

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		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
1. 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
1. 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
7. 上衣の着脱	1	2	3	4
1. 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

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 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。

⇒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	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	
		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	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											
	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) 印
	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	〒																	
		電話番号																	
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										