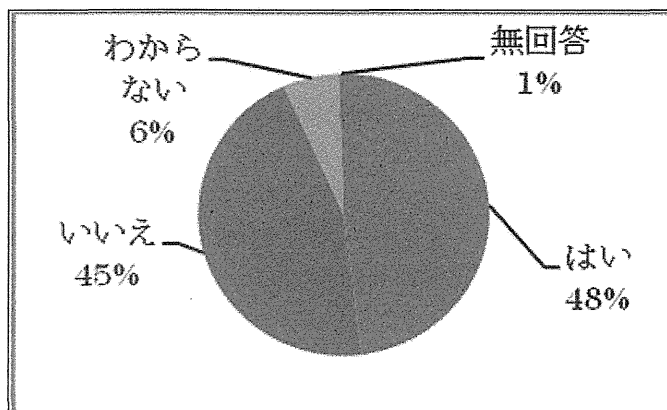


3. 平成 22 年 11 月の迅速な対応が必要な末期がんの方の申請について

1) 迅速な対応が必要な末期がんの申請の有無

介護保険申請数のうち、迅速な対応が必要な末期がんの方の件数を把握するため、平成 22 年 11 月において、迅速な対応が必要な末期がん患者の申請があったかをたずねたところ「はい（申請があった）」と答えた保険者は約過半数の 48.0%（474 件）であった（図 7）。

図 7 迅速な対応が必要な末期がんの方の申請の有無 n=988



2) 迅速な対応が必要な末期がんの件数

「はい（申請があった）」と答えた 474 件の保険者に対し、平成 22 年 11 月の「要介護認定申請総件数」と「迅速な対応が必要な末期がんの方からの申請件数」をたずねたところ、回答を得ることが困難なことがわかった。

つまり回答があった件数は、1 号被保険者と 2 号被保険者の合同、もしくは 2 号被保険者のみであり、がん末期の申請があった件数もあれば、迅速な対応を必要と判断された件数もある。

今回の調査は、心身の状態が急速に悪化するがん患者が、適切な介護保険サービスの提供を受けて、質の高い在宅療養を送れるように、バリアの分析とその解決策を図るために行ったものであるが、焦点を当てるべき利用者数すら把握することが困難である現状が浮かび上がってきた。

この問題については、「4. 迅速に介護サービスを提供する上でバリアになっていること」において、保険者からの自由記載に記載されている。

大きな理由としては、下記が考えられる。

- ①申請書に迅速な対応を必要と記す欄が設けられていない
- ②2 号被保険者は「がん末期」とわかるが、1 号被保険者は疾病を問わない
- ③がん末期でも「迅速な対応が必要な患者」と「迅速な対応が必要でない患者」がいるが申請窓口で区別をするのは困難である

現状では、「迅速な対応が必要な状況である」被保険者すべてを把握することができない。

3) 有効回答 363 件の分析結果 (参考)

回答があった件数の中から、平成 22 年 11 月の「要介護認定申請総件数」と「迅速な対応が必要な末期がんの方からの申請件数」の 2 つを満たす回答を有効回答と見なし、363 件に対し、分析を行った。また、1～2 件という回答については、1 件と判断をした。

申請件数は 1 件～78 件であり、総件数における申請件数の割合は、0.82%であった(表 2)。

表 2 平成 22 年 11 月総件数における末期がん患者の件数 n=363

迅速な対応が必要な末期がんの方の申請件数	平成 22 年 11 月の要介護認定申請総件数	割合
1,578 件	193,534 件	0.82%

*有効回答保険者のみに対する割合であり、1号被保険者の有無は不明である。

また、申請者件数ごとの保険者の割合や申請者割合を示した(表 3)。

申請者件数は、1～2 件が最も多く、53.7%であった。3～5 件が 26.4%であり、約 8 割が 5 件以内の申請であった。但し、この件数は、迅速が必要と判断できたがん患者の件数であり、1号被保険者を含めて迅速な対応を行った件数ではない。

介護認定の申請総件数が増えるほど、迅速な対応が必要ながん患者の件数も増加したが、申請総件数が 3,000 件を超えたあたりから、迅速な対応が必要ながん患者の件数にばらつきが出てきた。

迅速な対応を図り、1号被保険者を含む回答を寄せた保険者と、2号被保険者のみのデータを回答した保険者、また認定結果までに日数を要し、正確な件数を把握できていない保険者にわかれていると思われる。今後、都市部において高齢化率が上昇し、末期がん患者からの申請も増加するため、1か月の申請総件数が 3,000 件超の保険者への更なる取り組み改善が必要であろう。

今回は、参考としての分析であるが、申請総件数と迅速化のクロス調査をする必要がある。

表 3 申請者件数区分別の保険者割合および申請者割合 n=363

申請者件数区分	保険者数		申請件数		11 月総件数		申請者割合
	件数	割合	平均	合計	平均	合計	
1～2 件	195 件	53.7%	1.4	274	236	45,960	0.60%
3～5 件	96 件	26.4%	3.7	359	493	47,307	0.76%
6～10 件	44 件	12.1%	7.6	335	944	41,543	0.81%
11～20 件	16 件	4.4%	13.4	214	1,207	19,317	1.11%
21～50 件	10 件	2.8%	24.5	245	3,297	32,971	0.74%
51 件以上	2 件	0.6%	75.0	151	3,218	6,436	2.35%
全体	363 件	100%	4.3	1,578	533	193,534	0.82%

*有効回答保険者のみに対する割合であり、1号被保険者の有無は不明である。

4) 申請件数上位 16 件の通知後の対応や実施内容から見える特徴

平成 22 年 11 月の有効回答 363 件のうち、「迅速な対応が必要ながん患者の申請件数」の上位 16 件に対し、「通知後の対応（緑色）」や「通知後に実施している内容（青色）」を分析した（表 4）。結果、「通知後の対応」としては、「医師会等関係機関を交えて会議を行った」「主治医意見書に診断名を明示など再周知」と医師に対しての対応や、「認定調査員に対して研修を行った」「連絡票等文書を新たに作成した」と保険者が率先して行動を起こしている。

また「通知後に実施している内容」は、「認定調査を当日または 3 日以内、または期限を設けて行っている」「主治医意見書を 5 日以内または期限を定めている」を行っていた。また、「通知前に実施している」項目があるなど、認定調査から主治医意見書の提出まで、医療と介護の良好な連携が、保険者も交えて自主的に行えていることが見えてきた。

なお、この統計は平成 22 年 11 月だけであり、調査を行った月により変動があることは否めない。また、人口の少ない高齢化が進んだ地域よりも、政令都市など 64 歳以下の人口の多い地域が上位を占めた。通知前より、医療と介護の顔と顔の見えるネットワークを築き、連携を進めている市区町村が上位を占めていたことは、重要なことと思われる。

表 4 申請件数上位 16 件の通知後の対応や実施内容から見える特徴

内容	件数															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
	78	73	31	30	30	28	23	21	21	21	20	20	18	18	15	14
会議					○	○							○			
調査員					○	○				○			○			○
申請受付担当			○		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
主治医意見書				○	○	○	○				○		○		○	○
ケアプラン			○			○						○				○
地域包括支援C			○			○						○	○			
市民・患者																
予後予測																
文書作成														○		△
ガイドライン																
未対応																
その他	○	○		○	○			○	○							
申請当日調査			○	○								○				
調査 3 日以内				○				○		○		○	○			
調査実施期間																○
意見書 5 日以内	○															
意見書期限							○	○		○						
直近審査会	○				○	○	○			○	○	○	○		○	○
通知 2 週間内																
通知期限																
変更申請優先					○		○						○	○	○	
要介護度					○											
通知前実施	○	○			○				○			○	○			
未実施																
その他	○	○				○	○		○		○			○		

