代背景を反映していることから、調査項目の定期的な見直しと同様に、中間評価項目の分析を今後も継続して実施していく必要があることを示した結果となりました。

5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割

要介護認定は、各種専門職や、様々な業務を担う職員によって運営されています。適正な審査会の運営は、審査会に関わるすべての関係者の適正な参加があってはじめて達成されます。

調査員及び主治医、審査会委員、審査会事務局は、審査会の運営において中心的な役割を果たします。それぞれの役割を端的に表現すれば、調査員及び主治医は、申請者当人を知る「情報提供者」であり、介護認定審査会（審査会委員）は「意思決定の場」と見ることができます。そして審査会事務局は、この両者の情報のやり取りが円滑、適正に行われるよう仲介するコーディネーターとしての役割を担っています。

(1) 認定調査員と主治医

審査会においては、調査員と主治医のみが、実際に申請者を目の当たりにして審査に必要な情報を提供する立場にあります。したがって、調査員と主治医は、申請者の状況を極力正確に審査会委員に伝達すべく、調査票や意見書をまとめることが必要です。

ただし、認定調査については、認定調査員が一次判定のすべての責任を負うということではありません。申請者の状態は様々であり、その状況を74項目の基本調査だけで正確に伝達することは容易ではありません。

特に、基本調査の項目の定義にうまく当てはまらない場合や、また常時、介助を提供する者がいない場合の基本調査の選択などは、慎重な判断が求められます。しかしながら、こうした微妙なケースについての正確な判断まで認定調査員に求められているわけではありません。選択に迷う場合や明らかに介助が不足していると考えられる場合は、その状況等を特記事項として記録し、介護認定審査会の判断を仰ぐことが調査の標準化に資する適切な対処方法といえます。

(2) 介護認定審査会（審査会委員）

一方、介護認定審査会は、「意思決定の場」です。認定調査員や主治医が申請者から得た情報

から通常の例と比べてより長い（短い）時間を介護に要していないかといったことや、介助が不足していないかといったことを、介護認定審査会は総合的に判断し、一次判定を修正・確定し、必要に応じて一次判定の変更を行うことができる唯一の場です。

したがって、形式的には保険者が被保険者に対する審査判定に関する説明責任を有するものの、実質的には、合議体が説明責任を負っていると考えられることもできます。このため、審査会における判定については、明確な根拠をもって行うことが求められます。

(3) 審査会事務局

審査会事務局は、いうまでもなく、保険者として要介護認定に関する全業務について責任を有しますが、認定調査員や主治医と介護認定審査会委員との関係で見れば、両者をつなぐ仲介役、コーディネーターとしての役割を担っています。認定調査員や主治医の情報を、できる限り正確かつ漏れなく意思決定の場である介護認定審査会に伝達するのが審査会事務局の役割です。

具体的には、認定調査の内容に関して審査会委員から提示される各種の疑義に対応して調査員への問い合わせを行うほか、基本調査の誤りや特記事項等との不整合を事前に調査員に確認するなどの作業が想定されます。

また、要介護認定の平準化の観点から、審査会事務局は、審査判定の手順や基準が各合議体で共有・遵守されるよう積極的に関与することが求められます。

2

認定調査項目の考え方

62種類の認定調査項目は、「能力で評価する調査項目」、「介助の方法で評価する項目」、「有無及び頻度で評価する項目」の3つに分類することができます。この3つの分類を組み合わせることで調査することにより、タイムスタディのデータに基づく樹形モデルから、申請者にかかる介護の手間としての「要介護認定等基準時間」が算出されます。

介護の手間にかかる審査判定を行う際に、議論の中で着眼した特記事項とその調査項目が、3つの異なる評価方法のうちどの基準によって調査されているかを知ることは、より適切に検討を行うための基本となります。

