

事務連絡
平成18年1月19日

各 $\left(\begin{array}{cccc} \text{都} & \text{道} & \text{府} & \text{県} \\ \text{指} & \text{定} & \text{都} & \text{市} \end{array} \right)$ 介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

改正介護保険法の施行前における要介護認定等の実施について

介護保険制度の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記については昨年来、全国介護保険担当課長会議等を通じて連絡しており、平成18年4月1日（以下「施行日」という。）より改正後の介護保険法（以下「改正法」という。）第18条第2号の規定に基づく予防給付（以下「新予防給付」という。）を施行する地方公共団体においては、平成18年1月30日から施行日の前日までの間、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第15条の規定に基づき、施行日より要介護認定の更新が行われる者に対する、改正法の規定に基づく要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）の更新認定のための準備行為として施行日の前に実施する必要があります。

このため、改正法に基づく要介護認定に関する各政省令、告示及び通知に係る改正作業を行っているところですが、これらは本年2月中旬以降に公布又は発出の予定であるため、以下の点に留意しつつ、別紙にてお示しする内容により、暫定的に実施されるよう、よろしく願いするとともに、貴管内の各市区町村への周知及び御指導方、よろしく願いいたします。

本件連絡先

厚生労働省老健局老人保健課

課長補佐 川内

介護認定係 前田、習田、増田、牛渡

TEL 03-5253-1111（内）3943、3947

FAX 03-3595-4010

電子メール maeda-akihisa@mhlw.go.jp

記

1. 準備行為の対象

改正法の施行日前の準備行為の対象としては、以下の事項が該当します。

＜（ ）内は該当する新法の条項のみ記載＞

- ア) 施行日より要介護認定の更新が行われる者に対する、改正法の規定に基づく要介護認定又は要支援認定の更新認定（改正法第19条、第28条及び第33条）
- イ) 指定市町村事務受託法人の指定並びに委託及び委託した旨の告示（改正法第24条の2）
- ウ) 新たに認定調査を委託することができる者に対する委託契約
- エ) 他市町村への認定調査の嘱託手続（改正法第27条第2項）
- オ) 上記ア) からエ) に関連して実施の必要が生じる事項

2. 特定疾病の見直しについて

特定疾病の見直しに係る規定については、新法の施行日以降に要介護認定の申請があった場合に適用されます。

3. 主治医意見書様式等の先行改正について

主治医意見書の様式及び記載の手引きについては、平成18年1月30日以降、先行的に改正を行いますので、主治医意見書の受領にあたっては、平成18年1月30日から平成18年3月31日までの間、「要介護認定の実施について」の一部改正について（老発第0119001号平成18年1月19日付厚生労働省老健局長通知）及び『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』の一部改正について（老老発第0119001号平成18年1月19日付厚生労働省老健局老人保健課長通知）により実施をお願いします。

(別紙)

改正法の施行日前における要介護認定事務について

平成 18 年 4 月 1 日より施行される改正後の介護保険法(以下「改正法」という。)第 18 条第 2 号の規定に基づく予防給付(以下「新予防給付」という。)を実施する地方公共団体においては、平成 18 年 1 月 30 日から施行日の前日までの間の要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)の取扱いは以下のとおりとする。

1. 認定申請の受付

- (1) 当該市町村内(特別区を含む。以下同じ)に住所を有する被保険者又は申請代行者(以下「申請者」という。)から「要介護認定・要支援認定申請書」及び「介護保険被保険者証」(第二号被保険者にあつては、「医療保険被保険者証」も添付する。)の提出を受け付け、申請書の内容を確認の上、受理する。
- (2) 被保険者台帳保険料納付原簿で保険料納付状況を確認する。
- (3) 「介護保険資格者証」を作成し、申請者に交付する。

(申請代行について)

- ・ 要介護認定の申請に関する手続の代行が可能な者は現行の介護保険法(以下「現行法」という。)の規定に基づき、「指定居宅介護支援事業者」及び「介護保険施設」とする。

(特定疾病の取扱いについて)

- ・ 特定疾病については、現行の政令に規定された 15 疾病とする。なお、特定疾病に係る政省令等については改正を行い、平成 18 年 4 月 1 日以降に要介護認定の申請のあった者から適用することを予定しているため、被保険者等から照会を受けた場合はその旨、説明する。

(更新申請者の取扱いについて)

- ・ 平成 18 年 3 月 31 日以降に現に受けている要介護認定の有効期間が満了する者の更新認定については、改正法に基づく要介護認定を実施するため、被保険者にその旨説明する。(この場合、介護保険法等の一部を改正する法律(平成 17 年法律第 77 号)附則第 15 条の規定に基づく準備行為として、施行日前に実施する取扱いとなる。)

