

要介護認定等の基礎

令和6年4月

広島県健康福祉局医療介護保険課

要介護認定等の基礎

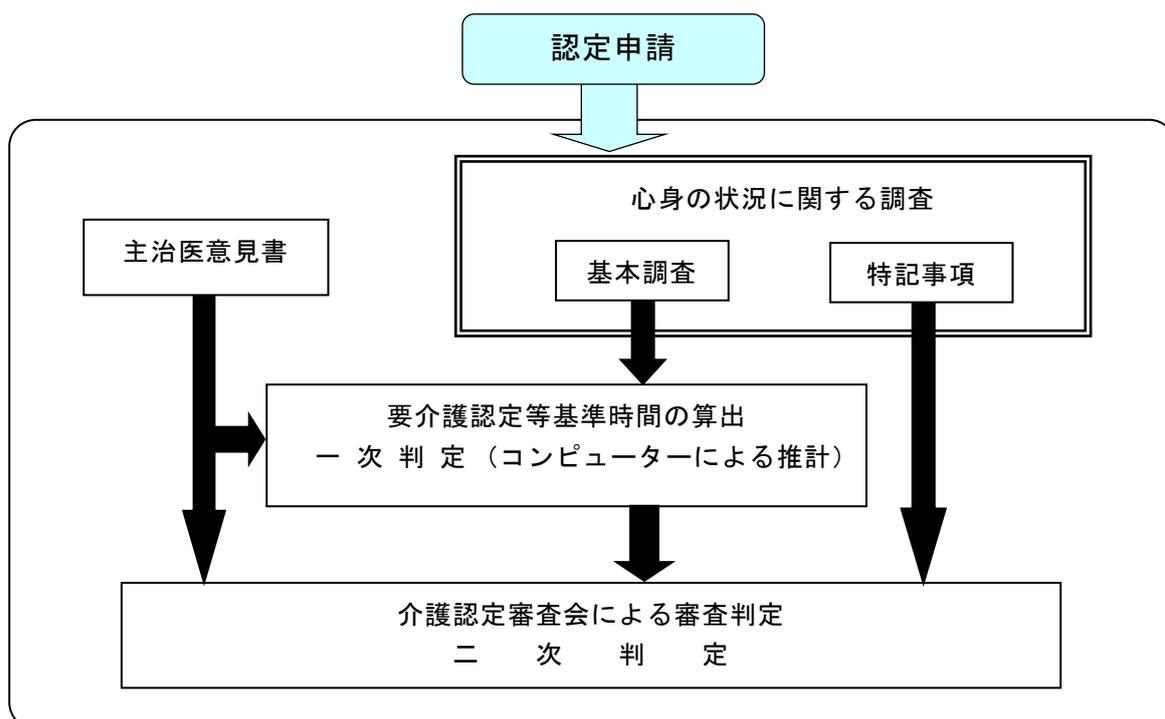
I 要介護認定の申請から認定まで

1 要介護認定とは

- (1) 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。
- (2) この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で判定される。
- (3) 要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、全国一律に客観的に定められた基準に基づく公平・公正な実施が求められている。

2 要介護認定の流れ

- (1) 認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定（一次判定）を行う。
- (2) 保健・医療・福祉の学識経験者より構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定（二次判定）を行う。



3 要介護認定の手順（法第 27 条、介護保険法施行規則第 35～37 条）

① 申請

- ・ 介護サービスを受ようとする被保険者は、申請書に被保険者証（第 2 号被保険者は医療保険の被保険者証）を添え市町村に申請する。
- ・ 申請書には、申請者の氏名等の他、主治医があれば、その氏名等、第 2 号被保険者は特定疾病の名称等も記載する。
- ・ 申請は、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設であって、介護保険法施行規則第 35 条第 3 項の要件を満たすもの又は地域包括支援センターが手続を代行できる。

② 認定調査の実施、主治医意見書の作成依頼

- ・ 市町村は、申請者の心身の状況などについて、認定調査を行う。
- ・ 認定調査のうち、新規の要介護認定申請の認定調査は、市町村職員が実施する。ただし、指定市町村事務受託法人に委託することもできる。
- ・ 新規の要介護認定申請の認定調査以外の認定調査については、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設若しくは地域包括支援センター又は介護支援専門員であって介護保険法施行規則第 40 条第 5 項の要件を満たすものに委託することができる。委託する場合、調査は、認定調査員資格のある介護支援専門員が行う。
- ・ 認定調査の実施と並行して、市町村は主治医（主治医がない場合は市町村の職員である医師又は市町が指定する医師。）に、主治医意見書の作成を依頼する。

③ コンピューターによる推計（一次判定）

- ・ 認定調査の 74 項目の基本調査結果、主治医意見書の記載内容の一部等を一次判定用ソフトに入力し、一次判定を行う。

④ 介護認定審査会による審査・判定（二次判定）

- ・ 保健・医療・福祉の各分野の専門家で構成する介護認定審査会において、一次判定の結果、特記事項、主治医意見書等をもとに審査・判定する。
- ・ 審査会では、第 1 号被保険者については、要介護状態に該当すること及びその該当する要介護状態区分を審査判定する。第 2 号被保険者については、要介護状態の原因である身体上・精神上の障害が特定疾病によって生じたことも審査・判定する。
- ・ また、審査会は、必要なとき、認定期間の短縮・延長、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、居宅サービスや施設サービス等の適切かつ有効な利用等に関する留意事項について、市町に意見を述べることができる。

⑤ 認定結果の通知

- ・ 市町村は、介護認定審査会の審査・判定に基づいて要介護認定し、結果を被保険者へ通知するとともに被保険者証に該当する「要介護状態区分と居宅サービス等の利用等に関する留意事項」を記載し、返付する。