1. 能力で評価する調査項目

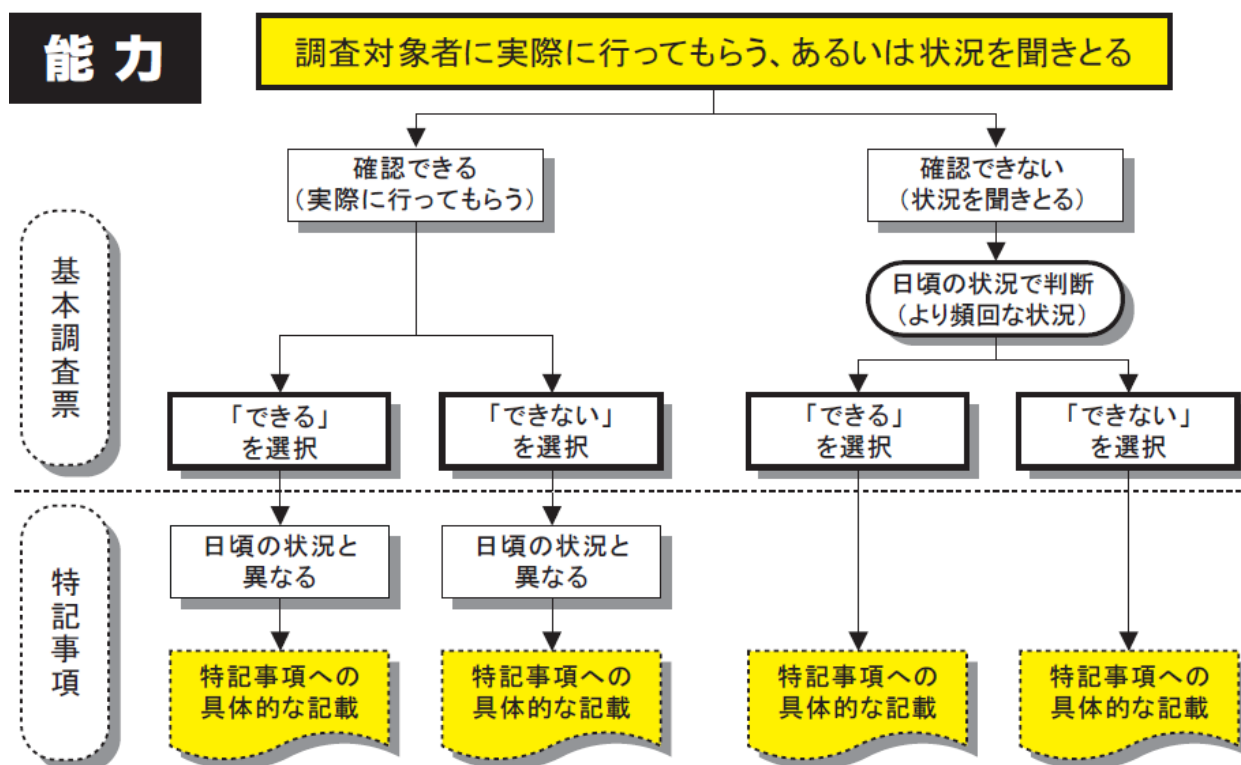
能力で評価する調査項目は、大きく分けて身体機能の能力を把握する調査項目（第1群に多く見られる）と認知能力を把握する調査項目（第3群）に分類されます。

能力で評価する項目は、「できる」か「できない」かを、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項目です。

その行為ができないことによって介助が発生しているかどうか、あるいは日常生活上の支障があるかないかは基本調査を選択する際の基準に含まれません。

18項目	能力で評価する調査項目
(1)	能力で評価する調査項目（18項目）
	「1-3 寝返り」
	「1-4 起き上がり」
	「1-5 座位保持」
	「1-6 両足での立位保持」
	「1-7 歩行」
	「1-8 立ち上がり」
	「1-9 片足での立位」
	「1-12 視力」
	「1-13 聴力」
	「2-3 えん下」
	「3-1 意思の伝達」
	「3-2 毎日の日課を理解」
	「3-3 生年月日や年齢を言う」
	「3-4 短期記憶」
	「3-5 自分の名前を言う」
	「3-6 今の季節を理解する」
	「3-7 場所の理解」
	「5-3 日常の意思決定」