(区分変更申請者等の取扱いについて)

- ・ 区分変更申請のあった者については、区分変更認定の趣旨（心身の状況の変化により申請日より新たな要介護状態区分等によるサービス提供を必要とする場合に用い、認定の有効期間は新規認定に準じること等）を説明し、被保険者の希望に沿った手続きがなされるよう、留意する。
- ・ 現に要支援認定を受けている者が新規の要介護認定の申請を行った場合も同様の取扱いとする。

2. 認定調査等

(1) 認定調査

認定調査員が認定調査を行い、調査結果をもとに「認定調査票(概況調査)」、「認定調査票(基本調査)」及び「認定調査票(特記事項)」(別添様式1)を作成する。

(認定調査の委託について)

- ・ 要介護認定の申請に関する調査(認定調査)の委託が可能な者は現行法の規定に基づき、「指定居宅介護支援事業者」及び「介護保険施設」とする。

(更新申請のあった者の取扱いについて)

- ・ 改正法に基づく要介護認定を実施するため、別途示す「認定調査員テキスト2006」に記載された判断基準に基づき、現行の79項目に加え、「日中の生活」、「外出頻度」、「家族・家庭環境、社会参加等の状況」の3項目(以下「新たな3項目」という。)を調査する。

(新規申請のあった者及び区分変更申請があった者の取扱いについて)

- ・ 現行法に基づく要介護認定を実施するため、現行の79項目を調査する。なお、現行の79項目に係る判断基準については、「認定調査員テキスト2006」における当該項目に係る記載内容に基づき判定して差し支えない。

(区分変更申請のあった者等の取扱いについて)

- ・ 区分変更申請のあった者については、前述のとおり新たな3項目を調査する必要はないが、申請者が円滑に要介護認定を受ける観点から申請者の同意を得て別途新たな3項目を調査することを妨げるものではない。
- ・ 現に要支援認定を受けている者であって新規要介護認定申請のあった者の取扱いも同様とする。

(2) 主治医意見書

主治医（いない場合は市町村が指定する医師）から「主治医意見書」（別添様式2）を受領する。

（主治医意見書様式等の取扱いについて）

- ・ 要介護認定の申請の種類に関わらず、新たな主治医意見書の様式を使用する。記載に当たっては改正後の主治医意見書記載の手引きを使用する。

（特定疾病の取扱いについて）

- ・ 特定疾病については、現行の政令に規定された15疾病とする。なお、特定疾病に係る政省令等については改正を行い、平成18年4月1日以降に要介護認定の申請のあった者から適用することを予定しているため、主治医等から照会を受けた場合はその旨、説明する。

(3) 一次判定

「認定調査票（概況調査）」、「認定調査票（基本調査）」及び「主治医意見書」をもとにコンピュータによる一次判定を行い、「介護認定審査会資料」を作成する。

（一次判定ソフトについて）

- ・ 更新申請のあった者については「認定ソフト2006」を使用し、「介護認定審査会資料」を作成する。
- ・ 新規申請、区分変更申請のあった者については原則として「認定ソフト2002」を使用し、「介護認定審査会資料」を作成する。

3. 介護認定審査会

- (1) 審査対象者について、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、「介護認定審査会資料」、「特記事項の写し」及び「主治医意見書の写し」を介護認定審査会委員に事前に配布する。
- (2) 介護認定審査会において、「介護認定審査会資料」、「特記事項」及び「主治医意見書」により審査判定を行う。
- (3) 介護認定審査会は審査判定結果（要介護状態区分、有効期間及び意見）を市町村に通知する。
- (4) 介護認定審査会議事録を作成する。

（介護認定審査会の運営について）

- ・ 1つの合議体で同時に現行法に基づく要介護認定の手法（以下「審査判定」という。）と改正法に基づく審査判定を行っても差し支えない。

- ・ ただし、審査対象者の順序や資料配布の手法等において、現行法に基づく審査判定を実施する審査対象者と改正法に基づく審査判定を実施する審査対象者を区別するなど、介護認定審査会委員が混同することがないように、配慮する必要がある。

(更新申請のあった者の取扱いについて)

- ・ 改正法に基づく審査判定を実施するため、別途示す「介護認定審査会テキスト 2006」に記載された判定基準に基づき、審査判定を実施する。
- ・ 「介護の手間に係る審査判定」(現行法に基づく二次判定にあたる過程)により「要介護 1 相当」とされた者に対してのみ、「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」を行う。
- ・ 「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」を経て、二次判定の結果「要介護 1」とされた者については、介護認定審査会委員に状態像の確認を求める。

(新規申請のあった者及び区分変更申請があった者の取扱いについて)