※ 要支援認定の場合も基本的には同様の手順である。（法第 32 条、規則第 49～51 条）

4 申請時期等

(1) 更新申請（法第 28 条、第 33 条）

- 認定の有効期間の満了日 60 日前以降、認定の有効期間満了の日まで申請可能。
- 災害等の特段の事情がある場合には、有効期間満了後であっても特段の事情の消滅後 1 月以内であれば更新認定可能。

(2) 区分変更申請（法第 29 条、第 33 条の 2）

- 被保険者の心身の状況に変化があり、現在の要介護状態区分、要支援状態区分の変更が必要な場合に申請可能。

5 認定の有効期間

(1) 期間

ア 新規認定及び区分変更認定は原則 6 か月

(ア) 端数期間（月途中に新規認定申請した場合等の申請日から当該月の末日までの期間）は、認定期間に加える。

(イ) 認定の有効期間満了日は、必ず月の末日になる。ただし、申請日が月の初日の場合は、申請日から 6 か月。

(ウ) 市町村が介護認定審査会の意見に基づき、必要と認める場合は、新規認定・区分変更認定のいずれについても、3～12 か月の範囲内で有効期間を設定することができる。

イ 更新認定は原則 12 か月

市町村が介護認定審査会の意見に基づき、必要と認める場合は、3～12 か月又は 3～48 か月間の範囲内で有効期間を設定できる。

有効期間の原則

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 か月	3～12 か月
区分変更申請		6 か月	3～12 か月
更新 申請	(前回要支援→今回要支援)	12 か月	3～48 か月
	(前回要支援→今回要介護)	※12 か月	※3～36 か月
	(前回要介護→今回要支援)	12 か月	3～36 か月
	(前回要介護→今回要介護)	※12 か月	※3～48 か月

※状態不安定による要介護 1 の場合は、6 か月以下の期間に設定することが適当です。

(2) 認定の効力発生時期

認定の区分	効力発生時期
新規認定	・ 認定申請日
更新認定	・ 前回の認定の有効期間満了日の翌日（月の初日となる） ・ 従前の要介護度が変わった場合等であっても同様に前回の認定の有効期間の満了日の翌日
区分変更認定	・ 認定申請日 ・ 「みなし更新認定」については、更新認定同様、前回の認定の有効期間満了日の翌日
職権変更認定	・ 職権変更を行った日

(3) みなし更新認定

ア 区分変更申請した場合

審査判定の結果、従前の要介護度に変化がなく、かつ、申請日が有効期間満了日の60日前以内の場合、要介護更新認定申請が行われ、それに対する処分がなされたものとみなす。

イ 要支援認定を受けている者が、有効期間満了日の60日前以内に要介護認定申請をした場合

審査判定の結果、従前どおり要支援状態と判定された場合については、要支援更新認定申請が行われ、それに対する処分がなされたものとみなす。

(4) みなし区分変更認定

要支援認定を受けている者が、要介護認定申請をした場合

審査判定の結果、異なった要支援状態と判定された場合については、要支援区分変更申請が行われ、それに対する処分がなされたものとみなす。

(5) 要介護更新認定・要支援更新認定の取扱い

ア 要介護更新認定の際に要介護状態が変化していた場合

(ア) 変化した後の要介護状態による更新認定を行う。

(イ) なお、この場合の効力発生時期は、現に受けている認定の要介護状態より高い場合であっても低い場合であっても、また、要支援状態として認定された場合であっても、現に受けている認定の有効期間の満了日の翌日からとなる。

イ 要介護認定者の状態が「要支援状態」であった場合で現に受けている要介護認定の有効期間の満了日が到来していない場合

(ア) 申請を却下した上で、職権により要介護認定の取消及び新規の要支援認定を行うことが適当である。

(イ) 要介護認定者の状態が「自立」であった場合であって、現に受けている要介護認定の有効期間の満了日が到来していない場合についても、申請を却下した上で、職権により取消を行うことが適当である。

ウ 要支援更新認定の取扱い

(ア) 基本的には、要介護更新認定の場合と同様である。

(イ) なお、要支援更新認定申請を受けた審査判定の結果、要介護状態であることが判明した場合には、要介護認定申請とみなして新規の要介護認定を行う。

(参考)

1 申請日から30日以内に認定（法第27条第11項）

認定は、原則として、申請日から30日以内に行われる。ただし、市町村は特別の理由がある場合（心身状況の調査に日時を要する等）、30日以内に被保険者に処理見込期間と理由を通知した上で、延期することが可能である。

2 被保険者

介護保険の被保険者には、次の2種類がある。（法第9条第1項、第2項）

○第1号被保険者 市町区域内に住所を有する65歳以上の者

○第2号被保険者 市町区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者

3 要介護者・要支援者

○要介護者（法第7条第3項）

・要介護状態にある65歳以上の者

・要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令に定める特定疾病によって生じたものであるもの

○要支援者（法第7条第4項）

・要支援状態にある65歳以上の者

・要支援状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令に定める特定疾病によって生じたものであるもの

4 特定疾病

○特定疾病（施行令第2条）

①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）②関節リウマチ③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靭帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥初老期における認知症、⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症状及びパーキンソン病、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症、⑪多系統萎縮症、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、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮慢性閉塞性肺疾患、⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

5 要介護状態・要支援状態

○要介護状態（法第7条第1項）

身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、6月間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態

○要支援状態（法第7条第2項）

身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について、6月間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために6月間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態

