

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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </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" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table></p> <p style="text-align: center;">〇 〇 市（町 村） 長 <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 30px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">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	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> 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。 </div>												

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	〒 _____ 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
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 _____		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"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てにチェック: 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: _____)	-85- 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ど意見を記載して下さい。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		<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 (該当する項目全てにチェック: 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: _____)

(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

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)

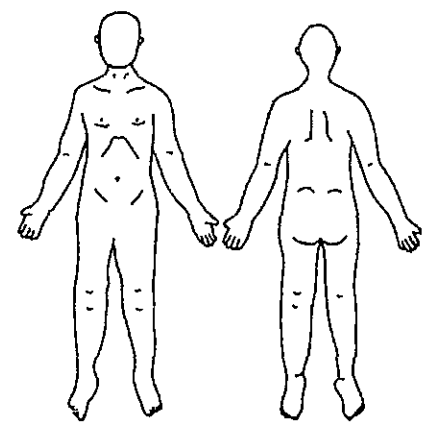
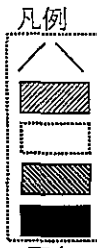
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

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。)

Large empty box for additional notes.

要介護認定調査における経過措置等の取扱いについて

1. 要介護認定調査における経過措置について

- 今般の介護保険法の改正により、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、原則として、市町村において行うこととし、例外として、市町村は改正後の法第24条の2第1項に規定する指定市町村事務受託法人に委託できることとなる。
- しかしながら、指定市町村事務受託法人が設立されない都道府県もあることが考えられることから、市町村が認定調査を円滑に行うことができることとするよう、2年間、指定居宅介護支援事業者等が認定調査を実施できることとする経過措置を置くこととする。

2. 公立の介護保険施設等による要介護認定調査について

- 公立の介護保険施設等が要介護認定調査を行うに当たっては、以下のとおりの取扱いとする。
 - (1) 公設公営の介護保険施設等が要介護認定調査を行った場合、当該調査を行ったのは市町村の職員であるので、市町村が要介護認定調査を行ったこととなる。
 - (2) 公設民営の介護保険施設等が要介護認定調査を行った場合、当該調査を行ったのは市町村の職員ではないため、市町村が要介護認定調査を行ったこととはならない。

要介護認定等の申請代行ができる者の範囲の見直しについて（案）

背景

- 現行の介護保険法においては、法第27条第1項に基づき、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設は要介護認定の申請に関する手続の代行（申請代行）ができることとされているが、本人等の意思を未確認のまま申請代行するケースや本人等に対し介護保険制度の十分な説明のないまま申請代行するケース等、必ずしも適当でない事例が指摘されているところである。
- このため、先般成立した、改正後の介護保険法（以下「改正法」と言う。）第27条においては、申請代行することが可能な者について、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるものとし、また、新たに地域包括支援センターを追加したところである。
- 具体的な厚生労働省令に定める規定については、現在検討しているところであるが、その内容の基本的な考え方については、以下のとおりとする予定である。

省令において定める事項の基本的な考え方について

- 指定居宅介護支援事業者に係る申請代行の厳正な実施については、既に「指定居宅介護支援事業者等による適切な申請代行について」（平成11年11月事務連絡 各都道府県介護保険主管課室宛厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室）において示しているところである。
- また、同通知において定められている考え方については、各指定基準（※）においても、
 - ・ 申請についての協力は、利用申込者の意思を踏まえ行われるものであること

・ 要介護認定等を受けていない利用申込者に対しては、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合には、当該利用申込者の意思を踏まえ申請についての援助を行うこととして明示されているところである。

- このため、改正法に基づき厚生労働省令において定める規定については、こうした現行の指定基準の規定をより徹底する観点から、利用者の意思を十分確認しないまま強引に申請代行を行うこと等により、当該規定に著しく違反する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設について、法第27条第1項に基づく申請代行を行うことができないものとして整理することを予定している。

(※)

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第8条

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第6条

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第7条

指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第8条