- ・ 現行法に基づく審査判定を実施する。なお、改正法に基づく審査判定のうち、「介護の手間に係る審査判定」の手法については、現行法に基づく二次判定の手法と同一のため、「介護認定審査会テキスト 2006」における当該手法に係る記載内容に基づき審査判定を実施しても差し支えない。
- ・ 「介護の手間に係る審査判定」(現行法に基づく二次判定)のみ実施する。

(有効期間の取扱いについて)

- ・ 有効期間の取扱いについては別表のとおりとする。

(区分変更申請があった者の「みなし更新」の取扱いについて)

- ・ 区分変更申請のあった者については現行法に基づく審査判定を実施することとなるが、規則第 42 条第 4 項の規定に基づき更新申請があったものとみなした場合には改正法に基づく審査判定を実施する必要がある。
- ・ したがって、現行法に基づく審査判定により規則第 42 条第 4 項の規定に基づく更新認定を行うことはできない。

(現に要支援認定を受けている者であって新規要介護認定申請のあった者の「みなし更新」の取扱いについて)

- ・ 現に要支援認定を受けている者であって新規要介護認定申請のあった者については現行法に基づく審査判定を実施することとなるが、規則第 35 条第 4 項の規定に基づき更新申請があったものとみなした場合には改正法に基づく審査判定を実施する必要がある。
- ・ したがって、現行法に基づく審査判定により規則第 35 条第 4 項の規定に基づく更新認定を行うことはできない。

4. 審査判定結果の通知

- (1) 介護認定審査会から通知された審査判定結果をもとに「要介護認定・要支援認定等結果通知書」を作成する。
- (2) 「介護保険被保険者証」に認定結果を記載する。
- (3) 「要介護認定・要支援認定結果通知書」と結果記載済みの「介護保険被保険者証」を被保険者に交付する。
- (4) 厚生労働省へ認定支援ネットワークシステムを用いて審査判定の行われた日の翌月 10 日までに必要事項を報告する。

(被保険者への結果通知について)

- ・ 改正法に係る政省令・告示（施行規則、認定基準等）の公布日以降に審査判定結果の通知を行う。
- ・ 介護保険被保険者証様式については、追って通知する。

(厚生労働省への報告について)

- ・ 更新申請のあった者については「認定ソフト 2006」により結果を報告する。
- ・ 新規申請、区分変更申請のあった者については「認定ソフト 2002」による報告を原則とする。

5. 被保険者の転出入に係る事務の取扱い

(転出元市町村)

- (1) 現に要介護認定を受けている者の転出にあたっては、「受給資格証明書」を交付する。

(転入先市町村)

- (2) 転入日から 14 日以内に「受給資格証明書」を添えた要介護認定申請を受けた場合は、「受給資格証明書」の記載内容に基づき、要介護認定を実施することができる。また、被保険者証郵送交付までの間に使用する「介護保険資格者証」を作成し、申請者に交付する。(被保険者証等の即日交付が可能な場合は交付可能)
- (3) 後日、「要介護認定・要支援認定結果通知書」と結果記載済みの「介護保険被保険者証」を被保険者に交付する。

(異動に係る要介護認定の取扱いについて)

- ・ 異動に伴う要介護認定については新規要介護認定の取扱いとなるため、有効期間は原則 6 月間（3～5 月間）とする。

- ・ 処分の効果は転入日にさかのぼるため、施行日以前に転入した者については現行法に基づく要介護認定を行う。

(要介護更新認定の結果がすでに通知されているが、その更新認定の発効前に転出した場合)

- ・ 転出元市町村においては「受給資格証明書」に既に通知済みである更新認定結果に係る事項を記載する。
- ・ 転入先市町村においては「受給資格証明書」に記載された内容に基づき、要介護認定を実施することとなるが、転入日が施行日以前の場合は現行法に基づく要介護認定を実施する必要があるため、以下のとおり読み替えて要介護状態区分等を決定する。

「要支援 1」と記載されている場合 → 「要支援」と認定
「要支援 2」と記載されている場合 → 「要介護 1」と認定
「要介護 1」と記載されている場合 → 「要介護 1」と認定
「要介護 2」から「要介護 5」と記載されている場合
→ 受給資格証明書の記載内容どおり認定

- ・ その他要介護認定の申請中に異動があった者の取扱いについては、従前の例による。

別表

制度移行時（平成18年1月30日～3月31日）の有効期間等の取扱いについて

（平成18年4月1日より新予防給付を実施する市区町村）

(1) 新規申請

申請時要介護度等	申請区分	審査判定の手法	判定結果	有効期間
新規	(新規)要支援認定、 (新規)要介護認定申請	現行法に基づく審査判定	要支援	原則6月間(3～6月間)
		現行法に基づく審査判定	要介護1～5	原則6月間(3～6月間)