図表 2 能力で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



2. 介助の方法で評価する調査項目

(1) 介助の方法で評価する調査項目の選択基準

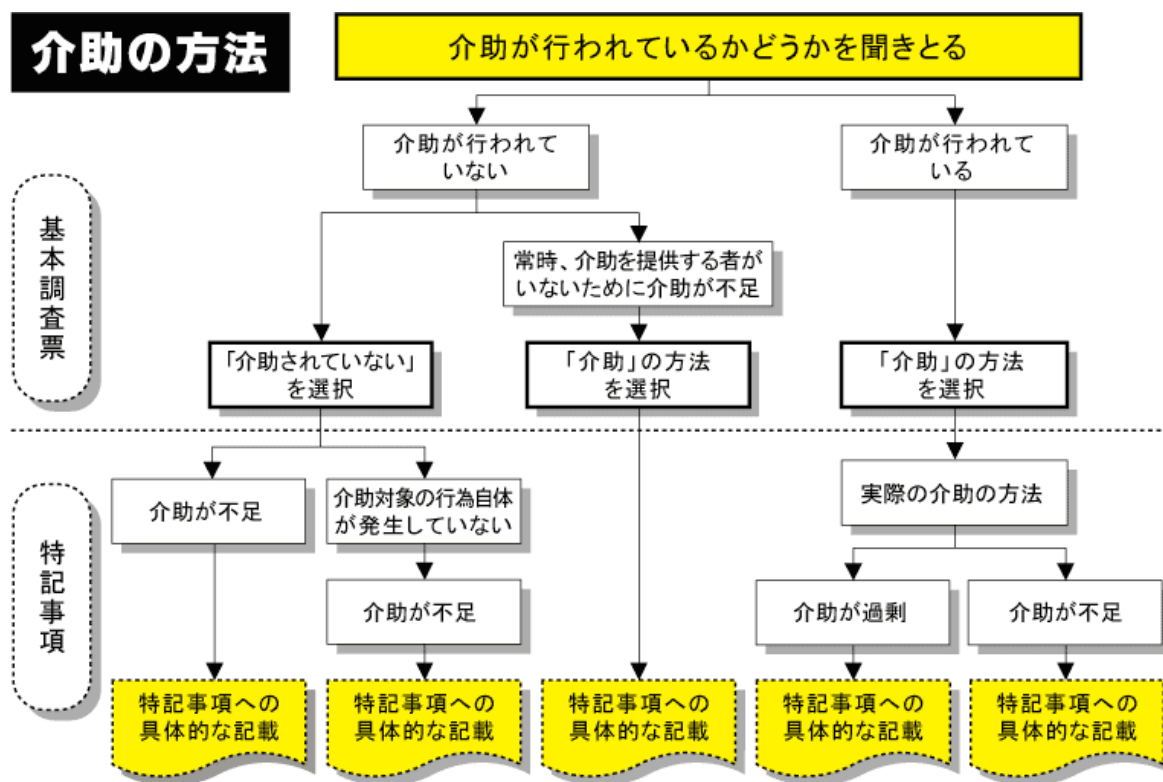
介助の方法で評価する項目の多くは、生活機能に関する第2群と、社会生活の適応に関する第5群にみられます。これらの項目は、具体的に介助が「行われている - 行われてない」の軸で評価をしなければなりません。なぜなら、これらの項目は、「できる - できない」といった個々の行為の能力を評価するものではないからです。

また、「介助」の項目は、実際に行われている介助を把握することが目的であり、主観的な介助の必要性から選択するものではありません。この選択は「介助の方法」を選ぶものであることから、「一部介助ほどは手間がかかってないから見守り等を選択する」といった考え方は誤りです。したがって、「介助」の項目における「見守り等」や「一部介助」「全介助」といった選択肢は、介助の量を意味していません。

具体的な介助の量の多寡について特に記載すべき事項がある場合は、その内容が具体的に特記事項に記載されていることとなります。したがって、介護認定審査会における介護の手間にかかる審査判定では、主にこの特記事項の記述を根拠に認定を行うということとなります。

16 項目	介助の方法で評価する調査項目
(2) 介助の方法で評価する調査項目 (16 項目)	
	「1-10 洗身」
	「1-11 つめ切り」
	「2-1 移乗」
	「2-2 移動」
	「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」
	「5-1 薬の内服」
	「5-2 金銭の管理」
	「5-5 買い物」
	「5-6 簡単な調理」

