

## 5-5 要介護認定事務について

### 背景

- 介護保険制度の見直しに伴う、新たな要介護認定の実施に伴い、
  - ① 認定調査において一部調査項目が追加されること
  - ② 「要支援1」、「要支援2」等、新たに要支援状態区分が設けられることなどの見直しが行われることから、認定調査票、要介護認定申請書、介護保険受給資格証明書等の様式について、以下の見直しを行うこととしたものである。

### 認定調査票の様式について（案）

- 新たな要介護認定の手法等については、現在要介護認定モデル事業（第二次）（以下「モデル事業（第二次）」と言う。）を実施しているところであり、認定調査項目及びその判断基準についても、その結果等を踏まえ最終的な確定を予定しているところである。
- この手法については、モデル事業（第二次）において現在まで大きな混乱なく概ね円滑に実施されており、認定調査項目の内容や介護認定審査会における有効性について、複数の市区町村に状況を確認したところ、概ね良好な評価を得たところである。
- このため、新たな要介護認定の実施にあたり、認定調査項目について、モデル事業（第二次）にて用いたものから変更は要しない、と判断し、認定調査票の様式を別紙1の通りとする予定である。
- なお、認定調査項目の判断基準等については、文言等の詳細についてモデル事業（第二次）の実施状況を踏まえる必要があることから、若干の修正があり得る。
- 認定調査項目及び認定調査票については告示（「要介護認定等基準時間の推計の方法」平成15年3月24日厚告第91号）において、認定調査項目の判

断基準等については通知（「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『特定疾病に係る診断基準』について」  
老老発 0324001 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局老人保健課長通知）  
において規定しているところであるが、改正法の施行に係る改正政省令の公布に併せて上記の改正を行う予定である。

- 新たな要介護認定の手法については、最も早い場合、平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている要介護認定が満了する者が満了日の 60 日前に更新申請したものから順次行われることから、これらの申請に係る認定調査から新たな認定調査票を使用することとする。なお、要介護認定に関する各省令、告示及び通知において定めることが想定される事項については、1 月中にお示しする予定であるので、改正告示の公布及び改正通知の発出までの間は、暫定的にこの内容により実施されるよう、よろしく願います。

#### 要介護認定申請書等の様式について（案）

- 新たな要介護認定の実施に伴い、要支援状態区分が新たに設けられたことから、要介護認定（要支援認定を含む）の新規・更新・区分変更申請書ならびに介護保険サービスの種類指定変更申請書について、別紙 2-①～③の様式の通りとする。
- なお、新予防給付に係る規定の施行後に、要支援認定を受けている者が、当該要支援状態区分の変更を希望する場合は、新法第 33 条の 2 の規定により区分変更申請をすることとなる。

（参照条文）

「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）

（要支援状態区分の変更の認定）

第 33 条の 2 要支援認定を受けた被保険者は、その支援の必要の程度が現に受けている要支援認定に係る要支援状態区分以外の要支援状態区分に該当すると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、市町村に対し、要支援状態区分の変更の認定の申請をすることができる

2 （略）

#### 介護保険受給資格証明書の様式について（案）

- 新たな要介護認定の実施に伴い、要支援状態区分が新たに設けられたことから、介護保険受給資格証明書について、別紙3の様式の通りとする予定である。
- また、新法附則第3条の規定に基づき、条例の定める日まで新予防給付の実施を行わない市区町村等からの異動等、従前の要介護認定による、要介護認定、要支援認定を受けた被保険者が異動し、介護保険受給資格証明書の交付を受ける場合には「備考」の欄に従前の要介護認定を受けた者である旨記載することとする。

#### 新たな認定申請書及び受給資格証明書の様式の使用開始時期等について（案）

- 要介護認定申請書等及び介護保険受給資格証明書の様式については、現在、標準様式を事務連絡等にてお示ししているところであるが、今般、通知（「要介護認定等の実施について」老発第0324002号平成15年3月24日厚生労働省老健局長通知）を改正して新たに位置づけることを予定しているところであり、改正法の施行に係る改正政省令の公布に併せて上記の改正を行う予定である。
- なお、この通知において定めることが想定される事項については、1月中にお示しする予定であるので、認定申請書及び受給資格証明書の様式については、前段でお示した改正通知発出後、準備の整った市町村から順次使用して差し支えないものとする。