(2) 更新申請

申請時要介護度等	申請区分	審査判定の手法	判定結果	有効期間
要支援	要支援更新認定申請	改正法に基づく審査判定	要支援1・2	原則12月間(3～12月間)
		改正法に基づく審査判定	要介護1～5	原則6月間(3～6月間)
要介護1～5	要介護更新認定申請	改正法に基づく審査判定	要支援1・2	原則6月間(3～6月間)
		改正法に基づく審査判定	要介護1～5	原則12月間(3～24月間)

※規則第35条第4項及び第42条第4項による更新申請があったものとみなされた場合を含む。

(3) 区分変更申請

申請時要介護度等	申請区分	審査判定の手法	判定結果	有効期間
要介護1～5	区分変更申請	現行法に基づく審査判定	要支援	原則6月間(3～6月間)
		現行法に基づく審査判定	要介護1～5	原則12月間(3～24月間)

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。

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	平成 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回め以降 (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	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
対象者氏名					
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"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	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"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	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(特養等)	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(老健・診療所)	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"/> 市町村特別給付 []					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []					

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の主訴、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）、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。

--

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）

特記事項 ⇒ 1

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、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

1. ない 2. 肩関節 3. 肘関節 4. 股関節 5. 膝関節 6. 足関節 7. その他

2-1 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。 ⇒ 2

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

2-2 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。 ⇒ 2

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

2-3 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。 ⇒ 2

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

2-4 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。 ⇒ 2

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

2-5 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。 ⇒ 2

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

2-6 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。 ⇒ 2

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-7 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。 ⇒ 2

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

3-1 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。 ⇒ 3

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

3-2 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。 ⇒ 3

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

3-3 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。 ⇒ 3

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒ 4

7. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
4. じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 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。 ⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 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。 ⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-5 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。 ⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-6 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。 ⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

5-1 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。 ⇒ 5

	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
7. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
4. 洗顔	1	2	3
7. 整髪	1	2	3
4. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 5

	1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
7. 上衣の着脱	1	2	3	4
4. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 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。 ⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-4 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。 ⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-6 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。 ⇒5

- | | | | |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 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 |
|--------|-----------------|-----------|---------|

6-1 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。 ⇒6

- | |
|-----------------------|
| 1. 普通（日常生活に支障がない） |
| 2. 約1m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 |

6-2 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。 ⇒6

- | |
|----------------------|
| 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 |

6-3 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。 ⇒6

- | |
|----------------------|
| 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 |

6-4 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | | | |
|---------------|-------------------|----------------|
| 1. 介護者の指示が通じる | 2. 介護者の指示がときどき通じる | 3. 介護者の指示が通じない |
|---------------|-------------------|----------------|

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | | | |
|---------------------------|--------|---------|
| ア. 毎日の日課を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| イ. 生年月日や年齢を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが | 1. できる | 2. できない |
| エ. 自分の名前を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| オ. 今の季節を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| カ. 自分がいる場所を答えることが | 1. できる | 2. できない |

7 問題行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒7

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----------|-------|
| ア. 物を盗られたなどと被害的になることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| イ. 作話をし周囲に言いふらすことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ウ. 実際にはないものが見えたり、聞えることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |

エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ. 暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク. 大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ. 目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ. ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

8 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)

⇒8

<u>処置内容</u>	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		
<u>特別な対応</u>	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		
<u>失禁への対応</u>	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）			

9 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

10-1 日中の生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒10

1. よく動いている	2. 座っていることが多い	3. 横になっていることが多い
------------	---------------	-----------------

10-2 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。

⇒10

1. 週1回以上	2. 月1回以上	3. 月1回未満
----------	----------	----------

10-3 生活の不活発化の原因となるような家族・居住環境、社会参加等の状況の変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒10

1. ない	2. ある
-------	-------

認定調査票（特記事項）

1 麻痺・拘縮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 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

()

3 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

()

4 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

()

()

()

5 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

()

()

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3 意思の伝達, 6-4 介護者の指示への反応, 6-5 記憶・理解

()

()

()

7 問題行動に関連する項目についての特記事項

7 問題行動

()

()

()

8 特別な医療についての特記事項

8 特別な医療

()

()

()

10 廃用の程度（生活の不活発さの程度）に関連する項目についての特記事項

10-1 日中の生活, 10-2 外出頻度, 10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

()

()

()

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)		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 _____				
医療機関名 _____			電話 () _____	
医療機関所在地 _____			FAX () _____	
(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) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
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"/> 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 () <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 □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。)