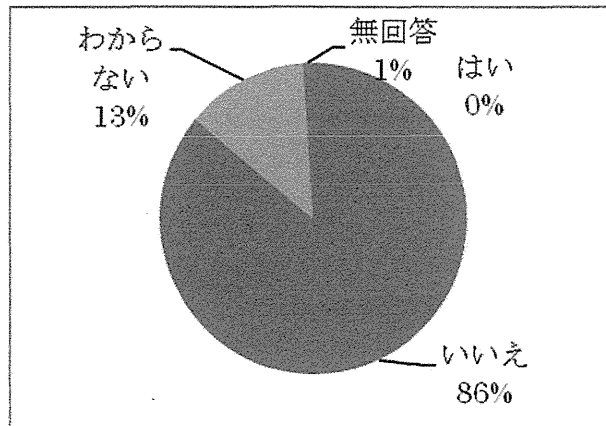
5) 非該当になった件数

平成22年11月において、迅速な対応が必要な末期がんの方の申請があったと回答した474件に対して、非該当になった人の件数をたずねたところ、非該当になった件数はゼロであった。

ただ、「わからない」と答えた保険者が61件(13%)いた。申請の結果がわかるのは、通常の場合は約1か月かかるため、結果が出ていない、迅速な対応が図れていないことが伺える。

図8 非該当になった件数

n=474



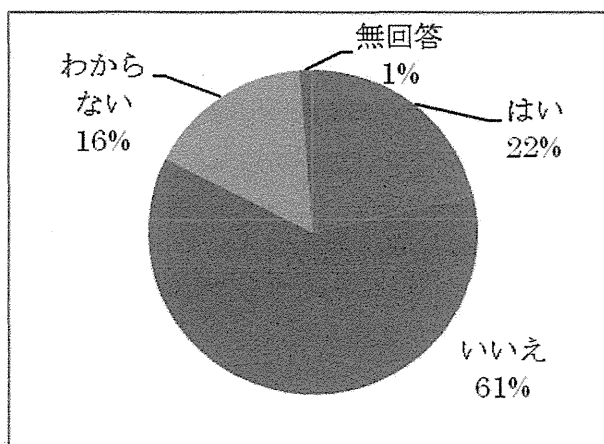
6) 要支援になった件数

平成22年11月において、迅速な対応が必要な末期がんの方の申請があったと回答した474件に対して、要支援になった人の件数をたずねたところ、要支援になった件数は22%(101件)であった。また、「わからない」と答えた保険者が16%(77件)いた。

迅速な対応が求められているにも係らず、ケアマネジャーの変更を余儀なくされる要支援になることは、現状の介護保険の要介護認定の大きな問題であり、改善を図るべきである。

図9 要支援になった件数

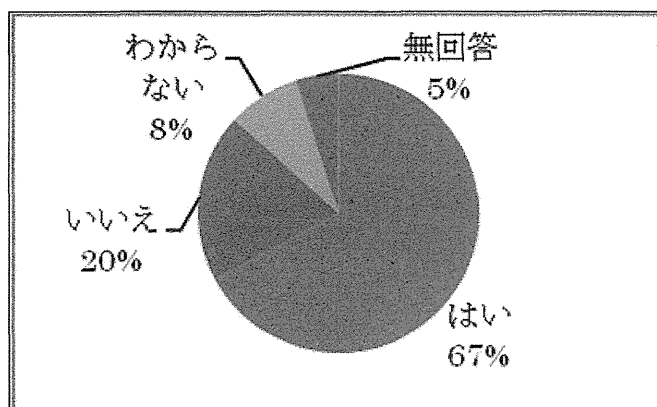
n=474



4. 迅速に介護サービスを提供する上でのバリアについて

迅速に介護サービスを提供する上で、バリアとなっていることはあるかとたずねたところ、「はい」と答えたのは、663件（67%）、約7割が「バリアがある」と答えていた（図10）。

図10 迅速に介護サービスを提供する上でのバリアの有無 n=988



「バリアがある」と回答した663件の保険者に、「バリアと思われるもの」についてたずねたところ、「主治医意見書の提出を早めるのが困難である」69.8%、「申請時点で末期がんと判断することは困難である」40.9%、「主治医意見書に、末期がん記載がないので判断できない」30.0%と回答したものが多かった（図11）。