図表 3 介助の方法で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



3. 有無で評価する調査項目

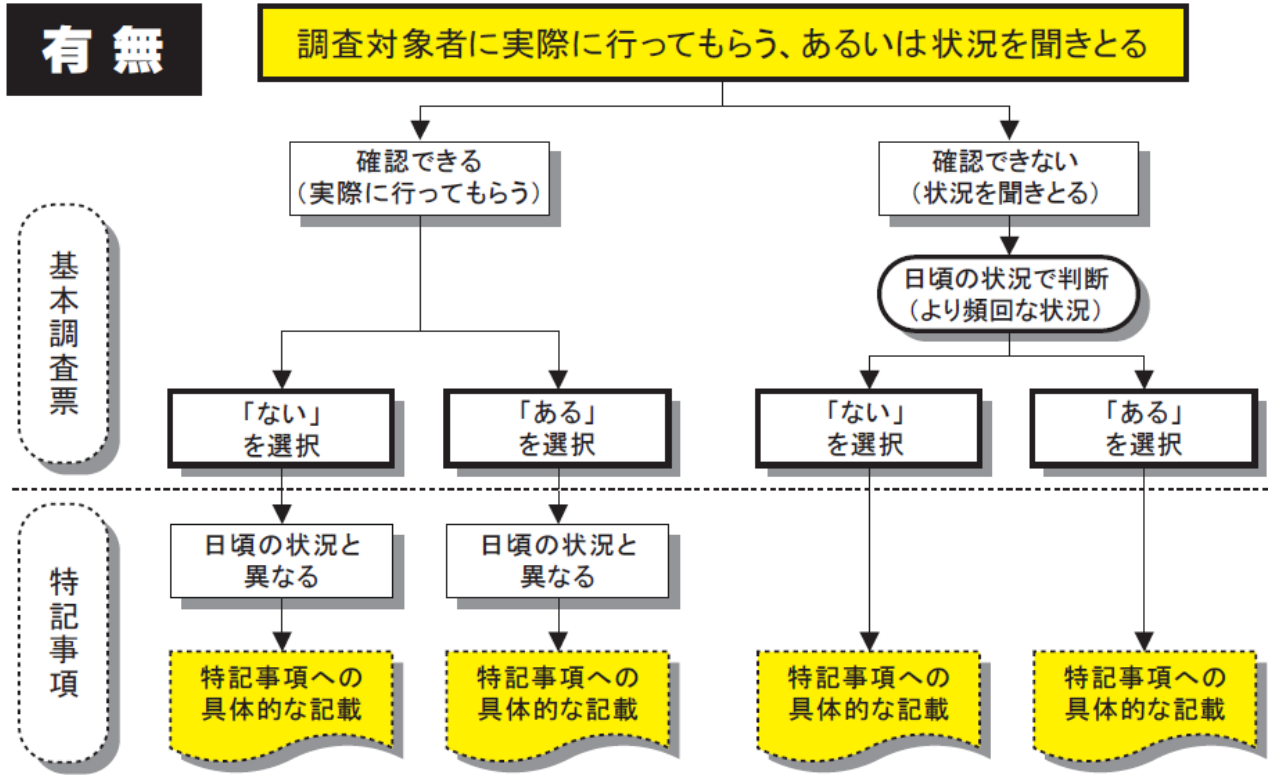
(1) 有無で評価する調査項目の選択基準

有無で評価する調査項目は、各群に少数の項目が分散していますが、その多くは第4群に属しています。すなわち、精神・行動障害の有無を評価する項目が中心となっています。

有無の項目（精神・行動障害等）は、その有無だけで介護の手間が発生しているかどうかは必ずしも判断できないため、二次判定で介護の手間を適切に評価するためには、特記事項に記載されている介護の手間を、頻度もあわせて検討する必要があります。また介護者が特に対応をとっていない場合などについても特記事項には記載されていますので、こうした記述にも配慮が必要となります。

21項目	有無で評価する調査項目
(3)	有無で評価する調査項目（21項目）
	「1-1 麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損）」
	「1-2 拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損）」
	「2-12 外出頻度」
	「3-8 徘徊」
	「3-9 外出すると戻れない」
	「4-1 物を盗られたなどと被害的になる」
	「4-2 作話」
	「4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」
	「4-4 昼夜の逆転がある」
	「4-5 しつこく同じ話をする」
	「4-6 大声をだす」
	「4-7 介護に抵抗する」
	「4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない」
	「4-9 一人で外に出たがり目が離せない」
	「4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」
	「4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする」
	「4-12 ひどい物忘れ」
	「4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする」
	「4-14 自分勝手に行動する」
	「4-15 話がまとまらず、会話にならない」
	「5-4 集団への不適應」