6 認定調査について

(1) 要介護認定に係る調査の実施者

ア 市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町職員が実施する。

イ 指定市町村事務受託法人への委託

ただし、市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。

ウ 指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター又は介護支援専門員であって規則第40条第5項の要件を満たすものに委託することができる。

【根拠規定】

「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日付け老発0930第5号
厚生労働省老健局長通知）

(2) 認定調査を実施するためには、都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了することが必要である。

(3) 次に該当する介護支援専門員は、この研修を受講しなくても認定調査に従事することができるため、この研修を受講する必要はない。

平成11年8月1日～平成15年3月31日の間に広島県が指定する法人が実施した介護支援専門員実務研修を修了した者

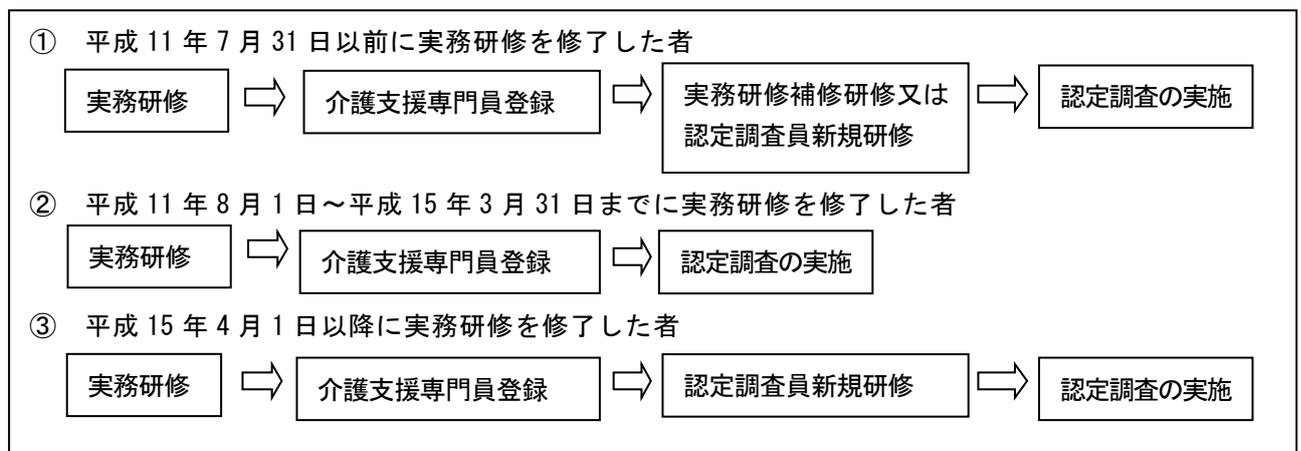
(理由)

実務研修の課程に認定調査に関する研修と同等の内容が含まれていたため。

【根拠規定】

「介護支援専門員実務研修事業実施要綱」（平成11年4月2日付け老発第316号
厚生省老人保健福祉局長通知）（平成15年7月10日改正）4(2)

【参考】認定調査実施までのフロー図



【参考：関係法令等】

- 介護保険法 第一章 総則 第7条
第三章 介護認定審査会 第14～17条
第四章 保険給付 第二節 認定 第27～39条
- 介護保険法施行令 第一章 総則 第2条
第二章 介護認定審査会 第5～10条
第三章 保険給付 第二節 認定 第12～14条
- 介護保険法施行規則 第一章 総則 第2～3条
第三章 保険給付 第二節 認定 第35～60条
- 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令
(平成11年 厚生省令第58号)
介護保険法施行規則の一部を改正する省令(要介護認定等に係る介護認定審査会による
審査及び判定の基準等に関する省令の一部改正)
(平成18年3月14日 厚生労働省令第32号)
- 要介護認定等基準時間の推計の方法
(平成12年 厚生省告示第91号)
要介護認定等基準時間の推計の方法の一部を改正する件
(平成21年3月31日 厚生労働省告示第189号)
- 要介護認定等の実施について
(平成21年9月30日老発0930第5号 厚生労働省老健局長通知)
(令和6年4月1日一部改正)
- 要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び
「特定疾病にかかる診断基準」について
(平成21年9月30日老老発0930第2号 厚生労働省老健局老人保健課長通知)
(令和3年8月16日一部改正)
- 介護認定審査会の運営について
(平成21年9月30日老発0930第6号 厚生労働省老健局長通知)
(平成30年3月23日一部改正)

【参考：関連ホームページ】

- 広島県 「要介護・要支援の認定制度について」
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/page/1210572314281/index.html>
- 厚生労働省 「要介護認定適正化事業」
<http://www.nintei.net/index.html>

Ⅱ 要介護認定のしくみ

1 認定の基準

要介護認定は、「介護の手間」の多寡により要介護度を判定するものである。

要介護認定の審査判定は、「介護の手間に係る審査判定」と「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」の2つに分けることができる。

(1) 介護の手間に係る審査判定

「介護の手間に係る審査判定」は、介護サービスがどのくらい必要であるか、すなわち、介護の手間を客観的に判断するものである。したがって、その方の病気の重症度や、「介護が大変そうだ。」などの主観により決めるものではない。
(病気の重症度と要介護度の高さが必ずしも一致しない場合がある。)

「介護の手間に係る審査判定」では、介護の手間を「介護にかかる時間」で表すこととしており、実際の介護の現場における介護時間（1分間タイムスタディ）の結果をもとに、5つの分野の介護行為（「直接生活介助」、「間接生活介助」、「B P S D 関連行為」、「機能訓練関連行為」及び「医療関連行為」）を合計した「**介護にかかる時間**」（**要介護認定等基準時間**）を尺度“ものさし”としている。