上記のような今の申請の現状では、申請時点で申請者が「末期がん」と伝えなければ、一般と同じ扱いになり、要介護認定の結果がわかるのは1か月後となる。

現状の対応では、がん患者が介護保険サービスを適切に受けることは難しいことがわかった。

図11 迅速に介護サービスを提供する上でのバリアと思われるもの n=663

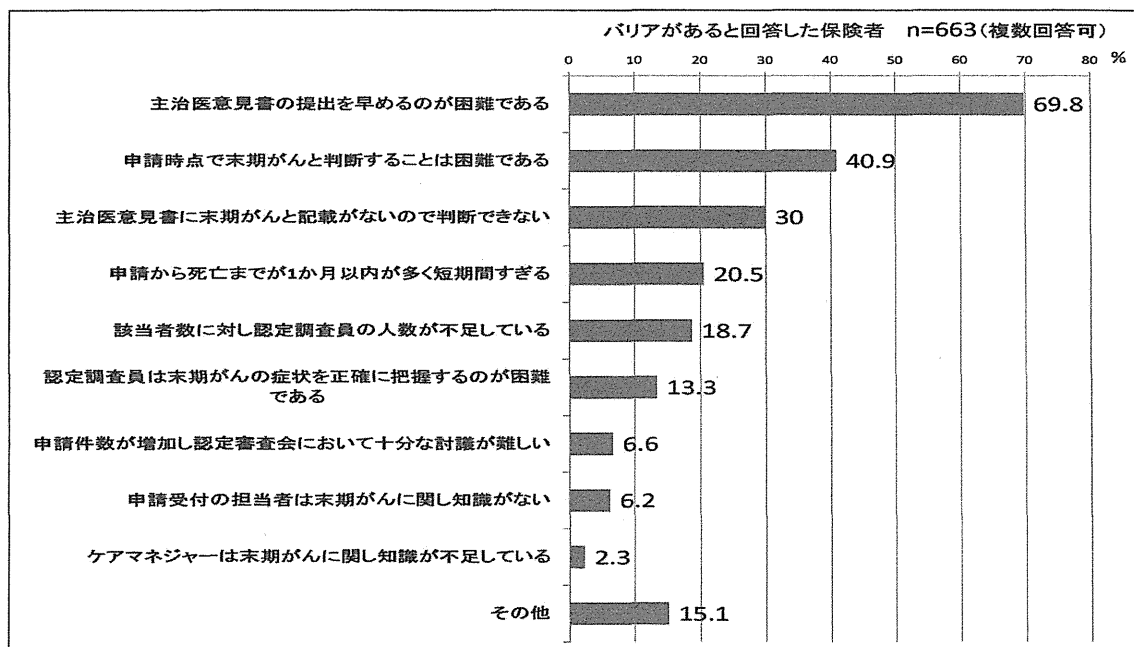


表5 バリアに関する自由記載

96件

()の数字は件数

カテゴリ	サブカテゴリー	具体的内容
主治医意見書の提出を早めるのが困難	意見書がスムーズに提出されない(6)	医療機関には主治医意見書の提出を徹底して依頼をしているが、スムーズに提出されないこともあり、迅速な処理の妨げになっている 調査を早めても、意見書の提出を待つことが多い 主治医意見書が遅れることが多く、調査との乖離があることもよくある 大学病院等が困難
	在宅療養中(外来通院)は提出を早めるのが難しい(1)	入院中の申請の場合はソーシャルワーカーと連絡して主治医意見書の提出を早めることができるが、在宅療養中の場合は難しい
主治医意見書に記載がない	主治医意見書に末期がんの記載がない(6)	末期がんの記載が申請書にはあるが、主治医意見書に記載されていない場合がある 2割くらいの割合で、主治医へ末期かどうかの確認している 申請があっても医師が必要ないと判断するケースも多い 医師が本人の意欲低下を気にして、意見書に末期状態と書きたがらないケースがあった
	主治医意見書に状態不安定となる根拠が読み取れない(1)	申請時点では介護の必要性が低く要支援の1次判定ができた場合、審査会で意見書の記載内容に状態不安定となる根拠が読み取れないことがある
	主治医が介護保険に理解がない(1)	主治医が介護認定でいう末期がんについて理解がない
	末期がんの判断が困難	申請時に迅速な対応が必要な末期がん等の方であることの申し出がなければ、把握し対応することができない 申請受付時に申請者からのがん末期の申し出があった場合は迅速な対応を行えるが、情報がない場合は困難
末期がんの判断が困難	本人や家族が末期という言葉を使いたがらない(4)	医師が家族や本人に末期という言葉を使えないので本当の状況が伝わってこない 本人・家族が末期という言葉を使いたがらない
	末期がんの定義が曖昧で、判断は意見書に頼るしかない(3)	末期がんはあくまで主治医が判断するものであり、2号被保険者の特定疾病が「末期がん」で申請したが、実際に医師に確認すると末期がんでない例もある 末期がんでも何回も更新申請されるケースもある。治療効果によるものかもしれないが医療関係者の中の「末期がんの定義が曖昧」と思うこともある
	1号被保険者の場合、把握できない(3)	2号被保険者の方は、申請時点で末期がんの確認はしているが、1号被保険者の場合は窓口で末期がんかどうかわかりにくいことがあり、意見書の提出を早めてもらうことができない
申請の時期が難しい	調査の時期が難しい(2)	10月は非該当になった人がいたが、変更申請をして再度調査すると要介護4だった。調査の時期は難しいです 調査日及び最終診察日現在においては重篤な状態であると判断できない例が多い
	がん末期と判断する根拠がない(2)	がん末期と判断する根拠がどの様に得られるのか 訪問調査の項目に末期がんであることをくみ取れるものがない
	申請時期が遅い(4)	速やかに認定調査を実施しようとしても、その前に死亡し要介護認定が出来ないときがある 退院できずに死亡される方がある

予後の判断が難しい	予後が予測より早い場合もある(2)	予後判断が難しい。申請時の情報で余命数か月とあっても、申請より数日で急変し入院された等
		予後を予測しての審査(介護度決定?)は難しい点もある
病院側の認識不足	病院側の介護保険についての認識が不足している(2)	末期がんでないのに申請するがん患者が多い。病院スタッフが安易に勧めている様子がある
		一時帰宅(外泊)でベッド利用の希望には、介護保険のサービスでは対応できないなど、申請を勧める病院ソーシャルワーカーや病棟看護師への周知が必要である
	連携不足の状態在宅になる(2)	病院と包括支援センターとの十分な連携がとれないうちに在宅になり、担当者が翻弄される
調査員が正確に症状を把握するのは困難	調査時にADLが保たれていることが多く、結果が合致していない(4)	がん末期の場合、調査時どうかADLは保たれていることも多く(特に第2号)、一次判定では支援2~介護1の判定となることもある。その後急速な状態の悪化となり、審査結果が出た時点と介護度が合致していない、また死亡しているケースもあり(現実的に変更申請では追いつかない)
認定調査が間に合わない	申請件数の増加による影響がある(7)	全体的な申請件数の増加により調査員が不足している
		申請件数が増加し、認定調査日の確保が難しい
		申請件数が多い中、末期がんの方の認定調査枠というものを空けておくことができないため、早急な調査は困難である
	緊急対応できる余裕がなくなっている(4)	新規申請の調査全てを市が行うようになってから、緊急対応の余裕がなくなっている
		緊急対応できる調査員を常に確保することが難しい
調査員の調整が困難である	調査員の調整をするのが困難である(5)	認定調査を急ぐので普段調査をあまりしていない正規職員が急遽調査をするという対応をしており、その調整が大変である
		すでに調査員は2~3週間先まで調査対象者訪問スケジュールが予定されており、急な対応は日程調整に困難である
		認定調査員は看護師資格のある方に依頼している
		月によって末期がん患者の申請件数は異なる
認定調査がそぐわない	本人の体調により、日程日が決められない(3)	本人の体調により、認定調査の日程が決めづらい
		容態が急変し認定調査の予定が立たないことがある
	辛い思いをしているのに調査が必要か(1)	状態が不安定な中での調査が難しく、調査日を早めに調整しても調査前に亡くなる方もいる
県外や遠方からの申請がある	県外の家族宅でサービス利用がうまくいかない(2)	無理に早めの調査を入れなければいけない。在宅で病気の為、辛い思いをしているのに調査を受け入れなければいけない
		県外の医療機関を退院後も県外の家族宅でサービスを利用される場合に調整がうまくできなかったことがある
	遠方は市調査員で対応できない(1)	県外等の家族のところへ行っている場合の調査委託
患者・家族の認識不足がある	在宅ターミナルケアのイメージの開きがある(2)	遠方への入院患者については市調査員で対応できないため、早期の対応が難しい
		医療従事者側で考えている在宅ターミナルケアのイメージと本人・家族が感じている不安との開きがある
		本当の末期状態になってから申請されるので、在宅でサービスを使う間がなかったりする

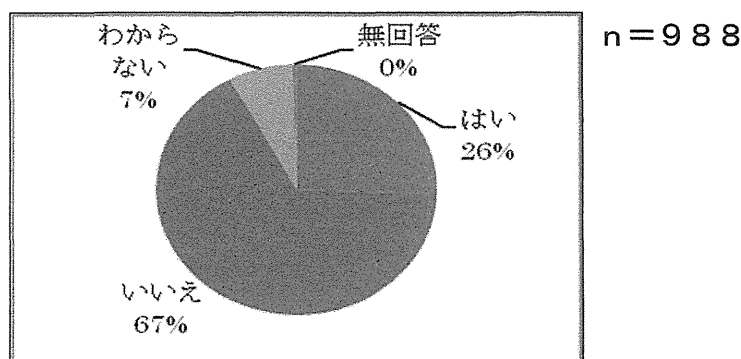
患者・家族の認識不足がある	末期がんの捉え方が主治医と違う(2)	末期がんの捉え方が、本人・家族と主治医との間で異なることが多く、迅速なサービスにつながっていない
		家族が末期がんについての認識がなく、医師からの説明をよく理解していない者が多い
審査会を迅速に開催できない	審査会の回数が少なく、日数を要する(4)	審査会の回数が少ない。月2回
		認定調査を迅速に実施できても、審査会開催の曜日が定まっているため、場合によっては結果通知まで日数を要する場合がある
	迅速に向けた協力を得られない(2)	審査会委員に審査会の回数や審査件数を増やすため、協力を求めているが困難で、直近の審査会に掛けることが難しい
		依頼時に担当事務員に早めに提供してほしいと依頼したら、それは医師次第と言われて、協力が得られなかった
審査資料を送り、事前審査期間が必要なので時間がかかる(2)	審査資料が揃った時点で、審査資料を作成し直近の審査会にかけるが、事前審査期間が必要なため、資料作成から一週間後の審査会がもっとも近い審査会となる	
制度自体が末期がんに対応できない	認定までは変更申請ができない(1)	申請調査後に状態悪化しても、認定までは変更申請できない。例えば、末期の診断をもって申請があれば、認定調査のみで認定する等すれば早い対応ができる
	認定調査の原則である「安定」と「緊急性」をどうするのか(1)	認定調査の原則である「容態の安定」と、緊急性との兼ね合いをどうするのか、緊急の訪問調査に対応できるような調査員の余裕がない
	要介護2以上出していだたとやりやすい(1)	末期がんの方について要介護2以上出していだけると審査会がやり易い
	現状では迅速な対応は取れない(3)	現在の認定の仕組みでは即対応が必要ながん末期の方への対応は難しい
	認定結果がすぐ出ず、調査時点の状況把握なので、状態より軽く出る(3)	認定結果がすぐ出ない・状態よりも軽く出る等があるため、今すぐに必要なサービスが受けられない
		調査内容・意見書は現時点での状況把握となるため、短期間での状態悪化をどうしても予想しがたく、介護度が軽くなってしまう 認定はあくまで調査時点の介護の手間が原則であり、軽度と判定されるケースもある
	がん患者のみの個別対応ができない(1)	サービス提供までの手続きが全て決まっているため、がん患者のみの個別の対応ができない
暫定サービスを入れにくい	使用できるサービス量が分からず、暫定を入れづらい(2)	末期の方が状態不安定で要介での審査結果になるとは限らず、暫定でサービスの調整が進みにくいことがある
		暫定でサービスをどの程度利用するか判断が難しい
医師の医学的所見が必要だが記載がない	軽度者の福祉用具貸与に医学的所見が必要になるが、所見の記載がない場合時間がかかる(1)	介護度が軽度の場合、福祉用具のレンタルをする時に、医師の医学的所見が必要になることが多いが、主治医意見書にその旨の所見の記載がないと、貸与理由書の他に所見を求めなければならず、許可できるまでに時間がかかる

