

要介護認定等の実施について

平成11年7月26日 老発第499号

本年10月より実施される標記について、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）等によって規定されているところであるが、今般、法令の趣旨に則り、下記の通り、その具体的な運用方法等を定めたので通知する。

記

1. 要介護認定に係る調査の実施

市町村職員、要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）に係る調査（以下「認定調査」という。）について市町村（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。）から委託を受けた介護保険施設及び指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員等であって、別途通知する都道府県が実施する認定調査に関する研修（認定調査従事者等研修）を修了したもの（以下「調査員」という。）は、別途通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添1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。

2. 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（当該調査対象者に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、別途通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添2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。

3. 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いて、審査判定を行う。

(別添1)

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	居宅内・入所（院）施設内・その他（ ）
記入者氏名	ふりがな	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（ ）
対象者氏名	ふりがな	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（過去3月間の平均回数を記入） 福祉用具貸与は調査日、福祉用具購入は過去6月の品目数を記載）			
<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス）	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（特養）	月 回
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（老健・診療所）	月 日
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護	月 回
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	月 回
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	品目
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<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	
<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"/> 介護保険施設以外の施設	施設連絡先 施設名（ ） 〒 - 電話 - -

IV 調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項を記入してください。

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)

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 両足がついた状態での座位保持について、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. 支えてもらえばできる	4. できない
--------	-----------------	---------------	---------

2-4 両足がつかない状態での座位保持について、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. 支えてもらえばできる	4. できない
--------	-----------------	---------------	---------

2-5 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
-------------	----------------	---------

2-6 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
---------------	----------------	---------

2-7 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（介護側の指示を含む）	3. 一部介護	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 一般家庭用浴槽の出入りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

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

3-4 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）以外に処置や手入が必要な皮膚疾患がありますか。	1. ない	2. ある

4-2 片方の手を胸元まで持ち上げられるかについて、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. 介助があればできる	3. できない
--------	--------------	---------

4-3 嚔下について、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（介護側の指示を含む）	3. できない
--------	-------------------	---------

4-4 尿意・便意を意識しているかについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒4

ア. 尿意	1. ある	2. ときどきある	3. ない
イ. 便意	1. ある	2. ときどきある	3. ない

4-5 排尿後の後始末について、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. 間接的援助のみ	3. 直接的援助	4. 全介助
-------	------------	----------	--------

4-6 排便後の後始末について、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. 間接的援助のみ	3. 直接的援助	4. 全介助
-------	------------	----------	--------

4-7 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（介護側の指示を含む）	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 （介護側の指示を含む）	3. 一部介助	4. 全介助
ア. ボタンのかけはずし	1	2	3	4
イ. 上衣の着脱	1	2	3	4
ウ. ズボン、パンツの着脱	1	2	3	4
エ. 靴下の着脱	1	2	3	4

5-3 居室の清掃について、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 薬の服用について、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 |
|-------|---------|--------|

5-5 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 |
|-------|---------|--------|

5-6 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。

⇒5

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

5-7 周囲への無関心について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒5

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

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. 普通の声はやっと聴き取れる、聴き取りが悪いため聴き間違えたりすることがある |
| 3. かなり大きな声なら何とか聴き取れる |
| 4. ほとんど聴こえない |
| 5. 聴こ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 介護側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. 介護側の指示が通じる | 2. 介護側の指示がときどき通じる | 3. 介護側の指示が通じない |
|---------------|-------------------|----------------|

6-5 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 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、聞こえることが	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間の逆転が	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. 周囲が迷惑している性的行動が	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○をつけてください。

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
痴呆性老人の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

調査日 年 月 日

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

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 両足がついた状態での座位保持、2-4 両足がつかない状態での座位保持、2-5 両足での立位保持、2-6 歩行、2-7 移乗

()

()

()

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 一般家庭用浴槽の出入り、3-4 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、4-2 片手胸元持ち上げ、4-3 嚔下、4-4 尿意・便意、4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末、4-7 食事摂取

()

()

()

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 介護側の指示への反応、5-4 薬の内服、5-5 居室の掃除、5-6 金銭の管理、5-7 ひどい物忘れ、5-8 周囲への無関心

()

()

()

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 指示への反応、6-5 理解

()

()

()

7 問題行動に関連する項目についての特記事項

7 行動

()

()

()

8 特別な医療についての特記事項

8 特別な医療

()

()

()

※本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

(別添2)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 - 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		
<p>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。</p>			
<p>医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____</p>			
(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ヶ月以内に变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)		<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	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <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"/> 自立し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)	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合)	<input type="checkbox"/> 幻想・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 ()

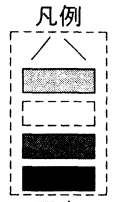
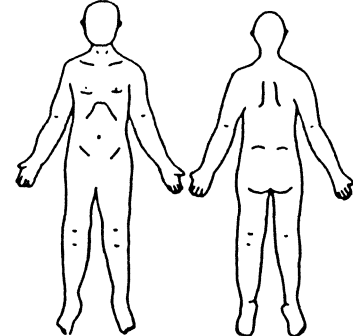
(4)精神・神経症状の有無
有（症状名 _____）無
 （有の場合）→専門医受診の有無 有（ _____）無

(5)身体の状態
 利き腕（右左） 体重 kg 身長 = cm

四肢欠損（部位： _____ 程度：軽 中 重）
麻痺（部位： _____ 程度：軽 中 重）
筋力の低下（部位： _____ 程度：軽 中 重）
褥瘡（部位： _____ 程度：軽 中 重）
その他皮膚疾患（部位： _____ 程度：軽 中 重）

関節の拘縮
 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
 ・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動
 ・上肢 右 左 ・体幹 右 左
 ・下肢 右 左

凡例

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ご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。）