

要介護認定モデル事業（第一次）について（概要）

1 目的

要介護認定モデル事業（第一次）は、平成18年4月からの要介護認定及び要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）の円滑な導入を行う観点から、新予防給付対象者の選定を試行的に実施し、認定調査員、介護認定審査会委員等の意見等を整理し、今後の要介護認定等に係る事務に反映させることにより、介護保険制度の円滑な推進に資することを目的とする。

2 内容

対象 調査実施時点において、「要介護1」と認定されている者を任意に抽出し、新予防給付対象者の選定を以下の事項に従って実施

方法

- ・認定調査の実施（現行の調査項目、新たに追加された調査項目）
- ・主治医意見書（見直し案）記載の依頼及び入手
- ・介護認定審査会での審査判定（新予防給付対象者の選定）
- ・アンケートの実施

3 実施市町村

65市町村（特別区、一部事務組合、広域連合を含む）（別紙）

4 実施期間

平成17年6月下旬～7月

5 調査対象者数

人口1万人未満	20人
1万人以上5万人未満	30人
5万人以上10万人未満	40人
10万人以上30万人未満	50人
30万人以上50万人未満	70人
50万人以上100万人未満	100人
100万人以上	200人

6 本事業への補助

本事業は、「要介護認定モデル事業」(介護保険事業費補助金)により、実施する。

基準額(予定): 厚生労働大臣が必要と認めた額

補助率: 国 1/2, 都道府県・市町村 1/2

7 対象経費(予定)

要介護認定モデル事業に必要な報酬、賃金、報償費、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金

8 その他

全市町村を対象とする「要介護認定モデル事業(第二次)」については、本年11月を目途として実施する予定である。

要介護認定モデル事業(第一次)実施市町村調査対象者数

No.	都道府県	市町村名	対象者数※2	No.	都道府県	市町村名	対象者数※2
01	北海道	旭川市	70人	23	愛知県	名古屋市	200人
		北広島市	40人			豊橋市	70人
02	青森県	階上町	30人	24	三重県	四日市市, 菟野町, 朝日町, 川越町 ※1	70人
03	岩手県	宮古市	40人	25	滋賀県	長浜市, 米原市, 近江町 ※1	50人
04	宮城県	仙台市	200人			彦根市	50人
05	秋田県	秋田市	70人	26	京都府	加茂町	30人
		横手市	30人	27	大阪府	池田市	50人
06	山形県	最上町	30人	28	兵庫県	神戸市	200人
07	福島県	三春町	30人	29	奈良県	大和高田市	40人
08	茨城県	守谷市	40人	30	和歌山県	御坊市	30人
09	栃木県	足利市	50人	31	鳥取県	鳥取市	50人
		鹿沼市	40人			米子市	50人
10	群馬県	前橋市	70人	32	島根県	出雲市	50人
		榛名町	30人	33	岡山県	鏡野町	30人
11	埼玉県	さいたま市	200人	34	広島県	呉市	50人
		所沢市	70人	35	山口県	下関市	70人
12	千葉県	佐倉市	50人	36	徳島県	徳島市	50人
		我孫子市	50人			鳴門市	40人
13	東京都	品川区	70人	37	香川県	東かがわ市	30人
		杉並区	70人	38	愛媛県	伊予市, 松前町, 砥部町 ※1	40人
		武蔵野市	50人	39	高知県	檜原町	20人
14	神奈川県	横浜市	200人	40	福岡県	福岡県介護保険広域連合	50人
		川崎市	200人	41	佐賀県	佐賀中部広域連合	70人
15	新潟県	新潟市	100人	42	長崎県	長崎市	70人
		上越市	50人	43	熊本県	阿蘇市	30人
16	富山県	富山市	70人			錦町	30人
		砺波地方介護保険組合	50人	44	大分県	佐伯市	40人
17	石川県	金沢市	70人	45	宮崎県	宮崎市	70人
18	福井県	小浜市	30人			都城市	50人
19	山梨県	南アルプス市	40人	46	鹿児島県	薩摩川内市	50人
20	長野県	長野市	70人			沖永良部与論地区広域事務組合	30人
21	岐阜県	もとす広域連合	50人	47	沖縄県	浦添市	50人
22	静岡県	伊豆市	30人	合 計		65	4,100人