第四章 末期がん患者に対する福祉用具貸与の取扱等について

1. 要支援1、2及び要介護1の末期がんの方の福祉用具貸与申請について

「平成22年11月において、要介護認定で要支援1、2及び要介護1と判定された末期がんの方の福祉用具貸与申請がありましたか」とたずねたところ、「はい」と回答した保険者が26% (253件) いた (図12)。

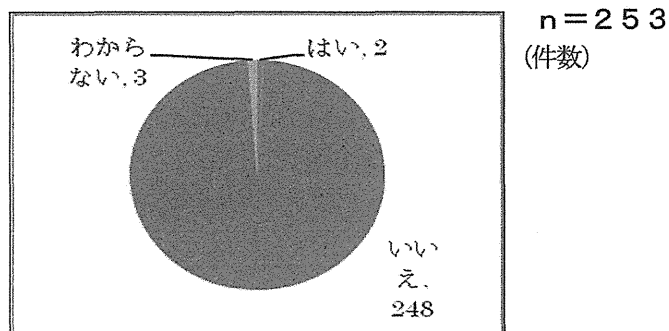
図12 要支援1、2及び要介護1の末期がんの方の福祉用具貸与申請の有無



2. 福祉用具貸与申請を受けた中で、却下した数

上記、福祉用具福祉用具貸与申請があった253件において、「却下したケースはあるか」とたずねたところ、却下されたのは2件のみであった (図13)。

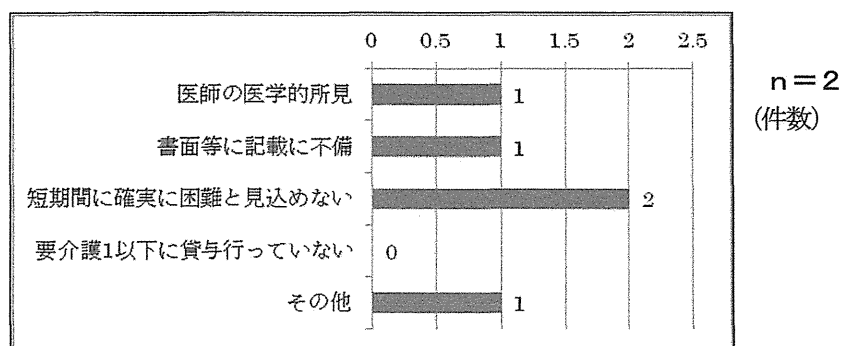
図13 福祉用具貸与申請を受けた中で、却下した数



3. 福祉用具貸与申請を却下した理由

福祉用具福祉用具貸与申請を却下した2件において、「却下した理由」をたずねたところ、医師の医学的所見において、必要性を判断できなかったことが理由であった (図14)。

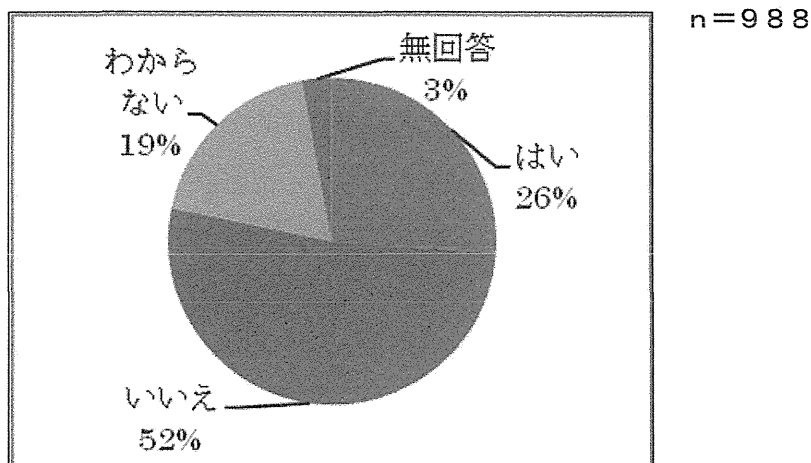
図14 福祉用具貸与申請を却下した理由



4. 介護認定審査会が付する意見について、審査会委員への周知を行ったか

「介護認定審査会が付する意見について、審査会委員への周知を行いましたか」とたずねたところ、4分の1しか周知を行っていなかった（図15）。

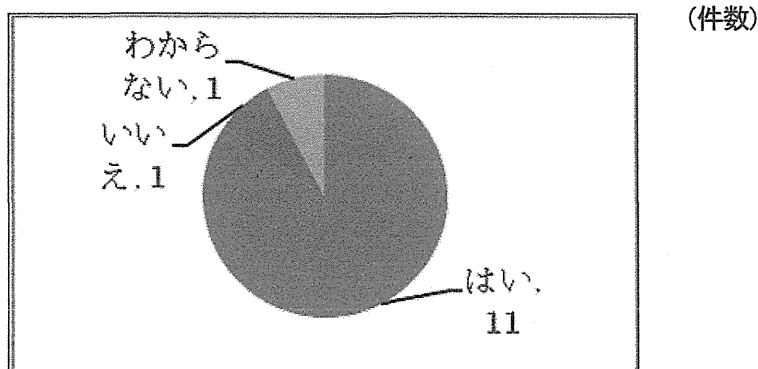
図15 介護認定審査会が付する意見について審査会委員への周知を行ったか



5. 認定審査会が付する意見について

「平成22年11月において、要介護認定で要支援1、2及び要介護1と判定された末期が
んの方の福祉用具貸与について、認定審査会が付する意見がありましたか」とたずねたところ13件あった。その13件について、「認定審査会が付する意見は、福祉用具貸与の要否を決定する際に参考になるものでしたか」とたずねたところ、「参考になった」と答えた保険者がほとんどだった（図16）。自由記載において、認定委員会で付する意見とはどのような意見を指すのかを国に求めている記載もあった。

図16 認定審査会が付する意見は参考になるか n=13



余命半年と治療医に言われたがん患者が、呆然となりながらも、精いっぱい生きようとするとき、福祉用具を借りるために、上記のような複雑な手続きを行なう必要が本当にあるのだろうか。

通知により、要介護2以下であっても申請すれば貸与が許可されている。最初の申請の時点で「迅速な対応が必要で不安定」とわかり、福祉用具貸与できる仕組みが必要である。

第五章 要介護認定の実施及び介護サービスの提供について

「要介護認定の実施及び介護サービスの提供について」たずねたところ、たくさんの実践や意見が寄せられた。医療機関、市区町村、国に分類し、カテゴリー化を図った（表6）。