要介護度を表すには、さまざまな“ものさし”が考えられる。その中で、現状では最も客観的であると考えられるものが「介護にかかる時間」であることから、「介護にかかる手間」を全国共通の“ものさし”としている。

このため、「介護の手間に係る審査判定」において、精神的負担感や家族構成などの、「介護にかかる時間」以外の観点から要介護認定等を行うことは、公平公正の観点のみならず、適正給付の観点からも適当ではない。

(2) 状態の維持・改善可能性に係る審査判定

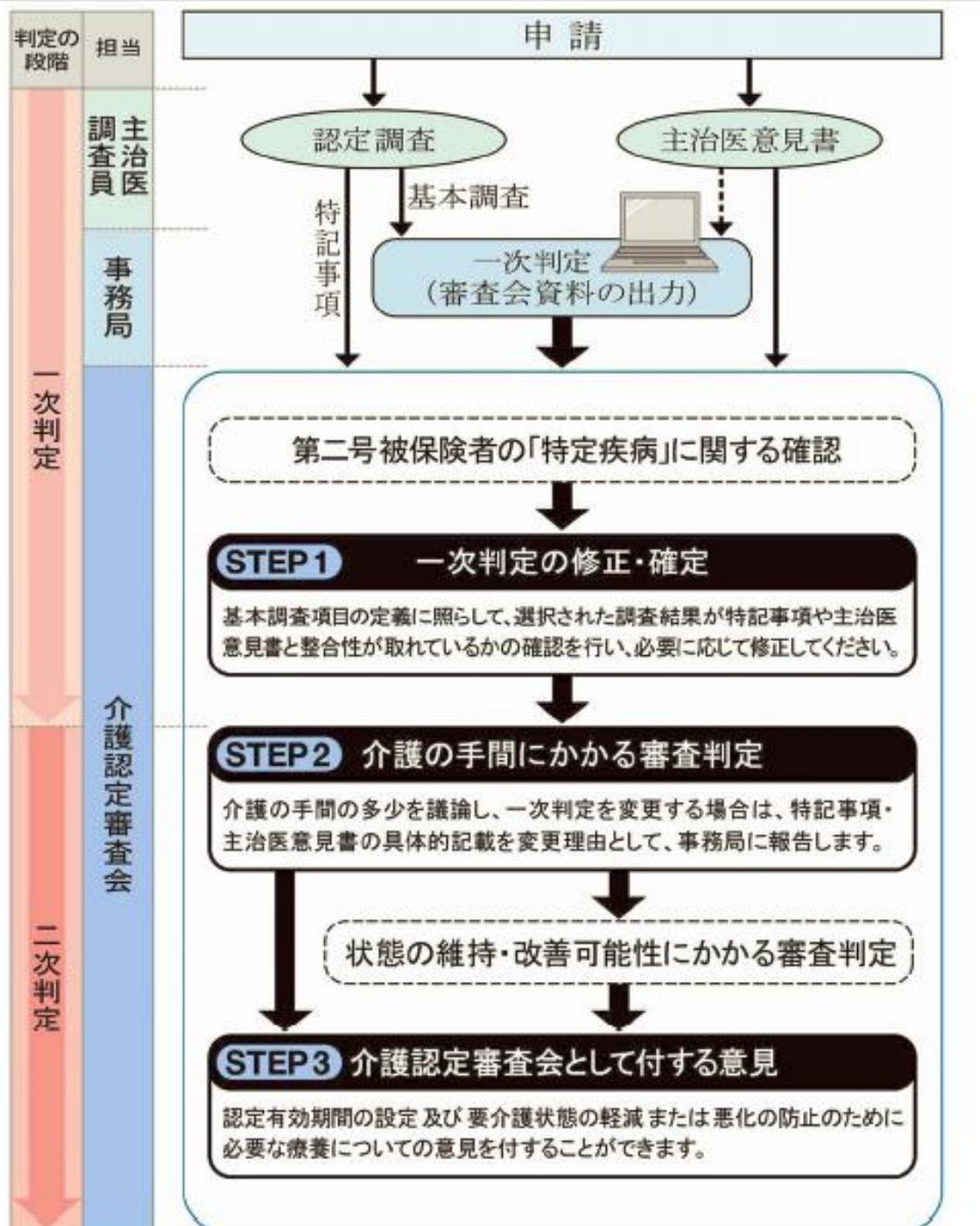
「介護の手間に係る審査判定」で「要介護認定等基準時間32分以上50分未満」とされた者に対しては、続いて「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」を行う。具体的には、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかが一次判定として審査会資料に表示され、この結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更する。