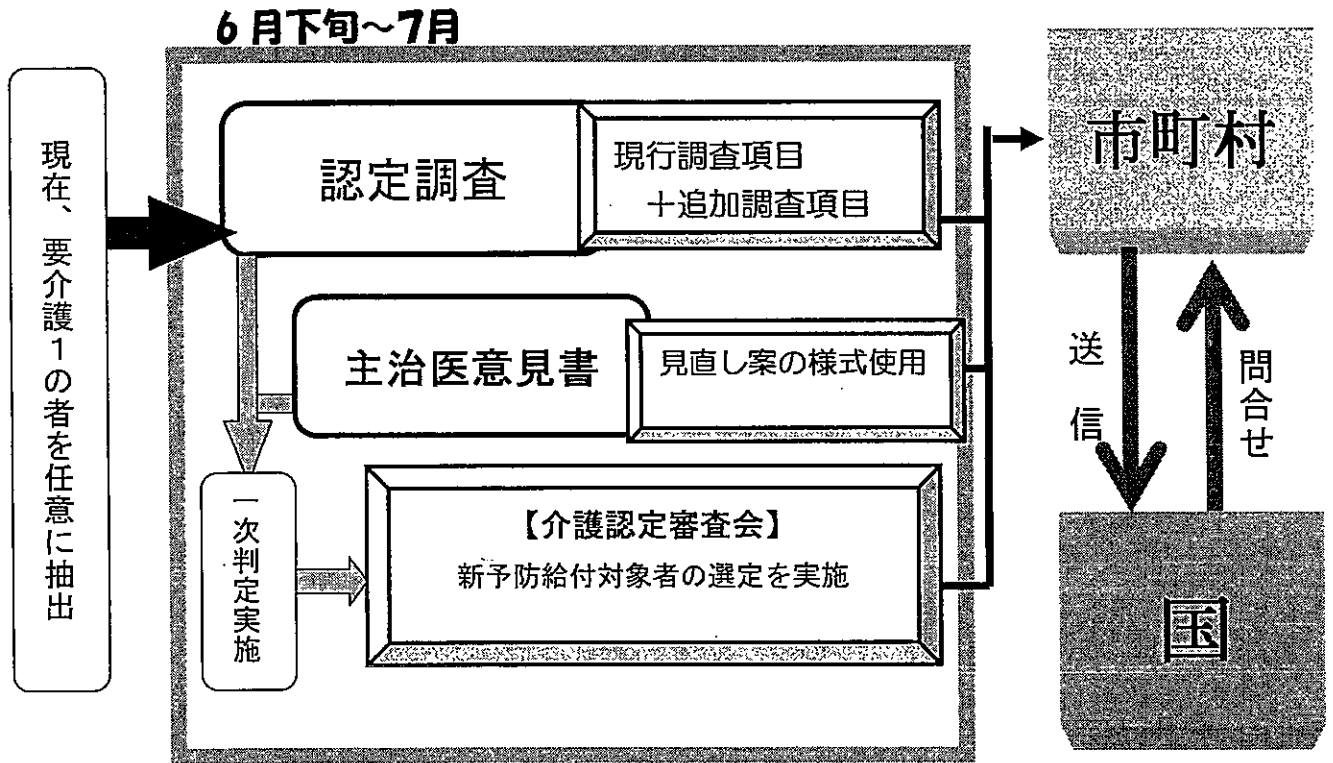
※1 共同実施

※2 要介護認定モデル事業(第一次)推薦時の直近の人口より調査対象者数を算出

要介護認定モデル事業（第一次）のスケジュール

	厚生労働省	都道府県	市町村	対象者
平成16年度 3月	<ul style="list-style-type: none"> ○モデル事業(第一次)実施市町村推薦依頼(3/4※) ○上記決定(3/18通知) 	<ul style="list-style-type: none"> ○モデル事業(第一次)実施市町村推薦 		
平成17年度 4月	<ul style="list-style-type: none"> ○モデル事業実施要綱通知(4/1) 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村への実施要綱送付 	<ul style="list-style-type: none"> ○事業準備 	
5月	<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県・モデル事業(第一次)実施市町村向け説明会(5/16) ○モデル事業(第一次)の手引き(完成版)等必要書類配布(5/31) 		<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県・市町村から認定調査員・認定審査会委員への説明会 	
6月		<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県・市町村から地区医師会・認定調査員・介護認定審査会委員等への説明会 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○モデル事業(第一次)用ソフト配布(6/15) 		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> モデル事業(第一次)調査対象者： 本事業実施時点において「要介護1」の者を任意に抽出 </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> ○調査対象者への説明・依頼と同意書入手 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 6/20～認定調査 現行調査項目及び追加調査項目 主治医へ協力依頼・ 主治医意見書(見直し案) </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 一次判定の実施 </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> 介護認定審査会 一次判定「要介護3～5」の 者を除き、新予防給付対象者の 選定を行う。 ※本事業では、現行二次判定は、省 略する。 </div>	同意書記入 認定調査実施
7月	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content;"> 調査報告 データ 受付期間 7月11日 ～ 8月19日 </div>	※ <ul style="list-style-type: none"> ○送信不能の市町村から送付された調査報告データの取りまとめ ○調査報告データを厚生労働省へ認定支援ネットワークで送信 	<ul style="list-style-type: none"> ○報告データを出力 ○報告データを厚生労働省へ認定支援ネットワークで送信 ※送信不能の市町村： 報告データを都道府県へ送付 ○アンケートの送信 	結果通知

全体の流れ



認定調査票（追加項目分）

10-1 日中の生活

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。

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

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

10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

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、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ない | 2. ある |
|-------|-------|

見直し案

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) 電話 () FAX () 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 □同意する。 □同意しない。

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 (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 □点滴の管理 □中心静脈栄養 □透析 □ストーマの処置 □酸素療法 □レスピレーター □気管切開の処置 □疼痛の看護 □経管栄養 特別な対応 □モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) □褥瘡の処置 失禁への対応 □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 ・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 (該当する項目全てでチェック) □有 → □幻視・幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護への抵抗 □徘徊 □無 □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 □有 [症状名: 専門医受診の有無 □有 () □無] □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 □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重) □右下肢 (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 一日の食事摂取量 □良好 □不良→改善に向けた留意点 () 食欲 □良好 □不良→改善に向けた留意点 () 現在の栄養状態 □良好 □不良→改善に向けた留意点 () (3) 現在あるかまたは今後発生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) 介護の必要の程度に関する予後の見通し □改善 □不変 □悪化 □不明 改善への寄与が期待できるサービス→ () (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 () (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) □有 () □無 □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。)

主治医意見書

現行

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			
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 安定 不安定 不明

(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し 改善 不変 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) <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) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・痴呆性老人の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 理解および記憶

- ・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
- ・食事 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

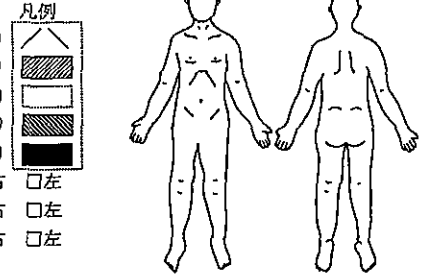
- 有 無
(有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(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
- 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



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。)