保険者からの要望や意見 表6 （ ）は件数

○ 医療機関に対応してほしいこと

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的な内容
主治医意見書の迅速化の問題を解決してほしい	医療機関の協力が必要（2）	末期がんの場合は医療機関の医事課へ末期がんのため判定を急いでいることを説明して至急事務局へ郵送してもらうようお願いしている 総合病院の医師が主治医であることが大半であり、「判断できる内容の記載と意見書の迅速な提出」について、病院宛協力依頼をお願いしたい
	提出期限が定められてない（1）	主治医意見書の提出に期限が定められていない為に、他の疾病時も含め遅延している場合には、催促を行っている状況
	迅速対応できない主治医は難しい（4）	意見書が遅くなる場合もあり、医療機関に催促するのは難しい現状です
		要介護認定において、主治医意見書の迅速な提出が欠かせませんが、対応できない主治医に対しては手立てが無い状態です
		主治医意見書が揃わず、審査会に入れることができない場合が多い。（主治医意見書の返送は15～30日前後掛かっている）。保険者の努力だけでは、末期がんの方への適切な要介護認定の実施は難しい
	迅速な提出を周知してほしい（8）	申請から主治医意見書が事務局に回収出来る期間は早くても3週間ぐらい、先生によっては2ヶ月ぐらい回収にかかっているのも現状である。
		医師会にも、周知をしていただきたいです
		主治医意見書が戻らず、審査会前に死亡されるケースがあった
		医療機関や医療関係者への周知徹底
		主治医意見書の提出が遅くなると迅速な対応が困難である
		主治医意見書を早く作成するよう医療機関への周知が必要
		主治医の意見書は大学病院など大きな病院の医師が記入する場合対応日数がかなり多くかかる例がある。再度、周知して頂きたい
医師にも、迅速に意見書に書いていただく必要性を周知することが必要だと感じます		
認定調査に関しては、何の問題もありません。主治医意見書の記入の遅れが一番の問題となっている		
告知の問題がある（1）	末期ガンの申請から認定までの流れについては、注意して事務作業を進めているが、本人への告知などの問題や主治医意見書の提出遅延などの問題があり、速やかに進まない場合がある	
末期がんの明示が必要（1）	主治医意見書に末期がんであることが明示されていることで迅速な対応に繋がっている	
急速な悪化で保留される場合が多い（1）	癌末期は状態が急速に悪化するため医療の必要性が高い方は主治医意見書記入を保留される場合が多いため、申請されても資料が整わず生存中に認定が実施できないことがある	

患者や家族に状況や介護保険について十分情報提供してほしい	患者や家族に状況や介護保険について十分情報提供してほしい (6)	患者も状況がわからずすすめられるまま申請することになるので申請の必要性（在宅介護の必要性）をふまえての医療組織の密な連携を図ってほしい（医師、医療相談室など）
		病院側が本人、家族に十分な説明がないまま「今が一番いい状態なので明日退院していいです」など在宅での準備が全くできていないのになかば強引に帰ってくる方がいます。もっと時間をかけて説明をしたり相談を受けたり出来、十分な体制の設備を考えていくべき
		病状や予後等がわかる医師や病院相談員等が、家族等に適切な指導・助言をしていただき、家族等が申請時に伝えて頂ければ優先的に対応することができる
		病院側から勧められて申請するケースが多く、特に第2号被保険者の場合は末期のがんという明示が必要だが申請する家族が末期なのかどうか分からず、病院にすすめられるがまま申請に来られる場面がほとんど。病院の相談員や医師の理解や介護認定申請についての説明不足がある
		当市では”今すぐサービスを使う予定がないケース”や”本人や家族が「末期がん」と思い込んでるケース（医師に確認すると「末期がん」という事実がない）”が多く、本来であれば在宅生活に向けて迅速な対応が必要なケースの調査枠を使用してしまっている状況です。「がん＝介護保険」という情報が独り歩きをして、申請を受け付ける現場は困っている。正しい情報を広く発信していただきますようお願いいたします
		家族の在宅生活希望の意志⇒調査の段階で入院継続希望のときある（急ぎの調査・審査会のうえで）
末期がんと判断できるように明記してほしい	主治医意見書に明記がなく末期がんであるかわからない (5)	主治医意見書への明記が必要
		2号被保険者の場合、末期に該当するか明確にできず、意見書が届いてからの確認となる。その場合、暫定利用に支障がでる
		末期がんの定義が不明確。また主治医意見書に状態・経過・治療内容の記載がないものが多い
		末期がんの方の詳しい病状等が主治医意見書だけでは読み取れないケースが多いため、介護認定審査会において意見を付することが難しいと考えます
		2号被保険者の方には申請時、特定疾病の確認が必要であり、稀にご本人から電話や来庁などでご相談されるケースがあるが、どこまで医師から説明を受けているのか、告知の問題もあり確認できない。
末期の定義があいまいである	医師の思う末期にズレがある (2)	身体状況上かなり具合悪いのに、医学上の医師の判断は「抗がん剤を投与できているうちは末期と書けない」とか、「まだ末期の告知をしていないので（本人に）書けない」と意見書に記入して頂けない。実際の日常生活状況と医師の思う末期とのズレがあり、十分な介護が受けられず亡くなる方もいる。
		末期がんの新規申請者が更新を迎えることがあり、困惑する
福祉用具への理解を周知してほしい	福祉用具貸与が必要の旨の記載を周知してほしい (2)	平成22年10月25日の厚生労働省からの通知では、福祉用具貸与費の算定について、「医師の医学的な所見に基づき判断」となっていることから、主治医意見書への福祉用具貸与が必要な旨の記載について、ドクターへの周知徹底を図るべきと考える
		福祉用具（ベッドや車椅子）の貸与について、主治医の医学的所見が重要になるケースもある。また、主治医意見書の記入が遅いため、申請から認定結果が出るまでに時間がかかることもある。主治医の理解が求められる
	軽度者への対応を行ってほしい (1)	軽度者への福祉用具の対応で、主治医の対応が悪い場合がある。規模が大きい総合病院などで、所見を取る手続きに困難さがみられる。当町の場合、電話で所見を聴取しても良いとしているが、（ケアマネが）電話も取り次いでもらえず、面会もできない場合もある

早めに申請を行える体制を作っしてほしい	早めに申請してほしい(3)	終末期状態で申請しても認定されてからサービスの利用が短い終末期に入る前に申請できると良いと思う
		末期がん患者からの申請は、退院日前後に出されるが多い。計画的な退院が難しいと思われるが、せめて1~2週間でも、早く出せないものか。医療機関の早めの対応を期待する
		できれば入院中に調査が出来ていると安心である(1日で再入院になったり、退院後2~3日で死亡する場合もあるため)
	MSWと連携を進める(2)	病院MSWと連携して、介護認定のための申請がされると良い。ADLが非常に高い状態で申請に来るため、調査日を設定するのに苦労する。このため、家族よりMSWと連携して、介護申請のタイミングを図っている
		病院SW等と、より連携できるとスムーズに申請~認定できるのではないかと感じる
事前の情報共有など連携を深めてほしい	保険者と連携を深めてほしい(8)	通院ができるような段階から、行政の保健部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との医療機関との連携が必要
		医療側と保険者間との事前の情報共有や連絡が必要と考える
		末期がんのケースについては、家族が窓口申請に来られても、末期かどうか不明であったり、窓口では確認しにくいことも多く、適切に対応できないことがある。医療機関より直接各保険者へ連絡をいれ、状況が把握できれば適切に対応ができると思われる
		介護サービスの提供についても主治医等、病院との連携が早急にとれる体制が望ましい
		サービス提供側と医療提供側の連携が必須。スムーズにしていきたい。適切な時期(タイミング)で必要なサービスを提供していくために、要支援認定では不十分。要介護認定からサービスを開始するべきなのではないかと思われる
		入院中の末期がん患者に担当しているソーシャルワーカーがいれば情報の把握も容易にでき、主治医意見書も含めて迅速な対応ができるが、これ以外の場合、結局は主治医・医療機関に対する催促頼みになってしまうので、行政と医療機関の連携が重要
		入院中で早過ぎる申請のこともある。また、余程の覚悟がなければ在宅は困難と言えるケースもあった(入院中の病院に連絡したところ面談できる状態ではないと言われた)。医療機関と本人、家族が十分話し合っておられる事が前提であろうと考える
	医療機関から患者さん(ご家族)に対し、介護保険申請の勧奨及び介護保険者への情報提供、主治医意見書作成時の末期がんの記載の徹底、福祉用具必要の是非を記載していただくと、その後のサービス利用もスムーズかと思います。医療機関と保険者が連絡を密にすることが重要だと思います	
	居宅介護支援事業所との連携が重要(1)	適切な介護サービスを利用するためにも、医療機関と居宅介護支援事業所との連携が重要と考えます
審査会開催について	1週間以内に開催希望(1)	進行が早いことから、症状が重篤になることも早く審査会も書類提出後、1週間以内に審査会が行われることを願う。
訪問看護の利用について	医療保険で利用の周知(1)	今年度、当町において、末期がん患者が介護保険による訪問看護を利用したケースがあり、ケアマネ等に再度周知を図った所である(末期がんは医療保険)。