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

### 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			
対象者氏名		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
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

ア. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
イ. 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
ア. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. 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
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ. 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
カ. 「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

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		
失禁への対応	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、あてはまる番号の一つだけ○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、あてはまる番号の一つだけ○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 家族・居住環境、社会参加等の状況における生活の不活発化の原因となるような変化について、あてはまる番号の一つだけ○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

( )

( )

( )

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

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。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	平成	年	月	日									
	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 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分	1	2					
		有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日					
	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・指定介護療養型医療施設)
	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

医療保険者名	
特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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  
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号																			申請年月日	平成	年	月	日
	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																						
保 険 者	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分	1	2													
		有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日													
	変更申請の理由																							
者	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・指定介護療養型医療施設)																					
	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

医療保険者名																						
特定疾病名																						

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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 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。

被 保 険 者	被保険者番号																				申請年月日	平成	年	月	日					
	フリガナ																				生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏名																				性別	男	・	女						
	住所	〒																												
	現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護											要支援状態区分 1 2																	
	有効期間											平成	年	月	日	から 平成												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

医療保険者名												医療保険被保険者証記号番号											
特定疾病名																							

介護保険受給資格証明書

介護保険受給資格証明書												
被 保 険 者	番 号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
	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)											
	移動予定日	平成	年	月 日								
<p>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。</p> <p>平成   年   月   日     <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table></p> <p>                                    〇 〇 市（町 村） 長     <table border="1"> <tr> <td>公印</td> </tr> </table></p>											公印	
公印												
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   年   月   日から平成   年   月   日まで有効											
介護認定審査会の意見												
備 考	<table border="1"> <tr> <td>本要介護状態区分は従前の要介護認定によるものである。</td> </tr> </table>				本要介護状態区分は従前の要介護認定によるものである。							
本要介護状態区分は従前の要介護認定によるものである。												

裏面に注意事項を記入

(※)

(※) 従前の要介護認定による、要介護認定、要支援認定を受けた被保険者が異動し、介護保険受給資格証明書の交付を受ける場合には「備考」の欄に従前の要介護認定を受けた者である旨記載する

## 主治医意見書の様式に係る通知の改正について（案）

### 基本的な考え方

- 新法施行に伴う要介護認定の取扱いについては、平成 17 年 8 月 5 日開催の全国介護保険担当課長会議においてお示したところであるが、この取扱いにより、新予防給付を実施する約 2 ヶ月前から新予防給付の実施までは現行の要介護認定と新たな手法による要介護認定を併用することとなる。

例：平成 18 年 4 月 1 日から新予防給付を実施する市区町村の場合

#### 【新規、区分変更申請】

平成 18 年 3 月 31 日まで、現行の要介護認定を実施する。

#### 【更新申請】

平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている有効期間が満了する者から新たな要介護認定を実施する。

→ 現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用することとなる。

- 主治医意見書の様式については、新たな要介護認定の実施に合わせ、改正を予定しているところであるが、この新たな様式は、「介護の手間に係る審査判定」について、現行の要介護認定と同様の審査が行われるよう、専門家による議論を踏まえ、作成したものであり、新予防給付の実施の前後において主治医意見書の記載及び要介護認定が円滑に実施できるよう、先行的に主治医意見書様式の改正を行ない、現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用する期間においても同一の様式を使用することとする。

### 新たな主治医意見書の様式について（案）

- 新たな要介護認定の手法等については、現在要介護認定モデル事業（第二次）（以下「モデル事業（第二次）」と言う。）を実施しているところであり、主治医意見書様式及び記載の手引きについても、その結果等を踏まえ最終的な確定を予定しているところである。