図表 4 有無で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



1. 委員について

- 委員は、保健、医療、福祉に関する学識経験者であり、介護認定審査会は、各分野のバランスに配慮した構成とし、市町村長が任命します。
- 委員は、都道府県及び指定都市が実施する介護認定審査会委員に対する研修（介護認定審査会委員研修）を受講し、介護認定審査会の役割などを確認します。
- 委員の任期は2年とし、委員は再任できます。
- 会長は委員の中から互選で選びます。
- 会長によって指名された委員から成る合議体において審査判定を実施します。
- 会長は介護認定審査会の運営責任を持ちます。また、合議体長は、審査判定を行う各合議体の運営責任を持ちます。会長または合議体長が出席できない場合に、その任務を代行するようあらかじめ指名された委員が、その職務を代行します。
- 委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務があります。

【参考】介護認定審査会委員に関する制約

保険者である市町村職員は、原則として、委員になることはできません。（例外：委員の確保が難しい場合は、市町村職員であっても、保健、医療、福祉の学識経験者であり、かつ、認定調査等の介護保険事務に直接従事していなければ委員に委嘱することが可能です。）

委員は、原則として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ません。ただし、やむを得ない場合は、認定調査員として認定調査を行うことができますが、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定を、委員が所属する合議体では行うことができません。

2. 合議体について

保健、医療、福祉に関する各分野のバランスに配慮した構成とします。

留意事項

合議体の構成

合議体を構成する委員の定数は5名を標準として市町村が定める数とされています。

合議体の定数については、以下の場合などにおいて、5名より少ない定数によっても介護認定審査会の審査の質が維持できると市町村が判断した場合は5名より少なく設定することができます。ただし、この場合であっても、少なくとも3名を下回って設定することはできません。

- 更新申請を対象とする場合
- 委員の確保が著しく困難な場合

一定期間は同じメンバー構成としますが、およそ3か月以上の間隔を置いて合議体に所属する委員を変更してもかまいません。

委員の所属

委員は、所属しない合議体での審査判定に加わることはできません。

委員の確保が特に難しい場合を除いて、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではありません。

特定の分野の委員確保が難しい場合

確保が難しい分野の委員を、他の分野の委員より多く合議体に所属させ、開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式をとることも可能です。

合議体長の出席

合議体の長は合議体の運営責任を持ちます。合議体の長が出席できない場合は、その合議体に所属する委員であって、合議体の長があらかじめ指名する者が、その職務を代行します。

その他

市町村は、審査判定を行う合議体に、審査対象者が入院（あるいは入所）していたり介護サービスを受けている施設等に所属する委員が含まれないように考慮します。

審査対象者が入院（入所）している（あるいは介護サービスを受けている）施設に所属する者が、委員として出席している場合には、その審査対象者の状況などについて意見を述べても構いませんが、判定に加わることはできません。

3. 会議について

- 介護認定審査会は、会長が招集します（合議体の場合は、基本的に合議体の長が招集します）。
- 会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）及び過半数の委員の出席がなければ会議は成立しません。
 - 保健、医療、福祉のいずれかの委員が欠席の場合には、介護認定審査会を開催しないことが望ましいと考えられます。
- 会議の議事は、出席した委員の過半数により決定します。可否が同数の場合は、会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）の意見により決定します。
 - 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です。
 - 必要に応じて、審査対象者及びその家族、介護者、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができます。
- 介護認定審査会は、第三者に対して原則非公開とします。

4. その他

- 市町村は、介護認定審査会の開催に先立ち、審査対象者について、氏名、住所などの個人を特定する情報について削除した上で、一次判定の結果、特記事項の写し、主治医意見書の写しを委員に事前配布することが望ましいと考えられます。
- 効率的に介護認定審査会を運営するために、介護認定審査会開始前に合議体長又は介護認定審査会事務局に一次判定結果を修正・変更する必要があると考えられるケースや意見などを提出してもらい、それに応じて、個別に必要な審査判定時間を確保することは可能です。
- 公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましいと考えられます。