○市区町村が対応していること

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的な内容
医療と福祉の連携体制づくりを進めている	医療と福祉の連携に協力(5)	在宅で本人・家族様とも安心して療養できるために医療と介護が連携できる関係作りに取り組んでいます
		本市では、医療機関入院中の対象者が退院時において早急な介護保険サービスを受けられるように地域医療連携室、ケアマネージャーとの連携を指導している
		終末期は在宅での生活が困難になるため、医療機関での対応になり、実際に介護サービスの利用に医療と介護の連携がうまく行えていない
		ご本人や家族の介護サービス(在宅等)により、サービス担当者も早急に対応できるように日頃から他の仕事を通じても連携づくりが必要と思われる
	研修を行っている(1)	介護保険サービス及び認定審査に関わる専門職は介護・福祉など多職種の為、市町村包括が中心となり、ターミナル期(末期がん)の研修を予定し、今は関係者が末期がんの知識や対応のあり方を学びあい、迅速に利用者、家族へ支援できるように研修を計画している
	福祉との連携(1)	申請受付から認定・介護サービス提供が迅速に進むよう、地域包括支援センターやケアマネージャーとの連携体制作りが重要と思われる。 申請者の状態に添える対応に努めたいと考えている
市民啓発	パンフレット作成(1)	保健所管内の市町村と合同で「ターミナルケアの手引き」のような市民向けのパンフレットを作成中です
認定調査を迅速に行えるよう対応している	状況を把握して対応している(5)	末期がんの方の申請の場合、申請日における同日、又は即日調査を実施、主治医意見書を早期作成依頼し、最短5日で二次判定(認定審査会)が行われている
		本市では末期がんの方から要介護認定の申請があった場合、窓口にて本人の状況を確認し、今後必要となる見込みの介護サービス・医療サービスについて情報提供を行っている。又、必要に応じて地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等へつなぎ、適切な介護サービスを受けられるよう支援している
		ケアマネージャーによって末期がんだからと思ひ込み、すべて大至急ではなく、それぞれ状況を確認(病院、家族から)した上で対応しています
		末期がんの方の申請に際しては、特に取り決めはないものの、状況・状態を確認し、必要な対応を取るよう努めている(申請後、できるだけ迅速に結果を出すなど)
迅速に対応しても利用に結びつかない	認定前に亡くなる場合もある(5)	急いで認定をしても、在宅に移らないまま亡くなることが多く、サービス提供につなげることへの難しさも感じています
		要介護認定の申請があった日から暫定でサービスを始められるが、認定調査をしないうちに死亡してしまうケースがある。認定調査がすぐ出来れば良いのだが、なかなか調整が取れないときもある
		末期がんの方の要介護認定や介護サービスの提供は迅速に行う必要がありますが、難しさを感じます
		認定手続きには、最短でも10日~14日を要するのが現状であり、この間になくなる方もいらっしゃいます。暫定プランや福祉用具貸与は、意見書等により認定前に個別対応しています
		短期で死に至るケースが多く、申請してすぐに状態が悪化し、サービス業者が徒労に終わるケースも少なくない

状態が不安定の中での調査は迷う	状態が不安定な人への調査は判断に迷う(2)	通常は容態が安定した時に認定調査を実施するが、末期がんの方については、状態が不安定な時でも調査を実施せざるをえなく、判断に迷うことが多い
		調査時にケアマネ立会いすぐサービス開始してもらっている。調査時と1週間後がガクッと状況が変わってしまうと予測できる方の場合、非常にチェックをどこにすることがよいのか迷う
遠方者への対応は大変	遠方者への対応は大変である(2)	入院されている場合、病院が当市から遠距離にある場合が多く、調査するのに大変である
		近隣、町内では暫定プラン→サービス提供はほぼスムーズに行われているが、島外のかた(遠方)が申請→暫定利用を希望した際に対応してもらえる居宅(包括)がなかった
暫定プランで対応している	暫定サービスを活用している(3)	調査を早急に行い、一次判定結果をケアマネに連絡している
		癌の申請がH18年3人、19年1人であったものがH20年7人、H21年5人と増加傾向にある。申請後急に悪化して退院できなかつたり、できても短期間であったりする場合もある。また、経過は長くても急変などある。暫定プラン等で対応していることも多い
		緊急を要するようなケースはケアマネ判断により、暫定でのサービスが利用可能であり、変更後の認定は申請日から通用されるので手続き上の優先性の必要は生じていない
安心して暫定利用することが重要(2)		早急なサービス利用開始が必要であるが、サービス量の決定について、ケアマネは限度額をオーバーしないか不安を持っている。調査時も体調の変動がある場合が多く福祉用具の導入も主治医の協力が必要となる
		末期がんについては安心して暫定利用することが最重要と考えています
申請件数増加等で迅速は困難である	調査員不足で困難(5)	認定申請が増加の一途を辿る中、調査員も毎日ぎりぎりのところまで予約を入れており、がん末期が至急対応が出た場合、答えられる余裕がないのが現状です。今はなんとか他の業務をやりくりして調査員以外の職員が(調査のできるものが現在はいるので)対応していますが、今後増加の可能性もあり心配です
		事務職が認定調査員を兼ねており、認定事務全体にかかる職員が不足していることから、申請当日に認定調査を行うことは無理があり、3日以内に認定調査を行うことも困難なことが多い。また、認定調査を行うに際しては、対象者や入院先等の都合も考慮しなければならない
		早めの調査をする様努力していますが、申請件数が増加している中で対応するのに苦慮しているのが現状です
		当該対象者については、できるだけ迅速な認定調査を実施するようにしているが、多くの審査案件を抱える中で、申請当日に必ずしも認定調査を行うことができないため、保険者として対応に苦慮している
		認定調査が介護認定申請者に追いつけない状況である為、「末期がんの方」への対応にも苦慮している状況がある
末期がんの確認できる体制が必要	意思表示が確認できる体制作り(2)	介護認定の申請時に、「末期がん」との意思表示がなされないと、受付窓口では「末期がん」の把握が出来ないため、申請時に必ず意思表示が確認できる体制作りが必要
		申請窓口で末期がんであるか聞き取りが難しい場合がある
	1号被保険者は把握できない(3)	1号保険者については、申請時に「末期がん」等の要件は必要ないため、「末期がん」の把握はできておりません 1号の被保険者は主治医の意見書が届かないと診断名はわからない為、早急の対応ができない事が多い