- この手法については、モデル事業（第二次）において現在まで大きな混乱なく概ね円滑に実施されており、主治医意見書様式の構成や介護認定審査会における有効性について、複数の市区町村に状況を確認したところ、概ね良好な評価を得たところである。
- このため、新たな要介護認定の実施にあたり、主治医意見書様式については、モデル事業（第二次）にて用いた様式から大幅な変更は要しない、と判断し、別紙2の通りとする予定である。（「4. 生活機能とサービスに関する意見」の（3）のみ一部修正）
- なお、主治医意見書記載の手引きについては、文言等の詳細についてモデル事業（第二次）の実施状況を踏まえる必要があることから、若干の修正があり得る。

#### 新たな主治医意見書様式の使用開始時期について（案）

- 新たな要介護認定の手法については、最も早い場合、平成18年3月31日に現に受けている要介護認定が満了する者が満了日の60日前に申請した場合から行われることから、平成18年1月30日申請以降の要介護認定（新規、更新、区分変更すべて）について、新たな主治医意見書様式を使用することとする。

#### 通知等の改正の予定について（案）

- 主治医意見書様式及び記載の手引きについては厚生労働省老健局長通知（「要介護認定等の実施について」老発第0324002号、平成15年3月24日厚生労働省老健局長通知）、及び厚生労働省老健局老人保健課長通知（「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『特定疾病に係る診断基準』について」老老発0324001号、平成15年3月24日厚生労働省老健局老人保健課長通知）にて規定しているところであるが、平成18年1月を目途に通知の改正を予定している。
- なお、この改正は主治医意見書様式の見直しに係る部分についてのみ予定しており、特定疾病の見直しなど、その他の部分については、政省令等の改正にあわせ、再度通知の改正を行う予定である。

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)		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)				
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。)

参考 1、モデル事業（第二次）との対照

(囲み部分を追加)

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  安定  不安定  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)  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

(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  問題なし  問題あり

・ 日常の意思決定を行うための認知能力  自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない

・ 自分の意思の伝達能力  伝えられる  いくらか困難  具体的要求に限られる  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)

無  有 {  幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊

火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状

無  有 [症状名: \_\_\_\_\_ 専門医受診の有無  有 ( )  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。)

**参考 2、現行の主治医意見書様式**

**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。 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 (特定疾病または障害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		
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 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	
・障害老人の日常生活自立度(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 ・痴呆性老人の日常生活自立度 <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) 理解および記憶	
・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 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助	

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

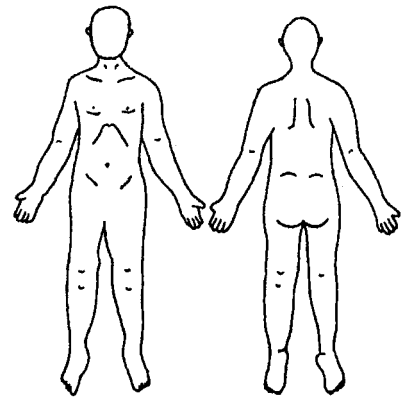
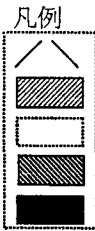
- 有 無  
 (有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

(4) 精神・神経症状の有無

- 有 (症状名 ) 無  
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態

- 利き腕 (右 左) 体重 =  kg 身長 =  cm
- |                                  |        |  |
|----------------------------------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損    | (部位: ) | 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 |
| <input type="checkbox"/> 麻痺      | (部位: ) | 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 |
| <input type="checkbox"/> 筋力の低下   | (部位: ) | 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡      | (部位: ) | 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 |
| <input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 | (部位: ) | 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 |
- 関節の拘縮
- |      |   |      |   |
|------|---|------|---|
| ・肩関節 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | ・股関節 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| ・肘関節 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | ・膝関節 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
- 失調・不随意運動
- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| ・上肢 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | ・体幹 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| ・下肢 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |     |   |



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性  
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ( )  
 → 対処方針 ( )

(2) 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)

- 訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導  
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ( )  
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導  
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

- ・ 血圧について 特になし あり ( )  
 ・ 嚥下について 特になし あり ( )  
 ・ 摂食について 特になし あり ( )  
 ・ 移動について 特になし あり ( )  
 ・ その他 ( )

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

- 有 ( ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。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。)