予防給付の適切な利用が見込まれない状態像の者を「要介護1」と判定して、予防給付の対象から除外し、残りの者を「要支援2」と判定する。

2 審査及び判定の流れ

要介護認定の申請から介護認定審査会における審査及び判定の流れは、次のとおり。

(参考) 審査及び判定の手順



3 一次判定

(1) 一次判定の流れ

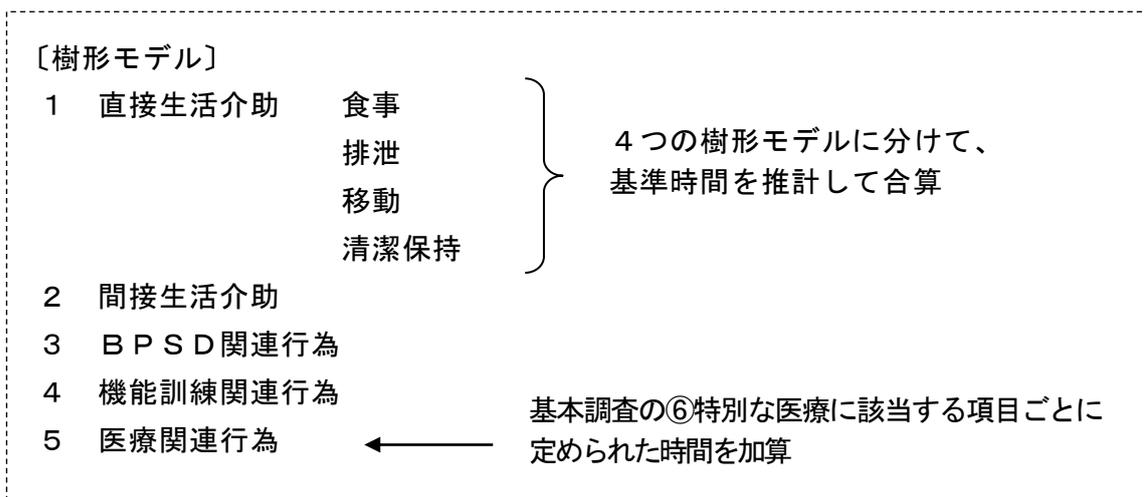
i 基本調査による心身の状況の把握

- ① 一群（身体機能・起居動作に関連する項目）
- ② 二群（生活機能に関連する項目）
- ③ 三群（認知機能に関連する項目）
- ④ 四群（精神・行動障害に関連する項目）
- ⑤ 五群（社会生活への適応に関連する項目）
- ⑥ 特別な医療に関連する項目
- ⑦ 日常生活自立度に関連する項目