		2号被保険者の場合は「がん末期」という理由で申請が出るため、申請と同時に対応可能であるが、「末期」の定義があいまいであるため、1号被保険者の把握は難しい
2号被保険者の判断が難しい	末期がん と判断するのが難しい(3)	2号被保険者の申請や変更申請理由から「末期がん」が判明している事例は対応が速くできるが、更新申請の場合、主治医意見書と認定調査で初めて判明する場合があります。迅速に進められていない場合があります。 2号の被保険者の方で、がん末期以外の特定疾病に該当しない方からの申請の場合、告知されていないと手続に苦慮する場合があります 2号新規の申請時がん末期と判断するのがむずかしい。治療により回復したり安定したりして何回も更新する人がいる。他の特定疾病も判断するのがむずかしい。病気でわかるのをやめてほしい
要支援への対応	要支援への支援(1)	包括支援センターでは、末期がんの方は要支援と認定されることが多いので(又機能が保たれているので)担当することが多く、急速な機能低下の時期の対応について一緒に考え、ご支援しております
要介護度の設定について	独自の介護度設定(1) 適正な要介護判定は困難である(3)	末期がんの方は調査後1週間くらいで状態の変化(悪化)がみられ介護度も変わる為、結果が出てすぐには区分変更の申請になる事が多く、その事をふまえ独自の介護度を設定する必要があると考える 予後予測を含めた要介護度の設定は、困難である 適切な要介護判定は困難。調査結果や主治医意見書からの審査方法にプラスして予測が難しい。(調査時には”できる”ことが多い) 介護認定判定の際、判断基準となる介護の手間と病状との間にギャップがある場合が多く、短期間で状態悪化をみこした判定が行われにくいことが多い
福祉用具貸与の対応について	市独自で軽度の方へ貸与をしている(2) 軽度者の貸与について(2)	当市では軽度の方への福祉用具貸与は主治医の意見の添付(今後急速に状態悪化の可能性のある等の内容)で認められており、末期がんの方の福祉用具貸与も、その対応で可能な状況と考えております 介護保険制度以外のベッド・車イスのレンタル等の利用ができる当町では、申請窓口でアセスメントして、サービス導入もしております(H22.11月末実績3件) 末期がんの診断を受けた方の場合、ベッドや車イスを必要とする場合が多いことから、軽度者への福祉用具貸与の対象から除していただくと、サービス利用も早期に安心して利用可能になると思われます 通知以後特に却下することなく貸与等を認めています
在宅が困難なケースについて	困難なケースもある(1) 調整の受け手が限られる(1)	ある程度症状が落ち着いた方でないと、訪問サービスだけでは、家族が急激な変化に対応できず、救急車で搬送され死亡されるケースがある。希望される方全てががんの在宅療養が適切か判断に迷う 在宅医の確保や訪問看護の充実がなされていないため、サービス調整をするケアマネの受け手が限られてくる。また、ほんの少しでも在宅で・・・と医療機関や各サービス事業所と調整してもサービス利用がなかったら無報酬だと誰も調整役(ケアマネ)をうけてくれない
介護保険外で	介護保険にそぐわない(1)	末期がんの方の認定審査については、一方的に病院から勧められたけど、相応するサービスが見当たらないとか、実質、ベッドのレンタルくらいしかサービス利用していないので、医療やその他福祉分野で対応可能なこと、申請途中で亡くなる方も多いことから、果たして介護保険制度自体に合っているのかどうか、本市では疑問を抱いているところです
市民への啓発	終末期について考えておく(1)	末期がんの方が最終末期に際して申請をされる場合があります。酷かかもしれませんが最終末期をどのように迎えるか、少し前に患者さんやご家族には考えて頂く必要があると思います。そうすれば、必要な体制を整えることができ、ご家族の心労も減らすことが出来るのではと思います
今後対応	現状ではない(1)	最近、末期がんの方の福祉用具貸与のケースが見られるようになってきたので、今後迅速に対応する必要があります。これからの課題である

○国に対応してもらいたいこと

カテゴリ	サブカテゴリ	具体的な内容
一定以上の介護度を定めてほしい	要介護以上と定める必要がある (14)	要支援では、サービス利用に限界があるため、最低でも一律「要介護」以上を定める必要性を感じる。エンドステージにおける要支援は不適切な判断と考える。
		申請したときの状況や時期にもよると思いますが、ご本人の状況も病気の進行でどんどん悪化していきます。末期がんの方は、結果を出す際、先を見越して最低要介護2をつける等ご検討いただければスムーズにサービス利用につながると思います。
		当市では、末期がんの方の要介護度について、認定審査会でできるだけ要介護1以上となるよう検討していただいておりますが、要支援となり変更申請をする方もいます。制度の中で一定以上の介護度（例えば介護2）が定められることが望ましい
		末期がんという事を考慮した認定結果を出す（2～3段階上の介護度にする）
		診断があった方の申請について、通常の手続きを省略（例：一律要介護2と一旦は認定し、それより重度への変更が必要な場合、変更申請するなど）する対応も必要かと思えます。申請件数増を背景に市町村の迅速対応が難しくなっている現状があります
		申請時から急激に状態が悪化するため、福祉用具の導入やサービスがめまぐるしく変わるため、ある程度先（最期の時期）を見こしてプランを立てられるようにできたら良いと思う
		意見書に「末期がん」の記載があれば、審査会に諮らずとも「要介護5」としてはどうか？理由としては状態が早急に悪化するため、区分変更等の手続きを省くため。またケアプランを作成しやすいのではないかと？
		サービス提供側と医療提供側の連携が必須。スムーズにしていきたい。適切な時期（タイミング）で必要なサービスを提供していくために、要支援認定では不十分。要介護認定からサービスを開始するべきなのではないかと思われる
		末期がん患者の人は介護2以上の結果が出る様定めた方が良いと思う
		末期がんによる急激な状態悪化に伴う軽度者の区分変更申請に関しては、申請後、要介護の決定に至るまでの期間、「要介護2」として取り扱うことによって、より迅速なサービス提供が可能と考えます
		申請件数が増加する中、申請日当日に調査を行い、審査会を開くことは困難である。迅速な対応を行うためには、がん末期と診断された場合には例えば一定のサービスが受けられる介護度（要介護2以上）を認定するなど、制度改革を行う必要があると考える
		主治医意見書で末期がんの病名があった場合には介護認定を要介護2以上にすることが出来るように制度化して欲しい。がん末期の方は、本人・家族共に精神的・身体的負担が大きい方がほとんどです。そのため、調査項目について内容を絞って限定した項目の調査を行えるとよいと思えます
2号の末期がん申請者については、申請時点ではADL低下を来していないことも多く、要支援判定にとどまることも少なくない。したがって、当該申請者に関して要介護2以上の判定をルール化してはどうか。その後の、福祉用具導入時や区分変更申請時などに医師や保険者との連携の手順を省くことが出来、利用者の負担を減らす効果も見込まれる。ケアマネージャーへ研修を徹底することで、給付の適正は確保されると考える		
また認定審査会の二次判定において、末期がんの診断があれば一時的に病状が安定していても予後予測を含めた介護度になるよう制度上の通達が必要と思う		

サービスの限度額などをなくす	必要なサービスが受けられるようにする(2)	調査、審査に関わらず最悪の場面を想定したサービスが提供されると良いと考える 末期がんと診断されていても歩行ができて身の回りのことを自分で行っていると、どうしても要支援等の軽度の介護度が出てしまう。その後急な状態悪化により、すぐ変更申請が出されることがあり、申請や調査のタイミングが難しいと思う。早めに申請を行って軽度の介護度でも必要なサービスが受けられれば何度も申請を出す必要もないかと思われる
	支給限度額の上限をなくす(2)	末期がん患者に限り、余裕を持ってサービスを使えるように、支給限度額を引き上げる 末期がんの患者及び家族には状態が変わっても短期間での変更申請や認定は負担と考えるので、限度額の撤廃なども一つの方法ではないかと思えます
末期がんの特例基準を設ける	要介護度区分決定の特例基準または別の支援制度(5)	適切な介護サービスを提供するためには、末期がん患者等に対する要介護度区分決定の特例基準を設けるか、あるいは介護保険制度とは別の支援制度を確立すべきと考える
		末期がんの方のサービス利用の種類は、比較的限られていて、介護用ベッド、車椅子、訪看(医療)がほとんどである。予後の見通しを考慮すると、日数のかかる認定を受けることなくサービス利用できるようにするべきと考えます
		迅速な介護認定にも限界があるため、より迅速とするためには認定事務による審査会での決定ではなく、医師から末期がんと診断された時点で特定サービス(範囲指定して)を患者に速やかに提供する体制ができれば、と思う
		認定審査会を経ず1次判定で介護度決定し、サービス利用可能とする。福祉用具の利用制限を設けない
認定システムの簡素化や評価項目の追加などを図る	認定システムを簡素化できる改正を希望(8)	今回の調査で申請後1ヵ月以内に亡くなられている方が多数おられた。認定は急ぐ必要があるが運用だけでは限界がある。制度上、調査を省略できるような改正を希望する
		癌末期の患者様は、急速な症状の悪化が考えられるため、医師の診断(認める書面)があれば、認定を待つことなく迅速に介護サービスを利用出来るシステムが望ましいと思う
		末期がんであってもADLは自立している場合があり、介護度が支援、介1だったケースがあった。その後急激に状態が悪化し、すぐ区分変更が出され、死に至る現認定システムでは末期がんの進行には間に合わない
		認定システムを簡素化すれば早い対応ができるのではないのでしょうか。末期がんは認定のルールにしたがわず柔軟な対応が必要と思う
		末期がんなどの急激な変化を伴う病態についての介護サービスの提供については、手続、認定等の対応が遅れ間に合わなくなる可能性がある。介護保険の簡略化または医療での対応などの必要があると思えます
		保険者による1次判定結果を反映した職権による認定
		末期がんと医師の診断があれば、認定審査会を経なくても介護サービスを受けられるようにすべき
		認定申請から調査までの時間(期間)を短期間に実施するよう努めているが、入院中のケースは、病院が遠方(県外)だと対応が困難な場合もあるのが現状です。末期がんのケースは認定なくても届出制などにし、「診断名」があればサービスが使える・・・などと簡素化(介護認定の一連を省略)されるとよいと思えます
評価項目の追加を希望(2)	容態が急変しADLが著しく低下するので主治医意見書や認定調査票の評価項目に追加してほしい	
	介護保険の中でということであれば、次回の制度改訂時に対応項目の検討をしていただきたい	