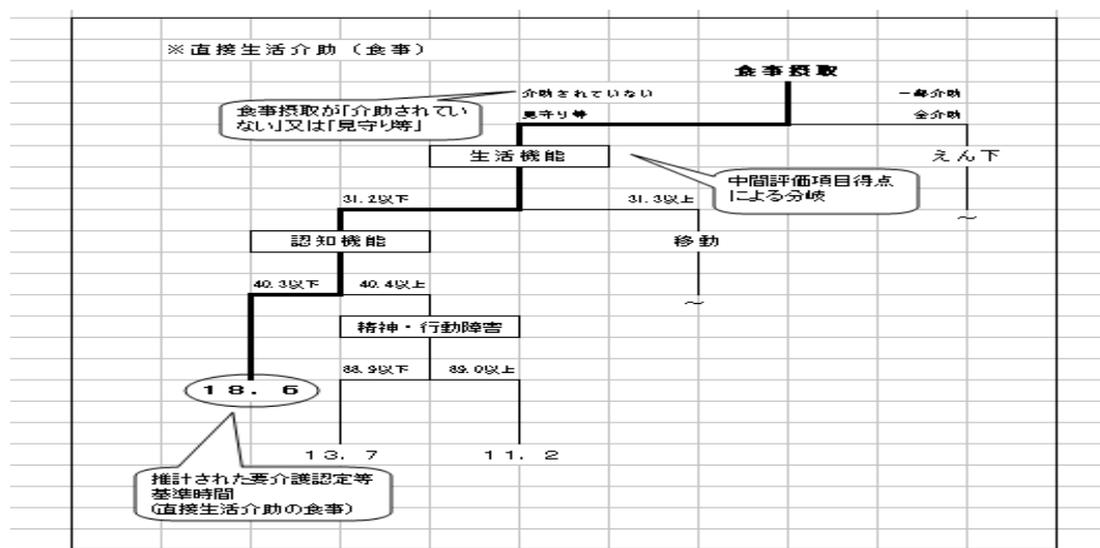
ii 介護の手に係る審査判定

認定調査の74項目の基本調査結果と主治医意見書の記載内容の一部等をコンピューターに入力し、一次判定用ソフトウェアによって分析・判定し、一次判定を行う。

基本調査①～⑤に基づいて、5分野8つの介護行為ごとに樹形モデルで「要介護認定等基準時間」を推計する。



(参考) 樹形モデルのイメージ



iii 5分野の「要介護認定等基準時間」を合計

5分野8つの介護行為ごとに樹形モデルで推計された「要介護認定等基準時間」を合計する。

iv 「認知症加算」の「要介護認定等基準時間」を合計

運動能力の低下していない認知症高齢者については、認知症加算が加算される。

一次判定は、5分野の「要介護認定等基準時間」の合計時間に、基準時間を積み足す認知症加算後の「要介護認定等基準時間」をもとに区分される要介護度となる。

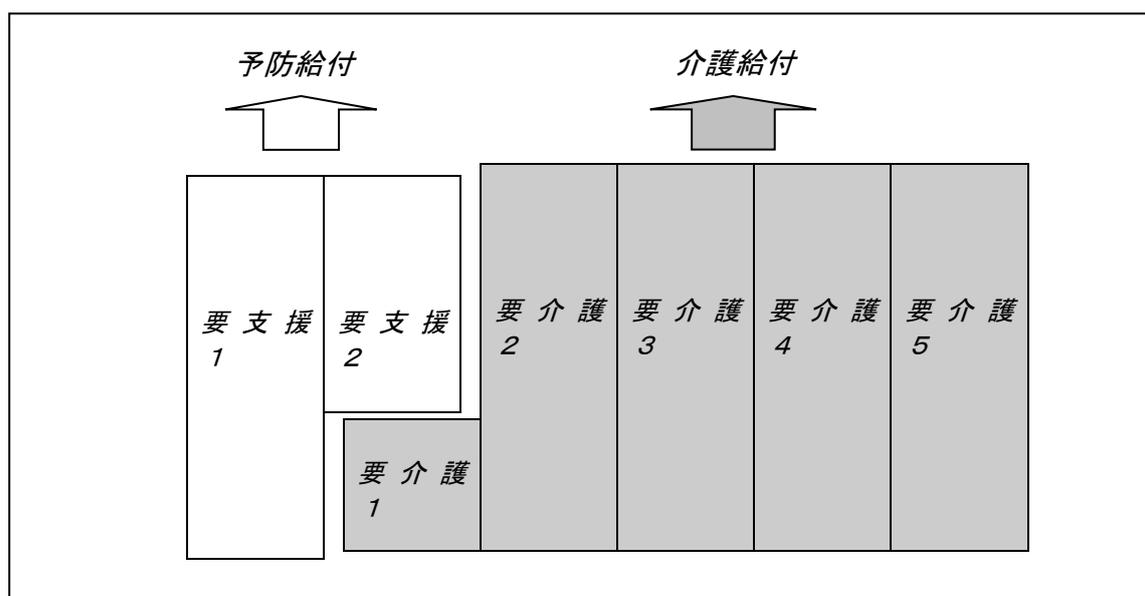
(参考) 要介護状態区分と要介護認定等基準時間との関係

区 分	要 介 護 認 定 等 基 準 時 間
非該当	25分未満
要支援1	25分以上 32分未満
要支援2・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

v 状態の維持・改善可能性に係る審査判定

さらに、「介護の手に係る審査判定」で「要介護認定等基準時間32分以上50分未満」とされた者に対しては、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかに振り分ける。

(参考) 保険給付と要介護状態区分のイメージ



(2) 樹形モデルによる「要介護認定等基準時間」の推計

コンピューターによる一次判定用ソフトウェアは、平成19年1月～3月に実施された「高齢者介護実態調査（介護保険施設調査：約3,000人）」の結果を基に作成されており、訪問調査の結果を入力すれば、その方に対して行われると思われる介護に要する時間を推計できる。

この時間は、どのくらいの介護サービスが必要かを示す指標であり「要介護認定等基準時間」と呼ばれている。その推計方法は、厚生労働大臣により定められており、算出された「要介護認定等基準時間」をもとに一次判定における要介護状態が区分される。

一次判定のコンピュータシステムは、訪問調査の項目等ごとに選択肢を設け、調査結果に従い、それぞれの方を分類してゆき、「高齢者介護実態調査」のデータの中からその心身の状況が最も近いデータを探しだして、そのデータから「要介護認定等基準時間」を推計するシステムである。この方法は「樹形モデル」と呼ばれる。

(3) 要介護認定等基準時間

要介護認定等基準時間は、その人の基本調査の結果である「能力」、「介助の方法」、「(障害や現象の)有無」から統計データに基づき推計された介護に要する時間(介護の手間)を「分」という単位で表示したものである。この時間に基づいて一次判定の要介護度が決定される。

この要介護認定等基準時間は、実際のケア時間を示すものではありませんが、行為ごとの介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示している。

要介護認定等基準時間は、日常生活における5分野8つの生活場面ごとの行為（「直接生活介助(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」）の区分ごとの時間と「認知症加算」の時間の合計になる。

区分ごとの時間は、樹形モデルに基づいて算出される。

(参考) 行為区分ごとの時間が表す行為

直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
BPSD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、じょくそうの処置等の診療の補助等

(4) 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

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た。

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る。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る。(この樹形モデルは、医療や福祉等の専門的な観点からでなく、実態データを分析した結果によって作られている。)

(5) 認知症加算

運動能力の低下していない認知症高齢者に関しては、過去の全国での審査データを分析し、得られた結果に基づき、時間(=介護の手間)を加算して表示する。

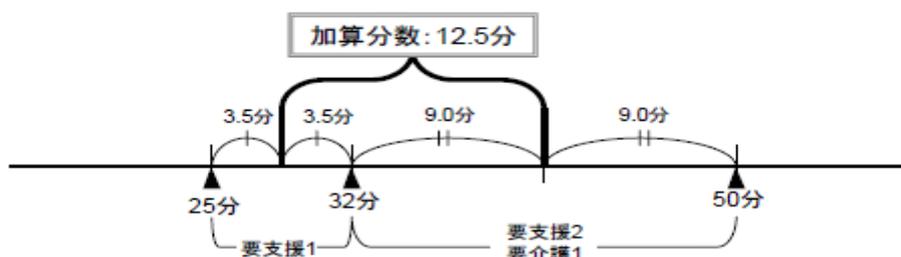
平成15年度の認定ロジックの改訂の際に運動能力の低下していない認知症高齢者の指標が導入された。これは、過去のデータから審査会の審査を経ることで要介護認定等基準時間で示された要介護状態区分より高い区分の判定がされるグループの特性を同定し、その特性がある高齢者には審査会資料に「レ点」を表示し、その数に応じて要介護状態区分を一段階ないし二段階上げる判定を行っていたものである。

平成21年度からは要介護認定等基準時間の観点に基づき介護の手間について特記事項及び主治医意見書から議論する審査判定原則に立ち返ることを目的に、従前の「レ点」による要介護状態区分を一段階ないし二段階上げる方式から、認知症加算として、基準時間を積み足す方式を採用している。

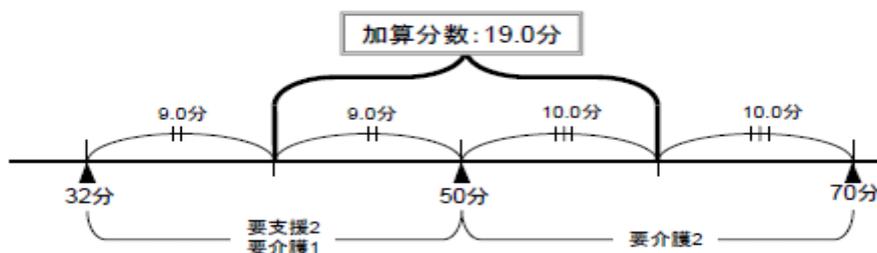
樹形モデルから算出された時間から導き出される要介護状態区分が必ず繰り上がるように、隣り合う要介護状態区分の境目の分数の中間点の差を積み足す分数としている。

(参考) 認知症加算のイメージ図

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



4 二次判定

二次判定は、市町村が設置する介護認定審査会（保健・医療・福祉の学識経験者5名程度で構成）において、一次判定結果、主治医意見書、認定調査の特記事項により、厚生労働省令による基準に照らしあわせて、審査及び判定を行う。

（1）基本調査内容の確認

基本調査の結果について、認定調査の特記事項、主治医意見書の内容の矛盾（不整合）を確認する。内容に不整合があった場合には、①再調査を実施する、②必要に応じて主治医、調査員に照会の上、調査結果の一部修正を行う。

また、第2号被保険者については、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態または要支援状態の原因である障害が特定疾病によって生じていることを「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。

（2）介護の手に係る審査判定

確定した一次判定について、認定調査の特記事項、主治医意見書の内容をもとに介護にかかる時間を検討する。このとき、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の変更が検討される。

介護の手に係る審査判定では、特記事項、主治医意見書をもとに、介護認定審査会委員の経験や専門性の観点から、一次判定ソフトの推計では評価しきれない申請者の具体的な介護の手に係るについて検討を行います。（介護の手の議論のためには、特記事項、主治医意見書に変更の根拠となる介護の手に係るが明確に記載されている必要がある。）

（3）状態の維持・改善性に係る審査判定

ア 基本的な考え方

要介護認定等基準時間32分以上50分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかが一次判定として審査会資料に表示される。

表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができる。

認知機能の低下、状態安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を特記事項及び主治医意見書から明らかにする。

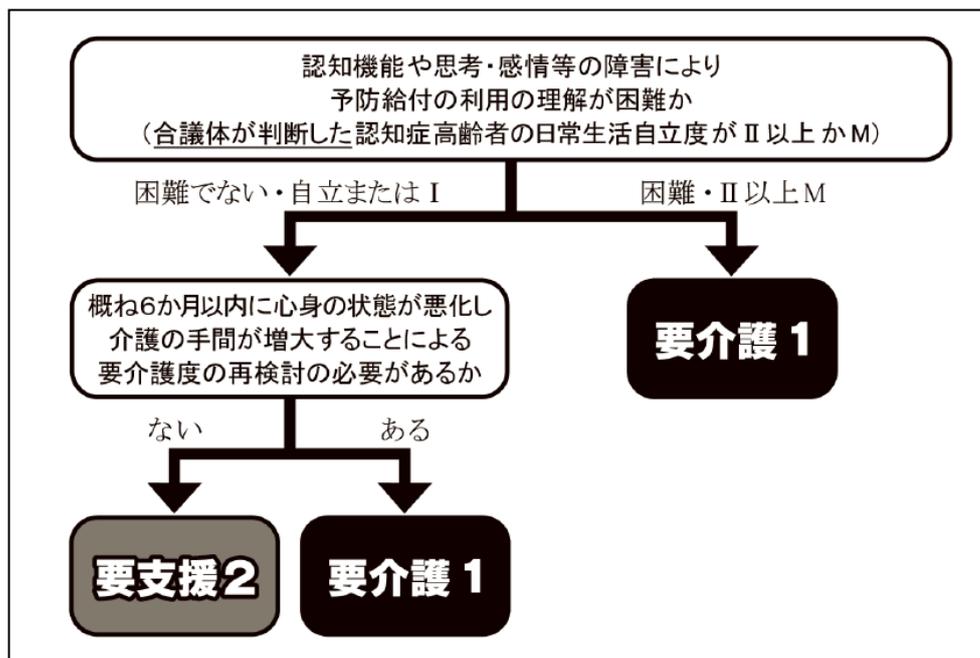
イ 留意点

「要支援2」と「要介護1」は、介護の手に係るや病状の重篤度、心身機能の低下の度合いで判断されるものではない。

「状態の安定性」は、病状そのものではなく、介護の手の増加につながる変化が概ね6ヵ月以内に発生するかどうかという視点で検討する。

次の二つの要件のいずれかに該当する場合は「要介護1」、いずれにも該当しない場合は「要支援2」になる。

- ① 認知機能や思考・感情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）
- ② 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間に生ずるおそれが高く、概ね6ヵ月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合



(4) 介護認定審査会が付する意見

介護認定審査会では、要介護状態区分の決定後、特に必要と考えられる場合には、次の二点に関する意見を審査会の意見として付することができる。

- ① 認定の有効期間を原則より短くあるいは長くする。
- ② 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（特に、明らかに介助が不足し、適切な介助が必要な場合の療養についての意見）

Ⅲ 留意事項

- 要介護認定は、全国一律の基準で、公平・公正に実施
- 個人の秘密は守る

【認定調査員】

- 危険な行為は絶対にしない
- 状況を十分に聞き取る
- 推測で記入せず、必ず「認定調査票記入の手引き」を確認
- 特記事項は、審査判定に必要な情報(介護の手間・頻度、選択根拠等)を簡潔明瞭に記載
- いつも親切・丁寧に
- 身分証明書を提示して調査実施
- 更新申請は、早めに、忘れずに
- 営業活動は禁止