介護保険外での対応も必要ではないか	すぐ利用できる医療保険で対応を希望（9）	<p>短期間（1ヶ月内）で状況が著変する末期ガンのケースについては、介護というより医療・看護が主であり、介護サービスで提供できる福祉用具や訪問介護等と同様のサービス提供が医療として提供できればよいと感じている</p>
		<p>医療保険での対応であれば、必要なときにすぐ利用でき、利用者様やご家族にとって、速やかに、より良いサービスが受けられるのではないかと考えます</p>
		<p>末期がんの方への介護サービスでの対応は、申請から給付まで日数を要する介護保険制度では不相当と考える。診察～入院（看護）まで迅速な対応が可能な医療保険の対象にすべきである</p>
		<p>介護保険とは別の枠組みの中でスピーディーかつ柔軟なサービスが受けられる制度と体制を作っていくことが重要だと考えます</p>
		<p>現在の認定調査項目や介護認定審査会の基本設計は「介護の手間」を評価基準としていることから、特に第2号被保険者の末期がんはいろいろ難しい問題がある。入退院を繰り返される事例や一時帰宅（外泊）を希望される事例でのベッド利用希望などは、介護保険より医療保険でのサービス利用の方が円滑に希望に添えるのではないかと思う</p>
		<p>末期がんの方は訪問看護も医療保険で受けることができる。「最期に家に帰りたい」「今なら家に帰れる」という時期の在宅については、医療保険で福祉用具貸与等のサービスをうけられるようになった方がよいのではないか</p>
		<p>末期がんの方は、特にサービスを急がれている状況があり、申請→認定まで1ヶ月位の期間を有する介護認定のサービスにはそぐわないように思います。必要時すぐに利用が可能な医療でレンタル等のサービスが他にあればと思います（そのことを窓口でお伝えするのも心苦しいです）</p>
		<p>利用するサービスは、ベットのレンタルだけのことが多い。医療保険制度で利用できるような制度改正が行われることが望ましいと考える</p>
		<p>要介護認定の手順では、非該当や要支援1という認定もあるため暫定でのサービス利用が困難。末期には訪問看護同様、介護用ベットのレンタル等が医師の指示に基づき医療保険で利用できれば良いと思います</p>
現状の介護保険のシステムではそぐわないのではないか（4）		<p>末期がんと言っても状態は各々であり、迅速な対応をしなければならない状況でなければ、末期がんといえ対応は他の申請と同じです。急速な悪化によるサービスについては、介護保険外での対応も必要ではないでしょうか。</p>
		<p>末期ガンのサービスを介護保険が担うべきではないと考える。ガン末期でも退院可能な人は介護度が低い場合が多い。予後を予測した要介護認定は、要介護認定の趣旨から外れる。主治医の意見は単に「ベッド必要」といった具体性のないものが多い。暫定ケアプランで利用可能だが、二次判定が出る頃には既に悪化している</p>
		<p>入退院がはげしく、申請されてもすぐに入院になってしまい調査ができなかったり、状態の変化がはげしいため調査時と意見書の内容に大きな差があったり、審査結果が出た時期には、すでに申請時の介護度ではなかったりと、かなりふり回されます。審査結果が出る前に亡くなられる場合もあり、暫定でサービス利用されているため、却下することもできず、意見書の提出を亡くなられてから求める場合もあります。末期がんの方に介護認定が適切か疑問です</p>
		<p>現在の認定の仕組みの中で、末期がんへの対応を検討すること自体、保険者には多大の負担である。厚生労働省の責任において介護保険外も含めて、別枠でのスキームを構築すべきである。</p>

介護保険外での対応も必要ではないか	末期がんの認定方法について考える必要がある(8)	調査時に既に「危篤状態」で調査後間もなく死亡するケースも多くある。福祉用具等のサービスが暫定で導入されており、調査・意見書回収とギリギリの状況で認定審査を迫られている。このような状況を介護保険制度で対応が適当なのか疑問を感じる
		申請して1週間以内に退院できずに死亡する例を見ると、時間を作って要介護認定申請をする意味があったのだろうかと思われる人もいます。ターミナルの在宅ケアは介護保険で対応すべきなのか、医療の中で対応できないのか疑問を感じています
		通常の申請→調査+意見書→審査認定→プラン作成→利用という、介護保険のサイクルでは間に合わない。また、サービスも、訪看(医療対応)と福祉用具レンタルがほとんどである。レンタルしても、退院後数日で死亡したり、痛みや本人や家族の不安により再入院するケースも多く、末期ガンの方へは介護保険外で必要なサービスを提供すれば良いと思う。その上で、状態が落ち着き長期在宅が可能な方については、介護申請とするようにしてはどうだろうか
		手続を迅速に行っても、初回の認定結果がついてこないケースもありえることから、末期がん患者の認定方法について一考願いたいと思います
		末期がんの方が利用するサービスは、訪問看護(医療)と福祉用具貸与のみの場合がほとんどで、いずれも緊急にサービスを導入することが必要だが、介護保険制度を利用するよりも医療や他の施策で対応する方が良いのではないかと思います。特に2号被保険者については申請行為そのものが利用者、家族の負担であり、申請時点で「末期がん」と判断することが保険者も難しい。医師も「末期」の判断が様々で確認してもご記入いただけない場合がある
		要介護認定(調査時)にはほぼ自立されている方でも、ごく短期間に急変する場合がありますかと思えます。他の疾患の方と同じ介護認定の方法にはなじまないと思えますので、介護保険とは別制度でサービス提供するのが適当だと思えます
		ターミナルケアの場合、ベッドのレンタルのみ利用が多く、利用期間も2ヶ月以内と短いので介護保険サービスではなく、他の福祉サービスで対応した方がいいのではないかと思います。申請からサービス利用まで期間が短く、調査、審査会、暫定ケアプランチェックなど負担が大きいですが、実際サービスを利用しないで亡くなる場合もある
		介護保険で対応する対象かどうかということも議論の必要なところではないか。(急変の可能性が高い事、本人・家族共に精神的身体的に不安定な状態の所に、煩雑な利用手続きを要する事)
認定事務担当としては介護認定を経過することなくターミナルケアの充実がより早くできる方法の検討も必要と思う		
新たな加算必要	新たな加算の創設を(1)	訪問介護を利用している終末期を迎える利用者に対して訪問介護計画の変更を行う場合、サービス提供責任者の負担に対する加算の創設を行い、特段の配慮を必要とする利用者に対して適切な対応を行う
一律や期限設定は馴染まない	一律の設定や期限は馴染まない(2)	従来から末期がんの申請者への対応については可能な限り、迅速な対応をとってきており、相当な配慮は行っている。しかし、要介護度の一律の設定や認定調査・認定審査会の実施に期限を設けることは、事務手続きを含めた介護認定制度そのものの趣旨には一概には馴染まないものと考えます。別途の個別整理を要します
		末期がんをいつの時点で判断するか、医師の判断が分かれているように思います。訪問調査時点でねたきりの方もおりますが車を運転して通院できる方もあり、一律に要介護度を定めてサービス提供するのは無理があると思えます