【介護認定審査会委員】

- まず「基本調査の結果」を、「特記事項」、「主治医意見書」と比較検討し、明らかな矛盾がないか確認
- 特定疾病は「主治医意見書」で確認
- 一次判定の変更は、「特記事項」、「主治医意見書」に基づく
- 各委員は異なる分野の専門家
積極的に意見を述べて審査判定を

IV 要介護認定等の実施について

記

1 要介護認定等に係る申請

(1) 要介護認定（要支援認定）の新規申請及び更新申請

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、別添 1-1 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村（要介護認定を実施する広域連合及び一部事務組合等を含む。以下同じ。）に申請を行うものとする。ただし、当該被保険者が介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「規則」という。）第 26 条第 1 項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することは要しない。要介護更新認定又は要支援更新認定を受けようとする場合も同様とする。

(2) 要介護認定（要支援認定）区分変更申請

要介護状態区分又は要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、別添 1-2 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(3) サービスの種類指定の変更申請

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 37 条第 1 項の規定に基づき介護給付等対象サービスの種類の指定を受けた被保険者が当該指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更の申請を行う場合は、別添 1-3 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(4) その他

(1) から (3) に係る申請について、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す様式と異なる様式を使用することは差し支えないが、規則の各条に規定する申請書への記載事項に加え、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す事項を含むものとする。

2 要介護認定に係る調査の実施者

(1) 市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町村職員が実施する。

(2) 指定市町村事務受託法人への委託

ただし、市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。

(3) 指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって規則第40条第5項の要件を満たすものに委託することができる。

（4）認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知（「認定調査員等研修事業の実施について」（平成20年6月4日老発第0604001号）により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者（以下「認定調査員」という。）が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者（以下「調査対象者」という。）に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。

- ① 規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者
- ② 認定調査に従事した経験が1年以上である者

3 主治医の意見の聴取

要介護認定申請を受理した市町村は、審査対象者の主治医（当該調査対象者の主治医がない場合は、市町村の職員たる医師又は市町村が指定する医師。以下同じ。）に対し、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添3に示す主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収する。

4 介護認定審査会での審査判定

介護認定審査会は、認定調査の結果及び主治医意見書の内容に基づき、本職通知（「介護認定審査会の運営について」（平成21年9月30日老発0930第6号））に規定する方法により審査判定を行う。

5 住所移転後の要介護認定の取扱い

法第36条に規定する、要介護認定に係る事項を証明する書面の様式は別添4の通りとする。

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

〇〇市(町村)長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号									
	医療 保険	保険者名	保険者番号									
		被保険者証	記号	番号					枝番			
	フリガナ		生年月日 明・大・昭 年 月 日									
	氏名		性別 男 ・ 女									
	住所		〒 電話番号									
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2									
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日									
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		転出元自治体(市町村)名 []									
			現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日									

提出 代 行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住所	〒 電話番号									

主治 医	主治医の氏名	医療機関名									
	所在地	〒 電話番号									

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長 様

次のおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号									
	医療 保険	保険者名	保険者番号									
		被保険者証	記号	番号					枝番			
	フリガナ		生年月日					明・大・昭	年	月	日	
	氏名		性別					男	・	女		
	住所		〒 電話番号									
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2				
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日									
	変更申請の 理由											
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日				
		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
有・無		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名								
	所 在 地	〒 電話番号								

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市(町村)長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険	保険者名											保険者番号																					
		被保険者証	記号											番号											枝番									
		フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日																	
		氏名											性別	男	女																			
		住所	〒										電話番号																					
		現在受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																					
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨																																		
種類指定 変更理由																																		

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(別添 2)

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所属機関	
記入者氏名			

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護 ()
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係	電話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設等利用

- 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 特定施設入居者生活介護適用施設
 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外)
 養護老人ホーム^{※1} 軽費老人ホーム^{※1} 有料老人ホーム^{※1, 2} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先

施設等名	_____	電話	- -
郵便番号	-		
住所			

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 独居 同居（夫婦のみ） 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載）

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他（四肢の欠損）

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない 2. 肩関節 3. 股関節 4. 膝関節 5. その他（四肢の欠損）

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえればできる 4. できない

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約1 m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞えない
5. 聞えているのか判断不能

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる
2. 見守り等
3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる

2. ときどき伝達できる

3. ほとんど伝達できない

4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1. できる

2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-6 大声を出す事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-8 「家に帰る」等と言いつち落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 特別な場合を除いてできる	3. 日常的に困難	4. できない
--------	-----------------	-----------	---------

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	---------	---------	--------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------------	---------	---------	--------

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。
(複数回答可)

処置内容	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ (人工肛門) の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター (人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	11. じょくそうの処置		
	12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 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, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

()

()

()

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 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, 2-12 外出頻度

()

()

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 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, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

()

()

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

()

()

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

()

()

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

()

()

()

()

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()
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等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	令和 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・令和	年 月 日頃)
2.		発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3.		発症年月日	(昭和・平成・令和	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) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 火の不始末 <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 () 科) <input type="checkbox"/> 無				

(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 □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス(_____)
 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)
 血圧 (_____) □摂食 (_____) □嚥下 (_____)
 移動 (_____) □運動 (_____) □その他 (_____)
 特記すべき項目なし

(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ど意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<input type="text"/>							
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女			
	住 所 (転出先予定)								
	異動予定日	令和 年 月 日							

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

令和 年 月 日

〇 〇 市 (町 村) 長

認定済 ・ 申請中	申請年月日	.	.
要介護状態区分	認定年月日	.	.
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効		
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()		
介護認定審査会の意見			
備 考			

裏面に注意事項を記入